



저작자표시-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.
- 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

經營學博士學位論文

보험사기 유발요인에 관한 연구

- 민영의료보험을 중심으로 -

A Study on Causes of Insurance Fraud

- Focused on Private Health Insurance in Korea -

國民大學校 一般大學院

國際通商學科 保險金融專攻

表 成 燁

2014

보험사기 유발요인에 관한 연구

- 민영의료보험을 중심으로 -

A Study on Causes of Insurance Fraud

- Focused on Private Health Insurance in Korea -

指導教授 金 東 勳

이 論文을 經營學博士學位 請求論文으로 提出함

2014年 12月 日

國民大學校 一般大學院

國際通商學科 保險金融專攻

表 成 燁

2014

表 成 燁의

經營學博士學位 請求論文을
認准 함

2014년 12월 일

審査委員長	김	성	재	印
審査委員	김	동	훈	印
審査委員	김	두	철	印
審査委員	한	창	희	印
審査委員	홍	순	구	印

國民大學校 一般大學院

차 례

국문 요약	vii
제1장 서론	1
제1절 연구배경 및 목적	1
제2절 연구방법 및 구성	3
제2장 보험사기 유발요인에 관한 고찰	5
제1절 보험사기의 의의	5
1. 보험사기의 의의	5
2. 보험사기의 특성과 유형	7
제2절 보험사기 유발 요인	10
1. 보험계약 특성에 따른 유발요인	11
2. 보험회사 측면의 유발 요인	13
제3장 선행연구 검토	19
제1절 보험사기 인지 모형에 관한 연구	20
제2절 보험사기 유발 요인에 관한 연구	28
제4장 민영의료보험 보험사기 현황과 특성	33
제1절 민영의료보험 보험사기 현황	33
1. 민영의료보험의 성장과 특성	33
2. 보험사기 적발현황	35
제2절 민영의료보험의 보험사기 유발 환경	41
1. 민영의료보험의 사기구조와 위험성	41

2. 민영의료보험의 연구	43
3. 민영의료보험 보험사기의 상품적 특성	49
제3절 민영의료보험의 중복가입	51
1. 중복가입과 사고발생율	51
2. 중복 가입자의 계약특성	52
3. 중복 가입자의 보험금 청구사유	53
4. 언더라이팅 수준과 중복가입 간 상관관계	54
제5장 연구문제 설정과 연구 설계	57
제1절 연구문제의 설정	57
1. 연구문제의 목적	57
2. 연구문제의 제시	57
제2절 실증분석 설계	59
1. 분석기간 및 표본 집단	59
2. 변수의 선정	60
3. 변수의 정의	61
4. 연구모형의 설계	75
제6장 실증분석 및 결과	77
제1절 기술적 통계분석	77
1. 보험사기자의 특성연구	77
2. 집단간 특성 연구	81
3. 변수간의 상관관계	84
제2절 보험사기 유발 요인 검증에 관한 분석결과	85
1. 보험사기 적발 여부에 관한 실증분석	85
2. 보험사기 공모 유형에 대한 실증분석	89
3. 보험사기 형태에 대한 실증분석	97
제3절 실증분석 결과에 따른 주요 시사점	104

1. 중복가입을 통한 보험사기	105
2. 보험모집채널을 통한 보험사기	106
3. 보험사기 공모형태의 특성	108
제4절 보험사기의 예방과 개선방안	109
1. 보험사기자의 제재를 통한 개선방안	109
2. 실무적 측면의 개선방안	112
제7장 결 론	115
제1절 결과 요약 및 비교	115
제2절 연구의 의의 및 한계	119
참고문헌	122
Abstract	129

그림 차례

<그림 2-1> 역 선택과 도덕적 위험	12
<그림 4-1> 장기손해보험 비중 및 성장 추이	34
<그림 4-2> 연도별 보험사기 적발규모 추이	39
<그림 4-3> 보험사기자 담보별 보험금	50
<그림 4-4> 중복가입자의 경과년도별 입원담보 사고발생율	52
<그림 4-5> 중복가입자의 경과년도별 암진단담보 사고발생율	53
<그림 4-6> 입원, 수술 담보의 중복가입자 비중 상관관계	55
<그림 4-7> 암진단, 암수술 담보의 중복가입자 비중 상관관계	56

표 차례

<표 2-1> 상품개발 측면의 보험사기 노출도	14
<표 2-2> 민영의료보험의 상품판매 측면의 보험사기 노출도	15
<표 2-3> 민영의료보험의 언더라이팅 측면의 보험사기 노출도	16
<표 3-1> BI	22
<표 3-2> PIP	22
<표 3-3> 보험금청구 건 중 손해사정사에 의해 사기 건으로 적출된 케이스 ..	24
<표 3-4> 모델링에 의한 확률한계치별 적발비중 및 적발정확도와 적발율	25
<표 3-5> 청약상의 변수와 누락오류변수 포함의 비교	27
<표 4-1> 민영의료보험과 국민건강보험의 의료비 보장 체계	35
<표 4-2> 보험사기 적발실적	37
<표 4-3> 보험사기로 인한 재정손실 현황	40
<표 4-4> 연도별 특정담보 손해율	50
<표 4-5> 일반가입자 대비 중복가입자의 사고발생율	51
<표 4-6> 일반가입자 대비 다수가입자의 경과년도별 사고발생율	52
<표 4-7> 중복가입자의 사고원인별 보험금 청구빈도 비교	54
<표 4-8> 언더라이팅 점수와 중복가입 비중간의 상관관계	55
<표 5-1> 연구문제 요약	58
<표 5-2> 표본집단	59
<표 5-3> 변수선정	60
<표 5-4> 보험사기 공모자 인적관계	62
<표 5-5> 사건관련 사기자수	63
<표 5-6> 사기자수 기술통계	64
<표 5-7> 보험사기자의 보험가입건수	67
<표 5-8> 모집채널별 손해율 현황	70
<표 5-9> 전체 보험모집인 수	72

<표 5-10> 변수분류	74
<표 6-1> 보험사기자 인구학적 특성	77
<표 6-2> 보험사기자 보험가입 특성	79
<표 6-3> 보험사기자 특성	80
<표 6-4> 보험가입건수 비교	82
<표 6-5> 모집채널 비교	83
<표 6-6> 직업유형 비교	83
<표 6-7> 변수간 상관관계	84
<표 6-8> 투입변수 분류	86
<표 6-9> 보험사기 적발 여부에 따른 이항 로지스틱 회귀분석 결과	87
<표 6-10> 투입변수 분류	90
<표 6-11> 보험사기 공모유형에 따른 다항 로지스틱 회귀분석	91
<표 6-12> 투입변수 분류	98
<표 6-13> 보험사기 형태에 따른 다항 로지스틱 회귀분석 결과	99
<표 6-14> 보험개수 변수에 따른 분석결과	105
<표 6-15> 독립법인대리점 변수에 따른 분석결과	107
<표 6-16> 보험사기 현장적발 비율	113

<국문 요약>

본 연구는 2000년대 중반 이후 급증하고 있는 민영의료보험을 이용한 보험사기의 예방과 개선방안의 제시를 목적으로 하고 있다. 구체적으로는 보험사기자 집단의 특성을 고찰하고, 민영의료보험의 보험사기 유발 요인에 영향을 미치는 변수들을 통계적으로 검증하는데 집중하였으며, 통계적 검증을 위한 변수의 설정은 연구자가 고안한 변수와 보험사기 관련 선행 연구에서 다루어진 변수들을 취합하였다. 이와 같은 연구목적은 연구문제의 설정과 이를 검증하는 방식으로 접근하였으며, 연구문제 설정에 따른 실증분석의 취지는 첫째, 보험사기 적발 이후 보험사기자의 사후관리 제도를 개선하고 둘째, 보험사기자 집단의 사기유발 요인, 사기형태와 공모 유형의 특성 분석결과를 통해 보험사기를 유발하는 주요 변수의 특성을 분석하여 심사제도의 개선방안을 제시하기 위함이다.

보험사기자의 사후관리 체계의 문제점을 부각하고 이를 개선하기 위한 주요 연구 결과는 다음과 같다. 먼저 보험사기자의 인구학적 특성에 관한 분석 결과, 경기지역(26.3%)에 거주하는 50대(30.5%)의 회사원(30.1%)의 여성(70.9%)이 보험사기를 유발할 확률이 가장 높은 것으로 분석되었다. 보험사기자들의 보험계약 가입 특성과 관련하여 보험가입 보유건수는 평균 9건(14.1%), 월납 평균 보험료는 5만원대(20.9%)를 보유한 집단의 구성비가 가장 높았으며, 보험사기자들은 질병과 상해를 특별히 구분하지 않고 보험사고를 유발하는 것으로 나타났다. 그리고 보험모집 경로를 확인한 결과 독립법인대리점에서 모집한 계약이 50.1%의 압도적인 구성비를 나타냈다.

보험사기자의 사후관리 현황을 분석한 결과 보험사기 적발자 512명 중 107명(20.9%)만이 보험사기로 편취한 보험금을 해당 보험회사에 환수조치를 하였으며, 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, 불

구속 여부를 확인한 바, 대상자의 11.7%에 해당하는 60명만이 구속된 것으로 나타났다. 보험사기 적발 이후 계약유지 여부를 확인한 결과 적발 대상자의 38.3%(196명)만이 보험사기 적발 이후 보험계약이 해지되었으며, 36.1%(185명)는 보험계약이 현재까지 정상적으로 유지되고 있는 것으로 나타났다. 특히 보험사기자의 보험금 환수여부와 유형, 처벌현황, 사기 적발 이후의 보험계약 상태 등은 연구자가 판단하는 사후관리 기준으로 우리의 사후관리 체계는 제도적, 법률적인 보완과 개선책이 반드시 수반되어야 할 것으로 판단된다.

보험사기를 유발하는 주요 변수의 검증을 통해 보험사기를 예방하고 개선하기 위하여 실증분석을 실시하였다. 주요 시사점은 여성 집단에서 연령이 증가할수록 보험사기를 저지를 승산이 높은 것으로 나타났으며, 지역과 직업유형은 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석되었다. 특히 보험가입 건수가 1단위 증가함에 따라 보험사기로 적발될 개연성이 99.9%의 신뢰수준에서 약 43% 증가하였고, 전속모집채널을 준거 변수로 설정하였을 때 독립법인대리점은 다른 모집채널에 비하여 보험사기로 적발될 개연성이 99.9%의 신뢰수준에서 약 2.101배 증가하는 것으로 나타났다.

보험사기의 전문화와 집단화 현상에 주목하여 설계한 보험사기 공모유형의 경우 가족공모, 단독범행, 다수공모 유형으로 분류하고 각각의 변수를 투입한 결과, 모든 유형에서 여성이 99%의 신뢰수준으로 남성보다 보험사기 발생의 개연성이 높은 것으로 나타났다. 연령의 경우 가족공모 유형에서만 연령증가에 따라 보험사기의 승산비가 약 29% 증가하는 것으로 분석되었으며, 지역과 직업유형은 각각의 공모유형에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석되었다.

특히 보험가입 건수의 증가는 모든 공모유형에서 99.9% 신뢰수준에서 보험사기 발생 개연성에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수로 확인되었으나, 보험모집채널 중 독립법인대리점 변수는 가족공모 유형을 제외한 단독범행과 다수공모 유형에서만 99.9% 신뢰수준에서 보험사기 발생 개

연성에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다.

마지막으로 보험사기 형태에 따른 고의사고와 허위사고 유형의 보험사기 유발 요인 분석 결과, 성별은 고의사고와 허위사고에서 모두 여성이 남성에게 비해 보험사기를 유발할 개연성이 월등히 높은 것으로 나타났다. 연령의 경우 허위사고 유형은 고의사고 유형에 비하여 연령 1단위 증가에 따라 95% 신뢰수준에서 보험사기 개연성이 약 16% 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 지역과 직업유형은 각각의 사고유형에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석되었다. 보험가입 건수 변수의 경우 고의와 허위사고 모든 유형에서 99.9% 신뢰수준으로 보험사기 개연성이 각각 41%, 42%씩 증가하는 것으로 나타났다. 보험모집채널 중 독립법인대리점 변수는 고의와 허위사고 모든 유형에서 99.9% 신뢰수준으로 보험사기 발생 개연성에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다. 특히 고의사고 유형의 경우 다른 모집채널에 비하여 약 3.357배 증가하였으며, 허위사고 유형은 1.943배 증가하는 것으로 분석되었다.

본 연구는 국내에서 처음으로 보험사기 혐의가 입증된 사기 대상자를 표본 집단으로 선정하였으며, 이를 통해 실증분석 결과의 신뢰성을 확보하고자 노력하였다. 보험사기자들에 대한 연구결과임을 감안할 때, 개선방안에 대한 실무의 적용이 용이하고 향후 보험사기 개선의 효과를 거둘 수 있을 것으로 본다.

국문색인어 : 민영의료보험, 보험사기, 보험사기 개선방안
보험사기 유발 요인, 로지스틱 회귀분석

제1장 서론

제1절 연구배경 및 목적

우리가 삶을 영위하면서 직면하게 되는 다양한 위험을 효율적으로 대처하고 관리하고자 고안한 방법 중 가장 합리적이며 효율적인 경제제도는 보험이다. 보험은 위험을 전가하고 결합하여 우연적 손실을 보상하는 합리적인 경제제도로써 우리사회 전 부문에 표출된 위험으로부터 안정성을 제공함은 물론 내재된 불확실성에 대한 버퍼로서의 순기능적 역할을 담당하고 있다.¹⁾ 그러나 보험계약은 통상 사인 간에 이루어지는 계약과는 대비되는 특성을 지니고 있다.

보험계약은 현격한 비 등가 교환계약 내지는 사행계약의 특성으로 이를 악용한 사기의 비율이 다른 계약에 비해 월등히 높다. 이를 방지하기 위하여 보험계약의 근간이 되는 우리 상법과 보통보험 약관은 이득금지의 원칙을 전제로 법률적, 제도적 장치를 마련하고 있다. 그러나 제도의 구비를 현격히 넘어선 보험사기는 나날이 급증하고 있는 추세로 보험사기의 심각성은 이제 보험회사 관리차원의 문제를 넘어서 국가적인 관리와 해결 방안을 모색할 시점에 이르게 되었다.

보험사기를 예방하고 적발하기 위한 보험업계와 유관기관의 지속적인 공조에도 불구하고, 보험제도는 본연의 위험대비 수단으로서의 경제적 효용가치를 상실해 가고 있다. 연성사기에서 경성사기에 이르는 보험사기의 유형과 수법 또한 반인륜적이고 반사회적인 성향을 나타내고 있으며 심각한 사회적 문제로 대두된 지 오래이다.

보험사기를 근절해야 하는 궁극적 목적은 다수의 선량한 보험계약자 집단을 일부 불량위험 집단으로부터 보호하고 건전한 보험 제도를 정착시키

1) 김동훈(2013) “보험론”, 제4판, 학현사, p.37

기 위함이다. 아울러 사기업에서 국가기관에 이르는 보험경영의 주체가 부담하는 보험 산업의 공공성을 확립하기 위함이다.

보험사기의 심각성은 2000년대 중반을 기점으로 급격한 증가 추세에 있는 장기손해보험영역의 민영의료보험에서 두드러지고 있다. 민영의료보험에서 보험사기가 집중되는 근본적인 원인은 민영의료보험 상품약관 자체가 견고하지 못하고, 보험금의 청구와 수령이 용이한 구조적인 문제에서 비롯된 것으로 연구자는 판단하고 있다.

이러한 상품의 구조적 문제는 비단 민영의료보험만의 문제가 아니라 전한 보험질서를 문란케 하고 보험 산업 전반의 신뢰도를 실추시키는 중요한 문제로 판단된다.

민영의료보험은 다른 보험종목과 달리 보험기간이 장기적으로 지속되기 때문에 이를 이용한 보험사기는 보험회사의 경영지표 안정성을 저해하는 직접적인 요인으로 인식되며, 계속적 성격을 갖는 계약의 특성상 지속적이고 안정된 경영성과 여부를 가늠하는 기준이 된다.

본 연구는 민영의료보험 시장이 급증한 특정 시기를 기점으로 일반의 보험가입자들과 수사기관에서 보험사기로 적발된 대상자들의 비교 연구를 진행하고자 한다. 아울러 민영의료보험을 통한 보험사기 발생의 일정한 유형을 분석하고, 사기를 유발하는 주요 요인들을 검증하여 사기 예방을 위한 제도적 개선 방안을 제시하고자 한다. 마지막으로 제도개선의 선행적 과제로 보험사기자 집단의 특성을 고찰하여 보험계약 모집단계에서 계약의 적부조사에 이르는 효율적 심사제도와 보험사기자의 사후관리 방안을 제시하고자 한다. 이러한 연구의 과정은 민영의료보험 보험사기의 심각성과 부작용을 완화하고 보험이 위험 대비 수단으로서의 기능적 측면을 부각하기 위함이다.

제2절 연구방법 및 구성

본 연구의 목적은 보험 산업의 발전과 동시에 우리 사회의 심각한 사회 문제로 대두되고 있는 민영의료보험 보험사기의 근본적인 개선안을 제시하기 위함이다.

연구목적을 달성하기 위하여 보험사기의 이론적 고찰과 선행연구의 검토를 통해 실무적으로 빈발하는 문제점에 착안하여 연구문제를 설정하고자 한다.

연구문제의 설정은 민영의료보험을 이용한 보험사기자의 보험가입 시점에서 적발단계에 이르기까지 민영의료보험의 특성과 문제점을 반영하고자 한다. 이 과정에서 문헌적 연구의 한계를 보충하고 연구문제를 검증하기 위하여 실증분석에 의한 통계적 연구를 병행하고자 한다. 특히 민영의료보험을 이용한 보험사기자의 사기유발 요인 등에 영향을 미치는 요인들을 통계적으로 검증하고자, 표본 집단의 인적변수를 기초로 보험모집 단계와 보험금 청구 및 보험금 지급 단계에 이르는 각각의 변수들을 투입하여 다변량 실증분석을 실시하고자 한다.

본 연구의 구성은 업계와 학계에서 일반적으로 통용되는 보험사기의 의미와 민영의료보험의 특성을 우선적으로 고찰하고, 보험사기의 발생 원인을 보험회사의 영업정책 측면에서 비중 있게 다루고자 한다. 최근 급증하고 있는 민영의료보험 보험사기의 위험성을 주지하고자, 보험사기 적발현황을 분석하고 이를 통해 민영의료보험의 사기유발 요인을 제시할 것이다. 이 과정에서 민영의료보험의 특성을 통해 보험사기로 유인되는 직접적인 원인을 확인하고자 한다.

본 연구의 세부적인 구성을 적시하면, 제1장에서는 연구에 이르게 된 배경과 연구 목적을 제시하고, 연구방법을 구체적으로 제시하고자 한다.

제2장은 보험사기 유발 요인에 관한 이론적 고찰 부분으로 보험사기의 의미와 특성 등 보험사기와 관련한 일반적 이론을 소개하고, 보험사기의 원인을 실무적 관점에서 규명하고자 한다.

제3장은 민영의료보험 보험사기 유발 요인과 관련한 국, 내외 선행연구를 소개하고자 한다. 최초 보험사기 이론 연구를 시작으로 보험사기 적발 모형에 관한 연구와 보험사기 유발 요인에 관한 연구를 소개하며 본 연구의 방향성을 제시하고자 한다.

제4장은 민영의료보험에서 보험사기를 유발하는 직접적인 원인과 환경적 측면의 원인을 폭넓게 다루고자 한다. 또한 보험사기 적발현황을 통해 나타난 보험사기의 심각성을 고찰하고 민영의료보험의 급격한 증가 추이 현황을 강조하고자 한다.

제5장은 민영의료보험 보험사기의 개선방안을 도출하고자 연구문제와 연구모형을 설계하고자 한다. 이 과정에서 선행연구를 토대로 실증분석을 위한 변수를 분류하고 정의하고자 한다.

제6장은 연구문제에 대한 실증분석을 실시하여 민영의료보험 보험사기 발생에 영향을 미치는 변수들에 대한 분석을 통해 보험사기의 예방과 개선방안을 제시하고자 한다. 개선방안의 제시는 제도적인 방향과 업계 실무적인 방향으로 구분하여, 최근 가장 시급한 현안으로 부상하는 사안들을 중점적으로 살피고자 한다.

마지막으로 제7장은 분석결과를 요약하고 선행연구와의 비교 연구를 통해 본 연구의 의의와 한계를 적시하고자 한다.

제2장 보험사기 유발요인에 관한 고찰

보험사기가 우리 사회의 심각한 사회문제로 부각되고 있음에도 우리는 아직까지도 법률에 근거한 보험사기의 사전적 정의를 명확히 규정하지 못하고 있으며, 보험사기자의 처벌과 관련한 독립된 법률체계를 마련하지 못하고 있는 상황이다. 보험사기자들의 사기수법은 날로 지능화되고 전문화 추세의 양상으로 변모하고 있음에도 우리의 보험사기 방지노력 수준은 열악한 법률적 인프라로 인해 가시적인 성과를 이루지 못하고 있다고 판단된다. 이하에서는 보험사기의 의의와 특성을 고찰하고 보험사기 유발요인에 관한 이론적 연구를 진행하고자 한다.

제1절 보험사기의 의의

1. 보험사기의 의의

보험사기란 보험금을 부당하게 수취할 목적으로 고의로 보험사고를 조작하거나 과장하는 행위로 표현된다.²⁾ 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.³⁾ 한편 실무적으로는 보험사기란 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험혜택을 부당하게 취득하거나 보험 제도를 악용하여 고액의 보험금을 수취할 목적으로 고의적으로 행하는 불법행위를 말한다.⁴⁾

2) 최병규(2006), “보험사기의 문제점과 쟁점 분석”, 상사판례연구 제19집 제3권, p.147

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

4) 박세민(2009), “보험사기에 대한 현행 대응방안 분석과 그 개선책에 대한 연구”, 한국법학원, 저스티스 통권 제111호, p.142

우리의 경우 보험사기 정의가 법률상 명문화 되어 있지 않은 상황에서 실무적 의미의 정의가 통용되고 있는 것으로 판단된다.

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.⁵⁾ 보험사기는 제3자 또는 자신을 위해 이득을 얻으려고 하는 기망행위 또는 태만을 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, 공모행위 등을 보험사기로 규정하고 있다.

5) 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.⁶⁾

송윤아(2010), Popow(2006)⁷⁾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.

이와 같이 보험사기 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. 보험사기의 특성과 유형

가. 보험사기의 특성⁸⁾

보험사기는 당사자 간의 보험계약 체결이 선행되어야 하고, 보험금 청구의 조건이 되는 보험사고가 객관적으로 확정되어야 하는 등의 고유한

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

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

8) 장인권(2010), “보험범죄에 관한 실증적 연구” 경상대학교 박사학위 논문, pp.28~32, 인용, 각색

특성을 지니고 있기 때문에 다른 사기 범죄에 비하여 다음과 같은 특성이 존재한다.

첫째, 보험사기는 다른 범죄와 동시에 발생하는 특성을 지니고 있다. 보험사기는 보험금을 편취하기 위하여 다양한 수법을 사용하기 때문에 보험사기가 발생하게 되면 보험금 편취뿐만 아니라 이에 동반하여 살인, 상해, 방화, 교통사고를 이용한 여러 범죄행위가 동시에 발생하는 특징이 있다. 보험사기는 보험금을 편취하기 위하여 타인 또는 자신을 가해하거나 고의적 사고를 유발하고 또한 각종 서류를 위조하거나 재물을 손괴하는 행위가 동시에 발생한다.

보험사기는 형법상의 사기죄(제347조) 요건만 충족하면 성립되지만, 통상 보험사고로 위장하기 위하여 살인, 폭행, 방화 등 다른 범죄와 경합하여 발생되기 때문에 선의의 피해자가 나타나게 된다.⁹⁾

둘째, 보험사기는 사기수법이 다양화된 특성을 지니고 있다. 보험은 우리의 일상생활과 관련한 모든 위험을 담보하기 때문에 사기 수법도 매우 다양하고 날로 지능화되며 또한 은밀하게 이루어지고 있다. 경성사기의 대부분은 지능적 범죄로서 악의적이고 교묘한 수법이 특징이다. 특히 다수가 공모한 보험사기의 경우 공모자와 사고 상황을 조작하는 과정에서 분업에 의한 전문적인 사기유형으로 발전되기도 한다.

셋째, 보험사기는 사기의 입증이 쉽지 않은 특성이 있다. 보험사기가 성립되기 위해서는 고의로 보험회사를 기망하여 보험금을 편취하였음을 보험회사가 입증하여야 한다. 그러나 중대한 과실과 고의를 구분하기 쉽지 않고 수사권이 없는 보험회사가 고의를 입증하는 것은 현실적으로 어려운 상황이다. 최근의 개인정보보호법 시행에 따라 피보험자의 과거 병력에 대한 정보공유가 제한되는 상황에서 보험사기의 입증은 더욱 어려워지고 있다.

넷째, 보험사기 피해는 일반 국민들을 대상으로 하는 광범위한 특성을 지니고 있다. 보험사기는 표면적으로는 보험자에게만 직접적인 피해를 주

9) 금융감독원(2003), “불법 금융거래의 유형 및 특성”, pp.97~98

는 것으로 보이지만 보험사기로 인한 보험금 누수는 보험료를 인상시키고 보험경영의 수지악화를 초래하여 결국은 보험자와 모든 보험소비자를 포함한 전 국민에게 전가시키게 된다.

보험사기의 피해는 다른 경제범죄와 마찬가지로 그 피해가 특정되지 않거나, 일반 국민의 경우가 대부분이기 때문에 피해자들이 자신이 피해자가 되고 있다는 사실을 전혀 인지하지 못하고 있다는 것이 현실이다.

나. 보험사기의 유형

보험사기의 유형은 사기의 대상이 되는 보험의 종류와 특성에 따라 분류된다. 즉 보험의 운용주체와 목적에 따라 크게 공적보험¹⁰⁾과 사적보험으로 분류되며, 사적보험의 경우 민영보험회사가 운영하는 생명보험과 손해보험을 의미한다. 이하에서는 생명보험과 손해보험의 대표적인 보험사기 유형을 고찰하고자 한다.¹¹⁾

생명보험의 보험사기는 타인이 피보험자로 되어 있는 보험금을 편취하려는 경우와 자신이 피보험자로 되어 있는 보험계약의 보험금을 편취하려는 경우로 구분된다. 전자의 경우 피보험자를 살해한 후 이를 사고사나 병사 또는 피보험자의 자살로 위장하는 경우 등을 들 수 있으며, 후자는 자살, 실종위장, 타인살해 후 자신의 사망으로 위장하는 경우 등이다.

생명보험계약은 법률의 규정이나 계약 시 선택상의 제한 때문에 타인을 피보험자로 하는, 즉 타인의 생명에 대한 보험계약을 체결하는 것이 극히 어렵다. 따라서 생명보험금을 노리고 피보험자를 살해하려는 경우, 주범과 피해자는 가족관계, 내연관계, 친구관계, 고용관계 등의 특수한 신분관계에 있는 경우에만 계약체결이 가능하다는 특성이 존재한다. 즉 주범과 피해자의 관계가 매우 한정되어 있으며, 밀접한 신분관계에 있는 사람에 대해서만 행할 수 있기 때문에 완전범죄를 기하기 위해 지능적이며 반인륜

10) 대표적인 공적보험은 4대 사회보험으로 국민건강보험, 국민연금보험, 산업재해보상보험, 고용보험을 들 수 있다.

11) 장인권(2010), 전계논문, pp.19~21, 인용, 각색

적인 특성이 존재한다.¹²⁾

손해보험을 이용한 보험사기는 보험의 종류와 특성에 따라 크게 자동차 보험사기, 화재보험사기, 해상보험사기, 장기손해보험사기로 구분된다. 여기서 장기손해보험을 이용한 보험사기는 상해, 질병사고를 통한 민영의료 보험 보험사기로 다시 구분된다.

본 연구의 주제와 관련한 민영의료보험을 이용한 보험사기는 크게 3가지 유형으로 분류된다. 제 1유형은 보험사고가 발생한 것처럼 조작하여 보험금을 청구하는 것이고, 제 2유형은 보험사고의 결과를 과대하게 가장하여 보험금을 청구하는 것이다. 마지막으로 제 3유형은 보험계약 체결 이전의 질병을 은닉하고 보험계약을 체결한 후 부정하게 보험금을 청구하는 것이다.

민영의료보험의 보험사기는 자동차 사고 이외의 사고에 기인한 상해 또는 질병을 대상으로 하는 것이기 때문에 허위의 질병 또는 고의 상해에 의한 경우가 중심이 되고 있다. 그리고 보험금 부정청구에 이용되는 민영의료보험의 구체적인 보험종목은 상해보험, 질병보험, 소득보상보험, 상해 질병특약 생명보험 등으로 구분된다.

민영의료보험을 이용한 보험사기의 주요 병명은 전도, 추락에 의한 자발통(自發痛) 또는 이에 기한 보행곤란 등 의학적으로 타각증상이 없어도 자각증상에 의한 소호로 의사의 진단을 받고 입원안정을 취하는 행위가 압도적으로 많은 비중을 차지하고 있다.¹³⁾

제2절 보험사기 유발 요인

보험사기가 발생하는 근본적인 원인은 보험계약자 등이 지급한 보험료와 보험사고 발생 시 보험회사로부터 지급 받는 보험금의 현격한 비등가

12) 사법연수원(2009), “신중범죄론”, pp.229~230

13) 사법연수원(2009), 전제서, p.249

성으로 인한 보험계약의 사행성 내지는 요행성에서 비롯된다. 이러한 보험계약의 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 불완전성이 등으로 판단한다. 또한 업계의 과도한 실적주의로 인한 영업 우선정책은 연구자가 판단하는 보험사기의 주요 원인이다.

1. 보험계약 특성에 따른 유발요인

가. 보험계약의 요행적 특성

보험사기가 발생하는 근본적인 원인은 보험계약의 요행적 특성에서 비롯되었고, 여기서 사행성은 보험계약자가 지급하는 보험료와 보험자가 부담하는 보험금의 현격한 비등가적 가치로 발생하고 있다. 이러한 보험계약의 요행적 위험이 현실의 위험으로 발생하는 원인은 당사자 간의 정보의 비대칭성 때문이다.

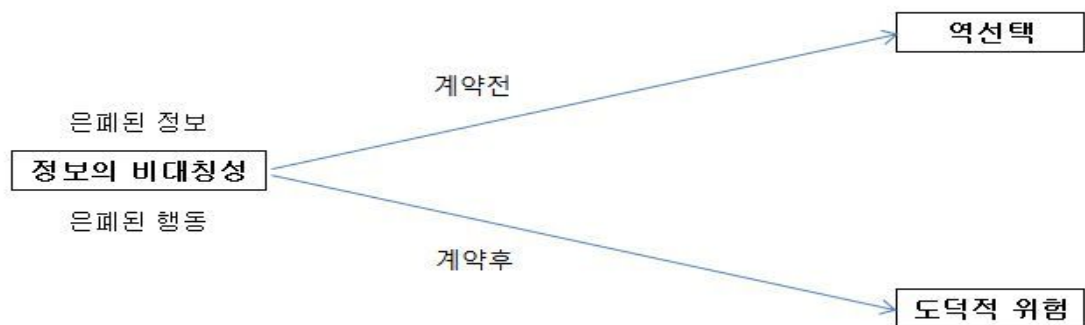
보험자 입장에서 보험가입 객체의 정보는 적정한 보험료 산출을 위한 필수적 요건이지만, 불량위험을 보유하고 있는 보험가입자 입장에서는 보험가입을 제한하는 요건에 불과하므로 이를 회피하여 보험에 가입하고자 할 것이다. 이러한 이유로 통상 사인 간 이루어지는 다른 계약행위에 비하여 보험계약은 일방의 당사자와 다수 당사자 간의 신뢰를 최우선으로 여기고 있으며, 계속적으로 유지되는 계약기간에도 일방의 당사자는 변경되는 정보사항을 성실하게 제공하여야 한다.

이처럼 당사자 간의 신의성실을 최우선으로 요구하는 이유는 표면적으로는 개별의 계약집단이지만 궁극적으로 하나의 위험집단을 이루고 있기 때문이다.

나. 역 선택 위험의 집중과 사기형태

일반의 위험보다 높은 수준의 위험을 보유하고 있음에도 동등한 조건에서 보험에 가입하고자 하는 위험집단의 유형을 역 선택이라 하는데, 보험단체의 역 선택 위험은 인위적 위험을 유발하여 도덕적 위험으로 나타나게 된다. 이러한 위험은 보험단체의 보험료 인상을 유도하여 우량위험을 이탈시키고 종국에는 보험시장을 붕괴시켜 보험회사 경영을 악화시킬 수 있다. 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. 역 선택 위험을 보유하고 있는 개인이 자발적인 보험가입을 통해 보험사기를 유발하는 경우, 정보의 비대칭을 악용하여 보험단체에 편입하게 된다. 이후 인위적 위험을 지속적으로 유발하여 보험사기를 행하게 되는데, 이는 통상적인 보험사기 형태로 여겨진다.

<그림 2-1> 역 선택과 도덕적 위험¹⁴⁾



출처 : 한창희, “보험법” (2012)

최근 증가하는 보험 모집인과 보험가입자 간 공모에 의한 보험사기의 경우, 보험 모집인은 지인을 대상으로 수 개의 보험계약을 가입하도록 유

14) 한창희(2012) “보험법”, 국민대학교 출판부, pp.146~147

도하는 경향을 나타낸다. 여기서 지인이란 모집인의 가족을 포함한 특수한 인적관계의 대상자로 선별하기 때문에 보험사기 혐의점 확보 및 적발에 어려움이 따른다. 또한 사기혐의자들이 보험금청구의 수단으로 입원하는 의료기관의 경우 보험 모집인과 대부분 연계되어 있어 조직적인 사기행위가 발생하게 된다. 이와 같이 보험사기 발생의 근본적인 원인은 보험계약의 사행성과 정보의 비대칭에서 발생하지만, 보험계약의 가입 단계와 보험금 청구과정에서 발생하는 원인은 보험회사의 사기 유인 요소와 관계가 깊다.

2. 보험회사 측면의 유발 요인

역 선택 위험이 집중되는 근본적인 원인에 대하여 이기형(2007)¹⁵⁾은 보험회사가 보험계약자 등에게 보험사기를 유발하고 싶은 동기나 유인을 제공하는 경우에 모든 이들의 행동이 동일할 것이라는 합리화에 빠져 보험사기를 범죄로 인식하지 못하고 보험사기를 범할 수 있다고 주장하였다.

보험계약자 등이 보험사기의 합리화를 가능하게 하는 보험회사의 동기 부여는 보험시장이 경쟁시장 체제 하에서 상품의 차별성을 부각 시켜 상품 판매의 증가를 통한 시장의 우위를 선점하려는 부분과 상통한다.

가. 상품개발 측면의 보험사기 유인 요소

상품의 차별성은 다양한 위험으로부터 급부를 제공하는 측면에서 접근되어야 한다. 그러나 보험회사의 보험사기 유인 요소로서의 상품 차별성은 급부 보장의 용이성과 고액 보험금의 반복적인 수령으로 나타나는데 문제가 있다.

특히 민영의료보험의 상품개발 과정에서¹⁶⁾ “도덕적 위험이 큰 리스크를

15) 이기형(2007), “보험사기 유발요인 발굴 및 개선방안 연구”, 보험개발원, 인용 및 각색, pp.16~66

16) 이기형(2007), 전제서, pp.22~23

보장” 하거나 “급부를 고액의 정액형으로 설계” 할 때, “과도한 입원비 차등 지급” 그리고 “특정 질병이나 특정 시간대의 사고를 집중 보장” 할 경우 보험사기 노출 정도가 아래와 같이 높은 것으로 인식되고 있다.

<표 2-1> 상품개발 측면의 보험사기 노출도 (단위 : 점)

보험종목	사기유발 가능성	유발요인 발생현황	사기 노출도	순위
민영의료보험	74.9	55.4	64.4	1
사망보험	72.2	55.2	63.1	2
자동차보험	69.6	55.9	62.4	3
재물보험	68.7	54.0	60.9	4

출처 : 이기형, “보험사기 유발요인 발굴 및 개선방안 연구”, 보험개발원(2007)

상품개발 측면에서 보험사기 노출도가 높은 상품을 개발하여 판매하는 행위를 보험사기의 원인으로 볼 수 있으며, 민영의료보험을 이용한 보험사기의 유형은 과장 또는 허위의 장기입원을 통해 입원비 관련 보험금을 집중적으로 청구하거나 고액의 정액형 담보를 통해 반복적인 고액 보험금을 수령하는 사기형태가 주를 이루고 있다.

나. 상품판매 측면의 보험사기 유인 요소

상품판매 측면의 보험사기 유인 요소라 함은 판매 채널에 따라 보험사기 노출도에 영향을 미치는 정도가 상이하다는 의미로 판단한다. 자동차보험, 일반보험, 민영의료보험의 경우 대리점 조직을 통한 대면채널을 통해 상품을 판매하는 점에서 보험사기 유인 요소로서 큰 차별성이 존재하지 않지만, 상품이 보유한 고유한 특성에 따라 상품판매 측면의 보험사기 노출도는 아래의 <표 2-2>와 같이 다르게 나타난다.

<표 2-2> 민영의료보험의 상품판매 측면의 보험사기 노출도 (단위 : 점)

유발요인	사기유발 가능성	유발요인 발생현황	사기 노출도	순위
과장광고	76.4	54.0	64.2	2
상품에 대한 불충분한 설명	72.2	54.6	62.8	3
판매조직이 보험사기의 개연성을 알고 보험계약 체결	76.8	55.8	65.5	1
피보험자의 자필서명 확인 태만 등 불완전 판매	71.8	53.2	61.8	4

출처 : 이기형, “보험사기 유발요인 발굴 및 개선방안 연구”, 보험개발원(2007)

민영의료보험의 사기 노출도는 “판매조직의 묵인 또는 공모”가 가장 높은 것으로 인식되고 있으며, “과장광고”, “상품의 불충분한 설명” 순으로 확인된다.¹⁷⁾ 최근의 민영의료보험 보험사기는 다수의 혐의자가 공모하여 보험사기를 유발하는 집단화 형태를 나타낸다. 공모의 범위에는 보험모집 조직과 병원 관계자는 물론 일정한 수수료를 받고 이들을 연계시켜 주는 보험사기 전문 브로커가 포함되어 있다.

특히 보험계약 판매조직 또는 모집조직의 경우 보험회사를 대리하여 보험계약을 모집, 체결하는 자로서 모집행위의 선관주의를 다해야 하는 지위에 있음에도 일부 모집조직의 경우 보험계약자 등과 공모하여 수 개의 보험계약을 집중적으로 체결하고 고의 또는 허위의 보험사고를 유발하여 부당한 보험금을 수령하는 사례가 빈번하게 나타나고 있다. 이들의 공모 형태는 모집조직과 보험계약자 등의 관계에서 벗어나 일부 의료기관과 결탁하여 허위치료 내지 과장치료 행위를 통해 전문적이고 집단화된 보험사기를 유발하기도 한다.

17) 이기형(2007), 전계서, pp.44~46

다. 언더라이팅 측면의 보험사기 유인 요소

언더라이팅 측면의 보험사기 노출도는 상품개발 및 상품판매 측면의 보험사기 노출도와 동일하게 민영의료보험과 사망보험이 재물보험과 자동차보험에 비해 상대적으로 높은 것으로 나타났으며, 유발 요인은 아래의 <표 2-3>과 같다.¹⁸⁾

<표 2-3> 민영의료보험의 언더라이팅 측면의 보험사기 노출도 (단위 : 점)

유발요인	사기유발 가능성	유발요인 발생현황	사기 노출도	순위
영업 우선정책으로 인한 언더라이팅 기준 완화 시행	74.6	54.4	62.7	4
자사 보험청약정보와 인수거절 정보 미관리	68.0	51.4	59.1	7
관련 통계자료 미집적으로 인한 언더라이팅 통계산출의 어려움	67.4	54.0	60.3	5
인터넷, 홈쇼핑, TM 등 신채널 활성화로 인한 역선택 소지 증가	83.2	60.8	71.1	1
사회적 반감으로 인한 신용정보 활용의 어려움	75.6	62.2	68.6	2
실효 후 자진 부활계약에 대한 언더라이팅 기준 강화	68.0	51.6	59.2	6
타 보험사, 공제, 공영보험계약 및 보험금지급 현황 조회 불가능	76.2	60.6	68.0	3

출처 : 이기형, “보험사기 유발요인 발굴 및 개선방안 연구”, 보험개발원(2007)

언더라이팅 측면에 있어서 인터넷, 홈쇼핑, TM 등의 신 채널모집 활성화로 인한 역 선택 위험의 유입은 보험사기를 유발하는 가장 비중 있는 유인 요소로 확인 되었으며, 보험계약자 등의 신용정보 활용의 제한 요인

18) 이기형(2007), 전계서, pp.59~61

과 공제를 포함한 타 보험사 보험금지급 현황 조회의 제한 등도 보험사기 주요 유발 요인으로 나타났다.

보험회사는 표준 조직 대면채널을 통한 모집계약 건에 대하여 악의적인 역 선택 유입을 상당부분 선별하거나 이를 위험단체로부터 차단할 수 있는 자체적인 시스템을 가동하고 있다. 그러나 모집비용의 절감과 나아가 사업비의 효율적 집행을 위해 도입된 신 채널 모집의 경우 비용의 효율성 측면만을 고려한 나머지 역 선택 위험을 선별하거나 차단하기 어려운 구조적 결함이 보험사기의 심각한 노출로 나타난 것으로 판단된다.

즉 보험계약 당사자 간 정보교환의 불균등성은 일방 당사자로 하여금 보험사기를 유인하는 요소를 제공하였고, 이러한 위험은 장기적으로 보험회사의 경영수지에 악영향을 미쳐 영업 활성화와 사업비 절감을 위한 신 채널 도입의 취지에 반하는 부작용을 양산하게 되었다. 보험가입이 강제되는 자동차보험의 경우 보험계약자 등의 소득수준에 따른 보험가입률 증감은 민영의료보험과 비교할 때 미비할 것으로 판단된다. 자동차보험은 민영보험회사가 영위하는 보험종목임에도 책임보험 담보가 포함된 공익적 성격의 보험으로 보험료 인상 결정에 대한 보험회사의 권한이 다른 보험종목에 비해 자유롭지 못하다. 민영의료보험의 경우 다수 가입이 가능하며 보험가입 건수에 배가하여 보험금을 수령하기 때문에 보험사기를 유인하는 절대적인 요인으로 악용되고 있다.

보험계약자 등의 소득수준이 평균보다 높고 주관적으로 체감하는 위험의 정도가 일반인보다 높은 경우의 다수의 보험가입 형태는 역 선택 위험 또는 보험사기 유인 요소로서 인정하기 어렵다. 그러나 소득수준과 관계 없는 일부 역 선택자의 다수 가입은 보험사기 유발 요인으로 우리나라 민영의료보험 보험사기의 대표적인 역 선택 위험집단의 형태를 나타내고 있다. 이러한 이유로 보험회사 입장에서 보험계약자 등의 소득수준과 관련된 신용정보는 위험선별과 인수과정의 절대적인 요소로 인식되고 있는 것이다. 그러나 실제 보험모집 과정에서 소득 및 신용정보의 성실한 고지를 통한 위험인수는 일부 표준조직의 대면채널을 통해서만 가능하며, 다수보

험 가입을 주된 목적으로 위험집단에 편승하려는 역 선택자의 신용정보 고지를 통한 위험선별은 기대하기 어려운 실정이다.

라. 영업 우선주의 정책에 따른 유인 요소

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. 상기 언더라이팅 관련, 보험사기 노출도 측면에서 비중 있는 요인으로 선정된 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 인식되고 있다.

보험사기 행위의 주체로서 인식되는 역 선택 집단의 유입은 개별 보험계약자 등의 자의적인 판단으로 인한 부분으로 이해되어 왔다. 그러나 보험사기 유발 측면에서 보험계약자의 사기행위는 보험회사의 사행적 상품설계와 관련이 깊으며, 이러한 악순환은 보험사기를 지속적으로 증가시키는 요인으로 판단된다.

보험회사의 영업 우선정책은 단기적으로는 회사 경영수지 측면의 성장동력의 요건이지만 장기적 측면에서는 손해율 관리에 따라 회사 경영의 존폐와 관련한 중요한 요소임을 간과해서는 안 된다.

제3장 선행연구 검토

보험사기에 관한 학계의 연구는 손해보험 영역의 자동차보험을 중심으로 발전해 왔는데, 이는 다른 보험종목과 비교하여 자동차보험을 이용한 보험사기 비중이 매우 높고 보험사기의 전형적인 사기형태로 자리매김하였기 때문이다. 상대적으로 인 보험에 관한 보험사기 연구는 그렇지 못한 실정이며, 2000년대 접어들어 민영의료보험을 이용한 보험사기의 급격한 증가와 사회적인 문제점이 부각되면서 인 보험 보험사기 연구의 필요성이 제기되면서 보험모집채널을 중심으로 보험사기에 관한 연구가 진행 중에 있다.

보험사기는 도덕적 해이라는 연구 영역에서 출발하였지만, 보험사기에 관한 이론 연구의 출발은 범죄경제학이라는 새로운 영역을 개척한 Becker(1974)에 의하여 최초로 시도되었다. Becker(1974)¹⁹⁾는 그의 저서 'Crime and Punishment'를 통해 범죄에 대한 무한처벌 보다는 적정처벌이 효과적이라는 이론적 틀을 제시하였다. 그는 범죄로 인한 사회적 손실을 최소화하는 것을 최적의 결정(optimal decision)으로 표현하며, 경제적 분석을 이용하여 불법 행위를 차단하기 위한 최적의 정책개발을 주장하였다. 그의 연구에서 가장 주목할 만한 부분은 보험사기를 경제학적 관점으로 접근하면서, 보험사기로 인한 총 비용보다 보험사기 적발을 통한 총 이익이 크다면 보험사기 적발에 대한 투자는 증가한다는 이론을 설명하였다.

우리나라 보험사기에 관한 본격적인 연구는 조해균(1990)²⁰⁾에 의하여 진행되었으며, 동 연구에 따르면 보험사기와 보험범죄에 대하여 특별한 구분 없이 동의어로 판단하였다. 보험사기가 발생하는 근본적인 원인에

19) Becker, G.(1974), "Crime and Punishment", Journal of Political Economy, Vol.76, No.2

20) 조해균(1990), "보험범죄의 발생원인과 그 대처방안에 관한 연구", 보험학회지 제35집 pp.75~102

대하여 보험계약의 사행적 특성에서 그 원인을 제시하였으며, 자동차보험과 인 보험에서 발생하는 보험사기의 구체적인 사례를 소개하였다. 보험사기의 폐해에 대하여 보험회사 측면에서 판단하면서, 보험사기를 방치할 경우 보험료 인상의 악순환이 반복되어 보험계약자 등의 피해가 확산되고 보험회사의 경우 경영상의 어려움에 직면하는 될 것이라고 주장하였다. 또한 업계 실무자들의 경험에 의하여 도덕적 위험을 예방하고 보험사기에 대처하기 위한 구체적인 방법을 제시하였으며, 국내에서 처음으로 보험회사 보험사기 전담조사 부서의 창설을 주장하기도 하였다.²¹⁾

보험사기에 관한 연구는 크게 두 가지 유형으로 분류되는데, 보험사기 개선방안과 관련한 방지전략 측면의 전통적인 연구와 1990년대 중반부터 최근까지 활발하게 진행 중인 보험사기 인지모형에 관한 실증적 연구이다. 특히 보험사기 인지모형과 관련한 다양한 연구는 최근의 보험사기 유발 요인 연구에 큰 영향을 미치고 있으며 이하에서는 보험사기 인지모형과 유발 요인의 선행연구에 대하여 고찰하고자 한다.

제1절 보험사기 인지 모형에 관한 연구

김현수(2000)²²⁾는 국내에서 거의 유일하게 실제 데이터를 이용하여 보험사기 인지모형에 관한 연구를 실시하였다. 본 연구는 보험사기 조기경보 모형을 개발하기 위한 기초 연구로서 보험회사로부터 수집한 보험사기와 비사기의 자료와 보상전문가의 지식을 추출한 AHP(Analytic Hierarchy Process) 모형을 이용하였다.

먼저 보험회사로부터 입수한 자료에 대한 기술적 분석을 통해서 각 변

21) 실무자들의 경험에 의한 구체적인 방법은 보험회사의 조사활동 자체가 보험사기자들에게는 부담으로 작용하기 때문에 조사활동을 강화해야 함을 주장하였다. 또한 연구논문이 발표된 1990 년도는 보험사기 조사 업무를 보험회사의 손해사정인이 수행하였기 때문에 보험사기를 전문적으로 조사하는 전담부서의 창설을 주장하였다.

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

수들과 보험사기의 관련성을 살펴본 결과 직업, 중복보험, 청구보험금 액수, 경찰통보 여부 등이 관련성 있는 것으로 나타났다. 보험사기 조기진단 모형 개발을 위해 표적집단 면접을 실시하였으며, 보험사기 의사결정을 위한 이론적 계층도를 구성하였다. 그리고 이론적 계층도에 근거한 실질적 계층도를 만들고 이 설계를 바탕으로 전문가 설문을 실시하여 관련 변수요인의 상대적 중요도를 평가하였다. 이러한 과정에서 나타난 주요 변수로는 사고원인, 피해구분, 중복보험, 과거의 사고건수, 사고지역, 사고시간 등으로 나타났다.

AHP를 통해서 얻은 변수의 가중치를 다중판별 분석과 인공신경망 기법으로 얻은 결과를 비교한 결과 AHP 결과는 인공신경망 기법과 매우 유사하였으나 다중판별 분석과는 상당한 차이가 있다는 것을 밝혔다. 이러한 변수들은 학계와 업계의 다양한 연구를 통해 수정 단계를 거쳐 현재 보험사기 유인 요인의 변수로서 활용되고 있다.

보험사기 인지모형에 관한 대표적인 해외 실증분석 연구로는 Weiseberg and Derrig(1995)²³⁾의 연구를 들 수 있다. 연구자가 민영의료보험에서 도덕적 위험을 동반한 보험금의 과다청구와 보험사기 방지를 위한 대책의 사례로 Massachusetts Automobile Bodily Injury Tort Reform의 인용 목적은 1980년대 Massachusetts 자동차보험 대인배상에 대한 부채 급증 현상이 현재 민영의료보험 보험금 과다청구와 유사한 사례로 판단되기 때문이다.

본 연구는 1985년 1월부터 1986년 1월 사이 발생한 자동차보험금 청구 597건을 대상으로 보험금과다 청구(inflated claim)와 보험사기의 본질과 범위에 대한 분석을 실시하고 이를 기초로 고의 의료상해의 경우 면책을 기존의 500달러에서 2,000달러로 상향하였으며, 대인 기초보장 면책도 2,000달러에서 8,000달러로 상향조정하였다. 이와 같은 면책금 조정에 관

23) Weiseberg, H. I. and Derrig, R. A.,(1992), "Massachusetts Automobile Bodily Injury Tort Reform", Journal of Insurance Regulation, Vol. 10

한 법안 수정 이후 BI(Bodily Injury)와 PIP(Personal Injury Protection)의 전체적인 변화를 살펴보면, 보험금 청구횟수(frequency)는 줄어들었으나 보험금 지급규모(severity)는 다소 증가한 것으로 나타났다. BI와 PIP의 구체적인 변화를 살펴보면, BI 청구 발생빈도가 현격히 감소하고 심도 역시 감소하였으나, PIP경우 빈도는 다소 줄었으나 심도는 크게 증가한 것으로 아래의 <표 3-1>과 <표 3-2>와 같이 나타났다.

<표 3-1> BI

Source	Frequency	Severity	Pure Premium
Projected under old system	2.043	5647	115.37
Projected per stipulation	1.431	6248	89.41
Actual under new system	1.737	5866	101.90

출처 : Weiseberg, H. I. and Derrig, R. A.,(1992), "Massachusetts Automobile Bodily Injury Tort Reform"

<표 3-2> PIP

Source	Frequency	Severity	Pure Premium
Projected under old system	1.906	1113	21.21
Projected per stipulation	1.906	1480	28.21
Actual under new system	1.876	1810	33.99

출처 : Weiseberg, H. I. and Derrig, R. A.,(1992), "Massachusetts Automobile Bodily Injury Tort Reform"

보험사기를 경성사기와 연성사기(과다청구, build-up)로 구분하여 세밀하게 조사한 결과 상해보험의 경우 약 10%는 경성사기와 약 45%는 연성사기와 관련이 있다는 결과를 도출했다. 또한 10%의 경성사기 중에서 약 1%만이 법에서 제재를 받았으며 연성사기의 경우 약 2%만이 보험금 지급이 중단되었다고 밝혀 보험사기로 인한 재정적 누수가 심각한 수준임을 나타냈다. 이와 같은 연구 결과를 토대로 보험사기적(fraudulent)인 의미에 대하여 보상전문가들의 경험과 지식, 인식 등에 따라 보험사기의 의미가 매우 주관적이기 때문에 명확하게 보험사기라고 해석할 수 있는 사례에 비해서 의심은 가지만 확실하지 않는 회색지대에 있는 사례가 상당수임을 지적하였다. 그리고 보험금 지급의 과정은 보험금 지급과 면책이라는 단순한 이분법적인 의사결정이 아니며 매우 복잡한 의사결정 과정을 포함하고 있음을 주장하였다.

Belhadji and Dionne(2000)²⁴⁾은 프라빗 모형을 이용하여 보험사기 모형을 제시하였다. 이 연구에서는 각 회사의 손해사정사들에게 자사의 보험금 청구 건을 면밀히 검토하게 한 후, 제시된 50개의 징후변수로부터 각 건별로 관련되어 있다고 생각하는 변수를 표시하게 하였다. 이에 따른 각 변수별 조건부확률을 구하고 프라빗 분석을 통해서 보상청구건별 보험사기 확률을 도출하였다. 이와 같은 연구의 ‘보험사기 적발 모형’은 Quebec 자동차보험회사 중 시장점유율 78.5%를 차지하는 20개의 보험회사에서 손해사정인을 대상으로 자동차 재산손해 청구건 2,509건을 근거로 자동차 보험사기 적발확률을 예측하고자 고안하였다.

실증분석 방법으로는 선형회귀분석(linear regression analysis)과 로지스틱 회귀분석(profit logistic analysis)이 적용되었다. 구체적으로는 선형회귀분석을 통해 종속변수인 사기의심의 단계를 10점 척도로 구분하고, 로지스틱 회귀분석을 통해서 사기발생확률을 발생(=1) 그리고 미 발생

24) Belhadji E. B., and Dionne, G., and Tarkhani, F.,(2000) "A Model for the Detection of Insurance Fraud" The Geneva Paper on Risk and Insurance, 24(1)

(=0)으로 더미코딩 처리하였다. 각각의 지표는 궁극적으로 보험사기 항목을 의미하며, Quebec의 사례는 조건부 확률(conditional probability)이 10%이상 되는 항목에 대해서만 지표로 설정하였다.

보험회사 입장에서 관심사항은 보험사기 발생확률이므로 로지스틱 회귀분석이 적용되었지만 결과에 대한 검증은 선형회귀분석의 10점 척도와 비교하여 이루어졌다.²⁵⁾ 본 연구의 궁극적인 목적은 보험사기 적발률(detection rate)과 적발의 정확도(accuracy rate)인데, 보험사기 적발모델과 전문가의 보험사기 판단 결과를 상호 비교함으로써 모델이 적합한지 여부를 결정하였다. 세부적으로는 전체 보험금청구 2,509건 중 손해사정인들이 응답한 사기 건은 18건이며 사기의심 건은 116건으로 보험사기로 간주되는 건의 비율은 전체 건 중 5.34%로 나타났다.

<표 3-3> 보험금청구 건 중 손해사정사에 의해 사기 건으로 적출된 케이스

Classification	<N> No fraud	<S> Suspected fraud	<E> Established fraud	(S+ E)%	E%	N+ S+ E
Total	2,375	116	18	5.34%	0.72%	2,509

출처 : Belhadji E. B., and Dionne, G., and Tarkhani, F.,(2000) "A Model for the Detection of Insurance Fraud"

25) 선형회귀분석에서 최소자승법(ordinary least square)을 통해 각 지표의 정량적 관계의 유의미를 확인함으로써 특정 지표의 영향력을 검증하기 위한 단계로 해석된다.

<표 3-4> 모델링에 의한 확률한계치별 적발비중 및 적발정확도와 적발율

Probability	Percentage of sample	Rate of accuracy in %	Rate of detection in %
10%	11.08	31.42	69.40
15%	8.61	38.43	61.94
20%	6.70	42.86	53.73
25%	4.90	50.41	46.27
30%	14.11	53.40	41.04
35%	13.07	61.04	35.07
40%	2.5	62.32	32.09
45%	1.99	62.00	23.13
50%	1.79	60.00	20.15
55%	1.63	58.54	17.91
60%	1.16	58.62	12.69
65%	0.80	55.00	8.21
70%	0.60	53.33	5.97
75%	0.48	58.33	5.22
80%	0.44	54.55	4.48
85%	0.32	62.50	3.37
90%	0.20	80.00	2.99
Average 20.75%	5.50	47.10	48.51

출처 : Belhadji E. B., and Dionne, G., and Tarkhani, F.,(2000) "A Model for the Detection of Insurance Fraud"

위의 <표 3-4>는 10%에서 90%까지의 확률 한계치를 나열한 것으로 정확도와 적발률 사이에는 trade-off 현상이 발생한다. 즉 보험사기에 대한 정확도가 높을수록 보험사기의 적발률은 축소되는 현상을 보이고 있다. 10%의 확률한계치에서 모델은 296건의 보험사기를 적발(2,509건 × 11.80%)하였고, 296건 중 손해사정인에 의해 보험사기 건으로 적출된 건은 93건으로 정확도는 31.42%(93건/296건)이다. 결국 신뢰구간을 10%에서 90%까지 확대함에 따라 모델이 제시하는 적발률과 손해사정인이 적출한

건의 정확도는 점점 높아지고 있음을 알 수 있는데, <표 3-3>과 <표 3-4>를 비교하면 손해사정인에 의한 적발률이 5.34%로 <표 3-4>에서 확률 한계치 20.75%에서 5.50%와 유사하다.

확률 한계치 20%수준에서 적발률과 정확도는 50%수준에서 편차를 보이고 있으며 궁극적으로 확률 한계치 20%수준에서 보험회사의 보험사기에 대한 적발률과 정확도는 50%수준으로 추정할 수 있으며, 보험사기에 대한 회사의 개선 또는 제재의지에 따라 확률 한계치에 따른 적발률과 적발의 정확도가 달라질 수 있음을 나타내는 결과이다.

본 연구는 보험금 청구 원인이 지표로 구성되고 전문가의 의견을 추가하여 지표를 재구성한 결과 보험사기의 원인에 대한 다양한 사례를 소개하고 있지만 자동차보험 재산상의 손해에 대해서만 연구가 한정되었기에 인 보험의 특성을 다루는 민영의료보험의 사기지표와는 본질적으로 다르다는 한계가 있다. 그러나 역사적 데이터를 통해 모델을 구성하고 전문가의 결정과 상호 비교함으로써 보험사기에 대한 체계적인 접근을 하였다는 점에서 민영의료보험의 사기지표 모델링에 큰 도움이 되는 연구로 판단된다.

Artis et al.(2002)²⁶⁾는 보험사기 적발모형 중 비사기로 분류된 건 중 상당수는 사기일 수 있다는 가정을 전제로 최우 추정법(maximum likelihood method)을 통해서 분류오류를 측정하고 이 오류를 고려한 경우와 고려하지 않은 경우의 보험사기 적발모형의 차이가 심각하다는 것을 지적하였다.

본 연구는 1993년에서 1996년 까지 스페인 자동차보험의 물적 손해를 대상으로 누락오류(ommission error)포함 여부에 따른 로지스틱 회귀분석에서 각 계수의 변화를 분석하였다. 다른 선행연구와 마찬가지로 보험사기 발생여부의 확률을 이분법적으로 분석하고 있는데, 기존 보험사기의 발생확률을 확인하기 위한 설명변수의 범위를 법적근거와 사례중심의 변

26) Artis, M., Ayuso, Mercedes and Guillen, M.,(2002) "Detection and Automobile Insurance Fraud with Discrete Choice Models and Misclassified Claims", Journal of Risk and Insurance, Vol. 68

수로부터 일상적인 변수로까지 확대한 분석방법을 채택하고 있다.

일상적인 변수는 운전자의 개인기호를 위한 장식품 등을 의미하며 이러한 변수를 본 연구에서는 누락오류로 표기하고 보험사기에서 이러한 변수들의 포함 여부가 회귀분석에서 계수에 어떤 영향을 미치는가를 분석하고 있다. 통상적인 변수로 인정되는 법률적, 사례적 변수만을 포함할 경우 보험사기 발생확률을 예측하는 것보다 미 분류된 누락오류 변수를 포함함으로써 유의수준에 따라 유의미의 차이는 발생하지만 발생확률에 대한 예측력을 증가시킬 수 있다는 결과를 보여주고 있다.

즉 궁극적으로 보험사기 발생가능 확률은 경험적 변수에 의하여 분석이 가능 하지만 눈에 보이지 않는 가능성의 위험은 미 분류된 누락오류의 포함여부에 따라 달라질 수 있음을 <표 3-5>와 같이 제시하였다.

<표 3-5> 청약상의 변수와 누락오류변수 포함의 비교

	Logit Model With Omission Error		Logit Model Without Omission Error	
	Coefficients	P-Value	Coefficients	P-Value
CONSTANT	-1.457 ^a	0.000	-1.440 ^a	0.000
AGE	-0.023 ^a	0.006	-0.021 ^a	0.006
LICENSE	0.005	0.684	0.003	0.762
RECORDS	0.200 ^a	0.000	0.177 ^a	0.000
COVERAGE	0.876 ^a	0.001	0.795 ^a	0.001
DEDUCTIBLE	-0.335	0.468	-0.303	0.488
ACCESORI	-0.420 ^b	0.084	-0.350	0.114
VEHUSE	-0.562 ^a	0.008	-0.507 ^a	0.006
VEHAGE	0.010	0.487	0.012	0.354
FAULT	1.565 ^a	0.000	1.388 ^a	0.000
NONURBAN	0.594 ^a	0.013	0.559 ^a	0.008
NIGHT	1.787 ^a	0.000	1.488 ^a	0.000
WEEKEND	0.317 ^a	0.021	0.274 ^a	0.026
WITNESS	1.466 ^a	0.043	1.140 ^b	0.081
POLICE	-1.943 ^a	0.000	-1.80 ^a 5	0.000

	Logit Model With Omission Error		Logit Model Without Omission Error	
	Coefficients	P-Value	Coefficients	P-Value
ZONE1	0.345	0.086	0.320 ^b	0.084
ZONE3	0.712 ^a	0.000	0.642 ^a	0.000
REPORT	0.624 ^a	0.000	0.562 ^a	0.000
NAMES	1.284 ^a	0.000	1.172 ^a	0.000
PROXIM	1.989 ^a	0.004	1.716 ^a	0.001
DELAY	1.315 ^a	0.000	1.212 ^a	0.000
Log-likelihood	-1021.331		-1022.378	

Sample size = 1995; Restricted log-likelihood = -1382.828

^aIndicates, significance at the 5 percent level

^bIndicates significance at the 10 percent level

출처: Artis, M., Ayuso, Mercedes and Guillen, M.,(2002) "Detection and Automobile Insurance Fraud with Discrete Choice Models and Misclassified Claims"

제2절 보험사기 유발 요인에 관한 연구

본 연구는 보험사기 유발 요인에 대한 고찰과 통계적 분석을 통해 보험사기 예방과 개선방안의 제시를 목적으로 하고 있다. 이와 같은 보험사기의 유발 요인 연구와 관련하여 이기형(2007)²⁷⁾은 보험사기 유발요인의 발굴 및 개선방안의 연구를 위해 국내 보험회사 및 관련기관의 보험사기 전문가를 대상으로 보험회사 경영과정 및 사회제도적인 측면에서 보험사기 유발요인 가능성과 발생현황에 대해 5점 척도로 설문을 실시하였다.²⁸⁾ 동 연구의 경우 업계 보험사기 실무자들을 대상으로 설문결과를 수집하였으며 설문에 대한 결과 값은 향후 보험사기 예방을 위한 우리업계가 개선해

27) 이기형(2007), 전계서

28) 생명보험 22개사, 손해보험 17개사, 금융감독원 등 총 453개의 설문응답 자료를 수집하였다.

야 할 방향성을 제시하였다. 특히 주목할 부분은 보험사기를 유발하는 주된 유인 요소로서 보험사기를 합리화하는 일반인의 인식수준이 상당히 낮다는데 있으며, 심지어 보험사기를 희생 없는 범죄로서 인식하고 있다는 점이다.

즉 보험을 위험대비 수단으로 인식하지 못하고 고의적으로 보험사고를 유발하거나 실제 보험사고가 발생하더라도 인위적인 행위를 통해 보험금을 부당하게 편취하는 인식이 만연되어 있다고 볼 수 있다. 이러한 인식구조의 개선이 보험사기 예방의 가장 중요한 선행단계로 판단하고 있다.

류필성(2013)²⁹⁾은 조직적이고 전문적으로 진화된 보험사기를 근절하기 위하여 보험사기를 유발할 수 있는 주요 요인들을 파악하고 사전에 예방할 수 있는 평가기준을 수립하기 위하여 AHP(계층적 분석방법)기법을 이용한 보험사기 주요 유발 요인의 중요도를 분석하였다. 이를 위하여 국내 보험사기 전문가 집단 66명을 대상으로 설문조사를 시행하여 보험단계별 보험사기 유발요인을 추출하였다.

여기서 구체적인 보험단계별 프로세스란 첫째, 보험상품 개발단계(보험상품 요인), 둘째, 판매단계(판매조직 요인), 셋째, 보험계약 인수단계(보험사 요인), 넷째, 보험금 청구단계(의료기관 요인), 다섯째, 보험금 지급심사 단계로 설정하고 AHP 분석방법을 실시하였다.

연구결과에 따른 주요 시사점을 요약하면, 첫째 보험프로세스 단계별 중요도를 분석한 결과 우선적으로 고려해야할 단계로는 보험금지급 심사 단계(27%), 사회제도적 측면(26%), 보험금 청구단계(18%), 보험계약 인수 단계(13%), 보험 상품 판매단계(10%), 보험 상품 개발단계(7%) 순으로 나타났다. 보험사기의 전문화 및 지능화 추세에서 이와 같은 결과는 경성사기보다는 연성사기에 대한 피해가 심각하며 연성사기를 근절하기 위한 제도적 장치가 필요할 것으로 나타났다. 둘째, 보험금 지급심사 단계에서 보험사기 유발 주요 세부 요인으로 민원유발 등 지급심사 절차를 악용한

29) 류필성(2013), “계층분석기법(AHP)을 적용한 보험사기 발생의 주요 요인 분석” 경북대학교 수사과학대학원 석사학위 논문

보험사 압박, 고지의무 위반에 대한 관대한 약관내용 안내, 지급심사 인력 부족으로 소액심사를 소홀히 하거나 서류심사 치중이 보험사기 유발의 주요 요인인 것으로 나타났다. 마지막으로 보험프로세스 전 단계에서보다 사회제도적 측면의 문제점이 심각한 것으로 분석되었는데, 특히 연성사기에 대한 관대한 인식과 처벌은 보험사기의 피해를 증대시키는 요인으로 분석되었다.

송윤아(2009)³⁰⁾는 보험사기 등의 부정행위 유발요인에 대하여 실험경제학 측면에서 보험사기를 개선하기 위한 업계와 보험감독당국의 방안에 대한 실증적 근거를 제시하였다. 보험사기 등의 부정행위 유발요인에 대한 이론은 다음의 실험을 통하여 입증되었다. 첫째, 부정행위가 발각될 가능성에 대하여 절취행위가 적발될 가능성이 높은 지역으로 배달된 귀중품의 분실율은 16.7%로, 그렇지 않은 지역으로 배달된 귀중품의 분실율 보다 9%정도 낮다는 사실이 확인되었다.³¹⁾ 둘째, 적발된 부정행위의 기회비용에 대하여 임금이 200% 증가하면 횡령가능성은 30% 줄어든다는 것을 보여줌으로써 부정행위 적발 시 잃을 것이 많을수록 부정행위를 할 유인이 작아진다는 것을 확인하였다.³²⁾ 셋째, 도덕적 비용 또는 죄책감에 대하여 소속그룹 구성원들의 부정행위가 만연하면, 부정행위를 하는 것에 대하여 죄책감이 줄어 부정행위 가능성이 증가한다는 것을 보여주고 더불어 부정행위로 인해 사회적 후생이 줄어들면 동 행위를 자제하는 경향이 강한 것으로 나타났다.³³⁾

즉 보험사기의 경우 비용대비 편익이 크기 때문에 보험사기의 방지책은 보험계약자들의 인식전환에 있음을 주장하였다. 이를 구체적으로 설명하면 첫째, 감독당국은 잠재적 보험사기행위자들의 보험사기 적발 가능성에

30) 송윤아(2009), “실험경제학에서 본 보험사기 등 부정행위 유발요인” 보험연구원 주간이슈, (2009.03.02)

31) Castillo, Marco, Petrie, Ragan, Torero, Maximo, Viceisza, Angelino(2009), “Lost in the Mail: A Field Experiment on Crime,” mimeo

32) Barr, Abigail, Lindelow, Magnus, and Serneels, Pieter (2003), “To Serve the community or Oneself: The Public Servant’s Dilemma”

33) Abbink, Klaus(2002), “Fair Salaries and the Moral Cost of Corruption”

대하여 높게 추정하도록 유인하기 위한 제스처를 취할 필요가 있다. 둘째, 보험사기자의 사기행위는 보험금이 단순히 보험회사로부터 보험계약자로 이전되는 제로섬(zero-sum)게임이 아닌 사회전체의 후생을 감소시키는 행위라는 것을 계약자들에게 충분히 인지시킬 필요가 있는 것으로 분석되었다.

Tennyson(2002)³⁴⁾은 미국의 보험사기 개선방안과 관련하여 보험계약자의 보험금 청구 경험에 따른 보험사기 수용 태도에 관한 연구를 진행하였다. 그는 보험계약자가 갖고 있는 보험에 대한 인식을 보험사기를 유발하는 주요 요인으로 판단하였으며, 그 가운데 보험계약자 집단의 보험금 청구 경험, 보험가입 건수, 공제조항과 같은 보험제도의 사행성 억제 유발 제도 등을 통해 미국의 보험계약자를 대상으로 한 설문조사에서 다음의 세 가지 사항에 대한 의미 있는 결과를 제시하였다.

첫째, 보험소비자의 상당수(73.75%)는 보험금청구에 있어 자기부담금부담을 회피하기 위해서 보험금을 과다청구 하는 것이 일반적이라고 생각하는 것으로 조사되었다.³⁵⁾ 이는 자기부담금 제도의 취지가 보험사기를 유발하는 요인으로 악용되는 사실을 보여주는 의미 있는 결과로 판단된다.

둘째, 보험금청구 경험이 있는 개인일수록 보험사기를 용인할 가능성이 낮다는 것을 보임으로써 보험사기 방지책으로서 보험교육의 중요성을 강조하였다.

보험금청구권자 입장에서 보험금 청구 경험은 보험회사의 보험금지급과 관련한 체계를 인식하게 된다, 그 과정에서 보험금 지급과 관련한 보험회사의 합리적이지 못한 보험금지급 절차상의 문제점을 발견할 수 있으며, 사기적 청구에 대한 적발 가능성을 인식할 수 있기 때문에 보험사기를 용인할 가능성이 낮아지는 것으로 판단한다. 이와 같은 결과는 자동차보험 대인배상의 보험금청구 빈도 증가에 따라 보험사기 용인 태도가 낮아지는 결과를 보여준 Cummins and Tennyson(1996)의 기존 연구와 유사한 결

34) Tennyson, Sharon(2002), "Insurance Experience and Consumers Attitudes Toward Insurance Fraud", *Journal of Insurance Regulation* 21.

35) Tennyson은 보험의 종류에 대하여는 구분하지 않고 있다.

과이다.³⁶⁾

셋째, 보험소비자의 보험계약 건수가 많을수록 보험사기를 용인할 가능성이 더 낮아지는 것으로 확인되었다.³⁷⁾ 이와 같은 연구결과는 다수의 보험계약을 보유한 사람일수록 보험사기를 유발한 가능성이 높으며, 다수의 보험계약을 보유한 사실은 보험의 효용 측면에서 벗어나 보험사기의 도구로서 인식하고 있는 연구자의 판단과 배치되는 결과이다

36) Cummins, J. David and Sharon Tennyson (1996), "Moral Hazard in Insurance Claiming: Evidence from Automobile Insurance", *Journal of Risk and Uncertainty* 12.

37) 다수의 보험계약이 가능한 보험종목에 대한 내용으로 민영의료보험과 일치한다.

제4장 민영의료보험 보험사기 현황과 특성

민영의료보험의 비약적인 성장과 동시에 파급된 보험사기의 심각성은 자동차보험을 이용한 보험사기의 사회적 문제점을 넘어서고 있다. 민영의료보험 보험사기를 개선하기 위해서는 민영의료보험의 특성을 비롯한 근본적인 원인을 파악하고 연구하는 작업이 선행되어야 한다. 본 장에서는 민영의료보험의 특성과 보험사기 적발현황에서 나타나고 있는 심각성을 살피고, 민영의료보험에서 보험사기가 집중되는 원인에 대하여 집중적으로 고찰하고자 한다.

제1절 민영의료보험 보험사기 현황

1. 민영의료보험의 성장과 특성

가. 민영의료보험의 성장

1960년대 말 최초로 개발된 장기손해보험 상품은 저축기능과 위험담보 기능을 겸하는 형태로 개발되었다. 1999년에 이르러 건강보험공단에서 보장하지 않는 입원 또는 통원 의료비를 보장하는 실손 의료비를 포함한 민영의료보험 상품이 개발된 이후 현재까지 비약적인 성장을 이루었으며, 최근에는 장기손해보험을 대표하는 보험 상품으로 자리 매김하고 있다.

아래의 <그림 4-1>과 같이 FY'10년 3/4분기 손해보험사 매출 중 장기손해보험 비중은 63.4%로 FY'06년에 50%를 초과한 이후 지속적으로 성장하여 최근 3년간 평균 성장률이 20.4%에 이르고 있다. 장기손해보험의 비약적인 성장률 지속은 민영의료보험의 보험사기 급증현상을 가져왔으며, 우리사회의 심각한 문제로 대두되고 있다. FY'06년 이후의 민영의료보험 보험사기의 증가현상을 고려하여 본 연구에 적용되는 보험사기 적발

대상자의 데이터는 2006년부터 2008년 사이에 체결된 민영의료보험 계약을 적용하였다.

<그림 4-1> 장기손해보험 비중 및 성장 추이³⁸⁾ (단위 : %)



출처 : 우정수, 이호준(2011), “장기손해보험 성장에 따른 RBC비율 변동 및 시사점”
예금보험공사

나. 민영의료보험의 특성

보험사고의 발생 객체인 보험종목은 재산 또는 생명과 신체로 제한되며 이러한 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 종합보험의 유형으로 구분된다. 상기 열거한 장기손해보험의 담보위험 중에서 보험사기로 유용되는 주요 보종은 자신의 생명, 신체에 입은 손해를 보상하는 인 보험 영역으로 민영의료보험을 의미한다.

민영의료보험은 보장하는 의료비 및 공적건강보험과의 관계를 기준으로

38) 우정수, 이호준(2011), “장기손해보험 성장에 따른 RBC비율 변동 및 시사점” 예금보험공사 금융리스크리뷰 2011년 여름호 p.42

중복형(duplicate), 보완형(complementary), 대체형(substitute), 보충형(supplementary)으로 구분되는데,³⁹⁾ 우리의 민영의료보험은 급여의료 중 건강보험이 보장하지 않는 법정본인부담분과 건강보험이 전혀 보장하지 않는 비 급여 의료비 중 법정비급여로 인한 의료비를 보장하는 보완형과 보충형의 역할을 하고 있다.

실무적 의미로서 민영의료보험은, 피보험자가 상해를 입거나 질병에 걸려 치료를 받은 경우 국민건강보험에서 보장하지 않아 본인이 실제로 부담하는 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 보상해 주는 실손형 의료보험 상품을 의미한다.⁴⁰⁾

<표 4-1> 민영의료보험과 국민건강보험의 의료비 보장 체계

급여의료비	비급여의료비	
국민건강보험부담분(공단)	법정비급여 본인부담금(민영)	임의비급여 본인부담금(자비)
법정본인부담분(민영)		

출처 : <http://www.knia.or.kr/InsuranceInfor/iinf11.as>

2. 보험사기 적발현황

보험사기 적발현황 내 해당 항목별 통계지표의 변화를 통해 과거부터 현재까지 보험사기의 추세를 분석하고 나아가 향후 사기유형의 지표를 예측하여 역 선택 위험이 보험단체에 편승되는 부작용을 사전에 차단할 수 있을 것으로 본다.

보험사기 적발 현황 분석의 기준연도는 2011년부터 2013년이며 적발금액의 추이와 사기자의 사고유형 및 보험종목별 사기분포의 변화를 통해 현 시점에서 발생하는 보험사기의 특징적인 요소를 확인하고자 한다.

39) OECD(2004), "Private Health Insurance in OECD Countries".

40) <http://www.knia.or.kr/InsuranceInfor/iinf11.as>

가. 보험사기 적발 현황⁴¹⁾

(1) 적발현황을 통한 연구방향

보험사기 적발금액 및 인원의 증가 추이 현황은 현재의 보험사기 유형을 반영하고 있으며 사기예방 및 적발활동의 효율적인 관리를 위한 지표로서의 의미를 갖는다.

아래 <표 4-2>에 의하면 2013년 보험사기 적발금액은 5,190억원, 적발인원은 77,112명으로 전년 대비 금액기준 14.5% 증가, 적발인원은 7.3% 감소한 것으로 확인되고 있다. 보험종류별로는 자동차보험의 경우 전년대비 2,821억원으로 소폭 증가(3.1%)한 반면, 생명보험 보장성보험 및 장기손해보험의 경우 각각 25.2%, 40.1%로 급증하였으며 상기 종목을 이용한 고액사기 비중이 확대된 것으로 판단된다. 특히 손해보험 영역의 장기손해보험은 1,451억원이 적발되어 양적인 성장⁴²⁾과 더불어 보험사기 금액도 크게 증가하였다. 이러한 심각한 현상에 집중하여 본 연구에서는 2000년대 중반을 기점으로 증가하고 있는 장기손해보험 보험사기 현상을 주목하고 장기손해보험 담보 중 민영의료보험을 이용한 보험사기 개선방안에 관한 연구임을 재(再)주지 한다.

(2) 보험사기 적발현황 특성

전형적인 보험사기 유형으로 자동차보험의 음주, 무면허, 운전자 바뀌치기 및 사고내용 조작이 큰 비중을 차지한 가운데, 자해, 살인, 상해 등 보험금을 목적으로 강력범죄의 적발금액이 크게 증가(1,025억원, 26.8%)하고 있다.⁴³⁾ 이는 보험사기가 강력범죄를 수반하는 사회범죄로 변모하는 심각

41) 금융감독원(2013), 보험조사국 조사분석팀 보도자료, “보험사기 적발금액 증가세 지속, 1인당 사기금액 급증”(2014.03.19)

42) 장기손해보험 원수보험료 추이 : 28조원(2010) → 35조원(2011) → 40조원(2012)

43) 자살, 자해 : 356억원(2012) → 517억원(2013, 45.0%↑)

자살, 자해 : 79억원(2012) → 98억원(2013, 24.0%↑)

성을 나타내고 있는 것이며, 보험 산업의 신뢰도를 실추시키는 주요 요인으로 판단된다. 기존의 보험사기 적발과정은 사기혐의자에 대한 수사기관 및 사법기관의 혐의 입증 단계를 통해 이루어져 왔으나, 최근에는 보험회사의 조사역량 강화에 따른 보험금 심사과정에서 보험사기 적발이 증가하고 있는 추세이다.

2013년도 보험사기 적발금액 중 금융감독원의 기획조사, 일반인의 제보, 보험회사의 인지보고 등을 통해 수사기관과 공조하여 적발한 보험사기 적발금액이 1,138억원에 이르며, 보험회사가 보험금 지급심사 과정에서 적발한 금액은 전체 적발금액의 약 78%에 해당하는 4,052억으로 전년(3,378억원) 대비 19.9% 증가하였다. 이와 같은 수치는 보험사기로 인한 누수보험금이 보험회사 경영상 수지악화의 심각한 요인으로 인식되어 회사 자체의 지급심사를 강화한 결과로 판단된다.

<표 4-2> 보험사기 적발실적 (단위 : 백만원, %, 명)

구 분		‘11년	‘12년	‘13년	증감률
적발 금액	생명보험	64,958	63,403	74,347	17.3
	보장성	62,905	58,386	73,106	25.2
	손해보험	358,695	389,931	444,613	14.0
	자동차	240,835	273,755	282,140	3.1
	장기손보	102,893	103,534	145,090	40.1
	계	423,653	453,335	518,960	14.5
적발 인원	생명보험	4,266	4,900	4,128	△15.8
	보장성	4,152	4,757	4,047	△14.9
	손해보험	68,067	78,281	72,984	△6.8
	자동차	54,144	60,821	56,617	△6.9
	장기손보	13,584	16,414	15,549	△5.3
	계	72,333	83,181	77,112	△7.3

출처 : 금융감독원(2013), 보험사기 적발현황

최근 두드러지게 나타나는 보험사기의 특징은 보험회사의 보험사기 조사 전담부서(Special Investigation Unit)와 수사기관에서도 보험사기 혐의

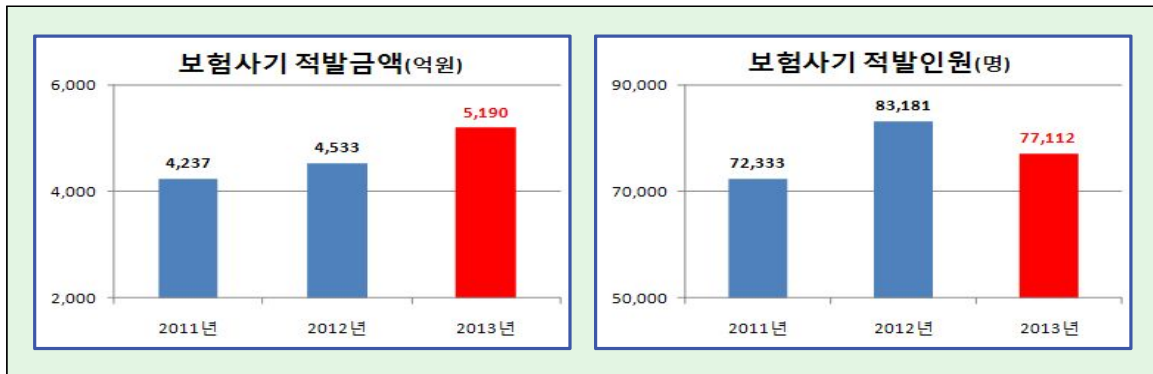
점을 밝히기 어려울 만큼 그 수법이 지능화, 전문화 추세라는 점이다. 이는 종전의 가해자와 피해자가 공모한 전형적인 보험사기 수법을 벗어나 조직적이고 집단적인 유형의 보험사기를 행하고 있는데,⁴⁴⁾ 자동차 사고와 관련된 보험사기의 경우에는 그 유형이 가해자와 피해자 간 공모나 허위의 차량사고 등으로 정형화 되어 있고, 통상 자동차 사고 발생 시 사고현장 내지는 즉각적으로 이루어지는 사고접수에 의해 보험사기 의심 건이라 판단되는 사고의 경우 보험회사의 신속한 사고조사 활동이 가능하다. 그러나 민영의료보험의 경우 보험사고가 발생하여 피보험자가 의료기관의 치료를 받은 이후 보험금을 청구한 시점에 이르러 해당 보험회사에서 보험사고를 인지하게 되는 특성이 존재한다. 이로 인하여 보험금을 먼저 지급하고 보험사기 의심 건에 대한 사고조사를 실시하는 ‘선 지급 후 조사’ 절차로 보험사기 적발의 어려움이 있으며 보험사기의 지능화, 전문화, 집단화 현상은 사고유형이 비교적 단순한 자동차보험 사기보다는 민영의료보험을 이용한 보험사기 유형에서 변모된 현상으로 파악된다.

나. 적발규모 추이의 변화

보험사기 적발 규모면에서 적발인원은 2012년도 83,181명 대비 77,112명으로 감소 추세에 있으며 비율로는 약 7.3% 급감한 것으로 확인된다. 반면에 사기 적발금액은 전년 대비 657억원 증가한 5,190억원(14.5%)에 이르고 있음을 <그림 4-2>를 통해 확인할 수 있다. 보험사기 적발인원 대비 적발금액이 증가한 사실은 보험사기 혐의자들의 편취금액 수준이 증가한 것으로 판단되며, 1인당 사기금액이 증가한 표면적인 사실 이외에도 그 수법과 유형이 고액화, 전문화 추세에 접어든 것으로 판단된다.

44) 강원도 태백에서 지역주민 5만명 가운데 전, 현직 보험설계사 72명을 포함한 총 410명이 연루되어 140억원의 보험금을 편취한 사례, 방학기간 동안 허위입원을 통해 보험금 2억 3천만원을 편취한 현직교사 14명과 이에 공모한 의사, 보험모집인 등 17명이 입건된 사례, 경남 창원에서 관련자 1,361명이 입원일당 보험금으로 95억원을 편취한 사례 등, 이상 금융감독원(2012), 보험조사국 조사분석팀 보도자료‘연간 보험사기 규모추정 및 2011년도 보험사기 적발현황’(2012.04.24)

<그림 4-2> 연도별 보험사기 적발규모 추이



출처 : 금융감독원(2013), 보험사기 적발현황

최근 수사기관과 업계는 날로 지능화되고 조직화 추세의 사기형태에 적발의 어려움을 겪고 있으며, 기존의 사기유형에서 벗어나 전문 브로커가 개입된 지능적 신종 사기수법을 이용한 보험사기가 증가하고 있다.⁴⁵⁾ 현재의 보험사기는 과거의 생계 수단으로서의 사기유형에서 벗어나 일반의 사기행위와 동일시하여 고액의 보험금을 편취하는 특수사기 유형으로 변모하고 있다.

다. 보험사기로 인한 재정손실

FY2010 기준 민영보험회사의 보험사기로 인한 재정손실 규모는 약 3조 1580억원으로 추정되고 있으며, 유사 보험회사를 포함한 전체 재정손실 규모는 약 3.4조원에 이른다.⁴⁶⁾ 여기서 재정손실이라 함은 보험사기로 인하여 연간 누수 되는 보험료와 보험금을 포함한 손실을 의미한다.

45) 서울지방경찰청 국제범죄수사대 언론보도(2014.04) “허위 산업재해 청구와 연계한 민영보험사기”

46) 서울대학교 및 보험연구원 산학 협력단 공동연구 보고서(2011.12)

<표 4-3> 보험사기로 인한 재정손실 현황

기준년도	FY2010			
누수현황	수입 보험료	1,352,519억원	지급 보험금	836,124억원
	누수 보험료	8,631억원	누수 보험금	22,954억원
	누수 비율	0.62%	누수 비율	2.7%
누수합계	3조 1580억원			

출처 : 서울대학교, 보험연구원 산학 협력단 공동연구 보고서(2011)

(1) 누수 보험료 현황

2010년 보험업계 수입 보험료 총액은 약 1,352,519억원으로 집계 되었으며 보험사기로 누수된 보험료는 약 8,631억원, 수입 보험료 비율 대비 0.62%에 이른다.

누수 보험료는 자동차보험과 장기손해보험 등 주요 보험 종목에 집중되어 있으며 구체적으로는, 자동차보험의 경우 운전자 한정 특약사항을 위반하여 보험료 면탈을 목적으로 보험에 가입하는 행위 등이며 민영의료보험의 경우 피보험자의 직업사항 및 과거질병의 치료사실 등 객관적 위험상태를 고지하지 않고 보험에 가입하여 보험료를 면탈하는 행위를 의미한다. 누수 보험료의 경우 수사기관에 의한 사기적발이 아닌 해당 보험회사 자체의 지급심사 과정에서 확인된 적발금액을 산정한 것으로 보험금 누수 적발의 과정 및 성격과는 상이하다.

보험료 누수에 대한 책임은 보험계약자 등 계약의 일방 당사자 뿐 아니라, 모집과정에서 건고한 심사과정을 이행하지 못하고 개별 피보험자의 실질적 위험상태에 상응하지 못하는 보험료를 산정한 보험회사의 부실심사 또한 고려되어야 한다. 실제 업계에 만연된 영업우선 정책은 위험의 충분하고 적절한 선별과정을 통한 엄격한 심사 제도를 역행하기도 한다.

(2) 누수 보험금 현황

2010년 보험업계 지급 보험료 총액은 약 836,124억원으로 집계 되었으며 보험사기로 누수 된 보험금의 경우 약 22,954억원으로 지급 보험금 비율 대비 무려 2.7%에 이른다. 누수 보험금은 통상 보험계약자 등의 보험금 청구에 따른 보험금 지급 이후 수사기관 및 사법기관의 보험사기 적발 과정에서 확인된 적발금액을 의미한다.

실무적으로 보험회사의 보험사기 인지과정에서 보험사기 혐의가 인정되어도 외부적인 요인으로 수사의뢰가 차단되거나 수사가 중단되는 등의 사유로 보험사기 혐의 입증에 불가능한 경우를 포함하면 실제 보험사기 적발금액은 현 시점의 적발금액을 크게 상회할 것으로 판단된다. 보험사기로 인한 경제적 손실은 결국 보험계약자 등의 보험료 인상으로 귀결되어 다수의 선량한 보험계약자의 경제적 부담으로 전가되는 악순환을 지니게 되는 것이다.

제2절 민영의료보험의 보험사기 유발 환경

2000년대 중반 이후 장기손해보험의 성장과 동시에 급증한 보험사기는 인 보험영역의 민영의료보험을 중심으로 발생하고 있다. 이하에서는 민영의료보험의 구조적 특성 및 보험사기 유발 요인을 확인하고 보험사기가 증가하는 원인에 대하여 고찰하고자 한다.

1. 민영의료보험의 사기구조와 위험성

보험사기 적발실적의 비율 측면에서 자동차 보험사기에 비해 장기보험 사기적발 실적이 부진한 원인은 민영의료보험 보상처리의 특성에서 비롯된 보험금 지급 후 사기 혐의점을 조사하는 절차상의 문제로 판단한다.

또한 고의 내지는 허위의 자동차사고를 유발하고 장기간 병원에 입원하는 보험사기 유형의 경우 보험사기 혐의자는 배상책임을 담보하는 자동차 보험회사로부터 의료비 및 손해배상금 형태로 보험금을 수령하고 2차적으로는 혐의자가 가입한 민영의료보험의 입원의료비 및 입원일당 입원비를 수령하게 된다. 따라서 보험사기 혐의자가 다수의 민영의료보험에 가입하고 있는 경우, 고액의 상해보험금을 수령하게 되어 고의로 반복적인 사고를 유발할 가능성이 크다. 즉 자동차보험의 보험사기가 1회의 보험사고로 1회의 보험금을 수령하는 구조라면, 민영의료보험은 1회의 보험사고로 보험계약자가 가입한 다수의 보험계약에 비례하여 보험금을 수령하게 되는 구조이기 때문에 민영의료보험 보험사기에 주목해야 할 필요성이 있다.

통상 자동차보험의 경우 보험기간이 1년 또는 그 이하의 단기간으로 설정되기 때문에 보험기간 내 보험사기를 유발한 계약에 대하여 보험기간 이후에 위험을 선별적으로 인수할 수 있다. 그러나 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. 민영의료보험은 보험기간이 피보험자의 80세, 100세 만기상품으로 판매되고 있으며 통상 피보험자의 생존기간 동안 보험기간이 지속되는 특성을 지니고 있다. 따라서 보험단체를 구성하는 위험집단에서 특정위험 집단의 사기행위가 집중될 경우 보험회사는 보험기간이 유지되는 상당기간 동안 반복적인 보험사기 청구로 인해 경영상의 어려움에 직면할 수 있다.⁴⁷⁾

보험에 대한 수효 측면에서 자동차보험은 자동차 사고로 인한 불특정 다수 피해자의 보호를 위하여 국가에서 보험의 가입을 강제하는 공익적 성격인 반면, 민영의료보험 계약은 질병 및 상해, 나아가 일상의 위험을 대비하여 위험의 크기에 따른 선택적 가입이라는 보험수효의 차별성이 발

47) 현행 법률상 보험회사는 피보험자 등이 보험사기로 적발된 경우라도 보험계약을 해지할 수 있는 권한이 없다.

생한다. 그러나 2000년대 이후 소득수준의 향상과 의학기술의 발달로 인한 수명의 증가로 과거의 선택적 가입형태에서 필수적 보험의 성격으로 변모하고 있다. 무엇보다도 민영의료보험은 담보 특성상 동일한 보험계약자가 수 개의 보험가입이 가능하기 때문에 이를 이용한 보험사기는 향후 규모면에서 자동차 보험사기의 심각성과 위험성을 능가할 것으로 판단된다.

2. 민영의료보험의 연구

가. 민영의료보험의 일반적 연구

공적의료보험의 보완적 수단으로서의 민영의료보험의 관한 연구는 한국 의료패널 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.⁴⁸⁾

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 민영의료보험은 40대 연령군에서 가장 많이 가입하고 있으며, 학력수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록, 건강한 사람일수록 더 가입을 많이 하는 것으로 분석되었다. 또한 민영의료보험을 가입한 대상자 중에서 2개

48) 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.

이상을 가입한 복수가입자가 전체 가입자의 약 50%에 이르고 있다. 구체적으로 윤태호 등(2005)⁴⁹⁾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.

임진화 등(2007)⁵⁰⁾은 로지스틱 회귀분석을 이용하여 보험가입자의 특성을 분석하였는데, 여성일수록, 연령이 낮을수록, 가구 월 평균소득이 높을수록, 광역시에 거주할수록 민영의료보험에 가입할 확률이 높은 것으로 분석되었다.

Kang et al(2009)⁵¹⁾의 연구는 노동패널 자료를 활용하였는데, 여성일수록, 교육수준이 높을수록, 기혼자일수록, 소득수준이 높을수록, 주관적인 건강상태가 좋을수록 민영보험에 가입할 확률이 높게 분석된 바 있다.

Long(1994)⁵²⁾은 미국의 medigap 가입자 중 의약품의 소비지출이 높은 것으로 예상되는 집단이 보다 낮을 것으로 예상되는 집단보다 의약품에 대해 더 큰 혜택을 제공하는 보험 상품에 가입하는 것으로 분석되었다.

김성옥(2005)⁵³⁾은 민영건강보험에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 연령이 젊은층이, 여성이, 기혼이고 배우자가 있는 사람이, 교육수준이 높은 사람이, 소득이 높은 사람이, 19세 이하 부양자수사 많은 사람이, 건강유지법을 실천하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 민영건강보험의 가입률이 높은 것으로 분석하였다.

박지연(2006)⁵⁴⁾은 공적 건강보험에서 다양한 급여범위 및 수준이 존재

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

50) 임진화, 최귀선, 김성경, 박은철, 박재현(2007), “민간의료보험이 암 환자의 의료이용과 의료비에 미치는 영향” 예방의학지 제40권 4호 pp.329~335

51) 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

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

53) 김성옥(2005), “민간보험 가입에서의 선택과 의료서비스 이용”, 한국노동연구원 노동패널 포럼발표 자료, pp.1~21

할 때 역 선택의 여부를 분석하였다. 그 결과 공적 건강보험에서 여러 가지 보험 상품을 제공함으로써 보험가입자의 선호에 부합하는 상품을 선택하도록 하는 방법으로의 경쟁강화는 역 선택으로 인해 그 효과가 왜곡될 수 있음을 지적하였다.

민영의료보험의 다수 가입과 의료이용량의 증가현상은 보험사기를 유발시키는 구조적인 문제를 양산하고 있으며 민영의료보험을 이용한 보험사기의 전형적인 형태로 업계의 화두로 대두 된지 오래이다. 연구자는 보험가입자가 동일한 담보를 집중적으로 가입하는 다수가입 행위를 보험사기의 주요 유발 요인으로 판단된다.

가. 민영의료보험의 역 선택 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)⁵⁵⁾는 미국의 부가형 민영의료보험 시장에서 역 선택이 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 Marquis⁵⁶⁾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)⁵⁷⁾는 Retirement History Survey 자료에서 응

54) 박지연(2006), “건강보험에서의 역 선택: 다양한 급여범위 및 수준이 존재할 때의 역 선택”, 산업연구 제20집, 한국산업경제연구소, pp.193~214

55) 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

56) 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

답자의 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)⁵⁸⁾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)⁵⁹⁾는 계량기법을 이용하여 모럴해저드를 분석하기 위해 보험가입과정에서의 역 선택을 통제된 상태에서 medigap(65세 이상 노년층 대상 임의보험)상품의 보장범위에 따라 의료서비스 이용량의 차이를 분석한 결과 모든 위험보장에 가입한 단체의 의료서비스 이용량이 많았음을 통해 모럴해저드의 영향을 밝혀냈다.

민영의료보험의 역 선택 유입에 대하여 김재호(2011)⁶⁰⁾, 정기택 외(2006)⁶¹⁾은 민영의료보험이 도덕적 해이(moral hazard)를 초래하고 이로 인해 국민건강보험의 재정이 악화되거나 보험료가 증가하는 등의 부정적 외부효과(negative externality)를 지적하기도 한다. 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 있는데, 이러한 역 선택은 보험회사와 가입자 간 정보의 비대칭에 의해 발생하게 된

57) 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

58) 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

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

60) 김재호(2011), "민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 해이 추정" 보험학회지 제89집, pp.95~126

61) 정기택, 신은규, 곽창환(2006), "민영건강보험과 도덕적 해이에 관한 실증 연구" 보험학회지 제75집, pp.1~25

다.⁶²⁾

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 없게 되는 것이다.⁶³⁾

이와 같이 민영의료보험을 통한 역 선택 유입은 일반의 보험가입 대상자로 하여금 의료소비를 부추기는 효과를 나타내며, 보험사기를 목적하는 위험단체에 편승한 가입자는 물론 보험사기를 목적으로 하지 않았던 일반의 가입 대상자에게도 보험사기를 유발하는 요인으로 나타날 수 있다. 연구자는 역 선택이 현실화되는 현상을 모럴해저드로 판단하고 있다. 즉 피보험자의 심리적 위험 인식을 통한 역 선택의 유입은 보험 수요 측면에서 당연한 결과이지만 보험가입 이전 객관적 위험에 대한 피보험자의 인지상태에서 역 선택을 통한 보험가입 행위를 모럴해저드로 판단하고 있는 것이다.

3. 민영의료보험의 보험사기 증가 원인

가. 민영의료보험의 수요 증가

민영의료보험의 근본적인 수요 증가는 공공보험의 낮은 보장성으로 인하여 개인 및 가구의 의료비 부담이 상승하였고, 이로 인하여 개인의 건강위험을 헤치하지 못하고 있다는 사회적 인식이 민영의료보험의 가입을 촉진시켰다. 또한 최근의 의료기술 발달로 인한 수명의 증가 추세와 삶의 질적 향상에 따른 건강에 대한 관심도 증가는 국민들로 하여금 공적보험의 한계를 인식하게 하였으며, 보완제 수단으로서의 민영의료보험 수요

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

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

급증을 이끌고 있다.

나. 보험시장의 환경적 변화

민영의료보험 시장이 본격적으로 성장하게 된 계기는 2006년 의료비가 급증하는 상황에서 국민건강보험의 한계를 보완하고 국민에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 정부차원에서 민영의료보험의 활성화를 추진하였기 때문이다.

2012년 4월 기준으로 민영의료보험 가입자는 2,522만 명으로 가입률이 46.8%에 이르며, 특히 주요 근로계층인 30대와 40대의 경우 가입률이 각각 57.2%, 53.8%에 이르고 있다.⁶⁴⁾ 이와 같은 시장 환경의 변화는 생명보험업계에서도 나타나게 되었는데, 손해보험업계를 중심으로 급격히 성장한 민영의료보험 시장은 2008년 생명보험회사도 보장성보험을 중심으로 민영의료보험 상품을 판매할 수 있도록 법률적 규제가 완화되면서 변화하였다. 이와 같은 시장의 환경적 변화는 기존 민영의료보험 상품을 독자적으로 판매했던 손해보험업계가 지속적인 시장의 우위를 확보하고자 상품 판매 경쟁이 과열되면서 시장 규모면에서는 급격한 성장을 이루었지만 이에 따른 부작용이 최근 민영의료보험의 보험사기로 전가된 것으로 판단된다.

다. 민영의료보험의 보험사기 용이성

민영의료보험의 보험사기가 증가하는 원인은 전술한 사회적 인식과 시장 환경의 변화 이외에도 업계의 영업우선 정책에 따른 무분별한 상품 판매와 보험 상품 자체의 사행적 구조가 보험사기를 증가시키고 있는 것으로 판단된다. 이하에서는 민영의료보험의 사기유발 담보를 고찰하고 보험사기가 증가하는 상품의 특성을 확인하고자 한다.

64) 보험개발원(2012), 보도자료, 2012.12.28

3. 민영의료보험 보험사기의 상품적 특성

최근 발생하는 민영의료보험을 이용한 보험사기 주요 담보는 입원비 담보와 특정질병 진단자금 등으로 구분할 수 있다. 입원과 관련한 의료비 담보의 경우, 피보험자의 입원 일수 증가에 따라 보험금이 정액으로 지급되기 때문에 허위 장기입원을 통한 보험금 청구는 민영의료보험 담보를 이용한 주된 사기 유형으로 나타나고 있다. 또한 상해나 질병을 원인으로 특정 병명의 진단을 받은 경우 진단자금과 수술비용이 정액으로 지급되기 때문에 입원일수에 따른 입원비는 기본적인 보험금 편취 대상이 된다. 이 과정에서 일부 의료기관의 관련자와 공모를 통한 허위진단 및 허위치료 행위는 전문적이고 조직적인 보험사기를 가능하게 한다. 이와 같은 사행적 담보들은 보험금 청구 횟수의 제한을 두지 않아 반복적인 사기유발이 가능하고 보험금 청구과정에서 개입된 일부의 보험모집인, 보험사기 브로커 등은 지능적이고 조직적인 대규모의 사기 형태를 유발시킨다. 이러한 현상은 업계의 보험사기 조사업무 수행은 물론 수사기관의 혐의점 확보 과정에서 어려움을 가중시키는 요인으로 작용하기도 한다.

민영의료보험을 통한 보험사기 유형은 전술한 바와 같이 고의나 허위의 경미한 상해 및 질병사고를 유발하여 특정병원에서 장기간 입원하며 입원 급여와 관련된 담보를 통해 다수의 보험사에 청구하는 수법이다.⁶⁵⁾ 보험사기에 이용되는 주요 담보는 입원급여와 관련된 간병, 요양자금, 진단자금, 수술자금⁶⁶⁾ 등으로 아래의 <그림 4-3>와 같이 민영의료보험 담보에서 72%⁶⁷⁾가 전술한 유형의 보험사기와 관련된 비율⁶⁸⁾을 구성하고 있다.

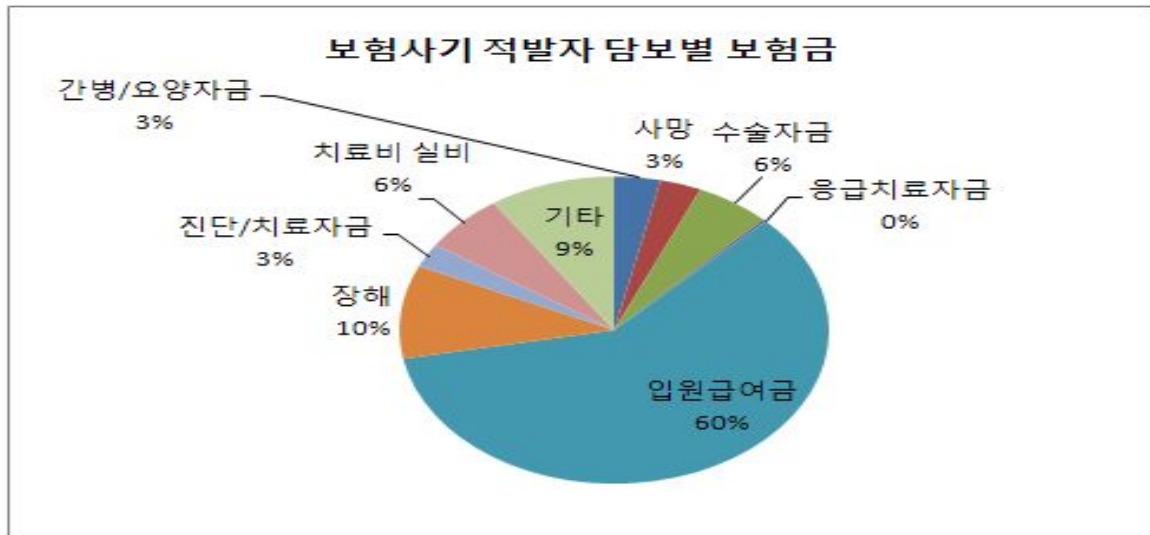
65) 의료실비의 경우 다수의 보험에 가입한 경우 보험사마다 비례보상하기 때문에 피보험자가 실제로 부담한 의료비를 초과하여 보상하지 않는다. 그러나 진단자금, 수술자금, 장기요양급여, 입원일당자금 등은 비례보상 하지 않고 회사마다 정액(입원일수에 따라)으로 지급하기 때문에 보험사기에 적극적으로 이용되는 담보이다.

66) 수술자금의 경우 급격한 상해로 인한 수술은 모럴성 청구로 볼 수 없으나 경추, 요추, 견관절, 슬관절, 주관절 등의 만성 관절질환의 경우에는 보험가입 이전의 기왕질병으로 판단되는 수술을 시행하고 보험금을 청구하고 있으며 실제로 수술을 시행하지 않고 병원과 공모하여 보험금을 청구하는 수법도 크게 증가하고 있다.

67) 60%(입원급여금)+3%(간병, 요양자금)+3%(진단자금)+6%(수술자금)=72%

68) 금융감독원(2011) '보험사기 유발요인 분석 및 개선 요약' 보험조사실 조사분석팀

<그림 4-3> 보험사기자 담보별 보험금



출처 : 금융감독원 보험조사국 조사분석팀(2011)

아래 <표 4-4>의 연도별 입원 급여금의 손해율 현황에서와 같이 민영 의료보험 시장의 성장시기와 맞물린 2008년 이후 입원일당 및 의료비 담보의 손해율은 100%를 크게 상회하며 지속적인 증가 추세로 확인되고 있다.

특히 의료비의 경우 2010년도 업계 손해율 158%를 기록하며 손해율 관리의 필요성이 대두되고 있다. 이는 2000년대 중반, 민영의료보험 상품의 판매 급증에 따라 피보험자가 실제로 부담하는 의료비의 부담이 적어지면서 의료기관의 과잉치료 행위가 만연되었고, 이를 이용한 보험사기 유형이 증가한 원인으로 판단된다.

<표 4-4> 연도별 특정담보 손해율

(단위 : %)

담보	연도별 손해율		
	2008	2009	2010
입원일당 (질병,상해)	109	125	135
의료비 (질병,상해)	148	137	158

출처 : 금융감독원 보험조사국 조사분석팀(2011)

제3절 민영의료보험의 중복가입

민영의료보험이 보험사기를 유발하는 가장 주된 요인은 다수의 보험을 중복적으로 가입할 수 있다는 점이다. 즉 보험가입 건수에 따라 보험금 수령이 배가(倍加)되어 보험사기 발생의 가장 큰 유인요소로서 작용하게 된다. 더욱이 업계가 공통적으로 추구하는 영업우선 정책은 악의적인 역선택 계약의 유입을 지속적으로 증가시킬 것으로 전망된다. 이하에서는 생명보험 보장성보험의 중복가입 특성을 고찰하고자 한다.⁶⁹⁾

1. 중복가입과 사고발생율

최근 생명보험 상품판매 추이는 입원, 수술 등 생존담보 비중이 높아지고 있으며, 위험율차 이익율이 악화되고 있는 추세이다. 이는 보험사고 발생의 자연적인 증가요인 이외에도 역선택이나 도덕적 위험이 작용한 것으로 판단된다.⁷⁰⁾ <표 4-5>와 같이 중복보험 가입자의 사고발생율은 일반가입자 대비 입원과 수술 담보에서 상당한 수준으로 확인되고 있다. 따라서 중복 가입자의 특성과 언더라이팅 수준과의 관계를 분석하여 보험사기 유인의 정도를 확인하고자 한다.

<표 4-5> 일반가입자 대비 중복가입자의 사고발생율 (단위 : %)

담보	입원	수술	암진단	암수술
수준	142.3	153.2	124.4	129.2

출처 : 생명보험 경험통계자료(보험개발원), 2007-2009

69) 보험개발원(2011), “생명보험 생존담보 다건 가입자 특성 및 시사점” CEO Report KIDI 2013-03, 인용 및 각색

70) 생존담보 위험보험료 비중 : 51%(2005) → 56%(2009)
 생존담보 위험율차 이익률 : △4%(2005) → △10%(2009)

2. 중복 가입자의 계약특성

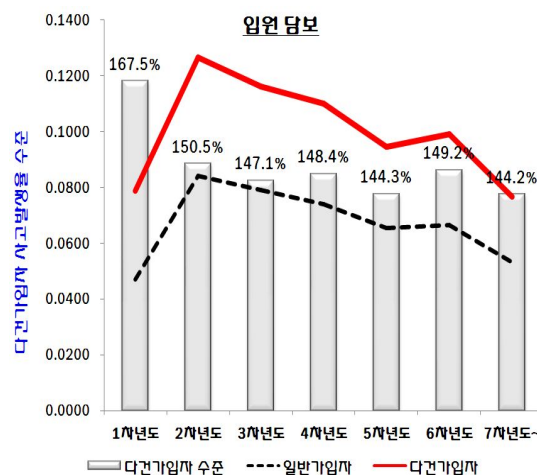
중복보험 가입자는 일반 가입자에 비하여 현저히 높은 사고 발생율을 나타내고 있으며 이러한 현상은 계약초기에 집중되는 것으로 <표 4-6>과 같이 확인되고 있다. 특히 수술 담보와 암수술 담보의 경우 경과년도에 따른 사고 발생율이 현저히 낮아지는 것을 확인할 수 있는데, 이는 역선택 가입자가 중복적 가입을 통해 보험사기를 유발한 것으로 판단되며, 입원 담보와 암 진단 담보의 경우 반복적인 보험사기를 유발하고 있는 것으로 판단된다.

<표 4-6> 일반가입자 대비 다수가입자의 경과년도별 사고발생율 (단위 : %)

구분	1차년도	2차년도	3차년도	5차년도	7차년도
입원	167.5	150.5	147.1	144.3	144.2
수술	183.1	162.5	155.4	145.1	138.2
암진단	135.4	130.8	134.2	130.0	116.2
암수술	186.0	184.9	166.6	133.7	115.3

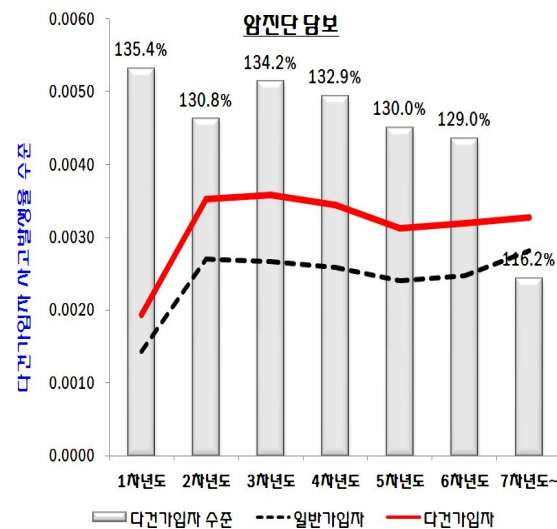
출처 : 생명보험 경험통계자료(보험개발원)

<그림 4-4> 중복가입자의 경과년도별 입원담보 사고발생율



출처 : 보험개발원, “생명보험 생존담보 다건 가입자 특성 및 시사점”(2011)

<그림 4-5> 중복가입자의 경과년도별 암진단담보 사고발생율



출처 : 보험개발원, “생명보험 생존담보 다건 가입자 특성 및 시사점”(2011)

3. 중복 가입자의 보험금 청구사유

중복보험 가입자는 일반 가입자 대비 암 진단, 암 수술, 수술, 입원 담보 순으로 보험금을 청구하고 있는 것으로 나타났다. 입원의 경우 일반 가입자에 비해 보험금 청구빈도가 높은 사고원인은 일반재해(1.3배), 교통재해(1.3배) 순으로 확인되었다.

일반재해의 유형은 보행 중 넘어지거나(5.6배), 계단에서 넘어지는(3.5배) 사고가 주요 유형으로 나타났다. 이는 실무적으로 빈발하는 보험사기의 유형과 일치한 것으로 판단되며, 다수의 중복보험 가입을 통한 보험사기의 전형적인 사고유형으로 볼 수 있다.

암 진단의 경우 중복 가입자는 일반 가입자에 비해 갑상선암(4.5배), 유방암(4.0배) 순으로 청구빈도가 높은 것으로 확인되었으며, 암 수술의 경우 암 진단과 유사한 갑상선암(3.5배), 유방암(2.9배) 순으로 확인되었다. 특히 암 진단과 암 수술 담보의 경우 자가진단이 비교적 용이한 갑상선암과 유방암의 청구빈도가 높은 점은 중복 가입자 집단의 역 선택 유형으로 판단된다.

<표 4-7> 중복가입자의 사고원인별 보험금 청구빈도 비교

(단위 : 보험금청구자수 100명당 명)

구분	보험금 청구원인	일반가입자(A)	중복가입자(B)	배수(B/A)
입원	일반재해	11.2	14.9	1.3배
	교통재해	9.3	12.2	1.3배
수술	일반재해	6.8	9.9	1.5배
	교통재해	8.7	12.0	1.4배
암진단	갑상선암	3.3	14.8	4.5배
	유방암	1.8	7.3	4.0배
암수술	갑상선암	4.0	13.9	3.5배
	유방암	3.1	9.0	2.9배

출처 : 보험개발원(2011), “생명보험 생존담보 다건 가입자 특성 및 시사점”

4. 언더라이팅 수준과 중복가입 간 상관관계⁷¹⁾

보험회사별 언더라이팅 기준 차이가 중복가입 비중과 사고 발생율에 미치는 영향을 분석하기 위해 업계 심사자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문결과 중 통계적 유의성이 있고 점수화가 가능한 항목을 계량화하여 중복 가입자 비중과의 관계를 분석하고자 한다.

언더라이팅 점수와 중복보험 비중 간의 상관관계 분석결과, <표 4-8>, <그림 4-6>, <그림 4-7>과 같이 입원의 경우 음(-)의 상관관계를 보였으나 연관성 정도는 수술 담보나 암 수술 담보에 비해 상대적으로 낮은 것으로 분석되었다.

즉 언더라이팅 기준을 강화할수록 중복 가입의 비중은 낮아지나 그 효과는 다른 담보에 비하여 크지 않은 것으로 나타났다. 반면에 수술, 암 진단, 암 수술 담보의 경우 언더라이팅 점수와 중복가입의 비중 간에 뚜렷

71) 분석에 활용된 설문 항목은 다음과 같다. ① 의견소견서, 진료기록서 등 추가 자료나 건강검진을 요구하는 비율, ② 조건부 인수 또는 부분담보 인수 비중, ③ 언더라이터의 경력, ④ 언더라이터의 전문성 제고를 위한 교육 프로그램 시간

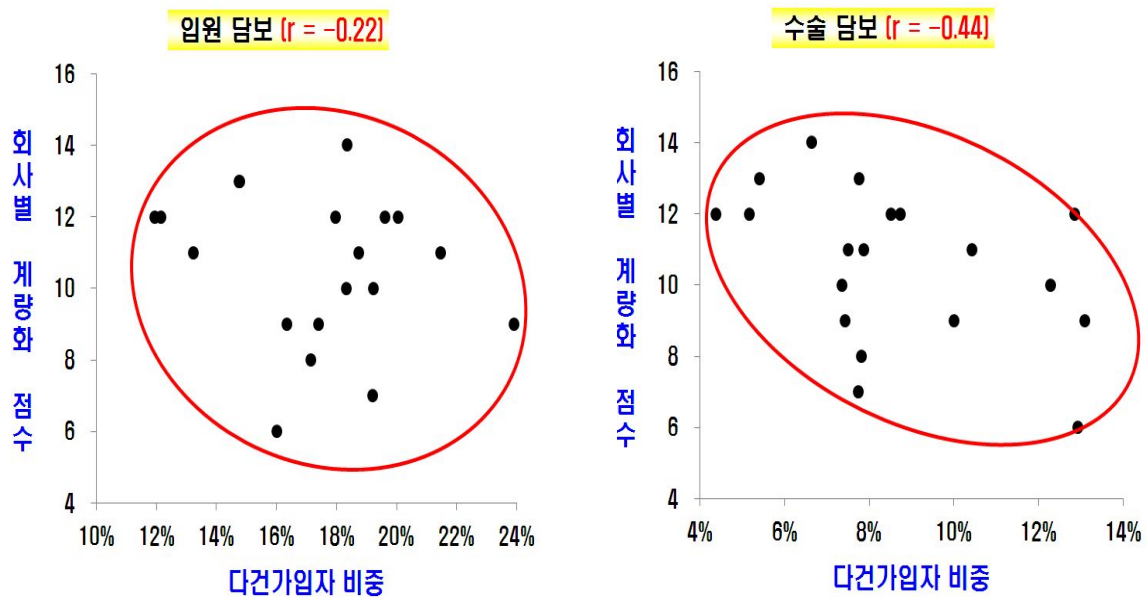
한 양(+)의 상관관계가 존재하였으며, 언더라이팅 기준을 강화할수록 중복가입의 비중은 낮아지는 것으로 나타났다.

<표 4-8> 언더라이팅 점수와 중복가입 비중간의 상관관계

구분	입원	수술	암진단	암진단
상관계수	-0.22	-0.44	-0.62	-0.65
상관관계	미약	명확	명확	명확

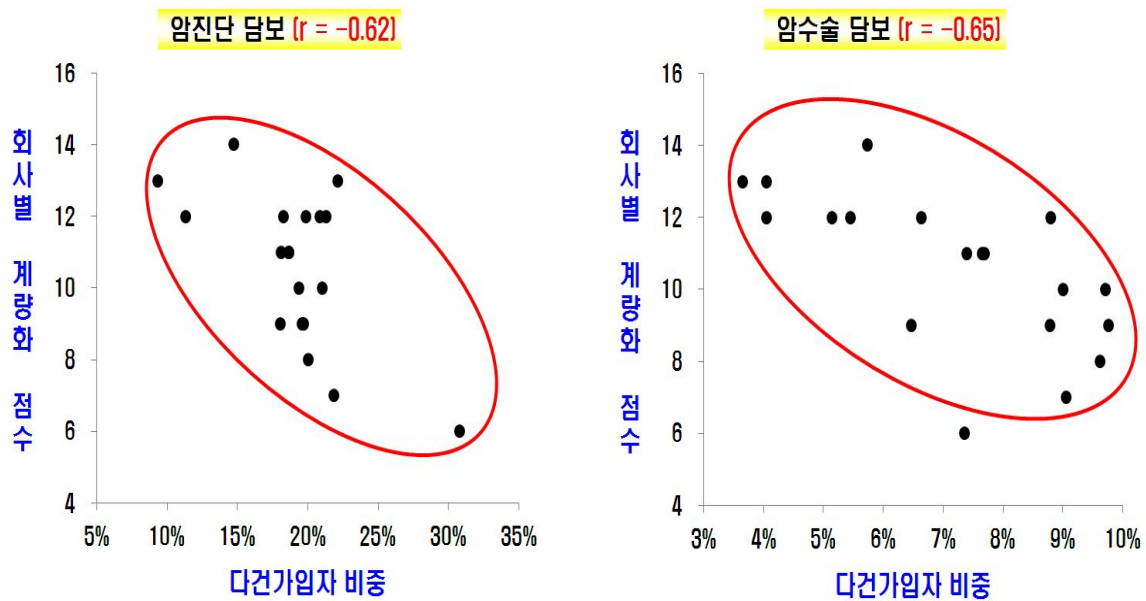
출처 : 보험개발원, “생명보험 생존담보 다건 가입자 특성 및 시사점” (2011)

<그림 4-6> 입원, 수술 담보의 중복가입자 비중 상관관계



출처 : 보험개발원(2011), “생명보험 생존담보 다건 가입자 특성 및 시사점”

<그림 4-7> 암진단, 암수술 담보의 중복가입자 비중 상관관계



출처 : 보험개발원, “생명보험 생존담보 다건 가입자 특성 및 시사점”(2011)

주1) r = 상관계수이며, ($-1 \leq r \leq 1$) 값을 갖는다.

주2) r 은 0에서 멀어질수록 상관관계가 높음을 의미한다.

제5장 연구문제 설정과 연구 설계

제1절 연구문제의 설정

본 연구는 민영의료보험을 이용한 보험사기 유발에 영향을 미치는 변수들의 특성과 보험사기 발생의 형태를 유형별로 분석하는데 그 의의가 있다. 분석 결과를 근거로 보험사기 예방을 포함한 개선방안과 보험사기자의 사후관리 방안을 제시하고자 다음과 같이 연구문제를 설정하기로 한다.

1. 연구문제의 목적

연구문제의 설정은 민영의료보험에서 보험사기를 유발하는 요인을 실증적으로 검증하고자 함이다. 보험사기 유발 요인 검증에 관한 구체적인 방법은 연구자가 투입한 변수들을 대상으로 표본 집단의 이항 및 다항 로짓 분석을 통해 보험사기자 집단의 사기유발 요인, 사기형태의 특성, 공모유형의 특성에 대한 검증 결과를 토대로 보험사기자들이 보험사기를 유발함에 있어 나타나는 주요 특성을 연구하고자 한다.

이는 기존의 선행연구에서 다루어지지 않았던 보험사기자들에 대한 특성적 연구이자 보험사기를 예방하고 개선하기 위한 본 연구의 궁극적인 목적이다.

2. 연구문제의 제시

본 연구의 표본 집단은 보험사기자와 일반 가입자 집단을 포함한다. 두 집단의 정보는 인구학적 통계 정보와 보험계약 정보, 보험금 청구 정보 등을 포함하고 있으며, 보험사기자와 일반 가입자 집단 간 비교 분석을

통한 보험사기자의 특성연구로 세부적인 연구문제는 다음과 같다.

표본 집단의 실증분석을 통한 보험사기 유발 요인을 검증하기 위한 취지에서 세 가지 유형으로 세부적인 연구문제를 설정하였다. 이를 구체적으로 제시하면 첫 번째, 보험사기를 유발하는데 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수를 확인하고자 한다. 두 번째, 보험사기의 공모 유형을 가족공모, 단독범행, 다수공모로 구분하였을 때, 유형별 보험사기 유발에 영향을 미치는 변수를 확인하고자 한다.

세 번째, 보험사고의 형태를 허위사고, 고의사고로 구분하였을 때, 형태별 보험사기 유발에 영향을 미치는 변수를 확인하고자 한다.

보험사기 유발 요인 검증에 관한 연구는 보험사기자의 특성에 관한 유의한 통계분석 결과에 따라 보험계약의 모집단계에서 보험금 청구에 이르는 실질적 언더라이팅 단계에 개선점을 제시할 수 있을 것으로 기대한다.

이를 위해 보험사기 유발 요인 검증에 관한 연구문제는 다변량 분석방법을 실시하였으며 연구문제를 요약하면 아래의 <표 5-1>과 같다.

<표 5-1> 연구문제 요약

분석대상	분석사항	분석방법	비고
표본집단	보험사기 적발 여부에 대한 변수 검증	이항 로지스틱	보험사기 유발 요인 검증에 관한 연구문제
표본집단	보험사기 공모형태에 따른 사기유발 요인에 대한 변수 검증	다항 로지스틱	
표본집단	보험사기 사고유형에 따른 사기유발 요인에 대한 변수 검증	다항 로지스틱	

제2절 실증분석 설계

1. 분석기간 및 표본 집단

본 연구의 데이터는 CY 기준으로 2006년 1월부터 2008년 12월까지 민영의료보험에 가입한 대상자를 기준으로 선정하였다. 대상자의 분석기간을 한정할 취지는 업계의 민영의료보험 시장이 급증한 시기와 일치하며, 상당수의 역 선택 계약이 이 시기에 위험단체에 유입되었을 것이라는 가정 하에 분석기간을 한정하였다.

표본 집단의 구성은 상기 분석기간 민영의료보험에 가입한 보험가입자 중 수사기관에서 보험사기 혐의로 적발된 대상자 512명과 일반가입자 511명을 모집단으로부터 무작위로 추출(random sampling)하여 분석대상에 포함하였다.

<표 5-2> 표본집단

(단위 : 명)

구분	표본수	적용보종	비고
보험사기자	512	민영의료보험	수사기관에 의한 보험사기 적발자
일반가입자	511	민영의료보험	보험사기 혐의가 없는 일반의 계약자
계	1023		

실증분석에 적용된 데이터는 다음의 특성을 나타내고 있는데, 첫째, 국내 수사기관 및 사법기관에서 보험사기 혐의가 인정된 대상자를 선별하여 일정한 데이터를 추출하였다. 둘째, 실증분석 과정에서 보험사기자는 자동차, 일반보험을 제외한 민영의료보험 영역으로 대상자를 한정하였다. 셋째, 민영의료보험 담보 중 실손 의료비를 제외한 입원비 담보, 특정 진단자금 담보 등 사행성 담보를 통해 보험금을 편취한 대상으로 한정하였다.

2. 변수의 선정

가. 정보의 집적방법

민영의료보험을 이용한 보험사기 유발 요인을 검증하기 위해 대상자들의 정보 집적은 ‘보험계약자 정보’를 전체 대상자의 기본 데이터로 사용하였다. 또한 보험사기자의 경우 수사기관 및 사법기관⁷²⁾에서 보험사기 혐의가 확정된 대상자의 정보사항을 집적하였다.

연구자는 상기 집적된 정보를 대상으로 전체변수와 특성변수로 구분하였는데, 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.

<표 5-3> 변수선정

구분	변수명	비고
전체변수	보험사기 적발 여부 ⁷³⁾ , 사기유형, 사기형태 연령, 성별, 거주지, 직업, 월 평균 보험료, 보험가입 건수, 일당담보금액, 환수여부, 환수유형, 처벌유형, 계약상태, 모집채널	
특성변수	사고유형, 사기형태, 환수여부, 환수유형, 처벌유형	보험사기자 정보

72) 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 말한다.

73) 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.

나. 특성변수 설정

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, 보험금 청구에 대한 상계처리로 구분된다. 처벌유형의 경우 구속과 불구속으로 구분하였다.

3. 변수의 정의

가. 종속변수

(1) 보험사기 적발 여부

보험사기 유발 요인을 검증하고자 표본 집단을 대상으로 사기 적발 또는 미적발로 구분되는 범주형 변수의 값을 부여하였다. 보험사기 적발 여부를 종속변수로 투입한 취지는 보험사기 적발자의 인적정보와 보험계약 특성 및 사기유형 등을 통해 일반 보험가입자와의 비교 분석은 물론 보험사기자의 사후적 관리 방안의 궁극적인 목적을 제시하기 위함이다. 즉 보험사기 적발에 영향을 미치는 변수를 확인하고 실무적인 개선점을 도출하기 위한 취지이다.

(2) 보험사기 공모유형

최근 민영의료보험을 이용한 보험사기는 다수의 대상자가 공모를 통한 집단화 양상을 나타내고 있다. 보종의 특성상 의료기관의 치료 여부는 보험금 청구의 전제 요건이기 때문에 의료기관과의 사기 공모를 통한 보험금 청구 유형이 발생할 수 있다.

또한 보험계약의 모집단계와 계약의 체결과정에서 발생하는 모집인과의 사기 공모 형태는 업계의 심각한 고민사항으로 부각되고 있는 실정이다.

보험사기의 공모 유형은 수사기관에서 입증된 혐의를 토대로 범주형 변수 중 다수공모 형태로 분류하였으며, 전술한 의료기관과 보험모집 조직의 사기공모 사실이 없는 적발 건은 인적구성을 토대로 가족공모와 단독사기(범행) 형태로 분류하였다.

특히 가족공모의 경우 보험사기의 심각한 사회문제로 인식되는 부분이며, 장인권(2010)⁷⁴⁾은 보험사기자들의 형사 판결문 2,110건을 대상으로 분석한 보험범죄 실증에 관한 연구에서 보험사기자들의 공모자 관계를 아래와 같이 정리하였다.

<표 5-4> 보험사기 공모자 인적관계

구분	빈도(명)	비율(%)
선후배	4,826	26.6
학교/동네 친구	3,901	21.5
회사/업무상 동료	1,216	6.7
조직폭력배	2,993	16.5
가족	3,102	17.1
지인	2,104	11.6
합계	18,142	100.0

출처 : 장인권, “보험범죄 실증에 관한 연구” (2010)

74) 장인권(2010)은 자동차보험을 이용한 보험사기자를 대상으로 판결문을 분석하였기 때문에 용어의 사용에 있어, 보험사기 가담자 내지는 공모자를 사용하지 않고 ‘가해자와 피해자’로 표시하였다.

판결문 상에서 확인된 전체사건 82,819건의 사건 중 보험사기 공모자의 인적관계를 살펴보면, 선후배 관계가 4,826명(26.6%), 학교/동네 친구 관계가 3,901명(21.5%), 회사, 업무상 동료 관계가 1,216명(6.7%), 조직폭력배가 2,993명(16.5%), 가족과 지인이 경우가 각각 3,102명 (17.1%), 2,104명(11.6%)으로 확인되었다.

상기 보험사기 공모자의 인적관계를 확인한 바와 같이 전체사건(82,819건) 중 약 63%(18,142명)가 보험사기를 범행함에 있어 단독으로 보험사기를 발생시키기 보다는 일정한 인적관계를 구성하여 조직적으로 보험사기를 유발하고 있는 것으로 나타났다. 또한 가족공모 비율이 17.1%인 사실은 보험을 이용한 사기행위가 우리 사회 깊숙이 침투하여 심각한 사회문제를 유발하고 있음을 보여주고 있다. 이처럼 보험사기가 공모형태로 발생하고 있는 사실은 보험제도가 전형적인 사회범죄로 악용되고 있음을 나타내는 것으로 이러한 현상은 보험의 본래적 효용이 우리사회의 안전망으로서의 기능과 역할을 상실하고 있음을 나타낸다.

장인권(2010)⁷⁵⁾은 최근의 보험사기 공모유형으로 인한 사기유형의 집단화, 거대화 현상에 주목하면서, 보험사기 범죄자 수에 대하여 <표 5-5>와 같이 정리하였다.

<표 5-5> 사건관련 사기자수

구분	빈도(건)	비율(%)
1명	3,838	36.9
2명	2,247	21.6
3-4명	2,371	22.8
5-9명	1,862	17.9
10명 이상	83	0.8
합계	10,401	100.0

출처 : 장인권, “보험범죄 실증에 관한 연구” (2010)

75) 장인권(2010), 전개논문, pp.93~94

<표 5-6> 사기자수 기술통계

구분	사례 수	최소값	최대값	평균	표준편차
범죄자 수	10,401	1	21	2.94	1.976

출처 : 장인권, “보험범죄 실증에 관한 연구” (2010)

판결문상의 사건별로 연루된 보험사기자의 수를 살펴보면, 관련 보험사기자가 1명인 경우가 3,838건(39.6%)으로 가장 높은 비율을 기록하는 것으로 나타났다. 또한 보험사기자가 2명인 경우가 2,247건(21.6%), 3-4명인 경우가 2,371건(22.8%), 5-9명인 경우가 1,862건(17.9%) 등으로 확인되었으며, 10명 이상의 경우도 83건(0.8%)으로 확인되었다. 연루된 보험사기자의 평균은 2.94명 이었으며 표준편차는 1.976으로 나타났다.

(3) 보험사기의 형태

보험사기의 형태는 보험사고를 고의로 발생시켜 보험금을 청구하는 고의사고 형태와 보험사고가 발생하지 않았음에도 보험금을 청구하는 허위사고 형태로 구분된다. 전자의 경우 자동차보험에서 주로 발생하는 보험사기 유형으로 인식되어 왔으나 최근 민영의료보험을 이용한 역 선택 유형으로 증가하고 있다.

고의사고의 경우 사기유발로 인한 손해액의 심도⁷⁶⁾는 후자의 허위사고에 비해 높을 것으로 추정되며, 후자의 허위사고 유형은 심도와 빈도를 동반한 대표적인 민영의료보험의 사기 유형으로 인식되고 있다. 연구자가 보험사기 형태를 종속변수로 설정한 목적은 각각의 사고 형태에 따른 보험사기자들의 특성을 확인하여 위한 취지이다.

76) 자살, 신체일부의 절단, 골절 등을 통한 자해가 대표적인 유형이다.

나. 독립변수

민영의료보험 시장에서 역 선택이 현실화되어 발생하는 보험사기의 특성은 보험사기 혐의자의 인적사항, 보험가입사항, 사기유형, 계약의 모집 형태 등을 통해 구체화될 수 있다. 즉 보험사기 발생 기저(基底)의 설명력을 갖는 변수로서의 특성을 확인하기 위함이며, 변수설정의 객관성을 부여하기 위해, 선행연구를 통해 검증된 변수들과 본 연구의 특수성을 부각하기 위한 변수들을 포함하였다.

(1) 인적사항 변수

모집표본의 인적사항에 포함된 변수는 성별, 연령, 직업, 지역 등으로 구분⁷⁷⁾하였다.

① 성별 및 연령

성별 및 연령에 따른 보험사기 발생 여부는 가장 기본적인 변수 요소로서의 의미를 갖는다. 권홍구(2009)⁷⁸⁾는 질병보험의 보험연도별 손해율 연구에서 여성의 경우 남성보다 손해율 상승 추이가 급격하며, 연령별 손해율은 고 연령층에서 급격한 상승 추세를 보이고 있는 것으로 분석하였다.

본 연구는 손해율 상승의 주요 원인을 역 선택 계약에 의한 보험사기로 인식하고 있는 점을 감안할 때 충분한 변수 설명력을 나타내고 있으며, 연령의 경우 10대에서 70대까지 분류하여 연속변수의 형태로 투입하였다.

77) 보험계약 가입 당시의 청약서에 기재한 대상자의 직업과 지역(거주지)의 값을 코딩하였다. 보험사기 적발자의 경우 수사기록 결과를 통해 입수한 수사기관 입건 당시의 직업과 지역을 코딩하였다.

78) 권홍구(2009) “장기손해보험 질병 및 의료보장의 리스크 분석 및 시사점” CEO Report, 보험개발원 KIDI 2008년 6월. pp.1~17

② 직업

민영의료보험의 경우 의료기관의 진료에 따른 처치 및 입원내역을 통해 보험금을 청구하게 된다. 따라서 직업 변수는 비교적 경상의 보험금청구자들의 실제 입원여부를 판단할 수 있는 기준이 된다. 보험사기 적발현황 통계에 의하면 2010년부터 2012년 까지 보험사기자들의 직업 분포 조사결과 무직자가 가장 높은 것으로 조사되었다.⁷⁹⁾ 따라서 무직자를 준거변수로 설정하였으며, 개인사업자, 자영업, 회사원, 기타의 직군으로 분류하여 보험사기와 직업 간의 특성을 확인하고자 한다.

③ 지역

민영의료보험의 지역에 따른 보험사기 현황과 특성을 직접적으로 연구한 선행연구는 발견하지 못하였다. 다만 특정지역의 손해를 상승과 보험사기가 집중되는 관련이 있다는 연구에 의하면 2010년부터 최근 호남권의 보험사기 심각성은 다른 권역에 비해 높게 상회하는 것으로 확인된다. 본 연구는 서울을 준거지역으로 두고 권역별로 보험사기의 집중도를 확인하고자 한다.

(2) 보험가입 사항

표본 집단의 보험가입 사항은 보험가입 건수와 월납 평균 보험료에 대하여 연속변수 값으로 부여하였다.

① 보험가입 건수

자동차보험의 경우 최대 1년을 기준으로 단기의 보험기간을 설정하지만 민영의료보험 상품의 경우 80세, 100세 만기 등 종신행 상품으로 구성되어 있으며, 보험가입자가 가입하고자 하는 보험개수의 제한을 두지 않기

79) 금융감독원(2013) “보험사기 형사판례집” 금융감독원 보험조사실 2013년 12월 발간. p.22

때문에 동일한 담보로 중복적인 보험금 청구가 가능하다. 이는 단기간에 반복적인 보험사기를 유발하는 요인으로 본 연구의 가장 중요한 변수로서의 의미를 갖는다.

김지만(2012)⁸⁰⁾은 우리나라 보험업계 보험사기 조사요원을 대상으로 보험범죄에 관한 인식을 연구하면서, 보험조사요원이 보험사기를 인지한 시점에 실제 보험사기자들의 평균 보험가입 건수를 파악하였다. 보험조사요원 77명을 대상으로 한 설문조사 결과 보험사기자 개인별로 6건에서 10건의 보험계약을 보유한 응답이 52명(67.5%)으로 가장 많았으며, 1건에서 5건의 보험계약을 보유한 응답은 17명(22.1%), 11건에서 15건의 보험계약을 보유한 응답은 4명(5.2%) 순으로 확인되었다.

<표 5-7> 보험사기자의 보험가입건수

보험가입 건수	응답자 수(명)	비율(%)
1-5건	17	22.1
6-10건	52	67.5
11-15건	4	5.2
15-20건	2	2.6
21-25건	0	0
무응답	2	2.6
합계	77	100.0

출처 : 김지만, “우리나라 보험사 조사요원의 보험범죄에 대한 인식에 관한 연구” (2012)

보험개발원(2010)⁸¹⁾에 따르면 다수의 민영의료보험계약 체결 행위를 역선택의 형태로 인식하고, 특히 암 담보에 있어 보험계약 가입 건수가 증

80) 김지만(2012), “우리나라 보험사 조사요원의 보험범죄에 대한 인식에 관한 연구” 경기대학교 행정대학원, 석사학위 논문, pp.38~40

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

가할수록 평균 입원일수가 증가하게 되어 중복가입 형태가 도덕적 위험을 유발하는 요인으로 연구한 바 있다.

특정 질병과 관련한 보험개발원(2010)⁸²⁾의 연구 결과, 암 보장 담보와 암 입원의 경우 보험가입 건수가 많을수록 평균 입원일수가 증가하여 다수의 보험계약 보유자에 의한 모럴해저드가 큰 것으로 분석되었다.

반면에 Tennyson(2002)⁸³⁾은 설문조사를 통해 보험가입 건수가 많은 사람일수록 클레임 경험이 없는 사람보다 있는 사람일수록 보험사기에 대한 용인가능성이 낮음을 확인하였다. 이는 보험계약자 등이 클레임 경험을 통해 보험의 구조를 학습하면서 나타나는 현상으로 해석할 수 있으며, 연구자가 판단하는 중복가입 행위와는 상반된 연구결과로 판단된다.

본 연구에서는 대상자의 손해보험 및 생명보험계약의 중복가입 건수를 확인하기 위해 보험개발원에서 제공하는 ICPS(Insurance Claims Pooling System) program⁸⁴⁾을 사용하였으며 그 결과를 토대로 연속변수 값으로 투입하였다.

② 월 평균 보험료

보험사기자 입장에서 월 평균 보험료는 사기발생을 위한 비용 측면으로

82) 보험개발원(2010) 전계 보고서, pp.5~18

83) Tennyson, Sharon(2002). "Insurance Experience and Consumers Attitudes Toward Insurance Fraud", *Journal of Insurance Regulation* 21. pp.241~252

84) 표본 집단의 보험가입 건수는 보험개발원에서 제공하는 보험사고정보시스템(Insurance Claims Pooling System)을 이용하여 개별 대상자의 보험개수를 확인하였다. ICPS란, 보험사고 정보의 효율적 이용을 통한 보험 사행화를 예방하고 보험계약 인수와 보험금 지급 적정성을 도모하고자 보험사고 정보를 집적 및 제공하는 시스템을 말하며 생, 손보사에서 매일 발생하는 보험사고 정보(생명, 장기, 상해, 자동차, 화재, 배상책임)를 온라인으로 집적하는 통합시스템이다. ICPS를 이용한 대상자의 보험개수 확인방법은 대상자의 보험금 청구내역을 확인하여 청구된 보험회사를 확인하는 방법으로 보험개수를 산정하였으며, 보험사기로 적발된 대상자 512명의 경우 수사기관에 적시된 보험사기 청구일자 및 사고내용을 토대로 보험금청구 당시의 보험개수를 산정하였다. 일반 보험계약자의 경우에는 2013년 1월을 기준으로 해당기간 전, 후 6개월간 보험금을 청구한 대상자의 보험개수를 직접 산정하였다. 때문에 대상자들이 보험에는 가입하였으나 특정 보험회사에 보험금을 청구하지 않은 경우 보험개수를 산정할 수 없는 단점은 갖고 있으나, 통상 보험가입 취지에 따라 보험금을 고의적으로 청구하지 않는 유형은 실제로 발생하지 않을 것이라는 판단 하에 보험개수를 산정하였다. 또한 입원비 관련 담보로 청구하지 않은 보험계약은 건수에서 제외하였다.

이해될 수 있다. 즉 보험사기자의 월 평균 보험료 수준은 실제 보험가입의 효용과 보장급부를 고려하지 않은 비용의 개념이므로 보험료 수준은 일반의 보험가입자에 비해 낮을 것으로 판단된다.

전술한 바와 같이 보험사기자들이 다수의 보험가입을 통해 보험금을 편취하려는 성향이 강한 경우 월납 보험료 수준은 더욱 분명해 진다. 자동차보험 시장의 역 선택 문제와 관련한 김정동(2004)⁸⁵⁾의 연구에 의하면 역 선택자의 경우 평균 보험료 수준은 낮은 반면, 사고 발생률은 높은 것으로 분석되었다. 이는 고의사고를 통한 보험사기에 유용한 담보만을 가입하려는 경향으로 판단되며 본 연구에서는 보험개수와 동일하게 연속변수 값으로 투입하였다.

(3) 사고유형

사고유형이란, 보험금을 청구하는 유형으로 보험사고 발생의 원인이 상해로 인한 것인지 또는 질병으로 인한 것인지에 관한 문제이다.

보험사기자 입장에서 상해와 질병의 청구유형에 따라 편취하고자 하는 보험급부의 효용은 개인마다 차이가 있을 것이다. 반복적인 보험금 편취를 목적으로 하는 전문적인 보험사기자에게 사고유형은 보험사기 행위를 용이하게 하는 보조수단으로서 인식되지만, 보험회사의 경우 이들의 사고유형을 분석할 수 있는 사후적 언더라이팅 개념으로 인식될 수 있기 때문에 사고유형을 변수로 설정하였다.

일반적으로 중한 상해사고의 경우 보험금 청구과정에서 상해의 입증은 질병의 경우보다 엄격하므로 경상의 상해 또는 질병을 통한 보험금 청구가 보험사기자의 주요 청구 형태로 판단된다. 반면에 질병의 경우 주관적인 호소만으로 장기간 입원이 가능하기 때문에 보험개수에 따라 편취금액이 대폭 증가할 수 있으며 보험가입 이전의 질환을 이유로 반복적인 보험금을 청구하는 형태는 실무적으로 가장 문제가 되는 사기유형이기도 하다.

85) 김정동(2004) “한국 자동차보험 시장에서의 역 선택 문제” 리스크관리학회 2004년 제15권, p.114

(4) 보험모집 채널

보험모집과 관련한 판매채널은 크게 대면채널과 비 대면채널로 구분된다. 대면채널의 경우 보험설계사, 보험대리점, 보험중개사, 방카슈랑스 등의 모집형태가 있으며, 비 대면채널의 경우 DM(Direct Mail), MM(Mass Media), TM(Tele-Marketing), CM(Cyber Marketing) 등을 통한 모집형태가 있다.

본 연구는 보험사기 발생에 영향을 미치는 판매채널에 대하여 대면채널로 한정하였으며 구체적으로는 전속채널인 보험회사 임, 직원과 보험설계사, 보험대리점 중 법인독립대리점, 방카슈랑스 등의 모집채널이다.

보험계약의 모집형태에 따라 위험단체에 흡수되는 역 선택 위험의 유형은 다를 수 있는데, 손해율 상승의 주요 원인을 역 선택 위험집단의 보험사기 행위로 감안할 경우 실제로 모집채널별 손해율과 보험사기 발생 여부는 상당한 관련이 있음이 아래의 <표 5-8>을 통해 판단할 수 있다.

<표 5-8> 모집채널별 손해율 현황⁸⁶⁾

(단위 : %)

구분	2006	2007	2008	2009	2010
전속채널	54.3	59.7	64.8	70.8	72.0
독립법인대리점(GA)	70.0	65.9	75.2	85.2	91.4
TM/홈쇼핑/방카	55.0	60.1	66.6	74.5	77.4

출처 : 금융감독원 보험조사국 (2011)

① 전속채널

보험회사에 전속되어 소속 보험회사의 상품만을 판매할 수 있는 전속채널의 경우 통상 업계는 Financial Planner로 정의한다. 임동섭(2011)⁸⁷⁾의

86) 금융감독원(2011) “보험사기 유발요인 개선요약” 보험조사실 조사분석팀. 2011년 11월

87) 임동섭(2011) “독립법인대리점의 모델해저드에 관한 연구: 민영건강보험을 중심으로” 목포대학교 박사학위 논문 pp.20~27

모집채널과 모럴해저드에 관한 연구에 의하면, 전속채널의 경우 소속감과 회사에 대한 충성도가 다른 모집채널에 비해 우수한 것으로 확인되었으며, 역 선택 위험집단의 유입으로 인한 보험사기를 사전에 방어할 수 있는 모집채널로 판단된다.

본 연구의 실증분석은 전속채널 변수를 준거변수로 설정하였으며 전속채널을 통한 다른 보험모집 채널의 보험사기 유발 가능성을 분석하고자 한다.

② 독립법인대리점

2000년대 중반이후 현재까지 지속되고 있는 보험시장의 경쟁심화 현상과 Berlin & Wellborn(2008)⁸⁸⁾의 시장 성숙모형에 따른 우리 보험시장의 변화는 다양한 보험판매 채널의 등장을 가속화 시켰다. 이 중 독립법인대리점 채널의 성장이 두드러지고 있는 가운데 보험회사는 적극적으로 독립법인대리점 채널을 활용하고 있다.

최근 5년간 독립법인대리점 채널은 연평균 11.7% 성장하여 2013년 말 기준으로 그 사용인 수가 16.1만 명에 이르고 있으며 이는 교차설계사를 제외한 전체 모집인 수에서 41.6%에 해당하는 수치이다.

88) Berlin, J and J, Wellborn(2008), The Market Maturity Model: Ring Around The World, LIMRA

<표 5-9> 전체 보험모집인 수

(단위 : 명)

연도	생명보험 설계사	손해보험 설계사	GA 사용인	전체모집인
2009	141,067	86,856	113,932	341,855
2010	133,763	83,597	121,411	338,771
2011	141,034	87,893	138,532	367,459
2012	145,933	95,017	145,868	386,818
2013	135,729	90,167	160,870	386,766

출처 : 손해보험협회 판매조직 현황(2014)

아울러 독립법인대리점 채널 간 인수 및 합병을 통해 중대형 법인으로 성장하고 있는데, 사용인 수가 500명 이상인 대형 대리점 또한 2013년 기준 29개에 이르며 이러한 대형 대리점 소속의 사용인 수가 전체 사용인 수의 40%를 차지하고 있다.

독립법인대리점이 급속하게 성장하고 있는 원인은 높은 모집 수수료 체계 때문이다.

최근 보험회사의 비활동 설계사에 대한 해촉 조치와 함께 전속설계사들의 독립법인대리점으로의 이직 현상이 나타나고 있는데, 저축성보험에 대한 중도해지 환급율 상향조정 및 수수료 분급 확대 등의 규제가 전속 설계사들의 수입 감소로 나타나면서 독립법인대리점의 이직현상이 확대되고 있다. 대형 독립법인대리점의 경우 자체적인 수수료 지급기준을 운영하고 수수료 분급 확대 차원의 보험회사 수당체계가 적용되지 않아 전속 설계사들이 이직할 경우 높은 수수료 체계를 적용받을 수 있다.⁸⁹⁾

우리나라의 독립법인대리점은 특정한 보험회사에 소속되지 않고 수 개의 보험회사의 상품을 판매할 수 있는 비전속채널로 보험회사는 상품을 생산하고 독립법인대리점은 수 개의 보험회사 상품을 판매하는 제판분리의 형태이다.⁹⁰⁾

89) 황진태, 권오경(2014), “보험회사의 GA 채널 활용에 대한 소고: 자회사 형태를 중심으로”, 보험연구원 테마진단, 2014.08, pp.17~22 각색

임동섭(2011)에 의하면 전속채널과 독립법인대리점 사용인의 역 선택과 모델해저드에 관한 인식도 차이에 의한 일원배치 분산분석 결과 두 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 있음을 검증하였으며, 독립법인대리점을 대상으로 실시한 회귀분석 결과 역 선택과 모델해저드 유도요인 5가지 변수 모두 손해율에 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

생명보험과 장기손해보험 보장성상품의 보험사기 연구와 관련하여 양희산(2010)⁹¹⁾은 질병과 상해보험의 높은 손해율 원인 중 일부의 독립법인대리점이 병원과 결탁하여 본인 및 일가족을 중심으로 생계형 보험사기에 직, 간접적으로 개입함은 물론 주변인에게 전파하여 지역적인 손해율 불량 및 악화현상이 발생하고 있음을 주장하였다. 따라서 독립법인대리점을 통한 모집계약과 보험사기 발생 여부는 상당한 개성연이 존재한다는 가정 하에 중요한 설명변수로서의 의미를 갖는다.

③ 방카슈랑스

오승철(2012)⁹²⁾은 생명보험 고객의 판매채널 선택요인 연구를 통해 방카슈랑스 채널의 특성을 다음과 같이 정리하였다. 금융의 겸업화 또는 종합금융화의 진전에 따라 금융기관의 업무영역 규제가 완화되고 금융기관이 취급하는 상품 또는 서비스가 다양화될 뿐만 아니라 판매방식에도 새로운 양상의 변화가 나타났으며, 그 대표적인 사례가 방카슈랑스 채널이다.

방카슈랑스는 은행의 판매망을 통해 은행고객들을 대상으로 보험 상품 및 서비스를 제공하는 판매제도로 우리의 방카슈랑스 채널은 저축성 보험과 연금판매가 주를 이루고 있으며 보장성보험은 제한적으로 판매하고 있다. 통상 저축성보험은 보장성보험에 비하여 보험사기를 유발하는 담보

90) 정중영(2009), “보험판매채널 선진화 방안” 손해보험협회 2009년 2월호 통권 제483호, pp.2~18

91) 양희산(2010), “보험사기 현황 및 보험사 대응방안, 장기보험을 중심으로”, 월간 손해보험, 2010년 8월호, 손해보험협회, pp.40~57

92) 오승철(2012), “생명보험 고객의 판매채널 선택요인과 보험금 지급에 미치는 영향에 관한 연구” 홍익대학교 경영대학원 박사학위 논문, pp.35~36

특성을 갖지 못하기 때문에 보험사기로 유인될 가능성이 낮다. 그러나 방카슈랑스 채널은 보험계약자 등의 자발적인 의사로 금융기관을 방문하여 보험에 가입하는 형태임을 고려할 때, 자발적 의사를 지닌 역 선택 위험의 유입 가능성을 감안하여 변수로 설정하였다.⁹³⁾

다. 변수의 분류

본 연구의 실증분석에 투입되는 종속변수와 독립변수 분류는 아래의 <표 5-10>과 같다.

<표 5-10> 변수분류

구분	변수명	상세 변수명
종속변수	보험사기 적발 여부	사기적발, 미적발
	보험사기 공모 유형	가족공모 단독사기 다수공모
	보험사기 형태	고의사고 허위사고
독립변수	대상자 기본인적 사항	성별
		연령
		직업(무직, 개인사업, 자영업, 회사원, 기타)
		지역(서울, 경기, 충청, 호남, 영남)
	대상자 보험가입 사항	보험가입 건수
		월 평균 보험료
	사고유형	상해사고 질병사고
	모집채널	전속채널(FP) 독립법인대리점(GA) 임,직원 방카슈랑스

93) 저축성보험 가입 시 특약 형태로 진단자금, 수술자금 담보 등을 가입하는 역 선택 위험을 논의하기 위함이다.

4. 연구모형의 설계

보험사기 적발 여부를 통한 보험사기 유발 요인의 연구문제를 검증하기 위하여 어떠한 변수들이 영향을 미치는지 확인하기 위해서 보험사기 적발을 1, 미 적발을 0으로 두었으며, 분석방법은 이분형 종속변수로 하는 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 회귀모형을 통해 각 변수들이 보험사기 유발에 미치는 일반적 영향력 및 상대적 영향력을 검토 하였으며, 이를 식으로 표현하면 다음과 같다.

보험사기 유발 요인에 대한 이항 로짓 모형

$$\ln(p/1-p) = \beta_0 + \beta_1 i + \beta_2 i + \beta_3 i + \beta_4 i$$

* β_1 : 인적사항, β_2 : 보험가입 사항, β_3 : 사고유형, β_4 : 모집채널

보험사기 공모 유형에 대한 로짓 모형의 경우, 종속변수의 값이 세 개이며, 각각 이용하지 않음을 기준으로 설정한 연구문제는 다항 로지스틱 분석을 통해 무범죄 집단과 가족사기 유형을 대비시키는 식, 무 범죄 집단과 단독사기 유형을 대비시키는 식, 무 범죄 집단과 다수공모 유형을 대비시키는 식으로 다음과 같이 구할 수 있다.

여기서 가족유형을 P_a , 단독사기 유형을 P_b , 다수공모 유형을 P_c , 준거 집단이 되는 무 범죄 집단을 P_d 라고 했을 경우, 회귀식은 다음과 같으며, 종속변수에 k 개 만큼의 종류가 있다면 $k-1$ 만큼의 식이 필요하다.

보험사기 공모유형에 대한 다항 로짓 모형

$$\text{가족공모유형} = \ln(P_a/P_d) = b_{a0} + b_{a1}X_{a1} + \cdots b_{ak}X_{ak}$$

$$\text{단독사기유형} = \ln(P_b/P_d) = b_{b0} + b_{b1}X_{b1} + \cdots b_{bk}X_{bk}$$

$$\text{다수공모유형} = \ln(P_c/P_d) = b_{c0} + b_{c1}X_{c1} + \cdots b_{ck}X_{ck}$$

* P_a : 가족공모유형, P_b : 단독사기유형, P_c : 다수공모유형, P_d : 무범죄집단

보험사기를 유발하는 사고형태 분석에 대한 로짓 모형의 경우, 종속변수의 값이 고의사고와 질병사고 형태이므로 다항 로지스틱 분석을 통해 회귀식을 설정할 수 있다. 즉 무 범죄 집단과 고의사고로 대비되는 식과 무 범죄집단과 질병사고로 대비되는 식을 설정하여 구한다.

여기서 보험사기자가 유발하는 보험사고의 형태 중 고의사고를 P_a , 질병사고를 P_b , 준거집단이 되는 무 범죄 집단을 P_c 라고 했을 경우 회귀식은 다음과 같다.

보험사기 발생 형태에 대한 다항 로짓 모형

$$\text{고의사고형태} = \ln(P_a/P_c) = b_{a0} + b_{a1}X_{a1} + \cdots b_{ak}X_{ak}$$

$$\text{질병사고형태} = \ln(P_b/P_c) = b_{b0} + b_{b1}X_{b1} + \cdots b_{bk}X_{bk}$$

* P_a : 고의사고형태, P_b : 질병사고형태, P_c : 무범죄집단

제6장 실증분석 및 결과

제1절 기술적 통계분석

본 연구의 표본 집단은 보험사기자 512명과 일반가입자 511명으로 구성되어 있다. 먼저 보험사기 적발대상자 집단의 인구 통계적 특성을 포함한 기술통계를 확인하고, 보험계약자 집단 간 비교를 통한 보험사기 적발대상자 집단의 특성을 파악하고자 한다.

1. 보험사기자의 특성연구

보험사기자의 인구 특성에 대한 기술통계 결과, 아래의 <표 6-1>과 같이 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 있다. 그 원인은 보험사기 적발현황의 경우 자동차보험을 포함한 모든 보험종목의 보험사기 적발 대상자가 포함되었지만 본 연구는 민영의료보험의 사기 대상자만을 한정된 원인으로 판단된다.

<표 6-1> 보험사기자 인구학적 특성

구분	항목	빈도(명)	비율(%)
성별	여성	363	70.9
	남성	149	29.1

구분	항목	빈도(명)	비율(%)
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, 월 평균 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 보험모집활동과 관련한 제도적인 관리가 시급함을 나타내는 지표로 판단된다.

<표 6-2> 보험사기자 보험가입 특성

구분	항목	빈도(명)	비율(%)
보험가입 건수 ⁹⁴⁾	5건	62	12.1
	6건	44	8.6
	7건	47	9.2
	8건	49	9.6
	9건	72	14.1
월납 보험료 ⁹⁵⁾	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 기술 통계 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 나타냈다.

입원비 담보금액은 1일 입원으로 수령 받는 보험금을 의미하며 적발 대상자의 가장 많은 7.8%가 1일 입원으로 12만원을 수령하였으며 21만원을 수령한 대상자가 7.6%로 뒤를 이었다.

보험사기의 공모형태에 대한 분석 결과, 다수가 공모한 보험사기 형태

94) 보험가입 건수는 빈도순으로 상위 5개 선정

95) 월납 평균보험료는 빈도순으로 상위 4개 선정

가 50.6%, 단독으로 보험사기를 유발한 대상자가 27.5%, 가족공모가 21.9%를 나타냈다. 이는 민영의료보험의 보험사기가 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.

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 유발할 수 있음을 제시한 바 있는데, 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. 이는 보험사기 적발 대상자에 대한 우리의 사후관리 체계가 매우 미흡한 실정임을 나타내는 것으로 후술될 개선방안에서 구체적으로 논의하고자 한다.

<표 6-3> 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
입원비 담보금액 ⁹⁶⁾	5만원	31	6.1
	9만원	28	5.5
	12만원	40	7.8

구분	항목	빈도(명)	비율(%)
	16만원	34	6.6
	21만원	39	7.6
공모형태	단독bewerb	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. 집단간 특성 연구

보험사기자 집단과 일반가입자 집단 간의 비교변수를 선정하여 보험사기자 집단의 주요 특성을 확인하고자 한다. 집단 간 비교의 취지는 비교변수의 분석을 통해 보험회사의 계약인수 및 심사단계에서 사전적 언더라이팅을 강화하기 위한 것이다.

비교대상의 변수는 보험사기자들의 사기행위 과정에서 나타난 주요 변수를 연구자가 선정하였다. 구체적으로는 중복보험 가입을 통한 보험가입 건수, 특정 보험모집 채널, 직업유형 등으로 한정하였다.

96) 입원비 담보금액은 빈도순으로 상위 5개 선정

가. 보험가입 건수 비교

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

<표 6-4> 보험가입건수 비교

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

나. 보험모집채널 경로 비교

집단 간 보험모집 채널을 통한 보험가입 경로의 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.

전속모집 조직을 비롯한 임직원, 방카슈랑스, 독립법인대리점 등의 대면 채널과 보험사기 유인성 여부에 대한 추가적인 분석은 추후 실증분석을 통해 검증하기로 한다.

<표 6-5> 모집채널 비교

구분		일반의 보험계약자		보험사기자	
		빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)
모집 채널	전속모집인	224	43.8	162	31.6
	독립법인대리점	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

다. 직업비교

연구자는 보험사기자의 직업 유형을 보험사기를 유발하는 경제적인 요인으로 판단하여 일반가입자 집단과 비교하였다. 그러나 두 집단 간 직업 유형의 구성비는 큰 차이가 없는 것으로 확인되었으며, 사전에 연구자가 판단한 직업 유형과 보험사기의 개연성은 본 연구에서 중요한 변수로서의 설명력을 갖지 못하고 있다.

<표 6-6> 직업유형 비교

구분		일반가입자		보험사기자	
		빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)
직업유형	무직자	115	22.5	117	22.9
	자영업	99	19.4	102	19.9
	개인사업	81	15.9	95	18.6
	회사원	168	32.9	154	30.1
	기타	48	9.4	44	8.6
계		511	100.0	512	100.0

3. 변수간의 상관관계

<표 6-7> 변수간 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. 성별(여=0, 남=1)	1															
2. 자영업 (준거=무직)	-.036	1														
3. 개인사업	-.006	-.225* **	1													
4. 회사원	.055	-.335* **	-.309* **	1												
5. 기타	-.029	-.155 ***	-.143 ***	-.213 ***	1											
6. 경기 (준거=서울)	-.044	-.030	0.19	.025	-.007	1										
7. 충청	.021	.032	-.002	.009	-.021	-.308 ***	1									
8. 호남	-.005	.018	-.002	-.088 **	.073*	-.323 ***	-.283 ***	1								
9. 영남	-.041	-.002	-.007	.035	-.002	-.274 ***	-.024 ***	-.252 ***	1							
10. 상해질병 여부	.021	.022	-.027	-.007	-.007	.021	-.035	-.049	0.87* *	1						
11. 독립대리점	-.024	-.058	.062*	.025	.029	-.005	-.025	.000	.053	.001	1					
12. 임직원	.030	-.017	-.031	.043	-.011	.034	.004	.009	-.050	-.027	-.324 ***	1				
13. 방카	-.036	.042	-.022	.007	-.018	-.021	.047	-.034	.004	.010	-.248	-.115	1			
14. 연령	.014	-.009	-.017	.034	0.17	-.052	0.57	.013	-.007	.049	-.004	.053	-.002	1		
15. 보험개수	-.068 *	-.009	.050	.001	.011	.040	-.043	.020	.002	.007	.008	.000	-.030	.064*	1	
16. 월보험료	-.074 *	-.016	.008	.028	-.006	.026	-.006	-.015	-.024	.008	-.022	.014	.019	-.060	-.026	1

(1-13)*(1-13) π correlation

(1-13)*(14-16) Biserial correlation

(14-16)*(14-16) Pearson correlation

각 독립변수들의 전반적인 상관성 여부를 통계적으로 검증하기 위해 상관분석을 실시하였다. (1-13)*(1-13)의 경우 두 변수 모두 명목척도변수임을 감안하여 π correlation을 실시하였으며, (1-13)*(14-16)의 경우 명목척도변수와 연속변수임을 감안하여 Biserial correlation을 실시하였고, 마지막으로 (14-16)*(14-16)의 경우 두 변수 모두 연속변수이므로 Pearson

correlation 방법을 실시하였다.

성별과 보험개수의 상관계수는 $-.068$ 로 95% 신뢰수준에서 유의한 것으로 나타났다. 즉 여성에 비해 남성일 경우 보험에 가입한 개수가 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 아울러 연령과 보험개수의 상관계수도 유의한 것으로 나타났다. ($.064$, $P < .05$) 이를 통해 연령이 증가할수록 보험개수도 증가함을 예측할 수 있다. 독립법인대리점 변수와 보험개수의 상관계수는 $.008$ 로 양의 방향에서 상관을 보였다.

독립법인대리점을 통해 보험에 가입한 사람일수록 보험개수가 높음을 예측할 수 있으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다.

제2절 보험사기 유발 요인 검증에 관한 분석결과

보험사기자의 사기 유발 요인에 관한 분석은 크게 보험사기 발생에 영향을 미치는 변수의 특성을 확인하는 단계에서 시작한다. 또한 민영의료보험을 이용한 보험사기 유발 주체의 특성과 보험사기 발생 유형에 대한 분석을 통해 민영의료보험을 이용한 보험사기자의 특성을 확인하고자 한다. 투입 변수의 일부는 기존의 선행연구에서 다루어지지 않은 변수들로 구성되어 있으며, 분석 결과에 따른 시사점은 보험업계의 실무적 적용이 용이할 것으로 판단된다.

1. 보험사기 적발 여부에 관한 실증분석

보험사기 적발 여부 검증에 관한 분석 방법은 종속변수가 보험사기 적발과 미적발로 분류되는 이분형 변수이므로 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

보험사기 적발 여부의 분석 취지는 보험사기 유발에 영향을 미치는 변수들에 대하여 구체적으로는 보험계약모집 단계에서 역 선택자의 보험개

수에 따른 위험인수 여부를 판단하고 심사단계에서 정보 제공의 목적을 포함하고 있다.

전술한 바와 같이 민영의료보험의 경우 보험사기 발생에 용이한 특성을 지니고 있는데, 가장 심각한 문제는 중복된 보험계약을 체결하더라도 의료실비를 제외한 담보에서 중복보상이 가능하다는 점이다.⁹⁷⁾

가. 투입변수의 분류

보험사기 적발 여부에 대한 보험사기자의 특성을 확인하기 위하여 투입한 변수는 상관관계 분석 결과 0.5 이하인 것으로 나타나 변수들 간 다중공선성 문제의 소지는 적을 것으로 판단되며 변수 분류는 아래의 <표 6-8>과 같다.

<표 6-8> 투입변수 분류

구분	변수명	상세 변수명
종속변수	보험사기 적발 여부	사기적발 미적발
독립변수	대상자 기본인적 사항	성별
		연령
		직업(무직, 개인사업, 자영업, 회사원, 기타)
		지역(서울, 경기, 충청, 호남, 영남)
	대상자 보험가입 사항	보험가입 건수
		월 평균 보험료
	사고유형	상해사고, 질병사고
	모집채널	전속채널(FP), 독립법인대리점(GA) 임직원, 망카슈랑스

97) 금융감독원(2011) “다수보험 가입 후 고액보험금 편취자에 대한 기획조사 실시” 보험조사실 조사분석팀 보도자료, 2011년 6월 7일

나. 이항로짓 분석결과

상기 변수를 투입한 보험사기 유발 요인의 이항 로지스틱 회귀분석 결과는 아래의 <표 6-9>와 같다.

<표 6-9> 보험사기 적발 여부에 따른 이항 로지스틱 회귀분석 결과

변수명	B	S.E.	Sig.	Exp(B)
성별	-.615***	.156	.000	.541
연령	.139*	.054	.010	1.149
자영업	-.086	.225	.703	.918
개인사업	-.158	.238	.507	.854
회사원	-.276	.201	.171	.759
기타	-.412	.289	.154	.662
경기	.151	.261	.562	1.163
충청	-.055	.267	.835	.946
호남	.137	.265	.606	1.146
영남	.244	.278	.381	1.276
보험개수	.355***	.028	.000	1.427
월보험료	-.077*	.034	.023	.926
상해질병 여부	.159	.148	.282	1.172
독립대리점	.742***	.166	.000	2.101
임직원	-.104	.240	.667	.902
방카	.074	.280	.791	1.077
상수	-2.392	.474	.000	.091
χ^2	311.886			
Cox & Snell R^2	.263			
Nagelkerke R^2	.350			

주1) *<.05

주2) B : 회귀계수, S.E. : 표준오차, Sig. : 유의확률

다. 분석결과 검토

(1) 표본 집단의 인적정보

성별의 경우 99% 신뢰수준에서 유의확률 .00으로 음의 방향으로 유의한 것으로 식별되었다. 즉 여성에 비해 남성이 보험사기를 저지를 승산이 낮았으며, 구체적으로는 남성일수록 여성에 비해 적발될 개연성이 대략 46% 감소하는 것으로 나타났다. 연령 변수를 투입한 결과 적발 여부에 정적인 방향에서 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 연령이 높을수록 보험사기를 저지를 승산이 높아지는 것으로 확인된다. 구체적으로는 연령 한 단위 증가에 따라 약 15%의 보험사기가 증가하는 것으로 확인된다.

무직자를 준거변수로 투입한 대상자의 직업 유형과 서울을 준거변수로 투입한 보험사기자의 지역적 특성은 통계적으로 종속변수에 큰 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

(2) 표본 집단의 보험가입 정보

보험가입 건수의 경우 보험사기 적발 여부에 유의한 영향을 주는 변수로 확인되었다. 즉 보험가입 건수가 한 단위 증가할 때, 보험사기로 적발될 승산비가 43% 증가하는 것으로 나타났다.

월 평균 보험료의 경우 보험사기 적발 여부와 음의 방향에서 유의한 관계로 나타났으며, 구체적으로 보험료 한 단위가 증가할수록 적발 개연성이 약 8% 낮아지는 것으로 나타났다.

(3) 보험사고 유형

보험사기자들과 일반 가입자들이 발생하는 보험사고 유형에 대한 분석

결과, 종속변수에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 이는 보험사기자들이 보험사기를 유발함에 있어 상해사고와 질병사고를 구분하지 않고 보험사기를 유발하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

(4) 보험모집 채널

전속채널을 준거변수로 투입한 경우 다른 모집채널에 비하여 독립법인 대리점은 보험사기 적발 여부와 정적인 관계에 있으며, 통계적으로도 종속변수에 99.9% 신뢰수준에서 유의한 것으로 식별되었다. 즉 보험계약이 독립법인대리점에서 체결된 경우 다른 모집채널에 비하여 보험사기 유발의 승산비가 2.101배 이상으로 확인되었다.⁹⁸⁾ 상대적으로 독립법인 대리점 채널을 제외한 다른 모집채널의 경우 보험사기 발생에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

2. 보험사기 공모 유형에 대한 실증분석

보험사기 공모 유형에 관한 분석방법은 종속변수가 무 범위를 준거집단으로 하는 가족공모, 단독유형, 다수공모 등의 범주형 변수이므로 다항 로지스틱 회귀분석 방법을 이용하였다.

실증분석의 목적은 보험사기 발생의 주체를 확인함은 물론 최근 보험사기가 가정 경제의 수입 수단으로 변질된 보험사기의 심각한 폐단을 상기하는 취지이다. 또한 보험사기를 공모하는 일부 보험모집 종사자와 의료기관 관계자의 사기행위는 보험사기의 전문화 내지는 집단화 현상에 상당한 영향을 미치고 있음을 추론할 수 있다.⁹⁹⁾

98) 모집단 자료의 출처는 손보업계 중소형사에 속하는 회사이다. 회사 특성상 전속채널의 비중이 대형사에 비하여 낮고 GA를 통한 모집 비중이 상대적으로 높은 이유가 통계 결과에서 확인된다.

99) 금융감독원(2013) “의료기관이 연류된 보험사기 기획조사 실시” 보험조사실 조사분석팀 보도자료. 2013년 1월 22일

가. 투입변수의 분류

보험사기 행위에 대한 공모 유형에 투입한 독립변수는 상기 <표 6-10>의 변수와 동일하게 대상자 기본인적 사항, 보험가입 사항, 사고유형, 모집채널 변수 등이며 종속변수의 경우 무 범죄를 준거집단으로 하는 가족공모 유형, 단독유형, 다수공모 유형으로 분류하였다.

<표 6-10> 투입변수 분류

구분	변수명	상세 변수명
종속변수	보험사기 공모유형	가족공모 단독범행 다수공모
독립변수	대상자 기본인적 사항	성별
		연령
		직업(무직, 개인사업, 자영업, 회사원, 기타)
		지역(서울, 경기, 충청, 호남, 영남)
	대상자 보험가입 사항	보험가입 건수
		월 평균 보험료
	사고유형	상해사고, 질병사고
	모집채널	전속채널(FP), 독립법인대리점(GA) 임직원, 방카슈랑스

나. 다항로짓 분석결과

보험사기 공모 유형에 대한 다항 로지스틱 회귀분석 결과는 아래의 <표 6-11>과 같으며 가족공모 유형, 단독사기 유형, 다수공모 유형 등으로 구분된다.

<표 6-11> 보험사기 공모유형에 따른 다항 로지스틱 회귀분석

구분 가족, 단독, 다수	변수명	B	S.E.	Sig.	Exp(B)
가족공모 유형 / 준거집단 무 범죄	상수	-4.822	.736	.000	
	성별	-.635**	.242	.009	.530
	연령	.252**	.083	.002	1.287
	자영업	-.051	.343	.883	.951
	개인사업	-.052	.358	.885	.950
	회사원	-.119	.307	.698	.888
	기타	-.369	.451	.413	.691
	경기	.246	.394	.532	1.279
	충청	.141	.401	.726	1.151
	호남	.031	.411	.941	1.031
	영남	.021	.436	.961	1.022
	보험개수	.322***	.036	.000	1.380
	월보험료	-.033	0.51	.522	.968
	상해질병	.439*	.224	.049	1.552
	독립대리점	.335	.260	.197	1.398
	임직원	.087	.343	.800	1.091
	방카	.533	.371	.151	1.704
단독사기 유형 / 준거집단 무 범죄	상수	-3.587	.672	.000	
	성별	-.452*	.219	.039	.637
	연령	.094	.076	.218	1.099
	자영업	.002	.313	.995	1.002
	개인사업	-.380	.343	.268	.684
	회사원	-.242	.284	.394	.785
	기타	-.255	.394	.517	.775
	경기	.319	.376	.393	1.376
	충청	-.040	.396	.920	.961
	호남	.236	.383	.539	1.266
	영남	.493	.393	.210	1.637
	보험개수	.341***	.034	.000	1.406
	월보험료	-.097*	.048	.042	.907
	상해질병	.172	.207	.406	1.188
	독립대리점	1.000***	.233	.000	2.717
	임직원	-.098	.361	.785	.906
	방카	-.331	.486	.496	.719

구분 가족, 단독, 다수	변수명	B	S.E.	Sig.	Exp(B)
다수공모 유형 / 준거집단 무 범죄	상수	-2.684	.558	.000	
	성별	-.704***	.189	.000	.495
	연령	.106	.065	.103	1.111
	자영업	-.148	.267	.578	.862
	개인사업	-.092	.275	.738	.912
	회사원	-.370	.241	.125	.691
	기타	-.518	.309	.136	.596
	경기	.003	.309	.991	1.003
	충청	-.186	.318	.692	.830
	호남	.123	.310	.692	1.130
	영남	.192	.326	.556	1.212
	보험개수	.379***	.031	.000	1.461
	월보험료	-.088*	.040	.030	.916
	상해질병	.009	.175	.957	1.010
	독립대리점	.762***	.196	.000	2.142
	임직원	.227	.298	.447	.797
	방카	-.078	.352	.824	.925
χ^2	349.703				
Cox & Snell R^2	.290				
Nagelkerke R^2	.318				

주1) *<.05

주2) B : 회귀계수, S.E. : 표준오차, Sig. : 유의확률

다. 분석결과 검토

R^2 값은 선형 회귀분석과 달리 의미 있는 해석하기 어렵다. 그 이유는 종속변수 값에 따라 Square 값이 변하므로 로지스틱 회귀분석에서는 R^2 를 설명된 분산이라고 의미 있는 해석하기 어렵고, 로지스틱 회귀분석에서 구한 R^2 는 대부분 낮게 계산되기 때문이다.¹⁰⁰⁾ 본 연구의 경우 대략

100) 홍세희(2000) “구조방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거” 한국임상심리학회. 19(1) pp.161~177

투입된 변수가 종속변수를 32% 설명하고 있으며 우수한 변수 설명력을 지니고 있다고 볼 수 있다.

(1) 가족공모 유형에 대한 분석 결과

① 표본 집단의 인적정보

성별의 경우 99% 신뢰수준에서 음의 방향에서 유의한 것으로 식별되었다. 즉 여성에 비해 남성이 무 범죄 집단에 비하여 가족공모 유형의 보험사기를 유발할 승산비가 낮았으며, 구체적으로는 남성일수록 여성에 비해 가족공모의 개연성이 약 47% 감소하는 것으로 나타났다.

연령 변수를 투입한 결과 가족공모 유형에 양의 방향으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 연령이 높을수록 가족공모 사기유형의 승산이 높아지는 것으로 확인되었다. 구체적으로는 연령 한 단위 증가에 따라 약 29%의 가족공모를 통한 보험사기 유발의 승산비가 확인되었다.

② 표본 집단의 보험가입 정보

보험가입 건수의 경우 무 범죄 집단에 비하여 가족공모 유형의 보험사기 발생과 양의 관계를 맺는 것으로 나타났다. 구체적으로 보험가입 건수가 한 단위 증가할수록 가족공모 유형의 승산비가 38% 증가하는 것으로 나타난 반면, 월 평균 보험료 증가에 따른 보험사기 발생은 가족공모 유형에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

③ 보험사고 유형

보험사기 적발 여부의 이항 로지스틱 분석결과 보험사고 유형은 종속변수에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 그러나 무 범죄 집단을 준거로 한 가족공모 유형의 경우 95% 신뢰수준에서 상해사고에 비하여 질병사고가 약 55% 증가하는 것으로 확인되었다. 즉 가족공모의 경우 상해로 인한 외상과 관련된 보험금 청구 형태를 지양하고 주관적 호소

에 의한 입원 및 치료가 비교적 용이한 질병사고를 유발하고 있는 것으로 추론할 수 있다.

④ 보험모집 채널

독립법인대리점의 경우 보험사기 적발 여부의 종속변수에 99.9% 신뢰 수준에서 유의한 영향을 미치는 것으로 식별 되었지만, 무 범죄 집단을 준거로 한 가족공모 유형에는 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

가족공모 유형을 통한 보험사기의 경우 보험사기 유발의 사전적 준비단계로 볼 수 있는 보험모집 조직과 특별한 공모행위 없이 가족 내 공모를 통하여 보험사기를 유발하고 있는 것으로 판단된다.

(2) 단독사기 유형

① 표본 집단의 인적정보

성별의 경우 95% 신뢰수준에서 음의 방향에서 유의한 것으로 확인되었다. 즉 여성에 비해 남성이 무 범죄 집단에 비하여 단독사기 유형의 보험사기를 저지를 승산이 낮았으며, 구체적으로는 남성일수록 여성에 비해 단독으로 보험사기를 범할 개연성이 대략 36% 감소하는 것으로 나타났다. 이는 여성에 비하여 남성의 경우 가족공모와 단독 유형 모두에서 여성보다 소극적인 것으로 판단된다.

연령 변수의 경우 단독사기 유형에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었으며, 이는 연령 증가와 관계없이 모든 연령에서 단독으로 보험사기를 범할 개연성이 가능하다는 추정이 가능하다.

② 표본 집단의 보험가입 정보

보험가입 건수의 경우 무 범죄 집단에 비하여 단독사기 유형의 보험사

기 발생과 정적인 관계를 맺는 것으로 나타났다. 구체적으로 99.9% 신뢰 수준에서 보험가입 건수가 한 단위 증가할수록 단독사기 유형의 승산비가 약 41% 증가하는 것으로 나타났다.

월 평균 보험료 증가에 따른 보험사기 발생은 가족공모 유형에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인 되었으나, 단독사기 유형의 경우 95% 신뢰수준에서 월 보험료 한 단위 증가에 따라 단독사고의 개연성이 약 9% 감소하는 것으로 나타났다.

이는 상기 보험가입 건수 변수 투입의 결과 값과는 배치되는 분석결과로 볼 수 있다. 그러나 단독으로 보험사기를 유발하는 자들의 경우 다건 가입을 통해 보험사기를 유발하지만, 월 보험료 수준은 다건 가입 과정에서 중복담보의 조정을 통한 고액의 보험료를 지양하고 비교적 소액의 보험료를 선호하는 것으로 해석할 수 있다.

③ 보험사고 유형

가족공모의 경우 상해로 인한 외상과 관련된 보험금 청구 형태를 지양하고 주관적 호소에 의한 입원 및 치료가 비교적 용이한 질병사고를 유발하고 있는 것으로 확인되었으나, 단독사기 유형의 경우 보험사고 유형은 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 즉 가족공모 유형은 상해와 질병의 사고유형을 불문하고 보험사기를 유발하고 있는 것으로 판단된다.

④ 보험모집 채널

전속채널을 준거변수로 투입한 독립법인대리점의 경우 99.9% 신뢰수준에서 단독으로 보험사기를 범할 개연성이 2.717배 증가하는 것으로 확인되었다. 가족공모 유형의 경우 보험모집 채널은 통계적으로 유의한 변수의 특성으로 확인되지 않은 반면, 단독사기의 경우 보험모집 조직과 공모하에 보험사기를 범하고 있을 것으로 추정된다. 다시 말하면 수사기관의 적발 과정에서 모집조직은 배제되었으나 모집 조직과의 일정부분 공모 또

는 조력에 의한 보험사기를 유발한 것이다.

(3) 다수공모 유형

① 표본 집단의 인적정보

성별의 경우 가족공모, 단독사기 유형과 동일한 99% 신뢰수준에서 음의 방향으로 유의한 것으로 식별되었다. 즉 여성에 비해 남성이 무 범죄 집단에 비하여 다수공모 유형의 보험사기를 저지를 승산이 낮았으며, 구체적으로는 남성일수록 여성에 비해 적발될 개연성이 대략 50% 감소하는 것으로 나타났다.

연령 변수의 경우 가족공모 유형에 양의 방향으로 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 다수공모 유형의 경우 연령의 증가에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인 되었다. 이는 다수공모 집단 내 연령의 차이가 크지 않고 동일한 연령 집단의 구성을 통한 보험사기 공모 유형으로 추정할 수 있다.

② 표본 집단의 보험가입 정보

보험가입 건수의 경우 다수공모, 가족공모, 단독사기 등의 모든 유형의 보험사기 발생과 정적인 관계를 맺는 것으로 나타났다. 구체적으로 보험가입 건수가 한 단위 증가할수록 다수공모 유형의 승산비가 약 46% 증가하는 것으로 나타났다.

보험가입 건수의 증가는 민영의료보험의 반복적이고 지속적인 보험사기 발생에 필연적으로 수반되는 요건으로 판단된다. 보험사기자 입장에서 보험가입 건수 한 단위 증가는 편취하는 보험금의 수준이 보험에 가입한 건수 만큼 증가하기 때문에 다건 가입을 선호하게 된다.

월 평균 보험료 증가에 따른 보험사기 발생은 가족공모 유형을 제외한 단독사기와 다수공모 유형에서 유의한 영향을 미치는 것으로 확인 되었으며, 구체적으로는 95% 신뢰수준에서 월 보험료 한 단위 증가에 따라 다

수공모 사고의 개연성이 단독 사기유형과 유사한 수준으로 약 8% 감소하는 것으로 확인된다.

단독 사기자와 다수 공모자의 경우 다수의 보험을 가입하여 보험사기를 유발하지만 월 보험료 수준은 다수의 보험계약을 가입하는 과정에서 중복 담보의 조정을 통한 고액의 보험료를 지양하고 비교적 소액의 보험료를 선호하는 것으로 해석할 수 있다.

③ 보험사고 유형

단독사기의 경우와 동일하게 다수공모 유형에 있어서도 보험사고 유형은 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 즉 상해 또는 질병의 사고를 구분하지 않고 다수가 공모하여 보험사기를 유발하고 이를 실행에 옮기고 있는 것으로 판단된다.

④ 보험모집 채널

전속채널을 준거변수로 투입한 독립법인 대리점의 경우 99.9% 신뢰수준에서 다수가 공모하여 보험사기를 범할 개연성이 2.142배 증가하는 것으로 확인되었다.

단독사기 유형의 약 2.7배에 비하면 다소 낮은 개연성 이지만 독립법인 대리점을 통한 다수 공모 집단 내 보험사기 발생의 상당한 영향력이 확인되는 분석 결과이다.

또한 독립법인대리점을 제외한 다른 모집채널의 통계적 유의성이 검증되지 못한 상태에서 특정 모집조직의 유의성 분석 결과는 보험사기의 전 문화 내지는 집단화 양상에 시사하는 바가 크다.

3. 보험사기 형태에 대한 실증분석

보험사기 발생 형태에 관한 분석은 상기 보험사기 공모 유형과 동일하

계 종속변수가 범주형 이므로 다항 로지스틱 회귀분석 방법을 적용하였다.

보험사기 형태는 보험사기 적발 단계에서 확인이 가능하므로 보험사기자의 사후적 관리 개념임을 전술한 바 있다. 이러한 이유로 보험금 청구과정에서 보험회사는 청구 유형이 고의 또는 허위사고 여부에 대하여 보험사고의 심도 및 빈도와 관련한 중요한 요소로 인식 할 수 없다. 심도가 높은 고의 보험사고의 선제적 예방은 위험관리의 전제 조건임을 감안할 때 사고 형태에 따른 보험사기자의 특성 연구는 중요한 의미를 지니고 있다.

가. 투입변수의 분류

보험사기 형태에 따른 사기 유발 요인을 검증하기 위해 설정한 독립변수는 상기 <표 6-12>의 변수와 동일하게 대상자 기본인적 사항, 보험가입 사항, 사고유형, 모집채널 변수 등이며 종속변수의 경우 무 범죄를 준거집단으로 고의사고와 허위사고 유형을 투입하였다.

<표 6-12> 투입변수 분류

구분	변수명	상세 변수명
종속변수	보험사기 형태	고의사고 허위사고
독립변수	대상자 기본인적 사항	성별
		연령
		직업(무직, 개인사업, 자영업, 회사원, 기타)
		지역(서울, 경기, 충청, 호남, 영남)
	대상자 보험가입 사항	보험가입 건수
		월 평균 보험료
	사고유형	상해사고, 질병사고
	모집채널	전속채널(FP), 독립법인대리점(GA) 임직원, 방카슈랑스

나. 다항로짓 분석결과

보험사기 발생 형태에 대한 다항 로지스틱 회귀분석 결과는 아래의 <표 6-13>과 같으며 무 범주를 준거변수로 투입한 고의사고와 허위사고 유발에 대한 독립변수의 특성으로 구분된다.

<표 6-13> 보험사기 형태에 따른 다항 로지스틱 회귀분석 결과

구분 고의, 허위	변수명	B	S.E.	Sig.	Exp(B)
고의사고 유형 / 준거집단 무 범죄	상수	-1.994	.880	.024	
	성별	-.669*	.310	.031	.512
	연령	.076	.103	.461	1.079
	자영업	-.200	.415	.631	.819
	개인사업	-.532	.453	.631	.819
	회사원	-.512	.380	.178	.599
	기타	-.334	.516	.517	.716
	경기	.150	.447	.738	1.161
	충청	-.506	.491	.303	.603
	호남	-.377	.478	.430	.686
	영남	-.436	.537	.417	.647
	보험개수	.349***	.041	.000	1.417
	월보험료	-.089	.065	.175	.915
	상해질병	-1.135***	.334	.000	.269
	독립대리점	1.211***	.342	.000	3.357
	임직원	.286	.487	.557	1.331
	방카	1.073*	.498	.031	2.924
허위사고 유형	상수	-2.807	.503	.000	
	성별	-.593***	.164	.000	.552
	연령	.151**	.057	.008	1.163
	자영업	-.109	.236	.643	.897
	개인사업	-.123	.249	.622	.884
	회사원	-.255	.211	.227	.775
	기타	-.442	.305	.148	.643

구분 고의, 허위	변수명	B	S.E.	Sig.	Exp(B)
/ 준거 집단 무 범죄	경기	.151	.276	.586	1.163
	충청	.013	.283	.963	1.013
	호남	.145	.282	.606	1.157
	영남	.342	.292	.242	1.408
	보험개수	.347***	.029	.000	1.415
	월보험료	-.087*	.036	.016	.794
	상해질병	.325*	.155	.036	1.384
	독립대리점	.664***	.174	.000	1.943
	임직원	-.215	.256	.401	.807
	방카	-.056	.299	.852	.946
χ^2	333.731				
Cox & Snell R^2	.228				
Nagelkerke R^2	.346				

주) *<.05

주2) B : 회귀계수, S.E. : 표준오차, Sig. : 유의확률

다. 분석결과 검토

(1) 고의사고 유형

① 표본 집단의 인적정보

성별의 경우 95% 신뢰수준에서 음의 방향으로 유의한 것으로 식별되었으며, 여성에 비해 남성이 고의의 보험사고를 저지를 승산이 낮았다. 구체적으로는 남성일수록 여성에 비해 고의사고를 저지를 개연성이 대략 48% 감소하는 것으로 나타났다.

보험사기 공모 유형과 사고 유형의 다항 로짓 결과, 여성의 보험사기 개연성이 남성에 비하여 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 통상 가정을 이루는 여성의 경우 보험계약을 체결하는 계약자의 지위에서 보험계약을

실질적으로 유지 및 관리하는 당사자로서 보험사기 발생의 위험에 직접적으로 노출되어 있는 것으로 판단할 수 있다.

연령 변수는 사고유형에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 확인되어 연령 증가에 따른 고의사고와 허위사고 발생 형태에 유의한 변수의 특성을 나타내지 못하는 것으로 판단된다.

② 표본 집단의 보험가입 정보

보험가입 건수의 경우 99.9% 신뢰수준에서 보험사기의 고의사고 유발과 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 보험가입 건수가 한 단위 증가할수록 적발된 승산비가 약 42% 증가하는 것으로 나타났다.

즉 고의의 사고형태를 유발하는 경우 보험사기 유발에 대한 사전준비 단계에서 다수의 계약을 집중적으로 가입한 후 고의사고를 유발하고 다수의 보험회사로부터 동일사고로 중복적인 보험금을 편취하는 것으로 판단된다. 보험사기자들의 중복가입 행위는 보험사기 유발의 전제조건으로 인식하는 것으로 판단된다.

③ 보험사고 유형

사고유형 변수를 투입한 결과 99.9% 신뢰수준에서 종속변수에 음의 방향으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 구체적으로 질병사고는 상해사고에 비하여 고의의 보험사고를 발생할 개연성이 약 73% 감소하는 것으로 확인되었다.

보험사기자들은 고의의 보험사고를 유발하는 경우 질병사고 보다는 상해사고를 집중적으로 유발하고 있다. 상기 분석결과는 상해사고로 장기간 입원을 통해 입원비 담보를 반복적으로 청구하는 최근의 보험사기 유형에 근접하는 결과 값으로 판단된다.

④ 보험모집 채널

전속채널을 준거변수로 투입한 독립법인 대리점의 경우 99.9% 신뢰수준에서 고의의 사고유형을 통하여 보험사기를 범할 개연성이 다른 모집채널에 비하여 3.357배 증가하는 것으로 확인되었다. 이러한 분석결과는 고의사고 유형에 있어 독립법인 대리점의 보험사기 공모의 정도가 상당한 수준임을 나타내는 결과 값으로 판단된다.

방카슈랑스 모집채널의 경우 전속채널을 준거변수로 투입한 결과 95% 신뢰수준에서 고의사고 유발의 개연성이 2.924배 증가하는 것으로 분석되었다.

방카슈랑스 모집조직이 일반의 모집조직과 다른 특성은 보험가입자가 능동적인 보험가입 의사를 지닌 상태에서 자발적으로 금융기관을 방문하여 보험에 가입하는 유형의 계약들이 집적된 모집형태라는 점이다. 즉 보험사기자들은 고의사고를 통한 보험사기 유발 의도를 갖고 방카슈랑스 모집조직을 통하여 위험단체에 편승하고 있는 것이다. 이는 다이렉트 모집조직과 유사한 역 선택 계약의 유입 특성을 지니고 있다고 판단된다.

(2) 허위사고 유형

① 표본 집단의 인적정보

성별의 경우 99.9% 신뢰수준에서 유의한 결과를 나타냈으며, 여성에 비해 남성이 허위의 보험사고를 유발할 승산이 낮았다. 구체적으로는 남성일수록 여성에 비해 허위사고를 저지를 개연성이 대략 45% 감소하는 것으로 나타났다. 즉 여성은 남성에 비하여 고의 및 허위사고를 유발할 개연성이 상당하고 다른 측면으로는, 고의와 허위의 사고유형 구분 없이 보험사기를 유발할 개연성이 남성에 비해 월등한 것으로 판단할 수 있다.

연령 변수의 경우 고의사고 유형에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났으나, 허위사고 유형의 경우 99% 신뢰수준에서 연령 한 단위 증가에 따라 고의사고에 비하여 허위사고 유발의 개연성이 약 16% 증가

하는 것으로 나타났다.

허위사고는 고의사고 유형과 달리 사고발생 자체가 일어나지 않은 사고 유형이며 세부적으로는 허위입원, 허위수술, 허위치료 등 실질적인 치료행위가 필요하지 않은 사고유형을 말한다. 즉 보험사기자의 연령이 증가함에 따라 보험사고 자체가 발생하지 않은 허위사고 유형을 근거로 보험금을 청구하는 의미 있는 유형의 결과를 판단된다.

② 표본 집단의 보험가입 정보

보험가입 건수의 경우 고의사고 유발과 동일한 99.9% 신뢰수준에서 허위사고 유형 또한 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 보험가입 건수가 한 단위 증가할수록 적발된 승산비가 약 42% 증가하여 고의사고와 유사한 결과를 나타났다. 중복가입 행위는 보험사기 유발을 위한 전제조건임을 감안할 때, 고의와 허위의 모든 사고유형에 영향을 미치는 유의한 변수로서의 특성을 갖는다.

월 보험료 증가에 따른 허위사고 발생은 종속변수에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인 되었으며, 구체적으로는 95% 신뢰수준에서 월 보험료 한 단위 증가에 따라 허위사고의 개연성이 약 20% 감소하는 것으로 확인 된다.

③ 보험사고 유형

사고유형 변수를 투입한 결과 95% 신뢰수준에서 종속변수에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 구체적으로 질병사고는 상해사고에 비하여 허위의 보험사고를 발생할 개연성이 약 38% 증가하는 것으로 확인되었다. 전술한 바와 같이 허위사고의 유형에는 허위입원, 허위수술, 허위치료 등 실질적인 치료행위가 필요하지 않은 유형들로 통상 상해의 경우 외상을 동반한 실질적인 치료행위가 수반 되지만, 질병의 경우 주관적인 통증의 호소만으로 치료행위가 가능하기 때문에 상기 결과 값은 의미 있는 분석으로 판단된다.

④ 보험모집 채널

전속채널을 준거변수로 투입한 독립법인대리점의 경우 99.9% 신뢰수준에서 고의의 사고유형을 통하여 보험사기를 범할 개연성이 다른 모집채널에 비하여 약 3.4배 증가하는 것으로 나타났다. 허위사고의 경우 동일한 신뢰수준에서 1.943배 증가하는 것으로 확인되었다.

방카모집 조직의 경우 고의사고 유형과는 상이한 결과 값으로, 허위사고의 경우 종속변수에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 이는 보험사기를 유발함에 있어 보험사기자들은 보험모집 단계에서부터 사전에 상당한 준비과정을 통해 보험사기를 유발하고 있음을 추정할 수 있다.

제3절 실증분석 결과에 따른 주요 시사점

본 연구는 이항 및 다항 로지스틱 회귀분석을 적용한 보험사기 유발 요인을 검증하고자 보험사기 적발 여부, 보험사기 유형 및 형태를 확인하고 통계적으로 종속변수에 유의한 영향을 미치는 변수들을 토대로 실무적인 보험사기 예방과 사후관리 측면의 제도개선을 목적으로 하고 있다.

즉 보험사기자의 개별적 특성을 확인하기 위한 보험사기 유발 요인, 그리고 일반의 보험계약자 집단을 준거변수로 설정하고 보험사기자 집단의 특성을 연구하기 위한 보험사기 공모 유형과 보험사기 형태에 대한 분석을 통해 공통적으로 영향을 미치는 변수들을 확인하였다. 실증분석 결과, 보험사기 유발에 영향을 미치는 주요 변수는 중복가입을 통한 보험개수 변수와 보험 모집조직 채널 변수 중 독립법인대리점으로 나타났다.

1. 중복가입을 통한 보험사기

가. 중복가입을 통한 보험개수의 증가

보험가입 건수에 대한 기술통계 결과 보험사기자 집단과 일반 보험계약자 집단의 평균 보험가입 건수는 현격한 차이를 나타내고 있음을 확인하였다. 본 연구의 이항 및 다항 로지스틱 분석에서 보험개수 변수는 99.9% 신뢰수준에서 모든 종속변수에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

보험가입 건수 한 단위 증가에 따라 보험사기 적발 여부의 승산비가 약 43% 이상 증가하는 것으로 나타났으며, 보험사기 공모 유형에 있어서도 가족, 단독, 다수유형의 보험사기에 38%에서 46%까지 승산비가 증가하는 것으로 나타났다. 마지막으로 보험사기 형태 유형 중 허위와 고의사고의 경우 승산비가 각각 42% 증가함에 따라 보험가입 건수의 증가는 보험사기 발생에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

<표 6-14> 보험개수 변수에 따른 분석결과

변수 명	분석방법	신뢰수준	승산비	비고
보험개수	이항 로지스틱	99.9%	1.427	보험사기 적발여부
	다항 로지스틱	99.9%	1.380	보험사기 공모 유형 중 가족공모
	다항 로지스틱	99.9%	1.406	보험사기 공모 유형 중 단독범행
	다항 로지스틱	99.9%	1.461	보험사기 공모 유형 중 다수공모
	다항 로지스틱	99.9%	1.417	보험사기 형태 유형 중 고의사고
	다항 로지스틱	99.9%	1.415	보험사기 형태 유형 중 허위사고

나. 중복가입과 보험사기 유인성

민영의료보험은 자동차보험이나, 일반보험과는 달리 의료실비를 제외한 의료비 담보의 중복보상이 가능한 보험으로 보험사기자는 물론 중복보상을 경험한 일반의 보험계약자 입장에서조차도 보험사기 행위 유발의 가능성이 높은 보험이다.

보험사기자들이 수 개의 보험계약을 가입하는 것은 고액의 보험금을 반복적으로 편취하기 위한 수단으로 판단된다. 최근 수 년 동안의 보험사기 적발 현황에서 보험사기자의 직업 유형 중 가장 높은 비중을 차지하는 것은 무직으로 나타났다. 이들의 중복가입 행위는 고액의 보험료 납부를 충당하고 반복적인 사기행위를 위한 사전적 행위로 판단된다. 이러한 사기 구조가 가능한 원인은 보험회사의 영업우선주의에 따른 무분별한 계약모집과 관련이 있으며, 이는 보험모집 채널의 보험사기 유인 요소와도 관계가 깊다.

2. 보험모집채널을 통한 보험사기

가. 독립법인대리점을 통한 보험사기

보험모집 채널에 따른 종속변수 결과 값을 확인하고자 4가지 유형의 대면채널을 변수로 설정하여 분석한 결과 독립법인대리점은 보험개수 변수와 동일하게 99.9% 신뢰수준에서 각각의 종속변수에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

특히 보험사기 유발 요인과 공모유형 중 단독범행 및 다수공모의 경우 독립법인대리점을 통해 모집된 보험계약의 경우 보험사기를 유발하는 승산비가 약 2배 이상 증가하는 것으로 확인되었다. 또한 보험사기 형태 유형에 있어 독립법인대리점에서 모집한 보험계약은 고의사고의 개연성이 다른 모집채널에 비하여 약 3.4배 증가하는 것으로 확인되었다. 독립법인

대리점의 경우 다른 대면모집 채널에 비하여 보험사기 유발의 개연성이 매우 높은 것으로 분석되었다.

<표 6-15> 독립법인대리점 변수에 따른 분석결과

변수 명	분석방법	신뢰수준	승산비	비고
독립법인 대리점	이항 로지스틱	99.9%	2.101	보험사기 적발여부
	다항 로지스틱	99.9%	1.398	보험사기 공모 유형 중 가족공모
	다항 로지스틱	99.9%	2.717	보험사기 공모 유형 중 단독범행
	다항 로지스틱	99.9%	2.142	보험사기 공모 유형 중 다수공모
	다항 로지스틱	99.9%	3.357	보험사기 형태 유형 중 고의사고
	다항 로지스틱	99.9%	1.943	보험사기 형태 유형 중 허위사고

나. 독립법인대리점의 보험사기 유인성

독립법인대리점을 통해 모집한 보험계약이 보험사기 개연성이 높은 원인은 다음과 같다. 첫째, 독립법인대리점의 경우 모집인이 소속된 하나의 보험회사만을 위해 보험계약을 모집하는 전속 설계사와는 달리 다수 보험회사의 보험계약을 모집할 수 있다. 즉 동일한 보험계약자를 대상으로 수 개의 보험계약을 모집할 수 있기 때문에 보험계약자 입장에서는 회사별로 다수의 보험계약 가입이 가능하다. 이러한 경우 모집인과 보험계약자 간의 특수한 인적관계를 바탕으로 다수의 보험계약을 이용한 보험사기 공모가 가능하다.

특히 보험가입 단계에서부터 보험사기를 계획하고 있는 악의적 보험계약자 입장에서 여러 보험회사를 통해 자발적으로 보험계약을 체결해야 하

는 번거로움을 피하고 동일한 모집인을 통한 독립법인대리점을 선호하게 되는 것이다.

둘째, 독립법인대리점을 통한 보험계약의 경우 계약인수와 관련한 심사는 해당 보험사에서 진행하게 되는데, 통상 독립법인대리점 모집계약은 전속 설계사모집 계약보다 인수 및 심의절차가 간편하고 형식적인 부분으로 치우쳐 있다. 그 원인은 보험회사와 독립법인대리점은 일정기간 계약 체결을 통해 제휴형태로 보험계약을 모집하게 된다.

따라서 인수심의 기준이 상대적으로 견고할 경우, 독립법인대리점은 인수심의 기준이 간편한 다른 보험회사의 계약판매를 선호하게 되어 보험회사 간 모집실적 경쟁에서 뒤처지게 되는 구조적인 문제점이 발생하게 된다. 이는 전속모집 채널이 견고하지 못한 중, 소형 보험회사에서 두드러지게 나타나며, 상대적으로 불량한 위험을 인수한 중, 소형 보험회사는 민영 의료보험의 계약기간이 유지되는 상당기간 동안 경영수지의 어려움에 직면할 수 있다.

마지막으로 독립법인대리점의 관리 측면에서, 보험회사는 보험사기를 공모한 독립법인대리점에 대하여 해당 모집인을 해촉할 수 있는 관리 및 감독 권한이 부재한 실정이다. 따라서 모집인의 보험사기 혐의가 확정된 경우라도 관리 감독권이 없는 보험회사는 해당 독립법인대리점에 모집인의 해촉을 요청할 수 없다. 더욱 큰 문제는 보험사기 혐의로 적발된 상당수의 모집인들이 특별한 제약 없이 다른 모집대리점으로 이직하여 지속적으로 보험계약 모집에 종사할 수 있다는 점이다. 이러한 모집제도의 불합리성이 지속되는 원인은 업계 간 모집실적 경쟁에서 우위를 선점하기 위한 보험회사의 모집전략에서 그 원인을 찾을 수 있다.

3. 보험사기 공모형태의 특성

최근의 보험사기 특성 중 보험사기의 전문화, 집단화 내지는 거대화 현상이 가속화 되는 원인은 보험사기 공모 형태와 관련이 깊다. 이러한 현

상은 보험사기 편취금액 측면에서도 고액의 보험금이 누수 되고 있음을 추정할 수 있다.

자동차보험을 이용한 보험사기의 경우 단독범행 내지는 가해 운전자와 피해 운전자의 공모형태를 통해 비교적 소수의 대상자가 관련된 공모형태를 나타냈다. 그러나 민영의료보험의 경우 일가족에서 보험모집 조직과 불법 의료기관, 심지어 전문적인 보험사기 브로커가 개입되는 거대화, 집단화 공모형태를 나타내고 있다.

보험사기 공모형태를 단독범행, 가족공모, 다수공모 등으로 분류하여 각각의 종속변수에 유의한 영향을 미치는 변수들을 확인하였다. 공모유형에 있어서도 보험개수와 독립법인대리점 변수는 모든 종속변수의 보험사기 개연성을 유의하게 설명하는 것으로 나타났다.

제4절 보험사기의 예방과 개선방안

민영의료보험을 이용한 보험사기에 대하여 실증분석 연구 결과를 토대로 연구자는 다음의 두 가지 유형의 개선방안을 제언하고자 한다. 개선방안의 논점은 보험사기자를 대상으로 한 제재적 수단의 도입과 실무적 측면에서 도입이 시급하다고 판단되는 보험금지급 심사제도와 다건 가입자에 대한 언더라이팅 개선에 대한 논의이다.

1. 보험사기자의 제재를 통한 개선방안

민영의료보험을 이용한 보험사기를 예방하고 개선하고자 표본 집단의 보험가입 단계에서 보험금 청구단계에 이르는 각각의 보험사기 유발 요인들을 선별하였다.

실증분석 결과에서 나타난 보험사기 유발 요인 변수와 업계의 실무적 견지에서 연구자가 판단하고 있는 개선방안은 보험금 청구시점을 기준으

로 사전적 조치와 사후적 조치로 구분된다.

가. 사전적 개선방안

보험가입 시점에서 보험사기가 유발될 가능성은 크게 보험사기를 목적으로 보험계약을 가입하는 유형과 보험사고 발생 이후 보험금청구 과정에서 보험사기를 유발하는 연성사기 형태로 구분된다. 독립법인대리점 모집인의 경우 보험사기 유발 개연성이 다른 비대면 채널에 비하여 매우 높은 것으로 분석되었다.

보험사기자들과 공모 혐의가 확정된 독립법인대리점 모집인은 재범 발생의 위험성이 상당함에도 해당 계약의 보험회사는 이들을 감독하고 제재할 권한이 없어 여전히 기존 대리점이나 다른 대리점으로 이직하여 보험모집에 종사하고 있는 실정이다.¹⁰¹⁾ 이들에 대한 해촉 권한은 해당 독립법인대리점에만 부여되어 있어 과열된 현재의 모집시장 특성을 감안할 때, 실제 해촉 여부는 미비할 것으로 추정된다.

보험사기 혐의가 확정된 독립법인대리점 모집인에 대하여 해당 원수보험사의 모집인 해촉 요구 권한을 부여하여 건전한 모집질서를 확립할 필요가 있다.

나. 사후적 개선방안

사후적 개선방안은 수사기관에서 보험사기 혐의가 인정되어 처벌을 받은 자들의 보험계약까지 보호할 필요성에 관한 논의이자, 나아가 보험사기자들의 효율적인 관리 및 제재에 관한 방안으로 그 대상은 보험계약자 등이다.

이들은 보험사기 혐의로 적발된 이후에도 보험계약을 유지하고 있으며,

101) 전속 모집인의 경우 소속 보험회사의 모집종사자 징계위원회 또는 제재심의위원회 결과에 따라 해촉 여부 및 징계수위가 결정된다.

상당수가 그 수법을 바꾸어 보험금을 청구하는 것으로 추정된다. 그러나 보험회사는 이들의 보험계약을 강제로 해지하거나 철회할 수 있는 법률적 권한이 없는 상태이다.

심지어 이들은 보험사기 적발 후 블랙 컨슈머로 변모하여 보험금 청구와 관련한 사소한 사안에 대하여 감독당국에 민원을 제기하고 있으며, 사고조사 요청에 대한 불성실한 협조와 보험금 청구를 남발하고 있다. 이러한 실무적인 고충을 고려하여 보험사기자에 대한 보험사의 강제 계약해지 권한은 부여 되어야 한다.

2014년 1월 금융감독원을 포함한 유관기관과 업계는 임시 협의체를 구성하여 보험사기로 확정된 대상자에 대하여 형사 판결문 발급에 따른 보험회사의 직권 해지 권한부여를 골자로 하는 방지대책을 발표한 바 있다. 그러나 법률적으로 명문화 되지 않은 제도의 시행으로 보험사기자들은 보험회사의 직권 해지 조치에 대하여 감독기관에 민원을 제기하고 있다. 따라서 법률에 근거한 보험회사의 강제해지 권한 부여의 도입은 현재 가장 시급한 현안으로 판단된다.

전술한 강제해지 권한 부여와는 다른 성격의 사후적 관리 측면에서 보험회사가 취할 수 있는 제도적 개선안으로서 민영의료보험의 할인, 할증 제도의 도입을 제안하고자 한다. 자동차 보험의 경우 보험사고가 발생하여 해당 담보의 보험금이 지급된 경우 인적, 물적 기준에 따른 할증보험료를 부과하고 있다. 할증제도는 피보험자로 하여금 사고예방과 위험관리 측면에서 일정한 페널티 역할을 담당한다.

민영의료보험의 경우 동일한 상해, 질병사고 임에도 반복적인 보험금 청구를 통해 부당한 보험금을 수령하는 악의의 보험가입자들에게 할증제도 도입은 매우 시급하다. 동일한 취지에서 보험계약 청약시 직업고지에 있어 직장인의 경우 재직증명서, 사업자의 경우사업자 등록증 등을 제출하는 성실 고지의무 이행 대상자에 대하여 일정부분 보험료를 할인하는 제도를 시행하여야 한다.

보험계약자 등의 직종 및 직업의 정보사항은 보험자 입장에서 사전에

위험인수 여부를 판단하고 당사자 간에 발생하는 비대칭적 정보 현상을 완화시키는 절대적인 요건이기 때문이다.

2. 실무적 측면의 개선방안

가. 보험금 지급심사제도에 대한 개선¹⁰²⁾

민영의료보험이 급증한 2009년의 보험사기 적발실적을 방법별로 구분한 결과, <표 6-16>과 같이 보험사기의 대부분이 보험금 심사과정에서 적발된 것으로 나타났으며, 이러한 결과는 보험사기의 조사 및 적발과정에서 보험금 지급심사의 비중이 상당함을 의미한다. 구체적으로 보험조사 전담조직이 적발한 조사적발은 45,431명(722억원)이며, 보험금 지급심사 과정에서 적발된 현장적발은 41,837명(2,581억원)으로 확인되었다.¹⁰³⁾

이러한 보험금 심사과정은 보험금 지급시기와 밀접한 관련이 있는데, 민영의료보험(상해, 질병보험)의 보험금 지급시기에 대하여 상법 제658조¹⁰⁴⁾와 질병, 상해보험 표준약관 제32조¹⁰⁵⁾는 보험금 서류접수일로부터 3영업일 이내에 지급하도록 규정하고 있다. 이는 현장적발 비율을 감안할 때 보험금 심사기간이 합리적이지 못한 부분으로 판단된다.

102) 이기형, 김대환(2010) “장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선” 보험연구원, CEO Report, 2010-04, 인용 및 각색

103) 금융감독원(2010), “2009년도 보험사기 적발현황” 보도자료, 보험조사국

104) 상법 제658조 (보험금액의 지급) : 보험회사는 보험금액의 지급에 관하여 약정기간이 있는 경우에는 그 기간 내에 약정기간이 없는 경우에는 제657조 제1항의 통지를 받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 정하고 그 정하여진 날부터 10일내에 피보험자 또는 보험수익자에게 보험금액을 지급하여야 한다.

105) 질병, 상해보험 표준약관 제32조(보험금의 지급) : 회사는 제31조(보험금 등 청구서 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

<표 6-16> 보험사기 현장적발 비율

구분	조사적발	현장적발(a)	합계(b)	현장적발 비율(a/b*100)
적발인원(명)	12,431	41,837	54,268	77.1
적발액(억원)	722	2,581	3,303	78.1

출처 : 금융감독원 보험사기 적발현황(2009)

민영의료보험의 보험금지급 심사기간은 실무적으로 다음의 문제점을 발생시킨다.

첫째, 충분한 조사절차 없이 보험금을 지급하게 되고 이후의 부지급사유가 발생하더라도 기 지급한 보험금을 환수하기 어려울 것으로 판단된다. 둘째, 보험금 지급을 위한 조사과정에서 면책사유를 발견할 가능성이 상당함에도 불구하고, 지연배상금과 보험금청구권자의 불만으로 보험금을 지급해야 하는 문제점이 발생한다. 셋째, 지급심사 기간을 고려하여 충분한 조사절차 없이 보험금을 지급할 경우, 면책사유나 고지의무 등을 규정한 법률의 취지와 보험계약의 건전성 측면을 훼손할 수 있다.

우리나라와 유사한 건강보험 체계를 가지고 있는 일본의 경우 건강보험금 지급기한이 30일이며, 미국의 경우에는 45일로 규정하고 있다. 특히 일본의 경우 담보하는 사고유무, 면 부책 유무 및 보험사기 가능성이 있는 경우 최대 180일까지 조사하여 보험금지급이 가능하도록 법률에 명시하고 있다.

보험사기를 조기에 적발하기 위해서는 보험사고 발생과 관련한 정보가 보험계약자 측에 있다는 정보의 비대칭을 인정하고 민영의료보험의 보험금 지급기간을 현실적이고 합리적인 수준으로 개선하여야 한다.

나. 중복가입에 대한 언더라이팅 강화¹⁰⁶⁾

중복보험 가입자는 일반 가입자에 비하여 사고 발생율이 높고 모든 유형의 보험사기 발생 유인도가 매우 높은 것으로 실증분석 결과에서 나타났다. 이를 바탕으로 다수 가입자에 대한 언더라이팅, 마케팅, 상품설계 등의 개선 방안을 제시하고자 한다.

언더라이팅 측면에 있어 중복 가입자의 사고 발생율은 일반 가입자보다 높기 때문에 동일담보에 대한 중복가입 여부를 확인하고 언더라이팅을 강화하여 중복 가입자의 비중을 낮추도록 해야 한다. 특히 입원의료비 담보에서 중복 가입자의 보험사기 가 현저하게 발생하고 있다. 중복 가입자에 대한 소득수준 등의 재정적 요소를 감안하여 다건 가입자를 선별하고 이들의 유입을 적정화하는 방안이 필요하다.

상품판매와 관련한 마케팅 측면에 있어 다건 가입자의 경우 TM, 홈쇼핑, 등의 비대면 채널¹⁰⁷⁾과 대면채널의 경우 독립법인대리점과 금융기관 보험대리점을 선호하는 것으로 실증분석 결과 확인되었다. 따라서 민영의료보험 판매채널의 변화를 도모하고 특히 전속모집인 채널의 비중을 점진적으로 확대하는 방안을 마련해야 한다.

민영의료보험의 상품설계와 관련하여 중복 가입자는 보험회사의 비주력 상품에 특약 부가를 통한 우회가입 성향이 매우 높다. 따라서 보험료가 비교적 저렴한 민영의료보험 담보 특약의 과도한 부가는 재고하여야 한다. 또한 중복 가입자의 경우 보험가입 초기에 보험사기를 유발하기 때문에 계약초기 보험금 감액설계 등을 통해 보험사기의 가능성을 차단하도록 관리해야 한다.

106) 보험개발원(2011), 전개보고서, pp.8~12 인용 및 각색

107) 보험개발원(2011), 전개보고서, p.3

제7장 결 론

제1절 결과 요약 및 비교

연구문제 설정에 따른 실증분석의 취지는 다음의 연구목적을 달성하기 위한 것으로 첫째, 보험사기 적발 이후 보험사기자의 사후관리 제도를 개선하기 위함이다. 둘째, 보험사기자 집단의 사기유발 요인, 사기형태와 공모유형의 특성 분석결과를 통해 보험사기를 유발하는 주요 변수의 특성을 분석하여 심사제도의 개선방안을 제시하기 위함이다.

보험사기자의 사후관리 체계의 문제점을 부각하고 이를 개선하기 위한 주요 연구 결과는 다음과 같다. 먼저 보험사기자의 인구학적 특성에 관한 분석 결과, 경기지역(26.3%)에 거주하는 50대(30.5%)의 회사원(30.1%)의 여성(70.9%)이 보험사기를 유발할 확률이 가장 높은 것으로 분석되었다.

보험사기자들의 보험계약 가입 특성과 관련하여 보험가입 보유건수는 평균 9건(14.1%), 월납 평균 보험료는 5만원대(20.9%)를 보유한 집단의 구성비가 가장 높았으며, 보험사기자들은 질병과 상해를 특별히 구분하지 않고 보험사고를 유발하는 것으로 나타났다. 그리고 보험모집 경로를 확인한 결과 독립법인대리점에서 모집한 계약이 50.1%의 압도적인 구성비를 나타냈다.

보험사기자의 사후관리 현황을 분석한 결과 보험사기 적발자 512명 중 107명(20.9%)만이 보험사기로 편취한 보험금을 해당 보험회사에 환수조치한 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)만이 보험사기 적발 이후 보험계약이 해지되었으며, 36.1%(185명)는 보험계약이 현재까지 정상적으로 유지되고 있는 것으로 나타났다.

특히 보험사기자의 보험금 환수여부와 유형, 처벌현황, 사기적발 이후의 보험계약 상태 등은 연구자가 판단하는 사후관리 기준으로 우리의 사후관리 체계는 제도적, 법률적인 보완과 개선책이 반드시 수반되어야 할 것으로 판단된다.

보험사기를 유발하는 주요 변수의 검증을 통해 보험사기를 예방하고 개선하기 위하여 실증분석을 실시하였으며 주요 결과는 다음과 같다. 먼저 보험사기 적발 여부에 관한 실증분석 결과를 요약하면, 여성 집단에서 연령이 증가할수록 보험사기를 저지를 승산이 높은 것으로 나타났으며, 지역과 직업유형은 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석되었다. 특히 보험가입 건수가 1단위 증가함에 따라 보험사기로 적발될 개연성이 99.9%의 신뢰수준에서 약 43% 증가하였고, 전속모집채널을 준거 변수로 설정하였을 때 독립법인대리점은 다른 모집채널에 비하여 보험사기로 적발될 개연성이 99.9%의 신뢰수준에서 약 2.101배 증가하는 것으로 나타났다.

보험사기의 전문화와 집단화 현상에 주목하여 설계한 보험사기 공모유형의 경우 가족공모, 단독범행, 다수공모 유형으로 분류하고 각각의 변수를 투입한 결과, 모든 유형에서 여성이 99%의 신뢰수준으로 남성보다 보험사기 발생의 개연성이 높은 것으로 나타났다. 연령의 경우 가족공모 유형에서만 연령증가에 따라 보험사기의 승산비가 약 29% 증가하는 것으로 분석되었으며, 지역과 직업유형은 각각의 공모유형에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석되었다.

상해와 질병으로 분류한 사고유형 변수의 경우 가족공모 유형에서만 95% 신뢰수준에서 상해사고에 비하여 질병사고가 보험사기 개연성이 약 55% 증가하는 것으로 분석되었다.

특히 보험가입 건수의 증가는 모든 공모유형에서 99.9% 신뢰수준에서 보험사기 발생 개연성에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수로 확인되었으나, 보험모집채널 중 독립법인대리점 변수는 가족공모 유형을 제외한 단독법행과 다수공모 유형에서만 99.9% 신뢰수준에서 보험사기 발생 개연성에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다.

마지막으로 보험사기 형태에 따른 고의사고와 허위사고 유형의 보험사기 유발 요인 분석 결과, 성별은 고의사고와 허위사고에서 모두 여성이 남성에게 비해 보험사기를 유발할 개연성이 월등히 높은 것으로 나타났다. 연령의 경우 허위사고 유형의 경우 고의사고에 비하여 연령 1단위 증가에 따라 95% 신뢰수준에서 보험사기 개연성이 약 16% 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 지역과 직업유형은 각각의 사고유형에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석되었다.

상해와 질병으로 분류한 사고유형 변수의 경우 허위사고 유형에서만 95% 신뢰수준에서 상해사고에 비하여 질병사고의 보험사기 개연성이 약 38% 증가하는 것으로 분석되었으며, 보험가입 건수 변수의 경우, 고의와 허위사고 모든 유형에서 99.9% 신뢰수준으로 보험사기 개연성이 각각 41%, 42%씩 증가하는 것으로 나타났다.

보험모집채널 중 독립법인대리점 변수는 고의와 허위사고 모든 유형에서 99.9% 신뢰수준으로 보험사기 발생 개연성에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다. 특히 고의사고 유형의 경우 다른 모집채널에 비하여 약 3.357배 증가하였으며, 허위사고 유형은 1.943배 증가하는 것으로 분석되었다.

본 연구는 보험사기자 집단의 특성을 고찰하고, 민영의료보험의 보험사기 유발 요인에 영향을 미치는 변수들을 통계적으로 검증하는데 집중하였으며, 통계적 검증을 위한 변수의 설정은 연구자가 고안한 변수와 보험사기 관련 선행연구에서 다루어진 변수들을 취합하였다. 이러한 변수들 중에서 보험사기 유발에 영향을 미치는 주요 변수는 중복가입을 통한 보험

개수 변수와 보험모집조직 채널 중 독립법인대리점 변수로 나타났다.

특히 중복가입 행위와 보험사기의 유발 관계에 있어 김현수(2000)는 중복보험을 가입한 보험계약자 집단에서 보험사기를 유발하는 징후가 나타난 것으로 연구한바 있으며, 보험개발원(2010, 2011)은 일반 상해와 암 담보 질병보험의 중복가입 행위는 도덕적 위험을 유발하는 주요 유형으로 보험회사의 심사제도의 개선을 주장한바 있다. 우리나라 보험사기 조사원을 대상으로 보험사기자의 특성을 연구한 김지만(2012)은 보험사기자 집단의 평균 보험가입 건수가 6-10건에 이르는 것으로 조사한바 있다. 반면에 Tennyson(2002)은 보험소비자에 대한 설문조사에서 보험소비자의 보험계약 건수가 많을수록 보험사기를 용인할 가능성이 더 낮아지는 것으로 조사하였는데, 이와 같은 연구결과는 중복보험을 보유한 사람일수록 보험사기를 유발한 가능성이 높으며, 중복계약을 보유한 사실은 보험의 효용 측면에서 벗어나 보험사기의 도구로서 인식하고 있는 연구자의 판단과 배치되는 결과로 판단된다.¹⁰⁸⁾

보험모집채널과 보험사기의 유발 관계의 연구는 우리 보험모집 시장의 특성으로 인하여 국내 연구로 한정되어 있다. 이기형(2007)은 민영의료보험의 상품판매 측면에서 보험사기를 유발하는 가장 큰 요인으로 모집조직이 보험사기의 개연성을 충분히 인지하고도 이를 묵과하는 형태임을 분석 결과로 제시하였다.

임동섭(2011)은 민영의료보험을 중심으로 연구한 독립법인대리점의 모럴해저드에 관한 연구에서 독립법인대리점 사용인의 경우 전속모집채널에 비하여 보험사기 심각성에 대한 인식도가 낮으며, 역 선택과 모럴해저드의 유발할 있는 모집채널로 분석하였다. 또한 이기형(2007), 임동섭(2011)의 연구와 동일한 취지에서 양희산(2010)은 민영의료보험의 높은 손해율 현상은 일부의 독립법인대리점과 의료기관의 보험사기 공모행위가 상당한 영향을 미치고 있음을 주장하였다. 이와 같은 선행연구는 본 연구의 분석

108) 미국의 경우 우리와 달리 공적 의료보장제도가 미흡하고, 의료기관 이용이 제한되는 제도적 특성으로 인하여 중복보험 가입행위가 보험사기를 유발하는 요인으로 작용하지 못하는 것으로 판단된다.

결과와 일치하는 비중 있는 연구로 판단된다.

보험사기 적발모형과 관련한 해외 선행연구들은 크게 두 가지로 연구의 성격을 지니고 있다. 첫째, 보험사기 발생확률을 판단하기 위한 로지스틱 회귀분석의 변수설정에서 누락오류를 개선하여 눈에 보이지 않는 변수 삽입을 통한 발생가능성 예측의 정확도를 증가시키는 것이다. 둘째, 역사적 데이터를 통한 실증분석의 방법에서 발생확률만을 예측하는 로지스틱 회귀분석 결과와 선형회귀분석을 통하여 전문가 집단과의 비교 평가를 실행하고 사기발생 가능성의 정확도와 적발률과의 trade-off를 고려하여 보험 회사의 보험사기 적발에 대한 정책과 연계 대처방안의 수준을 결정해야 한다는 것이다.

선행연구를 통해 보험사기 발생가능성의 검증을 위한 로지스틱 그리고 선형회귀분석이라는 통계적 접근방법의 유용성을 확인하였지만, 현재 보험사기 인지모형은 자동차보험에 한정되어 있다는 한계가 있다. 따라서 현재 민영의료보험에 대한 보험사기 관련 정보는 보험금 청구과정에서 제공되는 제한된 정보임을 감안한다면 선행연구의 예를 통해 사기적발 확률의 정확도와 적발 가능성을 높이기 위하여 노출된 정보 이상의 변수 확인이 필요할 것으로 판단된다.

제2절 연구의 의의 및 한계

보험사기를 예방하고 적발하기 위한 학계와 업계의 지속적인 노력에도 불구하고 보험사기는 해마다 그 심각성을 더해가고 있다. 이는 보험계약자를 포함한 보험사기자들의 인식 수준이 보험의 효용 측면 보다는 사기 유발의 경제적 도구로 인식하고 있음을 나타낸다.

민영의료보험을 이용한 보험사기의 급격한 증가는 보험 산업의 근간으로 여겨지는 당사자 간의 신뢰를 저버리는 동시에 선의의 대다수 보험가입자의 경제적 비용 부담을 가중시키고 있다. 또한 범죄 수단에 악용되어

인명경시와 물질만능주의를 사회적으로 과급하는 매개체로서의 부작용을 양산하고 있다. 이에 본 연구는 보험이 갖는 위험 대비의 효율적 경제수단으로서의 본래적 기능을 구현하고 보험사기 예방과 사후관리 측면에 있어 법률적, 제도적인 문제점을 개선하고자 실증분석을 통해 해결방안을 제시하였다. 실제 보험사기자들의 중복가입 행위와 보험사기 개연성의 관계를 민영의료보험을 이용하여 처음으로 제시하였다는 점에서 본 연구의 의의를 두고 있다. 또한 보험사기자 집단의 보험모집 경로를 추적하여 모집채널 유형별 사기 개연성 비교를 통해 독립법인대리점의 보험사기 유발가능성을 분석하고 이를 개선하기 위한 방안을 구체적으로 제시하였다.

본 연구는 민영의료보험을 이용한 보험사기 개선방안을 목적으로, 민영의료보험 영역과 보험사기 영역을 동시에 다루고 있다. 기존의 민영의료보험 연구는 보험가입자와 보험모집 종사자들의 설문을 통한 보험사기 인지도 연구와 보험가입자의 보험금 청구 건수를 토대로 의료 이용량과 지급률 분석 등의 통계학적 연구로 진행되어 왔다. 그러나 본 연구는 수사기관과 사법기관에서 보험사기 혐의가 확정된 사기자의 실제 데이터 정보를 통해 인구통계학적 변수를 기본으로 계약모집 단계와 보험계약 체결 이후 보험사고 발생으로 인한 보험금 청구에 이르는 전반적인 사기청구의 유형을 분석하여 기존의 연구와 차별되도록 설계하였다. 또한 보험사기 연구의 주요 방향은 보험사기 적발을 위한 수리적 모형설계 연구와 보험사기 유발요인을 통계적으로 검증하는 개선방안에 대한 연구로 집중되고 있다. 본 연구는 후자에 속하는 연구방법과 체계를 통해 업계에서 빈발하는 보험사기의 문제점을 개선하기 위한 방안을 제시하였다. 무엇보다도 보험가입 시점의 사전적 관리와 보험사기 적발 이후의 사후적 관리에 대한 측면을 심도 있게 다루었다.

본 연구는 국내에서 처음으로 보험사기 혐의가 입증된 사기 대상자를 표본 집단으로 선정하였으며, 이를 통해 실증분석 결과의 신뢰성을 확보하고자 노력하였다. 보험사기자들에 대한 연구결과임을 감안할 때, 개선방안에 대한 실무의 적용이 용이하고 향후 보험사기 개선의 효과를 거둘 수

있을 것으로 예상된다.

특히 수사기관과 사법기관으로부터 보험사기 혐의가 확정되지는 않았으나, 지속적으로 보험사기를 유발하고 있는 보험사기 집단과 향후 보험사기 유발 개연성이 충분한 잠재적 사기 대상자의 선별에 기여할 것으로 본다.

마지막으로 인구통계학적 변수의 선정에 있어 표본 대상자의 교육수준을 비롯한 월 소득수준, 보험사기자의 과거 적발 여부 등의 세부적인 인적 특성은 정보 획득의 제한으로 인하여 변수로 설정하지 못하였다. 이로 인하여 표본 집단의 교육수준에 따른 사기 유발의 정도와 소득수준에 따른 재정적 측면의 언더라이팅 개선사항을 제시하지 못하였다. 무엇보다도 보험사기를 반복적으로 유발하는 보험사기자의 사기유형을 심도 있게 논의하지 못한 부분은 본 연구의 한계점으로 남는다.

참 고 문 헌

1. 국내문헌

가. 단행본

- 김동훈(2013), “보험론”, 제4판, 학현사, p.37
- 금융감독원(2013), “보험범죄 형사판례집”, 보험조사실, p.3
- 금융감독원(2012), “IAIS 보험핵심원칙Ⅱ”, ICPs 21, p.133
- 금융감독원(2013), “보험사기 형사판례집” 금융감독원 보험조사실 2013년 12월 발간. p.22
- 금융감독원(2012), “보험회사 위험기준 경영실태평가제도(RAAS) 해설서” 2012.10 p.3
- 보험연수원(2010), “개인보험 심사역” 전문, p.33
- 사법연수원(2009), “신종범죄론”, pp.229~230
- 한창희(2012), “보험법”, 국민대학교 출판부, pp.146~147

나. 논문

- 김대환, 이기형(2010) “장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선” 보험연구원, CEO Report, 2010-04포럼발표 자료, pp.1~21
- 김성옥(2005), “민간보험 가입에서의 선택과 의료서비스 이용”, 한국노동연구원 노동패널
- 김재호(2011), “민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 해이 추정” 보험학회지 제89집, pp.95~126
- 김지만(2012), “우리나라 보험사 조사요원의 보험범죄에 대한 인식에 관한 연구” 경기대학

- 교 행정대학원, 석사학위 논문, pp.38~40
- 김정동(2004), “한국 자동차보험 시장에서의 역 선택 문제” 리스크관리학회 2004년 제15권. p.114
- 김현수(2000), “보상전문가 지식을 이용한 보험사기 조기경보 모형의 개발에 관한 연구”, 리스크관리학회 제13권 1호 pp.59~97
- 금융감독원(2011), “보험사기 유발요인 분석 및 개선 요약” 보험조사실 조사분석팀
- 금융감독원(2003), “불법 금융거래의 유형 및 특성”, pp.97~98
- 권흥구(2009), “장기손해보험 질병 및 의료보장의 리스크 분석 및 시사점” CEO Report, 보험개발원 KIDI 2008년 6월. pp.1~17
- 노명선(2014), 월간 손해보험 5월호, ‘형법상 보험 사기죄 신설의 필요성(下)’ 손해보험협회, p.24
- 류필성(2013), “계층분석기법(AHP)을 적용한 보험사기 발생의 주요 요인 분석” 경북대학교 수사과학대학원 석사학위 논문
- 박세민(2008), “보험사기에 대한 현행 대응방안 분석과 그 개선책에 대한 연구”, 저스티스 통권 제111호. p.142
- 박지연(2006), “건강보험에서의 역선택: 다양한 급여범위 및 수준이 존재할 때의 역선택”, 산업연구 제20집, 한국산업경제연구소, pp.193~214
- 보험개발원(2011), “생명보험 생존담보 다건 가입자 특성 및 시사점” CEO Report KIDI 2013-03,
- 보험개발원(2010), KIDI CEO Report “장기손해보험 암 담보의 리스크 분석 및 대응방안”, 2010.07 p.17
- 신정훈(2006), “보험사기에 대한 현행 대처방안의 문제점과 개선방안” 한국공안행정학회보 제24권 pp.115~150
- 서울대학교 및 보험연구원 산학 협력단 공동연구 보고서(2011.12)
- 손해보험협회(2012), “FY2012 상반기 손보사 경영실적 분석” 월간손해보험 2012. 12 p.42

- 송윤아(2010), “보험사기 영향요인과 방지방안”, 보험연구원, pp.19~20
- 송윤아(2013), 보험연구원 KIRI Weekly, 272호 p.4
- 송윤아(2009), “실험경제학에서 본 보험사기 등 부정행위 유발요인” 보험연구원 주간이슈, (2009.03.02.)
- 이기형(2007), “보험사기 유발요인 발굴 및 개선방안 연구”, 보험개발원 연구용역 보고서
- 우정수, 이호준(2011), “장기손해보험 성장에 따른 RBC비율 변동 및 시사점” 예금보험공사 금융리스크리뷰 2011년 여름호 p.42
- 우정수(2010), “장기보험 위험손해를 악화 원인 및 시사점” 예금보험공사 금융리스크리뷰 2010년 봄호 p.51
- 양희산(2010), “보험사기 현황 및 보험사 대응방안, 장기보험을 중심으로”, 월간 손해보험, 2010년 8월호, 손해보험협회, pp.40~57
- 오승철(2012), “생명보험 고객의 판매채널 선택요인과 보험금 지급에 미치는 영향에 관한 연구” 홍익대학교 경영대학원 박사학위 논문, pp.35~36
- 임동섭(2011) “독립법인대리점의 모델해저드에 관한 연구: 민영건강보험을 중심으로” 목포대학교 박사학위 논문 pp.20~27
- 임진화, 최귀선, 김성경, 박은철, 박재현(2007), “민간의료보험이 암 환자의 의료이용과 의료비에 미치는 영향” 예방의학회지 제40권 4호 pp.329~335
- 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, 정백근(2005), “민영의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인” 보건행정학회지 제15권 4호 pp.161~175
- 장인권(2010), “보험범죄 실증에 관한 연구” 경상대학교 박사논문, pp.93-94
- 정중영(2009), “보험판매채널 선진화 방안” 손해보험협회 2009년 2월호 통권 제483호. pp.2~18
- 조해균(1990), “보험범죄의 발생원인과 그 대처방안에 관한 연구”, 보험학회지 제35집 1990: pp.75~102
- 정기택, 신은규, 곽창환(2006), “민영건강보험과 도덕적 해이에 관한 실증 연구” 보험학회

지 제75집, pp.1~25

최병규(2006), “보험사기의 문제점과 쟁점 분석”, 상사판례연구 제19집 제3권(2006.09.30)
p.147

황진태, 권오경(2014), “보험회사의 GA 채널 활용에 대한 소고: 자회사 형태를 중심으로”,
보험연구원 테마진단, 2014.08, pp.17~22

홍세희(2000), “구조방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거” 한국임상심리학회.
19(1) pp.161~177

2. 외국문헌

Abbink, Klaus (2002), "Fair Salaries and the Moral Cost of Corruption"

Artis, M., Ayuso, Mercedes and Guillen, M.,(2002) "Detection and Automobile Insurance
Fraud with Discrete Choice Models and Misclassified Claims", Journal of Risk
and Insurance, Vol. 68

Barr, Abigail, Lindelow, Magnus, and Serneels, Pieter (2003), "To Serve the community
or Oneself: The Public Servant's Dilemma"

Becker, G.(1974), "Crime and Punishment", Journal of Political Economy, Vol.76, No.2

Belhadji E. B., and Dionne, G., and Tarkhani, F.,(2000) "A Model for the Detection of
Insurance Fraud" The Geneva Paper on Risk and Insurance, 24(1)

Berlin, J and J, Wellborn(2008), The Market Maturity Model: Ring Around The World,
LIMRA

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

Castillo, Marco, Petrie, Ragan, Torero, Maximo, Viceisza, Angelino (2009), "Lost in the

Mail: A Field Experiment on Crime," mimeo

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

Cummins, J. David and Sharon Tennyson (1996), "Moral Hazard in Insurance Claiming: Evidence from Automobile Insurance", Journal of Risk and Uncertainty 12

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

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

OECD(2004), "Private Health Insurance in OECD Countries".

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

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

Tennyson, Sharon(2002), "Insurance Experience and Consumers Attitudes Toward Insurance Fraud", Journal of Insurance Regulation 21. pp.241~252

Weiseberg, H. I. and Derrig, R. A.,(1992), "Massachusetts Automobile Bodily Injury

Tort Reform", Journal of Insurance Regulation, Vol. 10

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

3. 보도자료

금융감독원(2013), 보험조사국 조사분석팀 보도자료, '보험사기 적발금액 증가세 지속, 1인당 사기금액 급증'(2014.03.19)

금융감독원(2011) "다수보험 가입 후 고액보험금 편취자에 대한 기획조사 실시" 보험조사국 조사분석팀 보도자료, (2011.06.07)

금융감독원(2013) "의료기관이 연류된 보험사기 기획조사 실시" 보험조사국 조사분석팀 보도자료, (2013.01.22)

금융감독원(2010), "2009년도 보험사기 적발현황" 보도자료, 보험조사국 보험사기 적발현황'(2012.04.24)

보험개발원(2012), 보도자료, (2012.12.28)

서울지방경찰청(2014), "허위 산업재해 청구와 연계한 민영보험사기" 국제범죄수사대 언론보도자료, (2014.04)

이테일리(2013), "자동차보험에 이어 장기보험 손해율도 들쭉" 보도자료 (2013.01.21)

4. Web site

<http://www.aicp.net/chapters/southcentral/SATX012308.ppt>

http://ec.europa.eu/anti_fraud/index-en.htm

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0715en01.pdf

<http://www.knia.or.kr/InsuranceInfor/iinf11.as>

Abstract

A Study on Causes of Insurance Fraud : Focused on Private Health Insurance in Korea

Pyo, Sung-Yeop

Department of International Trade

(Major in Insurance & Finance)

Graduate School of kookmin University

Seoul, Korea

The purpose of this study was to present a plan to prevent and eliminate insurance frauds using private medical insurance, which had been on the drastic increase since the mid-2000s. Specifically, it focused on discussing the characteristics of insurance fraud groups and on statistically testing the variables affecting the factors that might cause insurance frauds based on private medical insurance and combined the variables I designed with those from the previous research on insurance frauds to perform statistical test. For this purpose, an approach was made to set and test questions and the purports of empirical analysis based on the questions were 1) to improve the follow-up management system for insurance frauds after their disclosure and 2) to analyze the characteristics of principal variables causing insurance frauds and present

a scheme to improve the review system by analyzing both the factors causing an insurance fraud group to commit a fraud and the characteristics of conspiracy type and fraud forms.

To identify the problems with the follow-up management system for insurance frauds and improve the system, the principal results of this study are as follows: As for the demographic characteristics of insurance frauds, females (70.9%) who were office workers (30.1%) in their fifties (30.5%) residing in Gyeonggi Province (26.3%) were most likely to commit an insurance fraud. They were most likely to hold nine policies on average (14.1%) and pay an insurance premium amounting to 50,000 won or so per month on average (20.9%) and caused an insurance accident, regardless of diseases or injuries. As for insurance recruitment channels, an overwhelming majority of them (50.1%) signed a contract at an independent corporate agency.

As for follow-up management of insurance frauds, only 107 out of 512 persons disclosed to have committed an insurance fraud were forced to return the insurance they had received by fraud to the insurance company and the most frequent type of recovery was signing an agreement with the company on repayment (41.5%), followed by debt collection (27.4%) and insurance offset (16.0%).

As for the levels of offense-weighting for criminal punishment against insurance frauds, only 60 persons (11.7%) were arrested. Only 196 persons (38.3%) of those disclosed to have committed a fraud had their insurance policy canceled after the disclosure and 185 persons (36.1%) have normally held their policy. In particular, it is essential to make institutional and legal complementation and improvement of the follow-up management system on the basis of my own criteria for follow-up management in terms of insurance recovery from insurance frauds and its type, punishment status, and policy-holding status after

disclosure of the fraud.

An empirical analysis was carried out to prevent and eliminate insurance frauds by testing principal variables causing them. The female group in older age was more likely to commit an insurance fraud, with regions or occupation types having statistically insignificant effects. In particular, as the number of cases taking out an insurance increased by one unit, the likelihood to be disclosed to have committed an insurance fraud increased by about 43% at the 99.9% confidence level and was about 2.101 times higher at the 99.9% confidence level at independent corporate agencies than in other recruitment channels when an exclusive recruitment channel was set as a criterion variable.

When the insurance fraud conspiracy types were divided into family conspiracy, single-handed offenses, and collective conspiracy, focusing on specialized and collective insurance frauds, and individual variables were inputted, females were more likely to commit an insurance fraud than males at the 99% confidence level in all types. The odds ratio of insurance frauds increased by about 29% only in family conspiracy with age, with regions or occupation types having statistically insignificant effects on each conspiracy type.

In particular, while the increase in the number of cases taking out an insurance was found to be a variable having statistically significant effects on the likelihood to commit an insurance fraud at the 99% confidence level, the variable of an independent corporate agency among insurance recruitment channels was found to have statistically significant effects on the likelihood to commit an insurance fraud at the 99% confidence level only in single-handed offenses and collective conspiracy, not in family conspiracy.

Lastly, females were significantly more likely to cause an insurance

fraud than males both in intentional and fraudulent accident types. The likelihood to commit an insurance fraud increased by about 16% at the 95% confidence level in fraudulent accidents, compared with intentional ones, as age increased by one unit. In contrast, regions or occupation types failed to have statistically significant effects on each accident type. For the number of cases taking out an insurance, the likelihood to commit an insurance fraud increased by 41% and 42% at the 99.9% confidence level both in intentional and fraudulent accident types, respectively. The variable of an independent corporate agency among insurance recruitment channels was found to have statistically significant effects on the likelihood to commit an insurance fraud at the 99.9% confidence level both in intentional and fraudulent accident types. In particular, it increased by about 3.357 times in the intentional accident type and by 1.943 times in the fraudulent accident type, compared with other channels.

This study made a sample of persons disclosed to have committed an insurance fraud for the first time in South Korea and tried to make the results of the empirical analysis reliable. Given the results of the study on insurance frauds, the improvement scheme is expected to be applied to practice with ease and be effective in eliminating insurance frauds.

Key words: Private medical insurance, insurance fraud, insurance fraud elimination scheme, factor causing insurance fraud, logistic regression analysis