



한의학환자분류체계 통계정보 사용자 가이드

2023. 10.



건강보험심사평가원
포괄수가실 분류체계개발부

사용자 가이드

1. 한의환자분류체계(KOPG-KM, KDRG-KM) 개요

가. 정의

- 한의 외래·입원환자를 상병, 시술 등을 이용하여 자원소모나 임상적 측면에서 유사한 그룹으로 분류하는 체계

나. 한의환자분류체계 그룹 분류

○ 진찰 및 투약그룹

- 시술 유무에 따라 시술을 받지 않은 그룹

○ 상병-시술그룹

- 시술이 있는 경우 주진단 16개의 대분류 그룹 내의 상병그룹* 중 하나로 분류된 그룹

* (KOPG-KM 버전 3.0) 상병그룹 26개, (KDRG-KM 버전 2.0) 상병그룹 27개

- (외래) 특정상병(F1 ~ F8)그룹의 경우, 추나요법 시행유무에 따라 추나요법 그룹과 시술그룹으로 분류

- (입원) 순수입원의 경우, 특정 상병그룹에서 추나요법 그룹*, 한방 정신요법료 그룹*, 처치료 그룹*과 시술그룹으로 분류하며, 협진의 경우 시술 그룹으로 분류

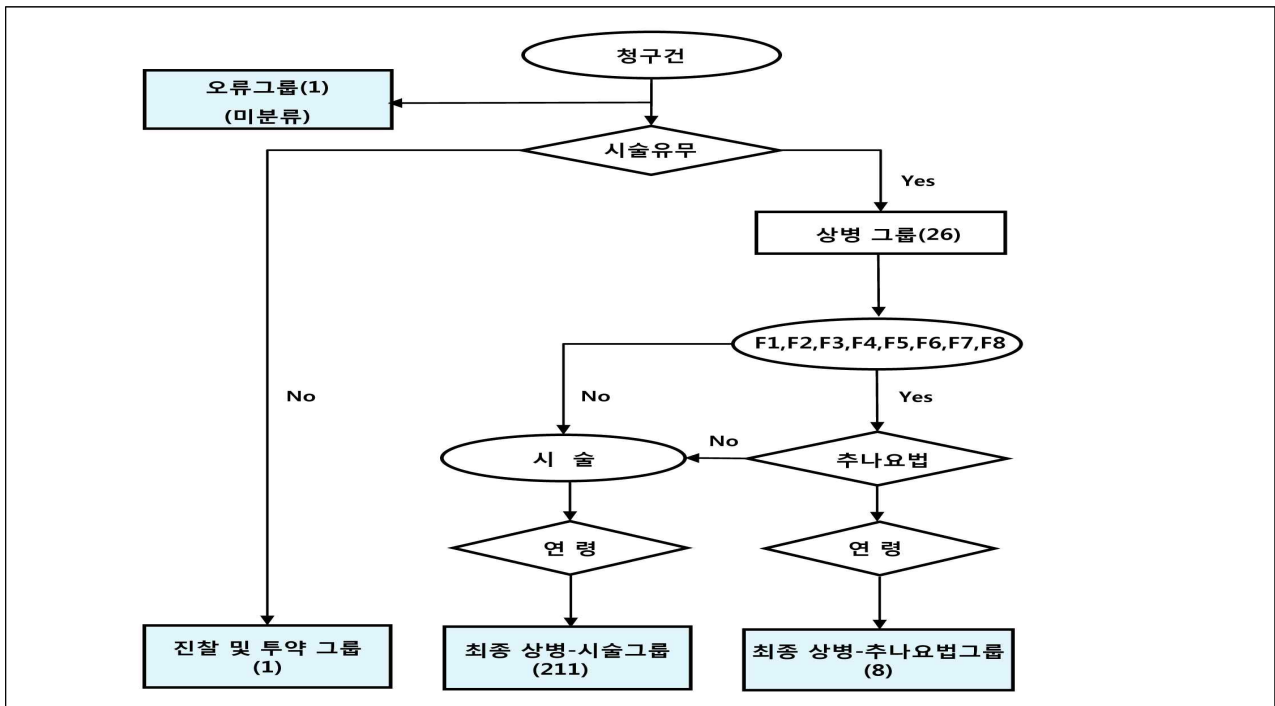
* 추나요법(F1 ~ F8), 한방 정신요법료(M2 치매 외 정신질환 및 장애), 처치료(A1 뇌혈관질환, A2 기타 신경계의 질환 및 장애, E0 소화기계의 질환 및 장애)

○ 오류그룹(999000)

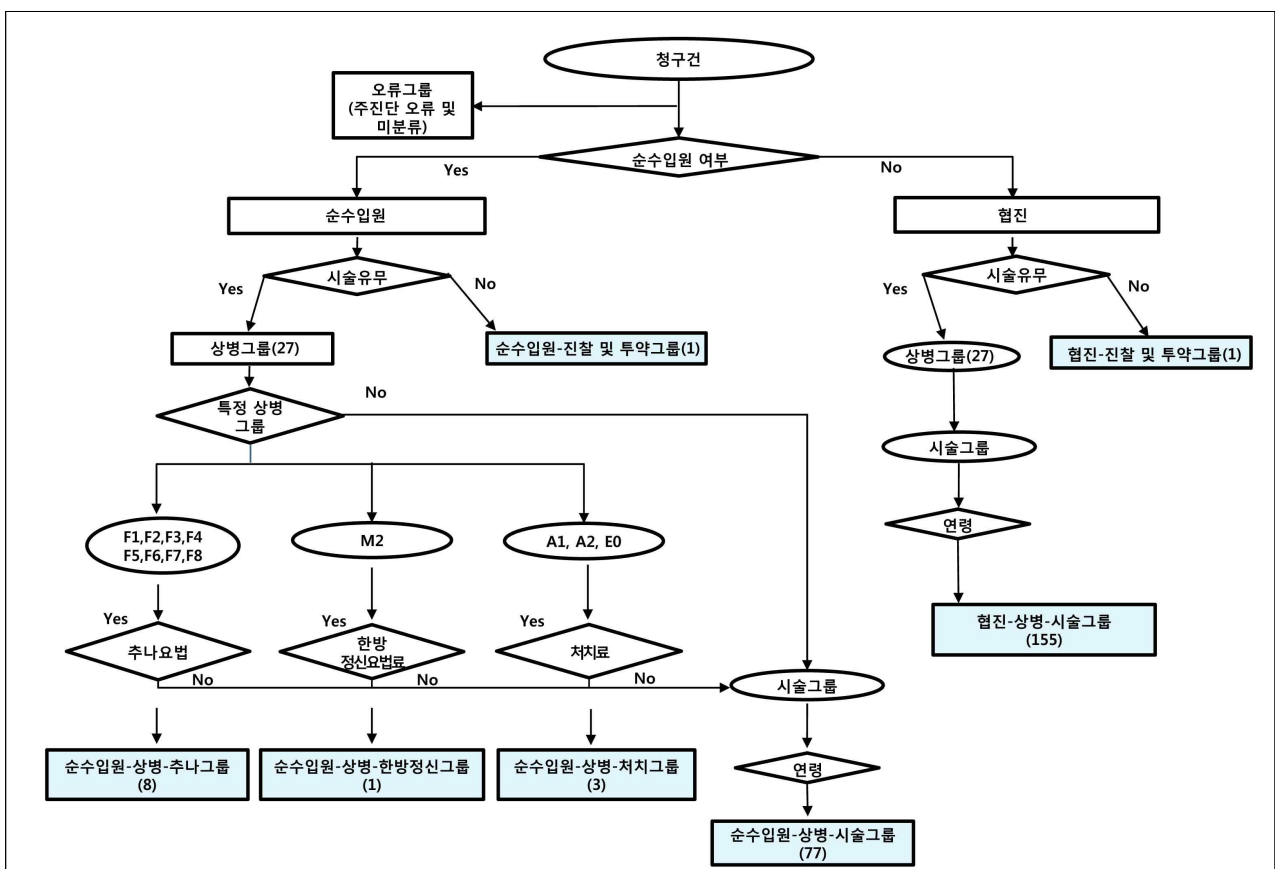
- (외래) 주민등록번호 오류, 주진단과 성별 불일치, 내원일수 2일 이상 또는 불완전 진단코드 사용한 경우
- (입원) 주민등록번호 오류, 주진단과 성별 불일치, 진료개시일 착오기재 또는 불완전 진단코드 사용한 경우

다. 한의환자분류체계 분류모형

○ KOPG-KM 버전 3.0



○ KDRG-KM 버전 2.0



라. 한의환자분류체계에 사용하는 정보

- (상병) 한국표준질병·사인분류(Korean Classification of Diseases, KCD)에 따른 질병 분류
- (시술 및 검사) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

마. 한의환자분류체계 코드 구성

- KOPG-KM 버전 3.0

대분류	중분류	형태구분	소분류	연령구분	중증도
A~P, 9, Z	0~9	M, S, 9	0~9	0~3	0

- (상병 대분류)
 - 첫 번째 자리로 알파벳 'A~P'로 표기하며 진찰 및 투약그룹의 경우 'Z', 오류그룹의 경우 '9'로 표기함
- (중분류)
 - 두 번째 자리로 상병그룹을 나타내고 숫자 '0~8'로 표기함
- (형태구분)
 - 세 번째 자리로 시술유무 구분을 나타내며 진찰 및 투약그룹은 'M', 시술그룹은 'S', 오류그룹은 '9'로 표기함
- (소분류)
 - 네 번째 자리로 나타내며 시술그룹을 나타내고 숫자 '0~9'로 표기함
- (연령 구분)
 - 다섯 번째 자리로 나타내며 질병군별 연령 구분에 따라 '1, 2, 3'순으로, 연령 구분이 없는 경우 '0'으로 표기함
- (중증도 구분)
 - 여섯 번째 자리로 중증도를 나타내나 현재는 반영하고 있지 않아 '0'으로 표시 (추후 중증도 반영 시 숫자 부여)

○ KDRG-KM 버전 2.0

대분류	중분류	형태구분	소분류	연령구분	중증도
A~P, 9, Z	0~9	I, C, 9	0~6, 9	0~3	0

- (상병 대분류)
 - 첫 번째 자리로 알파벳 'A~P'로 표기하며 진찰 및 투약그룹의 경우 'Z', 오류그룹의 경우 '9'로 표기함
- (중분류)
 - 두 번째 자리로 상병그룹을 나타내고 숫자 '0~8'로 표기함
- (형태구분)
 - 세 번째 자리로 순수입원과 협진을 구분하는 자리이며 'I'는 순수입원, 'C'는 협진을 나타냄
- (소분류)
 - 네 번째 자리로 시술그룹을 나타내고 숫자 '0~6'로 표기함, 기타그룹인 경우 '9'로 표기함
- (연령 구분)
 - 다섯 번째 자리로 나타내며, 질병군별 연령 구분에 따라 '1, 2, 3'순으로, 연령 구분이 없는 경우 '0'으로 표기함
- (중증도 구분)
 - 여섯 번째 자리로 중증도를 나타내나 현재는 반영하고 있지 않아 '0'으로 표시 (추후 중증도 반영 시 숫자 부여)

2. 산출기준

- 2022년 한의환자분류체계(KOPG-KM, KDRG-KM) 통계정보는 진료일 기준으로 2022년 1월부터 12월까지 건강보험·의료급여 한방 외래·입원환자의 진료비 명세서 자료를 종합하였음(2022년 1월 ~ 2023년 3월 심사결정분 기준)
 - 질병군은 한의환자분류체계 KOPG-KM 버전 3.0, KDRG-KM 버전 2.0 기준으로 작성하였음
 - 진료비는 일반 현황은 실제 청구경향 반영을 위해 청구요양급여총금액, 질병군별 현황은 한의진료 특성을 반영한 표준화 진료비* 기준으로 작성
 - (KOPG-KM*) 한의원 기준금액 및 종별가산율 15% 적용
 - (KDRG-KM*, 순수입원) 한방병원 기준금액 및 종별가산율 20% 적용
 - (KDRG-KM*, 협진) 요양병원 기준금액 및 종별가산율 20% 적용
- * 질병군 자원소모 유사성 분석 효율화를 위해 진료비 분석 자료 구축을 위한 수가 보정, 2022년 기준 종별가산율 적용
- 금액은 원 미만 사사오입하여 원 단위까지 기재함

3. 용어 설명

○ 명세서건수

- 요양기관에서 건강보험·의료급여로 청구한 한방 외래·입원 명세서 중 건강보험심사평가원에서 심사결정한 명세서 건수

○ 요양급여비용 총액

- 요양기관에서 건강보험·의료급여 환자 진료에 소요된 비용으로 전액 본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액

○ 평균

- 진료비의 산술평균을 의미

○ 표준편차

- 평균을 중심으로 분포되어 있는 정도로 분산의 제곱근

○ 중앙값

- 각 명세서의 진료비들을 크기순으로 나열했을 때 중앙에 위치하는 값

○ 변이계수

- 진료비 표준편차를 평균 진료비로 나눈 수치, 계수가 작을수록 평균치가 가까이에 분포함을 의미하며 그룹 내 구성이 동질함을 의미