
**2023년(2주기5차) 요양병원 입원급여 적정성 평가
세부시행계획**

2023. 4.



건강보험심사평가원

평가실 평가1부

목 차

I. 평가개요	1
1. 평가배경	
2. 추진경과	
II. 2023년(2주기5차) 평가 세부시행계획(안)	2
1. 평가목적	
2. 평가대상	
3. 평가기준	
4. 평가방법	
5. 평가결과 활용	
III. 향후계획	4
IV. 기타 안내	4

<별첨 1> 평가지표 정의 및 산출식

<별첨 2> 설립구분 변경 등에 따른 평가연계 적용

I. 평가개요

1. 평가배경

- 요양병원형 일당정액제 특성 상 발생 가능한 의료서비스 과소제공 방지 및 요양병원의 자율적 질 향상을 유도하기 위하여 평가 도입
- 2019년부터 요양병원의 진료기능을 강화하고, 환자안전 중심으로 지표 효율화*를 추진하여 2주기 전환
 - * 진료결과 중심의 핵심지표로 구성(총 37개→18개 지표 간소화)
- 진료영역 중심의 의료서비스 질 관리를 통해 입원환자의 건강을 보호하고, 요양병원의 자율적 질 개선을 유도하기 위해 '2023년(2주기5차) 요양병원 입원급여 적정성 평가' 세부시행계획(안) 마련

2. 추진경과

- ('08.~'18.) 1주기(1차 ~ 7차) 요양병원 입원급여 적정성 평가 실시
 - ('10년) 평가결과를 수가와 연계, 환류 적용
 - ('13년) 구조(시설·장비·환자안전) 영역 '의료기관평가인증원' 이관
- ('17.~'18.) 평가 개선방안 연구¹⁾ 및 2주기 평가 개편
- ('23.2.28.) 2주기5차 평가 추진을 위한 분과위원회 개최
- ('23.3.17.) 2주기5차 평가 세부시행계획(안) 의료평가조정위원회 심의

1) 서영준 외. 요양병원 입원급여 적정성 평가 개선방안 연구. 2017.

II. 2023년(2주기5차) 평가 세부시행계획(안)

1. 평가목적

- 진료영역 중심의 의료서비스 질 관리를 통해 입원환자의 건강상태 유지·개선 등 입원 환자 건강을 보호하고, 요양병원의 자율적 질 향상 유도

2. 평가대상

- (대상기간) 2023년 7월 ~ 12월(6개월) 입원 진료분
 - 건강보험·의료급여·보훈 진료분 ('24.3월 심사결정분까지 포함)
- (대상기관) 요양병원 일당 정액수가를 청구하는 모든 요양병원2)
 - '2023년 7월 1일 전 개설' 하여 '12월 31일 기준으로 계속 운영' 중인 요양병원 (단, 호스피스 정액입원 대상 건 제외)

3. 평가기준

- 총 17개 지표 (평가지표 13개, 모니터링지표 4개)
 - * 세부내용 <표> 참조

4. 평가방법

- (평가자료) 요양기관 현황신고자료(구조영역), 청구명세서·환자평가표·행정안전부 사망자료, DUR자료, 의료자원 통계자료(진료영역)
 - * 환자평가표 정확도 높이기 위해 의무기록과 대조 확인(신뢰도점검)
- (평가결과 산출) 기관별 지표 결과 값 표준화, 지표별 가중치를 적용하여 기관별 종합점수 산출 및 등급화

2) 「의료법」제3조에 의한 요양병원 중「장애인복지법」제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설은 제외

<표: 2주기5차 평가지표 및 가중치>

구분	지 표 명	가중치	
구조 영역 (4)	구조영역 소계	30	
	의사 1인당 환자 수	8.5	
	간호사 1인당 환자 수	8.5	
	간호인력 1인당 환자 수	7.5	
	약사 재직일수율	5.5	
진료 영역 (9)	진료영역 소계	70	
	과 정 (2)	과정지표 소계	9
		유치도뇨관이 있는 환자분율	6
		항정신성의약품 처방률	3
	결 과 (7)	결과지표 소계	61
		욕창이 새로 생긴 환자분율	6
		피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자분율	16
		중등도 이상 통증 개선 환자분율	11
		일상생활수행능력(ADL) 개선 환자분율	11
		당뇨병 환자 중 HbA1c 검사결과 적정범위 환자분율	11
		장기입원(181일 이상) 환자분율	3
		지역사회 복귀율	3
		모니 터링 (4)	의약품안전사용서비스(DUR) 점검률
유치도뇨관 관련 요로감염률			
최면·진정의약품 처방률			
환자지원팀 퇴원환자 지원교육 이수 여부			

* 평가지표 정의 및 산출식: [별첨 1] 참조

* 모니터링 지표는 종합점수 산출시 제외되므로 가중치 부여 없음

5. 평가결과 활용

- (요양기관) 기관별 평가결과 및 비교정보 제공, 질 향상 지원
- (대 국민) 요양병원 선택에 필요한 정보 공개 및 홍보
- (유관기관·관련 단체) 제도개선을 위한 정책수립의 기초 자료 제공
- (수가연계) 평가결과 연계 질지원금 및 환류 적용

【보건복지부 고시 제2021-59호(2021.2.25.)】 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수

(1) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금

- (가) 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과 종합점수 상위 10% 이하인 경우는 요양병원 입원료 소정점수의 20%를 별도 산정한다.
- (나) 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과 종합점수 상위 10%를 초과하고, 상위 30% 이하인 경우는 요양병원입원료 소정점수의 10%를 별도 산정한다.
- (다) 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과 4등급 이상 이면서, 종합점수가 직전 평가 대비 5점 이상 향상된 경우에는 요양병원입원료 소정점수의 5%를 별도 산정한다.
- (라) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금은 적정성 평가결과 발표 익월부터 다음 평가 결과 발표 월까지 산정한다.

(2) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과 환류

요양병원 입원급여 적정성 평가 결과 종합점수가 하위 5% 이하에 해당하는 요양 병원은 평가결과 발표 직후 2분기 동안 입원료 가산과 필요인력 확보에 따른 별도 보상, 적정성 평가 연계 질지원금을 적용하지 아니한다.

(이 고시는 2023년 7월 1일부터 시행한다.)

III. 향후계획

- ('23년 4월) 평가 세부시행계획 공개
- ('23년 7~12월) 2주기5차 평가대상기간
- ('24년 12월) 2주기5차 평가결과 의료평가조정위원회 심의
- ('25년 6월) 2주기5차 평가결과 공개

* 상기 일정은 추진 여건에 따라 변경될 수 있음

IV. 기타 안내

- 설립구분 형태 변경 등에 따른 평가결과 연계 적용

* 세부내용: [별첨 2] 참조

평가지표 정의 및 산출식

구분	지표명	지표정의 및 산출식											
구조 (4)	의사 1인당 환자 수	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 대상기간 동안 의사 1인당 평균 환자 수 ▪ 산출식 $\frac{\text{대상기간 동안 평균 환자 수}}{\text{대상기간 동안 평균 의사 수}}$ 											
	간호사 1인당 환자 수	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 대상기간 동안 간호사 1인당 평균 환자 수 ▪ 산출식 $\frac{\text{대상기간 동안 평균 환자 수}}{\text{대상기간 동안 평균 간호사 수}}$ 											
	간호인력 (간호사간호조무사) 1인당 환자 수	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 대상기간 동안 간호인력 1인당 평균 환자 수 ▪ 산출식 $\frac{\text{대상기간 동안 평균 환자 수}}{\text{대상기간 동안 평균 간호인력 수}}$ 											
	약사 재직일수율	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 대상기간 전체 일수 중 약사가 재직한 일수의 비율 ▪ 산출식 $\frac{\text{대상기간 동안 약사 재직일수}}{\text{대상기간 전체 일수의 합}} \times 100$ 											
진료 과정 (2)	유치도뇨관이 있는 환자분율	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 평가대상기간 동안 월별 유치도뇨관이 있는 환자분율 ▪ 산출식 $\frac{\text{유치도뇨관이 있는 환자}}{\text{해당 월 평가를 받은 환자}} \times 100$ ▪ 세부기준 <ul style="list-style-type: none"> - (환자군 통합운영) 기관 내 고위험군/저위험군 환자 구성비를 반영하여 하나의 표준화된 지표로 운영 ※ (환자군의 분류) <ul style="list-style-type: none"> - (고위험군) <ul style="list-style-type: none"> · 변실금 (환자평가표 기준에 따라 대변조절상태 항목이 '조절못함'인 경우) · 3단계 이상의 욕창이 있는 경우 · '혼수' 이면서 일상생활수행능력의 모든 항목이 '전적인 도움' 이상인 경우 · 사지마비 또는 하지마비 또는 척수손상인 경우 - (저위험군) <ul style="list-style-type: none"> · 고위험군에 해당하지 않는 환자 ▪ 제외대상 <ul style="list-style-type: none"> - 환자평가표의 평가구분이 '입원평가'인 경우 											
	항정신성의약품 처방률	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 평가 대상기간 동안 항정신성의약품을 처방받은 환자의 비율 ※ 처방지표(PI, Prescription Index): 해당 기관의 질환에 대한 환자구성을 감안했을 때, 처방률과 전체 기관의 처방률을 비교한 지표 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> $PI_h = \frac{\sum_g (P_{hg} \times n_{hg})}{\sum_g (P_g \times n_{hg})}$ </div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 산출식 <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">h</td> <td>: 대상 요양기관</td> </tr> <tr> <td>g</td> <td>: 상병 (주상병 기준)</td> </tr> <tr> <td>n_{hg}</td> <td>: 대상 요양기관의 상병별 환자수</td> </tr> <tr> <td>P_g</td> <td>: 상병별 처방률</td> </tr> <tr> <td>P_{hg}</td> <td>: 대상 요양기관의 상병별 처방률</td> </tr> <tr> <td>PI_h</td> <td>: 대상 요양기관의 처방지표</td> </tr> </table> 	h	: 대상 요양기관	g	: 상병 (주상병 기준)	n _{hg}	: 대상 요양기관의 상병별 환자수	P _g	: 상병별 처방률	P _{hg}	: 대상 요양기관의 상병별 처방률	PI _h
h	: 대상 요양기관												
g	: 상병 (주상병 기준)												
n _{hg}	: 대상 요양기관의 상병별 환자수												
P _g	: 상병별 처방률												
P _{hg}	: 대상 요양기관의 상병별 처방률												
PI _h	: 대상 요양기관의 처방지표												

구분	지표명	지표정의 및 산출식
진료과정 (2)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 세부기준 <ul style="list-style-type: none"> - (항정신성의약품) Amisulpride, Aripiprazole, Blonanserin, Chlorpromazine, Clozapine, Haloperidol, Levomepromazine, Olanzapine, Paliperidone, Perphenazine, Pimozide, Quetiapine, Risperidone, Sulpiride, Ziprasidone, Zotepine
진료결과 (7)	<p>욕창이 새로 생긴 환자분율</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전월에 비해 욕창이 새로 생긴 환자분율 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> $\frac{\text{전월 평가에서 욕창이 없었으나 해당 월 평가에서 1단계 이상의 욕창이 새로 생긴 환자}}{\text{해당 월 평가와 전월 평가를 모두 받은 환자 중 해당 월과 전월 모두 고위험군에 해당하는 환자}} \times 100$ </div> ▪ 산출식 ▪ 세부기준 <ul style="list-style-type: none"> - (고위험군) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> · 체위변경하기가 '상당한 도움' 이상이거나 '행위발생 안함' 인 경우 · 일어나 앉기가 '상당한 도움' 이상이거나 '행위발생 안함' 인 경우 · 옮겨앉기가 '상당한 도움' 이상이거나 '행위발생 안함' 인 경우 · 방박으로 나오기가 '상당한 도움' 이상이거나 '행위발생 안함' 인 경우 - (새로 생긴 욕창) 이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성궤양) 존재여부를 의미
	<p>피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자분율</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전월에 비해 피부문제 처치를 통해 욕창이 개선된 환자분율 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> $\frac{\text{피부문제 처치를 실시한 해당 월 평가 욕창이 전월 평가보다 개선된 환자}}{\text{해당 월 평가와 전월 평가를 모두 받은 환자 중 전월 평가에서 욕창이 있는 환자}} \times 100$ </div> ▪ 산출식 ▪ 세부기준 <ul style="list-style-type: none"> - (욕창개선) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> · 전월에 욕창이 있던 상태에서 총 개수가 줄어든 경우 · 전월에 욕창이 있던 상태에서 최고단계가 낮아진 경우 - (욕창악화) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> · 전월에 욕창이 있던 상태에서 총 개수가 늘어난 경우 · 전월에 욕창이 있던 상태에서 욕창 중 최고단계 욕창이 더 심해진 경우 - (피부문제 처치) 압력을 줄여주는 도구 사용, 체위변경, 피부문제를 해결하기 위한 영양공급, 피부궤양 드레싱을 의미함 ▪ 제외대상 <ul style="list-style-type: none"> - 욕창의 개선과 악화가 모두 발생한 경우
	<p>중등도 이상 통증 개선 환자분율</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전월 중등도 이상 통증이 있는 환자 중 통증이 개선(감소)된 환자분율 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> $\frac{\text{해당 월 평가 통증이 전월 평가보다 개선된 환자}}{\text{해당 월 평가와 전월 평가를 모두 받은 환자 중 전월 평가에서 중등도 이상의 통증이 있는 환자}} \times 100$ </div> ▪ 산출식

구분

지표명

지표정의 및 산출식

진료
결과
(7)

일상생활수행능력
(ADL) 개선
환자분율

당뇨병 환자 중
HbA1c 검사결과
적정범위
환자분율

- 세부기준
 - (중등도 이상의 통증) 중등도의 통증 또는 격렬하거나 참을 수 없는 통증이 있는 경우 (NRS, VAS 4~10점 또는 FPS 3~5점)
 - (통증 개선(감소))
 - 통증 강도 및 발생빈도 분류에 따라, 「통증의 강도 또는 발생빈도」가 줄어든 경우
 - '강도(빈도)의 개선과 빈도(강도)의 악화가 동시에 나타나는 경우 개선으로 판단하지 않음

※ (참고)

- 통증 강도 분류

통증강도	구분	
	NRS, VAS	FPS
경미한 통증 또는 통증 없음	0, 1, 2, 3	0, 1, 2
중등도의 통증	4, 5, 6	3
격렬하거나 참을 수 없는 통증	7, 8, 9, 10	4, 5

- 통증 발생빈도 분류: 통증없음, 통증 있으나 매일은 아님, 매일 통증이 있음

- 전월에 비해 일상생활수행능력이 개선된 환자분율

$$\text{산출식} = \frac{\text{해당 월 평가 일상생활수행능력(ADL)이 전월 평가보다 개선된 환자}}{\text{해당 월 평가와 전월 평가를 모두 받은 환자}} \times 100$$

- 세부기준
 - (ADL 개선) 환자평가표 기준에 따라 10개 ADL 항목 총점이 1점 이상 감소한 경우
- 제외대상
 - 전월 평가에서 10개 ADL의 값이 모두 '완전자립'인 경우
 - 전월과 해당 월 평가 모두 '의료최고도' 인 환자

- 당뇨병 환자 중 HbA1c 검사결과 적정범위인 환자분율

$$\text{산출식} = \frac{\text{최근 3개월 이내 HbA1c 검사결과가 적정범위인 환자}}{\text{해당 월 평가를 받은 당뇨병 환자}} \times 100$$

- 세부기준
 - (당뇨병 환자) 청구명세서에 당뇨병(E10~E14)이 있거나, 환자평가표의 당뇨에 체크된 경우
 - (HbA1c 검사결과 적정범위) $4 \leq \text{HbA1c} < 8.5\%$
- 제외대상
 - (분모) 환자평가표의 평가구분이 입원평가인 경우
 - (분자) 검사결과가 없거나, 검사일자가 환자평가표 작성일 이후인 경우

구분	지표명	지표정의 및 산출식
진료 결과 (7)	장기입원(181일 이상) 환자분율	<ul style="list-style-type: none"> 평가 대상기간 동안 입원환자 중 입원기간이 181일 이상인 환자분율 산출식 $\frac{\text{입원기간이 181일 이상인 환자}}{\text{평가대상기간 동안 입원중인 환자}} \times 100$ 세부기준 <ul style="list-style-type: none"> (181일 이상 입원) 일당 정액수가 및 입원료 산정기준에 따름 제외대상 <ul style="list-style-type: none"> 의료최고도 또는 의료고도, 의료중도 환자
	지역사회 복귀율	<ul style="list-style-type: none"> 평가 대상기간 동안 퇴원한 환자 중 ‘자택 · 시설로 퇴원한’ 환자분율 산출식 $\frac{\text{자택·시설로 퇴원한 환자}}{\text{평가대상기간 동안 퇴원한 환자}} \times 100$ 세부기준 <ul style="list-style-type: none"> (자택·시설로 퇴원한 환자) 퇴원 후 30일 이내(퇴원일 포함) 요양기관 입원내역이 없는 환자 (퇴원 환자) 청구명세서 진료결과구분이 ‘9.퇴원 또는 외래치료 종결’인 경우 제외대상 <ul style="list-style-type: none"> 의료최고도 또는 의료고도, 의료중도 환자 퇴원 후 30일 이내(퇴원일 포함) 사망한 환자
모니 터링 (4)	유치도뇨관 관련 요로감염률	<ul style="list-style-type: none"> 유치도뇨관이 있는 환자 중 요로감염이 있는 환자분율 산출식 $\frac{\text{요로감염이 있는 환자}}{\text{해당 월 평가에 유치도뇨관이 있는 환자}} \times 100$
	의약품안전사용 서비스(DUR) 점검률	<ul style="list-style-type: none"> 평가 대상기간 동안 전체 입원환자 입원일수 대비 DUR 점검건수 비율 산출식 $\frac{\text{DUR 점검건수}}{\text{해당기관 입원일수의 합}} \times 100$ ※ ‘DUR 점검률’은 DUR 관련부서 자료 활용
	최면·진정의약품 처방률	<ul style="list-style-type: none"> 평가대상기간 동안 최면·진정의약품을 처방받은 환자의 비율 산출식 $\frac{\text{최면·진정의약품을 처방받은 환자}}{\text{해당 월 평가를 받은 환자}} \times 100$ 세부기준 <ul style="list-style-type: none"> (최면·진정의약품) Alprazolam, Bromazepam, Chloral hydrate, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clonazepam, Clotiazepam, Diazepam, Doxepin, Eszopiclone, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Midazolam, Pentobarbital, Phenobarbital, Thiopental, Triazolam, Zolpidem

구분	지표명	지표정의 및 산출식
모니터링 (4)	환자지원팀 퇴원환자 지원교육 이수 여부	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 환자지원팀 인력의 퇴원환자 지원 기본교육 이수 여부 ▪ 산출식 퇴원환자 지원 기본교육 이수 여부 ▪ 세부기준 <ul style="list-style-type: none"> - (퇴원환자 지원 기본교육) 고시 제2019-183호(요양병원 지역사회 연계료)에 의거, 심사평가원에 신고된 환자지원팀 중 1인 이상이 이수한 '퇴원환자 지원 기본교육' - (교육 이수 여부) 심사평가원에 신고된 교육 수료증 적용종료일자가 평가대상기간 종료일 까지 유효한 경우

「설립구분 변경 등에 따른 평가연계 적용」

1. 주요내용

- 설립구분 변경 등에 따라 요양기관 기호가 변경된 경우, 적정성평가 연계 신청기관에 대하여 변경 전·후 요양기관의 실질적 동일성*이 인정되는 경우 적정성 평가 연계 적용

* 요양기관의 인력·시설·장비, 외관(주소, 진료과목, 종별 등) 등

2. 신청방법 등

- (신청대상기관) 설립구분(개인↔법인, 법인↔법인 등), 개설형태* 변경 등으로 요양기관 기호가 변경된 요양기관

* 개설형태(단독 ↔ 공동, 공동 ↔ 공동) 변경 기관 중 주개설자가 변경된 경우

- (신청기간) 설립구분 변경 등에 따른 요양기관 기호 변경일로부터 14일 이내(공휴일 포함)로 하되, 평가결과 공개 예정 월*의 직전 월 말일까지 신청

* 평가결과 공개 예정월은 연간 평가계획 및 평가항목별 세부평가계획 참고

※ 신청 철회는 접수일로부터 7일 이내 가능

- (신청방법) 신청서, 동일성 여부 확인서 및 증빙자료*를 서면(우편 등) 또는 e-평가시스템(개발 예정)으로 기한 내 제출

* 변경 전·후 의료기관 개설허가증 사본(변경내용 포함), 실질적 동일성 판단을 위해 평가항목별로 필요한 사항(별도 요청 시) 등

〈서면 신청서 우편 제출처〉

- (주소) 강원도 원주시 입춘로 130 건강보험심사평가원 본원 2사옥 평가실 평가관리부
- (우편번호) 26465

- (인정 절차 등) 신청서(증빙자료 포함) 및 동일성 여부 확인서를 제출받아 증빙자료 등을 활용하여 실질적 동일성 판단 후 인정여부 통보 및 평가 연계

※ 「설립구분 변경 등에 따른 평가연계 적용」 관련 상세 내용은 우리원 국민홈페이지 (www.hira.or.kr) 및 e-평가시스템(<https://aq.hira.or.kr>) 참고