

보험분야의 관리방안



金 會 昌

〈강동성심병원 보험과장대리〉

I. 서 언

1989년 7월 도시지역 미적용자에 대하여 의료보험이 확대 실시되면 전국민이 의료수혜 대상자가 되어 우리나라도 사회보장면에서 선진화대열에 접어들게 된다. 또한 정부가 현재 구상하고 있는 의료전달체계가 실시되면 의료계는 일대 전환기를 맞게 된다.

그동안 우리나라의 의료보험은 세계사에서 그 유례를 찾을 수 없이 제도상 급속한 발전을 이룩하였다. 그러나 정부의 저수가정책 및 의료원가에도 미치지 못한 비현실적인 진료수가와 인정기준의 한계성, 진료비 심사기관의 부당한 삭감 등은 환자에게 양질의 진료를 제공하는데 제약을 줄뿐 아니라 병원경영을 더욱 어렵게 하고 있어 진료수가의 현실화가 시급한 문제로 대두되고 있다. 또한 행위별 단일수가체제로 인한 급여기준의 복잡성 때문에 병원들이 자격관리와 수가를 산정하는데 많은 시간의 할애와 관리상 문제점을 야기시키고 있다.

의료보험실시 후 의료계는 제도상의 문제점과 수가 구조상의 문제, 심사기준의 문제점, 직종조합의 진료비 지급상의 현안문제 등에 대하여 여러경로를 통하여 건의하고 있지만 개선은 아주 미흡한 상태이다. 보험환자의 증가와 의료여건의 변화에 따라 일반환자는

상대적으로 감소하여 진료수익이 감소하고 있으며, 진료기능의 전문화에 따른 고가의료장비의 도입, 운전자본의 증가, 노사분규, 병원간의 경쟁격화 등 내·외적요인으로 병원경영은 더욱 어려워져 전문적인 관리가 필요하게 되었다.

특히 병원의 의료보험관리는 원무행정을 담당하고 있는 부서에서만 효율적으로 수행한다고 되는 것이 아니고 임상 및 행정의 전 부서와 연계성을 가지고 있기 때문에 직종간의 협조체계가 무엇보다 필요하다. 현재와 같은 여건하에서 전국민의료보험이 실시되면 병원의 제반관리업무와 진료비 청구물량은 갈수록 방대해지고 미수금이 증가하여 청구업무의 효율화 및 삭감방지 등 과학적인 관리방법이 요구될 것이다. 따라서 병원의 의료보험관리는 병원경영과 진료수익측면에서 매우 중요한 역할을 담당하게 되므로 다음과 같은 대비방안을 제시하고자 한다.

II. 대비방안

1. 효율적인 진료비청구

의료보험업무의 주된 업무는 진료비청구업무인 만큼 임상각과에서 환자에게 제공한 진료행위를 어떻게 하면 정확·신속하게 누락없이 청구할 수 있는가이다. 효

올직한 진료비청구가 되기 위해서는 첫째, 의료보험에 대한 제반법규 및 관리요령을 알아야 하며 둘째, 진료수가산정기준 및 인정기준에 대한 지침을 숙지하여 행위에 대한 누락과 적용착오가 없어야 하며, 셋째, 처방전 check의 정확성 및 입력(계산)착오가 없어야 하며, 넷째 전산의 효율적응용 및 청구자체심사직원의 의학적지식과 실무경험이 많아야 한다. 또한 진료행위에 대한 누락을 방지하기 위해서는 1) 의료보험전환예정자관리 2) Hold 처방의 최소화 및 퇴원후 처방발생방지 3) 비급여 적용 및 보험수가 본인부담항목관리 4) 심야 및 가산항목, 준용항목 관리 5) 행위에 대한 기록의 명확화가 되어야 한다. 그리고 미수금을 조기에 신속하게 입금시키기 위해서는 금월진료분은 익월초에 청구할 수 있는 자체계획수립과 장기입원환자에 대한 월단위 분할청구가 필요하다.

2. 자격관리

현재 의료보험수진자의 자격관리는 공단과 연합회(직장·직종·지역)가 설정한 자격관리요령의 내용이 복잡하고 기준도 조합의 정관에 따라 상이한 점이 많아 청구관리에 혼란을 초래하고 있다. 또한 환자에게 진료를 제공하고도 자격확인착오로 진료비 청구불가건 및 환수정산 사례가 빈번히 발생되어 진료수익에 대한 손실은 물론 사후관리에 많은 문제점을 야기시키고 있다. 진료비청구후 보험자단체에서 심사삭감하는 금액은 일부금액에 한하지만 자격관리에 착오가 발생될 경우에는 청구액 전액이 지급 안되기 때문에 청구직원에 대한 사전 관리요령, 교육이 필요하다. 현재와 같은 기준하에서 수급확인과정에 필요한 사항은 (1) 조합(기관) 기호 및 피보험자증번호 (2) 검인유효기간 및 조합변경확인 (3) 진료지역 및 자격취득일자 확인 (4) 수진자 주민등록번호 (5) 직종보험 입원제한 및 상병제한 (6) 지역보험 진료의뢰서 승인 확인 (7) 급여제한 및 자격상실자 확인 (8) 군인, 3자녀분만, 불임증여부 진료, 보험수가 전액본인부담항목, 비급여 사항 등 1차 확인이 무엇보다도 필요하다.

3. 진료처방전관리

병원의 진료처방전관리는 진료수익과 직결되고 진료행위에 대한 누락을 방지할 수 있는 계기가 되므로

정기적으로 검토 보완할 필요가 있다. 각 병원마다 처방전서식이 병원의 여건에 따라 다르겠지만 심사기준통보(유권해석, 준용항목, 운영위원회 지침 등) 및 신규장비도입시, 진료과 개설시, 수가변경시 등에는 처방전 내용이 개선 또는 보완되어야 한다. 전국민 의료보험실시시에는 병원의 대부분 환자가 보험환자이기 때문에 의료보험수가항목(분류번호)에 대응하여 처방코드를 만든다면 수가산정시 이해가 쉬울 뿐더러 교육에 효율성을 기할 수 있다. 특히 처방전 검토보완시 유의할 사항은 특별한 사유를 제외하고는 기록위주보다 체크위주 처방전과 진료과별로 처방전을 구분하여 사용이 간편하도록 보완한다면 진료행위에 대한 누락 방지는 물론 환자대기시간단축, 수납입력착오 등 잇점이 있다. 처방전관리가 효율적으로 된다면 진료비청구시 자체심사기간이 단축되어 미수금입금의 신속과 삭감방지를 최소화 할 수 있다.

4. 약제 및 재료대의 효율적관리

병원의 부가가치와 진료비청구측면에서 볼 때 약제 및 재료대(의료소모품) 인정기준을 숙지하지 못하고 사용하면 환자에게 양질의 진료를 제공하고도 심사인정기준초과, 비해당, 불인정 등의 사유로 심사삭감 또는 청구불가건이 발생되어 병원의 손실을 초래하게 된다. 약제인 경우는 환자의 상병과 상태에 따라 용법, 용량, 사용일수 등이 다를 수 있고 진료상 필요할 때 사용을 하여야 함에도 불구하고 현재 급여기준은 유권해석, 운영 및 분과위원회 지침, 경제보편성 등으로 인한 심사인정기준이 까다롭고 복잡하며 또한 상병 및 사용량에 따라 제약이 가해지기 때문에 기준에 대한 관리를 철저히 하지 않으면 안된다. 특히 고가약제, 영양수액제, 수입약제, 신규등재약제, 특수경구약제 등은 약제과의 상의 후 사전 해당부서에 인정기준을 통보하여 협조를 요청하는 것이 필요하다.

재료대도 상병 및 사용량, 용도, 국내제조여부, 경제보편성 등을 고려하여 산정기준이 다를 뿐만 아니라 특정한 품목(특수재료, 협약재료 등)을 제외하고는 불인정되는 재료가 많으므로 사전관리가 중요하다. 따라서 보험청구부서에서는 인정기준이 있는 재료에 대해서는 해당진료과 및 수술실에 기준통보가 필요하며 또한 신규특수재료는 구매전에 구입부서에 보험인

정여부를 확인하여 주는 것이 관리에 효율적이다.

5. 의료보험교육강화

현재의 의료보험수가 산정기준은 급여기준의 복잡성, 행위별 단일수가체제로 인하여 산정기준자체가 까다롭고 그 기준도 사례에 따라 상이한 점이 많아 적시에 기준에 대한 교육을 하지 않으면 수가누락 및 청구불가건, 심사삭감으로 수익에 대한 저해요인이 될 수 있다. 따라서 교육의 필요성은 매우 높으며 특히 경영층의 적극적인 지원과 교육에 대한 참여의식이 필요하다.

병원은 특수조직집단으로서 직종이 다양하고 맡은 업무가 제각기 다르므로 병원여건에 맞는 교육계획서와 교육자료가 작성되어야 한다. 또한 교육은 전체 직원을 대상으로 교육하는 것 보다 진료과별, 직종별로 구분하여 기본내용부터 중점내용을 단계적으로 반복 교육하는 것이 효과적이다. 왜냐하면 급여기준자체가 복잡하고 진료과별로 인정기준이 상이한 점이 많고 또한 그 부서에 필요한 교육을 해야 하기 때문이다. 전국민보험실시를 눈앞에 둔 시점에서 특히 임상직에 대한 교육강화가 요망되며 삭감에 대한 통보만이 교육이 아닌 만큼 정확한 수가산정요령과 인정기준의 홍보가 필요하다.

6. 의료보험수가 및 삭감분석관리

병원의 수가분석은 병원경영의 지표와 새로운 경영기법도입에 대한 정보자료를 제공해주기 때문에 정기적으로 분석되어야 한다. 전국민보험시에는 의료보험의 관리여부에 따라 병원경영의 합리화를 기할 수 있느냐 없느냐에 달려 있기 때문에 보다 과학적인 보험수가분석이 필요하다. 따라서 수가분석은 건당 및 일당진료비, 평균진료일수 및 투약일수 비교, 진료행위별구성비 및 빈도 높은 상병별 수가비교, 삭감의 유형별 분석, 보험자단체 통계자료 등을 활용 연구검토하여

수가를 개선한다면 진료수익증대를 가져올 수 있다.

7. 제도상 문제점에 대한 개선건의

의료보험이 시행된 지 벌써 12년이 지났지만 아직도 제도와 급여기준상 많은 문제점을 안고 있다.

의료기술의 향상과 더불어 최신의학도입, 새로운 치료법 및 신재료의 개발, 효율적인 진료 등으로 날로 의료수준은 향상되고 있는데 수가의 현실화 및 인정기준의 확대는 여기에 부합되지 못하고 있다. 병원의 의료보험실무자는 현재와 같은 제도상의 문제점과 자격관리, 심사인정기준의 문제, 진료수가구조상의 문제, 약제 및 재료인정기준의 모순 등을 관계기관에 이해 납득할 수 있는 자료를 보완 건의하여 개선방안을 강구하는 것도 의료보험의 발전은 물론 전국민보험에 대한 대처방안의 일환이라고 볼 수 있다.

Ⅲ. 맺 음 말

전국민의료보험과 함께 의료전달체계가 실시되면 병원의 내원환자는 대부분 의료보험환자로 인하여 제반관리업무는 폭주하고, 의료미수금이 급격히 증가하여 경영수지는 더욱 심각할 것으로 예상되기 때문에 전문적인 경영합리화 방안이 요구될 것이다.

의료보험관리가 효율적으로 되기 위해서는 진료비 청구의 합리적인 운영방법과 부서간의 긴밀한 협조체계가 조성되어야 하고 직원들의 참여의식이 있어야 한다. 또한 현재와 같은 복잡한 의료보험체계와 급여기준하에서는 진료행위에 누락이 없도록 전직원에 대하여 의료보험요원화가 필요하며, 지속적인 연구개발과 병원여건에 맞는 마케팅전략이 필요하다. 의료보험관리가 원활하게 수행되면 환자안내시 자격관리규정과 요양급여기준 등을 보다 정확히 안내할 수 있어 서비스개선은 물론 병원에 대한 신뢰감을 줄 수 있다. *