
건강보험 관련 코드 및 분류체계 해설집

2005. 3



건강보험심사평가원
조사연구실

건강보험 관련 코드 및 분류체계 해설집

편집자

지불제도연구팀

강길원, 김한성, 고수경

건강보험심사평가원 조사연구실

- 차례 -

제1장 분류체계 및 분류코드 해설집 개요	1
제2장 질병분류체계	7
1. 한국표준질병·사인분류[의·치과]	
2. 한방표준질병·사인분류[한의학]	
3. 직접 조제·투약시 증상분류[약국]	
제3장 진료비청구 관련 주요코드	20
1. 진료비청구와 관련된 분류코드의 개요	
2. 진료행위(수가) 분류코드	
3. 의약품(약가) 분류코드	
4. 치료재료 분류코드	
5. 요양기호 분류코드	
제4장 입원환자 분류체계(DRG)	34
1. DRG분류의 정의와 개발 배경	
2. KDRG의 개발과 분류과정	
3. KDRG 분류코드 구조	

제5장 외래환자 분류체계(588 및 KAPG) 44

1. 외래환자 분류의 목적과 활용
2. 588 분류체계
3. KAPG 분류체계

부 록 : 분류체계 및 코드목록표 58

[별첨 1] 한방표준질병 및 사인분류[한의학]

[별첨 2] 한방 수가코드

[별첨 3] 약국 수가코드

[별첨 4] 한방 약제 분류코드

[별첨 5] 공상 치료재료 분류코드

[별첨 6] KDRG 입원환자 분류체계(ADRG)

[별첨 7] 588 외래환자 분류체계

[별첨 8] KAPG 외래환자 분류체계

제 1 장 분류체계 및 분류코드 해설집 개요

1. 해설집의 개요

- 본서는 현재 건강보험심사평가원에서 사용되고 있는 질병분류체계 및 진료비 청구와 관련된 코드에 관한 해설서이다.
- 따라서 주된 초점은 사용되고 있는 질병 분류체계의 구조가 어떻게 이루어져 있고, 분류체계 내에서 존재하는 분야별(수가, 약가, 치료재료 등) 분류코드가 무슨 내용과 의미를 부여하고 있는지? 에 관한 기본적인 정보만을 담고 있다.

2. 질병분류체계 (2)

- 현재 우리나라 진단명 분류코드는 한국표준질병·분류인 KCD-4를 사용하고 있으며, 이는 WHO에서 관리하는 국제질병 사인분류인 ICD-10을 번역한 것이다.
- 질병명 부여체계에 관해서는 본서의 제2장에서 다루고 있으며, 한방과 약국의 직접조제시의 증상분류까지 포괄하고 있다.
- 이러한 질환 및 증상에 대한 분류는 제4장과 제5장에서 다루고 있는 질병군으로 포괄하는데 토대가 되는 중요정보가 된다.

3. 행위 및 수가, , (3)

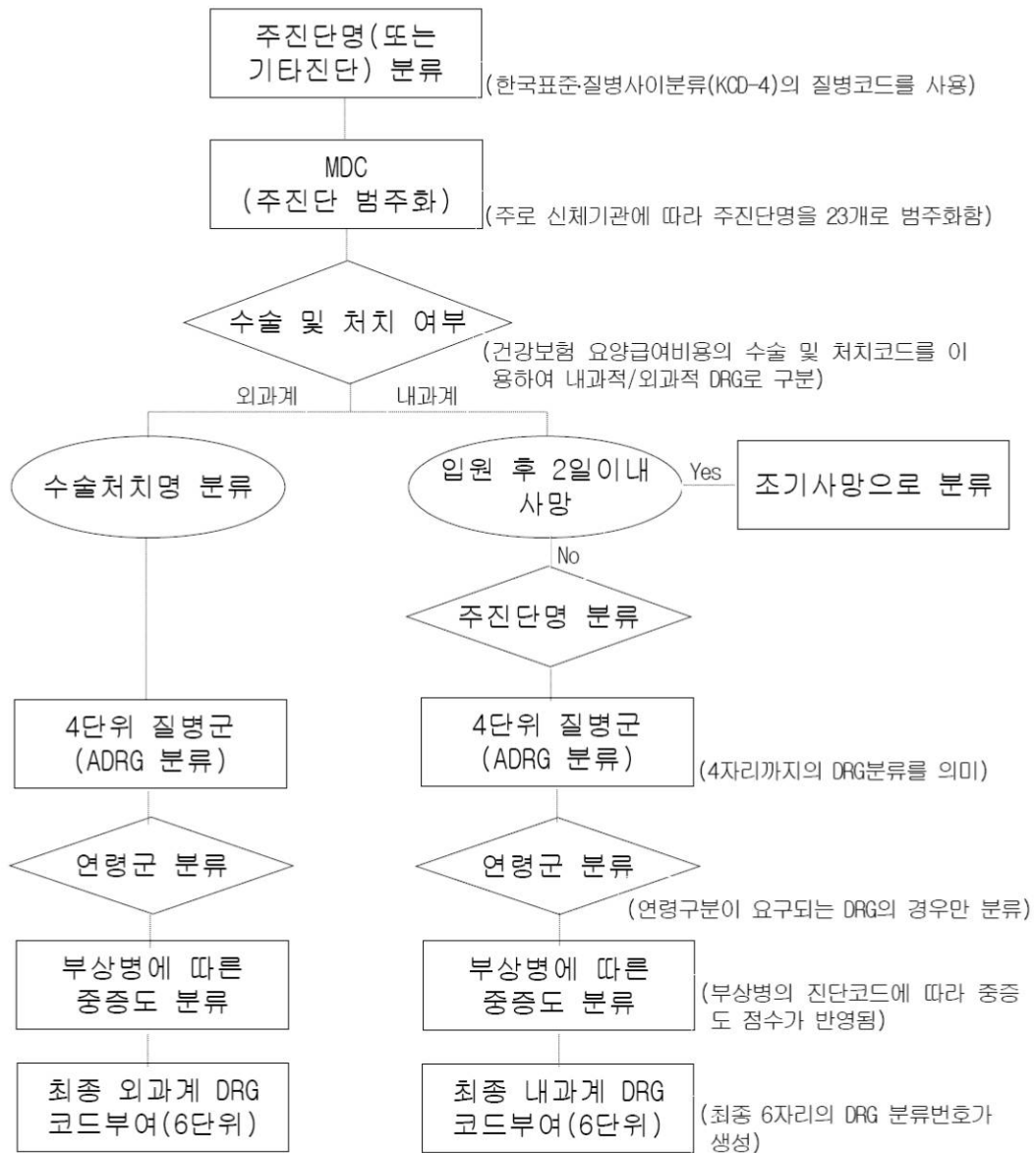
- 진단비용에 근거한 행위의 정의와 진단과 치료목록은 “건강보험요양급여비용”에서 제시되고 있으며, 미국의 경우 건강보험 행위 수가 분류인 CPT-4의 경우가 이에 해당된다.
- 약가분류는 “약제급여·비급여 목록 및 상한금액표”에서, 치료재료의 분류는 “치료재료급여·비급여 목록 및 상한금액표”에서 제시되고 있다.

- 특히, “건강보험요양급여비용”에서 제시되고 있는 행위 및 수가분류는 입원환자 및 외래환자의 분류에 있어 중요시술 및 보조서비스를 정의하는 중요정보로 사용된다.

4. 질병군 분류체계 (4 , 5)

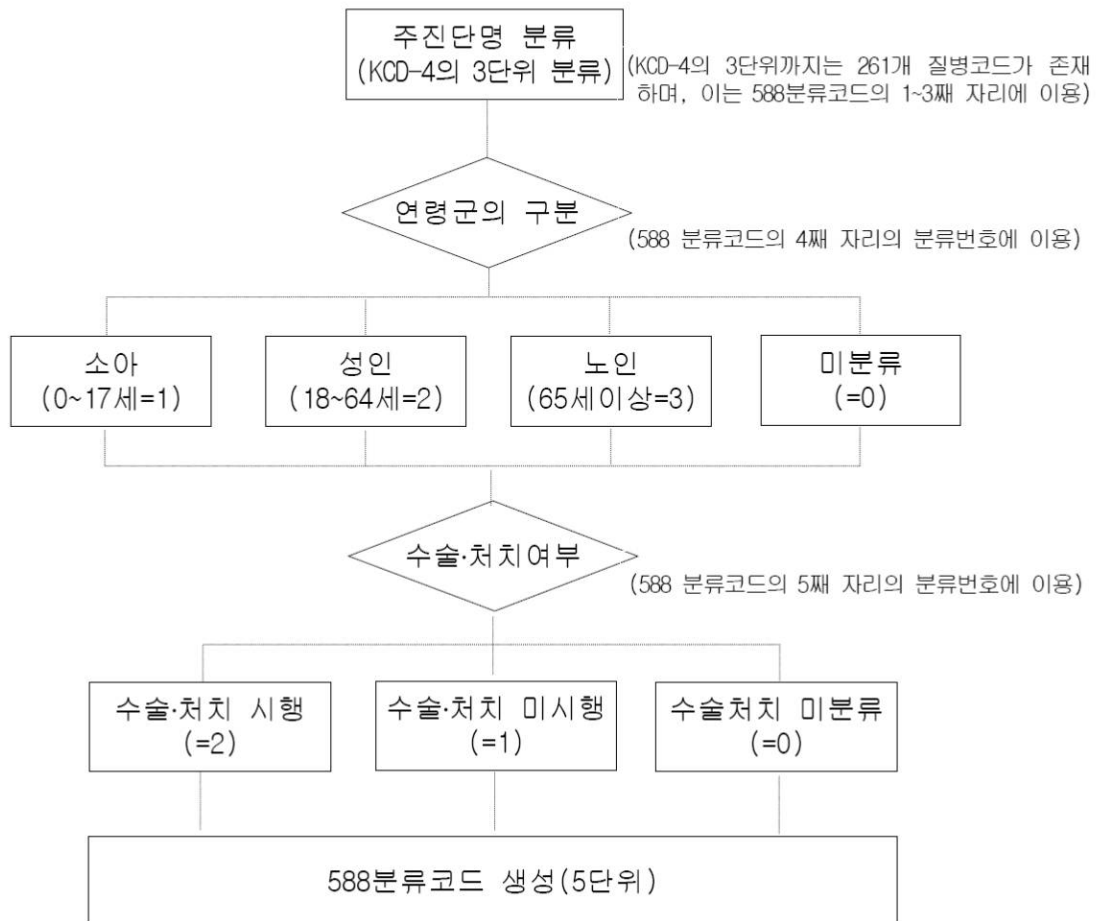
- “KCD-4”에 의한 진단명 분류와 “건강보험요양급여비용”에 의한 행위 및 수가분류는 질병군 분류에 이용될 수 있다.
- 외국에서 개발된 DRG, APG 등의 질병군 분류체계는 우리나라의 분류체계와 코드에 맞게 재구성되어 Korean-DRG, 588 및 Korean-APG의 분류체계로 개발되었다.
- 현재 건강보험심사평가원의 질병군 분류는 요양기관에서 청구한 진료비자료의 진단명 코드와 수술·처치분류 코드를 이용하여 입원은 DRG로 분류하고, 외래는 588 및 APG로 분류하여 이를 심사와 평가업무에 활용하고 있다.
- DRG분류체계의 경우는 입원환자에 한하여 질병군별 포괄수가제와 종합전문 요양기관의 인정기준에 활용되고 있으며,
- 외래환자에 대해서는 588분류체계가 종합관리제 등의 목적에 이용되고 있다. 다만 치과의 경우는 보다 세분화된 분류체계로 KAPG의 분류체계가 이용되고 있다.
- 본 해설집의 제4장에서는 입원환자에 대한 분류체계로써 DRG분류체계를 다루고 있으며, 제5장에서는 외래환자에 대한 분류체계로써 588분류와 APG 분류체계에 대한 다루고 있다.
- 질병분류와 행위 및 수가분류에 따른 개략적인 질병군 분류의 구조와 분류코드의 생성은 다음과 같다.

1) KDRG 입원환자 분류체계 구조



- ※ 한국질병·사인분류(KCD-4)는 국제질병·사인분류(ICD-10)를 번역하여 분류한 것임.
- ※ 우선순위가 높은 기타진단의 경우 주진단에 의한 범주를 따르지 않는 경우도 있음
- ※ 내과계에서도 내시경과 같은 내과계 시술분류를 별도로 구분하고 있으나 생략함.

2) 588 외래환자 분류체계

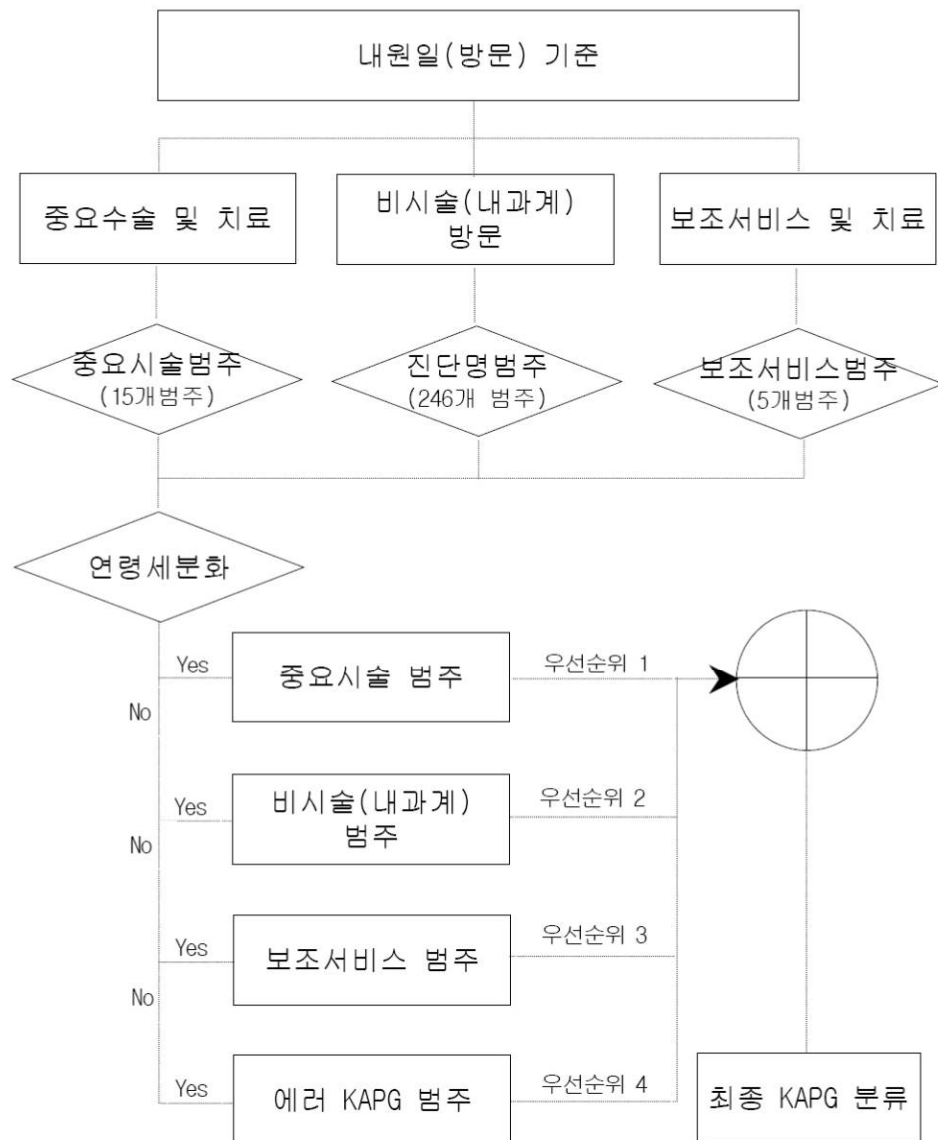


※ 588 분류체계에서 분류번호는 5자리 코드를 부여하고 있음.

※ 588 분류코드(5단위) = 한국 표준질병 사인분류의 중분류(3단위) + 연령군 분류(1단위) + 수술·처치여부(1단위)

※ 수술·처치여부는 요양급여비용의 수술·처치 코드를 참조하지 않고, 수술·처치를 시행했는가? 안했는가?의 수술·처치 유/무만을 분류체계에 이용하고 있음.

3) KAPG 외래환자 분류체계



※ 미국의 APG 분류체계에서는 진단명을 ICD-9-CM으로 분류하고 있으나, 우리나라의 경우 진단명을 KCD-4에 의해 분류하고 있어 ICD-9-CM의 진단명을 KCD-4의 진단명으로 변환하여 사용하고 있음.

※ 또한 수술·처치분류에 있어서도 미국의 APG에서는 CPT-4에 의해 분류하고 있기 때문에 KAPG에서는 이를 요양급여비용의 수가코드 체계로 변환하여 사용하고 있음

※ 한 환자에 대해 요양급여비용의 수가분류에 의한 중요시술 및 보조서비스가 여러 개

가 발생한 경우, 자원소모량을 기준으로 가장 높은 수가의 KAPG로 분류됨.

※ 비시술(내과계) KAPG에서 246범주의 진단명 분류는 588분류에서 연령과 수술여부의 구분을 제외한 246개의 분류코드를 이용함.

5. 부록의 별첨목록

- 각 장에서 분류체계와 주요코드는 부록의 [별첨]에 수록하였으나, 표준질병·사인분류, 수가코드, 약가코드, 치료재료, DRG분류집은 별개의 단행본이 있으므로 예외사항이나 세부적인 규정은 이를 참조하기 바란다.
- 다만, 분류코드의 일반적 구조의 이해를 돕기 위하여 한방과 관련된 코드(한방표준질병 및 사인분류, 한방 수가코드, 한방 약제 분류코드)와 약국의 행위기술료(약국 수가코드), 공상과 관련된 치료재료의 경우는 분류코드의 개수가 많지 않으므로 포함하였으며,
- 질병군 분류체계와 관련하여 KDRG의 경우 4단위까지의 분류코드인 ADRG까지 수록하였으므로 최종 6단위까지의 DRG 분류코드를 살펴보고자 하는 경우 KDRG 분류집 Version 3.1판을 참조하기 바란다.
- 그밖에 588 및 KAPG에 의한 외래환자 분류체계의 경우는 모든 분류코드를 별첨에 수록하였다.

제 2 장 질 병 분 류 체 계

1. 한국표준질병 ·)

1) 질병분류의 목적과 이용

- 질병·사인분류는 의무기록자료 및 사망원인통계조사 등 질병이환 및 사망 자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것으로 모든 형태의 보건 및 인구동태 기록에 기재되어 있는 질병 및 기타 보건문제를 분류하기 위하여 만들어 졌다.
- 또한 질병의 이환 병태에 대해서는 전염성 질환, 체질적 또는 전신적 질환, 부위에 따른 국소 질환, 발육 질환, 손상에 따라 질병명을 분류하여 모든 형태의 질병 및 기타 보건문제에 사용하기 위하여 개발되었다.
- 질병·사인분류는 본래 사망신고서에 기재되는 사인을 분류하기 위한 것이었으나 후에 그 영역이 질병의 진단명까지 확대되었으며, 우리나라에서도 건강보험청구의 진단명 기재에 사용되고 있다.

2) 한국표준질병·사인분류의 개요

- 질병에 관한 통계자료는 실제적이고, 역학적인 목적을 위해 다음과 같은 방법으로 분류하는 것이 요구되었다.
 - 유행성 질환(epidemic diseases)
 - 체질 또는 전신 질환(constitutional or general diseases)
 - 부위에 따른 국소질환(local diseases arranged by site)
 - 발육질환(developmental diseases)
 - 손상(injuries)
- 이러한 형태는 표준분류의 색인(제3권)의 각 장에서도 찾아 볼 수 있다. 이러한 분류가 다소 임의적인 면도 있긴 하지만, 일반적인 역학 목적을 위한 다른 어떤 분류체계보다 유용한 구조로 간주되고 있어 많이 사용되

고 있다.

- 표준분류의 기초는 3단위 분류를 단일분류 목록으로 각각은 10개의 4단위 분류로 세분할 수 있다. 순수하게 숫자부호 체계로 이루어진 이전 분류를 대신하여 제3차 개정 분류부터는 분류부호의 첫 자리에 알파벳 문자를 사용하였고 둘째, 셋째 및 넷째 자리는 숫자를 사용하였다. 4단위분류는 소수점 뒤에 위치한다.
- 결과적으로 사용 가능한 분류부호는 A00.0에서 Z99.9이다.
- 다만, 분류부호 U00-U49는 불확실한 원인에 의한 새로운 질병을 위해 사용할 수 있도록 남겨 놓은 것이며, 분류부호 U50-U99는 어떤 특정한 주제에 관한 하위분류(subclassification) 체계를 시험해 볼 때와 같이 연구목적에 이용할 수도 있다.

3) 한국표준질병·사인분류의 기본구조

표준분류는 총 3권으로 구성되어 있다. 제1권은 주된 분류를 담고 있고, 제2권은 본 분류의 사용자를 위한 지침서이며, 제3권은 분류의 가나다 색인표이다.

본 해설집에서는 제2권의 질병분류에 관한 구체적인 예시를 들고 있는 지침서에 대해서는 별도의 지면을 할당하지 않았으므로 「한국표준질병·사인분류」의 「제2권 지침서」를 참조하기 바란다. 다만, 질병분류 코드를 사용하는데 있어 일반적 원칙에 대해서는 '4) 「한국표준질병·사인분류」의 사용원칙' 부분에 지면을 별도로 할당하였다.

(1) 제1권 분류집(Volumes)

- 제1권의 대부분은 주된 분류를 담고 있는데, 3단위 분류와 모든 분류항목을 담고 있는 제표항목(tabular list) 및 4단위분류로 구성되어 있다. 3단위 분류의 핵심 분류는 세계보건기구의 사망에 관한 기본 자료와 국제적 비교 분석을 위한 의무적인 항목이다. 또한 핵심 분류에는 장(chapter)과 포괄적인 항목군(block)이 들어 있으며, 4단위 분류항목까지 모두 포함하고 있는 제표항목은 21개 장(chapter)으로 나누어져 있다.

○ 장 (Chapters) : 질병·사인분류는 총 21개의 장으로 나누어져 있다. KCD 부호의 첫째자리로 알파벳 문자를 사용하고 있다.

- 이 문자들은 II장 신생물과 III장 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정 장애의 2개의 장(chapter)이 알파벳 D에 공동으로 사용하고 있고, VII장 눈 및 눈 부속기의 질환과 VIII장 귀 및 꼭지돌기의 질환의 두 장이 알파벳 H에 공동으로 사용되고 있으며, 이를 제외하고는 각 장에 하나의 알파벳 문자가 할당되어 있다. I, II, XIX 및 XX 장의 4개의 장은 그들 부호의 첫 자리에 하나 이상의 알파벳 문자를 사용하고 있다.
- 각 장(chapter)은 항목을 포괄할 수 있을 만큼 충분한 3단위 분류를 가지고 있으며, 장래 개정과 확장을 위하여 모든 분류부호를 다 사용하지 않고 여유분을 두고 있다.
- I 장에서 XVII 장까지는 질병과 기타 이환병태에 관한 영역이고, XX장은 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과에 관한 것이다. 나머지 장은 현재 진단자료에 포함된 전문분야를 모두 포괄하고 있다. XVIII 장은 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견을 다루고 있다. 질병이환 및 사망의 외인을 분류하고 있는 XX 장은 과거에는 손상이나 중독의 원인을 분류하는데 이용되었으나, 2차 개정 이후에는 질병과 기타 이환병태에 외인의 기록을 위해서도 사용되고 있다.
- 마지막으로, 건강상태에 영향을 주거나 보건서비스의 접촉에 영향을 미치는 요인에 관한 XXI 장은 현재 질병상태에 있지 않더라도 보건서비스와 접촉하게 되는 이유나 환자가 특별한 시기에 진료를 받게 되는 상황 또는 그 개인의 진료와 관련 있는 내용을 설명하는 자료를 분류하려는 것이다.

○ 항목군(Blocks of categories) : 각 장(chapter)은 3단위 분류 항목 중에서 동질성을 갖는 것끼리 묶어놓은 항목군(block)으로 세분된다.

- I 장에서 항목군의 명칭은 질병의 전과양식과 광범위한 감염 병원체 집단이라는 두 개의 분류축을 반영하고 있다.
- II 장에서 첫 번째 축은 신생물의 행태(행동양식, behavior)이다. 이 행동양식 내에서 대부분의 신생물은 해부학적 부위별로 다시 분류되나 몇몇

3단위 분류는 그 자체가 행태 유형을 나타내기도 한다.

- 그 예로서 백혈병(leukemias), 림프종(lymphomas), 흑색종(melanomas), 중피종(mesotheliomas), 카포시육종(Kaposi's sarcoma) 등이 있다.

○ 3단위 분류(Three-character categories) : 각 항목군내에서 일부 3단위 분류는 질병의 빈도, 중증도, 또는 공중보건 개입에 대한 민감성에 의해 선정된 단일병태를 위한 분류이고, 나머지는 공통된 특성을 가진 질병군을 위한 분류이다.

- 통상 특성이 다르나 혼하지 않은 병태를 위하여 그들을 분류하는 '기타(other)' 병태항을 두었고, 포함되어야 할 상세불명(unspecified)병태항도 분류할 수 있도록 마련되어 있다.

○ 4단위 세분류(Four-character subcategories) : 국제적으로 보고할 경우 의무사항은 아니지만, 대부분의 3단위 분류는 소수점 뒤의 넷째 자리에 숫자를 사용하여 10개까지 세항을 둘 수 있도록 세분화되어 있다.

- 3단위 분류가 더 이상 세분되지 않는 것은 자료 처리시 분류부호를 표준 자리수에 맞추기 위해 4번째 자리수를 'X'라는 문자로 채워 넣도록 권고하고 있다.
- 4단위 세분류가 주로 사용되는 것은 예를 들면 만일 3단위 분류가 단일 질환인 경우 상이한 해부학적 부위나 다양한 요인을 구분하고자 할 때 이거나, 3단위 분류가 병태군인 경우 개별 질환을 구분하고자 할 때 사용된다.
- 4단위 세분류 .8은 일반적으로 3단위 분류에 속하는 '기타'병태를 나타낼 때 사용되며, 4단위 세분류 .9는 대부분 부가적 정보없이 3단위 분류명을 그대로 표현할 때 사용된다.
- 동일한 4단위 세분류들이 일련의 3단위 분류에 똑같이 적용될 경우, 4단위 세분류들을 일련의 3단위 분류가 시작되는 분류 바로 앞에 한번만 기재하였다. 각각의 관련 항목에 '주'(note)를 달아 상세한 내용은 어디를 참조해야 하는지를 표시하였다.
- 예를 들면 상이한 유산행태를 나타내는 O03-O06항목은 동반된 합병증에 관련된 공통적인 4단위 세분류를 사용한다.

3단위 분류			동반된 합병증
O	0	3	0

- 즉, 3단위분류인 O03은 자연 유산(Spontaneous abortion)을 의미하고, 4단위의 .0은 자연유산에서의 합병증인 생식로 및 골반 감염에 의해 합병된 불완전 유산(Incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection)을 의미한다(※ 보험청구시 3단위이하의 소수점은 생략한다).

○ 5단위 및 그 외 보조적 하위분류(Supplementary subdivisions for use at the fifth or subsequent character level) : 5단위 및 그 외 보조적 하위분류는 통상 4단위 세분류와 분류 축을 달리하는 하위분류로서 그 예는 다음과 같다.

- XIII 장 : 해부학적 부위에 따른 세분
- XIX 장 : 개방창의 유무를 불문한 두개강내, 흉곽내, 복강내의 손상과 더 붙어 닫힌 및 열린 골절을 나타내는 세분
- XX 장 : 사건 발생시 수행된 행위의 유형을 나타내는 세분
- 5단위 보조적 하위분류의 예로써, XIII 장(해부학적 부위에 따른 세분)에서 M02.2의 경우 예방접종 후 관절병증으로 5단위의 하위적 분류단위로 해부학적 부위를 나타내는 '7'을 쓰는 경우는 '발목 및 발'에 관절병증이 나타났음을 의미한다.

3단위 분류 (반응성 관절병증)			원인분류 (예방접종 후)	해부학적 부위 (발목 및 발)
M	0	2	0	7

(2) 제3권 색인부

- 한국표준질병·사인분류 제3권은 제1권의 분류항목을 가나다순으로 배열한

색인이다. 따라서 대부분의 경우 제3권의 색인만으로 질병 및 사인분류가 가능하지만 분류코드가 명확하지 않다고 의심되는 경우 반드시 제2권의 지침서와 제1권의 분류항목과 “제외”, “포함”, “주”를 대조확인 할 것을 요구하고 있다.

○ 배열 및 분류구성 : 한국표준질병·사인분류 제3권은 다음과 같이 제1편, 제2편, 제3편으로 구성되어 있다.

- 제1편 : 질환, 증후군, 병리학적 상태, 상해, 징후, 증상 및 보건서비스와 관련된 사안 등에 대한 색인이다. 즉, “중독 또는 유해효과를 일으키는” 약물 및 화학물질표(제3편)를 제외한 모든 분류에 가능한 용어가 분류번호 A00-T98과 Z00-Z99에 걸쳐 수록되어 있다.
- 제2편 : 손상의 외인에 대한 색인이다. 여기서 수록되어 있는 용어는 진료기록상의 질병명이 아니고, 발생한 불의의 사고와 폭력행위 및 상해수단을 기술한 것으로 여기에는 화재, 폭발, 추락, 가해, 충돌 및 익사 등이 포함되어 있다.
- 제3편 : 중독 및 기타 부작용(제 1편과 2편에서 “약물 및 화학물질표 참조”로 언급되어 있는)을 일으키는 약물 및 화학물질에 대한 일람표로써 관세품목분류 상의 약물용어를 사용하고 있다.

○ 분류번호의 특수예시 : 색인에 있어서 분류항목 용어에 뒤따르는 부호는 3단위 또는 4단위 숫자로 되어 있다. 그러나 경우에 따라서는 4단위 분류의 자리에 대시(-)로 표시되어 있는 경우가 있다.

- 예를 들어, “화상”의 경우 “- 발목 및 발 T25.-”로 표시되어 있는데 이것은 4단위의 숫자가 있다는 표시이다. 이 때에는 기본분류인 제1권의 3단위 항목 T25에 찾아가서 화상의 정도를 나타내 주는 4단위 분류번호를 찾아야 한다는 것을 의미한다.
- 또 어떤 경우에 있어 하나의 질병명에 병인과 증상에 따른 이원분류가 되어 있다. 이원분류가 되어 있을 때에는 앞에는 병인인 칼표시(†)와 뒤에는 증상 및 해부학적 부위인 별표시(*)로 표현되어 있다.
- 예를 들어, 포트 병(Pott's disease) A18.0† M49.0* 인 경우 포트 병은 척추의 결핵으로 인한 병명으로 병의 원인인 결핵(A18.0†)과 해부학적

부위의 증상인 척추(M49.0*)를 의미한다.

(3) 전체적인 분류체계와 구조

전신을 침해한 질환군	I 특정 감염성 및 기생충성 질환(A00-B99)
	II 신생물(C00-D48)
정신병적 질환군	III 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애(D50-D89)
	IV 내분비, 영양 및 대사 질환(E00-E90)
	V 정신 및 행동 장애(F00-F99)
	VI 신경계통의 질환(G00-G99)
	VII 눈 및 눈 부속기의 질환(H00-H59)
	VIII 귀 및 쪽지돌기의 질환(H60-H95)
인체 해부학적 계통별 질환군	IX 순환기계통의 질환(I00-I99)
	X 호흡기계통의 질환(J00-J99)
	XI 소화기계통의 질환(K00-K93)
	XII 피부 및 피부밑조직의 질환(L00-L99)
	XIII 근육골격계통 및 결합조직의 질환(M00-M99)
	XIV 비뇨생식기계통의 질환(N00-N99)
분만기형신생아 질환	XV 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
	XVI 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00-P96)
	XVII 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
기타 병태	XVIII 달리분류되지않은 증상, 징후와 임상 및 검사 의 이상 소견(R00-R99)
	XX 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)
기타 분류	XX 질병이환 및 사망의 외인(V01-Y98)
	XXI 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00-Z99)

○ 본분류 항목 :

- 대/중/소/세 분류의 4단계 분류체계로 구성
- 대분류 21개, 중분류 261개, 소분류 2,036개, 세분류 12,171개

○ 기타분류

- 신생물의 형태학적 분류 : 본분류 중 신생물에 대한 분류를 조직학적으로 설정

4) 한국표준질병·사인분류의 사용원칙

○ 질병코드는 알파벳과 숫자를 사용하여 표현한다.

- 한국표준질병·사인분류 4차 개정판(KCD-4th)에서는 각 질병을 감염원이나 해부학적 부위, 기타 요인에 따라 21장으로 크게 분류하고 알파벳을 이용하여 이를 구분하였다.
- 예를 들어 A와 B는 감염성 질환을 지칭하고 G는 신경계 질환을 지칭하는 알파벳기호이다. 각 장에서의 세부 분류는 숫자를 사용하여 구분하였다. 이에 따라 질병코드는 알파벳과 숫자를 병기하는 체계로 되어 있다. 예를 들어 A01.0은 감염성질환 중 장티푸스(Typhoid fever)를 나타내는 질병코드이다.

○ 보험청구시에는 . 이나 *, † 등 특수기호는 사용하지 않는다.

- 질병코드는 3단위 이전 분류와 3단위 이후 분류를 구분하기 위해서 ‘.’을 사용하고 있다. 예를 들어 장티푸스(Typhoid fever)는 A01.0으로 표현된다. 그러나 보험청구시에는 전산처리를 위해 ‘.’을 기재하지 않도록 한다(이후에 사용하는 질병코드에서는 ‘.’을 모두 생략하여 표기하였다).
- ICD-10에서는 환자의 상태를 자세히 나타내기 위해 원인이 되는 질환을 검표(†)로 표시하고, 임상에서 문제가 되는 특정 장기나 부위의 증상을 별표(*)로 표시하여 함께 표기하는 이원분류를 사용하고 있다. 예를 들어 “매독성 파킨슨 질병”은 G22 “달리 분류된 질환에서의 파킨슨 증”과 A521 “증후성 신경 매독”을 묶어서 A521†G22*로 표기한다. 그러나 보험청구시에는 전산처리를 위해 특수기호를 표기하지 않고 질병코드만 표기한다.

○ 진료기간 동안 검사나 치료를 받은 병태 중 ‘주된 병태’가를 기재한다. ‘주된 병태’란 진료기간 중 최종적으로 진단을 받은 병태로 치료나 검사에 대

한 환자의 요구가 가장 컸던 병태를 말한다.

- 이러한 병태가 둘 이상 있을 때에는 의료자원을 가장 많이 사용하게 했던 한가지 병태를 선택하여야 한다.
- 진단이 내려지지 않은 경우에는 주증상이나 검사의 이상소견 또는 문제점을 주된 병태로 선택한다.

○ 진료기간 중 주된병태와 함께 있었거나 발생한 병태로서 환자진료에 영향을 주었던 병태(기타진단)는 두 번째 자리부터 중요도 순으로 기재한다.

- 이번 진료기간 중에 다루지 않은 과거에 진료 받았던 병태는 기타진단으로 기록하지 않는다. 예를 들어 과거에 완치된 폐결핵은 기타진단으로 사용할 수 없다.
- 단일 병태를 나타내는 유사 질병코드를 이중으로 기재하지 않는다. 예를 들어 I64 “출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍(Stroke, not specified as haemorrhage or infarction)”과 I638 “기타 뇌경색증(Other cerebral infarction)”은 함께 기재해서는 안 되며, 보다 구체적인 정보를 나타내는 I638만을 기타진단으로 기재한다.

○ 진료가 끝날 때까지 불명확한 진단이나 의심나는 병태는 의심되는 질병코드를 기재하기 보다는 증상, 검사의 이상소견 또는 문제점을 나타내는 코드를 기재한다. 단, 의사의 판단 하에 해당 질환에 준하여 진료를 한 경우에는 의심되는 진단명을 확진된 것처럼 코드를 부여할 수 있다.

- 진료가 끝날 때까지 확진이 내려지지 않은 경우에는 Rule Out(R/O) 상병을 기재하기 보다는 증상이나 검사의 이상을 나타내는 R로 시작하는 질병코드(R00-R99)를 사용한다. R코드는 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견(Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, NEC)을 나타내는 코드이며 아래와 같은 경우에 사용된다.

- ① 증례에 관한 모든 사실을 검사하였음에도 불구하고 더 이상 명확한 진단을 내릴 수 없는 경우
- ② 일시적인 것으로 증명되고 원인이 결정되지 않은 입원 당시의

증상 또는 징후

- ③ 더 이상의 조사나 진료를 받지 않은 환자의 잠정 진단
- ④ 진단이 내려지기 전에 조사나 치료를 다른 곳에 위탁한 경우
- ⑤ 기타 다른 이유로 더 이상의 정확한 진단이 필요하지 않은 경우
- ⑥ 의료에 있어서 중요한 문제임을 알리는 특정 증상이라 여겨지는
부가적인 정보

- 특정 질병이 의심되어 검사한 결과, 더 이상의 치료나 의학적 진료를 필요로 하지 않는 경우는 Z03.- (의심되는 질병 및 병태를 위한 의학적 관찰 및 평가)으로 코드를 부여한다.

○ 질병코드는 마지막 단위까지 구체적으로 기재한다.

- 5단위로 분류되어 있는 제13장 “근골격계 및 결합조직의 질환”과 제19장 “손상·중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과”의 경우는 상병 부위 또는 폐쇄성, 개방성 여부를 나타내는 아분류기호(Subclassification)까지 기재하고, 분류기호가 3단위 또는 4단위까지만 분류된 경우는 3단 또는 4단 분류기호를 모두 기재한다.

2. 한방표준질병 · 사인분류()

1) 한방질병분류의 개요

- ‘한국표준질병·사인분류(한의)’가 시행된 것은 한방의료에 대한 건강보험 급여의 필요성 때문이다. 이에 따라 1979년 5월 25일 경제기획원이 통계법 제11조 규정에 의해 고시 제30호로 ‘한국질병·사인분류’에 ‘한방표준질병·사인분류’를 포함해 공포하였다.
- 현행 『한국표준질병·사인분류(한의)』는 1992년 한국표준질병·사인분류의 개정에 맞추어 1979년 판 한의분류를 기초로 하여 각 항목의 질병분류를 확대 보완시켰으며, 질병사인의 분류번호를 모두 바꾸어 한의분류를 예시하고 있다.

2) 한방질병분류의 기본구조

- 한의분류표의 작성은 우리나라에서 가장 널리 활용되고 있는 43권의 한의학 문헌을 참고로 하고 있으며, 한의 표준질병사인을 선정은 1993년도 경제기획원에서 발표한 한국표준질병분류 2차개정안과 비교하여 분류하고 있다.

대분류	소분류 일련번호		3단위 세분류 번호	4단위 세분류 번호
D (청구코드) 라(한의코드)	8	5	1	0

대분류코드	한의질병분류내용
A(가)	감염성 및 기생충성 질환
B(나)	간계질환
C(다)	심계질환
D(라)	비계질환
E(마)	폐계질환
F(바)	신계질환
G(사)	안이비인후과질환
H(아)	외과질환
I(자)	신경정신과질환
J(차)	운동기질환
K(카)	부인과질환
L(타)	소아질환

- 한의 질병분류의 내용은 12개 질병군으로 설정하고 있으며, 각 질병군을 가~타로 Code Number를 분류하고 있으며, 청구시에는 가~타를 “A~L”로 수정하여 사용한다.
- 대분류 질병군은 세부분류에 따라 소분류(예 : 가01, 나01, 다01 등)하였으며, 소분류 항목내에서도 세분되는 경우의 질병명을 세분류(예 : 다01.1, 다01.2 등)하고 있다.
- 세분류가 없는 경우 대분류를 포함하여 앞의 3자리 혹은 앞의 4자리만

을 기재하도록 되어 있다.

- 한의분류표에 관해서는 부록의 [별첨 1]의 “한방표준질병 및 사인분류(한 의)”를 참조하기 바란다.

3. 직접조제·투약시 증상분류()

- ‘건강보험 요양급여비용 청구방법 및 요양급여비용심사청구서·명세서 서식 작성요령’의 제21조 제4항 관련 약국의 직접조제·투약시의 증상분류기호는 다음과 같이 대분류(1~9)와 소분류(1~48)로 구분하고 있다.

대분류 기호	증상군	대분류 기호	증상군	대분류 기호	증상군
1	호흡기계	2	소화기계	3	피부 및 피하조직
4	비뇨·생식기계	5	근골격계	6	눈 및 눈부속기
7	귀 및 귀부속기	8	기타 감염성	9	기타

소분류 기호	증상	소분류 기호	증상	소분류 기호	증상	소분류 기호	증상
01	속쓰림	02	소화불량	03	구 역	04	구 토
05	위 통	06	신 트 림	07	식욕부진	08	변 비
09	복 통	10	복부팽만	11	설 사	12	기 침
13	객 담	14	해 소	15	콧 물	16	코 막 힘
17	발 열	18	두 통	19	인 후 통	20	오 한
21	발 한	22	호흡곤란	23	발 진	24	소 양 감
25	염 증	26	부 증	27	발 적	28	종 창
29	수 포	30	작 열 감	31	빈 뇨	32	잔 뇨 감
33	실 금	34	배뇨곤란	35	월 경 통	36	관 절 통
37	근육통	38	요 통	39	전 신 통	40	염 좌
41	신경통	42	타 박 상	43	담 결 림	44	치 통
45	현훈	46	이 통	47	이 명	48	기 타

- 약국요양급여비용명세서 작성시에는 이를 연결하여 3단으로 기재하도록 되어 있다(다만, 대분류 “9(기타)”와 소분류 “48(기타)”를 연결하는 “948” 기호는 피해야 한다고 명시하고 있다).

제 3 장 진료비청구 관련 주요코드

[수가/약가/치료재료/요양기호]

1. 진료비청구 관련 주요코드

- 진료비청구와 관련된 진료내역코드는 수가, 준용, 보험등재약 및 동 의약품의 일반(성분)명, 원료, 조제(제제)약, 치료재료로 분류되고 있으며, 각각의 코드는 다음과 같은 분류코드에 분류유형(DIV_TYPE_CD)를 가지고 있다.

구분	분류유형	내용
의치과	1	수가(공상 포함)
	2	준용수가
	3	보험등재 의약품
	4	원료, 조제(제제) 의약품
	7	협약재료
	8	치료재료
한방	A	수가
	B	준용수가
	C	약가
	G	협약재료
	H	치료재료
	P	공상

- 코드의 자리수는 보험등재약의 경우 9자리, 공상수가의 경우 5자리, 준용코드의 경우 6자리를 사용하며, 이밖의 경우에는 모두 8자리이며, 수가코드의 경우는 산정지침과 관련이 없는 경우 5자리만 사용하고 산정지침이 적용되는 경우는 8자리 코드를 사용하고 있다.

2. 진료행위() 분류코드

1) 수가코드의 분류방법

- 기본코드는 각 장별 분류행위에 부여된 코드(주항목 포함) 5자리를 사용하고, 각 장의 산정지침이나 절의 “주”에 의하여 가산 또는 감산하되 산정코드로 표현되는 경우는 요양기관이 기본코드 5자리에 산정코드 3자리를 조합하여 8자리 코드를 사용하고 있다.
 - 예를 들어, ‘비골촬영 2매’를 시행하는 경우의 수가코드는 ‘G1002’이지만, 만약 ‘만 8세 미만의 소아’에 대해 ‘비골촬영 2매’를 시행하는 경우는 기본코드 5자리의 마지막 3자리에 산정코드를 추가하여 ‘G1002300’의 코드를 사용한다.
- 예외적으로 기본코드를 8자리로 사용하는 경우가 있는데 예시는 아래와 같다.
 - 항글로불린검사(B2041100-B2048400), 약물,독물,유기용제 및 중금속 검사(C4501010-C4527990), 감염증 혈청검사(C4661010-C4690590, C4721610-C4723790, C4741810-C4752990)에 대하여는 산정코드 자리를 활용하여 8자리를 기본코드로 사용하고,
 - 이때 산정코드 세번째 자리는 ‘0’으로 기재하되 산정지침에 의거 핵의학 적 방법으로 검사한 경우에는 해당 산정코드를 반영하여 ‘5’로 기재한다.

2) 수가코드 분류의 기본구조

기본코드(5자리)					산정코드(3자리)		
대분류	분류번호			일련번호	의미 I	의미 II	의미 III
G	1	0	0	2	3	0	0

- 대분류는 진료행위에 따라 알파벳 A~Z의 범위를 가지고 있으며, 분류번호는 001~999 또는 A01~Z99의 범위를 가지고 있다.

- 다만, 약국 약제비의 수가분류코드의 경우 대분류는 Z를 코드를 가지고 있으며, 분류번호 2자리와 일련번호 2자리로 분류되고 있다.
- 한방진료의 검사, 시술, 처치료와 관련한 분류체계는 예외적으로 대분류 2자리와 분류번호 2자리, 일련번호 1자리로 기본코드 5자리가 모두 숫자형으로 기재하도록 분류하고 있다.

기본코드(5자리)					산정코드(3자리)		
대분류		분류번호		일련번호	의미 I	의미 II	의미 III
1	0	1	0	0	6	5	0

- 위의 예시에서 기본코드 5자리 '10100'은 '한방의 초진진찰료' 분류코드이며, 산정코드의 1번째 자리 '6'은 '만 6세 미만', 2번째 자리 '5'는 '공휴가산'을 의미하고 있다.

3) 진료행위 항목별 분류코드 구조

- 의·치과 항목별 기본코드 분류(※ 별도의 「건강보험요양급여비용」 책자 참조)

진 료 행 위 명		대분류	분류번호		일련번호
기본 진료료	진찰료	AA	1:초진 2:재진	4:가군 5:나군 6:다군	4:의 5:병 6:종합 7:종합 9:치과 0:치과 원 진 원 의 원 의 원 의 원
	입원료	AB	1:종합진 2:종합진 3:병원 4:의원		
	응급의료관리료	AC	100-300		
	무균치료실입원료	AD	100-101		
	회송료	AE	100		
	낮병동입원료	AF	100-400		
	신생아입원료	AG	111-413		
	협진진찰료	AH	100		
	집중치료실입원료	AJ	100-301		
	격리실입원료	AK	100-400		
	의약품관리료	AL	100-401		
	보육기	AM	100		
	가정간호방문료	AN	100		

검사료	검체검사	B,C CA	001-521 01-99	
	조직병리검사	C	550-600	
	기능검사	E,F,FA	001-999	
	내시경, 천자 및 생검	C E	750-999 800-999	
방사선 진단 및 치료료	단순영상진단	G	001-999	
	특수영상진단	HA	00-99	
	핵의학영상진단	HC	01-99	
	치료	HD	01-99	
투약 및 처방·조제료		J	001-999	
주사료	주사	KK	01-99	
	혈액 및 혈액성분제제	X	001-999	
마취료	마취료 및 치과마취	L	001-099	
	신경차단술	LA	01-99	
	신경파괴술	LB	01-99	
이학요법료		MM	01-99	
정신요법료		NN	01-99	
처치 및 수술료	기본및응급처치, 중재적방사선시술	M	001-999	
	피부, 유방, 근골격계	N		
	코, 후두, 기관, 기관지, 폐, 흉곽, 순환기	O		
	비장, 림프절, 내분비기	P		
	입, 이하선, 인두, 편도, 식도, 위, 장, 장간막, 허니아, 직장, 항문, 간, 담낭, 담도췌장, 소화기내시경하시술	Q		
	비뇨기, 남성생식기, 여성생식기, 임 신, 분만	R		
	신경, 감각기	S		
	캐스트	T		
치 과		U	001-999	
조 산 료		V	001-999	
보건기관		W	001-999	

○ 한방 항목별 기본코드 분류(※ 부록의 [별첨 2] 한방 수가코드 분류체계 참조)

진 료 행 위 명		대분류	분류번호		일련번호
제1장	진찰료	10	1: 초진 2: 재진		
	협의진찰료	11	100		
	입원료	15	3: 한방병원 4: 한의원		
	회송료	16	010		
	낮병동입원료	18	300-400		
	집중치료실입원료	19	300		
제2장	검사료	20	001-999		
제3장	투약, 처방, 조제	30	001-999		
제4장	시술료	40	001-999		
	처치료	45	001-999		
제5장	보건기관	80	001-999		

○ 약국조제로 항목별 기본코드 분류(※ 부록의 [별첨 3] 약국 수가코드 분류체계 참조)

진 료 행 위 명	대분류	분류번호	일련번호
약국관리료(방문당)	Z	10	00
기본조제기술료(방문당)	Z	20	00
복약지도료(방문당)	Z	30	00
처방조제	Z	41	01-21
직접조제	Z	42	00-21
의약품관리료(조제1일당)	Z	50	00

○ 의·치과 항목별 산정코드 분류

대분류		산정코드(3자리)		
코드	대분류명칭	의미 I	의미 II	의미 III
AA	진찰료	6:만6세미만 9:뇌성마비, 정신지체인(치과)	1:야간 5:공휴일 9:보호자내원 약제 또는 처방전만 수령	
AB	입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 8:입원 16일째부터 30일째까지 9:입원 31일째부터	03:강내치료 04:내,소,정신과 11:납치폐특수치료실	
AD	무균치료실입원료	1:0-6시 입원		
AG	신생아입원료	2:18-24시 퇴원		
AJ	집중치료실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원		
AK	격리실 입원료	8:입원 16일째부터 30일째까지 9:입원 31일째부터		
AN	가정간호방문료		1:야간 2:공휴	
B, C	검체검사	항글로블린, 약물, 독물, 유기용제 바이러스, 기생충 기타감염증	및 중금속, 세균, 진균,	5:핵의학적방법
C	천자 및 생검료	3:만8세미만	1:치료목적	
E	내시경	3:만8세미만	1:내시경하 생검	
F, FA	기능검사	6:만6세미만	1:Digital 뇌파분석	
G	방사선단순영상	3:만8세미만		6:방사선과전문의 판독
HA	방사선특수영상	3:만8세미만	1:양측혈관촬영 2:두번째혈관촬영부터 3:두번째혈관의양측촬영	6:방사선과전문의 판독
HC	핵의학영상진단	3:만8세미만	1:정량분석 2:동적영상 3:혈류영상 4:정량+동적 5:동적+혈류 6:혈류+정량 7:정량+동적+혈류	6:핵의학과전문의 판독
HD	방사선치료료	3:만8세미만		
J	투약및조제료	6:만6세미만		1:제제료
KK	주사료	3:만8세미만		

L	마취료	1:신생아 3:만8세미만 4:만70세이상 5:심폐체외순환법 6:일측폐환기법 7:고빈도제트환기법 8:심장수술 9:개두술	1:야간 5:공휴일	
LA	신경차단술	1:신생아 3:만8세미만		
LB	신경파괴술	4:만70세이상		
M-S	처치 및 수술 중재적 시술		1:야간 2:주간응급 5:공휴일	1:제2의 수술 2:재수술(주된 수술) 3:재수술(제2의 수술)
T	캐스트	3:만8세미만	1:야간 5:공휴일	
U	치과	3:만8세미만	1:야간 5:공휴일	1:제2의 수술 2:재수술(주된 수술) 3:재수술(제2의 수술)
V	조산료			1:다태아분만시 제2태아부터의 조산료

○ 한방 항목별 산정코드 분류

대분류		산정코드(3자리)		
코드	대분류명칭	의미 I	의미 II	의미 III
10	진찰료	6:만6세미만	1:야간 5:공휴일	
15	입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 8:입원 16일째부터 30일째까지 9:입원 31일째부터	04:내과, 소아과, 정신과	
19	집중치료실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 8:입원 16일째부터 30일째까지 9:입원 31일째부터		
30	투약료	6:만6세미만		
40	시술료	1:신생아 8:만8세미만	1:야간 5:공휴	2:자락술,도침술,산침술 4:사암침법,오행침법 체질침법 6:화침,온침
				7:제2의침술
45	처치료		1:야간 5:공휴	

○ 약국조제료 항목별 산정코드 분류

대분류		산정코드(3자리)		
코드	대분류명칭	의미 I	의미 II	의미 III
Z20	기본조제기술료	6:만6세미만	1:야간 5:공휴일	
Z30	복약지도료			
Z41	처방조제료			
Z42	직접조제			

3. 의약품() 분류코드

1) 의약품 분류코드 개요

- 보험등재 의약품 및 동 의약품의 일반(성분)명 분류는 “약제급여·비급여목록 및 상한금액표”에 등재된 코드를 사용하고 있으며, 원료약 및 조제(제)약은 건강보험심사평가원에서 부여한 코드를 사용하고 있다.
- 또한 한방의 경우는 한약제제 약가표와 기준처방별 가격표에 등재된 품목에 부여한 코드를 사용하고 있다.

2) 보험등재 의약품의 분류

- 제품명 분류의 기본구조 및 설명(※ 별도의 「약제급여·비급여목록 및 상한금액표」 책자 참조)

업종 코드	제조·수입사 구분				품목허가·신고수리번호			규격 단위
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

구분	구성	국 내 의약품	수입의약품	
			품목허가중	품목신고서
①	-일반의약품 -소분의약품 -마약제조업 -마약소분업 -한외마약제조업 -향정의약품제조업	A B C D F G	E · M N S T	W · V X Y Z
②~⑤	-②~④ : 제조회사 구분 -⑤ : 품목허가신고서구분 ·허가품목 ·신고품목의 분공장 ·신고품목 ·허가품목의 분공장	업허가번호 0 4 5 9	-지명 있는 경우 ② 서울 → 2 인천 → 3 부산 → 4 대전 → 5 대구 → 6 광주 → 7 ③~⑤ : 번호 -지명 없는 경우 ② : 0 ③~⑤ : 업허가번호	

⑥~⑧	-제품허가·신고번호	-제품허가증·신고 서번호와 동일	-좌동
⑨	-동일품목 규격단위 구분	-여러 규격 등재 신고시 숫자를 달리부여	-좌동

○ 주성분명 분류의 기본구조 및 설명(예시 : 상황균사체엑스 1.1g)

주성분 일련번호				함량구분		투여경로	제형구분	
1	0	0	1	0	1	A	G	N

- 함량구분 : 단일제(주성분별 함량 일련번호), 복합제(00)
- 투여경로 : A=내복제, B=주사제, C=외용제)
- 제형구분 : 대한약전 제제총칙의 분류에 근거하여 분류하되, 외국약가집의 의약품 분류 현황을 참조하여 다음과 같이 분류하고 있음.

제형분류코드	제형	제형분류코드	제형
PD	산제	PI	환제
GN	과립제	TT	틴크제
GR	서방형 과립제	XS	연조 엑스제
GE	장용 과립제	XD	건조 엑스제
SY	시럽제	XL	유동 엑스제
LQ	액제	IJ	주사제
OS	점안제	IS	관류액 등
EL	엘릭실제	PL	경고제
EM	유제	LT	로오션제
SS	현탁제	LN	리니먼트제
SR	주정제	OO	안연고제
AW	방향수제	OM	연고제
LE	리모나아데제	AE	에어로솔제
TB	정제	SP	좌제
TR	서방형 정제	PO	카타플라스마제
TE	장용 정제	CM	크림제
TL	설하정	PA	파스타제
CH	경질 캡셀제	IM	이식제 및 체내장치
CS	연질 캡셀제	DS	스폰지 및 드레싱

CR	서방 캡셀제	SI	분유제 및 흡입제
CE	장용 캡셀제	PC	패취제

3) 한방약제 분류코드

- 한방의 약제분류는 의·치과의 9자리의 약제분류와는 달리 8자리로 분류하고 있다(※ 부록의 [별첨 4] 한방약제 분류코드 참조). 아래의 예시는 ‘천문동 엑스산’제에 대한 분류코드이다.

대분류 (제제)	중분류(품명번호)				소분류		
A	0	0	5	7	0	0	0

- 대분류는 A(단미엑스산제), B(기준처방), C(고유처방) 알파벳으로 기재하고 있으며,
- 중분류는 대분류 A의 단미엑스산제 68종에 대한 품명번호에 따라 일련번호를 기재하고 있으며, B의 기준처방 역시 56종에 대한 품명번호에 따라 일련번호를 기재하고 있다. 다만, C의 고유처방에 대해서는 해당 명세서에서 고유처방 발생번호를 기재하도록 되어 있다.
- 소분류의 경우는 단미엑스산제는 6째자리를 품명의 확장자로 사용하고, 7~8째자리를 품명별 일련번호로 사용하고 있다. 기준처방의 경우는 6~8째자리를 품명별 일련번호를 기재하고, 고유처방은 ‘000’을 기재하고 있다.

4. 치료재료 분류코드

1) 치료재료 분류코드의 개요

- 치료용재료 코드는 재료 제조자 또는 수입자가 건강보험심사평가원으로부터 사전 인정받은 코드를 사용하고 있다(「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 책자 참조).

- 치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표에서 일부본인부담 및 100분의 100 본인부담 품목은 각각 12개 품목이 있으며,
- 일부본인부담 치료재료군은 알파벳 A~L까지 분류되고, 100분의 100본인부담품목은 알파벳 ZB~ZM까지 분류되고 있으며 동일 치료재료군 내 품목군은 아라비아 숫자로 분류되고 있다.

2) 치료재료 분류의 기본구조

대분류		중분류			소분류		
재료군	품목군	용도 및 규격			제조회사		
C	1	6	0	1	0	0	5

※ 100분의 100본인부담품목은 치료재료군 앞에 알파벳 Z가 포함(ZB~ZM).

- 대분류로 치료재료군과 품목군 코드는 유사한 재료군으로 구성되어 있으며 알파벳과 혼합하여 아래와 같이 사용하고 있다.

재료군	품목군 명칭
방사선 동위원소 군 【A】	동위원소 류 (A0)
봉합용군 【B】	봉합사 류 (B0) 자동봉합기 류 (B1) ENDOSCOPY SUTURE 류 (B2)
TRAUMA용군 【C】	인조뼈 류 (C0) 체외고정기 류(SCREW/PIN 포함) (C1) LIGAMENT & TENDON 및 고정용 류 (C2) NAIL (SET)류 (C3) PIN 류 (C4) TRAUMA용 PLATE 류 (C5) TRAUMA용 SCREW 류 (C6) FACIAL용 PLATE 류 (C7) FACIAL용 SCREW 류 (C8) STAPLE 류 (C9)
기타 TRAUMA용 군 【D】	WIRE 류 (D0) TRAUMA용 선택품목 류 (D1) 연골이식류 (D2)
인공관절 군 【E】	TOTAL HIP PROSTHESIS & CABLE SYSTEM 류 (E1) TOTAL KNEE PROSTHESIS 류 (E2) CUSTOM MADE PROSTHESIS 류 (E3) 기타부위 관절 류 (E4) BONE CEMENT 류 (E5)

척추고정 군【 F 】	척추고정용 류 (F0)
흉부외과용 군【 G 】	인조혈관 류 (G0) 인조섬유포 류 (G1) HEART VALVE & ANNULOPLASTY RING 류 (G2) CANNULA 류 (G3) 심정지액 주입용 Set 류 (G4) OXYGENATOR & TUBING PACK (BIO PUMP SET 포함) (G5) 흉부외과용 선택품목 류 (G6) HEART WIRE 류 (G7) PACEMAKER & LEAD 류 (G8)
신경외과용 군【 H 】	인조뇌막 류 (H0) ANEURYSM CLIP 류 (H1) NS SHUNT 류 (H2) PLASTIC KIT & CORTICAL ELECTRODE 류 (H3) ICP SENSOR 류 (H4)
안·이비인후과용 군【 I 】	인조안구체 & 기타 안과용 재료 류 (I0) 인공수정체 (I1) ENT용 류 (I2)
중재적시술용 군【 J 】	VENA CAVA FILTER 류 (J0) DANSAC 류 (J1) (소화기)내시경 시술용 류 (PEG TUBE, EVL KIT 등) (J2) 색전물질 류 (J3) CATHETER 류 (J4) INTRODUCER, STENT, BASKET 류 (J5) GUIDE WIRE 류 (J6)
일반재료 군 I【 K 】	ELECTRODE & EKG 재료 류 (K0) TISSUE EXPANDER (K1) FILM 류 (K2) 지속적 배액용기 류 (K3) 기관내 삽입관 류 (K4) FOLEY CATHETER 류 (K5) GAUZE 류 (K6) 붕대 (복대포함) 류 (K7) CAST 류 (SPLINT 포함) (K8) CHEST TUBE & BOTTLE 류 (SUMP DRAIN 포함) (K9)

- 중분류인 경우는 동일용도(규격)군으로 각 상품명을 숫자형으로 표기하고 있으며, 소분류의 경우는 업체(제조사)를 숫자형으로 표기하도록 구성되어 있다.

3) 공상 치료재료 분류코드

- 공상은 공무원연금법과 사립학교교직원연금법에 의하여 공(직)무상 사망 및 부상, 질병, 폐질 등이 발생할 시 요양급여를 말하며,

- 그에 관한 비용을 공무원연금관리공단 이사장이나 사립학교교직원 연금관리공단에 청구하도록 하고 있는 급여제도이다.
- 공상의 경우에 있어서는 건강보험요양급여 범위에서 제외되고 고가의 치료재료들을 “산업재해보상보험 요양급여산정기준” 중 “건강보험요양급여 비용에서 정하지 아니한 요양의 범위 및 비용산정기준”의 분류체계를 사용하여 급여범위에 포함하고 있다.
- 공상 치료재료 분류코드의 기본구조(※ 부록의 [별첨 5] 공상 치료재료 분류코드 참조)

대분류		중분류		소분류
1	0	0	1	0

대분류		중분류	소분류
10	치과보철	01~15	0
20	의지 및 보조기	01~74	1~7
30	의지 및 보조기 장착 후 보행훈련	67	1~3
40	식대	01~02	0
50	MRI	01~04	1~3
60	초음파	03~07	1~4
70	보험급여청구서 확인 및 진단서발급 수수료	00~09	1~4

- 대분류 : 각 ‘절’ 별로 숫자 2자리를 부여
- 중분류 : 분류번호 2자리
- 소분류 : 분류번호별 일련번호

5. 요양기호 분류코드

- 요양기관 기호의 부여는 요양기관을 각 개체로 관리하기 위한 목적으로 지역별, 요양기관 종별로 구분하여 요양기관 각각에 대해 총 8자리로 구성되어 사용되고 있다.
- 요양기관 기호는 지역별, 종별, 일련번호 및 전산 체크번호 모두 숫자로

구성되어 있다.

지역별		종별	일련번호				전산체크번호
1	1	3	2	6	3	5	2

○ 지역별 구분 : 앞의 2자리 숫자를 의미하고, 지역별 코드는 아래와 같음.

코드	지역	코드	지역
11, 12	서울	35	전북
21	부산	36	광주, 전남
31	인천, 경기	37	대구, 경북
32	강원	38	울산, 경남
33	충북	39	제주
34	대전, 충남		

- 서울지역의 경우 의원, 약국의 기호부여 기관수가 9,999개소를 상회함에 따라 10,000번째 기호부여 기관부터 앞 2자리 수를 12로 부여함.

○ 종별 구분 : 3번째 자리의 숫자를 의미하고, 분류코드는 다음과 같음.

기호	종별명칭
1	종합병원
2	병 원(4번째 자리의 숫자와 동시관리) - 20~27 : 일반병원, 정신병원 - 28 : 요양병원(노인전문병원 포함) - 29 : 정신요양병원
3	의 원
4	치과병원
5	치과의원
6	조 산 원

7	보건기관(4번째 자리의 숫자와 동시관리) - 70 : 보건소 - 71~72 : 보건지소 - 73~74 : 보건진료소 - 75~76 : 모자보건센터 - 77 : 보건의료원(병원화보건소)
8	약 국
9	한 방(4번째 자리의 숫자와 동시관리) - 91 : 한방종합병원 - 92 : 한방병원 - 93~97 : 한의원 - 98~99 : 한약방

- 요양병원 : 의사 또는 한의사가 의료를 행하는 곳으로서 입원환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 장기요양을 요하는 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관
- 정신요양병원 : 정신보건법 시행규칙 별표2 “정신의료기관 시설기준”에 의거 요양병원과 구분하였으나 현재 기호부여 하지 않음
- 한방종합병원과 한약방은 현재 기호부여 하지 않음

- 일련번호 : 4~7번째 자리의 숫자로 기호부여 순서에 따라 부여하는 연번이며, 최대 9,999개소까지 기호부여 가능하다.
- 전산체크번호 : 요양기관기호를 전산상으로 체크하기 위하여 제일 마지막 8번째에 부여하는 숫자로서 앞 7자리 각각의 숫자를 일정한 공식에 대입하여 산출하고 있다.

제 4 장 입원환자 분류체계(DRG)

1. DRG 분류의 정의와 개발 배경

- DRG는 Diagnosis Related Group의 약어로 자원소모 유사성과 임상적 유사성에 기초하여 입원환자를 분류하는 입원환자 분류체계로서 일반 산업에서 사용하고 있는 비용이나 질 관리 방법을 병원에 적용하기 위한 시도의 일환으로 개발되었다.
- 산업적 개념을 병원에 적용하려는 시도는 1900년대 초로 거슬러 올라가지만, 이전 접근법과는 달리 DRG 접근법은 병원의 최종 생산물(final product)에 초점을 두고 있다. 즉, 특정 질환자에게 제공된 재화나 서비스의 '묶음'으로 병원의 생산물을 정의하고자 하였다는데 의의가 있다.
- DRG를 통하여 병원의 생산물을 묶음을 규정함으로써 DRG는 병원의 생산성을 측정하고 평가할 수 있는 도구로 이용되고 있다.

2. Korean DRG(KDRG) | 개발과 분류과정

1) KDRG의 개발

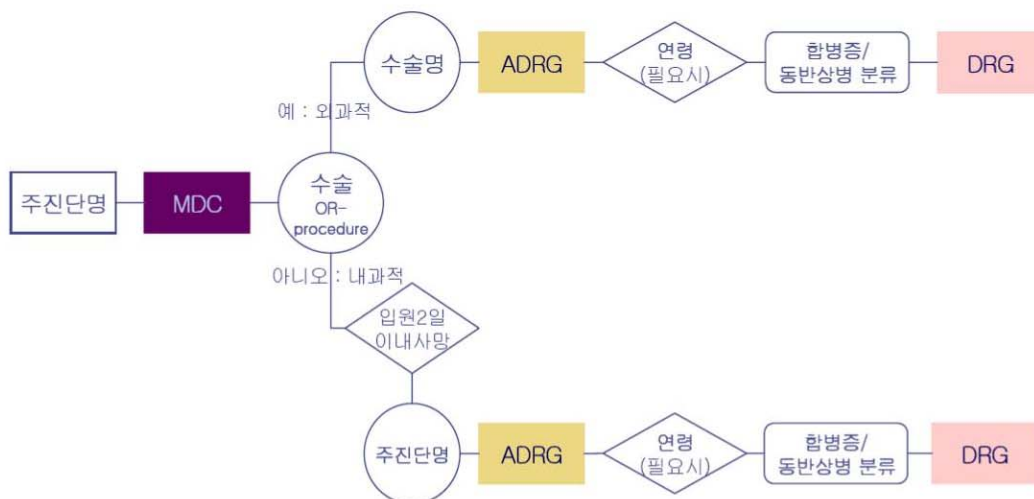
- 우리나라에서는 1986년 미국 HCFA-DRG를 근간으로 하여 KDRG Version 1.0이 개발되었고, 이후 1991년에는 미국 Refined DRG에 근거하여 기존 KDRG의 전면 개편한 Version 2.0이 개발되어 현재 Version 3.1까지 개발되었다. 아래 표에서는 개발단계 및 외국 ADRG의 개발에 따른 ADRG의 개수를 표기하였다.

DRG 명칭	ADRG 개수
KDRG Ver 2.1	332
Medicare DRG(미국)	349
AR-DRG(호주)	450
KDRD Ver 3.1	674

- 이러한 KDRG 분류체계는 현재 입원환자에 지불체계로서 질병군별 포괄수가제도에 이용되고 있으며, 더불어 종합전문요양기관(3차기관) 인정 기준 및 심사평가원의 요양기관 평가 및 종합관리제 등에 유용한 도구로 간주되어 활용되고 있다.

2) DRG의 분류과정

- DRG의 일반적인 분류 과정은 입원환자의 주진단으로 부터 출발한다. 주진단에 따라서 입원환자를 23개의 대분류(MDC) 중 하나로 분류한 다음, 그 환자가 수술(OR procedure)을 받았는지 여부에 따라 외과계 질병군과 내과계 질병군을 구분한다.
 - 외과계 질병군은 환자가 받은 수술에 따라 질병군이 결정되고,
 - 내과계 질병군은 조기사망 환자를 제외하면 주진단명에 따라서 질병군이 결정된다.



- 이 단계까지의 분류를 ADRG(Adjacent DRG)라고 한다. 이후 연령 구분과 기타 진단명을 이용한 중증도 분류가 추가적으로 이루어져서 최종적인 DRG 가 결정된다.

(1) 주진단범주(Major Diagnostic Category, MDC)분류

- 모든 가능한 주진단(principal diagnosis)은 주로 신체기관의 부위에 따라 ‘주진단범주(MDC)’라고 불리는 상호 배타적인 23개의 그룹으로 나누어진다.
- 일반적으로 MDC는 병인(예를 들어 악성종양, 전염병 등)보다는 주요 신체 기관(예를 들어 호흡기계, 순환기계, 소화기계 등)에 따라 분류되어 있다. 이러한 접근방법이 사용된 것은 임상진료가 일반적으로 병인이 아니라 발병한 신체 기관에 따라 조직되어 있기 때문이다. 따라서 특정 신체 기관과 특정 병인을 모두 포함하는 질병(예를 들어, 신장의 악성종양)은 침범된 신체 기관(신장)에 따라 MDC가 배정된다.
- 그러나 모든 질병이나 장애가 신체 기관에 근거한 MDCs로 배정되지 않는다. 따라서 전신성 전염성 질환(systemic infectious disease), 골수 증식성 질병 및 미분화암(myeloproliferative diseases and poorly differentiated neoplasms)과 같은 많은 잔여 MDCs(residual MDCs)가 만들어졌다.
 - 예를 들어 식중독(food poisoning)이나 이질(Shigella dysenteriae)은 소화기계 MDC로 배정되고 폐결핵(pulmonary tuberculosis)은 호흡기계 MDC로 신체기관에 근거하여 배정되지만,
 - 속립성 결핵(miliary tuberculosis)이나 패혈증(septicemia)같은 전염성 질환은 대개 전신을 침범하기 때문에 전신성 전염성 질환(systemic infectious disease) MDC로 배정된다.

MDC 구분	MDC 명칭
01	신경계의 질환 및 장애
02	눈의 질환 및 장애
03	귀,코,입,인후의 질환과 장애
04	호흡기계의 질환 및 장애
05	순환기계의 질환 및 장애
06	소화기계의 질환 및 장애
07	간담도계 및 체장의 질환 및 장애
08	근골격 및 결합조직의 질환 및 장애
09	피부, 피하조직, 유방의 질환 및 장애
10	내분비, 영양, 대사성 질환 및 장애
11	신장, 비뇨기계의 질환 및 장애
12	남성 생식기계의 질환 및 장애
13	여성 생식기계의 질환 및 장애
14	임신, 출산, 산욕
15	신생아와 주산기에 발병한 병태를 가진 신생아
16	혈구 및 조혈기관의 질환과 면역장애
17	골수증식성 질환 및 미분화암
18	MDC18-1 : HIV 감염
	MDC18-2 : 전염성 및 기생충 질환
19	정신질환 및 장애
20	알콜/약물 남용 및 알콜/약물로 인한 기질적 정신 장애
21	MDC21-1 : 다발성 외상
	MDC21-2 : 손상,중독,약물의 독성 작용
22	화상
23	건강 상태 및 보건의료 서비스 이용에 영향을 미치는 요소

(2) 내과계/외과계 그룹 분류

- 수술실을 필요로 하는 외과적 시술은 환자가 사용하는 병원 자원(예를 들어 수술실, 회복실, 마취)에 유의한 영향을 미치기 때문에 대부분의 MDC는 먼저 내과계 그룹과 외과계 그룹으로 나누어 진다.
- 환자가 수술실 사용을 필요로 하는 시술을 받으면 외과계 그룹에 속하는 것으로 간주된다. 일반적으로 이용 가능한 환자 정보에 환자가 수술실을

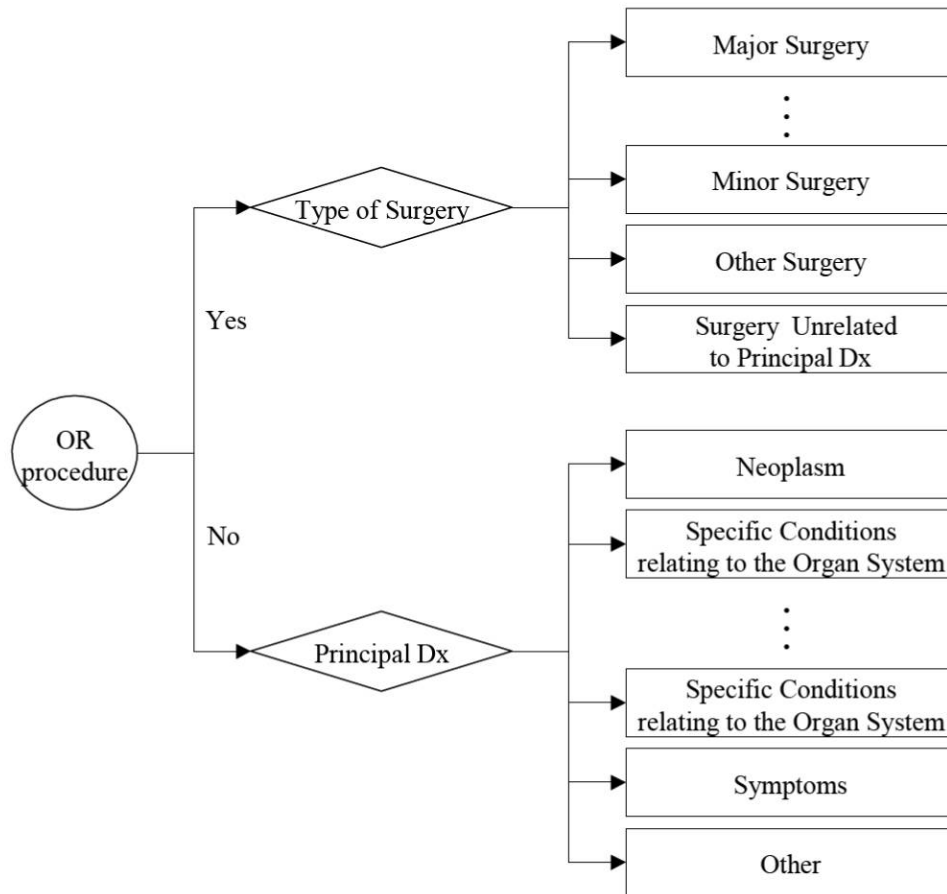
사용했는지가 정확하게 나타나 있지 않기 때문에 외과 환자군은 수행된 시술에 근거해 분류된다. 의사 패널이 모든 가능한 시술 코드들을 대부분의 병원에서 그 시술이 수술실에서 행해지는지 여부에 따라 OR-procedures와 NonOR-procedures로 구분하였다.

- 이러한 원칙에 따라 심장판막절개술(heart valvotomy), 뇌막생검(cerebral meninges biopsy), 담낭전절제술(total cholecystectomy)은 수술실이 필요한 것으로 간주되었고, 흉막천자(thoracentesis), 기관지경검사(bronchoscopy), 피부봉합(skin suture)은 그렇지 않은 것으로 간주되었다.

(3) ADRG 분류

- 외과계 그룹은 다시 시행된 시술명에 따라 세분화된다. 시행된 외과적 시술의 범위에 따라 주요 수술(major surgery), 간단한 수술(minor surgery), 기타 수술(other surgery), 주진단과 일치하지 않는 수술(surgery unrelated principal diagnosis) 등으로 분류된다.
- 만약 한 환자가 동일 입원기간 내에 여러 시술을 받은 경우 ‘외과적 우선순위(surgical hierarchy)’에 따라 우선순위가 가장 높은 외과 질병군으로 배정된다.
 - 예를 들어 ‘한 환자가 자궁소파수술(D&C)과 자궁절제술(hysterectomy)을 함께 받은 경우 순위가 높은 자궁절제술 질병군으로 배정된다. 여기서 주의할 것은 외과적 우선순위가 의무기록에 있는 외과적 시술의 순서와 무관하다는 점이다. 외과적 우선순위는 일반적으로 병원 자원 소모량의 크기에 따라 결정된다는 것이다.
- 내과계 그룹은 입원을 하게 된 주진단명에 따라 세분화된다. 각 MDC내의 내과계 질병군은 대개 해당 신체 기관과 관련된 악성종양과 증상 혹은 특정 상태에 따라 분류된다.
 - 예를 들어, 호흡기계 MDC내의 내과계 질병군은 폐색전증(pulmonary embolism), 감염(infections), 종양(neoplasms), 흉부외상(chest trauma), 늑막염(pleural effusion), 폐부종(pulmonary edema), 만성폐

색성폐질환(COPD), 단순폐렴(simple pneumonia), 간질성폐질환(interstitial lung diseases), 기흉(pneumothorax), 기관지염 및 천식(bronchitis and asthma), 호흡기계 증상(respiratory symptoms), 기타 호흡기계 질병(other respiratory diagnoses) 등이다.



○ 각 MDC는 ‘기타 내과 질환(other medical diseases)’과 ‘기타 외과 시술(other surgical procedures)’로 각각 불리는 내과계 질병군과 외과계 질병군을 대개 가지고 있다. 기타 질병군은 임상적 관점에서 정확하게 정의하기 힘든 질병군이다. 기타 질병군은 출현 빈도가 낮거나 임상적으로 정의하기 힘든 진단이나 시술을 포함한다.

- 예를 들어, 호흡기계 MDC의 기타 내과 질환은 심인성 호흡기계 질환(psychogenic respiratory disease)과 기타 호흡기계 기형(respiratory anomalies not otherwise specified)을 포함하고 있고,

- 여성 생식기계 MDC의 기타 외과 시술은 간생검(liver biopsy)이나 시험적 개복술(exploratory laparotomy) 같은 외과적 시술을 포함하고 있다.
- 기타 외과 시술은 특정 MDC의 환자에게 빈도는 낮지만 시행될 가능성이 있는 외과적 시술을 포함한다. 그러나 환자가 배정된 MDC와는 전혀 관련이 없는 외과적 시술을 받을 수도 있다.
- 예를 들어 폐렴을 주진단으로 가진 환자가 이와는 전혀 관련이 없는 경요도적 전립선절제술(transurethral prostatectomy)을 받을 수 있다. 이런 환자는 ‘주진단과 일치하지 않는 수술(OR procedures unrelated principal diagnosis)’이라는 외과계 질병군으로 배정된다.
- 이러한 DRG를 Error DRG라고 하며, KDRG에서 규정된 Error DRGs는 아래와 같다.

KDRG version 3.1에서 규정된 Error DRGs	
961	주진단으로 적절하지 않은 산과 주진단 Unacceptable Obstetrical Principal Diagnosis
962	시술과 일치하지 않는 산과 주진단 Obstetrical Principal Diagnosis Not Consistent With Procedures
963	연령/체중과 일치하지 않는 신생아 진단 Neonatal Diagnosis Not Consistent With Age/Weight
990	주진단과 일치하지 않는 수술 O.R. Procedure Unrelated To Principal Diagnosis
999	분류 불가능 Ungroupable

- 999는 잘못된 정보(예를 들어 철자가 틀린 진단코드나 시술코드)를 입력하였을 경우 발생하는 Error DRG이고,
- 961은 산과 진단 중 주진단으로 부적합한 진단이 주진단으로 기재되었을 경우 배정되는 Error DRG이다.
- 962는 분만 관련 주진단을 가지면서도 분만 시술코드가 기재되지 않았을 경우 배정되는 Error DRG이다.
- 963은 신생아 주진단을 가지면서도 연령이 1세 이상이거나, 연령이 28일 이상, 1세 미만이고 체중이 2500g 이상인 경우에 배정되는 DRG이다.
- Error DRG는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)는 960 DRG로 분류된다.

960 조기 사망, 수술 미시행(신생아 제외)
Early Death W/O O.R. Procedure(Except Neonate)

(4) 연령구분

- DRG분류체계에서는 수술이나 주진단에 따라서 ADRG 분류를 한 다음, 필요시 연령에 따라서 ADRG를 추가로 세분화한다.
- 연령 구분이 필요한 경우는 한 ADRG 내에 다양한 연령층이 함께 포함되어 있고, 연령층에 따라서 진료 내용이나 진료비가 유의한 차이를 보이는 경우이다.
- 연령 구분시 유의할 점은 입원 환자가 가진 동반 상병이나 합병증으로 인한 진료비 차이는 다음 단계에서 이루어지는 ‘중증도 분류’에서 반영된다는 점이다.
 - 하지만 동반 상병이나 합병증이 연령과 연관되어 있는 경우, 두 가지 요인의 영향을 구분하기 어려울 수 있다. 이 경우 연령 구분보다는 동반 상병이나 합병증에 따른 중증도 분류를 이용해서, ADRG를 추가로 구분하는 것이 합리적이다. 따라서 연령 구분은 중증도 분류를 통해서 반영하지 못하는 연령으로 인한 진료비 차이만을 대상으로 한다.

(5) 기타 진단을 이용한 중증도 분류

- DRG의 중증도 분류 과정은 다음과 같이 3단계로 구분해 볼 수 있는데,
 - ① 1단계는 동반하는 기타 진단의 중증도 점수를 결정하는 것이다. 이러한 기타 진단의 중증도 점수를 CCL(Complications & Comorbidities Level)이라고 하고, 외과계의 DRG는 ‘0~4’, 내과계의 DRG는 ‘0~3’까지의 점수를 가진다. 각 점수의 의미는 다음과 같다.

CCL = 0 : No CC effect
 CCL = 1 : Minor CC
 CCL = 2 : Moderate CC
 CCL = 3 : Severe CC
 CCL = 4 : Catastrophic CC

② 2단계는 한 환자가 2개 이상의 기타 진단을 가질 경우 환자 단위의 중증도 점수를 결정하는 것이다. 이를 PCCL(Patient Clinical Complexity Level)이라고 정의하고, 개별 기타 진단의 중증도 점수를 통합하는 공식을 이용해서 환자단위 중증도 점수를 결정한다.

- 그러나 중증도 점수가 '1'이상인 기타 진단이 있다고 하더라도 주진단과 관련성이 높을 경우에는 중증도 점수를 '0'으로 부여하였다.
- 예컨데, 주진단이 K673(결핵성 복막염)인 경우 기타 진단으로 기재된 A183(장, 복막 및 장간막선의 결핵)의 중증도 점수는 '0'이 부여된다.

③ 마지막으로 3단계는 환자단위 중증도 점수를 이용하여 ADRG별로 중증도 분류단계를 결정하게 되는데 다음사항이 고려되었다.

- 여러 개의 기타 진단을 가지는 경우 최고 점수를 가지는 기타 진단에 의해 그 환자의 중증도 수준이 결정된다. 따라서 환자의 중증도 수준은 바로 해당 ADRG의 중증도 구분 단계가 된다.
- KDRG version 3.0부터는 중증도 분류가 더 세분화되어 있고 복합상병의 상호작용을 고려하는 호주 AR-DRG의 중증도 분류방법을 수용하여 중증도를 최종적으로 분류하고 있다

3. KDRG 분류코드 구조

ADRG				연령	중증도
B	0	2	1	1	1

○ KDRG Ver 3.0에 사용된 DRG코드는 호주의 AR-DRG의 코드체계를 수

용하여 알파벳과 숫자를 혼용하여 표기하고 있다.

- 예를 들어, B02의 B는 'MDC 01'을 나타낸다. 두 번째와 세 번째 자리는 ADRG의 대분류를 나타낸다. 즉, B02는 MDC 01의 두 번째 ADRG 대분류에 해당된다.
- Error DRG에서는 앞서 전술한 바와 같이 첫 번째 자리에 알파벳 대신에 숫자로 '9'를 표기하고 있다.
- ADRG의 대분류 코드는 외과계 ADRGs의 경우 01~49까지 순서대로 표기하고 있으며, 내과적 시술 ADRGs는 50~59, 내과계 ADRGs는 60~99까지 순서대로 표기하고 있다.
- 네 번째 자리는 ADRG 소분류를 나타내는 것으로 1~9까지의 숫자를 사용하고 있다.
- 다섯 번째 자리는 연령구분을 지칭하는 것으로 1~3까지의 숫자를 사용하고 있다. 예를 들어, B0211과 B0212는 B02의 ADRG 대분류에서 첫 번째가 소분류이고, 연령구분이 두개로 분리되어 있음을 나타낸다.
- 여섯 번째 자리는 중증도 분류에 의한 분류이며 0~4까지의 숫자를 사용하고 있다.
- 부록의 [별첨 6] DRG 입원환자 분류체계에서는 4자리까지의 ADRG 분류에 의한 것만을 수록하였으므로, 연령과 중증도를 포함한 전체 6자리의 DRG 분류번호를 보고자 하는 경우는 「KDRG 분류집」 Version 3.1판을 참조하기 바란다.

제 5 장 외래환자 분류체계 [588 및 KAPG분류]

1. 외래환자 분류의 목적과 활용

- 한국표준질병·사인분류(KCD)는 소분류 2,036개, 세분류 12,171개로 분류의 종류가 많고, 진료비 청구나 의료자원 배분과 같은 재정적인 측면의 연구에 사용하는 데에도 제약이 있다.
- 따라서 자원의 유사성과 의료자원의 배분을 기준으로 한 새로운 분류체계가 개발이 요구되었고,
- 외래의 경우 588 및 KAPG 분류체계의 환자군 분류체계가 개발되어 외래 지표심사와 의원급 의료기관 종합관리제에 적용되고 있다.

2. 588 분류체계

1) 588분류체계의 개요

- 588 외래환자 분류체계에서는 우선적으로 주상병을 기준으로 표준질병사인분류에서 사용하고 있는 261개의 2단위의 중분류 상병을 환자군을 분류하고 있으나,
 - 이중 C.I 값에 큰 영향을 미치는 다빈도 질환의 경우와 진료지침이나 상기도감염질환(감기)의 경우 등을 고려하여 261개의 중분류 상병군을 세분화하여 사용하고 있다.
- 다음으로 연령에 따라 발생할 수 있는 상병이 다를 수 있으므로 연령변수를 고려하고 있다<분류1>.
 - 588 외래환자 분류체계의 개발 당시 연령에 대한 분류는 통계적으로 유의한 차이(신뢰도 95%)를 보이는 상병에 대해서 만을 분리하되, 10건 미만인 경우에는 별도 분리하지 않고 있다.
- 또한 수술·처치의 유무에 대한 변수도 고려하고 있는데<분류 2>.

- 수술·처치에 대한 유무 역시 개발 당시 통계적으로 유의한 차이(신뢰도 95%)를 보이는 상병에 대해서만 분리하되, 상대적으로 질병의 빈도가 10% 미만인 경우에는 별도 분리하지 않고 있다
- 다만, 이 경우에도 총진료비용이 수술·처치 유무에 따라 2배 이상 차이가 나는 경우에는 별도 분리하고 있다.



2) 588 외래환자 분류코드의 구조(5자리)

대분류			중분류 (연령)	소분류 (수술·처치)
J	0	1	1	0

대분류	중분류		소분류	
	코드	의미	코드	의미
A01	0	미분류	0	미분류
.	1	소아	1	수술무
.	2	성인	2	수술유
.	3	노인		
.	4	소아+성인		
Z07	5	성인+노인		

- [별첨 7]에서는 588 외래환자 분류체계에서 정의하고 있는 질병명에 따른 분류코드를 제시하고 있다.

3. KAPG 분류체계

1) KAPG 분류체계의 개발

- APG 분류체계는 미국 의회의 요청에 따라 3M-Health Information System(이하 3M-HIS)에서 처음으로 개발되었으며, 이후 미국 보건의료재정청(Health Care Financing Agent, HCFA)이 APG를 수정하여 병원외래환자에 대한 포괄수가제를 적용하고자 도입된 분류체계이다.
- 우리나라에서도 건강보험에 있어 커다란 비중을 차지하고 있는 외래 진료비의 효과적/효율적인 관리 및 환자들의 의료서비스 필요량을 결정하는 외래환자 질환구성(case-mix)을 측정하기 위하여,
- 2003년 건강보험심사평가원에서는 카톨릭대학교 병원경영연구소에 용역을 의뢰하여 미국의 APG분류체계를 근간으로 한 KAPG(Korean Ambulatory Patients Groups)를 개발하게 되었다.

2) 588 분류체계의 한계점

- 현재 심사평가원에서는 외래 급여비 심사, 적정성 평가 등에 요양기관의

외래환자 질환구성 보정을 위해 앞서 전술한 “588 분류체계”를 사용하고 있다.

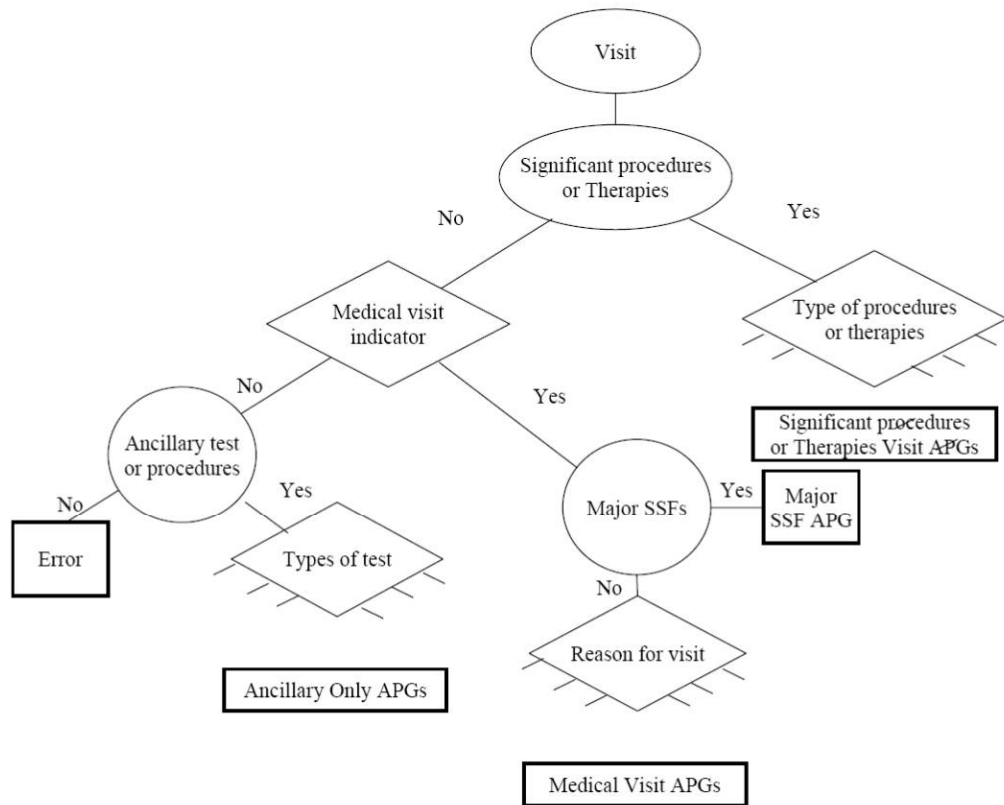
- 앞서 전술한 바와 같이 588 분류체계는 외래환자를 주진단 첫 3자리에 따라 249개 그룹으로 분류한 다음, 각 그룹별로 필요에 따라 연령과 수술 여부에 따라 세분한 분류체계이다.
- 588 분류체계의 가장 커다란 단점은 외래에서 시행되는 처치나 시술의 종류에 따라 의료자원의 소모량이 많이 달라질 수 있음에도 본 분류체계에서는 수술 여부만이 분류에 반영되고 있다는 것이다.
- 이 같은 분류방법은 다양한 진료 행태를 보이고 있는 대규모 종합병원 외래 진료와 외래 시술이 많은 안과, 이비인후과, 치과 등의 외래 진료를 의료자원 소모량에 따라 정확히 분류하는데 문제가 있다.
- 또한 588 분류체계에서는 일부 다빈도 질환에서는 세분화하고 있지만 우리나라의 질병 분포를 고려해서 만든 분류체계가 아니기 때문에 조정의 필요성이 제기되어 왔으며, 3단 분류만을 이용하고 있기 때문에, 4단 혹은 5단에서 구분되는 환자 상태에 대한 분류가 불완전할 수 있다는 단점을 가지고 있다.
 - 예를 들어, 당뇨병의 경우 실제 자원소모에 큰 영향을 미치는 요인은 3단 분류에서 구분되는 인슐린 의존성 유무라기보다는 4단 분류에서 구분되는 합병증 분류임.
- KDRG 분류방법에 의해서 주상병, 부상병, 수술종류, 연령에 의해 800여 개로 분류될 수 있으나 KDRG 분류체계가 입원환자를 대상으로 개발된 것이어서 입원과 다른 외래방문에서의 정확한 진단이 어렵다는 점에서 외래진료의 특성이 분류체계에 반영되지 못했다는 한계를 가지고 있다.
- 따라서 시술 분류체계를 갖추고 완전한 질병코드를 이용하는 새로운 외래환자 분류체계인 APG 분류체계의 개발이 요구되었다.

3) APG의 분류체계의 원리

- APG는 전술된 바와 같이 외래방문(내원일) 단위의 분류체계이며, 병원에서 발생하는 외래 진료의 의사 진료비를 제외한 병원 진료비를 대상으로

개발되었다.

- 분류에 사용되는 변수는 방문의 원인이 되는 진단과 시술, 처치, 검사로 진단은 ICD-9-CM 진단명 분류체계에 따라 코딩하며, 시술, 처치, 검사는 CPT-4 행위 분류체계에 따라 코딩한다. APG는 아래 그림에서와 같이 크게 3개 부분의 분류체계로 구성된다.



- 첫째가 중요 시술들의 분류이다. 중요 시술은 외래 방문의 주요 목적이 되며, 방문 중 자원으로모양의 주원인이 되는 시술들을 1차적으로 15개의 범주로 분류한다.
 - 1차 분류에 의해 범주가 결정되면, 해당 범주 내에서 시술의 부위, 크기, 목적, 방법, 난이도 등에 따라 시술 코드들을 세분하여 주요 시술 APG를 정의한다.
- 둘째가 주요 시술을 받지 않았으나, 진찰료 수가코드 등을 갖는 비시술 (내과계) 방문의 진단명에 의한 분류이다.

- 외래진료 특성상 개개 방문에서 환자가 가지고 있는 증상의 원인이 확진되지 않는 경우가 있으므로 이러한 경우 우선 상대적으로 정확한 임상적 의미를 가지며, 외래 방문 중 발생한 자원 소모의 주요 원인이 되고, 대부분의 질환에 일상적으로 동반되지 않는 심각한 증상, 징후, 검사결과 (Sign, Symptom or Finding, SSF)들을 주요 증상 APG로 분류한다.
- 주요 증상 APG로 분류되지 않는 진단들을 병인에 따라 분류한 후, 나머지 진단들은 신체 부위 범주로 분류한다. 이 같은 분류에 의해 범주가 결정되면 병증, 신체부위, 질환형태, 임상분야 구분, 질병 난이도 등에 따라 방문의 원인이 되는 진단 코드들을 세분하여 비시술 APG를 정의한다.
- 셋째가 검사, 보조서비스 행위 등의 분류이다. 이들 시술코드들은 8개범주로 1차 분류된다.
- 마지막으로 오류 자료를 위한 APG가 정의되어 있다. 이들은 오류의 유형에 따라 부적절한 시술코드, 입원 시술코드, 부검서비스, 비급여서비스, 부적절한 내원 진단코드, 내원 진단코드로 사용될 수 없는 외상 코드, 시술이 필요한 부적절한 내원 진단코드, 분류 불가 등 8개 APG로 구분된다.
- 결과적으로 미국의 APG version 2.0에는 총 290개의 그룹이 정의되어 있다.

4) KAPG 분류체계의 개발

(1) 시술코드 분류와 시술 및 보조서비스 그룹 정의

- 우선 CPT-4 코드를 우리나라의 2003년 행위 및 수가코드 마스터에 포함된 4,629개의 시술코드 중 적절한 코드로 변환한 후 이를 이용하여 APG 분류체계의 CPT-4 코드를 기초로 한 시술 및 보조서비스 그룹 정의를 건강보험 행위 수가코드를 기초로 한 정의로 변환하였다.
- 코드 변환에 의해 정의된 시술 및 보조서비스 APG들을 자원소모 (진료비) 유사성과 임상적 유사성을 고려하여 2-3개 그룹으로 세분화 하였다.
 - 만약 한 건의 자료에서 여러 개의 시술 및 보조서비스 APG를 갖는 경

우 하나의 자료가 여러 APG 분석에 중복되게 포함되는 것을 방지하기 위해 수가 코드의 단가가 가장 높은 코드에 의한 APG 하나만을 분석 변수로 포함하여, 결과적으로 하나의 자료는 하나의 APG로 정의되어 사용함.

- 중요시술에 대한 1차 범주는 아래와 같이 15개의 범주로 구성되어 있으며, 해당 범주내에서 시술 코드들을 세분하여 중요시술에 대한 KAPG가 분류되어 진다.

중요시술에 대한 정의	4단위 KAPG번호
1. Integumentary System	0011~0120
2. Musculoskeletal System	0230~0350
3. Respiratory System	0510~0570
4. Cardiovascular System	0710~0830
5. Hematologic, Lymphatic and Endocrine	0910~0970
6. Digestive System	1110~1240
7. Urinary System	1310~1400
8. Male Genital System	1511~1550
9. Female Genital System	1720~1800
10. Nervous System	1920~1982
11. Eye and Ocular Adnexa	2110~2230
12. Facial, Ear, Nose, Mouth and Throat	2320~2470
13. Therapeutic and Other Significant Radiological Procedures	2520~2550
14. Physical Medicine and Rehabilitation	2710~2720
15. Mental Illness and Substance Abuse Therapies	2810~2890

- 검사, 시술 등 보조서비스 행위에 대한 시술코드들은 KAPG에서는 아래와 같이 6개 범주들로 1차 분류되며, 마지막 Incidental KAPG 범주에는 내과계 방문임을 나타내는 KAPG 4220번과 내과계 혹은 주요시술을 위한 방문에 포함되는 시술코드들로 정의된 KAPG 4210번으로 분류된다.

보조서비스에 대한 정의	4단위 KAPG번호
0. Ancillary Test and Procedure	3010~3110
1. Anesthesia	3210
2. Pathology	3310~3330
3. Laboratory	3410~3590
4. Other Ancillary Test and Procedures	3410~3590
5. Incidental Procedures and Services	4210~4220

○ 또한 미국 APG 정의에 제외된 치과분야의 시술코드는 시술의 성격에 따라 발치술, 치아보존술, 치은 및 치주 수술, 구강악안면 수술 등 4개로 나눈 후 진료비, 수가, 발생빈도 등을 고려하여 총 10개의 KAPG로 분류하였다. 결과적으로 10개의 치과 KAPG를 포함 총 187개의 KAPG가 시술 및 보조서비스 KAPG로 정의되었다.

○ 시술 및 보조서비스 KAPG의 예는 아래와 같다.

- 중요시술 KAPG의 예시

KAPG 08200	혈관결찰술 (Vascular Ligation)
자 099라	O0994 비출혈지혈법 (동맥결찰술)
자 207다	O2073 혈관결찰술 (기타)
자 207다주	O2074 혈관결찰술 및 혈관봉합술의 간단한 것

- 보조서비스 KAPG의 예시

KAPG 35900	요검사 (Urinalysis)
나001	B0010 요일반검사 4종까지
나002	B0020 요일반검사 7종까지
나003	B0030 요일반검사 10종까지
나004	B0041 요침사현미경검사
나004주	B0042 요침사현미경검사 (WetSmear(DirectSmear))
나005	B0050 요백혈구시험지봉검사
나006	B0060 에디스계산
나007	B0070 요헤모시데린검사
나008	B0080 요사이토메갈로바이러스봉입체
나009	B0090 요아질산염
나010	B0100 요멜라닌
나012	B0120 요인디칸반응
나026	B0260 요임신반응검사 (정성)
나027	B0270 요임신반응검사 (정량)

(2) 진단코드 분류와 비시술(내과계)그룹 정의

- 내과계 KAPG의 정의하기 위해 우선 KCD 진단코드를 ICD-9-CM 진단 코드 체계로 변환 한 후 이를 이용하여 APG 분류체계의 ICD-9-CM 코드를 기초로 한 비시술그룹 정의를 KCD 코드를 기초로 한 정의로 변환하였다.
- 내과계 KAPG의 정의는 현재 심사평가원에서 사용하고 있는 진단코드 분류체계인 588분류 중 연령과 수술여부 구분을 제외한 246개의 분류체계를 이용하고 있다.
 - 내과계 KAPG를 정의하는데 있어 246개의 분류체계를 선택한 것은 미국이 사용하고 있는 내과계 APG와 KDRG의 내과계 분류에 비해 환자 진료비 변이의 설명력이 가장 설명력이 높았기 때문이다.
- 따라서 내과계(비시술) KAPG는 아래의 예시와 같이 246분류체계에 의한 분류기호인 A0100~Z0700의 분류번호를 가지고 있다.

D0400 영양성 빈혈 (D50-D53) Nutritional Anaemias
 D0500 용혈성 빈혈 (D55-D59) Haemolytic Anaemias

(3) KAPG의 연령에 의한 그룹 세분화

- 앞에서 정의된 시술 및 보조서비스와 내과계 KAPG들은 각 그룹별 진료비 평균차이의 유의성을 고려하여 0~17세, 18~64세, 65세이상 그룹으로 세분화하고 있다.
- 분석을 통하여 KAPG에서 연령의 세분화가 확정된 KAPG는 아래와 같다.

KAPG 분류기호	명칭	연령구분
0012	OTHER PHOTOCHEMOTHERAPY	~17/18~
0060	SIMPLE DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	~17/18~
0070	COMPLEX DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	~17/18~
0220	SIMPLE MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND FOOT	~17/18~
0261	SIMPLE REPLACEMENT OF CAST	~64/65~
0272	COMPLEX SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	~17/18~

0282	MODERATE CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION	~17/18~
0510	PULMONARY TESTS	~64/65~
0540	ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	~17/18~
0962	OTHER ALLERGY TESTS	~17/18~
2550	MISCELLANEOUS RADIOLOGICAL PROCEDURES WITH CONTRAST	~64/65~
2720	PHYSICAL THERAPY	~17/18~
2870	INDIVIDUAL COMPREHENSIVE PSYCHOTHERAPY	~17/18~
F050	신경증적, 스트레스와 연관된 신체형장애(F40-F48)	~64/65~
I050	허혈성 심장질환(I20-I25)	~64/65~
I070	기타 형태의 심장질환(I30-I52)	~64/65~
J160	호흡기계의 기타질환(J95-J99)	~17/18~
K120	소화기계의 기타질환(K90-K93)	~17/18~
M020	염증성 다발성 관절병증(M05-M14)	~64/65~
M050	전신성 결합조직장애(M30-M36)	~64/65~
M060	변형성 배병증(M40-M43)	~17/18~64/65~
M070	척추병증(M45-M49)	~64/65~
M080	추간판 질환(M50-M51)	~64/65~
M090	기타 배(背)병증(M52-M53)	~64/65~
M110	활막 및 건 장애(M65-M68)	~64/65~
M130	어깨 연부조직장애 (M75)	~17/18~64/65~
R030	피부 및 피하조직을 침습한 증상 및 징후(R20-R23)	~17/18~
R080	전신증상 및 징후(R50-R69)	~64/65~
R100	진단명없는 요검사상의 이상소견(R80-R82)	~17/18~
S050	어깨 및 팔죽지(上腕)의 손상(S40-S49)	~17/18~
S060	팔꿈치 및 아래팔의 손상(S50-S59)	~17/18~
S100	발목 및 발의 손상(S90-S99)	~17/18~
T030	자연개구를 통해 들어간 이물의 영향(T15-T19)	~17/18~
Z020	전염성 질환과 관련되어 잠재적인 건강위험이 있는 사람 (Z20-Z29)	~17/18~

- 10개 중요 시술 KAPG에서는 18세를 기준으로 소아와 성인의 2개 그룹으로, 3개 중요 시술 KAPG에서 65세를 기준으로 노인 여부에 따라 2개 그룹으로 세분하고 있고,
- 9개 내과계 KAPG에서 소아와 성인의 2개 그룹으로, 10개 내과계 KAPG에

서 노인 여부에 따라 2개 그룹으로, 2개 내과계 KAPG에서 소아, 성인, 노인의 3개 그룹으로 세분하고 있다.

- 연령을 세분화하고 있는 KAPG의 예시는 아래와 같다.

KAPG 0060	Simple debridement & destruction	0-17세, 18세 이상
KAPG 0261	Simple replacement of cast	0-64세, 65세 이상
KAPG M060	변형성 배병증	0-17세, 18-64세, 65세 이상

(4) 기타 입원시술 및 오류 KAPG의 정의

- 기타 입원시술과 관련한 KAPG는 4단위 분류기호로 ‘99300’을 부여하고 있으며(입원시술과 관련된 9930에 포함되는 수가 및 시술코드는 “외래환자분류체계 개발에 관한 연구(2003)”의 용역보고서를 참조),
- 이밖에 부적절한 시술코드, 부검서비스, 비급여서비스, 부적적할 내원 진단코드, 내원 진단코드로 사용될 수 없는 외상코드, 시술이 필요한 내원 진단코드, 분류 불가의 경우에는 오류 KAPG의 분류기호로 ‘99900’을 부여하고 있다.

(5) 시술-내과계-보조서비스의 통합

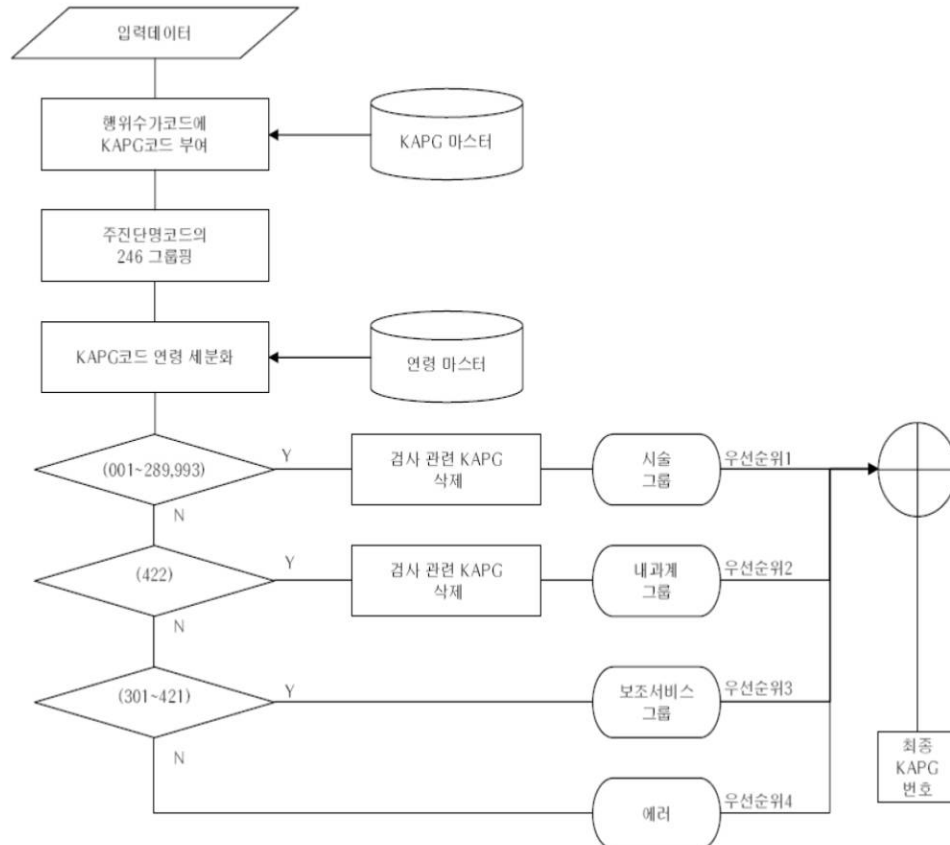
- 시술 또는 비시술 (내과계) KAPG와 함께 보조 서비스 KAPG 번호를 갖는 자료의 경우 미국 APG 분류체계에서와 동일하게 이들 보조 서비스 KAPG를 시술 또는 비시술 KAPG에 병합(Packing)하고 있다.
- 즉, 하나의 자료가 여러 개의 시술 KAPG, 시술 KAPG들과 보조서비스 KAPG, 비시술 KAPG와 보조서비스 KAPG, 여러 개의 보조서비스 KAPG 번호를 부여받게 되는 경우 다음과 같은 방법에 따라 하나의 KAPG 번호를 가지게 된다.
 - 여러 개의 시술 KAPG가 있는 경우 수가가 가장 높은 코드에 의한 시술 KAPG 번호 부여
 - 시술 KAPG와 보조서비스 KAPG가 함께 있는 경우 시술 KAPG로 분류
 - 비시술 KAPG와 보조서비스 KAPG가 함께 있는 경우 비시술 KAPG 번

호 부여

- 병합되지 않은 보조서비스 KAPG만 있는 경우 수가가 가장 높은 코드에 의한 KAPG 번호 부여

(6) KAPG의 분류흐름도

- KAPG 코드를 부여하는 과정을 다음과 같은 절차에 따르고 있다.
 - ① 각각의 행위 수가코드에 정해진 KAPG 코드를 부여한다.
 - ② KCD-4의 주진단 코드를 이용한 588분류체계를 통하여 246분류방식으로 KAPG코드를 부여한다.
 - ③ 부여된 KAPG 코드와 각 데이터에 포함된 연령변수를 사용하여 KAPG 코드를 연령에 따라 세분화한다.
 - ④ 행위 수가코드가 KAPG 마스터 테이블에 존재하지 않는 코드인 경우는 “9920”을 부여하고, 주진단 코드가 제대로 코딩되지 않았을 경우 “9960”을 부여한다.



- KAPG 그룹은 다음과 같은 절차로 부여된다.
 - ① 부여된 각 KAPG코드 중 코드의 범위가 “0010~2890”, “9930”에 해당하면 중요 시술그룹으로 분류한다.
 - ② ①(“0010~2890”, “9930”)의 중요 시술그룹에 해당되지 않으면서 “4220(내과계 방문임을 나타내는 KAPG)”코드를 가진 레코드는 내과계 그룹으로 분류한다.
 - ③ ①과 ②에 해당되지 않으면서 코드의 범위가 “3010~4210”에 해당하면 보조서비스그룹으로 분류한다.
 - ④ 나머지는 예러 그룹으로 분류하고, 중요 시술그룹과 내과계 그룹으로 분류된 레코드의 KAPG코드에서 일부 혈액검사, 방사선 검사와 같은 병합되는 KAPG코드는 삭제한다.

- 최종 KAPG 분류기호 다음과 같은 절차를 따라 결정된다.
 - ① 우선순위 1 : KAPG그룹이 시술그룹이면 가장 큰 단가를 가지는 시술코드에 해당하는 KAPG코드를 부여
 - ② 우선순위 2 : KAPG그룹이 내과계그룹이면 주진단코드로부터 부여된 KAPG코드를 부여
 - ③ 우선순위 3 : KAPG그룹이 보조서비스그룹이면 가장 큰 단가를 가지는 시술코드에 해당하는 KAPG코드를 부여
 - ④ 모든 경우에 해당되지 않으면 예러코드인 "99900"을 부여

5) KAPG 분류코드의 구조

주요4단위(중요시술/보조서비스/내과계 KAPG) 분류				연령기호
S	1	0	0	1

- KAPG에서는 중요 시술과 보조서비스인 경우는 숫자만을 사용하여 분류하고 있으며, 내과적 KAPG의 경우는 1번째 자리를 문자로 사용하고 있다. 앞서 세부적으로 언급한 바와 같이
 - 중요시술에 관한 4단위 분류는 “0010~2890”, “9930”의 숫자를 사용하고,

- 보조서비스는 “3010~4210”의 숫자를 사용하고, “4220(내과계 방문임을 나타내는 KAPG)”코드는 다시 내과계 KAPG로 분류되고,
 - 내과계 KAPG는 “A010 ~ Z070”의 문자와 숫자를 혼합하여 사용한다.
- 위의 예에서는 “S100”의 4단위 분류는 “발목 및 발의 손상”으로 문자와 숫자가 혼합되어 있으므로 중요 시술을 받지 아니한 내과계 KAPG임을 나타내고, 마지막 단위의 “1”은 18세 미만의 연령군을 나타내고 있다.
- [별첨 7]은 외래환자에 대한 445개의 KAPG에 대한 분류코드와 이에 대한 주요내용을 설명하고 있다.

부 록 : 분류체계 및 코드목록표

[1]	().....	59
[2]	한방 수가코드.....	109
[3]	약국 수가코드.....	111
[4]	한방 약제 분류코드.....	112
[5]	공상 치료재료 분류코드.....	138
[6]	KDRG (ADRG).....	142
[7]	588 외래환자 분류체계.....	155
[8]	KAPG 외래환자 분류체계.....	167