

사회보험범죄의 양상과 경찰의 대응방안

사회보험범죄의 양상과 경찰의 대응방안

치안정책연구소 범죄수사연구실

연구관 정 응

목차

I. 서론

1. 연구의 목적
2. 연구의 방법 및 범위

II. 사회보험범죄의 범주와 특징

1. 민영보험의 성장, 공영보험의 확대와 범죄위험
2. 사회보험범죄의 개념과 유형범주
3. 사회보험범죄의 특징

III. 사회보험범죄의 양상

1. 사회보험범죄의 개관과 동향
2. 사회보험범죄의 단속사례

IV. 결론: 사회보험범죄의 대응방안

참고문헌

1. 서론

1. 연구의 목적

보험은 보험료(premium)의 형식으로 미리 공통준비재산을 형성하고, 우발적 사고를 당한 사람에게 보험급부(insurance benefit)를 지급함으로써 경제적 안정을 확보하고자 하는 제도이다. 그러나 보험은 우연한 보험사고에 대한 현물급여 외에도 금전적(pecuniary) 급여라는 특성으로 말미암아 보험 관련자들이 그 제도를 악용하려는 불법위험의 부작용을 배태하고 있는바, 현재 전 세계적으로 거의 모든 보험 분야에서 이러한 불법행위가 사회적 문제로 되어 있고 우리나라 또한 다양한 영역에 걸쳐 보험범죄가 증가하고 있는 추세이다. 아울러 보험범죄 양상도 과거의 생계형이나 일회성 범죄에서 점차 전문화, 조직화 되고 있으며 그 피해규모도 막대하다.¹⁾ 이러한 보험범죄의 빈번한 발생은 보험자의 경영수지를 악화시킴으로써 결국 전체 보험가입자의 보험료를 높이게 되는 상황을 낳게 된다.

한편 보험범죄의 전문화, 조직화 경향과 함께 최근 보험범죄에서 보이는 특징은 기존의 생명보험, 손해보험, 자동차보험 등 민영보험(private insurance) 뿐만 아니라 경제정책성 보험(우체국보험, 무역보험)과 사회보험(건강보험, 고용보험, 산업재해보상보험, 국민연금) 등 공영보험(public insurance) 분야에까지 보험범죄의 영역이 확산되는 추세에 있다

1) 우리나라 보험범죄 적발실적은 민영보험의 경우 2006년 1,781억원(전년대비 31.8% 증가), 2007년 2,045억원(14.9% 증가), 2008년 2,549억원(24.6% 증가), 2009년 3,305억(29.7% 증가), 2010년 3,467억 원(전년대비 4.9% 증가)으로 매년 증가해 왔다(금융감독원, 2010.3, 2011.4). 이 같은 보험사기 적발 금액이 총 보험범죄 규모 중 10% 정도인 것으로 추정하면, 2010년의 경우 보험사기로 인한 보험금 누수 규모는 약 3.5조 수준으로 추산된다(정웅, 2011). 금융감독원에서도 민영보험 부문(공제기관 포함)에서 연간 보험사기로 인해 누수되는 금액이 2010년 기준 약 3.4조원으로 추산하고 있다.

는 점이다.

고의적 보험사고의 도덕적 위험(moral hazard)은 역사적으로 볼 때 민영보험에서 먼저 비롯되었고 여러 보험 종목 중에서도 특히 역사가 오랜 생명보험, 화재보험, 해상보험 분야에서 시작되었다. 그러나 산업구조의 고도화와 보험산업 발전에 따라 보험범죄는 자동차보험과 각종 배상책임보험, 유사보험 영역으로 확산되었고, 더 나아가 사회보장체계(social security system)의 정비와 함께 국민 대부분이 보험제도를 이용하는 전 국민 보험시대에 접어들면서 보험범죄 영역이 공영보험 중에서도 특히 사회보험(social insurance) 영역까지 확산되고 있다.

국가의 정책성 보험제도 중에서도 사회보험제도를 악용하는 보험범죄는 보험가입자들이 사회적으로 극히 낮은 범죄의식 하에 그 탈법적 행동을 저위험 고수익(low risk-high return) 대상으로 인식하는 경향으로 나타나고 있으며, 나아가 건강보험·산재보험 등과 관련된 의료기관, 그리고 보험과 연관된 여타 단체와 사업자까지 사건에 연루되는 양상을 보이고 있다.

따라서 본 연구는 민영보험 범죄의 증가 외에 공영보험 특히 사회보험에서 보이는 범죄위험 및 그 방지대책 필요성의 문제를 제기하면서 최근 보험범죄에 대한 대응방향을 모색하는 것을 그 목적으로 하고자 한다.

2. 연구의 방법 및 범위

본 연구는 제도주의적인 시각에서 사회보험범죄의 개념과 그 범주유형 등을 정리하고, 사회보험범죄를 사전 예방함과 동시에 보험범죄에 대한 처벌의 실효성을 확보할 수 있는 대응방향을 마련해보고자 한다.

또한 본 연구는 보험범죄자의 범죄행동(criminal behavior)에서 합리적 선택(rational choice)을 가정하여 이를 제도적 틀 속에 도입함으로써, 범

죄경제학(economics of crime)적 접근을 제도주의, 특히 신제도주의(new institutionalism) 시각에 결합하고 있다.

범죄경제학과 신제도주의 접근은 모두 인간행동에서 경제적 유인(incentive)에 대한 반응과 합리적 선택이론을 수용하고 있다. 따라서 이러한 접근은 한 개인의 보험범죄과정에서 비용-수익(cost-benefit)에 기초한 불법행동 기회(illegal behavior opportunity)의 선택 경향에 대한 분석을 진행하고, 나아가 처벌확률 및 처벌강도, 곧 처벌의 가능성 및 엄격성(probability and severity of punishment)이 확보된 제도설계(institution design)를 통해 보험범죄를 분석하고 억제하는 방안을 구상하는데 유용할 것으로 보인다.

즉 위의 시각에 따를 때 통상 범죄행위자들은 여타 일반인들과 똑같이 합리적으로 자신의 효용을 극대화하고자 행동하는 바, 이러한 범죄자들이 자신의 목적 달성과정에서 합법적 행동(legal behavior)이 아니라 불법적 활동(illegal activity)을 선택하여 효용을 극대화하는 것을 억제하기 위해서는 적절한 경제적 유인체계가 갖추어진 제도가 설계(design)되어야 할 필요가 있다는 것이다.

범죄행동에서의 합리적 선택이라는 가정은 이미 베카리아(C. Beccaria, *On Crimes and Punishments*, 1764), 벤담(J. Bentham, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, 1789; *Principles of Penal Law*, 1843) 등에서 나타나고 있지만, 이러한 시각이 현대 범죄 연구에 본격적으로 도입되어 범죄경제학으로 등장을 하게 된 것은 1968년 베커(Becker)의 연구²⁾에서 그 맹아를 찾아 볼 수 있다. 즉 베커는 베카리아의 저서 *On Crimes and Punishments*에 담겨있는 인간의 합리적 행동이라는 시각을 이른바 *Crime and Punishment: An Economic Approach* 라는 제하의 논문을 통해 부활시켜 범죄연구에 대한 경제적

2) Gary G. Becker, "Crime and Punishment: An Economic Approach," *Journal of Political Economy*, Vol. 76, No. 2, 1968, pp. 169-217.

접근을 현대화하였던 것이다. 베커는 범죄행동분석을 위한 어떤 유용한 이론이라는 것이 기존의 아노미, 심리적 결함, 유전적 특질 등 특수한 이론에 의존하지 않고도 단순히 경제학자들이 쓰는 선택분석 이론을 확장하는 것으로 가능하다고 주장하였다.³⁾ 따라서 베커에 의하면 범죄라는 것은 일반적인 경제분석에서 벗어나 있는 경제외적 현상이 아니라, 오히려 경제적으로 중요한 활동 혹은 산업이다(crime is an economically important activity or industry).

나아가 베커는 범죄행동으로부터 얻어지는 결과가 불확실한 성격을 갖기 때문에 범죄자들은 그 '기대' 효용을 최대화한다는 가정을 도입하고 그 기대효용은 소득의 증가함수라고 보았다. 이 같은 합리적 선택에 기초한 범죄경제학 모델과 이론들이 이후 다양한 형태로 발전되어 왔으나 그 기본적 분석모형은 아래 식 (1)과 같이 나타낼 수 있다.

$$(1) \quad E[U]=P \cdot U(Y-f) + (1-P) \cdot U(Y)$$

즉 범죄행동은 범죄로부터 얻어지는 기대효용(Expected Utility)이 正(positive)의 값을 가질 때 이루어진다. 이 모형에서 $U(\cdot)$ 는 노이만(John von Newmann)과 모르겐슈테른(Oskar Morgenstern)의 기대효용이론에 입각한 효용함수이고 P 는 체포, 기소되어 유죄판결을 받을(처벌될) 주관적 확률, Y 는 범죄로부터 얻는 수익, f 는 화폐로 환산된 처벌크기(처벌액)이다. 여기서 범죄를 억제하기 위한 관건은 범죄경제학과 신제도주의 시각에서 볼 때 처벌될 확률(P)을 높이고, 범죄수익(Y)을 낮추며, 처벌액(f)을 높이는 제도 등을 어떻게 마련할 수 있는가에 달려 있다.

이러한 기본 모형을 변형하여 Brown과 Reynolds(1973)는 베커가 해당

3) 베커의 다음 언급을 참조. "a useful theory of criminal behavior can dispense with special theories of anomie, psychological inadequacy, or inheritance of special traits and simply extended the economists's usual analysis of choice." Gary G. Becker, 위의 논문, p. 170.

범죄 자체만의 수익과 비용을 고려했던 것과는 달리, 개인의 초기소득상황(individual's initial income position)을 강조한 모형을 내놓았다. 이 모형은 식 (2)와 같이 나타낼 수 있다.

$$(2) E[U]=P \cdot U(W-f) + (1-P) \cdot U(W+g)$$

위의 식 (2)에서 W 는 현재(초기)소득, g 는 범죄로부터 얻는 이득(gain from crime)이다. Brown과 Reynolds의 모형을 따를 때, 범죄행동은 범죄로부터 기대되는 기대효용이 현재소득(W)으로부터의 효용보다 클 때 이루어진다. 더 나아가, 때로 유죄판결을 받는 경우에서조차 범죄자가 범죄로부터의 이득(g)을 보전하려한다는 가정을 제시한다.⁴⁾

Brown과 Reynolds의 모형은 해당 범죄로부터 수익, 비용만을 본 것이 아니라 범죄자의 초기 소득상황을 준거점으로 하여 범죄 발생 이후의 기대이익과 효용 개념을 보다 세련화 함으로써 범죄행동에 대한 설명의 타당성을 높여주고 있다. 그러나 Brown과 Reynolds의 모형에서도 기대처벌비용 즉, 처벌확률과 처벌의 강도(베커모형에서 P , f)를 높여서 범죄행동에 영향을 미친다는 기본 골격이 유지되고 있기 때문에, 본 연구에서는 베커의 기본모형을 중심으로 논의를 진행하고자 한다.

이 글의 연구범위는 공보험 범죄 중에서도 사회정책적으로 중요한 4대 사회보험의 불법행위에 한정하려 한다. 따라서 우리나라의 공보험 중 무역보험 등이 경제정책적 목적에서 운용되고 있으나 본 연구에서는 무역보험사기 등은 논외로 하고 사회보험범죄만을 다루기로 한다.

민간보험의 영역에서는 보험사기로 대표되는 보험범죄의 심각성을 인식하고 이에 대처하기 위한 다양한 노력을 기울여 왔다. 반면 사회보험

4) 유죄판결을 받는 경우에도(즉 식 (2)에서 $P \cdot U(W-f)$ 의 경우) 범죄이익을 고려한다는 가정은, 유죄판결로 처벌액(f)을 부담하더라도 범죄이익으로 말미암아 처벌 후 소득이 초기소득(W)보다도 높일 수 있는 상황을 감안한 것이다.

의 경우에는 사회보험 운영당국의 재정적자를 줄이기 위한 차원에서 사회보험범죄를 논의하기 시작하였고, 사회보험제도를 해치는 범죄행위에 대하여도 엄격한 형사제재를 가하기보다는 대부분의 경우 급여를 환수하거나 행정제재만 가하는 등 소극적인 태도를 보여 왔다. 최근에 와서야 일부 공단을 비롯한 유관기관 내에 조사 부서의 설치 등 비교적 적극적인 형사적 대응 움직임을 보이고 있을 뿐이다.

따라서 본 연구에서는 이러한 시대적 흐름에 맞추어 사회보험에 대한 종합적인 분석과 대응방안을 모색해보고자 한다. 이 글의 진행 순서는 II장에서 사회보험범죄의 범주와 특징, III장에서 사회보험범죄의 실태를 분석한 후 IV장 결론에서 사회보험범죄의 대응방안을 제시하는 것으로 한다.

II. 사회보험범죄의 범주와 특징

1. 민영보험의 성장, 공영보험의 확대와 범죄위험

보험운영에서 공보험에 대비된 사보험(민영보험) 부문을 먼저 보면, 우리나라 보험산업은 1960년대 보험 관련 법제 정비와 경제성장에도 불구하고 일반시민의 인식부족, 보험회사의 담보부족과 공신력 문제 등으로 1970년대 후반까지는 부진을 면치 못하였다.

그러나 1980년대에 들어 소득수준 향상과 의료기술 발전으로 노년인구의 비율이 증가하자 보험에 대한 수요가 높아졌으며, 일반인의 보험업에 대한 인식도 변화하기 시작하였다. 그 결과 1985년에 21개였던 보험회사(생명보험 6개회사, 손해보험 15개회사)는 이후 꾸준히 증가하여 1997년 말에는 생명보험 33개, 손해보험 17개 등 50개 회사로 늘어나다가, 외환위기 이후에는 합병 등을 통해 2001년에는 44개(생명보험 22개회사, 손해보험 22개회사)로 구조조정되는 과정을 거치기도 하였다(국내사 기준, 외국사 제외). 한편 보험업계의 총 자산 규모는 1977년에 4,300억원 수준에 불과하였으나 2001년도에는 171.4조원으로 1977년 대비 약 400배 가까이 증가하였으며 수입 보험료 역시 1977년의 2,700억원에서 2001년도에 약 60조원으로 약 222배 증가하였다.⁵⁾

최근 글로벌 금융위기로 잠시 위축되던 보험산업은 수입보험료 측면에서 생명보험과 손해보험 모두 양호한 성장세를 보이면서 2011년에 전년 대비 10.0%의 높은 성장을 달성한 것으로 추정되고 2012년에도 유럽 재정위기 해결 가능성을 전제로 약 11.2%의 성장세를 보일 것으로 전망되고 있다(<표 1>).

5) 금융감독원, “최근 금융산업 발전의 현황 및 특징(보도자료)”, 2002. 3. 5; 최인섭 외, 한국의 금융범죄 실태와 사회적 대응방안, 형사정책연구원, 2002, 484-485면.

<표 1> 생·손보사 수입보험료 추이와 전망(2006-2012)

(단위: 조원, %)

연도 종목	FY2006	FY2007	FY2008	FY2009	FY2010	FY2011(E)	FY2012(F)
생명보험	66.5 (8.1)	75.1 (13.0)	73.6 (-2.0)	77.0 (4.6)	83.0 (7.9)	88.1 (6.2)	95.7 (8.5)
손해보험	29.6 (15.0)	34.0 (14.9)	37.5 (10.3)	43.8 (16.9)	52.2 (19.2)	60.6 (16.1)	69.8 (15.1)
합 계	96.0 (10.1)	109.1 (13.6)	111.1 (1.8)	120.8 (8.8)	135.3 (12.0)	148.8 (10.0)	165.5 (11.2)

주: 1) ()는 전년 대비 증가율.

2) 2011, 2012는 보험연구원 추정치(E) 및 전망치(F)임.

자료: 이진면 외, 2010년도 보험산업 전망과 과제, 보험연구원, 2009. 12; 윤성훈 외, 2012년도 보험산업 전망과 과제, 보험연구원, 2011. 12.

한편 보험산업 총자산 규모는 <표 2>에서 보듯이 보험료수입의 증가와 투자영업이익의 확대에 힘입어 2007년의 경우 전년 동기대비 12.5%의 양호한 성장세를 보였고 그 중 생명보험 총자산은 변액보험의 성장으로 인한 특별계정 자산이 빠르게 증가하면서 전년대비 11.8% 성장한 305.4조원을 기록하였다. 2008년 총자산 규모는 금융시장 불안에 따른 생명보험의 자산가치 감소에도 불구하고 전년 대비 8.3% 늘어나 400조를 돌파, 402.3조를 달성하였으며, 2009년에도 8.8% 증가를 기록한 것으로 나타나고 있다.

<표 2> 생·손보사 총자산 추이(2003-2009)

(단위: 조원, %)

연도 종목	FY2003	FY2004	FY2005	FY2006	FY2007	FY2008	FY2009(E)
생명보험	187.4 (14.1)	211.6 (12.9)	239.4 (13.1)	273.1 (14.1)	305.4 (11.8)	328.3 (7.5)	354.6 (8.0)
손해보험	38.8 (9.8)	43.4 (12.0)	49.3 (13.6)	57.0 (15.6)	66.0 (15.9)	74.0 (12.1)	83.2 (12.4)
합 계	226.2 (13.3)	255.0 (12.7)	288.7 (13.2)	330.1 (14.4)	371.4 (12.5)	402.3 (8.3)	437.8 (8.8)

주: 1) ()는 전년 대비 증가율.

2) 2009년은 보험연구원 추정치(E).

자료: 이진면 외, 2009년도 보험산업 전망과 과제, 보험연구원, 2009. 12.

또한 한 국가의 보험산업이 국가 경제에서 차지하는 위상을 가늠케 하는 지표인 보험침투도(insurance penetration)는 2005 9.9%에서 지속적으로 상승하여 2011년에는 11.6%로 추정되고 있으며 2012년에는 보험산업 수입보험료 증가율이 명목 GDP 성장률을 상회할 것으로 전망됨에 따라 12.0% 수준까지 상승할 것으로 전망되고 있다.

<표 3> 보험침투도 추이(2003-2012)

(단위: %)

연도 종목	FY2005	FY2006	FY2007	FY2008	FY2009	FY2010	FY2011(E)	FY2012(F)
생명보험	7.0	7.2	7.6	7.2	7.0	7.0	6.9	7.0
손해보험	3.0	2.9	3.4	3.7	4.0	4.4	4.7	5.1
합 계	9.9	10.4	11.0	10.9	11.0	11.3	11.6	12.0

주: 1) 보험침투도=총보험료/명목GDP

자료: 윤성훈 외, 2012년도 보험산업 전망과 과제, 보험연구원, 2011. 12.

이밖에도 한 국가의 보험 보급 및 보험산업발전 수준을 측정할 수 있는 지표인 국민 1인당 보험료 즉 보험밀도(insurance density)에서 보면 우리나라는 2012년에 337만 1,000원으로 2011년보다 11.0% 증가할 것으로 전망된다. 특히 2012년 생명보험밀도는 2011년에 비해 8.3% 증가한 194만 9,000천원인데 비해, 손해보험밀도는 14.9% 증가한 142만 2,000원을 기록할 것으로 예상된다.

<표 4> 보험밀도 추이(2005-2012)

(단위: %)

연도 종목	FY2005	FY2006	FY2007	FY2008	FY2009	FY2010	FY2011(E)	FY2012(F)
생명보험	1,277	1,376	1,550	1,513	1,579	1,698	1,799	1,949
손해보험	534	613	701	771	899	1,069	1,238	1,422
합 계	1,811	19,88	2,251	2,285	2,478	2,767	3,037	3,371

주: 1) 보험침투도=총보험료/명목GDP

자료: 이진면 외, 2010년도 보험산업 전망과 과제, 보험연구원, 2009. 12; 윤성훈 외, 2012년도 보험산업 전망과 과제, 보험연구원, 2011. 12.

민영보험의 성장과 함께 공영보험의 확대도 급속히 이루어져왔다. 우선 사회보장 개념에 기초한 사회보험이 빠른 제도적 안착을 이루고 있다. 공영보험 중에서도 사회보험은 1차적 사회안전망으로서 노령·질병·산업재해·실업 등의 사회적 위험으로부터 국민생활을 보호·안정시키기 위해 가입자부담 원칙에 기초하여 재원을 조달하는 보험이며, 법적으로 강제되는 보험이다.⁶⁾

우리나라는 1960년대 산재보험을 도입한 이후 사회보험의 확대를 지속적으로 추진해 왔으며, 1999년 4월 도시자영자까지 국민연금확대 및 2000년 7월에 이루어진 산재보험 대상의 전사업장 확대 적용 등으로 4대 사회보험에서 그 제도적 기반을 마련하였다(<표 5>).

<표 5> 4대 사회보험 추진 현황

	제도 도입	전국민(전사업장)으로 확대	보험 사각지대(2012년 현재)
건강 보험	1977.6	1989.7 (도시 자영자까지 확대)	사각지대 없음. - 단, 보험료부담 이유로 지역가입/피부양가입 상존
국민 연금	1988.1	1999.4 (도시 자영자까지 확대)	- 비경제활동인구, 실업자 - 지역가입자중 납부예외자 및 미납자 - 임금근로자중 미가입자
고용 보험	1995.7	1998.10 (1인 이상 사업장까지 확대)	- 비임금근로자 - 임금근로자중 적용제외자 및 미가입자
산재 보험	1964.7	2000.7 (1인 이상 사업장까지 확대)	사각지대 없음. - 재해발생시 가입여부와 관계없이 보상.

자료: 재정경제부, “한국의 사회보험 제도 현황(보도자료)”, 2005; 기획재정부, “사회보험 사각지대 해소사업(보도자료)”, 2012. 4. 5.

6) 사회보장(social security)에 대한 우리나라 법적 정의는 사회보장기본법에서 찾을 수 있다. 사회보장기본법 제3조 제1호에 의하면 “사회보장이란 질병·장애·노령·실업·사망 등 각종 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 제공되는 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 및 관련 복지제도를 말한다” 라고 정의되어 있다. 따라서 사회보장은 1. 사회보험 외에도, 2. 공적 부조, 3. 사회복지서비스, 4. 기타 관련 복지제도의 네 가지 범주를 포괄한다.

우리나라의 사회보험은 1880년 의료보험을 도입한 독일 등의 선발 국가에 비해 제도화의 성숙시기가 늦었지만(<표 6>), 4대 사회보험이 전국민으로 확대된 2000년 당시 사회보험의 급여지출 금액이 13조 2천억에서 2003년에는 21조 6천억원으로 GDP대비 2.3%에서 3.0%로 높아졌고, 보험료수입 금액 역시 2000년 21조 5천억에서 2003년 33조 9천억원으로 GDP대비 3.7%에서 4.7%로 증가하였다.⁷⁾ 이로써 우리나라의 사회보험은 점차 제도의 안착을 기하게 되었다.

<표 6> 주요 선진국의 사회보험 도입시기

구 분	한국	미국	영국	스웨덴	독일	프랑스
의료보험	1977	-	1948	1962	1880	1945
연금보험	1988	1935	1908	1913	1889	1905
산재보험	1964	1908	1897	1901	1884	1898
고용보험	1995	1935	1911	1934	1927	1905

자료: 재정경제부, “한국의 사회보험 제도 현황(보도자료)”, 2005 2. 7.

사회보험 중에서도 1988년 출범 당시 5천억 수준에 불과하던 국민연금은 그 기금액이 2009년 말 기준으로 약 313조 원에 이르러 300조원대를 넘어섰다. 지난 2012년에는 기금 규모는 438조에 달하여 다시 3년 만에 400조 원대를 돌파하였다.(<표 7>)

7) 재정경제부, “한국의 사회보험 제도 현황(보도자료)”, 2005 2. 7.

<표 7> 국민연금기금 추이(1988-2012)

(단위: 10억원)

연도	국민연금기금	연도	국민연금기금
1988	528	2001	90,369
1989	1,240	2002	109,546
1990	2,260	2003	131,516
1991	3,539	2004	155,487
1992	5,202	2005	182,460
1993	8,425	2006	213,154
1994	12,766	2007	248,554
1995	18,160	2008	280,902
1996	25,028	2009	313,252
1997	33,191	2010	351,873
1998	44,852	2011	393,054
1999	58,361	2012	437,979
2000	73,662		

주: 각년도 12월말 기준.

자료: 국민연금공단, “월별통계자료(기금운용)”, http://www.nps.or.kr/jsppage/info/resources/info_resources_03_01.jsp?cmsId=statistics_month (2013. 3. 7 검색).

국민연금은 기금 규모뿐만 아니라 가입자 수에서도 역시 급증 추세를 보였다. 즉 1988년 443만명 수준에서 2012년에는 2천 33만명으로 약 5.58 배 급증하였다(<표 8>). 특히 1999년 도시지역 자영자에 대한 국민연금 확대 적용(<표 5>)이 이루어진 이후에도, 정부는 다수의 납부예외자와 미납자 등으로 인해 여전히 상당한 규모의 연금 사각지대가 존재하고 있다고 인식하고, 영세사업장의 저소득 근로자 및 사용자에 대한 연금보험료 지원 등을 통해 이들을 국민연금 제도권 내로 적극 흡수하는 정책을 추진함으로써 연금 가입률을 높여 왔다.

<표 8> 국민연금 가입자 추이(1988-2012)

(단위: 개소, 명)

구분 연도	총 가입자	사업장가입자		지역가입자			임의 가입자	임의 계속 가입자
		사업장	가입자	계	농어촌	도시		
'88.12	4,432,695	58,583	4,431,039	-	-	-	1,370	286
'92.12	5,021,159	120,374	4,977,441	-	-	-	32,238	11,480
'95.12	7,496,623	152,463	5,541,966	1,890,187	1,890,187	-	48,710	15,760
'96.12	7,829,353	164,205	5,677,631	2,085,568	2,085,568	-	50,514	15,640
'99.12	16,261,889	186,106	5,238,149	10,822,302	2,083,150	8,739,152	32,868	168,570
'02.12	16,498,932	287,092	6,288,014	10,004,789	2,007,196	7,997,593	26,899	179,230
'03.12	17,181,778	423,032	6,958,794	9,964,234	2,062,011	7,902,223	23,983	234,767
'04.12	17,070,217	573,727	7,580,649	9,412,566	2,009,142	7,403,424	21,752	55,250
'05.12	17,124,449	646,805	7,950,493	9,123,675	1,969,017	7,154,658	26,568	23,713
'06.12	17,739,939	773,862	8,604,823	9,086,368	1,972,784	7,113,584	26,991	21,757
'07.12	18,266,742	856,178	9,149,209	9,063,143	1,976,585	7,086,558	27,242	27,148
'08.12	18,335,409	921,597	9,493,444	8,781,483	1,940,510	6,840,973	27,614	32,868
'09.12	18,623,845	979,861	9,866,681	8,679,861	1,925,023	6,754,838	36,368	40,935
'10.12	19,228,875	1,031,358	10,414,780	8,674,492	1,951,867	6,722,625	90,222	49,381
'11.12	19,885,911	1,103,570	10,976,501	8,675,430	1,986,631	6,688,799	171,134	62,846
'12.12	20,329,060	1,196,427	11,464,198	8,568,396	1,956,215	6,612,181	207,890	88,576

자료: 국민연금공단, “월별통계자료(기입자현황)”, http://www.nps.or.kr/jsppage/info/resources/info_resources_03_01.jsp?cmsId=statistics_month (2013. 3. 7 검색).

건강보험의 경우에도 최근까지 매우 빠른 성장세를 보여 왔다. 예컨대 건강보험 재정 중에서 2001년 약 13조원 규모였던 건강보험 급여비가 지난 2011년에 약 36조원으로 확대되었다. 불과 10년 만에 급여비 규모가 3.71배 증가한 것이다. 이러한 건강보험 급여비를 충당하기 위하여 국민이 직접 부담하는 건강보험료 규모도 2011년에 약 33조원에 달하여 2001년 이후 지난 10년 동안 약 4.71배 증가하였다(<표 9>).

<표 9> 건강보험 재정 현황

(단위: 억원)

	보험급여비	보험료
2001	131,956	88,561
2002	138,236	109,276
2003	148,934	137,408
2004	162,653	155,788
2005	183,935	169,277
2006	215,879	188,105
2007	245,600	217,286
2008	266,543	249,730
2009	300,408	261,660
2010	337,493	284,577
2011	358,302	329,221

자료: 국민건강보험공단, “연도별 건강보험 재정현황(건강보험재정)”, http://stat.kosis.kr/nsieu/view/tree.do?task=branchView&id=350_35001_C*MT_OTITLE&hOrg=350 (2013. 3. 7 검색)

이러한 보험업의 양적 팽창 및 보험종목의 다양화, 사회보험의 확대 등은 보험범죄로부터의 기대수익(Y)을 높여왔으며 그에 뒤따르는 범죄 발생 위험이라는 부작용을 갖게 하였다.

1997년의 IMF 경제위기상황 하에서는 소위 ‘생계형 보험범죄’가 심각한 사회문제로 대두되었고 노숙자를 이용한 보험범죄도 여러 차례 발생하였으며, 최근에는 여기에서 더 나아가 보험범죄가 전문화·흉포화되고 있을 뿐만 아니라 조직화·대규모화되는 위험성도 나타나고 있다. 그것은 범죄조직 등이 보험범죄를 통해 보험금을 편취하여 조직운영비로 사용할 가능성과 함께, 범죄수법 측면에서 고의적 차량사고 유발 및 방화 행위, 위장살인 등의 방식을 이용하여 보다 지능화되고 잔인해질 가능성에서 찾아진다.

아울러 이러한 보험화 시대에 있어서 보험범죄 영역은 최근 사회보험의 확대와 안착에 따라 국민연금, 건강보험, 고용보험, 산업재해보험 등

사회보험 분야에까지 확산될 위험성이 높아지고 있다.

이처럼 최근의 보험범죄는 생계형 범죄에 그치지 않고 높은 범죄수익을 목적으로 조직화·전문화되고 범행방법도 점차 잔인해질 위험성이 증가하고 있을 뿐만 아니라, 그 발생위험 영역이 민영보험 외에 사회보험 등 공영보험까지 전 부문에 걸쳐 양산될 수 있다는 데에 문제의 심각성이 있다.

더욱이 향후에도 사회보험 영역에서는 공공의료비 확대(보장성 확대), 고용보험 사각지대 축소 등이 지속적으로 추진되어 사회보험의 재정운용 기반과 가입자가 더욱 확대되어 갈 것이기 때문에 사회보험의 탈법 위험성은 더욱 높아질 수 있다.

2. 사회보험범죄의 개념과 유형범주

1) 보험범죄의 다의성과 사회보험범죄의 개념적 지위

통상 우리가 일컫는 보험범죄라는 용어는 주지하다시피 실정법상의 개념이 아니다. 즉 ‘보험범죄’는 법률상의 개념이라기보다, 언론 또는 정책당국 등에서 다양한 보험 사건을 접하게 될 때 대체로 보험과 관련된 범죄 전반을 칭하는 용어로 쓰이고 있는 것이다.

여기에 더하여 보험과 관련된 탈법 또는 일탈 현상을 논할 때에 ‘보험범죄’ 뿐만 아니라 ‘보험사기’⁸⁾, ‘보험사고’, ‘도덕적 위험’ 등의 용어를 함께 사용하고 있다. 따라서 우리나라에서 발생하고 있는 사회보험범죄의

8) 법률상으로 보험범죄 달리 ‘보험사기’의 경우는 2008.6.15.일부터 시행된 보험업법[법률 제8902호, 2008.3.14. 일부개정] 제102조의2(보험계약자 등의 의무)에서 보험계약자 및 보험금을 취득할 자에게 보험사기행위를 하지 않도록 하는 의무조항을 신설하여 그 용어가 쓰여 왔고, 현행 보험업법[법률 제10394호, 2010.7.23. 일부개정] 제102조의2에도 “보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자, 그 밖에 보험계약에 관하여 이해관계가 있는 자는 보험사기행위를 하여서는 아니 된다”라고 하여 보험사기 금지조항을 두고 있다. 그러나 동법에도 보험사기의 용어만 있을 뿐 그 개념정의 및 처벌조항은 없다.

실태를 살펴보기 위해서는 먼저 보험범죄에 관한 개념을 정리해 볼 필요가 있다.

보험범죄와 보험사기의 용어는 먼저 이를 구별하지 않고 혼용하여 사용하는 견해가 있다.⁹⁾ 이에 따르면 보험사기 또는 보험범죄는 보험금을 사취하기 위하여 보험제도를 악용하거나 남용하는 모든 부당한 행위라고 보아 양자를 동일시한다. 그 이유는 보험범죄자나 사기 행위자가 취하고자 하는 이익은 궁극적으로 보험회사에 의해 지불될 보험금에 있다는 데에 공통점이 있기 때문이다.

그러나 양 개념을 구별하는 견해에 따르면, 보험범죄란 보험업무와 관련하여 본인 또는 제3자의 재산상의 이익을 위해 보험회사에 대해 행하는 일체의 범법행위, 즉 형사처벌의 대상이 되는 행위를 의미한다.¹⁰⁾ 그에 반해 보험사기는 재산적 이익을 얻을 목적으로 보험회사를 직접 기망하는 행위로, 형법상의 사기죄(제363조)의 한 유형을 의미한다. 예컨대 고지의무 위반, 허위의 사실에 의한 보험금 청구 등 기망을 수단으로 보험금 또는 보험료를 편취하는 것을 목적으로 하는 행위이다. 따라서 보험범죄는 보험업무와 관련된 일체의 범법행위라는 광의적 개념으로 이해되고 여기에는 사기 외에 다른 범법행위, 가령 살인, 방화, 상해, 보험 관련 문서위조 등도 포함한다.¹¹⁾

보험사기 외에 여타 범죄행위까지를 포함한 보험범죄 개념은 사기에 한정된 경우보다 그 범주가 다소 넓어지고는 있으나 여전히 보험계약자(가입자) 측의 범죄만을 의미하는 것이다. 그러나 보험범죄 개념은 보험자(보험회사)와 관련된 범죄행위도 포괄할 수 있는 개념이어야 한다. 즉 보험자의 범죄행위는 예컨대 보험모집인이나 내부직원에게 의한 횡령행위 등을 들 수 있으며 이러한 경우도 보험범죄에 포함될 필요성이 있다. 그

9) 조해균·양왕승, “범 국가적 차원의 보험사기 대처방안에 관한 연구”, 보험개발연구, 제12권 제2호, 보험개발원, 1999, 169면; 탁희성, 보험범죄에 관한 연구, 한국형사정책연구원, 2000, 33면.

10) 이병희, 보험사기범죄의 실태와 방지방안, 한국형사정책연구원, 2002, 16-17면.

11) 최인섭 외, 한국의 금융범죄 실태와 사회적 대응방안, 형사정책연구원, 2002, 519면.

에 따라 보험범죄는 “보험계약자가 보험금이나 보험료를 편취할 목적으로 보험사고를 불법적인 방법으로 야기하거나 보험업자를 직접 기망하는 등의 고의적인 행위, 또는 보험사업자(보험회사)가 보험 관련 범죄를 행하는 행위”라고 정의되기도 한다.¹²⁾

한편 자본주의 성숙과 사회보장의 발달에 따라 민영보험(사보험) 외에 공영보험 영역에서의 범죄가 주목되고 있다. 이러한 공영보험과 관련된 범죄 추세에 따라, 국가 및 공공단체 또는 특별법에 의해 설립된 법인에 의하여 국민의 생활안정과 복리증진이라는 공적인 국가정책의 실현을 위하여 운영되는 보험과 관련하여 보험사고를 불법한 방법으로 야기하거나 보험자를 기망하여 보험금을 사취하는 것을 목적으로 행하는 범죄를 ‘공보험범죄’라고 보는 견해가 있다.¹³⁾

지금까지의 논의를 종합하여 민영보험, 공영보험을 포괄한 보다 일반적인 의미에서 보험범죄를 정의하면 보험범죄는 “민영·공영보험가입자가 보험금이나 보험료를 편취할 목적으로 보험사고를 불법적인 방법으로 야기하거나 보험자를 직접 기망하는 등의 고의적인 행위 혹은 보험자가 보험 관련 범죄를 행하는 행위”라고 정의할 수 있다.

보험범죄를 이처럼 광의로 정의하면 그 하위 개념범주로 민영보험범죄와 공영보험범죄가 있게 되고, 공영보험범죄는 다시 우체국보험과, 수출보험 등 일반 공영보험범죄와 건강보험 등 강제적 가입성격의 사회보험범죄를 하위 개념으로 두게 된다.

2) 사회보험범죄의 유형범주

사회보험범죄의 유형은 범죄의 대상이 된 보험의 종류에 따른 유형과 범죄자의 범죄수법에 의한 유형으로 분류하여 볼 수 있다.

12) 안경옥, “한국의 보험범죄의 실태 및 대책”, 형사정책연구, 제14권 제2호, 2003, 64-65면.

13) 황만성, 공보험범죄의 실태와 대책, 한국형사정책연구원, 2003, 32-33면.

(1) 사회보험의 종류에 따른 범죄유형

공보험이란 운영의 주체와 목적이라는 기준에서 정의할 때, 국가 또는 공공단체(운영주체)가 국가정책 등 공공정책(운영목적)의 실현을 위하여 운영하는 보험을 말한다. 공보험 중에서도 특히 사회정책적인 면에서 사회보장제도의 핵심을 이루는 보험인 사회보험(社會保險)이 대표적인 공보험이라고 할 수 있다. 우리나라의 경우 국민건강보험, 국민연금, 산업재해보상보험, 고용보험이 대표적인 사회보험이며 이를 4대 사회보험이라고 한다.

국가 또는 공공단체가 운영하는 것만을 기준으로 한다면 4대 사회보험 외에도 공무원연금법, 군인연금법, 풍수해보험법, 우체국예금·보험에 관한 법률, 어선원 및 어선재해보상보험법, 무역보험법 등에 따른 보험범죄도 공보험에 포함된다고 할 것이나, 아래에서는 4대 사회보험법에 따른 범죄유형만을 살펴보기로 한다. 특히 4대 사회보험의 경우에는 각 개별 법률에 보험운영에서의 위반행위에 대하여 형사처벌규정을 두고 있다.

① 국민연금보험범죄

현행[시행 2012.4.1] 국민연금법[법률 제11143호, 2011.12.31, 일부개정]에서는, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받은 자는 3년 이하의 징역이나 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제128조 제1항). 또한 동법 제88조 제2항에 따른 부담금의 전부 또는 일부를 사업장가입자에게 부담하게 하거나 제90조 제1항에 따라 임금에서 기여금을 공제할 때 기여금을 초과하는 금액을 사업장가입자의 임금에서 공제한 사용자, 제95조 제2항에 따른 납부 기한까지 정당한 사유 없이 연금보험료를 내지 아니한 사용자, 제119조를 위반하여 근로자가 가입자로 되는 것을 방해하거나 부담금의 증가를 기피할 목적으로 정당한 사유 없

이 근로자의 승급 또는 임금 인상을 하지 아니하거나 해고나 그 밖의 불리한 대우를 한 사용자, 제124조를 위반하여 업무를 수행하면서 알게 된 비밀을 누설한 자는 1년 이하의 징역 또는 5백만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제128조 제2항).

또한, 동법 제130조는 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제128조의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과하는 양벌규정을 두고 있다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 않은 경우는 제외한다.

한편 사업장가입자의 사용자가 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 당연적용사업장에 해당된 사실, 사업장의 내용 변경 및 휴업·폐업 등에 관한 사항과 가입자 자격의 취득·상실, 가입자의 소득월액 등에 관한 사항을 국민연금공단에 신고하지 아니하거나 허위의 신고를 한 경우, 공단 또는 그 직원의 서류 기타 자료제출의 요구 또는 조사·질문을 거부·기피·방해하거나 허위의 답변을 한 경우, 현행법은 벌금(5십만원 이하)에 처하도록 한 규정(동법 제129조)을 삭제하는 대신, 현행법 131조에 동 위반사항에 대해서 과태료를 부과하는 것으로 개정되었다.

② 국민건강보험범죄

현행[시행 2011.5.19] 국민건강보험법[법률 제10682호, 2011.5.19, 타법개정]은 다음의 경우 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제94조 제2항). 즉 ① 요양기관은 요양급여비용의 지급을 공단에 청구할 수 있고(동법 제43조 제1항), 요양급여비용 심사청구를 대행하게 할 수 있으나(동법 제43조 제6항), 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 대행하게 한 자, ② 고용된 근로자가 이 법에 의한 직장가입자로 되는 것을 방해하거나 그가 부담하는 부담금의 증가를 기피할

목적으로 정당한 사유없이 근로자의 승급 또는 임금인상을 하지 아니하거나 해고 기타 불이익한 조치를 한 사용자, ③ 업무정지처분 규정을 위반한 요양기관의 개설자, ④ 업무상 알게 된 비밀을 누설한 비밀유지 의무자(공단·심사평가원 및 대행정구단체에 종사하였던 자 또는 종사하고 있는 자) 등에 여기에 해당한다.

보건복지부장관은 요양기관에 대하여 요양·약제의 지급 등 보험급여에 관한 보고 또는 서류제출을 명하거나 소속공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계서류를 검사하게 할 수 있다(동법 제84조 제2항). 그러나 이에 위반하여 보고 또는 서류제출을 하지 아니한 자, 허위로 보고하거나 허위의 서류를 제출한 자 및 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피한 자에 대해서는 1천만원이하의 벌금에 처할 수 있도록 규정하고 있다(동법 제95조).

한편 요양기관이 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하거나, 요양을 실시한 기관이 보건복지가족부장관이 정하는 요양비명세서 또는 요양의 내역을 기재한 영수증을 요양을 받은 자에게 교부하지 않은 때에는 5백만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제96조).

건강보험과 관련하여 가장 전형적인 범죄유형인 허위·부정청구에 대하여는 건강보험법에서는 대행정구단체의 종사자로서 ‘거짓 그 밖에 부정한 방법’으로 요양급여비용의 청구를 한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있으며(동법 제94조 제1항), 건강보험재정건전화특별법에서도 대행정구단체 종사자로서 ‘사위 그밖의 부정한 방법’으로 요양급여비용을 청구한 경우 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제19조). 이 규정은 대행정구 종사자가 허위청구한 경우만을 대상으로 있기 때문에 의사 등이 직접 허위 기타 부정한 방법으로 요양급여비용을 청구한 경우에는 형법상의 사기죄에 해당하는 경우를 제외하고는 아무런 처벌규정이 없다는 문제점이 지적될 수 있다.

또 국민건강보험법은 위반행위를 한 때에는 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에 대하여도 각 해당조의 벌금형을 과하는 양벌 규정을 두고 있다(동법 제97조).

③ 고용보험범죄

현행[시행 2012.1.22] 고용보험법[법률 제10895호, 2011.7.21, 일부개정]은 ‘거짓이나 그 밖의 부정한 방법’으로 실업급여·육아휴직 급여 및 출산전후휴가 급여 등을 받은 자는 1년 이하의 징역 또는 3백만원 이하의 벌금에 처벌토록 하고 있으며(동법 제116조 제2항), 또한 근로자가 피보험자격의 취득 등에 관한 확인의 청구를 한 것을 이유로 당해 근로자를 해고하거나 그 밖에 근로자에게 불이익한 처우를 한 사업주에 대하여 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제116조 제1항).

아울러 고용보험법은 제116조의 위반행위를 한 경우 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과하는 양벌 규정을 두고 있다(동법 제117조).

④ 산업재해보상보험범죄

현행[시행 2011.1.1] 산업재해보상보험법[법률 제9988호, 2010.1.27, 일부개정]에는 산재보험 의료기관이나 약국의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 진료비나 약제비를 지급받은 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제127조 제1항). 또 보험급여를 받은 자도 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받았을 경우 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다(동법 제127조 제2항).

근로복지공단의 임직원이나 그 직에 있었던 자는 그 직무상 알게 된 비밀을 누설해서는 안 되는 바(동법 제21조 제3항), 동 조항을 위반하여

비밀을 누설한 자는 2년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해진다(동법 제127조 제3항).

산업재해보상보험에서도 여타 사회보험법과 같이 양벌 규정을 두고 있다. 즉 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제127조 제1항의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과한다(동법 제128조).

(2) 범죄수법에 따른 범죄유형

① 보험사고를 고의적으로 유발하는 유형

악의적인 사회보험범죄 유형의 하나로서 보험금을 사취하기 위하여 고의적으로 보험사고를 유발하는 것이다. 방화행위, 살인행위, 자상행위, 자살행위, 자동차사고의 고의적 유발행위 등이 이러한 범죄유형에 속한다. 이러한 유형의 범죄자들은 사고 유발을 위해 다양한 범죄수단을 사용하고 범행방법도 조직화되어 나타날 수 있으며, 피보험자가 직접 고의적으로 보험사고를 유발하는 경우와 또는 제3자에게 범행을 교사하여 보험사고를 유발하도록 하는 경우가 있다.

② 보험사고를 위장·날조하는 유형

보험사고를 위장, 날조하는 것은 모든 보험분야에서 나타나는 전통적 보험범죄 수법이며, 사회보험의 경우에도 흔히 나타나는 수법 유형이라고 할 수 있다. 이러한 유형은 첫째, 보험사고가 발생하지 않았으나 발생한 것처럼 꾸미기 위하여 보험사고를 위장, 날조하는 유형, 둘째, 보험사고 범주에 해당하도록 사고경위, 사고일자 등을 기만적으로 진술하는 유형, 셋째, 사고를 과다한 내용으로 위장, 날조하는 유형으로 구분될 수 있다.

보험사고를 위장·날조하는 유형은 고의사고 유형과 같이 사고 유발을 위해 다양한 범죄수단을 사용할 수 있고, 특히 범행방법은 조직화되어 나타날 수 있다. 예컨대 건강보험, 산재보험을 목적으로 수급을 목적으로 이러한 수법을 이용하기 쉽다. 즉 병원, 브로커, 작업현장 직원 등과 결탁하여 이루어지는 경우, 그 적발이 쉽지 않은 반면 타 보험에 비해 훨씬 안정적이며 고액인 급여, 보상을 장기간에 걸쳐 받을 수 있어 병원, 환자, 브로커 모두 선호하는 수법이다.

③ 보험금 과다청구 유형

이러한 유형은 가능하면 보험금을 많이 지급받기 위하여 사기적으로 보험금을 허위, 과다청구하는 경우이다. 이러한 유형의 보험범죄는 일반적으로 민영보험의 경우에 전형적으로 나타나고 특히 실손보험분야에서 자주 볼 수 있다. 사회보험의 경우에도 보험사기자들은 가능하면 많은 보험금을 지급받기 위하여 보험사고 발생으로 인한 손해가 매우 큰 것처럼 보험자를 기망하는 것이다.

이러한 유형의 보험범죄는 자동차보험분야와 상해보험분야에서 매우 빈번하게 발생하고 있는데 이러한 행동이 사회보험분야에서 동조, 모방됨으로써 사회보험범죄가 확산될 우려가 있다.

3. 사회보험범죄의 특징

보험범죄가 합리적 계산에 의한 범죄행동에 기초한다고 할 때, 사회보험범죄 역시 본 연구모형에서 제시된 범죄로부터 기대수익(Y : monetary and psychic income from an offense), 적발되어 유죄판결을 받을(처벌될) 확률(P : probability of being arrested and convicted)¹⁴⁾, 처벌크기(f :

14) 여기서 확률은 범죄자가 예상하는 주관적 확률(subjective probability)이다.

monetary equivalent of punishment)와 관련하여 아래와 같은 특징을 정리해 볼 수 있다.

1) 지능적인 범죄수법과 적발의 곤란성

다른 민영보험범죄와 마찬가지로 공영보험범죄도 보험제도를 잘 알고 있는 상태에서 이를 악용하여 일정한 계획 하에 진행한다. 그중에서도 특히 사회보험의 경우에는 고지의무 不要제도를 악용할 가능성이 더욱 높다. 즉 사회보험은 다른 공보험과 달리 의무가입의 성격을 가지며 언더라이팅(underwriting)이라는 과정이 필요 없기 때문에 보험자는 가입자에 대해서 인수 위험과 관련된 정보가 결여되어 있어 범죄의 사전 예방 및 사후의 적발이 쉽지 않다.

2) 유죄 입증의 곤란성

수사기관과 보험자 간의 정보 공유가 쉽지 않은 상황에서 일반적으로 수사권이 없는 보험자가 사고의 고의성을 입증하는 것은 현실적으로 어렵다. 유죄 입증의 곤란성은 사회보험 영역에서도 동일하게 나타난다. 즉 건강보험공단, 근로복지공단 등이 고의를 입증하는 것은 현실적으로 어려우며, 특히 건강보험에 관하여는 치료행위 등에 대하여 전문가의 심사가 필요하지만 인력부족과 수사기관의 전문성 결여 등으로 인하여 범죄혐의의 입증은 더욱 힘들게 된다.

3) 다수인에 의한 범죄

보험범죄는 단독 범행도 있기는 하지만 공범에 의해 행해지는 경우가 많다. 공범에 의한 사고는 보험사고를 위장하거나 범인을 범죄혐의로부터 벗어나게 함으로써 범죄자의 체포나 유죄판결에서 발생하는 기대처벌

비용(expected cost of punishment)을 낮추게 하는데 유리하기 때문이다. 여기에는 복잡한 보험 내용을 잘 아는 보험 관계자(요양기관,공단내부종사자,브로커)의 묵인, 방조, 공모행위가 개입될 가능성이 높다.

4) 도덕적 해이

보험범죄자들은 살인이나 방화 등을 수단으로 하는 경우를 제외하고는, 다른 범죄와 달리 보험범죄에 대한 죄의식이 높지 않다. 보험금 사취가 궁극적으로 선의의 다른 보험가입자의 피해로 전가되지만 간접적인 피해이므로 그 피해의식이 심각하지 않기 때문이다.

도덕적 해이는 사회보험 부문에서 더욱 심각하다. 즉, 사회보험을 공적 부조(公的扶助, public assistance)나 구호제도의 하나로 오해하면서, 그 급여를 받기 위하여 큰 죄의식 없이 불법적 수단을 사용한다. 이러한 도덕적 해이는 심리적 기대치벌비용(f)을 매우 적은 수준에 머물도록 함으로써 사회보험범죄로부터의 범죄수익을 겨냥한 범죄행동을 더욱 조장하는 여건을 조성한다.

5) 타 범죄의 수반성

사회보험범죄는 다양한 수법을 사용하기 때문에 보험금 사취뿐만 아니라 이에 동반하여 여러 범죄행위가 이루어지는 특징이 있다. 우선 보험관계가 성립된 이후에는 보험금을 획득하기 위하여 타인을 살해하거나 위장자살, 상해, 방화, 손괴 등과 같은 고의적 사고를 유발하고, 보험금을 청구함에 있어서도 각종 서류의 위조나 기망행위가 수반된다는 특징이 있다.

Ⅲ. 사회보험범죄의 양상

1. 사회보험범죄의 개관과 동향

1) 사회보험범죄의 개관

경찰청에 의한 보험범죄의 검거현황을 통해 최근 사회보험범죄를 개관해 보면 2005년과 2006년, 2007년에 각각 102명, 135명, 111명에 머물던 사회보험범죄는 2008년 320명으로 약 3배 가까이 급증하였다. 특히, 경찰청 외에도 국무총리실, 법무부, 금융위원회, 금융감독원 등 보험범죄 근절을 위한 대책(관계부처 합동)이 수립되어 집중 단속이 적극 추진되던 2009년에는 전년 대비 무려 375% 증가한 1,200명 수준에 이르고 있다.

이 기간(2005-2009) 손해보험과 생명보험 부문에서 나타난 사기사건의 경우 그 검거인원이 2005년 각각 3,370명, 200명에서 2009년 12,726명, 1,461명으로 증가하여 민영보험 역시 사회보험과 같은 범죄 급증 추세를 보여주고 있다. 2010년에 들어서는 정부의 강력한 보험범죄 단속과 예방 노력으로 사회보험범죄의 검거인원이 559명으로 나타나 전년 대비 46.6% 수준으로 감소하고 손해보험 역시 7,188명으로 전년 대비 56.5% 수준으로 감소하는 양상을 보이고 있다.

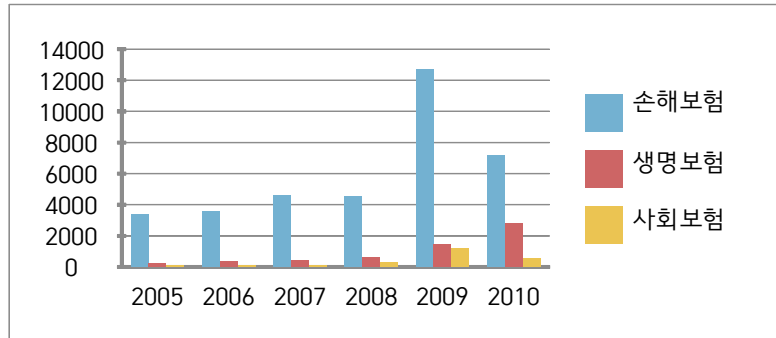
<표 10> 보험종별 검거현황(2005-2010)

단위: 검거인원

연도	계	손해보험	생명보험	사회보험
'05	3,652	3,370	200	102
'06	4,034	3,559	340	135
'07	5,134	4,580	443	111
'08	5,468	4,536	612	320
'09	15,387	12,726	1,461	1,200
'10	10,525	7,188	2,778	559

자료: 경찰청·금융감독원, 경찰청·금융감독원 업무협약 체결, 2009. 5. 4; 경찰청, 수사국 내부자료, 2011.

<그림 1> 보험종별 검거현황(2005-2010)



2) 사회보험범죄의 법규위반 유형

(1) 허위청구, 부정청구

우리나라의 4대 사회보험제도는 개별적으로 제정·운영되면서, 각 법률에서 허위청구, 부정청구 범죄행위에 대한 규정을 두고 있다. 우선 고용보험법에서는 ‘거짓이나 그 밖의 부정한 방법’으로 실업급여·육아휴직급여 및 출산전후휴가 급여 등을 받은 자는 1년 이하의 징역 또는 3백만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있으며(동법 제116조 제2항), 건강보험법에서는 대행청구단체의 종사자로서 ‘거짓 그 밖에 부정한 방법’으로 요양급여비용의 청구를 한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있고(동법 제94조 제1항), 건강보험재정건전화특별법에서도 대행청구단체 종사자로서 ‘사위 그밖의 부정한 방법’으로 요양급여비용을 청구한 경우 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제19조). 국민연금법에서는 ‘거짓이나 그 밖의 부정한 방법’으로 급여를 받은 자는 3년 이하의 징역이나 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있으며(동법 제128조 제1항), 산업재해보상보험법에는 산재보험 의료기관이나 약국의 종사자로서 거짓이나 그 밖

의 부정한 방법으로 진료비나 약제비를 지급받은 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제127조 제1항). 뿐만 아니라 산업재해보상보험법은 보험급여를 받은 자도 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받았을 경우 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다(동법 제127조 제2항).¹⁵⁾

(2) 사업주의 해고 등 불법행위

고용보험법은 근로자가 피보험자격의 취득 등에 관한 확인의 청구를 한 것을 이유로 당해 근로자를 해고하거나 그 밖에 근로자에게 불이익한 처우를 한 사업주는 대하여는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제116조 제1항). 국민건강보험법은 고용된 근로자가 이 법에 의한 직장가입자로 되는 것을 방해하거나 그가 부담하는 부담금의 증가를 기피할 목적으로 정당한 사유 없이 근로자의 승급 또는 임금인상을 하지 아니하거나 해고 기타 불이익한 조치를 한 사용자에 대하여 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제94조 제2항).

국민연금법에서는 제88조 제2항에 따른 부담금의 전부 또는 일부를 사업장가입자에게 부담하게 하거나 제90조 제1항에 따라 임금에서 기여금을 공제할 때 기여금을 초과하는 금액을 사업장가입자의 임금에서 공제한 사용자, 제95조 제2항에 따른 납부 기한까지 정당한 사유 없이 연금보험료를 내지 아니한 사용자, 제119조를 위반하여 근로자가 가입자로 되는 것을 방해하거나 부담금의 증가를 기피할 목적으로 정당한 사유 없이 근로자의 승급 또는 임금 인상을 하지 아니하거나 해고나 그 밖의 불

15) 이처럼 각 법률은 거짓(허위), 사위, 부정청구의 용어를 사용하고 있어, 각 행위의 개념에 관하여 혼란이 있을 수 있다. 각 법률에서 '거짓' 또는 '사위'의 방법은 '부정한 방법'에 포함되는 하나의 예로써 규정하고 있다. '허위' 또는 '사위'는 형법상 사기죄의 기망행위에 해당하는 것으로 이해할 수 있을 것이다. 즉, 널리 거래관계에서 지켜야 할 신의칙에 반하는 행위로서 사람으로 하여금 착오를 일으키게 하는 기망행위라고 할 수 있다. 황만성, 공보험범죄의 실태와 대책, 한국형사정책연구원, 2003, 44-48면.

리한 대우를 한 사용자에게 대하여 1년 이하의 징역 또는 5백만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제128조 제2항).

(3) 보고·검사의 기피

건강보험법에서는 보건복지부장관은 요양기관(제44조의 규정에 의하여 요양을 실시한 기관을 포함)에 대하여 요양·약제의 지급 등 보험급여에 관한 보고 또는 서류제출을 명하거나 소속공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계서류를 검사하게 할 수 있다(동법 제84조 제2항). 이에 위반하여 보고 또는 서류제출을 하지 아니한 자, 허위로 보고하거나 허위의 서류를 제출한 자 및 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피한 자에 대해서는 1천만원이하의 벌금에 처할 수 있도록 규정하고 있다(동법 제95조).

한편, 국민연금법은 사업장가입자의 사용자가 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 당연적용사업장에 해당된 사실, 사업장의 내용 변경 및 휴업·폐업 등에 관한 사항과 가입자 자격의 취득·상실, 가입자의 소득월액 등에 관한 사항을 국민연금공단에 신고하지 아니하거나 허위의 신고를 한 경우, 공단 또는 그 직원의 서류 기타 자료제출의 요구 또는 조사·질문을 거부·기피·방해하거나 허위의 답변을 한 경우에는 5십만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있었으나(동법 제129조), 현행법에서는 이를 삭제하여 동 위반 사항에 대해 과태료를 부과하는 것으로 개정하였다.

(4) 연금보험료의 체납

국민연금법에서는 사용자가 동법 제95조제2항에 따른 납부 기한까지 정당한 사유 없이 연금보험료를 내지 아니한 경우에는 1년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제128조 제2항).

(5) 요양급여 거부 등

건강보험법은 요양기관이 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하거나, 요양을 실시한 기관이 보건복지가족부장관이 정하는 요양비명세서 또는 요양의 내역을 기재한 영수증을 요양을 받은 자에게 교부하지 않은 때에는 5백만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제96조).

(6) 비밀의 누설

건강보험법은 업무상 알게 된 비밀을 누설한 비밀유지 의무자(공단·심사평가원 및 대행청구단체에 종사하였던 자 또는 종사하고 있는 자) 등에 대해 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제94조 제2항). 또 산업재해보상보험법에서는 근로복지공단의 임직원이나 그 직에 있었던 자는 그 직무상 알게 된 비밀을 누설해서는 안 되는 바(동법 제21조 제3항), 동 조항을 위반하여 비밀을 누설한 자는 2년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해진다(동법 제127조 제3항).

3) 사회보험범죄의 동향

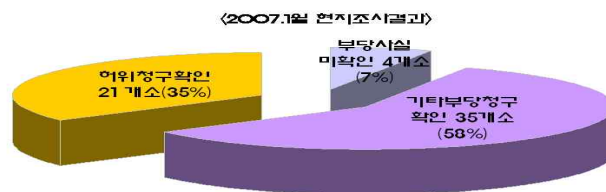
(1) 국민건강보험범죄

건강보험 허위·부정청구에 대하여는 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단 등 관계기관의 지속적인 관리, 감독, 조사가 요구되고, 특히 보건복지부에서는 주기적으로 현지확인심사를 실시하고 있다. 현지확인심사는 부적정한 청구, 과잉진료에 대한 사전예방 기능으로 요양기관의 부당 청구행위에 대한 견제 및 현지에서의 적절한 제도로 적정진료 및 청구 유도하고, 심사과정에서의 의사(약사)의 면담 및 진료(조제)내역, 시설·인력·장비 확인을 통한 요양급여비용 심사의 합리성과 전문의학적 타당성 등의 직접 확보 가능하도록 하며, 요양급여비용명세서 위주로 심사하는

서류심사의 한계성을 보완하여 요양급여의 적정여부 및 사실청구 확인을 가능하게 한다는 장점이 있다. 또한 서면심사에서 확인할 수 없는 전문 의학적 판단이 요구되는 사안에 대해서도 효과적인 심사가 가능하며, 요양기관의 인식부족으로 인한 착오청구에 대하여 즉시 시정할 수 있다.¹⁶⁾

보건복지부와 건강보험심사평가원 조사 사례를 보면, 2007년 1월중 부당청구 의심이 가는 60개 병·의원 및 약국 등에 대하여 현지조사를 실시하여 이중 56개소(93.3%)에서 허위·부당 청구행위를 적발하였으며, 특히 허위청구 의심 요양기관에 대해서는 특별·긴급현지조사를 실시하는 등 요양기관의 허위청구행위에 강력하게 대처해 오고 있다.

<그림 2> 건강보험 허위·부정청구 조사 사례(2007)



자료: 보건복지부, “건강보험 허위청구 요양기관 강력대처(보도자료)”, 2007. 4. 12.

2007. 1월에 실시한 현지조사 대상 60개 요양기관은 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 금융감독원, 경찰청 등으로부터 의뢰되거나 비위 사실이 제보된 기관들인 바, 전체 60개소에 중 미확인 4개소를 제외한 56개 기관에서 허위·부당청구 행위를 적발하였다(<표 11>). 전체 부당 금액은 14억6천6백만원, 기관당 평균 부당금액 2천6백만원으로 나타났다. 또 조사 기관당 평균 조사대상 청구기간이 14.1월로 전년의 10.2월에 비해 38.2%가 증가하였으며, 기관당 적발 부당금액도 26,178천원으로 전년 대비 17.2%가 증가하였다.

16) 황만성, 공보험범죄의 실태와 대책, 한국형사정책연구원, 2003, 62면.

<표 11> 건강보험 허위·부당청구 조사 결과(2007)

(단위 : 개소, 천원, 월)

구 분	조사기관수	부당확인 기관수	총부당금액	기관당 부당금액	기관당 조사 월수
2006	851	628(73.8%)	14,022,759	22,329 (100.0)	10.2 (100.0)
2007.1	60	56(93.3%)	1,465,971	26,178 (117.2)	14.1 (138.2)

주: 2006년의 조사결과는 2006.12월말 기준임.

자료: 보건복지부, “건강보험 허위청구 요양기관 강력대처(보도자료)”, 2007. 4. 12.

이중 32개소에 대하여는 2007년 신설된 특별현지조사(1개소는 긴급조사반)를 실시하여 이중 21개소에서 허위청구 행위를 적발하였고, 9개소에서 부당청구 행위를 적발했다.

보건복지부는 허위청구행위 근절을 위해 특별·긴급현지조사를 강화하고, 2007년 3월 진료분부터 허위청구행위를 하다가 적발되는 요양기관의 명단을 공개하고 허위 청구의 정도가 심할 경우에는 행정제재뿐 아니라 형법상의 사기죄로 검찰에 고발하는 등 처벌 수위를 대폭 강화토록 하였다.

국민건강보험 요양기관의 불법 허위청구 외에 가입자에 의한 불법행위도 확산되고 있다. 국민건강보험은 전국민을 가입대상으로 하고 있지만, 국적상실이나 이민 등의 사유로 건강보험 가입자격을 상실하거나 주민등록 직권말소 등으로 인해 건강보험의 자격을 상실한 사람들이 존재한다.

그러나 이렇게 건강보험 자격을 상실한 무자격자들이 불법으로 건강보험을 이용하고 있어 민영보험의 경우와 같이 여타 성실한 가입자들에게 피해를 주고 있다.

2007-2011년간 건강보험 무자격자 이용 현황을 분석한 결과, 건강보험을 이용할 자격이 없음에도 불구하고 불법으로 이용한 무자격자가 지난 5년간 총 32,845명이나 됐던 것으로 나타났다(<표 12>). 이들은 건강보험을 불법으로 총 244,788건 이용했고, 이용에 따른 금액만 해도 66억 5

천만원에 달한 것으로 나타났다.

<표 12> 건강보험 무자격자 이용 현황(2007-2011)

단위: 명, 건, 백만원

	계	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
적발인원	32,845	576	692	13,791	7,374	10,412
적발건수 (1인당 적발건수)	244,788 (7.5건)	9,636 (16.7건)	11,854 (17.1건)	85,962 (6.2건)	60,498 (8.2건)	76,838 (7.4건)
적발금액	6,650	451	382	2,110	1,671	2,036
미환수금액 (미환수율)	3,975 (59.8%)	156 (34.6%)	146 (38.2%)	1,256 (59.5%)	855 (51.2%)	1,562 (76.7%)

자료: 원희목 국회의원, 건강보험 불법이용자 3만명(보도자료), 2011. 10. 16.

2007-2011년 건강보험 무자격자 현황을 유형별로 분석한 결과, ‘자격상실 후 부당수급’한 유형이 90%이상을 차지하고 있다. 이 유형의 적발 인원은 모두 29,655명으로 전체 대비 90.3%에 해당되며, 적발건수는 총 15만 9,587건, 적발금액은 39억 3천6백만원(전체 대비 59.2%)인 것으로 나타났다(<표 13>).

또한 건강보험증을 타인에게 양도 또는 대여 받아 부정하게 사용하다가 적발된 인원도 3,190명(전체 대비 9.7%)이나 되었으며, 적발건수는 총 8만 5,201건, 적발금액은 27억 1천4백만원인 것으로 나타났다.

<표 13> 유형별 건강보험 무자격자 이용 현황(2007-2011)

단위: 명, 건, 백만원

구분	적발인원	적발건수		적발금액		미환수금액
		전체	1인당	전체	1인당	
계	32,845	244,788	7.5	6,650	0.2	3,975
자격상실 후 부당수급	29,655 (90.3%)	159,587 (65.2%)	5.4	3,936 (59.2%)	0.1	2,631 (66.2%)
증 양도·대여 및 부정사용	3,190 (9.7%)	85,201 (34.8%)	26.7	2,714 (40.8%)	0.9	1,344 (33.8%)

자료: 원희목 국회의원, 건강보험 불법이용자 3만명(보도자료), 2011. 10. 16.

그러나 적발인원 1인당으로 계산해보면, 적발건수와 적발금액은 자격 상실 후 부당수급 유형(5.4건, 10만원)보다 건보증 부정사용 유형(26.7건, 90만원)이 훨씬 더 많은 것으로 나타나 이에 대한 대책마련이 시급하다.

보건복지부에서도 최근 3년간(2009-2011) 상실 후 수급, 정지 중 수급, 증대여 및 도용 등 전체 건강보험 부정수급이 45만 7천건에 액수로는 약 149억원에 이르는 것으로 밝히고 있어 그 심각성을 더해주고 있다(<표 14>).

<표 14> 국민건강보험 부정수급 현황(2009-2011)

(단위: 천건, 백만원)

구분	계		'09년		'10년		'11년	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
계	457	14,883	137	4,497	113	3,978	207	6,408
상실 후 수급	254	7,728	93	2,669	52	1,907	109	3,152
정지 중 수급	127	4,857	29	1,269	29	1,175	69	2,413
증대여·도용	76	2,298	15	559	32	896	29	843

자료: 머니투데이, “건강보험 부정수급 3년간 149억원...복지부, 관리 강화”, 2012. 3. 28.

(2) 산업재해보상보험범죄

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

산재보험의 보험급여는 크게 휴업급여와 요양급여로 대표되는데, 휴업급여에 있어서 통원치료와 입원치료의 구분이 불명확하여 사업장에서 임금을 받으면서 휴업급여도 동시에 받을 가능성이 있다. 또한 요양급여와 휴업급여가 상호의존적인 관계에 있고, 재해근로자와 요양기관 모두가 급여청구자의 입장에 있기 때문에 과잉급여의 가능성이 존재한다.

산재보험은 경기에 따라 생성·소멸 등 변동성이 심한 사업장 단위를 포괄하여 가입 및 관리가 이루어지므로 보험관계 성립을 위한 자진신고

및 보험료의 자진납부를 그 원칙으로 하고 있다. 다른 사회보험제도는 소득에서 원천징수하는 방식을 취하는 데 반하여 산재보험은 사업장 단위로 자진납부의 원칙을 따르고 있어 보험료 체납사업장이 발생할 개연성이 크다. 또 징수시에는 개별 근로자의 임금을 파악하지 않고, 전체 근로자 임금총액만 파악하므로 보험료를 되도록 적게 내기 위하여 보험료의 산정기준이 되는 임금총액을 축소 신고할 개연성이 있다.

산재보험에 있어서 요양급여 자체가 전문성을 요하는 것이므로, 의료기관과의 원활한 협조체계가 이루어져야 하지만 의료기관 역시 행위별 진료수가제에 입각한 진료비 지불방식에 의하여 운영되고 있어 건강보험의 허위·부정청구의 문제를 여전히 내포하고 있다.

산업재해보상보험의 산재보험 진료비 과다청구에 관하여는 이미 2000년대 초부터 사회적 문제가 되어, 2002년 근로복지공단 국정감사에서 지적된 바와 같이 2000년 80억원, 2001년 97억원, 2002년 7월까지 61억원에 이르고, 허위·부당 청구도 2000년 6천만원, 2001년 128개소 3억6천만원, 2002년 상반기 70개소 8억8천만원으로 증가하고 있는 추세를 보였다.

산재보험은 근로자를 위한 공공기금이라는 인식 때문에 범죄를 저지르고도 범죄라고 생각하지 않아 죄의식이 없는 경우가 많고, 이 때문에 산재보험금 허위·부정청구가 매년 늘어나고 있다. 이러한 문제로 산재보험사기를 예방하고 적발을 강화하기 위한 대책이 요구되었으며, 근로복지공단은 그 일환으로 2009년 초부터 보험사기 사건을 종합적·체계적으로 관리하고 조사를 전담하기 위한 보험조사팀을 설치·운영하고 있다.¹⁷⁾

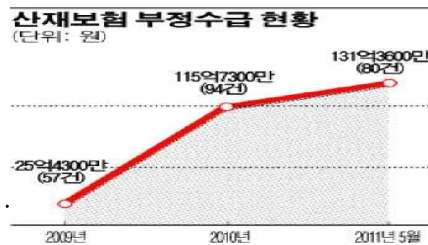
이 같은 노력에도 불구하고 최근까지 산업재해 보험범죄는 수법이 더욱 대담해져 조직화·지능화·흉포화 되고 동시에 적발 규모 역시 갈수록

17) 실제 2009년 초 근로복지공단은 산재보험금을 부당하게 편취한 보험사기 사건 3건을 적발하여 2억 3천여 만원을 회수 조치하였다. 근로복지공단, “산재보험사기, 더 이상 발붙일 틈이 없게 된다(보도자료)”, 2009. 3. 17.

늘어나는 양상을 보이고 있다.

근로복지공단에 따르면 산재 보험사기 적발건수와 부정수급 금액은 2009년 57건, 25억4300만원에서 2010년 94건, 115억7천300만원으로 급증한 것으로 나타났다. 1년 사이에 적발건수는 두 배 가까이, 부정수급액은 무려 4.5배 증가했다. 이러한 증가는 보험조사팀 설치에 이어 2010년 4월공단 내에 부정수급조사부를 정식으로 출범시켜 조사원을 더 늘리면서 적극적인 조사활동을 전개한 것도 영향을 미친 것으로 보인다.

<그림-3> 산재재해보상보험 부정수급 현황(2009-2011.5)



자료: 이투데이, “산재보험 사기 기승”, 2011. 6. 13.

2011년 들어서는 5월까지 80건이 적발돼 37억8300만원이 환수됐다. 적발돼 지급되지 않은 93억5300만원까지 포함하면 전체 부정수급액은 2010년보다도 많은 총 131억3600만원에 달한 것으로 나타났다.

이처럼 산재보험범죄가 급증하는 것은 건강보험범죄와 같이 낮은 죄의식, 도덕적 해이의 문제와 함께 산재사고의 경우 민영보험에 비해 상대적으로 조사가 전문적으로 이뤄지지 않을 것이라는 인식과 기대가 여전히 만연하고 있는 데에 기인한다.¹⁸⁾

18) 권선택 의원이 금융감독원과 공단으로부터 제출받은 자료에 따르면 지난 2005-2009년 5년간 근로복지공단은 산재보험의 부정수급 1362건을 적발해 180억원을 징수 결정하고도 98억원을 회수하지 못했으며 특히 2008년의 경우는 56억원 가운데 44억원을 회수하지 못해 수납률이 20.6%에 그쳤다. 메디컬투데이, “근로복지공단, 부정수급 회수율 20% 그쳐”, 2009. 10. 16.

(3) 고용보험범죄

고용보험은 실업의 예방, 고용의 촉진 및 근로자의 직업능력의 개발과 향상을 꾀하고, 근로자가 실업한 경우에 생활에 필요한 급여를 실시하여 근로자의 생활안정과 구직 활동을 촉진하는 것을 목적으로 하고 있는 바, 이를 위한 고용보험사업으로 고용안정·직업능력개발 사업, 실업급여, 육아휴직 급여 및 출산전후휴가 급여 등을 실시하고 있다.

이러한 고용보험의 취지에도 불구하고 고용보험 가입자와 지원금 지급이 지속적으로 증가하면서 부정수급도 증가하고 있으며, 부정수급 행위 또한 점점 지능화·조직화되고 있다. 부정수급 주요 유형으로는 ① 고용안정사업의 경우, 채용일자를 늦추어 신고하여 신규고용촉진장려금(청년) 부정수급 ② 직업훈련사업의 경우, 훈련기관 출석부 조작 ③ 실업급여의 경우, 취업사실 은닉 ④ 장애인장려금의 경우, 근로자 허위채용 ⑤ 모성보호급여(육아휴직 및 출산전후휴가 급여)의 경우, 휴가·휴직기간 허위신고 등으로 나타나고 있다.

그에 따라 노동부는 지난 2007년 8월 고용보험 부정수급 예방을 위한 “고용보험사업 내실화 및 부정수급방지 종합대책”을 수립하여 시행하고 있다. 동 종합대책에서 제시한 고용보험 부정수급 규모는 <표 15>에서 보는 바와 같이 실업급여와 고용안정사업에서 주로 발생하고 있는 것으로 나타났다. 이 종합대책에서 제시하고 있는 바에 의하면 고용보험 부정수급의 발생 원인으로는 실업급여의 경우 실업급여 수급기간 중 취업사실을 은닉하거나 소득을 신고하지 않은 경우가 가장 많았고(2006년 부정수급 적발건수의 90.7%), 고용안정사업의 경우 신규고용촉진장려금을 지원받기 위해 이미 채용한 근로자의 채용일자를 늦추어 허위로 신고한 경우가 2006년 적발건수의 89.4%로서 가장 많았다. 직업능력개발사업은 훈련기관의 출석부 조작, 훈련생 대리체크 등이 2006년 적발건수의 82.5%로서 압도적인 비중을 차지하였으며, 모성보호급여(산전후휴가금·육아휴직급여)의 경우에는 휴가·휴직기간 허위신고, 휴가·휴직기간 중

이직·재취업 미신고 등이 주요 사유로 나타났고, 장애인고용장려금의 경우 근로자 허위 채용, 임금 과다신고 등이 주요 부정수급 유형이었다.

<표 15> 고용보험 부정수급 현황(2004-2007.6)

(단위: 명, 건, 백만원, %)

구 분		2004	2005	2006	2007.6
실업급여	부정수급자	6,896	9,743	11,754	7,561
	총 지급액	1,448,306	1,751,974	2,074,004	1,213,394
	부정수급액	3,723	3,845	4,207	4,731
	비율	0.26	0.22	0.20	0.39
고용안정사업	부정수급건수	44	136	288	276
	총 지급액	98,227	203,474	378,230	224,266
	부정수급액	440	430	936	2,032
	비율	0.44	0.21	0.24	0.90
직업능력 개발사업	부정수급건수	434	279	160	34
	총 지급액	598,050	690,647	862,944	470,775
	부정수급액	271	1,089	55	4
	비율	0.05	0.16	0.01	0.0008
보성보호급여	부정수급자	28	27	27	19
	총 지급액	62,413	74,283	125,407	87,340
	부정수급액	12	26	29	30
	비율	0.02	0.04	0.02	0.03
장애인 고용장려금	부정수급사업장	12	9	15	18
	총 지급액	123,801	101,302	86,008	55,960
	부정수급액	404	55	212	281
	비율	0.32	0.05	0.24	0.50

주: 1) 부정수급비율 = 부정수급액/총지급액x100
 2) 2007년 실업급여 부정수급액에는 금번 브로커개입 사건의 부정수급액 중 반환 명령 조치가 이루어진 일부금액만 포함
 자료: 노동부, 고용보험사업 내실화 및 부정수급방지 종합대책, 2007. 8. 7.

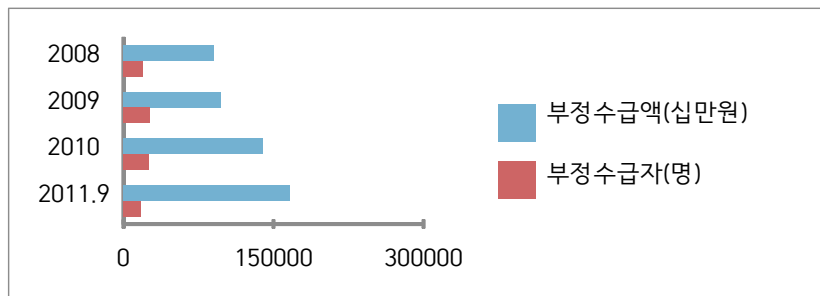
노동부는 고용보험사업관련 부정수급을 방지하기 위하여 이 같은 방지 대책 하에 부정수급 자동경보 시스템을 가동하고 지방에 부정 수급조사 팀을 설치(6개 지방청)하는 한편, 부정수급조사관을 임명(153명)하여 부정수급 예방 및 적발 노력을 강화해 온 결과, 2008년 8월 실업급여 부정수급액이 전년 동기 대비 29.6% 감소하는 등 고용보험 부정수급 방지 성과를 보인 바 있다.¹⁹⁾

이러한 부정수급 방지 노력에도 불구하고 실업급여의 경우 2008-2011. 9월

19) 노동부, “고용보험 부정수급 자진신고기간 운영(보도자료)”, 2008. 9. 30.

까지 최근 4년간 부정수급액이 493억원에 달하는 것으로 드러나 대책마련이 더욱 시급해지고 있다. 2011년 고용노동부 국정감사 자료에 따르면 최근 4년간 전국에서 발생한 실업급여 부정수급액은 총 493억 1800만원으로 5만 9537명이 부정 수급한 것으로 나타났다.²⁰⁾ 연도별로 보면 2008년 90억 7100만원(1만 9290명), 2009년 97억 3100만원(2만 6166명), 2010년 139억 800만원(2만 5691명), 2011년은 9월 현재 166억 800만원(1만 7679명)등으로 매년 급증하고 있다.

<그림 4> 고용보험 중 실업급여 부정수급 현황(2008-2011.9)



자료: 이범관 국회의원, 고용노동부 국정감사 자료, 2011. 9. 21.

우리 정부가 고용보험 적용을 급속 확대하고 누락사업장 발굴을 지속적으로 추진하는 과정에서, 실업급여 수급자와 함께 부정수급 건수도 꾸준히 증가하고 있는 것으로 보인다. 특히 고용보험이 사회경제적으로 안착되는 분위기가 성숙되면서 최근 이에 수반한 치밀한 공모, 지능 범죄도 발생해 부정수급의 절대적 규모가 증가하고 있다.

(4) 국민연금보험범죄

국민연금법에서는, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받은 자, 부담금을 사업장가입자에게 부담하게 하거나 기여금을 초과하는 금액을 사업장가입자의 임금에서 공제한 사용자, 정당한 사유 없이 연금보험료

20) 이범관 국회의원, “고용노동부 국정감사 자료”, 2011. 9. 21.

를 내지 아니한 사용자, 부담금의 증가를 기피할 목적으로 정당한 사유 없이 근로자의 승급 또는 임금 인상을 하지 아니하거나 해고나 그 밖의 불리한 대우를 한 사용자는 징역 또는 벌금 등의 형사처벌을 받도록 규정하고 있다.

2000-2009. 6월까지 지난 10년간 국민연금 부정수급 현황을 보면 적발 건수 총 21만5,524건, 적발 금액 1,211억에 달하는 것으로 나타나고 있다(<표 16>). 이 중 89.96%인 1,089억42백만원이 징수되었지만, 나머지 121억58백만원(10.04%)은 미징수된 것으로 나타났다.

<표 16> 연도별 국민연금 부정수급 현황(2000-2009.6)

단위: 건, 백만원

구분	합계	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009.6
적발건수	215,524	4,560	17,928	17,578	25,301	24,550	35,920	26,868	22,532	27,827	12,460
적발금액	121,100	4,975	6,916	11,335	12,751	11,589	15,764	15,800	12,151	20,523	9,295
징수금액	108,942	4,886	6,835	10,793	12,493	10,651	15,024	14,597	10,745	16,427	6,491
징수율	89.96%	98.21%	98.83%	95.22%	97.98%	91.91%	95.31%	92.39%	88.43%	80.04%	69.83%

자료: 원희목 국회의원, “국민연금 부정수급 지난 10년간 1,211억(보도자료)”, 2009. 9. 24.

국민연금의 급여는 크게 연금급여와 일시금급여로 구분해 볼 수 있다. 이 중에서 연금급여의 부정수급에 대해서 우선 살펴보면, 노령연금의 부정수급액이 803억9백만원(157,713건)으로 가장 많은 것으로 나타났고, 그 다음으로 유족연금(158억38백만원, 28,154건), 장애연금(151억91백만원, 17,997건) 순으로 부정수급이 이루어진 것으로 나타났다. 또한 일시금급여에서는 반환일시금이 91억35백만원(10,831건)으로 가장 많은 부정수급 항목으로 나타났다(<표 17>).

<표 17> 국민연금 급여종별 부정수급 현황(2000-2009.6)

단위: 건, 백만원

급여종별		합계	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009.6	
연금	소계	적발건수	203,864	3,802	16,851	16,798	24,111	23,245	33,104	25,537	21,500	26,969	11,947
		적발금액	111,338	4,693	6,626	10,994	12,250	10,436	13,436	14,411	10,835	19,382	8,275
		징수금액	101,675	4,628	6,553	10,468	12,012	10,140	13,076	13,315	9,989	15,624	5,870
	노령	적발건수	157,713	2,628	13,044	12,251	19,375	18,681	27,492	19,694	15,831	19,588	9,129
		적발금액	80,309	3,486	4,650	7,287	9,594	7,744	10,017	9,474	7,503	14,359	6,195
		징수금액	75,556	3,472	4,637	7,263	9,576	7,689	9,933	9,198	7,227	12,036	4,525
	장애	적발건수	17,997	182	1,156	1,406	1,644	1,817	2,343	2,626	2,647	3,017	1,159
		적발금액	15,191	399	893	1,329	1,176	1,362	1,839	2,784	1,820	2,594	994
		징수금액	13,208	374	880	1,148	1,106	1,278	1,731	2,520	1,549	1,836	786
	유족	적발건수	28,154	992	2,651	3,141	3,092	2,747	3,269	3,217	3,022	4,364	1,659
		적발금액	15,838	808	1,083	2,378	1,480	1,329	1,581	2,153	1,512	2,429	1,085
		징수금액	12,911	782	1,036	2,057	1,331	1,173	1,411	1,597	1,213	1,752	560
일시금	소계	적발건수	11,660	758	1,077	780	1,190	1,305	2,816	1,331	1,032	858	513
		적발금액	9,762	282	290	341	501	1,153	2,328	1,389	1,317	1,141	1,020
		징수금액	7,267	258	282	325	480	511	1,948	1,282	755	803	622
	반환	적발건수	10,831	700	1,036	724	1,122	1,206	2,681	1,253	923	731	455
		적발금액	9,135	254	239	289	450	1,117	2,241	1,293	1,231	1,049	972
		징수금액	6,706	231	231	274	429	478	1,877	1,196	682	729	579
	사망	적발건수	829	58	41	56	68	99	135	78	109	127	58
		적발금액	627	27	51	52	52	36	87	97	85	92	48
		징수금액	560	27	51	51	51	33	71	86	73	74	43

자료: 원희목 국회의원, “국민연금 부정수급 지난 10년간 1,211억(보도자료)”, 2009. 9. 24.

이러한 국민연금의 부정수급을 사유별로 분석해보면, 적발건수로는 부양가족연금 미해당²¹⁾ 사유가 80,094건(45억67백만원)으로 가장 많은 것으로 나타났고, 적발금액으로는 수급권 취소²²⁾ 사유가 211억57백만원(6,545건)으로 가장 많은 것으로 나타났다.

국민연금 수급자에 대한 사후관리가 매우 부실하게 운영되고 있어 이처럼 10년간 21만5,524건 1,211억이라는 국민연금 부정수급의 결과를 가져왔는 바, 국민연금의 급여액은 다른 사회복지급여액보다 상대적으로 크기 때문에 매우 적은 건수의 부정수급이라도 액수로는 매우 크게 나타날 수 있기 때문에 각별한 주의가 요구된다.

그럼에도 불구하고 수급자의 자진신고나 공적 자료를 통해서도 수급권 변동을 확인할 수 없는 연금 누수의 사각지대가 존재한다. 연금공단은

21) 부양가족연금 미해당: 부양가족 연금 대상이 수급권자와의 생계유지가 미인정된 경우.

22) 수급권 취소: 조기노령연금 지급사유 발생일 변경 등의 사유로 인한 연금 변경처리.

2010년부터 중점관리 대상 수급자의 현지 실태조사를 벌이고 있지만 이를 위한 법적 근거와 전문조사 인력 등 인프라가 미흡한 여건에 있다. 또 최근에는 해외거주자나 외국인의 국민연금 가입이 늘면서 해외 부당 수급도 적지 않게 발생하고 있어 그 대책마련이 요구된다.²³⁾

2. 사회보험범죄의 단속사례

1) 건강보험관련 보험범죄

전문직 종사자들에 의해 (전문화), 조직적으로 (조직화), 다수가 연루되어 나타나고 있는 (대규모화), 건강보험범죄의 대표적 사례들을 보면 다음과 같다.

① 병원/설계사 공모 보험사기 (금융감독원, 보도자료, 2006. 3. 13)

● 사건개요

사고일시 : 2002. 1 - 2004. 10(사고횟수 : 340회)

혐 의 자 : ○○병원 병원장 및 보험설계사 등 149명

- 특정지역의 의사, 보험설계사, 보험가입자등이 조직적으로 공모한 대규모 질병보험사기 적발사례로 혐의자들은 보험금 편취목적으로 특정질병을 허위로 진단 받거나, 재해사고를 가장하여 장기입원 등으로 총 340회에 걸쳐 16개 보험회사로부터 약 65억원의 보험금을 편취.

- 관련의사는 내원환자를 상대로 보험사기 혐의자들과 결탁하여 1-2일 통원치료한 환자를 수십일 동안 입원한 환자로 입원확인서를 조작하거나, 혈액검사결과 환자의 기록지를 조작하여 진단서를 발급하는 등의

23) 외국인 근로자의 증가로 인해 2005년도부터 외국인에 대한 반환일시금 지급 문제가 제기된 바 있다. 즉 본국 귀환에 따라 취업연수생 등 외국인들이 반환일시금을 수급 후 국내에 잠적(불법체류)하는 경우, 이들의 소재파악이 어려워 부당이득 환수에 애로가 발생되었다. 보건복지부, “국민연금 관련 민원처리실태 등 점검결과 보고”, 2005. 12.

수법으로 건강보험금 급여금 1억6천만원 상당을 편취.

- 동 사건은 환자와 병원이 공모하여 건강보험과 민영보험사 간의 정
보교류가 되지 않는 제도적 허점을 노린 대표적인 사건

② 병원사무장 등 공모하여 진료기록을 위조한 보험사기 (금융감독원,
보도자료, 2008. 9. 1)

● 사건개요

- 화천지역 ○○병원 사무장인 이씨는 병원 치료를 받지도 않은 보험
가입자 9명의 진단서 등을 가짜로 꾸며 보험사에 제출하는 수법으로
2008. 5월부터 7월까지 모두 3,670만원의 보험금을 편취.

- 병원사무장 이씨는 입원치료 사실이 전혀 없는 보험 가입자의 입원
차트, 입퇴원 확인서, 진단서 등을 가짜로 만들어 보험사에 제출했으며
이 중 일부는 국민건강보험공단으로도 청구해 240만원을 편취.

③ 병원장, 보험설계사 등이 공모하여 조직적으로 보험금 편취(금융감독원,
보도자료, 2012. 4. 24.)

- 병원장 유○○, 보험가입자 김○○ 등 50여명(전·현직 설계사포함)은
2008. 9-2010. 9월 동안 수술한 사실이 없음에도 수술을 한 것처럼 진료
기록부를 위조하거나, 허위 진단서를 발급받는 방식으로

- 보험사로부터 5억6천만원(병원장은 건강보험공단으로부터 요양급여
금 4천여만원)을 편취.

④ 제약회사 직원의 주도하에 의원, 약국 10개 기관이 연루된 조직적
인 허위·부당청구 행위를 적발(보건복지부, 보도자료, 2008. 2. 19)

● 사건개요

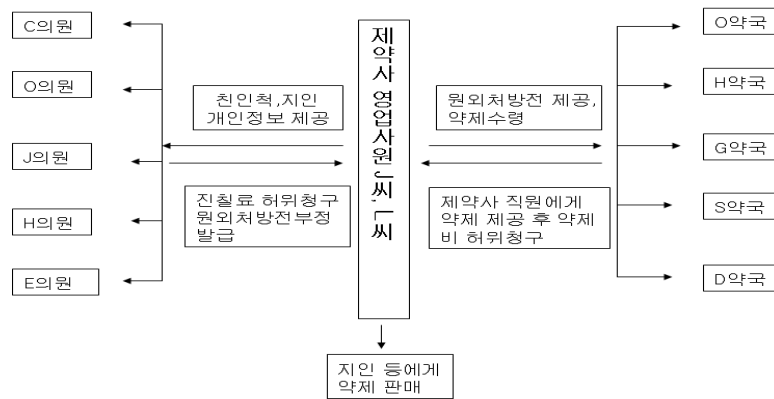
- 보건복지부가 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단과 함께 실
시한 2007. 12월 특별현지조사 결과 A제약사 영업사원인 J씨와 L씨는

자사제품 판매실적관리 차원에서 타인(친인척, 지인) 인적사항을 도용하여 거래처 의원에서 간장약, 무좀약에 대한 수십 장의 허위 처방전을 발급받은 후

- 인근 약국에서 월 1-2회 동 약제를 처방수량대로 미개봉약을 구입하여 지인 또는 일반인들에게 무료로 나눠주거나 저렴한 가격으로 판매하였으며 이 과정에서 영업사원의 친·인척, 지인 등 총 390여명의 주민등록번호가 도용되었음을 확인함.

- 또한 관련 의원은 제약회사 영업사원이 제공한 인적사항을 토대로 진찰료 상당의 요양급여비용을 허위 청구하였으며 약국은 개별 수진자의 처방전내역에 따르지 아니하고 미개봉상태의 약품을 처방총량으로 판매하고 실제 수진자가 내방하여 약제를 조제받은 것처럼 하여 약제비를 요양급여비용으로 부당청구함.

<그림 5> 제약사 직원, 요양기관·약국간 공모를 통한 요양급여비용, 약제비 허위청구 관계도



보건복지부, 제약회사 직원과 의원·약국이 연루된 진료비 허위부당청구 적발(보도자료), 2008. 2. 19.

⑤ 가짜환자 보험사기, 의사 등 207명 적발(연합뉴스, 2011. 10. 25)

● 사건개요

- 서울 강동경찰서는 25일 가짜 환자를 대거 동원하고 입원기록을 조작해 보험금과 국민건강보험 요양급여 30여억 원을 가로챈 혐의(사기 등)로 경기도 하남 A의원 원장 박모(42)씨를 구속하고 보험설계사 김모(43.여)씨 등 2명에 대해 구속영장을 신청.

- 또 정형외과 원장 김모(57)씨 등 의사 8명과 병원관계자 10명, 보험설계사 5명, 가짜 환자 행세를 한 심모(49)씨 등 181명을 불구속 입건.

- 이들 보험설계사는 2009년 1월부터 올해 9월까지 보험 모집수당을 받으려고 가족·지인을 보험에 들게 한 뒤 여러 병원에 입원시키고 자신들도 가짜 환자로 등재해 25개 보험사에서 27억2천만원을 타낸 혐의를 받음.

이상의 ①~⑤ 에서 보이는 건강보험범죄의 전문화, 조직화, 대규모화 사례 외에도 아래의 무자격자의 건강보험 이용 역시 대표적인 위법사례로 나타난다.

⑥ 무자격자가 장기적으로 건강보험을 이용한 사례(국회의원 원희목, 보도자료, 2011. 10. 16).

● 사건개요

건강보험 무자격자임에도 불구하고, 지난 2007-2011년 5년간 최다 1,817번, 최고 5,119만원의 건강보험을 불법이용한 사례

- 최다적발건수 사례는 ‘타인의 건강보험증을 부정사용’하여 수면제 등을 처방받기 위해 2009-2010년 동안 무려 1,817건(2,017만원)의 건강보험 적용을 받았던 것으로 나타남.

-또한 최고금액 사례로는 이민출국으로 ‘자격상실’이 되었으나, 2005-2006년 동안 총78건에 걸쳐 후두암 등의 치료를 위해 5,119만원의 건강보험 적용을 받았던 것으로 나타남.

2) 산재보험관련 보험범죄

산재보험범죄는 통상 자격상실 미신고, 바꿔치기 등 허위신고에 의해 위법 사례가 드러나고 있다.

① 수급자 사망 미신고 (근로복지공단, 2009. 3. 17)

● 사건개요

서울시 도봉구 방학동에 사는 진○○씨는 아버지 진△△(75세)씨가 지난 2007년 3월에 사망하였지만 아버지에게 지급되는 산재연금을 계속 받기 위해서 사망신고를 하지 않음.

- 사망하면 산재연금이 중단되지만 사망신고를 하지 않으면 계속 지급되는 점을 노린 바, 근로복지공단이 조사하기 시작한 2009. 1월까지 진씨가 사망신고를 하지 않고 편취한 산재보험금은 4,900만원에 달함.

② 사망 동생 장해연금 챙긴 비정한 형 구속(매일경제, 2011. 5. 2)

● 사건개요

- 울산 동부경찰서는 산재사고를 당한 뒤 요양중 숨진 친동생의 사망 사실을 숨기고 근로복지공단으로부터 14년간 장해연금을 부정수급한 혐의(사기 등)로 진모(60)씨를 구속함.

- 진씨는 1992년 산재사고를 당한 친동생이 4년 뒤 숨졌으나 이 사실을 숨기고 지난 1995년 6월부터 2009년 4월까지 117회에 걸쳐 2억6000만원 상당의 장해연금을 부정수급한 혐의를 받음.

③ 수감자도 받고, 음주운전자도 받고 ... 술술 샌 산재 보험급여(중앙일보, 2012. 5. 3)

● 사건개요

- 건설사 직원 김모(43)씨는 2010년 5월 일하다가 엉덩이를 크게 다쳐

관악지사로부터 1년간 산업재해 요양급여 1900만원을 받았고, 그 사이 김씨는 범죄를 저질러 지난해 3-5월 포항교도소에 수감됨.

- 복역 중인 사람은 산재보험금 지급 대상에서 제외된다. 하지만 공단의 감독이 소홀했던 탓에 김씨는 보험금을 계속 지급받음.

④ 상해자 바꿔치기 (근로복지공단, 2009. 3. 17)

● 사건개요

중국교포 김모씨는 경기도 여주에 있는 공장에서 일하다가 2008. 3월 손가락이 절단되었으나, 다친 김모씨는 불법체류자로 출입국관리소에 통보되어 추방되는 것이 두려웠고, 회사도 불법체류자 고용에 따른 처벌을 피하고자 다친 사람을 바꿔치기함. 중국교포 백모씨(합법취업)가 다친 것처럼 꾸미고, 회사가 산재신청서에 확인까지 해주었기 때문에 별 다른 의심을 받지 않고 산재처리를 할 수 있었음.

⑤ 상해자 바꿔치기 (근로복지공단, 2009. 3. 17)

● 사건개요

경기도 부천에 사는 장모씨(29세)도 공장에서 일하다가 손가락 절단 사고를 당하였는데 친형 이름으로 산재처리를 했다가 적발됨.

위의 사례 외에 본인 상해에 대한 허위 산재신고도 흔히 사례로 나타난다.

⑥ 노름하다 쓰러져도 산재, 산재보험 사기 급증(연합뉴스, 2010. 1. 4)

● 사건개요

- 제조업체 직원인 이모(51)씨가 2008년 9월 국외 출장 문제로 사업주와 언쟁을 벌이고 뇌지주막하출혈로 사망하자, 업체는 이런 내용의 재해 경위서를 작성해 산업재해 승인 업무를 담당하는 근로복지공단에 제출했

고, 이씨는 이듬해 4월 업무상 산재자로 인정을 받음.

그밖에 산재보험범죄도 건강보험범죄와 같이 전문화, 조직화 되는 사례가 나타나고 있다.

⑦ 보령署, 의사·변호사 사무장 낀 산재보험 부정 수급 피의자 검거 (뉴시스, 2011. 11. 1)

● 사건개요

- 충남 보령경찰서는 2011. 11. 31일 허위진단서를 발급받아 산재보험금을 부정 수급하려다 미수에 그친 피의자와 이들과 공모해 허위 장해진단서를 발급한 의사, 이를 알선한 변호사 사무장을 검거, 조사 중이라고 밝혔다.

- 경찰에 따르면 A모(50·전 버스기사 충남 서산시)씨와 B모(46·전 일용 노동자)씨는 변호사 사무장 C씨(43)의 알선으로 서산시 소재 D정형외과 의사 E씨(46)에게 실 장해상태 보다 높은 장해진단서를 허위로 발급받아 근로복지공단 보령지사에 각 2000여 만원의 장해 보상금을 부정 신청한 혐의를 받음.

3) 고용보험관련 범죄

고용보험은 아래 [사례 1]과 같이 실업 허위신고에 수법에 의한 단순 부정수급에서부터, 건강보험, 실업보험과 같이 점차로 조직화되는 사례가 늘어나고 있다.

① 눈먼 돈으로 전락한 실업급여, 범죄의 수단으로 이용... 조직적, 집단화 현상마저 보이는 실업수당 부정수급(내외대한뉴스, 2008. 9. 26)

[사례 1]

- 2008년 9월 3일 충남 보령경찰서와 대전지방노동청 보령지청에 따르면 '사기성범죄 특별단속계획'에 따라 대전노동청 보령지청이 고용보험금 부정수급자에 대한 대대적인 조사를 벌여 135명을 검거.

[사례 2]

- 부산지방경찰은 2008년 4월 24일 유령회사를 설립한 후 허위근로자를 동원해 14억여 원의 실업급여 및 5억여 원의 신규고용촉진장려금을 부정수급토록 알선한 브로커 A씨(37)를 특정경제범죄가중처벌법상 사기 등 혐의로 구속 영장 신청. 또 2007년 10월부터 A씨가 설립한 유령회사에 취업한 것처럼 속여 신규고용촉진장려금을 부정수급한 6명과 실업급여를 부정수급한 324명에 대해서는 불구속 입건.

② 실업자 허위신고해 실업급여 수령(노컷뉴스, 2012. 6. 12)

● 사건개요

실업자로 허위 신고해 실업급여를 챙긴 근로자와 사업장 대표들이 무더기로 형사 고발됨.

- 고용노동부는 사업장에서 근무하고 있으면서도 실업자로 위장, 실업급여를 받은 근로자와 사업장 대표, 중간 관리자 등 60명을 고용보험법 위반 혐의로 형사고발하고 부정수급 의심자 13명에 대해서는 수사의뢰를 밝힘.

③ 노동부 실업급여 줄줄 샌다(한국경제, 2007. 11. 7)

● 사건개요

- 서울경찰청은 무직자들에게 재직증명서 등을 허위로 작성해 준 뒤 실업급여 등을 받게 도와주고 알선료 명목으로 1억여 원을 받아 챙긴 혐의(사기 등)로 황모(41)씨 등 4명을 구속하고 돈을 타낸 무직자 한모(46)씨 등 56명을 불구속 입건.

4) 국민연금관련 범죄

① 연금공단, 5년간 949억원 부당지급(메디컬투데이, 2010. 10. 11)

● 사건개요

- 노령연금 수급자가 사망했음에도 가족이 연금을 계속 수급하기 위해 사망 사실을 늦춰 신고한 사실이 드러남.

- 국회 보건복지위원회 소속 이낙연 의원이 국민연금공단으로부터 제출받은 자료에 의하면 노령연금 수급자 A씨가 지난 2009년 4월18일에 사망했지만 유족은 인우보증서를 첨부해 실제 사망보다 1년 늦게 지자체에 사망신고를 한 것으로 밝혀짐.

IV. 결 론: 사회보험범죄의 대응방안

아래에서는 사회보험범죄 관련 법규와 조직 정비, 대응절차 개선, 보험범죄대응의 거버넌스 구축, 홍보 등의 측면에서 보험범죄의 효과적 대응방안을 살펴보고자 한다.

1. 입법론적 대책

사회보험범죄에 대해서는 우선 미비된 처벌 규정을 정비하고, 처벌 수위(f)를 높이는 제도 개선을 통해 범죄를 억제하는 노력을 기울일 필요가 있다. 우리나라는 건강보험의 경우, 재정적자 문제가 노정되고 있음에도 불구하고 건강보험사기에 대한 국가적 차원의 대책이 매우 미흡한 실정인데, 특히 의료 제공자의 부정청구에 대한 형사제재가 미비한 상황이다. 즉 우리나라 국민건강보험법상 의사가 직접 허위 기타 부정한 방법으로 요양급여비용을 청구한 경우에는 형사법상 사기죄 이외에 형사처벌 규정이 없다.

국민건강보험법 제85조는 요양기관의 부정청구에 대한 행정처분에 불과한 규정이고, 국민건강재정건전화특별법 제19조는 대행청구종사자의 부정청구에만 형사처벌이 가능하다. 형법상 사기죄는 거래관계에서 신의칙에 반하는 정도의 기망행위에 대해서만 제한적으로 인정되기 때문에 의료 제공자의 부정행위를 사기죄로 처벌하는 것에는 한계가 있다. 보험업법에 보험사기 금지조항이 있으나 보험사기에 대한 정의 및 처벌조항은 없다.

미국의 경우 2010년 3월에 통과된 의료개혁법(PPACA: Patient Protection and Affordable Act)에 따라 의료사기 방지활동을 강화하는 방향으로 부정청구금지법(FCA: False Claims Act)과 메디케이드 환자보호법(MPPA: Medicaid Patient Protection Act)²⁴⁾을 개정하였다. 부정청

구금지법의 개정을 통해 의료제공자 과오납의 신고 및 환급기간(60일)을 명시하는 한편 소추대행자의 범규위반 혐의에 대한 원천정보(직접적이며 독립적인 지식) 기준을 완화하여 소제기를 용이하게 하였으며, 개정 반 뇌물법에서는 사기행위의 고의성 입증기준을 완화하였다.

우리의 경우도 국민건강보험법과 보험법에 의료제공자의 부정청구에 대한 처벌규정을 신설하되, 기망행위의 정도를 사기죄보다 넓게 인정하고 부정청구에 대한 개념을 구체적으로 명시하는 것이 바람직하다.²⁵⁾

갈수록 확대되고 있는 산재보험범죄에 대해서도 처벌규정을 개선할 필요가 있다. 우리나라 현행 산재보험법은 부정수급과 달리 사업주의 보험료사기와 근로자기망에 대해 형사제재 규정이 없으므로 동 불법행위의 억제 차원에서 이에 대한 강력한 제재규정을 수립할 필요성이 있는 것이다. 미국 캘리포니아주 사례를 보면 비단 부정수급뿐만 아니라 사업주의 보험료사기 및 근로자기망을 중죄로 규정하고 있다. 즉 Insurance Code Section 1871.4와 Labor Code Section 3820은 산재보험급여를 수급 또는 거절하고자 중요사실을 조작가공 또는 허위진술하거나, 이를 공모하는 것을 중죄로 규정하고 있다. 특히, Insurance Code Section 1871.4(a)4는 피재근로자의 산재급여신청을 막기 위해 수급자격과 관련하여 중요사실을 조작가공 또는 허위진술하는 것을 불법으로 규정하고 있다.²⁶⁾

우리나라 산재보험법은 의료기관이나 약국의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 진료비나 약제비를 지급받은 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제127조

24) MPPA는 반뇌물법으로서 의료제공자가 정부지원 의료프로그램 환자를 이송하는 대가 또는 구매, 입차, 주문하거나 이를 알선하는 것과 관련하여 보수를 유인하거나 받는 등의 행위를 금지하는 법이다. 연방 형사법으로서 Anti-Kickback Statute라고도 한다. 송윤아, “미국 공적의료보험의 사기 방지노력과 시사점”, KiRi Weekly, 보험연구원, 2011. 5. 16, p. 9; American Health Lawyers Association, “Anti-Kickback Statute”, <http://www.healthlawyers.org/hlresources/Health%20Law%20Wiki/Anti-Kickback%20Statute.aspx> (2013. 3. 7 검색).

25) 송윤아(2011. 5. 16), p. 11.

26) 송윤아, “산재보험사기 대응방안과 시사점: 캘리포니아주 사례를 중심으로”, KiRi Weekly, 보험연구원, 2011. 8. 8. pp. 9-11.

제1항). 보험급여를 받은 자도 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받았을 경우 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다(동법 제127조 제2항).

그러나 사업주가 낮은 보험료를 적용받기 위한 임금 또는 근로자수 미신고 혹은 과소 신고, 과거 산재사고 경험 조작·가공, 업종 오분류 등의 보험료 사기에 대해 별도의 형사제재가 필요하다. 특히 피해근로자의 산재보험급여 청구에 대한 의도적 거절, 피해근로자의 산재수급자격 관련 사실조작·가동 또는 허위진술 등 근로자기망에 대한 형사제재가 절실하다. 현행 고용보험 및 산재보험 보험료징수 등에 관한 법 제50조에는 보험료사기에 대한 제재규정은 있지만 3백만원 이하의 과태료 부과에 불과한 것이다.

아울러 사회보험범죄에 대해서는 형사처벌과 함께 민사상의 제재도 고려할 필요가 있다. 즉 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 몰수하는 것 외에 불법행위로 인한 손해배상책임을 물을 수 있는 민사제재금(civil penalty) 제도의 도입을 검토해 볼 수 있다. 이는 미국에서 시행되고 있는 제도로서 벌금형을 포함한 형사책임과는 별도로 민사제재금을 불법행위자에게 부과하고 있다.²⁷⁾

예컨대 미국은 산재보험사기에 대해 민사제재금으로 4천-1만 달러와 의료비용의 최대 3배까지 부과할 수 있다(Labor Code Section 3820. d). 더욱이 미국은 사업주의 보험료사기에 대한 처벌과 효과적인 적발 강화를 위해 형사 벌금 이외에 보험료사기에 대한 민사제재금 인상을 검토 중이다.²⁸⁾

민사제재금은 벌금의 규모가 부당이득에 비해 매우 작다는 점을 생각하면 그 도입의 필요성을 인정할 수 있다. 우리나라의 경우도 산재보험의 경우 형사제재 이외에 이익금의 3배 정도의 범위 내에서 민사제재금

27) 정 웅(2011), p. 48.

28) 송윤아(2011. 8. 8), p. 10.

을 부과한다면 사업주의 산재범죄에 대한 유인을 억지하는 효과를 가져올 것으로 본다.

2. 유관조직의 확충

사회보험범죄의 처벌가능성(P)을 높이기 위해서는 정부 내 사회보험범죄만을 전담하는 형사사법부서의 확충이 고려되어야 하며 이를 위해서 경찰 내의 수사 인력을 충분히 확보하고 전문적인 수사기법을 지속적으로 교육할 필요가 있다.

국가 형사사법부서의 확충 외에 유관 공공기관의 조사조직도 보완되어야 한다. 민영보험범죄와 관련하여서는 금융감독원이 조직적인 면에서 과거 보험검사국내의 보험조사팀이 보험조사실로 확대된 바 있고 또 관련 보험협회 등의 조사부서가 운영되고 있으나 사회보험범죄의 적발 및 방지의 중요성이 점차 증대되고 있는 현 실정에서는 유관 사회보험기관 내에 보험사기 대책 전담 부서를 설치할 필요가 있다. 이러한 사회보험범죄 대책 전담부서가 보험사기의 적발 및 방지대책의 수립, 보험사기 담당 조직의 업무 분담과 협조관계의 조정, 보험사기방지대책 추진에 대한 감독 및 평가업무 수행 등을 주요업무로 추진할 수 있어야 할 것이다.

예컨대 현재 실업보험 부정수급, 산재보험사기사건 등 사회보험범죄와 관련하여 유관 공단 본부 내에 보험범죄대책 전담부서의 설치확충을 고려할 수 있으며, 각 고용지원센터와 지역 공단에 부정수급 조사팀을 설치하여 부정수급 조사를 전담할 수 있도록 한다.

특히 앞으로 연금보험의 경우는 수급자가 계속 늘어날 것이 때문에 그 탈법위험에 대비하여야 한다. 2004-2008년 5년간 국민연금의 부정수급 여부를 확인·조사하는 사후담당자 현황을 보면 조사직원 87명이 253만

명의 국민연금수급자를 관리하고 있는 것으로 나타나(1인당 29,163명 관리) 국민연금의 부정수급이 제대로 조사되지 못하고 있는 것이다.²⁹⁾ 담당인력에 비해 1인당 연금수급관리 대상자가 과다하여 적격 수급자에 대한 확인과 충분한 조사가 어려운 것이 현실이다. 연금보험 부정수급 차단을 위해서 감독 당국뿐만 아니라 공단의 조사담당자를 증원하고 기존 연금수급자에 대해 정기적 현지 실사를 실시함으로써 국민연금의 부정수급과 누수위험을 철저히 막아야 할 것이다.

한편 국민연금 부정수급 조사, 의료제공자의 부정청구 적발 등 사회보험범죄의 탈법위험을 효과적으로 통제하는 활동을 지원하기 위해 사회보험재원의 일정액을 재원으로 하는 보험사기방지기금의 마련도 필요하다. 미국은 HCFAC기금과 FBI기금을 통해 의료사기방지기금을 조성하여 미 법무부와 보건복지부의 의료사기 및 남용방지 프로그램(HCFAC: Health Care Fraud and Abuse Control) program)에 제공하고 있다.³⁰⁾

3. 대응절차의 개선

1) 통합된 정보시스템의 구축과 운영

사회보험범죄에 대한 적발 가능성(Probability of being caught)을 높여 탈법위에 적극적으로 대응하기 위해서는 필요한 정보(예컨대 산재보험과 고용보험 및 건강보험간 허위진술 사실조작에 관여된 사업주, 의료제공자, 법률서비스제공자)를 상호 공유하는 제도를 확대 시행하여야 한다. 각 사회보험별로 정보자료를 공유하지 않는 경우에는 조사의 신속성과 효율성이 떨어지게 되고 각 공단은 전산시스템의 운용에 따른 막대한 재

29) 원희목 국회의원, “국민연금 부정수급 지난 10년간 1,211억(보도자료)”, 2009. 9. 24.

30) 송윤아(2011. 5. 16), p. 11.

정적 지출도 감당해야 된다. 이러한 작업은 각 보험공단의 운영을 위축시키지 않으면서 집적된 정보를 효율적으로 활용하여 피보험자를 보호하는 동시에 개인의 신용정보를 남용하여 개인의 사생활이 침해되지 않도록 주의해야 한다.

고용보험의 경우 노동부는 실업급여를 포함한 고용보험 각종 지원금의 부정수급을 근원적으로 방지하고 고용보험제도의 효과적 운영을 위해 '부정수급 자동경보시스템'을 구축해 오고 있다. 노동부와 한국고용정보원이 공동으로 개발한 '자동경보시스템'은 고용보험에 입력된 정보를 실시간으로 분석하여 사업장 및 수급자의 의심스런 정보를 고용지원센터 담당자에게 자동으로 알려주는(alarm) 시스템으로 고용보험전산망상 개인의 고용보험 조회이력을 자동으로 기록·관리하여 누가 언제 어떤 정보를 열람하였는지 한눈에 볼 수 있도록 하였다.

사회보험 불법행위에 대한 종합적 대응을 위해 여타 사회보험의 경우에도 효과적 정보시스템 구축과 상호통합을 구상해 볼 수 있다. 특히 4대 사회보험의 징수통합이 2010년 7월부터 6개월간의 시험운영기간을 거쳐 2011년부터 전면 시행되어, 각 공단의 전산시스템을 연계·통합하는 정보시스템을 구축하고 있는바, 이를 계기로 사회보험 불법행위 대응을 위한 통합정보시스템구축이 병행될 필요가 있다.

2) 신고시스템운영의 활성화

민영보험의 경우 금융감독원에서는 지능화, 조직화, 홍보화 되어 가고 있는 보험범죄에 적극 대응하기 위하여 2001년부터 보험범죄 신고센터를 운영해 오고 있고, 「보험사기업무방지 모범규준」에 따라 각 보험사도 신고센터를 설치·운영 중에 있다. 또한 보험사 별로 자체 포상금 지급 기준을 마련·시행하고 있는 바, 사회보험범죄에 대한 제보 역시 향후 우리사회 전반에서 활성화되도록 보험범죄신고센터의 운영 프로세스를

개선해 나갈 필요가 있다.

근로복지공단의 경우 2009년 초 보험조사팀을 설치 이후 약 2개월여 동안 보험범죄 관련 제보 37건이 접수하고 2009년 3월 현재 보험범죄가 의심되는 20여건에 대한 조사를 진행하고 있다. 근로복지공단은 앞으로 전산시스템을 통한 상시 모니터링, 보험사기 이상 징후 감시 및 경보체계 구축 등 보험범죄 대응 방안을 추진해 나갈 예정인 바, 여타 사회보험 부문에서도 이와 유사한 신고시스템을 구상할 필요가 있다.

아울러 신고에 대한 인센티브제도 역시 지속적으로 안착시켜야 한다. 건강보험의 경우 중앙포상심의위원회를 개최하여 허위·부당하게 청구한 요양기관을 신고한 신고인에게 포상금을 지급하고 있다.³¹⁾ 여타 사회보험의 경우에도 접수된 부당청구 신고 건에 대하여, 복지부 등 중앙행정부서가 직접 해당 요양기관을 현지조사하거나 공단이 자체 확인하여 부당청구를 적발한데 따른 신고 포상금이 지급됨으로써, 보험범죄에 대한 적발 가능성을 높여야 할 것이다.

4. 관계자간 거버넌스 구축

보험범죄와 관련하여 보험자나 감독당국 그리고 법 집행 당국간에 원활한 업무협조가 이루어질 필요가 있다. 특히 사회보험사기 사건에 대해 증거를 수집하여 수사하는 단계에 접어들면 보험자로서는 필수적으로 검

31) 국민건강보험공단은 2011년 12월 15일 제3차 중앙포상심의위원회를 개최하여 진료비 7억2,358만원을 허위·부당하게 청구한 요양기관을 신고한 19명의 요양기관 내부종사자 및 일반신고인에게 총 1억1,208만원의 포상금을 지급기로 의결하였다. 포상금 최고액은 5천4백만원으로, 비의료인이 의료법 제33조 제2항의 개설 기준을 위반하여 의료기관을 개설하고 의사를 고용하여 5억7,915만원의 진료비를 허위·부당 청구한 건이다. 이번 포상금 지급결정은 공단에 접수된 부당청구 요양기관의 신고 건에 대하여, 보건복지부가 해당 요양기관을 현지조사하거나 공단이 자체 확인하여 총 7억2,358만원의 부당청구금액을 적발한데 따른 부당청구 신고 포상금이다. 2005.7월 내부공익신고 포상금 제도를 시행한 이후, 2011. 12. 15일 현재 총포상금은 16억2,608만원에 달한다. 국민건강보험공단, “진료비 허위·부당청구 신고인에게 포상금 최고 5천4백만원 지급·결정(보도자료)”, 2011. 12. 15.

찰 및 경찰과의 협조가 필요하게 된다. 이와 관련 경찰청과 금융감독원은 최근 증가하고 있는 보험사기 등 금융범죄 근절을 위해 상호협력을 강화하고자 업무협약을 체결하였다.³²⁾ 양기관은 수사기관과 금융감독기관이 상호 협조체제를 구축하여 금융범죄 대응역량을 강화해야 한다는 데 인식을 같이해 업무협약체결을 추진하게 되었다.

경찰청과 사회보험 유관 공단 간에서도 사회보험범죄 수사시 상호 정보교류를 활성화하고 범죄예방을 위한 제도개선 및 홍보활동을 공동추진하는 한편, 상호 인력지원, 교육연수과정 참여, 강사지원, 정례회의 개최 등을 통해 협조분야를 확대해 나갈 필요가 있다. 경찰청과 금융감독원의 민영보험범죄 협력사례와 같이 경찰청-사회보험공단 간 업무협약을 기초로 상호간 협력체계가 긴밀히 구축하고, 나아가 경찰수사지원과 공조수사가 확대되어 사회보험범죄 대응역량이 강화되어 나가야 할 것이다.

장기적으로는 사회보험사기 근절을 위하여 경찰, 공단, 금융기관 등으로 구성된 범정부 차원의 별도 합동대책반을 구성하여, 각종 첩보와 공단 내 보험범죄 인지 시스템에서 추출되는 혐의자료 등을 분석해 수사를 기획한다. 확인된 혐의에 대해서는 공조수사 후 일선 수사기관에 이첩하는 것을 원칙으로 하되 대규모의 조직적인 범죄와 조직폭력배 개입 등 중대범죄는 직접 경찰에서 수사 관리한다. 아울러 일선 경찰서마다 보험범죄 전담팀을 가동해온 경찰의 보험범죄 특별단속도 이러한 사회보험 합동대책반 운영과 연계하고, 향후 사회보험범죄 합동대책반의 운용성과를 평가하여 관계 기관간 거버넌스 구축의 차원에서 이를 미국의 사례와 같이 준상설기구화 하는 방안을 검토해보아야 할 것이다.

미국은 의료제공자의 부정청구 적발을 위해 보건복지부와 법무부의 공동기구를 설립하여, HCFAC program을 운영하고 공동으로 사기조사, 실적감사, 데이터베이스 구축 및 공유 등의 활동을 수행하고 있다.³³⁾ 미

32) 경찰청·금융감독원, “경찰청·금융감독원 업무협약 체결(보도자료)”, 2009. 5. 4.

33) 송윤아(2011. 5. 16), p. 8.

HCFAC program 사례는 형사사법 당국과 보건당국 간의 공조가 사기적 발에 미치는 긍정적인 효과를 보여준다.

5. 대국민 홍보활동의 강화

범죄를 효과적으로 예방하기 위해서는 해당 범죄의 피해나 그 처벌의 지에 대해 대국민 홍보를 강화할 필요가 있다. 보험범죄는 일반적으로 보험자 이외에는 직접적인 피해를 느끼지 않기 때문에 보험범죄에 대한 관심이나 인식 정도가 낮다. 이러한 인식문제는 사회보험의 영역에서 더욱 심각하다. 예컨대 산재범죄 사례에서 본 바와 같이 산재보험사기가 급증하는 것은 범죄자들이 보험금을 일종의 보조금으로 생각하고, 사기 후에도 사회보험이 민간보험보다 상대적으로 덜 전문적으로 조사가 이뤄질 것이라는 잘못된 인식 탓이다. 게다가 갈수록 산재보험 사기가 대범해지고 지능화, 조직화 되고 있다는 것이 더 큰 문제이다.

따라서 보험범죄가 피해자 없는 범죄라고 느끼는 인식을 전환시키기 위해 유관 보험공단에서는 언론매체 등을 통한 홍보활동을 강화하여야 하며, 특히 일정 보험사기에 대한 공시를 통해 단속 및 처벌의지에 대한 지속적인 홍보를 실시하여야 한다. 미국은 Insurance Code Section 1871.9에 의거 2005년 1월부터 산재보험사기로 유죄판결을 받은 자에 대한 상세정보(사건번호, 관할법원, 성명, 사업장 주소, 사선일자, 편취금액, 처벌내용)를 주정부 보험과(CDI: California Department of Insurance) 웹상에 5년간 게시토록 하고 있다³⁴⁾.

아울러 보험범죄 차단을 위한 노력에 적극 참여하는 관계자들에 대해 적절한 보상체계(incentive system)가 마련되어 있음을 지속적으로 알려

34) 송윤아(2011. 8. 8), p. 10.

나갈 필요가 있다.

사회보험의 효율적인 관리와 탈범차단을 위해 보험자(공단) 외에도 감독당국, 경찰, 국민들은 사회보험범죄에 대한 사회비용(social cost)적인 식을 분명히 하고 보험범죄대응의 제도화와 그 안착에 공동 노력을 기울여 나가야 할 것이다.

참고문헌

1. 국내 문헌

- 경찰청, “보험사기 특별단속(보도자료)”, 2009. 6. 2.
- 경찰청·금융감독원, “경찰청·금융감독원 업무협약 체결(보도자료)”, 2009. 5. 4.
- 국무총리실, “보험범죄 근절을 위한 대책마련(보도자료)”, 2009. 6. 19.
- 국민건강보험공단, “진료비 허위·부당청구 신고인에게 포상금 최고 5천4백만원 지급·결정(보도자료)”, 2011. 12. 15.
- 근로복지공단, “산재보험사기, 더 이상 발붙일 틈이 없게 된다(보도자료)”, 2009. 3. 17.
- 금융감독원, “최근 금융산업 발전의 현황 및 특징(보도자료)”, 2002. 3. 5.
- 금융감독원, “2005년 신종보험사기 대폭증가(보도자료)”, 2006. 3. 13.
- 금융감독원, “2006년도 보험사기 적발현황(보도자료)”, 2007. 2. 14.
- 금융감독원, “2008년 보험범죄 신고센터 운영현황(보도자료)”, 2009. 2. 26.
- 금융감독원, “2009년도 보험사기 적발현황(보도자료)”, 2010. 3. 16.
- 금융감독원, “2010년도 보험사기 적발현황(보도자료)”, 2011. 4. 7.
- 기획재정부, “사회보험 사각지대 해소사업(보도자료)”, 2012. 4. 5.
- 노동부, 고용보험사업 내실화 및 부정수급방지 종합대책, 2007. 8. 7.
- 노동부, “고용보험 부정수급 자진신고기간 운영(보도자료)”, 2008. 9. 30.
- 보건복지부, “건강보험 허위청구 요양기관 강력대처(보도자료)”, 2007. 4. 12.
- 보건복지부, “제약회사 직원과 의원·약국이 연루된 진료비 허위부당청구 적발(보도자료)”, 2008. 2. 19.

- 보건복지부, 2004-2007.7 현재 연도별, 시도별 부정수급자 현황 및 조치 내역, 2007.
- 송윤아, “미국 공적의료보험의 사기방지노력과 시사점”, KiRi Weekly, 보험연구원, 2011. 5. 16.
- 송윤아, “산재보험사기 대응방안과 시사점: 캘리포니아주 사례를 중심으로”, KiRi Weekly, 보험연구원, 2011. 8. 8.
- 안경옥, “한국의 보험범죄의 실태 및 대책”, 형사정책연구, 제14권 제2호, 2003.
- 원희목 국회의원, “국민연금 부정수급 지난 10년간 1,211억(보도자료)”, 2009. 9. 24.
- 원희목 국회의원, “건강보험 불법이용자 3만명(보도자료)”, 2011. 10. 16.
- 윤성훈 외, 2012년도 보험산업 전망과 과제, 보험연구원, 2011. 12.
- 이범관 국회의원, 고용노동부 국정감사 자료, 2011. 9. 21.
- 이병희, 보험사기범죄의 실태와 방지방안, 한국형사정책연구원, 2002.
- 이진면 외, 2009년도 보험산업 전망과 과제, 보험연구원, 2009. 12.
- 재정경제부, “한국의 사회보험 제도 현황(보도자료)”, 2005.
- 정 웅, “우리나라 보험범죄의 실태와 제도적 대응방향”, 사회과학연구, 제15권 제2호, 순천향대 사회과학연구소, 2009.
- 정 웅, 한국 금융범죄의 유형분석과 경찰의 대응방안, 치안정책연구소, 2011.
- 조해균·양왕승, “범 국가적 차원의 보험사기 대처방안에 관한 연구”, 보험개발연구, 제12권 제2호, 보험개발원, 1999.
- 최인섭 외, 한국의 금융범죄 실태와 사회적 대응방안, 형사정책연구원, 2002.
- 탁희성, 보험범죄에 관한 연구, 한국형사정책연구원, 2000.
- 황만성, 공보험범죄의 실태와 대책, 한국형사정책연구원, 2003.

2. 외국 문헌

American Health Lawyers Association, “Anti-Kickback Statute”,
<http://www.healthlawyers.org/hlresources/Health%20Law%20Wiki/Anti-Kickback%20Statute.aspx> (2013. 3. 7 검색).

Becker, Gary G., “Crime and Punishment: An Economic Approach,”
Journal of Political Economy, Vol. 76, No. 2, 1968.

Nahra, Kirt J., “The Role of Victims in Criminal Investigation and Prosecutions”,
http://www.insurancefraud.org/downloads/Role_of_Victims.pdf (2013. 3. 7 검색).

NICB, *Annual Report*, 2006-2011.

3. 통계 및 신문류

국민연금공단, “월별통계자료”,
http://www.nps.or.kr/jsppage/info/resources/info_resources_03_01.jsp?cmsId=statistics_month(2013. 3. 7 검색).

국민건강보험공단, “연도별 건강보험 재정현황(건강보험재정)”,
http://stat.kosis.kr/nsieu/view/tree.do?task=branchView&id=350_35001_C*MT_OTITLE&hOrg=350 (2013. 3. 7 검색)

머니투데이, “건강보험 부정수급 3년간 149억원...복지부, 관리 강화”,
2012. 3. 28.

이투데이, “산재보험 사기 기승”, 2011. 6. 13.

책임연구보고서 2012-14

사회보험범죄의 양상과 경찰의 대응 방안

2012년 12월 31일 발행

발행인 : 조 요 섭

발행처 : **치안정책연구소**

경기도 용인시 기흥구 연남로 74

홈페이지 : www.psi.go.kr

이 책의 무단 복제를 금합니다.

이 책자에 게재된 내용은 연구자 개인의 의견이며
치안정책연구소 공식견해가 아님을 밝혀둡니다.



POLICE SCIENCE INSTITUTE