

『건강보험환자진료비실태조사』

통계정보보고서

2022. 12.

본 이용자용 통계정보보고서는 정기통계품질진단 수행과정에서 통계작성기관이 작성한 보고서로 작성기준 시점에 따라 현재의 통계작성 정보와 다소 차이가 날 수 있습니다.

작성일자: 2023.10.27.

〈차 례〉

I . 통계작성 기획	1
II . 통계설계	7
III . 자료수집	26
IV . 통계처리 및 분석	47
V . 통계공표, 관리 및 이용자서비스	59
VI . 통계기반 및 개선	79

◆ 보고서 개요 ◆

이 보고서는 「건강보험환자진료비실태조사」 통계를 생산하기 위하여 국민건강보험공단에서 수행하는 업무를 설명한 것이다. 보고서의 작성목적은 조사의 배경, 연혁, 이용자 및 용도와 통계에서 이용되는 개념과 방법론에 대하여 심층적으로 알고자 하는 통계작성 담당자(통계 전문이용자, 품질진단자 또는 승인담당자)에게 통계과정 전반에 대하여 포괄적이고 상세한 정보를 제공하는 것이다. 여기에는 통계작성 기획, 통계설계, 자료수집, 통계처리 및 분석, 통계공표, 관리 및 이용자서비스, 통계기반 및 개선 등에 대한 설명이 수록되어 있다.

I. 통계작성 기획

☐ 통계개요

- 건강보험환자진료비실태조사(승인번호: 제350005호)
- 국민건강보험공단/비급여관리실

1. 법적근거

- ☐ 국민건강보험법(제96조 제1항)과 동법 시행령(제69조의2)
- ☐ 통계법 제18조에 의해 승인된 조사통계 (제350005호)

2. 조사방법

- ☐ 표본으로 선정된 요양기관으로 보건복지부 및 국민건강보험공단의 조사 협조 공문과 조사표를 우편으로 발송하고, 조사의 이해를 돕기 위해 각 요양기관에 조사 안내 및 협조 요청 전화 실시
- ☐ 조사에 동의한 요양기관은 자체 혹은 전산 업체의 전산청구 프로그램을 이용하여 진료내역을 발체하고, '진료비 실태조사 통합관리 시스템'('18년 1월 구축 완료)을 통해 발체한 전산 자료 제출

3. 조사 및 공표주기

- ☐ 조사 및 공표주기: 약 1년
 - 국회 및 학계 등의 전문가 요청과 보장성 지표의 활용 등 시의성을 고려하여 2017년도 조사부터 조사 주기 추진 및 조기 종료·공표

4. 조사일정 및 일정별 수행업무

- ☐ 건강보험환자 진료비 실태조사 추진 일정('21년도 진료비 실태조사 기준 추진 일정)
 - 일반 사항
 - 본 조사는 조사기획 및 준비, 조사설계, 조사실시 및 자료검증, 분석 및 통계지표 산출, 공표 및 사후 행정처리 순으로 진행
 - 조사기획 단계부터 최종 조사결과 공표까지 약 1년 소요
 - ※ 자료 수집 및 업무협의 진행상황에 따라 소요 기간은 변경될 수 있음
 - 추진 일정
 - ※ 전년도 결과 공표 일정에 따라 다소 변경될 수 있음

- 조사준비(1월~3월)
 - 계획안 수립 및 조사자료 수집·협조 관련 업무협의 개최 ... 공급자 단체·요양기관·전산업체
 - 진료비 실태조사 실시 사전 안내 ... 전산업체 대상
 - 조사 표본기관 확정 및 조사표 인쇄·발송 ... 11개 요양기관 종별 2,400여개 기관
 - 조사대상 기관 등 요양기관 현황 자료, 진료비 실적 등 '진료비 실태조사 통합관리 시스템'에 조사관리 자료 업로드
- 조사진행(2월~10월)
 - 조사안내 및 자료 요청
 - 조사자료 검증 및 오류 자료 재요청
- 자료분석·결과산출 및 행정처리 등(3월~12월)
 - 자료 구축 및 보장성 지표 등 보장률 산출(3월~11월)
 - 보장률 변동요인 분석(11월~12월)
 - 조사협조기관 인센티브 지급(6월~12월)
 - 보고서 작성 및 결과 발표(11월~12월)

<표 1-1> 건강보험환자 진료비 실태조사 추진 일정(2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사 조사 기준)

구 분 \ 일 정	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
● 조사준비												
- 계획안 수립 및 업무협의 등 개최												
- 실태조사 실시 사전 안내												
- 조사 표본기관 확정, 조사표 인쇄·발송												
- 실태조사 시스템 자료 업로드												
● 조사진행												
- 조사안내 및 자료협조 요청												
- 조사자료 수집, 검증 및 오류자료 재요청												
● 자료분석·결과보고 및 행정처리 등												
- 자료 구축 및 보장성 지표 산출												
- 보장률 변동요인 분석												
- 보고서 작성 및 결과 발표												
- 조사협조기관 인센티브 지급												

5. 통계연혁

5-1 작성통계의 개발 배경

- 한정된 재원으로 효과적인 건강보험 보장성 강화정책을 시행하기 위해서는 기존의 보장성 강화정책을 평가하고, 앞으로의 체계적인 정책수립과 집행을 위한 객관적이고 타당한 기초자료가 필요
- 이를 위해, 국민건강보험공단은 건강보험환자가 부담하는 진료비 수준(비급여 포함)을 파악하여 건강보험의 보장성 정책을 평가하고 효과적인 정책설정 방향을 제시하는 기초자료를 생산하고자 2005년부터 「건강보험환자 진료비 실태조사」를 실시

5-2 통계 변경 또는 개편 이력

- 본 조사연구의 기본적인 연구방법 및 내용은 동일하나, 매년 변경·확대되고 있는 정책들을 반영하고 통계의 정확성 및 신뢰성을 높이기 위해 조사연구를 개선·보완
- 최초 작성년도: 2005년
 - 파일럿 조사로 최초 실시
- 변경 또는 개편 이력

<표 1-2> 통계 변경 또는 개편 이력

조사대상 연도	개선사항 및 추가지표
2011년	· 조사표 개선 · 표본 기관수 1,000개 이상 확대 · 표본추출방법 개선 · 현금급여 반영(진료과목, 인구·사회학적 보장률 등 일부 제외) · 1인당 고액진료비 질환 상위 30위(50위)내 보장률 산출 · 4대 중증질환 보장률 산출(산정특례대상자/상병코드기준)
2012년	· 4대 중증질환 보장률 산출(산정특례대상자)
2013년	· 원외처방 약제비를 포함한 4대 중증질환 보장률 산출(소급적용)
2014년	· 조사표 개선 · 조사대상기간 확대(1개월(12월) → 2개월(6,12월)) · 세부지표 산출을 위한 사후가중치 개발
2015년	· 해당사항 없음
2016년	· 인구·사회학적 보장률에 현금급여 반영
2017년	· 조사결과 조기산출 및 공표(1년 4개월 뒤 → 1년 내(조사연도 내 발표 목표))
2020년	· 세부 조사표 개선 · 공공·민간의료기관 보장률 산출 · 실폐괄수가제 참여 기관-참여기관 외 보장률 산출 · 제증명수수료 항목 조정 보장률 산출
2021년	· 1차 총화(요양기관 종별 구분) 정신병원 종별 추가 · 2차 총화(총 27개 층으로 구분)

6. 통계의 작성목적

6-1 통계 조사 목적

- 건강보험환자가 요양기관을 방문하여 발생한 비급여 진료비를 포함한 전체 진료비를 조사하여 그 중 건강보험이 차지하는 비중인 건강보험 보장률을 파악하는 것
 - 건강보험환자의 진료 특성과 관련하여, 요양기관 종별, 진료과목별, 상병별로 건강보험 보장률, 법정 본인부담률 및 비급여 항목별 구성비를 산출
 - 건강보험환자의 개인 특성과 관련하여, 소득계층별, 성별·연령구간별, 진료비 구간별로 건강보험 보장률, 법정 본인부담률 및 비급여 항목별 구성비를 산출

6-2 주된 활용분야

- 건강보험 보장률에 대한 포괄적인 정보 제공
- 건강보험과 비급여 항목 비율 등 정보 제공
- 요양기관종별, 진료과목별, 상병별, 인구·사회학적 보장률 정보 제공
- 건강보험 보장성 강화 계획에 필요한 정보 제공

6-3 국내·외 관련 통계 또는 유사 사례에 대한 사전 검토 사항

- 국외 유사통계 비교·검토
 - 본 조사는 '건강보험'이라는 제도를 가진 우리나라의 상황에서 건강보험 보장성 강화 정책 수립 및 효과평가를 위해 관리되는 특수한 통계지표임
 - 비급여 자료를 조사하는 국내 유일의 조사이기 때문에 국내 통계 중 사전 비교·검토 가능한 경우는 없고, 유사한 국외 통계로 OECD의 '경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율'이 있음
- 경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율(Government and compulsory health insurance schemes, % of current expenditure on health)
 - OECD Health Statistics에서 제공하는 통계로 본 조사의 '건강보험 보장률' 등 통계와 유사한 목적의 지표이나, 산출 기준이 달라 직접 비교는 불가능
 - OECD 산출방법(경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율)

$$\text{경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율} = \frac{A + D_1}{A + B + C + D}$$

- 건강보험 보장률(건강보험환자 진료비 실태조사): 건강보험환자의 치료목적으로 발생한 전체 의료비 중 건강보험 급여비가 차지하는 비중

$$\text{건강보험 보장률} = \frac{A_1}{A_1 + B_1 + C_1}$$

경상의료비(Current Health Expenditure)			
개인의료비(Personal Health Expenditure)			집합보건의료비(D)
정부·의무가입제도(A)	민간재원(B+C)		정부의무가입제도(D ₁) 민간재원(D ₂)
급여비(A)	법정본인부담금(B)	기타본인부담금(C)	
건강보험급여비(A ₁)	건강보험(B ₁)	건보(C ₁)	
의료급여급여비(A ₂)	의료급여(B ₂)	의료급여(C ₂)	
산재보험급여비(A ₃)		산재보험(C ₃)	
노인장기요양보험(A ₄)	노인장기요양보험(B ₄)	노인장기요양보험(C ₄)	
자동차보험(A ₅)		자동차보험(C ₅)	
(건강검진, 요양비 등)			

7. 주요 이용자 및 용도

7-1 통계의 주요 이용자 및 용도

- 정부부처: 보건복지부 등 정부기관
 - 건강보험 보장성 강화정책 효과 평가
 - 보건의료 관련 정책 방향 제시를 위한 기초자료로 활용
 - 질환별, 연령별 등 유형별 보장성 현황 파악을 위한 기초통계 정보로 활용
- 학계 및 연구기관의 연구자
 - 연구보고서, 논문 등의 작성을 위한 보장률 지표 활용
 - 보건학, 의학, 간호학, 약학, 경제학, 통계학 등 관련 연구에 활용

8. 이용자 의견수렴

8-1 이용자 의견 수렴 내용 및 결과

- 본 조사는 건강보험 보장성 강화정책 수립을 위한 기초자료와 다양한 건강보험 보장률 지표의 수요가 대·내외적으로 증가함에 따라, 통계의 신뢰성 및 정확성 제고를 위하여 이용자 또는 전문가의 의견을 수렴하고, 조사 추진체계 및 방법을 개선·보완
- 조사표 개선 관련('14년 조사~)
 - 진료 항목별 세부 보장성 현황 파악 및 신설된 보장성 강화정책 반영을 위하여 조사표 개선
 - 급여비란 세분화로 일부 본인부담란(본인부담금/공단부담금)과 전액본인부담란 구분
 - 조사 항목 수 증가
 - ※ (기존) 65개 → (개선) 113개 ... 73.9% 증가
 - 산정특례 진료여부, 선별급여 등 추가
- 표본기관수 확대 관련
 - 건강보험 보장성 지표 대표성 및 신뢰성 제고를 위하여 표본기관수 확대
 - ('13년) 약1,200개 → ('14년) 약1,500개 → ('15년) 1,825개 → ('16년) 1,845개 → ('17년) 1,994개 → ('18년) 2,105개 → ('19년) 2,209개 → ('20년) 2,319개 → ('21년) 2,421개
- 조사대상 기간 확대 관련('14년 조사~)
 - 건강보험 보장성 지표 대표성 및 신뢰성 제고를 위하여 조사대상 기간 확대
 - '13년도 조사까지 1개월분(12월 진료내역) 자료 수집
 - '14년도 조사부터 상·하반기 각각 1개월씩 총 2개월분(6월, 12월 진료내역) 자료 수집
- 표본추출 관련
 - 안정적인 지표산출을 위하여 전년도 조사의 상대표준오차값 산출 및 이를 고려한 표본크기 결정
 - 의원급 진료과목별(내과, 산부인과, 소아청소년과, 외과, 기타) 기관수 및 진료비 검토
 - ※ 의원의 경우 진료과목별로 층화
 - 산정특례 등의 제도 효과 반영을 위하여 약국 샘플링 개선 등
- 세부지표 개발 관련
 - 보장성 강화정책 효과평가를 위한 세부적 지표 산출 요구 증가

- 요양기관 단위의 전체 보장률 외에 개인별(성/연령 등), 세부질환별 등 다양한 정책적 지표 산출 필요도 증가
- 이에 따라, 성, 연령, 요양기관 종, 진료형태 등의 모집단 정보를 반영할 수 있는 사후가중치 개발
- 인구·사회학적 보장률 산출에 활용
- 조사자료 관리 및 보안 관련
 - 매해 수집 자료는 증가하나, 자료 제출 및 수집 방법의 보안성과 편의성은 취약
 - ※ '17년까지는 요양기관 및 전산업체에서 진료 내역 자료(전산자료)를 암호화하여 공단 e-mail로 전송
 - 보안성 증대 및 조사 기관 관리의 편의성을 위하여 '진료비 실태조사 통합관리 시스템' 구축
 - 시스템 구축으로 인하여 조사대상 기관 및 관련 전산업체 관리 효율성을 강화하고 개인정보가 포함된 조사자료의 보안성 강화
- 연구 지원인력 교육 관련
 - 본 조사는 조사협조 공문과 조사표 및 작성요령을 조사 대상 요양기관에 우편 발송하고, 각 요양기관에 조사의 이해와 협조를 얻은 후 전산업체를 통하여 자료를 받체함
 - 원활한 조사 협조와 인바운드 민원 상담 등을 위해 전문적인 상담 지식을 갖추는 필요 있음
 - 매년 조사 매뉴얼 업데이트 및 연구 지원인력 교육 실시를 통해 전문성 제고
- 조사 조기추진 및 조기 공표
 - 국회 및 학계 전문가 등으로부터의 요청과 보장성 지표의 활용 등 시의성을 고려하여, 조사 조기 추진 및 산출
 - (기존) 1년 4개월 뒤 발표 → (개선) 1년 내(조사연도 내) 발표

II. 통계설계

1. 조사항목

1-1 주요 용어 및 항목별 정의

○ 건강보험 보장률

- 건강보험환자의 전체 진료비 중 공단부담금(본인부담상한제 사후환급금, 임신출산지원금 등 현금급여 포함)이 차지하는 비중을 의미함
- 전체 건강보험 보장률은 각 요양기관 종별 보장률(r_h)에 조정계수(AD_h)¹⁾를 적용하여 산출한 현금급여 미포함 건강보험 보장률에 현금급여를 다음과 같은 방법으로 적용하여 산출함

$$\text{전체 건강보험 보장률} = \frac{\text{공단부담금}^{1)} }{\text{공단부담금}^{1)} + \text{법정본인부담금}^{2)} + \text{비급여본인부담금}^{3)} } \times 100$$

주1) 공단부담금

= 요양급여[A] + (본인부담상한제 사후환급금[B]* + 임신출산진료비[C] + 요양비 공단부담금[D])

2) 법정본인부담금

= 법정본인부담금[A] - (본인부담상한제 사후환급금[B]* + 임신출산진료비 법정본인부담금[C1]) + 요양비 본인부담금[G]

3) 비급여본인부담금 = 비급여본인부담금[E] - 임신출산진료비 비급여본인부담금[C2]**

* 본인부담상한제 사후환급금은 수진기준(환자가 진료 받은 시점)의 환급금을 적용하였으며, 2008년 이전 건강보험 보장률에는 지급기준(국민건강보험공단이 진료비를 지급한 시점, 건강보험통계연보)의 환급금을 적용 산출함

** 임신출산진료비의 법정본인부담금(C1)과 비급여본인부담금(C2)은 조사자료의 임신출산 관련 질환 법정본인부담률 및 비급여본인부담률로 추정함

○ 제증명수수료 항목 조정 건강보험 보장률

- 제증명수수료 항목 조정 건강보험 보장률은 전체 보장률 산출 산식에서 치료와 무관한 '제증명수수료'의 비급여 비용을 제외하고 산출된 건강보험 보장률을 의미함

○ 요양기관 종별 건강보험 보장률

- 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과 병·의원, 한방 병·의원, 약국의 총 11가지 요양기관 종별 내 건강보험 환자의 전체 진료비 중 현금급여를 제외한 공단부담금(현물급여)이 차지하는 비중을 의미함

1) 조정계수(AD_h) = $\frac{a_h + f_h}{\sum_{h=1}^{11} (a_h + f_h)}$

$$\text{각 요양기관 종별 건강보험 보장률}(r_h) = \frac{\sum_{k=1}^{K_h} \sum_{j=1}^{n_{kh}} w_{hk} y_{hkj}}{\sum_{k=1}^{K_h} \sum_{j=1}^{n_{kh}} w_{hk} (y_{hkj} + l_{hkj} + x_{hkj})},$$

$$\text{가중치}(w_{hk}) = \frac{N_{hk}}{n_{hk}},$$

$$\text{무응답가중치}(w'_{hk}) = \frac{w_{hk}}{\phi_h} = \frac{n_{hk} w_{hk}}{n'_{hk}}.$$

○ 입원·외래 건강보험 보장률

- 진료형태를 입원, 외래로 구분하여 각 진료형태 내에서 건강보험환자 전체 진료비 중 현금급여를 제외한 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함

○ 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률

- 산정특례대상자의 전체 진료비 중 공단부담금(본인부담상한제 사후환급금 포함)이 차지하는 비중을 의미함
- 4대 중증질환 산정특례대상자는 '보건복지부 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(이하 산정특례기준)에 제시된 암질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환 중 법정본인부담금 일부*를 경감 받는 대상자를 의미함

※ 암질환(법정본인부담금: 5%) 및 희귀난치성질환(10%)으로 등록된 환자(등록기간 5년), 심장 및 뇌혈관질환으로 입원하여 수술 받는 경우 30일(5%)

○ 1인당 고액진료비 상위 30위(50위)내 질환 건강보험 보장률

- 상위 30위(50위)내의 질환의 전체 진료비 중 공단부담금(본인부담상한제 사후환급금 포함)이 차지하는 비중을 의미함
- 고액진료비 상위질환은 해당연도 건강보험통계연보의 298상병을 기준으로 1인당 진료비 (공단부담금+법정본인부담금)가 높은 질환을 순서대로 정렬하여 상위 30위(50위)내에 포함되는 질환의 보장률을 산출함

$$\text{질환별 건강보험 보장률} = \frac{\text{공단부담금}^{1)}}{\text{공단부담금}^{1)} + \text{법정본인부담금}^{2)} + \text{비급여본인부담금}^{3)}} \times 100$$

주1) 공단부담금 = 요양급여[A] + 본인부담상한제 사후환급금[B]*

2) 법정본인부담금 = 법정본인부담금[F] - 본인부담상한제 사후환급금[B]*

3) 비급여본인부담금 = 비급여본인부담금[E]

* 본인부담상한제 사후환급금(상한제환급금)은 수진기준(환자가 진료 받은 시점)의 소득 수준별 사후환급금을 적용하였음(2021년 기준)

요양병원 입원일수	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
120일 이하	81만 원	101만 원	152만 원	282만 원	352만 원	433만 원	584만 원
120일 초과	125만 원	157만 원	212만 원				

○ 요양기관 종별 진료과목별 건강보험 보장률

- 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원외의 각 진료과목 내에서 발생한 전체 진료비 중

공단부담금이 차지하는 비중을 의미함

○ 인구·사회학적 특성별 건강보험 보장률

- 연령구간별 건강보험 보장률은 연령구간별로 발생한 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함
- 성별·연령구간별 건강보험 보장률 중 전체 보장률에는 현금급여(본인부담상한제 사후환급 등)가 포함되나, 그 외 보장률에는 현금급여가 제외됨
- 소득계층별 건강보험 보장률은 각 소득분위 내에서 발생한 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함
- 소득계층별 건강보험 보장률 중 전체 보장률에는 현금급여(본인부담상한제 사후환급 등)가 포함되나, 그 외 보장률에는 현금급여가 제외됨

○ 요양기관 특성별 건강보험 보장률

- 공공·민간의료기관 건강보험 보장률은 각 의료기관의 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함
- 공공의료기관의 구분은 보건복지부 연도별 ‘공공의료기관 현황’을 적용하여 구분하고, 민간의료기관은 공공의료기관이 아닌 나머지 의료기관으로 구분하여 보장률을 산출하며, 공공·민간의료기관 보장률은 현금급여가 제외됨
- 신포괄수가제 참여기관 건강보험 보장률은 신포괄수가제에 참여하는 요양기관의 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 말함
- 신포괄수가제 참여 요양기관은 포괄적 보상과 행위별 보상방식이 혼합 적용된 지불제도이며, 조사연도 기준 신포괄수가제 참여기관과 미참여기관으로 구분하여 보장률을 산출하며, 현금급여는 제외됨

○ 건강보험 보장률 지표 해석 시 유의점

- 본 조사는 전체 건강보험 보장률 산출을 주목적으로 표본설계가 이뤄져있으며, 추가적으로 요양기관 종별, 입원·외래, 세부 진료과목별, 세부질환별 보장률을 제시하고 있음
- 따라서 세부 건강보험 보장률은 편차가 클 수 있으므로 해석에 주의가 필요함
- 요양기관 종별, 입원·외래, 세부 진료과목별, 세부질환별 건강보험 보장률 산출시 현금급여를 제외하고 산출함
- 소득계층별 건강보험 보장률 산출시 건강보험료 소득 10분위를 기준으로 하였으며, 소득이 높을수록 보험료분위가 높아짐
- 각 세대에는 가입자 및 피부양자가 포함되어 있으며, 보험료 분위가 높을수록 피부양률이 높아지는 경향이 있음

○ 산출식 기호설명

N : 전체 요양기관의 수
 N_h : h 번째 의료기관 중의 요양기관의 수
 N_{hk} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 요양기관의 수
 n : 전체 표본 요양기관의 수
 n_h : h 번째 의료기관 중의 표본 요양기관의 수
 n_{hk} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 표본 요양기관의 수
 n'_{hk} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 무응답한 표본 요양기관의 수
 h : 의료기관 중, 1차 층화($h=1, \dots, 11$)
 k : 2차 이후의 층($k=1, \dots, K_h$)
 j : 개별 요양기관($j=1, \dots, n_{hk}$)
 x_{hkj} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 j 번째 표본 요양기관의 비급여본인부담금
 y_{hkj} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 j 번째 표본 요양기관의 급여비
 l_{hkj} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 j 번째 표본 요양기관의 법정본인부담금
 w_{hk} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 표본 요양기관의 가중치
 w'_{hk} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 무응답을 고려한 표본 요양기관의 가중치
 a_h : h 번째 의료기관 중의 모집단 건강보험 공단부담금 총합
 f_h : h 번째 의료기관 중의 모집단 법정본인부담금 총합
 A : 모집단 공단부담금
 B : 모집단 본인부담상한제 사후환급금
 C : 모집단 임신출산진료비(C_1+C_2)
 C_1 : 산부인과 본인부담률에서 법정본인부담률의 비중으로 법정본인부담 임신출산진료비를 추정한 금액
 C_2 : 산부인과 본인부담률에서 비급여본인부담률의 비중으로 비급여본인부담 임신출산진료비를 추정한 금액
 D : 모집단 보험자부담 요양비
 E : 전체 비급여율 본인부담금
 F : 모집단 법정본인부담금
 G : 모집단 본인부담 요양비

○ 건강보험 보장률 산출 범위

<표 2-1> 건강보험환자 진료비 실태조사 건강보험 보장률 산출 범위

진료부문	분석 대상	분석 제외
전체	입원, 외래 진료비	- 미용성형 - 집단 검진 - 개별 검진 - 시력 교정술 - 예방 접종 - 기타 예방진료
치과		- 65세 미만 임플란트 - 미용목적의 보철·교정
한방		- 건강증진 목적의 첩약
약국	조제약품 관련 비용	일반 의약품 및 의약외품 - 드링크류 - 비타민제, 강장제 등 본인의 희망에 의한 건강증진제 등

○ 조사표 ‘일반항목’에 대한 개념

- 요양기관기호: 해당 요양기관기호 8자리를 의미함
- 요양기관 종별은 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 한의원, 약국으로 나뉨
 - 상급종합병원은 종합병원 중에서 보건복지부에 의해 3년마다 선정됨
- 서식이란 진료형태를 뜻하며 입원, 외래로 나뉨
- 환자구분은 건강보험환자, 의료급여 1종 환자, 의료급여 2종 환자, 일반 환자, 자동차 보험환자, 산업재해환자로 나뉨
- 질병군(DRG)번호란 (신)포괄수가제 해당하는 질병군 번호를 뜻함
 - (신)포괄수가제란 검사, 처방 등 의료행위를 할 때마다 적용되는 행위별 수가제와 질병별로 정해진 의료비가 책정되는 포괄수가제를 결합하여 행위별 수가와 포괄수가의 단점과 문제점을 보완하고 개선한 진료비 지불제도 모형
- 산정특례제도란 암질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환을 앓고 있는 환자가 산정특례 대상자로 등록하면 입원, 외래의 진료비 중 5% 또는 10%만 본인부담을 할 수 있도록 진료비 부담을 줄여주는 제도임
- 진료과목은 다음과 같음

<표 2-2> 진료비 실태조사 진료과목 분류

코드	진료과목	코드	진료과목
01	내과	16	영상의학과
02	신경과	17	방사선종양학과
03	정신과	18	병리과
04	일반외과	19	진단검사의학과
05	정형외과	20	결핵과
06	신경외과	21	재활의학과
07	흉부외과	22	핵의학과
08	성형외과	23	가정의학과
09	마취통증의학과	24	응급의학과
10	산부인과	25	직업환경의학과
11	소아 청소년과	26	예방의학과
12	안과	50	치과
13	이비인후과	80	한방
14	피부과	99	기타
15	비뇨기과		

○ 조사표 ‘진료비 세부항목’에 대한 개념

- 진찰료
 - 초진 진찰료와 재진 진찰료로 나뉨
 - 어떠한 질병으로 병원이나 의원에서 처음 방문하여 첫 진찰을 받은 경우 초진, 계속해서 같은

- 질병으로 같은 병원에서 같은 의사에게 진찰을 받은 경우 재진이라 함
- 일반적으로 치료가 종료된 후 30일이 지나면 같은 질병으로 같은 병원을 찾더라도 초진으로 처리됨
- 평일 저녁 6시 이후나 토요일 오후 1시 이후, 공휴일에는 기본 진찰료의 30%가 가산됨
- 입원료
 - 기본 병실과 상급 병실이 있음
 - 기본 병실의 경우 건강보험 혜택을 받을 수 있으나, 상급 병실은 병실료의 일부만 건강보험 혜택이 있음
 - 기본 병실에 입원한 환자는 본인부담이 입원료의 20%이지만, 상급 병실에 입원했다면 기본 병실료에 상급 병실을 이용하며 생긴 병실 차액을 추가로 부담해야함
 - 낮 12시부터 다음날 낮 12까지를 기준으로 산정되며, 16일 이상 장기 입원 시, 입원료 체감제를 적용함
- 식대
 - 입원할 때 먹는 식사로 식대의 50%에 해당하는 비용에 대해 건강보험 혜택을 받을 수 있음
 - 일반식은 하루 3끼까지, 산모식은 하루 4끼까지 건강보험이 적용됨
- 투약 및 조제료
 - 병원에서 진료를 받으면 처방 받는 약품비와 약을 조제하는 비용
- 주사료
 - 주사 약제 비용과 주사를 놓는 행위에 대한 비용
- 마취료
 - 큰 수술이나 상처 봉합 할 경우, 수술을 위한 마취와 통증을 완화하기 위한 마취를 할 때 발생하는 비용
 - 오후 6시에서 다음날 오전 9시 사이, 또는 공휴일에 응급으로 마취한 경우, 마취료가 50% 가산됨
- 치료재료료
 - 처치나 수술 혹은 각종 검사에 사용된 재료 비용
- 검사료
 - 질병을 진단하거나 그 변화를 확인하기 위해 혈액이나 조직을 채취하여 검사하는 비용
- 영상진단료
 - 영상 장비를 이용하여 질병을 진단할 때 발생하는 비용
- 방사선치료료
 - 방사선을 이용하여 치료를 받았을 때 발생하는 비용
- 재활 및 물리치료료
 - 통증을 줄이고 불편해진 신체 기능을 회복하는데 발생한 비용으로 기본 물리치료와 단순 재활치료, 전문 재활치료와 기타 치료로 구분됨
- 정신요법료
 - 정신 질환에 대해 상담을 받았거나 심층 분석요법이나 오락요법과 같은 치료를 받았을 때

산정되는 비용

- 전혈 및 혈액성분 제제료
 - 피를 많이 흘려 체내에 혈액이 부족할 시, 수혈을 받는데 이때 지불하는 비용
- CT
 - X선을 빠른 속도로 몸에 통과시켜 신체 각 부위를 단면으로 영상화하는 검사
- MRI
 - 자기장을 몸 속 수분에 반응시켜 인체 내부를 세부적으로 영상화하는 검사
- PET
 - 신체를 3차원 영상으로 볼 수 있는 검사로 몸의 생화학적 변화를 측정하여 질병 진단하는 검사
- 포괄수가
 - 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생한 모든 진료에 대해 질병마다 미리 정해진 금액을 내는 제도
- 65세 이상 등 정액
 - 만 65세 이상 노인이 의원급 및 보건진료소에서 외래진료를 받았을 때, 진료비가 건강보험법에서 정한 금액을 넘지 않았다면 일정 금액만 내는 제도
- 선별 급여
 - 환자 치료에 드는 비용 대비 효과성이 불확실하여 건강보험 적용이 어려웠던 의료기술에 대해 평가기준에 따라 건강보험이 비용의 일부를 부담하는 제도
 - 해당 의료기술이 환자의 건강회복에 잠재적으로 도움이 된다고나 사회적 요구도가 크다고 판단되어 선별하여 건강보험 적용

1-2 주요 용어의 정의나 개념 등에 대한 국내 또는 국제기준 비교

- 건강보험환자 진료비 실태조사를 통해 산출되는 건강보험 보장률은 '건강보험'이란 제도를 가진 우리나라의 특수한 상황(건강보험 보장성 정책 평가)에서 관리되는 유일한 통계 지표로 국제 기준 또는 권고안이 없음

1-3 건강보험환자 진료비 실태조사 조사표

<표 2-3> 건강보험환자 진료비 실태조사 의과영역 조사표

1. 의료기관 조사표



「2022년도 건강보험환자 진료비 실태조사」

안녕하십니까?

귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.

국민건강보험공단에서는 매년 「건강보험환자 진료비 실태조사」 연구를 수행하고 있습니다.

본 조사 연구에서는 국민건강보험법(제96조 제1항)과 동법 시행령(제69조 의2)에 의거하여 귀 기관의 **2022년 6월, 12월 진료비 자료를 수집**하고자 합니다. 이 조사는 국가승인통계(승인번호 제350005호) 생성을 위한 정보를 얻고자 하는 것으로서, 전국의 모든 의료기관 및 약국을 대상으로 타당한 표본추출방법을 이용하여 표본기관을 선정하였습니다.

귀 기관에서 제출해 주시는 자료는 건강보험 보장성 강화 정책 마련을 위한 기초자료로 귀중하게 활용될 것이며, 연구 이외 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. 또한 본 조사 자료는 ‘개인정보 보호법(제18조)’에 의해 보호를 받습니다.

업무에 바쁘시더라도 **안내 기일까지 자료가 제출될 수 있도록 적극 협조**해주시면 감사하겠습니다.

국민건강보험공단

- ▶ 조사 자료 작성은 귀 기관에서 사용하고 있는 전산청구프로그램에 따라 다를 수 있으니 ‘조사표 작성요령’ 및 ‘Q&A’를 참고하시기 바랍니다. (12페이지 Q4 참조)
- ▶ 제출 방법: **요양기관 정보마당**(<https://medicare.nhis.or.kr/portal/index.do>)에 접속하여 공인인증서 로그인 후 **진료비 실태조사 송수신시스템**을 통하여 등록해 주시길 바랍니다. (4페이지 참조)
- ▶ 자료작성 관련 문의사항은 아래 번호로 연락주시기 바랍니다.
☎ **전화번호: (033)-736-2990 / 팩스번호: (033)-749-9683**
- ▶ **제출기한: 별도 안내**
- ※ 조사 관련내용은 진료비 실태조사 송수신시스템 - ‘공지사항’에서도 확인할 수 있습니다.

A. 일반 항목

요양기관 기호	종별	서식	환자성명	주민번호	입원/내원일자	퇴원일자	이전(공휴일) 진료
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
환자 구분	질병군(DRG)번호	진료과목	주상병명	부상병명	주수술코드	산정특례진료여부	추가조사표 Key값
⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯

B. 진료비 세부항목

항목		급여			비급여
		일부 본인부담금		전액본인부담금 (100:100)	
		본인부담금	공단부담금		
기 본 항 목	(가). 진찰료	①7	④1	⑥5	⑧8
	(나). 입원료	①8	④2	⑥6	⑧9
	(다). 식대	①9	④3	⑥7	⑨0
	(라). 투약 및 조제료	②0	④4	⑥8	⑨1
	(마). 주사료	②1	④5	⑥9	⑨2
	(바). 마취료	②2	④6	⑦0	⑨3
	(사). 처치 및 수술료	②3	④7	⑦1	⑨4
	(아). 검사료	②4	④8	⑦2	⑨5
	(자). 영상진단료	②5	④9	⑦3	⑨6
	(차). 방사선치료료	②6	⑤0	⑦4	⑨7
	(카). 치료재료대	②7	⑤1	⑦5	⑨8
	(타). 재활 및 물리치료료	②8	⑤2	⑦6	⑨9
	(파). 정신요법료	②9	⑤3	⑦7	⑩0
	(하). 전혈 및 혈액성분제제료	③0	⑤4	⑦8	⑩1
선 택 항 목	(가). CT 진단료	③1	⑤5	⑦9	⑩2
	(나). MRI 진단료	③2	⑤6	⑧0	⑩3
	(다). PET 진단료	③3	⑤7	⑧1	⑩4
	(라). 초음파진단료	③4	⑤8	⑧2	⑩5
	(마). 보철·교정료	③5	⑤9	⑧3	⑩6
	(바). 선택진료료	-	-	-	⑩7
기 타 항 목	(가). 선별급여 (시행령별표2제4호의 요양급여)	③6	⑥0	-	-
	(나). 65세 이상 등 정액	③7	⑥1	⑧4	-
	(다). 정액수가(요양병원)	③8	⑥2	⑧5	-
	(라). 포괄수가진료비	③9	⑥3	⑧6	-
	(마). 기타	④0	⑥4	⑧7	⑩8

C. 항목별 합계 및 기타항목

항목	급여			비급여
	일부 본인부담금		전액본인부담금 (100:100)	
	본인부담금	공단부담금		
(가). 소계	⑩9	⑩0	⑩1	⑩2
(나). 합계	⑩3=⑩9+⑩0+⑩1+⑩2			
(다). 상한액 초과금	⑩4			

2. 의료기관 조사표(세부내역)

요양기관기호	종별	서식	환자성명	주민번호	입원/내원일자	퇴원일자	야간(공휴일)진료
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
환자구분	질병군 (DRG)번호	진료과목	주상병명	부상병명	주수술 코드	산정특례 진료여부	세부내역 조사표 Key 값
⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯

조사항목			
항목구분			⑰
급여구분			⑱
코드구분			⑲
EDI 코드			⑳
EDI 코드명			㉑
1일 실시횟수(또는 사용량, 투약횟수)			㉒
총 실시일수(또는 사용일수, 투약일수)			㉓
1회 투약량(※ 의약품만 해당)			㉔
급여	일부분인부담	본인부담금	㉕
		공단부담금	㉖
	전액본인부담금(100:100)		㉗
비급여	선택진료료		㉘
	선택진료료 외		㉙

<표 2-4> 건강보험환자 진료비 실태조사 치과 영역 추가조사표

요양기관기호		담당자	연락처			
①		②	③			
항목구분		환자구분	치료목적(1)		미용목적(2)	
			건수	총 비용	건수	총 비용
선택 항목 (마). 보 철 · 교 정 료	틀니	건강보험	④	⑤	⑥	⑦
		의료급여	⑧	⑨	⑩	⑪
		기타환자	⑫	⑬	⑭	⑮
	임플란트	건강보험	⑯	⑰	⑱	⑲
		의료급여	⑳	㉑	㉒	㉓
		기타환자	㉔	㉕	㉖	㉗
	그 외 기타	건강보험	㉘	㉙	㉚	㉛
		의료급여	㉜	㉝	㉞	㉟
		기타환자	㊱	㊲	㊳	㊴
기타 항목 (마). 기 타	충전치료	건강보험	㊴	㊵	㊶	㊷
		의료급여	㊸	㊹	㊺	㊻
		기타환자	㊼	㊽	㊾	㊿
	기타	건강보험	㊿	㊽	㊾	㊿
		의료급여	㊿	㊽	㊾	㊿
		기타환자	㊿	㊽	㊾	㊿

<표 2-5> 건강보험환자 진료비 실태조사 한방 영역 추가조사표

요양기관기호		담당자	연락처	
①		②	③	
구 분		환자구분	첩약건수	첩약 총 진료비
선택 항목 (나). 한약	치료 목적(1)	건강보험	④	⑤
		의료급여	⑥	⑦
		기타환자	⑧	⑨
	건강증진 목적(2) (보약 성격의 한약)	건강보험	⑩	⑪
		의료급여	⑫	⑬
		기타환자	⑭	⑮

1-4 조사 항목 체계

- 조사 항목은 요양기관의 종별에 따라 구분됨
 - 의과(상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 정신병원, 의원) 영역은 “의과 조사표 양식”, 치과(치과병원, 치과의원) 영역은 “치과 조사표 양식”, 한방(한방병원, 한의원) 영역은 “한방 조사표 양식”, 그리고 약국 영역은 “약국 조사표 양식”으로 구분
 - 요양기관 중에 상관없이 공통된 조사 항목이 있음
 - 일반 항목: 요양기관기호, 요양기관 종별, 서식, 환자 성명, 주민등록번호, 입/내원일자, 퇴원일자, 야간(공휴일)진료, 환자 구분, 질병군(DRG) 번호, 진료과목, 주상병명, 부상병명, 주수술코드, 산정특례 진료여부, 추가조사표 Key 값
 - 항목별 합계 및 기타 항목: 본인부담금 소계, 공단부담금 소계, 전액본인부담금 소계, 비급여 소계, 합계, 상한액 초과금
 - 치과 및 한방 영역의 경우 별도의 추가조사표가 존재함
 - 치과: 보철·교정료를 치료 목적, 미용 목적으로 나누어 진료 목적에 따른 진료 건수 및 총 비용을 알고자 함
 - 한방: 한약을 치료 목적, 건강증진 목적으로 나누어 진료 목적에 따른 침약 건수 및 침약 총 진료비를 알고자 함
- 조사 항목은 최대한 매년 일관성을 유지함
 - 조사 항목의 잦은 변경은 요양기관과 전산업체에 업무 피로도를 증가시킴에 따라 조사 응답률을 낮춤으로 최대한 매년 조사표 양식의 일관성을 유지함

1-5 항목별 조사목적

- 요양기관기호
 - 자료 검증 시, 공단 통합급여 정보시스템과의 비교·대조에 활용
 - 공단 DB 프로그램(EDW)에서 요양기관별 진료비 현황 발체 시 활용
- 종별
 - 요양기관 종별 건강보험 보장률 분석에 활용
- 서식
 - 진료형태(입원·외래·약국)에 따른 건강보험 보장률 분석에 활용
- 환자성명
 - 4대 중증질환 보장률 산출을 위한 산정특례질환 대상자 선정 및 소득계층별 보장률 산출 시 자격 자료와의 연계에 활용
- 주민번호
 - 4대 중증질환 보장률 산출을 위한 산정특례질환 대상자 선정 및 소득계층별 보장률 산출 시 자격 자료와의 연계에 활용
 - 인구사회학적 보장률 산출 시, 성별·연령별 분석에 활용
- 입원/내원일자
 - 자료 검증 시, 공단 통합급여 정보시스템과의 비교·대조에 활용

- 퇴원일자
 - 자료 검증 시, 공단 통합급여 정보시스템과의 비교·대조에 활용
- 야간(공휴일)진료
 - 자료 검증 시, 야간(공휴일)진료로 인한 진료비 가산 여부 확인에 활용
- 환자 구분
 - 해당 조사는 건강보험환자를 대상으로 함에 따라, 건강보험환자인지 아닌지 구분할 때 활용
- 질병군(DRG)번호
 - DRG 진료건 해당 여부를 확인하는데 활용
- 진료과목
 - 진료과목별 건강보험 보장률 분석에 활용
- 주상병명, 부상병명
 - 4대 중증질환 및 1인당 고액 진료비 상위 30(50)위 보장률 분석에 활용
- 주수술코드
 - EDI 코드로, 특정 수술에 대한 진료 현황을 파악하고자 할 때 활용
- 산정특례진료여부
 - 요양기관에서 치료 목적으로 발생한 진료 중 해당 건이 산정특례 본인부담경감 혜택을 받는지 표기하여 4대 중증질환 보장률 산출 시 분석에 활용함
- 진료비 세부항목
 - 진찰료, 입원료, 식대 등
 - 건강보험환자 진료비 실태조사는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호, 제8호, 제10호 서식]의 진료비 계산서·영수증에 맞춰 그 형식에 맞는 자료를 받고 있음
 - 따라서 진료비 세부항목은 그 양식을 준수하였음
- 항목별 합계 및 기타 항목
 - 본인부담금 소계, 공단부담금 소계, 합계 등
 - 진료비 세부항목과 합계를 검증하기 위해 항목별 합계 및 기타 항목을 조사함

1-6 부정확한 응답 가능성이 있는 조사 항목

- 건강보험환자 진료비 실태조사는 요양기관 자체 혹은 전산업체의 전산청구 프로그램을 이용하여 요양기관의 진료 내역을 발췌하므로 응답을 부정확하게 할 가능성이 낮음
 - 다만 자료 구축 시, 전산업체의 프로그램 개발 오류로 변수 누락 및 합계 오류 등이 발생할 수 있으나, 조사자료 검증과정에서 프로그램 및 조사자료가 수정되어 제출됨

2. 적용 분류체계

2-1 분류체계 개요 및 내용

- 보고서 집계에 적용하는 분류체계
 - 건강보험환자 진료비 실태조사 보고서는 요양기관 종별, 진료형태별, 상병별, 진료과목별, 인구·사회학적 특성별로 건강보험 보장률을 제시함

<표 2-6> 진료비 실태조사 보고서 집계 항목 분류 체계

요양기관 종	상급종합병원
	종합병원
	병원
	요양병원
	정신병원
	의원
	치과병원
	치과의원
	한방병원
	한의원
	약국
진료형태	입원
	외래
상병	4대 중증질환 산정특례 대상자
	1인당 고액진료비 상위 30(50)위 내 질환
진료과목	내과
	신경과
	정신과
	일반외과
	정형외과
	신경외과
	흉부외과
	산부인과
	소아과
	안과
	이비인후과
	피부과
	비뇨기과
	재활의학과
요양기관 특성	공공-민간의료기관
	신포괄수가제 참여기관
인구·사회학적 특성	성별·연령구간별
	소득계층별

○ 통계 수집과 집계에 적용하는 분류체계

- 의료법 제3조 제2항에 따라 요양기관 종별 구분을 함
 - 보건복지부에서 고시하는 「상급종합병원 지정 및 평가 규정」을 적용하여 상급종합병원의 자료를 수집함
- 요양기관기호 종별 분류 코드를 사용하여 종별 구분을 함
 - 요양기관기호 3번째 자리의 숫자로 종별 분류함

<표 2-7> 진료비 실태조사 보고서 집계 항목 분류 체계

기호	요양기관종별 구분
1	종합병원
2	병원 (4번째 자리의 숫자와 동시 관리) - 20~27: 일반병원 - 28: 요양병원(노인전문병원 포함) - 29: 정신병원
3	의원
4	치과병원
5	치과의원
6	조산원
7	보건기관(4번째 자리의 숫자와 동시 관리) - 70: 보건소 - 71~72: 보건지소 - 73~74: 보건진료소 - 75~76: 모자보건센터 - 77: 보건의료원(병원화보건소)
8	약국
9	한방(4번째 자리의 숫자와 동시 관리) - 91:한방종합병원 - 92: 한방병원 - 93~97: 한의원 - 98~99: 한약방

□ 조사항목 문구 및 배열 검토 결과

- 건강보험환자 진료비 실태조사는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호, 제8호, 제10호 서식]의 진료비 계산서·영수증에 맞춰 그 형식에 맞는 자료를 받고 있기 때문에 규칙이 변경되면 조사표 역시 수정함
 - 기본 형식은 진료비 계산서·영수증에 따르되, 일부 내용을 내부 논의 후 수정·보완함
- 진료비 세부항목 중 ‘항목’ 세분화
 - 기존 ‘기본항목’과 ‘선택항목’을 ‘기본항목’, ‘선택항목’, ‘기타항목’으로 구분하여 요양기관 종별에 맞춰 항목을 신설 추가 및 재배치함
- 항목 분리
 - 기본항목 중 ‘영상진단 및 방사선치료료’를 ‘영상진단료’와 ‘방사선치료료’ 2가지로 분리

- 항목 이동
 - '재활 및 물리치료료', '정신요법료' 2가지를 기본항목으로 이동
 - '65세 이상 등 정액', '정액수가(요양병원)', '포괄수가진료비'를 기타항목으로 이동
- 항목 명칭 변경
 - 수혈료를 '전혈 및 혈액성분제제료'로 변경
 - 정액수가를 '정액수가(요양병원)'으로 변경
- 항목 신설
 - '65세 이상 등 정액' 항목
 - '선별급여(시행령 별표2 제4호의 요양급여)' 항목 ...단, 한방병·의원 제외
- 검토한 조사표의 조사항목에도 혼란의 여지가 있을 경우를 대비하여 조사표 Q&A를 작성·제공함
- 건강보험환자 진료비 실태조사는 요양기관이 사용하는 전산프로그램에 구축된 진료비 자료를 조사표 양식에 맞게 제공받음에 따라 조사 방법이 혼합된 경우라고 볼 수 없음

3. 조사표 설계 및 변경 절차

3-1 조사표 설계 및 변경 절차·방법

- 1단계: 정부(보건복지부) 정책 변경(진료비 영수증 서식 변경 등)으로 조사표 변경 필요성 제기
- 2단계: 조사표 변경이 필요한 경우 연구진 내부의 논의 과정을 거침. 분석자, 조사원 등의 의견을 반영하여 검토
- 3단계: 검토된 내용을 바탕으로 책임연구원과 분석자들의 논의 과정을 거침
- 4단계: 외부 전문가와의 자문회의를 통해 수정·보완함

4. 조사표 변경이력

4-1 조사표 변경 이력 관리

- 2012년 변경 사항
 - 조사표 변경
 - 기존 3가지 조사표(의료기관, 약국, 한방첩약추가조사표) → 5가지 조사표(의료기관, 치과, 약국, 한방첩약추가조사표, 치과추가조사표)
 - 조사항목 추가 및 변경
 - 정액수가, PET진단료, 한방첩약, 포괄수가진료비
 - 변경항목
 - 퇴원/내원일자 → 입원일자 또는 내원일자
 - 입원일수 → 퇴원일자
 - DRG적용여부 → 질병군(DRG)번호
 - 변경사유
 - 요양기관 특성에 따른 조사표 개선
 - 변경 승인일자: 2012. 8. 3.

○ 2015년 변경 사항

- 조사표 작성사항 변경
 - 일반항목(15개): 요양기관 종별, 환자정보, 입퇴원정보, 상병명 등 15개 항목
 - 진료비항목(25개): 진찰료, 입원료, 투약 및 조제료, 주사료 등 기본진료 14개 항목CT진단료, MRI진단료, 초음파진단료 등 선택진료 6개 항목 선별급여, 65세 이상 정액 등 기타진료 5개 항목
 - 추가조사: 한방첩약 이용 목적, 치과 보철, 교정료 등
 - 조사표 요양기관 종별에 따라 일부 항목 수 상이
- 변경사유
 - 변경된 영수증 양식 및 추가 지표산출 요구 반영하여 조사표 개선
 - 급여 진료비 항목 세분화(요양급여를 '본인부담금', '공단부담금', '전액본인부담금'으로 분리작성 및 항목 변경(수혈료→ 전혈 및 혈액성분제제료, 영상 및 방사선치료료 → 영상진단료, 방사선치료료로 분리, 선별급여·65세이상 등 정액 항목 추가)
 - 전액 본인부담금 항목 수집 방식 변경
 - 산정특례 관련 지표 신뢰성 제고를 위해 산정특례 진료여부 추가 수집
- 변경 승인일자: 2015. 5. 13.

○ 2020년 변경 사항

- 조사표 작성사항 변경
 - 세부내역 추가조사표
- 변경사유
 - 비급여 관리 강화 및 비급여 세부항목 파악을 위한 비급여 상세내역 조사표 추가
- 변경 승인일자: 2021. 3. 27.

5. 목표모집단과 조사모집단

5-1 목표모집단의 정의

- 목표 모집단(Target Population)
 - 2022년 1월부터 2021년 12월까지 건강보험 가입자의 전체 진료비 기록

5-2 조사모집단의 정의

- 조사 모집단(Survey Population)
 - 건강보험에 등록되어 있는 전체 요양기관 중 조사 시점인 2021년도 진료 실적이 있는 전국 모든 요양기관의 2021년 1년 동안의 전체 진료비 기록
 - 요양기관 중 보건기관, 조산원은 조사에서 제외됨
- 조사단위(Survey Unit)
 - 요양기관에서 건강보험공단에 신청한 개별 진료비 기록
 - 본 조사의 추출단위인 요양기관은 한 개의 요양기관에서 다량의 진료비 기록을 얻는다는 측면에서 집락(cluster)이라 할 수 있음

5-3 목표모집단과 조사모집단 차이

- 목표 모집단은 추정의 대상이 되는 단위들의 전체 집합으로, 매년 발생하는 건강보험가입자의 전체 진료비 기록을 의미함
- 조사모집단은 실제 조사대상이 되는 단위들의 전체 집합으로, 요양기관에서 발생된 진료 건별 발생 비용임

6. 표본추출틀(표본조사)

6-1 표본추출틀의 구축(갱신) 과정, 내용, 주기 등

- 추출단위(Sampling Unit)
 - 건강보험공단에 진료비를 청구하는 개별 요양기관
 - 본 표본조사는 추출단위와 조사단위가 서로 다른 층화집락추출(Stratified Cluster Sampling) 방식임
- 표본추출틀(Sampling Frame)
 - 1월 중, 공단 내 빅데이터전략본부로부터 조사 해당 연도 말 기준 모든 요양기관(약국포함) 정보를 제공 받음
 - 진료 실적이 있는 요양기관을 대상으로 표본추출틀 구축
- 표본추출틀 갱신
 - 1년 주기 조사이므로 조사해당 연도 진료 실적이 있는 요양기관으로 표본추출틀 갱신

6-2 모집단 변동에 따른 표본추출틀 주기적 개편 시 개편의 주기, 필요성, 방법 및 절차, 결과 등

- 개편 주기: 1년
- 필요성: 매년 개업·휴업·폐업하는 요양기관 발생
- 방법: 표본추출틀을 조사해당 연도에 진료 실적이 있는 요양기관으로 개편

7. 표본설계 방법 및 결과(표본조사)

7-1 표본추출방법

☐ 표본설계 개요

- 1차 층화
 - 추출 틀 전체 요양기관을 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 한의원, 약국으로 총 11개 층으로 구분
- 2차 층화
 - 병원, 요양병원, 치과의원, 한의원, 약국은 1차 층 내의 진료비를 기준으로 Dalenius-Hodges의 누적도수제곱근법을 적용하여 2차 층화
 - 의원은 진료과목 5개 분류(내과계, 외과계, 소아과계, 산부인과계, 기타 과목)로 2차 층화
 - 최종적으로 추출 틀의 모든 요양기관을 상급종합병원(1), 종합병원(1), 병원(4), 요양병원(3), 정신병원(1), 의원(5), 치과병원(1), 치과의원(4), 한방병원(1), 한의원(3), 약국(3) 등으로 총

27개 층으로 층화함

· ()안의 수는 층화 개수를 나타냄

○ 과거 층화 검토내역

- 2008년 조사에서는 종별, 지역, 병상규모, 병원특성, 진료과목 등을 기준으로 층화하였고, 2009년에는 종별, 지역, 병상규모, 진료과목 등을 기준으로 층화하였으나, 2010년부터 진료비를 이용한 Dalenius-Hodges방법을 이용하여 추정분산을 최소화하는 방안으로 층화함

- 층별 상대표준오차를 안정화하고 매년 조사되는 진료비 실태조사의 연속성 등을 유지하기 위한 방안으로 2010년 층화 기준이 적절하다고 판단, 진료비를 포함하여 종별1) 및 요양기관 특성(의원급 내과·외과·산부인과·소아청소년과·기타) 등을 기준으로 층화하고 있음

※ 의료법 제3조에 따른 요양기관 종별 구분(상급종합병원·종합병원·병원·요양병원·정신병원·의원·치과병원·치과의원·한방병원·한의원·약국)

○ 표본크기 결정

- 1차 층화 단위인 총 11개 요양기관 종별로 목표 상대표준오차(RSE: Relative Standard Error)를 차등화하여 종별 표본크기 결정

· 계속조사(Successive Occasional Survey)이므로 지난 조사의 종별 표본크기 고려

- 네이만배분법(Neyman Allocation Method)을 적용하여 표본기관 수를 각 27개 층(strata)별로 배분함

○ 표본추출

- 각 층별 요양기관을 진료비 금액순으로 정렬 후, 층별로 배분된 표본크기만큼 계통추출(systematic sampling)법으로 추출

□ 표본설계 방법

○ 전년도 조사 결과(비급여를 포함한 총진료비)를 활용해 요양기관종별 상대표준오차를 산출하고, 이를 바탕으로 층별 목표 표본크기를 선정

○ 층별로 배분된 표본 크기 수만큼 계통추출(systematic sampling)법으로 본 표본 추출함

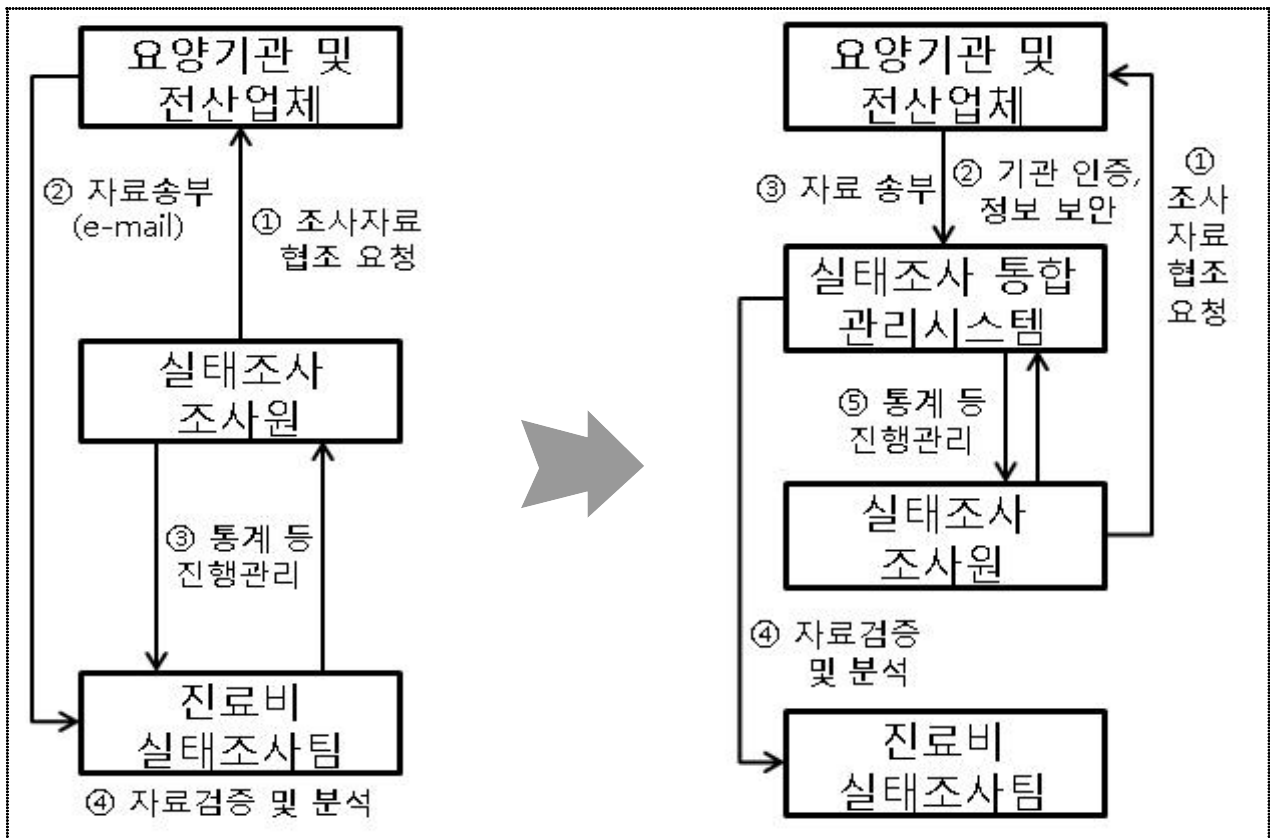
- 요양기관이나 전산업체의 응답 거부, 폐업 등의 이유로 조사가 이루어지지 못할 경우, 표본을 대체하기 위해 예비표본을 본 표본별로 3~5기관 선정함

Ⅲ. 자료수집

1. 조사방법

□ 조사방법 및 과정

- 보건복지부 및 국민건강보험공단의 조사 협조 공문과 조사표를 우편으로 발송하고, 조사의 이해를 돕기 위해 각 요양기관에 조사 안내 및 협조 요청 전화를 실시함
- 조사에 동의한 요양기관은 자체 혹은 업체 전산청구 프로그램을 이용하여 자료를 산출하고, 산출된 자료는 암호화하여 제출함
- ‘진료비 실태조사 통합관리 시스템’을 통해 조사자료를 암호화하여 수신 및 관리함
 - 요양기관 또는 전산청구업체로부터 수집되는 조사 자료를 보다 원활히 수집 할 수 있도록 관리하고 자료의 제출경로, 보안, 기관 관리 등 업무의 효율적 추진을 위하여 정보시스템을 구축함



2. 조사원 채용 및 처우

2-1 조사원 채용 및 급여 관련

- 국민건강보험공단 비급여관리실에 근무하는 조사원(현 인원 10명)은 업무지원직 및 연구지원직렬로 채용되어 모두 정규직으로 근무 중임

- 자격기준
- 공통

3 지원자격 및 우대사항		
☐ 자격기준 ... 지원서 접수마감일 기준		
직별	직무유형	자 격 기 준
공통자격	-	< 아래 조건을 모두 충족한 사람 > ○ 대한민국 국적 소지자 ○ 임용예정일 기준 연령이 우리 공단 정년에 도달하지 않은 사람 - 연구지원직, 사무지원직 : 만 60세 - 환경미화직, 보안지원직, 시설지원직 : 만 65세 ○ 남자의 경우 병역을 필하였거나 면제된 사람 ○ 임용일부터 즉시 근무가 가능한 사람 ○ 우리 공단 「인사규정」제14조(결격사유)에 해당하지 않는 사람

- 연구지원직

연구지원직	가	○ 연구지원직 가 직무유형의 직무가 가능한 사람
-------	---	----------------------------

- 보수수준

☐ 보수수준 ('22년 기준)						
○ 통상근무(8시간) 기준 기본월봉표						
(단위 : 천원)						
환경미화직.보안지원직		시설지원직			연구지원직	사무지원직
가	나	가	나	다	가	나
1,848	2,084	2,328	2,662	3,065	1,865	2,446
1) 기본월봉 외에 식대보조비, 가족수당, 명절효도비(연 2회), 복지포인트(연 1회) 별도 지급 2) 단시간 근무자(6시간)의 경우 통상근무(8시간)자 기본월봉, 명절효도비의 75%를 지급하며 식대보조비, 가족수당 및 복지포인트의 경우 통상근무(8시간)자와 동일하게 지급 3) 교대근무자는 실제 근무시간에 시간급(기본월봉의 209분의 1)을 곱하여 월급으로 지급 ※ 야간근무(당일 22:00~익일 06:00)에 따른 야간근무수당 별도 지급 4) 입사 전 경력사항은 보수에 추가 반영되지 않으며, 1년 경과시마다 1단계씩 보수 승급						

3. 조사원 교육훈련

3-1 조사원 교육훈련에 대한 일정

- 조사원 교육은 조사에 참여하는 모든 조사원들에게 실시하는 전체 교육임
- 조사 시작 약 1-2주 전에 실시하고 있으며, 고객센터 전문 강사 및 비급여관리실 직원이 교육을 진행함

<표3-1> 건강보험환자 진료비 실태조사 조사원 교육 일정

시간	교육내용
14:00~14:30	기본교육 및 2021년도 진료비 실태조사 추진계획
14:30~15:00	조사 상담 매뉴얼 및 실제 민원사례
15:00~17:00	조사자료 수집 및 기초검증 방법
17:00~18:00	진료비 실태조사 통합관리시스템 변경사항

3-2 조사원 교육훈련 내용

- 진료비 실태조사 자료 분석 및 상담업무 담당직원을 대상으로 실시하였으며, 코로나19 확산 방지를 위한 방역수칙을 준수하여 진행함
- 조사원 대상 비밀보호 의무 교육 및 서약서 작성
- 교육매뉴얼(예시)

‘건강보험환자 진료비 실태조사’ 요양기관 조사 안내 전화

- 본 전화는 자료 요청 전 조사협조 공문(복지부, 공단)과 조사표 및 작성요령을 조사대상 요양기관에 우편발송하고, 각 요양기관에 조사의 이해와 협조를 위하여 실시하는 것입니다.
 - 저희가 제공한 연락처는 요양기관의 대표전화입니다. 올해 담당자의 성함 및 연락처로 수정해 주시면 추후 전화 시 수월하게 진행됩니다.
 - 조사에 동의한 기관을 대상으로 요양기관 또는 전산업체로부터 자료를 수집하며 조사 거부 시 대체표본을 선정하여 추진하기 바랍니다.
 - 진료비 실태조사표와 비급여 진료비 세부내역 조사표 모두 작성하면 추가적인 인센티브 지급에 대해 안내해주시기 바랍니다.

1. 안녕하세요? 국민건강보험공단 비급여관리실 조사상담원 ○○○입니다.
2. ‘2022년도 건강보험환자 진료비 실태조사’와 관련하여 조사 협조공문 우편으로 보내드렸습니다.

3. 협조공문은 받아 보셨습니까?

→ 이 때 어떤 공문인지, 어떤 내용인지에 대해 문의가 들어옴

「2022년 건강보험환자 진료비 실태조사」임을 밝히고, 공문에 대해 알고 있고, 담당자와 연락을 해준다고 할 경우는 원활히 진행됨

○ 조사에 대해 불신을 하는 경우;

- 공단홈페이지에 게시된 본 조사에 대한 공고문 안내
(건강보험공단홈페이지/뉴스·소식/ 새소식 '진료비 실태조사' 검색 가능)
- 공단 대표 콜센터 번호 안내 : T: 1577-1000

○ 병원에 따라 다르지만, 공문 및 조사표는 원무과 또는 총무과에서 주로 접수하고 작업은 심사과나 자체 전산팀에서 진행하는 경우가 많은 점을 미리 숙지하고 전화 업무를 진행하면 수월함

3-1 받지 못하셨습니까? 수신 가능한 E-mail주소나 FAX번호를 알려주시면 바로 보내 드리도록 하겠습니다. 보내드리고 잠시 후에 바로 다시 연락드리겠습니다. 감사합니다.

○ 일반적으로 1차 통화 시 검토를 해보겠다는 반응이 대부분이므로 2차 통화 일자를 확인하여 담당부서와 담당자의 성함 및 연락처를 정확히 메모해야 추후 전화를 수월하게 진행가능

3-2. (재 연락) 보내 드린 공문과 관련하여 안내 전화 드렸습니다.

4. (담당자와 연락이 된 경우)

안녕하세요? ‘2022년도 건강보험환자 진료비 실태조사’ 업무협조 요청 건으로 전화 드립니다.

(담당자 질의: 의무적인 사항? 조사목적이나 조사내용?)

1. 조사목적: 건강보험환자가 치료목적으로 요양기관에 방문하여 발생한 **전체 진료비 (비급여 진료비 포함)**와 그 중 건강보험에서 부담하는 공단부담금을 파악, **건강 보험 보장률** 등을 추정하여 건강보험 보장성 강화정책을 평가하고 향후 정책수립을 위한 객관적인 자료로 활용하기 위함

※ 2005년도부터 매년 비급여 진료비를 조사하는 국내 유일 조사로 국가승인통계 (승인번호제350005호임)

2. 조사 내용: 2022년도 6월과 12월에 발생한 외래 및 입원(퇴원)환자의 급여 및 비급여항목별 진료비 내역

- ✓ **[외래]** 6월, 12월 두 달 동안 기관에서 발생한 외래 각 건의 총 진료비 내역 (비급여 진료비 포함)
- ✓ **[입원]** 6월, 12월 두 달 동안 요양기관에서 퇴원한 환자의(**입원일자에 상관 없이**) 입원기간동안 발생한 총 진료비 내역 (비급여 진료비 포함)
- ✓ **[세부내역]** 비급여 세부내역 수집으로 다양하고 새로운 보장성 세부지표를 산출하고 건강보험 보장성 강화 계획 및 정책평가에 이를 활용

→ 질의사항에 대해 해결 후

현재 사용하고 계신 전산업체가 ○○ 맞으신가요? 확인 감사드립니다. 자료 제공에 대한 ‘동의’를 해주시면, 나머지 부분은 전산업체와 진행이 됩니다. (업무 부담이 없다는 것 강조) 협조 꼭 부탁드립니다.

- **신규 전산업체의 경우 : 전산업체에 우선 조사 협조 프로그램 개발 가능여부를 확인하고 요양기관에 조사협조 요청해야함**

[외주 전산프로그램업체를 이용하는 요양기관인 경우]

- 본 조사는 보건복지부, 공급자단체(대한병원협회, 대한의사협회, 대한한 의사협회, 대한약사회, 대한치과병원협회, 대한치과의사협회)와 전산청구프로그램업체와 업무협의를 통해서 불편을 덜어드리고, 원활한 조사를 위해서 전산청구프로그램업체의 도움으로 조사를 진행하고 있습니다.
- 전산청구프로그램업체에 ‘2022년도 건강보험환자 진료비 실태조사’ 대상 기관이라고 알리시면 담당 직원이 직접 방문하여 처리하거나 전산프로그램을 받아서 해당 기관에서 작성해주시면 됩니다. 작업이 완료된 6월, 12월 파일을 00월 00일까지 시스템에 업로드 해주시면 됩니다.

- 전산업체별 작업방법이 다를 수 있으므로 전산업체를 확인 후 **자료추출 방법을 요양기관에 미리 설명**하여 조사에 수월하게 참여 할 수 있도록 함
- 요양기관장이 여러 사유 등으로 작업이 어려운 요양기관일 경우, 요양기관으로부터 전산 담당자의 전화번호를 받아 직접 통화 후 원격지원이나 방문을 유도해 자료를 받을 수 있음

[자체 전산팀이 있는 요양기관인 경우]

- 전산팀과 협의하여 조사표 양식과 작성요령에 맞춰 작성해 주시면 됩니다.
 - ※ 추가조사표와 관련된 질의사항- 한방병의원, 치과병의원 해당
- 보다 정확한 건강보험 보장률 산출을 위해 치과추가조사표(한방첩약 조사표)를 요양기관 단위로 조사가 이루어지고 있습니다.

※ 조사표를 수령했으나 비급여항목이 누락되어 재통화를 하는 상황이 발생되었으므로 치과나 한의원 등의 비급여항목이 많은 요양기관의 경우에는 비급여 진료내역의 작성 방법 질의 후 작성방법에 따라 기록된 비급여 항목에 대한 자료를 요청함

- 4-1. 조사에 참여해 주신 모든 요양기관에 대해서는 소정의 조사 협조 인센티브를 드립니다. 제출해주신 자료가 정상적으로 검증 완료되면, 별도로 인센티브 관련 안내 전화를 드릴 예정입니다. 인센티브가 현금으로 지급되므로 추후 안내에 따라 지급에 필요한 서류를 보내주시면 됩니다.

※ 조사 협조 거절을 하는 기관의 경우,

- 안내 전화 과정 중 조사 거부가 발생할 경우 조사 거부에 대한 이유를 정중히 문의하고, 응대 가능한 한도 내에서 다시 한 번 설명하여 요양기관의 조사 협조가 이뤄질 수 있게 함
- 조사 거부 입장이 확고할 할 경우, 진료비 실태조사에 불쾌감이나 거부감이 생기지 않도록 전화를 마무리하고 관련기록을 상담 프로그램에 입력하여 관리함

※ 전화 연락 시 일반적 반응

- 이거 꼭 해야 하는 건가요? (의무적, 강제성 유무)
 - 이 조사를 통해서, 현재 비급여 항목 중 반드시 건강보험이 확대 적용되어야 할 항목을 파악하여 보장성강화 정책 등 중요한 정책결정이 이루어지고 있습니다. 프로그램 개발은 전산업체와 협조 하에 이루어지기 때문에, 조사에 동참해주시면 진심으로 감사하겠습니다. 그리고 자료를 제공해주시면, 소정의 인센티브도 제공해드리고 있습니다.

3-3 조사기간 중 교체된 조사원에 대한 교육 실시

- 교체된 조사원 교육
 - 교체되어 새로 들어온 조사원은 비급여관리실 직원이 조사원 교육 매뉴얼에 따라 교육함

4. 조사원 업무량

4-1 조사원 업무량 배정시 고려사항

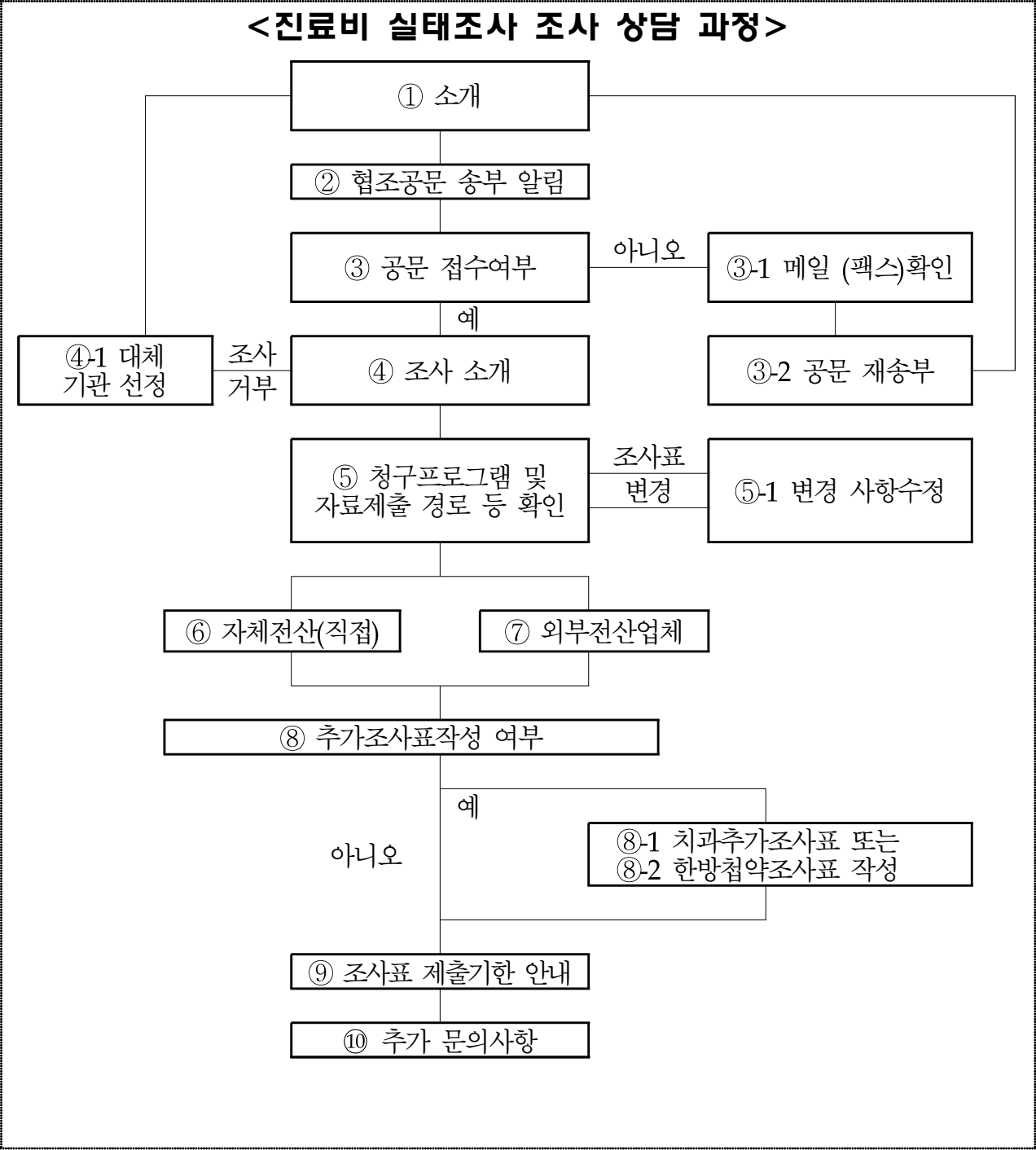
- 조사응답 평균 소요시간(10분)과 하루 평균 30건 통화 기준으로 1일 업무량 산출
 - 조사기간 하루 평균 300분 이상 조사 업무 수행
- 난이도 고려
 - 건강보험환자 진료비 실태조사는 자료 제출 의무가 없고 법으로 명시되어있지 않아 전적으로 요양기관과 전산업체의 협조에 의한 조사임
 - 또한 개인정보 유출의 가능성, 조사표 작성의 어려움 등의 이유로 기관의 협조 동의를 구하기 어려움
 - 요양기관 및 전산업체별 응답자의 업무 숙련도에 따라 조사원과의 조사 난이도가 상이
 - 조사기간 내 자료 제출하지 않는 기관과 업체가 많기 때문에 중복 조사 있을 수 있음

5. 조사업무 흐름도

5-1 조사실시에 대한 조사업무 흐름도

- 조사 알림
 - 조사 시작 전 조사 협조 요청 공문 발송, 전화안내, 홈페이지에 조사 시작과 내용을 게시함
 - 조사협조공문은 대한병원협회, 대한의사협회, 대한치과병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회, 건강보험공단 각 지역본부, 전산업체, 요양기관 등에 발송되어 협조를 구하고 내부적으로는 각 단체, 업체, 지사 등에서 발생할 수 있는 문의에 대비함
- 조사원채용
 - 매년 기간제 근무형태로 채용하여 9~10개월간 조사원 운영하였으나, 2017년 말 비정규직 정규직화로 연구지원직 형태로 정규직 전환하여 조사업무를 수행하고 있으며 또한 공단 내부직원 교육 및 비급여관리실 내 자체 조사업무 교육을 실시함
- 조사 안내 및 제출 협조 독려
 - 조사표 및 공문이 요양기관에 발송 된 2~3일 후부터 대상 요양기관에 순차적으로 유선을 통해 조사 대상 요양기관임을 알리고, 조사 관련 내용 및 자료 제출 협조를 요청함
- 자료 제출 동의 후 전산업체 정보 확인
 - (외부 전산프로그램 이용하는 요양기관) 요양기관에서 사용하는 전산프로그램 업체에 연락하여 건강보험환자 진료비 실태조사의 해당 기관임을 알리면 전산업체에서 자료를 생성함
 - (자체 전산프로그램 이용하는 요양기관) 전산담당자와 협의하여 조사표 양식과 작성 요령에 따라 자료를 생성함
- 조사 자료 수집
 - 2018년부터 진료비 실태조사 통합관리시스템으로 조사 자료 수신 및 관리
- 조사 자료 검증
 - 요양기관 또는 전산업체로부터 받은 조사 자료는 1차 오류 검증 및 분석 후, 오류 건수가 많은 경우 요양기관 또는 전산업체에 자료 재요청함

□ 조사 상담 과정 흐름도



6. 조사준비 및 준비조사

6-1 조사 홍보 및 응답자 사전 통지

- 조사 시작 전 조사 협조 요청 공문 발송, 전화안내 등 조사 홍보 및 응답자 사전통지를 실시함

6-2 조사 명부 보완

- 표본으로 선정되었으나 협조하지 않을 요양기관을 대비하여 표본대체 리스트를 준비함

7. 조사항목별 조사 방법

7-1 주요 조사항목별 작성요령 및 유의사항

1. 의료기관 조사표 작성요령

- 공통사항

가. 대상자 기준 : 건강보험환자 및 의료급여·자동차보험·산재보험·일반환자 등으로 요양기관에서 진료를 받은 모든 이용자

나. 작성대상 기간

(1) 입원 : 2021년 6월, 12월 퇴원환자. 입원일자에 상관없이 6월, 12월에 퇴원한 환자에 대해 입원기간 전체에 해당하는 내역 작성

(2) 외래 : 2021년 6월, 12월 내원환자. 내원 일자별로 작성

다. 대상 진료비

(1) 위 가항 대상자에서 발생하는 모든 진료비(급여진료비+비급여진료비)

(2) 급여진료비의 각 항목 금액은 본인부담금, 공단부담금, 전액본인부담금으로 구분하여 작성
· 행위료의 중별가산 금액은 각 항목의 진료비에 포함하여 작성

라. 자료 제출 양식 : 위 조사표 내용을 텍스트파일로 저장한 후 암호화하여 송부

※ 2022년 실시하는 2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사는 구축된 통합관리시스템으로 수신

(1) 파일명 : 요양기관기호.txt (예, 1*****.txt) :한 요양기관에서 여러 개의 파일로 송부 시에는 요양기관기호 뒤에 _1, _2 등으로 일련번호 부여함 (예, 1*****.txt_1.txt, 1*****.txt_2.txt)

(2) 항목간 구분자 : ! (파이프라인, 보통 키보드의 #위에 위치함 → shift+#)

(3) 자료 입력 순서는 반드시 제시된 항목의 순서와 일치하도록 작성해야 함(예, ①요양기관기호, ②중별, ③서식, ④환자성명...⑪상한액초과금)

(4) 자료내역이 없는 항목은 공백으로 남겨두어야 함 (예, ...!!...)

(5) 파이프라인(!)안에 여러 가지 내용이 있을 때는 콤마(,)로 구분하여 작성하여야 함 (예, 부상병 항목의 경우!S1270,R3577,E1148!...)

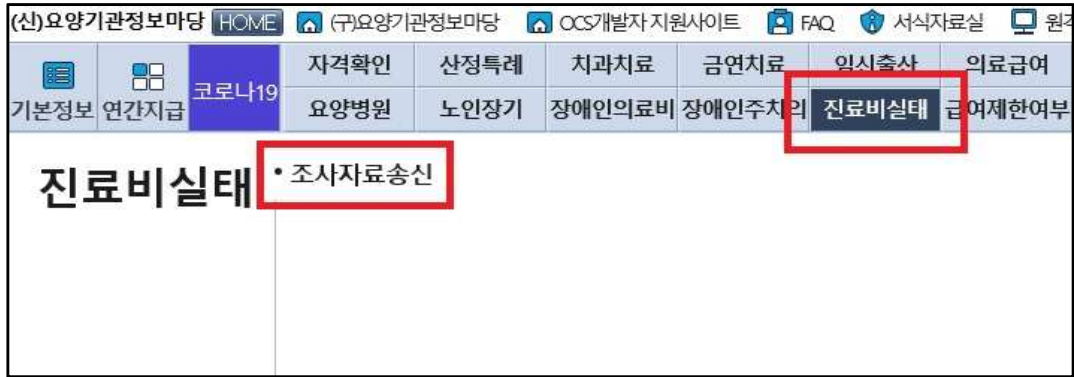
(6) 마지막 항목은 파이프라인(!)을 표시하지 않음

(7) 작성 예시

파일명	1*****.txt
파일내용	1*****!0!1!이순신!7 !20210629!3!...!!... 1*****!3!2!장보고!7 !20211224!1!...!!...

마. 자료 제출 방법

(1) 인터넷을 통해 요양기관 정보마당 접속 (<https://medicare.nhis.or.kr/portal/index.do>)
(보안프로그램 설치 필수) 공인인증서 로그인 후 좌측 상단 ‘진료비실태’ 클릭



[요양기관 정보마당 메인화면]

(2) 진료비 실태조사 송수신시스템 접속



[진료비 실태조사 송수신 시스템 메인화면]

(3) 마이페이지 → 내 정보 → 담당자 추가 (이름, 전화번호 입력)

(담당자를 추가해야 데이터 등록 메뉴에서 파일 업로드가 가능)

(4) 홈페이지 상단 데이터등록 → 좌측 실태조사 등록 현황 → 파일업로드 순서대로 클릭

(5) 담당자 선택 (필수) 후 (1.조사표/ 2.상세내역) 파일선택 버튼을 클릭

(6) 등록할 파일 선택 후 열기 버튼 클릭하여 파일을 등록 (1.조사표, 2.상세내역 등록)

(7) 최종 완료 버튼 클릭 (완료되면 파일정보가 없다고 표시됨)

A. 일반 항목

[자료 구성 내역]

- | | |
|-------------|------------------|
| ① 요양기관기호 | ⑨ 환자구분 |
| ② 종별 | ⑩ 질병군(DRG)번호 |
| ③ 서식 | ⑪ 진료과목 |
| ④ 환자성명 | ⑫ 주상병명 |
| ⑤ 주민등록번호 | ⑬ 부상병명 |
| ⑥ 입원/내원일자 | ⑭ 수술코드 |
| ⑦ 퇴원일자 | ⑮ 산정특례 진료여부 |
| ⑧ 야간(공휴일)진료 | ⑯ 세부내역 조사표 Key 값 |

- ① 요양기관기호 : 해당 요양기관기호 8자리
- ② 종별 : 상급종합 = 0, 종합병원 = 1, 병원 = 2, 요양병원 = 28, 정신병원 = 29, 의원 = 3, 치과병원 = 4, 치과의원 = 5, 한방병원 = 6, 한의원 = 7
- ③ 서식 : 입원 = 1, 외래 = 2
- ⑤ 주민등록번호 : 13자리 모두 기재. 가운데 - 기호는 반드시 생략하고 숫자만 이어서 기재함
예시) 7_ _ _ _ _ - 1_ _ _ _ _ (×) → 7_ _ _ _ _ 1_ _ _ _ _ (○)
- ⑥ 입원일자 및 내원일자 : 입원의 경우는 입원일자, 외래의 경우는 내원일자를 일자별로 기재
예시) YYYYMMDD → 2 0 2 1 0 6 0 1
- ⑦ 퇴원일자 : 입원의 경우 퇴원일자를 일자별로 기재 예시) YYYYMMDD → 2 0 2 1 0 6 0 1
- ⑧ 야간(공휴일)진료 : 야간진료 = 1, 공휴일 진료 = 2
- ⑨ 환자구분 : 건강보험 = 1, 의료급여 1종 환자 = 2, 의료급여 2종 환자 = 3, 일반환자 = 4, 자보환자 = 5, 산재환자 = 6
- ⑩ 질병군(DRG)번호 : (신)포괄수가제 해당 질병군의 번호를 기재함
- (신)포괄수가제를 적용하는 기관의 경우에 해당 질병군의 번호를 ⑩란에 직접 기재한 후 진료비를 포괄수가진료비 ③⑨·③③·③⑥란에 구분하여 기재함
- 각 항목별로 비급여진료비가 발생하는 경우, 각 항목에 비급여 금액을 기재함
- 해당되는 주상병코드 ⑫과 부상병코드 ⑬이 기재되어야 함
- ⑪ 진료과목 : 진료과목 코드 2자리 기재함(붙임1. 진료과목코드표 참조)
- ⑫ 주상병명, ⑬ 부상병명 : KCD 상병코드로 기재하되 진료비 청구서의 상병명과 일치하도록 기재함
- ⑭ 주 수술 코드 : 처치 및 수술료 중 가장 단가가 높은 행위코드를 기재함
※ 산정코드를 제외한 5자리만 기재함
- ⑮ 산정특례 진료여부 : 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 의하여,
- 암·뇌혈관·심장·희귀난치성 질환 등으로 본인일부부담 경감 진료건이 포함된 경우 = 1
- 그 외 진료건 = 공란
- ⑯ 세부내역 조사표 Key 값 : 영수증 단위로 본조사표 및 세부내역 조사표에 동일한 일련번호 부여

B. 진료비 세부항목

[자료 구성 내역]					
항목		급여진료비(요양급여) 내역		비급여 진료비 내역	
		본인부담금·공단부담금·전액본인부담금			
기본 항 목	(가)	진찰료	17·41·65	진찰료	88
	(나)	입원료	18·42·66	입원료	89
	(다)	식대	19·43·67	식대	90
	(라)	투약 및 조제료	20·44·68	투약 및 조제료	91
	(마)	주사료	21·45·69	주사료	92
	(바)	마취료	22·46·70	마취료	93
	(사)	처치 및 수술료	23·47·71	처치 및 수술료	94
	(아)	검사료	24·48·72	검사료	95
	(자)	영상진단료	25·49·73	영상진단료	96
	(차)	방사선치료료	26·50·74	방사선치료료	97
	(카)	치료재료대	27·51·75	치료재료대	98
	(타)	재활 및 물리치료료	28·52·76	재활 및 물리치료료	99
	(파)	정신요법료	29·53·77	정신요법료	100
	(하)	전혈 및 혈액성분제제료	30·54·78	전혈 및 혈액성분제제료	101
선택 항 목	(가)	CT 진단료	31·55·79	CT 진단료	102
	(나)	MRI 진단료	32·56·80	MRI 진단료	103
	(다)	PET 진단료	33·57·81	PET 진단료	104
	(라)	초음파 진단료	34·58·82	초음파 진단료	105
	(마)	보철·교정료	35·59·83	보철·교정료	106
	(바)	-	-	선택진료료	107
기 타 항 목	(가)	선별급여(시행령별표2제4호)	36·60	-	-
	(나)	65세 이상 등 정액	37·61·84	-	-
	(다)	정액수가(요양병원)	38·62·85	-	-
	(라)	포괄수가진료비	39·63·86	-	-
	(마)	기타	40·64·87	기타	108

<기본항목>

(가)진찰료: 급여 진찰료는 ①⑦·④①·⑥⑤에 기재하고, 비급여 발생 진찰료는 ⑧⑧에 기재함

(나)입원료: 급여 입원료는 ①⑧·④②·⑥⑥에 기재하고, ⑧⑨에는 병실료차액 합계치를 기재함

(다)식대: 급여 식대는 ①⑨·④③·⑥⑦에 기재하고, 환자의 선택에 의한 비급여 식대는 ⑨⑦에 기재함

(라)투약 및 조제료: 투약 및 조제료로 행위료와 약품비를 합산하여 기재함

(마)주사료 ~ (차)방사선치료료: 각 해당항목에 발생된 비용을 기재함

(카)치료재료대: 처치 및 수술, 검사, 방사선 등에 사용된 재료대를 모두 합한 값을 기재함

(타)재활 및 물리치료료 ~ (하)전혈 및 혈액성분제제료: 각 해당항목에 발생된 비용을 기재함

<선택항목>

(가)CT 진단료 ~ (마)보철·교정료: 각 해당항목에 발생된 비용을 기재함

(바)선택진료료: 진찰, 처치 및 수술, 검사 등에서 발생한 선택진료비를 모두 합하여 ⑩⑦번에 기재함

<기타항목>

- (가)선별급여: 국민건강보험법 시행령 별표2 제4호에 따른 요양급여로써 4대 중증질환 진료 중 ‘척수강내 약물주입펌프이식술’ 등과 같은 선별급여 항목으로 급여를 받은 금액을 기재함
- (나)65세이상등정액: 65세 이상 환자가 의원급 기관을 방문하였을때 발생하는 정액 급여진료비를 기재하고 비급여진료비가 발생한 경우에는 비급여란 각 항목에 기재함
- (다)정액수가(요양병원): 요양병원에서 발생하는 정액 급여진료비를 기재하고, 비급여진료비가 발생한 경우에는 비급여란 각 항목에 기재함
- (라)포괄수가진료비: 포괄수가진료비 해당 환자의 경우 ⑩번 질병군(DRG)번호에 코드를 기입하고 포괄수가 진료비를 ③⑨·⑥③·⑧⑥란에구분하여 기재함. 포괄수가 진료비 외 타 진료가 혼합된 경우 급여 또는 비급여란에 동일하게 각 항목별로 진료비를 기재함
- (마)기타: 위의 항목에 포함되지 않는 진료비 등이 발생한 경우 급여란과 비급여란의 (마). 기타란 ④⑩·⑥④·⑧⑦·⑩⑩에 기재함

C. 항목별 합계 및 기타항목

[자료 구성 내역]		
(가)	소계(급여 부분) ⑩⑨·⑩⑩·⑩⑪	소계(비급여 부분) ⑩⑫
(나)	합계 ⑩⑬=⑩⑨+⑩⑩+⑩⑪+⑩⑫	
(다)	상한액 초과금 ⑩⑭	

- (가)소계: 기본항목의 (가)진찰료에서부터 기타항목의 (마)기타란까지의 본인부담금, 공단부담금, 전액본인부담금(100:100), 비급여 진료비의 합계금액을 ⑩⑨·⑩⑩·⑩⑪·⑩⑫란에 각각 기재함
- (나)합계: (가)란의 소계금액을 모두 합한 금액 ⑩⑬ = ⑩⑨ + ⑩⑩ + ⑩⑪ + ⑩⑫
- (다)상한액 초과금: 해당 요양기관에서 발생한 연간 본인일부부담금이 최고상한액(’21년, 584만원)을 초과할 경우 그 초과되는 금액을 작성하며, 세부 항목 및 소계에는 본인부담상한액이 반영된 최종 금액(실제 공단에 청구 및 환자가 지불한 금액의 합계)을 기재함

D. 조사표(세부내역) 작성요령

①⑦ 항목구분	②⑤ 본인부담금
①⑧ 급여구분	②⑥ 공단부담금
①⑨ 코드구분	②⑦ 전액본인부담금(100:100)
②⑩ EDI 코드	②⑧ 선택진료료
②① EDI 코드명	②⑨ 선택진료료 외
②② 1일 실시횟수(또는 사용량, 투약횟수)	
②③ 총 실시일수(또는 사용일수, 투약일수)	
②④ 1회 투약량	

- ① 요양기관기호 ~ ⑩ 세부내역 조사표 key 값 : p5. A. 일반항목 작성요령 참고
- ⑪ 항목구분 : 진료비영수증 양식의 (가)진찰료 ~ (마)기타란까지의 항목을 기재함
※ 붙임2. 항목구분 코드표 참조 (10페이지 참조)
- ⑫ 급여구분 : EDI 코드의 급여 구분형태를 기재함
▣ 급여 = 1, 법정비급여 = 2, 100대100 = 3, 기타(임의)비급여 = 4
- ⑬ 코드구분 : EDI 코드의 구분형태를 기재함
▣ 수가 = 1, 준용수가 = 2, 보험등재약 = 3, 원료조제(제제)약 = 4, 치료재료 = 8
- ⑭ EDI 코드 : 행위, 의약품, 치료재료 코드(요양급여기준 상 목록에 등록 안 된 경우는 병원 자체 코드 입력) ※ 급여 수가의 경우 산정코드(야간가산 등) 포함 시 8자리 기재
- ⑮ EDI 코드명 : 행위, 의약품, 치료재료의 명칭을 기재함
- ⑯ 1일 실시횟수(또는 사용량, 투약횟수)
: 행위의 경우 1일 실시횟수, 치료재료의 경우 1일 사용량, 의약품의 경우 1일 투약횟수를 기재
※ 요양급여비용명세서 서식의 1일 투여횟수(1일 투여량 또는 실시횟수)를 의미하며, 소수 셋째 자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재
※ 단, 위탁점사의 경우 위탁검사관리료를 반영하여 1.1을 기재 하며, 위탁진료, 개방병원 진료 및 시설 등의 공동이용 진료시에는 실시(수탁)한 기관의 종별 가산율을 적용하여 기재
- ⑰ 총 실시일수(또는 사용일수, 투약일수)
: 행위의 경우 총 실시일수, 치료재료의 경우 총 사용일수, 의약품의 경우 총 투약일수를 기재
※ 요양급여비용명세서 서식의 총 투약일수(총 투여일수 또는 실시횟수)를 의미함
- ⑱ 1회 투약량 : 의약품인 경우에만 1회 투약량을 기재 (행위 및 처치재료, 제증명의 경우 공란)
※ 요양급여비용명세서 서식의 1회 투약량을 의미하며, 소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재
- ⑲ 본인부담금 : 본인이 부담한 진료비 금액
- ⑳ 공단부담금 : 공단이 부담한 진료비 금액
- ㉑ 전액본인부담금(100:100) : 전액본인부담금 수가 항목에 의해 본인이 전액부담한 금액을 기재
- ㉒ 선택진료료 : 비급여 금액 중 선택진료료로 산정된 금액을 기재함
※ 2018년부터 선택진료비 폐지(의사 10%에 한해 선택진료비 일부 유지)되었으므로 기재 시 유의
- ㉓ 선택진료료 외 : 비급여 금액 중 선택진료료 외 모든 비급여 금액을 기재함
- 참고사항
- (1) 의약품은 처방 의약품을 제외하고 원내 투약된 것만 기재
- (2) 금액에는 행위에 대한 각종 가산 및 종별 가산율을 적용하여 기재

8. 조사 질의응답 체계

8-1 현장조사 질의 및 응답체계 운영 방법

- 응답자 질의응답체계 및 운영방법
 - 응답자는 요양기관으로, 특정기간에 발생된 진료비를 전산청구시스템을 통해 자료 생성하여 제출하는 것으로 비급여관리실은 사전에 발생될 수 있는 예상 질문에 대한 응답을 작성 및 준비하여 발생 시 추가 설명함
 - 국민건강보험공단에 게시된 본 조사에 대한 공고문 안내
(국민건강보험공단홈페이지/국민과함께/뉴스·소식/공지사항 ‘진료비 실태조사’ 검색)
 - 비급여관리실 보장성평가센터 대표번호 안내 : T 033-736-2990
- 조사원 질의응답체계 및 운영방법
 - 조사원 문의는 비급여관리실 연구진에게 직접 질의
 - 간담회 등을 통한 질의응답
- 응답자 주요 질의응답 사례

『2022년도 건강보험환자 진료비 실태조사』 Q&A

Q1 조사의 목적은 무엇인가요?

- 국민건강보험공단에서는 건강보험 보장률 산출과 보장성 강화정책 마련을 위한 기초자료 생산을 위해 ‘건강보험환자 진료비 실태조사’를 2006년부터 매년 실시하고 있습니다.
 - ✓ 건강보험 보장률은 통계청에서 관리하고 있는 국가승인통계(승인번호 제350005호)로 건강보험에 가입된 국민의 전체 의료비 중 건강보험으로 보장되고 있는 부분의 비율을 말합니다.
 - ✓ 건강보험환자가 치료목적으로 요양기관에 방문하여 발생한 전체 진료비 (비급여 포함)와 그 중 건강보험에서 부담하는 공단부담금을 파악, 건강보험 보장률 등을 추정하여 건강보험 보장성 강화정책을 평가하고 향후 정책수립을 위한 객관적인 근거자료로 활용될 것입니다.

Q2

조사대상 요양기관은 어떻게 선정되었습니까?

- 전국의 모든 의료기관 및 약국을 대상으로 표본 추출전문가가 설계한 추출 방법을 이용하여 표본을 추출하고 있습니다.
- ✓ 「2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사」는 전국의 모든 요양기관을 요양기관 종별로(상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 한의원, 약국) 구분하여 그 중 2,400여개의 요양기관을 조사대상 기관으로 선정하였으며 귀 기관이 조사대상 표본으로 선정되었습니다.
- ✓ 다만, 종별 요양기관의 수가 적은 경우에는 매년 조사에 재선정되는 기관이 생길수도 있습니다.

Q3

조사 내용은 무엇입니까?

- 2021년 6월, 12월 두 달 동안 귀 기관에 방문한 모든 환자(입원/외래)의 진료비 내역을(조사표와 같이) 급여 / 비급여로 나누어 각 항목별로 조사를 하는 것입니다.
- ✓ [외래] 6월, 12월 두 달 동안 귀 기관에서 발생한 외래 각 건의 진료비 내역을 조사합니다.
- ✓ [입원] 6월, 12월 두 달 동안 귀 기관에서 퇴원한 환자의(입원일자에 상관없이) 입원기간동안 발생한 총 진료비 내역을 조사합니다.
- ※ 자세한 내용은 보내드린 우편물 중 조사표 내용을 참고 해주십시오.

Q5

조사내용(개인정보)은 어떻게 관리하시나요?

- 본 조사로 수집되는 모든 자료는 「개인정보 보호법」 제18조에 근거, 관련 법령을 준수하여 개인정보를 철저히 보호·관리합니다.
- ✓ 조사 자료는 건강보험 보장률 산출 및 건강보험 보장성 강화 정책 마련을 위한 기초자료 외 다른 목적으로 사용되지 않음을 강조 드리며, 자료 수집에 많은 협조 부탁드립니다.
- ※ 저희 공단에서는 자료의 정보 보호를 위하여 여러 차례 내·외부 법률자문을 통한 개인정보 보호 근거를 마련하였으며, 조사 및 연구 목적 외 다른 목적으로 사용되지 않으니 안심하셔도 좋습니다.

<개인정보 수집 관련 근거 법령>

- 국민건강보험법 제96조(자료의 제공) ① 공단은 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료를 산출 기관, 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관, 그 밖의 공공단체 등에 대하여 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 주민등록·가족관계등록·국세·지방세·토지·건물·출입국관리 등의 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 제공하도록 요청할 수 있다. <시행 2021.12.9.>
- 대통령령으로 정하는 자료 : 건강보험법 시행령 제69조의2(제공 요청 자료 등) 법 제96조제1항에서 “대통령령으로 정하는 자료”란 **별표 4의3 제1호에 따른 자료**를 말한다. <시행 2022.1.1.>
 - ☞ **별표 4의3 제1호** : 가항부터 일부 생략
 - 파. 법제41조에 따른 요양급여비용 계산서·영수증과 본인 부담금수납대장, 약제·치료재료·의료기기 등 요양급여 구성요소의 구입에 관한 자료
 - 초. 그 밖에 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료를 산출 기관, 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관, 그 밖의 공공단체 등이 보유한 자료로서 **법 제14조제1항 각 호의 업무를 위해 필요한 자료→9호 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력**

Q6

조사 협조 시 인센티브가 있습니까?

- 본 조사에 응해주신 모든 요양기관에 대해서는 소정의 조사 협조 인센티브가 제공되고 있습니다.
- ✓ 자료수집 완료 후 인센티브 관련 안내 전화를 드립니다.
- 조사 인센티브가 현금으로 지급되므로 안내에 따라 행정상 필요한 서류를 아래 주소로 보내주시면 됩니다. ※ '22.12월까지 지급
- ▶ 필요서류 : 계산서 원본, 사업자등록증 사본, 통장사본
- ▶ 보내주실 주소 : (26464) 강원도 원주시 세계로 2, 10층 비급여관리실
보장성평가센터
- ※ 조사기관 선정 → 조사 진행 → 조사자료 제출 → 인센티브 제공

9. 조사(또는 응답) 대상

9-1 적격 조사(또는 응답) 대상의 지정 이유

- 건강보험환자 진료비 실태조사는 표본 요양기관을 대상으로 특정 기간에 발생된 모든 진료비(진료건)의 전산자료를 제출받는 조사 형태로, 응답자는 '요양기관 대표자 또는 행정·전산업무 담당자'로 정의할 수 있음
- 표본 요양기관에 따라 요양기관 대표자(원장) 또는 실무자(간호사 등) 등이 전산자료를 제출하며, 대형 요양기관에서는 전산팀 담당자 또는 원무과·심사과 행정업무 담당자 등이 제출하는 경우도 있음

☐ 지정이유

- 이미 구축된 전산자료를 제출 받는 것이기 때문에 요양기관 내 종사자 중 진료비 전산자료에 접근권한이 있는 모두가 적격 응답자라고 볼 수 있음

☐ 대리 응답 허용 여부

- 표본 요양기관 종사자가 아닌 경우 전산자료에 접근할 수 없어 대리응답이 불가능함

9-2 기억응답과 관련된 검토결과

☐ 기억응답 허용 여부

- 건강보험환자 진료비 실태조사는 이미 구축된 전산자료를 제출 받는 것이기 때문에 기억에 의한 응답이 발생되지 않음

10. 무응답 대처

10-1 무응답 대처 방법

- 건강보험환자 진료비 실태조사는 자료 제출에 동의하는 요양기관과 공급자단체 및 전산업체의 협조에 의해 이뤄지는 조사임
- 따라서 요양기관의 자료 제출 동의가 매우 중요하고 거부 시 단위 무응답이 발생할 수 있음
- 요양기관의 조사 참여를 독려하여 거부율을 낮추고자 노력함
 - 조사 진행 시 사전 안내 및 설명 등으로 참여를 독려함
 - 공급자단체(병원협회, 의사협회, 치과병원협회, 치과의사협회, 한의사협회, 약사협회) 및 전산 업체와의 협력 체계를 구축하여 제출 동의 시 조사가 원활히 이뤄질 수 있도록 함
 - 조사 참여에 대한 적절한 인센티브를 제공함
- 그럼에도 조사 거부가 발생할 시, 대체 표본으로 조사를 진행함
- 진료비 청구 시스템을 기반으로 전산자료 전체를 발체하므로 변수 특성상 항목 무응답이 존재하지 않음
- 기타 항목 무응답 및 단위 무응답 발생과 표본대체 관련 내용은 아래 '11. 표본대체' 참조

11. 표본대체

11-1 단위 무응답에 따른 표본 대체 허용 여부

- 요양기관의 자료 제출 협조 거부 시 몇 차례의 추가 협조 요청을 하고 최종적으로 불응 시 표본 대체를 허용함
- 응답거부, 전산업체 교체 등의 이유로 조사가 이루어지지 못할 경우, 동일 층 내 본 표본의 진료비 기준으로 나열된 일련번호와 가장 가까운 기관으로 대체

11-2 표본 대체 허용 시 기준, 절차 및 방법

- 대체 표본은 요양기관 특성별로 구분한 27개 층 내에서 동질한 성격을 지닌 요양기관을 사용함
 - 27개 층화는 요양기관 종별1), 진료비 규모, 진료과목(의원급 내과·외과·산부인과·소아청소년과·기타) 등 요양기관 특성을 고려하여 이루어지며,
 - 대체표본의 경우 층 내에서도 진료비 크기순으로 부여된 일련번호가 본 표본과 가장 가까운 기관을 선정하여 본 표본과 진료행태가 유사한 기관으로 대체하고 있음
- ※ 의료법 제3조에 따른 요양기관 종별구분(상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 한의원, 약국)

12. 행정자료 활용 목적 및 내용

12-1 행정자료 활용에 대한 목적, 필요성, 활용 정도

☐ 국민건강보험공단 요양급여내역 자료 활용

- 활용목적
 - 국민건강보험공단의 요양급여비용명세서 진료내역 자료를 활용하여, 수집된 조사자료의 정확도를 항목별로 검증하고 누락자료 등을 파악하는데 활용하고 있음
- 항목별 검증내용
 - 표본 요양기관별 조사자료 취득건수와 요양급여내역 진료건수 비교
 - 조사대상 기간 내 진료여부 검토
 - ※ 해당년도 6월, 12월 진료를 대상으로 함
 - 진료비 세부 항목과 소계의 일치여부 검토
- 조사 자료의 정확성 검증
 - 요양급여내역과 실태조사 자료를 비교하여 누락된 경우, 해당 요양기관 및 전산업체에 요청하여 재회신

☐ 현금급여 지급내역 자료 활용

- 활용목적
 - 공단이 부담하는 보험급여 비용(이하 공단부담금) 전체를 적용하여 보장률을 산출하기 위해서 공단이 지급한 현금급여 내역이 필요함
- 공단부담금 개념: 건강보험환자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 법령이 정하는 바에 의하여 공단이 현물 또는 현금급여를 제공하는 것을

말함

○ 공단부담금의 종류

- 현물급여: 요양급여, 건강검진
- 현금급여: 본인부담액보상금, 장애인보장구급여비, 요양비, 장제비

○ 보장률 산출식

$$\frac{\text{공단부담금}^{1)}}{\text{공단부담금}^{1)} + \text{법정본인부담금}^{2)} + \text{비급여본인부담금}^{3)}} \times 100$$

주1) 공단부담금

= 요양급여[A] + (본인부담상한제 사후환급금[B] + 임신출산지원금[C] + 요양비 공단부담금[D])

2) 법정본인부담금

= 법정본인부담금[A] - (본인부담상한제 사후환급금[B] + 임신출산진료비 법정본인부담금[C1])
+ 요양비 본인부담금[G]

3) 비급여본인부담금

= 비급여본인부담금[E] - 임신출산진료비 비급여본인부담금[C2]**

12-2 행정자료 활용 시 제약점

- 국민건강보험공단의 모든 자료는 개인정보보호법에 의해 주민등록번호를 공개하고 있지 않아 조사 자료와의 건별 비교, 자료매칭 등에 제약이 있음
- 이에 대한 대안으로, 각 개인별로 유일하게 부여된 Key값을 활용함

13. 활용 행정자료의 특성 및 입수체계

13-1 활용하는 행정자료의 원래 수집 목적 ~ 13-4 행정자료 입수주기 또는 갱신 주기 및 정시성

□ 국민건강보험공단 요양급여내역 DB

○ 목적

- 건강보험제도는 국민의 질병·부상에 대한 예방, 치료, 건강증진 등에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민의 건강을 향상시키고 사회보장을 증진하는 것을 목적으로 하는 사회보험제도로 본인의 의사와 관계없이 법률에 의해 의무적용

○ 수집 및 관리기관

- 요양기관에서 발생한 의료이용 내역은 건강보험심사평가원의 심사체계를 거쳐 최종 조정된 정보가 건강보험공단 DB로 구축

※ 요양기관은 건강보험공단과 계약관계로 전 국민은 대한민국 내 요양기관을 이용 시 비급여를 제외한 부분에서 건강보험제도의 혜택을 받게 됨

○ 유지관리 방법 및 법적근거

- 국민건강보험법 제96조(자료의 제공), 국민건강보험법 시행령 제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 의해 요양기관으로 정보를 제공받으며, 각 정보는 고유식별기호로 변환하여 관리

○ 자료 입수 방법 및 경로

- 국가승인통계인 건강보험환자 진료비 실태조사를 위해 국민건강보험공단에서 제공 가능한

자료 범위 내에서 적법한 절차에 따라 자료 입수

○ 자료 갱신 및 입수 주기

- 매달 전월 지급내역을 DB로 구축(1개월 주기)

□ 국민건강보험공단 현금급여 지급내역

○ 목적

- 「국민건강보험법」 제49조(요양비)에 의거 국민건강보험 공단은 가입자나 피부양자가 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유로 인하여 요양기관과 비슷한 기능을 하는 기관으로서 보건복지부령으로 정하는 기관에서 질병·부상·출산 등에 대하여 요양을 받거나 요양기관이 아닌 장소에서 출산을 한 경우에는 그 요양급여에 상당하는 금액을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가입자나 피부양자에게 요양비로 지급함

○ 수집 및 관리기관

- 국민건강보험공단(지사)은 수급자로부터 요양비지급청구서를 접수받아 현금급여 지급
- 국민건강보험공단(급여관리실)은 각 지사의 일괄지급의뢰 내역을 접수받아 지급하며, 현금급여 지급현황을 건강보험공단DB로 구축

○ 유지관리 방법 및 법적근거

- 국민건강보험법 제96조(자료의 제공), 국민건강보험법 시행령 제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 의해 관리되며, 각 정보는 고유식별 기호로 변환하여 관리

○ 자료 입수 방법 및 경로

- 국가승인통계인 건강보험환자 진료비 실태조사를 위해 국민건강보험공단에서 제공 가능한 자료 범위 내에서 적법한 절차에 따라 자료 입수

○ 자료 갱신 및 입수 주기

- 1일 주기로 지급현황 갱신

Ⅳ. 통계처리 및 분석

1. 자료코딩

1-1 자료 코드체계 및 코딩(부호화) 방법

□ 방법 및 내용

○ 항목변수

- 조사표 작성요령에 제시된 보기 문항 그대로 사용
- 항목변수 보기 문항 예시
 - 종별: 상급종합 = 0, 종합병원 = 1, 병원 = 2, 요양병원 = 28, 정신병원 = 29, 의원 = 3, 치과병원 = 4, 치과의원 = 5, 한방병원 = 6, 한의원 = 7, 약국 = 8
 - 서식: 입원 = 1, 외래 = 2
 - 환자구분: 건강보험 = 1, 의료급여 1종 = 2, 의료급여 2종 = 3, 일반환자 = 4, 자동차보험 = 5, 산업재해 = 6
 - 산정특례 진료여부: 암·뇌혈관·심장·희귀난치성 질환 등으로 본인일부부담 경감 진료 건이 포함된 경우 = 1, 그 외 진료건 = 공란
 - 진료과목

코드	진료과목	코드	진료과목
01	내과	16	영상의학과
02	신경과	17	방사선종양학과
03	정신과	18	병리과
04	일반외과	19	진단검사의학과
05	정형외과	20	결핵과
06	신경외과	21	재활의학과
07	흉부외과	22	핵의학과
08	성형외과	23	가정의학과
09	마취통증의학과	24	응급의학과
10	산부인과	25	직업환경의학과
11	소아 청소년과	26	예방의학과
12	안과	50	치과
13	이비인후과	80	한방
14	피부과	99	기타
15	비뇨기과		

○ 연속(금액) 변수

- 전산업체 및 요양기관에서 제출한 값을 그대로 사용
- 자료내역이 없어 공백으로 제출된 경우 '0'으로 표기

□ 코드체계

- 본 조사는 각 요양기관의 진료내역(상병명, 진료형태, 진료비 등)을 텍스트 파일로 발취 후 송부 받고 있으므로, 별도의 코드체계 없이 내역 그 자체를 사용

2. 자료입력

2-1 조사결과 전산 입력방법

- 본 조사는 각 요양기관의 진료내역 전산파일을 텍스트 파일로 발체 후 통합관리시스템을 통해 송부 받고 있으므로, 별도의 자료입력 과정 없음

<표 4-1> 진료내역 텍스트 파일 예시

1111****	2 2 김**	5511112*****	20211209 1 21 M179 4240	이이이이이이이이이이이이	2049	이이이이이이이이이이이이	63
1111****	2 2 김**	5511112*****	20211223 1 21 M179 4240	이이이이이이이이이이이이	2049	이이이이이이이이이이이이	63
1111****	2 2 정**	5511112*****	20211223 1 21 M501 4240	이이이이이이이이이이이이	2222	이이이이이이이이이이이이	63
1111****	2 2 정**	5511112*****	20211209 1 21 M501 4240	이이이이이이이이이이이이	2222	이이이이이이이이이이이이	63
1111****	2 2 고**	6111112*****	20210630 1 21 M4720 100 4240	이이이이이이이이이이이이	2049	이이이이이이이이이이이이	0
1111****	2 2 고**	6111112*****	20210602 1 21 M4720 4240	이이이이이이이이이이이이	2049	이이이이이이이이이이이이	6
1111****	2 2 곽**	5711112*****	20210624 1 21 M4720 5848	이이이이이이이이이이이이	6172	이이이이이이이이이이이이	3916
1111****	2 2 곽**	5711112*****	20210626 1 21 M4720 4240	이이이이이이이이이이이이	3916	이이이이이이이이이이이이	6

2-2 입력 시 오류 검출을 위해 적용한 방법

□ 오류 검출

- 전산업체 및 요양기관의 단순 전산 오류 체크
 - 지정된 조사표 양식과 다른 경우, 진료 내역 누락 등 통계패키지(SAS)파일로 인파일 함과 동시에 바로 확인할 수 있는 단순 전산 오류 체크
- 진료비 소계 오류, 항목변수 오입력 등 세부사항 오류 체크
 - 통계패키지(SAS)를 활용하여 오류 확인 프로그램 작성
 - 오류 유형별 분류 후 세부적으로 담당자가 직접 확인
 - ※ '3.자료내검'의 '오류 유형' 및 '자료 내용 내검 사례' 참고
 - 내부 자료로 확인 불가능 하거나 명백한 오류로 파악하기 힘들 경우 각 전산업체 및 요양기관 전화 검증 실시

2-3 자료입력 교육 실시 여부와 교육 일정 및 방법

□ 자료입력 교육 및 방법

- 전산업체로부터 진료내역을 텍스트 파일로 송부 받고 있으므로 별도의 자료 입력과정 및 교육은 없음
- 단, 발체 자료가 조사표의 변수 순서 및 규칙을 따르고 있으므로 그 기준에 맞추어 자료를 통계패키지(SAS)파일로 인파일하여 분석하며, 이에 관한 교육을 진행함
- 조사 시작 전 전산업체 방문 및 발체 담당자 유선 상담을 통하여 조사표 작성 방법, 기타 문의사항에 대하여 안내하고 있음

3. 자료내검

3-1 내검 내용 및 방법, 오류자료 처리방법

□ 자료내검의 제반 단계

- 본 조사는 조사원을 통한 방문조사가 아닌 각 요양기관의 진료내역 전산파일을 텍스트 파일로 발취 후 송부 받는 방법으로 이루어지므로, 별도의 현장 내검 단계는 없음
- 따라서, 위와 같은 자료의 특성상 전산검증을 통하여 입력결과 내검, 논리 내검 등을 진행함
- 1차 검증
 - 자료 업로드 시스템 및 SAS프로그램 등의 전산검증을 통한 오류 유형 파악
 - 자료 업로드 시스템: 주로 입력결과 내검 실시
 - 작성 요양기관 또는 전산업체에서 항목 무응답 없이 입력을 완료하였는지, 지정된 양식에 맞게 작성하였는지 등의 오류 발견
 - SAS프로그램: 주로 논리내검 실시
 - 항목변수가 논리적 오류 없이 입력되었는지, 각 진료항목이 논리적으로 발생할 수 없는 값이 입력되었는지 등의 오류 발견
- 2차 검증
 - 오류 유형별 분류 후 세부 검증
- 3차 검증
 - 전화 검증으로 진위여부 및 재발취 요청여부 파악

□ 오류유형 및 처리방안

- 오류 유형
 - 지정된 조사표 양식과 불일치, 진료 건수 부족, 내역 누락 등 단순 전산 오류
 - 진료비 소계 불일치, 항목변수 오입력 등 진료내역 관련 논리적 오류
- 처리방안
 - 해당 요양기관 또는 전산업체에 재발취 요청 후 1차 검증부터 재진행
 - 재발취 요청은 오류 수정이 완료될 때 까지 진행되며, 최대 10회까지 이루어지기도 함

3-2 확인된 오류의 유형, 내용, 원인 등에 대한 분석

- 자료 형태 내검 사례
 - 지정된 조사표 양식과 제출된 자료 양식의 일치 여부
 - 6월, 12월 중 일부 자료 누락 여부
 - 제출된 건수와 건강보험공단이 보유하고 있는 청구건수가 유사하게 일치하는지 여부
 - ※ 본 조사는 각 요양기관의 영수증을 조사하므로, 공단의 청구 자료와 완벽히 일치하지 않음
 - 항목 무응답 발생 여부. 내역이 없는 항목의 경우 결측으로 처리하거나 '0'으로 표기되어야 하며, 항목 자체를 누락하여서는 안됨
 - 비급여 항목 제출 여부
 - ※ 오류 확인 시 해당 요양기관 및 전산업체 담당자와 연락 후 최종적으로 오류가 없는 자료로

재수집합

○ 자료 내용 내검 사례

- 본인부담금, 공단부담금, 비급여에서 각 항목의 합과 소계의 일치 여부. 단, 원단위 절사, 차상위 등 각종 제도로 인한 불일치는 오류로 처리하지 않음
- 입원일 경우 입·퇴원 일자 존재 여부. 이 때, 퇴원일자가 입원일자보다 빠르게 입력되어 있는 경우 논리적 오류로 분류
- 입원일 경우 입원료 기입 여부. 단, 건강보험 외 다른 자격으로 동시에 진료 받은 경우 건강보험 전에 입원료가 입력되지 않을 수 있음
- 외래이면서 입원료나 식대 발생 여부
- 각 진료비 항목에서의 음수 값 발생 여부
- 의원급에서 선택진료비 발생 여부
- 치과 외 의과, 한의과에서 보철 및 교정료 관련 진료비 발생 여부
- 건강검진 등이 아님에도 주상병명이 공백일 경우 추가 확인. 단, 각 기관에서 영수증 양식에 상병명을 제대로 기입하지 않는 경우가 많아 10%이하로 결측이 발생할 경우는 오류로 처리하지 않음
- 그 외, 차상위, 아동 입원료 면제 등 각종 제도적인 사유로 오류가 발생한 경우 등 확인

4. 주요 항목무응답 실태

□ 항목 무응답

○ 해당사항 없음

- 진료비 실태조사는 진료비 청구 시스템을 기반으로 요양기관의 전산자료 전체를 발취하며, 진료비라는 변수 특성상 항목 무응답이 존재하지 않음
- 진료내역이 없는 항목의 경우 '0'원으로 제출하거나, 공백으로 제출 후 '0'원으로 처리

5. 항목무응답 대체

5-1 항목 무응답 대체

○ 해당사항 없음

- 항목 무응답을 허용하지 않기 때문에 대체 또한 없으며, 이에 대체값의 추정치 기여도 혹은 대체가 분산에 미친 영향 등은 분석하지 않음
- 단, 진료내역이 없어 공백으로 제출된 항목의 경우 '0'으로 대체

6. 단위무응답 실태

□ 단위 무응답 실태

○ 단위 무응답 원인

- 요양기관이 폐업이나 휴업을 한 경우
- 표본으로 선정된 요양기관에서의 응답거부
- 내부 인력 부족, 진료내역 제공 거절 등

- 조사를 시작하였으나 조사 도중 중단
- 1차 자료 오류 수정 불가 및 거부, 요양기관 내 담당자 교체 등
- 전산업체 교체로 인하여 자료 발취가 불가능한 경우

6-1 단위무응답률 산출 산식

○ 종별 무응답률 현황

<표 4-3> 2021년도 진료비 실태조사 종별 조사협조 결과

(단위: 개)

요양기관 종	표본기관 수	동의기관 수
상급종합병원	20	20
종합병원	123	124
병원	263	262
요양병원	122	123
정신병원	40	41
의원	827	827
치과병원	80	81
치과의원	340	338
한방병원	85	85
한의원	192	193
약국	327	327
총합계	2,419	2,421

※ 자료제출을 거절하여 표본을 대체했으나 추후 자료를 제출한 경우가 있어, 종별에 따라 표본기관 수보다 수락기관 수가 많을 수 있음

6-2 단위무응답률 산출 산식

○ 무응답률 산식

$$\text{단위 무응답률(\%)} = \frac{\sum \text{거절 요양기관수}}{\sum \text{전체 추출 요양기관수}} \times 100$$

○ 단위 무응답이 발생하는 경우 표본을 대체함

6-3 주요 하위그룹별 무응답 사유

- 본 조사는 건강보험공단에 진료비를 청구하는 개별 요양기관이 추출단위로서, 개별 요양기관의 하위그룹은 존재하지 않음

<표 4-2> 2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사 분석기관수 현황

(단위: 개)

요양기관 종	2022년	
	모집단 기관 수	분석 기관 수
상급종합	45	20
종합병원	323	124
병원	1,576	262
요양병원	1,518	123
정신병원	248	41
의원	32,890	827
치과병원	249	81
치과의원	18,902	338
한방병원	514	85
한의원	14,928	193
약국	23,861	327
계	95,054	2,421

6-4 단위 무응답에 의한 편향 및 분산 발생 가능성 검토

- 단위 무응답이 발생할 경우, 요양기관 특성별로 구분한 27개 층 내에서 본 표본과 동질한 성격을 지닌 요양기관으로 대체하여 편향 발생을 줄이고 있음
 - 27개 층화는 요양기관 종별1), 진료비 규모, 진료과목(의원급 내과·외과·산부인과·소아청소년과·기타) 등 요양기관 특성을 고려하여 이루어짐
 - 대체표본의 경우 층 내에서도 진료비 크기순으로 부여된 일련번호가 본 표본과 가장 가까운 기관을 선정하여 본 표본과 진료행태가 유사한 기관으로 대체하고 있음
- 주1) 의료법 제3조에 따른 요양기관 종별 구분(상급종합병원·종합병원·병원·요양병원·정신병원·의원·치과병원·치과의원·한방병원·한의원·약국)

□ 오차 검증

- 항목 또는 단위 무응답에 따른 편향 저감 조치
 - 본 조사는 각 종별, 층별 모집단을 진료비 크기순으로 정렬 후, 층별로 배분된 표본크기만큼 계통추출법으로 표본 추출
 - 단위 무응답이 발생할 경우, 본 표본의 일련번호(진료비 크기순)와 가장 가까운 일련번호로 표본을 대체하여 편향 발생을 줄이고 있음

7. 가중치 조정

7-1 설계가중치

- 설계가중치 산출
 - 진료비 실태조사의 표본설계는 요양기관 종별로 상대표준오차 수준이 다른 점을 고려하여 종별 추출률이 서로 다르게 설계됨. 즉, 층에 따라 가중치가 서로 다른 복합표본설계가 적용됨
 - 각 층별 설계가중치는 다음과 같이 산출함

$$w_{hk} = \frac{N_{hk}}{n_{hk}}$$

N_{nk} : h 종 k 층의 모집단요양기관수

n_{hk} : h 종 k 층의 표본요양기관수

7-2 무응답 가중치 조정

$$\text{무응답가중치 } (w'_{hk}) = \frac{w_{hk}}{\phi_h} = \frac{n_{hk}w_{hk}}{n'_{hk}}$$

w_{hk} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 표본 요양기관의 가중치

n_{hk} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 표본 요양기관의 수

n'_{hk} : h 번째 의료기관 중의 k 번째 층의 무응답한 표본 요양기관의 수

7-3 사후가중치 조정

- 표본설계에서 고려되지 않은 층화기준(인구사회학적 특성)에 대한 통계표 작성을 위해 레이킹(raking) 가중치를 사용함
- 레이킹 방법은 표본설계 당시 고려되지 않았던 모집단 정보를 고려하기 위해 사용하는 방법으로, 층별 정보는 존재하지 않고 주변 정보만 존재하는 경우 사용하는 방법임.
 - 기존 설계가중치를 하나의 주변분포(marginal distribution)에 맞춰 조정 후, 두 번째 주변분포에 맞춰 가중치를 재조정하는 방식으로, 고려하고자 하는 모든 주변분포에 수렴할 때까지 반복적으로 가중치 재조정하여 레이킹 가중치를 산출함
- 기본 가중치는 각 층별 모집단 요양기관수 대비 표본 요양기관수에 대한 값으로, 요양기관수에 대한 가중치를 사용하는 경우 표본의 성별, 연령별 등 인구사회학적 기준에 대한 진료비의 분포가 모집단 인구사회학적 기준별 진료비 분포와 상이하게 나타남
- 이를 보완하기 위해 인구사회학적 건강보험 보장률 등 일부 통계지표에 대해 표본의 성별, 요양기관 종별, 연령별, 서식별(입원·외래) 진료비를 모집단 진료비 분포에 맞추어 보정한 레이킹 가중치를 사용함
- 요양기관 표본가중치(w_1)를 출발점으로 하여 항목별(성별, 요양기관 종별, 연령별, 서식별(입원·외래))로 진료비 규모를 맞추는 작업을 반복하여 레이킹 가중치(w_{raking}) 생성함

8. 통계추정 산식 및 내용

8-1 추정하고자 하는 주요 모수

○ 통계추정 내용

- 연도별 주요통계 산출결과

<표 4-4> 연도별 전체 건강보험 보장률

(단위: %)

연 도	건강보험 보장률 (표준오차)	법정 본인부담률 (표준오차)	비급여 본인부담률 (표준오차)
2021년	64.5 (0.4)	19.9 (0.2)	15.6 (0.5)
2020년	65.3 (0.3)	19.5 (0.2)	15.2 (0.3)
2019년	64.2 (0.4)	19.7 (0.2)	16.1 (0.4)
2018년	63.8 (0.3)	19.6 (0.2)	16.6 (0.4)

<표 4-5> 연도별 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률

(단위: %)

구 분	2018년			2019년			2020년			2021년		
	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)
전 체	83.0 (1.4)	8.0 (0.9)	9.0 (1.2)	82.7 (2.6)	8.3 (2.1)	9.0 (1.6)	83.9 (1.1)	8.4 (1.0)	7.7 (0.6)	84.0 (1.5)	8.3 (1.4)	7.7 (0.7)
암질환	79.1 (2.3)	8.0 (1.5)	12.9 (2.1)	78.5 (3.9)	8.5 (3.1)	13.0 (2.6)	79.8 (1.7)	9.0 (1.4)	11.2 (1.1)	80.2 (2.3)	8.8 (2.3)	11.0 (1.3)
뇌혈관 질환	86.5 (0.7)	6.3 (0.4)	7.2 (0.6)	86.7 (0.7)	7.3 (0.4)	6.0 (0.5)	87.8 (1.1)	7.0 (0.9)	5.2 (0.5)	88.3 (0.8)	6.6 (0.4)	5.1 (0.5)
심장 질환	87.6 (0.6)	6.1 (0.3)	6.3 (0.6)	88.2 (0.8)	6.4 (0.6)	5.4 (0.4)	87.8 (0.6)	6.7 (0.5)	5.5 (0.4)	88.4 (0.6)	6.4 (0.5)	5.2 (0.4)
희귀 난치성 질환	88.2 (0.8)	8.5 (0.7)	3.3 (0.4)	88.4 (1.5)	8.5 (1.3)	3.1 (0.6)	89.7 (1.3)	8.0 (1.2)	2.3 (0.3)	89.1 (1.4)	8.2 (1.4)	2.7 (0.4)

<표 4-6> 연도별 종별 건강보험 보장률

(단위: %)

요양기관 종		2018년			2019년			2020년			2021년		
		건강 보험	법정 본인	비급여 본인	건강 보험	법정 본인	비급여 본인	건강 보험	법정 본인	비급여 본인	건강 보험	법정 본인	비급여 본인
		보장률	부담률	부담률	보장률	부담률	부담률	보장률	부담률	부담률	보장률	부담률	부담률
		(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)
종합 병원급 이상		67.1 (0.5)	20.6 (0.3)	12.3 (0.4)	68.1 (0.5)	21.3 (0.3)	10.6 (0.3)	68.6 (0.6)	21.7 (0.5)	9.7 (0.3)	69.1 (0.5)	22.5 (0.4)	8.4 (0.3)
병원급 이상	요양· 정신 포함	64.1 (0.4)	20.1 (0.3)	15.8 (0.4)	65.2 (0.4)	20.6 (0.2)	14.2 (0.4)	65.5 (0.5)	20.8 (0.3)	13.7 (0.4)	66.4 (0.4)	21.4 (0.3)	12.2 (0.4)
	요양· 정신 포함	63.1 (0.5)	20.0 (0.3)	16.8 (0.5)	64.7 (0.4)	20.7 (0.3)	14.6 (0.4)	64.8 (0.5)	21.0 (0.4)	14.2 (0.4)	65.6 (0.5)	21.7 (0.3)	12.7 (0.4)
상급 종합		68.7 (0.5)	19.6 (0.5)	11.7 (0.6)	69.5 (0.5)	20.5 (0.5)	10.0 (0.4)	70.0 (0.6)	20.7 (0.5)	9.3 (0.4)	70.8 (0.6)	21.0 (0.5)	8.2 (0.4)
종합 병원		65.2 (0.8)	21.8 (0.4)	13.0 (0.6)	66.7 (0.7)	22.0 (0.4)	11.3 (0.5)	67.2 (1.0)	22.8 (0.8)	10.0 (0.5)	67.3 (0.8)	24.0 (0.6)	8.7 (0.5)
병원		48.0 (1.4)	17.9 (0.5)	34.1 (1.7)	51.4 (1.2)	18.6 (0.5)	30.0 (1.3)	49.8 (1.2)	18.5 (0.4)	31.7 (1.5)	51.8 (1.2)	18.6 (0.4)	29.6 (1.3)
요양 병원		69.7 (1.0)	20.8 (0.5)	9.5 (1.3)	68.4 (0.9)	19.6 (0.4)	12.0 (1.1)	70.0 (0.9)	19.1 (0.5)	10.9 (1.1)	70.8 (1.0)	19.3 (0.4)	9.9 (1.3)
정신 병원		-	-	-	-	-	-	-	-	-	75.9 (0.8)	22.2 (0.5)	1.9 (0.4)
의원		57.9 (1.0)	19.3 (0.3)	22.8 (1.3)	57.2 (1.5)	19.0 (0.5)	23.8 (2.0)	59.6 (0.9)	20.2 (0.3)	20.2 (1.1)	55.5 (1.8)	19.5 (0.9)	25.0 (2.5)
치과 병원		23.4 (1.5)	14.0 (0.9)	62.6 (2.3)	27.4 (1.6)	15.1 (0.7)	57.5 (2.3)	25.6 (1.7)	14.2 (0.7)	60.2 (2.4)	27.9 (1.9)	15.8 (1.0)	56.3 (2.8)
치과 의원		34.9 (0.9)	14.7 (0.4)	50.4 (1.2)	36.9 (0.8)	15.0 (0.3)	48.1 (1.1)	36.0 (0.7)	14.7 (0.3)	49.3 (1.0)	33.2 (1.0)	13.6 (0.4)	53.2 (1.5)
한방 병원		34.9 (4.7)	12.9 (2.1)	52.2 (6.8)	28.7 (4.0)	10.8 (1.8)	60.5 (5.8)	35.1 (2.3)	15.0 (0.7)	49.9 (2.9)	35.8 (1.7)	15.4 (0.7)	48.8 (2.3)
한의원		52.7 (2.7)	16.7 (0.8)	30.6 (3.5)	54.0 (1.6)	18.8 (0.6)	27.2 (2.1)	53.7 (1.8)	17.9 (0.6)	28.4 (2.2)	56.6 (1.3)	19.6 (0.4)	23.8 (1.5)
약국		69.4 (0.2)	28.4 (0.2)	2.2 (0.2)	69.2 (0.3)	28.5 (0.2)	2.3 (0.2)	69.7 (0.3)	27.9 (0.3)	2.4 (0.2)	68.8 (0.2)	28.4 (0.2)	2.8 (0.2)

<표 4-7> 연도별 1인당 고액진료비 상위 30위(50위) 건강보험 보장률

(단위: %)

연 도	상위 30위			상위 50위		
	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담률	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담률
	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)
2021년	82.6 (0.5)	10.9 (0.3)	6.5 (0.4)	80.3 (0.4)	13.1 (0.2)	6.6 (0.4)
2020년	82.1 (0.5)	10.5 (0.2)	7.4 (0.5)	80.1 (0.4)	12.6 (0.2)	7.3 (0.4)
2019년	81.3 (0.5)	10.9 (0.2)	7.8 (0.5)	78.9 (0.4)	13.3 (0.2)	7.8 (0.4)
2018년	81.2 (0.7)	10.5 (0.2)	8.3 (0.7)	78.9 (0.6)	13.0 (0.2)	8.1 (0.7)

8-2 추정치를 계산하는 산식

○ 건강보험 보장률

- 요양기관 종별 보장률 등 현금급여 미포함 통계의 경우 아래와 같은 방식으로 전체 진료비 중 공단부담금 등이 차지하는 비율을 산출함

$$\text{보장률} = \frac{\text{공단부담금}}{\text{공단부담금} + \text{법정본인부담금} + \text{비급여본인부담금}} \times 100$$

- 전체 건강보험 보장률의 경우, 각 요양기관 종별 보장률에 조정계수(AD_h)를 적용하여 산출한 현금급여 미포함 건강보험 보장률에 현금급여를 다음과 같은 방법으로 적용하여 산출함

$$\text{조정계수}(AD_h) = \frac{a_h + f_h}{\sum_{h=1}^{11} (a_h + f_h)}$$

a_h = h 번째 의료기관 종의 모집단 건강보험 공단부담금 총합

f_h = h 번째 의료기관 종의 모집단 법정본인부담금 총합

$$\text{전체 건강보험 보장률} = \frac{\text{공단부담금}^{1)}}{\text{공단부담금}^{1)} + \text{법정본인부담금}^{2)} + \text{비급여본인부담금}^{3)}} \times 100$$

주1) 공단부담금 = 요양급여 + (본인부담상한제 사후환급금* + 임신출산지원금 + 요양비 공단부담금)

2) 법정본인부담금 = 법정본인부담금 - (본인부담상한제 사후환급금* + 임신출산진료비 법정본인부담금**) + 요양비 본인부담금

3) 비급여본인부담금 = 비급여본인부담금 - 임신출산진료비 비급여본인부담금**

* 본인부담상한제 사후환급금은 수진기준(환자가 진료 받은 시점)의 환급금을 적용하였으며, 2008년 이전 건강보험 보장률에는 지급기준(국민건강보험공단이 진료비를 지급한 시점, 건강보험통계연보)의 환급금을 적용 산출함

** 임신출산진료비의 법정본인부담금과 비급여본인부담금은 조사자료의 임신출산 관련 질환 법정본인부담률 및 비급여본인부담률로 추정함

9. 표준오차 추정 방법 및 결과

9-1 주요 항목에 대한 분산, 표준오차 등의 추정 방법

○ 분산 및 표준오차 추정방법

- 분산 및 표준오차 산출식

$$\text{보장률 } \hat{R} = \frac{\sum_{h=1}^H \sum_{k=1}^{K_h} \sum_{j=1}^{n_{hk}} w_{hk} y_{hkj}}{\sum_{h=1}^H \sum_{k=1}^{K_h} \sum_{j=1}^{n_{hk}} w_{hk} x_{hkj}},$$

h = 의료기관 종별 1차 층, k = 2차 층, j = 개별 요양기관,

w_{hk} = 각 종, 층별 가중치, x_{hkj} = 기관별 총진료비, y_{hkj} = 기관별 공단부담금.

$$\text{분산 } \hat{V}_h(\hat{R}) = \frac{K_h(1 - df_h)}{K_h - 1} \sum_{k=1}^{K_h} (g_{hk.} - \bar{g}_{h..})^2,$$

df_h = 층별 추출률,

$$g_{hk.} = \frac{\sum_{j=1}^{n_{hk}} w_{hk} (y_{hkj} - x_{hkj} \hat{R})}{\sum_{h=1}^H \sum_{k=1}^{K_h} \sum_{j=1}^{n_{hk}} w_{hk} x_{hkj}}, \quad \bar{g}_{h..} = \left(\sum_{k=1}^{K_h} g_{hk.} \right) / K_h.$$

$$\text{표준오차 } StdErr(\hat{R}) = \sqrt{\hat{V}(\hat{R})}.$$

9-2 주요 항목에 대한 상대표준오차, 신뢰구간 등

○ 주요 보장성 지표에 대한 추정값 및 표준오차

- 분석용 통계패키지인 SAS를 이용하여 주요 보장성 지표에 대한 추정값 표준오차를 계산 및 제시하고 있음
- 주요항목에 대한 표준오차는 상기 제시한 ‘분산 및 표준오차 산출식’을 적용하여 산출하며, 지표 항목에 따라 요양기관 종별, 진료과목, 가중치 등 기준을 추가적으로 반영하여 표준오차를 산출함

○ 오차 특성 및 이용 시 고려사항

- 본 조사는 전체 건강보험 보장률 산출을 주목적으로 하는 조사로, 표본설계 또한 전체 건강보험 보장률 산출의 신뢰성 및 정확성을 높이는 방향으로 이루어져 있음. 통계 이용자들의 요구를 반영하여 추가적으로 요양기관 종별, 입원·외래, 세부진료과목별, 세부질환별, 인구사회학적 변수별 보장률 등을 제시하고 있으나, 표본설계 특성상 세부적인 보장률 지표의 경우 전체 보장률에 비해 편차가 클 수 있으므로 해석에 주의가 필요함

10. 행정자료의 매칭방법

10-1 통계자료와 행정자료 간 매칭방법

□ 국민건강보험공단 자격자료 매칭 방법

- 요청 항목: 산정특례질환 대상자 진료비 자료 및 특정 요양기관의 건강보험환자 자격자료
- 변수: 기준년월, 환자 고유식별기호, 가입자구분, 직역상세구분, 보험료등급(20분위), 산정보험료, 지역구분(시군구코드, 5자리), 사망여부(행망기준), 사망일자(행망기준)
- 매칭방법
 - 환자 고유식별번호 기준으로 하나의 식별기호에 보험료 분위 개수 체크 → 보험료 분위가 없는 경우 삭제 → 적절성 여부 점검 → 검증 내용상 문제없으나 자격자료 없는 건 삭제

□ 건강보험환자 요양급여내역 매칭 방법

- 요청 항목: 약국의 진료내역
- 변수: 요양기관기호, 환자 고유식별기호, 입원/내원일자, 퇴원일자, 주상병 및 부상병 코드, 본인부담금 합계, 공단부담금 합계 등
- 매칭방법
 - 요양기관기호, 환자 고유식별기호, 입내원일자, 주상병코드가 일치하는 대상자 매칭 후, 해당 자료가 2건 이상일 경우 부상병코드 및 공단부담금 합계 비교하여 매칭(100원 이내 차액으로 1차 매칭 후 금액 없을 경우 삭제)

10-2 행정자료를 점검 또는 보완하는 경우 내용, 방법, 결과

□ 요양급여내역DB(현금급여지급내역 포함) 관리

- 요양급여내역DB는 건강보험 가입자(피부양자 포함)가 건강보험으로 요양급여를 받은 경우, 요양기관 및 가입자, 피부양자에게 공단이 지급한 자료에서 개인별 내역을 일부 발취하여 전산DB에 구축한 자료임
- 또한, 「개인정보보호법」, 「외부기관 개인정보자료 제공지침」, 「개인정보보호규칙」에 의해 관리·감독되고 있는 민감 자료임
- 따라서, 진료비 실태조사 자료 활용 시 요양급여내역이 정정되거나 삭제되는 경우는 없음
 - ※ 건강보험공단의 자료는 다음과 같은 사유로 임의 수정·보완할 수 없음

V. 통계공표, 관리 및 이용자서비스

1. 공표통계 및 해석방법

1-1 주요 분류 수준별 세분화된 공표통계

○ 주요 공표 분류

- 건강보험 보장률
 - 건강보험환자의 전체 진료비 중 공단부담금(본인부담상한제 사후환급금, 임신출산지원금 등 현금급여 포함)이 차지하는 비중을 의미함
- 제증명수수료 항목 조정 건강보험 보장률
 - 전체 보장률 산출 산식에서 치료와 무관한 '제증명수수료'의 비급여 비용을 제외하고 산출된 건강보험 보장률을 의미함
- 요양기관 종별 건강보험 보장률
 - 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과 병·의원, 한방 병·의원, 약국의 총 11가지 요양기관 종별 내 건강보험 환자의 전체 진료비 중 현금급여를 제외한 공단부담금(현물급여)이 차지하는 비중을 의미함
 - ※ 본인부담상한제 사후환급 등 현금급여 제외됨
- 입원·외래 건강보험 보장률
 - 진료형태를 입원, 외래로 구분하여 각 진료형태 내에서 건강보험환자 전체 진료비 중 현금급여를 제외한 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함
 - ※ 본인부담상한제 사후환급 등 현금급여 제외됨
- 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률
 - 산정특례대상자의 전체 진료비 중 공단부담금(본인부담상한제 사후환급금 포함)이 차지하는 비중을 의미함
 - 4대 중증질환 산정특례대상자는 '보건복지부 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(이하 산정특례기준)에 제시된 암질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환 중 법정본인부담금 일부를 경감 받는 대상자를 의미함
 - ※ 암질환(법정본인부담금 : 5%) 및 희귀난치성질환(10%)으로 등록된 환자(등록기간 5년), 심장 및 뇌혈관질환으로 입원하여 수술 받는 경우 30일(5%)
- 1인당 고액진료비 상위 30위(50위)내 질환 건강보험 보장률
 - 고액진료비 상위 30위(50위)내의 질환의 전체 진료비 중 공단부담금(본인부담상한제 사후환급금 포함)이 차지하는 비중을 의미함
- 요양기관 종별 진료과목별 건강보험 보장률
 - 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 각 진료과목 내에서 발생한 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함
 - ※ 본인부담상한제 사후환급 등 현금급여 제외됨
- 요양기관 특성별 건강보험 보장률
 - 공공-민간의료기관 각 의료기관의 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함

- 실폐괄수가제 참여기관, 미참여기관 각 의료기관의 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함
- ※ 본인부담상한제 사후환급 등 현금급여 제외됨
- 인구·사회학적 특성별 건강보험 보장률
 - 연령구간별 건강보험 보장률은 연령구간별로 발생한 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함
 - 소득계층별 건강보험 보장률은 각 소득분위 내에서 발생한 전체 진료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 의미함
- 통계 공표의 적정성
 - 각 통계 지표별로 지표값과 함께 표준오차를 제시하고 있으며, 일부 세부항목 지표의 경우 (치과병원 입원 보장률 등) 해당 항목의 표본이 충분히 확보되지 못하는 등 사유로 인해 적정성이 확보되지 않았다고 판단하는 경우 지표를 제시하지 않고 있음
- 건강보험 보장률 지표 해석 시 유의점
 - 본 조사는 전체 요양기관 중 일부를 대상으로 하는 표본조사로, 조사 결과로 제시하는 건강보험 보장률 등의 지표는 추정치이며 실제 값과는 차이가 있을 수 있음
 - 본 조사는 전체 건강보험 보장률 산출을 주목적으로 하는 조사로, 표본설계 또한 전체 건강보험 보장률 산출의 신뢰성 및 정확성을 높이는 방향으로 이루어져 있음. 통계 이용자들의 요구를 반영하여 추가적으로 요양기관 종별, 입원·외래, 세부진료과목별, 세부질환별, 인구사회학적 변수별 보장률 등을 제시하고 있으나, 표본설계 특성상 세부적인 보장률 지표의 경우 전체 보장률에 비해 편차가 클 수 있으므로 해석에 주의가 필요함
 - 일부 지표의 경우 지표 특성에 따라 현금급여를 제외하고 산출함
 - 소득계층별 건강보험 보장률 산출 시 건강보험료 소득 10분위를 기준으로 하였으며, 소득이 높을수록 보험료분위가 높아짐. 각 세대에는 가입자 및 피부양자가 포함되어 있으며, 보험료 분위가 클수록 피부양률이 높아지는 경향이 있음

1-2 주요 통계표, 그래프

○ 주요 공표 통계표 제시

- 건강보험 보장률

<표 5-1> 연도별 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

연 도	건강보험 보장률 (표준오차)	법정 본인부담률 (표준오차)	비급여 본인부담률 (표준오차)
2021년	64.5 (0.4)	19.9 (0.2)	15.6 (0.5)
2020년	65.3 (0.3)	19.5 (0.2)	15.2 (0.3)
2019년	64.2 (0.4)	19.7 (0.2)	16.1 (0.4)
2018년	63.8 (0.3)	19.6 (0.2)	16.6 (0.4)
2017년	62.7 (0.3)	20.2 (0.3)	17.1 (0.4)
2016년	62.6 (0.3)	20.2 (0.2)	17.2 (0.4)
2015년	63.4 (0.4)	20.1 (0.2)	16.5 (0.4)
2014년	63.2 (0.4)	19.7 (0.3)	17.1 (0.6)
2013년	62.0 (0.5)	20.0 (0.2)	18.0 (0.6)
2012년	62.5 (0.6)	20.3 (0.3)	17.2 (0.6)

주) 2010년 이후부터 가중치를 적용한 건강보험 보장률 제시

- 제증명수수료 항목 조정 보장률

<표 5-2> 제증명수수료 항목 조정 보장률 추이

(단위: %)

연 도	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률
2021년	64.6	19.9	15.5
2020년	65.4	19.6	15.0
2019년	64.3	19.7	16.0
2018년	63.9	19.6	16.5
2017년	62.8	20.2	17.0
2016년	62.7	20.2	17.1

- 요양기관 종별 건강보험 보장률

<표 5-3> 연도별 요양기관 종별 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

요양기관 종		2013년			2014년			2015년		
		건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률
		(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)
종합 병원급 이상		59.2 (0.7)	19.0 (0.6)	21.8 (0.7)	60.5 (0.5)	19.9 (0.9)	19.6 (1.0)	61.8 (0.7)	20.1 (0.6)	18.1 (0.5)
병원급 이상	요양 병원 포함	59.0 (0.8)	18.9 (0.4)	22.1 (1.0)	60.8 (0.6)	19.6 (0.6)	19.6 (0.9)	61.3 (0.5)	19.9 (0.4)	18.8 (0.5)
	요양 병원 제외	56.9 (0.9)	18.6 (0.5)	24.4 (1.1)	58.8 (0.6)	19.8 (0.7)	21.4 (0.9)	59.0 (0.6)	19.8 (0.5)	21.2 (0.6)
상급 종합		57.3 (1.0)	17.6 (0.8)	25.2 (0.8)	59.7 (0.5)	18.7 (1.7)	21.6 (2.0)	61.8 (0.9)	19.3 (1.0)	18.9 (0.6)
종합 병원		61.3 (1.1)	20.4 (0.8)	18.3 (1.3)	61.2 (0.7)	21.3 (0.8)	17.5 (0.7)	61.7 (0.9)	21.0 (0.6)	17.3 (0.8)
병원		49.8 (2.9)	17.5 (1.0)	32.8 (3.9)	53.7 (1.9)	19.2 (0.5)	27.1 (2.1)	50.0 (1.5)	18.8 (0.6)	31.2 (1.9)
요양 병원		72.7 (1.6)	20.5 (0.9)	6.8 (2.0)	72.4 (2.6)	18.5 (1.1)	9.1 (2.8)	74.1 (1.1)	20.1 (0.7)	5.8 (1.3)
의원		61.3 (1.2)	20.3 (0.4)	18.4 (1.6)	63.4 (1.4)	19.5 (0.6)	17.1 (1.7)	65.5 (1.1)	19.7 (0.4)	14.8 (1.1)
치과 병원		25.4 (2.6)	15.7 (1.4)	58.9 (3.9)	21.3 (2.3)	13.5 (1.1)	65.2 (3.3)	19.8 (2.3)	13.4 (1.1)	66.8 (3.4)
치과 의원		35.4 (1.0)	16.4 (0.5)	48.3 (1.4)	29.9 (1.2)	14.0 (0.6)	56.1 (1.7)	31.9 (1.0)	16.1 (0.6)	52.0 (1.6)
한방 병원		30.8 (3.8)	13.2 (1.3)	56.0 (5.0)	36.7 (3.1)	16.7 (1.7)	46.6 (4.7)	35.3 (3.7)	14.6 (1.4)	50.1 (5.1)
한의원		52.7 (2.5)	16.6 (0.8)	30.7 (3.2)	53.2 (2.7)	16.5 (0.8)	30.3 (3.4)	47.2 (3.2)	15.2 (1.0)	37.6 (4.2)
약국		69.8 (0.4)	27.5 (0.2)	2.7 (0.3)	69.0 (0.4)	28.4 (0.4)	2.6 (0.2)	69.1 (0.4)	28.4 (0.4)	2.5 (0.2)

주) 2010년 이후부터 가중치를 적용한 건강보험 보장률 제시

<표 5-4> 연도별 요양기관 종별 건강보험 보장률 추이(계속)

(단위: %)

요양기관 종		2016년			2017년			2018년		
		건강 보험	법정 본인	비급여 본인	건강 보험	법정 본인	비급여 본인	건강 보험	법정 본인	비급여 본인
		보장률	부담률	부담률	보장률	부담률	부담률	보장률	부담률	부담률
		(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)
종합 병원급 이상		62.6 (0.5)	20.4 (0.4)	17.0 (0.5)	64.4 (0.5)	20.8 (0.7)	14.8 (0.7)	67.1 (0.5)	20.6 (0.3)	12.3 (0.4)
병원급 이상	요양 병원 포함	61.1 (0.5)	20.0 (0.3)	18.9 (0.6)	61.9 (0.5)	20.2 (0.5)	17.9 (0.7)	64.1 (0.4)	20.1 (0.3)	15.8 (0.4)
	요양 병원 제외	59.3 (0.6)	20.1 (0.3)	20.6 (0.6)	60.6 (0.6)	20.2 (0.6)	19.2 (0.7)	63.1 (0.5)	20.0 (0.3)	16.8 (0.5)
상급 종합		62.9 (0.7)	19.6 (0.7)	17.5 (0.8)	65.1 (0.6)	20.9 (1.3)	14.0 (1.1)	68.7 (0.5)	19.6 (0.5)	11.7 (0.6)
종합 병원		62.4 (0.8)	21.1 (0.5)	16.5 (0.7)	63.8 (0.8)	20.7 (0.5)	15.5 (0.7)	65.2 (0.8)	21.8 (0.4)	13.0 (0.6)
병원		47.8 (1.7)	19.5 (0.5)	32.7 (2.1)	47.1 (1.8)	18.0 (0.6)	34.9 (2.1)	48.0 (1.4)	17.9 (0.5)	34.1 (1.7)
요양 병원		71.0 (1.7)	19.4 (0.8)	9.6 (2.1)	69.2 (1.7)	20.2 (0.7)	10.6 (2.3)	69.7 (1.0)	20.8 (0.5)	9.5 (1.3)
의원		62.1 (0.9)	19.9 (0.3)	18.0 (1.1)	60.3 (0.9)	20.1 (0.3)	19.6 (1.1)	57.9 (1.0)	19.3 (0.3)	22.8 (1.3)
치과 병원		16.4 (1.3)	12.1 (1.1)	71.5 (2.4)	18.9 (1.1)	13.9 (0.9)	67.2 (1.9)	23.4 (1.5)	14.0 (0.9)	62.6 (2.3)
치과 의원		30.8 (1.2)	17.1 (0.7)	52.1 (1.8)	31.7 (0.8)	16.1 (0.4)	52.2 (1.3)	34.9 (0.9)	14.7 (0.4)	50.4 (1.2)
한방 병원		33.3 (3.0)	13.4 (1.1)	53.3 (4.0)	31.4 (3.1)	13.0 (1.0)	55.6 (4.0)	34.9 (4.7)	12.9 (2.1)	52.2 (6.8)
한의원		53.9 (2.1)	16.9 (0.6)	29.2 (2.6)	56.1 (1.5)	16.9 (0.4)	27.0 (1.8)	52.7 (2.7)	16.7 (0.8)	30.6 (3.5)
약국		69.3 (0.3)	28.1 (0.2)	2.6 (0.2)	69.5 (0.2)	28.1 (0.2)	2.4 (0.1)	69.4 (0.2)	28.4 (0.2)	2.2 (0.2)

주) 2010년 이후부터 가중치를 적용한 건강보험 보장률 제시

<표 5-5> 연도별 요양기관 종별 건강보험 보장률 추이(계속)

(단위: %)

요양기관 종		2019년			2020년			2021년		
		건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률
		(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)	(표준오차)
종합 병원급 이상		68.1 (0.5)	21.3 (0.3)	10.6 (0.3)	68.6 (0.6)	21.7 (0.5)	9.7 (0.3)	69.1 (0.5)	22.5 (0.4)	8.4 (0.3)
병원급 이상	요양· 정신 포함	65.2 (0.4)	20.6 (0.2)	14.2 (0.4)	65.5 (0.5)	20.8 (0.3)	13.7 (0.4)	66.4 (0.4)	21.4 (0.3)	12.2 (0.4)
	요양· 정신 포함	64.7 (0.4)	20.7 (0.3)	14.6 (0.4)	64.8 (0.5)	21.0 (0.4)	14.2 (0.4)	65.6 (0.5)	21.7 (0.3)	12.7 (0.4)
상급 종합		69.5 (0.5)	20.5 (0.5)	10.0 (0.4)	70.0 (0.6)	20.7 (0.5)	9.3 (0.4)	70.8 (0.6)	21.0 (0.5)	8.2 (0.4)
종합 병원		66.7 (0.7)	22.0 (0.4)	11.3 (0.5)	67.2 (1.0)	22.8 (0.8)	10.0 (0.5)	67.3 (0.8)	24.0 (0.6)	8.7 (0.5)
병원		51.4 (1.2)	18.6 (0.5)	30.0 (1.3)	49.8 (1.2)	18.5 (0.4)	31.7 (1.5)	51.8 (1.2)	18.6 (0.4)	29.6 (1.3)
요양 병원		68.4 (0.9)	19.6 (0.4)	12.0 (1.1)	70.0 (0.9)	19.1 (0.5)	10.9 (1.1)	70.8 (1.0)	19.3 (0.4)	9.9 (1.3)
정신 병원		-	-	-	-	-	-	75.9 (0.8)	22.2 (0.5)	1.9 (0.4)
의원		57.2 (1.5)	19.0 (0.5)	23.8 (2.0)	59.6 (0.9)	20.2 (0.3)	20.2 (1.1)	55.5 (1.8)	19.5 (0.9)	25.0 (2.5)
치과 병원		27.4 (1.6)	15.1 (0.7)	57.5 (2.3)	25.6 (1.7)	14.2 (0.7)	60.2 (2.4)	27.9 (1.9)	15.8 (1.0)	56.3 (2.8)
치과 의원		36.9 (0.8)	15.0 (0.3)	48.1 (1.1)	36.0 (0.7)	14.7 (0.3)	49.3 (1.0)	33.2 (1.0)	13.6 (0.4)	53.2 (1.5)
한방 병원		28.7 (4.0)	10.8 (1.8)	60.5 (5.8)	35.1 (2.3)	15.0 (0.7)	49.9 (2.9)	35.8 (1.7)	15.4 (0.7)	48.8 (2.3)
한의원		54.0 (1.6)	18.8 (0.6)	27.2 (2.1)	53.7 (1.8)	17.9 (0.6)	28.4 (2.2)	56.6 (1.3)	19.6 (0.4)	23.8 (1.5)
약국		69.2 (0.3)	28.5 (0.2)	2.3 (0.2)	69.7 (0.3)	27.9 (0.3)	2.4 (0.2)	68.8 (0.2)	28.4 (0.2)	2.8 (0.2)

주) 2010년 이후부터 가중치를 적용한 건강보험 보장률 제시

- 진료형태별 건강보험 보장률

· 입원

<표 5-6> 연도별 입원 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

연 도	건강보험 보장률 (표준오차)	법정 본인부담률 (표준오차)	비급여 본인부담률 (표준오차)
2021년	69.8 (0.6)	16.2 (0.2)	14.0 (0.7)
2020년	69.2 (0.5)	16.5 (0.3)	14.3 (0.5)
2019년	68.7 (0.5)	16.2 (0.2)	15.1 (0.6)
2018년	68.4 (0.4)	16.0 (0.2)	15.6 (0.5)
2017년	66.2 (0.6)	15.8 (0.2)	18.0 (0.7)
2016년	66.1 (0.5)	16.1 (0.3)	17.8 (0.6)
2015년	65.7 (0.5)	16.2 (0.3)	18.1 (0.6)
2014년	64.5 (0.7)	16.1 (0.5)	19.4 (1.1)
2013년	63.7 (0.8)	15.4 (0.4)	20.9 (1.1)

· 외래

<표 5-7> 연도별 외래 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

연 도	건강보험 보장률 (표준오차)	법정 본인부담률 (표준오차)	비급여 본인부담률 (표준오차)
2021년	53.3 (0.5)	23.7 (0.3)	23.0 (0.6)
2020년	54.4 (0.5)	23.0 (0.3)	22.5 (0.5)
2019년	53.4 (0.6)	22.8 (0.3)	23.8 (0.7)
2018년	52.5 (0.6)	22.2 (0.3)	25.3 (0.7)
2017년	52.8 (0.5)	22.7 (0.3)	24.5 (0.6)
2016년	52.5 (0.5)	22.4 (0.3)	25.1 (0.6)
2015년	54.5 (0.7)	21.9 (0.4)	23.6 (0.7)
2014년	54.5 (0.7)	21.6 (0.5)	23.9 (0.8)
2013년	53.2 (0.8)	22.0 (0.4)	24.8 (0.9)

- 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률

<표 5-8> 연도별 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2016년			2017년			2018년		
	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)
전체	80.3 (1.9)	8.0 (1.5)	11.7 (1.1)	81.7 (1.6)	7.8 (1.1)	10.5 (1.0)	83.0 (1.4)	8.0 (0.9)	9.0 (1.2)
암질환	76.3 (2.8)	7.8 (2.3)	15.9 (1.7)	78.2 (2.1)	7.3 (1.2)	14.5 (1.6)	79.1 (2.3)	8.0 (1.5)	12.9 (2.1)
뇌혈관 질환	79.6 (0.9)	8.1 (0.6)	12.3 (1.0)	81.4 (0.7)	7.7 (0.6)	10.9 (0.6)	86.5 (0.7)	6.3 (0.4)	7.2 (0.6)
심장 질환	82.5 (0.9)	6.2 (0.3)	11.3 (0.7)	82.9 (0.8)	6.4 (0.4)	10.7 (0.7)	87.6 (0.6)	6.1 (0.3)	6.3 (0.6)
희귀 난치성 질환	86.2 (1.2)	8.9 (1.1)	4.9 (0.6)	87.6 (1.3)	8.9 (1.2)	3.5 (0.4)	88.2 (0.8)	8.5 (0.7)	3.3 (0.4)

<표 5-9> 연도별 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률(계속)

(단위: %)

구분	2019년			2020년			2021년		
	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)
전체	82.7 (2.6)	8.3 (2.1)	9.0 (1.6)	83.9 (1.1)	8.4 (1.0)	7.7 (0.6)	84.0 (1.5)	8.3 (1.4)	7.7 (0.7)
암질환	78.5 (3.9)	8.5 (3.1)	13.0 (2.6)	79.8 (1.7)	9.0 (1.4)	11.2 (1.1)	80.2 (2.3)	8.8 (2.3)	11.0 (1.3)
뇌혈관 질환	86.7 (0.7)	7.3 (0.4)	6.0 (0.5)	87.8 (1.1)	7.0 (0.9)	5.2 (0.5)	88.3 (0.8)	6.6 (0.4)	5.1 (0.5)
심장 질환	88.2 (0.8)	6.4 (0.6)	5.4 (0.4)	87.8 (0.6)	6.7 (0.5)	5.5 (0.4)	88.4 (0.6)	6.4 (0.5)	5.2 (0.4)
희귀 난치성 질환	88.4 (1.5)	8.5 (1.3)	3.1 (0.6)	89.7 (1.3)	8.0 (1.2)	2.3 (0.3)	89.1 (1.4)	8.2 (1.4)	2.7 (0.4)

- 1인당 고액진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험 보장률

<표 5-10> 연도별 1인당 고액진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험 보장률

(단위: %)

연 도	상위 30위			상위 50위		
	건강보험 보장률 (표준오차)	법정본인 부담률 (표준오차)	비급여본인 부담률 (표준오차)	건강보험 보장률 (표준오차)	법정본인 부담률 (표준오차)	비급여본인 부담률 (표준오차)
2021년	82.6 (0.5)	10.9 (0.3)	6.5 (0.4)	80.3 (0.4)	13.1 (0.2)	6.6 (0.4)
2020년	82.1 (0.5)	10.5 (0.2)	7.4 (0.5)	80.1 (0.4)	12.6 (0.2)	7.3 (0.4)
2019년	81.3 (0.5)	10.9 (0.2)	7.8 (0.5)	78.9 (0.4)	13.3 (0.2)	7.8 (0.4)
2018년	81.2 (0.7)	10.5 (0.2)	8.3 (0.7)	78.9 (0.6)	13.0 (0.2)	8.1 (0.7)
2017년	79.7 (0.8)	10.3 (0.2)	10.0 (0.9)	77.8 (0.7)	13.0 (0.3)	9.2 (0.8)
2016년	77.3 (1.1)	11.2 (0.4)	11.5 (1.3)	76.6 (0.7)	13.2 (0.3)	10.2 (0.8)

- 공공-민간의료기관 보장률

<표 5-11> 연도별 공공-민간의료기관 전체 건강보험 보장률

(단위: %)

구 분		공공의료기관			민간의료기관		
		건강보험 보장률 (표준오차)	법정본인 부담률 (표준오차)	비급여본인 부담률 (표준오차)	건강보험 보장률 (표준오차)	법정본인 부담률 (표준오차)	비급여본인 부담률 (표준오차)
2021년	종합병원급 이상	72.7 (0.6)	20.3 (0.5)	7.0 (0.5)	66.6 (0.7)	23.9 (0.4)	9.5 (0.4)
	상급종합	71.8 (0.4)	20.3 (0.5)	7.9 (0.6)	69.7 (1.1)	21.7 (0.6)	8.6 (0.7)
	종합병원	74.5 (1.2)	20.4 (0.9)	5.1 (0.5)	64.7 (0.8)	25.3 (0.6)	10.0 (0.5)
2020년	종합병원급 이상	72.6 (0.5)	19.6 (0.5)	7.8 (0.5)	65.9 (0.7)	23.2 (0.6)	10.9 (0.4)
	상급종합	71.7 (0.4)	19.8 (0.5)	8.5 (0.5)	68.2 (0.8)	21.6 (0.7)	10.2 (0.5)
	종합병원	74.3 (1.0)	19.2 (1.1)	6.5 (0.5)	64.2 (0.9)	24.3 (0.8)	11.5 (0.6)
2019년	종합병원급 이상	71.4 (0.5)	20.2 (0.5)	8.4 (0.5)	66.0 (0.6)	22.0 (0.4)	12.0 (0.4)
	상급종합	71.1 (0.5)	19.8 (0.6)	9.1 (0.6)	67.8 (0.5)	21.3 (0.7)	11.0 (0.5)
	종합병원	71.9 (1.0)	20.9 (0.8)	7.2 (0.3)	64.8 (0.9)	22.4 (0.5)	12.7 (0.6)
2018년	종합병원급 이상	70.2 (0.7)	19.8 (0.5)	10.0 (0.8)	65.1 (0.7)	21.1 (0.6)	13.8 (0.4)
	상급종합	69.3 (0.8)	19.8 (0.6)	10.9 (1.0)	68.2 (0.8)	19.3 (0.9)	12.5 (0.4)
	종합병원	72.0 (1.0)	19.9 (0.8)	8.1 (0.4)	62.9 (0.7)	22.4 (0.4)	14.8 (0.6)
2017년	종합병원급 이상	67.8 (0.7)	19.1 (0.7)	13.1 (1.0)	61.9 (0.5)	22.1 (0.9)	16.0 (1.0)
	상급종합	66.5 (0.7)	19.2 (1.0)	14.3 (1.4)	63.4 (0.7)	22.8 (2.0)	13.8 (1.8)
	종합병원	69.9 (1.0)	18.8 (0.8)	11.3 (0.9)	60.8 (0.8)	21.7 (0.5)	17.5 (0.8)
2016년	종합병원급 이상	65.8 (0.7)	19.2 (0.7)	15.1 (1.2)	60.2 (0.6)	21.3 (0.3)	18.5 (0.6)
	상급종합	64.4 (0.7)	19.1 (1.1)	16.5 (1.5)	60.9 (0.9)	20.1 (0.4)	18.9 (0.7)
	종합병원	68.3 (1.1)	19.2 (0.7)	12.6 (1.1)	59.8 (0.7)	21.9 (0.5)	18.2 (0.8)

주1) 공공의료기관의 구분은 보건복지부 연도별 ‘공공의료기관 현황’을 적용하여 구분함

2) 공공-민간의료기관 보장률은 현금급여를 포함하지 않음

- 신평괄수가제 참여기관-참여기관 외 보장률

<표 5-12> 연도별 신평괄수가제 참여기관-참여기관 외 건강보험 보장률

(단위: %)

연 도	신평괄수가제 참여기관			신평괄수가제 참여기관 외		
	건강보험 보장률 (표준오차)	법정본인 부담률 (표준오차)	비급여본인 부담률 (표준오차)	건강보험 보장률 (표준오차)	법정본인 부담률 (표준오차)	비급여본인 부담률 (표준오차)
2021년	71.3 (1.0)	22.1 (0.7)	6.6 (0.5)	62.9 (1.0)	26.1 (0.7)	11.0 (0.7)
2020년	70.0 (1.4)	22.2 (1.2)	7.8 (0.5)	64.1 (1.6)	23.4 (1.0)	12.5 (0.8)
2019년	70.5 (1.0)	21.0 (0.8)	8.5 (0.8)	65.1 (0.9)	22.4 (0.5)	12.5 (0.6)
2018년	70.6 (0.9)	20.2 (0.7)	9.2 (0.8)	63.4 (0.9)	22.3 (0.4)	14.3 (0.7)
2017년	70.5 (1.4)	20.8 (0.8)	8.7 (1.0)	62.6 (0.9)	20.7 (0.5)	16.7 (0.7)
2016년	69.6 (1.3)	20.8 (1.1)	9.5 (1.2)	61.2 (0.8)	21.1 (0.5)	17.7 (0.7)

주1) 신평괄수가제 참여기관 중 종합병원을 대상으로 분석한 결과임

2) 신평괄수가제 참여기관 보장률은 현금급여를 포함하지 않음

- 성별·연령구간별 건강보험 보장률

<표 5-13> 2021년도 성별·연령구간별 건강보험 보장률

(단위: %)

연 령	전체			남성			여성		
	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)
0-5세	71.0 (1.5)	11.6 (0.6)	17.4 (1.5)	70.7 (1.6)	11.6 (0.6)	17.7 (1.6)	71.3 (1.3)	11.6 (0.5)	17.1 (1.4)
6-18세	54.9 (1.3)	23.3 (0.6)	21.8 (1.5)	56.6 (1.1)	23.1 (0.5)	20.3 (1.3)	53.2 (1.5)	23.5 (0.7)	23.3 (1.8)
19-44세	53.8 (0.8)	20.6 (0.5)	25.6 (1.1)	53.9 (0.8)	21.0 (0.3)	25.1 (1.0)	53.8 (0.8)	20.2 (0.8)	26.0 (1.4)
45-64세	58.0 (1.1)	19.8 (0.5)	22.2 (1.5)	60.7 (0.9)	19.9 (0.3)	19.4 (1.1)	55.6 (1.3)	19.7 (0.6)	24.7 (1.8)
65-74세	66.4 (0.5)	18.5 (0.2)	15.1 (0.6)	68.3 (0.5)	18.0 (0.2)	13.7 (0.5)	64.6 (0.6)	18.9 (0.2)	16.5 (0.8)
75-84세	72.9 (0.3)	17.6 (0.2)	9.5 (0.3)	73.9 (0.3)	17.3 (0.2)	8.8 (0.3)	72.2 (0.3)	17.8 (0.2)	10.0 (0.3)
85세 이상	77.7 (0.3)	15.6 (0.2)	6.7 (0.3)	76.5 (0.4)	16.9 (0.2)	6.6 (0.4)	78.2 (0.3)	15.0 (0.2)	6.8 (0.4)

- 소득계층별 건강보험 보장률
· 직장가입자

<표 5-14> 2021년도 소득계층별 직장가입자의 건강보험 보장률

(단위: %)

구 분	전체			입원			외래		
	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)
1분위	64.0 (0.8)	17.1 (0.3)	18.9 (1.0)	65.9 (2.4)	15.8 (0.6)	18.3 (2.9)	52.0 (0.6)	22.4 (0.3)	25.6 (0.8)
2분위	62.3 (0.6)	18.3 (0.3)	19.4 (0.8)	66.3 (1.8)	16.0 (0.5)	17.7 (2.1)	51.1 (0.6)	22.5 (0.3)	26.4 (0.8)
3분위	61.3 (0.7)	18.4 (0.3)	20.3 (0.9)	65.8 (2.1)	15.8 (0.5)	18.4 (2.5)	50.0 (0.6)	22.4 (0.3)	27.6 (0.9)
4분위	60.8 (0.8)	19.2 (0.3)	20.0 (0.9)	65.7 (2.0)	16.1 (0.5)	18.2 (2.4)	50.1 (0.7)	22.7 (0.3)	27.2 (0.9)
5분위	60.8 (0.7)	18.8 (0.3)	20.4 (0.9)	66.8 (1.8)	15.9 (0.5)	17.3 (2.2)	49.3 (0.7)	22.3 (0.3)	28.4 (1.0)
6분위	60.1 (0.7)	19.9 (0.3)	20.0 (0.9)	66.4 (1.8)	15.7 (0.5)	17.9 (2.1)	50.0 (0.6)	22.6 (0.4)	27.4 (1.0)
7분위	60.7 (0.7)	19.7 (0.3)	19.6 (0.9)	67.2 (1.9)	15.6 (0.5)	17.2 (2.2)	50.4 (0.7)	22.5 (0.4)	27.1 (1.0)
8분위	61.1 (0.6)	20.4 (0.3)	18.5 (0.7)	68.4 (1.3)	15.7 (0.3)	15.9 (1.5)	51.0 (0.6)	22.9 (0.4)	26.1 (0.9)
9분위	61.4 (0.5)	20.7 (0.2)	17.9 (0.6)	69.6 (1.1)	16.3 (0.3)	14.1 (1.2)	51.0 (0.6)	22.8 (0.3)	26.2 (0.9)
10분위	60.7 (0.6)	20.8 (0.2)	18.5 (0.8)	69.0 (1.3)	16.8 (0.4)	14.2 (1.5)	49.7 (0.8)	22.4 (0.4)	27.9 (1.1)

주1) 명기된 소득분위는 전체 직장가입세대의 보험료수준의 10분위를 의미함

2) 각 세대에는 가입자 및 피부양자가 포함되어 있으며, 보험료 분위가 클수록 피부양률이 높아지는 경향이 있음

3) 소득이 높을수록 보험료분위가 높아짐

· 지역가입자

<표 5-15> 2021년도 소득계층별 지역가입자의 건강보험 보장률

(단위: %)

구 분	전체			입원			외래		
	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)	건강 보험 보장률 (표준오차)	법정 본인 부담률 (표준오차)	비급여 본인 부담률 (표준오차)
1분위	77.6 (0.5)	11.9 (0.2)	10.5 (0.5)	74.6 (0.7)	16.2 (0.3)	9.2 (0.8)	64.8 (0.7)	18.8 (0.3)	16.4 (0.7)
2-3분위	67.6 (0.6)	15.7 (0.2)	16.7 (0.7)	69.9 (1.1)	15.9 (0.3)	14.2 (1.2)	53.4 (0.7)	22.0 (0.3)	24.6 (0.9)
4분위	66.5 (0.6)	17.0 (0.2)	16.5 (0.7)	70.2 (1.0)	16.0 (0.3)	13.8 (1.1)	53.7 (0.8)	21.9 (0.3)	24.4 (1.0)
5분위	66.7 (0.7)	16.8 (0.3)	16.5 (0.9)	69.4 (1.5)	15.8 (0.4)	14.8 (1.8)	54.3 (0.7)	22.2 (0.3)	23.5 (0.9)
6분위	62.8 (0.8)	19.3 (0.3)	17.9 (1.1)	67.7 (2.1)	16.1 (0.5)	16.2 (2.5)	52.2 (0.7)	22.6 (0.3)	25.2 (0.9)
7분위	61.1 (0.8)	19.7 (0.3)	19.2 (1.0)	67.1 (1.9)	15.4 (0.5)	17.5 (2.2)	50.4 (0.8)	23.0 (0.4)	26.6 (1.1)
8분위	60.7 (0.9)	20.1 (0.4)	19.2 (1.2)	65.1 (2.4)	15.6 (0.6)	19.3 (2.9)	51.4 (0.7)	22.7 (0.3)	25.9 (0.9)
9분위	59.8 (0.9)	20.2 (0.3)	20.0 (1.1)	65.4 (2.3)	15.6 (0.6)	19.0 (2.8)	50.3 (0.8)	22.2 (0.4)	27.5 (1.0)
10분위	59.4 (1.1)	20.4 (0.4)	20.2 (1.2)	65.9 (2.5)	15.4 (0.7)	18.7 (2.8)	49.4 (0.8)	22.2 (0.5)	28.4 (1.2)

주1) 명기된 소득분위는 전체 지역가입세대의 보험료수준의 10분위를 기준으로 작성하였으나, 건강보험료 부과체계 개편('18.7월)으로 2019년도부터 지역가입자의 하위분위를 보험료 기준으로 구분하기 어려워 2-3분위를 묶어서 제시함

2) 각 세대에는 가입자 및 피부양자가 포함되어 있으며, 보험료 분위가 클수록 피부양률이 높아지는 경향이 있음

3) 소득이 높을수록 보험료분위가 높아짐

2. 조사대상 기간/조사 기준시점과 공표 시기

2-1 조사대상 기간/조사 기준시점과 통계공표 시점

○ 조사대상 기간/시점

- 2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사 조사 시기: 2022년 2월 ~ 2022년 10월

○ 통계공표시기

- 2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사 결과 공표: 2023년 1월

○ 기간 단축 가능성 검토

- 표본선정에 필수적인 조사기준년도(조사년도 전년도) 요양기관별 진료비 자료가 지연청구, 심사평가원 심사과정 등으로 인해 조사년도 2~3월경 완전하게 구축되므로 조사 시작 시기를 앞당기는 것에는 어려움이 있음

- 조사 완료 시기를 앞당기기 위해 조사인센티브 인상, 상담원 교육 및 유선독려 등 방안을 시도하고 있음

○ 조사과정별 소요 기간

<표 5-16> 건강보험환자 진료비 실태조사 추진 일정(2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사 조사 기준)

구 분	일 정	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
● 조사준비													
- 계획안 수립 및 업무협의 등 개최													
- 실태조사 실시 사전 안내													
- 조사 표본기관 확정, 조사표 인쇄·발송													
- 실태조사 시스템 자료 업로드													
● 조사진행													
- 조사안내 및 자료협조 요청													
- 조사자료 수집, 검증 및 오류자료 재요청													
● 자료분석·결과보고 및 행정처리 등													
- 자료 구축 및 보장성 지표 산출													
- 보장률 변동요인 분석													
- 보고서 작성 및 결과 발표													
- 조사협조기관 인센티브 지급													

3. 공표일정

3-1 사전에 공개된 통계공표 일정과 공개방법

○ 공표시기

- 요양기관 및 전산업체로부터 데이터 수집 후, 데이터 검증 및 분석, 지표 산출 후 보도자료 (변동요인 분석 등 포함) 등 작성 과정 소요기간을 감안하여 공표시기는 조사 익년 3월이었으나, 업무부서 협의 및 수요조사 결과 요청사항을 반영하여 조사 연도 내 발표로 공표시기를 앞당김

※ 공표 시기는 일정에 따라 변동될 수 있음

○ 공표방법

- 조사결과에 대한 보도자료 배포 및 홈페이지에 보고서 업로드
(<http://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec08200m01.do>)

3-2 예고된 통계 공표일정 준수

- 2021년 건강보험환자 진료비 실태조사 공표 일정 및 실제 공표 시기
 - 2021년 건강보험환자 진료비 실태조사는 2022년 12월 발표 예정이었으나 2023년 1월에 발표되었음

4. 통계 작성방법의 비교성

4-1 통계의 개념 동일 여부

○ 통계의 개념 및 분류기준

- 주요 통계의 개념 및 분류기준은 매년 동일하게 적용하기 때문에 연도별 조사 결과의 비교 및 일관성 있는 통계 분석이 가능함

4-2 조사 기준시점 동일 여부

- 조사기준
 - 세부 통계지표 정확성 및 신뢰성 향상 등을 위해 기존 1개월(12월) 자료 수집 → 2개월(6,12월) 자료 수집으로 자료 수집 기준기간 확대(2015년)
 - 조사 항목의 경우 요양급여 청구명세서 내역을 기준으로 하고 있어, 요양급여 청구명세서 양식 변경을 반영하여 조사 항목 일부 변경(2015년)
- 2014년도 조사부터 수집 대상 기간이 1개월(12월)에서 2개월(6,12월)로 변경됨에 따라 조사 진료건수가 크게 증가하였고, 표본크기도 매년 증가하여 전체 보장률에 대한 RSE가 꾸준히 감소함

4-3 조사 실시 시기 동일 여부

- 조사시기
 - 표본 선정 완료시기, 오류건 발생기관 재요청자료 수집 완료 시기 등에 따라 연도별로 조사시기에 약간의 차이가 발생할 수 있으나 기본적인 조사예정 시기는 매년 동일하며 (3월~12월), 조사수행 전년도에 요양기관 전산자료를 수집하는 것이기 때문에 조사 시기 변동으로 인한 조사결과 변동은 없음

5. 국가간 비교성

5-1 동일한 조사목적에 갖는 외국 통계 명칭과 개요

□ 주요국 통계 명칭 및 개요

- 경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율(Government and compulsory health insurance schemes, % of current expenditure on health)
 - OECD Health Statistics에서 제공하는 통계로 본 조사의 '건강보험 보장률' 등 통계와 유사한 목적의 지표이나, 산출 기준이 달라 직접 비교는 불가능함
 - OECD 산출방법(경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율)

$$\text{경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율} = \frac{A + D_1}{A + B + C + D}$$

- 건강보험 보장률(건강보험환자 진료비 실태조사): 건강보험환자의 치료목적으로 발생한 전체 의료비 중 건강보험 급여비가 차지하는 비중

$$\text{건강보험 보장률} = \frac{A_1}{A_1 + B_1 + C_1}$$

경상의료비(Current Health Expenditure)			
개인의료비(Personal Health Expenditure)		집합보건의료비(D)	
정부·의무가입제도(A)	민간재원(B+C)		정부의무 가입제도(D ₁) 민간 재원(D ₂)
급여비(A) 건강보험급여비(A ₁) 의료급여급여비(A ₂) 산재보험급여비(A ₃) 노인장기요양보험(A ₄) 자동차보험(A ₅) (건강검진, 요양비 등)	법정본인부담금(B) 건강보험(B ₁) 의료급여(B ₂) 노인장기요양보험(B ₄)	기타본인부담금(C) 건강보험(C ₁) 의료급여(C ₂) 산재보험(C ₃) 노인장기요양보험(C ₄) 자동차보험(C ₅)	

5-2 동일한 목적을 갖는 외국 통계와의 직접 비교 가능 여부, 가능하지 않은 경우 사유 및 이용 시 고려사항 등에 대한 검토

□ 주요국 유사통계 이용 시 고려사항

- 각 나라마다 보건의료체계가 상이하기 때문에 국제적으로 의료비 및 보장률을 비교하는 것은 쉽지 않음
 - 영국 등에서는 산재, 자동차, 저소득층 등에 대한 환자구분이 없이 NHS에서 진료를 받고 있으며, 미국은 저소득층과 노인계층에 대해서만 우리나라의 건강보험과 같은 보장률을 논할 수 있음
 - 우리나라 보장률 개념과 가장 유사한 국제 비교 지표는 OECD에서 제시하는 “경상의료비 대비 정부 및 의무가입보험 비율”(과거 “공공재원 비율”과 유사 개념)임
 - 그러나 “경상의료비” 또는 “국민의료비”에는 우리나라의 산재보험, 자동차보험, 의료급여환자, 일반의약품, 의료기기 등 건강보험 의료비의 범위를 넘어선 금액들이 포함되어 있음
- 본 조사의 결과로 제시되는 ‘건강보험 보장률’ 등 지표는 한국 국민건강보험의 정책평가를 위한 특수한 상황에서 제시되는 지표임

<표 5-17> 연도별 유사통계 주요 내용('13~'20)

(단위: %)

	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
호 주	64.8	64.7	68.2	68.6	68.9	66.7	68.7	72.0
오스트리아	74.0	74.0	74.1	73.8	74.0	74.7	72.2	76.5
벨 기 에	76.0	76.4	77.6	77.1	77.2	75.8	76.8	78.7
캐 나 다	71.2	70.6	70.8	70.1	69.8	70.4	70.2	75.0
칠 레	59.4	58.9	58.7	58.5	59.9	60.3	60.6	65.1
체 코	83.6	82.7	82.4	82.0	82.1	83.0	81.8	87.7
덴 마 크	84.3	84.2	84.2	84.1	84.0	83.9	83.3	84.9
에스토니아	75.6	75.7	75.6	75.7	74.7	73.7	74.5	77.2
핀 란 드	77.7	78.0	76.1	75.0	75.2	76.9	77.8	79.1
프 랑 스	76.3	76.5	76.7	83.1	83.4	83.6	83.7	84.7
독 일	83.8	84.2	84.1	84.2	84.4	84.7	84.6	85.1
그 리 스	61.7	57.7	58.0	61.1	60.8	58.7	59.8	61.8
헝 가 리	66.6	67.1	68.2	68.1	69.2	69.5	68.3	71.4
아이슬란드	80.2	80.5	80.8	81.5	81.8	82.4	82.9	83.3
아일랜드	71.2	71.0	72.0	72.5	73.3	73.9	74.6	78.8
이스라엘	63.4	63.1	63.5	63.5	63.6	64.7	64.8	70.8
이탈리아	75.8	75.4	74.6	74.6	73.9	73.9	73.9	76.1
일 본	84.3	84.1	84.1	84.0	84.1	84.1	83.9	84.0
한 국	59.1	58.8	58.9	59.1	58.9	59.9	61.0	62.6
라트비아	60.0	59.7	57.0	54.6	57.3	59.9	61.5	64.4
리투아니아	66.2	67.6	67.1	66.6	66.5	67.0	66.4	70.1
룩셈부르크	83.1	83.5	83.9	84.0	84.0	84.1	85.0	86.4
멕시코	52.8	52.1	52.2	52.3	51.5	50.8	49.3	52.9
네덜란드	81.1	81.1	81.4	81.2	81.5	82.1	82.6	84.9
뉴질랜드	80.1	79.6	79.0	78.7	78.6	79.2	79.7	79.2
노르웨이	85.0	85.3	85.5	85.4	85.5	85.3	85.8	86.0
폴 란 드	70.7	70.7	70.0	69.8	69.5	71.5	71.8	72.3
포르투갈	66.9	61.8	66.2	66.3	66.3	61.5	61.0	64.5
슬로바키아	74.2	80.2	79.7	80.4	79.9	80.1	79.8	80.4
슬로베니아	71.4	71.1	71.7	72.7	72.2	72.9	72.8	72.4
스 페 인	71.0	70.3	71.2	71.1	70.6	70.4	70.6	73.3
스 웨 덴	84.0	84.0	83.3	83.4	83.7	85.1	84.9	85.9
스 위 스	67.0	66.1	63.4	62.8	63.6	64.4	66.8	69.7
터 키	78.4	77.6	78.1	78.4	77.7	77.4	77.9	78.8
영 국	79.2	79.4	79.4	79.5	78.8	77.8	78.5	82.8
미 국	48.9	82.6	84.6	84.5	84.5	84.7	82.7	84.8
평 균	72.6	73.3	73.6	73.8	73.6	73.8	74.1	76.3

주) 자료: OECD Health Statistics

6. 통계의 이용자 서비스

6-1 통계공표 방법

- 통계청 KOSIS (<http://kosis.kr>): 보고서 파일 제공

검색어 "건강보험환자"에 대한 통합검색 결과는 82건입니다.

상세검색 | 최신일자 | 검색 | 통계선택

기간: ☒ 전체 ☐ 최근 5개월 ☐ 최근 1년 ☐ 최근 3년 ☐ 최근 5년 ☐ 국경일입력

영역: ☒ 전체 ☐ 세종 ☐ 조서명 ☐ 분류 ☐ 일목 ☐ 주역

지자체별 통계: ☒ 포함 ☐ 미포함

기간검색:

고급검색: 하나 이상 포함된 단어(1) 제외하는 단어(0) * 단어를 2개 이상 입력할 때에는 사이에 공백()을 넣어주세요.

통계명:

건강보험환자 진료비 실태조사: 파일 2015년 건강보험환자 진료비 실태조사
- 위치: 국민건강보험공단 > 건강보험환자 진료비 실태조사 > [건강보험환자 진료비 실태조사](#) (2015 ~ 2015)

건강보험환자 진료비 실태조사: 파일 2015년 건강보험환자 진료비 실태조사
- 위치: 보건 복지 > 보건 > 건강보험환자 진료비 실태조사 > [건강보험환자 진료비 실태조사](#) (2015 ~ 2015)

건강보험환자 진료비 실태조사: 파일 2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사
- 위치: 보건 복지 > 보건 > 건강보험환자 진료비 실태조사 > [건강보험환자 진료비 실태조사](#) (2014 ~ 2014)

건강보험환자 진료비 실태조사: 파일 2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사
- 위치: 국민건강보험공단 > 건강보험환자 진료비 실태조사 > [건강보험환자 진료비 실태조사](#) (2014 ~ 2014)

건강보험환자 진료비 실태조사: 파일 2013년도 건강보험환자 진료비 실태조사
- 위치: 보건 복지 > 보건 > 건강보험환자 진료비 실태조사 > [건강보험환자 진료비 실태조사](#) (2013 ~ 2013)

건강보험환자 진료비 실태조사: 파일 2013년도 건강보험환자 진료비 실태조사
- 위치: 국민건강보험공단 > 건강보험환자 진료비 실태조사 > [건강보험환자 진료비 실태조사](#) (2013 ~ 2013)

건강보험환자 진료비 실태조사: 파일 2012년 건강보험환자 진료비 실태조사
- 위치: 보건 복지 > 보건 > 건강보험환자 진료비 실태조사 > [건강보험환자 진료비 실태조사](#) (2012 ~ 2012)

건강보험환자 진료비 실태조사: 파일 2012년 건강보험환자 진료비 실태조사
- 위치: 국민건강보험공단 > 건강보험환자 진료비 실태조사 > [건강보험환자 진료비 실태조사](#) (2012 ~ 2012)

- 국민건강보험공단 홈페이지 (<http://nhis.or.kr>): 보고서 파일 및 보도자료 제공

h-well 국민건강보험

민원여기요 건강IN 정책센터 **국민과함께** 공단요모조모

국민과함께 > 정보공개 > 사전정보공개 > 기타사무 정보 > 연구자료실 > 일반자료

정보공개

사전정보공개

- 국민생활 정보
- 고액·상습 체납자 공개
- 법령/업무기준 정보
- 통계 정보
- 기타사무 정보**
- 사업실명제

정보목록

정보공개청구

공공데이터 제공

공시송달

통합공시

기타사무 정보

사전정보공개란

국민들의 알권리 보장을 위하여 국민생활에 영향 큰 정책정보, 대규모 예산사업 정보 등 필요한 정보에 대해 공개의 구체적 범위, 공개의 주기·시기 및 방법 등을 미리 정하여 공표하는 것을 말합니다. (공공기관 정보공개에 관한 법률 제7조)

용어사전	일반행정 관련정보	연구자료실	국회관련정보	대외수감결과
차제감사결과 모범사례	자금운용정보			

연구보고서 **일반자료**

총 96건 (1/10 페이지)

번호	제목	등록일	첨부
96	2020년도 건강보험환자 진료비 실태조사	2022.01.11	첨부

7. 통계 설명자료 제공

7-1 통계 설명자료 소재정보

- 통계청 KOSIS(<http://kosis.kr>)를 통한 통계결과표 및 메타정보 공개
 - 작성기관 및 부서, 조사목적 및 활용, 작성유형, 조사대상, 조사항목, 공표주기 및 범위, 조사기간, 주요 용어해설, 자료수집방법, 조사체계, 승인내역, 조사관리, 표본설계 등
- 보고서 인쇄본 및 파일(KOSIS, 국민건강보험공단 홈페이지 등에 업로드) 내용에 주요 메타정보 서술

8. 마이크로데이터 생성·관리

☐ 해당사항 없음

- 본 조사 자료는 환자 진료내역 및 요양기관 운영상의 비밀 등 개인정보를 포함하고 있으며, 조사 협조에 동의한 기관에 한해 자료를 수집할 수 있어 전적으로 표본 요양기관의 협조에 의해 조사가 진행되고 있음. 이에 요양기관에 자료 요청 시 **조사자료를 주목적인 건강보험 보장을 산출 등 건강보험 보장성 강화정책 수립·평가를 위한 연구외의 용도로는 사용하지 않음을 전제로 하여 자료를 수집하고 있어, 마이크로데이터 제공이 불가함**

9. 자료 수집, 처리 및 보관 과정의 비밀보호

☐ 조사매뉴얼

- 건강보험환자 진료비 실태조사는 국가승인통계(승인번호 제350005호)이며, 또한 통계법(제33조, 제34조)으로 비밀이 보장된다는 사실과 이 조사의 내용은 통계작성 이외에는 절대로 사용하지 않으며, 의료기관이나 약국을 구별할 수 있는 정보는 발표되거나 공개되지 않음을 고지하게 함

☐ 조사표

- “본 조사는 국민건강보험법(제96조제1항)과 동법 시행령(제69조의2)에 의거하여 작성된 통계이며, 조사표에 기재된 내용은 개인정보 보호법(제18조)에 의해 비밀이 보장됩니다” 문구 명시

☐ 조사원 채용시 정보보안서약서 작성

- 본 연구를 수행하는 과정에서 취득한 개인정보에 대해 업무수행 중은 물론 종료 후 정보 소유자의 승인 없이 자신 또는 제3자를 위하여 사용하지 않는다.
- 본 연구의 정보를 개인적인 목적이나 이익을 위하여 사용하지 않으며, 허가된 용도로만 사용하고 불법으로 유출, 변조하거나 저장하지 않는다.
- 본 연구가 완료되거나 사업을 수행할 수 없게 된 경우, 그 시점에 본인이 보유하고 있는 관련 자료를 즉시 비급여관리실에 반납하며 비밀유지 의무를 부담한다.
- 위 사항을 이행하지 않았을 경우 보안관계 제법 규정에 의거 처벌받음은 물론 민·형사상 책임과 관련한 어떠한 제재조치를 취하여도 이의를 제기하지 않을 것이며, 국민건강보험공단에 끼친 손해에 대해 변상, 복구할 것을 서약

10. 공표자료의 비밀보호

10-1 공표 자료 또는 마이크로데이터 제공 과정에서 응답자 식별가능성 제거

- 공표 자료에서의 응답자 식별가능성 제거
 - 공표 자료는 요양기관 전체 및 종별, 특정 질환별, 환자 연령 구간별 등 단위의 통계로, 개별 응답자(특정 요양기관 혹은 특정 환자 진료건 등)를 식별할 수 있는 형태의 지표는 산출 및 제공하지 않음

☐ 마이크로데이터 제공과정에서의 응답자 식별가능성 제거

- 마이크로데이터를 제공하지 않음

11. 자료 보안 및 접근제한

11-1 자료 유실, 유출, 훼손 등을 예방하기 위한 자료보안 관련 지침이나 조치

☐ 자료 수집

- 진료비 실태조사 자료 통합관리시스템 구축
 - 진료비 실태조사 자료 통합관리시스템을 구축하여 조사자료 송·수신 시스템을 통해 조사자료 파일 업로드 시 바이러스, 악성코드 검사 및 적합성 검사를 진행하도록 하였고, 파일 송수신 완료시 암호화하여 DB에 저장되어 개인정보유출 방지 또한 총괄담당자의 권한체계를 마련하여 지정된 담당자만 조회 및 관리할 수 있도록 함

☐ 자료 처리 및 보관

- 내부 보안 서버에 연구자만 접근할 수 있는 형태로 자료 처리 및 보관
 - 표본기관에서 최초 제출한 자료는 자료 검증 및 분석 완료 시 폐기하며, 검증 완료된 분석용 데이터를 통계분석 프로그램(SAS) 파일 형태로 별도 구축하여 내부 보안 서버에 보관함
 - 자료 분석 시 서버에 업로드된 파일을 이용하여 훼손 위험이 없고, 자료 유출 등을 방지하기 위해 분석을 담당하는 소수의 필수인력만이 접근할 수 있도록 조회 및 이용 자격이 제한되어있음
 - 또한 ‘개인정보보호법 제18조’ 및 ‘공공기관의 정보공개에 관한 법률 제9조 제1항 제5호’ (내부 법률자문 결과, 2014.4.30.)에 의하여 연구자 이외의 외부에는 자료를 일절 제공하지 않고 있음

Ⅶ. 통계기반 및 개선

1. 기획 및 분석 인력

1-1 통계 기획 및 분석 인력

- 담당부서
 - 국민건강보험공단 비급여관리실 보장성평가센터
- 담당인력
 - 연구직 4명, 일반직 3명, 업무지원직 1명
- 업무 관련 전공자 이력
 - 의학전산통계학 박사(1명), 경제학 박사(1명), 통계학 석사(1명), 보건행정학 석사(1명), 통계학 학사(2명), 보건행정학 학사(1명)

1-2 최근 1년간 통계 관련 교육과정 이수 내역

☐ 통계교육 이수 이력

- 품질진단 교육 이수
 - 통계청 자체통계 품질진단 교육 매년 이수(참석인원: 1~2명)
 - 최근 3년간 통계관련 교육 이수 이력
 - SAS SQL 1: 기초(1명), SAS 입문(2명)
 - SAS Programming 3: 고급 기법(2명)
 - SAS 기초통계분석(1명)
- ※ 2023.12.31. 기준

2. 통계위탁 조사

☐ 외부위탁 통계 생산 불가

- 진료비 실태조사는 건강보험 보장률 산출과 보장성 강화정책 마련을 위해 실시하는 것으로 조사의 연속성 및 일관성과 요양기관의 신뢰 유지를 위하여 2005년부터 매년 비급여관리실에서 자체 조사를 실시하고 있음
- 또한, 진료비 실태조사 자료는 요양기관에서 발생된 환자의 개인정보 및 진료비 내역 등의 전산자료를 제출받는 것으로 「개인정보 보호법」 제18조에 의해 보호·관리 되어지는 민감정보이므로 외부 위탁하여 생산할 수 없으며, 생산된 통계자료는 내부 직원 외에 접근 불가함

3. 통계 품질관리 및 개선

3-1 정기통계품질진단 결과에 따른 개선 과제 이행 내역

- 2010년도 건강보험환자의 진료비 실태조사 표본추출 연구 용역
 - 통계청 품질진단보고서 주요 지적 사항: 전체 보장률 신뢰구간 제시, 층별 목표오차에 따른 표본크기 계산 방식 개선

- 층화기준과 표본크기 계산 방식 등을 개선하고 분산 추정식을 제시

제 목 : 착수보고회 (1차)	제 출 문
일 시 : 2011년 6월 23일(목) 오전 10:30 ~ 12:30	
참석자 (총8명)	국민건강보험공단 이사장 귀하
· 건강보험연구원: 최영순 연구위원, 박민정 부연구위원, 김가영 부연구위원, 정의신 부연구위원, 태윤희 주임연구원 · 보험급여실: 허수정 차장, 조선 주임 · 수원대학교 산학협력단 - 책임연구원: 통계정보학과 박진우 교수	본 보고서를 “2010년도 건강보험환자의 진료비 실태조사 표본추출 연구 용역”의 최종 연구결과물로 제출합니다.
<주요 논의내용>	2011년 12월
· 본 연구의 범위, 내용, 수행방법, 일정 등 연구계획 소개 - 기존 표본설계 내용 및 관련 문헌 검토 - 기존 조사 자료분석: 표본오차 수준 파악 - 합리적인 표본크기 및 층화 방안 - 추출틀 작성 방안	계약기관 수원대학교산학협력단
· 연구 관련 주요 용어 및 개념에 대한 의사소통 - 건강보험실태조사에 사용되는 주요 용어, 개념에 대해 표본설계 연구팀이 건강보험연구원의 연구위원들로부터 명확하게 설명을 들음 - 기타 연구와 관련하여 서로 이해하고 있는 바에 대해 소통	연구진
· 연구 수행계획과 관련된 건강보험공단 측의 요구사항 전달 - 조사병원 대체로 인한 영향 검토 바람 - 표본설계 각 단계별 의사결정 과정에서 필요한 기초 분석 결과 상세히 정리할 것 - 이론적 엄밀성과 실무단계 적용 가능성 동시에 고려해야 함 - 통계청 품질진단보고서 지적에 대한 대응방안을 구체적으로 설명해야 함 - 향후 일정에 관한 의견 교환	책임연구원 연구보조원

○ 건강보험환자 진료비 실태조사 세부 보장성 지표 산출을 위한 가중치 부여 방안 연구 (2015년도)

- 층화, 가중치, 추정방법에 대한 제안, 프로그램 매뉴얼 작성, 비추정방법 대안으로 회귀추정방법 검토
- 비추정방법 대체 방안으로 회귀추정방법 검토결과 타당성 확인 불가

○ 건강보험환자 진료비 실태조사 신뢰도 및 정확성 제고 방안 연구(2020년도)

- 2018년 정기통계품질진단 바탕으로 품질 향상, 신뢰성 제고 방향 연구
- 상급종합병원은 고정표본을, 종합병원은 순환표본, 나머지 일반 병의원은 독립표본 제안
- 상급종합병원과 종합병원 중 일부 요양기관과의 업무협약을 통해 표본 유지

연구용역보고서 초록

관 리 번 호	2015-2-0010	연구기간	2015년 7월 ~ 12월
연구 과 제 명	(한글) 건강보험환자 진료비 실태조사 세부보장성 지표산출을 위한 가중치 조정방안 연구 (영문) A study of weighting adjustment method for calculating of detailed coverage index of National Health Insurance Patient medical expenses survey		
연구책임기관	연구인력	총 5명	
요 약			
본 연구는 건강보험 환자의 진료비 실태조사를 통해 건강보험 보장률을 추정하는 과정에서 기존 실태조사 가중치의 타당성을 검토하고, 추정과정에서 개선이 필요한 사항을 제안하는 것을 목적으로 함. 본 연구에서는 다음과 같은 사항을 검토하고, 제안하였음. 1. 층화 방법 기존의 실태조사는 진료비를 기준으로 층화하고 있으며, 이러한 층화 기준의 적절성을 검토하였고, 본 연구에서는 병상수, 의사수 등과 같은 요양기관별 특성을 추가적으로 고려하는 방안을 제시하였음. 2. 가중치 조정 기존의 보장률 산출방법은 요양기관의 층별 규모에 따른 가중치를 기반으로 보장률을 비추정한 후 요양기관 총별 진료비 비중을 고려하여 보장률을 조정하여 최종 보장률을 산출하고 있음. 본 연구에서는 기존의 방법과 진료비 기준의 가중치 및 실수진자 기준의 가중치를 별도로 산정하여 보장률 추정방법을 제안하였음. 3. 추정방법 도메인(영역)별 추정방법을 제안하였고, 그에 대한 타당성을 표준오차의 규모로 평가하고, 가중치 조정 방법과 추정방법을 프로그램으로 제시하였음.			
색인어	한글	층화, 가중치, 비추정, 도메인추정	
	영어	stratification, weight, ratio estimation, domain estimation	

연구용역보고서 초록

관리번호	2020-2-0012	연구 기간	2020년 6월 24일 ~ 2020년 12월 24일
연구 과제명	(한글) 건강보험환자 진료비 실태조사 신뢰도 및 정확성 제고 방안 연구 (영문) A study on improving reliability and precision of Survey on the Benefit Coverage Rate of National Health Insurance		
연구책임자 (연구기관)	연구인력	총 7명	연구 용역비 43,636천원
요 약			면수 118
1. 신뢰성 및 정확성 - (신뢰성) 실사 과정 신뢰성 지표인 응답률은 매년 증가하여 2019년 기준 68%이며, 모수에 근사한 통계량 산출을 위해 가중치와 조정계수를 통한 표본오차를 감소시키고 있으며, 의료패널과의 연계분석을 통해 처리 오차 등을 관리함 - (정확성) 변동계수를 통해 추정량의 정확성(precision)을 평가한 결과 현행 표본 크기에서 요양기관 종과 진료과목을 교차하는 보장성 지표는 정확함 2. 시의성 개선방안 - 보장성 지표는 정책 평가지표로 국민과 정책당국, 유관기관에서 관심을 가지나 통계로 공표 시점과 정책평가를 위한 시점 간에는 차이가 있음 - 월별 급여율 추이를 분석한 결과 중간시점에서의 통계와 확정통계의 오차가 0.2%p 이내 일 것으로 보임 3. 정책 활용성 제고를 위한 지수화 - 보장성 지표는 다양한 외생효과가 발생할 수 있으나 라스펠라레 지수를 통해 보장률으로써 정책의 순수 효과를 산출할 수 있음 4. 조사방식 개선 - 보장성 지표는 시계열적 비교가 필요하여 고정 표본을 고려할 수 있으나 규모가 작은 요양기관의 개업 및 폐업 비율이 높아 상급종합병원의 경우는 고정 표본으로, 종합병원은 순환표본, 그 외 요양기관은 독립표본으로 유지 5. 데이터 제공 - 세분화된 주제에 대해 이미 이용자에게 통계를 제공하고 있고, 그 외의 주제에 대한 통계 산출은 왜곡된 결과를 생산하기 때문에 원시 자료제공은 바람직하지 않음			
색인어	한글	건강보험환자 진료비 실태조사, 신뢰성, 정확성, 외생효과	
	영어	Survey on the Benefit Coverage Rate of National Health Insurance, Reliability, Precision, Exogenous effect	

□ 분류별 개선 사항

<표 6-1> 통계 품질관리 및 개선 내역

구분	개선 사항	개선 시기
건강보험 보장률 세부지표 산출	조사대상 표본기관수 확대 (1,413개 → 2,421개)	▶ 2014년(1,413) 2015년(1,825) 2016년(1,845) 2017년(2,000) 2018년(2,105) 2019년(2,209) 2020년(2,319) 2021년(2,421) 단계적으로 시행
	2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사 사업 확대 실시 - 건강보험환자 진료비 실태 조사표 구조변경 및 항목 추가 * 영수증 양식변동사항 반영, 전액본인부담금 및 본인일부부담금 별도 수집 및 분석	▶ 2015년 4월
	- 조사대상 기간 확대 (1개월→12개월 자료 단계적 추진예정) ‘14년 1,413기관 12월 발생 진료 총 467만 건 분석 → ‘15년 1,825기관 6월 및 12월 발생 진료 총 1,025만 건 분석	▶ 2015년, 2016년도 건강보험환자 진료비 실태조사
건강보험 보장률 변동 요인 및 비급여 세부내역 파악	비급여 세부항목 분석을 통한 보장성지표 다양화 방안 연구	▶ 2014년 12월
	2015년도 건강보험환자 진료비 실태조사 세부보장성 지표 산출을 위한 가중치 부여방안 연구	▶ 2016년 8월
진료비 실태조사 업무효율성 제고	- 건강보험환자 진료비 실태조사 자료수집 및 상담업무 개선 - 조사자료 수집 및 상담업무전담 전문 인력 구성	▶ 2016년 1월
	- 진료비 실태조사 통합관리 시스템 구축 - 조사대상 기관의 자료제출 편의성 마련 및 보안성 개선, 업무의 효율성 제고를 위한 정보시스템 구축	▶ 2017년 2월

※ 참고사항

1. 국제기준 또는 권고안

□ 유사 국제 통계 산출기준

- 본 조사는 '건강보험'이라는 제도를 가진 우리나라의 상황에서 건강보험 보장성 강화 정책 수립 및 효과평가를 위해 관리되는 특수한 통계지표로, 명확한 국제기준 또는 권고안은 존재하지 않아 유사한 형태의 국제 통계인 'OECD 경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율'의 산출 기준을 제시함

- OECD Health Statistics: 경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율(Government and compulsory health insurance schemes, % of current expenditure on health)

※ 소재인터넷주소: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

$$\text{경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율} = \frac{A + D_1}{A + B + C + D}$$

경상의료비(Current Health Expenditure)				
개인의료비(Personal Health Expenditure)			집합보건의료비(D)	
정부·의무가입제도(A)	민간재원(B+C)		정부의무가입제도(D ₁)	민간재원(D ₂)
급여비(A)	법정본인부담금(B)	기타본인부담금(C)		
건강보험급여비(A ₁)	건강보험(B ₁)	건강보험(C ₁)		
의료급여급여비(A ₂)	의료급여(B ₂)	의료급여(C ₂)		
산재보험급여비(A ₃)		산재보험(C ₃)		
노인장기요양보험(A ₄)	노인장기요양보험(B ₄)	노인장기요양보험(C ₄)		
자동차보험(A ₅)		자동차보험(C ₅)		
(건강검진, 요양비 등)				

□ 동일통계 외국자료

- 본 조사는 '건강보험'이라는 제도를 가진 우리나라의 상황에서 건강보험 보장성 강화 정책 수립 및 효과평가를 위해 관리되는 특수한 통계지표로 국제비교가 불가능함. 유사통계로 '경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율'을 제시할 수 있으나 두 지표를 직접 비교하는 것은 무리가 따름

□ 주요국 유사 통계

- OECD Health Statistics: 경상의료비 중 정부·의무가입제도 재원 비율(Government and compulsory health insurance schemes, % of current expenditure on health)

※ <표 8-10> 연도별 유사통계 주요 내용('13~'20) 참고

2. 기타 문헌

□ 관련 문헌

- 현대성·김민지·박영용·이유진·백지아·홍민희·최나영·박근희·김주혜·김경남·윤민주·장종원·서남규(2022) 「2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 국민건강보험공단 ... 2007년부터 매년 발간
 - 소재 인터넷 주소: www.nhis.or.kr
- 김윤희(2017) 「건강보험 보장성 강화대책 재정추계」, 국회예산정책처
 - 소재 인터넷 주소: www.nabo.go.kr
- 김대환(2017) 「효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안」, 보험연구원
 - 소재 인터넷 주소: www.kiri.or.kr
- 김대중·김영애·이수형·서제희·김진호(2016) 「건강보험 보장성 강화에 따른 의료공급자 행태변화 연구」, 한국보건사회연구원
 - 소재 인터넷 주소: www.kihasa.re.kr
- 김상우(2016) 「건강보험 보장성 강화정책 평가」, 국회예산정책처
 - 소재 인터넷 주소: www.nabo.go.kr
- 보건복지부(2015) 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화정책」
 - 소재 인터넷 주소: www.mohw.go.kr
- 건강보험심사평가원(2015) 「HIRA정책동향(제9권 3호) - 건강보험 보장성 강화정책의 성과와 과제」
 - 소재 인터넷 주소: www.hira.or.kr
- 김정덕·박해용(2015) 「급여 결정 신의료기술이 건강보험 급여율에 미치는 영향」, 국민건강보험공단 일산병원
 - 소재 인터넷 주소: www.nhimc.or.kr
- 김윤(2014) 「4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가」, 서울대학교
 - 소재 인터넷 주소: synapse.koreamed.org
- 권기현(2013) 「건강보험의 보장성 강화가 민간의료보험 시장에 미치는 영향」, 국회예산정책처 연구용역
 - 소재 인터넷 주소: www.nabo.go.kr
- 정형선(2013) 「건강보험 보장성 강화에 따른 재정소요 추정 및 지불보상체계, 수가계약방식의 개선방안」, 국회예산정책처 연구용역
 - 소재 인터넷 주소: www.nabo.go.kr
- 국가재정운영계획 보건복지 분과위원회(2013) 「2013~2017 국가재정운영계획(보건복지분야 보고서)」
 - 소재 인터넷 주소: www.kdi.re.kr
- 이은경(2013) 「4대 중증질환 보장성 확대정책에 대한 소고」, 한국조세재정연구원
 - 소재 인터넷 주소: www.kipf.re.kr
- 김대환·황진태·이창우·김동겸·이상우(2012) 「인구고령화에 따른 공사보험의 유기적 협력 방안」, 보험연구원
 - 소재 인터넷 주소: www.kiri.or.kr

3. 기타 사항

□ 계절성 관련 검토내역

- 공단 청구자료 분석을 통해 계절성 문제가 없음을 확인

- 계절별 또는 월별로 진료행태(상병 등)에 다소 차이가 있을 것으로 생각되나, 전체 진료비 분석을 통해 비율을 제시하는 조사의 특성상 계절에 따른 세부적인 진료행태의 차이가 주요 지표값에 유의미한 영향을 주지 않는 것으로 확인되었음
- 공단 청구자료를 월별로 분석하여 진료비, 급여율 등을 확인한 결과, 요양기관 종별·월별 진료비 규모 및 급여율이 유사한 수준인 것으로 확인되어 2개월(6월, 12월) 진료분 조사에 따른 계절성 문제는 우려할 만한 수준이 아닌 것으로 판단됨

□ 건강보험 보장률 지표 해석 시 유의점

- 본 조사는 전체 건강보험 보장률 산출을 주목적으로 표본설계가 이뤄져있으며, 추가적으로 요양기관 종별, 입원·외래, 세부진료과목별, 세부질환별, 인구·사회학적 변수별 보장률을 제시하고 있음
- 따라서 세부 건강보험 보장률은 편차가 클 수 있으므로 해석에 주의가 필요함
- 요양기관 종별, 입원·외래, 세부진료과목별, 세부질환별, 인구·사회학적 변수별 건강보험 보장률 산출시 현금급여를 제외하고 산출함
- 소득계층별 건강보험 보장률 산출시 건강보험료 소득 10분위를 기준으로 하였으며, 소득이 높을수록 보험료분위가 높아짐
- 각 세대에는 가입자 및 피부양자가 포함되어 있으며, 보험료 분위가 클수록 피부양률이 높아지는 경향이 있음