

미국의 진료비 허위·부정청구 방지대책

황 만 성*

I. 개 관	V. 메디케어·메디케이드에 대한 범
II. 허위·부정청구의 요인	죄 실태
III. 진료비 부정청구방지에 관한 법률	VI. 결 어
IV. 최근의 동향	

I. 개 관

1995년 미국 회계감사원(General Accounting Office, GAO)은 국민의료비의 10%가 부정청구에 기인하는 것으로 추정하고 있다.¹⁾ 이는 매년 1,000억 달러 정도가 허위청구 등 부정행위(health care fraud)에 의하여 지출된 것으로 추정되는 것이며 위의 부정행위에 더하여 연간 약 2,000억 달러가 문제성이 있는 진료비(과잉 또는 불필요한 진료, excessive or unnecessary services)로 지출된 것으로 보고 있다. 이 금액은 예금·대출관련 스캔들 등 다른 유명한 기업들의 사기사건의 경우를 능가하는 것으로 매우 중대한 범죄행위로 인식하게 되었다. 특히 공공 의료보험인 메디케어·메디케이드에 대한 허위청구등은 국민의 세금을 절취하는 범죄행위로 여겨져서 엄격한 제재의 필요성이 강조되었다.²⁾

만연되고 있는 부정청구를 근절하기 위하여 1993년부터 클린턴 행정부는 전례없는 관심을 기울였고, 이러한 노력의 결과로 조사연구, 소송제기, 유죄평결의 증가로 나타났다. 1999년 한 해 동안 연방정부는 약 5억 달러

*한국형사정책연구원/법학박사

1) Wing KR, et al., The Law and American Health Care, Aspen Law & Business, 1998, p.910

2) *Ibid.*

를 유죄평결을 통해 회수하였고, 1996년 이래 제도강화를 통해 약 19억 달러를 회수하였다. 1993년 이래 부정청구 방지를 위한 기타의 노력으로 600억 달러 정도를 절약한 것으로 추정되고 있다.³⁾

II. 허위 · 부정청구의 요인

가. 의사 등 의료공급자의 우월적 지위

부정청구가 발생하게 될 개연성은 근본적으로 의료공급자가 환자에 비하여 우월한 권력과 권위를 가지기 때문이라고 할 수 있다. 의사와 환자 간 정보의 비대칭성으로 인하여 환자의 복지를 위하기보다는 진료비를 증액시킬 목적으로 불요불급한 진료를 할 경우에 환자는 이를 인지하기 어렵기 때문이다. 또한 환자는 의료공급자가 요양급여비용을 보험자에게 청구하는데 참여하지 못하며, 마찬가지로 보험자는 의료공급자의 진료현실을 사전에 상세히 인식할 위치에 있지 못하기 때문이다. 이러한 지위를 이용하여 의료공급자는 비교적 허위청구하기가 용이하고 발견되지 않을 가능성이 커지게 되는 것이다.⁴⁾

나. 구조적 요인

제도 시행초기부터 HCFA는 의료공급자의 협조를 얻기 위해 마찰을 없애야 했고(Avoiding hassles 정책), 이를 위해 지불의 신속성을 확보하도록 부당 · 부정청구의 방지 검색기능을 제도화하지 않았다. 또한 HCFA는 급여비를 심사지급하는 중간지불기관에게 청구에서 지급까지 30일을 초과하면 범칙금을 부과하고 있는데, 이는 부당 · 부정청구의 검색기능을 약화시키는 요인으로 작용하였다.

다. 청구건수의 증가

미국에는 많은 민간보험자(health plans)와 사업주 자영보험(self-insured employers), Medicare, Medicaid를 포함한 천 여개의 서로 다른 보험자가

3) 건강보험심사평가원, 미국 Medicare의 부당청구 관리현황, 7면

4) Hoyt Torras, Health Care Fraud and Abuse(2nd Edition), AMA press, 2003, 2-3면.

있으며, 매년 40억건을 넘는 청구건이 발생하고 있다. 또한 지불제도와 방법, 그리고 그 통계도 표준화되어 있지 아니함으로 인하여 허위·부정청구를 적발하기가 쉽지 않다. 메디케어의 청구건수는 지난 8년간 약 2배가 증가하여 2000년 현재 약 8억건에 이르고, 이러한 청구건수의 증가는 같은 기간내에 실제 심사되는 건수가 전체 청구건수 중 17%에서 9%로 하락하는 결과를 가져왔다.

라. 기술적 요인: 중앙 전산시스템의 부재

심사지급을 받고 있는 계약자들은 30종 이상의 각기 다른 전산시스템을 이용하여 심사업무를 수행하고 있기 때문에 플로리다주의 지불기관이 캘리포니아주에서 동일환자의 진료내용이 복사되어 다시 청구되는 것을 확인할 수 없다는 문제를 가지고 있다. 이처럼 미국의 진료비 청구는 분산되어 있고, 상호연계성이 없는 점도 부정청구의 가능성을 크게 하는 요인으로 작용하고 있다. 다수 의료공급자가 나누어 청구하고, 다수보험자가 각각 나누어서 지불하는 구조에서 개별보험자는 다수공급자로부터 각각 비교적 소액단위의 진료비 청구를 받게 되므로 각 의료공급자의 부정청구를 입증할 자료를 수집하고 관리할 기회가 부족하게 되는 것이다.

마. 법적 요인

통합적인 전산망을 이용하여 잠재적인 범죄자를 확인하기 위한 보험자간의 협력은 법률에 의하여 제한될 수 있다는 점도 허위·부정청구를 조장하는 요인으로 작용하고 있다. 즉, 보험에 관련된 의료공급자 또는 환자의 정보를 공유하고 제공하는 것이 「독점금지법」(Antitrust Acts) 또는 환자의 비밀보호에 관한 법률과 윤리규정에 위반될 수 있기 때문이다.

Ⅲ. 진료비 부정청구방지에 관한 법률

가. 금품수수금지법(Antikickback Laws)의 제정

1960년대 중반에 Medicare와 Medicaid가 도입되었을 당시 의료공급자는 여유롭게 진료비를 청구할 수 있었고, 이러한 청구형태에 관하여 많은 학

자들은 행위별수가제에 의한 진료의 팽창에 따라 진료비가 급격하게 팽창할 것이라는 우려를 나타냈었다.⁵⁾ 연방정부도 곧 이 제도의 재정안정에 부정청구가 주요한 장애요인임을 인식하게 되었고 의회는 부정청구를 막기 위하여 Medicare 제도에 일련의 부정청구방지조항(antifraud provisions)을 규정하기 시작하였다.

그러나 사회보장법의 경미한 처벌규정으로서는 그 효과가 없었고, 범죄음모와 우편사기방지에 관한 법률(criminal conspiracy and mail fraud statutes)은 구체적인 기망의사(欺罔意思, specific intent to defraud)가 있었다는 것을 입증할 것을 요구하고 있기 때문에 진료와 관련하여서는 그 입증이 어려운 경우가 많아서 실제로 기소되어 처벌되는 경우가 거의 없었다.

1972년 의회는 「금품수수금지법(Antikickback Laws)」를 제정하여 위 문제를 해소하려고 하였다. 이 법률에서는 범죄자가 Medicare와 Medicaid를 악의 또는 고의로 기만하기 위하여 특정 행위를 하였다는 입증책임을 요구하지 아니하도록 하여 입증의 곤란을 줄이고자 하였고, 그 내용으로는 환자이송의 대가로서 사례금품이나 뇌물, 리베이트 등을 금지하고 위반시 10,000달러 이하의 벌금 또는 1년 이하의 징역에 해당하는 처벌을 할 수 있도록 규정하였다.

그러나 사례금(kickback)이나 뇌물(bribery)에 대한 정의규정이 없어서 그 개념이 불명확하였고 처벌도 경미하였다.⁶⁾ 이후 1977년에는 보다 강한 부정청구방지법(Antifraud Law)이 제정되고 개정을 거치면서 현재의 금품수수금지법으로 발전하였다.

나. 금품수수금지법(Antikickback Law)의 발전⁷⁾

1977년 개정법률에서는 금지되는 행위의 범위를 확장하고 명확하게 하였다. 최종적으로 Medicare나 Medicaid 환자를 이송하는 대가로서 또는 구매·임차·주문하거나 이를 알선하는 것과 관련하여 보수(remuneration)

5) Wing KR, *et al.*, *Ibid.*, p.913

6) "bribery" 개념의 모호함으로 인하여 혐의가 부정된 경우도 있었다. United States v. Zacher, 586 F.2d 912(2d Cir. 1978) 참고.

7) Wing KR, *et al.*, *ibid.*, p.914-935

를 유인하거나 받는 등의 각종행위를 금지하였다. 보수(remuneration)와 유인(inducement) 등의 행위의 범위는 포괄적으로 해석될 수 있도록 정의하였으며, 벌칙을 5년 이하의 징역 또는 25,000달러 이하의 벌금(병과 가능)으로 무겁게 규정하였다.

1980년 개정법률에서는 “고의성(scienter)”과 관련하여 “인식과 고의(knowingly and willingly)”의 용어를 재정비하였다.

1987년 개정법률은 금품수수금지법을 위반한 자에 대하여 Medicare와 Medicaid 및 기타 연방차원의 건강보험제도에 5년간 참여할 수 없도록 하였다. 또한 벌칙 규정을 구체화하여 의료공급자가 위반할 때에는 25,000달러의 벌금이나 5년 이하의 징역에 처하고, 의료공급자 이외의 자가 위반할 때에는 10,000달러 이하의 벌금이나 1년 이하의 징역에 처하도록 개정하였다.

1996년 개정법률에서는 금품수수금지법의 적용범위를 확대하여 연방으로부터 재정의 전부 또는 일부를 지원받는 모든 보건의료사업이 동법의 적용 대상이 되었다.

이와 같이 허위청구 등에 관한 규정이 보다 포괄적으로 되고 단속이 강화되자, 정부와 의료공급자 모두에서 금품수수금지법의 규정에는 위반되지만 기존의 사업관행상 전통적으로 인정된 것을 정리해야 할 문제가 발생하였다. 의료공급자들은 금품수수금지법이 혼란스럽고 합리적인 비용절감에 방해가 된다고 주장하는 등의 문제가 발생하였다. 의회는 1987년에 제정된 「Medicare 및 Medicaid 환자와 동제도의 보호에 관한 법률」에서 감사관실(OIG)에 대하여 분명하게 금지되는 행위에 관한 규정과 또한 허용될 수 있는 행위(이를 “safe harbors”라고 함)에 관한 지침을 제정하도록 위임하였다.⁸⁾

이에 따라 보건부(HHS)의 감사관실(OIG)에서는 ‘Safe Harbor(금지해제)’ 규정을 두어 11개 항목의 금지해제규정을 제정하였다. 의료공급자가 민·형사상의 소추책임을 지지 않기 위해서는 금지해제규정에서 규정하고 있는 행위를 충실하게 준수하여야 하도록 기능하고 있다.

8) Aspen Health Law Center, *ibid* : pp.23~48 ; Wing KR, *et al.*, *ibid* : pp.918~928 ; Furrow BR, *et al.*, *ibid* : pp.648~654

한편, 금품수수금지법을 계속 강화하였음에도 불구하고 영리기업과 교활한 의료공급자에 의하여 불필요한 의료이용과 그 비용이 증가하였고, 1989년 연구결과, 12%의 의사가 이송과 관련되는 기업에 투자했음이 드러났다. 또한 검사와 관련한 의사의 투자행위가 문제점으로 지적되었는데, 독립검사센터의 지분중 25%는 의사가 소유하거나 투자한 것으로 밝혀졌고 임상검사센터에 투자하고 이송하는 의사는 각종 검사를 평균보다 45% 더 하도록 하는 것으로 나타났다. 이러한 문제에 대처하기 위해 1989년 「환자이송윤리법」(Ethics in Patient Referral Act)이 제정되었다. 'Self-Referral Prohibition(자가시설이송금지)'⁹⁾규정은 의사와 그 가족이 금전상 이익이나 이해관계를 가진 임상검사센터에 의사가 진료한 Medicare 환자를 이송하는 것을 금지하고 있다. 의사에게 고의가 있을 것을 요구하지 않으며, 복수로 추천한 경우에도 이해관련기관이 포함되어 있으면 위반에 해당하는 것으로 본다. 또한 이송된 경우 그 검사센터가 진료비를 청구하지 않을지라도 위반에 해당하는 것으로 본다.

자가시설 이송금지규정은 1993년 「예산총괄조정법」(Omnibus Budget Reconciliation Act)에 의하여 개정되었는데, Medicare에 참여하는 검사시설과 의료공급자는 모든 보험자에 대하여 자가시설 이송금지를 준수하도록 확장하였고, 임상검사 뿐만 아니라 물리치료, 작업치료, 방사선진단 등 여러 가지 진단, 방사선치료, 의료장비, 비경구 영양공급, 비품공급, 치과보철, 시각교정장치, 가정간호, 외래환자 약처방, 입원 및 외래환자의 병원 진료 등이 모두 자가시설 이송금지에 해당하는 것으로 확대하였다.

다. 민사허위청구방지법(Civil False Claims Act, CFCFA)¹⁰⁾

초기의 허위청구방지법은 남북전쟁기간 중에 북군(Union Army)과의 계약을 악의로 속이는 것을 방지하기 위하여 1863년에 제정한 법으로 “링컨법”이라고도 불리었다. 이 법은 손해의 2배를 민사벌금으로 규정하고 사인(私人)이 정부를 대신하여 기소하여 배상을 받고 그 절반을 가질 수 있도록 하기도 하였다. 이 후 수차례의 개정에 의하여 규제력이 약화되었으나, 1986년의 개정에 의하여 크게 강화되었고, 이것이 건강보험 부정청구

9) Wing KR, et al., *ibid.* p.928~930

10) Wing KR, et al., *ibid.* p.937~953

의 민사상 소추에 관한 주요한 수단이 되었다.”¹¹⁾

이 법에서는 법률 위반에 필요한 “의도(intent)”로서 “인식하고(knowingly)”에 대한 개념을 정의하고 있다. 즉, 피고가 ①사실(information)을 실제 알고 있거나, ②고의적으로 사실(information)의 진위에 대하여 모르는 것으로 행동하거나, ③사실(information)의 진위를 부주의하게 무시하는 행동이라고 정의하고 있다. 또한 동법은 특정된 기망의도에 관한 증거를 요구하지 않고 있다.

CFCA가 금지하는 7가지 허위유형은, ① 진료비의 지급을 받거나 지급을 승인받기 위하여 악의로 정부관리에게 허위청구를 하거나, 허위청구를 하도록 야기하는 행위, ② 정부로부터 허위청구 진료비의 지급을 받거나 지급을 승인받기 위하여 악의로 허위기록이나 명세서(statements)를 만들고 사용하거나, 만들고 사용하도록 야기하는 행위, ③ 정부로부터 허위청구 진료비를 받기 위하여 정부를 기만하고자 모의하는 행위, ④ 의도적으로 기만이나 은닉함으로써 정부의 재산이나 금전을 횡령하는 행위, ⑤ 급여가 완전함을 확인하지 않음으로써 정부를 의도적으로 기만하는 행위, ⑥ 재산을 적법하게 매도하거나 이행 보증할 수 없는 공무원으로부터 알면서 재산을 구매하거나 수령하는 것, 그리고 ⑦ 정부에 대하여 금전이나 재산을 지급하거나 전달해야 할 의무를 은닉하거나, 회피하거나 축소시키기 위하여 악의로 허위의 기록이나 명세서를 만들거나 이용하고, 또는 허위의 기록이나 명세서를 만들도록 하거나 이용하도록 야기하는 행위이다.

CFCA를 위반한 자는 허위청구로 인하여 정부가 입은 손해액의 3배의 책임을 지고 또한 매 청구건마다 5,000달러 이상 10,000달러 이하의 민사벌의 책임이 있으며, 대부분의 진료비 허위청구법들은 청구건을 많이 제출하므로 CFCA에서의 적발액은 상당한 액수가 되기도 한다.

이 법률에 의하여 사인(私人, private citizen)의 소추권을 인정된다.¹²⁾

11) *Ibid.* p.936.

12) 이 제도는 국왕에 대한 사기행위를 적발한 제보자에게 배상금을 나누어줌으로써 보상한다는 영국의 민사적 형사소송제도(“qui tam” doctrine)로부터 유래하였으며, 1863년에 제정된 최초의 CFCA와 과거의 법률에는 이를 규정한 것이 많았다. 그러나, 20세기에 들어서 이 제도는 쇠퇴하였다가 1986년에 개정된 현행 CFCA의 규정에 의하여 부활되었고 확대되었다고 한다(Wing KR, *et al.*, *ibid* : p.938).

CFCA에 의하여 사인이 허위청구를 받은 연방정부를 대신하여 허위청구 관련 소송을 제기할 수 있는데, “소추대행자(relator)”라고 하는 사인은 정부를 위하여 정부에 대한 위반사항을 주장하고 기록한 고소장을 제출하고 법무부(DOJ)에 고소장과 증거의 사본을 송부하고 법무부는 이에 대하여 60일간(필요시에는 기간을 연장하여) 고소내용을 조사하고 또한 당사자로 개입할 수도 있다. 소추대행자가 소송에 관여하고 승소하면 일정한 배상액을 받을 수 있도록 한 점도 이법의 특징이라고 할 수 있다.

라. 민사벌금법(Civil Monetary Penalties Law, CMPL)¹³⁾

민사벌금법은 진료비의 허위청구나 부당청구를 행한 의료공급자에 대하여 보건부가 행정절차로써 민사벌금을 부과할 수 있도록 하기 위한 목적에서 1981년에 제정되었다.

1987년의 법률개정에 따라 CMPL을 적용함에 있어 고의(故意)의 기준(intent standard)으로는 단지 위반자가 청구의 위법성을 “알거나 알아야 할 것(know or should know)”만을 요구하여 의료공급자에게 자신의 청구가 정확한 것임을 확인할 의무를 강화시키고 있다. 이는 민사허위청구방지법(CFCA)보다도 주관적 요건을 더욱 완화시킨 것이다.

1996년의 「건강보험 자격보호와 진료비관리에 관한 법률(Health Care Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA)」이 고의성(Scienter)의 기준을 다음과 같이 변경함으로써 CMPL의 주관적 요건을 변경시켰다. “알아야 한다(should know)”는 것은 사실과 관련하여 어떤 사람이 ㉠ 그 사실의 진위여부를 고의적으로 모른체 하는 행위, 또는 ㉡ 그 사실의 진위여부를 부주의하여 무시하고 한 행위이며, 이에 관하여 특정한 기망의 의사에 관하여 증거를 요구하지는 않는 것으로 하였다. 따라서 현재는 CMPL과 CFCA 위반에서의 고의성(Scienter)의 수준은 같다고 할 수 있다.

동법에 의하여 Medicare, Medicaid, 모자보건서비스보조금제도에 대한 부당청구(improper claim) 건당 10,000달러까지 민사벌금을 부과할 수 있으며, 의료공급자로부터 부당청구에 따른 손해액의 3배를 환수할 수 있다.

13) Wing KR, et al., *Ibid*, p.953~967

마. 부정청구행위의 기소에 활용하는 기타 연방법률

1) 우편·전신사기 방지법규(Mail and Wire Fraud Statutes)

우편·전신사기방지법규들은 위장하거나 허위표시를 함으로써 금전이나 재산을 얻거나 기망할 계획을 추진하는 데 있어 우편이나 주간(州間)에 전신을 이용하는 것을 금지하고 있다. 이 법규들이 연방제도에서 사기죄로 소추하는 중요한 법적 근거로 이용되고 있다. 이 법률은 모든 종류의 사기에 관한 죄에 대처하는 강력한 법률적 수단이 되기도 한다. 실제 진료비를 허위청구하는 행위를 함에 있어서는 우편을 이용하거나 주간(州間) 통신망을 이용하기 때문에 건강보험진료비 허위청구에도 이 법규를 적용하는 경우가 많다.

1996년에 제정된 HIPAA에 의하여 특히 진료비 허위청구에 관하여 우편사기방지법이 개정되었는데, 건강보험의 급여, 수가항목 또는 진료비 지급이나 전달과 관련하여 고의와 악의로 ① 건강보험급여프로그램을 기망하고자 하거나, 또는 ② 허위로 위장·제시하거나 약정하는 방법으로 건강보험급여프로그램이 관리 또는 보호하거나 소유하고 있는 금전이나 재산을 취득하기 위하여 그 계획을 실행하거나 실행하려고 한 자는 이 법에 의한 벌금이나 10년 이하의 징역에 처할 수 있도록 규정하고 있다. 만약, 그 위반행위에 의하여 신체에 중상이 발생한 때에는 위반행위자를 이 법에 의한 벌금 또는 20년 이하의 징역에 처할 수 있고, 그리고 그 위반행위에 의하여 사망이 발생한 때에는 이 법에 의한 벌금 또는 무기징역이나 종신형에 처할 수 있도록 규정하고 있다.¹⁴⁾

우편·전신사기방지법규를 위반한 경우 각각의 우송 또는 전신통신행위에 대해 그것이 허위청구를 촉진하는 한 독립된 하나의 범죄행위를 구성하는 것으로 간주하며, 각 범죄는 1,000달러 이하의 벌금이나 5년 이하의 징역에 해당한다.

Medicare와 Medicaid에 대한 청구가 포함되어 있을 때에는 연방정부는

14) HIPAA § § 242(a)(2), 243(a)(2), 245(a) (codified at 18 U.S.C. § 669, § 1347, § 1581 (2000))

주로 이 법에 의하여 기소하고, 아울러서 금품수수금지법이나 CFCA에 의하여도 기소를 하는 것이 일반적인데, 우편·전신사기방지법규는 정부가 향후 배상을 받을 수 있도록 허위청구의 혐의가 있는 의료공급자의 재산을 동결하고 그것을 보관할 수 있게 해주는 기능도 한다. 또한 이 법에 의하여 기소되면 「조직적 공갈협박 및 범죄조장행위 처벌법」(Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act, RICO)과 금전세탁방지법도 적용할 수 있도록 하고 있다.

2) 조직적 공갈협박 및 범죄조장행위 처벌법(Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act: RICO Act)

RICO법은 1970년에 사업을 범죄에 이용하는 자를 기소하기 위한 목적으로 이 법이 제정되었다. 형사사건이나 민사사건 모두에 대해 RICO법에서는 원고에게 피고가 “반복적¹⁵⁾인 공갈협박행위¹⁶⁾(pattern of racketeering activity)”를 행하고 있음을 입증할 책임이 있다.

“반복적인” 공갈협박행위는 다음의 세 가지 방법으로 관련되어 있는 행위를 보여줌으로 입증될 수 있는데, ① 그 범죄행위가 “동일하거나 유사한 목적, 결과, 공범자, 피해자 또는 범행방법에 의하여” 서로 연결될 수 있음을 보여줌으로써, ② 범죄들간의 관련성은 계속되는 공갈협박행위를 보여줌으로써, 또는 ③ 범죄들의 관련성은 위반행위가 그 주체의 일상적인 사업의 일부임을 시인하게 함으로써 입증될 수 있다.

개별구성요건으로는 ① 피고가 사업에 투자하였고 유형적인 공갈협박행위로 이득을 취득하였을 것, ② 피고는 유형적인 공갈협박행위로 사업을 취득했거나 관리유지하였을 것, ③ 사업에 고용되거나 관련을 맺고 있는 피고는 유형적인 공갈협박행위로 사업을 관리했거나 가담하였을 것, 또는 ④ 피고는 위 각 호 중 어느 것을 범하기 위하여 모의하는 행위유형을 규정하고 있다.

15) “반복적(pattern)”이라 함은 10년 이내에 우편·전신사기행위와 같은 전과를 2개 이상 범한 것을 말한다.

16) 살인죄, 뇌물죄, 재물강요죄 등 여러 가지 주(州)형사범과 약물거래, 지능범 등 60여종의 연방형사범이 공갈협박행위(racketeering activity)를 구성하고 있다.

RICO법에 의하여 유죄가 인정되면 20년 이하의 징역형에 처할 수 있고, 그 사업과 유형화된 공갈협박행위로 취득한 모든 금전을 몰수하도록 하여 아주 강력한 처벌규정을 두고 있다.

3) 금전세탁방지법(Money Laundering)

금전세탁사기는 기장(記帳)위반형태와 금전거래위반형태로 구분되는데, 기장위반형태는 현금거래의 기장을 의미하며 연방법률은 100,000달러 이상의 국내거래는 기장을 하도록 하고 있다. 연방조세를 회피하거나 큰 거래를 작은 여러 개의 거래로 분할시키는 것처럼 기장요건을 회피하기 위하여 재정거래를 구조화시키는 것을 금지하고 있다.

금전거래위반형태는 불법적으로 취득한 돈을 은행계좌에 입금·인출하거나 이체하여 이동시키는 것을 범죄로 하고 있다. 합법적으로 취득한 금전도 조세회피 또는 기장의무사항을 회피하려고 은행계좌로 이동시킨 때에는 이 법에 저촉되며, 미국내 금전거래 뿐만 아니라 국제간 금전거래에도 적용된다.

RICO법에서와 마찬가지로 금전세탁방지법 위반의 경우에도 우편·전신사기의 기소가 동시에 제기되는 경우가 종종 있다. 즉, 우편·전신사기행위와 같이 “특정한 불법행위(specified unlawful activity)”를 통하여 취득한 금전거래가 범죄행위로 얻은 재산을 포함하여 10,000달러 이상일 때마다 이 규정들을 적용한다.

금전세탁방지법에 위반하는 행위에 대하여는 형사벌과 민사벌이 있는데, 형사벌은 20년 이하의 징역이나 500,000달러 이하의 벌금형까지 가능하다.

주목할 점은 금전세탁방지법이 그 행위를 통하여 발생한 재산으로 추적될 수 있는 모든 재산을 몰수하도록 규정하고 있다는 것이다. 동법에 의한 몰수는 유죄결정이 있기 전에 그리고 기소된 자나 기관에 대한 사전통보없이 실행할 수 있는데, 민사몰수에서는, 형사사건의 경우에 요구하는 “합리적인 혐의를 넘어서는(beyond-a-reasonable-doubt)” 기준의 증거보다 훨씬 낮은 기준의 증거로서 가능성이 있는 사유만을 밝힘으로써 위반행위를 인정하게 된다. 따라서, 정부는 형사소송절차에 들어가지 아니하고도 민사몰수소송을 제기하여 의사나 의료기관의 재산과 업무를 동

결시킬 수 있다.

건강보험 진료비 허위청구와 같은 지능적 범죄의 경우에 금전세탁방지법의 적용을 받는 것은 부가적인 처벌이 될 수 있으며, 미국 형벌심의위원회(US. Sentencing Commission)는 금전세탁방지법 위반사항이 포함되어 유죄선고를 받는 모든 피고를 가중처벌하도록 하는 지침을 시행하고 있어 허위청구를 방지하기 위한 강력한 수단으로 이용되고 있다.

IV. 최근의 동향

가. 정부의 대응책

1993년 이래로, 클린턴정부는 Medicare와 Medicaid에서 부정청구와 과잉진료에 대해 전례없이 큰 관심을 나타내기 시작하여 최근까지도 보건의료공급자들에게 부당하게 지급되는 급여비용을 밝혀내기 위한 새로운 관리수단을 개발함과 동시에 일련의 수사(investigation)와 기소(indictment)를 통해 유죄판결(conviction)을 얻어내는 등의 개가(凱歌)를 울리고 있다.

1999년에 보건부(HHS)에 의한 보건의료 기소건수는 전년대비 57% 증가하였고, 1992년에 비해서는 80%가 증가하였다. 또한 연방정부는 1999년 소송을 통해 거의 5억달러를 환수하였고, 2001년에는 17억 달러를 환수하는 등 1996년부터 강력한 법집행을 통해 약 수십억달러를 환수하였다.¹⁷⁾ 1993년부터 과잉진료와 부당청구 등을 예방하기 위해 벌인 각종사업의 결과 1999년 현재까지 약 600억불의 재정절감효과를 거둔 것으로 자체평가하고 있다.

1993년부터 부정청구와 과잉진료에 대한 관심이 집중되면서 보건부 감사관실(HHS-OIG)과 FBI, 법무부(DOJ), 건강보험재정청(HCFA) 및 기타 정부부처의 노력으로 Medicare와 Medicaid에 청구되는 부정행위에 대한 보다 구체적인 실태와 새로운 경향을 파악할 수 있게 되었다. 이러한 관심 속에 클린턴은 Medicare를 대신하여 청구명세서를 심사하고 지불하는

17) Jonathan Cone, "Health Care Fraud", American Criminal Law Review, Spring, 2003(40 Am. Crim. L. Rev), p. 715

민간보험회사와 함께 부정행위와 과잉진료에 보다 신속하고 일원화된 대응체제를 갖추기 위해 회계년도 2001년에 4천만달러의 예산을 신규배정하였는데, 그러한 예산배정과 활동을 통해 향후 5년간 약 79억달러의 Medicare 지출비를 절감할 수 있을 것으로 기대하고 있다.

1995년에 보건부장관 Shalala는 과잉진료빈도가 높은 영역을 찾아내기 위해 연방정부 및 주정부, 각 지역과 민간분야의 자원을 총망라하도록 하는 프로젝트로서 일명 「신뢰회복사업」(Operation Restore Trust)을 출범시킨 바 있다. 2년간의 시범사업 결과, 비용-효과로서 사업비용 1달러당 약 23달러의 과잉지급(overpayment)규모를 색출해낼 수 있었던 것으로 나타남에 따라 감사관실(OIG)이 주관하는 부정퇴치사업에 지속적인 재정지원이 이루어질 수 있도록 「건강보험 자격보호와 진료비관리에 관한 법률」(HIPAA)이 1996년에 제정되었다.

「건강보험 자격보호와 진료비관리에 관한 법률」(HIPAA)이 제정됨으로써, 처음으로 부정방지를 위한 안정적인 재원이 마련되게 되었다. 이 법안은 “보건의료 부정청구 및 과잉진료 단속기금(Health Care Fraud and Abuse Control Account: HCFAC Account)”의 설립을 골자로 하고 있는데, 매년 Medicare Part A 신탁기금(Trust Fund)으로부터 일정액을 적립하여 부정청구 및 과잉진료 단속활동에 사용하도록 하고 있다.

HCFAC 기금으로부터 예산지원을 받아 26개 주에 사무소가 설치되어 있던 감사관실 조직을 19개 주에 신설함으로써 모두 45개 주에 감사관실 사무소를 설치하게 되었으며, 법무부(DOJ)의 권한도 확대되었다. HCFAC 기금으로부터 예산지원을 받게 됨으로써 연방수사국(FBI)을 포함해 법무부는 보건의료 부정 수사권을 한층 강화할 수 있게 되었는데, 이러한 권한 확대의 성과로서 보건의료분야의 부정과 기타 범죄에 대응한 법적조치의 성공율이 회계연도 1992년 이래로 약 240% 가량 증가되었다.¹⁸⁾

HCFAC 기금의 부정청구 대책은 ① 메디케어 통합 프로그램(medicare

18) HHS Fact Sheet: A comprehensive strategy to fight health care waste, fraud and abuse, U.S. Department of Health and Human Services, March 9, 2000 (<http://www.hhs.gov/new/press/2000pres/20000309a.html>)

integrity program) 과 급여비 보호 시스템(payment safeguard)의 가동, ② 정확한 코딩실행 유도(correct coding initiatives), ③ 청구테스트 체계(substantive claims testing) 개발, ④ 공급자대상 교육, ⑤ 신뢰회복 사업, ⑥ 부정 및 의료남용 방지 핫라인 가동, ⑦ 옴부즈맨 프로그램 실시 등으로 요약할 수 있다.

나. 진료비 부정청구방지법(Health Fraud and Abuse Act of 1999)의 주요골자¹⁹⁾

1999년 1월 6일 입안된 이 법률은 보건부, 노동부, 보훈처와 인사관리처의 모든 감사관(OIG)에게 모든 연방법률에 위반한 부정청구·과잉진료를 예방·억제·통제하는 것과 관련하여 감사권, 민·형사상 조사권, 심사권, 평가권을 부여하는 것을 담고 있다.

이 법은 감사관에게 권한을 부여하는 것을 골격으로 하고 있는데, 연방정부, 주정부, 지방정부의 법집행기관들의 주요한 임무 가운데 하나인 부정청구·과잉진료를 예방, 조사, 통제하기 위해 합동으로 프로그램을 설계하도록 하고 있으며 보건의료공급자들에 대한 허가와 증명서 발급을 책임지고 있는 연방정부와 주정부기관들의 감사관을 감독하는 것을 포함하고 있다.

각 주의 주지사로서 하여금 감사를 수행하고 감독·조정 및 민·형사상 조사권, 실사 및 평가권한을 담당할 주정부기관을 지정할 것을 요구하고 있으며, 각 주지사에게 진료비 부정청구 규제기구의 역할을 수행하기 위한 주정부기관을 설립하고 운영할 수 있도록 하는 권한을 부여하고 있다.

V. 메디케어·메디케이드에 대한 범죄 실태

가. 허위·부정청구의 기소 현황

진료비 부정청구는 보건의료법 영역에서 가장 변동이 심하고 복잡한 양상을 보이고 있다. 진료비 부정청구는 정직한 의료공급자인 것으로 위장하는 지능적 범죄(white-collar criminals)에 해당하며, 의회는 이에 대처

19) 건강보험동향, 제4권 20호, 건강보험관리공단, 2001년 1월, p.27-38

하기 위해 일련의 특별법을 제정해왔음은 앞에서 살펴본 바와 같다.

건강보험을 포함한 각종 보험에 관련된 부정행위는 탈세 다음으로 가장 큰 경제적 범죄이기 때문에 법무부(Department of Justice, DOJ)에서는 1990년대에 진료비 허위청구에 대한 형사소추 문제를 우선적으로 취급하고 있다.²⁰⁾

지난 1990년대에 연방정부의 보건부(Department of Health & Human Services, HHS), 법무부(DOJ)와 각 주(州)의 건강보험 사기 조사국(Medicaid Fraud Control Units: MFCU)이 진료비 부정청구에 대처할 수 있도록 연방과 각 주에서 법률을 강화하였다. 1997년 연방정부는 연방수사국(Federal Bureau of Investigation, FBI)이 진료비 허위청구를 수사하는 담당국(局, Agency)의 예산을 그 전년도에 비하여 900만 달러를 증액시키기도 하였다.²¹⁾

허위청구에 관한 사건들은 FBI나 보건부 감사관실(HHS/OIG) 그리고 다른 수사기관으로부터 검찰국(United States Attorney's Office: USAO)에 보고되는데, 이 사건들에 대하여 각 지역별로 수사가 계속된다. 수사는 혐의가 인정되어 공소가 제기되거나 공소에 적합하지 않은 것으로 결정될 때까지 계속된다.²²⁾

1998년부터 2002년까지의 허위청구에 관한 검사의 기소 현황은 다음의 표와 같다.²³⁾

〈표〉 허위청구 관련 수사·기소·유죄확정 현황

	1998	1999	2000	2001	2002
수사한 사건 수	1,866	1,994	1,939	1,791	1,606
수사한 피고인 수	2,986	3,158	3,049	2,733	2,441
기소된 사건 수	322	371	457	445	361
기소된 피고인 수	439	506	668	601	608
유죄확정된 피고인 수	326	396	467	465	480

20) <http://www.sgnpacific.com/hoken/report1.htm>

21) Aspen Health Law Center, *Health Care Fraud and Abuse*, An Aspen Publication, Maryland, 1998, p.1

22) The Department of Health and Human Services And The Department of Justice, *Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report For FY 2002, 2003*.

23) The Department of Health and Human Services And The Department of Justice, *Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report For FY 1998-2002*.

2002년도의 경우, 검찰국(USAO)은 2,441명의 피의자가 관련된 1,606건의 사건을 수사하여 그 중 608명을 형사기소하였다. 유죄의 판결을 받은 피고인은 480명이나 됐으며, 그 중에 어떤 피고인은 징역 15년을 선고받기도 했고, 또 다른 피고인은 그의 의사면허를 박탈당하고 징역 6년을 선고받기도 하였다.²⁴⁾

나. 허위·부정청구의 유형

허위청구의 유형중 마취제와 기타 규제약물의 불법 처방과 비용 청구가 허위청구로 보고된 사례의 1/3에 해당되어 가장 큰 비율을 차지하고 있다. 이에는 의사 또는 그 직원에 의한 약제의 불법처방 사실이 포함되어 있다.

또한 급여에 포함되지 않는 진료서비스 비용의 청구, 환자의 질병과 관계없이 행한 서비스 비용 청구, 가공진단명 기재, 내원일수 증가 청구 등의 유형이 파악되었다.

입원환자가 재원하지 아니한 기간의 진료비 청구유형에서는, 입원환자가 최초 입원일로부터 최종 퇴원일까지 입·퇴원, 재입원 등을 하여 진료와 재원이 연속적으로 이루어지지 아니하였음에도 불구하고 최초 입원일로부터 최종 퇴원일까지 환자가 연속적으로 재원한 것으로 조작하여 실제 입원하지 아니한 기간까지 합산하여 비용을 청구한 사례가 많았다.

그 외에도 정기건강검진 또는 체중조절 등 비급여진료를 급여비용으로 청구하거나, 장애인을 물리치료하기 위하여 일상적으로 수송한 것을 응급이송비용으로 청구하거나, 간호요양소(nursing home)가 외래진료(비급여)를 Medicaid에 청구할 수 있는 항목으로 변경하여 비용 청구하거나, 높은 진료수가코드로 진료비를 증액하여 청구(기초 DRG 항목에 해당하는 진료를 하고 유리한 DRG 항목으로 또는 환자에게 다른 질병이 있는 것으로 청구)하는 사례가 있었다.

24) 자세한 내용은 The Department of Health and Human Services And The Department of Justice, Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report For FY 2002, 2003, p.15-16 참조.

또한 진료내역을 분할하여 청구하는 방법으로 정상적인 진료내역을 분리된 수 개의 하위단위로 나누어서 증액 청구하거나 단위검사를 좋은 장비로 통합하여 시행하면 저렴한 것을 검사기사가 각각 나누어서 검사한 것으로 증액 청구하는 방법으로 허위·부정청구를 행하는 것으로 파악되었다.²⁵⁾

다. 허위·부정청구의 사례

1) Joyce Lee Hickman 사건²⁶⁾

히맨은 텍사스주 휴스턴 지방법원에서 210개월(17년 6월)의 징역형을 선고받았다. 연방판사 Lynn N. Hughes는 또한 9,348,654달러를 반환할 것을 명령하였다.²⁷⁾ 히맨은 32건의 건강보험 허위청구에 대하여 유죄판결을 받았다. 히맨은 병원을 운영하면서 이미 사망한 사람에 대한 급여를 청구하거나, 기망적으로 획득한 의사들의 면허번호를 이용하여 행하지도 않은 의료행위에 관하여 공공의료보험과 민영의료보험에 요양급여를 청구하였다.

판사는 히맨에 대하여 중형을 선고하였는데, 그 이유로는 첫째 히맨이 첫 번째 기소로 인하여 보석중인 동안에도 보험자들을 계속하여 기망하는 행위를 하였고, 둘째로 그녀의 허위청구로 인하여 많은 수의 환자들의 보험기록이 2천9백만달러에 달할 정도로 왜곡되었으며, 메디케어, 메디케이드 및 민영보험회사에서 이러한 잘못된 기록을 정리하는 데에도 많은 비용이 들어야 한다는 것과, 셋째로 몇몇 의사들은 그들의 신상기록이나 면허번호 보험의 급여코드 등이 도용되어 그들의 평판과 신용에 많은 피해를 입었다는 사실을 들고 있다.

그 외에도 히맨은 대배심에서 허위문서를 제출하고 실존하지 않은 의사에게 혐의를 씌우려고 하였으며, 다른 사람의 신뢰를 저버리는 교묘한

25) Wing KR, et al., Ibid, p.911~912

26) 이 사건에 관한 자세한 내용은, National Association of Attorneys General, Medicaid Fraud Report, January / February 2002, p.20; Modern Healthcare, February 11, 2002 참조.

27) 이 사건의 조사 초기에 FBI는 그녀가 재산을 빼돌릴 것을 우려하여 미리 재산에 대한 압류를 해 두었는데, 압류된 것으로는 롤스 로이스(자동차), 메르세데스 벤츠, 보석, 골프채, 보트, 집 그리고 부동산 등이었다.

방법으로 범죄를 저질렀다는 등의 이유로 형량이 가중되었다고 판사는 언급하고 있다.

이러한 판결에 대하여 히맨은 항소하였으나 항소법원에서는 히맨의 32가지 혐의중 3가지의 혐의에 대해서만 부정하고 나머지 29개의 혐의에 관하여는 유죄를 확정하였다.²⁸⁾

2) Dr. Aubrey Camacho 사건²⁹⁾

1997년 1월부터 2001년 6월까지 카마초는 메디케이드 요양급여체계를 이용한 고의적인 사기범죄를 저질렀다. 그는 제공하지도 않은 치료 또는 불필요한 치료를 한 댓가로 1,000,000 달러가 넘는 급여를 청구하였다. 카마초는 실제로는 질식 분만(vaginal birth deliveries)을 하고는 마치 제왕절개수술(Caesarean section deliveries)을 한 것처럼 메디케이드에 급여를 신청하기도 하였으며, 한 번도 본 적이 없는 환자에 대하여 실제 시행되지도 않았던 외음절제술(vulvectomy)을 행한 것으로 꾸며 급여를 청구하여 받기도 하였고, 심지어는 일년 전에 피임방법으로 나팔관 결찰술을 받은 여성에 대하여 분만을 받았다고 메디케이드에 급여를 청구하기도 하였다.

이 사건은 조지아주 MFCU와 보건성의 합동조사에 의하여 밝혀졌고, 카마초는 조지아주 더칼(DeKalb) 지방법원에서 유죄판결을 받았다. 카마초는 10년형을 선고받았는데, 그 중 5년은 교도소에서 복역하고 나머지 5년은 보호관찰을 받도록 하였다. 또한 법원은 카마초가 1,055,000달러를 환수할 것과 500시간의 사회봉사명령을 행하고 그리고 그의 의사면허를 포기할 것과 메디케어 프로그램에서 제외될 것을 명령하였다.

3) Dr. Winston Worthington 사건³⁰⁾

닥터 워싱턴은 16건의 건강보험사기, 건강보험에 대한 허위청구로 급여를 받은 혐의 그리고 다른 의사의 명의를 도용하여 급여를 청구한 혐의

28) USA, Plaintiff-Appellee, vs JOYCE LEE HICKMAN, No. 02-20174, Case No. 02-20196, 331 F.3d 439; 2003 U.S. App. LEXIS 9466.

29) 이 사건에 관한 자세한 내용은, National Association of Attorneys General, Medicaid Fraud Report, October 2002, p.12참조.

30) 자세한 내용은, National Association of Attorneys General, Medicaid Fraud Report, October 2002, p.13 참조.

에 관하여 기소되었고 이후 대배심에서는 메디케어에 대한 사기혐의가 추가되어 57개의 범죄행위에 관하여 재판이 개시되었다.

닥터 워싱턴은 다섯가지의 혐의에 대하여 유죄가 인정되어 15개월 징역형을 선고받았으며, 출소후에는 3년간 보호관찰을 받을 것과 247,545달러를 환수할 것도 선고받았다.

4) Robert Walker³¹⁾

20년 이상 치과병원을 운영해온 Robert Walker는 그가 시행하지도 않은 합성수지와 아말감 보완재를 치아치료를 위해 사용한 것처럼 메디케이드에 허위청구를 하였다. 이러한 허위청구는 최소한 1981년부터 이루어져 왔던 것으로 확인되었다. 치료를 받은 것처럼 조작된 많은 사람들은 치아의 전부 또는 일부를 틀니로 하고 있는 근처 요양원의 환자인 것으로 밝혀졌다. 그의 허위청구 사례중에는 문제가 된 치아를 뽑고 난 후에 발치에 대한 요양급여를 청구하지 않고 이후 몇 년간 지속적으로 보완재를 사용한 것처럼 하여 급여를 청구한 경우도 있었다.

그의 행위들은 환자들의 불만을 조사하던 켄터키 치과의사협회에 의해 밝혀졌다. 치과의사협회의 고발에 의하여 켄터키의 MFCU에 의해 조사가 이루어졌다.

워커는 징역 10년과 33,000달러의 환수를 선고받았다.

5) Alice Peters 사건³²⁾

전문 상담사 면허를 가진 앨리스 피터(Alice Peters)는 1996년 1월부터 1998년 6월까지 전혀 실시하지 않은 어린이 정신건강 상담에 대하여 메디케이드에 1,400여건의 급여를 청구하였다. 앨리스 피터는 다른 사람의 메디케이드 수급번호를 이용하였는데, 상담을 받았다고 기록된 환자들은 그녀를 알지도 못하며 만난 적도 없다는 것이 확인되었다. 앨리스 피터의 허위청구는 메디케이드 회계감사관에 의해 발견되었는데, 그녀가 급여를 청구한 일년 동안 일주일 내내 20시간이상 상담을 한 것을 수상히 여겨

31) 자세한 내용은, National Association of Attorneys General, Medicaid Fraud Report, December 2001, p.3 참조.

32) 자세한 내용은, National Association of Attorneys General, Medicaid Fraud Report, December 2001, p.7 참조.

조사가 시작되었다. 텍사스주의 MFCU 조사관들이 그녀에 대한 조사를 할 때 그녀는 자신의 모든 환자기록들이 멸실되었다고 주장하였다. 2001년 6월 그녀에 대한 기소가 결정되자 그녀는 외국으로 피신하려고 하였으나 9월에 플로리다주 마이애미의 세관에 의해 체포되었다.

텍사스주의 해리스 카운티 법원은 엘리스 피터에게 징역 15년형과 365,000 달러의 환수를 선고했다.

6) Enrique Rojas 사건³³⁾

몬테피오레 병원의 직원이었던 엔리코 로하스(Enrique Rojas)는 자신이 근무하던 병원에서 HIV 교육을 담당하고 있었는데 직무를 수행하던 중 우연히 알게된 메디케이드 수급환자의 고유번호와 AIDS 치료약의 발송을 의뢰할 수 있는 의사의 고유번호를 알게 되었다. 로하스는 이후 9개월동안 AIDS 치료제인 'Serostim'³⁴⁾의 발송을 요청하는 서류를 수백건 위조하여 그 서류를 다른 주의 제약회사나 약국에 팩스로 발송하였다. 요청을 받은 약국들은 로하스 자신의 주소를 포함한 뉴욕의 여러 주소지에 'Serostim'을 발송하였고, 뉴욕주의 메디케이드 지사에 약품비를 청구하였다. 뉴욕주 메디케이드 지사는 'Serostim'의 한달 치 청구분인 6,300달러를 약국들에게 지급하였다.

로하스는 그 약을 우송받은 사람들에게 수고비로 50-100달러를 주었고, 그렇게 하여 입수한 세로스팀을 암시장에 파는 방법으로 이익을 취하였다.

로하스의 범죄행각은 보건성 뉴욕사무소가 TDI제약회사에게 메디케이드가 지불하는 비용이 1999년에는 1백만 달러 미만이던 것이 2000년에 갑자기 4백5십만 달러로 급증한 것을 조사하는 과정에서 발견되었다. 로하스에 의해 부정청구된 금액은 9개월 동안 약 1,700,000 달러에 이르렀다.

뉴욕주 알바니 지방법원은 로하스에 대하여 납세자로부터 1,700,000달러

33) 자세한 내용은, National Association of Attorneys General, Medicaid Fraud Report, January / February 2003, p.5 참조

34) 'Serostim'은 AIDS 환자의 체중이 10%이상 감소하는 등 생명에 위협을 주는 상황에서 체중감소를 막기 위해 AIDS 환자를 위해서만 사용하도록 되어 있다. 그러나 불법적으로 근육을 강화시키기 위해 보디빌더나 운동선수등이 사용하기도 한다.

를 훔친 혐의를 인정하여 징역 1년 8월에서 5년을 선고하고 법정구속하였다. 법원은 또한 로하스에게 1,759,000달러를 환수할 것도 선고하였다.

VI. 결 어

최근 우리나라에서도 건강보험에 관한 허위·부정청구의 문제가 많이 논의되고 있으나 이에 대한 법적 제도적인 해결책을 제시하기보다는 감정적인 대립이 내재된 논쟁이 계속되고 있는 듯 하다. 그러나 진료의 내용과 사실과 다르게 요양급여를 청구하는 '허위청구'의 경우는 명백히 형법사의 사기죄 등에 해당하는 범죄행위임에도 불구하고 이를 정당화하거나 불법적인 평가를 감소시키려는 의도는 용인될 수 없다고 할 것이다.

이러한 점에서 미국에서의 공공의료에 해당하는 메디케어와 메디케이드에 대한 허위청구를 근절하기 위한 법률과 제도, 정부의 노력, 전담수사팀의 운영 등은 허위청구행위에 대한 법적인 근거도 제대로 갖추어져 있지 않는 우리에게 시사하는 바가 크다고 할 것이다.