

【 주간이슈 】

미국 공적의료보험의 사기방지노력과 시사점

송윤아 연구위원

- 미국 공적의료보험 총지출액 중 10%에 해당하는 금액이 보험사기에 해당하며 의료제공자의 부정청구가 그 중 80% 이상을 차지하는 것으로 추정됨.
 - FY2010 기준 공적의료보험 총지출액은 9,740억 달러이며, 이중 970억 달러가보험사기인 것으로 추정
- 미국은 2010년 의료개혁법을 통해 공적의료보험사기에 대한 강경대응을 시사함.
 - 의료개혁법을 통해 의료제공자의 부정청구에 대한 적발 및 제재를 강화하는 방향으로 관련법을 개정하고, 의료사기방지기금 확충을 위한 규정도 마련
 - 개정 부정청구금지법(FCA)과 반뇌물법(MPPA)은 과오납의 신고 및 환급기한 명시, 소추대행자의 원천정보 기준 완화, 사기행위 고의성 입증기준 완화를 규정
 - 미 보건복지부와 법무부는 사기방지 공동프로그램인 HCFAC의 운영을 위해 보험사기방지기금의 확충을 규정
- 우리나라의 경우 건강보험사기에 대한 국가차원의 대책이 상당히 미흡한 가운데, 특히 의료제공자의 부정청구에 대해 정부의 능동적인 대처가 필요함.
 - 국민건강보험법과 보험업법에 의료제공자의 부정청구에 대한 처벌규정을 신설하되, 기망행위의 정도를 사기죄보다 넓게 인정하고 부정청구에 대한 개념을 구체적으로 명시하는 것이 타당
 - 보건복지부와 법무부가 의료제공자의 부정청구 적발을 위한 공동기구를 설립·운영할 필요가 있으며, 이를 위해 국민건강보험 재원의 일정액을 건강보험사기방지기금으로 충당할 필요
 - 의료제공자의 부정행위 적발을 위해서는 공영보험과 민영보험간의 원활한 정보공유를 제도화할 필요

1. 서론

- 미국은 2010년 의료개혁법을 통해 전국민 의료보험 가입을 추진하는 한편, 의료 제공자의 부정청구에 대한 제재를 강화하는 방향으로 부정청구금지법과 반뇌물법을 개정하고 의료사기방지기금의 확충을 규정하는 등 공적의료보험사기에 대한 강경대응을 시사함.
 - 2010년 3월 미국은 향후 10년간 약 9,380억 달러를 투입하여 무보험자 5,400만 명 중 3,200만 명에게 의료보험 혜택을 제공하는 의료개혁법을 통과 시킴.
 - 막대한 예산이 요구되는 의료개혁법이 통과됨에 따라 미국 정부는 공보험에서 보험사기 제거와 의약품 가격인하를 통해 지출을 축소하기로 함.
- 반면 우리나라의 경우 국민건강보험의 재정적자가 심각함에도 불구하고 건강보험사기에 대한 국가차원의 대책이 상당히 미흡한 실정인데, 특히 의료제공자의 부정청구에 대한 형사제재가 미비한 상황임.
 - FY2010 국민건강보험은 1조 2,994억원의 재정적자를 기록함.
 - 의사가 직접 허위 기타 부정한 방법으로 요양급여비용을 청구한 경우에는 형법상 사기죄 외에 형사처벌 규정이 없음.
 - 국민건강보험법 제85조는 의료제공자의 부정청구에 대한 행정처분에 불과한 규정이고, 국민건강재정건전화특별법 제19조는 대행청구종사자의 부정청구에만 형사처벌이 가능
 - 형법상 사기죄는 거래관계에서 신의칙에 반하는 정도의 기망행위에 대해서만 제한적으로 인정되기 때문에 의료제공자의 부정행위를 사기죄로 처벌하는 것에 한계가 있음.
- 이에 본고에서는 공적의료보험사기, 특히 의료제공자의 부정청구에 대한 미국정부의 적발 및 방지 노력을 법제적 측면에서 살펴보고 관련 시사점을 도출하고자 함.

2. 미국 공적의료보험과 사기

가. 의료보험제도 현황

□ 2010년 의료개혁 이전, 미국의 의료보험제도는 전국민의 66.7% 정도가 민간보험에 의존하고 메디케어와 메디케이드 등 공보험이 이를 보완하는 형태임.

- 메디케어(Medicare)¹⁾는 연방정부가 제공하는 공보험으로 사회보장세를 20년 이상 납부한 65세 이상 노인 및 장애인들이 가입할 수 있으며, 전 국민의 14.1%가 대상
- 메디케이드(Medicaid)는 저소득층을 대상으로 연방정부와 주정부가 공동으로 운영하는 공보험으로 전 국민의 14.3%가 대상
- 의료개혁 이전 민간보험 가입자 대부분은 고용주가 제공하는 직장의료보험에 가입하며, 가입옵션에 따라 고용주와 근로자가 비용을 분담
 - 고용주가 보험을 제공하지 않거나 실업자인 경우 자비로 보험에 가입함으로써 보험료 부담이 크게 증가

□ 민간보험 중심인 미국의 의료보험제도는 그동안 의료보험 미가입자의 양산, 높은 의료비용, 낮은 의료서비스 경쟁력 등이 문제로 지적되어 왔음.

- 비싼 민간보험료를 감당할 수 없는 실직자, 영세자영업자, 소규모 기업종사자 등으로 인해 2008년 기준 전체인구의 15.4%가 의료보험에 미가입한 상태
- 또한 향후 제한적 보험가입자가 상당수에 이르고, 경제침체에 따른 비보험자도 급증할 가능성이 대두됨.
- 의료비지출액은 GDP 대비 16%로 OECD 평균(9.1%)을 크게 상회한 가운데, 막대한 의료비지출에도 불구하고 기대수명, 영아사망률, 의사진찰횟수, 전문치료병실 등 주요 보건의료서비스 지표는 낮은 수준

□ 이에 오바마 대통령은 2010년 3월 23일 향후 10년간 9,380억 달러 규모의 자금지원으로 무보험자 5,400만 명 중 3,200만 명에게 의료보험 혜택 제공을 명시한 「환자보호 및 적절치료법안」(PPACA: Patient Protection and Affordable Act)에 서명함.

1) 메디케어는 4가지 형태로 구분되는데, Part A는 입원시 발생하는 비용보장, Part B는 외래 진료 보장하는 가정간호서비스, Part C는 메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage) 플랜으로 메디케어에서 승인받은 민간회사가 운영하는 의료보험에 가입하는 것, Part D는 처방약 플랜(Prescription Drug Plan)임.

나. 공적의료보험사기 현황

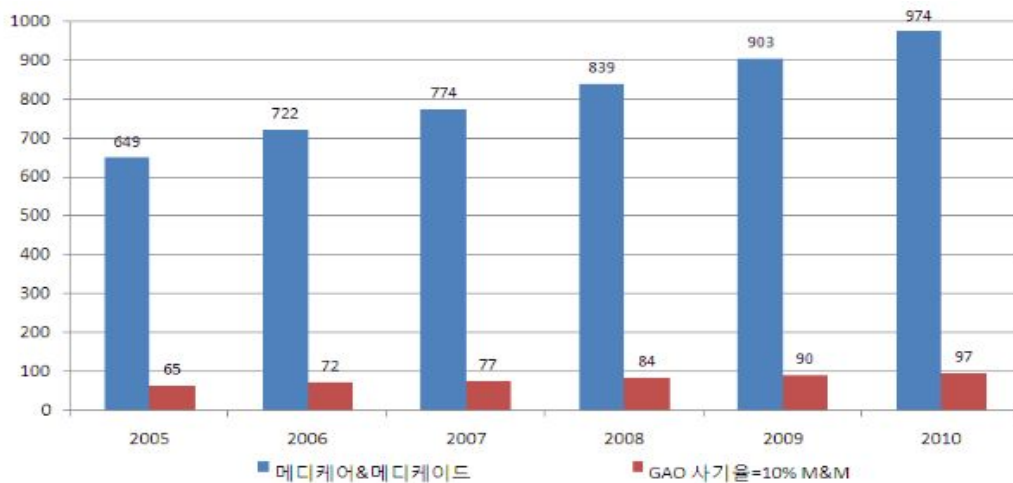
<공적의료보험의 사기 규모>

□ GAO(Government Accountability Office)는 메디케어와 메디케이드 총지출액의 10%가 보험사기에 해당한다고 추정함²⁾.

- FY2010 기준 메디케어와 메디케이드의 총 지출액은 9,740억 달러이며, 이중 970억 달러가 사기인 것으로 추정됨.
- FBI는 매해 미국 의료비의 3~10%인 700~2,260억 달러가 의료사기로 누수 되는 것으로 추정함³⁾.
 - FBI의 추정치는 의료보험 뿐 아니라 제약, 조달, 뇌물, 횡령 등 모든 의료 관련 사기를 포함함.

<그림 1> 미국의 공적의료보험사기 규모 추정

(단위 : 십억 달러)



자료 : Singer(2010)

□ GAO의 FY2010 연방정부 프로그램별 부정지급액 추정치로 메디케어 행위별수가 제⁴⁾가 343억 달러로 가장 높고, 메디케이드 225억 달러, 메디케어 어드밴티지가 136억 달러로 그 뒤를 이음⁵⁾.

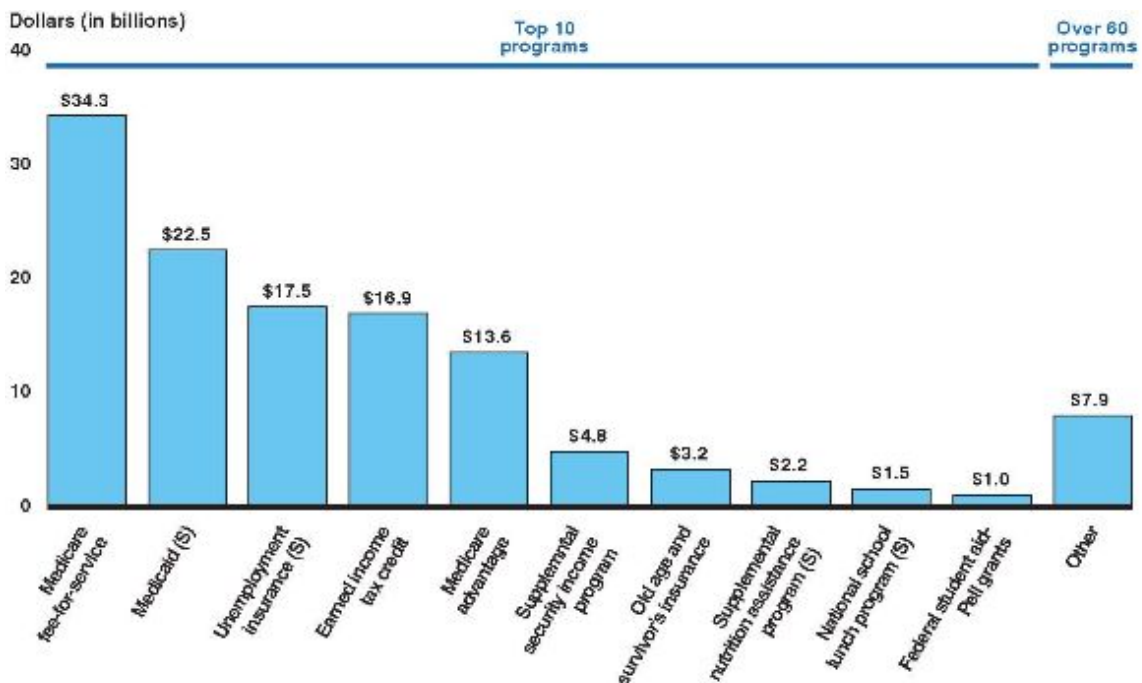
2) Benjamin Singer, "Medicare Fraud Strike Force: 2010 and Beyond," US Department of Justice, 2010.

3) Federal Bureau of Investigation, "Financial Crimes Report to the Public 2001-2009", 2001-2009.

4) 행위별수가제(fee-for-service)란 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 정산하고 의료인이 제공하는 각 진료행위에 대해 항목별로 가격을 책정하여 진료비를 지불하는 제도임.

- 연방기관이 보고한 FY2010 부정지급액은 총 1,254억 달러로 전년도에 비해 162억 달러 증가함.
 - 부정지급액 추정은 20개의 연방기관의 70개 프로그램에 대한 조사를 토대로 함.
- 10개 연방정부차원의 프로그램 부정지급액 추정치가 전체에서 94% 가량을 차지함.
- 「부정지급정보법」(Improper Payment Information Act of 2002)에 따라 매년 미국의 주요 공공기관은 부정지급액 규모를 추정·보고함.

<그림 1> 미국 공공기관의 부정지급 추정액



자료 : GAO(2010)

<공적의료보험사기 행태>

□ 의료사기에 대해 의료전문가가 72%, 의료기관이 8%, 환자·소비자가 10% 책임이 있는 것으로 추정됨.

- 의사와 환자간 정보 비대칭성과 수요의 비탄력성이 의료제공자의 사기 유발 가능성을 높임.

5) GAO, Improper Payments: Recent Efforts to Address Improper payments and Remaining Challenges, 2011.

- 건강상태, 제공되는 의료서비스의 내용 및 가격, 치료결과에 대한 환자의 무지가 의료시장에 강하게 존재할 뿐 아니라 의료서비스에 대한 정보가 의료제공자에게 집중됨.
- 환자가 의료서비스 비용과 대체방안에 대해 정확히 모를 경우 최적가격과 서비스를 찾아 나설 수도 없기 때문에 결국 환자가 선택한 가격과 서비스 질이 최적이라 보기는 어려움.

<표 1> 미국 공적의료보험의 사기 유발자

의료전문가	의료기관	환자/소비자	기타
72%	8%	10%	10%

자료 : Fisher(2008)

□ 의료사기 중 환자에게 제공하지 않은 진료에 대한 의료제공자의 보험금 허위청구가 34%로 가장 흔함.

- 보험금 허위청구 외에 진료내용 과장청구가 22%, 과잉진료가 18%, 약제사기가 8%, 이중청구가 4%를 차지함.

<표 2> 미국 공적의료보험의 사기 유형

허위청구	과장청구	불요불급한 서비스 제공	처방관련 사기	이중청구	기타
34%	22%	18%	8%	4%	14%

자료 : Fisher(2008)

<공적의료보험의 사기 적발실적>

□ FY2010 정부가 공적의료보험사기와 관련해 회수한 예산은 모두 40억 달러이며, 이중 25억 달러는 법원 판결을 통해, 그리고 15억 달러는 소추대행 및 각 부처의 부정감시 조치를 통해 회수됨.

- 공적의료보험의 사기 관련 회수예산은 전년도에 비해 58% 증가하였음.

- FY2010 의료보험사기의 형사피고인수는 931명이며 유죄건수는 726건이었으며, 소추대행자에 지급된 보상금은 약 3억 달러를 차지함.

<표 3> 공적의료보험의 사기 적발실적

회계연도	기소건수 (cases filed)	유죄건수	법원판결을 통한 회수금 (백만 달러)	의료보험사기 관련 회수예산 (백만 달러)
2010	931	726	2,500	4,021
2009	803	583	1,630	2,545
2008	797	588	1,000	2,140
2007	786	560	1,800	1,070
2006	579	547	2,200	1,784
2005	652	523	1,470	1,708

자료 : DOJ(2011)

- 미국 보건복지부는 FY2010에 공적의료보험사기 관련자 3,340명을 공적의료보험 대상자에서 제외시켰음.

- 메디케어와 메디케이드 관련 사기 894명, 기타 의료프로그램 관련 사기 263명, 환자 남용 및 방치 247명, 면허취소 1,582명

3. 미국 공적의료보험의 사기방지 노력

가. 2010의료개혁이전

- 1996년 제정된 「의료보험 이전과 책임에 대한 관한 법률」(이하 HIPAA라 함)은 의료사기 방지를 위해 특별조항으로 개인의료정보의 이용 및 공개가 가능하도록 명시함⁶⁾.

- HIPAA는 미국 전역에서 의료보험이전이 자연스럽게 이루어질 수 있도록 하기 위해서 제정됨⁷⁾.

6) Fisher, Emily, "The Impact of Health Care Fraud on the US Healthcare System," Indiana University, 2008.

7) 의료보험이전이란 어느 기업의 피고용자가 다른 주의 기업으로 전직을 한 경우 전 기업에서 가입했던 의료보험을 상실하지 않고 다른 주로 같이 가져가는 것임.

- 구체적으로 동법은 의료보험과 의료서비스제공 관련 낭비·사기·남용 축소, 의료저축계좌사용 증진, 장기요양 서비스 접근성과 보장성 강화, 의료보험 사무의 간소화 등을 목적으로 함.
- o HIPAA 프라이버시 규정은 개인건강정보의 활용으로 얻는 공익이 크거나 정보 활용이 정보주체에게 혜택을 제공하는 경우 정보주체의 승인 없이 개인건강정보의 이차적 사용 혹은 공개를 허용함.
- 이 법률은 의료사기 방지 뿐 아니라, 공중위생보호, 의학연구수행, 치료의 질 향상 등의 공적 목적이 개인의 프라이버시보다 우선시 된다고 규정함.

□ HIPAA는 의료사기 및 남용 방지 프로그램과 기금, 의료사기공동프로그램, 수혜자 인센티브 프로그램 등의 설립 및 운영을 규정함.

- o 의료사기 및 남용 방지 프로그램(Health Care Fraud and Abuse Control Program, 이하 HCFAC프로그램이라 함)은 연방정부, 주정부, 지방정부간 의료보험의 사기방지프로그램을 조율하기 위해 1996년에 도입됨.
- 법무부와 보건복지부의 공동 프로그램으로 양기관은 공동으로 사기조사, 재정 및 실적 감사, 데이터베이스 구축 및 공유 등의 활동을 수행함.
- o HCFAC기금을 설립하여 매년 메디케어 파트A 신탁기금으로부터 적립된 일정 금액을 HCFAC프로그램을 지원하는데 사용함.
- o 의료사기공동프로그램(Coordinated Health Care Fraud Program, 이하, CHCF 프로그램이라 함)은 의료사기 적발 및 방지 관련 공사협조를 공고히 하기 위해 도입됨.
- o 수혜자 인센티브 프로그램(Beneficiary Incentive Program)은 메디케어 수혜자가 사기를 식별할 수 있도록 교육하고 금전적인 보상을 통해 수혜자가 의료서비스를 감시하도록 유도함.

□ CHCF프로그램 활동의 일환으로 법무부는 민간보험회사와의 의료사기 관련 정보 공유를 원활히 하고자 「의료사기정보공유성명」을 발표하였음.⁸⁾

- o 성명서에서 법무부는 의료사기 조사, 적발, 방지를 위해 민간보험과의 긴밀한 협조체계 구축이 필요함을 밝히고 구체적인 협조방안을 제시함.
- o 법무부와 민간보험은 각각 정보교환 코디네이터를 두고 법에 저촉되지 않는

8) Department of Justice, "Statement of Principles for the Sharing Health Care Fraud Information Between the Department of Justice and Private Health Plans".

범위 내에서 의료사기의 조사 및 적발에 필요한 정보를 공유할 것을 밝힘.

- 의료사기 조사 및 적발을 위해 민간보험의 협조를 얻을 경우 법무부는 후속정보를 민간보험과 공유하고 민간보험의 의료사기에 대한 배상청구에 협조할 것을 밝힘.
- 또한 법무부에 개인정보를 제공한 것을 이유로 민간보험이 고소당할 경우 법무부는 동행위에 대해 민간보험의 민사적 책임이 없음을 법원에 알려주기로 함.

□ 「부정청구금지법」(FCA: False Claims Act)은 연방법으로 허위·과장 청구, 불법 영업, 부정표시 또는 불량 의약품의 유통, 의료제공자에 대한 뇌물, 의약품 가격 인상, 과오납(overpayment)의 미환급 등 의료사기와 관련된 행위를 금함.

- 동법은 1863년 연방기금과 조달 관련 사기 및 남용을 방지하고자 제정됨.
- 동법을 위반할 경우 청구금액의 3배 이내, 그리고 각 부정청구 건에 대해 1만 1천 달러까지 벌금을 부과함.
- FCA에 있는 소추대행조항(qui tam provision)은 일반시민이 부정청구를 받은 정부를 대신해 소송을 제기할 수 있으며, 이 경우 회수금액의 15~30%를 소추대행자에게 포상금으로 지급할 것을 규정함.
 - 소추대행을 유도하는 이러한 조항은 의료제공자의 과오납이 '정직한 단순실수'가 아닌 '의도적인 사기행위'임을 입증하기 어려운 경우에 효과적임.

□ 「메디케이드 환자보호법」(MPPA: Medicaid Patient Protection Act)은 반뇌물법으로 의료제공자가 정부지원 의료프로그램 환자를 이송하는 대가 또는 구매·임차·주문하거나 이를 알선하는 것과 관련하여 보수를 유인하거나 받는 등의 행위를 금하는 법임⁹⁾.

- MPPA는 형사법으로 이를 위반할 경우 2만 5천 달러 이하의 벌금 또는 5년 이하의 징역에 처할 수 있음.

나. 2010의료개혁이후

□ 2010년 3월에 통과된 의료개혁법 PPACA는 의료사기 방지활동을 촉진·강화하는 방향으로 부정청구금지법과 반뇌물법을 개정하고, 의료사기방지기금 확충을 명시하고 있음¹⁰⁾.

9) MPPA는 Anti-kickback Statute로 표현하기도 함.

- 9,380억 달러 규모의 예산이 요구되는 의료개혁법이 통과됨에 따라 정부는 공보험에서 보험사기 등의 낭비요소를 제거하여 관리비용을 줄이고, 의약품 가격인하를 통해 지출을 축소하기로 함.
- 10년 동안 무보험자 5,400만 명 중 3,200만 명에게 의료보험 혜택을 제공하는 의료개혁을 위해 정부는 약 9,380억 달러의 추가재원을 필요로 함.

□ 부정청구금지법(FCA) 개정을 통해 과오납의 신고 및 환급 기한을 명시하고 소추대행자의 소제기를 용이하게 함으로써 의료사기를 방지하고자 함.

- 의료개혁법(PPACA) 이후 과오납을 인지한 시점으로부터 60일 이내에 이를 신고 및 환급해야 됨에 따라 의료제공자는 과오납의 기한 내 미환급을 피하기 위해 감사 및 환급 절차를 개선할 유인을 가짐.
- PPACA 이전에는 FCA 위반에 대한 혐의를 주장할 경우 정부를 대신해 소송을 제기하는 자는 해당 혐의에 대해 원천정보('직접적이고 독립적인 지식')를 가지고 입증하여야만 포상금을 받을 수 있었음.
- 그러나 PPACA 이후 개정 FCA의 소추대행 조항에서 '직접적인 지식' 문구가 삭제됨에 따라 원천정보기준 완화를 통한 소추대행을 촉진하고자 함.

□ 개정 반뇌물법(MPPA)에서는 “고의성 기준”이 완화됨에 따라 행위의 고의성에 대한 입증 부담이 줄어듦.

- MPPA 개정 이전에는 행위의 고의성을 입증해야만 피고자에 대한 처벌이 가능하였음.
- 그러나 현재는 '피고자의 인지 또는 의도(actual knowledge or specific intent)'가 MPPA 위반의 필요조건은 아니라고 명시함.
- 동법 개정을 통해 MPPA를 위반한 자는 자동적으로 FCA를 위반한 것으로 간주됨.
- 이로써 정부에 직접 부정청구를 한 적이 없으나, MPPA를 위반한 제조업자 등을 FCA에 의해 처벌할 수 있게 됨.

□ 또한 의료사기방지활동을 지원하고자 의료개혁법은 향후 10년 동안 1억 달러, 그리고 Section 1304 of the Reconciliation 법안은 향후 6년 동안 2억 5천만 달러를 의료사기 및 남용 방지 프로그램(HCFAC프로그램)에 제공하도록 명시함.

10) Morgan Lewis, "Healthcare Reform Law: Healthcare Fraud and Abuse and Program Integrity Provisions." March 2010.

- FY2010 기준 총 7억 3백만 달러의 의료사기 방지기금이 조성되었는데, 이중 5억 7,700만 달러는 HCFAC프로그램에, 1억 2,600만 달러는 FBI에 조성됨.
- HCFAC프로그램에 조성된 자율기금은 FY2010 기준 3억 1,100만 달러로 전년도보다 1억 1,300만 달러만큼 증가함.

<표 4> 공적의료보험의 사기방지기금

(단위 : 백만 달러)

회계연도	HCFAC 강제기금	HCFAC 자율기금	FBI 강제기금	총기금
2010	266	311	126	703
2009	266	198	126	590
2008	255	0	120	375
2007	249	0	118	367
2006	240	0	114	354
2005	240	0	114	354

자료 : DOJ(2011)

4. 우리나라에의 시사점

□ 의료제공자의 부정청구에 대해 정부의 능동적인 대처가 필요한 가운데 국민건강보험법과 보험업법에 의료제공자의 부정청구에 대한 처벌규정을 신설하되, 기망행위의 정도를 사기죄보다 넓게 인정하고 부정청구에 대한 개념을 구체적으로 명시하는 것이 타당함.

- 형법상 사기죄는 거래관계에서 신의칙에 반하는 정도의 기망행위에 대해 제한적으로 인정되기 때문에 의료제공자의 부정행위를 사기죄로 처벌하는 것에 한계가 있음.
 - 보험업법에 보험사기 금지조항이 있지만 보험사기 정의 및 처벌조항은 없음.
- 미국 부정청구금지법(FCA)의 경우 법률위반에 필요한 ‘의도’로서 ‘인식’에 대한 개념을 피고가 사실을 실제 알고 있거나 고의적으로 사실의 진위에 대하여 모르는 것으로 행동하는 것 뿐 아니라, 사실의 진위를 부주의하게 무시하는 행동이라고 정의함.
- 또한 FCA는 기망의도에 대한 구체적인 증거를 요구하지 않고 있음.

- 의료제공자의 부정청구 적발을 위해 보건복지부와 법무부의 공동기구를 설립하고, 동 기구의 설립 및 운영을 위해 국민건강보험의 일정액을 재원으로 하는 건강보험사기방지금 마련이 필요함.
 - 미국의 HCFAC프로그램은 사법부와 보건당국간 공조가 사기적발에 미치는 긍정적 효과를 보여줌.
- 적어도 의료제공자의 부정행위 적발에 대해서는 공영보험과 민영보험간 원활한 정보공유를 제도화할 필요가 있음.
 - 의료제공자 부정청구에 대한 수사는 수사대상자 집단의 전문성, 응집력, 폐쇄성 때문에 철저한 사전계획 하에 증거자료의 완전확보가 필수적임.
 - 더불어, 국민건강보험의 비급여 부분을 보장하는 민영보험의 공익적 성격을 감안할 필요가 있음. KiRi