

May 27, 1999

## 強化される医療費の不正請求取締 患者による通報キャンペーンも：不正・不適正な請求は 大幅減少へ

JETRO New York, Health and Welfare Dept.

Director 伊原和人

Research assistant 天池麻由美

高齢化の進行に伴って、毎年、メディケアにおける医療機関や医師からメディケアに対する請求件数はうなぎ登りに増えている一方で、従来、監査人員の手薄さ等からメディケアの不適正請求に対する取締りは後手に廻っている感もあったが、近年、痛みの伴うメディケア改革を断行する上で制度に対する信頼回復が不可欠との政権側の判断もあり、その取組みが強化されている。

こうした本格的な取組みの成果も年々上がってきており、1998年のメディケアの総支出に占める不適正な請求額の割合は、1996年のそれと比較すると、半減したと報告されている。

さらに、本年2月には、メディケア受給者（患者）本人が医療機関等からの請求内容をチェックし、不正を発見したならば連邦政府に通報することを奨励する「Who Pays? You Pay.」キャンペーンが開始されるなど、多様な取締活動が展開されている。

そこで今回は、こうしたメディケアの不適正請求の取締りの動向についてレポートしたい。

- 1 メディケアにおける不正・不適正請求の状況 総支出の7.1%を占める。しかし、近年の取締りの強化によってわずか3年で半減

会計検査院（General Accounting Office）によると、1996年段階で、メディケアにおける請求件数は年間8億件を上回り、1989年と比較すると70%も増加している。一方、こうした請求を監査する人員は同期間中にわずか11%増加したに止まり、従来、監査体制の不備が指摘されていた。こうした中で、近年、続々と不正請求事件が明るみに出ており、1997年には病院チェーン最大手のColumbia/HCAが組織ぐるみで不正行為を行っていたとして、関係者が逮捕されるとともに、CEOが辞任するという事件へと発展した。

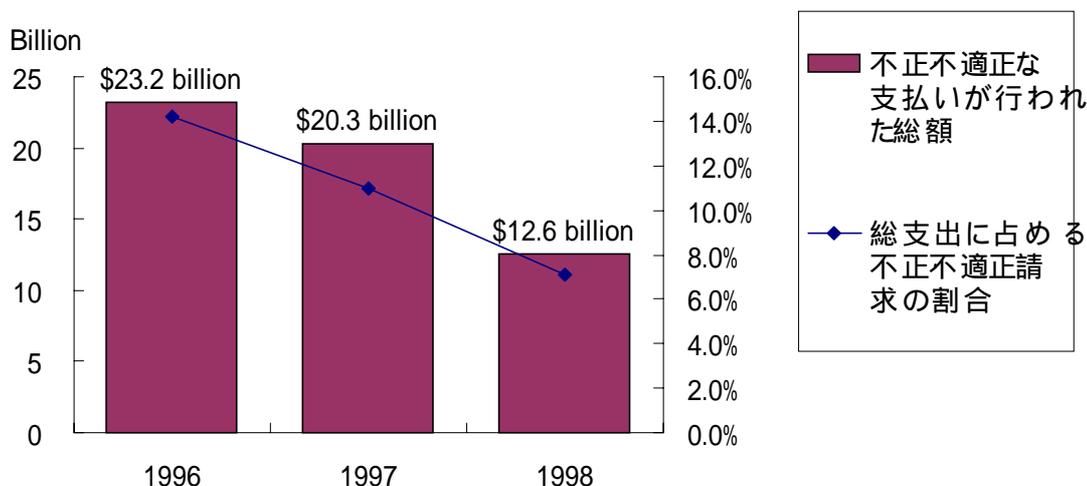
特に、90年代に入り、成長著しい在宅サービス分野では、費用償還ルールが複雑であることもあって、不正あるいは不適切な請求が多いといわれており、1997年に発表された連邦保健福祉省監察官室（Office of Inspector General: OIG）の調査によれば、全体の40%が不正又は不適切な請求だとされている。

図表1は、こうしたメディケアにおける不正・不適正請求の総額及びメディケアの総支出に占める割合（推計）である。1998年段階で総額126億ドル（1兆5000億円強）

に上り、総支出に占める割合は 7.1%となっている。また、不正請求だとしてメディケア信託基金（会計）に返還された額は、1997-98 年の 2 年間で 12 億ドル（約 1,400 億円）超に上っている。<sup>1</sup>

しかし、この図表 1 から見てもわかるように、1996 年以降、不正・不適正請求はその総額、そしてメディケアの総支出に占める割合いずれも急速に減少しており、事実上半減している。これは、クリントン政権がこうした不正・不適正請求に対する批判の高まりを受けて、その取締を本格的に強化したことによるものである。

（図表 1）メディケアにおける不正・不適正請求総額とメディケア総支出に占めるその割合（推計）



（出典）連邦保健福祉省

## 2 不正・不適正請求の取締強化策 詐欺的行為の摘発件数は飛躍的に上昇

痛みの伴うメディケア改革が求められている中であって、クリントン政権は、改革への理解を得るためには、まずそれ以前の問題とも言える不正・不適正請求の本格的な取締が必要との判断から、近年、以下のような様々な措置を講じている。

### 信頼回復作戦「Operation Restore Trust」

まず、その第一弾として、1995 年、メディケアの信頼を回復するとの目的で、Operation Restore Trust と呼ばれる不正取締強化プログラムをスタートした。本プログラムは、不正請求事件の発見、防止等のために有効な手法を開発することを目的として、当初、2 年間のパイロットプログラムとされ、FBI と連邦保健福祉省監察官室（Office of Inspector General: OIG）で結成された捜査チームにより、5 州を対象に不正行為の摘発強化を行った。その結果、不正調査に費やされた費用 1 ドルにつき 23 ドルの払い過

<sup>1</sup> 日本の場合、1997 年度において、厚生省が実施した監査・指導による返還金額が約 60 億円、会計検査院が不適切な支払と認定した金額が約 31 億円（両者の調査は一部重複しているため単純に合計できない）となっている。メディケアが高齢者と障害者のみを対象とした制度であることも考え合わせると、2 年間で 12 億ドルもの返還額がいかにか大きいか分かる。

ぎ（overpayment）が確認されるなど成果が上がったことから、2年間の試験プログラム終了後、対象地域を全国規模に拡大して実施されることとされた。

医療詐欺・濫用防止プログラム：医療保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996: HIPAA）

1996年、HIPAAが制定された際に、医療詐欺・濫用防止プログラム（Health Care Fraud and Abuse Control Program）が創設され、不正・不適正請求取締に関する恒常的な予算が認められることとなった。

同法の施行から1年経過した段階で、不正行為を理由として有罪が認められた事件数は約20%増え、さらに、民事訴訟の件数では61%増加した。

違反者に対する罰則強化：均衡予算法（Balanced Budget Act of 1997）

1997年8月に成立した均衡予算法でも、公的医療保障制度（メディケア、メディケイド及び州独自のプログラム）における不正行為の取締強化を目的とする新たな措置が盛り込まれた。

厚生長官は、メディケア取扱医療機関として指定するに際し、有罪が認められた医療機関や医師に対しては、必要に応じて、指定拒否、打ち切り、更新の拒否を行うことができるとしたほか、不正行為が摘発された場合の措置として、以下のような事項を定めている。

）不正を行った医療機関等に対する措置

医療機関等が2回にわたり不正を行った場合には、最低10年間、公的医療保障制度の取扱ができないこととされたほか、不正が3回にわたった場合は、永久的に同制度対象から外されることとなった（three-strikes-you're-out penalty）。

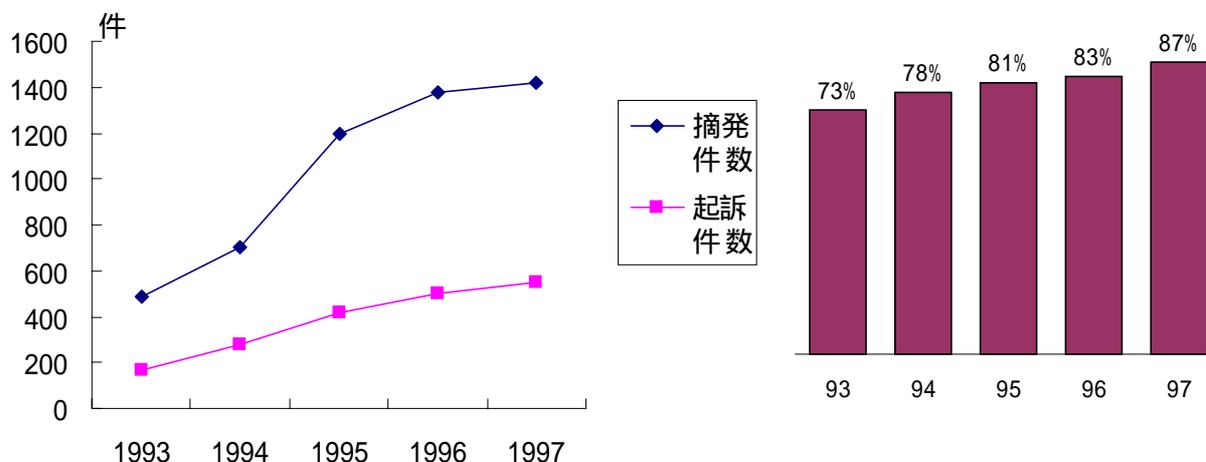
）不正を行った医療機関や医師がその所有権（持ち分）を家族・親族に譲渡した場合の措置

）の脱法行為を防ぐため、有罪が認められた医療機関や医師が当該医療機関の所有権（持ち分）の5%以上を所有しており、かつ、その所有権（持ち分）がその家族・近親者に譲渡された場合には、当該医療機関についても、）同様、メディケア・メディケイドの取扱を認めないことができることとした。

以上のような取締強化によって、詐欺的行為の摘発件数は過去3年間に飛躍的に上昇している。

図表2は、医療分野全般における詐欺的行為の摘発及び起訴件数、また、起訴された総件数のうち有罪となった件数の割合を示している。それによると、摘発総件数は、1993年の486件から1997年には1,422件と3倍近く増加しているほか、起訴件数についても同様の増加を記録している。また、起訴されたケースが有罪となる割合についても上昇しており、1997年では、全体の87%に対し有罪判決が下されている。

(図表 2) ヘルスケア全般における詐欺的行為の件数と有罪となったケースの割合

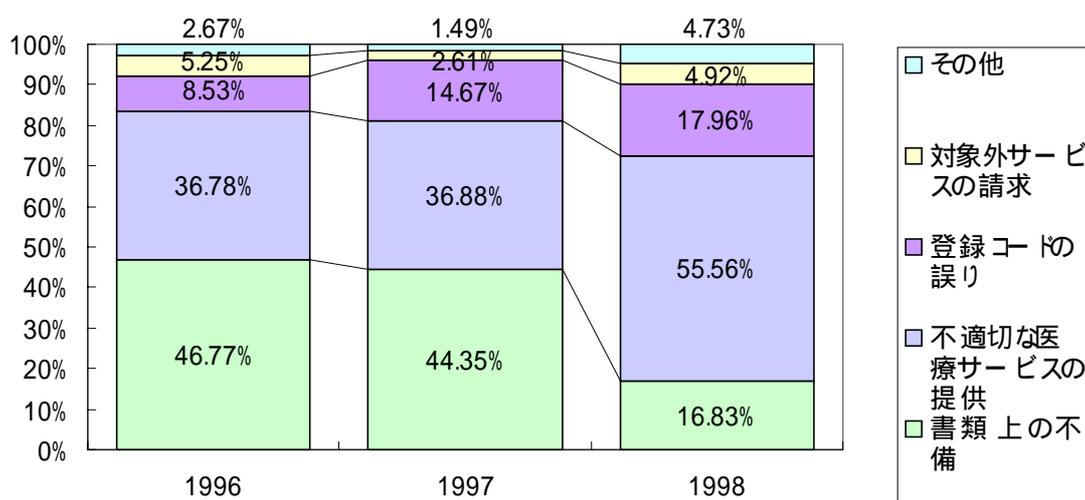


(出典) 司法省のデータを基にした USA Today 紙の分析

図表 3 は、1996 年以降の 3 年間について不正行為の種類別 (書類上の不備、不必要な医療サービスの提供、医師の指示の欠如、対象外サービスの請求など<sup>2</sup>) の割合を示したものである。

1996 年に 46.77% と最も割合の高かった書類上の不備は、取締強化に伴って医療機関側の対応が慎重になったこともあって大きく減少しており、1998 年には 16.83% となっている。これに対し、不適切な医療サービスの提供の割合は増加しており、1998 年のデータを見ると過半数を占めるに到っている。

(図表 3) 種類別に見るメディケア不正行為の割合



(出典) 連邦保健福祉省

<sup>2</sup> こうした不適正請求が、必ずしも意図的に行われているとは限らず、中には単純な誤りで請求されている場合もある。

http://www.jmarket.med.or.jp

### 3 受給者自らが医療機関等の請求内容をチェックする新たなキャンペーンがスタート "Who Pays? You Pay."キャンペーン

これまで、連邦政府自身による取締を中心に展開されてきた不正・不適正請求対策であるが、行政機関による取締ではなお不十分だとして、メディケア受給者（患者）自らが請求内容をチェックし、不審に思うことがあったら連邦政府に通報しようというキャンペーンが展開されている。

1995年6月にOIGが、不正・不適正請求に関し、一般からの情報収集を目的としたホットラインを設立するとともに、昨年の7月には、寄せられた情報に対して、1000ドルを最高限度額とする報奨プログラム（The Incentive Program for Fraud and Abuse Information）をスタートした。

しかし、プログラムはスタートしたものの実際には、こうしたプログラムの存在すら知られていないこと、また、メディケア受給者自身が不正・不適正請求を発見するためにはノウハウが必要であることなどが明らかとなったことから、本年2月、連邦保健福祉省は、司法省、そして米国退職者協会（American Association of Retired Persons: AARP）の協力を得て、"Who Pays? You Pay."なる新たなキャンペーンを開始した。これは、メディケア受給者自身に医療機関等からの請求に不正や誤りがないかどうかをチェックするノウハウを提供するとともに、広くこうしたプログラムの存在を周知しようというものである。開始当日の2月24日には、全国5都市で記者会見が行われ、31都市1万人のメディケア受給者とAARPのボランティアを対象としたトレーニングセッションが行われた。

この"Who Pays? You Pay."キャンペーンでは、メディケア受給者に対し、「1-2-3アプローチ」と呼ばれる3ステップからなるチェックを行うよう奨励している。各ステップの内容は以下のとおり<sup>3</sup>。

メディケアを運営する連邦医療保険財政庁（Health Care Financing Administration）から送られてくる給付明細書によく目を通し、実際に自分が受けた検査や治療かどうか、疑問点や誤りがないかどうかを確認する。

疑問点や誤りを感じた場合には、医療機関や医師に説明を求めるか、あるいは、実際にメディケアの支払事務を担当している事務処理受託機関に問い合わせる。

それでもなお、問題が解決しないと感ずるのであれば、OIGの不正ホットライン（ toll free 電話番号）に電話をする。

なお、不正が認められた場合、報奨として情報提供者に対して、返還額の10%（最高限度額1000ドル）が与えられることとされている。

### 4 新キャンペーンに対する反応 医療機関サイドは、過剰請求を控える傾向。米国医師会は医師と患者間の信頼関係を破壊するものと批判

連邦政府による厳しい取締、さらにメディケア受給者からのチェックが強化されている状況下において、医療機関や医師側は、請求内容や請求書類の厳格なチェックを行うなど請求に慎重になっているといわれ、従前に比べ、診療から請求までの事務処理期間

<sup>3</sup> 詳細については、付録を参照。

が延びているといわれている。

一方、こうした不正請求に対する厳しい世間の目が注がれる中で、米国医師会 (American Medical Association: AMA) は危機感を募らせており、本年新たにスタートした "Who Pays? You Pay." キャンペーンに関し、誇張した表現 (inflammatory language) を用いて医師に対する無用な疑念を患者に抱かせるようなものであり、医師と患者の信頼関係を壊すものと批判している。

米国医師会会長の Nancy W. Dickey 女史は、本年 2 月 24 日付け Wall Street Journal 紙に寄稿し、同キャンペーンを上記の趣旨から批判した上で、不正行為を取り締まるには政府と医師の協力が必要であり、医師と患者の関係を重視した取り組みにすべきであると主張している。

こうした医師側の批判に対し、連邦政府側は、不正行為の摘発に当たっては、実際は医療を受けた患者自身が重要な役割を果たすことがしばしば必要だとして、同キャンペーンの意義を強調し、米国医師会の批判に反論している。

いずれにせよ、こうした手法の是非はともかくとして、総支出の 8% もの不適正な請求が存在するとの事実は、メディケア改革を進める上で大きな障害となることは間違いなく、今後、クリントン政権側、そして議会側の双方とも取締強化についての異論はなく、引き続き従前以上の本格的な措置が講じられていくものと思われる。

http://www.jmari.med.or.jp

(付録)「Who Pays? You Pay.」キャンペーンの消費者向けパンフレットの内容

## メディケアにおける不正と戦うための3つのステップ

### Step 1

送られてきたメディケアの給付明細書に書かれている内容を確認する。その際に、以下の3点に注意する。

明細書に記載されている医療サービス又は医薬品や医療機器の提供を実際に受けたか？

明細書に記載されている医療サービス又は医薬品や医療機器の提供は、主治医の指示により行われたものか？

あなたの知る範囲において、提供された医療サービスや医薬品等は、診断や治療において適当なものであったのか？（もし、疑問があるのであれば、医師に尋ねる。）

### Step 2

疑問点や誤りを感じた場合には、医療機関や医師に説明を求めるか、あるいは、実際にメディケアの支払事務を担当している事務処理受託機関に問い合わせる。

### Step 3

それでもなお、問題が解決しないのであれば、連邦保健福祉省監察官室（Office of Inspector General: OIG）のメディケア不適正行為ホットライン（トールフリー電話番号）に電話をする。

また、メディケアの明細書をチェックするほかに、詐欺的行為を防ぐために以下の点に注意すべき。

- ・メディケア受給者証はクレジットカードと同じように取り扱う。  
メディケア受給者番号を、電話で教えたり、見知らぬ来訪者に知らせたりしてはならない。もし、受給者証を紛失・盗難した場合は、速やかに連絡する。
- ・メディケア受給者番号と引き換えに、無料で医療サービスや医療機器の提供を受けない。悪徳な業者が、受給者本人が受けていない医療サービスや医療機器の請求をメディケアに対して行うことがある。
- ・自らの医療に関する情報には敏感に。  
どのサービスや医療機器の提供が必要かを覚えておけば、不要なサービス等の提供を避けることが可能になる。
- ・給付対象外のサービス等について、「メディケアへの請求方法を知っている。」と語る人々には要注意。こういうケースに遭遇した場合は、速やかに報告する。
- ・不正行為には、様々な手法がある。

メディケアの給付明細書や医療機関等からの請求書からは想像もつかないような詐欺的行為が行われる場合もある。こうした被害を防ぐために、どのような詐欺的行為の手法があるのか注意する。

しばしば見られる詐欺的行為の例　　こういうケースに遭遇したら、すぐ連絡を

- ・ 同じサービスについて 2 回以上請求 ( double billing ) する。
- ・ 不適當あるいは不要なサービスを提供する。
- ・ 一度も行われていないサービスまたは医療機器等の費用を請求する。
- ・ メディケアやメディケイドの受給者番号または民間保険の加入番号の引き渡しを条件に、サービスや医療機器等を無料で提供する。
- ・ メディケアに高額な、もしくは、新しい機器を請求する一方で、実際には、低額な、もしくは中古の機器を提供する。
- ・ 本来徴収しなくてはならない患者の一部負担をしばしば免除する。

<http://www.jmari.med.or.jp>