

도서발간번호

G000DL3-2013-83

제 외국의 의료행위 분류체계 비교연구

2013. 9

대한의무기록협회

목 차

목 차	i
표 목 차	vi
그림목차	vii
제1장 최종 연구개발 목표	1
1.1 목표	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구 목적	1
1.2 국내·외 현황	2
1. 국내 시술분류현황	2
가. 건강보험행위분류	2
나. 국제의료행위분류	2
2. 국외 시술분류현황	2
가. 미국	2
나. 캐나다	4
다. 호주	4
라. 영국	45
마. WHO	45
3. OECD 요구 외과적 수술 목록	6
제2장 연구개발 내용 및 방법	14
2.1 연구내용 및 방법	14
1. 연구내용	14
2. 연구방법	15
제3장 연구개발 결과	16
3.1 Current Procedural Terminology(CPT)	16
1. 개요	16
2. 분류체계 개발자	16
3. 목적	16
4. 내용	17
가. category I 코드	17

나. category II 코드	17
다. category III 코드	17
5. 개정 및 업데이트 절차	18
가. category I 코드	18
나. category II 코드	19
다. category III 코드	20
라. 개정 절차	20
6. CPT 구조	23
가. 평가 및 관리(E&M)	23
나. 마취(anesthesia)	25
다. 수술(surgery)	25
라. 방사선(radiology)	28
마. 병리 및 임상병리(pathology and laboratory)	30
바. 의약(medicine)	30
7. 원칙과 지침	32
가. E&M 코드를 보고하기 위한 지침	32
나. 위기치료 코드의 코딩지침	35
다. 수술코드를 보고하기 위한 지침	36
라. 별도의 시술을 보고하기 위한 지침	36
마. 목록에 없는 코드를 보고하기 위한 지침	37
바. 수식어(modifiers)를 사용하기 위한 지침	37
사. 세미콜론(semicolon)을 사용하기 위한 지침	37
8. 요약	38

3.2 Healthcare Common Procedure Coding System(HCPCS) 39

1. 개요	39
2. 분류체계 개발자	39
3. 목적	39
4. 내용	39
가. HCPCS level I	39
나. HCPCS level II	40
다. HCPCS level III	48
라. HCPCS 수식어(modifiers)	48
5. 개정 및 업데이트 절차	49
6. HCPCS에 대한 메디케어 요구사항	51
7. 요약	51

3.3 Current Dental Terminology(CDT) 52

1. 개요	52
2. 목적	52
3. 용어 및 분류체계의 역사	52
가. SNODENT(Systematized Nomenclature of Dentistry)	52
나. CDT(Current Dental Terminology)	53

4. CDT 코드의 구조	54
5. 개정 및 업데이트 절차	57
가. 개정 절차	57
나. CDT 코드 유지 절차	58
다. CDT 코드 평가 기준	59
라. 코드 개정관련 양식 및 보고서 견본	59
6. CDT 사용절차	62
3.4 ICD-10-PCS	66
1. 개발경과	66
가. ICD-10-PCS 개발배경	66
나. ICD-10-PCS 개발경과	66
다. ICD-10-PCS의 주요 개발목표	66
라. ICD-9-CM 분류체계의 문제점	66
2. 주요특징	66
가. ICD-10-PCS의 주요 특징	66
나. ICD-10-PCS의 일반 원칙	67
다. ICD-9-CM과 ICD-10-PCS의 비교	67
라. ICD-10-PCS의 코드 구조	68
마. ICD-10-PCS의 시스템 구조	68
바. ICD-10-PCS 분류표	69
사. ICD-10-PCS 색인	69
아. ICD-10-PCS 코드목록	70
3. ICD-10-PCS 란?	70
가. ICD-10-PCS의 역사	70
나. ICD-9-CM(vol.3)과 ICD-10-PCS의 비교	70
4. ICD-10-PCS 코드 구조	71
가. 자리(characters)	71
나. 값(Value)	71
다. 코드구조 : 내과적 외과적 부문	72
5. ICD-10-PCS 시스템 구성	74
가. 내과적 외과적 부문(Medical and Surgical section)	74
나. 내과적 외과적-관련 부문(Medical and Surgical-related section)	75
다. 기타 부문(Ancillary sections)	75
라. 분류표(Tables)	76
마. 색인(Index)	78
바. 코드목록(List of code)	80
6. ICD-10-PCS 설계	80
가. 다축구조(Multiaxial structure)	80
나. 완전성(Completeness)	81
다. 유일한 정의(Unique definitions)	82
라. 확장성(Expandability)	82
마. 구조적 무결성(Structural integrity)	83

7. ICD-10-PCS의 부가적 특성	83
가. 표준화된 용어(Standardized terminology)	84
나. 상세성 수준의 표준화(Standardization level of specificity)	84
다. 진단정보의 배제(Diagnosis information excluded)	85
라. NOS 코드선택의 제한(NOS code options restricted)	85
마. NEC 코드선택의 제한(Limited NEC code options)	85
8. ICD-10-PCS 적용	86
가. 최적의 검색 능력(Optimal search capability)	86
나. 일관성있는 자리와 값(Consistent characters and values)	86
다. 코드의 가독성(Code readability)	87
3.5 Australian Classification of Health Interventions(ACHI)	88
1. 개요	88
2. 목적	88
3. 분류체계 개발과 도입	88
4. 내용	90
가. ACHI의 장별 분류내용	90
나. 내용예시표	90
다. 알파벳색인	91
5. 개정 및 업데이트 절차	91
6. ACHI의 구조	93
가. 분류의 주요 축	93
나. 코드 구조	94
다. MBS(Medicare Benefit Schedule) 항목	96
라. 일반적 형식에서 벗어나는 예외적인 장	96
7. ACHI 운영으로부터의 시사점	97
가. 자국내 수가체계를 분류체계로 개조하여 분류함	97
나. 임상 자료의 정보로서의 가치 극대화를 가능하게 하는 도구임	97
3.6 Canadian Classification of Health Interventions(CCI)	98
1. 개요	98
2. 목적	98
3. 분류체계 개발과 도입	98
4. 내용	99
가. CCI의 섹션별 분류내용	99
나. 내용예시표	100
다. 알파벳색인	101
라. 종전의 분류체계와의 차별성	101
5. 개정 및 업데이트 절차	102
6. CCI 구조	103
가. 개념적 틀	103
나. 구조	104
다. 표현 형식	105

라. 자료 저장 및 송부	106
마. CCI 행위 어트리뷰트	106
7. CCI 운영으로 부터의 시사점	107
가. 개발 당시부터 명확한 목표를 가지고 원칙 준수	107
나. 임상 자료의 정보로써의 가치 극대화를 가능하게 하는 도구임	107
다. 전문가로 구성된 안정적인 관리운영 체계 및 지속적 질 관리	107
3.7 International Classification of Health Intervention(ICHl)	108
1. 개요	108
가. 개발 배경	108
나. 개발 목적	108
다. 개발 범위	109
라. 개발 경과	109
2. ICHl의 구조	110
가. 개념적 틀	110
나. 구조	114
다. 내용모형	115
3. ICHl의 내용 예시	116
가. ICHl axes - target	116
나. ICHl axes - action	117
다. ICHl axes - means	119
라. ICHl 내용예시표	120
4. ICHl의 -지향 방향	123
가. 코딩시스템으로써 ICHl의 목표	123
나. 기준이 되는 권한의 필요성	123
다. 아직 개발 중인 ICHl에 대한 몇 가지 이슈들	123
3.8 의료행위분류체계 비교요약	124
1. CPT	124
2. HCPCS	125
3. ICD-10-PCS	126
4. ACHI	127
5. CCI	129
6. CDT	131
7. ICHl	132
제4장 국내 의료행위분류체계에 대한 개관	134
4.1 국내 의료행위분류 이용현황	134
4.2 건강보험 요양급여비용 코드의 구조 및 내용	135
4.3 분류체계 관점에서 본 건강보험 요양급여비용 코드의 한계점	140

1. 급여목적 코드체계의 특징	140
2. 분류체계로서의 한계점	140

제5장 권고안 141

1. 새로운 분류체계의 요건	141
가. 관리상 원칙	141
나. 구조상 원칙	142
다. 내용 원칙	143
라. 유용성 원칙	144
2. 새로운 분류체계 도입시 기대되는 장점	145
가. 진료비지불제도 향상에 기여	145
나. 진료비청구 오류 및 부당청구 파악 용이	146
다. 진료비지불 관련 감사 용이	146
라. 행정비용 절감	146
마. 의료의 질에 대한 데이터 생성	146
바. 임상진료에 기여	147
사. 데이터 분석 활성화	147
아. 연구 기초자료 생성	147
자. 의료소비자와 치료성과에 대한 결과 공유	147
3. 분류체계 개정 계획 수립	148
가. 1안: 소폭 개정	148
나. 2안: 대폭 개정	151
4. 분류체계 개발 및 이행	154
가. 분류체계 개발 및 이행 계획 수립	154
나. 분류체계 이행 준비전략	156
다. 성공요인	156

참고문헌 158

부록 160

부록1. CPT 2013	161
부록2. HCPCS level II 2013	256
부록3. ICD-10-PCS 시술용어 정의	274
부록4. 호주의 메디케어 프로그램	293
부록5. 호주 MBS(Medicare Benefit Schedule book)	295
부록6. ACHI 분류 원칙과 지침	299
부록7. CCI 관련 자료	303

표 목 차

[표1-2-1] 공통 외과적 기술	6
[표1-2-2] 추가 외과적 기술 - 유럽국가 해당	11
[표2-1-1] 조사대상 분류체계	14
[표3-1-1] E&M 서비스의 범주	23
[표3-1-2] 마취 서비스의 범주	25
[표3-1-3] 수술 서비스의 범주	25
[표3-1-4] 방사선 서비스의 범주	28
[표3-1-5] 병리 및 임상병리 서비스의 범주	30
[표3-1-6] 의약 서비스의 범주	31
[표3-4-1] ICD-9-CM과 ICD-10-PCS 비교	67
[표3-4-2] ICD-10-PCS의 16개 부문	68
[표3-4-3] ICD-9-CM와 ICD-10-PCS의 특징 비교	71
[표3-4-4] 내과적 외과적 부문의 비뇨기계 분류 개요표(3~7 자리)	77
[표3-4-5] CABG 시술코드 비교	82
[표3-4-6] 심장 및 대혈관 우회술 분류표	83
[표3-5-1] 호주의 DRG 및 ACHI 분류체계 개발 경과	89
[표3-5-2] 새로운 시술분류체계 도입을 위한 분류체계 검토 목록	89
[표3-5-3] ACHI 장별 내용 구성	90
[표3-5-4] 이용자별 개정 제안 제출 현황	92
[표3-5-5] ACHI 분류의 주요 축	93
[표3-5-6] 분류 구조 예 : 1장. 신경계통 기술	94
[표3-5-7] 분류 구조 예 : 2장. 신경계통 기술	94
[표3-5-8] ACHI의 구조	95
[표3-6-1] CCI의 연도별 지역별 도입 경과	99
[표3-6-2] CCI의 섹션별 내용 구성	100
[표3-6-3] 신체부위 구조화 내용	101
[표3-6-4] CCP, ICD-9-CM, CCI의 장별 구성 비교	102
[표3-6-5] CCI 코드의 세부 부분별 명칭과 내용	104
[표3-6-6] CCI 섹션별 루브릭 코드 구조 내 개념의 조합	104
[표3-6-7] 내용예시표의 선택 목록 상자 사례	105
[표3-6-8] CCI 행위 어트리뷰트	106
[표3-7-1] 의료행위에 관련된 용어 및 분류체계간 구조 비교	112
[표4-1-1] 국내에서 사용되는 의료행위 분류체계 비교	134
[표4-2-1] 범주별 건강보험 요양급여비용 코드	135
[표4-2-2] 외국의 분류체계와 비교 사례	136
[표4-2-3] 의·치과 코드 구조	136
[표4-2-4] 의·치과 건강보험요양급여비용 코드 분류 건수	137
[표4-2-5] 산정코드	137
[표4-2-6] 산정코드 사용 사례	138
[표4-2-7] 의·치과 코드 장별 분류 수	139
[표5-3-1] ICD-10-PCS의 16개 부문	151

[표5-3-2] ICD-10-PCS의 코드자리별 분류내용 예시	151
[표5-3-3] ICD-10-PCS의 의료행위 목적에 따른 용어 예시	152
[표5-3-4] 내과적·외과적 의료행위 용어별 정의 및 설명 예시	153

그 립 목 차

[그림1-2-1] 미국의 시술분류체계	3
[그림3-1-1] CPT category I 또는 III 코드 개발 및 개정 절차	21
[그림3-1-2] CPT category II 코드 개발 및 개정 절차	22
[그림3-1-3] CPT 코드결정 재고 절차	22
[그림3-4-1] ICD-10-PCS 분류표 예시	69
[그림3-4-2] ICD-10-PCS 색인 예시	69
[그림3-4-3] ICD-10-PCS 코드목록 예시	70
[그림3-6-1] 신체부위 구조화 도해(유방)	100
[그림3-6-2] CCI 코드의 개념 구성도	103
[그림3-7-1] EN/ISO 1828 외과적 의료행위의 용어체계	111
[그림3-7-2] ICHI 내용모형	113
[그림3-7-3] ICHI의 다축 구조	114
[그림5-3-1] 코드 위계구조 구성요소	149
[그림5-3-2] 건강보험 요양급여비용 코드 구조 개선안	150

제1장 최종 연구개발 목표

1.1 목표

1. 연구의 배경 및 필요성

- 현재 국내에서 사용되고 있는 대표적인 시술분류체계는 두 가지로 진료비청구에 사용하는 건강보험수가코드분류와 국가보건통계를 위해 의무기록 분야에서 사용하는 ICD-9-CM(vol.3)이 있으나 의료기관에서 시행되고 있는 다양한 시술에 대해 정확하고 상세하게 분류하지 못하고 있음.
※ ICD-9-CM = International classification of disease - 9th edition- clinical modification. (vol.3는 시술분류편)
- 건강보험수가코드는 급여로 청구할 수 있는 시술에 대해서만 적용이 가능하며 30년이 넘는 분류체계로 체계적인 자료 분석에 필요한 코드의 위계구조가 부족함.
- ICD-9-CM의 경우 급여여부에 상관없이 급성기 의료기관의 모든 시술을 포괄적으로 분류할 수 있어 시술에 대한 보건통계를 산출하기에 좋은 분류체계이기는 하지만, 1979년 처음 만들어진 분류체계로 새로운 의료기술에 의한 시술의 임상적 특성을 충분히 분류하지 못하는 등 코드체계로서의 제한점이 많음.
- 국가 보건정책에 필요한 체계적인 시술통계 산출을 위해 선진 분류체계 적용이 요구됨. —미국에서 ICD-9-CM을 대체하기 위해 개발된 ICD-10-PCS 시술분류체계는 현재 선진국의 분류체계 중 가장 광범위하고 미래 의료기술의 발전을 고려하여 확장이 용이한 분류체계로 개발되었음.
- 의료기술의 발전에 따라 새로운 시술의 방법 및 도구가 사용됨에 따라 진료비 지불 정확성을 향상시키기 위해서는 보다 체계적인 시술분류체계 개발이 필요함.
- OECD 보건통계 등과 같이 국가간 비교 가능한 시술분류 자료를 생성하기 위해 새로운 시술분류체계는 급여여부와 상관없이 급성기 의료기관에서 시행되는 모든 종류의 침습적·비침습적 시술을 분류할 수 있는 분류체계 개발안이 수립되어야 함.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 제외국의 시술분류체계 운영현황과 그 특징을 파악함으로써 우리나라 건강보험에서 사용하고 있는 시술분류체계를 개선하기 위한 시사점을 도출하는 것이다.

연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 제외국의 시술분류체계 운영현황 및 특징 조사

둘째, 제외국의 시술분류체계 비교 분석 및 시사점 도출

셋째, 우리나라 건강보험 시술분류체계의 문제점 분석, 개정시 고려사항 및 개선안 도출

1.2 국내·외 현황

1. 국내 시술분류현황

가. 건강보험행위분류 1)

- 일본의 의료보험 행위분류체계 도입: 1,139항목
- 1997년 수가구조개편을 위해 KCPM(Korean classification of procedures in medicine) 개발: 5,510항목
- 2001년 기존 수가항목과 KCPM을 절충하여 3,214항목으로 축소하여 도입
- 2009년 6,082항목으로 증가: 의과만 산정시, 가산코드 제외
- 건강보험행위분류는 행위분류로서의 일관된 원칙과 체계가 없으며, 의료행위가 미분화되어 있음: 특히 해부학적 세분화나 내시경시술의 구분이 미흡함
- 각각의 의료행위가 어떠한 범주까지 포함하는지 불명확함: 행위 정의가 불명확하고 인덱스 체계가 없음
- 시술용어나 분류가 의료 현장에서 사용하는 것과는 차이가 있어서 의료종사자가 이해하기 어려움
- 비급여행위분류가 빠져 있어서 전체 의료행위를 포괄하지 못하고 있음

나. 국제의료행위분류

- 대한의무기록협회가 ICD-9-CM(vol 3)을 번역하여 국제의료행위분류 책자 발간함. 미국의 ICD-9-CM 시술 분류체계는 매년 개정되고 있으나 국내에서는 2003년판을 번역하여 사용하고 있으며 이후 개정이 이루어지 못해 새로운 의료행위를 적합하게 분류할 수 없는 제한점이 있음
- 우리나라 병원의 의무기록부서는 대한의무기록협회가 발간한 국제의료행위분류 책자를 입원환자 시술 분류에 이용하고 있으며, 보건복지부의 환자조사와 질병관리본부의 퇴원손상심층조사 등에서 시술코드자료로 활용되고 있음

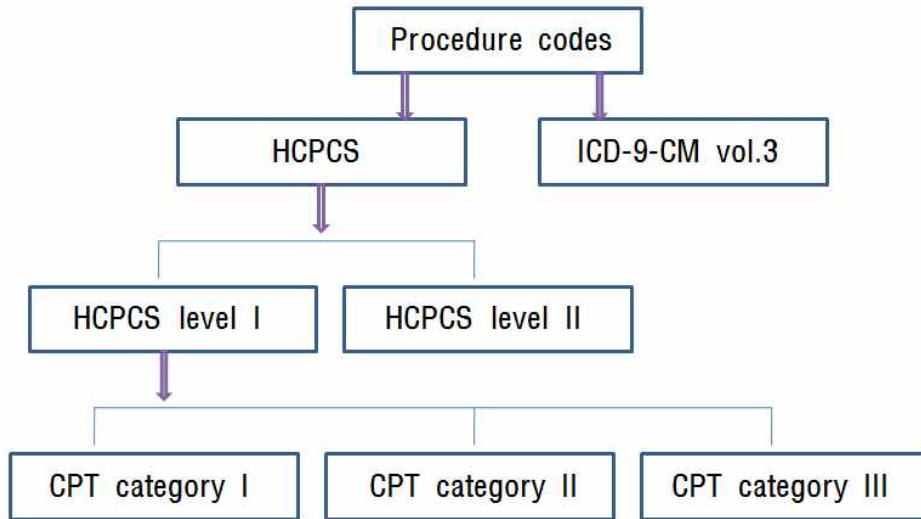
2. 국외 시술분류현황

가. 미국

- 외래환자 시술은 CPT(current procedural terminology)로, 입원환자의 시술은 ICD-9-CM(vol.3)로 분류되고 있음
- ICD-9-CM은 1979년 이래 사용되고 있음. 새로운 시술을 반영하기 위해 매년 코드관리위원회를 통해 갱신되고 있으나, 오래된 분류체계로 새로운 시술을 정확하게 분류하기에는 많은 제한점을 가지고 있다는 평가임. 특히 하나의 코드에 여러 가지 시술이 포함되어 있어 상세 시술명별 통계를 산출하기 어려우며 코드체계상 확장이 어려운 구조임
- **미국 내**에서 입원환자의 진단과 시술에 대한 공식적인 지침은 'ICD-9-CM에 의한 진단 및 시술 코딩지침(Official Guidelines for Coding and Reporting diagnoses and procedures)'. 이는 4개의 기관이 협의한 결과를 공식화한 지침으로 미국병원협회(American Hospital Association, AHA), AHIMA(American Health Information Management Association), **메디케어** 및 메디케이드 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), 국가보건통계센터(National Center for Health Statistics, NCHS)가 지침개발에 참여함

1) 강길원. ICHI, 2009년도 시술분류(ICD-9-CM procedure) 교육 II. 대한의무기록협회. 2009

- 공식적인 지침만으로는 실제 발생하는 여러 사례에 적용할 때 여러 가지 의문이 생기게 되며 새로운 시술에 적용하기 어려운 점이 있으므로, 이를 해결하기 위해 미국병원협회 산하에 코딩클리닉을 운영하고 있음. 코딩클리닉은 현장 코딩담당자의 질의에 대해 공식적인 지침을 제시하며, 분기별로 ‘미국병원협회 코딩클리닉지침(AHA Coding Clinic guidelines)’ 발간함.
- 새로운 시술을 반영하기 위해 매년 갱신되고 있음에도 불구하고 ICD-9-CM 분류체계 자체의 제약으로 새로운 분류체계로서 ICD-10-PCS가 개발되었음. 2009년 1월 미국 의회는 건강보험이전 및 책임에 관한 법령(HIPAA)을 통해 시술표준분류체계를 ICD-10-PCS로 이행하기로 공포하고, 현재 ICD-10-PCS로의 이행을 지원하기 위해 교육 등 체계적인 준비 시행중



[그림1-2-1] 미국의 시술분류체계

주;

- ICD-9-CM vol.3 : 병원 입원환자 서비스에 사용하는 코드
- HCPCS : 병원 입원환자 서비스가 아닌 대부분의 서비스 및 항목에 대해 사용되는 코드
- HCPCS level I : 미국의학협회에 의해 관리되고 있는 CPT 코드
- HCPCS level II : CMS, AHIP, BCBSA에 의해 공동 관리되고 있는 비-CPT 코드
- CPT category I : 임상실무에서 흔히 받아들여진 서비스 및 항목에 대한 코드
- CPT category II : 성과 척도를 추적하기 위해 사용되는 코드
- CPT category III : 새로운, 출현하고 있는 기술에 대한 코드

※ 약어설명

- ICD-9-CM vol.3 : International Classification of Disease-9th edition-clinical modification, volume 3 [procedure part]
- HCPCS : Healthcare Common Procedure Coding System
- CPT : Current Procedural Terminology
- CMS : Centers for Medicare & Medicaid Services
- AHIP : America's Health Insurance Plans
- BCBS : Blue Cross and Blue Shield

나. 캐나다

- 캐나다의 시술분류지침은 CCI(Canadian Classification of Interventions, 캐나다시술분류체계)로 CIHI(Canadian institute for health information, 캐나다보건정보연구소)가 개발한 자국의 시술에 대한 독창적인 분류체계로 10자리로 표현할 수 있는 다축분류 구조를 가짐
- CCI는 이전에 사용했던 CCP(Canadian classification of diagnostic, therapeutic and surgical procedures, 진단 치료 및 수술에 대한 캐나다 분류)와 ICD-9-CM의 시술부분(intervention portion)을 대체하는 새로운 분류체계임
- CCI의 도입으로 분류체계에 대한 캐나다의 관리가 강화되고, 분류범위와 내용의 향상, 구조와 표현의 개선, 사용자 요구에 대한 대응이 개선될 수 있음
- CCI는 진단적, 치료적, 기타 관련된 의료 시술을 모두 포괄하여 분류하므로 의료제공자나 의료환경에 중립적이어서 자국내 모든 의료기관에서 사용될 수 있음
- 분류체계는 8개의 부문으로 구성되어 있으며 부문 1은 물리적/생리학적 치료중재(physical /physiological therapeutic interventions), 부문 2는 진단적 중재(diagnostic interventions), 부문 3은 진단적 영상중재(diagnostic imaging interventions), 부문 4는 임상병리(clinical laboratory interventions), 부문 5는 산모 및 태아 중재(obstetrical and fetal intervention), 부문 6은 인지적, 정신사회적, 감각적 치료 중재(cognitive, psychosocial and sensory therapeutic interventions), 부문 7은 기타 의료 중재(other healthcare interventions), 부문 8은 면역체계 및 유전자 구성을 강화하는 치료적 중재(therapeutic interventions strengthening the immune system and/or genetic composition)임²⁾
- 이전 분류체계와 달리 CCI는 분류범주가 넓어지고(검사결과, 진단영상중재, 비의학적 진단 및 치료중재 등의 추가) 코드 개수가 증가(CCP나 ICD-9-CM은 3,500개, CCI는 18,000개)하여 해부학적 상세부위가 분류되며, 일반적 개념용어의 사용, 사용된 접근방법/기술/장치의 구분, 다축구조, 위계구조, 늘어난 코드길이, 코드분류시 진단정보 제거 및 명명법에 의한 분류용어 제한의 장점을 가지게 됨
- CIHI가 CCI에 대한 코딩지침을 관리하며 주기적으로 지침을 개정하여 교육하고 있으며, 시술코딩지침의 내용은 일반적인 지침과 사례별 지침으로 나뉘어 구성되어 있음³⁾
- 캐나다의 환자군 분류체계인 CMG(Case Mix Group)는 ICD-10-CA(International Classification of disease-10th version-Canadian modification)과 CCI를 기반으로 하고 있어 수술실을 사용하거나 보다 침습적인 시술은 반드시 코딩하도록 지침에 명시되어 있음⁴⁾

다. 호주

- 호주의 시술분류지침은 ACHI(Australian Classification of Health Interventions)는 NCCH(National Center for Classification in Health, 국가보건분류센터)가 주도하고 임상 의사와 임상코더가 참여하는 NCCH 코딩 기준자문위원회(NCCH coding standards advisory committee)와 임상분류및코딩그룹(clinical classification and coding groups)이 개발한 분류체계
- 이는 메디케어 급부목록(Medicare Benefits Schedule)을 기초로 외과적 시술과 중재술을 분류한 것으로 입원과 외래에서 모두 사용할 수 있게 진단, 치료, 예방적 시술을 포괄적으로 담았음
- 분류체계의 구조는 수술과가 아닌 해부학적 부위를 기준으로 하여, ICD-10(International Classification of

2) Canadian Institute for Health Information. Canadian Classification of Health Interventions(CCI), 2009

3) Canadian Institute for Health Information, Canadian Coding Standards for Version 2009 ICD-10-CA and CCI (Ottawa: CIHI, 2009)

4) Carolyn DC, Bing MA, Hude Q. Comparison and validity of procedures coded with ICD-9-CM and ICD-10-CA/CCI. Medical Care. 2008;46(6): 627-634

Disease-10th version)의 진단분류와 짝을 이룸⁵⁾

- 2010년 현재 7차 개정판이 사용되고 있으며, 분류표와 색인의 두 권으로 구성되어 있음
- 분류표: xxxxx-xx 형식으로 된 총 7자리 코드 중 처음 5자리는 MBS 항목번호를 나타내며 마지막 2자리에는 MBS 항목명에서 나온 시술개념이 배정됨. 두개의 부록에는 매핑테이블과 ACHI 코드가 숫자순으로 목록화 되어 있음
- 알파벳색인: 분류표에 나와 있는 것보다 더 많은 시술용어를 수록하고 있음

라. 영국

- 영국의 시술분류지침은 OPCS(Office of Population Censuses and Surveys' Classification of Surgical Operations and procedures)로 1987년에 처음 개발되었으며 1989년 4번째 개정판이 나왔음⁶⁾
- 2009.4.1 이후 현재 사용 중인 분류체계는 OPCS-4.5⁷⁾
- NCS(NHS Classification Service)가 OPCS-4의 개발과 관리를 맡고 있으며 NHS가 수집되는 시술 데이터의 질을 향상시키기 위해 매년 지속적인 개정을 시행하며, 4월1일을 기준으로 개정내용을 적용하고 있음
- OPCS-4는 분류표와 색인의 두 권으로 구성되어 있으며 '임상코딩매뉴얼(clinical coding instruction manual)' 및 '코딩크리닉'이 첨부되어 있음.
- OPCS-4는 의무적인 NHS 데이터 표준이며, 이로써 코딩한 데이터가 국가보건통계(national Hospital Episode Statistics)에 사용되고 있음

마. WHO⁸⁾

- WHO(world health organization)가 개발한 ICD(international classification of disease)의 보급으로 질병분류는 비교적 표준화되어 있으나, 국제표준시술분류체계로서 ICPM(international classification of procedures in medicine)을 1978년 발표한 이후 ICD와는 달리 지속적인 개정을 시행하지 않아 현재 거의 사용되지 않고 있음
- 현재 시술분류는 국제적 표준이 없어서 각 나라들은 독자적인 시술분류체계를 개발하거나 상당한 비용을 지불하고 다른 나라의 시술분류체계를 사용하고 있는 실정임
- 시술분류체계는 연구, 질향상, 통계 지불보상 목적으로 사용되는데, 특히 최근 확산되고 있는 casemix funding system(환자군분류를 이용한 포괄수가제나 예산배정)은 각 나라별로 개발한 개별적인 시술분류체계를 이용함
- 각 국가들의 시술분류체계는 일반적으로 급성기병원의 검사나 내과적, 외과적 중재에 집중되어 있어 보건사업관련 행위들이나 일차의료행위들은 제대로 분류되어 있지 않은 경우가 많음
- 시술분류의 이러한 범위제한은 고가의 급성기시술로 보건정책이나 재정이 집중되는 결과를 초래할 수 있음
- 이에 따라 2001년 WHO-FIC(world health organization-family of international classifications)는 ICD,

5) Toni BS, Jennie BS, Vijaya S. Quality of Diagnosis and Procedure Coding in ICD-10 Administrative data. Medi Care. 2006;44(11):1011-1019

6) J Arthur, R Nair. Increasing the accuracy of operative coding. Ann R Coll Surg Engl 2004;86:210-212

7) OPCS-4 Intervention Classification. available online at http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/data/clinicalcoding/codingstandards/opcs4/index_html/?searchterm=OPCS

8) 강길원. ICHI, 2009년도 시술분류(ICD-9-CM procedure) 교육 II. 대한의무기록협회. 2009

ICF(international classification of functioning, disability and health)와 함께 기준분류의 하나로 ICHI(international classification of health intervention) 개발하기로 함

- 2001년 WHO-FIC는 독자적인 시술분류를 개발하지 못한 국가들을 위해서 호주시술분류체계(ACHI, Australian classification of health interventions)에 기반한 간이분류를 시험하기로 결정함. 이 결과로 만들어진 CCHI(condensed classification of health intervention)가 2006년에 WHO-FIC의 관련분류로 받아들여졌으나 이는 시술분류체계가 없는 나라들을 위한 단기처방은 되었지만 장기적인 해결책이 되지는 못하였음
- ICHI의 개발목표는 첫째 보건체계의 전 영역을 아우르고 지역적, 국가적 또는 국제적인 수준과 서로 다른 인구집단이나 하위 인구집단에서 행해지는 건강중재활동을 기술하고 비교하고자 함. 둘째, 국내 시술분류체계가 없는 국가들에게 적절한 범위와 상세분류를 가진 분류체계를 제공하고, 보다 세분류된 국내 혹은 전문분류의 기초를 제공하고자 함. 셋째, 지역적, 국가적 또는 국제적 수준과 서로 다른 인구집단 또는 하위 인구집단에서 보건정책의 수립을 지원하고자 함. 넷째, 몇몇 중재활동은 현대의학과 전통의학의 요소들을 포함할 것을 고려하고자 함. 다섯째, 효과 비교에 기여하고자 함. 여섯째, 분류의 추가적 세분화를 원하지 않는 나라들이 수정 없이 사용할 수 있도록 분류체계를 만들며 국내 수준의 중복 개발 노력을 피하고자 함
- 2009년말 1단계로 구조/코딩체계/content model로 구성된 ICHI framework을 완성
- 현재 2단계로 ICHI 초기내용(initial content)을 작성중이며 적어도 2012년까지 개발이 지속될 것으로 예상된다. 초기내용을 작성하면서 ICHI framework을 시험하고 개선하고 있으며, 전문분야별 중재활동 분류를 위해서 전문가와 협력하며 특히 일차의료, 건강관련직(allied health), 재활, 공중보건전문가를 참여시킴
- WHO가 개발하고 있는 ICHI는 아직 개발이 완료되지 않은 분류체계로, 2012년10월 현재 미완성된 알파버전이 개발되었으나 대중에게 공개되지 않음

3. OECD 요구 외과적 수술 목록

국가간 의료행위 비교를 위한 OECD 보건통계의 기준 코드체계는 미국이 개발하여 사용하고 있는 ICD-9-CM(vol 3)임. 2013년 현재 OECD/EUstat/WHO가 합동 요구하는 외과적 시술에 대한 통계자료 생성 기준도 여전히 ICD-9-CM 코드임(표1-2-1, 표1-2-2).

[표1-2-1] 공통 외과적 시술

백내장 수술(cataract surgery) : 수정체의 2차 삽입과 수정체 제거술 포함
ICD-9-CM(1996) 코드 : 13.1~13.8

코드	명칭
13.1	Intracapsular extraction of lens
13.2	Extracapsular extraction of lens by linear extraction technique
13.3	Extracapsular extraction of lens by simple aspiration (and irrigation) technique
13.4	Extracapsular extraction of lens by fragmentation and aspiration technique
13.5	Other extracapsular extraction of lens
13.6	Other cataract extraction
13.7	Insertion of prosthetic lens [pseudophakos]
13.8	Removal of implanted lens

편도절제술 (tonsillectomy) : 아데노이드절제술 유무에 상관없이 전체 또는 부분 편도절제술 포함.
편도절제술 없는 아데노이드절제술 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 28.2~28.4

코드	명칭
28.2	Tonsillectomy without adenoidectomy
28.3	Tonsillectomy with adenoidectomy
28.4	Excision of tonsil tag

경피적내강경유종재술(PTCA, PCI), 스텐트 유무에 관계없음(percutaneous transluminal interventions with or without insertion of stent)

ICD-9-CM(1996) 코드 : 36.01, 36.02, 36.05

코드	명칭
36.01	Single vessel percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy without mention of thrombolytic agent
36.02	Single vessel percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy with mention of thrombolytic agent
36.03	Multiple vessel percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy performed during the same operation, with or without mention of thrombolytic agent

관상동맥우회술(coronary artery bypass graft)

ICD-9-CM(1996) 코드 : 36.1

코드	명칭
36.1	Bypass anastomosis for heart revascularization

조혈모세포이식(stem cell transplantation): 공여자에게만 적용가능. 골수이식 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 41.0

코드	명칭
41.0	Bone marrow or hematopoietic stem cell transplant

충수절제술(appendectomy) : 충수절제술과 부수적 충수절제술 포함.

복강경에 의한 것과 기타 충수절제술 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 47.0, 47.1

코드	명칭
47.0	Appendectomy
47.1	Incidental appendectomy

그 중에서

복강경하 충수절제술(laparoscopic appendectomy) : 복강경하 수술이 개복으로 전환한 것 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 47.01, 47.11

코드	명칭
47.01	Laparoscopic appendectomy
47.11	Laparoscopic incidental appendectomy

담낭절제술(cholecystectomy) : 담낭절제술 및 복강경하 담낭절제술 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 51.22, 51.23

코드	명칭
51.22	Cholecystectomy
51.23	Laparoscopic cholecystectomy

그 중에서

복강경하 담낭절제술(laparoscopic cholecystectomy) : 복강경하 수술이 개복으로 전환한 것 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 51.23

코드	명칭
51.23	Laparoscopic cholecystectomy

서혜부 탈장 수복(repair of inguinal hernia) : 서혜부 탈장 수복과 복강경에 의한 것 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 53.0, 53.1

코드	명칭
53.0	Unilateral repair of inguinal hernia
53.1	Bilateral repair of inguinal hernia

그 중에서

복강경하 서혜부 탈장 수복(repair of inguinal hernia) : 복강경하 수술이 개복으로 전환한 것 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 별도의 코드 없으나, 54.21 laparoscopy 코드와 같이 코딩된 경우

코드	명칭
54.21	laparoscopy

신장이식(transplantation of kidney) : 신장을 받은 수여자에게만 해당.

신장 자가이식(autotransplantation) 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 55.6

코드	명칭
55.6	Transplant of kidney

개복에 의한 전립선절제술(open prostatectomy) :

근치적 및 방광경유 전립선절제술 및 선종 절제술 포함

요도경유 시술 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 60.3~60.6

코드	명칭
60.3	Suprapubic prostatectomy
60.4	Retropubic prostatectomy
60.5	Radical prostatectomy
60.6	Other prostatectomy

경요도 전립선절제술(transurethral prostatectomy) : 경요도 레이저 절제술, 전기기화(electrovaporization),

및 극초단파 치료(microwave therapy) 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 60.2

코드	명칭
60.2	Transurethral prostatectomy

자궁절제술(hysterectomy) : 부분 및 전체 자궁절제술 포함(부속기 절제술 유무에 상관없이),
 개복에 의한 것이나 질식 또는 복강경에 의한 것 모두 포함
 골반장기적출술(pelvic evisceration) 및 제왕절개에 의한 자궁절제술 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 68.3~68.7, 68.9

코드	명칭
68.3	Subtotal abdominal hysterectomy
68.4	Total abdominal hysterectomy
68.5	Vaginal hysterectomy
68.6	Radical abdominal hysterectomy
68.7	Radical vaginal hysterectomy
68.9	Other and unspecified hysterectomy

그 중에서

복강경하 자궁절제술(hysterectomy) : 복강경에 의한 것과 (복강경 보조에 의해) 개복술에 의한 방법이
 병합된 것도 포함
 복강경하 시술 시행 중 개복술로 전환한 것 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 해당 코드 없으나 2006년 버전에 코드 신설되어 있음

ICD-9-CM(2006) 코드 : 68.31, 68.41, 68.51, 68.61, 68.71

코드	명칭
68.31	Laparoscopic supracervical hysterectomy [LSH]
68.41	Laparoscopic total abdominal hysterectomy
68.51	Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH)
68.61	Laparoscopic radical abdominal hysterectomy
68.71	Laparoscopic radical vaginal hysterectomy [LRVH]

제왕절개술(cesarean section)

ICD-9-CM(1996) 코드 : 74.0~74.2; 74.4, 74.99

코드	명칭
74.0	Classical cesarean section
74.1	Low cervical cesarean section
74.2	Extraperitoneal cesarean section
74.4	Cesarean section of other specified type
74.99	Other cesarean section of unspecified type

고관절 치환술(hip replacement) : 전치환 및 부분치환술 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 81.51~81.53

코드	명칭
81.51	Total hip replacement
81.52	Partial hip replacement
81.53	Revision of hip replacement

그 중에서

이차성 고관절 치환술(secondary hip replacement) : 고관절 치환 교정술 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 81.53

코드	명칭
81.53	Revision of hip replacement

고관절 치환 교정술에 대한 분류는 2006년 버전에서 신설됨

ICD-9-CM(2006) 코드 : 00.70~00.77, 81.53

코드	명칭
00.70	Revision of hip replacement, both acetabular and femoral components
00.71	Revision of hip replacement, acetabular component
00.72	Revision of hip replacement, femoral component
00.73	Revision of hip replacement, acetabular liner and/or femoral head only
00.74	Hip replacement bearing surface, metal on polyethylene
00.75	Hip replacement bearing surface, metal-on-metal
00.76	Hip replacement bearing surface, ceramic-on-ceramic
00.77	Hip replacement bearing surface, ceramic-on-polyethylene
81.53	Revision of hip replacement, not otherwise specified

슬관절 전지환술(total knee replacement) : 부분 슬관절치환술 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 81.54

코드	명칭
81.54	Total knee replacement

유방의 부분절제술(partial excision of mammary gland) : 췌기절제술 및 기타 부분절제술 포함.

림프절 절제와 상관없음

생검 및 유방축소술 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 85.20~85.23

코드	명칭
85.20	Excision or destruction of breast tissue, not otherwise specified
85.21	Local excision of lesion of breast
85.22	Resection of quadrant of breast
85.23	Subtotal mastectomy

유방 전절제술(total mastectomy) : 근치적 유방절제술 및

피부 및 유두를 보존한 유방절제술(피하 유방절제술) 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 85.33~85.36; 85.4

코드	명칭
85.33	Unilateral subcutaneous mastectomy with synchronous implant
85.34	Other unilateral subcutaneous mastectomy
85.35	Bilateral subcutaneous mastectomy with synchronous implant
85.36	Other bilateral subcutaneous mastectomy
85.4	Mastectomy

[표1-2-2] 추가 외과적 시술 - 유럽국가 해당

두개내 병변 절제술(extirpation, excision and destruction of intracranial lesion) :

혈종 제거술(evacuation) 및 두개저 접근방법 및 정위적 중재술 동반 수술 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 01.4, 01.5

코드	명칭
01.4	Operations on thalamus and globus pallidus
01.5	Other excision or destruction of brain and meninges

경막하 혈종 및 두개내 출혈 제거술(Evacuation of subdural haematoma and intracranial haemorrhage) :

자발성 두개내 출혈 제거술 포함

경막외혈종 제거술 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 01.31, 01.39

코드	명칭
01.31	Incision of cerebral meninges
01.39	Other incision of brain (incl. drainage of cerebral haematoma)

추간판절제술 : 척수 및 신경근의 감압을 위한 추간판절제술 포함, 뼈절제술(척추후궁절제술) 유무 상관없음
미세수술 방법 포함

화학적 핵용해술(chemonucleolysis) 및 주요 재건수술의 일부로서 시행한 추간판절제술 제외

ICD-9-CM(1996) 코드 : 80.50, 80.51, 80.59

코드	명칭
80.50	Excision or destruction of intervertebral disc, unspecified
80.51	Excision of intervertebral disc
80.59	Other destruction of intervertebral disc

갑상선절제술(thyroidectomy) : 갑상선의 전체 및 부분 절제술 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 06.2~06.6

코드	명칭
06.2	Unilateral thyroid lobectomy
06.3	Other partial thyroidectomy
06.4	Complete thyroidectomy
06.5	Substernal thyroidectomy
06.6	Excision of lingual thyroid

달팽이 인공보조기 이식(cochlear implantation) : 달팽이 인공보조기의 교체술 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 20.96~20.98

코드	명칭
20.96	Implantation or replacement of cochlear prosthetic device, not otherwise specified
20.97	Implantation or replacement of cochlear prosthetic device, single channel
20.98	Implantation or replacement of cochlear prosthetic device, multiple channel

폐절제술(pulmectomy) : 폐의엽절제술 및 구역절제술 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 32.3~32.5

코드	명칭
32.3	Segmental resection of lung
32.4	Lobectomy of lung
32.5	Complete pneumonectomy

진단목적의 기관지경검사, 생검 유무 상관없음(diagnostic bronchoscopy with or without biopsy) :

기관의 인공개구를 통한 기관지경검사 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 33.21~33.24; 33.27

코드	명칭
33.21	Bronchoscopy through artificial stoma
33.22	Fiber-optic bronchoscopy
33.23	Other bronchoscopy
33.24	Closed [endoscopic] biopsy of bronchus
33.27	Closed endoscopic biopsy of lung

경동맥 내막적출술(carotid endarterectomy) : 스텐트 유무 상관없음

ICD-9-CM(1996) 코드 : 38.12

코드	명칭
38.12	Carotid endarterectomy

신장하 대동맥류 수복(infrarenal aortic aneurysm repair) : 혈관내 스텐트삽입술 포함

ICD-9-CM(1996) 코드 : 38.34, 38.44 (정확한 매핑이 불가능하여 근사한 코드임)

코드	명칭
38.34	Resection of vessel with anastomosis (aorta)
38.44	Resection of vessel with replacement (aorta)

2006년 버전에서는 혈관내 시술코드가 신설되어 있음

ICD-9-CM(2006) 코드 : 39.71, 39.74

코드	명칭
39.71	Endovascular implantation of graft in abdominal aorta
39.74	Endovascular repair of aneurysm (aorta, abdominal)

대퇴슬와동맥 우회술(femoropopliteal bypass) : 무릎 위/아래에서 대퇴에서 슬와 동맥으로의 우회

ICD-9-CM(2006) 코드 : 39.29 (~의 일부)

※대퇴슬와동맥 우회술에 대한 상세코드 없으므로 정확한 매핑이 불가능함

코드	명칭
39.29	Other (peripheral) vascular shunt or bypass (including femoropopliteal bypass)

결장내시경, 생검유무 상관없음(colonoscopy with or without biopsy) :

- 용종절제술과 같은 대장내시경하 증재술 포함
- 인공 개구를 통한 대장내시경 포함
- 구불결장내시경검사 포함
- 직장내시경검사(proctoscopy and rectoscopy) 제외

ICD-9-CM(2006) 코드 : 45.22~45.25; 45.42, 45.43

코드	명칭
45.22	Endoscopy of large intestine through artificial stoma
45.23	Colonoscopy
45.24	Flexible sigmoidoscopy
45.25	Closed [endoscopic] biopsy of large intestine
45.42	Endoscopic polypectomy of large intestine
45.43	Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine

결장절제술(colectomy) : 부분 및 전체 결장절제술, 회장맹장이음부 절제술 및 결장구불결장절제술, 결장직장절제술 포함(별도로 시행된 직장절제술 제외)
복강경하 결장절제술 포함

ICD-9-CM(2006) 코드 : 45.7, 45.8

코드	명칭
45.7	Partial excision of large intestine
45.8	Total intra-abdominal colectomy

그 중에서

복강경하 결장절제술(laparoscopic colectomy) :

- 복강경과 개복에 의한 병합방법(laparoscopic assisted) 포함
- 복강경 시행 중 개복 수술로 전환한 것 제외

ICD-9-CM(2006) 코드 : 코드 없음.

※이에 대한 상세코드 없으므로 복강경 코드(54.21)가 같이 있는 경우 해당될 수 있음

무릎 반달연골의 관절경에 의한 절제(arthroscopic excision of meniscus of knee) :

- 전체 및 부분 절제술 포함

ICD-9-CM(2006) 코드 : 코드 없음.

※이에 대한 상세코드 없으므로, 관절경 코드(80.26)가 같이 있는 경우 해당될 수 있음

제2장 연구개발 내용 및 방법

2.1 연구내용 및 방법

1. 연구내용

가. 제외국의 시술분류체계 운영현황 조사

- 분류체계 운영현황 조사
: 관리주체, 운영중인 분류체계의 적용시기, 개정을 위한 운영체계, 개정주기, 개정의 주요사항 등
- 현재 미국에서 사용 중인 분류체계는 CPT, HCPCS, CDT, ICD-9-CM이며 ICD- 10-PCS는 2014년부터 입원 환자 시술분류에 적용할 예정임. 2014년부터 MS-DRG(Medicare-Severity DRG) 운영에 진단분류체계는 ICD-10-CM, 시술분류체계는 ICD-10-PCS를 적용할 수 있도록 개발이 완료되어 있으며 현재 의료기관의 전산프로그램의 재개발이 진행되고 있고 미국의무기록협회(AHIMA) 등을 통해 의료기관의 코더 교육이 진행되고 있음. CPT는 외래환자 시술분류로만 적용되고 있음.
- ACHI는 호주의 시술분류체계로 호주 DRG 분류에 적용되고 있으며, 호주의 DRG를 수입하여 적용하고 있는 뉴질랜드, 아일랜드 등 여러 국가에서 사용 중인 분류체계임. 호주의 AN-DRG는 진단분류체계는 ICD-10-AM, 시술분류체계는 ACHI를 적용하고 있음.
- CCI는 캐나다의 시술분류체계로 캐나다의 고유 환자군 분류인 CMG(casemix group)에 적용되고 있음.
- ICHI는 WHO에서 개발 중인 분류체계로 공개된 자료가 제한적이어서 조사 및 분석에 어려움이 예상됨.

[표2-1-1] 조사대상 분류체계

분류체계명(약어)	분류체계명	국가/기구	비고
CPT	Current Procedure Terminology	미국	사용중
HCPCS	Healthcare Common Procedure Coding System (Level I, II, III)	미국	사용중
CDT	Current Dental Terminology	미국	사용중
ICD-10-PCS	International Classification of Disease Procedure Classification System	미국	2014년 사용예정
ACHI	Australian Classification of Health Interventions	호주	사용중
CCI	Canadian Classification of Health Interventions	캐나다	사용중
ICHI	International Classification of Health Interventions	WHO	개발중

나. 제외국의 기술분류체계 비교 분석 및 시사점 도출

- 주요 국가의 기술분류체계 비교분석
: 분류체계 개요 및 구조, 분류개수, 분류방법 등
- 분류체계의 특징 분석
: 코드체계의 위계구조, 확장성, 신의료기술 분류의 수용성 등 비교
- 시사점 도출
: 분류체계 운영현황 및 특징을 분석한 결과를 바탕으로 선진 분류체계의 요건으로서 시사점 도출

다. 우리나라 건강보험 기술분류체계의 문제점 분석, 개정시 고려사항 및 개선안 도출

- 우리나라 건강보험 기술분류체계의 문제점 분석
: 선진분류체계와 비교한 우리나라 건강보험 기술분류체계의 문제점 파악
- 개정 시 고려사항
: 선진분류체계로 발전하기 위한 요건을 비추어 개정시 고려해야 할 핵심 요건 파악
- 개선안 도출
: 선진분류체계로 도약하기 위한 개선안 제시

2. 연구방법

가. 문헌 조사

- 분류체계 내용을 파악하기 위해 문헌조사가 광범위하게 시행될 예정임
- 분류체계 원문을 입수하여 분석

나. 전문가 자문

- 해당 분야 분류체계의 전문가 자문을 통해 분석결과의 신뢰도 향상 도모

제3장 연구개발 결과

3.1 Current Procedural Terminology [CPT]

CPT는 의료분야공통의료행위코딩체계[Healthcare Common Procedure Coding System, 이하 HCPCS]의 일부로 HCPCS level 1이라고도 함.

1. 개요

- 운영기관: 메디케어 및 메디케어 서비스 센터[Centers for Medicare & Medicaid Services, 이하 CMS]
- 운영주체: 미국의학협회[the American Medical Association, 이하 AMA]
- 운영의 법률적 근거: 1996년 건강보험이전관련법령[Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]에서 진료비 청구업무의 행정간소화를 위하여 사용할 표준코드세트[standard code set]로 정함.
- CPT 적용대상: 의사의 진료서비스, 병원의 외래환자, 통원수술센터, 기타 외래진료환경에서의 의료 서비스와 의료행위
- 분류대상: 진단 및 치료 목적의 의료행위[diagnostic and therapeutic procedures]
내과적 외과적 서비스[medical and surgical services]

2. 분류체계 개발자

- AMA가 의사 및 기타 의료제공자가 시행하는 의료 서비스와 의료행위를 기술하기 위하여 CPT를 개발함.
- CPT는 의료행위 용어이므로 진단 내용을 담고 있지 않음.
- CPT는 의료분야에서 가장 널리 사용되는 용어체계 중 하나로 1966년에 처음 도입되었으며, 이후 4번의 개정이 이루어졌음. 2013년 현재 4차 개정판이 사용되고 있음.
- 1983년 CMS가 의사 및 병원 외래환자 서비스 코딩을 위한 표준으로 CPT를 적용하기 시작하였으며, 1996년 CPT가 HIPAA 법령에서 표준코드세트로 채택됨.

3. 목적

- CPT는 매년 1월 1일 개정된 내용이 발효됨.
- CPT의 목적은 외과적 의료행위 및 내과적·진단적 서비스를 정확하게 기술하며, 의사·환자·제3자 간에 신뢰할 수 있는 의사소통의 효과적인 수단으로서 사용될 균일한 용어를 제공하는 것임.
- CPT 분류대상: 의사[physician] 서비스, 비의사[nonphysician]가 시행하는 서비스, 병원 외래 및 통원수술센터에서 시행되는 외과적 서비스
- CPT의 유용성: CPT가 의사 서비스에 대한 진료비청구를 가능하면 정확하게 하기 위해 개발되었지만, 최근에는 의료서비스 추이분석, 기획, 벤치마킹, 의료의 질 측정을 위해서도 사용되고 있음

4. 내용

CPT는 3가지 유형의 코드로 구성되어 있음

- category I
- category II
- category III

가. category I 코드

- category I 코드는 5자리의 숫자코드. category I 코드를 부여하는 의료행위는 먼저 다음의 조건을 충족해야 함:
 - 전국적으로 많은 의료인에 의해 시행되어야 함.
 - 미국식품의약청[Food and Drug Administration, 이하 FDA]에서 승인되었거나 CPT 개정주기 내에 승인이 임박한 것이어야 함.
 - 임상적 효과가 증명된 것이어야 함.
- 그래서 새로운 기술이나 효과가 증명되지 않은 의료행위에는 CPT 코드가 부여되지 않음.
- category I 코드 사례:
 - 27830, Closed treatment of distal tibiofibular joint dislocation;
without anesthesia

나. category II 코드

- category II 코드는 2004년 처음 도입되었음.
- 5자리의 알파벳숫자코드로 5번째 자리에 F를 부여함.
- category II 코드 사례
 - 0004F, Tobacco use cessation intervention, counselling
- 이 코드는 성과 측정을 위해 사용될 수 있는 부가적인 추적관리 코드임.
- 평가 및 관리[Evaluation and Management, 이하 E&M] 코드에 부가로 사용됨.
- category II 코드는 의료의 질에 대한 데이터 수집을 촉진하기 위해 만들어짐. 성과측정을 지원하며, 환자진료의 긍정적인 측면에 기여하는 것으로 합의된 특정 서비스에 대한 코드임.
- category II 코드의 사용은 완전히 선택적임.
- 이는 category I 코드와 결합하여 사용되는 것이며 단독으로 사용될 수 없음.

다. category III 코드

- category III 코드는 2002년 도입되었음.
- 5자리의 임시 알파벳숫자코드로 5번째 자리에 T를 부여함.
- 2004년 기준 category III 코드 사례
 - 0014T, Meniscal transplantation, medial or lateral, knee (any method)
- 이 코드는 정규 CPT 코드를 부여하기에 아직 적합하지 않은 새로운 기술을 기술하는데 사용됨.
- 지속적으로 유지할 필요가 없는 category III 코드는 5년 후 장기보관 대상으로 분류됨.

- 의료행위가 category I 코드 분류기준을 충족하는 경우, 일부 category III 코드는 category I 코드가 될 수 있음.
- 메디케어, 메디케이드 및 많은 민간 보험회사는 category III 코드를 진료비지불 목적으로 사용하는 것을 수용함.
- AMA가 category III 코드를 부여하려면, 서비스나 의료행위가 연구[지속적이든 계획된 것이든]와 관련성이 있어야 함.
- category III 코드가 있는 경우, category I 코드 자리에 이 코드가 사용되어야 함.
- category II와 category III 코드는 둘 다 단순히 숫자 및 시간 순으로 부여되며, CPT 책의 구조를 반영하지 않음.

5. 개정 및 업데이트 절차

가. category I 코드

- category I 코드는 매년 업데이트되며 1월1일이 효력일.
- CPT 편집단[Editorial Panel]이 CPT 자문위원회의 도움으로 개발함.
- 편집단은 20명으로 구성되는데, 11명은 AMA가 지명하고 이사회를 통해 임명됨. CPT 편집단의 자리는 다음과 같이 지명함.
 - 1명은 성과지표개발기구의 대표자
 - 2명은 의료전문가자문위원회(Health Care Professionals Advisory Committee)의 대표인 비의사
 - 1명은 민간보험회사인 BCBS(Blue Cross and Blue Shield Association)가 지명
 - 1명은 미국건강보험협회(America's Health Insurance Plans)가 지명
 - 1명은 CMS가 지명
 - 1명은 미국병원협회(American Hospital Association)가 지명
- 편집단내 11개의 AMA 자리는 4년 임기를 최대 2번 연임할 수 있음. 개인당 최대 8년.
- 편집단내 5명의 구성원은 편집단의 집행위원회의 위원으로 활동함. 집행위원회는 의장, 부의장, 전체 편집단에서 선출된 3명의 대표위원으로 구성됨. 3명의 대표위원 중 한명은 제3자인 보험자의 대표이어야 함.
- CPT 자문위원회는 모든 주요 전문분야별 학회 및 AMA HCPAC(Healthcare Professionals Advisory Committee)의 대표자로 구성되어 있음.
 - AMA HCPAC는 미국검안사협회[American Optometric Association], 미국척추추지압요법사협회[American Chiropractic Association], 미국간호사협회[American Nurses Association], 미국의사보조인협회[American Academy of Physician Assistants], 작업치료사·물리치료사협회, 발병전문가(podiatrists)협회, 임상심리사협회, 사회복지사협회, 청각사협회, 언어치료사협회, 영양사협회, 호흡치료사협회, 자연요법실천자협회, 운동치료사협회, 유전자상담사협회 등과 같은 비의사 협회의 대표자로 구성되어 있음.
 - CPT 편집단의 2 자리는 HCPAC의 대표자에게 배정되며 투표권이 있음.
- CPT 편집단에 전문가 의견을 제출하는 몇몇 상설 실무그룹이 있음
 - 성과지표자문그룹(Performance Measures Advisory Group, PMAG): 성과지표 이슈에 대한 의견 제공
 - 병리코딩단체(Pathology Coding Caucus): 임상병리 및 해부병리 서비스에 대한 의견 제공
 - 백신코딩단체(Vaccine Coding Caucus): 백신 보고에 대한 의견 제공
- CPT 자문위원회의 운영 목표
 - 위원의 전문분야와 관련된 의료행위의 코딩과 적합한 명명법(nomenclature)에 대한 의견 제공
 - CPT 코드로 고려 중인 다양한 내과적·외과적 의료행위의 적합성에 대한 의견 제공

- CPT 코드세트에 대한 개정 제안
- 관련 코딩 이슈의 검토 및 추가 개발 지원, CPT 코딩에 대한 기술적 교육자료 및 기사 준비 지원
- CPT 코딩 이용법 및 이점에 대한 교육

나. category II 코드

- category II 코드는 성과측정을 위해 선택적으로 사용되는 코드로 분기별로 업데이트 됨.
- 성과측정자문단[Performance Measures Advisory Group, PMAG]이 내용을 검토함.
- PMAG는 CPT 편집단의 자문기구이며 다음 기구의 대표자로 구성되어 있음.
 - 질보증국가위원회[National Committee for Quality Assurance, NCQA]
 - 의료연구및질평가원[Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ]
 - 의료기관인증원[The Joint Commission]
 - AMA-소집 성과향상의사연합체[The AMA-convened Physician Consortium for Performance Improvement]
- 코드 형식
 - category II 코드는 5자리로 구성되어 있는데 category I이나 category III 코드와 구분하기 위하여 마지막 자리에 **F**를 붙임(예: 1234**F**)
 - 상황에 따라 만들어진 코드가 대체 없이 삭제되기도 함: 지표 변경에 따르기 때문
 - 코드 사례
 - 1005**F** asthma symptoms evaluated
(includes physician documentation of numeric frequency of symptoms or patient completion of an asthma assessment tool/survey/questionnaire)
 - 2001**F** weight recorded
 - 2010**F** vital signs documented and reviewed
(temperature, pulse, respiratory rate, and blood pressure)
 - 3210**F** 12-lead ECG performed
- 코드의 그룹화
 - 향후 코드 추가를 고려하여 사전에 코드 범주를 설정함
 - 임상기록에 대한 SOAP(subjective-objective-assessment-plan) 지침에 기초한 분류로 9개로 나뉨
 - ▶ 합성지표(Composite measures). 0001F~0015F: 모든 요소가 부합될 때 일련의 서비스 보고를 용이하게 함
 - ▶ 환자관리(Patient management). 0500F~0575F: 이용도 지표 또는 특정 임상적 목적으로 제공된 환자진료 지표(예: 산전진료, 수술전/후 진료, 진료의뢰)
 - ▶ 환자병력(Patient history). 1000F~1494F: 환자 병력 및 계통문진의 측면
 - ▶ 신체검진(Physical examination). 2000F~2060F: 신체검진의 측면
 - ▶ 진단/선별 절차나 결과(Diagnostic/Screening process or Results). 3006F~3725F: 임상병리검사, 영상검사, 기타 기술적 검사의 결과
 - ▶ 치료적, 예방적 또는 기타 중재(Therapeutic, Preventive, or Other interventions). 4000F~4526F: 약물, 시술, 또는 행동 치료. 환자 교육이나 상담과 같은 예방적 서비스 포함
 - ▶ 추적관리 또는 기타 성과(Follow-up or Other outcomes). 5005F~5250F: 검토한 검사결과에 대해 환자와 의사소통, 환자만족 또는 치료에 대한 환자경험, 환자의 기능상태
 - ▶ 환자안전(Patient safety). 6005F~6110F: 환자 안전 실천

- ▶ 구조지표(Structural measures). 7010F~7025F: 진료 전달 환경이나 시스템, 기관 및 진료를 제공하는 의료진의 역량을 다룸.

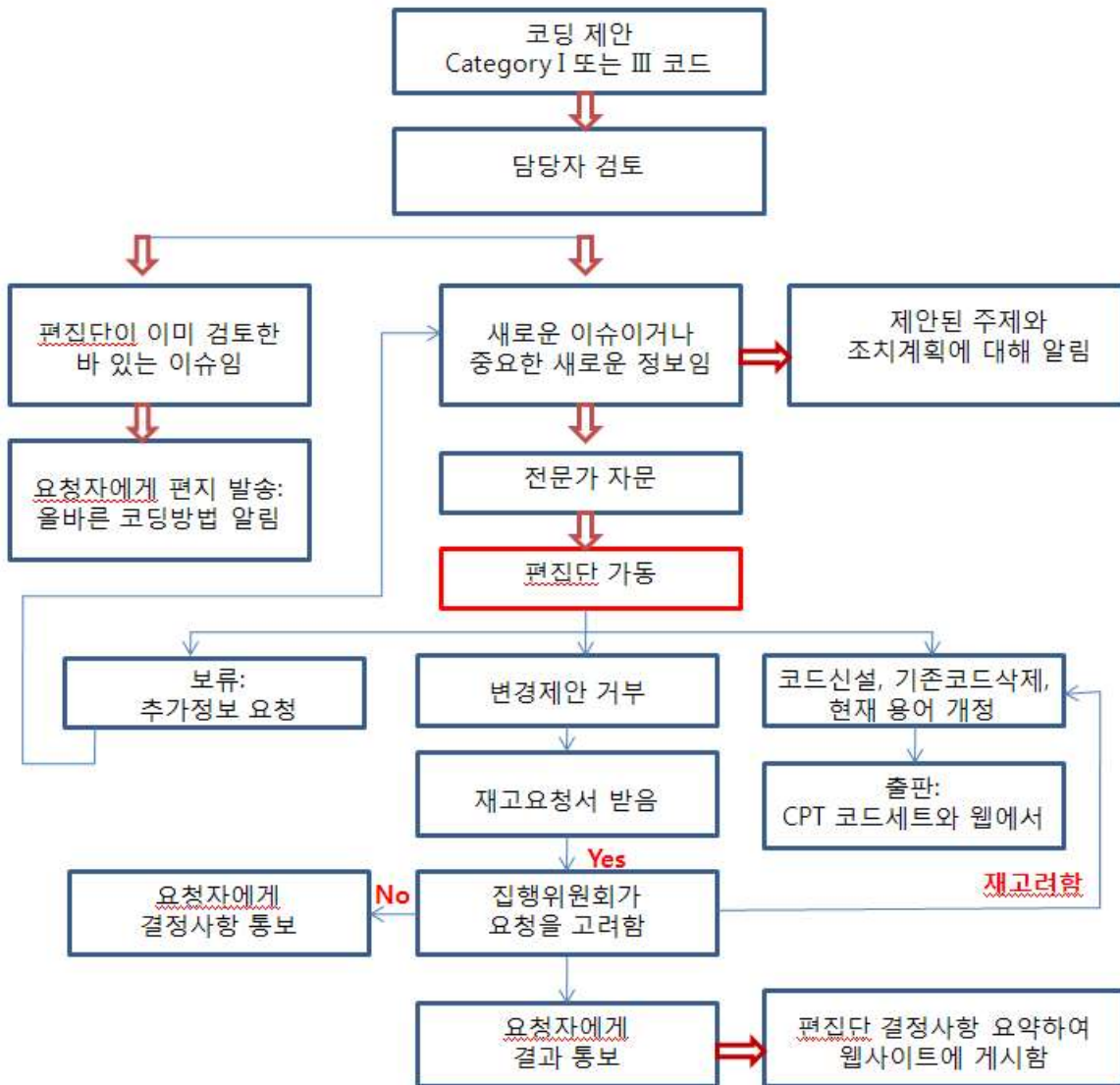
다. category III 코드

- 편집단에 의해 1년에 두 번(7월, 1월) 업데이트되며 가장 최근 버전은 AMA 웹사이트를 통해 내려받을 수 있음.
- category III 코드는 새로운 기술을 보고하고 치료방법의 변화를 신속하게 반영하기 위한 임시코드임.
- 데이터 수집을 위해 만들어진 코드이므로 CPT 편집단이 수용하지 않은 서비스나 기술에 대한 분류를 하려는 것이 아님: 제안이 미완성상태이거나, 보다 많은 정보가 요구되거나, 편집위원회가 제안을 지원하지 않았기 때문
- category III 코드를 부여받으려면 서비스나 기술이 지속적인 또는 계획된 연구와 관련이 있어야 함.
- 코드 형식은 알파벳숫자형 코드로 마지막 자리에 T를 포함(예: 1234T)
- 새로운 category III 코드를 사용하려면 먼저 CPT 편집단의 승인이 필요함.
- 이 코드에는 상대가치점수(relative value units)가 부여되지 않으므로 AMA나 전문분야별 RUC(상대가치개정 위원회)에 평가를 의뢰하지 않음
- category III 코드가 지속적으로 필요하다는 의견이 없으면, category I 코드부문에 수용되지 않은 category III 코드는 5년 후 장기보관처리됨. 장기보관처리된 코드는 재사용되지 않음.

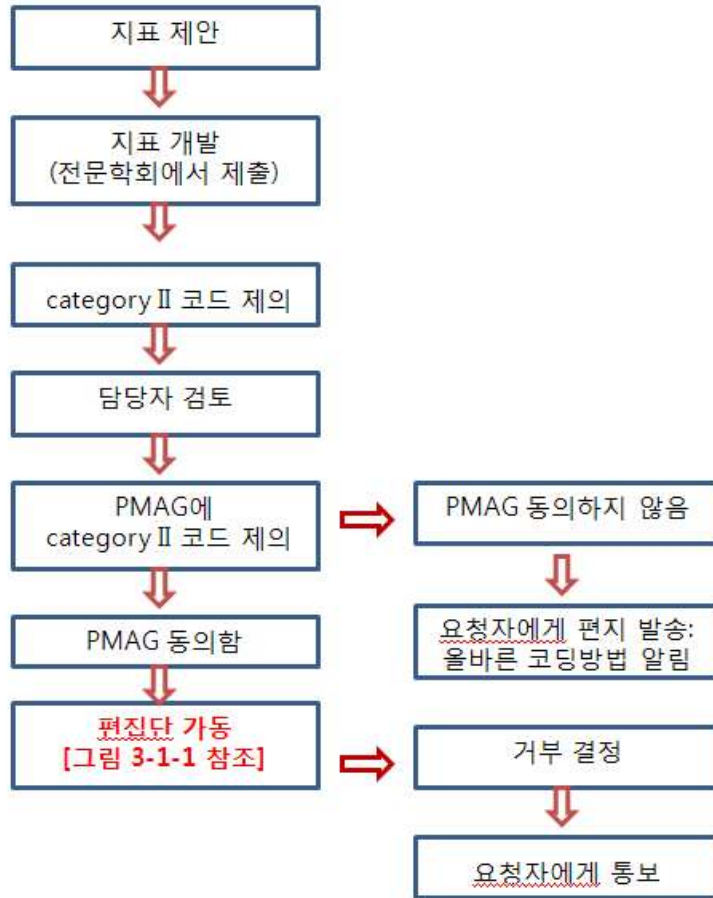
라. 개정 절차

- 누구든 다음과 같이 CPT 코드 변경을 요청할 수 있음. 주로 전문분야별 학회, 의사 개인, 병원, 제삼자인 보협자, 기타 이해관계당사자가 요청함.
 - 새로운 코드의 추가: 어떤 범주에서든
 - 오래된 코드의 삭제
 - 코드 명칭의 변경
- 변경서식은 AMA 웹사이트에서 내려받을 수 있음.
- CPT 코드세트의 개정요청서를 제출하기 전에, 요청자는 다음의 질문을 고려해야 함.
 - 제안내용이 현재 의료행위나 서비스의 일부인지?
 - 제안하는 의료행위나 서비스가 한개 이상의 기존코드를 이용하여 보고될 수 있는가?
 - 제안하는 의료행위나 서비스가 국가 전체적으로 많은 의사에 의해 시행되고 있는지? 또는 일부 지역에서만 시행되고 있는지?
 - 제안하는 의료행위나 서비스가 뚜렷이 구분되는 의사 서비스인지?
 - 제안하는 의료행위나 서비스가 이미 특정 CPT 코드를 가지고 있지만 시행되는 예외적인 환경을 단순히 보고하기 위한 수단인지?
 - 기존 CPT 코드가 왜 적합하지 않은지?
- CPT 편집단은 매년 3차례의 회의를 열어, 신기술과 관련한 복잡성을 검토하고 오래된 의료행위를 정리함.
- AMA의 CPT 담당자가 모든 요청내용을 검토한 후, 편집단이 이미 다룬 문제인 경우 요청자에게 코딩권고사항을 통보함. 요청이 새로운 이슈이거나 중요한 새로운 정보인 것으로 판단되는 경우, CPT 자문위원회에 검토를 의뢰함.
- 편집단에게 회의 30일 전에 자료 발송하여 검토 의뢰: 요청서 및 자문위원 의견서. 필요시 전문가와 협의할 수 있음.
- 편집단은 연간 350개의 주요 주제를 처리하는데, 개별 항목에 대해 3,000건 이상의 투표가 시행됨.

- 편집단의 조치결과는 다음과 같이 4가지로 분류됨
 - 코드신설 및 현재 코드세트의 개정: 차기 CPT 책에 변경사항 반영
 - 실무그룹에 추가 연구 의뢰
 - 차기 회의로 연기: 새로운 요청서에 추가 정보 제출 허용함
 - 제안요청 항목의 거부
- 요청자는 결정사항에 대해 서면으로 재고 요청할 수 있음. AMA는 14일 이내에 재고요청서 접수.
 - 재고 요청서에는 재고를 위한 특별한 조치, 재고 요청의 근거, 문헌을 포함하여 사안과 관련한 모든 정보 기재하여 제출
- AMA CPT-5 실행프로젝트자문단[Executive Project Advisory Group]의 권고로 category II와 category III 코드가 생성됨.



[그림3-1-1] CPT category I 또는 III 코드 개발 및 개정 절차



[그림3-1-2] CPT category II 코드 개발 및 개정 절차



[그림3-1-3] CPT 코드결정 재고 절차

6. CPT 구조

CPT는 3개의 범주로 구성되어 있음.

- category I은 의사 및 기타 의료인에 의해 시행되는 의료행위와 서비스를 기술하기 위해 만들어졌으며 다음과 같이 나뉨:
 - 평가및관리[Evaluation and Management, E&M]
 - 마취[Anesthesiology]
 - 수술[Surgery]
 - 방사선[Radiology]
 - 병리및임상병리[Pathology and Laboratory]
 - 의약[Medicine]
- 6개의 부문 외에 추가로 도입부, 색인 및 9개의 부록이 있음. 부록의 내용은 다음과 같음:
 - 부록A. 수식어[Modifiers]: 개념 확장자(concept extenders)
 - 부록B. 추가, 삭제, 및 개정 내용 요약[Summary of additions, deletions, and revisions]
 - 부록C. 임상 사례[Clinical examples]
 - 부록D. CPT 추가코드 요약[Summary of CPT add-on codes]
 - 부록E. 수식어-51(다중의료행위)이 면제되는 CPT 코드 요약[Summary of CPT codes exempt from modifier-21(multiple procedures)]
 - 부록F. 수식어-63이 면제되는 CPT 코드 요약[Summary of CPT codes exempt from modifier-63]
 - 부록G. 의식이 있는 진정을 포함하는 CPT 코드 요약[Summary of CPT codes that include conscious sedation]
 - 부록H. 임상 병태 또는 주제별 성과측정에 대한 알파벳색인[Alphabetic index of performance measures by clinical condition or topic]
 - 부록I. 유전자 검사 코드 수식어[Genetic testing code modifiers]

가. 평가 및 관리[Evaluation and Management, E&M]

- E&M 코드는 상이한 의료환경에서 시행된 의사 업무를 보고하기 위해 설계됨.
- 몇 가지 예외가 있으나 E&M 코드는 병력, 신체검진 및 의학적의사결정에 대한 의사의 기록에 기초하여 부여 됨.
- E&M 코드는 다음과 같이 나뉨.

[표3-1-1] E&M 서비스의 범주

범주	하위범주
Office and other outpatient services	<ul style="list-style-type: none"> • 초진환자(new patient) • 재진환자(established patient)
Hospital observation services	<ul style="list-style-type: none"> • observation care discharge services • initial observation care • subsequent observation care
Hospital inpatient services	<ul style="list-style-type: none"> • initial hospital care

	<ul style="list-style-type: none"> • subsequent hospital care • hospital discharge services
Observation or inpatient care services (including admission and discharge services)	
Consultations	<ul style="list-style-type: none"> • office or other outpatient • inpatient
Emergency department services	<ul style="list-style-type: none"> • other emergency services
Critical care services	<ul style="list-style-type: none"> • time-based critical care
Nursing facility services	<ul style="list-style-type: none"> • initial nursing facility care • subsequent nursing facility care • nursing facility discharge services • other nursing facility services
Domiciliary, rest home(eg, Boarding home) or custodial care services	<ul style="list-style-type: none"> • new patient • established patient
Domiciliary, rest home(eg, Assisted living facility) or home care plan oversight services	
Home services	<ul style="list-style-type: none"> • new patient • established patient
Prolonged services	<ul style="list-style-type: none"> • with direct(face-to-face) patient contact • without direct(face-to-face) patient contact • standby services
Case management services	<ul style="list-style-type: none"> • anticoagulant management • medical team conference, Direct(face-to-face) contact with patient and/or family • medical team conference, without Direct(face-to-face) contact with patient and/or family
Care plan oversight services	
Preventive medicine services	<ul style="list-style-type: none"> • new patient • established patient • preventive medicine, individual counseling • behavior change interventions, individual • preventive medicine, group counseling • other preventive medicine services
Non-face-to-face services	<ul style="list-style-type: none"> • telephone services • online medical evaluation
Special E&M services	<ul style="list-style-type: none"> • basic life and/or disability evaluation services • work-related or medical disability evaluation services
Newborn care services	<ul style="list-style-type: none"> • delivery/birthing room attendance and resuscitation services
Inpatient neonatal intensive care services and pediatric and neonatal critical care services	<ul style="list-style-type: none"> • pediatric critical care patient transport • inpatient neonatal and pediatric critical care • initial and continuing intensive care services
Complex chronic care coordination services	
Transitional care management services	
Other E&M services	

나. 마취[Anesthesia]

- 지정된 수술서비스에 대한 마취제 투여를 보고하기 위해 사용됨; 전신마취, 부분마취, 국소마취, 또는 기타 마취지원 서비스
- 보고되는 마취코드는 시술전 및 시술후 마취 방문, 시술중의 마취 진료, 수액 및 혈액의 주입, 통상적인 모니터링 서비스[심전도, 체온, 혈압]를 포함함.
- 각각의 코드번호는 '0'으로 시작함.
- 마취는 다음과 같이 세분화됨.

[표3-1-2] 마취 서비스의 범주

범주	포함 및 제외 기준
Head	
Neck	
Thorax	chest wall and shoulder girdle
Intrathoracic	
Spine and spinal cord	
Upper abdomen	
Lower abdomen	
Peritoneum	
Pelvis	hip 제외
Upper leg	knee 제외
Knee and popliteal are	
Lower leg	below knee ankle and foot 포함
Shoulder and axilla	
Upper arm and elbow	
Forearm, wrist, and hand	
Radiological procedures	
Burn excisions or debridement	
Obstetric	
Other procedures	

다. 수술 [Surgery]

- 수술부분은 CPT 내에서 단연 가장 큰 부문임.
- 신체계통에 따라 하위부분으로 나뉨. 각각의 하위부분 내에서 신체부위, 시술의 유형, 시술 내에서 신체부위 순으로 하위분류됨.
- 하위부분의 사례는 다음과 같음.

[표3-1-3] 수술 서비스의 범주

범주	주요 시술
General	
Integumentary system	<ul style="list-style-type: none"> • incision and drainage • debridement • paring or cutting • biopsy • removal of skin tags • shaving of epidermal or dermal lesions

	<ul style="list-style-type: none"> • nails • intralesional injections • lesions • repair • adjacent tissue transfer or rearrangement • skin replacement surgery and skin substitutes • burns, local treatment • Mohs micrographic surgery • breast procedures
Musculoskeletal system	<ul style="list-style-type: none"> • fractures and dislocations • spine surgery • distal radius and ulnar styloid fracture treatment • casting and strapping • endoscopy and arthroscopy
Respiratory system	<ul style="list-style-type: none"> • sinus surgery • nasal endoscopy • laryngoscopy • bronchoscopy • thoracoscopy • pneumonectomy • introduction and removal • destruction • video-assisted thoracic surgery(VATS) • stereotactic radiation therapy • lung allotransplantation
Cardiovascular system	<ul style="list-style-type: none"> • transmyocardial revascularization • pacemaker or pacing cardioverter-defibrillator guidelines • coronary artery bypass procedures • endoscopic (minimally invasive) venous conduit harvest • cardiac hybrid procedures • ascending (thoracic) aortic aneurysm repair • cardiac assist • endovascular repair of abdominal aortic, descending thoracic aortic, or iliac aneurysm • vascular injection procedures • transcatheter procedures
Hemic and lymphatic systems	
Mediastinum and diaphragm	
Digestive system	<ul style="list-style-type: none"> • tongue and floor of mouth • other procedures • tonsillectomy and adenoidectomy • esophagus/endoscopy • esophagus/laparoscopy • esophagus/repair • stomach/introduction • intestines (except rectum) • endoscopy • bariatric surgery • biliary tract • abdomen, peritoneum, and omentum

	<ul style="list-style-type: none"> • percutaneous gastrostomy, jejunostomy, gastrojejunostomy, cecostomy • hernia repair
Urinary system	<ul style="list-style-type: none"> • renal transplantation • renal pelvis catheter stent procedures • renal tumor ablation • insertion of bladder catheter • endoscopic procedures • prostate procedures • radiation treatment
Male genital system	
Intersex surgery	
Female genital system	
Maternity care and delivery	
Endocrine system	
nervous system	<ul style="list-style-type: none"> • twist drill, burr holes(s) or trephine • craniectomy or craniotomy • surgery of skull base • secondary repair of the defect • endovascular therapy • surgery for aneurysm, arteriovenous malformation, or vascular disease • stereotaxis • stereotactic radiosurgery (cranial) • neurostimulators (intracranial) • trial implantation • neurostimulators (peripheral nerve) • repair of cranioplasty • neuroendoscopy • spinal injection • multiple epidural neurolytic injections • diagnostic epiduroscopy • blood patch • neurolytic injection • percutaneous nucleus pulposus aspiration or decompression • neurolytic epidural (interlaminar) injection • catheter implantation • reexploration laminotomy or hemilaminectomy • laminectomy, facetectomy, or foraminotomy • laminoplasty • transpedicular or costovertebral approach for posterolateral extradural exploration or decompression • anterior or anterolateral approach for extradural exploration or decompression • stereotactic radiosurgery (spinal) • neurostimulator (spinal) • introduction or injection of anesthetic agent (nerve block), diagnostic or therapeutic • morton's neuroma injection • paravertebral spinal nerves and branches • transforaminal epidural injection

	<ul style="list-style-type: none"> • neurostimulator (peripheral nerve) • destruction by neurolytic agent (eg, chemical, thermal, electrical, or radiofrequency, chemodenervation) • paravertebral facet joint nerve destruction
Eye and ocular adnexa	<ul style="list-style-type: none"> • keratoplasty • other corneal procedures • strabismus surgery • recession and resection procedures
Auditory system	<ul style="list-style-type: none"> • removal of tubes • tympanoplasty • osseointegrated implant
Operating microscope	

라. 방사선[Radiology]

- **방사선** 부문 내에서 하위부문은 진단적 의료행위의 유형, 신체부위에 따라 나뉜.
- 하위부문은 다음과 같음.

[표3-1-4] 방사선 서비스의 범주

범주	하위범주	세분
Diagnostic radiology	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic imaging 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Computed tomographic scan 	<ul style="list-style-type: none"> • abdomen • extremity, lower • extremity, upper • head or brain • maxillofacial area • neck, soft tissue • orbit, sella, or posterior fossa or outer, middle, or inner ear • pelvis • spine, cervical • spine, lumbar • spine, thoracic • thorax • abdomen and pelvis • unlisted computed tomography procedure
	<ul style="list-style-type: none"> • Computed tomographic angiography 	<ul style="list-style-type: none"> • abdomen • chest • extremity, upper • extremity, lower • head • neck • pelvis • abdomen and pelvis
	<ul style="list-style-type: none"> • Magnetic resonance imaging 	<ul style="list-style-type: none"> • abdomen • bone marrow blood supply

		<ul style="list-style-type: none"> • brain • functional MRI • breast • cardiac, for function or morphology • cardiac, for velocity flow • cardiac, for stress imaging • chest • extremity, lower, other than joint • extremity, upper, other than joint • joint, lower extremity • joint, upper extremity • orbit, face, and neck • pelvis • spinal canal and contents, cervical • spinal canal and contents, lumbar • spinal canal and contents, thoracic • temporomandibular joint • unlisted magnetic resonance procedure
	<ul style="list-style-type: none"> • Magnetic resonance angiography 	<ul style="list-style-type: none"> • abdomen • chest (excluding myocardium) • extremity, lower • extremity, upper • head • neck • pelvis • spinal canal and contents
	<ul style="list-style-type: none"> • Interventional radiology 	<ul style="list-style-type: none"> • nonvascular interventional radiology • vascular interventional radiology
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic or therapeutic services 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic ultrasound 	<ul style="list-style-type: none"> • head and neck • chest • abdomen and retroperitoneum • spinal canal • pelvis (obstetric) • pelvis (non-obstetric) • genitalia • extremities • ultrasonic guidance procedures
	<ul style="list-style-type: none"> • radiological guidance 	<ul style="list-style-type: none"> • fluoroscopy • computed tomography • magnetic resonance guidance • stereotactic • mammography
Radiation oncology	<ul style="list-style-type: none"> • clinical treatment planning (external and internal sources) • simulation • medical radiation physics, dosimetry, treatment devices and special services • radiation treatment delivery 	

	<ul style="list-style-type: none"> • radiation treatment management • proton beam treatment delivery • hyperthermia • clinical brachytherapy • intracavitary brachytherapy • interstitial brachytherapy • remote afterloading high dose rate radionuclide brachytherapy 	
Nuclear medicine		

마. 병리 및 임상병리[Pathology and Laboratory]

- 병리 및 임상병리 부문 내에서 하위부문은 시행된 진단적 의료행위의 유형에 따라 나뉨.
- 하위부문은 다음과 같음.

[표3-1-5] 병리 및 임상병리 서비스의 범주

범주	포함 및 제외 기준
Organ and disease-oriented panels	
Drug testing	
Therapeutic drug assays	
Evocative or suppression testing	
Consultations[clinical and surgical pathology]	
Urinalysis	
Molecular pathology	
Multianalyte assays with algorithmic analyses	
Chemistry	
Hematology and coagulation	
Transfusion medicine	
Microbiology	
Cytopathology	
Cytogenetic studies	
Surgical pathology	
In vivo(eg, transcutaneous) laboratory procedures	
Reproductive medicine procedures	
Other procedures	

바. 의약[Medicine]

- 의약 부문은 CPT 내에서 다른 곳에 분류하기 적합하지 않은 의료행위를 기술하는 다양한 코드를 담고 있음.
- 하위부문은 다음과 같음.

[표3-1-6] 의약 서비스의 범주

범주	포함 및 제외 기준
Immunizations	
Psychiatry	
Hemodialysis	
End-stage renal disease services	
Gastroenterology	
Ophthalmology	
Special otorhinolaryngologic services	
Cardiovascular	
Pulmonary	
Allergy and clinical immunology	
Endocrinology	
Neurology and neuromuscular procedures	
Medical genetics and genetic counseling services	
Health and behavior assessment and intervention	
Hydration, therapeutic, prophylactic, diagnostic injections and infusions, and chemotherapy and other highly complex biologic agent administration	
Therapeutic, prophylactic, diagnostic injections and infusions	제외: chemotherapy and other highly complex drug or highly complex biologic agent administration
Chemotherapy and other highly complex drug or highly complex biologic agent administration	
Photodynamic therapy	
Special dermatological procedures	
Physical medicine and rehabilitation	
Medical nutrition therapy	
Acupuncture	
Osteopathic manipulative treatment	
Chiropractic manipulative treatment	
Education and training for patient self-management	
Non-face-to-face nonphysician services	
Special services, procedures and reports	
Moderate(conscious) sedation	
Home health procedures/services including home infusion procedures/services	
Medication therapy management services	

- 하위부문은 다시 하위범주로 나뉘어 제목과 의료행위/서비스로 기술됨. 예를 들어, 의료행위 24600, Treatment of closed elbow dislocation; without anesthesia는 수술 부문, 근골격계 하위부문, 상완골 및 팔꿈치 하위범주, 골절 및 탈구 제목으로 분류됨.
- 의료행위를 그룹화할 때, 진행방향은 흔히 근위부에서 원위부로 가거나, 최소의료행위에서 가장 복잡한 의료행위로 감.
- CPT의 특정 하위부문 내에 의료행위 코드가 들어있다 해서 해당 전문분야의 의료행위 시행자만 사용하는 것으로 제한하지는 않음; 의료행위 시행자는 어떤 코드든 사용할 수 있음. 예를 들어, 골절을 치료하는 응급 의학과 의사와 정형외과 의사는 둘 다 CPT의 근골격계 하위부문 내에 있는 골절치료 코드를 사용할 수 있음.
- CPT에는 알파벳색인과 내용예시표가 있음. 색인에는 다음과 같은 항목을 알파벳순으로 목록화함;
 - Procedure, service, or examination [예를 들면, appendectomy, physical therapy, electrocardiogram]

- Organ or anatomic site [예를 들면, humerus, liver]
- Diagnosis or condition [예를 들면, laceration, fracture]
- Synonym [예를 들면, Semin, followed by a note to see Antigen, prostate specific]
- Eponym [예를 들면, Silver procedure, Sever procedure]
- Abbreviation [예를 들면, EEG, ERCP]
- 각각의 항목에 따라 단독의 CPT 코드가 있으며, 일부 CPT 코드는 콤마나 일련의 CPT 코드, 또는 CPT 코드의 조합에 의해 분리됨.
- 알파벳색인은 내용예시표에 대한 길잡이로 사용됨; 색인만으로 코드를 부여할 수 없음.
- 제안된 코드 각각은 전체 내에서 검토되어야 하며, 시행된 의료행위를 가장 정확하게 기술하는 코드가 부여되어야 함.

7. 원칙과 지침

- AMA가 CPT 사용에 대한 지침을 개발함.
- 지침은 다음과 같이 코딩노트의 형식으로 나타날 수 있음.
 - 부문의 도입부에서. 이 부문의 도입부에 있는 노트는 이 부문 내에 있는 모든 코드에 적용하며 다음과 같은 정보를 포함할 수 있음;
 - 서비스의 통합 요소 [Integral components of a service]
 - 용어 및 코드의 정의 [Definitions of terms/codes]
 - 추가코드를 부여하는 지시 [Directions to assign additional codes]
 - 하위부문의 도입부에서
 - 특정 코드의 앞이나 뒤에서
- 추가로 AMA는 월간지로 *CPT Assistant*를 발간하여 공식적인 코딩 권고를 제공하며, 연간으로는 *Insider's View*를 발간하여 매년 신설 및 개정 코드관련 임상적 근거에 대한 검토의견을 냄.
- CMS가 지불목적과 관련한 CPT의 사용에 대해 지침을 낸다 하더라도, CPT 코딩에 대한 공식적인 지침은 AMA만이 개발함.

가. E&M 코드를 보고하기 위한 지침

E&M 코드는 주로 경험적 지식에 입각한 의사 서비스를 기술하는데 사용된다. 병력과 신체검진, 의학적의사결정에 대한 기록에 기초하여 부여하며 일부 예외가 있다.

1) 병력[History]

CPT는 다음과 같이 병력을 정의한다:

- 주호소증상[chief complaint]은 흔히 환자가 표현하는 단어로 기술하며, 내원사유가 되는 증상, 문제, 병태, 진단이나 기타 요인에 대한 간결한 진술이다.
- 현병력[history of present illness]은 다음과 같이 정의된다:
 - 위치: 예를 들면, 오른쪽 하복부의 복통
 - 질: 예를 들면, 통증

- 중증도: 예를 들면, 10점 척도에서 7점으로 표시된 통증, 또는 심한 통증
 - 타이밍: 예를 들면, 한 시간 가량 지속되는 통증
 - 상황: 예를 들면, 누울 때 발생하는 통증
 - 변경 요인: 예를 들면, 아스피린, 휴식 등으로 개선되는 통증
 - 징후 및 증상과 관련: 예를 들면, 오심·구토와 **동반된** 통증
- 신체각계조사[review of systems]는 징후나 증상을 알아내도록 설계된 일련의 질문을 통해 신체계통에 대해 상세히 조사한 것이다. AMA에 의해 정의된 신체계통은 다음과 같다.
 - 체질: 예를 들면, 열, 체중감소
 - 눈: 예를 들면, 시야가 흐릿함, 복시
 - 귀, 코, 입, 및 목: 예를 들면, 청력 감퇴, 인후통
 - 심혈관계: 예를 들면, 흉통, 심계항진
 - 호흡기계: 예를 들면, 숨이 참, 호흡곤란
 - 소화기계: 예를 들면, 복통, 설사
 - 비뇨생식기계: 예를 들면, 배뇨곤란, 배뇨시 통증
 - 근골격계: 예를 들면, 관절통, 기상시 강직
 - 외피계: 예를 들면, 피부발진, 유방 통증
 - 신경계: 감각 상실, 어지러움
 - 정신계: 예를 들면, 의지할 데 없으며 희망이 없다는 느낌
 - 내분비계: 예를 들면, 열이나 추위에 과민함
 - 혈액 및 림프계: 예를 들면, 쉽게 멍들, 임파선 부종
 - 알러지 및 면역계: 예를 들면, 알러지 병력
- 과거력[post history]은 다음과 같은 환자의 과거질병, 치료 및 손상에 대한 검토기록이다.
 - 이전의 주요 질병이나 손상
 - 이전의 수술
 - 이전의 입원
 - 현재 투약
 - 약물이나 음식에 대한 알러지
 - 연령에 적합한 예방접종 상태
 - 연령에 적합한 급식 및 영양 상태
- 사회력[social history]은 다음과 같은 과거 및 현재 활동과 상호작용에 대한 검토기록이다.
 - 결혼상태 및 생활 환경
 - 현재 고용상태 및 과거 직업력
 - 약물, 알콜, 및 담배의 사용
 - 교육 수준/읽고 쓰는 능력
 - 성적 병력 및 습관
- 가족력[family history]은 다음과 같이 환자의 가족에게 발생한 의학적 이벤트에 대한 검토기록이다.
 - 환자과 형제자매의 질병 및 사망원인, 특히 질병에 대한 우려나 위험과 관련된 것
 - 선천성 결함의 가족력

- 유전성 병태의 가족력

2) 신체검진[Physical Examination]

CPT 목적으로, AMA는 다음과 같이 신체 부위를 구분한다:

- 두부, 얼굴 포함: 예를 들면, head normocephalic, face symmetrical
- 목: 예를 들면, range of motion of the neck normal, no thyroid masses palpable
- 흉부, 유방 및 겨드랑이 포함: 예를 들면, chest symmetrical, lungs clear
- 복부: 예를 들면, abdomen flat, no masses palpable
- 외음부, 사타구니, 및 둔부: 예를 들면, genitalia without masses, groin without palpable nodes
- 등: 예를 들면, back straight with normal range of motion
- 각각의 사지: 예를 들면, right upper extremity in a cast, remainder of extremities without loss of range of motion

신체검진은 또는 기관 계통별로 정의할 수 있다. 다음과 같은 기관 계통으로 구분한다:

- 눈: 예를 들면, pupils equal, react to light and accommodation
- 귀, 코, 입, 및 목: 예를 들면, ear canals clean, nose without congestion
- 심혈관계: 예를 들면, heart sounds normal without murmurs, rubs or gallops
- 호흡기계: 예를 들면, breath sounds clear to auscultation and percussion
- 위장계: 예를 들면, abdomen is flat and soft, without tenderness or masses
- 비뇨생식계: 예를 들면, no tenderness of the genitalia
- 근골격계: 예를 들면, range of motion of all joints within normal limits
- 피부: 예를 들면, no rashes or areas of discoloration
- 신경계: 예를 들면, normal sensation to pinprick and light touch in all dermatomes tested
- 정신계: 예를 들면, alert and oriented to time, place, person, and station
- 혈액/림프/면역계: 예를 들면, no bruising, glandular enlargement

3) 의학적 의사결정[Medical Decision Making]

의학적 의사결정은 E&M 코드를 부여하는 세 가지 기준 중 가장 인지적이며 수량화 하기 가장 어려운 기준이다.

CPT는 다음과 같이 의학적 의사결정의 수준을 구분한다:

- 단순함[straightforward]
 - 진단이나 관리에 대한 선택사항이 적음
 - 검토할 데이터가 적거나 없음
 - 합병증, 질병, 사망의 위험이 적음
- 낮은 복잡성[low complexity]
 - 진단이나 관리에 대한 선택사항이 제한된 숫자임
 - 검토할 데이터의 양이나 복잡성이 제한적임
 - 합병증, 질병, 사망의 위험이 낮음

- 중간 복잡성[moderate complexity]
 - 진단이나 관리에 대한 선택사항이 여러 개임
 - 검토할 데이터의 양이나 복잡성이 중간 정도임
 - 합병증, 질병, 사망의 위험이 중간 정도임
- 높은 복잡성[high complexity]
 - 진단이나 관리에 대한 선택사항이 상당함
 - 검토할 데이터의 양이나 복잡성이 상당함
 - 병증, 질병, 사망의 위험이 높음

4) 상담의 원칙[The principle of Counseling]

상담은 다음과 같은 주제 중 한 개 이상에 대해 토론이 있는 것으로 정의된다:

- 검사결과 및 추정진단[diagnostic results and impressions]
- 예후[prognosis]
- 관리의 위험 및 이득[risks and benefits of management]
- 관리를 위한 지시[instruction for management]
- 순응의 중요성[importance of compliance]
- 위험 요인 감소[risk factor reduction]
- 환자 및 가족 교육[patient and family education]

만약 상담이나 치료조정이 환자 내원의 50%이상을 구성하는 경우, 나타난 문제의 특성보다는 시간이 서비스의 수준을 결정하는 핵심 요인이다. 상담이 환자방문의 주요 부문인 경우, 기록이 매우 중요하다. 방문기록에 상담의 주제, 상담에 소요한 시간[분단위], 추적 치료계획을 기록해야 한다.

나. 위기치료(Critical Care) 코드의 코딩지침

- 위기치료 코드가 E&M코드의 한 가지 유형이라 하더라도, 이 코드는 병력, 신체검진, 의학적 의사결정에 대한 기록에 의해 정해지는 것은 아니다. 그 보다는 시간, 문제의 양상, 치료의 양상에 의해 정해진다.
- 위기치료 서비스는 중대한 질병이나 손상과 연계하여 보고되어야 한다. 중대한 질병이나 손상이란 생명유지에 없어서는 안 되는 하나 이상의 기관 계통이 급성으로 손상되어 환자상태가 긴박하게 또는 생명을 위협할 가능성이 높은 경우이다. 위기치료 서비스는 생명유지에 없어서는 안 되는 기관의 부전[vital organ system failure]을 평가하고 조정하고 지원하기 위해, 그리고 환자상태의 치명적인 악화를 예방하기 위해 높은 복잡성의 의사결정이 필요하다.
- 생명유지에 없어서는 안 되는 기관의 부전[vital organ system failure]의 예는 다음과 같으며 이에 국한되지 않는다: 중추신경계 부전, 순환 부전, 쇼크, 신부전, 간부전, 대사성 부전, 호흡부전
- 치료를 위한 기준은 다음과 같이 정의된다: 위기치료 서비스는 의사에 의한 직접적인 개인적 관리가 요구된다: 이는 의사에 의한 빈번하고 개인적인 평가와 조정이 필요한 생명 및 장기를 살리는 중재술이다. 응급상황에서 이러한 중재술을 시작하지 못하거나 실패하는 경우, 환자상태는 갑자기 임상적으로 의미있게 악화하거나 생명을 위협하는 상황을 초래할 수 있다.

다. 수술코드를 보고하기 위한 지침

수술 부문에는 수많은 독자적인 지침이 있다. 한 가지 사례가 수술패키지의 원칙이다.

수술패키지의 원칙[The principle of the surgical package]

수술패키지[global surgical package라고도 함]의 원칙은 CPT의 수술 부문 내에서 적용된다. 이 개념은 단독의 **식별 가능한** 시술에 기초한 것으로, 수많은 서비스를 포함할 수 있다. CPT 지침마다, 다음의 서비스는 각각의 수술 내에 항상 포함된다:

- 국소마취[local infiltration]: 예를 들면 metacarpal/metatarsal/digital block, or topical anesthesia
- 수술에 대한 의사결정의 후속 서비스: 시술 직전일과 시술일의 E&M 내원서비스, 시술서비스
- 수술직후 진료: 수술기록 녹음, 환자 및 다른 임상외사와 논의 포함
- 처방 작성
- 마취후 회복실에서 환자를 평가함
- 전형적인 수술후 추적관리 진료

메디케어 프로그램에 의해 내려진, 수술패키지에 대한 또 다른 조금 다른 정의는 다음과 같다:

- 수술전 방문: 큰 수술[major procedures]의 경우 수술전날 시작되며, 작은 수술[minor procedures]은 수술일에 시작됨.
- 수술중 서비스: 수술시 통상적이며 필수적인 부분
- 수술후 합병증: 수술실로 다시 돌아가지 않는 경우
- 수술후 방문(추적관리 방문): 수술후 시간동안 회복과 관련된 경우
- 수술후 통증관리: 수술의사가 제공한 경우
- 수술재료: 의사진료실에서 제공되는 소수의 특정 재료는 제외함.
- 기타 서비스:
 - 드레싱 교환
 - 국소적인 절개 치료
 - 수술 팩, 피부 봉합, 스테이플, 라인 와이어, 튜브, 드레인, 캐스트, 스프린트의 제거
 - 라인 교체
 - 비위관 및 직장관
 - 기관절개관의 교환이나 제거

라. 별도의 시술을 보고하기 위한 지침

CPT에서 별도의 시술이란 흔히 또 다른 보다 복잡한 시술의 일부를 말한다. 독립된 시술로 지정된 어떤 시술이 E&M서비스가 아닌 또 다른 시술과 같이 시행되는 경우, 별도의 시술을 보고하기 위한 지침이 일반적으로 적용된다. 독립된 시술이 다른 시술에 통합된 일부인 경우, 별도로 보고되지 않는다. 그러나 독립된 시술이 독자적으로 시행된 경우 또는 같은 세션에 시행된 다른 시술과 관련되어 있지 않은 경우, 수직자를 붙여서 따로 보고할 수 있다.

마. 목록에 없는 의료행위 코드를 보고하기 위한 지침

- 목록에 없는 의료행위 코드가 CPT 체계 도처에서 나타난다. 많은 경우 xxx99로 끝나는 이 코드는 category I 코드, category III 코드, 또는 HCPCS 코드가 없는 시술을 보고하는데 사용된다. 코드가 존재하는 경우에는 목록에 없는 의료행위 코드 대신 그 코드가 사용되어야 한다.
- 목록에 없는 의료행위 코드가 진료비청구 목적으로 보고되는 경우, 보험자는 추가 기록을 요구할 것이다. 외과적 시술에 대해서는 수술기록이 항상 요구되며 추가 정보가 요청될 수도 있다.

바. 수식어[Modifiers]를 사용하기 위한 지침

- 한 개 이상의 수식어 사용으로 CPT 코드는 사용목적에 맞게 변경될 수 있다. 수식어는 매년 발간되는 CPT 매뉴얼의 부록A에 나와 있다.
- 수식어는 두 자리의 확장자로 CPT 코드에 추가한다. 이는 특정 이벤트가 서비스/시술의 기초적인 정의를 변경하지 않고 이를 부분수정한다는 것을 나타낸다.
- 수식어는 다음 환경에서 사용될 수 있다:
 - 서비스/시술이 전문가적, 기술적 요소를 둘 다 가지는 경우
 - 서비스/시술이 하나 이상의 해부학적 부위에 시행된 경우
 - 서비스/시술이 범위 내에서 줄거나 확장된 경우
 - 서비스/시술이 양측에 시행된 경우
 - 예외적인 이벤트가 서비스/시술중 발생한 경우
 - 수술전(또는 수술후) 치료만이 시행된 경우
 - 시술이 중단된 경우
 - 환자가 같은 날 병원의 여러 외래진료과를 다닌 경우

CPT의 나머지 부분과 마찬가지로, 업데이트 절차를 통해 CPT 수식어는 의미상 변화할 수 있으며 삭제될 수도 있다. 모든 CPT 수식어는 의사서비스와 같이 사용될 수 있으나, 병원 외래서비스에 대해서는 선정된 것만 사용될 수 있다. 의사서비스 내에서, 일부 수식어는 단지 E&M 코드와만, 다른 일부는 수술 코드와만, 다른 일부는 모든 코드와 사용될 수 있다. CPT내 부록A는 이를 수식어 중 어느 것이 각각의 환경에서 사용될 수 있는지 명시한다.

CPT 수식어에 추가로, HCPCS level II 수식어가 있다. HCPCS 수식어도 CPT 코드와 같이 사용될 수 있다. 그러나 비교적 소수의 HCPCS level II 수식어만이 병원 외래진료과에 사용할 수 있도록 승인되었다.

사. 세미콜론[semicolon]을 사용하기 위한 지침

세미콜론은 CPT에서 특별한 의미를 가진다. 페이지 형식이 덜 혼란스럽게 하기 위해, 공통 정보는 반복되지 않는다. 한 코드세트 내에, 초기 코드는 시술명, 세미콜론, 추가 정보를 담을 수 있다. 세미콜론의 왼쪽에 있는 정보는 그 코드에 적용되며, 모든 코드는 그 아래 들여쓰기 된다. 세미콜론의 오른쪽에 있는 정보는 변화한다. 예를 들면:

36800 insertion of cannula for hemodialysis, other purpose (separate procedure); vein

to vein

36810 arteriovenous, external (Scribner type)

36815 arteriovenous, external revision, or closure

36810 코드에 대한 완전한 수술명은 insertion of cannula for hemodialysis, other purpose (separate procedure); arteriovenous, external (Scribner type)이며, 36815 코드에 대한 완전한 수술명은 insertion of cannula for hemodialysis, other purpose (separate procedure); arteriovenous, external revision, or closure 이다.

8. 요약

- 미국의학협회가 의사 및 기타 의료제공자에 의해 시행된 의학적 서비스와 기술을 기술하기 위하여 의료행위 용어로서 CPT를 개발하였다.
- CPT는 의사서비스, 많은 비의사 서비스, 및 병원외래진료실 및 통원수술센터에서 시행되는 수술서비스를 보고하기 위해 사용된다.
- CPT가 원래 진료비청구를 위해 가능하면 정확하게 의사서비스를 보고하기 위한 방안으로 개발되었지만, 이제 의료 추이분석, 기획, 벤치마킹, 진료의 질 측정에도 사용되고 있다.

3.2 Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS]

1. 개요

의료분야공통의료행위코딩체계[Healthcare Common Procedure Coding System, 이하 HCPCS]는 전문가서비스, 의료행위, 및 물품을 보고하는데 사용하는 의료제공자와 의료공급자를 위한 표준화된 시스템이다. HCPCS는 의료기관에서 제공되는 외래서비스의 진료비청구를 위해 요구된다. 이는 의사 진료비청구 뿐만 아니라 외래서비스에 대해서도 적용된다. HCPCS는 CMS에 의해 출판된다.

1983년 이래 CMS가 HCPCS를 유지관리하고 있는데, 이는 메디케어/메디케이드 진료청구 프로그램의 운영상 필요에 부합시키기 위해서다. HCPCS는 진료비청구 만을 위해 사용되는 것이 아니라 벤치마킹, 트렌드분석, 기획 및 의료의 질 평가에도 이용된다.

2. 분류체계 개발자

의료재무청[Health Care Financing Administration, HCFA]에 의해 1983년 도입된 HCPCS는 이전에는 HCFA Common Procedure Coding System으로 불렸다. 이는 메디케어 및 메디케이드 청구를 처리하는데 사용하는 코딩시스템을 표준화하기 위해 개발되었다. 더불어 의료행위, 물품, 제품, 서비스에 대해 공통의 형식으로 보고하고 이에 대한 통계적 데이터 수집을 촉진하기 위해 개발되었다. 메디케어 및 메디케이드 프로그램을 관리하는 기관의 이름이 HCFA에서 CMS로 바뀌면서 이 시스템의 명칭이 2001년 변경되었다.

1985년 연방정부는 메디케어 환자에게 제공된 서비스를 보고하는데 HCPCS 코드를 사용하도록 요청하였으며, 1986년 10월 CMS는 메디케이드 환자에게 제공된 서비스를 보고하는데 HCPCS 코드를 사용하도록 요청했다.

3. 목적

HCPCS는 의료행위, 물품, 제품 및 서비스를 나타내기 위해 사용되는 코드 및 코드명칭의 모음이다. HCFA[현재 CMS]는 1980년대에 모든 물품, 의료행위, 서비스를 CPT 시스템을 이용하여 코드화할 수 없기 때문에 HCPCS 시스템을 개발하는 것이 필요함을 알게 되었다. HCPCS 코딩시스템의 일차 목적은 메디케어 및 메디케이드 진료비청구 프로그램의 운영상 필요에 부합하는 것이다.

4. 내용

HCPCS는 level I, level II, level III와 같이 세 가지 하부시스템으로 나뉜다.

가. HCPCS level I

HCPCS level I은 CPT 코딩시스템으로 구성되어 있다. 이는 미국의학협회[American Medical Association, 이하 AMA]가 관리하고 발간하는 시스템이다. Level I 코드는 다섯 자리의 코드와 두 자리의 수식으로 되어 있다. 1966년에 개발된 CPT는 단일형식의 코딩시스템으로 코드명칭과 코드가 의사 및 기타 의료인이 시행하는 의로서

비스와 의료행위를 설명하는데 사용된다. 의사 및 기타 의료인은 공공 및 민간 보험프로그램에 청구하기 위해 그들의 서비스와 의료행위를 나타내는데 CPT 코드를 사용한다. AMA가 CPT 코드의 추가, 삭제, 수정에 대한 결정을 한다. HCPCS의 level I 내의 CPT는 의사가 아닌 공급자에 의해 정기적으로 청구되는 의료 항목이나 서비스를 보고하는데 필요한 코드는 포함하지 않는다.

나. HCPCS level II

HCPCS level II의 개발과 사용은 1980년대에 시작되었다. Level II 코드는 알파벳숫자형 코드라고도 하는데 하나의 알파벳문자와 4개의 숫자로 구성되어 있기 때문이다. 국가코드(national codes)라고도 하는데 level II 코드가 CMS에 의해 관리되기 때문이다. HCPCS의 level II 코드는 표준화된 코딩시스템으로, 이는 일차적으로 CPT에 포함되지 않은 제품, 물품, 서비스를 분류하는데 사용된다. 효율적인 청구처리를 목적으로 category별로 유사성을 가진 의료 제품을 분류하는 시스템이다. Level II 코드가 지불 목적으로 사용된다 하더라도 HCPCS 코드의 추가, 삭제, 수정에 대한 의사결정은 보험급여 및 지불에 대한 의사결정 절차와는 별도로 시행된다.

- 5자리의 알파벳숫자형 코드가 사용된다: 첫자리는 문자(A~V, I와 S 제외), 4자리는 숫자
 - I 코드는 미국건강보험협회(Health Insurance Association of America)가 사용
 - S 코드는 BCBS(Blue Cross and Blue Shield) 보험회사가 사용
- 알파벳(예: LT), 알파벳숫자형(예: E1) modifier가 사용된다.
- 코드는 CMS에 의해 매년 업데이트된다.
- 메디케어와 메디icaid 수급자에게 제공되는 대부분의 의료 서비스와 물품을 청구하는데 요구되는 코드이다.

1) HCPCS level II의 원칙과 지침

HCPCS는 보험급여나 지불에 대한 의사결정을 내리기 위한 방법이나 시스템이 아니다. 각각의 보험자가 이러한 코딩절차와는 무관하게 보험급여나 지불에 대한 의사결정을 내린다. 게다가 코드가 있다는 것 자체가 어떤 항목이나 서비스에 대한 보험적용 여부를 결정하지는 않는다. 그 보다 HCPCS는 의료적인 특성의 항목이나 서비스에 대해 청구서식에 동일한 형식으로 보고하게 하는 코드체계이다. 공공 및 민간 보험 프로그램은 그러한 표준화된 코딩시스템이 필요한데, 이는 공급자가 청구서식에 동일한 형식으로 보고하게 하고 의미있는 데이터 수집을 가능하게 하기 위함이다. 코드에 대한 명칭은 특정 제품이나 브랜드/상품명 보다는 유사한 항목이나 서비스를 나타낸다.

2) HCPCS level II 코드의 유형

코드의 사용목적과 이를 만들고 관리하는데 책임이 있는 기관에 따라 몇 가지 유형의 HCPCS level II 코드가 있다.

가) 영구 국가코드[permanent national codes]

영구 국가코드는 HCPCS 국가패널[national panel]이 운영하며, 민간 및 공공 보험자가 공동 관리하는 표준화된 코딩시스템을 제공한다. 국가패널은 Blue Cross/Blue Shield Association(BCBSA), America's Health Insurance Plans(AHIP)-이전에는 미국건강보험협회로 알려진, CMS의 대표자로 구성된다. 이 패널은 코드의 추가, 삭제, 개정에 대한 의사결정을 책임지고 있다. CMS를 포함하여 당사자 중의 아무도 영구 level II 국가코드에 대하여 일방적인 의사결정을 내릴 수 없다.

영구코드는 매년 업데이트된다.

나) 치과 코드[dental codes]

미국치과협회[American dental association, ADA]에 의해 출간되는 최신치과용어[current dental terminology, CDT]에 치과 의료행위 및 물품을 청구하기 위해 사용되는 코드가 수록되어 있다. 이 코드는 별도의 국가코드 범주이며 HCPCS level II에 포함된다. CDT의 변경에 대한 의사결정은 HCPCS 국가패널이 아닌 ADA에 의해 이루어진다. 미국보건복지부[department of health and human services]는 치과서비스 청구시 사용하게 하기 위해 CDT를 HCPCS level II 코드 세트로 포함시키기로 ADA와 협정을 맺었다.

다) 기타 코드[miscellaneous codes]

공급자가 항목이나 서비스에 대한 청구서를 제출하려는데 청구될 항목이나 서비스를 적합하게 기술할 국가코드가 없는 경우 기타 코드가 사용된다. 이 코드에는 다방면에 걸친 또는 달리 분류되지 않는 코드가 포함되어 있어, 적합하게 맞는 코드가 아니더라도 공급자가 서비스나 항목에 대해 FDA가 승인하는 즉시 바로 청구를 시작할 수 있게 한다.

신규코드 요청에 대해 CMS가 검토 중인 기간 중에도 기타코드는 사용될 수 있다. 기타코드의 활용으로 거의 공급되지 않거나 청구량이 극소수일 것으로 예상되는 항목이나 서비스에 대해 별도의 코드를 부여하는 것의 비효율을 피할 수 있다.

라) 임시 국가코드[temporary national codes]

국가패널의 기타 구성원과 CMS가 임시 국가코드를 운영하는데, 이는 영구 국가코드와는 별개이다. 임시 국가코드는 보험자에게 유통성을 주는데, 영구 국가코드에 대한 차기 연간 업데이트 전에 또는 영구 국가코드에 대한 합의에 이를 때까지 필요한 코드를 만들 수 있게 한다. 임시코드는 HCPCS level II 코드의 35%에 이른다.

임시코드는 분기별로 변경될 수 있다. 코드는 도입하는데 전형적으로 120일~180일이 소요되는데, 이는 공급자에게 보낼 도입안내문을 준비하고 발행하고, 새로운 코드를 CMS 및 계약자의 전산시스템에 반영하고 사용자 교육을 시작하는데 필요한 시간이다.

유형별 임시코드는 다음과 같다.

- C codes : 병원 외래환자 전향적지불시스템[prospective payment system]에 사용된다.
- G codes : CPT에서 달리 코딩될 수 있으나 CPT 코드가 없는 경우, 전문가에 의한 의료행위와 서비스를 분류하기 위해 사용된다.
- Q codes : 국가 level II 코드로 분류되지 않으나, 청구처리 목적으로 코드가 필요한 약물과 기타 유형의 의료 서비스와 같은, CPT 코드가 부여되지 않을 서비스를 분류하기 위해 사용된다.
- K codes : 현재 영구 국가코드가 없으나 DMERC 의학적 검토정책을 이행하기 위해 필요한 경우, 의료내구재 지역중개인[durable medical equipment regional carriers, DMERC]에 의해 사용된다.
- S codes : BCBSA와 AHIP에 의해 사용된다. 국가코드가 없으나 정책이나 프로그램 또는 청구처리 목적으로 민간 부문에서 코드가 필요한 경우, 약물·서비스·물품을 보고하는데 사용된다.
- T codes : 주(state) 메디케이드 기관에서 사용하기 위해 설계되었다. 영구 국가코드가 없는 항목에 대한 코드와 메디케이드 프로그램을 운영하기 위해 필요한 코드를 만들기 위해서임. T 코드는 메디케어에 의해 사용되지 않으나 민간 보험자는 사용할 수 있음.

HCPCS level II 국가코드는 다양한 생산자가 만든 수백만 개의 상품을 유사한 항목 및 서비스로 분류하여 4,000 개 이상의 독립된 범주로 통합한다. 청구서를 제출할 때, 공급자는 그들이 청구하는 항목을 식별하기 위해 이들 코드 중 하나를 사용해야 한다. 코드에 부여되는 명칭은 그 코드를 사용하여 청구될 수 있는 항목 및 서비스에 대한 공식적인 정의를 나타낸다. 이는 특정 제품을 지칭하지 않는다. 코드 명칭이 특정 제품을 지칭하지 않는 이유는 HCPCS가 특정 제품을 보증하는 것으로 보이는 것을 피하기 위함이다.

마) 색인

HCPCS level II 코드는 알파벳숫자형이며, 색인은 알파벳 순서로 목록화되어 있다. 서비스나 물품의 이름에 코드가 따라온다.

3) HCPCS level II 내의 서비스와 제품(products)

HCPCS level II 내의 서비스와 제품을 나타내는 코드는 다음과 같다.

- A codes - 이송 서비스, 구급차 포함[transportation services including ambulance]

이 코드는 지상 및 항공 앰블런스, 비용급 이송(택시, 버스, 자동차, 휠체어 벤), 및 기타 이송관련 비용을 분류한다.

예를 들면,

- A0225, ambulance service, neonatal transport, base rate, emergency transport, one way &
- A0390 ALS mileage (per mile)

- A codes - 내과적·외과적 물품[medical and surgical supplies]

이 코드는 내구재[durable medical equipment, DME]와 관련된 내과적, 외과적, 및 기타 물품과 부속품을 분류한다. 내구재 관련 물품과 부속품, 내구재의 적절한 기능유지를 위해 요구되는 관리 및 수선은 일반적으로 보장규정에 따라 메디케어에 의해 급여된다.

예를 들면,

- A4206 syringe with needle, sterile 1 cc, each;
- A4330 perineal fecal collection pouch with adhesive, each

- A5500-A5511 for diabetic shoes
- A6000-A6512 special dressings
- A9500-A9700 supplies of some radiopharmaceutical imaging agents

다른 imaging agents는 C 코드[임시 외래환자 전향적지불제도] 부문에 포함되어 있다. 특정 HCPCS 코드가 없는 항목에 대한 기타 코드는 이 장의 뒤에 목록화되어 있다.

- B codes - 장관 및 비장관 치료[Enteral and parenteral therapy]

B 코드는 물품, 유동식[formulae], 영양용액[nutritional solutions], 및 주입펌프[infusion pump]에 대한 코드이다. 예를 들면,

- B4034 enteral feeding supply kit; syringe, per day
- B4150 enteral formulae; category I; semisynthetic intact protein/protein isolates, administered through an enteral feeding tube, 100 calories = 1 unit
- B4168 parental nutrition solution; amino acid, 2.5%, 500 ml = 1 unit, home mix
- B9002 enteral nutrition infusion pump, with alarm

- C codes - 외래환자 전향적지불제도 (임시)

C 코드는 병원에 대한 이행성 전가 지불[transitional pass-through payments]에 해당하며, 외래환자전향적지불제도[outpatient prospective payment system, OPSS]하에서 외래환자분류[ambulatory payment classifications, APCs]의 신기술로 분류되는 약, 생물학적제제, 기구[device]를 분류하는 코드이다.

예를 들면,

- C9703 Bard endoscopic suturing system
- C8911 magnetic resonance angiography[MRA] of the chest without and with contrast
- C1720 brachytherapy radiation sources such as palladium seeds
- C9208 as agalsidase beta to treat Fabry's disease: nonchemotherapeutic "orphan drugs"

- D codes - 치과 시술

D 코드는 별도의 국가코드이다. CDT 코드세트는 ADA에게 저작권이 있다.

- E codes - 내구의료재[durable medical equipment]

E 코드는 지팡이, 목발, 보행기, 이동식 세면대와 같은 내구재를 분류한다.

예를 들면,

- E0105 cane, quad or three-prong
- E0117 crutch underarm, articulating, spring assisted, each
- E0130 walker, rigid[pickup] adjustable or fixed height
- E0163 commode chair, stationary, with fixed arms

그 외 다음과 같은 항목을 분류한다.

욕창치료 장비

예를 들면,

- E0176 air pressure pad or cushion, nonpositioning

목욕 및 세면 보조기

예를 들면,

- E0241 bathtub wall rail, each

병원 침대

예를 들면,

- E0295 hospital bed, semi-electric[head and foot adjustment], without side rails, with mattress

산소 및 관련 호흡장비

예를 들면,

- E0461 volume ventilator, stationay or portable

모니터링 장비

예를 들면,

- E0607 home glucose monitor

심박동조율기 모니터링 장비

예를 들면,

- E0619 apnea monitor, with recording feature

안전 장비

예를 들면,

- E0700 safety equipment [예: belt, harness or vest]

그외 신경자극기[neurostimulator]와 infusion supplies[E0776, IV pole], traction[E0860 traction equipment, over door, cervical], 휠체어 부속품[E0968 commode seat, wheelchari], 및 휠체어[E1140 wheelchair; detachable arm, desk or full-length, swing-away, detachable footrests] 등도 분류한다.

인공신장기도 이 부문에 포함되어 있다.

- E1594 cyclor dialysis machine for peritoneal dialysis

- G codes - 의료행위/전문가서비스 (임시)

G 코드는 CPT에서 달리 코딩될 것이나 CPT 코드가 없거나 CMS의 요구에 따라 HCPCS 코드가 더 상세한 내용을 제공하는 경우 전문가에 의한 의료행위와 서비스를 분류하기 위해 사용된다.

병원에서의 관찰 서비스와 같은 다양한 서비스.

예를 들면

- G0263 direct admission of patient with diagnosis of congestive heart failure, chest pain or asthma

for observation services

PET 스캔 검사

- G0252 PET imaging, full and partial-ring PET scanners only, for initial diagnosis of breast cancer and/or surgical planning for breast cancer

부가로 composite rate 안에 들지 않는 말기신질환[end-stage renal disease, ESRD] 서비스에 대한 코드가 있다.

- G0326 ESRD related services for home dialysis [less than full month], per day, for patients between 12 and 19 years of age
- G0339-G0340 codes for complex radiation therapy using robotic linear accelerators

- H codes - 알코올 및 약물 남용 치료서비스[alcohol and drug abuse treatment services]

알코올 및 약물 치료서비스를 포함하여 정신건강서비스를 구분하기 위하여, 별도의 코드를 만들도록 한 주 법률에 의해 지정된 매디케이드 기관이 H 코드를 사용한다. 이 부문에서 해독치료, 약물 투여, 산전진료, 및 다양한 치료를 분류한다.

- H0014 alcohol and/or drug services; ambulatory detoxification
- H0033 oral medication administration, direct observation
- H1000 prenatal care, at-risk assessment
- H2030 activity therapy, per 15 minutes
- H2019 therapeutic behavioral services, per 15 minutes
- H2024 supported employment, per diem

- J codes - 경구가 아닌 다른 방법으로 투여된 약물[drugs administered other than by oral method]

J 코드는 통상적으로 자가 투여할 수 없는 약물을 분류한다.

- J0120-J3590 drugs administered by other than oral means
- J9000-J9999 chemotherapy drugs
- J7608-J7799 immunosuppressive drugs and inhalation solutions

- K codes(임시 코드)

K 코드는 DMERC가 사용하기 위해서 만들어졌다. 현재 사용되고 있는 영구 국가코드가 DMERC 의료검토정책을 이행하는데 필요한 코드를 담고 있지 않는 경우 개발된다.

예를 들면

E 코드 부문에 나와 있지 않은 휠체어와 휠체어 부속품에 대한 K 코드가 있다.

- K0019 arm pad, each

L 코드 부문에 포함되지 않은 척추보장구를 분류한다.

- K0114 back support system for use with wheelchair

다양한 기타 코드가 있다.

- K0602 replacement battery for external infusion pump owned by patient

이 부문의 코드는 임시 코드이기 때문에 정기적으로 추가되기도 하고 삭제되기도 한다.

• L codes - 보장구 의료행위[orthotic procedures]

L 코드는 척추측만증 장치[scoliosis equipment], 정형외과용신발[orthopedic shoes], 보철용 삼입물[prosthetic implants]과 같은 보장구와 보철기 기술과 기구를 분류한다. 보장구 부문에 있는 코드는 상당히 상세하다.

예를 들면

- L0490 TLSO(thoracolumbosacral orthosis), sagittal coronal control, one-piece rigid plastic shell with overlapping reinforced anterior with multiple straps and closures, posterior extends from sacrococcygeal junction and terminates at or before the T9 vertebra, anterior extends from the symphysis pubis to xiphoid, anterior opening, restricts gross trunk motion in sagittal and coronal planes, prefabricated, includes fitting and adjustment

척추보조기외에 다음과 같이 사지 보조기에 대한 코드가 있다.

- L1971 AFO[ankle-foot orthosis], plastic or other material with ankle joint, pre-fabricated, includes fitting and adjustment

정형외과용신발[orthopedic shoes]에 대한 코드는

- L3219 orthopedic footwear, man's shoes, oxford

보장구 수리에 대한 코드는

- L4205 repair of orthotic device, labor component, per 15 minutes

• L codes - 보철 의료행위[prosthetic procedures]

이 부문에 있는 의료행위는 “기초” 또는 기초적인 의료행위로 간주되며, 목록에 나오는 용어/의료행위나 “추가” 부문에 있는 특별한 materials에 의해 수정될 수 있다. “의료행위”하고 명명하였으나 이들 코드는 외과적 기술이 아니며, 보철물의 제작, 보철물의 추가나 교체 등에 대한 코드이다.

예를 들면

- L5150 knee disarticulation [or through knee] molded socket, external knee joint, shin, SACH foot

- L5704 custom-shaped protective cover, below knee
- L8020 breast prosthesis, mastectomy form

이 부문에는 보철물에 대한 코드를 포함하고 있다.

- L8600 implantable breast prosthesis, silicone or equal
- L8500 artificial larynx
- L8641 metatarsal joint implant [for joint replacement]

- M codes - 의학적 서비스[medical services]

M 코드는 진료실 서비스[office service], 세포치료[cellular therapy], 증식요법[prolotherapy], 위내저온요법[intragastric hypothermia], 정맥내킬레이트화치료[IV chelation therapy], 복부동맥류의직물감싸기[fabric wrapping of an abdominal aneurysm] 등을 분류한다.

이들 서비스는 CPT 코드를 적용하기에 적합하지 않은데, 그 이유는 효율성이 증명되지도 않거나 시대에 뒤진 방식으로 간주되기 때문이다.

- P codes - 병리 및 임상병리 서비스[pathology and laboratory services]

P 코드는 화학검사[chemistry], 독성검사[toxicology], 미생물검사[microbiology tests], 자궁경부질포진검사[screening Papanicolaou procedures], 다양한 혈액제제를 분류한다. 이 부문에는 이제 시대에 뒤진 것으로 간주되는 검사방법, 혈액제제, 검체를 채취하기 위한 여행경비에 대한 코드가 있다.

예를 들면

- P2033 thymol turbidity
- P9038 red blood cells, irradiated, each unit
- P9604 travel allowance one way in connection with medically necessary laboratory specimen collection drawn from homebound or nursing homebound patient; prorated trip charge

- Q codes (임시)

Q 코드는 임시코드이기 때문에 빨리 변경할 수 있다.

예를 들면

- Q0136 injection, epoetin alpha (for non-ESRD use), per 1000 units;

그외 항암치료시 같이 투여하는 경구 항구토제에 대한 코드, 신기술 안내렌즈에 대한 코드, 캐스트와 스프린트 물품에 대한 코드가 있다.

- R codes - 진단 영상검사 서비스[diagnostic radiology services]

R 코드는 이동형 방사선장비나 심전도 기구의 이송에 대해 분류하는 코드이다.

- S codes - 임시 국가코드: 비-메디케어[temporary national codes; non-Medicare]

BCBSA와 AHIP가 S 코드를 사용하는데, 국가코드가 없으나 민간영역에서 정책, 프로그램, 청구처리를 위해 코드가 필요한 경우 약물, 서비스, 물품을 분류하기 위함이다.

- 국가 T codes (임시)

주[state] 메디케어 기관이 T 코드를 사용하는데, 영구 국가코드가 없으나 메디케어 프로그램을 운영하기 위하여 필요하기 때문이다. 메디케어는 T 코드를 사용할 수 없으나 민간 보험자는 사용할 수 있다.

- V codes - 시력 서비스[vision services]

V 코드는 시력관련 물품을 분류하는데, 안경, 렌즈, 콘택트렌즈, 보철, 안내렌즈, 기타 렌즈를 포함한다. 이 부분의 코드는 렌즈의 유형에 대해 매우 상세하다.

- V codes - 청력 서비스[hearing services]

V 코드는 청력검사 및 관련 물품과 기구, 언어장애선별검사, 확장성의사소통도구의 수리 등에 대해 분류한다. 보청기에 대한 비용도 포함되어 있다.

다. HCPCS level III

HCPCS level III 코드는 흔히 지역코드[local codes]라고 부르는데, 이는 주 메디케어 기관, 메디케어 계약자, 민간보험자가 특별한 프로그램이나 특정지역에서 사용하기 위하여 개발한 것으로, 2003년 12월 31일 이전에는 HCPCS의 하위분류체계 코드였다. level III 코드는 5자리의 알파벳숫자형 코드이다.

1996년의 HIPAA 법령이 국가표준의료행위코딩을 요구함에 따라, 이에 부합하기 위하여 CMS가 HCPCS level III의 지역 의료행위 및 수식어 코드를 2003년 12월 31일자로 삭제하였다.

라. HCPCS 수식어[modifiers]

HCPCS level I 수식어는 AMA가 개발하였다. HCPCS level II 코드 수식어는 CMS가 개발하였으며 의료행위나 서비스가 시행되는 다양한 환경을 설명하기 위해 같이 사용된다. 수식어는 각각의 의료행위나 서비스의 환경과 개별 환자에게 어떻게 적용되는지 기술함으로써 코드 설명을 향상시키기도 한다. HCPCS 코드로 식별되는 서비

스나 항목에 대해 부가 정보를 얻기 위해, 어떤 상황에서 보험자는 공급자에게 수식어를 추가하도록 요청하기도 한다.

HCPCS level II 코드는 알파벳숫자형이거나 A1-VP 구간에서 두 자리 문자로 되어 있다. 예를 들면:

- LT Left side
- RT Right side
- E1 Upper left, eyelid
- E2 Lower left, eyelid
- F1 Left hand, second digit
- F2 Left hand, third digit
- LC Left circumflex coronary artery
- LD Left anterior descending coronary artery
- RC Right coronary artery

국가 수식어는 모든 수준의 HCPCS 코드와 같이 사용될 수 있다. CMS 웹사이트를 정기적으로 확인하면 변경되거나 추가되는 수식어를 알 수 있다. HIPAA 법령에 따라 CMS는 모든 의료제공자에게 서비스가 시행되는 당시 유효한 HCPCS 수식어를 보고하도록 요구한다.

5. 개정 및 업데이트 절차

메디케어 현대화 법령[Medicare Modernization Act]에 따라 코드개정을 위한 방법이 2004년 업데이트되어 절차상 공개적인 의견을 더 많이 허용하게 되었다. 업데이트란 다음을 포함한다:

- 공개회의의 확장 : 공개회의에서 HCPCS 제품, 물품, 및 서비스에 대한 모든 공개적인 요청을 다룬다. 회의와 관련된 항목은 코딩 요청 내용, 요청자, 제품이나 서비스의 이름을 포함하여 미리 알린다. 이를 통해 대중이 고려대상 코딩의 변화를 알게 하고 의사결정시 대중의 의견을 제출할 기회를 제공하는 것이다.
- 청원절차의 도입 : CMS가 2007년 코딩주기부터 청원절차를 도입하였다. 신청내용이 반영되지 않은 경우 의사결정을 재고하도록 청원할 수 있고, 동일한 코딩 주기동안 신청내용을 재고할 기회가 주어진다.
- 결정사항 공지문의 출간 : 모든 임시결정사항을 공개회의 전에 CMS 웹사이트에 공개하여, 효과적인 공개 토의와 의견을 촉진한다.

청원절차에서 나온 의사결정은 물론이고, 공개의견에 기초한 최종 의사결정은 유사하게 출간된다. 어떤 공급자나 제조자도 HCPCS 코드를 요청할 수 있다. 신청서는 CMS 웹사이트에서 설명문과 함께 내려받기할 수 있다. 새로운 코드가 고려되게 하려면, 신청서는 도입년도 전해 4월 1일까지 제출되어야 한다. 만약 2010년 HCPCS 코드를 받으려면, 신청서는 2009년 4월1일까지 제출되어야 한다.

신청서에서 요구하는 데이터항목은 다음과 같다:

- 의료장비나 약물의 FDA 승인상태, 해당되는 경우
- 장비, 약물, 서비스에 대한 설명
- 항목이 내구성이 있는지 여부
- 항목의 통상적인 의학적 목적

- 유사한 항목
- 항목에 대한 지불 이력
- 항목에 대해 현재 적합한 코드가 없는 이유
- 항목이 사용되는 의료환경

HCPCS 코드에 대한 수정은 세 가지 유형으로 요청할 수 있다:

- 코드 추가 : 제품을 기술할 명료한 코드가 없는 경우 다음과 같은 경우 코드 추가를 요청할 수 있다.
 - FDA가 미국내에서 제품 판매를 승인한다면
 - 제품이 최소 6개월동안 시장에 나와 있는 경우
 - 외래환자 3%이상이 제품을 사용하는 경우; 국내 시장에서 동일 유형 상품에 대비

신규 코드 요청이 승인되더라도 새로운 HCPCS 코드의 추가가 반드시 메디케어 급여를 의미하지는 않는다. 새로운 코드로 구별되는 항목의 급여 여부는, 코드의 부여가 아닌, 메디케어 법률, 규정, 의학적 검토 정책에 의해 결정된다.

- 현재 코드를 기술하는데 사용되는 용어의 변경 : 현재 코드가 있는 경우, 이를 수정하기 위한 권고를 할 수 있다. 코드로 표현되는 제품의 범주에 대해 좀 더 잘 설명하기 위하여 코드에 대한 명칭이 수정될 필요가 있다고 이해당사자가 믿는 경우 용어 변경을 신청할 수 있다.
- 현재 코드의 삭제 : 현재 코드가 시대에 뒤졌거나 다른 코드와 중복되는 경우, 코드를 삭제하도록 신청할 수 있다.

코드의 신설, 수정, 삭제의 필요성을 결정하기 위한 검토절차는 다음의 기준에 의해 진행된다.

- 현재 코드가 코딩을 요청하는 항목을 적합하게 기술하는 경우, 코드의 신설이나 수정은 시행되지 않는다. 코딩을 요청하는 항목과 유사한 기능을 가진 것으로 물품을 기술하거나 상당한 치료상의 구별이 없는 경우, 현재 코드가 코딩을 요청하는 항목을 적합하게 기술하는 것이다.
- 현재 코드가 코딩을 요청하는 항목과 작은 차이가 있을 뿐이며 기능에 있어서 거의 같은 물품을 기술하는 경우, 코딩을 요청하는 항목은 그 코드로 그룹화되며 차이를 반영하기 위해 코드명칭이 변경될 수 있다.
- 입원진료에서만 사용되거나, 진단이나 치료를 위해 사용되는 항목이 아니라면 그 항목에 대한 코드는 만들어 지지 않는다.
- FDA가 판매를 허용하는 항목이 아닌 경우, 코드의 신설이나 수정은 이루어지지 않는다.
- 6개월간의 판매실적에 의해 입증되는 충분한 청구활동이나 청구량이 있어야, 코드의 신설이나 수정으로 시스템의 효율성을 향상시키고 코드를 추가하고 수정하는 것에 대한 행정적 부담을 정당화한다.
- 입원진료와는 대조적으로 외래진료에서는 3%이상의 시간이 사용되는 항목이어야 한다.
- 코드를 삭제하는 결정은 항목이 쓸모없어지거나[예를 들면 물품이 더 이상 사용되지 않거나 다른 보다 상세한 코드가 추가됨] 중복되거나 더 이상 유용하지 않은지[예를 들면 새로운 코드가 현재 코드보다 항목을 더 잘 기술함]에 따른다.
- HCPCS 실무그룹은 국가심사단[National panel]을 위해 권고사항을 개발할 때 위에서 언급한 기준을 사용한다. 고려요인으로서 비용은 포함하지 않는다.

6. HCPCS에 대한 메디케어 요구사항

사회보장법에 따라, 메디케어 관련 연방정부법률은 매개기관[carriers]이 메디케어 환자에 대한 코드화된 데이터를 처리하는데 다음과 같은 기준을 준수하도록 요구한다.

- 입원진료서비스에 대해 병원이 제출하는 청구서에는 ICD-9-CM 진단 및 시술 코드를 사용한다.
- 영상검사 및 임상병리 서비스를 포함해서 외래진료에 대해 병원이 제출하는 청구서에는 ICD-9-CM 진단 코드와 HCPCS 의료행위 코드를 사용한다.
- 의사서비스나 관련 의료인의 서비스에 대해 병원, 의사, 또는 기타 기관이 제출하는 청구서에는 ICD-9-CM 진단 코드와 HCPCS 의료행위 코드를 사용한다.

회무상중간지불기관[Fiscal intermediaries, FI]과 매개기관[carriers]은 메디케어를 위해 이들 청구를 처리한다.

- 회무상중간지불기관이 CMS와 계약하여 의료제공자와 연방정부간의 회무 매개자로서의 역할을 수행하며 메디케어 part A 청구를 처리한다.
- 매개기관[carriers]은 CMS와 계약하여 의료제공자와 연방정부간의 회무 중개자로서 역할을 수행하며 메디케어 part B 청구를 처리한다.

7. 요약

의료재무청[Health Care Financing Administration, 현재 CMS]에 의해 1983년 개발된 HCPCS는 세 가지 수준의 코드로 나뉜다. 이러한 분류체계를 HCPCS의 level I, level II, level III라고 한다. Level I 코드가 CPT 코드이다. Level II 코드는 CPT가 다루지 않는 장비, 물품, 서비스를 코딩하는데 사용되며, 모든 level의 코드와 같이 사용될 수 있는 수식어[modifier]를 포함하고 있다. Level III 코드는 1996년 제정된 HIPAA 법률에 부합하기 위해 2003.12.31부로 삭제되었다.

HCPCS는 일차적으로 의사 및 의료인이 그들이 시행하는 서비스와 의료행위를 보고하기 위해 사용한다. 이러한 시스템을 통해 의학적인 서비스와 항목에 대해 청구시 동일한 형식으로 보고할 수 있게 된다.

3.3 Current Dental Terminology[CDT]

1. 개요

- 운영기관: 메디케어 및 메디케어 서비스 센터[Centers for Medicare & Medicaid Services, 이하 CMS]
- 운영주체: 미국치의학협회[the American Dental Association, 이하 ADA]
- 운영의 법률적 근거: 1996년 건강보험이전관련법령[Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]에서 진료비 청구업무의 행정간소화를 위하여 사용할 표준코드세트 중 하나로 2000년 표준코드세트 [standard code set]로 정함.
- CDT 적용대상: 치과 진료부문에 시행하는 진단 검사와 시술
- 분류대상: 진단 및 치료 목적의 시술[diagnostic and therapeutic procedures]
내과적 외과적 서비스[medical and surgical services]

2. 목적

- CDT는 매년 1월1일 개정된 내용이 발효됨.
- CDT 코드의 목적은 치과 치료를 정확하게 보고함에 있어서 표준화된, 일관성이 있고 구체적이고 상세함 (specificity)을 달성하는 것임. 또한 치과 치료 청구의 효율적인 처리과정을 제공하는 것으로 청구 및 심사뿐 아니라 수기 및 전자의무기록에서의 의무기록 작성을 지원함.
- 2000년 8월 CDT 코드는 HIPAA 표준코드세트로 채택되어 HIPAA 표준 전자(수기 포함) 청구로 제출되는 치과 진료비 청구는 진료일에 유효한 CDT 코드 버전에 의한 치과 행위 코드를 사용하여야 함.

3. 용어 및 분류체계의 역사

치과 영역의 분류체계는 치과 부문의 진단, 징후, 증상 및 호소(dental diagnoses, signs, symptoms & complaints)에 대한 용어체계 SNODENT와 진단적 검사 및 시술 영역에서 사용되는 CDT가 사용되고 있음.

가. SNODENT(Systematized Nomenclature of Dentistry)

- SNODENT는 치과 질환 영역의 체계화된 분류체계로써 SNOMED V3.4에 있는 내용을 이용하여 dental diagnoses, signs, symptoms & complaints에 관한 용어집을 개발하기로 함
- 1998년 4월 ADA와 CAP(미국병리학회)가 협력하여 약 10년 동안 개발을 진행하게 됨.
- SNODENT는 SNOMED의 치과 영역을 구성하고, SNODENT term에 SNOMED code를 부여함
 - SNOMED로부터 6,491개의 용어를 수집하여 치과 영역의 개념(concept)으로 정리하였음⁹⁾
 - 이 중 4,900개의 개념은 SNOMED로부터, 약 1,600개의 개념(concept)은 ADA로부터 수집됨.
 - SNOMED CT 2004년 1월 버전에 통합되어 사용하기 시작함
- SNODENT는 SNOMED CT의 공식적인 subset으로 전자의무기록 및 치과기록 등 전자적 환경에서 사용하도록 고안된 용어체계이며, 사실상 표준으로써 사용되고 있음.

9) Werner Ceusters, The Significance of SNODENT, MIE 2005 Proceedings, Geneva

- SNODENT의 개발 목적은 다음과 같음.
 - 치과 질환을 설명하기 위한 표준화된 용어의 제공
 - 임상적 상세내용과 환자의 특성을 얻기 위함
 - 환자에 대한 진료 서비스와 그 성과의 분석을 가능하도록 하기 위함
 - Electronic Health Records와 Electronic Dental Records의 상호운용성을 확보하기 위함
- 2007년에 dental terms & codes로 구성된 SNODENT 완성하고, ADA는 SNOMED CT의 한 subset으로 SNOMED CT에 포함되어 사용하며, 업데이트시키는 process를 시작함.
- 2007년 SNODENT는 약 6,000여개의 개념(concept)을 가지고 있음.
- SNODENT는 ICD-9-CM과의 매핑을 유지하고 있으며, ICD-10 CM과의 매핑을 개발하고 있음.
- SNODENT의 예시

F-A3692	Adverse taste perception
F-A3692	Chorda tympani disorder
F-A3692	Dysgeusia
F-A3692	Neurologic unpleasant taste
F-A3692	Parageusia
F-A3692	Perversion of sense of taste
F-A3692	Primary taste disorder
T-53120	Dorsal surface of <u>anterior two-thirds</u> of tongue
T-53120	Dorsal surface of tongue
T-53120	Dorsum of <u>anterior</u> tongue

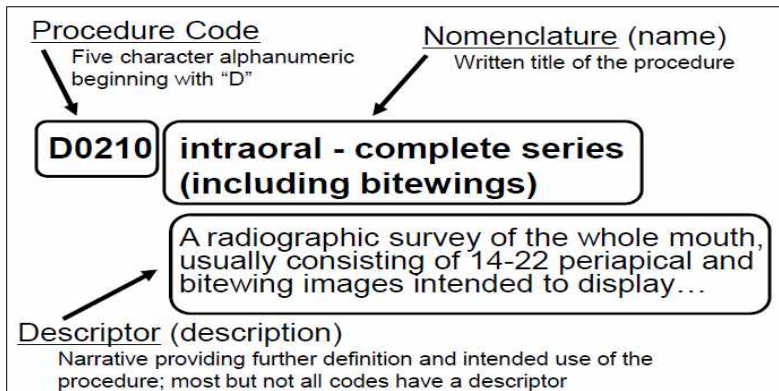
나. CDT(Current Dental Terminology)

- CDT의 공식명칭은 Codes on Dental Procedures and Nomenclature
- 1969년 ADA가 치과 진료부문에서 시행하는 진단 검사와 시술을 기술하기 위하여 CDT를 개발하였음.
- 미국에서 사용하는 코드체제로 치과 진단영역에는 SNODENT를 사용하고, 치과 검사 및 치료영역에서 CDT를 사용하고 있음.
- CDT는 의료분야기술코딩체계[Healthcare Common Procedure Coding System, 이하 HCPCS]의 일부로 HCPCS level II의 D Part로 포함되어있으나 다른 파트와는 코드를 관장하는 기구(조직)가 다름.
- 1969년 ADA에서 처음 발행하기 시작해 사용하고 있으며, 2013년 현재의 최신 개정판은 제16판인 2013/2014판을 사용하고 있음.
 - CDT 1 : 1986년
 - ~
 - CDT 13 : 2007/2008
 - CDT 14 : 2009/2010
 - CDT 15 : 2011/2012
 - CDT 16 : 2013/2014
- 2000년 CDT가 HIPAA 법령에서 표준코드세트로 채택됨.
- 코드체계가 개정을 자주 하는 이유에 대해서는 다음과 같이 설명하고 있음
 - 치과 분야는 급속도로 변하고 있어서 그 진단과 치료분야에 대한 신규 서비스도 기하급수적으로 추가되고 있어서 새로운 코드가 신설되어야 하고, 사용하지 않게 된 과거의 코드는 빠지게 됨.
 - 또한 코드는 서비스 제공자의 업무(일)을 책임지는 것이므로 정확한 서비스를 나타내야 함. 이는 보험자와의 관계에서도 수행한 서비스의 의미를 정확하게 전달하는 것이 필요하기 때문.
- 추가되거나 변경되는 코드의 규모

버전	신규	개정	삭제
CDT 2005/2006	39	47	3
CDT 2007/2008	23	33	3
CDT 2009/2010	4	26	0
CDT 2011/2012	8	19	0
CDT 2013/2014	35	37	12

4. CDT 코드의 구조

- D0100부터 D9999까지의 코드로 이루어져 있으며, 12개의 섹션으로 구분되어 치과 영역의 진단행위부터 치료 행위까지 망라하고 있음.
- 코드의 구성은 아래 3가지 구성요소를 이루어져 있음.
 - 1) 치과 의료행위 코드(Dental Procedure Code)
 - 5자리의 알파벳+숫자로 구성되며, 첫 문자 D로 시작하고, 4개의 숫자로 이루어짐.
 - 각 코드는 하나의 특정한 치과 행위를 나타냄.
 - 2) 코드명(nomenclature, name) : 치과 의료행위 코드에 대한 간략하게 쓰여진 정의(definition) 또는 명칭
 - 각 코드는 반드시 코드명을 가짐.
 - 3) 기술어(서술어, Descriptor) : 치과 의료행위 코드의 상세 정의와 용도를 제공하는 서술내용
 - 모든 코드는 반드시 기술어 부분을 가지지는 않으나 대부분 가지고 있음
- 개별 코드는 상기 3가지 구성요소 중 최소한 치과 의료행위 코드와 코드명(nomenclature)은 반드시 가짐.



- CDT 개별 코드의 예시

D3000-D3999 IV. Endodontics

✕ Local anesthesia is considered to be part of endodontic procedures.

PULP CAPPING

D3110 pulp cap - direct (excluding final restoration)
Procedure in which the exposed pulp is covered with a dressing or cement that protects the pulp and promotes healing and repair.

D3120 pulp cap - indirect (excluding final restoration)
Procedure in which the nearly exposed pulp is covered with a protective dressing to protect the pulp from additional injury and to promote healing and repair via formation of secondary dentin.

• CDT 코드세트(2013/2014 버전)

Section	Code	Categories	Code 수
1	D0100-D0999	Diagnostic	71
	D0120-D0180	- Clinical Oral Evaluations	7
	D0190-D0191	- Pre-diagnostic Services	2
	D0210-D0391	- Diagnostic Imaging	36
	D0415-D0470	- Tests and Examinations	9
	D0472-D0502	- Oral Pathology Laboratory	17
2	D1000-D1999	Preventive	15
	D1110-D1120	- Dental prophylaxis	2
	D1206-D1208	- Topical Fluoride Treatment	2
	D1310-D1352	- Other Preventive Services	5
	D1510-D1555	- Space Maintenance	6
3	D2000-D2999	Restorative	81
	D2140-D2161	- Amalgam Restorations	4
	D2330-D2394	- Resin-based Composite Restorations - Direct	9
	D2410-D2430	- Gold Foil Restorations	3
	D2510-D2544	- Inlay/Onlay Restorations	6
	D2610-D2644	- Porcelain/ceramic inlays/onlays	6
	D2650-D2664	- Resin-based composite inlays/onlays	6
	D2710-D2799	- Crown - Single Restorations only	18
	D2990-D2951	- Other Restorative Services	29
4	D3000-D3999	Endodontics	32
	D3110-D3120	- Pulp Capping	2
	D3220-D3222	- Pulpotomy	3
	D3230-D3240	- Endodontic Therapy on Primary Teeth	2
	D3310-D3333	- Endodontic Therapy	6
	D3346-D3348	- Endodontic Retreatment	3
	D3351-D3354	- Apexification/Recalcification and Pulpal Regeneration Procedures	4
	D3410-D3470	- Apicectomy/Periradicular Services	8
	D3910-D3999	- Other Endodontic Procedures	4
5	D4000-D4999	Periodontics	37
	D4210-D4278	- Surgical Services	28
	D4320-D4381	- Non-Surgical Periodontal Service	6
	D4910-D4999	- Other Periodontal Services	3
6	D5000-D5899	prosthodontics (removable)	49
	D5110-D5140	- Complete Dentures	4
	D5211-D5281	- Partial Dentures	7
	D5410-D5422	- Adjustments to Dentures	4
	D5510-D5520	- Repairs to Complete Dentures	2
	D5610-D5671	- Repairs to Partial Dentures	8
	D5710-D5721	- Denture Rebase Procedures	4
	D5730-D5761	- Denture Reline Procedures	8
	D5810-D5821	- Interim Prosthesis	4
	D5850-D5899	- Other Removal Prosthetic Services	8

Section	Code	Categories	Code 개수
7	D5900–D5999	Maxillofacial Prosthetics	42
8	D6000–D6199	Implant Services	47
	D6190	– Pre-Surgical Services	1
	D6010–D6104	– Surgical Services	9
	D6055–D6077	– Implant Supported Prosthetics	30
	D6080–D6199	– Other Implant Services	7
9	D6200–D6999	Prosthodontics, fixed	58
	D6205–D6253	– Fixed Partial Denture Pontics	13
	D6545–D6634	– Fixed Partial Denture Retainers – Inlays/Onlays	20
	D6710–D6793	– Fixed Partial Denture Retainers – Crowns	17
	D6920–D6999	– Other Fixed Partial Denture Services	8
10	D7000–D7999	Oral and Maxillofacial Surgery	132
	D7111–D7140	– Extractions (Includes local anesthesia, suturing, if needed, and routine postoperative care)	2
	D7210–D7251	– Surgical Extractions (Includes local anesthesia, suturing, if needed, and routine postoperative care)	7
	D7260–D7295	– Other Surgical Procedures	17
	D7310–D7321	– Alveoloplasty – Surgical Preparation of Ridge	4
	D7340–D7350	– Vestibuloplasty	2
	D7410–D7465	– Surgical Excision of Soft Tissue Lesions	7
	D7440–D7461	– Surgical Excision of Intra-Osseous Lesions	6
	D7471–D7490	– Excision of Bone Tissue	5
	D7510–D7560	– Surgical Incision	8
	D7610–D7680	– Treatment of Fractures – Simple	9
	D7710–D7780	– Treatment of Fractures – Compound	9
	D7810–D7899	– Reduction of Dislocation and Management of Other Temporomandibular Joint Dysfunctions	21
	D7910	– Repair of Traumatic Wounds	1
	D7911–D7912	– Complicated Suturing	2
	D7920–D7999	– Other Repair Procedures	32
11	D8000–D8999	Orthodontics	19
	D8010–D8040	– Limited Orthodontic Treatment	4
	D8050–D8060	– Interceptive Orthodontic Treatment	2
	D8070–D8090	– Comprehensive Orthodontic Treatment	3
	D8210–D8220	– Minor Treatment to Control Harmful Habits	2
	D8660–D8999	– Other Orthodontic Services	8
12	D9000–D9999	Adjunctive General Services	38
	D9110–D9120	– Unclassified Treatment	2
	D9210–D9248	– Anesthesia	10
	D9310	– Professional Consultation	1
	D9410–D9450	– Professional Visits	5
	D9610–D9630	– Drugs	3
	D9910–D9999	– Miscellaneous Services	17
	Total		621

5. 개정 및 업데이트 절차

가. 개정 절차

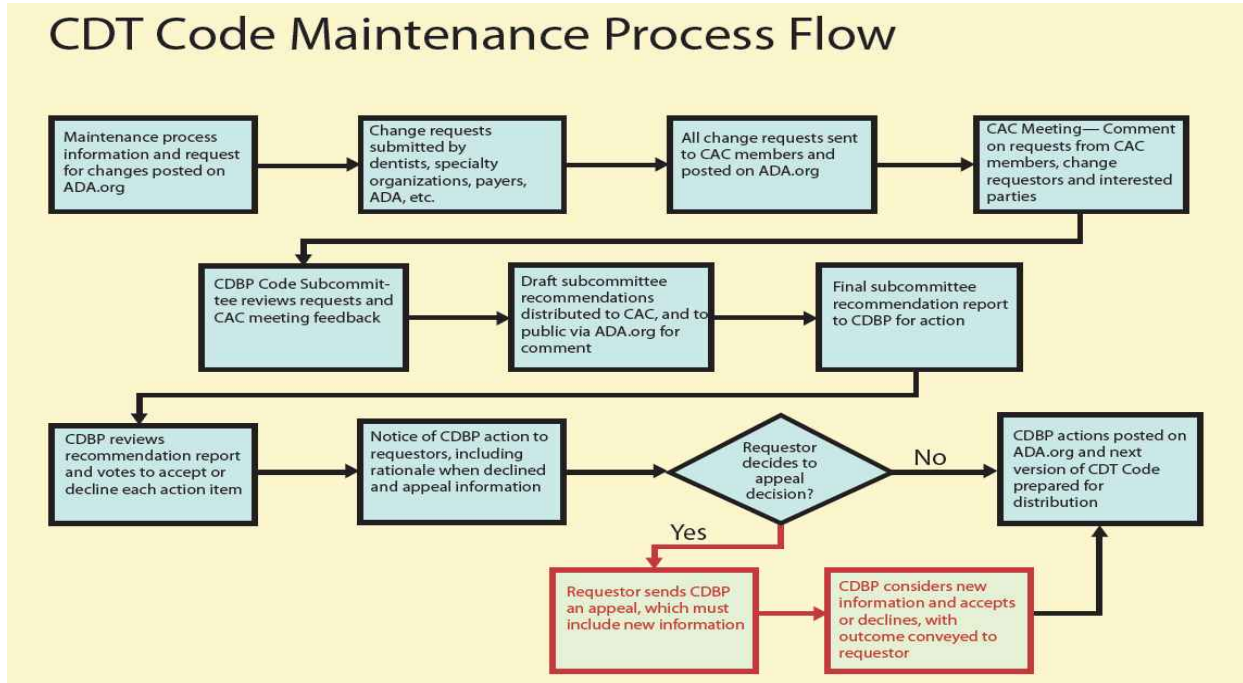
- CDT 코드 변경 요청(추가, 개정, 삭제 등)은 언제든지 누구든(개인 및 단체) 할 수 있음.
- ADA 내규로 치과급여프로그램심의회(Council on Dental Benefit Programs, CDBP)가 CDT 코드 유지관리에 대한 법적 책임을 가짐. CDBP은 이를 위해 코드관리위원회(Code Maintenance Committee, CMC)를 가동하고 있음.
- 코드개정위원회(Code Revision Committee)에 의하여 CDT 코드의 변경에 대한 의사결정이 이루어짐.
- 코드관리위원회(CMC)의 위원은 치과 서비스 영역의 다양한 부문의 대표들이 참여하고(ADA, 치과전문분야별 기구, 제삼지불자 등), 위원들은 CDT 코드 변경 요청을 수락, 수정 또는 거부하기 위하여 표결을 시행함.

- 위원회 구성 :

- . ADA에서 5명의 대표(이들 중 한명이 의장직 수행)
- . 9개의 치과전문분야별기구에서 1명씩 참여
 - American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology
 - American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology
 - American Academy of Pediatric Dentistry
 - American Academy of Periodontology
 - American Association of Endodontists
 - American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
 - American Association of Orthodontists
 - American Association of Public Health Dentistry
 - American College of Prosthodontics
- . 일반치과학술원(Academy of General Dentistry) 1명
- . 아래 보험자 단체에서 1명씩
 - America's Health Insurance Plans
 - Blue Cross and Blue Shield Association
 - Centers for Medicare and Medicaid Services
 - Delta Dental Plans Association
 - National Association of Dental Plans
- . 미국치과교육협회(American Dental Education Association) 1명

나. CDT 코드 유지 절차¹⁰⁾

- 2012년 1월 ADA 치과급여프로그램심의회(Council on Dental Benefit Programs, CDBP)에서는 새로운 CDT 코드 유지 프로세스를 시작함.
- 목적은 전문가와 대중의 요구에 좀 더 부응하는 치과 코드를 허용하기 위함



- CDT 코드 검토 및 개정은 1년 주기로 이루어지며, 매년 1월 1일 새로운 개정내용이 효력을 발생시킴.
- CDT 코드 연중 검토 및 개정 프로세스 및 일정(예, 2014년 1월 개정판에 대비한 일정)

날짜	이벤트/활동
2012.11.1	CDT Code 변경요청 제출 마감 - 이 날짜이후의 변경요청은 다음해 개정일정으로 넘긴다.
2012.12.15	변경요청 일괄 요약 목록을 ADA.org에 게시 - CAC 위원들에게 검토요청 양식 배포
2013.2.28	CDT Code 변경요청에 대한 대중 토의 및 의견을 묻기 위한 CAC 위원회 회의 개최
2013.3.1-2	CAC 회의에서 위원들은 변경에 대한 투표를 하여 Action Report를 준비한다. - Report에는 명시된 행위에 대한 자세한 사유를 포함한다. - 관심있는 단체는 회의록에 대한 의견을 말할 수 있다.
2013.3.12	Action Report는 CAC 위원들에게 회람되고 ADA.org에 공공의 의견을 묻기 위해 게시됨
2013.3.26	Action Report에 관한 공공의 의견을 구하는 기한
2013.4.5	CAC는 공공의 의견을 검토하고 CDBP에 대한 Action Report에 변경을 있을 경우, 변경을 결정하기 위하여 전화회의를 한다.
2013.5.1	CDBP는 행위에 대한 사유를 포함하여 CDT Code 변경 요청자에게 CAC 결정을 통지함. - Action Report를 이해당사자들에게 배포하고 ADA.org에 게시한다.
2013.6.1	2014.1.1에 효력이 발생하는 CDT Code 개정판 준비를 완료한다.
2013.11.1	2015.1.1에 효력이 발생하는 개정판을 만들기 위하여 Code 변경 검토 및 개정을 위한 CDT Code 변경 요청 제출 마감 시한

10) source : http://www.ada.org/sections/newsAndEvents/pdfs/120117_cdt_chart.pdf

다. CDT 코드 평가 기준

- CDT 코드 변경 요청에 대한 평가는 ADA 평의회에서 채택된 평가기준에 의해 이루어짐.
 - 1) 코드변경 요청의 평가는 적용 가능한 치과 보험 플랜에 의하여 보장받는 서비스가 아닌 환자의 치과적 필요성에 의한 행위를 문서화의 필요성에 따라 해야 한다.
 - 2) 치과 의사에 의해 환자에게 제공되는 행위는 문서화할 수 있는 코드가 있어야 한다.
 - 3) 코드명(nomenclature)과 기술어(descriptor)는 명확하고 모호하지 않아야 한다.
 - 4) 코드명(nomenclature)과 기술어(descriptor)는 행위가 제공되는 방법을 나타낼 수 있어야 하며, 행위가 보고될 시점의 참조 또는 다른 행위와 함께 보고되는 제한점이 포함되어서는 안된다.
 - 5) 코드의 남용 또는 부정사용에 대한 알려진 잠재성이 평가 가이드라인으로 고려되어서는 안된다.
 - 6) 치료 커뮤니티 표준은 다른 평가 기준의 고려를 제한해서는 안된다.

라. 코드 개정관련 양식 및 보고서 견본

- 코드개정위원회 Action Report 예시

#	CID *	Action	NOMENCLATURE	DESCRIPTOR	CRC Disposition	
			Action = Add – <u>Dxxxx + new text</u> Action = Revise or Delete – current code +illustration of any text change (<u>add / delete</u>)	Action = Add – <u>new text</u> (if any) Action = Revise or Delete – illustration of text change (<u>added text / deleted text</u>)	Action	Rationale for Decline

	PRE		PREVENTIVE	D1000-D1999		
8.	PRE-001-3/1	Add	<u>D1xxx</u> <u>caries counseling with individual at high caries risk</u>	<u>Extensive counseling has been completed to educate the patient about the etiology of dental caries in an effort to reduce the effects of dental caries through hygiene methods, dietary counseling, remineralization techniques and surgical interventions. The patient was identified as being at high risk for dental caries as a result of a recent evaluation which identified the caries present, familial history of caries, dietary factors and other recognized risk factors. Therapy for treatment and prevention of caries may be reported separately.</u>	Decline	Members of the committee believe that the procedure described is adequately reported using existing codes.

- CDT 코드 변경요청에 대한 CDBP의 Action Report 내용 예시

Request

Inventory #	1	CID	DIA-01	Action	Revise	Submitted By	Dr. Barnard
Procedure Code Affected	D0210	Other CDT Text Affected					
Nomenclature / Title (additions in <u>blue underline</u> ; deletions in red-strike-through)							
intraoral – complete series (including bitewings)							
Descriptor / Text (additions in <u>blue underline</u> ; deletions in red-strike-through)							
<u>A Full mouth radiographic survey of the whole mouth, usually consisting of 14-22 coverage, either by individual periapicals and posterior bitewings, or by panoramic method, either or</u> images intended to display the crowns and roots of all teeth, periapical areas and alveolar bone.							

CDBP Action

Accept	Decline	Comment / Rationale
	X	The requested change conflicts with the definition of a complete series of intraoral images contained in the ADA/FDA Radiograph Guidelines (The Selection of Patients for Dental Radiographic Examinations, 2004; American Dental Association, Department of Health & Human Services; Page 17) as incorporated in the D0210 descriptor.

• CDT Code Action 신청서 견본

1. Requestor Information				Date Submitted:				
Name:								
Address (Line 1):								
Address (Line 2):								
City:		State:		Zip Code				
Telephone:		Email:						
2. Does this request represent the official position of: a) a dental organization or a recognized dental specialty; b) a third-party payer or administrator; or c) the manufacturer/supplier of the product?								
Yes >	<input type="checkbox"/>	If Yes,						
No >	<input type="checkbox"/>	Name:						
3. Does the requestor or entity identified in item #1 or #2 receive any financial benefit?								
Yes >	<input type="checkbox"/>	If Yes,						
No >	<input type="checkbox"/>	describe:						
4. Action	Add	<input type="checkbox"/>	Revise	<input type="checkbox"/>	Delete	<input type="checkbox"/>	Affected Code (Revisions & Deletions)	
5. Full text of requested action (Additions & Revisions)								
Nomenclature								
Descriptor								
6. Rationale for this request (e.g., reasons why existing procedure code is inadequate or no longer appropriate; description of technology inherent to procedure; dental schools where taught).								
7. For Additions – a) current CDT Code used to report the proposed procedure; b) description of the procedure or clinical condition; and c) scenario describing the patient, materials, technique, etc.								
8. Supporting documentation or literature: a) if protected by copyright, written authorization to reprint and distribute must be provided; and b) all material must be submitted in electronic format.								
Material submitted?	Yes >	<input type="checkbox"/>	Protected by copyright?	Yes >	<input type="checkbox"/>	Permission to reprint?	Yes >	<input type="checkbox"/>
	No >	<input type="checkbox"/>		No >	<input type="checkbox"/>		No >	<input type="checkbox"/>
9. Additional Comment/Explanation:								

- CDT Code - Category/Subcategory/Sub-subcategory Action 신청서 견본

1. Requestor Information				Date Submitted:							
Name:											
Address (Line 1):											
Address (Line 2):											
City:			State:		Zip Code						
Telephone:			Email:								
2. Does this request represent the official position of: a) a dental organization or a recognized dental specialty; b) a third-party payer or administrator; or c) the manufacturer/supplier of the product?											
Yes >	<input type="checkbox"/>	If Yes,									
No >	<input type="checkbox"/>	Name:									
3. Does the requestor or entity identified in item #1 or #2 receive any financial benefit?											
Yes >	<input type="checkbox"/>	If Yes,									
No >	<input type="checkbox"/>	describe:									
4. Affected Content		Category		Subcategory		Sub-subcategory					
5. Action		Add	Revise	Delete							
6. Full text of requested action (Additions & Revisions)											
Title											
Descriptor											
7. Rationale for this action.											
8. For Additions – Specify Category or Subcategory in which the addition will be located.											
9. Supporting documentation or literature: a) if protected by copyright, written authorization to reprint and distribute must be provided; and b) all material must be submitted in electronic format.											
Material submitted?		Yes >	<input type="checkbox"/>	Protected by copyright?		Yes >	<input type="checkbox"/>	Permission to reprint?		Yes >	<input type="checkbox"/>
		No >	<input type="checkbox"/>			No >	-			No >	-
10. Additional Comment/Explanation:											

6. CDT 사용절차

- ADA로부터 매년 1회 업데이트된 개정판 배포.
- 미국내 각 주의 department of Health and Human Services에서 Medicaid services에 대한 Practitonal Fee Schedule for Dental Service를 해당 의료기관에 배포.
- Practitonal Fee Schedule for Dental Service는 다음의 정보를 포함.
 - 신규 코드 및 수정 코드에 대한 정보
 - 시술 코드별 Coverage criteria/Limitations
- 각 의료기관에서는 fee schedule에 따른 Coverage criteria/Limitations을 고려하여 보험적용여부를 판단하고 진료비 청구를 진행함.
- Fee schedule에 따른 Coverage criteria/Limitations 설명 및 예시(1)

code	description	fee	Prior Authorization	Coverage criteria /limitations
D0000~ D9999	각 시술별 명칭	미국달러로 표시	- 사전 승인이 필요한 서비스 여부 표기 - 예/아니오로 표기	시술별로 적용되는 기준/제한점이 다르다.
D0120	주기적 구강 검사	\$17.00	No	20세이하: 정기 구강검사는 6개월 간격으로 보험2721이 인정된다. 만일 치과의사로부터 필요하다고 확인된 경우는 더 자주 이루어질 수 있다.
D2721	금속치관-resin with predominantly base metal	\$329.00	Yes	전통적인 보철물이 불가능한 경우 앞니와 송곳니의 보철이 인정된다.

- 수가표(fee schedule)에 따른 보험적용 기준 및 제한 예시(2)

연령 기준 :

- 13세 이하 (D1110 등)
- 14-20세 (D1120 등)
- 20세 이하 (D0120 등)
- 21세 이상 (D0145 등)

하루 최대 지불비용 한정

- 하루 최대 \$45.00까지 가능 (D0210)

치료를 요하는 기간 : 해당 시술에 대한 치과의사의 의견을 반영한 주기 이내의 시술은 예외사항을 제외하
고는 인정하지 않는다.

- 시술당 최대 4일 (D0240)
- 6개월 간격 (D0120)

- 2년 간격 (D1351)
- 3년 간격 (D0240)
- 틀니 착용 후 6개월만 보장 (D5130, D5140)
- 이식물 장착 후 첫 6개월 동안 1회만 적용
- 적용치아의 개수
 - 치아 번호 기재 필요 (D2332, D2335)
- 유치, 영구치여부에 따른 보험 적용 제한(치아 번호 기재 필요)
 - 유치에만 적용 (D2394, D3220)
 - 영구치에만 적용 (D3320, D3410)
- 사전 승인을 받은 후 이루어진 시술
 - 진단적 방사선검사 수행 (D2710, D3310, D3351)
 - 치주 기록(perio charting)
 - 과거병력
 - 얼마나 오래 치과 진료를 받았는지의 정보
- 기타 기준
 - 치아 탈락 후 시행한 임시 대체물의 비보장

- 수가표(fee schedule)에 따른 보험적용 기준 및 제한 예시(3)

Current Dental Terminology © American Dental Association

Code	Service Code Description	Children Under 21			Adults 21 and Older			Adults (DDS) 21 and Older		
		Fee	Covered Service	Auth Required	Fee	Covered Service	Auth Required	Fee	Covered Service	Auth Required
602 Service Codes and Descriptions: DIAGNOSTIC										
D0120	Periodic oral examination, established patient	\$29	Yes	No	\$20	Yes	No	\$20	Yes	No
D0140	Limited oral evaluation - problem focused	\$49	Yes	No	\$39	Yes	No	\$39	Yes	No
D0145	Oral evaluation for patient under 3 yrs of age & counseling w primary caregiver	I.C.	Yes	No	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable
D0150	Comprehensive oral evaluation new or established patient	\$58	Yes	No	\$37	Yes	No	\$37	Yes	No
D0160	Detailed & extensive oral evaluation - problem focused, by report	\$77	Yes	No	\$60	Yes	No	\$60	Yes	No
603 Service Codes and Descriptions: RADIOGRAPHS										
D0210	Intraoral complete series (including bitewings)	\$88	Yes	No	\$69	Yes	No	\$69	Yes	No
D0220	Intraoral periapical, first film	\$20	Yes	No	\$14	Yes	No	\$14	Yes	No
D0230	Intraoral periapical, each additional film	\$16	Yes	No	\$12	Yes	No	\$12	Yes	No
D0270	Bitewing - single film	\$17	Yes	No	\$13	Yes	No	\$13	Yes	No
D0272	Bitewings - two films	\$30	Yes	No	\$22	Yes	No	\$22	Yes	No
D0273	Bitewings - three films	I.C.	Yes	No	I.C.	Yes	No	I.C.	Yes	No
D0274	Bitewings - four films	\$43	Yes	No	\$33	Yes	No	\$33	Yes	No
D0330	Panoramic film * exception for members unable to cooperate with the process for a FMx (See 130 CMR420.423 (C)(2)(b)). (Non-Surgical)	\$88	Yes	No*	\$62	No*	No*	\$62	No*	No*
D0340	Cephalometric film	\$85	Yes	No	\$69	Yes	No	\$69	Yes	No
D0350	Oral/facial images	\$47	Yes	No	\$36	Yes	No	\$36	Yes	No
D0470	Diagnostic casts	\$72	Yes	Yes	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	\$58	Yes	Yes
604 Service Codes and Descriptions: PREVENTIVE										
D1110	Prophylaxis - adult	\$70	Yes (Use this code for ages 14-21)	No	\$49	Yes	No	\$49	Yes	No
D1120	Prophylaxis - child	\$51	Yes (Use this code for ages upto 14)	No	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	N/A	Not Applicable	Not Applicable
D1203	Topical application of fluoride (prophylaxis not included) - child	\$26	Yes	No	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	N/A	Not Applicable	Not Applicable
D1204	Topical application of fluoride (prophylaxis not included) -adult * exception for members who have a medical or dental condition that significantly interrupts the flow of saliva - PA required. See 601(A) above	N/A	Not Applicable	Not Applicable	\$29	No*	Yes*	\$29	No*	Yes*
D1206	Topical fluoride varnish; therapeutic application for moderate to high caries risk patients.	\$26	Yes	No	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable

- 수가표(fee schedule)에 따른 보험적용 기준 및 제한 예시(4) - Kansas주 BlueCross/BlueShield
 CDT 코드에 따라 진료비 청구에 필요한 의무기록의 내용을 지정하여 게시하고 이에 따라 시술별 진료비 청구 시 해당 의무기록 또는 의무기록의 내용이 포함되도록 하고 있음.¹¹⁾

CDT Code	Records Required
Crowns – for front teeth and/or six or more teeth	Dental/Medical records including periapical x-rays (front teeth), bitewings (back teeth) with supporting rationale for the need of a crown on each tooth
D0360 – cone beam ct – craniofacial data capture	Reason/rationale for needing the cone beam CT, i.e., TMJ/ortho/implant, endodontics
D0362 – cone beam – two-dimensional image reconstruction using existing data, includes multiple images	
D0363 – cone beam – three-dimensional image reconstruction using existing data, includes multiple images	
D4271 – free soft tissue graft procedure	<u>Policy Guidelines</u> 1. The following clinical findings should be submitted for consideration: a. Tooth # b. Probing depths (mm) c. Gingival recession (mm) d. Keratinized gingival (mm) e. Presence of marginal inflammation f. Progression of recession g. Cervical caries or abrasion
D4273 – subepithelial connective tissue graft procedures, per tooth	
D4275 – soft tissue allograft	
D4276 – combined connective tissue and double pedicle graft, per tooth	
D4249 – clinical crown lengthening – hard tissue	Dental/Medical records including op report and/or clinical notes
D7290 – surgical repositioning of teeth	
D7350 – vestibuloplasty – ridge extension (including soft tissue grafts, muscle reattachment, revision of soft tissue attachment and management of hypertrophied and hyperplasty tissue)	Dental/Medical records including arch code, op report and/or clinical notes
D7860 – arthrotomy	Dental/medical records for TMJ services to include clinical records with a history and physical, any prior treatments and the complaints, signs and symptoms
D7865 – arthroplasty	
D7871 – non-arthroscopic lysis and lavage	
D7872 – arthroscopy – diagnosis, with or without biopsy	
D7873 – arthroscopy – surgical: lavage and lysis of adhesions	
D7874 – arthroscopy – surgical: disc repositioning and stabilization	
D7875 – arthroscopy – surgical: synovectomy	
D7876 – arthroscopy – surgical: discectomy	
D7877 – arthroscopy – surgical: debridement	
D7880 – occlusal orthotic device, by report	

11) By Report CDT Codes Requiring Dental/Medical Records, BlueCross/BlueShield of Kansas 2012

3.4 ICD-10-PCS

1. 개발경과

가. ICD-10-PCS 개발배경

- 1995년 새로운 시술분류 코딩시스템 개발을 위해 CMS가 3M 건강정보시스템(3M Health Information Systems)과 계약함
- 새로운 시스템은 입원환자 시술을 보고하는데 사용하는 ICD-9-CM을 대체하기로 함

나. ICD-10-PCS 개발경과

- 1995~1996 : ICD-10-PCS의 첫 번째 초안 시험 개발
- 1996~1997 : 훈련프로그램 개발. 비공식적인 시험운영 시행. ICD-10-PCS 보완
- 1997~1998 : 독립적인 공식 시험운영 시행, ICD-10-PCS 보완. 첫 번째 초안의 완성
- 1998~현재 : ICD-10-PCS 매년 갱신 시행

다. ICD-10-PCS의 주요 개발 목표

- 코딩의 정확성과 효율성 향상
- 교육의 부담은 줄이면서 의사와의 커뮤니케이션을 증대하고자 함

라. ICD-9-CM 분류체계의 문제점

- 코드가 3~4개의 숫자로 구성되어 있으며 4,000여개에 불과함
- 상세성의 수준이 표준화되어 있지 않으며 상세성이 다양함
- 하나의 코드가 여러 가지 시술을 포함하여 분류하므로 특이성이 부족함

2. 주요 특징

가. ICD-10-PCS의 주요 특징

- 완결성 : 사실상 다른 모든 시술은 유일한 코드를 가진다.
- 확장성 : 시스템 구조상 새로운 시술에 유일한 코드를 부여할 수 있게 한다.
- 표준화된 용어 : 사용되는 용어에 대한 정의를 가진다. 특정 단어가 흔히 사용될 때는 그 의미가 다양할 수 있지만, ICD-10-PCS는 이 시스템에서 사용되는 각 용어에 단독의 의미를 정의함
- 다축구조 : 이 시스템은 다축구조를 가진다. 각각의 자릿수는 하나의 부문 내에서 그리고 부문을 넘어서도 가능한 정도까지 같은 의미를 가진다.

나. ICD-10-PCS의 일반원칙

- 진단정보는 코드명에 포함되지 않는다.
- NEC(not elsewhere classified, 달리 분류되지 않음) 선택은 새로운 장비나 물질에 대해서만 허용된다.
- 실질적으로 다른 모든 시술이 모두 정의된다.
- NOS(Not otherwise Specified, 상세불명) 선택의 제한: 요구되는 상세성의 수준이 기록을 통해 얻을 수 없거나 달리 얻어질 수 없을 때 일반적인 신체부위, 접근방법 또는 루트수술이 사용될 수 있다.

다. ICD-9-CM과 ICD-10-PCS 비교

- 바람직한 시술분류체계의 특성에 대해 미국의 NCVHS가 정의한 바에 따라 ICD-9-CM과 ICD-10-PCS를 비교한 결과임

[표3-4-1] ICD-9-CM과 ICD-10-PCS 비교 (A comparison between ICD-9-CM and ICD-10-PCS)

구분	NCVHS [†] characteristics	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
1. 위계 구조	·개별코드를 더 큰 범주로 모을 수 있어야 함	·신체계통별로 모을 수 있으나 시술의 다른 특성별로 수집은 어려움	·시술의 모든 중요 특성에 따라 수집할 수 있는 능력이 제공됨
	·각각의 코드는 유일한 정의를 가지며 재사용이 불가해야 함	·코드가 재사용되기 때문에 일부코드는 유일한 정의를 가지지 않음	·모든 코드가 유일한 정의를 가짐
2. 확장성	·새로운 시술과 기술에 대한 유연성 ("empty code numbers")	·유연성이 매우 적음. 새로운 시술과 기술을 통합하기 어려움. 사실상 empty code number가 없음	·유연성이 높음. 새로운 시술과 기술이 쉽게 통합됨. empty code number가 제한없이 가능함
	·정기적인 갱신을 위한 기전	·코드관리위원회를 통해 매년 갱신됨	·갱신절차가 수립될 필요가 있음. 코드관리위원회 운영
	·코드 확장이 체계적인 코드 구조를 깨지 않아야 함	·체계적인 코드구조를 깨지 않고 코드확장은 어려움	·코드확장이 체계적인 구조를 깨지 않음
3. 포괄성	·NOS, NEC 범주를 제공하여 모든 가능한 시술이 어딘가에 분류될 수 있음	·NOS, NEC 범주를 확장하여 사용할 수 있음(폭넓은 적용으로 모호하게 정의된 시술코드가 발생함)	·NOS, NEC 범주는 제한적으로 사용됨. 각 코드 축에 특이하게 적용. 모든 시술이 어딘가에 범주화될 수 있음. NOS, NEC 선택이 가능하다 하더라도 시술코드가 세밀하게 정의됨
	·모든 유형의 시술을 포함	·모든 유형의 시술이 포함됨(많은 유형의 시술에 최소한의 상세성이 주어짐)	·Evaluation & Management 시술을 제외한 모든 유형의 시술이 포함됨. 모든 유형의 시술에 완벽한 상세성이 제공됨
	·모든 의료현장 및 의료제공자에 적용 가능함	·모든 의료현장 및 의료제공자에 적용 가능하나 상세성은 부족함	·모든 의료현장 및 의료제공자에 적용 가능. Evaluation & Management 관련 외래 분류제외. 완벽한 상세성이 제공됨
4. 중복이 없음	·각각의 시술(또는 시술의 특성)에는 하나의 코드만 배정함	·다른 진단에 대해 같은 시술이 시행되어도 간혹 다수의 코드가 부여될 수 있음	·각각의 시술에는 하나의 코드만 부여됨

구분	NCVHS characteristics	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
5. 사용이 쉬움	·정의와 용어의 표준화	·표준화된 정의가 없음. 용어는 코드에 따라 일관성이 없음	·모든 용어는 상세히 정의되며 모든 코드에 걸쳐 일관되게 사용됨
	·모든 사용자를 위한 적절한 색인과 주석	·전체 색인 제공. 그러나 색인의 특이성은 코드에 따라 다양	·전체 색인 제공. 색인은 컴퓨터가 생성하므로 색인의 특이성이 일관됨
6. 의료환경과 의료제공자에 중립적임	·누가 어디에서 시술을 시행했든 같은 코드	·코드는 시술의 시행자나 장소에 독립적임	·코드는 시술의 시행자나 장소에 독립적임
7. 다축 구조	·해당 신체계통	·해당 신체계통은 코드에 따라 결정될 수 있음	·코드의 특정자리가 해당 신체계통을 나타냄
	·사용된 기술	·상세화가 제한적이고 일관성이 없음	·사용된 기술은 코드의 approach 자리에 명시함
	·사용된 방법과 접근방법		·사용된 방법과 접근방법은 코드의 approach 자리에 명시함
	·생리적 영향 또는 약물의 속성		·생리적 영향 또는 약물의 속성이 시술과 관련이 있는 경우 명시됨
	·삽입물의 특성과 구성		·삽입물의 특성과 구성은 코드의 device 자리에 명시됨
·진단정보를 포함하지 않아야 함	·일부 코드에 진단정보가 포함되어 있음		·코드에 진단정보가 포함되어 있음
8. 시술분류에 국한시켜야 함	·데이터의 기타속성(예:연령)이 기록의 어딘가에 있어야 함	·데이터의 기타속성이 코드에 포함되어 있지 않음	·데이터의 기타속성이 코드에 포함되어 있지 않음

* NCVHS = National Committee on Vital and Health Statistics 미국생정및보건통계위원회

라. ICD-10-PCS의 코드 구조

- 코드는 7개의 자릿수로 구성되어 있으며 각각을 “자리(character)”라고 부른다.
- 자리에 대한 개별 단위는 문자나 숫자로 표시된다.
- 각각의 자리에 대해서는 34개의 값(value)이 가능하다. 숫자는 0~9, 문자는 A~H, J~N, P~Z

마. ICD-10-PCS의 시스템 구조

- 16개의 부문으로 구성되어 있다.

[표3-4-2] ICD-10-PCS의 16개 부문 (16 sections in ICD-10-PCS)

순서	부문명	순서	부문명
1	Medical and surgical	9	Other Procedures
2	Obstetrics	10	Chiropractic
3	Placement	11	Imaging
4	Administration	12	Nuclear Medicine
5	Measurement and Monitoring	13	Radiation Oncology
6	Extracorporeal Assistance and Performance	14	Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology
7	Extracorporeal Therapies	15	Mental Health
8	Osteopathic	16	Substance Abuse Treatment

바. ICD-10-PCS 분류표

- 각각의 분류표에는 4개의 종렬(column)과 몇 줄의 열(row)이 제시되어 있음.
 - 종렬: 자리 4-7에 대해 허용되는 값을 명시함
 - 열: 값의 타당한 조합을 명시함

0: MEDICAL AND SURGICAL 0: CENTRAL NERVOUS SYSTEM 5: DESTRUCTION: Physical eradication of all or a portion of a body part by the direct use of energy, force, or a destructive agent			
Body Part Character 4	Approach Character 5	Device Character 6	Qualifier Character 7
0 Brain 1 Cerebral Meninges 2 Dura Mater 6 Cerebral Ventricle 7 Cerebral Hemisphere 8 Basal Ganglia 9 Thalamus A Hypothalamus B Pons C Cerebellum D Medulla Oblongata E Olfactory Nerve G Optic Nerve H Oculomotor Nerve J Trochlear Nerve K Trigeminal Nerve L Abducens Nerve M Facial Nerve N Acoustic Nerve P Glossopharyngeal Nerve Q Vagus Nerve R Accessory Nerve S Hypoglossal Nerve T Spinal Meninges W Cervical Spinal Cord X Thoracic Spinal Cord Y Lumbar Spinal Cord	0 Open 3 Percutaneous 4 Percutaneous Endoscopic	Z No Device	T Stereotactic U Nonstereotactic

[그림3-4-1] ICD-10-PCS 분류표 예시

사. ICD-10-PCS 색인

- 코드의 처음 3개 또는 4개의 값을 제시함.
- 완성된 코드를 구성하기 위해서는 항상 분류표를 이용해야 함.
- 인명(Eponyms)은 포함되어 있지 않음.
- 주 색인용어는 루트수술, 루트시술유형, 또는 혼한 시술명
- 주 용어에 따라 2차 용어가 제시되어 있음.

<p>Abdominal aortic plexus see Nerve, Abdominal Sympathetic Abdominal esophagus see Esophagus, Lower Abdominohysterectomy see Excision, Uterus OUB9 see Resection, Uterus OUT9 Abdominoplasty see Alteration, Wall, Abdominal OWOF see Repair, Wall, Abdominal OWQE see Supplement, Wall, Abdominal OWUF Abductor hallucis muscle see Muscle, Foot, Right see Muscle, Foot, Left Ablation see Destruction Abortion Products of Conception 10A0 Abortifacient 10A07ZX Laminaria 10A07ZW Vacuum 10A07Z6 Abrasion see Extraction Accessory cephalic vein see Vein, Cephalic, Right see Vein, Cephalic, Left Accessory obturator nerve see Plexus, Lumbar Accessory phrenic nerve see Nerve, Phrenic Accessory spleen see Spleen Acetabulectomy see Excision, Lower Bones OOB see Resection, Lower Bones OOT</p>	<p>Acromioplasty <i>continued</i> see Repair, Upper Joints ORQ see Replacement, Upper Joints ORR see Supplement, Upper Joints ORU Activities of Daily Living Assessment F02 Activities of Daily Living Treatment F08 Acupuncture Breast Anesthesia 8E0H300 No Qualifier 8E0H30Z Integumentary System Anesthesia 8E0H300 No Qualifier 8E0H30Z Adductor brevis muscle see Muscle, Upper Leg, Left see Muscle, Upper Leg, Right Adductor hallucis muscle see Muscle, Foot, Left see Muscle, Foot, Right Adductor longus muscle see Muscle, Upper Leg, Right see Muscle, Upper Leg, Left Adductor magnus muscle see Muscle, Upper Leg, Right see Muscle, Upper Leg, Left Adenohypophysis see Gland, Pituitary Adenoidectomy see Excision, Adenoids OCBQ</p>
--	--

[그림3-4-2] ICD-10-PCS 색인 예시

아. ICD-10-PCS 코드목록

- 조합가능한 모든 코드와 수술명에 대한 전체목록을 제시함.

027004Z	Dilation of Coronary Artery, One Site with Drug-eluting Intraluminal Device, Open Approach
02700DZ	Dilation of Coronary Artery, One Site with Intraluminal Device, Open Approach
02700TZ	Dilation of Coronary Artery, One Site with Radioactive Intraluminal Device, Open Approach
02700ZZ	Dilation, Coronary Artery, One Site, Open Approach
027034Z	Dilation, Coronary Artery, One Site with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
02703DZ	Dilation, Coronary Artery, One Site with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
02703TZ	Dilation, Coronary Artery, One Site with Radioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
02703ZZ	Dilation, Coronary Artery, One Site, Percutaneous Approach
027044Z	Dilation, Coronary Artery, One Site with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Endoscopic Approach
02704DZ	Dilation, Coronary Artery, One Site with Intraluminal Device, Percutaneous Endoscopic Approach
02704TZ	Dilation, Coronary Artery, One Site with Radioactive Intraluminal Device, Percutaneous Endoscopic Approach
02704ZZ	Dilation, Coronary Artery, One Site, Percutaneous Endoscopic Approach

[그림3-4-3] ICD-10-PCS 코드목록 예시

3. ICD-10-PCS란?

- ICD-10-PCS는 미국에서 모든 입원환자에게 행해진 시술에 대해 자료를 수집하고, 지불비를 결정하고, 전자기록을 지원하는데 사용될 시술 코딩체계이다.

가. ICD-10-PCS의 역사

- WHO는 1893년 이래로 원사인을 기록하기 위해 국제질병분류(ICD)를 유지하고 있으며, 의학 및 질병에 대한 의학적 이해에 있어 새로이 발견한 사항을 반영하기 위하여 ICD를 주기적으로 갱신해 왔다.
- 1992년에 출판된 ICD 10차 개정판(ICD-10)은 가장 최근에 개정된 것이다. WHO의 승인을 받아 NCHS(National Center for Health Statistics, 국립보건통계센터)는 미국에서 사용할 ICD-10의 CM(clinical modification, 임상적 수정판)을 개발하게 되었다. 이를 ICD-10-CM이라 한다. ICD-10-CM은 1979년 이래 사용되어 온 ICD-9-CM을 대체할 계획이다. ICD-9-CM은 시술분류를 담고 있으나 ICD-10-CM에는 없다.
- 미국 내에서 입원환자 시술코드세트를 유지관리하는 책임이 있는 기관인 CMS(Center for Medicare & Medicaid Services)가 1993년 3M 보건정보시스템과 계약하여 ICD-9-CM, Vol.3를 대체할 시술분류체계를 개발하게 되는데 그 결과가 ICD-10-PCS이다.
- ICD-10-PCS는 1998년 처음 개발되었으며, 그 이후 매년 갱신되고 있다.

나. ICD-9-CM(vol.3)과 ICD-10-PCS의 비교

- ICD-10의 도입으로, 미국의 ICD-CM은 진단분류와 동일한 구성원칙을 가지는 시술분류를 운영하지 않을 것이다. 대신 의료산업에서의 코드화된 데이터에 대한 면밀하고 다양한 요구에 부합하기 위해 별도의 시술분류코딩체계가 개발되었다. 이는 전자적인 시대에 최적으로 기능하는 보건정보 하부구조를 구축하는데 있어 중요한 단계이다.
- 다음의 표는 ICD-9-CM Vol.3와 ICD-10-PCS간의 기본적인 차이점을 보여준다.

[표3-4-3] ICD-9-CM와 ICD-10-PCS의 특징 비교 (Comparison of characteristics between ICD-9-CM and ICD-10-PCS)

ICD-9-CM Vol.3	ICD-10-PCS
·진단코딩을 위해 설계된 ICD 구조를 따름	·시술코드분류체계에 대한 의료분야의 필요에 부합하기 위해 설계/개발됨
·목록에 있는 고정된/한정된 세트로서의 코드만 이용가능	·분류표를 이용하여 유연한 코드 구성요소(값)로 코드를 구성할 수 있음
·숫자형 코드	·알파벳숫자형 코드
·코드 길이는 3~4자리	·모든 코드는 7자리 길이

4. ICD-10-PCS 코드 구조

- ICD-10-PCS의 강점은 단독코드의 수준까지 내려가 전체적으로 분류체계에 대한 정보를 주는 논리적이고 일관성있는 구조이다. 이는 ICD-10-PCS에서 코드를 구성하는 절차가 또한 논리적이며 일관성이 있다는 것을 의미한다: '자리(character)'라고 하는 코드의 7개-자리를 구성하도록 '값(values)'이라고 하는 각각의 문자와 숫자를 차례대로 선택한다.

가. 자리 (Characters)

- ICD-10-PCS의 모든 코드는 7자리 길이를 가진다. 다음과 같은 내과적 외과적 부문의 자리도표에서 보여 주듯이, 7자리 코드의 각 자리는 시술의 양상을 나타낸다.

	부문	루트수술		접근방법	한정어		
Characters :	1	2	3	4	5	6	7
		신체계통		신체부분	장치		

- ICD-10-PCS 코드는 고립되고 고정된 부호라기 보다는 코드선택과정의 결과로 보면 가장 잘 이해할 수 있다. 코드 구성을 결정하는 규칙에 따라, 분류체계의 해당 부분에 타당한 선택사항 중에서 값을 부여하게 된다.

나. 값 (Value)

- 34개의 가능한 값 중 하나가 코드의 각 자리에 부여될 수 있다: 값은 숫자 0~9, I와 O를 제외(숫자 1과 0 과 쉽게 혼동되므로)한 알파벳. 완성된 코드는 아래의 사례와 같이 보인다.

02103D4

- 이 코드는 7개의 자리 각각에 대해 특별한 값을 선택함으로써 만들어진다. 시행된 시술에 대한 세부내용에 근거하여, 부문, 신체계통, 루트수술, 신체 부분, 접근방법, 장치, 한정어를 나타내는 각 자리에 대한 값이 부여된다.
- 코드 내에서 각 자리의 정의는 물리적 위치의 기능이기 때문에, 코드내에서 다른 위치에 놓인 같은 값은 다른 것을 의미한다. 첫째 자리의 값 "0"은 둘째 자리의 "0"이나 셋째 자리의 "0"과는 다른 것을 의미한다.

다.

다. 코드 구조: 내과적 외과적 부문

- 일례로 다음은 0LB50ZZ “excision of right lower arm and wrist tendon, open approach” 코드의 각 자리에 대한 설명이다. 이 사례는 ICD-10-PCS의 내과적 외과적 부문에서 나온 것이다.

《첫째 자리》 부문

- 코드의 첫째 자리는 광범위한 시술의 범주 또는 코드를 찾을 수 있는 부문을 결정한다. 이 사례에서 부문은 내과적 외과적 부문이다. 0은 첫째 자리에서 내과적 외과적 부문을 표현하는 값이다.
- 위 사례의 코드는 다음과 같다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Rppt operation	character 4 Body part	character 5 Approach	character 6 Device	character 7 Qualifier
Medical AND Surgical						
0						

《둘째 자리》 신체계통

- 둘째 자리는 신체계통을 의미하는데 일반 생리적 계통이나 관련된 해부학적 부위를 나타낸다. 신체계통의 예로 lower arteries, central nervous system, respiratory system가 있다. 이 사례에서 신체계통은 "L"값으로 표현되는 “tendon”이다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Rppt operation	character 4 Body part	character 5 Approach	character 6 Device	character 7 Qualifier
Medical AND Surgical	Tendons					
0	L					

《셋째 자리》 루트수술

- 셋째 자리는 루트수술 또는 시술의 목적을 정의한다. 루트수술의 예로 Bypass, Drainage, Reattachment와 같은 것들이 있다. 아래의 사례 코드에서, 루트수술은 Excision이다. 코드의 셋째 자리 사용될 때, 값 "B"는 EXCISION을 나타낸다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Root operation	character 4 Body part	character 5 Approach	character 6 Device	character 7 Qualifier
Medical AND Surgical	Tendons	Excision				
0	L	B				

《넷째 자리》 신체 부분

- 넷째 자리는 신체 부분 혹은 시술이 시행되는 특정 해부학적 위치를 정의한다. 신체계통(둘째 자리)은 시술 부위에 대한 일반적인 표시만을 제공한다. 신체 부분과 신체계통의 값이 함께 시술 부위에 대한 세밀한 내용을 제공한다.
- 신체 부분의 예로는 kidney, tonsils, thymus가 있다. 이 사례에서, 신체 부분 값은 5, lower arm and wrist, right 이다. 둘째 자리가 L일 때, 코드의 넷째 자리에 사용되는 값 5는 right lower arm and wrist tendon을 나타낸다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Rppt operation	character 4 Body part	character 5 Approach	character 6 Device	character 7 Qualifier
Medical AND Surgical	Tendons	Excision	Lower Arm and Wrist, right			
0	L	B	5			

《다섯째 자리》 접근방법

- 다섯째 자리는 시술부위에 접근하는데 사용되는 접근방법이나 기술을 정의한다. 내과적 외과적 부문에서는 여덟 개의 다른 접근방법 값이 사용된다. 접근방법의 사례로 open과 percutaneous endoscopic 이 있다.
- 아래의 사례에서 접근방법은 open이며 값 "0"으로 나타낸다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Rppt operation	character 4 Body part	character 5 Approach	character 6 Device	character 7 Qualifier
Medical AND Surgical	Tendons	Excision	Lower Arm and Wrist, right	Open		
0	L	B	5	0		

《여섯째 자리》 장치

- 시행된 시술에 따라 시술 후 장치를 남겨둘 수도 있고 아닐 수도 있다. 여섯째 자리는 장치를 정의한다. 장치 값은 4개의 기본 항목으로 나뉜다:

Graft and Prostheses
 Implants
 Simple or Mechanical Appliances
 Electronic Appliances

- 이 사례에서 시술에 사용된 장치는 없다. 아래에서 보여주듯이, 값 "Z"는 '장치 없음(No device)'을 나타내는데 이용된다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Rppt operation	character 4 Body part	character 5 Approach	character 6 Device	character 7 Qualifier
Medical AND Surgical	Tendons	Excision	Lower Arm and Wrist, right	Open	No device	
0	L	B	5	0	Z	

《일곱번째 자리》 한정어

- 일곱번째 자리는 코드에서 한정어를 의미한다. 한정어는 해당사항이 있는 경우 시술의 부가적인 속성을 상세화한다.
- 한정어의 예로 진단적(Diagnostic)과 정위적(Stereotactic)이 있다. 한정어 선택은 이전에 선택된 값에 따라 다르다. 이 사례에서, 이 시술의 경우 해당 시술에서 적용가능한 특정 한정어가 없으므로, 값은 '한정어 없음(No qualifier)'을 나타내는 문자 Z이다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Rppt operation	character 4 Body part	character 5 Approach	character 6 Device	character 7 Qualifier
Medical AND Surgical	Tendons	Excision	Lower Arm and Wrist, right	Open	No device	No qualifier
0	L	B	5	0	Z	Z

0LB50ZZ 는 “Excision of right arm and wrist tendon, open approach”인 시술에 대한 코드이다.

5. ICD-10-PCS 시스템 구성

- ICD-10-PCS 는 16개의 부문으로 구성되어 있으며, 숫자 0~9, 문자 B~D, F~H로 표현된다. 이 부문들이 담고 있는 시술 범주는 광범위하여 외과적 시술부터 물질남용치료까지 망라한다.

가. 내과적 외과적 부문

- 첫 번째 부문인 내과적 외과적 부문에는 입원환자 치료 의료기관에서 보고하는 전형적인 대부분의 시술이 담겨있다. 내과적 외과적 부문의 모든 시술 코드는 부문 값 “0”으로 시작된다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Rppt operation	character 4 Body part	character 5 Approach	character 6 Device	character 7 Qualifier
Medical AND Surgical	Tendons	Excision	Lower Arm and Wrist, right	Open	No device	No qualifier
0	L	B	5	0	Z	Z

나. 내과적 외과적-관련 부문

- ICD-10-PCS의 부문 1~9는 내과적 외과적-관련 부문이다. 이들 부문에는 아래의 표에서 나열된 것처럼 산과적 시술, 물질의 투여, 신체기능의 측정 및 모니터링, 체외치료 등이 포함되어 있다.

부문 값	내용
1	산과적 시술 (Obstetrics)
2	배치 (Placement)
3	투여 (Administration)
4	측정 및 모니터링 (Measurement and Monitoring)
5	체외 보조 및 수행 (Extracorporeal Assistance and Performance)
6	체외 치료 (Extracorporeal Therapies)
7	정골의학적 시술 (Osteopathic)
8	기타 시술 (Other Procedures)
9	지압 (Chiropractic)

- 부문 1과 2에서, 모든 7 자리는 내과적 외과적 부문에서와 같이 시술의 동일한 양상을 정의한다.
- 부문 3~9의 코드는 약간의 예외가 있지만 대부분 내과적 외과적 부문과 상응하게 구조화되어 있다. 예를 들어 부문 5와 6에서 intra-aortic ballon pump(IABP,대동맥내 벌룬펌프) 코드에서 처럼 다섯째 자리를 접근방법'대신 '기간(duration)'으로 정의한다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Root operation	character 4 Body system	character 5 Duration	character 6 Function	character 7 Qualifier
EXTRACORP. ASSIST. AND PERFORMANCE	PHYSIOLOGICAL SYSTEM	ASSISTANCE	CARDIAC	CONTINUOUS	OUTPUT	BALLON PUMP
5	A	0	2	2	1	0

- 부가적인 차이는 다음과 같이 여섯째 자리를 달리 사용하는 예로 확인할 수 있다.
 - 부문 3에서 여섯째 자리는 물질(substance)로 정의한다.
 - 부문 4와 5에서 여섯째 자리는 기능(function)으로 정의한다.
 - 부문 7~9에서 여섯째 자리는 방법(method)을 정의한다.

다. 기타 부문

- 부문 B~D와 F~H는 ICD-10-PCS의 보조적 부문을 구성한다. 다음 표에서 나열된 것처럼 이들 여섯 부문에는 영상의학, 핵의학, 물질남용치료 등이 있다.

부문 값	내용
B	영상의학 (Imaging)
C	핵의학 (Nuclear Medicine)
D	방사선 종양학 (Radiation Oncology)
F	재활의학 및 진단적 청력학 (Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology)
G	정신 건강 (Mental Health)
H	물질남용 치료 (Substance Abuse Treatment)

- 보조부문에서 일부 자리의 정의는 이전의 부문에 보여진 것과는 다르다. 영상의학 부문에서 셋째자리는 유형(type)으로 정의되고, 다섯째와 여섯째 자리는 아래에 CT scan의 예처럼 각각 조영제, 조영제/한정어 (contrast/qualifier)로 정의된다.

character 1 section	character 2 Body System	character 3 Type	character 4 Body part	character 5 Contrast	character 6 Qualifier	character 7 Qualifier
IMAGING	CENTRAL NERVOUS	COMPUTERIZED TOMOGRAPHY	BRAIN	HIGH OSMOLAR	UNENHANCED AND ENHANCED	NONE
B	0	2	0	0	0	Z

- 부가적인 차이는 아래와 같다:
 - 부문 C에서 다섯째 자리는 방사성핵종(radionuclide)으로 정의한다.
 - 부문 D에서 다섯째 자리는 치료방법 한정어(modality qualifier), 여섯째 자리는 동위원소(isotope)를 정의한다.
 - 부문 F에서 다섯째 자리는 유형 한정어(type qualifier), 여섯째 자리는 기구(equipment)를 정의한다.
 - 부문 G와 H에서 셋째 자리는 유형 한정어(type qualifier)를 정의한다.

라. 분류표

- ICD-10-PCS는 분류표, 색인, 코드 목록과 같이 세 개의 부분으로 구성되어 있다.
- 분류표는 내과적 외과적 부문 0과 중추신경계인 신체계통 0으로 시작하여 숫자적인 순서로 진행이 되는 시리즈로 구성되어 있다. 부문 0~9 다음에 부문 B~D로, F~H가 따라 나온다. 2~7번째 분류표 내에서 같은 규약이 적용되어 순서상 숫자값이 먼저이고 그 다음이 알파벳 순이다.
- 다음의 사례에서는 ICD-10-PCS 분류표의 구성과 틀을 설명하는데 내과적 외과적 부문을 이용한다.
- 내과적 외과적 부문(첫째 자리 0)은 31개의 신체계통 값으로 구성되어 있다. 내과적 외과적 부문에서 신체계통 세분류가 분류개요표(introductory table) 내에 포함되어 있는데, 이는 해당 신체계통에 따라 남아있는 자리에 대해 가능한 값을 목록화한 것이다.
- 다음 사례는 비뇨기계통에 대한 분류개요표를 보여준다.

[표3-4-4] 내과적 외과적 부문의 비뇨기계 분류개요표(3~7 자리)

[Introductory table of values for Medical and Surgical: Urinary body system (character 3~7)]

Root operation Character 3	Body part Character 4	Approach Character 5	Device Character 6	Qualifier Character 7
1 Bypass	0 Kidney, Right	0 Open	0 Drainage Device	0 Allogeneic
2 Change	1 Kidney, Left	3 Percutaneous	1 Radioactive Element	1 Syngeneic
5 Destruction	2 Kidney, Bilateral	4 Percutaneous Endoscopic	2 Monitoring Device	2 Zooplastic
7 Dilation	3 Kidney Pelvis, right	7 Via Natural or Artificial Opening	3 Infusion Device	3 Kidney pelvis, Rt.
8 Division	4 Kidney Pelvis, left	8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic	7 Autologous Tissue Substitute	4 Kidney pelvis, Lt.
9 Drainage	5 Kidney	X External	C Extraluminal Device	6 Ureter, Rt.
B Excision	6 Ureter, Right		D intraluminal Device	7 Ureter, Lt.
C Extirpation	7 Ureter, Left		J Synthetic substitute	8 Colon
F Fragmentation	8 Ureter, Bilateral		K Nonautologous Tissue Substitute	9 Colocutaneous
H Insertion	9 Ureter		L Artificial Sphincter	A Ileum
J Inspection	B Bladder		M Electrode	B Bladder
L Occlusion	C Bladder Neck		Y Other Device	C Ileocutaneous
M Reattachment	D Urethra		Z No Device	D Cutaneous
N Release				X Diagnostic
P Removal				Z No qualifier
Q Repair				
R Replacement				
S Reposition				
T Resection				
U Supplement				
V Restriction				
W Revision				
X Transfer				
Y Transplantation				

- 다음의 개요 분류표는 루트수술 표이다. 이 표는 코드를 구성하는데 가능한 값들의 타당한 선택지를 제시한다.
- 루트수술 분류표는 4개의 종렬(column)과 여러 다양한 수의 열(row)로 구성되어 있다: 다음은 중추신경계 통 내에서 루트수술 Bypass 사례를 보여준다.

0 : Medical and Surgical (Section)			
0 : CENTRAL NERVOUS(BODY (Body SYSTEM)			
1 : BYPASS : Altering the route of passage of the contents of a tubular body part (Root operation)			
Body part Character 4	Approach Character 5	Device Character 6	Qualifier Character 7
6 Cerebral Ventricle	0 Open	7 Autologous Tissue Substitute	0 Nasopharynx
		J Synthetic Substitute	1 Mastoid Sinus
		K Nonautologous Tissue Substitute	2 Atrium
			3 Blood Vessel
			4 Pleural Cavity
			5 Intestine
			6 Peritoneal Cavity
			7 Urinary Tract
			8 Bone Marrow
			B Cerebral Cisterns
U Spinal canal	0 Open	7 Autologous Tissue Substitute	4 Pleural Cavity
		J Synthetic Substitute	6 Peritoneal Cavity
		K Nonautologous Tissue Substitute	7 Urinary Tract
			9 Fallopian Tube

- 1~3의 자리에 대한 값은 각 표의 맨 위에 제공된다. 1~3 자리의 값이 주어진 상태에서, 4개의 종렬에 대해 4~7 자리에 대해 적용가능한 값들이 제시된다.
- 표는 4~7 자리의 값과 타당한 선택지를 상세화하기 위해 여러 개의 종렬로 나눌 수 있다.
- 하나의 표 내에서 종렬 구분을 넘어서 만들어진 값은 타당한 코드가 아니다.

마. 색인

- ICD-10-PCS 색인은 분류표를 찾는데 사용될 수 있다. 색인은 표의 구조를 반영하므로 **일관성 있는** 구성 패턴을 따르며 위계구조를 이용한다.
- 색인은 알파벳 찾아보기로 구성된다. 주된 용어의 2가지 형태는 색인에 나열되어 있다:
 - 셋째 자리의 값에 기초함
 - 혼한 시술용어

주요용어

- 내과적 외과적 관련 부문의 경우, 루트수술 값은 색인에서 주요 용어로 사용된다. 핵의학이나 영상의학과 같은 다른 부문에서는 시행된 기술의 일반적 유형을 나타내는 값이 주요용어로 목록화된다.
- 내과적 외과적 관련 부문에서는 Excision, Bypass, Transplantation과 같은 값들이 색인에서 주요 용어로 들어간다. 해당되는 신체계통 용어는 주요 용어 아래에 나열되고 상세 분류표를 참조하게 한다. 보조부문에서 형광경검사(Fluoroscopy)나 양전자방출컴퓨터단층촬영(Positron emission computer tomography)과 같은 값들은 주요 용어로 목록화된다.
- 아래의 사례에서, 색인용어 "Bypass"는 해부학적 부위와 중추신경계를 포함하여 모든 적용가능한 신체계통에 대해 내과적 외과적 부문 분류표를 참조하게 한다.

Bypass

by Body System

Anatomical Regions 0W1...

Central Nervous System 001...

- 아래에 인용된 것처럼 신체계통 목록 다음에 상세 신체부위에 대한 용어가 따라 나올 수 있다. Change, Insertion, Removal, Revision과 같은 루트수술에서 신체계통 목록 다음에 장치 용어가 따라 나온다.

by body part

Artery

Aorta, Abdominal 0410...

Aorta, thoracic 021W...

Axillary 031...

Brachial 031...

Common Carotid 031...

혼한 기술용어

- 색인에 나오는 용어의 두 번째 형식은 충수돌기절제술(appendectomy)과 위저부주름술(fundoplication)과 같은 기술명을 사용하는 것이다. 아래 사례에서 보여주듯이 이들 용어는 주요 용어로 목록화되며 다양한 코드가 구성될 수 있도록 해당 분류표를 참조하게 한다.

Cholecystectomy

- see Excision, Hepatobiliary System & Pancreas 0FB...
- see Resection Hepatobiliary System & Pancreas 0FT...

바. 코드목록

- ICD-10-PCS 코드목록은 **알파벳** 순서로 모든 타당한 코드를 보여주는 것이다. 각각의 자리는 7자리 코드로 시작되며 전체 코드명(full text description)이 따라 나온다.
- 코드명은 표준화된 완전하고 읽기 쉬운 코드 설명문을 생성하는 규칙을 이용하여 만들어진다.

6. ICD-10-PCS 설계

- ICD-10-PCS는 근본적으로 구조, 구성, 활용가능성 면에서 ICD-9-CM와 다르다. 이는 NCVHS에 의해 작성된 권고사항에 부합되도록 설계되고 개발되었다. 이는 또한 다양한 기관, 개별 의사, 보건의료전문인, 연구자의 요구사항도 반영한 것이다.
- 새로운 시술코딩체계를 개발하는데 아래와 같은 몇 가지 구조적 특징을 갖추도록 권고되었다.
 - 다축 구조 (multiaxial structure)
 - 완전성 (completeness)
 - 확장성 (Expandability)

가. 다축 구조

- 다른 모든 구조적 특성에 틀을 마련하는 핵심 특징은 다축 코드 구조이다. 다축 코드 구조는 ICD-10-PCS가 완전하고 확장가능하며 높은 유연성과 기능성을 제공하게 한다.
- ICD-10-PCS 코드는 일곱자리로 구성되어 있다. 각각의 자리는 시행된 시술에 관해 상세화할 수 있는 정보범주를 나타낸다. 자리는 정보의 범주와 코드내 물리적 위치를 정의한다.

	부문		루트수술		접근방법		한정어
Characters :	1	2	3	4	5	6	7
	신체계통		신체부분		장치		

- 자리의 위치는 해당 칸에 삽입될 다른 특정 값을 허용하며 그 물리적 위치는 반독립적인 분류의 축(axis)으로 이해할 수 있다. 정의된 코드 범위 내에서, 자리는 그 위치에 있는 어떤 값에 부여하는 일반적인 의미를 가진다. 예를 들어, 다섯번째 자리는 0~4 부문과 7~9부문에서 "접근방법"이라는 일반적인 의미를 가진다. 다섯번째 자리의 어떤 특정 값은 개방성(open)처럼 특정 접근방법을 정의할 것이다.
- 자리에 대한 값의 각 그룹은 코드의 다른 자리와 관련하여 타당한 선택지를 모두 담고 있어 분류체계의 완전성을 보여준다. 예를 들어 5번째 자리에서 중요하게 구분되는 각각의 접근방법을 고유한 접근방법으

로 배정하며, 모든 적용가능한 접근방법 값이 가능한 version의 시술을 표현하도록 포함되어 있다.

- 자리에 대한 값의 각 그룹은 필요에 따라 추가될 수 있어 분류체계의 확장성을 보여준다. 시술을 시행하는데 상당히 다른 접근방법이 이용되었다면, 새로운 접근방법 값이 분류체계에 추가될 수 있다.
- 값의 각 그룹은 고유 자리에 국한되므로 ICD-10-PCS가 코드의 폭넓은 범위에 걸쳐 안정적이며 예측가능한 가독성을 가지게 한다. 예를 들어 0~4 부분과 7~9부분에서 5번째 자리는 항상 접근방법을 나타낸다.
- ICD-10-PCS의 다축구조는 완전성, 확장성, 유연성을 가능하게 하여 다양한 이용이 고도로 잘 이루어지도록 한다.

나. 완전성

- 완전성은 새로운 시술 코딩체계의 핵심 구조적 특성이다. 완전성에 대한 특별한 권고내용은 다음의 특징을 포함한다:
 - 각각의 상당히 다른 시술에 대해 유일한 코드를 부여할 수 있다.
 - 각 코드는 유일한 정의를 담고 있다.
 - 코드는 재사용되지 않는다.
- ICD-9-CM(vol.3)에서는 상이한 접근방법이나 장치를 이용하여 많은 다른 신체부위에 시행된 시술에 같은 시술코드를 부여할 수 있다. ICD-10-PCS에서는 상당히 다른 시술에 대해 유일한 코드가 만들어질 수 있다.
- 각각의 부문 내에서, 자리는 코드의 일관성 있는 구성요소를 정의하며, 그 자리에 대해 적용 가능한 값을 담고 있다. 값은 자리의 일반적 의미(접근방법)에 대해 개별 표현(개방적, 경피적)을 정의함으로써 유일한 시술코드를 구성하는데 이용된다.
- 시행되는 시술의 모든 접근방법은 분류체계 내에서 별도의 접근방법 값이 부여되므로, 다른 접근방법을 사용하는 각각의 시술을 유일한 코드를 가지게 된다. 이는 다른 자리에서도 마찬가지로 해당된다. 다른 신체부위에 시행된 같은 시술은 유일한 코드를 가지며, 다른 장치를 이용하여 시행된 같은 수술도 유일한 코드를 가진다.

【사례 : 관상동맥우회술】

- CABG(관상동맥우회술)의 경우 ICD-9-CM에는 각기 다른 version의 수술을 표현하는데 9개의 코드가 있다. 이 코드들은 시술의 한 가지 측면에 기초하여 version을 상세화하며, 정의된 측면은 모든 9개의 코드에 일관적이지 않다. 코드 중에 4개는 '우회(bypass)된 관상동맥의 숫자'를 나타내고, 4개는 '새로운 혈류의 근원지(source)'를 나타내고, 하나는 '상세불명'을 나타낸다.
- 반면 ICD-10-PCS 구성요소는 34개의 유일한 코드를 생성할 수 있으므로 모든 서로 다른 CABG 시술을 정의할 수 있다. 모든 34개의 코드는 시술의 동일한 4가지 측면을 상세화한다: 우회된 관상동맥의 수, 시술부위로의 접근방법, graft의 유형(시행된 경우), 우회의 기시부(새로운 혈류의 근원지)
- 아래의 표에 두 가지 분류체계의 차이점이 요약되어 있다.

[표3-4-5] CABG 시술코드 비교 (Comparison of CABG procedure codes)

ICD-9-CM Volumn 3	ICD-10-PCS
36.11 Aortocoronary Bypass of One Coronary Artery (1of 4)	021009W Bypass Coronary Artery, One site to Aorta with Autologous Venous Tissue, Open Approach (1 of 8)
36.15 Single internal Mammary Coronary Artery Bypass (1 of 2)	02100Z8 Bypass Coronary Artery, One site to Right Internal Mammary, Open Approach (1 of 16)
36.17 Abdominal-Coronary Artery Bypass (1 of 2)	02100AF Bypass Coronary Artery, One Site to Abdominal Artery with Autologous Arterial Tissue, Open Approach (1 of 10)
36.10 Aortocoronary Bypass of Heart revascularization, Not Otherwise Specified (1 of 1)	No Equivalent ICD-10-PCS codes all contain a minimum level of specificity

다. 유일한 정의

- ICD-10-PCS 코드는 고정된 코드와 코드명의 목록이라기 보다는 개별 값으로 구성되어 있기 때문에, 분류 체계 내에 있는 코드는 유일하며 안정적인 정의를 가진다. 특별한 새로운 접근방법이나 장치, 한정어를 표현하도록 분류체계에 새로운 값이 추가될 수 있지만 설계상 전체코드에 새로운 의미가 주어지거나 재사용될 수 없다.

라. 확장성

- 확장성은 또한 핵심 구조적 특성으로 권고된 것이다. 확장성에 대한 상세한 권고내용은 다음의 특징을 포함한다:
 - 새로운 시술과 기술을 고려한다.
 - 현존하는 구조를 파괴하지 않고 새로운 코드를 추가한다.
- ICD-10-PCS는 새로운 시술이나 새로운 기술에 새로운 코드를 부여할 수 있게 쉽게 갱신되도록 설계되어 있다. ICD-10-PCS로의 변경은 모두 현존하는 구조내에서 만들어질 수 있다. 왜냐하면 모든 코드는 추가되지 않기 때문이다. 대신 두 가지의 가능한 변화 중 한 가지가 분류체계 내에서 이루어진다:
 - 필요에 따라 자리에 대한 새로운 값이 분류체계에 더해진다.
 - 자리에 대해 현존하는 값이 분류체계 내 분류표에 더해진다.

ICD-10-PCS 갱신 사례 : PICVA

- ICD-10-PCS 갱신이 어떻게 이루어지는지에 대한 사례로 Percutaneous In-situ coronary venous arterilization(PICVA)라고 불리는 심장동맥문합술을 들 수 있다. 이 시술은 Percutaneous coronary angioplasty 보다 덜 침습적이나 bypass 시술의 장점을 구현한 것으로, 인접한 심장정맥 벽을 통해 막힌 심장동맥 안으로 특화된 스텐트를 설치함으로써, 스텐트를 통해 혈류가 막힌 곳을 지나 동맥 내로 흐르도록

록 전환해주는 기술이다.

- ICD-10-PCS가 2004년 개정될 때, PICVA 기술에 대한 코드(16개의 가능한 코드)를 추가하였다. 관련 분류 표에 row를 추가함으로써 개정이 간단히 이루어졌다: 아래와 같이 비침습적 접근방법(non-invasive approach)에 대해 2개의 접근방법 값을, 스텐트의 유형에 대해 2개의 장치 값 추가, 새로운 혈류의 근원지로서 심장정맥을 정의하는 단독 한정어를 담은 row를 추가함.

[표3-4-6] 심장 및 대혈관 우회술 분류표 (table for Bypass, Heart and Great Vessels)

0 : MEDICAL AND SURGICAL			
2 : HEART AND GREAT VESSELS			
1 : BYPASS : Altering the route of passage of the contents of a tubular body part			
Body part Character 4	Approach Character 5	Device Character 6	Qualifier Character 7
0 Coronary Artery, One Sites	3 Percutaneous	4 Drug-eluting Intraluminal Device	D Coronary Vein
1 Coronary Artery, Two Sites	4 Percutaneous Endoscopic	D Intraluminal Device	
2 Coronary Artery, Three sites			
3 Coronary Artery, Four or More Sites			

마 구조적 무결성

- 이전 사례에서 보여준 것처럼, ICD-10-PCS는 분류체계의 구조를 파괴하지 않고 쉽게 확장될 수 있다.
- PICVA 사례에서, 하나의 새로운 값(즉, Coronary vein이라는 한정어 값)이 분류체계에 더해져 변화 효과를 가져왔다. 새로운 row에 있는 모든 다른 값들은 현존하는 값들로 유일한 새로운 코드를 만들어 내는데 이용되었다.
- 변화가 요구되는 경우 이러한 유형의 갱신은 분류체계 내에서 어디에서나 복제될 수 있다. 코드를 구성하는 7개의 자리에 대한 값이 필요에 따라 병합될 수 있기 때문에, ICD-10-PCS는 분류체계에 유일한 신규 코드가 추가되도록 허용한다. 의료기술과 임상실무가 진화함에 따라 ICD-10-PCS 분류체계는 그 구조를 파괴하지 않고 진화할 수 있다.

7. ICD-10-PCS의 부가적 특성

- ICD-10-PCS는 정부 및 산업분야 요구에 따라 몇_가지 부가적인 특성을 가지게 된다. 이들 특성들은 다음과 같다.
 - 코딩 시스템내의 표준화된 용어
 - 표준화된 상세성 수준
 - 진단 정보는 가지지 않음
 - 명시적인 "Not otherwise specified"(NOS) 코드 선택지는 없음
 - "Not elsewhere classified"(NEC) 코드 선택은 제한적으로 사용됨

가. 표준화된 용어

- 임상 어휘로 흔히 사용되는 단어는 여러 개의 의미를 가질 수 있다. 이는 혼란을 유발할 수 있으며 부정확한 데이터를 낳게 된다. ICD-10-PCS는 표준화되어 있으며 자급식(self-contained)이다. 분류체계에서 사용된 자리와 값은 체계 내에서 정의된다.
- 예를 들어 "excision"이라는 단어는 광범위하고 다양한 수술적 시술을 나타내는데 이용된다. "excision"이라는 단어는 단독의 특정 수술 목적을 나타내는데 "대치없이 신체부분의 일부를 잘라내는 것"으로 정의된다.

인명명명법 (eponym)이나 혼한 시술명을 제공하지 않음

- ICD-10-PCS에서 사용되는 용어는 시행된 모든 시술에 대해 명확하고 지속성있는 정의를 제공하도록 표준화되어 있다. 이들 표준화된 용어는 모든 ICD-10-PCS 코드명칭에 사용된다.
- 결과적으로, ICD-10-PCS 코드 명칭은 이름에 의한 시술명(eponym)과 혼한 시술명을 포함하지 않는다. ICD-9-CM의 2가지 사례로 22.61 "Excision of lesion of maxillary sinus with Caldwell-Luc approach"와 51.10 "Endoscopic retrograde cholangiopancreatography[ERCP]"가 있다. ICD-10-PCS에서는, 의사의 이름이 코드 명칭에는 포함되지 않으며, appendectomy(충수돌기절제술)이나 CABG처럼 혼한 용어나 두문자어(acronym)로 용어를 포함하지 않는다. 대신 그러한 시술들은 시술의 목적을 정확하게 밝히는 루트수술로 코딩된다.
- 이전 단락에서 ICD-9-CM 코드로 기술된 시술은 ICD-10-PCS에서 시술의 목적에 부합하는 루트수술에 따라 코딩된다. ICD-10-PCS에서 상응하는 것은 각각 Excision과 Inspection이 될 것이다. 변화하거나 시대에 뒤지는 이름에 의한 시술명(eponym)이나 특정 시술명 보다는 루트수술에서 정의된 일반적 목적에 따라 ICD-10-PCS는 자리와 값의 형태로 지속성 있는 용어를 사용함으로써 과거, 현재, 미래 시술을 정확하게 정의할 능력을 보존한다.

병합코드가 없음

- 드문 예외가 있기는 하지만, ICD-10-PCS는 하나의 코드로 여러 개의 시술을 정의하지 않는다. 이것은 분류체계 전반에 걸쳐 표준화된 용어와 일관성을 유지하고 있다. 전형적으로 함께 시행되거나 분명한 시술은 ICD-9-CM에서 하나의 "병합코드"로 정의될 수 있다. ICD-9-CM에서 병합코드의 사례로 28.3 "Tonsillectomy with adenoidectomy"가 있다.
- 보고기준에 부합하는 시술은 ICD-10-PCS에서 별도로 코딩된다. 이는 분류체계가 안정성과 유연성을 최대한 유지하면서 기술과 임상실무의 변화에 부응하게 하는 것이다.

나. 상세성 수준의 표준화

- ICD-9-CM에서는 코드명과 포함노트가 있는 하나의 코드가 다양한 수의 시술 변이를 포괄한다. 반면 또 다른 코드는 단독의 특정 시술을 정의하기도 한다. ICD-10-PCS는 각 코드에 표준화된 수준의 상세성을 부여하므로, 각 코드는 하나의 시술명만을 나타낸다.
- ICD-9-CM에서 39.31 "suture of artery" 코드는 artery를 상세화하지 않으나, 한편 38.40~38.49 "resection of artery with replacement"는 해부학적 부위(흉부, 복부, 등)에 따라 artery를 상세화하기 위한 4자리 하위

분류를 제공한다.

- ICD-10-PCS에서 모든 artery suture와 artery replacement 시술은 같은 정도의 상세성을 가진다. ICD-9-CM 사례에 대해 ICD-10-PCS 대응코드로 코딩하면, 각각의 시술을 식별하는 모든 코드에서 같은 신체부위 값을 가질 것이다.
- 일반적으로 ICD-10-PCS 코드명은 ICD-9-CM보다 훨씬 더 상세하다. 그러나 때로 ICD-10-PCS 코드명이 사실 덜 상세한 경우도 있다. 대부분의 사례에서 이는 ICD-9-CM 코드가 진단정보를 담고 있기 때문이다. ICD-10-PCS에서 표준화된 수준의 코드 상세성이 ICD-9-CM 상세성 수준에서의 변동을 고려할 수 없다. 대신 ICD-10-PCS는 분류체계 전체를 통해 예측 가능한 표준화된 상세성을 제공한다.

다. 진단정보의 배제

- ICD-10-PCS의 또 다른 핵심 특징은 진단에 관한 정보가 코드 명칭에서 제외되어 있다는 것이다.
- ICD-9-CM은 종종 시술 코드에 진단에 관한 정보를 가지고 있다. 진단 정보를 더하는 것은 시술코딩 체계의 유연성과 기능성을 제한한다. 의무기록에 기재된 진단명이 시술 코드에서 설명하는 시술명의 진단과 일치하지 않기 때문에 코드를 “접근금지(off limit)”에 두는 효과가 생긴다. 코드명의 시술부분이 시행된 시술과 정밀하게 맞더라도 그 코드는 사용될 수 없다.
- 진단정보는 어떤 ICD-10-PCS 코드에도 포함되어 있지 않는다. 시술 코드가 아닌 진단코드가 시술이 시행되는 이유를 명시할 것이다.

라. NOS 코드선택의 제한

- ICD-9-CM은 흔히 일부코드를 “명시되지 않은(unspecified)” 혹은 “달리 명시되지 않은(not otherwise specified)” 코드로 지정된다. 반면 ICD-10-PCS에 설계된 표준화된 수준의 상세성은 분류체계 내에서 널리 적용될 수 있는 NOS나 상세불명 코드 선택의 사용을 제한한다. 타당한 코드를 구성하는데 최소 수준의 상세성이 요구된다.
- ICD-10-PCS에서 각 자리는 시술에 관한 정보를 정의하고, 7개의 자리에 분류표의 single row에서 얻은 특정 값을 담아 타당한 코드를 만들어야 한다. 6번째 자리값 Z(no device)나 7번째 자리 값 Z(no qualifier)조차 시행된 시술에 대한 중요한 정보를 제공한다.

마. NEC 코드선택의 제한

- ICD-9-CM은 흔히 코드세트 전반에 걸쳐 일부 코드를 “Not elsewhere classified”나 “Other specified” 시술로 지정한다. ICD-10-PCS에서도 NEC 선택이 제공되나 특별히 제한적으로 사용된다.
- 내과적 외과적 부문에서 2개의 주요 “NEC”선택은 루트수술 값 Q, repair와 장치 값 Y, other device이다.
- 루트수술 repair는 진짜 NEC 값이다. 이는 시행된 시술이 내과적 외과적 부문 내 다른 루트수술 중 하나에 해당하지 않는 경우에만 사용된다.
- 다른 한편, 기타 장치(other device)는 특정 값이 배정되지 않아 분류체계에 추가될 때까지 새로운 장치를 임시로 정의하는 데만 사용되도록 설계되었다.
- 내과적 외과적 장치의 어떤 범주도 영원히 기타 장치로 분류될 수 없다.

8. ICD-10-PCS 적용

- ICD-10-PCS 코드 구조는 전산프로그램에서 시스템의 성과를 최적화하고 코드화된 진료 데이터의 유용성을 최대화하여 다음과 같은 질적 성과를 낼 수 있다.
 - 최적의 검색 능력
 - 일관성 있는 자리(character) 정의
 - 일관성 있는 값, 가능한 경우
 - 코드의 가독성
- 어떤 사람들은 전자의무기록의 세계에서 우리가 알고 있는 분류체계는 쓸모없는 것이라며 코드가 무작위로 생성되는 분류체계의 일부는 컴퓨터가 쉽게 코드를 찾을 수 있기 때문에 분류는 중요하지 않다고 한다. IT시각에서 이는 참인 반면, 무작위로 생성된 코드번호의 부파로 관련 범주의 코드에 따라 데이터를 모으는 것이 불가능하게 된다. 이는 의료제공자, 보험자, 연구자가 데이터를 유용하게 사용하는데 중요한 특성이다.

가. 최적의 검색 능력

- ICD-10-PCS는 코드화된 자료를 모으는 능력에 있어 최대한 융통성있게 설계되어 있다. 코드내에서 같은 위치에 있기에 부문 내에서 정의된 대로 같은 자리에 속하는 값은 쉽게 비교될 수 있다. 이는 데이터마이닝을 위한 높은 정도의 유연성과 기능성을 제공한다.
- 예를 들어, 신체 부분 값이 6(위, stomach)은 내과적 외과적 부문에서의 모든 코드에 대해 '위'에 시행된 시술이라고 정의한 그 의미를 보유한다. 신체 부분 값은 해당 값을 가진 신체계통에 따라 결정되므로 자료검색시 신체계통을 값 D(gastrointestinal)가 포함되어야 한다.
- '위'에 시행된 모든 내과적 외과적 시술에 대한 데이터를 검색하기를 원하는 사람은 단순히 아래와 같이 코드범위를 검색할 수 있을 것이다.

0D*6***

나. 일관성 있는 자리와 값

- 이전 사례에서, 신체계통 값이 D(gastrointestinal)인 경우 값 6은 위(stomach)만을 의미한다. 많은 다른 사례에서 훨씬 넓은 범위의 코드에 걸쳐 값은 그 의미를 보유하므로, 이는 일관성과 가독성(readability)을 제공한다.
- 예를 들어, 해당되는 경우 부문 0~4와 7~9에서 다섯 번째 자리 값 "0"은 접근방법이 "open"으로 정의되고, 값 "3"은 접근방법 "percutaneous"로 정의된다. 결과적으로, 부문 0~4와 7~9에서 코드에 의해 표현되는 모든 개방성(open) 및 경피적(percutaneous) 시술은 단일 자리에 기초하여 비교할 수 있다. 아래와 같이 코드 범위에 따라 자료검색을 시행할 수 있다.

[0~4, 7~9] ***0** vs [0~4, 7~9] ***3**

- 특정 값을 추가함으로써 검색이 점차 정교해질 수 있다. 예를 들어 신체계통 값이나 일련의 신체계통 값에 신체부분 값이나 일련의 신체부분 값과 루트수술 값이나 일련의 루트수술 값을 더하여 검색할 수 있다.
- 위 검색을 정교하게 하기 위해, 위(stomach)에 시행된 개방성 vs 경피적 시술로 검색을 제한하기 위해, 신체계통 값은 gastrointestinal로, 신체부분 값은 위(stomach)를 추가할 수 있을 것이다.

0D*60** 와 0D*63**

- 좀 더 검색을 정교하게 하고 위(stomach)에 대한 개방성 vs 경피적 생검으로 비교를 제한하고자 한다면, 아래와 같이 루트수술에 대한 3번째 자리 값으로 excision과 7번째 자리 값은 한정어 Diagnostic을 추가할 수 있을 것이다.

0DB60*X 와 0DB63*X

- 방대한 일련의 코드에 걸쳐 유지되는 자리와 값의 일관성은 데이터 수집과 분석에 대한 최대의 기능성과 유연성을 제공한다. 위에서 보여준 검색 기능은 의료분야 데이터의 모든 활용을 위해 똑같이 사용될 수 있다: 의료의 질 연구, 자원활용, 위험관리, 연구수행, 진료비상환 결정 등

다. 코드의 가독성

- ICD-10-PCS는 분류체계의 규칙에 따라 생성된 반독립적인 값으로 만들어진다는 면에서 언어와 **달랐다**. 문장은 단어를 결합시키고 문법과 구문론의 법칙에 따름으로써 형성된다. 문맥에서의 단어와 같이 단독 값의 의미는 코드 내 위치와 선행값(의존할 수 있는)의 결합이다.
- 예를 들어 내과적 외과적 부문에서 신체 부분 값은 항상 해당되는 신체계통에 의존적이다. 이는 문자나 숫자만으로 유효하며 의미를 가질 수 없다. 4번째 자리 값 6은 그 자체로 31개의 다른 것을 의미할 수 있으나 2번째 자리 값이 D인 경우 4번째 자리 값 6은 오직 위(stomach)만을 의미한다.
- 또 한편으로 루트수술 값은 그 의미에 있어 어떤 자리에 의존적이지 않으나 부문에 따라 달라진다. 이는 3번째 자리가 루트수술로 정의되는 곳에서는 어디서나 하나의 일관성 있는 목적을 나타낸다. 예를 들어 3번째 자리 값 T는 내과적 외과적 부문과 산과적 부문에서 둘 다 resection이라는 루트수술을 나타낸다.
- 또한 5번째 자리가 approach로 정의되는 곳에서는 어디서나 approach 값은 하나의 일관성 있는 approach를 나타낸다. 내과적 외과적 부문, 산과적 부문, 투여 부문 등에서 5번째 자리 값 3은 접근방법 percutaneous를 나타낸다.
- 6번째 자리 device 값이나 7번째 자리 qualifier 값은 해당 신체계통에서 같은 device나 qualifier를 나타낸다. 신체계통에 걸쳐 또는 전체 부문 내에서 일관성이 있을 수 있지만 모든 사례에 적용되는 것은 아니다.
- 언어에서 단어와 같이 정해진 상황에서의 값은 명확한 의미를 가진다. 이 장에서 소개한 코드 사례에서 보여지듯이 0LB50ZZ는 "Excision of right lower arm and wrist tendon, open approach" 라는 특정 시술을 나타낸다.
- 상황에 따라 ICD-10-PCS 값이 단독의 명확한 의미를 가지기 때문에 우리가 문장을 읽듯이 완전하고 타당한 코드는 코드명칭 없이 읽혀지고 이해될 수 있다.

3.5 Australian Classification of Health Interventions(ACHI)

1. 개요

- 운영기관: 보건노인부(Department of Health and Aging)
- 운영주체
 - 국가 사례구성 및 분류 센터(National Casemix and Classification Center, 이하 NCCC): AR-DRG분류체계 개발에 대한 책임이 있으며, 질병, 손상, 기타 병태 및 의료행위에 대하여 일관성 있게 기술하는 보건의료 분류체계, 임상용어 및 표준의 개발 및 운영
- 자문기구
 - CSAC(NCCC Coding Standards Advisory Committee)
 - CCCGs(Clinical Classification and Coding Groups)
 - 호주 코딩 표준기구(Australian Coding Standards): 코더를 위한 국가적 지침을 제공하고, ICD-10-AM과 ACHI를 적용하고 해석하는 방법을 조언함.
- 분류대상: 공공병원, 민간병원, 통원치료센터(day center), 외래 진료에서 수행되는 시술 및 행위
- ACHI는 호주의 보건의료행위분류체계[Australian Classification of Health Intervention, 이하 ACHI]임.

2. 목적

- ICD-10-AM과 ACHI는 AR-DRG의 구성요소로 보건의료 통계 및 재정조달 기전 등 여러 용도로 이용되고 있음.
- 호주에서 ACHI를 개발한 것은 WHO의 ICD-10에 동반되는 행위분류가 없어서였고, 궁극적으로는 ICD-10-AM과 함께 이용하기 위해서였음.
- 최근(2012) WHO의 ICHI가 개발되고, 캐나다와 프랑스가 ICHI 구조를 따르고, 영국, 독일, 노르딕 국가와 더불어 호주 내에서도 자체 시술분류체계 재개발 필요성이 제기되고 있음.
- 재개발 필요성은 ACHI의 범위(scope) 및 메디케어보험급여표(Medicare Benefit Schedule, 이하 MBS)를 기반으로 하여 자리수(space)가 제한적인 것에서 문제가 제기되고 있으므로 일부에서는 재개발 방법은 ICHI의 확장으로 되어야 한다는 주장이 있음.

3. 분류체계 개발과 도입

- ACHI는 MBS를 기반으로 하고 있어 도입 초기에는 MBS-Extended로 알려져 있었으며, 전문의 및 임상 코더 협조 하에 개발되었음.
- ICD-10-AM과 ACHI는 호주의 다양한 진료환경에서의 보건의료 재정조달 기전(Activity Based Funding, 활동 기반자금제공)으로 이용되고 있는 AR-DRG의 주요 구성 요소(building block)임. 따라서, 분류체계 개발은 DRG 개발과 나란히 이루어졌음.
 - 1992년에 처음 AN-DRG v1.0이 도입되었고, 당시 분류체계로써 미국의 ICD-9-CM을 이용하였음.
 - 2006년 개발된 AR-DRG v5.2에서 ACHI는 ICD-9-CM을 대신하여 시술 분류체계로 이용되었음.

[표3-5-1] 호주의 DRG 및 ACHI 분류체계 개발 경과

연도	DRG	진단/기술분류체계	ACHI 개발 경과
1985		호주에서 DRG 연구가 처음 시작되었음	
1992	AN-DRG v1.0	USA ICD-9-CM	
1993	AN-DRG v2.0	USA ICD-9-CM	
1994	AN-DRG v2.1	USA ICD-9-CM	새로운 행위분류체계 도입 검토('94.12)
1995	AN-DRG v3.0	ICD-9-CM 호주 1 st Edition	
1996	AN-DRG v3.1	ICD-9-CM 호주 2 nd Edition	
1998.7	AR-DRG v4.0	ICD-9-CM 호주 2 nd Edition	MBS-extended 개발
1998.12	AR-DRG v4.1	ICD-10-AM 1 st Edition	
2000.12	AR-DRG v4.2	ICD-10-AM 2 nd Edition	
2002.9	AR-DRG v5.0	ICD-10-AM 3 rd Edition	ACHI로 명칭 변경
2004.9	AR-DRG v5.1	ICD-10-AM 4 th Edition	
2006.9	AR-DRG v5.2	ICD-10-AM/ACHI 5 th Edition	AR-DRG에 ACHI가 처음 반영됨
2008.10	AR-DRG v6.0	ICD-10-AM/ACHI 6 th Edition	
2011.9	AR-DRG v6.0x	ICD-10-AM/ACHI 7 th Edition	

- 1994년 12월에 NCCC는 새로운 기술분류체계 도입을 위해 외국의 분류체계를 포함하여 4개의 기존 기술 분류체계를 검토하였음.
- 호주의 사례구성 도입 프로젝트 위원회는 다각도의 검토 후 당시 보건복지부(Commonwealth Department of Human Services and Health)의 MBS를 근간으로 한 새로운 기술 분류체계를 제안했고, 1998년부터 진단 분류를 위한 ICD-10-AM과 함께 도입되었음.
- 따라서 도입당시 MBS-Extended(Volume 3 and 4 of ICD-10-AM)으로 명명되었다가 ICD-10-AM 3차 개정판과 함께 'ACHI'라는 이름으로 변경됨.

[표3-5-2] 새로운 기술분류체계 도입을 위한 분류체계 검토 목록('94.12 검토)

국가	기술분류체계
미국	3M Health Information Systems Procedure Coding system
미국	CPT '94(Physicians' Current Procedural Terminology, 4th Revision)
영국	OPCS-4(Classification of Surgical Operations and Procedures, 4th Revision)
호주	MBS(Medicare Benefits Schedule for Fees)

4. 내용

- ACHI는 신체계통, 부위 및 행위 유형으로 구조화된 다축 분류체계임.
- ACHI의 알파벳색인과 번호 색인은 ICD-10-AM 및 ACS(Australian Coding Standard)와 동시에 출판됨.
- 행위분류는 연방정부 메디케어보험급여표[Commonwealth Medicare Benefits Schedule(MBS)]를 기반으로 하고 있음(예외, 치과 서비스 등). MBS와 별개인 코드는 90,000번대에 할당되었음.
- 행위 분류의 구조는 진료과 보다는 해부학적 부위를 기반으로 하고 있음.
- 비수술적 행위는 가능한 한 수술적 행위에서 분리하여 나열하였음.
- 행위 분류 내의 시술은 공급자 중립적임. 즉, 특정 시술에 대한 코드는 행위를 수행하는 전문가에 관계없이 동일하게 부여됨.

가. ACHI의 장별 분류 내용

- ACHI는 크게 20개의 장(chapter)으로 구성되어 있고, 대부분의 장은 신체계통으로, 소수의 장은 시술의 유형 별로 구분되었음.

[표3-5-3] ACHI 장별 내용 구성

장(Chapter)	내용
1	신경계 시술
2	내분비계 시술
3	눈 및 부속기 시술
4	귀 및 유양돌기의 시술
5	코, 입 및 인두의 시술
6	치과 서비스
7	호흡기계 시술
8	심혈관계 시술
9	혈액 및 조혈기관 시술
10	소화기계 시술
11	비뇨기계 시술
12	남성생식기관 시술
13	부인과 시술
14	산과 시술
15	근골격계 시술
16	피부 및 성형 시술
17	유방의 시술
18	방사선 종양학적 시술
19	비침습적, 인지적 및 기타 다른 곳에 분류되지 않은 시술
20	영상서비스

나. 내용예시표

- 블록 번호 목록: 블록은 ACHI 코드는 아니지만 분류의 보조적인 축으로 특정 목적을 가진 행위에 대한 번호로 ACHI에서 참조 지시(See, See also)에는 블록 번호를 이용하고 있으므로 내용예시표에서는 가장 먼저 블록 번호 목록과 블록 명칭을 제시하고 있음.
- 내용예시표 : 장, 블록 번호순으로 ACHI 코드 목록이 제시되어 있음. 포함 및 제외 행위명이 명시되어 있으므로 완전한 코딩을 위해서는 알파벳 인덱스 참조 후 내용예시표를 참조하는 것이 좋음. ACHI 코드번호는

블록번호 내에서 번호순으로 정렬되어 있으나 블록 번호 내에 포함된 ACHI 번호의 범주는 다양할 수 있으므로 내용예시표 내의 ACHI 코드 배열은 엄격하게 ACHI 번호순이 아님.

- 부록A. 대조표(Mapping table) : ACHI에 포함되지 않은 MBS vs ACHI 코드
- 부록B. ACHI 코드 목록 : ACHI 코드순 블록 번호 목록
- 부록C. MBS 치과 항목을 위한 대조표(Mapping table) ; 치과 MBS 항목 vs ACHI 코드

다. 알파벳색인(Alphabetic index)

- **알파벳색인**은 내용예시표보다 더 많은 용어를 포함하고 있음. 이를 테면, 임상어의 다양한 표현이 내용예시 표상에는 없을 수 있으나 알파벳색인에서는 찾을 수 있는 우가 있음. 따라서, 코딩은 먼저 알파벳색인을 찾고 내용예시표를 참조(내용예시표에는 포함·제외규칙이 있기 때문)해야 함.
- 알파벳색인에 이용된 규약(Convention)
 - 블록(block)은 세 번째 축으로써 상세 코드의 부여를 보조하기 위해 내용예시표내에서 일련 번호순으로 되어 있으며, 알파벳 인덱스 내에서는 코드 번호 우측에 굵은 글씨로 '[']로 구분해 놓음.
 - 주요 용어(Main terms)

행위에 대한 알파벳색인은 '주요 용어(main terms)'를 이용해 정리되며, 주요용어는 참조의 편의를 위해 굵은 글씨체로 인쇄되어 있음. 주요 용어는 통상적으로 해부학적 용어보다는 수행된 기술의 유형을 나타낸다.
 - 순서(Sequence)

주요 용어는 알파벳순으로 정렬되어있음. 이는 알파벳 사이에 하이픈, 표식, 숫자가 있는 곳에서는 이전과 달라질 수 있음.

예:

Amniocentesis

 - diagnostic 16600-00[1330]
 - therapeutic 16618-00[1330]

Amnio-infusion 16621-00[1330]
 - 알파벳색인 내의 '-'은 색인 내에서 하부 개체의 세분된 수준을 보여주기 위한 것임. 예를 들어:

Hypothermia

 - deep 20075-00[642]
 - - with
 - - - cardiac arrest, induced 22075-00[642]
 - - - cerebral perfusion (antegrade)(retrograde) 38577-00 [642]
 - - - circulatory arrest, induced 22075-00 [642]

5. 개정 및 업데이트 절차

- 현재 8차 개정판(2013) 사용
- 호주 정부에서 보조를 받는 메디케어 서비스 목록인 MBS는 격년으로 개정되고 있으며, MBS 항목은 ACHI 코드와 부합함.
- MBS의 개정이 있을 경우 NCCC는 개정 내용에 대한 분석 후 ACS와 ACHI 개정안을 작성함.
- ACHI에 대한 개정 제안 내용은 NHISSC에 제출되어 도입의 타당성에 대한 승인을 득한 후 보건노인부 (Department of Health and Aging)에 제출되어 AR-DRG 그루퍼에 반영됨.

- 따라서, AR-DRG의 개정은 ACHI/ICD-10-AM/ACS의 개정에 따라 이루어지게 되고 분류체계 개정과 동시에 NCCC는 사용자 교육을 진행하며, 사용자 교육은 호주 보건정보관리협회(Health Information Management Association of Australia, HIMMA)에서 담당함
- 새로운 개정에는 최종 개정 12개월 전까지 제안된 사항이 반영됨.
- 개정 절차는 개정판이 공개직후에 시작됨.
- 개정은 대부분 이용자의 제안에 따라 이루어지며, 이용자는 NCCC 웹사이트에서 '신청서서식(public submission form)'을 다운받아 작성 후 제안함.
- 2008~2009년 개선 제안 작성 건수를 분류체계에 관여하는 당사자들을 살펴보면 소프트웨어 개발업체가 55%로 가장 많았고, 임상코더 및 의무기록사가 33%로 두 번째로 많이 참여하였음.

[표3-5-4] 이용자별 개정 제안 제출 현황(2008-2009, ICD-10-AM/ACHI/ACS)

제안자	구성비(%)
소프트웨어 업체/개발자	55.0
임상코더 또는 의무기록사	33.0
호주국가보건분류센터(NCCH)	2.0
뉴질랜드 보건부(New Zealand Ministry of Health)	8.0
기타	2.0
계	100.0

6. ACHI의 구조

가. 분류의 주요 축

- MBS는 수가표이고, 전문분야에 따라 구조화되어 있으며, ACHI는 MBS의 항목 번호를 기반으로 하고 있으며, 해부학적 부위에 따라 구조화되어 있음.
- ACHI 분류에 있어 1차적인 분류의 축은 해부학적 부위임. ACHI를 구성하고 있는 20개 장 중 15개 장은 1차 분류의 축을 해부학적 부위를 썼고, 2차 분류의 축은 시술의 종류로 하였으며, 나머지 5개 장은 각 장의 성격에 따라 나머지 일반적인 장과 다른 분류의 축을 이용하여 분류하였음.

[표3-5-5] ACHI 분류의 주요 축

장	1차 축	2차 축
일반적인 장(15개)	해부학적 부위	시술 종류
6.치과 서비스	서비스 기준 - 진단서비스 - 예방서비스 - 치주질환 - 구강 수술	행위 유형
14.산과 행위	임신주기 - 산전진료(antepartum) - 분만 -	행위유형
18.방사선 종양학적 행위	방사선 종양학적 중재	방사선 유형 - 체외 방사선 치료(external beam therapy) - 근접치료(brachytherapy), - 전산화된 치료 계획 (computerised planning)
19.비침습적, 인지적 및 기타 다른 곳에 분류되지 않은 행위	중재의 목적 - 진단 - 치료 - 행정/임상 /고객지원	중재의 유형 ·진단 - 평가 - 협진 - 면담 - 검사 - 평가 또는 진단적 검사 - 측정 또는 조사(눈 및 부속기) ·치료 - 상담 - 교육 - 영양지원 중재 - 치료적 중재-심혈관계
20.영상서비스	수행된 영상서비스 종류 - 초음파 - 단층촬영(tomography) - 방사선촬영(radiography)	없음

- ACHI의 15개 장에서는 9개 시술 유형을 2차 분류의 축으로 이용하였으며 [표3-5-6]은 1장의 예를, [표3-5-7]은 2장의 예를 보여주고 있음.
- 신체계통으로 분류된 장 내에서 1차적인 해부학적 부위별로 분류된 후, 이는 다시 2차적인 치료 유형으로 분류됨. 이때 해부학적 부위별로 필요한 치료유형만을 선별하여 분류되고 이것이 장 내에서 차례대로 블록 번호를 구성함

[표3-5-6] 분류 구조 예 : 1장. 신경계통 시술(Block 1-86)

해부학적 부위	치료유형	blocks
skull, meninges and brain	Examination	1
	application, insertion, removal	2-6
	incision	7-10
	destruction	11
	excision	12-17
	repair	19-28
spinal canal and spinal cord structures	Examination	29
	application, insertion, removal	30-43
	incision	45-49
	excision	50-56
	other procedures	58-59
peripheral nervous system	application, insertion, removal	60-67
	incision	68-77
	destruction	78
	excision	79-82
	repair	83
	revision	84
	reoperation	85
	other procedures	86

[표3-5-7] 분류 구조 예 : 2장. 신경계통 시술(Block 1-86)

해부학적 부위	치료유형	blocks
thyroid and parathyroid glands	application, insertion, removal	110-111
	excision	112-116
	other procedures	117
adrenal gland	excision	118-119
	other procedures	121
pineal gland	excision	122
	other procedures	123
pituitary gland(hypophysis)	excision	124-125
	other procedures	126
thymus	excision	127-128
	other procedures	129

나. 코드 구조

- ACHI는 숫자코드로 5자리를 기본으로 하고 두 자리의 확장을 위한 자리수를 가지고 있어 상세 분류 코드는 총 7자리로 구성되어 있음
- ACHI는 전체코드를 ICD와 같이 장(Chapter)과 블록으로 나누고 있는데, 특이한 점은 장과 블록에도 별도의

번호가 부여되어서 분류된 자료를 좀 더 다차원적으로 쉽게 이용할 수 있는 기반을 제공하고 있음

- ACHI 코드는 기본적으로 4단계의 의미 있는 축을 가지고 있음.
- ACHI는 먼저 해부학적 부위(주요 축, 예, 중이)에 따라 개념을 분류한 후 시술(두 번째 축)에 의해 분류함
- 현재 MBS에 없는 시술도 일부 포함되어 있는데, '9'로 시작되는 코드가 이것임(예: 관련된 보건의료행위, 성형수술)

[표3-5-8] ACHI의 구조

	ACHI								Block
	MBS item					ACHI 확장			
예) Exploration of middle ear	4	1	6	2	9	-	0	0	[307]
chapter(1~20)									
First level - anatomical site									
Second level - Procedural type axis									
Third level - block axis(1~2016)									
Fourth level - code									
확장을 위한 자리 수									

- First level - 해부학적 부위
ACHI는 해부학적 부위의 주요 축으로 구조화되어 있음. 각 장 내에서 해부학적 부위가 '상부'에서 '하부'까지 (머리부터 발끝까지) 구조화되어 있음.
- Second level - 시술유형 축
두 번째 축은 시술의 유형으로, 가장 덜 침습적인 시술부터 가장 침습적인 시술까지 구분되어있고, 표준적인 시술의 축은 다음과 같음.
 1. 검사(Examination)
 2. 적용, 투여(Application)
 3. 절제(Destruction)
 4. 정복술(Reduction)
 5. 복원술(Repair)
 6. 재건술(Reconstruction)
 7. 교정술(Revision)
 8. 재수술(Reoperation)
 9. 기타 시술(Other procedures)
- Third level: 블록축(block axis) - 중분류
세 번째 수준의 구조는 전체 코드번호와 별개로 존재하는 일련번호를 가진 블록이라는 구분임.
블록은 ICD 코딩체계의 중분류 정도에 해당하는 구조라 볼 수 있는데, ICD-10이나 ICD-9-CM에서는 같은 성격을 가진 범주화된 일련의 코드에 대한 제목일 뿐 일련번호를 부여하지 않은 반면 ACHI에서는 별도의 번호를 부여하여 자료로써의 활용도를 높이고자 하였음.
블록은 숫자일련번호순(1~2016)이며, 이 일련번호는 장(Chapter) 순으로 부여되었으나 장과 장 사이에 추가 발생하는 블록 등록을 위하여 일정 구간을 비워두었음.
 - 1~86: 신경계(Nervous system)
 - 110~129: 내분비계(Endocrine system)
 블록은 이용자로 하여금 특정 코드의 부여를 용이하게 하기 위해 행위 내용예시표 내에서 일련-번호로 되어 있으며, 블록 범위 내에 포함된 코드를 대표하는 제목에 해당됨.

다. MBS(Medicare Benefit Schedule) 항목

- 호주의 메디케어 프로그램은 호주메디케어(Medicare Australia)에 의해 관리 운영되고 있음.
 - MBS는 전문분야에 따라 구조화 되어있는 일종의 수가표(fee schedule)임.
 - ACHI는 MBS의 항목 번호를 기반으로 하고 있고, 해부학적 기반으로 구조화되어 있으므로, 코드 번호가 항상 행위 내용예시표 내에서 번호순으로 정렬되어 있는 것은 아님.
 - MBS vs ACHI
 - MBS의 항목 번호는 기본적으로 신체 계통을 주요 축으로 하고 있는 분류 체계이나 유일하게 관리하는 중요한 단위는 '수가'임. 따라서 마지막 분류 단계에서 비용적으로 동질적인 경우 개념이 포괄(bundling)되어 하나의 코드가 될 수 있음.
 - 따라서 이를 이용하여 DRG를 분류할 경우 DRG 분류의 대 전제인 '임상적 유의성(Clinically meaningful)'에 있어 위배될 수 있으므로 DRG 분류를 위해서는 임상적 개념적으로 더 세분된 ACHI 코드를 이용함
 - 예) MBS 39015 vs 39015-00~02
- * MBS

39015	VENTRICULAR RESERVOIR, EXTERNAL VENTRICULAR DRAIN or INTRACRANIAL PRESSURE MONITORING DEVICE, insertion of - including burr-hole (excluding after-care) (Anaes.) (Assist.) Fee: \$376.00 Benefit:75%=\$282.00
-------	---

- * ACHI
- block 3: Insertion of intracranial cerebrospinal fluid devices
- 39015-00 Insertion of external ventricular drain
- 39015-01 Insertion of ventricular reservoir
- 39015-02 Insertion of intracranial pressure[ICP] monitoring device
- 예2) MBS 45506 vs 45506-00~02

라. 일반적 형식에서 벗어나는 예외적인 장

- 치과 서비스(Dental services)
이 장은 '호주 치과 서비스 수가집 및 용어 사전, 8차 개정판'을 기초로 호주 치과협회에 의해 작성되어 본문에 추가되었음. 이 출판된 책은 ADA(PO box 520, St Leonards NSW 1590 Australia(www.ada.org.au))에서 얻을 수 있음. 치과서비스 장은 서비스를 기초로 구조화되어있음. 예를 들어, 진단서비스, 예방서비스, 치주질환, 구강수술 등. 두 번째 축은 대부분의 경우에 시술의 유형과 관계됨.
- 산과적 행위(Obstetric interventions)
이 장은 임신 주기(pregnancy cycle)와 관련된 특별한 축을 가지고 있음. 예를 들어, 두 번째 축은 분만 전 시술, 분만관련 시술, 분만 등. 두 번째 축은 시술 유형과 관련 있음.
- 방사선 종양학적 행위(Radiation oncology intervention)
이 장은 방사선 종양 행위와 관련된 중요한 축을 가지고 있음. 두 번째 축은 방사선 유형, 예를 들어 체외 방사선 치료(external beam therapy), 근접치료(brachytherapy), 전산화 치료 계획(computerised planning) 등
- 비침습적, 인지적 및 달리 분류되지 않은 행위
이 장은 진단적, 치료적 행위와 행정적, 임상적, 고객 지원과 같은 행위의 목적과 관련된 주요 축을 가지고

있음. 두 번째 측은 행위의 유형이나 신체계통과 관련이 있음. 예를 들어 진단적 행위의 첫 번째 측은 이차적 측은 평가, 협의진료, 면담, 검사, 기능 평가 또는 진단적 검사, 측정 또는 조사(눈 및 부속기) 등임. 치료적 행위의 첫 번째 측은 이차 측은 상담, 교육, 또는 영양지원중재 또는 치료적 중재(심혈관 계통)를 포함하고 있음.

- 영상 서비스

이장의 주요 측은 초음파, 단층촬영, 방사선촬영 등과 같은 수행된 영상 서비스와 관련이 있음. 이 장에는 이차적 측은 없음.

7. ACHI 운영으로부터의 시사점

가. 자국 내 수가 체계를 분류체계로 개조하여 분류함

- 자국 내 수가 체계를 분류체계로 개조하여 DRG 분류에 이용함으로써 기존 자료 활용도 극대화
- 이는 기존의 수가체계가 해부학적으로 구조화된 체계적인 분류를 가지고 있었기 때문에 가능한 일이었음
- 수가 체계와의 지속적 동반 개발을 통해 관리의 효율이 기해진 것으로 보임

나. 임상 자료의 정보로써의 가치 극대화를 가능하게 하는 도구임

- 다축 구조로 확장에 유연하고 자료 분석에 강력한 솔루션 제공.
- DRG 분류에 있어 비용 및 임상적 동질성은 매우 중요하며, 이는 질 높은 진단 및 행위분류에서 달성 가능한 바, ICD-10-AM 및 ACHI는 AR-DRG분류를 전제로 개발되었음.

3.6 Canadian Classification of Health Interventions(CCI)

1. 개요

- 운영기관: 캐나다보건정보연구소[Canadian institute for health information, 이하 CIHI].
CIHI(Canadian institute for health information, 캐나다보건정보연구소)는 캐나다의 보건의료시스템과 캐나다인의 보건의료에 대한 필수적인 자료와 분석을 제공하는 독립적 비영리 조직임.
CIHI는 편향되지 않고 신뢰할만하며 비교가능한 정보원을 주도함으로써 캐나다 보건의료체계 및 캐나다인의 복지의 향상을 돕는 것을 목표로 수년 동안 많은 지역의 다양한 자료를 수집하고 있으며 자료원은 주로 병원, 지역보건국, 의사 및 정부 등임.
- 운영주체: 캐나다보건정보연구소[Canadian institute for health information]
분류 자문위원회(Classification Advisory Committee)의 자문 하에 직접 개발 및 운영하고 있음.
- CCI 적용 및 분류대상
 - 입원 및 통원수술 환자의 수술적 및 비수술적 치료적 행위
 - 진단적 영상, 검사, 측정, 생검, 체내 검진(exploration)을 포함한 진단적 행위
 - 인지적, 정신과적 및 감각적 치료 행위, 일상생활 보조, 환경 평가 및 상담과 같은 기타 보건의료행위, 면역 체계 강화를 위한 치료적 행위
- CCI 분류 제외 대상: 검체 진단 검사 및 조직병리 검사와 보건의료 장치의 조립 및 제조

2. 목적

- CCI는 CIHI가 이전에 사용하던 CCP(Therapeutic and Surgical Procedures)와 ICD-9-CM 캐나다 버전의 행위 부분을 대체하기 위해 개발한 자국의 시술에 대한 독창적인 분류체계임.
- CCI는 ICD-10-CA(International Classification of disease-10th version-Canadian modification)와 더불어 캐나다의 환자군 분류체계인 CMG(Case Mix Group) 분류 및 보건의료 행위관련 각종 통계 자료 작성에 이용되고 있음
- CCI에서의 보건의료행위(healthcare intervention)란 건강을 향상시키고, 질병의 경과를 개선시키거나 진단하기 위해 수행되는 서비스로 정의하였음. 따라서 “시술(procedure)”이란 용어 대신 “행위(intervention)”라는 용어를 사용한 것은 전통적 내과적/외과적 환경을 초월하여 확장된 범위를 나타내고자 한 것임.

3. 분류체계 개발과 도입

- 1993년 CIHI의 founding organization 중의 하나인 Statistics and the Hospital Medical Records Institute에서 새로운 분류체계 개발을 통한 코딩 구조 개선에 대한 연구 수행으로 발의.
- CIHI내에 분류 전문가(classification specialist)를 중심으로 CCI 프로젝트 팀이 구성되었고, 자문 기구인 National Advisory Group이 구성되어 수차례의 포럼을 개최하고 이를 통해 의견을 수렴함. 따라서, 사용량 관리(utilization management), 질 검토 및 연구를 포함한 사용자의 정보 요구에 부합하는 분류체계를 개발하는 것을 목표로 함.
- 1996년에 분류 체계 개발에 착수하여 1997년에 초안이 작성되었으며, 외부 검토 과정을 통해 다양한 범주에

대한 수차례의 수정이 이루어짐. 외부 검토 과정에는 임상진료의사(clinicians), 의무기록사(health records personnel), 정부 및 연구자 등 다양한 이용자나 관심 있는 여러 분야가 참여하였음.

- 개발에 있어서는 다음의 주요 원칙을 따름.
 - 서비스 공급자 및 서비스 제공 환경에 중립적임: 개발시 서비스 공급자 및 서비스 제공 환경을 고려하지 않았으므로 동일한 시술에 대해서는 공급자나 서비스 제공 환경이 달라도 동일한 코드로 이용해야함.
 - 포괄성, 역동성, 확장 가능성: 보건의료서비스의 발전에 지속적으로 이용할 수 있도록 범위를 상당부분 확장했음. 광범위한 공급자에 의한 행위의 범위를 반영했고, 전통적인 분류를 능가하는 다양한 어플리케이션이 있었음. 미래의 확장이나 변화를 가능하게 하기위해 지속적인 관리와 개정을 대비한 코드 구역을 남겨두었음.
 - 합당성: 분류체계 개발시 모든 개념적 용어의 유일성 및 임상적 유의성이 확인되었음. 복합적이고, 다양한 요소를 가진 행위에 있어서는 가능한 한 개념용어가 다양한 수준의 복잡성을 가질 수 있도록 함.
 - 시술 관련 정보에 제한적용: 코드 선택에 진단 상세 내역이 필요한 경우를 제외하고는 가능하면 진단(또는 비 시술 변수)은 포함되지 않았음.
 - 국제적 연결가능성: 1994년에 유럽 정보 표준 설정 기구(European informatics standard setting organization)의 CEN/TC 251 실무 제2그룹은 수술적 시술 분류 디자인에 대한 개념적 체계를 준비하여 배포하였음. 이 그룹에서는 국제사회에서 정보의 교환을 좀 더 쉽게 하고자 하는 의도를 가지고 모든 국가의 수술 분류를 같은 방법으로 구성하고자 하는 요구로부터 만들어진 것이고, 아마도 미래의 어느날 WHO가 모든 국가가 수용할만한 단일 국제 표준을 만들었을 때 이 구조가 기본이 될 경우를 대비하여 CCI 코드 구조는 CEN/TC 251에서 제안된 개념적 체계를 기본으로 하고 있음.
- CCI는 2001년에 개발되어 전국적으로 적용되기까지는 6년이 소요되었음

[표3-6-1] CCI의 연도별 지역별 도입 경과

지역(Province/Territory)	도입년도
British Columbia, Newfoundland, Nova Scotia, Prince Edward Island, Saskatchewan (partial), Yukon	2001
Alberta, Northwest Territories, Nunavut, Ontario, Saskatchewan (complete)	2002
New Brunswick	2003
Manitoba	2004
Quebec	2006

4. 내용

- CCI에서는 보건의료행위를 수행된 활동(action)의 일반적 유형에 따라 구분하여 정리하고 있음.
- 이런 유형의 행위에 대하여 제안된 일반적 정의는 각 행위간 명확한 구분이 될 때까지 반복적 과정에 의하여 임상적으로 검토된 후에 편집 및 재작성됨. 예를 들어 "resection"과 "excision"과 같이 유사한 행위는 명확하게 구분해 내기에는 그 의미가 너무 유사하기 때문에 이 두 용어는 "excision" 아래로 조합되었음.
- CCI는 각 섹션 내에 나열되는 행위의 실제 개수를 관리가능한 수의 그룹으로 제한하였음. 각각의 행위는 두 자리의 숫자 값으로 할당됨. 코드수의 증가 및 새로운 행위 정의의 추가를 위해 모든 섹션에는 빈자리를 남겨두었음.

가. CCI의 섹션별 분류 내용

- CCI는 크게 7개 섹션으로 구성되어 있고, 가장 많은 부분을 차지하고 있는 섹션은 '1.신체/생리학적 치료 행위[Physical and Physiological Therapeutic Interventions]'임.

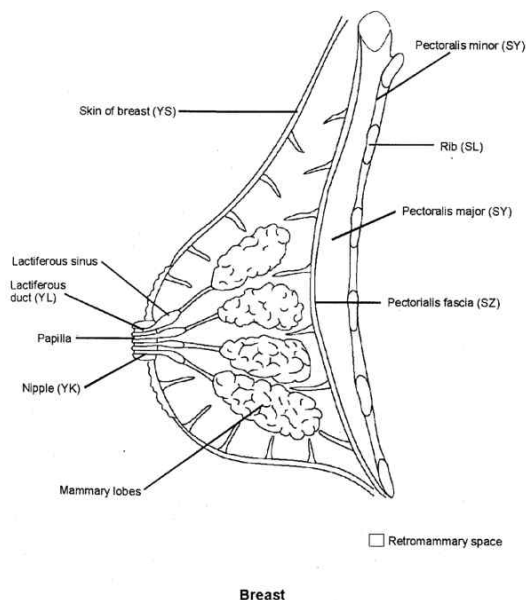
[표3-6-2] CCI의 섹션별 내용 구성

섹션	섹션명
1	신체/생리학적 치료 행위 (Physical/Physiological Therapeutic Interventions)
2	진단 행위(Diagnostic Interventions)
3	진단적 영상 관련행위(Diagnostic Imaging Interventions)
5	산과 및 태아 관련 행위(Obstetrical and Fetal Interventions)
6	인지적, 정신사회학적 및 감각적 치료 행위 (Cognitive, Psychosocial and Sensory Therapeutic Interventions)
7	기타 보건의료 행위(Other Healthcare Interventions)
8	면역체계 및/또는 유전자 조합 강화 치료 행위(Therapeutic Interventions Strengthening the Immune System and/or Genetic Composition)

- Canada Health Infoway에서 EHR에 대한 진단검사용어 표준을 LOINC(Logical Observation Identifiers Names and Codes)로 결정했고, CCI에서 진단검사에 대하여 추가적으로 분리된 섹션을 유지하는 것은 불필요한 노력으로 간주되었기 때문에 섹션 4 “임상검사 행위”는 2009년에 CCI에서 삭제됨.

나. 내용예시표 (2권)

- Diagrams in CCI: 구조화된 해부학적 용어 및 부위 코드가 명시된 해부학 도면 총 44장으로 구성됨. 도면 위에 명시된 해부학 코드는 CCI 코드의 섹터 1-3에서 그룹(필드2)을 나타내는 자리수(2-3)를 구성하는 요소임.
- CCI에서 이용되는 신체 부위는 [표3-6-3]과 같이 구조화되었고 이를 [그림 3-6-1]과 같이 해부학 도면에 도식화함으로써 사용자 편의를 도모함]



[그림3-6-1] 신체부위 구조화 도해(유방)

- 내용예시표 : 섹션/그룹/행위/한정어 순으로 정렬되어있고, 포함 및 제외 행위명 및 해당 CCI 코드가 명시되어 있으므로 완전한 코딩을 위해서는 알파벳 인덱스 참조 후 반드시 내용예시표를 참조해야 함.

[표3-6-3] 신체부위 구조화 내용(AA-ZZ)

기관(1st digit)		기관의 상세 부위(2nd digit)		
		A	.....	Z
A	Brain and spinal cord	Meninges and dura mater of brain	.....	Central nervous system
B	Nerves	Cranial nerves	.....	Nervous system
C	Eye and Ocular Adnexa	-	.....	Eye NEC
D	Ear and Mastoid Process	External ear	.....	Ear NEC
E	Muscular skeletal tissue of head, nasal cavity and sinuses	Cranium	.....	-
F	Oral cavity and pharynx	Nasopharynx	.....	-
...
Z	.....	.....	.....	.....

다. 알파벳색인 (1권)

- 알파벳색인: 행위에 대한 사전식 인덱스로 대부분의 경우 행위의 종류가 선도어가 되며, “참조(see, see also)를 통해 알파벳 인덱스 내에서의 혼돈하기 쉬운 분류를 안내하고 있으며, 알파벳 인덱스에서 제시되는 분류 번호는 루브릭 코드 즉, 5자리까지이고 첫 번째 한정어는 모두 ‘^^’(공백 두자리)’으로 표시되어 있음. 따라서 알파벳색인만으로는 완전한 분류를 할 수 없으므로 반드시 내용예시표를 참조해야 완전한 분류가 가능함.
- 부록 A. CCI 코드 구조: CCI 코드의 구조, CCI decision tree, 섹션별 필드 1과 2의 조합, 한정어 상세 내용이 명시되어 있음.
- 부록 B. CCI Rubric finder/섹션별
- CCI는 기본적으로 해부학적 용어와 행위용어가 조합되어 5자리 루브릭 코드를 구성하며, 이것이 한정어분류 하 전의 행위 정의라 할 수 있음. CCI Rubric finder란 각 섹션별 rubric 코드를 행위를 세로축으로, 해부학적 부위를 가로 축으로 구성한 표임. 다시 말해 표 형태로 구성된 또 하나의 색인이라 볼 수 있음.
- 부록 C. CCI 어트리뷰트(CCI Attribute)
- 10자리로 구성되는 CCI 코드는 아니지만 행위를 부가적으로 설명해주는 일종의 한정어(qualifier)의 역할을 하는 3개의 부가 변수.
- 부록 D. 약제, 생물학제제, 기타 물질 분류(CCI 구성요소를 ATC 코드로 전환)
- 부록 E. 신규 CCI 코드 목록
- 부록 F. 삭제된 CCI 코드 목록

라. 종전의 분류체계와의 차별성

- 크기가 가지는 합의(CCI Tables/Database)
 - 이전의 CCP와 ICD-9-CM에서 3,500개 이하였던 코드수가 CCI에서는 그 범위가 확대됨에 따라 약 18,000개로 증가되었음.
 - CCI는 현재 7개의 독립된 섹션을 가지고 있고, 향후 더 개발하고 발전해 나갈 계획을 가지고 있음.

- 각 필드에 대한 타당한 값의 범위는 00~99 및 AA~ZZ임(한 자리일 때에는 0~9 및 A~Z임).
- 각각의 CCI 코드는 긴제목과 짧은 제목을 가지고 있음. 긴제목은 300자까지, 짧은 제목은 약 80자까지의 길이를 가지고 있음.
- 퇴원 요약 DB 분석 변수의 확대
 - 기존의 CIHI의 퇴원요약DB(Discharge Abstract Database, DAD)에서는 환자 사례당 20개까지의 시술 코드가 수집될 수 있었음. 코드체계가 CCI로 변경되면서 수집 가능한 코드의 개수가 변경될 수는 없었으나 3개의 관련 어트리뷰트와 10자리 코드가 가지는 의미는 요약 DB 분석에 대한 영향 평가시 고려되었음.
- 종전 분류체계와의 차별성
 - 확장된 분류 범위(예, 진단영상, 비 의학적 진단 및 치료적 행위, 등); 1970년대에 CCP가 개발되었을 때, 일차적으로 급성기 입원환자 환경 하에서의 외과적 시술에 무게 중심이 있었으나 CCI에서는 매우 포괄적인 의료 행위를 포함하고 있어 광범위한 공급자와 치료 환경하에서의 의료 행위 분류가 가능하게 됨.
 - 수행된 행위의 식별을 위해 일반적 개념 용어의 이용
 - 다축 위계 구조
 - 코드 길이의 확장
 - (가능하면) 코드 서술에 진단정보 및 인명유래용어(eponyms)의 배제
- CCI 사용 이전에 캐나다에서 사용하던 시술분류체계인 CCP와 ICD-9-CM의 장을 중심으로 CCI에서 구성에 있어서 변화된 점은 [표3-6-4]와 같이 요약할 수 있음.

[표3-6-4] CCP, ICD-9-CM, CCI의 장별 구성 비교

CCP 장 제목	CCP 장 번호 (코드 범위)	9-CM 장 번호 (코드 범위)	CCI 장 번호 (코드 범위)
Miscellaneous Diagnostic and Therapeutic Procedures	I (01-13)	16 (87 - 99)	섹션1부터 7까지 모두에 있음
Operations on the Nervous System	II (14 -18)	1 (01 - 05)	1.AA.^ - 1.BZ.^
Operations on the Eye	IV (21 - 29)	3 (08 - 16)	1.CC.^ - 1.CZ.^
Operations on the Endocrine System	III (19 - 20)	2 (06 - 07)	신체 부위에 따라 분류
Operations on the Ears	V (30 - 32)	4 (18 - 20)	1.DA.^ - 1.DZ.^
Operations on the Nose, Mouth, and Pharynx	VI (33 - 41)	5 (21 - 29)	1.EA.^ - 1.FZ.^
Operations on the Respiratory System	VII (42 - 46)	6 (30 - 34)	1.GA.^ - 1.GZ.^
Operations on the Cardiovascular System	VIII (47 - 51)	7 (35-39)	1.HA.^ - 1.LZ.^
Operations on the Hernic and Lymphatic System	IX (52 - 53)	8 (40-41)	1.MA.^ - 1.MZ.^
Operations on the Digestive System and Abdominal Region	X (54 - 66)	9 (42 - 54)	1.NA.^ - 1.OZ.^
Operations on the Urinary Tract	XI (67 - 71)	10 (55 - 59)	1.PA.^ - 1.PZ.^
Operations on the Male Genital Organs	XII (72 - 76)	11 (60 - 64)	1.QA.^ - 1.QZ.^
Operations on the Female Genital Organs	XIII (77 - 83)	12 (65 - 71)	1.RA.^ - 1.RZ.^
Obstetric Procedures	XIV (84 - 87)	13 (72 - 75)	5 .AB.^ - 5.PD.^
Operations on the Musculoskeletal System	XV (88 - 96)	14 (76-84)	1.SA.^ - 1.WZ.^
Operations on the Breast	XVI (97)	15 (85)	1.YJ.^ - 1.YN.^
Operations on the Skin and Subcutaneous Tissue	XVII (98)	15 (86)	1.YA.^ - 1.YG.^ & 1.YR.^ - 1.YZ.^

5. 개정 및 업데이트 절차

- CIHI는 사용자에게 정기적으로 CCI를 개정하여 출판 및 배포하고 있음. CCI에 대한 개정 요청은 공개된 제

출 절차를 통해 CIHI에 제출될 수 있음. CIHI는 또한 이용자들에게 개정판을 배포에 인터넷 등의 대안적 방법을 이용하기도 함.

• ICD-10-CA/CCI Licensed Vendors

CCHI의 산출물(ICD-10-CA와 CCI등)을 소프트웨어에 적용하고자 할 경우 소프트웨어 개발업체는 CCHI와의 라이선스 계약 하에 이를 이용해야 하며, 이 라이선스는 3년 주기로 갱신하고 있음. 회계연도 2013/2014년에 CIHI와 계약한 개발업체는 22개임. 각 업체는 CCHI와 포괄적인 라이선스 계약을 하고 ICD-10-CA/CCI 제품을 공급받으며, 라이선스 획득시 제공되는 콘텐츠는 다음과 같음:

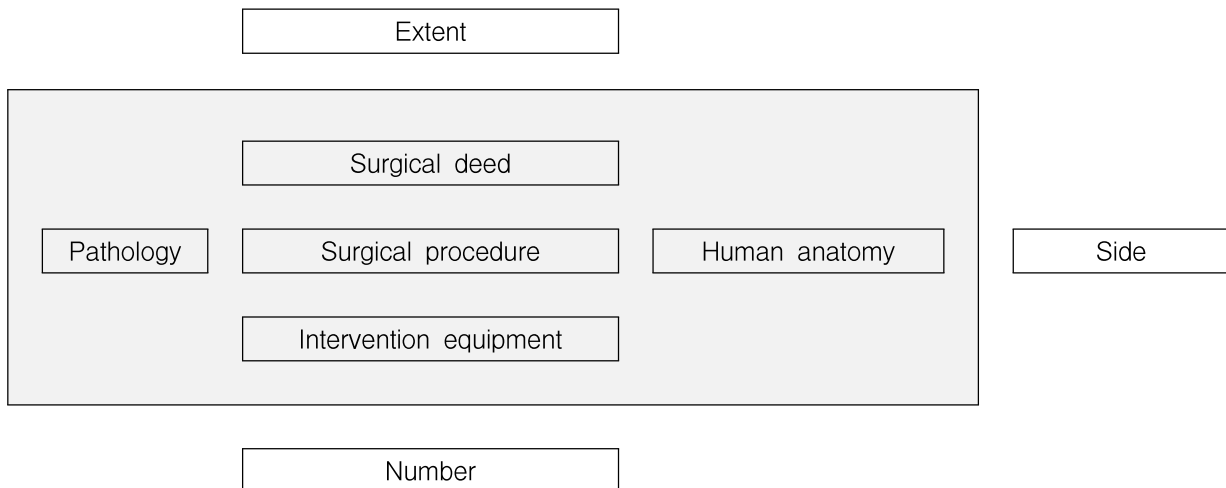
- ICD-10-CA/CCI Code Title Tables
- ICD-10-CA/CCI Rubric Tables
- ICD-10-CA/CCI Validation Tables
- ICD-10-CA/CCI (English Folio Product)
- ICD-10-CA/CCI (French Folio Product)
- ICD-10-CA/CCI Canadian Coding Standards

- 누구든지 CCI 코드를 변경 요청할 수 있으며, 변경요청 내용은 CIHI 웹사이트의 '신청서 서식(public submission request form for enhancement of ICD-10-CA and CCI)' 화면에 직접 입력해야 하며, 변경 요청자는 요청 내용을 명확하게 기술하고 개선 방안을 제시하며, 그 근거를 함께 첨부해야 함.
- 반영된 변경 내용에 대한 정오표는 CIHI 홈페이지에 매년 또는 수시로 배포함

6. CCI 구조

가. 개념적 틀

- CCI의 내용 구성은 1994년에 유럽 정보 표준 설정 기구인 CEN/TC 251의 제2 실무 그룹에서 제안한 수술적 시술 분류 디자인을 기본 구조로 출발하여 캐나다 국내 요구에 맞추어 수정하였음.
- CCI 분류 중 가장 많은 부분을 차지하고 있는 섹션 1에서 CCI 코드는 다음 구조와 매우 유사함



[그림3-6-2] CCI 코드의 개념 구성도

주: 역상부분이 유럽에서 시술(또는 행위)의 일부라고 정의한 요소임. 역상의 바깥쪽 부분은 시술(또는 행위) 코드의 Modifier들임. CCI에서는 역상 안쪽의 병리(pathology) 부분을 없애고, 바깥쪽의 Modifier를 추가한 것임.

나. 구조

- CCI는 총 10자리, 6개 필드, 알파벳숫자형 코드로 마지막 세 자리(두개 필드)는 분류할 필요가 없을 경우 공

백으로 들 수 있음.

[표3-6-5] CCI 코드의 세부 부분별 명칭과 내용

구분	Rubric 코드			Qualifier		
	필드 1	필드 2	필드 3	필드 4	필드 5	필드 6
필드별 내용	섹션 (Section)	블록/그룹 (Block/Group)	행위 (Intervention)	접근, 기법, 사유	이용된 장치, 약물, 방법	이용된 조직
자료유형* (자리수)	A (1)	AA (2)	AA (2)	AA (2)	BB (2)	B (1)
분류 예	1	CA	14	ST - CD - R		
	1.CA.14.ST-CD-R					

주: A = 알파벳숫자형, B = 알파벳숫자형 또는 공백

- 섹션(Section, 1)
첫 번째 자리는 행위의 광범위한 유형을 나타내는 CCI의 섹션을 나타냄(예: 진단적, 치료적, 산과적 등)
- 블록 및 그룹(Blocks and Groups, 2~3)
섹션은 다시 분류의 이차 축을 나타내는 동질적인 범위의 블록 및 그룹으로 세분됨. 3개 섹션에서는 해부학적으로 그루핑 되어있고, 나머지 섹션에서는 각 섹션의 특성에 따라 다른 그루핑 로직을 가지고 있음. 따라서 그룹을 나타내는 2-3자리는 첫 번째 자리의 섹션을 조합해야 유일한 의미를 가질 수 있음. 섹션 5에서 블록은 임신 주기 및 태아 발달 단계를 나타냄. 예를 들어, 섹션 1에서 블록 1.AA-1.BZ는 신경계통을 나타냄. 해당 블록 내에서 1.AN 그룹은 뇌(brain)를 나타냄.
- 행위(Interventions, 4~5)
4~5번째 자리는 주어진 섹션 내에 포함된 일반적인 시술/행위를 식별하기 위한 CCI의 행위(Interventions)를 나타냄(주: 행위는 섹션마다 다름).
- 루브릭 코드(Rubrics)
처음 5자리(필드 1,2,3)는 그룹과 섹션 내에서 행위유형을 나타내는 루브릭 코드로 구성되어 있음. 일반적으로, 루브릭은 수행된 행위를 기술하는 것임. 예를 들어, "1.GE.89.^"는 "excision of total larynx"를 나타냄.

[표3-6-6] CCI 섹션별 루브릭 코드 구조 내 개념의 조합

루브릭 코드		
필드1	필드2	필드3
1 신체/생리학적 치료 행위	해부학적 부위(AA-ZZ)	행위(01-99)
2 진단 행위	해부학적 부위(AA-ZZ)	행위(01-99)
3 진단적 영상 관련행위	해부학적 부위(AA-ZZ)	방사선 중재 유형(01-99)
5 산과 및 태아 관련 행위	임신주기(AA-ZZ)	행위 (01-99)
6 인지적, 정신사회학적 및 감각적 치료 행위	정신 및 감각 문제 유형 (예, 정신건강, 청각)(AA-ZZ)	행위 (01-99)
7 기타 보건의료 행위	(예, 환경,지지 활동)(AA-ZZ)	행위 (01-99)
8 면역체계 및/또는 유전자 조합 강화 치료 행위	원인 물질, 바이러스, 질환 등(AA-ZZ)	행위 (01-99)

- 한정어(6~10)

- 이용자가 일단 적절한 루브릭 코드를 확인했으면, CCI코드 분류를 완료하기 위해서는 적절한 행위의 한정어(qualifier)를 선택해야 함. 한정어는 각기 다른 의미를 가지는 세 개의 독립된 필드로 구분할 수 있음. 치료적 행위의 경우 첫 번째 두 자리는 이용된 접근방법(approach)이나 기법(technique)과 관계가 있음. 그 다음 두 자리는 이용되거나 이식된 장치와 관련 있음. 마지막 자리는 이용된(행위를 위해) 모든 조직(tissue)과 관련되어 있음.

한정어 적용 예(GQ-FV-N)

GQ = percutaneous transluminal approach

FV = atherectomy device

N = synthetic tissue

- 다른 섹션(예: 진단적 영상, 산과)에서도 의미를 구분하기 위해 필요시 다양한 필드의 한정어가 제공됨. “필드(fields)”의 의미는 필요한 만큼의 적절한 상세함을 제공하기 위해 섹션별로 다름.
- 한정어는 내용예시표에서 단순하게 선택하는 “선택 목록 상자(pick list box)”에서 그 분기를 확인할 수 있음. 한정어으로써 CCI코드가 완성되고, 한정어만 있을 수도 있고 간단한 설명 노트가 있을 수도 있음. 보통은 부가적인 보충용어나 일반적인 사례가 제시됨.

예:

1.GE.89.LA	using open approach[e.g. apron flap incision]
1.GE.89.LA-XX-A,	using open approach and autograft[e.g. full thickness skin graft]
1.GE.89.LA-XX-F,	using open approach and free distant flap
1.GE.89.LA-XX-G,	using open approach and pedicled distant flap[e.g. myocutaneous flap]
1.GE.89.LA-XX-Q,	using open approach and combined sources of tissue

- [표3-6-7]과 같은 내용예시표 내의 선택 목록(pick list)은 일반적으로 2개 이상의 중요한 축이 있을 때 유효한 한정어의 표현 및 선택을 단순화하기 위해 이용됨(예, 치료적 행위에 있어 표는 다중 접근, 다중 장치, 또는 여러 유형의 조직 등이 행위를 시행하는데 이용될 것임). 표의 첫 번째 칸은 5자리 루브릭 코드를 보여주고 첫 번째 줄과 칼럼은 수행된 다른 축을 가리키고 있음(예, 접근방법/행위기법, 조직의 유형). 나머지 칸들은 적절한 한정어별로 구분되어 루브릭을 보여주고 있음.

[표3-6-7] 내용예시표의 선택 목록 상자 사례(1.GE.87.^ Excision partial, Larynx)

1.GE.87.^ Excision partial, Larynx	using autograft [e.g. cartilage]	using combined source of tissue	using pedicled distant flap	no tissue used
open approach[e.g. apron flap incision] with horizontal technique	1.GE.87.NZ-XX-A	1.GE.87.NZ-XX-Q	1.GE.87.NZ-XX-G	1.GE.87.NZ
open approach[e.g. apron flap incision] with vertical technique	1.GE.87.NZ-XX-A	1.GE.87.NZ-XX-Q	1.GE.87.NZ-XX-G	1.GE.87.LL
endoscopic per orifice approach	...	...	...	1.GE.87.BA

다. 표현 형식(Presentation Format)

- CCI 코드의 표현형식은 총 6개 필드(10자리)로 구성되어 있고, 1~3번째 필드 뒤에는 마침표가 있고, 4~5필드 뒤에는 ‘-(dash)’를 붙임. 필드 5 및/또는 6이 사용되지 않은 경우 해당 자리는 채우지 않고 공백으로 둘 수 있음.
- 알파벳 숫자 혼용 코드 사용에 있어 알파벳 ‘O’와 숫자 ‘0’이나 알파벳 ‘I’와 숫자 ‘1’을 구분하기 어려울 수 있으므로 시스템에서 이 글자들을 시각적으로 구분하기 좋은 폰트를 이용해야 함.

라. 자료 저장 및 송부(Data Storage and Transmission)

- CIHI에 제출되는 코드화된 자료에 마침표나 하이픈은 필요 없음. 따라서 CIHI는 각각의 10자리로 된 한 개 필드의 CCI 코드를 받게 됨(AAAAAAABBB). 많은 코드에서 5,6 필드는 정의되지 않았음. 이런 사례들에서 공백을 유지하는 것이 기계 판독을 가능하게 함.

마. CCI 행위 어트리뷰트 (자료 요건 관련 부가 사항)

- 적절하게는 특정 CCI코드 이용을 위해서는 3가지 부가적 자료 필드를 명시하는 것이 필요함; 이 세 개의 부가 필드를 "CCI행위 어트리뷰트"라 함.
- CCI는 기존의 코드 체계에 비해 훨씬 더 광범위한 분류를 나타내고 있으나, CIHI는 다양한 이용자의 요구에 부합하기 위해서는 많은 행위 어트리뷰트가 필요하다는 것을 확인하였음. 본질적으로는 CCI 코딩 구조의 일부가 아닌 이 어트리뷰트들은 별도의 자료 필드로 수집될 필요가 있음(아래 예 참조).
- 이 어트리뷰트가 일차적으로 치료적 행위 분야에 초점이 맞춰지면 그 이용은 다른 CCI섹션으로 확대될 것임. 프로그램 공급자들은 필요한 곳에 이런 세 가지 부가 요소의 자료 수집이 가능한 프로그램을 공급해야 함. 다음의 치료적 행위 어트리뷰트 사례에는 상태, 위치 및 범위를 포함하고 있음.

[표3-6-8] CCI 행위 어트리뷰트

CCI Code	Intervention Attributes		
	상태 (Status)	위치 (Location)	범위 (Extent)
1.CA.14.STCDR	R(evision)	L(ef)	(blank - N/A)

- 상태 어트리뷰트(알파벳2자리- CIHI가 정의한)는 행위가 “반복(repeat)이나 수정(revision)”, “발병 후 방치된” 또는 “단계별(staged)" 과정의 하나라는 것을 확인하기 위해 사용됨
- 위치 어트리뷰트(알파벳과 숫자 2자리- CIHI가 정의한)는 행위에 포함된 해부학적 방향과 위치를 식별함. 유효한 입력값에는 (L)eft, (R)ight, (B)ilateral가 있음.
- 범위 어트리뷰트(알파벳과 숫자 2자리- CIHI가 정의한)는 행위 관련 양적 측정값을 명시하기 위해 이용됨, 예를 들어, 제거된 병변의 수, 봉합된 열상의 길이, 등.
- 도달 방법(Mode of delivery)(알파벳과 숫자 2자리- CIHI가 정의한)은 필요시, 특정 행위 도달 방법과 관련된 정보를 식별하기 위해 이용됨(예: direct, indirect, self-directed). 이 어트리뷰트는 위치 어트리뷰트와 같은 필드에 적용됨.
- 모든 CCI 코드가 어트리뷰트를 사용하는 것은 아님. CIHI는 자료 확인 절차에서 어트리뷰트 사용의 적절성을 확인하고 있음.

7. CCI 운영으로 부터의 시사점

가. 개발 당시부터 명확한 목표를 가지고 원칙 준수

- 서비스 공급자 및 서비스 제공 환경에 독립적이며, 코드는 포괄성, 역동성, 확장 가능성, 합당성을 가져야 하며, 시술 관련 정보에 제한 적용하는 원칙의 준수.
- 국제적 연결을 위한 국제적 분류 체계를 적극적으로 참조하여 최적의 체계를 개발.

나. 임상 자료의 정보로서의 가치 극대화를 가능하게 하는 도구임

- 다축 구조로 확장에 유연하고 자료 분석에 강력한 솔루션 제공.
- DRG 분류에 있어 비용 및 임상적 동질성은 매우 중요하며, 이는 질 높은 진단 및 행위분류에서 달성 가능한 바, ICD-10-CA 및 CCI는 CMG(Case Mix Group)분류를 전제로 개발되었음.

다. 전문가로 구성된 안정적인 관리운영 체계 및 지속적 질 관리

- 퇴원환자요약DB(Discharge Abstract Database) 및 각종 질병 등록 시스템 등과 연계하여 국가 전체의 보건의료 정보의 질 높은 관리를 위해서는 체계적인 분류체계 개발 및 관리의 필요성 있음을 일찍이 인식함.
- 자료 생성(EMR 프로그램 업체 관리), 자료 수집(DAD, 각종 질병 등록 DB) 및 연구 수행까지 이어지는 일련의 관리가 표준화된 분류체계 관리부터 시작된다는 것을 인식하고 관리함.

3.7 International Classification of Health Intervention [ICHI]

1. 개요

가. 개발 배경

- 시술분류체계는 국가마다 필요에 의해서 개발하여 사용하고 있거나, 자국의 시술분류체계를 가지지 못하는 일부 국가는 분류체계의 견고성이 입증된 타 국가의 분류체계를 비용을 지불하고 사용하고 있음
- 각 나라에서 사용하는 의료행위분류체계는 보건의료행위의 국제적 비교성을 확보하기 어려운 상황임
- WHO에서 1978년 ICPM(International Classification of Procedures in Medicine)을 개발하여 사용했으나 관리 인력, 비용 등의 이유로 지속적인 업데이트가 이루어지지 못하여 현재 사용되지 못하고 있음
 - ※ 우리나라의 경우 1998년까지 ICPM을 사용하였으나, 대한의무기록협회가 ICD-9-CM Volume III(1994년 판)를 번역하여 1999년부터 ICPM을 대신하여 사용을 시작하였음. 2004년에 다시 2003년 판을 번역하여 현재까지 사용하고 있음
- WHO에서는 2001년 ICPM의 후속판 개발을 목표로 호주의 ACHI(Australian Classification of Health Intervention)에 기반한 의료행위분류체계를 개발하고자 노력하여 CCHI(Condensed Classification of Health Intervention)을 개발함. 의료행위분류체계가 없는 국가를 위한 해결책으로 제시되었으며, 이는 2006년 WHO-FIC의 관련 분류로 인정받음
- 현재 사용 중인 의료행위분류체계는 급성기 치료에 대한 중재행위에 집중, 예방 등 건강증진 및 보건사업관련 의료행위분류 부족, 재활치료 등에 대한 의료행위분류가 제한적임, 국가별로 개별적인 분류체계를 사용하게 됨으로써 국제적 비교가 곤란함 등과 같은 제한점이 있음
- 이를 극복하기 위하여 2007년 WHO-FIC는 각 국가의 보건의료행위에 대한 국제적 비교 요구도가 높아지면서 ICHI 개발을 결정하고, 건강관리 전 영역을 포함하는 보건의료중재활동 분류체계로 개발하기로 함

나. 개발 목적

- 보건의료시스템 전반에 걸쳐 시행되고 있는 의료행위를 기술하고 비교하기 위함
 - 지역, 국가, 국제적 수준에서 사용될 수 있음
 - 상이한 인구집단 및 하위-인구집단간 비교를 가능하게 할 수 있음
- 적합한 범위에서 상세한 분류를 제공하여 국가적 분류체계로 사용되게 하기 위함
 - 또는 좀 더 상세한 국가적 또는 전문분야 분류를 위한 기초로 사용될 수 있음
- 여러 국가에서 시행되고 있는 의료행위를 비교하기 위한 틀을 제공하기 위함
- 보건정책의 개발을 지원하기 위함
 - 지역, 국가, 국제적 수준의 보건정책
 - 상이한 인구집단 및 하위-인구집단에 대한 보건정책
- 보건의료시스템의 효과성 뿐 아니라 의료행위의 성과를 비교하는데 기여하기 위함
- 진료비상환 목적으로 사용되는 환자군 분류 프로그램(Casemix grouper)에 대해 기초를 제공하기 위함
- 각 나라에서 이루어지는 중복 작업을 피하기 위함
- 의료행위분류체계의 글로벌 표준을 유지하기 위함

다. 개발 범위

- 보건의료시스템의 다양한 기능적 영역 전반에서 시행되고 있는 의료행위를 분류함
 - 급성기 치료(acute care)
 - 일차 의료(primary care)
 - 재활(rehabilitation)
 - 기능하기 지원(assistance with functioning)
 - 전통의료(traditional medicine)
 - 예방 및 환자이송과 같은 기타 서비스(prevention and ancillary services)
- 모든 유형의 의료제공자에 의해 시행되는 의료행위를 분류함
 - 의사
 - 치과의사
 - 간호사
 - 관련된 보건근로인, 지역사회 보건의료인(allied and community health workers)
 - 전통의료 제공자
 - 공중보건 실무자(public health practitioners)

라. 개발 경과

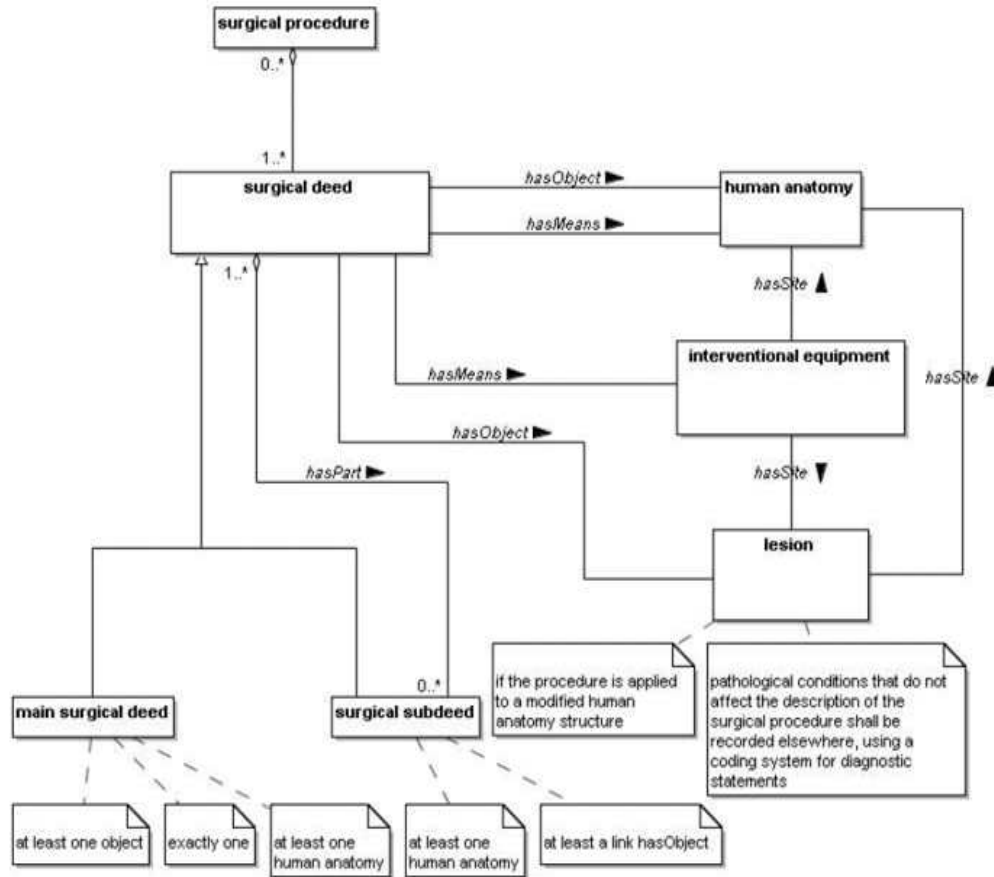
- 2001년 ACHI(Australian Classification of Health Interventions)에 기반한 의료행위분류체계 개발 시작
- 2006년 CCHI(Condensed Classification of Health Interventions) 개발 완료
- 2007년 ICHI 개발 시작
- 2010년 Alpha version 개발 시작, 분류체계의 틀 완성
 - 구조, 코딩구조(coding scheme), 내용모형(content model) 개발
 - 행위(Action) 등 값목록(Value sets) 추가
- 2011년 매핑 시행(Mapping exercise)
 - 타 의료행위분류체계와의 호환성 검토
- 2012년 10월 현재 알파버전이 개발되었으나 아직 미완성 상태임
 - 3개의 부문으로 내용 구성
 - ▶ 내과적 외과적 의료행위(medical/surgical interventions)
 - 눈에 대한 의료행위(interventions on the eye)
 - 귀에 대한 의료행위(interventions on the ear)
 - 혈액에 대한 의료행위(interventions on the blood)
 - 신경계에 대한 의료행위(interventions on the nervous system)
 - 호흡기계에 대한 의료행위(interventions on the respiratory system)
 - 나머지 장은 아직 개발 중
 - ▶ 기능관련 의료행위(functioning interventions)
 - ▶ 공중보건관련 의료행위(public health interventions)
- 2013년 ICHI 체계/framework) 시험 및 개선
 - 일차의료, 건강관련 직종, 재활, 공중보건 등 전문분야별 중재활동 값목록(Value sets) 추가
 - 국제기능장애분류(ICF)의 값목록(Value sets) 매핑 시험
- 2015년 개발 완료 예정이나 개발까지 남아있는 일정을 해당 기간 중 소화하기 어려운 것으로 보임
 - 베타 버전 및 현장시험 버전 개발(2011년 예정이었으나 지연되고 있음)

- 공개 검토를 위한 최종 버전 개발(계획상 2013년 예정, 진행안됨)
- WHO-FIC 승인(계획상 2014년 예정)
- 현장 적용(계획상 2015년 예정)

2. ICHI의 구조

가. 개념적 틀

- 출발점으로 다음의 분류체계와 표준문건을 참조하여 개발함
 - 캐나다 의료행위분류(Canadian Classification of Health Interventions, CCI)
 - 프랑스 의료행위분류(Common Classification of Medical Procedures, Classification Commune des Actes Médicaux, CCAM)
 - 외과적 의료행위의 용어체계의 구조(EN ISO 1828 : Categorical Structure for Terminological System of surgical interventions)
 - 간호행위에서의 용어체계의 구조(EN ISO 18104 : Categorical Structure for Terminological System of Nursing)
- CCI 코드 구조는 CEN/TC 251에서 제안한 개념틀에 기초하여 개발되었음
 - 유럽의 정보표준설정기구인 CEN/TC 251의 두 번째 실무작업반이 1994년 외과적 의료행위 분류를 설계하기 위한 개념적 틀을 준비하여 배포함
 - 국제사회에서 정보교환을 좀 더 용이하게 하기 위한 목적
- EN/ISO 1828은 외과적 시술에 대한 용어체계로서의 요건을 대부분 만족하는 구조로 이루어짐
 - EN/ISO 1828은 외과적 시술의 용어체계(2012년) 요건을 포함하고 있으며
 - 전자건강기록(Electronic Health Records, EHR)을 위한 컴퓨터 기반의 응용프로그램으로 사용할 수 있도록 고려되었음



[그림3-7-1] EN/ISO 1828 외과적 의료행위의 용어체계

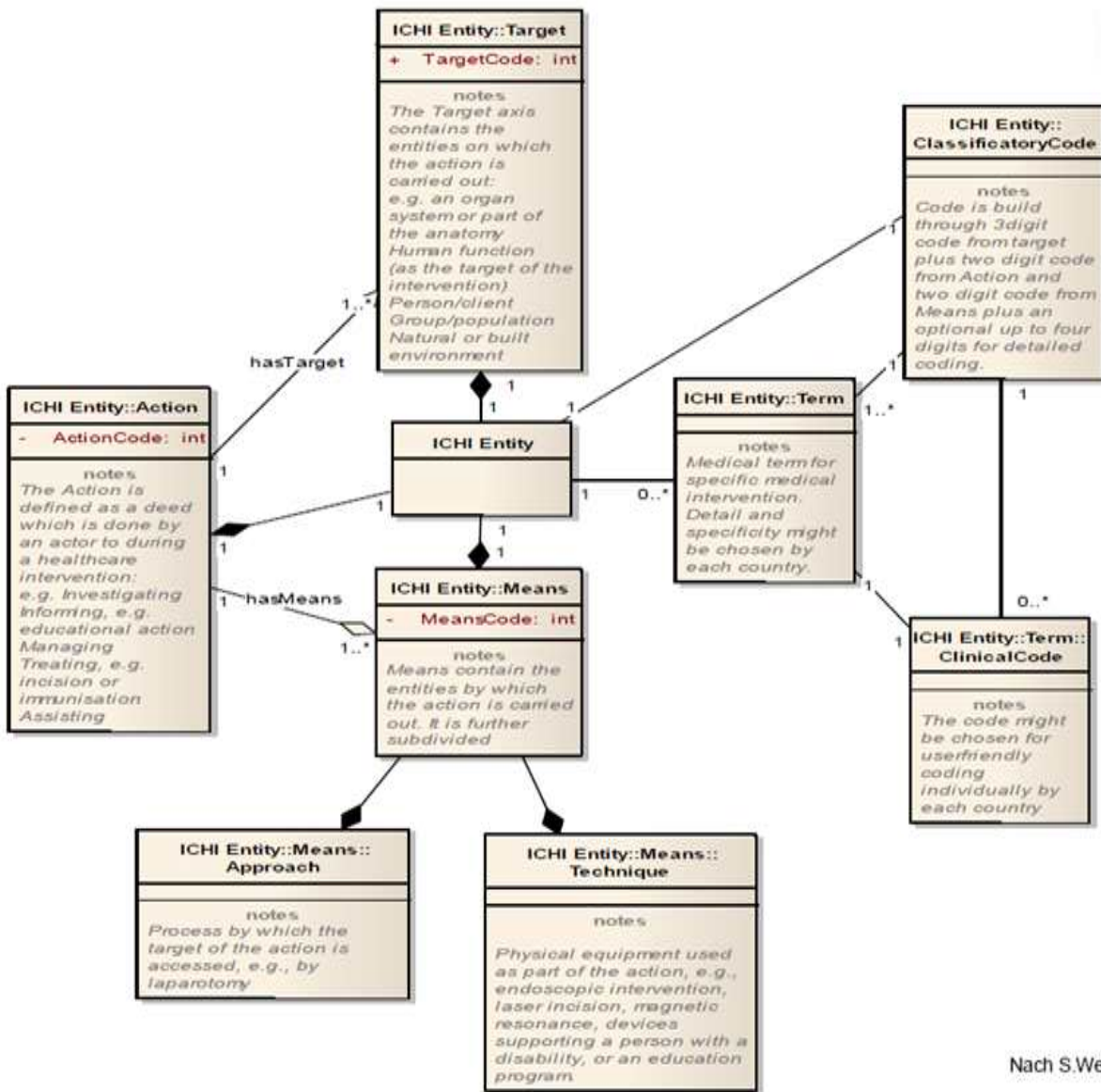
- 의료행위에 관한 다른 용어체계 및 분류체계(SNOMED CT, CCAM, CCI, ACHI, ICD-10-PCS, Japan Surgical Society Procedure Code 등)와 비교할 때, 각 범주의 구조에서 뒤지지 않는 체계를 가짐을 확인함
 - 행위(action), 대상 신체구조(target body structure), 장치(device)로 범주를 나눔
 - 의미적 관계는 대상을 가짐(hasObject), 부위에 해당함(hasSite), 수단을 가짐(hasMeans)으로 표현
 - 해당 영역(도메인)의 제약조건 목록을 가짐
- 특히 특정한 목적을 가진 특정 도메인에서의 보건의료 용어를 나타내기 위한 도메인 제약조건을 포함하고 있음
 - 의미적 범주(semantic category)의 목록
 - 범주 구조(categorical structure)의 목록
 - 연관된 의미적 범주가 부여된 의미적 링크(semantic link)의 목록
 - 표준을 준수하는데 필요한 최소한의 제약조건 세트

[표3-7-1] 의료행위에 관련된 용어 및 분류체계간 구조 비교¹²⁾

EN ISO 1828 Categorial Structure	SNOMED CT	ICHI	CCAM	CCI	ACHI	ICD-10- PCS	Japan Surgical Society Procedure Code
Category Deed	Method action	action	Action axis 2&3	Field 3	Axis 3	Axis 1&3	Acts
Category Human Anatomy	Anatomical structure	Target Body structure	Anatomical site axis 1	Field 2	Axis 1	Axis 2&4	Organ/area
Category Lesion	Morphological abnormal structure	-	-	-	-	-	Lesion
Category Interventional Equipment	Device	Device	Axis 5 technique	Field 5	-	Axis 6	Instruments or device
Semantic link hasObject	Procedure site direct Direct morphology Direct device	hasObject	hasObject	hasObject	hasObject	hasObject	Target
Semantic link hasSite	Procedure site direct Procedure site indirect	hasSite	hasSite	hasSite	-	hasSite	Secondary orga/area
Semantic link hasMeans	Using device Using access device Indirect morphology Indirect device	hasMeans	hasMeans	-	-	-	Approaching method /device
Semantic link hasSubsurgicalDeed	Access Approach	-	Access Approach	-	-	-	Sequence of acts
List of domain constraints	Yes	Yes	No	No	No	No	No
List of minimal domain constraints	No	No	No	No	No	No	No

12) Jean Marie Rodrigues Emeritus, Is the International Classification of Healthcare Procedures a critical point for the implementation of an International Case Mix grouper?, 6th International Conference on Casemix, 2012

- ICHI 내용모형(Content Model)은 각각의 엔티티(entity)를 위한 기반으로써 다층 구조를 가지고 있음
 - 엔티티는 하나의 분류코드에 해당하지만, 여러 조건을 넣을 수 있음
 - 사용자 친화적 코딩을 가능하게 하기 위하여 각 용어에 대한 코드는 국가에서 개별적으로 사용할 수 있도록 함
 - 그럼에도 불구하고 이러한 용어 및 임상 코드는 분류 코드에 대한 매핑이 확실하게 보장되도록 선택해야 함

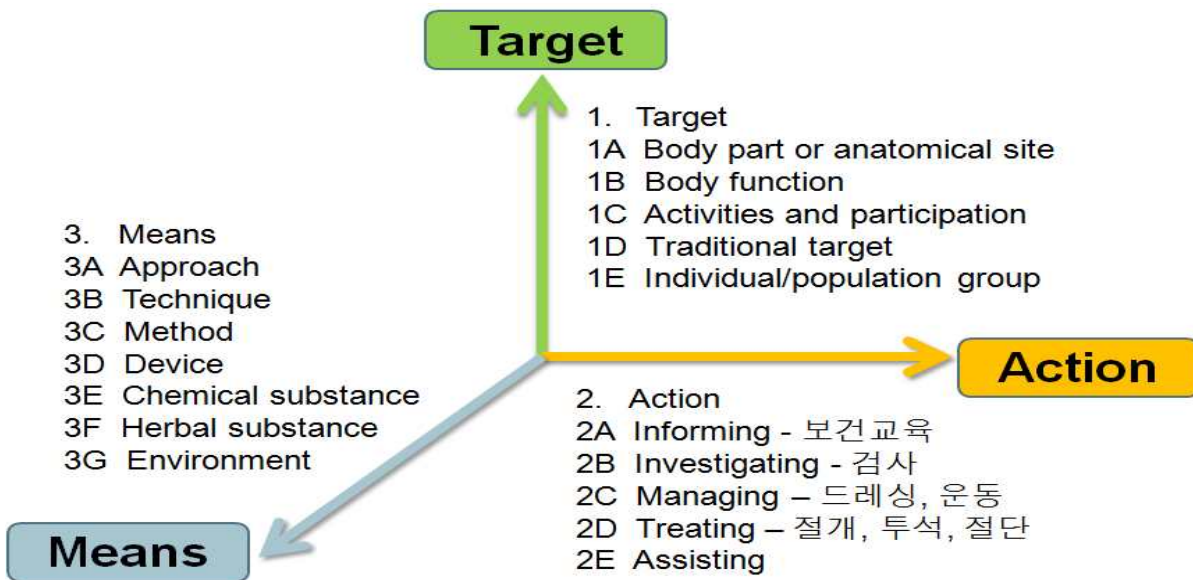


Nach S.Weber, DIMDI

[그림3-7-2] ICHI 내용모형

나. 구조

- 기초적인 원칙으로 ICHI 코드에 다음의 개념은 분류되어 있지 않음
 - 의료행위의 원인이 되는 진단이나 기능장애
 - 의료행위 제공자
 - 의료행위가 시행되는 장소
- ICHI가 분류하고자 하는 것은 “어떤 대상에 어떻게, 무엇이 시행되었는지(what is done to what target, and how)”



[그림3-7-3] ICHI의 다축 구조

- **Axis I - 대상(target)**
 대상은 행위 수행의 대상이 되는 엔티티로 해부학적 부위(anatomy), 기능(human function), 활동 및 참여 (activities and participation), 환경요인(environmental factors), 행위(behaviors), 사람 및 인구집단(person and population) 등으로 그룹화됨.
- **Axis II - 행위(action)**
 행위는 의료행위를 하는 동안 행위자에 의해 이루어진 행위로 정의되며, 진단목적(diagnostic), 치료목적 (therapeutic), 고객지원(client support), 관리(managing), 예방(preventing) 등으로 그룹화됨.
- **Axis III - 수단(means)**
 행위가 이루어지는 절차와 방법을 기술하는 엔티티이며, 접근방법(approach), 기법(technique), 방법 (method), 검체(sample) 등으로 그룹화됨.
 - 접근방법(approach) : 행위의 대상에게 접근하는 절차
 예를 들면 개방적(open), 내시경에 의한(endoscopic), 외부에서(external)
 - 기법(technique) : 행위의 일부로 사용되는 기술
 예를 들면 방사선조사(radiation), 자기공명(magnetic resonance)

- 방법(method) : 행위가 어떻게 이루어졌는지 기술함
예를 들면 법률의 제정 및 규제(legislation and regulation), 과세 조치(taxation measures)
- 검체(sample) : 예를 들면 혈액, 조직

다. 내용모형

- ICHI에서 모든 의료행위는 다음과 같은 형식으로 표현됨

구분	내용
엔티티의 제목: 의료행위 명칭	1. 정의(textual definition) 2. 계층(hierarchy) 3. 동의어(synonyms)-포함(inclusion)-제외(exclusion)-색인 용어(index terms) -주석(Notes)
특징 기술	1. 대상(target) A. 신체부문 또는 해부학적 부위(body part or anatomical site) B. 신체 기능(body function) C. 활동 및 참여(activities and participation) D. 환경(environment) E. 개인/그룹/인구집단(individual/group/population) F. 전통의료 대상(traditional medicine target) 2. 행위(action) A. 진단목적(diagnostic) B. 치료목적(therapeutic) C. 관리목적(managing) D. 정보제공목적(informing) E. 예방목적(preventing) 3. 수단(means) A. 접근방법(approach) B. 기법(technique) C. 방법(method)
기타 관련 정보	A. 장치(device) : 보조 장치 - ISO9999 이식된 장치 - GMDN B. 약물(chemical substance) : ATC C. 약초(herbal substance) : 용어 개발 예정

- ICHI의 코드체계는 7자리로 구성되며 국가별로 4자리 코드가 추가될 수 있음
 - 대상(Target)에 3자리, 행위(Action)에 2자리, 수단(Means)에 2자리를 부여함
 - 또한 7자리에 추가하여 각 국가별로 서로 다른 시술들을 표현하기 위해서 4자리의 코드를 사용할 수 있음

구분	대상(Target)	행위(Action)	수단(Means)	국가별 세부 코드
자리수	3자리	2자리	2자리	4자리
코드유형	알파벳 숫자형(alphanumeric)			

3. ICHI의 내용 예시

가. ICHI axes - target

- 대상 유형 : A
- 대상 시스템 : 신경계통

target system	target title	inclusion(포함)	exclusion(제외)
nervous system	brain(encephalon)	intracerebral, intracranial NOS	ventricular system of brain, meninges of brain, vasculature of brain
	intracranial meninges		
	ventricular system of brain	intracranial cerebrospinal fluid	
	cranial nerve		
	spinal cord		central canal, vasculature of spinal cord(see location of vessel, e.g. neck, thorax)
	spinal meninges		
	spinal cavity	spinal cerebrospinal fluid, central canal	
	spinal nerve		
	sympathetic nervous system		
	parasympathetic nervous system		
	peripheral nervous system, not otherwise specified		
	intracranial space	subarachnoid space, subdural space	
	nervous system, not otherwise specified		

나. ICHI axes - action

- 행위 유형 : 진단적

action title	action definition	inclusion(포함)	exclusion(제외)
Assessment (patient, environmental factors, health impact)	Evaluating a condition, situation, problem or body function to establish a diagnosis, identify appropriate treatment or follow up	consultation, analysis, detection, evaluation, examination	
Measurement	Quantitative determination of characteristics of body parts	electrophysiological measurement, pressure measurement, size and sound measurement, plethysmography	mapping, challenge, potential (evoked) (see Mapping AF)
Test	Performing a specific review or examination of body function	study, psychological testing, apgar score, adrenal function tests, visual field test; conduction study, flow study, function study, audiometry, ligament stress test, sleep study, bone densitometry	challenge, laboratory test
Biopsy	Removing and directly examining or analysing tissue or biological element from the body	biopsy by endoscopy, punch biopsy, percutaneous needle biopsy, superficial smears, incision, open operation	
Inspection	Visualizing or manually exploring a body part for diagnostic purposes	exploration, endoscopy, exploratory laparotomy, laparoscopy, review (surgical exploration)	
Mapping	Tracing or following pathways of electrical impulses	potential (evoked)	
Specimen collection		the drawing of blood, urine, lumbar puncture for diagnostic purposes	obtaining a tissue sample (see Biopsy AD)
Monitoring		observation	
Challenge	Determining the response of a system under exposure	cardiac stress test	
Other diagnostic action			
Unspecified diagnostic action			
(Diagnostic) Imaging			

action title	action definition	inclusion(포함)	exclusion(제외)
Assay	Performing a laboratory test to find and measure the amount of a specific substance		
Culture	Growing of living matter in a nutrient medium		
Identification	Assigning a pre. existing class name to tissues/body fluids under (microscopic) examination		

다. ICHI axes - means

means title	means definition	inclusion(포함)	exclusion(제외)
Open approach	By incision to access the actual site (target) of the intervention		
Endoscopic/Transparietal endoscopic . includes that with imaging assistance		laparoscopic, arthroscopic	
Per Orifice/Transorifice . includes that with imaging assistance		access by a natural or artificial orifice	
Endoscopic per orifice/Transorifice endoscopic access . includes that with imaging guidance		endoscopic access by a natural or artificial orifice	
Percutaneous/Transparietal			
Percutaneous transluminal/Transparietal intraluminal access . includes that with imaging assistance		Incl. i.v. injection, intra.arterial injection	
Transparietal intraluminal endoscopic access . includes that with imaging guidance			
External			
Combined approach, transparietal endoscopic and by orifice			
Combined approach, percutaneous and endoscopic per orifice			
Combined approach, not otherwise specified			
Therapeutic communication			
Orthotic			
Prosthetic			
Assistive device			
Dressing			
Unspecified approach			

라. ICHI 내용예시표

1) 부문 I. 내과적 및 외과적 의료행위

- 신경계통에 대한 의료행위

코드	내용
AAA AC AZ	Other study of sleep Other study, sleep patterns; Polysomnography; Staging, sleep; Study, sleep; Test, multiple sleep latency
AAA AD AA	Intracranial biopsy Open biopsy of brain; Biopsy of ventricles of brain; Biopsy of choroid plexus
AAA AD AE	Closed [percutaneous] [needle] biopsy of brain Burr hole approach; Stereotactic method
AAA AE AA	Craniotomy Cranial: exploration trephination; Craniotomy NOS; Craniotomy with removal of foreign body of skull
AAA AF AH	Electrophysiological measurement of brain Electrocorticography; Electroencephalography (EEG); Mapping, brain; Mapping, cortical Excl.: that with polysomnogram
AAA AI AE	Intracranial monitoring Intracranial monitoring: pressure oxygen; Brain temperature monitoring Incl.: Insertion of catheter or probe for monitoring
AAA AI AH	Video and radio.telemetered electroencephalographic monitoring Video EEG monitoring
AAA AI B1	Radiographic EEG monitoring
AAA AZ AZ	Other diagnostic procedures on brain and cerebral meninges Excl.: Brain temperature monitoring
AAA BA B1	Pneumoencephalogram
AAA BA B2	Other contrast radiogram of brain Pneumoventriculogram; Posterior fossa myelogram
AAA BA BB	Cerebral scan
AAA BA BD	Magnetic resonance imaging of brain and brain stem Excl.: Intraoperativemagnetic resonance imaging, laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesionor tissue of brain under guidance real.time magnetic resonance imaging
AAA BA BE	Ultrasound of brain Echoencephalography; Transcranial (intracranial) ultrasound; Ultrasound guidance, Brain (interventions) Excl.: Eye
AAA BA BH	Cerebral thermography

2) 부문 II. 기능관련 의료행위

코드	내용
ALY LI AE	Direct/skeletal traction . spine Eg caliper tongs, Crutchfield tongs, halo device, Vinke tongs
ALY LI AH	Indirect/skin traction . spine Application to external fixator device, vertebra NOS: Traction eg manual, with halter, or pelvic corset
AQC AE AE	Needle electromyography Excl.: Eye EMG
ARF HJ AP	Application of wound dressing Excl.: Application of pressure dressing, application of cast Code also: Topographical area; cast type
ATA AA AM	Orthotic evaluation . head and neck Assessing the need for a specific type of orthosis, making the measurements of neck braces, collars etc
ATA AA AN	Prosthetic evaluation . head and neck
ATA HH BL	Massage . head and neck Petrisage, kneading, stroking, percussion
ATA HH BM	Mobilisation of joint(s). head and neck A manual therapy technique comprising a continuum of skilled passive movements to the joint complex that are applied at varying speeds and amplitudes with the intent to restore optimal motion, function, and/or to reduce pain
ATA HH BN	Manipulation of joint(s). head and neck A passive, high velocity, low amplitude thrust applied to a joint complex within first anatomical limit (active and passive motion occurs within the range of motion of the joint complex and not beyond the joint's anatomic limit) with the intent to restore
ATA HH BO	Acupressure . head and neck
ATA HH BP	Stretch techniques . head and neck
ATF AA AM	Orthotic evaluation . trunk
ATL AA AM	Orthotic evaluation . upper limb Corsets, lifting belts
ATF AA AN	Prosthetic evaluation . trunk
ATF HD ZZ	Cooling of central body temperature
ATF HH BL	Massage . trunk
ATF HH BM	Mobilisation of joint(s). trunk
ATF HH BN	Manipulation of joint(s). trunk
ATF HH BO	Acupressure . trunk
ATF HH BP	Stretch techniques . trunk
ATJ ZZ AK	Therapeutic hand care
ATL AA AM	Orthotic evaluation . upper limb Wrist braces, finger splints
ATL AA AN	Prosthetic evaluation . upper limb

3) 부문 III. 공중보건 의료행위

코드	내용
AB PA PF	Education concerning safe food management practices, delivered by other methods
KAB PA PH	Education concerning safe food management practices, delivered through the media
KAB VF PA	Enactment of laws or regulations concerning safe food management practices
KAB VF PB	Enforcement of laws or regulations concerning safe food management practices
KAB VH PA	Enactment of laws concerning the nutritional content of certain foods/beverages Excl.: Mandated fortification of staple foods
KAB VH PB	Enforcement of laws concerning the nutritional content of foods/beverages
KAB VH PC	Industry agreements concerning the nutritional content of foods/beverages Incl.: Restrictions on the salt content of foods
KAB VH PD	Economic incentives (e.g. taxes and subsidies) to encourage industry to improve the nutritional content of foods/beverages
KAB VH PF	Measures to improve local availability of nutritious foods
KAB VI PA	Mandated fortification of staple foods
KAB VI PF	Environmental remediation of agricultural land to improve productivity or ensure safety of produce
KAB XA PA	Enactment of laws or regulations concerning environmental standards for agricultural land Incl.: Laws concerning use of chemicals in agricultural production
KAB XA PB	Enforcement of laws or regulations concerning environmental standards for agricultural land Incl.: Laws concerning use of chemicals in agricultural production
KBA XA PA	Enactment of laws or regulations concerning contamination of water and soil
KBA XA PB	Enforcement of laws or regulations concerning contamination of water and soil
KBC MN PF	Waste management to control animal vectors of disease
KBC PA PF	Education concerning measures to reduce exposure to animal vectors of disease Excl.: Domesticated animals as vectors
KBC Vector control	Measures to control animal vectors of disease Incl.: Residual spraying for mosquitoes Excl.: Waste management
KBC VH PK	Provision or application of products/technology to protect against exposure to animal vectors of disease Incl.: Insecticide treated bed nets
KBK PA PF	Education concerning measures to improve air quality in living and working environments, delivered by other methods
KBK PA PH	Education concerning measures to improve air quality in living and working environments, delivered through the media

4. ICHI의 지향 방향

가. 코딩시스템으로써 ICHI의 목표

- 심화된 코딩체계를 가지고 있는 국가의 코딩시스템이나 국제적인 코딩시스템간 매핑될 수 있는 공통의 구조를 가질 것
- 질 평가가 가능한 시스템일 것
- 서로 다른 코딩 시스템을 사용하는 나라들 간의 의료행위를 비교할 수 있을 것
- 환자분류체계(Casemix grouper)간 비교가 가능하도록 지원할 것
- 코딩시스템을 갖지 못한 나라(개발도상국 등)에서 코딩시스템으로 사용할 수 있을 것

나. 기준이 되는 권한(reference authority)의 필요성

- ICHI 코딩시스템을 유지하고 확장할 수 있는 주관기관이 있을 것
- 3개의 축별로 각 코드는 유일한 식별자를 가질 것
- 세분화(granularity)의 수준은 통제하여야 할 것
 - ICD-9-CM Volume 3(시술편)와의 정확한 대응(exact match)
 - 1개의 행위(action)에 대한 몇 개의 대상(target)의 부분적 대응(partial match)
 - 몇 개의 행위와의 부분적 대응
 - 몇 개의 행위와 몇 개의 대상(target)의 부분적 대응
 - 몇 개의 수단(means)을 가진 몇 개의 행위와 몇 개의 대상의 부분적 대응

다. 아직 개발 중인 ICHI에 대한 몇 가지 이슈들

- 코딩시스템으로서의 완전성
- 코딩시스템간의 상호운용성
 - 서로 다른 세분화수준을 가진 코딩시스템간 의미의 손실이_없는 매핑구조가 가능할 것인지에 대해 더 연구할 필요가 있음
- 환자분류체계로서의 활용성

3.8 의료행위분류체계 비교 요약

1. CPT [current procedural terminology]

구분	내용
관리기관	미국의학협회(American medical association, AMA)
운영 목적	의사등 의료제공자의 의료행위에 대한 진료비지불
분류대상	의료제공자의 의료행위 - 의사 서비스 - 비의사가 시행하는 서비스 - 병원 외래 및 통원수술센터에서 시행되는 외과적 서비스
분류개수	7,800여개
코드 길이 및 형식	5 자리 숫자형 코드
코드의 위계구조	1 st axis : 의료행위 유형 2 nd axis : 해부학적 부위 또는 검사 유형
코드의 확장성	숫자형 코드이므로 가용한 범위 내에서 확장가능 modifier를 사용하여 코드에 반영하지 못하는 정보를 수용함
신의료기술 분류의 수용성	매년 코드갱신을 위한 사용자 의견 수렴시 반영
코드 사례	42820 tonsillectomy 44950 appendectomy
버전 관리	Category I 코드: 매년 개정 - 1월1일 적용 Category II 코드: 분기별 개정 Category III 코드: 반기별 개정
사용허용기관	미국의학협회(American medical association, AMA)
비고	코딩규칙이 너무 상세하며 임상적이어서 병원입원환자의 시술분류로 적합하지 않다는 평가가 있음.
시사점	<p>1. 의료행위 및 서비스에 대한 표준화된 용어 정립</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의사 및 의료제공자가 시행하는 의료행위와 서비스를 코드를 통해 기술 - 보험청구를 위해 사용하는 용어 표준화 <p>2. 위계구조를 갖춘 코드체계</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의료행위를 유형별로 범주와 하위범주를 정함 - E&M 코드의 경우 코드선정 기준을 세밀하게 정하고 관련 예시를 수록함 - 본분류 코드체계에 반영하지 못하는 특별한 상황은 modifier를 통해 해결함 <p>3. 정기적인 업데이트 및 개정절차 운영</p> <ul style="list-style-type: none"> - CPT 코드를 개발하고 검토하는 위원회 운영 - 사용자 의견 수렴하고 반영하는 절차를 공개적으로 시행

2. HCPCS [healthcare common procedure coding system]

구분	내용
관리기관	CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)
운영 목적	메디케어 및 메디케이드 진료비청구 프로그램의 운영을 위해 의료행위, 물품, 제품 및 서비스를 분류하기 위함 : level I, level II, level III로 나뉘며 HCPCS level 1이 CPT임.
분류대상	의료행위, 물품, 제품 및 서비스
분류개수	
코드 길이 및 형식	5자리 알파벳숫자형 코드
코드의 위계구조	1 st axis : 의료행위 유형 또는 분류대상군 2 nd axis : 없음
코드의 확장성	첫자리는 문자, 4자리는 숫자로 구성되어 있어 가용한 범위 내에서 확장가능 - modifier를 사용하여 코드에 반영하지 못하는 정보를 수용함
신의료기술 분류의 수용성	매년 코드갱신을 위한 사용자 의견 수렴하여 반영
코드 사례	E0105 cane, quad or three-prong
버전 관리	매년
사용허용기관	CMS
비고	
시사점	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의료행위와 밀접한 물품, 제품 및 서비스를 별도로 분류 <ul style="list-style-type: none"> - CPT 코드에 반영되지 않은 의료행위를 별도 코드화 - 진료비 산정에 필요한 기타 정보의 코드화 2. 코드에 반영하지 못하는 정보는 modifier로 처리 <ul style="list-style-type: none"> - 코드체계를 크게 변경하지 않고 진료비산정에 필요한 정보로만 허용 3. 정기적인 업데이트 및 개정절차 운영 <ul style="list-style-type: none"> - 사용자 의견 반영 - 변화하는 환경 수용

3. ICD-10-PCS [ICD-10-procedure classification system]

구분	내용
관리기관	CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)
운영 목적	ICD-10-CM 도입에 맞추어 입원환자 의료행위 코딩을 위해 개발된 새로운 의료행위 코딩체계 - 완전히 새로운 코딩시스템으로 다른 시스템을 변형한 것이 아님
분류대상	입원환자 대상 의료행위
분류개수	72,000여개
코드 길이 및 형식	7 자리 알파벳숫자형 코드
코드의 위계구조	다축 구조 - 특정 의료행위 영역 내에서는 각각의 코드가 같은 의미를 가지도록 설계되었음. 1 st axis : 부문 - 의료행위 유형 2 nd axis : 신체계통
코드의 확장성	각각의 자리가 숫자 0-9, 문자 A-H, J-N, P-Z 값을 가질 수 있어 확장이 용이함
신의료기술 분류의 수용성	신의료기술 분류를 수용할 수 있는 메커니즘이 적용될 수 있음 - 기존 코드가 없는 경우 NOS 코드 부여 후 신규코드로 확장하여 반영
코드 사례	00B00ZZ excision, brain, open 0TQBZZZ repair, urethra, external approach
버전 관리	현재 ICD-9-CM 코드관리방식과 유사하게 매년 갱신할 것으로 추정됨
사용허용기관	CMS
비고	<ul style="list-style-type: none"> • 완벽을 목표로 하여 상세성의 수준이 높음. • 확장성이 좋아 미래의 의료행위와 기술을 분류할 수 있음. • 가능하면 NOS 코드는 제공하지 않으며, NEC 코드도 제한함. • 2014.10 부터 미국내 전역에 적용 예정
시사점	<p>선진분류체계로서의 요건을 대부분 충족하는 분류체계임</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 다축의 위계구조를 갖춘 코드체계 <ul style="list-style-type: none"> - 코드 확장성이 우수하며 분석을 용이하게 함 - 다축구조를 통해 해부학적부위, 접근방법, 장치 등 여러 정보가 하나의 코드로 효과적으로 표현됨 2. 상세성 수준이 높음 <ul style="list-style-type: none"> - 상이한 의료행위에 대해 별도의 코드를 부여할 수 있음 3. 포괄성 <ul style="list-style-type: none"> - 16개의 영역별로 시행되고 있는 거의 모든 의료행위를 분류함 4. 사용하기 쉬움 <ul style="list-style-type: none"> - 일람표를 표 형식으로 제시하여 코드 선택의 정확도를 높임 5. 용어 표준화 <ul style="list-style-type: none"> - 분류체계 내에서 사용하는 용어를 정의하고 표준화함 - 사용자의 다양한 표현을 표준화된 용어로 분류할 수 있게 함 6. 의료현장 및 제공자에 중립적임 <ul style="list-style-type: none"> - 누가 어디에서 시행하든 의료행위 내용이 같다면 코드는 동일함 7. 의료행위 코드에 진단정보 등 다른 정보를 포함하지 않음 <ul style="list-style-type: none"> - 의료행위에 대한 정보만 분류함

4. ACHI [Australian classification of health intervention]

구분	내용
관리기관	NCCC(National Casemix and Classification Center)
운영 목적	병원, 의사, 치과의사 및 기타 관련 전문가 코딩 및 청구
분류대상	일반의 진료(general practice consultations) 전문의 진료(specialist consultations) 수술 및 기타 내과적 서비스- 진단검사 등
분류개수	6,102
코드 길이 및 형식	7 자리 숫자형 코드. xxxxx-xx 형식. 앞의 다섯자리는 MBS 항목번호이며, 뒤 두자리는 MBS 항목 기술어에서 파생된 새로운 의료행위 개념을 나타냄.
코드의 위계구조	다축구조 (구조와 개념에 있어 ICD와 유사함) 1 st axis : 신체계통 및 해부학적 부위(장) 2 nd axis : 의료행위 유형(블록 범주) 단, axis는 5자리 코드 내에서 일관된 번호체계를 갖지 못하고 별도의 장과 블록 번호로써 관리됨.
코드의 확장성	블록 번호 사이에 쓰지 않는 번호대를 두어 새로운 범주의 행위가 확장 가능하며, MBS 5자리에 2자리를 확장하여 쓸 수 있으므로 기본 분류체계를 유지하며 확장 가능함. 그러나 각 자리수별 일관성이 부족함.
신의료기술 분류의 수용성	웹사이트를 통해 의견 제출절차를 공지하며, 이해관계자가 업데이트 절차에 참여할 수 있음.
코드 사례	36561-00 closed biopsy of kidney
버전 관리	매2년 주기 (2년차 7월1일이 적용일)
사용허용기관	호주 내에서 사용 허용되나 호주 밖에서는 NCCC를 통한 라이선스가 필요함.
비고	<ul style="list-style-type: none"> 원래 호주연방 메디케어급부표(MBS)에 기초하여 개발되어 초기에는 MBS-Extended로 불렸으나, 2002년 7월 이후 ACHI로 명칭이 변경됨. MBS는 수가표(fee schedule)로 전문영역에 따라 구조화되어 있음. 의료행위분류체계 관련 코딩지침을 호주코딩지침(Australian Coding Standards, ACS)에 수록하여 코드 사용의 일관성과 정확성을 도모함 의료행위 분류체계는 일람표, 색인, 코딩지침으로 구성되어 있음 ACHI 내에 있는 코드는 상대가치단위(Relative Value Units, RVUs)와 연결되어 있지 않음- 현재 수가구조에 따라 기본적으로 변경되는 것임 보건복지부는 MBS를 최소 1년에 두 번 갱신하는데, 이러한 코드변경은 ACHI와도 연동됨. 그래서 청구는 ACHI가 아닌 MBS에 의해 기초하여 시행되나 둘은 연결되어 있음. ACHI는 호주내 모든 병원에서 사용되고 있음-공공, 민간, 통원수술센터.
시사점	<p>1. 자국 내 수가 체계를 분류체계로 개조하여 분류함</p> <ul style="list-style-type: none"> - 자국 내 수가 체계인 MBS를 분류체계로 개조하여 DRG 분류에도 이용함으로써 기존 코드체계와 연계가 성공적임. - 이는 기존의 수가체계가 해부학적으로 구조화된 체계적인 분류를 가지고 있었

	<p>기 때문에 가능한 일이었음.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 수가 체계와의 지속적 동반 개발을 통해 관리의 효율이 기해진 것으로 보임. <p>2. 임상 자료의 정보로써의 가치 극대화를 가능하게 하는 도구임</p> <ul style="list-style-type: none"> - 다축 구조로 확장에 유연하고 자료 분석에 강력한 솔루션 제공. - DRG 분류에 있어 비용 및 임상적 동질성은 매우 중요하며, 이는 질 높은 진단 및 행위분류에서 달성 가능한 바, ICD-10-AM 및 ACHI는 AR-DRG분류를 전제로 개발되었음.
--	---

5. CCI [Canadian classification of health intervention]

구분	내용
관리기관	CIHI(Canadian institute for health information)
운영 목적	캐나다의 환자군 분류체계인 CMG(Case Mix Group) 분류 및 보건의료 행위관련 각종 통계 자료 작성
분류대상	전통적인 내과적·외과적 의료행위를 넘어 적용할 수 있도록 범위를 확장함
분류개수	18,000여개
코드 길이 및 형식	최대 10자리 알파벳숫자형 코드
코드의 위계구조	1 st axis : 의료행위 유형(Section) 2 nd axis : 신체계통-해부학적 부위 - 신체계통 및 해부학적 부위에 대하여 두 자리 알파벳 코드로 매우 세분되고 일관성 있는 체계가 구축되어 있음. 3 rd axis : 의료행위(Concept 단위, e.g., excision): 2 nd axis에 따라 달라짐 - 3개의 Axis가 매우 견고하여 알파벳 색인 이외에도 2-3번째 축을 이용한 rubric finder(행위와 해부학을 이용한 교차표) 구성이 가능함.
코드의 확장성	섹션 구분을 제외한 코드의 각 자리 수는 알파벳숫자 혼용으로 자리수별 고유한 의미를 유지하며 충분한 확장이 가능함.
신의료기술 분류의 수용성	코드갱신을 위한 사용자 의견 수렴하여 반영
코드 사례	1.GE.87.NZ-XX-A: Excision partial, Larynx, using autograft[e.g. cartilage]
버전 관리	매2년 주기
사용허용기관	CIHI(Canadian Institute for Health Information) - 캐나다 외 다른 나라에서의 사용은 허용되지 않음
비고	<ul style="list-style-type: none"> • CIHI가 급성기 의료기관의 의무기록사를 교육하기 위한 모든 교육자료 개발하며, 코드를 찾을 때 책 대신 전자정보(electronic infobases)를 이용하게 함 - 이들 자료를 상업적으로 구매할 수 없음 • 분류체계와 관련한 교육이 온라인, 오프라인으로 시행되고 있으며, 수집된 자료의 질관리를 위해 정기적으로 의무기록 재코딩 연구도 시행하여 그 결과를 환류하고 코딩지침 개발에도 활용함. • 분류체계는 일람표, 색인, 해부학적 그림, 코드구조에 대한 정보를 제공하는 부록으로 구성되어 있으며 코딩지침도 별책으로 운영함.
시사점	<p>1. 개발 당시부터 명확한 목표를 가지고 원칙 준수 - 서비스 공급자 및 서비스 제공 환경에 독립적이며, 코드는 포괄성, 역동성, 확장 가능성, 합당성을 가져야 하며, 기술 관련 정보에 제한 적용하는 원칙의 준수. - 국제적 연결을 위한 국제적 분류 체계를 적극적으로 참조하여 최적의 체계를 개발.</p> <p>2. 임상 자료의 정보로써의 가치 극대화를 가능하게 하는 도구임 - 다축 구조로 확장에 유연하고 자료 분석에 강력한 솔루션 제공. - DRG 분류에 있어 비용 및 임상적 동질성은 매우 중요하며, 이는 질 높은 진단 및 행위분류에서 달성 가능한 바, ICD-10-CA 및 CCI는 CMG(Case Mix Group) 분류를 전제로 개발되었음.</p> <p>3. 전문가로 구성된 안정적인 관리운영 체계 및 지속적 질 관리</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - 퇴원환자요약DB(Discharge Abstract Database) 및 각종 질병 등록 시스템 등과 연계하여 국가 전체의 보건의료 정보의 질 높은 관리를 위해서는 체계적인 분류체계 개발 및 관리의 필요성 있음을 일찍이 인식함. - 자료 생성(EMR 프로그램 업체 관리), 자료 수집(DAD, 각종 질병 등록 DB) 및 연구 수행까지 이어지는 일련의 관리가 표준화된 분류체계 관리부터 시작된다는 것을 인식하고 관리함. <p>4. 매우 견고한 위계구조 구축</p> <ul style="list-style-type: none"> - 신체계통 및 해부학적 구조, 의미 중심의 행위 용어 정리 등 코드 체계를 구성하고 있는 세부 요소가 모두 교차표로 제시될 정도로 매우 체계적이고 일관성 있음. - 위계구조를 이용한 색인(해부학 Diagram, Rubric finder)을 통해 이용자 편이 증진.
--	---

6. CDT [current dental terminology]

구분	내용
관리기관	CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)
운영 목적	HCPCS level II 코드의 일부로 치과 행위 및 재료를 청구하기 위함
분류대상	치과 외래 및 입원의 행위 및 재료
분류개수	621
코드 길이 및 형식	5자리 알파벳숫자형 코드
코드의 위계구조	1 st axis : 치과행위 유형(12 섹션) 2 nd axis : 각 섹션별 치과행위
코드의 확장성	첫자리는 문자, 4자리는 숫자로 구성되어 있어 가용한 범위내에서 확장가능
신의료기술 분류의 수용성	매년 코드 갱신(신규, 수정, 삭제)을 위한 사용자 의견 수렴하여 반영하는 절차가 마련되어 있어, 매년 50여개 정도의 코드 갱신이 이루어지고 있음
코드 사례	D3310 endodontic therapy, anterior tooth (excluding final restoration) D3320 endodontic therapy, bicuspid tooth (excluding final restoration)
버전 관리	매년 갱신 - 1월1일
사용허용기관	미국치과협회[American dental association, ADA]
비고	치과관련 진단적 검사, 예방적 시술을 포함하여 치아 및 치아주위 조직에 대한 의료행위가 범주화되어 구분되어있고, 국내 231개의 치과관련 코드에 비하여 621개로 적절하게 세분화되어있고, 최신의 업데이트를 포함하여 치과 의료행위에 대한 전체 범주를 다루고 있는 것으로 파악됨
시사점	<ul style="list-style-type: none"> • 코드에 코드명을 포함하여, 정의 등을 포함하는 설명이 포함되어 사용상 일관성과 정확성을 유지할 수 있음. • 관련분야 전문가로 구성된 안정된 코드운영체계 유지 ADA를 비롯해서 관련 학계 등 9개 분야의 전문가가 참여하는 코드 개정 및 유지관리 위원회가 안정적으로 운영되고 있음. • 새로운 기술의 도입 등 사용자의 의견을 수렴하는 절차 마련 매년 신규코드 및 코드의 갱신을 위하여 사용자의 요청을 받고, 최종 심의확정 전 대중의 의견을 수렴하는 절차가 마련되어 있음. • 급여/비급여, 연령구분, 종별 가산 등 수가운영 상의 요건들을 코드에 반영하지 않은 치과행위만을 나타내는 간결한 분류코드로 이루어지고, 진료비 청구를 위한 코드적용 기준, 예외사항, 구비 의무기록내용 등을 포함시킨 수가기준표와 지침 및 매뉴얼은 별도로 주별 보건국에서 산하 의료기관에 제공

7. ICHI [international classification of health intervention]

구분	내용
관리기관	WHO(World Health Organization)
운영 목적	<ul style="list-style-type: none"> • 보건체계의 전 영역을 포함하고, 지역, 국가 또는 국제적 수준과 서로 다른 인구집단이나 하위 인구집단에서 행해지는 건강중재활동을 기술하고 비교하고자 함. • 자국의 시술분류체계가 없는 국가들에게 적절한 범위와 상세분류를 가진 분류체계를 제공하고, 보다 세분류된 국내 혹은 전문분류의 기초를 제공하고자 함. • 지역, 국가 또는 국제적 수준과 서로 다른 인구집단 또는 하위 인구집단에서 보건정책의 수립을 지원하고자 함. • 일부 중재활동은 현대의학과 전통의학의 요소들을 포함할 것을 고려하고자 함. • 효과 비교에 기여하고자 함. • 분류의 추가적 세분화를 원하지 않는 나라들이 수정 없이 사용할 수 있도록 분류체계를 만들어 국내 수준의 중복 개발 노력을 피하고자 함.
분류대상	<ul style="list-style-type: none"> • 보건의료시스템의 다양한 기능적 영역 전반에서 시행되고 있는 의료행위 <ul style="list-style-type: none"> - 급성기치료(acute care) - 일차의료(primary care) - 재활(rehabilitation) - 기능하기 지원(assistance with functioning) - 전통의료(traditional medicine) - 예방 및 기타 서비스(prevention and ancillary services)
분류개수	약 7,000여 개
코드 길이 및 형식	7자리 알파벳숫자형 코드 - 대상(Target) 3자리, 행위(Action) 2자리, 수단(Means) 2자리
코드의 위계구조	<p>1st axis : 대상(target) 해부학적 부위(anatomy), 기능(human function), 활동 및 참여(activities and participation), 환경요인(environmental factors), 행위(behaviors), 사람 및 인구 집단(person and population) 등</p> <p>2nd axis : 행위(action) 진단목적(diagnostic), 치료목적(therapeutic), 고객지원(client support), 관리(managing), 예방(preventing) 등</p> <p>3rd axis : 수단(means) 접근방법(approach), 기법(technique), 방법(method), 검체(sample) 등</p>
코드의 확장성	기본 7자리 코드에 국가별로 서로 다른 시술들을 표현하기 위해서 4자리의 코드를 추가로 사용할 수 있음
신의료기술 분류의 수용성	현재 코드체계가 개발 중에 있고, 보건의료 전체 영역을 망라하는 수준으로 분류체계가 만들어지고 있으므로 신의료기술 영역 또는 분류를 추가하는 체계가 마련될 것으로 생각됨
코드 사례	AAA AE AA Craniotomy ATF HH BN Manipulation of joint(s). trunk
버전 관리	현재 알파버전 개발된 상태
사용허용기관	공개 자료로 라이선스가 필요하지 않음

비교	
시사점	<ul style="list-style-type: none"> • 코드에 코드명을 포함하여, 정의 등을 포함하는 설명이 포함되어 사용상 일관성과 정확성을 유지할 수 있음 • 심화된 코딩체계를 가지고 있는 국가의 코딩 시스템이나 국제적인 코딩시스템 간 매핑될 수 있는 공통의 구조를 가지고자 개발 중임 • 각 국가_간 비교_가능한 환자분류체계로서 활용될 수 있는 구조, 항목을 가지는 것으로 개발하고 있음

제4장 국내 의료행위분류체계에 대한 개관

4.1 국내 의료행위분류 이용 현황

- 현재 국내에서 사용되고 있는 대표적인 시술분류체계는 두 가지로 진료비청구에 사용하는 건강보험요양급여비용(EDI 코드)과 국가보건통계 산출을 위해 의무기록 분야에서 사용하는 ICD-9-CM(vol.3)이 있음.
- 건강보험요양급여비용코드는 1977년 의료보험제도 도입 이래 행위별 수가 계산을 위한 수가 목록으로 이용되고 있으며, 초기 종이청구 당시에는 '진료수가 기준액표'라는 이름으로 한글과 숫자로 된 분류코드로 개발되어 이용되다가, EDI(Electronic Data Interchange)시스템 도입과 함께 분류체계를 세분하고, 산정기준 일부를 코드 내에 확장하여 영문과 숫자로 구성된 코드로 개발하여 사용하면서 분류수가 대폭 증가되었음.
- 건강보험요양급여비용코드는 1977.7월 개발당시 9장 3절로 구성되었으며, 이후 수차례(총 97회)의 수가 및 산정기준이 신설 및 개정되어 2012.1월 현재 3편 10부 17장 27절로 구성되어 있음¹³⁾.
- [표4-1-1]은 건강보험요양급여비용코드와 ICD-9-CM(vol.3)을 개략적으로 비교한 것임. 두 가지 분류체계 모두 개발되어 이용된 연수는 유사하나 건강보험요양급여비용코드는 확장 가능성이 부족한 상태로 개발되어 빈번한 개정을 한 결과 위계구조가 없고, ICD-9-CM은 지속적인 개정이 이루어지지 않아 새로운 의료기술에 의한 시술의 임상적 특성을 충분히 분류하지 못함.

[표4-1-1] 국내에서 사용되는 의료행위 분류체계 비교

구분	건강보험요양급여비용코드	ICD-9-CM†
목적	- 진료비 상환	- 국가 보건 통계 산출 - 입원환자 DRG에 적용하여 진료비 상환
적용 범위	- 포괄적 의료행위(수술, 처치, 검사 등) - 급여, 법정비급여 청구 가능 시술에만 적용	- 수술, 침습적 처치 및 중재, 주요 검사 중심 - 급여여부에 상관없이 급성기 의료기관의 전분야 시술을 포괄적으로 분류
위계 구조	- 진료비 범주, 산정코드, 일부 해부학	- 해부학, 시술 유형
장점	- 국내에서 가장 많이 이용되고 있음.	- 전세계에서 가장 많이 이용되고 있어 국제 비교 용이 - 위계구조를 이용한 통계 산출이 가능 - 임상적 특성을 주로 위계 구조로 적용하고 있어 기본 구조가 안정적
단점	- 위계구조가 장에 따라 일부 적용되어 있으나 일관성이 없음. - 진료비 산정 기준 등이 가장 중요한 기본 구조로써 적용되어 있으므로 지불 제도 변화 등에 의해 안정적 위계 구조를 유지하기 힘 들 . - 급여범위 외에는 적용할 수 없음.	- 1979년 처음 만들어진 분류체계로 새로운 의료기술에 의한 시술의 임상적 특성을 충분히 분류하지 못함 - 진료비 상환을 위한 광범위한 의료행위를 분류할 수 없음 - 다양한 자료 활용을 위한 위계구조가 충분하지 않음

†ICD-9-CM = International classification of disease - 9th edition- clinical modification(vol.3 시술분류)

13) 국민건강보험공단, 수가제도 변천 자료집. 2012; 13

4.2 건강보험 요양급여비용 코드의 구조 및 내용

- 건강보험 요양급여비용 코드는 2013.7.1. 현재 54,748개가 등록되어 있는데, 의·치과가 53,369건으로 가장 많고, 한방 1,762, 약국 211개가 있으며, 의치과는 알파벳숫자 혼용, 한방은 숫자, 약국은 Z로 시작하는 알파벳 숫자 혼용 코드를 사용하고 있음(표4-2-1).
- 의치과 급여코드가 행위 분류의 대다수를 차지하고 있고 기본이 되는 코드이므로 본 절에서는 의치과 코드를 중심으로 코드 구조를 살펴보았음.
- 분류 코드는 크게 급여, 100/100 및 법정비급여로 구분되어 관리되고 있고, 이 중 급여 의치과 코드가 가장 많은 부분을 차지하고 있음.

[표4-2-1] 범주별 건강보험 요양급여비용 코드

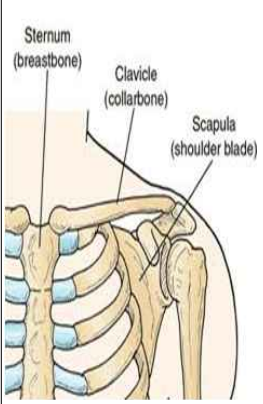
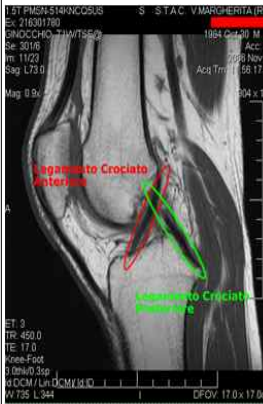
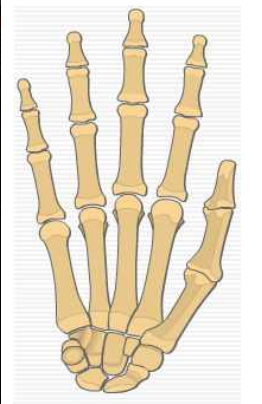

구분	급여		법정비급여	계
	급여	100/100		
의치과	52,611	37	721	53,369
한방	1,745	2	15	1,762
약국	211			211
계	54,657	39	736	55,342

주: 2013.7.1. 기준

- 건강보험 요양급여비용 코드는 기본적으로 수가체계로 개발되었으므로 비용 범주를 대분류로 분류하였음. 비용 범주는 대부분 첫째 자리 문자로 결정되며, 기본적으로 첫째 자리가 대분류 번호를 결정하나 범주에 따라 둘째 자리에 따라 별도로 구분되는 경우가 있음
- 한편, 비용 범주 내에서 일부 신체 계통을 나타내는 경우도 있으며, 여러 계통을 하나의 문자로 표시하며, 세부 해부학적 부위는 2-4째 자리 분류 번호에서 분류하지만 일관성이 없음.
- 급여 구분(급여, 100/100과 법정비급여)은 두 번째 자리를 이용하여 구분하고 있음. 한편, 건강보험 정책의 변화에 따라 가장 많은 변화가 있는 부분 또한 급여 여부의 변화임. 비급여였던 행위가 급여화 되면 분류의 일관성을 위해 코드는 계속 유지하게 되며, 이 코드의 급여구분 자리는 의미를 잃게 됨.
- 기본적으로 2-4째 자리가 비용 범주 내에서 분류 번호로써 사용되지만 둘째 자리는 비급여 및 100/100 코드에서는 해당 코드 구분을 나타냄. 한편, 건강보험 정책의 변화에 따라 가장 많은 변화가 있는 부분 또한 급여 여부의 변화임. 비급여였던 행위가 급여화 되면 분류의 일관성을 위해 코드는 계속 유지하게 되며, 이 코드의 급여구분 자리는 의미를 잃게 됨.
- 동일한 행위가 신체 부위에 따라 달라질 경우 해부학적 상해 부위 구분은 2-4째 자리 내에서 구분되며, 코드에 따라 필요한 해부학적 부위를 각기 다른 번호로 분류하고 있으며, 해부학적 부위가 다르지만 비용이 큰 차이가 없을 경우 상이한 여러 부위를 하나의 코드에 분류한 경우도 있음.
- 5째 자리는 동일 분류번호가 세분될 경우 일련번호가 부여됨
- 건강보험 요양급여비용 코드는 5자리까지가 행위를 구분하는 기본 분류 코드이고, 행위를 시행하는 여러 가지 상황에 따라 가산 등 금액을 달리해야 할 경우 6-8째 자리에 세분하여 산정코드로 확장하였고, 주요 내용은 시간, 연령구분, 수술 구분 등임.
- 본 절에서는 건강보험 요양급여비용 코드의 구조를 외국의 분류체계와 비교한 사례로써 비교해보았음.
- N0604(쇄골,슬개골[슬개골 적출술 포함, 수근골,족근골의 관혈적정복술])라는 우리나라의 건강보험 요양급여비용 코드는 하나의 분류코드이나 해부학적 부위로는 [표4-2-2]과 같이 매우 다양한 부위가 포함되어 있음.
- 이 코드는 호주 MBS와 미국CPT에서는 각 부위별로 세분되어 별개의 코드로 분류되며, 이에 따라 각 부위별 보상수준도 다르게 책정되어 있음을 볼 수 있음.

- 다시 말해, 우리나라의 건강보험 요양급여비용 코드에서는 비용이 다르게 발생할 수도 있는 여러 부위의 수술에 대하여 동일한 비용을 지불하고 있고, 이를 세분함으로써 지불정확도 제고가 가능할 것임.

[표4-2-2] 외국의 분류체계와 비교 사례

해부학적 부위		쇄골	슬개골	수근골	족근골
					
건강보험 요양급여 비용코드 (한국)	코드번호 상대가치 점수	N0604: 쇄골,슬개골[슬개골 적출술 포함, 수근골,족근골의 관절적정복술 자-60: 사지골 정복술[복잡골절 포함]			
MBS† (호주)	코드번호 수가(\$)	47465 226	47585 423.8	47351 235.5	47630 338.85
CPT‡ (미국)	코드번호 상대가치 점수	23515 21.10	27524 22.11	carpal scaphoid:25628 carpal scaphoid외 (각각):25645 carpal scaphoid:21.10 carpal scaphoid외(각부):16.61	28465(각각) 18.19

† MBS = Medicare Benefit Schedule (호주의 수가표)

‡ CPT = Current Procedural Terminology (미국의 의사 의료행위 분류체계)

- 건강보험 요양급여비용 코드 중 의치과 급여코드는 총 52,611건이고 여기에서 산정코드를 제거하면 유일한 행위 분류 6,954건이 됨. 분류는 기본적으로 건강보험, 공상, 의료급여 환자의 행위 분류에 모두 이용되지만 공상, 의료급여 및 요양병원에 입원하는 환자의 경우 건강보험 행위 분류와 급여기준 등의 차이에 따라 공상/의료급여/요양병원에서만 이용되는 코드가 추가로 존재함(표4-2-3).

[표4-2-3] 의·치과 코드 구조

기본코드					확장코드			
자리수	1	2	3	4	5	6	7	8
구조	대분류		분류번호		일련번호	산정코드I	산정코드II	산정코드III
내용	장 구분	급여구분 [Z=비급여]	일련번호(세부구분)			의미 I	의미 II	의미 III
	해부학(일부, 비용 범주에 따라)							

[표4-2-4] 의·치과 건강보험요양급여비용 코드 분류 건수

구분	자리수		계
	기본코드(5자리)	산정코드포함(8자리)	
건강보험	5,367	40,653	46,020
공상/의료급여/요양병원	1,587	5,004	6,591
계	6,954	45,657	52,611

- 건강보험 요양급여비용 코드는 5자리까지가 행위를 구분하는 기본 분류 코드이고, 행위를 시행하는 여러 가지 상황에 따라 가산 등 금액을 달리해야 할 경우 6-8째 자리에 세분하여 산정코드로 확장하였고, 주요 내용은 시간, 연령구분, 수술 구분 등임.
- 기본 코드의 확장부분으로써 6-7자리는 산정코드에 해당하는 정보를 담고 있음.
- 산정코드는 주로 동일한 행위에 있어 진료비 산정을 달리하는 즉, 진료비 가산정보를 나타냄. 이를테면, 시간(야간, 공휴일 가산 등)이나 연령대, 수술 구분 등을 통해 진료비 산정을 달리하기 위한 정보임.
- 산정 정보는 원칙적으로 행위에 대한 기본 정보가 아니므로, 이런 유형의 정보를 대부분의 외국 분류체계에 서는 코드 자체에서 분류하기 보다는 청구 DB의 변수의 하나 즉, Attribute 또는 Modifier로써 관리하고 있음.

[표4-2-5] 산정코드

산정코드명	산정코드 의미	자리 수	코드 구분
시간	야간, 공휴일...	7 or 8 자리	1-야간
연령	6세미만...	6 or 7 자리	1-신생아 1-만1세미만 2-만1세~만3세미만 3-만8세미만 4-만70세 이상 6-만 6세미만
시술자	외과전문의		
수술구분	주된수술 제2의수술 재수술(주된수술) 재수술(제2의수술) ...		
환자 상태		1	뇌병변·지적·정신·자폐성장애인, 야간
...	

[표4-2-6] 산정코드 사용 사례

AA100: 초진진찰료-치과의원, 보건의료원내의 치과

코드	상대가치 점수	자리수-의미
AA100600	175.62	6-만6세미만
AA100602	92.33	6-만6세미만, 8-영유아 건강검진 당일 진찰
AA100610	221.25	6-만6세미만, 7-야간
AA100611	221.25	6-만6세미만, 7-야간 8-차등수가제외
AA100612	115.14	6-만6세미만, 7-야간, 8-영유아 건강검진 당일 진찰
AA100620	327.73	6-만6세미만, 7-심야
AA100621	327.73	6-만6세미만, 7-심야 8-차등수가제외
AA100622	168.38	6-만6세미만, 7-심야, 8-영유아 건강검진 당일 진찰
AA100650	221.25	6-만6세미만, 7-공휴일
AA100652	115.14	6-만6세미만, 7-공휴일, 8-영유아 건강검진 당일 진찰

- 코드의 일부는 아니지만 수가의 보조 정보로써 장이 구분되어 있으며, 장은 기본적으로 건강보험 수가의 범주를 구분하는 의미를 가지고 있으며, 공상/의료급여/요양병원에서만 이용하는 코드의 경우 각 용도를 장으로 구분하고 있어 이 경우 원래의 장 구분은 불가능함.
- EDI 청구가 되기 이전에 이용하던 분류코드(한글숫자 혼용)는 현재 건강보험 요양급여비용 코드(EDI용)에 보조적으로 사용되고 있는데, 현재 코드의 블록코드 정도의 역할을 하고 있는 것으로 보임.

[표4-2-7] 의·치과 코드 장별 분류 수

장구분	5자리	8자리	총합계
01. 기본진료료	235	1,112	1,347
02. 검사료	1,225	1,450	2,675
03. 영상진단 및 방사선 치료료	907	6,115	7,022
04. 투약 및 조제료	61	81	142
05. 주사료 (주사료/채혈 및 수혈료)	80	37	117
06. 마취료	94	1,050	1,144
07. 이학요법료	70		70
08. 정신요법료	21		21
09. 처치 및 수술료 (처치 및 수술료/캐스트료)	2,189	29,228	31,417
10. 치과 처치·수술료	231	1,556	1,787
11. 조산료		24	24
12. 보건기관의 진료수가	24		24
13. 한방검사료			
14. 한방 시술 및 처치료			
15. 약국약제비			
16. 전혈 및 혈액성분 제제료	39		39
17. 입원환자 식대	65		65
18. 치과보철료	126		126
공상 (공무상 요양비)	298		298
요양병원	1,241	5,004	6,245
의료급여	48		48
총합계	6,954	45,657	52,611

자료기준: 2013.7.1

4.3 분류체계 관점에서 본 건강보험 요양급여비용 코드의 한계점

건강보험 요양급여비용 코드는 진료비 청구 및 급여를 위해 만들어진 코딩체계이므로, 분류체계 관점에서 볼 때 아래와 같은 특징과 한계점이 있는 것으로 분석된다.

1. 급여목적 코드체계의 특징

- 급여대상이 아닌 의료행위는 목록에 등재되지 않음 - 예를 들면 이식수술, 신의료기술을 이용한 의료행위
- 진료비산정에 영향을 미치지 않는 의료행위의 접근방법, 수술방법 등이 의료행위 목록에서 상세하게 구분되지 않음 - 예를 들면 로봇 수술. 내시경 수술의 경우 급여화된 이후 시점부터 재료대로 청구하며 코드에서 세분되지 않고 있어 과거 자료의 경우 시행여부를 파악하기 어려움.
- 급여여부에 따라 비의사(의료행위 시행자라 하더라도)의 의료행위는 흔히 등재대상에서 누락될 수 있음
- 시행된 실제 의료행위를 완전하게 그대로 반영한 코드가 없는 경우가 많음 - 적합한 코드가 없는 경우 코드 준용하여 적용.
- 청구 지침에 따라 코드가 선택되기 때문에 실제 의료행위명과 일치하지 않을 수 있음.
- 진료비 산정에 필요한 변수가 코드 내에 편입되어 있어 코드관리가 복잡해짐.
- 이해관계자가 코드에 대한 의견을 제출할 수 있는 공식적인 절차가 부족함 - 웹사이트를 통해 개인이 의견을 제출하기 어려움.
- 급여정책에 따라 영향 받을 수 있음.

2. 분류체계로서의 한계점

- 분류체계 관점에서 볼 때 가장 치명적 단점은 코드의 위계구조가 없거나 취약하다는 것임. 코드 구조에 내재되어 있는 일관된 로직이 부족하여 데이터 분석 시 상당한 제약이 따름.
- 분류체계의 대표적인 요소 중 하나인 코드에 대한 기술어(description)가 완전하게 구비되지 않음. 예를 들어 자-422 자궁파열수술 Hysterorrhaphy와 같이 한글과 영문 기술어의 의미가 정확하게 일치되지 않은 경우도 있음.
- 의료행위를 가능하면 있는 그대로 기술하는 용어가 매우 부족함. 즉 용어의 상세성이 크게 부족함.
- 의학기술의 업데이트에 따라 새롭게 등장하는 의료행위가 반영되지 못하고 있어 분류의 포괄성이 부족함.
- 색인을 제시하지 않아 코딩 오류가능성이 높음. 코딩오류는 의도하지 않은 부당청구로 이어질 수 있음.
- 공식적인 코딩지침이 없어 코딩의 일관성 및 정확성을 기하기 어려움. 심사지침만으로 운영하는 데는 한계가 있음.
- 사용자의 요구에 부합하게 코드를 업데이트하거나 개정하는 절차가 미흡함.

제5장 권고안

분류는 의료분야에서 사용되고 있는 용어를 범주화하고 논리적이며 체계적인 방법으로 정돈한 체계이다. 이는 일차적으로 통계 및 보고 목적으로 사용되나, 의료서비스 기획, 보건 성과평가 및 자금 제공 등과 같은 다른 이유로 사용되기도 한다.

보고를 위해 사용되는 분류코드는 최소한 다음의 기능을 수행해야 한다;

- 의료제공자는 제공한 서비스에 대해 코드를 통해 보고하고 이에 대해 보상받는다.
- 보험자는 제공된 의료서비스를 분석할 수 있고, 다양한 치료방법에 대해 제한된 기금을 어떻게 할당할 것인지에 대해 의사결정을 할 수 있다.
- 다양한 이해당사자는 환자에게 제공된 치료별로 진료성과를 평가할 수 있다.

의학기술의 발전과 지불제도의 개혁 등을 고려할 때 현재 우리나라에서 사용되고 있는 건강보험수가분류체계의 부족한 점을 평가하고 이를 대체할 분류체계를 정립하는 일이 시급하다.

이 장에서는 새로운 분류체계가 갖추어야 할 요건과 도입시 기대되는 장점, 도입 후 운영체계 등에 아래와 같이 권고한다.

1. 새로운 분류체계의 요건

가. 관리상 원칙

1) 목적과 범위

명확하게 분류의 목적, 범위(또는 포함대상)를 명시해야, 분류체계가 사용되는 영역과의 관련성이 측정될 수 있다.

2) 관리인의 임무

분류체계의 개발 및 유지관리에 책임이 있는 기관이 관리인이다. 관리인이 쉽게 식별되어야 하고 책임이 명확하게 기술되어야 한다.

3) 유지관리/갱신

유지관리계획을 정립한다. 분류체계는 믿을만하고 사용자와 관련 있어야 하므로, 시간 경과에 따라 갱신되어야 한다. 관리인은 정기적인 갱신 및 유지관리 계획을 가지고 있어야 하며, 변경요청서가 제출될 수 있는 기준을 명확하게 문서화해야 한다.

이와 같은 계획을 알려 모든 사용자와 통계 데이터의 생산자가 적절한 시기에 의견을 제출할 수 있게 한다. 안정성이 통계분석에 결정적이므로, 갱신의 영향은 모든 이해관계자에 의해 검토될 필요가 있다. 의료행위 분류의 경우 현재성을 유지하려면 매년 또는 2년 주기로 개정될 필요가 있다는 의견이 있으므로

로 개정주기 결정시 고려한다.

4) 개념 영속성(코드 영속성)

분류는 임상 연구 및 발견된 것을 따른다. 질병의 성격과 중재의 효과에 대해 더 많은 것이 습득됨에 따라 이들을 좀 더 적합하게 기술하고, 정의(또는 다시 정의)하고, 분류할 수 있다. 임상 개념의 분류는 시간이 흐르면서 변경될 수 있다.

개념의 영속성은 개념의 의미를 유지 관리하는 것과 관련된다. 의료분야 분류에서 개념의 의미는 영속적이어야 하고 절대 삭제되지 않아야 한다. 개념을 표현하는 용어는 변화할 수 있으나(대표용어나 범주 명칭조차도), 개념의 의미는 똑같이 남아있어야 한다. 개념은 철회되거나 무효화될 수 있으나 삭제될 수 없다.

개념 영속성의 원칙이 단순히 개념을 말하는 것이 아니며, 코드로 말하는 것이다. 개념이 비활성화되거나 대체되는 것으로 표시되는 경우, 개념과 연결된 코드는 다시 사용되지 않아야 한다. 개념과 연결되어 있기 때문에 코드의 의미도 영속적이어야 한다.

5) 시간경과에 따른 변화 추적

시간경과에 따른 분류의 변화 추적을 위한 기전이 있어야 한다. 이는 버전관리와 매핑을 포함한다. 분류의 갱신이나 개정은 명확하게 기술되어야 하며 이전 버전과 차별화되어야 한다. 변경사항을 설명하는 문서와 변경 시기는 모든 이해관계자가 쉽게 접할 수 있어야 한다.

갱신이 이루어질 때 마다 관리자는 매핑을 시행(또는 검증)하여 연구자의 시계열 데이터 분석을 도와야 한다. 매핑이란 관련된 분류나 용어 또는 다른 것과 동등한 개념이나 용어를 식별하는 과정이다. 이는 연구자, 데이터 분석가, 정부나 기타 권위 있는 단체에 상이한 분류체계 간 비교성에 대한 정보를 제공하기 위해 시행된다.

매핑은 복잡한 과정이다. 개념이 일대일로 매치되는 것이 드물며, 의미가 일부 소실되는 경우가 더 흔하다. 이러한 정보의 소실이 중요한지 여부는 매핑의 목적에 달려있다. 예를 들어 매핑이 본 분류를 수정한 것에 대해 차이를 밝히는 것이 목적이라면(예를 들어 ICD-10과 KCD-6) 의료서비스에 대한 자금 조달을 목적으로 매핑하는 것보다 덜 정교할 수 있다. 매핑의 효과성은 평가되어야 하는데, 이는 매핑이 시행되는 이유, 매핑의 전문지식, 적용되는 기준이나 평가척도(분류가 비교될 수 있는 정도), 매핑 과정을 지원하는데 사용되는 전자적인 도구와 같은 다양한 변수에 따라 다를 것이다.

나. 구조상 원칙

1) 위계구조

분류는 이론적 틀 위에서 임상적으로 논리적이며 위계구조가 있는 구성을 가져야 한다. 틀은 명확하고 단순하게 이러한 구성의 원칙을 정의하여 모든 사용자가 이해할 수 있게 해야 한다. 위계구조 구성은 하위범주에서 범주로 데이터를 모을 수 있게 하여(펼쳐 올리기/내리기) 다양한 상세 수준에서 데이터

검색을 용이하게 해야 한다.

2) 확장

좋은 분류만이 살아있는 분류이다. 분류가 관련성을 유지하려면, 임상진료의 변화 및 새로운 기술에 반응할 필요가 있다. 또한 관련된 분류와 균일성을 유지할 필요가 있다. 분류의 구조는 확장을 허용할 정도로 유연해야 한다. 위계구조로 새로운 개념을 추가하는 것이 체계적인 코드 구조를 와해시키지 않아야 한다.

3) 포괄성

분류는 포괄적이어야 한다. '기타'나 '상세불명' 범주(잔여 범주)가 제공되어야 특정시점 어떤 영역 내에서 모든 가능한 개념이 어딘가에 분류될 수 있다. 이런 의미에서 분류는 상세성을 희생하여 민감성을 가지게 된다.

잔여범주는 분류의 목적상 꼭 필요하다. 그럼에도 불구하고 이는 최소한으로 유지되어야 한다. 왜냐하면 이 범주에서 상세한 데이터를 검색할 수 없기 때문이다. 데이터에 대한 체계적인 분석을 통해 잔여 범주 관리를 정기적으로 시행하여 별도의 개념을 구분할 필요가 있는지 결정해야 한다.

다. 내용 원칙

1) 상호 배타성

범주나 하위범주는 상호 배타적이어야 한다. 어떤 개념에 대해 하나의 코드만이 있어야 하며 적당한 색인과 지침을 통해 경계를 표시한다. 같은 개념에 대해 두 개(이상)의 상이한 코드가 있을 수 없다. 만약 있다면, 해당 분류에 불필요한 중복(불필요한 반복)이 있다고 말한다. 특히 데이터 관리자가 불필요한 중복을 모른다면, 이로 인해 데이터 검색, 통계 숫자에 문제가 발생한다.

2) 유일한, 모호하지 않은, 분명하게 표현된 기술어(명칭)

모든 사용자와 통계 데이터의 생산자 간에 의사소통과 이해를 용이하게 하기 위하여, 각각의 범주와 하위범주 기술어는 유일하고(한 가지 의미만 가짐), 모호하지 않고, 명확하게(애매하지 않게) 표현하여 의미를 전달해야 한다. 각각의 범주나 하위범주의 의미는 해당 기술어만으로 이해될 수 있어야 한다. 의미는 위계구조 내 개념의 관계 안에 내재되어 있지 않아야 한다.

3) 기술어(명칭)에 관련 있는 표준화된 용어 사용

각각의 범주 및 하위범주를 기술하는데, 허용되는 상용 용어가 표준화된 방법으로 사용되어야 한다. 보건 분류의 경우 기술어는 임상적으로 관련이 있어야 한다. 의료행위 및 중재에 대한 기술어는 의료환경이나 제공자에 중립적이어야 한다. 시술을 시행하는 임상의를 반영하거나 시술이 어디에서 시행되는지를 나타내지 않아야 한다.

이러한 원칙을 지켜야 불필요한 코드의 중복을 피할 수 있으며, 상이한 시술 의사와 장소 간에 비교가 가능해진다. 사실 시술 의사나 장소에 대한 부가 정보는 정보시스템 내 다른 곳에서 수집될 수 있다.

4) 기술어(명칭)의 의미론적, 개념적 범위

범주나 하위범주 기술어는 분류되는 생각(개념적 범위)에 상응하는 의미(의미론적 범위)를 가져야 한다. 의미가 생각에 상응하지 않는 경우, 개념 불일치가 생긴다. 시술이나 중재술에 대한 기술어는 가능하면 진단 정보를 포함하지 않아야 한다. 이러한 원칙 뒤의 논리는 불필요한 중복이다. 진단 정보는 진단코드로 수집되므로, 이를 시술코드로 다시 수집할 이유가 없다.

5) 중요한 개념에 대한 유일한 범주

어떤 영역에서 특별히 중요한 개념은 통계 분류에서 자체적인 유일한 범주를 가져야 한다. 이러한 개념은 공중보건 목적, 연구, 통계 보고에 중요하므로 쉽게 구분될 수 있어야 한다.

어떤 개념을 독특하게 다른 것과 구분할 것인지를 누가 결정하는가? 분류를 개발하고 유지관리하는데, 개발자의 의견 뿐 아니라 많은 목소리가 고려된다. 영향력 있는 목소리가 단순히 임상 연구와 발견에 기초하는 것은 아니며 기술적, 사회적, 종교적, 법적, 도덕적, 윤리적 이유와 같은 정치적 이유가 우세할 수 있다. 모든 이해관계자의 요구를 감안하여 타협이 필요할 수 있다.

라. 유용성 원칙

1) 정의 및 설명문

분류의 범주와 하위범주는 잘 정의되어야 하고 정의 및 설명문이 제시되어야 한다.

2) 색인/유의어사전

사용자가 원하는 용어와 분류에 쉽게 접근하려면 색인이나 유의어사전이 필수적이다. 동의어를 포함하여 분류가 지원하는 영역과 관련된 모든 용어를 담아야 한다.

색인은 또한 분류를 유지관리하기 위한 필수적인 도구이다. 이는 불필요한 중복을 줄이고 분류 오류를 발견하는데 도움을 준다.

3) 지침/교육자료

분류가 어떻게 사용되는지에 대한 지침이나 규칙을 모든 사용자가 구할 수 있어야 한다. 특히 개정이나 업데이트가 이루어지면 교육 자료도 제공해야 한다.

4) 적합성/수용성

분류는 사용자의 업무절차에 잘 맞아야 하고, 정보흐름에 통합되게 해야 한다. 이런 의미에서 분류는

상세성의 관점에서 기술될 수 있어야 한다. 상세성의 수준은 해당 영역의 상세성과 맞아야 한다.

분류는 입도(granularity) 면에서도 기술될 수 있어야 한다. 이는 흔히 상세성과 혼동되는데, 일반적으로 입도 분류가 보다 상세하기 때문이다. 정보과학에서 입도라는 용어는 시스템의 모듈방식의 정도로 정의된다. 입도가 더 좋다는 것은 시스템을 주문제작할 때 좀 더 유연하다는 것을 의미한다.

분류가 너무 복잡하거나 사용하기 어렵지 않아야 하고, 사용자가 얻을 수 있는 것보다 더 상세한 정보를 요구하지 않아야 한다.

5) 양립성/비교성

분류는 국내뿐 아니라 국제적으로 다른 유사한 분류와 사용에 있어서 양립 가능하거나 비교 가능해야 한다.

6) 부분집합

분류가 폭 넓은 영역을 지원한다면, 해당 영역 내에서 또는 목적에 맞는 분류로 간주되는 다른 영역에 대해서도, 상세 부문에 대해 분류의 하위집합을 생성할 수 있는 기전이 있어야 한다.

7) 전자적인 환경에의 적용가능성

분류의 유용성을 넓히기 위해 전자적인 환경에 적용할 수 있어야 한다. 분류를 데이터베이스로 관리하면 생성, 유지관리, 업데이트, 매핑, 교환 절차를 간소화할 수 있다. 데이터베이스에서 하위세트를 보다 쉽게 생성할 수도 있다.

2. 새로운 분류체계 도입시 기대되는 장점

분류체계는 단순히 진료비지불의 도구로만 활용되는 것이 아니며, 의무기록을 통해 얻을 수 있는 정보를 데이터화 한 결과로 의사소통의 도구이기도 하다. 의무기록은 모든 데이터의 원천인데, 정교한 분류체계는 의무기록에서 보다 많은 정보를 코드화할 수 있게 하여 보다 좀 더 효과적인 연구를 가능하게 한다.

임상지식의 업데이트와 의학기술의 발전에 따라 의료현장에서 일어나고 있는 모든 의료행위를 체계적으로 코드화함으로써 의료행위 전반에 대한 파악과 진료비가 어디에 어떻게 사용되고 있는지와 의료행위별 치료성적을 비교 분석할 수 있다. 분류체계의 장점을 이해하려면 분류체계의 구조를 알아야 하며, 새로운 분류체계 도입을 통해 아래와 같이 다양한 이득을 실현할 수 있어야 한다.

가. 진료비지불제도 향상에 기여

- 새로운 분류체계가 진료비상환만을 위해 이용되지는 않을 것이나, 진료비지불정책과 진료비상환을 결정하는데 필요한 보다 상세한 데이터를 얻을 수 있다.

- 질 평가, 성과, 가치기반구매(value-based purchasing) 등에 기초한 새로운 진료비상환시스템 운영에 도움이 될 수 있다.

나. 진료비청구 오류 및 부당청구 파악 용이

- 새로운 코드체계가 도입되면 청구착오나 부당청구가 줄어들 수 있다. 상당히 자세한 코드를 사용하게 되면 코드 선택시 짐작(guesswork)이 감소하기 때문이다.
- 상세한 코드체계를 통해 부당청구의 기회를 감소시키면서 부당청구를 판별하는 능력도 향상될 수 있다. 의무기록에 사용된 용어를 표준화된 정의를 가진 용어(코드)로 바꿈으로써 코딩의 모호성이 감소하고 해석 오류가 줄어든다. 코딩 정확도와 효과적으로 감사하는 능력이 모두 향상될 수 있다.
- 상세한 코드를 통해 청구한 코드와 기록 내용 비교가 용이해질 수 있다. 진단과 의료행위 코드간 일관성 체크, 의료행위 코드간 비논리적 조합 체크, 의료공급자간 진료패턴 비교 등이 가능해진다.

다. 진료비지불 관련 감사 용이

- 정교한 코드를 통해 질향상이나 정확한 코딩을 위한 데이터의 내부 사용 이외에도 내·외부 감사가 용이할 수 있다.
- 보험청구를 위한 의무기록 추가 제출이나 청구 이의신청이 감소할 수 있다.

라. 행정비용 절감

- 새로운 분류체계의 도입으로 의무기록 내용과 코딩절차가 향상되면 다양한 면에서 행정비용이 절감될 수 있다. 청구가 원활해지면서 청구를 위한 추가정보 제공이나 외부감사가 감소된다.
- 임상진료와 의사결정에 코드화된 데이터를 통해 보다 많은 정보를 활용함으로써 비용절감이 가능하다.
- 보다 정확하고 상세한 트렌드 및 비용 분석이 가능하게 되어 보다 효과적으로 자원 및 서비스 이용을 모니터링할 수 있다.

마. 의료의 질에 대한 데이터 생성

- 최근 개인 및 지역사회의 건강을 향상시키기 위해, 환자안전을 개선하기 위해, 의료전달 비용 자체를 줄이기 위해 의료의 질에 관심이 높아지고 있다.
- 수집된 코드 자료를 통해 환자 개인별 치료의 진행경과를 결정하고, 다양한 치료방법의 효과를 측정할 수 있다.
- 지역사회 기반으로 모아진 자료를 이용하여 치료 프로토콜, 의료공급자의 질에 대한 대규모 분석도 가능하다.
- 새로운 분류체계가 현대 의료기술을 반영하면 치료과정 및 사용된 기술과 환자의 중증도(동반질환) 간의 관계를 보다 잘 이해할 수 있을 것이다.
- 의료산업 전반에서의 최선책(best practice)을 결정하는데 코드화된 데이터를 이용할 수 있다. 즉 환자의 임상적 상황에 맞는 보다 효과적이며 비용합리적인 치료방법을 찾을 수 있다.
- 위와 같이 코드화된 데이터 사용이 활성화되려면, 코드의 기반이 되는 의무기록 내용의 향상이 전제되어야 한다.

바. 임상진료에 기여

- 의사결정지원을 통한 임상진료, 질병관리프로그램, 환자안전 등에 코드화된 데이터를 활용할 수 있다.
- 진료향상 및 최선책(best practice) 개발을 위해 코드화된 데이터로 분석프로그램 개발이 가능하다.
- 데이터로 질병관리가 필요한 환자를 식별해 내고, 환자 필요에 맞게 프로그램을 효과적으로 조정하면 성과가 향상됨으로써 환자가 만족하고 의료비용을 낮출 수 있다. 국가정책 목표는 코드화된 데이터를 통해 진료성과는 높이면서 의료의 질은 향상시키고 비용을 감축하는 데 있기 때문이다.

사. 데이터 분석 활성화

- 분류코드가 청구를 위해 일회성으로 생성하는 자료가 아니라 일련의 데이터로서 종적, 횡적으로 분석될 수 있다.
- 분석의 목적은 시간이 경과하면서 변할 수 있으므로 미래의 다양한 분석 관점을 지원할 수 있는 분류체계 운영이 중요하다.

아. 연구 기초자료 생성

- 시술코드 자료를 연구에 활용하는 것이 새로운 것은 아니나, 보다 특이적이고 논리적인 분류체계가 운영되면 연구주체에 근접되게 수집된 데이터를 좁힐 수 있는 능력이 향상된다.
- 이를 위해 분류체계에 동시대의 의학지식을 반영한 코드를 포함시켜야 한다.
- 임상분야별로 연구에 필수적인 수준에서 상세한 코드가 반영되어야 한다. 코드가 너무 일반적이면 연구자가 불필요하게 더 많은 의무기록에 접근해야 하기 때문이다.

자. 의료소비자와 치료성과에 대한 결과 공유

- 소비자 중심의 의료시스템에서는 의료제공자의 치료 질을 비교하는 데이터가 공개된다.
- 비용과 치료성과에 대한 비교 자료를 통해 치료방법 선택에 대한 의료소비자 교육이 필요하다. 보험자는 새로운 분류체계를 통해 생성된 코드화된 데이터를 통해 보다 정확한 분석 자료를 제공할 수 있다.
- 환자의 이해도가 향상되고 진료에 참여하게 되면, 불필요한 치료비용을 줄이면서 인구집단의 건강은 향상될 수 있다.

3. 분류체계 개정 계획 수립

현 분류체계의 장·단점에 대한 평가와 더불어, 다음의 관점에서 벤치마킹할 분류체계에 대한 체계적인 평가를 시행하고 개정계획을 수립한다;

- 코드의 구조 및 복잡성
- 코드의 기술적 표현: 의무기록에 기재된 의료행위가 잘 표현되는지
- 도입 및 교육의 용이성
- DRG 그룹에의 적용가능성

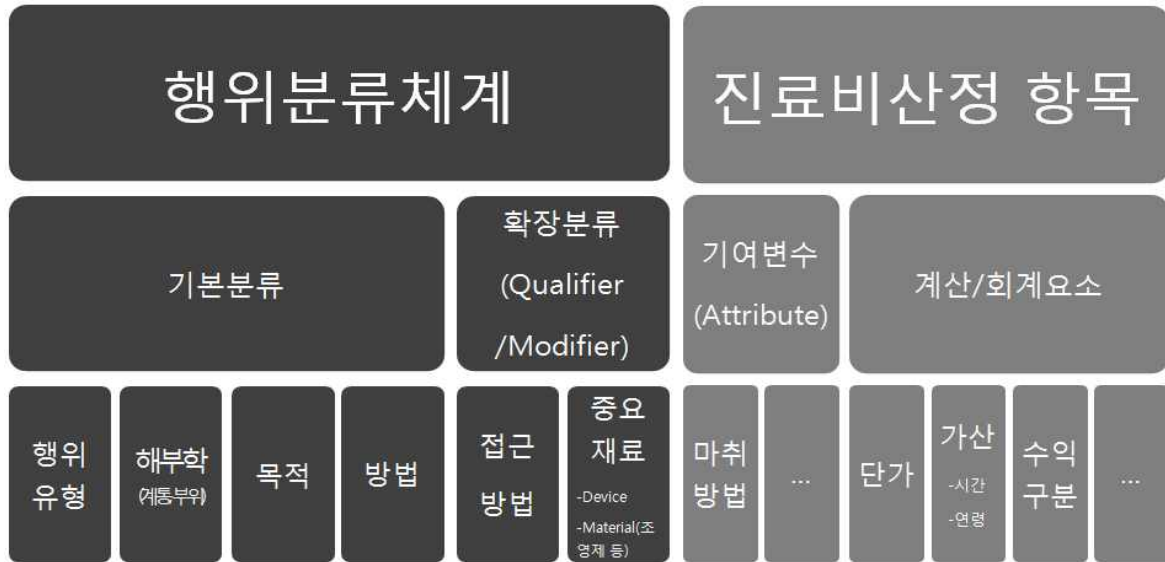
가. 1안 - 소폭 개정

[현 건강보험 요양급여비용 코드체계를 유지하면서 확장하는 방안]

- 우리나라에서 사용하고 있는 의료행위 분류체계, 특히, 국내에서 진료비 청구 및 연구 등 정보의 이용이 매우 많은 건강보험 요양급여비용 코드의 구조 및 내용에 대하여 살펴본 결과 건강보험 요양급여비용 코드 체계는 일부 위계 구조를 가지고 개발되었으나 원론적으로 수가목록으로써의 역할에 충실한 구조였다. 이 구조도 개발당시 확장가능성이 확보되지 못하였으므로 수많은 개정을 통해 이 위계구조는 현재 매우 제한적으로 이용할 수 있다.
- 또한, 분류범위가 급여 및 법정비급여에 국한하고 있어 신규 코드 진입이 많고, 주요 분류 구조에 산정 기준 등 코드 구조에 변화를 많이 가져올 수 있는 요소를 포함하고 있다.
- 따라서, 위계구조가 확실하게 정립되고 국제비교가 가능하며, 급여 및 비급여를 모두 포괄하는 현재의 의료 기술을 모두 수용할 수 있고, 미래에 확장 개발이 용이한 새로운 분류체계의 개발이 필요하다.

1) 기본분류와 보조분류

- 제 외국의 분류체계를 검토해 본 결과 분류체계를 구성하는 요소는 크게 행위 분류체계의 기본 요소와 수가 목록으로써의 기능을 하는 보조 요소로 구분할 수 있다. 전자의 경우에는 큰 변화가 없으므로 기본 요소가 되고, 후자의 경우에는 정책에 따른 빈번한 변화가 있을 수 있으므로 확장코드 또는 다른 DB의 변수로 관리하고 있었다.
- 행위 분류체계에 있어 기본분류에서 분류해야 하는 정보는 분류체계의 위계구조를 결정하는 축(axis)이 되는 정보로 견고한 분류체계가 되기 위해서는 기본분류에서는 큰 변화가 없어야 하며 가능한 모든 경우의 수가 반영되어야 한다. 그럼에도 불구하고 확장 가능성을 염두에 두어야 하며, 통상적으로 코드의 다른 구조와 명확하게 구분된 자리를 사용해야 한다.
- 기본 분류에 속하는 정보는 보통 행위유형, 해부학, 행위목적, 행위방법 등이며, 기본분류가 견고하면 신의료 기술의 승인 등 신규 코드 추가 시 해당 코드의 맥락을 찾기 쉽다. 이 경우 기존의 코드와 공통적인 부분 즉, 기본코드는 유사하게 분류되고, 변화가 있는 부분만 코드에도 변화가 될 것이므로, 신규 코드가 기존 코드의 구조를 혼란시키지 않을 것이다.
- 접근방법과 행위의 주요 재료 등은 외국의 분류체계에서 대부분 코드의 일부이지만 선택적으로 사용하는 한정자(Qualifier)로 구축되어 있었다. 기본 코드를 좀 더 세분함으로써 행위의 특성에 따라 코드 체계를 융통성 있게 사용할 수 있도록 한정자가 구축되어야 한다(그림5-3-1).



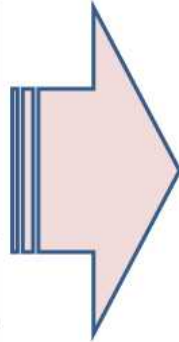
[그림5-3-1] 코드 위계구조 구성요소

2) 건강보험 요양급여비용 코드 개선안

- 건강보험 요양급여비용 코드를 개선하는 방법에는 현재의 건강보험 요양급여비용 코드를 알맞게 수정하는 방법이나 외국의 분류체계를 우리나라 실정에 맞추어 수정하는 방법 등이 있다.
- 그러나, 우리는 분류체계를 개선하는 방법을 결정하기 전에 우리의 분류체계를 좀 더 체계적으로 바라보고, 이에 따라 우리에게 무엇이 필요한지를 명확히 할 필요가 있다.
- 다른 나라의 체계적인 분류체계에 비추어 보았을 때 우리나라의 건강보험 요양급여비용 코드는 비용 범주와 급여구분 등 매우 가변적인 진료비 관련 항목이 기본분류에 포함되어 있어 코드체계의 안정성이 낮았다.
- 체계적인 분류체계가 되기 위해서는 기본적으로 기본요소와 보조 요소가 명확히 분류 되어야 한다.
- 이 중 분류체계의 주요축이 되어야 하는 부분은 행위의 유형과 해부학적 계통과 부위, 행위의 목적이나 방법 등 가변적이지 않은 견고한 내용이어야 하며,
- 접근 방법이나 중요 재료 등과 같은 행위 자체의 본질을 변화시키지는 않으나 행위와 밀접한 관련이 있는 항목은 한정자(Qualifier)로,
- 진료비 산정 항목과 같은 가변적 항목은 코드체계에서 분리하여 별도의 청구 DB의 변수로써 관리해야 한다.
- 따라서, 현재의 건강보험 요양급여비용 코드 내에 있는 비용범주, 급여구분, 산정코드를 분리하여 별도의 청구 DB의 변수로써 재구성해야 하며,
- 나머지 분류체계를 행위의 유형과 해부학적 계통과 부위, 행위의 목적이나 방법을 기본분류로, 접근 방법과 중요 재료 등을 한정자로써 재구성해야 한다(그림5-3-2).

As-Is

자리순	구조	내용
1	대분류	비용 범주 해부학(일부,비용 범주에 따라)
2	급여구분	
3	분류번호	일련번호(세부구분)
4		
5	일련번호	
6	산정코드	의미 I
7	산정코드II	의미 II
8	산정코드III	의미 III



To-Be



[그림5-3-2] 건강보험 요양급여비용 코드 구조 개선안

나. 2안: 대폭 개정

[영역별 다축구조를 가지는 번호체계로 개발하는 방안]

- ICD-10-PCS의 부문을 참조하여 새로운 분류체계 설계시 먼저 큰 영역으로서 분류대상 부문을 나눈다(표5-3-1).

[표5-3-1] ICD-10-PCS의 16개 부문

순서	부문명	순서	부문명
1	내과적·외과적 의료행위	9	기타 의료행위
2	산과적 의료행위	10	지압
3	배치	11	영상의학
4	투여	12	핵의학
5	측정 및 모니터링	13	방사선 종양
6	체외 보조 및 수행	14	재활치료 및 진단적 청력검사
7	체외 치료	15	정신건강
8	정골의학적 의료행위	16	물질남용 치료

1) 다축구조 설계

- 코드가 완전하고 확장가능하며 높은 유연성과 기능성을 갖추도록 다축구조로 설계한다(표5-3-2).
- 다축구조 코드를 통해 다양한 이용 목적에 맞게 코드화된 데이터 활용이 고도로 이루어질 수 있다. 예를 들면 '위'에 시행된 모든 의료행위에 대한 데이터 검색, 해부학적 부위에 관계없이 내시경을 이용해 시행한 의료행위에 대한 데이터 검색 등은 다축구조의 특성으로 용이해 진다.
- 각각의 자리가 시행된 의료행위에 관해 상세화할 수 있는 정보범주를 나타내게 한다.
- 알파벳숫자형 코드를 채택하는 경우 한 자리가 가질 수 있는 코드의 최대 갯수는 34개이므로 코드의 확장성이 뛰어날 수 있다; 숫자 0-9, 문자 A-Z(숫자와 혼동될 수 있는 I, O제외)

[표5-3-2] ICD-10-PCS의 코드자리별 분류내용 예시

	부문	루트수술	접근방법	한정어			
코드 자리 :	1	2	3	4	5	6	7
	신체계통		신체부분		장치		

2) 분류체계 내에서 의료행위용어 표준화

- 내과적·외과적 의료행위의 경우 임상에서 사용하는 용어가 상이하어 정확한 코드 선정이 어려울 수 있어 분류의 일관성과 정확성을 위해 의료행위의 목적에 따라 용어를 정의할 필요가 있다(표5-3-3, 표5-3-4).

[표5-3-3] ICD-10-PCS의 의료행위 목적에 따른 용어 예시

의료행위 목적	의료행위 용어
신체부분의 일부 또는 전부를 제거하는 수술	부분절제(excision)
	전절제(resection)
	박리(detachment)
	파괴(destruction)
	적출, 추출(extraction)
신체 부분으로부터 고체/액체/기체를 빼내는 수술	배출, 배액(drainage)
	적출, 제거(extirpation)
	분절(fragmentation)
절개술 또는 분리에 관한 루트수술	분할, 분리(division)
	박리, 유리(release)
신체의 일부/전부를 옮기거나 제자리에 갖다놓거나 이동시키는 수술	이식(transplantation)
	재부착(reattachment)
	전이(transfer)
	재배치, 위치복원(reposition)
관모양 신체부분의 직경/경로를 변경하는 수술	제한(restriction)
	폐색(occlusion)
	확장(dilatation)
	우회술(bypass)
항상 장치를 포함하는 수술	삽입, 주입(insertion)
	대치, 교체(replacement)
	보충(supplement)
	교체(change)
	제거(removal)
	교정(revision)
검사만을 포함하는 수술	검사, 시진(inspection)
	지도화(map)
기타 수복을 정의하는 수술	관리, 조절(control)
	복구, 재건(repair)
기타 목적을 정의하는 수술	유합, 고정(fusion)
	변경(alteration)
	생성(creation)

[표5-3-4] 내과적·외과적 의료행위 용어별 정의 및 설명 예시

루트수술	용어정의 및 설명	
alteration (변경)	정의	신체 부분의 기능에 영향을 미치지 않고 원래 해부학적 구조가 변형되는 시술
	설명	주 목적은 외관을 개선하는 것
	사례	face lift, breast augmentation
bypass (우회술)	정의	관모양 신체 부분의 내용물의 경로를 변경하는 시술
	설명	신체의 내용물이 정상 경로의 아래쪽이나 비슷한 경로, 또는 비정상적인 경로나 다른 신체 부분으로 흐르도록 변경. 하나 이상의 문합술이 시행될 수 있으며, 장치의 사용을 동반할 수도 있음
	사례	coronary artery bypass, colostomy formation
change (교체)	정의	신체 부분으로부터 장치를 제거하거나, 같은 신체 부위에 동일하거나 비슷한 장치를 다시 넣어주는 시술로, 피부나 점막의 절개나 천자를 동반하지 않는 시술
	설명	모든 Change 시술에 대한 접근방법은 External임
	사례	urinary catheter change, gastrostomy tube change

3) 완전성

- 새로운 분류체계는 서로 다른 시술에 대해 유일한 코드를 부여해야 한다. 예를 들어 접근방법이 다른 수술은 별개의 코드를 가져야 하며, 각기 다른 신체부위에 시행된 시술도 유일한 코드를 가져야 한다.
- 각 코드는 유일한 정의를 가져야 한다.
- 코드는 재사용되지 않아야 한다.

4) 확장성

- 새로운 시술과 기술을 고려하여 코드 확장이 용이해야 한다.
- 현존하는 코드체계를 깨지 않고 새로운 값을 추가할 수 있어야 한다.

5) 구조적 무결성

- 코드에 대한 값의 추가로 분류체계의 구조가 무너지지 않아야 한다.
- 코드를 구성하는 자리에 대한 값이 필요에 따라 병합될 수 있어야 한다.
- 의학기술과 임상진료가 진화함에 따라 코드의 자리에 새로운 값을 추가해도 분류체계는 구조를 바꾸지 않고도 진화할 수 있어야 한다.

6) 진단이나 연령 등 의료행위와 무관한 정보 배제

- 코드에 의료행위와 무관한 정보를 표기하지 않아야 한다. 이유는 이러한 정보가 코드체계의 유연성과 기능성을 제한하기 때문이다.
- 진단정보는 진단코드를 통해 수집하며, 진료비 산정을 위해 필요한 기타 정보(연령 등)도 다른 변수

를 통해 처리하게 한다.

4. 분류체계 개발 및 이행

새로운 분류체계와 수가체계 코드의 연계성은 유지하나, 건강보험의 재정 중립성을 유지하기 위해 코드별 급여정책과 관련한 의사결정은 별도로 운영한다. 수가결정에 따른 급여여부와 관계없이 사용자 요구를 수용하기 위해, 새로운 분류체계는 정기적인 분류체계 업데이트 및 개정 절차를 운영한다.

분류체계와 수가체계를 연계하나 운영을 이원화하는 것의 최대 장점은 비급여 의료행위를 포함하여 신의료기술, 임상지식의 업데이트로 시행되는 새로운 의료행위는 분류체계로 수용하면서, 급여적용 대상에 대한 기초자료를 생성할 수 있다는 것이다.

급여여부는 데이터 축적에 따라 사후에 판단하는 기전을 만든다. 현재 새로운 의료행위에 대해 급여여부 결정에 참조하는 자료는 이해관계자가 작성한 추정자료로 자료의 신뢰도가 높지 않을 수 있기 때문이다. 분류체계를 통해 치료방법별 성과를 평가한 자료가 생성되면, 이를 참조하여 급여의 축소나 확대 여부를 결정할 수 있어 증거기반 의사결정이 가능해 질 것이다.

분류체계는 다음과 같은 새로운 보건의료정책 및 지불제도 개혁의 기획과 평가에 필요한 자료를 생성할 수 있도록 개발한다;

- 의료의 질에 근거한 진료비 가감제도 확산
- 포괄수가제의 확대
- 행위별 진료비 지불제도의 축소
- 지역사회 인구집단 단위의 지불제도 시도
 - ※ 미국의 경우 ACO(accountable care organization), bundled payment 등 지불제도의 개혁 시도 중
- 예방진료 활성화: 예방목적 중재 증가 고려
- 의료행위 시행 장소가 입원진료에서 통원수술실 및 외래진료로 점차 이행
- 병원 밖에서 시행되는 진료 활성화: 재가중심 진료 등

가. 분류체계 개발 및 이행 계획 수립

1) 자문기구 및 실무반 구성

- 분류체계 개발 방향 및 방법을 검토하고 의사결정하는 자문기구를 구성한다. 자문기구에는 분류체계의 영향을 받는 모든 이해관계자의 대표를 포함한다.
- 이를 실행할 실무반을 운영한다.

2) 국내 의료행위 자료 수집

- 분야별 의료행위를 기술하는 용어에 대한 자료를 수집한다.

- 조사방법; 의무기록을 통한 의료행위명 조사, 청구데이터베이스내의 명칭 조사
- 조사대상; 급여 및 비급여 의료행위 모두
- 조사분야:
 - 수술실에서 시행하는 의료행위
 - 응급실, 외래 및 병동에서 시행하는 의료행위
 - 의사 및 비의사의 의료행위 모두
- 조사항목:
 - 의료행위영역(수술, 처치, 진단검사, 영상검사, 기능검사 등)
 - 의료행위명, 의료행위 목적, 접근방법, 해부학적 부위,
 - 치료재료, 기타 의료행위를 나눌 수 있는 중요변수
 - 시행 진료과 및 시행자(주도자, 참여자)
 - 시행 장소
 - 마취 여부 및 방법
 - 의료행위 평균 소요시간(분)
 - 급여/비급여 구분

- 의료행위별로 범주와 하위범주를 결정한다.
- 국외 분류용어와 대조하여 비교 분석한다.
- 주 벤치마킹 대상 국외 분류체계를 결정한다.

3) 새로운 분류체계 개발

- 수집한 용어를 구조화된 방식으로 재분류한다.
- 분류 결과를 평가한다.
- 새로운 분류체계가 수집한 국내 의료행위를 체계적으로 반영하는지 분석 후 보완한다.
- DRG 그룹퍼에서의 적용가능성을 평가한다.
- 미래 사용가치를 고려한 분류체계로 완성한다.

4) 색인 및 코딩지침 개발

- 분류체계와 더불어 색인 및 분류체계 코딩지침도 같이 개발해야 코드사용의 일관성 및 정확성이 유지된다.
- 고시 대상에 분류체계와 더불어 색인, 사용지침도 포함해야 한다.

5) 현장 시험적용 및 사용자 의견 수렴

- 새로운 분류체계를 현장에서 시험 적용한다.
- 사용자 의견을 수렴한다.
- 분류체계 및 코딩지침을 보완한다.

6) 새로운 분류체계를 적재한 코딩앱(Encoding application) 개발

- 새로운 분류체계 도입을 용이하게 하면서 분류의 정확도를 높이기 위해 코딩앱(encoding application)을 개발한다.
 - 분류체계 일람표, 색인, 코딩지침, 관련 급여정책 등을 모두 담아 사용자 편의성 및 친화성을 높임
- 향후 업데이트 및 개정 내용도 앱 갱신(application upgrade)을 통해 배포하는 계획을 수립한다.

7) 새로운 분류체계 교육 및 도입

- 도입계획 및 법적 고시 일정을 수립한다.
- 분류체계 도입 목적, 내용, 사용지침 등에 대한 주 사용자 교육을 시행한다.
- 도입 후 초기 평가를 시행하고 보완한다.
- 도입효과를 분석한다.

나. 분류체계 이행 준비전략

1) 기존코드와 매핑

- 과거자료와의 연계를 위해 기존코드와 매핑은 필수적이다.
- 새로운 분류체계와 현재 운영되고 있는 수가체계에 대한 매핑자료를 생성하고 유지·관리한다.

2) 사용자 교육자료 개발 및 상담센터 운영

- 분류체계의 올바른 사용을 위해 사용자 교육이 꾸준히 시행되어야 한다.
- 다양한 사용자 요구에 맞춘 교육 자료도 개발하고, 코드 사용과 관련한 문의를 처리할 수 있는 상담 센터 운영도 고려한다.

3) 정기적인 업데이트 및 개정 절차 운영

- 급속하게 발전하는 의료행위와 의학기술의 변화를 체계적으로 반영하기 위해 주기적인 업데이트 및 개정 절차가 운영되어야 한다.
- 분류체계를 유지·관리하기 위해 코드 사용과 관련된 다양한 이해관계자의 대표로 구성된 코드관리위원회 운영한다.
- 코드에 대한 의견 수렴은 공개적인 절차로 운영한다. 다양한 이해관계자의 의견 제출을 용이하게 하며, 최종 결정은 코드관리위원회에서 시행하고 공지한다.

다. 성공요인

1) 분류체계 개발시 이해관계자 참여

- 새로운 분류체계 개발에 모든 이해관계자가 참여하여야 한다.
- 의료기관의 의무기록 및 청구 내용 조사를 통해 실제 시행되고 있는 의료행위에 대한 용어가 코드에

충실히 반영되게 한다.

2) 새로운 분류체계 도입으로 인한 이득 공유

- 의료서비스 공급자가 새로운 분류체계로 이득을 얻을 수 있게 한다.
- 의료기관 운영 및 의학연구, 의료의 질평가 등에 도움이 된다는 것을 인식하게 한다.

3) 분류체계 사용의 법제화

- 정부기관에 의해 사용이 법제화되어야 한다. 분류체계 이행으로 인한 비용과 준비업무가 수반될 수 있어 사전에 고시되어야 한다.
- 필요하다면 고시 내용에 진료비청구명세서의 구성요소 배치 수정, 추가 및 시설 등의 변경이 반영되어야 한다.
- 상세한 코드 사용으로 청구 정확도가 높아져 부당청구가 감소하는지 사후 모니터링이 필요하다.

4) 사용자 편의성

- 새로운 분류체계가 사용자에게 주는 부담을 최소화해야 한다. 코딩앱을 개발하여 배포할 경우 유지 관리 및 업데이트가 용이해 질 수 있다.
- 상담센터를 운영하여 새로운 분류체계 사용으로 인한 혼란을 최소화하며, 필요시 빠른 시일 내에 개정을 시행한다.
- 주기적인 업데이트 및 개정을 통해 사용자 요구를 적극 수용한다.

참고 문헌

- 강길원. ICHI, 2009년도 시술분류(ICD-9-CM procedure) 교육 II. 대한의무기록협회. 2009.
- 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용. 2013년 1월 판.
- 건강보험심사평가원 조사연구실. 건강보험관련 코드 및 분류체계 해설집. 2005.3.
- 국민건강보험공단. 수가제도 변천 자료집. 2012; 13
- 대한치과의사협회. 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준. 2012.1.
- 질병관리본부. ICD-10-PCS 시술분류체계 도입을 위한 지침서 개발. 2011.
- ADA.. Code on Dental Procedures and Nomenclature, CDT codes. 2013.
- AMA. CPT 2013 Professional Edition. 2012.
- AMA. Principles of CPT coding, 7th edition. 2012.
- Canadian Institute for Health Information. Canadian Classification of Health Interventions(CCI). 2009.
- Canadian Institute for Health Information, Canadian Coding Standards for Version 2009 ICD-10-CA and CCI (Ottawa: CIHI, 2009)
- Canadian Institute for Health Information. Products and Services Guide, 2013-2014. 2013.
- Carolyn DC, Bing MA, Hude Q. Comparison and validity of procedures coded with ICD-9-CM and ICD-10-CA/CCI. Medical Care. 2008;46(6): 627-634
- CDT code maintenance process flow. available at: http://www.ada.org/sections/newsAndEvents/pdfs/120117_cdt_chart.pdf
- CDT codes requiring dental/medical records, BlueCross/BlueShield of Kansas. 2012.
- CDT Guide 2013. Florida Combined Life Dental Procedure Guidelines And Claim Submission Requirements Procedure, 2013
- Comparison of ICHI and CCAM Basic Coding System. WHO-FIC Network Meeting. Tokyo Japan. 2005.
- Deloitte. Investigation into a procedural coding system for South Africa. february 2007. available at: http://www.bhfglobal.com/files/BHFProcedurecoding_finaldoc_April07.pdf
- Dental Benefits Reference Guide. available at: www.id.regence.com/physician
- Dental Office Reference Manual, South Carolina Department of Health and Human Services(SCDHHS) Dental Program. 2012.5.1.
- Dental Policy and Procedure Code Manual, NEW YORK STATE MEDICAID PROGRAM. 2013.
- Department of Health and Ageing. Medicare Benefit Schedule Book. 2013.
- Department of Health and Ageing. The review of the AR-DRG Classification System Development Process. 2009.
- Elsbeth Kalenderian. The Development of a Dental Diagnostic Terminology. Journal of Dental Education, 75(1):68-76, 2011.
- EN ISO 1828: Categorical Structure for Terminological System of surgical interventions

EN ISO 18104: Categorical Structure for Terminological System of Nursing

ICHI Alpha version. Family Development Committee, WHO-FIC Network Annual Meeting, Brazil. 2012.

ICHI Field Testing Summary, Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications, Tokyo Japan. 2005

Ingenix and Optum. HCPCS 2013 level II expert. 2012.

J Arthur, R Nair. Increasing the accuracy of operative coding. *Ann R Coll Surg Engl* 2004;86:210-212

Jean Marie Rodrigues Emeritus. Is the International Classification of Healthcare Procedures a critical point for the implementation of an International Case Mix grouper?, 6th International Conference on Casemix. 2012.

Kathy Giannangelo. Healthcare code sets, clinical terminologies, and classification systems. AHIMA. 2006.

Megan Cumerlato. ICD-10-AM/ACHI as the building blocks for activity based funding, oral presentation material. available at: <http://sydney.edu.au/health-sciences/ncch/docs/mcumerlato301112.pdf>

Michelle Bramley. A framework for evaluating health classifications. *Health information Management* 2005. vol 34. No 3: 71-83. available at: http://www.himaa.org.au/members/journal/34_3_2006/pdf/bramley.pdf

National Center for Classification in Health. Australian Classification of Health Intervention. 2010.

Optimize Your Practice: Understanding The Code, By The Council on Dental Benefit Programs. American Dental Association Center for Continuing Education and Lifelong Learning (CELL) SEMINAR SERIES. 2011.

OPCS-4 Intervention Classification. available at: http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/data/clinicalcoding/codingstandards/opcs4/index_html/?searchterm=OPCS

Richard Maden. Development of a New International Classification of Health Interventions based on an Ontology Framework. oral presentation material, at MIE Oslo. 29 August 2011.

Stefanie Weber et al. The ICHI Content Model, Meeting of the WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications, Seoul, Republic of Korea. 2009.

The Review of the AR-DRG Classification System Development Process. Department of Health and Ageing. June 2009.

Toni BS, Jennie BS, Vijaya S. Quality of Diagnosis and Procedure Coding in ICD-10 Administrative data. *Medi Care*. 2006;44(11):1011-1019

Werner Ceusters. The Significance of SNODENT, MIE 2005 Proceedings, Geneva

http://www.ada.org/sections/newsAndEvents/pdfs/120117_cdt_chart.pdf

<http://nccc.uow.edu.au/icd10am-achi-acs/overview/achi/index.html>.

<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/standards+and+data+submission/standards/classification+and+coding/>

부 록

부록 1.

CPT 2013

서문

CPT-4는 의사가 시행하는 의료서비스와 기술을 보고하기 위한 기술용어와 식별하는 코드의 목록을 말한다. 이 용어의 목적은 내과적, 수술적, 진단적 서비스를 정확히 서술하는 공통의 언어를 제공하는 것이다. 그리고 그렇게 함으로써 의사, 환자, 제 3자 사이에 신뢰할 만한 국가적인 의사소통을 위한 효과적인 수단을 제공할 것이다. CPT 2013은 1966년에 처음 나온 판의 가장 최근의 개정판이다.

CPT 기술용어와 식별하는 코드는 현재 의학 용어의 분야에서 매우 다양하고 중요한 기능을 한다. CPT 코드 세트는 청구 처리와 같은 행정 관리 목적으로도 유용하고, 진료 내역 검토를 위한 지침을 개발하는 목적으로도 유용하다. 이 공통의 언어는 또한 지방, 지역, 국가적 이용 비교에 대한 유용한 근거를 제공함으로써, 의료 교육과 성과, 건강 서비스, 질 연구에도 적용 가능하다. CPT 코드 세트는 정부와 사 보험 프로그램 하에서, 의사 기술과 서비스의 보고를 위하여 가장 널리 사용되는 용어이다. 2000년에, HIPAA 법령 하에서 보건복지부가 CPT 코드 세트를, 의사와 기타 의료인 서비스 및 기술을 위한 국가적 코딩 표준으로 지정하였다. 이는 전자적으로 전송되는 모든 재정적이고 행정적인 의료 관리 전송을 위하여, CPT 코드 세트의 사용이 필요하다는 것을 의미한다.

이번 개정에서 보이는 이런 변화는, 모든 의학회를 대표하는 의료진의 도움으로 CPT 편집단이 준비하였고, 많은 제 3의 보험자와 정부 기관이 중요한 기여를 하였다. 미국 의사협회는, 내과적, 수술적, 진단적 서비스를 식별하고 서술하고 코딩하는 데 있어서, 전임자들이 이번 개정을 계속해서 사용할 것이라고 믿는다.

AMA CPT 편집단(editorial panel) - 총 20명

- 의장(chair) 1명
- 부의장(vice-chair) 1명
- 의원(member) 17명
- 비서(secretary) 1명

AMA CPT 자문위원회(advisory committee)

- Academy of pharmaceutical physicians and investigators
- American academy of allergy, asthma and immunology
- American academy of child & adolescent psychiatry
- American academy of dermatology
- American academy of disability evaluating physicians
- American academy of family physicians
- American academy of neurology
- American academy of ophthalmology
- American academy of orthopedic surgeons
- American academy of otolaryngic allergy
- American academy of otolaryngology head and neck surgery
- American academy of pain medicine

- American academy of pediatrics
- American academy of physical medicine and rehabilitation
- American academy of sleep medicine
- American association for clinical chemistry
- American association for thoracic surgery
- American association of clinical endocrinologists
- American association of neurological surgeons
- American association of neuromuscular and electrodiagnostic medicine
- American association of public health physicians
- American clinical neurophysiology society
- American college of allergy, asthma and immunology
- American college of cardiology
- American college of chest physicians
- American college of emergency physicians
- American college of gastroenterology
- American college of medical genetics
- American college of medical quality
- American college of Mohs surgery
- American college of nuclear medicine
- American college of occupational and environmental medicine
- American college of physicians
- American college of preventive medicine
- American college of radiation oncology
- American college of radiology
- American college of rheumatology
- American college of surgeons
- American congress of obstetricians and gynecologists
- American gastroenterological association
- American geriatric society
- American institute of ultrasound in medicine
- American medical directors association
- American orthopedic association
- American orthopedic foot and ankle society
- American osteopathic association
- American psychiatric association
- American roentgen ray society
- American society for aesthetic plastic surgery, Inc.
- American society for clinical pathology
- American society for dermatologic surgery
- American society for gastrointestinal endoscopy
- American society for radiation oncology
- American society for reproductive medicine
- American society for surgery of the hand

- American society of abdominal surgeons
- American society of anesthesiologists
- American society of cataract and refractive surgery
- American society of clinical oncology
- American society of colon and rectal surgeons
- American society of cytopathology
- American society of general surgeons
- American society of hematology
- American society of interventional pain physicians
- American society of neuroradiology
- American society of ophthalmic plastic and reconstructive surgery
- American society of oral maxillofacial surgeons
- American society of plastic surgeons
- American thoracic society
- American urological association
- Association of university radiologists
- College of american pathologists
- Congress of neurological surgeons
- Heart rhythm society
- Infectious disease society of america
- International spinal intervention society
- National association of medical examiners
- North American spine society
- Radiological society of North America
- Renal physicians association
- Society for investigative dermatology
- Society of american gastrointestinal endoscopic surgeons
- Society of critical care medicine
- Society of interventional radiology
- Society of nuclear medicine
- Society of thoracic surgeons
- The endocrine society
- The triological society
- Unites States and Canadian academy of pathology

AMA 의료인 자문위원회 (health care professional advisory committee) (HCPAC)

- 공동의장 (cochair) 3명
- American academy of audiology
- Academy of nutrition and dietetics
- American academy of physician assistants
- American association of naturopathic physicians
- American association for respiratory care
- American chiropractic association

- American massage therapy association
- American nurses association
- American occupational therapy association
- American optometric association
- American physical therapy association
- American podiatric medical association
- American psychological association
- American speech hearing association
- National athletic trainers' association
- National association of social workers
- National society of genetic counselors
- Pharmacist services technical advisory coalition

도입 (Introduction)

CPT-4는 의사와 기타 의료인이 시행하는 시술과 서비스를 서술하기 위해 만들어진 코드, 명칭, 지침의 세트이다. CPT 코드 세트는 또한 외래 서비스를 보고하는 기타 기관들에서도 사용된다. 각각의 시술이나 서비스는 5자리 수 코드로 식별된다. CPT 코드는 보고하는 서비스를 간소화한다.

CPT 코드책에 명칭 그리고 그와 관련된 5자리 수 코드 숫자를 포함시킬지의 여부는, 이 시술이 최근의 의료행위와 일치하는지, 아니면 이 시술이 여러 장소의 임상 실무에서 많은 개인에 의해 시행되는 것인지에 근거하고 있다. CPT 코드책에 포함된다는 것이 특정한 진단적/치료적 시술이 AMA(미국의학협회)에 의한 승인되었음을 나타내는 것이 아니다. 시술의 포함 또는 제외가 어떤 건강보험 보상범위나 배상정책을 뜻하지는 않는다.

CPT 코드 세트는 매년 늦여름 또는 초가을에 전자 데이터 파일과 책으로 둘 다 출판된다. 일반적으로 인터넷상에서의 CPT 데이터 파일의 발매는 책보다 몇 주 더 빠르다. 어쨌든, 1월 1일은 CPT 코드 세트의 업데이트를 사용하기 위한 효력일이다. 업데이트의 발매와 효력일 사이의 간격은 이행 기간으로 고려된다. 그리고 그 간격은 의사와 기타 공급자, 보험자와 업체가 CPT 변화를 그들의 시스템에 통합시킬 수 있도록 한다. 발매 및 효력일 일정의 예외는 CPT 카테고리 III와 백신 제품 코드이다. 이들은 6개월 후의 사용과 CPT 카테고리 II 코드를 위한 효력일로, 1년에 2번, 1월 1일 또는 7월 1일에 발매된다. CPT 코드 세트로의 변화란, 효력일로부터 그 후에 적용될 것을 의미한다.

카테고리 I 부분의 주요 부분은 그 부분 안에 나열된다. 각각의 부분은 해부학적 구조, 시술, 병태 또는 명칭 소제목과 함께 하위부문으로 나뉜다. 시술과 서비스는 그 식별하는 코드와 함께 숫자 순서로 나타나는데, 예외가 하나 있다. - E&M(평가 및 관리 부문)[99201-99499]은 나열된 시술의 처음에 나온다. 이 항목들은 대부분의 의사들이 그들의 서비스의 상당한 부분을 보고하는 데 사용한다.

부문 번호와 그 순서

E&M(Evaluation and Management section)	99201-99499
마취(Anesthesiology)	00100-01999, 99100-99140
수술(Surgery)	10021-69990
방사선(Radiology)[핵의학 및 진단용 초음파 포함]	70010-79999
병리와 임상병리 (Pathology and Laboratory)	80047-89398
의약[마취 제외](Medicine[except anesthesiology])	90281-99199, 99500-99607

첫 번째와 마지막 코드 번호와 항목들의 하위부문 이름은 대부분의 페이지의 위쪽 가장자리에 보인다 [예, 11010-11306 수술부문/피부계통]. CPT 코드책의 페이지 번호는, 그 페이지에서 볼 수 있는 코드 기호의 설명과 함께 각 페이지의 아래쪽 가장자리에서 볼 수 있다.

CPT 코드책 사용을 위한 지시사항

시행된 서비스를 정확하게 식별하는 시술 또는 서비스의 이름을 선택한다. 단지 제공된 서비스와 비슷한 CPT 코드를 선택하지 않는다. 만약 그런 구체적인 코드가 존재하지 않는다면 적절한 목록에 없는 시술 또는 서비스 코드를 사용하는 서비스를 보고한다. 수술 부문에는, 수술이 있을 것이다; 의약 부문에는, 진단목적의 또는 치료목적의 시술이 있을 것이다; 방사선 부문에는, 방사선촬영술이 있을 것이다. 시행된 기타 추가적인 시술 또는 적절한 특별 서비스 또한 목록에 있다. 필요하다면, 어떠한 변경 상황이나 참작할 만한 상황이 추가된다. 어떤 서비스나 시술이라도 의무기록에 적절히 기록되어야 한다.

이 책의 특정 부문 안의 서비스나 시술, 그것의 코드번호의 목록은 그 사용을 특정 진료분야 그룹으로 제한하지 않는다. 이 책의 부문안의 시술이나 서비스는, 자격이 있는 의사나 기타 자격이 있는 의료인이나 기관이 제공하는 서비스를 나타내는 데 사용된다[예, 병원 임상 검사실, 가정 진료 기관].

“의사 또는 기타 자격 있는 의료인”은 교육, 훈련, 면허/법규[해당될 때]에 의해 자격을 얻은 개인이고, 자신의 업무 범위 안에서 전문적인 서비스를 수행하고, 그 전문적인 서비스를 독립적으로 보고하는 개인이다. 이 의료인은 “임상 직원”과는 다르다. 임상 직원 구성원은 의사나 기타 자격 있는 의료인의 감독 아래에서 일하는 사람이다. 이들은 법, 규정, 기관 정책에 의해서 특정 전문적인 서비스의 수행을 하거나 도와주는 것이 가능하지만, 개인적으로 전문적인 서비스를 보고하지는 않는다. 기타 정책 또한 누가 명확한 서비스를 보고할 것인지 영향을 준다.

CPT 코드 세트 전체에 걸쳐, “의사”, “자격 있는 의료인” 또는 “개인”같은 용어의 사용은, 다른 기관이 서비스를 보고하지 않는다고 나타내는 것이 아니다. 선택된 예들에서 특정 지시사항은, 서비스를 전문가에 제한되거나 기타 기관에 제한되는 것으로 정의한다. [예, 병원 또는 가정 진료 기관]

일반적으로 선택된 코드와 함께 있는 삽입 주(note)로 포함된 지시사항은, 하나의 코드는 또 하나의 코드나 코드들로 보고되어서는 안 된다는 것을 나타낸다. 이 지시사항은 중요한 오류의 가능성을 막기 위한 것이고, 모두를 포함한 것은 아니다. 예를 들어, 이런 지시사항이 있는 코드는 또 다른 코드의 요소일 것이다. 그러므로 구성요소를 이루는 서비스가 수행되더라도, 두 개 코드 모두를 보고하는 것은 맞지 않다. 이런 지시사항은, 보고되면 안 되는 모든 가능한 코드 조합의 목록으로 만들어진 것이 아니고 또한 적절하게 보고되는 모든 가능한 코드 조합을 나타내는 것도 아니다. 제공된 서비스에 대한 코드

를 보고할 때, 코딩의 정확성과 질을 확실하게 하는 것이 중요하다. 코딩의 정확성과 질을 확실하게 하기 위해서는, 관련 지침, 삽입 지시문, 코딩 자원의 사용에 의한 코드의 목적을 확인함으로써 가능하다. 코딩 자원은 의학 전문 단체와 AMA의 공동의 노력에서 기원한 CPT Assistant와 기타 출판을 포함한다 [즉, 방사선에서 임상적인 사례들].

용어의 형식

CPT 코드 세트는 의학적 시술의 독자적인 명칭으로써 개발되었다. 그러나, CPT 코드책 안의 일부 시술은 시술의 전부가 인쇄되지 않고, 이전의 표제어에 나열된 시술의 공통 부분으로 다시 보내진다. 언제 표제어가 하나 또는 그 이상의 들여쓰기를 하는 지는 분명하다. 공간을 아끼기 위해서 이렇게 쓴다.

예:

25100 Arthroscopy, wrist joint; with biopsy
25105 with synovectomy

코드 25100[세미콜론 전의 부분]의 공통 부분은 또한 코드 25105의 일부이기도 하다. 그러므로, 코드 25105로 나타나는 완전한 시술은 이렇게 읽어야 한다;

25105 Arthroscopy, wrist joint; with synovectomy

CPT 용어 업데이트 요청

CPT 용어의 효력은 의료 업무에서의 변화를 반영하기 위한 끊임없는 업데이트에 달려있다. 이는 오로지 활동 중인 의사, 의학 전문 단체, 주 의사 협회, 기타 조직과 기관의 관심과 시기적절한 제안을 통해 달성될 수 있다. 따라서, AMA는 코드와 색인과 같은 기타 문제뿐만 아니라 서신, 문의, 신·구의 시술에 관한 제안을 기꺼이 받아들인다.

CPT 코드책에 포함된 코드를 추가하고, 삭제하고, 수정하려는 제안을 하기 위해서, 아래의 주소로 연락한다;

CPT Editorial Research & Development
American Medical Association
515 North State Street
Chicago, Illinois 60654

코딩 변경 요청 형식은 AMA's CPT 웹 사이트에서 이용할 수 있다. CPT 코드책의 모든 제안된 변경은 적절한 의학 전문 단체와 협의하여 CPT 편집단이 고려할 것이다.

지침

명확한 지침은 각 부문의 처음에서 볼 수 있다. 이러한 지침은 그 부문에 포함된 시술과 서비스를 알맞게 판독하고 보고하는 데 필요한 항목을 정의한다. 예를 들어 의학(Medicine) 부문에서는, 목록에 없는 서비스나 시술, 특별한 보고, 제공된 물품과 재료를 다루기 위해 명확한 지시사항이 제공된다. 지침은 또한 특정 부문에만 적용되는 용어에 관한 설명도 제공한다. 예를 들어, 방사선 지침은 그 고유한 용어, “방사선 관리와 판독”의 정의를 제공한다. 반면 마취에서는, 보고 시간의 기준이 포함된다.

부가 코드

목록에 있는 시술 중 일부는 대개 시행된 주시술에 더하여서 행해진다. 이런 부가된 또는 추가의 시술은 *기호와 함께 부가코드로 지정된다. 부가코드는 CPT 코드책의 부록 D에 나열된다. CPT 2013안의 부가 코드는, “각각 부가된” 또는 “[주시술에 더하여서 별도로 리스트에 작성하십시오]”와 같은 말을 포함하는 특정한 명칭 용어로 쉽게 식별할 수 있다. CPT 2013에서 부가 코드 개념은 오직 동일한 의사가 행한 부가 시술이나 서비스에만 적용된다. 부가 코드는 주시술과 관련 있는 부가된 서비스간의 업무를 말한다. 예로는, 부가된 손·발가락 병변, 신경봉합술, 척추 부분, 건, 관절이 있다.

부가 코드는 항상 주서비스나 주시술에 더하여 수행되며, 절대로 독립코드로 보고되어서는 안 된다. CPT 코드책에서 볼 수 있는 모든 부가 코드는 다중 시술 개념에서는 제외된다. [부록A에 있는 modifier 51 정의를 참조한다].

Modifiers

Modifier는 시행된 서비스나 시술이 일부 특정한 상황에 의해서 변경되었지만, 그것의 정의와 코드에 있어서는 변경되지 않았는지를 보고하거나 나타내는 방법을 제공한다. Modifier는 또한 기타 기관이 만든 지불 정책 요건에 의료인이 효과적으로 응답할 수 있게 해준다. Modifier를 신중하게 적용하면, 변경된 상황을 서술하는 별개의 시술 목록이 없어도 된다. Modifier는 변경된 상황을 서술한다. Modifier는 보고를 받는 사람에게 다음의 사항을 나타내기 위해 사용된다;

- 서비스나 시술은 둘 다 전문적이고 기술적인 요소를 가지고 있다.
- 서비스나 시술이 한 명 이상의 의사 및 한 장소 이상의 곳에서 시행되었다.
- 서비스나 시술이 증가 또는 축소되었다.
- 오직 서비스의 일부만이 시행되었다.
- 부가 서비스가 시행되었다.
- 양측 시술이 시행되었다.
- 서비스나 시술이 한 번 이상 제공되었다.
- 흔치않은 사건이 발생하였다.

사례

병원에서 진단적/치료적 방사선 서비스, 초음파나 핵의학 서비스를 제공하는 의사는 전문가 요소를 보고하기 위해서 modifier 26을 추가할 것이다.

73090 with modifier 26 = Professional component only for an X-ray of the forearm

사례

2명의 수술의사는 특정 수술 문제를 다루어야 한다. 두 수술의사가 시술의 다른 부분을 수행하는 1차 수술의로써 함께 일할 때, 각 수술의사는 시술 코드에 modifier 62를 추가함으로써 자신의 별개의 수술 업무를 보고해야 한다. 그리고 두 명의 수술의사가 계속해서 1차 수술의로써 함께 일을 하는 한, 그 시술에 대한 관련 코드를 추가해서 보고해야 한다. 일단 각 수술의사가 동일한 시술 코드를 사용하면, 각 수술의사는 공동수술을 보고해야 한다. Modifier 62가 적용된다.

예를 들어, 신경과 의사와 이비인후과 의사가 뇌하수체 종양의 집형골간 절제를 하기 위해 공동수술의사로 일하고 있다.

첫 번째 수술의사는 이렇게 보고한다;

61548 62 = Hypophysectomy or excision of pituitary tumor, transnasal or transseptal approach, nonstereotactic + two surgeons modifier

그리고 두 번째 수술의사는 이렇게 보고한다;

61548 62 = Hypophysectomy or excision of pituitary tumor, transnasal or transseptal approach, nonstereotactic + two surgeons modifier

만약 동일한 수술 시간동안 추가 시술 [부가 시술을 포함] 을 한다면, 부가된 modifier 62와 함께 별개의 코드가 보고된다. 만약 한 명의 공동수술의사가 동일한 수술 시간동안 추가 시술을 하여 보조의 역할을 한다면, 이 서비스는 modifier 80 또는 추가된 modifier 82와 함께, 별개의 시술 코드를 사용하여 보고된다. Modifier의 전체 목록은 부록A에서 찾아볼 수 있다.

서비스 장소 및 시설 보고

일부 코드는 서비스에 대한 명시된 장소를 가지고 있다[예, 평가 및 관리 코드는 장소가 명확하다]. 기타 서비스나 시술은 서비스의 장소에 명확한 지시사항이 있다[예, 치료 예방의, 진단적 주사와 주입]. CPT 코드 세트는 의사와 자격이 있는 의료인 서비스를 보고하기 위해 지정되었다. 이는 또한 특정 상황에서 조직이나 시설[예, 병원]에 의해 제공되는 서비스를 보고하기 위하여 지정된 코드 세트이다.

CPT 코드 세트 전체에 걸쳐, “의사”, “자격 있는 의료인” 또는 “개인”같은 용어의 사용은, 다른 기관이 서비스를 보고하지 않는다고 나타내는 것이 아니다. 선택된 예들에서 특정 지시사항은, 서비스를 전문가에 제한되거나 기타 기관에 제한되는 것으로 정의한다. [예, 병원 또는 가정 진료 기관] CPT 코드 세트는, 시설이라는 용어는 이러한 공급자를 서술하기 위해 사용하고, 비시설이라는 용어는 시설 보고가 일어나지 않는 서비스 장소나 환경을 서술하기 위해 사용한다. 기관에 의해 집에서 제공받는 서비스는 시설 서비스이다. 기관의 대표자가 아닌 의사나 자격이 있는 의료인에 의해 집에서 제공받는 서비스는 비시설 서비스이다.

목록에 없는 시술이나 서비스

의사나 기타 자격이 있는 의료인들이 시행한 서비스나 시술 중 CPT 코드 세트에서 찾을 수 없는 것이 있다. 그러므로, 많은 특정 코드 번호는 목록에 없는 시술로 보고하라고 지정되었다. 목록에 없는 시술 번호가 사용될 때, 그 서비스나 시술이 서술되어야 한다[특정 부문 지침을 참조한다].

이러한 목록에 없는 시술 코드 번호의 각각은 [적절한 동반 항목별 표제어와 함께] 책의 특정 부문에 관련되어 있고, 그 부문의 지침 안에서 볼 수 있다. 어떠한 경우에, 다른 코드 세트에 포함된 대체 코딩과 시술 용어로 더 명확한 코드를 적절하게 보고할 수 있다. 목록에 없는 시술 코드를 사용하기 위한 CPT 참조는, 다른 코드 세트에서 발견될지도 모르는 적절한 코드를 보고하는 것을 방해하지 않는다.

검사결과, 검사, 판독, 보고서

검사결과는 서비스의 기술적인 요소이다. 검사를 시행해야 검사결과가 나온다; 검사결과에 의해 판독이 이루어진다. 보고서는 검사결과에 대한 판독을 시행한 결과이다. CPT에서 서술된 시술이나 서비스는 “검사결과”[예, 데이터, 이미지, 슬라이드]를 만들어내는 기술적인 요소[예, 검사]를 포함한다. 임상적 활용을 위해, 이러한 결과의 일부는 판독을 필요로 한다. 일부 CPT 명칭은 그 코드를 사용하려면, 특별히 판독과 보고를 시행해야 한다.

특별한 보고

드물게 제공되고, 예외적이고, 변동이 심하고, 새로운 서비스는 특별한 보고를 필요로 한다. 적절한 정보는 특성, 범위의 충분한 정의나 서술을 포함해야 하고, 시술에 대한 필요성을 포함해야 하고, 서비스를 제공하는 데 필요한 시간, 노력, 장비를 포함해야 한다.

시간

CPT 코드 세트는 코드 선택을 위한 시간 기준과 함께 많은 코드를 포함한다. 지침 안에 코드 또는 코드-범위가-명확한 지시사항, 삽입 지시문, 반대의 코드 명칭이 없는 한, 다음의 기준들이 시간 측정에 적용된다. 시간은 환자와의 대면 시간이다. 코드 명칭 안의 “판독과 보고”와 같은 용어는, 모든 사례에서 보고를 작성한 시간이 보고된 시간의 부분을 나타내는 것이 아니다. 중간점이 지나갔을 때, 시간의 한 단위가 산정된다.

예를 들면, 31분이 지나갔을 때[0과 60분 사이의 중간 이상] 1시간이 산정된다. 91분의 전체가 지나갔을 때, 2번째 시간이 산정된다. 코드가 연속적인 (전형적인) 시간으로 정렬될 때, 그리고 실제 시간이 2개의 (전형적인) 시간 사이에 있을 때, 실제 시간에 가장 가까운 (전형적인) 시간을 가진 코드가 사용된다.

또한 E&M 서비스 지침을 참조한다. 또 다른 서비스가 시간을 기반으로 한 서비스와 동시에 수행될 때, 동시 발생한 서비스의 시간은, 시간을 기반으로 한 서비스의 시간에 포함되어서는 안 된다. 날짜가 아닌 단위로 측정되는 일부 서비스는 달력 일자에 따르지 않는다. 이 상황이 발생하는 경우, 지속적인 서비스는 처음 시간을 다시 시작하거나 만들지 않는다. 그러나, 서비스가 중단되는 경우는 새로운 처음의 서비스를 만들어낸다.

예를 들어, 정맥주사를 통한 수분공급[96360, 96361]이 밤 11부터 새벽 2시까지 주어진다면, 96360은 한번 보고되고, 96361은 두 번 보고될 것이다. 서비스를 하루 날짜로 보고하는 시설 또는 자정[즉, 하루의 범위를 넘는]을 넘어서 지속하는 연속적인 서비스의 경우, 계속해서 제공되는 시간의 전체 단위를 보고한다. 하지만, 연속적인 주입(infusion) 대신에, 저녁 10시부터 새벽 2시까지 정맥내 주사(push)로 투약이 주어진다면, 이 서비스는 연속적이지 않았기 때문에, 둘의 투약은 initial[96374]과 sequential[96376]로 보고된다. 왜냐하면; [1] 다른 주입 서비스가 시행되지 않았고, [2] 동일한 약의 주사(push)가 처음의 투약을 넘어서 30분 이상 시행되었기 때문이다. 단일 일자 당 보고하는 시설의 경우, 둘의 투약은 initial[96374]로 보고한다. 자정을 넘어서 지속하는 연속적인 서비스의 경우, 서비스가 시작되는 날짜를 이용하고, 계속해서 제공되는 시간의 전체 단위를 보고한다.

알파벳 참조 색인

이 코드 책은 알파벳순 색인을 확장시켜서 기술별, 해부학적 부위별 목록을 포함하고 있다. 보통, 기술이나 서비스의 이름의 인명(eponyms)이나 기타 명칭으로 알려져 있는 기술과 서비스 또한 포함된다.

전자형식으로 된 CPT 2013

CPT 2013 기술코드와 명칭은 데이터 파일과 전자 소프트웨어로 CD-ROM에서 이용할 수 있다. 데이터 파일은 ASCII와 EBCDIC 형식에서 이용할 수 있다. 그리고 본문[.TXT] 파일 형식을 수용하는 소프트웨어를 보고하는, 모든 청구서 발부와 청구로도 데이터 파일을 불러올 수 있다. Netter's Atlas of Human Anatomy for CPT Coding 책과 더불어, CPT 2013 전자 전문 소프트웨어(CPT 2013 Electronic Professional software)로, 당신의 컴퓨터 상에서 전체 CPT 2013 Professional 개정판 코드책을 이용할 수 있다. 사용하기 쉽고 충분히 검색이 가능한, 이 가치있는 소프트웨어는 CPT 코드뿐만 아니라 우호적인 CPT Professional 특징 모두를 포함한다. 그리고 이 소프트웨어에 CPT 코드, 지침, modifiers, 부록, 색인이 모두 포함되어 있다.

E&M (Evaluation and Management)

1. E&M 서비스 부문 지침

서론에서 소개된 정보에 더하여, 이 부문에 유일한 여러 기타 항목들이 여기에서 정의되고 식별된다.

가. E&M 서비스의 분류

E&M 부문은 진료실 방문, 병원 방문, 협의진료와 같은 넓은 범주로 나뉜다. 대부분의 범주는 E&M 서비스의 둘 또는 그 이상의 하위범주로 더 나뉜다. 예를 들면, 진료실 방문의 2개의 하위범주가 있고[초진환자와 재진환자], 병원 방문의 2개의 하위범주가 있다[처음인 그리고 후속의]. E&M 서비스의 하위 범주는 특정 코드에 의해 식별되는 E&M 서비스의 레벨로 더 분류된다. 서비스의 유형, 서비스의 장소, 환자의 상태에 따라 업무의 성격이 달라지기 때문에, 이 분류는 중요하다.

E&M 서비스의 레벨의 기본적인 구성은 대부분의 범주에서 같다.

- 첫 번째, 고유한 코드 번호가 나열된다.
- 두 번째, 서비스의 장소 및 유형이 명시된다, 예, 진료실 협의진료
- 세 번째, 서비스의 내용이 정의된다, 예, 포괄적인 병력과 포괄적인 신체검진.[E&M 서비스의 내용에 대한 세부 사항을 보려면, "E&M 서비스 레벨(Levels of E&M Services)"을 참조한다]
- 네 번째, 보통 주어진 레벨과 관련 있는 발현 문제의 성격이 서술된다.
- 다섯 번째, 서비스를 제공하는 데 전형적으로 필요한 시간이 명시된다.

나. 일반적으로 사용되는 용어에 대한 정의

확실한 핵심적인 단어와 구는 E&M 부문 전반에 걸쳐서 사용된다. 다음의 정의는 판독을 다르게 할 가능성을 줄이기 위해서, 그리고 다른 진료과목에 있는 의사간 보고의 일관성을 높이기 위해서 만들어졌다. E&M 서비스는 또한 기타 자격이 있는 의료인에 의해서도 보고되는데, 이들은 그들의 업무 범위 내에서 그러한 서비스를 수행할 수 있는 자격을 받은 사람들이다.

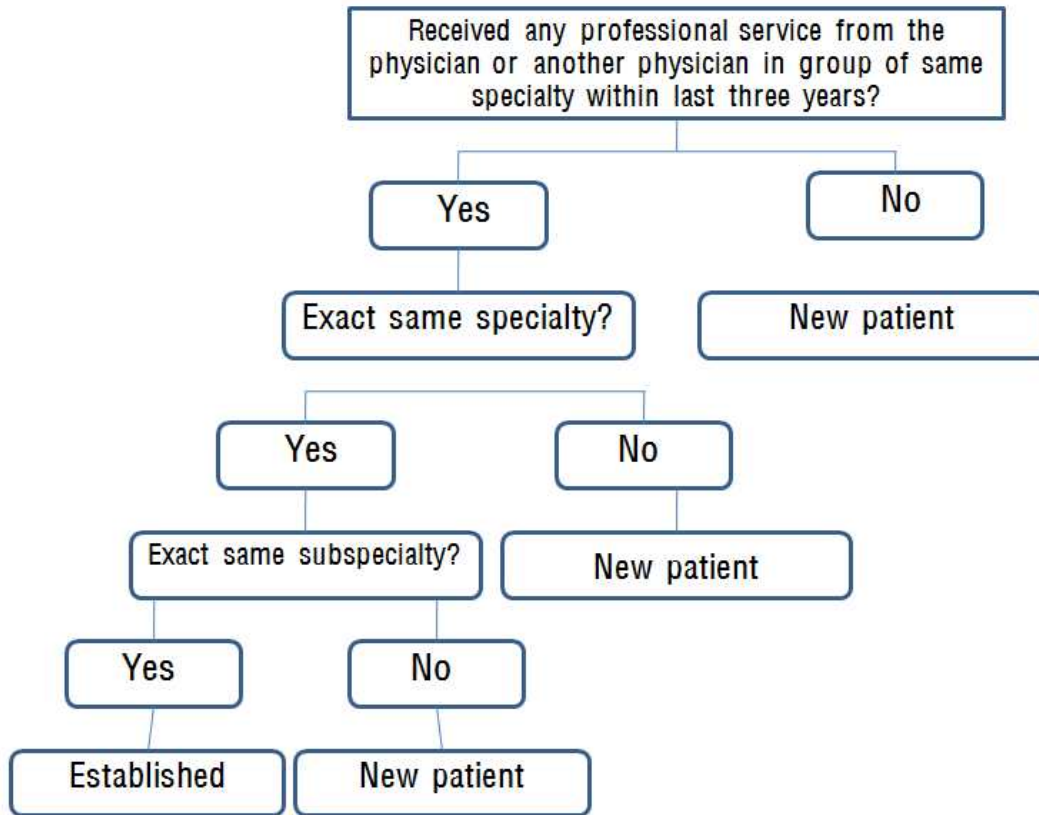
1) 초진 및 재진 환자 (New and Established Patient)

오로지 초진 환자와 재진 환자를 구별하기 위한 목적을 위해, **전문적인 서비스**란, 특정 CPT 코드로 보고되는 평가와 관리 서비스를 보고하는, 의사와 기타 자격이 있는 의료인이 제공하는 대면 서비스이다.

초진환자는 지난 3년 이내에 의사/자격이 있는 의료인으로부터, 또는 동일한 그룹 업무에 속하는 **정확히** 동일한 진료 과목과 **하위 진료 과목**의 또 다른 의사/자격이 있는 의료인으로부터 어떠한 전문적인 서비스도 받지 않은 사람이다.

재진환자는 지난 3년 이내에 의사/자격이 있는 의료인으로부터, 또는 동일한 그룹 업무에 속하는 **정확히** 동일한 진료 과목과 **하위 진료 과목**의 또 다른 의사/자격이 있는 의료인으로부터 전문적인 서비스를 받은 사람이다. 의사 결정 나무를 참조한다.

Decision Tree for New vs Established Patients



[그림1] 초진환자 및 재진환자 구분을 위한 의사결정나무

어떤 의사/자격이 있는 의료인이 또 다른 의사/자격이 있는 의료인을 부르는 경우나 환자 담당을 맡기는 경우, 환자의 내원은 또 다른 의사/자격이 있는 의료인이 진료한 것처럼 환자의 내원을 분류한다. 상급 간호사와 의사 보조원이 의사와 함께 일하고 있을 때, 그들은 의사와 마찬가지로 정확히 동일한 진료 과목과 정확히 동일한 하위 진료 과목에서 업무하는 것으로 간주된다.

응급실에서는 초진환자와 재진환자를 구분하지 않는다. 응급실 범주 안에서 E&M 서비스는, 응급실 안에서의 치료에 따라 초진환자나 재진환자로 보고될 것이다. 의사 결정 나무는 제공된 E&M 서비스를 초진 내원으로 보고할지 재진 내원으로 보고할지 결정하는 데 도움을 준다.

[코딩 팁- CPT 코드책의 사용을 위한 지침]

AP간호사[advanced practice nurse]와 PA[physician assistants]가 의사와 함께 일하는 경우, 그들은 의사와 마찬가지로 정확히 동일한 진료 과목과 정확히 동일한 하위 진료 과목에서 업무하는 것으로 간주된다. “의사 또는 기타 자격이 있는 의료인”은 교육, 훈련, 면허/법규[해당되는 경우]에 의해 자격을 받은 개인이고, 자신의 업무 범위 안에서 전문적인 서비스를 수행하고, 그 전문적인 서비스를 독립적으로 보고하는 개인이다. 이 의료인들은 “임상 직원”과는 다르다. 임상 직원 구성원은 의사나 기타 자격이 있는 의료인의 감독 아래에서 일하는 사람이다. 이들은 법, 규정, 기관 정책에 의해서 특정 전문적인 서비스의 수행을 하거나 도와주는 것이 가능하지만, 개인적으로 전문적인 서비스를 보고하지는 않는다. 기타 정책 또한 누가 명확한 서비스를 보고해야 할지 영향을 준다.

2) 주호소

주호소는 증상, 문제, 병태, 진단 또는 기타 요소를 서술하는 간결한 문장을 말한다. 기타 요소란 보통 환자의 단어로 언급된, 내원의 이유가 되는 요소이다.

3) 동시 치료 및 치료의 이전

동시 치료란 같은 날에, 같은 환자에게, 한 명 이상의 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 유사한 서비스 [예, 병원 방문]를 제공하는 것이다. 동시 치료가 제공될 때, 특별한 보고는 안 해도 된다. 치료의 이전은 다음과 같은 과정이다. 환자의 문제 중 일부 또는 모두를 관리하고 있는 의사나 기타 자격이 있는 의료인이, 이 책임을 또 다른 의사나 기타 자격이 있는 의료인에게 양도한다. 책임을 양도받은 사람은 이 책임을 받아들일 것을 분명하게 동의한다. 그리고 처음 내원부터는, 협의진료 서비스를 제공하지 않는다. 그러면 치료를 이전한 의사나 기타 자격이 있는 의료인은 더 이상 이 문제에 대한 치료를 제공하지 않는다. 비록 적절할 때, 기타 병태에 대해서는 치료를 계속해서 제공한다. 협의진료 코드는, 처음 평가 전에, 치료의 이전을 받아들인다고 동의한 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 보고해서는 안 된다. 하지만 만약 치료의 이전을 받아들인다는 결정이 처음 협의진료 평가 후에까지 이루어지지 않았다면(서비스의 장소에 상관없이), 보고하는 것이 적절하다.

4) 상담

상담은 다음 상황의 하나 또는 그 이상에 관한 환자 및 가족과의 논의이다;

- 진단 검사결과, 추적진단, 및 권고된 진단 검사
- 예후
- 관리 [치료] 선택의 위험과 이득
- 관리 [치료] 및 후속 치료에 대한 지침
- 선택된 관리 [치료] 선택에 대한 승낙의 중요성
- 위험 요소 감소
- 환자와 가족 교육

5) 가족력

다음에 관한 중요한 정보를 포함하는 환자 가족 내의 의료 이벤트의 조사;

- 부모, 형제·자매, 자녀의 건강 상태 또는 사인
- 현 병력의 주증상 또는 병력으로 확인된 문제와 관련된 특이 질환, 및 계통 문진
- 유전이거나 환자를 위험 상태에 놓을 수 있는 가족 구성원의 질환

6) 현 질환의 병력

처음 징후 및 증상부터 현재까지 환자 현 질환의 발달을 시간 순서로 기술. 이는 위치, 성질, 심각성, 타이밍, 배경, 변경 요인의 기술을 포함한다. 또 발현 문제와 상당히 관련 있는 징후와 증상도 포함한다.

7) E&M 서비스의 레벨

E&M 서비스의 각각의 범주나 하위범주 내에서, 보고하는 목적을 위해 이용할 수 있는 E&M 서비스가 3레벨부터 5레벨까지 있다. E&M 서비스의 레벨은, 서비스의 다른 범주나 하위범주 간 서로 바꿀 수 없다. 예를 들어, 진료실 방문의 하위범주에 있는 E&M 서비스의 첫 번째 레벨인 초진환자는, 진료실 방문의 하위범주에 있는 E&M 서비스의 첫 번째 레벨인 재진환자와 동일한 정의를 가질 수 없다. E&M 서비스의 레벨은 환자와의 또는 환자에 관한 신체검진, 평가, 치료, 협의를 포함하고, 예방의 아동·성인 건강관리를 포함하고, 적절한 치료를 위한 필요성 및 장소의 결정과 같은 유사한 의료 서비스를 포함한다. 건강 진단은 병력, 신체검진, 의학적 의사결정을 포함하는데, 의학적 의사결정은 환자에게 적절한 치료를 할 필요성 및 장소를 결정하기 위해 필요하다 [예, 진료실과 기타 외래 장소, 응급실, 간호 시설].

E&M 서비스의 레벨은 기술, 노력, 시간, 책임, 의학 지식에서 다양한 변화를 포함하는데, 의학 지식은 예방이나 진단, 질병이나 부상의 치료, 최적의 건강 증진을 위해 필요하다. E&M 서비스의 각 레벨은 모든 의사 또는 기타 자격이 있는 의료인에 의해 사용될 것이다.

E&M 서비스의 레벨에 대한 명칭은 7개 구성요소를 표현한다. 이 중 6개는 E&M 서비스의 레벨을 정의하는 데 사용된다. 이 구성요소들은;

- 병력 (history)
- 신체검진 (examination)
- 의학적 의사 결정 (medical decision making)
- 상담 (counseling)
- 진료 연계 (coordination of care)
- 발현 문제의 특성 (nature of presenting problem)
- 시간 (time)

이 구성요소 중 처음의 3개 [병력, 신체검진, 의학적 의사 결정] 는 E&M 서비스의 레벨을 선택하는 **핵심적인** 구성요소이다. [‘Determine the Extent of History Obtained’를 참조한다] 다음의 3개 구성요소 [상담, 진료 연계, 발현 문제의 특성]는 대다수의 내원의 **원인이 되는** 요소이다. 비록 이 원인이 되는 요소 중 처음 2개의 요소는 E&M 서비스에서 중요하지만, 이 서비스가 모든 환자 내원에 제공될 필요는 없다.

그 날에 환자 내원이 없는 기타 의사, 기타 의료인, 또는 기관과의 진료 연계는 사례 관리 코드를 사용하여 보고된다. 마지막 구성요소인 시간은 차후에 상세하게 논의된다.

특정의 식별할 수 있는 시행된 모든 시술 [즉, 구체적인 CPT 코드가 부여되는]이나 또는 E&M 서비스의 처음이나 후속의 날에 이어서 시행된 시술은 별도로 보고되어야 한다. 환자 내원동안 처방된 진단 검사의 실제 행위 및 판독은 E&M 서비스의 레벨에 포함되지 않는다. 구체적인 CPT 코드를 이용할 수 있는 진단 검사의 의사 행위는 적절한 E&M 코드에 추가하여, 별도로 보고될 것이다. 진단 검사의 결과에 대한 의사의 판독 [즉, 전문가 요소] 과 보고서 작성은, 적절한 CPT 코드와 modifier 26을 추가하여 별도로 보고될 것이다.

의사나 기타 의료인은 CPT코드로 식별되는 시술이나 서비스가 시행된 날에, 환자의 병태가, 제공된 기타 서비스를 초과하여, 별도로 식별 가능한 E&M서비스를 필요로 했는지를 나타낼 필요가 있다. 또는

환자의 병태가 시행된 시술과 관련한 통상적인 사전서비스와 사후서비스 치료를 초과하여, 별도로 식별 가능한 E&M 서비스를 필요로 했는지를 나타낼 필요가 있다. E&M 서비스는 시술 및 서비스를 필요로 하는 증상이나 상태에 의해서 발생한다. 이 상황은 적절한 레벨의 E&M서비스에 modifier 25를 추가하여 보고될 것이다. 이와 같이, 각각 다른 진단들은 시술과 E&M 서비스를 같은 날짜에 보고할 필요가 없다.

8) 발현 문제의 특징

발현 문제란, 내원 시에 진단이 내려졌는지 아닌지에 상관없이, 질병, 병태, 질환, 손상, 증상, 징후, 소견, 호소, 또는 기타 내원 사유를 말한다. E&M 코드는 다음과 같이 정의된 5가지 유형의 발현 문제를 표현한다;

구분	내용
minimal	의사나 기타 자격이 있는 의료인의 존재를 필요로 하지 않는 문제, 그러나 의사나 기타 자격이 있는 의료인의 관리 하에서 서비스가 제공된다.
self-limited or minor	명확하고 규정된 경과를 거치는 문제가 사실상 일시적이다. 영구히 건강 상태를 바꾸진 않을 것이다. 또는 관리/협력으로 좋은 예후를 가진다.
low severity	치료하지 않아도 병적 상태의 위험성이 낮은 문제; 치료하지 않아도 병적 상태의 위험성이 거의 없다; 기능상의 장애 없이 완전한 회복이 예상된다.
moderate severity	치료하지 않으면 병적 상태의 위험성이 중등도인 문제; 치료하지 않으면 병적 상태의 위험성이 중등도인 상태이다; 불확실한 예후 또는 연장된 기능상의 장애 확률이 높다.
high severity	치료하지 않으면 병적 상태의 위험성이 매우 높은 극심한 문제; 치료하지 않으면 병적 상태의 위험성이 중등도에서 높은 상태이다. 또는 극심하고, 연장되는 기능상의 장애의 확률이 높다.

9) 과거력

다음에 관한 중요한 정보를 포함하는 질환, 손상, 치료와 더불어, 환자의 과거 경험의 검사;

- 이전의 주 질환과 손상 (prior major illnesses and injuries)
- 이전의 수술 (prior operations)
- 이전의 입원 (prior hospitalizations)
- 현재 복용하는 약 (current medications)
- 알레르기[예, 약, 음식] (allergies[eg, drug, food])
- 나이에 맞는 예방접종 상태 (age appropriate immunization status)
- 나이에 맞는 영양 상태 (age appropriate feeding/dietary status)

10) 사회적력

다음에 관한 중요한 정보를 포함하는 나이에 맞는 과거와 현재 활동의 검사;

- 결혼 상태 및 가구 형태 (marital status and/or living arrangements)
- 현재 직업 (current employment)
- 직업력 (occupational history)
- 약, 술, 담배의 이용 (use of drugs, alcohol, and tobacco)

- 교육 수준 (level of education)
- 성적 병력 (sexual history)
- 기타 관련있는 사회적 요인 (other relevant social factors)

11) 계통 문진

환자가 경험하고 있거나 경험했던 징후 및 증상을 식별하는 일련의 질문을 통해 얻는 신체 계통의 목록. CPT 코드책의 목적을 위해서, 계통 문진은 다음의 요소로 구분된다;

- 체질의 증상[열, 체중 감소, 기타] (constitutional symptoms [fever, weight loss, etc])
- 눈 (eyes)
- 귀, 코, 입, 목 (ears, nose, mouth, throat)
- 심혈관의 (cardiovascular)
- 호흡의 (respiratory)
- 위장의 (gastrointestinal)
- 비뇨생식기의 (genitourinary)
- 근골격의 (musculoskeletal)
- 피부의 [피부 및 가슴](integumentary [skin and/or breast])
- 신경의 (neurological)
- 정신 질환의 (psychiatric)
- 내분비의 (endocrine)
- 혈액의/림프의 (hematologic/lymphatic)
- 알레르기성의/면역의 (allergic/immunologic)

계통 문진은 문제를 정의하고, 감별 진단을 명확히 하고, 필요한 검사를 식별하는 데 도움을 준다. 또는 계통 문진은, 다른 계통에 대한 기초 데이터로 사용됨으로써, 모든 가능한 관리 선택에 영향을 준다.

12) 시간

E&M 서비스의 레벨의 정의에서, 시간의 포함은 CPT 코드책의 이전 판에 포함되었다. CPT 1992에서 시작된 명백한 요소인 시간은, E&M 서비스의 가장 적절한 레벨을 선택하기 위해서 포함된다. 방문 코드 명칭에서 표현된 특정 시간은 평균이라는 것을 인식해야 한다. 그러므로 특정 시간은 실제 임상 상황에 따라 더 높거나 더 낮을 수도 있는 시간의 범위를 대신한다.

시간은 E&M 서비스의 응급실 레벨을 위한 기술 요소로 사용되지 **않는다**. 왜냐하면 응급실 서비스는 전형적으로 다양한 강도의 기준으로 제공되고, 종종 연장된 기간 이상으로, 여러 환자들의 많은 내원을 포함하기 때문이다.

그러므로, 환자와 대면해서 보낸 시간을 정확하게 추정하는 것은 종종 어렵다. E&M 서비스의 레벨을 확립하기 위한 연구는, 전형적인 E&M 서비스와 관련된 시간과 업무의 양에 대한 데이터를 얻기 위해서 활동중인 의사들의 조사를 이용하였다. "업무량"은 쉽게 수량화할 수 없기 때문에, 코드는 의사들의 "업무량"의 추정치와 관련된 기타 객관적이고 증명할 수 있는 수단을 필요로 한다. **서비스중** 시간[다음 페이지에 설명한 대로]을 추정하는 것은, 진료과목 내에서 진료과목 간에 걸쳐서 둘 다, E&M 서비스의 "업무량"을 예측하는 변수임이 밝혀졌다. 동일한 연구는 E&M 서비스에 대한 서비스중 시간과 전체 시

간 간의 큰 연관성이 있다고 밝혔다. 전체 시간보다는, 서비스중 시간이 코드와 함께 포함되었다.

왜냐하면 서비스중 시간이 상대적으로 측정하기 쉽다. 그리고 서비스중 시간이, 전형적인 E&M 서비스와 연관된 시간 및 업무량의 전체량의 측정과 직접적인 연관성이 있기 때문이다. 서비스중 시간은 진료실과 기타 외래환자 방문에서는 **대면** 시간으로 정의되고, 병원과 기타 입원환자 방문에서는 **병동** 시간으로 정의된다. 이런 구분은 필요하다. 왜냐하면 대부분의 전형적인 진료실 방문의 업무량은 환자와의 **대면** 시간동안 발생하고, 반면에 대부분의 전형적인 병원 방문의 업무량은 환자가 병동에서 보내는 시간동안 발생하기 때문이다. 진료실이나 입원환자 영역에서 연장 시간이 발생하는 경우, 적절한 부가 코드가 보고되어야 한다.

대면 시간[진료실과 기타 외래환자 방문과 진료실 협의진료]: 코딩하는 목적을 위해서, 이런 서비스에 대한 **대면** 시간은 오로지 환자 및 가족과 **대면**한 시간으로만 정의된다. 이는 병력을 얻고, 신체검진을 시행하고, 환자를 상담하는 업무를 하는 데 보낸 시간을 포함한다. 시간은 또한 환자와의 **대면** 시간 전이나 후에 업무를 하는 데 사용되고, 기록과 검사를 검토하는 일과 같은 업무를 하는 데 사용되고, 더 나은 서비스를 마련하는 데 사용되고, 작성된 보고서와 전화 연락을 통해서 기타 의료인과 환자와 더 의사소통을 하는 데 사용된다. 진료실 서비스를 위한 이런 **대면** 시간 - 또한 사전, 사후 내원 시간으로 불리는 - 은 E&M 코드에 서술된 시간 요소에 포함되지 않는다. 그러나, 내원과 관련 있는 **비대면**의 사전-, 사후 업무량은, 의사 조사에서 전형적인 서비스의 전체 업무량을 계산하는 데 포함되었다. 그러므로 E&M 코드에 의해 서술된 서비스와 연관된 **대면** 시간은, 방문 전, 방문 동안, 방문 후에 시행된 전체 업무량을 유효하게 대리할 수 있다.

병동 시간 [병원 관찰 서비스, 입원환자 병원 치료, 처음 입원환자 병원 협의진료 간호 시설] : 보고하는 목적을 위해서, 이런 서비스에 대한 서비스중 시간은 병동 시간으로 정의된다. 병동시간은 환자가 병원 병동에서 보낸 시간과 그 환자에 대하여 침상에서 제공하는 서비스 시간을 포함한다. 이는 환자의 차트를 확인 및 검토하는 시간, 환자를 검진하는 시간, 기록을 작성하는 시간, 기타 의료인과 환자의 가족과 의사소통하는 시간을 포함한다. 병원 안에서, 사전-시간과 사후-시간은, 병원의 또 다른 곳에서 병리와 방사선 소견을 검토하는 업무와 같이, 환자의 병동 멀리에서 사용된 시간을 포함한다.

이 사전-방문, 사후-방문 시간은 이러한 코드 안에 서술되는 시간 요소에 포함되지 않는다. 하지만 병동 멀리에서 사용된 시간 동안 수행된 사전-업무량, 사후-업무량은, 의사 조사에서 전형적인 서비스의 전체 업무량을 계산하는 데 포함되었다. 그러므로, 모든 코드에 의해 서술된 서비스와 연관된 병동 시간은 방문 전, 방문 동안, 방문 후에 시행되는 전체 업무량을 유효하게 대리할 수 있다.

나. 목록에 없는 서비스

CPT 코드책의 이 부문에 목록에 없는 E&M 서비스가 나온다. 이러한 서비스를 보고할 경우, 다음 단락에서 논의되는 것처럼, “특별한 보고”로써 이를 식별하면서, 적절한 비목록화된 코드가 이 서비스를 나타내는데 사용된다. E&M 부문에 대한 “**목록에 없는 서비스**”와 동반 코드는 다음과 같다;

99429 목록에 없는 예방의학서비스[Unlisted preventive medicine service]

99499 목록에 없는 E&M서비스[Unlisted evaluation and management service]

다. 특별 보고

"목록에 없는 서비스" 또는 흔치 않고, 변동이 심하고, 새로운 서비스는 서비스의 의학적 적절성을 설명하는 특별한 보고를 필요로 한다. 적절한 정보는 특성, 범위의 충분한 정의나 서술을 포함해야 하고, 시술에 대한 필요성을 포함해야 하고, 서비스를 제공하는 데 필요한 시간, 노력, 장비를 포함해야 한다. 포함되는 추가 항목은 증상, 최종 진단명, 관련 있는 신체 소견, 진단 및 치료적 시술, 동반 문제, 후속 치료의 복잡성이다.

라. 임상 사례

E&M 서비스에 대한 코드의 임상적인 사례는 명칭의 의미를 이해하고, 올바른 코드 선택을 돕기 위해서 제공된다. 임상적인 사례는 부록 C에 나열되어 있다. 각각의 사례는 해당 진료과목에 의해 개발되었다. 다른 진료과목이 본 동일한 문제는 아마도 각각 다른 업무량을 포함할 것이다. 그러므로, 내원의 적절한 레벨은 사례보다는 명칭을 사용하여 보고되어야 한다.

사례들은 타당성을 위해 검토되었고, CPT 편집단에 의해 승인을 받았다. 진료과목은 사례를 받고, 코드를 할당하고, 포함된 시간과 업무의 양을 평가하였다. 오로지 일관되게 평가된 사례만 부록 C에 포함하였다.

마. E&M 서비스의 레벨을 선택하기 위한 지침

1) 선택된 범주나 하위범주에 관한 보고 지침을 검토한다.

대부분의 범주와 서비스의 많은 하위범주가, 그 범주나 하위범주 고유의 특별한 지침이나 지시사항을 가진다. 예를 들어, "입원환자 병원 치료"의 경우, E&M 서비스의 레벨 앞에 특별한 지시사항이 제시된다.

2) 선택된 범주나 하위범주에 있는 E&M 서비스 레벨의 명칭과 사례를 검토한다.

E&M 서비스의 레벨에 대한 명칭은 7가지 구성요소를 표현한다. 이 중 6개는 E&M 서비스의 레벨을 정의하는 데 사용된다. 구성요소는 이것이다;

- 병력 (history)
- 신체검진 (examination)
- 의학적 의사 결정 (medical decision making)
- 상담 (counseling)
- 진료 연계 (coordination of care)
- 발현 문제의 특성 (nature of presenting problem)
- 시간 (time)

이 구성요소 중 처음의 3개 [즉, 병력, 신체검진, 의학적 의사 결정] 는 E&M 서비스의 레벨을 선택하는데 있어서 **핵심적인** 구성요소이다. 이 규칙의 예외는, 대개 상담이나 진료 연계로 방문을 할 경우이다. 발현 문제의 특성과 시간에는 몇 개의 레벨이 있는데, 이는 의사가 적절한 E&M 서비스의 레벨을 결정하는 것을 도와준다.

3) 주어진 병력의 정도를 결정한다.

병력의 정도는 임상적인 판단과 발현 문제의 특성에 좌우된다. E&M 서비스의 레벨은 다음과 같이 정의된 4가지 유형의 병력으로 표현한다;

구분	내용
문제 중점의 (Problem focused)	주호소; 현재 질환이나 문제의 짧은 병력
확장된 문제 중점의 (Expanded problem focused)	주호소; 현재 질환이나 문제의 짧은 병력; 문제에 관련 있는 계통 문진
상세한 (Detailed)	주호소; 현재 질환의 확장된 병력; 제한된 수의 부가 계통 문진까지 포함하는, 문제에 관련 있는 확장된 계통 문진; 환자의 문제에 직접적으로 관련 있는 과거력, 가족력, 및 사회력
포괄적인 (Comprehensive)	주호소; 현재 질환의 확장된 병력; 현재 질환의 병력으로 확인된 문제와 직접적으로 관련 있는 계통문진뿐만 아니라 그밖의 모든 신체 계통의 문진; 모든 과거력, 가족력, 사회력

예방 의학 E&M 서비스의 부분으로써 얻은 포괄적인 병력은 문제중심이 아니고, 주호소나 현 질환을 포함하지 않는다. 그러나, 이는 관련 위험 요소의 포괄적인 평가/병력뿐만 아니라 포괄적인 계통 문진과 포괄적인 과거력, 가족력, 사회력을 포함한다.

4) 시행된 신체검진의 정도를 결정한다.

시행된 신체검진의 정도는 임상적인 판단과 발현 문제의 특성에 좌우된다. E&M 서비스의 레벨은 다음과 같이 정의된 4가지 유형의 신체검진을 표현한다;

구분	내용
문제 중점의 (problem focused)	병에 걸린 신체 영역 또는 기관계로 제한된 검사.
확장된 문제 중점의 (Expanded problem focused)	병에 걸린 신체 영역 또는 기관계, 그리고 기타 증상이 있거나 관련 있는 기관계(들)로 제한된 검사
상세한 (Detailed)	병에 걸린 신체 영역(들) 그리고 기타 증상이 있거나 관련 있는 기관계(들)로 확장된 검사
포괄적인 (Comprehensive)	일반적인 다수계통 신체검진 또는 하나의 기관계의 종합 신체검진. 주: 예방 의학 E&M 서비스의 부분으로써 시행된 포괄적인 검사는 다수계통이다, 그러나 그 범위는 나이와 위험 요소에 기초한다.

이러한 CPT 정의의 목적을 위해서, 다음의 신체 영역이 표현된다;

- 머리 - 얼굴 포함 (head, including the face)

- 목 (neck)
- 흉부 - 유방 및 겨드랑이 포함 (chest, including breasts and axilla)
- 복부 (abdomen)
- 생식기, 서혜부, 둔부 (genitalia, groin, buttocks)
- 등 (back)
- 각각의 사지 (each extremity)

이러한 CPT 정의의 목적을 위해서, 다음의 기관계가 표현된다;

- 눈 (eyes)
- 귀, 코, 입, 목 (ears, nose, mouth, and throat)
- 심혈관계 (cardiovascular)
- 호흡기계 (respiratory)
- 위장계 (gastrointestinal)
- 비뇨생식기계 (genitourinary)
- 근골격계 (musculoskeletal)
- 피부 (skin)
- 신경계 (neurologic)
- 정신 (psychiatric)
- 혈액/림프/면역계 (hematologic/lymphatic/immunologic)

5) 의학적 의사결정의 복잡성을 결정한다.

의학적 의사 결정은 진단의 확진 및 다음에 의해서 측정되는 관리 옵션 선택의 복잡성을 나타낸다;

- 고려되어야 하는, 가능한 진단 수 및 관리 선택의 수
- 의무기록, 진단 검사와 획득, 검토, 분석되어야 하는 기타 정보의 양 및 복잡성
- 환자의 발현 문제(들), 진단 시술(들), 및 가능한 관리 선택과 관련 있는 동반질환 뿐만 아니라 중요한 합병증, 이병률, 및 사망률의 위험성

의학적 의사 결정의 4가지 유형은 다음과 같다; 간단한, 낮은 복잡성, 보통의 복잡성, 높은 복잡성. 의사 결정의 유형을 부과하기 위해서는, 표 1 안에서 3개의 요소 중 2개 이상이 충족되어야 한다.

[표1] 의학적 의사 결정의 복잡성

진단 및 관리방법의 수	검토대상 데이터의 양 및 복잡성	합병증 및 이환 또는 사망의 위험성	의사 결정의 유형
아주 적은 (minimal)	아무 적은 또는 없는 (minimal or none)	아주 적은 (minimal)	간단한 (straightforward)
제한된 (limited)	제한된 (limited)	낮은 (low)	낮은 복잡성 (low complexity)
많은 (multiple)	보통의 (moderate)	보통의 (moderate)	보통의 복잡성 (moderate complexity)
아주 많은 (extensive)	아주 많은 (extensive)	높은 (high)	높은 복잡성 (high complexity)

동반/기저 질환이, 해당 존재가 의학적 의사 결정의 복잡성을 상당히 증가시키지 **않는** 한, E&M 서비스

의 레벨을 선택하지 않는다.

6) 다음에 근거하여 E&M 서비스의 적합한 레벨을 선택한다.

- 다음의 범주/하위범주에 대하여, **모든 핵심적인 구성요소**[즉, 병력, 신체검진, 의학적 의사 결정] 는, E&M 서비스의 특정 레벨 자격을 얻기 위해서 다음의 자격요건을 충족하거나 초과해야 한다; 진료실, 초진환자; 병원 관찰 서비스; 초기 병원 치료; 진료실 진찰; 초기 입원환자 진찰; 응급실 서비스; 초기 간호 시설 치료; 가정방문 치료, 초진환자; 그리고 가정, 초진환자.
- 다음의 범주/하위범주에 대하여, **3개 핵심적인 구성요소 모두**[즉, 병력, 검사, 의학적 의사 결정] 는 E&M 서비스의 특정 레벨 자격을 얻기 위해서 다음의 자격요건을 충족하거나 초과해야 한다; 진료실, 재진환자; 후속의 병원 치료; 후속의 간호 시설 치료; 가정방문 치료, 재진환자; 그리고 가정, 재진환자.
- 상담 및 진료연계가 환자 및 가족의 내원 [진료실이나 기타 외래 장소에서의 대면 시간 또는 병원이거나 간호 시설에서의 병동 시간]을 지배할 때 [50% 이상], **시간이 E&M 서비스의 특정 레벨 자격을 얻기 위한 핵심적인 요소 또는 조절요소가 될 것이다.** 이것은 당사자들이 가족 구성원인지 아닌지든 간에[예, 양부모, 부모 대신에 행동하는 사람, 법정후견인으로 대리하는 사람들], 환자 치료나 의사 결정의 책임을 지는 당사자들과 보낸 시간을 포함한다. 상담 및 진료연계의 범위는 의무기록에 기록되어야 한다.

2. E&M 부문 코드

office or other outpatient services [99201-99215]

- new patient [99201-99205]
- established patient [99211-99215]

hospital observation services [99217]

observation care discharge services [99217-99217]

initial observation care [99218-99220]

- new or established patient [99218-99220]

subsequent observation care [99224-99226]

hospital inpatient services [99221-99239]

initial hospital care [99221-99226]

- new or established patient [99221-99226]

subsequent hospital care [99231-99239]

- observation or inpatient care services (including admission and discharge services) [99234-99236]
- hospital discharge services [99238-99239]

consultations [99241-99255]

office or other outpatient consultations [99241-99245]

- new or established patient [99241-99245]

inpatient consultations [99251-99255]

- new or established patient [99251–99255]

emergency department services [99281-99288]

- new or established patient [99281–99285]

other emergency services [99288]

critical care services [99291-99292]

nursing facility services [99304-99318]

initial nursing facility care [99304-99306]

- new or established patient [99304–99306]

subsequent nursing facility care [99307-99310]

nursing facility discharge services [99315-99316]

other nursing facility services [99318-99318]

domiciliary, rest home[eg, boarding home], or custodial care services [99324-99337]

- new patient [99324–99328]
- established patient [99334–99337]

domiciliary, rest home[eg, assisted living facility], or home care plan oversight services [99339-99340]

home services

- new patient [99341–99345]
- established patient [99347–99350]

prolonged services [99354-99360]

prolonged services with direct patient contact [99354-99357]

prolonged services without direct patient contact [99358-99359]

standby services [99360]

case management services [99363-99368]

anticoagulation management [99363-99364]

medical team conferences [99366-99368]

- medical team conference, direct[face-to-face] contact with patient and/or family [99366]
- medical team conference, without direct [face-to-face] contact with patient and/or family [99367–99368]

care plan oversight services [99374-99380]

preventive medicine services [99381-99429]

- new patient [99381–99387]
- established patient [99391–99397]

counseling risk factor reduction and behavior change intervention [99401-99429]

- new or established patient [99401–99412]
- other preventive medicine services [99420–99429]

non-face-to-face services [99441-99444]

telephone services [99441-99443]

on-line medical evaluation [99444]

special evaluation and management services [99450-99456]

- basic life and/or disability evaluation services [99450–99450]
- work related or medical disability evaluation services [99455–99456]

newborn care services [99460-99465]

delivery/birthing room attendance and resuscitation services [99464-99465]

inpatient neonatal intensive care services and pediatric and neonatal critical care services [99466-99486]

pediatric critical care patient transport [99466-99486]

inpatient neonatal and pediatric critical care [99468-99476]

initial and continuing intensive care services [99477-99486]

complex chronic care coordination services [99487-99489]

transitional care management services [99495-99496]

other evaluation and management services [99499]

3. E&M 코딩 임상 사례

CPT 2013에 설명된 것처럼, E&M 서비스에 대한 CPT 코드의 임상적인 사례는 코딩 시스템의 중요한 요소이다. 임상 사례가 CPT 코드 세트의 전문(full text)에 포함된 E&M 명칭과 사용될 때, 임상 사례는 개인이 그들의 환자에게 제공한 서비스를 보고하기 위한 포괄적이고 강력한 수단을 제공한다.

이런 임상 사례들은 의료행위의 전체 범위를 포함하지 않는다. 특정 진료과목 그룹의 포함이나 제외는, 중요성의 판단이나 중요성의 부족을 뜻하지 않는다; 이는 사례의 적용가능성을 어느 특정 진료과목에 제한하지도 않는다.

가장 중요한 것은 이 임상 사례들은 단지 사례 그 뿐이라는 것이다. 구체적인 상황에 따라, 특정 환자 내원은 그 특정 환자에 대한 의사 또는 기타 자격이 있는 의료인이 시행한 서비스에 의해서 판단되어야 한다. 요약하면 환자의 호소, 증상, 또는 진단이 특정한 임상적인 사례의 호소, 증상, 또는 진단과 일치한다는 이유로, 자동적으로 그 환자 내원을 서비스의 그 특정 레벨로 지정하면 안 된다. 이 3가지 구성 요소[병력, 신체검진, 의학적 의사 결정] 는 서비스의 특정 레벨로 보고하기 위해서 의무기록에 충족되고 기록되어야 한다.

가. 진료실 또는 기타 외래환자 서비스 (Office or other outpatient service)

1) 초진환자 (new patient)

99201

초진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다:

- 병력 중점의 문제;
- 신체검진 중점의 문제;
- 간단한 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 연관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 한정되어 있거나 가볍다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 10분이다.

진료과	사례
안과	여름캠프 신체검사의 부분으로 시력 측정을 위한 10세 여자아이의 초기 진료실 방문 [굴절 이상의 결정을 포함하지 않는다]
피부과	국소연고 리필을 필요로 하는 도시외곽 환자의 초기 진료실 방문.
성형외과	허리 위쪽에 고립된 지루각화증에 대한 재확인을 위한 65세 남성의 초기 진료실 방문
내과	배농할 필요가 없는 제한된 손톱밑 혈종을 위한 10세 남자아이의 초기 진료실 방문
소아과	기저귀 발진이 있는 9개월 된 여자아이의 초기 진료실 방문
정형외과	손가락 타박상의 평가와 관리를 위한 초기 진료실 방문

99202

초진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다:

- 병력 중점의 확장된 문제;
- 신체검진 중점의 확장된 문제;
- 간단한 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 낮고, 중간의 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 20분이다.

진료과	사례
가정의학과	처방전 없이 살 수 있는 약에 비반응하는 얼굴의 면포구진 여드름이 있는 13세 환자의 초기 진료실 방문
피부과	수년 동안 존재했던 하지의 임상적인 양성 병변 또는 결절이 있는 환자의 초기 진료실 방문
소아과	3일 동안 입술의 홍반성 그룹의, 소포성 발진을 가진 9세 환자의 초기 진료실 방문

99203

초진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다:

- 상세한 병력;
- 상세한 신체검진;
- 낮은 복잡성의 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 30분이다.

진료과	사례
피부과	3개월 동안 울혈성궤양이 있는 76세 남성의 초기 진료실 방문
물리치료 및 재활	아래팔의 측면에 통증이 있는 30세 여성의 초기 진료실 방문
구강악안면 외과	1주일 동안의 고통스러운 이하선 부기를 호소하는 57세 여성의 초기 진료실 방문
정형외과	이전에 치료하지 않은 무릎의 퇴행성 관절질환이 있는 53세 노동자의 초기 진료실 방문

99204

초진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다:

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진;
- 보통 복잡성의 **의학적 의사 결정**

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의, 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 45분이다.

진료과	사례
정형외과	진행성 척추측만증이 있는 13세 여자아이의 초기 진료실 방문
산부인과	원발 불임인 34세 여성의 평가와 상담을 위한 초기 진료실 방문
알레르기내과	복합적인 상기도 감염이 있는 3세 남자아이의 초기 진료실 방문

99205

초진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다:

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진;
- 높은 복잡성의 **의학적 의사 결정**

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의, 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 60분이다.

진료과	사례
피부과 / 내과	파종성의 흉반성 낭창과 신장병, 부종, 자반병 그리고 사지에 흉터 병변이 있고 심장 증상까지 있는 환자의 초기 진료실 방문
정형외과	이전의 허리 수술 경험이 있는 60세 남성의 초기 진료실 방문; 현재, 걸을 때에 몇 번의 넘어짐을 유발하는 허리와 골반 통증, 2개월 병력의 양쪽의 진행성의 종아리 그리고 허벅지 긴장과 약함을 보인다.
정신과	자살 시도를 한 후 응급실에 맡겨진 청소년의 초기 진료실 방문

2) 재진환자 (Established patient)

99211

의사나 기타 자격이 있는 의료인의 존재가 필요하지 않은 재진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**. 보통, 발현 문제(들)는 아주 적다. 일반적으로, 이 서비스를 수행하고 관리하는 데 5분이 사용된다.

진료과	사례
성형외과	복잡하지 않은 얼굴 봉합선을 제거하기 위한, 50세 남성인 재진환자의 진료실 방문
소화기내과	악성 빈혈이 있는 73세 여성인 재진환자의 매주의 B12 주사를 위한 진료실 방문
신장내과	만성신부전이 있는 45세 남성인 재진환자의 적혈구형성인자[erythropoietin]의 투여를 위한 진료실 방문
내분비내과	포도당 측정을 하고 있고, 환자 기계의 정확성과 기능을 체크하는 기술자에 의해서 실험실 혈당과 더불어 기계의 정확성을 체크하길 원하는 재진환자의 진료실 방문

99212

재진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 이런 3가지 핵심적인 구성요소 중 적어도 2가지를 필요로 한다;

- 병력 중점의 문제
- 신체검진 중점의 문제
- 간단한 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 한정되어 있거나 가볍다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 10분이다.

진료과	사례
이비인후과	만성적인 분비성 중이염이 있는 재진환자인 어린이의 진료실 방문
신경과	최근에 급성 경부통을 보였고, 물리치료와 간헐적인 경부의 당김에 반응하는 척추증의 진단을 보인 재진환자인 50세 남성의 진료실 방문. 업무에 복귀해도 되는지 평가하려고 돌아옴.
정형외과	하지의 타박상과 찰과상으로 온 33세의 재진환자의 진료실 방문

99213

재진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 이런 3가지 핵심적인 구성요소 중 적어도 2가지를 필요로 한다:

- 병력 중점의 확장된 문제;
- 신체검진 중점의 확장된 문제;
- 낮은 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 낮고, 중간 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 15분이다.

진료과	사례
피부과	국소 치료에도 불구하고 편평태선의 새로운 병변이 있는 재진환자의 진료실 방문
류마티스내과	악관절의 골관절염에 대한 의학적 관리를 평가하기 위한, 80세 여성인 재진환자의 진료실 방문
비뇨기과	재발한 급성전립선염의 재평가를 위한, 45세 남성인 재진환자의 진료실 방문

99214

재진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 이런 3가지 핵심적인 구성요소 중 적어도 2가지를 필요로 한다:

- 상세한 병력;
- 상세한 신체검진;
- 보통 복잡성의 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의, 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 25분이다.

진료과	사례
정형외과	양쪽 무릎의 밤의 통증 증가, 절뚝거림, 진행성의 내반슬이 있는 55세 남성인 재진환자의 진료실 방문.
내과	지방성 장염, 설사, 미열이 있는 28세 남성인 재진환자의 진료실 방문.
비뇨기과	왼쪽 중간 수뇨관 안에 큰 방해 결석이 있는 32세 여성인 재진환자의, 적출또는 체외충격파쇄석술과 더불어 요도경검사를 포함하는 관리 선택을 논의하기 위한 진료실 방문.

99215

재진환자의 평가와 관리를 위한 **진료실 또는 기타 외래환자 방문**, 이는 이런 3가지 핵심적인 구성요소

중 적어도 2가지를 필요로 한다:

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진;
- 높은 복잡성의 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의, 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 40분이다.

진료과	사례
정신과	이전의 코카인 중독으로 자제하고 있는, 그러나 진행성의 공황 발작과 흥동을 호소하는 28세 여성인 재진환자의 진료실 방문
성형외과	2년 전 화상후 양안의 안검외반, 비대성의 얼굴 화상 흉터, 왼쪽 가슴이 거의 없음, 양쪽 손의 화상후 합지증이 있는 25세 재진환자의 진료실 방문. 검사 후 치료 선택에 대한 논의를 하기 위해 방문.
복부외과	3년 전 복부 회음부 절제술 수술후상태, 현재 증가하고 있는 암태아성의 항원, 체중 감소, 골반통이 있는 62세 남성인 재진환자의 진료실 방문.

나. 병원 입원환자 서비스 (Hospital Inpatient Services)

1) 초기 병원 치료 (Initial Hospital Care)

초진 또는 재진환자

99221

하루당, 환자의 평가와 관리를 위한 초기 병원 치료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 상세한 또는 포괄적인 병력;
- 상세한 또는 포괄적인 신체검진; 그리고
- 간단하거나 낮은 복잡성인 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 입원을 필요로 하는 문제(들)는 낮은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 30분이다.

진료과	사례
신장내과	혈전성 인조 동정맥 도관을 가진 40세 환자의 초기 진료실 방문
심장내과	수술이 예정된, 제어된 고혈압이 있는 69세 여성 환자의 초기 진료실 방문
성형외과	정맥내 항생제 치료를 위하여 수술 전 입원한, 눈꺼풀 가장자리와 위의 세관을 포함하는 윗 눈꺼풀의 열상이 있는 12세 환자의 초기 진료실 방문

99222

하루당, 환자의 평가와 관리를 위한 **초기 병원 치료**, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진; 그리고
- 보통(중간) 복잡성의 **의학적 의사 결정**

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 입원을 필요로 하는 문제(들)는 보통(중간)의 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 50분이다.

진료과	사례
일반 외과	하복부 통증과 체온 증가, 하지만 패혈 양상은 없는, 50세 환자의 초기 진료실 방문
이비인후과	후두의 양성 종괴 때문에, 기도관리를 위한 초기 진료실 방문
정형외과	마비성 장폐색증의 급성 시작과 L2 척추의 압박 골절이 있는 66세 여성 환자의 초기 진료실 방문; 2일 전에 진료실에서 보임.

99223

하루당, 환자의 평가와 관리를 위한 **초기 병원 치료**, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진; 그리고
- 높은 복잡성의 **의학적 의사 결정**

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 입원을 필요로 하는 문제(들)는 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 70분이다.

진료과	사례
심장내과	어렸을 때 류마티스성 열의 병력이 있고, 현재 빈혈, 열, 울혈성 심부전이 있는 45세 여성환자의 초기 진료실 방문.
이비인후과	과거에 방사선 치료로 치료된 후두암의 병력이 있고, 진행성의 천명과 연하장애가 있는 75세 환자의 초기 진료실 방문. 검사를 보면 목에 덩이가 있는 성문의 큰 재발 종양이 보인다.
류마티스내과	코르티코스테로이드와 시클로포스파미드에 심한 전신성 홍반성 낭창이 있고, 열, 오한, 발진, 흉통이 새로 시작한 35세 여성환자의 초기 진료실 방문.

2) 후속 병원 치료 (Subsequent hospital care)

99231 하루당, 환자의 평가와 관리를 위한 후속 병원 치료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소 중 적어도 2가지를 필요로 한다;

- 그 사이의 병력 중점의 문제;
- 신체검진 중점의 문제;
- 간단하거나 낮은 복잡성을 가진 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 환자는 안정적이고, 회복중에 있다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 15분이다.

진료과	사례
물리치료 및 재활	골절의 관혈적 정복술 및 내고정술 후, 65세 여성의 후속 병원 방문.
산부인과	진통제와 관찰에 반응하는 골반통이 있는 33세 여성의 후속 병원 방문.
심장내과	심실상 빈맥으로 입원하였고, 의학적 치료로 전환된, 25세 남성의 후속 병원 방문.

99232 하루당, 환자의 평가와 관리를 위한 후속 병원 치료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소 중 적어도 2가지를 필요로 한다;

- 그 사이의 병력 중점의 확장된 문제;
- 신체검진 중점의 확장된 문제;
- 보통(중간) 복잡성의 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 환자는 치료에 불충분하게 반응하거나 가벼운 합병증이 생긴다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 25분이다.

진료과	사례
정형외과	골반 가장자리 골절이 있고, 걸을 수 없고, 심한 통증이 있는, 현재 36시간 손상후 요정체를 겪고 있는 80세 환자의 후속 병원 방문.
소아과	열, 인두염, 기도폐색이 있는, 48시간 후에 반구진 발진이 생긴 17세 여성의 후속 병원 방문.
심장내과	세균성 심내막염에 대한 항생제를 5일째 받으려 온, 여전히 미열이 있는, 37세 여성의 후속 병원 방문.

99233

하루당, 환자의 평가와 관리를 위한 후속 병원 치료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소 중 적어도 2가지를 필요로 한다;

- 상세한 그 사이의 병력;
- 상세한 신체검진;
- 높은 복잡성의 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 환자는 불안정하거나 상당한 합병증 또는 상당한 새로운 문제가 생긴다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 35분이다.

진료과	사례
정형외과	하부의 왼쪽 사지에 반응하지 않는 요통과 방사통이 있고, 흉통, 기침, 혈성 가래가 생긴 당뇨병, 고혈압이 있는 50세 남성의 후속 병원 방문.
복부외과	복부의 대동맥류 절제술 후 상태이고, 반응하지 않는 응고장애가 있는, 현재 하부의 위장 출혈이 생긴, 64세 여성의 후속 병원 방문.
심장내과	관상동맥 우회로 수술 후, 현재 저혈압과 핏뇨가 생긴 50세 남성의 후속 병원 방문.

다. 협의진료 (Consultations)

1) 진료실 또는 기타 외래 환자 협의진료 (Office or Other Outpatient Consultations)

초진 또는 재진 환자

99241

초진 또는 재진 환자에 대한 진료실 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 병력 중점의 문제;
- 신체검진 중점의 문제; 그리고
- 간단한 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 한정되어 있거나 가볍다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 15분이다.

진료과	사례
정형외과	팔꿈치머리 윤활낭염이 있는 62세 건설 노동자에 대한 초기 진료실 협의진료.
외과	심각한 치질의 증상을 보이는 25세 산후의 여성의 진료실 협의진료.
신장내과	2달 전 완화된, 폐색성 요로질환의 평가와 크레아티닌 레벨의 후속조치를 위해 보내진 58세 남성의 진료실 협의진료.

99242

초진 또는 재진 환자에 대한 진료실 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 병력 중점의 확장된 문제;
- 신체검진 중점의 확장된 문제; 그리고
- 간단한 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 낮은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 30분이다.

진료과	사례
정형외과	고통스러운 근위의 넓적다리/서혜부 부상이 있는 29세 축구선수의 초기 진료실 협의진료.
복부외과	최근에 항생제 치료중인, 현재 설사와 백혈구 증가증이 있는 61세 여성의 진료실 협의진료.
피부과	왼쪽 볼에 원판모양 홍반루푸스의 고립 병태가 있는 환자가 암 또는 저절로 생긴 병변을 제거하기 위해서 초기 진료실 협의진료하러 옴.

99243

초진 또는 재진 환자에 대한 진료실 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 상세한 병력;
- 상세한 신체검진; 그리고
- 낮은 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 40분이다.

진료과	사례
정형외과	증가하는 통증과 함께 왼쪽 대퇴 골두의 무혈성 괴사가 있는 60세 남성에게 대한 초기 진료실 협의진료.
심장내과	심계 항진과 흉통을 호소하는 31세 여성의 진료실 협의진료. 환자의 내과의는 가벼운 수축기클릭(systolic click)이라고 설명하였다.
감염내과	지속되는 기관지염이 있는 65세 여성의 진료실 협의진료.

99244

초진 또는 재진 환자에 대한 진료실 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진; 그리고

- 보통(중간) 복잡성의 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의, 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 60분이다.

진료과	사례
안과	최근 시력의 변화가 있는, HIV 양성인 28세 남성의 초기 진료실 협의진료.
소아과	약물 남용이 의심되는 15세 남성에 대한 초기 진료실 협의진료.
신경외과	완화된 치매, 가벼운 불안정성, 걸을 때 요통 피로, 간헐적인 요실금이 있는 65세 여성에 대한 초기 진료실 협의진료.

99245

초진 또는 재진 환자에 대한 진료실 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진; 그리고
- 높은 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의, 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자 및 가족과 대면으로 보내지는 시간은 80분이다.

진료과	사례
정형외과	관리 계획의 평가와 처방을 위한, 골반의 복합 골절이 있는 다발성 외상인 35세 남성 환자의 초기 진료실 협의진료.
신경외과	간질지속상태이고, 최근 폐쇄 두부 손상이 있는, 이용할 수 없는 약에 대한 정보를 얻기 위한, 10세 남자아이의 초기 응급실 협의진료.
내분비내과	망막증, 신증, 족부 궤양을 보이는, 장기간의 제어되지 않는 당뇨병이 있는 67세 여성의 진료실 협의진료.

2) 입원환자 협의진료 (Inpatient consultations)

초진 또는 재진 환자

99251

초진 또는 재진 환자에 대한 입원환자 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다.

- 병력 중점의 문제;
- 신체검진 중점의 문제; 그리고
- 간단한 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 한정되어 있거나 가볍다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 20분이다.

진료과	사례
구강악안면외과	삼관법 후 앞니가 골절된 27세 여성에 대한 초기 병원 협의진료.
구강악안면외과	구강의 칸디다 증상 감염이 생겨 정맥내 항생제 투여중인 정형외과 환자에 대한 초기 병원 협의진료.
산부인과	정형외과 수술 후, 질의 가려움을 호소하는 30세 여성에 대한 초기 입원환자 협의진료.

99252

초진 또는 재진 환자에 대한 입원환자 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다.

- 병력 중점의 확장된 문제;
- 신체검진 중점의 확장된 문제; 그리고
- 간단한 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 낮은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 40분이다.

진료과	사례
심장내과	당남염과 잘 제어된 고혈압이 있는 43세 여성에 대한 초기 입원환자 수술전 협의진료.
내과	비뇨기과 수술을 받아야 하는, 인공 심장 판막을 가진 환자의 항생제 예방의 권고를 위한 초기 입원환자 협의진료.
정형외과	손목과 손 통증, 손가락 마비가 있고, 2차로 손목굴증후군이 생긴 66세 환자에 대한 초기 입원환자 협의진료.

99253

초진 또는 재진 환자에 대한 입원환자 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다.

- 상세한 병력;
- 상세한 신체검진; 그리고
- 낮은 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 55분이다.

진료과	사례
정형외과	전신의 류마티스성 관절염 때문에 정상적인 생활을 못하게 만드는 무릎 통증이 생긴 50세 여성에 대한 초기 병원 협의진료.
신경외과	정상적인 생활을 하지 못하게 만드는 한 쪽의 좌골 신경통의 10일 병력이 있고, 침상 안정에 의해서 개선되지 않아, 현재 걸을 수 없는 40세 남성의 초기 병원 협의진료.
일반외과	하부의 내시경검사 후 복부 통증과 열을 평가하기 위한 57세 남성의 초기 입원환자 협의진료.

99254

초진 또는 재진 환자에 대한 입원환자 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진; 그리고
- 보통(중간) 복잡성의 의학적 의사 결정

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의, 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상 옆에서 보내지는 시간은 80분이다.

진료과	사례
정형외과	X-ray로 확인한 바, 근위부 상완골에 용해 병변이 있는 무통의 부기를 가진 15세 환자에 대한 초기 병원 협의진료.
혈액·종양내과	생검상 악성으로 보이는, 쇄골상 림프절이 확장된 66세 여성에 대한 초기 입원환자 협의진료.
신장내과	폐렴으로 병원에 입원한, 저나트륨혈청(혈청 나트륨 114)이 있는 71세 남성에게 대한 초기 입원환자 협의진료.

99255

초진 또는 재진 환자에 대한 입원환자 협의진료, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진; 그리고
- 높은 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 중간의, 높은 심각성을 가진다. 일반적으로, 환자의 병원 병동에서, 환자의 침상에서 보내지는 시간은 110분이다.

진료과	사례
소화기내과	생명을 위협하는 심각한 위창자 출혈과 흉통이 있는 76세 여성에 대한 초기 입원 환자 협의진료.
신장내과	급성 호흡곤란 증후군으로 집중 치료를 위해 입원한 75세 여성에 대한 초기 입원 환자 협의진료. 환자는 과민하고, 보통의 대사성 산증이 있고, 혈청 크레아티닌이 증가한 상태임.
일반외과	호흡기능부족, 급성 신부전, 농양 형성에 의해서 합병된 심각한 체장염이 있는 환자에 대한 초기 병원 협의진료.

라. 응급실 서비스

1) 초진 또는 재진 환자

99281

환자의 평가와 관리를 위한 응급실 방문, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 병력 중점의 문제;
- 신체검진 중점의 문제; 그리고
- 간단한 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 한정되어 있거나 가볍다.

진료과	사례
응급실	저절로 나은, 합병증없는 열상으로부터 봉합을 제거하기 위한 환자의 응급실 방문.
응급실	근충한테 물렸지만 심각한 합병증을 일으키지 않은 환자의 응급실 방문.
응급실	파상풍 독소 예방 접종을 위한 환자의 응급실 방문.

99282

환자의 평가와 관리를 위한 응급실 방문, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 병력 중점의 확장된 문제;
- 신체검진 중점의 확장된 문제; 그리고
- 간단한 의학적 의사 결정.
- 낮은 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)은 낮고, 중간의 심각성을 가진다.

진료과	사례
응급실	얼굴에 국한된 농가진을 보이는 어린이의 응급실 방문.
응급실	사지의 가벼운 외상성 손상과 더불어 국한된 통증, 부기, 타박상이 있는 환자의 응급실 방문.
응급실	통증과 시력장애는 없지만 양안에 감염된 공막과 고름분비물이 있고, 한 쪽 눈에는 이물질의 병력이 있는 청소년 환자의 응급실 방문.

99283

환자의 평가와 관리를 위한 응급실 방문, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 병력 중점의 확장된 문제;
- 신체검진 중점의 확장된 문제; 그리고
- 보통(중간) 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)은 중간의 심각성을 가진다.

진료과	사례
응급실	열, 설사, 경련성 복통이 있는, 건강해 보이는 8살의 응급실 방문; 경구 수액을 견디고 있고, 토하지 않고 있다.
응급실	부상을 입은 발과 발목에 무게를 지탱할 수 없는, 역전 발목 부상이 있는 환자의 응급실 방문.
응급실	아픈 눈 안에 이물질과 관련된 급성 통증을 호소하는 환자의 응급실 방문.

99284

환자의 평가와 관리를 위한 응급실 방문, 이는 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 상세한 병력;
- 상세한 신체검진; 그리고
- 보통(중간) 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)은 높은 심각성을 가지며, 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의한 긴급한 평가를 필요로 한다. 그러나, 생명이나 생리적 기능에 즉각적인 커다란 위협을 주지는 않는다.

진료과	사례
응급실	자전거에서 떨어져서 머리 부상을 입고 짧게 의식이 상실한 4세 아이의 응급실 방문.
응급실	넘어져서 현재 오른쪽 엉덩이의 통증을 호소하고, 걸을 수 없는 여성 노인의 응급실 방문.
응급실	옆구리 통증과 혈뇨가 있는 환자의 응급실 방문.

99285

환자의 평가와 관리를 위한 응급실 방문, 이는 환자의 임상적인 상태 및 정신 상태의 긴급성에 의해 시행되는 제약 안에서, 이러한 3가지 핵심적인 구성요소를 필요로 한다;

- 포괄적인 병력;
- 포괄적인 신체검진; 그리고
- 높은 복잡성의 의학적 의사 결정.

상담 및 기타 의사, 기타 자격이 있는 의료인, 또는 기관과의 진료연계는 문제(들)의 특성과 환자 및 가족들의 필요와 일관되게 제공된다. 보통, 발현 문제(들)는 높은 심각성을 가지며, 생명이나 생리적 기능에 즉각적인 커다란 위협을 준다.

진료과	사례
응급실	섭취한 물질의 부작용을 예방하기 위해 공격적 관리를 필요로 하는, 과량투여의 합병증이 있는 환자의 응급실 방문.
응급실	정맥내 약물을 필요로 하는, 빠른 심박동수가 새로 발생한 환자의 응급실 방문.
응급실	상부 위장관 출혈이 심한 환자의 응급실 방문.

마. 위기 치료 서비스 (Critical care services)

99291

처음의 30~74 분의 위기 치료, 병이 위독하거나 위독한 부상을 입은 환자의 평가와 관리

진료과	사례
위기치료서비스	결석으로 유발된 요관 폐색의 완화 후 패혈성 쇼크가 있는 65세 남자 환자의 처음 1시간의 위기 치료.
위기치료서비스	천식으로 급성 호흡 부전이 생긴 15세 환자의 처음의 1시간의 위기 치료
위기치료서비스	자동차에 부딪힌 후, 간 열상, 뇌의 혈종, 동요 가슴, 폐의 좌상을 입은 45세 환자의 처음의 1시간의 위기 치료.

바. 연장 치료 서비스 (Prolonged services)

1) 직접적인 환자 접촉의 연장 치료 서비스 (Prolonged services with direct patient contact)

진료실 또는 기타 외래환자 (Office or other outpatient)

99354

통상적인 서비스를 넘어서 직접적인 환자 접촉을 필요로 하는 진료실 또는 기타 외래환자 장소에서의 1시간의 연장 치료 서비스 [진료실 또는 기타 외래환자 평가와 관리 서비스에 대한 코드에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다]

진료과	사례
가정의학과 / 내과	천식의 병력이 있는 20세 여자 환자가 급성 기관지경련과 중등도의 호흡 곤란을 보인다. 처음 평가를 보면 호흡수 30, 고통스러운 호흡, 모든 폐야에서의 천명 소리를 알 수 있다. 간헐적인 기관지 확장과 피하의 에피네프린을 포함한 진료실 치료가 시작된다. 환자는 2-3 시간 동안 간헐적인 시간을 필요로 한다.

99355

각각 추가된 30분 [연장 치료 서비스에 대한 코드에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다]

진료과	사례
가정의학과 / 내과	천식의 병력이 있는 20세 여자 환자가 급성 기관지경련과 중등도의 호흡 곤란을 보인다. 처음 평가를 보면 호흡수 30, 고통스러운 호흡, 모든 폐야에서의 천명 소리를 알 수 있다. 간헐적인 기관지 확장과 피하의 에피네프린을 포함한 진료실 치료가 시작된다. 환자는 2-3 시간 동안 간헐적인 시간을 필요로 한다.

입원 환자

99356

통상적인 서비스를 넘어서 병동 시간을 필요로 하는, 입원환자 또는 관찰 장소에서의 1시간의 연장 치료 서비스 [입원환자 평가와 관리 서비스에 대한 코드에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다]

진료과	사례
가정의학과 / 내과 산부인과	34세 초임부는 조기 진통으로 병원에 왔다. 입원 병력과 신체 검사가 극심한 전자간증을 보여준다. 의사는 전자간증의 관리, 정맥내 마그네슘 투입 및 유지, 피토신으로 분만 촉진, 철저한 모성-태아 모니터링을 감독한다. 이는 환자가 안정될 때까지 계속되는 병상치료 40분, 그리고 분만할 때까지 간헐적인 몇 시간을 포함한다.

2) 직접적인 환자 접촉이 없는 연장 치료 서비스 (Prolonged services without direct patient contact)

99358

직접적인 환자 치료 전/후에 연장된 평가와 관리 서비스 1시간

진료과	사례
-	다양한 합병 의료문제가 있는 85세 초진 환자가 그녀의 딸이 살고 있는 더 가까운 지역으로 이사를 왔다. 딸이 환자를 1차 진료실에 데리고 왔고, 의사가 환자를 보고 검사하였다. 의사는 환자의 이전 의사에게서 의무 기록을 받고, 이후에 기록의 검토를 딸과 함께 이야기할 것이라고 말했다.

99359

각각 추가된 30 분 [연장 치료 서비스에 대한 코드에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다]

진료과	사례
-	다양한 합병 의료문제가 있는 85세 초진 환자가 그녀의 딸이 살고 있는 더 가까운 지역으로 이사를 왔다. 딸이 환자를 1차 진료실에 데리고 왔고, 의사가 환자를 보고 검사하였다. 의사는 환자의 이전 의사에게서 의무 기록을 받고, 이후에 기록의 검토를 딸과 함께 이야기할 것이라고 말했다.

3) 의사 대기 서비스 (Physician standby services)

99360

연장된 진료를 필요로 하는 대기 서비스, 각 30 분

예, 수술 대기, 동결 절편에 대한 대기, 제왕절개/고위험 분만에 대한 대기, EEG 모니터링에 대한 대기

진료과	사례
가정의학과/내과	VBAC[제왕절개술후자연분만]을 시도하려고 산과 병동에 입원한 24세 환자. 태아 모니터링은 태아고통이 증가하는 것을 보여준다. 환자의 혈압은 오르고 있고, 진통은 느리게 진행되고 있다. 산부인과에서 1차 진료 의사에게, 가능한 제왕절개 분만과 신생아 소생을 위해서 병동에서의 대기를 요청하였다.

사. 치료 계획 관리 서비스 (Care plan oversight services)

99374

가정, 가정에 준하는 또는 상응하는 환경 [예, 알츠하이머 시설]에 있는, 가정 진료 기관의 치료 [환자가 내원하지는 않음]를 받고 있는 환자에 대한 관리, 복잡하고 여러 진료 과목의 치료 방법을 필요로 한

다. 복잡하고 여러 진료 과목의 치료 방법은 다음의 5가지를 포함한다.

- 첫째, 치료 계획에 있어서 정기적인 개발 및 개정,
- 둘째, 환자 상태에 대한 후속 보고서의 검토,
- 셋째, 관련된 임상 검사 및 다른 검사의 검토,
- 넷째, 의료인(들), 가족 구성원(들), 대리 의사 결정자(들) [예, 법정 후견인] 및 환자의 치료에 포함되는 주된 간병인(들)과의 치료 결정을 평가하려는 목적의 의사소통[전화 통화를 포함],
- 다섯째, 치료 계획으로의 새로운 정보 통합 및 치료 계획의 조정이다. 이는 한 달에 한 번씩 보고하며, 15-29 분이다.

99375

30 분 또는 그 이상

진료과	사례
가정의학과 / 내과	<p>복강내 진행성 난소암이 있는 58세 여성 환자의 말기 치료를 위한 치료 계획 관리의 첫 번째 달. 치료 계획은 가정 산소, 부종과 복수 조절을 위한 정맥내 이뇨제, 그리고 진행성 장폐색이 발생할 경우 정맥내 모르핀 투입을 포함한 통증 조절 관리를 포함한다. 의사는 간호사, 가족, 그리고 MSW와 전화로 연락한다. 환자가 원함에 따라서 지지요법을 중단하는 계획에 관해 MSW와 논의한다. 기록은, 치료 계획에 대한 검토와 수정, 그리고 간호, MSW, 약국, DME로부터의 증명을 포함한다.</p>

마취 (Anesthesia)

1. 마취 부문 지침

마취의 관리를 포함하는 서비스는, 5자리 수의 마취 시술 코드[00100-01999]의 사용에, modifier 코드(이 지침의 뒤에서 “마취 modifiers” 하에서 정의되는)를 추가하여 보고된다. 마취 서비스의 보고는 의사의 책임있는 관리 하에 있어야 적절하다. 이런 서비스들은 어떤 시술 동안 마취과의사에 의해 최적이라고 여겨지는 마취를 환자에게 제공하기 위해서, 전신 마취, 부분 마취, 국소 마취의 보충 또는 기타 지지 서비스를 포함하지만, 이에 제한되지는 않는다. 이런 서비스들은 통상적인 수술 전/수술 후 방문, 시술 동안의 마취, 체액 및 혈액의 관리, 통상적인 모니터링 서비스[예, 심전도, 체온·혈압·산소 측정, 호기말 이산화탄소분압측정, 질량분석]를 포함한다. 통상적이지 않은 모니터링의 종류[예, 동맥 내의, 중심정맥의, 스완-간즈카테터]는 포함되지 않는다.

모든 의사들이 그들의 서비스를 보고하는 데 사용되는 항목은 도입부문에서 볼 수 있다. **마취** 부문에 대해서 공통성이 있는 일부는, 이 부문에 관련된 의사들의 편의를 위해 이 부문에서 반복된다. 마취 부문의 고유한 기타 정의와 항목 또한 열거된다.

의식이 있는 진정서비스를 시행하는 의사가 시행하는 중등도의 (의식이 있는) 진정을 보고하려면, 코드 99143-99145를 참조한다.

부록 G에 목록화된 시술에 대해서, 진단적/치료적 서비스를 시행하는 의료인이 아닌 두 번째 의사가 시술환경 [예, 병원, 외래 병원/통원 수술 센터, 전문 요양 시설]에서 중등도의 (의식이 있는) 진정을 제공할 때, 두 번째 의사는 관련된 중등도의 진정 시술/서비스 99148-99150을 보고한다; 이런 서비스가 비시술 환경 [예, 의사 진료실, 독립적인 영상검사센터]에서 두 번째 의사에 의해 시행될 때는, 99148-99150 코드가 보고되지 않는다. 중등도의 진정은 최소의 진정 [불안 완화제], 깊은 진정, 또는 모니터링되는 마취 [00100-01999]는 포함하지 않는다.

마취를 시행하고 있는 의사가 부분 또는 전신 마취를 시행하는 경우를 보고하려면, 부록 A에 있는 modifier 47을 참조한다.

가. 시간 보고 (time reporting)

마취 시술에 대한 시간은 지역에서의 관례에 따라 보고된다. 마취과 의사가 수술실 [또는 상응하는 구역]에서 마취의 유도를 위해 환자 준비를 시작할 때, 마취 시간이 시작된다. 그리고 마취과 의사가 더 이상 개인적으로 참석하지 않아도 될 때, 즉, 환자가 수술 후 관리 하에 안정된 상태에 있을 때, 마취 시간이 끝난다.

나. 마취 서비스 (anesthesia services)

진료실, 가정, 또는 병원에서 제공되는 서비스와 상담, 그리고 기타 의료 서비스는 **E&M 서비스** 부문에 나열된다, 이는 11쪽부터 시작한다[99201-99499]. “특별한 서비스와 보고[99000-99091]”는 **의약** 부문에 열거되어 있다.

다. 공급된 재료 (supplied materials)

통상적으로 진료실 방문 또는 제공되는 기타 서비스에 포함되는 것들을 넘어서서 제공되는 물품이나 재료 [예, 멸균 쟁반, 약물] 는 별도로 리스트에 나열되어야 한다. 약물, 멸균 쟁반, 제공되는 재료는 리스트에 나열되어야 하고, 99070 또는 적절한 공급코드로 식별되어야 한다.

라. 별개의 또는 다중 시술 (separate or multiple procedures)

하나의 마취 관리를 하는 동안 다중 수술의 시술이 시행될 때, 가장 복잡한 시술을 나타내는 마취코드가 보고된다. 보고되는 시간은 모든 시술 전체를 합한 것이다.

마. 특별한 보고 (special report)

드물게 제공되고, 흔치 않고, 변동이 심하고, 새로운 서비스는 특별한 보고를 필요로 한다. 적절한 정보는 특성, 범위의 충분한 정의나 서술을 포함해야 하고, 시술에 대한 필요성을 포함해야 하고, 서비스를 제공하는 데 필요한 시간, 노력, 장비를 포함해야 한다.

바. 마취 modifiers (antesthesia modifiers)

모든 마취 서비스는 5자리 수의 마취 시술 코드[00100-01999]의 사용에 신체상태 modifier를 추가하여 보고된다. 기타 선택적인 modifiers의 사용이 적절하다.

신체상태 modifiers (physical status modifiers)

신체상태 modifiers는 다음의 리스트에서 정의된 것처럼 첫 글자 'P'에 1부터 6까지 한 자릿수가 뒤에 붙어서 표현된다;

- P1: 정상인 건강한 환자
- P2: 가벼운 전신질환이 있는 환자
- P3: 중한 전신질환이 있는 환자
- P4: 생명에 거둬지는 위험이 있는 중한 전신질환이 있는 환자
- P5: 수술 없이 생존을 기대하기 어려운 빈사의 환자
- P6: 공여 목적으로 장기가 제거될 뇌사가 선언된 환자

이 6가지 레벨은 환자 신체상태의 미국마취의사학회[American Society of Anesthesiologists, ASA] 분류와 일치한다. 신체상태는, 제공된 마취 서비스의 복잡성의 다양한 레벨 중에서 구별하기 위해, CPT 코드책에 포함된다.

Example: 00100-P1

사. 인정되는 상황 (qualifying circumstances)

하나 이상의 인정되는 상황이 선택된다. 많은 마취 서비스는, 보기 드문 환자의 병태, 주목할 만한 수술 상황, 및 **흔치** 않은 위험 요인과 같은 요소들에 의해 결정되는 특히 어려운 상황 하에서 제공된다. 이 부분은 제공되는 마취 서비스의 성격에 상당히 영향을 미치는, 중요하게 인정되는 상황의 목록을 포

함한다. 이 시술들은 단독으로 보고되지 않는다. 그러나 마취시술이나 서비스로 인정되는 부가적인 시술 번호로 보고된다.

- 99100 1세보다 어리고 70세보다 많은 나이의 환자에 대한 마취
주된 마취 시술의 코드에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다.
수술 시에 1세보다 어린 영아에게 시행되는 시술에 대해서는, 0326, 00561, 00834, 00836을 본다.
- 99116 전신 저체온증의 이용으로 복잡해진 마취
주된 마취 시술의 코드에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다.
- 99135 제어된 저혈압의 이용으로 복잡해진 마취
주된 마취 시술의 코드에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다.
- 99140 응급 상황에 의한 복잡한 마취 [구체적으로 명시한다].
주된 마취 시술의 코드에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다.
환자에 대한 치료의 지체가 생명이나 신체 부분에 커다란 위협의 증가를 줄 때, 응급 상황이 존재한다고 정의된다.

2. 마취 부문 코드

- 머리 (head) [00100-00222]
- 목 (neck) [00300-00352]
- 흉곽 (흉벽과 견갑대) thorax (chest wall and shoulder girdle) [00400-00474]
- 흉곽내 (intrathoracic) [00500-00580]
- 척추와 척수 (spine and spinal cord) [00600-00670]
- 상복부 (upper abdomen) [00700-00797]
- 하복부 (lower abdomen) [00800-00882]
- 회음부 (perineum) [00902-00952]
- 골반(엉덩이 제외) pelvis (except hip) [01112-01190]
- 위쪽 다리(무릎 제외) upper leg (except knee) [01200-01274]
- 무릎과 오금 부분 (knee and popliteal area) [01320-01444]
- 하퇴(무릎 아래, 발목과 발 포함) lower leg (below knee, includes ankle and foot) [01462-01522]
- 어깨와 겨드랑이 (shoulder and axilla) [01610-01682]
- 상완과 팔꿈치 (upper arm and elbow) [01710-01782]
- 팔뚝, 손목, 손 (forearm, wrist, and hand) [01810-01860]
- 방사선 시술 (radiological procedures) [01916-01936]
- 화상절제 또는 죽은조직제거 (burn excisions or debridement) [01951-01953]
- 산과적 (obstetric) [01958-01969]
- 기타 시술 (other procedures) [01990-01999]

수술 (surgery)

1. 수술 부문 지침

서비스의 일반적인 보고에 대한 지침은 도입 부문에서 볼 수 있다. **수술 부문**에 대해서 공통성이 있는 일부는, 이 부문에 관련된 사람들의 편의를 위해 여기에서 반복된다. 수술 부문의 고유한 기타 정의와 항목 또한 열거된다.

가. 서비스 (Services)

진료실, 가정, 또는 병원에서 제공되는 서비스와 상담, 그리고 기타 의료 서비스는 E&M 서비스 부문 안에 열거된다[99201-99499]. “특별한 서비스와 보고”[99000-99091] 는 **의약** 부문 안에 열거된다.

나. CPT 수술 패키지 정의 (CPT surgical package definition)

모든 환자에 대한 서비스는, 바로 그 서비스의 성격에 따라 변하기 쉽다. 쉽게 식별할 수 있는 수술의 시술을 나타내는 CPT 코드는 개개의 시술에 따라 서비스의 다양성을 포함한다. 주어진 CPT 수술 코드 안에 “포함되는” 특정 서비스를 정의하는 데 있어서, 다음의 서비스는 항상 수술에 더하여 포함된다:

- 국소 침윤, 중수/중족/손가락, 발가락 차단마취 또는 국소 마취
- 수술에 대한 결정 이후의, 시술 이전의 날이나 시술하는 날의 E&M 내원과 관련된 것 [병력과 신체 검사 포함]
- 수술 기록을 받아쓰는 것, 가족과 기타 의사 또는 기타 자격이 있는 의료인과 대화한 것을 포함한, 즉각적인 수술 후 치료
- 처방을 내리는 것
- 마취후 회복실에서 환자를 평가하는 것
- 일반적인 수술후 후속 치료

다. 진단 목적의 시술에 대한 후속 치료 (Follow-up care for diagnostic procedures)

진단 목적의 시술에 대한 후속 치료 [예, 내시경검사, 관절경검사, 방사선촬영을 위한 주사 시술] 는 오직 진단 목적의 시술 그 자체로부터의 회복과 관련된 치료만을 포함한다. 진단 목적의 시술이 필요한 병태의 치료 또는 기타 동반되는 병태의 치료는 포함되지 않고, 별도로 리스트에 작성되어야 한다.

라. 치료 목적의 수술 시술에 대한 후속 치료 (Follow-up care for therapeutic surgical procedures)

치료 목적의 수술 시술에 대한 후속치료는, 보통 수술 서비스의 일부가 되는 치료만을 포함한다. 합병증, 악화, 재발, 또는 추가의 서비스를 필요로 하는 기타 질병이나 손상이 있으면, 별도로 보고되어야 한다.

마. 물품과 재료 (Supplies and materials)

통상적으로 제공되는 시술에 포함되는 것들을 넘어서는, 물품과 재료 [예, 멸균 쟁반/약]는 별도로 보고

되어야 한다. 제공되는 약, 정반, 물품, 재료를 리스트에 나열하고, 99070 또는 특정 공급 코드로 식별한다.

바. 하나 이상의 시술/서비스 보고하기 (Reporting more than one procedure/service)

동일한 날, 동일한 기간 또는 수술 후 기간 ["수술-패키지" 개념 아래에 있는] 동안 하나 이상의 시술/서비스가 수행되는 경우, 여러 CPT modifiers 가 적용된다. [정의를 보려면 부록 A를 참조한다].

사. 별개의 시술 (Separate procedure)

CPT 코드책에 나열된, 전체의 서비스나 시술의 필수적인 요소로써 흔히 수행되는 일부 시술이나 서비스는 "별개의 시술"이라는 용어의 포함으로 식별된다. "별개의 시술"로써 지정된 코드들은, 필수적인 요소로 여겨지는 전체 시술이나 서비스에 대한 코드에 추가하여 보고되어서는 안 된다.

그러나, "별개의 시술"로써 지정된 시술이나 서비스가 단독으로 시행될 때, 또는 시술이나 서비스가 그 당시에 제공되는 기타 시술/서비스와 관련 없거나 별개라고 여겨지는 경우, 이는 그것만으로 보고되어야 한다. 또는 특정한 "별개의 시술" 코드에 modifier 59를 추가함으로써 기타 시술/서비스에 추가하여 보고되어야 한다. modifier를 추가함으로써 이 시술이 또 다른 시술의 요소가 아니라, 별개의, 독립적인 시술인 것을 나타낼 수 있다. 이는 다른 시간, 다른 시술이나 수술, 다른 위치나 기관계, 별개의 절개/절제, 별개의 병변, 또는 별개의 부상 [또는 광범위한 부상 안에 부상의 위치]을 나타낸다.

아. 목록에 없는 서비스나 시술 (Unlisted service or procedure)

CPT 코드책 이번 판에 목록에 없는 서비스나 시술이 제공될 지도 모른다. 이러한 서비스를 보고할 때에, 아래의 부문에서 논의되는 것처럼 "특별한 보고"에 의해서 서비스를 식별하면서, 적절한 "목록에 없는 시술"코드가 이 서비스를 나타내기 위해 사용된다. 수술 부문에 대한 "목록에 없는 시술"과 동반 코드는 다음과 같다;

- 15999 Unlisted procedure, excision pressure ulcer
- 17999 Unlisted procedure, skin, mucous membrane and subcutaneous tissue
- 19499 Unlisted procedure, breast
- 20999 Unlisted procedure, musculoskeletal system, general
- 21089 Unlisted maxillofacial prosthesis procedure
- 21299 Unlisted craniofacial and maxillofacial procedure
- 21499 Unlisted musculoskeletal procedure, head
- 21899 Unlisted procedure, neck or thorax
- 22899 Unlisted procedure, spine
- 22999 Unlisted procedure, abdomen, musculoskeletal system
- 23929 Unlisted procedure, shoulder
- 24999 Unlisted procedure, humerus or elbow
- 25999 Unlisted procedure, forearm or wrist
- 26989 Unlisted procedure, hands or fingers
- 27299 Unlisted procedure, pelvis or hip joint

27599 Unlisted procedure, femur or knee
 27899 Unlisted procedure, leg or ankle
 28899 Unlisted procedure, foot or toes
 29799 Unlisted procedure, casting or strapping
 29999 Unlisted procedure, arthroscopy
 30999 Unlisted procedure, nose
 31299 Unlisted procedure, accessory sinuses
 31599 Unlisted procedure, larynx
 31899 Unlisted procedure, trachea, bronchi
 32999 Unlisted procedure, lungs and pleura
 33999 Unlisted procedure, cardiac surgery
 36299 Unlisted procedure, vascular injection
 37501 Unlisted vascular endoscopy procedure
 37799 Unlisted procedure, vascular surgery
 38129 Unlisted laparoscopy procedure, spleen
 38589 Unlisted laparoscopy procedure, lymphatic system
 38999 Unlisted procedure, hemic or lymphatic system
 39499 Unlisted procedure, mediastinum
 39599 Unlisted procedure, diaphragm
 40799 Unlisted procedure, lips
 40899 Unlisted procedure, vestibule of mouth
 41599 Unlisted procedure, tongue, floor of mouth
 41899 Unlisted procedure, dentoalveolar structures
 42299 Unlisted procedure, palate, uvula
 42699 Unlisted procedure, salivary glands or ducts
 42999 Unlisted procedure, pharynx, adenoids, or tonsils
 43289 Unlisted laparoscopy procedure, esophagus
 43499 Unlisted procedure, esophagus
 43659 Unlisted laparoscopy procedure, stomach
 43999 Unlisted procedure, stomach
 44238 Unlisted laparoscopy procedure, intestine [except rectum]
 44799 Unlisted procedure, intestine
 44899 Unlisted procedure, Meckel's diverticulum and the mesentery
 44979 Unlisted laparoscopy procedure, appendix
 45499 Unlisted laparoscopy procedure, rectum
 45999 Unlisted procedure, rectum
 46999 Unlisted procedure, anus
 47379 Unlisted laparoscopy procedure, liver
 47399 Unlisted procedure, liver
 47579 Unlisted laparoscopy procedure, biliary tract
 47999 Unlisted procedure, biliary tract
 48999 Unlisted procedure, pancreas
 49329 Unlisted laparoscopy procedure, abdomen, peritoneum and omentum

- 49659 Unlisted laparoscopy procedure, hernioplasty, herniorrhaphy, herniotomy
- 49999 Unlisted procedure, abdomen, peritoneum and omentum
- 50549 Unlisted laparoscopy procedure, renal
- 50949 Unlisted laparoscopy procedure, ureter
- 51999 Unlisted laparoscopy procedure, bladder
- 53899 Unlisted procedure, urinary system
- 54699 Unlisted laparoscopy procedure, testis
- 55559 Unlisted laparoscopy procedure, spermatic cord
- 55899 Unlisted procedure, male genital system
- 58578 Unlisted laparoscopy procedure, uterus
- 58579 Unlisted hysteroscopy procedure, uterus
- 58679 Unlisted laparoscopy procedure, oviduct, ovary
- 58999 Unlisted procedure, female genital system [nonobstetrical]
- 59897 Unlisted female invasive procedure, including ultrasound guidance, when performed
- 59898 Unlisted laparoscopy procedure, maternity care and delivery
- 59899 Unlisted procedure, maternity care and delivery
- 60659 Unlisted laparoscopy procedure, endocrine system
- 60699 Unlisted procedure, endocrine system
- 64999 Unlisted procedure, nervous system
- 66999 Unlisted procedure, anterior segment of eye
- 67299 Unlisted procedure, posterior segment
- 67399 Unlisted procedure, ocular muscle
- 67599 Unlisted procedure, orbit
- 67999 Unlisted procedure, eyelids
- 68399 Unlisted procedure, conjunctiva
- 68899 Unlisted procedure, lacrimal system
- 69399 Unlisted procedure, external ear
- 69799 Unlisted procedure, middle ear
- 69949 Unlisted procedure, inner ear
- 69979 Unlisted procedure, temporal bone, middle fossa approach

자. 특별한 보고 (Special report)

드물게 제공되고, 흔치 않고, 변동이 심하고, 새로운 서비스는 특별한 보고를 필요로 한다. 적절한 정보는 특성, 범위의 충분한 정의나 서술을 포함해야 하고, 시술에 대한 필요성을 포함해야 하고, 서비스를 제공하는 데 필요한 시간, 노력, 장비를 포함해야 한다.

차. 외과적 파괴 (Surgical destruction)

외과적 파괴는 외과적 시술의 일부이다. 기술내용이 문제나 병태의 일반적인 관리를 실질적으로 바꾸지 않는 한, 파괴의 다른 방법은 원래 별도로 리스트에 나열되지 않는다. 특별한 상황 하에 있는 예외는 별개의 코드 번호별로 제공된다.

2. 수술 부문 코드

General [10021-10022]

Integumentary system [10040-19499]

Skin, subcutaneous, and accessory structures [10040-11646]

- incision and drainage [10040-10180]
- debridement [11000-11047]
- paring or cutting [11055-11057]
- biopsy [11100-11101]
- removal of skin tags [1120-11201]
- shaving of epidermal or dermal lesion [11300-11313]
- excision - benign lesions [11400-11471]
- excision - malignant lesions [11600-11646]

Nails [11719-11765]

Pilonidal cyst [11770-11772]

Introduction [11900-11983]

Repair(closure) [12001-16036]

- repair - simple [12001-12021]
- repair - intermediate [12031-12057]
- repair - complex [13100-13160]
- adjacent tissue transfer or rearrangement [14000-14350]
- skin replacement surgery [15002-15278]
- flaps [15570-15738]
- other flaps and grafts [15740-15777]
- other procedures [15780-15879]
- pressure ulcers [15920-15999]
- burns, local treatment [16000-16036]

Destruction [17000-17999]

- destruction, benign or premalignant lesions [17000-17250]
- destruction, malignant lesions, any method [17260-17286]
- Mohs micrographic surgery [17311-17315]
- other procedures [17340-17999]

Breast [19000-19499]

- incision [19000-19030]
- excision [19100-19272]
- introduction [19290-19298]
- mastectomy procedures [19300-19307]
- repair and/or reconstruction [19316-19396]
- other procedures [19499]

musculoskeletal system [20005-29999]

General [20005-20999]

- incision [20005-20005]
- wound exploration - trauma [20100-20103]
- excision [20150-20251]
- introduction or removal [20500-20697]
- replantation [20802-20838]
- grafts (or implants) [20900-20938]
- other procedures [20950-20999]

Head [21010-21499]

- incision [21010]
- excision [21011-21070]
- manipulation [21073]
- head prosthesis [21076-21089]
 - other procedures [21089-21089]
- introduction or removal [21100-21116]
- repair, revision, and/or reconstruction [21120-21296]
- other procedures [21299]
- fracture and/or dislocation [21310-21497]
- other procedures [21499]

Neck(soft tissue) and thorax [21501-21899]

- incision [21501-21510]
- excision [21550-21632]
- repair, revision, and/or reconstruction [21685-21750]
- fracture and/or dislocation [21800-21825]
- other procedures [21899]

Back and flank [21920-21936]

- excision [21920-21936]

Spine(vertebral column) [22010-22899]

- incision [22010-22015]
- excision [22100-22116]
- osteotomy [22206-22226]
- fracture and/or dislocation [22305-22328]
- manipulation [22505]
- vertebral body, embolization or injection [22520-22527]
- arthrodesis [22532-22819]
 - lateral extracavitary approach technique [22532-22534]
 - anterior or anterolateral approach technique [22548-22586]
 - posterior or posterolateral or lateral transverse process technique [22590-22634]
 - spine deformity (eg. scoliosis, kyphosis) [22800-22819]
- exploration [22830]
- spinal instrumentation [22840-22865]
- other procedures [22899]

Abdomen [22900-22999]

- excision [22900-22905]
- other procedures [22999]

Shoulder [23000-23929]

- incision [23000-23044]
- excision [23065-23220]
- introduction or removal [23330-23350]
- repair, revision, and/or reconstruction [23395-23491]
- fracture and/or dislocation [23500-23680]
- manipulation [23700-23700]
- arthrodesis [23800-23802]
- amputation [23900-23921]
- other procedures [23929]

Humerus(upper arm) and elbow [23930-24999]

- incision [23930-24006]
- excision [24065-24155]
- introduction or removal [24160-24220]
- repair, revision, and/or reconstruction [24300-24498]
- fracture and/or dislocation [24500-24685]
- arthrodesis [24800-24802]
- amputation [24900-24940]
- other procedures [24999]

Forearm and wrist [25000-25999]

- incision [25000-25040]
- excision [25065-25240]
- introduction or removal [25246-25259]
- repair, revision, and/or reconstruction [25260-25492]
- fracture and/or dislocation [25500-25695]
- arthrodesis [25800-25830]
- amputation [25900-25931]
- other procedures [25999]

Hand and fingers [26010-26989]

- incision [26010-26080]
- excision [26100-26262]
- introduction or removal [26320-26320]
- repair, revision, and/or reconstruction [26340-26596]
- fracture and/or dislocation [26600-26785]
- arthrodesis [26820-26863]
- amputation [26910-26952]
- other procedures [26989]

Pelvis and hip joint [26990-27299]

- incision [26990-27036]
- excision [27040-27080]
- introduction or removal [27086-27096]

- repair, revision, and/or reconstruction [27097-27187]
- fracture and/or dislocation [27193-27269]
- manipulation [27275]
- arthrodesis [27280-27286]
- amputation [27290-27295]
- other procedures [27299]

Femur(thigh region) and knee joint [27301-27599]

- incision [27301-27310]
- excision [27323-27365]
- introduction or removal [27370-27372]
- repair, revision, and/or reconstruction [27380-27499]
- fracture and/or dislocation [27500-27566]
- manipulation [27570-27570]
- arthrodesis [27580]
- amputation [27590-27598]
- other procedures [27599]

Leg(tibia and fibula) and ankle joint [27600-27899]

- incision [27600-27612]
- excision [27613-27647]
- introduction or removal [27648]
- repair, revision, and/or reconstruction [27650-27745]
- fracture and/or dislocation [27750-27848]
- manipulation [27860-27860]
- arthrodesis [27870-27871]
- amputation [27880-27889]
- other procedures [27892-27899]

Foot and toes [28001-28899]

- incision [28001-28035]
- excision [28043-28175]
- introduction or removal [28190-28193]
- repair, revision, and/or reconstruction [28200-28360]
- fracture and/or dislocation [28400-28675]
- arthrodesis [28705-28760]
- amputation [28800-28825]
- other procedures [28890-28899]

Applications of casts and strapping [29000-29799]

- body and upper extremity [29000-29280]
 - casts [29000-29086]
 - splints [29105-29131]
 - strapping -any age [29200-29280]
- lower extremity [29305-29584]
 - casts [29305-29450]
 - splints [29505-29515]

strapping –any age [29520–29584]

- removal or repair [29700-29750]
- other procedures [29799]

Endoscopy/arthroscopy [29800-29999]

Respiratory system [30000–32999]

Nose [30000-30999]

- incision [30000-30020]
- excision [30100-30160]
- introduction [30200-30220]
- removal of foreign body [30300-30320]
- repair [30400-30630]
- destruction [30801-30802]
- other procedures [30901-30999]

Accessory sinuses [31000-31299]

- incision [31000-31090]
- excision [31200-31230]
- endoscopy [31231-31297]
- other procedures [31299]

Larynx [31300-31599]

- excision [31300-31420]
- introduction [31500-31502]
- endoscopy [31505-31579]
- repair [31580-31590]
- destruction [31595]
- other procedures [31599]

Trachea and bronchi [31600-31899]

- incision [31600-31614]
- endoscopy [31615-31651]
- bronchial thermoplasty [31660-31661]
- introduction [31717-31730]
- excision, repair [31750-31830]
- other procedures [31899]

Lungs and pleura [32035-32999]

- incision [32035-32225]
- excision/resection [32310-32405]
- removal [32440-32540]
- introduction and removal [32550-32557]
- destruction [32560-32562]
- thoracoscopy (video-assisted thoracic surgery) [32601-32674]
- stereotactic radiation therapy [32701]
- repair [32800-32820]

- lung transplantation [32850-32856]
- surgical collapse therapy; thoracoplasty [32900-32960]
- other procedures [32997-32999]

Cardiovascular system [33010–37799]

Heart and pericardium [33010-33999]

- pericardium [33010-33050]
- cardiac tumor [33120-33130]
- transmyocardial revascularization [33140-33141]
- pacemaker or pacing cardioverter defibrillator [33202-33249]
- electrophysiologic operative procedures [33250-33266]
 - incision [33250–33264]
 - endoscopy [33265–33266]
- patient-activated event recorder [33282-33284]
- heart (including valves) and great vessels [33300-33335]
- cardiac valves [33361-33487]
 - aortic valve [33361–33417]
 - mitral valve [33420–33430]
 - tricuspid valve [33460–33468]
 - pulmonary valve [33470–33478]
- other valvular procedures [33496]
- coronary artery anomalies [33500-33507]
- endoscopy [33508]
- venous grafting only for coronary artery bypass [33510-33516]
- combined arterial-venous grafting for coronary bypass [33517-33530]
- arterial grafting for coronary artery bypass [33533-33548]
- coronary endarterectomy [33572]
- single ventricle and other complex cardiac anomalies [33600-33622]
- septal defect [33641-33697]
- sinus of Valsalva [33702-33722]
- venous anomalies [33724-33732]
- shunting procedures [33735-33768]
- transposition of the great vessels [33770-33783]
- truncus arteriosus [33786-33788]
- aortic anomalies [33800-33853]
- thoracic aortic aneurysm [33860-33877]
- endovascular repair of descending thoracic aorta [33880-33891]
- pulmonary artery [33910-33926]
- heart/lung transplantation [33930-33945]
- cardiac assist [33960-33993]
- other procedures [33999]

Arteries and veins [34001-37799]

- embolectomy/thrombectomy [34001-34490]
 - arterial, with or without catheter [34001-34203]
 - venous, direct or with catheter [34401-34490]
 - venous reconstruction [34501-34530]
 - endovascular repair of abdominal aortic aneurysm [34800-34834]
 - endovascular repair of iliac aneurysm [34900]
 - direct repair of aneurysm or excision (partial or total) and graft insertion for aneurysm, pseudoaneurysm, ruptured aneurysm, and associated occlusive diseases [35001-35152]
 - repair arteriovenous fistula [35180-35190]
 - repair blood vessel other than for fistula, with or without patch angioplasty [35201-35286]
 - thromboendarterectomy [35301-35390]
 - angiосcopy [35400]
 - transluminal angioplasty [35450-35476]
 - open [35450-35460]
 - percutaneous [35471-35476]
- Hemic and lymphatic system [38100-38999]
- bypass graft [35500-35671]
 - vein [35500-35572]
 - in-situ vein [35583-35587]
 - other Than vein [35600-35671]
 - composite grafts [35681-35683]
 - adjuvant techniques [35685-35686]
 - arterial transposition [35691-35697]
 - excision, exploration, repair, revision [35700-35907]
 - vascular injection procedures [36000-36598]
 - intravenous [36000-36015]
 - intra-arterial, intra-aortic [36100-36299]
 - venous [36400-36522]
 - central venous access procedures [36555-36598]
 - insertion of central venous access device [36555-36571]
 - repair of central venous access device [36575]
 - partial replacement of central venous access device(catheter only) [36578-36578]
 - complete replacement of central venous access device through same venous access site [36580-36585]
 - removal of central venous access device [36589-36590]
 - other central venous access procedures [36591-36598]
 - arterial [36600-36660]
 - intraosseous [36680]
 - hemodialysis access, intervascular cannulation for extracorporeal circulation, or shunt insertion [366800-36870]
 - portal decompression procedures [37140-37183]
 - transcatheter procedures [37184-37216]

arterial mechanical thrombectomy [37184-37186]

venous mechanical thrombectomy [37187-37188]

other procedures [37191-37216]

- endovascular revascularization (open or percutaneous, transcatheter) [37220-37235]
- intravascular ultrasound services [37250-37251]
- endoscopy [37500-37501]
- ligation [37565-37785]
- other procedures [37799-37799]

Mediastinum and diaphragm [39000-39599]

- Mediastinum [39000-39499]
 - incision [39000-39010]
 - excision/resection [39200-39220]
 - endoscopy [39400-39400]
 - other procedures [39499-39499]
- Diaphragm [39501-39599]
 - repair [39501-39561]
 - other procedures [39599-39599]

Digestive system [40490-49999]

- Lips [40490-40799]
 - excision [40490-40530]
 - repair (cheiloplasty) [40650-40761]
 - other procedures [40799]
- Vestibule of mouth [40800-40899]
 - incision [40800-40806]
 - excision, destruction [40808-40820]
 - repair [40830-40845]
 - other procedures [40899]
- Tongue and floor of mouth [41000-41599]
 - incision [41000-41019]
 - excision [41100-41155]
 - repair [41250-41252]
 - other procedures [41500-41599]
- Dentoalveolar structures [41800-41899]
 - incision [41800-41806]
 - excision, destruction [41820-41850]
 - other procedures [41870-41899]
- Palate and uvula [42000-42299]
 - incision [42000]
 - excision, destruction [42100-42160]
 - repair [42180-42281]
 - other procedures [42299]

- Salivary gland and ducts [42300-42699]
 - incision [42300-42340]
 - excision [42400-42450]
 - repair [42500-42510]
 - other procedures [42550-42699]
- Pharynx, adenoids, and tonsils [42700-42999]
 - incision [42700-42725]
 - excision, destruction [42800-42894]
 - repair [42900-42953]
 - other procedures [42955-42999]
- Esophagus [43020-43499]
 - incision [43020-43045]
 - excision [43100-43135]
 - endoscopy [43200-43273]
 - laparoscopy [43279-43289]
 - repair [43300-43425]
 - manipulation [43450-43460]
 - other procedures [43496-43499]
- Stomach [43500-43999]
 - incision [43500-43520]
 - excision [43605-43641]
 - laparoscopy [43644-43659]
 - introduction [43752-43761]
 - bariatric surgery [43770-43775]
 - laparoscopy [43770-43775]
 - other procedures [43800-43999]
- Intestine (except rectum) [44005-44799]
 - incision [44005-44055]
 - excision [44100-44160]
 - laparoscopy [44180-44238]
 - incision [44180]
 - enterostomy-external fistulization of intestines [44186-44188]
 - excision [44202-44213]
 - repair [44227]
 - other procedures [44238]
 - enterostomy-external fistulization of intestines [44300-44346]
 - endoscopy, small intestine and stomal [44360-44397]
 - introduction [44500]
 - repair [44602-44680]
 - other procedures [44700-44799]
- Meckel's diverticulum and the mesentery [44800-44899]
 - excision [44800-44820]
 - suture [44850]

- other procedures [44899]
- Appendix [44900-44979]
 - incision [44900-44901]
 - excision [44950-44960]
 - laparoscopy [44970-44979]
- Rectum [45000-45999]
 - incision [45000-45020]
 - excision [45100-45172]
 - destruction [45190]
 - endoscopy [45300-45392]
 - laparoscopy [45395-45499]
 - excision [45395-45397]
 - repair [45400-45499]
 - repair [45500-45825]
 - manipulation [45900-45915]
 - other procedures [45990-45999]
- Anus [46020-46999]
 - incision [46020-46083]
 - excision [46200-46320]
 - introduction [46500-46505]
 - endoscopy [46600-46615]
 - repair [46700-46947]
 - destruction [46900-46942]
 - other procedures [46999]
- Liver [47000-47399]
 - incision [47000-47015]
 - excision [47100-47130]
 - liver transplantation [47133-47147]
 - repair [47300-47362]
 - laparoscopy [47370-47379]
 - other procedures [47380-47399]
- Biliary tract [47400-47999]
 - incision [47400-47480]
 - introduction [47490-47530]
 - endoscopy [47550-47556]
 - laparoscopy [47560-47579]
 - excision [47600-47715]
 - repair [47720-47900]
 - other procedures [47999]
- Pancreas [48000-48999]
 - incision [48000-48020]
 - excision [48100-48160]
 - introduction [48400]

- repair [48500–48548]
- pancreas transplantation [48550–48556]
- other procedures [48999]
- Abdomen, peritoneum, and omentum [49000-49999]
 - incision [49000–49084]
 - excision, destruction [49180–49255]
 - laparoscopy [49320–49329]
 - introduction, revision, removal [49400–49465]
 - initial placement [49440–49442]
 - conversion [49446]
 - replacement [49450–49452]
 - mechanical removal of obstructive material [49460]
 - other [49465]
 - repair [49491–49659]
 - hernioplasty, herniorrhaphy, herniotomy [49491–49659]
 - laparoscopy [49650–49659]
 - suture [49900]
 - other procedures [49904–49999]

Urinary system [50010–53899]

- Kidney [50010-50593]
 - incision [50010–50135]
 - excision [50200–50290]
 - renal transplantation [50300–50380]
 - introduction [50382–50398]
 - renal pelvis catheter procedures [50382–50389]
 - internally dwelling [50382–50386]
 - externally accessible [50387–50389]
 - other introduction procedures [50390–50398]
 - repair [50400–50540]
 - laparoscopy [50541–50549]
 - endoscopy [50551–50580]
 - other procedures [50590–50593]
- Ureter [50600-50980]
 - incision [50600–50630]
 - excision [50650–50660]
 - introduction [50684–50690]
 - repair [50700–50940]
 - laparoscopy [50945–50949]
 - endoscopy [50951–50980]
- Bladder [51020-52700]
 - incision [51020–51080]

removal [51100–51102]
excision [51500–51597]
introduction [51600–51720]
urodynamics [51725–51798]
repair [51800–51980]
laparoscopy [51990–51999]
endoscopy–cystoscopy, urethroscopy, cystourethroscopy [52000–52010]
transurethral surgery [52204–52355]
 urethra and bladder [52204–52318]
 ureter and pelvis [52320–52355]
vesical neck and prostate [52400–52700]

- Urethra [53000–53899]
 - incision [53000–53085]
 - excision [53200–53275]
 - repair [53400–53520]
 - manipulation [53600–53665]
 - other procedures [53850–53899]

Male genital system [54000–55899]

- Penis [54000–54450]
 - incision [54000–54015]
 - destruction [54050–54065]
 - excision [54100–54164]
 - introduction [54200–54250]
 - repair [54300–54440]
 - manipulation [54450]
- Testis [54500–54699]
 - excision [54500–54535]
 - exploration [54550–54560]
 - repair [54600–54680]
 - laparoscopy [54690–54699]
- Epididymis [54700–54901]
 - incision [54700]
 - excision [54800–54861]
 - exploration [54865]
 - repair [54900–54901]
- Tunica vaginalis [55000–55060]
 - incision [55000]
 - excision [55040–55041]
 - repair [55060]
- Scrotum [55100–55180]
 - incision [55100–55120]

- excision [55150]
 - repair [55175–55180]
- Vas deferens [55200-55450]
 - incision [55200]
 - excision [55250]
 - introduction [55300]
 - repair [55400]
 - suture [55450]
- Spermatic cord [55500-55559]
 - excision [55500–55540]
 - laparoscopy [55550–55559]
- Seminal vesicles [55600-55680]
 - incision [55600–55605]
 - excision [55650–55680]
- Prostate [55700-55899]
 - incision [55700–55725]
 - excision [55801–55865]
 - laparoscopy [55866]
 - other procedures [55870–55899]
- Reproductive system procedures [55920]
- Intersex surgery [55970-55980]

Female genital system [56405–58999]

- Vulva, perineum, and introitus [56405-56821]
 - incision [56405–56442]
 - destruction [56501–56515]
 - excision [56605–56740]
 - repair [56800–56810]
 - endoscopy [56820–56821]
- Vagina [56700-57426]
 - incision [57000–57023]
 - destruction [57061–57065]
 - excision [57100–57135]
 - introduction [57150–57180]
 - repair [57200–57335]
 - manipulation [57400–57415]
 - endoscopy/laparoscopy [57420–57426]
- Cervix uteri [57452-57800]
 - endoscopy [57452–57461]
 - excision [57500–57558]
 - repair [57700–57720]
 - manipulation [57800]

- Corpus uteri [58100-58579]
 - excision [58100–58294]
 - hysterectomy procedures [58150–58294]
 - introduction [58300–58536]
 - repair [58400–58540]
 - laparoscopy/hysteroscopy [58541–58579]
- Oviduct/ovary [58600-58770]
 - incision [58600–58615]
 - laparoscopy [58660–58679]
 - excision [58700–58720]
 - repair [58740–58770]
- Ovary [58800-58960]
 - incision [58800–58825]
 - excision [58900–58960]
- In vitro fertilization [58970-58999]
 - other procedures [58999]
- Maternity care and delivery [59000-59899]
 - antepartum and fetal invasive services [59000–59076]
 - excision [59100–59160]
 - introduction [59200]
 - repair [59300–59350]
 - vaginal delivery, antepartum and postpartum care [59400–59430]
 - cesarean delivery [59510–59525]
 - delivery after previous cesarean delivery [59610–59622]
 - abortion [59812–59857]
 - other procedures [59866–59899]

Endocrine system [60000–60699]

- Thyroid gland [60000-60300]
 - incision [60000]
 - excision [60100–60281]
 - removal [60300]
- Parathyroid, thymus, adrenal glands, pancreas, and carotid body [60500-60699]
 - excision [60500–60605]
 - laparoscopy [60650–60659]
 - other procedures [60699]

Nervous system [61000–64999]

- Skull, meninges, and brain [61000-62258]
 - injection, drainage, or aspiration [61000–61070]
 - twist drill, burr hole(s), or trephine [61105–61253]

- craniectomy or craniotomy [61304–61576]
- surgery of skull base [61580–61619]
 - approach procedures [61580–61598]
 - anterior cranial fossa [61580–61586]
 - middle cranial fossa [61590–61592]
 - posterior cranial fossa [61595–61598]
 - definitive procedures [61600–61616]
 - base of anterior cranial fossa [61600–61601]
 - base of middle cranial fossa [61605–61613]
 - base of posterior cranial fossa [61615–61616]
 - repair and/or reconstruction of surgical defects of skull base [61618–61619]
- endovascular therapy [61623–61642]
- surgery for aneurysm, arteriovenous malformation, or vascular disease [61680–61791]
- stereotaxis [61720–61791]
- stereotactic radiosurgery (cranial) [61796–61800]
- neurostimulators (intracranial) [61850–61888]
- repair [62000–62148]
- neuroendoscopy [62160–62165]
- cerebrospinal fluid(CSF) shunt [62180–62258]
- Spine and spinal cord [62263–63746]
 - injection, drainage, or aspiration [62263–62319]
 - catheter implantation [62350–62355]
 - reservoir/pump implantation [62360–62370]
 - posterior extradural laminotomy or laminectomy for exploration/decompression of neural elements or excision of herniated intervertebral discs [63001–63051]
 - transpedicular or costovertebral approach for posterolateral extradural exploration/decompression [63055–63066]
 - anterior or anterolateral approach for extradural exploration/decompression [63075–63091]
 - lateral extracavitary approach for extradural exploration/decompression [63101–63103]
 - incision [63170–63200]
 - excision by laminectomy of lesion other than herniated disc [63250–63295]
 - excision, anterior or anterolateral approach, intraspinal lesion [63300–63308]
 - stereotaxis [63600–63615]
 - stereotactic radiosurgery [63620–63621]
 - neurostimulators (spinal) [63650–63688]
 - repair [63700–63710]
 - shunt, spinal CSF [63740–63746]
- Extracranial nerves, peripheral nerves, and autonomic nervous system [64400–64999]
 - introduction/injection of anesthetic agent (nerve block), diagnostic or therapeutic [64400–64530]

- somatic nerves [64400–64484]
- paravertebral spinal nerves and branches [64490–64495]
- autonomic nerves [64505–64530]
- neurostimulators (peripheral nerve) [64550–64595]
- destruction by neurolytic agent (eg, chemical, thermal, electrical or radiofrequency), chemodenerivation [64600–64681]
 - somatic nerves [64600–64640]
 - sympathetic nerves [64650–64681]
- neuroplasty (exploration, neurolysis or nerve decompression) [64702–64727]
- transection or avulsion [64732–64772]
- excision [64774–64823]
 - somatic nerves [64774–64795]
 - sympathetic nerves [64802–64823]
- neurorrhaphy [64831–64876]
- neurorrhaphy with nerve graft, vein graft, or conduit [64885–64911]
- other procedures [64999]

Eye and ocular adnexa [65901–68899]

- Eyeball [65091–65290]
 - removal of eye [65091–65114]
 - secondary implant(s) procedures [65125–65175]
 - removal of foreign body [65205–65265]
 - repair of laceration [65270–65290]
- Anterior segment [65400–66999]
 - cornea [65400–65782]
 - excision [65400–65426]
 - removal or destruction [65430–65600]
 - keratoplasty [65710–65757]
 - other procedures [65760–65782]
 - anterior chamber [65800–66030]
 - incision [65800–65880]
 - removal [65900–65930]
 - introduction [66020–66030]
 - anterior sclera [66130–66250]
 - excision [66130–66175]
 - aqueous shunt [66180–66185]
 - repair or revision [66220–66250]
 - iris, ciliary body [66500–66770]
 - incision [66500–66505]
 - excision [66600–66635]
 - repair [66680–66682]
 - destruction [66700–66770]

- lens [66820–66940]
 - incision [66820–66825]
 - removal [66830–66940]
- intraocular lens procedures [66982–66986]
- other procedures [66990–66999]
- Posterior segment [67005–67299]
 - vitreous [67005–67043]
 - retina or choroid [67101–67229]
 - repair [67101–67121]
 - prophylaxis [67141–67145]
 - destruction [67208–67229]
 - posterior sclera [67250–67255]
 - repair [67250–67255]
 - other procedures [67299]
- Ocular adnexa [67311–67999]
 - extraocular muscles [67311–67399]
 - other procedures [67399]
 - orbit [67400–67599]
 - exploration, excision, decompression [67400–67450]
 - other procedures [67500–67599]
 - eyelids [67700–67999]
 - incision [67700–67810]
 - excision, destruction [67800–67850]
 - tarsorrhaphy [67875–67882]
 - repair (brow ptosis, blepharoptosis, lid retraction, ectropion, entropion) [67900–67924]
 - reconstruction [67930–67975]
 - other procedures [67999]
- Conjunctiva [68020–68899]
 - incision and drainage [68020–68040]
 - excision and/or destruction [68100–68135]
 - injection [68200]
 - conjunctivoplasty [68320–68340]
 - other procedures [68360–68399]
 - lacrimal system [68400–68899]
 - incision [68400–68440]
 - excision [68500–68550]
 - repair [68700–68770]
 - probing and/or related procedures [68801–68850]
 - other procedures [68899]

Auditory system [69000–69979]

- External ear [69000-69399]
 - incision [69000-69090]
 - excision [69100-69155]
 - removal [69200-69222]
 - repair [69300-69320]
 - other procedures [69399]
- Middle ear [69400-69799]
 - introduction [69400-69405]
 - incision [69420-69450]
 - excision [69501-69554]
 - repair [69601-69676]
 - other procedures [69700-69799]
- Inner ear [69801-69949]
 - incision and/or destruction [69801-69840]
 - excision [69905-69915]
 - introduction [69930]
 - other procedures [69949]
- Temporal bone, middle fossa approach [69950-69979]
 - other procedures [69979]
- Operating microscope [69990]

방사선 (Radiology)

1. 방사선 부문 지침 (핵의학 및 진단용 초음파 포함)

서비스의 일반 보고에 대한 지침은 도입 부문에서 볼 수 있다. **방사선** [핵의학과 진단용 초음파 포함] 부문에 대해서 공통성이 있는 일부는, 이 부문에 관련된 사람들의 편의를 위해 여기에서 반복된다. 방사선 부문의 고유한 기타 정의와 항목 또한 열거된다.

가. 시행주체 목록 (Subject listings)

의사나 기타 자격이 있는 의료인의 책임 있는 관리 하에서 방사선 서비스가 수행될 때, 시행주체 목록 (Subject listings) 이 적용된다.

나. 별개의 시술 (Separate procedures)

CPT 코드책에 나열된, 전체의 서비스나 시술의 필수적인 요소로써 흔히 수행되는 일부 시술이나 서비스는 “별개의 시술”이라는 용어의 포함으로 식별된다. “별개의 시술”로써 지정된 코드들은, 필수적인 요소로 여겨지는 전체 시술이나 서비스에 대한 코드에 추가하여 보고되어서는 안 된다.

그러나, “별개의 시술”로써 지정된 시술이나 서비스가 단독으로 시행될 때, 또는 시술이나 서비스가 그 당시에 제공되는 기타 시술/서비스와 관련 없거나 별개라고 여겨지는 경우, 이는 그것만으로 보고되어야 한다. 또는 특정한 “별개의 시술” 코드에 modifier 59를 추가함으로써 기타 시술/서비스에 추가하여 보고되어야 한다. modifier를 추가함으로써 이 시술이 또 다른 시술의 요소가 아니라, 별개의, 독립적인 시술인 것을 나타낼 수 있다. 이는 다른 시간이나 환자 내원, 다른 시술이나 수술, 다른 위치나 기관계, 별개의 절개/절제, 별개의 병변, 별개의 부상 또는 광범위한 부상 안에 부상의 위치를 나타낸다.

다. 목록에 없는 서비스나 시술 (Unlisted service or procedure)

CPT 코드책 이번 판에 목록에 없는 서비스나 시술이 제공될지도 모른다. 이러한 서비스를 보고할 때에, 아래에서 논의되는 것처럼 “특별한 보고”에 의해서 서비스를 식별하면서, 적절한 “목록에 없는 시술”코드가 이 서비스를 나타내기 위해 사용된다. **방사선**[핵의학과 진단용 초음파 포함] 부문에 대한 “목록에 없는 시술”과 동반 코드는 다음과 같다;

- 76496 Unlisted fluoroscopic procedure [eg, diagnostic, interventional]
- 76497 Unlisted computed tomography procedure [eg, diagnostic, interventional]
- 76498 Unlisted magnetic resonance procedure [eg, diagnostic, interventional]
- 76499 Unlisted diagnostic radiographic procedure
- 76999 Unlisted ultrasound procedure [eg, diagnostic, interventional]
- 77299 Unlisted procedure, therapeutic radiology clinical treatment planning
- 77399 Unlisted procedure, medical radiation physics, dosimetry and treatment devices, and special services
- 77499 Unlisted procedure, therapeutic radiology treatment management
- 77799 Unlisted procedure, clinical brachytherapy

- 78099 Unlisted endocrine procedure, diagnostic nuclear medicine
- 78199 Unlisted hematopoietic, reticuloendothelial and lymphatic procedure, diagnostic nuclear medicine
- 78299 Unlisted gastrointestinal procedure, diagnostic nuclear medicine
- 78399 Unlisted musculoskeletal procedure, diagnostic nuclear medicine
- 78499 Unlisted cardiovascular procedure, diagnostic nuclear medicine
- 78599 Unlisted respiratory procedure, diagnostic nuclear medicine
- 78699 Unlisted nervous system procedure, diagnostic nuclear medicine
- 78799 Unlisted genitourinary procedure, diagnostic nuclear medicine
- 78999 Unlisted miscellaneous procedure, diagnostic nuclear medicine
- 79999 Radiopharmaceutical therapy, unlisted procedure

라. 특별한 보고 (Special report)

드물게 제공되고, 흔치 않고, 변동이 심하고, 새로운 서비스는 특별한 보고를 필요로 한다. 적절한 정보는 특성, 범위의 충분한 정의나 서술을 포함해야 하고, 시술에 대한 필요성을 포함해야 하고, 서비스를 제공하는 데 필요한 시간, 노력, 장비를 포함해야 한다.

마. 감독과 판독 (Supervision and interpretation)

영상검사는 특정한 시술을 수행하는 동안 필요하다. 또는 특정한 영상검사를 동반한 시술은 영상되는 부분에 접근하기 위해서 외과적 시술을 필요로 한다. 많은 영상검사 서비스는 영상검사 안내를 포함한다. 영상검사 안내는 별도로 보고할 수 없고, 명칭이나 지침에서도 그렇게 하도록 언급되지 않는다. 영상검사가 외과적 시술 또는 **의약** 부문에서의 시술에 포함되지 않는다면, 영상검사 안내 코드 또는 “방사선 감독과 판독”이라고 명시된 코드는 영상검사를 필요로 하는 서비스의 부분으로 보고된다. 두 개의 서비스는 영상검사 기록과 방사선 감독, 판독을 필요로 한다. 그리고 보고서 작성 서비스는 별개의 판독을 필요로 한다.

[방사선 감독과 판독 코드는 방사선 종양학 하위부문에 적용되지 않는다.]

바. 조영제 투여 (Administration of contrast material(s))

영상의 증강을 위해 조영제를 사용하여 시행된 시술에 대한 코드에서 사용되는 “조영물질을 사용한”이라는 용어는, 혈관내, 관절내, 또는 경막내로 투여된 조영 물질을 나타낸다. 관절내 주사의 경우, 적절한 관절 주사 코드를 사용한다. 방사선 관절조영술이 시행되는 경우에는, 적절한 관절에 대한 관절조영술 관리와 판독 코드 또한 사용한다[이는 투시검사도 포함한다]. CT 또는 MRI 관절조영술이 방사선 관절조영술없이 시행되는 경우에는, 적절한 관절 주사 코드, 적절한 CT 또는 MRI 코드[“조영물질을 사용한” 또는 “조영물질을 사용하지 않은”], 조영물질 주사의 바늘 자리에 대한 적절한 영상검사 안내 코드를 사용한다. CT, MRI, MRA를 사용한 척추 검사의 경우에는, “조영 물질을 사용한”이라는 용어는 경막내 또는 혈관내 주사를 포함한다. 경막내 주사의 경우에는, 61055 or 62284 또한 사용한다. 혈관내 조영물질의 주사는, “조영물질을 사용한” CT, CTA, MRI, MRA 시술의 일부이다. 경구 및 직장 조영 물질 투여 단독으로는 “조영물질을 사용한” 검사로서 인정되지 않는다.

사. 작성된 보고서

판독하는 개인에 의해서 서명된, 작성된 보고서는 방사선 기술이나 판독의 필수적인 부분으로 고려되어야 한다.

2. 방사선 부문 코드

- Diagnostic radiology (diagnostic imaging) [70010-76499]
 - head and neck [70010-70559]
 - chest [71010-71555]
 - spine and pelvis [72010-72295]
 - upper extremities [73000-73225]
 - lower extremities [73500-73725]
 - abdomen [74000-74190]
 - gastrointestinal tract [74210-74363]
 - urinary tract [74400-74485]
 - gynecological and obstetrical [74710-74775]
 - heart [75557-75574]
 - vascular procedures [75600-75989]
 - aorta and arteries [75600-75791]
 - veins and lymphatics [75801-75893]
 - transcatheter procedures [75894-75989]
 - transluminal atherectomy [75592-75996]
 - other procedures [76000-76499]
- Diagnostic ultrasound [76506-76999]
 - head and neck [76506-76536]
 - chest [76604-76645]
 - abdomen and retroperitoneum [76700-76776]
 - spinal canal [76800]
 - pelvis [76801-76857]
 - obstetrical [76801-76828]
 - nonobstetrical [76830-76857]
 - genitalia [76870-76873]
 - extremities [76881-76886]
 - ultrasonic guidance procedures [76930-76965]
 - other procedures [76970-76999]
- Radiologic guidance [77001-77032]
 - fluoroscopic guidance [77001-77003]
 - computed tomography guidance [77011-77014]
 - magnetic resonance guidance [77021-77022]
 - other radiologic guidance [77031-77032]
- Breast, mammography [77051-77059]
- Bone/joint studies [77071-77084]

- Radiation oncology [77261-77799]
 - clinical treatment planning (external and internal sources) [77261–77299]
 - medical radiation physics, dosimetry, treatment devices, and special services [77300–77370]
 - stereotactic radiation treatment delivery [77371–77373]
 - other procedures [77399]
 - radiation treatment delivery [77401–77425]
 - neutron beam treatment delivery [77422–77425]
 - radiation treatment management [77427–77499]
 - proton beam treatment delivery [77520–77525]
 - hyperthermia [77600–77615]
 - clinical intracavitary hyperthermia [77620]
 - clinical brachytherapy [77750–77799]
- Nuclear medicine [78012-79990]
 - diagnostic [78012–78999]
 - endocrine system [78012–78099]
 - hematopoietic, reticuloendothelial and lymphatic system [78102–78199]
 - gastrointestinal system [78201–78299]
 - musculoskeletal system [78300–78399]
 - cardiovascular system [78414–78499]
 - respiratory system [78579–78599]
 - nervous system [78600–78699]
 - genitourinary system [78700–78799]
 - other procedures [78800–78999]
 - therapeutic [79005–79999]

병리 및 임상병리 (Pathology and Laboratory)

1. 병리 및 임상병리 부문 지침

서비스의 일반 보고에 대한 지침은 도입 부문에서 볼 수 있다. **병리와 임상병리** 부문에 대해서 이 부문에 관련된 사람들의 편의를 위해, 공통성이 있는 일부는 여기에서 반복된다. 병리와 임상병리 부문의 고유한 기타 정의와 항목 또한 열거된다.

가. 병리와 임상병리 내 서비스 (services in pathology and laboratory)

병리와 임상병리 내 서비스는, 의사에 의해서 또는 의사의 책임_있는 감독 하에서 기술자에 의해서 제공된다.

나. 별개의 또는 다중 시술 (separate or multiple procedures)

동일한 날에 제공되는 다중 시술은 별개의 항목으로 지정하는 것이 적절하다.

다. 목록에 없는 서비스나 시술 (unlisted service or procedure)

CPT 코드책 이번 판에 목록에 없는 서비스나 시술이 제공될 지도 모른다. 이러한 서비스를 보고할 때에, 아래에서 논의되는 것처럼 “특별한 보고”에 의해서 서비스를 식별하면서, 적절한 “목록에 없는 시술”코드가 이 서비스를 나타내기 위해 사용된다. **병리와 임상병리** 부문에 대한 “목록에 없는 시술”과 동반 코드는 다음과 같다;

- 81099 Unlisted urinalysis procedure
- 81479 Unlisted molecular pathology procedure
- 81599 Unlisted multianalyte assay with algorithmic analysis
- 84999 Unlisted chemistry procedure
- 85999 Unlisted hematology and coagulation procedure
- 86486 unlisted antigen, each
- 86849 Unlisted immunology procedure
- 86999 Unlisted transfusion medicine procedure
- 87999 Unlisted microbiology procedure
- 88099 Unlisted necropsy[autopsy] procedure
- 88199 Unlisted cytopathology procedure
- 88299 Unlisted cytogenetic study
- 88399 Unlisted surgical pathology procedure
- 88749 Unlisted in vivo [eg, transcutaneous] laboratory service
- 89240 Unlisted miscellaneous pathology test
- 89398 Unlisted reproductive medicine laboratory procedure

라. 특별한 보고 (special report)

드물게 제공되고, 혼치 않고, 변동이 심하고, 새로운 서비스는 특별한 보고를 필요로 한다. 적절한 정보는 특성, 범위의 충분한 정의나 서술을 포함해야 하고, 시술에 대한 필요성을 포함해야 하고, 서비스를 제공하는 데 필요한 시간, 노력, 장비를 포함해야 한다.

2. 병리 및 임상병리 부문 코드

- Organ or disease-oriented panels [80047-80076]
- Drug testing [80100-80104]
- Therapeutic drug assays [80150-80299]
- Evocative/suppression testing [80400-80440]
- Consultations (clinical pathology) [80500-80502]
- Urinalysis [81000-81099]
- Molecular pathology [81200-81479]
 - tier 1 molecular pathology procedures [81200-81383]
 - tier 2 molecular pathology procedures [81400-81479]
- Multianalyte assays with algorithmic analyses [81500-81599]
- Chemistry [82000-84999]
- Hematology and coagulation [85002-85999]
- Immunology [86000-86849]
 - tissue typing [86805-86849]
- Transfusion medicine [86850-86999]
- Microbiology [87001-87999]
- Anatomic pathology [88000-88099]
 - postmortem examination [88000-88099]
- Cytopathology [88104-88199]
- Cytogenetic studies [88230-88299]
- Surgical pathology [88300-88399]
- In vivo(eg, transcutaneous) laboratory procedures [88720-88749]
- Other procedures [89049-89240]
- Reproductive medicine procedures [89250-89398]

의약 (Medicine)

1. 의약 부문 지침

도입 부문에서 볼 수 있는 정의와 흔히 사용되는 용어에 대하여, **의약** 부문에 있어서 이 부문의 고유한 여러 기타 항목들이 여기에서 정의되고 식별된다.

가. 부가 코드 (add-on codes)

목록에 있는 시술의 일부는 대개 시행된 주시술에 대하여 수행된다. CPT 코드책에서 볼 수 있는 모든 부가 코드는 다중 시술 개념에서는 제외된다. 모든 부가 코드는 modifier 51의 사용에서 제외되는데, 그 이유는 이런 시술들은 독립 코드로 보고될 수 없기 때문이다. 이런 추가의 또는 보충의 시술은 “부가” 코드로 지정된다. CPT 코드책에 있는 부가 코드는 특정한 명칭 용어에 의해 쉽게 식별될 수 있다. 특정한 명칭 용어는 “각각 추가의” 또는 “(주시술에 추가하여 별도로 리스트를 작성한다).”와 같은 용어를 포함한다.

나. 별개의 시술 (separate procedures)

CPT 코드책에 나열된, 전체의 서비스나 시술의 필수적인 요소로써 흔히 수행되는 일부 시술이나 서비스는 “별개의 시술”이라는 용어의 포함으로 식별된다. “별개의 시술”으로써 지정된 코드들은, 필수적인 요소라고 여겨지는 전체 시술이나 서비스에 대한 코드에 추가하여 보고되어서는 안 된다. 그러나, “별개의 시술”으로써 지정된 시술이나 서비스가 단독으로 시행될 때, 또는 시술이나 서비스가 그 당시에 제공되는 기타 시술/서비스와 관련 없거나 별개라고 여겨지는 경우, 이는 그것만으로 보고되어야 한다. 또는 특정한 “별개의 시술” 코드에 modifier 59를 추가함으로써 기타 시술/서비스에 추가하여 보고되어야 한다. modifier를 추가함으로써 이 시술이 또 하나의 시술의 요소가 아니라, 별개의, 독립적인 시술인 것을 나타낼 수 있다. 이는 다른 시간이나 환자 내원, 다른 시술이나 수술, 다른 위치나 기관계, 별개의 절개/절제, 별개의 병변, 별개의 부상 (또는 광범위한 부상 안에 부상의 위치)을 나타낸다.

다. 목록에 없는 서비스나 시술 (unlisted service or procedure)

CPT 코드책 이번 판에 목록에 없는 서비스나 시술이 제공될 지도 모른다. 이러한 서비스를 보고할 때에, 적절한 “목록에 없는 시술”코드가 이 서비스를 나타내기 위해 사용된다. 이는 이 페이지에서 논의되는 것처럼 “특별한 보고”에 의해서 서비스를 식별한다. **의약** 부문에 대한 “목록에 없는 시술”과 동반 코드는 다음과 같다;

90399	Unlisted immune globulin
90749	Unlisted vaccine/toxoid
90899	Unlisted psychiatric service or procedure
90999	Unlisted dialysis procedure, inpatient or outpatient
91299	Unlisted diagnostic gastroenterology procedure
92499	Unlisted ophthalmological service or procedure
92700	Unlisted otorhinolaryngological service or procedure
93799	Unlisted cardiovascular service or procedure

- 93998 Unlisted noninvasive vascular diagnostic study
- 94799 Unlisted pulmonary service or procedure
- 95199 Unlisted allergy/clinical immunologic service or procedure
- 95999 Unlisted neurological or neuromuscular diagnostic procedure
- 96379 Unlisted therapeutic, prophylactic, or diagnostic intravenous or intra-arterial injection or infusion
- 96549 Unlisted chemotherapy procedure
- 96999 Unlisted special dermatological service or procedure
- 97039 Unlisted modality [specify type and time if constant attendance]
- 97139 Unlisted therapeutic procedure [specify]
- 97799 Unlisted physical medicine/rehabilitation service or procedure
- 99199 Unlisted special service, procedure or report
- 99600 Unlisted home visit service or procedure

라. 특별한 보고 (special report)

드물게 제공되고, 흔치 않고, 변동이 심하고, 새로운 서비스는 특별한 보고를 필요로 한다. 적절한 정보는 특성, 범위의 충분한 정의나 서술을 포함해야 하고, 시술에 대한 필요성을 포함해야 하고; 서비스를 제공하는 데 필요한 시간, 노력, 장비를 포함해야 한다.

마. 공급된 재료 (supplied materials)

통상적으로 제공되는 시술(들)에 포함되는 것들을 넘어서는 물품과 재료 [예, 쟁반, 약 물품, 재료] 는 코드 99070 또는 특정 공급 코드를 사용하여 별도로 보고된다.

2. 의학 부문 코드

- Immune globulins, serum or recombinant products [90281-90399]
- Immunization administration for vaccines/toxoids [90460-90474]
- Vaccines, toxoids [90476-90749]
- Psychiatry [90785-90899]
 - interactive complexity [90785]
 - psychiatric diagnostic procedures [90791-90899]
 - psychotherapy [90832-90838]
 - other psychotherapy [90839-90853]
 - psychotherapy for crisis [90839-90853]
 - other psychiatric services or procedures [90863-90899]
- Biofeedback [90901-90911]
- Dialysis [90935-90999]
 - hemodialysis [90935-90940]
 - miscellaneous dialysis procedures [90945-90947]
 - end-stage renal disease services [90951-90970]

- other dialysis procedures [90989–90999]
- Gastroenterology [91010-91299]
 - gastric physiology [91132–91133]
 - other procedures [91299]
- Ophthalmology [91002-92499]
 - general ophthalmological services [92002–92014]
 - new patient [92002–92004]
 - established patient [92012–92014]
 - special ophthalmological services [92015–92260]
 - ophthalmoscopy [92225–92287]
 - other specialized services [92265–92287]
 - contact lens services [92310–92326]
 - spectacle services (including prosthesis for aphakia) [92340–92499]
 - other procedures [92499]
- Special otorhinolaryngologic services [92502-92700]
 - vestibular function tests, without electrical recording [92531–92534]
 - vestibular function tests, with recording (eg, ENG) [92540–92548]
 - audiologic function tests [92550–92597]
 - evaluative and therapeutic services [92601–92633]
 - special diagnostic procedures [92640]
 - other procedures [92700]
- Cardiovascular [92920-93779]
 - therapeutic services and procedures [92920–92979]
 - other therapeutic services and procedures [92950–92998]
 - coronary therapeutic services and procedures [92920–92979]
 - cardiography [93000–93042]
 - cardiovascular monitoring services [93224–93278]
 - implantable and wearable cardiac device evaluations [93279–93299]
 - echocardiography [93303–93352]
 - cardiac catheterization [93451–93581]
 - injection procedures [93561–93572]
 - repair of septal defect [93580–93581]
 - intracardiac electrophysiological procedures/studies [93600–93662]
 - peripheral arterial disease rehabilitation [93668]
 - noninvasive physiologic studies and procedures [93701–93790]
 - other procedures [93797–93799]
- Noninvasive vascular diagnostic studies [93880-93998]
 - cardiovascular arterial studies [93880–93893]
 - extremity arterial studies (including digits) [93922–93931]
 - extremity venous studies (including digits) [93965–93971]
 - visceral and penile vascular studies [93975–93982]
 - extremity arterial–venous studies [93990]
 - other noninvasive vascular diagnostic studies [93998]

- Pulmonary [94002-94799]
 - ventilator management [94002-94005]
 - pulmonary diagnostic testing and therapies [94010-94799]
- Allergy and clinical immunology [95004-95199]
 - allergy testing [95004-95071]
 - ingestion challenge testing [95076-95079]
 - allergen immunotherapy [95115-95199]
- Endocrinology [95250-95251]
- Neurology and neuromuscular procedures [95782-96020]
 - sleep medicine testing [95782-95811]
 - routine electroencephalography(EEG) [95812-95830]
 - muscle and range of motion testing [95831-95857]
 - electromyography [95860-95872]
 - guidance for chemodenervation and ischemic muscle testing [95873-95875]
 - nerve conduction tests [95905-95913]
 - intraoperative neurophysiology [95940-95941]
 - autonomic function tests [95921-95943]
 - evoked potentials and reflex tests [95925-95937]
 - special EEG tests [95950-95967]
 - neurostimulators, analysis-programming [95970-95982]
 - other procedures [95990-95999]
 - motion analysis [96000-96004]
 - functional brain mapping [96020]
- Medical genetics and genetic counseling services [96040]
- Central nervous system assessments/tests (eg, neuro-cognitive, mental status, speech testing) [96101-96125]
- Health and behavior assessment/intervention [96150-96155]
- Hydration, therapeutic, prophylactic, diagnostic injections and infusions, and chemotherapy and other highly complex drug or highly complex biologic agent administration [96360-96549]
 - hydration [96360-96361]
 - therapeutic, prophylactic, and diagnostic injections and infusions (excludes chemotherapy and other highly complex drug or highly complex biologic agent administration) [96365-96379]
 - chemotherapy and other highly complex drug or highly complex biologic agent administration [96401-96549]
 - injection and intravenous infusion chemotherapy and other highly complex drug or highly complex biologic agent administration [96401-96417]
 - intra-arterial chemotherapy and other highly complex drug or highly complex biologic agent administration [96420-96425]
 - other injection and infusion services [96440-96549]
- Photodynamic therapy [96567-96571]
- Special dermatological procedures [96900-96999]
- Physical medicine and rehabilitation [97001-97799]

modalities [97010–97039]
 supervised [97010–97028]
 constant attendance [97032–97039]
therapeutic procedures [97110–97546]
active wound care management [97597–97606]
tests and measurements [97750–97755]
orthotic management and prosthetic management [97760–97762]
other procedures [97799]

- Medical nutrition therapy [97802-97804]
- Acupuncture [97810-97814]
- Osteopathic manipulative treatment [98925-98929]
- Chiropractic manipulative treatment [98940-98943]
- Education and training for patient self-management [98960-98962]
- Non-face-to-face nonphysician services [98966-98969]
 - telephone services [98966–98968]
 - on-line medical evaluation [98969]
- Special services, procedures and reports [99000-99091]
 - miscellaneous services [99000–99091]
- Qualifying circumstances for anesthesia [99100-99140]
- Moderate (conscious) sedation [99143-99150]
- Other services and procedures [99170-99199]
- Home health procedures/services [99500-99602]
 - home infusion procedures/services [99601–99602]
- Medication therapy management services [9605-99607]

Category II 코드

다음의 CPT부분은 성과 측정에 사용될 수 있는 추가적인 추적 코드의 세트를 담고 있다. 성과측정을 위한 Category II 코드를 사용하면 의무기록에서의 정보발체나 의무기록 검토에 대한 필요가 감소되고, 그럼으로써 의사나 기타 의료인 및 환자진료의 질을 측정하려는 기관의 행정적 부담을 최소화시킬 것으로 기대된다. 이 코드는 특정 서비스와 검사결과를 코딩함으로써 제공된 의료의 질에 대한 데이터 수집을 용이하게 하기 위해 만들어졌다. 특정 서비스와 검사결과에 대한 코드를 통해, 국가차원에서 만들어진 성과척도를 산출하도록 지원하며 양질의 환자진료에의 기여요소로서 증거 기반을 갖추게 된다.

이 코드의 사용은 선택적이다. 정확한 코딩을 위해 이 코드가 요구되지 않으며, Category I 코드에 대한 대체로 사용될 수 있는 것도 아니다. 이 코드는 E&M 서비스나 임상서비스에 전형적으로 포함될 수 있는 임상적인 요소들을 나타내며, 이들과 관련된 상대가치를 가지는 것은 아니다. Category II 코드는 또한 임상병리검사나 방사선검사와 기타시술의 결과, 환자안전 활동을 다루도록 만들어진 절차, 또는 주 및 연방 법률 준수를 반영하는 서비스를 나타낼 수 있다. 이 부문에서 설명하는 Category II 코드는 일련의 코드에서 5번째 자리에 알파벳문자를 사용하게 된다(예를 들면 4자리 뒤에 문자 F가 따라온다). 이 코드가 CPT 코드책의 Category I 코드 자리에 오는 것은 아니다. 이 코드와 관련된 척도에 대해 이해하기 위해 사용자가 '알파벳순 임상 주제 목록[Alphabetical Clinical Topics Listing]'을 참조하면, 그 안에 성과 측정 제외 modifiers, 척도, 및 척도의 자료원에 대한 정보가 있다.

각각의 Category II 코드와 해당 자료원과 관련된 척도에 대한 상호참조는 '알파벳순 임상 주제 목록'에 포함되어 있다. 추가로, 관련 질병이나 임상적 병태에 대한 약어가 각 코드명의 끝에 추가되어 있어, 코드가 포함되어 있는 주제나 임상적 범주를 알려준다. 질병/임상적병태, 약어의 전체 목록은 '알파벳순 임상 주제 목록'에 알파벳순으로 제공되어 있다. '알파벳순 임상 주제 목록'은 웹사이트 www.ama-assn.org의 Category II 링크로 찾을 수 있다. 사용자는 도입 전에 각 코드와 관련된 모든 척도를 검토해야 한다. Category II 코드는 성과척도자문그룹[performance Measure Advisory Group, PMAG]에 의해 검토되었다. PMAG는 CPT Editorial Panel와 CPT/HCPAC 자문위원회에 대한 자문기구로, Agency for Healthcare Research and Quality[AHRQ], American Medical Association[AMA], Centers for Medicare and Medicaid Services[CMS], The Joint Commission[TJC], 및 Physician Consortium for Performance Improvement[PCPI]를 대표하는 성과측정전문가로 구성되어 있다.

PMAG는 다른 국가보건의료기관의 추가적인 전문성과 의견을 구할 수 있으며 필요시 추적코드를 개발한다. 국가차원의 진료과별 학회, 국가차원의 기타 의료인협회, 승인기구, 및 연방정부의 관리기관도 포함할 수 있다. Category II 코드에 대한 가장 최신의 목록과 지침, 코드변경 제안서식, Category II 코드의 공개 및 적용일 자료는 웹사이트에서 찾을 수 있다.[<http://www.ama-assn.org/go/cpt>]

- 혈압측정에 대해서는 2000F를 사용한다.
- 담배사용중단중재, 약물치료에 대해서는 4001F를 사용한다.

각 코드명의 끝에 첨자된 숫자는 주석을 이용하도록 안내하는 것이다. 다음의 정보는 이러한 주석과 관련된 척도 개발자의 명칭과 웹주소를 알려준다.

Modifiers

다음의 성과 측정 modifier를 Category II 코드에 사용하여, 관련된 척도에 명시된 서비스가 고려되었으

나 의무기록에 기재된 의학적, 환자, 또는 시스템 환경으로 인해 서비스가 제공되지 않았음을 나타낼 수 있다. 이러한 modifier는 성과지표에서 해당 사례가 분모에서 제외되도록 한다. 사용자는 제외와 관련하여 모든 지표가 제공된 것은 아니라는 것을 알아야 한다(제외 기준에 대한 좀 더 상세한 내용은 '알파벳순 임상주제목록'을 참조한다). Category II modifier는 Category II와만 보고되어야 한다. - Category I이나 Category III 코드와 같이 보고되어서는 안 된다. 추가로, Category II 부문[코드목록과 '알파벳순 임상주제목록']에 있는 modifier는 Category II 부문 내에 있는 지침, 보고지시문, 삽입 주석, 또는 코드 명칭에서 명시한 경우에만 사용해야 한다.

1P 의학적 이유로 인한 성과지표 제외 modifier

[Performance Measure Exclusion Modifier due to Medical Reasons]

이유 목록;

- 해당되지 않음 [장기나 사지가 없음, 이미 받았거나 수행됨, 기타]
- 금기 대상임 [환자의 알러지병력, 약물부작용 잠재성, 기타]
- 기타 의학적 이유

2P 환자 이유로 인한 성과지표 제외 modifier

[Performance Measure Exclusion Modifier due to Patient Reasons]

이유 목록;

- 환자가 감소함
- 경제적, 사회적, 종교적 이유
- 기타 환자 이유

3P 시스템 이유로 인한 성과지표 제외 modifier

[Performance Measure Exclusion Modifier due to System Reasons]

이유 목록;

- 서비스를 시행할 자원을 이용할 수 없음
- 보험 적용/보험자-관련 제약
- 의료전달시스템에 기인하는 기타 이유

Modifier 8P는 지표의 분자에 기술된 활동이 실행되지 않고 그 이유도 달리 명시되어 있지 않은 환경을 보고할 때, "reporting modifier"로 사용하도록 만들어졌다.

8P 성과 척도 보고 modifier

[Performance Measure Reporting Modifier]

- 활동이 이루어지지 않고 이유도 달리 명시되지 않음

합성 코드 [Composite codes]

모든 구성요소가 부합될 때 임상적 병태에 대한 보고를 용이하게 하기 위해, 합성코드는 하나의 코드명

내에 여러 개의 지표를 결합한다. 만약 구성요소 중의 일부만이 부합되거나, 서비스가 합성코드내에 포함되어 있는 것에 추가로 제공되는 경우, 해당 서비스에 대해 상응하는 CPT Category II 코드를 사용하여 개별적으로 보고할 수 있다.

0001F 심부전 평가 (다음의 구성요소 모두에 대한 평가 포함)

혈압측정 [2000F]

활동수준 평가 [1003F]

체액 과부하[과잉]의 임상적 증상 평가 [1004F]

체중, 기록 [2001F]

체액 과부하[과잉]의 임상적 징후 평가 [2002F](혈압측정 보고에 2000F 사용)

0005F 골관절염 평가 (다음의 구성요소 모두에 대한 평가 포함)

골관절염 증상 및 기능상태 평가 [1006F]

소염제나 처방전 없이 살 수 있는 진통제 투약 평가 [1007F]

침범된 관절에 대한 초기 검사(시진, 촉진, 관절가동범위검사 포함) [2004F]

(담배사용중단중재는 4001F 사용)

0012F 지역사회획득 세균성 폐렴 평가 (다음의 구성요소 모두에 대한 평가 포함)

동반 병태 평가 [1026F]

활력징후 기록 [2010F]

의식상태 평가 [2014F]

수분공급(hydration)상태 평가 [2018F]

0014F 안내렌즈삽입을 동반한 백내장 수술을 시행하기 위한 포괄적 수술전 평가
(다음의 구성요소 모두에 대한 평가 포함)

백내장 수술전 12개월내에 시행된 확대된 안저 평가 [2020F]

수술전(백내장) 축 길이, 각막 압력 측정 및 안내렌즈 압력 산정방법 기록
(수술전 12개월 내에 시행되어야 함) [3073F]

안내렌즈삽입을 동반한 백내장 수술 시행전 기능적 또는 의학적 적응증에
대한 수술전 평가(백내장 수술전 12개월 내에 시행되어야 함) [3325F]

0015F 흑색종 후속진료 완료 (다음의 구성요소 모두에 대한 평가 포함)

새로운 또는 변화하는 점(moles)에 대한 병력 수집 [1050F]

피부에 대한 신체검진 시행 완료 [2029F]

매월 자가 피부검사 시행관련 상담 [5005F]

Category III 코드

1. 지침

다음의 부문에는 신기술 서비스와 시술에 대한 임시코드 세트가 들어있다. Category III 코드는 이러한 서비스/시술에 대한 데이터 수집을 허용한다. 목록화되어 있지 않은 코드의 사용은 특정 데이터 수집의 기회를 제공하지 않는다. Category III 코드가 가용한 경우, Category I의 비목록화된 코드 대신 이 코드가 보고되어야 한다. 이는 의료의 다양성에 대한 평가와 공공 및 민간 정책의 형성에 있어 매우 중요한 활동이다. 이 부분 내에 있는 코드를 사용함으로써 의사 및 기타 자격이 있는 의료인, 보험자, 의료서비스 연구자, 및 의료정책 전문가가 새로 출현하는 기술, 서비스, 시술의 임상적 효율성, 이용도, 및 성과를 밝힐 수 있다.

이 부문에 서비스나 시술이 포함되었는지가 임상적 효율성, 안전이나 임상실무에의 적용가능성을 시사하거나 **보증**하는 것은 아니다. 이 부문에 있는 코드가 Editorial Panel에 의해 만들어진 CPT category I 코드에 대한 통상적인 요건에 부합하지 않을 수 있다. Category I 코드에 대해서, Panel은 서비스/시술이 여러 장소에서의 임상실무에서 많은 의료인에 의해 시행되어야 하고, 해당되는 경우 FDA 승인을 요건으로 정하고 있다. 새로 출현하는 기술, 서비스 및 시술의 성격은 이러한 요건에 부합하지 않을 수 있다. 이러한 이유로, 새로 출현하는 기술, 서비스 및 시술에 대한 임시코드를 CPT 코드책의 별도 부문에 두고, 알파벳숫자형 문자를 사용함으로써 Category I CPT 코드와 구별하는 것이다.

이 부문내에 나와 있는 서비스/시술은 알파벳숫자형 문자를 사용한다. 이 코드는 일련의 문자에서 5번째 자리 문자로 알파벳을 사용한다. 자리수[digits]가 CPT의 Category I 부문내에서 코드의 위치를 반영하는 것은 아니다. 이 부문내에 있는 코드는 나중에 Category I CPT 코드를 받을 수도 있고 받지 않을 수도 있다. 어떤 경우든, 일반적으로, 코드의 개정이나 변경시 장기보관일자자의 수정이 특별히 정해지지 않는 한[예: 삽입 지시문의 추가, 복원], 주어진 Category III 코드는 처음 발간/연장된 일자로부터 5년 동안 장기보관될 것이다. 장기보관시점에 또 다른 특정 상호참조가 정해지지 않는 한, 전환없이 5년간 장기보관된 Category III 코드에 의해 기술된 서비스/시술은 Category I 비목록화된 코드를 사용하여 보고해야 한다. 이 부문내의 신규 또는 개정 코드는 AMA/CPT 인터넷사이트를 통해 반기별로 공개하여 보고를 위한 신속한 보급을 도모한다. 새로 출현하는 기술, 서비스 및 시술에 대한 임시코드의 전체 세트는 매년 CPT 코드책을 통해 출판된다.

2. 코드 사례

0013T 삭제됨

0017T 삭제됨

(destruction of localized lesion of choroid by transpupillary thermotherapy에 대해서는 67299를 사용한다.)

(destruction of macular drusen, photocoagulation에 대해서는 67299를 사용한다.)

0019T Extracorporeal shock wave involving musculoskeletal system, not otherwise specified, low energy

January 2017 사용중단

(application of high energy extracorporeal shock wave involving musculoskeletal system not otherwise specified에 대해서는 0101T를 사용한다.)

- (application of high energy extracorporeal shock wave involving lateral humeral epicondyle에 대해서는 0102T를 사용한다.)
- 0024T 삭제됨
(non-surgical septal reduction therapy에 대해서는 93799를 사용한다.)
- 0026T 삭제됨
(lipoprotein, direct measurement, intermediate density lipoproteins[IDL] remnant lipoprotein에 대해서는 84999를 사용한다.)
- 0027T 삭제됨
(endoscopic lysis of epidural adhesions with direct visualization using mechanical means or solution injection[eg, normal saline에 대해서는 64999를 사용한다.)
- 0028T 삭제됨
(dual energy x-ray absorptiometry[DXA] body composition study에 대해서는 76499를 사용한다.)
- 0029T 삭제됨
(pulsed magnetic neuromodulation incontinence treatment에 대해서는 53899를 사용한다.)
- 0030T 삭제됨
(antiprothrombin [phospholipid cofactor] antibody를 보고하려면 86849를 사용한다.)
- 0031T 삭제됨
- 0032T 삭제됨
(표본채취를 포함하여 speculoscropy에 대해서는 58999를 사용한다.)
- 0041T 삭제됨
(urinalysis infectious agent detection, semi-quantitative analysis of volatile compounds에 대해서는 81099를 사용한다.)
- 0042T cerebral perfusion analysis using computed tomography with contrast administration, including post-processing of parametric maps with determination of cerebral blood flow, cerebral blood volume, and mean transit time
January 2014 사용중단
- 0043T 삭제됨
(carbon monoxide, expired gas analysis[eg, ETCO/hemolysis breath test]에 대해서는 84999를 사용한다.)
- 0046T 삭제됨
- 0047T 삭제됨
(mammary duct[s] catheter lavage에 대해서는 19499를 사용한다.)
- 0048T 삭제됨
(보고하려면 33991을 사용한다.)
- 0049T 삭제됨
- 0050T 삭제됨
(보고하려면 33990-33993을 참조한다.)
- 0051T implantation of a total replacement heart system[artificial heart] with recipient cardiectomy
January 2014 사용중단
(for implantation of heart assist or ventricular assist device, see 33975, 33976)
- 0052T replacement or repair of thoracic unit of a total replacement heart system[artificial heart]
January 2014 사용중단

(for replacement or repair of other implantable components in a total replacement heart system[artificial heart], use 0053T)

0053T replacement or repair of implantable component or components of total replacement heart system[artificial heart] excluding thoracic unit

January 2014 사용중단

(for replacement or repair of a thoracic unit of a total replacement heart system[artificial heart], use 0052T]

0054T computer-assisted musculoskeletal surgical navigational orthopedic procedure, with image-guidance based on fluoroscopic images[list separately in addition to code for primary procedure)

January 2014 사용중단

0055T computer-assisted musculoskeletal surgical navigational orthopedic procedure, with image-guidance based on CT/MRI images[list separately in addition to code for primary procedure]

January 2014 사용중단

(CT와 MRI가 둘 다 시행된 경우, 0055T만 한번 보고한다.)

0056T 삭제됨

(보고하려면 20985를 사용한다.)

CPT 2013 부록 A.

Modifiers

이 목록에는 CPT 2013 코드에 적용할 수 있는 모든 modifier가 포함되어 있다. modifier를 통해 시행된 서비스나 시술이 어떤 특정한 환경에 의해 변경되었으나 그 정의나 코드에는 변화가 없음을 보고하거나 나타낼 수 있다. Modifier는 또한 다른 기관에 의해 만들어진 지불정책 요건에 의료인이 효과적으로 대응할 수 있게 한다.

22 증가된 시술서비스 [Increased procedural services]

어떤 서비스를 제공하기 위해 요구되는 업무가 통상적으로 요구된 보다 훨씬 큰 경우, 통상적인 시술 코드에 modifier 22를 추가하여 구분할 수 있다. 기록을 통해 상당한 추가 업무와 추가 업무에 대한 이유를 입증해야 한다. 예를 들면 증가된 강도, 시간, 시술의 기술적 어려움, 환자상태의 중증도, 요구되는 육체적 정신적 노력

주: E&M 서비스에 부가하여 이 modifier를 사용하지 않는다.

23 흔치않은 마취 [Unusual anesthesia]

가끔, 특이한 상황으로 인해 통상 마취가 필요하지 않거나 국소마취가 요구되는 시술이 전신 마취-하에 시행되기도 한다. 이런 상황은 기초 서비스에 대한 시술코드에 modifier 23을 추가하여 보고할 수 있다.

24 동일한 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 수술후 기간중 시행한 관련없는 E&M 서비스 [Unrelated Evaluation and Management Services by the same physician or other qualified health care professional during a postoperative period.]

의사나 기타 자격이 있는 의료인은 원래 시술과 관련이 없는 이유로 수술후 기간 중 E&M 서비스가 시행되었음을 나타내는 것이 필요할 수 있다. E&M 서비스의 적절한 수준에 modifier 24를 추가하여 이런 상황을 보고할 수 있다.

25 동일한 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 시술 및 기타 서비스와 같은 날 시행한 아주 별개의 E&M 서비스

[Significant separately identifiable Evaluation and Management Service by the same physician or other qualified health care professional on the same day of the procedure or other service.]

CPT 코드에 의해 식별되는 어떤 시술이나 서비스가 시행된 날에, 환자의 상태로 인해, 시행된 수술과 관련된 통상적인 수술전/후 치료를 넘어 아주 별개의 E&M 서비스가 시행되었음을 나타낼 필요가 있을 수 있다. 아주 별개의 E&M 서비스는 기록으로 정의되거나 입증되어야, 보고되는 각각의 E&M 서비스에 대한 관련 기준을 충족한다. (E&M 서비스의 수준 결정에 대한 설명은 "E&M 서비스 지침"을 참조한다.)

E&M 서비스는 시술 및 서비스가 제공되어야 할 증상이나 병태에 의해 유발될 수 있다. 예를 들어, 같은 날의 E&M 서비스를 보고하는데 다른 진단이 요구되는 것은 아니다. 이런 상황은 E&M의 적합한 서비스 수준에 modifier 25를 추가함으로써 보고할 수 있다.

주: 이 modifier가 수술 시행을 결정하게 한 E&M 서비스를 보고하는데 사용되지는 않는다.

modifier 57을 참조한다. 아주 별개의 non-E&M 서비스를 보고하려면 modifier 59를 참조한다.

26 전문가 요소 [Professional component]

특정 시술은 의사나 기타 자격이 있는 의료인 요소와 기술적 요소가 결합되어 이루어진다. 의사나 기타 자격이 있는 의료인 요소가 별도로 보고되는 경우, 해당 서비스는 통상적인 시술번호에 modifier 26을 추가하여 구분할 수 있다.

32 의무적인 서비스 [Mandated services]

의무적인 협진 및 관련 서비스는 기본 시술에 modifier 32를 추가함으로써 구분할 수 있다. 예, 제삼보험자, 정부기관, 법령이나 규정의 요건으로 정해진 서비스

33 예방 서비스 [Preventive services]

서비스의 일차적인 목적이 미국 예방서비스 태스크포스팀이 A 또는 B로 효과를 평가한 증거기반의 서비스와 예방서비스 의무(법령이나 규정에서)로 정한 기타 예방서비스를 시행하는 것인 경우, 시술에 modifier 33을 추가하여 구분할 수 있다. 예방서비스로 특별히 정해져 별도로 보고되는 서비스에 대해서는, 이 modifier가 사용되지 않아야 한다.

47 수술의사에 의해 시행되는 마취 [Anesthesia by surgeon]

수술의사에 의해 시행되는 부분 또는 전신 마취는 기본 서비스에 modifier 47을 추가하여 보고할 수 있다. 국소마취는 해당되지 않는다.

주: modifier 47이 마취 시술에 대한 modifier로 사용되지는 않는다.

50 양측 시술 [Bilateral procedure]

목록에서 별도로 명시하지 않는 한, 같은 수술에서 시행되는 양측 시술은 적합한 5자리 코드에 modifier 50을 추가하여 구분해야 한다.

51 다중 시술 [Multiple procedures]

E&M 서비스, 재활치료서비스, 예방접종 시행 이외에 다중 시술이 같은 개인에 의한 동시에 시행되는 경우, 1차 시술이나 서비스는 목록대로 보고될 수 있다. 추가 시술이나 서비스는 추가 시술 및 서비스 코드에 modifier 51을 부가하여 구분한다.

주: 이 modifier는 지정된 “부가” 코드에 추가해서는 안 된다.

52 축소된 서비스 [Reduced services]

특정 환경에서, 서비스나 시술이 의사 및 기타 자격이 있는 의료인의 재량에 따라 부분적으로 축소되거나 제거되기도 한다. 이런 환경에서 제공된 서비스에는 통상적인 시술번호를 부여하고 modifier 52를 추가하여 이 서비스가 축소되었음을 표시한다. 이렇게 함으로써 기본 서비스를 나타내는 것을 훼손하지 않고 축소된 서비스를 보고할 수 있게 된다.

주: 정상참작이 가능한 환경이나 마취를 시행하기 전/후 환자 상태가 위험해진 상황으로 인해, 병원 외래환자에게 미리 예정된 시술/서비스가 부분적으로 축소되거나 취소되는 경우, modifier

73과 74를 참조한다.

(통원수술센터 병원 외래환자에게 사용이 허용되는 modifier를 참조한다.)

53 중단된 시술 [Discontinued procedure]

특정 상황에서, 의사 및 기타 자격이 있는 의료인은 수술적/진단적 시술을 종료할 수 있다. 정상참작이 가능한 환경이나 환자 상태가 위험해진 상황으로 인해 수술적/진단적 시술이 시작되었으나 중단되었다는 것을 나타낼 필요가 있다. 중단된 시술에 대한 코드에 modifier 53을 추가함으로써 이런 상황을 구분할 수 있다.

주: 환자의 마취 시작 및 수술실에서의 수술준비 이전에 시술이 선택적으로 취소된 것을 보고하는데, 이 modifier가 사용되지는 않는다. 병원외래환자/통원수술센터에서 마취 시작전에 정상참작이 가능한 환경이나 환자 상태가 위험해진 상황으로 인해 미리 예정된 시술/서비스가 부분적으로 축소되거나 취소된 것을 보고하려면, modifiers 73과 74를 참조한다. (통원수술센터와 병원외래환자에게 사용되는 modifier 참조)

54 수술적 치료만 [Surgical care only]

1명의 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 수술을 시행하고, 다른 사람이 수술전후 관리를 제공하는 경우, 수술서비스는 통상적인 시술번호에 modifier 54를 추가하여 구분한다.

55 수술후 관리만 [Postoperative management only]

1명의 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 수술후 관리를 시행하고, 다른 사람이 수술을 시행하는 경우, 수술후 관리 요소는 통상적인 시술번호에 modifier 55를 추가하여 구분한다.

56 수술전 관리만 [Preoperative management only]

1명의 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 수술전 치료와 평가를 시행하고, 다른 사람이 수술을 시행하는 경우, 수술전 관리 요소는 통상적인 시술번호에 modifier 56을 추가하여 구분한다.

57 수술을 위한 의사결정 [Decision for surgery]

수술을 시행하기로 하는 초기결정을 내린 E&M 서비스는 적합한 수준의 E&M 서비스 코드에 modifiers 57을 추가하여 구분한다.

58 수술후 기간중 동일한 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 단계적 또는 관련 시술 및 서비스

[Staged or related procedure or service by the same physician or other qualified health care professional during the postoperative period]

수술후 기간중 시행되는 시술이나 서비스가 다음과 같이 실행됨을 명시할 필요가 있다:

(a) 계획된 또는 예견된 (단계적):

(b) 원래 시술보다 광범위한; 또는

(c) 수술에 따른 치료를 위한

이런 상황들은 단계적 또는 관련 시술에 modifier 58을 추가하여 구분한다.

주: 수술실로 되돌아오게 하는 문제(예, 예견되지 않은 임상적 상태)의 치료에 대해서는 modifier 78을 참조한다.

59 구분되는 시술 서비스 [Distinct procedural service]

특정 상황에서, 시술이나 서비스가 같은 날 시행되는 다른 non-E&M서비스와 구분되거나 독립적이라는 것을 나타낼 필요가 있다. Modifier 59는 E&M서비스가 아닌 시술/서비스 (통상적으로는 같이 보고되지 않으나 해당 상황에서는 적합함)를 나타내는데 사용한다. 기록이 다른 세션, 다른 시술이나 수술, 다른 부위나 장기, 별도의 절개/절제, 별도의 병변, 또는 별도의 손상(또는 광범위한 손상에서 손상부위)이 같은 날 같은 개인에 의해 치료되었음을 뒷받침해야 한다. 그러나, 이미 정해진 다른 modifier가 적합하다면, modifier 59보다는 해당 modifier를 사용해야 한다. 보다 적합한 modifier가 없고 modifier 59를 사용하는 것이 상황을 가장 잘 설명한다면, modifier 59를 사용한다.

주: E&M 서비스에 modifier 59를 추가하여 사용하지 않아야 한다. 같은 날 시행된 별개의 구분되는 E&M 서비스와 non-E&M 서비스를 보고하려면 modifier 25를 참조한다.

62 두 명의 수술의사 [Two surgeons]

두 명의 수술의사가 함께 수술하는데, 각각 1차 수술의로서 어떤 시술의 구분되는 부분을 시행하는 경우, 각각의 수술의는 자신의 해당 수술에 대해 시술코드에 modifier 62를 추가하고, 1차 수술의로서 함께 수술한 해당 수술에 대한 관련 부가코드도 보고한다. 각각의 수술의는 같은 시술코드를 사용하여 한 번에 동시수술에 대해 보고한다. 추가 시술(부가시술 포함)이 같은 수술세션에 시행되는 경우, 별도의 코드도 modifier 62를 추가하여 보고한다.

주: 동시-수술의가 같은 수술세션에서 부가 시술(modifier 62로 보고되는 시술이외)이 시행될 때 보조의 역할을 하는 경우, 해당 서비스는 별도의 시술코드에 modifier 80 또는 82를 추가하여 보고한다.

**63 4 kg 미만의 유아에게 시행된 시술
[Procedure performed on infants less than 4 kg]**

신생아와 현 체중 4 kg 미만의 유아에게 시행된 시술은 상당히 복잡하며, 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 이런 환자와 관련하여 종종 일할 수 있다. 이런 상황은 해당 시술번호에 modifier 63을 추가하여 보고한다.

주: 달리 지정되어 있지 않는 한, 이 modifier는 20005-69990 일련코드에 나오는 시술/서비스에 부가해서만 보고한다. Modifier 63은 E&M 서비스, 마취, 방사선, 병리/임상병리, 또는 의학 부문에 나오는 어떤 CPT 코드에도 추가되지 않는다.

66 수술팀 [Surgical teams]

어떤 상황에서, 상당히 복잡한 시술(몇 명의 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 수반되는 서비스, 흔히 다른 전문성과 상당한 기술, 특별히 훈련된 사람, 다양한 유형의 복잡한 장비가 요구되는)이 “수술팀” 개념 하에 시행된다. 이런 상황은 각각의 참여하는 개인을 구분하고, 보고하는 서비스에 사용되는 기본 시술번호에 modifier 66을 추가하여 보고한다.

**76 동일 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 반복 시술 및 서비스
[Repeat procedure or service by same physician or other qualified health care]**

professional]

원래 시술/서비스의 후속으로 동일 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 어떤 시술/서비스가 반복되었다는 것을 나타낼 필요가 있다. 이러한 상황은 반복된 시술이나 서비스 코드에 modifier 76을 추가하여 보고한다.

주: 이 modifier는 E&M 서비스에 부가하지 않는다.

77 다른 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 반복 시술

[Repeat procedure by another physician or other qualified health care professional]

원래 시술/서비스의 후속으로 다른 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 기본적인 시술/서비스가 반복되었다는 것을 나타낼 필요가 있다. 이런 상황은 반복된 시술/서비스 코드에 modifier 77을 부가하여 보고한다.

주: 이 modifier는 E&M 서비스에 부가하지 않는다.

78 수술후 기간중 초기 시술후 관련 시술을 위해 계획되지 않은 수술실로의 회귀

- 동일 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행됨

[Unplanned return to the operating/procedure room by the same physician or other qualified health care professional following initial procedure for a related procedure during the postoperative period]

또 다른 시술(초기 시술후 계획되지 않은 시술)이 초기 수술의 수술후 기간중 시행되었음을 나타낼 필요가 있다. 이러한 시술이 처음 것과 관련이 있고 수술실을 사용하게 되는 경우, 관련 시술에 modifier 78을 부가하여 보고한다.

(반복 시술에 대해서는 modifier 76을 참조한다.)

79 수술후 기간중 동일 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 관련되지 않는 시술 및 서비스

[Unrelated procedure or service by the same physician or other qualified health care professional during the postoperative period]

수술후 기간중 시행된 어떤 시술이나 서비스가 원래 시술과 관련이 없다는 것을 나타낼 필요가 있다. 이런 상황은 modifier 79를 사용하여 보고할 수 있다.

(같은 날 반복시술은 modifier 76을 참조한다.)

80 보조 수술의 [Assistant surgeon]

보조 수술의 서비스는 통상적인 시술번호에 modifier 80을 추가하여 구분할 수 있다.

81 최소 보조 수술의 [Minimum assistant surgeon]

최소 보조 수술의 서비스는 통상적인 시술번호에 modifier 81을 추가하여 구분할 수 있다.

82 보조 수술의 [자격이 있는 전공수술의가 없는 경우]

[Assistant surgeon (when qualified resident surgeon not available)]

자격이 있는 전공수술의가 없는 경우 통상적인 시술코드 번호에 modifier 82를 부가한다.

90 외부 검사실

[Reference (outside) laboratory]

검사가 치료/보고하는 의사나 기타 자격이 있는 의료인이 아닌 당사자에 의해 시행되는 경우, 통상적인 검사기술 번호에 modifier 90을 추가하여 보고할 수 있다.

91 반복되는 임상 임상병리

[Repeat clinical diagnostic laboratory test]

환자치료과정에서, 후속 (다중) 검사결과를 얻기 위해 같은 날 같은 임상병리검사를 반복하는 것이 필요할 수 있다. 이런 상황에서, 시행된 임상병리검사는 통상적인 기술번호에 modifier 91을 추가하여 구할 수 있다.

주: 검사가 초기 결과를 확인하기 위해 반복되는 경우, 검체나 장비의 문제로 문제를 확인하는 경우, 또는 어떤 다른 이유로 통상 일시에 보고 가능한 결과가 요구되는 경우, 이 modifier가 사용되지 않을 수 있다. 다른 코드가 일련의 검사결과(예, 혈당내성검사, 유발/억제검사)를 기술할 때 이 modifier가 사용되지 않을 수 있다. 이 modifier는 같은 날 같은 환자에게 한번이상 시행되는 임상병리검사에만 사용될 수 있다.

92 대체 임상병리 검사시행

[Alternative laboratory platform testing]

임상병리검사가 완전히 또는 부분적으로 한번 사용되는 일회성 분석용 키트나 이동형 기구를 사용하여 시행되는 경우, 해당 서비스는 통상적인 검사코드에 modifier 92를 추가하여 구분할 수 있다[HIV 검사는 86701-87389]. 검사가 상설 전용 장소를 요구하는 것이 아니므로, 설계상 현장에서 즉각적인 검사를 위해 환자 근처로 이동하여 시행될 수 있다. 검사장소 자체가 이 modifier의 사용에 결정적이지는 않다.

99 다중 modifier [Multiple modifiers]

특정 상황에서, 어떤 서비스를 완전하게 표현하기 위해 2개 이상의 modifier가 필요할 수 있다. 그런 상황에서 modifier 99가 기본 기술에 추가될 수 있으며, 다른 적용 가능한 modifier가 서비스를 표현하기 위해 나열될 수 있다.

CPT 2013 부록 B.

마취 신체상태 modifier

신체상태 modifier는 미국마취의사학회의 환자신체상태 순위 및 제공되는 마취 서비스의 복잡성에 대한 다양한 수준을 구분하는 것과 일치한다. 모든 마취 서비스는 5자리의 마취시술코드[00100-01999]에 적합한 신체상태 modifier를 추가하여 보고된다.

예: 00100-P1

특정 상황에서, 달리 만들어진 modifier가 적합한 경우, 이는 신체상태 modifier에 추가하여 사용한다.

예: 00100-P4-53

- 신체상태 modifier P1; 정상의 건강한 환자
- 신체상태 modifier P2; 가벼운 전신질환이 있는 환자
- 신체상태 modifier P3; 중한 전신질환이 있는 환자
- 신체상태 modifier P4; 생명에 거둬지는 위협이 있는 중한 전신질환이 있는 환자
- 신체상태 modifier P5; 수술 없이 생존을 기대하기 어려운 빈사의 환자
- 신체상태 modifier P6; 공여 목적으로 장기가 제거될 뇌사가 선언된 환자

CPT 2013 부록 C.

통원수술센터 병원 외래환자에 사용이 승인된 modifier

CPT level 1 modifiers

- 25 시술이나 기타 서비스가 같은 날에, 동일한 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 아주 별개의 E&M 서비스

Significant, separately identifiable E&M service by the same physician or other qualified health care professional on the same day of the procedure or other service

CPT 코드에 의해 식별되는 어떤 시술이나 서비스가 시행된 날에, 환자의 상태로 인해, 시행된 수술과 관련된 통상적인 수술전/후 치료를 넘어 아주 별개의 E&M 서비스가 시행되었음을 나타낼 필요가 있을 수 있다. 아주 별개의 E&M 서비스는 기록으로 정의되거나 입증되어야, 보고되는 각각의 E&M 서비스에 대한 관련 기준을 충족한다. (E&M 서비스의 수준 결정에 대한 설명은 “E&M 서비스 지침”을 참조한다.)

E&M 서비스는 시술 및 서비스가 제공되어야 할 증상이나 병태에 의해 유발될 수 있다. 예를 들어, 같은 날의 E&M 서비스를 보고하는데 다른 진단이 요구되는 것은 아니다. 이런 상황은 E&M의 적합한 서비스 수준에 modifier 25를 추가함으로써 보고할 수 있다.

주: 이 modifier가 수술 시행을 결정하게 한 E&M 서비스를 보고하는데 사용되지는 않는다. modifier 57을 참조한다.

아주 별개의 non-E&M 서비스를 보고하려면 modifier 59를 참조한다.

- 27 같은 날의 다중 병원 외래환자 E&M 내원

[Multiple outpatient hospital E&M encounters on the same date]

같은 날 병원의 외래환자로 별개의 다른 E&M 진료와 관련된 병원 자원을 사용하는 경우, 각각의 외래환자 및 응급실 E&M 코드에 modifier 27을 추가하여 보고할 수 있다. 이 modifier는 하나 이상의 (다중) 외래환자 병원 환경(예, 병원 응급실, 클리닉)에서 의사에 의해 제공되는 E&M 서비스를 포함한 상황을 보고할 수 있게 한다.

주: 이 modifier가 같은 날 같은 의사에 의해 시행되는 다중의 E&M 서비스를 보고하는데 사용되지는 않는다. 같은 날 같은 의사에 의해 제공되거나, 다중의 외래환자 환경(예, 병원 응급실, 클리닉)에서 시행되는 모든 외래환자 E&M 서비스를 보고하려면, E&M, 응급실, 또는 예방의학서비스 코드를 참조한다.

- 50 양측 시술 [Bilateral procedure]

목록에서 달리 명시하지 않는 한, 같은 세션에 시행된 양측 시술은 적합한 5자리 코드에 modifier 50을 추가하여 보고한다.

- 52 축소된 서비스 [Reduced services]

특정 상황에서, 의사나 기타 자격이 있는 의료인의 재량에 따라 어떤 서비스나 시술이 부분적으로 축소되거나 제거된다. 이런 상황에서, 제공된 서비스는 통상적인 시술코드 번호로

나타내고, 축소된 서비스를 나타내는 modifier 52를 추가한다. 이 modifier를 통해 기초 서비스의 식별을 방해하지 않고 서비스가 축소되었음을 보고할 수 있게 된다.

주: 병원 외래환자의 경우, 마취 시행 전·후 미리 예정된 시술/서비스가 참작될 수 있는 상황이나 환자의 상태를 위협하는 상황으로 인해 부분적으로 축소되거나 취소된 경우, modifier 73와 74(통원수술센터 병원 외래환자에 대해서 사용이 승인된 modifier)를 참조한다.

58 수술후 기간중 동일한 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 단계적 또는 관련 시술 및 서비스

[Staged or related procedure or service by the same physician or other qualified health care professional during the postoperative period]

수술후 기간중 시행되는 시술이나 서비스가 다음과 같이 실행됨을 명시할 필요가 있다:

(a) 계획된 또는 예견된 (단계적):

(b) 원래 시술보다 광범위한; 또는

(c) 수술에 따른 치료를 위한

이런 상황들은 단계적 또는 관련 시술에 modifier 58를 추가하여 구분한다.

주: 수술실로 되돌아오게 하는 문제(예, 예견되지 않은 임상적 상태)의 치료에 대해서는 modifier 78을 참조한다.

59 구분되는 시술 서비스 [Distinct procedural service]

특정 상황에서, 시술이나 서비스가 같은 날 시행되는 다른 non-E&M서비스와 구분되거나 독립적이라는 것을 나타낼 필요가 있다. Modifier 59는 E&M서비스가 아닌

시술/서비스(통상적으로는 같이 보고되지 않으나 해당 상황에서는 적합함)를 나타내는데 사용한다. 기록이 다른 세션, 다른 시술이나 수술, 다른 부위나 장기, 별도의 절개/절제,

별도의 병변, 또는 별도의 손상(또는 광범위한 손상에서 손상부위)이 같은 날 같은 개인에 의해 치료되었음을 뒷받침해야 한다. 그러나, 이미 정해진 다른 modifier가 적합하다면, modifier 59보다는 해당 modifier를 사용해야 한다. 보다 적합한 modifier가 없고 modifier 59를 사용하는 것이 상황을 가장 잘 설명한다면, modifier 59를 사용한다.

주: E&M 서비스에 modifier 59를 추가하여 사용하지 않아야 한다. 같은 날 시행된 별개의 구분되는 E&M 서비스와 non-E&M 서비스를 보고하려면 modifier 25를 참조한다.

73 마취시작 전에 병원외래/통원수술센터 환자의 시술이 중단된 경우

[Discontinued outpatient hospital/ambulatory surgery center[ASC] procedure prior to the administration of anesthesia]

정상 참작이 가능한 상황이나 환자의 상태를 위협하는 상황으로 인해, 의사가 환자의 수술 준비(진정 포함, 시술이 시행될 장소로 옮겨졌으나 마취(국소, 부분, 전신)가 시행되기 전) 이후에도 수술적/진단적 시술을 취소할 수 있다. 이런 상황에서, 준비되었으나 취소된 예정 서비스는 통상적인 시술코드번호에 modifier 73을 추가하여 보고할 수 있다.

주: 마취시행 및 환자 수술준비 이전에 서비스를 선택적으로 취소하는 경우는 보고되지 않는다. 중단된 시술을 보고하려면 modifier 53을 참조한다.

- 74 **마취시행 이후 병원외래/통원수술센터 환자의 시술이 중단된 경우**
[Discontinued outpatient hospital/ambulatory surgery center[ASC] procedure after administration of anesthesia]
 정상 참작이 가능한 상황이나 환자의 상태를 위협하는 상황으로 인해, 의사가 마취 (국소, 부분, 전신) 시행 이후 또는 시술이 시작(절개시행, 기도삽관 시작, 내시경 삽입 등)된 이후에도 수술적/진단적 시술을 중단시킬 수 있다. 이런 상황에서, 시술이 시작되었으나 종료된 경우 통상적인 시술코드번호에 modifier 74를 추가하여 보고할 수 있다.
- 주: 마취시행 및 환자 수술준비 이전에 서비스를 선택적으로 취소하는 경우는 보고되지 않는다. 중단된 시술을 보고하려면 modifier 53을 참조한다.
- 76 **동일 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 반복 시술 및 서비스**
[Repeat procedure or service by same physician or other qualified health care professional]
 원래 시술/서비스의 후속으로 동일 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 어떤 시술/서비스가 반복되었다는 것을 나타낼 필요가 있다. 이러한 상황은 반복된 시술이나 서비스 코드에 modifier 76을 추가하여 보고한다.
- 주: 이 modifier는 E&M 서비스에 부가하지 않는다.
- 77 **다른 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 반복 시술**
[Repeat procedure by another physician or other qualified health care professional]
 원래 시술/서비스의 후속으로 다른 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 기본적인 시술/서비스가 반복되었다는 것을 나타낼 필요가 있다. 이런 상황은 반복된 시술/서비스 코드에 modifier 77을 부가하여 보고한다.
- 주: 이 modifier는 E&M 서비스에 부가하지 않는다.
- 78 **수술후 기간중 초기 시술후 관련 시술을 위해 계획되지 않은 수술실로의 회귀 - 동일 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행됨**
[Unplanned return to the operating/procedure room by the same physician or other qualified health care professional following initial procedure for a related procedure during the postoperative period]
 또 다른 시술(초기 시술후 계획되지 않은 시술)이 초기 수술의 수술후 기간중 시행되었음을 나타낼 필요가 있다. 이러한 시술이 처음 것과 관련이 있고 수술실을 사용하게 되는 경우, 관련 시술에 modifier 78을 부가하여 보고한다.
 (반복 시술에 대해서는 modifier 76을 참조한다.)
- 79 **수술후 기간중 동일 의사나 기타 자격이 있는 의료인에 의해 시행되는 관련되지 않는 시술 및 서비스**
[Unrelated procedure or service by the same physician or other qualified health care professional during the postoperative period]

수술후 기간중 시행된 어떤 시술이나 서비스가 원래 시술과 관련이 없다는 것을 나타낼 필요가 있다. 이런 상황은 modifier 79를 사용하여 보고할 수 있다.
(같은 날 반복시술은 modifier 76을 참조한다.)

91 반복되는 임상 임상병리

[Repeat clinical diagnostic laboratory test]

환자치료과정에서, 후속 (다중) 검사결과를 얻기 위해 같은 날 같은 임상병리검사를 반복하는 것이 필요할 수 있다. 이런 상황에서, 시행된 임상병리검사는 통상적인 시술번호에 modifier 91을 추가하여 구할 수 있다.

주: 검사가 초기 결과를 확인하기 위해 반복되는 경우, 검체나 장비의 문제로 문제를 확인하는 경우, 또는 어떤 다른 이유로 통상 일시에 보고 가능한 결과가 요구되는 경우, 이 modifier가 사용되지 않을 수 있다. 다른 코드가 일련의 검사결과(예, 혈당내성검사, 유발/억제검사)를 기술할 때 이 modifier가 사용되지 않을 수 있다. 이 modifier는 같은 날 같은 환자에게 한번이상 시행되는 임상병리검사에만 사용될 수 있다.

CPT 2013 부록 D.

level II (HCPCS/National) modifiers

E1	왼쪽 상안검 [upper left, eyelid]
E2	왼쪽 하안검 [lower left, eyelid]
E3	오른쪽 상안검 [upper right, eyelid]
E4	오른쪽 하안검 [lower right, eyelid]
F1	왼손, 두 번째 손가락 [left hand, second digit]
F2	왼손, 세 번째 손가락 [left hand, third digit]
F3	왼손, 네 번째 손가락 [left hand, fourth digit]
F4	왼손, 다섯 번째 손가락 [left hand, fifth digit]
F5	오른손, 엄지 손가락 [right hand, thumb]
F6	오른손, 두 번째 손가락 [right hand, second digit]
F7	오른손, 세 번째 손가락 [right hand, third digit]
F8	오른손, 네 번째 손가락 [right hand, fourth digit]
F9	오른손, 다섯 번째 손가락 [right hand, fifth digit]
FA	왼손, 엄지 손가락 [left hand, thumb]
GG	선별 유방조영검사 및 진단목적 유방조영검사의 시행 및 지불, 같은 날 같은 환자에게 시행되는 경우
GH	같은 날 선별 유방조영검사가 진단목적 유방조영검사로 전환되는 경우
LC	왼쪽 회선 관상동맥 [left circumflex coronary artery]
LD	왼쪽 전방 하행 관상동맥 [left anterior descending coronary artery]
LT	왼편 (신체의 왼쪽에 시행되는 기술을 구분하는데 사용됨)
QM	서비스 제공자가 마련하여 제공되는 구급차 서비스
QN	서비스 제공자가 직접 제공하는 구급차 서비스
RC	오른쪽 관상동맥 [right coronary artery]
RT	오른편 (신체의 오른쪽에 시행되는 기술을 구분하는데 사용됨)
T1	왼발, 두 번째 발가락 [left foot, second digit]
T2	왼발, 세 번째 발가락 [left foot, third digit]
T3	왼발, 네 번째 발가락 [left foot, fourth digit]
T4	왼발, 다섯 번째 발가락 [left foot, fifth digit]
T5	오른발, 엄지 발가락 [right foot, great toe]
T6	오른발, 두 번째 발가락 [right foot, second digit]
T7	오른발, 세 번째 발가락 [right foot, third digit]
T8	오른발, 네 번째 발가락 [right foot, fourth digit]
T9	오른발, 다섯 번째 발가락 [right foot, fifth digit]
TA	왼발, 엄지 발가락 [left foot, great toe]

부록 2.

HCPCS level II 2013

연방정부가 HCPCS level II 코드를 개발하고 유지관리 한다. 어떤 공급자나 제조사는 HCPCS level II 국가코드에 대해 코딩수정요청서를 제출할 수 있다. HCPCS level II 코드 수정에 대한 제안을 제출하기 위한 상세한 서식은 물론 HCPCS 수정 절차를 설명하는 문서가 HCPCS 웹사이트에 올려져 있다. 이 서식에서 요청되는 정보 외에, 요청자는 제조사의 상품설명서와 CMS가 코딩수정이 제안되는 항목의 의료적 특성을 이해하는데 도움이 될 수 있는 정보와 같은 추가 설명 자료를 제출해야 한다. HCPCS 코딩 검토절차는 상시 운영되는 절차이다.

치과[D]코드는 공식적인 2013 HCPCS level II 코드세트에 포함되어 있지 않다. 미국치과협회[American Dental Association, ADA]가 해당 코드에 대한 저작권을 가지고 있어 CMS에 이를 빼도록 요청했기 때문이다.

HCPCS level II를 사용하는 방법

보험회사와 정부가 환자에게 시행되었다는 것만으로 지불의 기반을 마련하지는 않는다는 것을 코더는 유념해야 한다. 왜 그 서비스가 시행되었는지에 대해 알 필요는 있다. 시술과 의료물품에 대해서는 HCPCS 코딩체계를 이용해야 하며, 진단을 나타내기 위해서는 ICD-9-CM 코딩체계도 사용해야 한다. HCPCS level II 코드를 부여하려면, 다음의 단계를 따른다;

1. 환자가 받은 서비스나 시술을 확인한다.

예: 환자에게 PSA 검사가 시행됨

2. 색인에서 적합한 용어를 찾는다.

예: screening, prostate

코딩 요령:

- 코더가 색인에서 시술이나 서비스를 찾지 못하는 경우, 코드 선택지를 좁히기 위해 시술이나 서비스 유형별 내용예시표에서 찾을 수 있다.

- 코더는 또한 추가 선택을 위해 목록에 나와 있지 않은 시술 지침을 확인해야 한다.

3. 임시코드를 부여한다.

예: 코드 G0103

코딩 요령: 용어의 오른쪽에 단독 코드나 다중 코드, 상호-참조, 또는 코드가 삭제되었다는 표시가 있을 수 있다. 잠정적으로 나열되어 있는 모든 코드를 부여한다.

4. 해당 부문에 코드의 위치를 찾아낸다. 색인에 여러 개의 코드가 나와 있는 경우, 시행된 서비스에 기초하여 적합한 코드를 찾기 위해 나열된 모든 코드에 대한 설명문을 반드시 읽는다.

예: G0103 prostate cancer screening; prostate specific antigen test[PSA]

5. 색깔막대, 기호, 주석, 참조를 확인한다.

6. 참조 정의에 대한 부록과 해당되는 보험적용범위 이슈에 대한 다른 지침을 검토한다.

7. 어떤 modifier가 사용되어야 하는지 결정한다.

8. 코드를 부여한다.

예: 부여된 코드는 G0103이다.

코딩 기준

이용 수준 [Levels of use]

같은 시술에 대해 두 가지 또는 세 가지 수준에 코드가 있는 것을 코더가 발견할 수 있다. 어떤 코드가 정확한가? 이런 경우 따라야 하는 특정 규칙이 있다.

어떤 시술이나 서비스에 대해 CPT와 HCPCS level II 코드가 둘 다 거의 동일한 명칭을 가지고 있는 경우, CPT가 사용되어야 한다. 그러나, 명칭이 똑같지 않다면 [예, CPT 코드 명칭은 포괄적인 반면 HCPCS level II 코드는 구체적인 경우], level II 코드가 사용되어야 한다.

CPT 코드명이 상세한 약물을 기술하는 등 추가 정보를 포함하라는 지시문을 담고 있는 경우 국가코드를 반드시 확인해야 한다. 예를 들어, 메디케어나 메디케이드에 의료물품을 청구하는 경우, CPT 코드 99070 “물품 및 재료[안경제외]”를 사용하는 것을 피한다. 이는 의사에 의해 제공되며 흔히 제공되는 기타 서비스[리스트 약물, 트레이, 물품, 또는 재료]에 포함되기 때문이다. 의료물품을 좀 더 상세하게 구체화하는 HCPCS level II 코드가 많이 있다.

특별 보고서 [Special reports]

새로운, 흔치 않은, 또는 변형된 시술이 시행되거나 modifier가 사용되는 경우 청구서외에 특별보고서를 같이 제출한다. 다음의 정보를 포함한다;

- 해당 기록의 사본 [예: 시술의 특성, 정도, 필요성을 설명하는 수술기록, 방사선검사결과]
- 시술의 의학적 필요성에 대한 문서
- 시술을 시행하는데 필요한 시간과 노력에 대한 문서

구급차를 포함한 이송 서비스 [A0021-A0999]

A0021-A0398 구급 이송 및 물품 [ambulance transport and supplies]

A0420 대기시간 [waiting time]

A0422-A0999 기타 구급 서비스 [other ambulance services]

이 코드는 지상 및 항공 구급수송기, 비응급 이송[택시, 버스, 자동차, 휠체어운반용차], 및 기타 이송관련 비용을 분류한다. 구급서비스에 대한 HCPCS level II 코드는 출발지와 도착지를 표시하는 modifier

와 함께 보고되어야 한다. 처리방식[*arrangement*]을 나타내는 *modifier*[QM, QN]가 먼저 나오게 한다. 출발지와 도착지를 기술하는 *modifier*가 두 번째로 나온다. 출발지 및 도착지 *modifier*는 다음 목록에 나오는 두 개의 알파벳문자를 결합하여 생성한다. X를 제외하고, 각각의 알파벳문자는 출발지나 도착지를 나타낸다. 알파벳문자의 각 쌍은 하나의 *modifier*를 생성한다. 첫째 자리는 출발지를, 둘째 자리를 도착지를 나타낸다. 가장 흔히 사용되는 *modifier*는 다음과 같다;

- D 출발지 코드로 사용될 경우 "P"나 "H"외에 진단 및 치료 장소
- E 거주시설, 주거시설, 보호시설 [1819 시설 외]
- G 병원 기반 말기신부전 시설
- H 병원
- I 구급 이송수단 사이의 이송지 [예, 공항이나 헬리콥터 이착륙대]
- J 독립해 있는 말기신부전 시설
- N 전문요양시설 [*skilled nursing facility, SNF*]
- P 의사의 진료실
- R 주택, 거주지
- S 사고 또는 급성 사건 현장
- X 병원으로 가는 도중에 의원에서의 중간 기착지[목적지 코드만
주; *modifier X*는 *modifier*의 두 번째 자리에서 목적지코드로만 사용될 수 있음.
S0215 참조. 메디케어 환자의 대해서는 T 코드와 T *modifier* 참조

내과적 및 외과적 물품 [A4206-A9999]

이 부문은 의료물품 및 부대용품과 관련된 상당히 다양한 내과적, 외과적, 및 일부 의료내구재[DME]를 분류한다. 이들 장비의 적절한 기능유지에 필요한 DME-관련 물품, 부대용품, 유지보수 및 수선은 일반적으로 메디케어의 보철기기 규정에 의해 급여된다.

- A4206-A4232 주사 물품 [*injection supplies*]
- A4233-A4236 건전지 [*batteries*]
- A4244-A4290 기타 물품 [*other supplies*]
- A4300-A4306 혈관 도관 및 약물 전달 시스템
[*vascular catheters and drug delivery systems*]
- A4310- A4360 실금 기기 및 치료 용품
[*incontinence appliances and care supplies*]
- A4361-A4435 조루술 물품 [*ostomy supplies*]
- A4450-A4608 기타 물품 [*miscellaneous supplies*]
- A4611-A4629 산소 및 관련된 호흡 장비 물품
[*supplies for oxygen and related respiratory equipment*]
- A4630-A4640 DME에 대한 대체 물품 [*replacement supplies for DME*]
- A4641-A4642 방사성의약품 [*radiopharmaceuticals*]
- A4648-A4652 기타 물품 [*miscellaneous supplies*]
- A4653-A4932 투석 물품 [*dialysis supplies*]
- A5051-A5093 조루술 주머니 및 물품 [*ostomy pouches and supplies*]

A5102-A5200	실금 물품 [incontinence supplies]
A5500-A5513	당뇨환자 신발, 조정 및 수선 [diabetic shoes, fitting, and modifications]
A6000-A6457	드레싱 [dressings]
A6501-A6550	압박 의류 [compression garments]
A7000-A7046	호흡기관 물품 [respiratory supplies]
A7501-A7527	기관절개 물품 [tracheostomy supplies]
A8000-A8004	보호용 헬멧 [protective helmet]
A9150-A9300	기타 물품 및 기구 [other supplies and devices]
A9500-A9700	방사성의약품 [radiopharmaceuticals]
A9900-A9999	기타 [miscellaneous]

장관 및 장관외 치료 [B4000-B9999]

이 부문은 물품, 인공식, 영양용액, 및 주입펌프를 분류한다.

B4034-B4162	장관 인공식 및 장관 의료 물품 [enteral formulae and enteral medical supplies]
B4164-B5200	장관외 영양용액 및 물품 [parenteral nutrition solutions and supplies]
B9000-B9999	장관 및 장관외 펌프 [enteral and parenteral pumps]

외래환자 PPS [C1300-C9899]

이 부문은 외래환자 PPS 병원에서 사용되어야 하는 약물, 생물학적 제제, 및 기구 코드를 분류한다. 외래환자 PPS를 적용하지 않는 병원, 위기환자병원 [Critical Access Hospitals, CAHs], 인디안치료병원, 미국령의 사모아, 괌, 살판, 또는 버진아일랜드에 위치한 병원, 및 메릴랜드웨이버병원은 자유재량에 따라 이 코드로 보고할 수 있다. 이 코드로 시설의 [기술적] 서비스에 대해서만 보고할 수 있다.

HCPCS의 C 번호는 다른 HCPCS가 부여되지 않는 기구 범주, 새로운 기술에 의한 시술, 약물, 생물학적제제, 방사성의약품을 분류할 수 있다. 이러한 항목 및 서비스 중 일부는 외래환자 PPS 병원에 대한 과도기적인 임시[pass-through] 지불에 적격이며, 별도의 APC 지불을 받게 되거나, 패키지화된 항목이다. 병원은 지불상태에 관계없이 모든 적합한 C 코드를 보고하도록 장려되고 있다.

사례

C1300	압력하 고압산소, 전신 방, 30분 간격 당 [Hyperbaric oxygen under pressure, full body chamber, per 30 minute interval]
C1713	뼈대-뼈 또는 연조직대 뼈를 맞보게 하는 고정장치/나사못 (삽입가능한) Anchor/screw for opposing bone-to-bone or soft tissue-to-bone(implantable)
C1714	도관, 내강경유 죽종절제술, 방향이 정해진

- [Catheter, transluminal atherectomy, directional]
- C1715 근접치료 바늘
[Brachytherapy needle]
- C1716 근접치료 원점, 비-강연선, 금-198, 원점 당
[Brachytherapy source, nonstranded, gold-198, per source]
- C1717 근접치료 원점, 비-강연선, 고선량률 이리듐-192, 원점 당
[Brachytherapy source, nonstranded, high dose rate iridium-192, per source]
- C1719 근접치료 원점, 비-강연선, 비-고선량률 이리듐-192, 원점 당
[Brachytherapy source, nonstranded, nonhigh dose rate iridium-192, per source]
- C1721 심장울동전환기-세동제거기, 이중 심방 (이식가능한)
[Cardioverter-defibrillator, dual chamber (implantable)]
- C1722 심장울동전환기-세동제거기, 단일 심방 (이식가능한)
[Cardioverter-defibrillator, single chamber (implantable)]
- C1724 도관, 내경경유 죽종절제술, 회전식
[Catheter, transluminal atherectomy, rotational]
- C1725 도관, 내경경유 혈관성형술, 비레이저
(유도, 주입/관류 능력을 포함할 수 있음)
[Catheter, transluminal angioplasty, nonlaser]
(may include guidance, infusion/perfusion capability)
- C1726 도관, 풍선 확장, 비혈관
[Catheter, balloon dilatation, nonvascular]
- C1727 도관, 풍선 조직 절개기, 비혈관 (삽입가능한)
[Catheter, balloon tissue dissector, nonvascular (insertable)]
- C1728 도관, 근접치료기 종자 투입
[Catheter, brachytherapy seed administration]
- C1729 도관, 배액
[Catheter, drainage]
- C1730 도관, 전기생리, 진단목적, 3차원 매핑외 (19개 미만의 전극)
[Catheter, electrophysiology, diagnostic, other than 3D mapping]
(19 or fewer electrodes)
- C1731 도관, 전기생리, 진단목적, 3차원 매핑외 (20개 이상의 전극)
Catheter, electrophysiology, diagnostic, other than 3D mapping
(20 or more electrodes)
- C1732 도관, 전기생리, 진단목적/절제, 3차원 또는 벡터 매핑
[Catheter, electrophysiology, diagnostic/ablation, 3D or vector
mapping]
- C1733 도관, 전기생리, 진단목적/절제, 3차원 또는 벡터 매핑외, cool-tip의
[Catheter, electrophysiology, diagnostic/ablation, other than 3D or vector mapping,
other than cool-tip]
- C1749 내시경, 역행 영상화/조명 대장내시경 기구 (이식가능한)
[Endoscope, retrograde imaging/illumination colonoscope device] (implantable)
- C1750 도관, 혈액투석/복막외, 장기
[Catheter, hemodialysis/peritoneal, long-term]

C1751	도관, 주입, 말초, 중심, 또는 정중선에서 삽입되는 (혈액투석외) [Catheter, infusion, inserted peripherally, centrally or midline] (other than hemodialysis)
C1752	도관, 혈액투석/ 복막의, 단기 [Catheter, hemodialysis/peritoneal, short-term]
C1753	도관, 혈관내 초음파 [Catheter, intravascular ultrasound]
C1754	도관, 디스크내 [Catheter, intradiscal]
C1755	도관, 척주내 [Catheter, intraspinal]
C1756	도관, 조율, 식도경유 [Catheter, pacing, transesophageal]
C1757	도관, 혈전제거술/색전제거술 [Catheter, thrombectomy/embolectomy]
C1757	도관, 요관의 [Catheter, ureteral]
C1759	도관, 심장내, 초음파검사 [Catheter, intracardiac echocardiography]
C1760	봉합 기구, 혈관의 (이식가능한/삽입가능한) [Closure device, vascular] (implantable/insertable)
C1762	결합조직, 인체 (대퇴근막 포함) [Connective tissue, human] (includes fascia lata)
C1763	결합조직, 비인체 (합성체 포함) [Connective tissue, nonhuman] (includes synthetic)
C1764	이벤트 기록기, 심장의 (이식가능한) [Event recorder, cardiac] (implantable)
C1765	유착 방지제 [Adhesion barrier]

의료내구재 [E0100-E9999]

E코드는 지팡이, 목발, 보행기, 변기겸용의자, 욕창치료장비, 목욕 및 세면 보조기, 병원침대, 산소 및 관련 호흡기 장비, 모니터링 장비, 심박조율기, 환자 거상기, 안전 장비, 억제기, 견인 장비, 골절 프레임, 휠체어, 및 인공신장기계와 같은 의료내구재를 분류한다.

E0100-E0105	지팡이 [canes]
E0110-E0118	목발 [crutches]
E0130-E0149	보행기 [walkers]
E0153-E0159	부착기 [attachments]
E0160-E0175	변기겸용의자 [commodes]
E0181-E0199	욕창 치료 장비 [decubitus care equipment]

E0200-E0239	온/냉 적용기 [heat/cold application]
E0240-E0249	목욕 및 세면 보조기 [bath and toilet aids]
E0250-E0373	병원침대 및 부속용품 [hospital beds and accessories]
E0424-E0487	산소 및 관련 호흡기 장비 [oxygen and related respiratory equipment]
E0500	IPPB 기계 [Intermittent Positive-Pressure Breathing machines]
E0550-E0585	가습기/압축기/분무기 [humidifiers/compressors/nebulizers]
E0600-E0606	펌프 및 기화기 [pumps and vaporizers]
E0607-E0620	모니터링 기구 [monitoring devices]
E0621-E0642	환자 거상기 [patient lifts]
E0650-E0676	압박 기구 [compression devices]
E0691-E0694	자외선 [ultraviolet light]
E0700-E0710	안전 장비 [safety equipment]
E0720-E0770	신경자극기 및 기구 [nerve stimulators and devices]
E0776-E0791	주입 물품 [infusion supplies]
E0830-E0900	견인 장비 [traction equipment]
E0910-E0948	변형교정 기구 [orthopedic devices]
E0950-E1039	휠체어 부속용품 [wheelchair accessories]
E1050-E1298	휠체어 [wheelchairs]
E1300-E1310	와류 - 장비 [whirlpool - equipment]
E1353-E1406	추가적인 산소 관련 장비 [additional oxygen related equipment]
E1500-E1699	인공신장 기계 및 부속용품 [artificial kidney machines and accessories]
E1700-E1702	턱 운동 재활 시스템 및 부속용품 [jaw motion rehabilitation system and accessories]
E1800-E1841	굽힘/신전 기구 [flexion/extension device]
E1902-E2120	기타 기구 [other devices]
E2201-E2397	DME 휠체어 부속용품 [DME wheelchair accessory]
E2402	상처 치료 [wound therapy]
E2500-E2599	말하기 생성 기구 [speech generating device]
E2601-E2625	휠체어 쿠션 [wheelchair cushion]
E2626-E2633	휠체어 팔 지지대 [wheelchair arm support]
E8000-E8002	걸음걸이 트레이너 [gait trainer]

시술/전문가 서비스(임시) [G0008-G9156]

G 코드는 CPT로 달리 코딩될 수 있으나, CPT 코드가 없는 전문가에 의한 시술 및 서비스를 분류하는 데 사용된다. 가능성이 있는 대체 코드는 CPT 책을 참조한다.

G0008-G0010	예방접종 시행 [immunization administration]
G0027	정액 분석 [semen analysis]
G0101-G0124	선별검사 서비스 [screening services]
G0127-G0372	기타 서비스 [miscellaneous services]
G0378-G0384	관찰/응급실 서비스 [observation/emergency department services]

G0389-G0390	기타 서비스 [other services]
G0396-G0397	알코올 또는 약물 남용 [alcohol or substance abuse]
G0398-G0400	가정 수면 검사 [home sleep study]
G0402-G0405	초기 신체검진 [initial physical exam]
G0406-G0408	후속 원격진료 [follow-up telehealth]
G0409-G0411	심리 서비스 [psychological services]
G0412-G0415	골절 치료 [fracture care]
G0416-G0419	수술 병리검사 [surgical pathology]
G0420-G0421	교육 서비스 [educational services]
G0422-G0424	심장 및 폐 재활 [cardiac and pulmonary rehabilitation]
G0425-G0427	입원환자 원격진료 [inpatient telehealth]
G0428-G0429	결함 충전제 [defect fillers]
G0431-G0435	검사 서비스 [laboratory services]
G0436-G0439	상담 및 건강상담 방문 [counselling and wellness visit]
G042-G0451	기타 서비스 [other services]
G0452	분자 병리검사 [molecular pathology]
G0453	신경생리 모니터링 [neurophysiology monitoring]
G0454-G0455	기록작성 및 준비 [documentation and preparation]
G0456-G0457	음압상처치료 [negative pressure wound therapy]
G0458	전립선 근접치료 [prostate brachytherapy]
G0908-G0922	질 측정 [quality measures]
G3001	약물요법 [medication]
G8126-G8977	질 측정 [quality measures]
G8978-G8999	기능적 제한 [functional limitation]
G9001-G9012	치료 조직화 [coordinated care]
G9013-G9140	시범 사업 [demonstration project]
G9143	와파린 검사 [warfarin testing]
G9147	외래환자 정맥내 인슐린 치료 [outpatient IV insulin Tx]
G9148-G9153	질 보증 [quality assurance]
G9156	휠체어 평가 [wheelchair evaluation]
G9157	모니터 [monitor]
G9158-G9186	기능적 제한 [functional limitation]

알코올 및 약물 남용 치료 서비스 [H0001-H2037]

알코올 및 약물 치료서비스를 포함하여 정신건강서비스를 구분하기 위하여 별도의 코드를 만들도록 주
 법에서 정한 경우, 주 메디케이드 기관이 H 코드를 사용한다.

사례

H0001	알코올 및 약물 평가 [Alcohol and/or drug assessment]
H0002	치료프로그램을 위한 입원 적격성을 결정하기 위한 정신건강 선별검사

	[Behavioral health screening to determine eligibility for admission to treatment program]
H0003	알코올 및 약물 선별검사: 알코올 및 약물의 존재를 확인하기 위한 검체 검사 분석 [Alcohol and/or drug screening: laboratory analysis of specimens for presence of alcohol and/or drugs]
H0004	정신건강 상담 및 치료, 15분당 [Behavioral health counseling and therapy, per 15 minutes]
H0005	알코올 및 약물 서비스: 임상가에 의한 그룹 상담 [Alcohol and/or drug services: group counseling by a clinician]
H0006	알코올 및 약물 서비스: 사례 관리 [Alcohol and/or drug services: case management]
H0007	알코올 및 약물 서비스: 위기 중재 (외래환자) [Alcohol and/or drug services: crisis intervention] (outpatient)
H0008	알코올 및 약물 서비스: 아급성 해독치료 (병원 입원환자) [Alcohol and/or drug services: subacute detoxification] (hospital inpatient)
H0009	알코올 및 약물 서비스: 급성 해독치료 (병원 입원환자) [Alcohol and/or drug services: acute detoxification] (hospital inpatient)

J 코드 약물 [J0120-J8499]

J 코드는 흔히 자가투여할 수 없는 약물, 항암치료약, 면역억제약, 흡입용액과 기타 약물 및 용액을 분류한다.

J7604-J8499 흡입 약물 [inhalation drugs]

J 코드 항암치료약물 [J8501-J9999]

J8501-J8999 경구 항암치료 약물 [oral chemotherapy drugs]
J9000-J9999 주사용 항암치료 약물[injectable chemotherapy drugs]

임시 코드 [K0000-K9999]

K0001-K0195 휠체어 및 휠체어 부속용품 [wheelchair and wheelchair accessories]
K0455-K0746 장비, 교체, 수선, 대여 [equipment, replacement, repair, rental]
K0800-K0812 동력 운송수단 및 부속용품
[power operated vehicle and accessories]
K0813-K0899 전동 휠체어 [power wheelchairs]

정형 시술 및 기구 [L0000-L4999]

L 코드는 척추측만증 장비, 정형외과용 신발과 보철 이식물은 물론 교정 및 보철 시술과 기구를 분류한다.

L0112-L0174	경추 [cervical]
L0180-L0200	다중의 후방 칼라 [multiple post collar]
L0220-L0492	흉추 [thoracic]
L0621-L0710	경추-흉추-요추-천추 보장구 [cervical-thoracic-lumbar-sacral orthotic]
L0810-L0861	할로 시술 [Halo procedure]
L0970-L0999	척추 보장구에 대한 추가재 [additions to spinal orthotic]
L1000-L1120	보장구 - 척추측만증 시술 [orthotic devices - scoliosis procedures]
L1200-L1209	흉추-요추-천추 보장구 (낮은것) [thoracic-lumbar-sacral orthotic(TLSO)](low profile)]
L1300-L1499	기타 척추측만증 시술 [other scoliosis procedures]

흉추-고관절-무릎-발목 보장구 [thoracic-hip-knee-ankle orthotic]

L1600-L1690	고관절 보장구-신축성있는 [hip orthotic(HO)-flexible]
L1700-L1755	레그 페르테스 [legg perthes]
L1810-L1860	무릎 보장구 [knee orthotic]
L1900-L1990	발목-발 보장구 [ankle-foot orthotic(AFO)]
L2000-L2038	무릎-발목-발 보장구 - 어떤 조합이든 [knee-ankle-foot orthotic(KAFO) - any combination]
L2040-L2136	비틀림 조절; 고관절-무릎-발 보장구 [torsion control; hip-knee-foot orthotic(HKAFO)]
L2180-L2192	골절 보장구에 대한 추가재 [additions to fracture orthotic]
L2200-L2397	하지 보장구에 대한 추가재; 신발-발목-무릎 [additions to lower extremity orthotic; shoe-ankle-knee]
L2405-L2492	곧은 무릎 또는 상쇄된 무릎 관절 [additions to straight knee or offset knee joints]
L2500-L2550	추가재; 대퇴/체중지지 - 둔부/좌골의 체중지지 [additions; thigh/weight bearing - gluteal/ischial weight bearing]
L2570-L2680	추가재; 골반 및 흉추 제어 [additions; pelvic and thoracic control]
L2750-L2999	추가재; 일반 [additions; general]

골격정형 신발류 [orthopedic footwear]

L3000-L3031	삽입물 [inserts]
L3040-L3060	오목 발바닥 받침, 제거가능한, 사전주조된 [arch support, removable, premolded]
L3070-L3100	오목 발바닥 받침, 제거가 어려운, 신발에 부착된

	[arch support, nonremovable, attached to shoe]
L3140-L3170	외전 및 회전 막대기 [abduction and rotation bars]
L3201-L3265	골격정형 신발 및 부츠 [orthopedic shoes and boots]
L3300-L3334	신발 변경-높임 [shoe modification-lifts]
L3340-L3420	신발 변경-썰기형 [shoe modification-wedges]
L3430-L3485	신발 변경-뒤꿈치 [shoe modification-heels]
L3500-L3595	기타 신발 추가재 [miscellaneous shoe additions]
L3600-L3630	이동 또는 교체 [transfer or replacement]
L3650-L3677	어깨 보장구 [shoulder orthotic (SO)]
L3702-L3766	팔꿈치 어깨 보장구 [elbow shoulder orthotic (EO)]
L3806-L3808	팔목-손-손가락 보장구 [wrist-hand-finger orthotic (WHFO)]
L3891	상지 보장구에 대한 보충재 [additions to upper extremity orthotic]
L3900-L3901	역학적 신근 경첩, 상호적 팔목 펴기/구부리기, 손가락 구부리기/펴기 [dynamic extensor hinge, reciprocal wrist extension/flexion, finger flexion/extension]
L3904	외부 동력 [external power]
L3905-L3956	기타 상지 보장구 [other upper extremity orthotics]
L3960-L3967	어깨, 팔꿈치, 팔목, 손 보장구 [shoulder, elbow, wrist, hand orthotic]

어깨-팔꿈치 보장구 [shoulder-elbow orthotic (SEO)]

L3971-L3978	이동식 팔 지지대에 대한 보충재 [additions to mobile arm supports]
L3980-L3999	골절 보장구 [fracture orthotic]
L4000-L4210	수리 [repairs]
L4350-L4631	기타 하지 지지대 [miscellaneous lower limb supports]

보철 시술 [L5000-L9999]

L5000-L5020	부분 발 [partial foot]
L5050-L5060	발목 [ankle]
L5100-L5105	무릎 아래 [below knee]

L5150-L5160	무릎 관절절단 [knee disarticulation]
L5200-L5230	무릎 위 [above knee]
L5250-L5270	고관절 절단 [hip disarticulation]
L5280-L5341	편측골반절제 [hemipelvectomy]
L5400-L5460	즉각적인 수술후 또는 조기 장착 기술 [immediate postsurgical or early fitting procedures]
L5500-L5505	처음 보철물 [initial prosthesis]
L5510-L5600	준비를 위한 보철물 [preparatory prosthesis]

보충재 [additions]

L5610-L5617	보충재; 하지 [additions; lower extremity]
L5618-L5629	보충재; 시험용 소켓 [additions; test sockets]
L5630-L5653	보충재; 소켓 변형 [additions; socket variations]
L5654-L5699	보충재; 소켓 삽입 및 정지 [additions; socket insert and suspension]
L5700-L5707	교체 [replacements]
L5710-L5782	보충재; 외골격 무릎-정강이 시스템 [additions; exoskeletal knee-shin system]
L5785-L5795	구성요소 수정 [component modification]
L5810-L5999	보충재; 내골격 무릎-정강이 시스템 [additions; endoskeletal knee-shin system]
L6000-L6025	부분 손 [partial hand]
L6050-L6055	팔목 관절절단 [wrist disarticulation]
L6100-L6130	팔꿈치 아래 [below elbow]
L6200-L6205	팔꿈치 관절절단 [elbow disarticulation]
L6250	팔꿈치 위 [above elbow]
L6300-L6320	어깨 관절절단 [shoulder disarticulation]
L6350-L6370	견갑골사이 흉부 [interscapular thoracic]
L6380-L6388	즉각적인, 조기 수술후 기술 [immediate and early postsurgical procedures]
L6400-L6570	주조된 소켓 [molded socket]
L6580-L6590	준비를 위한 소켓 [preparatory socket]
L6600-L6698	보충재; 상지 [additions; upper limb]
L6703-L6722	말단 기구 [terminal device]
L6805-L6882	말단 기구에 대한 보충재 [addition to terminal device]
L6883-L6885	교체 소켓 [replacement socket]
L6890-L6915	손 복구 [hand restoration]
L6920-L6975	외부 동력 [external power]
L7007-L7045	전기 손 및 부속용품 [electric hand and accessories]
L7170-L7191	전기 팔꿈치 및 부속용품 [electronic elbow and accessories]
L7260-L7261	전기 팔목 및 부속용품 [electronic wrist and accessories]
L7360-L7368	건전지 부품 [battery components]
L7400-L7499	상지 보철물에 대한 보충재 [additions to upper extremity prosthesis]
L7510-L7520	수리 [repairs]

L7600	코닝 소매 [conning sleeve]
L7900-L7902	남성 보철 [male prosthetic]
L8000-L8039	유방 보철 [breast prosthesis]
L8040-L8049	얼굴 및 귀 보철 [face and ear prosthesis]
L8300-L8330	탈장대, 트러스 [trusses]
L8400-L8499	보철 양말 [prosthetic socks]
L8500-L8515	후두 및 기관 보철 및 부속용품 [larynx and trachea prosthetics and accessories]
L8600	유방 이식물 [breast implant]
L8603-L8606	비뇨기 팽창제 [urinary bulking agents]
L8609-L8629	눈 및 귀 이식물 및 부속용품 [eye and ear implants and accessories]
L8630-L8631	상지 이식물 [upper extremity implants]
L8641-L8642	하지 이식물 [lower extremity implants]
L8658-L8659	손가락사이 이식물 [interphalangeal implants]
L8670	심혈관 이식물 [cardiovascular implant]
L8680-L8689	신경자극기 및 부속용품 [neurostimulator and accessories]
L8690-L9900	기타 보철 및 부속용품 [miscellaneous prosthetics and accessories]

의료 서비스 [M0000-M0301]

M0064-M0100	기타 의료 서비스 [other medical services]
M0300-M0301	심혈관 서비스 [cardiovascular services]

병리검사 및 임상병리 서비스 [P0000-P9999]

P2028-P2038	화학 및 독성 검사 [chemistry and toxicology tests]
P3000-P3001	병리 선별검사 [pathology screening tests]
P7001	미생물 검사 [microbiology tests]
P9010-P9615	기타 [miscellaneous]

Q 코드 (임시) [Q0035-Q9968]

임시 Q 코드는 영구코드가 부여되지 않은 물품, 약물, 및 생화학제제에 대해 의료제공자에게 보상하기 위해 사용된다.

사례

Q0035	심장동태기록 [Cardiokymography] 비정형성 협심증이나 비허혈성 흉통이 있는 남자환자 또는 협심증이 있는 여자 환자에서 심전도 부하검사와 같이 시행되는 경우에만 급여됨
-------	--

- Q0081 주입 치료, 화학요법이외 약 사용시, 방문 당
[Infusion therapy, using other than chemotherapeutic drugs, per visit]
- Q0083 화학요법 투여, 주입이외 방법(예: 피하, 근육내, push)에 의한, 방문 당
[Chemotherapy administration by other than infusion technique only
(e.g., subcutaneous, intramuscular, push), per visit]
- Q0084 화학요법 투여, 주입에 의한 것만, 방문 당
[Chemotherapy administration by infusion technique only, per visit]
- Q0085 화학요법 투여, 주입에 의한 것과 기타방법(예: 피하, 근육내, push)에 의한 것, 방문 당
[Chemotherapy administration by both infusion technique and other
technique(s)(e.g., subcutaneous, intramuscular, push), per visit]
- Q0091 선별 파파니콜라우도말: 경부 및 질 도말 검체의 채취, 준비 및 검사실로의 이전
[Screening Papanicolaou smear; obtaining, preparing and conveyance of cervical or
vaginal smear to laboratory]
메디케어가 저위험 환자에게는 매2년마다 한번의 검사에 대해, 고위험 환자에게는
매년 급여함.
별도의 E&M서비스가 제공되는 경우, E&M 코드와 함께 Q0091 코드를 보고할 수 있음
- Q0092 이동형 방사선 장비의 설치
[Set-up portable x-ray equipment]

진단 방사선 서비스 [R0000-R5999]

R 코드는 이동형 방사선검사나 EKG 장비의 이송에 대해 사용된다.

사례

- R0070 가정이나 요양원으로서의 이동형 방사선 장비 및 사람의 이동, 시설 또는 장소로의 이동건당, 검사환자 1인당
이동형 방사선 장비가 어떤 장소로 이전하는 경우, 한번의 타당한 이송비용만이 허용된다.
같은 장소에서 한명이상의 환자를 검사하는 경우, 환자 수에 따라 비용을 비례배분한다.
- R0075 가정이나 요양원으로서의 이동형 방사선 장비 및 사람의 이동, 시설 또는 장소로의 이동건당, 검사환자가 1인 이상인 경우
이동형 방사선 장비가 어떤 장소로 이전하는 경우, 한번의 타당한 이송비용만이 허용된다.
같은 장소에서 한명이상의 환자를 검사하는 경우, 환자 수에 따라 비용을 비례배분한다.
- R0076 시설이나 장소로의 이동형 심전도 이송, 환자 당
이동형 심전도 장비가 어떤 장소로 이전하는 경우, 한번의 타당한 이송비용만이 허용된다.
같은 장소에서 한명이상의 환자를 검사하는 경우, 환자 수에 따라 비용을 비례배분한다.

임시 국가 코드 (비-메디케어) [S0000-S9999]

S 코드는 청십자/청방패협회[Blue Cross/Blue Shield Association, BCBSA]와 미국건강보험협회[Health Insurance Association of America, HIAA]에 의해 사용된다. 이는 국가코드가 없으나 민간 영역에서 정책, 프로그램, 또는 청구처리를 위해 필요한 약물, 서비스, 물품을 보고하는데 쓰인다. 즉 민간영역의

특별한 필요에 부합하기 위한 목적으로 사용되는 코드이다. 이들 코드는 또한 메디케이드 프로그램에 의해 사용되기도 하나, 메디케어에 의해 지불될 수 있는 것은 아니다.

사례

S0012	Butorphanol tartrate, nasal spray, 25 mg use this code for Stadol NS
S0014	Tacrine HCl, 10 mg use this code for Cognex
S0017	Injection, aminocaproic acid, 5 g use this code for Amicar
S0020	Injection, bupivacaine HCl, 30 ml use this code for Marcaine, Sensorcaine
S0021	Injection, cefoperazone sodium, 1 g use this code for Cefobid
S0023	Injection, cimetidine HCl, 300 mg use this code for Tagamet HCl

주 메디케이드 기관을 위해 만들어진 국가 T 코드 [T1000-T9999]

T 코드는 주 메디케이드 기관이 영구 국가코드가 없으나 메디케이드 프로그램을 집행하기 위해 필요한 항목에 대한 코드를 만들기 위해 사용하기 위해 설계되었다. T 코드는 메디케어에 제출할 수 없으나, 민간 보험자에게는 사용할 수 있다. 일련의 코드가 요양간호 및 가정간호-관련 서비스, 약물남용치료, 특정 훈련-관련 기술을 분류한다.

사례

T1000	개인간호/독립간호 서비스, 면허자, 15분 까지 [Private duty/independent nursing service(s), licensed, up to 15 minutes]
T1001	간호 평가/사정 [Nursing assessment/evaluation]
T1002	RN 서비스, 15분 까지 [RN services, up to 15 minutes]
T1003	LPN/LVN 서비스, 15분 까지 [LPN/LVN services, up to 15 minutes]
T1004	자격을 갖춘 간호보조인 서비스, 15분 까지 [Services of a qualified nursing aide, up to 15 minutes]
T1005	유예가료 서비스, 15분 까지 [Respite care services, up to 15 minutes]
T1006	알코올 및 약물 남용 서비스, 가족/부부 상담 [Alcohol and/or substance abuse services, family/couple counseling]
T1007	알코올 및 약물 남용 서비스, 치료계획 개발 및 수정 [Alcohol and/or substance abuse services, treatment plan development and/or modification]

T1009	알코올 및 약물 남용 서비스를 받고 있는 개인의 아이들을 위한 아이 돌봄서비스 [Children sitting services for children of the individual receiving alcohol and/or substance abuse services]
T1010	알코올 및 약물 남용 서비스를 받고 있는 개인을 위한 식사 (식사가 프로그램에 포함되어 있지 않은 경우) [Meals for individuals receiving alcohol and/or substance abuse services] (when meals not included in the program)
T1012	알코올 및 약물 남용 서비스, 기술 개발 [Alcohol and/or substance abuse services, skills development]
T1013	수화 또는 구두 해석 서비스, 15분 당 [Sign language or oral interpretive services, per 15 minutes]
T1014	원격의료 전송, 분 당, 전문가 서비스 청구 별도 [Telehealth transmission, per minute, professional services bill separately]
T1015	의원 방문/내원, 포괄 [Clinic visit/encounter, all-inclusive]
T1016	사례관리, 15분당 [Case management, each 15 minutes]
T1017	표적 사례관리, 15분당 [Targeted case management, each 15 minutes]

시력 서비스 [V0000-V2999]

V 코드는 안경, 렌즈, 콘택트렌즈, 보철, 안내 렌즈, 기타 렌즈와 같이 시력-관련 물품을 분류한다.

V2020-V2025	테 [frames]
V2100-V2199	단안 시력, 유리 또는 플라스틱 [single vision, glass, or plastic]
V2200-V2299	이중초점, 유리 또는 플라스틱 [bifocal, glass, or plastic]
V2300-V2399	삼중초점, 유리 또는 플라스틱 [trifocal, glass, or plastic]
V2410-V2499	가변적인 비구형 렌즈, 유리 또는 플라스틱 [variable asphericity lens, glass, or plastic]
V2500-V2599	콘택트렌즈 [contact lens]
V2600-V2615	시력 보조기 [vision aids]
V2623-V2629	보철 눈 [prosthetic eye]
V2630-V2632	안내 렌즈 [intraocular lenses]
V2700-V2799	기타 [miscellaneous]

청력 서비스 [V5000-V5999]

일련의 코드가 청력검사와 관련 물품 및 장비, 말하기-언어 병리 선별검사, 및 증대성 의사소통시스템의 수리에 대해 분류한다.

V5008-V5020	청력 서비스 [hearing services]
-------------	---------------------------

V5030-V5060	한쪽 귀 청력 보조기 [monaural hearing aid]
V5070-V5110	기타 청력 서비스 [other hearing services]
V5120-V5267	청력 보조기, 서비스, 및 부속용품 [hearing aid, services, and accessories]
V5268-V5274	보조적 청취 기구 [Assistive listening device]
V5275-V5299	기타 청력 서비스 [miscellaneous hearing services]
V5336-V5364	말하기-언어 병리 서비스 [speech-language pathology services]

HCPCS level II 부록 A.

약물 및 생물학적 제제 분류표

HCPCS 2013 약물 및 생물학적 제제 분류표는 사용자가 약물명과 상응하는 코드를 빨리 찾을 수 있도록 설계되어 있다. 일반 및 브랜드 또는 상표명이 알파벳순으로 표의 “약물명” 컬럼에 목록화되어 있다. A, C, J, K, Q, 또는 S 코드는 약의 일반명에 대해서만 부여되어 있다. 이 표에 가능하면 많은 약을 수록하려 했지만 모든 약이 포함되어 있지는 않다.

“단위” 컬럼에는 CMS가 제공한 대로 참조된 일반약에 대해 제시된 양을 기재하였다. “투여경로” 컬럼에는 현재 약물학 문헌에 기술된 바에 따라 참조된 일반약을 전달하는 가장 흔한 방법을 수록하였다. level II 약물코드에 대한 공식적인 정의는 일반적으로 경구가 아닌 다른 방법을 기술한다. 그러므로 소수의 예외가 있어, 대부분의 약물에 대한 경구-전달 방법은 투여경로 컬럼에서 빠져 있다.

정맥내 투여는 중력에 의한 주입[gravity infusion], 주사[injections], 및 때에 맞춘 주사[timed pushes]와 같은 모든 방법을 포함한다. 몇 가지 투여경로가 나열되어 있는 경우, 첫 번째로 나오는 것은 현재 참조문헌에 따른 첫 번째 또는 가장 흔한 방법을 말한다. "VAR"는 다양한 투여경로 나타내며, 이는 흔히 관절, 강, 조직, 또는 국소 적용시 투여되는 약물에 사용된다. "OTH"는 좌약이나 도관 주사와 같은 다른 투여방법을 표시한다.

모든 HCPCS level II 국가 정의 및 목록은 물론 약물표도 청구목적 만으로 치료 후 의학적 참조내용을 구성한다는 것을 알아야 한다. 편집자가 약물표와 관련 자료의 정확성을 보증하기 위해 모든 정상적인 예방조치를 했어도, 의학적 치료를 선택하는데 이 정보를 사용하는 것은 전적으로 부적합하다. 약물표에서 코드를 바로 선택하지 않아야 한다. 완전한 정보를 위해서는 내용예시표[tabular section]를 참조한다.

약물표

약물명	단위	투여경로	코드
5% dextrose and .45% normal saline	1000 ml	IV	S5010
5% dextrose in lactated ringer's	1000 ml	IV	S5011
5% dextrose with potassium chloride	1000 ml	IV	S5012
5% dextrose/.45% NS with KCL and mag sulfate	1000 ml	IV	S5013
5% dextrose/.45% NS with KCL and mag sulfate	1500 ml	IV	S5014
5% dextrose/normal saline	5%	VAR	J7042
5% dextrose/water	500ml	IV	J7060
10% LMD	500ml	IV	J7100
abatacept	10mg	IV	J0129
abciximab	10mg	IV	J0130
abelcet	10mg	IV	J0287
abilify	0.25mg	IM	J0400

부록 3.

ICD-10-PCS 시술용어 정의

ICD-10-PCS에서 사용하는 시술에 대한 용어는 유일한 개념을 가지도록 정의되어 있다.

가. 내과적 외과적 시술

1) 내과적 외과적 시술용어 정의

내과적 외과적 시술용어는 다음과 같이 정의되며 정의에 대한 설명과 사례가 제시되어 있다.

[표1] 내과적 외과적 시술용어 정의 (definitions of medical and surgical section procedures)

루트수술	용어정의 및 설명	
alteration (변경)	정의	신체 부분의 기능에 영향을 미치지 않고 원래 해부학적 구조가 변형되는 시술
	설명	주 목적은 외관을 개선하는 것
	사례	face lift, breast augmentation
bypass (우회술)	정의	관모양 신체 부분의 내용물의 경로를 변경하는 시술
	설명	신체의 내용물이 정상 경로의 아래쪽이나 비슷한 경로, 또는 비정상적인 경로나 다른 신체 부분으로 흐르도록 변경. 하나 이상의 문합술이 시행될 수 있으며, 장치의 사용을 동반할 수도 있음
	사례	coronary artery bypass, colostomy formation
change (교체)	정의	신체 부분으로부터 장치를 제거하거나, 같은 신체 부위에 동일하거나 비슷한 장치를 다시 넣어주는 시술로, 피부나 점막의 절개나 천자를 동반하지 않는 시술
	설명	모든 Change 시술에 대한 접근방법은 External임
	사례	urinary catheter change, gastrostomy tube change

루트수술	용어정의 및 설명	
control (관리, 조절)	정의	시술후 출혈을 멈추게 하거나 멈추도록 시도하는 시술
	설명	출혈부위는 특정 신체 부분이 아닌 해부학적 부위로 코딩됨
	사례	control of post-prostatectomy hemorrhage, control of post-tonsillectomy hemorrhage
creation (생성)	정의	신체 부분의 기능을 대신하지 않는 새로운 생식구조물을 만드는 시술
	설명	성전환 수술에만 적용됨
	사례	creation of vagina in a male, creation of penis in a female
destruction (파괴)	정의	신체 부분의 전부 또는 일부를 에너지, 힘 또는 파괴물질을 이용하여 물리적으로 없애는 시술
	설명	신체 부분을 물리적으로 꺼내는 것은 아님
	사례	fulguration of rectal polyp, cautery of skin lesion
detachment (박리)	정의	상지나 하지의 전부 또는 일부를 잘라내는 시술
	설명	신체 부분에 대한 분류는 박리부위로 하며, 박리되는 사지의 수준을 상세히 명시할 수 있는 경우 한정어로 표기함
	사례	below knee amputation, disarticulation of shoulder
dilation (확장)	정의	관모양 신체부분의 입구나 내강을 넓히는 시술
	설명	입구는 자연입구가 될 수도 있고 인공으로 만든 입구일 수도 있음. 강내 압력을 사용하여 관모양 신체 부분을 늘리기도 하고 관모양 신체 부분의 입구나 벽의 일부를 잘라내는 방법으로 수행됨
	사례	percutaneous transluminal angioplasty, pyloromyotomy
division (분할, 분리)	정의	신체 부분을 분리하거나 횡단하기 위하여 신체 부분으로부터 액체나 가스를 빼내지 않은 상태에서 신체 부분을 베어 나누는 시술
	설명	신체 부분의 전부 또는 일부가 두개 이상의 부분으로 분리됨
	사례	spinal cordotomy, osteotomy
drainage (배출, 배액)	정의	신체 부분으로부터 액체 및 가스를 배출하거나 흘러나오게 하는 시술
	설명	drainage시술이 생검인 경우 이를 구분하기 위하여 한정어를 diagnostic으로 함
	사례	thoracentesis, incision and drainage
excision (절제)	정의	대치없이 신체 부분의 일부를 잘라내는 시술
	사례	partial nephrectomy, liver biopsy
extirpation (적출, 제거)	정의	신체 부분으로부터 고형질을 끄집어내거나 잘라내는 시술
	설명	고형질은 생물학적 기능의 비정상적인 부산물이거나 이물일 수 있음. 신체 부분이나 관모양 신체 부분의 내강에 깊숙이 박혀있을 수 있음. 고형질은 사전에 조각으로 깨져 있을 수도 있음
	사례	thrombectomy, choledocholithotomy
extraction (적출, 추출)	정의	힘으로 신체 부분의 전부 또는 일부를 잡아 빼거나 벗기는 시술
	설명	Extraction시술이 생검인 경우 이를 구분하기 위하여 한정어를 Diagnostic으로 함
	사례	dilatation and curettage, vein stripping
fragmentation (분절)	정의	신체 부분에 있는 고형질을 조각으로 깨는 시술
	설명	물리적인 힘(예: 수기, 초음파)을 직접 또는 간접으로 사용하여 고형질을 조각으로 깎. 고형질은 생물학적 기능의 비정상적인 부산물이거나 이물일 수 있음. 고형질의 조각이 꺼내지는 것은 아님
	사례	extracorporeal shockwave lithotripsy, transurethral lithotripsy

루트수술	용어정의 및 설명	
fusion (유합, 고정)	정의	관절이 움직이지 않게 하기 위하여 관절 신체부분의 일부를 접합하는 기술
	설명	신체부분이 고정장치나 골이식 및 다른 매체에 의해 접합됨
	사례	spinal fusion, ankle arthrodesis
insertion (삽입, 주입)	정의	생리적 기능을 모니터, 지원, 수행, 또는 예방하기 위하여 비생물학적 장치를 넣는 기술.
	설명	물리적으로 신체 부분을 대신하는 것은 아님
	사례	insertion of radioactive implant, insertion of central venous catheter
inspection (검사, 시진)	정의	신체 부분을 눈으로 또는 수기로 탐색하는 것
	설명	시각적 탐색은 광학 기구를 이용할 수도 있음. 수기 탐색은 직접 수행될 수도 있고 신체 층을 중재하면서 시행될 수도 있음
	사례	diagnostic arthroscopy, exploratory laparotomy
map (지도화)	정의	전기적 자극의 경로를 표시하거나 신체 부분에서 기능적 영역을 표시하는 것
	설명	심장전도기전 및 중추신경계에만 적용 가능
	사례	cardiac mapping, cortical mapping
occlusion (폐색)	정의	관모양 신체부분의 입구나 내강을 완전히 막는 기술
	설명	입구는 자연적인 입구이거나 인공으로 만든 입구일 수 있음
	사례	fallopian tube ligation, ligation of inferior vena cava
reattachment (재부착)	정의	분리된 신체 부분의 전부 또는 일부를 정상 위치나 다른 적합한 위치에 다시 붙이는 것
	설명	혈관 순환이나 신경경로는 재구성될 수도 있고 아닐 수도 있음
	사례	reattachment of hand, reattachment of avulsed kidney
release (박리, 유리)	정의	비정상적인 물리적 제약으로부터 신체 부분을 자유롭게 하는 기술
	설명	구속하는 조직의 일부를 제거할 수 있으나 신체 부분을 제거하는 것은 아님
	사례	adhesiolysis, carpal tunnel release
removal (제거)	정의	신체 부분으로부터 장치를 꺼내거나 떼어버리는 기술
	설명	피부나 점막을 절개하거나 천자하지 않고 장치를 꺼낸 후 비슷한 장치가 넣어진다면 해당 기술은 루트수술 CHANGE로 분류해야 함. 한편 장치를 꺼내는 기술은 루트수술 REMOVAL로 분류
	사례	drainage tube removal, cardiac pacemaker removal
repair (복구, 재건)	정의	가능한 정도까지 신체 부위를 정상 해부학적 구조와 기능으로 복구하는 기술
	설명	복구하는 방법이 다른 루트수술에 해당하지 않는 경우에만 사용됨
	사례	colostomy takedown, suture of laceration
replacement (대치, 교체)	정의	물리적으로 신체 부위의 전부 또는 일부의 위치 및 기능을 수행하는 생물학적 또는 합성 물질을 넣는 기술
	설명	신체 부위는 제거되거나 대치될 수도 있고, 물리적으로 근절될 수도 있고, 대치시술 동안 기능하지 않게 만들 수도 있음. 이전 대치시술에서 사용된 장치를 제거할 때는 Removal 시술로 코딩
	사례	total hip replacement, bone graft, free skin graft
reposition (재배치, 위치복원)	정의	신체 부분의 전부 또는 일부를 정상 위치나 다른 적합한 위치로 옮기는 기술
	설명	신체 부분이 비정상 위치에서 또는 올바르게 기능하지 않는 정상위치에서 새로운 위치로 옮겨짐. 신체 부분은 새로운 위치로 옮겨지기 위해 자르거나 잘라내질 수 있음
	사례	reposition of undescended testicle, fracture reduction

루트수술	용어정의 및 설명	
resection (절제)	정의	신체 부분의 전부를 대치없이 자르거나 잘라내는 기술
	사례	total nephrectomy, total lobectomy of lung
restriction (제한)	정의	관모양 신체 부분의 입구나 내강을 부분적으로 막는 기술
	설명	입구는 자연적인 입구이거나 인공으로 만들어진 입구일 수 있음
	사례	esophagogastric fundoplication, cervical cerclage
revision (교정)	정의	오작동하는 장치의 일부나 전위된 장치의 위치를 가능한 정도까지 교정하는 기술
	설명	장치의 일부를 꺼내거나 넣음으로써 오작동하거나 전위된 장치를 교정하는 것을 포함
	사례	adjustment of pacemaker lead, adjustment of hip prosthesis
supplement (보충)	정의	신체 부위 일부의 기능을 물리적으로 강화시키거나 증가시키는 생물학적 또는 합성 물질을 넣는 기술
	설명	생물학적 물질은 비생체이거나 생체이며 같은 사람의 것일 수 있음. 신체 부위가 이전에 대치된 것일 수 있으며, 이 경우 supplement 기술은 대치된 신체 부위의 기능을 물리적으로 강화하거나 증가시키기 위해 시행됨
	사례	herniorrhapy using mesh, free nerve graft, mitral valve ring annuloplasty, put a new acetabular liner in a previous hip replacement
transfer (전이)	정의	신체 부위의 전부 또는 일부의 기능을 대신하기 위해 신체 부위의 전부 또는 일부를 다른 위치로 옮기는 기술
	설명	전이된 신체 부위는 혈관 및 신경 공급이 연결되어 있는 상태임
	사례	tendon transfer, skin pedicle flap transfer
transplantation (이식)	정의	비슷한 신체 부위의 전부 또는 일부의 위치 및 기능을 물리적으로 수행하게 하기 위하여, 다른 사람이나 동물로부터 얻은 생체 신체 부위의 전부 또는 일부를 넣는 기술
	설명	생체 신체부위가 얻어질 수도 있고 이식된 신체 부위가 그 기능의 전부 또는 일부를 수행할 수 있음
	사례	kidney transplant, heart transplant

2) 내과적 외과적 시술의 접근방법

내과적 외과적 시술의 접근방법은 다음과 같이 정의된다.

[표2] 내과적 외과적 시술의 접근방법 (approaches in medical and surgical section)

Approach	용어정의 및 설명	
external(외적)	정의	피부나 점막에 직접 시행된 시술과 피부나 점막을 통해 외적 힘을 적용하여 간접적으로 시행되는 접근방법
open(개방적)	정의	시술부위를 노출시키기 위해 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 절개하는 접근방법
percutaneous(경피적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하는 접근방법
percutaneous endoscopic (경피적 내시경적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하고 시술부위를 시각화하는 접근방법
via natural or artificial opening (자연 또는 인공 입구를 경유하여)	정의	시술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하는 접근방법
via natural or artificial opening endoscopic (자연 또는 인공 입구를 경유한 내시경적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하고 시술부위를 시각화하는 접근방법
via natural or artificial opening with percutaneous endoscopic assistance (자연 또는 인공 입구를 경유하며 경피적 내시경적 보조를 동반한)	정의	자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하고, 천자나 최소절개로 시술 수행에 있어 도움이 되는 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 통해 기구를 삽입하는 접근방법

나. 산과적 시술

1) 산과적 시술용어 정의

산과적 시술은 다음과 같이 정의된다.

[표3] 산과적 시술용어 정의 (definitions of obstetrics procedures)

루트수술	용어정의 및 설명	
abortion(유산)	정의	인위적으로 임신을 종결시키는 시술
change(교체)	정의	신체 부분으로부터 장치를 제거하거나, 같은 신체 부위에 동일하거나 비슷한 장치를 다시 넣어주는 시술로, 피부나 점막의 절개나 천자를 동반하지 않는 시술
	설명	모든 Change 시술에 대한 접근방법은 External임
delivery(분만)	정의	임신의 산물이 생식로를 통과하도록 도와주는 시술
drainage(배출, 배액)	정의	신체 부분으로부터 액체 및 가스를 배출하거나 흘러나오게 하는 시술
	설명	Drainage시술이 생검인 경우 이를 구분하기 위하여 한정어를 Diagnostic으로 함
extraction(적출, 추출)	정의	신체 부분의 전부 또는 일부를 잡아 빼거나 벗기는 시술
	설명	Extraction시술이 생검인 경우 이를 구분하기 위하여 한정어를 Diagnostic으로 함
insertion(삽입, 주입)	정의	생리적 기능을 모니터, 지원, 수행, 또는 예방하기 위하여 비생물학적 장치를 넣는 시술.
	설명	물리적으로 신체 부분을 대신하는 것은 아님
inspection (검사, 시진)	정의	신체 부분을 눈으로 또는 수기로 탐색하는 것
	설명	시각적 탐색은 광학 기구를 이용할 수도 있음. 수기 탐색은 직접 수행될 수도 있고 신체 층을 중재하면서 시행될 수도 있음
removal(제거)	정의	신체 부분으로부터 장치를 꺼내거나 떼어버리는 시술
	설명	피부나 점막을 절개하거나 천자하지 않고 장치를 꺼낸 후 비슷한 장치가 넣어진다면 해당 시술은 루트수술 Change로 분류해야 함. 한편 장치를 꺼내는 시술은 루트수술 Removal로 분류
repair(복구, 재건)	정의	가능한 정도까지 신체 부위를 정상 해부학적 구조와 기능으로 복구하는 시술
	설명	복구하는 방법이 다른 루트수술에 해당하지 않는 경우에만 사용됨
reposition (재배치, 위치복원)	정의	신체 부분의 전부 또는 일부를 정상 위치나 다른 적합한 위치로 옮기는 시술
	설명	신체 부분이 비정상 위치에서 또는 올바르게 기능하지 않는 정상위치에서 새로운 위치로 옮겨짐. 신체 부분은 새로운 위치로 옮겨지기 위해 자르거나 잘라내질 수 있음
resection(절제)	정의	신체 부분의 전부를 대치없이 자르거나 잘라내는 시술
transplantation(이식)	정의	비슷한 신체 부위의 전부 또는 일부의 위치 및 기능을 물리적으로 수행하게 하기 위하여, 다른 사람이나 동물로부터 얻은 생체 신체 부위의 전부 또는 일부를 넣는 시술
	설명	생체 신체부위가 얻어질 수도 있고 이식된 신체 부위가 그 기능의 전부 또는 일부를 수행할 수 있음

2) 산과적 시술의 접근방법

산과적 시술의 접근방법은 다음과 같이 정의된다.

[표4] 산과적 시술의 접근방법 (approaches in obstetrics section)

Approach	용어정의 및 설명	
external(외적)	정의	피부나 점막에 직접 시행된 시술과 피부나 점막을 통해 외적 힘을 적용하여 간접적으로 시행되는 접근방법
open(개방적)	정의	시술부위를 노출시키기 위해 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 절개하는 접근방법
percutaneous(경피적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하는 접근방법
percutaneous endoscopic (경피적 내시경적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하고 시술부위를 시각화하는 접근방법
via natural or artificial opening (자연 또는 인공 입구를 경유하여)	정의	시술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하는 접근방법
via natural or artificial opening endoscopic (자연 또는 인공 입구를 경유한 내시경적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하고 시술부위를 시각화하는 접근방법

다. 배치(placement)

1) 배치용어 정의

[표5] 배치 용어 정의 (definitions of placement procedures)

루트수술	용어정의 및 설명	
change(교체)	정의	신체 부분으로부터 장치를 제거하거나, 같은 신체 부위에 동일하거나 비슷한 장치를 다시 넣어주는 시술로, 피부나 점막의 절개나 천자를 동반하지 않는 시술
	설명	모든 Change 시술에 대한 접근방법은 External임
compression(압박)	정의	신체 부위에 압력을 가하는 시술
dressing (상처치료, 드레싱)	정의	보호를 위해 신체 부위에 물질을 놓는 시술
immobilization (고정, 부동화)	정의	신체 부위의 움직임을 제한하거나 저지하는 시술
packing (메우기, 충전)	정의	신체 부위나 입구에 물질을 넣은 시술
removal(제거)	정의	신체 부분으로부터 장치를 꺼내거나 떼어버리는 시술
traction (당김, 견인)	정의	면 쪽에서 신체 부위에 당기는 힘을 주는 시술

2) 배치의 접근방법

[표6] 배치의 접근방법 (approaches in placement section)

Approach	용어정의 및 설명	
external(외적)	정의	피부나 점막에 직접 시행된 시술과 피부나 점막을 통해 외적 힘을 적용하여 간접적으로 시행되는 접근방법

라. 투여(administration)

1) 투여 용어 정의

[표7] 투여 용어 정의 (definitions of administration procedures)

루트수술	용어정의 및 설명	
introduction (주입)	정의	치료적, 진단적, 영양보급, 생리적, 예방적 물질을 주입함. 혈액이나 혈액제제 제외
irrigation (세척, 관류)	정의	세척 물질을 주입
transfusion (수혈)	정의	혈액이나 혈액제제의 주입

2) 투여의 접근방법

[표8] 투여의 접근방법 (approaches in administration section)

Approach	용어정의 및 설명	
external(외적)	정의	피부나 점막에 직접 시행된 시술과 피부나 점막을 통해 외적 힘을 적용하여 간접적으로 시행되는 접근방법
open(개방적)	정의	시술부위를 노출시키기 위해 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 절개하는 접근방법
percutaneous(경피적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하는 접근방법
via natural or artificial opening (자연 또는 인공 입구를 경유하여)	정의	시술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하는 접근방법
via natural or artificial opening endoscopic (자연 또는 인공 입구를 경유한 내시경적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하고 시술부위를 시각화하는 접근방법

마. 측정 및 모니터링

1) 측정 및 모니터링 용어 정의

[표9] 측정 및 모니터링 용어 정의 (definitions of measurement and monitoring)

루트수술	용어정의 및 설명	
measurement (측정)	정의	어떤 시점에 생리적, 신체적 기능의 수준을 측정
monitoring (감시, 모니터링)	정의	일정기간동안 생리적, 신체적 기능의 수준을 반복적으로 측정

2) 측정 및 모니터링의 접근방법

[표10] 측정 및 모니터링의 접근방법 (approaches in measurement and monitoring section)

Approach	용어정의 및 설명	
external(외적)	정의	피부나 점막에 직접 시행된 시술과 피부나 점막을 통해 외적 힘을 적용하여 간접적으로 시행되는 접근방법
open(개방적)	정의	시술부위를 노출시키기 위해 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 절개하는 접근방법
percutaneous(경피적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하는 접근방법
percutaneous endoscopic (경피적 내시경적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하고 시술부위를 시각화하는 접근방법
via natural or artificial opening (자연 또는 인공 입구를 경유하여)	정의	시술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하는 접근방법
via natural or artificial opening endoscopic (자연 또는 인공 입구를 경유한 내시경적)	정의	시술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하고 시술부위를 시각화하는 접근방법

마. 체외 보조 및 수행

1) 체외 보조 및 수행 시술용어 정의

[표11] 체외 보조 및 수행 시술용어 정의 (definitions of extracorporeal assistance and performance)

루트수술	용어정의 및 설명	
assistance (보조)	정의	체외 수단에 의해 생리적 기능의 일부를 떠맡음
performance (수행)	정의	체외 수단에 의해 생리적 기능을 완전히 떠맡음
restoration (복원, 복구)	정의	체외 수단에 의해 원래의 상태로 생리적 기능을 되돌리거나 되돌리려고 시도함

사. 체외 치료

1) 체외 치료 시술용어 정의

[표12] 체외 치료 시술용어 정의 (approaches in extracorporeal therapy section)

루트수술	용어정의 및 설명	
atmospheric control (대기 조절)	정의	기압과 구성물을 체외에서 조절
decompression (감압)	정의	체액의 용해되지 않은 개스를 체외로 제거
electromagnetic therapy (전자기 치료)	정의	전자기 광선을 이용한 체외 치료
hyperthermia (온열치료)	정의	체온을 체외에서 올림
hypothermia (저온법)	정의	체온을 체외에서 내림
pheresis (성분채취)	정의	혈액 성분의 체외 분리
phototherapy (광선요법)	정의	광선을 이용한 체외 치료
shock wave therapy (충격파치료)	정의	충격파를 이용한 체외 치료
ultrasound therapy (초음파 치료)	정의	초음파를 이용한 체외 치료
ultraviolet light therapy (자외선 치료)	정의	자외선을 이용한 체외 치료

아. 정골의학적 기술

1) 정골의학적 기술용어 정의

[표13] 정골의학적 기술용어 정의 (definitions of osteopathic treatment)

루트수술	용어정의 및 설명	
osteopathic treatment (정골의학적 치료)	정의	신체적 기능장애와 관련 질환을 제거하거나 완화시키기 위한 수기 치료

2) 정골의학적 기술의 접근방법

[표14] 정골의학적 기술의 접근방법 (approaches in osteopathic treatment section)

Approach	용어정의 및 설명	
external(외적)	정의	피부나 점막에 직접 시행된 기술과 피부나 점막을 통해 외적 힘을 적용하여 간접적으로 시행되는 접근방법

자. 기타 기술

1) 기타 기술용어 정의

[표15] 기타 기술용어 정의 (definitions of other procedures)

루트수술	용어정의 및 설명	
other procedures (기타 기술)	정의	질환이나 질병을 치료하거나 고치기 위해 시도하는 방법

2) 기타 기술의 접근방법

[표16] 기타 기술의 접근방법 (approaches in other procedures section)

Approach	용어정의 및 설명	
external(외적)	정의	피부나 점막에 직접 시행된 기술과 피부나 점막을 통해 외적 힘을 적용하여 간접적으로 시행되는 접근방법
percutaneous(경피적)	정의	기술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하는 접근방법
percutaneous endoscopic (경피적 내시경적)	정의	기술부위에 접근하기 위해 천자나 최소절개로 필요한 피부나 점막 및 다른 신체 층을 경유하여 기구를 삽입하고 기술부위를 시각화하는 접근방법
via natural or artificial opening (자연 또는 인공 입구를 경유하여)	정의	기술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하는 접근방법
via natural or artificial opening endoscopic (자연 또는 인공 입구를 경유한 내시경적)	정의	기술부위에 접근하기 위해 자연 또는 인공 입구를 통해 기구를 삽입하고 기술부위를 시각화하는 접근방법

차. 지압

1) 지압 시술용어 정의

[표17] 지압 시술용어 정의 (definitions of chiropractic manipulation)

루트수술	용어정의 및 설명	
chiropractic manipulation (지압요법)	정의	해부학적 한계를 넘지 않는 한도내에서 관절이 생리학적 운동범위를 넘어 움직이도록 통제된 미는 압력을 행사하는 수기 시술

2) 지압 시술의 접근방법

[표18] 지압 시술의 접근방법 (approaches in chiropractic manipulation section)

Approach	용어정의 및 설명	
external(외적)	정의	피부나 점막에 직접 시행된 시술과 피부나 점막을 통해 외적 힘을 적용하여 간접적으로 시행되는 접근방법

카. 영상의학

1) 영상의학 용어 정의

[표19] 영상의학 용어 정의 (definitions of imaging)

루트수술	용어정의 및 설명	
computerized tomography (CT scan) (컴퓨터 단층촬영)	정의	외부 이온화 방사선에 다중 노출시켜 획득하여 현상한 다면영상을 컴퓨터가 디지털 화상으로 재구성
fluoroscopy (투시검사)	정의	형광관 위에 외부 이온화 방사선으로 획득하여 현상한 영상을 단면 또는 복면으로 보여주는 실시간 화상. 영상은 디지털이든 아날로그 매체든 둘 다 저장될 수 있음
magnetic resonance imaging (MRI) (자기공명영상)	정의	신체부위에 있는 핵(자기구역 내에서 자기장이 발생)에 의해 방출되는 고주파를 획득하여 현상한 다면 영상을 컴퓨터가 디지털 화상으로 재구성
plain radiography (단순 방사선촬영)	정의	사진 또는 광전도 평판에서 외부 이온화 방사선으로 획득하여 현상한 영상의 평면 화상
ultrasonography (초음파촬영)	정의	반사되고 약해진 고주파 초음파를 획득하여 현상한 해부학적 영상이나 흐름 정보를 보여주는 실시간 화상

타. 핵의학

1) 핵의학 용어 정의

[표20] 핵의학 용어 정의 (definitions of nuclear medicine)

루트수술	용어정의 및 설명	
nonimaging nuclear medicine assay (비영상 핵의학 검사)	정의	체액 및 혈액성분 검사를 목적으로 신체 내에 방사성 물질을 주입하여 방사성 방출을 검출하는 검사
nonimaging nuclear medicine probe (비영상 핵의학 더듬자)	정의	특정 물질의 분포와 사멸을 검사하기 위해 체내에 방사성 물질을 주입하고 방사선 방출을 검출함: 또는 다른 방법으로 외부에서 방사성 방출의 흡수정도를 측정함
nonimaging nuclear medicine uptake (비영상 핵의학 흡수)	정의	장기 기능을 측정하기 위하여 체내에 방사성 물질을 주입하고 방사선 방출을 검출함
planar nuclear medicine imaging (편평 핵의학 영상)	정의	체내에 방사성 물질을 주입하고 방사선 방출을 검출하여 현상한 영상을 단면 영상화함
positron emission tomographic(PET) imaging (양전자방출단층촬영 영상)	정의	체내에 방사성 물질을 주입하고 180도 떨어져 방사선 방출을 동시에 검출하여 현상한 영상을 3개의 2차원 영상화함
systemic nuclear medicine therapy (전신 핵의학 치료)	정의	치료 목적으로 방해되지 않은 방사성 물질을 체내에 주입함
tomographic(Tomo) nuclear medicine imaging (단층촬영 핵의학 영상)	정의	체내에 방사성 물질을 주입하고 방사선 방출을 검출하여 현상한 영상을 3차원 영상화함

파. 재활치료 및 진단적 청력학

1) 재활치료 및 진단적 청력학 용어 정의

[표21] 재활치료 및 진단적 청력학 용어 정의 (definitions of physical rehabilitation and diagnostic audiology)

루트수술	용어정의 및 설명	
activities of daily living assessment (일상생활활동 평가)	정의	일상생활활동의 기능적 수준 평가
activities of daily living treatment (일상생활활동 치료)	정의	일상생활활동의 기능적 능력을 촉진하기 위한 운동이나 활동
caregiver training (돌봄제공자 훈련)	정의	환자의 기능이 최적수준에 도달하도록 지원하기 위한 훈련
cochlear implant treatment (와우 이식 치료)	정의	타인과의 의사소통 능력을 향상시키기 위해 와우 이식 치료 시행
device fitting (장치 조정)	정의	보다 높은 수준의 기능을 얻도록 촉진하거나 지원하기 위해 설계된 장비의 조정
hearing aid assessment (보청기 평가)	정의	보청기의 적합성 및 효과성 측정
hearing assessment (청력 평가)	정의	청력 및 관련 기능의 측정
hearing treatment (청력 치료)	정의	청력 및 관련 기능 장애를 향상, 증대, 보충하기 위한 기술의 적용
motor function assessment nerve function assessment (운동 기능 평가 신경 기능 평가)	정의	운동, 신경 및 관련 기능의 측정
motor treatment (운동 치료)	정의	운동 기능을 증대 또는 촉진시키기 위한 운동이나 활동
speech assessment (언어능력 평가)	정의	말하기 및 관련 기능의 측정
speech treatment (언어장애 치료)	정의	말하기 및 관련 기능 장애를 향상, 증대, 보충하기 위한 기술의 적용
vestibular assessment (전정기능 평가)	정의	전정계 및 관련 기능의 측정
vestibular treatment (전정기능 치료)	정의	전정기능 및 관련 기능 장애를 향상, 증대, 보충하기 위한 기술의 적용

하. 정신건강

1) 정신건강 용어 정의

[표22] 정신건강 용어 정의 (definitions of mental health)

루트수술	용어정의 및 설명	
biofeedback (바이오피드백)	정의	인지행동기술과 연계하여 생리적 과정을 모니터하고 조절하는 데서 나오는 정보를 제공함으로써 환자의 기능하기(functioning)나 행복(well-being)을 향상시킴
	사례	EEG, blood pressure, skin temperature or peripheral blood flow, ECG, electrooculogram, EMG, respirometry or capnometry, GSR/EDR, perineometry to monitor/regulate bowel/bladder activity, electrogastrogram to monitor/regulate gastric motility
counseling (상담, 면담)	정의	정상적인 발달 이슈 및 심리적 문제를 가진 개인을 치료하기 위해 심리학적 방법을 적용함으로써, 기능을 증대시키고, 행복(well-being)을 향상시키고, 고민이나 부적응을 완화시켜주고, 위기를 해결함
crisis intervention (위기 중재)	정의	단기 안정화를 목적으로 정신적 충격을 받은, 갑자기 혼란스러워진, 또는 고민에 빠진 개인을 치료함
	포함/사례	defusing, debriefing, counselling, psychotherapy and/or coordination of care with other providers or agencies
electroconvulsive therapy (전기경련 치료)	정의	정신건강질환을 치료하기 위해 조절된 전기 전압을 적용함
	포함	적절한 진정과 다른 준비가 필요할 수 있음
family psychotherapy (가족 정신요법)	정의	행동, 인지, 정신분석, 정신역동학적, 정신생리적 방법으로 기능하기(functioning)나 행복(well-being)을 향상시키기 위하여 정신질환이 있는 가족 개인의 가족구성원을 한명이상 포함하는 치료
	설명	한명 이상의 가족구성원에 의해 나타난 정서적, 행동적 문제의 치료로 한명 이상의 가족구성원을 동반한 정신요법이 필요한 사례에 해당됨
group psychotherapy (집단 정신요법)	정의	행동, 인지, 정신분석, 정신역동학적, 정신생리적 방법으로 기능하기(functioning)나 행복(well-being)을 향상시키기 위하여 정신질환이 있는 2명 이상의 개인의 치료
hypnosis (최면)	정의	정서적, 행동적 반응을 끌어내기 위하여 청각, 시각, 촉각 기술에 의해 향진된 피암시성을 유도함
individual psychotherapy (개인 정신요법)	정의	행동, 인지, 정신분석, 정신역동학적, 정신생리적 방법으로 기능하기(functioning)나 행복(well-being)을 향상시키기 위하여 정신건강질환이 있는 개인을 치료함
light therapy (광선 치료)	정의	기능하기(functioning)나 행복(well-being)을 향상시키기 위하여 특별한 광선치료를 적용함
medication management (투약 관리)	정의	정신건강질환의 치료를 위하여 약의 이용을 모니터링하고 조정함
narcosynthesis (정신병 마취요법)	정의	억제되거나 억압된 생각을 풀기 위하여 정맥내로 바비트레이트(최면제용 진통제)를 투여함
psychological tests (심리 검사)	정의	심리적 기능의 평가를 위하여 표준화된 심리검사 및 측정도구를 적용하고 해석함

거. 물질남용 치료

1). 물질남용 치료 용어 정의

[표23] 물질남용 치료 용어 정의 (definitions of substance abuse treatment)

루트수술	용어정의 및 설명	
detoxification services (해독, 중독치료)	정의	알코올 및 마약으로 부터 해독
	설명	치료방법이 아니나 신체가 마약 및 알코올 효과로부터 자유롭게 될 때 까지 환자가 신체적, 심리적으로 안정화되도록 도움
family counseling (가족 상담)	정의	중독성 행동을 하는 개인을 치료하기 위하여 한명 이상의 가족 구성원과 함께 심리학적 방법을 적용함
	설명	중독에 빠져있는 개인의 가족 구성원을 위해 지원과 교육을 제공함. 가족구성원의 참여는 물질남용치료에 결정적인 영역으로 보임
group counseling (그룹 상담)	정의	중독성 행동을 하는 두 명 이상의 개인을 치료하기 위하여 심리학적 방법을 적용함
	설명	타인과의 연계를 통해 구조화된 그룹상담 세션과 치유하는 힘(healing power)을 제공함
individual counseling (개인 상담)	정의	중독성 행동을 하는 개인을 치료하기 위하여 심리학적 방법을 적용함
	설명	마약중독을 다루기 위한 다양한 전략을 적용하는 몇 가지 다른 기술로 구성
individual psychotherapy (개인 정신요법)	정의	행동, 인지, 정신분석, 정신역동학적, 정신생리적 방법을 적용하여 중독성 행동을 하는 개인을 치료함
medication management (투약 관리)	정의	중독치료를 위해 대체투약의 이용을 모니터하고 조정함
pharmacotherapy (약물요법)	정의	중독치료를 위해 대체투약을 이용함

부록 4.

호주의 메디케어 프로그램

1. 개요

- 운영기관: 보건노인부(Department of Health and Aging)
- 운영주체: Medicare Australia(메디케어를 운영하고 급여항목에 대한 지불을 담당)
- 대상: 호주의 모든 주민(영주권자)과 특정 범주의 호주 방문자
- 목적: 의료서비스 접근을 가능하게 함.
- 원칙
 - 보편성: 모든 호주는 메디케어에서 제공하는 양질의 보건의료서비스에 대해 동등한 권리를 가짐.
 - 접근성: 지불 능력이 아니라 필요에 따라 보건의료 서비스를 무상 혹은 적은 비용 부담으로 이용할 수 있도록 함.
 - 형평성: 일반조세와 징수금을 통해 메디케어의 재원을 조달함.
 - 효율성: 행정비용이 낮아야 하고, 보다 적은 인건비 지출이 이루어지도록 노력해야 함.
 - 단순성: 별도의 보험회사를 선택하게 하지 않고, 청구도 쉬워야 함.
- 운영의 법적 근거: 메디케어의 주요 요소는 건강보험법(1973)에 명시되어 있으며 다음과 같은 내용이 포함되어 있음:
 - (a) 공공병원의 public 환자에 대한 무료 진료
 - (b) MBS는 '급여(benefit)'의 지불이나 전문서비스에 대한 보상(rebate) 목록임
- 메디케어 급여는 적절한 의료진에 의해 제공된 '임상적으로 합당한' 서비스에 대해서만 청구할 수 있음. '임상적으로 합당한' 서비스란 특정 환자 치료에 필수적이라고 관련 전문분야에 의해 일반적으로 수용되고 있는 서비스를 말함.
- '임상적으로 합당'하다고 인정되지 않은 서비스의 경우 요금과 지불의 조정은 의료진과 환자간의 개인적인 문제임.
- MBS에 명시된 서비스는 합당한 연방, 주 및 준주 지역 법령(Commonwealth, State and territory laws)의 기준에 따라 제공되어야 함. 예를 들어 의사는 그들이 사용하는 약이나 의료기기가 치료상품법령[Therapeutic Goods Act(1989)]의 기준에 철저히 부합하는지 확인하여야 함.
- 메디케어 급여가 부적절하게 사용된 경우, Medicare Australia는 관련 의료진에게 이에 대한 환수를 요구할 수 있음.

2. 메디케어 프로그램 운영 개관

- 메디케어 프로그램 공급자는 호주의 모든 주민과 호주 방문자로 하여금 특정 범주의 의료 서비스 접근을 가능하게 함. Medicare Australia는 메디케어를 운영하고 메디케어 보장항목에 대한 지불을 담당함. 메디케어의 주요 요소는 건강보험법(1973)에 명시되어 있으며 내용은 다음과 같음:
 - (a) 공공병원의 public 환자에 대한 무료 진료
 - (b) MBS에는 '급여(benefit)'의 지불이나 전문서비스에 대한 보상(rebate) 목록이다. 일반적으로 메디케어 급여는 수가표 요금의 85%이고 그 외는 다음과 같음.
 - 1) 비의뢰 환자, 비입원환자에 대해 개업의(GP)가 제공하는 서비스는 수가표의 100%
 - 2) 개업의를 대신하여 간호사(practice nurse)나 호주원주민 및 섬사람 보건종사자(Aboriginal and Torres Strait Islander Health Practitioner)에 의해 제공되는 서비스는 수가표의 100%

- 3) 병원 치료의 한 에피소드의 일부로 환자에게 제공되는 전문적 서비스는 수가표의 75%(Public환자 이외)
- 4) 민간 보험이 적용되는 병원의 대체치료의 일부로 제공된 전문의료서비스는 수가표의 75%

- 메디케어 급여는 적절한 의료진에 의해 제공된 '임상적으로 합당한' 서비스에 대해서만 청구할 수 있음. '임상적으로 합당한' 서비스는 적절한 환자 치료에 필수적이라고 관련 전문분야에 의해 일반적으로 수용되고 있는 서비스를 말함.
- 서비스가 임상적으로 합당하지 않을 경우 요금과 지불의 조정은 의료진과 환자간의 개인적인 문제임.
- MBS에 명시된 서비스는 합당한 연방정부, 주 및 준주 법령(Commonwealth, State and territory laws)의 기준에 따라 제공되어야 함. 예를 들어 의사는 그들이 사용하는 약이나 의료기기가 치료상품법령(1989)의 기준에 철저히 부합하는지 확인하여야 함.
- 메디케어 급여가 부적절하게 사용될 경우, 메디케어호주는 관련 의료진에게 이에 대한 환수를 요구할 수 있음.

3. 메디케어 급여 및 계산

- 메디케어 급여 및 계산에서의 주요 정보
 - 1973년 건강보험법은 메디케어 급여가 전문의료서비스에 대하여 지불 가능하다는 것을 명문화했음. 전문의료 서비스는 MBS에 명시된 임상적으로 적절한 서비스임.
 - 의료인(Medical practitioner)은 전문의료서비스에 대한 요금을 자유롭게 책정할 수 있음. 그러나, 환자 계산서는 명시된 서비스에 대해서만 요금이 부과되어야 함. 계산서에는 MBS서비스에 포함되지 않은 서비스의 비용은 포함되지 않아도 됨,
- 법에 어긋난 계산
 - 임상적 적절성이 없는 서비스는 메디케어 항목으로 계산되어서는 안 됨. 임상적 적절성이 없는 서비스는 메디케어 계산에 포함하지 말고 분리하여 목록이 작성되어야 함.
 - 환자의 집에서 이용하기 위해 제공된 제품(휠체어, 산소탱크, 요실금 기저귀)은 진료비(Consultation fee)에 포함되어야 함. 메디케어 급여는 의료진이 진료당시 제공한 서비스로 제한되어 있음. 그 외 다른 모든 서비스는 목록이 분리되어 메디케어 계산에는 포함되지 않아야 함.
 - 입원하지 않은 환자에 대한 모든 병원 치료나 병원 대체 치료에 대한 진료비 부과는 금지됨, 이는 의료인(Medical practitioner)에게 허위청구나 잘못된 명세서로 선정되어 메디케어 급여되지 않음.
 - 계산서는 실제 계산서에 비용을 추가하거나 제외된 환자 본인부담을 포함하기 위해 재발행될 수 없음.
- 부적절한 계산서 발행의 잠정적 결과
 - (a) 해당 서비스에 대하여 메디케어가 지급되지 않음.
 - (b) 이 계산서를 발행하거나 승인한 의료인_의료인에게는 건강보험법(1973) section 128조 A항이나 B항에 의거 벌금이 부과
 - (c) 허위 또는 잘못된 명세서인 경우 메디케어 급여는 건강보험법(1973) section 129AC에 의거 의사로부터 소명할 수 있게 함.

부록 5.

호주의 MBS(Medicare Benefits Schedule Book)

1. 개요

- MBS는 의료서비스에 대한 서비스 수가표(Schedules of Services)임
- 수가표 내의 각 전문 의료서비스는 고유한 항목번호로 할당되어 있음. 서비스별 항목번호 및 설명과 함께 제시되어 있는 것은 수가표와 메디케어 보장항목으로, 가능하면 해당 항목 관련 설명노트에 대한 참조를 함께 제공하고 있음.
- 마취제가 필요한 서비스는 설명 뒤에 (마취)라는 단어를 붙이고, 수술 보조에 대한 보장항목의 지불을 부연 설명하고자 할 경우 해당 항목에 (보조)를 붙여 식별함. 이렇게 명시되지 않은 시술 관련 수술 보조에 대하여 메디케어에서는 급여 지불이 불가능함.
- 일반적 의료서비스 중에는 하나의 서비스에 두 가지 수준의 수가가 적용되는 경우도 있음. "S"자가 표시된 항목은 공인 전문가가 의뢰받은 환자에게 해당 진료과에서 제공하는 시술에 적용된다. "G"자로 표시되는 항목은 그 외 모든 상황에 적용됨.
- 또한, 보장 항목 중 많은 부분이 또 다른 개업이나 공인 치과개업의에 의해 의뢰된 환자에게 인정된 협진의에 의해 협의 진료로 제공됨. 다양한 수가 및 보장항목이 범주 5(진단영상서비스)의 서비스에도 적용됨. 이 서비스에 관련된 상태는 범주 5에 정리되어 있음.

2. MBS에 대한 포괄적 관리 체계

- 호주 정부는 2011년 12월에 'Budget to improve MBS management and governance into the future'에서 MBS에 대한 포괄적 관리체계를 발표했다. 이 체계의 일부로 의료서비스자문위원회[Medical Service Advisory Committee, MSAC] 참조용어 및 멤버쉽은 기존의 MBS항목에 대하여 제안된 모든 수정안 뿐 만 아니라 MBS를 통해 지불되는 새로 제안된 모든 서비스에 대하여 독립적인 전문가 자문을 제공하는 것으로 그 역할이 확대되었음. 이전의 MBS 질 체계 하에서의 절차는 MBS 포괄적 관리체계의 MSAC로 통합되고 있음.
- 의료서비스자문위원회(Medical Service Advisory Committee, MSAC)
 - MSAC는 새로운 의료서비스나 의료기술의 안전성, 효과 및 비용효과관련 근거와 MBS 목록을 포함하여 상황에 따라 지원해야 할 공공 자금 지원에 대하여 장관에게 자문을 제공함.
 - MSAC는 장관, 전문 개업의, 일반 개업의, 보건 경제학자, 보건의료 소비자 대표, 보건 기획 및 행정 전문가, 역학전문가로 구성됨.

3. MBS의 구성

- 총 7개의 Category로 구성되어 있으며, 각 Category는 주석, 내용예시표(수가표), 알파벳색인으로 이루어져 있음.
- 주석(급여기준) - Category별
수가표 도입부에는 메디케어 보장 항목에 대한 관련 주석과 서비스에 일반적으로 적용되는 노트가 제공됨. 한편, 특정 항목 관련 노트는 각 항목의 시작 부분에 위치되어 있음. 반면, 해당 항목 관련 특정 노트에 대한

항목 설명에 추가되는 참조와 항목 그룹 관련 일반적 노트도 있을 수 있음.

- 내용예시표(수가표) - Category별

주석의 기술이 끝난 후 해당 Category에 속하는 MBS항목을 번호 순으로 나열함. MBS항목별로 시술명이 다소 간단하게 기술되어 있으며, 수가와 급여 비율이 명시되어 있음. 배열은 MBS항목 번호순으로 되어 있음.

40903	NEUROENDOSCOPY, for inspection of an intraventricular lesion, with or without biopsy including burr hole (Anaes.) (Assist.) Fee: \$554.55	Benefit:75%=\$415.95
-------	--	----------------------

- 알파벳색인 - Category별

해당 Category의 내용예시표가 끝난 후 해당 Category에 대한 마지막 구성요소로 알파벳색인이 있음. 알파벳색인은 해당 Category에 포함된 MBS 항목만을 포함하고 있으므로 매우 단순하고 적은 양임.

4. MBS vs ACHI

- MBS vs ACHI

ex1)

- MBS

40903	NEUROENDOSCOPY, for inspection of an intraventricular lesion, with or without biopsy including burr hole (Anaes.) (Assist.) Fee: \$554.55	Benefit:75%=\$415.95
-------	--	----------------------

- ACHI

40903-00 NEUROENDOSCOPY
intraventricular neuroendoscopy

ex2)

- MBS

39015	VENTRICULAR RESERVOIR, EXTERNAL VENTRICULAR DRAIN or INTRACRANIAL PRESSURE MONITORING DEVICE, insertion of - including burr-hole (excluding after-care) (Anaes.) (Assist.) Fee: \$376.00	Benefit:75%=\$282.00
-------	---	----------------------

- ACHI

39015-00 Insertion of external ventricular drain
39015-01 Insertion of ventricular reservoir
39015-02 Insertion of intracranial pressure[ICP] monitoring device, with monitoring

5. MBS 개정

- MBS 개정은 의료서비스자문위원회(Medical Service Advisory Committee)를 통해 이루어지고, 제안 사항에 대하여 반영하기까지는 장관에게 가기 전 평가를 위해 18개월까지, 여기에 개발을 위해 6~12개월을 더 소요할 수 있음.

- 의료서비스자문위원회는 보건노인부에 의해 운영되고 주 의료위원회 및 대학에 자문을 함.
- 변경은 최신 기준으로 평가됨, 역사적으로 개정은 연2회(twice yearly) 이루어져 왔음.
- MSAC는 다음 단계에 따라 의료기술의 비용 효과를 검토함
 - 적합성: 보건노인부는 첫 단계로 기술 평가의 적합성을 검토함
 - 평가: 평가 적합성이 인정될 경우 MSAC는 재원에 대한 효율 및 효과를 평가함
 - 장관에게 자문: 평가결과에 대한 잠정적 결정이 된 보고서 작성 후 장관에게 보고
 - 결정: 보건노인부는 MSAC의 제안, 관련 당국이 수행한 충분한 정보를 이용한 검토 결과를 이용하여 최종 결정을 함.
 - 도입: MBS 생성 및 적용

6. 추가목록 해설

- 메디케어 제도에 따른 일상적인 행정과 급여의 지불은 메디케어호주에서 관장함. 수사 항목 해설 문제 관련 안내는 보건노인부가 아닌 메디케어호주에서 직접 담당함.
- 추가표의 요금 및 메디케어 급여
- 메디케어 급여는 의료 서비스별로 정의되어 있음. 요금은 "추가표요금(Schedule fee)"이라 부른다. MBS에 명시된 모든 항목에 대한 요금은 각기 다른 경우에 서비스를 수행하는데 포함된 시간과 복잡도 및 기술적 난이도에 있어 통상적이고 적절하다고 간주되는 수준의 변이를 가지고 있는 평균으로 간주되는 값임.
- 어떤 경우에는 두 가지 수준의 요금이 일반적 의료서비스에서의 동일한 서비스에 분리된 항목번호로 할당되어 각 레벨에 다른 수가가 적용됨, "S"자로 표시된 항목은 의뢰받은 환자에게 전문의가 제공한 기술에 적용됨, "G"자가 표시된 항목은 기타 모든 다른 통상적 상황에 적용됨,
- 일반적인 규칙으로 추가표요금은 매년(보통 11월) 개정됨,
- MBS에 포함된 의료서비스에 대한 추가표요금과 메디케어 급여 수준은 항목 기술과 함께 명시되어 있음. 계산된 급여는 5센트 이상을 받을림되어 있음. 그러나 어떤 상황에서도 메디케어 급여는 실제로 부담한 요금을 넘어 지불할 수 없음.
- 현재의 메디케어 급여는 세 가지 수준으로 지불가능하다.
 - (a) 추가표요금의 75%:
 - i. 병원 치료 에피소드의 일부로 환자에게 제공된 전문 서비스(공공환자 외). 이 경우 의료인(Medical practitioner)은 항목번호 바로 뒤에 "*"를 붙여 이를 표시함.
 - ii. 민간 보험이 적용되는 병원의 대체치료의 일부로 제공된 전문의료서비스
 - (b) 추가표요금의 100%: 개업의를 대신하여 간호사(practice nurse)나 호주원주민 및 섬사람 보건종사자(Aboriginal and Torres Strait Islander Health Practitioner)에 의해 제공되는 서비스
 - (c) 추가표요금의 85%, 일반적으로 메디케어 급여, \$74.50 미만의 추가표요금(연도별 지표 변경)
- MBS 목록에 없는 서비스

일반적으로 MBS 목록에 없는 서비스는 일반적으로 급여가 되지 않음. 그러나, 특별히 명시되지 않은 기술 서비스도 있는데, 이 서비스들은 자문을 진행중이거나 방문 기준의 급여가 ... 예를 들어, 근육내 주사, 세침 생검, 탈락법에 의한 태양각화증의
- 전문서비스
 - 메디케어 급여에 포함된 전문 서비스에는 의료인(Medical practitioner)이 직접 또는 그들을 대신하여 제공된 의료서비스를 포함하고 있음. 후자의 경우 의료인(Medical practitioner)의 감독 하에 의료행위를 하는 의료기사(technician)임.
 - (a) 모든 범주 1(전문의 방문) 항목(170-172, 342-346 제외)

- (b) 그룹 D1의 다음 항목(기타 진단적): -11012, 11015, 11018, 11021, 11212, 11304, 11500, 11600, 11627, 11701, 11712, 11724, 11921, 12000, 12003;
 - (c) T1의 모든 그룹(기타 치료적) 항목(13020, 13025, 13200-13206, 13212-13221, 13703, 13706, 13709, 13750-13760, 13915-13948, 14050, 14053, 14218, 14221 and 14224 제외);
 - (d) 그룹 T2의 항목 15600(방사선 종양)
 - (e) T3의 모든 그룹 (치료적 핵의학) 항목;
 - (f) T4의 모든 그룹 (산과)항목 (16400 and 16514 제외);
 - (g) T6의 모든 그룹 (마취제) 항목;
 - (h) T7의 모든 그룹 (국부 혹은 국소 신경 차단) 항목;
 - (i) T8의 모든 그룹 (수술) 항목;
 - (j) T9의 모든 그룹 (수술보조) 항목;
 - (k) T10의 모든 그룹 (마취제에 대한 상대가치 가이드) 항목.
- 메디케어 급여 목적으로 개업의가 적절한 항목번호를 선정할 수 있도록 보조하기 위해 다음과 같이 다양한 수준의 노트가 제공됨.
 - Level A

Level A 항목은 명백하거나 복잡하지 않은 사례에 이용될 것이며, 이 항목은 의사의 기록에 반영될 수 있음. 이런 맥락에서 의사는 필요시 영향을 받은 부분에 대한 필수검사를 수행할 수 있음.
 - Level B

Level B항목은 하나 또는 그 이상의 건강문제로 인해 다소 명백하지 않거나 복잡한 사례에 20분 미만으로 수행되는 협의진료에 이용됨. 의사는 항목 서술에 있는 모든 또는 일부 업무를 임상적으로 적절하게 수행하고, 이는 의사 기록에 반영되어야 함.
 - Level C

Level C 항목은 하나 또는 그 이상의 건강문제로 인해 다소 명백하지 않거나 복잡한 사례에 20분 이상으로 수행되는 협의진료에 이용됨,
 - Level D

Level D 항목은 하나 또는 그 이상의 건강문제로 인해 다소 명백하지 않거나 복잡한 사례에 40분 이상으로 수행되는 협의진료에 이용됨,
 - MBS 상황은 독립된 서비스로써 공유대상진료요약(Shared Health Summary)을 생성하거나 개정하는데 사용할 수 없음.

부록 6.

ACHI 분류 원칙과 지침

1. 약어(abbreviations)

- NEC 달리 분류되지 않음. 이 표현은 나열된 행위에 있어 특정 명시된 변화가 이 분류의 다른 부분에서 나타날 수 있음을 사용자에게 경고하는 문구에서 사용됨. 기술하는 부분에 'NEC'를 포함한 코드는 좀 더 상세한 코드에 대한 시술용어 할당에 필수적인 정보가 부족한 경우에만 부여됨.
- NOS: 다른 곳에 분류되어있지 않음. 이 약어는 '명시되지 않은(unspecified)'이라는 용어와 동일함.
- 코드 제목에 있는 And/Or: 코드 제목에 있는 'And'는 'and', 코드 제목에 있는 'Or'는 'or'을 의미함.
예를 들어:
48224-00[1435] 요골과 척골에 대한 뼈이식
47393-00[1431] Open reduction of fracture of shaft of radius and ulna(요골과 척골 근위부 골절의 개방적 정복)

2. 부호(Punctuation)

- [] 각진 괄호는 동의어, 대안어 또는 설명문구를 묶음.
- () 둥근 괄호는 코드 부여시 해당 단어가 영향을 미치지 않을 수 있는 보충적인 단어를 묶음
- : 콜론은 내용예시표에서 주어진 범주 내에서 코드 할당이 가능하게 하기 위해 따라오는 하나 또는 그 이상의 modifier를 필요로 하는 불완전한 용어 뒤에 사용됨.
- } 큰괄호는 우측에 나오는 문구에 의해 수식되는 일련의 용어를 묶기 위해 이용됨.

3. 포함(Inclusion)

- 포함용어는 블록의 도입부나 코드 설명에 나열된 시술용어임.
- 포함용어는 코드나 블록에 범주화되어있는 용어의 예시를 보여주기 위한 목적으로 제시됨.
예를 들어,
90064-01[173] Refractive keratoplasty
Keratomileusis
Thermokeratoplasty
- 포함용어는 모두 제시되지 않을 수 있으므로 사용자는 내용예시표로부터 직접적으로 코드를 부여해서는 안 됨. 알파벳색인은 내용예시표보다 많은 시술 용어를 담고 있기 때문에 이것이 먼저 참조되어야 함.

4. 지시 노트(Instructional Notes)

- 지시 노트는 내용예시표의 필요한 위치에 나타남.

Location	지시노트의 내용
Chapter	지시노트는 해당 장으로 분류되는 코드와 관련이 있음.
First Level- Anatomical site axis	지시노트는 해당 부위로 분류되는 코드와 관련이 있음.
Second Level- Procedural type axis	지시노트는 _시술 유형으로 분류되는 코드와 관련이 있음
Third Level- Block axis	지시노트는 블록 헤딩하에 그룹화된 코드와 관련 있음
Fourth Level- code	지시노트는 해당 코드에 관련 있음

- 지시노트는 다음과 같은 순서로 나열된다.

Glossary description

Include

Note

Code also when performed(Code also)(Code first)

Excludes

- Glossary description

Glossary description은 용어나 코드의 의미에 대한 공식적인 문구임. 이 문구는 장, 해부학적 부위, 시술유형, 블록 또는 코드의 내용에 대한 정의를 내리는데 사용됨. Glossary description은 임상 코드의 이용을 위해 작성된 것은 아님.

- Include: 포함 노트는 장, 해부학적 부위, 시술유형, 블록 또는 코드의 내용을 좀 더 자세히 정의하기 위해 사용됨. 경우에 따라 포함 노트는 코드나 블록 헤딩에 대한 기술에서 시술의 구성요소나 장비에 대하여 언급함.

36503-00[1058] Kidney transplantation(신장 이식)

포함: vascular anastomosis(혈관 문합술)

포함 노트에 부위를 좀 더 자세히 정의하는 경우도 있음.

예를 들어:

30394-00[987] Drainage of intra-abdominal abscess, haematoma or cyst

포함: appendiceal

iliac fossa

intraperitoneal abscess, haematoma or cyst

pelvic

pouch of Douglas

subphrenic

peritonitis

- Note: 노트는 단일 또는 복수 코드의 사용여부를 명확하게 하는 설명으로 사용될 수 있음. 많은 경우에 노트는 해당 시술이 수행될 수 있는 진단 용어의 예를 제공함(노트가 모든 것을 명시하지는 않음).

예를 들어:

39806[11] Clipping of intracranial proximal artery

Note: Performed for aneurysm or arteriovenous malformation

- 노트는 또한 블록내에서의 코드 설명에 이용된 특정 용어를 좀 더 명확하게 정의하는데 이용될 수 있음.

예를 들어,

[712] Arterial bypass graft using synthetic material

Notes: Synthetic material은 polyester(woven or knitted)나 polytetrafluoroethylene [PTFE] grafts

- Code also/Code also when performed:

이 지시는 이용자로 하여금 특정 관련 시술이 수행되었거나 특정 기구가 이용된 경우 부가 코드가 부여될 수 있음을 알려주기 위해 내용예시표 전반에 이용됨. 예를 들어,

41548-00[323] Obliteration of mastoid cavity

Code also when performed:

meatoplasty(41512-00[305])

- Code first:

우선부여 지시는 코드의 순서를 수정함에 있어 이용자를 위한 보조함.

이 지시는 단독으로 부여될 수 없는 코드아래에 표시됨.

- Exclude: '제외'라는 단어 뒤에 나오는 용어는 각각의 사례에 지시된 것과 같이 다른 곳에 분류되어야 함.

코드는 '제외' 지시 용어 내에서 번호순이 아닌, 블록번호순으로 나열됨.

예를 들어,

Exclude: cerebrospinal fluid shunt(40003[5], 40000-00, 40012[19])

코드는 확장을 동반 또는 미동반한 상태로 예외노트에 나열될 수 있음

(위 예를 참조하면, 40003[5]와 40012[19])

5. Mapping

- 'Mapping'이란 한 시스템에서의 개념을 다른 시스템의 개념과 연결하거나 관계를 맺게 하는 절차를 말함. 'Mapping table'이란 특정 분류체계에 분류되어 있는 자료를 다른 분류체계에 보고할 필요가 있을 때 매우 유용함. 이는 또한 두가지 분류체계의 비교가능성을 결정함에 있어서도 유용함. 이 경우 동일 분류체계의 다른 버전간 차이를 강조해서 보여주는데 유용함. 삭제된 코드, 새로운 코드, 확장 또는 세분된 코드 등.
- 'source code'와 'target code'라는 용어는 분류의 매핑의 방향을 기술하기 위해 이용함. 예를 들어 ICD-10-AM 1차 개정판을 ICD-10-AM 2차 개정판으로 매핑한 경우 ICD-10-AM 1차 개정판을 'source codes'이고 ICD-10-AM 2차 개정판을 'target codes'라 함.
- 분류체계간 매핑은 'forward mappings'이나 'backward mappings'으로 기술될 수 있음.
- 'Forward mapping'은 특정분류체계에 부터 좀 더 최근이나 좀 더 합당한 분류체계에 매핑한 것임. 예를 들어:
 - ICD-10을 ICD-10-AM 1차 개정판으로
 - ICD-10-AM/ACHI 5차 개정판을 ICD-10-AM/ACHI 6차 개정판으로
- 'Backward mapping'은 새로운 분류체계를 더 오래되었거나 이전의 코드체계에 매핑한 것임. 예를 들어:
 - ICD-10-AM1차 개정판을 ICD-10으로
 - ICD-10-AM/ACHI 6차 개정판을 ICD-10-AM/ACHI 5차 개정판으로
- AR-DRG V7.0 개발 과정의 일환으로, NCCC는 ICD-10-AM 및 ACHI 6차 및 7차 개정판간의 기존의 논리적 매핑을 검토하였음. 그 결과 7차 개정판을 AR-DRGs 6차 개정판이나 이전 개정판으로 부정확하게 그룹화된 경우가 발견됨. 일부 매핑 오류는 또한 ICD-10-AM/ACHI 6차 개정판으로 코딩된 기록에 있어 부정확한 그루

핑을 초래한 것이 발견됨.

- NCCC에서는 ICD-10-AM/ACHI 및 분류지침 뿐만 아니라 각 코드 간 매핑테이블도 무료제공 또는 유료로 판매하고 있음.

부록 7.

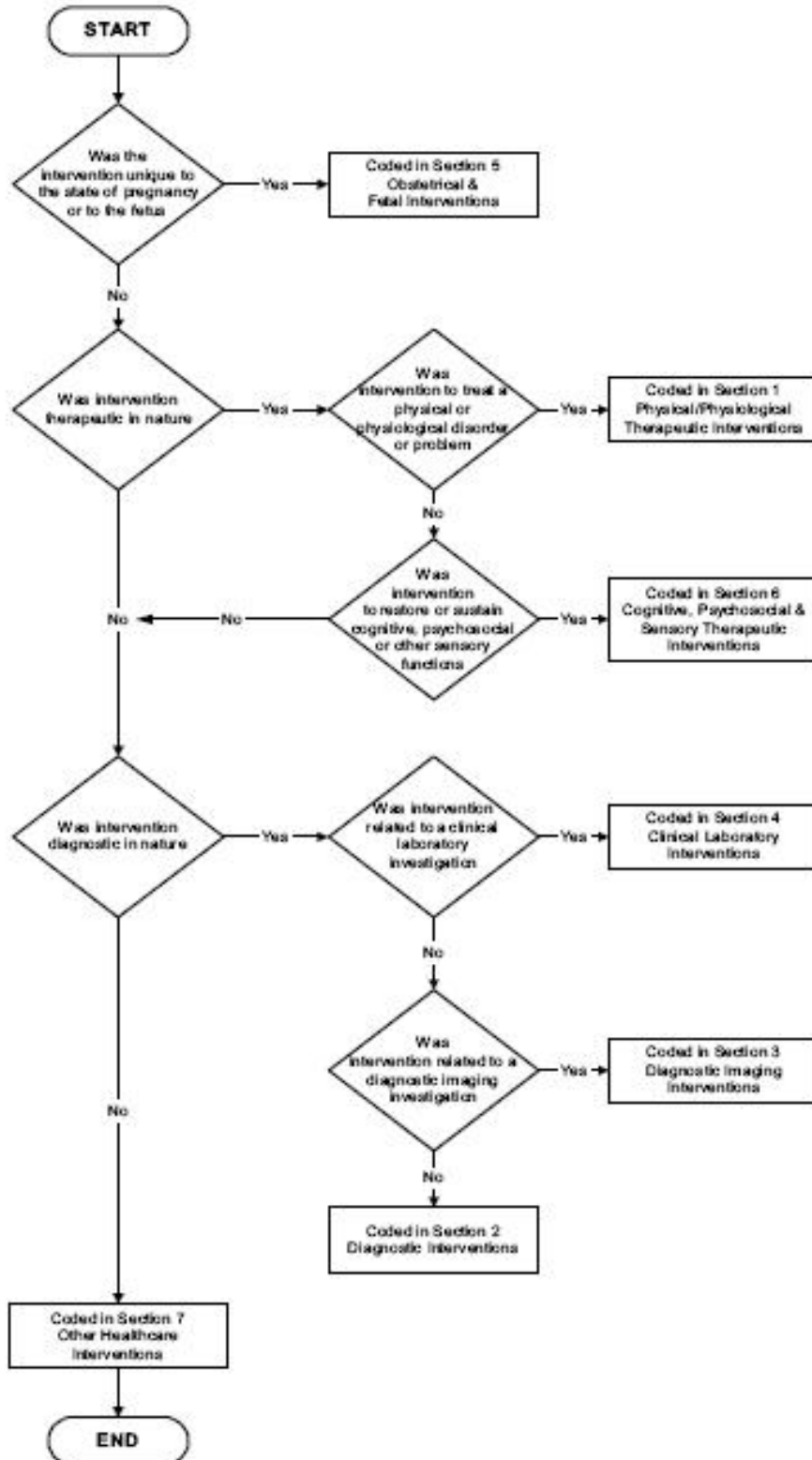
CCI 관련 자료

1. CCI 섹션별 코드 범주

CCI 섹션	코드 범위
Section 1 – Physical/Physiological Therapeutic Interventions	
Therapeutic Interventions on the Nervous System	1AA – 1BZ
Therapeutic Interventions on the Eye and Ocular Adnexa	1CC – 1CZ
Therapeutic Interventions on the Ear and Mastoid (process)	1DA – 1DZ
Therapeutic Interventions on the Orocraniofacial Region	1EA – 1FX
Therapeutic Interventions on the Respiratory System	1GA – 1GZ
Therapeutic Interventions on the Cardiovascular System	1HA – 1LZ
Therapeutic Interventions on the Lymphatic System	1MA – 1MZ
Therapeutic Interventions on the Digestive and Hepatobiliary Tracts and Other Sites within the Abdominal Cavity NEC	1NA – 1OZ
Therapeutic Interventions on the Genitourinary System	1PB – 1RZ
Therapeutic Interventions on the Musculoskeletal System	1SA – 1WZ
Therapeutic Interventions on the Skin, Subcutaneous Tissue and Breast	1YA – 1YZ
Therapeutic Interventions on the Body NEC	1ZX – 1ZZ
Section 2 – Diagnostic Interventions	
Diagnostic Interventions on the Nervous System	2AA – 2BX
Diagnostic Interventions on the Eye and Ocular Adnexa	2CC – 2CZ
Diagnostic Interventions on the Ear and Mastoid (process)	2DA – 2DZ
Diagnostic Interventions on the Orocraniofacial Region	2EA – 2FY
Diagnostic Interventions on the Respiratory System	2GE – 2GZ
Diagnostic Interventions on the Cardiovascular System	2HA – 2LZ
Diagnostic Interventions on the Lymphatic System	2MA – 2MZ
Diagnostic Interventions on the Digestive and Hepatobiliary Tracts and Other Sites within the Abdominal Cavity NEC	2NA – 2OZ
Diagnostic Interventions on the Genitourinary System	2PB – 2RZ
Diagnostic Interventions on the Musculoskeletal System	2SA – 2WZ
Diagnostic Interventions on the Skin, Subcutaneous Tissue and Breast	2YA – 2YZ
Diagnostic Interventions on the Body System NEC	2ZZ
Section 3 – Diagnostic Imaging Interventions	
Diagnostic Imaging Interventions on the Nervous System	3AF – 3AW
Diagnostic Imaging Interventions on the Eye and Ocular Adnexa	3CA – 3CZ
Diagnostic Imaging Interventions on the Ears and Mastoid (Process)	3DL– 3DZ
Diagnostic Imaging Interventions on the Orocraniofacial Region	3EA – 3FY
Diagnostic Imaging Interventions on the Respiratory System	3GE – 3GY
Diagnostic Imaging Interventions on the Cardiovascular System	3HA – 3LZ
Diagnostic Imaging Interventions on the Lymphatic System	3ML – 3MZ
Diagnostic Imaging Interventions on the Digestive and Hepatobiliary Tracts and Other Sites within the Abdominal Cavity NEC (3NA – 3OZ)	3NA – 3OZ
Diagnostic Imaging Interventions on the Genitourinary System	3PB – 3RZ
Diagnostic Imaging Interventions on the Musculoskeletal System	3SC – 3WZ
Diagnostic Imaging Interventions on the Skin, Subcutaneous Tissue and Breast	3YL – 3YZ
Diagnostic Imaging Interventions on the Body NEC	3ZA – 3ZZ
Section 5 – Obstetrical and Fetal Interventions	
Antepartum Interventions	5AB – 5CA
Interventions on the Fetus	5FD – 5FT

Interventions During Labour and Delivery	5LB – 5MD
Postpartum Interventions	5PB – 5PD
Antepartum Interventions	5AB – 5CA
Interventions on the Fetus	5FD – 5FT
Section 6 – Cognitive, Psychosocial and Sensory Therapeutic Interventions	
Therapeutic Interventions for Mental Health and Addictions	6AA
Therapeutic Interventions for Interpersonal Relationships	6DA
Therapeutic Interventions for Cognition and Learning	6KA
Therapeutic Interventions for Communication	6LA
Therapeutic Interventions for Hearing	6PA
Therapeutic Interventions for Voice	6RA
Therapeutic Interventions for Sight & Other Senses NEC	6TA
Diagnostic and Therapeutic Interventions for Motor and Living Skills	6VA
Section 7 – Other Healthcare Interventions	
Personal Care Healthcare Interventions	7SC
Environmental Healthcare Intervention	7SE
Service Healthcare Interventions	7SF
Support Activity Healthcare Interventions	7SJ
Section 8 – Therapeutic Interventions Strengthening the Immune System and/or Genetic Composition	8AA–8ZZ

2. CCI 의사결정도



3. CCI Rubric finder - 예시

해부학적 부위: Brain and Spinal cord(A)

의 영역

		Meninges and dura mater of brain AA	Subarachnoid AB	Ventricles of brain AC	Thalamus and basal ganglia AE	Pituitary region AF	Pineal gland AG	Cerebellum AJ	Cerebellopontine angle AK	Brain AN	Brain stem AP	Spinal cord AW	Spinal canal and meninges AX	Central nervous system AZ
Acupuncture	(10)													
Alimentation	(17)													
Amputation	(93)													
Anesthetization	(11)												IAX11	
Apheresis	(20)													
Brachytherapy	(26)									IAN26				
Bypass	(76)													
Bypass with exteriorization	(77)													
Closure fistula	(86)		IAB86										IAX86	
Compression	(34)													
Control of bleeding	(13)	IAA13											IAX13	
Decompression	(33)													
Destruction	(59)			IAC59	IAE59	IAP59				IAN59	IAP59	IAW59		
Dialysis	(21)													
Dilation	(50)			IAC50										
Division	(71)													
Drainage	(52)	IAA52	IAB52	IAC52		IAP52	IAG52			IAN52	IAP52		IAX52	
Dressing	(14)													
Excision, partial	(87)	IAA87	IAB87	IAC87	IAE87	IAP87	IAG87	IAJ87	IAK87	IAN87	IAP87	IAW87	IAX87	
Excision, partial with reconstruction	(88)													
Excision, radical	(91)													
Excision, radical with reconstruction	(92)													
Excision, total	(89)													
Excision, total with reconstruction	(90)													
Exercise	(02)													
Extraction	(57)													
Fixation	(74)													
Fusion	(75)													
Hyperthermy	(07)													
Hypothermy	(06)													
Immobilization	(03)													
Implantation of internal device	(53)	IAA53		IAC53	IAE53	IAP53		IAJ53		IAN53	IAP53		IAX53	
Incision NOS	(70)									IAN70				
Installation of external appliance	(37)													
Management of external appliance	(38)													

4. CCI Attribute - 예시

Status (generic descriptions)	
0	Not applicable
A	Abandoned after onset
B	Incidental
C	Converted (from endoscopic to open)
CR	Crisis
D	Delayed (closure >24 hrs post trauma)
DP	Delayed primary (repair occurring 2 to 14 days post trauma)
DS	Delayed secondary (repair occurring >14 days post trauma)
DX	Diagnostic
E	Extended
FU	Follow up
G	Interoperative 2001, deactivated 2003
I	Intra-operative
J	Primary palliative
K	Primary curative
L	Metastatic palliative
M	Metastatic curative
M1	Related -- Matched (HLA)
M2	Related -- Mismatched
M3	Unrelated -- Matched (HLA)
M4	Unrelated -- Mismatched
N	Initial
N1	Repeat (assessment)
N2	Elective primary c/s with indications
N3	Elective primary c/s without indications -e.g. mother's request
N4	Elective repeat c/s
N5	Emergency primary c/s
N6	Emergency repeat c/s
P	Routine

Status (generic descriptions) (Continued)	
P1	Pre (operative, treatment)
PM	Permanent
Q	Ambulatory
R	Revision
R1	Revision of previous angioplasty
R2	Revision of previous stent site
R3	Primary and revision of previous angioplasty site
R4	Primary and revision of previous stent site
RL	Relapse
RS	Respite
S	Staged
S1	Stage one
S2	Stage two
TL	Long term
TM	Temporary
TS	Short term
U	Initial consultation
UN	Unknown
UR	Urgent
V	Repeat consultation
W	Active
X	Passive
Y	Syngeneic (or identical twin)
Z	Other NEC

Location (generic descriptions)	
0	null
1	One vessel
2	Two vessels
AB	Abdominal aorta
AD	Above
AN	Anterior
AP	Intra-atrial
AR	Arch of aorta
AS	Ascending aorta
AT	Aberrant tissue
AV	Intra-atrial and intra-ventricular
AX	Apex
AZ	Aorta
B	Bilateral
B1	Bilateral first

Extent (generic descriptions)	
0	null
01	01
02	02
03	03
04	04
05	05
06	06
07	07
08	08
09	09
1	One
10	Ten
11	Eleven
12	Twelve
13	Thirteen
14	Fourteen
15	Fifteen
16	Sixteen
17	Seventeen
18	Eighteen
19	Nineteen
2	Two
20	Twenty
21	Twenty one
22	Twenty two
23	Twenty three
24	Twenty Four
25	Twenty five
26	Twenty six
27	Twenty seven
28	Twenty eight

5. 약제, 생물학제제, 기타 물질 분류 (CCI 구성요소를 ATC 코드로 전환)

CCI Qualifier Codes	Agents (Local and Systemic)	Examples	ATC Codes
ALIMENTARY TRACT AND METABOLISM AGENTS			
A0	Alimentary tract and metabolism agent NOS	agent not specified	--
A1	Stomatological preparations	hydrogen peroxide, chlorhexidine, nystatin, benzydamine, fluoride, triamcinolone, for local oral treatment	A01
A2	Antacids, drugs for treatment of peptic ulcer and flatulence	antacids, ranitidine, misoprostol, omeprazole, sucralfate, simethicone	A02
A3	Antispasmodic and anticholinergic agents and propulsives	propantheline, atropine, belladonna alkaloids, metoclopramide, cisapride, domperidone	A03
A4	Antiemetics and antinauseants	ondansetron, scopolamine, dimenhydrinate	A04
A5	Bile and liver therapy	ursodiol	A05
A6	Laxatives	docusate, bisacodyl, cascara, senna, psyllium, osmotic laxatives, enema laxatives	A06
A7	Antidiarrheals, intestinal antiinflammatory/ anti-infective agents, intestinal adsorbents	neomycin, charcoal, bismuth subsalicylate, attapulgit, loperamide, mesalimine	A07
A8	Anti-obesity preparations, excluding diet products	phentermine, diethylpropion	A08
A9	Digestives, including enzymes	pepsin, lactase	A09
B1	Drugs used in diabetes	insulins, metformin, chlorpropamide, tolbutamide, glyburide, gliclazide	A10
B2	Vitamins	single vitamins, multivitamins, vitamins with minerals	A11
B3	Mineral supplements	calcium, potassium, magnesium, zinc, sodium	A12
B4	Tonics		A13
B5	Anabolic agents for systemic use	nandrolone	A14
B6	Appetite stimulants		A15
B7	Other alimentary tract and metabolism products	amino acids and derivatives, anethol trithion	A16

제 외국의 의료행위 분류 체계 비교 연구

연구책임자 최행정 국민건강보험일산병원

연구원 부유경 을지대학교

신동교 국민건강보험일산병원

연구보조원 여지원 대한의무기록협회

이경진 서울아산병원
