
외래환자분류체계 통계정보 사용자 가이드

2022. 12.



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

정책연구실 분류체계개발부

사용자 가이드

1. 외래환자분류체계(Korean Outpatient Groups, KOPG) 개요

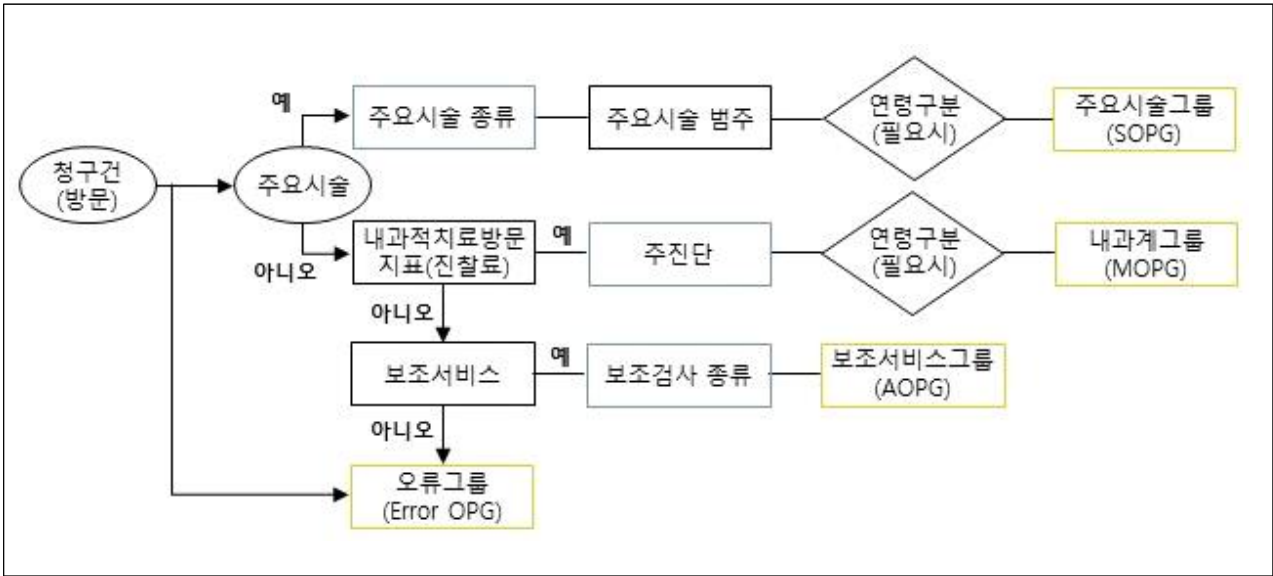
가. 정의

- 외래환자를 상병, 시술, 약제, 수진자 연령 등을 이용하여 의료 자원 소모 및 임상적 측면에서 유사한 그룹으로 분류하는 체계

나. 외래환자분류체계 그룹의 종류

- 주요시술그룹(Significant Procedure Outpatient Group, SOPG)
 - 주요시술 및 치료를 받은 그룹
- 내과계그룹(Medical Outpatient Group, MOPG)
 - 주요시술을 받지 않은 외래 환자 중 진찰*을 받은 경우 주진단에 따라 분류한 그룹
 - * 진찰료 등의 행위를 '내과적 치료 방문 지표(AF050)' 질병군으로 분류하여 식별함
 - 악성신생물 질병군의 경우, 항암약물치료 투여 유무에 따라 부가코드를 배정하여 분류
- 보조서비스그룹(Ancillary service Outpatient Group, AOPG)
 - 주요시술이나 진찰 없이 보조 검사, 단순처치 등만 받은 그룹
- 오류그룹(Error Outpatient Group, EOPG)
 - 외래에서 발생할 수 없는 코드(시술 등)가 발생한 그룹

다. KOPG 분류모형



라. 외래환자분류에 사용하는 정보

- 상병: 한국표준질병·사인분류(Korean Classification of Diseases, KCD)에 따른 질병 분류
- 시술 및 검사: 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」
- 약제: 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에 따른 의약품등 분류번호 중 421, 429, 617에 해당하는 약제

마. 외래환자분류체계 코드 구성

대분류		중분류		소분류	연령 구분
그룹 구분	범주 구분				
S, M, A, 숫자	A-Z, 9	0-9	0-9	1/5/9	1/2/3

- 그룹 구분
 - 첫 번째 자리로 나타내며, 'S'는 주요시술그룹, 'M'은 내과계그룹, 'A'는 보조서비스그룹, 숫자는 오류그룹을 의미함

○ 범주 구분

- 두 번째 자리로 나타내며, A에서 Z까지 알파벳으로 표기함
- 오류그룹의 경우, '9'로 표기함

○ 중분류

- 세 번째와 네 번째 자리로 나타내며, 유사 KOPG를 묶어서 동일한 번호를 부여함

○ 소분류

- 다섯 번째 자리로 나타내며, 시술의 난이도에 따라 복잡/중등도/단순으로 구분된 경우 각각 '1', '5', '9'로 표기함
- 시술의 난이도 외에 해부학적 부위 혹은 시술 방법으로 구분되는 경우, 2번부터 일련번호 순으로 부여하되, 시술의 난이도를 나타내는 '1', '5', '9'를 사용하지 않음

* (예시) SF1510 복잡 결장경 시술

SF1540 담도 및 췌장의 내시경 시술 및 경피적 시술

SF1590 단순 결장경 시술

- 시술의 난이도, 해부학적 부위 혹은 시술방법으로 구분되지 않는 경우, '0'을 부여함

* (예시) SF1600 소장 내시경 시술

○ 연령 구분

- 여섯 번째 자리로 나타내며, 질병군별 연령 구분에 따라 '1, 2, 3'순으로, 연령 구분이 없는 경우 '0'으로 표기함

2. 산출 기준

- 2021년 외래환자분류체계(KOPG) 통계정보는 진료일 기준으로 2021년 1월부터 12월까지 건강보험 의(치)과 외래환자의 진료비 명세서 자료를 종합한 것임(2021년 1월부터 2022년 3월까지 심사결정분 반영)
- 질병군은 외래환자분류체계(KOPG) 버전 2.4 기준으로 작성하였음
- 진료비는 외래 진료의 특성을 반영하여 원외 처방 약품비를 포함한 표준화진료비 기준으로 작성함
 - 표준화 진료비는 의원 기준금액(의원급 점수당 단가 × 상대가치점수) 및 요양기관 종별 가산율을 15%로 일괄 적용*한 진료비로 실제 요양급여비용총액과 상이할 수 있음
 - * 「건강보험요양급여비용」은 행위 급여 일반원칙에 따라 요양기관 종별 가산율을 0-30%로 적용하고 있으나, 외래환자분류체계는 모든 요양기관에 대해 '의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원'의 종별 가산율인 15%를 적용하여 자료를 산출함
- 그룹별, 질병군별 통계는 오류그룹(EOPG) 청구 건을 제외한 자료이며, 신뢰도 제고를 위해 진료비 중 열외군 제외한 수치임
 - ※ 열외군은 그룹별, 질병군별 전체 진료비의 제1사분위수(Q_1)와 제3사분위수(Q_3)를 통해 사분위수 범위($IQR=Q_3-Q_1$)을 구한 후 $Q_1-3.0*IQR$ 미만, $Q_3+3.0*IQR$ 초과 범위에 해당하는 극단값을 의미함
- 금액은 원 미만 사사오입하여 원 단위까지 기재함

3. 용어 설명

- 명세서건수: 요양기관에서 건강보험으로 청구한 의·치과 외래 명세서 중 건강보험심사평가원에서 심사결정한 명세서 건수
- 요양급여비용총액: 요양기관에서 건강보험 환자 진료에 소요된 비용으로 전액본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액
 - ※ 청구내역의 총 진료비에 원외 처방 약품비를 포함한 금액임
- 평균: 진료비의 산술평균을 의미
- 표준편차: 평균을 중심으로 분포되어 있는 정도로서 분산의 제곱근
- 중앙값: 각 명세서의 진료비들을 크기순으로 나열했을 때 중앙에 위치하는 값
- 변이계수: 진료비 표준편차를 평균 진료비로 나눈 수치. 이 계수가 작을수록 평균에 가까이 분포함을 의미하고, 그룹 내 구성이 동질함을 의미