

보험사기자의 사후관리에 관한 연구

- 민영의료보험을 중심으로 -

(A Study on Post Management in Insurance Fraud : Focusing on Private Health Insurance)

표성엽*

Seongyeop, Pyo

<국문초록>

민영의료보험을 이용한 보험사기자의 사후관리 현황을 분석한 결과, 보험사기 적발자 512명 중 107명(20.9%)만이 보험사기로 편취한 보험금을 해당 보험회사에 환수조치 한 것으로 나타났으며, 환수 유형은 보험회사와 변제를 통한 합의서 작성(41.5%), 채권추심(27.4%), 보험금 상계처리(16.0%) 순으로 나타났다. 보험사기자의 형사적 처벌에 대한 양형 수준을 확인하기 위해 구속, 불구속 여부를 확인한 바, 대상자의 11.7%에 해당하는 60명만이 구속된 것으로 나타났다. 보험사기 적발 이후 계약유지 여부를 확인한 결과 적발 대상자의 38.3%(196명)가 보험사기 적발 이후 보험계약이 해지되었으며 36.1%(185명)는 보험계약이 현재까지 정상적으로 유지되고 있는 것으로 나타났다.

표본 집단의 보험계약 상태에 따른 보험개수, 연령, 월 평균 보험료 수준의 차이 검증에 위한 분산분석에서 연령과 월 평균 보험료 변수는 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 못한 반면, 보험개수 변수는 해지집단과 정상계약의 상태에서 보험개수의 차이가 유의한 것으로 나타났다. 보험계약이 정상적으로 유지되는 경우의 보험개수보다 해지상태의 보험개수가 많다는 사실은 다수보험의 보험사기 유용 여부를 떠나 계약적 성격을 감안할 때, 지속적이고 계속적인 계약적 특

* 경영학박사, MG손해보험 보상지원팀 과장

투고일: 2015. 06. 11. 심사일: 2015. 07. 02. 게재확정일: 2015. 08. 18.

성을 갖지 못하는 것으로 유추할 수 있다.

보험사기자의 성별과 연령에 따른 환수 여부와 유형은 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 못하였다. 즉 보험사기자 입장에서 보험금 환수에 대한 의지는 자신의 보험사기 혐의를 인정한 상태에서 환수 유형을 선택하게 되는데, 여기서 성별에 따른 특성은 보험금 환수의 실행과 유형에 영향을 미치지 않는 것으로 분석되었다.

※ 국문 주제어 : 민영의료보험, 보험사기, 보험사기자 사후관리, 분산분석,
독립표본 T 검증, 보험사기 개선방안

I. 서론

보험은 위험을 전가하고 결합하여 우연적 손실을 보상하는 합리적인 경제제도로써 우리사회 전 부문에 표출된 위험으로부터 안정성을 제공함은 물론 내재된 불확실성에 대한 버퍼로서의 순기능적 역할을 담당한다.¹⁾ 그러나 보험계약은 통상의 사인간의 계약과는 대비되는데, 이는 당사자 간 현격한 비등가 교환계약 내지는 사행적 성향을 지닌 사행계약(aleatory contract)의 특성으로 보험계약을 악용한 사기행위가 다른 계약에 비해 월등히 높은 특성을 지닌다. 이를 방지하기 위해 보험계약의 근간이 되는 우리 상법과 보통보험약관은 이득금지의 원칙을 전제로 한 다수의 법률적, 제도적 장치를 마련하고 있다. 그러나 제도의 구비를 현격히 넘어선 보험사기는 나날이 급증하고 있는 추세로 보험사기의 심각성은 더 이상 보험회사만의 문제가 아닌 국가적 차원의 관리와 해결방안을 모색할 시점에 이르게 되었다.

이에 본 연구는 특정시기에 정상적으로 보험금을 청구한 일반의 보험가입자들과 실제 보험사기로 적발된 자들의 비교 연구를 통해 보험사기 행위에 대한 일정한 패턴을 분석한다. 아울러 제도 개선의 선행적 과제로 보험사기자 집단의 특성을 분석하여 보험계약의 모집단계에서 계약의 적부조사에 이르는 언더라이팅의 효율적 심사방안과 사후적 개념으로서의 보험사기자의 정책적 관리방안을 본 연구의 목표로 두고 있다.

최근 장기손해보험 민영의료보험에서 보험사기가 집중되는 근본적인 원인은 민영의료보험 상품약관 자체가 견고하지 못하고 보험금 청구와 수령이 용이한 구조적인 문제에서 비롯되었고, 이러한 상품의 불완전성은 비단 민영의료보험만의 문제가 아니라 건전한 보험질서를 문란케 하고 보험 산업 전반의 신뢰도를 실추시키는 중요한 문제로 그 파급은 이미 정점에 이르고 있다. 다른 보험종목과 달리 보험기간이 장기적으로 지속되는 민영의료보험의 보험사기는 보험회사의 경영지표 안정성을 저해하는 직접적인 요인으로 인식되며, 계속적 성격을 갖는 계약의 특성상 거시적인 관점에서 지속적이고 안정된 경영성과 여

1) 김동훈(2013), 보험론(제4판), 학현사, p.37

부를 가능하는 기준이 되기도 한다. 따라서 본 연구는 민영의료보험을 이용한 보험사기자 사후관리의 문제점과 향후 관리의 중요성을 동시에 다루고자 한다. 이에 연구자는 보험사기자 집단과 일반의 보험계약자 집단을 표본으로 구성하여 두 집단의 비교 분석을 통한 보험사기자의 특성 연구에 집중하였다. 이러한 연구 목적을 달성하기 위하여 보험사기와 관련한 이론적 고찰을 통한 선행연구의 검토와 각종의 문헌 조사를 선행 하였으며, 실무적으로 빈발하는 문제점에 착안하여 연구문제를 설정하였다.

연구문제는 보험사기자의 적발 이후 발생하는 사후관리 현황의 문제점을 해결하고 표본 집단 내 보험사기자의 인적 정보를 포함한 보험금 청구의 특성을 확인하는 취지이다.

본 연구는 문헌적 연구의 한계를 보충하고 연구문제를 검증하기 위하여 통계적 연구방법을 병행하였는데, 표본 집단을 구성하는 두 집단의 평균 비교 및 특성을 확인하기 위한 검증 작업을 진행하였으며, 표본 집단을 다수 집단으로 분류하여 분산 비교를 통한 집단 간 특성을 확인하고자 한다. 이와 같은 실증 분석 결과를 토대로 업계와 유관기관이 직면하고 있는 보험사기의 심각성을 주지하고자 한다.

II. 이론적 배경²⁾

1. 보험사기 정의

보험사기란 보험금을 부당하게 수취할 목적으로 고의로 보험사고를 조작하거나 과장하는 행위로 정의된다.³⁾ 사전적으로는 “보험회사를 기망할 의도를 가지고 허위사고로 보험금을 청구하는 행위” 또는 정상적으로 지불되지 않을 보험금을 편취하기 위하여 의도적으로 거짓말을 하거나 일정한 사실을 은폐하는 행위 “ 등을 의미한다.⁴⁾ 한편 실무적으로는 보험사기란 보험계약자, 피보험

2) 표성엽(2015) “보험사기 유발요인에 관한 연구”, 국민대학교 경영학 박사학위논문, p.5

3) 최병규, “보험사기의 문제점과 쟁점 분석”, 상사판례연구 제19집 제3권(2006.09.30) p.147

자 또는 보험수익자가 보험혜택을 부당하게 취득하거나 보험 제도를 악용하여 고액의 보험금을 수취할 목적으로 고의적으로 행하는 불법행위를 말한다.⁵⁾ 우리의 경우 보험사기 정의가 법률상 명문화 되어 있지 않은 상황에서 실무적 의미의 정의가 통용되고 있다고 본다.

국제보험감독자협회(IAIS: international association of insurance supervisors)는 우리나라를 포함한 회원국가의 보험 산업과 시장 감독의 표준이 되는 보험핵심원칙(ICPs: insurance core principles)을 제공하고 있으며, IAIS ICPs 21에서 보험사기의 정의를 다음과 같이 규정하고 있다.⁶⁾ 보험사기는 제3자 또는 자신을 위해 이득을 얻으려고 하는 기망행위(act) 또는 태만(omission)을 의미한다. 또한 보험사기 발생하는 대상자에 관하여 보험사, 보험사 임직원, 모집종사자, 회계사, 감사인, 고문, 손해 사정사, 제3의 청구자, 보험계약자 등을 언급하고 있다. 한편 전미보험감독자협회(NAIC: national association of insurance commission)에 의해 작성된 ‘보험사기방지모델법’은 기망의 의도를 지니고 다음의 하나 또는 다수를 범하거나 그와 관련된 주요 정보를 은폐한 자에 의해 행해진 작위 또는 부작위를 보험사기로 규정하고 있다.

- 가. 보험계약상 중요한 사항에 대하여 잘못된 정보를 기재한 서류작성, 제출, 또는 제출토록 하는 행위
- 나. 계약당시 지급불능 상태에서 행한 권유, 또는 승낙행위
- 다. 보험자, 재보험자 또는 보험업에 관계된 다른 사람의 자산, 또는 기록의 이전, 은폐, 변경, 파괴행위
- 라. 보험자, 재보험자, 또는 보험업에 관계된 사람의 돈, 기금, 보험료, 신용, 그 외 재산의 고의적인 횡령, 절취, 전환행위
- 마. 보험업을 영위하기 위해 필요한 허가, 승인 등을 받지 않은 불법적 영업행위
- 바. 이 하위조항에서 열거된 작위 또는 부작위 미수, 원조 또는 교사, 공모 행위 등을 보험사기로 규정하고 있다.

4) 금융감독원(2013) “보험범죄 형사판례집”, 보험조사실(2013.12), p.3

5) 박세민, “보험사기에 대한 현행 대응방안 분석과 그 개선책에 대한 연구”, 저스티스 통권 제111호 p.142

6) 금융감독원(2012), “IAIS 보험핵심원칙Ⅱ”, ICPs 21, p.133

미 연방정부는 사기적 보험행위를 줄이기 위해서 1994년 폭력범죄규제 및 처벌법(violence crime control and law enforcement act)을 통과 시켰으며, 동법의 일부로서 국회는 연방보험사기법(federal insurance fraud prevention act, Title U.S.C. &1033 and &1034)을 제정하였다. 동법은 사기적 보험행위를 하는 보험회사, 보험회사의 임직원, 보험회사의 자금을 횡령하는 대리점 등에 대한 처벌을 규정하고 있으며 보험회사의 사기적 보험행위를 “Insurance Fraud”로 표현하고 있다.⁷⁾ 송윤아(2010), Popow(2006)⁸⁾의 연구에 의하면 보험사기의 행위 주체를 미 연방보험사기법과 유사한 범주로 한정하였는데, 그 대상은 보험계약자, 피보험자, 보험수익자, 보험모집종사자, 보험회사 직원 등이다. 여기서 주목할 부분은 IAIS와 미 연방정부의 경우 보험사기 행위를 우리의 경우처럼 보험금 청구권자의 보험금 청구와 관련된 일방의 행위로 국한하지 않고 보험자 등의 불법적 재무행위 및 영업행위를 포함하여 보험계약 당사자 모두의 신의성실을 요구하고 있다는 점이다. 여기서 보험사기의 행위 주체를 보험회사까지 확대한 부분은 보험 사업을 영위함에 있어 불특정 다수의 보험가입자가 납부한 보험료에 대한 선관주의 의무를 부여함은 물론 정확한 보험금 지급과 공정한 영업행위를 장려하려는 당국의 감독 취지로 판단된다.

2. 보험사기 유발 요인

보험사기가 발생하는 근본적인 원인은 보험계약자 등이 지급한 보험료와 보험사고 발생 시 보험회사로부터 지급 받는 보험금의 현격한 비등가성으로 인한 보험계약의 사행성에서 비롯된다. 이러한 보험계약의 사행적 특성 이외에도 보험사기가 우리사회에 만연하게 된 원인에는 통상의 사기범죄에 비하여 보험사기를 심각한 범죄로 인식하지 못하는 국민 정서와 관련자들의 보험사기 심각성에 대한 무지, 그리고 보험사기를 규율하는 관련 법률의 불비, 무엇보다도 업계의 과도한 실적주의 등으로 인한 제도적 인프라의 불완전성이 그 원인으로

7) 송윤아(2010), “보험사기 영향요인과 방지방안”, 보험연구원, pp.19~20

8) Popow, Donna J.(2006) Claim Handling Principles. 1st edition. American Institute for Chartered Property Casually Underwriters, Pennsylvania, pp.1.23~1.25

로 판단된다.

(1) 보험계약 특성에 따른 원인

보험사기가 발생하는 근본적인 원인은 보험계약의 사행적 특성에서 비롯되었고, 여기서 사행성은 보험계약자가 지급하는 보험료와 보험자가 부담하는 보험금의 현격한 비등가적 가치로 발생으로 유발됨을 전술하였다. 이러한 보험계약의 사행적 위험이 현실의 위험으로 발생하는 원인은 당사자 간의 정보의 비대칭성(asymmetric information) 때문이다. 보험자 입장에서 보험가입 객체의 정보는 적정한 보험료 산출을 위한 필수적 요건이지만, 불량위험을 보유하고 있는 보험가입자 입장에서는 보험가입을 제한하는 요건에 불과하므로 이를 회피하여 보험에 가입하고자 할 것이다. 이러한 이유로 통상 사인 간 이루어지는 다른 계약행위에 비하여 보험계약은 일방의 당사자와 다수의 당사자 간의 신뢰를 최우선으로 삼고 있으며, 계속적으로 유지되는 계약기간에도 일방 당사자는 변경되는 정보사항을 성실하게 제공하여야 한다. 이처럼 당사자 간의 신의성실을 최우선으로 요구하는 이유는 표면상 다수의 계약당사자이지만 궁극적으로 하나의 위험집단을 이루고 있기 때문이다.

보험단체의 역선택 위험은 인위적 위험을 유발하여 도덕적 위험(moral hazard)으로 나타나게 되어 보험단체의 보험료 인상으로 인한 우량위험을 이탈시키고 종국에는 보험시장을 붕괴시켜 보험회사 경영을 악화시킬 수 있는 사실은 업계가 주지하고 있는 사실이다. 보험계약 당사자 간 정보 비대칭으로 인한 역 선택과 도덕적 위험의 발생은 보험계약 가입 전과 가입 후의 단계로 분류되며, 이 과정에서 개인의 보험사기와 다수 공모에 의한 형태는 사기 주체에 따라 다른 형태로 나타나게 된다. 역선택 위험을 보유하고 있는 개인이 자발적인 보험 가입을 통해 보험사기를 유발하는 경우, 정보의 비대칭을 악용하여 보험단체에 편입하게 된다. 이후 인위적 위험을 지속적으로 유발하여 보험사기를 행하게 되는데, 이는 통상적인 보험사기 형태로 여겨진다.⁹⁾

9) 한창희(2012), 보험법, 국민대학교 출판부, pp.146~147

(2) 영업 우선주의 정책

최초 보험 상품의 설계에 있어 보험사기 개연성이 상당한 보험 상품을 개발하여 신 채널 모집조직을 통한 대량의 상품 판매와 불완전한 언더라이팅 업무에 이르기까지 보험회사의 영업 우선주의 내지는 과도한 실적주의 정책은 보험사기를 유발하는 직접적인 요인으로 판단된다. 이기형(2007)¹⁰⁾은 보험사기 유발 요인에 대하여 보험사기 노출도 측면에서 보험회사의 영업 우선정책으로 인한 언더라이팅 기준 완화 시행, 그리고 인터넷, 홈쇼핑, TM 등 신 채널 활성화로 인한 역 선택 소지 증가 현상은 실제 실무적 관점에서도 보험사기를 유발하는 주된 요인으로 인식하였다. 보험사기 행위의 주체로서 인식되는 역선택 집단의 유입은 개별 보험계약자 등의 자의적인 판단으로 인한 실행으로 이해되어 왔다. 그러나 보험사기의 유발 측면에서 보험계약자의 행위는 보험회사의 사행적 상품 설계와 관련이 깊으며, 이러한 악순환은 보험사기를 지속적으로 증가시키는 요인이다.

지금의 보험모집은 경쟁시장 내에서 정상적인 상품의 설계를 통해서는 업계의 우위를 선점하기 어렵다고 판단된다. 영업 우선정책은 단기적으로는 회사 경영수지 측면의 성장 동력의 요건이지만, 장기적 측면에서는 손해를 관리에 따라 회사 경영의 존폐와 관련한 중요한 요소임을 간과해서는 안 된다.

3. 민영의료보험의 성장과 보험사기

장기손해보험은 보험의 목적에 관하여 우연한 사고가 발생함으로써 피보험자가 입은 손해를 보상한다는 점에서 일반 손해보험과 같지만 보험기간 측면에서 차이가 존재한다. 일반적으로 손해보험은 그 보험기간이 1년인데 비하여 장기손해보험은 보험기간이 3년 이상을 원칙으로 하고 있다는데 가장 큰 차이점이 나타난다.¹¹⁾

보험사고의 발생 객체인 보험종목은 재산 또는 생명과 신체로 제한되며 이

10) 이기형(2007), “보험사기 유발요인 발굴 및 개선방안 연구”, pp.16~66

11) 보험연수원(2010), “개인보험 심사역 전문”, p.33

러한 재산이나 생명, 신체는 자기의 재산 또는 생명, 신체와 타인의 재산 또는 생명, 신체의 경우로 분류된다. 실무적으로 장기손해보험은 장기 재산보험, 장기 인 보험 및 장기 배상책임보험과 이들 세 가지의 보험종목 중 두 가지 이상을 보험의 목적으로 하는 장기 종합보험(package insurance)의 네 가지 유형으로 구분된다. 상기 열거한 장기손해보험의 담보위험 중에서 보험사기로 유용되는 주요 보종은 자신의 생명, 신체에 입은 손해를 보상하는 인 보험 영역으로 민영의료보험을 의미한다. 한편, 재산보험이나 책임보험의 경우 인 보험영역의 민영의료보험과 비교할 때, 보험사기의 유인 측면에서 그 유형이 다양하지 못하고 손해 입증의 어려움, 사기공모 구성의 어려움 등으로 큰 비중을 차지하지 못하고 있다.

손해보험을 구성하는 대표적인 보험종목은 자동차보험과 장기손해보험으로 아래의 <표 2-1>과 같이 두 종목이 차지하는 원수보험료의 비중은 FY2013 상반기에 81.4%에 이를 만큼 압도적인 비중을 차지하고 있다.¹²⁾ 2013 상반기 자동차보험 원수보험료는 전년대비 0.5% 감소하여, 손해보험 전체에서 차지하는 비중 역시 감소 추세¹³⁾로 FY2013 상반기 20%를 기록하며 사상 최저치를 기록하고 있다. 반면에 장기손해보험의 경우 계속보험료의 유입 상해, 재물, 저축성보험을 중심의 지속적인 성장세를 보이며 전년대비 26.0% 증가한 19조 9천억을 기록하고 있다.¹⁴⁾ 원수보험료의 비중이 크다는 것은 운용자산의 안정성과 효율성을 극대화 할 수 있는 매력적인 요건인 동시에 지속적으로 경영성과를 극대화 할 수 있는 주력 종목이기 때문이다. 원수보험료의 비중이 높은 만큼 원수보험금의 지급규모는 비례하게 되는데 이는 보험회사가 장기손해보험을 효율적으로 관리하지 않을 경우 경영상의 어려움에 직면할 수 있음을 나타내는 지표로 볼 수 있다. 특히 장기손해보험 상품 중 실손 의료보험을 포함한 민영의료보험의 경우 보험기간이 일반 손해보험의 경우와 달리 보험만기가 연령에 따라 80세, 100세 만기 상품으로 판매되기 때문에 손해를 관리가 이루어지

12) 손해보험협회, “FY2013 상반기 손보사 경영실적 분석” 월간손해보험 2013년 12월호 p.42

13) 38.4%(2003년 9월) → 33.3%(2006년 9월) → 26.6%(2009년 6월) → 20.0%(2012년 9월)

14) 손해보험협회, 전게서 p.42

지 않는 보험사의 경우 경영의 안정성을 유지하기 어려울 뿐만 아니라, 보험사의 수익구조가 다소 취약한 중소형 보험사의 경우 회사의 존립 자체에 영향을 미치는 중요한 요소로 인식되고 있다.

〈표 2-1〉 종목별 원수보험료

(단위 : 백만원, %)

구분	FY2012 상반기		FY2013 상반기		전년동기 대비	
	금액	구성비	금액	구성비	증감액	증감율
화재	122,203	0.4	153,947	0.5	31,744	26.0
해상	453,040	1.7	457,237	1.4	4,197	0.9
자동차	6,510,479	23.8	6,447,212	20.0	-33,267	-0.5
보증	718,185	2.6	789,113	2.4	70,928	9.9
특종	2,199,448	8.0	2,640,231	8.1	441,188	20.1
장기	15,798,448	57.7	19,900,023	61.4	4,101,575	26.0
개인연금	1,578,550	5.8	2,015,382	6.2	436,832	27.7
합계	27,379,947	100.0	32,433,145	100.0	5,053,198	18.5

4. 민영의료보험의 보험사기 연구

보험사기에 관한 국내의 연구는 크게 두 가지 유형으로 분류되는데 첫째는 보험사기의 개념, 발생원인 및 개선방안에 대한 문헌 통계적 서술형 연구이고, 두 번째 유형으로는 보험사기 적발모형에 관한 연구로서 데이터를 통한 실증적 분석방법이다.

조해균(1990)¹⁵⁾은 우리나라의 보험사기에 관한 본격적인 연구를 시작하였으며, 동 연구에 따르면 보험사기와 보험범죄를 동의어로 보고 보험사기를 방지할 경우 보험료 인상의 악순환이 반복되어 보험계약자 등의 피해가 확산되고 보험회사의 경우 경영상의 어려움에 직면하는 될 것이라는 주장을 피력한 바

15) 조해균(1990), “보험범죄의 발생원인과 그 대처방안에 관한 연구”, 보험학회지 제35집 pp.75~102

있다. 김현수(2000)¹⁶⁾와 김정동 외 1(2006)¹⁷⁾은 보험금 청구와 관련한 실제 데이터를 이용하여 보험사기 적발모형에 관한 연구를 실시하였다. 김현수(2000)의 경우 보험계약자의 도덕적 수준, 부(富)의 수준·직업·거주지의 안정성, 보험계약의 비정상계약, 자발적 계약 여부, 부상·입원의 주관성 등에 따라 보험사기 징후 변수를 추출하였다. 이러한 변수들은 학계와 업계의 다양한 연구를 통해 수정 단계를 거쳐 현재 보험사기 유인 요소의 변수로서 활용되고 있다. 김정동 등(2006)은 개인용 승용차 관련 보험금청구 건 182,688건을 대상으로 T검증과 로지스틱 회귀분석을 사용하여 시기적발 모형을 추정하였다. 분석결과, 피보험자의 주소, 자기차량보험 가입여부, 보험료 수준, 차종, 심야사고, 과거 보험사고 빈도 등이 보험사기 가능성을 높이는 변수로 분석되었다.

(1) 민영의료보험 연구¹⁸⁾

공적의료보험의 보완적 수단으로서의 민영의료보험의 관한 연구는 한국의료패널 데이터를 통한 의료수요에 미치는 영향에 관한 연구와 민영의료보험 가입자의 특성에 관한 연구를 중심으로 진행되어 왔다. 이 과정에서 민영의료보험의 특성적 연구로 정보의 비대칭으로 인한 역 선택과 도덕적 해이 측면을 포괄적으로 언급되었을 뿐 국내 장기손해보험 영역의 민영의료보험의 직접적인 보험사기 유발요인을 분석한 연구는 매우 미비한 실정이다.¹⁹⁾

민영의료보험의 가입과 관련된 국내 연구는 주로 가입자의 특성과 가입 여부를 결정하는 요인을 분석하는데 초점을 두고 있다.

선행연구(윤태호, 등 2005; 임진화 등, 2007; Kang et al., 2009)에 따르면 민

16) 김현수(2000), “보상전문가 지식을 이용한 보험사기 조기경보 모형의 개발에 관한 연구”, 리스크관리학회지 제13권 1호 pp.59~97

17) 김정동, 박종수(2006), “자동차보험 사기적발 모형에 관한 연구”, 리스크관리학회지 제17권 1호 pp.135~145

18) 표성엽(2015) 전계논문, p.19~22

19) 민영의료보험의 보험사기 유발 요인에 관한 연구가 현재까지 미비한 원인은 시기적으로 보험시장의 환경과 깊은 연관이 있다. 첫째, 민영의료보험을 통한 보험사기가 심각한 문제로 대두된 것은 2010년으로 아직까지 연구가 활발하지 못한 원인으로 추정된다. 둘째, 생명보험회사의 민영의료보험 판매 시기는 2008년이며, 민영의료보험 시장이 급증한 2010년에 이르러 민영의료보험의 보험사기가 심각한 문제로 대두되고 있다.

영의료보험은 40대 연령군에서 가장 많이 가입하고 있으며, 학력수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록, 건강한 사람일수록 더 가입을 많이 하는 것으로 분석되었다. 또한 민영의료보험을 가입한 대상자 중에서 2개 이상을 가입한 복수가입자가 전체 가입자의 약 50%에 이르고 있다. 구체적으로 윤태호 등(2005)²⁰⁾은 로지스틱 회귀분석을 이용하여 가입요인을 분석하였는데, 남성에 비해 여성의 가입 확률이 높았고, 연령대는 35-49세가 가장 높았으며, 건강할수록, 소득수준이 높을수록, 그리고 교육수준이 높을수록 민영의료보험에 가입할 확률이 높았다.

Kang et al(2009)²¹⁾의 연구는 노동패널 자료를 활용하였는데, 여성일수록, 교육수준이 높을수록, 기혼자일수록, 소득수준이 높을수록, 주관적인 건강상태가 좋을수록 민영보험에 가입할 확률이 높게 분석된 바 있다.

Long(1994)²²⁾은 미국의 메디갭(medigap) 가입자 중 의약품의 소비지출이 높을 것으로 예상되는 집단이 보다 낮을 것으로 예상되는 집단보다 의약품에 대해 더 큰 혜택을 제공하는 보험 상품에 가입하는 것으로 분석되었다.

(2) 민영의료보험과 역선택 연구

보험사기의 지속적인 증가 현상은 학계의 연구 활동에 많은 영향을 미쳤다. 보험사기의 전통적인 연구 테마라고 볼 수 있는 자동차 보험사기 연구에 비해 생명보험의 보장성보험 또는 장기손해보험의 민영의료보험을 이용한 국내의 보험사기 연구는 2000년대 후반에 이르러 진행 중에 있다.

Marquis와 Phelps(1987)²³⁾는 미국의 부가형 민영의료보험 시장에서 역 선택

20) 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, 정백근(2005), '민영의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인' 보건행정학회지 제15권 4호 pp.161~175

21) Kang, S., You, C.H., Kwon, Y.D., Oh, E.H.(2009), 'Effect of Supplementary Private Health Insurance on Physician Visit in Korea', *Journal of the formosan Medical Association*, 108(12) pp.912~920

22) Long, S. H(1994), "Prescription Drugs and the elderly: Issues and Options," *Health Affairs*, 13(2), pp.157~174

23) Marquis, M. Susan & Phelps, Charles E.(1987), "Price Elasticity and Adverse Selection in the Demand for Supplementary Health Insurance", *Economics Inquiry*, 2. pp.229~314

이 나타나고 있음을 분석하였다. 이 연구에서 향후 의료비 지출이 높을 것으로 예상한 응답자들의 의료비 지출이 향후 의료비 지출이 낮을 것으로 예상한 응답자들보다 보험에 가입하려는 역 선택 현상이 보다 많이 드러나고 있음을 분석하였다. 이후 Marquis²⁴⁾는 가족의 실제 의료비 지출이 이전 응답자들이 예상한 의료비 지출 사이에 유의한 관계가 있음을 분석하여 이를 역 선택의 증거로 제시한 바 있다.

Wolfe와 Goddeeris(1991)²⁵⁾는 Retirement History Survey 자료에서 응답자의 건강상태와 의료비 지출 관련 자료를 토대로 높은 의료비 지출을 경험한 응답자들이 추가적인 민영건강보험에 가입하려는 경향이 있음을 밝혀냈다. 건강상태가 좋지 않았던 사람들이 상대적으로 추가적인 건강보험의 구매에 양의 상관관계를 미치는 것으로 분석되었으며, 실제 의료비 지출도 더 많았던 것으로 분석하였다.

Browne(1992)²⁶⁾는 미국의 개인 건강보험시장에서 상대적으로 위험도가 낮은 피보험자들이 개인형 건강보험보다는 단체형 건강보험을 더 많이 가입하는 것으로 밝혀냈다. 단체형 건강보험 시장에서 고위험군 피보험자가 더 많이 선택하는 것은 역 선택의 전형적인 형태라고 분석하였다.

Ettner(1997)²⁷⁾는 계량기법을 이용하여 모럴해저드를 분석하기 위해 보험가입과정에서의 역 선택을 통제된 상태에서 medigap 상품의 보장범위에 따라 의료서비스 이용량의 차이를 분석한 결과 모든 위험보장에 가입한 단체의 의료서비스 이용량이 많았음을 통해 모럴해저드의 영향을 밝혀냈다.

민영의료보험에서의 역 선택은 피보험자가 본인에 대한 건강 리스크 수준에 대해 더 많은 정보를 보유하고 있기 때문에 리스크 수준이 높은 가입자가 건강보험에 더 많이 가입하거나 보장비율을 높게 설정하는 형태로 정의될 수

24) Marquis, M. Susan(1992). "Adverse Selection with a Multiple Choice among Health Insurance Plans: A Simulation Analysis", *Journal of Health Economics*. 11: pp.129~151

25) Wolfe, J. R. & Goddeeris, J. H.(1991), "Adverse Selection Moral Hazard and Wealth Effects in the Medigap Insurance Market" *Journal of the Health Economics*. 10, pp.433~459

26) Browne, Mark J.(1992), "Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market" , *The Journal of Risk and Insurance*, 59(1), pp.13~33

27) Ettner, S.(1997), Adverse Selection and the Purchase of Medigap Insurance by the Elderly. *Journal of Health Economics*. 16: pp.543~562

있는데, 이러한 역 선택은 보험회사와 가입자 간 정보의 비대칭에 의해 발생하게 된다.²⁸⁾ 정보의 비대칭으로 인해 역 선택이 존재할 경우 보험료는 상승하게 되고 상승한 보험료 하에서 건강 리스크가 높은 고위험자만 보험에 가입하게 되고, 다시 보험료가 상승하는 악순환을 통해 결국 민영의료보험시장이 더 이상 사적안정망으로서의 역할을 수행할 수 없는 죽음의 소용돌이 (death spiral) 현상이 초래하게 되는 것이다.²⁹⁾

5. 민영의료보험 보험사기의 특성

민영의료보험의 보험기간은 80세, 100세 만기상품으로 판매되고 있으며 통상 피보험자의 생존기간 동안 보험기간이 지속되는 특성이 존재한다.

아래의 <표 2-2>³⁰⁾와 같이 실제 발생한 보험사기건 대비 적발실적 비율이 자동차 보험사기에 비해 장기보험 사기적발 실적이 부진한 원인은 장기손해보험 보상처리의 특성에서 비롯된 보험금 지급 후 사기 혐의점을 조사하는 절차상의 문제로 판단한다. 또한 고의 내지의 허위의 자동차사고를 유발하고 장기간 병원에 입원하는 보험사기 유형의 경우 보험사기 혐의자는 배상책임을 담보하는 자동차 보험회사로부터 의료비 및 손해배상금 형태로 보험금을 수령하고 2차적으로는 혐의자가 가입한 민영의료보험 입원의료비 및 입원일당 입원비를 수령하게 된다. 따라서 보험사기 혐의자가 다수의 장기손해보험에 가입하고 있는 경우, 고액의 상해보험금을 수령하게 되어 고의로 반복적인 사고를 유발할 가능성이 크다. 즉 자동차 보험사기가 1회의 사고로 1회의 보험금을 수령하는 구조라면 민영의료보험은 혐의자가 가입한 다수의 보험계약에 비례하여 보험금을 수령하게 되는 구조적인 모순을 지니고 있기 때문에 민영의료보험 보험사기에 주목해야 할 필요성이 있다.

28) Cohen, A., and Siegelman, P.(2009), 'Testing for Adverse Selection in Insurance Markets' *Journal of Risk and Insurance* 77 pp.39~84

29) Rosen, H. S., and Grayer T. Public Finance, McGraw-Hill/Irwin, 2009.

30) 금융감독원(2014), 보험조사국 조사분석팀 보도자료, '보험사기 적발금액 증가세 지속, 1인당 사기금액 급증', 2014.03.19

〈표 2-2〉 손해보험 보험사기 적발실적

(단위 : 백만원, %)

구 분	‘11년		‘12년		‘13년		증감률	
	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
손해보험	358,695	84.7	389,932	86.0	444,613	85.7	14.0	△0.3
자동차	240,835	56.8	273,755	60.4	282,139	54.4	3.1	△6.0
장기	102,893	24.3	103,534	22.8	145,090	27.9	40.1	5.1
화재	7,481	1.8	8,875	2.0	8,780	1.7	△1.1	△0.3
해상	4,122	1.0	9	0.0	0	0.0	△100.0	0.0
특종	3,364	0.8	3,759	0.8	8,604	1.7	128.9	0.7
전 체	423,653	100.0	453,335	100.0	518,960	100.0	14.5	-

자동차보험의 경우 보험기간이 1년 미만의 단기간으로 설정되기 때문에 보험기간 내 보험사기를 유발한 계약에 대하여 보험기간 이후 위험을 선별적으로 인수할 수 있다. 반면에 민영의료보험의 경우 피보험자 등의 보험사기 혐의가 인정된 경우라도 보험계약자 등의 의사에 반하여 보험계약을 장래에 대하여 해지하거나 소급하여 무효화 할 수 없다. 따라서 피보험이익이 소멸되거나 보험계약자 등의 자발적인 계약해지 의사표시가 없는 한 이러한 불량위험들은 위험단체에 잔존하게 된다.

보험수효 측면에서 자동차보험의 경우 자동차 사고로 인한 불특정 다수의 피해자 보호를 위하여 국가에서 보험의 가입을 강제하는 공익적 성격의 보험계약인 반면, 민영의료보험 계약은 질병 및 상해, 나아가 일상의 위험을 대비하여 위험의 크기에 따른 선택적 가입이라는 보험수효의 차별성이 발생한다. 그러나 2000년대 이후 소득수준의 향상과 의학기술의 발달로 인한 수명의 증가로 과거의 선택적 가입형태에서 필수적 보험의 성격으로 변모하고 있다. 무엇보다도 민영의료보험은 담보 특성상 동일한 보험계약자가 다수의 보험가입이 가능하기 때문에 민영의료보험을 이용한 보험사기는 향후 규모면에서 사회적 파급 효과가 자동차 보험사기의 심각성과 위험성을 능가할 것으로 예상된다.

Ⅲ. 연구문제의 설정 및 연구설계

1. 연구문제의 설정

본 연구는 장기손해보험 민영의료보험을 이용한 보험사기 유발에 영향을 미치는 변수들의 특성과 보험사기 발생의 형태를 유형별로 분석하는데 그 의의가 있다. 분석 결과를 근거로 보험사기자의 사후관리 방안의 분석적 제시를 구현하기 위하여 다음과 같이 연구문제를 설정하기로 한다. 연구문제를 설정한 취지는 실무적인 견지에서 보험사기자의 적발 이후 보험사기자의 사후관리 측면 중 쟁점이 되는 사항은 보험사기 적발 이후 이들에 대한 계속적 보험계약의 유지와 보험사기 적발금액의 환수 여부이다.

현행 법률에 의하면 보험사기 혐의가 수사기관에 의해 입증되어도 보험회사는 이들의 계약을 강제로 해지 또는 무효화 할 수 있는 법률적 권한이 없어 이들의 사기적인 보험금 청구가 지속되고 있는 실정이다. 그리고 다른 사후관리 측면으로 편취 보험금의 환수는 보험사기자에 대한 경제적 제재 성격과 유사한 부분으로 실제 환수 여부는 미비할 것으로 예상된다. 특히 적발금액의 환수 여부는 표면적으로는 보험회사의 단기적인 손해율의 안정화에 기여할 수 있는 요인으로 평가되지만, 기능적 의미로는 다수의 건전한 보험계약자들에 대한 형평의 원칙으로 이해될 수 있다.

2. 연구문제의 제시

본 연구의 표본 집단은 보험사기자와 일반가입자 집단을 포함한다. 두 집단의 정보는 인구학적 통계 정보와 보험계약 정보, 보험금 청구 정보 등으로 구성되어 있으며 집단 간 비교 분석을 통한 보험사기자의 특성연구로 세부적인 연구문제는 다음과 같다.

(1) 연구문제(1-1)

표본 집단 내 보험계약 상태를 기준으로 보험가입 건수, 연령, 월 보험료 수준의 차이를 각각 검증하고자 한다.

(2) 연구문제(1-2)

보험사기자의 성별에 따른 편취금액 환수 여부와 환수유형의 차이를 검증하고자 한다.

(3) 연구문제(1-3)

보험사기자의 연령별 편취금액 환수 여부와 환수유형의 차이를 검증하고자 한다.

상기 열거된 연구문제는 보험사기자 적발 이후의 사후관리 측면을 검토하고, 보험사기자의 특성에 관한 유의한 통계분석 결과에 따라 보험계약의 모집단계에서 보험금 청구에 이르는 실질적 언더라이팅 단계에 개선점을 제시할 수 있을 것으로 기대한다. 이를 위해 연구문제 분석방법은 단변량 분석방법을 실시하였으며, 연구문제를 요약하면 아래의 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 연구문제 요약

분석대상	분석사항	분석방법	비고
표본 집단	보험계약 상태에 따른 보험개수, 연령, 월 보험료 수준	분산분석	보험사기자의 사후관리연구
보험사기자	보험사기자 성별, 연령에 따른 편취금액 환수 여부와 환수 유형	교차분석 독립표본 T 검증	

3. 실증분석 설계

(1) 표본 집단과 변수 선정

본 연구의 데이터는 CY 기준으로 2006년 1월부터 2008년 12월까지 장기손해보험에 가입한 대상자를 기준으로 선정하였다. 대상자의 분석기간을 한정할 수 있는 손해보험 업계의 장기손해보험 시장이 급증한 시기와 일치하며, 상당수의 역선택 계약이 위험단체에 유입되었을 것이라는 가정 하에 분석기간을 한정하였다. 분석대상은 상기 대상기간, 민영의료보험에 가입한 보험가입자 중 수사기관에서 보험사기 혐의로 적발된 대상자 512명과 일반가입자 511명을 모집단으로부터 무작위로 추출(random sampling)하여 분석대상에 포함하였다.

〈표 3-2〉 표본 집단

(단위 : 명)

구분	표본 수	적용 보종	비고
보험사기자	512	장기손해보험	수사기관에 의한 보험사기 적발자
일반가입자	511	장기손해보험	보험사기 혐의가 없는 일반의 계약자
계	1023		

보험사기자의 사후관리 현황을 확인하기 위하여 대상자들의 정보 집적은 ‘보험계약자 정보’를 전체 대상자의 기본 데이터로 사용하였다. 또한 보험사기자의 경우 수사기관 및 사법기관³¹⁾에서 보험사기 혐의가 확정된 대상자의 정보사항을 집적하였다. 연구자는 상기 집적된 정보를 대상으로 전체변수와 특성변수로 구분하였다. 전체변수의 경우 본 연구에 투입한 전체 대상자 중에서 보험사기자들의 특성을 분석하기 위해 종속변수와 독립변수를 모두 포함한 변수로 구성되고, 특성변수의 경우 보험사기자가 보유하고 있는 고유의 개별변수를 의미한다.

31) 수사기관의 경우 수사기관과 사법기관으로 분류되는데, 수사기관은 최초 보험사기를 인지하여 수사를 진행한 해당 지역별 경찰서, 경찰청, 광역수사대 등의 경찰 소속의 수사기관을 의미하며 사법기관이란 검찰로 송치된 이후 해당 검찰 및 법원을 의미한다.

<표 3-3> 변수선정

구분	변수명	비고
전체변수	보험사기 적발 여부 ³²⁾ , 사기유형, 사기형태연령, 성별, 거주지, 직업, 월 평균 보험료 보험가입 건수 일당담보금액, 환수여부 ³³⁾ , 환수유형 ³⁴⁾ 처벌유형, 계약상태, 모집채널	
특성변수	사고유형, 사기형태, 환수여부, 환수유형 처벌유형	보험사기자 정보

특성변수란 본 연구의 표본 집단인 보험사기자 512명이 보유하고 있는 고유의 개별정보를 의미하며 구체적으로는 사고유형, 사기형태, 환수여부, 환수유형, 처벌유형 등으로 구분된다. 특성변수는 보험금 청구시점을 기준으로 보험사기자들의 보험금 청구 이전의 사전적 행위 특성과 보험금 청구 이후의 사후적 행위의 특성을 고찰하기 위함이다. 이를 통해 현재 보험업계에서 문제가 되고 있는 보험사기자의 사후관리 문제점을 강조하고자 한다. 특히 보험사기자 고유의 정보로 분류되는 환수여부는 보험사기로 편취한 보험금을 보험회사가 환수했는지 여부이며, 환수유형은 당사자 간의 합의에 의한 변제, 채권추심에 의한 환수, 법원 명령에 의한 공탁금환수, 정상적인 보험금 청구에 대한 상계 처리로 구분된다. 처벌유형의 경우 구속과 불구속으로 구분하였다.

(2) 연구문제 분석방법

본 연구는 다음과 같은 통계방법에 의하여 분석되었다. 전술한 연구문제의 분류 중 모집단 전체를 대상으로 한 제1-1의 연구문제인, 보험계약 상태와

-
- 32) 본 연구의 보험사기 적발기준은 수사기관에서 혐의가 확정된 사건을 대상으로 한다. 보험업계와 보험관련 유관기관(손해보험협회, 생명보험협회, 금융감독원 등)의 경우에도 동일한 기준으로 보험사기 적발 건을 집계하고 있다.
- 33) 환수여부는 보험계약자 등이 보험사기로 적발된 이후 해당 보험회사에 편취한 보험금을 반환하는 것을 의미한다.
- 34) 보험계약자 등이 편취한 보험금을 해당 보험회사에 반환하는 유형을 의미하며, 구체적으로는 보험회사와 보험계약자 등의 합의, 법원의 공탁, 채권추심기관을 통한 변제, 보험계약자 등의 정상적인 보험금청구에 대한 상계 행위 등으로 구분된다.

보험개수, 보험계약 상태와 연령, 보험계약 상태와 월 보험료 등 세 집단 간 어떠한 차이를 보이는지 확인하기 위해 연속형 종속변수와 범주형 독립변수임을 감안하여, 일원배치 분산분석(One-way anova)을 실시하였다. 또한 보험사기 적발자를 대상으로 한 제1-2의 연구문제로 성별에 따른 보험금 환수여부, 성별에 따른 보험금 환수유형의 집단 간 차이를 확인하기 위하여 종속변수와 독립변수가 모두 범주형 이므로 교차분석(Chi-square test) 검증을 실시하였다. 마지막으로 제1-2의 연구문제와 동일한 대상자를 대상으로 한 제1-3의 연구문제는 연령에 따른 보험금 환수여부는 종속변수가 연속변수이고 독립변수가 이분형 이므로 독립표본 T 검증(Independent sample t-test)을, 연령에 따른 보험금 환수유형의 경우 제1의 연구 문제와 동일한 일원배치 분산분석을 통해 집단 간 차이를 확인하고자 하였다.

IV. 실증분석 결과

1. 보험사기자 특성연구

보험사기자의 인구 특성에 대한 기술통계 결과, 성별은 여성이 70.9%로 남성에 비하여 월등한 구성비를 기록하고 있으며 연령은 50대, 30대, 40대 순으로 나타났다. 사기자의 직업 분포는 회사원 구성비가 30.1%로 무직자 22.9%를 상회하고 있는 것으로 나타났으며, 거주지역의 경우 권역별로 고른 분포를 나타내고 있다.

금융감독원의 2014년도 보험사기 적발현황에 의하면 남성 적발 구성비가 약 80%를 기록하여 여성을 크게 상회하는 것으로 조사되었으나, 본 연구는 상반된 결과를 나타내고 있는데, 그 원인은 보험사기 적발현황의 경우 자동차보험을 포함한 모든 보험종목의 보험사기 적발 대상자가 포함되었지만 본 연구는 민영의료보험의 사기 대상자만을 한정된 원인으로 판단된다.

<표 4-1> 보험사기자 인구학적 특성

구분	항목	빈도(명)	비율(%)
성별	여성	363	70.9
	남성	149	29.1
연령	10대	2	4.0
	20대	26	5.1
	30대	128	25.0
	40대	115	22.5
	50대	156	30.5
	60대	72	14.1
	70대	13	2.5
직업	무직	117	22.9
	자영업	102	19.9
	개인사업	95	18.6
	회사원	154	30.1
	기타	44	8.6
거주지역	서울	57	11.1
	경기	136	26.6
	충청	99	19.3
	호남	122	23.8
	영남	98	19.1

보험사기자의 보험가입 사항에 대한 특성을 분석한 결과, 보험가입 건수는 평균 9건과 5건을 보유한 집단의 구성비가 각각 14.1%, 12.1%를 나타내고 있는 것으로 확인되었으며 월납 보험료의 경우 평균 5만원대, 4만원대 순으로 나타났다. 보험사고는 상해와 질병을 원인으로 한 유형의 구성비가 거의 동일한 수준으로 확인되어 보험사기자들의 보험사기 유형은 질병과 상해를 구분하지 않는 것으로 나타났다.

보험사기자들의 보험모집 경로를 확인한 결과 독립법인대리점에서 모집한 계약이 50.1%의 압도적인 구성비를 보였으며, 전속채널 31.6%, 임직원 11.1%

순으로 확인되었다. 이러한 편향된 구성비는 독립법인대리점 채널의 보험모집 활동과 관련한 제도적인 관리가 시급함을 나타내는 지표로 판단된다.

<표 4-2> 보험사기자 보험가입 특성

구분	항목	빈도(명)	비율(%)
보험가입 건수 ³⁵⁾	5건	62	12.1
	6건	44	8.6
	7건	47	9.2
	8건	49	9.6
	9건	72	14.1
월납 보험료 ³⁶⁾	3만원대	58	11.3
	4만원대	90	17.6
	5만원대	107	20.9
	6만원대	74	14.5
보험사고 유형	상해	252	49.2
	질병	260	50.8
보험모집채널	전속모집인	162	31.6
	독립법인대리점	256	50.0
	임, 직원	57	11.1
	방카슈랑스	37	7.2

보험사기자의 사후관리를 위한 취지에서 분석한 사기정보에 대한 기술통계 결과, 적발 대상자 512명 중 107명에 해당하는 20.9%가 보험사기로 편취한 보험금을 해당 보험회사에 환수조치 한 것으로 나타나 적발금액 환수에 대한 보험사기자에 대한 사후관리 체계가 미흡한 것으로 나타났다. 환수의 유형은 보험회사와 변제를 통한 합의서 작성방법이 41.5%, 그 밖에 채권추심 27.4%, 보험금 상계처리가 16.0%를 기록하였다. 입원비 담보금액은 1일 입원으로 수령

35) 보험가입 건수는 빈도순으로 상위 5개 선정.

36) 월납 평균보험료는 빈도순으로 상위 4개 선정.

받는 보험금을 의미하며 적발 대상자의 가장 많은 7.8%가 1일 입원으로 12만 원을 수령하였으며 21만 원을 수령한 대상자가 7.6%로 뒤를 이었다. 보험사기의 공모형태에 대한 분석 결과, 다수가 공모한 보험사기 형태가 50.6%, 단독으로 보험사기를 유발한 대상자가 27.5%, 가족공모가 21.9%를 나타냈다. 이는 장기 손해보험의 보험사기는 다수의 공모를 통한 집단적 사기형태를 보이고 있음을 확인할 수 있다.

보험사기자의 형사적 처벌에 대한 양형정도를 확인하기 위한 취지에서 구속, 불구속 여부를 분석한 결과, 대상자의 11.7%에 해당하는 60명만이 구속된 것으로 나타났다. 보험사기에 대하여 우리법원은 지나치게 관대한 양형기준을 제시하고 있는 것으로 판단된다. 보험사기 적발 대상의 상당수에 해당하는 342명(66.8%)이 허위입원을 통해 보험금을 편취한 것으로 나타났다. 허위입원은 상해와 질병을 구분하지 않고 발생 가능한 유형으로 사기적인 보험금 청구의 가장 용이한 수법으로 사용되고 있으며, 일부 의료기관의 불법적인 의료행위가 우리사회에 만연되어 있음을 보여주는 단적인 예로 판단된다.

보험사기자의 사후관리 중요성에 대하여 연구자는 이들의 보험계약 유지 여부가 반복적인 사기 유발의 가능성을 나타내는 의미로 판단하였는데, 분석 결과 적발 대상자의 38.3%(196명)가 보험사기 적발 이후 보험계약이 해지되었으며 상당수에 해당하는 36.1%(185명)는 보험계약이 현재까지 정상적으로 유지되고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-3> 보험사기자 특성

구분	항목	빈도(명)	비율(%)
환수여부	환수	107	20.9
	미환수	405	79.1
환수방법	공탁	16	15.1
	합의	44	41.5
	채권추심	29	27.4
	보험금상계	17	16.0

구분	항목	빈도(명)	비율(%)
공모형태	단독법행	141	27.5
	가족공모	112	21.9
	다수공모	259	50.6
구속여부	구속	60	11.7
	불구속	452	88.3
청구유형	허위입원	342	66.8
	고의사고	67	13.1
	허위수술	33	6.4
	허위청구	30	5.9
	기타	40	7.8
계약상태	해지	196	38.3
	정상	185	36.1
	실효	131	25.6

2. 집단 간의 특성 연구

보험사기자 집단과 일반가입자 집단의 주요 특성을 나타낼 수 있는 변수를 선정하여 보험사기자의 주요 특성을 확인하고자 한다. 두 집단 간 비교의 취지는 보험회사의 계약인수 및 심사단계에서 사전적 언더라이팅을 강화하기 위한 것으로 비교의 객체는 보험사기자들의 사기 행위 사전단계로서 분석결과를 통해 연구자가 판단한 것이다. 구체적으로는 다수보험가입을 통한 보험가입 건수, 특정 보험모집 채널, 직업유형 등으로 한정하였다.

표본 집단의 평균 보험가입 건수를 비교한 결과 보험사기자는 7.59건으로 일반가입자 집단의 4.28건보다 무려 약 3건 이상 많은 것으로 나타났으며, 두 집단 간 최대 보험가입 건수는 각각 26건, 16건으로 확인되었다. 이와 같이 보험가입 건수는 민영의료보험의 다수 가입이 가능한 특성을 이용하여 보험사기 발생에 영향을 미치는 주요한 변수로서의 특성을 갖는다.

〈표 4-4〉 보험가입건수 비교

구분		일반의 보험계약자	보험사기자
보험가입 건수	평균값	4.2857	7.5957
	표준편차	2.38059	3.95605
최대보험가입건수		16	26

두 집단 간 보험모집 채널을 통한 보험가입 경로 비교 결과, 보험사기자의 경우 독립법인대리점을 통한 보험가입 형태가 50.0%를 구성한 반면, 일반가입자의 경우 전속모집 채널을 통한 보험가입이 43.8%로 가장 높은 구성비를 나타내고 있다.

〈표 4-5〉 모집채널 비교

구분		일반의 보험계약자		보험사기자	
		빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)
모집 채널	전속모집인	224	43.8	162	31.6
	독립법인 대리점	164	32.1	256	50.0
	임직원	77	15.1	57	11.1
	방카슈랑스	46	9.0	37	7.2
계		511	100.0	512	100.0

3. 연구문제 분석결과

(1) 보험계약 상태에 따른 변수 검증³⁷⁾

보험사기자를 포함한 전체 대상자들의 보험계약 상태와 보험개수, 연령, 월 평균 보험료 수준의 차이를 각각 확인하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시

37) 전술한 연구문제 1-1에 해당한다.

하였다. 이와 같은 분석은 보험사기 적발 이후에도 계속적으로 유지되고 있는 보험사기자들의 계약을 위험단체에서 배제시켜야 함을 주장하기 위한 것으로 특히 다수의 보험계약 보유와 보험사기 발생 여부에 대한 논의이다.

표본 집단의 보험계약 상태에 따른 보험개수, 연령, 월 평균 보험료 수준의 차이에 대한 검정 결과 연령 및 월 보험료 변수의 경우 유의수준 .05에서 유의한 차이가 없는 것으로 확인 되었으나, 보험개수의 경우 계약 상태에 따라 보험개수의 차이가 발생하는 것으로 확인되었다. 즉 계약 상태에 따라 보험개수의 질적인 차이가 유의미하게 존재하는지를 확인하기 위해서 분산분석을 실시하였다. 아래의 <표 4-6>은 그 결과를 정리한 것으로 계약 상태에 따라서 보험개수에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로는 해지상태의 보험개수 평균값은 6.49, 정상상태는 5.51, 실효상태는 6.04 이었다. 쉐페(Sheffe)의 사후검증(post hoc test) 분석결과 99.9% 신뢰수준에서 해지집단과 정상계약 상태 간 보험개수 차이가 유의한 것으로 나타났다.

<표 4-6> 계약상태에 따른 보험개수 분산분석 검증결과

	계약상태	N	M	SD	F	사후검증
보험 개수	해지=1	325	6.49	3.98	6.97***	1-2***
	정상=2	465	5.51	3.28		
	실효=3	233	6.03	3.80		
	합계	1,023	18.03	11.06		

보험계약이 정상적으로 유지되는 경우의 보험개수보다 해지상태의 보험개수가 많다는 사실은 다수보험의 경우 지속적이고 계속적인 계약의 성질을 갖지 못하고 것으로 볼 수 있다. 장기손해보험 민영의료보험 담보를 이용한 보험사기의 가장 큰 위험성은 다수보험을 이용한 사기유형이 반복적이며 수사기관의 적발 이전까지 계속적으로 발생하기 때문에 사고로 인한 손실의 빈도와 심도가 깊다는 데 있다.

통상적으로 자동차 사고의 경우 보험기간이 단기인 관계로 해당 보험기간

동안에 사고 발생률이 현저하게 높고, 사고의 성격과 유형이 고의적 사고로 판단되는 경우 보험회사는 계약의 갱신으로 인한 위험부담을 회피하여 보험 단체에서 배제할 수 있다. 무엇보다도 자동차보험은 동일한 담보를 중복적으로 보장 받을 수 있는 다수보험 가입이 제한되는 특성으로 피보험자의 사망 시점까지 담보기간이 계속되는 장기손해보험에 비하여 손해의 심도 관리가 가능한 것이다.

(2) 보험사기자의 환수 특성 검증³⁸⁾

보험사기자의 성별과 연령에 따른 보험사기 편취금액의 환수 여부 및 유형은 어떠한 차이가 있는지를 확인 하고자 성별에 따른 환수 여부 및 유형에 대하여는 종속변수와 독립변수가 모두 범주형 이므로 교차분석을 실시하였다. 연령변수에 따른 환수 여부 및 유형의 경우 전자는 독립표본 T-test를 통해 두 집단의 종속변수 평균의 차이를 검정하였으며, 후자는 일원배치 분산분석을 통해 세 집단의 종속변수 평균의 차이를 검정하였다.

가) 성별에 따른 환수 여부 및 유형

보험사기자 집단 내 남성과 여성에 따른 보험사기 편취금액의 환수 여부는 교차분석 검증 결과 유의수준 .05에서 유의한 차이가 없는 것으로 확인되었으며, 환수유형에 있어서도 성별에 따른 차이가 없는 것으로 확인되었다. 보험사기자들이 보험사기로 편취한 보험금을 해당 보험회사에 환입하는 유형은 크게 보험사기자들의 주거지 관할 경찰서 등의 1차 수사기관에서 보험사기 혐의점이 인정된 후 검찰 송치 단계로 넘어가는 과정에서 보험사기 혐의를 시인하여 자발적으로 환입하는 유형과 검찰 송치 후 형사재판 과정에서 형사적 처벌의 경감을 위해 해당 보험회사에 환입하는 비자발적인 유형으로 분류된다. 즉 보험사기자 입장에서 보험금 환수에 대한 의지는 자신의 보험사기 혐의를 인정한 상태에서 환수 유형을 선택하게 되는데, 여기서 성별에 따른 특성은 보험금 환수의 실행과 유형에 영향을 미치지 않는 것

38) 전술한 연구문제 1-2, 1-3에 해당한다.

로 이해될 수 있다.

〈표 4-7〉 성별에 따른 환수 여부에 대한 χ^2 검증 결과

(단위 : 명)

구분	환수	미환수	합계
여성	78	285	363
남성	29	120	149
합계	107	405	512

$$\chi^2 = .262 \quad (df=1, p=.609)$$

나) 연령에 따른 환수 여부 및 유형

보험사기자 집단 내 성별에 따른 환수 여부의 특성을 확인하기 위한 동일한 취지에서 연령이라는 연속변수를 투입하여 환수 여부에 대한 독립표본 t 검증을 실시하였다. 등분산성의 가정을 충족하기 위한 Leven의 등분산성 검정 결과, 유의확률 .544로 두 집단의 등분산성이 같다는 영가설을 기각하지 않으므로, 연령에 따른 보험사기 편취금액의 환수와 미 환수 등분산성이 충족 되었으며 독립표본 t 검증 결과 유의수준 .05에서 유의한 차이가 없는 것으로 확인 되었다.

〈표 4-8〉 연령에 따른 환수여부의 독립표본 t 검증 결과

환수여부	환수	미환수
평균	4.27	4.30
표준편차	1.22	1.23
사례 수	107	405
t		-.264
유의확률		.792

환수 유형에 대한 일원배치 분산분석 검증 결과 환수의 4가지 유형에 대한 평균 차이에 대한 F 통계 값이 .057로서 유의수준 .05에서 연령 수준에 따른 환수 유형의 차이가 없는 것으로 확인되었다. 이는 성별과 동일하게 연령 수준에 있어서도 보험사기자 집단의 환수 유형의 특성은 차이가 없는 것으로 확인되었다

<표 4-9> 연령에 따른 환수유형에 대한 분산분석 결과

	제곱합	자유도	평균제곱	F	유의확률
환수유형	-256	3	-.085	.057	.982
오차	151.678	102	1.487		
합계	-104.322	105	1.402		

(3) 결과 논의

상기 분석결과는 주요 시사점은 첫째, 보험사기 혐의로 확정된 자들의 계약을 위험단체에서 강제로 배제시켜야 하며 이들의 다수보험 가입행위는 보험사기를 유발하기 위한 가입형태로 관련이 있다는 것이다.

다수보험 가입 행위와 보험사기의 유발 관계에 있어 김현수(2000)는 다수보험을 가입한 보험계약자 집단에서 보험사기를 유발하는 징후가 나타난 것으로 연구한 바 있다. 또한 보험개발원(2010)³⁹⁾에 따르면 다수의 민영의료보험 계약 체결 행위를 역선택의 형태로 인식하고, 특히 암 담보에 있어 보험계약 가입 건수가 증가할수록 평균 입원일수가 증가하게 되어 다수보험가입 형태가 도덕적 위험을 유발하는 요인으로 연구한 바 있다.

둘째, 보험사기 편취금액의 환수 여부와 유형은 그 대상이 사인 간에 이루어지는 계약 및 거래활동이 아닌 보험회사와 사기자라는 외형적 특성 때문에 보험사기자들은 보험회사를 우월적 지위로 오판하며 환수에 대하여 소극적인 경향을 보이고 있는 것으로 판단된다. 보험사기자 사후 관리와 관련한 법률의

39) 보험개발원(2010), “장기손해보험 암 담보의 리스크 분석 및 대응방안”, KIDI CEO Report 2010.07 p.17

불비현상이 지속되는 한 보험사기는 지금의 사회적 심각성을 넘어설 것으로 판단된다.

보험사기 발생으로 인한 보험금 편취의 결과는 보험단체를 구성하는 선량한 보험계약자의 보험료 할증이라는 부담으로 전가되는 특성에 비추어 볼 때, 적어도 보험사기 발생의 결과에 있어서는 실질적 성격의 사인 간 계약으로 인식되어야 한다.

V. 결론

연구문제 설정에 따른 분석결과는 다음과 같이 요약될 수 있으며, 크게 두 가지의 연구목적은 달성하기 위하여 다음의 사항에 주목하고 있다. 첫째, 보험사기 적발 이후 보험사기자 집단의 사후관리 현황 및 개선사항을 도출하기 위한 연구이다. 둘째, 수사기관과 사법기관을 통해 보험사기 혐의가 확정되지 않았으나, 지속적으로 보험사기를 유발하고 있는 불량위험 집단과 과거 특정시점 이후 지속적으로 보험금을 청구하여 향후 보험사기 유발 개연성이 충분한 잠재적 보험사기 대상자를 선별하기 위함이다.

보험사기자의 사후관리 현황을 분석한 결과, 보험사기 적발자 512명 중 107명(20.9%)만이 보험사기로 편취한 보험금을 해당 보험회사에 환수조치 한 것으로 나타났으며, 환수 유형은 보험회사와 변제를 통한 합의서 작성(41.5%), 채권 추심(27.4%), 보험금 상계처리(16.0%) 순으로 나타났다. 보험사기자의 형사적 처벌에 대한 양형 수준을 확인하기 위해 구속, 불구속 여부를 확인한 바, 대상자의 11.7%에 해당하는 60명만이 구속된 것으로 나타났다. 보험사기 적발 이후 계약유지 여부를 확인한 결과 적발 대상자의 38.3%(196명)가 보험사기 적발 이후 보험계약이 해지되었으며 36.1%(185명)는 보험계약이 현재까지 정상적으로 유지되고 있는 것으로 나타났다.

보험사기자의 보험금 환수여부와 유형, 처벌현황, 보험사기 적발 이후의 보험계약 상태 등은 연구자가 판단하는 사후관리 기준임을 감안할 때 우리의 사

후관리 체계는 제도적, 법률적인 보완과 개선책이 수반되어야 한다.

표본 집단의 보험계약 상태에 따른 보험개수, 연령, 월 평균 보험료 수준의 차이 검증을 위한 분산분석에서 연령과 월 평균 보험료 변수는 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 못한 반면, 보험개수 변수는 해지집단과 정상계약의 상태에서 보험개수의 차이가 유의한 것으로 나타났다. 보험계약이 정상적으로 유지되는 경우의 보험개수보다 해지상태의 보험개수가 많다는 분석결과를, 다수 보험 가입행위가 지속적이고 계속적인 보험계약의 특성을 나타내지 못하고 있는 것으로 판단된다. 아울러 선행연구에서 지지된 바와 같이 다수보험 가입행위는 보험사기 유발의 주요 요인으로 작용하고 있으므로 다수보험 가입행위에 대한 관리가 필요함을 보여주고 있다.

보험사기자의 성별과 연령에 따른 환수 여부와 유형은 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 못하였다. 즉 보험사기자 입장에서 보험금 환수에 대한 의지는 자신의 보험사기 혐의를 인정한 상태에서 환수 유형을 선택하게 되는데, 여기서 성별에 따른 특성은 보험금 환수의 실행과 유형에 영향을 미치지 않는 것으로 판단된다. 성별의 경우와 동일하게 연령 수준은 보험금 환수의 실행과 유형에 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

민영의료보험을 통한 과거 연구는 보험가입자 및 보험 모집인들의 설문을 통한 보험사기 인지도 연구방법 또는 보험가입자의 보험금 청구 건수를 토대로 지급률 분석과 기타 통계학적 연구로 진행되어 왔다. 그러나 본 연구는 수사기관과 사법기관에서 보험사기 혐의가 확정된 혐의자의 실제 데이터를 사용하여 인구통계학적 변수를 기본으로 계약의 모집 단계와 보험계약 체결 이후 보험사고 발생으로 인한 보험금 청구에 이르는 전반적인 사기청구의 유형을 연구하여 기존의 선행연구와 차별되도록 설계하였다. 기존의 연구는 보험사기 적발모형과 거시적인 보험사기 개선방안에 대한 연구에 집중한 반면 본 연구는 업계에서 빈발하는 보험사기의 문제점을 개선하기 위한 방안으로 보험의 가입시점의 사전적 관리와 보험사기 적발 이후의 사후적 관리에 대한 측면을 심도 있게 다루고 있으며, 실제 보험사기자들의 분석 결과임을 감안할 때, 제도개선을 통해 보험사기자의 사후관리에 실효성을 거둘 수 있을 것으로 판단된다.

<참고문헌>

- 금융감독원(2012), “IAIS 보험핵심원칙Ⅱ”, ICPs 21, p.133.
- 금융감독원(2013), “보험범죄 형사판례집”, 보험조사실(2013.12), p.3.
- 김동훈(2013), 보험론(제4판), 학현사, p.37.
- 보험연수원(2010), “개인보험 심사역” 전문, p.33.
- 손해보험협회(2012), “FY2012 상반기 손보사 경영실적 분석” 월간손해보험 2012년 12월호.
- 송윤아(2010), “보험사기 영향요인과 방지방안”, 보험연구원, pp.19~20.
- 한창희(2012), “보험법”, 국민대학교 출판부, pp.146~147.
- 김정동, 박종수(2006), “자동차보험 사기적발 모형에 관한 연구”, 리스크
관리학회지 제17권 1호 pp.135~145.
- 김헌수(2000), “보상전문가 지식을 이용한 보험사기 조기경보 모형의 개발에 관한 연구”, 리스크관리학회지 제13권 1호 pp.59~97.
- 박세민(2008), “보험사기에 대한 현행 대응방안 분석과 그 개선책에 대한 연구”, 저스티스 통권 제111호. p.142.
- 보험개발원(2010), “장기손해보험 압 담보의 리스크 분석 및 대응방안”, KIDI CEO Report 2010.07 p.17.
- 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, 정백근(2005), “민영의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인”, 보건행정학회지 제15권 4호, pp.161~175.
- 조해균(1990), “보험범죄의 발생원인과 그 대처방안에 관한 연구”, 보험학회지 제35집, pp.75~102
- 최병규(2006), “보험사기의 문제점과 쟁점 분석”, 상사판례연구 제19집 제3권, p.147
- 표성엽(2014) “보험사기 유발요인에 관한 연구” 국민대학교 경영학박사 학위논문.

- 금융감독원(2012), 보험조사국 조사분석팀 보도자료‘연간 보험사기 규모 추정 및 2011년도 보험사기 적발현황,’ 2012. 04. 24.
- 금융감독원(2013), 보험조사국 조사분석팀 보도자료, ‘보험사기 적발금액 증가세 지속, 1인당 사기금액 급증’, 2014. 03. 19.
- Browne, Mark J.(1992), “Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market”, The Journal of Risk and Insurance, 59(1), pp.13~33.
- Cohen, A., and Siegelman, P.(2009), “Testing for Adverse Selection in Insurance Markets” Journal of Risk and Insurance 77 pp.39~84.
- Ettner, S.(1997), “Adverse Selection and the Purchase of Medigap Insurance” by the Elderly. Journal of Health Economics. 16: pp.543~562.
- Kang, S., You, C.H., Kwon, Y.D., Oh, E.H.(2009), “Effect of Supplementary Private Health Insurance on Physician Visit in Korea”, Journal of the formosan Medical Association, 108(12) pp.912~920.
- Long, S. H(1994), “Prescription Drugs and the elderly: Issues and Options,” Health Affairs, 13(2), pp.157~174.
- Marquis, M. Susan & Phelps, Charles E.(1987), "Price Elasticity and Adverse Selection in the Demand for Supplementary Health Insurance", Economics Inquiry, 2. pp.229~314.
- Marquis, M. Susan(1992), "Adverse Selection with a Multiple Choice among Health Insurance Plans: A Simulation Analysis", Journal of Health Economics. 11: pp.129~151.
- OECD(2004), "Private Health Insurance in OECD Countries".
- Popow, Donna J.(2006), Claim Handling Principles. 1st edition. American Institute for Chartered Property Casually Underwriters, Pennsylvania, pp.1.23~1.25

Rosen, H. S., and Grayer T. Public Finance, McGraw-Hill/Irwin, 2009.

Wolfe, J. R. & Goddeeris, J. H.(1991), “Adverse Selection Moral Hazard and Wealth Effects in the Medigap Insurance Market” Journal of the Health Economics. 10, pp.433~459.

Abstract

As a result of analyzing the present status of post management in insurance fraud, only 107 people(20.9%) among 512 expositors of insurance fraud were indicated to have been arranged the redemption of the insurance, which was swindled by insurance fraud, to the corresponding insurance company. A redemption type was shown to be in order of writing an agreement through the repayment with an insurance company(41.5%), collecting claims(27.4%), and insurance offset disposal(16.0%). In consequence of confirming whether or not physical detention or indictment without detention in order to identify the offense weighing level on the criminal punishment against insurance fraud, only 60 people, which correspond to 11.7% of the subjects, were indicated to have been arrested. As a result of confirming whether or not contract maintenance after the exposure of insurance fraud, 38.3%(196 people) of the exposure subjects were cancelled an insurance contract after the exposure of insurance fraud. 36.1%(185 people) was indicated to be normally maintained the insurance contract up to now.

In ANOVA for verifying difference in insurance piece number, age, averagely monthly insurance bill level according to the insurance contract status in the sample group, the variables of age and

averagely monthly insurance bill level failed to show statistically significant difference. On the other hand, the variable of insurance piece number was shown to have significant difference of insurance number in the cancellation group and the normal contract status. A fact that the insurance piece number in the cancellation status is more than the insurance piece number in case of being normally maintained the insurance contract can be inferred to fail to have a constant and continuous contractual characteristic in consideration of a contractual character regardless of whether or not misusing insurance fraud in a number of insurances.

The appearance and the type of redemption according to gender and age in insurance fraud failed to show statistically significant difference. In other words, a will to redeem insurance from the position of insurance fraud comes to select the redemption type in the status of having recognized own suspicion of insurance fraud. A characteristic according to gender here was analyzed to have no influence upon the implementation and a type of redeeming insurance. Same as a case of gender, the age level was analyzed to have no difference in the recognition on a type of implementing this with perceiving the suspicion of insurance fraud.

※ Key words : Private medical insurance, insurance fraud,
post management in Insurance Fraud, Anova,
Independent sample t test, Insurance fraud elimination scheme