보건복지부 공고 제2020 - 344호

「가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업」을 실시하기 위하여 다음과 같이 시범사업 기관을 공모하오니 관련 기관의 적극적인 참여를 바랍니다.

2020년 5월 7일

보 건 복 지 부 장 관

==========

"가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 참여기관" 공모

1. 시범사업 목적

가정용 인공호흡기 부착 환자에게 의료기관이 아닌 가정에서도 지속적인 의료적 관리서비스를 제공함으로써 삶의 질 저하를 예방하고, 서비스 제공 참여기관에 시범수가를 적용하고자 함

2. 시범사업 기간 : 약 2년 7개월(2020.5.25. ~ 2022.12.31.)

* 시범사업 성과 등에 따라 필요하면 단축 또는 연장 가능

3. 신청 및 선정

가. 신청대상 의료기관

○ 「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 **병원급 이상 의료기관**(치과병원, 한방병원, 요양병원 제외)으로서,

- 가정용 인공호흡기 재택의료 서비스 제공에 필요한 인력 기준을 충족* 하고 시범사업 참여를 원하는 기관

* 가정용 인공호흡기 환자에게 필요한 의료서비스를 제공하는 시범사업 참여 기관에 소속된 필수담당 인력(의사와 간호사) 확보 필요

- (의사 : 필수) 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 결핵과, 소아청소년과 전문의(세부전문의 포함) 또는 전공의를 말하며, 반드시 1인 이상의 전문의 포함 / (간호사 : 필수) 해당 분야 실무경력 3년 이상인 자/ (물리치료사 : 선택) 별도 자격 제한 없으며, 시범기관에 소속된 자

나. 신청서 제출

○ 접수 기간: ′20.5.7.(목) ~ ′20.5.15.(금) 18:00까지(신청 완료분에 한함)

○ 제출서류: 시범사업 참여신청서 및 약정서(별지 서식)

○ 접수방법: 건강보험심사평가원 요양기관 업무포털을 통해 접수

* 경로: 건강보험심사평가원 요양기관 업무포털(https://hira.biznet.co.kr) > 모니터링 > 환자 유형별 재택의료 서비스 > 시범사업 대상기관 통합신청 > 시범사업 참여신청서 內 시범사업명 > 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업

○ 담당 부서: 건강보험심사평가원 재택의료수가부

- 문의 전화: 033-739-1612, 1610, 1601

○ 기타사항: 접수된 제출서류는 일절 반환하지 않음

다. 선정기준 및 절차

○ **선정기준 및 방법**

- 신청기관 중 가정용 인공호흡기 환자 재택의료가 가능한 인력 기준을 충족한 의료기관을 서류심사를 통해 선정

○ **선정결과 발표**

- 5월 중 보건복지부 홈페이지 공지(알림→공지사항) 또는 개별통보 예정

※ 시범사업 시행(수가 적용) : '20.5.25.

4. 시범사업 참여기관 준수사항

○ **이행약정체결 및 시범사업 수행**

- 시범사업 기관으로 선정된 병원은 시범사업 시작 전에 시범사업 기관이 준수할 사항에 대해 이행약정 체결
- 시범사업 지침에 따라 시범사업을 수행하여야 함

○ **각종 지침 준수 (미준수 시 선정 취소)**

- 시범사업 기관은 시범사업 지침을 준수하여야 하며, 이를 준수하지 않으면 시범사업 중단 및 시범기관 선정이 취소될 수 있음

○ **자료 제출 의무**

- 시범사업 기관은 시범사업 수행에 따라 생성된 자료를 보건복지부가 시범사업에 대한 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 경우 지체없이 제출하여야 함

○ **관련 연구과제에 대한 참여 협조**

- 시범사업 기관은 보건복지부 또는 건강보험심사평가원이 시범사업과 관련된 연구를 수행하는 과정에서 참여기관에 소속된 의료인에게 연구진으로 연구 참여를 요청할 경우 이에 적극적으로 협조하여야 함

[별지 제4호 서식]

가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 신청서

기 관 명		요양기호	
대표자명		전화번호	
기관 주소			

본 의료기관은 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업에 참여를 신청하고 사업참여 약정서를 첨부와 같이 제출합니다.

년 월 일

신청인(대표자, 기관장) (서명 또는 인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

* <첨부> 시범사업 참여약정서

[별지 제5호 서식]

가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 참여약정서

기 관 명 :
요양기호 :

위 기관은 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업(이하 “시범사업”) 수행기관(이하 “시범기관”)으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 이를 준수하지 않을 경우 관련 수가 반환 및 시범사업 기관 지정 취소 등 보건복지부(이하 “복지부”)의 조치를 감수할 것을 서약하고 본 약정서를 제출합니다.

1. 의무 및 협조

가. 시범기관은 시범사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 시범사업과 관련하여 복지부가 협의 등을 요청하면 적극 협력하여야 한다.

나. 시범기관은 각호의 사항을 준수하여야 하며, 그 밖에 복지부의 요청 사항에 대해 적극 협조하여야 한다.

① 시범기관은 복지부의 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 시범사업을 운영하여야 한다.

② 시범기관은 시범사업 수행에 따라 생성된 관련 자료를 복지부가 시범사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 때는 지체 없이 제출하여야 한다. 또한 위와 같은 사유로 사업장 출입을 요청하거나 관련 서류의 열람 등을 요구할 때는 이에 적극 협조하여야 한다.

③ 시범기관은 환자와 그 보호자가 알 수 있도록 진찰 시 시범사업 내용을 설명하고 환자의 동의를 받아야 한다.

2. 운영계약 체결 및 관련서류 제출 등

시범기관은 시범사업에 투입되는 의료진에 대해 직접 고용함을 원칙으로 하며, 관련 서류를 보관하여야 한다.

3. 준용

이 참여약정서에 명기되지 아니한 사항에 대해서는 관계 법령, 시행지침 그 밖에 사회 통념상 합리적인 기준에 따라 처리한다.

년 월 일

기관장 (직인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

참고 **가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업**

□ 사업 개요

○ **(주요내용)** 가정용 **인공호흡기** 부착으로 거동이 불편한 **중증 재택환자** 대상, 자가관리를 위한 **교육상담**(대면), **주기적 모니터링** 및 **비대면 관리서비스 제공**

○ **(대상자) 가정용 인공호흡기를 처방받은 "요양비"*** **급여 대상자**로 재택의료 시범사업 참여에 동의한 자

* 「국민건강보험법」 제49조제1항 및 동법 시행규칙 제23조제1항제6호에 따라 '요양비'를 지급할 수 있는 경우에 해당하는 자

○ **(참여기관)** 「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 **병원급 이상 의료기관**(치과병원, 한방병원, 요양병원 제외)으로서,

- 가정용 인공호흡기 재택의료 서비스 제공에 필요한 인력 기준을 충족* 하고 시범사업 참여 신청을 통해 참여기관으로 등록 완료된 기관

* 가정용 인공호흡기 환자에게 필요한 의료서비스를 제공하는 시범사업 참여기관에 소속된 필수담당 인력(의사와 간호사) 확보 필요

– (의사 : 필수) 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 결핵과, 소아청소년과 전문의(세부전문의 포함) 또는 전공의를 말하며, 반드시 1인 이상의 전문의 포함 / (간호사 : 필수) 해당분야 실무경력 3년 이상인 자/ (물리치료사 : 선택) 별도 자격제한 없으며, 시범기관에 소속된 자

○ **(사업기간) 약 2년 7개월**('20.5.25. ~ '22.12.31.)

* 시범사업 성과 등에 따라 필요하면 단축 또는 연장 가능

□ 수가 적용방안

○ **(주요내용)** 의료인 등이 **가정용 인공호흡기를 부착한 재택 환자**에게 지속적으로 **의료적 관리서비스를 제공**하고, 이에 따른 적정 수준의 **교육상담료(대면) 및 환자관리료(비대면) 수가 산정**

- **(교육상담료 I) 의사가** 외래에 내원한 **환자(보호자)를 대상으로, 질환 및 치료과정 등을** 설명하고 **안전한 자가 관리를** 할 수 있도록 **전문적·심층적 교육·상담 제공 시 산정**(횟수당 15분 이상, 연 4회 이내)

- **(교육상담료 II) 의료인 등***이 환자에게 **기기사용법, 질환·건강관리 등에** 대한 **상담·교육 제공 시 산정**(횟수당 30분 이상, 초기연도: 연 6회 이내, 차기연도: 연 4회 이내)

  * (필수) 의사 또는 간호사, (선택) 물리치료사

- **(환자관리료)** 의사·간호사가 **월 2회**(2주 간격) 이상 **환자 상태를 확인**하고 전화 등을 이용하여 질환 관리 등 **양방향 의사소통 비대면 관리서비스 제공 시 산정**

○ **(세부기준)**

- **(본인부담률) 교육상담료 10%*, 환자관리료 면제**

  * 차상위 계층 및 의료급여 수급권자는 본인일부부담금 면제

구분	수가 수준	행위 주체	세부기준
교육상담료 I	39,380원	의사	• **외래에서 산정** • **연 4회 이내, 횟수당 15분 이상**
교육상담료 II	24,810원	의료인 등* (필수) 의사, 간호사 (선택) 물리치료사	• **입원·외래에서 산정** • **초기연도 연 6회 이내, 차기연도 연 4회 이내** • **횟수당 30분 이상**
환자관리료	26,610원	의사, 간호사	• **월 2회**(2주 간격) **환자 상태 확인 및 비대면 관리서비스 제공시 월 1회 산정**

□ 향후 일정

○ **참여기관 공모**(5.7.~5.15.) 및 **영상 설명회* 개최**(영상 게재방식, 5.7.)

  * 참여기관 공모 게시글에 해당 영상 링크(심평원 홈페이지 내) 포함예정

○ **참여기관 선정** 및 **시행**(5.25.~)