

병원 医療保險管理의 문제점 및 효율적인 運營方案



김 회 창

〈한림대부속 한강성심병원 의료보험계장〉

1. 서 언

医療保險이란 사회보장제도의 일환으로서 公的인 의료의 보장을 보험의 방식으로 하는 법제도의 총칭이다. 인간생활 가운데 기본적인 생존권에 대한 부분에서 평등을 찾으려는 욕구로부터 연유한 이 제도는 하나의 보험제도로서 한정되어지는 것이 아니라 공동체의식에 입각하여 빈곤과 질병으로 인한 이중적 압박을 해결하려는 체계적 노력인 것이다. 1977년 의료보험제도가 도입되어 시행된지 9년이 지난 현재 제도상 많은 발전과 더불어 문제점이 차츰 개선되고 있지만 아직도 관리상 많은 어려움이 있으며 효율적인 관리운영체계가 필요하다고 하겠다. 특히 병원관리는 비영리적인 의료사업으로서 한정된 비용으로 보다 良質의 의료를 제공하는데 목적이 있으며 이것은 일반기업이 최소의 비용으로 최대의 이익을 창출하는 것, 즉 富의 極大化를 목적으로 하는 것과 비교할 때 경제성에 있어서는 같은 원리이나 그 목적이 환자진료와 자본의 증식 둘다에 있다는 점에서 다르다. 따라서 병원관리의 효율성을 기하기 위하여 의료보험측면에서 몇가지 문제점 및 효율적인 운영방안을 알아 보기로 하겠다.

2. 의료보험 資格管理의 문제점

병원에 오게 되면 수진자는 접수창구에 의료보험증과 주민등록증을 제시하고 병원직원은 1차확인을 한 다음 의료보험혜택을 부여하게 되는데 진료비청구 후 사후에 수급자격확인미스로 반송 또는 지급후 장기간 시일이 지난 후에 지급된 진료비를 환수해가는 사례가 빈번하며 환수액은 심사조사액보다 오히려 많은 금액을 차지하게 된다. 사후에 이러한 문제발생으로 확인 또는 자료보완으로 재청구를 할 수 있지만 많은 시간이 소요되고 불필요한 각종 서류를 보관하고 관리해야 되는 문제점이 있으므로 사전에 관리를 철저히 하여 수급자격확인미스로 진료비를 지급받지 못하는 사례가 없어야겠다. 특히 수급자격확인 과정에 있어서 1) 조합기호 및 피보험자증번호 2) 수진자 주민등록번호 3) 검인유효기간확인 4) 진료지역확인 5) 대리수진 여부확인, 6) 직종(2종)보험 입원제한 및 상병제한확인 등에 유의하지 않으면 안된다. 직종조합은 재정관계로 각 조합마다 정관이 틀려 의료보험증에 각종 제한사항을 두어 자격관리에 신중을 기하지 않으면 안된다. 직종보험의 진료비지급은 1개월~1년이 소

요되고 있을 뿐더러 조합별로 분할지급되기 때문에 병원회계의 가중한 업무는 물론 지급이 늦기 때문에 병원경영을 더욱 어렵게 하고 있다. 여기에다 제한사항까지 많이 두어 문제가 있을 시는 병원으로 책임을 전가하려는 모순은 보험자단체에서 개선되어야 할 과제이다. 의료보험공단의 주민등록번호상 이로 반송처리, 의료보험연합회의 진료비지급 후 약 6개월~1년이 경과된 후에 수급자격확인 미스로 환수를 해갔을 때 재신청시는 자료확인관계로 너무 많은 시간소요 및 청구불가건을 초래하고있는 것은 병원마다 공통적 사실일 것이다. 보험자단체에서는 자체 업무 시스템에 맞추어 자격관리를 하는 것보다 병원의 업무와 연관시켜 자격관리를 한다면 더 좋은 방법이 강구될 것이며 장기적 차원에서 보험제도의 발전이 아닌가 본다.

3. 의료보험수가분석 및 향상방안

의료보험이 시작된 후 그동안 진료수가가 8회에 걸쳐 인상되었지만 물가상승에 미치지 못하였고 그 인상폭이 낮아 의료단체에서는 수가인상 개선방향을 누차 제시하고 있지만 반영이 제대로 되지 않고 있는 실정이다. 올해에도 6월부터 의료보험 수가가 약 3% 인상되었지만 실제 인상되어야 할 기술료부분은 인상이 되지 않고 환자부담만 가중되는 진찰료, 입원료만 일부 인상되었다. 현재 전국민의 약 51%가 의료보험 대상자이나 국민건강보험으로 인하여 날이 갈수록 보험환자는 증가추세에 있으므로 의료보험수가관리가 병원관리에 무엇보다도 중요하다. 병원에서도 정기적으로 의료보험진료비 수가분석을 하여 대안을 강구하는 것이 병원수지경영에 많은 기대효과를 가져올 것이다. 의료보험수가분석에는 병원여건하에 따라 여러가지 방안이 있겠으나 대체적으로 1) 진료행위별 분석 2) 일당진료비 및 평균진료일수분석 3) 빈도 높은 상병별수가 비교분석 4) 진료과별분석 5) 타병원과 자료교환 비교분석 6) 처방전 수가준용항목분석 7) 정보수집 8) 보험자단체의 각종통계자료 등으로 진료비를 분석하는 것이 좋을 것이다. 수가분석에는 부가가치를 염두에 두고 특히 기술료부분에 중점을 두어야

하며 고가약제는 되도록 선택적 또는 단계적으로 사용을 하는 것이 심사조정을 최대한 줄일 수 있는방안의 하나이다. 수가향상을 위해서는 상기에서 분석된 자료를 적극 활용하는 것이 무엇보다도 중요하다.

4. 진료비청구 심사통보에 대한 분석 및 이의신청

진료비청구 후 보험자단체의 심사를 거쳐 진료비지급과 동시에 심사통보서가 오면 병원에서는 우선 밀린 진료비청구분부터 작성 청구하고 다음에 시간이 부여되는대로 통보서분석 후 재청구 또는 이의신청을 하게 되는 병원이 대부분일 것이다. 그러다 보면 재심기간 60일을 초과하여 이의신청을 못하는 경우가 발생하게 된다. 진료비심사분석은 자체계획에 의거, 정기적으로 실시하여 부당한 조정은 자료를 보완하여 재심의뢰를 하는 것이 병원으로 보아서는 기본권리라고 볼 수 있으며 비용절감과도 연관될 수 있을 것이다. 현재 보험수가는 단일수가로 수가산정이 어렵고 적용의 복잡성때문에 때로는 산정방법을 몰라 청구를 못하는 사례가 빈번히 발생되고 있다. 의사라고 하여 보험에 대한 지식을 다 숙지하고 있는 것은 아니며 진료과에 해당사항은 수시 홍보하여 진료에 참고가 되도록 하여야 한다. 보험자단체의 진료비심사는 진료수가기준액표, 요양급여기준, 약가기준액표, 유권해석, 각종 지침 및 심사사례, 병원에서 송부한 소명자료 등에 의하여 심사를 하고 있으나 심사요원간의 개인차와 관리하는 기구가 이원화되어 때로는 일관성이 결여된 때도 있기 때문에 병원에서는 진료진과 행정직원간에 협조체제를 갖추어 조정의 타당성여부를 분석하여야 할 것이다. 진료상은 꼭 필요한 데 부당한 조정이 계속될 때는 관계기관에 질의하여 대안을 강구하는 것도 좋은 방안이 될 것이다. 또한 행정직원이 진료부서에 삭감통보시는 부당한 조정부분에 대하여 소견서 등 자료를 보완해 주는 것이 조정을 줄여나가는 방안이 될 것이다. 그리고 보험자단체의 심사기구의 이원화는 하루속히 일원화되어 병원업무의 가중을 해소하고 심사에 대한 체계가 수립 되어야

할 것이다.

5. 의료보험교육의 중요성 및 위원회 활성화

병원마다 진료비산정은 의료보험수가에 준하여 상대적으로 일반수가·기타수가 등을 적용하고 있다. 직원들이 의료보험에 대한 제반상식이나 관리요령을 숙지하지 못하여 수가산정 및 행정처리미숙에 대한 문제점이 종종 발생하는 사례가 있어 관리자는 교육의 필요성을 더욱 느끼게 된다. 신규직원 채용시 행정직·의료직·간호원교육시·관리자회의시 의료보험교육을 병행 실시 하는 것은 효율적인 방안이 될 것이다. 본 재단에서는 수간호원 승진에 앞서 의료보험 교육을 2~3주간 실시하고 교육수료증을 취득한 직원에게 승진발령을 내는 것도 의료보험교육이 그만큼 병원관리업무에 중요하기 때문이다. 또한 의료보험위원회를 월1회이상 실시하여 여기서 토의된 내용이나 수집된 내용, 수가산정에 대한 지침, 각종 홍보자료 등을 위원장이 주간 및 월간 임상교수회의시 반영하는 것도 좋은 결과를 가져올 수 있다. 병원은 기업의 직종과 달리 특수한 조직과 직종이 다양하기 때문에 교육도 여기에 부합되도록 적절하게 이루어져야 한다. 이젠 병원업무도 전문화되어감에 따라 행정직원의 자질도 향상되고 대학원과정에도 병원행정전공분야가 설치되어 운영되고 있는 것이 다행이 아닐 수 없다.

6. 일반환자에서 의료보험으로 전환시 수가산정의 문제점

구급환자로서 의료보험증을 갖고 있지 않을 경우 진료지역관계, 검진관계, 기타 부득이한 사유로 병원입원시 의료보험증을 제시하지 못하고 일반적으로 우선 입원할 경우, 서면신고자에 대하여 7일 이내에 의료보험증이나 기타 확인서류를 제출하면 규정상 소급하여 보험적용을 받을 수 있다. 그러나 병원에서는 일단 환자입원시 인적사항 불충분등의 사유로 일반적으로 입원되기 때문에 진료부서에서는 일반환자로 간주, 진료에는 차등을 두지 않으나 모든

진료처방은 일반처방을 내게 되며 일반처방은 의료보험과 같이 행위 하나 하나를 체크 또는 준용하는 것이 아니고 처치료 등을 일괄적으로 테이블수가로 적용하는 사례가 많다. 입원치료중 환자가 필요한 구비서류를 갖추어 원무과에 제출하면 医保전환이 소급적용되지만 수작업을 하는 병원이나 전산처리를 하는 병원 모두가 환자전환작업이 여간 어려운 것이 아니다. 설령 전환이 되었다 하더라도 진료비 청구시 의료보험과에서 진료기록부와 대조 심사시 행위가 누락된 부분을 많이 발견하게 된다. 병원마다 거의가 일반처방과 의료보험처방을 구분하여 사용하고 있으며 의료보험은 단일수가로 행위별로 체크 또는 항목을 기록하고 準하여 적용하는 수가가 많기 때문에 고려하지 않으면 안된다. 이러한 제반 문제점을 보완하기 위해서는 입원수속시 서면신고자에 대하여 「医保轉換예정」이라고 표기하면 진료부서에서는 의료보험환자로 간주 수가산정에 별다른 차질이 없으며 사후에 의료보험으로 소급적용이 되었더라도 문제점이 많이 해소되리라 본다.

7. 의료보험未收金 관리요령

병원에 내원하는 환자의 사회적 환경·질병 등이 다양하고 원무행정의 양적 증가, 質의 복잡성때문에 미수금 발생원인도 다양하다. 미수금의 회수 가능성을 볼 때 의료보험미수금은 다른 미수금(일반·자보·기타 등)보다 회수는 쉬울지 모르나 보험환자점유율이 높고 미수액의 비중이 높은 관계로 관리를 철저히 하지 않으면 안될 것이다. 의료보험은 되도록 적시에 빨리 청구를 하여야 하며 미수금을 더욱 줄이기 위해서는 장기입원환자 월단위 분할청구, 고액진료비청구건에 심사자료보완 및 내역설명도 무엇보다도 중요하다. 또한 전산진료비청구를 하는 병원은 자체 시스템을 개발·보완 한다면 퇴원과 동시에 연결심사가 가능하기 때문에 최대한 진료비를 빨리 청구할 수 있고 지급기일을 단축할 수 있어 병원의 운전자본관리를 용이하게 할 수 있다. 미수금관리를 적절히 하지 못하고 청구가 지연되고 누적액이 쌓이면 자본회수기간이 늦어지는 관계로 병원에서는 결국 은행차입 또는 사채를 이용

해야 되는 불합리점 때문에 병원경영의 악화를 가져올 수 있을 것이다. 병원의 운전자본관리중 미수금관리가 병원경영과 직결된다는 것은 두 말할 나위도 없을 것이다.

7. 맺는말

以上에서 제반 문제점을 검토하고 개선방안을 제시하

고자 했다. 병원에서는 의료보험관리의 중요성을 재인식하여 효율적인 관리운영체계가 이루어지도록 하여야 한다. 병원은 특수한 조직과 다양한 업무의 흐름관계로 분야별로 업무가 개선되어야 하고 최소의 비용으로 최대의 관리효과를 거두기 위해서는 내부경영의 합리화를 기하지 않으면 안된다. *

“病院人 여러분의 투고를 환영합니다”

週刊「병원회보」는 「독자란」을 마련, 전국 病院人 여러분의 대화의 광장이 되고자 합니다. 병원에 근무하는 病院人이면 누구나 職種을 가리지 않고 투고를 환영합니다. 病院人 여러분의 대화의 광장에서 만나십시오.

- 원고종류 : 논문(병원경영, 관리 등 병원 관련내용), 소설, 시, 수필, 직무수기, 제언, 만평, 만화 등
- 투고자격 : 의사, 간호원, 의료기사, 행정사무직 등 병원근무 전직종 및 병원관련인사.
- 원고마감 : 수시
- 보 별 곳 : 우편번호 10000
서울 중구 충무로2가 49-17(조양빌딩 신관 10층)
주간 「병원회보」독자투고담당자 앞
- 기 타 : ① 게재원고에 대해서는 소정의 원고료 지급
② 원고관계 사진, 그림 및 필자사진 동봉

病院會報