

진단코딩과 의무기록 작성

- 신포괄 수가제



대전을지대학교병원 의료정보팀

2023. 09. 22



신포괄수가제

신포괄 수가제 = 포괄 수가제 + 행위별 수가

신포괄 수가제

포괄 수가제

환자에게 제공된 의료서비스를 하나로 묶어 미리 정해진 진료비로 계산하는 제도



행위별 수가제

환자에게 제공된 의료서비스의 종류와 양에 따라 진료비를 계산하는 제도

진료에 필요한 대부분의 의료서비스를 포괄수가로 묶고,
일부 특정진료는 별도 보상



신포괄수가제

행위별 수가

급여
비급여
전액 본인 부담

신포괄 수가

구분	내용	단가 계산		환자부담
포괄	비포괄 항목에 해당되지 않는 행위·약제·치료재료	0원 기본 DRG 질병군 금액으로 포괄 되어 계산		질병군 금액의 0 ~ 23%* (국민건강보험 적용)
비포괄	주로 의사 행위 - 수술 및 시술, - 행위 성격의 검사 (내시경, 생검, 천자 등)	비포괄 100	금액 모두 계산	0 ~ 20% (국민건강보험 적용)
		비포괄 80	금액의 80% 계산	
비급여	상급병실료, 신의료기술, 고가비급여, 미용, 성형 목적의 수술 등 급여원리에 부합하지 않는 비급여	수가금액 모두 계산		환자부담 多
전액본인부담				

* 건강보험환자 포괄수가 본인 부담률 : 평균입원일수 이하 - 20% / 평균입원일수 초과 : 23%
 (단, 정신과 질병군은 입원일수에 상관없이 20%)

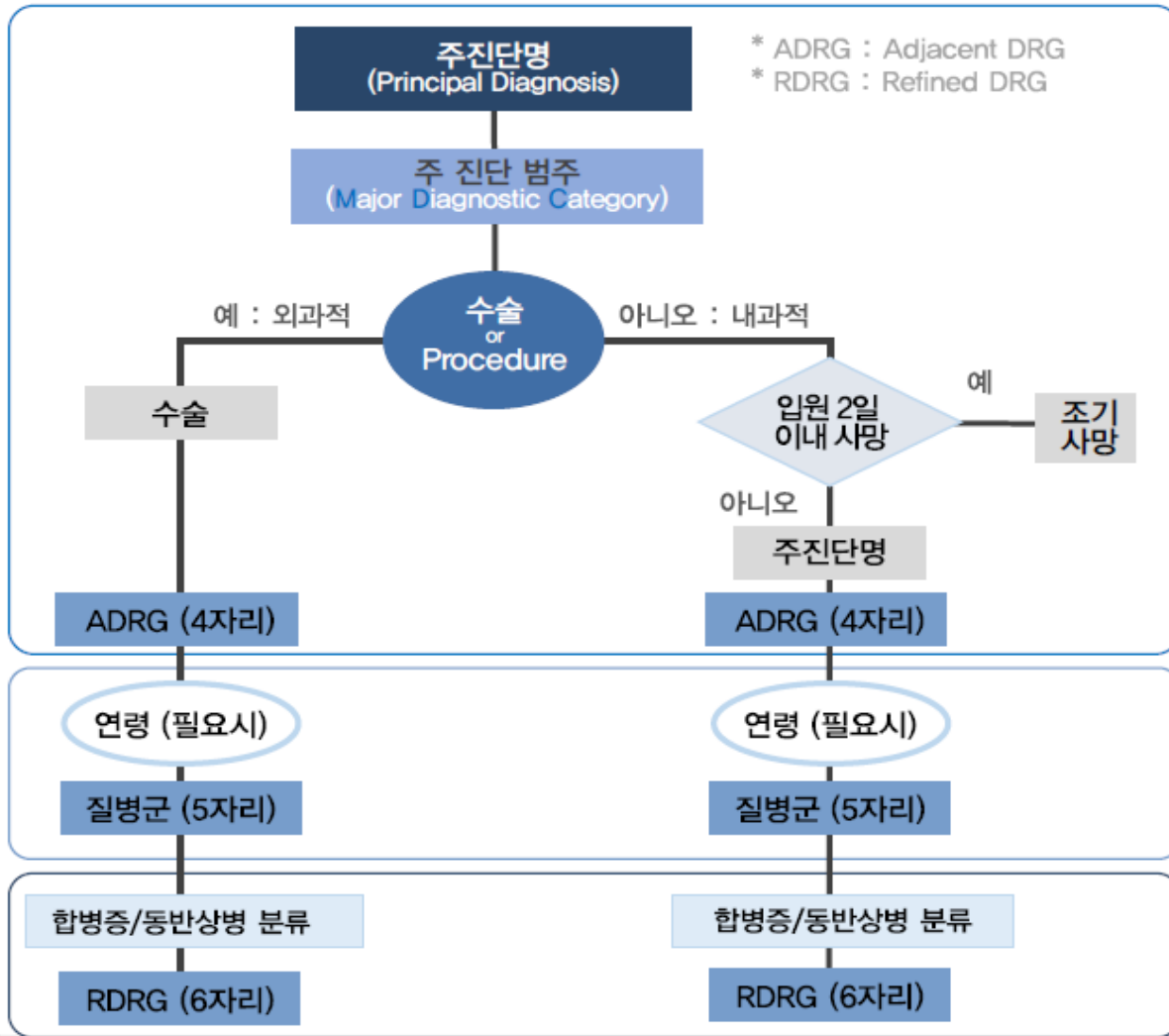
※ 비포괄 수가 ? (비포괄 100 vs 비포괄 80)

단가 10,000원인 수가 A (비포괄 100) : 10,000원 모두 보상됨 → 기본 DRG 포괄 금액 + 10,000원
 단가 10,000원인 수가 B (비포괄 80) : 8,000원 만 보상 → 기본 DRG 포괄 금액 + 8,000원



입원환자 분류체계

* ADRG : Adjacent DRG
* RDRG : Refined DRG



↓

KDRG 번호에 따라
기준수가 결정



주 진단의 선정원칙

검사 후 밝혀진 최종진단으로

병원 치료(의료시설 방문)를 필요로 하게 만든 가장 중요한 병태

- 한 번 입원한 건에 대하여는 하나의 주 진단을 선정
- 퇴원 전 주 진단은 그 당시의 임시 주 진단으로 입원기간 중 모든 검사결과를 확인한 후 최종적으로 밝혀진 진단을 주 진단 으로 선정

- ▶ “검사(after study)”후 밝혀진 진단
- ▶ 입원 사유로 입증되는 진단
- ▶ 주치의= 최종 주진단에 대해 confirm절차, 진단 책임



주 진단의 선정원칙

- 여러 질환을 동시에 가지고 내원한 경우 진단이나 치료에 대한 **환자의 요구가 가장 컸던 질환, 의료자원을 가장 많이 사용하게 했던 질환을 주 진단으로 선정**
- 진료 개시 후 주진단과 관련된 질환이나 합병증이 발생한 경우에는 이로 인한 자원소모가 많다고 할 지라도 기존 주 진단을 유지
- 단, 진료 개시 후 의료시설을 방문하게 만든 병태와는 관련이 없는 **새로운 병태**가 발견되고 **이로 인한 자원 소모가 더 클 때는 새로운 병태를 주진단으로 선정**

의료자원 소모

- 단순히 해당 질병과 관련된 진료비의 크기만을 의미하지 않음
- 해당 질병으로 인해 유발된 재원일수, 시술비용, 약품 및 치료재료비 등을 종합적으로 고려해서 판단



주 진단의 사례

4월 11일에 발생한 전신 홍반과 소포 및 가려움증으로 타병원 방문하여 알레스틴정, 포타리온정, 미프론정, 이소라딘정 복용 후 호전되는 듯 하였으나 악화되어 본원 ER내원 (salon, peniramin)injection하였으나 증상 지속되어 입원

	의사진단	의료정보팀 진단
진단명	주진단 : L50.0 Allergic uricaria 기타진단 : T78.3 Angioedema	주진단 : T78.3 Angioedema (L50.0 과 T78.3 동시에 적용 불가)
질병군	J68000 두드러기	X61020 알레르기반응, 연령>17세, 심각하거나 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 미동반
신포괄 진료비	739,130	861,370

약 12만원 차이



주 진단의 사례

상기환아 미열, 기침 및 dyspnea 증상있어 본원 외래 통해 R/O Pneumonia로 입원. X-ray상 lesion 및 청진상 Rale소견있으며 nebulizer 및 anti치료 후 퇴원

2022.04.28 폐렴원인균선별검사 streptococcus pneumonia - positive

	의사진단	의료정보팀 진단
진단명	주진단 : J18.9 Pneumonia	주진단 : J13 Pneumonia due to streptococcus pneumonia
질병군	E80100 소아의 바이러스 폐렴	E80200 소아의 세균폐렴
신포괄 진료비	960,330	1,002,160

약 +4만원
차이



기타진단의 선정원칙

입원 당시부터 주 진단과 함께 가지고 있던 병태 또는 입원기간중 발생한 병태로 치료나 입원 기간에 영향을 준 병태

- 주진단 외에 입원기간 중 치료나 입원기간에 영향을 준 진단을 선정
- 입원기간 중에 발생한 합병증으로 치료나 입원기간에 영향을 준 진단을 선정
- 이번 입원에 영향을 주지 않은 과거에 진료받았던 병태는 기재할 수 없다.

- 합병증 : 입원 시 없었으나 재원기간 중 발생하거나 치료의 결과로 나타난 병태
- 동반질환 : 입원 시 동반한 병태로 환자의 진료에 영향을 미치는 질환



기타진단의 사례

상기환자 전립선암 진단하 비뇨의학과 내원하시는 분으로 퇴원후에도 간간히 발생하는 혈뇨로 인해 방광세척 위해 외래 통해 입원하여 irrigation 및 전립선암으로 인한 혈뇨로 인하여 anemia있어 transfusion하였고 lab f/u 저나트륨혈증으로 인한 전해질 보충 후 특이 합병증 없이 퇴원

구분	의사 진단명	의료정보팀 진단명
진 단	주진단 : C61 전립선 암 기타진단 : X	주진단 : C61 전립선 암 기타진단 : D63.0 Anemia(암으로 인한 빈혈) E87.1 Hyponatremia
질병군	M60200	M60201
총 진료비	2,789,200	3,769,610

약 +99만원
차이



기타진단의 사례

상기환자 2021.11.23 검진으로 시행한 USG상 LC, 2cm sized liver mass at S8
 GB stone with adenomyomatosis, AFP3.39로 refer되어 수술위해 외래통해 입원.

입퇴원일 : 2021.12.26~2022.01.03

수술진단명 : GB stone with chronic cholecystitis

수술 후 x-ray : paralytic ileus(12.28~12.30)

Lab 결과 : 2021.12.26~2022.01.03 potassium 3.1 mEq/l ↓ → KCL40mEq/20ML 시행

구분	의사 진단명	의료정보팀 진단명
진 단	주진단 : K8010 기타진단 : X	주진단 : K8010 기타진단 : K913 Postoperative ileus E87.1 Hypokalemia
질병군	H03200 복강경을 이용한 전담낭절제술, 심각한 합병증이나 동반상병 미동반	H03203 복강경을 이용한 전담낭절제술, 심각한 합병증이나 동반상병 동반
총 진료비	5,018,428	6,741,158

약
+172만원
차이



Z53.8 기타이유로 실행되지 못한 처치

치료가 끝나지 않은 상태로 환자가 원해서 퇴원하는 경우

- > 신고괄수가제에서 탈락 /행위별 수가제로 청구
- > 의무기록에 자세한 내용 기재 필요

치료결과

완쾌
 호전
 호전 안됨
 치료없이 진단만
 48H 전 사망
 48H 후 사망
 수술 중 사망
 수술 후 10일 이내 사망
 수술 후 10일 이후 사망

퇴원지시 및 퇴원형태

퇴원지시후 내원
 자의퇴원후 내원
 48H 전 사망
 48H 후 사망
 퇴원지시후 전원
 자의퇴원후 전원
 탈원
 가망없는 퇴원

진단코드(Z53.8)
 선택이 어려운 경우
 치료 및 경과에
 자세히 기재

치료거부 사유 체크

▶ 치료거부 여부 및 거부사유 조사 서식지양식

1. 계획되었던 치료를 거부하고 퇴원하는 환자인가요?
 YES NO

1) 치료거부(계획되었던)를 했다면 사유를 체크해주세요

믿음이나 집단압력에 의한 치료거부 (Z531)
 환자의 거부. (Z532)
 보호자 기타 사유로 거부. (Z538) (급작스런 병원 장비이상등)

저장



요청사항

진단명 기재 / 치료 및 경과 기재

1. 진단명 누락

- 최종진단명과 의심되는 진단명 모두 기재

2. 응급실 내원환자는 응급실 기록이 퇴원시까지 동일하게 작성되어 있음

- 변화된 내용 기재
- 퇴원요약지 내 치료 및 경과에 자세히 기재



“퇴원요약지” 퇴원 전 작성

STEP1

STEP2

STEP3

STEP4

STEP5

퇴원예고

퇴원요약
지작성
(진단확정)

퇴원
지시

의료정보팀
진단코드
확정

심사/
퇴원
수납

“퇴원요약지”가 **퇴원 전**에 정확하게 작성되어야 하는 이유는.....

환자를
이해시키는 것이
매우 어려움



1. 진료비 변경에 따른 환자민원 발생
2. 검사결과 미확정으로 가퇴원 증가



응급실초기평가 - 진단명

▶ 응급실 초기평가 - 진단명

1. 신포괄 지불제도 - POA(Present on admission) --> 정책가산금 0.5%
 [응급실/외래 통해 입원한 환자]
 내원 시부터 진단이 되었는지 재원중에 진단이 발생된 것인지 중요함
2. 의료질 평가 - POA(Present on admission) 관리 및 모니터링 근거 내역 제출

▣ 환자기본정보

병록번호	023	이름	홍길동	나이/성별	
주민번호	211102	전화번호		보험종별	
입원과	소아청소년과	퇴원과	소아청소년과	전문의/전공의	김주영
입원일/퇴원일	20220207 / 20220210 (2 회차)		(감염)		

퇴원분석 I | 퇴원분석 II | 진단분류 | 시술분류 | 정보지 | 패혈증점검표

EMR기능

▣ 재원코드 E72011 기타 호흡기 질환, 연령 0-64세, 중증도의 합병증이나 동반상병 동반

No.	구분*	상병코드*	주부	기준	경로	처치·수술
1	<input type="checkbox"/>	R05	M		입원	Cough
2	<input type="checkbox"/>	J219	M		OCS	Acute bronchiolitis, unspecifie

▣ 의무기록 코드

No.	구분*	상병코드*	POA	기준	비고
1	<input checked="" type="checkbox"/>	J210	Y		Acute bronchiolitis due to respiratory syncytial virus
2	<input checked="" type="checkbox"/>	Z038-1	E		Observation for Coronavirus disease 2019[COVID-19]

Y: 입원시부터 존재
 N: 입원시부터 존재하지 않음
 W: 임상적으로 결정할 수 없음
 U: 기록이 충분하지 않음

의료정보팀 POA 입력화면



입원초기평가

* 주호소/ 현병력

현재	개선(안)
수술위해, for op	000(진단명) 수술위해 입원 For 00000(수술명) 증상이나 진단명으로 기재



재활용 서식

* 수술기록지 재활용

현재	개선(안)
기존에 저장해 둔 수술명이 그대로 보여짐, 추가로 현재 수술명 작성	기존 수술명 삭제 후 현재 수술명 선택

마취방법 **LA-local infiltration**
 응급 여부 정규 응급
 입원 일 2022-08-17 (날짜)

수술전 진단명

구분	수술전 진단명	비고
주상병	Other benign neoplasms of corpus uteri	

수술후 진단명

구분	수술후 진단명	비고
주상병	Chronic kidney disease, unspecified	

수술명

수술명	비고
Chemoport removal	
Chemoport removal	
Chemoport insertion(Sono guided)	

수술중 발견사항

기존의 Rt. IJV의 chemoport insertion 을 제거하고 새로운 포트를 Rt. IJV 에 chemoport insertion 함.



동의서 – 수술, 시술, 마취, 검사

환자본인서명
->인증평가 지적사항

MRI 조영제 사용 동의서

등록번호: _____ 이름: _____ 나이/성별: / _____ 진료과: _____ 병동: _____

이 검사로써 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이 체질로 예상치 못한 사고가 발생할 수 있다는 점을 위의 사전 설명으로 충분히 이해했음을 확인합니다.
 아울러 이에 따른 지시사항을 성실히 이행하고 협조할 것을 서약하며, 모든 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 검사를 하는 것에 동의합니다.

동의 일시 2022년 02월 11일 14시 30분

환자명 환자(본인)성명 _____ (전자서명) 구두(전화)동의 무연고자

대리인 및 동의권자(환자와의 관계: _____) 대리인 성명 _____ (전자서명)

- > 이유: 환자의 신체 정신적 어려움으로 약정내용을 충분히 이해하기 어려움
 미성년자로 약정내용을 이해하지 못함
 설명이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임(별도의 위임계약서 첨부)
 기타(_____)

주민등록상의 생년월일: _____

연락처: ① _____ ② _____

대리인의 개인정보 수집에 동의합니다.

코사인신청 설명의사: _____ (전자서명)

• 동의서 내 서명

1. 환자 본인에게 직접 설명 및 서명
2. 환자에게 설명이 불가능한 경우
 - 대리인 및 동의권자
3. 환자 & 보호자 동시 서명 가능
4. 구두(전화)동의
 - 환자에게 설명할 수 있는 상황이 아닌 경우 & 보호자가 원내에 없는 경우 **응급한 상황시**에만 가능
 - 구두동의 후 퇴원/퇴실전에는 대면으로 서명 받아야함.

• **진단명과 수술명 그밖의 설명은 한글로 작성한다.**



처방제한

시한 내 의무기록 작성 해야 하는 서식 - **의료기관 인증평가**

1. 입원초기평가 - 입원 후 24시간 이내
2. 경과기록 - 매일 작성
3. 전출/전입 기록 - 당일
4. **수술요약지 - 회복실 퇴실 전**
5. 수술기록지 - 수술 후 48시간 이내
6. 퇴원요약지 - 퇴원예고 또는 당일
7. **시술기록지 - 시술실 퇴실 전**

[내시경실 ESD, ERCP/심혈관조영실/혈관조영실/
분만실 D&C] - 인증 4주기 본 평가 시작

정보관리평가 지표 - incentive

신포괄수가 심사(모니터링) 대상 목록 ×

신포괄 정보관리평가 결과조회 ×

홈 > 모니터링 > 신포괄수가 > 조회 및 계산 > 신포괄 정보관리평가 결과조회

> 평가년도

Q 조회

신포괄수가제 정보관리 평가결과

총 : 12 건

엑셀저장

평가지표 (정책가산 최대 비율, %)	평가점수	
	당해기관	전체기관평균
<지표1> 의무기록 필수항목 기재율(1.0)	100.00	94.65
1-1) 의무기록(병원서식) 필수항목 기재율	100.00	94.18
1-2) 퇴원요약(표준서식) 필수항목 기재율	100.00	95.74
<지표2> 진단코딩 청구 정확도 및 향상활동(1.0)	98.12	95.25
2-1) 진단코딩 청구 정확도	97.32	96.49
2-2) 진단코딩 정확도 향상활동	100.00	92.37
<지표3> 환자안전관리 활동(1.0)	100.00	95.79
3-1) 병원 Alert시스템 운영	100.00	95.07
3-2) DUR 정보 수용도	100.00	96.09
<지표4> 환자인식시스템 운영(0.5)	0.00	59.82
<지표5> POA 청구 정확도(0.5)	100.00	98.52

해당기관 정책가산 비율

※ '23년 적용 정책가산율(인센티브)은 추후 별도 안내 예정

※ 평가점수 및 정책가산율(인센티브)은 소수점 셋째자리에서 반올림

※ <지표6> 관련 지역거점공공병원(40개소)는 '22년 지역거점공공병원 운영평가 미실시로 추후 '23년 적용 정책가산율 안내 예정

Thank You !

