의료보험 수가와 진료비 지불제도에의 적응전략

황 정 렬
〈목포 성골롬반병원 의무원장〉

1. 서 론

1977년 우리나라에 의료보험제도가 도입된지 올해로 만 11년이 지난 지금 우리나라 전체 인구의 76%(의료보호대상자 포함, 보사부 통계)가 의료보장을 받게 되어 국민보건, 건강 증진에 크게 이바지 하였음은 우리 모두가 아는 사실이며 기쁘게 생각하여야 할 것이다.

그러나 1982년 7월 1일 실시된 지역의료보험 시범사업(목포시 지역의료보험 시범지구)과 금년 1월 1일부터 실시된 농어촌 지역의료보험 실시는 현재 병원 전체 환자의 90%이상이 의료보험 및 보호환자가 점유하게 되었으며 일반환자는 10%미만을 점하게 되었다.

지금까지의 의료보험제도는 국가가 의료보장을 달성시킴에 국민 의료혜택을 보다 더 값싼 비용으로 더 확대시키려는 정책적인 면과 정부의 물가 억제정책으로 저가의 의료보험수가와 관 주도형 의료보험정책의 결정(진료비 심사 및 지불제도) 등 우리 병원계에 일방적인 봉사와 희생을 강요하였으며 이제는 병원이 어떻게 도산하지 않고 생존할 수 있으며 또 어떻게 발전하여야 할 것이냐의 과제는 경영자들에 있어서는 가장 중요한 관심사라 할 수 있다.

특히 1987년부터 일기시작한 민주화의 열기는 노조의 결성 등으로 인하여 인건비 상승, 상여금 추가지급, 기타 제수당 인상 및 국민연금 부담 등 이러한 추가비용이 늘고 있어 특히 중소병원들의 경영압박은 모든 병원들이 공감대를 이룰 것이다.

따라서 병원이 살아남기 위해서는 내외적 환경변화에 적응하면서 병원경영을 합리화하는 노력이 더욱 절실하다고 생각되어 의료보험수가와 진료비 지불제도에 따른 경영개선 방안을 검토해 보기로 한다.

2. 의료보험 수가

의료보험이 도입된 이후로 몇번의 의료보험수가의 인상이 있었으나 그 인상효과는 우리가 바라는 요구에는 전혀 미치지 못하였다. 그간 보험수가 인상률이 일반 물가 인상수준에 미치지 못한 것도 보험수가의

상대적 저렴도를 나타내는 좋은 지표라 할 수 있으며 실제 병원 경영자들은 보험환자가 점점 증가되는 근년에 이르러 경영이 점점 어려워지고 있음을 호소하고 있다. 불행히 의료수가의 보전율을 정확하게 측정하기에는 우리나라 각급 병원회계 실적정보가 너무 미비하며 각 병원간에 처한 여건이 너무 달라 표준화된 결론을 내리기는 극히 어려운 상황에 있다. 이 점이 바로 우리나라 병원계가 처해 있는 향후 발전에 가장 큰 제약요소이기도 한 것이다. 의료비의 적정화 특히 감가상각비, 이자부담, 시설유지비, 교육연구비 등을 배려해 주어야만 효율적인 국가 의료보장이 성공 할 수 있으며 보다 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 것이다. 병원에서도 정기적으로 의료보험진료비 수가분석을 하여 대안을 강구하는 것이 병원수지경영에 많은 기대효과를 가져올 것이다. 의료보험수가 분석에는 병원여건하에 따라 여러가지 방안이 있겠으나 대체적으로 1) 진료행위별 분석 2) 일당 진료비 및 평균진료일수 분석 3) 빈도 높은 상병별 수가 비교분석 4) 진료과별분석 5) 타병원과 자료교환 비교분석 6) 처방전 수가준용 항목분석 7) 정보수집 8) 보험자단체의 각종통계자료 등으로 진료비를 분석하는 것이 좋을 것이다. 수가분석에는 부가가치를 염두에 두고 특히 기술료 부분에 중점을 두어야하며 고가약제는 가능한 선택적 또는 단계적으로 사용을 하는 것이 심사조정을 최대한 줄일 수 있는 방안의 하나이다. 수가향상을 위해서는 상기에서 분석된 자료를 적극 활용하는 것이 무엇보다도 중요하다. 우선은 병원협회, 의학협회 등 모든 의료관계기관이 뜻을 모아 비합리적으로 산정된 수가를 조사하고 여러 의료기관을 대상으로 보다 더 현실적인 의견을 수렴하여 이것을 비교분석하여 수가의 합리성을 위한 보다 더 적극적인 행동이 요구되며, 병원에서도 1) 경영의 합리화로 원가를 절감하려는 노력 경주 2) 직원의 교육·연수를 통한 자질향상 노력 3) 환자에게 친절봉사, 병원의 홍보 등의 노력 경주 4) 의료서비스 종류의 개발과 서비스물의 증가 6) 병상규모의 확대로 경쟁력 제고 7) 고가의료장비에의 투자증가 8) 효율적인 진료비 관리 등 보다 더 능률적인 업무 수행방법을 개발하여 업무의 능률을 높여 비용 절감에 최대한의 노력을 기울여야 할 것이다.

3. 진료비 지불 제도

국민의료보험정책의 목표달성면에 있어서는 괄목할 만한 성과를 거두었다고 볼 수 있겠으나, 불합리한 진료수가체계로 인한 어려움 외에도 심사기구의 이원화, 일방적인 의료기관의 불이익 등 많은 문제점을 노출시키고 있다. 진료수가가 원가 개념을 기초로 하여 규정되어 있기 때문에 의료기관이나 지역간의 차이에도 불구하고 동일한 의료서비스에 대해 동일한 수가기준을 적용하고 있다는 점이 근본적인 문제이며, 심사기구의 이원화로 심사의 객관성 및 일관성이 결여되어 있고, 요양 취급기관 입장에서는 청구 절차의 복잡과 청구 업무량의 과다로 인하여 추가 재정 부담이 늘게 되었다. 아울러 심사 기구에서도 청구 건수 증가로 심사 소요시간의 연장, 의료보험진료비의 삭감률 상승은 요양취급기관의 수입의 감소를 의미하여, 대외적으로는 수진자의 요양취급기관에 대한 신뢰도를 저하시키게 된다. 요양취급기관은 보다 정확한 청구를 신속하게 하고 보험자 단체는 보다 공정한 심사를 하여 의료보험 진료비 삭감을 줄이고 보다 빨리 보험진료비를 지급하여야만 할 것이다.

보험제도가 도입되기 전까지는 환자와 병원간의 관계는 2원적이었으나 보험제도가 도입된 이후에는 제3자 보험단체가 생겨서 환자로부터 보험료를 징수하고, 징수한 보험료를 가지고 진료비의 일부를 대신 지불하는 3원적 관계로 바뀌게 되었다. 결국은 병원은 의료서비스를 제공하고서 환자에게서 본인 부담분만을 받고 나머지 진료비는 제3자 단체에 청구하여 받게된 것이다. 병원은 종전보다 더 많은 운영자본을 필요로 하게 되었다. 2원적인 관계에 있었을 때에는 병원은 입원 중인 환자에 대한 재원 미수금과 퇴원한 환자로부터 징수하지 못한 일부 퇴원미수금 외에는 의료미수금이 없었으나, 3원적 관계로 변하여 감에 따라 상당부분의 진료비를 몇개월후 또는 그 보다도 더 오랜 기간후에 받아 들임으로 인하여 운영자금으로 많은 운전자본을 필요로 하게 된 것이다. 병원이 환자에게 의료서비스를 제공하기 위하여는 약품을 구입하여야 하고 의료진 및 모든 직원에게 인건비, 전기료, 연료비, 수도료, 감가상각비 등의 관리비도 발생한다. 일반적

으로 진료비는 월별로 청구하므로 보험급여의 청구기간 역시 전산처리를 하는 병원의 경우 5~10일, 수작업하는 병원의 경우 1~2 개월이 걸리며 연합회에서의 심사기간은 평균 1~4 개월로 볼때 의료미수금은 실로 막대하다고 볼 수 있다. 미수금의 기일을 단축시킬 수 있는 방안으로는 병원에서는 전산화 도입으로 청구기간을 단축하여야 하는데 현재 중소규모의 병원에서는 설치비용 및 운영요원의 교육 등 아직 경영자로서는 선뜻 투자할 수 있는 상태도 아니고 하여 문제로 남고 있다. 우선 전산화에 이용될 수 있는 확실한 의료보험제도의 확립과 보급형 저렴한 가격의 전산화기기의 양산으로 우리나라 중소규모의 전 병원이 구입할 수 있는 여건의 마련을 협회측면에서 노력하여 회원들의 이익을 추구하였으면 하는 바람이다. 또한 공단이나 연합회에서도 심사기간을 단축시켜야만 할 것이다. 심사 업무량의 증가는 1988년 농어촌 개보험의 시작으로 과중되어있으며 그로 인해 심사기간은 더욱 늘어날 전망이다. 의료보험조합은 직원을 대폭적으로 늘려 심사기간을 1 개월이내로 단축하여야만 한다.

더구나 병원이 청구하는 진료비가 모두 지급되는 것이 아니고 일부가 삭감되므로 병원은 삭감된 부분에 대하여는 원가를 보상받지 못하거나 이윤의 일부가 그대로 없어지는 결과를 초래한다.

진료비 신청도 중요하지만 신청한 금액의 삭감을 예방하는 것 역시 중요하다. 그 예방 방법으로는 그동안 삭감 내역을 분석하여 특히 진료비가 어느 수준이상이 된 환자를 선별하여 원내 자체심사 기구를 통하여 자체 심사하고 경우에 따라서는 보험자 단체의 심사를 돕기위해 치료내역서, 사유서를 첨부하여 삭감분을 감소시키는 기구를 운영하며 또한 그동안 삭감 내역 분석표를 기초로하여 진료과별 삭감 내역 통계를 내고, 삭감 유형을 살피며, 재심청구 해야 될 삭감 내역을 선택한다. 재심 청구를 할 때에는 삭감 내역과 관련된 진료 기록부 사본, 담당 의사 소견서, 관련 학술 자료, 재료대 구입 세금계산서 및 거래명세서 등 각종 자료를 첨부하며, 삭감 내역이 불분명한 경우에는 보험자 단체로 삭감 내역 확인의뢰를 하여 회신을 받은 후 처리한다.

아울러 대한병원협회나 대한의학협회는 우리 병원계의 어려운 입장을 보건사회부, 보험자단체 등에 잘 설명하여 진료비의 선지급이 될 수 있도록 힘을 써야 할 것이다. 우선은 전국 병원의 평균 삭감률을 넘지않는 범위 내에서 진료비를 청구 즉시 선지급하고 법정기일내에 정산하여 병원 자금운용에 다소나마 보탬이 되도록 하여야 할 것이다.

4. 결 론

이상에서 제반 문제점을 검토하고 개선방안을 제시하고자 했다. 병원에서는 의료보험관리의 중요성을 재인식하여 전산화 도입 및 원내 자체 심사기구 운영으로 효율적이고 합리적인 관리운영체계가 이루어지도록 하여야 하며 경영실적을 분석하여 원가의식을 고취시키고 인건비, 재료비 등 제반비용의 절감을 위하여 경영의 합리화를 기하지 않으면 안된다.*