

보험제도의 도덕적 해이

- 산재보험을 중심으로 -

목 차

요 약	i
I. 서 론	1
1. 문제의 제기	1
2. 연구의 목적과 필요성	3
II. 도덕적 해이와 보험범죄	7
1. 개념상의 문제	7
2. 보험범죄의 특성과 관리	12
3. 보험범죄의 규모추정	20
4. 보험범죄의 조사 및 수사	23
III. 선진국 보험범죄의 성향과 대책	30
1. 국제기구와 선진국의 보험사기방지기구	30
2. 각국의 대응조직	33
3. 입법 규정	39
IV. 민영보험의 보험범죄 유형 및 사례와 대응	43
1. 자동차보험	43
2. 일반 손해보험	50
3. 생명보험	55
4. 대응실태와 문제점	66
V. 사회보험의 모럴 해저드 사례	77

1. 고용보험	77
2. 국민건강보험	92
3. 국민연금	98
VI. 산재보험의 도덕적 해이 사례와 과제	100
1. 도덕적 해이의 발생 개연성	100
2. 범죄사례	115
3. 고령 장기요양자에 대한 휴업급여	130
VII. 산재보험 모럴 해저드에 대한 종합적 대책방안	135
1. 보험자간의 정보교류	135
2. 고령 장기요양자와 휴업급여 대책	138
3. 산재환자 요양병원의 모럴 해저드 대책	146
4. 기능 및 영역별 모럴 해저드 대책	152
5. 전담조직의 설치와 효율적 운영	155
6. 정책적·법제적 대응방안	161
VIII. 결 론	166
참고문헌	169

표 목 차

<표 II-1> 보험사기와 보험범죄의 비교	9
<표 II-2> 보험사기의 구분	12
<표 III-1> 선진국의 보험사기방지기구 현황	31
<표 IV-1> 생명보험 및 상해질병보험의 범죄형태	56
<표 IV-2> 정보입력 내용	63
<표 IV-3> 우리나라의 보험사기조사팀 현황	67
<표 IV-4> 생·손보험회 공동정보업무 운영현황	73
<표 IV-5> 보험개발원 제공정보 현황	75
<표 V-1> 고발대상 요양기관 명단	93
<표 VI-1> 보험급여별 지급건수 및 지급액 현황	106
<표 VI-2> 산재 발생현황(1991~2000)	130
<표 VI-3> 2년 이상 요양자 중 휴업급여 수급자 현황	132
<표 VI-4> 3년 이상 휴업급여 수급자 현황(2001년)	132
<표 VI-5> 고령자 휴업급여 지급액(2000년)	133
<표 VI-6> 고령자 재고용 인원	133
<표 VII-1> 근로복지공단의 자료공유 현황	136

그림목차

[그림 IV-1] 우리나라의 보험사기조사팀(SIU) 업무현황	69
[그림 IV-2] 국내 보험사기조사팀의 사기사건 처리 과정	71
[그림 VI-1] 산재보험 적용업무처리 흐름도	104
[그림 VI-2] 산재보험 징수업무처리 흐름도	105
[그림 VI-3] 산재보험 급여부문 업무흐름도	107
[그림 VII-1] 보험범죄 방지조직	162

요 약

— 오늘날 민영보험과 사회보험이 상호 보완적으로 발전하면서 모든 국민이 보험제도를 이용하는 전 국민의 보험시대를 맞이하고 있다. 보험제도는 일상생활을 위협하는 위험요소에 대한 대비책 또는 예방수단으로서 사고로 인한 경제적 손실을 보상해 주고 공포와 불안감에서 해방되어 정신적·심리적 안정감을 갖게 하는 기능이 있는 반면에, 고의적인 사고 유발과 이미 발생한 손해를 확대시켜 과도한 보험급여를 청구하는, 이른바 도덕적 해이 또는 보험사기라고 하는 역기능을 가지고 있다. 보험제도에서 도덕적 해이의 빈발은 필요 이상의 보상금 지급, 예방비용의 지출, 보험료 인상 등 추가적인 비용을 발생시켜 선량한 다수 가입자에게 보험료 부담을 가중시키고 보험재정의 누수를 초래하여 경영수지를 악화시킨다.

그뿐만 아니라 도덕적 해이의 빈발은 사회구성원들의 도덕성과 윤리성에 대한 가치관을 전도시켜 인명을 경시하고 범죄를 조장시켜 그 막대한 피해는 보험제도 운영상의 문제를 넘어 심각한 사회적 이슈로 대두되고 있다. 민영보험에서는 보험범죄(insurance crime), 보험사기(insurance fraud)라는 표현을 선진국과 한국에서 일반적으로 쓰고 있으며 선진국은 1980년대, 한국은 1990년대 후반(IMF 체제)부터 심각하게 제기되고 있고, 보험회사 및 보험협회는 전담 조직을 설치하고 경찰청 등의 협력을 얻어 조직적으로 대응하고 있다.

최근 도덕적 해이 현상은 민영보험 영역뿐만 아니라 산재보험을 비롯한 사회보험의 영역으로 확산되고 있으나 사회보험측은

감독기관과 관리공단 실무부서에서 소극적으로 대처하고 있는 것이 문제이다. 민영보험은 계약 인수에 있어서 위험을 측정하고 인수 여부를 결정하는 언더라이팅의 기능을 매우 중요시하며 위험의 정도를 계약 전에 보험회사에게 알려야 하는 고지의무와 위험의 변경을 알리는 통지의무가 가입자에게 부과되어 도덕적 해이의 개입 여지를 사전에 어느 정도 차단시키고 있다. 그러나 사회보험은 의무가입제도로써 처음부터 언더라이팅의 절차나 과정이 필요 없으며 관리공단은 가입자에 대한 인수 위험과 관련된 정보는 가지고 있지 않고 관심조차 없는 것이 현실이다. 따라서 이들 가입자 또는 집단이 설사 제도를 악용할 소지가 있어도 사전에 예방 및 사후의 적발이 쉽지 않다.

민영보험이나 사회보험에 있어서 도덕적 해이 또는 보험사기와 관련된 사건이 빈발하고 있지만 이에 대한 일반인들의 인식은 매우 관용적이다. 피해 상대방이 정해 있는 일반 사건과는 달리 보험범죄 등은 불특정한 다수의 선의의 가입자가 공동 피해자이지만 그 누구도 본인이 피해자라고 생각하지 않는 경향이 있다. 민영보험은 재벌의 계열회사로, 사회보험은 국가기관으로 잘못 인식하고 다소의 무리한 급여 청구가 있었다고 해도 죄의식이 거의 없다는 사실이 문제이다. 또한 보험사고에 편승하여 부정수급을 하여도 큰 잘못으로 인식하지 않고 그 상대방이 병원 또는 근로자일 때 병원협회, 노동조합 등의 조직적인 저항에 맞서야 하는, 보험자로서의 한계를 느끼고 있다. 경찰 및 검찰 등의 사직당국도 보험범죄를 생계형 범죄로 소홀히 취급하려는 경향이 최근까지 있어 왔기 때문에 도덕적 해이는 날로 확산되어 가고 있다.

- 보험제도에 있어서 도덕적 해이의 특성은 다음과 같다.
 - 빠지기 쉬운 범죄 유혹 - 경미한 처벌과 관용조치
 - 다른 범죄와 동시에 발생

- 수법의 다양화 · 지능화 · 은밀화
- 입증의 곤란성
- 생계형 범죄로 인식, 경제적 위기로 인한 죄의식의 결여
- 사기폐해의 간접성과 광범위성
- 내부 종사자의 공모(보상담당 실무자의 개입)
- 보험범죄에 대한 사회적 인식 결여
- 보험기관의 대항능력 및 법적 제재의 미흡

— 사회보험의 도덕적 해이에 대한 대응책을 마련하기 위해서는 국내의 민영보험의 경험 사례를 참조할 필요가 있다. 세계적으로는 보험사기방지국제협회(IAIFA)가 설치되어 각국간에 보험범죄에 대한 정보와 자료가 상호 교환되고 있고 한국도 1994년 이 기구에 가입했다. 국가별로는 미국(전미보험범죄방지국, 1992), 영국(범죄 및 사기방지국, 1994), 프랑스(보험사기방지기구), 독일(중앙데이터뱅크) 등에서 전국적인 조직 기구가 있고, 독일, 오스트리아 등 일부 국가에서는 형법에 보험범죄가 규정되어 있다.

우리나라에서 민영보험의 보험범죄 등은 자동차보험을 중심으로 손해보험과 생명보험 등 보험제도 전반에 걸쳐 확산되어 있다. 자동차보험은 병원 관련자의 부정행위로서 MRI 허위 판독, 위장수술 및 대리수술, 진단서 조작 등이 있고, 보험사기 행위로는 고의추돌사고, 사고 조작, 위장 교통사고, 장기입원 및 허위수술 등 다양하다. 화재보험에서는 보험금 사취를 겨냥한 연쇄방화, 보험계약 조작이 일반적인 수법이 되고 있으며, 해상보험에서는 선박 침몰사고 위장 등이 있다.

생명보험범죄의 형태는 보험사고의 고의 초래(보험금 살인), 보험사고의 날조, 사기에 의한 보험사고(질병 은폐, 대리건강진단), 보험금 자살 등 여러 가지가 있다. 민영보험에 있어서 보험범죄에 대한 대응책으로 손해보험회사는 일부 대기업에서 보험사기

조사팀(SIU)이라는 전담 조직을 가지고 있으며, 대한손해보험협회는 보험범죄방지센터(2002)를 설치하여 회원사와 공동으로 대응하고 있다. 생명보험회사는 보험리스크 관리실을 설치하여 고액의 중복 보험계약에 대한 정보를 입력하여 회사간에 상호 교환하고 있다.

민영보험은 보험회사, 보험협회뿐만 아니라 보험개발원을 통하여 자동차보험, 인보험, 장기보험을 중심으로 데이터베이스를 운영하고 있으며, 인수 유의자 명단, 고액계약자 자료, 사고 피해자 자료 등을 업계에 제공하고 있다. 이러한 보험업계의 보험범죄 예방활동에 편승하여 금융감독원에서도 2002년 보험범죄 전담팀을 설치, 운영하고 있다.

- 사회보험을 중심으로 한 광의의 사회보장에서 제도를 악용하는 사례에 대해서는 아직까지 우리나라는 심각한 문제로 인식하지 않는 경향이 문제되고 있다. 이것은 공적부조를 포함하여 우리 제도의 역사가 짧고 최근에 와서 4대 사회보험의 적용범위가 전 국민에게 확대되었기 때문이다. 종래 사회보장제도가 충실해지면 근로자들의 근로의욕과 자립의욕이 저하되고 기초생활보호 대상자(영세민)에 대한 자산 조사의 필요성이 제기되는 것이 인식의 거의 전부였다. 그러나 IMF 외환금융위기로 실업자가 늘어나고 사회 경제의 불안이 야기되어 그 치유책의 하나로 고용보험, 산재보험 등 사회보험의 적용확대로 제도를 악용하는 사례가 심각한 수준에 이르고 있으나 민영보험과는 달리 사회보험에서는 이를 운영하는 관리공단과 정부감독기관 등에서 근본대책을 수립하려고 하지 않고 소극적으로 대처하고 있다.

민영보험측은 건강보험 및 산재보험에서 보험범죄가 연계되고 있는 사실을 인지하고 상호 정보교류 등 공동대처를 적극적으로 요망하고 있을 정도로 우리나라에서 모럴 해저드의 문제는

모든 보험 제도에 걸쳐 확산되고 있다. 본 연구에서 핵심은 산재보험이 중심이 되고 있지만 문제의 성격상 민영보험 및 다른 사회보험의 도덕적 해이를 동일하게 다루지 않을 수 없는 이유가 바로 이러한 사실에 기인하고 있다.

- 사회보험에서 제도 악용은 피보험자뿐만 아니라 사용자, 요양기관(병원), 보상 및 급여 담당자에까지 광범위하게 연관되어 자행되고 있다. 도덕적 해이가 심각한 산재보험에 앞서 고용보험과 건강보험의 악용사례를 요약하면 다음과 같다.

1. 고용보험

① 실업급여

- 자영업 영위사실을 신고하지 않고 실업급여 수급
- 실업급여 수급 중 취업사실 미신고
- 근무기간 축소 신고 또는 누락
- 사업주로 되어 있으면서 실업급여 수급
- 이직사유 허위신고
- 이직확인서 허위제출
- 피보험자격 취득을 허위신고
- 구직활동 내역 허위신고
- 실업인정시 타인의 대리출석
- 사업주와 공모하여 허위신고서 제출
- 취업일 허위신고
- 건설업 등 자격증 대여

② 고용안정사업

- 채용장려금 부정수급
- 고용유지지원금 부정수급

③ 직업능력개발사업

- 훈련 미실시
- 훈련일정 허위제출
- 훈련시간 축소 운영
- 훈련생 출결관리 부실, 출석부 조작

고용보험 3대 사업 가운데 악용사례가 가장 빈번하게 발생하고 있는 것이 실업급여의 부정수급이지만, 건당 부정 규모가 가장 큰 것은 고용안정사업이다. 이것은 회사측이 채용장려금이나 고용유지 및 휴업지원금과 관련하여 부정수급하기 때문에 그 규모가 수천 만 원 또는 1억 원 이상에 이르고 있다.

2. 건강보험

건강보험의 주된 악용사례는 자동차보험 및 산재보험과 더불어 병의원 등의 요양기관에 의한 허위, 부당청구이다. 그 이외에 건강보험 초기에서 볼 수 있었던 예가 비적용대상자가 타인의 건강보험 진료카드를 이용한 사례이다. 외국에 오래 거주한 관계로 국내 건강보험에 가입되어 있지 않은 내국인이 귀국 후 친인척의 카드를 이용하는 경우와 중국의 조선족 교포 등이 불법취업으로 건강보험에 가입되어 있지 않음에도 불구하고 주위에 있는 타인의 카드를 이용하는 경우이다. 또한 직장이 없는 사람이 가벼운 교통사고를 당한 경우 자동차보험회사로부터 일괄 보상을 받은 다음 건강보험 환자로 치료를 받는 경우도 있다.

건강보험에서 요양기관의 허위, 부당청구를 방지하기 위하여 건강보험관리공단 산하에 심사평가원이 설치·운영되고 있으나 병원 단체 등의 조직적인 저항을 의식하여 자동차보험의 경우처럼 적극적으로 대응하는 데 어려움이 있다.

- ① 2001년 9월 30일까지 보건복지부가 부정청구 혐의가 있는 요양기관 557개 병원을 현지 조사한 결과 448개 병원에서 부정청구(85억 원)한 사실을 확인.
- ② 2002년 보건복지부가 813개 요양기관을 조사한 결과 643개 기관에서 106억 원을 부정청구한 사실을 적발하여 499개 기관에 대해 업무정지 등의 행정처분과 94개 기관에 대한 형사고발.

3. 국민연금

국민연금의 제도 악용사례는 다른 사회보험과 비교하여 그 수법이 단순하지만 적발하기가 쉽지 않다. 일반적으로는 회사측이 근로자가 부담할 보험료를 급여에서 공제하여 기업부담분과 함께 공단에 납입하여야 하지만 공제한 보험료를 유용하는 경우가 있다. 사립학교교원연금에서는 연 1회 총납입 횟수와 연금 내역을 개별적으로 통보하는 서비스를 실시하고 있지만 국민연금은 노령연금이 아직 성숙(납입기간 20년)되지 않았고, 사정에 따라 계속 납입이 어려워 중단되는 사례가 있기 때문에 근로자는 퇴직하기 전에는 그 사실을 알기 어려운 처지에 있다.

연금보험료는 2001년 1월부터 2002년 3월까지 158,724개 사업장에서 1,677,674명의 근로자에 대해서 체납되었다. 만약 기업의 자금사정으로 보험료 체납이 있거나, 급여에서 공제한 보험료를 유용하였을 때 평소에는 그 사실을 모르고 있던 근로자가 사망 또는 폐질로 퇴직할 때 유족연금과 장해연금의 계산에서 본의 아니게 큰 손해를 볼 수 있고, 그 때 가서 문제가 야기된다.

- 산재보험은 그 제도의 속성상 다른 사회보험과 비교하여 모럴 해저드의 발생 가능성이 큰 특징이 있다. 그 주요 내용은 다음과 같다.

- ① 가입자(사업장)와 수급자(근로자)가 일치하지 않는다. 따라서 가입자는 보험료의 다과에만 관심을 가지고 부담을 줄이기 위해서 임금총액 산정 등에 문제가 나타날 수 있으며, 수급자는 보험급여의 수준에만 관심을 가지고 있다.
- ② 통원치료와 취업치료의 구분이 불명확하여 사업장에서 임금을 받으면서 휴업급여도 동시에 받을 가능성이 있다.
- ③ 요양급여와 휴업급여가 상호 의존관계에 있고 재해근로자와 요양기관 모두가 급여청구자의 입장에 있기 때문에 과잉급여의 가능성이 존재하고 있다.
- ④ 산재보험 미가입사업장 또는 보험료 체납사업장에서 재해가 발생하는 경우에도 보험급여를 지급하고 있다.
- ⑤ 사업장 단위로 가입이 이루어지고 있고 개별 근로자 관리는 없으며, 적용·징수·보상행정이 각각 독립적으로 이루어지는 문제점이 있다.
- ⑥ 자진신고 원칙에 따라 당연적용 대상임에도 불구하고 적용누락이 발생할 가능성이 있고, 보험료의 자진납부 원칙에 따라 체납사업장이 발생할 개연성이 높다.
- ⑦ 업무상 재해인정 기준은 전부 아니면 전무(all or nothing)의 체제로 운영되고 있어서 업무상 재해로 인정받으면 100% 보상을 받을 수 있으나 그러하지 못하면 전혀 보상을 받지 못한다. 따라서 업무상 재해 여부에 다툼이 빈발하고 산재보상이 국가기관에서 정부의 돈으로 이루어지는 것으로 오인하여 업무상 재해로 확대 해석하는 경향이 있다.
- ⑧ 고령의 장기요양환자에 대해서 요양급여는 물론 휴업급여까지 무한정 지급되는 경향이 있다. 특히 고용보험에서 고령자 고용촉진지원제도에 의하여 55세 이상의 고령자가 재취업하고 있는데 이들 가운데 상당수가 장기요양환자 및 휴업급여지급 대상자로 전락되어 산재보험의 재정에 큰 부담이 되고 있다.

재취업한 고령자가 2년 이상의 장기요양환자가 되는 경우 소속사업장과의 고용관계가 단절되어 건강보험, 국민연금, 고용보험은 모두 두절되고 있지만 산재보험에서만 장기요양과 휴업급여가 계속 인정되는 모순이 있다.

- 이상과 같이 산재보험은 다른 사회보험 이상으로 모럴 해저드의 개연성이 높고 실제 빈발하고 있음에도 불구하고 근로복지공단에서 조직적·적극적으로 대응하고 있지 않아, 가장 흔한 요양기관의 부정청구 사례도 자동차보험이나 건강보험에 비하여 적발 또는 고발건수가 많지 않다. 현재까지 적발된 사례는 요양기관의 비리가 중심이 되고 있지만 그 유형은 다양하지 못하다.
- ① 1998년 1월 청주지방검찰청은 이 지역의 병원을 중심으로 산재환자, 병의원의 허위진단서, 의사, 전문브로커, 공단 직원 등이 개입된 사건을 수사하여 사기죄의 범죄사실을 확인하였다.
- ② 요양연기신청서에 입원요양하고 있었던 것처럼 사실과 다른 소견을 병원에서 기재하여 진료비를 부당수령하였다.
- ③ 요양 종결후 11년이 경과하는 동안 일상생활을 영위하여 오다가 재요양의 대상이 아님에도 불구하고 허위신청하여 거액의 보험급여(요양급여, 이송료, 휴업급여)를 수령
- ④ 2001년 9월 산재지정 의료기관 4,872개 가운데 187개를 실시한 결과 청구액과 지급액이 일치하는 곳은 11개에 불과하였다. 그 결과 678백만 원을 환수하고 24개 병원에 진료제한(3개월~6개월)을, 53개 병원을 경고조치하였다.
- ⑤ 산재사고는 자동차가 없더라도 조작이 가능하고, 병원에서는 장기입원환자를 확보할 수 있어, 환자와 공생관계가 형성되고 있다.
- ⑥ 산재보험은 사업장의 종류에 따라 적용보험료가 다른 것을 이용하여 사업장 변경사실을 신고하지 않는 경우가 있다.

- ⑦ 상시 30인 이상의 근로자를 고용하는 사업장에 대해서는 특례 적용(개별요율)의 대상임에도 불구하고 30인 미만으로 신고하여 일반요율을 적용하도록 하며, 부족징수한 사례가 발생하고 있다.
- ⑧ 보험료 산정에서 확정보험료와 개산보험료를 부족징수하는 사례가 있다.
- ⑨ 직장동료간에 사적인 감정으로 싸우다 발생한 사고를 업무상 재해로 처리한 사건이 있다.
- ⑩ 평균임금을 부정하게 산정하여 휴업급여를 과잉수급한 사례가 있다.

— 최근 산재보험의 모럴 해저드 가운데 가장 심각한 것은 요양기관의 허위, 부정청구 이외에 고령자의 장기요양과 휴업급여의 계속된 지급이다. IMF체제 이후 5년 이상 장기요양자 수가 지속적으로 증가하고 있다. 1991년 1,103명이던 것이 2000년 3,501명으로 증가하였고 전체 요양환자 중에서 차지하는 비율도 2.7%에서 10.5%로 크게 늘어났다. 2001년 요양기간별·연령별 현황은 전체 요양환자 42,674명 가운데 50세 이상 17,366명, 3년 이상 요양자 7,493명 중 50세 이상이 4,991명이었다. 평균 요양일수는 35세 미만은 338일인 데 비하여 50~60세 804일, 60~65세 1,131일, 65~70세 1,397일, 70~75세 1,783일, 75~80세 2,059일, 80세 이상 2,299일로 나타나고 있다. 전술한 바와 같이 다른 사회보험에서는 적용대상이 아닌 60세 이상의 고령자가 산재보험에서만 장기요양 및 휴업급여 대상자로 남아 있다.

— 일반 근로자의 정년이 55세임에도 불구하고 산재보험에서 55세 이상의 고령자에 대한 휴업급여 수급권자가 전체 대상자의 28%인 11,968명에 이르고 있고, 그 장기화가 심각한 수준에 이르고

있다(본문 표 VI-3~VI-5 참조).

2년 이상 장기수급자의 경우 60세 이상의 비중이 28.5%이고, 급여수준도 2000년의 경우 월 150만 원 이상이 70% 이상으로 나타나고 있다. 휴업급여는 1989년 4월부터 급여액의 70%로 상향 조정되었고, 임금이 5% 상승할 때마다 슬라이드가 적용된다. 또한 일부 자동차, 건설, 조선, 중공업의 경우 단체협약에 의하여 차액 30%에 해당되는 금액이 별도로 추가지급되는 회사도 있다. 이러한 사정이 장기요양과 휴업급여제도에서 모럴 해저드의 원인이 되고 있다.

2000년의 경우 81세 이상 최고령자 53명에 대하여 지급된 휴업급여 금액은 304백만 원이었고 이 가운데 92세 노령자도 포함되어 있다.

— 산재보험의 심각한 모럴 해저드에 대응하기 위한 종합적인 대책 방안을 다음과 같이 제시한다.

- ① 보험자간의 정보교류의 활성화가 필요하다. 근로복지공단은 산업안전공단, 국민연금관리공단, 장애인고용촉진공단, 국세청 등 정부기관과 정보를 교류하고 있지만 그 목적과 용도는 보험범죄 예방보다는 재해통계 작성, 징수금 수납처리, 압류 처분이 중심이 되고 있고, 다만 국민연금관리공단과 대한손해보험협회와 정보교류협정(2001. 2)이 양자간의 이중수급 방지목적으로 이용되고 있으나 미흡한 실정이다.
- ② 장기요양환자에 대한 체계적이고 지속적인 실태조사가 필요하다. 2002년 1월 노동부는 근로복지공단 및 외부전문가를 중심으로 Task Force를 구성하고 세 차례의 워크숍을 개최한 바 있지만 시간이 짧고 촉박하여 구체적인 자료는 수집이 어려웠다. 장기요양환자(고령자)를 중심으로 휴업급여, 장해연금, 상병보상연금, 재요양환자에 대하여 연도별, 요양기간별,

입원 및 통원별, 소속 회사와의 관계(사표수리 여부, 시기, 조건), 요양기간 중의 대우(회사의 추가지급, 사표를 전제로 일괄보상 등)에 관한 개인별 관리카드를 작성하고 전산입력하여 특별관리할 필요가 있다.

- ③ 고령장기요양자가 건강보험, 국민연금(특례노령연금 등)과의 관련 여부도 조사가 필요하며, 국민연금의 성숙(2008년 이후)을 기다려 고령자의 휴업급여는 지급을 중단하고 국민연금으로 전환시킬 필요가 있다.
- ④ 산재보험의 요양기관에 대한 모럴 해저드 대책은 자동차보험과 밀접한 정보교류를 통하여 공동대응 또는 선진대응기법을 도입할 필요가 있다.
- ⑤ 근로복지공단은 노동부의 지원 아래 전담 조직을 신설·운영하고 다른 사회보험기관, 정부감독기관, 경찰청·검찰청 및 민간보험회사와 보험범죄예방협의회(본문 그림 VII-1 참조)를 구성하여 예방, 방지활동, 교육, 홍보 등의 종합적인 기능을 수행해야 한다.
- ⑥ 정책적 대응방안으로 산재보험은 다른 사회보험 및 민영보험과 공동대책을 추진함에 있어서 노동부 등 감독기관과 이와 관련되는 정부기구가 공동으로 참여하는 범정부적인 조직을 통하여 대응할 필요가 있다.
- ⑦ 법제적 대응방안으로 형법, 산재보험법 등의 개정을 통하여 보험사기 및 범죄에 관련된 조항을 입법화하고, 개인정보 보호를 이유로 필요한 자료 기록 등 자료 접근을 금지 또는 제한하고 있는 문제에 대해서도 개인정보 사용과 사용목적에 대한 명확한 규정을 두고 보험범죄 예방과 단속을 위한 공공의 목적으로 개인정보의 열람이 가능하도록 필요한 입법조치가 있어야 할 것이다.

I. 서론

1. 문제의 제기

현대사회는 끊임없이 발전과 변화를 계속하면서 우리들의 생활을 풍요롭게 하는 반면에 경제변동에 의한 생활불안이나 과학의 발전, 기술의 진보에 의한 새로운 위험의 발생이 일상생활을 위협하고 있다. 이러한 위험이 실제 발생한 경우를 가정한 그 대책이나 또는 예방수단으로 몇 가지 제도가 있지만 그 가운데 보험제도에 의하는 것이 저렴하고 가장 합리적이라는 사실은 누구나 인정하고 있다. 보험은 우연한 사고로 인한 경제적 손실을 보상해 주며 개인이나 기업의 활동을 도와줄 뿐만 아니라 불의의 사고에 대한 공포와 불안감에서 해방되며 정신적·심리적 안정감을 갖게 하는 기능이 있는 반면에, 고의적인 사고 유발과 이미 발생한 손해를 확대시켜 과도한 보험금을 청구하는 보험사기와 범죄를 발생하게 하며, 필요 이상의 보상금 지급, 예방비용의 지출, 보험료 인상 등의 추가적인 비용을 발생시키는 역기능도 가지고 있다.

그뿐만 아니라 보험계약자, 피보험자 등 보험관계인이 보험금 사취를 목적으로 자행하는 보험사기는 사고 빈도와 규모를 증대시키고 그 결과 선량한 다수 보험계약자의 보험료 부담 증가와 보험제정의 누수를 초래하여 보험자의 경영수지를 악화시키고 사회구성원들의 도덕성과 윤리성에 대한 가치관을 전도시켜 인명을 경시하고 범죄를 조장시켜 그 막대한 피해는 보험제도의 운영상의 문제를 넘어 심각한 사회적 문제로까지 대두하게 되었다¹⁾.

도덕적 해이 또는 도덕적 위험은 오늘날 일상생활의 주변에서 많이 존

1) 安京哲 外, 『保險詐欺 및 規模推定』, 보험개발원, 1999. 1쪽.

재하고 있지만 보험제도에서 이 문제는 현대보험의 출발 과정 및 발전단계에서 동시에 비롯되었다고 볼 수 있다. 흔히 보험제도의 악용은 피보험자, 보험계약자, 보험수익자 등 가입 주체측에 의하여 제기되는 폐단을 중심으로 하고 있지만 다른 한편으로는 보험자 및 보상, 손해사정을 담당하는 실무자의 의도적인 악행도 포함되는 것이다. 그뿐만 아니라 민간보험과 사회보험이 상호 보완적으로 발전하여 전 국민이 보험제도를 이용하는 전국민의 보험시대를 맞이하여 보험제도의 악용은 병의원과 약국(건강보험, 상해보험, 산재보험 등), 자동차 정비소(자동차보험), 기타 보험과 관계되는 사업자 또는 그 단체까지 사건에 연루되는 경우도 허다하다.

당초 보험범죄 내지 보험제도에 있어서 도덕적 위험은 역사적으로 민영보험에서 먼저 비롯되었고 여러 보험 종목 중에서도 역사가 오랜 화재보험, 해상보험, 생명보험 분야에서 발단되었다. 보험산업의 발전에 따라 보험범죄는 자동차보험과 각종 배상책임보험 영역으로 확산되었고 보험의 시대를 맞이하여 민영보험뿐만 아니라 사회보험의 영역으로 확산되고 있다. 보험제도에서 가입자의 의무 가운데 고지의무(계약전 알릴 의무), 통지의무, 손해방지의무 등은 직·간접으로 보험제도 악용을 예방하는데 그 목적의 일부가 있다.

고지의무는 생명보험 계약에서 중요시하는 것으로 청약서와 동시에 피보험자의 과거 및 현재 질병 경력[病歷]에 대해서 사실대로 성실히 알리는 것을 말하며, 생명보험회사는 수많은 계약자의 건강 정도를 이 자료에 의하여 판단하고 보험인수 여부를 결정하는 것이다. 통지의무는 화재보험 등 재산보험제도에서 필요한 것으로서 주로 계약체결 이후 위험의 현저한 증가 또는 변경이 있을 때 그 사실을 추가로 보험자에게 통보하는 것이다. 손해방지의무는 재산보험에서 사고가 발생시 보험계약자 등은 피해가 확산되지 않도록 선의의 재산관리인으로서 손해 경감을 위해서 노력해야 하는 의무를 말한다. 소극적 의미에서 보험제도의 도덕적 위험은 이상과 같은 기본적인 가입자의 의무를 위반하거나 소홀히 함으로써 파생되는 보험자의 부담을 줄이는 데 그 취지가 있지만 오늘날 보험회사에서 도덕적 위험은 보다 적극적 의미에서 다양한 방법으로 보험제도를

악용하는 것을 말한다.

보험회사는 계약의 인수에 앞서 위험 정도를 알아보고 인수 여부와 인수 조건을 결정함에 있어서 이른바 언더라이팅(underwriting) 기능이 절대적으로 필요하고 계약의 인수 이후에도 위험을 분산하고(재보험), 계약의 사후관리에 만전을 기하고 있으며, 보험사고 발생통지를 받으면 귀책 사유와 면책사유를 검토하고, 사고에 있어서 도덕적 위험성의 개입 여부에 대해서 신경을 쓰게 된다. 반면에 산재보험, 건강보험 등의 사회보험 제도는 의무가입으로서 처음부터 ‘언더라이팅’이라는 절차나 과정이 필요 없기 때문에 보험자는 가입자에 대해서 인수 위험과 관련된 정보는 전혀 가지고 있지 않고 관심조차 없는 것이 현실이다. 따라서 이들 가입자가 설사 제도를 악용할 소지가 있어도 사전에 예방 및 사후의 적발이 쉽지 않다.

오늘날 선진국을 비롯하여 한국도 민간보험회사는 보험범죄의 예방과 적발을 위하여 필요한 조직기구를 두고 보험회사간에 계약 정보를 공유하면서 적극적인 대책을 마련하고 있지만 보험제도의 보급으로 협동조합(농협 등)공제, 우체국보험, 기타 운수공제 등 유사한 형태의 다른 보험제도와 4대 사회보험이 전 국민을 대상으로 확대적용되고 있어서 보험에 있어서 모럴 해저드(moral hazard)의 문제는 이들 보험자간에 유기적인 협조와 정보교류 없이는 근본적으로 대응할 수 없는 입장에 처해 있다. 또한 보험제도는 민영보험이든 사회보험이든 간에 가입자에 대해서 보험 급여와 양질의 서비스를 제공해야 하는 위치에 있기 때문에 사직당국의 도움 없이는 도덕적 위험의 대응에는 한계가 있다.

2. 연구의 목적과 필요성

보험사기, 보험범죄, 도덕적 위험 또는 해이(解弛)의 용어와 개념에 대해서는 다음 항목에서 정리를 하겠지만 이러한 사건에 있어서 민영보험, 사회보험 등의 보험자 입장에서 필요한 재원을 투자하고 적극적으로 대처해야 하는 것은 당연한 일이다. 보험자 그룹을 민간보험회사, 유사보험

기관, 사회보험 등으로 구분할 때 선진국의 경우에도 민간보험회사가 다른 그룹 보험자에 앞서 대응책을 강구하고 사회보험 등은 민간보험회사와 제휴하며 대응기법을 모방 또는 도입하는 실정에 있다. 보험사업자 및 협회 등이 이 문제에 대해서 적극적으로 대처하고 보험감독당국과 법 집행기관(경찰 및 검찰)이 개입하고 나선 것은 선진국은 1980년대이고 한국은 1990년대 후반부터이다.

우리나라에서 보험사기와 관련된 연구는 민영보험의 경우 1990년대 중반 이후이고 사회보험의 분야에 있어서는 보험협회에서 최근 사회보험측과 정보교류 추진을 시도하고 산재보험(근로복지공단 및 노동부) 이외는 관심을 표명하지 않고 있다. 특히 민영보험에 있어서 보험사기에 대한 연구는 최근 외환위기 이후 업계의 관심과 더불어 연구가 활성화되고 있으나 사회보험에서의 연구는 본격적으로 시도되고 있지 않으므로 본인이 연구에 착수하게 되었다. 보험사기에 관한 기존의 연구는 이 보고서 끝에 참고자료를 첨부하였으니 참조하기 바란다. 연구결과를 요약하면 조해균(1995) 교수를 비롯하여 실무계의 조수웅(1997), 최성립(1998), 내남정(1998), 안병재(2000) 등의 연구가 기초적인 정보를 제공하고 있다. 보험종목별 연구는 자동차보험의 사례가 중심이 되고 있는데 강문기(1995), 김철영(1996), 김용경(1998), 김철영(1998) 등에 의하여 수행되었다.

보험사기 조기 적발을 위한 예측모형 및 규모추정 등에 대해서는 김광용(1997), 김현수(1999)를 비롯하여 안경철·박일용(1999) 등의 연구가 있었고, 최근 석사학위 논문(최성립, 1998)과 박사학위 논문(이병희, 1998)으로 발표된 경우도 있다. 이들의 연구가 민영보험에 집중되고 사회보험과 연구의 연계가 필요하지만 사회보험측의 소극적인 분위기 속에서 종합적인 연구가 시작되지 못하고 있다.

최근 보험회사(손보)와 협회가 보험사기 범죄에 대응하기 위하여 보험감독당국과 경찰 및 검찰의 협력을 끌어들이고 있지만 현실적으로 어려움이 많고 여러 측면에서 한계를 느끼고 있다. 생명보험회사보다는 자동차보험을 중심으로 손해보험회사가 적극성을 보이고 있으나 일부 중규모 보험회사와 업계의 전반적인 분위기는 아직까지 보험사기 근절을 위한

노력이 반소비자운동으로 인지되지 않을까 염려하고 있고, 보험회사의 영업정책에 부정적일 수 있을 것이라는 우려도 가지고 있다. 또한 여기에 정당한 클레임의 보험금 지급 기일에 대한 규제와 사기혐의건에 대한 민원 제기는 혐의가 있는 사고에 대하여 적절하고 충분한 조사를 어렵게 하고 있다.

우리나라 보험사기 성향에 관한 최근의 조사연구(1999, 보험개발원)에 의하면 일반대중의 보험사기에 대한 태도가 상당히 관용적이고 이러한 추세는 점차 증가하고 있어, 보험회사들은 상당한 우려를 나타내고 있다. 미국은 IRC(Insurance Research Council)에 의하여 보험사기 성향에 관한 연구가 정기적으로 이루어지고 있는데²⁾ 과거에 지급한 보험료를 만회하기 위하여 보험금을 부풀리거나, 약관상 사고금액의 일정부분에 대한 자기부담금(deductible)을 보충하기 위해 보험금에 끼워 넣어 청구하는 상당수의 미국인들은 “그럴 수 있다”는 반응을 보이고 있다. 민영보험에 있어서 사정이 이러하다 보니 사회보험에 있어서 도덕적 해이에 대한 일반인들의 인식은 더욱 관용적이다. 예로서 산재보험에서 장기요양환자에 대한 휴업급여 지급기간이 늘어나고 있고, 고용보험에서 실업급여의 부정수급이 적발되어도 심각한 죄의식이 없다는 사실이다.

산재보험을 중심으로 한 사회보험에 있어서 도덕적 해이에 대한 연구 목적과 필요성은 다음과 같이 정리할 수 있다.

① 민영보험 분야에서 보험사기 등의 연구와 업계의 대책강구는 활발하게 이루어지고 있으나 자동차보험, 생명보험(성인병보험)의 모럴 해저드(moral hazard) 사례를 적발하기 위해서는 산재보험과 국민건강보험의 진료기록과 요양급여에 대한 정보교류가 절대적으로 필요하다.

② 반대로 산재보험과 국민건강보험에 있어서도 도덕적 해이를 예방하기 위해서는 양자간의 자료교환 및 자동차보험 등의 진료자료가 필요하다.

③ 산재보험, 국민건강보험, 자동차보험은 일부 병의원의 과잉진료, 허

2) 朴一用 外, 『保險詐欺 摘發 및 防止方案』, 보험개발연구원, 1999. 11, 1쪽.

위·부당청구에 대처해야 하는 어려움에 직면하고 있는데 문제가 되고 있는 병의원들에 대한 정보교류가 서로 필요하다.

④ 보험가입자의 제도 악용을 방지해야 할 가장 큰 이유 중의 하나는 대다수의 성실한 가입자를 보호하기 위해서이다. 그뿐만 아니라 최근 우리나라는 사회 전반적으로 기초질서 및 준법태도가 문란하고 국민들의 윤리의식이 희박한 가운데 도덕적 불감증으로 보험제도의 악용은 가벼운 사실로 인정하고 범죄적인 행위로 인정하지 않으려는 경향이 만연하고 있다. 민영보험에서는 재벌그룹의 계열사로 보고, 사회보험관리공단은 국가기관으로 보아 보험사고에 편승하여 부정수급을 하여도 큰 잘못으로 인식하지 않고 있다. 특히 모럴 해저드의 당사자가 병원 또는 근로자일 때에는 병원협회, 소비자단체, 노동조합의 조직적인 대항에 맞서야 하는 보험자로서의 한계를 느끼고 있다.

⑤ 민영보험과 달리 사회보험은 의무가입으로서 보험가입자의 고의적인 리스크를 사전에 통제할 수 있는 언더라이팅 절차가 불필요하므로 불량한 위험이 개입될 여지가 도처에 도사리고 있다. 사회보험에 있어서는 원천적으로 도덕적 해이가 빈발하여도 대처 또는 적발하기 어려운 개연성은 제도 자체에 내포되어 있다. 예로서 산재보험에서 가입신고 태만 중 또는 보험료 납부 태만 중에 사고가 일어나도 일정한 추가조건을 붙여 급여를 보상하고 있으며, 건강보험에서도 이와 유사한 보험료 체납제도가 있다(법 제48조 제3항, 시행령 제27조).

⑥ 사회보험에 있어서 보험료 징수율의 저조, 요양급여의 부당청구는 가입자의 제도 악용과 더불어 보험재정을 더욱 어렵게 하고 있으므로 재정누수현상을 방지하기 위해서도 모럴 해저드의 대책은 강구되어야 한다.

II. 도덕적 해이와 보험범죄

1. 개념상의 문제

가. 도덕적 해이

현대생활에서 보험이 훌륭한 제도의 하나로서 우연한 사고발생의 위험에 대비하고 그 효용성이 높다고 할지라도 이를 악용할 때에는 여러 가지 폐단이 생길 수 있다. 보험제도의 폐단 또는 폐해를 이야기할 때는 흔히 쓰는 용어의 하나가 moral risk 또는 moral hazard이고 우리말로 도덕적 위험 또는 도덕적 해이(解弛)이다. 도덕적 위험에 대해서는 논자들간에 견해와 주장을 달리하고 있다. 영어에서 risk, hazard, peril을 우리는 모두 위험이라고 번역하고 있지만 그 속에 함축된 의미는 매우 다양하다. risk는 손해 발생의 가능성, 그것도 객관적 손해 발생의 가능성이며, 특히 경제적 손해의 발생 가능성을 말한다.

보험이론의 전문용어로서 위험에 해당하는 것으로 peril과 hazard라는 것이 있다. peril이란 손해를 발생케 하는 원인인 우연한 사고(위험)를 말하며, hazard는 손해 발생의 가능성(빈도, 크기에 관련한 가능성)의 조건을 내포하고 있는 구체적 상태를 말한다. 보험가입자가 보험금을 노려 보험사고를 일으키거나 보험에 가입한 것을 믿고 주의를 게을리하며 사고 발생의 가능성을 높게 하는 것은 보험이 갖는 역기능이고 이것을 구분하지 않고 보험범죄, 보험사기, 도덕적 위험 또는 도덕적 해이라고 부르고 있다.

도덕적 위험에 관해서는 학자들간의 주장을 약간 달리하고 있지만 손실의 가능성을 증가시킬 수 있는 피보험자의 개인적 성향으로 정의되는 도덕적 해이(moral hazard)는 실제적 해이(physical hazard)로서 손해 원

인의 결정에 중요한 영향을 미치고 있다. 도덕적 해이는 실제적 해이가 보험에서 문제되지만 소극적인 요소로서 방관적 해이(morale hazard)라는 것도 있다. 이것은 손실에 대한 무관심을 의미하는 것으로 실무에서는 차이를 발견하기 곤란하다. 양자의 차이를 예를 들어 설명하면 피보험자가 보험금을 수령하기 위하여 의도적으로 파괴하는 행위는 도덕적 해이로서 실제적 해이이고, 자기 재산의 손실을 방지할 수 있음에도 불구하고 어떠한 조치도 취하지 않는 행위는 방관적 해이에 속한다고 할 수 있다. 미국에서는 일반적으로 보험목적물의 위험을 실제적 해이(physical hazard), 도덕적 해이(moral hazard), 방관적 해이(morale hazard)로 구분하고 있지만 독일에서는 객관적 위험(objective risk)과 주관적 위험(subjective risk)으로 구분하고 있다. 도덕적 해이가 보험학 또는 보험경제학 문헌에서 크게 다루기 시작한 것은 1960년대이며(미국의 경우), 그 의미는 보험계약으로 인하여 손실 발생 방지노력을 소홀히 하는 경향을 말한다.

도덕적 해이와 관련하여 피보험집단의 위험을 높이는 것으로서 역선택(adverse selection)이라는 것이 있다. 역선택이란 보험사고 발생 가능성이 높은 위험을 보험가입자가 자진하여 가입하는 것을 말하며, 생명보험에서 역선택은 고지의무 위반과 관련이 많다. 이러한 역선택은 보험가입자와 보험회사 간에 정보의 불균형(차이) 아래서 발생한다. 보험회사는 불특정한 다수 가입자의 건강이나 신상에 대해서 그 본인만큼 모르기 때문에 높은 위험을 보유하게 되어 손해를 보게 된다. 보험회사는 손실을 줄이기 위해서 실무적으로 고지의무를 부과하며 가입자가 스스로 위험을 알리도록 하고 고액 계약에 대해서는 건강진단을 실시하는 것이다.

다음에 언급할 보험범죄 보험사기와 도덕적 해이의 차이점은 후자가 넓은 의미로 포괄적 개념으로 해석할 수 있다. 보험범죄 보험사기는 보험관계인이 고의적 또는 악의적으로 보험을 악용하고 남용하려는 범법적 행위를 의미하는데 도덕적 해이는 이것을 포함하며 보험에 가입했기 때문에 안심이 되어 부주의, 태만, 과실 등과 같은 위험까지도 포함하는 개념으로 이해할 필요가 있다.

나. 보험범죄 보험사기

우리나라 민영보험업계에서는 보험범죄 보험사기라는 용어를 서슴없이 사용하고 있으며, 전담부서 명칭도 「보험범죄방지센터」 등의 표현을 쓰고 있다. 반면에 근로복지공단 등 사회보험측은 가벼운 개념으로 생각하고 도덕적 해이라는 용어를 애써 쓰려는 경향이 있다. 도덕적 해이는 최근 우리나라에서도 보험 이외에 다른 사회적 기강의 해이, 질서문란 등을 두고 쓰기도 한다. 미국에서 보험사기(insurance fraud) 또는 보험범죄(insurance crime)라는 용어는 공식기구의 명칭에서 사용하고 있다. 즉 미국보험사기방지협회(Coalition Against Insurance Fraud), 전미보험범죄방지국(National Insurance Crime Bureau)이 그 예가 된다. 반면에 영국보험자협회(ABI)에 설치된 범죄및사기방지국(Crime & Fraud Prevention Bureau)의 명칭은 보험범죄와 보험사기의 개념에 차이가 있는 것으로 보고 있다. 최근 우리나라에서 보험범죄는 법률상 용어가 아니라 보험과 관련된 범죄라는 의미로 사용되다가 보험업계에서 일반범죄와 구분할 필요성에서 의도적으로 만든 보험용어라는 입장이 있다³⁾. 반면에 보험사기는

<표 II-1> 보험사기와 보험범죄의 비교

	보험사기(insurance fraud)	보험범죄(insurance crime)
대 상	보험사	불특정 당사자, 보험사
개 념	-보험업무와 관련하여 발생하는 재산적 이득을 얻을 목적으로 보험사를 기망하는 제반행위 -형법상 사기죄로 보험분야의 사기를 통칭(유사 사례: 금융사기)	-보험업무와 관련하여 본인 또는 제3자의 재산적 이득을 위하여 보험사에 행하는 제반 범법행위 -악질적 경제범죄로 취급하려는 의도된 보험용어 -부작위 행위 제외
관 심 사 항	-사기폐해 -사기방지(내·외부 시스템 구축) -사기계약과 관련한 법적 조치	-범죄수법 및 처벌 -범죄예방(모방·동조범죄 차단) -범죄와 보험금 청구와의 단절

3) 대한손해보험협회 보험범죄대책팀, 『보험범죄 방지를 위한 이론과 실무』, 1999. 2쪽.

형법상의 용어 즉, 형법 제347조의 사기죄를 말하는 것으로서 사기 중에 보험회사가 사기 대상이 되는 경우를 말한다. 유사한 예로서 금융사기, 토지사기 등이 있다. 우리나라 보험학자 또는 실무계 인사들은 최근 보험사기와 범죄의 용어를 혼용하면서 각자가 정의 또는 개념규정에 골몰하고 있지만 문제의 중요성에서 볼 때 법률적인 측면에서의 접근이 필요하다⁴⁾. 이러한 측면에서 국내에서 보험범죄와 보험사기의 개념을 법률적 관점에서 연구한 이는 이병희(2001) 교수이다.

모럴 해저드의 보험범죄적 성격을 법률적으로 접근하려면 먼저 어떠한 행위가 범죄로서 처벌되기 위해서 법이 보호하는 법익(法益)이 존재해야 하고 위법한 보험계약과 거래도 이러한 요건이 충족되면 범죄성이 인정될 수 있다는 것이다. 오늘날 법익을 형사정책적 입장에서 광의로 해석하며 실질적인 생활 이익이나 사회적 이익 등이 형법상의 보호법익이라는 견해가 인정되고 있으므로 보험범죄의 보호법익은 보험계약관계자(보험자, 보험계약자, 피보험자, 보험수익자 등)의 재산과 생명인 동시에 공서양속이라고 할 수 있다. 보험범죄로 인하여 발생하는 직접적인 피해는 보험계약관계자의 생명과 재산의 침해이다. 보험범죄로 지급된 보험금의 누수현상은 결과적으로 보험료의 인상요인으로 작용하여 일반 보험계약자들은 더 많은 보험료를 부담해야 하고, 생명보험의 경우는 배당금, 잉여금 등에서 손해가 발생하여 그 피해가 전체 보험계약자에게 돌아간다. 따라서 보험범죄로 인한 전체 보험계약자의 재산적 침해는 형법적으로 보호할 필요가 있는 법익이다.

일반적으로 위법한 보험거래가 과실이나 우발적으로 일어나는 경우는 드물다. 대부분은 고의적·계획적으로 이루어지고 있어서 행위자의 유책성을 확인하는 데는 어려움이 없다.

처벌의 필요성이 있는 위법한 보험거래에 관하여 각국의 형법에서는 보험범죄 또는 보험사기 등의 표현을 사용하고 있다. 예로서 독일형법 제265조에 보험사기(Versicherungsbetrug), 오스트리아 형법 제151조 보험

4) 이병희, 『보험범죄론』, 형설출판사, 2001. 7~11쪽 및 122~124쪽.

의 악용, 이탈리아 형법 제642조 등이 규정하고 있다. 중국의 형사법 제 183조, 제198조 등에도 ‘보험사고를 고의로 날조하거나’, ‘보험사기’ 등의 용어를 사용하고 있으며, 북한 형법에서도 동일한 취지가 규정되어 있다.

오늘날 국내외를 막론하고 여러 논문과 문헌에서 보험범죄(insurance crime)라는 용어가 많이 사용되고 있다. 국가가 보호하는 개인적·사회적 법익을 침해하는 범죄를 보통 경제범죄라고 하는 것과 마찬가지로 보험 계약관계자의 이익과 공정한 거래질서를 침해하는 행위를 보험범죄라고 지칭하는 것은 적절하다⁵⁾. 보험범죄의 대부분은 보험사기와 관련된다는 점에서 양자를 같은 개념으로 해석하려는 경향이 있다.

가장 일반화된 보험사기의 정의는 “보험가입자 또는 제3자가 받을 수 없는 보험급부를 대가 없이 받거나, 부당하게 낮은 보험료를 지불하거나 또는 부당하게 높은 보험급부의 지급을 요구할 목적을 가지고 고의적·악의적으로 행동하는 것”으로 해석하여 사실상 보험범죄와 동일하게 취급하려 하고 있다. 보험사기가 되기 위해서는 형법상 사기죄, 즉 타인을 기망(欺罔)하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득하는 경우 및 제3자로 하여금 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득하게 하는 죄(형법 제347조)가 성립되어야 한다. 이러한 보험사기는, ① 보험회사, ② 재산적 이득, ③ 기망행위, ④ 보험업무, ⑤ 보험관계인, 제3자, ⑥ 고의 등 여섯 가지 요소로 구성되어 있다.

사기죄의 행위는 피기망자에게 착오를 일으키게 하는 기망행위이다. 기망이라 함은 널리 거래관계에서 지켜야 할 신의원칙에 반하는 행위로서 사람으로 하여금 착오를 일으키게 하는 것을 말하며, 재물을 편취불법 이득의 수단으로 이용된 것이다. 보험사기는 행위의 우연성과 질적 특성을 감안하여 경성사기(hard fraud)와 연성사기(soft fraud)로 구분하고 있다. 이러한 구분은 대응전략의 측면에서 유익하다. 전자는 보험증권에서 담보하는 재해, 상해, 도난, 방화, 기타의 손실을 의도적으로 각색 또는 조작하는 행위를 말하고, 후자는 기회사기(opportunity fraud)라고도 말하

5) 이병희, 앞의 책, 9쪽.

<표 II-2> 보험사기의 구분

경성사기	연성사기
- 부적법한 보험금 청구권	- 적법한 보험금 청구권
- 의도성	- 우연성
- 과다청구를 동반하는 고액	- 소액
- 지능적 범죄	- 생계형 범죄
- 범죄전력과 유관한 경우 많음	- 범죄전력과 다소 무관
- 공동범행	- 단독범행
- 비사회적 용인	- 사회적 용인
- 내부종사자의 공모	- 내부종사자의 묵인, 방조

며, 보험계약자 또는 보험금 청구권자가 합법적인 청구를 과장 확대할 경우에 발생하는 것을 말한다.

예로서 연성사기는 신규 보험계약을 청약 또는 갱신하는 경우에 거짓 정보를 제공하여 낮은 보험료를 낸다든지 또는 신체조건상 거절에 해당하는 사람이 보험인수가 될 가능성을 높이는 행위를 말한다. 보험사기에 서 두 가지 사기유형의 차이점을 <표 II-2>와 같이 정리할 수 있다.

사기죄에 있어서 형법은 기망행위의 유형을 명시하고 있지 않기 때문에 기망행위의 수단과 방법에는 제한이 없다. 보험계약에서 피보험자가 질병을 감추고 보험계약을 체결한 경우는 부작위에 의한 기망행위라고 해석하고 있다. 일반적으로 보험계약자 등의 고지의무 위반행위가 보험사기 사건에 있어서 기망행위의 대부분을 차지하고 있다⁶⁾.

2. 보험범죄의 특성과 관리

가. 보험범죄의 특성

1) 빠지기 쉬운 범죄 유혹

보험사기 및 범죄에 대한 관용적 사회 분위기에 편승하여 발각되어도

6) 구체적 사례 및 판례는 이병희, 앞의 책, 125~139쪽 참조.

경미한 처벌을 받거나 관용을 베풀고 있기 때문에 쉽게 범죄 유혹에 빠지는 경향이 있다. 또한 보험회사의 영업정책상 조용하게 처리되기를 바라고 있다. 특히 생명보험의 경우 인터넷 판매, 백화점과의 판매 제휴도 신체검사 없이 보험가입이 가능하여, 이러한 영업환경도 보험범죄가 양산되는 토양이 되고 있다.

2) 다른 범죄와 동시에 발생

보험범죄는 보험료의 환급과 보험금을 취득하기 위하여 다양한 수법을 사용하기 때문에 보험범죄가 발생하게 되면 보험금 사취뿐만 아니라 이에 동반하여 여러 범죄행위가 동시에 발생하는 특징이 있다. 보험범죄는 보험금을 획득하기 위하여 타인을 살해하거나 위장 자살 또는 고의적 사고를 유발하고, 또한 각종 서류를 위조하거나 재물을 손괴하는 행위가 동시에 발생한다.

3) 수법의 다양화·지능화·은밀화

보험은 일상생활 주변의 거의 모든 위험을 담보하고 있으므로 보험범죄의 수법은 매우 다양하고 동시에 범죄가 용이하고 입증이 어려운 점을 이용하므로 빈번하게 발생한다. 그뿐만 아니라 그 수법이 날로 지능화되고 은밀하게 이루어지고 있다. 경성사기의 대부분은 지능적 범죄로서 악의적이고 교묘한 수법이 특징이다. 특히 공동 범행을 통해 알리바이나 사고상황을 조작하고 조직적이고 치밀하게 행동하고 있다.

4) 입증의 곤란성

보험사기가 성립되기 위해서는 고의에 의한 재산적 이득을 얻었음을 입증하여야 하는데 중대한 과실과 고의를 구분하기가 쉽지 않고 수사권이 없는 보험회사가 고의를 입증하는 것은 현실적으로 어려운 상황이다. 특히 건강보험공단 등과 정보교류 및 공유가 어려워 범죄 혐의의 입증은 더욱 힘들게 된다. 또한 경추요추염좌 등에 대한 진단의 주관성, 범죄수사 전문인력의 부족, 목격자 신고율 저조, 보상 및 보호체계의 전무 등으

로 입증의 곤란하다.

5) 생계형 범죄

연성사기는 우발적이기 때문에 대부분 단독 범행으로 이루어지고, 장기간 불황이거나 IMF 체제와 같은 경제공황과 사회불안 속에서 많이 발생한다. 이러한 사실은 민영보험뿐만 아니라 특히 사회보험으로서 산재보험의 장기요양환자와 휴업급여기간의 장기화, 고용보험에서 실업급여의 부정수급 등이 여기에 해당된다.

6) 보상심리와 동조의식

보험사기 및 범죄에는 위험 보장이라는 무형의 서비스에 대한 불만족과 소멸성 보험료에 대한 보상심리가 내재하고 있기 때문에 연성사기가 발생하는 원인이 되고 있다. 이러한 연성사기는 경성사기보다 건별 피해 규모는 적지만 건수가 많아 사기피해의 대부분을 차지하고, 적발의 어려움과 비용지출 때문에 방치하는 경향이 있고, 보상적 범죄심리는 죄의식을 약화시켜 모방과 동조의 원인이 되고 있다.

7) 사기피해의 간접성과 광범위성

보험사기 및 범죄는 외견상 보험자에게 직접적인 피해를 주는 것 같지만 보험료 인상을 통해 피해당사자가 현재 및 장래의 보험계약자에게 전가된다. 또한 보험사기 등은 범죄를 위해 다른 범죄(예: 살인 등)를 저지르기도 하는 등 복합적인 성격을 지니고 있다.

8) 내부 종사자와의 공모

보험사기 및 범죄의 지능화에 따라 내부종사자의 묵인, 방조, 공모행위가 많아지고 있다. 보상 내용을 이해하기 어려운 보험상품의 특성상 상품 정보와 보상절차를 알고 있는 모집종사자, 손해사정 담당자, 보상담당 요원 등이 개입될 여지가 있다.

9) 피해 및 피해자의 특성

보험범죄로 인하여 발생하는 피해는 보험계약자, 보험자, 국가에게 모두 피해를 주게 된다. 보험범죄의 비용지불은 가입자에게 보험료 인상으로 전가되고, 보험자에게는 수지악화와 대책을 위한 비용지출이 불가피하게 된다. 보험범죄의 피해는 경제범죄와 마찬가지로 그 피해자가 특정되지 않거나 일반국민인 경우가 많기 때문에 피해자들이 자기가 피해자가 되고 있다는 사실을 전혀 의식하지 못하고 있다.

10) 보험범죄자의 특성

보험범죄의 주범으로 분류되는 사람들은 보험을 악용하는 직업적인 범죄자이다. 이들은 보험약관을 이해해야 하는 등 장기적 계획성을 가지고 있고 매우 지능적이다. 보험범죄자는 보험자의 재산을 사취하는 것이라고 생각하고, 진정한 피해자가 보험계약자인 것을 인식하지 못하고 있으며 죄의식 또한 결여되어 있다. 사회보험에 있어서는 국가 또는 공공기관의 재산을 사취하는 것으로 잘못 생각하는 경향이 있으며 이들은 무임승차나 탈세처럼 범인이나 국가에 대한 사기행위에 대해서는 죄의식을 느끼지 못하고 있다.

보험범죄의 구성원 또는 관계자는 대부분 가족이나 친족으로 구성되는 경우가 많고, 보험금 살인사건 등 범죄 유형이 비도덕적이다.

나. 발생 원인과 촉진요인

일반적으로 보험범죄의 유형은 민영보험과 사회보험의 종목에 따라 차이가 있지만 민영보험의 경우를 종합하면 다음 세 가지로 구분할 수 있다⁷⁾.

- 보험사고의 고의의 초래이다.
- 보험사고의 날조이다.
- 사기에 의한 보험사고이다.

7) 朴一用 外, 『보험사기 성향 및 규모추정』, 보험개발원, 1997. 7. 7쪽.

보험범죄는 보험이 존재하는 한, 인간의 욕심이 존재하는 한 끝없이 발생될 수밖에 없는 여러 가지 요인을 가지고 있다. 보험범죄가 발생하는 원인을 살펴보면 아래와 같다.

○ 보험범죄에 대한 사회적 인식결여

타인을 살해하거나 재산상의 침탈을 제외하고, 타인에게 직접적인 피해를 주지 않는 한, 돈 많은 보험사에 대해 불쌍한 개인이 저지른 보험범죄에 대해 관용하는 사회적 인식결여(일부 법조인 및 의료인 등의 인식결여)와 저축성 보험료에 비해 소멸성 보험료의 경우에는 보험료 환급이라는 잘못된 보상심리의 결과에 따른 범죄의식 결여가 보험범죄에 대한 관용으로 비춰지고 있다.

○ 보험계약의 사행성

일반적인 계약의 경우 계약당사자간에 수수하는 가치는 동가교환계약(同價交換契約)인 점에 비해 보험계약은 계약상 담보되는 우연한 사고가 발생하면 적은 보험료로 거액의 보험금을 받게 되는 비동가교환계약(非同價交換契約)이라는 사행성을 띠고 있기 때문에 적은 보험료를 지급하고 사고를 조작하여 거액의 보험금을 받으려는 유혹이 발생하게 되는 보험계약의 본질성에 그 범죄 유혹의 속성이 있다고 할 수 있다.

○ 보험범죄에 대한 보험회사의 대항능력 미흡

한 명의 도둑을 열 사람이 잡을 수 없다는 속담과 같이 모든 보험범죄 의심자에 대하여 보험사의 한정된 보험금 지급심사능력 및 조사능력 한계로 인해 철저한 조사가 이뤄지지 못하고 있고, 또한 민원발생의 회피 및 대외이미지 고려에 따른 협상 등에 의해 보험범죄에 소극적으로 대처하는 요소도 무시할 수 없다.

○ 보험범죄에 대한 법적제재 미흡

보험범죄의 경우 형법상의 사기죄 등에서 범죄자에 대한 처벌이 가능하지만, 보험범죄 행위의 특수성에 비추어볼 때 보험범죄자에 대한 적발이 용이하지 않을 뿐만 아니라 강력범죄와 병합될 경우를 제외하고는 기

소되는 대부분의 보험범죄자들이 불구속 기소 또는 벌금형에 그치는 등 죄질에 비해 처벌이 미약하고 법적·제도적 장치도 미흡하다.

○ 보험사기에 대한 대중적 성향

대부분 사람들은 보험회사를 속이는 행위를 사소하고 대부분은 용서받을 수 있는 범죄행위로 간주하는 경향이 있다. 사람들은 보험사기를 조세 기피 현상과 같은 정도로 사회에 의해 관용될 수 있는 유형의 범죄로서, 처벌을 원하지 않는 것처럼 보인다. 그러면서 보험사기는 자신들이 수년 동안 보험회사에 지급한 보험료의 일부를 만회할 수 있는 수단으로 이해한다. 다시 말해, 대차청산(squaring the account)의 수단으로 간주되는 것이다. 부정직한 보험계약자는 위험인수에 대한 대가로서의 보험회사의 권리나 그러한 비용을 갚아야 할 자신의 의무를 인정하지 않으면서 다만 자신의 보험회사를 속이는 데 친구나 친척들의 도움에 고마워하는 것으로 생각하는 성향을 가지고 있다.

이와 같이 사람들은 보험사기를 묵인해 주는 성향이 있으며, 희생자 또는 피해자가 없는 단순한 행위(victimless fraud)로 간주하여 관대한 성향을 갖는다. 이러한 성향은 1995년 IRC의 설문조사에서 나타났는데, 이 조사에 따르면 미국인의 보험사고 발생시 24%는 이전에 지불한 보험료를 만회하기 위해 사고를 조작하여 부풀리는 것을 인정할 수 있다고 응답하였고, 뉴욕, 뉴저지 그리고 펜실베이니아에서 수행되었던 조사에서는 대도시 주민의 거의 40%가 그와 같은 관행을 수용할 수 있다는 것으로 나타났다. 또한 자동차 보험계약을 청약할 때 주행거리를 줄여서 기재하는 것을 수용할 수 있다고 밝힌 미국인은 32%로 나타났으며, 보험료를 적게 지불하기 위해 차고지를 거짓으로 작성하여도 괜찮다고 밝힌 미국인은 23%였다. 일부 사람들은 그들이 지불하는 보험료가 불공평하다고 느끼고 있기 때문에 자신들이 저지르고 있는 보험사기를 정당화하는 성향이 있다.

1) 경제적 위기로 인한 죄의식의 결여

우리나라에서 보험사기는 열악한 노동환경, 상대적인 박탈감, 언제 문 닫을지 모르는 직장에 대한 불안감, 해고위험, 건전한 노동정신의 실종과 황금만능주의의 만연 등의 합작품이라 할 수 있다. 구조적 보험사기의 발단이 되었던 탄광지역의 집단 역선택의 문제를 상기하면, 가진 자의 부와 권위에 대한 정당성을 인정하지 않겠다는 상대적인 피해의식과 소외감이 사회 저변에 깔려 있는 가운데, 최근 들어 외환위기 이후 생활고가 심화되고 빈부격차가 벌어지면서 보험사기를 범죄로 간주하지 않는 죄의식의 결여가 점차 확산되고 있다.

보험사기는 피해 당사자(클레임 청구자)뿐만 아니라 제3자, 즉 병의원, 정비업자, 보험사고처리 브로커 등에 의해 암묵적으로 허용되고 있는데, 일부 비양심적인 병원이 보험사기단에 허위진단서를 마구잡이로 발급하는 행위 등 과잉진단에 대해 “보험사는 일반적으로 돈이 많고 피해자는 약자이기 때문”이라는 자기방어적 사고를 가지고 보험사기를 부추겨 보험사기를 양산하는 결과를 초래하고 있다.

2) 보험회사의 클레임 관행

많은 보험회사들은 보험사고가 발생할 경우 피보험자 또는 수익자와 다투기보다는 의심이 가는 보상청구자에 대해서도 지급을 함으로써 보험사기를 무의식적으로 조장하게 한다. 이는 보험회사가 보통 보상청구자와 싸우기 위해 소요되는 법정비용 및 기타 손해사정비용이 혐의가 가는 보상건에 대해 보험금을 지급하는 것보다 더 많이 소요될 것으로 생각하여 혐의가 가는 보상사고라 할지라도 고객서비스 차원에서 조사를 하지 않고 조기에 지불하게 된다. 즉 많은 보험자들은 소송을 꺼리는 관행이 있어 혐의가 가는 사고라 할지라도 지급하는 관행이 있으며 이러한 관행은 회사 경영진의 정책에 따라 회사의 이미지 제고, 경비절감 등 긍정적 효과를 가져오는 사례도 많다.

3) 관대한 법집행 등 사회적 방지장치 부재

보험사기는 고수익 저위험(high-reward, low-risk)의 행위로서 인식된

다. 비교적 강한 법적 제재조치가 수반되는 미국의 경우에도 보험사기범의 경우 형량의 선고는 보통 집행되지 않거나 집행되어도 가벼운 것이 보통이다. 마약의 불법거래와 비교할 때 보험사기는 대부분의 사례에서 보다 안전하고 성공하기가 수월한 것으로 인식된다. 더구나 보험사기와 연루되어 잡히거나 혐의를 받는다 하더라도 의사나 변호사 등 전문직종에 종사하는 사람들은 보호수단으로서 전문가협회 등을 활용할 수 있기 때문에 비교적 부담없이 활동하고 있다.

또한 법정에서 채택되는 관행은 보험사기의 법 적용에서 매우 중요하다. 한때 비현실적이기 때문에 채택되지 않았던 증거주의는 오늘날 보험사기를 취급하는 법정에서 피보험자의 입장을 강하게 지지하여 이를 채택하고 있다. 더구나 보험회사가 보험사고에 대한 손해사정시 기계적인 방법에 의해 보험금을 계산하는 경향이 있기 때문에 일부 계약자들은 실제 피해액보다 많은 보험금을 받는 경우도 있게 된다.

또한 법집행권의 우선순위에 있어서도 많은 경우 검찰과 경찰은 사회에서 마약 및 폭력을 감소하는 데 최우선권을 부여하고 있으며, 보험사기나 기타 화이트칼라 범죄는 인력과 기타 자원 측면에서 우선권이 부여되지 않는다. 아울러 보험회사와 감독기관, 사법당국도 보험사기에 대한 무지와 무관심, 미흡한 협조체계, 근시안적 경영으로 보험범죄의 자양분을 제공하고 있다고 볼 수 있다.

보험사기에는 다양한 사회적 시설을 활용하는 것이 요구된다. 그러나 보험사기를 감소시키기 위한 시설이 상당부분 제한되어 있거나 관련 당국자들의 활동이 다른 분야에 집중되어 있어 보험사기를 대처하기 위한 노력의 중요성은 떨어지게 된다. 특히 사소한 보험사기 또는 도난 등의 경우는 어떠한 피해당사자도 확인할 수 없는 소위 ‘피해자 없는 범죄(victimless crime)’가 되어 경찰이나 검찰 등은 단순히 습관적인 방법으로 조사하는 정도이거나 수사를 포기하는 경우도 있게 된다. 더구나 이러한 사기범죄의 해결건수가 점차적으로 감소한다는 사실은 이러한 유형의 범죄와 관련된 경찰이나 검찰의 활동에 있어 억제효과를 가져오기 힘들다는 것을 의미한다. 그 밖에도 보험사기를 성공적으로 수행하는 사례는

연쇄작용을 일으켜 사기범행자는 전보다 보험자를 속이기가 더 쉽다고 느끼게 되고 이러한 대중적 성향은 보험사기를 가능하도록 유혹하게 된다.

3. 보험범죄의 규모추정

가. 보험범죄의 암수(暗數)⁸⁾

어느 국가에서나 보험범죄로 인하여 발생한 피해액이 어느 정도인가에 대하여 실증적인 자료를 확보하는 것은 매우 어려운 일이다. 단지 보험범죄로 확인되어 지급되지 않은 보험금이 많고 또한 보험범죄의 암수(暗數, Dunkelziffer)로서 확인되지 않고 지급된 보험금이 많다는 추정이다. 현실적으로 보험범죄가 어느 정도 발생하고 있는가를 정확하게 조사하는 것은 불가능에 가깝고, 우리나라에서는 공식적으로 집계된 보험범죄에 관한 정확한 자료가 없다. 설사 있다고 하여도 이것은 발각된 범죄행위만 포함되기 때문에 보험범죄의 발생 정도를 정확하게 파악하기는 힘들다. 그 이유는 보험범죄에서는 암수(暗數)가 다른 범죄에 못지 않게 많다는 것이다. 현재 각국의 보험관련기관이나 단체에서 보도하는 보험범죄의 통계자료는 다양하다. 전세계 보험시장에서 발생하는 보험사기 손실액은 연간 1천억 달러에 이른다고 언론에서 보도하고 있으며 이 숫자는 전체 보험금의 8%에 달하고 있다⁹⁾. 경제범죄의 특징은 범죄통계에 있어서 암수를 보다 더 정확하게 산정할 수 없다는 것이다. 경제범죄나 보험범죄에 의한 이익이나 손해가 어느 정도인지를 밝히려는 노력은 많이 하고 있지만 그것은 추정에 가깝다. 그러나 실제 발생하는 피해액이 매년 엄청난 숫자에 이른다는 것은 재론의 여지가 없다.

전체 보험범죄를 추론하려면 보험범죄의 암수를 고려해야 하는데¹⁰⁾

8) 이병희, 앞의 책, 23~24쪽.

9) 《보험신보》, 1988. 7. 13. 11면.

10) 이병희, 앞의 책, 24쪽.

일반적으로 암수는 범해진 모든 범죄와 경찰이 인지한 범죄 사이의 관계로서 범죄의 종류마다 차이가 있다. 수많은 암수범죄(보고되지 않은 범죄)의 하나인 보험범죄에 있어서도 암수에 대한 정확한 분석방법의 연구 없이는 범죄 및 범죄자의 실상을 올바르게 해명할 수 없다. 보험범죄로서 실제 발생한 사건이 암수범죄로 남는 원인은 다음 세 가지로 요약할 수 있다.

① 범죄수법의 완전성으로 인하여 알려지지 않은 것으로 가정할 수 있지만 그것보다는 오히려 보험계약의 인수 과정이나 보험사고 조사에 대한 제도적 미비점과 한계성에서 기인한다.

② 보험기관이 피해사실을 알고도 신고하지 않는 경우이다. 보험금이 많지 않을 경우에 신고하면 회사의 신뢰도나 영업면에서 지장을 초래한다고 생각하기 때문이다.

③ 통계행정체계가 갖추어져 있지 않기 때문이다. 보험범죄 발생을 공개하지 않는 경향은 통계자료의 산출에 어려움을 주고 있다.

나. 선진국¹¹⁾

1) 미 국

공인 사기조사기관인 ACFE(Association of Certified Fraud Examiners, Conning & Company)의 조사에 의하면 미국 경제에서 연간 총사기비용은 GDP의 2~5%로 추정되며, 금액기준으로는 1995년에 1,350억~3,370억 달러로 계산하고 있다. 이 가운데 가장 비중이 큰 것은 의료보험사기로 전체의 30%를 차지하고 그 다음이 은행사기(22%), 우편사기(13%)의 순으로 나타나고 있다. 손해보험은 9%로 전체 순위 가운데 5번째이다. 미국의 보험사기방지협의(The Coalition Against Insurance Fraud)에 의하면 보험사기로 인한 연간 총비용을 850억 달러 이상으로 추정하고 그 금액은 지속적으로 증가하고 있는 것으로 보고 있다. 보험사기로 인한 손실규모

11) 朴一用 外, 앞의 책, 72~84쪽; 대한손해보험협회, 『유럽의 보험범죄현황』, 2001. 12.

는 평균적으로 지급보험금의 10~30%까지로 추정하고 있다.

1994년 손해보험회사의 총 발생손해액 205.444백만 달러 가운데 보험사기 손실액은 20.544백만 달러로 보고 있는데 보험종목별 보험사기로 인한 손실액의 비율은 산재(근재)보험 25%, 자동차배상책임담보 10%, 자동차 차량담보 10%, 그리고 가정종합보험, 화재보험, 기업종합보험, 기타보험에 각각 5%를 차지하고 있다. 미국의 산재보험은 대부분의 주에서 보험회사가 취급하고 있는데 자동차보험 이상으로 사기 손실액이 크다. 1994년 산재보험의 사기추정 손해액은 5.662백만 달러이었다. 보험사기로 인한 평균 손해액 비율이 산재보험의 경우 36.0%로 가장 높아서 산재보험이 보험사기의 방지활동에 가장 적극성을 나타내고 있다.

1996년 미국의 산재보험에 있어서 사기성 클레임 비율은 지급보험금 기준으로 8.9%이었다. 또한 지급거절한 사기클레임 비율은 1.4%, 사기혐의는 있지만 지급된 클레임 비율은 1.3%이었으며, 사기혐의로 거절한 클레임 건수의 비율은 1.1%이었다.

2) 영 국

보험사기로 인한 손실규모는 1998년 손해보험의 경우 보험료 기준으로 전체의 3.7%, 금액기준으로 645백만 파운드(1999년 650백만 파운드)인 것으로 나타났고, 사고건수 기준으로는 4.1%가 사기성 클레임으로 추정하고 있다. 사기성 클레임의 유형은 과다청구가 전체 사기금액의 38%로 가장 높게 조사되었으며, 그 다음이 허위진술·조작 30%, 위장·날조 14%, 허위 중복 청구 7%, 기타 사기 11% 등으로 나타났다. 보험종목별로는 자동차보험과 가계보험, 개인상해보험이 기업보험보다 높게 나타나고 있고, 사기유형은 자동차보험에서 과다청구, 개인상해보험은 허위청구가 가장 높았다.

3) 기타 국가

① 캐나다 보험사기방지협회 조사에 의하면 보험사기 비용이 보험료 인상에 영향을 미치고 있다고 보는 입장이 조사대상자의 78%(1996년)가 응답하였다. 보험사기의 정도는 전체 보험금 중 10~15%가 사기 클레임

에 해당(1993년)된 것으로 보고 있었다.

② 프랑스에서의 보험사기는 최근 자동차보험은 감소추세에 있으나 생명보험 부문에서 보험회사들이 큰 손실을 보고 있다(10년 동안 765백만 프랑).

③ 이탈리아는 최근 운송보험 및 화물보험에서 보험사기가 증가하고 있고, 생명보험에서는 자해행위가 증가하고 있다.

④ 독일은 1997년 보험사기 규모를 60억 DM으로 추정하고 있으며, 손해보험은 화재, 자동차, 배상책임보험의 사기가 많고, 인보험은 생명보험, 건강보험, 상해보험에서 사기 문제가 부각되고 있다.

4) 한국

1999년 6월 대한손해보험협회가 8개의 회원사 직원 200명을 대상으로 조사한 자료에 의하면 IMF 이후 최근 3년 동안 보험범죄로 인한 손실추계액을 약 1조 원으로 추계하고 있다. 1998년 보험사기 비율(추정)은 보험료 기준으로 5%로 보고 있으며, 보험사기 추정금액은 4.036억 원으로 자동차보험 74%, 특종보험(배상책임보험 등)과 장기손해보험이 각 7%, 보증보험 6%로 추정한 바 있다. 손해보험에서 보험범죄 적발실적은 1997년 1,936건(20,516백만원), 1998년 2,612건(23,983백만원), 1999년 3,638건(34,744백만원), 2000년 4,667건(30,296백만원)으로 건수는 매년 크게 늘어나고 있다.

4. 보험범죄의 조사 및 수사

가. 보험범죄의 조사절차

- 제1단계 : 인지
 - 일반인의 신고
 - 보험사(손해사정회사) 자체인지
- 제2단계 : 조회(보험사, 농협, 새마을금고, 우체국 등)
 - 사고전력조회

- 장기, 상해보험 계약조회
- 제3단계 : 자료 취합
 - 사고조사 품의서 등 관련서류 일체 취합
- 제4단계 : 분석
 - 피해자 인과관계 여부
 - 가해운전자 사고경위 진술 청취
 - 사고유형 분석(사고진력자, 동일 수법 등 특히 심야사고)
 - 피해상황(인적 피해, 물적 피해) 확인 및 대물피해 정도와 장기입원치료 여부
 - 가·피해자 보험가입 현황(가입 시기와 설계사가 같은지 여부)
 - 사고 관계자와 병의원, 정비공장 관계자와의 인과관계 분석
 - 사고가 경미하고 가벼운 기왕증이 있는 자가 무리하게 수술을 하였는지 여부
 - 기타 사고유형 및 사고진력자의 상황에 따른 분석
- 제5단계 : 범죄일람표 작성
 - 통일된 양식에 따라 범죄일람표 작성
 - 사건 유형에 따라 변경될 수 있음
- 제6단계 : 수사의뢰
 - 관련자 혐의점과 범죄일람표 작성하여 수사의뢰
 - 수사기관 요청시 구증자료 확보 등 지원

나. 보험범죄 조사요령

보험범죄대책에서 가장 중요한 것은 경찰에 의한 엄정한 검거활동과 병행하여 보험업계 등에 의한 예방조치, 특히 보험회사에서는 의심스러운 계약과 부당청구 사안에 대한 심사를 철저히 하는 것이다. 구체적인 조사요령은 다음과 같다.

1) 보험회사에 대한 조사

착안점	고려사항
보험회사에의 조회	- 손보협회, 생보협회, 공제조합, 협동조합 등에 보험 계약 유무 조회
보험계약 상황	- 종별 보험계약 - 보험금액, 계좌수, 보험료(월액) - 청약상황 - 보험료와 교통사고 발생과의 근접 여부
보험금 청구상황	- 청구일시 - 청구인(대리인) - 청구서류의 명의인과 신청인 확인 - 청구시의 상황
고문변호사, 사설 조사기관 등으로부터 정보수집	- 조사사항으로부터 의심스러운 점과 그 이유 - 혐의자의 관련 교통사고 유무, 관계자명
	관계자의 설문조사 상황
보험금 지급상황 (全社대상)	- 보험금 지급상황 - 합의교섭 상황 - 과거 보험금지급 유무 - 보험계약자, 보험금 청구자, 합의당사자, 보험금 수령자로부터의 공범관계 파악

2) 금융기관에 대한 조사

착안점	고려사항
거래처 은행 등의 조회	- 관계자 용의자의 거주지, 입원처 및 근무처의 주변 금융기관에 대한 거래계좌의 개설 유무에 대해 조회
거래상황(계좌 해약 및 거래상황 연월일) 체크	- 수사관계사항 조회서를 지참하고 직접 은행 등의 책임자 혹은 협력자를 통해 청취
현금 입금상황	- 보험금 지급과 입금액의 확인
현금 인출상황	- 빚 변제 또는 경영자금으로의 사용 여부를 체크하기 위해 인출 연월일과 인출액 및 변제당사자 확인

3) 병원 등에 대한 조사

착안점	고려사항
병원관계자가 피의자(공범을 포함)인 경우는 간호사, 전직간호사 등 직원으로부터 탐문하거나 입원환자 및 전 입원환자로부터 탐문	- 진료기록부의 작성자, 진단서 기록자, 진료보수의 과다청구, 입원환자 중 폭력단원 여부, 입원환자의 유사병명자의 수 - 의사의 평소 치료행위상황, 입원환자상황, 외출·외박의 허가상황에 관한 정보입수
병원의사, 사무장, 간호사 등으로부터의 탐문	- 병명, 증상, 입통원, 치료상황 등에 대해 진료기록부, X선사진, 간호일지, 외출·외박부, 급식표 등의 자료청구
같은 병실의 입원환자로부터의 탐문	- 입원중인 피의자의 입원생활실태 조사(특히 입원치료상황, 외출·외박상황, 약의 복용상황, 문안객의 상황, 기타 평소의 언동)

4) 근무처에 대한 조사

착안점	고려사항
근무처의 고용주 및 동료로부터의 탐문	- 피의자의 근무상태, 소행관계 - 급료, 자산과 부채 상황 - 노름, 음주, 여자, 교우상황 - 교통사고 경력, 입원 경력

5) 보험금의 청구관계 서류의 조사

관계 서류별	착안점	고려사항
휴업손해증명서	- 가공사업소 명의로 위조한 경우 - 지인관계인 중소기업 경영자, 개인 기업자에게 의뢰, 발행하여 받은 경우	- 사업소에 조회하여 부존재를 확인 - 기업가동 유무를 인근주민 및 관련거래처로부터 증거확보
원천징수 영수증 및 급여지급보고서	- 가공 사업소명으로 작성 - 아는 사람의 사업소명으로 작성 - 급여액을 갈자로 고친 것	- 사업소 조회(직업소개소 등) - 가동 유무를 주민 및 거래처로부터 확인 - 관계기관의 자료와 대조
자동차대여증명서	- 타인에게 운전의뢰하여 자기는 동승하여 부상했다고 속이기 위해 대여증명서에 기재한 것 조사	- 진정한 소유자 확인과 소유자의 알리바이 조사 - 피대여자의 운전 여부를 근무처로부터 확인
견적서, 청구서, 영수증, 합의서	- 작성명의자의 가공 여부 - 견적액과 청구액 정당 여부	- 작성명의자 유무확인 - 견적액과 파손부 사진 조회 - 영수증 및 금전수수의 유무 - 문서작성자의 작성성난 유무
사고증명서	- 위조 여부	- 증명서의 정밀검사
진단서	- 진단서의 위·변조 여부 - 특정병원의 특정의사의 진단서 과다 여부 - 진단서의 치료일수 과다청구 여부	- 발생일시, 검진자명 조회 - 특정의사의 지성·감성 유무 검토 - 경찰제출용과 보험회사 제출용과의 대조
진료보수명세서	- 과다청구 - 적절한 치료 여부	- 신뢰할 수 있는 기관 등에 제시하여 적정치료에 의문여부 확인
사고발생상황 보고서	- 작성자의 모순여부 체크	- 경찰서의 수사기록과 수사상황의 합치 여부 - 설명도와 문장과의 내용일치 여부

6) 자동차 수리업자 등에 대한 조사

착안점	고려사항
자동차 수리업자로 부터의 탐문	<ul style="list-style-type: none"> - 수리위탁상황, 손상부위 정도 - 사고상황 설명과 차량의 손상상황의 일치 여부 - 과거의 동일차량 또는 피의자 소유차량의 수리 유무 - 수리견적서 등 관계서류 및 차량손상 상황사진 입수 - 수리견적서의 과다 기재 또는 다수 견적서 작성의뢰 유무

다. 병·의원 조사

1) 조사대상 선정

- 보험범죄자가 입원 치료 또는 특수촬영 등의 검사를 받았거나 진단, 장애진단을 발급받은 병원
- 평소 병원 점검 결과 부재환자율이 높은 병원
- 병원규모에 비해 불필요한 구급차를 운영하는 병원
- 교통사고 환자의 비율이 특히 높은 병원
- 특정 택시회사의 기사들이 집중 이용하는 병원
- 특정 방사선과의원에 CT, MRI 등 특수촬영을 집중 의뢰하는 병원
- 보험사들의 자체 심사분석에 의해 치료비 삭감률이 높은 병원
- 보험사 자체적으로 문제병원으로 지목되어 특별관리되고 있는 병원
- 사무장이 보상 과정에 적극 개입하는 병원
- 추간관탈출증 등에 의한 척추체 수술이 상대적으로 많은 병원
- 원거리 거주 입원환자가 특히 많은 병원
- 인가된 병상수보다 실제 입원환자수가 많은 병원
- 사무장 등이 의사를 고용하여 운영하는 병원
- 입원한 환자들이 문제점을 제기한 병원

2) 사전 준비

- 병원 일반현황 파악 : 위치, 규모, 종사인력, 보유장비, 실제 운영자,

- 거래처(방사선과의원, 약품도매상, 보조기구 납품상) 입원환자 명단
 - 병원 관리실태 파악 : 환자 부재용인 여부, 식당 직영 여부

3) 압수수색

- 조사에 착수하게 되면 증거서류 등을 은닉·변조할 수 없도록 임의 제출받지 아니하고 법원의 영장에 의한 압수수색을 먼저 실시하여 병원에서 보유하고 있는 제반 서류를 압수하는 것이 선결 과제
- 대상목록
- 차트 일체
- 치료비청구 명세표
- 간호일지
- 물리치료대장
- 특수촬영 의뢰대장
- 입원환자 명부
- 급식대장
- 의약품거래 명세대장
- 향정신성의약품(마약류) 거래대장
- 보조기구 거래대장
- 특수 수술보조용품 거래대장
- 적출물 처리대장
- 세금 관련 장부
- 금전출납부
- 병원 운영관련 전산 디스켓 일체

※ 위 장부 명세는 병원이 의무적으로 구비해야 할 항목이 아니므로 병원별로 구비 여부가 상이할 수 있음.

※ 압수수색영장 집행시는 반드시 병원장 또는 사무장이 가지고 있는 비밀장부의 확보를 위해 최선을 다해야 함. 통상 이 비밀장부에는 리베이트 수수 내역 등 병원관련 비리내용 대부분이 기록되어 있는

경우가 많으며, 병원 외부 등 비밀장소에 보관하여 놓고 그 존재 자체를 부인하는 경우가 많음에 유의하고 이에 대한 기술적 대응이 요구됨.

Ⅲ. 선진국 보험범죄의 성향과 대책

1. 국제기구와 선진국의 보험사기방지기구

전세계적으로는 보험사기방지구제협회(International Association of Insurance Fraud Agencies: IAIFA)를 설치하여 각국간의 보험범죄에 대한 상호 정보와 자료교환을 하고 있다. 우리나라는 동 기구에 1994년에 가입했다.

프랑스에서는 보험사기에 엄중하게 대처해야 한다는 인식에 따라 1984년에 보험사기대책정보교환위원회가 발족하였고, 1986년도에는 보험사기대책정보교환그룹으로 발전했으며 같은 해에 화재보험사기대책연합회 내에 보험사기방지과가 설치되었다. 이로 인하여 1989년에 보험사기방지기구(The Agency for the Fight against Insurance Fraud)가 설립되었다. 보험사기방지기구(ALFA)는 보험사기 방지 및 예방을 위한 비영리단체이다. 프랑스 보험자들은 ALFA를 통해서 상호간의 공식 접촉을 통해 정보교류를 하고 있다.

독일에서는 보험사기를 감시 및 근절할 수 있도록 독일보험협회(GDV) 내에 중앙데이터뱅크(Centralized Data Banks)를 설립하였으며, 보험사기 방지활동도 전개하고 있다. 보험에 과도한 위험의 의심이 있는 보험계약이나 보험사기의 의심이 있는 클레임(claim) 신청시 중앙데이터뱅크로 통보되어 활용하고 있다.

<표 III-1> 선진국의 보험사기방지기구 현황

	미 국	영 국	
		전미보험범죄방지국 (National Insurance Crime Bureau)	보험사기방지방리소 (The Claims Underwriting Exchange)
설립 근거	-임의단체 (보험사가 회원으로 가입)	-임의단체 보험사와 영국보험자협회 연합으로 설립 1994. 11 설립	-임의단체 보험회사, 경찰, 유관기관단체 등의 참여하에 영국보험자협회 내의 기구로 1995. 7 설립
목적	① 보험범죄정보관리 및 자료제공과 부당 보험방지 ② 보험범죄에 대한 조사협조(검찰, 경찰, 보험회사의 조사에 협조)	① 주택, 가계보험, 개인자동차보험의 보험금 청구 데이터베이스를 구축하여 신규보험계약이나 클레임 청구시 보험사기를 체크 ② CUE의 존재가 홍보됨으로써 잠재 보험사기 방지	① 경찰 및 외부관련기관과의 보험사기에 대한 협조, 조정 및 공동보험사기 방지 활동 ② 보험사기에 대한 광범위한 정보를 단일 장소에 집적하고 보험사기 대처에 있어서의 중폭적인 노력 회피
조직	시카고에 본부를 두고 동부(에틀랜타), 중부, 서부(LA)에 지부를 두고 그 외 도시에 현장사무소 설치	영국보험자협회 주관하에 보험전산정보서비스사(Insurance Database Services Ltd.)를 설립하여 운영. IDS의 회원 자격은 모든 영국내 보험회사와 Lloyd's 신디케이트에게 열려 있음(현재 회원사는 시장의 70%를 점유함)	
인원	약 450명(FBI 등 경찰 출신 200여명)	Equifax Europe사가 데이터베이스 구축 및 관리를 위임 받고 있음	-
활동 상황	보험사, 경찰 등과 협조체계를 유지하여 사고기록관리, 범죄의심 계약자 관리 및 자료제공	① 2,000만건의 가계보험 및 700만건의 자동차보험의 클레임 기록보유, 회원들에게 제공 ② 회원들은 보험인수시, 클레임 제기시 데이터베이스로 보험사기 체크	① 보험사기 관련제공 ② 경찰 및 관련기관과의 보험사기에 대한 협조 및 조정 ③ 보험사기 예방 홍보캠페인 전개 ④ 도난차량 회수를 위해 경찰에 자금 제공 ⑤ 세미나 개최 및 보험사기 관련 연수과정 개설

프랑스	독 일	이탈리아	스페인
보험사기방지기구(The Agency for Fight against Insurance Fraud)	중앙데이터뱅크 (Centralised Data Bank)	보험사기방지서비스단체 (Aree Special Service)	보험사기방지기구 (Claims Prevention Inspection Unit)
-임의단체 (프랑스보험협회 공동주관) 1989. 1. 1. 설립	-임의단체 (독일보험협회:GDV주관)	-임의단체 (이탈리아 보험감독기관인 ISVAP 주관)	-임의단체 (스페인보험협회(UNE SPA)와 당국과의 협조하에 설립 예정)
① 보험범죄 및 사기방지 ② 보험사와 관련한 보험자간 정보교환 활성화	① 보험사기 관련 정보 집적 ② 데이터베이스의 구축으로 보험사기의 감시 및 방지활동 전개	① 보험범죄 퇴치를 통한 비용절감 ② 보험사기 예방을 통한 보험시장 전체의 이익보호	① 보험사기 관련 정보 수집 ② 보험사기 사건의 조사 및 적발
프랑스보험협회(FFSA)의 산하기구	독일보험협회(GDV)의 산하기구	각 회원을 대표하는 12인으로 구성된 실무그룹에서 주요사안 논의	스페인보험협회의(UNES PA)와 당국과의 협조하에 구성될 예정임.
-	-	-	-
① 보험업계 내부 정보 교환활동 ② 경찰수사관에 위임하여 보험사기 수사 활동 ③ 보험사기 현안에 대한 연구활동 ④ 보험사기 수사요원에 대한 교육활동	① 회원사의 보험인수 시나 클레임 지급 시 검색이 가능하도록 관련정보제공 ② 보험사기 관련정보의 집적 및 제공	① 실무그룹의 운영을 통한 보험사기 관련 연구활동 ② 지방정부와의 협력을 통한 사기예방 활동 ③ 보험사기 관련 소송 정보의 관리, 운영 ④ 보험범죄 관련사항 자문역할	① 경찰, 소방서, 교통 당국과의 협조하에 보험사기범 색출 ② 보험사기 관련정보 수집 및 조사 ③ 홍보캠페인을 통한 여론홍보

2. 각국의 대응조직¹²⁾

가. 미 국

1) 현 황

미국은 보험감독청 내에 보험범죄를 전담조사하는 기구를 두어 수사권도 부여하고 있으며, 전국보험범죄방지국(National Insurance Crime Bureau)을 별도 기구로 운영하고 있다. 이 기구는 1992년 설립된 것으로 보험사기의 검거를 위해 특별히 보험업계에 의해서 창설된 기본적인 조직으로서 900개 이상의 보험사가 NICB의 회원이다. 특별조사연합에 관한 국제협회(IASIU)는 보험사기 색출을 위한 또 다른 보험회사의 공조기구로서 보험사기의 확증, 조사, 추적, 저지를 위해 설립된 전문 보험업계의 비영리법인이다.

사기를 조사하기 위한 국제협회도 형성되어 있다. 이러한 조직들은 특별기능을 수행하기 위하여 보험업자들의 조합에 의해서 특별히 조직되거나 유사한 이익을 가진 단체를 그룹화한 것이다. 또한 반사기활동과 관련된 국제협회들에 의한 보험사기의 조사에 대해서 헌신하기 위해 기본적인 대응책을 가지고 있는 수많은 기구들이 있다. 예를 들면 1995년에 채택된 보험조합의 보험사기예방기준법(Insurance Fraud Prevention Model Act)에 관하여 국제협회는 주에게 보험사기를 조사하기 위한 수단들을 제공하려고 노력하고 있다. 그 기준 법령은 사기성 있는 보험행위의 개념을 규정하고, 민사책임 면제범위를 규정하고 있는 동시에 보험사기라고 간주되는 범위를 확장하고 있다.

2) 각주의 보험범죄의 대응

미국 내의 시와 주의 보험사기 대응을 위한 노력은 사기국(Fraud Bureau), 보험부(Insurance Department), 법집행인 사이에 각각 분리되어

12) 이병희, 앞의 책, 178~186쪽 참조.

있다. 보험부를 가진 29개 주에 있어서의 사기국은 보험부의 부속기관에 불과하고 매우 빈약한 예산이 할당되어 있다. 보험자들은 사기성 있는 보험금 청구를 이들 주에게 보고할 책임이 있다. 현재 대다수의 주들은 보험사기를 중죄(重罪)로 분류하고 있는데, 약 32개 주가 경범죄보다는 중죄로 규정하고 있다.

뉴욕의 법안은 보험부에게 법원의 소송절차를 생략하고 보험사기범에게 5,000달러 이상의 벌금을 과할 수 있는 권한을 부여하고 있다. 뉴저지 주는 보험회사에게 10,000개의 보험계약마다 1명 이상의 사기조사자를 고용하도록 의무화하고 있다. 매사추세츠의 보험사기국은 주보험부의 외부에 설치된 사기예방기구(Fraud-Fighting Organization)가 있다. 이 보험사기국은 주에 있는 보험업자들에 의해서 지원을 받는다.

캘리포니아주 보험감독제도 중에서 캘리포니아보험청 내에 보험사기국(Bureau of Fraudulent Claims)이 있는데 여기서는 보험회사를 상대로 사기를 일삼는 사람들을 적극적으로 조사, 체포하여 보험비용을 감소시키는 것을 주목적으로 한다. 보험사기국은 보험금 청구에 사기가 개입되었다고 추정되는 사건들을 조사하며, 대체로 보험회사나 법집행기관으로부터 사건을 의뢰받는다. 보험사기국 직원들은 충기를 휴대하고 보험사기청구 용의자를 체포하고, 사기로 의심되는 경우 조사원을 배정하여 조사에 착수한다. 조사원은 청구건을 재검토하고 보험계약자와 관련자, 처리담당자와 면담을 실시한 후 어떤 사람이 연관되었다는 충분한 증거가 확보되면 소송서류를 작성하고, 체포영장의 발급을 위해 소송서류를 지방검사나 연방검사에게 보낸다. 체포영장이 발급되면 보험사기국 직원은 혐의자를 체포한다. 보험사기국은 체포영장의 발급, 증인의 소환, 재판에서의 진술 등의 사항에서 지방검사와 긴밀히 협조하여 수행한다.

미국은 감독당국이 적극적으로 보험범죄 방지에 대처할 수 있도록 대부분 주에서 보험사기를 전담하는 부서를 두고 있으며 범죄 조사관을 두고 있다. 또한 많은 주에서는 감독당국에 체포권을 부여하고 있다.

나. 영 국

영국보험업계는 보험사기를 근절하기 위하여 많은 노력을 기울이고 있다. 약 10년 전에는 피보험 차량의 도난과 관련한 보험금 청구의 문제점을 해결하기 위하여 보험업계는 보험가입 자동차에 발생하는 모든 손해를 기록하는 기구로서 MIAFTR을 설치, 운영하여 성과를 거두었는데 이 기구의 운영으로 전문적인 보험사기에 대한 경각심이 제기되었으나 자동차 사고와 연관된 보험사기는 오히려 증가하는 현상이 나타났다. 그러나 MIAFTR이 성공함에 따라 영국보험자협회(Association of British Insurers : ABI)는 가계성보험과 관련된 클레임을 담당하는 기구를 추가로 운영할 계획을 세워놓고 있다. 보험사기 분야에 있어 대외홍보는 중요한 의미를 지닌다. 실례로 1992년에 ABI는 ABI Crime Check라는 제목의 캠페인을 벌인 바 있다.

영국의 보험자들이 영국보험자협회(ABI)와 연합하여 1994년에 보험사기방지관리소(The Claims Underwriting Exchange)를 설립하였는데, 이것은 영국 최대 보험범죄사기방지국으로 주택 및 가재보험 클레임 데이터베이스 구축을 시작으로 개인용 자동차보험까지 확대하였다.

이와 같이 영국에서의 보험사기 방지활성책과 보험사기 억제책은 보험사의 최대 관심사가 되어 왔으며, 최근에는 경찰, 보험회사, 정부부처, 각계단체 및 보험업계의 보험사기 방지활동을 지원하기 위해서 ABI의 주도하에 1995년 7월 범죄 및 사기방지국(Crime and Fraud Prevention Bureau : CFPB)을 설치하였다. CFPB의 업무의 중점은 ① 사기심사를 위한 계약명부 작성 및 관리 ② 보험사기 방지를 위한 정보제공 ③ 보험사기 방지 및 검색에 유용한 정보, 이용방법 및 시기에 대한 지침서 발간 ④ 경찰력 및 유관기관과의 협력방안 모색 ⑤ 보험사기 방지를 위한 홍보 캠페인의 실시 ⑥ 범죄와 사기 방지를 위한 업계의 추가조치 조정 등이 다. CFPB의 활동으로 영국 내 전 경찰력과의 협조채널을 확보하였을 뿐만 아니라 검찰과도 업무회의를 개최하여 보험사기에 대한 보험자의 의견과 관할당국이 보험사기를 제대로 인식하지 못하고 있다는 업계의 인

식을 전달하는 계기를 마련하기도 하였다.

과거에는 수사과정에서 보험사기가 적발되는 경우가 있었으나 CFPB의 설립으로 경찰은 보험사기에 대해 조연을 구할 채널을 확보하게 되었으며, 보험업계는 형사입건을 야기할 만한 정보를 제공할 수 있게 되었는데 실제로 경찰은 보험업계의 요구에 따라 종결된 사건에 대한 재수사를 할 수 있게 되었다.

CFPB의 사기방지체계로는 보험사기로 유죄판결을 받은 개인들의 상세한 정보를 담은 데이터베이스를 구축하여 현재 사용 중에 있다. 이것은 중요한 보험사기와 관련하여 경찰관계자들로부터 제공된 양질의 정보를 담고 있는데 정보체계 장치는 데이터베이스에 연결되어 있다. 자료의 정보는 회원사에서 직접 접근할 수는 없으나, 보험업자가 중요한 사기에 대하여 조사를 필요로 하는 때에는 보험회사가 CFPB의 정보를 사용할 수 있다. 사기방지당국으로부터 혐의가 있거나 알려진 사기에 관한 정보는 경찰과 보험업자가 정기적으로 활용하고 있으며, 이는 각 보험업자가 서로 긴밀히 유대하고 있음을 보여주고 있는 것이다.

최근 영국보험자협회의 보험사기에 관한 연차보고서에 의하면 손해보험의 경우 1999년 보험사기 비용이 전년 6억 4,500만 파운드(약 1조 2,060억원) 대비 근소하게 증가한 총 6억 5,000만 파운드(약 1조 2,215억원)에 머문 반면, 1999년 보험사기 발생률은 전년 동기 대비 5% 하락한 3.9% 수준으로 감소한 것으로 발표되어, 그동안 보험사기방지 데이터베이스의 사용증가와 보험사와 경찰과의 긴밀한 업무협조체계가 보험사기 방지에 상당한 효과를 거둔 것으로 나타나고 있다.

다. 일본

1) 현황

일본의 경우는 보험사고가 발생하는 등의 의심스러운 사안에 대해서는 보험회사는 충분한 조사를 행하는 동시에, 경찰에 조기통보가 필요함을 일찍이 인식하였다. 그리하여 경찰청에서는 보험범죄자를 검거하고, 이러

한 범죄를 예방하기 위한 방법으로 1980년 이후 생명보험협회, 손해보험협회, 전국공제협동조합연합회와의 연락회의를 수시로 개최하는 등 정보교환에 노력하는 동시에, 계약시의 심사의 철저, 제3자 계약건에서의 피보험자의 동의 확인의 철저 등 현행 제도의 개선에 중점을 두고 있다. 또한 전국의 도도부현(都道府縣) 경찰에서 각각의 부현(府縣) 지부와 연락회의를 수시로 개최하여 대책을 추진하고 있다.

1980년 6월 경찰청·생명보험협회 연락회의 제1회 회의에서 경찰청으로부터 생명보험협회에 다음과 같은 5개 항목의 개선·검토·요망사항이 개진되었다. ① 계약시의 심사의 철저 ② 피보험자의 동의·확인방법의 개선 ③ 중복계약의 체크 강화 ④ 모집인 등의 교육 철저 ⑤ 계약시의 동의와 철회방법의 명문화 등이다. 이는 지금까지의 검거 사례의 분석검토에 의한 문제점을 보완하기 위한 것이다.

보험회사 상호간의 정보교환 문제는 보험회사간의 고객의 정보와 고액계약의 정보 노출을 원하지 않기 때문에 이루어지지 않고 있었지만, 1980년 10월 모집분부터 제한적으로 교환이 이루어지고 있다. 이것도 입원급부금 특약이 있는 계약건과 일정액 이상의 고액건으로 제한되어 있다.

일본의 경우 손해보험협회에서도 방법대책위원회를 설치·운영하고 있다.

2) 보험범죄의 대응

일본의 생명보험 부문에서의 보험범죄에 대한 방지대책은 사전대처방안과 사후대처방안이 있다. 사전대처방안에는 정보교환제도(계약내용등록제도)가 있고, 사후대처방안에는 계약체결후 통제라는 측면에서 기구를 설치하여 운영하고 있는데 일본생보리서치센터와 생보경찰연락협회가 운영하고 있다.

가) 사전대처방안

일본의 사전대처방안으로는 정보교환제도(계약내용등록제도)가 있다. 일본은 특히 문제되고 있는 입원급부금 사취를 방지하기 위하여 생명보

협회에서 1979년 6월 정보교환특별위원회를 발족하고 미국의 의적정보교환소(Medical Information Bureau : MIB)를 모방하여 1980년 10월부터 정보교환제도를 도입하였다. 그러나 1983년 4월 국민생활심의회가 이 제도에 대해 사생활 침해에 대한 문제를 제기함에 따라 명칭을 계약내용등록제도로 변경하여 사용하고 있다. 이 제도는 사전에 청약자에게 본 제도의 목적과 정보에 대한 비밀유지와 계약사정을 하는 데 참고로 한다는 것을 알리고, 청약자로부터 정보교환에 대한 사전동의를 얻도록 하였다. 이러한 사항들은 청약서를 접수하였을 때 청약자에게 교부되어 있는 계약안내서에 상세히 기재되어 있는 것이 특징이다.

나) 사후대처방안

계약을 체결한 후에는 계약체결 전에 경비와 시간상의 제약 때문에 실시하지 못했던 생존 조사를 할 경우도 있고, 사망이나 급부금 등의 보험 사고 발생시 역선택이나 불량계약이 의심되는 계약에 대해 사망조사, 급부금 조사를 하게 된다. 이것에 대한 일본의 기구 설치 및 운영은 다음과 같다.

① 일본생보리서치센터

계약조사는 보통 외부조사전문기관 또는 생명보험회사 소속 조사담당 요원이 실시하는데, 일본생보리서치센터가 대표적인 조사전문기관이다. 회사는 업계 공동조사기관으로 계약성립 전에는 피보험자의 건강, 직업 및 기타의 정보를 수집·확인하며, 계약성립 후에는 피보험자의 기왕증(既往症), 합병증(合併症)과 현증(現症) 등에 대한 불고지 유무 확인 및 관련자료 수집활동을 한다. 또한 보험수익자가 피보험자에 대한 보험금 청구가 있을 때 사실확인 활동도 한다.

② 생보경찰연락협의회

생명보험범죄 방지를 위하여 경찰과 연계된 것으로 생보경찰연락협의회라는 기구가 있다. 이 기구는 보험금을 목적으로 하는 살인이나 고의

위장사고를 가장한 입원급부금 사기 등 생명보험범죄의 빈번한 증가추세를 우려한 검찰청측이 보험범죄 방지대책을 협의하기 위하여 1980년에 생명보험협회에 제의하여 설치·운영되고 있다. 이 협의회는 검찰청과 생명보험협회 관계직원으로 구성되며, 필요한 경우 간담회 형식으로 모임을 갖는다. 본 기구의 주요 기능은 생명보험범죄 방지대책 협의, 허용범위의 정보제공 및 생명보험범죄의 공동조사 등이다.

3. 입법 규정

보험범죄와 관련하여 형사법전에 규정된 입법례로 독일, 중국, 오스트리아, 북한의 경우를 소개하고자 한다.¹³⁾

가. 독일

독일의 개정전 형법 제265조(보험사기)는 재산보험의 분야에만 제한하고 무엇보다도 사기적 방화죄에 중점을 두고 있다. 이것에 대하여서 형법상의 보호가 단지 두 개의 보험 부문인 화재·해상보험에만 제한되어야 하는지, 그리고 다른 실용적이고 중요한 보험 부문에 포함되지 않는 것에 대한 비판이 제기되고 있었다. 즉, 특정한 보험사기만을 적용하고 대부분 가능한 보험남용의 형태는 형법 제263조(사기)에 의하여 보호를 위임하고 있는 것이다. 따라서 형법 제265조는 개정 전의 조항에서의 화재보험과 선박보험에 한정되는 규정이 삭제되었다.

<제265조 (보험사기)>

① 보험에서 자기 또는 제3자에게 지급할 목적으로 침몰, 훼손, 유용성 상실 또는 절도에 대한 보험의 목적물을 훼손, 멸실, 그 재물의 유용성을 상실시키고 횡령하거나 제3자에게 양도한 자는 그 행위가 263조에 의한

13) 이병희, 앞의 책, 187~191쪽 참조.

형벌로 처벌되지 않는 경우에 3년 이하의 자유형 또는 벌금형에 처한다.

② 미수범은 처벌한다.

나. 중 국

중국에서의 보험범죄에 관련된 자료는 미비하여 여기서는 1997년 1월 1일부터 시행되고 있는 중국 형사법의 보험범죄에 대한 규정을 소개하고자 한다.

<제183조>

① 보험회사 종사자가 직무상 편리를 이용하여 발생하지도 않은 보험사고를 고의로 날조하여 허위로 배상을 해주어 보험금을 자기 소유로 편취한 경우에는 본법 제271조의 규정에 의하여 죄를 정하고 처벌한다.

② 국유보험회사 종사자와 국유보험회사가 비국유보험회사 종사자로 위임과전한 자가 전항 행위를 한 때에는 본법 제382조 및 제383조의 규정에 의하여 죄를 정하고 처벌한다.

<제198조>

① 다음 각호의 1에 해당하고, 보험사기활동을 행하고 액수가 비교적 큰 경우에는 5년 이하의 유기징역 또는 구역(拘役)에 처하고, 1만 위엔 이상 10만 위엔 이하의 벌금을 병과한다. 액수가 거대하거나 또는 정상이 중하면 5년 이상 10년 이하의 유기징역에 처하고, 2만 위엔 이상 20만 위엔 이하의 벌금을 병과한다. 액수가 특별히 거대하거나 또는 정상이 특별히 중하면 10년 이상의 유기징역에 처하고, 2만 위엔 이상 20만 위엔 이하의 벌금 또는 재산몰수를 병과한다.

1. 보험계약자가 고의로 보험 목적을 꾸며내어 보험금을 편취한 자
2. 보험계약자, 피보험자 또는 수익자가 발생한 보험사고에 대해 허위로 원인을 날조하거나 손실의 정도를 과장하여 보험금을 편취한 자
3. 보험계약자, 피보험자 또는 수익자가 아직 발생하지 않은 보험사고

를 날조하여 보험금을 편취한 경우

4. 보험계약자, 피보험자 또는 수익자가 고의로 재산손실 보험사고를 발생시켜 보험금을 편취한 경우

5. 보험계약자 또는 수익자가 고의로 피보험자의 사망, 상해로 인한 장애, 질병 등을 발생시켜 보험금을 편취한 경우

② 전 제4호 및 제5호 규정의 행위가 동시에 다른 범죄를 구성할 때에는 경합범의 규정에 의하여 처벌한다.

③ 단위(單位)가 제2항 규정의 죄를 범한 경우에는 그 단위에 대해서는 벌금을 부과하고, 또한 직접 책임을 지는 주관자와 그 밖의 직접 책임자에 대하여는 5년 이하의 유기징역 또는 구역에 처한다. 액수가 거대하거나 또는 정상이 중하면 5년 이상 10년 이하의 유기징역에 처한다. 액수가 특별히 거대하거나 또는 정상이 특별히 중하면 10년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 보험사고의 감정인·증명인·재산평가인 등이 허위의 증명서를 고의로 제공하여 타인의 편취를 위해 조건을 제공한 경우에는 보험사기의 공범으로 논한다.

다. 오스트리아

오스트리아의 형법에서는 사기(제146조), 중사기(제147조), 영업적 사기(제148조), 곤궁사기(제150조) 외에 보험의 악용(제151조)이라는 규정을 두고 있다.

<제151조 (보험의 악용)>

① 자신 또는 타인으로 하여금 보험급여를 받도록 할 의도하에

1. 파괴, 손괴, 분실 또는 절도에 대비하여 부보(付保)된 물건을 파괴, 손괴 또는 제거하거나,

2. 자신 또는 제3자에게 신체상해를 가하거나 건강을 해치게 한 자는 그 행위가 제146조(사기), 제147조(중사기)와 제148조(영업적 사기)

에 따라 처벌하도록 되어 있지 않은 때에는, 6월 이하의 자유형 또는 360일 이하의 일수벌금형(日數罰金刑)에 처한다.

② 보험급여가 이행되기 전이고 또한 어느 관청이(제3항) 자신의 죄책을 인지하기 전에, 자신의 계획이 더 이상의 속행을 자의로 중지한 자는 제1항에 의하여 벌하지 아니한다.

③ 형사소추를 직무로 하는 관청은 그 성격상 제2항의 의미에 있어서의 관청으로 이해하여야 한다.

형사소추를 직무로 하는 공공안전기관도 그 성격상 위 관청과 동일하다.

라. 북 한

북한 형법에서도 제20장 경제에 관한 죄 중에서 제205조는 “보험금을 사취할 목적으로 고의로 재물을 파손한 자는 3년 이하의 징역 또는 1년 이하의 교화노동에 처한다”라는 보험사기에 대한 규정이 있다.

IV. 민영보험의 보험범죄 유형 및 사례와 대응

1. 자동차보험

가. 범죄 유형

1) 보험사기범

① 고의추돌 사고형, 피해자 끼워넣기형

피의자는 공범인과 공모하여 1997. 11. 9. 자신의 승용차로 다른 사람 운전의 승용차를 뒤에서 고의로 추돌한 후 허위 병명을 조작, 보험사고 신고를 하고, 병원에 입원하여 보험금 4,800만 원을 편취하는 등 총 9회에 걸쳐 4억 5,144만 원을 편취하였다.

② 일가족 보험사기 가담형, 고의 추돌 사고형

피의자는 공범인 일가족 5명과 공모하여 1996. 2. 29. 위 공범 중 한 사람이 운전하는 차에 일가족이 탑승하고 가다가 고의로 터널 입구를 들이받는 자차 사고를 야기하여 대학병원 의사 등과 짜고 허위장해진단서를 발급받아 1억 2,876만 원을 편취하는 등 총 14회에 걸쳐 10억 6,087만 원을 편취하였다.

③ 가공의 사고조작형

피의자는 공범 2명과 공모하여 1995. 2. 23. 한 공범이 운전하는 차에 다른 공범이 부딪히는 사고가 전혀 없었음에도 마치 그와 같은 교통사고가 있었던 것처럼 말로만 짜맞춘 뒤 정상적인 사고인 것으로 가장하여 병원에 입원하여 불필요한 수술을 받은 뒤 허위장해진단서를 발급받아 보

험금 3억 3,060만 원을 편취하는 등 총 12회에 걸쳐 27억 7,974만 원을 편취하였다.

2) 병원 관련자

① MRI 허위판독형

피의자는 환자알선 브로커로부터 “보험금을 많이 받을 수 있도록 MRI 판독시 영구장해진단을 받을 수 있는 ‘추간판탈출증’으로 판독해 달라”는 부탁을 받고, 위장사고 환자 등에 대한 MRI를 허위로 판독하여 주어 이들이 보험회사로부터 8억 5천여만 원을 편취하도록 하였다.

② 위장수술형, 대리수술형

브로커로부터 위장사고 환자들에게 “보험금을 많이 받을 수 있도록 수핵제거수술을 받은 다음 영구장해진단서를 발급받을 수 있도록 해달라”는 부탁을 받고, 환자 1인당 100만~150만 원을 받고 수술이 필요 없는 환자의 요추부를 절개하여 아무런 시술도 하지 않고 그대로 봉합하였음에도 진단서에 ‘수핵제거술’을 시행하였다고 허위 작성하여 이들이 보험회사로부터 8억 5천여만 원을 편취하도록 하였다.

③ 무면허 수술형

브로커의 지시에 따라 면허 없이 보험사기범을 상대로 직접 수술을 시행하고, 원장 몰래 소지하고 있던 도장을 이용, 진단서 300매를 위조하여 발급하였다.

④ 대학병원 진단서 조작형

피의자 갑과 을은 선후배지간으로서 갑은 브로커로부터 “자신이 데려가는 환자들이 보험금을 많이 받을 수 있도록 3급의 영구장해진단서를 대학병원 명의로 발급하여 달라”는 부탁과 함께 8회에 걸쳐 1,600만 원 상당의 향응을 제공받고, 위장교통환자들을 전혀 진료도 하지 않고 허위로 대학병원 명의로 영구장해 3급에 해당하는 후유장해진단서를 발급하

고, 이를 대학병원에 근무하는 을에게 갖다 주면, 을도 환자를 전혀 보지 않고 갑이 작성한 진단서에 자신의 도장과 대학병원장 직인을 찍어 마치 대학병원에서 환자를 진료하고 발급한 후유장애진단서인 양 진단서를 허위로 발급하여 10억여 원을 편취토록 하였다.

3) MRI 대신 촬영

피의자는 변호사사무장으로서 C를 대신하여 기왕증이 있는 환자를 C인 양 MRI를 촬영토록 하여 검사 결과를 조작, C가 이를 근거로 6천여 만 원을 편취하였다.

4) 보험관련 브로커

피의자는 변호사사무장으로서 위장교통사고 알선총책으로부터 “대학병원에서 영구장해진단서를 발급받게 해달라”며 1인당 200만~300만 원을 받고 위장교통사고 피의자인 J 등에게 “엄살을 부리면서 아프다고 하고, 실제로 더 고통할 수 있어도 조금만 고통해라”고 지시, 이들이 진료실에서 그 지시대로 운동 각도를 허위 측정토록 대학병원 의사를 기망하여 결국 영구장해진단서를 발급케 하여 2억여 원을 편취하도록 하였다.

5) 보험사기범을 상대로 금품갈취

피의자는 보험사기범들에게 “돈을 주지 않으면 보험사기를 수사기관과 방송국에 알려 구속되도록 하겠다”고 협박하여 금 5,000만 원을 갈취하였다.

나. 범죄수법

제1단계 : 관계자 포섭 및 보장성보험 가입

- 주범인 총책의 주도하에 여러 건의 보장성보험 가입을 주선할 생활설계사와 위장사고에 가담할 공범을 포섭하였다.
- 가해자, 피해자 역할을 분담한 다음 피해자 역할을 맡은 사람들은 1인당 6~10개의 보장성보험에 가입하였다. 특히 P 보험사기 조직원

K는 15개 회사 23개의 보험에 가입하였으며, 대부분 보험료는 싸고 보험금은 거액인 상품을 선택하였다.

제2단계 : 위장사고 야기(속칭 작전)

- 법규위반 차량 대상 고의충돌형
중앙선 침범 혹은 신호위반 차량을 대상으로 고의로 충돌하여 상대 차량의 법규위반 사실을 약점 삼아 형사 합의금도 받아내고 병원에 입원하여 보장성보험금도 수령하였다.
- 고의추돌 사고형
총책의 주도하에 사전에 가해자, 피해자 및 동승자가 공모하여 각자 역할을 분담한 다음 실제로 경미한 추돌사고를 야기한 다음 병원에 위장 입원하여 보험금을 수령하였다.
- 가공의 사고조작형
가해자, 피해자 역할을 분담한 다음 사고현장을 방문한 뒤, 보행자 충돌사고가 발생하였다고 말로만 교통사고를 짜맞춘 뒤 허위신고를 하여 보험금을 수령하였다.
- 피해자 끼워넣기형
사고차량에 탑승하지 않았음에도 피해 차량에 탑승한 것처럼 피해자를 끼워넣어 신고하고 병원에 입원하여 보험금을 수령하였다.
- 자차 단독사고형
운전자와 탑승자가 공모하여 배수로, 길옆, 옹벽 등에 빠지거나 충돌하는 경미한 사고를 조작하고, 보험사고 신고시 불가항력적으로 사고가 발생하였다고 신고하고 병원에 위장 입원하여 보험금을 수령하였다.

제3단계 : 병원 장기입원 및 허위수술

- 장기입원을 정당화하기 위해 CT 또는 MRI 촬영을 유도
MRI 촬영 결과 정상으로 판단되는 사람은 의사와 짜고 허위진단을

발급하거나, 실제 증상이 있는 사람으로 바꿔치기 하여 ‘추간관탈출증’ 등의 진단을 받아 장기 입원하였다.

- 실제로는 수술을 하지 않고 형식적으로 수술 흔적만 내는 허위수술 시행
보험금을 많이 받기 위해서는 영구장해진단을 받아 보험회사에 장해 보험금을 청구하여야만 하고, 그러기 위해서는 영구장해진단은 수술을 하였을 경우에 인정되므로 허위사고 환자의 경우 실제 다치지 않아 수술이 불가능함에도 브로커와 연계하여 의사에게 금품을 주고 수술 흔적만 남기는 허위수술을 하고 진단서에 실제 수술을 한 것처럼 조작하여 장해진단서를 발부하였다.

제4단계 : 대학병원 장해진단서 발급

- 병원 브로커가 환자들을 상대로 3급 장해진단서를 받을 수 있도록 사전에 교육시켜 의사들을 기망한 후 운동 각도를 조작하는 수법을 사용하였다.
- 개인병원 발급 진단서를 유명 대학병원 발급의 진단서로 둔갑시키는 수법을 사용하였다.
- 병명을 허위로 끼워넣는 수법
‘외상성 뇌증후군’의 경우 실제 뇌파검사, 심리검사, 지능검사를 통하여 진단되는 병명이나, 검사를 실시하지 않고 병명을 끼워넣어 장애율을 올리는 수법을 사용하였다.
- 운동 각도를 측정하지 아니하고 장해진단서를 발급하는 수법
‘운동 각도’에 의해 장해등급이 구분되는 것임에도 운동 각도를 측정하지 않고 급수를 먼저 설정하여 놓고 운동 각도는 급수에 맞게 허위로 기재하였다.

제5단계 : 보험금 수령(민원 및 소송 제기)

보험회사에 보험금 청구를 하는 경우 보험회사에서 사고경위 및 치료 과정에 의심을 가지고 지급을 미루면 금융감독원 등에 민원을 제기하거나 법원에 소송을 제기하여 보험회사에 압박을 가하여 보험금을 수령하였다(J의 경우 청와대, 국무총리실 등에도 보험금 지급을 요구하는 민원서류를 제출하였음).

다. 사건의 특색

1) 조직적·계속적 범행

보험사기 범행은 총책의 주도하에 조직적으로 진행되고 있는바, ‘사고 발생→병원 입원→수술→영구장애진단 발급→보험금 수령’ 등 일련의 절차가 준비된 수순으로 진행되며, 상호 역할에 맞게 가·피해자를 연결하는 알선책, 병원 알선과 수술을 전담하는 브로커, 대학병원 장해진단서 발급 알선을 전문으로 하는 브로커, 보험금을 수령해 주는 변호사사무장 등이 조직적으로 개입되어 있었으며, 그에 따라 범행이 일회적이 아닌 반복적으로 진행되도록 범행 구조가 되어 있는 양상을 보인다.

2) 전문직, 전반적 범행

보험사기 가담자 중에 변호사사무장 12명, 중소기업 대표이사, 전 ○○석탄공사 노조대의원, 보험대리점주 2명, 보험설계사, 태권도장 관장, 사채업자, 택시기사, 가정주부 등 직업이 다양하고 범행동기 역시 생활고, 불륜관계에 의한 약점 노출, 도박자금, 주택구입자금, 생활설계사들의 보험모집수당 확보 등으로 다양하며, 사회지도층 인사인 병원장을 비롯한 대학병원 의사들이 금품을 수수하고 보험사기단의 범행에 적극 개입한 것으로 드러나, 우리 사회의 전반적인 도덕적 타락과 황금만능주의가 심각한 수준에 이르렀음을 보여주고 있다.

3) 가족단위 보험사기 성행으로 인한 가정파괴

범행 비밀을 유지하고 보험금을 편취하여 가정경제의 빈곤함을 해결하

기 위하여 부부, 형제, 남매 및 일가족 전체, 심지어 내연관계의 여자를 동원하여 위장사고에 가담케 하여 피해자로 만들어 보험사기에 가담하였다.

4) 의사들의 부정 진료행위 개입확산

- MRI 판독지 조작

개인병원이나 병원의 경우 고가의 MRI 기계가 설치되어 있지 않아 전문방사선과에 환자를 의뢰하는 것을 기회로 보험사기범에 대한 MRI 검사 결과 ‘정상’ 및 ‘추간관팽윤증’으로 나왔음에도 브로커의 부탁을 받고 3급 영구장해진단을 받을 수 있는 ‘추간관탈출증’으로 판독 결과를 조작하였다.

- MRI 대신 촬영

일부 위장사고 환자의 경우 허리의 상태가 깨끗하여 진단이 나올 수 없게 되자 기왕증이 있는 환자로 하여금 대신 촬영하게 하여 원하는 병명으로 MRI 검사 결과를 조작하였는바, 이들은 MRI 촬영시 환자의 신분을 확인하지 않고 촬영하는 병원 행정상의 허점을 악용한 것으로서, 환자에 대한 철저한 인적사항 확인이 요구된다.

- MRI 촬영기계 오조작을 통한 병명 조작

MRI 촬영시 환자가 허리에 힘을 주거나, MRI 기계가 떨리면 ‘퇴행성팽윤증’이 ‘추간관탈출증’으로 판독될 수 있도록 검사 결과가 나올 수 있으며, 실제 이러한 방법으로 병명을 조작하여 준 사실이 있다고 한다.

- 환자 유치를 위한 리베이트 제공

방사선과병원에서 환자들의 검사를 계속적으로 유치하기 위하여 병원의 원무부장이나 변호사 사무장들에게 환자 1인당 5만 원에서 8만 원을 주고 지속적으로 환자 유치를 해 왔고, 더 나아가 병명 판독을 환자에게 유리하게 해주는 수법으로 환자들을 유치하여 온 사실도 확인되었다.

- 허위수술

일부 보험사기범들과 유착된 병원에서 수핵제거술과 관련하여 실제로는 위 수술을 하지 않고 허리에 수술한 흔적만을 내고 있다는 소문을 실제로 확인한 최초의 수사였다.

- 무면허 의료행위

S병원의 경우 자격이 없는 원무부장(간호조무사 자격)으로 하여금 위장교통사고 환자에 대한 위 수술을 대신하게 한 사실이 확인되어 의료기관의 부도덕성이 최고조에 달한 것을 반영하고 있다.

- 허위진단서 발급

본 건 수사를 통하여 병원사무장이 의사 인장을 위조하여 ‘진단서소견서장해진단서심신장애자 진단서’ 등 약 300매를 허위로 발급하여 준 사실을 확인하고, 또한 대학병원 의사와 개인병원 의사가 상호 결탁하여 개인병원 의사 발급의 장해진단서를 대학병원 발급의 장해진단서로 위장하여 보험회사에 제출케 하는 등 부정진단서 발급의 신종 수법을 확인하였다.

- 범원촉탁 신체감정서 허위 작성

일부 대학병원 의사들이 범원촉탁 신체감정에 필요한 검사인 MRI 촬영이나 근전도 검사 등을 개인병원에 의뢰하여 이 과정에서 상호 결탁하여 환자들을 보지 않고 허위 신체감정서를 발급한 사례를 확인하였다.

2. 일반 손해보험

가. 화재관련 범죄

1) 보험금편취 목적 연쇄 방화사건

- 사건개요

- 인천·경기·대전·제천 등지에 보온덮개 생산공장을 차려 놓고 화재보험에 가입한 다음 보험금을 편취할 목적으로 방화
- 수사착수 배경 및 수사과정
 - ○○산업 주식회사 보온덮개 생산공장에서 발생한 화재와 관련하여 위 화재사건이 보험금을 노린 방화의 의심이 간다는 제보 접수
 - 관련 보험사 직원 및 진화담당 소방공무원 등을 상대로 확인한 결과 한○동은 1996. 5.경 처음으로 보험에 가입한 후 수회에 걸쳐 보험금을 증액, 최종적으로는 화재 직전까지 16억 5천만 원으로까지 증액시킨 사실, 대표이사 한○동이 화재 현장에서도 당황하지 않고 상당히 태연한 태도를 취하였던 사실 등을 확인하여 수사 급진전
 - 화재 목격자인 위 공장 공원 서○문으로부터 9. 30. 발생한 화재도 방화였다는 방증을 확보하고 이를 근거로 추궁하여 범행 확인.
- 범죄 사실의 요지

피의자 한○동, 같은 김○규, 같은 송○창, 같은 김○철, 같은 김○지 등은 공모하여, 1995. 3. 13.경 인천 강화군 소재 ○○사업 공장 내에서 형광등에 인입되는 전선의 피복을 벗겨 이를 교차시키고, 불이 옮겨 붙을 수 있는 솜을 주변에 놓는 등의 방법으로 방화시설을 설치한 다음 같은 달 14. 17 : 20경 피의자들을 제외한 공원들이 현존하는 등 공장 내에서 형광등 스위치를 켜는 방법으로 공장 건물 및 그 안에 설치된 기계류 전부를 소훼하고, 그 무렵 위와 같이 발생한 화재가 단순 화재사건으로 내사종결 처리되기를 기다려 피의자들이 가입하였던 ○○화재해상보험 주식회사로부터 보험금 248,516,352원을 교부받아 이를 편취한 것을 비롯하여 범죄일람표 기재와 같이 총 5회에 걸쳐 한○동의 공장에 방화를 한 다음 단순 화재로 가장을 하여 각 해당 보험사로부터 합계 금 5억 400만 원 상당을 교부받아 이를 편취
- 문제점
 - ‘보온덮개’는 겨울철 비닐하우스나 건축 공사장에서 보온의 목적으

로 사용되는 섬유로서 폐의류 등을 원료로 제작되고 있으며, 그 제작 과정에서 생산되는 고발화성의 섬유 분진으로 인하여 예전부터 보온덮개 생산공장에는 화재 발생의 위험성이 상존

- 그와 같은 보온덮개 생산공장의 특성을 이용하여, 업계에서는 성수기에 보온덮개 생산공장을 설립하고 화재보험에 가입한 다음 일시 공장가동을 하다가 판매가 부진할 경우 투자자본금 회수 등을 위하여 자신의 공장에 전기누전 등을 가장하여 방화를 하고 보험금을 편취하는 방법을 사용
- 또한 위와 같은 특성으로 인해 보온덮개 생산공장은 보험인수 기피 업종이나 보험가입자들이 자신들의 업종을 ‘보온단열재 생산업’이라고 가장하는 한편, 보험회사에서도 실지 조사작업 없이 보험모집인을 통하여 무분별하게 보험을 인수하고 있는 관계로 본건 범행이 가능

2) 보험계약 조작

- 수사착수 경위

주식회사 ○○사가 신축중인 경기도 ○○군 소재 신축 공장에서 화재가 발생하여 막대한 손실이 불가피하게 되자 계열회사인 ○○화재해상보험(주)로 하여금 소급하여 보험에 가입되도록 서류를 조작, ○○화재보험(주)의 묵인하에 보험금을 지급받았다가 환불 조치한 비리가 있었다는 비위사실을 한국보험공사로부터 문서로 고지받고 수사에 착수.

- 피의사실 요지

○○○은 1984. 6. 19. 10:00시경 관재과장 곽으로부터 그 전날(6.18.) 경기 ○○군 ○○면 ○○리에 있는 신축 VTR공장의 화재로 소실된 15억 9,400만 원 상당의 물건 중 비품, 공기구, 재고자산, 일부 기계 등 6억 5,200만 원 상당의 동산이 보험에 가입되어 있지 않아 보험 혜택을 받을 수 없다는 보고를 받고 계열회사인 ○○화재해상보험(주)의 협조를 받아 미부보(보험미가입) 동산에 대하여도 보험 혜택을 받을 생각으로 전화하여 미부보 동산에 대하여도 보험 처리되도록 선처해 달라는 부탁을 하고, 곽○○에게는 ○○화재해상보험(주) 담당

직원과 협조하여 미부보 동산을 모두 보험가입 처리하라고 지시하고, ○○○은 계열회사인 (주)○○사 평택 VTR 공장내 미부보 동산에 대하여 화재발생 전에 보험가입한 것으로 소급처리할 수 있는 방법을 강구토록 지시하여 6. 12.자로 소급처리할 수 있다는 보고를 받고 그 방법의 부보 처리와 재보험 출재를 종용하여, 위 ○○안의 응낙을 받음으로써 피의자 등은 순차적으로 공모하여 재보험회사로부터 위 화재로 인한 재보험금을 편취하기로 결의하고, 1984. 6. 19. 17:00경 피의자 안○○는 서울 종로구 동 소재 ○○빌딩 5층 ○○화재해상보험주식회사 화재특종업무부 사무실에서 계열회사 보험청약업무 담당자인 박○○에게 이미 화재가 발생한 위 (주)○○사 소유의 ○○VTR 공장(26,021.40입방미터)내 수용된 비품, 공기구, 기계, 재고자산이 보험금액은 1,838,500,000원, 보험료는 7,061,400원에 6. 12.자로 부보된 것으로 화재보험계약 청약서를 소급작성토록 하고, 증권대장 기재 업무담당자인 손○○에게 6. 12.자로 보험 가입하였다가 취소된 증권번호 0100842002XXX(원가입자 김○○)을 이용, 그 날짜에 (주)○○사가 위 보험목적물을 부보한 것으로 증권대장을 새로 정리토록 하여 보험가입 처리후 같은 날 즉시 대한재보험주식회사에 위 원보험계약 내용이 진실인 것처럼 믿게 하고 동 보험금액 전액(100%)을 재보험 출재하였다가 같은 해 8. 31. 재보험(주)에 대하여 화재발생을 원인으로 위 허위 부보된 계약의 재보험분과 기히 정상 부보된 계약(2건)의 재보험분을 포함하여 가도보험금 명목으로 금 629,173,600원을 청구하고 같은 해 9. 20. 이를 진정한 것으로 믿은 대한재보험(주)로부터 대차청산 방식으로 동 금액을 교부받아서 위 허위 부보계약에 대한 가도보험금 해당액인 금 313,773,600원을 편취.

- 문제점

재벌그룹인 대기업이 계열회사와 공모하여 보험금을 사취하였다는 점, 보험회사 스스로가 비윤리적 범죄행위를 하였다는 점 등 기업 윤리나 사회도덕적 차원에서 문제됨.

나. 선박 침몰사고 위장사건

- 사건개요

1994. 5. 1. 20 : 47경 부산 가덕도 앞 북형제도 근해상에서 부산 ○○해운(주) 소속 모래운반선인 508톤급 동일호(선령 17년)의 기관실 밸브를 열어 고의로 침몰시킨 사고와 관련, 동년 8.경 ○○화재해상보험 및 한국해운조합으로부터 위 사고를 해난사고로 위장하여 위 선박에 대한 손해보험금 10억 7천만 원을 편취.

- 수사착수 경위

위 선박 침몰 당시 선원으로 승선하였던 조○호 등 3명이 1994. 11. 29. 본건 사고에 대한 진상규명을 하여 달라고 진정함에 따라 수사에 착수. 위 진정인들의 진술을 청취한 결과, 사고 이틀 전 구명보트를 동력선으로 교체한 사실, 사고 조난 과정에서 선장 및 기관장이 고의적으로 해상에서 고생을 자초하면서도 구조 요청을 지연한 사실, 위 선박이 침몰된 장소가 비교적 근해임에도 인양이 불가능한 수심 75미터의 지점을 선택한 점, 당초 사건이 접수된 부산해경에서의 조사 과정에서 선장 이○기 및 선주 박○갑의 지시에 따라 일부 선원들이 선박 침몰시 당직사항 등에 대하여 거짓 진술을 한 점 등을 중시하고, 무혐의 종결된 위 사건의 선박 침몰경위에 대하여 본격 수사에 착수.

- 범죄사실 요지

피의자 이○기는 ○○해운(주) 소속 508톤급 모래운반선인 동일호의 선장으로 종사하는 자, 동 정○남은 위 선박의 기관장으로 종사하는 자, 동 박○갑은 위 회사 이사인 자, 동 김○은 위 회사 대표이사로서 위 선박의 선주인 자 등인바, 공모하여 건조된 18년이 경과한 위 선박이 노후하여 선가가 5억 원이 채 되지 못하고, 위 선박의 운항수입이 적어 수지타산이 맞지 않아 위 박○갑이 위 선박을 실제 시가보다 훨씬 높은 가격인 12억 원에 ○○해운으로부터 매수한 것처럼 꾸

미고 위 선박에 대하여 보험금 10억 7천만 원의 손해보험 및 공제금 1억 3천만 원의 선박공제에 가입한 다음 위 선박을 운항중 고의로 바다 속에 침몰시킨 뒤 해난사고로 위장하여 위 손해보험금을 받아 편취할 것을 결의하고 1994. 5. 1. 19:20경 부산 사하구 다대동 앞 북형제도 동방 2.2마일 해상에서 위 이○기, 정○남은 사전에 위 박○갑, 김○로부터 각 사례로 7천만 원 및 3천만 원씩을 받기로 하고 지시받은 대로 항해사 조○호 등 선원 5명과 함께 위 선박에 모래를 싣고 목포 시야도에서 출발하여 부산 북항 동명부두를 향하여 항해중 위 정○남이 위 선박의 기관실 바ラスト 밸브 및 모래적재함 밸브 구멍을 열어 선체 내에 바닷물을 유입시켜 가라앉혀 사람이 현존하는 위 선박을 매몰하고, 1994. 8.경 부산 중구 중앙동 소재 ○○화재보험주식회사 및 ○○해운조합 부산지사에서 위 선박의 침몰이 고의적인 범죄행위에 의한 것임에도 해상의 부유물에 의한 충돌사고로 인한 것처럼 속이고 기히 위 선박에 가입하여 두었던 보험금 및 공제금의 지급 신청을 하여 이에 속은 위 회사들로부터 손해보험금 19억 7천만 원 및 선박공제금 1억 3천만 원 등 합계 12억 원을 교부받아 이를 편취.

- 문제점

- 본 사건은 노후된 고철 선박을 해상에서 고의로 침몰시킨 뒤 보험금을 받은 대표적인 보험사기범죄
- 실제 순수 해난사고로서 거액의 보험금이 지급된 노후선박 침몰사고의 경우 단순하게 사건을 종결처리할 것이 아니라 사고원인을 심층조사할 필요성이 있음.

3. 생명보험

가. 생명보험범죄의 형태

생명보험범죄를 포함한 모든 보험범죄는 일반적으로 크게 다음의 세

가지로 나뉘어진다.

첫째는, 보험사고의 고의의 초래이다. 이는 보험계약자가 고의로 보험 사고를 일으키는 것이다.

예를 들면 화재보험에서 방화행위, 생명보험에서 피보험자 살해 등과 상해보험에서 자신의 신체를 손상시키는 보험사고를 고의로 일으켜 보험 회사로부터 보험금과 급부금을 사취한다.

<표 IV-1> 생명보험 및 상해질병보험의 범의형태

1. 보험금살인(피보험자의 고의살인)	<ul style="list-style-type: none"> (1) 제3자에 의한 살인으로 위장 (2) 교통사고사로 위장 (3) 기타 불의의 사고사로 위장 (4) 자연사(병사를 포함)로 위장 <ul style="list-style-type: none"> ① 독물을 이용한 병사 위장 ② 기 타 (5) 자살로 위장
2. 보험금 자살	<ul style="list-style-type: none"> (1) 제3자에 의한 살인으로 위장 (2) 교통사고사로 위장 (3) 기타 불의의 사고사로 위장 (4) 자연사(병사를 포함)로 위장
3. 피보험자의 사망사고 날조	<ul style="list-style-type: none"> (1) 제3자의 시체를 이용한 사망사고의 날조 <ul style="list-style-type: none"> ① 기존의 시체를 이용한 사망사고의 날조 ② 제3자를 살해하고 그 시체를 이용한 사망사고의 날조 (바꿔치기 살인) (2) 조난사로 위장한 사망사고의 날조 (3) 문서위조에 의한 사망사고의 날조 (4) 기 타(시체 없는 매장)
4. 사기에 의한 보험사고	<ul style="list-style-type: none"> (1) 질병의 은폐로 인한 보험사고 (2) 대리건강진단에 의한 보험사고
5. 상해·질병 보험범죄	<ul style="list-style-type: none"> (1) 자 기 상 해 <ul style="list-style-type: none"> ① 자 기 절 단 ② 자 기 화 상 ③ 기 타 (2) 상해·질병 사고의 날조 <ul style="list-style-type: none"> ① 질병의 은폐 ② 피 병 ③ 과 장 ④ 치료의 연장 ⑤ 문서위조에 의한 날조

둘째는 보험사고의 날조이다. 이는 실재하지 않는 보험사고를 발생한 것처럼 위장하는 것이다. 예를 들면 생명보험에서는 타인의 시체를 피보험자의 시체로 위장하고, 상해질병보험에서는 실제로는 건강한 사람이 병에 걸렸다는 등으로 속여서 보험회사로부터 보험금이나 급부금을 사취한다.

셋째는 사기에 의한 보험사고이다. 이는 발생한 보험사고를 남용하여 보험회사로부터 급부금 등을 사취하는 것을 말한다.

예를 들면, 도난보험에서 도난당한 물품의 양이나 가격을 허위로 신고한다든지, 생명보험에서는 자연사를 재해사로 위장한다든지, 상해질병보험에서 상해나 질병이 완치되었음에도 불구하고 입원기간을 늘림으로써 보험회사로부터 보상금이나 재해사망의 할증보험금, 과도한 입원급부금을 사취하는 경우이다. 이러한 보험범죄의 일반적 분류를 바탕으로 하여 특징적, 유형별로 세분한 것이 <표 IV-1>이다.

나. 생명보험 범죄사례

- 유형별 사례
- 고의 보험사고
 - 보험금 수령을 목적으로 고의적으로 사고를 유발하는 유형으로 피보험자가 자살하거나 자해하거나 또는 수익자가 보험금을 수령할 목적으로 피보험자를 살해하는 등의 사례.
- 보험사고 가공
 - 질병과 상해의 구분이 모호한 경우 생명보험에서 재해인 경우 특화하여 고액의 보험금을 지급하고 있어 재해로 인한 것이 아님에도 재해사고를 가공하는 사례.
- 피해과장
 - 고의 보험사고나 가공하는 경우는 아니지만, 입원치료기간을 장기화

하거나, 장해를 과장하는 사례. 보통 수 개의 생명보험에 중복 가입하고 의료기관과 공모하여 보험금을 청구.

- 사고발생 후 보험가입
 - 암진단 받은 사실을 숨기고 암보험에 가입하여 보험금을 청구하거나, 가입전 장해진단을 받은 피보험자가 이러한 사실을 숨기고 보험에 가입하는 사례.
- 기타
 - 피보험자를 바꾸는 경우가 대표적 사례로서 행려자 등 제3자를 재해사고를 위장하여 살해하고 피보험자가 사망한 것으로 위장.

◆ 사 례

1) 제3자에 의한 살인으로 위장하는 경우

- 1980. 2. 부산에서 있었던 최○○가 남편을 청부살인한 사건을 들 수 있다. 최여인은 1977. 다른 남자와 정을 통해 오다 남편에게 발각된 후 가정불화가 심해지자 댄스홀 출입 등 방탕한 생활을 계속해 오던 중 1979. 11. 재해시 10배의 보장보험 2건에 5백만 원(재해 5천만 원) 짜리를 가입하고 보험료를 각각 2회, 3회를 납입한 후, 다른 남자 2명과 공모하여 남편을 유인하여 살해한 사건이다. 그리하여 최여인은 사형이, 공범들에게는 징역 15년형이 선고되었다.
- 1984. 부산에서 박○○의 남편 청부살인 사건으로, 박○○이 남편인 피해자를 피보험자로 하고 자신을 보험수익자로 하는 보험금 3천만 원의 생명보험에 가입한 후 남편을 청부살해하고 보험금을 탈 것을 결심하였다. 그리고 공범인 박○○을 고용하여 피해자를 살해하는 대가로 천만원을 교부하겠다고 약속하고 전후 7회에 걸쳐 범행자금을 교부하였으나, 공범 박○○이 범행을 결행치 못하자 부인이 평소 가깝게 지내던 공범인 김○○를 보내어 범행을 도와주도록 지시, 이에 고무된 공범 박○○이 사전에 범행장소를 답사하고, 피해자를 유

인하여 전신을 33개 소나 무참히 난자하여 살해하였다. 이 사건은 전형적인 청부살인으로서 범행수법이 계획적이고 잔인할 뿐 아니라 인간의 생명을 치부의 수단으로 희생시켰다는 점에서 황금만능주의가 팽배해 있는 반도덕적이고 비윤리적인 사건으로, 박여인은 무기징역에 처해졌다.

2) 자연사로 위장하는 경우

- 앞에서 언급한 우리나라 최초의 보험살인범죄로 여겨지는 박○○ 사건에서 2차 범죄인 시동생을 독살한 1976. 5.에 발생한 사건의 예이다. 박여인과 내연관계의 남자가 남편의 동생 엄○○을 살해하여 보험금을 편취하기로 결의하고, 피보험자가 재해사망시 보험금 4천6백만 원을 지급받을 수 있는 보험을 체결하였다. 엄○○을 살해하기 위해 청산가리를 소지하고서 기회를 보다가 부산의 모 다방 앞에서 만나자 이를 다방으로 유인한 후 자신은 커피를 시킨 뒤 엄○○가 신문을 가지러 간 사이에 핸드백 속의 청산가리를 우유에 넣었다. 이를 모르고 우유를 마신 엄○○를 자택에서 구토, 실신케 하여 병원으로 운반 도중 사망에 이르게 한 살인사건이다.
- 보험금 목적 남편 청탁살해사건으로 서울 ○○병원에서 발생한 사건이다. 부인인 김○○는 잦은 병으로 생활력이 없는 남편이 교통사고로 병원에 입원하자 채권자들의 빚 독촉으로 깊은 좌절감에 빠져 있던 중, 남편이 본인 명의로 가입한 보험금 6천 5백만 원(교육보험 5백만 원, 농협공제 6천만 원)을 수령하여 빚을 청산하라는 제의에 남편을 우연한 사고로 사망인 양 가장하여 살해하는 방법을 강구하였다. 범행방법으로 요구르트에 농약을 주입하여 입원한 환자와 보호자에게 음독함으로써 병원에 원한을 가진 자의 소행인 양 가장하여, 치사량의 독극물을 마신 남편을 살해하기로 결의하였으나 2회에 걸쳐 미수에 그쳤다. 그러던 중 1983. 4.에 “억울하게 희생시켜 죄송하다. ○○병원에 입원한 탓이다. 앞으로도 20명을 더 희생시킬 것이니

다른 병원으로 옮겨라”는 취지의 내용으로 쪽지 한 장을 작성하여 병원 화장실에 놓아 ○○병원에 입원한 환자들에 대하여 무차별 살인을 기도한 것처럼 범행을 은폐하려 했다. 그리고 부인 김○○은 우유에 독극물인 청산가리를 넣어 병실의 사물함에 놓아 먹게 하여 남편을 청산가리 중독으로 살해하였다.

3) 재해사로 위장하는 경우

- 열차사고 위장 보험살인사건으로 1983. 10.에 충남 예산에서 발생한 사건이다. 유○○는 자기의 형이 오래 살지 못한다는 운명감정사 등의 말을 듣고 형을 피보험자로 하여 보험금 3억 5백만 원의 생명보험에 가입하였다. 이어 형을 살해할 것을 결심하고 충남 예산군 삼교읍 소재 철도건널목에서 피해자인 형 유○○의 목을 조르고 두부를 강타하여 형이 경부압박으로 인한 질식 및 외상성 뇌출혈로 인하여 사망케 하였다. 그리고서 위 건널목 부근의 철도 침목에 얹혀 놓은 후 그곳을 통과하던 열차의 전면좌측 배장기로 치게 하여 열차사고를 가장하여 살해하였다.

형을 살해하고도 마치 열차사고로 사망한 것처럼 위장하여 그 사정을 모르는 보험회사를 속이고 보험금 지급청구를 하여 2천 500만 원을 지급받아 이를 편취하고 또다시 3억 원을 지급청구하여 이를 편취하려고 하였으나 보험회사에서 청약자측의 살인혐의가 있다는 이유로 지급을 거절하여 그 목적을 이루지 못하고 미수에 그친 사건이다.

- 1999. 11. 충북에서 보험금을 목적으로 애인을 동료에게 위장결혼시킨 후 동료와 애인을 살해하고 아내까지 청부살인을 기도한 사건이다.

대전에서 범인 강○○는 사업의 부도로 생활이 곤란하자 애인을 동료에게 소개해 결혼시킨 뒤 애인의 남편 명의로 5개의 생명보험회사에 5억 7천만 원 상당의 교통상해보험에 가입시킨 후, 강○○는 애인

과 함께 김씨를 교통사고를 위장해 죽인 후 보험금을 타내기로 하였다. 범인의 애인은 자기 남편에게 밤낚시를 가자며 유인한 다음 공범과 함께 목졸라 살해하고 사체를 운전석에 앉힌 뒤 대청호 도로변에 버려 교통사고를 위장했다.

죽은 남편이 거액의 보험에 가입한 것에 대한 경찰의 수사가 시작되자 애인을 부산시내 여관으로 유인해 동반자살하자며 유서를 쓰게 하고 목졸라 실신시킨 후 동맥을 끊어 살해했다.

경찰에서 수사 중 강○○는 아내 명의로 3억 원 상당의 생명보험에 가입한 뒤 공범 2명에게 아내 살해를 청부하여 공범이 아내를 승용차로 치어 살해하려고 했으나 아내는 전치 16주의 중상으로 살해를 실패하자 위의 제2의 보험사기극을 벌이다 2000. 4.에 구속된 사건이다.

4) 자살로 위장하는 경우

- 자살 가장 보험살인사건(1979년). 평소 가정이 빈곤하고 건강이 좋지 않을 뿐 아니라 가정불화가 잦은 이○○가 어머니 박○○를 피보험자로 하고 자신을 보험수익자로 하여 재해사망보험금 2,500만 원의 보험에 가입하였다. 방에 누워 있는 어머니의 목을 졸라 실신시킨 다음 다시 발로 목을 밟아 질식으로 사망케 하고, 화재로 인한 재해사로 위장하기 위하여 박○○의 머리 등에 알코올을 뿌리고 성냥으로 불을 붙였으나 귀가하던 형과 마주치자 집에 불이 났다고 하여 이를 진화한 후 화재로 인해 어머니가 사망하였다고 신고하였으며, 같은 달 보험금 수령에 필요한 서류를 갖추어 보험금을 타내려다가 범행이 발각되었다.

이 사건은 사체검안에서는 외상이 전무하고 소사한 것이라 하고 관계인들의 진술을 종합하여 자살한 것으로 추정된다는 내용의 변사보고가 있었으나, 범죄자인 이○○의 형이 어머니가 자살할 이유가 없으며 타살인 것 같으니 사인을 규명하여 달라는 진정을 하였다. 이에 사체를 부검한 결과 모의 사체에서 화상 외에 설골골절이 발견됨으

로써 타살로 단정하고 수사를 한 사건이다.

5) 타인을 살해 후 피보험자로 위장하는 경우

- 1995. 10. 충북 청원군에서 만취행인을 본인으로 위장, 살해한 뒤 보험금을 수령한 사건으로 5년 만에 경찰의 불심검문 중 주민등록번호를 대지 못하는 등 수상해 보여 지문조회 끝에 밝혀진 사건이다. 정○○는 술 취해 걸어가는 20대 후반의 남자를 승용차에 태우고 가다 인근 가덕면 피발령고개 아래로 떨어뜨린 다음 차량에 불을 질러 폭발로 자신이 숨진 것처럼 위장하였다. 정○○는 미리 생명보험에 가입한 뒤 범행 직전에 피해자에게 자신의 점퍼와 혁대를 갈아 입히고 결혼반지까지 끼웠으며, 아내는 범행 후 보험금 2억 5천만 원을 수령한 사건으로 2000. 5.에 위와 같은 혐의로 구속된 사건이다.
- 1996. 4. 경기도 안산에서 발생한 사건으로 회사가 부도위기에 몰리자, 자기를 피보험자로 하여 가입한 생명보험 5건에 보험금 3억 8,000여만 원을 노리고 서울역에 나가 자신과 체형이 비슷한 노숙자에게 접근하여 자신의 승용차에 노숙자를 태우고 서울을 빠져나가 목졸라 살해한 뒤 차량 화재사고를 냈다. 시신을 확인할 수 없어 차적 조회를 통해 사체를 김○○로 추정했으나 부검 과정에서 그의 부인이 사체의 손가락 하나가 절단돼 있었기 때문에 자신의 남편이 아니라고 주장하자 정밀검사 끝에 사체가 불타기 전에 목이 졸려 질식사했다는 점이 밝혀져 김○○는 구속되었다. 이것이 피보험자인 자신이 사망한 것처럼 꾸며 보험금을 타내려 했다가 적발된 보험사기 사건으로 미수에 그친 사건이다.

다. 생명보험범죄의 대책

1) 보험리스크 관리실 신설(2002.1.)

- 생명보험회사의 3대 이원(利源)중 하나인 위험률 차익(사차익)의 중요성이 증가함에 따라 회원사의 사차익을 확대하고 효율적으로 관

리할 수 있도록 업무 지원.

- 사차익은 신계약 유입시 부실계약의 유입을 사전에 차단하는 ‘언더라이팅’과, 보험금 지급시 조사 체계를 구축하여 부당한 보험금 지급을 방지하는 적절한 조사 체계를 구축하여 ‘사고조사 및 보험사기·보험범죄 방지’에 의해 실현된다고 할 수 있음.
- 보험리스크관리실은 이러한 언더라이팅과 보험범죄 예방이라는 ‘생명보험의 처음과 끝’을 담당함으로써 보험리스크를 총체적으로 관리할 수 있는 방안을 제시함으로써 회원사 지원.

2) 보험리스크 방지를 위한 사전적 활동 및 관련 시스템

- 계약정보교환제도 실시
 - 보험사기 발생의 근원인 moral risk가 내재된 부실계약의 사전 유입 방지의 필요성이 대두되면서 정보교환제도 도입
 - 회사는 월 2회(15일, 말일 기준), 기준일 현재 2년 이상 유지된 계약을 대상으로 사전에 정한 기준에 부합되는 피보험자 정보를 협회에 제공하며, 협회는 회사의 입력자료를 취합하여 회사에 feedback.
 - 근거규정 : 생명보험회사의 계약정보관리규정(1996. 2. 1. 제정)
 - 실시 개요

<표 IV-2> 정보입력 내용

구 분		내 용
고액보험중복가입 정보교환시스템 (1997. 10. 개시)	회사 입력자료	1인당 재해사망보험금 합계액 5천만 원 이상 가입자
	협회 제공자료	1인당 3개사 이상 또는 2개사 7억 원 이상 가입자
상해보험중복가입 정보교환시스템 (1998. 1. 개시)	회사 입력자료	1인당 1,500만 원 이상이거나 재해장해급여금의 현가가 3억 원 이상 가입자
	협회 제공자료	2개사 이상 가입하고 7억 원 이상 가입 계약
입원급부금특약 정보교환시스템 (1999. 1. 개시)	회사 입력자료	1인당 1일 재해입원급여금이 2만 원 이상인 계약
	협회 제공자료	3개사 이상 가입자

- 언더라이터 자격제도 도입
 - 언더라이팅이란 보험회사의 실질적이고 최종적인 위험선택 업무를 담당하며, 정보의 종합적인 심사를 통해 계약을 선택하는 과정으로
 - 전문언더라이터에 의한 효율적인 언더라이팅은 역선택 및 보험사고 발생 이전에 분쟁 가능성을 최대한으로 배제하여 사차익을 증대시키는 데에 기여할 수 있음.
 - 협회에서는 ‘생명보험언더라이터 자격시험 및 관리에 관한 규정’을 제정(2002. 2.)하여 총 10개 과목에 대한 시험을 3단계로 나누어 실시하고, 실무경력을 겸비한 적격자에 자격부여
 - 신기법 소개를 위한 언더라이팅 학술논문제 개최
 - 언더라이팅 신기법의 도입·소개 및 기능 활성화를 위하여 2001년부터 생명보험언더라이팅 학술논문제 개최
 - 대상 : 생손보험업계, 대학(원)생, 교수, 유사보험취급기관, 유관기관 등
 - 관련업무 종사자에 대한 교육 및 의적사정업무 지원
 - 한국생명보험의학회의 협조로 언더라이팅 업무 담당 직원에 대한 의학관련 교육 추진
 - 생명보험의학회 학술대회 및 건강진단 세미나 개최를 통하여 의적사정업무의 효율화 도모
- 3) moral risk 방지 및 위험률 차익 확보를 위한 사후적 활동 및 관련 시스템
- 보험사기 유의자 검색시스템 구축 및 가동
 - 현행 생명보험회사의 계약정보관리규정에 ‘보험사고 조사를 위한 보험계약정보조회’를 신설하여 보험사고 조사를 위한 자료로 활용
 - 손보험회 등 유관기관과의 보험계약 정보교환 필요시 생명보험범죄방지대책협의회에 정하는 바에 따라 교화할 수 있도록 함에 따라 보험범죄에 대한 체계적이고 효율적인 조사체계 구축
 - 보험사기 조사를 위한 합동조사반 운영

- ‘생명보험회사의 계약정보관리규정’에 따라 보험계약 정보 조회제도의 효과적인 운영 및 보험사고 조사 담당자간의 원활한 업무협조를 위해 보험사고 조사 실무협의회를 구성할 수 있으며,
 - 복수의 회사가 관련된 사기유의자에 대한 공동조사가 필요하고, 경찰에 수사의뢰가 전제될 경우 상기 실무협의회에서 협회 내에 합동조사반 설치·운영
 - 합동조사반은 조사기간 동안 협회에 상주하여 조사함을 원칙으로 함.
- 보험사기 방지를 위한 각종 교육제도 운영 및 검·경 등 유관기관과의 업무 협조
- 보험사기에 대한 이론적 고찰을 통해 사기피해의 경각심을 고취하고, 보험사기 조사 선진기법 및 노하우 소개를 통한 사기 정보와 조사기법에 대한 정보공유체계 구축을 위하여 각종 교육제도 운영
 - 보험사기 전담요원 전국 순회교육 실시
 - 각 지역의 보험사기 담당자들의 자질향상을 위한 최신의 보험사기 방지기법
 - 보험사기방지 관련 세미나 개최
 - 학계 및 업계, 경찰 등을 대상으로 실시
 - 보험수사 전담요원 아카데미 개설
 - 전국 지방경찰청 및 경찰서별 보험범죄 수사 전담반 편성운영에 부응한 보험업계의 측면 지원
 - 보험조사팀 워크숍 개최
 - 보험범죄 유형 및 추이 분석을 통한 향후 대응방안 강구 및 정보교류의 활성화방안 모색
- 보험사기 방지를 위한 신고센터 운영 및 유공자 포상
- 최근 날로 지능화·흉포화되고 있는 보험범죄를 차단하기 위하여 금융감독원, 경찰청 등과 공동으로 보험범죄신고센터를 설치·운영하고, 신고자에 대해서는 기여 정도에 따라 포상금 지급

- 보험범죄 근절을 통한 사차익 확보에 기여한 직원들에 대한 포상 실시
- 대상 : 경찰 및 각 생보사 우수 조사담당자
- 생손보험회 공동 주관, 금감원, 경찰청 후원

- 기 타

- 보험범죄방지대책협의회 운영
- 보험사기 연구자 모임 운영
- 생보사 보험금심사협의회 도입

4. 대응실태와 문제점

가. 보험사기 조사팀(SIU) 운영실태

1) 운영 현황

우리나라의 경우 자동차 보상을 중심으로 소위 보험사고 처리시 발생하는 각종 비리, 제3자 개입, 위장사고, 조직적·집단적 범죄 등의 사건처리를 목적으로 지역별로 조사담당자를 두어 운영하고 있다. 흔히 지역별·본부별 조사실장이라는 명칭을 가진 이들은 주로 전직 경찰 출신으로 정식 직원이라기보다는 계약직으로 보험사에 의해 고용되어 타보상직원과는 별도의 관리하에 업무를 수행하고 있다. 이들의 직무는 대체로 전직 경찰직이라는 점을 활용하여 검찰, 경찰 등 유관기관과의 협조관계를 유지하고 클레임에 제3자 개입시 처리하는 역할을 주로 수행하게 된다. 따라서 이들이 보험사기를 적발 또는 방지하는 역할을 전담하는 임무를 띠고 있다고 보기는 어렵다.

우리나라에 있어 보험사기 등 문제시되는 클레임을 전문으로 처리하기 위해 별도의 조직을 최초로 만든 회사는 삼성화재(주)로서 1996년에 SIU에 해당하는 보상특수팀을 설립하였다. 그 뒤로 현대해상(1997), 동부화재(1998), 해동화재(1999)가 이러한 조직을 만들어 운영 중에 있으며, 조

<표 IV-3> 우리나라의 보험사기조사팀 현황

구 분	삼성화재	현대해상	동부화재	제일화재	LG화재
조직명	SIU	보상지원팀	SIU	SIU	SIU
소속부서		보상기획팀	보상지원팀	보상지원부	
인 원	본사 8명, 지방 19명 (전직 경관 2명)	4명 (전직 경관 2명)	본사 8명, 지방 7명 (전직 경관 1명)	본사 4명, 지방 7명 (전직 경관 1명)	본사 2명, 지방 6명
설립일	1996. 6. 2	1997. 3. 17.	1998. 10. 19.	2000.	2000.
업무내용	-보험범죄(사기) -대사고 정밀조사 -특수사고건 처리	-보험범죄(사기) -대사고 정밀조사 -특수사고건 처리	-보험범죄(사기) -대사고 정밀조사 -특수사고건 처리	-보험범죄(사기) -특수사고건 처리	-보험범죄(사기) -대사고 정밀조사 -특수사고건 처리

주 : 2000년 10월말 기준임.

만간 1~2개의 손해보험회사가 SIU를 설립할 예정으로 있어, 우리나라에서도 본격적으로 보험사기 전담부서가 운영될 것으로 보인다.

이들 조직은 회사에 따라서는 비교적 활발히 운영되기도 하지만 아직은 역사가 짧고 전문적 경험의 부족과 회사 및 관련 당국의 인식부족으로 그 중요성에 비해 지원이 부족한 실정이다. 따라서 회사 내에서 독자적인 전문성을 가지고 사기 적발 및 방지를 위한 역할을 수행하고는 있지만, 아직도 보상 조직의 보조적 차원에서 특수한 사건만을 제한적으로 처리하고 있다.

2) 주요 활동범위

미국의 SIU의 경우에는 보험사기 정밀조사, 적발, 보상직원교육, 관련 기관 지원업무, 고객서비스 및 법률적 지원업무 등 다양한 업무를 수행하고 있다. 반면 우리나라의 경우에는 정밀조사 및 교육업무 이외에도 조직 폭력배 등 제3자나 이해집단의 위협 및 협박에 대처하는 업무가 상대적으로 보다 중요한 업무로 되어 있으며, 이 경우 전직 경관 출신 직원의 인맥 등으로 보상직원을 안심시키며 보호하는 역할을 수행하게 된다.

우리나라 SIU의 주요 업무를 S손보사를 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

가) 제3자 개입건 처리

여기에는 상이군경, 장애인단체, 폭력배, 브로커 개입 등이 있으며, 보험 클레임에 제3자가 개입할 경우 이들에 대한 신원을 정밀조사하여 합의, 고소, 고발 및 소송 유도의 조치를 취하게 된다. 또한 차후에 또다른 사건에 개입될 것에 대비하여 이들과 관련된 자들의 신원을 관리하는 업무를 수행한다.

나) 위장사고 등 사기성 클레임 처리

위장사고의 유형을 보면 가장 빈번한 경우가 운전자 바꿔치기이며 그 밖에도 피해자와 공모하여 허위사고를 유발한다든가 개인 및 장기보험 보상관련 사고를 위장하는 것이다. 이 경우 보상센터 혹은 해당 보상팀에서 의뢰받은 자료를 정밀 분석한 후 클레임 제기자, 피보험자 및 주변에 대한 조사를 통해 증거를 수집하고, 사기 징후가 드러날 경우 본부 보상 직원과 공조하여 수사자료를 작성한 후 검찰, 경찰 및 기타 수사기관에 수사를 의뢰한다.

다) 민원관련 업무처리

민원업무에는 주로 보상관련 민원과 수사기관과 관련된 민원이 있다. 일단 민원서류를 접수받을 경우 관련기관과의 협조를 통해 민원인의 환경을 조사하고 대처방안을 강구하게 된다. 즉, 민원인이 단체행동을 할 경우에는 경찰과 협조관계를 취하거나 혹은 민원인을 상대로 직접 대화에 나서기도 하며, 필요하다면 고소·고발 등 사법처리를 위한 업무를 하게 된다.

라) 보상성 피해자 처리

사고 원인을 제공한 후 피해자로 처리해 줄 것을 요구해 오거나, 경미한 사고임에도 고액을 요구하는 부풀리기 행위 혹은 다수계약을 가입한 후 사고를 유발한 자에 대한 조사업무이다. 이 경우 피해자의 신원을 파악하여 피해자의 보상경력을 파악하고 사기성이 드러날 경우 면책 또는

적정보상금액을 협상하거나 경우에 따라서는 수사기관에 수사를 의뢰하기도 한다. 또한 기지급된 보험금에 대해서는 환수하기 위한 작업을 수행한다. 이 경우도 반드시 차후의 수사자료로 활용하기 위해 철저한 클레임 청구자 혹은 관련인에 관한 자료를 수집하여 관리한다.

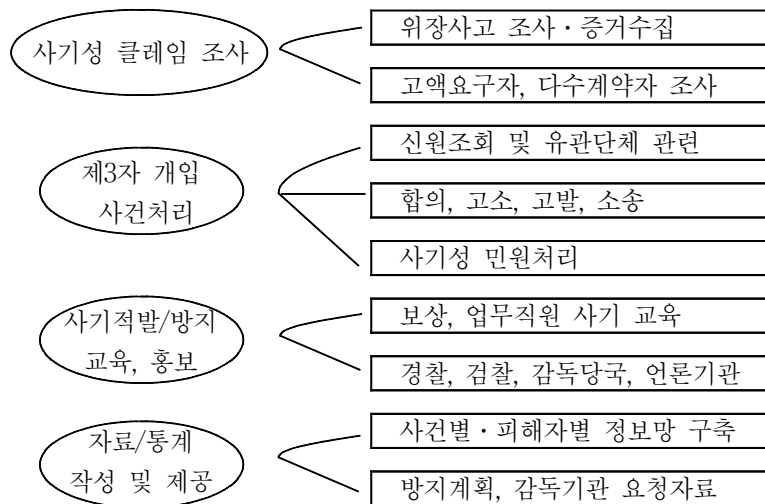
마) 유관기관 관리

보험 클레임과 관련하여 유관기관으로는 검찰, 경찰, 상이군경단체, 장애인단체 등이 있게 된다. SIU는 구성원의 상당수가 전직 경찰 등으로 구성되어 있다는 점을 활용하여 수사를 의뢰하거나 민원 발생시 이들의 협조를 구하게 된다. 또한 문제 발생을 사전에 억제하기 위해서라도 항상 이들 단체와의 선린관계를 유지하는 것 또한 이 부서의 임무 중의 하나이다.

바) 보험사기 대처방안 교육

보상직원, 수사기관, 기타 언론 등에 보험사기처리기법 등에 대한 교육 업무를 담당한다. 이를 위해 위장사고 사례분석 등을 하게 되며, 본사

[그림 IV-1] 우리나라의 보험사기조사팀(SIU) 업무현황



및 지점의 보상직원을 대상으로 보험사기 클레임건 적발 및 사기범의 처리 등에 대한 교육을 실시한다.

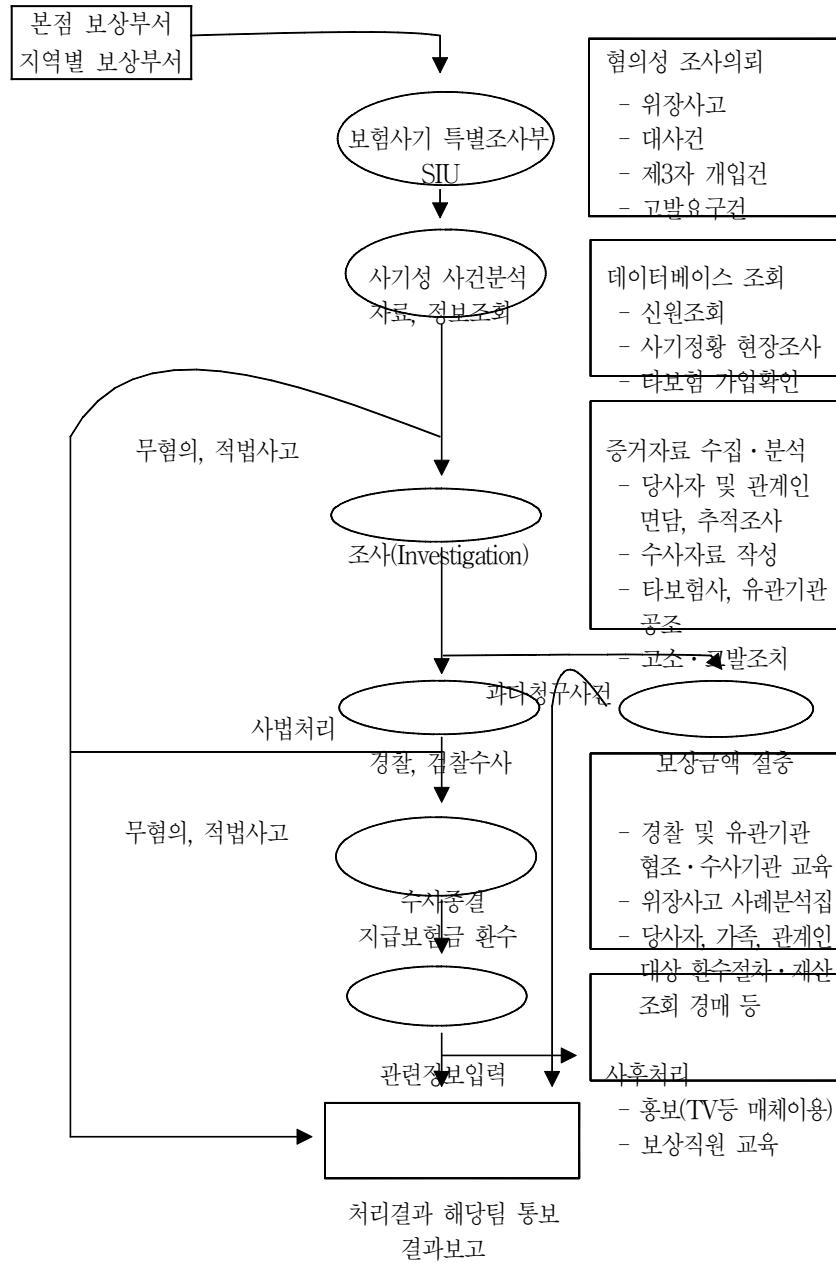
사) 통계 집적 및 유관기관에 자료 제출

아직까지 그다지 많은 업무는 아니지만 보험사기에 해당할 경우 사회적 범죄의 성향을 띠게 되어 언론의 주목을 받기도 하며, 그 금액이 클 경우 회사 경영진의 관심을 자아 낼 수도 있게 된다. 또한 감독당국으로부터 사기방지계획의 제출을 요구받을 수도 있게 된다. 이에 따라 보험감독당국, 경찰청, 본사의 최고경영자, 언론사 및 각종 협회 등으로부터 사기 사건 및 실적, 도난차량 등에 대한 자료 요청을 받는 경우가 흔히 발생할 수 있다. 이를 위해 그동안의 실적을 분류하고 집적하여 정보 요청자에게 제공하는 역할을 한다. 그 밖에도 대사고 업무를 지원하기도 하며, 문제 피해자, 사기 적발자 등의 신원관리, 자료수집 등의 업무를 수행한다.

나. 사기성 클레임의 처리 절차

우리나라 보험사기조사팀의 보험사기 관련건 처리 절차를 보면 우선 본사 혹은 지역별 보상부서로부터 사기성 클레임에 대하여 조사 의뢰를 받고 1차적으로 동 사건에 대하여 자료를 정밀 분석한 후 클레임 청구자 등 관련 당사자들의 신원조회, 집적된 데이터베이스를 통한 조회 등을 통해 동 건의 처리방향을 결정하게 된다. 처리방법은 업무의 성격에 따라 다르지만 대표적인 보험사기인 위장사고인 경우 자료 분석 후 당사자 및 주변 조사를 통해 증거를 수집하여 수사자료를 작성하게 된다. 각종 자료 조회, 주변 조사 및 사고발생 정황 등을 참작하여 사기혐의가 있는 경우 증거를 수집하여 당사자의 자백을 받기 위해 직접 대화를 나누거나, 보험금 과다청구 사건의 경우 합의금액을 절충하거나, 필요한 경우 경찰의 협조를 받는다. 사건의 처리를 수사 의뢰 쪽으로 방향을 잡을 경우 수사자료를 작성하게 된다. 현실적으로 경찰에 수사를 의뢰하는 경우 대부분 경찰업무의 우선순위에서 폭력범죄, 마약범죄 등에 밀려 경찰 협조를 얻기

[그림 IV-2] 국내 보험사기조사팀의 사기사건 처리 과정



가 곤란하기 때문에 직접 고발 또는 고소하는 경우는 드물다.

따라서 보험회사 보험사기조사팀의 전직 경찰 출신 직원은 적극적인 경찰 협조를 얻어내기 위해 수사서류를 작성한 후 자료를 수사관에게 제출하고 경찰 또는 검찰의 인지사고로 처리하도록 유도하며, 그 밖의 진행 과정에서 경찰 및 검찰과의 협조관계를 유지하기 위한 노력 등을 취하게 된다.

이렇듯 보험사기에 관한 수사는 아직까지도 경찰 또는 검찰의 인식부족과 전문적 지식의 부재로 보험회사의 의도대로 이루어지는 경우는 극히 드물다. 사건처리 결과가 나오게 되면 수사 결과 혹은 자체적인 조사 결과를 보험사기 조사의뢰부서에 통보하고, 사기로 판명된 기지급된 보험금에 대하여는 환수 절차를 밟게 된다. 한편 사건과 관련된 모든 자들의 신원사항, 사기내용, 관련보험 등 차후의 보험사기 적발에 필요한 정보를 집적하게 된다. 동 건에 대한 처리가 종결되면 필요한 홍보를 취하거나 상위관리자에게 결과보고를 하게 된다.

나. 데이터베이스 운영현황

우리나라에서도 최근 들어 보험사기의 심각성에 대하여 인식하고 있으며 보험사기에 대처하기 위한 방안으로 관련 데이터베이스의 구축을 추진하고 있다. 그러나 우리나라에서는 아직까지 선진외국과 같은 체계적인 데이터베이스의 구축 단계에는 들어서지 못하고 관련 자료의 교환 및 조회 시스템 운영에 그치고 있는 실정이다. 현재 우리나라에서 보험사기와 관련하여 운영되고 있는 데이터베이스는 고액보험 중복가입자 정보교환과 같이 생·손보 양 협회를 이용한 보험사 계약정보 교환과 보험개발원에서 보험전산망을 이용하여 제공하고 있는 계약 및 사고 조회 등이 있다. 또한 각 사에서는 이와 같은 공동 정보자료와 자사 집적자료를 이용하여 보험사기 방지를 위한 정보시스템 구축에 노력하고 있다.

보험사기와 관련하여 생보험회에서 운영하고 있는 정보교환 시스템은 생명보험 고액 중복계약 정보교환, 사고보험금 지급정보 교환시스템, 신용

정보망 연계시스템 등이 있다. 신용정보망 연계시스템은 신용불량 정보, 고액대출 정보, 여신현황 등을 은행연합회의 신용정보와 연계하여 조회할 수 있도록 하고 있어, 보험사기 방지에 유용한 자료가 될 수 있을 것으로 판단된다.

생명보험 고액 중복계약 정보교환은 생보사에서 사망보험 가입금액 1억 원 이상 계약, 상해보험 가입금액 1,500만 원 이상 계약과 재해장해 1급 보험금 3억 원 이상 계약 및 입원급부 가입금액 2만 원 초과 계약정보를 협회에 전송하면 협회에서 취합하여 고액 중복계약은 3개사 이상 가입계약과 2개사 이상이며, 7억 원 이상 계약, 상해보험은 2개사 이상 보장금액이 7억원 이상 계약, 입원급부 보장계약은 3개사 이상 가입계약을 추출하여 관련정보를 보험사에 제공하고 있다.

사고보험금 지급조회 시스템은 보험사고 정보를 공유하여 보험회사의 보험금 지급심사기능을 강화함으로써 보험사기를 방지하고자 하는 시스템이다. 동 시스템에서는 사고보험금 접수 및 지급건 중 사고일이 1999년 1월 1일 이후이고 사고원인이 교통재해인 건과 일반재해 중 사고 부위가 척추 및 요추인 건으로 사고보험금 지급 여부 및 장해급수, 사고원인 등의 정보를 제공하고 있다. 손보험회에서도 생보험회와 동일하게 고액 중복가입자에 대한 계약정보 교환, 사고보험금 지급조회 시스템, 신용정보

<표 IV-4> 생·손보험회 공동정보업무 운영현황

구 분	내 용	처리형태
고액 계약정보 정보교환	다수 가입건(3개사 이상 가입) 또는 고액 중복가입건 등을 추출하여 제공	- 월2회 보험사에서 제공한 자료를 취합하여 보험사에 제공 - 보험사에서 데이터베이스 구축하여 활용
사고보험금 지급조회시스템	사고보험금 지급 여부 및 장해급수, 사고원인 등의 정보	- 보험사에서 협회에 제공한 자료를 보험사 심사팀에서 수시조회
신용정보망 연계시스템	신원불량 정보, 개인대출 2천만 원 이상, 기업대출 5억 원 이상의 대출정보 교환, 제2금융권 개별기관의 여신현황 정보	- 보험사의 자료를 취합하여 은행연합회에 제출 - 보험사는 은행연합회의 자료조회

망 연계시스템을 운영하고 있다. 손보험회의 제약 및 사고 통합 조회시스템 적용대상은 장기손해보험, 개인연금보험, 상해보험 등이었다. 손보사의 고액 중복계약 정보의 입력대상 중 상해보험 담보 중복가입 대상이 후유장해 1억 원 이상, 의료비 가입금액 200만 원 이상으로 다를 뿐 나머지는 동일한 내용이며 고액 계약정보는 보험개발원에서 손보험회에 제공하고 있다.

한편, 보험개발원에서는 계약인수 및 보상업무 지원을 목적으로 보험개발원에 집적된 자료를 가공하여 제공하거나 조회시스템을 운영하고 있다. 이 중에서 보험사기 방지 업무에 활용될 수 있는 것은 생보거절체 자료교환과 같은 불량계약 관련자료의 교환과 인보험 통합조회 시스템 등의 조회시스템이 있다.

생보거절체 자료교환은 생보사의 청약거절 계약자 및 고의사고 유발 의심자에 대한 자료를 집적하여 온라인으로 제공하는 것으로서 1995년 5월부터 시행되었다. 그러나 기존 사들의 불참으로 일부 회사들만이 이용하였고 이마저도 제대로 가동되지 않고 있어 재구축의 필요성이 요청된다 하겠다.

인보험 통합조회 시스템은 손해보험 중에서 인적 사고와 관련된 장기보험, 상해보험, 자동차보험에 대한 계약 및 사고 자료를 집적하여 조회할 수 있도록 한 시스템으로서 계약 및 보상업무 수행시 다른 계약사항 또는 과거 계약 및 사고사항을 확인하여 보험사기의 가능성을 체크할 수 있는 시스템이다. 한편 동 시스템의 집적자료에서 3개 이상 보험사에 5건 이상 가입한 피보험자에 대한 다수계약자 자료와 사고건수 2건 이상, 지급보험금이 50만 원 이상인 사고 다발자 자료를 추출하여 보험회사에 제공하고 있다.

자동차보험 자료조회 시스템은 계약자료 조회, 사고자료 조회, 갱신적용률 조회, 가입경력자료 조회로 구분되어 있으며, 이들 자료조회 시스템은 우리나라에서 보험사기의 주요 대상인 자동차 사고와 관련된 자료를 많이 포함하고 있으므로, 각 사의 보험사기 방지 데이터베이스를 구축하는 데 중요한 자료로 활용될 수 있다. 또한 자동차보험 사고피해자 조회

<표 IV-5> 보험개발원 제공정보 현황

구 분	자료내역	제공방법	내 용	개시일
생보거절체 자료교환	거절체 및 악성계약자	온라인 수 시조회	인수유이자 명단 및 등록사유 (전 생보사를 대상으로 재구축)	2000. 4.
인보험 통합조회 시스템	상해보험 장기보험 자동차보험 계약 및 사 고자료	온라인 수 시조회	인적사고와 관련된 계약의 계약자료 및 사고자료를 통합조회 할 수 있으며, 동 시스템에서 다수 계약자와 사고다발자 자 료를 추출하여 매월 제공	1999. 4.
자동차보험 자료조회	계약, 사고, 갱신적용률 등	MT 및 온라인(수 시조회)	자동차보험 계약 및 사고자료 등을 제공하여 계약 인수 및 보상업무 지원	1990. 1. (단계적으로)
자동차보험 사고피해자 조회시스템	사고피해자 자료	온라인 수 시조회	자동차보험 사고피해자에 대한 정보를 즉시 조회하여 보험금 이증지급 및 도덕적 위험, 역선택을 방지하기 위한 시스템	1994. 4.
인수유이자 자료	장기, 화재, 상해의 인 수 유이자 자료	온라인 수 시조회	각 손보사에서 선정한 인수유이자 자료를 매월 집적하여 각 사에 제공	1998.4. 장기 1999.1. 화재
장기보험 고액계약자	장기보험 고액계약자	월1회 MT 및 E-mail	장기보험 고액계약자 자료를 손해보험 협회에 제공	1999. 3.

시스템은 자동차보험 사고피해자에 대한 자료를 제공함으로써 보험금의 이증지급 방지와 함께 상습적인 사고 여부 등을 파악 추적함으로써 보험 사기를 방지하기 위한 시스템이다.

인수유이자 자료 조회시스템은 각 손보사에서 선정한 인수유이자에 대한 자료를 매월 집적하여 각 사에서 온라인으로 조회할 수 있도록 한 시스템으로 장기 및 상해, 화재보험 종목에 이용되고 있다. 주요 대상은 부실 고지 및 통지의무 위반계약, 다수계약 또는 고액계약으로 도덕적 위험이 있다고 판단되는 계약, 기왕증 사고자 및 고의 위장사고자이다.

장기보험 고액계약자 자료는 고액계약자 정보를 추출하여 손보협회에 제공함으로써 손보협회에서 고액계약 자료 업무를 수행할 수 있도록 하고 있다.

다. 문제점

- 척추체 환자에 대한 보험사의 소극적 대응
- 다량의 사행성 보장보험 가입의 문제점
- 민원 및 소송발생 예상건에 대한 보험사의 부적절한 대응
- 사고 초동조사 미흡
- 생보사 및 공제조합 상호간의 통합정보 교환시스템의 부재
- 대학병원 장해진단서를 무조건 신뢰하는 보상기법의 낙후성
- MRI·CT 등 촬영시 신뢰하는 본인확인 시스템 부재
- 보험업계와 수사기관의 협조체계 미흡
- 의료법상의 비밀누설금지 조항의 문제점

V. 사회보험의 모럴 해저드 사례

지금까지 민영보험의 보험범죄 및 보험사기에 대해서 선진국과 한국의 경우를 중심으로 유형, 사례 및 방지대책에 대해서 살펴보았다. 사회보험 뿐만 아니라 공적부조 등을 포함한 사회보장제도 전반에 대해서 제도를 악용하는 사례는 매우 광범하다. 사회보장제도가 충실해지만 근로자들의 근로의욕 또는 자립의욕이 저하되고, 기초생활보호대상자에 대한 자산조사도 필요한 제도이다. 자산조사제도는 영국의 경우 구빈법 시대부터 실시되어 오고 있으며, 오늘날 건강보험, 고용보험, 산재보험 등 사회보험에서도 제도 악용의 방지를 위한 대책강구가 매우 긴급하다. 사회보험에서 제도 악용은 피보험자뿐만 아니라 사용자, 병원, 보상 및 급여지급 담당자까지 광범하게 연관되어 자행되고 있다.

1. 고용보험

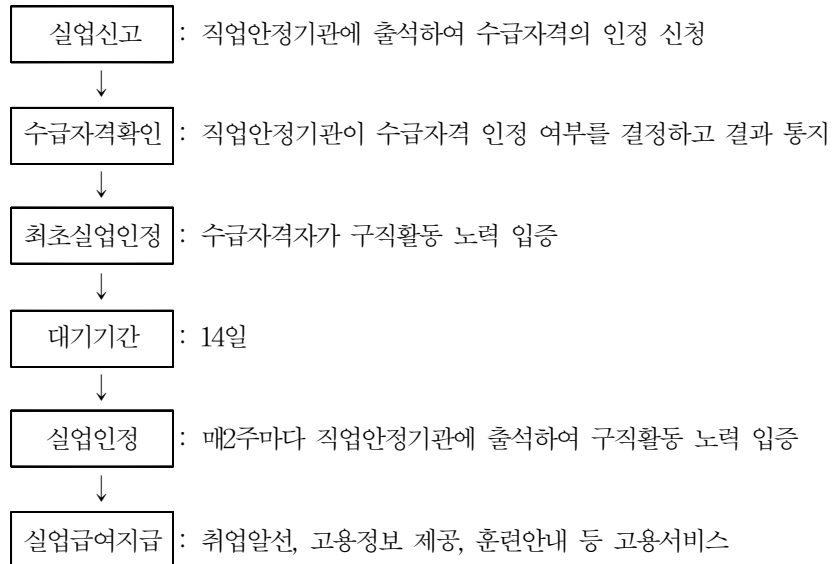
고용안정 및 실업자의 생계유지 등을 위한 고용보험사업에서도 모럴 해저드 발생사례가 생기고 있는 것이 사실이다.

각 사업별 모럴 해저드 발생사례를 보면 다음과 같다.

가. 실업급여

실업급여의 종류에는 크게 구직급여와 취직촉진수당으로 구분되고, 취직촉진수당은 조기재취직수당, 직업능력개발수당, 광역구직활동비, 이주비 등으로 구분된다.

- 구직급여의 지급절차



- 실업인정시 지방노동관서의 주요 확인사항

- 수급자격 및 구직신청 여부의 확인 : 담당자 확인 가능
- 수급자격자 본인이 출석하였는지 여부의 확인 : 담당자 확인 가능
- 적극적인 구직활동을 했는지 여부의 확인 :
 - ① 실업인정 신청서에 기재한 실업인정 대상기간 중의 구직활동사항 신고내용을 토대로 실제로 취업의 의사를 가지고 정신적·신체적·환경적으로 근로의 능력을 가지고 적극적으로 구직활동을 했는지의 여부를 확인해야 함.
 - ② 그렇지만 적극적인 구직활동을 확인하기가 불가능함.

구직급여의 수급자격은 피보험단위기간이 180일 이상일 것, 근로의 의사와 능력을 가지고 있음에도 취업하지 못한 상태에 있을 것, 이직사유가 고용보험법 제45조의 규정에 의한 수급자격의 제한사유에 해당하지 아니할 것, 구직노력을 적극적으로 할 것 등, 이러한 조건을 충족한 경우에 지급하기로 되어 있지만, 다음과 같은 부정한 수급사례가 발생하고 있다.

- **자영업 영위사실을 신고하지 아니하고 실업급여를 수급한 경우**

 - L모씨는 D기계이라는 회사에서 1996. 6.부터 근무하고 1999. 5. 31. 이직한 후 동년 6. 22. ○○지방노동사무소장에게 고용보험 수급자격인정을 신청하여 동년 7. 6.~9. 3.까지 구직급여 1,569,640원(60일분) 및 동년 9. 4.~11. 2.까지 특별연장급여 1,098,740(60일분) 합계 2,668,380원을 수급하였다. 그렇지만 L모씨는 1994. 5. 13.을 개업 연월일로 자영업을 개시한 사업등록자임에도 불구하고 1999. 6. 22. 고용보험 수급자격인정 신청시 및 이후의 실업인정 신청시 이러한 사업자 등록 사실을 신고하지 아니하고 구직급여를 수급함에 따라 사업자 등록자인 자영업자가 고용보험법에 의한 실업급여 대상이 되지 아니함에도 불구하고 이러한 사업자 등록 사실을 신고하지 아니하고 구직급여를 수급하는 부정수급사례가 발생하였음.

- **실업급여를 수급하던 중 취업을 하였으나 이를 신고하지 아니한 경우**

 - U모씨는 1998. 11. 16. 부산광역시 동구 소재 H보험(주)에서 이직하고 1998. 12. 10. 고용보험 수급자격 인정 신청서를 제출한 후 1999. 4. 22.까지 매 2주간 9회에 걸쳐 실업인정을 받아 실업급여를 수급받은 사실이 있음. U모씨는 구직급여를 받던 중 1999. 4. 1. K보험(주)에 영업소장으로 취업하여 근로를 하였음에도 이에 대한 신고 없이 취업사실을 속이고 신고하여 취업기간 중 구직급여를 부정으로 수급한 내용임.

- **실업자재취직훈련기간 중 회사에서 입사 처리되고 그 기간 중 임금도 지급 받은 경우**

 - K모씨는 1998. 4. 29. D건설(주)에서 이직한 후 같은 해 5. 8. 고용보험 수급자격 인정을 신청하여 소정급여일수 90일, 구직급여일액 35,000원을 결정받고 1998. 6. 19.~1998. 8. 25.까지 총 5회에 걸쳐 구직급여 2,835,000원을 수급하였음. 그렇지만 K모씨는 실업인정 기간중 1998. 8. 17.~1998. 8. 24.까지 다른 회사에 입사하여 근무하고 있었음.

음에도 이를 제대로 신고하지 아니한 사실.

■ 근무기간을 축소 신고하거나 누락한 경우

- L모씨는 1998. 11. 16. H유업(주)에서 이직한 후 같은 해 12. 28. 고용보험 수급자격 인정을 신청하여 소정급여일수 120일, 총 연장일수 60일, 수급기간 1998. 11. 17.~1999. 11. 15.까지 구직급여 3,297,160원을 수급하였음. 그렇지만 L모씨는 실업인정 기간중 1999. 2. 1.부터 다른 회사에 입사하여 근무하고 있었음에도 근무일을 축소 신고하거나 신고치 아니한 채 구직급여를 지급받은 사실이 있음.

■ 고용보험의 사업주로 되어 있는 상태에서 실업급여를 지급받은 경우

- L모씨는 H유치원의 사업주이면서도 실업급여 수급을 목적으로 부동산임대차계약서로 명의 변경을 신청하여 K모씨를 사업주로 변경하고 자신은 피보험자로 등록한 후 경영악화로 이직하였다며 2000. 5. 19. 고용보험 수급자격 인정을 신청하여 소정급여일수 90일, 수급기간이 2000. 4. 1.~2001. 1. 31.까지 구직급여 2,100,000원을 수급하였음. 그렇지만 세무서의 사업자 등록에서는 L모씨가 H유치원의 사업주로 확인된바, 각 부처간의 연계시스템의 미비한 점을 이용하여 부정수급을 행한 경우임.

■ 정식 발령을 받지 않았으므로 취업 사실을 신고하지 아니하였다고 주장하는 경우

- G모씨는 1999. 11. 30. T조합에서 이직한 후 2000. 1. 11. 고용보험 수급자격 인정을 신청하여 소정급여일수 150일, 구직급여 일액 30,000원을 결정 받았다. 이후 G모씨는 최초 실업인정일인 2000. 1. 25. 출석하여 같은 해 1. 11.~1. 24.까지 14일간에 대하여 대기기간으로 실업인정을 받고 같은 해 2. 1. J택시에 취직 예정임을 신고하였으며, 다음날인 같은 해 1. 21.로 하여 고용보험 조기재취직수당 청구를 하였다. 이에 대한 사실을 확인한 결과 G모씨는 2000. 1. 21.에 J택시에

취직을 하였음에도 불구하고 같은 해 1. 25. 최초 실업인정 신청시 이를 신고하지 아니하고 실업급여 및 조기재취직수당을 부정 지급하려고 하였음.

■ 인터넷 도메인 및 사업자 등록을 하였으나 이를 신고하지 아니한 경우

- K모씨는 1999. 5. 6. N관리사무소에서 이직한 후 1999. 5. 13. 고용보험 수급자격 인정을 신청하여 소정급여일수 60일, 구직급여일액 22,473원을 결정받아 1999. 5. 27.~7. 25.까지 구직급여 1,348,370원, 1999. 7. 26.~9. 23.까지 특별연장급여 943,860원 합계 2,292,230원을 지급하였음. 그렇지만 K모씨는 1999. 4. 8. 개업 연월일로 사업자 등록을 한 사실이 있었으나 이를 신고하지 아니하고 실업급여를 부정 지급한 사실이 있음.

■ 이직사유의 허위신고

- J모씨는 I파크(주)에 재직 당시 동 사업장의 고용보험 업무 담당자로 근무하였으며, 2000. 6. 9. 이직 당시 고용보험 피보험자격상실신고서를 본인이 작성하여 제출하였음. 당시 퇴직자의 고용보험 피보험자격상실신고서를 관할 고용안정센터에 제출하기 위해 회사 내부적으로 사업주에게 결재 상신할 때에는 그 이직사유를 ‘전직’으로 보고하였으면서도 정작 관할 고용안정센터에 동 신고서를 제출할 때에는 ‘운영체제 변경에 따른 권고사직(관리부 해체)’ 즉 ‘기타 회사사정에 의한 퇴사’로 허위기재 신고하고 2000. 6. 22. 수급자격을 신청한 사실이 있음. J모씨는 퇴사 당시 회사 내부적으로 고위직의 인사 및 직원 상호간의 알력 등 여러 가지 어려운 상황이 있었기에 자의반 타의반으로 퇴사하게 되어 부당하게 수급자격을 신청한 것을 알면서도 4회에 걸쳐 실업인정을 받아 1,680,000원을 지급하였음.

■ 이직확인서 허위 제출

- 사업장 대표가 경영의 어려움으로 인해 세무서에 폐업신고를 하고,

근로복지공단에 소멸신고를 한 상태이었으나, 부정수급자 K모씨 등 12명은 퇴직금 지급을 요구하였으나 사업장의 어려움으로 인해 정산치 못함에 따라 “실업급여라도 받게 해 달라”라며 고용보험 피보험자 이직확인서를 허위로 작성하여 제출한 경우임. K모씨 등 12명은 취업사실에 대해 허위신고일 경우에는 부정수급이 된다는 사실을 알면서도 경제적인 사정으로 인해 이를 신고하지 않았음.

■ 자영업 사실 미신고

- L모씨는 1998. 1. 10.자로 수급자격인정신청서를 제출하여 1998. 1. 10.~5. 15.의 기간에 8회의 실업인정을 받아 구직급여 3,150,000원을 수령하였음. 그러나 1998. 12. 감사원 감사자료에 의해 실업급여 수급기간중 사업자 등록이 된 사실이 확인되었으며, 소득 발생에 대한 신고의무를 위반하여 그 사실을 신고치 않은 채 구직급여를 지급받은 사실이 있음.

■ 고용보험 피보험자격 취득일의 허위신고

- 부정수급자 L모씨는 A(주)를 이직한 후 2000. 1. 11. 실업급여를 신청하여 2000. 1. 11.~2000. 4. 23. 동안 실업급여 90일을 수급완료하고 S이엔이(주)에 입사하였음. 그렇지만 고용보험 전산망을 통한 고용보험 취득일자(2000. 5. 2.)와 국민연금 취득일자(2000. 4. 10.)가 상이함을 확인하고 L모씨를 조사한 결과, 자신의 취업사실을 속이고 실업급여를 지급받기 위하여 피보험자격 취득일을 허위 신고하였다고 시인하였음.

■ 이직 전 사업장에 파트타임으로 재취직된 사실을 숨기고 실업급여 수급

- 부정수급자 L모씨는 (주)은행을 이직한 후 1998. 4. 9. 실업급여를 신청하여 1998. 4. 9.~8. 26. 동안 실업급여 120일 4,200,000원을 수급완료하였음. 그렇지만 L모씨는 1998. 3. 16.부터 (주)은행에 파트타임으로 재취직하였으나 동 사실을 신고치 않고 10차례에 걸쳐 허위 실업

인정을 받았음. 비록 근무형태는 파트타임이라고 할지라도 정규직 근로자와 다를 바 없이 월요일부터 토요일까지 근로를 제공하고 보수를 지급받은 사실이 있음.

■ 구직활동 내역 허위신고

- 부정수급자 K모씨는 2000. 8. 14. 실업 인정시 S편직에 사무경리직으로 면접 본 것으로 구직활동을 신고하여 2000. 7. 31.~8. 13. 동안 386,240원을 수급하였음. 그렇지만 2000. 8. 31. 구직활동 여부에 대해 확인전화를 하자, 동 사업주는 구인계획도 없었으며 또한 면접사실도 없었다고 확인함에 따라 실제 구직활동을 하지도 않고 구직활동을 한 것으로 허위 신고한 사실이 있음.

■ 실업인정시 동생의 대리출석

- 부정수급자 K모씨는 인천 소재 L용원에서 근무하였으나 경영이 어려워 권고사직하고, 그가 구직활동을 한 것으로 기재하고 2000. 10. 17. 실업급여를 신청하였음. 그렇지만 해당 K모씨에 확인한 결과 구직활동을 한 사실이 없으며 또한 실업 인정시 대리인을 출석하게 하는 등 부정한 방법으로 수급자격을 인정받고자 하였음.

■ 사업주와 공모하여 허위 신고서를 제출한 경우

- L모씨는 2000. 9. 17.자로 (주)U기업에 취업을 하여 피보험자격 취득이 되어 있음에도 2000. 7. 19.~2000. 10. 10.까지 실업급여를 수급하고 여전히 실직상태라며 2000. 10. 25.에도 실업인정신청서를 제출하였음. 그렇지만, 사업장에 예고없이 출장하여 임금대장, 출근부 원본, 작업일지 등을 확인한 결과, 사업장에서는 L모씨가 취업하고 나서도 계속 실업급여를 수급한 사실을 말하면서 이것이 적발되지 않도록 해 달라는 부탁을 받고 임금대장, 출근대장을 허위로 조작하여 허위 보고, 허위 증명을 한 사실이 있음.

■ 취업일 허위 신고

- G모씨는 1998. 9. 30. 사업주의 권고사직으로 이직하여 1998. 10. 15. 고용보험 수급자격인정신청을 하였으며, 1998. 10. 15.~1999. 3. 31. 까지 12회에 걸쳐 총 5,033,000원의 실업급여를 수급하였음. 그러던 중 2000. 4. 11. H조합에서 실업급여 수급자격자였던 G모씨를 2000. 1. 1.부로 신규 채용한 것으로 하여 고용보험 채용장려금을 신청하였으며, G모씨는 실업급여 소정일수가 종료되기 전에 수급을 포기하여 현지 출장하여 조사를 하게 되었음. 노무관련 서류 등을 조사한 결과 〇〇〇의 신규 채용일은 고용보험 취득신고서상의 2000. 1. 1.이 아닌 실업급여 수혜기간 중인 1999. 3. 22.임을 확인하고, H조합에 고용보험 채용장려금을 부정 수급한 것으로 하여 490,000원의 반환을 결정하였음.

■ 보험설계사로 활동하면서 실업급여 수급

- P모씨는 1999. 5. 10. 실업급여를 신청하고 1999. 5. 14.부터 보험설계사로 활동하게 되었으나, 취업사실을 신고하지 않고 소정급여일수 120일의 구직급여를 모두 수급하였음.

■ 건설업 자격증 대여와 관련한 부정수급

- K모씨는 2000. 7. 24.~2000. 10. 14. 동안 실업급여를 지급받고 있었으나, 건설회사에서 뒤늦게 고용보험에 취득신고(2000. 7. 15.)를 함으로 인해 적발되었음.

- ※ 건설업체에서 자격증 대여와 관련된 위장취업자들이 많이 적발되고 있음.
 - 자격증 대여자가 회사와의 계약기간이 종료되었을 경우 실제 피보험자 여부와는 무관하게 고용보험에 가입되었기 때문에 실업급여 등의 혜택을 받을 수 있으므로, 이를 악용할 여지가 많음.

나. 고용안정사업

■ 채용장려금 부정수급 관련

- J모씨는 K전자(주)의 대표이사로서 1999. 6. 1.부터 이미 K전자(주)에 근무중인 K모씨 등 7명의 근로자를 신규 채용한 것처럼 채용장려금 청구서류를 허위로 작성하여 6개월 동안 임금의 2분의 1에 해당하는 채용장려금 25,896,530원을 지원받았음.

■ 고용유지(휴업)지원금 부정수급 관련

- H데이터(주)의 대표인 L모씨는 2000. 4.~2000. 8.까지 계속 사업을 가동하였으나 고용유지(휴업)지원금을 수급하기 위하여 경영악화 및 불황으로 근로자를 해고시키지 않고 고용을 유지하기 위하여 휴업을 하였다고 고용유지(휴업)지원금 19,405,420원을 부정수급하였음.
- W테크닉스(주)는 1999. 4. 16.~1999. 10. 15.일까지 고용유지를 유지하기 위하여 휴직계획기간을 신고하여 고용유지(휴업)지원금 26,660,230원을 지원받았으나 2001. 7. 10. 동 사업장에 근무하였던 L모씨가 1999년 당시에 W테크닉스(주)에서 휴직을 한 것처럼 서류를 허위로 꾸며서 지원금을 수령하였다고 고발함에 따라 부정수급 사실이 밝혀짐.
- 실업자를 고용시 급여를 보조해 주는 정부의 ‘채용장려금’을 가로챈 기업들에 대해서 검찰이 수사에 나섰음. 서울지검 의정부지청 형사4부 구○○ 검사는 25일 경기 의정부시 W사와 고양시 K무역 등 4개 업체가 채용장려금을 가로챈 혐의를 잡고 경리장부 등을 압수해 조사 중이라고 밝혔음. 이들 업체는 실업자를 고용한 것처럼 허위 서류를 꾸미거나 실제 지급한 임금보다 많이 지급한 것처럼 속여 채용장려금을 가로챈 혐의를 받고 있음.
- 채용장려금은 고용보험료와 공적자금인 정부 지원금으로 조성된 고용보험기금을 활용해 실업자를 채용한 고용주에게 6개월 동안 급여 중 최고 50%를 지원하는 제도로서 외환위기 이후 실업자 고용촉진

을 위해 도입된 뒤 올 6월까지 실시되었음.¹⁴⁾

- T기공(주)는 휴업대상자 10명 중 9명을 2000. 7.부터 S기계(주) 및 G개발(주)에 파견하여 근로를 시키고 있었음에도 불구하고 2000. 8. 12. 파견한 근로자를 대상으로 휴업을 실시하는 것으로 하여 허위 고용보험 고용유지지원금(휴업)계획서를 제출하고 동년 9. 23. 실제 휴업을 실시하는 것으로 고용유지지원금 신청서를 허위로 작성 제출하여 2000. 10. 12. 고용유지지원금 7,247,880원을 지급받은 바 있으며, 이후 8회에 걸쳐 위와 같은 방법으로 허위 고용유지지원금 104,972,540원을 지급받았음.
- 근로자들이 실제로 근무하고 있는데도 휴업하고 있다고 속여 고용유지지원금을 받아 가로챈 회사 임직원 3명이 검찰에 구속. 대구지검 포항지청 수사과는 오늘 포항 모 주식회사 관리차장(45) 이 모씨와 전 법정관리인(56) 서 모씨 등 2명을 사기혐의로 구속하고 전 법정관리인(63) 김 모씨를 같은 혐의로 불구속 입건했음. 이들은 회사직원들이 출근해 일하고 있는데도 휴업한 것처럼 허위 서류를 꾸며 지난해 9.부터 지난 6.까지 9차례에 걸쳐 1억여 원 상당의 고용유지지원금을 받아 이를 가로챈 혐의를 받고 있음.¹⁵⁾
- 대구지검 포항지청은 8일 근로자들이 근무를 하고 있는데도 휴직했다며 허위 서류를 작성, 노동부로부터 1억 1,100만 원의 고용유지지원금 및 휴업급여를 받아 가로챈 혐의(사기)로 ○○철강공단 관리차장 이 모씨(45)와 이 회사 전 법정관리인 서 모씨(56) 등 2명을 구속하고 전 법정관리인 김씨와 공모, 같은 해 9. 23.부터 11. 29.까지 회사직원 11명을 타회사에 파견근무시킨 후 마치 휴직한 것처럼 허위 서류를 만들어 포항지방노동사무소 고용안정센터에 제출하고 모두 3회에 걸쳐 휴업급여 2,800만 원을 받아 가로챈 혐의임. 또 전 법정관

14) 《동아일보》, 2001. 10. 26.자 31면.

15) 《KBS뉴스》 2001. 11. 8. 오영철 기자.

리인 서씨도 지난해 12. 5.부터 지난 6. 19.까지 이씨와 공모, 같은 방법으로 근로자 14명의 허위 서류를 노동부에 제출하고 모두 6차례에 걸쳐 휴업급여 8,300만 원을 받아 편취한 혐의를 받고 있음.¹⁶⁾

이와 같이 고용안정사업 채용장려금의 신규 채용근로자 대부분은 실업급여 수급자격자이며, 채용장려금을 지급받고자 하는 사업장에서는 지급요건(알선일)을 맞추기 위해 고용보험 취득신고서상의 입사 일자리를 사실과 다르게 허위 신고하고, 근로자 또한 이에 편승하여 실업인정 신청시 입사 일자리를 사실과 다르게 신고하는 경우가 많다. 현 부정수급 적발 경로는 대부분 공공DB 검색을 통하여 이루어지고 있으나 소규모 영세업체의 경우 고용보험, 국민연금, 의료보험, 산재보험 등 각종 사회보험에 미가입된 경우가 많아, 취업 사실을 은닉한 채 실업급여를 수급하는 경우가 다수 있는 것으로 추정되나 이런 경우 부정수급 적발에 어려움이 있다.

부당한 방법으로 허위 서류를 작성하여 자기 이익만을 위한 부정수급 내용이 계속해서 발생하고 있는데, 허위로 지원금을 지급받는 것을 걸러주는 제도의 문제점 보완이 필요하며, 그러한 사실을 확인하기 위한 인력의 충원이 절실히 필요한 상태이다.

다. 직업능력개발사업

■ 훈련기관이 훈련과정으로 지정받았으나 훈련을 실시하지 않거나 훈련비용을 지원받을 목적으로 훈련 일정을 허위로 제출하여 지정받은 사례

- 자체훈련기관인 ○○건설은 자체교육으로 2박3일 30시간의 훈련 과정을 지정받고 3일 차에 지도점검을 실시한 바, 점검 당일 지정된 자체강사가 업무사정으로 인하여 출강을 하지 못하자 아무 조치 없이 훈련을 실시하지 않은 경우로 과정 지정 취소.
- 자체훈련기관인 ○○은행은 기실시한 자체훈련에 대하여 훈련비용을 지원받고자 훈련개시 14일 전에 지정신청서를 제출하게 되어 있

16) 《대한매일신문》 2001. 11. 9. 25면.

는 규정에 맞추어 훈련일정을 허위로 작성하여 과정을 지정받은 사실이 확인되어 과정 지정 취소

- 위탁훈련기관인 ○○연구소는 훈련위탁업체와 맞춤형식의 훈련과정을 지정받았으나 점검 당일 훈련을 실시하지 않고 있어 사실관계를 확인한 바, 훈련 일정이 취소되었다고 주장하는 등 훈련 실시자와 위탁업체 간의 결탁에 의해 훈련비를 지원받고자 관련 서류를 허위로 제출하여 지정받은 경우로 과정 지정 취소

■ 사설학원에서 위탁훈련으로 과정 지정받은 후 훈련을 아예 실시하지 않거나 훈련생 모집시 개인이 부담한 훈련비도 비용지원이 가능한 것처럼 안내하는 등 극히 부실하게 운영한 사례

- 위탁훈련기관인 ○○학원은 지정 훈련인원은 60명이나 실제 훈련생은 1명뿐이었으며, 특히 점검 당시 야간훈련시간으로 훈련담당자와 강사가 사무실에서 음주를 하는 등 훈련관리실태가 부실하였고, 사업주가 아닌 개인이 훈련비를 부담하였음에도 훈련 수수료 비용지원이 가능하다고 안내하는 등 훈련실시 상태가 극히 부실한 경우로 과정 지정 취소.

- 위탁훈련기관인 ○○학원은 사무자동화 등 10개 과정을 지정받은 후 개인 자격으로 지정일 이전에 수강했던 훈련생을 지정일 이후 수강한 것으로 훈련일자, 출석부 등을 허위로 작성하였고, 출석부상의 훈련생이 지정된 훈련시간에 훈련을 받지 않고 훈련생이 편리한 시간에 수강하였으며, 지정받은 내용과는 다른 내용의 훈련을 실시하는 등 극히 부실한 경우로 과정 지정 취소.

■ 자체훈련과정으로 지정 최소 요건인 20시간으로 과정 지정받은 후 20시간 미만으로 훈련을 실시한 사례

- 자체훈련기관인 ○○보험은 3일 20시간의 훈련과정을 지정받아 훈련을 실시하면서 점검 당일 훈련계획서상 당초 지정된 시간까지 훈련

을 실시하지 않고 20시간 미만으로 훈련을 실시한 경우로 과정 지정 취소

- 자체훈련기관인 ○○보험은 지정 연수원에서 훈련을 실시하면서 훈련시간이 20시간인 과정을 조기 단축하여 20시간 미만으로 훈련을 실시한 과정에 대하여 과정 지정 취소.
- 자체훈련기관인 ○○개발 및 ○○화학은 계열사로서 경기 일원 연수 시설에서 3일 20시간, 2일 20시간의 훈련 과정을 각각 지정받아 훈련을 실시하면서 당초 강의실을 별도로 지정받았으나 현지 사정으로 교육장이 겹치면서 3일차 및 1일차 오전 훈련시간이 중복되어 각각 1시간씩 단축하여 훈련을 실시한 경우로 2개 과정 지정 취소

■ 위탁훈련기관에서 과정 지정을 받은 후 훈련일정 및 내용을 임의로 변경하고 또한 지정 최소요건 20시간에 미달되게 훈련을 실시하는 등 극히 부실하게 실시한 사례

- 위탁훈련기관인 ○○컨설팅은 ○○콘도에서 60명 3학급으로 하여 3일 23시간인 훈련과정을 지정받아 훈련을 실시하면서 교과내용을 임의 변경하여 20시간 미만으로 교육을 실시하였으며, 훈련계획서상 강사 미확보로 인해 3일째 훈련시 연회장에서 3개 반을 합반하여 훈련하는 등 부실하게 훈련을 실시한 경우로 과정 지정 취소
- 위탁훈련기관인 ○○교육원은 3일 20시간(30명 2학급)의 과정 지정을 받고 교육 실시 기간중인 3일차에 지정된 2개 강의실에서 교육을 실시하지 않으면서 훈련일지상으로는 훈련을 실시한 것으로 작성하고 결재까지 된 상태였으며, 임의대로 1학급으로 운영하는 등 훈련시간이 최소 지정요건인 20시간에 미달되는 등 극히 부실하여 과정 지정 취소
- 위탁훈련기관인 ○○기획은 위탁사업주가 실시하는 자체훈련과 연속적으로 실시하는 훈련 마지막 2일 자체 20시간을 훈련하는 것으로

과정 지정을 받았으나 16시간만 훈련을 실시하는 것으로 계약하고 훈련을 실시하는 등 훈련비용을 지원받을 목적으로 훈련일정을 허위로 신고한 것으로 과정 지정 취소.

■ 사업장(위탁훈련) 및 훈련실시 장소에서 동일한 훈련과정을 관할 노동관서에서 각각 지정받은 후 훈련을 실시한 사례

- 위탁훈련기관인 ○○연구원은 경기 용인 소재 훈련장소에서 훈련을 실시하는 것으로 과정을 지정받았으며, 본사 소재지 관할 노동관서와 훈련장소 소재지 관할 노동관서에서 동시에 지정을 받고, 훈련생 모집이 저조하여 훈련을 실시하지 못하였으나 변경신고를 하지 않는 등 이중으로 과정 지정을 받고 지정된 훈련 실시일에 훈련을 실시하지 않은 경우로 과정 지정 취소.

■ 훈련과정으로 지정받은 후 임의로 훈련일정을 변경하거나 훈련생에 대한 출결관리가 부실한 경우

- 자체훈련기관인 ○○사료는 강원 영월 소재 훈련장소에서 2일 20시간 과정을 지정받았으며, 관할 노동관서에 지도점검 요청한 바, 훈련 계획서상 당초 지정된 훈련일정을 임의로 변경한 경우.
- 자체훈련기관인 ○○건설은 경기 용인 소재 훈련장소에서 1주 과정 29시간 훈련과정을 지정받고 훈련을 실시하면서 4일째까지도 출석부 및 훈련일지를 전혀 작성하지 않았으며, 3명의 훈련생이 불참하였음에도 전혀 조치가 되어 있지 않는 등 훈련생 관리가 부실한 경우로 불참자에 대한 비용지원 불가 조치.
- 위탁훈련기관인 ○○학습은 우편매체에 의한 통신훈련과정으로 45개 과정을 지정받아 훈련 실시 중에 있고, 훈련기관 점검 및 동 기관의 홈페이지를 검색한 결과 당초 2000. 7. 1.부터 훈련을 실시하는 것으로 과정 지정을 받았으나 2000. 6. 15.에 훈련을 사전 개시하여 6. 28.에 1차 리포트를 제출받았고, 일부 위탁업체는 훈련기간도 5개월

에서 3개월로 계약되어 있으며, 평가기준도 임의로 변경하는 등 훈련일정 및 지정 내용을 위탁업체와 사전 협의하에 훈련비용을 지원 받을 목적으로 임의 조정하여 훈련을 실시하였고, 훈련교재도 당초 지정된 교재가 아닌 다른 교재를 배부한 사실이 있어 과정 지정 취소.

- 자체훈련기관인 ○○코리아는 인터넷 통신훈련과정으로 11개 과정을 지정받아 훈련을 실시하면서 당초 지정신청서 제출시 훈련개시 14일 전에 제출하였으나 훈련비용 지원신청서를 제출하면서 확인한 바, 훈련 개시일이 당초 훈련일정 및 훈련과정 지정 이전에 훈련을 실시한 것으로 확인되어 11개 전 과정에 대하여 과정 지정 취소 및 비용지원 부지급 조치.

■ 훈련과정 지정이 취소되자 훈련비를 지원받게 할 목적으로 소급하여 출석부를 조작하고 수료증을 발급하여 비용지원을 받게 한 경우

- 위탁훈련기관인 ○○학원은 출석부 조작으로 인해 일부 과정의 지정이 취소되어 사업주가 비용지원을 받을 수 없게 되자 비용 부지급 대상 훈련생을 과정 취소 처분일 이전에 훈련을 받은 것으로 소급하거나, 지정 취소되지 않은 과정을 수강한 것으로 출석부를 조작하여 허위로 등재하고, 대리 서명하는 수법으로 훈련을 이수한 것으로 하여 수료증을 발급, 사업주가 비용지원을 받게 하는 등 극히 부실한 경우로 동 훈련생에 대한 비용지원 불가 조치 및 출석부가 조작된 훈련과정에 대하여 과정 지정 취소.

■ 사업주가 위탁훈련을 실시하면서 훈련기관에 훈련비를 지급하지 않았거나 허위로 발급된 계산서를 첨부하여 훈련비용을 신청하여 지급제한 조치를 한 사례

- ○○운수는 위탁훈련기관인 ○○컨설팅에 근로자 직업능력개발훈련을 위탁실시하고, 제출한 직업능력개발훈련비용 지원신청서와 관련

하여 회계장부 등을 확인한 바, 실제로는 훈련비를 지급하지 않았으나 ○○컨설팅은 2차에 걸쳐 계산서와 입금표를 허위로 발급하여 ○○운수에 전달하였으며, 사업주는 등 계산서와 입금표를 첨부하여 직업능력개발훈련비용 지원 신청을 하여 1년간 지급제한 조치.

■ 훈련과정 지정을 주된 훈련시설 소재지 관할 노동관서로 규정되어 원격지에서 실시하는 훈련과정에 대한 지도점검이 사실상 불가하여 부실 훈련이 초래된 경우

- ○○훈련기관은 4박 5일(2회)의 훈련과정을 지정받아 지방에서 실시하면서 3박 4일(1회)로 단축하고 합반을 한 사실이 적발되어 과정 지정을 취소하였으며, 또한 위탁훈련기관인 ○○스트는 경기도에 소재하는 ○○타운에서 1박 2일 20시간의 훈련과정을 지정받았으나 14시간만 훈련을 실시하는 등 훈련시간을 단축하거나 훈련내용을 임의로 변경하는 등 위반사실이 적발되어 과정 지정 취소.

2. 국민건강보험

가. 허위청구 요양기관 형사고발(8차)

- 보건복지부가 2001. 9. 30.까지 건강보험 부정청구혐의 요양기관 557개소를 현지조사한 결과 448개소에서 부정청구 사실이 확인(부정청구금액 : 85억 원)되었고, 이 중 허위청구 등의 사실이 적발된 75개소를 7차에 걸쳐 형사고발한 데 이어, 이번에 다시 허위청구하거나 조사를 기피(자료제출 명령위반 또는 허위서류 제출)한 19개소를 형사고발했다고 밝혔다.
- 고발대상 요양기관들은 수진자나 심사기관의 감시망을 벗어나기 위해 청구소멸시효(2년) 만료 직전 청구, 의사와 약사 간의 공모, 진료기록 전산조작, 대행청구, 약국 종업원에 의한 조제 등의 방법으로 부정 청구했으며, 이들에 대해서는 최하 50일에서 최고 1년간의 업

<표 V-1> 고발대상 요양기관 명단

(단위: 천원, %)

연 번	요양기관명 (대표자)	총 부담금액 (조사대상기간)	부당 비율	행정처분 (업무정지)	부당내용
1	대구 J의원	190,000 1998. 1. ~ 1999. 5. (17개월)	51.46	211	* 진료기록부를 허위로 기재하여 내원일수를 부풀려 청구 * 실제로는 1일 내원하여 간기능검사, 간염검사, 소변 검사 등을 실시한 후, 진료기록부에는 3~4개월로 검사항목을 분할하여 기재하고 진찰료 등을 부풀 려 청구 * 보험급여 관계서류(본인부담금수납대장) 제출명령 위반 및 허위진술
2	경기 H의원	21,970 2000. 4. ~ 2001. 1. (10개월)	13.28	87	* 내원사실이 없는 수진자를 진료기록부에 허위 기재 청구하거나 내원일수를 실제보다 늘려서 청구하는 등의 수법으로 진찰료, 원외처방료 등을 허위청구 * 수진자가 실제 내원하지 아니한 날에 처방전을 허 위로 발행하여 동일 건물내의 D약국에 처방전을 보내주면 약국에서 약제비 및 조제료를 허위청구
3	경기 D약국	11,280 2000. 8. ~ 2001. 1. (6개월)	11.84	111	* 위 H의원과 짜고 내방일수를 실제보다 늘리거나 내방하지 않는 수진자의 가짜 처방전을 제공받아 수급자의 약제비를 허위청구
4	강원 Y의원	62,000 1999. 11. ~ 2001. 6. (20개월)	12.35	84	* 전산을 조작하여 내원하지 않은 날의 진료비를 허 위 청구하거나 부풀려 청구 * 방사선료 및 물리치료료 허위청구 * 비급여대상 진료 후 요양급여로 이중 청구
5	경기 P외과의원	115,000 2000. 10. ~ 2001. 3. (6개월)	16.99	116	* 입원환자의 진료내역을 동일하게 인쇄(set화)해 놓 고는 실제 진료내역보다 부풀려 청구 예사: 청구상 투약 5일 실제 투약은 4일 * 본인부담금 과다징수 또는 이중청구 (대장세척료 10만원, 보험수가 3,266원)
6	대구 C치과의원	91,500 1999. 1. ~ 2001. 4. (28개월)	7.94	79	* 대항청구자가 진료기록부를 컴퓨터로 촬영한 후 내 원하지 아니한 수진자의 진료비를 청구하거나 내 원일수를 실제보다 늘려 진찰료, 치료료 등 청구
7	부산 C약국	370,000 2000. 10. ~ 2001. 3. (6개월)	34.76	180	* 일부 수진자에게 비약사가 조제한 후 약제비 청구
8	부산 H한의원	20,000 2000. 9. ~ 2001. 2. (6개월)	24.09	130	* 혈관레이저침술(He-Ne Laser)을 행하고 비급여로 징수한 후 이중으로 레이저침술료(하10) 및 진찰료 (재진찰료)를 청구
9	제주 K약국	제주 K약국 107,000 2000. 8. ~ 2001. 3. (8개월)	16.33	126	* 일부 수진자에게 비약사가 조제한 후 약제비 청구
10	전남 K	80,000 2000. 8. ~ 2001. 3. (8개월)	8.93	102	* 처방전에 기재된 의약품을 조제시 의사의 사전 동의 없이 변경조제(비스타마이신 1g을 리보신주 500g으 로 변경)하거나, 처방한 약제를 임의로 대체조제(신 폼제약 린코마이신주를 국제약품 린코마이신주로 대체, 대원제약 텍사메타손을 유한텍사메타손주로 대체)후 처방약제로 청구

연 번	요양기관명 (대표자)	총부당금액 (조사대상기간)	부당 비율	행정처분 (업무정지)	부당내용
11	서울 P의원	20,880 1999. 1.~2000. 7. (19개월)	3.53	50	* 1회 내원하여 진료받은 것을 2회 이상 내원하여 진료받은 것으로 내원일수 및 투약일수를 늘려서 청구 * 1회 내원하여 5일 이상 투약한 경우 2회 이상 내 원하여 투약받은 것으로 진료기록부에 기록하고 진찰료 등을 늘려서 청구
12	서울 H 정형외과의원	11,300 1999. 1.~2000. 12. 2001. 4.~2001. 6. (27개월)	1.75	1년(병과)	* 업무정지기간(2001. 1.~3.) 중에도 타인 명의로 요 양기관을 개설한 혐의로 조사 실시 * 보험급여 관계서류 제출명령위반(외래 진료비계산 서 일부) 및 허위보고(입원 진료비계산서) * 기관내 튜브, 수술소독포, 무통치료, 정맥내유지침, 관절주사 등을 시행하고 본인부담금 과다징수 * 실제 실시한 마취시간과 마취약제의 양을 증량하 여 청구
13	충남 S의원	- 2001. 1.~2001. 2. 2001. 5.~2001. 6.	-	1년	* H정형외과의원의 업무정지 기간 동안 대표로 위 장한 혐의가 있어 조사 실시 * 보험급여 관계서류(본인부담금 수납대장) 허위작 성 제출
14	서울 Y의원	-	-	90	* 보험급여 관계서류(본인부담금 수납대장) 제출명 령 위반
15	서울 J의원	-	-	90	* 보험급여 관계서류(본인부담금 수납대장 등) 제출 명령 위반
16	광주 M약국	-	-	90	* 보험급여 관계서류(개인별 조제투약기록, 본인부 담금 수납대장 등) 제출명령 위반
17	충남 G약국	-	-	90	* 보험급여 관계서류(개인별 조제투약기록, 본인부 담금 수납대장 등) 제출명령 위반
18	경남 A정형외 과의원	-	-	90	* 보험급여 관계서류(본인부담금 수납대장) 제출명령 위반
19	경북 S의원	-	-	처분 실 효성 없어 제외	* 보험급여 거부 * 보험급여 관계서류(본인부담금 수납대장 등) 제출 명령 위반 * 의약분업 후 원외처방전 미발행

자료: 국민건강보험관리공단.

무정지 처분을 내릴 계획이라고 설명했다.

- 보건복지부는 의약분업으로 가짜환자 만들기 등의 허위청구가 쉽지 않은 의약환경 변화와 그동안의 부정청구 요양기관에 대한 형사고발 등으로 허위청구는 점차 줄어들고 있는 반면, 부정청구 수법이 다양화·지능화되고 있는 것으로 판단, 심사평가원 지원(수도권 제외)에 실사지원팀을 배치, 공단의 수진자 조회의 내실화 등 부정청구 혐의기관에 대한 정보수집을 보다 강화하고 다양한 조사기법 등을 개발함으로써 이에 적극 대처하겠다고 밝혔다.

나. 2001년도 건강보험 요양기관 조사 결과 및 형사고발(9차)

<주요 내용>

- 보건복지부는 금년도에 건강보험 요양기관 총 813개소를 현지 조사한 결과 643개소에서 총 106억 원의 부정청구를 적발하여 이 중 499개소에 대해 업무정지 등의 행정처분을 하였거나 처분절차 중에 있으며, 허위청구 등의 사실이 적발된 94개소를 8차에 걸쳐 형사고발한 데 이어, 이번에 다시 14개소를 형사고발하기로 하였음.
 - 부정청구기관(643개소): 의료기관 544, 약국 82, 보건기관 17
 - 행정처분(499개소): 업무정지 193(최고 1년), 과징금 306(최고 5억 1천만원)
 - 형사고발(108개소): 허위청구 79, 조사거부 기피 29
- 보건복지부는 올해를 허위청구가 근절되는 계기가 되는 해로 만들기 위해 조사대상 기관수의 대폭 확대, 허위청구기관 형사고발, 처벌기준의 상향 조정 등을 추진한 결과 부정청구가 점차 감소하는 등의 상당한 효과를 거두고 있다고 판단하고, 내년에는 정부의 실사강화로 인해 일부 요양기관의 부정청구 수법이 점차 치밀화되는 것에 대응하기 위해 허위청구 등 문제요양기관에 대해서는 현재보다 충분한 조사기간을 두고 심층조사하는 방향으로 나아갈 계획이라고 밝혔다.

- 2001년도 건강보험 요양기관 조사 결과

- 부정청구의 개연성이 있거나 행정처분 후의 이행실태 점검 등이 필요한 881개소를 대상으로 지도감독을 실시.
- 보건복지부는 심사평가원의 심사자료, 공단의 수진자 조회 결과 및 제보 등을 기초로 부정청구가 의심되는 813개 요양기관에 대해 요양급여 비용청구서와 진료기록 등 급여관계 서류 등을 현지조사한 결과 643개소에서 총 106억 원의 부정청구 사실을 적발하였음.

<2001년도 현지조사 현황>

조사기관수	부정청구 확인	행정처분	형사고발
813개소	643개소 - 부정청구금액 : 106억원	499개소 - 업무정지 : 193개소 (최저 20일, 최고 1년) - 과징금 : 306개소 (최저 29만원, 최고 5억 1천만원)	108개소 - 허위청구 : 79개소 - 조사기피 등 : 29개소

- 조사대상기관(813개소) : 의료기관 655, 약국 115, 보건기관 43
- 부정청구 적발(643개소) : 의료기관 544, 약국 82, 보건기관 17
- ※ 허위부당청구금액 5,000만원 이상 기관 47개소 적발
 - 경북 S병원 (8억 원, 형사고발로 징역 4년 선고, 항소중)
 - 서울 H내과신경정신과의원(4억 5천만원, 형사고발로 재판중)
 - 대전 C안과의원(4억 원, 형사고발로 수사중) 등

- 현지조사(실사) 이외에도 사회복지법인 개설 의료기관의 진료실태 점검, 행정처분 후 이행실태 점검 등 총 68개소에 대해 실태조사를 실시하기도 하였음.

<형사고발(9차) 및 허위청구 사례>

■ 형사고발 대상기관

- 2001년도 실사결과 허위청구 등의 사실이 적발된 94개소를 8차에 걸쳐 형사고발한 데 이어 최근 현지조사에서 드러난 허위청구기관 9개소와 자료제출 명령위반 등 조사기피기관 5개소를 추가 고발조치하기로 함.
- 9차 형사고발 대상기관
 허위청구(9개소) : 병원 1, 의원 5, 치과의원 2, 한의원 1
 조사거부 기피 등(29개소) : 병원 2, 의원 14, 치과의원 1, 약국 12

■ 고발대상기관의 허위청구 사례

<서울 K치과의원>

- 수년 전에 진료한 적만 있는 수진자의 진료기록부에
 - 틀니를 하고 있어 치아가 없는데도 뺀 것으로, 사랑니가 없음에도 치료한 것으로, 과거에 뺀 치아를 7년 후 또 뺀 것으로 기록하는 등
 - 진료 내역을 터무니없이 추가 기재한 후 허위청구
- ※ 진료기록부에 실제 내원한 날은 “△”로, 허위내역은 “○”로 표시
 - 수년 전 또는 몇 달 전에 내원한 적이 있는 수진자를 그 후에도 내원한 것처럼 진료기록부에 받치, 아말감 충전 등의 처치내역 등을 허위로 기록하여 청구하였으며,
 - 실제 내원한 날에도 실시하지 아니한 치료 내역을 추가 기재하여 허위청구하는 수법으로
 - 19983 12.부터 1999. 11.(12개월간) 총 8천만 원(총 청구액 1억 5백만 원의 76% 해당)을 부정청구
- ※ 수진자들이 오래 전의 진료 내역에 대해서는 기억이 어려운 점을

이용하여 진료비를 부풀려서 청구하기 위해 진료한 다음달에 바로 청구하지 않고 1년 6개월 정도 지난 시점에 청구하는 수법 사용 (2001. 9. 조사 당시(1999. 11. 진료분까지 청구)

※ 진료기록부 조작형태

- 진료일자 기록 : 실제 내원한 날에는 연필로 날짜 둘레에 “△” 표시
- 치아부위 표시 : 허위기록한 치아번호에는 번호 둘레에 “O” 표시
- 치료내역 기록 : 불펜으로 기재된 실치료기록과 달리 만년필로 추가 기재

- ※ 수진자 김은 1993. 4.에 단 1회 내원하여 우측 아래 어금니 발치만 하였는데도 발치한 치아에 아말감 충전한 것으로 허위기재하고, 그 후 내원한 적이 없는데도 틀니 상태인 우측 위 어금니에 1993. 5.에 아말감 충전한 것으로, 우측 아래 사랑니는 없는데도 1999. 2.에 아말감 충전한 것으로, 우측 아래 어금니는 1993.에 발치한 치아인데도 2000. 1.에 동 치아를 또 발치한 것으로 진료기록부 조작(1999. 2.: 10,320원 허위청구)

3. 국민연금

국민연금제도에 있어서 모럴 해저드는 산재보험 등 다른 사회보험과 달리 그 예를 찾아보기가 쉽지 않다. 이것은 연금제도의 속성상 사망 사실을 속이고 당분간 연금을 계속 수령하거나, 회사측이 근로자가 부담하는 보험료를 월급에서 공제하여 기업 부담분과 함께 공단에 납입하여야 하지만 공제된 보험료를 유용하는 경우를 가정할 수 있다. 현실적으로 기업은 자금사정으로 보험료를 체납하는 경우가 많지만 모럴 해저드의 경우가 어느 정도 포함되어 있는지 제도적으로 체크할 수 있는 장치가 없다. 사립학교교원연금의 경우는 년 1회 총 납입횟수와 연금내역을 개별적으로 통보하는 서비스를 실시하고 있지만 국민연금은 노령연금이 성숙(납입기간 20년)되지 않았고, 기업의 사정에 따라 계속 납입이 어려운 기

간에 납입 중단되는 사례가 있기 때문에 근로자로서는 퇴직 전에 그 사실을 알기 어려운 처지에 있다.

연금보험료는 2001년 1월부터 2002년 3월까지 158,724개 사업장에 1,677,674명의 근로자에 대해서 체납되었다. 만약 기업의 자금사정으로 보험료 체납이 있거나 일정기간 월급에서 공제한 보험료를 유용하였을 때 평소에는 그 사실을 모르고 있던 근로자가 사망 또는 폐질로 퇴직할 때는 유족연금 또는 장해연금 계산에서 손해를 보고, 이 경우에 문제가 야기된다.

VI. 산재보험의 도덕적 해이 사례와 과제

1. 도덕적 해이의 발생 개연성

가. 모럴 해저드와 관련된 산재보험제도의 특징

1) 사업주 보험, 사업장 중심관리, 자진신고 및 납부제도

① 산재보험은 가입자와 수급자가 일치하는 타사회보험제도와 달리 가입자와 수급자가 상이한 특성을 지니며, 가입자는 보험료의 고저에, 수급자는 보험급여 수준에만 관심을 가질 경우 임금총액 산정 등에 문제점이 나타날 수 있다.

② 휴업급여에 있어서도 통원치료와 입원치료의 구분이 불명확하여 사업장에서 임금을 받으면서 휴업급여도 동시에 받을 가능성이 있다.

③ 요양급여와 휴업급여가 상호의존적인 관계에 있고, 재해근로자와 요양기관 모두가 급여청구자의 입장에 있기 때문에 과잉급여의 가능성이 존재한다.

④ 재해근로자 보호주의에 따라 적용대상사업장이면서 미가입사업장 또는 보험료 체납사업장에서 산재가 발생하는 경우에도 보험급여를 지급하고 있다.

⑤ 산재보험은 타사회보험제도와 달리 사업장 단위로 가입이 이루어지고, 개별 근로자의 관리는 별도로 이루어지지 않고 있어, 적용·징수행정과 보상행정이 독립적으로 이루어지고 있다.

⑥ 사업장 중심관리는 개별 근로자의 변동에 따라 관리가 되어야 하는 타사회보험제도와 달리 보험료 징수 및 자격관리가 비교적 간편하다는 장점이 있기는 하다.

그러나 적용징수와 보상행정이 분리되어 징수시 평균임금과 급여시 평균임금이 상이할 소지가 크며, 개별 사업장별 임금총액이 실제 근로자들의 임금의 합계와 일치하는지 확인하기 힘들고, 각 사업장별 근로자의 변동을 파악하기 어려워 재해근로자가 피보험대상자인지의 여부를 확인하기 어렵다는 단점이 있다.

⑦ 산재보험은 생성·소멸 등 변동이 심한 사업장을 단위로 가입 및 관리가 이루어지므로 보험관계 성립을 위한 자진신고 및 보험료의 자진납부를 원칙으로 하고 있다. 타사회보험에서 피보험자로 다루지 않고, 지역가입자로 분류하는 1개월 미만의 일용직 및 시간제 근로자를 산재보험에서는 적용대상 근로자에 포함시키고 있으며, 계속사업뿐만 아니라 유기사업을 적용대상으로 하고 있기 때문이다.

자진신고의 원칙에 따라 산재보험의 당연적용 대상임에도 불구하고 적용 누락이 발생할 가능성이 높다.

⑧ 다른 사회보험제도는 소득에서 원천징수하는 방식을 취하는 데 반하여 산재보험은 사업장 단위로 자진납부의 원칙을 따르고 있어 보험료 체납사업장이 발생할 개연성이 크다.

실제로 2001년 9월 현재 국민연금의 경우 원천징수되는 직장가입자(수납률 99.2%)와 그렇지 않은 지역가입자(수납률 73.9%)의 경우 수납률이 현저히 다름을 볼 수 있다(전체 평균 수납률 96.5%)

산재보험료는 이월보험료를 제외할 경우 수납률이 91.9%에 이르고 있으나, 누적 이월보험료를 포함할 경우 83.7%에 이르고 있다(전사적인 노력을 기울인 결과 수납률이 전년 동기 대비 3.3% 증가하였음).

⑨ 징수시에는 개별 근로자의 임금을 파악하지 않고, 전체 근로자 임금총액만 파악하므로 보험료를 되도록 적게 내기 위하여 보험료의 산정기준이 되는 임금총액을 축소 신고할 개연성이 있다.

2) 현금·현물급여가 함께 제공되는 종합적인 보상제도

① 산재보험은 현금급여로 제공되는 국민연금과 현물급여를 위주로 제공되는 국민건강보험과 달리 현금급여와 현물급여가 모두 제공되는 종합

적인 보상제도로서의 특징을 가지고 있다.

② 산재보험의 요양급여는 국민건강보험과 같이 ‘관리자 - 공급자 - 수급자’의 3각 체제로 운영됨으로써 2자 관계보다 통제 조정이 어렵다.

③ 공급자(의료기관)와 수급자의 이해관계가 같은 담합 방향으로 나타날 수 있기 때문에 과잉급여의 문제점이 발생하기도 한다.

④ 요양급여 자체가 전문성을 요하는 것이므로 비전문가인 산재보험 실무담당자가 통제하는 것이 사실상 어렵고(최근에 들어서는 심사, 간호사가 다소 충원되었다고 하나, 그 수준은 미미함) 요양 종결도 판단할 수 있는 전문성이 적어, 어려움이 있다.

⑤ 의료기관과의 원활한 협조체계가 이루어져야 하지만 의료기관 역시 행위별 진료수가제에 입각한 진료비 지불방식에 의하여 운영되고 있어 의료공급을 억제할 마땅한 인센티브가 없는 실정이다.

나. 업무과다와 인원부족

근로자 1인 이상 사업장까지 적용확대(2000. 7. 1.부터 시행)로 2001년 9월 현재 산재적용 사업장수 및 근로자수는 807,822개소, 9,922,051명으로 1999년도의 249,405개소, 7,441,160명 대비 적용사업장수는 224%가 증가하였으며, 근로자수는 33.3%가 증가하였다. 그리고 2000년도 한 해 동안 588,285개 사업장이 신규 적용되었고, 131,459개 사업장이 소멸되었다. 신규 적용된 근로자수는 4,710천명, 소멸된 사업장의 근로자수는 2,666천명이었다. 2000년 9월 673,700건, 10,520억원 대비 건수로는 68.6%가 증가하였고, 금액으로는 24.7%가 증가하였다.

이상과 같이 업무량은 엄청나게 늘어난 데 비해 증원인력은 제대로 따르지 못해 어느 정도 한계점이 있어 안타까운 실정이다. 매일 밤늦게까지 일을 해도 한계는 있는 것이다. 그러한 틈새를 모럴 해저드가 파고들 소지가 있는 것이다. 그러면 모럴 해저드의 발생 개연성을 크게 산재보험 적용정수 부문과 요양보상 부문으로 나누어 살펴보기로 한다.

1) 적용·징수 부문

① 산재보험은 당연적용(의무가입)대상 사업장을 종전 근로자 5인 이상을 사용하는 사업장으로 하였으나 2000년 7월 1일부터 일부 업종(농업, 어업, 임업, 수렵업은 5인 이상)을 제외하고는 상시근로자 1인 이상으로 적용을 전면 확대하였다.

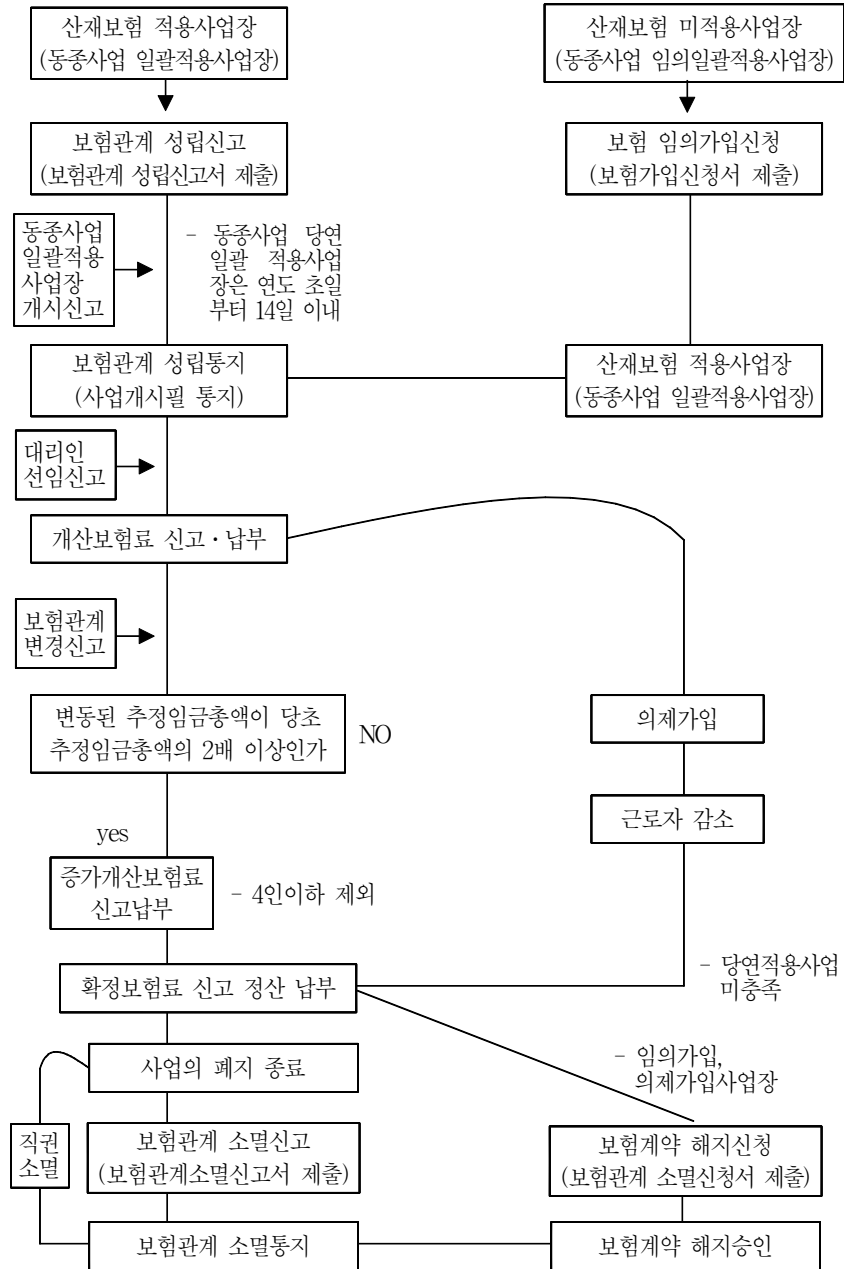
② 타사회보험은 근로자가 보험료의 50%(고용보험은 실업급여의 50%를 부담하고, 고용안정, 직능사업은 사업주가 전액 부담)를 부담하는 데 비하여 산재보험은 전액 사업주가 부담하는 사회보험이며, 타사회보험은 근로자 부담금을 미납시 공금횡령 내지 공금유용이 성립되나 산재보험은 그렇지 않다. 사업주는 불이익을 감수하고라도 세금이나 타사회보험료 등을 우선 납부하고 산재보험료는 우선순위에서 밀리게 된다. 당장 발등에 떨어진 불을 먼저 끄고 난 후 보자는 식이다. 따라서 더 열심히 체납 독려를 하여야 한다.

③ 업무량이 종전에 비해 폭발적으로 늘어났으나 인력 증원이 제대로 이루어지지 않아 모럴 해저드 발생 개연성이 그만큼 크다고 할 수 있다. 성립신고(가입신고), 보험료의 확정정산, 개별 실적요율, 보험가입자로부터의 급여징수 등 확인사항도 그만큼 많이 늘어났음에도 인력 증원이 미미해 큰 어려움을 겪고 있다.

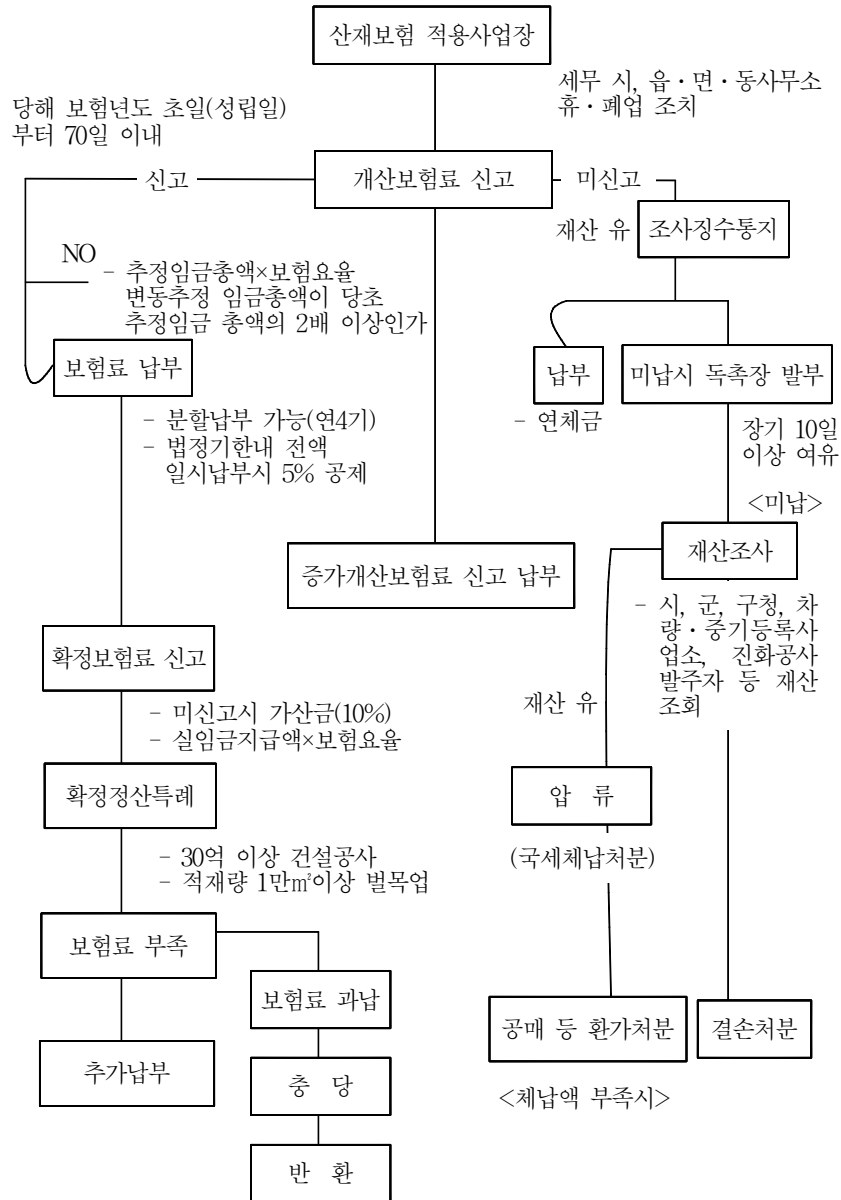
④ 매년 100여만 개 사업장이 사업자 등록을 하여 사업을 하고, 약 100여만 개 사업장의 사업자 등록증이 소멸된다. 새로 생겨나는 사업장에는 사업주가 가족끼리만 사업을 하는지, 근로자를 채용해서 하는지 여부를 가려내어야 하고, 근로자를 사용하는 사업주에게는 성립신고를 하도록 하여야 하며, 사업자 등록이 소멸된 사업자에 대하여는 소멸 여부를 확인하여 소멸 조치를 하고 체납보험료도 추적 징수해야 하는 등 어려움이 많다.

적용징수 부문에서 나타날 수 있는 모럴 해저드 발생 개연성을 살펴보기 위해서 [그림 IV-1], [그림 IV-2]와, 앞의 범죄사례(‘차, 카, 파’항)를 참조하기 바란다.

[그림 VI-1] 산재보험 적용업무처리 흐름도



[그림 VI-2] 산재보험 징수업무처리 흐름도



2) 요양·보상 부문

산재보험은 근로자가 사업장에서 업무상 재해를 당한 경우 근로기준법상 사업주가 부담해야 할 재해보상 책임을 국가가 대행하여 이들에게 신속·공정한 보상을 행함으로써 재해를 당한 산재근로자 및 그 가족에게 생활의 안정을 도모하고 산재근로자의 재활 및 사회복귀 촉진을 명시하여 재해근로자에 대한 사후관리 기능을 강화하고 있다.

산재를 당한 근로자는 정당한 보상을 받을 권리가 있으며, 이는 최소의 보상이 아니라 최적의 보상이 되도록 하여야 한다. 사고를 당하거나 직업병에 걸린 피재근로자나 그 가족이 겪는 고통은 당해 보지 않은 사람은 잘 모른다. 그런 점에서 최소의 급여가 이루어지는 건강보험급여와는 차별성이 있어야 한다. 사고, 치료, 재활훈련, 사회복귀가 제대로 이루어지기 위한 시스템이 잘 갖추어져야 한다.

그런 면에서 공단에서 시행하고 있는 재활사업 5개년 계획은 그 의미가 크다고 하겠다. 앞으로 계획대로 잘 추진해 나가야 할 것이다. 그런데 업무상 사고가 아닌 재해를 업무상 재해로 둔갑시켜 신청하거나 평균임금을 고쳐서 짜맞추어 신고하거나 의료기관의 과잉진료 등은 지양되어야 한다. 선의의 피해자를 피해자로 만들 수 있고, 사회비용을 높여 비효율을 가져오는 부작용을 낳을 수 있기 때문이다.

<표 VI-1> 보험급여별 지급건수 및 지급액 현황

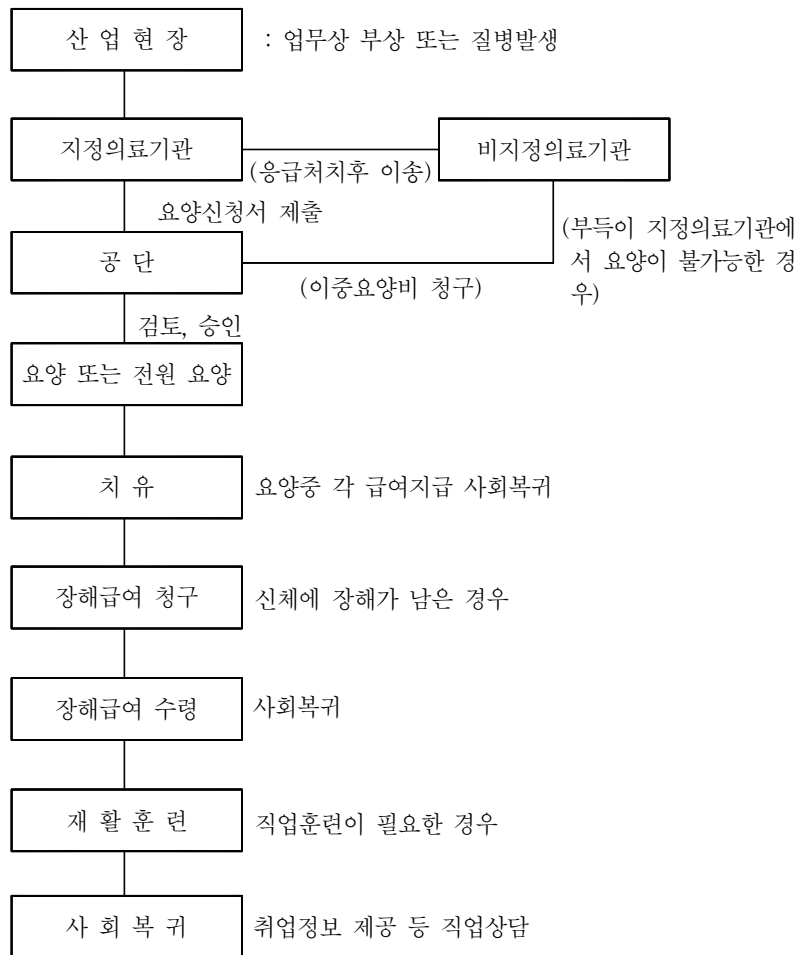
(단위: 천원, %)

	2001. 9.				2000. 9.				증감률 (급여액)
	수급자 수	지급건수	금 액	구성비	수급자 수	지급건수	금 액	구성비	
전 체	121,863	1,136,047	1,312,234,391	100.00	92,429	673,300	1,052,060,434	100.00	24.73
요양급여	104,117	663,842	403,114,069	30.72	76,340	353,381	304,356,390	28.93	32.45
휴업급여	81,065	319,449	392,151,227	29.88	62,331	240,627	297,367,842	28.27	31.87
장해급여	27,702	94,664	341,065,044	25.99	21,773	40,760	262,959,811	24.99	29.70
유족급여	2,816	16,534	99,116,912	7.55	2,065	3,276	122,433,567	11.64	△19.04
상병연금	4,343	38,536	62,624,755	4.77	4,033	33,783	52,709,010	5.01	18.81
장의비	1,954	1,999	13,386,754	1.02	1,823	1,868	12,230,453	1.16	9.45
간병급여	189	1,023	775,630	0.06	3	5	3,361	0.00	-

2001년 9월 현재 산재보험 급여 부문의 보험급여별 지급건수는 총 1,136,047건, 보험급여 지급액 13,122억 원으로, 2000년 9월의 673,700건, 10,520억 원 대비 건수로는 68.6%가 증가하였고, 금액으로는 24.7%가 증가하였다.

요양·보상 부문에서 나타날 수 있는 모럴 해저드의 개연성을 살펴보기에 앞서 먼저 급여 부문의 업무처리 흐름도는 다음과 같다.

[그림 VI-3] 산재보험 급여부문 업무흐름도



다. 의무가입제도의 허점

상시근로자를 1인 이상 사용하는 사업장의 사업주나 2천만 원 이상의 건설공사의 원수급자는 산재보험 의무가입자가 되어 상시근로자를 1인 이상 사용하거나 실 착공일로부터 14일 이내에 자진하여 성립신고를 공단에 제출토록 하고 있다. 그러나 자진신고 제도이므로 공단에서 잘 파악하고 있지 않아 모르겠지 하는 사업주가 있는가 하면, 상시근로자를 사용하면서 가족끼리만 종사하고 타근로자는 사용하지 않는다고 거짓으로 둘러대는 경우도 있다. 근로자 명부도 없고 국민건강보험, 국민연금에도 가입대상이 아니라고 한다.

그러나 산재사고가 나면 부랴부랴 성립신고서를 제출하여 근로자를 사용한 지 14일이 경과하지 않아 보험급여 징수대상(산재 성립신고서를 14일 이내 제출하지 않아 적기에 가입하지 않은 사업장에서 재해가 발생한 경우에는 보험료 이외에 그 피해근로자에게 1년간 지급되는 보험급여의 50%를 사업주에게 별도로 추가 징수하는 제도)에서 제외된다고 주장하여 보험료는 최대한 적게 내고 산재 혜택은 받으려는 사업주가 있다. 이러한 경우에는 공단에서 조사하여 사실 여부를 확인하여 보험급여징수대상 사업장인지 아닌지 또는 적법한 보험급여 지급 대상자인지 조사하여 승인 여부를 결정, 사업장에 통보하고 산재처리 여부를 결정하여 통보한다.

여기서 사업주는 근로자 채용 시점 등을 최대한 유리하게 하기 위하여 피재근로자와 말을 맞추거나 인근 사업장에도 유리하게 말을 짜맞추는 경향이 있다. 이럴 경우 공단 담당자는 여러 경로를 통해 사실확인 작업을 하게 되는데, 소요 시간이 많이 걸리고 사법권이 없다 보니 조사에도 한계가 있다.

산재보험 자진가입 사업장과 가입하지 않은 사업장의 형평성의 문제도 대두된다. 부족한 인력으로 모두 적용시키는 데에는 한계가 있다. 특히 야간업소의 경우 손길이 잘 닿지 않기 때문에 성립 확인을 위한 야간근무 자원의 충원도 고려해 볼 여지가 있다.

국민연금은 아직 직장가입이 5인 이상이지만 조만간 1인 이상 사업장으로 확대 적용될 예정이며(현재 국민연금관리공단과는 전산자료 공유가 일부 이루어지고 있음), 국민건강보험공단은 1인 이상으로 적용이 확대되었으므로 산재, 고용, 국민건강보험 간 전산자료를 공유할 때 보다 효율적으로 적용업무를 할 수 있을 것으로 기대한다.

실제로 의무가입 대상이나 14일 이내 자진신고를 하지 않는 사업장이 외부 감사나 내부 감사에서 끊임없이 지적되고 있다.

라. 업무상 재해 여부의 모럴 해저드 개연성

근로자가 업무상 사유로 부상, 질병, 신체장애 또는 사망한 경우, 즉 업무상의 재해가 보상 대상이다. 업무란 근로계약을 기초로 하여 형성되는 사용종속적인 근로관계하에서 근로자가 직무상 행하는 일은 물론 그 부속적인 행위를 총칭하는 것을 의미한다.

업무상 사유란 업무와 관련하여 부상, 질병, 신체장애 또는 사망을 발생하게 한 사유를 말하며, 동 재해와 상당한 인과관계가 있는 경우에 보상 대상이 된다. 즉 업무상 재해의 일반적 기준은 사업주의 지배관리하에 근로자가 담당하는 업무와 재해발생 기간에 상당한 인과관계가 있는 경우 등이다.

그런데 업무상 사고처럼 업무와의 관련성이 명백한 경우에는 100% 보상이 당연하다고 하겠으나 업무와의 관련성이 명백하지 아니한 재해, 즉 기존 질환 또는 기왕증이 있는 상태에서 발생한 질병이나 과로에 의한 심혈관계 질환 등은 업무가 동 질병에 어느 정도 관여하였는지 판단하기 어려운 경우가 있는 것이 사실이다. 현행 업무상 재해인정 기준은 전부 아니면 전무(all or nothing)의 체제여서 업무상 재해로 인정을 받으면 100% 보상을 받을 수 있으나 업무상 재해로 인정을 받지 못하면 전혀 보상을 받지 못한다. 뿐만 아니라 뇌출혈의 경우와 같이 단지 업무시간에 발생하였다는 이유로 보상이 되는 경우도 있고, 퇴근 후 집에서 발생된 경우 업무상 재해로 인정되지 않는 경우도 있어, 심한 다툼이 발생하기도

한다.

이는 업무의 관여 정도가 불명확한 재해나 질병에 대한 뚜렷한 기준이 마련되어 있지 않아서 일어나는 현상으로 공단과 피재근로자 또는 사법부 사이에 시비가 되기도 한다. 현재 자동차보험 등의 각종 손해배상금 지급이나 법원의 판결시 가해의 관여 정도를 따져 배상금을 산정하는 것으로 볼 때 산재보험도 업무의 관여 정도를 따져 보상률을 정하거나 업무의 관여도가 일정기준 이상일 때 보상하는 등 기준을 정할 필요가 있다.

업무상 재해는 보상의 제1의 요건이다. 산재에 있어서 모든 보상이 업무상 재해가 성립해야 보상이 가능하기 때문이다. 그러다 보니 업무상 재해 인정 여부가 산재보상의 100%가 되느냐 보상이 되지 않느냐로 판가를 난다.

근로자가 사업장에서 재해가 발생한 경우 일단 병원으로 이송하여 치료를 받으며 요양신청서를 제출하고 있거나 재해발생 후 상당한 기간이 경과한 후 신청을 하는 경우도 있다. 보험급여 수급기간이 3년이기 때문이다. 중대사고가 발생한 경우라면 경찰서나 산업안전 관련 부서의 조사를 받게 되어 총체적으로 허위로 신청할 가능성이 희박하지만 그렇지 않은 경우가 문제된다. 실제 중대사고가 발생하였을 경우 최초 진단서상 치료 예상기간을 줄여 신고하고 나중에 요양 연기신청을 활용하는 경우도 있다. 사고는 즉시 조사해야 조작의 가능성이 적는데 한참 후에 신고를 받고 조사를 하다 보면 사업장에서 관련서류를 조작하거나 말을 미리 맞추어 놓으면 허위·조작 내용을 발견해 내기란 어려울 수 있다. 개인적으로 놀러가서 허리를 삐끗하거나 외상으로 다친 경우 업무상 회사에서 근무하다가 다쳤다고 주장할 수도 있기 때문이다. 공단에서는 허위로 신청하여 보상을 받는 경우 보험급여액의 100%를 배액으로 추징하고 수사기관에 고발조치를 하기도 한다.

업무상 질병(직업병)의 요양신청 및 진단체계의 개선도 검토할 필요가 있다. 요양신청서에 근로자가 직접 서명 날인하더라도 사업주가 서명 날인을 거부할 수 있기 때문이다. 물론 사업주 서명이 없어도 신청하면 공단에서 조사가 가능하다. 그러나 이때 근로자는 사업주와의 사이에 희생

을 각오해야 한다. 의사의 진단을 받은 경우에만 직업병의 요양신청이 가능하고 진단 과정에서의 과도한 비용의 발생으로 경제적 여유가 없는 근로자들이 혜택에서 소외되는 등 접근성이 제한되고 있으므로 근로기준법 제40조 제1항의 규정에 의한 「업무상 질병과 요양의 범위」 중 문제점이 많은 유해위험작업장을 선정·고시한 후 동 작업장에 근무한 경력이 있는 근로자는 사업주의 확인 날인 없이도 의사의 진단만으로 신청서를 접수할 수 있도록 하고, 산업의학전문의를 대상으로 한 직업병 특별자문의 사제도를 도입하여 자문 후 직업병이 의심되는 근로자에게 특별진찰을 실시토록 하며, 이때 특별진찰비용을 산재보험에서 부담토록 하면 타당하다고 할 것이다.

또한 요양신청서의 서식을 업무상 사고와 직업병으로 이원화하고 직업병의 요양신청서의 서식에는 과거 직업력, 수행직무의 특성, 작업환경 등을 기재할 수 있도록 하고 사업주 날인이 생략 가능하도록 하면 될 것이다.

다. 가입신고 및 보험료 납부 태만 중의 사고 보장

민영보험이나 사회보험에서 보험료 수령 전에 생긴 사고에 대해서는 보상을 하지 않는 것이 원칙이다. 다만, 생명보험의 경우는 최소한의 납입 유예기간을 인정하는 사례가 있고, 자동차보험료의 분납(2회)의 경우 제2회분의 납입 유예는 인정되고 있다. 국민건강보험에서는 지역가입자의 경우 보험료를 완납할 때까지 보험급여를 실시하지 않는 것을 원칙으로 하지만 예외적으로 체납한 가입자가 보험급여 개시일로부터 10일 이내에 완납한 경우에는 급여를 인정하고 있는 것도 문제된다(국민건강보험법 제48조 제3항).

산재보험에서는 가입신고 태만 중의 재해와 보험료 납부 태만 중의 재해도 일정한 범칙 조건을 붙여 보상하고 있는데 이것은 보험제도의 기본 원리에 어긋날 뿐만 아니라 고의적으로 가입기피 또는 보험료 납입을 태만히 할 수 있는 빌미를 현행 제도가 인정하고 있다. 산재보험법 제72조

제1항에 의하면, ① 사업주가 보험가입 신고를 태만히 한 기간 중에 발생한 재해와 ② 보험가입자가 보험료 납부를 태만히 한 기간 중에 발생한 재해도 보험급여를 지급하고, ①의 경우 지급 결정된 보험급여 금액의 50%를 가입자로부터 징수하고, ②의 경우 급여청구 사유가 발생한 보험급여 금액의 10%에 해당하는 금액을 징수하도록 되어 있다. 이상과 같은 두 가지 경우 급여를 인정하는 것도 요양급여에만 인정되는 것이 아니고 장제비를 제외한 요양급여, 휴양급여, 장애급여, 간병급여, 유족급여, 상병보상연금 등 모든 급여에서 인정되고 있다.

산재보험에서 보험관계가 성립되고 14일 이내에 성립신고를 하게 되어 있어 실질적인 납입유예기간이 2주 동안 인정되고 있으며, 보험료 납부태만은 개산보험료에 한정되기 때문에 개산보험료의 납부기한인 연초 또는 성립일로부터 70일 이내에는 재해가 발생하여도 보험료 납부 태만으로 인한 보험급여 급부의 징수(회수)는 없다.

바. 휴업급여의 추가지급 문제

휴업급여는 업무상 사유에 의하여 부상이나 질병에 걸린 근로자에게 요양으로 인하여 취업하지 못한 기간에 대하여 지급하는 것으로서 지급액은 평균임금의 70%에 상당하는 금액으로 한다. 종전 휴업급여에는 요양으로 취업하지 못한 기간이 8일 이상인 경우 60%의 휴업급여를 지급하였으나 1981년 12월 17일 4일 이상으로 단축하였고, 1989년 4월 1일 급여액의 70%로 상향 조정하였다. 산재근로자 중 고령자는 노동력의 자연 상실로 사실상의 근로가 곤란함에도 평균임금의 증감을 통하여 지속적으로 보험급여가 증액된다. 이러한 현상은 일반근로자가 일정 연령 이후에는 임금수입이 감소하고 마침내 퇴직에 이르러 수입이 단절되는 상황에 비하면 형평에 맞지 않고 또한 불필요한 장기요양의 유인 요소로 작용할 개연성 등의 문제점이 계속 지적되어 1999년 말 산재보험법의 개정을 통하여 일정 연령 이후에는 휴업급여를 감액 조정하기로 하고 2001년 1월 1일부터 시행하였다. 감액 내용은 65세 이상의 경우 평균임금의 65%로 하였

다.

휴업급여가 과거 평균임금의 60%에서 70%로 인상된 이후 산재보험 총 급여액 중 차지하는 비율이 높아졌고 요양급여 총액을 상회하고 있는 실정이다. 그뿐만 아니라 장기 요양환자의 비율이 크게 증가하여 보험제정에 부담되는 것은 물론 도덕적 해이 현상으로 진전되고 있다. 3년 이상 요양환자는 1999년에 4,626명으로 전체 요양환자 31,658명의 14.6%이고, 5년 이상 장기 요양환자도 2,723명으로 8.6%에 이르고 있다. 일반적으로 2년 정도 치료기간이 경과하면 증상이 고정되어 있음에도 불구하고 계속하여 치료 중심의 의료기관에서 장기간 요양을 하고 있어 재정부담이 되고 있다.

그뿐만 아니라 다른 급여에 비하여 산재보험의 휴업급여가 평균임금의 70%를 지급하고 있음에도 불구하고 재벌그룹을 중심으로 한 주요 사업장에서 단체협약상 생활보전비 명목으로 추가 지급하고 있는 것으로 조사되고 있다. 그 사례는 다음과 같다.

■ H 자동차

- 평균임금 20% 추가지원
 - 허리환자 : 1년 6개월까지 보전
 - 사고성 재해 : 계속 지급
 - 업무와 직접 관련없는 재해(운동경기 중 재해 등) : 1년간 보전
- 평균요양기간 : 364일
- 상여금 정상 지급
- 연월차 정상 지급
- 기타 임금·복지부문 일반근로자와 동일

■ H 중공업

- 평균임금 20% 추가지원(실질적으로 임금의 30% 지급)

- 상여금 지급은 안함.

■ S 중공업

- 기본급의 30% 추가 지원(기한 제한없이)
- 상여금 정상 지급
- 연월차수당 정상 지급
- 일반근로자의 110~120% 수준

■ K 자동차

- 통상임금 30% 추가 지원(기간 제한없음)
- 치료 종결 후 장애가 있는 경우 근속연수별로 차등 지급(30~50%)
- 비보험 소용비용 전액 회사 부담(단, 보약은 제외)
- 연월차 정상 지급
- 상여금 정상 지급

■ SH 중공업

- 통상임금 30% 추가 지원
 - 입원기간 : 전액 지원
 - 통원치료기간 : 3주 초과~3개월까지
 - 입원후 통원 : 입원기간+통원기간(3개월)
- 상여금 정상 지급
- 연월차 수당은 지급 안함.
- 기타 부분 일반근로자와 동일함.

■ Y 지역 NCC

- 통상임금 부족분 전액 지급

■ DS 건설

- 상용근로자
 - 사안에 따라 대표이사 결정으로 평균임금 30% 보전할 수 있음.
- 일용근로자
 - 추가 보전 없음.
 - 단, 특진료와 민사상 손해배상 요구시 화해금 지급(상병 정도에 따라)

■ D 자동차

- 평균임금 30% 추가 보전
 - 단회적 성과급은 지급 안함.
 - 연월차 지급 안함.

■ D 조선

- 월 10만원 정액지급+재활보조금 월 5만원 지급
 - 기간 제한없음.
- 일반근로자의 120% 수준

2. 범죄사례

가. J지역 산재비리사건

1) 사건 경위

청주지방검찰청 J지청에서 허위로 산재환자 행세를 하면서 산재보험을 편취하는 자가 있다는 첩보를 입수하여 내사한 결과 다수가 가짜 환자이

고, 이 과정에서 산재환자, 의료기관, 공단 직원 사이에 금품수수 등 비리가 있음이 확인되어 1998. 1.경 본격적인 수사에 착수함.

2) 검찰 수사 결과

수사 결과 산재환자 9명, 허위진단서를 발급한 의사 2명, 전문브로커 3명, 공단 직원 2명 등의 범죄 사실이 확인되었으며, 해당자들에 대하여 1심 법원(청주지방법원 J지원)에서 아래와 같은 형이 선고되었음.

- 약식 명령(1998. 3. 19.)

성명	신분	죄명	판결(명령)	범죄내용	비고
이○○	산재환자	사기	벌금 70만원	개인 부상을 산재처리(재요양)	
김○○	"	"	"	"	
지○○	"	"	벌금 200만원	구속기간에 휴업급여 수령	
손○○	"	"	벌금 70만원	개인 부상을 산재처리(재요양)	
이○○	"	"	"	요양 중 취업기간에 휴업급여 수령	

- 판결(1998. 5. 6. 선고)

성명	신분	죄명	판결(명령)	범죄내용	비고
박○○	산재환자	사기	징역 1년(집유2년)	요양중	
권○○	"	"	징역 1년(집유2년)	요양중	
엄○○	"	"	징역 10월(집유2년)	요양중	
조○○	"	"	징역 10월(집유2년)	요양중	
김○○	병원환자	뇌물공여 등	징역 1년		H병원
정○○	"	뇌물공여	징역 8월(집유2년)		J병원
박○○	브로커	변호사법위반	벌금 300만원		
이○○	의사	허위진단서 발급, 행사	벌금 500만원		H병원
신○○	"	"	벌금 200만원		H병원
임○○	공단직원	뇌물수수	징역 10월(집유2년)		
조○○	"	"	선고유예		

2) 공단의 조치사항

- 공단은 동 사건에 관련된 직원 2명을 파면 해임 조치하였고, 직상급 보상부장은 인사조치(직위해제, 정직 후 전보발령)하였으며, 기관장의 사표를 수리하는 등 중징계 조치를 하였고,
- H병원 및 J병원 등 2개의 의료기관에 대하여는 산재보험 요양관리 업무처리 규정 제6조의 규정에 의하여 1998. 5. 31.자로 산재보험 의료기관 지정을 해제하였으며,
- 요양을 받고 있던 산재환자 6명의 대하여 요양결정을 변경 조치함과 동시에 2개 의료기관 및 7명의 산재환자에 대하여 총 2억 2천만 원을 부정이득금으로 징수결정하여 회수.

3) 조치내역

대상	조치사항	징수결정액(원)	비고
H병원	지정해제, 부정이득 징수	18,442,820	
J병원	"	13,794,900	
조○○	취업요양, 부정이득 징수	35,378,780	
지○○	부정이득 징수	7,791,620	
이○○	재요양소급 취소	3,574,740	
엄○○	취업요양, 부정이득 징수	7,638,680	
권○○	재요양소급 취소	75,84,900	
박○○	"	46,961,860	
김○○	"	12,125,260	
계		220,793,560	

4) 향후 조치계획으로는

- 산재환자에 대한 현장요양관리 철저
- 산재지정병원 및 자체 직원에 대한 교육과 점검 강화
- 재해환자와 그 가족에 대해 산재요양 및 보상제도에 대한 충분한 안

내로 중간 브로커와의 접촉을 근절시키도록 하였으나 업무량에 대한 수행인력의 한계가 있어 어려움이 있음.

나. 병원별 위반사항

■ H병원

- 허위소견서 발급 등

관련자	허위소견서 발급	허위사실 확인	주요내용	근거	비고 (적용)
김○○	3회	-	수술사실	요양연기소견서 허위 - 1997. 1/30, 4/9, 6/4	지정 해제
조○○	1회	4회	종결 후 기간 취업기간	요양연기소견서 허위 1995. 4/10 휴업급여 청구 허위확인 - 1995. 3/6, 4/6, 5/8, 5/25	"
지○○	6회	9회	비요양기간 구속기간	요양연기소견서 허위 -1996. 2/24, 5/27, 8/25, 10/29, 1997. 5/31, 8/1	"
이○○	1회	-	사실은폐	재요양신청 소견 허위 -1997. 6/1	"
엄○○	-	-	취업	요양관리 업무지시 위반, 성실보고 의무 위반 부정한 보험급여청구 방조 - 1998. 1/17 연기, 1/5 휴업청구 진료 제한	진료 제한

- 부정이득금

관련자	부정이득금		내역	기간	비고
	지급액(원)	배액(원)			
조○○	3,512,360	7,024,720	통원치료 인정	1996.5.14~1996.11.4	진료 제한
지○○	1,243,460	2,468,920	진료비 전액	1996.5.28~1996.12.2	"
이○○	4,465,590	8,931,180	"	1997.6.1~1997.9.8	"
전 체	9,221,410	18,442,820	"	1년간 2회 이상	지정 해제

■ J병원

- 허위소견서 발급 등

관련자	허위소견서 발급	허위사실 확인	주요 내용	근거	비고 (적용)
권○○	8회	12회	비입원 기간	요양연기소견서 허위 -1997. 3/11, 5/1, 6/30, 8/19, 10/14, 11/18, 12/24, 1998. 1/21 휴업급여 청구 허위확인 -1997.3/4, 4/2, 5/6, 6/4, 7/4, 8/2, 9/3, 10/3, 11/4, 12/3, -1998.1/5, 2/3	지정 해제
박○○	-	-	부당한 장기진료	요양관리업무지시 위반 부당한 장기진료 연기신청서 -1995. 5/13, 9/29, 11/8, -1996. 1/10, 2/16, -1997. 5/12	진료 제한

- 부정이득금

관련자	부정이득금		내역	기간	비고
	지급액(원)	배액(원)			
권○○	6,897,450	13,794,900	통원치료 인정 (물리치료제외)	1997. 1.25~1997. 12.31	
계	6,897,450	13,794,900		1년간 2회 이상	지정해제

다. 의료기관 및 개인의 공동 위반사례

1) 사례 1

가) J 병원

○ 환자 K모씨는 1983. 6.23. 상병명 ‘흉부 및 체간부 심부 타박상, 제 4-5 요추간판탈출증’의 업무상 재해를 입고 요양하다가 1984. 5. 21. 치료 종결 후 1차, 2차 재요양을 통해 1997. 1. 5.부터 동 의료기관에서 요양 중이었으며 환자 K모씨가 동 의료기관에서의 입원요양 기간중인 1997. 1.

24.경부터 1998. 2. 16.경까지 실제로는 주로 자택에서 생활(개 사육)하면서 가끔 의료기관에 들러 약과 파스를 타 가거나 며칠 쉬어 가는 정도였을 뿐인데도 불구하고,

- 8회의 요양연기신청서에 마치 입원요양하고 있었던 것처럼 사실과 다른 소견을 기재하였고
- 같은 기간에 대한 12회의 휴업급여 청구서상 의료기관 확인란에 모두 “입원” 요양한 기간으로 허위사실을 기재하였음.
위와 같은 허위 소견에 기초하여 승인된 요양기간에 대하여 사실상 입원요양을 하지 않았음에도 입원요양한 것처럼 꾸며 진료비 6,897천 원을 부당히 청구 및 수령하였음.

나) 근로자 K모씨

○ 최초 및 1차 재요양 종결 후 11년 이상의 기간 동안 일상생활을 하여 오다가 1994.경 유치장생활(변호사법 위반, 1994. 3.31. 징역10월 집행유예 2년 선고)을 하는 과정에서 허리의 이상을 느끼게 되는 등 업무상 부상 부위가 사적인 이유로 발병 내지 악화된 것이므로 재요양의 대상이 되지 아니함에도

- 위와 같은 사실을 숨기고 부당히 재요양을 신청하여 승인을 받았고
- 동 허위의 신청에 기초하여 보험급여(요양급여, 이송료, 휴업급여) 합계 37,542천 원을 부당히 청구 및 수령하였음.

2) 사례 2

가) H병원

○ 환자 L모씨는 1983. 11. 19.부터 S광업소에서 평탄작업원으로 근무 중 1990. 10. 14. 상병명 ‘뇌진탕, 안면부열상, 우측상완골 원위부 개방성 분쇄골절’의 부상을 입고 요양하다가 1994. 7. 31. 치료 종결(장해등급 6급: ‘우주관절, 우완관절 및 우측 5개 수지 폐용’)했다가 1997. 6. 1.부터 H병원의 소견으로 ‘우상완골 절단상태 분쇄골절’에 대한 재요양을 개시하

하여 재요양 중이었으며.

○ 환자 L모씨의 재요양은 그 원인이 1997. 6. 1. 마을에서 사적으로 넘어져 최초 요양 종결시에 이미 골절 부위가 유합된 우측 상완골이 다시 골절된 것으로 산재보험법에 의한 재요양 대상이 되지 아니하는 것이고 위 의료기관은 환자 L모씨가 1997. 6. 1. 내원하여 의료보험 치료를 받았던 관계로 그러한 사정을 잘 알고 있었음에도 불구하고

- 1997. 6. 1. 발행 재요양소견서에 ‘우상완골 부정 및 불유합’으로 “재요양 가료가 요”한다는 내용의 허위 소견을 기재
- 위 재요양 소견에 기초하여 L모씨의 재요양이 승인되자 그에 따른 진료비 4,465천 원을 부당히 청구 및 수령하였음.

나) L모씨

○ 업무상 부상이 일단 치유되어 장해보상을 수령한 다음 사적인 원인으로 요양을 받을 사유가 발생한 경우에는 산재보상이 되지 아니함에도

- 사적인 원인으로 발생한 부상에 대하여 H병원의 허위 소견을 제출하여 재요양을 승인받았고 그에 따라 3회(1997. 8.7., 1997. 9.2. 및 1997. 11.7 각 청구분)에 걸쳐 1,787천 원의 휴업급여를 청구 및 수령하였음.

4) 개인 위반 사례

1) 근로자 K모씨

○ 1995. 7. 31. 아파트 현장에서 어깨에 철근을 매고 슬라브 위를 걸어가다가 못에 걸려 넘어지면서 철근이 등에 떨어져 상병명 ‘요부염좌, 제 4-5요추간판탈출증(추가상병)’의 부상을 입고 요양하다가 1996. 7. 9. 치료종결(장해등급 제 12급 12호)하였다.

- 이후 최초 요양 종결일로부터 약 1년 5개월이 경과한 1997. 12. 11. 부터 증상 악화를 이유로 재요양을 개시하여 H병원에서 요양 중 약 11개월 동안의 최초 요양을 통하여 당초 상병이 치유되었고 잔

존한 장애에 대하여 장애보상까지 받은 다음 외국에 나가 1년 이상 취업하여 일하다가 허리를 다쳤으므로 이는 업무상 부상 부위가 사적인 이유로 발병 내지 악화된 것으로서 재요양이 대상이 되지 아니함에도

- 위와 같은 사실을 숨기고 부당히 재요양을 신청하여 승인을 받았고
- 동 허위의 신청에 기초하여 보험급여(개호료, 휴업급여) 합계 6,063천 원을 부당히 청구 및 수령하였음.

이러한 수정부급 사례를 방지하기 위해서는 산재지정 의료기관을 수시 점검할 필요가 있고 손해보험협회나 건강보험심사평가원 등과의 정보교류 및 부정 수급을 방지하기 위한 본부 또는 지역본부 단위의 특별 점검팀이 운영되어야 할 것이다.

마. 진료비 실사

2001년 9월 현재 산재 지정 의료기관(종합병원, 병·의원 등)은 4,872개소이며 약국의 19,000여개소를 포함할 경우에는 그 숫자는 약 24,000여개소가 된다. 공단에서는 모든 병원이나 약국에 대해 진료비 등을 실사할 수는 없어 2001년도에 진료비 실사만을 편성하여 진료비 실사를 행한 결과는 다음과 같다.

2001년도 진료비 실사결과 분석

- 실사기관수: 187개소(총 4,872개소의 3.8%)
- 실사기관 선정기관
 - 2000년도 진료비 조정률이 등급별 평균 조정률보다 높은 의료기관
 - 2000년도 1인 평균진료비가 의료기관 등급별 1인 평균진료비보다 높은 위료기관
 - 진료비 심사 또는 현장 요양관리 과정에서 실사의 필요성이 있다고 판단되는 기관 등

○ 중점 점검사항

- 진료기록(의사지시서, 간호기록지, 수술기록지 등)과 대조 확인
초·재진료 및 입원료 산정의 적정성 여부
- 약재비 청구의 적정성 등
- 환자의 외출·외박 등 환자관리 실태
- 허위, 부당, 착오 청구가 의심되는 제반사항

○ 실사 결과

- 행정처분별 현황

(단위: 개소, %)

내용별 실사기관	환수금액	부당청구 유형		비고
		허위·부정	착오·과잉	
전 체	678,480,650 (1,025,221,310)	367,740,660 (735,481,320)	289,739,990	
본부	386,868,860	234,547,150	152,321,710	
소속기관	270,611,790	133,193,510	137,418,280	

○ 환수 현황

(단위: 원)

	허위·부정청구 사례	착오·과잉청구 사례	비고
기본 진료료	- 실 통원일수 조작 - 의사의 진찰없이 물리치료만 시행하 고도 진찰료 청구 - 전원 또는 통원한 환자의 입원료 청 구	- 입원환자의 재진료 청구 - 입원료 체감제 적용 착오 및 단입제 미적용 - 준중환자실 입원료를 중환자실 입원 료로 청구	
약 가	- 의사지시서와 다르게 투약 용량 및 일수 조작 - “필요시 처방”이라는 지시임에도 불 구하고 약제의 계속 청구 - 동일제제의 고가약으로 대체 청구	- 실거래가가 아닌 기준 약가로 청구 - 약가가 인하되었음에도 인하 전의 약 가로 청구 - 식약청 허가사항 범위의 약재비 청 구	
행위 진료료	- 부분 마취를 전신 마취로 조작하거 나 마취시간을 조작 - 방사선 촬영횟수 조작 - 행하지 않은 물리치료에 대한 청구 또는 횟수 조작	- 마취수가 산정 착오 - 물리치료수가 산정 착오 - 1일당 또는 치료기간 중 1회 등의 요양급여 비용산정기준 범위를 초과 하여 청구	
기타 진료료	- 외출·외박 또는 통원환자의 식대 청구 - 사식 또는 급식기간의 식대 청구	- 비급여 재료대 청구	

※ 총 187개 기관 중 청구액과 실사지급액이 제대로 일치하는 곳은 11개소(5.8%)에 불과함.

○ 부당청구 주요 유형

행정처분 실시기관	대상 의료기관	조치내용				처분율
		소계	경고	진료제한(3월)	진료제한(6월)	
전 체	187	77	53	20	4	41.2
본부	78	34	23	8	3	43.6
소속기관	109	43	30	12	1	39.4

바. 고의 산재사고 유발 또는 위장

○ 개요

- 기본적인 수법은 자동차 사고와 유사하고, 다만 교통사고 대신 산재사고를 유발하거나 가장하고, 보상금이 다액인 점에 차이가 있음.
- 산재사고는 자동차가 없더라도 조작이 가능. 다만, 회사 대표 등의 목인 또는 방조가 필요한 경우가 있음.
- 병원에서는 장기 입원환자를 확보할 수 있어 환자와 공생관계 형성
- 수개의 보장성 보험에 가입→회사 대표에게 300만~500만 원을 주고 비계공 등 임금이 높은 직종으로 근로자인 것처럼 근로계약 체결→입사후 5~10일 만에 산재사고→추간판탈출증 등으로 진단서 발급받아 장기간 입원→장해진단 받은 후 보상금 편취
- 직장 동료끼리 협의 후 사고를 가장하여 증거 확보가 곤란

○ 관련 범죄사실

- 피고인 김○○은 ○○○의원 원무과장, 같은 최○○은 노동에 종사하는 자인바, 피고인들은 교통사고로 인해 상해를 입은 것처럼 가장하여 보험금을 편취하기로 마음먹고, 피고인 김○○은 같은 최○○에게 허위 교통사고를 유발하는 방법을 지시하고, 공소의 박○○, 김○○, 장○○에게 각 교통사고로 인해 상해를 입은 것으로

로 허위 진술을 하도록 지시하고, 공소외 김○○은 같은 문○○에게 같은 내용으로 진술하도록 지시하는 방법으로 순차 공모하여 1997. 8. 18. 21:50경 ○○시 ○○동 소재 ○○댐 부근 도로에서 같은 최○○은 같은 김○○의 지시에 따라 같은 최○○ 소유 ○○○호 ○○승용차의 앞 범퍼 부분으로 그곳 갓길에 탑승자가 없는 상태로 주차된 위 김○○ 소유 ○○○호 ○○○승용차의 뒷 범퍼 부분을 고의로 들이받아 위 쏘나타 승용차를 배수로에 빠뜨린 다음, 같은 날 22:10분경 ○○보험주식회사에 위 문○○, 박○○이 탑승한 위 엘란트라 승용차와 위 김○○, 장○○가 탑승한 위 쏘나타 승용차가 서로 충돌하는 사고가 발생한 것으로 허위 교통사고 신고를 하고, 위 김○○ 등은 교통사고 피해자로 가장하여 병원에 입원한 후 1997. 8.18.경 위 김○○가 ○○보험주식회사 ○○보상 센터에 치료비 등을 청구하여 위 김○○가 교통사고 피해자인 것으로 속은 위 회사 성명불상 직원으로부터 같은 해 10. 22. 위 김○○에 대한 자동차 보상금 명목으로 5,019,950원을 교부받은 것을 비롯하여 그때쯤부터 1998. 5. 4.경까지 사이에 별지 범죄일람표(1) 기재와 같이 16회에 걸쳐 같은 방법으로 보험금 합계 63,313,559원을 교부받아 이를 각 편취하고,

- 피고인들은 산재사고를 가장하여 산재보상금 및 보험금을 편취하기로 마음먹고 피고인 김○○은 ○○생명, ○○생명, ○○생명에 각 같은 최○○ 명의로 보장성 보험에 가입하고 위 김○○은 같은 최○○ 명의로 우체국 백년연금 등 보장성 보험에 가입한 다음 공소외 정○○, 권○○와 순차 공모하여 1997. 11. 2.경 같은 최○○은 위 정○○를 통해 위 권○○가 경영하는 ○○건설주식회사 철근공으로 위장취업하고, 같은 달 6. 11:00경 ○○시 ○○읍 소재 ○○공사 선탄시설 보강공사 현장에서 사실은 사고를 당한 사실이 없으면서도 철근 운반작업 중 마치 터파기 공사장으로 굴러 떨어져 상해를 입은 것처럼 거짓말을 하고 산재환자로 가장하여 병원

에 입원한 다음 1997. 12. 중순 (일자 불상)경 ○○시 ○○동 소재 근로복지공단 ○○지사 사무실에서 같은 최○○이 마치 산재사고를 당한 것처럼 요양신청서를 작성하고 산재보상 담당 직원에게 이를 제출하여 이에 속은 위 직원으로부터 1998. 1. 중순경부터 2000. 10. 14.경까지 산업재해보상금 명목으로 139,958,240원을 지급받은 것을 비롯하여 별지 범죄일람표(2) 기재와 같이 그때쯤부터 2000. 10. 14.경까지 사이에 19회에 걸쳐 합계 금 209,318,316원을 지급받아 이를 각 편취하고,

- 피고인 김○○은 사실은 교통사고가 발생한 사실이 없는데도 위 김○○의 처 최○○, 공소의 정○○으로부터 500만 원을 받고 공소의 오○○에게 교통사고를 낸 것처럼 허위 진술하도록 지시한 후 위 최○○, 정○○이 교통사고로 인해 상해를 입은 것처럼 가장하여 보험금을 편취하기로 위 김○○, 최○○, 정○○, 오○○과 순차 공모하여

가. 1998. 10. 24. 18:40경 위 오○○은 피고인의 지시에 따라 ○○시 ○○동 소재 ○○보험주식회사 ○○지점과 관할 파출소에 같은 날 18:10경 ○○○호 ○○○승용차를 운전하고 가던 중 ○○시 ○○동 야자수 다방 앞길에서 그 곳을 걸어가던 ○○위 최○○, 정○○을 위 승용차로 충격한 것처럼 허위 교통사고 신고를 하고, 위 최○○, 정○○은 위 교통사고 피해자로 가장하여 병원에 입원한 후 같은 달 말(일자 불상)경 위 정○○이 위 보험회사에 치료비 등을 청구하여 같은 해 11. 말(일자 불상)경부터 1999. 2. 27.경까지 위 정○○이 위 교통사고 피해자인 것으로 속은 위 보험회사 성명 불상 직원으로부터 위 정○○에 대한 자동차 사고 피해보상금으로 13,156,930원을 교부받은 것을 비롯하여 그때쯤부터 1999. 7. 15.경까지 사이에 별지 범죄일람표(3) 기재와 같이 31회에 걸쳐 같은 방법으로 보험금 합계 122,920,155원을 교부받

아 이를 각 편취하고,

나. 1999. 3. 14.경 ○○시 ○○동 소재 ○○보험주식회사 ○○동 지점에서 위 '가' 항과 같은 방법으로 위 최○○, 정○○이 위 교통사고 피해자로 가장하여 위 보험회사에 위 정○○에 대한 입원보험금 명목으로 3,300,000원을 청구하여 위 정○○이 위 교통사고 피해자인 것으로 속은 위 보험회사 성명 불상 직원으로부터 입원보험금 3,300,000원을 편취하려고 하는 등 그 때쯤부터 1999. 7. 12.경까지 사이에 별지 범죄일람표(3) 기재와 같이 7회에 걸쳐 같은 방법으로 보험금 합계 금 181,920,500원을 청구하여 이를 편취하려고 하였으나 위 정○○, 최○○의 보험금 허위 청구 사실이 발각되는 바람에 그 뜻을 이루지 못하고 미수에 그친 것이다.

사. 위장취업 후 산업재해 위장 보험사기단

■ 일시 및 장소

1997. 11. 15.경
강원 태백시 장성광업소 내

■ 피의자 인적사항

강원 태백시 고한동 거주
진○○(42, 무직) 등 30명 : 구속 17명, 불구속 13명

■ 범죄사실

피의자 등은 무직자, 산업체 대표, 근로복지공단 직원 등으로서 직원을 위장 취업시켜 부상을 당하게 하고 그 보상금을 높게 책정해 지급해 준 후 이를 나누어 가지기로 공모하고 피의자를 광업소에 위장취업 시킨 후 물탱크 청소작업 중 떨어져 허리를 다친 것으로 위장 허위 X-Ray 필름을 제출하여 1억 5천만 원을 지급받아 각각 나누어 가지는 등 수법으로 20여 회에 걸쳐 총 34억 원의 보험금을 지급받아 나누어 가진 것이다.

■ 검거 기관(01년 2월)

서울지검 북부지청 반부패특별수사반

■ 검거 경위

태백시 등 폐광지역에서 위와 같은 수법의 산재보험 사기가 성행하고 있다는 보험업계의 제보에 따라 병원, 근로복지공단 담당자, 사고당사자 등에 대해 수사를 진행하여 검거한 것이다.

아. 사업종류 부정사례

○○지사에서는 ‘봉제임가공 및 염색가공 등’의 사업을 행하며 “섬유 또는 섬유제품제조업(갑)으로 적용받고 있던 ○○섬유(주)가 사업장을 이전하면서 기존의 봉제 임가공 시설을 폐하고 염색가공만을 행하고 있어 동 사업종류(을)로 변경조치하여야 함에도 사업장에서 변경 사실을 신고하지 않아 이에 대한 정확한 실태조사도 하지 못하여 기존 사업종류를 계속 적용하여 3년간 확정보험료 및 가산금과 1997년 개산보험료 등 총 52,041천 원을 부족 징수한 사례가 있어 추정하였다.

자. 개별 요율 관련 부정사례

○○코리아(주)의 경우 상시 30인 이상의 근로자를 사용하고 있는 사업장(기계기구제조업)으로 보험요율 결정의 특례적용(개별요율) 대상 사업장임에도 '99 개별실적요율 사업장 실태조사를 소홀히 하여 근로자수가 30인 미만인 것으로 판단함으로써 개별실적을 적용하지 않고 일반요율을 적용하여 '99 개산보험료 22,151천 원을 부족 징수한 사례가 있어 추정하였다.

차. 보험료 관련 부정사례

'96~'98 확정정산 대상작업장으로 선정한 ○○탄광 등에 대하여 보험

료 조사 정산을 실시한 결과 ○○광업소 등 사업장에서 '97~'98 확정보험료 및 '99 개산보험료 134,181천 원이 부족 징수되어 추가 징수한 사례가 있어 추정하였다.

카. 급여징수 관련 부정사례

○○지사에서는 계약서상 착공일과 실제 착공일이 다른 '○○아파트 도시가스시설 변경설치공사'에 대한 성립신고서를 처리하면서 동 공사 시공사 대표가 보험가입 신고태만 기간 중의 재해에 대한 급여징수금을 면탈할 목적으로 실제 착공일을 조작하여 신고하였음에도 발주자로부터 착공확인원을 징구하였다는 이유로 현장에 나가 공사 진척도 파악이나 작업일보 및 임금대장 등을 확인하지 아니하여 사업주가 신고한 일자로 보험관계성립일을 결정하여 보험가입 신고태만 기간중의 재해로 인하여 지급된 보험급여액 6,364천 원에 대한 급여징수금 3,182천 원을 징수하지 못한 사례가 있어 추정하였다.

타. 업무상 재해관련 부정사례

동료근로자간 사적 감정으로 다투다가 발생한 사고에 대하여 산재보험에 의한 업무상 재해로 처리된 건이 있다는 2000. 9. 29. 익명의 전화 제보에 따라 사실관계를 조사한 결과, 부산 광역시 소재 ○○정기화물자동차(주) 소속 △△△가 제출한 요양신청서상 기재된 내용(1998. 10. 24. 20:45경 휴게소에서 차량 점검을 하던 중 코일을 쓴 포장재가 바람에 날라가 재포장하다가 발을 헛디더 샴시에서 미끄러지면서 떨어져 오른쪽 팔목을 다쳤음)은 허위로서, 사실관계는(1998. 10. 24. 24:00경 차량운행 중 잠을 자기 위해 휴게소에 도착한 ○○정기화물 자동차(주) 소속 ○○○ 등 3명은 술을 나누어 마신 후 ◇◇◇와 △△△가 오른쪽 손부위를 다친 사고였음) 조사 결과 확인되어 요양승인 결정된 사실을 취소하고 허위부정한 방법으로 지급받은 보험급여 1,677천 원의 배액을 부정 이득금으로

정수 조치한 사례가 있었다.

파. 평균임금 산정 부정사례

(주)○○ 시공 ‘○○볼링센터 신축공사’ 현장 소속 피재근로자 “○○○”의 평균임금을 산정하면서 동 인이 위 현장에 투입되어 근무하였던 기간 동안 지급된 임금만을 평균임금으로 산정하지 아니하고 타사업장인 ○○○○건설(주)에서 근무하였던 기간과 그 기간 동안 지급된 임금을 포함하여 평균임금을 산정함으로써 휴업급여 768천 원을 과다 지급하여 회수한 사례가 있었다.

3. 고령 장기요양자에 대한 휴업급여

가. 요양기간의 장기화

산재보험에서 IMF체제 이후 5년 이상 장기요양자의 수가 지속적으로 증가하고 있다. 1991년 1,103명이던 것이 2000년 3,501명으로 증가했다.

<표 VI-2> 산재 발생현황(1991~2000)

	근로자수 (A)	재해자				재해율 (B/A)
		전체(B)	사망	부상	직업병	
1991	7,922,704	128,169	2,299	124,333	1,537	1.62
1992	7,058,704	107,435	2,429	103,678	1,328	1.52
1993	6,942,527	90,288	2,210	86,665	1,413	1.30
1994	7,273,132	85,948	2,678	82,352	918	1.18
1995	7,893,727	78,034	2,662	74,252	1,120	0.99
1996	8,156,894	71,548	2,670	67,349	1,529	0.88
1997	8,236,641	66,770	2,742	62,604	1,424	0.81
1998	7,582,479	51,514	2,212	48,014	1,288	0.68
1999	7,441,160	55,405	2,291	51,593	1,897	0.74
2000	9,485,557	68,976	2,528	63,989	2,459	0.73

자료: 근로복지공단.

전체 환자 중에서 차지하는 비율도 1991년 2.7%에서 2000년 10.5%로 크게 늘어났다. 1990년대 후반 이후 산재보험 재해자(부상)수와 재해율은 감소되고 있는 반면에 장기요양환자는 늘어나고 있다는 사실은 모순이 아닐 수 없다(표 VI-2 참조).

2001년 요양기간별 연령별 현황을 보면 전체 요양환자 42,674명 가운데 50세 이상이 17,366명이고, 3년 이상 요양자 7,493명 중 50세 이상이 4,991명이었다. 평균 요양일수는 35세 미만은 338일인 데 비해 55~60세 804일, 60~65세 1,131일, 65~70세 1,397일, 70~75세 1,783일, 75~80세 2,059일, 80세 이상 2,299일로 나타나고 있다.

나. 고령자에 대한 휴업급여액의 증가

산재보험에서 휴업급여 지급자수는 감소하고 있는 데 반해 지급금액은 증가하고 있으며, 2년 이상 장기요양의 경우 폐질로 인정하여 상병보상연금을 지급하도록 하는 규정에도 불구하고 폐질대상(폐질 1~3급)이 되지 않으면서 지속적인 요양을 받는 환자가 20% 이상 되므로 휴업급여의 장기화가 심각한 수준에 이르고 있다. 일반근로자의 정년이 현실적으로 50세 전후인 점을 고려할 때 55세 이상의 수급권자가 28%로서 11,968명에 이르고 있다.

일반근로자의 경우 이 연령층에 이르면 더 이상의 소득이 존재하지 않음에도 불구하고 휴업급여 수급자의 경우에는 상당한 수준의 소득이 발생하고 있다. 물론 직업병 등의 이유로 장기요양환자가 이미 상당기간 요양한 데 원인이 있으나 소속 회사와의 관계는 단절(퇴직)되었음에도 연령이 높을수록 휴업급여기간이 장기화되고 있다.¹⁷⁾

- 2년 이상 장기수급자의 경우 60세 이상 노령층이 차지하는 비중이 28.5% 높게 나타나고 있으며 급여수준도 월 150만 원 이상이 70% 이상으로 매우 높게 나타나고 있음.

17) 노동부, 『산재환자 요양관리방안』, 2002. 1.

<표 VI-3> 2년 이상 요양자 중 휴업급여 수급자 현황

(단위: 명)

	전 체	3만원 미만	3만~5만원 미만	5만~10만원 미만	10만~20만원 미만	20만원 이상
전 체	3,931	221	617	2,471	605	17
20세 미만	-	-	-	-	-	-
20~30세	32	6	18	8	-	-
30~40세	336	23	87	181	44	1
40~50세	1,005	38	135	713	202	7
50~60세	1,225	61	168	780	209	7
60~65세	738	39	114	469	115	1
65세 이상	505	54	95	320	35	1

자료: 근로복지공단.

○ 노령계층의 장기요양은 3년 이상의 요양인 경우가 더욱 두드러지게 나타나는데

- 3년 이상 장기요양환자 3,931명 중 60세 이상 수급권자가 31.6%로 노령화 현상이 높아지고 있으며, 월급여 150만 원 이상인 경우가 75.5%로 매우 높음.

<표 VI-4> 3년 이상 휴업급여 수급자 현황(2001년)

(단위: 명)

	전 체	3만원 미만	5만원 미만	5만~10만원 미만	10만~20만원 미만	20만원 이상
전 체	6,457	547	1,123	3,960	798	29
20세 미만	-	-	-	-	-	-
20~29세	147	32	73	40	2	-
30~39세	698	48	178	400	69	3
40~49세	1,876	108	254	1,206	293	15
50~59세	1,894	151	312	1,159	263	9
60~64세	1,064	104	178	655	126	1
65세 이상	778	104	128	500	45	1

자료: 근로복지공단

<표 VI-5> 고령자 휴업급여 지급액(2000년)

	전 체	61~65세	66~70세	71~80세	81세 이상
수급자수(명)	8,809	5,457	2,451	951	53
지급액(백만원)	52,234	33,503	13,663	4,764	304

자료: 근로복지공단

- 장기 요양환자 사례로서 88세 진폐 고령자의 월 상병보상연금이 1,273,210원이 지급되고 있는 경우가 있고, 68세 요양환자 가운데 휴업급여가 4,460,400원이 지급되는 사례도 있음. 2000년 현재 고령자 휴업급여 사례로서 92세 고령자가 휴업급여를 받고 있는 경우가 있고, 81세 이상 53명에게 304백만 원(1인 연평균 570만원)이 지급되었음.

다. 고용보험의 고령자고용촉진장려금의 문제

산재보험에서 고령 요양환자의 증가와 휴업급여의 지급이 늘어나고 있는 이유 가운데 하나는 1995년 이후 실시되고 있는 고용보험의 고용안정사업 가운데 고령자고용촉진장려금제도와 관계된다.

고용보험의 취지에서는 55세 이상의 고용촉진이 바람직하고 이를 위하여 고용촉진장려금까지 지원하고 있지만 고령자는 쉽게 산업재해의 대상이 되고 입원의 경우 장기화, 휴업급여의 계속 지급이 동반되는 것이다. 고용안정사업의 2002년 고령자고용촉진장려금은 44,557백만 원, 2003년(예산) 49,406백만 원이다. 지원 인원은 다음과 같다.

<표 VI-6> 고령자 재고용 인원

(단위: 명)

	2002	2003(예산)
고령자 다수지원	208,352	277,100
고령자 신규지원	53,120	31,059
고령자 재고용지원	80	255
전 체	261,552	308,414

이상과 같은 고령자지원정책은 그 운영 과정 및 고용 과정에서 고용보험 측면에서 도덕적 위험이 개입될 여지가 있고, 다른 한편으로 산재보험에게 엄청난 부담을 줄 수 있다. 이 가운데 일부는 산재보험에서도 장기요양환자, 휴업급여 대상자의 대열에 가세할 여지가 있다.

VII. 산재보험 모럴 해저드에 대한 종합적 대책방안

산재보험은 민영보험이나 다른 사회보험에 비하여 제도적으로 도덕적 해이의 발생 개연성을 많이 내포하고 있는 것이 특징인 동시에 속성이라고 할 수 있다. 산재보험은 다른 사회보험과 차이점은 가입자(회사)와 수급자(근로자)가 일치하지 않고 사업주 보험인 동시에 사업장 중심으로 보험을 관리하고 있다. 사업장은 보험료 수준에만 관심이 있고, 근로자는 보험급여 수준에만 관심을 가지고 있다. 또한 급여 중에서 요양급여와 휴업급여는 상호 의존관계에 있고 재해근로자와 요양기관은 급여청구자의 입장에 있기 때문에 과잉급여 청구의 가능성은 항상 존재하고 있다.

보험료 납입제도에서도 다른 사회보험은 원천징수가 중심이 되고 있지만 산재보험은 자진신고·자진납부를 원칙으로 하고 있어서 보험료 체납 사업장이 많고 보험료 산정기준이 되는 임금총액을 축소·신고할 개연성이 있다. 산재보험은 현물급여와 현금급여가 동시에 제공되고 있어서 통제·조정이 어렵고 업무상 재해 여부도 모럴 해저드가 개입될 여지가 의무가입제도 아래서 매우 크다. 업무상 재해 인정기준은 전부 아니면 전무(all or nothing)이기 때문에 업무상 재해로 인정받으려고 하고 있고 그 과정에서 모럴 해저드의 개입 가능성과 당사자간에 분쟁이 심하게 일어나고 있다.

1. 보험자간의 정보교류

근로복지공단은 현재 한국산업안전공단, 국민연금관리공단, 장애인고용촉진공단, 국세청, 재경부, 행정자치부 등과 상호 정보를 교류하고 있다. 이것은 보험범죄 예방을 위한 정보교환이라기보다는 재해통계 작성,

소득세 징수, 징수금 수납처리, 압류처분, 산재보험 및 고용보험의 적용 등을 목적으로 하고 있으며, 다만 근로복지공단과 국민연금관리공단이 장해연금(장애일시금, 유족급여, 유족일시금) 지급내역을 교환하여 양자 간의 이중수급 방지를 위하여 노력하고 있다. 또한 근로복지공단은 2001년 대한손해보험협회와 정보교류협정을 체결하고 있다.

<표 VII-1> 근로복지공단의 자료공유 현황

■ 근로복지공단이 타기관으로 자료를 제공하는 경우

	자료명	제공기관	제공주기	제공범위	활용도
산재·고용보험징수	산재보험 징수금	재정경제부	매일	징수금 수납자료	징수금 수납처리
	개인별 토지소유 현황	행정자치부	4회/년	재산조회자료	압류처분
	적용대상 사업장	국민연금관리공단	매월	신규적용자료	산재·고용보험 적용
	신규사업자 등록 및 휴·폐업 자료	국세청	매월	신규적용 및 소멸자료	
산재보험보상	연금 대상자 급여 수급권자 주소 조회	행정자치부	매분기	분기별 신규 수급자	연금자동지급자 이력관리
	재해자 취업 내역 조회	국민연금관리공단	매분기	분기별 신규 수급자	휴업급여 수급자 중 취업 중인 자 발굴

■ 타기관으로부터 근로복지공단이 자료를 제공받는 경우

	자료명	제공기관	제공주기	제공범위	활용도
산재보험징수	사업장 내역, 사업개시 내역	한국산업안전공단	매일	신규·변경 사업장	재해통계용
산재보험보상	최초요양신청(장해판정, 장애급여지급, 재해자, 정밀진단) 내역	한국산업안전공단	매일	신규재해자	재해통계용
	장해연금(장애일시금, 유족급여, 유족일시금) 지급내역	국민연금관리공단	2회/월	신규수급자	산재연금과 국민연금 이중수급방지
	장해연금(장애일시금) 수급자	장애인고용촉진공단	1~2회/년	신규재해발생자	장애인고용촉진사업안내 및 관리
	산재보험 진료비 지급내역	국세청	1~2회/년	신규 지급자료	소득세 징수

보험회사들은 생명보험협회와 손해보험협회를 중심으로 회원사 상호 간에 보험계약 정보의 교환을 통하여 사전에 역선택을 방지하고 보험범죄를 예방·조사하기 위하여 1997년(생보)부터 실시하고 있다. 특히 손해보험업계는 협회를 중심으로 손보사뿐만 아니라 생보업계, 근로복지공단, 농협 등과도 정보교류를 통해 보험범죄 방지 및 예방을 위한 중심기관·중개기관으로서의 역할을 수행하고 있다. 그뿐만 아니라 전국 보험범죄 수사전담 경찰 및 검찰 등과의 정보교환도 이루어지고 있고 수사기관의 지원역할도 수행하고 있다.

정보교환제도의 가장 큰 애로사항은 사생활 침해에 관련된 것인데 보험회사들은 이것을 입법과 정책적인 제도로 해결하기 위하여 노력하고 있다. 보험회사가 폭 넓은 보험범죄 예방활동을 수행하는 과정에서 수사당국과 보험회사 간의 정보공조체계의 범위를 넘어 산재보험, 건강보험 취급기관과의 정보교류를 시도하고 있는 것은 보험범죄 내지 사기활동이 광범하게 확산되고 있음을 의미하고, 동시에 사회보험의 운영주체도 동일한 필요성을 느끼고 있어야 하지만 건강보험관리공단측은 매우 소극적이어서 어려움을 겪고 있다.

공사보험을 포함하여 선량한 보험가입자의 사생활은 보호되어야 하지만 관련입법(보험입법, 산재보험법 등)의 개정과 정책적인 제도로써 해결되도록 노력해야 하는데 장기요양환자 등의 문제를 중심으로 도덕적 위험을 제도적으로 내포하고 있는 산재보험에서는 재해 및 진폐근로자의 저항을 의식하면서 소극적으로 대처하고 있는 것이 현실이다. 정보공개에 부작용을 방지하기 위하여 영국의 범죄 및 사기방지국(CFPB)은 보험사기로 유죄판결을 받은 개인들의 정보를 데이터베이스화하여 사용하고 있는데 정보는 보험회사에서 직접 열람할 수 없고 중요한 사기에 대해서 조사해야 할 필요가 있을 때에만 보험회사가 CFPB로부터 정보를 사용할 수 있다.

산재보험의 제도 악용을 방지하기 위하여 근로복지공단은 사회보험 운영기관으로서 유일하게 손해보험협회와 정보교환을 위한 길을 열어 놓고 있지만 건강보험관리공단, 국민연금관리공단 등과의 정보교류도 통계작성 목적이 아닌 모럴 해저드 방지 차원에서 적극적으로 개척해야 한다. 또한

민간보험회사와의 교류는 자동차보험을 중심으로 하여 손해보험협회와 교류하고 있지만, 생명보험협회 및 농협공제, 우체국보험 등과 교류대상을 확대하고 이들과 연계조직을 통하여 경찰 및 검찰과 직·간접으로 정보제공, 입수 및 수사 의뢰가 가능하도록 전국의 공사보험 및 유관기관, 정보조직을 망라하여 보험범죄 예방협회를 설치·운영할 필요가 있다.

2. 고령 장기요양자와 휴업급여 대책

가. 장기요양자의 실태조사 필요

2002년 1월 노동부는 근로복지공단 및 외부 전문가를 중심으로 「산재환자 요양관리방안」이라는 주제를 중심으로 Task Force를 구성하고 3차례의 워크숍을 개최한 바 있다. 이 때 고령 장기요양자와 휴업급여에 대하여 자료를 분석하였으나 시간이 촉박하여 <표 IV-3>~<표 IV-5>와 같은 개괄적인 자료 이외에 구체적인 자료는 수집할 수 없었다. 또한 필자는 이와 관련하여 연구자료를 수집하려고 하였으나 모럴 해저드와 관련된 예민한 과제로서 장기 입원 또는 요양환자 및 진폐증환자에 대한 현장 접근이 어려워 근로복지공단의 관계 실무자와 회합을 가졌으나 통계 숫자는 뒷받침되지 못했다.

산재보험에서 고령 장기요양자에 대한 실태조사의 필요성은 모럴 해저드의 방지를 위한 대책 수립뿐만 아니라 휴업급여의 합리적인 관리를 위해서도 요망되고 있다. 특히 이 문제는 해당 피재근로자들의 저항과 반대가 예상되므로 실태조사를 통한 모럴 해저드의 개입 여부, 장기요양의 제도 악용 여부를 파악하여 문제의 소지가 있는 병원 및 환자에 대하여 근본대책을 수립해야 하고 그 경험을 활용하여 제도 악용을 위해서 계속하여 신규 유입이 되지 않도록 차단장치를 강구할 필요가 있다.

장기요양환자 실태조사의 대상과 내용은 일반환자와 진폐증환자를 구분하여 50세 이상으로 3~5년 이상 장기요양자(입원 또는 통원)에 대하여 다음과 같은 내용이 조사되어야 한다. 이 조사에서 고령자고용촉진장려

금에 의한 채용자 중에서 요양급여 및 휴업급여의 대상이 되고 있는 대상자는 일반환자, 진폐증환자와 구분하여 조사해야 한다.

① 조사대상 및 내용

- 장기요양자 연도추이 : 연도별, 요양기간별, 입원·통원별, 원료자·행자별, 상용근로자와 비정규직 근로자의 구분
- 연도별 요양급여와 휴업급여 지급액(입원·통원 구분)
- 연차별 (5년차, 6년차, 7년차...) 입원(통원별 요양급여와 휴업급여 지급액, 휴업급여 수준과 장기화 관계)
- 상병보상연금 대상자 가운데 계속 요양을 받고 있는 환자
- 요양기간별, 금액별 휴업급여 수급자 현황, 휴업급여 수준
- 60세 이상 고령자의 휴업급여 수급자 현황 및 총 요양기간과 총 휴업급여 지급기간

② 소속 사업장과의 관계

- 고령 장기요양자의 소속회사 사표수리 시기와 조건
- 요양기간 중의 대우(회사의 추가 지급 등)

③ 통원 장기요양자의 관리실태

- 통원 이전의 입원기간
- 직무종사 여부, 건강보험 및 국민연금 수급 여부

④ 고령 장기요양자에 대한 특별관리

- 사례 작성
- 개인별 관리카드 작성 및 전산입력

나. 고령 장기요양자의 휴업급여제도 재검토

1) 휴업급여제도의 본질

일반적인 기업정년의 연령에 이르는 55세 이상 고령자의 요양기간의

장기화가 심각한 수준에 이르고 있고 계속 신규 유입이 늘어나고 있어, 산재보험 재정에 상당한 부담으로 작용하고 있는 것이 현실이다. 연령이 많고 휴업급여 수준이 높을수록 요양기간이 장기화되고 있음을 고려할 때 요양기간의 장기화와 휴업급여는 상호 긴밀하게 연계되어 있다. 특히 요양기간이 길어지면(2~3년) 소속회사와의 관계는 단절(사퇴)되고 산재환자로 남는 것이 직업화되는 경향은 심각한 문제이며 휴업급여와 장기요양의 연결고리를 제거하여 합리적인 고용관행을 확립시키고 정년퇴임한 일반근로자와의 형평성 및 보험재정의 건전성을 위하여 특단의 조치가 필요하다. 산재보험에서 사용자 책임과 보험료 부담의 범이론 측면에서 이 경우까지 무한책임을 지는 것은 이론의 여지가 있다. 이 점에 대해서 다음의 항목에서 재론하기로 한다.

휴업급여는 업무상의 사유에 의하여 부상을 당하거나 질병에 걸린 근로자가 요양으로 인하여 취업하지 못함에 따라 근로에 따른 임금수령액이 없으므로 그 기간에 대하여 지급하는 생활급여로서 단기적 소득손실에 대한 소득보장급여를 말한다. 휴업급여제도는 업무상 재해로 요양중인 근로자와 그 가족의 생활보장을 위한 것으로 해당 기간에 대한 평균임금의 일정률을 지급한다.

1964년도 제48회 국제노동회의에서 채택된 「업무재해의 경우에 있어서의 급여에 관한 조약(제121호)」에서는 종전 소득의 60%로 정하고 있고, 동시에 채택된 「업무재해의 경우에 있어서 급여에 관한 권고(제121호)」에서는 이를 소득의 3분의 2를 하회하지 않는 액으로 규정하고 있다.

종전에는 요양으로 취업하지 못한 기간이 8일 이상인 경우 60%의 휴업급여를 지급하였으나 1981년 12월 17일 4일 이상으로, 1989년 4월 1일 70% 상당액으로 각 상향 조정되었다.

휴업급여의 지급요건은 요양으로 인하여 취업하지 못하여 임금을 수령하지 못하였을 것을 전제로 한다. 장기요양으로 인하여 회사에 사표를 제출하여 고용관계가 단절되었을 때는 건강보험, 국민연금, 고용보험 등의 다른 사회보험은 임금을 지급하지 않아 보험료 공제가 불가능한 실정에서, 산재보험은 사용자측이 보험료를 전부 부담해야 하기 때문에 산재보

험의 효력이 지속되고 휴업급여가 계속 지급되는 것은 잘못이다. 근로자의 통상 정년이 55세이고 그 이후에도 휴업급여를 계속 지급하는 것은 그 비용을 사용자가 의무적으로 부담해야 하는 모순과 재해 없이 퇴직한 다른 근로자와 형평에 어긋날 뿐만 아니라 장기요양의 유인요소가 되고 모델 해저드가 개입될 여지가 있다.

2) 휴업급여의 조정사례

산재근로자 중 고령자는 노동력의 자연 상실로 사실상의 근로가 곤란함에도 평균임금 증감을 통하여 지속적으로 보험급여가 증액된다. 일반 근로자가 일정 연령 이후에는 임금 수입이 감소하고 마침내 퇴직에 이르러 수입이 없게 되는 상황에 비하면 형평에 어긋난다 할 수 있다. 또한 휴업급여는 요양으로 인하여 취업하지 못하는 데 대하여 지급하는 것이지만 고령으로 취업하지 못하는 경우에도 지급하는 결과가 되어 고령자에 대한 휴업급여의 지급은 연령에 따른 노동기능능력을 고려하지 못한 비합리성과 불필요한 장기요양으로의 유인요소로서 작용할 개연성 등이 문제점으로 지적되어 왔다.

이에 따라 그동안 연령에 따른 휴업급여의 조정의 필요성이 꾸준히 제기되어 1999년 12월 31일 법 개정시 산재근로자의 노동가능연령을 고려하여 일정 연령 이후에는 산재보험의 취지, 실생계비 수준 등을 반영하여 휴업급여를 조정·지급토록 함으로써 보험급여의 형평성 및 합리성을 도모토록 하였다.

산재근로자가 일정 연령에 도달한 이후에는 노동능력 등을 고려하여 휴업급여를 지급하되, 그 연령 및 지급기준 등에 관한 사항은 대통령령으로 정한다. 다만, 일정 연령 이후에 취업중인 자가 업무상 재해로 인하여 요양하는 경우에는 대통령령이 정하는 기간 동안 휴업급여를 감액하지 아니한다(법 제41조 제2항). 여기서 일정 연령은 65세로서 고용보험법, 노인복지법 및 국민기초생활보장법 등 다른 사회보험제도에서의 고령자에 관한 사항 등이 고려되었다.

휴업급여의 조정은 2001년 1월 1일부터 시행하게 되었는데 산재근로자

들의 생활 안정과 제도 변화에 따른 충격의 완화를 위하여 시행 시기를 법을 개정할 때로부터 일정 기간 미루었다.

휴업급여 감액지급 대상연령 및 지급기준은 당해 근로자가 해당 연령에 도달한 날부터 적용한다. 65세 미만의 산재근로자가 65세에 달한 경우 휴업급여는 그 65세 달하는 날까지 평균임금의 70%를 지급하고, 도달한 날 이후부터는 평균임금의 65%로 지급한다.

3) 휴업급여 추가조정 검토의견

산재보험에서 휴업급여의 문제는 1989년 4월부터 종래의 60%를 70%로 상향 조정한 이후 보험재정에서 요양급여 이상으로 큰 부담으로 작용하여 왔으며 1990년대 후반 IMF체제 아래서 경기불황으로 인한 취업곤란과 신설된 고용보험에서 고령자취업촉진정책으로 인한 취업곤란과 신설된 고용보험에서 고령자취업촉진정책으로 고령자의 장기요양환자의 증가와 휴업급여 지출액이 늘어나면서 보험재정의 부담은 물론 모럴 해저드의 원칙이 되고 있어서 산재보험의 정책당국과 근로복지공단은 심각한 고민에 빠지게 되었다. 외국의 조정사례로서 일본의 경우 연령별로 최고(최저) 보상기준을 정하고 있으며 고령으로 갈수록 급여액을 감액 지급하고 있다. 1996년의 경우 최고 보상한도액이 50~55세 미만은 23,883엔, 60~65세 미만은 19,005엔, 65~70세 미만은 14,491엔, 70세 이상은 12,814엔이다. 1년 6개월 이상된 휴업급여는 연령계층별 1일당 급여기초액 상한 제도를 설정하여 50~55세를 정점으로 최고액에 도달한 후 고령일수록 감액 지급한다.

뉴질랜드는 재해보상보험(Accident Rehabilitation and Compensation Insurance)의 휴업급여 성격의 급여(weekly compensation)는 원칙적으로 65세 또는 국민연금 수급연령까지만 지급한다. 65세까지 급여가 지급되면 65세 이후에는 국민연금과 연계하고 산재보험급여는 부지급한다. 단, 65세 이후에도 현금보상 이외의 치료비, 간호비 등은 계속 지급된다.

미국은 주별로 상이하지만 일부 주에서는 휴업급여의 기간 및 금액에 제한을 두고 있다. 휴업급여기간은 버지니아 50주, 플로리다 35주로 제

한하고, 캔자스는 100,000달러로 한정시키고 있다.

위에서 고찰한 바와 같이 정부는 2001년 1월부터 실제 취업이 곤란한 65세 이상의 고령근로자에 대해서는 휴업급여 5%, 상병보상연금 7%를 감액하였으나 이것으로 휴업급여제도의 문제를 해결하는 데는 부족하였다. 장기요양환자의 휴업급여는 요양급여와 연계성을 고려하여 특히 고령자의 장기요양에 대한 유인요소를 최소화시켜야 한다. 이를 위하여 단기대책과 중기대책으로 구분하여 고찰할 필요가 있다. 단기대책으로는 다음과 같은 방안이 고려될 수 있다.

① 휴업급여의 차등지급제 도입이다. 자동차보험에서 사용하고 있는 표준진료기간을 도입하여 일정 기간에 대해서는 전액 지급하고, 그 이후 요양기간이 장기화될수록 감액시켜 조기치료 종결 및 사회복귀를 유도하는 것이다. 요양으로 인해 취업하지 못한 기간(산재보험법 제141조)을 법원의 판례 및 해석 내용에 따라 근로자의 부상 정도, 치유 과정 및 치유 상태, 요양방법에 따라 휴업급여의 지급액과 지급비율을 차등화하는 것이다.

② 휴업급여 선지급제도의 도입이다. 자동차보험에서는 일정 상병에 대하여 표준진료기간을 정하고 그 기간 동안에 의료기관에서의 요양 여부 또는 취업에 관계없이 그 기간만큼의 휴업급여 총액을 선지급하여 조기치료 종결과 현업 복귀를 유도하는 방안을 검토할 필요가 있다.

③ 평균임금 증감제도의 문제점 : 휴업급여의 산출과 관련하여 현행 제도는 다른 근로자들의 임금 증감에 따라 산재환자의 임금액도 증액 또는 감액시키기 위한 제도이지만 실제 운영에서 요양기간이 장기화될수록 평균임금의 증가만 있어 왔고, 이에 따라 장기환자의 휴업급여액이 계속 증가하므로 산재환자들은 당연히 요양기간을 장기화하려는 심리적 요인이 작용하고 있다.

④ 재요양제도의 문제점 : 산재요양환자들의 재요양제도는 그동안의 경험으로 보아 장기화 수단으로 악용되는 경우가 많았고, 장기환자의 대부분이 재요양에 의하여 양산되었다고 할 수 있다. 근로자들의 노동능력

은 일정 연령 이후부터는 감소함에도 불구하고 최초 요양으로부터 상당 기간 경과후 재요양 사유가 발생하여 요양을 하게 되면 그 근로자의 재요양 당시 취업 및 소득 유무, 연령 등과 관계없이 최초 평균임금을 증감제도에 의해 매년 계속 증가시켜 실제 소득 이상의 휴업급여를 받게 됨으로써 현업으로의 복귀를 꺼리게 한다. 이를 시정하기 위하여 재요양 사유 발생 당시 근로자의 연령, 신분, 취업 여부, 소득 정도 등에 따라 평균임금을 다시 산정하는 방법의 도입이 필요하다. 이 방법에서 휴업급여 차등화 방안과 평균임금 증감제도를 연계하는 방안이 마련되어야 하며, 재요양 신청 직전에 임금 또는 소득을 가공 또는 조작할 가능성에 대한 보완책이 필요하다.

⑤ 다른 급여와의 조정

산재보험에서 중심이 되고 있는 급여는 요양급여이고 이는 의료기관에서 현물로서 지급되고 있다. 요양기간 중 피재근로자와 그 가족의 생계보장을 위하여 휴업급여와 상병보상연금이 지급되고 요양 종결 후에는 장해급여(일시금 또는 연금)가 지급되고 있다. 산재보험에서 휴업급여, 상병보상연금, 장해급여의 성격은 민법상의 손해배상적 측면에서 볼 때 상실소득 또는 소득 감소에 대한 보전적 성격으로 동일한 성격이다.

이에 따라 휴업급여의 차등화를 전제로 상병보상연金の 지급기간을 현행 2년에서 1년으로 조정하는 방안을 검토할 필요가 있다. 산재환자의 장기화 경향을 초기에 판단하여 사회복지 유도 대상자와 계속 요양이 필요한 폐질 1~3급 해당자를 구별하여 차별화할 필요가 있다.

장해급여는 최초 치료 종결 당시 장해 상태에 따라 향후 소득감소분에 대한 급여를 이미 지급한 것으로 재요양 이후 지급될 휴업급여와 이중 보상의 여지가 있다. 장해연금 선급금에 대하여는 휴업급여 및 상병보상연금과 조정장치가 마련되어 있으나(산재보험법 시행령 제30조의 2) 장해 일시금 수령자와는 조정장치가 마련되어 있지 않아 연금수령자와 형평성 문제가 제기될 수 있다.

⑥ 고령 장기요양환자 휴업급여의 중기대책

근로자들의 퇴직연령의 기준이 되고 있는 55세 이상 계속 고용 또는

재고용의 경우 요양급여와는 달리 휴업급여는 사용자의 보험료 부담이 아닌 다른 재원으로 운영하든지 또는 뉴질랜드와 같이 국민연금 지급연령(65세)까지만 지급하고 그 이후 국민연금에 연계시키고 종결하는 방안이 검토될 수 있는 우리나라는 국민연금의 연금개시 연령이 60세이고, 그 이전에도 산재로 인하여 퇴직한 근로자에게 특례(노령)연금의 도입이 필요하다.

다. 장기요양환자 관리와 진료기관 점검

산재보험의 요양급여뿐만 아니라 건강보험, 자동차보험에서 보험기관을 대신하여 요양급여를 현물로써 제공하고 있는 의료기관의 협력이 절대적으로 필요하다. 현실적으로 진료수가 또는 보수에 대해서 보험자와 병원 간에 이해가 민감하게 대립되고 있고, 일부 병의원에서의 제도를 악용하는 경우와 산재환자의 진료를 기피하는 경우도 있다. 필요 이상으로 장기요양을 유인하는 병의원과 환자들에 대한 특별관리 대책이 마련되어야 한다. 그 구체적인 방안에 대해서는 다음 항목의 종합관리방안에서 언급하기도 한다.

다만, 장기요양환자의 효율적인 관리를 위하여 산재의료관리원에 轉院措置하는 방안이 검토되어야 한다. 그 전제조건으로서 장기요양환자에 대한 개별 조사 및 진료기록의 확보가 선행되어야 하며, 산재의료관리원의 지역 편제로 일부는 국공립병원을 지정하여 효율적으로 관리할 필요가 있다. 전원대상환자는 요양기간이 장기화되고 있는 척추질환, 뇌·심혈관 질환 등 중점관리대상 상병을 선정하여 상태별 평균진료기간을 분석하고 이를 상회하는 환자는 장기요양환자로 분류하여 집중관리해야 한다. 산재보험에서 척추질환자의 평균요양기간은 최초 요양자 901일, 재요양자 631일이다. 모럴 해저드의 개입 여지가 희박한 장기요양환자 가운데 재활서비스가 필요한 경우는 「재활사업 5개년 계획」을 성공적으로 수행하여 재활사업 운영의 내실화를 기해야 하며, 진폐 등 진행성 질병의 환자는 일반 상병과 구분하여 관리할 필요가 있다. 이들에게는 요양기간을

보장하되 특별한 사유가 없는 한 통원치료를 유도하여 취미활동 지원과 가족들과 공동생활을 영위하도록 지원할 필요가 있다. 동시에 진폐요양 기관에 대해서는 지도·점검을 통하여 서비스 수준의 향상과 병상 환경 개선을 유도해야 한다. 요양종결자 및 재가진폐환자에 대해서 진료 이외에 생계비 지원은 산재보험 재정에서 계속 부담하는 것보다는 기초생활 보호 대상으로 변경하여 조기 종결을 유도하는 내용을 검토해야 한다.

3. 산재환자 요양병원의 모델 해저드 대책

보험환자에 대한 일부 병원의 각종 비리행위는 건강보험, 자동차보험, 산재보험에 있어서 모델 해저드의 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 이 가운데 적극적인 대응책을 강구하고 있는 것이 민영 보험회사의 자동차보험이다. 건강보험에서는 심사평가기구를 독립적으로 운영하고 있으나 의약분업 파동과 파업 등 병원측의 조직적인 저항이 있기 때문에 보건복지부와 건강보험관리공단측은 과잉진료, 부당청구 등 의료기관의 부정행위에 대하여 자동차보험의 경우와 비교하여 적극적으로 대처하지 못하고 있다.

산재보험의 경우 근로복지공단의 진료비 심사를 위한 최소한의 조직은 가동하고 있으나 앞에서 제시한 범죄사례(제VI장 참조)에서 알 수 있는 바와 같이 적발사례가 검찰청에서 수사한 것 이외에 자체 조직으로 적발한 것은 자동차보험의 경우처럼 다양하지 못하다. 따라서 근로복지공단은 문제가 되고 있는 의료기관에 대해서 조사 및 점검대상의 선정과 효과적인 관리를 위하여 다음과 같은 보험회사의 조치사항들을 벤치마킹하고¹⁸⁾ 손해보험협회와 정보교류를 통하여 공동대처하는 방안을 모색해야 할 것이다.

18) 대한손해보험협회 보험범죄방지센터, 『보험범죄의 유형별 수사방안 및 사례』, 2001. 59~66쪽.

가. 실사대상 의료기관의 선정기준

- 보험사기범이 입원치료 또는 특수촬영 등의 검사를 받았거나 진단, 장애진단을 발급받은 병원
- 평소 병원 점검 결과 부재 환자율이 높은 병원
- 병원 규모에 비해 불필요한 구급차를 운영하는 병원
- 교통사고 환자의 비율이 특히 높은 병원
- 특정 택시회사의 기사들이 집중 이용하는 병원
- 특정 방사선과의원에 CT, MRI 등 특수촬영을 집중 의뢰하는 병원
- 타병원에 근무하던 사무장이 영입되어 고용된 병원
- 보험사들의 자체 심사분석에 의해 치료비 삭감률이 높은 병원
- 보험사 자체적으로 문제병원으로 지목되어 특별 관리되고 있는 병원
- 사무장이 보상 과정에 적극 개입하는 병원
- 추간판탈출증 등에 의한 척추체 수술이 상대적으로 많은 병원
- 원거리 거주 입원환자가 특히 많은 병원
- 인가된 병상수보다 실제 병상수가 많은 병원
- 사무장 등이 의사를 고용하여 운영하는 병원
- 입원한 환자들이 문제점을 제기하는 병원
- 환자 입원기간 중 식사를 전량 제공한 것으로 청구한 병원
- 물리치료사들이 근무치 않는 휴일에도 물리치료를 시술한 것으로 청구한 병원
- 전원이 잦은 환자 다수 수용기관
- 상병에 비해 요양기관이 긴 환자 다수 수용기관
- 진료비 과다 및 허위청구 적발기관
- 전체 환자 대비 산재환자의 비중이 높은(50% 이상) 의료기관(산재의료관리원 제외)
- 지사에서 동향 파악 결과 장기환자 요양 조장 의료기관
- 손해보험협회나 건강보험공단 등에서 문제가 있다고 평가하고 있는 의료기관

나. 사전 준비

- 병원 일반현황 파악
위치, 규모, 종사 인력, 보유 장비, 실제 운영자, 거래처(방사선과의원, 약품도매상, 보조기구 납품상) 입원환자 명단
- 병원 관리실태 파악
환자부재 용인 여부, 야간 의료진 상주 여부, 식당 직영 여부, 구급차 지입 여부
- 압수수색
수사에 착수하게 되면 증거서류 등을 은닉, 변조할 수 없도록 임의 제출 받지 아니하고 법원의 영장에 의한 압수·수색을 먼저 실시하여 병원에서 보유하고 있는 제반 서류를 압수하는 것이 선결과제이다.

※ 압수하여야 할 대상 목록

- 차트 일체
- 치료비 청구 명세표
- 간호일지
- 물리치료대장
- 특수촬영 의뢰대장
- 입원환자 명부
- 급식대장
- 의약품거래 명세대장
- 향정신성의약품(마약류)거래대장
- 보조기구거래대장
- 특수 수술보조용품거래대장
- 적출물처리대장
- 세금 관련 장부

- 금전출납부
- 병원 운영관련 전산 디스켓 일체

○ 압수·수색시 주의사항

- 보안유지 철저

모든 수사에 있어 그러하듯 병원에 대한 압수(수색 등을 실시할 때는 철저한 보안유지를 하지 아니하면 은의, 변조, 파괴 등의 방법으로 인해 증거 확보에 실패하게 된다.
- 효율적 시간대 선정

통상 병원 관계자들이 전부 병원 내에 있고, 환자들의 진료가 아직 이루어지지 않는 09시 전후가 대상물을 수색하고 영장을 집행하기에 가장 적절하다.
- 적정한 인원배치

일반적으로 병원의 서류는 집중 보관되어 있지 않고 그 용도와 필요에 따라 원장실, 원무실, 물리치료실, 방사선실, 간호데스크, 식당 등에 산재해 있어 극소수의 인원만으로 영장을 집행하게 되면 은의, 변조, 파괴의 시간을 줄 수 있으므로 이를 감안 적정인원을 편성 배치하여야 한다.
- 이해당사자 배치 엄금

병원 압수(수색시)는 대상 업무의 생소함 또는 수사기관의 인력부족 등을 이유로 보험회사 등에 직원, 간호사 등을 지원 요청하는 경우가 있다. 그러나 보험회사 직원의 경우 병원 관계자와 지면이 있는 경우가 많으므로 위 사실을 피영장집행 대상자가 인지하게 되었을 경우 불법행위로서 물의를 빚게 되고 수사 자체를 포기하여야 하는 경우가 있음에 유의. 반드시 사법권 있는 수사관계자들만 참여하여야 한다.
- 환자와의 마찰 엄금

입원환자가 있을 경우 철저한 압수·수색이 불가능해질 뿐만 아니라 병원과 같은 목적을 가지고 장기입원을 하고 있는 환자들은 고성, 야유 등으로 영장집행을 방해할 수 있고 집행 후에도 절차 문제 등을 제기하며 불리한 여론을 형성함으로써 수사의 효과를 반감시킬 우려가 있다.

○ 압수 서류 정밀분석

- 의료심사 분석

압수한 차트, 치료비 청구명세표, 물리치료대장, 급식대장, 의약품거래대장 등 서류는 전문성이 있고 공정성이 담보된 기관에 의뢰, 이를 심사분석할 수 있는 간호사 등 전문인력으로 하여금 정밀심사 분석함으로써 병원에서 허위청구의 수단으로 자행한 각종 편법의 내용과 최종적인 허위청구액(편취액)을 규명한다.

- 리베이트 관련 수사

특수촬영의뢰대장 등 외부와의 거래관련 장부를 이용, 거래상대자에 대한 직접 조사로 리베이트 수수 여부를 규명한다.

※ 특히 비밀장부를 확보하였을 경우 관계자들을 소환, 직접 심문함으로써 증거를 확보한다

○ 참고인 진술 확보

위에서 기술한 바와 같이 보험사기의 혐의가 있거나 불필요한 장기입원을 한 자, 특정직업 종사자 등을 소환 또는 면담하여 병원의 범법행위에 대한 증거력을 제고하고, 특히 이들 중 보험사기의 혐의가 인정되는 자는 별건 입건하여 사법처리한다.

○ 병원장, 사무장에 대한 직접 조사

위와 같은 방법으로 범죄사실을 구증할 수 있는 증거를 확보한 후 병원장, 사무장 등을 체포 또는 소환하여 입건 조사한다.

병원비리에 관한 수사는 위에서 기술한 바와 같이 수사대상자가 사회적으로 그 전문성과 신빙성이 담보되어 있는 자이며, 최고 지식인이라는 폐쇄적 자부심이 특히 크고 지연·학연 등에 의한 응집력이 높아 사회적 압력단체가 되어 있는 것이 현실이다. 따라서 수사에 착수하였을 경우 피의자 신분으로서 수사에 협조하려 하지 않고 자신들의 권위를 해치는 부당행위로 이를 인식, 의약분업 시행 초기단계에서 보듯이 조직적 반발을 기도하고 종국에는 사회문제화시켜 수사를 중도 포기토록 유도하게 된다.

따라서 철저한 사전계획하에 증거자료를 완전 확보하는 데 심혈을 기울여야 하며, 이들의 비리행위가 보험범죄를 부추기고 보험료 인상요인으로 작용하여 전 국민에게 경제적 부담을 초래하는 범법행위라는 점에 대한 적극적인 홍보활동으로 여론의 지원을 받는 것이 수사 성공의 관건이라 할 수 있다.

이상과 같이 문제가 되고 있는 의료기관을 관리하기 위해서는 후술하는 바와 같이 산재보험 모럴 해저드 방지 조직을 별도로 설치하여야 하고 이 조직의 통제 아래 의료기관 점검조직을 별도로 운영할 필요가 있다. 점검팀의 구성과 운영은 다음과 같이 제안한다.

1) 일제점검

- 지사별 2명으로 구성된 2~3팀을 구성하여 의료기관 관리실태 파악
※목적 : 의료기관에 경각심 제고(행정조치 : 경고)

2) 지역본부 정기점검팀 운영

- 자문의사(가능시), 진료비 실사담당·보상담당 등 3명으로 구성하여 산재환자 관리실태와 더불어 진료비 심사를 병행하여 의료관행 개선(행정조치 : 진료제한 3월 이상)

3) 본부

- 팀 구성 : 전임의사(진료비 실사 간호사·보상담당 직원 등 5명 내외)

○ 기능

- 의료기관 확인점검 : 환자상태 확인(X-ray 확인), 계속 요양대상 여부 및 주치의 면담
- 점검대상 선정기준에 따른 요양관리 부실기관
- 지사에서 요청한 건 등 수시 점검

근로복지공단이 전국의 수많은 문제 있는 병원에 대하여 점검하고 필요한 조치를 취하는 데는 한계가 있다. 특정 병원이나 사례에 따라 손해 보험협회의 보험범죄방지센터와 공동보조를 취할 수 있고, 다른 한편으로 경우에 따라 산재의료관리원을 전면에 내세우거나 합동으로 점검팀을 운영할 수 있다.

4. 기능 및 영역별 모럴 해저드 대책

가. 적용·징수

2000년 7월 1일부터 산재보험의 당연적용은 상시근로자 1인 이상으로 확대됨에 따라 매년 100여만 개의 사업장이 등록 또는 소멸되는 과정에서 사업장이 가족으로 구성되고 있는지, 근로자를 채용하고 있는지를 구분해야 하고, 소멸된 사업장의 체납보험료를 추적하여 징수해야 하는 어려움이 있는 가운데 모럴 해저드의 발생 개연성이 있다. 산재보험의 의무 가입은 자진신고제도이므로 신고하지 않고 제도 가입을 기피할 경우 적용관리에 어려움이 있다. 그러나 산재사고가 발생하면 급히 성립신고서를 제출하고 고용한 지 14일이 경과되지 않아 보험급여 징수대상에서 제외된다고 주장하여 보험료는 적게 내고 산재 혜택은 받으려는 사업주가 있다. 이 경우 사업주는 채용 시점을 유리하게 하기 위하여 피재근로자 및 이웃 사업장과 말을 짜맞추는 경향이 있으나 사실 확인이 곤란하다. 특히 야간업소의 경우 근로복지공단은 별도의 야간근무자의 충원을 고려해 볼 여지가 있으며, 다른 한편 고용보험, 국민연금, 국민건강보험의 전

산재료를 공유할 때 적용업무의 효율적인 관리가 가능하다.

나. 요양·보상

산재보험에서 피재근로자와 요양기관은 모두 보험급여 청구자의 입장에 있기 때문에 과잉급여의 가능성은 항상 상존하고 있고, 앞에서 고찰한 바와 같이 병원측의 각종 비리를 양산하고 있다. 요양급여는 휴업급여와 밀접한 관련성을 맺고 있어서 고령자의 장기요양과 휴업급여의 계속지급은 산재보험의 모럴 해저드 가운데 보험재정에 가장 큰 부담으로 작용하고 있다. 장기요양환자의 요양급여와 휴업급여의 제도 악용은 앞의 항목에서 대책방안을 제시한 바 있지만 추가적으로 다음과 같은 방안이 제시될 수 있다.

- 산재환자에 대한 현장관리의 철저
- 산재지정병원 및 보상직원에 대한 교육과 점검강화
- 재해환자와 그 가족에 대해서 보상제도에 대한 충분한 안내로 중간 브로커와의 접촉을 근절시켜야 한다.

다. 업무상 재해 여부와 직업병

산재보험에서 업무상 재해 여부에 따라 100% 보상과 전혀 보상을 받지 못하는 경우로 구분되고 있어서 심한 분쟁 대상이 되고 있다. 실제 산재보험에서 업무상 재해 여부는 피재근로자에게 매우 관대하게 처리되는 경향이 있는데 이것은 산재보험을 국영보험으로 잘못 생각하는 경향이 있기 때문이며 또한 엄격하게 구분하여 면책처리를 하지 않고 있기 때문이다. 이것은 업무의 관여 정도를 따져 보상률을 정하거나 일정기준 이상일 때 보상하는 등 기준을 정할 필요가 있다. 근로자가 사업장에서 재해가 발생한 경우 병원에서 치료를 받고 상당기간이 경과한 후 요양신청서를 제출하거나 최초의 진단서에서 치료예상기간을 줄여 신고하고 나중에 요양연기신청을 활용하는 경우도 있다. 사고는 즉시 조사해야 조작의 가

능성을 줄일 수 있는데 일정기간이 지나서 신고를 받고 조사를 하면 관련 서류를 조작하거나 허위진술 등이 있어도 진실을 밝히기가 곤란하다. 따라서 인원을 증원해서라도 모든 사고는 현장에서 조치를 취할 필요가 있다.

요양신청서의 서식은 일반적인 업무상 사고와 직업병으로 이원화하고, 직업병의 서식에는 과거 직업경력, 수행직무의 특성, 작업환경 등을 기재하고 ‘업무상 질병과 요양의 범위’ 중 문제점이 많은 유해위험작업장을 선정·고시한 후 동 작업장에 근무한 경력이 있는 근로자는 사업주의 확인·날인 없이도(사업주의 서명·날인 기피) 의사의 진단으로 처리가 가능하도록 하는 것이다. 현실적으로 직업병은 장기요양과 휴업급여 지급으로 인하여 보험재정에 부담이 크고 모럴 해저드가 개입될 여지가 충분하기 때문에 특별관리가 필요하다.

라. 미가입 및 보험료 체납 중의 사고보상

산재보험에서 가입신고 태만 중의 재해와 보험료 납부 태만 중의 재해도 일정한 추가 부담을 전제로 보상하고 있다(산재보험법 제72조 제1항). 이것은 보험제도의 기본원리에 어긋날 뿐만 아니라 고의적으로 가입 기피 또는 보험료를 체납하는 빌미를 법에서 인정하고 있어서 모럴 해저드를 유발시키고 있다. 가입신고 태만 중의 사고는 지급 결정된 보험급여의 50%를 가입자로부터 징수하고, 보험료 체납 중의 사고는 보험급여의 10%를 징수하도록 되어 있는데 이것은 요양급여에만 국한되는 것이 아니고 장제비를 제외한 모든 급여에 적용되고 있다. 산재보험법 제72조 제1항의 취지는 피재근로자의 보호에 있다고 하지만 실질적인 납입유예기간이 14일간 인정되고 있고 보험료 납부 태만은 개산보험료에 한정되기 때문에 그 납부기한인 연초 또는 성립일로부터 70일 이내에는 재해가 발생하여도 보험료 납부 태만으로 인한 보험급여의 회수가 불가능하므로 악용의 소지가 충분히 남아 있다.

위의 경우 산재보험의 미신고(미가입)는 보상에서 제외해야 하며, 보험료 체납은 14일 정도의 유예기간만 인정할 필요가 있다. 산재보험제도의

운영에서 이 경우에 해당하는 사업장의 재해근로자와 도산된 사업장의 재해근로자에 대한 보상은 요양급여에 국한시키고 산재보험이 아닌 별도의 특별제도를 구상할 필요가 있다. 자동차보험에서 무보험차량(책임보험 미가입), 뺑소니차량에 의한 사고는 건설교통부가 자동차손해배상보장법에 의하여 「자동차보장사업(Automobile Insurance Plans : AIP)」의 대상으로 하고 책임보험료의 일정률을 공제한 것을 기금으로 하여 보상재원으로 하고 있다. 산재보험에 가입되어 있지 않은 사업장 또는 보험료 체납사업장의 재해근로자는 논리적으로 산재보험의 보상대상이 될 수 없기 때문에 자동차보장사업의 취지를 모방하여 별도의 보장기금을 설치하고 그 재원은 국고와 산재보험에서 분할 부담하는 제도를 구상할 수 있다. 보장기금의 운영은 임금채권보장기금과 유사한 형태로 관리할 수 있으며, 양자는 근로복지공단에게 그 업무를 위탁관리하는 것은 바람직하지 않고 별도의 독립된 기구의 설치가 요망되고 있다.

5. 전담조직의 설치와 효율적 운영

건강보험과 자동차보험에 있어서 보험범죄와 관련되는 기관은 일부 병의원에 집중되어 있고, 자동차보험은 보험회사의 보상조직이 대응업무를 담당하여 왔으나 손해보험협회를 비롯하여 규모가 큰 회사는 전담조직을 두고 있다. 산재보험의 모럴 해저드 유형은 자동차보험과 비교할 때 병원 뿐만 아니라 근로자, 사업주 등 복잡하게 연계되어 있기 때문에 근로복지공단으로서는 적용·징수, 요양·보상 등 많은 조직이 관련되어 별도의 독립된 조직의 신설이 필요하다.

가. 보험회사의 전담조직과 기능

1) 운영현황

우리나라의 경우 자동차 보상을 중심으로 소위 보험사고 처리시 발생하는 각종 비리, 제3자 개입, 위장사고, 조직적·집단적 범죄 등의 사건처

리를 목적으로 지역별로 조사담당자를 두어 운영하고 있다. 흔히 지역별·본부별 조사실장이라는 명칭을 가진 이들은 주로 전직 경찰 출신으로 정식 직원이라기보다는 계약직으로 보험회사에 의해 고용되어 타보상 직원과는 별도의 관리하에 업무를 수행하고 있다. 이들의 직무는 대체로 전직 경찰직이라는 점을 활용하여 검찰·경찰 등 유관기관과의 협조관계를 유지하고 클레임에 제3자 개입시 처리하는 역할을 주로 수행하게 된다. 따라서 이들이 보험사기를 적발 또는 방지하는 역할을 전담하는 임무를 띠고 있다고 보기는 어렵다.

우리나라에 있어 보험사기 등 문제시되는 클레임을 전문으로 처리하기 위해 별도의 조직을 최초로 만든 회사는 삼성화재(주)로서 1996년에 보상 특수팀을 설립하였다. 그 뒤로 현대해상(1997), 동부화재(1998), 제일화재가 이러한 조직을 만들어 운영중에 있으며, 조만간 1~2개의 손해보험회사가 SIU를 설립할 예정으로 있어, 우리나라에서도 본격적으로 보험사기 전담부서가 운영될 것으로 보인다. 손해보험회사의 보험범죄 방지기능의 중심기능은 대한손해보험협회의 보험범죄방지센터가 수행하고 있다. 협회는 보험범죄대책팀을 2002년 1월 센터로 확대 개편하고 3개 지부에 지방 조직을 가지고 있다. 손해보험협회 보험범죄 방지조직의 연혁과 기능은 다음과 같다.

2) 보험범죄방지센터 설립

① 설립 배경

- 1997년 이후 보험범죄가 연평균 29.7%씩 급증하여 심각한 사회·경제적 문제를 야기함에 따라 보험금 누수방지와 선의의 보험계약자 보호의 필요성 대두
- 손해보험업계 차원의 체계적이고 효율적인 보험범죄의 예방과 근절을 위하여 보험범죄 방지대책의 수립 및 조사 등을 통괄, 조정, 지원하는 전담기구 설립의 필요성 대두
- 금융감독원 내 보험조사실 신설, 경찰 내 보험범죄수사전담반의

창설 등으로 인해 상호 정보공유 및 업무공조를 위한 독립적인 기구의 필요성 대두

② 연 혁

- 1995. 1. 자동차보험 도덕적 위험방지대책위원회 구성
- 2000. 4. 보험범죄대책팀 발족
- 2000. 7. 손해보험범죄방지대책위원회(13개사) 구성
- 2002. 1. 보험범죄방지센터로 확대 개편
(1센터 2개팀 6개 지역협의회)

③ 관련 조직과 기능

- 손해보험범죄방지대책위원회 설치(2000. 7.)
다수의 보험계약자를 보호하고 보험의 단체성을 확보하여 손해보험 회사의 공신력 제고 및 보험범죄에 대한 능동적이고 체계적인 방지 대책 수립을 위하여 구성 운영
- 보험범죄특별조사반 시스템 구축(2000. 7.)
업계 조사요원들을 유기적으로 연대하여 특별조사반을 편성 운영함으로써 중대사안에 대해 정보공유 및 조사활동의 공동대처를 통한 성과제고 효과 증대
- 보험범죄신고센터 설치(2000. 7.)
일반국민들을 대상으로 보험범죄 관련 제보를 직접 접수하여 처리하는 신속하고 원활한 조사체계를 구축함으로써 국민고충 해결
 - 2000년 99건
 - 2001년 67건, 자체 인지 48건(총 115건)
 - 2002년 22건(4월 현재)
- 유관기관과의 협정체결(2001. 2. ~)
유관기관에 보험범죄 방지의 상호 긴밀한 협조체계를 구축하기 위

하여 생명보험협회, 근로복지공단, 농협, 수협, 축협, 새마을금고 등과 상호협정 체결 및 추진중

- 보험범죄 정보공유 및 공동조사 등에 관한 공조체제 구축
- 정보교류추진협의회 구성 운영

○ 보험범죄수사정보협의회 구성 추진

경제·사회 질서안정을 위하여 사법당국과 보험업계 간의 유기적 협조체제 구축을 통한 체계적인 대책마련 필요

- 검찰, 경찰, 금융감독원 및 손·생보가 공동참여하는 「보험범죄 수사정보협의회」 구성 추진

○ 보험범죄방지역협의회 설치(2002. 3.)

전국 765명 보험범죄 전담수사요원에 대한 적극적이고 효율적인 수사지원을 위하여 서울을 비롯한 전국 6개 권역에 각 지역별 수사기관, 협회 및 업계 조사요원들이 공동 참여하는 지역협의회 설치 운영

- 보험범죄방지 부산지역협의회
- 보험범죄방지 경인지역협의회
- 보험범죄방지 대구지역협의회
- 보험범죄방지 충청지역협의회
- 보험범죄방지 호남지역협의회
- 보험범죄방지 강원지역협의회

○ 보험범죄 의심자 조회·검색 시스템 개발운용(2002. 2.)

신속하고 정확한 보험범죄 수사지원을 위하여 보험범죄 의심자 및 관련 보험사고의 연루자에 대한 보험계약사항, 과거 사고력 및 보상내역, 상호관계 등을 실시간으로 검색하여 관련자의 범죄일람표와 계보도를 추출할 수 있는 전산시스템 구축 운영

- 조회건수 : 약 6,400건(2002. 4.말 현재)

○ 관련 전산시스템 구축(2002. 1.~)

보험범죄 경력자 및 도난차량, 방화 추정 화재현황 등 관련 제반자

료를 전산화하여 DB 구축함으로써 보험범죄 수사에 신속하고 적극 지원할 수 있는 기반 구축

- 보험범죄 경력자 : 약 5,400명
- 도난차량 : 약 4,200대

○ 보험범죄 통계관리 시스템 개선 추진

경찰 및 검찰청과 협의하여 현재 일반 경제사범으로 분류하고 있는 보험범죄를 별도 통계화하여 관리함으로써 체계적이고 과학적인 대응이 이루어질 수 있도록 개선 추진중

- 보험범죄 형사판례 연구용역(형사정책연구원)
- 보험범죄 유형별 사례 집적 및 분석 추진

○ 차량관리 시스템 개선 추진

관세청, 경찰청 등과 협조하여 도난차량 전산시스템 공유화를 도모, 도난차량 즉시 적발 및 해외 유출방지 시스템 구축 추진중

- 도난차량 정보 부재와 조사인력 부족 등으로 정밀검사에 난항을 겪고 있는 인천세관의 요청에 따라 서류심사 및 수출차량 실사 등 공동조사 진행 (2002. 4. 15.~5. 14.)

○ 차량도난 사전방지체제 구축 추진

건설교통부 및 자동차 제작업체에 건의하여 도난의 표적이 되는 고급 차량에는 인식된 키가 아니면 재시동이 걸리지 않는 이모빌라이저 또는 위성추적장치 장착을 의무화하도록 제도개선 추진중

나. 근로복지공단의 전담부서 설치

근로복지공단은 사회보험 운영기관으로서 처음으로 2001년 2월 대한손해보험협회와 정보교류협정을 체결하여 자동차보험과 교통사고로 인한 산재환자 및 병원의 부당행위에 대처하기 위하여 정보교환을 하고 있다. 공단은 또한 국민연금관리공단과 자료교환을 하고 있는데 양자는 장

해연금 등의 이종수급 방지, 신규 적용자료, 휴업급여 수급자의 취업중인 자 발굴 등을 위하여 상호 협력하고 있다. 현재 공단은 본부의 보상부에서 이 업무를 부수적으로 주관하고 있지만 모럴 해저드의 개입 여지가 업무 전반에 확산되어 있기 때문에 본부에 전담팀(부장)을 두고 각 지역본부에도 보상부서에 소속된 전담인원을 배치해야 할 것이다.

근로복지공단은 건강보험관리공단, 국민연금관리공단 등과 연계하여 사회보험 범죄예방협의회를 구성하고 다른 한편으로 보험협회와 금융감독원의 전담조직과도 업무공조를 통하여 보험범죄에 대한 전국적인 대응조직으로 확대되어야 한다. 전담조직의 효율적인 기능을 위해서 정책적·법제적 대응방안도 민간보험의 예에 따라 강구되어야 하며, 일차적으로 다음과 같은 내용이 주관 업무가 될 수 있을 것이다.

- 문제 있는 병원의 지도·점검
- 장기요양환자 및 장기휴업급여 수급자 관리
- 제3자 개입건 처리: 폭력배·브로커 개입
- 위장 및 사기성 재해처리
- 민원관련 업무처리
- 유관기관관리: 경찰, 검찰, 보험회사, 사회보험공단 등
- 담당직원 교육 및 홍보활동
- 관련자료 전산처리 및 관리, 데이터베이스 구축
- 관련자료 수집 및 정책개발연구

민영보험회사의 보험범죄 방지활동에 있어서 실무상의 애로사항과 문제점은 다음과 같다. 이것은 산재보험에 있어서도 동일한 현상으로 나타날 것으로 예상된다.

① 보험사기에 관한 자료 및 통계를 공개하거나 유출하는 것을 꺼리고 있어서 자료의 집적이 곤란하다. 다음 정기국회에서 건강보험의 진료기록에 대한 열람과 협조가 필요하여 보험업법의 개정안이 준비중이지만 벌써부터 시민단체 등에서 개인정보의 누설을 이유로 반대하고 있다.

② 수사기관의 보험사기 조사기피 현상이 있다. 수사기관에서는 보험

범죄를 중대사건으로 인식하지 않으며, 마약, 살인, 강도사건 등 강력사건에 집중하고 있다. 그러나 최근에는 인식이 달라지고 있고, 전국에 보험범죄 전담요원이 경찰청 산하에 700여명이 배정되어 있다.

③ 보험회사 사기조사팀의 수사권 부재이다.

④ 보험사기법에 대한 처벌규정이 미약하여 형사처벌에서 집행유예, 민사처벌에서 기지급 보험금의 추징 정도이고 추가적인 벌금형은 거의 인정하지 않고 있다.

⑤ 사기판정 사건에 있어서 부당이득 회수가 곤란하다.

⑥ 보험사기 피의자의 역공이 문제되고 있다. 보험사기 조사가 개시되면 보험회사를 명예훼손으로 역공하고 감독기관에 보험금 청구자의 입장에서 민원을 제기하고 있다.

⑦ 보험사기에 대한 관용적인 대중적 성향이 문제이다. 이러한 현상은 산재보험과 같은 사회보험에서는 매우 우려할 수준이다.

이상과 같은 현실적인 문제점을 해결하기 위하여 다음과 같은 방법으로 전담부서의 기능 활성화가 요망되고 있다.

- 보험사기 통계의 체계화 및 데이터베이스 구축
- 사기조사팀에 외부의 전문요원(전직수사관)의 충원
- 사기조사업무의 아웃소싱 활용
- 기관간의 정보공조체계의 구축
- 보험사기에 대한 정부 감독당국 및 수사기관의 인식제고
- 공동협의체 구성 : 법집행당국, 감독당국, 보험회사(사회보험의 관리공단), 소비자 등 참가
- 보험사기 적발 및 방지를 위한 교육·홍보 강화

6. 정책적·법제적 대응방안

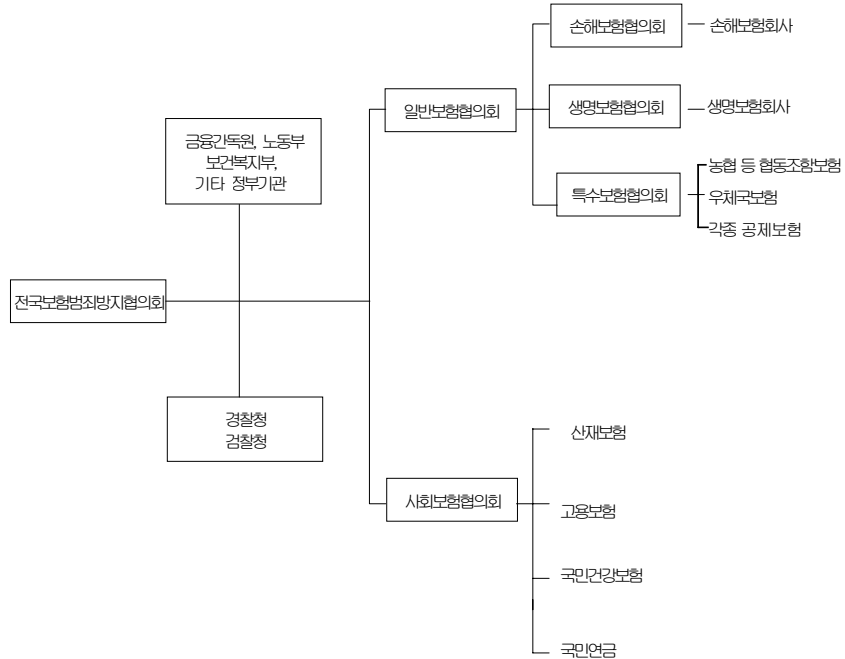
가. 정책적 대응방안

보험사기의 예방 및 적발은 민영보험회사가 영리의 목적으로 또는 보

험금 지급을 거부하거나 감액을 위하여 하는 것은 결코 아니다. 오늘날 우리나라에서 보험사기와 범죄는 앞의 여러 사례에서 제시한 바와 같이 민영보험과 사회보험만의 문제가 아니고 농협 등 협동조합보험이나 우체국보험 등에서도 광범위하게 확산되고 있다. 보험회사와 사회보험의 운영기관은 법 집행기관이 아니기 때문에 사기혐의가 있을 때는 급여지급을 보류하고 그 행동을 정당화하기 위해 법정에서 증거로 활용하기 위한 정보를 수집할 뿐이다. 이 경우에도 진료 기록을 가지고 있는 건강보험관리공단에서는 개인정보를 제공하려 하지 않는다.

오늘날 민영보험의 보급이 빠르게 확산되고 있고 산재보험 등 4대 사회보험도 모든 사람에게 강제적용되는 전 국민보험시대를 맞이하여 보험범죄의 방지 및 적발은 보험기관의 이익 차원으로서의 선택의 문제가 아니고 적극적으로 대응하여 사회의 기본질서를 바로잡는 차원에서 추진되어야 한다. 따라서 보험운영기관의 상호 정보교류, 수사기관과의 협의

[그림 VII-1] 보험범죄 방지조직



회 설치, 보험감독기관의 개입, 보험범죄연구소의 설립, 전문요원의 양성을 위한 교육기관 설치, 범죄예방을 위한 홍보활동의 강화를 위해 국가적 차원에서 이 문제에 대해서 접근해야 한다.

나. 법적 대응방안¹⁹⁾

선진국과 같이 보험사기 방지를 위해서는 정부 및 감독 차원의 방지대책이 필요하다. 우선 보험사기와 관련된 제반 법적 체계를 재정비하여 보험사기 방지에 관한 전문법을 제정하거나 기존의 상법과 형법 등을 개정해 보험사기·범죄에 대한 형량을 강화하는 등 보험사기에 대한 법률적 규제방안을 강구할 필요가 있다. 이는 직·간접적으로 보험사기에 참여하는 이해관계자들에게 보험사기의 위법성을 분명히 인식시키기 위해서도 보험사기 방지를 위한 법률 제정을 적극 추진할 필요가 있다.

우리나라의 경우 보험사기 계약과 관련한 법적인 문제점으로 대두되고 있는 것으로는 대체적으로 적법한 계약 체결 후 보험사기성 클레임에 대한 처리시에는 판례가 부족한 실정인바, 처리방법, 처리규정에 대한 논란이 실무적으로 발생하기도 한다. 즉, 보험계약 체결시 고지의무 위반과 관련한 사기 계약의 효력에 대하여는 비교적 명확하게 규정되어 있고 많은 판례가 있으나, 적법한 계약의 사기성 클레임에 대한 처벌규정이 애매하거나 실제로 보험사기를 유발할 수 있는 소지가 있어 문제시된다. 최근 급증하고 있는 개인보험 및 제3분야 보험의 사기성 클레임에 대한 보다 명확하고 엄격한 법 적용이 문제시된다.

최근의 판례 경향을 보면 인보험 중과실 면책 제외라든지, 음주 또는 무면허운전자 등에 대한 법정소송에서 상법 제663조(보험계약자 등의 불이익 변경금지의 원칙)의 규정들을 토대로 인보험 중 상해보험에 있어서 음주, 무면허 면책조항에 대해 무효 판결을 잇따라 내리고 있어, 이에 대해 학계나 업계의 논란이 계속되고 있다.

19) 이병희, 앞의 책, 198~199쪽; 김경철 외, 『국내외 보험사기관리 실태분석』, 보험개발원, 2002. 103~110쪽; 안경철 외, 앞의 책, 127~141쪽.

인보험의 중과실 면책 제외나 계약자에게 유리한 법해석 및 관대한 처벌은 보험제도의 본질을 고려하지 않고 이를 보험금 수취를 위해 악용하는 경우까지 면책 제외되는 것으로 오해되는 소지가 있다. 이러한 관대한 법적용을 이용하여 오히려 보험사기의 성향을 유발하게 될 우려가 있다. 따라서 날로 심각해지고 있는 보험사기에 효과적으로 대처하기 위해서는 실질적으로 활용될 수 있는 보험사기에 관한 혹은 특별법의 제정을 보다 신중하게 검토하여야 할 것이다.

보험사기방지법을 구성하는 내용으로는 보험사기 행위의 정의 및 범위, 보험사기조사국, 보험사기 행위에 대한 처벌규정, 보험회사에 대한 규제, 각종 보고서 제출의무 및 내용, 면책권에 관한 사항, 자료 제출의무에 대한 사항, 기타 관련단체의 설립 등이 포함될 수 있다.

우선 사기범의 처벌규정에 대해서는 형사적 처벌뿐만 아니라 민사적 처벌에 관한 규정도 제정하는 것을 검토할 수 있다. 보험감독당국에 보험사기를 전담하는 보험사기조사국의 설치 및 운영에 관한 규정을 제정하여 보험사기조사국이 법적 근거를 갖도록 하는 것이 필요하다. 또한 보험사기 관련 데이터베이스 구축기관 및 운영에 관한 사항을 규정하는 것을 검토할 수 있을 것이다.

보험사기조사국에서는 미국에서와 같이 실질적으로 보험사기에 관한 조사가 가능하도록 하여야 하고 제한된 범위 내에서의 수사권을 부여하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다. 아울러 조사국 내 직원들의 신분안전보장, 면책규정 등과 관련한 규정이 정비되어야 할 것이다.

데이터베이스 구축기관에 관한 규정도 보험회사가 사법기관에 무고한 개인에 대한 보험사고 정보를 제약없이 제공하거나, 개인의 보험금 청구권 행사를 제공할 우려가 있으므로 보험사고 정보의 부당 사용을 방지하기 위해 보험사기조사기관과 보험데이터베이스 수집기관을 분리하여 운영토록 규정하여야 할 것이다. 아울러 최근 들어 빈발하고 있는 제3분야에 대한 보험사기에 효율적으로 대처할 수 있도록 생명보험 및 손해보험이 연계되어야 할 것이다. 이 기관에서는 보험사기 또는 불법행위의 혐의가 있을 경우에만 특정 보험금청구건 또는 특정 분야의 보험금청구건에

대한 정보를 보험사기 조사기관에 제공하도록 하여야 한다.

보험회사와 관련한 규정에 있어서는 데이터베이스 집적기관으로서의 자료 제출 제공의무, 부당한 보험금 지급 및 구상청구에 대한 보험자의 책임, 사기적 행위의 고소·고발 및 자료 제출 등에 대한 보험회사의 면책권 등이 포함되어야 할 것이다.

자료정보 제출 및 제공의무와 함께 고려해야 할 사항으로는 정보의 무분별한 남용을 막고 개인정보를 보호하기 위한 규정의 제정이다. 즉, 정보제공자의 비밀유지의무와 개인정보 사용자와 사용처에 대한 명확한 규정 및 위반시 처벌규정 등을 포함하여 정보제공자의 권익을 보호할 수 있는 규정이 필요하다.

전 세계적으로 보험사기방지국제협회(International Association of Insurance Fraud Agencies: IAIFA)가 설치되어 각국간의 보험범죄에 관한 상호정보와 자료교환을 하고 있다. 한국은 이 기구에 1994년에 가입했다. 보험범죄에 관련하여 각국의 형사법전에 규정된 내용으로 독일, 오스트리아, 중국, 북한의 입법례는 앞에서 소개한 바 있다.

2002년 3월 금융감독원에 보험범죄 방지를 위한 전담조직(팀)을 설치하고 보험업법의 개정을 통하여 진료기록의 열람, 입수 등 범죄예방에 필요한 규정을 추가하기 위한 법률 개정을 추진하고 있다. 산재보험 등 사회보험의 경우 독자적으로 보험범죄 방지를 위한 정책적·법률적 대응은 어렵기 때문에 민영보험과 금융감독원이 추진하고 있는 제도에 동참하고 필요한 경우 산업재해보상보험법 등의 개정을 통하여 관련조항의 신설이 검토되어야 할 것이다. 금융감독원 및 보험회사와 사회보험의 운영·감독 주체가 보험범죄에 대한 근본적인 인식 차이는 전자가 적극적인 대비하여 후자는 병원 및 산재환자 단체 등의 저항을 의식하여 소극적으로 대처하고 있는 것이 문제이다.

VIII. 결 론

전 국민 보험시대를 맞이하여 민영보험이나 사회보험은 우연 또는 불의의 사고로 인한 경제적 손실을 보상하고, 사고에 대한 정신적·심리적 안정감을 갖게 하는 등 많은 기능이 있는 반면에 고의적인 사고 유발과 이미 발생한 손해를 확대시켜 과다한 보험급여를 청구하는 사기와 범죄를 발생시키고 있다. 이러한 현상은 필요 이상의 보상금 지급, 예방비용의 지출, 보험료 인상 등 추가적인 비용을 발생시켜 보험재정을 어렵게 하는 역기능도 가지고 있다. 그뿐만 아니라 보험급여 사취를 목적으로 자행하는 보험사기 또는 범죄는 사고 빈도와 규모를 증대시키고 있다. 그 결과 다수의 선량한 가입자에 대하여 보험료 부담 증가와 보험재정의 누수를 초래하여 보험자의 수지를 악화시키고 사회구성원들의 도덕성과 윤리성에 대한 가치관을 전도시켜 인명을 경시하고 범죄를 조장시킴으로써 그 막대한 피해는 보험제도 운영상의 문제를 넘어 심각한 사회적 문제로 대두되고 있다.

보험가입자 등의 제도 악용을 방지해야 할 가장 큰 이유는 보험자의 이익 도모에 있는 것이 아니고 대다수의 성실한 가입자를 보호하기 위해서 필요하다. 최근 우리나라는 사회 전반적으로 기초질서 및 준법태도가 문란하고 국민들의 윤리의식이 희박한 가운데 도덕적 불감증으로 인하여 보험제도의 악용을 가벼운 사실로 인정하고 범죄적 행위로 인정하지 않으려는 경향이 만연하고 있다. 보험회사는 재벌그룹의 돈 많은 계열사로 보고, 사회보험관리공단은 국가기관으로 보아 보험사고에 편승하여 부정수급을 하여도 큰 잘못으로 인식하지 않고 지하철의 무임승차 정도로 생각하는 경향이 있다.

보험제도를 악용하는 사례를 적발하고도 보험자는 적절한 대응조치를 취하기 어려운 것은 수사기관이 아니고 보험서비스를 먼저 생각해야 하

기 때문에 피의자가 민원 또는 집단적으로 저항할 때는 문제해결에 한계를 느끼고 있다. 비록 그것이 범죄요건을 구비하고 있다고 하여도 심각한 사건이 아닌 경우에는 수사당국도 조사를 기피하고 생계형 범죄의 차원에서 다루려는 경향이 있어 왔다.

민영보험은 도덕적 위험을 방지하기 위하여 가입단계에서 위험을 측정하여 선별적으로 인수(underwriting)하고 가입 주체에 대한 위험상태를 충분히 인식하기 위하여 신청서(청약서)에 구체적인 사항을 기입하도록 하고 가입을 전후하여 계약 전 알릴 의무와 계약 후 통지의무(위험의 변경, 증가), 손해방지의무 등을 부과시키고 있다. 그러나 산재보험과 같은 사회보험은 의무가입으로서 가입자의 고의적인 리스크를 사전에 통제할 수 있는 절차가 필요 없고, 위험 인수를 거부할 수도 없으므로 불량한 위험 또는 고의적인 사고행위가 개입될 여지가 도처에 도사리고 있다. 사회보험에 있어서는 원천적으로 도덕적 해이가 빈발하여도 적발 또는 대처하기 어려운 것은 제도 그 자체에 내포되어 있고 특히 다른 사회보험에 비하여 산재보험의 경우가 더욱 그러하다고 할 수 있다. 산재보험은 의무적용단계, 보험료 산출 및 부과, 요양제도 및 보상, 장기요양 및 휴업급여 등에서 모럴 해저드가 다양하게 발생하고 있다. 국민연금, 국민건강보험, 고용보험에서는 사업장과 고용관계가 단절되어 이들 보험의 적용대상에서 배제되고 있으면서 고령 장기요양자는 65세 이상이 되어도 계속 요양을 받으면서 지속적으로 휴업급여가 지급되고 있다.

산재보험법에서는 미가입신고 또는 보험료 체납 중에 산재사고가 발생하여도 일정한 급여공제 등 추가 조건을 붙여 보상하고 있어서 제도 악용을 촉발시키고 있고, 근로기준법의 재해보상기준 이상으로 산재보험법에서 생활보장적 급여로서 기준을 정하고 있어서 모럴 해저드를 야기시킬 충동을 느끼고 있다.

이 연구의 앞 부분에서 구체적으로 제시한 바와 같이 민영보험에서는 자동차보험과 생명보험의 보장성 보험을 중심으로 보험범죄를 방지하기 위하여 상설 조직을 설치하고 사업자 상호간에 긴밀한 정보를 교류하고 있다. 여기에 오랜 설득 끝에 금융감독원과 경찰청의 협조를 끌어내고 있

으며, 보험범죄가 다양하게 확산되어 산재보험과 건강보험 등 사회보험과의 협력이 필요하여 적극적 태도를 보이고 있다. 반면에 사회보험측에서는 문제인식을 하고 있으면서 병원, 피의근로자 등의 저항을 의식하여 능동적으로 대처하지 못하고 있는 실정이다.

사회보험에 있어서도 모럴 해저드의 방지와 그를 위한 대응책의 강구는 이제 선택의 문제가 아니다. 앞서 가고 있는 민영보험의 대응방안을 참고하고, 필요한 경우에는 상호 정보교류를 통한 공동 대처가 필요하다. 문제를 해결하기 위하여 수사기관의 협력이 필요할 경우 각 보험 주체에 대하여 개별적으로 도움을 주는 것은 어렵기 때문에 협의체를 구성할 필요가 있으며 각 보험기관의 감독당국 및 행정부도 부처간의 장벽을 넘어 공동참여가 요망되고 있다.

참고문헌

- 김광룡, 「보험사기의 조기적발을 위한 전문가시스템의 개발 : 퍼지이론과 AHP를 중심으로」, 『보험개발연구』, 통권 제18호, 1996.
- 김동은, “보험에 있어서 도덕적 위험과 법적 규제방안에 관한 연구”, 서울대학교 법과대학원 석사학위논문, 1990.
- 김영중, 「도덕적 위험방지를 위한 보험범죄 사례 분석」, 대한손해보험협회, 『손해보험』, 1998년 9월호, 1998.
- 김철용, 「자동차보험 보험범죄 유형별 사례 분석」, 대한손해보험협회, 『손해보험』, 1996년 2월호, 1996.
- 김현수, 「보험사기 조기적발 모형에 관한 소고」, 대한손해보험협회, 『손해보험』, 1999년 1월호, 1999.
- _____, 「보험전문가의 지식을 이용한 보험사기의 조기경보모형의 개발에 관한 연구」, 한국리스크관리학회, 『리스크관리연구』, 제11권 제1호(제13집), 2000.
- 내남정, 「보험범죄에 대한 효율적 대응방안」, 『자동차보험의 현안문제와 해결방안』, 한국리스크관리학회 특별세미나, 1999. 6.25.
- 문형권, 「보험범죄에 대한 사례연구를 통한 조사상의 문제점 및 대처방안에 대하여」, 『보험법률』, 제26호.
- 박일용·안철경, 『보험사기 성향 및 규모추정』, 보험개발원, 1999.
- 성웅현, 『SAS를 이용한 경영통계 자료분석』, 무역경영사, 1997.
- 안철경, 「모럴 해저드의 경제학적 이해 및 효과적 대응수단 연구:법제적 측면의 인프라 구축방안을 중심으로」, 『보험개발연구』, 제11권 제1호, 2000. 3.
- 안철경·박일용, 『보험사기 적발 및 방지방안』, 보험개발원, 1999.

- 이윤희, 「보험사기에 대한 모니터링효과의 국제비교」, 한국리스크관리학회, 『리스크관리연구』, 제11권 제1호(제13집), 2000.
- 조수웅, 「보험범죄와 그 대책」, 대한손해보험협회, 『손해보험』, 1993년 3월호, 1993. 3.
- 조해균, 「보험범죄의 현황과 효율적 대처방안」, 보험범죄방지대책세미나, 1998. 10.21.
- _____, 「보험범죄의 발생원인과 그 대처방안에 관한 연구」, 『보험학회지』, 제35권, 1990.
- 조해균·양왕승, 「범국가적 차원의 보험사기 대처방안에 관한연구」, 『보험개발연구』, 제12권 제2호, 2001. 9.
- 지홍민, 「보험사기와 최적보험계약」, 한국리스크관리학회, 『리스크관리연구』, 제16집, 2001.
- 최성립, “사회보험과 민영보험의 도덕적 위험에 관한 연구”, 성균관대학교행정대학원 석사학위논문, 1998. 5.
- 이병희, 『보험범죄론』, 형설출판사, 2001. 1.
- _____, “보험범죄에 관한 연구”, 청주대학교대학원 박사학위논문, 1998. 12.
- 서영제, 『보험범죄에 관한 연구』, 법무연수원, 1998.
- 이홍무 공역, 『보험과 범죄』(쓰끼타리 카즈키요 저서), 두남, 1997.
- 안철경·조혜원·김경환, 『국내외 보험사기관리 실태분석』, 보험개발원, 2002. 3.
- 신종인·신경록, “산재·고용보험의 Moral Hazard 예방에 관한 연구”, 고려대학교 노동대학원 제9기 근로복지정책과정 수료논문, 2002. 2.
- 한국노총, 「산재보험제도 개선 정책토론회 자료집」, 2002. 4.
- 한국노동연구원, 『산재보험제도 합리화 방안』, 1999. 7.
- _____, 『산재보험 선진화방안과 정책과제』, 1999. 2.
- _____, 『산재보험 중장기 발전방안 토론회』, 2002. 4.
- 노동부, 『산재환자 요양관리 방안』, 2002. 1.

- 대한손해보험협회, 『보험범죄의 유형별 수사방안 및 사례』, 2002. 3.
- _____, 「보험범죄방지 국제세미나」, 2001. 5.
- _____, 「주요국의 보험사기 방지기구 현황」, 1998. 10.
- _____, 「제1회 보험범죄 특별조사반 WORKSHOP」, 2000. 12.
- _____, 「보험범죄 방지를 위한 이론과 실무」, 2001.
- _____, 「보험범죄 아카데미(연수교재)」, 2001. 12.
- _____, 「유럽의 보험범죄 현황(유럽견학단 조사보고서)」, 2001. 12.
- 생명보험협회, 「생명보험범죄 방지대책협의회 규약」, 1997. 1.
- _____, 「생보사 보험금 심사협의회 규약」, 1999. 1.
- _____, 「고액보험가입자 명단교환」, 1997. 10.
- _____, 「상해보험 중복가입 정보교환」, 1998. 1.
- _____, 「사고보험금지급 정보교환」, 1999. 1.

Allen, George B., *The Fraud Identification Handbook*, Colorado : Preventive Press Highlands Ranch, 1999.

Belhadji E. B. and Dionne, G. and F. Tarkhani, "A Model for the Detection of Insurance Fraud", *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol.25 No. 4. October 2000, pp.517-538.

CAIF, *A Statistical Study of State Insurance Fraud Bureau : A Quantitative Analysis - 1995 to 2000*, May 2001.

_____, *Four Faces : Why some Americans do-and do not-tolerate Insurance Fraud*, October 1997.

Carris, R. and M. Colin, "Insurance Fraud and the Industry Response", *CPCU Journal*, Summer 1997.

Colruit, L. and R. Hoyte, "An Empirical Analysis of the Nature and Cost of Frudulent Life Insurance Claims", *Journal of Insurance Regulation*, Vol. 15 No. 4, 1997.

Conning & Company, *Insurance Fraud : the Quiet Catastrophe*, Conning & Company, 1996.

- Cummins, J. David and Sharon Tennyson, "Moral Hazard in Insurance Claiming : Evidence from Automobile Insurance", *Journal of Risk and Uncertainty*, Vol.12, 1996, pp.29-50.
- Danzon, Patricia M., "The Frequency and Severity of Medical Malpractice Claims", *Journal of Law and Economics*, Vol 27, 1984, pp. 116-142.
- Gujarati, Damodar N., *Basic Econometrics*, McGraw-Hill Book Company, 1988.
- Hoving, Thomas, *False Impressions*, New York : Simon & Schuster, 1996.
- Hoyt, Rob and Mustard, David, and Powell, Lars, "The Effectiveness of Insurance Fraud Statutes : Evidence from Automobile Insurance", 2001 ARIA Annual Meeting, 2001.
- Insurance Fraud Bureau of Massachusetts, 2000 Annual Report. (<http://www.ifg.org>)
- Insurance Information Institute, Insurance Fraud, 2001(<http://www.iii.org>)
- Insurance Research Council, Fighting Fraud in the insurance Industry, 1997.10.
- International Chamber of Commerce, Guide to the prevention of international trade fraud, Paris : ICC Publishing S.A., n420, 1985.
- Jesilow, P, H. N. Pontell, and G. Geis, *Prescription For Profit*(How Doctors Defraud Medicare), Berkeley : University of California Press, 1993.
- Kizorek, B and Finger, S., SIU 101, PSI Publications, 1994.
- Ron Panko, "Making a Dent in Auto Insurance Fraud", *Best's Review*(property & casualty), October 2001.
- Sparrow, M. K., *License To Steal : How to Bleed America's Health*

Care System, Westview Press, 2000.

Thomas L., and Edward J. Shapiro, "Prosecution for Fraud And False Pretenses", in *Identifying And Prosecuting Fraud and Abuse In State And Local Contracting*, American Bar Association.

Weisberg, H. I. and Derrig, R. A., "Identification and Investigation of Suspicious Claims", Automobile Insurers Bureau of Massachusetts, 1995. 7.

_____, "Fraud and Automobile Insurance : A report on the Baseline Study of Bodily Injury Claims in Massachusetts", *Journal of Insurance Regulation*, Vol. 9, 1991, pp.427-541.

_____, "Identification and Investigation of Suspicious Claims", AIB Cost Containment/Fraud filing (DOI Docket R95-12), Automobile Insurance Bureau of Massachuttes, July 1995, pp. 192-245.

Winter, R. A., "Moral Hazard and Insurance Contracts", *Contributions to Insurance Economics*, pp.61~96.

NAII, AntiFraud Task Force Report 2000(대구손해보험협회 번역)

Insurance Frauds Prevention(뉴욕주보험사기방지법)

Insurance Claims Privacy Protection Act(보험사고에 대한 사생활보호법)

- 고려대학교 경영대학 교수 (1968 ~ 현재), 노동대학원 겸임 교수
- 고려대학교 경영학과, 동 대학원 석사 및 박사과정 수료(경제학 박사)
- 독일 Köln대학 수학, 동 대학 보험연구소 객원교수
- 고려대학교 경영대학학장, 노동대학원장 역임
- 한국사회보장학회 회장 · 한국인사관리학회 회장, 한국보험학회 회장 역임