

# 산재보험에서의 재활의 의미

이 현 주

(한국노동연구원 책임연구원)

## 목 차

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| I. 서론             | V. 산재보험 급여로서 재활 |
| II. 우리나라 산재보험과 재활 | 의 접근전략          |
| III. 외국의 산재보험과 재활 | VI. 결론          |
| IV. 재활급여 도입의 필요성  |                 |

## I. 서론

1990년대에 들어서 산업구조의 변화 및 산재예방을 위한 노력으로 산재발생 건수는 해마다 감소하고 있지만 중대재해 건수는 지속적으로 증가하여 매년 2만명 정도의 근로자가 장애인이 되고 있다.

발생해서는 안될 산업재해를 줄이는 것은 국가정책의 최대과제이기는 하지만 불행히도 피해를 입은 근로자 및 그 유족에 대해서 신속하고 공정한 보상이행은 산재보험제도의 핵심적인 것이다. 이러한 산재근로자에 대한 보상이행은 제도안에 있을때는 신체적 손상에 대한 치료가 제공되고 이 기간동안 경제적 손실을 일정 정도 보전하여 휴업급여가 지급되는 등 본인과 가족들의 생활이 일정정도 보장이 된다. 치료가 종결되면 자신의 신체손상 만큼 현금으로 환산하여 장해급여를 받고 사회에 복귀하게 된다. 산재가 발생했던 원래의 직장으로 되돌아가 본연의 업무를 하거나 장애로 인하여 직무가 변경되더라도 자신의 사업장에서 일을 계속할 수 있다면 문제가 없을 것이다. 그러나 장애가 남은 근로자는 자신의 장애수준에 적응하지 못하고 장애에 대한 사회적 편견, 사업주와의 마찰, 일용직 근로자로서 고용의 불안정 등으로 결국 이들의 과반수 이상이 사회복귀에 실패하여 노동시장으로부터 배제되어 실업상태에 있다. 또한 미래에 대한 불안으로 치료종결을 기피하여 병원에서의 치료가 장기화되는 산재보험제도의 부작용으로 나타나고 있어 과연 산재보험이 사회안전망으로서의 제역할을 다하고 있는지에 대한 도전을 받고 있다.

이러한 산재장애인의 사후대책의 부재로 인하여 재활사업은 산재보험제도의 중요한 이슈로 등장하게 되었고, 현행 산재보험제도에서 재활의 중요성을 역설할 때마다 노동계와 학계, 노동부, 근로복지공단 등 할 것 없이 현행 산재보험 보상체계는 치료중심의 요양급여 및 휴업급여 등의 현금급여 중심으로 운영되고 있어서 사회복귀 및 통합을 위한 실질적인 재활서비스에 대한 부분은 매우 부족한 실정이라고 한 목소리를 내고 있다.

그렇다면 재활은 산재보험의 급여의 범위에 포함되지만 시스템상의 부재로 인하여 사회복귀를 위한 재활서비스가 부족한 것인지, 아니면 재활이 산재보험의 급여의 범위에 포함되지는 않지만 산재보험제도가 사회보장이라는 관점에서 정부가 부가적으로 수혜하는 복지사업인지 산재보험제도 속에서 재활의 의미가 불명확한 상태에서 재활과 관련된 많은 사업들이 추진되고 있다.

정부는 산재보험의 사회안전망으로서의 역할을 보완하고 보다 생산적인 제도로 발전시키기 위하여 재활사업의 중장기 관점에서 발전방향을 제시하고 연차적 사업운영 및 투자규모를 정립하기 위하여 2001년 산재근로자 재활사업 5개년 계획을 마련하기에 이르렀다. 2005년까지 재활사업비용으로 연간 약 1,000여억원(산재보험세출예산의 4.0-4.7%)의 투자가 이루어질 예정이다. 정부는 이러한 산재보험 제도에서의 재활의 중요성을 인식하여 중장기 계획과 더불어 엄청난 투자가 진행되고 있는 것이다.

그렇다면 정부가 추진하고 있는 재활사업은 무엇에 근거한 것인가? 산재보험법의 모법인 근로기준법에서는 사업주의 보상책임을 규정함으로써 사업주의 무과실 책임제도를 확립하여 보상내용을 명확히 규정하고 있다. 근로기준법에 기초한 사업주의 보상내용은 요양보상, 휴업보상, 장해보상, 유족보상 및 장례비이다. 이러한 근로기준법상의 재해보상을 신속하고 확실하게 이행하기 위한 수단으로 사업주를 보험가입자로 하는 보험제도를 도입한 것이 산재보험법인데, 이 법에서는 급여의 범위에 재활이 포함되어 있지 않다. 그러나 명시적으로 합의된 바는 없지만 어쨌든 우리는 산재근로자의 원상회복을 근로기준법에 명시한 치료의 효과를 기대할 수 없는 증상고정상태인 협의의 개념을 뛰어 넘어 성공적인 사회복귀에 있음에 동의하고 있는 것이다.

이러한 산재근로자의 사회복귀 촉진을 위한 정부의 노력이 성공하기 위해서는 재활이 산재보험제도에서 어떠한 위치를 차지해야 하는지 그리고 어떠한 방향으로 가야 할 지부터 재정립할 필요가 있다. 산재보험에서의 재활의 위치 설정은 현재 진행되고 있는 재활사업의 방향과 산재보험 급여체계의 전반을 재정립해야 하는 것이므로 매우 중요한 이슈가 아닐 수 없다.

## II. 우리나라의 산재보험과 재활

### 1. 개요

우리나라 산재보험 급여의 범위는 산재보험법 제38조 제1항에 의하여 요양급여, 휴업급여, 장해보상, 간병급여, 유족급여, 상병보상연금, 장의비로 구분하고 있다. 보상의 범위에 재활이란 용어는 공식적으로 사용하고 있지 않지만 재활사업이라

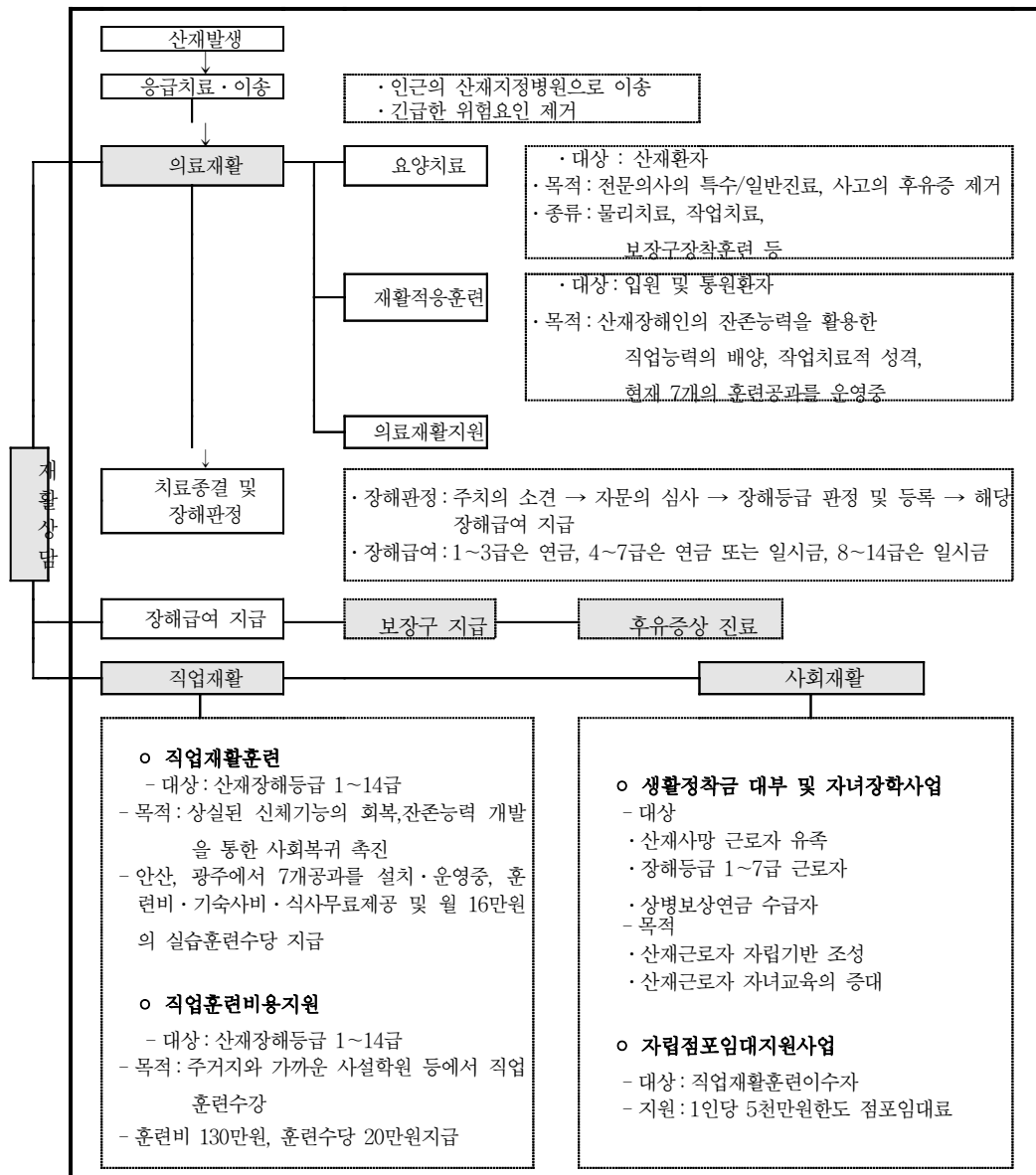
는 이름으로 사업을 추진하고 있다. 그렇다면 산재보험법에서 재활사업을 하는 법률적 근거는 무엇인가? 급여에서 찾아본다면 요양급여에서의 의료재활 관련 서비스가 포함된다. 또한 산재보험법 제78조에 의하여 산재근로자의 복지증진을 위하여 산재근로자의 원활한 사회복귀를 촉진하기 위하여 보험시설을 설치·운영할 수 있는 근거이다.

이는 산재근로자나 유족의 입장에서 재해보상의 보험급여만으로 노동력 회복이나 사회복귀 또는 인간다운 생활유지가 불충분하므로 각종 보험시설 등의 근로복지사업을 행하고 있는 것이며 그들을 두텁게 보호하기 위한 일환으로 요양뿐 아니라 재활시설이 필요하다는 것이다. 이와 같은 취지에서 보험시설은 요양 또는 외과후 처치에 관한 시설, 의료재활 또는 직업재활에 관한 시설, 장학사업 등 산재근로자와 그 유족의 복지증진을 위한 사업, 기타 근로자의 복지증진을 위한 시설 설치·운영사업 등으로 규정하고 있다.

현재 요양 또는 외과후 처치를 위한 보험시설로서 9개의 산재의료관리원과 직업재활을 위하여 2개의 직업재활센터(안산·광주 소재)가 설치되어 있다.

산재근로자는 산재보험법에 의한 보험시설인 산재의료관리원에서 요양급여에 해당되는 의료서비스를 제공받을 수 있으며 의료기관의 선택은 산재근로자가 자유이 선택한다. 직업재활센터 이용은 보상의 범위에 포함되어 있지 않지만 산재로 인하여 실업중인 산재장애인의 개별적인 선택에 의하여 무료로 이용할 수 있으며 실습훈련수당을 월 16만원 지원해 준다(재활사업 5개년계획에 의해 인상). 또한 산재장애인의 주거지에 가까운 사설학원중에서 직업훈련수강을 하는 경우 인당 130만원 한도의 직업훈련비용과 훈련수당으로 20만원을 지원해 주었다(재활사업 5개년계획에 의해 인상). 또한 지급자립점포임대지원사업과 유족들을 위한 생활정착금 대부 및 자녀장학사업을 시행하고 있다. 우리나라 산재보험의 급여체계와 재활사업의 관계를 요약하면 [그림 1]과 같다.

[그림 1] 산재보험의 급여 및 재활사업 체계



자료 : 윤조덕 외(2000), 산재보험 재활사업의 중장기 발전전략, 한국노동연구원.

## 2. 정부의 재활사업의 추진 현황

현재의 산재보험 재활사업은 정부의 재활사업 5개년 계획에 의하여 확대·발전하고 있다. 정부는 2001년에서 2005년까지 8개 사업분야에서 27개 단위사업으로 구분하여 추진된다. 사업내용은 <표 1>에서와 같이 크게 의료재활 선진화, 직업재활 내실화, 사회복귀정착 지원, 재활사업 인프라구축으로 구분한다. 의료재활사

<표 1> 재활사업 5개년 계획 주요사업 및 예산(8개 사업, 27개 단위사업)

(단위 : 백만원, %)

구분	사업명	단위사업	예산	비율
의료재활 선진화	의료재활지원사업 및 시설확충	심리재활 및 작업치료 활성화	12,245	2.6
		요통학교 운영	945	0.2
		산재환자 간병인 제도 개선	-	-
		진폐환자에게 적합한 프로그램 모델 개발	-	-
	진폐환자 취미활동지원서비스 개 선·보완	1,020	0.2	
	중증장애인을 위한 케어센터 건립	48,968	10.4	
	보장구 지급 서비스 개선 및 재활공학연 구센터 기능 활성화	산재장해자 보장구 지급제도 개선	5,121	1.1
보장구 관련 급여품목 확대 및 현실 화		-	-	
재활공학연구센터 기능 확대		24,744	5.2	
재활관련 수가 개선	산재환자 중심의 의료재활수가 개선	-	-	
	후유증상진료범위 확대	20,741	4.4	
직업재활 내실화	직업재활시설 건립 및 직업재활훈련 활 성화	직업재활센터 건립	32,281	6.8
		안산, 광주훈련원 수용능력 확충 및 운영개선	11,574	2.5
		직업훈련비용지원사업 활성화	14,026	3.0
	직업재활상담제 확 대 운영	재활상담원 확충 및 전문성 향상	348	0.1
사회복지 정착지원	사회적응 프로그램 운영 및 취업·창업 제고	산재근로자 원직장복귀 지원 제도 마련	26,136	5.5
		사회적응프로그램 위탁교육 실시	1,350	0.3
		자립점포임대지원사업 활성화	122,880	26.0
		재활스포츠비용지원사업 확대	1,683	0.4
	산재근로자 생활안 정 지원사업 확대	진폐근로자 보호요양시설 건립	18,510	3.9
		생활정착금 대부사업 확대	64,400	13.7
		대학학자금 대부사업 확대	30,800	6.5
재활사업 인프라 구축		산재근로자 재활정보관리 시스템 구 축	699	0.1
		재활인력 확충 및 현장서비스 강화	33,151	7.0
		재활 조사연구사업 추진	0	0.0
		재활사업 국제협력 강화	148	0.0
		재활사업 평가시스템 마련	0	0.0
		총예산	471,770	100.0

자료 : 노동부(2002). 재활사업 5개년계획 추진실적 자체평가회의 자료.

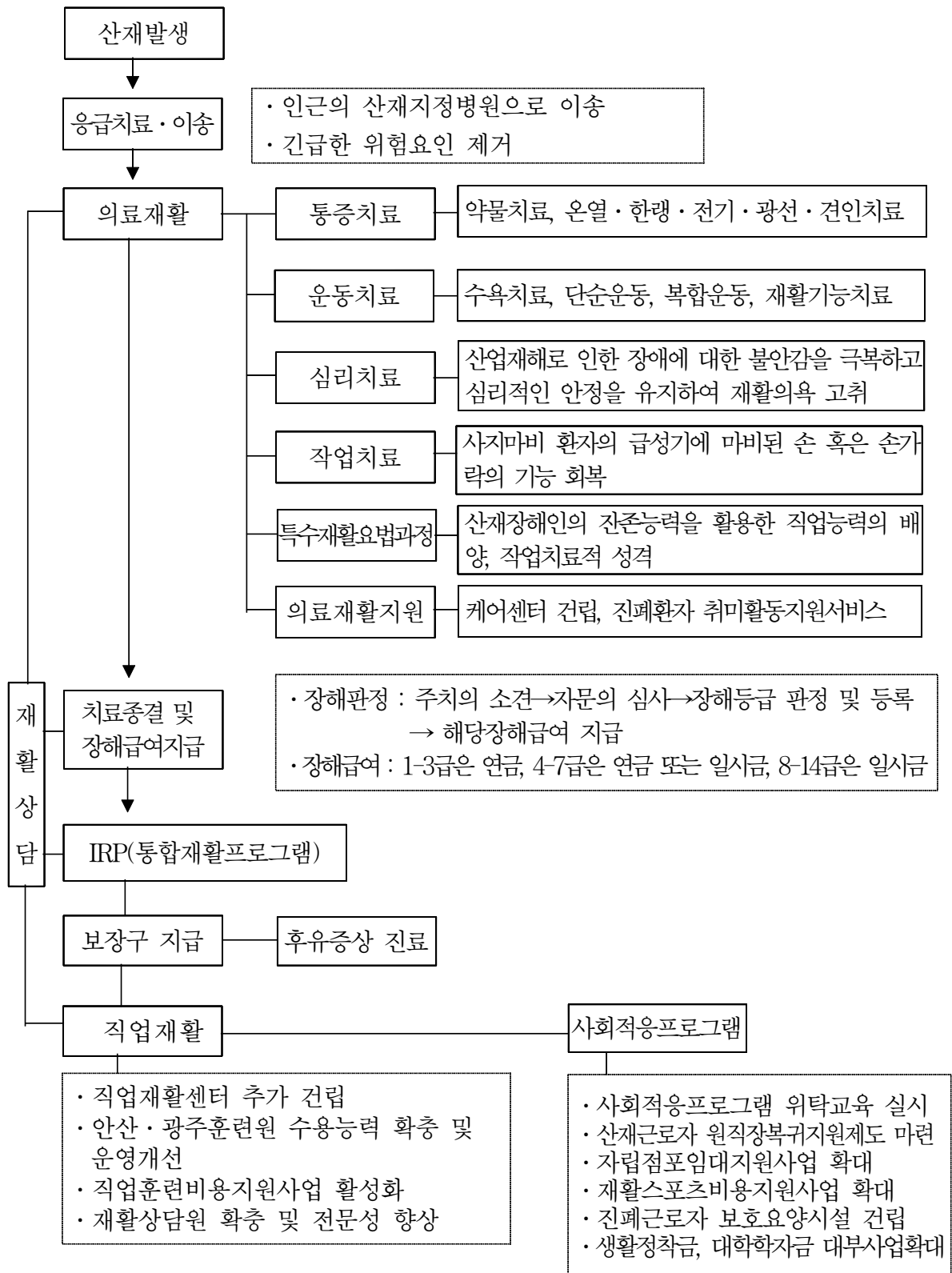
업분야에서는 의료재활지원사업 및 시설확충, 보장구 지급서비스 개선 및 재활공학연구센터 기능강화, 의료재활수가 개선사업을 추진 중에 있다. 직업재활사업분야에서는 직업재활센터 시설 건립 및 직업재활 활성화, 직업재활상담제 확대 운영이 있다. 사회복귀정착을 지원하기 위하여 사회적응프로그램 운영 및 취업·창업 제공, 산재근로자 생활안정 지원사업 확대 사업이 추진중이다. 또한 재활사업 인프라 구축을 위한 사업도 추진중에 있다.

5년간 재활사업의 투자예산을 살펴보면 재활사업 5개년 계획을 시행한 첫해인 2001년에는 344억원을 투자하였고, 2002년도에는 1,029억원을 투자하며 2005년까지 연간 1,000억여원씩을 투자할 계획에 있다. 재활사업 분야별 투자예산을 살펴보면 5년간 총투자액의 57.2%는 사회복귀정착 지원을 위하여 사용된다. 다음으로 의료재활 선진화를 위해 21.9%, 직업재활 내실화를 위하여 12.5%의 예산이 사용될 예정이다.

직업재활 내실화를 위한 사업비용은 직업훈련을 위한 보험시설 확충을 위하여 전체예산의 6.8%, 기존 훈련원 개선을 위하여 2.5%, 직업훈련동안 훈련수당을 20만원에서 월최저임금액의 70% 수준인 월 332,220원으로 인상하고 자격수당 월 5만원을 별도 지급하기 위하여 사용될 예산은 총예산의 3.0%가 사용될 예정이다. 사회복귀의 연계자의 역할을 담당하는 재활상담원의 확충 및 전문성 향상을 위하여 총예산의 0.1%가 사용된다. 산재장애인 고용촉진을 장려하기 사업주가 지급해야 할 근로자 임금의 70-40%(장애의 정도에 따라)를 보조해 주는 원직장 복귀지원제도를 위하여 5.5%, 자영업을 원하는 근로자를 위하여 자립점포임대지원사업 활성화를 위하여 26.0% 예산이 사용될 예정에 있다.

[그림 2]와 같이 의료재활-장해급여지급-직업재활-사회적응프로그램이라는 일련의 과정으로 재활사업이 이루어지도록 계획하고 있다. 또한 의료재활을 선진화하고 치료종결 후에 직업재활을 내실화하여 조기에 사회복귀가 이루어지도록 사회복귀정착을 지원안을 마련하는 등 재활사업 체계를 마련하였다.

[그림 2] 정부가 추진중인 재활사업 체계안



자료 : 노동부(2001. 6), 재활사업 5개년 계획 세부실천사업.



### Ⅲ. 외국의 산재보험과 재활

#### 1. 미국

산재보험제도의 궁극적인 목표는 근로자가 직업에 복귀하는데 있다. 근로자가 산재로 평생을 장애급여를 받는 사회적 비용은 재활을 성공적으로 수행하는데 드는 비용과 비교하여 가치가 적기 때문에 미국의 산재보험제도에서는 재활을 보상의 범위에 포함하고 있다.

미국의 산재보험은 각주마다 그 특성을 달리하고 있는데 똑같은 산업재해를 당한 근로자들이라도 각각의 보상절차의 급여방법들은 근로자 개인이 어떠한 보험에 가입하고 있고 또 어떤 주(state)에 살고 있는가에 따라서 상이하게 지급되고 있다. 주정부에서 운영하고 있는 워싱턴주의 사례를 통해 산재보험에서 재활의 의미를 살펴보고자 한다.

산재보험법은 고용관계로 발생한 근로자의 신체적 피해에 대해 사업주의 절대적 배상책임을 부과함으로써 인해 피해를 입은 근로자에게 지급되는 보상은 근로자의 경제적 손실의 대부분을 변제하는 것을 목적으로 한다. 여기서 경제적 손실은 소득손실 및 그 외 신체적 피해와 관련이 있는 기타비용을 포함하고 있다. 구체적으로 근로자에게 지급되는 보상은 크게 의료보상, 소득보상, 재활보상으로 분류된다.

의료보상은 일반 의료기관에서 급성기 의료서비스가 제공되며 장애급여 지급이 요구되는 경우에는 의료재활을 거쳐서 재활보상으로 이어지게 된다. 재활보상은 주치의의 장애평가(의료평가), 업무제안 및 업무분석, 직업상담원의 직업복귀 여부평가, 직업배치활동(placement activity)을 돕는데 지불되는 현금급여를 말한다. 이 비용에는 훈련이나 교육에 드는 수업료, 교통비, 숙박비용까지 포함된다. 직업훈련 프로그램에 참가할 경우 최대 52주를 초과할 수 없으며 \$4,000이상의 비용을 초과할 수 없다. 이때 근로자에게는 현금급여인 휴업급여가 지급되며 이때, 장애급여(부분영구장해)와는 별개이다.

이때의 재활보상 절차과정을 살펴보면 전문가(의사, 직업상담원, 보상직원)들의 객관적인 평가절차에 의하여 이루어진다. 근로자가 직업재활프로그램에 참여할 수 없게 되면 요양급여와 휴업급여는 모두 중단시킴으로서 보험자는 산재근로자가 보상금을 받을 경우 모든 복직준비 활동에 적극적으로 참여할 것을 의무화하고 있다. 복직에 저해되는 문제들을 일찍 제거하면 할수록 원래직장에 복귀할 수 있

는 가능성이나 새로운 직장을 찾기가 훨씬 쉬어지기 때문이다. 이렇듯 재활보상의 권리와 의무가 보험자와 근로자간에 있다보니 근로자의 복직가능성과 직업훈련과 관련하여 근로자와 보험자간에 분쟁이 있을 수 있다. 노동산업부에는 직업훈련 분쟁사무소(The Vocational Dispute Resolution Office)가 있어 근로자의 불만을 조사하고 해결하고 있다.

미국 워싱턴주의 경우 산재보험제도내에서 사업주가 산재근로자에 대한 고용의 의무가 없기 때문에 이러한 보험자의 노력에도 불구하고 사업주의 협조없이 근로자의 직장복귀는 어려울 수밖에 없다. 워싱턴주에서는 이들의 고용을 촉진시키기 위하여 산재근로자를 고용하는 사업주에게 일정정도의 혜택을 주도록 우선고용제(preferred worker)를 도입할 운영하고 있다. 우선고용제는 산재보험의 부가 서비스로서 이에 소요되는 비용은 2차산재기금(second injury fund)이라고 하는 별도의 기금을 형성하여 운영하고 있다.

우선고용 근로자란 업무상 상해나 직업병으로 더 이상 원래의 직장으로 복귀할 수 없음을 노동산업부가 증명하는 근로자를 말하는데 이는 장애인임을 의미하는 것은 아니다. 단순히 산재로 인한 상해 때문에 원래의 사업주를 위해 했던 일을 더 이상 할 수 없게 되었음을 의미하는 것이다.

우선고용 근로자를 고용하는 사업주에게 주어지는 주요 이익중의 하나는 추가적인 상해에 대한 재정적 보호를 받는 것이다. 우선고용 근로자를 채용한 날로부터 3년 이내에 그 근로자가 산재 또는 직업병을 얻을 경우 모든 클레임 비용은 노동산업부의 2차산재기금으로부터 지급되며 사업주가 지출해야 하는 비용이나 벌과금은 없다.

이것은 산재근로자에게 다시 상해가 발생했을 경우 어떤 경험평가 벌과금(experience rating penalties)이나 상해 비용도 사업주의 비용으로 계상되지 않을 것임을 의미하는 것이다(자가보험에 가입한 사업주의 경우에도 일단 클레임이 청산되면 2차산재기금에서 클레임 비용 변제).

사업주는 우선고용 근로자를 고용함으로써 또 하나의 재정적 이익을 받게 된다. 그것은 사업주가 그 고용일로부터 3년 동안 사고기금(accident fund) 또는 의료보조(medical aid)보험료를 납부하지 않아도 되는 것이다. 사업주와 우선고용 근로자는 단지 생활보조연금(supplemental pension) 보험료만을 지불하면 된다.

## 2. 독일

독일의 산재보험에서 재활은 산재보험 보상의 범위에 포함되어 있다. 급성기 의료서비스가 제공된 후 장해급여가 예상되는 근로자는 의료재활과정을 거쳐 의사의 의료평가를 통해 재활급여 지급여부가 결정된다. 새로운 직장과 직무를 얻을 필요가 있는 경우에 직업재활급여가 지급된다. 직업재활급여는 현물급여와 현금급여로 나눌 수 있다.

재활 현물급여는 14일의 시험기간을 거치면서 직업재활은 시작된다. 새로운 일 자리를 얻기 위해 또는 요청하기 위해 소요되는 제반 경비, 전직훈련을 포함한 직업 준비, 직업적응훈련, 향상훈련, 전직훈련 및 정규학교교육, 불편없이 학교교육을 받기 위한 보조, 도움 및 이에 필요한 준비 또는 학교교육시작 전에 정신적 및 육체적 기능을 발전·개발시키기 위한 지원, 장애인 전용공장(사업장)에서의 직업 훈련에 소요되는 제반 비용이 이에 해당된다.

재활 현금급여는 미국 워싱턴주와 같이 직업재활 과정에서 소득손실을 보존해주는 휴업급여가 지급된다. 이때의 휴업급여는 전환급여라고 하는 이름으로 불리우며 휴업급여와 달리 부양가족 수에 따라 지급수준을 달리하고 있다. 현금급여의 지급기간은 직업재활급여가 지급되는 기간동안 지급되는데 이 직업재활 기간은 직업재활센터에서 학력, 나이, 노동시장에서의 취업정도 등을 고려하여 객관적인 테스트를 거쳐 결정된다.

독일에서도 산재가 발생했던 사업주가 산재근로자를 반드시 고용해야 할 의무가 없기 때문에 보험자는 다각도의 노력을 의무화하도록 제도적 장치를 마련하고 있다. 고용한 사업장의 시설교체, 실습기간 동안 임금을 대체지불, 산재장애인이 고용되어 있는 중에 악화되어 일을 할 수 없는 경우 재요양시 사업주를 대신하여 휴업급여 100% 부담하는 등 산재장애인의 고용촉진 및 유지를 위하여 노력하고 있으며 이는 재활급여가 지급되고 있는 동안에 이루어지는 것이다. 이러한 재활급여 지급은 근로자의 구직활동 노력에 관한 의무를 전제로 한다. 보험자가 제공하는 직업재활급여가 종료된 이후에도 실업상태에 있는 경우 고용사무소에 실업신고를 하고 구직노력을 한다는 전제하에서 종료 후 6주까지 전환급여를 지급하는 등 제한규정을 두고 있다. 이 기간을 경과해서도 구직을 하지 못하면 보험자의 책임은 면하게 된다. 근로자가 구직을 못하는 경우에는 생계를 위하여 연금보험청에 연금을 신청하는 것인데 이것은 노동시장에서 완전히 배제되어 임금노동자가 될

수 없는 최악의 방법에 해당된다.

### 3. 일본

일본의 노재보험은 노동기준법에 의하여 요양보상, 휴업보상, 장해보상, 유족보상, 장례비로 구성된다. 노재보험은 노동기준법에서 사업주에게 의무화하고 있는 재해보상을 보험제도로 담보하는 보험제도이다. 노재보험의 관리운영은 후생노동성인 정부가 하고 있다.

노재보험법에는 노동기준법에 없는 보험시설에 관한 규정이 추가되어 외과후처치에 관한 시설, 의지 지급에 관한 시설, 휴양 또는 요양에 관한 시설, 직업재교육에 관한 시설에 관한 규정을 두고 있다. 이러한 보험시설을 확충하기 위하여 1957년 노동복지사업단법에 의하여 노동복지사업단이 설립되었다. 노동복지사업단 수행하고 있는 사회복귀 촉진을 위한 복지사업 내용을 살펴보면 <표 2>와 같다.

전국 37개의 노재병원 : 요양급부와 함께 외과후 처치, 의지지급 등 의학적 리허빌리테이션이 행해진다.

의료리허빌리테이션센터 : 근로자의 치료 및 의료재활, 사회복귀를 위한 직업훈련까지를 일관해서 행하는 키비고원 종합리허빌리테이션센터와 직업평가, 직업훈련 등을 행하는 국립키비고원 직업리허빌리테이션센터가 있으며 이 중 의료리허빌리테이션센터는 노동복지사업단이 주체가 되어 노동복지사업으로 행하고 있다.

종합척손센터 : 척추손상환자 및 이에 준하는 환자에 대하여 의학적 치료, 기능회복훈련, 직업지도 등 직업재활을 일관되게 행한다.

노재리허빌리테이션 작업소 : 중증 척추손상자 중 증상이 고정된 자를 입소시켜서 건강관리를 행하면서 가벼운 작업을 알선해서 그 직업재활을 작업수입과 함께 사회 내지는 직장복귀를 목표로 하는 것으로 전국에 8개가 설치되어 있다.

휴양소 : 휴양을 필요로 하는 자에게 이용하게 할 목적으로 설립된 것이나 기타 노동자도 이용 가능하다.

온천요양 : 8급 이상의 장해(보상)급부를 받은 자가 이용할 수 있다. 1회 7일(6박7일)이내의 보양으로 그 기간에 필요한 숙박료, 식사료, 서비스비 등의 비용이 지불된다. 또, 3급 이상의 자에게는 개호 1명이 인정된다.

외과후 처치 : 수족의 절단 후에 의지를 장착하기 위한 재수술이나 안면의 화상이 치유된 후에 남은 추상을 없애기 위한 성형수술 등은 장애자가 직업생활·사

회생활에 복귀하기 위한 필요한 것이다. 외과후 처치는 환부에 외과후 처치를 행하면 상실된 노동력이 회복되고 흉터를 경감할 가능성이 있는 자에게 실시하며 노재병원, 의료리허빌리테이션센터, 종합척손센터 외에 전국 180개의 국공립병원에서 실시된다.

보장구 지급 : 수족을 잃거나 시력이 현저하게 감퇴한 노동자에게 대해서는 의지 등이 지급된다.

재택개호 주택자금 : 근로자의 가정복귀나 가족개호부담을 경감하기 위하여 개호를 할 수 있는 주택의 신규구입 또는 증 개축을 하는 경우, 저리(연3%)로 대부를 한다. 대부액은 건설 등에 필요한 금액으로 500만엔을 한도로 한다.

자동차구입비 : 척추손상자 등의 자립을 촉진하기 위해서 장애의 상태에 대응한 특수자동차를 구입하기 위한 자금을 저리(연3%)로 대부한다. 대부금액은 자동차 구입에 필요한 비용의 상당액으로 하며, 양상지장애인 200만엔, 양상지장애인이외 120만엔을 한도로 한다.

애프터케어 : 업무재해 또는 통근재해에 의한 상병이 치유된 후에, 상병의 예방 등 제조치를 행하고, 그 노동자의 잔존노동력을 유지회복해서 원활한 사회생활을 보낼 수 있도록 애프터케어를 실시하고 있다.

기타 : 노재병원에 근무하는 간호원을 양성하는 간호전문학교(13교), 이학요법사 및 작업요법사를 육성하는 리허빌리테이션 학원(1개), 의지 및 보장구의 기술적 개량과 연구개발을 위한 노재리허빌리테이션 공학센터(1개)가 있다.

이처럼 노동복지사업단은 산재근로자의 사회복귀 촉진을 위하여 다양한 사회복귀 촉진사업을 수행하고 있다.

재해보상은 노동기준법상의 사업주의 재해보상의무를 대행하는 것이며, 이것은 헌법 제27조 제2항의 노동조건에 관한 기준은 법률에서 정한다고 하는 규정에 근거하는 것이다. 반면, 위와 같은 보험시설 설립을 통한 사회복귀 촉진사업은 노동기준법의 사업주 재해보상의무에 명시되어 있지 않으며 이는 헌법 제25조 제2항의 「사회복지」의 향상에 대한 국가의 의무에 근거한 것이라 할 수 있다. 따라서 보험시설은 국가에 대한 사회복지의 의무이므로 그 내용은 국가의 정치적 양심과 재정에 의해서 결정된다. 그럼에도 보험시설에 필요한 비용은 사무비와 함께 보험료총액의 13%(15/115) 정도가 노재보험에서 지출되고 있다. 따라서 일본의 노동복지사업은 재해보상과 연계되는 재활급여의 형태가 아니라 부가적인 복지사업의 형태로서 운영되고 있는 것이다.

근로자의 사회복귀 촉진을 위해 수행되고 있는 사업을 살펴보면, 미국이나 독일에서는 보장구지급, 에프터케어, 외상후처치 등은 손해의 범위에 포함되어 요양급여에서 지급되고 있으며 자동차구입비용이나 주택자금 등의 경우도 손해의 범위에 포함되어 기타 보험급여로서 보상의 범위에 포함되어 있다. 그러나 일본에서는 복지사업의 성격으로 지급되고 있는 것이다. 또 하나의 특징적인 것은 사회복귀 촉진 프로그램이 시설설립과 대부사업을 중심으로 이루어지고 있는 것이다.

<표 2> 노동복지사업의 분담 내용

구분	노동기준국	노동복지사업단	기타의 기관
사회복귀촉진사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 외과후처치 실시</li> <li>· 의지 등 보장구 지급</li> <li>· 온천보양 실시</li> <li>· 에프터케어 실시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노재병원(39개소, 종합척손센터·吉備고원의료리허빌리테이션 포함)</li> <li>· 간호전문학교(13개소)</li> <li>· 리허빌리테이션학원(1개소)</li> <li>· 노재리허빌리테이션공학센터(1개소)</li> <li>· 노재리허빌리테이션작업소(8개소)</li> <li>· 휴양소(7개소)의 설치·운영</li> <li>· 노재위탁병동(7개소)의 설치</li> <li>· 재택개호주택자금 및 자동차구입자금 대부</li> </ul>	—
피재노동자등원호사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 특별지급금 지급</li> <li>· 노재취학원호비 및 노재취로보육원호비 지급</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노재보험회관(1개소) 및 남골당(1개소) 설치</li> <li>· 노재원호금 지급</li> <li>· 연금담보자금 대부</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노재연금상담((재)노재연금복지협회: 47개소)</li> <li>· 노재특별개호시설관리·운영)((재)노재케어센터: 4개소)</li> <li>· 노재홈헬프서비스사업((재)노재케어센터: 8개소)</li> </ul>
안전위생확보사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노동재해방지대책 실시</li> <li>· 재해방지단체 등 보조</li> <li>· 산업의학의 진흥</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 건강진단센터(6개소), 노재병원의 특수건강진단(28개소), 노동자리플래쉬 건강관리센터(1개소), 해외근무건강관리센터(1개소), 산업보건추진센터(42개소)의 설치·운영</li> <li>· 소규모사업장 산업보건활동 지원촉진조성금 지급</li> <li>· 안전위생용자사업</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지역산업보건센터(군시구 의사회: 343개소)</li> </ul>
노동조건확보사업	—	· 미지급 이자금의 대체지급사업	· 노동자재산형성촉진사업(고용촉진사업단)

주: ( )안의 수치는 2002년7월말 현재의 설치 숫자

자료: 총무처.

## IV. 재활급여 도입의 필요성

### 1. 산재근로자의 삶의 질 유지

1997년 근로복지공단이 장애인이 된 근로자를 대상으로 조사한 결과에 의하면 장애인이 된 근로자 중 56.8%가 실업상태에 있고 원직복귀율은 9.3%, 다른 직장에 재취업하거나 자영업하는 경우 19.1% 정도이다. 이현주 외(2001) 연구에서도 산재장애인 중 51.6%가 산재를 입은 이후 실업상태가 되었다. 1-3급의 중증장애인의 95.7%, 4-7급의 중등도 장애인의 69.4%, 8-14급의 경도 장애인의 45.0%가 실업상태였으며, 이들 중 67.1%가 취업을 희망하고 있었으며 장애정도가 가벼울수록 사회복귀를 간절히 희망하고 있었다(<표 3> 참조).

<표 3> 산재장애인의 직업복귀 실태조사 결과

(단위: 명, %)

구분		전체	산재장애등급			$\chi^2$	p
			1~3급	4급~7급	8급~14급		
전체응답 (n=2,199)	직업 유	1,064 (48.4)	6 ( 4.3)	93 (30.6)	965 (55.0)	178.175***	.000
	직업 무	1,135 (51.6)	134 (95.7)	211 (69.4)	790 (45.0)		
실업응답 (n=1,105)	취업희망 유	741 (67.1)	44 (33.8)	138 (68.0)	559 (72.4)	75.000***	.000
	취업희망 무	364 (32.9)	86 (66.2)	65 (32.0)	213 (27.6)		

주 : \*\*\* p<.001

자료 : 이현주 외(2001), 재가산재장애인의 재활프로그램에 관한 연구(I), 한국노동연구원.

통계청은 2002년 6월중 실업률이 6.2%로 전월에 대비 0.2%포인트 떨어지고 실업자 수도 4만 6천명이 감소한 1백 35만 6천명이라고 밝혔다. 실업률은 떨어지고 있지만 실업구조는 오히려 악화되고 있어 장기실업을 야기하는 구조적 실업률은 지난해에 이어 계속 증가하고 있다고 한국은행은 보고하고 있다. 또한 15-25세의 청년실업률도 급속히 늘어나고 있어 ‘악화된 고용구조는 앞으로 경제가 정상적으로 회복된 이후에도 쉽게 개선되기 어려울 것’(국민일보, 02/7/30), ‘취업 갈수록 어려워진다’(세계일보, 02/7/30)고 예견하고 있다.

이러한 열악한 노동시장 환경속에서 건강한 청년층도 실업률이 높음에도 산재

장애인이 직업을 갖거나 유지한다는 것에 회의적일 수밖에 없다. 정부는 장애인 고용촉진의 일환으로 300명 이상 사업체의 경우 직원의 2% 이상을 장애인으로 채용하도록 규정하고 이에 미달하면 1명당 월 39만2000원의 부담금을 납부토록 하고 있으며, 반대로 의무인원을 초과해 장애인을 채용하면 장애정도에 따라 최저 임금액의 최고 175%까지 장려금을 지급하고 있다.

그러나 이 제도가 장애인 고용촉진을 위해 크게 실효성을 발휘하고 있지 못한 데다, 2002년 국정감사에서 1999년 이미 근무중인 산재장애 근로자를 장애인 고용 대상에 포함시켜 몇몇 대규모 사업장들이 수십억원에 달하는 장애인 고용장려금을 받고있다는 지적이 제기되었다. 그 결과 정부는 중증장애인 고용증진을 위하여 1-9급의 산재장애인만을 장애인으로 인정하도록 장애인고용촉진법 시행령을 개정하였다. 또한 국내 기업들 가운데 2002년 하반기 장애인 채용계획은 0.8%에 불과하여<sup>1)</sup> 산재를 입은 근로자가 이전의 사업장으로 복귀할 수 있는 법적 장치가 마련되어 있지 않은 상태에서 산재근로자의 직장복귀를 위한 외부의 지원은 더욱 열악하기만 한 상태이다.

또한 1999년 이후 노동부와 장애인고용촉진공단 등의 소개로 취직한 장애인 2만 7천 1백여 명 중 직장을 그만둔 사람은 58%인 1만 5천 8백여 명에 이르고 있다. 종업원 5인 미만의 영세사업장에 취직한 장애인의 이직률이 65%로 가장 높았고, 5백인 이상 중견·대기업 취업자 중에서도 50% 이상이 중도에 포기하였다. 취업한 해에 직장을 그만둔 장애인들의 비율도 1999년 이후 매년 25%를 웃돌고 있어 어렵게 들어간 직장도 결국에는 유지하지 못하고 포기되고 있는 상황이다.

산재보험제도의 궁극적인 목표는 산재근로자의 생활보장을 위하여 마련된 제도라고 할 수 있다. 따라서 산재보험제도는 이러한 노동시장의 열악함 속에서도 산재근로자 개인이 인간다운 생활을 영위하여 삶의 질이 유지될 수 있는 방향으로 전개되어야 한다. 경쟁이 치열한 노동시장에서 산재근로자 개인이 경쟁력을 갖추도록 하고 자신의 적성에 맞는 직장에서 고용이 유지될 수 있도록 준비시킨 이후에 사회로 보내져야 하는 것이 산재보험의 진정한 의미의 원상회복이라 할 수 있다.

## 2. 요양급여의 비약적 증가

산재근로자 사회복귀가 되지 않을 경우 결과적으로 요양급여를 증가시킬 뿐이

---

1) <http://news.incruit.com>.



며 이로서 산재보험 재정부담은 보험급여인 요양급여 실적으로 나타나게 된다. 요양급여는 산재보험 운영자인 근로복지공단이 산재환자를 대상으로 의료서비스를 제공한 산재보험 지정의료기관에게 지급하는 비용이다. 요양급여의 증가요인은 중증재해자수의 증가, 의료수가의 인상, 과잉진료, 요양기간의 증가로 나타날 수 있다. 이러한 요양급여는 <표 4>에서와 같이 총 보험급여와 비교하여 지속적으로 증가하고 있어 1995년도를 기준으로 재해자수는 3% 증가하였고 요양급여 수급자수는 상대적으로 14.2% 감소하고 휴업급여 수급자수도 13.1% 감소하였다. 총 급여지출액은 1995년을 기준으로 53.9% 증가하였고 요양급여는 92.0%, 휴업급여는 24.6% 증가하였다. 5년간 물가상승률을 고려한다 하더라도 요양급여의 급속한 증가율은 휴업급여의 인상률보다 현저하게 증가하고 있다.

<표 4> 연도별 요양급여/휴업급여 지급실적

(단위 : 명, 백만원, %)

구분		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
수급자수	재해자수	78,034 (100.0)	71,548 (91.7)	66,770 (85.6)	51,514 (66.0)	55,405 (71.0)	68,976 (88.4)	80,273 (102.9)
	요양급여	132,863 (100.0)	111,515 (83.9)	110,533 (83.2)	91,372 (68.8)	83,470 (62.8)	96,922 (72.9)	123,995 (85.8)
	휴업급여	93,295 (100.0)	94,229 (101.0)	92,320 (99.0)	73,769 (79.1)	67,078 (71.9)	79,929 (85.7)	81,065 (86.9)
급여지출액	총액	1,133,600 (100.0)	1,355,300 (119.6)	1,556,000 (137.3)	1451,000 (128.0)	1,274,200 (112.4)	1456,200 (128.5)	1,744,500 (153.9)
	요양급여	279,400 (100.0)	343,000 (122.8)	396,700 (142.0)	379,700 (135.9)	358,700 (128.4)	425,200 (152.2)	536,400 (192.0)
	휴업급여	358,000 (100.0)	435,700 (121.7)	478,600 (109.8)	399,900 (83.6)	337,400 (84.4)	422,500 (152.2)	526,300 (124.6)

주 : ( )안은 각 급여의 1995년 대비 비율임.

자료 : 노동부, 산재보험사업연보, 각년도.

### 3. 요양급여 지출의 비효율성

산재보험의 요양급여에 해당하는 의료서비스를 제공하는 기관인 의료기관은 국민건강을 지키는 중심기관으로서 국민에 대한 양질의 의료서비스를 제공하는 것이 핵심적인 기능이라 할 수 있다. 이러한 기능을 수행하고 있는 의료기관은 1985년 이후 급속한 증가추세에 있다. 보건복지백서에 따르면 우리나라의 병원급 의료

기관수는 1985년 500개소(종합병원 183개소, 병원 317개소)에서 1998년 772개소(종합병원 255개소, 병원 517개소)로 연평균 4.2%(종합병원 3.0%, 병원 4.9%) 수준으로 꾸준히 증가하는 경향을 보이고 있다. 1999년 현재 병상수는 259,001병상으로 1985년 대비 2.6배의 성장률을 보이고 있다. 인구 10만 명당 552.7병상으로 대진료권 별로도 최소 병상수가 410병상에 달하고 있어 이미 세계보건기구 추천치인 인구 10만 명당 300병상을 초과한 상태이다.<sup>2)</sup>

의료기관이 양적인 팽창을 거듭하고 있음에도 우리나라의 의료전달체계는 1차 또는 2차 의료기관이 해결할 수 있는 질병의 경우에도 종합병원에서 치료를 받고 있으며 지역사회 보건서비스나 요양기관에서 해결할 수 있는 것도 급성 단기병원에서 치료를 받고 있는 실정이다.

산재의료체계도 예외는 아니어서 근로복지공단은 산재보험 지정의료기관수를 계속해서 확대하여 1995년을 기준으로 2001년에는 80% 이상이 증가하여 5,066개소에 이르고 있다(<표 5> 참조). 2000년 3월 기준으로 한방 및 치과를 제외한 우리나라 전체 의료기관 중 종합전문요양기관 90.0%, 종합병원 90.0%, 병원 83.4%, 의원 83.4% 정도가 산재보험 의료기관으로 지정되어 있다.<sup>3)</sup>

이러한 산재의료서비스 공급이 증대됨에 따라서 산재근로자들이 의료기관을 선택할 수 있는 기회가 더 한층 넓어지게 되었다. 그러나 이러한 산재보험 지정의료기관의 양적 증가는 산재근로자의 산업재해 양상과 요양의 종류, 지역분포에 의하여 계획적으로 수립되기보다 외부적인 요구에 의해 양적인 숫자만 증가시키게 되었다.

따라서 산재보험 지정의료기관은 급성기 치료중심의 의료기관이 주종을 이루고 있다. 증상이 일정정도 고정되면 신체장애 능력의 정도에 따라 의료평가를 시행하는 의료기관은 없으며 이에 따른 의료재활과정을 적용하는 곳도 없다. 급성기 치료중심의 산재의료체계에서는 전체 산재보험 요양체계의 비효율성과 비용의 증가를 초래할 수밖에 없는 것이다.

---

2) 민주노총 전국보건의료산업노동조합(2002), 「병원노동자 건강실태 발표 및 대책수립을 위한 공청회」, pp.10~11.

3) 윤조덕 외(2000), 산재보험 의료기관 지정제도 개선방안에 관한 연구, 한국노동연구원.

<표 5> 연도별 산재보험 지정의료기관 현황

(단위 : 개소)

연도	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
지정의료기관 (%)	2,808 (100.0)	2,907 (103.5)	2,962 (105.5)	3,208 (114.2)	3,931 (140.0)	4,358 (155.2)	5,066 (180.4)

자료 : 노동부, 산재보험사업연보, 각년도.

#### 4. 산재환자 요양기간의 장기화

이러한 급성기 치료중심의 의료서비스 집중은 불필요한 장기입원을 초래할 수 밖에 없다. 입원환자수가 많아 입원대기 환자가 많은 의료기관은 평균재원일수를 가능한 한 단축시키기 위하여 퇴원을 종용하도록 노력하겠지만, 입원환자수가 많지 않아 병상이용률이 높지 않은 의료기관은 수익을 위하여 환자를 오래 입원시키려는 경향이 있다.

산업재해/직업병 발생 후 2년 이상 5년 미만 요양환자는 2000년도에 4,077명으로 1999년도와 비교하여 8.32% 증가하였고 2001년도에는 5,093명으로 작년과 비교하여 24.9% 증가하였다. 2년 이상 장기간 요양을 하고 있는 환자수가 점차 증가하고 있는 것이다(<표 6> 참조). 장기요양시설도 아닌 급성기 의료기관에서 2년 이상을 요양하고 있는 현상을 산재환자의 도덕적 해이 탓으로만 돌릴 수 없는 일이다. 산재이전의 상태로 원상회복을 하고 싶은 욕구는 산재근로자의 법적 권리인 것이다. 이들의 권리는 보호되어야 하며 존중되어야 한다. 그러나 이러한 권리는 사회제도속에 용인되는 범위내에서 이루어 질 수 있도록 보험자와 근로자의 조정자로서 사회적 책무를 담당하고 있는 의료기관(의사)의 역할이 매우 큰 것이다.

<표 6> 연도별 산재환자 요양기간 추이

(단위 : 명, %)

구분 연도	계		6개월 미만		6개월 이상~ 2년 미만		2년 이상~ 5년 미만		5년 이상~ 10년 미만		10년 이상	
	환자수	증감율	환자수	증감율	환자수	증감율	환자수	증감율	환자수	증감율	환자수	증감율
1999	31,658	-	16,581	-	8,590	-	3,764	-	1,782	-	941	-
2000	33,125	4.6	14,076	-15.1	11,471	33.5	4,077	8.3	2,297	28.9	1,204	28.0
2001	36,299	9.6	13,370	-5.0	13,233	15.4	5,093	24.9	3,390	47.6	1,213	0.8

자료 : 노동부, 산재보험사업연보, 각년도.

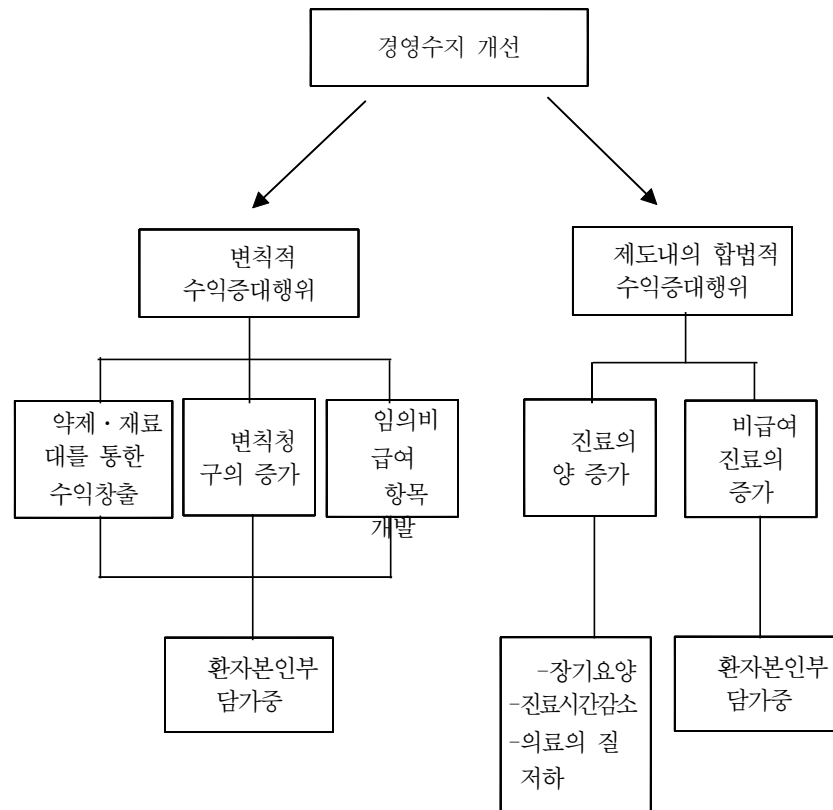
이러한 사회적 책무를 담당해야 하는 의료기관은 외국의 경우와 달리 전체 병상의 84.5%가 민간이 설립한 의료기관으로 미국(66.9%), 독일(51.5%), 일본(64.2%)<sup>4)</sup>에 비하여 공공의료의 취약한 상황으로 다른 나라에 비하여 국가의 통제가 사실상 미약한 실정이다.

게다가 민간 의료기관들은 최근 WTO체제하의 의료시장 개방이란 무한경쟁시대의 도래, 인구구조와 질병양상의 변화에 따른 병원기능의 변화, 소득향상에 따른 고도의 질을 요구하는 의료수요의 증가, 지방자치제 하의 주민의 보건·의료·복지에 대한 욕구의 증가, 의료기술의 발달에 따른 투자요인의 증가 등 의료환경의 변화에 적응하면서 생존을 위하여 병원경영의 합리화를 꾀하고 있다. 이러한 경영합리화는 원가를 절감하거나 진료수입을 극대화시키는 두 가지 방안으로 이루어진다. 원가절감은 재료대 절약 및 인건비를 줄여나갈 것이고 진료수입을 극대화시키기 위하여 환자유치를 위한 홍보의 노력도 있겠지만, 의료의 질을 저하시키거나 과잉진료, 과잉투약, 중복검사, 장기요양, 비보험 급여의 개발 등으로 나갈 가능성은 더욱 커지고 있다. 이는 결과적으로 산재보험 재정부담으로 귀착될 수밖에 없다([그림 3] 참조).

산재보험 적용확대에 따라 요양급여 대상자도 증가할 밖에 없으나 의료기관간의 경쟁이 심화되고 있는 민간의료기관 중심의 보건의료제도 속에서 이는 더욱 가속화되리라 예상된다.

4) 김성순(2000), 공공보건의료 인프라 확충방안, 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서.

[그림 3] 의료기관의 경영수지 개선에 따른 효과



## 5. 산재보험 적용확대에 따른 급여체계의 개선

2000년 7월부터 농업·임업(벌목업 제외)·수렵업 등 일부업종(근로자 5인 이상)을 제외한 모든 업종에서 상시근로자 1인 이상이면 산재보험이 적용되었다. 2001년도 전체 재해자(81,434명) 중 5인 미만 사업장에 21.3%(17,324명), 50인 미만 사업장에서 69.1%(56,250명)의 산업재해가 발생하였다. 2001년도 전체 산업재해율은 0.77로서 작년보다 5.5% 증가한 수치이며 5인 미만 사업장은 1.44로 작년과 비교하여 60.0% 증가하였다. 5인미만 재해자수 및 사망자수도 전년대비 2배 이상 증가하였다(<표 7> 참조). 산재보험제도의 사회적 안전망으로의 역할을 수행하기 위하여 적용범위를 계속적으로 확대할 계획에 있어 앞으로 산재보험 적용 확대에 따른 급여체계의 효율적 관리가 요구되는 상황이다.

<표 7> 소규모 사업장 산업재해 발생 추이

(단위 : 명, %)

구분	재해자수			사망자수			재해율		
	2000	2001	증감률	2000	2001	증감률	2000	2001	증감률
전체	68,976 (100.0)	81,434 (100.0)	18.1	2,528 (100.0)	2,748 (100.0)	8.7	0.73	0.77	5.48
5인 미만	8,139 (11.80)	17,324 (21.27)	112.9	220 (8.7)	512 (18.6)	132.7	0.90	1.44	60.0
50인 미만	44,417 (69.1)	56,250 (69.1)	26.6	1,309 (51.8)	1,554 (56.6)	18.7	1.08	1.16	7.41

자료 : 노동부, 산업재해 분석. 각년도.

## 6. 보험자와의 요양관련 분쟁증가

산재보험의 심사는 근로복지공단의 보험급여 결정에 불복이 있는 경우 근로자는 근로복지공단에 심사청구를 할 수 있는 제도이다. <표 8>의 연도별 심사결정 현황을 살펴보면 전체 보험급여 지급건수와 비교하여 심사청구건수는 감소추세에 있다. 그러나 요양급여의 경우 요양기간은 장기화되고 요양급여 지급수준도 높아지고 있음에도 불구하고 요양급여와 관련된 공단과 근로자간의 분쟁은 해를 거듭할수록 증가하고 있는 실정이다.

<표 8> 연도별 심사결정 현황

(단위 : 건, %)

구분 연도	보험급 여건수	심사청구건수				
		계	요양급여	휴업급여	장해급여	유족급여
1997	956,763	5,029(100.0)	2,187(43.4)	184(3.7)	1,981(39.4)	677(13.5)
1998	845,108	5,222(100.0)	2,357(45.2)	142(2.7)	2,147(41.1)	576(11.0)
1999	781,421	4,199(100.0)	2,115(50.3)	160(3.8)	1,426(34.0)	498(11.9)
2000	998,538	3,210(100.0)	1,657(51.6)	167(5.2)	949(29.6)	437(13.6)
2001	1,519,363	3,959(100.0)	2,243(56.7)	142(3.6)	1,048(26.5)	494(12.5)

주 : 2001년 심사청구건수 합계(3959)에는 기타(32건) 포함.

자료 : 근로복지공단 내부자료.

## 7. 장해연금 수급자 및 지출액 증가

<표 9>에서와 같이 1995년 이후 장해연금 수급자 및 연금지출액은 기하급수적으로 증가하고 있다. 장해연금은 1-3급 중증장애인과 4-7급 중등도 장애인은 일시금과 연금 중 선택할 수 있다. 앞서 말했듯이 중대재해건수가 증가하여 장해연금수급자가 증가한 부분은 있겠으나 장해수준을 최소화하기 위한 의료재활 및 직업재활 노력이 취약하여 완전한 기능회복이 이루어지지 않은 상태에서 이루어진 장해평가결과는 급여수준이 극대화될 수밖에 없으며 이는 공정한 급여지급이라고 할 수 없다. 이러한 기능회복을 위한 과정은 현재의 재활프로그램 도입만으로는 산재보험 재정에 비용-효과적이지 못하며 이는 산재보험 재정에 부정적인 영향을 미칠 뿐이다.

의료서비스 및 재활사업, 장해평가가 일련의 과정에서 이루어지도록 하기 위해서는 재활사업이 부가서비스 형태로 제공되는 것이 아니라 급여체계내에 포함되어 근로자의 사회복귀를 유인하는 방향으로 재활사업이 자리매김 되어야 한다.

<표 9> 장해급여 수급자 수 및 지출액 추이

(단위 : 명, 백만원, %)

구분		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
수 급 자 수	재해자수	78,034 (100.0)	71,548 (91.7)	66,770 (85.6)	51,514 (66.0)	55,405 (71.0)	68,976 (88.4)	80,273 (102.9)
	장해일시금	26,651 (100.0)	27,291 (102.4)	28,745 (107.9)	25,889 (97.1)	19,428 (72.9)	19,400 (72.8)	18,081 (67.8)
	장해연금	3,124 (100.0)	1,652 (52.9)	1,960 (62.7)	2,150 (68.8)	2,393 (76.6)	8,380 (268.2)	9,633 (308.4)
지 출 액	총액	1,133,600 (100.0)	1,355,300 (119.6)	1,556,000 (137.3)	1,451,000 (128.0)	1,274,200 (112.4)	1,456,200 (128.5)	1,744,500 (153.9)
	장해일시금	254,200 (100.0)	287,300 (113.0)	343,000 (134.9)	337,700 (132.8)	231,800 (91.2)	223,700 (88.0)	278,900 (109.7)
	장해연금	41,500 (100.0)	60,400 (145.5)	79,400 (191.3)	97,900 (235.9)	112,000 (269.9)	136,700 (329.4)	168,100 (405.1)

자료 : 노동부. 산재보험사업연보. 각년도.

## V. 보험급여로서 재활의 접근전략

### 1. 재활의 정의

오늘날에 있어서의 재활은 종래의 재활이 장애인의 단순한 사회복귀나 갱생의 의미로 사용되는 것과는 달리, 장애인의 사회복귀는 물론 장애인이 지속적으로 자신의 직업을 가지고 경제적인 자립기반을 바탕으로, 사회적 지위를 획득하여, 한 사회인으로서의 사회참여를 통한 사회통합에 이바지 하고자 하는데 목표를 두고 있다.

세계보건기구에서는 “재활이란 의학적, 사회적, 교육적, 직업적 수단을 동원하고 이를 상호 조정하여 교육 또는 재훈련을 통하여 장애인의 기능적인 능력을 가능한 한 최고 수준에 달하도록 하는 것” 이라고 정의하고 있다.

이와 같이 재활의 일반적 정의는 논자의 입장에 따라 다양한 정의를 내리고 있지만 먼저 재활을 의학적 재활로서 보는 것으로 이는 장애인에 대하여 외과적 치료 및 의학적 요법을 비롯하여 여러 진료를 통하여 장애를 입기 이전의 상태로 회복시키려고 하는 서비스의 과정이라고 보는 것이다. 다른 한 면은 이와 같은 의학적 처치를 마친 장애인에 대하여 사회전체가 책임을 다하여 신체적, 정신적, 직업적, 경제적으로 자립시키고자 하는 광범한 과정으로 보는 입장이다(황운철, 1998).

### 2. 재활접근전략

#### 가. 장애 예방적 접근에 의한 재활

의료재활이라고 일컫는 장애 예방적 접근방법은 모든 질병이나 사고는 일단 발생한 후에 육체적, 정신적 고통을 수반하거나 많은 희생을 초래하게 된다. 하지만 미리 그 발생을 예방하고 조기 발견하는 것이 장애를 예방하는데 있어서 가장 효과적이고 경제적이다.

장애를 예방하기 위해서 행해지는 장애예방적 접근방식인 우리나라 요양급여제도는 산업재해로 인하여 발생한 막대한 사회경제적 비용을 발생시켜 사업주의 보험료 부담이라고 하지만 결과적으로 소비자인 국민 개개인이 부담해야 할 비용이



된다. 이러한 사회적 비용을 절감하는 방식은 장애예방이 매우 중요하다는 것에 이견이 있을 수 없다. 이러한 사회적 비용을 절감하는 방식에는 3가지 접근방법으로 나눌 수 있다.

첫째 단계는 손상의 발생을 감소시키기 위한 조치로서 산업장의 작업환경을 개선하고 신체검진사업 등으로 산재를 미연에 예방하는 것이며, 둘째 단계는 이러한 손상이 장애로 이행되는 것을 방지하기 위한 조치로서 의료기관에서의 치료(acute care)가 이에 속한다, 셋째 단계는 장애인이 불구로 전환되는 것을 막기 위한 조치로서 물리치료, 작업치료, 생활적응 훈련 등이 이에 포함된다.

우리나라 산재보험 급여의 범위 중 재활이 차지하는 부분은 재해근로자의 가득능력의 손실을 회복시키기 위하여 필요하고 적절한 모든 치료가 포함되는 요양급여에 재활의 속성이 녹아 있다고 할 수 있다. 실제 요양급여는 근로자의 업무상 재해에 의한 부상이나 질병에 있어서는 요양기간이나 요양금액의 한도를 설정하지 않고 있지 않을 뿐 아니라 내용에 있어서도 필요한 치료를 적절하고 충분하게 할 수 있도록 규정하고 있다.

가득능력의 손실의 회복은 치료의 시기, 치료의 내용 및 방법에 따라 그 결과가 현저하게 달라질 수 있다. 즉 발병 초기나 외상 직후부터 예견될 수 있는 장애에 대하여 미리 적절한 조치를 취한다면 장애를 극소화시킬 수 있는 반면, 이미 발생한 장애에 대하여 정확한 재활치료를 실시하지 않는다면 중증장애인이 될 수도 있다. 물론 장애인 개인에게 당장 생명의 위협을 받는 것은 아니다. 그러나 장애로 인하여 장기간 활동을 하지 못하게 되면 심리적 갈등과 경제적 어려움이 뒤따르게 되어 장애로 인해 부가적인 이중적 고통을 받는 것이다. 또한 보험자에게는 이에 대한 소득손실을 보존해 주어야 하므로 보험관계자 모두에게 비효율적이므로 재활의 의미는 모두에게 중요한 것이다.

#### 나. 사회보장적 접근에 의한 재활

비버리지 보고서에 의하면 “재활은 연속적인 과정으로서 의료적인 치료로부터 치료 이후의 단계를 거쳐, 소득능력이 최고도로 달할 때까지 계속 되어야 하며, 모든 장애인에게 적용되어 그들의 무능력의 원인과는 관계없이 수입을 올릴 수 있어야 한다”는 재활보장적 접근방법으로 역설하고 있다.

장애인의 재활이란 개념은 단지 치료훈련의 기술적인 의미를 넘어 심신의 장애를 가진 사람으로 하여금 한 인간으로서 전인적인 생활을 할 수 있게 하는 모든

노력을 말하는 것이다. 그러므로 재활이란 여러 분야의 전문가의 협력을 필요로 하는 전인적, 통합적 접근방법이다.

따라서 재활복지 서비스 정책은 장애인이 지니고 있는 능력을 최대한으로 발휘할 수 있게 도움을 주는 모든 수단을 활용하는 시스템으로 구성된다. 따라서 의료 재활에서 직업재활에 이르기까지의 종합적인 재활복지 서비스 정책이 체계적으로 확립되어야 한다. 장애의 수용과 극복을 위한 정신적 안정감 부여, 심리적 극복, 직업지도, 진로안내를 위한 교육체제의 정비, 직업훈련원의 설치, 취업알선, 고용촉진, 직종개발과 직능연구, 직업평가기구의 설치, 복지공장의 설치 및 운영이 체계적으로 이루어져야 한다. 전문의, 간호사, 물리치료사, 언어치료사, 작업치료사, 사회복지사, 특수교사, 직업훈련교사, 상담원 등의 전문 인력관리가 종합적 차원의 사회보장적 측면에서 강구되어야 한다.

이처럼 우리나라의 장애예방적 수준의 재활수준에서 직업을 통해 소득이 보장되는 사회적 보장수준으로까지 산재보험 급여의 범위를 확장시켜야 진정한 재활이라고 할 수 있다. 산재보험 재활급여의 범위는 산재근로자의 신속·적절한 치료와 치료과정 중 또는 치료종결 후 근로자의 잠재능력을 최대한으로 개발하여 발휘하도록 치료, 상담, 교육, 훈련 등 여러 방법을 활용하여 그들을 조속히 회복시키거나 개선을 도모하는 모든 노력과 조치가 포함되어야 한다. 미국과 독일의 경우도 완벽한 형태의 종합적 차원에서 이루어지는 사회보장적 재활을 하고 있다고 할 수 없지만 이를 추구하기 위한 과정으로 노력하고 있는데 재활과정을 통해 준비된 근로자를 다양한 방법의 사업주 고용유인을 통해 근로자의 사회복귀를 위한 제도적 장치가 마련되어 있는 것이다. 산재보험에서 보험자의 진정한 의무로서 산재장애인이 노동시장으로 나갔을 때 경쟁력을 갖추도록 하는데 노력하고 있는 것이다.

### 3. 재활급여 도입시 고려사항

재활은 산재발생 직후부터 직장복귀를 목표로 하여 모든 과정이 관리되어야 한다. 재활급여 도입을 위하여 3가지 측면(3E)에서 고려해야 할 것이 있다. 개인의 직업재활을 위한 객관적인 평가체계(Evaluation), 재활을 효율적으로 만들기 위한 환경개선(Environmental modification), 재활참여의 권리·의무에 따른 법적 조치(Enforcement) 마련이다.

## 가. 직업재활을 위한 객관적인 평가시스템 적용(Evaluation)

이현주 외(2001)의 연구에 의하면 미취업상태에 있는 근로자 중 74.7%가 장애와 건강을 이유로 구직을 못하는 것으로 나타나 자신이 처한 장애수준에 적응하고 이를 극복하는 방법을 산재보험에서 일정정도 역할을 해 준다면 산재근로자의 실업율을 줄이는데 기여할 것이다.

직업재활을 시행하기 전에 객관적인 취업전 의료평가 및 직무분석 등 직업평가를 실시해야 하며 이러한 직업평가 결과에 의하여 직업훈련이 이루어져야 한다. ILO(International Labor Organization)의 직업재활 기본원칙에 의하면 직업평가의 영역으로 다음과 같이 구분하고 있다.

- 1) 의학적 측면 : 장애로 말미암은 기능적 내지는 생리적 한계
- 2) 생리학적, 신체적 측면 : 노력과 작업능력에 관계되는 실제의 신체기능
- 3) 심리학적 측면 : 지능, 기계적, 구성적 적성, 흥미 등의 평가
- 4) 직업적 측면 : 기능의 수준, 적성, 작업능력 등의 평가

산재근로자의 직업평가는 의학적, 심리학적, 교육적, 사회적, 직업기능적 평가가 종합적으로 실시되어야 하며 이러한 과정을 추진하기 위해 발생하는 제반 비용은 산재보험의 급여의 범위에 포함되어야 한다.

## 나. 환경개선(Environmental modification)

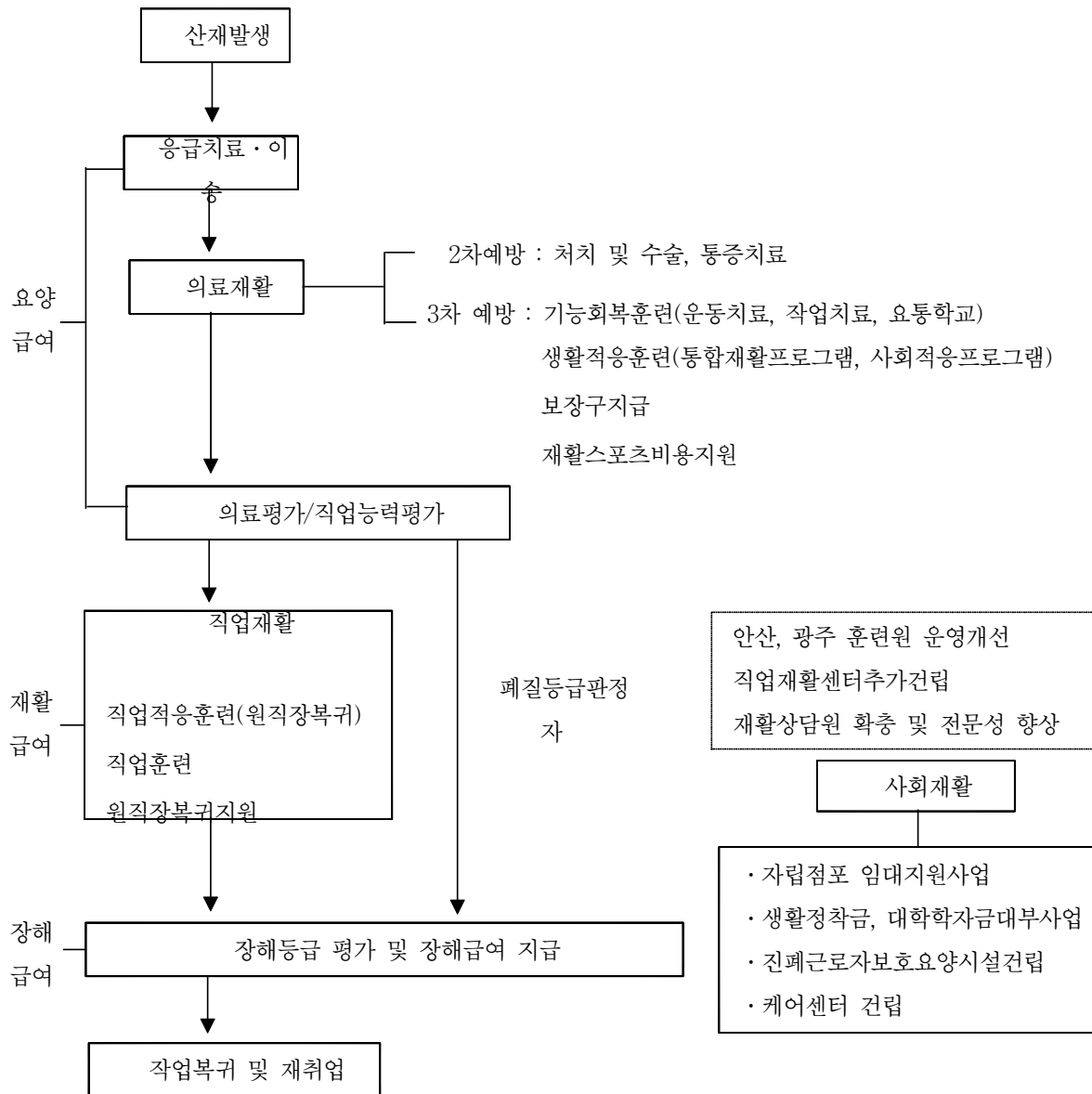
- 1) 재활사업은 재활급여 신설을 위한 준비단계로 설정

현재 정부가 추진중인 재활사업은 복지사업을 위한 수혜적인 재활서비스 제공이 아닌 재활급여 신설을 위한 준비단계로서 2005년까지 재활인프라를 구축하는 시기로 설정해야 한다. 재활급여를 체계적이고 효율적으로 운영하기 위해서 재활시설 및 프로그램 확충, 재활전달시스템 마련, 재활평가시스템 적용시 급여유형, 사회재활을 위한 부가서비스 등 유형별 사업내용을 세분화하고 불필요한 사업들은 재조정하는 등 전면적인 검토가 필요하다.

[그림 2]에서와 같이 현재 진행되고 있는 통증치료, 운동치료, 심리치료, 작업치료, 특수재활요법과정, 의료재활지원사업을 시행한 후 장애등급평가를 시행하고, 이후에 보장구 적응훈련인 통합재활프로그램, 직업재활을 시행, 재활스포츠비용지원 등을 하는 것은 산재근로자를 조기에 직장복귀를 할 수 있도록 유인하는 프로그램이 될 수 없다. [그림 4]와 같이 의료재활부분에서 장애를 최소화하기 위한 3차예방 프로그램을 활성화하기 위하여 기존의 사업들을 재정리할 필요가 있는데

이러한 사업들은 장애평가 시기 이전에 이루어져야 한다. 또한 의료재활과 함께 직업재활도 함께 이루어지고 나서 장애등급평가가 이루어져야 산재근로자의 직장 복귀를 조기에 성공시킬 수 있는 것이다. 물론 장애등급 평가시기는 장애 유형에 따라 시기를 달리할 수는 있다.

[그림 4] 재활급여 도입을 통한 보험급여체계 개선



## 2) 직업훈련 시설 확충 및 프로그램 개발

현재 재활사업으로 추진되고 있는 보험시설의 추가건립 및 운영개선, 재활상담

원 확충 및 전문성 향상과 더불어 새로운 직업훈련의 기회를 제공하고 다양한 훈련기관 및 프로그램이 마련되어야 한다. 또한 우리나라 장애인 고용정책과 연계하여 외부의 시설을 충분히 활용할 필요가 있다. 산재보험 자체 보험시설의 설립도 중요하겠으나 독일, 미국, 일본의 경우처럼 지역사회의 기존시설 및 프로그램을 지원하고 활용하는 방안도 비용편익 측면에서 효과적일 수 있다. 또한 장애인고용촉진공단과의 연계사업을 통해 우리나라 장애인 고용정책과의 연계성 속에서 사업이 이루어질 수 있어야 한다. 우리나라 보건의료체계의 민간운영에 의한 폐해 및 외국의 선례를 교훈으로 삼아 재활사업은 정부주도의 사업형태를 중심으로 부분적인 민간 참여 형식을 고려해볼 수 있겠다.

### 3) 산재의료관리원의 역할 강화

급성기 치료를 하는 의료기관에서 치료가 완료되면 근로자의 객관적인 의료평가 및 직무부석을 통하여 현재의 직업을 유지할 수 있는지, 어렵다면 어떠한 직업재활이 필요한지를 사정할 필요가 있다. 새로운 직업이 필요하다면 직업훈련기관으로 장애인을 의뢰하거나 그들에게 필요한 직업을 찾아주는 등 다양한 활동이 전개되어야 하는데 이러한 일련의 과정은 신체적 평가 등 객관성이 전제되어야 한다. 그러나 현재 재활사업은 급성기 치료가 종료되면 산재환자는 장애급여가 지급됨으로서 방치되고 있고, 근로복지공단의 재활상담원이 지사마다 상주하고 있어 직업관련 상담을 하고 있지만 체계적인 재활과정 속에서 객관적으로 이루어지지 않고 있다.

재활서비스는 환자의 증상 및 상태에 따라 의료진의 객관적인 평가에 의거하여 필요한 서비스가 제공되어야 한다. 시범적으로 산재근로자의 의료평가 및 제한된 신체조건에 따른 고용가능성 평가, 직무분석 등 직업평가를 공공의료기관인 산재의료관리원에서 시행하는 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

현재 미국에서 의료수준의 통제시스템으로 운영하고 있는 IMEs(Independent Medical Examinations)와 유사한 기능을 산재의료관리원에 도입하는 것이다. 평가방식은 근로자의 불만을 최소화하기 위하여 1명의 의사가 아닌 팀중심의 접근 방식으로 환자를 평가하는 것이 전제되어야 할 것이다. 이러한 평가자료는 근로복지공단의 직업재활상담원이 근로자의 구직활동을 위한 기초자료로 활용하게 되는 것이다.

이러한 산재의료체계의 조정자로서 산재의료의 전문적인 의료지식을 가지고 산

재예방·요양·재활을 효율적으로 담당할 수 있는 기관으로서 공공의료기관인 산재의료관리원이 이러한 역할을 담당하기 위해서는 현재 낙후되어 있는 산재의료관리원의 의료수준을 향상시키기 위하여 정부의 과감한 투자가 선행되어야 한다. 이는 공공의료기관이 매우 부족한 우리나라의 보건의료체계의 현실에서는 공공의료의 역할이 더욱 중요하기 때문이다.

#### 4) 사업주의 고용유인책 모색

독일과 미국의 경우에서도 산재근로자 고용유지를 위하여 사업주 고용유인책으로 일정비율의 근로자 임금을 부담하거나 작업환경에 필요한 시설투자를 하는 등 사업주가 산재근로자를 고용하도록 노력하고 있다.

현재 진행되고 있는 재활사업 중 직장복귀를 유도하기 위하여 재취업을 지원함으로써 조기 사회복귀 및 안정적인 직업유지를 위한 산재근로자 직장복귀 지원제도를 마련중에 있다. 이 제도는 노동능력 상실비율 35% 이상인 근로자를 대상으로 사업주가 해당근로자에게 지급한 임금액에 대하여 장해정도에 따라 70-40%를 채용일로부터 1년간 지급할 예정에 있다. 이러한 제도는 독일의 직업재활과정에서 근로자의 실습기간 중 임금의 50%를 1년간 산재보험조합이 부담하여 실습기간 이후에도 고용을 확보하기 위한 수단으로 이용하고 있다. 이 제도가 성공하기 위해서는 현행과 같이 노동능력상실비율의 정도에 따라 지급대상을 일률적으로 정하는 것이 아니라 현재의 장해수준이 그 직무를 할 수 있는지, 본인의 적성 및 교육수준 등 충분한 사전 평가가 전제되어야 하며 직업재활 실습기간의 연장선에서 이루어져야 한다. 자신의 장해수준에 맞지 않아 중도에 그만두어 결과적으로 고용의 연장이 되지 못한다면 이 제도의 실효성을 거두기 어렵다. 사전에 사업주와 근로자의 철저한 사전검증이 선행되어야 한다는 것이다.

이 부분에서 역할의 정체성 부재에 봉착해 있는 근로복지공단의 직업재활상담원이 해야 할 역할이 큰 것이다. 전문적인 사업주의 고용요청과 요구사항, 근로자의 상담과 적성에 맞는 구직활동 모색 등 전문성이 요구되는 직업재활상담원의 구체적인 역할을 기대할 수 있는 부분이다.

미국의 경우처럼 별도의 기금을 마련하여 근로자에게 해당되는 보험료를 면제해주고 재발생하는 산업재해에 대하여 면책을 적용함으로써 고용을 촉진하는 방안도 검토해 볼 만 하다.

#### 다. 법적조치(Enforcement)

산재보험법 제38조에 재활급여를 명시해야 한다. 이전에 진행중인 산재보험의 복지사업 중 직업재활센터 센터, 사설학원 이용 등 현물급여로서 제공될 수 있는 항목들을 선별하여 서비스가 체계적으로 제공될 수 있도록 정비할 필요가 있다. 직업훈련에 참가하고 있는 경우 훈련수당이 지급되고 있는 부분을 휴업급여 수준으로 현실화하여 소득보장이 되도록 재활수당으로 변경할 필요가 있다. 또한 보험관계자의 직업재활과 관련한 권리와 의무에 대해서도 명시해야 한다. 재활급여 신설을 위한 TFT(Task Force Team)를 구성하여 법률개정, 시스템 및 프로그램 개발 등 급여체계 및 운영에 관한 면밀한 검토를 통해 급여신설이 이루어지도록 해야 한다.

재활급여를 도입하면서 요양을 하고 있는 한 휴업급여가 지급되는 형태는 조정할 필요가 있다. A지점은 요양급여와 휴업급여가 동시에 끝나는 지점이지만 재활급여를 신설하면서 A' 지점까지 요양급여가 제공되고 B지점까지 휴업급여가 지급되어 결과적으로 직업복귀 시점까지 소득보장이 되도록 해야 한다. 산재근로자의 사회복귀를 활성화하기 위해 조기에 재활을 적용시켜야 한다는 것이다. 또한 휴업급여를 연장해서 받기 위해 요양을 장기화하려는 부작용을 최대한 줄이기 위한 방안의 하나가 될 수 있다. A' 지점에 대해 독일에서는 78주, 일본은 1.6년으로 제한하고 있으며 독일과 미국의 경우 재활급여가 필요한 근로자에게는 휴업급여의 연장선상으로 휴업급여 수준에서 소득보장을 해주고 있다. 표면상으로 재활수당 지급방식은 현재의 휴업급여 지급기간보다 더 연장되는 것 같지만 충분한 기능회복이 이루어진 후에 장해평가가 이루어지기 때문에 평생 지급되는 장해연금이 절감되는 효과를 가져와 많은 선진국에서 이러한 방식을 채택하고 있는 것이다.

물론 B지점인 재활급여 지급기간도 요양급여와 유사하게 과다 시행될 수 있는 부분이기도 하여 다른 나라에서도 근로자에 대한 개별적인 평가를 통해 최대기간을 정하고 있다. 이는 현물서비스의 특성상 실손해를 보상해 줄 수 있다는 장점이 있는 반면, 과잉서비스가 제공될 수 있기 때문에 이를 보완할 수 있는 제도적 장치가 함께 마련되어야 할 것이다.



## VI. 결론

우리나라의 재활사업 정책은 정부의 수혜적 접근에 의한 방식에 의해 진행되고 있음을 살펴보았다. 재활이 제대로 기능하기 위해서는 고용과의 연계가 이루어져야 하며 고용과의 연계망이 구축되지 않는 재활은 직업복귀, 사회복귀를 목표로 하는 재활은 산재보험제도의 궁극적인 목표인 근로자의 원상회복이라고 할 수 없다.

우리나라 재활사업의 모상은 일본의 노동복지사업의 형태와 유사하고 사업내용을 보더라도 일본의 방향과 크게 다를 바 없다. 현재 일본의 노동복지사업은 정부의 행정주도에 의한 사업의 비효율성으로 각종 시설에 대한 민간위탁 등의 합리화를 추진하고 업무의 범위를 수정하는 등 사업 전반에 대한 구조조정의 위기를 맞고 있다. 그럼에도 우리나라 재활사업의 역할모델로 일본을 설정하여 그들의 제도를 도입하는 중에 있다. 물론 산재보험법의 특성이 우리나라와 유사하고, 사업의 아이템부분에서도 우리가 본받을만한 분야가 많기 때문일 것이다.

그러나 이제 결음마 단계인 우리나라 산재보험 재활사업이 일본식의 복지사업의 형태에서 벗어나 현재의 요양관리를 개선하고 사회보장제도로서 사회보험의 역할을 제대로 수행하기 위해서는 시대적으로 검증이 확인된 직업재활을 급여의 범위에 포함시키고 더 나아가 산재장애인의 고용안정을 위하여 사업주의 고용의 무에 관한 사항에 대해서도 적극적인 검토가 요구된다.

국가의 재활정책이 하나의 제도로써 정착되기까지는 산재근로자의 재활과정은 순탄하지만은 않으며 많은 시행착오를 거쳐왔다. 다른 선진국에 비하여 사회보장 제도가 취약한 미국의 경우만 보더라도 1980년대 미국정부가 근로자들의 보상에 직업재활을 강제한 법을 제정한 이후 보험제도의 급여의 유형으로 자리잡게 되었



다. 근로자의 의료평가기간 동안, 직업훈련기간 동안 교통비와 숙박비등 기타 급여를 제공하고 휴업급여를 지급하면서 근로자의 진정한 소득보장 및 사회복귀를 위한 유인책을 마련하면서 진정한 재활이 이루어지도록 한 것이다. 이와 더불어 민간부문의 재활산업은 급속도로 발전하여 직업재활비용이 더 많이 들게 됨에 따라 보험재정이 악화되는 시기도 있었다. 이러한 해결방안의 하나로 직업재활을 강제는 하되 기간을 한정하는 방식을 사용하거나 자발적인 직업훈련방식으로 적용하는 등 주(state)마다 대응책을 마련하여 운영하고 있다. 그럼에도 불구하고 실제 재활을 통해 다시 직업을 갖도록 하게 하는 것은 1년에 30억달러를 절약하는 효과가 있다고 보고하고 있어 직업재활의 중요성을 역설하고 있다. 또한 직업재활을 통한 고용안정을 위하여 사업주의 고용촉진을 위한 방법도 국가별로 다양하게 적용되고 있어 우리에게 많은 시사점을 주고 있다.

## 참고문헌

- 근로복지공단(2002), 내부자료.
- 근로복지공단(2000), 일본 노재보험법령.
- 근로복지공단(1997), 독일 산재보험법.
- 김성순(2000). 공공보건의료 인프라 확충방안. 제215회정기국회 국정감사 정책제안서.
- 김수복(2000), 산업재해보상보험법, (주)중앙경제.
- 노동부(2002). 재활사업 5개년계획 추진실적 자체평가회의 자료.
- 노동부(2001), 산재근로자 재활사업 5개년 계획
- 노동부(2000), 산업재해보상보험법령
- 노동부, 산업재해 분석. 각년도.
- 노동부. 산재보험사업연보. 각년도.
- 민주노총 전국보건의료산업노동조합(2002), 「병원노동자 건강실태 발표 및 대책수립을 위한 공청회」, pp.10~11.
- 윤조덕 외(2000), 산재보험 의료기관 지정제도 개선방안에 관한 연구, 한국노동연구원.
- 윤조덕 외(2000), 산재보험 재활사업의 중장기 발전전략, 한국노동연구원.
- 이현주 외(2001), 재가산재장애인의 재활프로그램에 관한 연구, 한국노동연구원.
- 이현주 외(2002), 산재보험시설의 전문화방안(미발간), 한국노동연구원.
- 이현주 외(2002), 주요국의 산재보상체계비교연구(미발간), 한국노동연구원.
- Paul O'Leary, David Dean(1998), International Research Project on Job Retention and Return to Work Strategies for Disabled Workers - Study Report USA,
- John C. Hennessey(1997), Factors Affecting the Work Efforts of the Disabled -Worker Beneficiaries, Social Security Bulletin, Vol. 60(3)

