
2024년

**의료취약지 인공신장실
지원 사업 안내**

2024. 4.



보건복지부

목 차

□ 2024년 주요 개정사항

제1장 사업 배경	1
제2장 사업 내용	6
1. 사업 개요	6
2. 사업 수행 요건	8
제3장 사업 추진체계 및 절차	12
1. 사업 추진체계	12
2. 사업 추진절차	13
[부 록]	32
1. 절차별 관련 서류	33
2. 사업계획서 작성 지침	35
3. 기타 제출 서식	49

□ 2024년 주요 개정사항

구분		'23년 사업 지침	'24년 사업 지침	페이지																																																
제1장 사업배경	4. 필수의료 취약지역 선정기준	[혈액투석 의료취약지 현황, '22년 기준] <table><tr><th>시도</th><th>시군구</th><th>시도</th><th>시군구</th></tr><tr><td>인천(1)</td><td>옹진군</td><td rowspan="2">전남(1)</td><td>신안군</td></tr><tr><td rowspan="3">강원(4)</td><td>평창군</td><td rowspan="2">청송군</td></tr><tr><td>정선군</td><td colspan="2">경북(3)</td></tr><tr><td>화천군</td><td>영양군</td></tr><tr><td rowspan="2">전북(2)</td><td>진안군</td><td>울릉군</td></tr><tr><td>무주군</td><td></td><td></td></tr></table>	시도	시군구	시도	시군구	인천(1)	옹진군	전남(1)	신안군	강원(4)	평창군	청송군	정선군	경북(3)		화천군	영양군	전북(2)	진안군	울릉군	무주군			[혈액투석 의료취약지 현황, '23년 기준] <table><tr><th>시도</th><th>시군구</th><th>시도</th><th>시군구</th></tr><tr><td>인천(1)</td><td>옹진군</td><td rowspan="2">전남(1)</td><td>신안군</td></tr><tr><td rowspan="3">강원(3)</td><td>평창군</td><td>청송군</td></tr><tr><td>화천군</td><td rowspan="2">경북(3)</td><td>영양군</td></tr><tr><td>인제군</td><td>울릉군</td></tr><tr><td rowspan="3">전북(3)</td><td>진안군</td><td></td><td></td></tr><tr><td>무주군</td><td></td><td></td></tr><tr><td>장수군</td><td></td><td></td></tr></table>	시도	시군구	시도	시군구	인천(1)	옹진군	전남(1)	신안군	강원(3)	평창군	청송군	화천군	경북(3)	영양군	인제군	울릉군	전북(3)	진안군			무주군			장수군			3
	시도	시군구	시도	시군구																																																
인천(1)	옹진군	전남(1)	신안군																																																	
강원(4)	평창군		청송군																																																	
	정선군	경북(3)																																																		
	화천군	영양군																																																		
전북(2)	진안군	울릉군																																																		
	무주군																																																			
시도	시군구	시도	시군구																																																	
인천(1)	옹진군	전남(1)	신안군																																																	
강원(3)	평창군		청송군																																																	
	화천군	경북(3)	영양군																																																	
	인제군		울릉군																																																	
전북(3)	진안군																																																			
	무주군																																																			
	장수군																																																			
제3장 사업추진체계 및 절차	2. 사업추진 절차	2.4 사업성과 관리 □ 실적보고 <완료사업 실적보고> ○ 지방자치단체는 회계연도 내에 사업을 완료하여 다음 해 2개월 이내에 완료실적 보고서를 제출하여야 함 - 완료사업 실적보고는 중앙모자의료센터 홈페이지 내 실적등록에도 제출해야함(www.cmcnc.or.kr) ○ 사업대상기관은 별도계좌에서 운영비의 지출이 완료되면 완료실적 보고서를 제출함. 별도계좌의 통장 내역 사본과 필요한 서류를 작성하여 기초 및 광역자치단체를 경유하여 보건복지부에 제출함 - 운영비 반환 기준에 따른 의료공백에 대한 금액을 반납함 - 국비 및 지방자치단체 보조금에 의하여 발생한 이자를 반납함 ○ 보건복지부는 국립중앙의료원에 완료실적 보고 검토를 요청하고, 국립중앙의료원은 검토결과를 보건복지부에 보고	6) 완료실적(정산) 보고서 ○ 지방자치단체는 회계연도 내에 사업을 완료하여 다음 해 3개월 이내에 '완료실적(정산) 보고서', '회계법인 검증보고서'를 보건복지부로 제출하여야 함을 제출하여야 함 - 의료기관은 회계연도 완료실적(정산)보고서를 다음해 2개월 이내에 지방자치단체에 제출하여야 함 ○ 「보조금 관리에 관한 법률」 제27조 및 동법 시행령 제12조2(완료실적(정산) 보고서의 검증)에 따라 보조금 총액 1억원 이상인 보조사업자는 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」 제2조제7호 및 제9조에 따른 감사인으로부터 완료실적(정산) 보고서의 적정성에 대한 검증을 받아야함 * 사업비에서 회계법인 수수료 사용 가능 ○ 완료실적(정산) 보고서 제출 후 중앙모자의료센터 홈페이지 내 실적등록에도 제출해야함 ○ 보건복지부는 중앙모자의료센터로 하역금 완료실적(정산) 보고서를 검토하도록 할 수 있음 ○ 사업수행 의료기관은 지원기간 사업기간 내 의료인력 공백에 따른 반납액 및 보조금에 따라 발생한 이자 등에 대해서는 정산 후 반납하여야 함	27																																																
		2.3 사업시행 □ 운영비 부문 관리 <인건비 반환 기준> ○ 운영비 지급 자율권을 최대한 보장하지만, 실제근무상황에 의료공백(지원대상 인력이 실제로 근무하지 않은 경우)이 발생할 경우 직종별 반환기준 단가와 총족률 등을 고려하여 반환. 단, 최초 사업운영 개시 시점에서 필수 인력은 100% 충족되어야함 * 본 지원사업은 취약지역의 혈액투석 제공을 위한 사업으로, 혈액투석을 전담으로 하는 전문의 부제로 인한 투석진료 중단이 발생한 경우 해당 공백에 대한 전문의 및 간호인력 인건비 반환 ○ 직종별 반환 기준 단가 - 내과, 소아청소년과, 가정의학과 전문의 : 12,500천원/월 - 간호사 : 2,080천원/월 * 상기 기준은 반환 기준의 단가이며, 지급 단가는 아님	① 인건비 반환 기준 ○ 운영비 지급 자율권을 최대한 보장하지만, 실제근무상황에 인력 미채용(지원대상 인력이 실제로 근무하지 않은 경우)이 발생할 경우 직종별 반환기준 단가와 총족률 등을 고려하여 반환 - 단, 최초 사업운영 개시 시점에서 필수 인력은 100% 충족되어야함 ○ 불가피하게 일정기간 동안 인력 미채용이 발생하였을 경우에는 1개월간의 유예기간을 적용하여 반납액을 산출함(특이사항이 있는 경우 보건복지부 협의 후 반납액을 결정함) - 단, 유예기간 적용은 1개월 이내 인력채용이 완료된 경우에만 인정하며, 1개월 이상 인력채용이 완료되지 않은 경우는 인정하지 않음 - 유예기간 적용 인력은 연 기준 의사1인(1개월), 간호사 1인(1개월)에 한함																																																	

구분		'23년 사업 지침	'24년 사업 지침	페이지
			* 본 사업은 취약지역의 혈액투석 제공을 위한 사업으로, 혈액투석을 전담으로 하는 전문의 부제로 인한 투석진료 중단이 발생한 경우 해당 공백에 대한 전문의 및 간호인력 인건비 반환 ○ 직종별 반환 기준 단가 - 전문의 : 12,500천원/월 - 간호사 : 2,080천원/월 * 상기 기준은 지급 단가가 아닌 반환 기준의 단가임	

1. 추진배경

- 혈액투석 환자 수와 혈액투석기 진료비가 지속적으로 증가¹⁾ 추세이나 국가적 대응방안 및 운영 기준이 미흡한 실정
 - 혈액투석 환자 : 95,467명('19년) → 99,429명('20년) → 104,157명('21년)
 - 진료비 : 2조 9,168억원('19년) → 3조 2,893억원('20년) → 3조 5,145억원('21년)
- 혈액투석 환자는 적절한 혈액투석 치료를 받으면 건강한 사회생활이 가능하나 의료취약지 혈액투석 환자들은 의료 접근성이 현저히 낮으므로 건강 수준 및 삶의 질 저하로 이어짐

2. 사업의 필요성

- 의료취약지에서 인공신장실은 매년 증가하는 혈액투석 환자에게 필수적인 시설이므로 적정 수준의 정부 개입 필요
- 운영 상황이 어려운 의료취약지 인공신장실을 지원함으로써 의료취약지의 혈액투석 환자에게 안전한 치료 환경 제공 필요

3. 추진근거

- 「보건의료기본법」 제4조

제4조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 자원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.

④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

- 「농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 특별법」 제13조

1) 2021년(7차) 혈액투석 적정성 평가 결과, 건강보험심사평가원, 2022. 11

제13조(민간의료기관에 대한 보건의료 제공에 관한 협조 요청 등) ① 국가와 지방자치단체는 농어촌주민의 의료수요 충족을 위하여 필요하면 농어촌에 있는 민간의료기관에 대하여 「공공보건의료에 관한 법률」 제7조제1항 각 호에 해당하는 보건의료를 농어촌에 제공하도록 협조를 요청할 수 있다.
 ② 국가와 지방자치단체는 제1항에 따라 보건의료를 제공하는 민간의료기관에 대하여 인력 및 재정 지원을 할 수 있다. [전문개정 2015. 1. 28.]

○ 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조 및 제13조

제12조(의료취약지의 지정·고시) ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가·분석 결과 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.
 ③ 제2항에 따라 의료취약지를 지정할 때에는 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.
 ④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정·고시된 의료취약지(이하 "의료취약지"라 한다)에 대하여 보건의료 공급이 원활하게 이루어질 수 있도록 다음 각 호의 지원을 할 수 있다.
 1. 보건의료 인력의 공급에 대한 지원
 2. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다)의 설립 및 운영을 위한 비용의 보조 등

제13조(의료취약지 거점의료기관의 지정) ① 시·도지사는 관할 의료취약지의 주민에게 적절한 보건의료를 제공하기 위하여 필요한 시설·인력 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력에 있다고 인정하는 의료기관 중에서 거점의료기관(이하 "의료취약지 거점의료기관"이라 한다)을 지정할 수 있다.
 ⑥ 의료취약지 거점의료기관 지정의 기준, 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

3. 추진경과

○ 연도별 의료취약지(인공신장실) 지원 현황

구분	2020년	2021년	2022년
지역 수 (누적)	3개소	3개소	6개소
강원(2)	양구우리병원	-	정선군립병원
전남(1)	완도대성병원	-	-
경북(2)	울진군의료원	-	영남제일병원
경남(1)	-	-	창녕서울병원

4. 필수의료 취약지역 선정기준

- (기준①) 60분내 혈액투석 의료이용률 30% 미만
 - 60분내 혈액투석 의료이용 건수*/관내 총 혈액투석 의료이용 건수
 - * 지리정보시스템(GIS)을 통해 혈액투석 의료기관과 거주지역간의 이동시간을 도출하고, 이동시간이 60분 미만인 혈액투석 의료이용 건수를 산출
- (기준②) 60분 내 혈액투석 의료기관에 접근 불가능한 인구비율 30%이상
 - 60분내 혈액투석 의료기관에 접근이 불가능한 인구수*/관내 총 인구수
 - * 지리정보시스템(GIS)을 통해 60분내 혈액투석 가능한 의료기관에 접근 불가능한 지역을 도출하고, 해당지역 내 인구수를 산출
- (기준①)과 (기준②)를 동시에 충족하는 지역을 혈액투석 의료취약지로 지정하며, 총 11개 지역임

[혈액투석 의료취약지 현황, '23년 기준]

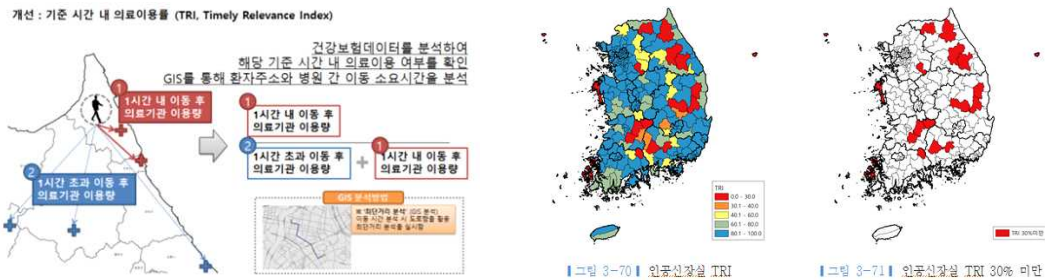
시도	시군구	시도	시군구
인천(1)	옹진군	전북(3)	진안군
강원(3)	평창군		무주군
	화천군		장수군
	인제군	전남(1)	신안군
		경북(3)	청송군
			영양군
			울릉군

※ 출처 : 2023년 의료취약지 모니터링 연구 결과보고서(국립중앙의료원)

[참고] 의료취약지 인공신장실 분석 절차

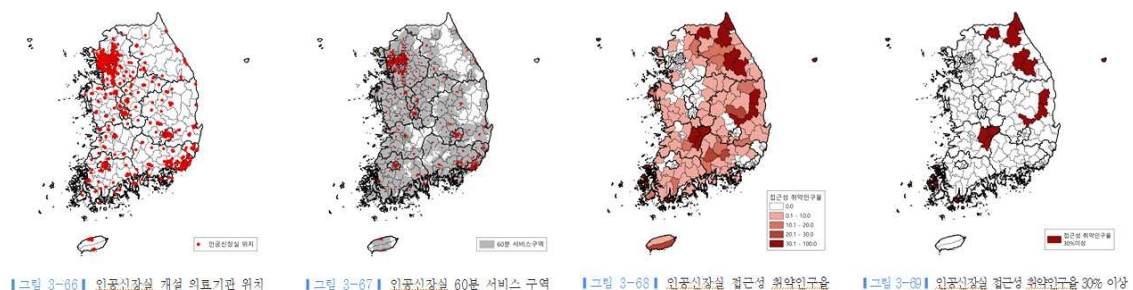
① 기준시간 내 의료이용(TRI) 취약지 도출(A)

- 국민건강보험공단 의료이용 명세서 DB를 활용하여, 환자 주소와 병원 간 이동 소요시간을 분석함
- 혈액투석 총 의료이용량(외래, 입원) 중 1시간 내 의료기관 이용량이 30% 미만인 지역을 TRI 취약지(A)로 선정함



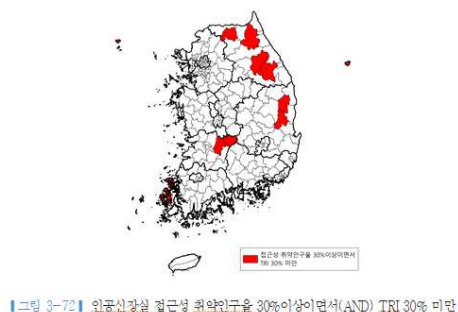
② 의료기관 접근 취약지 도출(B)

- 혈액투석기관을 기준으로 60분 내(자동차 기준) 접근 가능한 서비스구역을 분석하고, 지역 인구 비율을 산출함. 취약인구비율이 30% 이상인 지역을 접근성 취약지(B)로 선정함



③ 혈액투석 의료취약지 도출(A and B)

- 기준시간 내 의료이용 취약지(A)이면서(and) 접근성 취약지(B)인 지역을 의료취약지로 도출



5. 사업 추진 방향

5.1 필수 기능

- 의료취약지 인공신장실 사업 대상으로 선정된 의료기관은 사업이 운영되기 전까지 본 사업지침의 시설·장비·인력기준을 충족시켜야 함

5.2 기대효과

- 의료취약지의 혈액투석 환자에게 안정된 투석치료를 제공할 수 있음
- 정기적 치료시간과 치료환경이 보장되어 의료취약지에 거주하는 환자의 삶의 질을 보장해 줄 수 있음

1. 사업 개요

1.1 목적

- 의료접근성이 낮은 의료취약지의 혈액투석 환자에게 안전하고 원활한 의료 서비스를 제공
- 의료취약지에 거주하는 혈액투석 환자의 경제적·시간적·사회적 비용과 고통을 경감시키기 위함

1.2 지원 방향

- 혈액투석 의료취약지를 도출하여, 既 운영 중인 인공신장실에 혈액투석 관련 시설·장비·인력을 갖추고 필수의료서비스를 제공할 역량이 되는 의료기관을 지원함
- 의료취약지 인공신장실은 기존 시설을 최대한 활용하는 것을 기본 원칙으로 하나, 개별 지자체 현황 및 의료기관의 사업 수행 능력 등을 고려하여 공모일 기준 6개월 이내 설치 예정인 신규 인공신장실도 지원 가능

1.3 지원 내용

- (지원조건) 국비 50%, 지방비 50%
 - (지원내용) 운영비(인건비) 지원
 - (지원액) 연 2억원(국비50%, 지방비50%)
 - (지원대상) 혈액투석 취약지에 인공신장실을 공모일 당시 운영 중이거나, 공모일 기준 6개월 이내 운영 예정인 병·의원급 의료기관 및 요양병원
- * 의료법인, 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인에 의해 설치된 병원급 이상 의료기관, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원 등을 우선 선정

○ (지원금 사용·집행 세부 지침)

- 운영비는 인공신장실 운영에 필요한 전담인력에 대한 인건비로만 사용 가능하며 타 용도로의 사용을 금지함
- 사업대상기관으로 선정·통보된 이후 기존 의료인력과 시설·장비로 투석 업무를 계속 수행하는 경우에는 인공신장실 설치·운영 기준을 최종 충족하기 전이라도 운영비 지급이 가능함(복지부 승인 후 시행)

2. 사업 수행 요건

2.1 기본 요건

- 의료취약지 인공신장실 사업 대상으로 선정된 의료기관은 사업이 운영되기 전까지 본 사업지침의 시설·장비·인력기준을 충족시켜야 함

2.2 사업수행 의료기관이 제공해야 할 필수 기능

- 사업대상으로 선정된 의료기관은 운영 시 본 사업지침에서 제시한 의료취약지 인공신장실 주요기능을 제공해야함

☞ 의료취약지 인공신장실 주요기능

1. 정기적인 혈액투석 및 검사
 - 혈액투석 환자 당 주 2-3회, 1회당 4시간의 혈액투석 시행
 - 매달 정기적인 검사 시행(빈혈 및 혈청 검사, 혈액화학검사, 투석 적절도 측정)
 - 3개월 마다 혈청부갑상선 호르몬 수치 검사, 가슴사진(CXR)
 - 6개월마다 B형 또는 C형 간염 등의 혈청 검사
 - 투석액 수질검사(미생물 검사 월 1회, 내독소 검사 3개월에 1회, 미세물질 검사 연 1회)
2. 혈액투석 관련 교육 및 상담
 - 식이요법, 운동 요법 등 일반적 주의 사항 교육·상담
3. 혈액투석환자에 대한 복지 정보 제공
 - 장애인 등록 및 복지혜택 안내
 - * 3개월 이상 혈액투석 받는 환자는 2급 신장 장애인

- 의료기관의 공공성 강화를 위한 운영 체계 개편 및 관련 사업을 수행해야함

☞ 「공공보건의료에 관한 법률」 제17조(공공보건의료 수행기관의 준수사항) ② 공공보건의료 수행기관은 공공보건의료사업을 수행할 때 다음 각 호의 원칙을 준수하여야 한다.

1. 지역 주민의 참여를 통한 사업계획 수립
2. 공익성에 기반한 성실한 사업 운영
3. 투명한 재정 운용과 회계 공개

2.3 시설 기준

① 필수 시설 기준

- 혈액투석실(10병상), 간호사스테이션, 정수실, 간호사실

② 필수 시설 유의사항

○ 혈액투석실

- 안락하고 쾌적한 실내 환경으로 소음이나 진동으로 인해 방해받지 않도록 계획
- 적절한 치료단위 구획마다 세면대 설치
- 병상마다 의료가스(또는 이동식 산소탱크), 너스콜(Nurse Call) 설치
- 간호스테이션에서 환자의 직접적인 관찰 가능한 배치 필요
- 출입문은 외부인의 출입을 통제할 수 있어야 하며, 출입자는 간호스테이션에서 확인 가능하도록 계획
- 긴급 상황 발생 시(정전 등) 안전하게 혈액투석을 종료할 수 있도록 무정전전원장치(UPS) 또는 투석기 내장 배터리 설치

○ 정수실

- 정수 장비의 크기, 유지보수 위한 공간, 기타 물품 보관 등 고려한 공간 크기 계획
- 정기적 유지관리 위해 접근 용이한 위치에 설치 고려
- 수압펌프 등의 작동으로 소음·진동이 발생하므로 적절한 방음처리 필요
- 바닥은 내화특성과 방수성을 가진 마감재 사용하고 배수 드레인 설치

③ 진료 지원시설(권장)

- 격리실, 의사실, 처치실, 장비창고, 청결물실, 린넨실, 소독실, 세척실, 오물처리실, 폐기물보관실, 물품보관실, 청소도구실, 대기실(휴게실), 접수·안내, 교육·상담실, 화장실(남/여), 탈의실(남/여)

④ 진료 지원시설 유의사항(권장)

○ 격리실

- 감염 우려가 있는 환자를 관찰·진단·치료하기 위해 1인실로 계획
- 병상 1개당 면적은 10m² 이상으로 계획
- B형 간염 환자 격리용 투석기 및 침상 운영 필요
- 감염을 방지하기 위해 음압격리실 설치 고려

⑤ 시설 기준의 적용

- 사업대상으로 선정된 기관은 필수 시설기준에 대한 시설 검토서를 작성하여 (별지 제3-1호 서식) 보건복지부의 사전 검토를 받아야 함
 - 시설검토서는 사업대상 선정 후 수정사업계획서와 함께 제출함
 - 사업선정기관은 보건복지부의 시설기준 검토결과에 대한 보완요구를 반영해야 함
 - 보건복지부는 관련 자료의 검토를 국립중앙의료원에 요청할 수 있음
- 상기 시설기준은 의료기관의 여건에 따라 달리 적용될 수 있음
 - 단, 보건복지부의 검토를 거쳐 타당성을 인정받은 경우에 한함

2.4 장비 기준

① 필수 장비 기준

- 혈액투석기 10대(B형 간염 환자 전용 투석기 1대 포함)
- 침대 10대
- 환자감시모니터기 1대
- 응급 장비(산소공급장치, 제세동기, 기관 내 삽관장비, 흡인기, 심전도기 각 1대)
- 체중계, 혈당측정기, 혈압계 각 1대

② 장비 기준의 적용

- 사업대상으로 선정된 기관은 필수 시설기준에 대한 장비 검토서를 작성하여 (별지 제3-2호 서식) 보건복지부의 사전 검토를 받아야 함
 - 장비검토서는 사업대상 선정 후 수정사업계획서와 함께 제출함
 - 사업선정기관은 보건복지부의 장비기준 검토결과에 대한 보완요구를 반영해야 함
 - 보건복지부는 관련 자료의 검토를 국립중앙의료원에 요청할 수 있음
- 상기 장비 기준은 의료기관의 여건에 따라 달리 적용될 수 있음
 - 단, 보건복지부의 검토를 거쳐 타당성을 인정받은 경우에 한함

2.5 인력 기준

① 필수 인력 기준

- 의사 : 혈액투석을 전문으로 하는 내과, 소아청소년과, 가정의학과 전문의 중 1인 이상
- 간호사 : 혈액투석을 전담으로 하는 간호사 2인 이상
 - 혈액투석 경력이 2년 이상인 간호사 1명 포함

② 인력 기준의 적용

- 주요 인력 기준은 운영 시 반드시 준수해야 하는 필수사항임
- 상기 인력 기준은 의료기관의 여건에 따라 달리 적용될 수 있음
 - 단, 심의위원회의 심의를 거쳐 타당성을 인정받은 경우에 한함

1. 사업 추진체계

○ 주체별 수행역할

구분	역할
복지부	· 의료취약지 지정 및 고시 · 의료취약지 지원 사업 계획 수립 및 진행 총괄 · 의료취약지 지원사업 국고지원 대상지역 선정 및 예산 지원
중앙모자의료센터	· 사업신청서·계획서 검토 및 시설·장비심의 등 기술 지원 · 사업 모니터링 현지점검, 평가 등 실무 지원
시·도	· 관할 지역 내 의료취약지에 대한 지원 계획 수립 · 관할 지역 내 의료취약지 지원사업 대상기관 지정 및 예산 지원 · 사업수행 의료기관에 대한 국고지원 신청 (☞ 복지부)
시·군·구	· 의료취약지 지원 대상 추천 (☞ 시·도) · 사업수행 의료기관 관리 * 시·군·구의 거점의료기관 예산지원은 시·도와의 협의에 따라 분담 가능
의료기관	· 의료취약지 지원사업 신청 (☞ 시·군·구)

○ 추진체계도



[그림] 사업 추진체계도

2. 사업 추진절차

2.1 사업시행 1차년도

사업단계	사업절차	주관 기관
사업 대상기관 선정	사업지침 및 일정 확정	보건복지부
	공모 및 사업계획서 제출	(공모)보건복지부 (제출)기초/광역자치단체
	사업계획서 평가	보건복지부/선정위원회
	사업대상기관 선정 · 통보	보건복지부
국고 보조금 신청 및 교부	수정사업계획서 제출	기초/광역자치단체
	수정사업계획서 검토, 승인통보	보건복지부
	국고 보조금 교부 신청	기초/광역자치단체
	국고 보조금 교부	보건복지부
사업시행 · 관리	사업계획 변경 신청	사업대상기관 (기초/광역자치단체)
	사업계획 변경 승인/통보	보건복지부
	거점의료기관 지정 및 운영개시보고	사업대상기관 (기초/광역자치단체)
사업 성과관리	분기별 실적보고	사업대상기관 (기초/광역자치단체)
	완료실적(정산) 보고서	사업대상기관 (기초/광역자치단체)
	보조금 정산 확정 / 결과통지	보건복지부

[그림] 사업절차도 (사업 시행 1차년도)

1) 사업 대상기관 선정

① 사업지침 마련 및 배포

- 보건복지부는 사업지침 및 공모계획안을 마련하여 의료취약지 소관 지방자치단체에 배포

② 사업계획서 제출

- 국고지원사업을 수행하고자 하는 의료취약지 지원사업 대상 의료기관은 사업계획서를 첨부하여 관할 기초자치단체에 제출
- 기초자치단체는 의료기관이 제출한 사업계획서를 수정·보완하여 광역자치단체에 제출
- 광역자치단체는 국고지원을 신청한 의료기관 중에서 국고지원 예산 규모, 의료 취약성 등을 고려하여 국고지원 대상 지역과 의료기관을 선정하고, 국고지원사업 평가에 필요한 서류를 보건복지부에 제출
 - 제출 자료 : 의료취약지 인공신장실 지원 사업 신청 공문, 사업계획서* 10부 및 USB 2개(사업계획서 한글파일)

* 사업계획서 작성 지침(p.35) 참고

※ 지자체의 사업 수행 의료기관 선정 시 고려 사항

- 반드시 공개경쟁을 통해 사업수행 의료기관을 선정할 것
- 사업 수행 의료기관 선정 시, 해당 지자체는 지역거점공공병원, 병원급 이상 의료기관 순으로 우선하여 선정할 것

③ 사업계획서 평가

- 보건복지부는 선정위원회를 구성하여 사업계획서 등 평가
 - 서면 평가, 현지 확인(필요 시), 최종 평가(필요 시)로 이루어짐
- 보건복지부는 관련 분야 전문가를 중심으로 의료취약지 인공신장실 선정위원회(이하 '선정위원회'라 함)를 구성하고, 평가를 통하여 사업대상기관을 선정함

③-1 서면 평가

- 선정위원회는 보건복지부로부터 의뢰받은 사업계획서를 평가 기준에 따라 서면 평가를 실시함
 - 사업운영의 적합성, 사업 추진의지, 사업계획의 타당성 등을 고려하여 평가 수행(선정평가 기준 및 배점안 참고)
 - 사업계획서를 제출한 지방자치단체 및 의료기관은 선정위원회에 출석하여 사업계획에 대하여 설명하도록 함

③-2 현지 확인(필요 시)

- 선정위원회는 서면 평가 결과를 토대로 필요 시 현지 확인 대상기관을 선정
- 선정위원회는 필요 시 현지 확인 대상기관으로 선정된 해당 의료기관을 방문하여 의료취약지 인공신장실에 대한 진료 능력, 인력확보 수준, 사업 참여 의지 등의 내용을 중심으로 현지 확인 실시
- 제출한 사업계획서 내용과 일치여부 및 근거자료 등을 확인하고, 사실과 다른 경우 최종 평가에 이를 반영

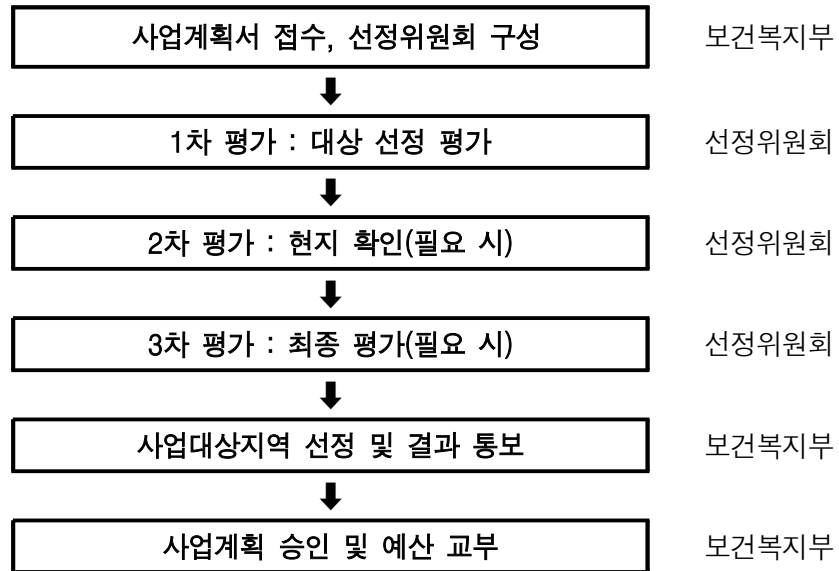
③-3 최종 평가(필요 시)

- 선정위원회는 「평가기준 및 배점」에 따라 서면평가와 현지 확인 결과 등을 고려하여 최종 평가를 실시하고, 최종 결과를 보건복지부에 제출
- 최종 평가 결과 및 의료기관 선정에 있어 수정·보완이 있는 경우 이를 함께 보건복지부에 제출

④ 사업대상기관의 선정 및 통보

- 보건복지부는 선정위원회의 평가 결과를 토대로 의료취약지 인공신장실 사업대상기관을 선정, 해당 시·도 및 사업대상기관에 통보
- 광역자치단체는 사업대상지역으로 선정된 기초자치단체 및 사업대상 의료기관의 수정·보완된 사업계획서를 제출받아 보건복지부에 제출

- 사업계획서의 수정·보완이 완료된 후 사업대상기관은 기획재정부의 국고보조금통합관리시스템을 통하여 사업 등록 후 국고보조금 교부를 신청



[그림] 사업대상 선정 절차

□ 의료취약지 인공지능장실 지원사업 선정평가 기준 및 배점(안)

평가요소	세부내용	평가기준	배점	비고
1. 지역 적합성 (25)	1-1. 지역 취약도	해당 지자체 재정자립도	5	정량
	1-2. 지역 인구수	해당 지자체 혈액투석 대상 인구 비율	5	정량
	1-3. 인공지능장실 취약도	인공지능장실 기준 시간(60분) 내 의료이용률(TRI)	5	정량
		지역 내 인공지능장실 의료기관들로 접근 불가능한 인구비율	5	정량
	1-4. 인공지능장실 공급 충분성	지역 내 혈액투석 대상 인구당 인공지능장실 병상수 공급 충분성	5	정량
2. 사업 적합성 (20)	2-1. 인공지능장실 운영 필요성	사업의 추진 필요성, 시급성	10	정성
	2-2. 인공지능장실 희소성	사업대상기관의 지역 내 혈액투석 진료 비율	5	정량
	2-3. 인공지능장실 접근성	대상 의료기관 인공지능장실로의 접근 용이성	5	정성
3. 사업 계획의 타당성 (40)	3-1. 운영 계획	인공지능장실 운영계획의 타당성(비전 및 장기 발전 방향 등)	10	정성
	3-2. 진료 계획	인공지능장실 진료 목표 및 목표 설정의 타당성	5	정성
		의료기관간 응급이송체계 확보의 적절성	5	정성
	3-3. 인력 계획	인력 계획의 적절성(의사, 간호사 수급계획 등)	5	정성
	3-4. 시설 계획	시설 계획의 적절성(규모, 면적, 필요성 등)	5	정성
	3-5. 장비 계획	장비 계획의 적절성(대수, 종류 등)	5	정성
	3-6. 운영 윤리성	인공지능장실 운영의 윤리성	5	정성
4. 사업 추진 의지 (15)	4-1. 지방자치단체	지자체의 예산 지원 및 사업추진 의지	5	정성
	4-2. 의료기관	의료기관의 예산 지원 및 사업추진 의지	5	정성
	4-3. 활성화 계획	지자체 및 의료기관의 인공지능장실 활성화 계획의 적절성	5	정성
총 점			100	-

* 일부 항목과 배점이 변경될 수 있음(선정위원회에서 최종 확정)

2) 국고보조금의 신청 등

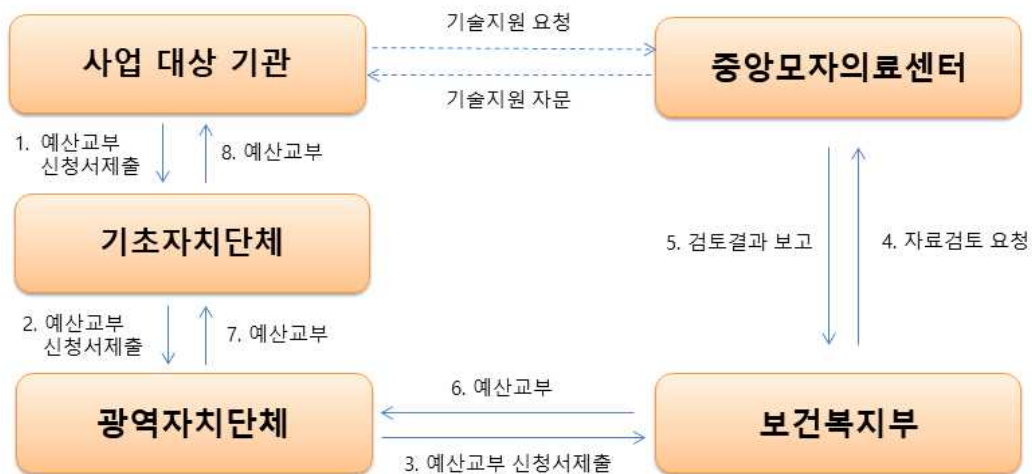
① 국고보조금의 신청 및 교부

- 사업계획서의 수정·보완이 완료된 사업대상기관은 ‘국고보조금 교부신청서’를 첨부하여 해당 시·도를 거쳐 보건복지부에 제출

* 제출 서류 : <별지 제1호 서식> 서약서

<별지 제2호 서식> 국고보조금 교부신청서

- 보건복지부는 국고보조금 교부의 타당성을 검토한 후 국고보조금을 교부
- 보건복지부는 관련 자료의 검토를 국립중앙의료원에 요청할 수 있음
- 사업대상기관은 ‘국고보조금 교부결정통지서’를 받은 후 「e-나라도움(국고보조금통합관리시스템)」을 이용하여 보조금 교부 및 집행내역을 등록해야함



[그림] 예산신청 및 교부 절차

② 지원 취소 및 보조금 반환

- 보건복지부장관은 다음의 경우 선정(지정)을 취소하고, 보조금의 반환을 명할 수 있음
 - 보조금을 다른 용도로 사용한 경우

- 법령의 규정, 보조금 교부결정의 내용 또는 법령에 의한 보건복지부장관의 처분을 위반한 경우
- 허위신청이나 그 밖에 부정한 방법으로 보조금의 교부를 받은 경우
- 계획된 기일을 경과하고도 정당한 이유 없이 사업수행에 착수하지 않거나 사업기한 내에 완료하지 못할 것이 명백하다고 인정되는 등 중대한 사유로 인해 사업을 수행할 수 없는 경우
- 보고된 사업비 등 사업집행 실적 보고가 허위인 경우
- 심의 승인되지 않은 사업을 임의로 추진한 경우
- 그 밖에 의료취약지 인공신장실 운영 목적에 반하는 중대한 사유가 있는 경우

○ 선정의 취소는 다음과 같은 절차를 따름

- 지방자치단체장이 의료취약지 인공신장실 선정의 취소를 보건복지부장관에게 요청하거나 보건복지부장관이 선정의 취소가 필요하다고 판단하는 경우
- 보건복지부장관은 사업 수행 중 위의 사유 등으로 인하여 선정(지정)의 취소가 필요하다고 판단하는 경우, 관련 사항에 대한 검토 후 선정을 취소할 수 있음
- 보조금의 교부결정을 취소한 경우에 해당 사업에 대하여 이미 보조금이 교부되어 있을 때에는 기한을 정하여 그 취소한 부분에 해당하는 보조금을 반환하여야 함

3) 국고보조금의 관리 및 집행

① 일반 사항

- 사업 수행 의료기관은 교부 받은 국고 및 지자체 보조금을 별도 계정으로 분리하여 관리함
- 운영비(국고 및 지자체 보조금), 의료기관 부담액을 각각 분리하여 관리(별도 통장으로 관리)
- 사업비는 사업계획서의 사업비 집행계획에 따라 집행하여야 함

- 사업비는 해당 회계연도 내에 집행하는 것을 원칙으로 하되 불가피한 경우를 제외하고 2회계연도를 초과하여 이월 할 수 없음
- 보조사업자의 자부담금 우선 집행 제외
 - ‘지방자치단체 매칭사업’의 경우로 자부담금을 우선 집행하지 아니할 수 있음(보건복지부소관 국고보조금 관리규정 제18조2항)

② 집행잔액 및 이자액 관리

- 보조사업자는 보조사업이 완료된 때에는 집행된 보조금을 정산하여 집행잔액, 보조금으로 발생한 이자를 함께 반납해야 함
- 단, 아래 사유로 발생한 이자는 국고반납대상이 아님
 - 보조금 관리에 관한 법률(시행령 제13조)의 “불가피한 사유로 발생한 이자”
- 사업목적을 달성하고 사업이 완료된 경우에는 사업계획변경 등을 통해 집행잔액을 사용할 수 없음

③ 구비서류

- 사업비 집행 증빙서류는 근무표, 급여명세서, 급여이체서 등 인건비 관련 집행 서류를 구비해야 함
- 다음의 지출증빙서류는 5년간 보관하도록 함
 - 별도 계정의 입출금 내역
 - 현금출납원장
 - 사업비 예금이자 발생 및 집행내역서
 - 관련 증빙자료(급여명세서, 급여이체서 등)
- 동 지침에서 규정하지 않은 사항은 ‘보조금 관리에 관한 법률’ 등 예산 회계관계법의 규정에 따름

4) 사업 시행 및 관리절차

① 사업계획의 변경

- 승인받은 사업계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되, 불가피한 경우 ‘사업계획 변경 승인 신청서’를 작성하여 보건복지부 장관의 승인을 받아야 함
* <별지 제4호 서식> 사업계획 변경 승인 요청서

- 보건복지부장관의 사업계획 변경 승인을 받아야 하는 경우

- 부지 및 사업위치 변경
- 사업 목적, 범위, 기간 등 내용 변경
- 필수 시설, 장비, 인력의 변경
- 기타 보건복지부장관의 승인이 필요하다고 판단되는 경우

- 보건복지부는 관련 자료 검토를 국립중앙의료원에 요청할 수 있음



[그림] 사업계획 변경 절차

② 의료취약지 거점의료기관의 지정

- 사업수행기관은, 「공공보건의료에 관한 법률」 제13조 및 「공공보건 의료에 관한 법률 시행규칙」 제9조에 따라 시·도지사에게 ‘의료취약지 거점의료기관 지정’ 신청을 실시해야 함

* <별지 제8-1호 서식> 의료취약지 거점의료기관 지정신청서

- 시·도지사는 사업수행기관의 의료취약지 거점의료기관 지정서 발급 후 이를 보건복지부장관에게 보고하여야 함
 - * <별지 제8-2호 서식> 의료취약지 거점의료기관 지정서
- 공공보건의료에 관한 법률 시행규칙 제10조 제3항에 따라 시·도지사는 매년 의료취약지 거점의료기관의 시행결과를 평가하고, 그 평가결과를 보건복지부 장관에게 보고하여야 함

□ 의료취약지 거점의료기관 지정 등 업무 순서도

업무 내용	업무 주체	관련 법령*
의료취약지 지정	보건복지부 장관	법 제12조 규칙 제8조
↓		
의료취약지 거점의료기관 신청	의료기관 → 관할 시·도지사	법 제13조 규칙 제9조
↓		
거점의료기관 지정	관할 시·도지사 → 의료기관	법 제13조 규칙 제9조
↓		
거점의료기관 보건의료 제공계획 수립	의료기관 → 관할 시·도지사	법 제13조 규칙 제10조
↓		
결과평가 및 보고	관할 시·도지사 → 복지부	법 제13조 규칙 제10조

* 공공보건의료에 관한 법률 및 동법 시행규칙

③ 운영개시 보고

- 사업대상기관은 시설·장비·인력 기준을 충족한 후 지원사업 운영개시 시, 보건복지부에 사업운영 개시에 대한 ‘운영개시 보고’를 공문으로 제출해야 함
 - 보고 시 인공신장실 운영 개시일을 증명할 수 있는 자료를 함께 제출함 (인공신장실 운영신고서 등)
 - 운영개시보고 시 시·도지사의 의료취약지 거점의료기관 지정서를 함께 제출해야 함

* <별지 제8-2호 서식> 의료취약지 거점의료기관 지정서

④ 운영비 관리

④-1 인건비 지급 기준

- 내과, 소아청소년과, 가정의학과 전문의
 - 전문의 1인에 대한 인건비 지급
 - 공중보건의사는 지급 대상에서 제외
- 간호사
 - 인공신장실에서 근무하는 간호사 2인의 인건비 지급
- 기타인력
 - 타과 전문의, 간호조무사 등의 인건비는 지급할 수 없음

5) 사업성과 관리

① 실적점검

- 보건복지부장관은 사업 실적 파악 및 사업과 관련된 시설·장비, 인력 현황 등을 파악하기 위하여 모니터링을 실시함
 - 보건복지부장관은 국립중앙의료원을 통하여 모니터링을 실시하게 할 수 있음
 - 보건복지부장관은 해당 지방자치단체로 하여금 시설, 장비 및 유지 관리에 관한 점검을 실시하여 점검결과를 제출토록 할 수 있음
- 사업시행 의료기관은 분기별(분기 익월 10일까지) 실적점검 보고서를 작성하여 시도를 경유하여 보건복지부에 제출
 - * <별지 제5호 서식> 분기별 실적보고
 - 분기별 모니터링 보고는 중앙모자의료센터 홈페이지 내 실적등록에도 제출해야함(www.cmcmc.or.kr)

② 현지점검

- 보건복지부장관 및 지방자치단체장은 ‘보조금 관리에 관한 법률’ 제36조의 규정에 따라 사업대상기관을 현지 방문하여 국고보조금 집행 및 관리 실태를 점검하고, 지원목적에 적합하게 실제 사용운영 여부를 확인함
- 보건복지부는 소속공무원으로 하여금 사업기관의 회계장부·서류 등을 검사하게 할 수 있음
- 보건복지부는 현지점검 결과에 따라 사업대상기관으로 하여금 시정조치를 요구할 수 있음
- 동 안내에서 규정하지 않은 사항은 「보조금 관리에 관한 법률」 등 재정 관련 법령의 규정에 따름

③ 만족도 조사

- 운영사업 수행기관은 환자 및 보호자 만족도 조사를 시행하여 3분기 실적보고 시 조사결과를 함께 제출함

- 조사 대상 : 혈액투석 환자
 - 조사 인원 : 인공신장실 이용 환자(최소 30명 이상)
 - 조사 기간 : 매년 4월-9월
 - 조사 방법 : 설문지 조사
 - 분석 방법 : 조사 점수를 엑셀에 입력하여 평균값 산출
- * <별지 제7호 서식> 의료취약지 인공신장실 환자 만족도 조사

④ 성과평가

- 보건복지부는 본 사업 수행의 효율적 수행과 지원에 의한 성과를 극대화하기 위하여 사업기관 별 성과를 평가·관리할 수 있음
- 보건복지부는 국립중앙의료원에 성과평가를 위한 실태조사 및 성과평가를 요청할 수 있음
- 보건복지부는 평가결과를 토대로 운영 목적을 달성하기 위한 운영비의 차등 지원 여부를 결정할 수 있음

④-1 평가체계

- 분기별 실적보고 및 현지점검 표를 토대로 사업 필수기준 준수 및 실적 등을 평가함
- * <별지 제9호 서식> 현지 점검표
- 평가대상 : 정부지원 의료취약지 인공신장실로 선정 받은 의료기관
 - 평가주기 : 연 1회

④-2 평가방법

- 1차 서류평가 후, 필요한 경우 2차 현지방문 평가를 시행할 수 있음
- 평가내용은 계획 대비 구조와 과정, 결과를 평가
 - 구조 : 인력, 시설·장비에 대한 적합성 등
 - 과정 : 진료 실적 및 진료 적정성 등
 - 결과 : 지역 내 혈액투석 제공률 및 환자 만족도 조사 결과 등 사업효과

- 평가결과에 따라 시정 및 보완 등 후속조치 시행
 - 미조치시 현장점검 등 추가 실시

□ 의료취약지 인공신장실 성과평가 기준

부문	분야	평가항목	배점
구조 (40)	인력 (20)	1. 혈액투석 전문의 총족률	10
		2. 간호인력 총족률	10
		3. [가산] 혈액투석 전문의 이직률	[5]
	시설·장비 (20)	4. 필수·지원 시설 운영 일치	10
		5. 필수·지원 장비 보유 및 운영 일치	10
과정 (40)	진료실적 (25)	6. 의사 1인당 1일 평균 투석 횟수	10
		7. 간호사 1인당 1일 평균 투석 횟수	10
		8. 병상당 1일 평균 투석 횟수	5
	공공 (15)	9. 건강보험심사평가원 혈액투석 적정성 평가 등급	10
		10. 취약계층 환자 비율	2
		11. 공공보건의료 사업실적	3
결과 (20)	사업효과 (20)	12. 지역 내 혈액투석 건수 대비 혈액투석 제공률	10
		13. 환자 만족도 조사 결과**	10
합계			100

* 일부 항목과 배점이 변경될 수 있음

** <별지 제7호 서식> 환자 만족도 조사표

6) 완료실적(정산) 보고서

- 지방자치단체는 회계연도 내에 사업을 완료하여 다음 해 3개월 이내에 ‘완료실적(정산) 보고서’, ‘회계법인 검증보고서’를 보건복지부로 제출하여야 함을 제출하여야 함
- 의료기관은 회계연도 완료실적(정산)보고서를 다음해 2개월 이내에 지방자치단체에 제출하여야 함
- * <별지 제6호 서식> 완료실적(정산) 보고서
- 「보조금 관리에 관한 법률」 제27조 및 동법 시행령 제12조2(완료실적(정산) 보고서의 검증)에 따라 보조금 총액 1억원 이상인 보조사업자는 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」 제2조제7호 및 제9조에 따른 감사인으로부터 완료실적(정산) 보고서의 적정성에 대한 검증을 받아야함
- * 사업비에서 회계법인 수수료 사용 가능
- 완료실적(정산) 보고서 제출 후 중앙모자의료센터 홈페이지 내 실적등록에도 제출해야함(www.cmcmc.or.kr)
- 보건복지부는 중앙모자의료센터로 하여금 완료실적(정산) 보고서를 검토하도록 할 수 있음



[그림] 완료실적(정산)보고 절차

① 국고보조금의 반환

- 국고 및 지자체 보조금은 정산 절차를 걸쳐 집행 잔액을 반납하여야 함
 - 예산 집행 계획 대비 운영비 미집행으로 인한 집행 잔액은 보조금 반납 절차에 따라 반납
 - 인력(전문의, 간호사)이 배치되지 않아 발생한 인력 미채용에 대해서는 인건비 반환 기준에 따라 운영비를 반납함
 - 국고 및 지자체 보조금에 의하여 발생한 이자액은 보조금 반납 절차에 따라 반납

② 인건비 반환 기준

- 운영비 지급 자율권을 최대한 보장하지만, 실제근무상황에 인력 미채용(지원대상 인력이 실제로 근무하지 않은 경우)이 발생할 경우 직종별 반환기준 단가와 충족률 등을 고려하여 반환
 - 단, 최초 사업운영 개시 시점에서 필수 인력은 100% 충족되어야함
- 불가피하게 일정기간 동안 인력 미채용이 발생하였을 경우에는 1개월간의 유예기간을 적용하여 반납액을 산출함(특이사항이 있는 경우 보건복지부 협의 후 반납액을 결정함)
 - 단, 유예기간 적용은 1개월 이내 인력채용이 완료된 경우에만 인정하며, 1개월 이상 인력채용이 완료되지 않은 경우는 인정하지 않음
 - 유예기간 적용 인력은 연 기준 의사 1인(1개월), 간호사 1인(1개월)에 한함
- * 본 사업은 취약지역의 혈액투석 제공을 위한 사업으로, 혈액투석을 전담으로 하는 전문의 부재로 인한 투석진료 중단이 발생한 경우 해당 공백에 대한 전문의 및 간호사 인건비 반환
- 직종별 반환 기준 단가
 - 전문의 : 12,500천원/월
 - 간호사 : 2,080천원/월
- * 상기 기준은 지급 단가가 아닌 반환 기준의 단가임
- 기준 충족률
 - 1인이 1개월 근무할 경우 100%로 정의

- 내과, 소아청소년과, 가정의학과 전문의는 월 기준 100%를 충족하여야 함
- 간호인력은 월 기준 200%를 충족하여야 함

○ 반납액은 직종별 반환기준 단가와 충족률 차이 등을 계산하여 결정

예1) 인력 미채용 기간이 1개월 미만인 경우

구분	성명	근무기간		2023년											
		입사일	퇴사일	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
전문의	이00	23.01.01	23.07.31								1개월				
	박00	23.09.01	재직 중												
간호사 (전담)	김00	23.01.01	재직 중												
	이00	23.01.01	23.05.31						1개월						
	박00	23.01.01	재직 중												
반납액	전문의		1개월 이내 채용 완료되어 유예기간(1개월) 인정 → 반납액 없음												
	간호사		1개월 이내 채용 완료되어 유예기간(1개월) 인정 → 반납액 없음												
	합계 (백원 미만 절사)		-												

예2) 인력 미채용(유예기간 초과 시)에 따른 반납액 산출 방법

구분	성명	근무기간		2023년											
		입사일	퇴사일	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
전문의	이00	23.01.01	23.07.31												
간호사 (전담)	김00	23.01.01	재직 중												
	이00	23.01.01	23.08.20									1개월	1개월	1개월	1개월
반납액	간호사		1개월 이내 채용 완료하지 못하여 유예기간(1개월) 불인정 → 산출식 : 2,080천원 x 4개월 x 1인 = 8,320천원												
	합계 (100원 미만 절사)		8,320천원												

③ 정보공시

○ 사업대상기관은 보조사업 운영의 투명성을 높이기 위하여 보조사업 관련 정보를 e나라도움에 다음해 4월 말까지 ‘정보공시’를 해야 함

* e나라도움 공시기능 사용방법은 「보조사업자 정보공시 매뉴얼」 참조

- 「보조금법」 제26조의10, 동법시행령 제11조의2, 「보조사업자 정보공시 세부기준」
- 공시의무를 성실하게 이행하지 아니하거나 허위의 사실을 공시할 경우, 보건복지부는 당해 사실의 시정을 명령하고, 시정명령에 불응한 보조사업자에 대하여 시정명령을 한 회계연도에 교부하기로 한 보조금을 삭감할 수 있음

2.2 사업시행 2차 년도 이후

사업단계	사업절차	주관 기관
사업계획 검토 및 국고보조금 신청 · 교부	운영사업계획서 및 국고 보조금 교부 신청	사업대상기관 (기초/광역자치단체)
	사업계획서 검토 및 결과 통보* 국고 보조금 교부	보건복지부
사업성과 관리	분기별 실적보고	사업대상기관 (기초/광역자치단체)
	현지점검(필요시)	보건복지부 및 지방자치단체
	완료실적(정산)보고서	사업대상기관 (기초/광역자치단체)
	보조금 정산 확정 / 결과통지	보건복지부
	성과평가	보건복지부 (국립중앙의료원)

[그림] 사업 절차도 (사업 시행 2차년도 이후)

* 최초 제출한 사업계획서에 수정·보완이 필요할 경우 수정사업계획서를 제출하고 적합성 여부를 검토한 후 결과 통보함

1) 사업시행 및 관리 절차

① 사업계획 작성 지침 마련 및 배포

- 사업계획 작성 지침을 마련하여 지방자치단체 및 의료기관에 배포

② 사업계획서의 제출

- 사업을 수행하고자 하는 의료기관 및 기초자치단체는 사업계획서 작성 지침과 사업 추진 일정을 고려하여 ‘사업계획서’를 작성하고, 광역자치단체(시도)를 경유하여 해당 사업연도 1월 1주까지 보건복지부에 제출
 - 제출 자료 : 사업계획서

③ 사업계획서의 검토

- 보건복지부는 사업수행 의료기관의 사업계획서를 받아 적정성 및 타당성을 검토
 - 운영 계획의 타당성 (인력, 시설, 장비 운영계획, 사업 활성화 계획 등)
 - 공익적 보건의료사업 수행 계획 적정성
- 보건복지부는 관련 자료 검토를 국립중앙의료원에 요청할 수 있음

④ 사업계획서 검토 결과 통보

- 보건복지부장관은 검토 결과를 광역 및 기초자치단체에 통보함
 - 사업의 목적을 달성하기 위하여 사업계획서 수정·보완을 조건으로 할 수 있음
- 광역자치단체는 기초자치단체 및 사업수행 의료기관의 수정·보완된 사업계획서를 제출받아 보건복지부장관에게 제출
 - 수정·보완이 완료되었을 경우, 보건복지부장관은 광역 및 기초자치단체의 장에게 통보하고 e나라도움 시스템을 통하여 국고보조금 교부를 신청하도록 조치함

※ 국고보조금 신청 및 관리, 사업 시행 등에 관한 세부 내용 등은 1차년도와 동일함

부 록

1. 절차별 관련서류
2. 사업계획서 작성지침
3. 기타 제출 서식

1

절차별 관련 서류

구분	제출자료		페이지	제출처
1. 사업대상 선정절차				
의료기관 ↓ 기초자치 ↓ 광역자치	· 사업계획서 10부, · 사업계획서 내용이 담긴 USB 2매	· 사업 계획서 서식 및 내용 참조	p.35	보건복지부
2. 예산신청 및 교부절차				
의료기관 ↓ 기초자치 ↓ 광역자치	· 서약서 · 국고보조금 교부신청서 · 의료취약지 거점의료기관 지정서	· 별지 제1호 · 별지 제2호 · 별지 제8-2호	p.50 p.51 p.71	보건복지부
3. 사업시행 및 관리절차 - 기술검토 및 보고				
의료기관 ↓ 기초자치 ↓ 광역자치	· 시설검토서 · 장비현황검토서 · 사업계획 변경 승인 요청서(변경 발생 시)	· 별지 제3-1호 · 별지 제3-2호 · 별지 제4호	p.52 p.55 p.57	보건복지부
중앙모자의료센터	· 사업계획변경 검토결과 보고서	보건복지부		
4. 실적 보고				
의료기관 ↓ 기초자치 ↓ 광역자치	· 분기별 실적보고 · 완료실적(정산) 보고서 · 인공신장실 환자 만족도 조사 · 현지 점검표	· 별지 제5호 · 별지 제6호 · 별지 제7호 · 별지 제9호	p.59 p.61 p.66 p.72	보건복지부
중앙모자의료센터	· 완료실적(정산) 보고서 검토결과 보고서	보건복지부		

2

사업계획서 작성 지침

1. 표지 및 제출문

(뒷면)

(앞면)

00시·도(광역자치단체) 책임자 성명(직책) 담당자 성명(직책) 전화번호(담당자) 이메일 00시·군·구(기초자치단체) 책임자 성명(직책) 담당자 성명(직책) 전화번호(담당자) 이메일 의료기관 책임자 성명(직책) 담당자 성명(직책) 의료기관 대표 성명 전화번호(담당자) 주소 이메일	20__년 ○ ○ ○ 시 / 군 의 료 취 약 지 인 공 신 장 실 지 원 사 업 계 획 서	○○○시/군 의료취약지 인공신장실 지원 사업계획서 20__ . . ○○○도 ○○시/군 ○○○ 병원
--	---	--

*담당자 성명, 주소, 전화번호, 이메일 등 반드시 명기

2. 사업 신청 요약서

○○시/군 ○○ 병원 인공신장실						
1. 일반현황(年 말 기준)						
설립주체			혈액투석 인구수	명		
지역인구수	명		혈액투석 인구비	%		
병원종별	예) 의원, 병원		병상수	일반		
				중환자		
건축연도	0000년 00월		건축규모	지상0층, 지하0층		
대지면적	00㎡(00평)		건물연면적	00㎡(00평)		
응급지정	예)지역응급의료기관		수련지정	예) 인턴, 레지던트		
건물 전면사진-1			내부사진-2			
2. 사업 개요						
사업명	○○○병원 인공신장실 지원사업		건강보험심사평가원 혈액투석 적정성 평가 등급		0등급 (“00년.0월 기준)	
사업비 (천원)	구분	합계	국비	지방비		기타 (자부담)
				광역	기초	
	운영비					
사업내용	사업기간	20__ . 00월 ~ 12월				
	시설	인공신장실 병상수	혈액투석실 면적		총 인공신장실 면적 (진료지원시설 포함)	
		00병상	000.0㎡		000.0㎡	
	장비	○○ 장비 외 ○종				
	인력	00과 전문의 1명, 간호사 00명				

○○시/군 ○○ 병원

3. 사업 요약

항목		요약 내용	관련 페이지
1. 사업의 적합성	1. 사업의 추진 필요성, 시급성		
	2. 대상 의료기관 인공신장실로의 접근 용이성		
2. 사업 계획의 타당성	1. 인공신장실 운영계획의 타당성(비전 및 장기 발전 방향 등)		
	2. 인공신장실 진료 목표 및 목표 설정의 타당성		
	3. 의료기관간 응급이송체계 확보의 적절성		
	4. 인력 계획의 적절성(의사, 간호사 수급계획 등)		
	5. 시설 계획의 적절성(규모, 면적, 필요성 등)		
	6. 장비 계획의 적절성(대수, 종류 등)		
	7. 인공신장실 운영의 윤리성		
3. 사업 추진의지	1. 지자체의 예산 지원 및 사업추진 의지		
	2. 의료기관의 예산 지원 및 사업추진 의지		
	3. 지자체 및 의료기관의 인공신장실 활성화 계획의 적절성		

3. 사업 신청서 본문

1) 일반현황

(1) 지역일반현황(* 해당 지자체에서 작성)

① 인구 부문

- 지역전체 인구 및 현황(최근 3개년)

구분	인구			혈액투석 인구수	혈액투석 인구비율(%)	1·2급 신장 장애인 수
	남	녀	합계			
20__			<i>a</i>	<i>b</i>	<i>b/a</i>	
20__						
20__						

② 지역 내 의료기관 현황

- 병원급 이상

번호	의료기관 종별*	응급 지정**	의료기관 명	허가 병상수	의사수	간호사 수
1						
2						
3						

* 의료기관 종별 : 상급종합병원, 종합병원, 병원

** 응급지정 : 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료기관

- 인공신장실 운영 의료기관

번호	의료기관 종별*	의료기관 명	허가 병상수	의사수	간호사수	인공신장실		
						병상수	의사수	간호사수
1								
2								
3								

* 의료기관 종별 : 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원, 요양병원

(2) 의료기관 일반현황(* 사업수행 의료기관에서 작성)

① 의료기관 개요

기관명	법인명		전화		
	의료기관명				
대표자 성명				직위	
의료기관 소재지					
시설현황	의료기관 중별*		허가병상		
	응급지정**		연면적	m ²	

* 의료기관 중별 : 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원

** 응급지정 : 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료기관

② 병상수

허가 병상	총계	운영병상 (bed)						
		일반	중환자	격리		인공신장실	응급실	기타
				일반	음압			

③ 기 지원받은 국고 지원사업 현황 (___년 12월 기준)

사업선정 연도	사업 구분*	사업예산			사업내용(지원기관 포함)
		국비	지방비	계	

* 사업구분 : 신축, 시설(증·개축), 의료장비 등으로 구분

④ 인력현황 (___년 12월 기준)

구분	내용		인원수	내용		인원수
의사	봉직의	전문의		의료기사 등	임상병리사	
		일반의			방사선사	
	공보의	전문의			물리치료사	
		일반의			작업치료사	
간호인력	간호등급				의무기록사	
	간호사				사회복지사	
	조무사				치과위생사	
	기타				기타	
약사	약사			행정관리	사무직	
	약국보조인력				기술직	
영양실	영양사				전산직	
	조리사				의공직	
	조리원·배식원				기타	
전체 합계 : 000명						

⑤ 혈액투석 진료실적

- 해당사항이 있는 경우에만 작성
- 실적이 없는 경우 “해당사항 없음”으로 표기

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	합계
혈액투석 건수													
연 인원													

⑥ 공공의료 사업* 실적(___년 12월 기준)

- 해당사항이 있는 경우에만 작성
- 실적이 없는 경우 “해당사항 없음”으로 표기

구분	횟수(건)	인원(명)	비고(사업내용, 참여직원 등)
교육 (혈액투석 환자 교육 등)			
기타 공공사업 ()			

* 인공신장실에 소속된 의료진(전문의, 간호사 등)이 참여한 활동(교육, 진료, 캠페인 등)

⑦ 경영수지(___년 12월 기준)

- 해당 의료기관별 관련 서류를 붙임으로 제출
- 법인 의료기관의 경우 : 세무서 신고 결산서
- 개인 의료기관의 경우 : 세무서 신고 결산서 또는 세무서 발행 소득금액증명

2) 사업 적합성

(1) 인공신장실 운영 필요성

- 인공신장실 지원 사업 추진 필요성, 시급성

※ 해당 지역에 인공신장실 지원 사업 유치 및 운영이 필요한 이유를 최대한 구체적으로 작성

(2) 인공신장실 접근성

- 대상 의료기관 인공신장실로의 접근 용이성

※ 지역 내 혈액투석 환자가 사업수행 의료기관으로의 접근이 용이한지를 구체적으로 작성(대중교통 등)

3) 사업 계획의 타당성

① 사업개요

사업명	○○시/군 ○○병원 인공신장실 지원 사업					
사업비 (천원)	구분	합계	국비	지방비		기타 (자부담 등)
				광역	기초자치	
	운영비					
사업 내용	사업기간	20__ . 01월~ 12월				
	시설	인공신장실 병상수	혈액투석실 면적		총 인공신장실 면적 (진료지원시설 포함)	
		00병상	000.0㎡		000.0㎡	
	장비	○○ 장비 외 ○종				
	투입 인력	00과 전문의 1명, 간호사 00명				
	인건비 (자부담 포함)	- 전문의 : 00원 × 00개월 = 00원 - 간호사1 : 00원 × 00개월 = 00원 - 간호사2 : 00원 × 00개월 = 00원				

② 사업 비전 및 장기발전 방향

③ 인공신장실 진료 목표 및 목표 설정 근거

④ 의료기관간 응급이송체계 확보 계획

⑤ 인력 확보 및 운영 계획 (인공신장실 전담 인력)

구 분	전공/역할	성명		운영(확보) 계획
		현인원	확보	
전문의 ¹⁾	내과	홍길동		
간호사-1	인공신장실			
감호사-2	인공신장실			

1) 건강보험심사평가원 의사인력 신고 승인내역 첨부

⑥ 시설 계획

OO병원 인공신장실 해당층 전체 평면도 - 00층

병원 내에서 인공신장실과의 연계성을 확인하기 위하여 해당층 전체 평면도 삽입
(해당층에서 인공신장실 배치 현황 확인 가능하도록 영역 표시)

OO병원 인공신장실 확대 평면도 - 00층	번호	실명	면적	필수 시설
인공신장실 내 실 구성 및 동선을 확인하기 위하여 확대 평면도 삽입 (모든 실별 실명을 빠짐없이 명확히 보이도록 작성, 침대 및 가구 배치 포함)	1	혈액투석실 (00병상)	00.0m ²	○
	2	간호사실	00.0m ²	○
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8	화장실		-
	합계		000.0m ²	

○ 시설계획 첨부 제출 도면(원자료 형식의 PDF파일로 USB에 포함하여 제출)

- 병원 전체 배치도 : 차량, 보행자 진출입 확인
- 인공신장실 해당 건물 전체 평면도 : 다른 실들(지원실)과의 관계 및 동선 등을 파악
- 병원 본관 전체 평면도(인공신장실이 본관에 위치하지 않을 경우)
- 인공신장실 변경 사항이 있는 경우 변경전 도면

⑦ 장비계획

- 필수 장비 목록(장비번호에 따른 장비명 수정 불가)

장비번호	장비명	대수	구입연도	장비상태*	기 보유	확보 예정
1	혈액투석기	5	2017	양호	O	-
		2	2018	양호	O	-
		3	2019	양호	O	-
2	침대					
3	환자감시 모니터	-	-	-	-	O
4	산소공급장치					
5	심실제세동기					
6	기관내삽관장비					
7	흡인기					
8	심전도기					
9	체중계					
10	혈당측정기					
11	혈압계					

* 장비 상태는 양호, 폐기, 고장 등으로 기재

- 신규 확보 예정 장비

번호	장비명	대수	단가 (천원)	금액 (천원)	구매 사유
1	환자감시 모니터	1	10,000	10,000	필수기준 미충족에 따른 장비 구매
2					
3					

4) 사업 추진 의지

(1) 지방자치단체

- 지자체의 예산 지원 및 사업추진 의지

(2) 사업수행 의료기관

- 사업수행 의료기관의 예산 지원 및 사업추진 의지

(3) 인공신장실 활성화 계획

- 지자체 및 의료기관의 인공신장실 활성화 계획

3

기타 제출 서식

〈별지 제1호 서식〉

서약서

○○병원장은 정부가 추진하는 의료취약지 인공신장실 지원 사업의 운영 목적에 적극 부응하기 위하여 아래의 준수사항을 이행할 것을 서약합니다.

준수사항

1. ○○병원장은 보건복지부의 「의료취약지 인공신장실 지원 사업 안내(이하 '사업안내'이라 한다)」에 의하여 사업계획을 수립·시행한다.
2. 인공신장실 운영 추진에 따른 사업비는 제1항의 보건복지부와와의 협의 및 사업안내에 의하여 집행·관리하고, 사업계획 및 집행계획에 변경이 있을 때는 사전에 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다.
3. 의료취약지 인공신장실 사업 관련 사업비는 별도의 계정으로 분리하여 관리한다.
4. 보건복지부장관은 다음의 경우 선정을 취소하고, 보조금의 반환을 명할 수 있다.
 - 보조금을 다른 용도로 사용한 경우
 - 법령의 규정, 보조금 교부결정의 내용 또는 법령에 의한 보건복지부장관의 처분을 위반한 경우
 - 허위의 신청이나 기타 부정한 방법으로 보조금을 교부 받은 경우
5. 기타 의료취약지 인공신장실 사업의 역할과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사항을 준수한다.

20 . . .

서약자 : ○ ○ ○ 병 원 장 인

보건복지부장관 귀하

〈별지 제2호 서식〉

〇〇년도 국고보조금 교부신청서

기관명	0000(시/도)		사업책임자	(시장/도지사)	
소재지					
국고보조 사업명					
사업목적					
사업내용	※ 사업계획 내용 요약				
사업기간	20 . . ~ 20 . .				
총 사업비	국비	지방비		기타	
		광역	기초자치		
천원	천원	천원	천원		
보조금의 예산 및 관리에 관한 법률 제16조 및 동법 시행령 제7조의 규정에 따라 위와 같이 국고보조금의 교부를 신청합니다. 첨부 1. 서약서 2. (수정)사업계획서 20 년 월 일 신청자 ○〇시·도지사 (인) 보건복지부장관 귀하					

〈별지 제3-1호 서식〉

시설 검토서

- ☐ 병 원 명 :
☐ 지원연도 :
☐ 지원사업 :
☐ 시설계획(공사완료 내용)

○ 필수시설 확보 내용

구분	실명	확충		설치 사진
		실수	면적 (㎡)	
혈액투석실	병상			
	간호사 스테이션			
	간호사실			
	정수실			
기타				

* 관련되는 각 부문별로 2장 이상의 사진 제시

○ 세부 건축 계획

구분	내용					
실 배치 계획	건물명	층	사업 전		사업 후	
			면적(m ²)	실명	면적(m ²)	실명
	계					
공사 범위 및 내용	※ 건축, 설비(기계, 전기, 소방) 등 각 분야별 주요 공사 범위 및 내용을 기입(설비장비 교체가 포함 된 경우 주요 장비명 등 기입)					
추진 경과	• 설계자 계약일 : • 설계완료일 : • 입찰공고일 : • 착공(예정)일 : • 완료(예정)일 :					

○ 계획도면(본 사업과 관련된 부분의 배치도 및 평면도)

사업 전	사업 후

〈별지 제3-2호 서식〉

장비현황 검토서

- ☐ 병 원 명 :
☐ 지원연도 :
☐ 지원사업 :
☐ 장비계획(장비구매 완료 내용)
☐ 필수장비 확보 내용

구분	No.	장비 목록	설치장소		대수	실사용 여부 (O, X)	구매 년도	장비 상태	구분	
			층	실명					기존 보유	신규구매 (자부담)
필수	1	혈액투석기 (B형간염 투석기 포함)	1층	00실					○	
	2	침대							○	
	3	환자감시모니터기								○
	4	산소공급장치								
	5	심실제세동기								
	6	기관내삽관장비								
	7	흡인기								
	8	심전도기								
	9	체중계								
	10	혈당측정기								
	11	혈압계								
필수 이외 구매 장비									○	
									○	
									○	
									○	
합 계			-							

※ 장비별 설치장소를 명확하게 명시하고, 지침의 장비별 설치 위치와 상이하게 배치될 경우 사유를 구체적으로 제시

- 장비상태는 양호, 폐기, 고장 등으로 기재

○ 장비현황

No.	장비 목록	설치 후(장비 사진)
1		
2		
3		
4		
5		

〈별지 제4호 서식〉

사업계획 변경 승인 요청서								
의료 기관	의료기관명							
	의료기관장		전화/FAX					
사업 기간	20 . . ~ 20 . .		총 사업비	총계	국비	지방비		기타
						광역	기초 자치	
변경 내용 (별지 첨부)	변경 전		변경 후		변경사유			
의료취약지 관련 OO 병원 인공신장실 운영 사업 추진과 관련하여 다음 사항에 대한 계획을 변경하고자 하오니 승인하여 주시기 바랍니다. 20 년 월 일 신청인 (인) 보건복지부장관 귀하								

○ 사업위치 등 변경(별지로 작성)

구분 변경내용	변경 전	변경 후	변경사항	변경사유*
1.				
2.				

* 변경사유는 변경하고자 하는 이유를 충분히 인지할 수 있도록 기술하여야 하며, 이를 위해 필요 할 경우
별도자료 첨부

〈별지 제5호 서식〉

분기별 실적보고서 (20__년 __/4분기)

기관명	00병원	선정연도	2000년	운영개시일	2000년 2월10일
-----	------	------	-------	-------	-------------

1. 시설현황

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
모병원 전체병상수	122	122	122	122	122	130	130	130	130	130	130	130
인공신장실 병상수	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
변경사항	예) 병상수 변경 및 사유 등											

2. 장비현황

번호	장비명	보유 대수											
		1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
1	혈액투석기	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
2	침대												
3	환자감시 모니터												
4	산소공급장치	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	심실제세동기												
6	기관내삽관장비												
7	흡인기												
8	심전도기												
9	체중계												
10	혈당측정기												
11	혈압계												

3. 인력현황

구분	성명	근무 일수											
		1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
전문의	000	31	29	31									
간호사	000												
	000												
변경사항		예) 퇴직 및 신규채용 등											

4. 혈액투석 건수

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	합계
혈액투석 건수													

5. 혈액투석 적정성 평가 등급

번호	평가 년도	발표 기준일	등급
1	2015년 평가	2017.07	0등급
2	2018년 평가	0000.00	0등급

6. 운영 애로사항

위의 사항과 같이 00병원 의료취약지 인공신장실 지원 사업의 분기별 실적보고를 제출합니다.

20__ . .

보건복지부 장관 귀하

〈별지 제6호 서식〉

의료취약지 인공신장실 지원사업 완료실적(정산) 보고서

의료기관	선정년도	0000년		전화/FAX		
	의료기관명			사업기간	0000년 00월 - 0000년 00월	
승인 사업비 구성 (단위: 원)						
합계	국비	지방비		기타 (자부담)	비고 (이자)	
		광역시	기초			
지출액 구성 (단위: 원)						
합계	국비	지방비				
		광역시		기초		
이자액 구성 (단위: 원)						
합계	국비 이자	지방비 이자				
		광역시		기초		
반납액 구성 (단위: 원)						
합계	사업비			이자액		
	국비	지방비		국비	지방비	
		광역시	기초		광역시	기초
○○병원의 완료실적 보고서를 제출합니다.						
20 년 월 일 보고자¹⁾ (인) 보건복지부장관 귀하						
<첨부서류> 1. 완료실적(정산) 보고서 내용 (별지 제6-1호 서식) 2. 별도계좌 통장사본 및 지출 증빙서류 (국비·지방비, 의료기관 부담 별 입출금내역서, 급여명세서, 근무상황표 등)						

1) 보고자는 광역자치단체의장 명 기입

〈별지 제6-1호 서식〉

완료실적(정산) 보고서 내용

○ 사업비 집행 내역서

(단위: 천원)

구분	성명	근무기간		지출내역 (0000년)												합계
		입사일	퇴사일	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	
전문의	000	00.00.00	00.00.00	3,120	3,120	3,120	3,120	3,120	3,120	3,120	3,120	3,120	3,120	3,120	3,120	37,440
	소계															
간호사	000	00.00.00	00.00.00													
	소계															
합계																

※ 세전 인건비 작성

※ 사업비 집행과 관련한 증빙서류(근무표, 급여명세서, 급여이체서, 보험증서 등)를 제출할 것

○ 사업비 반납액 계산서

(단위: 원)

구분	성명	근무기간		0000년												합계
		입사일	퇴사일	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	
전문의	000	00.00.00	00.00.00													16일
	000	00.00.00	00.00.00								16일					
간호사	000	00.00.00	00.00.00													16일
											16일					
반납액	전문의			(예시) 8월 의료공백 16일일 경우 $16/31 \times 12,500\text{천원} = 6,451,610\text{원}$												
	간호사			(예시) 8월 의료공백 16일일 경우 $16/31 \times 2,080\text{천원} = 1,073,540\text{원}$												
	합계 (100원 미만 절사)			000,000원												

○ 사업결과 및 자체평가

1) 사업개요

사업명	○○시/군 ○○병원 인공신장실 지원 사업					
사업비 (천원)	구분	합계	국비	지방비		기타 (자부담 등)
				광역	기초자치	
	운영비					
사업 내용	사업기간	20__ 01월~ 12월				
	시설	인공신장실 병상수	혈액투석실 면적		총 인공신장실 면적 (진료지원시설 포함)	
		00병상	000.0㎡		000.0㎡	
	장비	○○ 장비 외 ○종				
	투입 인력	00과 전문의 1명, 간호사 00명				
	인건비 (자부담 포함)	- 전문의 : 00원 × 00개월 = 00원 - 간호사 -1 : 00원 × 00개월 = 00원 - 간호사 -2 : 00원 × 00개월 = 00원 - 합계 : 000,000원				

2) 진료실적

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	합계
혈액투석 건수													

3) 사업 비전 및 장기발전 방향

※ 사업계획 대비 달성 여부

4) 인공신장실 진료 목표

※ 사업계획의 진료 목표 대비 달성 여부

5) 의료기관간 응급이송체계 확보 계획

※ 사업계획 대비 달성 여부

6) 기타 공공의료사업 실적

※ 사업계획 대비 달성 여부

7) 인공신장실 윤리적 운영

※ 사업계획 대비 달성 여부

8) 지자체의 사업 지원

※ 사업계획 대비 달성 여부

9) 의료기관의 사업추진 의지

※ 사업계획 대비 달성 여부

10) 인공지능장실 활성화 계획

※ 사업계획 대비 달성 여부

〈별지 제7호 서식〉

「의료취약지 인공신장실 환자 만족도 조사」

안녕하십니까?

00병원 인공신장실은 00지역의 혈액투석 대상 환자의 치료를 위해서 20__년도에 선정되어 운영되고 있는 곳으로 혈액투석 환자를 위해서 최선의 노력을 다하고 있습니다.

본 설문지는 실제 저의 병원을 이용한 환자의 만족도를 파악하여 향후 병원 및 지원사업의 발전방향에 이용하고자 준비하였습니다. 본 설문 내용은 만족도 조사에만 이용되며 모든 내용은 담당 직원만 확인됩니다.

바쁘시겠지만 설문에 응해 주시면 더 좋은 의료서비스로 보답하여 드리겠습니다.

20 . . .

00시·군·구 00병원 인공신장실 담당자

기본 사항에 대한 질문입니다.

1. 4 이

- ① 10대 ② 20대 ③ 30대 ④ 40대 ⑤ 50대 ⑥ 60대 ⑦ 70대 ⑧ 80대 ⑨ 90대

2. 성별

- ① 남성 ② 여성

3. 혈액투석 치료 기간

- ① 1년 미만 ② 1년 이상 3년 미만 ③ 3년 이상 5년 미만 ④ 5년 이상

4. 합병증 여부

- ① 심장질환 ② 뇌혈관질환 ③ 간경변증 ④ 출혈성 위장관 질환 ⑤ 만성 폐질환
⑥ 악성 종양 ⑦ 당뇨 ⑧ 기타 () ⑨ 합병증 없음

5. **거 주 지** (실제 거주지를 직접 기재해 주시기 바랍니다.) 예) 경기도 화성시

의료취약지 인공신장실 만족도 조사

1. 의료 서비스 부문

1-1. 인공신장실에서 치료받았을 때 담당의사의 진료 수준에 만족하셨나요?

전혀 그렇지 않다			-----				보통이다			-----				매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩						

1-2. 인공신장실에서 치료받았을 때 담당 간호사의 처치 수준에 만족하셨나요?

전혀 그렇지 않다			-----				보통이다			-----				매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩						

1-3. 인공신장실 의사는 충분한 설명을 위해 노력하셨나요?

전혀 그렇지 않다			-----				보통이다			-----				매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩						

1-4. 인공신장실 간호사들은 충분한 설명을 위해 노력하셨나요?

전혀 그렇지 않다			-----				보통이다			-----				매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩						

1-5. 인공신장실에서 혈액투석 이외에 정기검사가 적절히 이루어졌나요?

전혀 그렇지 않다			-----				보통이다			-----				매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩						

2. 의료 외 서비스 부문

2-1. 인공신장실의 시설은 치료받기에 적합하셨나요?

전혀 그렇지 않다			-----				보통이다			-----				매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩						

2-2. 인공신장실의 의료장비는 치료받기에 적합하였나요?

전혀 그렇지 않다			보통이다			매우 그렇다		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

2-3. 인공신장실의 관련 시설 및 환경은 쾌적하였나요?

전혀 그렇지 않다			보통이다			매우 그렇다		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

2-4. 혈액투석을 위한 접수·수납 등 행정서비스에는 만족하셨나요?

전혀 그렇지 않다			보통이다			매우 그렇다		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

2-5. 혈액투석 과정 중 윤리성에 위반되는 서비스는 없었나요?

(의료비 할인, 허가 받지 않은 정기적 차량 운행, 진료와 관계없는 편의 제공, 환자 소개로 대가 받음, 허위 사실 광고 등)

전혀 그렇지 않다			보통이다			매우 그렇다		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

3. 전반적 만족

3-1. 혈액투석 과정에서 인공신장실에 전반적으로 만족하시나요?

전혀 그렇지 않다			보통이다			매우 그렇다		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

3-2. 혈액투석 과정에서 인공신장실에 대해 신뢰하게 되었나요?

전혀 그렇지 않다			보통이다			매우 그렇다		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

3-3. 다음 혈액투석 시 OO병원의 인공신장실을 재이용하시고 싶으신가요?

전혀 그렇지 않다			-----		보통이다		-----		매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	

3-4. 다른 혈액투석 환자에게 OO병원의 인공신장실을 추천하고 싶으신가요?

전혀 그렇지 않다			-----		보통이다		-----		매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	

3-5. OO병원의 인공신장실이 지역주민에게 필요하다고 생각되십니까?

전혀 그렇지 않다			-----		보통이다		-----		매우 그렇다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	

4. 마지막으로 의료취약지 인공신장실에 바라는 점이 있다면 자유롭게 말씀해 주십시오.

※ 본 조사에 대한 문의는 아래의 연락처로 주시기 바랍니다.

- OO병원 인공신장실 (☎000-000-0000)

〈별지 제8-1호 서식〉

의료취약지 거점의료기관 지정신청서

접수번호	접수일		처리기간: 2개월
의료기관	명 칭	의료기관 종류	요양기관 번호
	주 소		전화번호
	대표자 성명		면허번호
	개설 전문과목		허가 병상 수
신청인	신청인(개설자) 성명		면허번호
	전문과목		전자우편 주소
	실무자 성명		전화번호

「공공보건의료에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 의료취약지 거점의료기관의 지정을 신청합니다.

년 월 일

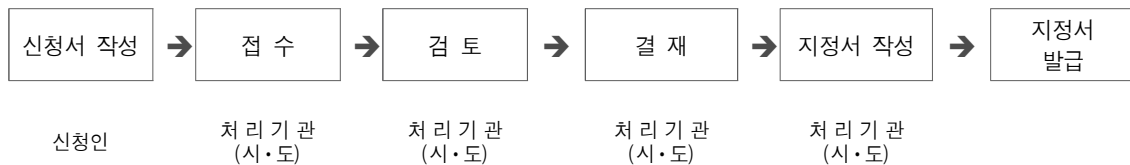
신청인

(서명 또는 인)

시·도지사 귀하

첨부서류	사업계획서	수수료 없 음
------	-------	------------

처 리 질 차



210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

〈별지 제8-2호 서식〉

제 호

의료취약지 거점의료기관 지정서

1. 기 관 명:
2. 대 표 자:
3. 소 재 지:
4. 명 칭: ○ ○ 의료취약지 거점의료기관
5. 소 장:

위 기관을 「공공보건의료에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제9조제4항에 따라 ○○ 의료취약지 거점의료기관으로 지정합니다.

년 월 일

시 · 도 지 사

직인

210mm×297mm[백상지 120g/㎡]

〈별지 제9호 서식〉 현지 점검표

현지 점검표(인공신장실)

□ 점검대상 의료기관명 :

가. 20__년 예산 집행 내역

기관명	교부금액			집행 금액(현지점검 시행일자 기준)*			
	계	국비	지방비	계	교부금	이자	자부담

나. 진료부분(지침 4p)

점 검 사 항	수행	미수행
1. 정기적인 혈액투석 및 검사		
1-1. 혈액투석 환자 당 주 2-3회, 1회당 4시간의 혈액투석 시행		
1-2. 매달 정기적인 검사 시행(빈혈 및 혈청 검사, 혈액화학검사, 투석 적절도 측정)		
1-3. 3개월마다 혈청부갑상선 호르몬 수치 검사, 가슴사진(CXR)		
1-4. 6개월마다 B형 또는 C형 간염 등의 혈청 검사		
1-5. 투석액 수질검사(미생물 검사 월1회, 내독소 검사 3개월에 1회, 미세물질 검사 연 1회)		
2. 혈액투석 관련 교육 및 상담		
2-1. 식이요법, 운동 요법 등 일반적 주의 사항 교육·상담		
3. 혈액투석환자에 대한 복지 정보 제공		
3-1. 장애인 등록 및 복지혜택 안내		
4. 기타		
4-1. 인공신장실 진료 목표 대비 실적 달성		
4-2. 응급의료체계 확보 계획 수립		
4-3. 인공신장실 운영의 윤리성 확보(진료비·교통제공 미지급, 환자유치·광고 하지 않음)		
<기타 사업 관련 질의 · 건의사항 등>		

다. 인력 운영 현황

구분		성명	현원 퇴사 ¹⁾	근무 조건	근무기간		20__년(근무 일 표시)												근무일 합계
					입사일	퇴사일	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
전문의	진료과	홍길동	현원	—	16.1.1	—	31	28	31	30	31	30	31	31	30	—	—	—	273일
간호사																			

1) 퇴사인력도 포함하여 기재할 것 (이직률 등 계산 예정)

라. 장비운영 현황

구분	No.	장비 목록	최종 승인내용		변경내용		설치장소		장비 상태 ¹⁾
			수량	현재 실사용 여부 (O, X)	수량	변경이유	층	실명	
필수	1	혈액투석기	1				1층	00실	양호
	2	침대	1				1층	00실	노후
	3	환자감시 모니터	1				1층	00실	양호
	4	산소공급장치							
	5	심실제세동기							
	6	기관내삽관장비							
	7	흡인기							
	8	심전도기							
	9	체중계							
	10	혈당측정기							
	11	혈압계							
합 계			-					-	

1) 장비 상태 : 양호, 노후, 고장 등 장비의 현 상태를 알 수 있도록 작성

마. 시설운영현황

점 검 사 항	유	무
1. 지침상 필요한 시설 보유 여부		
2. 도면상 실배치 일치여부		
3. 용도변경(창고, 외국 등) 여부		

구분	최종 승인 내용			현재 실사용 여부(O, X)	변경 내용		
	NO.	실명	면적		변경 사용 실명	면적	변경이유
O층	1		m ²			m ²	
	2		m ²			m ²	
	3		m ²			m ²	
	...	...	...			m ²	
	소계		m ²	—	—	m ²	—

※ (점검방법) 현지 확인 후, 시설 현황 사진 및 평면도 보관

바. 사업 실적

- 20__년 월별 실적보고(모니터링) 양식 참고

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	총계
혈액투석 건수													

- 20__년 월별 실적보고(모니터링) 양식 참고_(직전년도)

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	총계
혈액투석 건수													

사. 조치계획

조치항목	조치 계획	비 고