

「2024년도 건강보험환자 진료비 실태조사」 안내문

본 사업은 통계청에서 관리하고 있는 국가승인통계(승인번호 제350005호) '건강보험 보장률' 산출을 위하여 2005년부터 매년 실시하고 있습니다.

▶ 목적

- 건강보험환자가 치료목적으로 요양기관에 방문하여 발생한 전체 진료비(비급여 포함) 중 건강보험에서 부담하는 공단부담금을 파악, 건강보험 보장률 등을 추정하여 건강보험 정책을 평가하고 향후 정책수립을 위한 객관적인 근거자료로 활용합니다.

▶ 수집 내용

- 2024년 6월, 12월 의료기관을 방문한 모든 환자(입원/외래)의 진료비 내역(비급여 포함)

▶ 자료작성 및 제출 방법

① 청구 업체 프로그램을 사용하는 경우

- 청구 업체에 자료 생성 방법 문의
- 생성한 파일(.txt)을 의료기관이 직접 '진료비 실태조사 송수신시스템'에서 제출

② 병원 자체 청구 프로그램을 사용하는 경우

- 전산담당자와 협의하여 조사표 양식에 맞추어 파일 작성
※ (세부 작성요령) 진료비 실태조사 송수신시스템 → 공지사항 확인
- 작성한 파일(.txt) '진료비 실태조사 송수신시스템'에서 제출

③ 제출방법

- '요양기관정보마당' - '진료비실태' - '조사자료 송신'
※ 제출기한 추후 별도 유선 안내

▶ 인센티브 지급

- 자료 검증 후 요양급여비용 지급계좌로 지급될 예정입니다. ... '25.12월까지 지급예정
- 인센티브 지급 내역을 포함한 연간지급내역통보서는 '25.12월 말 요양기관 정보마당에서 확인 가능합니다.

▶ 참여 절차

조사 안내	자료 생성	자료 제출	인센티브 지급
대상 의료기관에 순차적으로 유선 안내	○ 청구 업체 협조 ○ 병원 전산담당 협조	(요양기관정보마당 → 진료비실태)	조사 참여 인센티브 지급

▶ 절차별 자세한 내용은 조사표에 포함된 작성요령 및 진료비실태조사 송수신시스템 공지사항 참고 바랍니다.

▶ 진료비 실태조사 문의(보장성평가센터) ☎ 033-736-2990



「2024년도 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(제69조의2)에 의거하여 귀 기관의 **2024년 6월, 12월 진료비 자료를** 수집하고자 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 정책 마련을 위한 기초 자료로 귀중하게 활용될 것이며, 연구 이외 다른 목적으로 사용되지 않습니다. 또한 본 조사 자료는 ‘개인정보 보호법(제18조)’에 의해 보호를 받습니다.

업무에 바쁘시더라도 안내 기일까지 자료가 제출될 수 있도록 적극 협조해주시면 감사하겠습니다.

국민건강보험공단

- ▶ 조사 자료 작성은 귀 기관에서 사용하고 있는 전산청구프로그램에 따라 다를 수 있으니 ‘조사표 작성요령’ 및 ‘Q&A’를 참고하시기 바랍니다. (14페이지 Q4 참조)
- ▶ 제출 방법: **요양기관 정보마당**(<https://medicare.nhis.or.kr/portal/index.do>)에 접속하여 공인인증서 로그인 후 **진료비실태조사 송수신시스템**을 통하여 등록해 주시길 바랍니다. (5페이지 참조)
- ▶ 자료작성 관련 문의사항은 아래 번호로 연락주시기 바랍니다.
☎ **전화번호: (033)-736-2990 / 팩스번호: (033)-749-9683**
- ▶ **제출기한: 별도 유선 안내**
※ 조사 관련내용은 진료비실태조사 송수신시스템 - ‘공지사항’에서도 확인할 수 있습니다.

I. 치 과 병·의 원 조 사 표

A. 일반 항목

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

B. 진료비 세부항목

항목		급여			비급여	
		일부 본인부담금		전액본인부담금 (100:100)		
		본인부담금	공단부담금			
기본 항 목	(가). 진찰료	①⑦	④③	⑥⑨	⑨④	
	(나). 입원료	①⑧	④④	⑦⑦	⑨⑤	
	(다). 식대	①⑨	④⑤	⑦①	⑨⑥	
	(라). 투약 및 조제료	②⑦	④⑥	⑦②	⑨⑦	
	(마). 주사료	②①	④⑦	⑦③	⑨⑧	
	(바). 마취료	②②	④⑧	⑦④	⑨⑨	
	(사). 처치 및 수술료	②③	④⑨	⑦⑤	①⑦⑦	
	(아). 검사료	②④	⑤⑦	⑦⑥	①⑦⑧	
	(자). 영상진단료	②⑤	⑤①	⑦⑦	①⑦⑨	
	(차). 방사선치료료	②⑥	⑤②	⑦⑧	①⑧③	
	(카). 치료재료대	②⑦	⑤③	⑦⑨	①⑧④	
	(타). 재활 및 물리치료료	②⑧	⑤④	⑧⑦	①⑧⑤	
	(파). 정신요법료	②⑨	⑤⑤	⑧①	①⑧⑥	
	(하). 전혈 및 혈액성분제제료	③⑦	⑤⑥	⑧②	①⑧⑦	
선택 항 목	(가). CT 진단료	③①	⑤⑦	⑧③	①⑧⑧	
	(나). MRI 진단료	③②	⑤⑧	⑧④	①⑧⑨	
	(다). PET 진단료	③③	⑤⑨	⑧⑤	①⑨⑦	
	(라). 초음파진단료	③④	⑥⑦	⑧⑥	①⑨①	
	(마). 보철·교정료	틀니	③⑤	⑥①	⑧⑦	①⑨②
		임플란트	③⑥	⑥②	⑧⑧	①⑨③
		그 외 기타	③⑦	⑥③	⑧⑨	①⑨④
	(바). 선택진료료	-	-	-	①⑨⑤	
기 타 항 목	(가). 선별급여 (시행령별표2제4호의 요양급여)	③⑧	⑥④	-	-	
	(나). 65세 이상 등 정액	③⑨	⑥⑤	⑨⑦	-	
	(다). 정액수가(요양병원)	④⑦	⑥⑥	⑨①	-	
	(라). 포괄수가진료비	④①	⑥⑦	⑨②	-	
	(마). 기타	④②	⑥⑧	⑨③	①⑨⑥	

C. 항목별 합계 및 기타항목

항목	급여			비급여
	일부 본인부담금		전액본인부담금 (100:100)	
	본인부담금	공단부담금		
(가). 소계	⑪⑦	⑪⑧	⑪⑨	⑪⑫
(나). 합계	⑫①=⑪⑦+⑪⑧+⑪⑨+⑪⑫			
(다). 상한액 초과금	⑫②			

II. 치 과 병·의 원 조 사 표(상세내역)

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	상세내역 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

Ⅲ. 치 과 병·의 원 추가 조 사 표

요양기관기호		담당자	연락처			
①		②	③			
항목구분		환자구분	치료목적(1)		비용목적(2)	
			건수	총 비용	건수	총 비용
선택항목 (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
기타항목 (마). 기 타	충전치료	건강보험	㊴	㊵	㊶	㊷
		의료급여	㊸	㊹	㊺	㊻
		기타환자	㊼	㊽	㊾	㊿
	기타	건강보험	㊿	㊻	㊼	㊽
		의료급여	㊾	㊿	㊻	㊼
		기타환자	㊿	㊻	㊼	㊽

[I.치과 병·의원 조사표 작성요령]

◆ 공통사항

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

나. 작성대상 기간

- (1) 입원: 2024년 6월, 12월 퇴원환자 (입원일자에 상관없이 6월, 12월에 퇴원한 환자에 대해 입원기간 전체에 해당하는 내역 작성)
- (2) 외래: 2024년 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 종별가산 금액은 각 항목의 진료비에 포함하여 작성

라. 자료 제출 양식

위 조사표 내용을 **텍스트파일로 저장한 후 진료비실태조사 송수신시스템**에 로그인하여 제출(요양기관정보마당 접속 → 공인인증서로그인 → 우측상단 ‘진료비실태’ 메뉴 클릭 → 데이터 등록 → 최종완료)

- (1) 파일명: 요양기관기호.txt (예, 12345678.txt): 한 요양기관에서 여러 개의 파일로 송부 시에는 요양기관기호 뒤에 _1, _2 등으로 일련번호 부여함 (예, 12345678_1.txt, 12345678_2.txt)
- (2) 항목 간 구분자: | (파이프라인, 보통 키보드의 #위에 위치함 → shift+#)
- (3) 자료 입력 순서는 반드시 제시된 항목의 순서와 일치하도록 작성해야 함
(예, ①요양기관기호, ②종별, ③서식, ④환자성명 ⑫상한액 초과금)
- (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	12345678.txt
파일내용	12345678 0 1 김건이 7..... 20240629 3 12345678 3 2 김강이 7..... 20241224 1

마. 자료 제출 방법

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

기본정보	코로나19	자격확인	산정특례	치과치료	금연치료	임신출산	의료급여
		채권현황	일치만성질환	요양병원	노안장기	주치의	진료비실태
연간지급	전체메뉴	(시범)진료지원	비급여보고	요양병원간병지원	건강생활실천지원금제	건강경차	

진료비실태

• 조사자료송신

[요양기관 정보마당 메인화면]

- (2) 진료비 실태조사 송수신시스템 접속



[진료비실태조사 송수신시스템 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) 첨부파일을 업로드 하는 경우 → ①파일추가, ②파일전송, ③적용 클릭

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 주수술코드 |
| ⑦ 퇴원일자 | ⑮ 산정특례 진료여부 |
| ⑧ 야간(공휴일)진료 | ⑯ 상세내역 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 → 20240601
- ⑦ **퇴원일자**: 입원의 경우 퇴원일자를 일자별로 기재 예시) YYYYMMDD → 20240601
- 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 ④①·⑥⑦·⑨②란에 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 **상세내역 조사표 Key 값**: 영수증 단위로 본조사표 및 상세내역 조사표에 동일한 일련번호 부여

B. 진료비 세부항목

[자료 구성 내역]					
항목		급여진료비(요양급여) 내역		비급여 진료비 내역	
		본인부담금·공단부담금·전액본인부담금			
기본 항목	(가)	진찰료	①⑦·④③·⑥⑨	진찰료	⑨④
	(나)	입원료	①⑧·④④·⑦⑩	입원료	⑨⑤
	(다)	식대	①⑨·④⑤·⑦①	식대	⑨⑥
	(라)	투약 및 조제료	②⑦·④⑥·⑦②	투약 및 조제료	⑨⑦
	(마)	주사료	②①·④⑦·⑦③	주사료	⑨⑧
	(바)	마취료	②②·④⑧·⑦④	마취료	⑨⑨
	(사)	처치 및 수술료	②③·④⑨·⑦⑤	처치 및 수술료	⑩⑦
	(아)	검사료	②④·⑤①·⑦⑥	검사료	⑩⑧
	(자)	영상진단료	②⑤·⑤①·⑦⑦	영상진단료	⑩⑨
	(차)	방사선치료료	②⑥·⑤②·⑦⑧	방사선치료료	⑩⑩
	(카)	치료재료대	②⑦·⑤③·⑦⑨	치료재료대	⑩⑪
	(타)	재활 및 물리치료료	②⑧·⑤④·⑧①	재활 및 물리치료료	⑩⑫
	(파)	정신요법료	②⑨·⑤⑤·⑧②	정신요법료	⑩⑬
	(하)	전혈 및 혈액성분제제료	③①·⑤⑥·⑧③	전혈 및 혈액성분제제료	⑩⑭
선택 항목	(가)	CT 진단료	③①·⑤⑦·⑧③	CT 진단료	⑩⑯
	(나)	MRI 진단료	③②·⑤⑧·⑧④	MRI 진단료	⑩⑰
	(다)	PET 진단료	③③·⑤⑨·⑧⑤	PET 진단료	⑩⑱
	(라)	초음파 진단료	③④·⑥①·⑧⑥	초음파 진단료	⑩⑲
	(마)	틀니 보철·교정료 임플란트 그 외 기타	③⑤·⑥①·⑧⑦	틀니	⑩⑳
			③⑥·⑥②·⑧⑧	보철·교정료	⑩㉑
			③⑦·⑥③·⑧⑨	임플란트	⑩㉒
(바)	－	－	선택진료료	⑩㉓	
기 타 항목	(가)	선별급여(시행령별표2제4호)	③⑧·⑥④	－	－
	(나)	65세 이상 등 정액	③⑨·⑥⑤·⑨①	－	－
	(다)	정액수가(요양병원)	④①·⑥⑥·⑨②	－	－
	(라)	포괄수가진료비	④①·⑥⑦·⑨②	－	－
	(마)	기타	④②·⑥⑧·⑨③	기타	⑩㉔

<기본항목>

(가)진찰료: 급여 진찰료는 ①⑦·④③·⑥⑨에 기재하고, 비급여 진찰료는 ⑨④에 기재함

(나)입원료: 급여 입원료는 ①⑧·④④·⑦⑩에 기재하고, ⑨⑤에는 병실료차액 합계치를 기재함

(다)식대: 급여 식대는 ①⑨·④⑤·⑦①에 기재하고, 환자의 선택에 의한 비급여 식대는 ⑨⑥에 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 ~ (라)초음파 진단료: 각 해당항목에 발생된 비용을 기재함

(마)보철·교정료: 틀니, 임플란트, 그 외 기타로 발생되는 보철 및 교정료를 각각 구분하여 기재함

(바)선택진료료: 진찰, 처치 및 수술, 검사 등에서 발생한 선택진료비를 모두 합하여 ⑪번에 기재함

<기타항목>

(가)선별급여: 국민건강보험법 시행령 별표2 제4호에 따른 요양급여로서 4대 중증질환 진료 중 '척수강내 약물주입펌프이식술' 등과 같은 **선별급여 항목으로 급여를 받은 금액**을 기재함

(나)65세이상등 정액: 요양병원에서 발생하는 정액수가를 제외한 65세 이상 환자가 의원급 기관을 방문하였을 때 발생하는 정액수가, 혹은 말기 암 환자의 완화의료 정액수가 등을 기재하고 비급여 진료비가 발생한 경우에는 비급여란 각 항목에 기재함

(다)정액수가(요양병원): 요양병원에서 발생하는 정액 급여진료비를 기재하고, 비급여 진료비가 발생한 경우에는 비급여란 각 항목에 기재함

(라)포괄수가진료비: 포괄수가 진료비 해당 환자의 경우 ⑩번 질병군(DRG)번호에 코드를 기입하고 포괄수가 진료비를 ④①·⑥⑦·⑨②란에 구분하여 기재함. 포괄수가 진료비 외 타 진료료가 혼합된 경우 급여 또는 비급여란에 동일하게 각 항목별로 진료비를 기재함

(마)기타: 위의 항목에 포함되지 않는 진료비 등이 발생한 경우 급여란과 비급여란의 (마). 기타란 ④②·⑥⑧·⑨③·⑪⑥에 기재함

C. 항목별 합계 및 기타항목

[자료 구성 내역]			
(가)	소계(급여 부분)	⑪⑦·⑪⑧·⑪⑨	소계(비급여 부분) ⑪⑩
(나)	합계	⑪⑫ = ⑪⑦ + ⑪⑧ + ⑪⑨ + ⑪⑩	
(다)	상한액 초과금	⑪⑫②	

(가)소계: 기본항목의 (가)진찰료에서부터 기타항목의 (마)기타란까지의 본인부담금, 공단부담금, 전액본인부담금(100:100), 비급여 진료비의 합계금액을 ⑪⑦·⑪⑧·⑪⑨·⑪⑩란에 각각 기재

(나)합계: (가)란의 소계금액을 모두 합한 금액 ⑪⑫ = ⑪⑦ + ⑪⑧ + ⑪⑨ + ⑪⑩

(다)상한액 초과금: 해당 요양기관에서 발생한 연간 본인일부부담금이 최고상한액('24년, 808만원, 요양병원 120일 초과 입원의 경우 1,050만원)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

[II. 치과 병·의원 조사표(상세내역) 작성요령]

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| ① 항목구분 | ②5 본인부담금 |
| ①8 급여구분 | ②6 공단부담금 |
| ①9 코드구분 | ②7 전액본인부담금(100:100) |
| ②0 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 ~ ①6 상세내역 조사표 key 값: p6. A. 일반항목 작성요령 참고

①7 항목구분: 진료비영수증 양식의 (가)진찰료 ~ (마)기타란 까지의 항목을 기재함

※붙임2. 항목구분 코드표 참조 (12페이지 참조)

①8 급여구분: EDI 코드의 급여 구분형태를 기재함

▶ 급여 = 1, 법정비급여 = 2, 100대100 = 3, 기타(임의)비급여 = 4

①9 코드구분: EDI 코드의 구분형태를 기재함

▶ 수가 = 1, 준용수가 = 2, 보험등재약 = 3, 원료조제(제제)약 = 4, 치료재료 = 8

②0 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

②1 EDI 코드명: 행위, 의약품, 치료재료의 명칭을 기재함

②2 1일 실시횟수(또는 사용량, 투약횟수)

: 행위의 경우 1일 실시횟수, 치료재료의 경우 1일 사용량, 의약품의 경우 1일 투약횟수를 기재

※ 요양급여비용명세서 서식의 1일 투약횟수(1일 투약량 또는 실시횟수)를 의미하며, 소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재

※ 단, 위탁검사의 경우 위탁검사관리료를 반영하여 1.1을 기재 하며, 위탁진료, 개방병원 진료 및 시설 등의 공동이용 진료시에는 실시(수탁)한 기관의 종별 가산율을 적용하여 기재

②3 총 실시일수(또는 사용일수, 투약일수)

: 행위의 경우 총 실시일수, 치료재료의 경우 총 사용일수, 의약품의 경우 총 투약일수를 기재

※ 요양급여비용명세서 서식의 총 투약일수(총 투약일수 또는 실시횟수)를 의미함

②4 1회 투약량: 의약품인 경우에만 1회 투약량을 기재 (행위 및 처치재료, 제증명의 경우 공란)

※ 요양급여비용명세서 서식의 1회 투약량을 의미하며, 소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재

②5 본인부담금: 본인이 부담한 진료비 금액

②6 공단부담금: 공단이 부담한 진료비 금액

②7 전액본인부담금(100:100): 전액본인부담금 수가 항목에 의해 본인이 전액부담한 금액을 기재

②8 선택진료료: 비급여 금액 중 선택진료료로 산정된 금액을 기재함

※ 2018년부터 선택진료비 폐지(의사 10%에 한해 선택진료비 일부 유지)되었으므로 기재 시 유의

②9 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 종별가산율을 적용하여 기재

[Ⅲ. 치과 추가조사표 작성요령]

1. 공통 사항

가. 작성대상

- 2024년 6월과 12월 치과 병·의원을 이용한 환자의 I.치과조사표의 선택항목 (마)항 '보철료 및 교정료'와 기타항목의 (마)항 '기타'에서 발생하는 비급여 진료비만을 대상으로 함

나. 작성방법: 진료 받은 환자 단위가 아닌 요양기관 단위로 1장 작성

다. 자료제출: 팩스(F.033-749-9683)로 송부

라. 환자구분: 건강보험환자, 의료급여환자, 기타로 구분되고, 기타는 건강보험 및 의료급여 환자를 제외한 모든 환자(일반환자, 자보환자, 산재환자 포함)를 나타냄

마. 항목구분: 선택항목 (마)보철·교정료는 틀니, 임플란트, 그 외 기타로 구분하며, 그 외 기타는 틀니와 임플란트를 제외한 기타 보철 및 교정치료 등에 해당함 기타항목 (마)기타는 충전치료(금, 인레이, 레진 등)와 기타로 구분되며 기타는 충전치료를 제외한 미백치료나 보톡스 등의 치료 내용을 포함함

바. 치료목적(1): 환자의 치아 또는 잇몸 등의 상태가 반드시 치료가 필요한 경우 해당

- 'I.치과조사표'의 선택항목 (마)보철료 및 교정료와 기타항목 (마)기타의 비급여 진료비 중 치료를 목적으로 발생하는 3개 항목(틀니, 임플란트, 그 외 기타)과 2개 항목(충전치료, 기타)을 각각 구분하여 총 진료건수 및 진료비를 기재함

사. 미용목적(2): 치료의 목적이 아닌 단순 미용을 위한 처치에 해당

- 'I.치과조사표'의 선택항목 (마)보철료 및 교정료와 기타항목 (마)기타의 비급여 진료비 중 미용을 목적으로 발생하는 3개 항목(틀니, 임플란트, 그 외 기타)과 2개 항목(충전치료, 기타)을 각각 구분하여 총 진료건수 및 진료비를 기재함

2. 세부 항목

- ① **요양기관기호:** 해당 요양기관기호 8자리
- ② **담당자:** 치과 추가조사표 작성자
- ③ **연락처:** 치과 추가조사표 작성자 연락처 또는 해당 요양기관 연락처
- ④,⑤: 치료를 목적으로 발생하는 선택항목 비급여란의 (마)보철료·교정료의 틀니 건강보험환자 총 진료건수, 총 진료비
- ⑥,⑦: 미용을 목적으로 발생하는 선택항목 비급여란의 (마)보철료·교정료의 틀니 건강보험환자 총 진료건수, 총 진료비
- ⑧,⑨: 치료를 목적으로 발생하는 선택항목 비급여란의 (마)보철료·교정료의 틀니 의료급여환자 총 진료건수, 총 진료비
- ⑩,⑪: 미용을 목적으로 발생하는 선택항목 비급여란의 (마)보철료·교정료의 틀니 의료급여환자 총 진료건수, 총 진료비
- ⑫,⑬: 치료를 목적으로 발생하는 선택항목 비급여란의 (마)보철료·교정료의 틀니 기타환자 총 진료건수, 총 진료비
- ⑭,⑮: 미용을 목적으로 발생하는 선택항목 비급여란의 (마)보철료·교정료의 틀니 기타환자 총 진료건수, 총 진료비

※ ⑯ ~ ⑥③ 기타항목(임플란트, 충전치료, 기타)도 위와 동일한 방식으로 작성

[붙임1] 진료비 실태조사표 진료과목 코드

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	작업환경의학과
11	소아 청소년과	26	예방의학과
12	안과	50	치과
13	이비인후과	80	한방
14	피부과	99	기타
15	비뇨기과		

[붙임2] 진료비 실태조사표 항목구분 코드

코드	항목	코드	항목
01	진찰료	16	MRI 진단료
02	입원료	17	PET 진단료
03	식대	18	초음파 진단료
04	투약 및 조제료	19	틀니
05	주사료	20	임플란트
06	마취료	21	그 외 기타
07	처치 및 수술료	22	선별급여 (시행령별표2제4호)
08	검사료	23	65세 이상 등 정액
09	영상진단료	24	정액수가(요양병원)
10	방사선치료료	25	포괄수가진료비
11	치료재료대	26	기타
12	재활 및 물리치료료		
13	정신요법료		
14	전혈 및 혈액성분제제료		
15	CT 진단료		

『2024년도 건강보험환자 진료비 실태조사』 Q&A

Q1 조사의 목적은 무엇인가요?

- 국민건강보험공단에서는 건강보험 보장률 산출과 건강보험 정책 마련을 위한 기초자료 생산을 위해 ‘건강보험환자 진료비 실태조사’를 2005년부터 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 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.
- ✓ 「2024년도 건강보험환자 진료비 실태조사」는 전국의 모든 요양기관을 요양기관 종별로(상급종합병원, 종합병원, 의원, 치과병원, 한의원, 약국 등) 구분하여 그 중 2,900여개의 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?

- 2024년 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 참고해 주십시오.

Q4

조사자료는 어떻게 작성 하나요?

- 귀 기관에서 사용하고 있는 전산청구프로그램에 따라 조사자료 작성방법은 다음과 같습니다.
- ✓ [청구업체 청구프로그램을 이용하는 기관인 경우]
 - ☞ 귀 기관에서 사용하고 있는 전산청구프로그램 업체에 연락하셔서, ‘건강보험환자 진료비 실태조사’의 해당 기관임을 알리면 청구업체에서 자료 생성 방법을 안내받으실 수 있습니다.
- ✓ [기관자체 전산청구프로그램을 이용하는 기관인 경우]
 - ☞ 전산담당자와 협의하여 조사표 양식에 맞춰 작성해 주시면 됩니다.
- ✓ 작업이 완료된 후에는 조사 파일을 요양기관 정보마당을 이용하여 등록해 주시면 됩니다.
 - ▶ 요양기관 정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr/portal/index.do>) 에 접속 → 공인인증서 로그인 → ‘진료비실태’ 메뉴 클릭 → 우측 상단 ‘데이터등록’에서 자료등록

※ 본 조사는 보건복지부, 공급자단체 (대한병원협회, 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한 의사협회, 대한약사회), 전산청구프로그램업체와 업무협의를 통하여 조사 작업 부담의 최소화에 노력하고 있습니다.

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 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>

- 건강보험법 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.
- 국민건강보험법 시행령 제69조의2(제공 요청 자료 등) ① 법 제96조제1항에서 “대통령령으로 정하는 자료”란 별표 4의3 제1호에 따른 자료를 말한다.
- ※ [별표 4의3] 제1호: 가항부터 일부 생략
 - 파. 법 제41조에 따른 요양급여비용 계산서·영수증과 본인 부담금수납대장, 약제·치료재료·의료기기 등 요양급여 구성요소의 구입에 관한 자료
 - 토. 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 제14조 제1항 각 호의 업무를 위해 필요한 자료→9호 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력

Q6

조사 협조 시 인센티브가 있습니까?

- 조사자료 제출이 완료되면 확인 후 소정의 협조 인센티브가 제공됩니다.
- ✓ 자료수집·검증 후 인센티브가 지급될 예정입니다.
- 조사 인센티브는 요양급여비용 지급계좌로 지급될 예정입니다. (‘25.12월까지 지급예정)
- ※ 상황에 따라 추가 서류 제출이 필요할 수 있음.