

병원관리에서 의료보험 입원진료비의 병원자체심사 결과의 분석연구

—일 대학병원의 퇴원전 심사를 중심으로—

문 선 순

(부산백병원 전 보험심사과장, 인제대학교 보건대학원)

I. 서 론

1989년 전국민 의료보험 실시이후 대부분의 병원들은 의료수요자들의 증대에도 불구하고 수익성이 낮아 재정형편이 점차 악화되는 등 병원경영상의 환경변화에 고심하고 있다. 의료수가에 대한 통제, 물가의 인상, 환경관련법규의 강화, 근로조건과 관련된 법규의 강화, 병·의원에 관련된 세법의 불리한 방향으로서의 개정, 정부의 통제강화, 국민들의 병·의원에 대한 시각변화 등의 병원의 외적 환경변화와 노동조합의 결성, 의료보장의 확대로 운전자본부족, 직원들의 근로의욕, 사명감 및 책임감의 저하 등 병원의 내적 환경변화로 인해 병원의 재정상태는 더욱 어렵게 되어가고 있다(정기선,1993). 그 중에서도 가장 어려운 문제중의 하나가 보험자와의 지불체계의 한 요소인 진료비 심사제도이다.

진료비 심사는 간단히 요약하면 환자에게 제공된 진료서비스의 내용과 진료비로 환산된 결과와의 다당성여부를 검토하는 것으로 병원자체의 심사와 보험자의 심사로 크게 분류할 수 있다.

1) 병원자체의 심사

병원자체심사는 두가지 측면에서 그 의의를 찾을 수가 있다. 첫째는 환자에게 제공된 의료서비스가 누락없이 진료비로 산정 되었는가를 검토하여서 누락된 내용을 기재하여 발생누락을 방지하는 것이다. 누락의 의미는 세가지로 나눌 수 있는데 (1)원천적 누락 즉, 의무기록지상의 발생누락 (2)전표누락 (3)요양비 계산대상상의 누락이다. 둘째는 보험자에게 진료비를

청구했을때 삭감이나 조정의 대상이 있는지를 검토해서 수정, 보완, 자체삭감 하므로써 보험자단체로부터의 삭감을 예방하는 것이다.

2) 보험자의 심사

보험자의 심사는 요양취급기관이 제출한 진료비 청구명세서를 보험자가 객관적인 입장에서 요양취급기간의 경제적 타당진료 및 적정 진료비의 청구 여부를 요양급여기준과 진료수가기준 그리고 심사위원회의 심사지침에 근거하여 검토하고, 과잉진료나 과다청구 등 비합당한 사항에 대해서 보완자료의 제출을 요구하거나 삭감조치를 하는 등 진료비의 청구와 지불방법을 개선하는 행위이다(이평수,1993). 다시 부언하면 보험자 진료비심사의 중요한 목표는 적정진료의 유도 와 보험재정의 안정에 있다(문옥륜,1984). 그러나 현재의 보험자의 진료비 심사제도는 과잉진료, 부당청구, 산정착오 등의 명목으로 청구된 진료비를 삭감하고 있는데 이러한 삭감은 보험자측에서 거의 일방적으로 이루어지고 있다(문옥륜,1990).

병원계는 이런 여러가지 어려운 여건하에서 좀더 나은 경영합리화를 위해 병원 스스로가 자구책을 마련하지 않을 수 없었고, 이러한 일련의 방법으로 1981년에 서울대병원, 세브란스병원, 서울 국립의료원의 3개 병원에서 연합회의 심사방법으로 병원자체심사가 심사간 호사 주도하에 시작되었다(김일순, 1984).

병원자체심사의 방법과 내용은 의료기관의 중별과 운영형태에 따라 다양하다. 퇴원전심사와 청구전심사를 하는 병원, 퇴원후심사만 또는 보험자의 심사방법과 같이 청구전심사만 하는 병원 등 다양하게 행하여지고 있으나 심사업무는 방법과 내용면에서 아직은

정립되어 있지 않은 실정이다(문선순, 1993). 하지만 현재 전국적으로 병원급 이상에서 실시하고 있는 방법을 주로 대별해 보면 다음과 같다.

병원자체의 심사방법은 퇴원심사, 청구전심사 및 재심청구(이의신청)로 대별할 수 있다. 첫째로 퇴원심사는 환자가 퇴원하는 시점을 중심으로 요양비계산대장과 의무기록지를 대상으로 심사하는 퇴원전심사(사전심사)와 퇴원후심사(사후심사)로 나눈다. 둘째로 보험자에게 발송되기전의 진료비청구명세서를 대상으로 하는 청구전심사는 입원청구전심사와 외래청구전심사로 분류한다. 셋째로 이의신청은 보험자가 보내온 심사결과동지서를 분석하여 삭감부분에 대해서 이의불 제기하는 것으로 이의신청 대상의 해당부분을 충분히 설명하고 입증할 수 있는 자료, 의사소견서 및 각종 보완자료를 첨부하여 재심청구 하는 방법이다.

각각의 심사방법에 따라 장·단점이 있겠으나 자체심사에서 퇴원전심사방법은 진료비심사를 가장 정확하고 객관적이며 공정하게 심사하는 방법중 하나이다. 이 방법의 여러 장점 가운데서 두 가지를 언급하자면 퇴원전심사는 병원내적인 면에서 진료비의 발생 누락을 방지하여 수익을 증대시키고 자체삭감 하므로서 삭감율을 낮출 수 있다. 병원의적인 면에서는 수진자와 보험자의 병원에 대한 신뢰도를 높일 수 있다(문선순, 1993).

본 조사에서 연구하고자 하는 심사방법은 퇴원전심사를 중심으로 실시하였다. 자체심사에서 퇴원전 환자의 의무기록지와 요양비 계산대장으로 하는 퇴원전심사방법은 1985년 당시 지자가 이 방법을 개발하여 시작하였다. 현재 이러한 퇴원전심사방법을 채택하고 있는 병원은 대체로 부산 백병원을 중심으로 해서 점차 전국적으로(≈30%) 확산되어 늘어가고 있는 추세이다(문선순, 1993). 그러나 아직까지는 병원자체심사의 역사가 짧고 관련된 자료나 논문이 없어서 심사부서의 업무나 조직에 대한 이해가 전반적으로 부족한 실정이다.

본 연구는 병원조직내에서 심사업무의 올바른 인식 및 평가에 도움을 주며, 병원자체의 보험심사 업무와 병원 직원들을 위한 의료보험교육의 프로그램 개발에 기초자료를 제공하고자 이 연구를 고안하였다. 이 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

(1) 퇴원전심사에서 의료보험 입원진료비의 총조정액중 가장 많이 조정되는 진료비 항목과 그 세부내용을 파악한다.

(2) 각 진료비항목별로 산출되는 내용들을 조정내역별로 파악한다.

(3) 월별 의료보험 입원 총진료비의 청구액에 대한 총조정율, 가산율, 감산율을 알아본다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구대상 및 조사기간

부산시내의 병상수가 750인 일 대학병원을 대상으로 1990년 1월1일 에서 1990년 12월 31일까지의 의료보험 퇴원환자 13,810명중 각 분기별 가운데 중간월인 2월, 5월, 8월, 11월의 퇴원환자 4,730명을 대상으로 요양비 계산대장과 의무기록지를 자료로 조사하였다.

2. 용어의 정의

1) 병원자체심사: 보험심사과(실)에서 심사간호사의 주도하에 이루어지는 진료비판리에 관한 일체의 업무다.

2) 퇴원전심사: 병원자체의 심사방법중 하나로 환자가 퇴원하기전 요양비 계산대장과 의무기록지를 중심으로 진료비의 발생누락을 방지하고 적용착오, 삭감 등으로 진료비를 심사하는 방법이다.

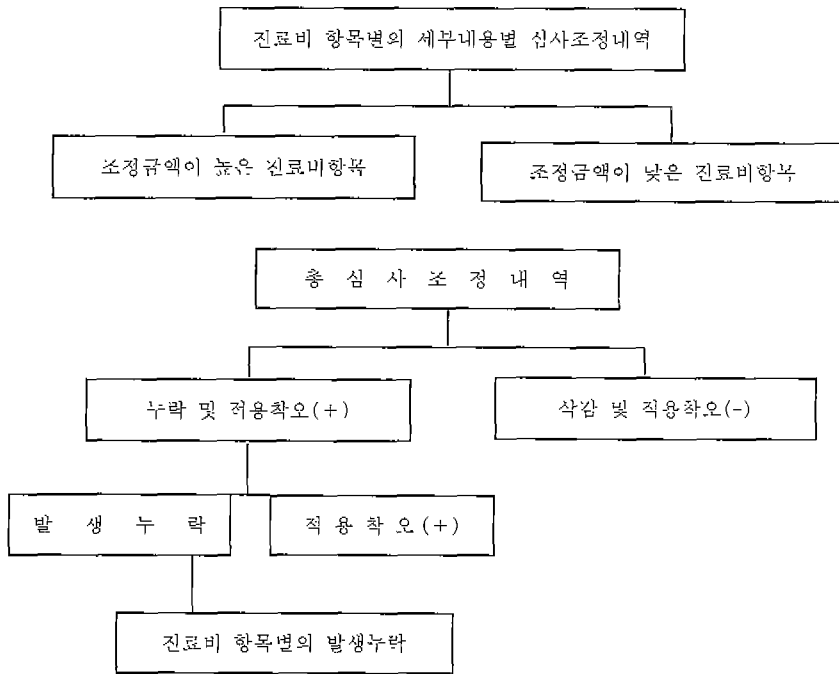
3) 누락편(누락 및 적용착오+): 환자에게 제공된 의료서비스가 의무기록지상의 누락이나 전표누락, 입력 잘못으로 요양비 계산대장에 누락되었을 때의 삽입과 적용착오나 계산착오로 가산하는 경우를 말한다.

4) 삭감편(삭감 및 적용착오-): 진료수가의 기준 및 분류항목의 해석착오, 입력착오와 의무기록지의 상병명과 다른 진료내용이 적용되었거나 적용해서는 안될 항목을 적용했을 때의 삭감과 바르게 적용은 했지만 계산착오로 감산시킨 경우를 말한다.

5) 조정금액과 건수: 심사한 금액 및 건수의 누적을 말하며 조정금액은 가산금액과 감산금액을 합산한 액수이다.

3. 조사방법 및 내용

입원환자의 퇴원당일에 퇴원전심사 방법으로, 환자의 의무기록지와 요양비 계산대장을 검토하여 진료비



(연구의 틀)

항목의 발생누락, 삭감, 적용착오(+,-)등을 기재, 삭제, 수정, 보완하여서 그 내용을 기록, 정리하여 조사 분석하였다. 조사내용에서 전체진료비 항목별의 세부 항목들은 자료가 너무 방대하여서 임의적으로 11월 한달을 선정하여 진료비 항목별의 세부내용별로 심사 조정하였고, 진료서비스와 상병명을 월별로 누락편과 삭감편으로 구분지어서 금액 및 건수를 조사하였고, 누락편을 발생누락과 적용착오(+)로 구분하였으며, 다시 발생누락을 진료비 항목별로 분석하였다. 또한 월 의료보험 입원 총진료비청구액, 퇴원환자수, 병원자체심사의 총조정율, 가산율과 감산율을 조사하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 진료비 항목별로 본 심사조정내역

병원자체심사에서 의료보험 입원 진료비의 조정내역은 표 1과 같다. 내용별로 보면 조정금액에서 수술료가 26.6%, 약재료 23.7%, 처치료 20.4%, 재료료 12.1%순이었고, 조정건수는 처치료가 76.9%, 재료료

7.7%, 검사료 5.2% 약재료 3.4%순이었다. 조정별로 볼 때 금액은 누락 및 적용착오(+)이하 "누락편"이라 칭합)가 61.2%이고, 삭감 및 적용착오(-)이하 "삭감편"이라 칭합)는 38.8%였으며, 건수는 누락편이 79.8%와, 삭감편은 20.2%여서 금액과 건수에서 누락편이 삭감편보다 모두 월등히 높았다(표 1).

1) 조정금액이 높은 진료비항목별 심사조정내역

가. 수술료의 심사조정내역

진체진료비 항목중에서 금액 및 건수가 26.6%와 1.4%에 해당하는 수술료의 심사조정내역은 표 2와 같다(표 1참조). 수술료 심사조정 내역을 부위별로 보면 조정금액은 소화기가 22.4%, 근골22.0%, 신경 21.4%, 호흡기 7.9%, 시기 7.3%순이었고, 조정건수는 근골이 24.4%, 소화기 18.7%, 신경 11.9%, 피부 10.4%, 호흡기 9.3%순이었다. 조정별로 보면 누락편의 금액 및 건수는 44.8%와 41.5%이고 삭감편의 금액 및 건수는 55.2%와 58.5%로 삭감편이 다소 높은 것으로 나타났다(표 2).

표 1. 자체심사중 퇴원전심사 진료비항목별 심사조정내역(11월)

단위 : 건, 천원.

항 목 별	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 착오(+)	삭감 및 적용 착오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 착오(+)	삭감 및 적용 착오(-)
수 술 료	18,971(26.6)	8,492(44.8)	10,479(55.2)	193 (1.4)	80(41.5)	113(58.5)
약 재 료	16,903(23.7)	8,885(52.6)	8,018(47.4)	474 (3.4)	248(52.3)	226(47.7)
처 치 료	14,506(20.4)	11,192(77.2)	3,314(22.8)	10,580(76.9)	8,748(82.7)	1,832(17.3)
재 료 료	8,586(12.1)	7,713(89.8)	873(10.2)	1,053 (7.7)	933(88.6)	120(11.4)
검 사 료	5,321 (7.5)	3,239(60.9)	2,082(39.1)	717 (5.2)	441(61.5)	276(38.5)
방 사 선 료	3,736 (5.2)	1,793(48.0)	1,943(52.0)	96 (0.7)	51(53.1)	45(46.9)
정신요법료	2,181 (3.1)	1,528(70.1)	653(29.9)	506 (3.7)	359(70.9)	147(29.1)
마 취 료	827 (1.2)	568(68.7)	259(31.3)	22 (0.2)	10(45.5)	12(54.5)
물리치료료	164 (0.2)	157(95.7)	7 (4.3)	112 (0.8)	108(96.4)	4 (3.6)
합계	71,195(100.0)	43,567(61.2)	27,628(38.8)	13,753(100.0)	10,978(79.8)	2,775(20.2)

표 2. 자체심사중 퇴원전심사에서 본 수술료의 심사조정내역

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 착오(+)	삭감 및 적용 착오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 착오(+)	삭감 및 적용 착오(-)
소 화 기	4,241(22.4)	1,902(44.8)	2,339(55.2)	36(18.7)	15(41.7)	21(58.3)
근 골	4,180(22.0)	1,778(42.5)	2,402(57.5)	47(24.4)	20(46.8)	27(53.2)
신 경	4,065(21.4)	1,805(44.4)	2,260(55.6)	23(11.9)	8(34.8)	15(61.2)
호 흡 기	1,495 (7.9)	628(42.0)	867(58.0)	18 (9.3)	6(33.3)	12(66.7)
시 기	1,377 (7.3)	435(31.6)	942(68.4)	14 (7.3)	5(35.7)	9(64.3)
요 성 기	1,061 (5.6)	544(51.3)	517(48.7)	16 (8.3)	6(37.5)	10(62.5)
피 부	991 (5.2)	520(52.5)	471(47.5)	20(10.4)	11(55.0)	9(45.0)
순 환 기	573 (3.0)	389(67.9)	184(32.1)	3 (1.5)	2(66.7)	1(33.3)
내 분 비 기	483 (2.5)	286(59.2)	197(40.8)	3 (1.5)	2(66.7)	1(33.3)
비 입 파 절	300 (1.6)	83(27.7)	217(72.3)	5 (2.6)	2(40.0)	3(60.0)
치 과	148 (0.8)	65(43.9)	83(56.1)	7 (3.6)	2(28.6)	5(71.4)
유 방	57 (0.3)	57 (100)	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (100)	0 (0.0)
계	18,971(100.0)	8,492(44.8)	10,479(55.2)	193 (100.0)	80(41.5)	113(58.5)

나. 약제료의 심사조정내역

전체진료비 항목중에서 금액 및 건수가 23.7%와 3.4%에 해당되는 약제료의 분석내역은 표 3과 같다.

내용별로 보면 주사약의 조정금액이 95.7%로 대부분을 차지하였고 조정별의 금액과 건수에서 누락편은 약52%와 삭감편이 48%로 가산이 약간 많았다(표 3).

표 3. 자체심사중 퇴원전심사의 약제료 심사조정내역 (11월)

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금액	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)
주 사 약	16,175(95.7)	8,627(53.3)	7,548(46.7)	373(78.7)	197(52.8)	176(47.2)
경 구 약	728 (4.3)	258(35.4)	470(64.6)	101(21.3)	51(50.5)	50(49.5)
계	16,903(100.0)	8,885(52.6)	8,018(47.4)	474(100.0)	248(52.3)	226(47.7)

다. 처치료의 심사조정내역

전체진료비 항목중에서 금액 및 건수가 20.4%와 76.9%에 해당되는 처치료의 심사조정내역은 표 4와 같다. 본 분석 연구에서 처치 및 수술료는 수술실처치료(표 2)와 수술실 이외의 장소에서 시행하는 처치 및 수술료(표 4)로 구분하였다. 전체진료비 항목중에서 처치료가 차지하는 비율은 금액 및 건수에서 20.4%와 76.9%를 나타냈다(표 1 참조). 내용별로 보면 조정금액은 주사수기료가 27.9%, 일반처치 또는 수술후처치 22.3%, 중심정맥영양법 6.4%, 인공호흡 4.8%, 분만 3.7%, 위세척 3.6%, 산소호흡 3.4%, 견인술 3.4%순이었다. 이 가운데 주사수기료와 일반처치 또는 수술후처치의 세부항목이 가장 높았으며 처치료의 전체항목 중 50%를 차지하였다. 조정건수는 주사수기료(56.8%) 일반처치 또는 수술후처치(30.5%)가 전체건수의 87.3%로 대부분을 차지 하였다. 조정별로 보면 삭감편의 금액 및 건수는 22.8%와 17.3%이고 누락편의 금액 및 건수는 75.4%와 82.7%로 누락편이 월등히 높게 나타났다(표 4).

표 5와 같다. 내용별로 보면 혈액 및 혈액성분제제가 44.1%이고 산소가 30.6%로 전체 재료료의 74.4%를 차지하였으며 이 두 세부항목은 거의(96.6%) 누락편으로 나타났다. 조정별로 보면 누락편이 90%이고 삭감편이 약 10%로 대부분을 누락편이 차지하였다(표 5).

2) 조정금액이 낮은 진료비항목별 심사조정내역

가. 검사료의 심사조정내역

검사료의 심사조정내역은 표 6과 같다. 내용별로 보면 조정금액에서 병리조직검사가 21.8%, 기능검사 21.5%, 천자 및 생검 17.8%, 미생물검사 13.7%순이었고, 조정건수는 기능검사가 22.5%, 병리조직검사 16.7%, 미생물검사 14.6%, 천자 및 생검 12.6%순이었다.

조정별로 보면 금액 및 건수에서 모두 누락편이 약 60%와 삭감편이 40%를 차지하였다(표 6).

나. 방사선료의 심사조정내역

방사선료의 심사조정내역은 표 7과 같다. 내용별로 보면 조정금액에서 특수촬영이 74.3%로 높으나 건수는 단순촬영이 80.2%로 월등히 높게 나타났다. 조정별로는 누락편의 금액 및 건수는 48.0%와 53.1%이고 삭감편의 금액 및 건수는 52.0%와 46.9%로 금액에서 삭감편이 약간 많았다(표 7).

라. 재료료의 심사조정내역

전체진료비 항목중에서 금액 및 건수가 12.1%와 7.7%에 해당되는(표 1참조) 재료료의 심사조정내역은

표 4. 자체심사중 퇴원전심사의 처치로 심사조정내역 (11월)

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)
주사수기록	4,054(27.9)	3,145(77.6)	909(22.4)	6,006(56.8)	4,969(82.7)	1,037(17.3)
일반처치.수술후처치	3,241(22.3)	2,370(73.1)	870(26.9)	3,223(30.5)	2,722(84.5)	501(15.5)
중심정맥영양법	929 (6.4)	820(88.3)	109(11.7)	20 (0.2)	19(95.0)	1 (5.0)
인공호흡	703 (4.8)	514(73.1)	189(26.9)	90 (0.9)	57(63.3)	33(36.7)
분 만	534 (3.7)	388(72.7)	146(27.3)	14 (0.1)	9(64.3)	5(35.7)
위세척	517 (3.6)	479(92.6)	38 (7.4)	54 (0.5)	50(52.6)	4 (7.4)
산소호흡	493 (3.4)	306(62.1)	187(37.9)	153 (1.4)	95(62.1)	58(37.9)
견인술	492 (3.4)	346(70.3)	146(29.7)	135 (1.3)	130(96.2)	5 (3.8)
비강영양	445 (3.1)	399(89.7)	46(10.3)	146 (1.4)	131(89.7)	15(10.3)
폐쇄식흉강삽관술	415 (2.9)	277(66.0)	138(33.3)	12 (0.1)	8(66.7)	4(33.3)
계속적복막관류술	409 (2.8)	409(100)	0 (0.0)	17 (0.2)	17(100)	0 (0.0)
창상봉합술	246 (1.7)	145(58.9)	101(41.1)	28 (0.3)	17(60.7)	11(39.3)
기관절개술	239 (1.6)	174(72.8)	65(27.2)	11 (0.1)	8(72.7)	3(27.3)
유치카테타 설치	218 (1.5)	192(88.1)	26(11.9)	68 (0.6)	60(88.2)	8(11.8)
요도 및 방광세척	195 (1.3)	60(30.8)	135(69.2)	100 (0.9)	31(31.0)	69(69.0)
위 십이지장존제법	193 (1.3)	193(100)	0 (0.0)	73 (0.7)	73(100)	0 (0.0)
혈관노출술	158 (1.1)	79(50.0)	79(50.0)	22 (0.2)	11(50.0)	11(50.0)
분만시회음절개 및 봉합	98 (0.7)	90(91.8)	8 (8.2)	14 (0.1)	12(85.7)	2(14.3)
관장	98 (0.7)	91(92.9)	7 (7.1)	126 (1.2)	116(92.1)	10 (7.9)
산전산후처치	76 (0.5)	62(81.6)	14(18.4)	10 (0.1)	3(30.0)	7(70.0)
화상처치	60 (0.4)	58(96.7)	2 (3.3)	18 (0.2)	17(94.4)	1 (5.6)
비루관부지법	57 (0.4)	57 (100)	0 (0.0)	20 (0.2)	20(100)	0 (0.0)
심폐소생술	54 (0.4)	54 (100)	0 (0.0)	11 (0.1)	11(100)	0 (0.0)
비출혈지혈법	40 (0.3)	40 (100)	0 (0.0)	10 (0.1)	10(100)	0 (0.0)
신생아관리처치	39 (0.3)	21(53.8)	18(46.2)	15 (0.1)	8(53.3)	7(46.7)
외과술후처치	38 (0.3)	21(55.3)	17(44.7)	68 (0.6)	46(67.6)	22(32.4)
피부과처치	33 (0.2)	30(90.9)	3 (9.1)	21 (0.2)	20(95.2)	1 (4.8)
도뇨	31 (0.2)	28(90.3)	3 (9.7)	57 (0.5)	52(91.2)	5 (8.8)
기타	401 (2.8)	343(85.5)	58(14.5)	38(0.4)	26(68.4)	12(31.6)
계 (%)	14,506 (100.0)	11,192 (77.2)	3,314 (22.8)	10,580 (100.0)	8,748 (82.7)	1,832 (17.3)

표 5. 자체심사중 퇴원전심사의 재료로 심사조정내역(11월)

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)
혈액 및 혈액성분제제	3,783(44.1)	3,783 (100)	0 (0.0)	196(18.6)	196(100)	0 (0.0)
산 소	2,624(30.6)	2,404(91.6)	220(8.4)	167(15.9)	140(83.8)	27(16.2)
Catheter 튜	755 (8.8)	287(38.0)	468(62.0)	33 (3.1)	19(57.6)	14(42.4)
Cast c Splint	244 (2.8)	231(94.7)	13 (5.3)	15 (1.4)	14(93.3)	1 (6.7)
Autosuture Staple	242 (2.8)	242 (100)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (100)	0 (0.0)
Chest Bottle	186 (2.2)	126(67.4)	60(32.6)	32 (3.0)	25(78.1)	7(21.9)
치치용 N/S IL	164 (1.9)	161(98.2)	3 (1.8)	246(23.4)	242(98.4)	4 (1.6)
Screw 류	146 (1.7)	106(72.6)	40(27.4)	9 (0.9)	5(55.6)	4(44.4)
E.K.G 재료대	135 (1.6)	118(87.4)	17(12.6)	272(25.8)	238(87.5)	34(12.5)
Hemo Vac	99 (1.2)	99 (100)	0 (0.0)	4 (0.4)	4 (100)	0 (0.0)
복막투석재료대	69 (0.8)	61(88.4)	8(11.6)	3 (0.3)	2(33.3)	1(66.7)
인공신장투석재료대	45 (0.5)	45 (100)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (100)	0 (0.0)
Wire 튜	36 (0.4)	6(16.7)	30(83.3)	3 (0.3)	1(33.3)	2(66.7)
Diaper	24 (0.3)	13(54.2)	11(45.8)	48 (4.6)	26(54.2)	22(45.8)
Elastic Bandage	17 (0.2)	14(82.4)	3(17.6)	22 (2.1)	18(81.8)	4(18.2)
Micro drill bur1/3	17 (0.2)	17 (100)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (100)	0 (0.0)
계	8,586(100.0)	7,713(89.8)	873(10.2)	1,053(100.0)	933(88.6)	120(11.4)

표 6. 자체심사중 퇴원전심사의 검사료 심사조정내역 (11월)

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)
병리조직검사	1,160(21.8)	343(29.6)	817(70.4)	120(16.7)	27(22.5)	93(77.5)
기능검사	1,145(21.5)	955(83.4)	190(16.6)	161(22.5)	132(82.0)	29(18.0)
천자 및 생검	949(17.8)	734(77.3)	215(22.7)	90(12.6)	69(76.7)	21(23.3)
미생물검사	729(13.7)	304(41.7)	425(58.3)	105(14.6)	49(46.7)	56(53.3)
혈액화학검사	473 (8.9)	316(66.8)	157(33.2)	55 (7.7)	43(78.2)	12(21.8)
내시경검사	142 (2.7)	99(69.7)	43(30.3)	11 (1.5)	7(63.6)	4(36.4)
요일반화학검사	136 (2.6)	130(95.6)	6 (4.4)	39 (5.4)	34(87.2)	5(12.8)
혈액학적검사	129 (2.4)	87(67.4)	42(32.6)	16 (2.2)	12(75.0)	4(25.0)
핵의학검사	104 (2.0)	104 (100)	0 (0.0)	4 (0.6)	4 (100)	0 (0.0)
면역혈청검사	80 (1.5)	20(25.0)	60(75.0)	13 (1.8)	9(69.2)	4(30.8)
분변검사	80 (1.5)	41(51.3)	39(48.7)	34 (4.7)	20(58.8)	14(41.2)
효소면역측정	59 (1.1)	59(100)	0 (0.0)	3 (0.4)	3 (100)	0 (0.0)
지혈검사	51 (1.0)	27(52.9)	24(47.1)	44 (6.1)	19(43.2)	25(56.8)
체액 및 천자액검사	40 (0.8)	3 (7.5)	37(92.5)	4 (0.6)	1(25.0)	3(75.0)
세포학	31 (0.6)	6(19.4)	25(80.6)	6 (0.8)	2(33.3)	4(66.7)
수혈검사	13 (0.2)	11(84.6)	2(15.4)	12 (1.7)	10(83.3)	2(16.7)
계	5,321(100.0)	3,239(60.9)	2,082(39.1)	717(100.0)	441(61.5)	276(38.5)

표 7. 자체심사중 퇴원전심사의 방서선료 심사조정내역 (11월)

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)
복수환영	2,777(74.3)	1,343(48.0)	1,434(52.0)	19(19.8)	11(57.9)	8(42.1)
단순환영	959(25.7)	450(46.9)	509(53.1)	77(80.2)	40(51.9)	37(48.1)
계	3,736(100.0)	1,793(48.0)	1,943(52.0)	96(100.0)	51(53.1)	45(46.9)

다. 정신요법료의 심사조정내역
 정신요법료의 심사조정내역은 표 8과 같다. 내용별로 보면 개인 정신치료의 조정금액이 전체의 내용중에서 56.9%로 대부분을 차지하였는데 삭감편(26.

6%)보다는 누락편(73.4%)이 높았다. 조정별로 보면 금액이나 건수에서 모두 삭감편이 약 30%이고 누락편은 70%로 누락편이 훨씬 높게 나타났다(표 8).

표 8. 자체심사중 퇴원전심사의 정신요법료 심사조정내역 (11월)

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 착 오(+)	삭감 및 적용 착 오(-)
개인 정신 치료	1,240(56.9)	910(73.4)	330(26.6)	128(25.3)	97(75.8)	31(24.2)
정신의, 사회사업	406(18.7)	382(94.0)	24 (6.0)	130(25.7)	126(96.9)	4 (3.1)
집단 정신 치료	255(11.7)	120(47.2)	135(52.8)	121(23.9)	57(47.1)	64(52.9)
가족 치료	193 (8.8)	31(15.9)	162(84.1)	53(10.5)	7(13.2)	46(86.8)
작업 및 오락요법	87 (4.9)	85(97.3)	2 (2.7)	74(14.6)	72(97.3)	2 (2.7)
계	2,181(100.0)	1,528(70.1)	653(29.9)	506(100.0)	359(70.9)	147(29.1)

라. 마취료의 심사조정내역
 마취료의 심사조정내역은 표 9와 같다. 내용별로 보면 전신마취에서 조정금액은 누락편이 86.2%이고 삭감편이 13.8%로 누락편이 월등하게 높게 나타났고 부분마취는 감산이 약간 많았다. 전체조정별로 볼때 조정금액에서 누락편이 68.7%이고 삭감편이 31.3%로 누락편이 월등하게 높았으며, 조정건수는 삭감편

이 약간 많았다(표 9)

마. 물리치료료의 심사조정내역

물리치료료의 심사조정내역은 표 10과 같다. 세부 내용에서보면 운동요법은 전체항목의 금액 및 건수에서 47%와 64.3%를 차지한다. 조정별은 금액 및 건수에서 삭감편이 약 4%이고 누락편은 약 96%로 누락편이 월등하게 높았다(표 10).

표 9. 자체심사중 퇴원전심사의 마취로 심사조정 내역(11월)

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 오(+)	삭감 및 적용 오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 오(+)	삭감 및 적용 오(-)
전 신 마 취	472(57.1)	407(86.2)	65(13.8)	12(54.5)	5(41.7)	7(58.3)
부 분 마 취	355(42.9)	161(45.4)	194(54.6)	10(45.5)	5(50.0)	5(50.0)
계	827(100.0)	568(68.7)	259(31.3)	22(100.0)	10(45.5)	12(54.5)

표 10. 자체심사중 퇴원전심사의 물리치료로 심사조정내역 (11월)

단위 : 건, 천원.

내 용	조 정 금 액			조 정 건 수		
	조 정 금 액	누락 및 적용 오(+)	삭감 및 적용 오(-)	조 정 건 수	누락 및 적용 오(+)	삭감 및 적용 오(-)
운동요법(간단한것)	77(47.0)	74(95.8)	3(4.2)	72(64.3)	69(95.8)	3(4.2)
보 육 기	49(29.9)	49(100)	0(0.0)	15(13.4)	15(100)	0(0.0)
신 생 아 황 달	32(19.5)	32(100)	0(0.0)	16(14.3)	16(100)	0(0.0)
간헐적 양압흡인법	4 (2.4)	0(0.0)	4(100)	1 (0.9)	0 (0.0)	1(100)
적 외 선 치 료	2 (1.2)	2(100)	0(0.0)	8 (7.1)	8(100)	0(0.0)
계	164(100.0)	157(95.7)	7(4.3)	112(100.0)	108(96.4)	4(3.6)

2. 퇴원전심사로 분석한 월별의 심사조정현황.

1) 월별의 총진료비와 심사조정현황

보험자 단체로 청구되는 의료보험 입원환자의 월평균 총진료비는 1,183,444천원이고 월평균 의료보험 퇴원환자수는 1,183명이며 월평균 조정액은 76,325천원으로 그중 누락편이 66.1%이고, 삭감편은 33.9%로 감산(삭감편)액보다 발생누락을 찾아내는 가산(누락편)액이 약 2배가 높았다. 월평균 조정건수는 12,394건인데 그 중 누락편은 11,032건, 삭감편은 1,361건으로 누락편이 대부분(89%)이었다. 퇴원전심사의 실시로 발생하는 의료보험 입원환자의 총진료비 청구액

에 대한 총조정율은 월평균 6.4%인데, 그 중 가산율은 4.3%이고, 감산율이 2.1%로 분석되었다(표 11).

2) 월별의 발생누락 및 적용착오(+의 분포현황

퇴원전심사에서 누락편을 발생누락과 적용착오(+로 분류하였는데 이 중 월평균 발생누락된 금액 및 건수는 92.6%와 98.1%이고 적용착오(+의 금액 및 건수는 7.4%와 1.9%로 누락편은 발생누락이 대부분이었다(표 12).

3). 월별 발생누락의 진료비 항목별 분포

월평균 발생누락을 월별로, 각 진료비 항목별로 분석한 금액 및 건수는 표 13과 같다. 발생누락의 항목

표 11. 병원자체심사중 퇴원진심사 월별 심사조정현황

단위 : 건, 천원.

월 별	총진료비 청 구 액	퇴 원 환 자 수	심 사 조 정 금 액			심 사 조 정 건 수		
			조 정 금 액 *** (총조정율)	누락및적 용착오(+) ** (가산율)	삭감및적 용착오(-) * (감산율)	조 정 건 수	누락및적 용착오(+)	삭감및적 용착오(-)
2	1,078,245	1,130	64,243(6.0)	38,870(3.6)	25,373(2.4)	10,506	9,513	993
5	1,271,872	1,200	75,431(5.9)	46,668(3.7)	28,763(2.2)	13,787	12,585	1,202
8	1,272,613	1,293	85,403(6.7)	63,646(5.0)	21,757(1.7)	9,675	9,199	476
11	1,111,044	1,107	80,224(7.2)	52,596(4.7)	27,628(2.5)	15,609	12,834	2,775
평 균	1,183,444	1,183	76,325(6.4) (100.0)	50,445(4.3) (66.1)	25,880(2.1) (33.9)	12,394 (100.0)	11,032 (89.0)	1,361 (11.0)

*** 총조정율=조정금액/의료보험 입원총진료비 청구액 X 100

** 가 산 율=누락편의 가산액/의료보험 입원총진료비 청구액 X 100

* 감 산 율=삭감편의 감산액/의료보험 입원총진료비 청구액 X 100

표 12. 누락편의 월별 발생누락 및 적용착오(+)

단위 : 건, 천원.

내 용	금 액					건 수				
	평 균	2 월	5 월	8 월	11 월	평 균	2 월	5 월	8 월	11 월
발생누락	46,698 (92.6)	36,367 (93.6)	44,191 (94.7)	54,055 (84.9)	52,178 (99.2)	10,823 (98.1)	9,145 (96.1)	12,324 (97.9)	9,022 (98.1)	12,802 (99.8)
적용착오(+)	3,747 (7.4)	2,503 (6.4)	2,477 (5.3)	9,591 (15.1)	418 (0.8)	209 (1.9)	368 (3.9)	261 (2.1)	177 (1.9)	32 (0.2)
합 계	50,445 (100.0)	38,870 (100.0)	46,668 (100.0)	63,646 (100.0)	52,596 (100.0)	11,032 (100.0)	9,513 (100.0)	12,585 (100.0)	9,199 (100.0)	12,834 (100.0)

별 분포를 금액별로 보면 수술료가 21.84%, 처치료 18.71%, 상병명 18.68%, 약재료 14.53%, 재료료 10.84%의 순위였고, 건수별로는 처치료가 65.35%, 상병명 16.63%, 재료료 5.64, 검사료 5.07% 순위였다. 수술료는 월평균 건수가 0.85%로 미미하지만 금액은 21.84%로 가장 높았다(표13).

Ⅳ. 고 찰

1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구에서 제기될 수 있는 연구방법론상의 문제점 및 제한점은 다음과 같다.

첫째, 병원급 이상의 여러 요양기관을 대상으로 연

표 13. 자체심사중 퇴원전심사에서 월별 진료비 항목별의 발생누락

단위 : 건, 천원.

항 목 별	발 생 누 락 금 액					발 생 누 락 건 수				
	평 균	2 월	5 월	8 월	11 월	평 균	2 월	5 월	8 월	11 월
수술료	10,199(21.84)	8,315	9,763	14,538	8,179	92 (0.85)	79	78	139	74
치치료	8,739(18.71)	7,353	8,059	8,353	11,192	7,073(65.35)	5,689	8,318	5,536	8,748
상병명 *	8,724(18.68)	8,390	9,940	7,539	9,029	1,800(16.63)	1,797	1,978	1,567	1,856
약재료	6,785(14.53)	3,373	3,149	11,731	8,885	205 (1.89)	228	137	207	248
재료료	5,062(10.84)	2,513	3,756	6,265	7,713	611 (5.64)	354	441	717	933
검사료	3,573 (7.65)	3,572	4,565	3,019	3,134	549 (5.07)	603	759	418	415
정신요법료	1,413 (3.03)	1,154	1,663	1,309	1,528	329 (3.05)	282	399	278	359
방사선료	1,362 (2.92)	1,198	1,966	493	1,793	53 (0.49)	65	78	18	51
마취료	685 (1.47)	382	1,143	646	568	15 (0.14)	15	24	11	10
물리치료료	137 (0.29)	46	185	160	157	92 (0.85)	21	111	130	108
진찰료	19 (0.04)	71	2	2	0	4 (0.04)	12	1	1	0
합계(%)	46,698(100.0)	36,367	44,191	54,055	52,178	10,823(100.0)	9,145	12,324	9,022	12,802

* 상병명 : 삽입한 상병명을 원래대로 누락시켰을 때 관계되는 진료서비스의 내용이 보험자심사에서 인정되지 않고 삭감되는 금액이다.

구하는 것이 바람직할 것이나 현재 아직까지 병원마다 자체심사분석 통계가 희소한 실정이다. 따라서 이 연구는 부산의 일개 대학 병원을 중심으로 조사 하였기 때문에 이 연구결과가 병원 전체를 대표한다고 볼 수 없으므로 해석을 일반화 하기에는 제한점이 있다.

둘째, 누락은 근원적인 의무기록지상의 누락, 전표 누락, 요양비 계산서상의 누락으로 구분 할 수 있으나 본 연구에서는 이를 구분하여 명시 하지 못하였다. 따라서 앞으로 보다 많은 병원을 대상으로 발생누락의 원인을 세분하여 연구할 필요가 있다.

2. 연구결과에 대한 고찰

1) 진료비 항목별로 본 심사조정내역

병원자체심사의 퇴원전심사에서 의료보험 입원진료비를 진료비항목별로 심사한 내역을 보면 총조정금액에서 수술료, 약재료는 누락편과 삭감편간에 다소 차이가 있었지만 치치료와 재료료는 삭감편보다 누락편이 훨씬 높게 나타나 치치료와 재료료의 발생누락

에 관계부서의 보다 많은 관심과 주의가 필요한 것으로 생각한다.

(1). 조정금액이 높은 진료비항목별 심사조정내역

수술료의 심사조정내역을 보면 조정진료비 항목별 금액 및 건수에서 26.6%와 1.4%를 차지 하였는데(표 1참조) 조정액에서 누락편이 44.8%와 삭감편이 55.2%로 다른 진료비 항목과 비교해 볼때 삭감편이 다소 많았다. 조정금액은 전체 진료비중에서 가장 많이 차지하였는데 그 이유는 수술전의 수술계획표와 실제 수술한 내용이 상이한 경우가 많은데도 대체로 예상 외의 추가수술은 수술내장에 기록되지 않은채 원무과로 보내져 컴퓨터 처리하므로 누락되는 경우와, 추가되더라도 까다로운 유권해석과 수술료의 산정지침에 적합성이 제기되고 무엇보다도 수술료의 건당 수기료가 어느 항목보다 높기 때문으로 생각한다

약재료의 조정내역별 내용을 보면 주사약재료(95.7%)가 대부분을 차지하였고 조정별로는 누락편(52%)과 삭감편(48%)이 비슷하였다. 자체심사에서 모

는 진료비 항목이 그러하듯이 약재료의 삭감편도 보험자의 인정기준에 준하기 위한 조정이 아니라 의무기록지 그대로의 내용을 청구하기 위한 자체삭감이다.

장영희(1991)의 연구에 의하면 보험자의 심사에서 전체진료비 항목중 가장 많이 조정된 것은 주사약재료(54.4%)로 본 연구 대상병원 역시 주사약재료(70.3%)가 높았다. 전체진료비의 삭감액중에서 약재료가 차지하는 비율은 월평균 75.6%인데 그 중에서 주사약재료는 70.3%, 내복약재료는 5.3%를 차지하는데(인제.내부자료,1990) 장(1991)이 연구한 대상의 종합병원과 비교할때 다소 높은 삭감율이었다. 그 이유는 보험자측은 3차 진료기관의 약재료를 상명명에 비해서 과잉투여, 고가항생제, 3종이상의 항생제 남용이라는 명목으로 거의 일방적으로 삭감을 시키고 있는 실정이다. 바람직한 보험자의 심사방향은 3차 병원의 특수성인 학술적 연구분야를 고려한 심사기준을 따로 만들어서 관리하는 것이 타당할 것으로 생각된다. 또한 의료기관도 이에 부응한 적정진료로 발맞춰 나아가야 하겠다.

처치료의 심사조정 내용에서 보면 가장 빈번하게 시행되는 주사수기료와 일반처치 또는 수술후치치가 처치항목의 조정금액중 50%를 차지한다. 일반처치 또는 수술후처치에는 주로 Suction과 Simple and Complete Dressing이 차지한다. 처치료는 누락편(82.7%)이 대부분이었는데 대체로 빈번하게 시행하는 진료서비스 일수록 발생누락도 높은 것으로 생각한다. 그 이유는 대부분의 병원이 그릇듯이 충분한 간호인력을 보유하지 못한데서도 그 원인을 찾을 수 있겠다. 다시 말하면 의료법은 간호인력의 법정 정원을 환자대 간호사의 비율로 5:2를 명시하고 있으나 대부분의 병원들은 이 비율대로 충족하지 못하고 있는 실정이다. 1988년 9월 임상 간호사회가 조사한 결과를 보면 5:2의 인력비가 되는 병원이 겨우 조사대상 병원의 25%에 불과하다(이광자.1989).

진료비관리 측면에서 누락의 원인을 생각해 보면 의료기관의 간호인력 부족 외에도 의료 서비스를 진료수가로 산정하는 과정에 있어서 의료진의 소극적인 자세와 진료관리상의 문제점, 의무기록지의 기록누락과 컴퓨터의 입력과정에서 누락내지 착오 등을 들 수 있는데(유승흠,1990) 일본외사회 병원의 나가시마 병

원서비스 과장이 조사한 바로도 처방전발생 착오의 문제가 제기된 건에 대한 자체분석 내용은 진표발생 누락 64%, 원부담당자의 오류가 28%, 나머지 진표판리상 착오가 8%였고, 의료인의 착오 64%중에서 의사에 기인한 것이 40%, 간호사에 기인한 것이 22%(유승흠,1990)로 본 연구병원의 사전조사(전표누락: 입력잘못:수술대장의 기록누락=1:1:1)와도 같은 백락임을 말해주고 있다.

병원은 각계 다른 전문인이 합심하여 진료서비스를 환자에게 제공하지만 진료비 청구 과정에서 누락없는 효과적이고도 효율적인 진료비관리를 하기 위해서는 이 분야에 전문인의 개입은 오늘날 어려운 병원경영 여건하에서는 필수적이라 하겠다. 그러나 이 부분에 대한 전문인의 역할이 있다 하더라도 관제부서에 대한 의료보험교육은 발생누락과 적용착오를 줄이는 효과가 있을 것으로 보아 직원들을 위한 의료보험 교육의 필요성을 강조하고자 한다.

재료료의 심사조정내역은 혈액 및 혈액성분제제와 산소가 전체 재료료의 74.6%를 차지하는데 이중 99.6%가 발생누락이다. 산소공급은 한 환자에게 제공되는 빈도가 잦는데 매회마다 전표관리가 번거롭고 그렇기 때문에 한꺼번에 관리한다는 것이 바빠서 혹은 잊고서 전표의 발생누락을 초래하게 되거나 간호기록지에 조차 기록누락이 되는 경우를 흔히 볼 수 있다. 또한 산소 재료료가 소액이라는 소홀한 마음가짐도 누락의 한 원인이라 할 수 있다. 비록 금액이 미미할지라도 공급되는 의료서비스의 빈도가 높아짐에 따라서 발생하는 전체 재료료도 높게 된다. 누락의 발생빈도는 드물지만 Auto Suture Staple과 같은 고가재료대의 건당 누락건은 큰 손실로 나타났다. 그러므로 의료소모품의 고가재료대 수가관리는 일선 현장에서 심도있게 관리하여야 하겠다.

각 진료비의 항목중에서 처치료, 재료료, 물리치료료, 검사료, 마취료, 정신요법료는 삭감편보다 누락편이 월등히 높았으며 수술료와 방사선료는 누락편보다 삭감편이 다소 높았고, 약재료의 조정율은 가산, 감산이 거의 비슷하였다.

2) 월별 총진료비의 심사조정현황

퇴원진심사에서 월평균 조정금액의 총조정율은 의료보험 입원총진료비의 6.4%를 차지한다. 그 중 가산

율은 4.3%이고 감산율은 2.1%이었다. 가산율의 금액과 건수는 보험자 심사에서 삭감 없이 그대로 인정되었다(인제백, 1990). 여기서 감산율은 자체심사에서 조정하지 않았더라도 보험자의 심사과정에서 당연히 삭감되는 내용일 것이다. 따라서 병원자체심사에서 삭감 시키지 않고 그대로 청구하였을 때 병원의 삭감율만 높이는 결과를 초래하였을 것은 물론이고 대외적으로도 병원 신뢰도만 떨어지게 만들 가능성만 높다고 하겠다. 그러므로 자체삭감인 감산율 2.1%는 가산율 4.3%에 못지않게 중요한 의의가 있다고 생각한다.

월평균 조정금액을 누락편과 삭감편으로 나누어서 구성비를 살펴보면 각각 66.1%와 33.9%로 누락편이 약 2배정도 높게 나타났다. 누락편을 발생누락과 적용착오(+)로 분리해 본 결과 적용착오(+)의 조정금액 및 건수는 7.4%와 1.9%에 그쳤고 대부분이 누락으로 금액 및 건수가 92.6%와 98.1%로 나타났다.

발생누락을 진료비 항목별로 분석한 결과 처치 및 수술료가 대부분을 차지하였는데 금액과 건수는 40.55%와 66.2%로 나타나 이 항목에 대하여 집중적으로 세밀하게 심사할 필요성이 있으며 또한 관련부서에서도 누락율을 줄이기 위한 노력의 필요성을 시사해 준다. 본 연구는 처치료와 수술료를 구분해서 분석하였는데 수술대장에 기록되는 수술료의 조정금액은 21.84%이고 수술실외의 장소 즉, 병실이나 외태, 특수검사실 등에서 시행되는 처치료는 18.71%였다.

상병명 누락은 월평균 1,800건인데 모든 진료서비스 내용이 누락이나 적용착오 없이 청구되었다 하더라도 진료내역과 상병명이 상이하다면 해당되는 진료내용의 진료비는 지급 받을 수가 없게 된다. 그러므로 상병명기록은 주 증상별의 우선순위에 따라 누락없이 정확하게 퇴원요약지에 기록되어야 할 것이다. 올바른 상병분류 사용은 효율적인 의료보험관리 뿐만 아니라 보험정책 결정이나 역학적인 정보획득에 있어 신뢰성 있는 자료로 사용되기 위해서도 꼭 필요하다.

Ⅴ. 결 론

오늘날 어려운 병원관리 환경속에서 자구책의 한 방법으로 시작된 병원자체심사 제도는 어언 십년이 지났으나 아직까지 여기에 대한 뚜렷한 관계자로나

평가가 없는 실정이다. 이에 본 연구는 자체심사에 대한 평가 및 보험심사 업무와 의료보험교육에 기초자료를 제공하고자 병원자체심사 중에서 진료비 심사를 가장 객관적으로 할 수 있는 퇴원전 심사방법을 중심으로 실시하였다. 조사대상 병원은 부산의 일개 대학 병원을 중심으로 1990년 1월 1일부터 1990년 12월 31일까지의 의료보험 입원환자 13,810명중 분기별가운데 중간월의 퇴원환자 4,732명을 연구대상으로 하였다. 조사방법과 내용은 퇴원당일 환자의 의무기록지와 요양비계산대장으로 상병명과 각 진료 서비스의 발생누락, 삭감, 적용착오(+, -)를 심사하여 진료비항목별, 세부내용별로 삭감편과 누락편 그리고 월 의료보험 입원총진료비청구액, 퇴원환자수, 병원자체심사의 가산율, 감산율, 총심사조정율을 조사분석 하였다.

자료분석의 주요결과는 아래와 같다.

1) 병원자체심사중 퇴원전심사에서 조정금액이 높은 진료비항목중 누락편에서 월등히 높은 항목은 처치료와 재료료이고 약재료는 다소 높았고 삭감편에서 다소 높은 진료비항목은 수술료이다.

2) 총조정금액중 조정율이 높은 진료비항목에서 세부 내용별로 보면 수술료는 소화기(22.4%) 근골(22.0%), 신경(21.4%)순위였고 약재료는 주사약(95.7%)이 대부분이며 처치료는 주로 주사수기료(27.9%) 일반처치 또는 수술후처치(22.3%)로서 처치료 전체의 50%를 차지 하였다. 또한 재료료는 주로 혈액 및 혈액성분제제(40.1%)와 산소(30.6%)로서 전체 재료료의 74.7%를 차지 하였다.

3) 병원자체심사 방법중 퇴원전심사에서 월평균 총조정율은 의료보험 입원총진료비 청구액의 6.4%(76,325,000원)를 조정하고 있다. 그 중에서 가산율은 4.3%(50,445,000원)이고 감산율이 2.1%(25,880,000원)로 나타났다. 총조정된 금액과 건수에서 누락편의 금액 및 건수는 66.1%와 89%로 대부분을 차지 하였다.

4) 누락편은 발생누락의 금액 및 건수가 92.6%와 98.1%이고 적용착오(+)의 금액 및 건수는 7.4%와 1.9%로 분류되었다. 월별의 발생누락된 금액을 진료비 항목별로 보면 수술료(21.84%), 처치료(18.71%), 상병명(18.68%), 약재료(14.53%), 재료료(10.84%)의 순위로 높았다. 진료비 항목중 처치 및 수술료는 전체

발생누락편의 40.55%로 대부분을 차지 하였다.

5) 누락된 상병명 건수는 월평균 1,800건이었다.

이 연구결과를 토대로 볼 때 진료, 간호, 원무부서에 처치료와 수술료, 약재료, 재료료에 대한 연구결과를 홍보, 교육하고 특별히 진료부에는 수술기록지와 진료진행 기록지 등 진료기록부의 기록누락이 발생되지 않도록 할 것과 퇴원요약서에 올바른 상병분류 및 사용에 대한 교육이 실시되어야 할 것으로 생각한다.

참고문헌

김일순(1984). "진료비지불, 심사제도의 문제점과 개선대책". 의료보험 논문집, 2
문옥륜(1984). "의료보험수가와 지불제도고찰". 대한병원협회.
문옥륜외(1990). 한국의료보험론. 서울. 신광출판

사. 3월. 쪽 315~322

문선순(1993). 전국병원의 보험심사업무의 운영실태 조사. 미간행물.
유승흠(1990). 병원행정강의. 서울. 수문사. 1990. 2쪽 262~272.
이광자(1989). "2천년대 임상간호사의 전망". 대한병원협회. 쪽15~21
이평수(1992). "진료비관리를 위한 심사간호사의 역할". 병원신보. 2월
인제대학교 부산백병원 내부자료(1990). 자체심사 분석과 보험자심사의 삭감분석.
장영희(1991). "다빈도 상병에 따른 의료보험 진료비의 심사조정 현황분석". 대한병원협회. 1991.6
정기선(1993). 병원환경변화와 행정관리자의 역할. 병원관리자 세미나에서.

Analytic Study of the Hospital Self Inspection Results with the Medical Insurance Inpatient Fee on the View-point of the Hospital Management.

-based on one University hospital Pre-discharge inspection-

Sun Soon Moon.

School of Public Health, Inje University

The purposes of this study were to evaluate the results of the hospital self inspection with the medical insurance and to offer basic materials to the medical insurance inspection and the education of medical insurance.

The study was undertaken with 4,730 cases among the total 13,810 medical insurance in patients from Jan. 1990 to Dec. 1990 at one university hospital in Pusan.

The major contents of the inspection were the omission of diagnosis and medical fee, curtailment, application mistake, the rates of inclusion, subtraction and total accumulation.

The data were collected using patients charts and bills.

The results of the paper analysis were as follows.

1. From the pre-discharge hospital self inspection, major omission were treatment and material fee but medication fee were moderately high and high curtailment was operation fee.

2. Decreasing order of operation fee adjustment were digestive(22.4%) muscular(22%) and neuro system operation(21.4%). Majority of the medication fee adjustments were injection form of medication(95.7%). 50% of the treatment fee adjustments were composed of injection fee(27.9%) and dressing or post-operative dressing fee(22.3%). 74.7% of material costs were composed of oxygen(30.6%), blood and the blood composed materials(44.1%).

3. Pre-discharge inspection showed 6% adjustment rate, 4.3% addition and 2.1% curtailment rate. Most of the adjustment were omission(66.1%).

4. Omission were divided by event omission(92.6%)and application mistake(7.4%). The decreasing order of omission fee were operation(21.84%), treatment(18.71%) diagnosis(18.68%), medication (14.53%) and material costs(10.84%). So operation and treatment part were the major part of the total omission fee(40.55%).

5. The average omission of diagnosis were 1,800 per month.

Key words: Pre-discharge hospital self inspection, Omission, Curtailment, Application mistake.