

# 수요자 중심으로의 장애연금제도 개선 논의

## Measures for Improving Disability Pension Eligibility Screening

金泰完 한국보건사회연구원 주임연구원

장애연금제도는 국민연금제도중 주요한 제도로서 노령연금이 연금수급자가 일정 연령에 도달하여 급여를 수급하는 제도인 반면에, 장애연금은 연금가입 이후 발생한 사고로 가입자에게 장애가 발생할 경우 급여를 지급하는 제도이다. 장애연금의 수급자는 연금도입초기인 1988년에는 69명에 지나지 않았으나 지속적으로 그 수가 증가하여 1995년에는 8,617명, 2000년에는 24,084명으로 증가하고 있다. 그러나 현재와 같은 적은 인력과 주 1회의 회의를 통한 심사와 여러 가지의 장애판정 기준은 장애급여 신청자들에게 장애연금제도의 합목적성을 충분히 납득시키기 어려울 것이며, 향후 증가할 것으로 예상되는 장애급여 수요자들의 욕구에도 부응하기 어려울 것이다. 따라서 본고에서는 장애연금의 장애결정을 위한 장애판정기준과 장애심사과정에 있어서의 문제점을 파악하고 이에 대한 효율적인 방안을 찾아보고자 한다.

### 1. 들어가며<sup>1)</sup>

장애연금제도는 국민연금제도중 주요한 제도로서 노령연금이 연금수급자가 일정 연령에 도달하여 급여를 수급하는 제도인 반면에, 장애연금은 연금가입 이후 발생한 사고로 가입자에게 장애가 발생할 경우 급여를 지급하는 제도이다. 장애연금의 수급자는 연금도입초기인 1988년에는 69명에서<sup>2)</sup> 지속적으로 그 수가 증가하여 1995년에는 8,617명, 1999년과 2000년에는 18,850명, 24,084명으로 증가하고 있다. 이러한 수급자의 증가는 장애급여의 중요성을 증가시킬과 더불어 장애수급자를 심사하는 기준 및 과정

에 대한 문제점이 발생할 수 있다. 최근 국민연금제도의 중요성이 증가되면서 연금과 관련된 많은 논문들이 발표되고 있지만, 주로 기금운용, 연금제도 등 거시적인 측면에 대한 연구가 주류를 이루고 미시적인 측면으로서 연금제도내에 있는 세부제도들에 대한 연구는 많이 이루어지지 않았다.

따라서 본고에서는 미시적인 측면으로서 먼저 국민연금제도중의 하나인 장애연금을 중심으로 그 중 장애연금의 장애결정을 위한 장애판정기준과 장애심사과정에 있어서의 문제점을 파악하고 이에 대한 효율적인 방안을 찾아보고자 한다.

1) 본고의 주요내용은 원종욱 외, 『장애·유족연금 심사업무 효율화 방안』, 한국보건사회연구원, 2001. 보고서를 참조하였음.

2) 연금수급자와 일시보상금수급자를 합한 수치임(국민연금관리공단, 『국민연금통계』, 2000).

## 2. 현행 장애연금제도의 현황 및 문제점

국민연금의 도입과 함께 시작된 장애연금은 가입중에 발생한 질병 또는 부상으로 인하여 신체적 또는 정신적인 장애를 입은 경우에 그 완치 후에도 장애가 존속하는 동안 그 장애의 정도에 따라 급여를 지급하는 연금제도이다(국민연금법 58조 1항). 여기서 '장애'라 함은 부상 또는 질병이 완치되었으나 신체에 남아있는 정신적 또는 육체적 손상상태로 인하여 생긴 노동력의 상실 또는 감소를 말한다. 또한 장애등급은 1, 2, 3, 4 등급으로 구분되며(법 58조 5항), 국민연금관리공단은 장애정도의 적절한 심사를 위하여 장애심사위원을 두거나 자문의사를 위촉할 수 있다(영 41조).<sup>3)</sup>

위와 같이 규정된 장애연금제도의 현재 시점에서의 현황 및 문제점을 파악해 보면 다음과 같다.

### 1) 장애등급관련 법체계의 혼재

우리 나라 현행법 중 장애와 관련된 법으로는 장애인복지법, 장애인고용촉진 및 직업재활법, 특수교육진흥법, 산업재해보상법, 자동차손해보상보장법, 근로기준법, 국가유공자 예우 등에 관한 법률, 국민연금법, 공무원연금법, 사립학교교원연금법, 군인연금법, 국가배상법 등 모두 12종류의 법이 있다. 그러나 장애등급과 관련해서 볼 때 장애인복지법, 국가유공자 예우 등에 관한 법률에서는 6등급, 국민연금법에서는 4등급, 산업재해보상법

등 나머지 법률에서는 14등급을 취하고 있다.

- 장애인복지법은 1981년에 제정되었으며, 장애등급은 1~6등급으로 지체장애, 시각, 청각, 언어, 정신지체, 발달장애(자폐증), 정신장애, 신장·심장장애가 이에 속한다.
- 국민연금법은 1986년에 제정되었으며, 장애등급은 1~4등급으로 장애종류에는 시각장애, 지체장애, 언어장애, 청각장애, 신경장애, 정신장애, 저작기능장애, 척추변형, 노동불능상태가 포함되어 있다.
- 산업재해보상보험법은 1963년도에 제정되었으며 장애등급은 두 종류로 나누어져 있다. 그 중 하나는 신체장애등급으로 1~14등급으로 되어 있고, 다른 하나는 폐질등급으로 1~3등급으로 되어 있다. 신체장애에는 시각장애, 언어장애, 저작기능장애, 신경장애, 정신장애, 흉복부장기기능장애, 지체장애, 청각장애, 외모추상, 생식기장애, 신장 또는 비장장애, 치과보철 등이 포함되며, 폐질등급에는 시각장애, 언어장애, 저작기능장애, 정신장애, 신경장애, 흉복부장기기능장애, 지체장애, 기타 폐질장애가 포함된다.

즉, 위와 같이 국내에 있는 각종 법에서 정하는 장애등급 기준이 상이함으로써 복지대상자 관리 및 서비스 급여에 혼선이 발생할 가능성이 크다. 이와 같은 차이점들 중에서 특히 동일증상에 대한 증증은 수위가 달리 적용되는 문제점을 방지하기 위해서는 증증도에 대한 공통기준의 적용

3) 국민연금관리공단, 『국민연금법 해설』, 2001. 참조

이 필요하기도 하다.

## 2) 장애등급기준 설정의 현재<sup>4)</sup>

장애급여를 지급하기 위한 장애를 판정하는 기준이 다양하며 또한 각 기준이 상이하다. 따라서 어느 것을 기준으로 사용하느냐에 따라 등급과 급여가 결정되게 된다. 장애판정을 위한 등급 결정에 사용되는 방법들로는 다음과 같이 것들이 있다.

### (1) 오키나카(Okinaka) 방법(1996)

Okinaka 방법은 바람직한 장애평가의 기본자세를 생리 해부학적 능력결손(1차 능력장애)과 가동(노동) 능력결손(2차 능력장애)을 종합적으로 평가해야 될 것이라고 결론을 내리고 있으며, 그 내용은 다음과 같다.

#### ① 1차 능력

1차능력은 일상생활을 하는 데 지장이 있는 정도에 따라서 5단계 8구분으로 분류하고 운동, 감각, 정신의 각 기능장애를 검토하여 기본적인 일상생활동작, 예를 들면 식사, 배설(배변 및 배뇨), 두 팔로 물건을 잡는 동작(손의 동작), 보행, 보는 것, 듣는 것, 말하는 것 등의 능력으로 나누어 이들 장애가 얼마나 포함되어 있는가에 따라 각종 신체장애정도를 비교하고 있다.

#### ② 2차 능력

2차 능력은 돈을 벌 수 있는 능력 즉, 부상 전 상태의 직업에 종사할 수 있는지 또는 타직종에

종사 할 수 있는지 여부를 평가하는 것인데, 1차 능력의 상태가 2차 능력의 상태를 지배하는 경우도 있다. 그리고 새로운 직업에 대한 능력은 직업재교육에 대한 시간, 지도의 내용, 본인의 노력, 소질 등에 달려 있지만 이 새로운 직업으로 인한 가동능력이 일반노무자의 표준에 못 미치는 경우 1차 능력에다 2차 능력까지 합쳐서 손실이 있다고 본다.

### (2) 와타나베(Watanabe)방법(1986)

일본의 1984~1986년도 문부성 특정연구 『교통재해의 후유(後遺)장애에 대한 보상』의 연구반에서는 후유장애 등급표(평가표)의 근본적 개정에는 국제장애분류를 기초로 하는 것에 합의를 보았다. 이에 대한 Watanabe방법을 소개하면 다음과 같다.

기능장애가 있는 개인의 동작활동의 제한을 능력저하평가표를 기본으로 하여 제1종으로부터 제10종까지 구분하고 상위로부터 아래로, 100%로부터 10%까지의 능력저하율을 표시하였다. 제1종부터 제3종까지는 개호(介護)와 개조(介助)를 요하는 경우를 배열하고 중증의 신체장애자는 그에 걸맞는 보상을 받을 수 있게 사회적 불이익 평가표와 합산을 하게 하였다.

사회적 불이익 평가표에는 제1계로부터 제7계에 이르기까지 사회적 불이익의 여러 차원이 열거되고 있으며 각계의 단위수와 능력저하 평가표와의 합산으로 후유장애의 보상을 하게 되어 있다. 그렇게 함으로써 중증 신체장애자가 있는 가

4) 임광세, 『새로운 신체장애평가법』, 중앙출판사, 1999. 참조

정에 대하여 또는 능력저하가 없는 기능장애자 등에 대해서 합리적인 보상을 할 수 있다. 또 위 자료의 산출, 가해자 측의 연령, 직업, 사회적 지위, 자산상황, 가해행위의 동기, 과실의 정도 등을 고려할 수 있게 하였다.

(3) 맥 브라이드(Mc Bride)방법(노동능력 감퇴평가, 기능저하평가)

맥 브라이드 방법은 미국 정형외과 교수였던 Mc Bride가 1936년에 쓴 책인 노동능력 감퇴(상실)평가와 배상가능한 손상의 치료원칙(Disability Evaluation and Principles of Treatment of Compensable Injuries)에 기재되어 있는 신체장애 평가방법이며, 현재 우리나라에서 쓰고 있는 책은 제6판(1963)이다. 이 방법을 이용하려면 먼저 Mc Bride가 제시한 표에서 해당되는 직업과 장애부위를 맞춰서(match) 손상변수<sup>5)</sup>(injury variants)를 알아내고 또 다른 표에서 해당 신체장애를 찾은 다음 이 손상변수에 부합되는 수치가 그 직업에 상응하는 노동능력 감퇴(상실)율이 된다.

(4) A.M.A.(영구적 신체)장애 평가지침

적합한 신체장애 평가방법의 제정을 바라는 미국내의 여망에 따라 미국의학협회(A.M.A.)는 신체장애 등급위원회를 조직하고 1958년부터 1970년까지 72명의 각과 전문의로 하여금 각각 자기분야의 신체장애에 대한 평가방법과 신체장

애율을 정하고 이것을 각 분과학회별로 연차적으로 발표하게 한 것을 1971년에 단행본으로 초판을 간행했으며 1984년에 제2판, 1988년에 제3판, 1990년에 제3판(개정판), 1993년에 제4판(개정판)을 간행하였다.

(5) 캘리포니아주 방법

캘리포니아 주의 노동법 예규인 영구적 노동능력 감퇴율표를 말하며 1914년에 제정되었고 그후 여러 번 개정되었다. 여기서 검토하는 것은 1988년에 개정된 것인데, 1,534개의 직업을 61개 군으로 나눈 다음 신체장애율을 피해자의 직업에 연관시켜서 노동능력감퇴(상실)율을 산출하고 다시 이것을 연령에 연관시켜서 피해자의 연령에 해당되는 노동능력감퇴율을 평가하는 방법이다. 일부 문헌에서는 우수한 노동능력 감퇴율을 평가하는 방법으로 되어 있다.

신체장애와 직업군에 대해서 각각 분류번호가 주어지는데 먼저 신체장애율과 직업 분류번호를 맞춰서(match) 장애직업 결합부호(A~L)를 찾아내고, 다음에 신체장애율과 장애직업 결합부호를 맞춰서 직업에 연관된 노동능력 감퇴율을 찾아낸다. 최종적으로 연령에 상응하는 노동능력 감퇴율을 해당표를 이용해서 산출한다.

3) 장애·유족심사업무량의 지속적인 증가에 따른 효율성 저하

2001년 현재 국민연금관리공단에서 심사인력

5) 손상변수란 맥 브라이드가 제시한 표에 나오는 injury variants를 그대로 번역한 것인데, 직업과 장애에 연관되어 노동능력 감퇴율을 표시하고 있어 직업 장애계수라고 부를수도 있음(전계서 참조).

1인당 한계 심사처리량은 일 8.73건(월 218/ 연 2,616건)으로 추정되고 있다. 이와 같은 업무량은 심사인력 11명(정원기준)을 기준으로 할 때 연간 28,776건을 처리할 수 있고, 이는 2002년의 심사 예정건수와 거의 일치하는 수준이다. 국민연금관리공단의 자체 추계에 의하면, 2005년의 경우 심사량이 47,000건으로 증가할 것으로 예상되고 심사직원 1인당 처리건수는 1일당 13.6건이 2010년에는 23건이 되는 것으로 전망되고 있다. 따라서 업무량의 증가에 대비한 대책이 시급히 수립되어야만 질적인 심사업무가 유지될 수 있을 것이다.

### 3. 장애연금 심사건수 증가추이 분석

국민연금 가입자 확대와 더불어 본격적인 연금수급이 개시될 경우를 예상하여 향후 장애연금 수급자수를 추정해 보았다.

연도별 장애인 증가추이의 추정은 한국보건사회연구원의 『2000년 장애인실태조사』를 이용하여 원자료상 장애발생연령과 현재 연령을 기준으로 하여 장애발생연도를 추정하였다(식 참조).

장애발생시기를 판단함에 있어 선천적인 장애뿐만 아니라 장애발생시점이 연령상으로 20세 미만이거나 60세 이상인 경우는 제외하였다. 그 이유는 국민연금의 장애연금이 연금가입후 1년경과시점 이후 발생한 후천적인 장애를 기준으로 하고 있기 때문이다. 따라서 식을 통해 추정된 장애인수는 모두 후천적인 장애를 기준으로 20세에서 59세에 발생한 연도별 장애인수를 추정한 것이다.

$$Y_t = 2000 - (Y_b - Y_p)$$

( $Y_t$  : 장애발생연도, 2000 : 조사연도,  
 $Y_b$  : 장애발생연령,  $Y_p$  : 현재연령)

위의 식을 이용하여 각 연도별 장애발생자수를 추정한 후, 전국인구로 환산하는 가중치를 적용하여 이를 전국환산 인구로 전환하였다. 그러나 실태조사에 나타난 모든 사람이 장애연금을 신청할 수 있다고 볼 수 없다. 그 이유는 『장애인 실태조사』는 전국민을 대상으로 한 것인 만큼 전국민 대비 연금가입자의 비율을 적용해야만 장애연금 신청가능자수가 추정될 수 있기 때문이다. 그러나 연금의 가입률을 계산함에 있어서도 전체

표 1. 국민연금관리공단 자체 장애 유족심사 대상건수 추계<sup>1)</sup>

(단위: 천건, 천명)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010
심사건수	12	15	20	29	34	41	44	73
장애 유족수급권자	107	176	234	298	365	436	470	790

주: 1) 2003년 이후는 국민연금관리공단 연구센터의 중·장기추계의 증가율을 인용함.  
 자료: 국민연금관리공단, 내부자료, 2001.

적인 가입률을 적용하기보다는 다음과 같은 방법을 이용하였다. 현재 남녀간·가입종별(사업장 및 지역가입자)의 가입비율의 차이가 나타나고 있지만, 여기서는 자료의 한계로 인해 성별을 기준으로 계산하였다. 먼저 연도별 남녀의 가입비율을 별도로 계산한 후<sup>6)</sup>, 이를 이용하여 최종적으로 연금의 가입대상자 중 장애발생가능인구를 추정하였다(표 2 참조). 위의 가정을 통해 계산된 장애연금대상자의 수는 연간 약 2만명 정도 될 것으로 추정되었다.

약 2만여 명이 모두 당 연도 신청자라고 가정할 경우, 재심건수를 10~15%(국민연금관리공단, 내부자료 이용)적용하여 신규 신청자를 추정해 보면, 1999년에 10%인 경우 22,014명이며,

15%를 가정할 경우 23,015명으로 추정할 수 있다. 이는 1999년 기준이며 이를 확대하여 장기적으로 2010년까지의 장애연금 심사청구수를 추정해 보았다. 장기 추계를 위한 제반 가정은 다음과 같다. 첫째, 장애연금의 경우는 매년 재심건수가 10~15%에 이르고 있어 이를 우선적으로 고려하였다. 외부장애의 경우는 재심비율을 다음 연도 1년간만 적용해도 되지만, 내부장애(심장, 신장, 암)의 경우 재심건수를 추정함에 있어 장애등급이 단기간에 고정되는 것이 아닌 일정기간(약 5년간, 국민연금관리공단 내부자료)을 두고 계속적으로 재심사하게 된다. 따라서 5년간의 재심건수가 계속적으로 누적되는 결과를 초래하므로 이를 고려하였다. 따라서 장기적인 장애심사

표 2. 연도별 장애인 증가추이(연금가입률 적용기준)

(단위: 명)

구분	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
지체장애	2,400	1,538	2,188	1,880	2,577	2,450	3,488	4,187	2,890	5,435
뇌 병 변	844	224	628	1,032	321	1,653	1,061	1,660	1,063	2,236
시각장애	845	154	482	397	273	483	598	524	756	622
청각장애	273	46	123	161	152	216	56	495	220	247
언어장애	69	0	0	35	0	0	216	0	0	155
정신지체	0	0	0	39	36	169	0	0	112	73
정신장애	203	187	53	40	396	142	308	270	54	271
신장장애	47	0	0	0	124	318	205	587	322	558
심장장애	15	0	165	164	259	305	224	289	120	572
암	2,748	2,886	3,190	3,463	3,744	5,249	5,903	6,328	5,695	9,843
총 계	7,445	5,035	6,828	7,211	7,882	10,985	12,058	14,340	11,231	20,013

자료: 한국보건사회연구원, 「2000 장애인실태조사」, 원자료  
 국립암센터, 『암통계 2000』, 2000.  
 국민연금관리공단, 『국민연금통계』, 2000.

6) 1999년의 자료만을 기준으로 볼 경우 전인구 대비 연금가입자의 비율은 남자는 약 33.8%, 여자는 11.9%로 계산되었음.

청구수를 추정함에 있어 매년 발생할 것으로 추정되는 장애인수에 외부장애의 경우는 재심청구율 10~15%를 가산 계산하였으며, 내부장애의 경우는 동 비율이 5년간 누적되어 나타난다는 가정하에 이를 2010년까지 추정하였다. 이후 1999년 자료를 기준으로 연도별 인구증가율을 곱하여 2010년까지 구한 자료에 앞의 내부·외부장애로 인한 재심건수를 더하여 최종적인 장애연금의 심사청구건수를 추정해 보았다(표 3 참조).

〈표 3〉을 볼 경우 장기적으로 2010년에는 재심건수를 포함한 장애연금의 심사청구건수는

1999년 대비 각각 29.0%와 38.3% 정도 증가한 수준이다. 이들 자료를 기준으로 실제적인 등급 적용을 받을 수 있는 비율은 실제 신청자중 약 83%(국민연금관리공단 내부자료)에 해당되므로 앞의 수치에 이를 적용하면 실질적인 등급적용자는 1999년 기준은 18,272명에서 19,102명으로 나타났으며, 장기적으로 2010년에는 23,580명에서 26,423명까지 증가할 것으로 추정된다.

위와 같이 장기적으로 인구증가와 법정 장애 등급의 변화 등에 따라 장애연금의 심사업무량은 계속적으로 증가될 것으로 판단된다<sup>7)</sup>. 따라

표 3. 연도별 심사건수 증가추이 분석

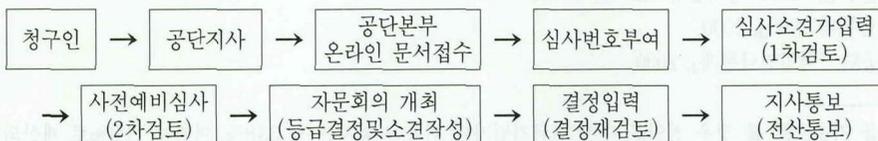
(단위: 명)

구 분	장애연금 <sup>1)</sup>	
	재심률 10%	재심률 15%
1999	22,014	23,015
2000	23,370	24,931
2001	24,745	26,873
2002	26,118	28,819
2004	27,717	31,030
2006	28,064	31,432
2008	28,241	31,645
2010	28,410	31,835

주: 1) 매년도 장애연금의 심사건수 증가추이는 통계청의 『인구추계』 자료중 20~59세까지의 매년도 인구증가율을 이용하여 추정하였음.

7) 현행 장애심사업무는 다음과 같은 흐름을 통해 이루어지고 있음(국민연금관리공단 내부자료).

- 장애심사에 소요되는 기간은 접수일로부터 총 21일로 규정되어 있음.
- 접수당일 심사번호부여(1일) → 심사소견 전산입력(1일) → 사전예비심사(1일) → 자문회의개최(1일) → 결정재확인(1일) → 지사통보



서 현행 국민연금공단 본부로의 심사업무가 집중됨으로써 다음과 같은 문제점이 발생할 수 있다.

첫째, 심사건수의 증가에 따라 장애판정을 위한 자문회의가 자주 개최되어야 하는데, 회의 증가에 따른 참석자들의 결정, 장소 기타 제반 비용의 증대 등의 문제점이 발생한다. 둘째, 일정기간 심사청구자들의 청구서를 본부에서 보관해야 함에 따라 본부내에 이들 문서의 보관 문제가 발생하게 된다. 셋째, 기타 심사업무 증가에 따른 본부의 인적·물적 비용이 증가하게 된다.

#### 4. 미국의 장애연금제도 운영현황<sup>8)</sup>

미국의 장애연금제도는 장애인들에게 일방적으로 연금을 지급하기보다는 엄격한 자격기준과 여러 단계의 심사과정을 거쳐 장애연금을 지급하고 있다. 이를 통해 장애인의 근로능력을 배양하고 다시 근로현장으로의 복귀를 목표로 하고 있다. 따라서 우리나라와 같이 한 번 장애연금대상자로 선정되면 계속적으로 장애급여를 받는 것이 아니라, 장애급여 수급후에도 계속적인 장애여부에 대한 재심사업무를 수행하고 있다<sup>9)</sup>.

미국에서 장애연금을 지급받기 위한 급여조건은 미국의 사회보장제도에 의해 보호되고 있는 직업에서 -충분히 오랫동안- 일을 하고 있어야

하며, 장애에 관한 사회보장에서 정의되고 있는 의료조건에 부합되어야 한다. 또한 장애로 인해 1년 혹은 그 이상을 지속적으로 일을 할 수 없는 경우에 급여를 제공하게 되어 있으며, 65세에 이를 때까지 계속적으로 장애급여를 받는 대상자의 경우에는 65세 이상의 연령에 도달하면 노령급여로 대체된다. 그러나 급여수준은 장애급여와 동일한 수준을 지급 받게된다.

장애급여의 제공은 장애급여 대상자가 다시 정상적인 일을 할 수 있을 때까지 제공된다. 급여수준의 결정은 사회보장 work credit는 해당자의 평생 총임금 혹은 자영업소득을 기본으로 해서 결정되며, 장애급여를 받기 위한 work credit의 수는 해당자의 장애가 발생했을 때의 나이에 영향을 받게 된다. 그러나 장애급여를 받기 위해서는 나이에 상관없이 장애가 발생한 해가 포함된 최소한의 work credit의 기간이 필요하다.

미국의 장애급여는 과거와는 달리 근로능력을 강조하여 장애연금수급자가 일을 할 수 있게 되거나, 일정수준 이상의 소득을 갖게되는 경우 장애연금 지급이 중단되는데, 이들을 위한 별도의 '근로유인제도(work incentives)'가 있다.

미국의 연방사회보장청(Social Security Administration: SSA)에서 정의하고 있는 장애에 대한 정의는 일반적인 경우와 다르다. 즉, SSA는 완전 장애에 대해서만 급여를 지급하게

8) 본 부분의 내용은 SSA, *Disability Evaluation Under Social Security*, 2001. 1.을 참조하였음.

9) 이러한 재심사제도를 통해 미국은 1981년과 1984년 사이 120만명의 수급자중 49만명을 수급자에서 탈락시켰음(정연순 외, 「한국국민연금제도와 미국 사회보장 장애연금제도 비교연구」, 『사회보장연구』, 제17권 제1호, 2001. 6. 참조).

되어 있다. 단지 부분장애(partial disability) 혹은 단기간의 장애에 대해서는 급여를 제공하지 않는다. 일반적으로 SSA의 장애는 일을 할 수 없는 장애를 말한다. 즉, 급여해당자의 장애가 계속적이거나 적어도 1년 이상 지속되는 경우, 혹은 사망에 이르기 직전의 장애이어야만 된다. 단기적인 장애의 경우는 장애급여 이외의 다른 사회보장의 지원을 받을 수가 있다.

장애급여의 지급 결정은 5단계의 과정을 거쳐서 최종적으로 장애급여 대상자가 결정된다. 1, 2단계에서는 연방사회보장청(SSA)이 장애연금신청자를 대상으로 근로소득과 장애정도에 대한 기본판정을 내리며, 3~5단계에서 해당 주의 장애판정사무소가 심사청구자의 장애상태와 근로능력에 대해 보다 엄격하게 자격심사를 하게 된다.

위와 같이 미국의 장애연금은 근로능력이 있는 장애인을 자격에서 철저히 배제시키는 동시에 장애가 심각하지 않지만 여건상 소득활동을 할 수 없는 심사청구자에 대해서는 장애연금 대상으로 포괄하는 유연성을 보이고 있다.

미국제도는 급여가 결정된 후에도 지속적으로 급여를 지급하는 것이 아니라 급여대상자의 적격성을 정기적으로 재조사하는 재심제도를 두고 있다. 즉, 장애가 호전될 가능성이 있는 대상자는 3년마다 정기적으로 재심사를 실시하고 있으며, 장애가 나아질 가능성이 없는 경우이라도 5~7

년마다 재심사를 실시하고 있다. 정기적인 재심사제도를 통해 장애연금에 대한 부적격자를 지속적으로 찾아냄으로써, 장애인의 근로능력 향상과 근로활동 참여를 강조하고 있다.

최종적으로 미국의 장애급여의 첫 급여는 장애가 발생한 이후 다섯 달의 대기기간 후인 여섯 번째 달에 지급된다. 급여의 지급월은 의무가 시행된 이후의 익월에 지급된다. 만약 장애급여 해당자가 기타 다른 사회보장급여를 받고 있는 경우 이를 차감해서 지급하게 되어 있다. 장애연금의 기본적인 구성은 기본연금액에 가급연금액을 더하여 지급하게 된다.

장애급여의 신청과 장애결정과정은 지역사회보장사무소(Social Security Field Office)와 주(州)장애판정사무소(DDSs: Disability Determination Services)에서 이루어진다. 심사청구자에게 장애가 발생하면 심사청구자는 먼저 지역사회보장사무소에 신고한다. 동 사무소에서는 심사청구자에 대한 인적사항 등을 기록한 접수(application)증을 수령하며, 초기 조사로서 지역사회보장사무소에서는 비의료적인 사항을 조사하게 된다. 주(州)장애판정사무소인 DDSs에서는 심사청구자의 장애에 대한 의료적인 판단을 수행한다. 초기의 장애판단여부는 심사청구자의 의료기록서에 주로 의존하게 된다. 그러나 심사청구자의 의료기록서만으로 판단이 어려울 경우에는 자문조사관(CE: Consultative Examination)<sup>10)</sup>들에게

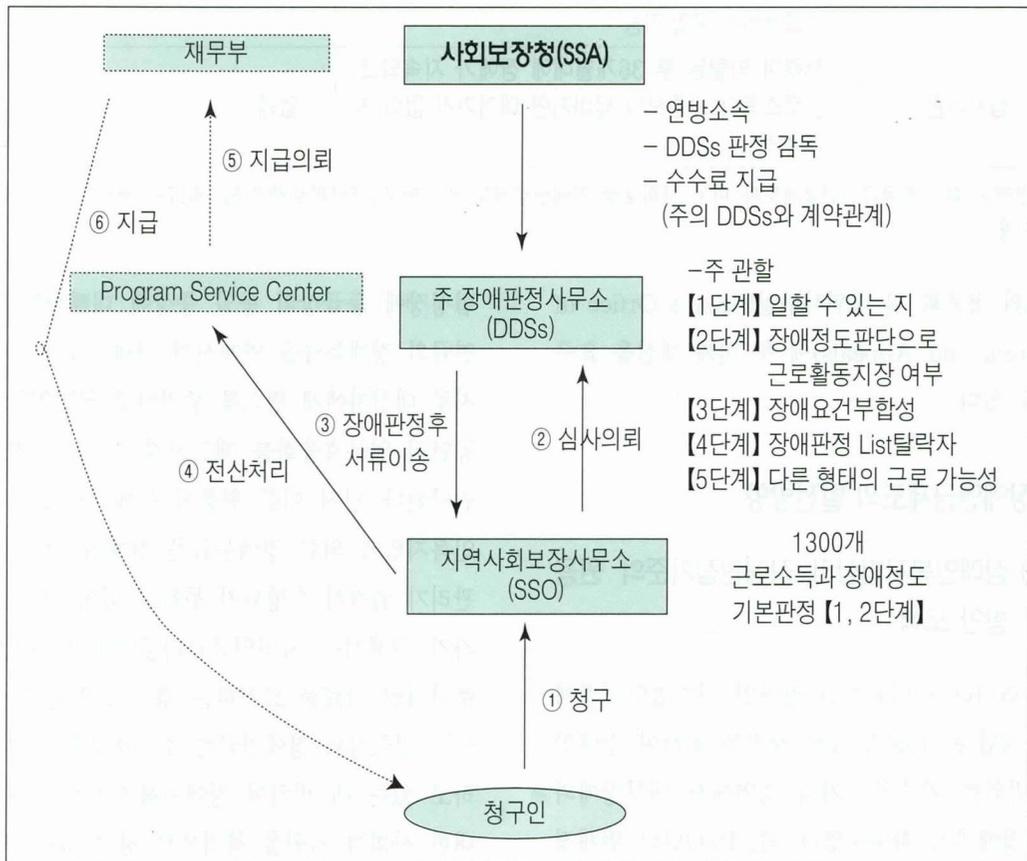
10) 자문조사관은 SSA에서 장애여부를 심사함에 있어 심사청구자가 제출한 자료로서 충분히 장애여부의 판단이 어려운 경우, 이를 대신 판단해 주는 역할을 하는 사람들임(자세한 내용은 원종욱 외, 『장애·유족연금 심사업무 효율화 방안』, 2001. 참조).

의뢰하게 된다. 위와 같이 여러 단계의 심사와 엄격한 자격기준을 두고 있는 미국의 장애연금제도는 심사청구자의 장애판정에 정확성을 기하기 위해 주로 의사, 정신분석사문관과 장애조사자로 구성된 2인의 자격심사팀을 두고 있으며, 이들에 의해 최종 장애여부의 판정을 하게 된다. 장애로 판정된 경우에는 SSA에서 장애수준에 해당되는 급여를 지급하게 되며, 반면에 장애가 아닌 것으

로 판정된 경우, 심사청구자의 탄원을 예상하여 일체 관련서류를 지역사회보장사무소에 보관하게 된다(그림 1 참조).

심사청구자가 비장애판정에 불복할 경우 이의 신청을 할 수 있으며, DDSs는 새로운 심사팀을 구성하여 새롭게 심사를 진행하게 된다. 재심사 요구에서도 비장애라는 결정이 내려지는 경우 심사청구자가 비장애판정이 나온 것에 불만이 있는

그림 1. 미국의 장애연금판정 및 지급절차



자료: 원종욱 외, 『장애·유족연금 심사업무 효율화 방안』, 한국보건사회연구원, 2001.

표 4. 급여차원에서 미국과 한국 장애연금의 비교

구 분	미 국	한 국
대기기간	- 현금급여: 5개월 - Medicare: 36개월(신장투석, 신장이식이 필요한 만성신부전증 제외)	- 없음.
급여수준	- 소득비례급여+고소득액의 적용비율 낮춤. - 장애정도에 따른 급여차등화 없음. - 가입기간에 따른 급여가산 없음.	- 소득비례급여+균등급여 - 장애정도에 따른 급여차등화 - 가입기간에 따른 급여가산
시범근로기간	- 근로소득기준 이상이 되더라도 안정적 근로가 가능할 때까지 비연속적으로 5년내 9개월간 급여제공	- 없음.
급여연장	- 현금급여: 2개월 연장 - Medicare: 39개월 연장. 이후에도 저렴한 가격에 의료서비스 구입 가능	- 없음.
심사기관	- 자격이 박탈된 후 36개월내에 장애가 지속되고, 근로소득이 기준보다 낮아지면 대기기간 없이 자격 취득	- 없음

주: 정연순 외, 「한국국민연금제도와 미국 사회보장 장애연금제도 비교연구」, 『사회보장연구』, 제17권 제1호, 2001. 6.에서 인용

SSA의 청문회 및 청원사무실(SSA's Office of Hearing and Appeals)에 두 번째 재심을 요구할 수 있다.

## 5. 장애연금제도의 발전방향

### 1) 장애인복지법상의 장애판정기준의 원용 방안 모색

우리나라의 대표적인 장애인 관련법인 『장애인복지법』은 1999년 1월 개정을 통하여 장애인의 범위를 기존의 5가지 영역에서 내부장애평정신장애까지 확대하였다. 즉, 1999년의 법개정으로 장애종류간의 형평성 및 장애등급간의 형평성 문제가 크게 보완되었다. 따라서 이와 같은

법정장애 등급상의 동일 증상에 대해서는 국민연금의 장애등급을 연계시켜 산재등급과 마찬가지로 대상자에게 편의를 증진하고 국민연금관리공단의 업무효율화를 제고시킬 수 있을 것으로 판단된다. 단지 이를 원용시 문제점으로는 장애인복지법에 의한 장애등급은 산재와 달리 사후관리가 엄격히 수행되지 못하고 있어 이를 보완하기 위해서는 국민연금관리공단이 민원인에게 추가적인 자료를 요청하는 경우도 있을 것이며, 또는 연금상의 장애연금은 소득보장을 목적으로 하고 있는 데 비하여 장애인복지법은 장애인에 대한 사회적 지원을 목적으로 하고 있는 바 전자는 재정문제가 결부되며 후자는 재정문제 결부성이 미약하다. 그러나 민원인에 대한 추가자

료는 정부와 연금공단 혹은 장애인 기관간의 전산망 연계 등을 발전시킴으로써 그 어려움을 해결할 수 있으며, 장애인복지법과 연금제도 공히 국민의 소득보장을 목적으로 설립된 제도라는 취지를 통해 재정적인 문제는 해소할 수 있을 것으로 판단된다.

### 2) 장애 심사기준의 합리성 제고를 위한 등급체계 개편

연금수급혜택을 받기 위해 상병을 지닌 자가 약의적으로 치료기피나 지연으로 초진일을 늦추는 문제는 개별사항으로 접근해야 할 것이며, 국민연금의 공익적 기본정신에 입각하여 볼 때 가입 중 초진일이면 수급권을 인정하여 가입자를 적극적으로 보호하는 방향으로 법개정이 필요하다고 본다.

또한 한국의 장애등급체계가 일본의 체계를 따르고 있는 만큼, 일본의 장애등급과 비교하여

동일한 등급의 인정기준과 판정요령이 다른 경우 우리나라의 등급을 재조정할 필요가 있다. 예를 들어, 눈에 대한 등급에 있어 한국의 1등급은 '두 눈의 시력이 0.02 이하로 감퇴된 자' 이나 일본의 1등급은 '두 눈의 시력이 0.04 이하인 자' 로 서로 다르고, 시력표의 표준조도 등에 대한 언급이 한국의 판정요령에는 빠져있다.

### 3) 장애급여 수급자의 실질적인 보호 강화

미국은 첫째, 우리나라와 달리 장애급여대상자에 대한 근로가능성을 강조함으로써 이를 위한 엄격한 자격기준과 여러 번의 심사단계를 거치고 있다. 즉, 실질적인 보호가 필요한 장애인에 대해서는 적극적인 보호를 하고 있으며, 부정수급자를 미연에 방지하기 위해 엄격한 심사를 하고 있다. 또한 이로 인한 선의의 피해를 구제하기 위한 단계별 전문가들의 의견반영과 탈락후 지속적인 재심사가능성도 열어두고

표 5. 가입중 초진일 인정관련 법 개정 내용  
(질병 또는 부상의 가입중 발생 인정기준: 시행령 제41조 관련)

구 분	인 정 기 준
질병	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 초진일이 가입전에 있는 경우: 가입전 발생으로 인정</li> <li>○ 초진일 직전 1년 이상 연속하여 연금보험료를 납부한 자로 초진일이 가입중에 있는 경우: 가입 중 발생으로 인정</li> <li>○ 초진일 직전 1년 미만인 경우이거나 초진일이 가입자 자격상실후에 있는 경우: 가입 중 발생한 질병이라는 확증이 있는 경우 가입중 질병으로 인정</li> </ul>
부상	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 발생일이 가입 중에 있는 경우에 가입 중 발생으로 인정</li> </ul>
부상으로 인한 질병	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 가입중 발생한 부상으로 인한 신체의 손상과 질병간에 신체부위 및 시간적, 기능적 관련성이 의학적으로 인정되는 경우 가입 중 발생으로 인정</li> </ul>

자료: 원종욱 외, 『장애·유족연금 심사업무 효율화 방안』, 한국보건사회연구원, 2001.

있다.

둘째, 심사단계별로 장애판정업무에 대한 전문가를 돕으로써 장애판정에 대한 정확성을 기하고 있으며, 이들 전문가들이 각 지역 사회보장사무실과의 연계를 통해 지속적으로 전문가로서의 업무를 수행하고 있다.

셋째, 한번 급여지급이 결정되면, 계속해서 장애급여가 지급되는 우리나라와는 달리 근로가능한 장애인에 대해서는 3년을 주기로, 근로능력 상실 대상자에 대해서도 5~7년을 주기로 계속적인 장애급여에 대한 적격성을 심사하고 있다. 이를 통해 부정수급자를 발견해내고, 근로할 수 있는 장애급여대상자에 대해서는 일할 수 있는 기회를 제공하고 있다.

따라서 우리나라도 이와 같은 미국의 제도를 참고로 수요자 중심으로 장애제도를 개선하여 장애연금 수급자에 대한 적극적인 보호와 부정수급자를 미연에 방지함으로써 제도의 투명성을 더욱 높여야 한다.

#### 4) 장애판정 및 재활 전문가의 육성

향후 우리 나라가 장애연금의 급여 및 비용측면에서의 효율성을 높이기 위해서는 각 단계별 장애판정을 위한 심사전문가의 육성과 각 지방연금지사의 장애판정에 대한 자율성을 높여야 할 것이다. 즉, 지역거주자의 신청만을 받는 데서 벗어나 지역내에서 기본적인 판정을 내리는 것과 지속적인 연금수급자에 대한 사후관리방안을 통해 대민서비스의 향상을 기할 수 있을 것으로 판단된다. 이를 위해서는 장기적으로 지역에 상

주할 수 있는 전문가 육성방안의 도입이 필요하다. 단순히 지역의 의사나 기타 전문가들에게 의지하기보다는 공단내에서 장애업무를 정확히 파악·수행할 수 있는 미국의 자문조사관과 같은 전문가의 육성이 필요하다. 또한 한 번의 심사로 장애연금이 계속 지급되기보다는 정기적인 장애급여대상자들에 대한 재심사제도를 통해 부정수급자들을 방지하는 재심사제도의 도입도 필요할 것이다.

장기적으로는 장애급여대상자들의 근로능력을 향상시킬 수 있도록 근로연계제도방안을 마련하고, 장애대상자들이 계속적으로 근로활동에 참여할 수 있도록 도울 수 있는 직업재활전문가의 육성도 필요할 것이다.

#### 5) 본·지사간 업무분담 및 업무전산화

현재의 본부중심 심사업무의 문제점을 효율적으로 대처하기 위해서는 우선 심사업무를 분담할 수 있는 체계로의 개편이 필요하며, 더불어 심사결정방법이 개선될 필요가 있다. 즉, 본부와 지사간에 일부 장애판정 업무에 대해 업무분장을 함으로써 위에서 발생하는 문제를 해소할 수 있을 것으로 판단된다. 미국의 경우 심사청구자가 속한 지역에서 우선적으로 서류심사를 거친 후 주 장애판정사무소(DDSs)에서 의료판정을 하게 되어 있다. 이를 통해 직접적으로 심사청구자와 연금담당자의 접근성을 높임으로써 청구자들에 대한 대민서비스를 향상시킬 수 있을 것으로 판단된다.

이를 위해 본부와 지사간에 장애판정업무에

대한 업무분장에 있어서는 여러 가지 방법이 있겠지만, 단기간에 지사내에 장애판정을 위한 전문가를 육성하기는 실질적으로 어렵고 이에 따른 많은 비용이 수반될 것이다. 따라서 여기서는 합리적인 대안의 하나로써 전산망 구축을 제안하고자 한다. 즉, 늘어나는 장애심사건수에 대비하기 위해 일부 장애등급에 대해서는 심사기준을 정형화하여 예상 등급표출유형을 D/B로 구축하는 것을 검토해 볼 수 있다. 현재 장애등급 중 단순·정형화된 팔다리 절단장애, 운동제한 기능장애 등은 전체 심사건수 중 약 17%를 차지하고 있으며, 이들에 대해서는 본부까지 심사청구서가 올라오기보다는 지사에서 전산화를 통해 직접적으로 장애판정이 가능하도록 전산화를 구축하는 것이 바람직하다고 본다.

전산시스템을 통한 장애판정절차는 <표 6>에 잘 나타나 있다. 청구자의 신청이 있을 후, 지사에서 판정이 가능한 장애일 경우, 전산시스템 기본 자료를 입력하여 그 결과를 도출한다. 만약 지사에서의 판단이 어려운 경우에는 그 자료를 본부로 이송한다. 지사에서 판정한

결과는 민원인이 의뢰한 자문의사에게 통보하여 그 결과에 대한 자문을 구한 후 최종적인 장애등급을 결정한 후, 민원인에게 그 결과를 통보한다.

전산화를 통해 나타날 수 있는 기대효과로는 첫째, 심사업무의 효율성을 제고할 수 있으며, 민원서비스를 향상시킬 수 있을 것으로 판단된다. 둘째, 심사업무의 전산화를 통해 궁극적으로 예산절감을 가져올 수 있다. 초기 전산망과 D/B를 구축하는 데 있어 많은 비용이 소요될 것으로 예측되지만, 장기적으로는 전산결정에 따른 자문비용, 심사자료 우송료, 심사자료 보관비 등을 절감할 수 있을 것이다. 추가적으로 이러한 전산시스템의 구축을 위해서는 전산전문가 이외에 장애판정을 위한 전문가들의 의견과 실제 장애청구자들의 만족감을 파악하기 위한 다양한 의견수렴의 과정이 필요할 것이다. 즉, 시스템구축에 전산전문가 및 의사, 기타 장애전문가, 민원인들이 실제로 참여해야 장기적이고 지속적인 전산시스템의 구축이 가능할 것으로 판단된다.

표 6. 전산시스템을 통한 장애판정절차

현 행	개선(안)
- 장애진단서등을 참조하여 자문의사의 자문을 통해 등급결정	- 장애진단서 및 소견서등에 의거 장애부위별로 전산시스템에 선택 또는 입력 → 등급결정을 display → 진단서 발부 의사의 확인 후 최종결정 → 최종결과를 청구자에게 통고

자료: 원종욱 외, 『장애·유족연금 심사업무 효율화 방안』, 한국보건사회연구원, 2001.

### 6. 마무리

본고는 현재 우리 나라의 장애연금제도중에서 장애판정기준과 심사절차에 대해 검토해 보았다. 장애는 장애를 당한 본인은 물론 그 가족에게도 수많은 고통을 주게 된다. 특히 가구주에게 장애가 발생시 소득감소로 인한 어려움은 매우 크다 할 수 있다. 이럴 경우, 장애연금제도를 통한 가구의 소득보장은 장애가구에게는 커다란 도움을 줄 것이다. 이런 점에서 장애판정의 합리적인 결정과 심사절차의 공정성은 그 무엇보다 중요하다 할 수 있다. 따라서 현재와 같은 적은 인력과 주 1회의 회의를 통한 심사와 여러 가지의 장애판정기준은 장애급여 신청자들에게 장애연금제도의 합목적성을 충분히 납

득시키기 어려울 것이며, 향후 증가할 것으로 예상되는 장애급여 수요자들의 욕구에도 부응하기 어려울 것이다.

이런 점에서 수요자인 장애급여 신청자 욕구에 부응하고 제도발전과 안정에 기여할 수 있도록 판정기준과 심사절차에 대한 합리적인 개선이 이루어져야 할 것이다. 본고에서는 판정기준의 단일화, 판정절차의 간소화 및 합리화, 국민연금관리공단의 본부와 지사간의 역할 분담, 수요자의 정확한 Data의 구성과 전산화 등 시급하고 중요시 여겨야 될 사항들에 대해 논의해 보았다. 다소나마 본고가 수요자를 생각할 수 있는 장애연금제도개선에 작은 보탬이 되기를 바란다. ■

#### 「장애연금법」상 장애판정위원회 구성표

구분	위원	장	부
1. 위원장	보건복지부장관	보건복지부	보건복지부
2. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
3. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
4. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
5. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
6. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
7. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
8. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
9. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
10. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
11. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
12. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
13. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
14. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
15. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
16. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
17. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
18. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
19. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
20. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
21. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
22. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
23. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
24. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
25. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
26. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
27. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
28. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
29. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
30. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
31. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
32. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
33. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
34. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
35. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
36. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
37. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
38. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
39. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
40. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
41. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
42. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
43. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
44. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
45. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
46. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
47. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
48. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
49. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
50. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
51. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
52. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
53. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
54. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
55. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
56. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
57. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
58. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
59. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
60. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
61. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
62. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
63. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
64. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
65. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
66. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
67. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
68. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
69. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
70. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
71. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
72. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
73. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
74. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
75. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
76. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
77. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
78. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
79. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
80. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
81. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
82. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
83. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
84. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
85. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
86. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
87. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
88. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
89. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
90. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
91. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
92. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
93. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
94. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
95. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
96. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
97. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
98. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
99. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부
100. 위원	보건복지부 차관	보건복지부	보건복지부