

요양급여의 허위·부정청구

-사례연구 중심으로-

허 수 진*

I. 서론

II. 공보험범죄의 개념과 특성

1. 공보험범죄의 개념
2. 공보험범죄의 특성

III. 부당·부정청구의 개념 및 유형

1. 개념의 구별
2. 부당청구의 개념
3. 부정청구의 개념

IV. 최근 사례

1. 변호사 사무실 사무장, 병원 사무장 등이 관련된 보험사기사건
2. 하지정맥류 전문병원, 17억 원대 보험금 편취사건
3. 요양병원 대표 보험금 편취사건
4. 일반환자와 의사가 결탁한 보험사기 사범 적발
5. 사무장병원의 사무장, 의사, 브로커 및 허위입원환자가 연루된 조직적 보험사기사건

V. 결론

I. 서론

우리나라의 건강보험제도는 1977년 도입 이후 세계에서 유래를 찾아볼 수 없는 짧은 기간에 전국민 의료보장을 달성하였고, 비교적 적은 부담으로 국

* 논문접수: 2012.5.4. * 심사개시: 2012.5.10. * 수정일: 2012.6.4. * 게재확정: 2012.6.8.
* 서울중앙지방검찰청 검사

민의 건강을 보호하는 성공한 제도로 평가받고 있다. 그러나 30년이 지난 지금까지도 제도 도입 당시의 정책기조나 방향이 그대로 유지됨에 따라 시대적 변화에 부응하지 못하고, 구조적 부조화로 인해 지속가능성의 문제를 지적 받는 제도이기도 하다.

사회보험제도의 일환으로 운영되는 건강보험제도의 지속가능성과 관련하여서는 재정의 건전성이 중요한 문제이다.

그럼에도 불구하고 형행 건강보험제도하에서, 일부 정직하지 못한 의료기관 및 약국이 환자 수 및 진료일수 부풀리기 등의 치밀한 수법으로 급여비를 부정 청구하여 국민건강보험제도의 건전한 발전을 침해하고 있고 이는 정의로운 사회 구현에 부정적인 영향을 미치고 있다.

위와 같이 부정청구로 누수되는 건강보험재정지출 역시 적지 않은 것으로 조사보고 되고 있어 건강보험료를 납부하는 국민의 부담을 부당하게 가중시키고 있고, 건강보험 재정안정을 위한 사회적 노력에도 부정적인 영향을 미치고 있다.¹⁾

보건정책집행의 투명성과 관련하여 대부분의 선진국가들은 우리나라에서 흔히 말하는 부정청구를 사기(fraud)로 간주하여 반사회적인 범죄라는 시각에서 취급하고 있고, 허위부정청구에 대한 처벌경향과 정부정책의 신뢰성과는 밀접한 상관관계가 있는데, 미국의 경우, 시장위주의 의료제공체계에서 의료공급자의 입김이 강한 데도 불구하고 부정청구를 사기(fraud)로 보는 국민의 인식 때문에 사기죄로 엄하게 처벌하고 있고, 영국에서도 행정, 민사상 처벌은 물론 형사처벌을 엄격히 적용하고 있는 반면, 우리나라에서는 부정청구를 사무착오 정도로 인식하고 있는 경향이 있고 이에 대한 정부의 정책대응도 미온적이어서 정책집행의 권위가 실추되어 부정청구가 여전히 광범위하게 일어나고 있는 실정이다.²⁾ 이에 아래에서는, 요양급여의 허위·부정청구 관련하

1) 김계현·김한나·장욱, “국민건강보험법상 요양급여비용 환수 및 처벌 관련 규정의 문제점과 개선방향”, 『법학연구』, 제20권 제2호, 2009, 제222면.

2) 김진현, 『요양급여 부정청구에 대한 정책개선방향』, 부패방지위원회, 2003, 제1면.

여, 그 전제로서, 공범죄범죄의 개념과 특성, 요양급여 허위, 부당·부정청구의 개념 및 유형을 검토하고, 최근 문제가 된 사례를 검토한 후, 위와 같은 허위, 부당·부정청구를 예방할 수 있는 개선방안 등에 대하여 검토하고자 한다.

II. 공보험범죄의 개념과 특성

1. 공보험범죄의 개념

가. 공보험의 개념

일반적으로 보험이란 “동일한 우발적 사고발생이라는 위험 하에 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.

보험을 그 운영주체와 목적 등에 따라 사보험과 공보험으로 나눌 수 있는데, 공보험이란 국민경제적 입장에서 국가 또는 공공단체가 공적인 국가정책의 실현을 위하여 운영하는 보험을 말한다. 특히 사회정책적인 면에서 사회보장제도의 핵심을 이루는 보험으로서 사회보험이 대표적이다.

우리나라의 경우 국민건강보험, 국민연금, 산업재해보상보험, 고용보험이 대표적인 사회보험이며 이를 4대 사회보험이라고 한다.

나. 공보험범죄의 개념 및 관련규정

(1) 공보험범죄의 개념

일반적으로 ‘보험범죄’라 함은 보험사고를 불법한 방법으로 야기하거나 보험자를 기망하여 보험금을 사취하는 것을 목적으로 고의적 행위를 하는 범죄

3) 김진현, 상계서, 2003, 제1면.

를 말한다.⁴⁾ 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험제도의 원리상으로는 취득할 수 없는 보험혜택을 부당하게 얻거나 보험제도를 역이용하여 고액보험금의 지급을 요구할 목적으로 고의적이며 악의적으로 행동하는 행위라고 할 수 있다.⁵⁾ 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.⁶⁾

이러한 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.⁷⁾ 따라서 형법상의 사기죄 이외에 개별 법률에서 범죄행위로 규정하고 있는 유형이 무엇인지를 파악하는 것이 필요하다고 할 것이다.

(2) 4대 사회보험법상 보험범죄 관련 규정

1) 국민연금법

국민연금법에서는, 사위 기타 부정한 방법에 의하여 급여를 받은 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제 104조 제1항). 사용자가 동법 제79조제2항의 규정에 의한 납부기한 내에 정

4) 이병희, 『보험범죄론』, 형설출판사, 2001, 제9면.

5) 조수용, “보험범죄와 그 방지대책”, 『보험학회지』, 제41권, 한국보험학회, 1993, 제64면.

6) 이병희, 『보험사기범죄의 실태와 방지방안』, 한국형사정책연구원, 2002, 제19면.

7) 이재상, 『형법총론』, 제5판, 박영사, 2003, 제14~15면.

당한 사유 없이 연금보험료를 납부하지 아니하거나, 사용자가 동법 제98조의 규정에 위반하여 근로자가 가입자로 되는 것을 방해하거나 부담금의 증가를 기피할 목적으로 정당한 사유 없이 근로자의 승급 또는 임금인상을 하지 아니하거나 해고 기타 불이익한 대우를 하거나, 사용자가 동법 제75조제2항의 규정에 의한 부담금을 사업장가입자에게 전부 또는 일부를 부담하게 하거나 제77조제1항의 규정에 의하여 임금에서 기여금을 공제함에 있어 기여금을 초과하는 금액을 사업장가입자의 임금에서 공제한 경우에는 1년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제104조 제2항).

2) 국민건강보험법

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). 보건복지부장관은 요양기관에 대하여 요양·약제의 지급 등 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 1천만원 이하의 벌금에 처할 수 있도록 규정하고 있다(동법 제95조). 요양기관이 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하거나, 긴급 기타 부득이한 사유로 요양을 실시한 기관이 요양비명세서 또는 요양의 내역을 기재한 영수증을 요양을 받은 자에게 교부하지 않은 때에는 500만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제96조).⁸⁾

8) 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).

건강보험과 관련하여 가장 전형적인 범죄유형인 허위·부정청구에 대하여는 국민건강보험법에서 전혀 규정을 두고 있지 않고, 다만 국민건강보험재정건전화특별법에서 대행청구단체 종사자로서 사위 그 밖의 부정한 방법으로 요양급여비용의 청구를 한 자에 대하여만 3년 이하의 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.

또한, 보건복지부장관은 요양기관이 ‘사위 기타 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 때’에는 1년의 범위 안에서 기간을 정하여 요양기관의 업무정지를 명할 수 있다(건강보험법 제85조). 과징금은 형사제재가 아닌 행정처분에 불과한 것이므로 동 규정이 의사 등의 허위청구를 범죄행위로 규정하고 있다고 볼 수는 없다.

3) 고용보험법

고용보험법은 허위 기타 부정한 방법으로 실업급여·육아휴직급여 및 산전후휴가급여를 받은 자는 1년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제85조 제2항). 또한 근로자가 피보험자격의 취득 등에 관한 확인의 청구를 한 것을 이유로 당해 근로자에 대하여 해고 기타 불이익한 취급을 한 사용자에게 대하여는 3년 이하의 징역 또는 1,000만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(동법 제85조 제1항).

4) 산업재해보상보험법

산업재해보상보험법에는 형사제재 규정은 두지 않고 있다. 다만, 사업주가 사업의 개시일부터 14일 이내에 이를 근로복지공단에 신고하지 아니하거나 허위의 신고를 한 경우, 임금총액의 추정액이 대통령령이 정하는 기준 이상으로 증가한 경우에는 그 증가분에 따른 보험료를 신고·납부하지 아니한 자 등

에 대하여 100만원 이하의 과태료에 처하도록 하고 있다(동법 제106조).

2. 공보험범죄의 특성

가. 보험범죄의 특성

(1) 타 범죄의 수반성

보험범죄는 보험료의 환급과 보험금을 취득하기 위하여 다양한 수법을 사용하기 때문에 보험범죄가 발생하게 되면 보험금 사취뿐만 아니라 이에 동반하여 여러 범죄행위가 동시에 발생하는 특징이 있다.⁹⁾ 즉, 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.¹⁰⁾ 사기죄에 해당하는 대부분의 보험범죄는 지능적 범죄로서 악의적이고 교묘한 수법이 특징이다.¹¹⁾ 보험을 악용, 남용하기 위해서는 복잡하고 이해하기 어려운 보험약관내용이나 보험법을 비롯한 수많은 법률 규정들을 이해하고 이용하여야 하기 때문이다.

(3) 입증의 곤란성

보험사기가 성립되기 위해서는 고의에 의한 재산적 이득을 얻었음을 입증하

9) 신수식, 『보험제도의 도덕적 해이-산재보험을 중심으로』, 한국노동연구원, 2002, 제12~13면.

10) 이병희, 전게서, 제102~104면.

11) 신수식, 상게서, 제13면.

여야 하는데 중대한 과실과 고의를 구분하기가 쉽지 않고 수사권이 없는 보험회사가 고의를 입증하는 것은 현실적으로 어려운 상황이다.¹²⁾ 보험범죄 혐의가 있는 모든 사람에 대하여 보험사의 한정된 보험금지급심사능력 및 조사능력 한계로 인해 철저한 조사가 이뤄지지 못하고 있고, 또한 민원발생의 회피 및 대외 이미지 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 보험계약 관계자들의 생명과 재산적 법익에 대한 침해이다. 그러나 재산적 법익에 대하여 외견상 보험자에게 직접적인 피해를 주는 것 같지만 장기적으로는 보험료 인상을 통해 피해가 현재 및 장래의 보험계약자에게 전가된다.¹³⁾ 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. 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 문제 삼지 않는 경향이 있다. 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.¹⁴⁾

12) 신수식, 전계서, 제13면.

13) 신수식, 전계서, 제14면.

14) 탁희성, 『보험범죄에 관한 연구』, 한국형사정책연구원, 2000, 제37면.

(5) 공범에 의한 범죄

보험범죄는 단독으로 수행하지 않고 2인 이상이 공동으로 수행하는 경우가 많다. 그것은 보험사고를 위장하거나 범인 자신을 범행혐의로부터 벗어나게 하는데 유리하기 때문이다. 그래서 범인은 자기 대신 하수인을 구하고 주범 자신은 사고현장에서 멀리 떨어져 있었던 것처럼 하여 알리바이를 조작, 명확하게 하는 수단을 강구한다. 더욱이 위장, 촉탁살인의 경우에 주범 자신이 피보험자가 되는 경우가 많기 때문에 보험사고 발생 후 자기 자신을 나타내지 않는다. 이때 대개의 경우 범행에 능숙한 공범이 보험사고의 위장을 주범의 지시대로 행하고 경찰이나 보험회사가 눈치 채지 못하도록 보험금 청구 절차를 밟는 특징이 있다.¹⁵⁾

(6) 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.¹⁶⁾ 한편, 보험범죄자들은 만약 보험회사가 계약심사업무, 위험선택업무 그리고 손해사정업무를 까다롭고 엄격하게 하게 되면 그들의 범죄행위가 쉽게 발각될 위험이 있기 때문에, 계약심사업무나 위험선택업무 그리고 손해조사 및 사정업무를 소홀히 하는 보험회사를 찾아서 계약을 하고 범행을 하는 경향이 있다.¹⁷⁾

15) 탁희성, 전계서, 제39면.

16) 이병희, 전계서, 제114면.

17) 탁희성, 전계서, 제40면.

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

나. 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 전 국민에게 확대되었지만 사회보험제도의 재원과 기능에 대한 국민의 잘못된 인식이 자리 잡고 있기 때문이다. 즉, 사회보험제도를 공적 부조나 각종 보호제도와 마찬가지로 국가의 복지정책의 일환으로 잘못 인식하면서, 국가가 일방적으로 국민에게 복지 혜택을 주는 것으로 이해하고 있다는 것이다. 사회보험에 있어서는 국가 또는 공공기관의 재산을 사취하는 것으로 잘못 생각하는 경향이 있으며 이들은 무임승차나 탈세처럼 법인이나 국가에 대한 사기행위에 대해서는 죄의식을 느끼지 못하고 있다.

특히 국민건강보험과 관련하여서는 의약분업을 시행하는 과정에서 불거진 의사, 약사단체의 이해관계는 건강보험제도에 적지 않은 영향을 미치게

되었다. 의약분업에 따른 의사의 수입 감소를 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.¹⁸⁾

(2) 고지의무의 불요

보험제도에서 가입자의 의무 가운데 고지의무(계약 전 알릴 의무), 통지의무, 손해방지의무 등은 직·간접으로 보험제도 악용을 예방하는데 그 목적의 일부가 있다.¹⁹⁾ 그러나 산재보험, 건강보험, 국민연금 등의 사회보험제도는 의무가입으로서 처음부터 위와 같은 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 사전 예방 및 사후의 적발이 쉽지 않다.²⁰⁾

(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.²¹⁾

18) 황만성, 『공보험범죄의 실태와 대책』, 한국형사정책연구원, 2003, 제57면.

19) 최기원, 『상법학 신론(하)』, 박영사, 2000, 제536면.

20) 신수식, 전게서, 제6면.

21) 황만성, 전게서, 제60면.

(4) 생계형 범죄

고용보험이나 산업재해보상보험은 장기간 불황이거나 IMF 체제와 같은 경제공황과 사회불안 속에서 많이 발생한다.²²⁾ 산재보험의 장기요양환자와 휴업급여기간의 장기화, 고용보험에서 실업급여의 부정수급 등이 여기에 해당되는데, 이러한 부정청구행위는 열악한 노동환경, 상대적인 박탈감, 언제 문 닫을지 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.

III. 부당·부정청구의 개념 및 유형

1. 개념의 구별

허위청구, 부정청구 또는 부당청구행위에 관하여는 우리나라 4대 사회보험제도가 개별적으로 제정·운영되면서, 각 법률에서 규정하고 있는 허위청구 등의 규정이 제대로 정비되어 있지 못한 상황이다.

예를 들어, 고용보험법에서는 ‘허위 기타 부정한 방법’으로 급여를 받은 행위를 처벌토록 하고 있으며(동법 제85조), 건강보험법에서는 ‘사위 기타 부당한 방법’으로 급여를 타인에게 부담케 하거나 급여를 받은 경우 과징금을 과하도록 하고 있으며(동법 제85조, 제98조), 건강보험채정건전화특별법에서는 대행청구단체 종사자로서 ‘사위 그 밖의 부정한 방법’으로 요양급여비용을 청구한 경우 처벌하도록 규정하고 있으며(동법 제19조), 국민연금법에

22) 신수식, 전게서, 제14면.

서는 ‘사위 기타 부정한 방법’에 의하여 급여를 받은 행위를 벌하도록 규정하고 있다. 반면, 산업재해보상보험법에는 허위·부정청구에 대하여서 뿐만 아니라 벌칙규정이 전혀 규정되어 있지 않다. 이처럼 각 법률은 허위, 사위, 부당, 부정청구의 용어를 사용하고 있어, 각 행위의 개념에 관하여 혼란이 있을 수 있다.²³⁾ 개념의 혼란은 부정청구와 부당청구의 개념의 불명확성에서 비롯된다고 할 수 있다. 이와 관련하여 허위, 부정, 부당의 개념에 대하여 먼저 검토해 볼 필요가 있다.

2. 부당청구의 개념

일반적으로 ‘부당’이라고 하는 경우에는 그 행위 또는 상태가 실질적으로 타당성을 결하거나 부적당하다는 것을 의미하고, 반드시 ‘위법’임을 요하지 않는 용어로 사용되고 있다. 즉, ‘부당’은 ‘위법’이라 할 수는 없지만 그 취지를 보았을 때 타당성을 결하거나 부적당하다고 하는 의미로 사용된다.²⁴⁾

민법상 부당이득에서의 부당은 법률상 원인 없이 타인의 손실로 인해 이익을 얻는 것을 의미하고, 행정법상으로는 행정행위를 함에 있어 위법은 아니지만 제도의 목적상 타당하지 않은 경우에도 사용된다. 국민건강보험법령에서는 ‘사위 기타 부당한 방법’이라 표현하고 있는데, 이때 ‘부당’의 의미는 사위 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함한다. 법령상 기준위반은 국민건강보험법령에서 정한 요양급여기준, 진료수가기준을 위반하여 요양급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로 그러한 객관적인 위반 사실이 존재하면 되는 것이며, 그 외 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않는다.

한편, 건강보험심사평가원에서는 구체적으로 부당청구를 광의의 개념으로 보아 허위청구, 과잉청구, 착오청구를 포함하는 개념으로 보고 있는데,

23) 황만성, 전계서, 제19면.

24) 정홍기·조정찬, 『국민건강보험법』, 한국법제연구원, 2005, 제496면.

그 내용을 보면 다음과 같다.²⁵⁾

가. 허위청구

일반적으로 허위청구는 급여나 급여비용을 청구함에 있어 악의와 고의로 실제 사실과 다르게 허위로 청구하는 것을 말한다.²⁶⁾ 즉, 고의로 실제 진료 내역과 다르게 청구서를 작성하거나 다른 요양급여기준을 적용하여 그 비용을 청구하거나 지급받은 경우를 말한다. 이때 실제 사실은 허위청구여부를 판단하는 근거가 되고, ‘악의’와 ‘고의’는 사실과 다른 잘못된 청구가 부주의가 아닌 의식적으로 이루어졌을 것을 요건으로 한다.²⁷⁾ 따라서 진료비 청구의 원인이 되는 진료행위가 실제 존재하지 않았으나 관련 서류의 위조·변조 등 부정한 방법으로 진료행위가 존재한 것처럼 가장하여 진료비 등을 청구하는 행위를 허위청구라 하며, 이러한 허위청구도 부당청구에 포함된다.

25) 아래에서 살펴보는 것과 같이 현행법상 ‘부당한 방법’, 또는 ‘부정한 방법’으로 급여를 청구한 행위 모두에 대하여 형사책임을 과하여 양자는 개념상 차이가 없는 것으로 해석될 여지가 있다. 또한 판례 역시 ‘사위 기타 부정한 방법’에 대하여 진료수가 기준 등을 위반하거나 초과한 경우를 포괄하는 개념으로 판단하고 있어 관련 규정상 ‘부당’의 개념과 크게 다르지 아니한 것으로 보고 있다. 그러나 ‘부당’이라는 개념은 일반적으로 ‘위법’이라 할 수는 없지만 그 취지를 보았을 때 타당성을 결하거나 부적당하다고 하는 의미로 사용되고 있다. 따라서 다른 법률의 경우 ‘사위 기타 부정’, ‘속임수나 그 밖의 부정한 방법’에 의한 경우를 처벌하도록 규정하고 있고, 모호하고 포괄적인 ‘부당’이라는 개념을 처벌 대상 요건으로 규정하고 있지 않음을 알 수 있다. 결과적으로, 국민건강보험법상에서 불법적이라고 하기 어려운 재량의 영역에서의 부당청구를 영업정지 및 과징금 부과요건으로 규정하여 부정청구의 개념에 포함시키는 것은 타당하지 않고, 수범자의 예측가능성을 저해할 우려가 있다. 따라서 업무정지 또는 과징금 부과요건으로 포괄적인 ‘부당’이라는 개념보다는 악의와 고의를 가지고 실제사실과 다르게 허위 청구하는 것을 의미하는 ‘부정’의 개념으로 개선하여 구성요건을 명확히 규정할 필요성이 있다. 즉, 양자는 법률의 해석상 거의 유사한 개념으로 보이나, 실제 ‘부당’의 경우 ‘부정’보다는 광범위한 개념으로 두 개념이 일치한다고 보기 어려우므로 관련 규정을 개선하는 것이 바람직하다는 의견(김계현·김한나·장욱, 전계서, 제247면)

26) 황만성, 전계서, 제45면.

27) 김운목, “건강보험 진료비 청구 및 심사지급에서의 권리 분쟁과 구제”, 『의료법학』, 제8권 제2호, 2007, 제146면.

나. 과잉청구

법령, 요양급여기준(복지부령), 요양급여적용기준 및 방법에 관한 세부사항을 정하고 있는 기준 및 범위를 초과하여 진료를 하고 그 비용을 청구하거나 지급받은 경우를 말한다. 과잉청구란 비록 명백한 사기성으로 보이지는 않으나 특정한 진료가 직·간접적으로 보험자가 가입자에게 재정적인 손실을 초래하는 행위를 말한다.

이러한 행위는 건전한 재정 혹은 진료관행과 일치하지 않는 방법으로 서비스를 운영하거나 의료지침에 의해 정해진 것과 일치하지 않는 것을 제공하는 의사, 의료기기 제공자에 의해 야기된다. 과잉진료는 의사들의 의견 없이 보험자만에 의해 개발된 지침에 의해 결정되어서는 아니 되며, 객관적인 표준, 적절한 행위에 바탕한 합법적인 기준에 부합하는 방향에서 결정되어야 한다.²⁸⁾

다. 착오청구

착오청구라 함은 수가산정착오, 기재사항 누락, 오기 등 표기상의 착오와 요양급여기준을 잘못 적용하는 등 내용상의 착오로 청구하거나 지급받는 경우를 말한다.

3. 부정청구의 개념

부정청구는 급여나 급여비용을 청구함에 있어서 악의와 고의를 가지고 실제 사실과 다르게 허위청구 하는 것을 의미한다고 볼 수 있다. 여기서 ‘악의’, ‘고의’란 것은 사실과 다른 잘못된 청구가 부주의가 아니라 의식적으로 이루어졌을 것을 요건으로 한다.

구체적으로는 자신의 진료비 청구권이나 자신과 이해관계가 있는 다른 사람의 진료비 청구권에 영향을 주는 사실을 알고 있으며, 기망의 의사를 가지

28) 전창배, “미국의 건강보험 부당청구 대처 사례”, 『국민건강보험관리공단연구보고서』, 제 26호, 2001, 제23면.

고 이를 숨기거나 알리지 아니하고 급여를 청구한 경우를 말한다. 타인의 급여에 관한 합법적인 청구권을 가진 자가 청구권을 악의로 또는 고의로 남용한 경우에도 부정청구에 해당한다고 할 것이다. 형사책임을 전제로 하고 있는 현행법의 취지를 고려하여 볼 때, 부정청구와 부당청구의 개념을 거의 동일한 것으로 해설될 여지가 있다.²⁹⁾

판례(대법원 2005. 10. 28. 선고 2003두13434)에 의하면, “구 의료보험법 제45조 제1항에서 정한 ‘사위 기타 부정한 방법으로 보험급여비용을 받은’이라 함은 요양기관이 의료보험 요양급여기준, 의료보험 진료수가 기준에서 정한 진료수가 등을 위반·초과하여 보험자·보험자단체 또는 피보험자로부터 보험급여비용을 받은 경우만이 아니라, 요양기관이 의료보험 요양급여 기준과 의료보험 진료수가기준에서 정한 기준과 절차에 따르지 아니하고 임의로 비급여 진료행위를 하고 수진자 본인과 사이에 보험비급여로 하기로 상호 합의하여 그 진료비용 등을 수진자 본인으로부터 지급받은 경우에도 위 각 기준에 위반되는 것으로서 이에 해당한다고 할 것이고, 그 합의과정에서 요양기관이 수진자를 기망하지 아니하였다고 하여 달리 볼 것은 아니다”라고 한다. 즉, ‘부정청구’의 개념이 진료수가 기준 등을 위반·초과한 경우를 포괄하는 것으로 판단하고 있다.

IV. 최근 사례

1. 변호사 사무실 사무장, 병원 사무장 등이 관련된 보험사기사건

가. 개요

○ 변호사 사무실 사무장, 병원 사무국장 등이 교통사고 환자 등과 공모하여 주치의 모르게 후유장애율을 높여 진단서를 위조하고 거액의 보험금을 편

29) 황만성, 전게서, 제46면.

취한 변호사 사무실 사무장 2명, 병원 사무국장 등 5명을 인지하고, 그 중 4명을 구속 기소한 사례.

나. 범행과정

○ 환자의 후유장해율이 50% 이상이면 상해소득보상금 명목으로 수억 원의 보험금을 받을 수 있으나 후유장해율이 50% 미만이면 상해소득보상금을 전혀 받을 수 없는 보험제도의 허점을 악용.

○ 변호사 사무실 사무장들과 병원 사무국장 및 교통사고 환자가 공모하여, 환자의 후유장해율이 40%로서 입원 치료를 받은 병원 의사로부터 후유장해율이 50% 이상인 진단서를 발급받을 수 없게 되자, 변호사 사무장이 다른 병원의 의사로부터 환자의 후유장해율을 55%로 기재한 허위 진단서를 발급받은 후, 이를 다시 위와 같이 실제 입원치료를 받은 병원 사무국장에게 전달하고, 위 허위 진단서상의 후유장해율을 기초로 위 병원 사무국장이 위 병원 의사 명의의 진단서를 위조한 다음 보험회사에 제출하여 보험금 3억 5,000만원을 수령하여 공범들 사이에 그 대가를 분배한 사실을 적발하였음.

다. 보험사기 적발 현황

○ 금융감독원에 의하면 2008년 보험사기 적발실적은 2,549억원, 41,019명으로서, 이는 전년도 대비 금액 기준 24.6%(504억원), 혐의자 기준 32.7% 증가한 수치임.

○ 보험조사 전담직원이 적발한 조사적발은 6,836명, 관련 보험금 523억원이며, 보험회사 창구의 지급심사 과정에서 적발된 현장 적발은 34,183명, 관련 보험금 2,025억원임.

○ 보험연구원에 따르면 보험사기 적발이 용이하지 않은 점을 고려할 때 실제 보험사기로 인한 보험금 지급액은 한 해 2조2,000억원에 달하는 것으로 추산됨.

<표 1> 연도별 보험사기 적발실적

(단위: 백만원, 명, %)

구 분		2005	2006	2007(a)	2008(b)	증감률(b/a)
적발 금액	생보	24,030	37,349	39,335	36,946	△6.1
	손보	110,986	140,733	165,189	217,925	31.9
	계	135,016	178,082	204,524	254,872	24.6
협이자	생보	1,118	2,490	2,309	1,694	△26.6
	손보	18,156	24,264	28,613	39,325	37.4
	계	19,274	26,754	30,922	41,019	32.7

출처: 금융감독원 2009. 3. 3.자 보도자료 '2008년도 보험사기 적발현황'

○ 보험사기의 대표적 유형은 고의로 사고를 야기하는 사례, 기왕증을 상해사고로 가장하는 사례, 병원 원무과장 등과 공모하여 장해 등급을 위변조하여 보험금 편취하는 사례 등임.

라. 보험사기 처벌 방안

○ 매년 증가하는 보험사기로 인하여 보험료가 상승하고 그 부담을 선량한 보험가입자들이 부담하게 되는 등 보험사기는 일반 국민들을 피해자로 하고 국가의 건전한 경제 질서를 왜곡하는 범죄임.

<표 2> 보험사기 유형별 적발실적

(단위: 백만원, %)

구 분	2005년		2006년		2007년		2008년	
	적발 금액	구성비	적발 금액	구성비	적발 금액	구성비	적발 금액	구성비
고의사고	25,770	19.1	33,421	18.8	35,933	17.6	47,556	18.7
허위사고	26,414	19.6	39,073	21.9	50,506	24.7	65,374	25.6
피해과장	20,131	14.9	35,724	20.1	31,953	15.6	37,738	14.8
사후가입	13,927	10.3	20,573	11.6	32,149	15.7	31,978	12.5
바꿔치기	30,661	22.7	37,590	21.1	37,575	18.4	48,273	18.9
차량도난	3,279	2.4	2,841	1.6	2,927	1.4	1,781	0.7
기 타	14,833	11.0	8,862	5.0	13,481	6.6	22,171	8.7
합 계	135,016	100	178,082	100	204,524	100	254,872	100

○ 보험사기가 점차 조직화·대형화되고 사회전체의 법익을 해치는 점에 주목하여 다른 나라에서는 보험사기를 일반 사기죄와 다른 별개의 범죄로 규정하여 처벌을 강화하고 있음.

형법개정안 (일부)

제347조의3(보험사기 등) ① 보험사고의 발생 여부, 원인, 시기, 내용 등을 거짓으로 조작하거나 피해의 정도를 과장하는 방법으로 보험자를 기망하여 보험금을 지급받거나 제3자에게 지급받게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

○ 우리나라에서도 최근 보험사기 근절을 위해 형법에 보험사기 조항을 신설하고 보험사기 편취 금액에 따라 가중 처벌하는 내용의 ‘형법 개정안’, ‘특정경제범죄가중처벌등에관한법률 개정안’ 및 ‘보험업법 개정안’이 국회에 제출됨(2009. 3. 16. 한나라당 공성진 국회의원 법안 제출).

마. 본건 범죄의 특징 및 수사의 의의

○ 변호사 사무실 사무장은 보험회사 보상팀에 약 4년 동안 근무했던 경력 때문에 보험심사 과정을 잘 알고 있었고, 지인이 보험회사에 근무하고 있는 점을 이용하여 본건 범행을 주도하였음.

○ 병원 사무국장은 교통사고 환자가 자신의 주치의에게 후유장해율 50% 이상인 진단서 발급을 요청하였으나 주치의가 환자의 후유장해율이 40%에 불과하다며 허위 진단서 발급을 거절하자, 주치의가 기존에 발급한 후유장해율 40%인 진단서 원본에서 주치의 서명 부분을 오려내어 후유장해율 55%인 진단서에 부착하는 방법으로 진단서를 위조하였음.

○ 환자가 가입한 ‘무배당 super 보험’은 후유장해율이 50% 이상인 경우 약정 보험금의 10배에 해당하는 금액이 상해소득보상금 명목으로 지급되나 후유장해율이 50% 미만이면 상해소득보상금이 전혀 지급되지 않는 보험상

품으로, 피의자들은 후유장애율을 50% 이상으로 하기 위하여 여러 방법을 강구하다가 결국 병원 의사 명의의 진단서를 위조하였음.

○ 보험금을 편취하기 위해 의사, 변호사 사무장, 병원 사무국장 등이 공모하여 허위진단서를 발부받고, 이를 토대로 진단서까지 위조하는 등 치밀하고 조직적으로 진행한 보험사기 범행의 대표적인 사례를 적발하여 보험사기 범죄 차단에 기여하고, 전문직 종사자들의 도덕적 해이 현상에 경종을 울림.

○ 매년 증가하는 보험사기 범행으로 인하여 대다수 선량한 국민들의 보험료 부담이 증가하고, 실제 사고가 발생하였을 때 심사 절차가 까다로워져 적시에 보험금을 지급받지 못하는 등 이러한 보험사기 범행의 피해자는 일반 국민으로, 국민 대다수를 피해자로 하는 범죄에 대한 검찰의 단호한 척결 의지를 보임.

바. 보험사기 적발을 위한 공조체제 및 의료윤리 확립방안 절실

○ 점차 조직화, 지능화되는 보험사기 범죄를 적발, 처벌하기 위하여서는 수사기관, 금융감독원, 건강보험공단, 보험회사 사이의 정보 공유, 긴밀한 공조체제 구축이 필요함.

○ 일부 병·의원이 적자 운영 등을 이유로 환자유치를 위해 환자들의 요구 사항을 적극 반영하여 진단서를 발급해주고, 교통사고·산업재해 환자들이 이러한 병원에서 발급받은 허위진단서로 보험금을 청구하는 사례가 적지 않은 것이 현실인바, 병·의원 운영자, 의사들의 의료윤리 확립이 절실하게 요구됨.

2. 하지정맥류 전문병원, 17억 원대 보험금 편취사건

가. 개요

○ 하지정맥류 레이저수술 환자 831명이 입원치료를 받은 것처럼 허위입원확인서를 발급하고 진료기록부나 간호기록지를 조작하여 보험금을 청구

하는 방법으로 8개 민간보험사로부터 약 17억원, 국민건강보험공단으로부터 약 2천만원을 편취한 하지정맥류 전문체인병원 3곳을 적발하여 의사 3명과 사무장 3명을 불구속 기소한 사례.

나. 수사착수경위

○ 하지정맥류 환자가 2004년에 비해 2008년 2.5배 증가하고, 보험금 지급액도 급격히 증가하였으며, 그 과정에서 의사가 작성한 입원확인서 및 의무기록이 조작되었을 가능성이 높다는 제보를 접수하고 금융감독원 등을 통하여 자료를 수집함.

○ 하지정맥류 전문병원 중 허가받은 입원실이 없음에도 다수의 입원확인서가 발급된 체인 병원을 대상으로 수사를 개시함.

다. 보험사기 발생원인 및 편취과정

○ 하지정맥류 레이저수술(다리당 150만원 상당 소요되는 고가 수술)은 입원치료가 필요 없는 간단한 수술이나, 국민건강보험 비급여대상이고, 민간보험사 상해보험은 입원치료를 받은 경우에만 수술비 상당액을 지급하고 있음.

○ 하지정맥류 병원들은 레이저수술이 필요한 환자들에게 허위 입원확인서 등 보험금 청구에 필요한 서류 발급을 조건으로 환자를 유치하여 매출을 증대하고, 환자들은 입원서류 등을 보험사에 제출하여 수술비 상당의 보험금을 수령함.

※ 현행법령상 6시간 이상 병원에 입원한 경우에는 1일 입원으로 인정하는 일명 “낮병동” 제도가 있는바, 하지정맥류 전문 병원들은 낮병동 제도를 악용하여 환자들이 6시간 이상 입원하였다는 허위 입원확인서를 발급, 보험사에 제출되게 한 것임.

라. 본건 수사의 의의

○ 전문직 의사가 보험제도의 맹점을 악용.

- 낮병동 제도를 악용하는 하지정맥류 전문병원에 대하여 처음으로 검찰의 수사가 진행된 사건임.

- 의사 명의로 작성된 서류의 진실성을 부정하기 어려운 보험제도의 맹점을 이용하여 허위 입원확인서 작성하고 진료기록부 등을 조작하였음.

※ 병원 홈페이지 상담게시판에 “수술시간은 30분 내외로 소용되고, 입원은 하지 않습니다. 허나 입원서류가 필요한 경우에는 당일 입원처리가 가능합니다.”라고 홍보하기도 함.

○ 낮병동 제도 개선 및 건강보험심사평가원의 심사기준 강화필요.

- 낮병동 제도의 문제점 확인.

낮병동 제도는 항암치료 환자들을 위하여 고안된 것이나, 하지정맥류 레이저수술과 같이 의료기술의 발달로 인하여 입원치료가 없는 수술치료에 있어 통원치료를 입원치료로 둔갑시키는 도구로 활용되고, 이로 인하여 무분별한 입원확인서 발급을 통하여 보험금이 부당 지급되는 현실을 확인함.

- 심사평가원이 보험금 편취의 도구로 이용되기도 함.

심사평가원이 각 병원으로부터 전산입력 된 내용을 바탕으로 요양급여 청구의 적정성을 검토하기는 하나, 실제 인력사정상 현장점검이 쉽지 않아 요양급여 승인이 비교적 쉽게 처리되는 경우가 있음.

○ 보험 약관 내용에 대한 진지한 논의가 필요함.

- 현 상해보험제도는 입원을 기준으로 지급액에 큰 차등을 두고 있는 바, 의술의 발달로 인해 입원치료가 필요 없는 경우가 많고, 보험가입자들은 고가의 최신수술을 받고 싶은 마음에 입원처리를 원하는 경향이 있으므로, 보험사들은 이러한 현실을 충분히 반영하여 보험설계단계에서부터 금융감독원의 협조를 얻어 다양한 논의를 할 필요가 있을 것으로 보임.

3. 요양병원 대표 보험금 편취사건

가. 개요

○ 부실한 의료진으로 인해 환자를 사망에 이르게 하고, 2억5,000여 만원의 보험금을 허위청구하고, 직원급여액을 조작하여 7,300만원을 횡령한 사실이 드러나 담당의사 및 대표 등을 적발하여 불구속 기소한 사례.

나. 수사착수경위

○ 최근 정부지원금으로 인해 요양병원이 우후죽순 증가, 일부 병원은 경영적자를 보전하기 위해 요양병원을 병설, 심지어 비의료인이 영리적 목적에서 요양병원을 남설 하는 경우도 다수이고, 요양병원은 사실상 퇴직상태인 고령의 의료인 또는 재활의학과 전문의만을 형식적으로 고용하여 내과 질 환자 등 돌발사태에 대응이 곤란하며, 당국의 형식적인 관리감동으로 인해 경영진 개인의 비리 암장.

※ 2010. 9. 기준 전국 요양병원의 수는 866곳.

※ 환자 1인당 정부에서 진료비의 80%를 지급.

○ 요양병원에 환자가 뇌경색으로 사망하여 보호자의 고소로 수사하던 중 국민건강보험공단으로부터 보험금을 허위로 지급받고 있다는 고소인 등의 진술 청취.

다. 보험사기 발생원인: 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제도의 허점 이용

○ 보건복지부는, 적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양병원에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등의 문제점이 발생하자 이를 해소하기 위해 2008. 1. 1.부터 『간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제』를 시행.

※ 간호인력 확보수준을 1등급(5:1 미만)부터 9등급(15:1 이상)까지 구분

하여 등급이 높을수록 입원료를 가산, 그에 상응하는 건강보험금 지급.

○ 보건복지부는 제도의 실효성을 확보하기 위하여 간호등급을 산정함에 있어, 간호인력이라 함은 ‘간호업무만을 전담하는 상근 간호사’일 것을 고시로 정하고 있는데 건강보험심사평가원에서는 해당 요양병원에서 제출하는 자료만으로 간호인력 파악.

○ 병원 측은 건강보험심사평가원이 요양병원 제출 자료만으로 등급을 산정하는 점을 악용하여 비상근·비전담 간호인력을 상근·전담 간호인력인 것처럼 건강보험심사평가원에 거짓으로 신고, 간호등급을 높게 평가받아 국민 건강보험공단으로부터 2억5,800여만 원을 편취.

라. 본건 수사의 의의

○ 부실한 의료진 등에 대한 제도적 개선 시급.

- 전문의 종류는 상관없이 환자 숫자당 일정 규모(35명당 1명)의 의사면허증만 존재하면 요양병원 개설이 가능한 점은 문제.
- 향후 요양병원 인허가시, 중대형 내지 전문화를 통해 환자들의 질환과 관련된 전문의가 배치되어야 할 필요.

○ 당국의 철저한 감독 병행 필요.

- 정부지원금만을 목적으로 한 기업경영식 도덕적 해이를 막고, 정부지원금이 낭비되지 않도록 관련 부처 및 지자체의 실질적인 관리감독 필요.

※ 지원부처(보건복지부)와 감독부처(지자체)의 이원화 때문에 사실상 체계적이고 효율적인 관리가 곤란.

4. 일반환자와 의사가 결탁한 보험사기 사범 적발

가. 개요

○ 입원할 필요가 없는 환자가 보험금을 편취하기 위하여 미리 여러 개의 보장성 보험 등에 가입한 후 의사에게 입원시켜달라고 부탁하여 장기간 반복

적으로 입원한 다음, 이를 근거로 보험회사로부터 합계 16억원 상당의 보험금을 편취한 보험사기범죄 54명을 인지, 5명을 구속 기소한 사례.

○ 환자들의 부탁을 받고 별다른 임상적 근거 없이 입원시킨 후 제대로 치료를 하지 아니하거나, 마치 입원한 것처럼 허위 서류만 작성한 후 국민건강보험공단으로부터 합계 약 2억3,000만원 상당의 요양급여비를 편취한 개인병원원장 등 의사 4명을 인지, 그 중 2명을 구속 기소한 사례.

나. 보험사기 발생원인 및 편취과정

○ 서울중앙지검 보험수사 TF 및 금융감독원 자료 등을 근거로, 1년여에 걸쳐 압수수색 등 수사를 진행한 결과, 가족단위로 허위 입원을 반복하면서 거액의 보험금을 받아 이를 다시 보험료로 납부하고 나머지를 생활비로 사용하는 가족 단위 생계형 보험사기 혐의를 다수 밝혀내었고, 간호사 보험설계사가 의사에게 부탁하여 가족을 허위로 입원시켜 보험금을 편취한 사례도 밝혀 보험사기가 만연해 있는 실태를 확인하였음.

○ 일부 의사들은 국민건강보험공단에서 각각의 요양급여비 청구에 대해 심도 있는 심사를 하기 어려운 사정을 이용하여, 환자의 범행을 묵인하거나 심지어 환자와 결탁하여 허위 입원 환자를 양산하고 허위 진료기록부를 작성하는 등의 방법으로 국민건강보험공단으로부터 요양급여비를 편취하여 공공자금 부실화를 초래하는 실태를 확인하고, 의사를 구속 기소하는 등 엄단하였음.

다. 본건 수사의 의의

○ 금융감독원에 의하면, 2010년도 보험사기 적발실적은 54,994명, 3,476억원이고, 보험사기로 인한 피해 추산액은 한해 2조2,000억원(1가구당 연간 15만원 부담증가)에 달하는 것으로 나타나고 있음.

○ 보험범죄는 궁극적으로 일반 국민에게 적정한 보험급여 혜택을 받지 못하게 하고, 보험료 인상부담을 떠안기는 대국민범죄로서 지속적으로 단속, 엄단할 필요 있음.

5. 사무장병원의 사무장, 의사, 브로커 및 허위입원환자가 연루된 조직적 보험사기사건

가. 개요

○ 비의료인들이 의사를 고용하여 속칭 ‘사무장병원’을 개설·운영하고, 사무장병원의 의사가 브로커(보험설계사)와 공모하여 보험금 및 요양급여를 편취한 사무장, 의사, 허위입원환자, 브로커 등을 기소한 사례.

○ 특히 금융감독원과 공조 수사하여 보험사기 브로커가 사무장 병원의 고용의사와 공모하여 허위입원환자들이 1억8,000만원 상당의 보험금을 편취하는 것을 방조하고, 건강보험공단으로부터 1,400만원 상당의 요양급여를 편취한 사실을 밝혀냄.

나. 본건 수사의 의의

○ 비의료인이 의사, 보험설계사와 공모하여 허위입원환자들을 대거 입원 치료하여 보험금 및 요양급여를 청구한 사실이 확인되는 등 사무장병원의 폐해를 확인.

※ 사무장병원 개설방식으로는 ① 사무장이 고용의사로부터 의사면허를 대여받아 고용의사 명의로 병원을 개설하는 방식, ② 위장의료법인(기본재산 등을 사채업자로부터 빌려 허가요건 충족 후 즉시 인출하여 사채업자에게 변제함)을 설립하여 그 의료법인 명의로 병원 개설 후 의사들을 고용하는 방식 등이 있음.

○ 허위 입원치료를 받고 보험금을 청구하는 보험사기 범행에 대하여 엄중히 처벌함으로써 건전한 의료질서 정착 및 보험업계의 건전성을 확립하는 계기를 마련.

IV. 결론

현재 건강보험심사평가원에서 청구된 요양급여에 대하여 서면심사, 현지

확인심사 등을 통해서 그 적정청구 여부를 심사평가 하고 있고, 요양기관별 진료비를 전산으로 분석하는 모니터링제도(유사군을 비교·분석, 분석한 지표로 자율시정 유도)를 운영하고 있을 뿐만 아니라 비위사실 신고 및 민원 제기를 통한 부정청구를 감시하는 등 감시기능을 강화는 하고 있으나, 진찰료 등의 수가조정 및 차등수가제 도입 이후 환자당 내원일수 조작, 진료내역 부풀리기 등 내부에서 계획적으로 작성·청구하거나 진료기록 및 진료비 청구 업무시스템을 전산화하여 전산조작을 통한 진료내역 부풀리기로 부정청구 하고, 의약분업 후에는 고가약제를 둘러싼 약국·의원 간의 담합하여 부정청구 하는 등 요양기관들의 부정청구 수법은 점차 다양화·치밀화 되고 있는 반면, 그에 비하면 현재 조사인력 부족 등으로 인하여 실질적인 심사가 이루어 지지 못하고 있는 실정이어서 부정청구는 계속하여 증가하고 있는 상황이다.

이러한 요양급여 부정청구를 방지하기 위하여서는, 기본적으로 부정청구는 형사상 사기죄에 해당하므로, 민사상 부당이득금 환수조치와는 별도로 사기죄를 적용하여 형사처벌의 대상이 되도록 할 필요가 있고, 부정청구의 기대손실이 기대이익을 훨씬 초과하도록 징벌적 차원에서의 과징금을 도입 할 필요가 있으며(사실상 징벌적 과징금 제도만 제대로 활용한다면 굳이 형사처벌을 하지 않아도 그 이상의 효과를 기대할 수도 있을 것임), 나아가 기본적으로 심사평가원에 급여비 청구에 대한 심사 및 실사인력을 확충·보강하고 이에 대한 전문교육을 강화하는 등 적발의 확률을 높이고, 위와 같은 외부 심사의 한계를 극복하기 위한 방법으로 공익신고포상금제도와 같은 내부공익신고제도 등에 대한 활성화 방안도 검토할 수 있을 것이다.³⁰⁾

주제어 : 요양급여, 부정청구, 건강보험, 보험범죄, 허위청구

30) 김진현, 전계서, 제18면.

[참고 문헌]

- 김계현·김한나·장욱, “국민건강보험법상 요양급여비용 환수 및 처벌 관련 규정의 문제점과 개선방향”, 『법학연구』, 제20권 제2호, 2009.
- 김운목, “건강보험 진료비 청구 및 심사지급에서의 권리 분쟁과 구제”, 『의료법학』, 제8권 제2호, 대한의료법학회, 2007.
- 김진현, 『요양급여 부정청구에 대한 정책개선방향』, 부패방지위원회, 2003.
- 신수식, 『보험제도의 도덕적 해이—산재보험을 중심으로』, 한국노동연구원, 2002.
- 이병희, 『보험사기범죄의 실태와 방지방안』, 한국형사정책연구원, 2002.
- 이병희, 『보험범죄론』, 형설출판사, 2001.
- 이재상, 『형법총론』, 제5판, 박영사, 2003.
- 전창배, “미국의 건강보험 부당청구 대처 사례,” 『건강보험동향』, 2001.
- 정홍기·조정찬, 『국민건강보험법』, 한국법제연구원, 2005.
- 조수웅, “보험범죄와 그 방지대책”, 『보험학회지』, 제41권, 한국보험학회, 1993.
- 최기원, 『상법학 신론(하)』, 박영사, 2000.
- 탁희성, 『보험범죄에 관한 연구』, 한국형사정책연구원, 2000.
- 황만성, 『공보험범죄의 실태와 대책』, 한국형사정책연구원, 2003.

Nursing Care Fraud and False Billing – With the Case Study Basis –

Su Jin, Huh

Seoul Central District Public Prosecutors' Office

=ABSTRACT=

First introduced in 1977, Korean health care system reached to national coverage in short period of time never seen before in any other countries, and rated as successful system protecting the health of the public at relatively low price. However, despite those positive evaluations, some of fraudulent medical organizations or pharmacies are hindering the sound development of the national health care system with meticulous false billing exaggerating the number of patients or the days of their treatment.

To prevent aforementioned nursing home fraud and false billing, the misconduct should be punished as subject to the criminal law and severally punished for fines and payments which far exceed the expected amount of illicit gains as it is basically violation of criminal fraud, other than the forced return of illicit gains based on civil laws. Furthermore, the Health Insurance Review and Assessment Service should strengthen and complement the fraud investigators, the review process, and the professional training to raise the detection rates. It might also want to review ways to implement whistleblower rewarding system and rewards for evidences of healthcare fraud to overcome the limits of external review.

Keyword : Nursing home subsidy, Fraudulent billing, Healthcare insurance, False billing