

特輯 : 농어촌의료보험과 병원경영

올해 실시되는 농어촌지역 의료보험과 내년부터 시행될 전국민 의료보험은 병원경영의 사활적요소가 되고 있으며 이에 대한 올바른 대처방안을 강구하는 것이 병원경영의 관건이 되고 있다. 이에 대한 병원협회지는 회원 병원들의 경영난타개에 일조하기 위해 올해 일년 주제를 병원경영으로 잡고 이번호에는 올해 실시되는 농어촌지역 의료보험의 내용과 제반 문제점들을 살펴보고자 했다.

- 편집자 -

農漁村 醫療保險과 관련한 病院實務

편집부

올해부터 농어촌지역 의료보험이 시작됐다. 전국 1백34개郡 지역주민 8백26만명이 새로 의료보험의 혜택을 받게 됐다.

이로써 이미 시범지역으로 의료보험 급여를 받고 있던 5개郡, 1개市를 포함하면 전국 1백39개郡, 1개市의 지역주민이 모두 의료보험 혜택을 받게 됐다.

지난 77년 우리나라에서 의료보험제도가 실시된 이후 직장, 공무원 및 사립학교교직원, 일부 직종을 비롯, 이제 농어촌지역주민에까지 확대됨으로써 실시 10년만에 전국민의 80%가 의료보장을 받게 됐다.

농어촌지역 의료보험은 그동안 직장 등으로 운영되어 오던 의료보험제도가 올해부터 많은 부문에서 달라지게 됐다. 농어촌의료보험 실시와 관련하여 요양취급기관 지정, 진료체계, 진료비 청구 및 심사지급 등을 알아본다.

요양취급기관 지정 및 진료체계

농어촌지역 의료보험은 지금까지의 직장 등 의료보험 진료체계와는 달리 1·2·3 차 진료체계를 밟도록 하고 진료지역도 대체적으로郡 단위로 제한했다. 즉 6개 시범지역과 같은 방식으로 보면 틀림이 없다. 지금까지의 직장의료보험 등은 진료지역을 道 단위로 광역화하고 수진자가 마음대로 1·2·3 차 진료기관을 찾도록 했지만 농어촌지역 의료보험은 반드시 지정된郡 단위 지역내에서 1·2 차 등

으로 진료기관 순서를 밟도록 하고 있는 것이 특징이다.

◇ 1차 진료기관

1차 진료기관은郡内 병원, 의원, 보건기관, 조산소 등 모든 의료기관이 해당된다. 또 인근郡 지역이라도 동일 생활권내라면 의원과 보건기관은 1차 진료기관으로 지정될 수 있다. 이 경우 지역별 생활권, 범위란 해당 의료보험조합과 의료단체 그리고 道에서 협의하여 결정토록 했다.

1차 진료기관 가운데서도 다른 시도에서 진료를 받고자 할 때는 지역내 1차 진료기관의 의뢰서와 조합의 승인서가 있어야 가능하다.

◇ 2차 진료기관

道内 의료기관 가운데 1차 및 3차 진료기관으로 지정되지 아니한 모든 의료기관이 해당된다. 대체적으로 해당郡内에 있는 병원이 아닌 같은道内에 있는 병원이 여기에 해당된다고 볼 수 있다.

다른道에 있는 병원을 2차기관으로 지정할 경우는 역시 조합, 의료단체, 해당 행정기관이 협의 후 지정할 때만 가능하다.

정신병원, 결핵병원 등 특수병원은 의료보험연합회가 2차기관으로 일괄 지정 후 전국의 조합이 공동으로 이용한다. 특수병원의 경우 당초 3차기관으로 지정되었으나 여러 가지 문제점이 나타나자 보사부가 2차기관으로 수정했다.

◇ 3차 진료기관

3차 진료기관은 전국의 대학병원 등 대규모 종합병원 가운데 병원협회와 의료보험연합회가 협의

하여 지정토록 하고 있다.

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

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

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

◇ 진료절차

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

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

3 차진료기관의 진료는 병원급이상 (관내병원, 2 차진료기관)의 진료의뢰서가 있어야만 한다. 단 응급환자나 부득이한 경우는 바로 3 차기관을 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 3 차진료기관 진료비를 의료보험연합회 본부로 신청토록 했다. 3 차진료기관이 전국지역의료보험조합을 각각 상대할 경우, 1 백 40개조합을 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 5 개지역에 설치한 서울, 부산, 대구, 광주, 대전 등의支部에 해당지역별로 각각 신청한다.

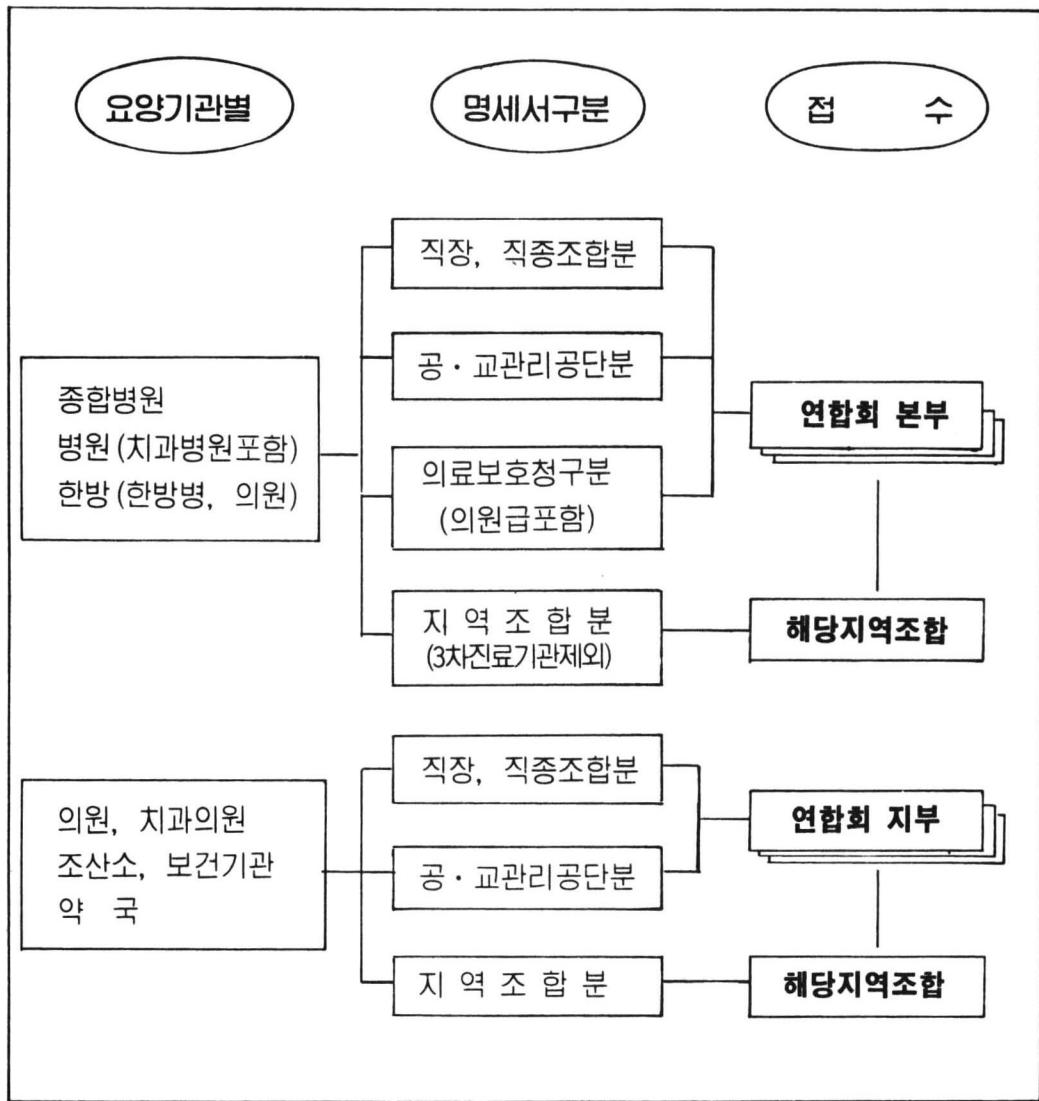
종전 의료보험관리공단에 청구하던 공무원 및 사립학교교직원분 진료비는 심사기구의 연합회로 일원화에 따라 앞서 방법과 같이 연합회로 청구한다. 마찬가지로 지난해까지 의보관리공단에 청구되었던 의료보호진료비는 병·의원 가리지 않고 연합회본부로 청구한다.

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

진료비청구방법은 직송 또는 우송의 방법을 이용한다. 청구시 진료비명세서는 △ 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

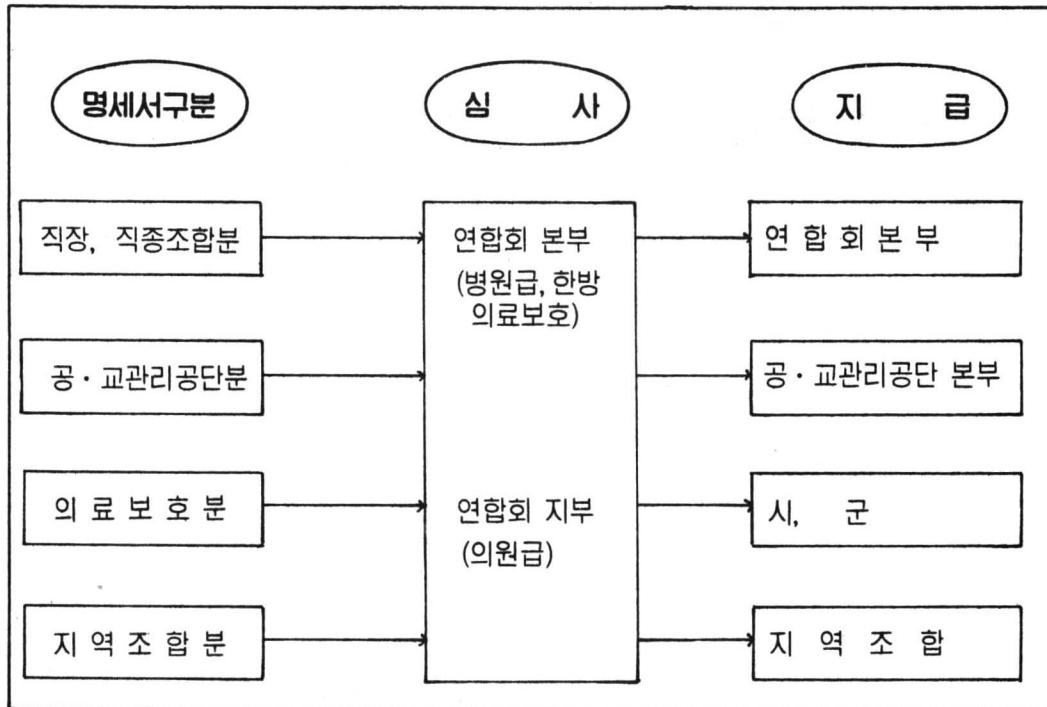
의료보험연합회에 접수된 병원급이상 진료비명세서는 연합회 본부에서 심사를 한다. 물론 지부에 접수된 의원급의 진료비심사는 지부에서 담당하게 된다.

각 지역조합으로 청구된 지역조합진료비는 병원급 이상의 경우 조합에서 연합회 본부로 심사를 의

뢰케 된다.

의료보험연합회에는 중앙심사위원회격인 진료비 심사위원회가 운영되며 지부에는 지역의료인이 참여하는 지역심사위원회가 설치 운영된다.

연합회에서 심사가 끝나게 되면 의료보험연합회장 이름의 진료비심사지급통보서와 진료비심사결과통지서를 해당 요양취급기관에 보내게 된다. 진료비지급은 △ 직장, 직종조합분은 연합회 본부 (관리부) △ 공상을 포함한 공·교관리공단분은 의료



〈그림 2〉 진료비심사·지급체계

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

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

◇ 심사 등의 異意신청

진료비심사결과에 대하여 異意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 정산진료비심사내역과 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. *