

국민건강보험과 관련한 보험범죄의 문제점과 대책

황만성*

I. 서론	1. 개요
II. 건강보험법상 보험범죄의 개념	V. 국민건강보험과 관련한 보험범죄의 대책
1. 공보험으로서의 건강보험의 개념	1. 공보험범죄에 대한 인식의 전환
2. 공보험범죄의 개념	2. 요양병원 등의 인식전환을 위한 대책
3. 국민건강보험법상 보험범죄 관련 규정	3. 국민건강보험법의 정비·보완
III. 국민건강보험과 관련된 보험범죄의 특성	4. 특별법 제정논의의 필요성
1. 보험범죄의 특성	5. 전담조직의 설치운영
2. 공보험범죄의 특성	6. 부당청구 차단을 위한 다중장치 가동
IV. 국민건강보험과 관련한 보험범죄의 실태	VI. 결론

I. 서론

사회보험제도는 노령, 질병, 실업, 산재 등 현대사회에서 누구나 직면할 수 있는 대표적인 사회적 위험들에 대해 사회적 차원의 보호와 보상 그리고 관련서비스를 제공하는 제도로서 서로 다른 보장영역에 대해 각각의 고유한 목적과 기능을 가지고 있다. 사회보험의 체제가 갖추어 졌는가의 여부는 선진국·복지국가의 척도로 여겨지고 있으며, 국민 모두가 건강하고 행복하게 살기 위한 조건으로 받아들여지고 있다.

우리나라도 1960년의 공무원연금법을 시작으로 1963년 군인연금, 1964

*법학박사, 한국형사정책연구원 부연구위원

년 산업재해보상보험, 1975년 사립학교교원연금, 1977년 의료보험, 1988년 국민연금, 1995년 고용보험제도를 도입하였다. 다른 여타의 선진국에 비하여 사회보험제도의 도입시기는 비교적 늦었다고 할 수 있으나 급속한 산업화의 과정과 함께 보험제도의 도입과정 및 적용범위 확대의 속도는 빠르게 진행되었고, 기본적인 4대 사회보험체계를 구축함으로써 우리나라는 외형적으로는 복지국가의 형태를 갖추게 되었다.

그러나 국민의 복리증진에 가장 중추적인 역할을 담당할 것으로 기대되고 있는 사회보험제도에 관하여는 제도 자체의 문제를 비롯하여 그 운영상의 문제에 대한 우려의 목소리가 끊이지 않고 있다. 이러한 사회보험의 문제점은 건강보험의 경우에도 예외는 아니어서, 건강보험의 보험기능의 축소·상실¹⁾, 건강보험의 재정적자의 문제, 건강보험의 직장가입자와 지역가입자의 형평성의 문제, 납부예외자의 문제 등 건강보험제도에 대한 비판과 불만의 시각이 확산되고 있다.

한편, 고의적인 사고 유발과 이미 발생한 손해를 확대시켜 과도한 보험금을 청구하는 보험범죄 등은 필요 이상의 보상금 지급, 예방비용의 지출, 보험료 인상 등의 추가적인 비용을 발생케 한다. 이는 선량한 다수 보험계약자의 보험료 부담 증가와 보험재정의 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 대두되고 있다.²⁾

당초 보험범죄 내지 보험제도에 있어서 도덕적 위험은 역사적으로 민영보험에서 먼저 비롯되었고 여러 보험 종목 중에서도 역사가 오랜 화재보험, 해상보험, 생명보험 분야에서 발달되었다. 보험산업의 발전에 따라 보험범죄는 자동차보험과 각종 배상책임보험 영역으로 확산되었고, 민간

1) 보험제도는 우연한 사고로 인한 경제적 손실을 보상해 주며 개인이나 기업의 활동을 도와줄 뿐만 아니라 불의의 사고에 대한 공포와 불안감에서 해방되며 정신적·심리적 안정감을 갖게 하는 것이 본래의 목적이다. 그러나 이러한 보험의 의미는 건강보험의 경우 오히려 퇴색되고 있다. 즉, 감기와 같이 치료하는데 많은 비용이나 시간이 들지 않는 경우는 보험이 없어도 개인이 감당할 수 있으나, 암이나 백혈병 기타 불치병의 경우에는 치료나 약제가 보험적용이 되지 않는 것이 많아 건강보험의 가입자라도 치료비를 감당하지 못하기 때문에 보험이라는 말이 무색한 사례가 적지 않다.

2) 박일용/안철경, 보험사기 성향 및 규모추정, 보험개발원, 1999, 1면.

보험과 사회보험이 상호 보완적으로 발전하여 전 국민이 보험제도를 이용하는 전국민의 보험시대를 맞이하여 보험제도의 악용은 병의원과 약국, 기타 보험과 관계되는 사업자 또는 그 단체까지 사건에 연루되는 등 건강보험의 영역으로 확산되고 있다.

민간보험의 영역에서는 보험사기를 비롯한 보험범죄의 심각성을 인식하고 이에 대처하기 위한 다양한 노력을 경주하고 있으나, 공보험의 경우에는 최근 사회보험공단의 재정적자를 줄이기 위한 수단으로서 공보험범죄를 논의하기 시작하였고, 공보험제도를 해치는 범죄행위에 대하여도 엄격한 형사제재를 가하기보다는 대부분의 경우 급여를 환수하거나 행정제재만 가하는 등 소극적인 태도를 보이고 있다.

이하에서는 우선 공보험과 사보험의 본질상의 차이에서 비롯되는 문제들에 관한 논의를 출발점으로 하여, 현재 우리나라의 대표적인 공보험중의 하나인 건강보험과 관련한 여러 형태의 법규위반행위의 실태를 파악하고, 현행법규의 내용·적용상의 문제점들을 지적하여 관련법규의 체계적 정비를 통해 건강보험과 관련된 범죄에 대한 대책을 제시하고자 한다.

II. 건강보험법상 보험범죄의 개념

1. 공보험으로서의 건강보험의 개념

산업과 교통이 고도로 발달한 현대사회에는 여러 가지 위험도 증대되고 있으며 이러한 위험과 재난에 대비하기 위하여 다양한 형태의 보험제도가 마련되고 있다. 오늘날 다양하게 발전한 모든 보험관계를 통일적으로 파악한다는 것은 쉽지 않지만, 일반적으로 보험이란 “동일한 우발적 사고발생이라는 위험하에 있는 다수인이 사고로 인하여 생기는 경제적 수요를 충족하기 위하여 일정한 과학적 기초에 의하여 산출된 금액을 미리 각출하여 공동재산을 비축하고, 사고가 발생한 경우에 공동재산으로부터 일정한 금액의 급여를 하는 제도”³⁾를 말한다.

3) 대판 90.6.26 89도2537

보험을 그 운영주체와 목적 등에 따라 사보험(私保險)과 공보험(公保險)으로 나눌 수 있는데, 공보험이란 국민경제적 입장에서 국가 또는 공공단체가 공적인 국가정책의 실현을 위하여 운영하는 보험을 말한다.⁴⁾ 특히 사회정책적인 면에서 사회보장제도의 핵심을 이루는 보험으로서 사회보험이 대표적이다.⁵⁾ 우리나라의 경우 국민건강보험, 국민연금, 산업재해보상보험, 고용보험이 대표적인 사회보험이며 이를 4대 사회보험이라고 한다.

2. 공보험범죄의 개념

(1) 보험범죄의 개념

일반적으로 ‘보험범죄’라 함은 보험사고를 불법한 방법으로 야기하거나 보험자를 기망하여 보험금을 사취하는 것을 목적으로 고의적 행위를 하는 범죄를 말한다.⁶⁾ 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험제도의 원리상으로는 취득할 수 없는 보험혜택을 부당하게 얻거나 보험제도

4) 최기원, 상법학 신론(하), 2000, 536면.

5) 사회보장을 넓은 의미로 파악한다면, 이는 사법체계 공법체계를 망라하여 체계화할 수 없을 정도로 다양한 구조를 띠게 되므로 사회보장을 좁은 의미로 파악하고자 한다. 사회보장을 좁은 의미로 이해한다면 사회보장제도를 “국가 혹은 공법상의 법인이 주체가 되어, 해당 사회적 위험이 발생한 상황을 극복하기 위하여 필요한 급여를 직접적으로 제공하는 것을 목적으로 마련된 제도”라고 할 수 있다. 이에선 사회보험제도, 사회보상제도, 공공부조제도 및 사회복지제도 등이 포함된다고 하겠다. 국민건강보험, 국민연금, 산업재해보상보험, 고용보험 등은 사회보험제도에 해당한다. 국가유공자등예우및지원에 관한법률, 독립유공자예우에 관한법률, 범죄피해자구조법, 의사상자예우에 관한법률 등에 의해 인정되는 것은 사회보상제도이며, 국민기초생활보장법, 의료보호법에 의해서는 공공부조제도가 시행되고 있다. 또한 아동복지법, 노인복지법, 장애인복지법 등의 사회복지관계법에 의해 인정되는 복지제도도 사회보장제도에 속하는 것으로 본다. 사회보장제도 일반에 관한 자세한 내용은, 전광석, “한국 사회보장법의 현황과 과제”, 법제연구 제 7권, 1994, 28면 이하; 헌법재판소, 사회보험법의 헌법적 문제에 관한 연구, 헌법재판연구 제11권, 2000, 1-5면 참조.

6) 이병희, 보험범죄론, 형설출판사, 2001, 9면. 보험범죄의 개념을 “보험가입자 또는 제3자가 부당하게 보험보호를 얻게 하거나, 부당하게 낮은 보험료를 지불하거나 또는 부당하게 높은 보험금액의 지급을 요구할 목적으로 고의적으로 하는 행위”(조해균, “도덕적 위험과 보험범죄”, 보험조사월보(141), 보험감독원, 1989, 7면) 또는 “범인이 보험계약을 이용하여 보험회사의 부담으로 자기 또는 제3자에게 보험금의 형식으로 위법적인 이익을 보게 하는 행위”(문국진, “보험범죄의 특징”, 손해보험, 대한손해보험협회, 1997, 12, 108면)라고 정의하기도 하지만 기본적으로 부당한 이익의 취득, 기망 등의 수단, 보험자 또는 다른 보험계약자에 대한 손해의 발생이라는 요건을 필요로 한다는 점에서 큰 차이는 없다고 할 것이다.

를 역이용하여 고액보험금의 지급을 요구할 목적으로 고의적이며 악의적으로 행동하는 행위라고 할 수 있다.” 이러한 보험범죄의 개념에는 보험금을 목적으로 하는 사기죄, 살인죄, 방화죄, 보험관련 문서위조, 배임, 횡령 등 보험제도를 이용하여 보험금과 보험료에 대한 모든 범죄를 포괄할 수 있는 것으로 파악하고 있다.⁷⁾

한편, 보험범죄와 보험사기범죄와의 관계에 관하여, 이를 구별하는 견해에 의하면 보험사기범죄는 보험범죄의 개념속에 포함되는 것으로 보고 있다. 즉 보험업무와 관련하여 발생하는 재산적 이익을 얻을 목적으로 보험사를 기망하는 제반행위를 보험사기범죄로 이해하며, 보험사기범죄는 형법상 사기죄가 성립되어야 한다고 보는 입장이다.⁸⁾ 이에 의하면, 보험제도를 악용할 목적으로 보험에 가입한 후 보험금을 수령할 목적으로 범죄를 저질렀으나 보험금을 청구하기 이전에 그 범행이 발각되어 보험금 청구를 하지 않은 경우, 그 행위 자체로는 사기죄가 성립하지 않으나 보험범죄에는 해당된다고 볼 수 있다.

(2) 공보험범죄의 개념

보험범죄 중에서 국가 또는 공공단체 또는 특별법에 의해 설립된 법인에 의하여 국민의 생활안정과 복리증진이라는 공적인 국가정책의 실현을 위하여 운영하고 그 가입이 강제되는 보험과 관련하여 보험사고를 불법한 방법으로 야기하거나 보험자를 기망하여 보험금을 사취하는 것을 목적으로 행하는 범죄를 공보험범죄라고 할 수 있다. 이러한 공보험범죄의 개념에는 형법상의 사기죄에 해당하는 보험사기범죄를 비롯하여 다양한 형태의 범죄행위가 있을 수 있으나, 죄형법정주의의 원칙에 의하여 어떠한 행위를 ‘범죄’라고 하기 위해서는 반드시 성문의 법률로 규정되어 있지 않으면 안 된다.⁹⁾ 따라서 형법상의 사기죄 이외에 개별 법률에서 범죄행위로 규정하고 있는 유형이 무엇인지를 파악하는 것이 필요하다고 할 것이다.

7) 조수웅, 보험범죄와 그 방지대책, 보험학회지 41, 1993, 64면.

8) 이병희, 보험사기범죄의 실태와 방지방안, 한국형사정책연구원, 2002, 19면.

9) 이병희, 전거서, 19-20면.

10) 이재상, 형법총론(제5판), 2003, 14-15면.

3. 국민건강보험법상 보험범죄 관련 규정

국민건강보험법은 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 사용자에 대하여 1년이하의 징역 또는 1천만원이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제94조). 보건복지부장관은 요양기관에 대하여 요양·약제의 지급등 보험급여에 관한 보고 또는 서류제출을 명하거나 소속공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계서류를 검사하게 할 수 있는데 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). 요양기관이 정당한 이유없이 요양급여를 거부하거나, 긴급 기타 부득이한 사유로 요양을 실시한 기관이 요양비명세서 또는 요양의 내역을 기재한 영수증을 요양을 받은 자에게 교부하지 않은 때에는 500만원이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제96조).¹¹⁾

건강보험과 관련하여 가장 전형적인 범죄유형인 허위·부정청구에 대하여는 국민건강보험법에서 전혀 규정을 두고 있지 않고, 다만 국민건강보험재정건전화특별법에서 대행청구단체 종사자로서 사위 그밖의 부정한 방법으로 요양급여비용의 청구를 한 자에 대하여만 3년이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제19조 제1항 2호). 이 규정은 대행청구 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. 다만, 의료법 제8조 제1항 5호에서

11) 국민건강보험법에서는 가입자 및 피부양자 또는 가입자 및 피부양자이었던 자가 그 자격을 잃은 후 그 자격을 증명하던 서류를 사용하여 보험급여를 받은 경우, 보험급여를 받을 수 있는 자가 사위 기타 부당한 방법에 의하여 타인으로 하여금 보험급여를 받게 한 때에는 그 보험급여에 상당하는 금액이하의 과태료에 처하도록 규정하고 있다(동법 제98조).

는 「허위로 진료비를 청구하여 환자나 진료비를 지급하는 기관 또는 단체를 기망하여 금고이상의 형의 선고를 받고 그 형의 집행이 종료되지 아니하거나 집행을 받지 아니하기로 확정되지 아니한 자」는 의료인이 될 수 없도록 규정하고 있을 따름이다.¹²⁾

또한, 보건복지부장관은 요양기관이 '사위 기타 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 때'에는 1년의 범위안에서 기간을 정하여 요양기관의 업무정지를 명할 수 있다(건강보험법 제85조). 과징금은 형사제재가 아닌 행정처분에 불과한 것이므로 동규정이 의사등의 허위청구를 범죄행위로 규정하고 있다고 볼 수는 없다.

건강보험의 재정적자를 조기에 해소하고 재정수지의 균형을 이루도록 함으로써 건강보험제도의 발전과 국민건강 증진 도모를 그 목적으로 하여 2002년에 제정된 국민건강보험재정건전화특별법에서는, 요양급여 심사청구를 타인에게 대행하게 한 경우에는 3년이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제19조 제1항 1호).¹³⁾

Ⅲ. 국민건강보험과 관련된 보험범죄의 특성

1. 보험범죄의 특성

(1) 타 범죄의 수반성

보험범죄는 보험료의 환급과 보험금을 취득하기 위하여 다양한 수법을 사용하기 때문에 보험범죄가 발생하게 되면 보험금 사취뿐만 아니라 이

12) '금고이상의 형의 선고를 받고 그 형의 집행이 종료되지 아니하거나 집행을 받지 아니하기로 확정되지 아니한 자'는 의료인이 될 수 없으므로, 이러한 자가 의료행위를 계속 하면 무면허의료행위에 해당되어 5년이하의 징역 또는 2천만원이하의 벌금에 처해질 수 있다(의료법 제66조). 그러나 금고이상의 형의 선고를 받고 그 형의 집행이 종료되지 않은 경우에 의료행위를 한다는 것 자체가 현실적으로 어려우므로(교도소에 수감중이므로), 상징적인 의미가 더 큰 조항이라고 보여진다.

13) 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양기관은 심사청구를 대행하게 할 수 있는데, 그 대행은 의료법 제26조의 규정에 의한 의사회·치과의사회·한의사회·조산사회(신고한 각각의 지부 및 분회를 포함한다) 또는 약사법 제11조의 규정에 의한 약사회(신고한 지부 및 분회를 포함한다)에 한하여 이를 대행하게 할 수 있다(동법 제10조 제1항 단서, 동조 제2항).

에 동반하여 여러 범죄행위가 동시에 발생하는 특징이 있다.¹⁴⁾ 우선 보험계약을 체결함에 있어 보험계약자가 보험자에게 고지의무를 제대로 이행하지 않거나 계약에 필요한 각종 서류를 위조·변조하기도 한다. 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.

(2) 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.¹⁵⁾ 사기죄에 해당하는 대부분의 보험범죄는 지능적 범죄로서 악의적이고 교묘한 수법이 특징이다.¹⁶⁾ 보험을 악용, 남용하기 위해서는 복잡하고 이해하기 어려운 보험약관내용이나 보험법을 비롯한 수많은 법률규정들을 이해하고 이용하여야 하기 때문이다. 물론 범죄심리학적 측면에서 볼 때 범죄가 인간의 범죄성향과 이를 자극하는 환경, 범죄의 충동을 억제하려는 의식 등의 상호작용에 의하여 유발되기 때문에 보험범죄도 반드시 지능적인 것만은 아니라는 견해도 있으나 지금까지 발견된 보험범죄자들의 일반적인 범행수법을 보면 이들이 매우 지능적이라는 사실을 알 수 있다.¹⁷⁾ 특히 공동 범행을 통해 알리바이나 사고상황을 조작하고 조직적이고 치밀하게 행동하고 있다.

(3) 입증의 곤란성

보험사기가 성립되기 위해서는 고의에 의한 재산적 이득을 얻었음을 입증하여야 하는데 중대한 과실과 고의를 구분하기가 쉽지 않고 수사권

14) 신수식, 보험제도의 도덕적 해이, 한국노동연구원, 2002, 12-13면

15) 이병희, 보험범죄론, 형설출판사, 2001, 102-104면.

16) 신수식, 전게서, 13면.

17) 탁희성, 보험범죄에 관한 연구, 한국형사정책연구원, 2000, 37면.

이 없는 보험회사가 고의를 입증하는 것은 현실적으로 어려운 상황이다.¹⁸⁾ 보험범죄 혐의가 있는 모든 사람에 대하여 보험사의 한정된 보험금지급 심사능력 및 조사능력 한계로 인해 철저한 조사가 이뤄지지 못하고 있고, 또한 민원발생의 회피 및 대외이미지 고려에 따른 협상 등에 의해 보험범죄에 소극적으로 대처하는 것 등이 원인이 되어 범죄 초기에 적극적으로 대처하지 않음으로 인한 증거의 확보·유지가 제대로 이루어지지 않아 보험범죄의 입증이 쉽지 않다.

(4) 범죄피해의 간접성과 광범위성

보험범죄로 인하여 발생하는 직접적인 피해는 보험계약관계자들의 생명과 재산적 법익에 대한 침해이다. 그러나 재산적 법익에 대하여 의견상 보험자에게 직접적인 피해를 주는 것 같지만 장기적으로는 보험료 인상을 통해 피해가 현재 및 장래의 보험계약자에게 전가된다.¹⁹⁾ 즉, 보험범죄로 인하여 지급된 보험금의 누수는 보험제도의 원리에 의해 보험료가 인상되어 일반 계약자들이 더 많은 보험료를 납부하여야 하고, 보험가입자들이 받아야 할 배당금 등의 잉여금에서 손해가 발생함으로써 그 피해가 전체 보험계약자에게 돌아간다.²⁰⁾ 이러한 점으로 인하여 보험회사는 보험범죄에 따른 손해를 보전할 수 있기 때문에 보험범죄에 대해 소극적이며, 보험계약자 또는 피보험자의 입장에서라도 그 손해가 많은 사람에게 적은 액수로 전가되기 때문에 인식하지 못하거나 크게 문제삼지 않는 경향이 있다.

보험범죄자는 보험회사에서 거액의 돈을 사취해가지만 사취된 보험회사의 선의의 보험계약자는 이것을 거의 인식하지 못한다. 즉 계약자가 내는 보험료의 산출기초에는 사취에 의해서 초래되는 보험금부가 포함되기 때문에 결국 사취당한 것은 보험회사가 아니고 다수의 보험계약자이며, 각자는 소액일지라도 더 높은 보험료를 지불해야 되기 때문에 그 차액분이 사취되어진 것임에도 불구하고 계약자는 이를 인식하지 못하는 것이다.²¹⁾

18) 신수식, 전게서, 13면.

19) 신수식, 전게서, 14면.

20) 이병희, 보험사기범죄의 실태와 방지방안, 한국형사정책연구원, 2002, 15면.

21) 탁희성, 전게서, 37면.

(5) 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.²²⁾

한편, 보험범죄자들은 계약심사업무나 위험선택업무 그리고 손해조사 및 사정업무를 소홀히 하는 보험회사를 찾아서 계약을 하고 범행을 하는 경향이 있다. 만약 보험회사가 계약심사업무, 위험선택업무 그리고 손해사정업무를 까다롭고 엄격하게 하게 되면 그들의 범죄행위가 쉽게 발각될 위험이 있기 때문이다. 따라서 보험범죄자들은 신설 보험회사나 소규모의 보험회사 등을 선택하는 경향이 있는데 그것은 이들 신설 또는 소규모 보험회사들은 영업실적만을 중요시하기 때문에 계약심사에 그다지 까다로운 조건들을 내세우지 않기 때문이다.²³⁾

(6) 보험범죄자의 특성

보험범죄의 주범으로 분류되는 사람들은 보험을 악용하는 직업적인 범죄자이다.²⁴⁾ 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.

아무리 악한 심성을 가진 범죄자라 할지라도 범행 이후에는 심리적으로 죄의식을 느끼는 것이 보통이다. 그러나 보험범죄의 경우는 보험금을 사취하기 위하여 살인이나 방화 등과 같이 고의적으로 보험사고를 유발하는 범죄행위자를 제외하고는 보험금 사취행위가 불법행위라는 사실은

22) 이병희, 보험범죄론, 114면.

23) 탁희성, 전게서, 40면.

24) 이병희, 보험범죄론, 102면.

인식하고 있지만 심리적으로 죄의식을 느끼지 않는 것이 일반적이라고 할 수 있다. 또한 사회가 보험범죄를 대체적으로 죄악시하지 않고 비도덕적 행위로 보지 않기 때문에 이것이 보험범죄자의 심리에도 영향을 주어 범죄행위를 제어하고 반항하는 그러한 선한 인간의 심성을 약화시킴으로써 죄의식을 흐리게 한다고 할 수 있다.²⁵⁾

또한 보험범죄의 구성원 또는 관계자는 대부분 가족이나 친족으로 구성되는 경우가 많고, 범죄의 대상도 가족이나 친족이 많은 특징이 있다.

2. 공보험범죄의 특성

(1) 사회보험에 대한 도덕적 해이

사회보험을 중심으로 한 광의의 사회보장에서 제도를 악용하는 사례에 대해서는 아직까지 우리나라는 심각한 문제로 인식하지 않는 경향이 문제되고 있다. 이것은 공적부조를 포함하여 우리제도의 역사가 짧고 최근에 와서 4대 사회보험의 적용범위가 전국민에게 확대되었지만 사회보험제도의 재원과 기능에 대한 국민의 잘못된 인식이 자리잡고 있기 때문이다. 즉, 사회보험제도를 공적부조나 각종 보호제도와 동일한 국가의 복지정책의 일환으로 잘못 인식하면서, 국가가 일방적으로 국민에게 복지 혜택을 주는 것으로 이해하고 있다는 것이다. 따라서 국가나 공공단체가 지급하는 급여등에 대하여는 별다른 죄의식 없이 그 급여를 지급받기 위하여 불법적인 수단을 사용하는 것을 관용하고 있다는 것이다. 사회보험에 있어서는 국가 또는 공공기관의 재산을 사취하는 것으로 잘못 생각하는 경향이 있으며 이들은 무임승차나 탈세처럼 범인이나 국가에 대한 사기행위에 대해서는 죄의식을 느끼지 못하고 있다.

이러한 도덕적 해이는 IMF 외환금융위기로 실업자가 늘어나고 사회경제의 불안이 야기되어 그 치유책의 하나로 고용보험, 산재보험 등 사회보험의 적용확대로 제도를 악용하는 사례가 심각한 수준에 이르고 있으나 민영보험과는 달리 사회보험에서는 이를 운영하는 관리공단과 정부감독

25) 탁희성, 전계서, 38면.

기관 등에서 근본대책을 수립하려고 하지 않고 소극적으로 대처하고 있다.

특히 국민건강보험과 관련하여서는 의약분업을 시행하는 과정에서 불거진 의사, 약사단체의 이해관계는 건강보험제도에 적지 않은 영향을 미치게 되었다. 의약분업에 따른 의사의 수입감소를 보전하기 위하여 정부가 행한 일련의 조치들은 의사 등의 개인적인 불법행위를 제도 자체의 문제인 것으로 호도하는 양상을 띠게 되고, 이로 인하여 의사 등 개개인의 도덕적 불감증은 더욱 심하게 되었다.

(2) 고지의무(告知義務)의 不要

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 현재의 병력(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.²⁶⁾

보험회사가 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 귀책사유와 면책사유를 검토하고, 사고에 있어서 도덕적 위험성의 개입 여부에 대해서 신경을 쓰게 된다.

26) 최기원, 전계서, 583면.

그러나, 산재보험, 건강보험, 국민연금 등의 사회보험제도는 의무가입으로서 처음부터 '언더라이팅'이라는 절차나 과정이 필요없기 때문에 보험자는 가입자에 대해서 인수 위험과 관련된 정보는 전혀 가지고 있지 않고 관심조차 없는 것이 현실이다. 따라서 이들 가입자가 설사 제도를 악용할 소지가 있어도 사전 예방 및 사후의 적발이 쉽지 않다.²⁷⁾

(3) 입증의 곤란성

보험사기가 성립되기 위해서는 고의에 의한 재산적 이득을 얻었음을 입증하여야 하는데 중대한 과실과 고의를 구분하기가 쉽지 않고 수사권이 없는 건강보험공단, 근로복지공단 등이 고의를 입증하는 것은 현실적으로 어려운 상황이다. 특히 건강보험에 관하여는 의사 등의 치료행위 등에 대하여는 의료지식에 바탕을 둔 전문가의 심사가 필요하지만, 인력부족, 수사기관의 전문성 결여 등으로 인하여 범죄 혐의의 입증은 더욱 힘들게 된다. 또한 의사 진단의 주관성, 목격자 신고율 저조, 보상 및 보호체계의 전무 등으로 인하여 증거확보나 입증이 곤란한 경우가 많다.

(4) 생계형 범죄

고용보험이나 산업재해보상보험은 장기간 불황이거나 IMF 체제와 같은 경제공황과 사회불안 속에서 많이 발생한다.²⁸⁾ 산재보험의 장기요양환자와 휴업급여기간의 장기화, 고용보험에서 실업급여의 부정수급 등이 여기에 해당되는데, 이러한 부정청구행위는 열악한 노동환경, 상대적인 박탈감, 언제 문단을지 모르는 직장에 대한 불안감, 해고위험, 건전한 노동정신의 실종과 황금만능주의의 만연 등의 원인이 복합적으로 작용한 것이라 할 수 있다. 가진 자의 부와 권위에 대한 정당성을 인정하지 않겠다는 상대적인 피해의식과 소외감이 사회 저변에 깔려 있는 가운데, 최근 들어 외환위기 이후 생활고가 심화되고 빈부격차가 벌어지면서 사회보험에 대한 부정청구 등을 범죄로 간주하지 않는 죄의식의 결여가 점차 확산되고 있다.

27) 신수식, 전계서, 6면.

28) 신수식, 전계서, 14면.

IV. 국민건강보험과 관련한 보험범죄의 실태

1. 개요

건강보험 요양급여 청구건수는 매년 증가하여 1999년에는 343,639,632건, 2000년에는 414,005,011건, 2001년에는 571,178,753건, 2002년에는 610,340,838건에 이르고 있다. 2003년 상반기의 요양급여 청구건수는 310,118,098건으로 증가하였다.²⁹⁾ 매년 6억건에 이르는 급여청구에 대하여 건강보험심사평가원은 허위·부정청구를 가리기 위해 노력하고 있고 심사조정되는 비율도 10%에 이르고 있다(<표 1> 참조).

<표 1> 건강보험 요양급여 청구 및 심사실적

(단위:천건, 천원, %)

년도	청구건수	요양급여비용	심사건수	심사조정액	건율	액률
2001	571,178	17,819,469	59,153	246,589	10.36	1.36
2002	610,340	19,060,635	57,894	296,874	9.49	1.53
2003 상반기	310,118	9,978,279	25,173	135,677	8.12	1.34

주) 건율은 심사건수/청구건수×100, 액률은 심사조정액/요양급여비용×100

(자료: 건강보험 심사통계지표, 건강보험심사평가원)

그러나 허위·부정청구를 가리기 위한 심사평가원의 노력도 인력의 부족, 조사권한의 부재 등으로 인하여 일정한 한계를 가질 수 밖에 없다. 요양급여 심사조정에 대한 불복이나, 현지 확인실사에 관한 권한의 한계 등으로 인하여 허위·부정청구를 밝히는 데에 한계가 있으며, 이를 보건복지부에 통고하여 행정처분을 받게하거나 형사처벌을 구하는 고발을 함에 있어서도 많은 어려움이 있다. 이 때문에 의사, 의료기관 등의 허위·부정청구 등에 대하여 형사제재로 대처하는 데에는 많은 어려움이 있다.

실제로 건강보험 허위·부정청구에 대하여는 관계기관의 지속적인 관리, 감독, 조사가 행해지지 않는 않으며, 보건복지부에서 주기적으로 현지확

29) 건강보험심사평가원, 건강보험 심사통계지표(1999, 2000, 2001, 2002, 2003 상반기).

인심사를 실시하고 있다. 현지확인심사는 부적정한 청구, 과잉진료에 대한 사전예방 기능으로 요양기관의 부당청구행위에 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 전문의학적 판단이 요구되는 사안에 대해서도 효과적인 심사가 가능하며, 요양기관의 인식부족으로 인한 착오 청구에 대하여 즉시 시정할 수 있다.

2001년에는 2,124개 기관, 2002년 8월까지 1,221개 기관에 대하여 현지확인심사를 하였다. 현지확인심사의 결과를 <표 2>에 정리하였다.

<표 2> 현지확인심사 결과 처리유형

구 분	실시기관		환수 및 조정		양호		현지조사 의뢰	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
계	2,124 (100)	1,221 (100)	1,839 (86,6)	1,172 (96,0)	111 (5,2)	17 (1,4)	174 (8,2)	32 (2,6)
종합전문	34	4	30	4	-	-	4	-
종합병원	110	12	101	12	3	-	6	-
병원	112	46	101	45	5	1	6	-
의원	934	748	808	724	41	8	85	16
치과병·의원	260	169	220	154	2	2	38	13
한방병·의원	292	164	265	156	11	6	16	2
약국	304	59	248	58	37	-	19	1
보건기관	30	10	24	10	6	-	-	-
의료급여	41	9	41	9	-	-	-	-
D R G	7	-	1	-	6	-	-	-

주) 2002년도는 8월 기준

한편, 보건복지부는 현지확인심사 또는 수진자조회 결과를 통하여 드러난 허위청구 혐의기관에 대해서는 지속적으로 현지조사를 실시하고 급여지표 상위지역 소재 요양기관과 잦은 내원유도, 진료행위량 급증기관, 고

용의사·약사 허위신고 의심기관 등 과잉청구기관에 대해서는 집중적인 기획실사를 병행하고 있다. 보건복지부가 2001년, 2002년 건강보험 부정청구혐의 요양기관 1,496개소를 현지조사한 결과, 1,138개소에서 부정청구 사실이 확인(부정청구금액 : 176억원)되었다. 보건복지부는 부정청구가 확인된 의료기관중 239개 기관에 대하여는 부당이득금만 환수하였고, 899개 기관에 대하여는 행정처분을 하였으며, 108개 기관에 대하여는 형사고발하였다. 이 중 허위청구 등의 사실이 적발된 79개소에 대하여는 사기죄 등으로 형사고발하였다.

〈표 3〉 허위·부당청구 요양기관에 대한 조치 내역(행정처분, 형사고발)

(단위 : 기관수)

연도별	조사 기관수	부당사실 확인기관수 (A=B+C+D)	행정처분 기관수		부당이득금만 환수 (D)	형사고발	비 고
			업무정지 (B)	과징금 (C)			
2001	813	640	193	306	141	84	
2002	683	498	45	355	98	24	

※ 2002년도의 경우, 2003. 1.31현재 87개소에 대해서는 행정처분이 완료되었고, 나머지 411개소에 대해서는 처분절차 진행중임

〈표 4〉 형사고발(사기죄)에 따른 판결현황(신체형, 벌금형 구분)

구 분	계	2001년도							2002년도					
		소계	징역형	벌금형	공판진행중	면소판결	불기소	수사중	소계	징역형	벌금형	공판진행중	불기소	수사중
계	79	61	10	29	4	1	10	7	18	5	4	6	1	2
병원	5	4	1					3	1	1				
의원	46	37	8	18	2	1	5	3	9	3	3	1		2
치과의원	7	4		2	1		1		3		1	2		
한의원	8	6	1	1	1		2	1	2	1			1	
약국	13	10		8			2		3			3		

(자료 : 2003 국정감사자료, 작성기준 : 2003. 1. 31현재)

※ 형사고발 108개소(2001년도 : 84개소, 2002년도 : 24개소) 중 사기죄(허위청구) 혐의로 형사고발한 건은 79건임(29개소는 조사거부·기피에 따른 형사고발)

보건복지부가 2001년도에 허위청구(사기죄) 등으로 형사고발한 75개소 요양기관 중 42개소가 수사종결 기소되었고 나머지 요양기관은 수사진행

중에 있으며 형사재판 결과 허위청구의 정도가 심한 요양기관의 경우 대표자에게 최고 4년의 징역형이 선고되기도 하였다.

보건복지부의 현지조사 결과 등에 관하여는 <표 3>, <표 4>에 정리하였다.³⁰⁾

V. 국민건강보험과 관련한 보험범죄의 대책

1. 공보험범죄에 대한 인식의 전환

사회보험제도를 악용하는 사례에 대해서는 아직까지 우리나라는 심각한 문제로 인식하지 않는 경향이 많다. 이것은 공적부조를 포함하여 우리나라의 사회보험제도의 역사가 짧고 최근에 와서 4대 사회보험의 적용범위가 전국민에게 확대되었기 때문이다. 종래 사회보장제도가 충실해지면 근로자들의 근로의욕과 자립의욕이 저하되고 기초생활보호대상자(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 근본 대책을 수립하려고 하지 않고 소극적으로 대처하고 있다.

사회보험제도의 악용은 피보험자뿐만 아니라 사용자, 요양기관(병원), 보상 및 급여 담당자에까지 광범위하게 연관되어 자행되고 있다. 이는 피보험자인 일반국민의 공공자금에 대한 도덕적 불감증, 사용자의 고용에 대한 책임의식의 미비, 요양기관의 사회적 책임의식의 미약, 보상 및 급여를 담당하는 공무원의 소극적인 태도 등이 결합되어 총체적인 도덕적 해이의 문제로 나타나고 있다.

특히, 요양기관의 경우는 건강보험과 산재보험에서 차지하는 비중이 크에도 불구하고, 요양급여비 청구행위에 대한 법적 의미를 집단의 이익과 정치적인 이유로 희석시키고 정당화시키려는 태도는 우려할 만하다고 할

30) 건강보험과 관련한 실제 보험범죄의 사례는 황만성, 공보험범죄의 실태와 대책, 한국형 사정책연구원, 2003. 참조.

것이다. 의약분업으로 촉발된 의료계의 피해의식으로 촉발된 의료계의 단합은 의약분업으로 인한 병·의원의 손실에 대한 보상과 의료계의 권리주장을 건강보험의 수가조정이라는 결과를 이끌어 내기에 이르렀다. 이러한 과정을 거치면서 병·의원등은 건강보험과 관련한 요양급여의 허위·부정청구를 범죄행위로 인식하지 않고 건강보험의 수가정책 등의 비합리성, 비현실성등을 이유로 허용되는 것으로 인식하거나 문제가 생겨도 환수만 하면 되는 것으로 단순히 생각하는 경향이 만연하고 있다.

연례적으로 논의되고 있는 보험수거나 DRG(포괄수가제) 등을 포함한 수가정책에 관하여 의료계는 민감하게 반응하고 있으며³¹⁾, 이러한 문제에 대한 의료계의 주장이 받아들여지지 않으면 단체행동도 불사하겠다는 태도는 현행 법체계 내에서의 공보험범죄에 대한 해석이나 적용도 정치적으로 해결하겠다는 의도가 아닌지 심히 의심스럽기까지 하다.

사회보험제도에 관한 전반적인 도덕적 해이의 문제에 대한 근본적인 대책으로는 국민 모두가 사회보험제도의 신뢰에 바탕을 둔 의식의 전환이 우선적으로 모색되어야 할 것이다. 사회보험 급여가 국가의 사회복지정책의 일환으로 대가성없이 받을 수 있는 것으로 잘못 인식되지 않도록 하기 위해서는 사회보험제도의 악용이 국민 전체에 대한 범죄행위라는 점을 부각시키는 적극적인 계도가 선행되어야 할 것이다. 국민 스스로도 사회보험에 대한 허위·부정청구가 타인의 돈을 훔치는 것과 같은 범죄행위라고 인식하여야 하며, 이러한 인식을 기초로 하여 사회보험제도에 관한 각종 법률들은 규범력을 강화·유지할 수 있을 것이다.

2. 요양병원 등의 인식전환을 위한 대책

보험환자에 대한 일부 병원의 각종 비리행위는 건강보험, 자동차보험, 산재보험에 있어서 모럴 해저드의 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 건강보험에서는 심사평가기구를 독립적으로 운영하고 있으나 의약분업 파동과 파업 등 병원측의 조직적인 저항이 있기 때문에 보건복지부와 건강보험

31) 대한의사협회, KMA 뉴스속보, 2003. 10.28

(http://www.kma.org/general/notice/new_society_newspoint_list.asp) 등 참조.

관리공단측은 과잉진료, 부당청구 등 의료기관의 부정행위에 대하여 민영보험의 경우와 비교하여 적극적으로 대처하지 못하고 있다.

건강보험에서 중요한 비중을 차지하고 있는 의료기관에 대해서 조사 및 점검대상의 선정과 효과적인 관리를 위하여 다음과 같은 보험회사의 조치사항들을 참고하고 손해보험협회와 정보교류를 통하여 공동대처하는 방안을 모색해야 할 것이다.³²⁾

건강보험의 경우 매년 6억건이 넘는 요양급여청구에 대한 심사를 철저히 하여 범죄행위를 가려내기는 쉽지가 않다. 그러나 미국의 경우와 같이 표본집단을 무작위로 선정하여 이에 대하여 집중적으로 심사를 하는 것도 가능할 것이며, 일정한 기준을 통해 실사대상 의료기관을 선정하는 것도 가능한 방법일 것이다.

실사대상이 되는 의료기관으로는 ①보험사기범이 입원치료 또는 특수촬영 등의 검사를 받았거나 진단, 장애진단을 발급받은 병원, ②평소 병원 점검 결과 부재 환자율이 높은 병원, ③병원 규모에 비해 불필요한 구급차를 운영하는 병원, ④교통사고 환자의 비율이 특히 높은 병원, ⑤특정 택시회사의 기사들이 집중 이용하는 병원, ⑥특정 방사선과 의원에서 CT, MRI 등 특수촬영을 집중 의뢰하는 병원, ⑦병원사무장이 보상 과정에 적극 개입하는 병원, ⑧추간판탈출증 등에 의한 척추체 수술이 상대적으로 많은 병원, ⑨물리치료사들이 근무치 않는 휴일에도 물리치료를 시술한 것으로 청구한 병원, ⑩상병에 비해 요양기관이 긴 환자 다수 수용기관 등이 우선적으로 해당된다고 할 것이다.

3. 국민건강보험법의 정비·보완

현재 공보험에 대한 범죄행위를 처벌하고 있는 사례들을 보면, 개별법인 건강보험법, 국민연금법 등을 적용하지 않고 일반 형법범(사기죄)로 기소·처벌하는 경우가 거의 대부분이다.

현행 건강보험법, 국민건강보험재정건전화특별법에서는 의사의 허위청

32) 대한손해보험협회 보험범죄방지센터, 보험범죄의 유형별 수사방안 및 사례, 2001, 59-66

구에 관하여는 아무런 형사제재를 규정하고 있지 않고 있다. 건강보험과 관련하여 가장 전형적인 범죄유형인 허위청구에 대하여는 국민건강보험법에서 전혀 규정을 두고 있지 않고, 다만 국민건강보험재정건전화특별법에서 대행청구단체 종사자로서 사위 그밖의 부정한 방법으로 요양급여비용의 청구를 한 자에 대하여만 3년이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제19조 제1항 2호). 따라서 의사 등이 직접 허위 기타 부정한 방법으로 요양급여비용을 청구한 경우에는 형법상의 사기죄에 해당하는 경우를 제외하고는 아무런 처벌규정이 없다는 문제점이 지적될 수 있다.

따라서 건강보험법 등에 요양급여 허위청구에 관한 처벌규정을 신설하는 것이 바람직 할 것이다. 다만, 그 규정의 내용은 형법상의 사기죄에 관한 요건보다 더 구체적이고 명확하게 해야 할 것이다. 그러나 기망행위의 정도는 사기죄와 달리 넓게 인정하는 것이 타당할 것이다. 즉, 형법상의 사기죄에서의 기망행위의 정도는 단순히 사람을 착오에 빠뜨리게 하였다는 것만으로 기망이 있었다고 할 수 없고 적어도 그것이 거래관계에 있어서 신의칙에 반하는 정도에 이르지 않으면 안된다고 보는 것이 일반적이다.³³⁾ 한해에 6억건이 넘는 심사청구를 처리해야 하는 현실을 감안할 때 '거래의 신의칙'에 반하지 않는 것으로 허용되는 경우의 범위를 좁히는 것으로 해석하는 것이 타당할 것이다.

또한 허위청구, 부정청구 및 부당청구의 개념을 명확히 하여 공보험 범죄행위의 개념을 명확히 하여야 할 것이다. 일부 언론에서 단순한 착오에 의한 청구나 의학적으로 볼 때 청구의 필요성에 관하여 논란이 될 수 있는 청구 등을 허위청구 또는 부정청구로 몰아서 매도함으로써 인하여 법규범력을 약화시켜서는 안될 것이다.³⁴⁾

33) 이재상, 형법각론(제4판), 2000, 320면; 오영근, 형법각론, 2002, 454면; 배종대, 형법각론(제3판), 1999, 407면.

34) 단순한 착오로 인한 청구도 허위청구와 같이 언론에 다루어짐으로 인하여 의사의 부도덕성을 강조하는 행태에 대하여 의료계에서는 강한 반발감이 형성되어 있어 규범력을 약화시키는 요인으로 작용하고 있다.

4. 특별법 제정논의의 필요성

선진국과 같이 보험사기 방지를 위해서는 정부 및 감독 차원의 방지대책이 필요하다 할 것이므로 장기적으로는 보험사기와 관련된 제반 법적 체계를 재정비하여 보험사기 방지에 관한 전문법을 제정하는 것이 논의되어야 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.

보험범죄에 관한 처벌규정은 크게 세가지의 주요사항을 포함해야 할 것으로 생각된다.³⁵⁾ 첫째로, 명확하게 개념정의가 되어 있지 않은 보험범죄라는 용어의 정의와 보험범죄로 포괄할 수 있는 불법행위의 범주를 설정하는 것이다. 이에는 보험범죄의 유형을 구체적으로 세분화하여 규정하는 작업도 포함되어야 할 것이다. 둘째로, 보험범죄의 유형에 따른 형사적 제재의 경중을 정하는 것이다. 형법과 중복되는 범죄유형에 대해서는 형법에 규정되어 있는 형벌과 균형을 잃지 않는 범위 내에서 형을 가중 내지 감경하도록 규정해야 할 것이다. 보험범죄에 대한 경각심을 높이기 위해서 지나치게 높은 형을 규정하게 되면 실제 선고되는 형과의 괴리가 커질 뿐 아니라 법관들도 적용을 기피하게 됨으로써 사실상 법을 사문화시킬 우려가 있기 때문이다. 행위불법에 상응하는 형벌을 규정하는 것이 적정하고 합리적인 양형의 출발점인 것이다. 셋째로, 보험범죄에 관한 공소시효의 기산점을 범죄행위가 발각된 시점으로 하는 규정을 함께 두어야 한다는 점이다. 보험범죄는 암수범죄가 많고 나중에 밝혀지더라도 범죄발생일로부터 상당한 기간이 경과하여 공소시효가 완성된 경우가 많을 수 있기 때문이다.

보험감독당국에 보험사기를 전담하는 보험사기조사국의 설치 및 운영에 관한 규정을 제정하여 보험사기조사국이 법적 근거를 갖도록 하는 것

35) 탁희성, 전거서, 146-148면.

이 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.

5. 전담조직의 설치운영

병원 등의 허위·부정청구에 관한 수사는 수사대상자가 사회적으로 그 전문성과 신빙성이 어느정도 인정되는 의사이며, 엘리트이라는 폐쇄적 자부심이 특히 크고 지연·학연 등에 의한 응집력이 높아 사회적 압력단체

가 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 보험범죄를 담당하는 조직을 별도로 설치하여야 하고 이 조직의 통제 아래 의료기관 점검조직을 별도로 운영할 필요가 있다고 할 것이다. 특히 압수한 차트, 치료비 청구명세표, 물리치료대장, 급식대장, 의약품거래대장 등 전문적인 내용을 담고 있는 서류는 전문성이 있고 공정성이 담보된 기관에 의뢰, 이를 심사분석할 수 있는 체제가 마련되어야 하며, 전문인력으로 하여금 정밀 심사 분석함으로써 병원에서 허위청구의 수단으로 자행한 각종 편법의 내용과 최종적인 허위청구액을 규명하기 위해서는 필수적이라 할 것이다.

공보험범죄를 전담하는 조직을 구상함에 있어서 크게 두가지 방안을 고려할 수 있을 것이다. 첫째는, 감독기관내에 보험범죄조사국을 설치하여 보험범죄만을 전담하게 하는 것이 가능할 것이다.³⁶⁾ 보험범죄의 혐의가 있는 사건을 조사할 권한과 더불어 보험회사들의 보험범죄 대응계획을 통제하고 지도할 책임을 보험조사국에서 담당해야 하는 것이 당연함에도 불구하고 현실적으로는 사건의 진위를 가리기 위한 조사권조차 보험범죄의 조사를 담당해야 하는 곳에 부여되어 있지 않아서 실제로 조사활동은 전혀 하지 못하고 있으며, 각 보험회사로부터 보고되는 보험범죄에 대한 기록과 통계를 접수하는 정도의 역할 밖에는 하지 못하고 있다.³⁷⁾

36) 민간보험의 경우 보험범죄조사를 담당하는 곳으로 1999년 1월 1일 발족된 금융감독원 내 조사3국이 설치되었으나 최근들어 조직개편시 보험감독2국내의 제도개선과로 축소되어 운영되고 있다.

37) 탁희성, 전게서, 152면.

실질적으로 보험범죄의 교묘화·지능화 양상에 대응하고 구체적인 활동을 하기 위해서는 우선 법적 근거가 마련되어야 하며, 아울러 구성원들의 신분보장, 독립적인 역할 강화 및 인적, 물적 지원이 충분히 마련되어야 할 것이다. 그리고 이러한 조사기구를 통하여 보험범죄와 관련한 법률의 입안, 보험범죄에 대한 종합적 규제 및 평가업무 등이 이루어지는 것이 바람직 할 것이다.

다른 방안으로는, 사법기관내에 보험범죄를 조사 및 수사할 수 있는 보험범죄수사 전담팀의 설치를 고려해 볼 필요가 있다. 미국의 각 주(州)의 법무장관 산하에 설치되어 있는 '건강보험 사기 조사국(Medicaid Fraud Control Units: MFCU)'이 이러한 예에 해당된다고 하겠다.³⁸⁾ 현재 보험회사의 사기성 보험금 청구사건에 대해 가장 큰 불만사항으로는 이러한 사건들에 대한 조사 및 수사가 제대로 이루어지지 않는다는 것이다. 검찰 및 경찰은 보험회사가 제출한 범죄혐의자료를 토대로 해서 자체적인 인지사건으로 하여 수사하고 있는 정도이며, 살인, 방화 등의 중범죄와 관련되지 않은 보험사기에 대해서는 범죄로 인식하지 않고 그냥 방치하는 경향이 있다. 따라서 사법기관내에 보험범죄수사 전담팀을 상설로 운영하는 것이 보다 효과적으로 보험범죄에 대처하는 방안이 될 것이다.

6. 부당청구 차단을 위한 다중장치 가동

(1) 심사업무의 다중화

도덕적 해이가 심각한 요양기관의 부당청구를 차단하기 위해서는 현지 확인심사를 비롯한 다양한 심사방법을 적용함은 물론 예방체계와 사후관리 체계까지 상호연계시스템이 원활히 작동되도록 하는 것이 중요하다고 할 것이다.³⁹⁾

38) 미국의 건강보험에 관련된 범죄행위를 수사하고 있는 기관은 MFCU 이외에도 연방정부의 보건부(Department of Health & Human Services, HHS), 법무부(DOJ)와 연방수사국(Federal Bureau of Investigation, FBI) 등이 있다.

39) 건강보험심사평가원, 현지조사 업무 개요, 2002.

부당청구에 대해서는 전산자동점검시스템, 서면심사와 현지확인심사, 문제기관에 대한 의약단체의 자정노력 요청, 심사에서 드러난 문제 요양기관에 대한 실사의뢰, 공단의 수신자조회결과를 활용한 요양기관 실사의뢰, 실사결과 범죄혐의기관은 사직당국에 고소고발 등까지 모든 방법을 활용하여 양심청구가 정착되도록 지속적인 활동을 지속적으로 하여야 할 것이다.

나아가 구조적 비리요양기관에 대해서는 해당 의·약사에 대한 추적관리를 실시함은 물론 명단공개를 통해 환자의 의료선택기회를 제공하는 것도 논의할 수 있을 것이다. 그러나 대다수 선량한 의료인과 요양기관은 법률의 보호를 받을 수 있도록 철저적인 제도를 마련하고, 요양기관의 업무속에서 비롯된 착오청구를 경감시키기 위해서 심사지침 및 심사기준의 공개와 요양기관 상담교육 등을 병행하는 것이 필요할 것이다.

(2) 진료기록부의 활용

의료행위는 고도의 전문지식을 필요로 하는 분야로서 그 행위의 대부분이 환자측의 참여가 배제된 수술실 등에서 비공개적으로 행해지고, 진료기록 등 의료행위과정에 대한 기록과 정보가 모두 의사측에 의해 작성되고 보관되는 등의 특수성으로 인하여 진료기록의 중요성이 부각되고 있다.⁴⁰⁾

의료법 제21조 제1항에서는 「의료인은 각각 진료기록부·조산기록부·간호기록부 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부등”이라 한다)를 비치하여 그 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다」라고 규정하여 진료기록부등의 기재를 의무화하고 있으며, 동조

40) 의료소송에 있어서 쟁점을 이루는 것은 '診療過誤 與否'인데, 이를 입증하는 자료는 被告人 의사측에 편재되어 있는 것이 보통이다. 즉, 환자에 대한 진료기록부, 검사결과, X선사진, 투약의 내용, 수술경과보고 등 소송에 있어서 중요한 증거방법이 되는 資料를 모두 의사측에서 장악하고 있는 것이다. 이러한 특수성으로 인하여 원고인 환자측에서는 의사의 과실유무는 고사하고, 구체적으로 환자의 증상 및 의사측에서 어떠한 진료행위를 하였는지 조차도 알지 못하는 경우가 허다하고 당해 진료행위가 어떤 판단에 근거하여 이루어진 것이며 의학적으로 적정한 것인지 등에 관하여 전혀 알지 못하는 경우가 많았다. 자세한 내용은, 황만성, “진료기록부 부실기재등의 법적 평가”, 의료법학 제4권 제1호, 2003, 194-197면, 참고.

제2항에서는 진료기록부등을 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 보존하도록 규정하고 있다.

진료기록부란 의사가 그 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명한 것이다(의료법 제21조 제1항). 이 진료기록부에는 (가) 진료를 받은 자의 주소·성명·생년월일·성별·주민등록번호·병력 및 가족력 (나) 주된 증상, 진단결과, 진료경과 및 예견 (다) 치료내용(주사·투약·처치등) (라) 진료일시분을 기재하여야 한다(의료법 시행규칙 제17조).

이와 같은 진료기록부는 진료의 개시로부터 완결까지 의사가 환자에 대한 진료시마다 그 진료에 관한 사항과 소견을 기재하여야 할 서류이다. 진료기록부는 진료기록부라고 표시되어 있지 않아도 진료에 관한 사항과 소견이 기재되어 있는 서류는 진료기록부로 보아야 할 것이다⁴¹⁾. 예를 들면 진료부, 진료록, 진료경과기록, 수술기록 등이 이에 해당한다.

진료기록의 부실기재등이란, 의료법 시행규칙 제17조에서 규정하고 있는 기재사항⁴²⁾의 전부 또는 일부를 기재하지 않은 경우를 의미한다. 즉, 부실기재등은 기재사항의 일부를 누락한 경우뿐 아니라 전부를 기록하지 않은 미기재까지 포함하는 개념으로 보아야 할 것이다. 진료기록 부실기재행위에 관한 법률규정을 의료법에 두고 있는데, 의료법 제21조 제1항에서 의사에게 진료기록부를 작성할 의무를 부여하고 있으며 이를 위반한 경우에는 300만원이하의 罰金에 처하게 되거나(의료법 第69條), 1年の 범위내에서 그 免許資格을 停止당할 수 있도록 (의료법 제53조 제1항 3호) 규정하고 있다. 구체적인 처분기준에 의하면, 진료기록부등을 기록, 서명하지 아니한 때에는 면허자격정지 15일에 처하도록 하고 있다.

진료기록의 부실기재를 제외한 행위태양으로는 진료기록을 허위로 기

41) 권광중, “의료소송의 절차상의 제문제”, 재판자료 제27집, 법원행정처, 359면; 판례도 「...의료법에서 진료기록부의 작성 시기와 방법에 관하여 구체적인 규정을 두고 있지 아니하므로, 의사가 의료행위에 관한 사항과 소견을 위와 같은 목적에 따라 사용할 수 있도록 기재한 것이면 그 명칭의 여하를 불문하고 위 법조에서 말하는 진료기록부에 해당하는 것이고...」라고 판시하고 있다(대법원 1997. 8. 29. 선고 97도1234)

42) 가. 진료를 받은 자의 주소·성명·주민등록번호·병력 및 가족력, 나. 주된 증상, 진단결과, 진료경과 및 예견, 다. 치료내용(주사·투약·처치등), 라. 진료일시분

재하는 경우(이하 '허위기재'라고 함), 진료기록을 사후에 변경, 加筆, 삭제하는 경우 및 권한없는 자가 진료기록을 작성하거나 변경하는 경우(이하 '위조 또는 변조'라고 함)를 들 수 있다(이하 허위기재, 위조, 변조 등을 포괄하여 '허위기재등'이라고 함). 그러나 형법의 문서에 관한 죄의 해석론상 진료기록의 허위기재, 위조, 변조 등에 대하여 형사제재를 가할 수는 없다고 보여진다.⁴³⁾

진료기록부는 진료의 개시로부터 완결까지 의사가 환자에 대한 진료시마다 그 진료에 관한 사항과 소견을 기재하여야 할 서류이며, 요양급여의 청구에 있어서도 기초자료가 되며, 후에 요양급여의 허위여부를 밝히는 데에 중요한 자료로 기능하게 된다.

더욱이, 2002년 3월에 개정된 의료법 제21조의2는 전자의무기록에 관한 규정을 신설하여 "진료기록부등을 전자서명법에 의한 전자서명이 기재된 전자문서로 작성할 수 있다"라고 하여 진료기록 등을 전자문서의 형태로 작성하는 것이 가능하도록 법적 근거를 마련하였다. 이러한 전자의무기록 방법은 진료기록의 작성, 수정, 변경에 관한 기록을 보존, 해석하는 데에 많은 기여를 할 수 있을 것이며 특히 요양급여의 청구에 온라인으로 직접 이용될 수 있다는 점에서 그 중요성을 더하고 있다.

따라서, 진료기록부의 부실기재뿐만 아니라 허위기재 등에 대하여도 법적 의무와 위반시 제재조항을 완비함으로써 요양급여 허위·부정청구에 대한 효과적인 수단으로 이용될 수 있을 것이다. 다만, 전자의무기록 일반화의 과제나 진료기록을 어느 정도로 상세하게 기재하여야 하는가의 문제는 현행 의료체계하에서 의료수가의 문제나 의사의 업무부담의 문제도 고려해야 하는 것으로서 앞으로 구체적인 논의가 필요할 것으로 생각된다.

VI. 결 론

건강보험제도에 관한 도덕적 해이의 문제에 대한 근본적인 대책으로는 국민 모두가 사회보험제도의 신뢰에 바탕을 둔 의식의 전환이 우선적으

43) 자세한 내용은 황만성, 전계논문, 213-216면 참고.

로 모색되어야 할 것이다. 국민 스스로도 건강보험에 대한 허위·부정청구가 타인의 돈을 훔치는 것과 같은 범죄행위라고 인식하여야 하며, 이러한 범죄성을 인식시키기 위하여는 공단, 수사기관, 사법부 등이 공보험범죄에 대한 계도와 아울러 엄정한 법적용과 집행이 수반되어야 할 것이다.

또한, 현행 국민건강보험 관련법규에 공보험범죄에 관한 처벌조항을 정비하고 각 행위불법에 부합하는 형벌조항의 정비·신설이 바람직할 것이다. 보험범죄방지를 위한 형사처벌조항은 보험범죄에 직접, 간접적으로 관여하는 모든 사람들에게 보험범죄의 위법성을 명백히 인식시키고, 보험범죄유형에 따른 형량의 적절한 조정을 통하여 일반예방적 효과를 거둘 수 있을 것이다.

건강보험범죄에 효과적으로 대처하기 위해서는 보험범죄를 담당하는 조직을 별도로 설치하여 법집행의 확실성과 엄정성을 확립하여야 할 것이다. 공보험범죄의 교묘화·지능화 양상에 대응하고 효과적인 범죄예방·적발·처벌을 위해서는 전담조직의 설치를 통하여 직원의 수사권부여, 역할 강화 및 인적, 물적 지원이 충분히 마련되어야 할 것이다. 전문적인 지식이 필요한 의사등의 치료행위에 분석하고 불법여부를 판단하기 위해서는 전문인력과 조직이 불가결한 것이다. 이와 아울러 전산자동점검시스템, 서면심사, 현지조사, 관련 정보의 활용, 범죄수사와의 연계 등 모든 방법을 적극적으로 활용하고 다중적인 장치를 두어서 공보험범죄행위는 반드시 적발되도록 하여 가입자 자발적인 양심청구가 정착되도록 지속적인 활동을 지속적으로 하여야 할 것이다.

국민 모두가 건강보험에 대한 믿음과 위험보장에 대한 기대가 확실하다면 사회전체의 복리에 대한 침해행위가 되는 공보험범죄에 대한 정부나 개개인의 인식도 달라지게 될 것이다. 건강보험제도에 대한 신뢰와 기대는 건강보험의 비용부담에 관한 국민의 형평성을 확보하고, 건강보험급여의 공평한 분배가 전제되어야만 가능한 것이므로 정부나 공단은 사회보험 제도가 형평을 도모하고 배분적 정의를 실현할 수 있도록 구축되고 운영될 수 있도록 노력하여야 할 것이다.