

장기요양 재택의료센터 시범사업 지침(전담형 의과) 주요 개정사항 ['26.7.]

구분	현행	개정	비고
지침 개정연월 명시	< 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침('26.2.) > ‘의원, 병원, 지역보건의료기관(의과)’	< 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침('26.7.) > ‘의원, 병원, 지역보건의료기관(의과)’	

구분	현행	개정	비고
I. 개요			
3 사업개요	나. 사업대상 3) (인력기준) 의사, 간호사, 사회복지사 등 각 1인 이상으로 구성된 담당팀 구성 ① <신 설> - (의사) 일반의 또는 전문의 - (간호사) 임상경력* 24개월 이상인 간호사 또는 가정전문간호사 * 「의료법」에 따른 의료기관 및 「지역보건법」(보건진료소 포함)에 따른 지역 보건의료기관 간호 업무경력을 의미 - (사회복지사) 1급 또는 2급 사회복지사 ② <신 설>	나. 사업대상 3) (인력기준) 의사, 간호사, 사회복지사 등 각 1인 이상이 <u>포함된 재택의료팀 구성</u> ① <u>인력 자격기준</u> - (현행과 같음) ② <u>인력 배치기준</u> - <u>재택의료팀 인력은 하나의 재택의료센터에만 소속되어야 하며 중복 참여 불가</u> - <u>다만, 보건소의 재택의료팀 소속 간호사 또는 사회복지사는 최대 2개 재택의료센터(보건소 ‘전담형 또는 협업형’)에 같은 직종으로 중복 참여 가능</u> ※ 보건소의 재택의료팀 소속 간호사는 협업형B에 중복 참여 불가	p.3 재택의료팀 명칭 통일, 보건소 인력 배치 기준 추가
	다. 서비스 내용 2) (서비스별 세부 내용) ① (생 략) ② 포괄평가 및 케어플랜 수립 - 연 1회 이상, <u>필요시 재평가 실시</u>	다. 서비스 내용 2) (서비스별 세부 내용) ① (현행과 같음) ② <u>포괄평가 및 케어플랜 수립</u> - 연 1회 이상 <u>필수 실시하되 수급자 건강상태 및 환경 변화 등에 따라 수시 실시</u>	p.4~5 표현 명확화 및 용어 통일

구분	현행	개정	비고
	③ 정기 팀 사례회의 - 최소 월 2회 이상 실시하되 <u>긴급문제 발생 시</u> 수시 실시 - (케어플랜 수립) 포괄평가 공유, 문제목록 도출 및 <u>해결방안 마련</u> - (상태변화 점검) 서비스 제공 과정 중 확인된 <u>질병 상태</u> 및 환경변화 공유를 통한 케어플랜 재조정 ④ <u>주기적 방문진료</u> · 간호 - (생 략) ⑤ 지역사회 자원 연계·협력 - 사회복지사가 매월 주기적 상담을 통한 요양·돌봄 수요 발굴, 의료 이외 사회·환경적 돌봄* 지원 수요 파악 및 <u>서비스 연계</u> <u>* 돌봄 부담, 사회경제적 취약성, 지지체계 등</u> - <u>지자체-장기요양기관-지역 돌봄기관 등 협력체계 구축</u> - <u>지역협의체 등을 통한 정기적 통합사례회의 실시</u> ⑥ 점검 및 평가 - 직전(최초 포함) 포괄평가일부터 1년 단위로 포괄평가 실시 및 케어플랜 재수립	③ 정기 팀 사례회의 - 최소 월 2회 이상 실시하되 <u>필요 시</u> 수시 실시 - (케어플랜 수립) 포괄평가 공유, 문제목록 도출 및 <u>서비스 제공 방안 마련, 재택의료팀의 방문주기 및 역할 등 논의</u> - (상태변화 점검) 서비스 제공 중 확인된 <u>건강상태</u> 및 환경변화 등 공유하여 케어플랜 재조정 ④ <u>정기 방문진료</u> · 간호 - (현행과 같음) ⑤ <u>정기 상담 및 지역사회 자원 연계</u> - 사회복지사가 매월 주기적 상담을 통한 요양·돌봄 수요 발굴, 의료 이외 사회·환경적 돌봄 수요 파악 및 <u>지역사회 자원 연계</u> <u>* <삭 제></u> - <u><라. 직종별 역할에 사회복지사 역할로 내용 통합></u> ⑥ 점검 및 평가 - 직전(최초 포함) 포괄평가일부터 1년 단위로 포괄평가 실시 및 케어플랜 재수립 - <u>1년이 도래하기 전이라도 수급자 상태 변화 등에 따라 필요한 경우 포괄평가 및 케어플랜 재수립</u>	

구분	현행	개정	비고
	라. 직종별 역할 3) (사회복지사) 수급자 상담, 지역사회 협력체계 구축 및 연계 - 지역 내 재택의료 필요 대상자 발굴 및 사업 홍보 - 재택의료 이용 희망자 초기 상담 및 방문일정 관리 등 - 수급자 기본사항, 사회·환경적 특성, 요양-돌봄 욕구 등 상담을 통한 돌봄계획 수립 - 주기적 상담을 통한 환경변화 확인 및 신규 돌봄 수요 발굴 - <u>지역협의체 등을 통한 통합 사례회의* 실시, 서비스 연계 및 결과 모니터링 등 이력관리</u> * 사회복지사는 지자체 담당자와 연락체계 구축 필요	라. 직종별 역할 3) (사회복지사) 수급자 상담, 지역사회 협력체계 구축 및 연계 - 지역 내 재택의료 필요 대상자 발굴 및 사업 홍보 - 재택의료 이용 희망자 초기 상담 및 방문일정 관리 - 수급자 기본사항, 사회·환경적 특성, 요양-돌봄 욕구 등 상담을 통한 돌봄계획 수립 <u>및 지역사회자원 연계, 연계 결과 점검</u> - 주기적 상담을 통한 환경변화 확인 및 신규 돌봄 수요 발굴 - <u>지자체-장기요양기관-지역 돌봄기관 등 협력관계 유지 위해 통합 사례회의(지역협의체 등) 실시 등</u> * <삭 제>	

Ⅲ. 급여비용 산정 및 청구방법			
2. 산정지침	나. 재택의료기본료 1) 재택의료기본료는 <u>대상자의 건강상태 및 사회·환경 등을 포괄적으로 평가하고 케어플랜을 수립 후 방문진료·간호, 수급자 상담 등 재택의료팀이 아래와 같이 사례관리를 제공한 경우에</u> 산정한다.	나. 재택의료기본료 1) 재택의료기본료는 <u>재택의료팀이 수급자 가정에 방문하여 포괄평가 및 케어플랜 수립, 방문진료·간호, 수급자 상담 등 통합 사례관리를 제공하고 아래 기준을 모두 충족하는 경우에</u> 산정한다.	p.12~14 재택의료기본료 산정 기준 내용 정비

구분	현행	개정	비고
	가) 포괄평가 및 케어플랜은 의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 이상으로 구성된 재택의료팀이 <u>함께*</u> 방문하여 실시하여야 하며, 평가시간은 최소 30분 이상(이동시간 등 제외)으로 한다. <u>* 재택의료팀이 수급자 가정으로 동일한 시간에 방문하는 것을 의미</u>	가) 포괄평가 및 케어플랜은 의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 이상으로 구성된 재택의료팀이 <u>동일한 시간에 함께 방문하여 최소 30분 이상(이동시간 등 제외) 실시하여야 한다.</u> <u>* <본문으로 통합></u> - 방문시간이 30분 미만이거나 재택의료팀이 함께 방문하지 않은 경우 재택의료기본료를 산정하지 아니한다. - 포괄평가 실시 및 케어플랜을 수립한 경우, 재택의료팀의 해당 직종 업무(방문진료, 방문간호, 상담 등)를 각 1회 실시한 것으로 한다. 나) 포괄평가 및 케어플랜은 <u>최소 연 1회 이상 실시하여야 한다.</u> - 직전(최초 포함) 평가일이 포함된 월의 익월부터 1년마다 실시해야 하며, 1년이 도래하기 전이라도 수급자 상태 변화 등에 따라 필요한 경우 재실시 할 수 있다. <u>※ 포괄평가는 최초평가(대상자 등록 후 최초실시)와 재평가(재실시한 평가)로 구분</u> - 포괄평가 및 케어플랜을 기간 내(1년이 도래한 월의 익월 말일까지) 실시하지 않은 경우 해당 기간 이후 재택의료기본료를 산정하지 아니한다. <u>※ 수급자의 입원 등 부득이한 사유로 1년이 도래한 때에 포괄평가를 재실시 하지 못한 경우, 서비스(방문진료·간호, 상담) 제공 전에 반드시 포괄평가를 우선적으로 실시 하여야 함</u>	

구분	현행	개정	비고
	나) 의사는 월 1회 이상 방문진료, 간호사는 월 2회 이상 방문간호를 제공해야 하며, 사회복지사는 매월 주기적 상담*(방문 또는 유선)을 실시하여 <u>요양·돌봄 욕구 확인 및 서비스를 연계하여야 한다.</u> * [별지 제8호 서식]에 따른 업무수행으로 단순 안부확인만은 산정하지 않음 다) 포괄평가 및 케어플랜은 최소 연 1회 이상 실시하여야 한다. 라) 그 외 사례관리에 관하여 자. 사례관리에 명시된 지침을 따른다.	다) 의사는 월 1회 이상 방문진료, 간호사는 월 2회 이상 방문간호를 제공하여야 <u>한다.</u> ※ 월: 1일부터 말일까지를 의미함(이하 동일) 라) 사회복지사는 매월 주기적 상담(방문 또는 유선)을 실시하여 <u>요양·돌봄 욕구 확인 또는 지역사회 자원을 연계하여야 한다.</u> <u>기존 다) 내용은 나)로 <통합></u> <u>라) <삭 제></u>	
	다. 지속관리료 1) 6개월 이상 연속하여 <u>사례관리를 제공*</u>한 경우에 산정한다. * 재택의료기본료가 지급된 경우를 의미한다. 단, 나. 4)로 재택의료기본료의 50%를 지급 받은 경우에는 산정하지 아니한다.	다. 지속관리료 1) <u>지속관리료는 통합 사례관리를 지속적으로 제공하여 재택의료기본료가 6개월 이상 연속 지급한 경우 산정한다. 단, 나. 4)에 따라 재택의료기본료의 50%를 지급 받은 경우 산정하지 아니한다</u>	p.14 지속관리료 산정기준 명확화
	라. 추가간호료 1) <u>재택의료팀의 간호사가 기본방문 월 2회를 초과하여 방문간호를 제공한 경우에 산정한다. 단, 월 3회 초과하여 산정할 수 없다.</u>	라. 추가간호료 1) <u>추가간호료는 재택의료팀의 간호사가 정기 방문 월 2회를 초과하여 방문간호를 제공한 경우에 산정한다. 단, 월 3회 초과하여 산정할 수 없다.</u>	p.14 추가간호료 산정기준 명확화

구분	현행	개정	비고
	2) <u>최소 방문 시간은 1회당 30분 이상(이동시간 등 제외)으로 한다.</u> 3) (생략) 4)로 순서 변경 * <u>의사와 간호사가 동행하여 서비스 제공하고 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’의 방문진료료(간호사 가산 포함) 청구한 경우</u>	2) (현행과 같음) 3) <u>추가간호료는 재택의료기본료 산정기준을 충족한 경우 산정한다. 단, 나. 4)에 따라 재택의료기본료의 50% 산정기준을 충족한 경우에는 산정하지 아니한다.</u> 4) (현행과 같음) * <u><본문 내용과 중복되어 삭제></u>	
	마. 장기요양재택의료급여비용은 재택의료팀 인력으로 신고한 자가 해당 서비스를 제공한 경우에 산정한다. 단, 다음의 경우에는 산정하지 아니한다. 1) 재택의료팀 인력이 타 재택의료센터에 이증으로 등록된 경우 * <u><신 설></u>	마. (현행과 같음) 1) (현행과 같음) * <u>보건소 소속 간호사·사회복지사가 보건소 내 ‘전담형(보건소에 한함) 또는 협업형 재택의료센터’ 최대 2개소에 중복 등록한 경우 제외</u>	p.15 보건소 인력 중복구성 가능 명시
	바. 장기요양재택의료급여비용은 <u>다음의</u> 경우에는 산정하지 아니한다. 1)~3) (생략) 4) 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)에 따른 시설급여 및 단기보호 이용일 또는 방문목욕, 주야간보호 이용시간에 <u>의사, 간호사, 사회복지사가 방문한 경우</u> * <u><신 설></u>	바. 장기요양재택의료급여비용은 <u>아래와 같이 타 급여와 중복된</u> 경우에는 산정하지 아니한다. 1)~3) (현행과 같음) 4) 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)에 따른 시설급여 및 단기보호 이용일* 또는 방문목욕, 주야간보호 이용시간에 <u>재택의료팀 중 1인 이상이 방문한 경우</u> * <u>시설급여 및 단기보호 입·퇴소 당일인 경우 제외</u>	p.15~16 시설급여 및 단기보호 이용 관련 일부 조건 정비

구분	현행	개정	비고
	아. 사례관리 (생략)	아. < I. 사업개요로 이동 >	사업개요로 이동 통합
	자. 기타사항 <u>아. 순서변경</u> 1) 서비스 제공 기록 가) <u>의사 및 간호사가 방문 진료 및 간호(추가간호)를 제공한 경우 ‘장기요양 재택의료센터 방문점검기록지’ (별지 제6호~7호 서식)를 작성하며 사회복지사가 상담*을 실시한 경우에는 ‘장기요양 재택의료센터 업무 기록지’ (별지 제 8호 서식)를 작성하여야 한다.</u> * 사회복지사가 유선상담을 한 경우도 별지 제8호 서식 작성 나) <u>‘장기요양 재택의료센터 방문점검 기록지’(별지 제6호~7호 서식) 및 ‘장기요양 재택의료센터 업무 기록지’(별지 제 8호 서식)는 각 직종별 방문사유, 제공 내용 등에 해당하는 사항에 ☒ 표기하거나 기재하는 방법으로 작성한다.</u> 다) (생략) 라) <u>포괄평가를 실시한 날은 ‘장기요양 재택의료센터 방문 점검 기록지’ 및 ‘장기요양 재택의료센터 업무 기록지’를 작성하지 아니할 수 있다.</u> 2) (생략)	안. 기타사항 가) <u>재택의료팀이 포괄평가 및 케어플랜 수립한 경우 장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지 (별지 제 5호 서식)를 작성하여야 한다.</u> 나) <u>재택의료팀이 방문진료 및 간호(추가간호포함), 상담*, 지역사회자원 연계를 제공한 경우 각 직종별로 장기요양 재택의료센터 방문점검(업무)기록지(별지 제6호~8호 서식)를 작성하여야 한다.</u> * 사회복지사가 유선상담을 한 경우도 별지 제8호 서식 작성 다) (현행과 동일) 라) <u>서비스 제공 관련하여 작성된 서식은 서식을 제출한 인력이 소속된 참여기관에서 자체 기록물을 편철 (비전자 또는 전자문서) 하여 시범사업 종료일로부터 5년간 보관하여야 한다.</u> 기존 라) <나. 재택의료기본료로 통합> 2) <라)로 이동>	p.16 표현 명확화

구분	현행	개정	비고																
4. 급여비용 청구·심사 ·지급 절차	나. 청구 1) 급여비용을 최초로 청구하는 경우에는 청구 전 재택의료 센터 현황(변경)신고서(별지 제4호 서식)를 보건소와 의료 기관 각각 공단에 제출하여야 <u>한다</u>. 2) 재택의료센터는 신고된 내용 중 담당인력에 관한 사항이 변경된 경우 변경된 날부터 15일 이내에 참여기관별로 재택의료센터 현황(변경)신고서(별지 제4호 서식)를 제출하여야 <u>한다</u>. ※ 변경된 인력도 반드시 심평원의 ‘보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)’에 요양기관 현황신고가 되어 있어야 한다.	나. 청구 1) 급여비용을 최초로 청구하는 경우에는 청구 전 <u>장기요양</u> 재택의료센터 현황(변경)신고서(별지 제4호 서식)를 공단에 제출하여야 <u>하며, 전산시스템에 인력등록 시 해당 신고서를 제출한 것으로 한다</u> 2) <u>인력이 변경된 경우 변경된 날부터 15일 이내에 장기요양 재택의료센터 현황(변경)신고서(별지 제4호 서식)를 공단에 제출하여야 하며, 전산시스템에 인력변경 등록 시 해당 신고서를 제출한 것으로 한다</u> ※ 변경된 인력 <u>중 의사의 경우</u> 반드시 심평원의 ‘보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)’에 요양기관 현황신고가 되어 있어야 한다.	p.18 표현 명확화																
5. 청구서 및 청구 명세서 작성방법	2. 청구명세서 작성방법 나. 산정기간은 매월 1일부터 <u>말일까지</u>이나, 시작일이 월 중인 경우 시작일부터 해당 월 말일까지로 기재한다. 사. 보완청구, 추가청구를 하는 경우 원청구 내용을 다음과 같이 기재한다. <table><tr><th>항목</th><th>세부내용</th></tr><tr><td>접수번호</td><td>원청구에 대한 심사지급통보서에 있는 접수번호를 기재</td></tr><tr><td>일련번호</td><td>원청구에 대한 청구명세서에 기재된 일련번호를 기재</td></tr><tr><td>심사불능 사유 (보완청구)</td><td>심사지급통보서에 기재되어 있는 심사불능사유에 해당하는 코드를 기재</td></tr></table>	항목	세부내용	접수번호	원청구에 대한 심사지급통보서에 있는 접수번호를 기재	일련번호	원청구에 대한 청구명세서에 기재된 일련번호를 기재	심사불능 사유 (보완청구)	심사지급통보서에 기재되어 있는 심사불능사유에 해당하는 코드를 기재	2. 청구명세서 작성방법 나. 산정기간은 매월 1일부터 <u>말일까지로 기재한다.</u> – <u>다만, 서비스 시작일이 월 중인 경우 시작일부터 해당 월 말일까지 기재하며, 수급자가 월 중 종결되더라도 해당 월 재택의료기본료 산정 기준을 충족한 경우 산정기간을 말일까지 기재한다.</u> 사. 보완청구 <u>또는</u> 추가청구를 하는 경우 원청구 내용을 다음과 같이 기재한다. <table><tr><th>항목</th><th>세부내용</th></tr><tr><td>접수번호</td><td>(현행과 같음)</td></tr><tr><td>일련번호</td><td>(현행과 같음)</td></tr><tr><td>심사불능 사유</td><td><u>보완청구에 한하여</u> 심사지급통보서에 기재되어 있는 심사불능사유에 해당하는 코드를 기재</td></tr></table>	항목	세부내용	접수번호	(현행과 같음)	일련번호	(현행과 같음)	심사불능 사유	<u>보완청구에 한하여</u> 심사지급통보서에 기재되어 있는 심사불능사유에 해당하는 코드를 기재	p.22~27 표현 명확화
항목	세부내용																		
접수번호	원청구에 대한 심사지급통보서에 있는 접수번호를 기재																		
일련번호	원청구에 대한 청구명세서에 기재된 일련번호를 기재																		
심사불능 사유 (보완청구)	심사지급통보서에 기재되어 있는 심사불능사유에 해당하는 코드를 기재																		
항목	세부내용																		
접수번호	(현행과 같음)																		
일련번호	(현행과 같음)																		
심사불능 사유	<u>보완청구에 한하여</u> 심사지급통보서에 기재되어 있는 심사불능사유에 해당하는 코드를 기재																		

구분	현행				개정				비고		
	아. 급여제공 내용				아. 급여제공 내용						
	<별표1> 심사코드 및 세부사유				<별표1> 심사코드 및 세부사유						
	심사구분	중분류 코드	세부 코드	세부사유	심사구분	중분류 코드	세부 코드	세부사유			
	청구서 (A)	청구 반려 (A)	(생 략)	(생 략)	청구서 (A)	청구 반려 (A)	(생 략)	(생 략)			
	청구 명세서 (B)	심사 불능 (A)	00	재택의료 사업운영기간에 해당하지 않는 날에 서비스 제공일이 있는 경우	청구 명세서 (B)	심사 불능 (A)	00	재택의료 사업운영기간에 해당하지 않는 날에 서비스 제공일이 있는 경우			
			01	요양기관 휴업기간에 서비스 제공일이 있는 경우			01	요양기관 휴업기간에 서비스 제공일이 있는 경우			
			02	요양기관 폐업일 후에 서비스 제공일이 있는 경우(폐업일 제외)			02	요양기관 폐업일 후에 서비스 제공일이 있는 경우(폐업일 제외)			
			03	요양기관 영업정지기간에 서비스 제공일이 있는 경우			03	요양기관 영업정지기간에 서비스 제공일이 있는 경우			
			04	추가청구 중복			04	추가청구 중복			
			05	지속관리료 기지급건			05	지속관리료 기지급건			
			99	기타사유(심사보류건 포함)			99	기타사유(심사보류건 포함)			
			심사 조정 (B)	00			수가/단가 착오	심사 조정 (B)		00	수가/단가 착오
				01			지속관리료 청구시기 상이			01	지속관리료 청구시기 상이
		99		기타사유(심사보류건 포함)		02	재택의료기본료 산정기준 위반(포괄평가 30분 미만)				
						99	기타사유(심사보류건 포함)				

구분	현행	개정	비고
IV. 참여기관 준수사항 등			
5. 제제조치 등	(생략) ○ 주요 위법 또는 부당 운영 사유는 다음과 같다. - 관련 법령, 지침 등을 위반하거나 기관 휴폐업 등 사회통념상 시범사업 참여가 부적절한 경우 - 본인부담금 면제, 할인, 금품 제공 등 영리를 목적으로 수급자를 소개·알선·유인하는 행위 또는 이를 사주하는 행위를 한 경우 - 부정한 방법으로 수급자의 개인정보를 취득한 경우 - 수급자(또는 보호자)의 동의없이 가정에 임의 방문하거나 서비스 이용을 강요하는 등 부적절한 방법으로 시범사업 운영하는 경우 - <u>재택의료센터에 등록된 인력이 재택의료서비스 제공 업무를 하지 아니한 사실이 확인된 경우</u> - <신설>	(현행과 같음) <u>다.</u> 주요 위법 또는 부당 운영 사유는 다음과 같다. - 관련 법령, 지침 등을 위반하거나 기관 휴폐업 등 사회통념상 시범사업 참여가 부적절한 경우 - 본인부담금 면제, 할인, 금품 제공 등 영리를 목적으로 수급자를 소개·알선·유인하는 행위 또는 이를 사주하는 행위를 한 경우 - 부정한 방법으로 수급자의 개인정보를 취득한 경우 - 수급자(또는 보호자)의 동의 없이 가정에 임의 방문하거나 서비스 이용을 강요하는 등 부적절한 방법으로 시범사업 운영하는 경우 - <u>재택의료센터에 등록되지 않은 인력이 재택의료서비스 제공하여 급여비용을 지급받은 경우</u> - <u>비급여 진료 또는 비급여 서비스 이용을 조건으로 방문진료를 실시하는 행위</u>	p.31 표현 명확화 및 비급여 관련 내용 추가
6. 유의사항	(생략) ○ 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 - <u>공단</u>의 재택의료센터 전산시스템(medicare.nhis.or.kr)에	(현행과 같음) 라. 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 - <u>재택의료센터</u> 전산시스템(medicare.nhis.or.kr)에 시	p.32~33 사업종료 시 종결처리 기준 변경 및 명확화

구분	현행	개정	비고
	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)	범사업 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 아래의 기한까지 종결 처리해야 함 · <삭 제> · <u>지정취소(철회) 또는 폐업: 지정취소(철회) 승인일 또는 폐업일</u> · N차 시범사업기간 종료에 따른 사업종료의 경우, 사업종료일의 익월 1일로 대상자 종결 <u>마. 공단은 사업종료, 지정취소(철회), 폐업 등의 사유로 시범사업이 종료되는 기관이 등록된 모든 수급자에 대해 종결처리 기한 내 대상자 종결처리를 실시하지 않은 경우 대상자 종결을 직권으로 처리할 수 있다.</u>	

구분	현행	개정	비고
7. 재지정 및 지정철회 등	(생략) ○ “5. 제재조치 등”에 따라 지정취소가 의결된 경우, 보건복지부는 그 사실을 지체없이 관할 지자체 및 공단, 협업형 재택의료센터에 통보하여야 하며, 협업형 재택의료센터는 <u>즉시</u> 시범사업 운영을 중단하여야 한다.	(현행과 같음) 라. “5. 제재조치 등”에 따라 지정취소 <u>등</u> 이 의결된 경우, 보건복지부는 그 사실을 지체없이 관할 지자체 및 공단, 재택의료센터에 통보하여야 하며, 재택의료센터는 <u>지정취소일부</u> 시범사업 운영을 중단하여야 한다.	p.35 제재조치 시 시범사업 운영 중단일 기준 변경
VI. 시범사업 효과성 분석			
3. 분석내용	○ (기관 특성) 기관 수, 소재 지역, 의사, 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 기능 상태, 의료이용 변화 등	○ (기관 특성) 기관 수, 소재 지역, 의사, 간호사, 사회복지사 등 인력 현황, 지역사회자원 현황 등 ○ (이용자 특성) 이용자 수, 장기요양등급, 의료서비스 필요도, <u>대상자 선정의 적정성</u> 등 <u>※<본문으로 통합></u> ○ (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 기능 상태, 의료이용 변화 등	p.37 내용정비
VII. 시범사업 평가 및 컨설팅			
2. 평가 방법 및 대상	○ 평가방법은 전산, 제출자료 등을 활용한 서면평가 및 평가단이 방문하여 실시하는 현장평가로 한다.	○ 평가방법은 전산, 제출자료 등을 활용한 서면평가 및 평가단이 방문하여 실시하는 현장평가로 <u>할 수 있다.</u>	p.38 내용정비

구분	현행	개정	비고
시범사업 관련 질의응답			
1.인력 운영 관련	<신 설>	Q1-4 보건소의 인력과 보건지소(진료소) 인력이 교차하여 인력 등록이 가능하나요? ○ 네, 가능합니다. 보건소와 보건지소(진료소)는 지자체 소속이므로 겸직, 파견 등의 형태로 교차하여 인력등록이 가능합니다. ○ 다만 해당 인력이 의사인 경우, 심평원의 ‘보건의료자원통합신고 포털(www.hurb.or.kr)’에 재택의료센터로 지정 받은 보건소(보건지소)의 인력으로 현황신고 하여야 인력등록이 가능합니다.	Q&A 추가
2. 급여비용 산정 관련	<신 설>	Q2-9 의사소견서, 방문간호지시서 등 증명서 발급만을 목적으로 의사가 방문 시 재택의료기본료 산정 횟수에 포함되나요? ○ 아닙니다. 증명서 발급만을 목적으로 방문한 경우에는 재택의료기본료 산정횟수에 포함하지 않습니다. 다만, 증명서 발급 외에도 시범사업 지침에 따른 방문진료 또는 포괄평가 실시 및 케어플랜 수립을 한 경우에는 재택의료기본료 산정 횟수에 포함됩니다.	