

# 외상매출금 관리의 실증적 연구 <上>

— 공단, 직장, 지역의료보험 중심으로 —

정택철, 윤기섭  
<서울위생병원>

## 1. 서론

### 1. 문제의 제기과 연구의 의의

전국민 의료보험실시 후 의료기관 수입의 절반이상이 제3자 부담에 의존하고 있다. 이러한 환경속에 의료기관의 외상매출금 관리에 관한 체계적인 연구는 해 볼만한 과제이다. 의료보험 지불방법과 지불 관련자료가 점차 개선되어가고 있으나 아직도 의료기관들은 보험자와 피보험자간의 청구와 지급심사과정의 복잡성(때로는 인명으로 관리하여야 할 필요)으로 관리상에 어려움이 많다. 청구액과 지급통보액의 차이 분석은 많은 노력을 요구하고 있다. 또한 보험청구과정에서 발생되는 내용은 원무부서에서, 이에 따른 회계업

무는 경리부서에서 처리하고 있으므로 상호 일정한 관리 기준을 설정하여 회계정보를 교환할 필요성이 제기되고 있다. 만약 그렇지 않으면, 재무제표의 오류 가능성을 배제할 수 없고 아울러 수익성 문제와도 직결된다는 것을 감안할 때, 이 연구의 결과는 시사하는 바가 크다. 이 연구결과는 실무자들에게 유용한 자료로 활용되기를 바란다.

### 2. 연구 범위

실질적으로 의료산업의 외상매출금의 관리의 구분은 다양<sup>1)</sup>하고 처리 과정 및 기간도 짧지는 않다. 따라서, 이 모든 것을 단편적으로 한 틀에 넣기는 어려워 본 연구는 우선 가장 많은 거래 종류를 가지고 있는 의료보험-

1) 외상매출금은 보험금 지급처 기준으로 ㉠ 공단(공무원, 교직원) ㉡ 직장, 지역조합 ㉢ 의료보호 ㉣ 교  
통사고보험환자 ㉤ 산업재해, 공무원 공상 ㉥ 선박 ㉦ 버스, 택시, 화물 공제회 ㉧ 기타-한국사회복지  
법인, 외국인 근로자, 심장재단 등이 있다.

공단, 직장, 지역조합-을 중심으로 발생으로 부터 종료에 이르기까지를 체계화하는데 초점을 두었다. 실질적인 도움을 얻고자 현실적으로 유통되고 있는 자료를 사용하였다. 이 과정관리만 잘 정의된다면 기타 외상매출금의 관리는 비교적 단순하다고 생각된다. 회계처리 과정상에 계정관리의 세법관계는 별도의 주제로 다루어지길 기대하면서 극히 좁은 범위내에서 언급하였다.

## II. 외상매출금의 분해

본 연구에서 분석하게 될 범위내의 외상매출금 내용을 발생과정과 정산과정으로 나누어 설명해 보고자 한다.

### 1. 발생 과정

#### 가. 관리대상 항목

이 연구에서 다루어질 외상 매출금 발생액 관리 대상은 다음과 같다. 첫째, 의료진료비의 보험 급여항목으로서 제3자 지급의 청구 확정액, 둘째, 이미 삭감조정된 진료비를 청구자가 이의를 제기하여 청구한 금액(외상매출금 관리대상 항목중 일괄적 또는 부분적으로 제외되는 경향이 있다), 셋째, 보험자가 이미 지급한 보험금을 환수하는 사항, 마지막으로 기타 다양한 청구자(의료기관)와 지급자(보험자)간에 거래되는 내용이다.

#### 나. 발생액 계상 시점

외래, 입원 모두 月單位로 청구되고 있는 현행 보험청구 제도상에서는 최소한 매월말 기준으로 정리된 자료를 보유할 필요가 있다. 만약 그 이상의 기간단위로 정리를 한다하더라도 잘못된 것은 없다. 그러나 대부분의 의료기관이 원무분야와 회계시스템의 전산화를

추진하였기 때문에 최종 집계표를 생산해 내는 것은 그렇게 어려운 문제가 아니라고 본다.

하지만, 수개월에 걸쳐 발생된 분량을 한번에 정리를 하려면, 그 간 발생된 진료비 청구내역서, 보험자측의 진료비 지급통보서의 자료와 동 자료에 의거 on-line통장 수납확인 과정과 겹쳐 처리할 수밖에 없는 현실정을 감안한다면 그렇게 쉬운 일만은 아니다.

더 중요한 것은 자체 기준을 정하여야 할 필요성이 있다는 것이다. 원무부서나 경리부서에서 발생액의 최종 계상시점을 ‘언제 할 것인가’이다. 현실적으로 발생 당월(기) 말에 자체 심사를 마칠 수 있는 의료기관 보다는 그 이후에 확정지을 수 있는 곳이 더 많을 것이다. 그렇다면 계상시점은 차후에 논의될 외상매출금 확정액과 아울러 주의가 필요하게 될 것은 당연한 것이다.

#### 다. 발생 확정액 관리

##### 1) 외래수입

외래는 당일에 계상된 진료비를 외상매출금의 확정으로 보아도 된다. 만일 조정액이 생긴다면 청구심사가 끝난 후 확정된 금액으로 계상하면 된다. 긴급진료인 경우 “의료보험 미지참신고서”를 제출하여 진료를 개시한 날부터 1주일 이내에 서류를 제시하거나 보험자가 모사전송을 통하여 환자의 보험자격을 추인하는 경우도 있지만, 이 점은 재무제표상의 큰 문제를 야기시키지 않는다.

그러나, 당일에 진료를 할 수 없고 예약진료를 신청할 때 진료비의 일부를 예납금으로 수납하는 경우와 전액을 선납하고 며칠후에 진료를 하는 경우, 간혹 환불을 해야하는 경우가 발생할 수 있다. 이때 현행 보험청구제도에 있어서 복잡한 처리를 할 수밖에 없다.

즉 환불일 경우 진료를 하지 아니한다는 의미로서 보험청구자료와 직결되기 때문에 이미 계상된 청구자료가 있다면 소급해서 삭제할 필요가 있다.<sup>2)</sup>

외래는 보험금청구의 대상이 너무 많기 때문에 개인별 명세표를 관리한다는 것이 어려운 실정이다. 따라서 월별, 과별 통계사항을 유지관리하는 것으로 그친다. 단, 통계차원에서 일일 발생액을 활용하여 월말에 취합하여 청구액과 대조하여 그 적정성을 검토하는 것은 바람직하다.

## 2) 입원수입

외상매출금의 계상 시점은 입원중 심사 또는 퇴원중 심사, 또는 퇴원후 심사등 어느 방법을 택하였을 지라도 보험자(공단, 직장조합, 지역조합)에게 청구하는 시점에서 계상된 금액을 확정액으로 보아야 하며, 보험자단체에 제출한 청구명세서상에 기록된 금액의 총합을 계상(접수번호가 부여된 신청 금액)하는 것이 바람직하다.

입원환자의 총괄적인 파악은 일일 개인별 퇴원자 계산서 내역서의 총계액과 월말 보험자별, 개인별 진료비 내역서의 총계상액 일치여부를 확인하는 것으로 시작되어야 한다. 이 금액이 일치되어야만 한다(현행 醫保酬價 단수처리:10원미만 절사로 누적된 오차는 상존).

만일, 장기입원환자의 경우 중간 청구를 하였을 때 이미 청구한 금액과 추후 청구액의 중복계상방지에 주의가 필요하다.

## 3) 재청구와 관련된 발생액

재청구란 새로 발생되었다기 보다는 이미

발생하여 보험금 청구를 하였는데 여러 가지 사유로 지급받지 못한 부문중에 재청구하는 금액을 말한다. 이 설명은 청구분석과 요약표 기부문에서 다루겠다. 계상 시점은 재청구가 이루어져 송부될 발생액으로 잡으면 된다. 주의할 점은 재청구를 반송액으로 처리하였다가 다시 청구할 때는 외상매출금 발생으로 간주할 수 있다.

## 4) 외상매출금의 변동액

외상매출 발생액으로 확정하였으나 다음期初에 곧 금액의 변동이 생기는 경우가 있다. 재원환자의 진료비는 자격요건의 변화로 인하여 외상매출금의 계산액이 달라질 수 있다. 외래환자의 경우, 내원시마다 보험자격을 확인하기 때문에 별문제가 없다. 단, 내원환자의 자격변동시 예약된 환자의 처리만 주의하면 된다.

## 사례) 외상매출금의 감소 발생

1995. 12. 20. 입원한 환자가 제3차 가해로 비급여 환자로 분류되어 재원미수금을 동기 말에 1,200,000원의 외상금으로 계상되었으나 다음 기초에 보험급여자격을 추인받아 보험환자로 재분류되어 500,000원으로 재산정되었다. 이 때는 그 차액만큼 수입감소가 발생된다.

사례) 증가 발생 : 상기사례가 역으로 나타날 때

라. 외상매출금 발생액의 확인방법과 회계조정

지금까지 총괄적인 논의를 하였다. 이것을 근간으로 의료기관에서 실제 사용가능한 자료를 활용하여 확인과정을 검토할 필요가 있

2) 이 부문은 비중이 크지 않을 수도 있지만, 의료보험 급여항목으로 된 CT, 체외 충격 쇄석치료, angio 등의 비교적 고가 진료비가 예약관계로 누적되어 있을 경우는 다르다.

다.

1) 원내 외상매출금의 기초자료(전산자료로도 가능) : 원무부서가 관리

- a. 월별 보험자별 퇴원자 리스트
- b. 퇴원자 수입집계표 및 퇴원자별 계산서
- c. 보험청구액-보험금청구접수 명세서와 일치
- d. 발생액 및 청구조정액 차액 대조표 : 차액이 과다한 경우 원인 분석자료로 활용(재교육자료)

2) 외상매출금 발생액 마감 : 원무부서와 경리부서 협의

상기 자료를 토대로 외상매출액의 확정액은 의료보험자에 진료비를 청구할 때의 청구접수명세서에 있는대로 분야별로 기록된다. 청구액과 발생액은 일치되도록 하여야 한다. 발생액은 발생일보다 보통 1주일 또는 월을 넘기는 경우도 있고 자체심사 조정액이 발생하기 때문에 경리부서에서는 이점을 유의하여 청구확정액을 조정하여야 한다.

## 2. 보험금 지급액 관리

청구된 진료비는 분야별로 심사가 종결된 후 실지급결정액을 지급차수(심사차수)별로 지급통보서를 발송해준다. 이때 지급액은 지정된 은행계좌로 온-라인 입금된다. 현재 지급심사는 통일되어 공단, 직장, 지역조합 모두 연합회에서 처리하고 있다. 연합회에서는 각조합에서 예약된 금액중에서 지급차수별로(공단은 별도) 입금해주고 있다. 송금액을 명기하여 우송하지만 의료기관에서는 송금의 확인을 은행통장 내역으로 하는 것이 제일 좋은 방법이다. 이와 관련하여 보험금 수령분석에 필요한 절차를 살펴보기로 하겠다.

가. 보험금 수령액의 분석

보험금 지급액에 관한 통보서가 의료보험연합회(공단, 군지역 조합)으로부터 의료기관으로 우송된다. 이때 어떻게 처리할 것인가 분석해 보자.

1) 분석시 준비서류

- a. 의료보험연합회장 발신 “진료비(약제비) 지급통보서”
- b. 의료보험관리공단 이사장 발신 “진료비 송금통보서”(이하 송금서)
- c. 군지역 의료보험조합 대표이사 발신 “지역의료보험조합 진료비(약제비) 지급통보서”
- d. 의료보험연합회장 발신 “진료비(약제비) 심사 결과통지서”(이하 심사결과서)

이상은 지급일자 기준으로 통보서 상단에 표기되어 있다.

지급 통보서는 보통 한·두장, 내역통보서는 여러장으로 구성되어 있다.

- e. 의료기관의 송금지정 은행통장
- 나. 분석절차

보험자의 지급금액 내용을 확인하기 위한 준비자료에서 다음과 같은 사항을 이해하고 정산과정을 진행을 할 수 있다.

1) 심사결과 통지서 상에는 지급차수, 접수번호들을 표기하고 있으므로 제일 먼저 접수번호 소계에 기재되어 있는 사항의 청구액과 진료비 접수증에 기재되어 있는 청구액을 비교한다. 상기 금액의 차이가 없을 경우에는 실지급결정액과 지급통보서상의 입금액의 일치여부를 확인한다.

대부분의 경우 삭감액, 반송 및 보류, 조합의 직접 지급진료비내역이 있으므로 해당차수 실지급 결정액보다 지급액이 적다(이 단계에서 송금된 통장의 내역을 확인하는 것도 좋다). 때로는 해당차수에 지급할 금액에서

과지급금이나 실사환수금등 정산금을 제외한 나머지 금액을 표기하여 송부될 수도 있다.

## 2) 청구액과 실지급액의 차액 분석

지금까지 총괄적인 차액(미지급액)에 관하여 살펴보았다. 이제는 이 차액의 사유를 분석하여야 한다. 차액의 원인은 여러 가지 이유에서 비롯된다.

지급보류(심의)중인가, 지급불능(반송)인가, 아니면 조정(삭감) 즉, 지급을 하지 않는 것인가에 따라 처리 절차가 달라져야 할 것이다. 간혹 청구한 내용이 심사지급내용과 다를 수 있다는 것을 간과하면 안될 것이다. 이 부분은 이미 정의된 부호로 사용되고 있기 때문에 생략하기로 하겠다.<sup>3)</sup>

의료보험관리공단은 의료보험연합회의 심사결과사항을 재확인하여 자체에서 지급불능 및 보류사항들을 가려낸 후, 공단 지급결정액을 1차 선지급하고, 2차 확인지급을 하고 있다.

직장조합은 의료보험조합에 맞긴 예탁금으로 일시에 심사결정액을 지급한다.

지역조합은 일차로 선지급하는 조합(구, 시 지역조합)과 차후에 진료비를 별도로 지급하는 조합(군 지역조합)으로 나누어지며, 선지급하는 조합이라 할지라도 예탁금 부족으로 인하여 지급이 누락되었다가 다음 차수로 입금하는 경우도 가끔씩 발생하고 있으므로 주의해야 한다.<sup>4)</sup> \*

〈다음호에 계속〉

3) 더 상세한 주석은 보험자의 '진료비(약제비)심사결과 통보서' 뒷면에 게재되어 있습니다.

4) 3차진료기관은 실지급 결정액을 일시에 지급하므로, 요양기관에서 별도로 조합미수금을 관리할 필요가 없다.