

출장결과보고서

미국 공적건강보험에서 부당지출 예방 및 관리
(건강보험 부당지출의 실태와 방지 방안 연구 출장보고)

2014. 8.

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

목 차

1. 출장 개요	1
2. 미국 공적 건강보험제도에서 부정지출 예방 및 관리 현황	2
3. 미국 의료부정 방지협회의 역할	15
4. LA 거주 한인 대상 설문조사 시행 준비 및 관계기관 협조 요청	19
부록 1. 메디케어/메디케이드에서 의료부정 관리에 대한 HHS CMS의 서면답변	21
부록 2. 재외국민의 국내 의료이용 지원방안 마련을 위한 설문조사(안)	31

1. 출장개요

□ 출장자

- 신영석 한국보건사회연구원 부원장
- 강희정 한국보건사회연구원 건강보장센터장

□ 출장기간: 2014.07.06.~2014.07.13

□ 출장목적

- 미국의 공적의료제도에서 부당지출의 예방 및 관리 체계 파악
- 재외 국민 대상 국내 의료이용 현황 조사 시행을 위한 협의

□ 출장기관

- HHS OIG(Office of Inspector General, U.S. Department of Health & Human Services)
- NHCAA(National Health Care Anti-Fraud Association)
- LA 기독교사회, LA 한인회

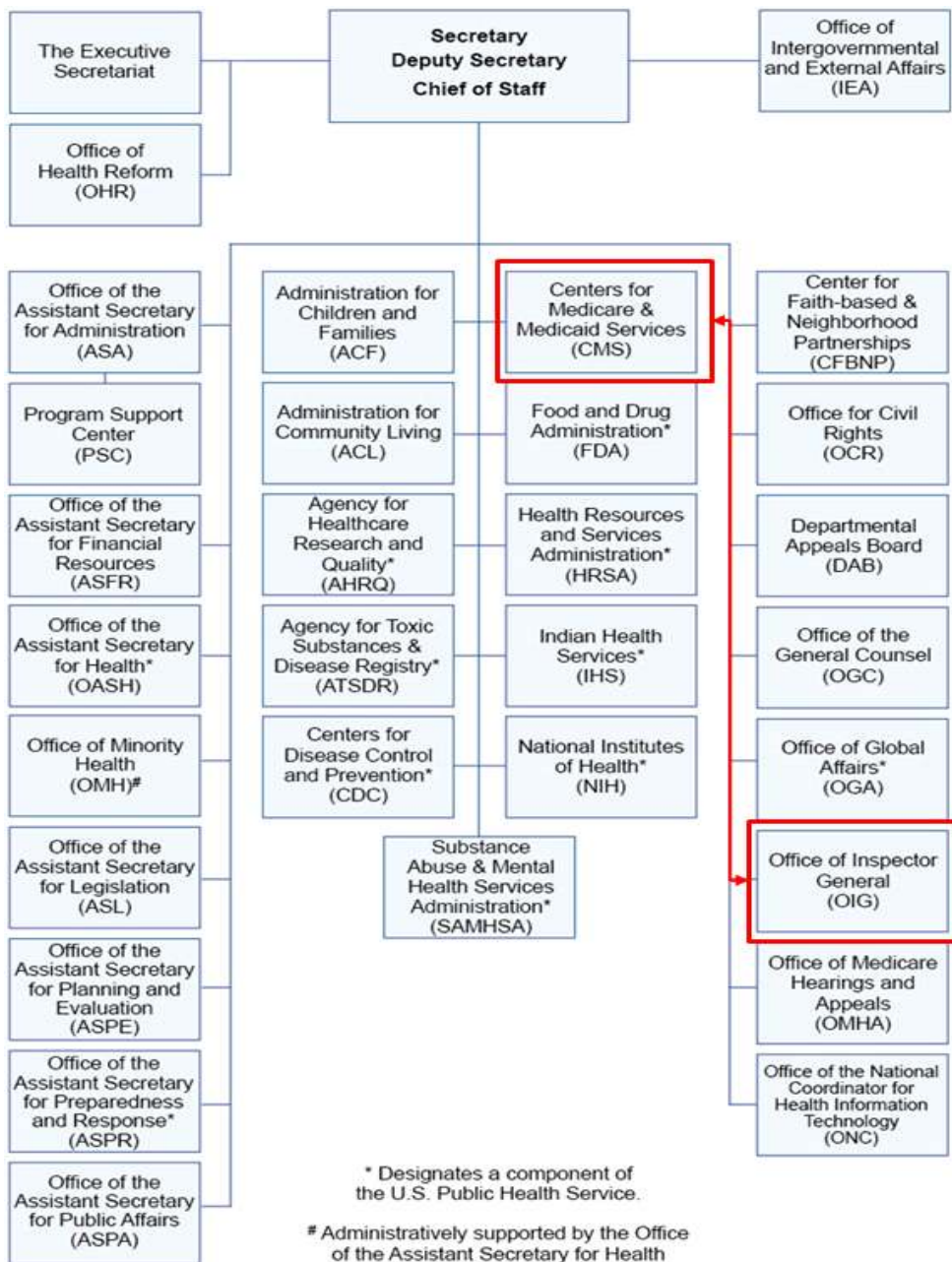
□ 출장일정

년월일	행선지	방문기관	활동사항
2014.07.06	미국(워싱턴DC)		출국
2014.07.07	미국(워싱턴DC)	HHS OIG	미국 공적건강보험제도에서 부정지출 예방 및 관리 제도 조사
2014.07.08	미국(워싱턴DC)	NHCAA	의료비 부정지출 예방과 관리에 있어서 NHCAA의 역할과 활동 조사
2014.07.09	미국(LA)		이동(워싱턴→LA)
2014.07.10	미국(LA)	LA기독교사회	재미한인 설문조사 시행 관련 협의
2014.07.11	미국(LA)	LA 한인회	재미한인 설문조사 시행 관련 협의
2014.07.13	한국(인천)		입국(7월13일도착)

2. 미국 공적 건강보험제도에서 부정지출 예방 및 관리 현황¹⁾

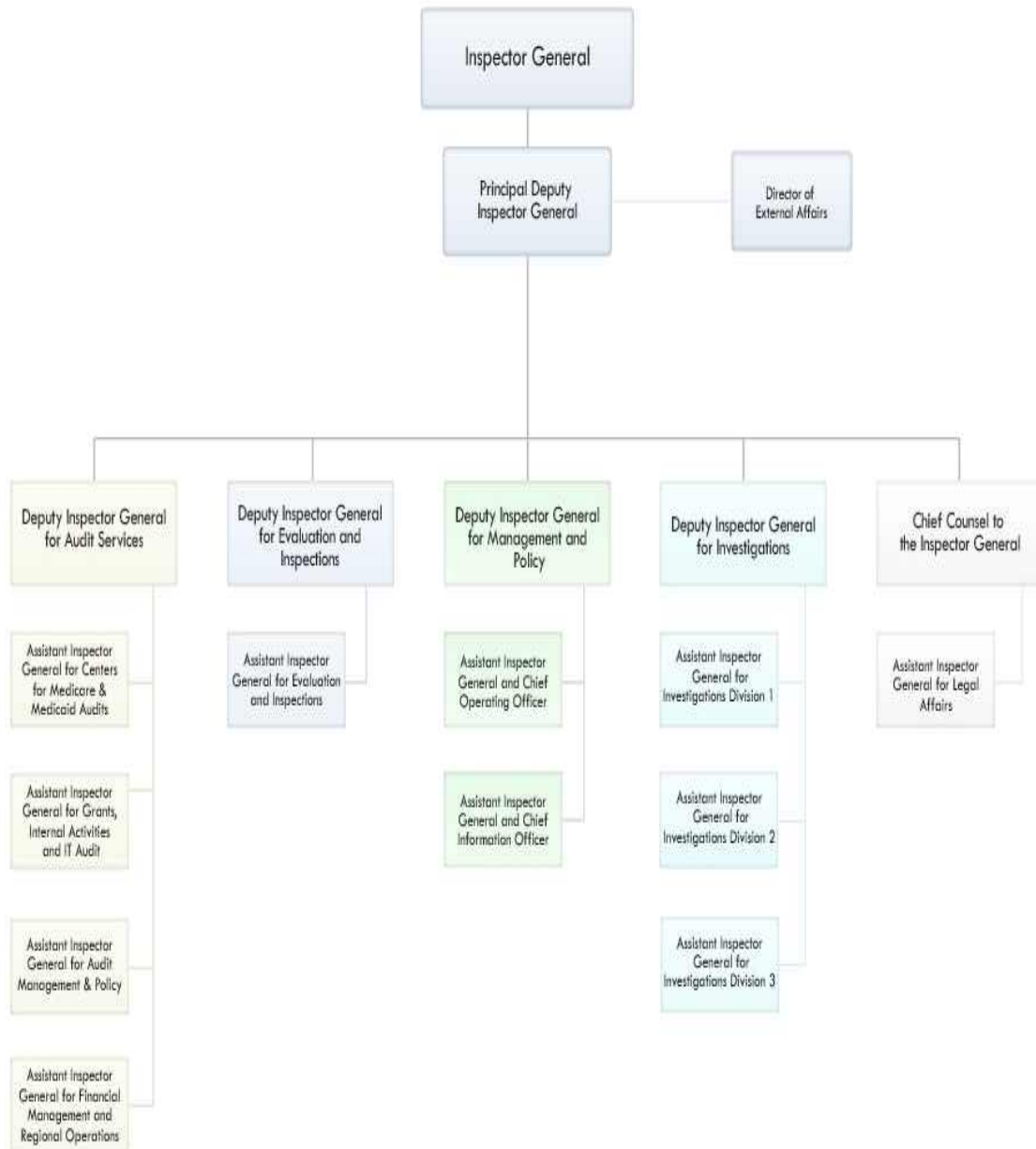
□ 보건부의 구조

- 보건부 OIG와 CMS는 공적제도인 메디케어와 메디케이드에서 부정지출의 예방, 적발, 조사 및 처벌의 효과성 제고를 위해 협업하고 있음.



1) 보건부 OIG 방문 결과와 CMS 서면 답변서(부록 1)를 참조하여 정리함.

□ HHS OIG의 구조



* 의료에서 부정과 부패 등에 대한 척결 임무 수행.

* 상당한 연방재정이 투입되는 보건부에서 OIG 역할 중요

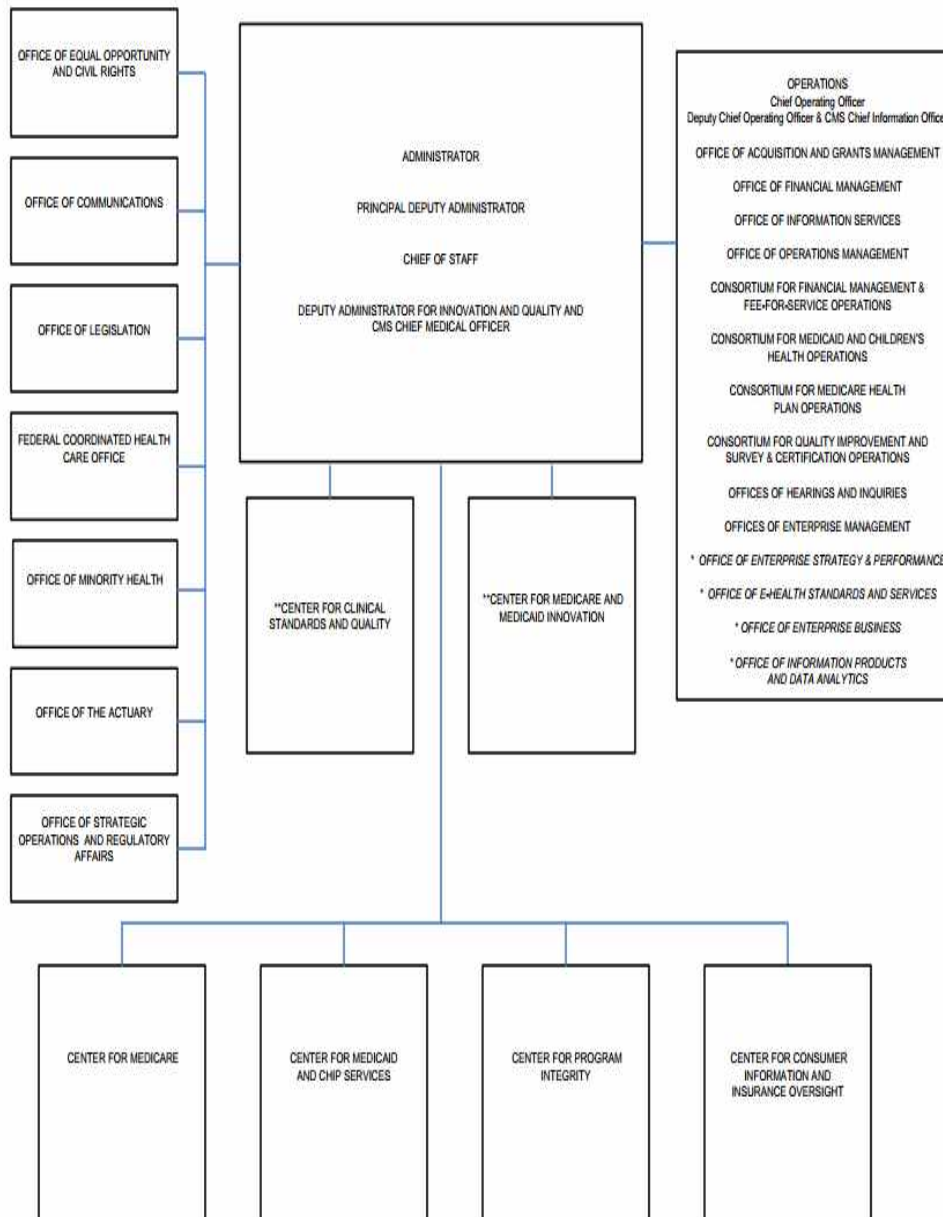
□ HHS CMS의 구조

Central Office Org Chart Text Version

Consortia Org Chart Text Version

**DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES**

APPROVED
* Reports to Offices of Enterprise Management
** Reports to Deputy Admin. for Innovation and Quality



□ OBAMA 의료개혁의 영향

- 오바마 정부의 건강보험 개혁안에서 “허위 및 남용(fraud and abuse)”은 핵심 아젠다로서 부정지출 관련 정책이 사전예방 중심으로 강화됨.
- ACA(Affordable Care Act)는 보건의료지출 중 의료서비스에 대해 지불되는 청구 금액의 규모를 축소시키고 향후 10년간 건강보험 부정지출을 예방하는 프로그램(HCFAC: Health Care Fraud and Abuse Control Program) 시행을 위해 약 3억 달러의 추가 지원을 명시함.
 - 보건부, 사법부 등이 강제/임의로 예산을 분배하여 기금을 조성·운영(표 1)
- 이전에 메디케어와 메디케이드에 대해 별도로 운영되던 허위 및 남용 관련 프로그램을 CMS CPI(Center for Program Integrity)에 하나로 통합함.
- 부당지출을 초래한 의료서비스 제공자에 대해서는 보다 강력한 처벌의 시행을 권고함.
 - 1백만 불 이상 손해를 초래한 보건의료 관련 허위 범죄에 대해서는 기존의 처벌 수준보다 20-50% 상향 조정
- 아울러, 메디케어 부당지출 관리에 대한 CMS의 권한을 강화시킴.
 - 의료서비스 공급자가 메디케어 프로그램에 등록하기 전에 사전에 의심되는 공급자를 조사할 수 있음.
 - 허위 및 남용 등 의심되는 청구건이 감지되었을 때에는 일시적으로 새로운 서비스 공급자 등록을 중단시킬 수 있음.
- 2012년 7월, 자발적 민관협력관계로서 의료부정예방파트너십(HFPP: Healthcare Fraud Prevention Partnership)을 체결함.
 - 보건의료 관련 허위를 예방하고 적발하기 위한 민관협력.
 - 허위 관련 데이터 및 정보(지리적으로 사기가 많이 발생하는 지역, 기존에 자주 사용되던 사기 청구 코드, 특정 사기 형태 등)에 대한 상호교환이 주요 목적임.

〈표 1〉 2013년 기준 미국 부당지출 관련 연방예산

구분	2013년 회계연도 기준(달러)
강제예산	
보건부 감사관실	187,097,926
보건부	34,819,122
Medicare Integrity Program	851,509,634
사법부	58,164,042
FBI	128,149,614
임의예산	
보건부 감사관실	28,121,691
CMS Program Integrity	237,343,109
사법부	28,121,691
총액	1,553,326,830

출처: 미국 보건부, 2014

□ 메디케어에서 부정 지출의 사전 예방 및 사후 관리

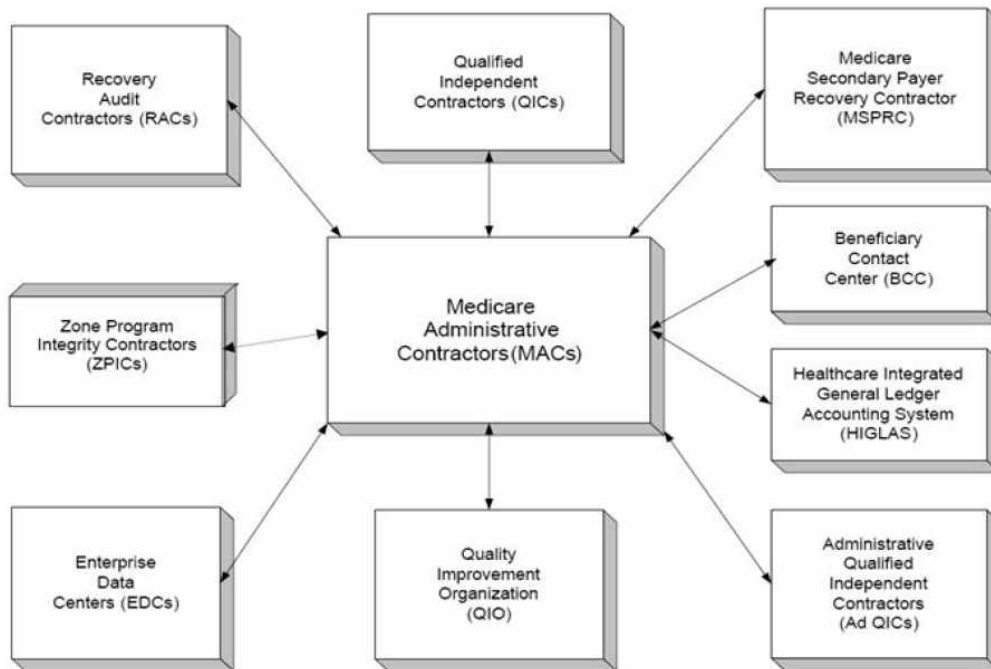
① Medicare Integrity Program(MIP)

- 1996년 HIPAA(Health Insurance Portability and Accountability Act(HIPAA))에 의해 MIP가 수립됨. MIP를 통해 CMS는 잠재적인 허위, 낭비, 남용을 감지하고 차단하는 역량이 강화됨.
 - MIP 수행을 위해 Program Safeguard Contractors(PSC)라는 새로운 당사자와 계약을 체결함.
- CMS는 2003년 Medicare Modernization Act(MMA)에 근거한 메디케어 행위별수가제 계약 개혁을 통해 경쟁을 통해 계약자를 선정하게 됨.
- 대표적으로 메디케어에는 총 10가지 유형의 행정 계약자가 존재하며 이중 별도로 청구건에 대해 심사를 하는 행정계약자가 있음. 계약자들 간에는 구체적인 계약의 범위에 따라 다음의 업무내용과 차이가 있을 수 있음.
 - Medicare Administrative Contractors(MACs)
 - 2003년 MMA이전에 FIs와 Carriers가 통합된 형태의 행정계약자로

의료서비스 공급자의 청구 및 지불 관련 업무 대행

- 부적절 지불 건에 대해 인지 및 환수, 의료서비스 공급자의 부당 청구에 대한 감시 및 교육 등 수행

〈그림 1〉 메디케어 제반 업무 행정계약자 구성



- Recovery Audit Contractors(RACs)

- 이미 지불된 건 중 부적절 지불을 감지하는 업무를 수행
- 의심되는 의료서비스 공급자에게 추가 정보를 요청할 수 있는 권한을 가짐.
- 자신들이 적발한 부당지출 건수/양만큼 비용을 보전 받는 수입 구조를 가지고 있음.
- 잠재적(potential) 부정을 조사하는 것이 의무는 아니지만, 의심되는 건이 감지되었을 때는 추가조사를 위해 반드시 CMS에 보고해야 함.

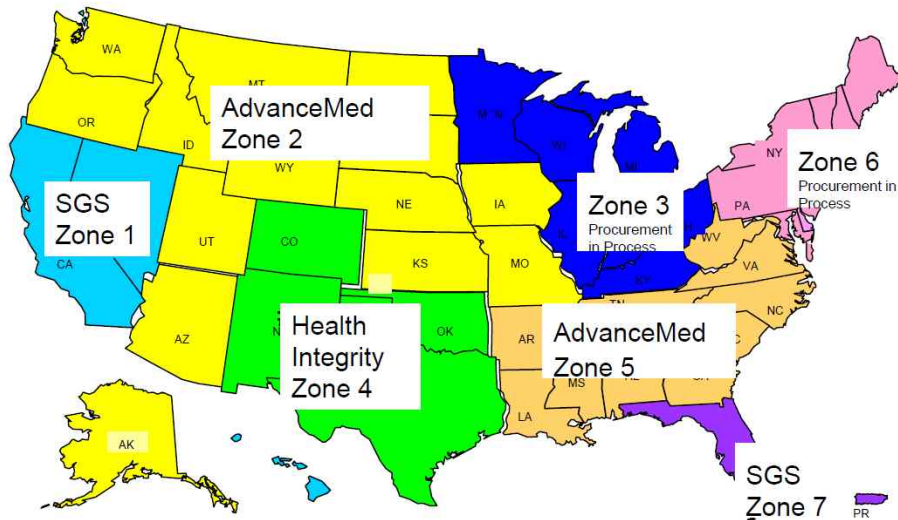
- Qualified Independent Contractors(QIC)

- 기타 행정 계약자를 통해 의심이 제기된 청구건에 대해 독립적으로 검

토를 수행함.

- Zone Program Integrity Contractors(그림 1, 표 2)
 - CMS는 7개의 program integrity zones을 구분하여 부당지출 관련 의심되는 서비스 공급자에 대해 감사 및 환수를 대행하는 PSCs(Program Safeguard Contractors)를 ZPIC(Zone Program Integrity Contractors)로 이관함.

<그림 2> Zone Program Integrity Contractors



<표 2> Zone Program Integrity Contractors와 관할 구역

ZPIC	Zone	States in Zone
Safeguard Services (SGS)	1	California, Hawaii, Nevada, American Samoa, Guam, and the Mariana Islands
AdvanceMed	2	Washington, Oregon, Idaho, Utah, Arizona, Wyoming, Montana, North Dakota, South Dakota, Nebraska, Kansas, Iowa, Missouri, Alaska
Cahaba	3	Minnesota, Wisconsin, Illinois, Indiana, Michigan, Ohio, Kentucky
Health Integrity	4	Colorado, New Mexico, Texas, and Oklahoma
AdvanceMed	5	Arkansas, Louisiana, Mississippi, Tennessee, Alabama, Georgia, North Carolina, South Carolina, Virginia, West Virginia
Under Protest	6	Pennsylvania, New York, Delaware, Maryland, D.C., New Jersey, Massachusetts, New Hampshire, Vermont, Maine, Rhode Island, Connecticut
Safeguard Services (SGS)	7	Florida, Puerto Rico, Virgin Islands

- ZPIC는 CMS, 법무부, CIA 등과 함께 공조하여 부당지출을 한 제공자에 대해 기소가 가능함.
 - 기존 CMS 계약자들과 달리 ZPIC는 의심스런 청구건에 대해 조사하고 사기성 행위가 짙을 경우 청구액을 환수하거나, 처벌을 위해 부당지출 사례의 정보를 보건부 감사관실/ 사법부에 전달함.
 - 단, 과잉지불(overpayment) 건에 대해서는 직접 환수하지 않고 MAC와 같은 다른 계약자에게 넘김.
 - ‘허위(fraud) 관련 업무’를 전담하고 있다는 점에서 다른 계약자들과 차이를 가짐.
- 이 외에도 메디케어에서 처방 의약품에 대한 부당지출만을 전담하는 MEDICs(Medicare Drug Integrity Contractors), 의료 용구(DME: Durable Medical Equipment)에 대한 부당지출을 전담하는 NSCs(National Supplier Clearinghouse Contractors), 메디케어/메디케이드 외 다른 제2 보험자가 운영하는 보건의료프로그램에서 부당지출을 조사하는 COB(Coordination of Benefits Contractor) 등이 있음.
- 이 외에 메디케어와 계약한 민간 보험 프로그램을 위해 부당지출 예방 관련 자료를 배포하거나, 온라인 무료 교육 프로그램 및 자료를 제공하고 있음(CMS 출장자료, 2014)²⁾.
 - Senior Medicare Patrol: 메디케어 가입 환자들이 서비스를 제공받을 때, 부당지출의 피해자가 되지 않도록 다양한 프로그램을 시행함(CMS 출장자료, 2014)³⁾.
 - 350만명의 메디케어 가입 환자 대상 교육
 - 120만명의 메디케어 가입 환자 1:1 상담

2) <http://medic-outreach.rainmakersolutions.com/free-resources/>

3) http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/SMP/

② 교육

- Medicare Integrity Institute: 2007년 9월, 미국 법무부와 CMS가 함께 세운 교육기관으로 콜롬비아에 위치하고 있음⁴⁾.
 - 매년 정기적 교육 과정에서, 기술적 내용 뿐 아니라, 보건의료환경에서 사기를 사전에 예방할 수 있는 다양한 내용을 제공하고 있음.

〈표 3〉 MII의 정기 교육 과정 내용

HCPPro's Certified Boot Camp-Inpatient Version
Basic Skills and Techniques in Medicaid Fraud Detection
Emerging Trends in Medicaid Program Integrity
Coding for Non-Coders
Identifying and Preventing Fraudulent Medicaid Drug Claims Symposium
Program Integrity Fundamentals Seminar
HCPPro's Certified Coder Boot Camp-Original Version
Medicaid Provider Enrollment Seminar
Program Integrity Leadership Forum
Program Integrity Partnership in Managed Care Symposium
Specialized Skills and Techniques in Medicaid Fraud Detection
HCPPro's Evaluation and Management Boot Camp
Data Expert Symposium

출처: <http://www.justice.gov/usao/training/mii/mii.courses.14.pdf>

③ HEAT(Health Care Fraud Prevention Team) 설치 및 운영

- 2009년 5월 20일 설립하여 사기 예방을 전담하는 기구로서 현재 미국에 9개의 지부(루이지애나, 뉴욕, 일리노이, 텍사스 두 곳, 미시건, 캘리포니아, 플로리다 두 곳)를 두고 있음.
- HEAT는 보건부 감사관실(OIG)과 사법부가 협력하여 부당지출 업무를 담당하는 별도의 독립된 조직

4) <http://www.justice.gov/usao/training/mii/index.html>

- 메디케어의 부당지출 해결이 주된 업무이며 부당지출을 해결하는데 있어 정부 부처간 협력이 용이할 수 있도록 정보를 공유하거나 다양한 방법을 고민하고 있음(미국 보건부 및 법무부 보고서, 2014).
 - 또한 HEAT Provider Compliance Training initiative라는 교육과정에서 공공, 민간 기관 이해당사자, 보건부 공무원 대상으로 비정기적 교육을 제공하고 있음.
- 2011 회계연도에 10억불 이상을 부정 청구한 혐의로 9개 지역에서 320명을 기소하는 등 관련기관 협조 및 HEAT 공조를 통해 많은 성과를 거둠

④ 신고 포상

- 2013.4.24(수) 미 보건복지부(HHS)와 의료보장본부(CMS)는 메디케어 사기방지를 위하여 메디케어 사기에 대한 신고 포상금을 인상하고, 메디케어 제공자(provider) 및 공급자(supplier) 등록 제도를 강화하기 위해 관련 연방규정(42 CFR 420.405 및 42 CFR part 424, subpart P)을 개정함⁵⁾.
- 보건부는 개정안을 통해, 메디케어의 사기와 연루된 개인과 기관의 의심사례에 대한 정보를 제공하여 성공적으로 메디케어 신탁기금(Medicare trust Fund)을 회수할 수 있도록 신고한 사람에 대한 인센티브를 대폭 상향하여 최고 1천만불까지 보상하고, 관련 공급자에 대한 등록 거부 등의 메디케어 등록제도를 강화함.
 - 메디케어 기금이 회수될 수 있도록 구체적인 정보를 제공한 사람에게 회수금액의 15%, 최고 약 1천만불까지 보상
 - 현행 보상규정은 회수금액의 10%, 최고 약 1천불까지 보상금으로 지급하고 있음
- 1998년부터 지금까지 메디케어 사기 신고에 대한 포상제도로 약 350만불

5)

<https://www.federalregister.gov/articles/2013/04/29/2013-09991/requirements-for-the-medicare-incentive-reward-program-and-provider-enrollment-medicare-program>

을 회수하였고, 포상금은 18건에 16천불로 미미한 실정이었음

□ 의료개혁법상 보건의료 부정(fraud)에 대한 처벌강화 등 조치

- (처벌강화) 1백만불 이상 손해를 끼친 보건의료 사기범죄에 대한 처벌기준 20~50% 상향
- (감시계약 확대) 메디케어 낭비, 사기, 남용에 대한 감시계약을 메디케어 드, 메디케어 Advantage 및 메디케어 Part D에도 확장
- (관련기관 협조강화) 주, 의료보장본부(CMC), 보건복지부 감사관실(OIG) 단속반, DOJ 등 정부기관 간 합동단속 및 정보공유
- (지급정지제도) 의심사기사례에 연루된 제공자(provider)와 공급자(supplier)에 대한 지급정지 권한을 CMS에 부여

□ 메디케어 부정방지 활동의 성과

- 재등록 제도
 - 메디케어 제공자에 대한 재등록(revalidating the enrollment)제도를 통해 초기단계에서 제공자 234명 탈락시킴
 - 부정과 관련된 제공자의 등록 거부, 확인된 부정 행위자에 대한 등록 중단 등 메디케어 등록제도의 강화
- 사전 스크리닝 제도
 - 의료개혁법의 사전점검 요건에 따라 강화된 현장방문을 통해 영업장소가 실제 운영되지 않거나 건물사용이 종료된 제공자와 공급자 15명 적발
- 행정처분 강화
 - 2011년 메디케어를 취약하게 하는 메디케어 제공자와 공급자 4,850개 취소(revoked), 56,733개 정지(deactivated)

- 사전지급검토 제도
 - 2011년 의심되는 청구에 대해 지급을 중단시키는 사전지급검토 (pre-payment edits)를 통해 208백만불 절감
- 기소확대
 - 사기혐의에 대하여 기소를 강화, 기소자가 2008년 797명에서 2011년 1,430명으로 약 75% 증가
- 신고전화 운영 및 조사강화
 - 1-800-MEDICARE 신고전화를 운영, 노인과 장애인으로부터 접수하고, 49,000개 사기 불만사항에 대해 심층조사 의뢰
- 수급자조사 강화
 - 최근 분기별 수급자 메디케어 요약보고(Medicare Summary Notices)를 다시 디자인, 사기를 찾아내고 보고하기 쉽도록 함

□ 메디케어에서 부정 지출의 사전 예방 및 사후 관리의 재정적 성과

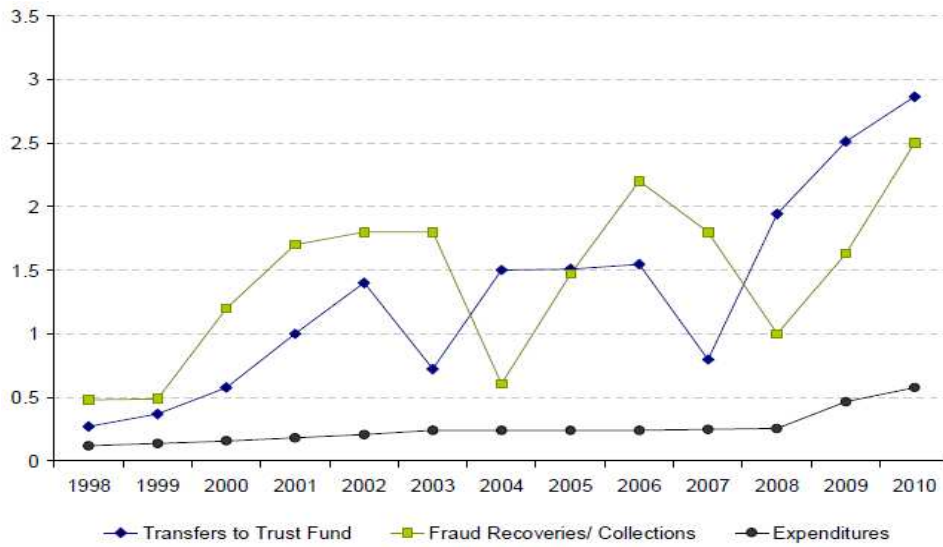
- 미국의 HCFAC(Health Care Fraud and Abuse Control) 연간 보고서에 따르면, 부당지출에 따른 환수 금액은 증가하고 있음(CRS Report, 2011).
 - 2010년, 연방정부는 2억 5천달러를 환수 조치하였으며, 2억 9천달러를 HI Trust Fund에 뒀.
 - 특히, 2006년 환수 조치 금액이 증가한데는, Tenet Healthcare Corporation에 대한 조치⁶⁾로 인한 결과임.
- 같은 연도에서 환수 금액 규모와 HI Trust Fund 규모의 차이가 있는 이유는 실제 부당지출을 인지하고 조사하는 시점과, 환수 조치가 이루어지는 시점에서 차이가 있기 때문임.
- 하지만 부당지출 환수 조치 금액이 증가한 이유에 대해 정책적 노력의 효

6) 미국에서 두 번째로 큰 병원 체인으로 당시 Tenet Healthcare Corporation은 4년동안의 부당 청구로 인해 과잉 지불 9억 달러 이상 환수 조치를 당함.

과인지 혹은 부당지출이 계속 해서 증가한지 등 의견이 다양함(CRS report, 2011)

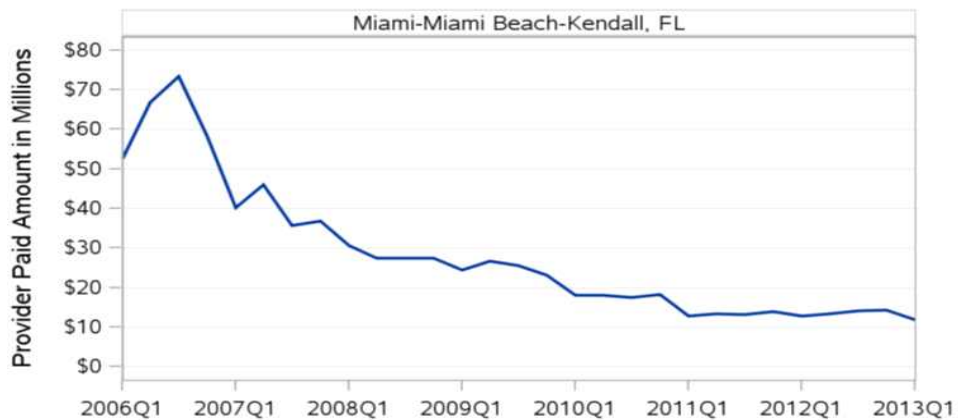
〈그림 2〉 부당지출 환수 조치 금액 규모

(단위: 억달러, 출처: CRS report, 2011)



- 한편, 2009년부터 의료용구(Durable Medical Equipment) 공급자는 반드시 승인절차를 거치고 최소 5만달러의 보증 증서를 소유하도록 강제 실시한 결과, 2009년 10-12월 사이에 10,522명의 의료용구 공급자들이 적발되고 1,500명의 공급자가 자발적으로 메디케어 프로그램 등록을 중단함.
- 이러한 노력으로 인해 마이애미의 메디케어 지출 중 의료용구 지불금액은 계속해서 감소하고 있는 추세임.

〈그림 3〉 의료용구에 대한 메디케어 지불액 규모(출처: CMS 출장자료)



3. 미국 의료부정 방지 협회(National Healthcare Anti-Fraud Association)의 역할

□ 기관 설립과 운영

- 1985년에 일부 민간 보험회사와 연방 및 주 정부 관료들이 공동으로 설립
 - 의료 부정 방지를 목적으로 운영되는 유일한 전국단위 비영리 조직임.
- 회원가입은 자발적이며, 협회 회원들은 전국에 있는 대부분의 의료보험자와 의료부정에 대한 형사권을 갖는 공적 영역의 조사 및 규제 기관들로 구성되어 있음.
- 기관 운영재원은 회비(50%), 교육 프로그램 등 사업 수익금(40%), 기타(10%)로 구성되며, 연간 회비는 조직의 규모를 기반으로 책정되는데 조직의 규모는 보험사의 경우 보험 급여비 규모를 바탕으로 함.
- 협회 회원 유형
 - 조직 회원, 법적 집행 연계 제휴 회원, 지원 회원, 개인 회원 등

□ 조직의 임무

- 조직의 임무는 의료 부정과 남용에 대한 인식을 확대하고 감지, 조사, 민·형사 고소와 예방 기능을 증진시킴으로써 공공의 이익을 보호하는 것임.
 - 의료 부정과 남용 방지를 위한 강력한 민관 파트너십 유지
 - 의료 부정과 남용 방지를 위한 독보적인 학습기회 제공
 - 의료 부정과 남용과 관련된 민·관 영역의 정보 공유 기회 제공
 - 정부, 산업, 언론에 대한 의료 부정 방지관련 정보와 전문적 지원을 제공하는 전국적 자원(resource) 역할
 - 의료 부정 방지 전문가 신임(accreditation)을 통해 의료부정과 방지에 대한 감지, 조사, 집행에서의 직업적 전문성 인정과 발전

□ 주요 업무

- 파트너십(partnership) 유지
 - 1/3 공적 프로그램, 2/3 민간 개별 프로그램
 - 민간과 공적 영역의 정보 공유 기회 제공
- 부정방지사업(Anti-fraud Initiatives) 지원
- 부정방지 관계 그룹 관리
- 교육 및 훈련 시행
 - 전국적 교육 및 훈련 시리즈(National Education & Training Series, NETS)
 - 원격 학습(Distance Learning)
 - 오디오 컨퍼런스(Audio Conferences)
 - 연례 훈련 컨퍼런스(Annual Training Conference)
 - 공인의료부정조사자 지명(Accredited Health Care Fraud Investigator(AHFI) Designation)
- 정부관련 업무(Government Affairs)
- 의료부정 방지 자원 관리(Health Care Anti-Fraud Resources)

□ HHS의 의료부정방지활동과의 관계

- 2012.7. 26(목) 미 보건복지부(HSS) Kathleen Sebelius 장관과 법무부 (DOJ) Eric Holder 장관은 보건의료사기(health care fraud) 방지를 위해 연방정부, 주 공무원, 지도적 민간건강보험회사, 기타 보건의료 반사기(anti-fraud) 민간단체 간 획기적인 민간협력(public-private partnership)을 출범시킨다고 발표한 바 있음⁷⁾.

7) <http://www.hhs.gov/news/press/2012pres/07/20120726a.html>

- 새로운 민관협력은 사기성 보건의료 청구 및 지불을 적발하고 예방하기 위해 정보와 수범사례를 정부기관과 민간이 공유하도록 설계하는 것이 주요 목적이었음.
- 민관협력 추진과 함께, 연정부는 신뢰할 수 있는 제3기관(trusted third party)을 통해 메디케어, 메디케이드, 민간건강보험으로부터 수집된 자료를 데이터 마이닝 기법 등을 이용하여 분석함으로써 사기 위험성이 높은 공급자와 청구를 감지하고자 함.
- 참여기관(민간조직과 정부기관 알파벳 순)은 다음과 같으며, NHCAA는 주요한 민간 협력체로서 참여하고 있음.
 - NHCAA는 자율적인 회원 네트워크 구성을 통해 정보 공유를 공유함으로써 결과적으로 보건부 프로그램에 대한 의료제공자, 개별 보험자 등의 순응도 제고에 기여한다고 평가됨.
 - 아울러, 회원 네트워크를 통해 확보된 정보를 정부와의 협력관계에서 지원함으로써 정부의 제도 효과성을 높이는데도 기여한다고 볼 수 있음.
- 정부의 민관협력 참여기관(민간조직과 정부기관 알파벳 순)
 - America's Health Insurance Plans
 - Amerigroup Corporation
 - Blue Cross and Blue Shield Association
 - Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
 - Centers for Medicare & Medicaid Services
 - Coalition Against Insurance Fraud
 - Federal Bureau of Investigations
 - Health and Human Services Office of Inspector General
 - Humana Inc.
 - Independence Blue Cross

<http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2011/03/fraud03152011a.html>

- National Association of Insurance Commissioners
- National Association of Medicaid Fraud Control Units
- **National Health Care Anti-Fraud Association**
- National Insurance Crime Bureau
- New York Office of Medicaid Inspector General
- Travelers
- Tufts Health Plan
- UnitedHealth Group
- U.S. Department of Health and Human Services
- U.S. Department of Justice
- WellPoint, Inc.

4. 미국 로스앤젤레스 거주 한인 대상 설문조사 시행 준비 및 관계기관 협조 요청

□ 면담 기관

LA 한인회 및 기독교사회 관계자 면담

□ 목적

- 「재외국민의 국내 의료이용 지원방안 마련」설문조사 협조요청과 시행 방안에 대한 협의
- 조사 설문지(안)에 대한 검토 및 의견 수렴

□ 방문 배경

- 재외 국민이 국내 의료이용을 위해 친인척 또는 지인들의 건강보험을 대여하는 문제가 제기되어 왔음.
- 재외 국민이 보다 저렴한 비용으로 올바르게 한국 내 의료이용을 할 수 있도록 안내하고 지원하는 제도적 결합에 대한 검토 필요
- 이에, 설문조사결과를 바탕으로 재외 국민의 한국 내 의료서비스 이용 현황과 문제점을 파악하여 지원 방안을 제안하고자 하였음.

□ 주요 조사 내용

- 미국에서 가입한 의료보장 유형 및 한국 건강보험제도에 대한 인지
- 한국에서의 의료서비스 이용 경험 및 향후 이용 의사
- 재외 국민이 한국에서 의료서비스 이용 시 장애요인
- 관련 건의 사항

□ 협의 결과

- 사전에 송부한 부록 1의 조사표(안)에 대한 답변의 어려움 등 검토의견을

수렴한 결과, 답변에 크게 어려움은 없는 것으로 확인됨.

- 최근에는 기독교상조회 활동 등을 통해 한국관광상품과 연계한 국내 의료 이용이 확대되고 있으며, 건강보험증 대여 사례는 찾기 어렵다는 의견이 있었음.
- LA거주 한인 대상 설문조사의 참여율을 높이기 위해 LA한인회와 기독교사회관계자의 제안에 따라 교회 네트워크를 통해 인쇄된 설문조사와 이메일 조사를 병행키로 하였음.

부록 1. 메디케어/메디케이드에서 의료부정 관리에 대한 HHS CMS의 서면답변⁸⁾

8) 보건부 방문과 관련하여 동일한 질의내용에 대하여 CMS가 보내준 서면 답변서임.

General rules to manage healthcare fraud and abuse in Medicare and Medicaid

- How to define the concept of “healthcare fraud and abuse” officially

CMS ANSWER:The definitions below are from CMS’s Program Integrity Manual, available on the web at <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/pim83exhibits.pdf>.

Abuse

Billing Medicare for services that are not covered or are not correctly coded.

Fraud

Fraud is the intentional deception or misrepresentation that the individual knows to be false or does not believe to be true, and the individual makes knowing that the deception could result in some unauthorized benefit to himself/herself or some other person.

- Recent amendments in laws and institutions related to healthcare fraud and abuse

CMS ANSWER: The historic health reform legislation, the Affordable Care Act, was also the most significant anti-fraud legislation in recent years. Section IV of the Affordable Care Act provided CMS and other agencies with significant new authorities to prevent and take action against fraud, waste and abuse.

The full title is available on the web at <http://www.hhs.gov/healthcare/rights/law/title/vi-transparency-program-integrity.pdf>.

- Public or private agencies which are involved in the initiatives of managing fraud and abuse

CMS ANSWER: CMS partners with the Department of Health and Human Services Office of Inspector General, the Department of Justice, the Federal Bureau of Investigation, all State Medicaid Agencies, the Medicaid Fraud Control Units, Attorneys General. CMS also partners with private insurance companies and associations through its Healthcare Fraud Prevention Partnership
 – more information is available on the web at <http://hfpp.cms.gov/>.

- Financial cost of fraud and abuse
 - Ways to estimate the financial volume of healthcare fraud and abuse in total health expenditure
 - How much the financial leak due to fraud and abuse are estimated
 - details of estimation method
 - Types of fraud and abuse, financial cost by the type
 - The mechanism by which the financial cost is regularly estimated

CMS ANSWER: Under law (the Improper Payments Elimination and Recovery Act (IPERA) and the Improper Payments Elimination and Recovery Improvement Act (IPERIA)), CMS is required to estimate improper payment rate and a projected dollar amount of improper payments for Medicare, Medicaid, and CHIP. The rates are reported on the web at <http://www.paymentaccuracy.gov/>. Improper payments are errors that are not necessarily fraudulent. The vast majority of Medicare FFS improper payments fall into two categories: 1) inadequate documentation to support the services billed and 2) the documentation as provided did not support that the services were medically necessary. In FY 2013, the Medicare FFS improper payment rate was 10.1 percent, or a projected \$36 billion. More information about how CMS measures that rate is available on the web at <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/CERT/Downloads/CERT-101-07-2013.pdf>.

CMS has developed a methodology to estimate “probable fraud” but has not yet completed the pilot. Information about the methodology is available on the web at http://www.reginfo.gov/public/do/PRAViewDocument?ref_nbr=201207-0938-001.

- Controlling fraud and abuse in OBAMA administration
 - Major changes in policies for healthcare fraud and abuse since the implementation of PPACA
 - In 2010-2015 DHHS strategic plan, Goal 4 of increasing efficiency includes fight fraud & eliminating improper payments. Specific approaches for the objective and their performance

CMS ANSWER: As noted above, the Affordable Care Act has provided CMS with additional tools to fight fraud. Significantly, it gave CMS the authority to apply different screening procedures to different types of providers based on their risk of fraud. For example, suppliers of durable medical equipment and home health agencies have historically posed a higher risk of fraud. The Affordable Care Act required CMS to rescreen all existing 1.5 million Medicare suppliers and providers under new risk-based screening requirements. Since March 25, 2011, more than 930,000 providers and suppliers have been subject to the new screening requirements and over 350,000 provider and supplier practice locations had their billing privileges deactivated for non-response as a result of revalidation and other screening efforts.³ Since the implementation of these requirements, CMS has also revoked 20,219 providers' and suppliers' ability to bill the Medicare program as a result of felony convictions, practice locations that were determined to be non-operational at the address CMS had on file, or non-compliance with CMS rules, such as licensure requirements. CMS has demonstrated that revocations result in cost avoidance. For example, by revoking 48 providers identified by our advanced predictive technology, CMS prevented \$81 million in improper payments. The new report on the Fraud Prevention System is available here: <http://www.stopmedicarefraud.gov/fraud-rtc06242014.pdf>.

CMS also has other activities that are targeting improper payments. In keeping with statutory requirements to promptly pay claims in Medicare, our claims processing systems were built to quickly process and pay the roughly 3.3 million Medicare FFS claims that we receive each day, totaling approximately 1.2 billion Medicare FFS claims in calendar year 2013. Due to the volume of claims processed by Medicare each day and the significant cost associated with conducting medical review of an individual claim, CMS heavily relies on

automated edits to identify inappropriate claims. CMS has designed its systems to detect anomalies on the face of the claims, and through these efforts, we are paying the claims correctly as they are submitted nearly 100 percent of the time. For example, CMS is using the National Correct Coding Initiative (NCCI) to stop claims that never should be paid in Medicare Part B and Medicaid. This program prevents payments for services such as hysterectomy for a man or prostate exam for a woman. The use of the NCCI procedure-to-procedure edits saved the Medicare program \$530 million in FY 2013. More information is available on the web at <http://www.cms.gov/Medicare/Coding/NationalCorrectCodInitEd/>.

The main challenge with improper payments is that detection relies on evaluating the medical record – to identify whether the service was medically needed, for example – which is not submitted with claims. CMS and its MACs develop medical review strategies using the improper payment data to ensure that we target the areas of highest risk and exposure. The review strategies range from issuing comparative billing reports that educate providers about their billing practices by showing the provider in comparison to his or her state and national peers, to encourage providers to conduct self-audits, to targeted medical review of specific providers. The MACs reported that medical review resulted in \$5.6 billion in savings for FY 2013.

- Relationship between CMS and HEAT task force

CMS ANSWER: The sustained success of HEAT demonstrates the effectiveness of the Cabinet-level commitment between HHS and Department of Justice (DOJ) to prevent and prosecute health care fraud. Since its creation in May 2009, HEAT, has played a critical role in identifying new enforcement initiatives and expanding data sharing to a cross-government health care fraud data intelligence sharing workgroup. A key component of HEAT is the presence of Medicare Strike Force Teams, interagency teams of analysts, investigators, and prosecutors, who target emerging or migrating fraud schemes such as criminals masquerading as healthcare providers or suppliers.

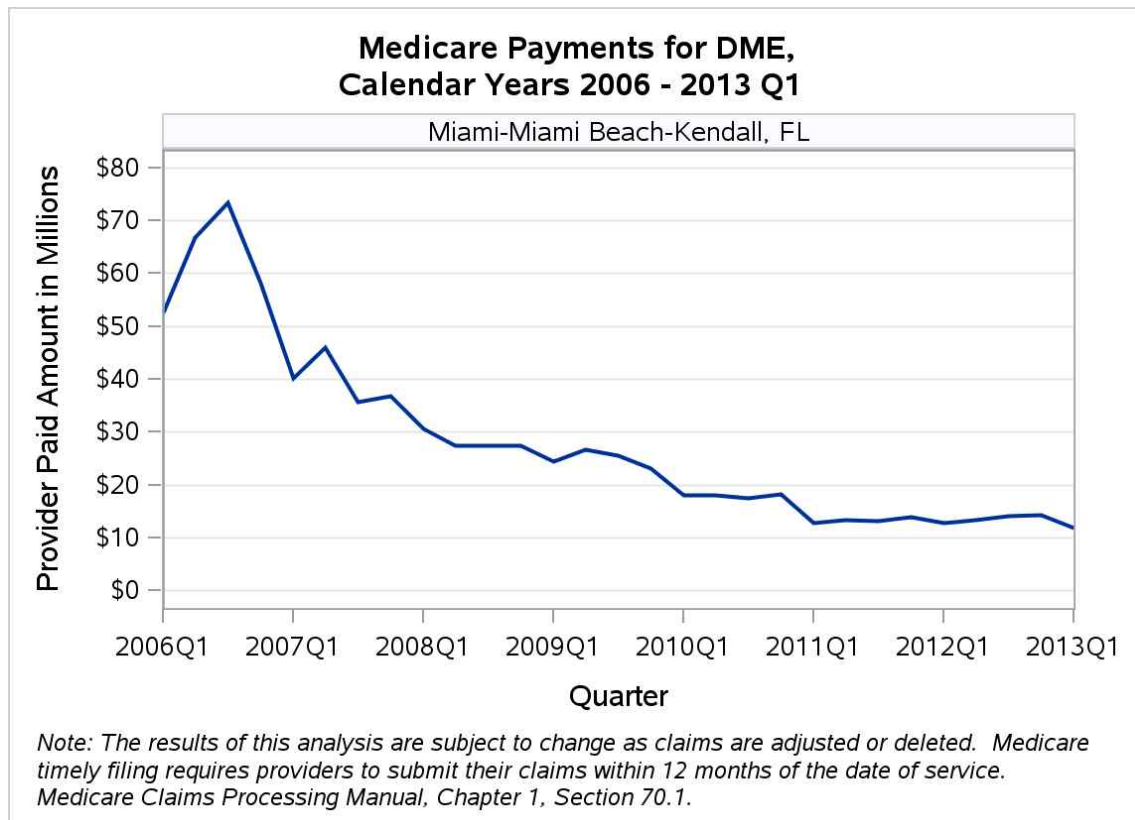
Although multiple factors may be in play, there has been a measurable decrease in Medicare reimbursements for certain medical services that have also been targeted by the Medicare Strike Force. For instance:

Miami: Medicare Payments for DME. The Strike Force initially started in Miami precisely to respond to an epidemic of a particular type of fraud involving claims for DME. The law enforcement activity response to DME fraud in the Miami area was overwhelming. Hundreds of defendants were charged and convicted of DME fraud by the Miami Medicare Fraud Strike Force. Law enforcement prosecution of DME fraud, while diminished from its height, continues.

During this same time period, CMS implemented an aggressive and multifaceted strategy to address DME fraud, waste, and abuse without any loss of access or quality for Medicare beneficiaries. In 2009, CMS began to require DME suppliers to become accredited and possess a surety bond of at least \$50,000. Based upon these new requirements, 10,533 DME suppliers were revoked between October 2009 and December 2009. In addition to those revoked, approximately 1,500 more suppliers voluntarily terminated their enrollment between September 2009 and December 2009, likely to avoid facing revocation actions until they could procure a surety bond or obtain accreditation.¹² Also in 2009, CMS developed the DME Stop Gap Plan. This two year project enhanced detection and prevention in seven high risk states, including Florida, and resulted in the implementation of claims processing edits that denied millions in claims, and the revocation or deactivation of hundreds of providers. Finally, on January 1, 2011, CMS implemented the competitive bidding program for DME in nine areas, including Miami. Competitive bidding plays an important part in the oversight of the DME benefit. As a new payment methodology and process, DME competitive bidding was devised due to concerns about program integrity. The revisions to program administration and payment established by competitive bidding have resulted in program integrity changes.

Law enforcement activity combined with various measures taken by CMS, which themselves were prompted by enforcement activity, appear to have contributed to

even further declines in Medicare payments for DME in Miami over time, as indicated by the chart below. Payments by Medicare for DME in Miami-Dade County¹³ alone hit an all-time high in the third-quarter of 2006, when payments exceeded \$73 million, those payments have decreased over time, and in the first-quarter of 2013 payments were under \$15 million.



Additional examples are available at

<http://oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/FY2013-hcfac.pdf>

- Network and relationship with other organization
 - Partnership with health care providers or their representatives to prevent, detect, and forfeit fraud and abuse (ex: PPP; Public Private Partnership)
 - Transnational relationship and activities(ex: Global Health Care Anti-Fraud Network)

CMS ANSWER:

CMS has a national partnership that spans agencies and private insurers – the Healthcare Fraud Prevention Partnership – more information is available on the

web at <http://hfpp.cms.gov/>.

CMS also provides education to state Medicaid agencies at the Medicaid Integrity Institute on key fraud, waste and abuse detection strategies.

<http://www.justice.gov/usao/training/mii/>

CMS offers resources and materials to private plans that contract with Medicare to provide prescription drugs or managed care services.

<http://medic-outreach.rainmakersolutions.com/free-resources/>

CMS partners with a network of volunteers, called the Senior Medicare Patrol, that educates Medicare beneficiaries about the risks of fraud, and strategies to reduce the risk of becoming a victim of fraud in the first place.

http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/SMP/

- Medical identity theft in health care

- Occurrence of identity theft in Medicare and Medicaid
- Any survey result about this issue
- Financial leak due to identity theft
- Policy measures to prevent and detect identity theft (technical or institutional approaches)

CMS ANSWER: CMS does not have an estimate of identity theft that occurs in Medicare and Medicaid, but we do maintain a repository of compromised numbers that have been reported to CMS. Since January 2010, CMS has maintained a national database of compromised Medicare beneficiary and provider ID numbers called the Compromised Number Checklist (CNC). This database is populated by monthly submissions from CMS program integrity contractors. The purpose of the CNC is to share compromised ID numbers and any associated corrective actions that have been taken among CMS staff and contractors. CMS uses this national CNC database to enhance efforts to detect and prevent fraud and abuse in Medicare.

CMS also provides education and outreach to both Medicare providers and

Medicare beneficiaries on ways to prevent and detect identity theft. Links to examples are below:

- <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/SafeMed-ID-Products.pdf>
 - <http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/Medic-aid-Integrity-Education/Provider-Education-Toolkits/provider-ed-tools.html>
 - <http://www.stopmedicarefraud.gov/forproviders/index.html>
 - <http://blog.medicare.gov/2013/06/06/redesigned-with-you-in-mind-your-medicar-e-summary-notice/>
- Other Fraud prevention programs having nationwide effects

CMS ANSWER: One area with high incidences of improper payments that CMS recently addressed was the Power Mobility Device (PMD) benefit; CMS found that over 80 percent of claims for motorized wheelchairs did not meet Medicare coverage requirements in 2011.⁶ As result of these and other findings showing very high improper payment rates for PMDs, CMS implemented the Medicare Prior Authorization of PMDs Demonstration in seven high-risk states in September 2012.⁷ Since implementation, CMS observed a decrease in expenditures for PMDs in the demonstration states and non-demonstration states. Based on claims submitted as of April 4, 2014, monthly expenditures for PMDs decreased from \$20 million in September 2012 to \$6 million in December 2013 in non-demonstration states and from \$12 million to \$3 million in demonstration states.

Based on this success, CMS announced plans to expand the demonstration to an additional 12 states. CMS also proposed to establish a prior authorization process for certain durable medical equipment, prosthetics, orthotics, and supplies items that are frequently subject to unnecessary utilization. Through a proposed rule issued in May 2014, CMS solicited public comments on this prior authorization process, as well as criteria for establishing a list of durable medical items that

are frequently subject to unnecessary utilization that may be subject to the new prior authorization process. CMS will also launch two payment models to test prior authorization for certain non-emergent services under Medicare. Information from these models will inform future policy decisions on the use of prior authorization.

- Future challenges

CMS ANSWER: CMS is seeing a growth in the use managed care in the State Medicaid program, and we are continuing to refine our strategy for Medicare managed care. We are expanding our work in this area. An example of CMS improvements in this area is available on the web at <http://www.gao.gov/assets/670/663306.pdf>.

부록 2. 재외국민의 국내 의료이용 지원방안 마련을 위한 설문조사(안)

의료보장유형및한국건강보험제도에대한인지

Q1. 귀하가직접가입하신의료보험이있으십니까?

- 1) 공보험(MEDICARE)
- 2) 공보험(MEDICAID)
- 3) 민간보험(직장가입)
- 4) 민간보험(개인가입)
- 5) 무보험(Q2로)

Q1-1. 현재가입된의료보험에서치과급여포함여부□포함□비포함

Q1-2. 현재미국에서가입되어있는의료보험의만족도는?

①-----	②-----	③-----	④-----	⑤
매우만족	만족		불만족	매우만족

Q2. 현재한국에서는보험료를납부하고가입자가병/의원에 갈 때,
의료비의일부를대신납부해주는건강보험제도를국가에서운영하고있습니다.
귀하께서는현재우리나라에서운영하고있는건강보험제도대해서알고계십니까?

①-----	②-----	③-----	④-----	⑤
매우잘알고있다	잘알고있다		잘모른다	전혀모른다

Q3. 귀하께서는외국에거주하고있는재외국민이국내에입국하여 3개월이상장기로체류할경우,
건강보험제도에가입하여보험료를납부하고의료서비스를이용할수있는것에대해서알고계십니까?

①-----	②-----	③-----	④-----	⑤
매우잘알고있다	잘알고있다		잘모른다	전혀모른다

한국에서의의료서비스이용경험및이용의사

Q4. 귀하께서는한국에방문하였을때, 의료서비스를이용하신경험이있습니까?

- 1) 있다(Q4-1로)
- 2) 없다

Q4-1. 귀하께서한국에서의의료서비스를이용하였을당시진료비는어떻게부담하였습니까

- 1) 전액본인이부담하였다
- 2) 건강보험료를납부하고한국의건강보험에서지원받았다
- 3) 주변지인의건강보험증을이용하여진료를받았다
- 4) 본인이가입한민간보험을이용하여진료를받았다
- 5) 기타()

Q7-1. 한국에서의 의료서비스를 이용하는 가장 큰 장점으로 저렴한 비용을 선택하셨습니다.

한국에서의 의료서비스를 이용하는 것이 저렴하다고 생각하신 이유는 무엇입니까?

- 1) 건강보험을 적용받으면, 본인이 직접 부담하는 비용이 적다
- 2) 건강보험 적용을 받지 않아도 총 소요 비용이 미국보다 저렴하다
- 3) 기타(_____)

Q8. 귀하께서는 미국에서 가입되어 있는 보험에서 보장되지 않는 질병이 발생할 경우, 한국에 방문하여 의료서비스를 받을 의향이 있으십니까?

①-----	②-----	③-----	④-----	⑤-----
전혀없음				반드시 방문하여 이용

Q9. 귀하는 주변에서 한국에 방문해서 의료서비스를 받아 본 경험이 있다는 얘기를 들으신 적이 있습니까?

- 1) 있다
- 2) 없다

Q10. 귀하는 주변에서 한국에 있는 친척이나 지인의 이름으로 건강보험을 이용하여 의료서비스를 받았다는 얘기를 들어 본 적이 있으십니까?

- 1) 있다
- 2) 없다

한국에서는 재외동포가 국내에 3개월 이상 거주할 경우 거주증(발급수수료 9달러)을 발급 후 3개월분의 보험료(150달러)를 납부할 경우 동일하게 건강보험 혜택을 받을 수 있는 제도를 운영하고 있습니다.

Q11. 귀하께서 3개월 이상 거주할 경우, 한국에서의 의료서비스를 이용할 상황이 발생하신다면 어떻게 하시겠습니까?

- 1) 전액 본인 부담하여 병원 이용
- 2) 친인척의 건강보험 피부양자로 등록하여 병원 이용
- 3) 건강보험에 가입된 친인척의 이름으로 병원 이용
- 4) 거주증 발급 후 건강보험료를 납부하고 병원을 이용
- 5) 건강보험 가입 없이 도의료수가가 동일한 협정 병원(건국대, 한양대 등)을 이용(단, 전액 본인 부담)
- 6) 참았다가 미국으로 돌아가서 미국 병원 이용
- 7) 기타(_____)

Q12. 귀하께서 3개월 미만의 단기 거주할 경우, 한국에서의 의료서비스를 이용할 상황이 발생하신다면 어떻게 하시겠습니까?

- 1) 전액 본인 부담하여 병원 이용
- 2) 친인척의 건강보험 피부양자로 등록하여 병원 이용
- 3) 건강보험에 가입된 친인척의 이름으로 병원 이용
- 4) 건강보험 가입 없이 도의료수가가 동일한 협정 병원(건국대, 한양대 등)을 이용(단,

전액본인부담)

5) 참았다가미국으로돌아가서미국병원이용

6) 기타(_____)

Q13. 귀하는재외국민이한국에서의료서비스이용시가장큰장애는무엇이라고생각하십니까?

1) 건강보험가입시일정기간(최소 3개월)의체류기간필요

2) 납부보험료수준

3) 의료기관에대한정보부족

4) 미국과의진료기록연계문제

5) 기타(_____)

Q14. 한국에서의료서비스를이용하기위해필요한제도및지원방안에대한건의

인적사항

Q15. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?

①남자	②여자
-----	-----

Q16. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?

(연령 : 세)

Q17. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?

①중졸이하	②고졸	③대학교재학
④전문대학졸업	⑤대학교졸업	⑥대학원졸이상

Q18. 귀하께서 미국으로 이주하신 연도는 언제 이십니까?

(년)

Q19. 귀하께서는 미국에 거주하신 이후로 한국에 몇 회 정도 방문하셨습니다?

①없음	② 1~2회	③ 3~4회
④ 4~5회	⑤ 6~7회	⑥ 8회이상

Q20. 귀하택의 한달 평균 가구소득은 다음중 어디에 해당되십니까? (임대소득, 이자소득, 보너스등을 포함한 전체소득을 기준으로 선택해주시면 됩니다.)

① \$ 1000 이하	② \$ 1001~2000
③ \$ 2001~3000	④ \$ 3001~4000
⑤ \$ 4001~5000	⑥ \$ 5001~6000
⑦ \$ 6001~7000	⑧ \$ 7001~8000
⑨ \$ 8001~9000	⑩ \$ 9001~10000
⑪ \$ 10001 이상	

Q21. 귀하 및 귀하의 가족이 작년 한해 동안 병원 및 약국 등에 직접 지불한 액수는 대략 어느 정도입니까?

(\$)
