

우리나라 국민연금의 재활서비스 도입에 관한 연구

이 용 하
(국민연금연구원)

김 원 섭*
(고려대학교)

본 연구는 국민연금에 의한 재활서비스의 필요성을 검토하고, 국민연금이 제공할 효율적이고 실현가능한 재활서비스의 구축방향을 모색하기 위해 이루어졌다. 우리나라에서 재활서비스에 대한 장애연금 수급자의 수요는 매우 높지만 이를 충족시키기 위한 재활인프라는 재원의 제약으로 매우 미흡한 실정이다. 이런 점에서 국민연금의 재활서비스는 재활서비스 사각지대의 해소와 연금재정의 건전화 차원에서 추진될 필요성이 큰 것으로 검토되었다. 국민연금의 재활서비스는 경제성의 원칙 하에서 구축되어야 할 것이다. 이런 점에서 초창기 국민연금의 재활서비스는 의료재활보다는 직업재활 중심으로, 장애연금 수급자를 대상으로, 재취업 서비스 중심의 서비스를 제공하는 것이 바람직할 것으로 판단된다. 이때 국민연금은 직업재활서비스의 대부분의 과정을 외부 전문기관에 위탁하면서도 재활사례관리사를 중심으로 직업재활의 전 과정을 통제하는 적극적인 역할을 수행해야 할 것이다.

주요용어: 국민연금, 재활서비스, 캐나다, 미국, 독일

이 논문은 국민연금연구원의 2009년 연구보고서 “국민연금의 재활서비스 구축방안 연구”의 일부분을 심화하고 보완하여 작성되었다.

* 교신저자: 김원섭, 고려대학교(kimwonsub2@korea.ac.kr)

■ 투고일: 2012.10.18 ■ 수정일: 2012.12.14 ■ 게재확정일: 2013.1.23

I. 서론

현행 국민연금은 현금급여인 장애연금의 지급을 통해 장애로 인한 소득 상실을 보전 하는데 초점을 두고 있다. 장애연금 수급자가 소득 및 근로활동으로 복귀해서 스스로 소득 상실을 보전토록 지원하는 정책은 하지 않는다. 소득 상실 위험 보장에 국한된 국민연금은 결과적으로 장애인들의 사회활동 참여를 활성화시키기 어려워 국가의 잠재 노동력의 상실을 야기할 수 있다. 이러한 제도 하에서 장애인들은 일을 통해 보다 높은 소득을 향유할 수 있는 기회를 잃게 된다. 또한 예상되는 장애연금의 증가는 연금기금의 지출을 증대시켜 자원의 비효율적 사용 및 재정악화를 초래한다(DRB, 2006).

이러한 문제 때문에 1980년대 이후 선진 외국의 장애인 소득보장제도에서는 ‘소득상실 위험’ 보장과 함께 ‘근로능력의 감소 및 상실 위험’에 대한 사전적·사후적 지원을 제공하는 재활서비스가 확대되는 추세이다. 재활서비스의 확대는 장애인의 소득보장, 의료 및 개호보장 등에 소요되는 각종 사회적 비용을 줄이고, 동시에 장애인에게 독립적인 삶을 가능하게 함으로써 그들의 삶의 질을 실질적으로 향상시키는 효과를 보이는 것으로 나타난다(DRB, 2006). 특히 장애연금의 과도한 지출은 연금재정의 압박 요인으로 작용하므로 지출증가를 선제적으로 억제하는 기능을 가진 재활서비스는 연금개혁의 중요한 정책수단으로 부각되고 있다.

한편, 우리나라의 일반 재활서비스는 크게 낙후되어 있는 실정이다(나운환 2007, 변용찬, 2008; 2009). 특히 국가 및 건강보험 등에 의한 장애인 재활서비스는 제한적 재정 여력으로 사각지대가 크게 나타나고 있다. 이러한 점을 고려할 때, 국민연금이 그 수급자와 가입자를 대상으로 재활서비스를 제공해야 할 필요성은 매우 크다고 판단된다. 따라서 국민연금이 재활서비스를 제공해야 할 필요성을 체계적으로 검토하고, 어떤 방식(제공모형)으로 서비스가 제공하는 것이 타당한 것인지 검토될 필요가 있다. 이러한 점에서 본 연구는 국민연금에 의한 재활서비스의 필요성을 검토하고, 국민연금이 제공할 효율적이고 실현가능한 재활서비스의 구축 방향을 모색하는 것을 목적으로 한다.

이를 위해 서론에 이은 제II장은 재활서비스에 대한 기존 연구를 살펴보고 있다. 제III장은 우리나라 일반 재활서비스의 현황과 문제점을 문헌 연구를 통해 분석하고 국민연금이 장애연금수급자에게 재활서비스를 제공해야 할 필요성에 대해 검토한다. 나아가 제IV장은 외국의 연금제도에서 제공하는 재활서비스의 역사, 서비스 범위, 서비스 대상

과 내용, 전달체계, 재원 및 성과를 비교·분석하였다. 우리나라의 전반적인 재활서비스 여건 및 외국 연금의 재활사업 방식을 토대로 제 V장과 제 VI장은 국민연금이 재활서비스를 도입할 시 대두되는 쟁점을 검토하고 정책방향을 제시하였다.

II. 선행연구

최근 서구 복지국가의 연금개혁 담론에서 ‘활동적 노년(active aging)’은 복지국가 재정위기 극복을 위한 핵심전략의 하나로 논의되고 있다. 이 전략은 적극적 고용정책의 확대를 통해 잠재적 혹은 기존 연금수급자를 노동시장에 유지 내지 참여·복귀시킴으로써 연금재정의 문제를 완화하고자 하는데 본질이 있다. 이런 맥락에서 최근 연금개혁에 대한 연구들은(특히, Whitehouse, 2007) 1990년대 이후에 활발해지고 있는 연금개혁이 급여삭감과 같은 재정적 조치뿐 아니라 근로유인 제고를 위한 많은 조치들을 포함하고 있음을 강조하고 있다.

장애연금제도에 관한 연구(OECD, 2007; 2009)들도 건강수준이 향상되고 평균수명이 증가함에도 불구하고, 근로연령층 장애인의 연금의존이 심화되고 있고 이에 따라 장애연금의 수급자가 지속적으로 늘어나고 있음을 지적하고 있다. 이들 연구들은 이러한 현상의 주요한 원인들 중의 하나를 장애연금제도가 현금급여 중심으로 조직되어 장애인의 근로유인을 저해하고 있는 점에서 찾고 있다. 현금 급여중심의 장애연금제도는 장애연금 수급자의 수를 증가시켜 재정압박을 유발할 뿐 아니라, 장애인들의 근로의욕을 낮춰 이들의 사회참여를 저해할 수 있다.

또한 이들 연구들은(특히, OECD, 2007) 장애연금을 비롯한 현금중심 복지급여의 부작용을 완화하기 위한 정책으로 다음 두 가지를 제시하고 있다. 하나는 장애연금과 같은 복지급여체제와 고용서비스 전달체계를 통합하는 정책이다. 중앙부처수준에서는 고용부처와 복지부처를 통합하고, 일선 전달체계에서도 사회보장사무소와 고용서비스 사무소가 통합하는 것이다. 예를 들면, 영국의 경우 사회보장급여사무소와 고용사무소가 합쳐져서 복지고용사무소 Jobplus Centre로, 노르웨이에서는 장애급여, 고용서비스, 지방사회서비스 사무소가 NAV(Norwegian Labour and Welfare Organisation)로 통합되었다. 호주에서는 Centrelink라는 준공적 조직이 사회보장 급여와 고용서비스를 통합적으로 제공하고 있다.

다른 하나는 현금급여와 서비스급여 간 통합과 연계를 강화하는 것이다. 이중 가장 대표적인 것이 장애연금제도와 직업재활프로그램 간의 통합과 연계이다. 이는 주로 재활서비스를 신속하게 제공하는 시스템의 구축 내지 재활서비스 체계의 효율화, 재활참여를 장애연금의 수급요건으로 설정하여 재활참여를 거의 의무화하거나 재활참여자, 재활제공자, 기업에 대한 재활유인을 제공하는 등의 형태로 나타나고 있다(오수경, 2004).

한편, 우리나라에서는 재활서비스 제도에 대한 연구는 시작단계에 있는데, 주로 제공주체별로 이루어지고 있다. 국가차원에서는 국립재활원을 중심으로 한 지역사회중심재활(CBR)연구(특히, 국립재활원 재활연구소, 2011)와 장애인고용촉진 공단의 직업재활 연구(특히, 유완식 외, 2011), 그리고 산재보험의 재활사업에 관한 연구(특히, 윤조덕 외, 2005)가 대표적이다.

반면 국민연금 재활서비스의 도입을 검토하는 연구는 매우 드문 형편이다. 관련 연구의 하나는 우해봉(2009)의 연구로, 의료재활과 직업재활에 대한 장애연금 수급자의 요구도 및 이용수준을 분석에 초점을 두고 있다. 이에 따르면 현재 장애연금 수급자들의 재활서비스 이용도는 매우 낮은 데, 이는 이들이 재활치료 시 생계유지 대책이 없기 때문인 것으로 나타났다. 또한 김진수의 연구(2009)는 국민연금 재활서비스 도입의 제도적 근거를 모색하고 있다. 그에 따르면 공적연금제도는 보호기능과 재분배 기능뿐 아니라 생산성 기능도 가지고 있다. 그는 급여제공을 통해 충족되는 타 기능과는 달리 사회와 개인의 생산성을 높이는 연금제도의 기능은 재활서비스의 도입을 통해 충족될 수 있다고 주장하였다.

하지만 국민연금제도 내에서 재활서비스 도입의 필요성과 방법을 연구한 본격적인 연구는 김순례 외(2007)의 “장애판정체계 개선 및 재활서비스 구축방안 연구”라 할 수 있다. 동 연구는 국민연금이 의료기관, 장애인고용촉진공단 그리고 사회복지관 및 장애인복지관 등과 연계하여 외주나 바우처 지급 형태로 의료·직업·사회재활 등 종합프로그램을 제공할 것을 제안하고 있다. 또 재활서비스 구축의 기본방향으로 이 연구는 포괄적 서비스제공, One-Stop 재활서비스 제공, 찾아가는 적극적 서비스 제공, 수급자의 특성을 반영한 개별적 맞춤형 서비스 제공의 원칙들을 제시하고 있다. 그러나 이 연구가 제시한 원칙은 타당하지만 국민연금이 처음부터 종합프로그램 형태로 사업의 범위를 설정하고 시작하는 것은 어려울 수가 있다. 예를 들어, 의료재활의 경우 많은 비용이 소요되어, 경제성이 뒷받침되기 어려울 수도 있다. 따라서 이 연구에서 효율적이

고 실행가능한 사업모형에 대한 검토가 충분히 이루어지지 못했다고 할 수 있다. 이런 점에서 본 연구는 우리나라 국민연금제도에서 장애인을 대상으로 한 재활서비스 제공의 필요성과 서비스모델 구축의 쟁점을 분석하고 구축방향을 제시함으로써 국민연금의 재활서비스 구축 논의를 활성화하기 위해 기여할 수 있을 것으로 판단된다.

Ⅲ. 국민연금 재활서비스의 필요성

1. 높은 재활 욕구

2007년 장애연금수급자 서비스 개선을 위한 조사보고서(한국보건사회연구원, 2007)에 의하면, 장애연금수급자의 71.2%가 국민연금 재활서비스의 도입에 공감하고 있다. 또 국민연금연구원(2009)의 조사에 의하면, 장애연금수급자의 52.5%가 서비스가 필요하다고 응답하였다(우해봉, 2009). 불필요하다고 명확하게 응답한 경우를 제외하면, 81.5%가 대체로 그 필요성에 수긍하고 있는 것으로 나타났다(‘그저 그렇다’는 응답 28.9%).¹⁾ 또 동 조사에서 재활서비스 도입 시 이용 의사를 묻은 결과, 장애연금수급자의 약 80%(44.7%는 분명하게 신청, 그저 그렇다 34.5%)가 이용을 신청하거나 잠재적인 신청 의사가 있는 것으로 응답하였다.

장애인 삶의 질 측면에서도 재활서비스에 대한 수요는 매우 높다. 2011년 장애인 실태조사(김성희 외, 2011)에 의하면, 우리나라 장애발생의 90.5%가 후천적인 질환과 사고이며 장애가 된 연령이 대부분 근로활동연령대에 분포하고 있다. 왕성한 근로활동기의 장애는 개인은 물론 그 가족의 삶을 궁핍하게 하는 요인으로 작용한다. 장애인 가구(20~64세)의 월평균소득(1,982천만원)은 비장애 근로가구 소득(3,713천원)의 약 53.4%에 불과하다(전계서 참조). 이로 인해 우리나라 장애인의 빈곤율은 비장애인에 비해 2.5배나 높으며, 이는 OECD-27개국의 평균격차인 1.6배를 크게 넘어서는 것이다(표 1).

¹⁾ 국민연금연구원이 실시한 ‘2009년 장애연금수급자의 생활 및 소득활동실태조사’는 전국적으로 700명의 장애연금수급자 표본을 대상으로 한 심층면접조사로 실시되었다.

표 1. OECD 국가 근로가능연령(20~64) 장애인의 빈곤율(2008년)

(단위: %)

구분	한국	미국	독일	캐나다	영국	OECD-27
장애인	35.6	47.6	20.7	32.2	23.6	22.1
비장애인	14.6	24.0	11.1	17.2	11.6	14.1

자료: 고용개발원(2011).

2. 미흡한 재활인프라

장애인 재활서비스에 대한 높은 수요에 반해, 재활인프라는 매우 미흡하다. 장애발생 시 의료재활에 대한 재정지원을 제대로 받을 수 있는 계층은 산재보험 대상자나 특수직 역연금가입자 및 의료부조대상자 등 일부에 국한된다(윤조덕 외, 2005). 나머지 일반 국민은 높은 재활비용으로 사실상 제대로 된 재활서비스를 받지 못하고 있다. 또한 재활 기간 동안 건강보험에서 생계보장(상병수당)을 제공하지 않는 점도 재활을 제약하는 요인이다. 이로 인해 일반 국민은 가산을 탕진하고 의료부조대상자로 전락하고서야 겨우 국가로부터 보호를 받을 수 있다(윤정아, 2009).

또한 재활서비스의 전달체계도 턱없이 부족하다. 먼저 의료재활의 경우 전문 병·의원이나 장애인복지관을 통해 제공된다(윤정아, 2009). 하지만 전국적으로 재활의학과 진료를 실시하고 있는 병·의원은 502개소로, 전체 병·의원 26,393개소의 약 1.9% 수준이다. 전국 공공 및 민간 재활병상수는 총 4,200여 개로 장애인 1,000명당 2개(0.2%)에 불과하다. WHO에 의하면 적정 재활병상수는 장애인구의 1.5%인데, 이러한 기준에 의거할 경우 우리나라 재활병상 충족률은 크게 미흡하다고 평가할 수 있다(보건산업진흥원, 2005).

이처럼 부족한 의료재활서비스는 무엇보다도 건강보험의 낮은 보험수가에 기인한다(김윤태, 2003). 우리나라 건강보험은 치료 행위별 수가제를 적용하고 있어 치료행위에 속하지 않는 재활인건비는 의료수가에 거의 포함되지 않는다. 이런 체계에서는 재활전문병원은 경영상 유지되기 어렵다. 나아가 그나마 존재하는 재활병원의 재활서비스는 대부분 의학적 처치 및 물리치료 등 단순한 재활치료에 집중되어 있어 장애인의 다양한 욕구를 충족시켜주는 종합적인 재활서비스는 제공되지 못하고 있다(윤정아, 2009).

재활서비스 공급을 늘리기 위해 정부는 국립재활원을 확대하고, 전국 5대 광역권별로 전문재활병원의 설치를 추진하여 공공 재활병원의 확대를 도모하고 있다. 하지만 이들 국립재활병원이 모두 운영되더라도 재활서비스 공급은 여전히 수요에 비해 크게 부족할 것으로 전망된다. 한편, 재활병원 이외에도 장애인복지관 등이 의료재활서비스를 제공하고 있지만, 물리치료 등 단순하고 기초적인 서비스에 국한되고 만성 및 재가 장애인을 대상으로 하고 있어 재활의 시급성 및 재활효과가 가장 높은 아급성기 장애인에게는 큰 도움이 되지 못하고 있다.

표 2. 장애등급별 장애인의 경제활동특성(2008년)

(단위: %)

구분	장애인			국민
	전체	1~2급(중증)	3~6급(경증)	
경제활동참가율	39.0	17.8	44.9	62.1
실업률	7.8	8.3	7.7	3.2
고용률	36.0	16.3	41.4	60.1

자료: 김성희·변용찬 외(2011) 및 통계청 자료 참조

직업재활서비스의 경우도 의료재활분야의 상황과 크게 다르지 않다. 2011년 기준 장애인의 경제활동참가율(39%)은 일반국민(62.1%)의 2/3에도 미치지 못하고 실업률(7.8%)은 일반 국민의 2.4배에 달하고 있다. 또 15세 이상 장애인의 고용률(취업자/15세 이상인구×100)은 2011.6월 기준 36.0%, 국민 취업률(60.1%)에 크게 미치지 못하고 있다(표 2). 국민연금 수급자층에 해당되는 중증장애인(장애인복지법상 1~2급)의 고용률은 16.3%로 특히 낮은 실정이다. 이러한 낮은 장애인 고용률은 장애인에게 적합한 일자리가 부족하거나 장애인 재활 및 고용서비스가 적절하게 이루어지지 못하고 있는데 그 원인을 찾아볼 수 있다.

표 3. 경제활동장애인의 직업현황

계	정부지원 (74천명, 9.4%)			자력취업 임금근로 장애인	자력취업 자영장애인	실직 장애인
	의무고용	보호고용	50인 미만			
774천명	53천명	8천명	13천명	298천명	220천명	182천명

자료: 한국보건사회연구원(2006).

일자리 공급측면에서 보면, 우리나라는 장애인이 고용되기 어려운 전일제 일자리를 중심으로 일자리 공급이 이루어지고 있는데다 장애인에 대한 기업의 편견으로 일자리가 충분히 제공되지 못하고 있는 실정이다. 또 장애인고용촉진법(의무고용제)과 장애인복지법(직업재활시설)에 의거해 장애인 의무고용이 지원되고 있지만, 보호고용 취업자 8천명을 포함한 지원고용에 의한 취업자는 74천명에 불과하다(표 3). 이는 전체 취업장애인(2005년 기준 77만명) 대비 9.5%로 약 10명 중 1명만이 지원 및 보호고용서비스를 받고 있음을 의미한다.

장애인의 근로능력을 배양하여 노동수요를 촉진하는 직업교육 및 훈련, 장애인 취업지원서비스의 경우도 열악하기는 마찬가지이다. 장애인 직업교육 및 훈련은 장애인고용촉진공단, 근로복지공단, 장애인복지관, 장애인단체, 공공직업재활시설(장애인복지법상)에 의해 이루어지는데, 그 중심적 역할은 현재 장애인고용촉진공단이 하고 있다. 장애인고용촉진공단은 장애인복지법상 등록장애인을 대상으로 직업재활서비스를 제공하고 있다. 동 공단은 불과 5개의 훈련소를 직접 운영하면서 훈련서비스를 제공하고 있는 실정이다. 자체시설에서 수요를 충족시키지 못하는 부분은 공공훈련시설(48개소)과 민간훈련기관(13개소)에 위탁서비스 형태로 제공하고 있다. 공단은 외부기관에 위탁할 경우에는 직업훈련비용 실비 지원 외 교육기간 동안 월 20여만원(2008년)의 훈련수당을 지원한다. 그러나 자체시설의 수료자 외에는 취업으로 연계되는 확률이 낮아 직업훈련 성과가 미흡한 실정이다(윤조덕, 2011: 46).

또 장애인에 대한 직업훈련 및 고용서비스는 상당한 전문성이 요구됨에도 불구하고 장애인고용촉진공단을 제외하고는 상담과 취업알선에 있어 전문성이 취약하다. 현재 장애인고용촉진공단을 제외하면 장애인복지관 및 장애인복지단체 등이 취업상담 및 취업알선서비스를 제공하고 있으나 전문적인 직업재활상담원을 두는 경우는 드문 실정이다. 장애인고용촉진공단의 직업훈련센터 수료생이 높은 취업률을 자랑했던 것도 이 센터가 직업상담과 평가, 직업훈련, 직업알선 및 취업지원(사업주 지원 포함)에 이르기까지 다양하고 전문적인 서비스를 제공했기 때문이다.

이러한 열악한 인프라와 서비스 환경으로 인해 국민연금수급자들은 장애 직후 자포자기식으로 취업이나 직업훈련을 받지 않은 것으로 드러났다(국민연금연구원, 2009). 장애연금수급자의 95%는 직업재활서비스를 받은 경험이 없는 것으로 나타났다. 과거에 직업재활을 받지 않았던 사유로서 무려 60%의 응답자가 '효과가 없을 것 같아서'라고

응답해 재활서비스의 효과성에 대해 의문을 제기하고 있다. 또 과거로 돌아간다면 직업 재활을 받을 의향이 있느냐는 질문에는 약 38%만이 그렇다고 긍정적인 응답을 하고 있는 실정이다. 또 직업재활을 받지 않는 응답자의 14%는 안내가 없어서 받지 못했다고 보고하고 있다(국민연금연구원, 2009).

3. 재원의 제약과 서비스의 경제성

이상에서 살펴본 바와 같이, 국민연금가입자나 수급자 등 일반 국민을 위한 공공 의료 및 직업재활서비스는 수요와 공급 양 측면에서의 확충이 그 어느 때보다도 필요한 상황이다(변용찬, 2009). 그러나 문제는 재원의 제약이다. 의료재활을 담당해야 할 건강보험의 경우 일반진료(요양) 비용의 조달에 급급한 실정인어서 의료재활비용을 건강보험금에 포함하기가 어려운 상황이다. 또 직업재활의 중심에 있는 장애인고용촉진공단(기금)의 경우도 기업이 의무고용률을 충족할수록 기업부담금이 줄어들어 결국 고용촉진기금은 타 재원(예: 국고)에 의존할 수밖에 없는 재정구조를 가지고 있다.

이러한 재원의 제약을 고려할 때 국민연금이 재활서비스의 비용을 부담하는 역할을 수행하는 방안이 적극 고려되어야 할 필요가 있다. 이 경우 국민연금측면에서 다양한 효과(편익)가 기대되기 때문이다. 먼저, 국민연금에서 재활서비스의 구축은 공적재활서비스의 사각지대를 해소하는 데 기여할 수 있다. 둘째, 국민연금 재활서비스의 구축은 장애인연금정책을 보상중심에서 노동시장 복귀를 위한 재활중심으로 전환시킴에 따라 장애연금 수급자의 소득 및 삶의 질을 제고할 수 있다. 셋째, 국민연금 재활서비스의 구축은 장애연금 등 복지급여지출의 감소 및 연금재정의 안정화에 기여할 수 있다. 재활서비스는 국민연금의 조기지급을 억제함으로써 연금지출을 감소시키고, 연금보험료 수입을 증가시킨다. 다만, 급여측면에서 지출을 억제하려면 장애판정기준을 의학적 기준에서 소득활동기준으로 변경하고, 소득과 연금이 중복될 경우 연금을 조정하는 장치의 도입이 전제되어야 한다. 나아가 재활급여수급자의 적절한 취업률이 확보되어야 할 것이다.

이외에도 다양한 외부효과가 기대된다. 우선 의료재활을 통해 만성적인 장애로 인한 의료비용의 절감을 이끌 수 있다. 또한 재활서비스는 고령화 시대의 중요한 경제정책수단이 될 수 있다. 고령화는 통상 의료비용의 증가를 가져오고 국민경제적 생산력 감소를 초래할 것으로 우려되는데, 근로활동기 연령의 장애인에 대한 재활은 바로 그러한 고령

화에 따른 부작용을 완화하는데 기여할 것이다. 또 국민연금의 재활서비스 투자는 재활과 연관된 보건사업, 재활공학, 재활의학 등의 발전을 가져올 수 있다. 특히 재활서비스의 제공은 제도에 대한 가입자 신뢰성과 만족도를 제고하는데 기여할 것이다.

그러나 문제는 국민연금이 재활서비스를 제공할 경우 그 경제성을 확보할 수 있는가이다. 즉, 재활에 소요되는 비용 대비 편익이 더 클 것인가 하는 점이다. 우리나라의 일반직업재활서비스(장애인고용촉진공단)의 경우 높은 경제성이 있다는 연구가 이미 나와 있다(유완식, 2009). 독일(의료재활+직업재활), 미국, 캐나다(직업재활중심) 등의 공적연금이 제공하는 재활서비스에 대한 경제성 분석 연구결과는 대개 긍정적으로 나오고 있다(DRB, 2006). 우리나라의 경우도 이용하(2009), 김원섭과 김태일(2011)의 분석결과에 의하면 경제성(수익비)이 상당히 큰 것으로 나타나고 있다. 물론 서비스의 범위를 직업재활에 국한할 것인지 아니면 의료재활도 포괄할 것인지, 서비스 제공방법(자가시설을 통한 제공 혹은 위탁서비스 형태), 재활성공률, 제도적 요소(재활성공 후 소득활동 시 장애연금 등의 삭감여부 및 소득과약의 문제) 등에 따라 경제성이 크게 달라질 수 있다. 따라서 재활사업 구축도 경제성에 따라 우선순위를 정하여 단계적으로 추진되어야 할 것이다.

IV. 해외의 공적연금 재활서비스 사례 분석

공적연금이 그 가입자나 수급자에 대해 재활서비스를 제공하는 국가는 많이 있지만, 여기서는 우리나라에 정책적 시사점이 큰 미국, 독일, 캐나다를 고찰 대상으로 하였다. 미국과 캐나다의 국민연금은 직업재활중심으로 서비스를 제공하는 대표적인 국가이고, 독일의 공적연금은 의료재활과 직업재활 서비스를 동시에 제공하는 대표적인 국가이다.

1. 미국 국민연금의 재활서비스

가. 재활서비스의 연혁

미국 국민연금(OASDI)의 장애보장프로그램(DI)은 1955년부터 장애연금수급자에게 직업 재활서비스를 제공하였다(SSA, 2009). 미국은 이미 1920년에 ‘직업재활법’을 제정

하여 일반 장애인에 대한 재활서비스를 제공해오고 있었지만, 충분하지 못해 그 공백을 메우고자 연금에서 재활서비스를 제공하게 되었다(SSA, 2009a). 그럼에도 불구하고 1990년 후반까지 연금의 직업재활사업은 활성화되지도 그 성과도 그리 높지 않았다. 이러한 문제의식에서 1999년 미국의 국민연금은 일을 통한 복지(work to fare)라는 모토 하에 직업재활서비스를 근로티켓(Ticket to Work) 프로그램으로 개편하고 보다 적극적으로 재활을 유도하는 조치들을 실시하게 되었다(이정주, 2002).

나. 재활서비스 대상자와 자원

미국 사회보장청(SSA)이 주관하는 Ticket to Work 프로그램은 장애인의 자발적 참여를 원칙으로 한다(SSA, 2009b). 참여가 가능한 대상자는 18세 이상 65세 이하의 장애연금(SSDI) 및 장애인을 위한 공공부조 급여(SSI)를 수급하는 자이다. 또한 미국의 재활서비스에서는 잠재적 장애위험이 있는 가입자는 제외되며 오직 장애연금 수급자만 포괄된다. 일종의 바우처(voucher)인 근로티켓은 장애연금 수급자가 신청하면 누구나 받을 수 있고 비용은 전액 연금기금에서 조달된다.

미국 국민연금에서 장애는 의학적 판정과 함께 궁극적으로는 근로능력에 기초하여 판정된다. 이때 월 980달러(2009년 기준) 이상 소득활동능력이 있거나 이미 그러한 근로활동에 종사하는 경우에는 장애연금이 지급되지 않는다. 아울러 재활에 성공하여 일정기간이 지난 후 기초적 소득능력(월 980달러) 이상의 근로를 하는 경우에는 연금지급이 정지된다. 이러한 가득능력 평가를 통해 장애연금의 지급이 중지됨으로써 연금재정은 지출절감과 함께 보험료 수입이라는 이중의 이득을 보고 있다(이용하 외, 2010).

다. 재활서비스의 범위와 재활유인책

미국 연금제도(DI)의 Ticket to Work 프로그램은 주로 직업재활서비스에 초점을 맞추고 있다(정영순 · 오수경, 2001). 이 프로그램에서 재활신청자는 사회보장청(SSA)에서 Ticket을 신청하여 발부받고, 직접 주정부의 직업재활사무소나 민간서비스기관(장애인고용네트워크)에 서비스를 의뢰하게 된다. 각 서비스기관에 배치된 직업재활상담사는 직업재활계획(필요한 경우 직업훈련, 보장구 지급 등 의료재활)을 수립하여 추진하게

된다. SSA는 재활계획에 대해 승인하고, 계획 추진에 필요한 모든 비용을 지원한다(SSA, 2009b).

이처럼 개인에게 서비스 이용권인 티켓을 제공하고 개인이 직접 재활서비스기관을 선택할 수 있도록 함으로써 서비스기관 간 경쟁을 통해 서비스 질을 제고하고 있다. 또 SSA는 거의 모든 재활서비스 업무를 외부에 위탁함으로써 행정비용을 절감하고 전문성을 유지하고 있다. 직업재활기관으로부터 서비스를 받은 장애인이 최소 9개월 동안 최소소득기준 이상의 근로를 지속하는 경우에 한해 서비스기관은 온전한 성공보수를 받을 수 있다(SSA, 2009b).

나아가 개인 및 기업에 대해서도 재활참여 및 고용유인책을 두고 있다. 먼저, 재활참가자는 프로그램에 참가하는 동안 의료보장급여(medicaid 혹은 medicare 포함) 수급권을 유지할 수 있다. 또 취업시도기간(trial period)인 취업 후 처음 1년간은 장애가 지속되더라도 소득수준에 관계없이 장애연금과 의료보장수급권은 그대로 유지된다. 취업시도기간 후 36월간(연장수급기간)에도 근로소득이 최저소득기준(2009년 월 980달러)을 초과하지 않을 경우 장애연금 전액이 지급된다. 연장수급기간에 고용주는 장애인에게 지급되는 임금이 생산성보다 높은 경우 보조금을 받을 수 있다.

수급권 자동복원제도에 의해 취업시도기간 후 5년 안에 근로를 중단할 경우에는 복잡한 절차 없이 즉각적으로 수급권이 복원된다. 나아가 티켓 사용 기간 동안에 정기적 장애확인심사가 면제된다. 근로티켓제도를 이용하면, 수급권이 최소 9년간(취업시도기간 1년 + 연장수급기간 3년 + 수급권 자동복원기간 5년) 보장됨으로써 수급자가 장기간 동안 취업을 시도할 수 있도록 하는 것이다(SSA, 2009b).

라. 재활서비스 운영체계와 성과

미국은 직업재활법에 의거하여 원래 공공 재활전달체계(현재 교육부 중심, 주단위 직업재활서비스국 및 노동부의 장애인고용서비스국)에 의해서만 재활서비스가 제공되었다. 그러나 1999년 ticket to work 프로그램의 도입으로 사회보장청이 재활서비스 지원기관으로 등장하면서 제공기관이 다원화되고 확대되었다(SSA, 2009a).

사회보장청(SSA)은 장애연금 및 장애부조 급여수급자에 대한 재활정책을 수립·결정하며, 재활신청의 접수 및 승인업무와 재활수행기관의 재활성과를 통제하는 등의 제한

된 업무를 하고 있다. 재활서비스는 공공(주단위의 직업재활청) 혹은 민간 재활서비스 수행기관에 의해 제공되고 있으며, 직업재활사가 배치되어 연금수급자에 대한 재활상담 및 직업재활계획을 수립한다.

연금수급자가 공공 혹은 민간 직업재활사를 선택하면, 직업재활사는 개인과 직업재활 계약을 맺고 재활계획을 수립하여 재활서비스를 제공하게 된다. 물론 직업재활사는 직업재활계획을 사회보험청에 제출, 승인을 받아야 하며 추진결과를 통보해야 한다. 1999년 근로티켓제도가 시행된 이후 연금수급자의 재활은 활발하게 진행되고 있다. 2006년의 경우 연간 1,100만개의 티켓이 발급되었다. 그 결과 장애인 신규취업자는 2003년 1.5만명, 2006년 5만명으로 급증하고 있다. 하지만, 발급된 티켓 수에 비해 직업재활 성공율은 크게 낮은 편이다(SSA, 2009b).

2. 캐나다 공적연금의 재활서비스

가. 재활서비스의 연혁

캐나다 연금제도(CPP와 QPP)의 재활서비스는 1992~1997년까지 5년간의 시범사업(총투자금액 600만달러)에서 시작되었다(HSRDC, 2009). 이 시범사업에서 연금의 재활 사업이 경제적 측면에서 본격적으로 추진할 만한 것으로 평가되었다. 더구나 마침 이 시기 공적연금의 장기적 재정불안문제가 크게 공론화되었고 이를 위한 연금개혁이 불가피하게 되었다.

이때 연금개혁의 핵심 중 하나가 장애연금의 지출을 억제하는 것이었다. 1998년 연금 개혁은 장애연금의 수급요건을 강화하고, 급여수준을 축소하는 조치를 실시하였다(Service Canada, 1998). 동시에 이러한 장애인 복지급여 축소를 보완하기 위한 대책에 대한 요구도 커졌다. 이에 따라 1998년부터 연금기금을 재원으로 하는 직업재활프로그램이 본격화되기 시작되었다(전게서).

나. 재활서비스 대상자와 자원

캐나다연금의 직업재활프로그램에는 1) 장애연금 수급자이고, 2) 의학적 장애상태가

안정적이거나, 3) 직업재활 프로그램에 적응할 수 있다는 주치의의 동의를 있는 자로서 4) 직업복귀를 희망하는 자가 참여할 수 있다(HSRDC, 2010). 재활신청을 하더라도 예산제약 등으로 대상자는 재활가능성이 높은 자를 중심으로 선별된다. 아직 미국처럼 보편화된 프로그램이기라기보다는 임의사업이기 때문이다. 소요예산은 전액 연금기금에서 조달된다. 재활서비스가 연금수급자에 제한되면, 재활기간 동안 별도의 생계유지수당을 지급할 필요가 없으므로 재활에 따른 비용의 효율성을 극대화할 수 있다.

재활의 성공과 함께 장애연금의 지급은 정지된다. 이때 성공이란 장애근로자가 3개월 이상 지속적으로 기초적 소득인 연간 4,900 캐나다 달러(2009년, 매년 변동)를 벌 수 있는 경우를 의미한다. 3개월은 취업시도기간(trial period)으로 인정되고 연금은 계속 지급된다. 그러나 취업시도기간 이후에도 직업을 얻지 못한 채 근로능력을 회복했다면, 이때도 역시 수급권은 정지된다. 이처럼 재활에 성공했을 경우에는 많은 혜택이 주어지지만, 실패했을 경우에는 강한 제재가 이루어진다. 이를 통하여 수급자가 직업을 얻도록 '압력'이 가해지는 것이다.

재활참여자에 대한 엄격한 조치는 캐나다 장애연금이 원칙적으로 영구적 급여가 아니라 일시적 급여로 설정되어 있다는 특성에서 연유한다. 이는 장애개념 및 장애판정에서도 잘 나타난다. 캐나다연금에서 장애란 심각하고 지속적이어야 한다고 정의하고 있다. 이때 심각하다는 것은 장애로 인해 기초적 소득활동이 불가능한 경우를 의미하며, 지속적이라 함은 장애가 12개월 이상 기초적 소득 이상의 소득활동에 복귀할 수 없거나, 사망으로 이르는 경우를 의미한다(HSRDC, 2010).

이처럼 캐나다연금의 장애는 의학적 손상정도가 아니라 이 의학적 손상이 소득활동에 미치는 영향 정도를 기준으로 판정되고 있다. 장애심사 및 판정은 기본적으로 주치의의 의학적 그리고 소득활동능력에 대한 소견서에 기초하여 이루어진다. 주치의 소견서만으로 판단하기 어려운 경우, CPP 장애심사관은 외부 자문의사의 소견 등을 고려하여 장애 판정을 내리고 있다. 장애는 주기적으로(대개 2년 주기) 재심사되며, 이때 수급자가 최소한의 근로활동능력을 회복한 것으로 확인되면 장애연금의 지급이 즉각 정지된다. 다만, 재활프로그램 참여시 일정기간 동안 수급권이 보장된다. 재활에 든 비용은 재활성공 시 장애연금의 지급정지 및 장애인의 소득활동(보험료 수입)에 의해 환원되는 구조를 갖추고 있는 것이다.

다. 재활서비스의 범위와 재활유인책

캐나다 연금의 직업재활서비스는 장애상태가 이미 안정된 장애인을 대상으로 하고 있으므로 재활서비스도 의료재활보다는 직업재활 중심이다. 다만, 의료재활은 직업재활에 필수적인 보장구 등에 한하여 제공된다. 직업재활서비스는 개별화된 근로복귀계획(재활계획)을 수립하는 데 초점이 맞추어져 있다. 재활서비스는 크게 안내, 상담, 재활계획수립, 기술향상/재훈련, 직업탐색 및 알선 등으로 구성된다.

한편, 캐나다도 장애연금수급자의 취업촉진을 위한 다양한 유인장치를 두고 있다. 수급자는 재활프로그램 참여기간과 직장복귀 후 3개월 동안(취업시도기간) 장애연금을 계속 받을 수 있고, 그 이후에는 연간 수입이 기초적 수준(4,900달러) 미만인 경우에만 장애연금을 받을 수 있다. 또 수급권 자동복원제도를 통해 직장복귀 후 2년 이내에 동일한 장애의 재발로 직장을 그만둘 경우 자동으로 장애연금수급권이 복원된다. 나아가 5년 이내에 직업을 그만 둘 경우 간편한 절차를 통해 수급권을 재취득할 수 있다. 이러한 유인장치는 미국의 제도와 거의 유사하다.

라. 재활서비스 운영체계와 성과

연금제도는 다른 사회보장 급여와 함께 캐나다 인적자원기능개발부(HRSDC)에서 관장하고 있다. 인적자원기능개발부는 산하에 연금, 고용 등의 사회보장업무를 수행하는 전국적인 서비스망(Service Canada)을 두고 있다. 재활서비스의 실질적인 주체는 이들 사회보장 지역사무소이다. 현재 이들 중 9개의 지역사무소에 재활사례관리자가 배치되어 있다. 사례관리자(지사 당 1~6명, 2009년 검색 당시 총 25~29명 활동)는 재활신청 접수와 상담, 재활계획 수립, 이를 통한 재활대상자의 요구에 따라 필요한 자원(직업훈련 및 취업)을 연결하는 역할을 수행한다(HRSDC, 2009).

캐나다 연금의 재활서비스는 재활사례관리자가 중심이 되고, 사회보장 지역사무소는 필요에 따라 외부 재활수행전문가 및 전문기관에 서비스를 위탁하고 그 비용을 부담한다. 전문가 및 전문기관으로는 산재보험위원회, 민간보험회사, 공공(주정부) 및 민간 재활훈련기관, 고용보험(취업상담원) 등이 있다. 이들의 공조를 얻어 사례관리자는 재활계획을 수립하고, 재활서비스수행기관에 필요한 서비스를 위탁하고 있다. 이처럼 캐나다

는 거의 완전위탁 형식인 미국과 달리 서비스의 상당 부분을 자체인력 및 기관에서 소화하고 있는 점이 특징이다.

아울러 고객과 접점에 있는 주치의, 사회복지사, 모든 공무원, 사업주도 재활참여자를 발굴하고 안내하도록 하고 있다. 이러한 노력에도 불구하고 현재 장애연금수급자의 1% 정도가 직장복귀를 시도하고 있는데, 재활참여율은 아직 저조한 실정이다. 장애연금수급자는 매년 크게 증가하고 있으며 미국과 함께 주요 선진국 중 노령연금수급자 대비 장애연금수급자가 가장 많은 국가 중의 하나이다(이용하, 2009).

3. 독일 국민연금의 재활서비스

가. 재활서비스의 연혁

독일 연금보험의 재활사업은 연금제도가 시행되던 때부터 실시되었다(정연택, 2005). 독일의 연금보험은 1890년대 처음 도입 당시 ‘폐질연금보험’이라는 이름으로 시행되었는데, 이 명칭은 장애인에 대한 보상과 치료에 중점을 둔 제도임을 강조한데서 유래한다. 이때부터 의료재활서비스는 장애연금의 지출을 억제할 목적으로 연금지급전에 반드시 받아야하는 의무급여로 설정되었으며, 나중에 특히 1, 2차 대전 전후부터 복귀한 상이군인 등의 재활필요성이 커지면서 본격적으로 직업재활까지 포괄하게 되었다(BfR, 2005; DRB, 2006). 이로써 독일은 의료재활에서 직업재활까지 포괄적인 재활서비스를 연금에서 제공하는 전통을 오늘날까지 이어오고 있다.

특히 독일의 연금보험은 다른 국가와는 달리 제도 시행 초기부터 자가운영의 많은 재활전문병원을 전국적으로 설치하여 왔으며, 이들이 의료재활서비스의 선도적인 역할을 수행하고 있다. 즉, 독일은 연금보험이 재활서비스의 재원조달만 하는 것이 아니라 자체시설의 운영 등을 겸하고 있다는 점에서 다른 국가와는 크게 차이가 난다(DRB, 2008).

나. 재활서비스 대상자와 재원

연금보험의 재활서비스 수급대상자는 장애연금 수급자는 물론 조만간 장애자가 될 위험이 높은 가입자까지 포괄한다. 재활급여는 후자 즉, 장애발생을 미연에 방지하는데

초점을 두고 있어 재활서비스가 선제적이라는 점이 큰 특징이다. 후자에 대한 재활서비스의 수급권은 장애연금수급권(5년 이상 가입 등) 이외에도 재활성공가능성, 재활의지, 재활을 받을 수 있는 신체적 요건 등을 동시에 갖추어야 부여된다. 특히 독일 연금보험은 의료재활부분에서 가입자 및 수급자뿐만 아니라 그 자녀, 나아가 사망한 장애연금수급자의 배우자에게도 특정 조건하에서 재활급여의 수급을 허용하고 있다(DRB, 2006)

이처럼 재활서비스는 장애연금수급권 발생을 사전에 억제하기 위해 장애위험이 높은 가입자를 중점적인 대상으로 하고 있다. 이는 현금급여인 장애연금보다 서비스급여인 재활을 우선하는 원칙(Reha vor Rente)에 따르고 있기 때문이다. 이 원칙은 신청자가 장애연금을 신청하면 연금공단이 연금지급 이전에 항상 재활가능성을 먼저 검토하고, 재활가능성이 있으면 본인의 의사와 관계없이 의무적으로 재활서비스를 먼저 받게 하는 것을 의미한다. 이 원칙에 의거해 독일 국민연금에서 재활서비스는 단순히 부가서비스가 아니라 연금급여와 함께 주요급여로 자리매김하고 있다.

물론, 국민연금은 신청자가 재활가능성이 없거나 재활서비스를 받았더라도 큰 성과가 없으면 장애판정으로 들어가고 그 결과에 따라 장애연금을 지급한다. 장애등급은 의사의 의학적 소견에 기초하여 판정된다. 의학적 소견은 신체적·정신적 손상의 결과로서 근로활동능력이 얼마나 제약되는지를 구체적으로 기술해야 한다. 일일 근로가능시간이 3시간 미만이면 완전장애(완전노령연금과 동일), 3~6시간 미만의 근로가 가능하면 부분장애자(완전장애연금의 50% 지급)로 간주된다. 즉, 일 6시간 이상 근로가 가능하면 장애로 보지 않는다(이용하 외, 2010; 강동욱, 2008).

독일의 장애연금은 의료적 기준, 소득활동능력 기준이외에도 노동시장여건(부분장애인이 노동시장에서 마땅한 일자리를 얻기 어려운 경우 완전장애로 판정함) 등을 종합적으로 고려하여 지급여부를 결정하고 있다(강동욱, 2008). 아울러 장애연금을 받으면서 일정수준 이상의 소득활동을 하는 경우 장애연금을 감액하거나 완전히 정지하는 장치를 두고 있다. 대체로 전가입자평균소득을 초과하는 소득이 있는 경우에는 장애연금의 지급은 정지된다. 모든 재활서비스에 소요되는 비용은 전액 연금기금에서 조달되며 직업복귀(보험료수입) 및 장애연금의 감액 혹은 정지(지출감소) 등을 통해 연금재정에 환류되는 구조를 갖추고 있다.

다. 재활서비스의 범위와 재활유인책

국민연금의 재활서비스는 크게 의료재활과 직업재활로 구분된다. 독일 연금에서 의료재활은 수급자나 비용 등의 측면에서 직업재활보다 훨씬 더 중요한 위치를 차지하고 있다(BfR, 2005). 국민연금의 의료재활서비스는 단순히 의료적 치료와 재활을 필요로 한다고 해서 모두 받을 수 있는 것은 아니다. 재활서비스는 그를 통해 반드시 '근로능력'의 유지·개선 및 악화의 예방이 가능한 경우에만 제공된다(BfA, 2004). 의료재활은 근로능력에 영향을 미치는 장애정도를 완화하고 장애의 악화를 예방함으로써 가능한 한 장애발생을 사전에 억제하는 것이 주 목적이다. 이러한 가능성이 없으면 의료재활이 제공되지 않는데 이를 통해 연금보험의 재활사업 목적을 다른 일반재활서비스와 명확히 구분하고 경제성을 확보하고 있다.

의료재활의 절차와 내용은 아래와 같다. 병원에서 응급치료가 종료되면, 환자는 종합적인 의료재활서비스를 제공하는 재활전문병원으로 이송된다. 재활전문병원은 공단 자체 병원(전국 100여개)과 계약민간병원으로 구성되어 있다. 의료재활은 입원 또는 외래 형태로 받을 수 있으며(공단 직접운영 병원은 모두 입원재활서비스만 제공한다), 병원 의사의 지휘 아래 종합적인 의료재활계획에 의해 서비스가 제공된다. 서비스 기간은 기본이 3주간이며, 경우에 따라 연장이 가능하다. 의료재활은 재활전문병원의 사회의학(재활의학)을 전공한 의사의 주도하에 재활계획이 수립되고 재활서비스가 진행된다. 의료재활이 종결되면 재활의사는 사회의학적 진단서(장애여부 판단을 위한 중요한 기초자료가 됨)를 발부하는 동시에 후속치료 필요여부, 지역사회재활기관으로의 의뢰 및 연계 등을 실시한다(DRB 2006; 2008).

직업재활은 직업상담과 조언, 직업능력검사, 취업알선, 직업교육과 재교육 및 훈련, 그리고 사업주 지원, 장애인차량, 보장구 지원 등 '취업'에 필요한 일체의 지원을 포괄하고 있다. 교육 및 훈련의 경우 연금공단에서 일부 설치자금을 대고 고용노동부에서 설치한 장애인전용 공공직업훈련기관에 위탁하는 형태로 운영된다. 직업재활은 전국적으로 배치된 직업재활상담사(공단소속)를 두어 재활대상자의 조기발굴, 타 기관의 재활서비스와 연계 및 조정, 상담 및 조언, 취업관련 네트워크 연결 등의 서비스도 제공하고 있다. 통상 취업 및 고용알선은 자체적인 네트워크(공단의 직업재활사, 노동사무소, 직업훈련기관 등)를 이용하여 이루어지지만 취업이 매우 어려운 중증장애자의 경우 이들

을 위해 국가에서 별도로 설치한 '중증장애인 통합취업지원사무소'에 위탁하여 이루어진다(DRB, 2008).

이외에도 소득활동에 필요한 경우 주거환경 개선, 차량개조 및 구입, 운전면허증 취득, 사후관리 지원 등의 서비스가 제공된다(DRB, 2008). 나아가 의료 및 직업재활기간 동안 생계비와 교통비 등의 부대비용을 보장하기 위해 현금급여로 재활참여수당이 제공된다. 재활참여수당은 상병수당, 장애연금 등 사회급여를 수급하고 있는 중이면 지급되지 않는다. 재활기간 동안에는 연금보험은 물론 사회보험이 적용되며, 연금보험이 일체의 사회보험료를 공단이 대신 부담해 주고 있다. 또 사업주에 대해서도 일자리의 유지 및 장애인의 채용에 필요한 작업장 여건의 개선(사업장 진입, 이동, 업무수행 등에 필요한 일체의 보조장비 및 도우미 인력 포함)을 위한 비용도 연금공단이 부담한다. 독일 연금의 재활서비스 참여는 의무적이므로 별다른 유인책은 없다.

라. 재활서비스의 운영체계와 성과

독일의 경우 장애인 재활서비스는 여러 공공서비스 주체에 의해 다원적으로 제공되고 있다. 그러다 보니 한 사람이 여러 주체에서 서비스를 받을 자격을 가지게 된다. 이러한 중복서비스를 피하기 위해 소관 주체의 우선순위와 역할분담이 명확히 정해져 있다. 국가보훈대상자인 경우 국가보훈제도가 가장 우선하여 개입하며, 그 다음이 산재보험, 그리고 연금보험, 연금보험의 대상이 되지 않는 경우에는 고용보험, 고용보험에도 가입되어 있지 않는 경우에는 건강보험, 건강보험의 가입자도 아닌 경우에는 기초보장제도(공적부조)가 서비스를 제공하도록 법으로 규정하고 있다(DRB, 2008). 국민 누구에게나 보편적으로 재활서비스가 보장되고 있는 것이다.

재활 신청은 담당기관들이 서로 연계되어 있어서 어느 기관에서나 신청이 가능하며, 해당 기관으로 안내 및 상담을 받을 수 있다. 국가보훈제도나 산재보험의 대상자가 되지 않는 경우에는 연금보험(공단)에서 개입하게 된다. 이때 연금보험공단의 장애 및 재활 관련 업무는 그 자격심사를 담당하는 일반 행정부서와 장애 및 재활판정을 하는 의료서비스센터(의료재활서비스) 그리고 재활서비스를 관리하는 부서(재활사업본부)의 3자간 상호 협조 하에 이루어지고 있다.

연금공단의 의료서비스센터는 장애판정 이전에 재활 필요성 여부를 판단하는데 그

필요성이 없는 경우 장애나 재활급여 결정부서로 서류가 이송되고, 재활필요성이 있는 경우에는 의료 및 직업재활담당부서(재활사업본부)로 이관된다. 의료서비스센터에는 사회의학을 전공한 의료진(400명)이 배치되어 있으며, 이들은 신청자의 서류(주로 일반진단서)에 기초하여 직접 심사하거나 진단서만으로 부족할 경우 계약의사(전국적으로 약 5,000명)를 통해 심사한다. 의사의 의학적·직업적 심사 결과에 기초하여 최종적으로 일반 행정부서에서 장애급여 및 재활서비스 지급여부를 결정하고 재활사업부서에 이관하게 된다(이용하 외, 2008).

2011년 기준 국민연금의 전체 재활신청건수는 209만건이며, 이중 의료재활이 압도적인 비중(81%)을 차지하고 있다(DRB Statistiken, 독일연금공단 웹사이트). 의료재활의 경우 총 신청건수(169만건)의 약 52%인 109만건이 승인·제공되었으며, 이중 입원재활이 90%, 나머지는 20%가 외래재활서비스 형태로 제공되었다. 직업재활의 경우 2011년 총 신청건수는 약 40만 건이며, 이 중 승인건수는 총 신청건수의 67.5%인 27만 건에 달하고 있다(전게서 참조). 2011년도에 소요된 재활급여비용은 총연금지출액의 2.5%를 차지하며, 장애연금 지출비용의 38%에 달할 정도로 상당한 수준의 투자를 하고 있는 것을 알 수 있다(DRB Statistiken, 독일연금공단 웹사이트)

재활서비스의 성과는 직업복귀율과 재활서비스와 관련된 비용 대비 편익으로 측정된다. 먼저, 독일연금공단의 조사결과에 의하면, 의료재활의 경우 대상자의 71%, 직업재활의 경우 63%가 재활서비스를 받은 후 2년 시점에 계속 소득활동을 하는 것으로 나타났다(DRV, 2008). 재활서비스의 경제성 및 효율성에 대한 자료는 주로 의료재활과 관련하여 이루어지고 있는데, 의료재활서비스의 경제성 및 효율성(직원연금보험의 경우)은 우수한 것으로 나타났다. 2003년 기준 1인당 의료재활비용(3,500유로)과 편익을 분석한 결과, 재활 후 약 4개월만 더 근로활동을 지속할 경우 재활비용은 완전히 회수 가능한 것으로 나타났다. 이는 통상 재활 후 2년이 되는 시점에서 근로를 지속하는 대상자가 70%를 넘는다는 점에서 보면, 재활서비스는 효율성이 매우 높아 연금재정 안정에 크게 기여하고 있는 것으로 파악된다.

또 포괄적인 재활서비스를 제공하는 독일은 미국, 호주, 영국 등 재활서비스가 취약한 국가들에 비해 노령연금수급자 대비 장애연금수급자의 비중이 거의 절반수준에 불과할 것으로 나타나 재활서비스가 조기연금 지급을 억제하는 효과가 있는 것으로 나타났다. 예를 들어, 그 비중이 미국의 경우 17.9%(2007), 호주의 경우 26%(2006)인 반면, 독일

은 6.5%(2006)로 전체 연금수급자에서 장애연금수급자 비중은 상대적으로 낮다(이용하, 2009).

4. 해외 사례의 비교와 시사점

위에서 고찰한 3개국의 공적연금제도 모두 재활서비스를 제공하고 있지만 서비스 체계는 특히 서비스 대상, 서비스 범위, 운영체계의 관점에서 큰 차이를 보이고 있다(표 4).

먼저 서비스 대상 측면에서는 독일이 모든 가입자와 수급자를 대상으로 하는 반면, 미국과 캐나다는 수급자만을 대상으로 하되, 미국은 모든 신청대상자가 수급할 수 있고, 캐나다는 신청자중 재활가능성이 높은 자에 한한다. 이들 국가들 모두 연금제도에서 재활서비스를 제공하지만 독일에서 직업재활을 제공하지만 의료재활 위주인 것에 반해, 미국과 캐나다는 직업재활서비스 위주로 제공하고 있다. 또한 독일은 가입자에게도 재활서비스를 제공하기 때문에 재활수당이 지급되고 있지만, 수급자만 대상으로 하는 미국과 캐나다는 재활의 부대비용만을 제공하고 있다.

표 4. 주요 선진외국 재활서비스 사례 개요

기준		독 일	미국	캐나다
서비스 대상		모든 장애위험이 있는 가입자 및 장애연금수급자	모든 장애연금수급자 (보편적)	선별적 장애연금수급자 (예산제약 등)
서비스 관장		노동사회부 + 연금공단(재활사업본부)	사회보장청(SSA)	캐나다 사회개발부 및 캐나다서비스청
재 원		연금보험료	장애보험에 특정한 보험료 (장애보험기금)	연금보험료
서비스 범위	현 금	재활생계수당(가입자) 또는 연금(수급자) + 부대비용	연금외의 별도생계수당은 없음 + 부대비용	연금 외 별도수당은 없음 + 부대비용
	현 물	의료재활+직업재활	직업재활	직업재활
운영체계		상담과 자격관리 등은 공단에서, 사례관리와 주요서비스는 직영과 외부전문기관에 위탁	공단은 자격관리 및 서비스기관 관리에 국한, 기타 상담, 사례관리, 서비스는 일괄적으로 외부위탁	상담, 자격 및 사례관리는 공단이, 주요 서비스는 외부전문기관에 위탁

전달 및 운영체계 측면에서도 국가간 차이가 매우 크다고 할 수 있다. 미국은 재활상담, 직업훈련 및 취업지원 등 거의 전과정을 외부기관에 위탁하는 형태를 취하고 있다. 반면, 독일은 재활상담과 자격관리를 공단이 수행하고, 나머지 전문적 서비스(의료재활, 직업훈련, 취업지원 등)만 외부에 위탁하고 있다. 캐나다는 미국과 독일의 중간형태로서 지역사회보장 사무소의 재활전문가들이 재활사례관리자로 역할하고 있어 미국보다 재활서비스과정에 깊이 관여하고 있다.

이처럼 독일이 비교 대상국 중에서 재활서비스가 일찍부터 도입되어 상당히 폭넓은 서비스를 제공하고 있는 데 반해, 미국과 캐나다는 재활서비스가 상대적으로 늦게 출발하였고 서비스도 직업재활에 국한된 특징을 보이고 있다. 이에 따라 재활서비스의 발전정도와 효과의 측면에서 독일의 제도는 장기적인 발전방향으로 제시될 수 있다고 할 수 있다. 대신, 미국보다도 발전이 늦은 캐나다의 제도는 포괄범위와 서비스의 범위가 가장 좁다는 측면에서 그리고 엄격한 경제성의 원칙하에 구축되고 있는 모델이라는 측면에서 가까운 시기에 도입이 검토될 수 있을 것이다. 다음 장에서는 이러한 외국의 사례를 참고로 우리나라 국민연금의 재활서비스 구축에 관한 쟁점을 살펴보고자 한다.

V. 국민연금 재활서비스 도입관련 주요 쟁점 분석

1. 재활서비스의 범위

국민연금이 재활서비스를 도입한다면, 독일처럼 의료재활과 직업재활을 통합하여 제공할 것인지, 아니면 미국과 캐나다처럼 직업재활만 제공할 것인지 논란이 된다. 결론부터 말하면, 국민연금의 재활서비스가 경제성이 있으려면 직업재활에 국한하는 것이 적합하다고 판단된다. 그 이유는 다음과 같다.

먼저, 우리나라는 재활전문병원 등 의료재활인프라가 미흡하다. 독일은 일찍이 공단이 재활전문병원을 설치하는 등 이를 육성해 왔다. 이러한 재활전문병원들은 전국적으로 양질의 재활치료를 제공하고 재활과정 말기에 근로활동능력을 객관적으로 측정하여 이를 장애판정 등의 기초자료로 제공한다. 우리나라의 경우 국립재활원을 포함하여 중

합전문재활병원이 5군데 정도에 불과하고 민간재활병원 역시 질과 양이 제한적이어서 충분한 재활서비스가 제공되지 못하고 있다. 그렇다고 당장 공단이 재활전문병원을 직접 구축하는 것은 비용효과적이지 못할 것이다.

또한, 독일의 연금공단은 일찍부터 건강보험과 역할분담을 통해 요양 및 재활치료에 대한 비용부담관계를 명확히 해왔다. 연금에서 제공하는 의료재활은 요양치료의 마지막 단계(3주)로 짧다. 그 이전에 받게 되는 요양치료(급성기 재활치료 포함)는 건강보험이 그 비용을 전적으로 부담한다. 그리고 임금계속지급제도(근로자의 경우 상병 시 8주간 사용자가 종전 임금 계속지급) 및 상병수당제도(상병 발생 8주 후부터 건강보험에서 지급)를 두고 있어 개인이 생계의 부담 없이 요양치료를 받고, 그 후 연금에서 제공하는 마지막 재활치료와 재활수당을 받을 수 있는 체계를 갖추고 있다. 즉 독일은 요양 및 재활치료의 전 과정 중 일부분만을 연금에서 비용을 부담하기 때문에, 비용 대비 재활효과가 큰 것이다(DRB, 2006). 하지만 우리나라의 경우 건강보험이 그러한 의료재활서비스를 제공할 여력이 없고, 상병수당도 제공하지 않아 제대로 된 급성기 및 아급성기 요양 및 재활치료가 이루어질 수 없는 상황이다.

종합컨대, 재활서비스를 공급할 의료재활인프라가 미흡한데다 요양과 재활치료가 있어 건강보험의 역할이 크게 확대되지 않는 한 국민연금의 의료재활서비스는 경제성을 가지기 어렵다. 국민연금의 의료재활서비스가 경제성이 있으려면 일단 건강보험에서 아급성기까지 재활서비스를 제공할 수 있을 때까지 기다려야 할 것이다. 따라서 이러한 조건이 갖추어질 때까지는 국민연금은 직업재활부문에 초점을 두고 실시하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

2. 재활서비스의 대상자

직업재활서비스의 대상자로 독일처럼 장애위험을 받는 가입자 및 수급자를 포괄할 것인지 아니면 미국, 캐나다처럼 수급자에게만 국한할 것인가의 문제이다. 이때 장애위험이 높은 가입자란 아직 장애자로 판정되지는 않았지만 건강상의 이유로 직업의 유지나 획득이 곤란하여 조만간 장애연금을 받을 가능성이 높은 사람을 말한다. 이처럼 잠재적 장애자가 선제적인 직업재활조치를 통해 직장을 유지하고, 일자리를 획득하게 되면 가입자-연금 모두에게 이익이 된다.

그런데 미국과 캐나다가 이러한 가입자에게 직업재활서비스를 제공하지 않는 이유는 간단하다. 경제성이 낮거나 불확실하다고 보기 때문이다. 특히 이들 국가는 재활기간 동안의 생계는 장애연금으로 보장하기 때문에 가입 중인 자를 재활대상에 포괄할 경우 재활수당을 지급하여야 한다. 이 경우 재활비용이 증가하여 경제성이 확보되기 어렵다. 또 이들 국가들은 구분된 장애등급을 가지고 있지 않고 완전장애만 인정한다. 완전장애는 장애로 인해 최저소득 미만의 경제활동능력을 가진 자를 의미하는데, 이미 그 이상의 소득활동능력을 가진 가입자를 굳이 재활대상자로 포괄하여 경제성을 잠식할 필요가 없다고 본다.

반면, 독일의 경우 장애등급이 세분화되어 있어 가입 중인 자에 대한 직업재활은 나중에 발생할 장애등급을 낮추어 급여를 절감하는 효과를 가진다. 또 이들이 소득활동을 하는 경우 연금공단은 소득과 연금 간 중복조정(연금삭감)을 통해 비용을 환수할 수 있다. 그러나 미국과 캐나다는 이러한 삭감방식을 시행하지 않는다. 이들 나라는 수급자가 최저수준 이상의 소득을 가지면 건강상의 장애가 있더라도 바로 장애연금대상자에서 제외시키기 때문에 가입 중인 자에 대한 재활서비스가 큰 편익을 발생시킬 수 없다.

한편, 우리나라의 국민연금은 미국과 캐나다보다도 직업재활서비스의 경제성 확보가 더 어려울 것으로 판단된다. 의학적 장애판정에 전적으로 의존하는데다 현재로서는 장애연금과 근로소득 간 중복조정 장치가 없기 때문이다. 미국, 캐나다, 독일 등 재활서비스를 제공하는 국가들은 소득활동능력기준으로 장애를 판정하고 있다. 이 경우에는 신청자가 일정수준 이상의 소득을 가지고 있거나 아직 소득이 없더라도 그 획득능력을 보유하고 있으면 장애로 판정되지 않는다. 따라서 재활과 장애판정기준 간의 정합성이 높다(이용하 외, 2010). 반면, 의학적 판정체계는 아무리 높은 소득을 획득하더라도 의학적으로만 장애가 존재하면 장애연금을 지급하는 체계이다. 이 체계 하에서 연금공단은 재활서비스를 통해 수급자가 소득활동을 할 수 있게 만들어도 이들에게 연금을 계속 지급해야 한다. 따라서 이 체계 하에서 재활서비스의 경제성이 확보되기 쉽지 않다. 더구나 의학적 장애판정체계 하에서는 연금은 소득상실에 대한 보장이라기보다는 '장애에 대한 보상'으로 인식되어 소득활동과 연금 간 중복조정 기제(독일의 소득조사 사례)를 두는 것도 장애판정체도의 취지 상 적합하지 않게 된다. 이를 종합해서 고려할 때, 국민연금 재활서비스의 경제성을 높이기 위해서는 현행 장애판정체계를 변경해야 한다는 것이다.

하지만 현행 장애판정체계의 변경이 쉽지 않는 여건 하에서 국민연금의 재활서비스가 경제성을 최대한 확보하려면 그 대상을 근로소득이 매우 낮거나 실업상태의 연금수급자에 국한하는 것이 타당할 것으로 판단된다. 미국과 캐나다가 거의 실업상태에 있는 장애 연금수급자에만 재활서비스를 제공하는 것도 그러한 이유에서이다. 물론 이러한 사람들 모두를 재활대상으로 포괄하는 것은 경제성 측면에서나 예산 측면에서 어려울 수 있을 것이다. 따라서 사업초기에 연금공단은 캐나다처럼 재활서비스를 신청하는 사람 중 예산제약, 재활의욕, 재활의 신체적 요건 및 재활(성공)가능성 등을 고려하여 선별하는 것이 보다 타당한 대안으로 생각된다.

3. 재활서비스의 내용

다음 쟁점은 국민연금이 어떤 내용의 직업재활서비스를 제공하는 것이 효과적인 가에 관한 문제이다. 직업재활서비스는 통상 원직복귀프로그램에서부터 현직유지 및 생산성 향상훈련 프로그램 나아가 재취업프로그램 등 장애근로자가 처한 상태에 따라 다양한 형태로 제공될 수 있다. 미국과 캐나다처럼 재활서비스가 소득이 없거나 낮은 연금수급자를 대상으로 한다면, 현직의 유지 및 생산성 향상 프로그램은 실질적으로 제공되기 어렵다. 반면, 독일처럼 실업 상태건 취업 상태건 혹은 수급자건 가입자건 관계없이 그에 적합한 서비스를 제공된다면 직업재활서비스의 스펙트럼은 매우 넓게 되고 이 경우 원직복귀프로그램이 의료재활서비스와 바로 연계되어 제공되어야 실효성이 있다.

그러나 우리나라의 경우 실업상태의 연금수급자를 대상으로 하고, 의료재활과 직업재활이 긴밀하게 연계될 수 없는 상황이므로 경제성 차원에서 재활프로그램은 재취업프로그램만 제공하는 것이 바람직할 것이다. 또 재취업프로그램 중에서도 직업적 재편입에 꼭 필요한 내용의 서비스가 아니라면 가능한 한 제외되어야 할 것이다. 예를 들어, 미국의 경우는 직업재활에 필요하다면 외과적 처치 및 수술비 등 일부 의료재활서비스를 제공하고 있다. 의료재활의 경우는 재활서비스의 경제성 원칙에 맞지 않는데다 이미 건강보험 등에서 제공하고 있으므로 굳이 연금이 제공할 필요는 없다(단, 근로활동 및 근로능력의 향상에 필요한 보장구는 제외). 다만, 직업재활에 필요한 의료재활서비스의 경우는 상당히 긴요하긴 하지만, 어떤 의료재활서비스가 직업재활에 적합한 부분인지는 장기적으로 검토되어야 할 부분으로 당장 시행되기는 곤란하다.

재취업프로그램은 구체적으로 초기상담, 직업 및 적성평가, 직업훈련(필요한 경우), 취업알선, 취업 후 유지관리(사후관리), 필요 보장구 및 재활수당의 지급 등으로 구성될 수 있을 것이다. 이때 특히 재활수당은 생계수당이 아니라 재활서비스를 받는데 필요한 교통비, 식비 등 실비상의 부대비용을 의미한다. 연금수급자는 이미 생계를 지원하는 연금을 수급하고 있으므로 장애인고용촉진공단이나 산재보험처럼 별도의 생계비를 지급할 필요는 없을 것이다. 다만, 재활수당은 충분한 재활참여 유인을 유발할 수 있는 수준에서 적정하게 설정되어야 할 것이다.

4. 재활서비스의 운영체계

국민연금이 직업재활서비스를 제공한다면 국민연금공단이 어디까지 관여할 것인가의 문제이다. 직업재활서비스를 효율적으로 제공하기 위한 운영체계는 각 국가의 여건 및 환경에 따라 다르다. 미국은 근로티켓 교부방식을 통해 사회보험청의 역할을 최소화하고 그 대신 상담부터 사례관리까지 공공 및 민영서비스기관에 위탁하고 있다. 캐나다의 경우 사회보장서비스망(service canada)에 전담 사례관리자를 두어 서비스과정에 깊이 관여하지만, 전문적 서비스는 공공 및 민영 수행기관에 위탁한다. 그러나 독일연금공단은 주로 자격관리 등 기본적 업무만 하고 사례관리와 직업훈련은 장애인 전용직업훈련기관에 그리고 취업이 상대적으로 어려운 중증장애인에 대한 취업알선은 외부전문기관인 통합사무소(우리의 장애인고용촉진공단과 유사)에 위탁하는 형태로 운영한다. 물론 독일은 연금기관에 직업재활상담사를 배치하고 있지만, 이들의 역할은 기본적 상담 및 안내서비스 업무에 국한된다.

미국의 운영방식은 공공 및 민간재활전달체계 즉 재활인프라가 잘 발달되어 있어 가능한 것으로 보인다. 독일의 경우도 마찬가지이다. 공단의 역할은 기초상담, 자격심사 결정 등 최소한에 그치고 있는데, 이는 외부의 서비스기관들이 양적, 질적으로 잘 갖추어져 있기 때문에 외부에 위탁해도 무리가 없기 때문이다. 그러나 우리나라의 여건은 이들 국가들과 크게 다르다. 외부 인프라가 매우 미흡한 상황이다. 따라서 국민연금의 경우 사업초기단계에는 공단이 재활서비스 과정에 적극적으로 개입하는 캐나다의 운영 방식을 채택하는 것이 타당하다고 판단된다. 공단 내에 사례관리자를 두어 기초상담, 자격심사, 직업상담 및 평가 등 재활계획의 수립, 서비스위탁기관에 대한 관리감독 등의

업무까지 수행토록 하는 등 과정에 깊이 개입하는 형태로 운영하는 것이 필요하다는 것이다. 특히 재활계획 수립 시에는 공단의 사례관리자는 외부전문기관 및 전문가를 적극 활용할 필요가 있을 것이다. 하지만 직업훈련, 취업알선 등 전문적인 서비스는 외부에 전적으로 위탁하는 것이 효율적이라고 할 수 있다.

5. 재활서비스 참여 유인 강화

재활서비스 제공에 있어 중요한 과제 중의 하나는 장애연금수급자에게 재활동기를 부여하고 적극적인 재활참여 동기를 제공하는 것이다. 캐나다나 미국은 재활참여를 강제화 하지는 않지만 참여 시 많은 인센티브를 제공한다. 그럼에도 불구하고 이들 나라에서 재활참여가 임의사항이므로 재활참여율이 기대만큼 높지는 않다. 독일처럼 재활가능성이 있으면 재활참여를 강제화하는 것이 손쉬운 방법이지만, 이는 체계적인 취업 지원시스템이 없는 우리나라의 여건상 현실적이지 않다.

더구나 선진 외국은 소득활동기준으로 연금수급권이 결정되므로 특히 최저소득수준 근방에서 소득활동을 하는 자에게는 재활이 매력적일 수 있다. 그러나 우리나라의 경우 현행 장애판정체계 상 수급자가 소득활동을 하더라도 수급권을 잃지 않으므로 재활참여 인센티브가 더욱 약할 수밖에 없다. 또 연금수급 측면에서도 장애인이 재취업하여 최소한 20년 이상 가입기간을 확보하여야 노령연금이 장애연금보다 많게 되는데, 정상적인 가입자도 20년 이상의 가입기간을 넘기기 어려운 상황에서 장애연금 수급자가 연금가입을 통해 누릴 수 있는 실익이 크지 않다.

따라서 우리나라에서 장애인의 재활참여를 활성화하기 위해서는 적절한 인센티브를 마련할 필요가 있다. 특히, 재활참여와 관련된 비용(교통비 등)보상은 물론 재활참여기간을 국민연금의 가입기간(보험료납부기간)으로 인정해 주는 방안(독일과 캐나다)과 같은 경제적 인센티브를 마련해야 할 것이다. 나아가 현재 2년마다 한번 씩 이루어지고 있는 장애재심사를 재활 및 재취업 시점까지는 보류하여 재심사로 인해 장애연금수급권을 상실하는 우려를 불식시킬 필요가 있다. 장기적으로는 장애판정기준을 의학적 손상 기준에서 소득활동능력 기준으로 전환하여 장애와 재활의 정합성을 높이는 동시에, 소득활동 시 근로소득과 장애연금 간 유연하면서 관대한 중복조정 장치를 도입하여 근로유인을 강화하여야 할 것이다.

VI. 결론: 국민연금 재활서비스의 추진방향

이 글은 국민연금의 재활서비스 사업의 필요성과 쟁점을 검토하고 그 구축방향을 해외의 사례를 참고하여 제시하는 것을 목표로 하고 있다. 재활서비스의 구축은 단기적 모델과 장기적 모델로 구분될 수 있다. 정책모델의 구축에 있어서 단기적 모델은 실현가능성이 우선적으로 고려되어야 하는 반면, 장기적 모델은 재활서비스의 보장성과 효과성을 최대화하는 방향으로 설계되어야 한다. 이에 따라 먼저 단기적 관점에서 국민연금의 재활서비스의 구축방향은 아래와 같다.

첫째, 단기적 관점에서 국민연금의 재활서비스의 구축에는 경제성의 원칙이 강조된다. 이는 제도의 신규도입이 유발할 수 있는 논란을 최소화하고 제도의 정착을 용이하게 하기 위함이다. 경제성의 원칙에 따르면 재활서비스로 발생하는 직접적인 편익이 최소한 직접적인 비용을 넘어서야 한다. 이때 직접적인 편익이란 금전적으로 환산될 수 있는 편익인데, 국민연금의 현 장애판정제도 하에서는 수급자가 가입자로 전환되어 가입상한 연령까지 납부하게 될 기여금 수입이 전부이다.

경제성은 의료재활을 포함할 경우 더 줄어든다. 연금에 의한 의료재활은 건강보험이 재활서비스의 상당부분을 담당하고 있을 때, 비로소 경제성을 확보할 수 있다. 우리나라의 경우 현재로서는 이러한 전제조건이 충족되어 있지 않다. 이런 점에서 연금의 의료재활서비스 제공은 단기적으로는 곤란하다. 따라서 재활서비스는 일단 어느 정도 경제적 효율성을 확보할 수 있는 사업인 직업재활을 중심으로 시작하는 것이 바람직하다.

둘째, 직업재활서비스는 연금수급자집단을 대상으로 신청주의 원칙에 의거해 대상자를 선정하도록 해야 한다. 또한 신청한 장애연금수급자 모두에게 재활서비스를 제공하는 것은 경제성 원칙에 부합하지 않다. 따라서 보다 구체적인 선별기준을 둘 필요가 있다. 먼저, 신청가능자의 연령은 18세 이상 60세 미만으로 하되, 조기노령연금 수급자는 제외되도록 한다. 또 장애연금수급자가 이미 full time의 정상적인 소득활동을 하고 있는 사람은 대상에서 제외되어야 한다. 아울러 신청자의 선별에 재활의지, 재활가능성 및 재활능력도 고려되어야 할 것이다.

셋째, 직업재활서비스는 의료재활을 전제로 하지 않는 재취업지원에 중점을 두어야 할 것이다. 재취업지원서비스는 기본적으로 기초상담, 직업상담 및 평가 등 재활계획수립, 직업교육 및 훈련, 취업알선 및 지원 그리고 사후관리 등의 패키지로 구성된다. 또한

현금급여로서 재활수당은 재활참여로 인해 발생하는 교통비, 식비 등 부대비용을 변상하는 수준 이상이 되어야 할 것이다.

넷째, 국민연금의 직업재활서비스는 공단에 재활사업부와 사례관리자를 두어 운영하도록 한다. 이때 재활사업부는 신청접수와 자격심사 등의 업무를 수행하고, 전문적 사례관리자가 직업상담 및 평가 등을 포함한 재활계획의 수립 등 서비스 전과정을 통괄한다. 필요에 따라 재취업에 필요한 직업교육과 훈련, 취업알선, 사후관리 등의 서비스는 외부에 위탁하는 형태가 적절할 것이다. 재활계획은 외부전문가와 밀접한 협력 하에서 수립되어야 할 것이다. 이때 재활계획서는 사례관리자, 재활신청자, 서비스제공자간의 계약서가 된다. 따라서 이에는 각각의 역할과 그에 상응하는 권리보호규정 및 의무규정 나아가 의무를 다하지 않았을 때 부여되는 벌칙이 포함되어야 할 것이다. 특히 재활성공률을 높이기 위해 위탁된 서비스의 수행기관이 일정수준 이상의 취업률을 달성하지 못할 경우, 공단이 제재할 수 있는 조항도 포함되어야 한다.

반면 장기적인 관점에서는 직업재활서비스를 점차적인 방식으로 대상과 서비스범위가 확대되어야 한다. 우선 재활서비스를 미국처럼 보편화시키고 더 나아가서는 독일형 재활서비스로 전환시키는 것도 검토해야 할 것이다. 이 경우에는 많은 제도적 및 환경적 여건의 변화도 함께 진행되어야 한다. 무엇보다도 장애연금과 근로소득 간의 엄격한 중복조정이 이루어져야 한다. 나아가 장애개념의 확대와 장애판정기준의 변경도 이루어져야 할 것이다. 아울러 국가적 의료재활인프라가 크게 확대되어야 할 것이다. 또한 장애연금 수급자의 규모가 커져서 장애연금의 급여지출이 연금지출에 차지하는 중요성이 높아져야 한다. 이러한 제도적, 환경적 여건이 어느 정도 갖추어 졌을 때, 우리나라도 포괄성과 효과성에서 이상적이라고 할 수 있는 독일식 재활서비스 모형을 적용해 볼 수 있을 것이다.

이용하는 독일 Freiburg 대학교에서 사회정책학 박사학위를 취득하고 현재 국민연금연구원예 선임연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 연금제도와 복지재정이다.

(E-mail: lee7800@nps.or.kr)

김원섭은 독일 Bielefeld 대학에서 사회학 박사학위를 취득하고 현재 고려대학교 사회학과에 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 복지사회학과 노후소득보장이다.

(E-mail: kimwonsub2@korea.ac.kr)

참고문헌

- 강동욱(2008). 국민연금 장애판정체계 개선방안 연구. *재활복지*, 12(2), pp.63-88.
- 고용개발원(2011). 2011년 장애인통계. 성남: 장애인고용촉진공단 고용개발원.
- 국립재활원 재활연구소(2011). **지역사회 중심 재활서비스 모형(안)개발-WHO권고지침에 의한**. 서울: 국립재활원 재활연구소.
- 국민연금공단(각 연도). 국민연금 통계연보. 서울: 국민연금공단.
- 국민연금연구원(2009). 장애연금수급자 생활실태 조사보고서. 서울: 국민연금연구원.
- 김성희, 외 11명(2011). 2011년도 장애인실태조사. 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김순례, 외 13명(2007). 장애판정체계 개선 및 재활서비스 구축방안 연구. 서울: 국민연금연구원.
- 김원섭, 김태일(2011). 국민연금 재활서비스의 비용편익분석. 서울: 국민연금연구원.
- 김윤태(2003). 재활의학과 의사가 본 장애인 정책. *대한재활의학회지*, 27(2), pp.157-163.
- 김진수(2009). 국민연금의 재활서비스 도입의 타당성 검토. *연금포럼*, 봄, pp.13-20.
- 나운환(2007). 제2차 장애인복지발전 5개년계획 이행평가-직업재활 및 고용영역을 중심으로. *재활복지*, 11(3), pp.1-26.
- 변용찬(2008). 장애인복지 인프라 개선방안 연구(11). 서울: 한국보건사회연구원.
- 변용찬(2009). 장애인 재활의 현재와 미래. *International Conference for the First Anniversary of NRC Research Institute*. 서울: 국립재활원 재활연구소편.
- 변용찬, 외 7명(2006). 2005년도 장애인실태조사. 서울: 한국보건사회연구원.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원(2006). 2005년 활동제약자 실태조사. 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 신경혜(2006). 국민연금 장애연금 및 유족연금 수급자 추계모형. 서울: 국민연금연구원.
- 오수경(2004). 소득보장제도의 장애인 직업재활프로그램 운영 방안. *직업재활연구*, 14(2), pp.225-254.
- 우해봉(2009). 장애연금 수급자의 사회경제적 특성과 재활서비스 요구도 및 이용분석. *장애와 고용*, 19(1), pp.5-34.
- 유완식(2009). 공단 장애인고용촉진프로그램의 비용편익 분석. 성남: 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.

- 유완식, 임수정, 심진예(2011). 공단 장애인 직업능력개발훈련 개편방안. 성남: 한국장애인
 촉진공단 고용개발원
- 윤조덕, 윤수녕, 김희걸, 김상호, 박수경(2005). 산재보험제도 발전방안에 대한 연구: 재활·
 복지. 한국노동연구원.
- 윤정아(2009). 장애인 의료재활서비스 현황과 전달체계. 국민연금연구원 내부자료.
- 이국주(2008). 장애인 직업능력개발훈련 효과에 대한 선행연구 검토. 성남: 한국장애인촉진
 공단 고용개발원.
- 이용하(2009). 국민연금의 재활서비스 구축방안에 관한 연구. 서울: 국민연금연구원
- 이용하, 김영일, 윤재광(2008). 재활서비스 제도 벤치마킹을 위한 독일 단기국외연수결과보고
 서(안). 서울: 국민연금관리공단.
- 이용하, 김원섭, 신경혜(2010). 국민연금 장애연금 개선방안에 관한 연구. 서울: 국민연금연구원.
- 이정주(2002). 미국 장애인고용정책의 변화와 주요동향- 재활(Rehabilitation)에서 고용
 (Employment) 중심으로. 장애인고용, 12(4), pp.96-117.
- 정연택(2005). 독일의 장애인 직업재활체계에 관한 연구. 장애인고용, 15(1), pp.5-24.
- 정영순, 오수경(2001). 한국 국민연금제도와 미국 사회보장 장애연금제도 비교연구. 사회
 보장연구, 17(1), pp.91-122.
- 한국보건사회연구원(2007). 장애연금수급자 서비스 개선을 위한 조사보고서. 서울: 한국보건
 사회연구원.
- 한국보건산업진흥원(2005). 재활의료서비스 민간확대를 위한 민간보건자원 참여 활성화 방안.
 서울: 한국보건산업진흥원.
- 황수경(2004). WHO의 새로운 국제장애분류(ICF)에 대한 이해와 기능적 장애개념의 필
 요성. 노동정책연구, 4(2), pp.127-148.
- BfA (Bundesversicherungsanstalt feur Angestellte) (2004). SGB IX, Handbuch
 Rehabilitation. Berlin: BfA.
- BfR (Bundesarbeitsgemeinschaft feur Rehabilitation) (2005). Rehabilitation und Teilhabe,
 Wegweiser feur Aerzte und andere Fachkraefte der Rehabilitation. Köln:
 Deutscher Arzt-Verlag
- DRB (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2006). Effektivitaet und Effizienz der
 Rehabilitation. Berlin: DRB.

- DRB (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2008). 2008 Geschäftsbericht, Berlin: DRB.
- DRB (Deutsche Rentenversicherung Bund). <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>.
- HSRDC (2009). A Physician's Guide to Canada Pension Plan Disability Benefits. <http://www.hrsdc.gc.ca/> Nov. 15. 2012.
- HSRDC (2010). Disability Vocational Program in Canada. <http://www.hrsdc.gc.ca/> Nov. 15. 2012.
- HSRDC (Human Resources and Skills Development Canada). [http://www.hrsdc.gc.ca/publications and resources](http://www.hrsdc.gc.ca/publications_and_resources).
- OECD (2007). New Ways of Addressing Partial Work Capacity, OECD Thematic Review on Sickness, Disability and Work. Issues Paper and Progress Report, April 2007. Paris: OECD.
- OECD (2009). Sickness, Disability and Work - addressing Policy Challenges OECD Countries, Issues for Discussion. High-Level Forum, 14-15, May 2009, www.oecd.org/. Stockholm, Sweden.
- Service Canada (1998). Changes to the Canada Pension Plan(CPP). Ottawa: Service Canada.
- SSA (2009a). History of SSA during Johnson Administration 1963-1968. Baltimore: SSA.
- SSA (2009b). Working While Disabled - How We Can Help. www.socialsecurity.gov. Nov. 15. 2012.
- SSA(Social Security Administration). <http://www.ssa.gov>.
- Whitehouse, E. (2007). Pensions panorama: retirement-income systems in 53 countries. MPRA Paper 14797, University Library of Munich, German.

A Study of the Introduction of Rehabilitation Service by the NPS

Lee, Yong Ha

(National Pension Research Institute)

Kim, Won Sub

(Korea University)

This study discusses the necessity for rehabilitation service by the National Pension Scheme and what methods to take to establish it. The demand for rehabilitation services in Korea is expected to increase radically in the future, as the beneficiaries of the disability pension will be raised. However, the infrastructure for rehabilitation service is not established because of financial constraints. In this regard, rehabilitation services by the National Pension Scheme can contribute to covering this deficits and enhancing the financial stability of the pension fund. The rehabilitation services of the NPS should be established under the principle of economic efficiency. This services should mainly provide the vocational rehabilitations and cover beneficiaries of the disability pension. Most of the process of vocational rehabilitation should be commit to the outside agencies. But the National Pension Scheme, as the rehabilitation coordinator, should control the whole process of vocational rehabilitation practices.

Keywords: The National Pension Scheme, the Rehabilitation Services, Canada, the United States, Germany