

문서번호	보건소- 1673	기안자	담 당	과 장	소 장	부군수	군 수	결 재
보존기간	5년	임보나	이민희	김미란	최성익	진광호	김관성	
결재일자	2022. 1. 19 .							
공개여부	공개	협 조						

치매검사비(감별) 본인부담금 군비지원 세부수진 계획

■ 추진배경 및 지원방침

- 치매 조기발견과 치료로 중증화 억제 및 환자와 가족의 부담경감과 사회적 비용 절감을 위한 치매검사비 본인부담금 지원체계 마련
- 건강보험을 적용한 치매검사비 본인부담금 지원체계 구축으로 치매가족의 경제적 부담을 완화하고 삶의 질 향상에 기여

■ 사업개요

- 시 행 일 : 2022. 1. 1.
- 지원대상 : 관내 주민등록을 두고 치매감별검사가 필요한자
 - 정부: 2022 치매정책 사업지침 소득기준 충족*2021년 기준중위소득 120%
 - 군비: 2022 치매정책 사업지침 소득기준 초과자
- ※장애인 의료비 지원 대상자는 검진비 지원 제외
- 검진장소 : 협약병원/영광종합병원, 영광기독병원
 - ※선별(치매안심센터)→진단(치매안심센터)→감별(협약병원)
- 지원금액 : 치매검사비 1인당 8만원 상한내 지원
- 검사항목 : 혈액성분검사, 전해질검사(5종), 신장기능검사(2종), 간 기능검사(6종), 갑상선기능검사(2종), 혈당검사, 요산검사, 콜레스테롤검사, 매독, 요검사(10종), 비타민, 뇌영상촬영(1개만)-CT, MRI 등
 - ※2021년 치매검사비 정부지원 실적 : 148명(치매환자수 1,870명)

치매검사비 본인부담금 지원 세부추진 계획

I 사업개요

□ 추진배경

- 영광군 인구는(2021.6.30.기준) 52,487명으로 65세 이상 인구수가 15,543명으로 고령화율이 29.6%로 초고령화 임
 - * 고령화율이란 총인구중 65세이상 고령인구가 차지하는 비율
- 인구 고령화에 따라 치매가 우리사회의 중요한 문제로 대두되고 있어 치매환자 증가에 따른 지역사회중심의 대책 마련이 시급하게 요구됨
- 정부사업으로 저소득층(기준중위소득 120%이하)에게 치매감별진단비 8만원의 의료비를 지원하고 있으나 소득기준이 초과하는 대상자의 경우 본인부담비용이 18~20만원 수준으로 추산되어 경제적 부담이 큼
- 건강보험을 적용한 치매검사비 본인부담금 지원체계 구축으로 치매가족의 경제적 부담을 완화하고 삶의 질 향상에 기여

- 영광군 치매추정 환자 수 및 치매 유병율

(단위: 명, %)

연도	치매추정환자수 및 치매 유병율						비고
	60세이상 추정환자수			65세이상 추정환자수			
	영광	전남	전국	영광	전남	전국	
2020	1,866 (9.45%)	51,815 (8.99%)	863,542 (7.23%)	1,837 (12.09%)	50,867 (11.94%)	840,191 (10.33)	

- 정부 지원 현황

(단위: 원, 건)

구 분	2020년			2021년(10월말)		
	집행액	지원건수	비고	집행액	지원건수	비고
감별검사	13,189,000	173			148	

※ 자료출처: 치매안심통합관리시스템

II

지원근거 및 시행시기

□ 지원근거

- 「영광군 치매관리 및 지원에 관한 조례」

□ 시행시기

- 시 행 일 : 2022. 1. 1.부터

III

지원계획

□ 지원대상

- 관내 주민등록을 두고 감별검사가 필요한 건강보험대상자(만60세 이상 주민, 정도인지장애자, 만75세 이상 고령노인, 독거노인 등)

□ 지원내용

- 건강보험적용 대상자로 감별검사비 80,000원 이내 지원

구 분		정부지원	군비지원
지원대상		기준중위소득 120% 이하	관내 주민등록을 두고 협약병원에서 치매감별검사가 필요한 기준중위소득 120%초과한 건강보험대상자
비용 지원범위 검사항목		건강보험적용 본인부담금 지원 보건복지부 치매정책사업지침항목	
지원내용	감별검사	80,000원	

※ 지원금액 및 횟수, 검사항목은 보건복지부 치매정책 사업 및 건강보험 적용 추진방침에 따라 검토 후 변경할 수 있음

□ 비용지급

- 지급기한 : 신청일로부터 30일 이내 지급(예산 부족시 추후 지급)

IV 지원신청 및 절차

인지선별검사	진단검사2	감별검사	검사비 지급
<ul style="list-style-type: none"> • 인지선별검사 (CIST)시행 • 인지저하시 진단검사1시행 	<ul style="list-style-type: none"> • 진단검사2시행 (협력의사추정진단) • 치매추정진단시 감별검사의뢰 	<ul style="list-style-type: none"> • 감별검사시행 → 다음달 5일까지 검사비 군에 청구 	<ul style="list-style-type: none"> • 계좌입금 → 확인 후 30일 이내 지급완료
대상자 및 보건소	협력의사 보건소	협력병원 → 보건소	보건소 (치매안심센터장)

※ 협력병원 감별검사 의뢰시 (붙임1) 치매검사 의뢰서, (붙임2) 치매검사비지원 신청서 작성

□ 지원신청

- 신청방법 : 협력병원장(영광종합병원, 영광기독병원)은 정부지원과 군비지원 대상여부를 확인하고 치매검사(진단, 감별) 시행 후 군(영광군보건소)로 다음달 5일까지 비용 청구
- 지급방식 : 대상자가 치매검사 의뢰서를 발급받아 협력병원에서 검진 후 병원장은 치매검사비 지원청구서를 군(보건소)으로 청구 → 30일 이내 본인부담금(군비)을 병원계좌로 지급
- 신청서류 : 치매검사비 청구서, 치매검사비 내역서, 치매검진 결과서
개인별 치매결과표, 통장사본

V 행정사항

- 읍·면에서는 치매검사비(감별) 지원사업 안내
- 기관·사회단체장 및 이장 회의 시 치매검사비(감별) 지원사업 홍보
- 협력병원장께서는 치매검사비 청구시 정부지원과 군비지원 구분하여 청구
- 치매검사비 군비지원 대장관리(붙임3 치매검사비 군비 지원대장)

(붙임 1)

치매 검사 의뢰서

의뢰일자	20 . . .	의뢰번호	20 - -	
검사일시	20 . . .			
의뢰기관	영광군 치매안심센터		담당자	
지원여부	<input type="checkbox"/> 정부지원대상자 <input type="checkbox"/> 군비지원대상자			
대상자	성 명		생년월일	
	연락처			
	주 소	전남 영광군		
의뢰기관	<input type="checkbox"/> 영광종합병원 <input type="checkbox"/> 영광기독병원		담당자	
의뢰 내용	<input type="checkbox"/> 치매진단검사 1단계 (신경심리평가) <input type="checkbox"/> 치매진단검사 2단계 (치매임상평가-전문의진료) <input type="checkbox"/> 치매감별검사			
별첨 여부	<input type="checkbox"/> CIST 결과지 1부. <input type="checkbox"/> 신경심리평가 결과지 1부. <input type="checkbox"/> 치매임상평가 의견서 1부.			
상기 검사를 의뢰 드리오니 진료 부탁드립니다.				
20 년 월 일				
영광군 치매안심센터장				

(붙임 2)

치매검사비 지원 신청서 (□정부지원 □군비지원)

등록센터		영광군 치매안심센터		등록번호			
대상자	성명				주민등록번호		
	등본주소지						
	실거주지	*다른 경우 입력					
	연락처	자택 :			휴대전화 :		
신청자	신청자 구분	□본인 □대리인					
	대상자와의 관계	□배우자 □딸 □아들 □며느리 □사위 □손주(성인) □형제 □부모 □친인척() □친구 □이웃 □간병인 □성년후견인 □기타()					
	대리 동의 사유 <small>*본인 이외 신청 시에만 작성</small>	□신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 □본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 □기타()					
	성명						
	연락처						
지원 내용		□진단검사1단계 □진단검사2단계 □감별검사					
협약병원		병원명	영광	병원	검사일자	20	년 월 일
개인정보 제3자 제공 동의 <small>* 등록된 치매안심센터에서 검사비 지원이 불가능한 경우 필수 기재</small>	제공항목	대상자의 주민등록번호(외국인등록번호), 등본주소지 및 거주지 주소, 성명, 성별, 연락처, 나이, 치매검사이력 및 결과, 안심등록번호 등					
	제공목적	치매검진비 지원여부 결정 및 지원					
	제공받는 기관	주소지 관할 치매안심센터(보건소)					
	동의여부	□동의 □비동의 * 비동의할 경우 검사비 지원 불가					
위와 같이 치매검사비 지원을 신청합니다.							
20 년 월 일							
신청자 :				(서명 또는 인)			
영광군 치매안심센터장 귀하							

※ 신청자가 본인인 경우, 본인의 신분증(사본 포함)을 확인하여야 합니다.

※ 신청대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)을 제출하여야 합니다. 또한 본인 및 법정대리인의 신분증(사본 포함)을 확인하여야 합니다.

※ 신청대리인이 임의대리인일 경우, 본인이 대리인에게 치매검사비 지원 신청 권한을 위임하였다는 내용과 함께 본인의 서명이나 날인이 기재된 위임장(별지 서식)을 제출하여야 하고, 본인 및 대리인의 신분증(사본 포함)을 확인하여야 합니다. 이 때 임의대리인이 가족이라면, 본인과 대리인의 관계를 확인할 수 있는 서류(가족관계증명서 또는 본인과의 가족관계가 확인되는 주민등록등본, 모두 3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)로써 위임장을 갈음할 수 있습니다.

- 단, 본인이 치매의 상당한 진행으로 인하여 위임장 작성을 위한 의사능력 상실이 의심되는 경우 임의대리인의 범위를 가족으로 한정하여 위임장 대신 가족관계증명서 또는 본인과의 가족관계가 확인되는 주민등록등본(모두 3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)을 제출하도록 권장합니다.

※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부합니다.

※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당됩니다.

※ 기 제출 서류(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본일 것)는 더 이상 제출하실 필요 없습니다.

2022년 치매조기검진 군비 지원 대장

[illegible]