

## 출장 결과 보고서

□ 출장목적 : 유럽국가의 건강보험 사기 및 부당지출의 실태와 방지방안에 대한 정보수집 및 최근 정책방향 논의

□ 출장자 : 강희정 연구위원, 이기주 연구원

□ 출장기간 : 2014년 6월 24일 ~ 2014년 6월 29일

□ 출장 지역 : 프랑스 파리, 영국 포츠머스

□ 과제명 : [수탁]건강보험사기부당지출의실태와방지방안연구

□ 일정별 활동 내용

년월일	행 선 지 (국가/도시)	방문기관	활 동 사 항
2014.0624			출국
2014.06.25	프랑스/파리	Legan inspection and fraud suppression department(CNAMts)	프랑스의 건강보험 부당지출 현황 및 방지방안 및 개혁동향에 대한 논의
2014.0626			이동
2014.06.27	영국/포츠머스	포츠머스 대학(center for counter fraud stydies European Healthcare Fraud Corruption Network)	유럽의 건강보험 부당지출 및 재정 누수 현황과 이를 방지하기 위한 주요 방안, 정책 및 최근 동향에 대한 논의
2014.06.28			귀국

□ 일정별 결과보고서

## 1. 2014.06.24

### 가. 방문기관 및 면담자

□ Legan inspection and fraud suppression department(CNAMts)

□ Nilcolas VOIRIN Deputy Director, GALODE Julie, Mr Gabriel BACQ (MREIC)

### 나. 주요 내용

□ 프랑스의건강보험체계

○ 프랑스의 의료보험은 보험가입자(직장가입자, 보편적 보장(CMU) 와 고용주 그리고 공급자(전문의, 병원, 재가요양, 이송 등)자로 구분할 수 있음

- 처치를 할 수 있는 전문적인 공급자는 일반의, 전문의, 치과의사, 조산 간호사, 심리치료사, 간호사 등이 있음.

- 가입자 차원에서는 가입된 보험유형, 보험급여 공급자 차원에서는 지원금, 급여내용 등에 따라 다양한 차원에서 사기 유형이 발생할 수 있음.

○ 외래진료비 사후상환 제도

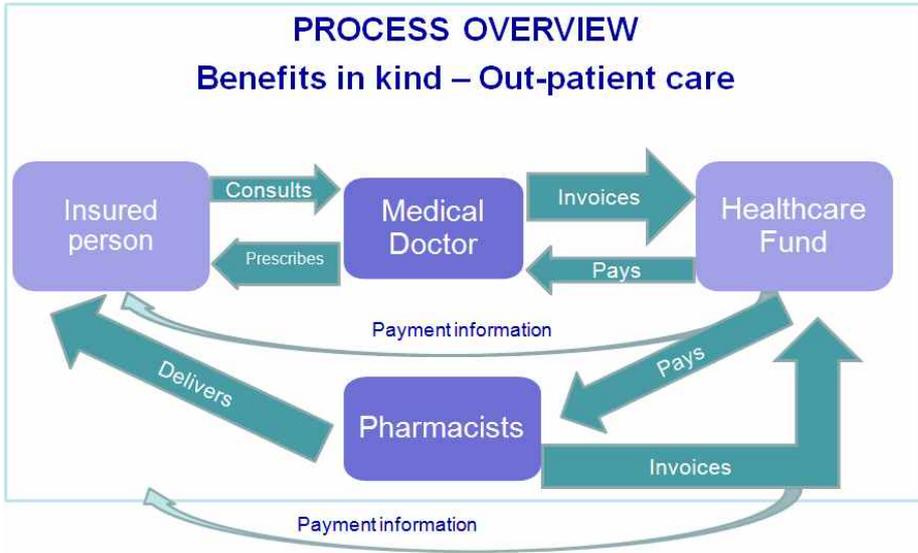
- 환자는 진료비용을 의료기관에 전액 지불하고, 환자는('비탈카드'를 모든 국민이 가지고 있음) 비탈카드를 제시하면 7일 이내에 공단에서 자동적으로 입금

• 90% 이상이 전자 청구를 통해 이뤄지고 있으며, 매년 약 10억장의 청구서가 발생

• 카드가 없어 종이로 신청하면 환불에 많은 시간이 소요

• 양을 통제하기 위한 조사(exhaustive)는 아님

[그림] 프랑스의 외래 이용 및 지급절차



- 3자 지불방식에 비해 관리비용이 더 많이 소요(3자 지불방식의 경우 관리비용이 1.8% 발생하는데 사후상환방식은 4%이상의 관리비용이 발생)

○ 의원급 외래진료비에 대한 사후심사

- 의사의 부당청구 부분은 약 70%는 데이터 마이닝을 통해 찾아내고 약 30%는 신고에 의해 찾아냄
  - 부정행위를 찾아내기 위해 쓰는 돈(의사고용, 심사인력 인건비 등)이 적발해서 환수하는 돈과 맞먹지만 부정행위에 대한 예방효과는 있음
  - 부정행위 감시단은 중앙에 약 100명, 101개 지사에 의사/간호사/약사 등 전문가가 약 20명씩 있으며 16개 지역본부에도 있음, 단, 이들은 부정행위를 감시만 하는 인력은 아니고 지역 의사와의 관계 유지 등 다양한 역할을 수행하고 있음

○ 병원 진료비 지불방식

- 공공병원과 사립병원의 진료비 지급방식이 다름 공공병원이 전체의 70% 정도를 차지함
- 공공병원은 의사 월급까지 통틀어서 병원별 총 예산이 지급되는 반면, 사립병원은 병원 자체에 지급되는 돈과 의사에게 들어가는 지원이 분리되어 있음.
- 공공병원의 경우 GHM라는 계산법(미국식 DRG) + 입원일수에 따른 산출방법(GHS)으로 비용이 계산됨
- 의원은 환자가 직접 내고 돌려받는데 반해 병원에 입원하면 환자가 돈을 낼 필요가 없이 조합과 직접 거래함.
  - 하루 18유로만 방세를 내듯 입원료를 내야 함(보충보험으로 커버).
- 사립병원의 경우 CPAM(공단지사)에 진료비를 청구하면 공단이 이를 토대로 돈을 지급하게 됨.

100원을 청구하면 우선 85원만 선지급하고 이후 분석을 해서(심사를 해서) 별 이상이 없으면 나머지 15원을 지급함.

- 독일은 심사를 한 뒤 돈을 지급하는 반면 프랑스는 지급을 먼저 한 뒤 환수를 하기 때문에 심사와정이 더 힘든 것 같음. 프랑스는 부정 수급의 50%가 병원에서 벌어짐.

#### □ 부당지출 방지

- 건강보험을 부당하게 이용하지 않게 하기 위해서는 대중에게 정보를 제공하고, 사기 행위를 억압하고, 공급자로 하여금 사기 가 발생할 위험이 있는 활동을 제거함

#### □ FRAUD, AT FAULT ACTIVITY, ABUSES

- FRAUD는 법률을 위반하고 의도적으로 개인, 여러 사람 또는 기관이 본인이나 제 3자의 과도한 경제적 이익을 위해 사회복지시스템이나 정부의 해를 가하는 경우
  - 사례(약국): 이미 처방된 처방전을 재사용 하거나, 2통 팔고는 20통 팔았다고 공단에 청구를 한다든지, 환자와의 공모를 통해 다른 화장품과 같은 물건으로 대체하기도 함.
  - 사례(의사): 필요 이상의 약물을 처방하며, 방문하지 않은 환자에서 처방전을 발급, 동료의사와의 공모하기도함.
- ABUSES는 일반적으로 받아들이기 어려운 수준으로 반복적으로 상품이나 서비스 또는 권한을 초과하거나 불법적이지는 않지만 기술적으로 필요를 넘어서는 의료적, 준의료적 처치 또는 약물의 투약되었을 때를 의미
  - 또한 환자의 필요나 보장범위를 넘어서서 처방되었거나 적당한 수준의 비용을 초과하는 경우
  - 사례(MSAP): 개인 MD가 한달 평균 3200일 휴업급여 처방을 발행. 휴업급여는 최대 6개월 까지 임. 6개월 후에 1400일의 휴업급여를 발행.
- AT FAULT ACTIVITY: 법률적으로 위반된 상황을 개인, 다수 또는 기관이 지속적으로 행동하지만, FRAUD나, ABUSES에 속하지 않는 것.
  - 사례(치과의사) : 15개월 동안 259개의 이상적인 청구서 발견, 수술, 보철, 방사선에서의 추가 청구, 미실시 서비스에 대한 청구 등. 또한 낮은수준의 서비스 또한 123건 발생.
- 의도적으로 특정의무를 위반하여 영구적인 장애를 발생할 경우 최대 1년 이상 또는 15,000유로의 벌금에 처해질 수 있음.

[그림 ] FRAUD, AT FAULT ACTIVITY, ABUSES



□ 사기 방지는 위험관리(RISK MANAGEMENT) 과정의 일부임

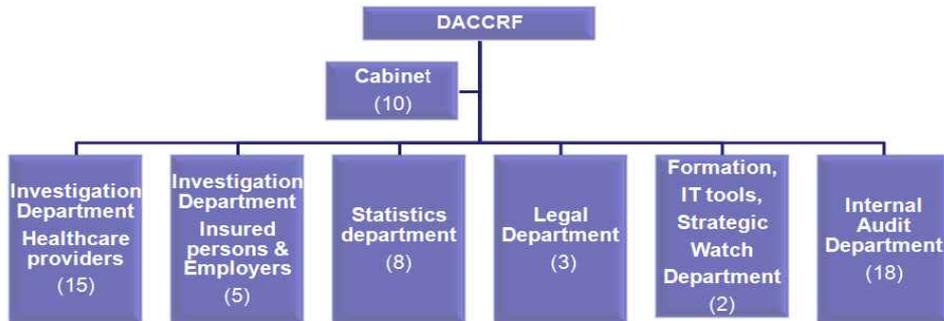
- 복합적인 여러 과정의 거치고 이에 따라 사기 및 남용에 대한 억압적인 조치 시행
  - 첫 번째로 해당 규칙을 확인하고, 의료보험을 통해 해당하는 규칙이 적용 여부를 확인하고 이후에 재정적 손실에 대해서 법적 재제를 가하게 됨.
  - 무죄추정의 원칙, 전국적으로 동일 한 수준의 처치, 이해관계자 충돌의 최소화, 의료정보의 보호
- 국가차원가 지역차원의 프로그램이 존재하는데 국가차원에서는 정형화된 방법과 법률적 행동을 취하고, 지역차원에서는 의심스러운 사례와 국가차원에서 의심스러운 건에 대해서 지역차원에서 현장 조사를 나가기도 함.
- 기타 사회보장 체계, 정부부처, 법원, 경찰, 정부와 지방정부의 사기 방지위원회, 전문가 등과 협조체계 구축

□ COUNTER FRAUD ORGANIZATION

- 주요 역할
  - 국가적 전략 수립
  - 사기 방지 프로그램 공고화
  - 지역 의료보험 지원
  - 법 개정을 위한 정부와 협조
- 주요 부서
  - A Directorate dedicated to Fraud repression and litigations (DACCRF)
  - A department in charge of Fraud prevention attached to the Finance and Accounting Direction (DDFC)
  - A Direction of Operations in charge of liaising these 2 activities with local Health

## Insurance Funds (DDO)

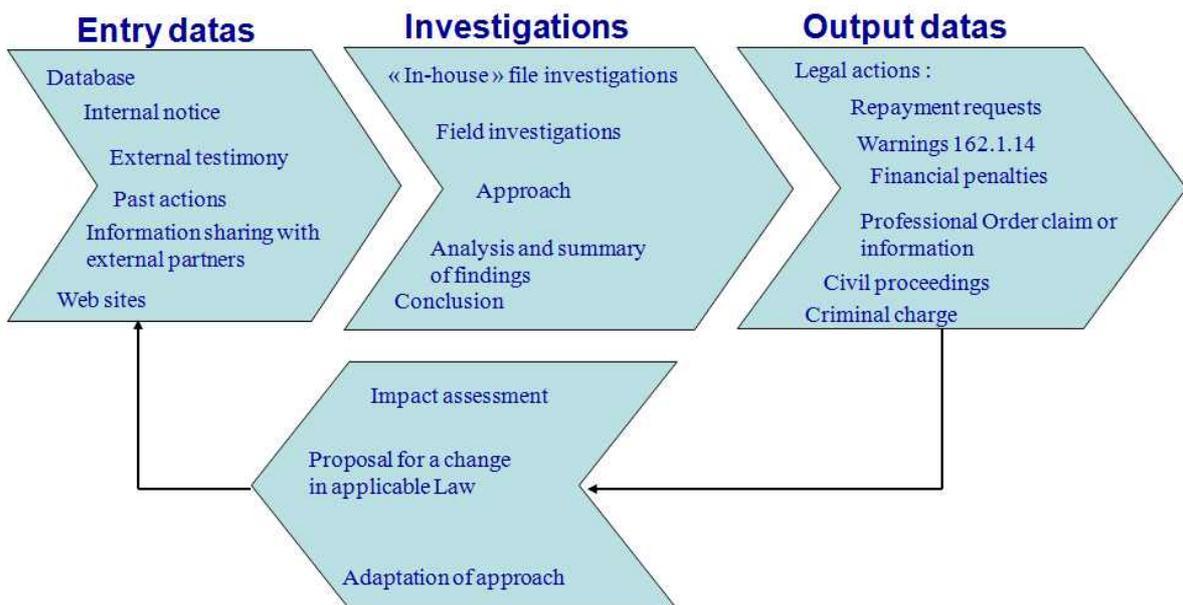
[그림] DACCRF의 조직도



- 26개 권역과 102개의 지역 의료보험조합에서도 부당지출의 방지를 위한 프로그램 개발과 운영, 협조체계 구축 등의 역할을 하고 있음.
- 부당을 감시하는 인력으로 관리자급이 40명 정도이며, 1600명 정도가 심사자가 있음. 이중 의사, 약사, 치과의사는 630명 정도임.

### □ 사기 방지 과정

[그림] 사기 방지를 위한 과정



- 지표 분석과 통계 분석결과를 통해 전문가가 처치량, 진료비 및 기타 부적절한 행동을 확인
  - 또한 의심스러운 보고 및 증거 등을 통해 발견

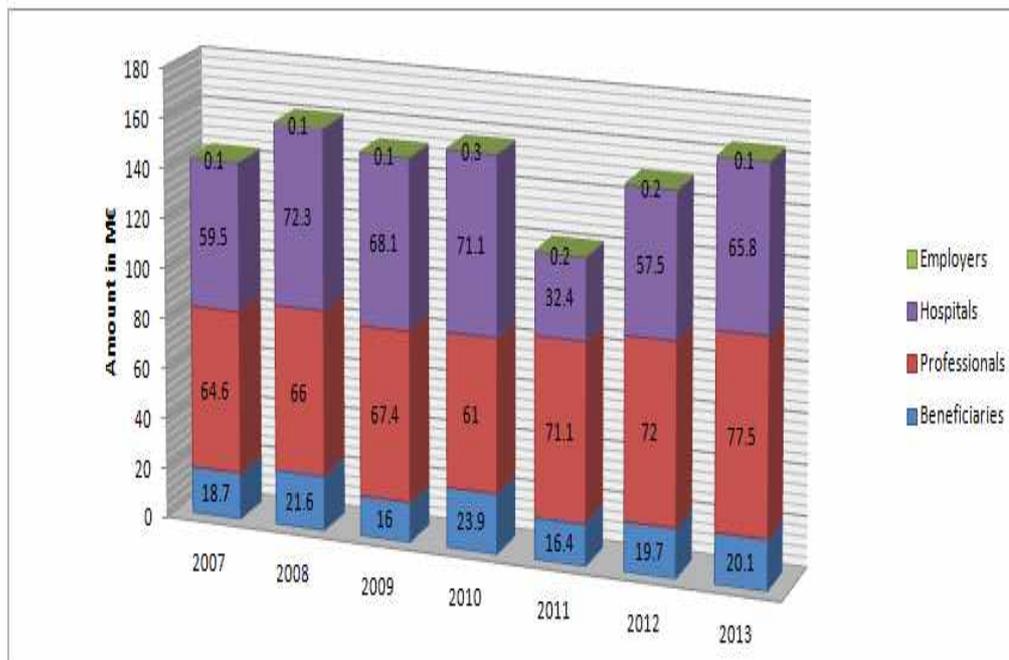
○ 의학적-행정적 차원에서 조사

- 본부에서는 처방전, 청구서를 분석하고 행정자료 및 의료기록 정보를 분석
- 현장에서는 관련 과정의 정보를 요구하고 의료인력이 의료 기록과 환자의 검사 등을 활용하여 의학적 조사를 진행
- 성공적으로 조사가 진행되기 위해서는 역할 구분이 잘 이뤄져야 하는데, 본부에서는 계획을 현장에서 조사를 하고 의료인력과 행정 인력이 팀을 구성해서 조사가 이뤄져야 함.
- 조사는 공적으로 보고되어야 하는데, 복잡한 사례의 경우, 경찰등과의 공조가 필요할 수 있음.

□ FINANCIAL RESULTS AND REALIZATIONS (2005-2013)

○ 2007년 이후 사기, 부정 남용으로 확인된 재정규모는 아래그림과 같음

[그림 ] 사기, 부정 남용 등으로 적발된 재정규모



□ 사기 및 부정을 방지를 위한 노력

- 국가 프로그램 지역 프로그램의 조합, 이를 통해 약 130만 유로를 절감
- 병원의 경우 청구에 기반하여 검증하고 있는데, 이중 청구(입원과 서비스)를 방지
- 현금급여 및 수급권 측면에서도 노력하고 있는데, 외국인을 위한 의료보험과 보편적으로 보험을 활용하여 도용을 막고, 유명회사의 근로자로 하여 현금급여를 요청하고 연금수급자가 상병급여를 신청하는 등의 사례가 존재함. 이를 위해 다른 부처와의 공조가 필요함.

- 산업 현장이나 직장에서 발생한 사건이 아님에도 청구하는 경우를 방지하기 위한 특별한 프로그램 운영
- 의료 서비스에 대한 기록을 확인
- 남용을 방지하기 위한 노력
  - 의심되는 의료 활동에 대한 조사
  - 지불된 비용 수준이 적절한지에 대한 조사
  - 병가 처방에 대한 통제
- 시행 구조(방법)
  - 데이터마이닝
  - 재정 누수에 대한 평가
  - 사기 사례 등을 관리할 수 있는 소프트웨어의 향상
  - 사기에 대한 전문가 구축
- 2014년 ~ 2017년 계획
  - 새로운 목적과 지표 개발, 향상된 reporting 등으로 인한 최적화된 방향 제시
  - 최적화된 검증과 조사 기술 개발
  - 전문적인 기술 습득 개발
  - 데이터 마이닝 등의 발전
  - 기존에 정책들의 발전
  - 공공부분에서의 사기 방지를 위한 공조체계

## 2. 2014.06.27.

### □ 방문기관 및 면담자

- 포츠머스 대학(center for counter fraud studies European Healthcare Fraud Corruption Network)
- prof. Mark Button

### □ 주요 내용

- 부당 지출은 “정부 지출이 그릇된 원인(wrong reason)에 의해 그릇된 사람(wrong person)에게 그릇된 금액(wrong amount)을 제공하는 것”을 의미
  - 부적정 지출은 주로 부정(fraud)과 과실(error)에 의해 발생하는 바, 부정은 청구인의 고의성을 내포하고 과실은 우발적 측면을 강조
  - 부정은 다시 내부직원에 의한 내부 부정(internal fraud)과 청구인에 의한 외부 부정(external fraud)으로 구분
    - 외부 부정은 무자격자 급여신청, 부담면제 신청, 치료비 신청, 보조금 신청, 거래신고 누락, 범죄와의 결탁 등이 대표적
- 영국은 각종 부정에 의한 300억 파운드의 공공재정의 손실로 공공 부문의 경쟁력이 저하되고 공공서비스의 질적 수준이 저하되고 있는 것을 우려
  - '05년 법무부와 재무부 합동으로 전국적인 부정점검(fraud review) 실시 및 권고조치; '06년 부정방지법(Fraud Act) 제정으로 포괄적, 효과적 부정척결 제도화
    - 이법은 사기(fraud)에 대한 헌법적 개념을 정의한 것으로 사기를 신분 위장, 허위 정보, 직권 남용에 의한 사기 등 3가지로 구분
  - 영국은 민관 합동으로 부정 예방 및 국민 인식을 제고하고 부정에 따른 각종 비용을 절감하기 위한 반부패 국가전략 마련
- 영국은 모든 분야의 부정을 다루기 위해 민관 합동의 분권적 추진 체계 구축
  - 부정방지를 위한 전략 수립 및 우수사례 전파 담당
    - 「Fraud Act 2006」의 입법 이후 영국 역사상 최초로 부적정 지출의 법적 정의를 언급한 ‘Combating Fraud Position Statement’를 '07.3에 발간
    - 부정 지출문제 해결을 위한 전략 목표 설정 및 관리; 부적정 지출 가이드 발간; 매년 부정보고서 (fraud report) 발간
  - 4가지의 전략목표를 설정하여 관리하고 있음
    - 이들 전략 목표는 사기에 대한 지식의 축적 및 공유, 가장 심각하고 해로운 사기위협 대처, 사기

피해자 지원 강화 및 사기혐의자 처벌 강화, 사기 발생 방지를 위한 국가의장기적인 대처능력 개선 등임

- 각각의 전략 목표에 대하여 전략목표 추진의 초점이 있고, 이들 초점에 따른 기대 효과 혹은 결과를 설정해 놓고 있음

○ 영국은 주로 사기(fraud) 위험 감소를 위한 전략수립에 매우 적극적인데 사기의 종류로는 수급 자격 사기, 의료비 관련 사기, 치과병원의 허위 진료비 청구 사기 등이 있음

- 사례1) 4명의 의사와 4명의 약사가 공조를 하여 거짓 약품 처방을 발행하였음. 의사가 본인에게 온 고령의 환자에게는 처방전을 발행하지 않았지만, 약사에게 총 557건의 처방전을 발행하여 고가의 의약품을 본인의 진료소로 채워 넣었음,

○ 영국은 국가사기관리(NFI: National Fraud Initiative) 프로그램을 통하여 중앙집권형 형태로 부정적 지출 조사

- '96년 처음 도입된 이 프로그램은 fraud를 탐지하고 예방할 목적으로 피감기관의 내·외부자료를 매칭
  - 데이터 매칭 결과물은 관련 기관에 통보가 되는데 매칭 결과에 대한 실제 조사여부는 해당 기관이 결정
  - 한편 데이터 매칭 결과가 반드시 부적정한 지출과 직접적인 연관이 있는 것은 아니며, 부적정 지출 발생 가능성이 있어 직접적인 조사가 필요한 경우도 있음

□ 영국은 반부정 문화 확산을 위한 조치에 초점 맞추어 사후조치를 하고 있음

○ 사기 조사자를 위한 전문교육 투자, 반사기 문화조성을 위한 홍보, 사기에 대한 일반인의 제보 확보 목적의 핫라인 강화, 다른 정부부서와의 데이터 매칭 강화 등의 노력을 기울이고 있음