



## 산재보험사기 대응방안과 시사점: 캘리포니아주 사례를 중심으로

송윤아 연구위원

### 요약

- 근로복지공단은 산재보험 재정적자와 산재보험사기의 폐해 및 심각성을 인식하고 2009년부터 산재보험사기 방지를 위한 인적·물적 인프라를 본격적으로 구축하고 있음.
- 그러나 현재 행위주체 및 양태별 산재보험사기 규모 등 실태파악이 미흡하고, 조사 및 처벌이 근로자 또는 의료제공자의 부정수급에 집중되어 있음.
  - 현행 산업재해보상보험법은 부정수급과는 달리 사업주의 보험료사기 및 근로자기망에 대해 형사제재를 규정하고 있지 않음.
- 미국에서 산재보험료 규모가 가장 큰 캘리포니아주의 경우 사기에 대해 다음과 같이 대응하고 있음.
  - 첫째, 근로자의 부정수급뿐만 아니라 의료제공자의 부정수급과 사업주의 보험료사기 및 근로자기망에 대한 심각성과 폐해를 인식하여 이를 중죄로 규정하고 있으며, 후자에 대한 처벌 강화도 검토 중임.
  - 둘째, 산재보험사기 유죄 판결자에 대한 신상 등을 5년 동안 주정부 웹페이지에 공개하도록 함.
  - 셋째, 모든 산재보험사기 혐의 건은 주정부와 지방검사에게 동시에 보고되며, 사업주로부터 조성된 기금으로 주정부와 지방검사의 산재보험사기에 대한 조사 및 기소를 지원함.
  - 넷째, 정부부처 간 정보공유를 검토 중임.
- 산재보험사기 방지를 위해 다음과 같은 대응방안을 고려할 필요가 있음.
  - 첫째, 사업주의 산재보험료사기 및 근로자기망에 대한 조사강화와 형사제재 수립이 필요함.
  - 둘째, 근로자의 수급자격을 부정하기 위해 사실을 조작·가공하거나 허위진술을 한 사업주, 의료제공자, 법률서비스 제공자에 대한 정보를 공개해야 함.
  - 셋째, 행위주체 및 양태별 산재보험사기 규모를 파악해야 함.
  - 넷째, 정부부처, 민영보험, 수사기관과 보험사기 혐의자에 대한 실질적 정보공유 및 협조체계를 구축해야함.

## 1. 검토배경



■ 근로복지공단은 산재보험 재정적자와 산재보험사기의 폐해 및 심각성을 인식하고 2009년부터 산재보험 사기 방지를 위한 인적·물적 인프라를 본격적으로 구축하고 있음.

- 산재보험사기 적발 및 방지를 위해 의료기관에 대한 조사권 법제화(2007), 전담조직구성(2009), 신고포상금제도 법제화(2010), 규정 및 조사 매뉴얼 마련, 민영보험회사 등과 정보공유, 보험조사 장비 구축, 신고센터 운영, 진료비내역 알림서비스(2010), 홍보활동 등을 강화하고 있음.
- 근로복지공단의 발표에 따르면 2010년 산재보험 부정수급 적발건수와 적발금액은 각각 94건과 115억 7,300만 원으로 전년대비 적발금액은 4.5배, 적발건수는 2배 증가함.
- 근로복지공단의 이러한 가시적인 노력은 산재보험사기 적발률 제고뿐만 아니라, 사기적 행위에 대해 사전적 억제효과가 있다는 점에서 큰 의미가 있음.

■ 그러나 산재보험 당연가입 및 개별실적요율 적용사업장의 증가, 개별실적요율의 높은 편차 등으로 인한 산재보험사기 증가 가능성에 비해 산재보험사기의 적발 및 방지를 위한 인력과 제도적 장치는 여전히 미흡한 실정임.

- 그동안 산재보험제도는 더 많은 근로자를 보호함과 동시에 효율성을 제고하기 위해 일련의 제도개선을 단행해 왔음.
- 당연가입 적용사업장 확대 조치로 2009년 기준 산재보험 당연적용 사업장 수는 153만 2,242개소, 근로자 수는 1,369만 9,000명으로 증가 추세에 있음.
- 개별실적요율은 개별사업장의 재해발생 정도에 따라 산재보험료율을 일정 범위 내에서 인상 또는 인하해 주는 것으로 2009년 개별실적요율 적용사업장 수는 3만 7,015개소로 지난 8년 동안 약 연평균 10%씩 증가함.
- 2009년 기준 개별실적요율 평균이 18%인 가운데, 최저 및 최고치가 각각 7%, 360%로 사업장 간 요율격차가 커 사업주의 보험료사기 및 근로자기망이 우려됨.

■ 이에 본고는 산재보험사기의 유형 및 특징을 살펴보고, 미국 캘리포니아주의 산재보험사기에 대한 접근 방법 및 대응방안을 검토함으로써 시사점을 도출하고자 함.

- 캘리포니아주의 산재보험시장은 미국에서 가장 크고, 주정부와 민영보험회사가 경쟁적으로 산재보험을 제공하고 있어 산재보험사기에 대한 연구와 방지노력이 활성화되어 있음.

## 2. 산재보험사기의 유형과 특징



- 산재보험사기는 보험료사기와 부정수급(보험금사기)으로 구분할 수 있으며, 이러한 사기의 주체는 사업주, 의료기관, 근로자, 이들 보험관계 당사자를 매개하는 제3자 등임.
- 산재보험사기를 보험료사기, 보험금사기, 의료 또는 법률 관련 서비스 제공자 사기 등으로 구분하기도 함.

### 가. 보험료사기

- 산재보험료사기는 사업주가 보다 유리한 산재보험료를 적용받기 위해 산재보험 운영기관 또는 근로자를 기망하는 행위를 의미함.

〈표 1〉 산재보험료사기 유형

내용
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 유리한 업종별 산재보험료율을 적용받기 위해 사업주가 업종을 오분류하거나, 근로자에게 지급하는 임금을 과소신고하는 수법</li> <li>• 유리한 개별실적요율(또는 경험요율)을 적용받기 위해 과거 산재급여 수령기록을 조작하거나 산재사고를 은폐 또는 축소하는 수법</li> <li>• 유리한 개별실적요율을 적용받기 위해 피재근로자의 수급자격을 의도적으로 인정하지 않는 수법</li> <li>• 보험료 증가를 기피할 목적으로 정당한 사유 없이 근로자의 승급 또는 임금인상을 하지 않거나 해고, 기타 불이익한 조치를 취하는 수법</li> <li>• 산재보험을 피하기 위해 독립적 계약자 지위를 부적절하게 사용하거나, 근로자 임대 협정을 악용</li> </ul>

- 보험료사기의 유형으로 주로 낮은 산재보험료 적용을 위한 업종 오분류, 근로자 임금 과소신고, 산재 관련 과거기록 조작 및 가공, 피재근로자 수급자격 부정 등이 있음.
- 이밖에도 보험료 증가나 산재보험 적용을 피하기 위해 근로자의 승급 또는 임금인상 기피, 근로자 임대협정 악용 등의 수법이 있음.

- 경기가 침체되거나 사회보장 기여금이 높을수록, 그리고 노동시장에 대한 규제가 엄격할수록 사업주의 보험료사기 및 근로자기망이 증가함.

- 경기가 좋지 않을 때에는 사업주들이 산재보험료를 적게 내기 위해서 과거사고율과 임금을 낮추어 신고하거나 위험도가 낮은 업종으로 신고할 개연성이 높음.
- 산재보험을 비롯한 고용 및 실업보험의 요율이 증가하거나, 최저임금, 최대근로시간, 안전기준 등 노동시장에 대한 규제가 엄격해지면 사업주의 보험료사기 및 근로자기망 가능성이 높아짐.

## 나. 보험금사기<sup>1)</sup>

- 산재급여를 청구함에 있어서 악의와 고의를 가지고 실제사실과 다르게 허위·부정 청구하는 것을 산재보험금사기라고 함.

〈표 2〉 산재보험금사기 유형

구분	내용
요양신청단계 부정수급	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 산재브로커가 유령회사를 설립하고 상해조, 목격자조, 환자조 등 역할을 분담하여 조직적으로 산재보험금을 편취하는 수법</li> <li>• 브로커, 진폐요양 의료기관 관계자 및 환자 등이 공모하여 진폐 정밀진단 과정에서의 환자의 객담을 바꿔치기 하여 요양승인을 받도록 하고 금전을 수수하는 수법</li> <li>• 업무와 상관없는 사적 행위 중에 발생한 재해를 업무상 재해로 꾸며 요양신청을 하는 수법</li> <li>• 산재보험 당연가입 사업주가 미가입사업장에서 재해가 발생하자, 50% 보험급여 징수금을 면하기 위해 다른 가입사업장에서 재해가 발생한 것으로 조작하는 수법</li> <li>• 하도급 사업주 또는 개인사업주가 근로자로 속여 요양 신청하는 수법</li> <li>• 타인명의로 또는 타인의 명의와 주민번호를 도용하여 요양 신청하는 수법</li> </ul>
요양단계 부정수급	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 통원치료 중인 환자들을 입원한 것처럼 속여 진료비를 편취하는 수법</li> <li>• 사망한 의사를 채용한 것처럼 속여서 진폐요양 의료기관으로 지정받는 수법</li> <li>• 환자에게 투약이나 주사 등을 하지 않았으면서 허위 진료기록부를 작성하거나 불필요하게 과잉진료를 하고 진료비를 청구하는 수법</li> <li>• 요양 중 취업한 기간 동안 부당하게 휴업급여를 수령하는 수법</li> </ul>
기타 공모를 통한 부정수급	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 높은 장애등급을 받기 위해 심인성 장애를 호소하거나, 의료기관과 공모하여 장애상태를 과장하여 진단하고 장애등급을 높게 판정받는 수법</li> <li>• 보험급여를 많이 받기 위해 사업주와 공모하여 평균임금을 조작하는 수법</li> <li>• 사업주가 민사상 손해배상책임을 경감 또는 면탈할 목적으로 근로자와 공모하여 평균임금을 고의로 부풀리는 수법</li> </ul>

1) 정광업(2010), 「산재보험 부정수급의 현황과 과제」 참조함.

- 산재보험급여의 부정수급 또는 보험금사기는 요양신청 또는 요양과정에 해당하는 급여수급단계별로 그 양태를 구분할 수 있음(〈표 2〉 참조).
- 이밖에 사업주가 의료제공자나 근로자와 공모하여 장해등급을 높이거나, 근로자의 평균임금을 조작함으로써 산재보험금 수준을 높이는 수법도 있음.

### 3. 캘리포니아주의 산재보험사기



#### 가. 캘리포니아주의 산재보험

- 캘리포니아주의 산재보험제도는 무과실 책임제도로써 사업주가 과실의 유무를 불문하고 업무상의 재해에 대하여 책임을 짐.
  - 산재보험은 근로자의 업무수행 또는 업무수행과 관련한 부상, 질병 또는 사망 시 근로자 본인의 치료와 본인과 부양가족의 생계를 보장하기 위한 제도임.
  - 업무상 재해에 대한 무과실 책임과 사업주의 보험료 전액 부담은 우리나라와 동일함.
- 캘리포니아주는 산재보험 규모가 미국에서 가장 크며 주정부와 민영보험회사가 경쟁적으로 산재보험을 제공함.
  - 캘리포니아주는 2010년 기준 300개가 넘는 민영보험회사와 주기금(State Compensation Insurance Fund)이 경쟁적으로 산재보험을 제공하고 있음.
    - 2010년 기준 캘리포니아 주기금의 산재보험시장 점유율은 16%로 1위를 유지하고 있음.<sup>2)</sup>
    - 주정부 내 Department of Industrial Relations의 승인 하에 대형 사업장은 자가보험(self-insurance)에 가입하기도 함.

2) California Department of Insurance, "Market Share by Line, by Company Name"을 참조함.

〈표 3〉 미국의 산재보험 운영체계

1960년	
공영독점(7개주)	공사경쟁 (11개주)
네바다, 노스다코타, 오키오, 오리건, 워싱턴, 웨스트버지니아, 와이오밍	애리조나, 캘리포니아, 콜로라도, 아이다호, 메릴랜드, 미시간, 몬태나, 뉴욕, 오클라호마, 펜실베이니아, 유타
1960년 이후 변화	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다원경쟁 → 순수민영경쟁: 미시간(1994. 01. 01)</li> <li>• 공영독점 → 순수민영경쟁: 네바다(1999. 07. 01), 웨스트버지니아(2008)</li> <li>• 순수민영경쟁 → 다원경쟁:               <ul style="list-style-type: none"> <li>오리건(1966. 01), 미네소타(1984. 04), 뉴멕시코(1991. 12), 텍사스(1992. 01), 루이지애나(1992. 10), 로드아일랜드(1992. 10), 메인(1993. 01), 미주리(1995. 03), 켄터키(1995. 09), 하와이(1997. 07)</li> </ul> </li> </ul>	

자료: 송윤아(2010), 「산재보험 운영체계에 대한 연구」, 보험연구원.

■ 미국의 산재보험요율은 3가지 단계를 거쳐 결정되는데, 우선 주(州)별 평균요율이 산출되고 다음으로 각 산업별 조정이 이루어진 후 개별기업에 대한 조정이 이루어짐.

- 주별 평균보험료는 업종별 단위위험 노출량당 평균손실 및 운영비를 반영하여 수백 개의 업종별 매뉴얼 요율로 전환됨.
- 업종별 매뉴얼 요율이 설정된 후 개별기업의 요율은 경험요율에 의해 조정되는데 이를 표준보험료라고 함.
- 표준보험료는 그 외 보험료할인 프로그램, 요율조정, 예정요율에 의해 재조정됨.

#### 나. 캘리포니아주의 산재보험사기 접근방법과 대응

■ 캘리포니아주는 체계적 연구를 통해 행위주체 및 양태별 산재보험사기 규모 등 실태를 파악하고, 이를 토대로 조사와 처벌을 강화하며, 동시에 지속적으로 사기방지 방안을 강구하고 있음.

#### 〈산재보험사기 실태파악 노력〉

■ 사기사정위원회(Fraud Assessment Commission, 이하 FAC라 함)는 행위주체 및 양태별 산재보험사기 규모를 추정하고 적발 및 방지 방안을 제시함.

- 1991년 보험사기방지법에 의거하여 설립된 FAC는 산재보험사기에 대한 연구를 기획하고 조사 및 기소 활성화를 위한 기금을 조성함.
- FAC는 근로자의 부정수급에만 집중하였던 과거와 달리, 사업주의 보험료사기 및 근로자기망, 의료 제공자의 부정수급 등으로 관심을 확대함.

■ **캘리포니아주의 연구 결과, 사업주가 산재보험비용을 줄이기 위해 임금을 과소신고하는 정도는 평균 산재보험료 수준이 높을수록, 위험도가 높은 업종일수록 높은 것으로 나타남.**<sup>3)</sup>

- 산재보험료 수준이 낮을 때 사업주는 근로자 임금을 1~4% 적게 신고하고, 산재보험료 수준이 높을 때는 10~12% 적게 신고함.
- 건설업과 같이 위험도가 높은 업종은 임금의 40~60% 정도가 과소신고된 것으로 추정됨.
- 특히, 캘리포니아주의 지하경제 추정규모가 600억~1,400억 달러임을 감안하면, 사업주의 보험료 사기 및 근로자기망이 상당히 심각할 것으로 유추됨.<sup>4)</sup>

■ **FY2008 기준 캘리포니아주 의료제공자의 산재보험 부정청구율은 21.9~27.4%로 추정되며, 이로 인해 9억 3,300만~11억 6,800만 달러의 보험금이 누수된 것으로 추산됨.**

〈표 4〉 캘리포니아주 의료제공자의 산재보험 부정청구율 추정결과

(단위: 백만 달러)

추정방법	캘리포니아주 산재보험 연간 의료비 지출	부정청구금액	부정청구율(심도)
A	4,261	933	21.9%
B	4,261	1,168	27.4%

주: 1) 의료제공자의 부정청구는 고의성이 없는 단순오류를 포함함.

2) 추정방법A의 경우 진료내역서를 토대로 부정청구의 빈도와 심도를 추정하는 반면 추정방법B의 경우 진료내역서 뿐 아니라 electronic process review와 설문조사결과를 토대로 부정청구의 빈도와 심도를 추정함.

자료: California Department of Insurance(2008), Workers' Compensation Medical Payment Accuracy Study.

3) Neuhauser Frank, Donovan Colleen(2009), "Fraud in Workers' Compensation Payroll Reporting: How Much Employer Fraud Exists? How are Honest Employers Affected?".

4) Employment Development Department, <http://www.bettzedda.org/PDF/voicesfromtheunderground.pdf>.

## 〈산재보험사기 조사 및 적발 노력〉

- 캘리포니아주는 모든 산재보험사기 혐의 건이 보험사기국과 지방검사에게 동시에 보고되는 시스템을 갖추고 있으며, FAC는 사업주들로부터 자금을 조달하여 주정부와 지방검사들의 산재보험사기 조사 및 기소를 지원함.
- 또한, 근로자의 부정청구 조사에 집중하였던 과거와 달리, 조사범위를 확대하여 보험료사기를 포함한 사업주의 근로자기망에 대한 조사를 늘리고 있음.
  - FY2008 기준 근로자의 부정수급에 대한 조사비율은 50.7%로 감소하는 추세이나, 사업주의 사기적 행위에 대한 조사비율은 38.7%로 증가하는 추세임.
  - 이는 보험료사기를 비롯한 사업주의 사기적 행위에 대한 폐해와 심각성에 대한 인식이 확산되고, 조사 및 적발 환경이 개선된 데에 기인한 것으로 판단됨.

〈표 5〉 캘리포니아주 산재보험사기 유형별 조사실적

구분	FY2002	FY2003	FY2004	FY2005	FY2006	FY2007	FY2008
근로자의 부정수급	72.6%	60.1%	69.2%	57.1%	54.1%	54.1%	50.7%
사업주의 사기	15.4%	29.1%	23.2%	33%	37.1%	36.3%	38.7%
의료제공자의 부정청구	5.6%	5.0%	4.9%	7.0%	4.8%	4.5%	5.4%
기타	5.6%	5.7%	5.2%	7.9%	5.6%	4.7%	5.7%
조사건수	1,739건	1,957건	2,136건	2,757건	1,439건	1,319건	1,317건

주: 1) 사업주의 사기적 행위는 보험료사기뿐 아니라 산재보험 미가입을 비롯하여 관련된 모든 근로자 기만행위를 포함함.  
 자료: The California Commission on Health and Safety and Workers' Compensation 2010 Annual Report.

## 〈산재보험사기에 대한 처벌〉

- 캘리포니아주는 부정수급뿐 아니라 사업주의 보험료사기 및 근로자기망을 중죄로 규정함.
  - Insurance Code Section 1871.4와 Labor Code Section 3820은 산재보험급여를 수급 또는 거절하고자 중요 사실을 조작·가공 또는 허위진술하거나, 이를 공모하는 것을 불법으로 규정함.
  - 특히, Insurance Code Section 1871.4(a)4는 피해근로자의 산재급여 신청을 막기 위해 수급자격과 관련하여 중요 사실을 조작·가공 또는 허위진술하는 것을 불법으로 규정함.



- 산재보험사기에 대해 민사제재금으로 4,000~1만 달러와 의료비용의 최대 3배까지 부과할 수 있으며(Labor Code 3820. d), 형사적으로 5년 이하의 징역과 15만 달러 또는 사기금액의 2배까지 부과할 수 있음(Insurance Code Section 1871.4(b)).

■ Insurance Code 1871.9에 의거하여 캘리포니아주는 2005년 1월부터 산재보험사기로 유죄를 판결받은 자에 대한 상세정보를 주정부 보험과(CDI: California Department of Insurance) 웹페이지에 5년 동안 게시하도록 함.

- 사건번호, 관할법원, 사건관련 정보, 피고자 성명, 피고자의 최근 거주지 또는 사업장 주소, 유죄 판결일자, 사건내용, 편취금액, 처벌내용 상세를 게재하도록 함.<sup>5)</sup>

### 〈검토 중인 방안〉

■ 사업주의 보험료사기에 대한 폐해와 심각성을 인식하고, 보험료사기에 대한 처벌 강화와 효과적인 적발 및 방지 방안을 검토하고 있음.

- FAC가 조달한 기금을 보험료사기의 적발 및 방지 활동에 집중적으로 할당하고, 보험료사기에 대한 민사제재금 및 형사벌금 인상을 검토 중임.
- 사업주의 사기적 행위 적발을 위해 사업주의 소득공제, 장애보험, 실업급여에 대한 정보를 소유한 고용발전과(EDD: Employment Development Department)와의 데이터 공유도 검토 중임.

■ 의료제공자의 부정청구 대응방안으로서 진료비 데이터의 통합화, 진료비 내역 알림서비스의 도입, 산재보험 의료제공자 등록제의 도입이 논의 중임.

- 오하이오와 워싱턴주처럼 주정부가 산재보험을 독점적으로 제공하는 주에서는 의료비 데이터의 통합화가 이뤄져 의료제공자의 부정청구가 효과적으로 적발·방지됨.
- 환자에게 진료비 내역을 알려주는 서비스가 일반화된 건강보험과 달리, 산재보험의 경우 환자가 치료비에 대한 부담이 없어 주기금 또는 보험회사가 환자에게 진료비 내역을 알릴 유인이 없었으나 이를 강제화하는 방안을 검토 중임.

5) <http://www.insurance.ca.gov/0300-fraud/0100-fraud-division-overview/0500-fraud-division-programs/workers-comp-fraud/index.cfm>

## 4. 대응방안과 시사점



- **캘리포니아주의 산재보험제도는 운영체제 및 요율체계 측면에서 우리나라와 상이하나, 산재보험사기에 대한 접근방식 및 대응방안을 일부 벤치마킹할 필요가 있음.**
  - 캘리포니아주의 산재보험은 공사경쟁체제로 운영되고 있고, 위험도에 따라 업종이 600개 이상으로 세분화됨.
  - 반면, 우리나라 산재보험은 공영독점체제로 운영되고 있으며, 2009년 기준 61개 업종으로만 구분됨.
- **산재보험사기에 대한 대응방안으로 첫째, 현행법은 부정수급과 달리 사업주의 보험료사기와 근로자기망에 대해 형사제재 규정이 없으므로 이에 대한 강력한 제재규정을 수립할 필요가 있음.**
  - 산업재해보상보험법 제127조는 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 진료비나 약제비를 지급받은 의료제공자는 3년 이하의 징역 또는 3,000만 원 이하의 벌금, 그 밖의 부정한 방법으로 보험급여를 받은 자는 2년 이하의 징역 또는 2,000만 원 이하의 벌금에 처하도록 규정함.
  - 현행법은 보험료사기에 대해 300만 원 이하의 과태료만 부과함(고용보험 및 산재보험 보험료징수 등에 관한 법 제50조).
  - 그러나, 사업주가 낮은 보험료를 적용받기 위한 임금 또는 근로자 수를 미신고 혹은 과소신고, 과거 산재사고 경험 조작·가공, 업종 오분류 등의 보험료사기에 대해 형사제재가 필요함.
  - 특히, 피해근로자의 산재보험급여 청구에 대한 의도적 거절, 피해근로자의 산재수급자격 관련사실 조작·가공 또는 허위진술 등 근로자기망에 대한 형사제재가 절실함.
- **둘째, 근로자의 수급자격을 부정하기 위해 사실을 조작·가공 또는 허위진술을 한 사업주, 의료제공자, 법률서비스제공자에 대해 관련정보를 공개할 필요가 있음.**
  - 현행법은 고액·상습 체납자에 한하여 인적사항 등을 관보 또는 고용산재정보통신망에 게시하도록 함(고용보험 및 산재보험 보험료징수 등에 관한 법 제28조의 6).
- **셋째, 행위주체 및 양태별 산재보험사기 규모를 파악할 필요가 있음.**
  - 효과적인 적발 및 방지 방안을 수립하기 위해 산재보험사기의 실체에 대한 접근이 선행되어야 함.

■ 마지막으로, 정부부처, 민영보험, 수사기관이 보험사기 혐의자에 대한 실질적인 정보공유가 가능하도록 협조체계를 구축할 필요가 있음.

- 사업주의 임금 미신고 또는 과소신고 등을 막기 위해 정부부처 간 정보공유가 필요함.
- 의료제공자와 근로자의 부정수급 적발과 방지를 위해 수사기관 및 민영보험과의 긴밀한 협조체계 구축이 필요함. [kiri](#)