

하여 지정토록 하고 있다.

현재 의보연합회가 지난해 12월까지 희망신청을 받아 3차진료기관으로 지정한 병원은 20개 병원인데 이 가운데 2개병원은 지역사정상 지정취소를 원하고 있는 것으로 알려지고 있다.

病協은 현재 3차진료기관으로 지정된 이들 18개 병원 외에도 규모로 보나 기능(5백병상 미만일 경우)으로 볼 때 희망할 경우 3차 진료기관으로 지정할 것을 연합회, 측과 협의하고 있다.

病協은 3차진료기관 지정과 관련, △진료기준을 꼭 5백병상 이상으로 제한하지 말고 현실적으로 2차기관에서 하기 어려운 특수가료를 행하는 의료기관을 3차기관으로 지정하는 것이 타당 △특수 진료료를 가진 병원은 전국에서 환자가 이송되기 때문에 3차지정이 당연 △대학부속병원 가운데 지정을 희망하는 병원은 규모를 제한하지 않고 지정하는 것이 타당하다는 의견을 제시하고 있다.

◇진료절차

지정된 1차진료기관은 주민이 자유롭게 이용할 수 있다. 그러나 앞서도 밝혔듯이 다른 특별시, 직할시와 道 소재 1차기관을 이용할려면 해당 郡內 1차기관의 소견서와 조합의 타지역진료 승인서를 지참해야 한다. 이 경우 보건기관도 의원과 마찬가지로.

1차진료기관에서 2차진료기관으로 갈때는 1차진료기관의 진료의뢰서를 받아야 한다. 곧바로 2차진료기관을 찾거나 진료의뢰서가 없으면 2차기관에서 진료를 할 수 없다.

3차진료기관의 진료는 병원급이상(관내병원, 2차진료기관)의 진료의뢰서가 있어야만 한다. 단 응급환자나 부득이한 경우는 바로 3차기관을 찾을 수 있다.

진료비 청구 및 심사지급절차

진료비의 청구 및 심사지급에는 많은 변화가 생겼다. 농어촌지역의료보험 시작과 함께 지금까지 의료보험조합연합회와 의료보험관리공단으로 이원화 되어 있던 심사체계가 의료보험연합회로 일원화

되었기 때문이다.

◇진료비청구

올해부터 의료보험진료비 청구는 의료보험연합회로 일원화됐다.

농어촌지역의료보험 수진자의 진료비는 기존 시범지역조합과 마찬가지로 해당 지역조합에 청구해야 한다. 다만 지역의보진료비라 하더라도 3차진료기관 진료비를 의료보험연합회 본부로 신청토록 했다. 3차진료기관이 전국지역의료보험조합을 각각 상대할 경우, 1백40개조합을 매월 청구수납 등 관리를 해야하는 불편함이 있을 수 있기 때문인 것으로 풀이된다.

그밖에 모든 진료비는 의료보험연합회로 청구하면 되는데 병원급(한방은 의원포함)은 연합회 본부에 청구해야 한다. 의원급의 경우 연합회가 전국 5개지역에 설치한 서울, 부산, 대구, 광주, 대전 등의 支部에 해당지역별로 각각 신청한다.

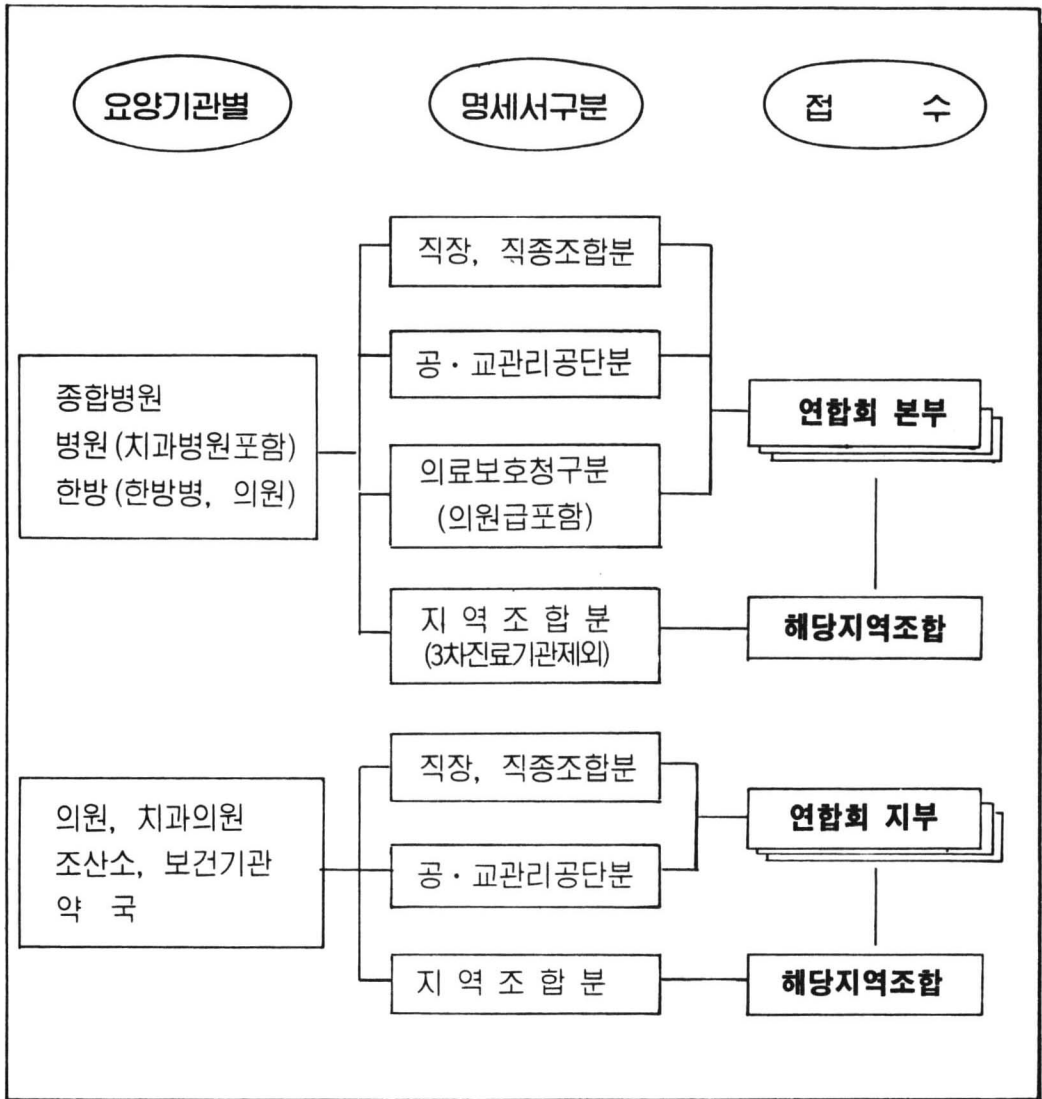
중전 의료보험관리공단에 청구하던 공무원 및 사립학교교직원분 진료비는 심사기구의 연합회로 일원화에 따라 앞서 방법과 같이 연합회로 청구한다. 마찬가지로 지난해까지 의보관리공단에 청구되던 의료보호진료비는 병·의원 가리지 않고 연합회 본부로 청구한다.

올해 1월 1일부터 진료비청구는 진료일 기준이 아니므로 그전 진료분이라도 1월 1일 이후 청구는 각각 연합회본부 및 지부(의원급) 또는 지역해당조합에 청구하면 된다.

진료비청구방법은 직송 또는 우송의 방법을 이용한다. 청구시 진료비명세서에 △직장 및 직종 △지역조합분 △공교의료보험공단분 △의료보험분 등 네가지로 각각 분철하도록 의료보험연합회는 요망하고 있다. 이 경우 지역조합분은 해당 조합별로 분철해야함은 물론이다.

직장 및 직종조합과 공·교의료보험공단분은 종전 연합회에서 시행하고 있던 병원급이상 요양기관의 진료과목별 분철이 필요없다. 그러나 진료분야별(내과분야, 외과분야, 산·소아과분야, 치과분야 등)로 진료비명세서를 순서대로 편철해 주기를 연합회는 바라고 있다.

진료비명세서를 접수하게 되면 연합회는 접수처



〈그림 1〉 진료비 청구체계

에서 의보연합회 이름으로 된 접수증을 발급하여
즉석에서 전달 또는 우송한다.

◇ 진료비 심사 지급

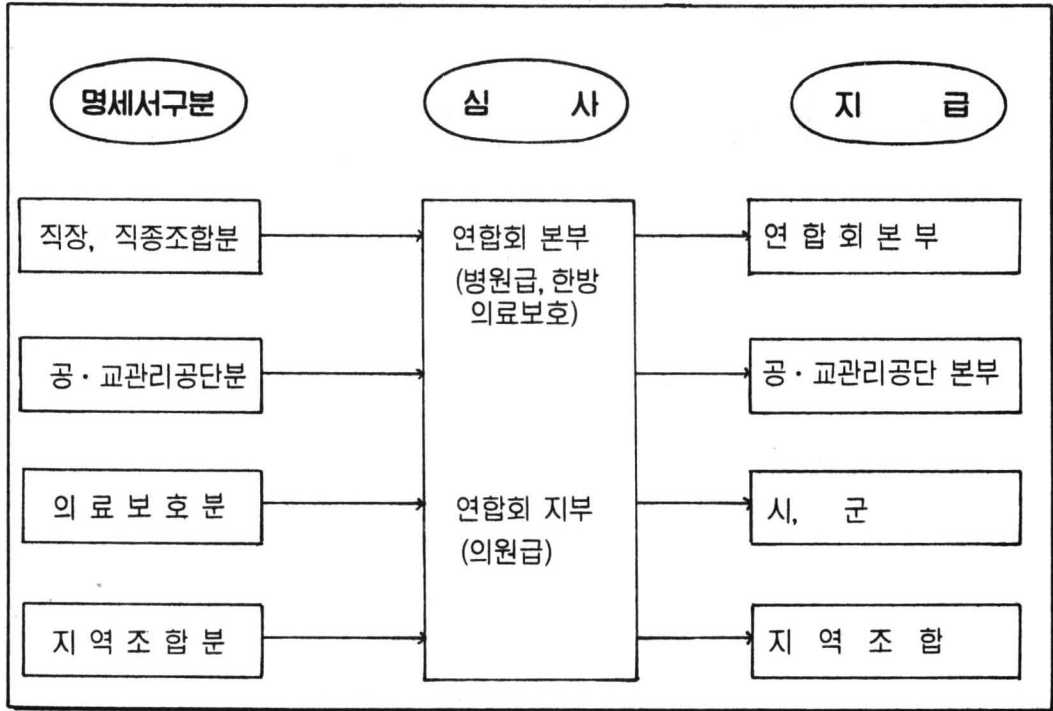
의료보험연합회에 접수된 병원급이상 진료비명세
서는 연합회 본부에서 심사를 한다. 물론 지부에
접수된 의원급의 진료비심사는 지부에서 담당하게
된다.

각 지역조합으로 청구된 지역조합진료비는 병원
급 이상의 경우 조합에서 연합회 본부로 심사를 의

뢰케 된다.

의료보험연합회에는 중앙심사위원회격인 진료비
심사위원회가 운영되며 지부에는 지역의료인이 참
여하는 지역심사위원회가 설치 운영된다.

연합회에서 심사가 끝나게 되면 의료보험연합회
장 이름의 진료비심사지급통보서와 진료비심사결
과통지서를 해당 요양취급기관에 보내게 된다. 진
료비지급은 △ 직장, 직종조합분은 연합회 본부(관
리부) △ 공상을 포함한 공·교관리공단분은 의료



〈그림 2〉 진료비심사·지급체계

보험관리공단(급여부) △ 지역조합은 해당 지역조합 △ 의료보호분은 종전대로 수진자 해당 市郡에서 각각 하게 된다. 다만 지역조합의 3차 진료기관분은 청구와 마찬가지로 연합회 본부에서 직접 지급한다.

진료비 심사결과에 대한 문의가 있을 때는 병원급 이상은 연합회 본부(심사과)로, 의원급은 지부(심사과)로 하면 된다. 진료비지급에 대한 각종 문의는 관여하는 진료비 지급처별로 각각 하면 된다.

◇ 심사 등의 異議 신청

진료비심사결과에 대하여 異議가 있을 때는 심사결과통지서가 도착한 날로부터 60일 이내에 이의내용 및 이를 입증할 수 있는 자료와 함께 청구서접수번호 등을 기재한 후에 문서로 당초 진료비를 청구했던 곳으로 직송 또는 우송하면 재심청구가 된다. 즉 연합회 본부분은 재심사과, 지부분은 지부 서무과, 지역조합분은 해당 지역조합으로 재심청구한다. 단 의료보호는 당초 청구했던 연합회

가 아닌 해당 市郡으로 재심청구를 해야한다.

재심청구된 件은 재심을 거친 후에 정산진료비 심사내역과 함께 지급처에서 각각 추가 지급한다.

또 정산진료비용에 대한 이의신청은 이의내용을 기재한후 관련 진료비명세서 및 정산진료비 심사내역서 사본을 첨부하여 당초 진료비를 청구한 곳으로 직송 또는 우송의 방법으로 접수시킨다. 다만 공·교 수진자의 자격에 대한 이의신청은 의료보험관리공단 관리부로 하여야 한다.

이밖에 주의사항은 다음과 같다.

올해 이전에 의료보호 및 공상을 포함한 의료보험관리공단에 접수된 진료비명세서에 관한 문의는 공단에서 심사한 사항이므로 공단에 문의해야 한다. 또 재료대구입증빙서류는 진료비청구시 첨부하여 진료비명세서접수처에 접수한다.

의료보험요양취급기관 지정 및 공단에서 각각 처리하므로 이와 관련된 서류는 종전과 같이 해야 한다. *