
장기요양 재택의료센터 시범사업 지침 [한의원]

2025. 1.



보건복지부

h·well

국민건강보험



차례 CONTENTS

I. 목적 및 개요	1
1. 배경	1
2. 근거	1
3. 사업 개요	2
II. 추진체계 및 운영	7
1. 수행 주체별 역할	7
2. 추진 절차도	8
III. 급여비용 산정 및 청구방법	9
1. 급여기준	9
2. 산정지침	10
3. 급여목록 및 급여비용	16
4. 급여비용 청구심사지급절차	17
5. 청구서 및 청구명세서 작성방법	20
IV. 참여기관 준수사항 등	27
V. 지자체 협조사항	33
VI. 시범사업 평가	34
별지 서식 모음	35
시범사업 관련 질의응답	56

I. 개요

1 배경

- 가. 재가에 있는 장기요양 수급자는 의료필요도가 높음에도 불구하고 거동 불편 등의 사유로 의료서비스 이용이 어려워 요양병원이나 시설을 선택하고 있음
- 나. 장기요양 수급자의 '지역사회 계속 거주 지원(Aging in Place)'을 위해서는 요양서비스에 방문의료를 연계 제공하는 재택의료 서비스 제공이 필요

2 근거

- 가. 「보건의료기본법」 제44조(보건의료 시범사업) ① 국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.
- 나. 「국민건강보험법」 제41조5(방문요양급여) 가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.
- 다. 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의3(방문요양급여 실시 사유) 법 41조의5에서 “질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 의료기관을 방문하기 어려운 경우를 말한다.

- 1) 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제16조제1항에 따른 장애인 건강주치의제도의 대상이 되는 중증장애인
- 2) 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 말기환자(末期患者)
- 3) 가정형 인공호흡기를 사용하는 등 일정 수준 이상의 의료적 요구가 있어 방문요양급여를 제공받을 필요가 있는 18세 미만 환자
- 4) 그 밖에 질병, 부상, 출산 등으로 거동이 불편하여 방문요양급여가 필요하다고 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 경우에 해당하는 사람

라. 「노인장기요양보험법」 제3조(장기요양급여 제공의 기본원칙)

- ④ 장기요양급여는 노인 등의 심신상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공하여야 한다.

3 사업 개요

가. 사업개요

- 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 한의사가 판단한 장기요양수급자를 대상으로 한의사, 간호사, 사회복지사 등이 가정을 방문하여 방문진료·간호 및 지역사회 돌봄 서비스 연계 등 제공

나. 사업대상

- 1) (시범기관) 장기요양 재택의료센터 시범사업(이하 ‘시범사업’이라 함) 공모를 통해 참여기관으로 지정된 의료기관(이하 ‘재택의료센터’라 함)

▶ 「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 “의원급 의료기관”

※ 단, 한의원급 의료기관은 ‘일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업’ 참여기관에 한함

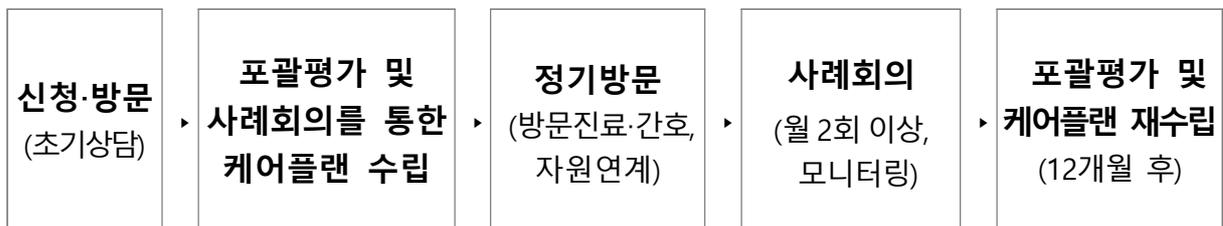
▶ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 “공공보건의료기관 중 지방의료원”

▶ 「지역보건법」 제2조제1호에 따른 “지역보건의료기관 중 보건소, 보건지소, 보건의료원”

- 2) (서비스 대상) 장기요양 재가 수급자(1~2등급자 우선)로 거동이 불편하여 재택의료가 필요한 사람으로 한의사가 판단한 경우
 ※ 「노인복지법」에 따른 노인주거복지시설(노인복지주택 제외) 및 「노인장기요양 보험법」에 따른 장기요양기관 입소자 서비스 제공 불가
- 3) (인력기준) 한의사, 간호사, 사회복지사 등 각 1인 이상으로 구성된 담당팀 구성
- (한의사) 일반의 또는 전문의
 - (간호사) 임상경력* 24개월 이상인 간호사 또는 가정전문간호사
 * 의료법 및 지역보건법(보건진료소 포함)에 따른 의료기관 간호업무경력을 의미
 - (사회복지사) 1급 또는 2급 사회복지사

다. 서비스 내용

- 1) (서비스 내용) 수급자 가정을 팀 단위로 방문하여 포괄평가를 각 영역별로 실시하고 케어플랜 수립, 방문진료 및 간호, 지역 사회 자원 연계 등 통합 사례관리 제공
- 포괄평가는 한의사, 간호사, 사회복지사 등 팀 단위 방문 원칙
 - 한의사는 월 1회 이상 방문진료, 간호사는 월 2회 이상 방문간호 제공
 - 사회복지사는 주기적 상담을 통한 요양·돌봄 수요 발굴 및 서비스 연계
- 2) (서비스별 세부 내용)



① 초기 상담

- 사회복지사 등이 이용 희망자를 대상으로 장기요양 인정자 여부 등을 확인하고 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 (별지 제2호 서식) 징구, 다학제 팀 방문일정 조율

② 포괄평가 및 케어플랜 수립

- 연 1회 이상, 필요시 수시 실시
- **환자의 가정을 방문**하여 환자의 건강상태와 치료에 대한 욕구 파악, 주거 환경, 생활모습과 가정배경 등을 **포괄적으로 평가**하여 효율적으로 서비스 제공 및 자원연계가 되도록 계획 수립

- ▶ **(진료 및 간호)** 환자 상태에 따라 한의사 방문진료 횟수, 간호사의 간호서비스 범위 및 주기, 횟수 결정 등
- ▶ **(교육·상담)** 외상 상태, 만성질환 등으로 인한 문제 이해 및 질병 관리·건강관리 등 자기 관리 능력 향상을 위해 환자(보호자)에게 정기적 교육 상담 제공
- ▶ **(서비스연계)** 주거·영양·돌봄 등 기타 지역사회 및 장기요양 서비스 연계

③ 정기 팀 사례회의

- 최소 월 2회 이상 실시하되 긴급문제 발생 시 수시 실시
- (케어플랜 수립) 포괄평가 공유, 문제목록 도출 및 해결방안 마련
- (상태변화 점검) 서비스 제공 과정 중 확인된 질병상태 및 환경 변화 공유를 통한 케어플랜 재조정

④ 주기적 방문진료·간호

- 최소 **한의사 월 1회, 간호사 월 2회 이상 방문**하여 케어플랜에 따른 건강상태별 진료 및 간호서비스 제공
- (방문진료) 한의사가 방문하여 진료 및 처방, 검사·처치 등

▶ '일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업'의 서비스 제공 내용

- ① **(진찰)** 문진(問診), 문진(聞診), 망진(望診), 촉진(觸診), 청진(聽診), 타진(打診), 안진(按診), 맥진(脈診) 등
- ② **(처방)** 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」상의 한약제제*
* 예: 단미엑스제제(갈근엑스산, 감초엑스산, 당귀엑스산 등), 단미엑스혼합제(가미소요산, 갈근탕, 구미강활탕 등)
- ③ **(질환관리)** 주증 및 동반질환에 대한 관리(침술, 구술, 부항술 등)
- ④ **(검사)** 인성검사 등 한방 검사
- ⑤ **(의뢰)** 필요 시 적절한 전문 의료기관으로의 의뢰
- ⑥ **(교육상담)** 환자 상태 설명 및 질환 정보 제공, 건강관리 등에 대한 환자·보호자 교육 등

- (방문간호) 「의료법」 제2조제2항제5호에 따른 간호사의 업무 범위 내에서 간호사가 방문하여 한의사의 지시에 따른 간호처치, 영양 및 생활습관 관리 상담 등
- 단, 월 2회를 초과하는 간호는 지역 내 방문간호 기관에 연계하는 것을 원칙으로 하나, 환자 상태 등에 따라 직접 제공 가능

▶ 「의료법」 제2조제2항제5호에 따른 간호사의 업무

- ① 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
- ② 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
- ③ 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행

⑤ 지역사회 자원 연계 및 협력

- 의료 이외 사회·환경적 돌봄 지원 수요 파악 및 서비스 연계
- 지자체-장기요양기관-지역 복지관 등 협력체계 구축
- 지역 내 돌봄 기관 등과 통합 사례회의 실시

⑥ 점검 및 평가

- 1년 단위로 포괄평가 실시 및 케어플랜 재수립

라. 직종별 역할

1) (한의사) 재택의료 팀 리더, 인력 관리, 케어플랜 수립 주관

- 의료 욕구 파악 및 팀 사례관리 주관
- 진료 및 질환관리, 검사(한방 검사), 진료의뢰 등
- 간호지시 및 감독, 의사소견서 및 방문간호지시서 발급

2) (간호사) 간호계획 수립 및 수급자 심신상태 변화 확인, 간호처치

- 진료보조 및 의사 지시에 따른 간호처치, 질병·증상 변화 보고 등
- 복약·영양 관리, 질환예방 및 생활습관 개선 등을 위한 교육·상담
- 방문간호기관 연계 및 사례회의 일정 관리

3) (사회복지사) 주기적 상담, 지역사회 협력체계 구축 및 연계

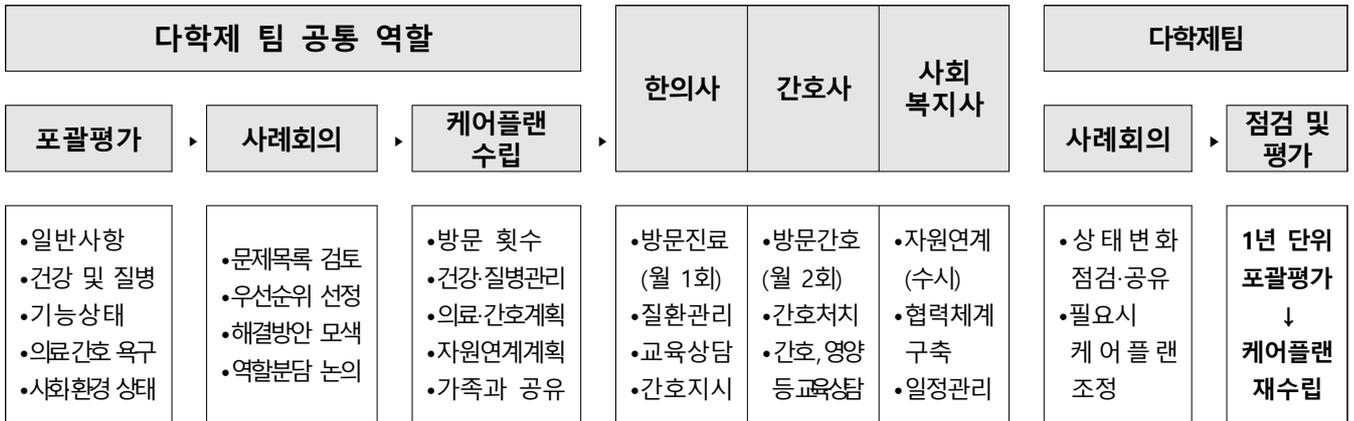
- 재택의료 이용 희망자 초기 상담 및 방문일정 관리 등
- 주기적 상담을 통한 환경변화 확인 및 신규 돌봄 수요 발굴
- 지역 내 돌봄 기관과의 통합 사례회의 실시, 서비스 연계 및 결과 모니터링 등 이력관리
- 월 1회 이상 정기방문 또는 유선상담 진행

※ 사회복지사는 지자체 담당자와 연락체계 구축 필요

마. 시범사업 기간

- 시범사업 시작일로부터 1년으로 하되 필요시 연장 가능

< 통합 사례관리 체계 >



Ⅱ. 추진체계 및 운영

1 수행 주체별 역할

가. 보건복지부

- 시범사업에 관한 주요 정책 결정 등 시범사업 추진 총괄
- 재택의료센터 업무 가이드라인 및 교육과정 개발

나. 국민건강보험공단

- 시범사업 운영 및 지원
- 방문진료료 이외 급여비용 심사·지급
- 시범사업 평가 등 사후관리
- 정보시스템 구축 및 운영 등

다. 시범사업 참여기관

- 재택의료센터 시범사업 관련 교육 이수
- 시범사업 안내 및 서비스 제공
- 요양급여비용 청구

라. 지자체

- 시범사업 참여 안내 및 홍보
- 참여 대상자 발굴 및 의뢰
- 지역사회 돌봄 자원 관리 및 연계 체계 구축(지역협의체 운영 등)

마. 건강보험심사평가원

- 방문진료료 심사·점검
- ※ 국민건강보험법에 따른 각 기관별 세부업무 수행

2 추진 절차도

단계	사업절차	주관기관
참여기관 선정	시범사업 참여 지자체 및 의료기관 공모·선정	보건복지부
참여 의료기관 등록	시범사업 참여 의료기관 교육 및 등록	공단
시범사업 수행	시범사업 참여 안내 및 홍보	공단, 지자체
	신청서 및 개인정보 제공 동의서 징구, 대상자 선정 및 서비스 제공	재택의료센터
자료제출 및 급여비용 청구·지급	급여제공 내역 제출 및 급여비용 청구	재택의료센터
	요양급여비용 심사	심평원
	장기요양급여비용 심사 및 급여비용 지급	공단
사업평가	사업추진 결과 및 실적보고	공단
	시범사업 평가	보건복지부 건강보험연구원

Ⅲ. 급여비용 산정 및 청구방법

1 급여기준

가. 급여의 대상

1) 급여의 담당

- 보건복지부장관이 공고한 '장기요양 재택의료센터 시범사업'에 참여를 신청하여 '재택의료센터'로 지정된 의료기관

2) 급여의 대상

- 「노인장기요양보험법」에 의한 수급권자로 시범사업에 대하여 충분한 설명을 듣고 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서를 작성 후 '장기요양 재택의료센터 시범사업' 정보 시스템에 등록된 자

나. 급여의 범위 및 비용부담

1) 급여의 범위

- 방문진료에 대한 요양급여의 적용 및 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항에 의한 '요양급여의 적용 기준 및 방법'(별표1)에 따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조 제1항에 의한 '비급여 대상'(별표2)을 제외한 일체의 것으로 한다.
- 추가 방문간호에 대한 급여의 적용 및 방법은 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제27조(방문간호 급여 제공기준) 제1항제2호에 의한 것으로 한다.

2) 급여비용의 부담

- 한의 방문진료료의 본인 부담은 '일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업'의 요양급여기준을 따른다.

▶ (건강보험 가입자 또는 피부양자) 100분의 30

※ 단, 장기요양 1·2등급 외상환자 및 요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자는 100분의 15

▶ (차상위 본인부담 경감 대상자 1종 및 2종) 100분의 5

▶ (의료급여자 1종 및 2종) 100분의 5

- 재택의료기본료와 지속관리료는 급여비용 전액을 국민건강보험공단이 부담한다.
- 추가간호료는 「노인장기요양보험법」 제40조 및 동법 시행령 제 15조의8, 장기요양 본인부담금 감경에 관한 고시(제2021-283호, 2021.11.25.)에 따른 본인부담금을 부담한다.

▶ (건강보험 가입자 또는 피부양자) 100분의 15

▶ (본인부담금 40%, 60% 감경 비율 적용자) 100분의 9, 100분의 6

▶ (의료급여자) 100분의 6, (기초수급자) 면제

- 재택의료기본료, 지속관리료, 추가간호료에 대한 공단부담금은 장기요양보험재정으로 부담한다.

2 산정지침

가. 한의 방문진료료

- 1) 한의사 1인당 월 최대 100회*까지 산정 가능하며, 횟수를 초과한 경우 산정하지 아니한다.

* 재택의료기본료 청구 건을 포함한 모든 한의 방문진료료 청구 건을 의미한다.

- 2) 그 외의 사항은 “일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업” 산정 기준을 따른다.

나. 재택의료기본료

1) 재택의료기본료는 대상자의 건강상태 및 사회·환경 등을 포괄적으로 평가하고 케어플랜을 수립한 후 재택의료팀이 아래와 같이 사례관리를 제공한 경우에 산정한다.

가) 포괄평가 및 케어플랜은 한의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 이상으로 구성된 재택의료팀이 함께 방문하여 실시하여야 한다.

나) 한의사는 월 1회 이상 방문진료, 간호사는 월 2회 이상 방문간호를 제공해야 하며, 사회복지사는 주기적 상담을 통하여 수급자에게 적합한 돌봄서비스를 연계하여야 한다.

다) 포괄평가 및 케어플랜은 최소 연 1회 이상 실시하여야 한다.

라) 그 외 사례관리에 관한 세부사항은 아. 사례관리에 명시된 지침을 따른다.

2) 재택의료기본료는 수급자당 월 1회 산정한다. 단, 한의사 1인당 월 최대 100명*까지 산정 가능하며, 이를 초과한 경우 산정하지 아니한다.

* '일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업' 산정지침 등 준용

3) 한의사와 간호사가 함께 방문한 경우 한의사와 간호사가 각각 방문한 것으로 한다.

4) 1)에도 불구하고 아래와 같이 서비스 종결된 경우에 한하여 재택의료기본료의 50%를 산정한다. 단, 1)의 가)를 실시하지 않은 경우에는 산정할 수 없다.

- 재택의료팀 중 1인 이상이 방문하여 해당 직종의 업무를 실시한 후 수급자의 사망*으로 1)의 나)를 충족하지 못한 경우 (포괄평가 실시 후 해당 월에 수급자가 사망한 경우도 포함)

* 사망신고 절차가 완료되어 행망정보시스템을 통해 사망일자 확인된 경우를 의미

다. 지속관리료

1) 6개월* 이상 연속하여 사례관리를 제공한 경우에 산정한다.

* 재택의료기본료가 6회 연속 지급된 경우를 의미한다. 단, 나. 4)로 재택의료 기본료의 50%를 지급 받은 경우에는 산정하지 아니한다.

2) 지속관리료는 6개월 단위로 수급자당 1회 산정한다.

라. 추가간호료

1) 재택의료팀의 간호사가 기본방문 횟수인 월 2회를 초과하여 방문 간호를 제공한 경우에 산정한다. 단, 월 3회를 초과하여 산정할 수 없다.

2) 최소 방문 시간은 1회당 30분 이상(이동시간 등 제외)으로 한다.

3) 추가간호료는 「노인장기요양보험법」 제23조제1항다목에 따른 방문 간호에 준하여 간호를 제공한 경우에만 산정하며, 단순 안내 및 안부 인사 등을 위해 방문한 경우에는 산정하지 아니한다.

마. 재택의료기본료, 추가간호료, 지속관리료는 재택의료팀 인력으로 신고한 자가 해당 서비스를 제공한 경우에 산정한다. 단, 재택의료팀 인력이 타 재택의료센터에 이중으로 등록된 경우에는 산정하지 아니한다.

바. 재택의료기본료 및 추가간호료, 지속 관리료는 다음의 경우에는 산정하지 아니한다.

1) 「요양급여의 적용기준 및 방법 등에 관한 세부사항 고시」에 따른 가정간호와 동일한 날에 간호사가 방문한 경우

2) 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시」에 따른 방문간호와 동일한 날에 간호사가 방문한 경우

- 3) 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)에 따른 시설급여 및 단기보호 이용일 또는 방문목욕, 주야간보호 이용시간에 한의사, 간호사, 사회복지사가 방문한 경우
 - 4) ‘일차의료 만성질환관리 시범사업’ 및 ‘장애인 건강주치의 시범사업’에 등록된 대상자에게 사례관리를 제공한 경우
- 사. 재택의료기본료, 지속관리료, 추가간호료는 공휴·야간·원거리 등 각종 가산을 적용하지 않으며, 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제13조에 따른 재가급여 월 한도액에 포함하지 아니한다.

아. 사례관리

1) 포괄평가

- 가) ‘장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지(별지 제5호 서식)’를 활용하여 신청인의 건강·질병 및 사회·경제환경, 간호관리 필요 항목, 서비스 이용 현황 등을 포괄적으로 평가한다.
- 나) 1년* 단위로 실시하여야 하며 한의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 이상으로 구성된 재택의료팀이 함께 방문하는 것을 원칙으로 한다.
 - * 최초 포괄평가를 실시한 날부터 365일이 도래한 날을 의미하며, 도래한 날 기준으로 익월 말일까지 반드시 실시하여야 한다.
- 다) 정기 포괄평가 전이라도 필요한 경우 포괄평가를 재실시할 수 있다.

2) 케어플랜 수립

- 가) 포괄평가 실시 후 재택의료팀 사례회의를 거쳐 효율적인 서비스 제공 및 자원연계가 되도록 계획을 수립하여야 한다.
- 나) 서비스 제공 과정에서 케어플랜의 수정이 필요하다고 판단되는 경우 케어플랜을 재작성하여야 한다.
- 다) 케어플랜 수립 후 대상자에게 그 내용을 안내하여야 한다.

3) 팀 사례회의

- 가) 재택의료팀은 팀 사례회의를 최소 월 2회 이상 실시하여야 한다.
- 나) 포괄평가 내용을 토대로 문제목록을 도출하고 중재방안 마련 및 한의사, 간호사, 사회복지사의 방문주기 및 역할 등에 대해 논의 후 케어플랜을 수립하여야 한다.
- 다) 서비스 제공과정 중에 대상자의 질병상태 및 변화된 환경 등을 공유하여야 하며, 필요시 케어플랜을 재조정하여야 한다.

4) 지역사회 자원연계

- 가) 사회복지사는 대상자와의 주기적 상담을 통하여 돌봄 필요도를 수시로 확인하고 연계하여야 한다.
- 나) 사회복지사 등은 지자체, 지역사회 내 돌봄기관과의 협력관계 유지를 위하여 최소 월 1회 이상 지역 내 협력기관과 통합 사례회의를 실시하여야 한다.
- 나) 지역사회 자원의 실제 연계 여부 및 대상자의 문제 해결 정도에 대한 결과를 점검하고 필요시 지역사회 자원 연계를 재시도 하는 등의 조치를 해야 한다.

자. 기타사항

1) 서비스 제공 기록

- 가) 한의사 및 간호사가 방문 진료 및 간호(추가간호)를 제공하거나 사회복지사*가 방문한 경우, '장기요양 재택의료센터 방문(업무) 점검 기록지'(별지 제6호~8호 서식)를 작성하여야 한다.

* 사회복지사가 유선상담을 한 경우도 별지 제8호 서식 작성

- 나) '장기요양 재택의료센터 방문(업무)점검 기록지'(별지 제6호~8호 서식)는 각 직종별 방문사유, 제공 내용 등에 해당하는 사항에 표기하거나 기재하는 방법으로 작성한다.

- 다) 포괄평가를 실시한 날은 '장기요양 재택의료센터 방문(업무)점검 기록지'(별지 제6호~8호 서식)를 작성하지 아니할 수 있다.
- 2) 기관 현황(변경) 및 대상자 등록, 급여제공 및 청구 관련 사항은 급여비용 산정을 위하여 '재택의료센터 시범사업 전산시스템'을 통해 공단에 통보해야 하며 작성된 서식은 시범사업 종료 후 5년간 보존하여야 한다.

3 급여목록 및 급여비용

가. 한의 방문진료료는 “일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업”을 따른다.

※ 참고1 : 일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업의 급여목록 및 상대가치점수
(점수당 단가: '25년 102.4원 기준)

분류번호	코드	분류	점수	금액(원)
한의 방문 진료료	91000	한의 방문진료료 주 : 1. 동일 건물 환자들을 동시 또는 연속적으로 방문하는 경우, 소정점수의 75%를 각각 산정한다. (산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재) 2. 동일 세대 환자들을 동시 또는 연속적으로 방문하는 경우, 첫 번째 방문진료료는 소정점수에 의하여 산정하고, 두 번째 방문진료료부터 소정점수의 50%를 산정한다. (산정코드 세 번째 자리에 4로 기재) (중략)	1,037.97	106,290

나. 그 외 급여목록 및 수가는 아래와 같다.

분류	기준	'25년 기준 금액(원)
		재택의료기본료
	수급자 사망으로 인한 종결 시 50% 산정	70,000
지속관리료	수급자 1인당 6개월 단위	60,000
추가간호료	방문 당(월 3회 한정)	52,310

4 급여비용 청구·심사·지급 절차

- 재택의료센터 시범사업의 재택의료기본료, 지속관리료, 추가간호료에 대한 청구 방법임
- 한의 방문진료료는 일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업의 요양급여비용 청구방법에 따르며, 해당 지침에서 정하고 있지 아니한 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 의함

가. 재택의료센터의 급여비용 청구·심사 관련 업무는 '장기요양 재택의료센터 시범사업' 전산시스템 또는 전산매체를 이용한다.

- 1) 전산시스템: (신)요양기관 정보마당(medicare.nhis.or.kr)
- 2) 전산매체: 공단 사업부서로 우편 제출
(가) 전산시스템 장애 등으로 사업부서에서 우편 제출을 안내한 경우에 한함
(나) 제출처: 강원특별자치도 원주시 건강로 32, 국민건강보험공단 요양자원실 재택의료사업팀 담당자 앞(우 26464)
- 3) 문의: 033-736-1953, 1950~1952, 1955~1957

나. 청구

- 1) 급여비용을 최초로 청구하는 경우에는 청구 전 재택의료센터 현황(변경)신고서(별지 제4호 서식)를 공단에 제출하여야 한다.
※ 재택의료센터로 선정된 의료기관은 반드시 심평원의 '보건의료자원통합 신고포털(www.hurb.or.kr)'에 요양기관 현황신고가 되어 있어야 한다.
- 2) 재택의료센터는 신고된 내용 중 담당인력에 관한 사항이 변경된 경우 변경된 날부터 15일 이내에 재택의료센터 현황(변경)신고서(별지 제4호 서식)를 제출하여야 한다.
※ 변경된 인력도 반드시 심평원의 '보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)'에 요양기관 현황신고가 되어 있어야 한다.

- 3) 급여비용을 청구하고자 하는 때에는 다음의 서류를 공단에 제출한다.
 - 가) 청구서(별지 제9호 서식)
 - 나) 청구명세서(별지 제10호 서식)
 - 다) 포괄평가 및 케어플랜 기록지(별지 제5호 서식)
 - 라) 방문(업무)점검 기록지(별지 제6호~8호 서식)
- 4) 급여비용은 월별로 통합하여 급여비용 산정기간의 다음 달 초일부터 10일(이하, 청구마감일) 이내에 가급적 청구하여야 하며, 사업 종료일부턴 2개월이 경과하면 청구할 수 없다.
- 5) 청구서는 월별로, 청구명세서는 수급자별로 각각 구분하여 작성한다.

다. 심사

- 1) 공단은 재택의료센터에서 제출한 청구서, 청구명세서 및 청구자료 등을 급여비용 산정지침에 따라 심사한다.
- 2) 공단은 제출받은 자료만으로 심사가 곤란하다고 인정되는 경우에는 재택의료센터에 심사에 필요한 보완자료의 제출을 요청할 수 있다.

라. 지급

- 1) 공단은 재택의료센터가 급여비용을 청구한 경우 다음의 기한 내에 심사하여 심사지급통보서(별지 제11호 서식)에 그 결과를 기재하여 통보하고 기재된 급여비용을 해당 재택의료센터에 지급한다.
 - 가) 청구마감일 이내 청구건: 당월 말일
 - 나) 청구마감일 이후 청구건: 익월 말일

< 심사결과 구분 >

구분	상세내용
청구반려	청구방법 불일치, 시범사업기간 종료 후 청구(2개월 초과 건), 착오청구 등으로 급여비용 심사가 곤란한 경우 해당 청구서 반려
심사 결정	급여비용 지급여부를 결정
심사 불능	급여비용의 청구 오류 등으로 심사가 곤란한 경우로 해당심사 결정 금액을 '0'원으로 표기
심사 조정	급여비용 산정기준을 위반하여 과다 청구한 경우, 과다 청구된 급여비용을 조정한 금액으로 심사결정

※ 심사코드(별표1)를 통해 세부사유 확인 가능

- 2) 공단은 재택의료센터가 “Ⅲ. 급여비용 산정 및 청구방법 중 2. 산정 지침의 사항”을 위반한 것을 확인한 경우, 해당 비용을 차감하여 지급할 수 있다.

<Ⅲ. 급여비용 산정 및 청구방법 중 2. 산정지침>

바. 재택의료기본료 및 추가 간호료, 지속 관리료는 다음의 경우에는 산정하지 아니한다.

- 1) 「요양급여의 적용기준 및 방법 등에 관한 세부사항 고시」에 따른 가정간호와 동일한 날에 간호사가 방문한 경우
- 2) 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시」에 따른 방문간호와 동일한 날에 간호사가 방문한 경우
- 3) 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)에 따른 시설급여 및 단기보호 이용일 또는 방문목욕, 주야간보호 이용시간에 한의사, 간호사, 사회복지사 등이 방문한 경우
- 4) ‘일차의료 만성질환관리 시범사업’ 및 ‘장애인 건강주치의 시범사업’에 등록된 대상자에게 사례관리를 제공한 경우

5 청구서 및 청구명세서 작성방법

1. 청구서 작성방법

가. 청구 구분

- 다음 중 하나를 선택하여 청구 구분 란에 표기한다.

구분	상세내용
원청구	<ul style="list-style-type: none"> · 서비스 제공 후 최초로 청구 · 원청구의 청구 반려 건 청구 · 일부 수급자 누락분 청구
보완청구	<ul style="list-style-type: none"> · 급여비용을 청구하였으나, 공단에서 심사 불능 처리된 건에 대하여 해당 사유(별표 1)를 보완하여 청구 · 보완청구에 대한 심사 불능 처리된 건에 대한 보완청구
추가청구	<ul style="list-style-type: none"> · 급여비용을 지급 받은 명세서 중 급여제공 내역(일)의 일부가 당초 청구 시 누락된 경우에는 누락된 내역(일)을 추가 청구

나. 청구내용

항목	세부내용
청구건수	첨부되는 청구명세서의 총 건수를 기재
본인부담금	각 청구명세서상의 본인부담금을 모두 합산하여 기재
청구금액	각 청구명세서상의 청구액을 모두 합산하여 기재

다. 청구인은 요양기관 개설자(대표자)의 성명을 기재한다.

라. 작성자는 청구서 및 청구명세서의 작성자 성명을 기재한다. 만약, 작성자가 2인 이상인 경우에는 책임자만 기재한다.

2. 청구명세서 작성방법

- 가. 청구년월은 산정기간 시작일이 포함된 월 기준으로 기재한다.
- 나. 산정기간은 매월 1일부터 말일까지이나, 시작일이 월 중인 경우 시작일부터 해당 월 말일까지로 기재한다.
- 다. 청구 구분은 원청구, 보완청구, 추가청구 중 해당되는 곳에 표기한다.
- 라. 일련번호는 수급자 구분별로 순차적으로 부여하고 00001부터 연이어 기재한다.
- 마. 성명은 한글로 성과 이름을 붙여서 기재하며, 생년월일은 6자리를 기재한다.

(예시1) 최초 포괄평가를 '25.1.11. 실시하여 청구명세서 상 산정기간이 '25.1.11 ~ '25.1.31. 인 경우, 청구년월은 산정기간 시작일인 '25.1.11. 기준하여 25년 1월분으로 기재

장기요양 재택의료센터 청구명세서 [25년 1월분]	산정기간
	2025.1.11 ~ 2025.1.31

- 바. 장기요양인정번호와 장기요양등급, 장기요양인정 유효기간은 「노인 장기요양보험법 시행규칙」 별지 제6호 서식 '장기요양인정서'상의 정보를 기재한다.
- 사. 보완청구, 추가청구를 하는 경우 원청구 내용을 다음과 같이 기재한다.

항목	세부내용
접수번호	원청구에 대한 심사지급통보서에 있는 접수번호를 기재
일련번호	원청구에 대한 청구명세서에 기재된 일련번호를 기재
심사불능사유 (보완청구 限)	심사지급통보서에 기재되어 있는 심사불능사유에 해당하는 코드를 기재

아. 급여제공 내용

- 1) 급여를 제공한 종사자의 직종, 성명, 신고된 면허(자격)번호를 해당란에 기재한다.
- 2) 총 횟수는 종사자별로 급여를 제공한 횟수를 합산하여 기재한다.
- 3) 방문일자는 월별 산정기간에 포함된 방문한 날을 직종별로 구분하여 기재한다.
- 4) 본인부담구분, 본인부담률은 방문일자별로 구분하여 기재한다.
- 5) 방문내용은 방문일자 및 직종별로 방문사유별 구분 코드를 확인하여 해당하는 코드를 기재한다.
 - 가) 방문내용이 2개 이상인 경우, 대표 사유에 해당하는 코드를 기재한다.
 - 나) 포괄평가 등을 위해 2인 이상의 직종이 함께 방문한 경우, 동일한 방문일자에 직종별 방문내용을 각각 기재한다.

(예시) D수급자에 대한 방문일이 '24.10.3(포괄평가), '24.10.14(간호사), '24.10.27(간호사), '24.11.2(간호사)인 경우, '24년 10월분 산정기간 ('24.10.3 ~ '23.10.31) 내 포함되는 방문일 기재

장기요양 재택의료센터 청구명세서	산정기간
(24년 10월분)	2024.10.3 ~ 2024.10.31

급여 제공 내용									
직종	성명	면허(자격)번호	총 횟수	방문일자	10월 3일	10월 14일	10월 27일		
				본인부담구분	일반	일반	일반		
				본인부담률	15%	15%	15%		
의사	김OO	000000	1	방문내용	A(a01)				
간호사	이OO	000000	3		A(a01)	B(c05)	C(b06)		
사회복지사 등	박OO	0-000000	1		A(a01)				

→ '24.11.2(간호사) 방문 건은 24년 11월 청구명세서 작성 시 기재

다) 각 방문사유별 구분코드는 다음과 같다.

직종	방문사유		상세 방문내용		
	구분코드	항목	구분코드	항목	급여제공내용
한의사	A	포괄평가	a	포괄평가	(01)최초, (02)정기, (03)수시
			b	진찰 및 상담	(01)운동, (02)낙상관리, (03)감염관리, (04)수액주입, (05)영양관리, (06)통증관리, (07)약물부작용, (08)정기검진 및 예방접종, (09)욕창관리, (10)응급상황, (11)질병관리 (99)기타
	B	정기방문	c	침습적 처치	(01)침습적처치
	C	수시방문			
	D	응급방문	d	그 외	(01)처방전 발생, (02)검사시행, (03)의료기관 전원, (99)기타
			e	간호지시	(01)기초건강관리, (02)투약관리, (03)운동관리, (04)영양관리, (05)정신심리상담, (06)통증관리, (07)튜브관리, (08)욕창관리
			z	기타	(99)기타
간호사	A	포괄평가	a	포괄평가	(01)최초, (02)정기, (03)수시
	B	정기방문	b	간호제공	(01)기초건강관리, (02)투약관리, (03)운동관리, (04)영양관리, (05)정신심리상담, (06)통증관리, (07)튜브관리, (08)욕창관리
	C	추가방문	c	건강상태 확인	(01)혈압·맥박, (02)체온·혈당, (03)체중변화, (04)문제행동, (05)낙상, (06)소대변실금
			z	기타	(99)기타

사회 복지사	A	포괄평가	a	포괄평가	(01)최초, (02)정기, (03)수시
	B C	정기방문 수시방문	b	상담내용	(01)사업안내, (02)방문일정 조율, (03)환경 변화 파악, (04)지역사회 자원연계 필요도 파악(요양, 돌봄 등), (05)지역사회 자원연계 제공, (99)기타
			c	연계기관	(01)시군구청, (02)행정복지주민센터, (03)보건소, (04)국민건강보험공단 장기요양운영센터, (05)지역 내 공공기관, (06)장기요양기관(방문간호 등 재가기관), (07)노인보호전문기관, (08)종합사회복지관, (09)장애인복지관, (10)치매안심센터, (11)민간기업, (99)기타
			d	연계내용	(01)장기요양가족상담 (02)돌봄교육 (03)치매교육 (04)경제적 지원, (05)방문구강서비스, (06)방문재활서비스, (07)주거환경 개선, (08)도시락배달, (09)후원물품 전달, (10)노인돌봄 및 지원서비스사업 (11)말벗서비스 (12)사회활동 및 여가활동 지원사업, (13)노인 학대신고, (99)기타
			z	기타	(99)기타

6) 총 청구 내용

가) 총액, 총 본인부담금, 총 청구액

- (1) 총액: 총 청구액과 총 본인부담금을 합한 금액을 기재한다.
- (2) 총 본인부담금: 각 수가의 단가에 본인부담률을 곱한 금액의 총액을 기재한다.
- (3) 총 청구액: 총액에서 총 본인부담금을 공제한 금액을 기재한다.

7) 상세 청구내용은 다음의 사항을 확인하여 기재한다.

항목	세부내용	
명칭	'재택의료기본료', '추가간호료', '지속관리료' 중 해당되는 수가의 명칭을 기재	
단가	재택의료기본료	월별 기본 단가인 140,000원 기재
		수급자 사망으로 인한 종결시 70,000원 기재
	추가간호료	방문 횟수별 단가인 52,310원 기재
	지속관리료	6개월 단위로 단가인 60,000원 기재
방문(제공) 횟수	재택의료기본료	한의사 및 간호사의 월 기본 방문횟수를 충족하였을 경우에만 방문 횟수 기재(한의사 1, 간호사 2)
	추가간호료	(총 방문) 간호사의 월 기본 방문 횟수를 포함한 월 총 방문 횟수를 기재(최대 5회) (추가방문) 간호사의 월 기본 방문 횟수를 초과하여 추가 방문한 횟수를 기재(최대 3회)
	지속관리료	6회 연속 재택의료기본료를 청구한 경우, 그 익월에 지급결정 여부를 확인하여 연속 청구 횟수를 6으로 기재
본인부담금	추가간호료의 단가에 추가방문 횟수 및 본인부담률을 곱한 금액에서 10원 미만을 절사한 금액을 기재 (재택의료기본료와 지속 관리료는 0을 기재)	
청구액	각 단가에서 본인부담금을 공제한 금액을 기재한다. 추가간호료의 청구액: (단가 × 추가방문 횟수) - 본인부담금	

<별표1> 심사코드 및 세부사유

심사구분	중분류 코드	세부 코드	세부사유
청구서 (A)	청구 반려 (A)	00	장기요양급여비용 청구방법 불일치 (전산매체 신청 후 포털청구 등)
		01	1차 시범사업기간 종료월부터 2개월 초과시기에 청구
		02	2차 시범사업기간 종료월부터 2개월 초과시기에 청구
		03	3차 시범사업기간 종료월부터 2개월 초과시기에 청구
		...	
		0N	N차 시범사업기간 종료월부터 2개월 초과시기에 청구
		10	시범사업기관 사업종료월(폐업월)부터 2개월 초과 시기에 청구
		11	청구서 상 급여제공월과 청구월이 동일
		12	지급계좌 미신고
		13	요양기관에서 청구착오 등을 사유로 반려 요청
		99	기타사유(심사보류건 포함)
청구 명세서 (B)	심사 불능 (A)	00	재택의료 사업운영기간에 해당하지 않는 날에 서비스 제공일이 있는 경우
		01	요양기관 휴업기간에 서비스 제공일이 있는 경우
		02	요양기관 폐업일 후에 서비스 제공일이 있는 경우 (폐업일 제외)
		03	요양기관 영업정지기간에 서비스 제공일이 있는 경우
		04	추가청구 중복
		05	지속관리료 기지급건
		99	기타사유(심사보류건 포함)
	심사 조정 (B)	00	수가/단가 착오
		01	지속관리료 청구시기 상이
		99	기타사유(심사보류건 포함)

IV. 참여기관 준수사항 등

1 시범사업 및 요양급여 안내

- 재택의료센터는 시범사업에 참여하는 대상자에게 시범사업 및 급여 내용에 대하여 적절한 안내를 하여야 한다.
- 재택의료센터는 당해 기관이 시범사업 참여기관인 점과 서비스 제공 가능한 대상, 지역, 시간, 본인부담내역 등 주요사항을 환자 또는 보호자가 보기 쉬운 장소(의료기관 입구, 진료비 수납 창구 등) 및 홈페이지에 적절한 방법으로 게시하여야 한다.
- 재택의료센터는 장기요양수급자가 재택의료팀(한의사, 간호사, 사회복지사) 정보를 쉽게 확인하여 진료의사를 선택할 수 있도록 각 기관 홈페이지 등에 게시하여야 한다.

2 개인정보 제공 동의서 작성·보관

- 재택의료센터는 시범사업 참여를 원하는 대상자에게 시범사업에 대해 설명하고, 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공에 대한 동의서를 작성 받아 5년간 보관하여야 한다.

3 자료제출 및 현황신고 의무

- 재택의료센터는 시범사업 서비스를 대상자에게 제공 후 포괄평가 및 케어플랜, 서비스 제공 관련 서식 내역을 성실하게 작성하여 제출하여야 한다.

- 재택의료센터는 시범사업 수행에 따라 생성된 자료를 보건복지부 및 공단이 시범사업에 대한 연구용역, 모니터링, 평가, 설문조사 등에 필요하여 요청 시 지체 없이 제출하여야 한다.
- 재택의료센터는 담당 인력에 대한 변동이 있을 시, 이를 지체없이 공단에 재택의료센터 전산시스템(medicare.nhis.or.kr)을 이용하여 신고해야 한다.
 - ※ 변경된 인력도 반드시 심평원의 ‘보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)에 요양기관 현황신고가 되어 있어야 한다.

4 협조 의무

- 재택의료센터는 보건복지부 또는 공단이 시범사업과 관련된 연구를 수행하는 과정에서 평가, 현장방문, 연구참여 등 요청 시 적극적으로 협조하여야 한다.

5 제재조치 등

- 다음과 같은 사항이 발생한 경우 사전 안내를 거쳐 시범사업 중단 조치 및 지정을 취소할 수 있다.
 - 시범사업 기관으로 지정되었으나, 재택의료서비스 제공이 제대로 이루어지지 않는 경우
 - 재택의료센터 전담인력으로 신고한 사람이 정상적으로 근무하지 않는 경우
 - ※ 퇴사 등으로 변경 시 변경신고 필수
 - 보건복지부 또는 공단이 시범사업과 관련된 업무수행을 위해 현장방문 등을 요청하였으나 거부하는 경우

- 시범사업 운영지침 등에서 정하는 급여기준을 위반하여 착오, 허위, 기타 부정한 방법으로 급여를 청구·지급받은 경우
(이 경우 해당 금액 일체를 공단에 반환하여야 함)
- 단, 다음의 사항에 해당하는 경우에는 사전 안내를 거치지 않고 즉시 시범사업 중단 조치 및 지정을 취소할 수 있다.
 - 관련 법령, 지침 등을 위반하거나 기관 휴폐업 등 사회통념상 시범사업 참여가 부적절한 경우
 - 부정한 방법으로 수급자의 개인정보를 취득하여 수급자(또는 보호자)의 사전 동의없이 가정에 임의 방문하고 서비스 이용을 강요하는 등 부적절한 방법으로 시범사업 운영하는 경우
- 공단은 위 사항에 대한 확인점검 및 자료제출을 요구할 수 있다. 이 경우 재택의료센터는 이에 적극적으로 협조할 의무가 있으며, 이를 거부하는 경우에는 관련 수가 등 지급을 유예하거나 지급하지 아니할 수 있다.

6 유의사항

- 의료법 및 관련 행정해석에 따라 방문진료 거부의 정당한 사유에 해당하는 경우, 재택의료센터는 수급자의 방문 요청을 거부할 수 있다.
- 재택의료센터장은 재택의료팀 인력이 전문성 강화 및 서비스 질 향상을 위해 관련 교육 이수를 희망하는 경우 적극 지원하여야 한다. 또한, 재택의료팀 보호조치 등을 위해 안전교육을 실시하고 비상 연락망을 구축하여야 한다.

- 재택의료서비스를 이용 중인 수급자가 다음과 같은 사항에 해당하는 경우, 재택의료팀은 서비스를 종결할 수 있다.
 - 지속적인 재택의료서비스 제공으로 케어플랜에 수립하였던 목표를 달성한 경우
 - 수급자의 거동상태가 호전되어 외래진료를 받을 수 있는 경우
 - 의료인의 치료 및 간호 지시에 특별한 사유 없이 따르지 않는 경우
 - 수급자의 질병상태가 위중(심각)하여 입원치료 등이 필요한 경우
 - 타 지역으로 이사하여 더 이상 서비스 제공이 어려운 경우
 - 수급자가 사망한 경우
 - 기타 서비스 이용료의 장기미납, 재택의료팀의 신변상 위협 등의 이유로 재택의료서비스 제공이 불가능한 경우 등
- 재택의료센터는 사업종료, 지정취소(철회), 폐업 등으로 시범사업 운영이 종료되는 경우, 다음과 같은 조치를 실시하여야 한다.
 - 수급자가 지속적으로 서비스 이용을 희망하는 경우, 동일지역 내 타 재택의료센터로 이용 안내
 - 공단의 재택의료센터 전산시스템(medicare.nhis.or.kr)에 시범사업 종료 전까지 급여비용 청구 관련 서비스 제공자료*를 작성해야 함
 - * 포괄평가 및 케어플랜 기록지(별지 제5호), 방문(업무)점검 기록지(별지 제6~8호)
 - 등록된 모든 수급자에 대해 다음과 같이 종결 처리해야 함
 - 종결처리기한: 사업종료일 기준 익월 10일까지
 - 지정취소(철회), 폐업 등으로 시범사업기간 내 사업종료하는 경우, 취소(철회) 승인일 또는 폐업일로 대상자 종결
 - N차 시범사업기간 종료에 따른 사업종료의 경우, 사업종료일의 익월 1일로 대상자 종결

- 공단은 사업종료, 지정취소(철회), 폐업 등의 사유로 시범사업이 종료되는 기관에 대해 다음의 사항을 직권으로 처리할 수 있다.
 - 재택의료센터 시범사업 종료일
 - 등록된 모든 수급자에 대해 종결처리기한 내 대상자 종결처리를 실시하지 않은 경우
 - 상세 직권 처리 기준은 다음과 같음
 - 지정취소(철회), 폐업 등으로 시범사업기간 내 사업종료하는 경우, 취소(철회) 승인일 또는 폐업일로 종료(대상자 종결)
 - N차 시범사업기간 종료에 따른 사업종료의 경우, 사업종료일의 익월 1일로 종료(대상자 종결)

7 재지정 및 지정철회 등

- 참여기관은 다음과 같은 사항이 발생하거나 예상되는 경우, 그 사실을 지체없이 보건복지부 및 공단에 신고해야 한다.
 - 의료기관 대표자(개인), 소재지(광역 시도) 변경 등으로 요양기관기호가 변경되는 경우
 - 소재지(시군구) 변경에 따른 협약 지자체 변경이 필요한 경우
- 위 사유에 해당하는 기관에서 지속적으로 시범사업 참여를 희망하는 경우, 보건복지부에서 요구하는 신청서류*를 지자체를 통해 제출하여 반드시 재지정 여부를 승인받아야 한다.
 - * 시범사업 신청서, 의료기관 지정 신청서, 시범사업 운영 계획서 등
 - 단, 시범사업 신청서류 제출 전까지 심평원의 '일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업' 등록이 완료된 기관에 한함

- 재지정 통보를 받은 의료기관은 공단의 재지정기관 등록절차 안내에 따라 반드시 기한 내 기관·인력·협약정보, 업무협약서 등 제출해야 하며, 제출완료 후 운영을 개시할 수 있음

※ 기한 내 미제출자는 시범사업 운영의사가 없는 것으로 간주하여 지정을 취소할 수 있음

< 시범사업 재지정 신청 절차 >

기관	재택의료센터	▶	지자체	▶	보건복지부
내용	<ul style="list-style-type: none"> · 재지정 관련 지자체와 사전 협의 진행 · 신청서류 작성하여 지자체에 제출 		<ul style="list-style-type: none"> · 의료기관에서 제출한 신청서류 확인·작성 · 보건복지부로 제출 		<ul style="list-style-type: none"> · 지정심의위원회를 통해 재지정여부 결정 · 재지정심의결과를 공단·지자체·심평원에 통보

- 부득이한 기관 사정으로 시범사업 지정철회를 원하는 경우, [별지 제12호 서식]을 작성하여 지자체로 제출하고, 지자체는 그 사실을 지체없이 보건복지부로 통보하여야 한다.

※ 단, 휴폐업(예정)기관은 지정취소 사유에 해당하므로 지정철회 대상에서 제외

< 시범사업 지정철회 신청 절차 >

기관	재택의료센터	▶	지자체	▶	보건복지부
내용	<ul style="list-style-type: none"> · [별지 제12호 서식]을 작성하여 협약 지자체에 제출 		<ul style="list-style-type: none"> · 재택의료센터 제출서류 확인 · 지자체장 승인내용을 보건복지부로 통보 		<ul style="list-style-type: none"> · 지자체 통보내용 확인 · 지정철회 결정내용을 공단·지자체·심평원에 통보

V. 지자체 협조사항

- 참여기관이 소재한 지역의 지자체는 재택의료서비스가 필요한
적정 대상자가 시범사업에 참여할 수 있도록 안내하고 연계
하는 역할을 하여야 한다.
 - 재택의료센터 사회복지사와 연락 체계를 유지하고, 통합 사례
회의, 지역사회 돌봄 자원 관리 및 연계 체계 구축 활동에 적극
참여하여야 한다.
- 참여기관이 관련 법령 등을 위반하여 행정처분을 받거나 미운영
등으로 사회통념상 시범사업 참여가 부적절한 사유를 확인한 경우,
관련 사실을 지체없이 보건복지부로 통보하여야 한다.

VI. 시범사업 평가

1 | 평가 주체

- 보건복지부에서 주관하여 건강보험연구원을 통해 진행

2 | 평가 내용

- (기관 특성) 기관 수, 소재 지역, 한의사, 간호사, 사회복지사 등 인력 현황, 지역사회자원 현황 등
- (이용자 특성) 이용자 수, 장기요양등급, 의료서비스 필요도 등
※ 장기요양 재택의료서비스에 적합한 사람으로 대상자가 선정되었는지 평가
- (서비스 내용) 통합 사례관리 운영 현황, 방문진료, 방문간호 및 지역사회자원 연계 등 제공 현황, 소요 비용 등
- (사업 효과) 시범사업 참여 경험, 이용자 건강 및 기능상태, 의료이용 변화 등

3 | 평가 방법

- 급여비용 청구·지급자료, 서비스 제공내용 기록, 요양기관별 소요비용 자료 등 분석 및 기관 방문, 설문조사, FGI 등

4 | 평가 시기

- 시범사업 기간 및 시범사업 종료 후

별지 서식 모음

[별지 제1호 서식] 신청서 및 개인정보 이용·제공 동의서(공단 제출용)

[별지 제2호 서식] 개인정보 이용·제공 동의서(의료기관용)

[별지 제3호 서식] 위임장

[별지 제4호 서식] 장기요양 재택의료센터 현황(변경) 통보서

[별지 제5호 서식] 장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지

[별지 제6호 서식] 장기요양 재택의료센터 방문점검 기록지(한의사)

[별지 제7호 서식] 장기요양 재택의료센터 방문점검 기록지(간호사)

[별지 제8호 서식] 장기요양 재택의료센터 업무 기록지(사회복지사)

[별지 제9호 서식] 장기요양 재택의료센터 청구서

[별지 제10호 서식] 장기요양 재택의료센터 청구명세서

[별지 제11호 서식] 장기요양 재택의료센터 심사지급통보서

[별지 제12호 서식] 장기요양 재택의료센터 시범사업 지정철회 신청서

「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여를 위한 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 (공단 제출용)

[신청서]

정보주체 (본인)	성명		장기요양인정번호	L
	생년월일		연락처	
	주소	주민등록지 실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다.		

※ 본 사업은 거동이 불편하여 병원 등 의료서비스 이용이 어려운 분에게 월 1회 방문진료, 월 2회 방문간호를 기본 제공하고 지역 내 복지 서비스를 연계해주는 사업으로 본인부담금이 일부 발생합니다.

□ 시범사업 서비스 제공 사항

포괄평가	질병 등 건강문제와 사회·환경적 문제 등 포괄적으로 평가		
케어플랜	포괄평가 후 효율적인 질환 관리 및 돌봄 가능하도록 계획 수립		
직종별 서비스	방문진료	한의사가 방문하여 진찰, 처방, 검사, 상담 등을 제공	
	방문간호	간호사가 방문하여 진료보조, 교육·상담, 투약지도 등을 제공	
	정기상담	사회복지사가 방문 또는 유선으로 상담 및 욕구 파악	
지역사회 자원연계	지역 내 장기요양기관, 지자체, 복지관 등의 요양·돌봄 서비스 연계		

[개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서]

「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

내역	확 인 (√ 체크)
1. 개인정보 수집·이용 내역 ① 개인정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행 ② 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양 감경기준 적용여부 ③ 개인정보 보유 및 이용기간 : 5년 ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의안함
2. 민감정보 수집·이용 내역 ① 민감정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행 ② 수집하려는 민감정보의 항목 : 장기요양(인정번호, 인정등급, 인정유효기간) 정보, 가정간호·일차의료 만성질환관리·장애인 건강주치의 시범사업 및 장기요양급여 이용여부와 일시 ③ 민감정보 보유 및 이용기간 : 5년 ④ 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의안함

2. 개인정보 제3자 제공 내역

- ① 개인정보를 제공받는 제3자 : **시범사업 참여 의료기관 중 정보주체가 이용 예정인 의료기관**
- ② 개인정보를 제공받는 제3자의 수집·이용 목적 : **장기요양 재택의료센터 시범사업 이용 신청자 관리 및 관련 업무수행**
- ③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : 대리인 정보(성명, 연락처, 신청인과의 관계)
- ④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 : **5년**
- ⑤ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함

 동의안함

년 월 일

대리인 성명 (서명 또는 인)

- 주민등록번호, 외국인등록번호는 국민건강보험법 시행령 제81조(민감정보 및 고유식별 정보의 처리), 노인장기요양법 시행령 제28조의3(민감정보 및 고유식별정보의 처리)등에 따라 처리합니다.
- 대리인의 범위는 노인장기요양보험법 제22조(장기요양인정 신청 등에 대한 대리) 및 민법 제779조(가족의 범위)에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족 및 형제자매, 생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 생계를 같이하는 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매를 뜻하며 신청 시 대리인 신분증 확인 및 위임장 제출이 필요합니다.

신청방법	신청자	증빙서류 확인방법
지사방문(내방)	신청인(본인)	- 신청인의 신분증 제시
	대리인(가족)	- 신청인 및 대리인(가족)의 신분증 제시 - 신청인(본인)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의에 대한 위임장
우편접수	신청인(본인)	- 신청인의 신분증 사본 제출
	대리인(가족)	- 신청인 및 대리인(가족)의 신분증 사본 제출 - 신청인(본인)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의에 대한 위임장

- 대리인(가족)이 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서를 작성할 경우에만 대리인의 정보를 수집·이용·제3자 제공합니다.

행정정보 공동이용 동의서

본인은 위 사업 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 가족관계를 확인하는 것에 동의합니다.

※ '행정정보 공동이용 동의서'에 동의하지 아니하거나 행정정보 공동이용을 통해 가족관계 확인이 불가할 경우, 반드시 증빙서류(가족관계증명서 등(3개월 이내))를 제출해야 합니다.

대리인 성명 (서명 또는 인)

「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여를 위한 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 (의료기관용)

[신청서]

정보주체 (본인)	성명		장기요양인정번호	L
	생년월일		연락처	
	주소	주민등록지 실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다.		

※ 본 사업은 거동이 불편하여 병원 등 의료서비스 이용이 어려운 분에게 월 1회 방문진료, 월 2회 방문 간호를 기본 제공하고 지역 내 복지 서비스를 연계해주는 사업으로 본인부담금이 일부 발생합니다.

□ 시범사업 서비스 제공 사항

포괄평가	질병 등 건강문제와 사회·환경적 문제 등 포괄적으로 평가		
케어플랜	포괄평가 후 효율적인 질환 관리 및 돌봄 가능하도록 계획 수립		
직종별 서비스	방문진료	한의학사가 방문하여 진찰, 처방, 검사, 상담 등을 제공	
	방문간호	간호사가 방문하여 진료보조, 교육·상담, 투약지도 등을 제공	
	정기상담	사회복지사가 방문 또는 유선으로 상담 및 욕구 파악	
지역사회 자원연계	지역 내 장기요양기관, 지자체, 복지관 등의 요양·돌봄 서비스 연계		

[개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서]

「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

내	역	확 인 (√ 체크)
1. 개인정보 수집·이용 내역		
① 개인정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행		<input type="checkbox"/>
② 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양 감경기준 적용 여부, 지역사회 자원연계 정보		동의함
③ 개인정보 보유 및 이용기간 : 5년		<input type="checkbox"/>
④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.		동의안함
2. 민감정보 수집·이용 내역		
① 민감정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행		<input type="checkbox"/>
② 수집하려는 민감정보의 항목 : 건강정보(의료기관명, 질병명, 질병코드, 급여내역 및 횟수), 방문 기본정보(서비스* 이용내역(실시일, 소요시간, 방문사유, 수행인력, 진료 및 간호정보(조치내용 및 향후 계획))), 장기요양(인정번호, 인정등급, 인정유효기간)정보, 방문진료료 본인부담률 및 부담액, 가정간호·일차 의료 만성질환관리·장애인 건강주치의 시범사업 및 장기요양급여 이용여부와 일시		동의함
		<input type="checkbox"/>
		동의안함

<p>* 포괄 평가 및 케어플랜, 직종별 방문점검 서비스(방문진료·간호, 대상자 모니터링, 점검 및 평가, 서비스 연계조정 결과 등 포함)</p> <p>③ 민감정보 보유 및 이용기간 : 5년</p> <p>④ 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	
<p>3. 개인정보 제3자 제공 내역</p> <p>① 개인정보를 제공받는 자 : 보건복지부, 국민건강보험공단, 지자체()</p> <p>② 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : 대상자 관리, 서비스 연계, 서비스 내용 심사·평가, 서비스 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집 등 시범사업 관련 업무수행</p> <p>③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양감경기준 적용여부, 지역사회 자원연계정보 - 보건복지부 및 국민건강보험공단 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양감경기준 적용여부, 지역사회 자원연계 정보 - 지자체() : 성명, 생년월일, 주소, 연락처</p> <p>④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 : 5년</p> <p>⑤ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 동의함</p> <p><input type="checkbox"/> 동의안함</p>
<p>4. 민감정보 제3자 제공 내역</p> <p>① 민감정보를 제공받는 자 : 보건복지부, 국민건강보험공단</p> <p>② 민감정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : 대상자 관리, 서비스 내용 심사·평가, 서비스 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집 등 시범사업 관련 업무수행</p> <p>③ 제3자가 제공받는 민감정보의 항목 : 건강정보(의료기관명, 질병명, 질병코드, 급여 내역 및 횟수), 방문 기본정보(서비스* 이용내역(실시일, 소요시간, 방문사유, 수행인력, 진료 및 간호정보(조치내용 및 향후 계획))), 장기요양(인정번호, 인정등급, 인정유효기간)정보, 방문진료료 본인부담률 및 부담액, 가정간호·일차의료 만성질환관리·장애인 건강주치의 시범사업 및 장기요양급여 이용 여부와 일시</p> <p>* 포괄 평가 및 케어플랜, 직종별 방문점검 서비스(방문진료·간호, 대상자 모니터링, 점검 및 평가, 서비스 연계조정 결과 등 포함)</p> <p>④ 제3자의 민감정보 보유 및 이용기간 : 5년</p> <p>⑤ 위의 민감정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 동의함</p> <p><input type="checkbox"/> 동의안함</p>

년 월 일

본인 성명

(서명 또는 인)

장기요양 재택의료센터 시범기관 ○○ 기관장 귀중

장기요양 재택의료센터 현황(변경) 신고서

[일반현황]

의료기관	(종별) <input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 공공병원(의료원)		
	(명칭)		(사업자등록번호)
	(개설신고일)		(기관기호)
	(재택의료센터 지정일)		(연락처) (Fax)
	(소재지)		
법인	(법인명)		(법인등록번호)
	(연락처)		(소재지)
개설자 (대표자)	(성명)	(주민등록번호)	(면허번호)
	(전문의 자격)	(자격번호)	(연락처)
	(주소)		(전자우편)

[인력현황] 총 _____ 명

한 의 사	계	명	간 호 사	계	명	사 회 복 지 사	계	명
	일반의	명		간호사	명		사회복지사 1급	명
	전문의	명		가정전문간호사	명		사회복지사 2급	명

[변경사항] ※ 변경신고 시 작성

구 분	변경 전	변경 후	변경 적용일
명칭/개설자(대표자)			
소재지/전화번호			
인력현황			
사업자등록번호			

「보건의료기본법」 제4조제1항 및 제4항, 제44조제1항에 따라 재택의료센터 시범사업 참여기관으로 지정되어 위와 같이 재택의료센터 현황(변경)을 신고합니다.

년 월 일

신고인(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

[인력(한의사) 상세이력]

연번	성명	주민등록번호	면허번호	전문의 자격	자격번호	전담여부	경력
1						<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
2						<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
3						<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
4						<input type="checkbox"/>	___년 ___개월

[인력(간호사, 사회복지사) 상세이력]

연번	성명	주민등록번호	면허(자격) 종류	면허(자격) 번호	가정전문 간호사여부	전담여부	경력
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월

작성방법 및 유한의사항

1. 인력현황 작성 시, 재택의료센터 업무 수행 인력에 한해 해당 내용을 상세히 기재해야 합니다.
2. 재택의료팀 인력 상세이력 작성 시,
 - 1) '전담여부'는 재택의료팀 업무만 전담으로 수행하는 인력이 있을 경우에 한해 ☑표시합니다.
 - 2) '가정전문간호사여부'는 간호사 면허 소지자에 한해 ☑표시합니다.
 - 3) 직종별 경력 산출 시 해당 면허(자격)으로 근무한 총 경력을 합산하여 기재합니다.
3. 변경 신고 시의 전담인력 상세이력은 변경 후 인력만 기재합니다.

장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지

1. 기본 사항					
방문일	년 월 일				
기관정보	의료기관명		의료기관기호		
대상자 정보	성명		생년월일		성별
	등급		인정번호		유효기간
	주소				
보호자 (주수발자) 정보	성명		관계		주수발자 유무 <input type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 무
	동거여부		연락처		
기타정보	의뢰경로	<input type="radio"/> 건강보험공단	<input type="radio"/> 지자체	<input type="radio"/> 환자, 가족 등의 요청	
	특이사항	<input type="radio"/> 장기요양기관	<input type="radio"/> 협력병·한의원	<input type="radio"/> 기타()	
2. 방문 기본정보					
평가시간	<input type="radio"/> 30분 미만 <input type="radio"/> 30~60분 <input type="radio"/> 60분 이상 <input type="radio"/> 기타()				
평가사유	<input type="radio"/> 포괄평가(최초) <input type="radio"/> 포괄평가(정기) <input type="radio"/> 포괄평가(수시)				
이동거리	km	이동시간	<input type="radio"/> 10분 미만 <input type="radio"/> 10~20분 <input type="radio"/> 20~30분 <input type="radio"/> 30분 이상		
3. 신청인의 건강/질병상태					
해결 요청 주요문제	<input type="checkbox"/> 만성병/통증관리 <input type="checkbox"/> 복용약 조절 <input type="checkbox"/> 노인병증후군 발생 <input type="checkbox"/> 문제행동 <input type="checkbox"/> 신체기능재활 <input type="checkbox"/> 인지재활 <input type="checkbox"/> 일상생활기능보조 <input type="checkbox"/> 마비/구축 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
의사소통	<input type="radio"/> 가능 <input type="radio"/> 불가능 <input type="radio"/> 기타()				
기능장애 발생 원인질환	<input type="checkbox"/> 뇌혈관질환(뇌졸중)	()년 ()월경	<input type="checkbox"/> 치매	()년 ()월경	
	<input type="checkbox"/> 파킨슨병	()년 ()월경	<input type="checkbox"/> 골절 후유증(고관절 척추등)	()년 ()월경	
치료중인 동반질환 (병명/유병기간)	<input type="checkbox"/> 퇴행성 관절염(무릎 등)	()년 ()월경	<input type="checkbox"/> 심(心)부전	()년 ()월경	
	<input type="checkbox"/> 만성폐질환	()년 ()월경	<input type="checkbox"/> 신(腎)부전	()년 ()월경	
현재 투약내용	<input type="checkbox"/> 암()	()년 ()월경	<input type="checkbox"/> 기타()	()년 ()월경	
	<input type="checkbox"/> 고혈압	()년 ()월경	<input type="checkbox"/> 당뇨병	()년 ()월경	
	<input type="checkbox"/> 이상지질혈증	()년 ()월경	<input type="checkbox"/> 심혈관질환(심근경색 협심증등)	()년 ()월경	
	<input type="checkbox"/> 천식	()년 ()월경	<input type="checkbox"/> 우울증(또는 불안증)	()년 ()월경	
최근 1년 이내 입원여부	목록	총 가지 수			
	<input type="radio"/> 있음	진단명() 입원시기()년 ()월경	병원명() 입원기간()일 동안		
최근 3개월 이내 노년증후군 발생	<input type="radio"/> 없음				
	<input type="radio"/> 있음	<input type="checkbox"/> 어지럼증	<input type="checkbox"/> 낙상	<input type="checkbox"/> 골절	<input type="checkbox"/> 요실금
	<input type="radio"/> 없음	<input type="checkbox"/> 욕창	<input type="checkbox"/> 탈수	<input type="checkbox"/> 식욕저하	<input type="checkbox"/> 호흡곤란
	<input type="checkbox"/> 섬망	<input type="checkbox"/> 수면장애	<input type="checkbox"/> 기타()		

4. 신청인의 신체상태

보행능력 및 근력	보행 보조기구 사용	<input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 예(<input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 보행차 <input type="checkbox"/> 휠체어)		
	10계단 올라가기 능력	<input type="radio"/> 혼자 가능 <input type="radio"/> 부축하여 가능 <input type="radio"/> 불가능		
	의자에서 일어나 3m 걸고 돌아와 앉기 (TUG Test)	<input type="radio"/> 10초 이하 <input type="radio"/> 11~20초 <input type="radio"/> 21~30초 <input type="radio"/> 30초 초과 <input type="radio"/> 수행 불가능		
	하지근력(5SST) (5회 의자에서 일어서기 시간)	<input type="radio"/> 15초 미만 <input type="radio"/> 15~30초 <input type="radio"/> 30초 초과 <input type="radio"/> 수행 불가능		
	상지기능 (머리뒤로 양손 깎지끼기)	<input type="radio"/> 가능 <input type="radio"/> 불가능(<input type="radio"/> 좌측불가능 <input type="radio"/> 우측불가능 <input type="radio"/> 양측 불가능)		
운동실조 및 서동증 (뇌질환 또는 파킨슨 등으로 신체 움직임의 부조화 및 느낌)		<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음		
영양상태 및 식사행위	현재의 키와 체중	<input type="radio"/> 키()cm 체중()kg <input type="radio"/> 측정 불가능		
	체중감소 여부	<input type="radio"/> 예(최근 6개월에 3kg 이상 감소) <input type="radio"/> 아니오	연하곤란	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음
	식사행위 (음식을 차려주었을 때)	<input type="radio"/> 혼자 가능 <input type="radio"/> 일부 도와주면 가능 <input type="radio"/> 혼자 불가능	영양 방법	<input type="checkbox"/> 정상 식사 <input type="checkbox"/> 비위관 <input type="checkbox"/> 유동식 <input type="checkbox"/> 위루 <input type="checkbox"/> 기타()

5. 신청인의 정신상태

인지기능	치매진단 여부	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음(진단일자: 년 월 일경) <input type="radio"/> 인지 저하 의심되나 진단받은 적 없음	치매 약물 치료 여부	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오
	최근 6개월 이내 인지기능 선별검사 결과	<input type="radio"/> 기존 검사결과 있음	<input type="checkbox"/> 선별검사 시행일자(년 월) <input type="checkbox"/> MMSE(점/30점) <input type="checkbox"/> GDS() 또는 CDR() ※ 기타 인지기능 검사 여부	
		<input type="radio"/> 당일 시행	<input type="checkbox"/> 뇌영상검사(MRI 또는 CT) <input type="checkbox"/> SNSB 또는 CERAD <input type="checkbox"/> 기타()	
<input type="radio"/> 검사 안함				
우울	우울증 진단 여부	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음(진단일자: 년 월 일경) <input type="radio"/> 우울증 의심되나 진단받은 적 없음	우울증 약물 치료 여부	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오
	최근 6개월 이내 우울증 선별검사 결과	<input type="radio"/> 기존 검사결과 있음	<input type="checkbox"/> 선별검사 시행일자(년 월) <input type="checkbox"/> PHQ-9(점/27점) 또는 GDS(점/15점, 또는 점/30점) ※ 기타 우울증 검사여부 <input type="radio"/> 있음 <input type="radio"/> 없음	
		<input type="radio"/> 당일 시행		
<input type="radio"/> 검사 안함				
인지기능 장애에 의한 행동심리증상 유무	<input type="radio"/> 없음	<input type="checkbox"/> 망상 <input type="checkbox"/> 배회 <input type="checkbox"/> 부적절한 옷입기 <input type="checkbox"/> 거부 및 저항 <input type="checkbox"/> 환각 <input type="checkbox"/> 길을 잃음 <input type="checkbox"/> 공격적, 파괴적 행동 <input type="checkbox"/> 무감동/무기력 <input type="checkbox"/> 섬망 <input type="checkbox"/> 밤낮 바뀜 <input type="checkbox"/> 돈/물건 등 감추기 <input type="checkbox"/> 불결한 행동 <input type="checkbox"/> 그 밖의 특이증상:		

6. 신체·정신적 자립생활 가능성

의식수준	<input type="radio"/> 명료(alert) <input type="radio"/> 기면(drowsy) <input type="radio"/> 혼미(stupor) <input type="radio"/> 반혼수(semi-coma) <input type="radio"/> 혼수(coma)
신체기능	<input type="radio"/> 정상 생활 가능 <input type="radio"/> 실내생활 독립(도움 없이 외출은 어려움) <input type="radio"/> 실내생활 일부 도움 필요 <input type="radio"/> 실내생활 많은 도움 필요 <input type="radio"/> 준와상 또는 와상상태
인지기능	<input type="radio"/> 정상 생활 가능 <input type="radio"/> 가끔 관찰 및 도움 필요 <input type="radio"/> 자주 관찰 및 도움 필요 <input type="radio"/> 매일 관찰 및 도움 필요 <input type="radio"/> 현저한 정신증상 또는 준와상 및 와상상태

7. 의료처치 및 건강관리 필요 항목

없음

<input type="radio"/> 있음	<input type="checkbox"/> 인공호흡기 적용	<input type="checkbox"/> 당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	<input type="checkbox"/> 투약용 정맥주사
	<input type="checkbox"/> 정기 모니터링 (혈압, 혈당, 심박동, 산소포화도 등)	<input type="checkbox"/> 투석(복막, 혈액)	<input type="checkbox"/> 말초 정맥영양
	<input type="checkbox"/> 암성통증 및 그에 준하는 통증	<input type="checkbox"/> 요실금 및 배뇨관리 (기저귀, 배뇨훈련 등)	<input type="checkbox"/> 수술상상 치료
	<input type="checkbox"/> 다중질환 및 복약 관리	<input type="checkbox"/> 경관 영양	<input type="checkbox"/> 인슐린 주사요법
	<input type="checkbox"/> 중심 정맥영양	<input type="checkbox"/> 산소 또는 네블라이저 치료 (호흡곤란 치료)	<input type="checkbox"/> 인공루(장루, 방광루 등)
	<input type="checkbox"/> 욕창(2단계 이상)	<input type="checkbox"/> 관절 및 근력 재활 운동	<input type="checkbox"/> 도뇨관
	<input type="checkbox"/> 기관지 절개		
	<input type="checkbox"/> 기타 필요한 처치(내용: _____)		

8. 사회/환경 평가

일상생활 수행 시 도움 여부	<input type="radio"/> 도움 받지 않음	<input type="radio"/> 도움 필요 없음	<input type="radio"/> 간신히 수행	<input type="radio"/> 필요(도울 사람 없음)
	<input type="radio"/> 도움 받음	<input type="radio"/> 필요(신청방법 모름)	<input type="radio"/> 필요(비용부담)	
	<input type="radio"/> 추가도움 필요성	<input type="checkbox"/> 가족, 친척(동거/동거하지 않음)	<input type="checkbox"/> 친구, 이웃, 자원봉사자	<input type="checkbox"/> 간병인
	<input type="checkbox"/> 장기요양서비스	<input type="checkbox"/> 노인돌봄서비스	<input type="checkbox"/> 가사도우미	
	<input type="checkbox"/> 개인위생, 목욕	<input type="checkbox"/> 식사	<input type="checkbox"/> 이동	<input type="checkbox"/> 가사
	<input type="checkbox"/> 의료, 간호	<input type="checkbox"/> 말벗	<input type="checkbox"/> 치매관리	<input type="checkbox"/> 일상 외부업무
경제상황	<input type="radio"/> 경제적 어려움 있음 <input type="radio"/> 경제적 어려움 없음			
사회관계	<input type="radio"/> 가족, 친구 교류 등 있음 <input type="radio"/> 사회적 교류 없음(칩거)			
주거환경 문제	<input type="radio"/> 있음 <input type="radio"/> 없음			

9. 서비스 이용현황

서비스 이용 유무	<input type="radio"/> 이용중 <input type="radio"/> 미이용(<input type="radio"/> 이용 희망 <input type="radio"/> 이용희망 없음)				
	의료이용 서비스	<input type="radio"/> 있음	<input type="checkbox"/> 병·한의원 <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 방문진료 <input type="checkbox"/> 방문간호 <input type="checkbox"/> 가정간호		
		<input type="radio"/> 없음	<input type="radio"/> 이용 희망 <input type="radio"/> 이용희망 없음		
	장기요양 서비스	<input type="radio"/> 있음	<input type="checkbox"/> 방문요양 <input type="checkbox"/> 방문목욕 <input type="checkbox"/> 주야간보호 <input type="checkbox"/> 단기보호		
		<input type="radio"/> 없음	<input type="radio"/> 이용 희망 <input type="radio"/> 이용희망 없음		
지역 서비스	<input type="radio"/> 있음 (_____)				
	<input type="radio"/> 없음	<input type="radio"/> 이용 희망 <input type="radio"/> 이용희망 없음			

10. 케어플랜

문제 목록	<input type="checkbox"/> 질병관리 부실	<input type="checkbox"/> 약물복용 부적절
	<input type="checkbox"/> 노인 증후군 관리	<input type="checkbox"/> 간호처치 및 질병관리 교육
	<input type="checkbox"/> 신체기능 감퇴	<input type="checkbox"/> 노쇠발생
	<input type="checkbox"/> 정신기능 저하	<input type="checkbox"/> 지역사회 돌봄 욕구
	<input type="checkbox"/> 기타(_____)	
방문 계획	<input type="checkbox"/> 한의사 (월 ___회) <input type="checkbox"/> 간호사 월 ___회)	
	<input type="checkbox"/> 사회복지사 등 (<input type="radio"/> 정기: <input type="radio"/> 월 <input type="radio"/> 분기 <input type="radio"/> 연 ___회 / <input type="radio"/> 수시)	
종합 의견		

[참고] 케어플랜 참고표

문제목록	케어 플랜	세부 내용	담당자
1) 질병관리 부실	질병관리 강화와 안정성 확보	<input type="checkbox"/> 질병상태 평가 <input type="checkbox"/> 임상검사 수행 <input type="checkbox"/> 복용약물 점검 <input type="checkbox"/> 질병회복 촉진	
2) 노인 증후군 발생	노인증후군 신속 해결	<input type="checkbox"/> 임상검사 <input type="checkbox"/> 복용약물 변화 <input type="checkbox"/> 수면 장애 대응 <input type="checkbox"/> 기존 질병 악화 예방	
3) 신체기능 감퇴	회복가능한 기능재활 적용	<input type="checkbox"/> 관절구축 예방 <input type="checkbox"/> 혈액순환 강화 <input type="checkbox"/> 신체활동 강화 <input type="checkbox"/> 재활서비스 연계	
4) 정신기능 저하	인지기능 회복 서비스 제공	<input type="checkbox"/> 선별검사 적용 <input type="checkbox"/> 복용약물 점검 <input type="checkbox"/> 수명장애 확인 <input type="checkbox"/> 영양장애 확인 <input type="checkbox"/> 치매센터 연계	
5) 약물복용 부적절	다약제 복용 억제	<input type="checkbox"/> 불필요/중복/부적절 약물 제외 <input type="checkbox"/> 필수약물 추가 및 수정	
6) 간호처치 및 질병관리 교육 부족	처치욕구 해결	<input type="checkbox"/> 상처 회복 (<input type="checkbox"/> 욕창 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 피부손상) <input type="checkbox"/> 인공루 정기관리 <input type="checkbox"/> 배뇨배변 훈련 <input type="checkbox"/> 투약 및 주사관리 <input type="checkbox"/> 교육	
7) 노쇠 발생	노쇠극복 및 신체기능 강화	<input type="checkbox"/> 규칙적 운동 <input type="checkbox"/> 영양() 제공 <input type="checkbox"/> 약물조정 <input type="checkbox"/> 질병 안정화	
8) 지역사회 돌봄 욕구	지역사회 자원 적극 연계 활용	<input type="checkbox"/> 장기요양기관 연계 <input type="checkbox"/> 지자체 서비스 연계 <input type="checkbox"/> 보건소 연계 <input type="checkbox"/> 지역 복지관 연계	
방문계획	<input type="checkbox"/> 한의사 (월__회) <input type="checkbox"/> 간호사 월 __회) <input type="checkbox"/> 사회복지사 등 (○ 정기: ○월 ○분기 ○연 __회 / ○ 수시)		
종합 의견			

※ 위 참고표는 포괄평가 및 케어플랜 수립 시 활용할 수 있는 문제목록 도출표로서, 제2쪽 앞면의 [10.케어플랜]을 대체하여 사용할 수 있습니다.

장기요양 재택의료센터 방문점검 기록지 (간호사)

1. 기본 사항						
기관정보	의료기관명		의료기관기호			
대상자 정보	성명		생년월일			
	등급		장기요양인정번호			
	주소					
2. 서비스 제공내역						
기본 사항	방문사유	○ 기본 방문		○ 추가 방문		
	(20)년()월	일 시 분	일 시 분	일 시 분	일 시 분	일 시 분
	간호사명					
	면허번호					
	서비스 제공시간	○ 30분미만 ○ 30~60분 ○ 60분이상	○ 30분미만 ○ 30~60분 ○ 60분이상	○ 30~60분 ○ 60분이상	○ 30~60분 ○ 60분이상	○ 30~60분 ○ 60분이상
	동행자	<input type="checkbox"/> 한의사 <input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 그 외	<input type="checkbox"/> 한의사 <input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 그 외	<input type="checkbox"/> 한의사 <input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 그 외	<input type="checkbox"/> 한의사 <input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 그 외	<input type="checkbox"/> 한의사 <input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 그 외
방문 내용	기초건강관리	<input type="checkbox"/>				
	투약관리	<input type="checkbox"/>				
	운동관리	<input type="checkbox"/>				
	영양관리	<input type="checkbox"/>				
	정신심리상담	<input type="checkbox"/>				
	통증관리	<input type="checkbox"/>				
	튜브관리	<input type="checkbox"/>				
	욕창관리(부위)	<input type="checkbox"/> ()				
건강 상태 확인	혈압/맥박	mmhg, 회/분	mmhg, 회/분	mmhg, 회/분	mmhg, 회/분	mmhg, 회/분
	체온/혈당	°C/ mg/dℓ	°C/ mg/dℓ	°C/ mg/dℓ	°C/ mg/dℓ	°C/ mg/dℓ
	체중 변화	증/감 kg				
	문제행동(섬망)	<input type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 무				
	낙상	<input type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 무				
	소변/대변실금	<input type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 무				
기타 사항						
향후계획		○ 관리지속 ○ 재평가 ○ 팀 사례회의 ○ 계획 변경 ○ 종결 ○ 기타(_____)				
총 평						

장기요양 재택의료센터 업무 기록지(사회복지사)

1. 기본 사항				
기관정보	의료기관명		의료기관기호	
대상자 정보	성명		생년월일	
	등급		장기요양인정번호	
	주소			
2. 서비스 제공내역				
기본사항	상담일시	년 월 일 (시 분)	서비스 제공시간	○ 30분미만 ○ 30~60분 ○ 60분이상
	사회복지사명		자격번호	
상담	피상담자	○ 대상자 ○ 가족(관계: _____)		
	상담방법	○ 방문 ○ 유선	상담구분	○ 정기 ○ 수시
	상담내용	<input type="checkbox"/> 사업안내 <input type="checkbox"/> 방문일정 조율 <input type="checkbox"/> 환경변화 파악 <input type="checkbox"/> 지역사회 자원연계 필요도 파악(요양, 돌봄 등) <input type="checkbox"/> 지역사회 자원연계 제공(○ 정보제공 ○ 기관연계) <input type="checkbox"/> 기타(_____)		
	상담 상세내용	※ 특이사항 및 기타사항 등 작성		
지역사회 자원연계	연계기관	<input type="checkbox"/> 시군구청 <input type="checkbox"/> 행정복지주민센터 <input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 국민건강보험공단 장기요양운영센터 <input type="checkbox"/> 지역 내 공공기관 <input type="checkbox"/> 장기요양기관(방문간호 등 재가기관) <input type="checkbox"/> 노인보호전문기관 <input type="checkbox"/> 종합사회복지관 <input type="checkbox"/> 노인복지관 <input type="checkbox"/> 장애인복지관 <input type="checkbox"/> 치매안심센터 <input type="checkbox"/> 민간기업 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		
	연계내용	<input type="checkbox"/> 장기요양 가족상담 <input type="checkbox"/> 돌봄교육(_____) <input type="checkbox"/> 치매교육(_____) <input type="checkbox"/> 경제적 지원(_____) <input type="checkbox"/> 방문구강서비스 <input type="checkbox"/> 방문재활서비스 <input type="checkbox"/> 주거환경 개선 <input type="checkbox"/> 도시락배달 <input type="checkbox"/> 후원물품 전달 <input type="checkbox"/> 노인돌봄 및 지원서비스 사업 <input type="checkbox"/> 말벗서비스 <input type="checkbox"/> 사회활동 및 여가활동 지원사업 <input type="checkbox"/> 노인 학대신고 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		
	연계 상세내용	※ 특이사항 및 기타사항 등 작성		
기타사항				

[별지 제10호 서식]

장기요양 재택의료센터 청구명세서					산정기간		청구 구분		[] 1. 원청구			
(년 월분)					20 . . . ~ 20 . . .				[] 2. 보완청구			
의료기관기호		의료기관명칭					일련번호					
대상자 성명		생년월일		장기요양 인정번호		장기요양등급		장기요양인정 유효기간				
원청구내용		접수번호			일련번호			심사불능사유				
※ 보완·추가 청구 시에만 기재합니다												
급여 제공 내용												
직종	성명	면허(자격) 번호	총 횟수	방문일자	월	일	월	일	월	일	월	일
				본인부담구분								
				본인부담률								
				방문내용								
총 청구 내용												
총액				총 본인부담금				총 청구액				
상세 청구 내용												
명칭	단가		방문(제공) 횟수		본인부담금		청구액					
재택의료기본료	월 140,000 원 (간호사 2회 방문 포함)		한의사	간호사								
			총 방문	추가방문								
추가 간호료	1회 52,310 원											
지속 관리료	월 60,000 원		재택의료기본료 연속 청구횟수									
			회									

장기요양 재택의료센터 심사지급 통보서

장 귀하

(/)쪽

의료기관기호		지급일자		접수번호															
지급내용	은행		예금주명		계좌번호														
지급결정 공단부담금	원천징수세액			환수정산금			채권 압류	송금액											
	세액계	소득세	지방소득세	세액없는 환수금 상계액	귀속년도 동일 환수금 상계액	귀속년도 상이 환수금 상계액													
일련 번호	수급자 성명	수급자 구분	장기요양 인정번호		청구내용			청구금액			심사결정사항			불능코드	감액내역				
			생년월일	등급	재택의료 기본료	추가 간호료	지속 관리료	총액	본인 부담금	청구액	총액	본인 부담금	청구액		조정코드	총 감액			
					심사내용														
구분	건수	총액		본인부담금		공단부담금		구분	건수	총액									
청구사항								심사조정											
지급(심사)결정								심사불능											

※ 본 지급내역통보서는 소득세법 제144조에 의한 원천징수영수증에 갈음한 자료입니다. (원천징수대상 의료기관에 한함)

국 민 건 강 보 험 공 단 이 사 장

직인생략

시범사업 관련 질의응답

1 인력 운영 관련

Q1-1

재택의료팀 한의사, 간호사는 재택의료센터 업무만 전담해야 하나요?

- 아닙니다. 외래를 겸임할 수 있습니다. 다만, 소속 의료기관 내 재택의료센터 업무를 수행하는 한의사, 간호사를 반드시 1인 이상 지정해야 합니다.

Q1-2

재택의료팀 인력이 중간에 퇴사한 경우, 재택의료센터 지정이 취소되나요?

- 재택의료팀 인력이 퇴사한 경우, 소속 의료기관 내 인력 재배치 또는 신규 채용으로 이용자의 급여이용에 지장을 주지 않았다면 유지될 수 있습니다.
- 다만, 담당인력이 변경된 경우 변경된 날부터 15일 이내에 장기요양 재택의료센터 현황(변경) 신고서(별지 제4호 서식)를 '재택의료센터 전산시스템(medicare.nhis.or.kr)'에 등록해야 합니다.

※ 퇴사자 등 재택의료업무가 종료된 인력은 재택의료센터 전산시스템 '기관정보등록-인력현황-재택인력정보 목록'에 해당 인력정보 선택하여 재택업무종료일을 반드시 입력해야 함

Q1-3

재택의료센터 담당 인력이 변경된 경우, 어떻게 해야 하나요?

- 변경하고자 하는 인력을 신규로 채용한 경우, 먼저 심평원의 '보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)'에 요양기관 현황신고 후
- 재택의료센터 전산시스템(medicare.nhis.or.kr)의 재택의료센터 기관정보 등록 화면에 변경된 사항을 등록하시면 됩니다.

2 급여비용 산정 관련

Q2-1

포괄평가를 위해 한의사, 간호사, 사회복지사 등이 함께 방문한 경우에도 한의사 및 간호사의 방문 횟수로 각각 인정되나요?

- 네. 인정됩니다. 한의사, 간호사, 사회복지사 등의 재택의료팀이 포괄평가를 위하여 함께 방문한 경우, 한의사, 간호사 모두 각각 방문횟수로 인정됩니다.

Q2-2

재택의료기본료를 산정하는 1개월은 어떻게 계산하나요?

- 산정기간은 매월 1일부터 말일까지를 의미합니다. 다만, 월 중 최초 포괄평가가 실시되었다면, 포괄평가일부터 해당 월 말일이 되는 날까지를 말합니다.

※ 예시)

구분	포괄평가일	산정기간		
		1월	2월	3월
1	'24.1.1.	'24.1.1.-1.31.	2.1.-2.29.	3.1.-3.31
2	'24.1.15.	'24.1.15.-1.31.	2.1.-2.29.	3.1.-3.31

※ 예시) '24.1.15 포괄평가를 실시했다면 '24.1.31까지 한의사 1회, 간호사 2회의 방문 진료 및 간호를 제공하는 경우 재택의료기본료를 지급받을 수 있습니다. (재택의료 기본료 기본요건을 충족하지 못하는 경우 건강보험 방문진료료만 지급)

Q2-3

포괄평가는 연 1회 이상 실시하도록 하고 있습니다. 서비스 제공을 시작하고 1년 이내에 포괄평가를 재실시해도 되나요?

- 네. 1년 이내라도 수급자의 건강 및 환경상태 등 변화되어 포괄평가 및 케어플랜 재수립이 필요하다면 재택의료팀 판단 하에 수시로 재실시할 수 있습니다.
- 다만, 최초 포괄평가일로부터 1년이 경과된 경우에는 반드시 포괄평가 및 케어플랜을 재수립하여야 합니다.

Q2-4 지속관리료는 6개월 동안만 대상자가 등록되어 있으면 지급되나요?

○ 지속관리료는 최초 재택의료기본료를 산정한 달부터 6회 연속 재택의료기본료가 지급된 경우 산정됩니다.

(단, 수급자 사망으로 인하여 재택의료기본료의 50%를 지급 받은 내역이 있는 경우 제외)

※ 예시)

사례	재택의료기본료 지급 횟수							지속관리료 지급대상
	1회	2회	3회	4회	5회	6회	연속여부	
1	'25.1월	'25.2월	'25.3월	'25.4월	'25.5월	'25.6월	○	○
2	'25.1월	'25.3월	'25.4월	'25.6월	'25.7월	'25.9월	×	×

○ 이는 대상자에게 지속적으로 서비스를 제공하여 재가 거주를 지원하는 사업의 취지를 고려한 것입니다.

Q2-5 재택의료 이용자가 월 중 노인요양시설에 입소하는 경우, 재택의료 서비스 이용이 가능한가요?

○ 아닙니다. 재택의료서비스는 재가에 거주 중인 장기요양수급자가 대상이므로 시설 입소 시에는 서비스를 이용할 수 없습니다. 다만, 입소 당일의 경우 시설 입소 전까지는 서비스 이용이 가능하오니 방문일정 수립 시 유의하시기 바랍니다.

Q2-6 한의사와 간호사와 달리 사회복지사는 월 최소 방문횟수가 명시되어 있지 않습니다. 사회복지사의 방문주기는 어떻게 정해야 하나요?

○ 재택의료팀은 수급자의 건강 및 사회·환경 등을 포괄적으로 평가하고, 팀 사례회의를 통해 효율적으로 서비스가 제공될 수 있도록 한의사, 간호사, 사회복지사 등의 방문주기와 횟수를 정해야 합니다.

○ 따라서 수급자별 건강상태 및 필요도에 따라 사회복지사의 방문주기는 다를 수 있으나, 월 1회 이상 정기방문 또는 유선상담을 통해 필요한 돌봄서비스를 확인하고 연계하여야 합니다.

Q2-7

포괄평가 이후 케어플랜이 수립되지 않은 상태에서 한의사가 방문진료를 실시한 경우 재택의료기본료 산정이 가능한가요?

- 재택의료기본료는 포괄평가 및 케어플랜을 수립한 후 수급자에게 정기 방문진료 및 간호를 제공하고, 필요시 지역사회 자원을 연계하는 등 통합사례관리를 지원하는 수가입니다.
- 따라서, 케어플랜 없이 긴급 왕진을 실시하였다면, '일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업'의 한의 방문진료료는 청구가 가능하나, 재택의료기본료 산정을 위한 한의사 기본 방문 횟수에는 포함되지 않습니다.

Q2-8

육창 등이 매우 심하여 간호처치가 집중적으로 필요한 대상자입니다. 월 5회를 초과하여 방문간호를 제공한 경우에도 추가간호료 청구가 가능한가요?

- 아닙니다. 재택의료센터의 방문간호 횟수는 기본 횟수 2회, 추가 간호 3회로 총 5회까지만 인정됩니다. 월 2회를 초과하는 간호는 지역 내 방문간호기관과 연계하는 것이 원칙이나, 환자 상태 등에 따라 최대 월 3회까지 직접 수행하는 것을 인정하고 있습니다.
- 따라서, 문의하신 간호처치가 집중적으로 필요한 대상자의 경우에는 장기요양 방문간호기관에 연계하시면 됩니다.

Q2-9

"일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업" 방문진료료는 횟수로 산정하고, 재택의료기본료는 인원수로 산정하는 것이 맞나요?

- 네, 맞습니다. 시범사업의 산정기준에 따라 "일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업" 방문진료료는 횟수 기준, 장기요양 재택의료기본료는 인원수 기준으로 청구하시면 됩니다.
- ※ 예시) A한의사가 수급자 80명은 월 1회, 20명은 월 2회 방문진료 실시한 경우, 방문횟수는 월 120회이지만 방문진료료는 100회 범위 내에서 청구 가능
다만, 재택의료기본료는 100명에 대하여 청구 가능

3 급여비용 청구 관련

Q3-1

장기요양등급이 변경된 경우 청구명세서를 별도로 작성해야 하는 이유는 무엇인가요?

- 장기요양등급이 변경된 경우, 이용자의 장기요양인정 유효기간이 등급이 변경된 날부터 기존의 등급은 유효기간이 종료되고, 변경된 등급으로 유효기간이 새로 산정됩니다.

※ '재택의료센터 전산시스템'을 통해 장기요양등급이 변경된 장기요양수급자 확인 가능

- 따라서, 등급별로 청구명세서를 각각 작성하지 않을 경우 유효기간이 불일치하게 되어 심사불능 처리되어 등급이 변경된 경우 청구명세서를 각각 작성해야 합니다.

Q3-2

급여비용을 꼭 마감일(급여비용 산정기간 익월 10일) 이내에 청구해야 하나요?

- 반드시 청구마감일(급여비용 산정기간 익월 10일) 이내에 청구를 해야 하는 것은 아닙니다. 다만, 청구마감일 이내 청구 건은 당월 말일, 청구마감일 이후 청구 건은 익월 말일에 급여비용을 지급받을 수 있습니다.
- 다만, 원활한 심사·지급 업무 수행과 빠른 급여비용 지급을 위하여 청구 마감일 이내에 청구하시는 것을 권고합니다.

Q3-3

청구마감일 이후에 급여비용을 청구하였는데, 당월 말일에 지급 받을 수 있나요?

- 청구마감일 이후 청구 건은 익월 말일에 급여비용이 지급됩니다. 따라서, 당월 말일 지급을 원할 경우, 청구마감일 이내 청구하시기 바랍니다.

Q3-4 보훈대상자의 경우, 급여비용 청구가 가능한가요?

- 보훈대상자 중 '국가 유공자 건강보험 적용배제 신청을 한 자'에 한해 본 시범사업 대상에서 제외됩니다. 보훈대상자는 시범사업 신청 접수 시 반드시 건강보험 자격여부를 확인하여 서비스 제공하시기 바랍니다.
- 만약, 건강보험 적용배제 신청자를 착오로 청구하더라도 심사과정에서 심사 불능 처리되오니 유의하시기 바랍니다.

Q3-5 급여비용 청구를 위한 재택의료센터 현황(변경)신고서는 어디로 제출해야 하나요?

- 재택의료센터 현황(변경)신고서(별지 제4호)는 '장기요양 재택의료센터 시범사업' 전산시스템인 (신)요양기관 정보마당(medicare.nhis.or.kr)을 통해 제출하시면 됩니다.

Q3-6 급여비용 청구 시, 재택의료기본료와 방문진료료를 따로 청구해야 하나요?

- 네. 따로 청구하여야 합니다. 재택의료기본료는 장기요양보험 수가이며, 방문진료료는 건강보험 수가로 '일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업'의 수가를 적용합니다.
- 위 2종류의 수가에 대한 심사를 담당하는 기관이 공단과 심평원으로 구분되어 있어 부득이하게 재택의료기본료는 국민건강보험공단으로, 방문진료료는 심사평가원으로 각각 청구하셔야 합니다.

Q3-7

간호사 1회 방문 후 수급자가 노인요양시설로 입소한 경우, 급여비용 청구가 가능한가요?

- 아닙니다. 재택의료팀 중 1인 이상이 방문하여 서비스 제공하였으나 갑작스런 수급자 사망으로 재택의료기본료 산정기준을 충족하지 못한 경우에 한해 재택의료기본료의 50% 청구가 가능합니다.
- ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’은 의료-요양 통합서비스 제공을 통해 장기요양 수급자의 ‘지역사회 계속 거주 지원(Aging in Place)’하기 위한 사업입니다. 그러므로 시설 입소, 병원 입원 등의 사유는 ‘재택의료기본료의 50%’ 청구대상이 아닙니다.

4 서비스 제공 관련

Q4-1 장기요양 수급자 모두에게 재택의료서비스 제공이 가능한가요?

- 아닙니다. 재가에 거주하는 장기요양 인정자 중 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어려울 정도로 지속적 관리가 필요한 사람을 대상으로 합니다.
- 1·2등급을 우선으로 하되, 3·4등급, 그 외 등급의 경우라도 거동이 불편하며 지속적인 방문진료 서비스가 필요한 대상자를 선정하여 재택의료서비스를 제공하여야 합니다.
- 적정 대상자 선정 여부는 동 사업 평가 시에도 중요한 기준으로 반영될 예정입니다.

Q4-2 정기 팀 사례회의는 얼마나 자주 실시해야 하나요?

- 가급적 주 1회, 최소 월 2회 이상 정기적으로 실시하는 것을 권장합니다. 재택의료서비스는 포괄평가를 바탕으로 재택의료팀이 함께 모여 각자의 영역에서 우선순위 해결과제를 선정하고 그에 따른 중재 서비스를 제공하는 것입니다.
- 따라서, 첫 포괄평가 후 사례회의를 실시하였더라도 방문시마다 새로운 문제점이 드러날 수 있으므로 사례회의는 최소한 월 2회 이상 정기적으로 실시하시기 바랍니다.

Q4-3 지역사회 자원 연계를 위한 통합사례회의는 얼마나 자주 실시해야 하나요?

- 통합사례회의는 수급자의 돌봄 욕구 및 필요도에 따라 달라질 수 있습니다. 따라서 평소 주기적 상담을 통해 새로운 돌봄 욕구 확인 및 수급자 환경 변화 등에 따라 필요시마다 수시로 실시하면 됩니다.
- 다만, 지역사회 자원연계 업무는 타 기관과의 협력이 중요함에 긴밀한 협력관계 유지를 위해 지자체 담당자 및 지역 내 복지관, 장기요양 재가기관, 보건소, 주민센터 등 돌봄기관들과 최소 월 1회 이상 실시하는 것을 권장합니다.

Q4-5 재택의료센터에 지정되었을 경우 담당하는 지역의 범위가 있나요?

- 재택의료 가능한 지역 범위는 별도로 설정되어 있지 않습니다. 다만, 원활한 주기적 방문을 위해서는 가급적 차량으로 30분 이내로 이동이 가능한 환자들을 중심으로 방문할 것을 권장합니다.
- 또한, 원활한 지자체 자원 연계를 위하여 협약을 맺은 지자체 내에서 재택의료서비스를 제공할 것을 권장합니다.

Q4-6 한의사 월 1회, 간호사 월 2회 최소 방문 기준은 환자의 상태 및 케어플랜에 따라 조정할 수 있나요?

- 아닙니다. 최소 방문기준은 재택의료기본료 산정을 위한 필수요건입니다. 물론, 재택의료센터에 대상자 등록이 된 후 실제 방문주기는 대상자의 건강상태, 케어플랜, 신뢰(rapport)형성, 지불능력 등의 다양한 요인들에 의해 변화될 수 있습니다.
- 다만, 재택의료기본료 산정기간 중 더 자주 방문하는 것은 가능하나 최소 방문기준을 충족하지 못할 경우 재택의료기본료는 산정되지 않으므로 서비스 제공 시 유의하시기 바랍니다.

Q4-7 대상자는 재택의료센터 내 2인 이상의 한의사에게 등록 관리를 받을 수 있나요?

- 네. 가능합니다. 장기요양 재택의료센터 시범사업 별지 제4호 서식(장기요양 재택의료센터 현황(변경)신고서)에 따라 한의사 2인 이상이 모두 재택의료센터 한의사로 신고되어 있다면 해당 한의사 모두에게 주기적 방문진료를 받을 수 있습니다.
- 다만, 시범사업의 취지상 동일 한의사가 지속적인 진료를 하는 것이 바람직하므로, 2인 이상의 한의사가 수행하게 되는 경우 케어플랜을 통해 한의사의 역할을 명확히 구분할 것을 권장합니다.

Q4-8 한 수급자가 여러 재택의료센터에서 서비스를 받을 수 있나요?

○ 아닙니다. 한 수급자는 하나의 재택의료센터에 등록하여 서비스를 받을 수 있습니다(이중 등록 불가). 다만, 필요에 따라 재택의료센터에서 월 단위로 서비스를 제공받은 후 종결한 경우, 타 재택의료센터로 변경 등록하여 서비스를 이용할 수 있습니다.

※ 예시) 甲수급자는 A기관과 B기관 모두 등록 희망하더라도 동시 등록이 불가
 다만, 甲수급자는 1~5월 동안 A기관에서 서비스 이용 후 종결하고,
 6월부터 B기관으로 등록한 경우 B기관에서 서비스 이용 가능

Q4-9 대상자 등록 이후 장기요양 등급 또는 인정유효기간이 변경된 경우, 재등록해야 하나요?

○ 아닙니다. 등급 변경여부와 상관없이 기존 유효기간과 변경된 유효기간이 연속된다면 재등록 없이 서비스 제공 가능합니다.

○ 다만, 기존 유효기간과 변경된 유효기간이 연속되지 않으면, 지속적인 서비스 제공이 불가합니다. 이 경우, 대상자 재등록해야하며 포괄평가 및 케어플랜 역시 재실시해야 합니다.

※ 예시)

사례	(전)유효기간	(현)유효기간	유효기간 연속여부	재등록 필요여부
1	2024. 1. 1. ~ 2024. 12. 31.	2025. 1. 1. ~ 2025. 12. 31.	○	×
2		2025. 1. 3. ~ 2025. 12. 31.	×	○

Q4-10 매월 정기 방문 시 반드시 한의사가 먼저 방문해야 하나요?

○ 아닙니다. 최초 포괄평가를 실시한 월의 익 월부터는 한의사, 간호사, 사회복지사의 방문순서와 상관없이 재택의료팀 재량에 따라 수급자별 방문일정을 수립하여 재택의료서비스 제공하시면 됩니다.

※ 신규 대상자에게는 반드시 재택의료팀(의사, 간호사, 사회복지사)이 함께 방문하여 최초 포괄평가를 실시해야 하며, 최초 포괄평가 실시 전 사전 방문은 산정하지 않음

5

기타 행정사항

Q5-1

수급자의 보호자가 재택의료센터 시범사업 참여 신청 시 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서는 어떻게 받아야 하나요?

- 개인정보수집·이용 및 제3자 제공동의서는 반드시 본인이 작성하는 것을 원칙으로 하나, 불가피한 경우 「민법」 제779조에 따른 가족에 한하여 수급자 본인의 위임을 받아 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서를 작성할 수 있습니다.
- 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 작성시 확인할 증빙서류는 아래와 같습니다.

신청자	증빙서류 확인방법
신청인(본인)	- 신청인의 신분증 제시
대리인(가족)	- 신청인 및 대리인(가족)의 신분증 제시 - 신청인(본인)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의에 대한 위임장 - 신청인과의 가족관계를 확인할 수 있는 서류(3개월 이내 발급한 가족관계증명서 등)

※ 가족의 범위: 배우자, 직계혈족 및 형제자매이거나 생계를 같이 하는 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

Q5-2

A재택의료센터를 이용하던 수급자가 거주지 이전으로 B재택의료센터 이용을 원할 경우, 신청서 및 개인정보제공동의서를 다시 받아야 하나요?

- 네. 다시 받으셔야 합니다. 이용자가 제출한 신청서 및 개인정보 동의서는 해당서류를 제출한 재택의료센터에 한해 수집·이용에 동의한 것으로 타 재택의료센터에서는 수집·이용이 불가능합니다. 따라서 타 재택의료센터 이용을 희망 경우에는 반드시 신청서 및 개인정보제공동의서를 다시 받으셔야 합니다.

Q5-3 시범사업 관련 서식은 반드시 비전자기록물로 작성·보관해야 하나요?

○ 아닙니다. 재택의료센터는 시범사업 수행에 따라 생성된 자료*를 대표자(운영 책임자)의 판단하에 비전자기록물 또는 전자문서 형태로 작성·보관 가능하며, 시범사업 종료 후 5년간 보관하여야 합니다.

* 시범사업 별지서식, 사례회의 회의자료 등

○ 다만, 전자문서로 보관할 경우에는 「의료법」 제22조 및 제23조에 의거하여 작성·보관하여야 합니다. 이를 위반하여 발생한 모든 책임은 재택의료센터에 있으므로 업무수행 시 유의하시기 바랍니다.

Q5-4 방문(업무)점검기록지(별지 제6호~8호)를 비전자기록물로 보관 시 요양기관 정보마당에서 출력해서 보관해도 되나요?

○ 아닙니다. ‘방문(업무)점검기록지 출력 기능’은 팀 사례회의, 정기 방문 등 업무 수행 시 대상자에 대한 이전 처치내역을 쉽게 확인하여 업무에 활용할 수 있도록 제공된 편의기능으로 출력본은 원본으로 인정되지 않습니다. 그러므로, 비전자기록물 또는 전자문서 보관 시에는 반드시 원본서류로 보관하여야 합니다.