

# 신포괄수가제와 의료의 질 (한계와 극복점)

# 우리나라 DRG의 역사는?

Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups

ROBERT B. FETTER,\* YOUNGSOO SHIN,† JEAN L. FREEMAN,‡  
RICHARD F. AVERILL,§ AND JOHN D. THOMPSON<sup>||</sup>

*From the Center for Health Studies,  
Institution for Social and Policy Studies,  
Yale University*

40년

\* *Professor, School of Organization and Management, and Institution for Social and Policy Studies.*

† *Assistant Professor, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Seoul National University, Seoul, Korea.*

‡ *Assistant in Research, Center for Health Studies, Institution for Social and Policy Studies.*

§ *Associate Director for Research, Health Management Program, School of Organization and Management.*

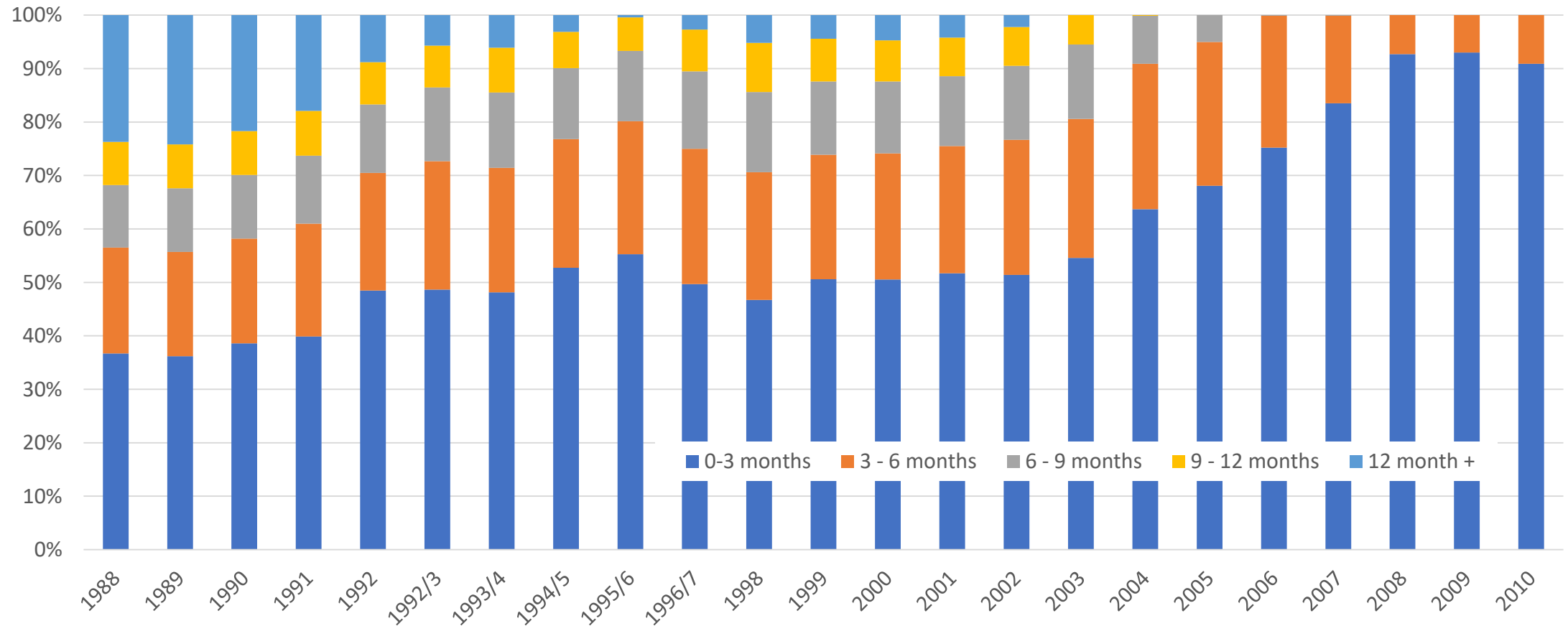
<sup>||</sup> *Professor of Public Health, School of Medicine, and Institution for Social and Policy Studies.*

Fetter, R. B., Y. Shin, J. L. Freeman, R. F. Averill and J. D. Thompson (1980). "Case mix definition by diagnosis-related groups." Med Care **18**(2 Suppl): iii, 1-53.

# DRG 도입의 목적

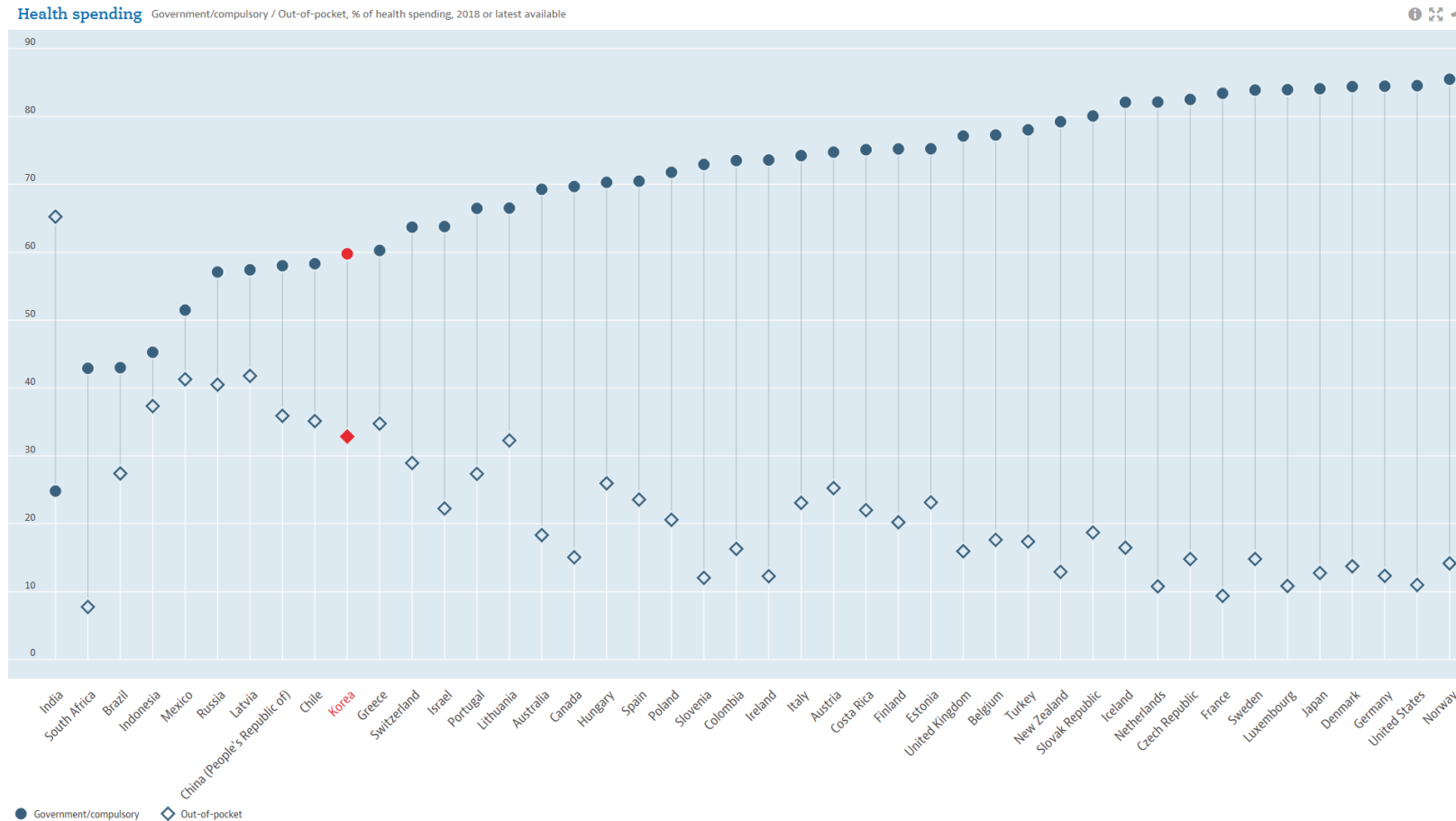
- 미국
- 유럽
- 우리나라

# Trends in hospital admission waiting times, 1988–2010 (March), UK

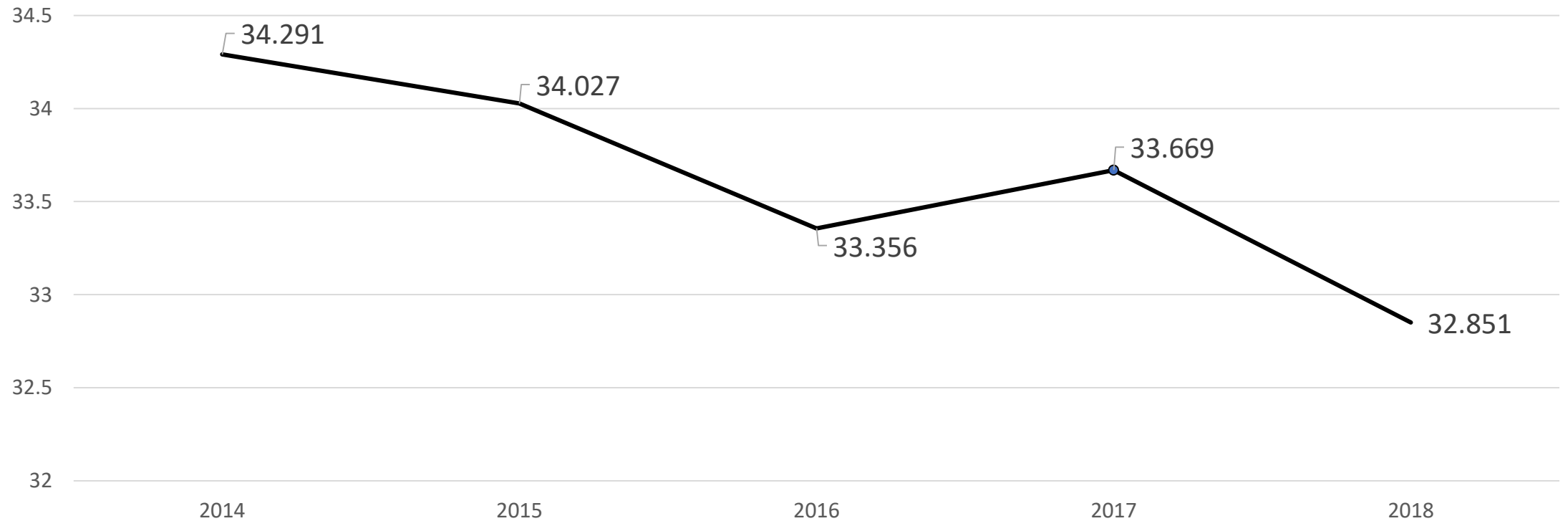


Source: Department of Health (2010)

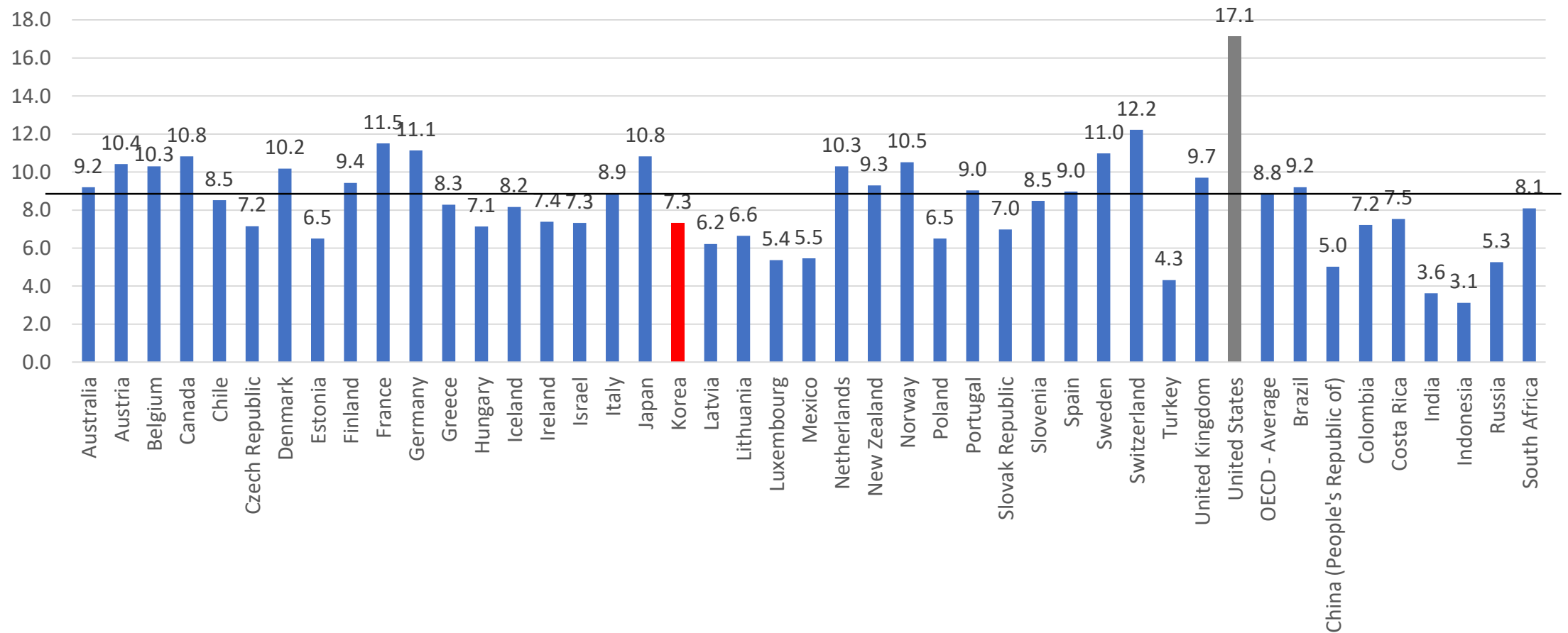
# Health spending Government/compulsory / Out-of-pocket, % of health spending, 2018 or latest available



# Out of pocket money in national health expenditure, % of health spending, 2018



# National health expenditure of OECD countries in 2016



HOME > 보험·제도

## 신포괄수가제, 비급여 풍선효과 잡을까? "글쎄"

✎ 박소영 기자 young214@kma.org | ⌚ 승인 2017.08.08 05:59 | 💬 댓글 4

환자분류체계를 건보 지불제도로 활용할 코딩체계 부재  
유럽·호주와 달리 한국은 민간병원간 설립·운영비 편차 커

- 새 정부에서 비급여 풍선효과를 잡을 대안으로 신포괄수가제를 언급하는 가운데 신포괄수가제가 대안으로 적절치 못하다는 연구결과가 제시돼 주목된다.
- 건강보험심사평가원은 7일 '표준화 등 효율적인 진료비용 운영방안 마련을 위한 연구' 결과보고서를 공개했다. 이번 연구는 대한의학회가 맡아 수행했다.
- 연구진은 "최근 신포괄수가제가 현재 비급여 문제를 해결할 수 있을 것으로 거론되고 있으나 단기 및 중기 대안으로는 적절치 않다"며 그 이유로 분류체계의 불안정성을 들었다.
- 아울러 민간병원에 포괄수가제를 확대 적용하겠다는 정부 정책에 대한 문제점도 지적했다. 유럽이나 호주 병원은 공공재원으로 설립하고 그 운영비용을 포괄수가제로 책정하나, 우리나라는 민간에서 병원을 설립·운영하는데 그 비용이 병원에 따라 다르다는 것이다.
- "향후 10년 이상의 장기적인 연구와 투자가 있어야 활용 가능한 체계가 정립될 것"이라 전망했다.

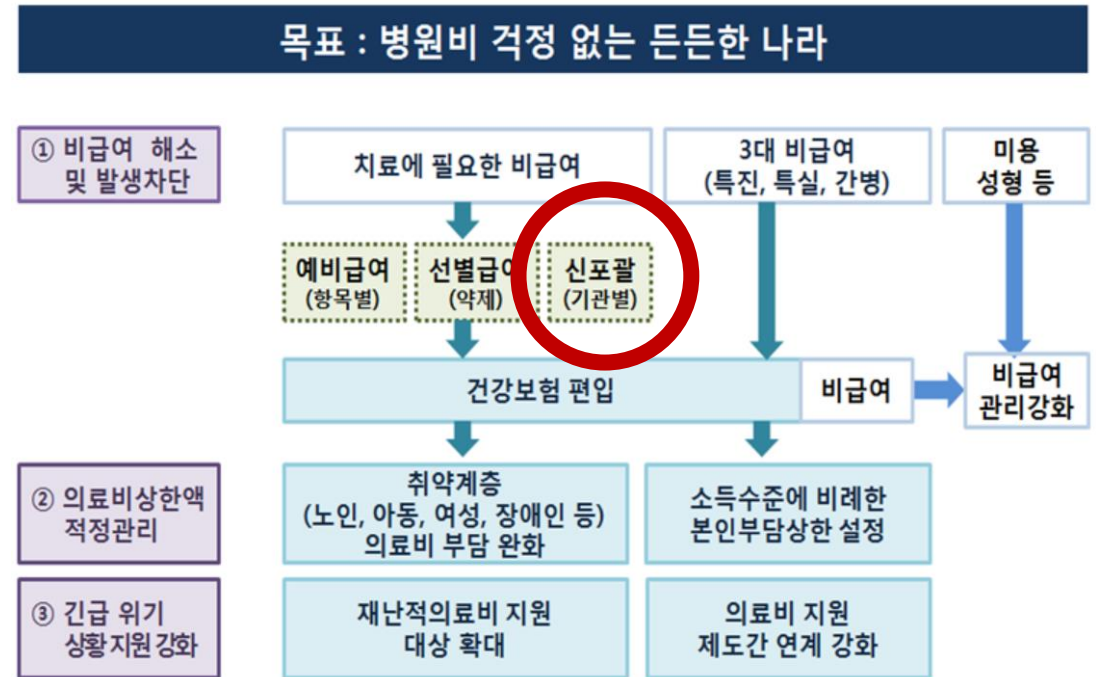
## 문재인 정부, 미용성형 외 모든 의학적 비급여 급여화 추진

9일 '국민건강보험 보장성 강화 대책' 직접 발표...2022년까지 30조6000억 투입

작성: 박성준 기자 승인: 2017.08.09 15:46 최종 수정: 2017.08.09 15:46 댓글: 1

- 문재인 대통령은 9일 서울성모병원에서 이같은 내용을 담은 국민건강보험 보장성 강화 대책을 발표했다.
- 문재인 정부의 보장성 강화 대책의 핵심은 예비급여제도 도입을 통한 비급여의 전면 급여화, 신포괄수가제 확대 등을 통한 신규 비급여 발생 차단으로, 이를 위해 2017년부터 2022년까지 30조6,000억원의 재원을 투입할 방침이다.
- 기존의 비급여를 급여화하는 것과 동시에 신규 비급여의 발생도 함께 차단한다. 이를 위한 방안으로는 신포괄수가제 확대가 꼽혔다.

### < 보장성 강화 정책방향 및 추진방안>



# 신포괄지불제도의 그릇된 배경



## 시범사업 실시 배경

의료평가 1

### 행위별수가제와 포괄수가제도의 대안 필요

- 전체입원환자에게 적용 가능한 유연하고 **수용성 높은 모델 필요**
- 행위별보상제도의 마인드를 유지하고 있는 의료계를 대상으로 기존의 포괄수가 (DRG)의 방식의 확대는 곤란하다고 판단 (07. 건강보장미래전략위원회)

행위별수가제의 마인드를 유지하고 있는 의료계를 대상으로 기존의 포괄수가(DRG)의 방식의 확대는 곤란하다고 판단

07' 건강보장미래전략위원회

# 의료계 탓, 환자분류체계는 문제가 없다?

문과목 선택도 왜곡될 수 있다. 행위별수가제보다 더 나은 대안으로 제시되는 질병군별포괄수가제는 입원하는 환자의 진단명에 따라 지불될 진료비가 미리 결정되어 있어서, 공급자가 의료비용을 절감할 유인을 가지는 제도이다. 포괄수가제도는 우리나라에서 수년간의 시범 사업을 거쳤으나 의료공급자의 반대에 부딪혀 몇 가지 질병군에 제한적으로 시행하고 있다.

**행위별수가제보다 더 나은 대안으로 제시되는 질병군별포괄수가제**는 입원하는 환자의 진단명에 따라 지불될 진료비가 미리 결정되어 있어서, 공급자가 의료비용을 절감할 유인을 가지는 제도이다. 포괄수가제도는 우리나라에서 수년간의 시범 사업을 거쳤으나 **의료공급자의 반대에 부딪혀 몇 가지 질병군에 제한적으로 시행**하고 있다.

예방의학과 공중보건학 수정증보판 2판. 대한예방의학회. 계축문화사. 2015년 01월 30일

김창엽. 건강보장의 이론. 한울 2009.

Kwon S. Health Care Financing Reform and the New Single Payer System  
Solidarity or Efficiency. International Social Security Review 2003;56:75-

Preventive Medicine  
and Public Health

계축문화사

제2판  
수정증보판

학과  
전학

# 행위별 보상제를 마인드로 유지하는 의료계?

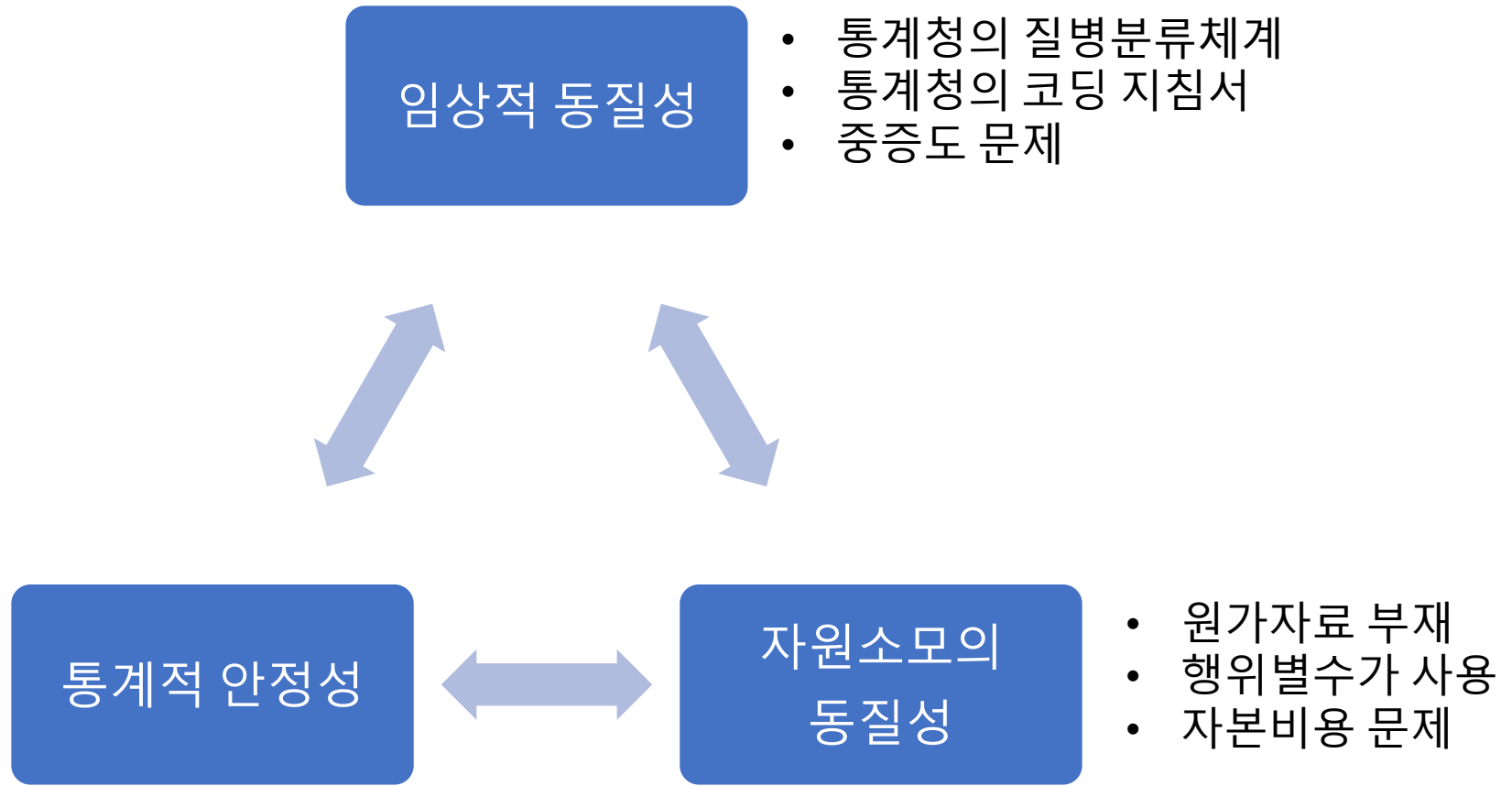
- 포괄수가제를 도입하고 있는 국가에서도 행위별 수가제를 사용함
  - 주로 1차의료기관과 전문의 진료
- 포괄수가제는 병원서비스에 대한 지불방법
  - 우리나라는 의원도 포괄수가제
- 민간병원은 병원에 대한 지불과 의사에 대한 지불을 별도로 함
  - 우리나라는 민간의료기관 위주
- 가장 좋은 지불제도는 없다. 각 나라의 상황에 따라 적절한 지불제도를 혼용한다.

## DRG로 인한 질 문제

DRG 분류체계의 문제

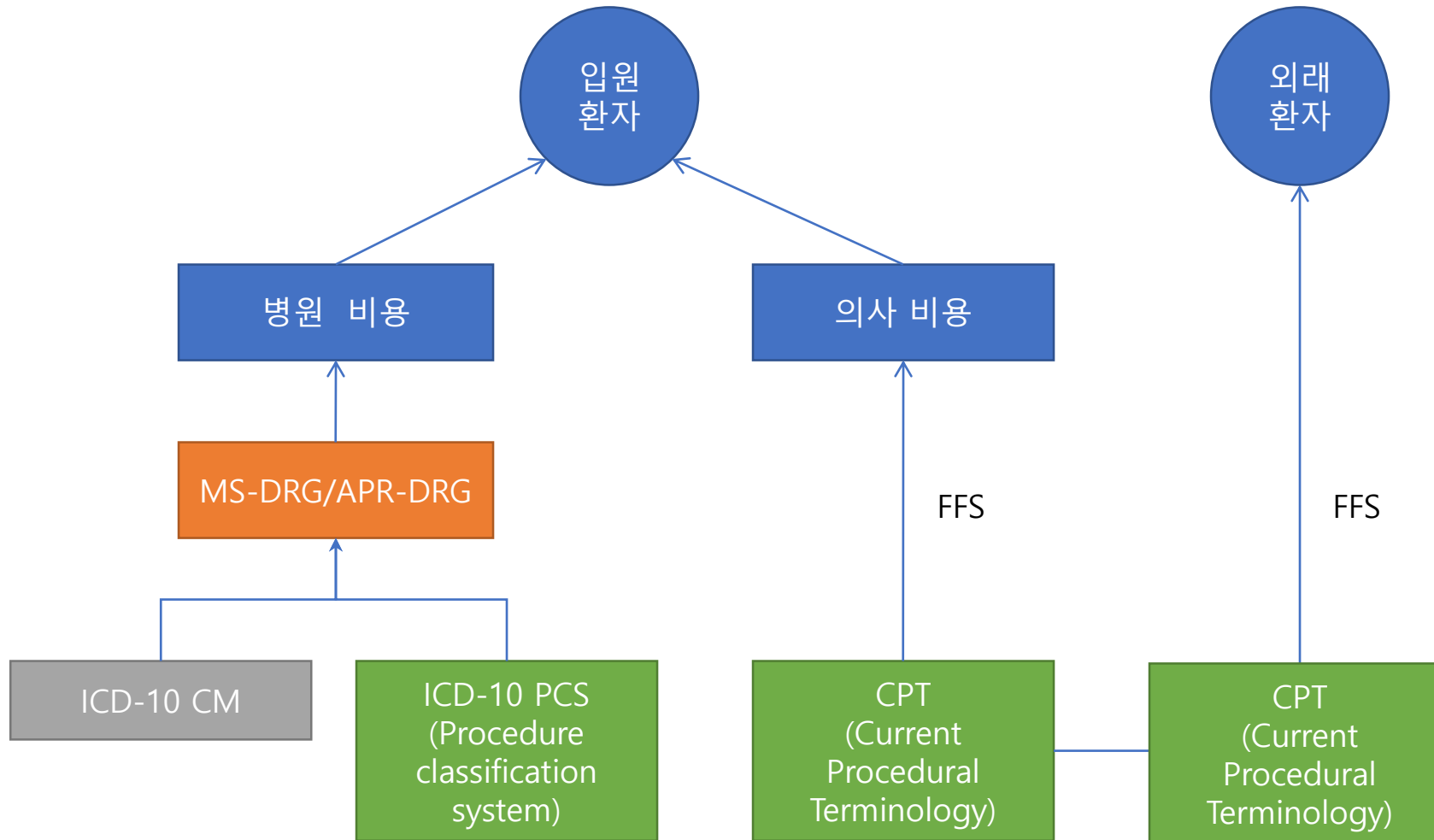
DRG 도입으로 인한 문제

# DRG의 분류 기준

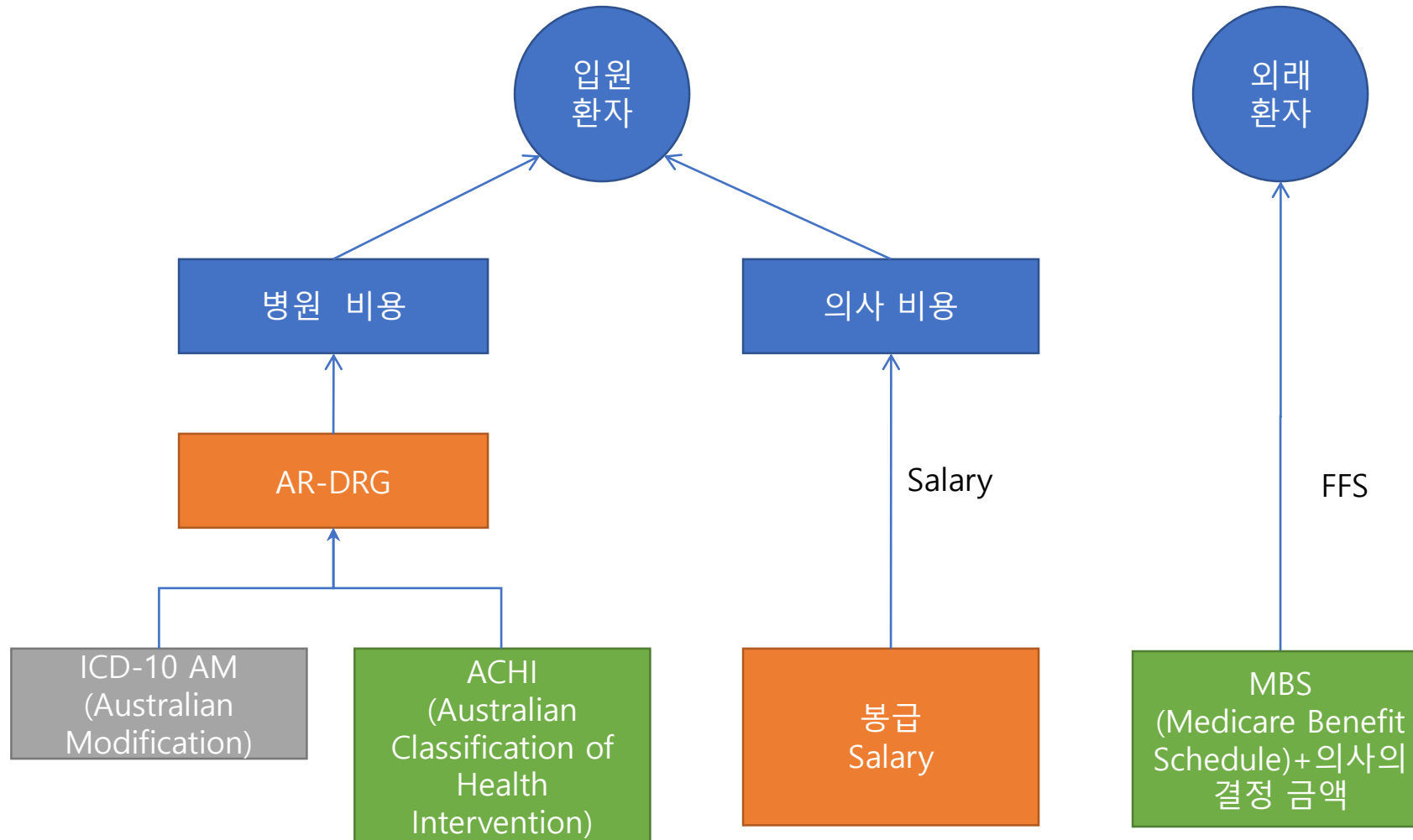


임상적 동질성

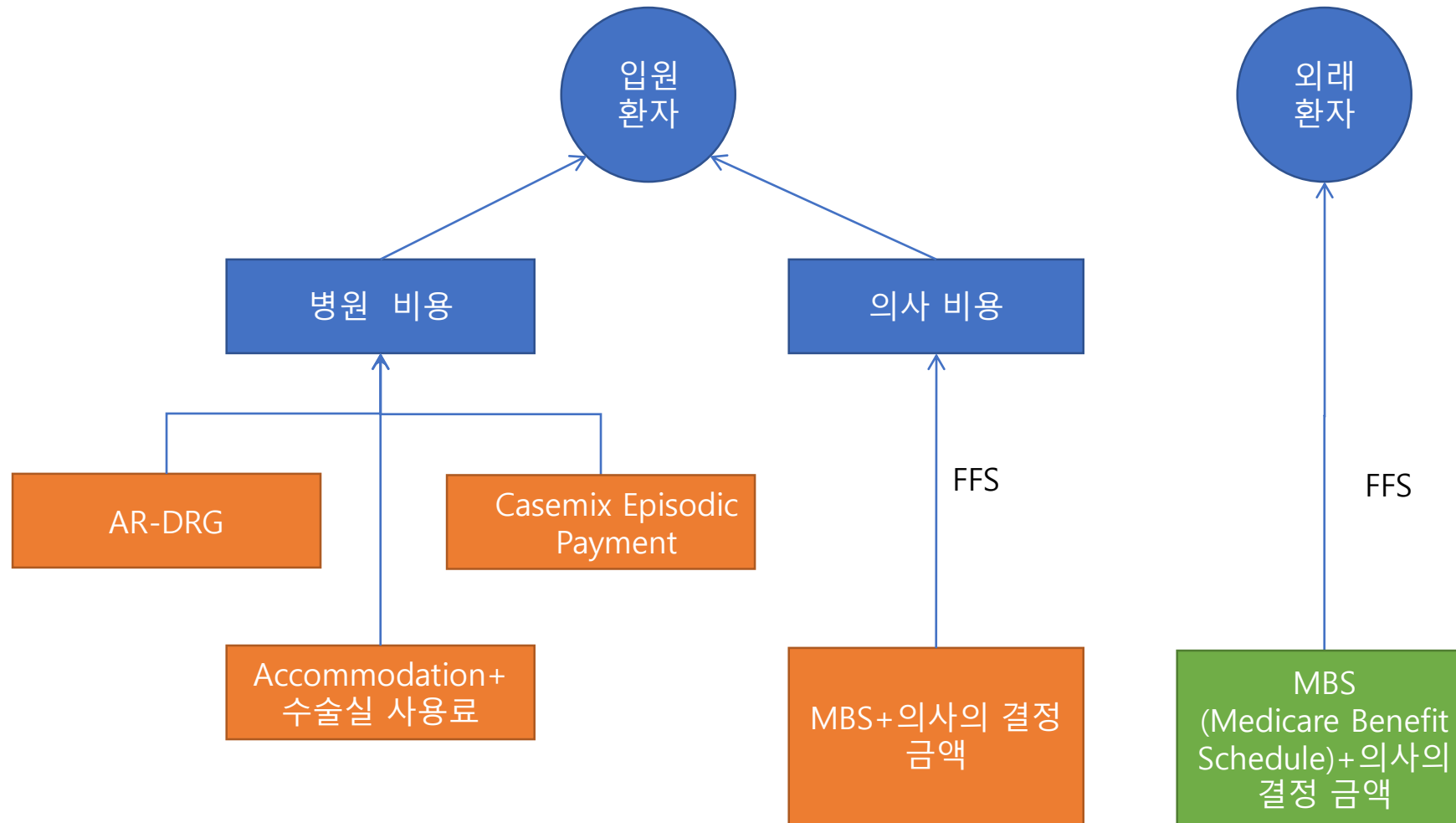
# 분류체계와 지불제도: 미국



# 분류체계와 지불제도: 호주 (공공보험 Medicare)



# 분류체계와 지불제도: 호주 (민간보험)



# 임상적 동질성을 위한 기초자료

- 진단
  - 주진단 (Principal diagnosis)
  - 부진단 (Secondary diagnoses)
  - 보험 청구 목적으로 최대 30개 까지 사용
- 행위
  - EDI 코드
- 코딩 지침서 (Coding guideline)

# 환자분류를 위한 기초자료(호주)



# DRG분류를 위한 기초자료(호주)

 Australian Consortium for Classification Development [+ Quick Links](#)

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABOUT                             | ICD-10-AM/ACHI/ACS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ICD-10-AM/ACHI/ACS                | <b>ICD-10-AM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ICD-10-AM/ACHI/ACS                | ICD-10-AM is the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification. It consists of a tabular list of diseases and accompanying index.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ICD-10-AM/ACHI/ACS Ninth Edition  | ICD-10-AM was developed by the National Centre for Classification in Health and has been in use since 1998. It was developed with assistance from clinicians and clinical coders to ensure that the classification is current and appropriate for Australian clinical practice. ICD-10-AM is a derived version of the World Health Organization (WHO) ICD-10. It uses an alphanumeric coding scheme for diseases and external causes of injury. It is structured by body system and aetiology, and comprises three, four and five character categories. ICD-10-AM is updated on a regular basis, with the regular updates of ICD-10 being included as part of the updating process. |
| ICD-10-AM/ACHI/ACS Eighth Edition |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| AR-DRG                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| WHO-FIC                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| SUBMISSIONS & QUERIES             | <b>ACHI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| EDUCATION                         | The Australian Classification of Health Interventions has also been in use since 1998. ACHI was based on the Medicare Benefits Schedule (MBS) and was previously known as the Medicare Benefits Schedule-Extended (MBS-E). The NCCH developed it with assistance from specialist clinicians and clinical coders.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| CODE IT! NEWSLETTERS              | ACHI codes have seven digits. The first five digits are the MBS item number where one exists. The two-digit extension represents specific interventions included in that item. The classification is structured by body system, site and intervention type. Interventions not currently listed in MBS have also been included (e.g. dental, allied health interventions, cosmetic surgery). ACHI consists of a tabular list of interventions and accompanying alphabetic index.                                                                                                                                                                                                     |
| DOWNLOADS                         | Since 2007, NCCH has been leading the development of the International Classification of Health Interventions (ICHI). The long term implications of ICHI for ACHI will, in time, require substantial discussion among interested parties in Australia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| CLIP HOME PAGE                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| CONTACT                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| EMPLOYMENT OPPORTUNITIES          | <b>ACS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                   | The Australian Coding Standards have been developed with the objective of satisfying sound coding conventions for use with ICD-10-AM and ACHI. They apply to all public and private hospitals in Australia. The ongoing revision of the Australian Coding Standards ensures that they reflect changes in clinical practice, clinical classification amendments and various user requirements of inpatient data collections.                                                                                                                                                                                                                                                         |

# DRG분류를 위한 기초자료(캐나다)

The screenshot displays the CIHI website at the URL [cihi.ca/en/data-and-standards/standards/case-mix/cmg](http://cihi.ca/en/data-and-standards/standards/case-mix/cmg). The page features a navigation bar with links to [eQuery](#), [Media](#), [Privacy](#), [Contact Us](#), and [Français](#). Below this is a search bar. The main navigation menu includes [Types of Care](#), [Health System Performance](#), [Spending and Health Workforce](#), [Factors Influencing Health](#), [Quick Stats](#), [Data and Standards](#), [Events and Education](#), and [About CIHI](#). The breadcrumb trail reads: [Home](#) » [Data and Standards](#) » [Standards](#) » [Case Mix](#) » [CMG+](#). Social media sharing buttons for Facebook and Twitter are also present.

**Access Data**

- [Access Data](#)
- [Bulletins and Technical News](#)
- [Data Holdings](#)
- [Data Quality](#)
- [Data Submission](#)
- [Standards](#)
  - [Case Mix](#)
  - [Classification and Coding](#)
  - [Information Technology Architecture](#)
  - [MIS Standards](#)
  - [Vendor Licensing](#)

**CMG+**

**CMG+**

The Case Mix Groups+ (CMG+) methodology is designed to aggregate acute care inpatients with similar clinical and resource-utilization characteristics. The CMG+ methodology was introduced in 2007 and was designed to take advantage of the increased clinical specificity of ICD-10-CA and CCI. This methodology, developed using multiple years of acute care inpatient activity and cost records, introduces and enhances several grouping factors to improve the ability to clinically group inpatients and to define length of stay and resource use indicators.

**Product Details**

ICD-10-CA diagnosis codes are used to broadly categorize patients into major clinical categories (MCC). These broad categories are based generally on the most responsible diagnosis code (MRDx). This diagnosis is the one determined to have been responsible for the greatest portion of the patient's length of stay. The MCC is divided into two partitions: intervention and diagnosis. If a case is assigned to the diagnosis partition of an MCC, a list of diagnosis codes is used to assign the CMG cell. If a case is assigned to the intervention partition of an MCC, a hierarchical list of intervention codes is used to assign the CMG cell.

The CMG+ methodology further refines CMG with components known as factors to reflect additional conditions that influence a patient's overall medical condition and resource consumption. These factors applied across most CMG include:

- Age Group
- Comorbidity Level

# DRG분류를 위한 기초자료(캐나다)



Canadian Institute  
for Health Information  
Institut canadien  
d'information sur la santé

HomeManage ContactsFrançaisLogin

Welcome to CIHI's online store

Core Plan Pooling FAQ  
eStore Instruction Guide

[View Cart](#) | [Terms](#) | [Order Form](#) | [Contact](#)

**Canadian Coding Standards for Version 2015 ICD-10-CA and CCI**



|                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <b>Language:</b> English | <b>Media Type:</b> Electronic    |
| Pages: 511               | File Details: (PDF) 4068 KB      |
| Date: Jan 29, 2015       | <b>Price A/B:</b> Free           |
| ISBN: 978-1-77109-326-2  | Action: <a href="#">Download</a> |

This manual guides the user through the appropriate application of current coding standards for abstracting data elements from health records to populate the DAD and NACRS. These standards are a compilation of international rules of coding as established by the World Health Organization (ICD-10, Volume 2) and the Diagnosis Typing Standard developed to denote case complexity for application in Canadian facilities. This manual uses a case-study approach to demonstrate the application of these standards.

**Series**

[Canadian Coding Standards for ICD-10-CA and CCI](#)

**FAQ**

**How do I see details for other versions of this publication?**

To view the details specific to other language or media types, change the selections in the language and media type drop-down lists.

**How do I download a publication?**

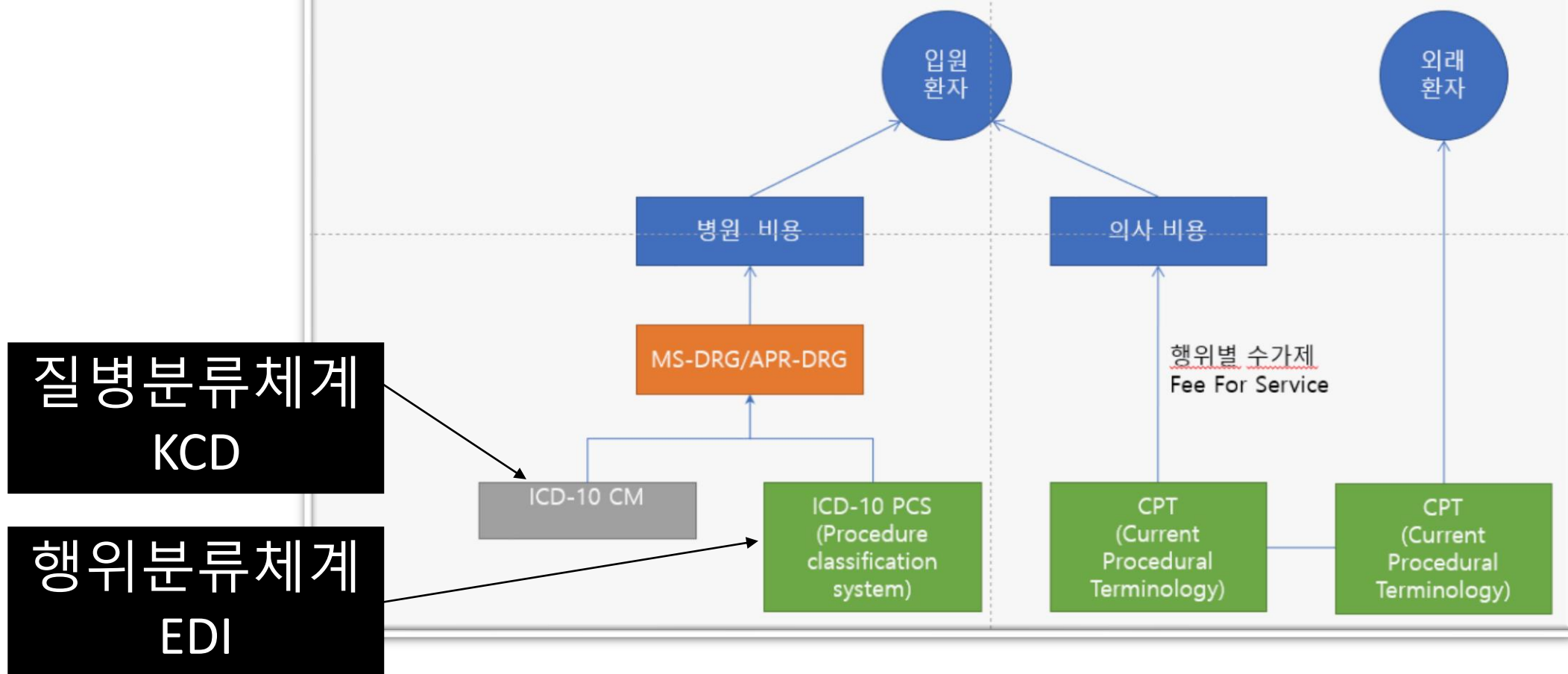
# DRG분류를 위한 기초자료(캐나다)

The screenshot shows the CIHI website with the following elements:

- Header:** CIHI logo, navigation links (Applications, Products, eQuery, Media, Privacy, Contact Us, Français), and a search bar.
- Menu:** Types of Care, Health System Performance, Spending and Health Workforce, Factors Influencing Health, Quick Stats, Data and Standards, Events and Education, About CIHI.
- Breadcrumbs:** Home » Data and Standards » Standards » Classification and Coding.
- Left Sidebar:** Access Data, Bulletins and Technical News, Data Holdings, Data Quality, Data Submission, Standards, Case Mix, Classification and Coding, Information Technology Architecture, MIS Standards, Vendor Licensing.
- Main Content:**
  - Classification and Coding** (Section Header)
  - Classification at CIHI** helps health care professionals maintain, understand and apply clinical data standards within our health care system.
  - At CIHI**, we lead the development of a number of [classifications](#) to collect, analyze and enhance the consistency and accuracy of information on health care in Canada. We also represent Canada to international agencies working to enhance classification and terminology standards.
  - CIHI-supported classifications**
    - [ICD-10-CA](#)—International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Canada: developed by the World Health Organization (WHO) and enhanced by CIHI to meet Canadian morbidity data needs
    - [CCI](#)—Canadian Classification of Health Interventions, developed by CIHI to accompany ICD-10-CA: replaces the earlier [CCP classification](#)
    - [ICF](#)—International Classification of Functioning, Disability and Health: developed by the WHO to replace ICIDH-2
  - We welcome your feedback and questions**
    - To purchase code tables or other products, contact us at [orderdesk@cihi.ca](mailto:orderdesk@cihi.ca)
    - Make a [request for enhancements](#), additions or changes to ICD-10-CA and/or CCI.

# 임상적 동질성

## 분류체계와 지불제도: 미국



# 우리나라의 질병분류체계(KCD)



뉴스 > 산업

## 'KCD는 특정부처 위한 것 아냐' 공대위 통계청 답변 공개

게임메카 김미희 기자 2019.07.03 11:53

이에 공대위는 KCD 지정권한을 보건복지부에 넘겨야 한다는 의학계의 주장에 대한 통계청의 입장을 요청한 것이다. 답변에 따르면 **통계청은 KCD 작성 및 고시는 법적으로 통계청의 권한임을 분명히 밝혔다.**

통계청은 "**KCD는 통계법 제22조와 시행령 제 35조부터 37조에 따라 통계청이 작성·고시한다. 통계법 제22조 1항에 의거하여 통계청장은 통계작성기관이 동일한 기준에 따라 통계를 작성할 수 있도록 국제표준분류를 기준으로 산업, 직업, 질병, 사인 등에 관한 표준분류를 작성·고시하여야 한다**"라고 전했다.

아울러 통계청은 "**표준분류는 특정부처나 정책을 위한 것이 아닌 중립적 입장에서 범용적인 통계를 작성할 수 있도록 통계청이 통계법에 따라 KCD를 개정·고시하고 있으며, 향후에도 이를 충실히 이행할 것**"이라고 밝혔다.

# 독일의 질병분류체계



About DIMDI

## ICD

Home ▶ Classifications ▶ ICD

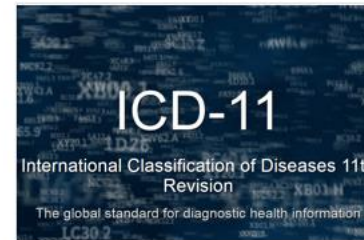
### ICD-10-GM



The International Statistical Classification of Diseases, German Modification (ICD-10-GM) is the official classification for diagnoses in outpatient and inpatient health care in Germany.

[Read more](#)

### ICD-11



Parallel to the further development of WHO's ICD-10, a fundamental 11th revision has been underway internationally for several years.

[Read more](#)

### ICD-10-WHO



The International Statistical Classification of Diseases by the WHO (ICD-10-WHO) is an official classification of diagnoses, in Germany mainly used to encode causes of death.

[Read more](#)

### ICD-O-3

# 독일의 질병분류체계



ICD-11

Parallel to the further development of WHO's ICD-10, a way internationally

ICD

Classifications

ICD-10-GM

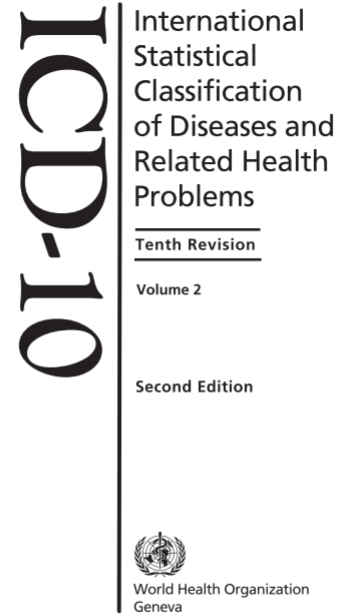


- 의료시스템을 운영하기 위한 질병분류체계가 국가별 질병분류체계
- 통계청에서 번역 및 일부 수정하여 임상 현실을 제대로 반영하지 못한다는 지적
- 우리나라 복건복지부는?

of Diseases by the  
ation of diagnoses,  
f death.

ICD-O-3

# ICD 코딩 지침



[www.who.int/classifications](http://www.who.int/classifications)

## Contents

|                                                                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. Introduction</b>                                                                                        | <b>1</b>   |
| <b>2. Description of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</b> | <b>3</b>   |
| <b>3. How to use the ICD</b>                                                                                  | <b>19</b>  |
| 3.3 Basic coding guidelines                                                                                   | 30         |
| <b>4. Rules and guidelines for mortality and morbidity coding</b>                                             | <b>31</b>  |
| <b>4.4 Morbidity</b>                                                                                          | <b>101</b> |
| 4.4.1 Guidelines for recording diagnostic information for single-condition analysis of morbidity data         | 102        |
| 4.4.2 Guidelines for coding “main condition” and “other conditions”                                           | 104        |
| 4.4.3 Rules for reselection when the main condition is incorrectly recorded                                   | 111        |
| 4.4.4 Chapter-specific notes                                                                                  | 117        |
| 4.1.11 Notes for use in underlying cause mortality coding                                                     | 51         |
| 4.1.12 Summary of linkages by code number                                                                     | 64         |
| <b>4.2 Notes for interpretation of entries of causes of death</b>                                             | <b>69</b>  |
| 4.2.1 Assumption of intervening cause                                                                         | 69         |
| 4.2.2 Interpretation of “highly improbable”                                                                   | 69         |
| 4.2.3 Effect of duration on classification                                                                    | 72         |
| 4.2.4 Sequelae                                                                                                | 72         |
| 4.2.5 Consistency between sex of patient and diagnosis                                                        | 74         |
| 4.2.6 Operations                                                                                              | 74         |
| 4.2.7 Malignant neoplasms                                                                                     | 74         |
| 4.2.8 Rheumatic fever with heart involvement                                                                  | 89         |
| 4.2.9 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities                                    | 89         |
| 4.2.10 Nature of injury                                                                                       | 90         |
| 4.2.11 Poisoning by drugs, medicaments and biological substances                                              | 91         |
| 4.2.12 External causes                                                                                        | 91         |
| 4.2.13 Expressions indicating doubtful diagnosis                                                              | 92         |
| 4.2.14 Human Immunodeficiency Virus (HIV)                                                                     | 92         |

# KCD 코딩 지침

## 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)

2016. 5.



## 머 리 말

국가보건통계의 정확한 생산과 이용을 위해서는 무엇보다 통계 기준과 분류가 합리적이고 통일적으로 적용되어야 합니다. 이를 위해 통계청은 1952년 이래 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류에 근거하여 한국표준질병·사인분류를 제·개정 고시하고, 이용자의 질병분류 의사결정을 지원하기 위한 자료로 2008년부터 세 차례에 걸쳐 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 발간한 바 있습니다.

2016년 1월 1일부터 시행되고 있는 제7차 한국표준질병·사인분류에는 우리나라 300대 질병에 대한 국내세분화 코드의 효용성을 분석하여 정비하고, 질병의 증증도를 나타내는 세분화코드를 추가하였으며, 세계보건기구(WHO)에서 권고한 2009년에서 2014년까지의 국제질병분류(ICD-10) 업데이트 내용 등 광범위한 개정 내용을 반영하였습니다.

이번 질병코딩지침서는 한국표준질병·사인분류 제2권 지침서의 「4.4 질병이환(Morbidity)」 부분에 대한 보조 자료로 활용할 수 있도록 **미국**, 호주, 캐나다 등의 코딩지침서를 참고하는 한편, 관련 정부 부처 및 기관 그리고 전문학회의 자문과 의견수렴을 거쳐 우리나라 실정에 맞는 좀더 완성도 높은 지침을 제공하고자 노력하였습니다.

이번에 개정된 질병코딩지침서가 의료기관과 관련기관에서 널리 활용되어 정확한 보건통계 작성과 각종 의학연구 그리고 보건·복지 정책 수립에 기여하여 궁극적으로 국민의 삶의 질을 향상시키는 데 보탬이 되기를 기대합니다.

끝으로 이번 지침서 개정에 소중한 자문을 해 주신 한국표준질병·사인분류 자문위원회 및 전문위원회 위원, 대한의학회 및 산하 전문학회 회원, 그리고 대한치의학회, 대한의무기독교회, 대한한의학회 여러분과 건강보험심사평가원 등 관계기관 여러분께 감사의 말씀을 드립니다.

2016. 5.

# KCD 코딩 지침

## 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)

### 머 리 말

국가보건통계의 정확한 생산과 이용을 위해서는 무엇보다 통계 기준과 분류가 합리적이고 통일적으로 적용되어야 합니다. 이를 위해 통계청은 1952년 이래 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류에 근거하여 한국표준질병·사인분류를 제·개정 고시하고, 이용자의 질병분류 의사결정을 지원하기 위한 자료로 2008년부터 세 차례에 걸쳐 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 발간한 바 있습니다.

이번 질병코딩지침서는 한국표준질병·사인분류 제2권 지침서의 「4.4 질병이환(Morbidity)」 부분에 대한 보조 자료로 활용할 수 있도록 미국, 호주, 캐나다 등의 코딩지침서를 참고하는 한편, 관련 정부 부처 및 기관 그리고 전문학회의 자문과 의견수렴을 거쳐 우리나라 실정에 맞는 좀더 완성도 높은 지침을 제공하고자 노력하였습니다.



이번에 개정된 질병코딩지침서가 의료기관과 관련기관에서 널리 활용되어 정확한 보건통계 작성과 각종 의학연구 그리고 보건·복지 정책 수립에 기여하여 궁극적으로 국민의 삶의 질을 향상시키는 데 보탬이 되기를 기대합니다.

끝으로 이번 지침서 개정에 소중한 자문을 해 주신 한국표준질병·사인분류 자문위원회 및 전문위원회 위원, 대한의학회 및 산하 전문학회 회원, 그리고 대한치의학협회, 대한의무기록협회, 대한한의학회 여러분과 건강보험심사평가원 등 관계기관 여러분께 감사의 말씀을 드립니다.

2016. 5.

# ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting

## FY 2019

### (October 1, 2018 - September 30, 2019)

**Narrative changes appear in bold text**

**Items underlined have been moved within the guidelines since the FY 2018 version**  
***Italics* are used to indicate revisions to heading changes**

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) and the National Center for Health Statistics (NCHS), two departments within the U.S. Federal Government's Department of Health and Human Services (DHHS) provide the following guidelines for coding and reporting using the International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM). These guidelines should be used as a companion document to the official version of the ICD-10-CM as published on the NCHS website. The ICD-10-CM is a morbidity classification published by the United States for classifying diagnoses and reason for visits in all health care settings. The ICD-10-CM is based on the ICD-10, the statistical classification of disease published by the World Health Organization (WHO).

우리나라의 (신)포괄수가 지침

통계청에서 개발  
보건복지부에서 사용

# 신포괄 주진단·기타진단 작성지침

## 근거

의료평가

### 신포괄지불제도 시범사업지침 제Ⅱ장 제1절 가. [마]

- 주진단, 기타진단 작성 지침

### 통계청 고시 “한국표준질병·사인 분류” 사용

- 행위별수가제에서 기재하는 배제 상병(최종 상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)은 신포괄수가제에서는 기재하지 않음
- 지침에서 정하는 사항(주진단, 기타진단 작성 지침) 이외는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따름

### 질병군별(DRG) 포괄수가제 관련 심사기준(지침)

- 임신중독증, 중증의 전자간, 자간증 등

### 질병분류(코딩) 자문위원회

- 진단 분류기호 선정 적정성에 대한 의학적 자문이 필요한 사항
- 진단 코딩 관련 기준 및 지침 적용에 관한 사항

43

|  <b>건강보험심사평가원</b><br><small>HEALTH INSURANCE REVIEW &amp; ASSESSMENT SERVICE</small> |                  | <b>보 도 자 료</b><br><a href="http://www.hira.or.kr">http://www.hira.or.kr</a> |                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                                                                                                                                                         |                  | 배 포 일                                                                       | 2018년 7월<br>10일 | 매수 3매        |
|                                                                                                                                                                         |                  | 보도일시                                                                        | 배포즉시            |              |
| 자료문의                                                                                                                                                                    | 포괄수가실<br>포괄수가심사부 | 부 장                                                                         | 하 미 경           | 033-739-1270 |
|                                                                                                                                                                         |                  | 차 장                                                                         | 이 미 화           | 033-739-1273 |
| 배포부서                                                                                                                                                                    | 고객홍보실<br>홍보부     | 부 장                                                                         | 배 영 덕           | 033-739-0321 |
|                                                                                                                                                                         |                  | 차 장                                                                         | 김 미 선           | 02-705-6922  |

심사평가원, 「신포괄 진단코딩 사례집」 발간  
- 질병분류자문위원회에서 논의된 109개 질환별 사례 및 코딩 참고자료 수록 -

- 건강보험심사평가원(원장 김승택, 이하 ‘심사평가원’)은 신포괄 시범사업 참여기관의 진단코딩에 대한 이해도 제고 및 시범사업의 안정적 정착을 위해 「신포괄 진단코딩 사례집」을 발간한다.

# 중증도 문제

- 합병증(Complication) : 환자 입원 후 발생한 질병
- 동반질환(Comorbidity) : 환자가 입원할 당시 이미 갖고 있는 질병
- DRG에서는 두 가지 모두 부진단(secondary diagnosis)형태로 입력되며, 환자 치료 시 자원소모에 영향을 주는 것으로 알려져 있음

Format: Abstract

Send to

Health Inf Manag. 2018 Aug 29;1833358318795804. doi: 10.1177/1833358318795804. [Epub ahead of print]

**A review of the complexity adjustment in the Korean Diagnosis-Related Group (KDRG).**Kim S<sup>1</sup>, Jung C<sup>1</sup>, Yon J<sup>2</sup>, Park H<sup>3</sup>, Yang H<sup>4</sup>, Kang H<sup>4</sup>, Oh D<sup>5</sup>, Kwon K<sup>6</sup>, Kim S<sup>1</sup>

## Author information

- 1 The Catholic University, Korea.
- 2 Inje University, Korea.
- 3 Inha University Hospital, Korea.
- 4 Chung Ang University Hospital, Kc
- 5 Hallym University Medical Center,
- 6 National Health Insurance Corpora

## Abstract

**BACKGROUND:** The Korean Diagnosis Related Group (KDRG) system was found to have very little complexity adjustment.

**OBJECTIVE:** Based on the Australian e

**METHOD:** Inpatient claim data for 2011 (CC) and met the inclusion criteria, were

Diagnosis-Related Group (ADRG) using analysis of variance followed by Duncan's test. The patterns of differences were presented with R<sup>2</sup> in three patterns: The CCL reflected the complexity well (VALID); the average charge of CCL 2, 3, 4 was greater than CCL 0 (PARTIALLY VALID); the CCL did not reflect the complexity (NOT VALID).

**RESULTS:** A total of 114 (19.03%), 190 (31.72%) and 295 (49.25%) ADRGs were included in VALID, PARTIALLY VALID and NOT VALID, respectively. The average R<sup>2</sup> for hospital charge of CCL was 4.94%. The average R<sup>2</sup> in VALID, PARTIALLY VALID and NOT VALID was 4.54%, 5.21%, and 4.93%, respectively.

**CONCLUSION:** The CCL, the first step of complexity adjustment using secondary diagnoses, exhibited low performance. If highly accurate coding data and cost data become available, the performance of secondary diagnosis as a variable to reflect the case complexity should be re-evaluated.

**Table 2.** The result of validity pattern analysis.

| Validity pattern | ANOVA result (N) |          | Total (N, %) | R <sup>2</sup> (%) |
|------------------|------------------|----------|--------------|--------------------|
|                  | p < 0.05         | p > 0.05 |              |                    |
| Valid            | 114              | —        | 114 (19.03)  | 4.54               |
| Partially valid  | 190              | —        | 190 (31.72)  | 5.21               |
| Not valid        | 218              | 77       | 295 (49.25)  | 4.93               |
| Total (N)        | 522              | 77       | 599 (100)    | 4.94               |

ANOVA: analysis of variance.

## Full text links

SAGE journals

## Items

Add to Favorites

## Related articles

ew Australian diagnosis related groups: ers of complexity adjustr [Health Policy. 2015]

casting the future reimbursement system of an National Health [J Korean Med Sci. 2012]

uation of flat-rate payment in radiation logy. German exp [Strahlenther Onkol. 2006]

cribing Iranian hospital activity using alian Refined DRGs: a [Health Policy. 2008]

ew [Measuring case severity with a DRG-d reimbursement s [Med Klin (Munich). 2002]

See reviews...

See all...

## Related information

MedGen

## Recent Activity

# 우리나라의 환자분류체계

- 가장 기본적인 환자분류체계 요소 중 하나인 질병분류체계와 코딩 지침이 보건복지부에 없음. 통계청에 있음
- 중증도 보정을 위한 기전은 사용 불가

# 환자분류체계

- 수가를 지불하는 단위
- 신포괄 분류체계는 3.x대와 대동소이
- 3.x가 갖고있는 문제를 그대로 갖고 있음

자원소모의 동질성

# 자원소모의 동질성을 위한 기초자료

- DRG는 정확한 원가 계산 필요
  - 질병군의 동질성 검증 및 비용 이상치 확인
  - 기존 DRG의 계속적인 개정 및 보완시
- 현재 KDRG의 자원소모 유사성
  - 행위별수가제하의 행위료 : 정부 규제
  - 참값에 비해 자원소모의 Variance를 줄임
    - DRG 개수 줄어들게 함

포괄수가제(DRG)에 기본 지불단위로 쓰일 한국형 입원환자분류체계(이하 KDRG) V4.0이 현 지불제도와 다른 전면 개정이 가능할까.

또한 의사비용이 포함될 것인지와 **원가**분석에 의한 수가 개정이 가능한지를 두고 의료계 이목이 집중되고 있다.

DRG 전면 확대시행을 코앞에 둔 민감한 시점에 한국형 입원환자분류체계 개발을 위한 임상적 타당성 연구 중간보고회가 개최됐다.

KDRG 개발을 위한 임상적 타당성 연구의 책임을 맡은 양훈식 책임연구원은 지난 26일 건강보험심사평가원 대강당에서 중간보고회를 갖고 "현행 수가와 시스템으로는 의료계가 원하는 결과물을 얻기가 힘들다"고 밝혔다.

의료현실을 반영한 분류체계 개발을 위해 의료계 주축으로 연구를 진행하고 있지만 원가산정이 어려워 한계가 있다는 것이다.

# DRG는 병원의 운영비용 보상 방법

Home | About CMS | Newsroom | Archive | Share Help Print

**CMS.gov**  
Centers for Medicare & Medicaid Services

type search term here

Medicare | Medicaid/CHIP | Medicare-Medicaid Coordination | Private Insurance | Innovation Center | Regulations & Guidance | Research, Statistics, Data & Systems | Outreach & Education

Home > Medicare > Acute Inpatient PPS > Acute Inpatient PPS

**Acute Inpatient PPS**

[Need Additional Information](#)

[Direct Graduate Medical Education \(DGME\)](#)

[Disproportionate Share Hospital \(DSH\)](#)

[PPS-Exempt Cancer Hospitals \(PCHs\)](#)

[Hospital Value-Based Purchasing](#)

[Hospital-Acquired Condition Reduction Program \(HACRP\)](#)

[Indirect Medical Education \(IME\)](#)

**Acute Inpatient PPS**

PROTECT YOUR PATIENTS' IDENTITIES USE THE MBI NOW

Section 1886(d) of the Social Security Act (the Act) sets forth a system of payment for the **operating costs** of acute care hospital inpatient stays under Medicare Part A (Hospital Insurance) based on prospectively set rates. This payment system is referred to as the inpatient prospective payment system (IPPS). Under the IPPS, each case is categorized into a diagnosis-related group (DRG). Each DRG has a payment weight assigned to it, based on the average resources used to treat Medicare patients in that DRG.

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/index.html>

땅값이 비싸고 고가장비가 많은  
서울성모병원과 그렇지 않은 지방 의료원에  
같은 지불방법을 쓸 것인가?

**자본비용의 상환에 대한  
고민이 없음**

# 자본비용(Capital cost)의 처리



Health Policy

Volume 115, Issues 2–3, April 2014, Pages 141–151



Review

## Hospital financing: Calculating inpatient capital costs in Germany with a comparative view on operating costs and the English costing scheme

Matthias Vogl<sup>a, b</sup>  

### Abstract

#### Objectives

The paper analyzes the German inpatient capital costing scheme by assessing its cost module calculation. The costing scheme represents the first separated national calculation of performance-oriented capital cost lump sums per DRG.

#### Conclusions

The scheme generates the technical premises for a change from dual financing by insurances (operating costs) and state (capital costs) to a single financing source. The new capital costing scheme will intensify the discussion on how to solve the current investment backlog in Germany and can assist regulators in other countries with the introduction of accurate capital costing.

# 민간의료기관에 DRG 적용 에 따른 자본비용 상환

The capital payment policies of the major payers for hospital care are important for three reasons. First, these policies affect the hospital's ability to recover its full cost of providing services and, therefore, its long-term financial stability. Second, such policies may create incentives for hospitals to over or underinvest in capital assets relative to other productive resources, leading to reduced economic efficiency and higher overall costs for producing services. Finally, capital payment policies may create incentives for hospitals to choose one method of financing capital expenditures over another (e.g., debt over equity), which may lead to financial instability, reduced access to capital financing and higher costs for services over the long term.

S. HRG. 99-756

## REFORM OF MEDICARE PAYMENT FOR CAPITAL COSTS

---

HEARING  
BEFORE THE  
SUBCOMMITTEE ON HEALTH  
OF THE  
COMMITTEE ON FINANCE  
UNITED STATES SENATE  
NINETY-NINTH CONGRESS  
SECOND SESSION  
MARCH 14, 1986



Printed for the use of the Committee on Finance

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE  
WASHINGTON : 1986

62-577 O

For sale by the Superintendent of Documents, Congressional Sales Office  
U.S. Government Printing Office, Washington, DC 20402

# 유럽 DRG에서의 자본비용

## The share of hospital costs reimbursed through DRG-based payment

Table 1 shows that DRG-based payment is the principal means of reimbursing hospitals in the majority of countries. However, DRG-based payment accounted for just 15–20% of the total revenues in Spain/Catalonia and 39% in Estonia. Furthermore, each country finances some costs via other funds. Services not commonly covered by DRG-based payments concern psychiatric and rehabilitation services and intensive and emergency care. In some countries, community and ambulance services (England), neonatology and inpatient radiotherapy (France), geriatric services (Ireland) and burn treatments (Sweden) are discarded. Costs for teaching and research are not covered by the majority of the 12 countries. Other costs commonly not covered are capital and expensive drug costs. In some countries, allowance for bad debts (Germany and Ireland), taxes, charges and insurance (Germany), pensions (Ireland), commercial exploitation (the Netherlands) and accreditation (Sweden) are discarded.

Tan, S. S., et al. (2014). "DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries." The European Journal of Public Health **24**(6): 1023-1028.

# 비용 대신 청구금액의 사용

## The Distinction Between Cost and Charges

STEVEN A. FINKLER, Ph.D.; Philadelphia, Pennsylvania.

The literature on economic efficiency in providing hospital services has been growing recently. Often such literature examines the costs of providing services at varying volumes of treatments per location per year. However, instead of measuring cost directly, these studies use patient bills (charges) as a proxy for cost. Charges may bear little resemblance to economic cost, and use of charges as a proxy for economic cost may lead researchers to draw unwarranted conclusions about economic efficiency. Because of the differences between economic cost, accounting cost, and charges to the patient, actual resource consumption should be used as a measure of cost.

### The Roots of the Misunderstanding

It is not surprising that many members of the medical community assume there is a close relation between costs and charges. Since most health organizations are non-profit, it is logical to assume that price is set to be equal to cost. Furthermore, there has been substantial focus on the ills of cost-reimbursement systems such as Blue Cross, Medicare, and Medicaid because of the direct relation between cost and reimbursement. As costs rise, reimbursement rises automatically. There is minimal incentive to be efficient and control costs if all cost increases

Finkler, S. A. (1982). "The distinction between cost and charges." Annals of internal medicine **96**(1): 102-109.

- The power of Blue Cross' size and the legal clout of the government entitle them to demand discounts off the list price. In fact, **the discounts are so great that often Blue Cross, Medicare, and Medicaid pay less than the average cost (5).**
- On the other hand, self-pay patients and private insurance companies other than Blue Cross have significantly less clout, and pay not only the costs they have incurred, but also make up any loss the hospital incurs when it gives substantial discounts to Blue Cross, Medicare, and Medicaid => 우리나라는?

# 지불정확성의 기준

- 지불정확성의 기준은 원가가 아니라 행위별 수가제로 청구했을 때의 금액



<https://namu.wiki/w/조삼모사> 재인용

## 포괄수가 산정 방법

의료평가 1

### 포괄수가

#### 표준수가

{기준수가 + (환자 입원일수 - 평균 입원일수) x 일당수가}

#### 공공병원

기준수가 = 기준점수 x 점수당 단가 x 조정계수  
일당수가 = 일당점수 x 점수당 단가 x 조정계수

- (기준수가) 평균 입원일수만큼 입원하였을 경우 발생하는 건당 평균진료비
- (환자 입원일수) 정상군 환자-환자의 입원일수, 상단열외군 환자-정상군 상단일자
- (평균 입원일수) 질병군단위로 산출된 건당 평균 입원일수
- (일당수가) 입원일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 진료비용
- (조정계수) 행위별 진료비와 실포괄 진료비가 동일하게 되도록 재정중립을 맞추기 위한 계수

# 신포괄수가제의 인센티브

○ (가산비율 및 지표) 공공병원과 민간병원 대부분 지표 동일하게 적용하고, 2개 지표는 아래와 같이 적용

| 구분    | 비율(최대)         | 지표 차이                 |
|-------|----------------|-----------------------|
| 공공병원* | 35%            | 경영성과 5% 적용            |
| 민간병원  | 30% + $\alpha$ | 비급여축소분 보상( $\alpha$ ) |

\* 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조에 의한 공공보건의료기관

3

정책가산 산출결과(종합)

□ 전체

○ 신규 진입기관의 정책가산 평균비율은 21.46%임

(단위: %)

| 구분   | 기관수 | 평균    | 최대    | 최저    |
|------|-----|-------|-------|-------|
| 전체   | 14  | 21.46 | 23.25 | 20.50 |
| 민간병원 | 12  | 21.27 | 23.00 | 20.50 |
| 공공병원 | 2   | 22.63 | 23.25 | 22.00 |

□ 지표별 현황

| 영역        | 지표          | 최대비율     | 평균    |
|-----------|-------------|----------|-------|
| A. 참여     | 참여          | 3%       | 5%    |
|           | 자료제공        | 2%       |       |
|           | 자료의 질       | 1%       |       |
| B. 효율성    | 경영성과(공공병원만) | 5%       | 3%    |
| C. 효과성    | 간호등급        | 2%       | 1.82% |
|           | 간호·간병통합서비스  | 3%       | 2.29% |
|           | 신포괄정보관리     | 5%       | 3%    |
| D. 공공성    | 의료급여+차상위    | 4%       | 1.21% |
|           | 취약지         | 1%       | 0.07% |
|           | 필수시설운영      | 3%       | 2.93% |
|           | 감염병관리       | 1%       | 1%    |
| E. 의료의 질  | 재입원비        | 1%       | 1%    |
|           | 외래방문횟수비     | 1%       |       |
| F. 비급여 관리 | 비중          | 2%       | 1%    |
|           | 개선도         | 1%       |       |
|           | 추가지표(민간병원만) | $\alpha$ | 2%    |

□ 포괄수가는 현 행위별 대비 인센티브를 포함한 포괄수가 수준은 **119.6%**임

(단위: 백만원, %)

| 구분   | 행위별<br>포괄금액 | 신포괄수가   | 인센티브포함<br>포괄수가수준 |
|------|-------------|---------|------------------|
| 신규기관 | 385,255     | 460,693 | 119.6            |

(단위: 백만원, %)

| 총진료비             |                  | 환자부담금             |                  | 보험자부담금            |                   |         |        | 추가<br>부담금<br>(b-a) |
|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|---------|--------|--------------------|
| 행위별              | 신포괄              | 행위별               | 신포괄              | 행위별<br>(a)        | 신포괄               |         |        |                    |
|                  |                  |                   |                  |                   | 계(b)              | 포괄수가    | 인센티브   |                    |
| 385,255<br>(100) | 460,693<br>(100) | 113,953<br>(29.6) | 69,386<br>(15.1) | 271,302<br>(70.4) | 391,306<br>(84.9) | 309,819 | 81,487 | 120,004            |

# 신포괄수가제에 대한 보건복지부의 향후 계획

# 신포괄수가제 기본모형 개선(심평원)

| 현황 및 문제점                                                                                                                                                                                                                                   | 개선방향                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 규모가 큰 민간병원이 확대되면서 <b>지불정확성 문제</b> 제기 증가, 목표(치) 설정 미흡</li> </ul>                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 기준병원확대 및 최근 수가자료로 갱신</li> <li>● 포괄영역 재설정</li> <li>● 신포괄용 분류체계 개발</li> <li>● 수가 조정기전 지침마련</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 정책가산 비율이 높아 지속가능성에 대한 우려, 높은 비율로 인해 평가지표가 많고 제도 전체가 복잡해짐</li> </ul>                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 정책가산 기본수가화 및 지표개선</li> </ul>                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 유형별 조정계수를 도입하였으나 여전히 <b>조정계수가 높아질 가능성</b>, 비급여 가격 편차 줄이는 관리 미흡(특히 약제), 수가수준이 낮다는 문제제기 - CMI, LI지표만으로 다양한 기관 특성을 반영 유형화 하는데 한계점이 있음</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 조정계수 산출방식 개선 및 수렴화</li> <li>● 비급여 약제 가격 및 관리 기전 마련</li> </ul>                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 비급여 포괄화에 따른 지불제도 간 환자 본인부담 형평성 문제로 입원 쏠림 우려</li> </ul>                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 환자본인부담 산출방식 개선</li> </ul>                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 원가기반 신포괄수가 개발 준비 미흡                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 원가계산 방법론, 신포괄 수가 적용방안, 원가 자료 구축 및 연계 선결과제 부재</li> <li>- 2014년부터(회계) 자료만 쌓고 있다는 비판</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 원가기반 신포괄 수가 체계적 개발</li> </ul>                                                                       |

# 모형개선 세부 추진계획(안)

|                      | '18년       | '19년                       | '20년                                       | '21년                | '22년                         | '23년        |
|----------------------|------------|----------------------------|--------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------|
| 기준수가 산출(단기),<br>기준병원 | 3개소        | 6개소                        |                                            | 9~10개소              |                              |             |
| 포괄영역재설정              | 건의사항 일부 개선 | 포괄재설정<br>연구수행              | 연구반영 수가개발                                  | 재설정포괄<br>수가적용       | 지속개선                         |             |
| 지불제도용<br>환자분류체계개발    |            | 일부개선                       | 1~2년 연구수행 및 의료계 합의도출<br>원가기반 환자분류체계 적정성 검토 |                     | new- DRG<br>전산프로그램 및<br>수가개발 | new- DRG 적용 |
| 정책가산 개선              |            | -                          | 정책가산 조정방안<br>연구수행                          | 기본수가화 적용            | 지표 모니터링 및<br>개선              |             |
| 조정계수 산출<br>(2년주기)    |            | 병원별 조정계수<br>개선 연구          | 병원별+유형별재<br>산출                             | 개선방안 적용<br>신조정계수 산출 | 신조정 조정계수<br>확대 적용            |             |
| 원가기반 수가산출            |            | 1~2년<br>원가산출방식등<br>연구 및 합의 | 수가산출 자료구축<br>및 원가수가 개발<br>(조정기전)           | 원가기반 수가적용           | 원가기반 수가모형<br>개선              |             |
| 진단코딩 정확도 개선          |            | 개선 필요항목<br>발굴              | 진단코딩 정확도<br>개선에 관한 연구<br>(심사방법 개선<br>포함)   | 진단코딩지침서<br>보완 연구    | 진단코딩 정확도<br>개선 지속            |             |

# chosun.com 시·군 5곳 중 1곳, 아이 낳을 곳이 없다

조선일보 | 홍준기 기자 허상우 기자

입력 2019.07.13 03:00

車로 1시간內 분만 산부인과 '0'  
시·군 45% '분만 제로'... 산모들, 주변 큰도시로 원정출산

