

“치매관리주치의 시범사업 참여 의사(의료기관)” 모집

「치매관리주치의 시범사업」 참여 의사(의료기관)를 모집공모하오니, 관련 의사(의료기관)의 적극적인 참여를 바랍니다.

2026년 7월 3일

보건복지부장관

1. 시범사업 목적

치매환자가 지역사회에 거주하면서 치매관리에 전문성 있는 의사를 통해 치매와 그 외 건강문제까지 꾸준히 치료·관리하여 건강 및 삶의 질을 유지·증진시킬 수 있는 의료체계를 구축하고자 함

2. 시범사업 기간 : '26.7월 ~ '28.12월

3. 신청대상 및 절차

가. 신청대상

- 신경과·정신건강의학과 전문의 또는 타 과 전문의(일반의 포함) 중 보건복지부 주관 치매전문교육*을 이수 완료한 의사로서, 다음의 의료기관에 소속된 의사

* 치매전문교육(치매진료의사 전문화 교육) 개요

- 교육대상 : 치매안심센터 협력의사 및 협약병원 의사, 치매담당의사 등
- 교육방법 : 상·하반기 각 1회 온·오프라인 교육
- 교육과정 : 치매관련 정책과 제도의 이해, 치매의 진단, 치매치료와 관리, 실습 등
- ※ 2023년 대한치매학회, 2024년 대한노인정신의학회, 2025년 대한치매학회 위탁 운영

① 「의료법」 제3조제2항제1호가목에 따른 '의원'

※ 제공 서비스 유형 중 '통합관리'(일반건강관리+치매전문관리) 서비스는 '일차 의료 만성질환관리 시범사업'에 참여 중인 의원만 제공 가능함

② 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 '병원급(병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원) 의료기관' 중 치매안심센터 협약기관, 광역치매센터 위탁기관

나. 신청 시 작성사항(입력)

- 작성 내용: 시범사업 참여신청서, 약정서, 보안서약서, 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서, 보건복지부 주관 치매전문교육 이수 확인 여부* 등

* 치매전문교육 위탁 운영 기관(대한치매학회, 대한노인정신의학회 등)에서 발급 받거나 '국가치매교육 홈페이지(www.edu.nid.or.kr)'에서 발급 받은 이수증

*** 치매전문교육(치매진료의사 전문화 교육) 개요**

- 교육대상 : 치매안심센터 협력의사 및 협약병원 의사, 치매담당 의사 등
- 교육방법 : 상·하반기 각 1회 온·오프라인 교육
- 교육과정 : 치매관련 정책과 제도의 이해, 치매의 진단, 치매치료와 관리, 실습 등
 - 2023년 대한치매학회, 2024년 대한노인정신의학회, 2025년 대한치매학회 위탁 운영
 - 국가치매교육 홈페이지(www.edu.nid.or.kr) 참조

- 신청기간 : 2026. 7. 3.(금) ~ 2026. 7. 19.(일) 24:00까지

- 신청방법 : 온라인 신청(치매관리주치의시스템, dmps.nid.or.kr)

다. 참여 의사(의료기관) 최종 선정 ※지역제한 없음

- (선정대상) 참여 요건을 충족한 신청 의사 및 해당 의사의 소속 의료기관*

* 신청 의사와 신청 의사의 소속 의료기관을 함께 선정하며, 해당 의사는 참여 기관으로 선정된 소속 의료기관에서만 시범사업 참여 가능

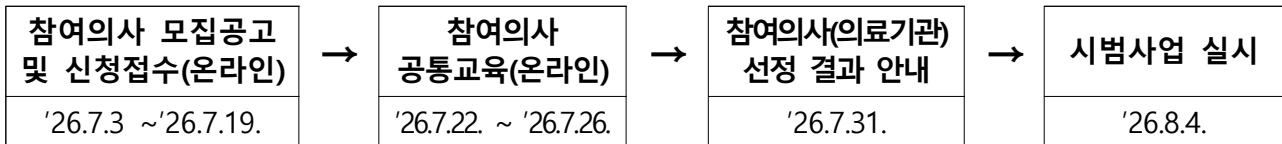
- 신청 의사의 소속 의료기관, 전문의 자격 및 치매전문교육 이수 등
 - ①참여 요건 적합 여부를 확인하여 공통교육 대상자를 선정
 - 하고 ②공통교육 이수자에 대하여 최종 선정 및 선정 결과 안내

- (참여의사 공통교육) 2026. 7. 22. ~ 2026. 7. 26. (온라인 교육 약 1시간)

(교육방법) 치매관리주치의시스템, dmps.nid.or.kr 신청 페이지에서 등록 수강

- 공통교육 대상자 명단은 홈페이지 팝업 공지 및 개별확인
- 신청자 중 자격 요건 미비자는 수강 불가

- (선정 절차)



라. 선정 결과 안내

- (참여 의사) 신청 홈페이지에 공지 및 개별 확인('26년 7월말)
- (참여 기관) 지방자치단체 통보 및 홈페이지 게재('26년 7월말~8월초)
- * 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr) → 알림 → 공지사항 → 공고

4. 시범사업 참여 의사 및 소속 의료기관 준수사항

- 시범사업에 참여하는 의사는 치매관리주치의 시범사업 지침 등 관련 규정을 준수하여야 함
 - 준수하지 않을 시 시범사업 참여 중단 및 참여 의사(의료기관) 선정이 취소될 수 있음
- 시범사업에 참여하는 의사가 소속된 기관은 시범사업에 대한 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요한 자료 요청 시 제출하여야 함
- 시범사업에 참여하는 의사는 소속기관의 기관장 서명을 반드시 날인한 후 제출이 이루어져야 함

5. 기타

- 접수확인 및 사업내용 문의: 중앙치매센터 치매사례관리팀 (02) 6260-3135
- 사업내용 및 수가 등 문의: 건강보험심사평가원 지불제도평가부 (033) 739-1654, 1672, 1673, 1696
- 시범사업 관련 자세한 사항은 '치매관리주치의 시범사업' 지침 참고
 - * 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr) → 정보 → 법령 → 훈령/예규/고시/지침
 - * 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr)

(붙임1) 시범사업 참여신청서(의료기관용)

치매관리주치의 시범사업 참여 신청서

의사 정보	신청인		의사면허번호	
	전문과목		전문의번호	
	이메일주소			
	생년월일	숫자만 입력(6자리)	휴대전화번호	‘-’없이 숫자만 입력
	치매전문교육 이수 여부		☐ 이수 (최종 이수완료일 : 년 월 일)	
소속 의료 기관 정보	요양기관 기호		요양기관명	
	요양기관 종별	☐ 상급종합병원 ☐ 종합병원 ☐ 요양병원 ☐ 정신병원 ☐ 병원 ☐ 의원 * 상급종합병원 : 광역치매센터 위탁운영 기관만 지원 가능 ** 병원급 : 치매안심센터 협약 의료기관만 가능		
	표시과목	병원급 이상은 주요 진료과목 일부 작성 후 '등' 표기	전 화 번 호	‘-’없이 숫자만 입력
	주소 (소재지)	○○시·도 ○○시·군·구 (예: 서울시 중구 을지로 245 국립중앙의료원)		
	대표자성명			
유형	☐ 일차의료 만성질환관리 시범사업 참여기관 ☐ 치매안심센터 협약기관 ☐ 광역치매센터 위탁기관 * 해당 유형 있는 경우만 체크, 중복체크 가능			
방문진 료	☐ 방문진료 실시 여부 * 의원에 한하여 해당 여부를 체크			

본 의사는 보건복지부에서 시행하는 「치매관리주치의 시범사업」에
참여하기 위해 신청서를 제출합니다.

신청일

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

소속 의료기관명

기관장 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

(붙임2) 시범사업 참여 약정서(의료기관용)

치매관리주치의 시범사업 참여 약정서(의료기관용)

기 관 명 :

요양기호 :

위 기관은 치매관리주치의 시범사업(이하 “시범사업”) 참여기관(이하 “참여기관”)으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 이를 준수하지 않을 경우 관련 수가 반환 및 참여기관 선정 취소 등 보건복지부의 조치를 감수할 것을 서약하고 본 약정서를 제출합니다.

1. 의무 및 협조

- 가. 참여기관은 시범사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 시범사업과 관련하여 보건복지부가 협조 등을 요청하면 적극 협력하여야 한다.
- 나. 참여기관은 각호의 사항을 준수하여야 하며, 그 밖에 보건복지부의 요청 사항에 대해 적극 협조하여야 한다.
 - ① 참여기관은 보건복지부의 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 시범사업을 운영하여야 한다.
 - ② 참여기관은 시범사업 수행에 따라 생성된 관련 자료를 보건복지부가 시범사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 때에는 지체 없이 제출하여야 한다. 또한 위와 같은 사유로 해당 참여기관 출입을 요청하거나 관련 서류의 열람 등을 요구할 때에는 이에 적극 협조하여야 한다.
 - ③ 참여기관은 시범사업 참여 환자와 그 보호자가 알 수 있도록 서비스 제공 이전에 본인부담, 제공 서비스 등 시범사업 내용을 설명하고 환자의 동의를 받아야 한다.

2. 고용계약 체결 및 관련 서류 제출 등

참여기관은 시범사업에 참여하는 의사의 고용 및 소속 관련 서류를 보관하고 관련 서류 제출을 요구받는 경우 지체 없이 제출하여야 한다.

3. 시범사업 참여의 중단

참여기관은 시범사업 기간 중 폐업하거나 국민건강보험법 제98조제1항에 따른 업무정지 처분을 받는 등 관계 법령에 따라 시범사업을 수행할 수 없는 사유가 발생한 때, 보건복지부가 시범사업 참여 철회를 요청한 경우에는 해당 기간 동안 시범사업 참여가 중단된다.

4. 제재조치 등

- 가. 보건복지부는 시범사업 수행에 대한 지도점검 및 평가 등을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 해당 참여기관을 출입하거나 관련 서류의 열람·제출 등을 요구할 수 있다.
- 나. 보건복지부는 참여기관이 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준을 준수하지 않을 경우,

- 참여기관에 대해 시범사업 중단 등의 조치를 취할 수 있다.
- 다. 참여기관은 시범사업 운영지침 등의 기준을 위반하여 관련 금액 등을 지급받은 경우에는 그 금액의 전부를 국민건강보험공단에 반환하여야 한다.
- 라. 참여기관은 착오, 허위 기타 부당한 방법으로 지급받은 금액에 대해 지체 없이 국민건강보험공단에 반환하여야 한다.
- 마. 국민건강보험공단은 다~라목에 따른 확인점검 및 자료제출을 요구할 수 있다. 이 경우 참여기관은 이에 적극 협조할 의무가 있으며, 이를 거부하는 경우에는 관련 금액 등을 지급하지 아니할 수 있다.
- 바. 참여기관이 다~라목에 의하여 국민건강보험공단으로부터 반환명령을 받고도 반환하지 아니한 때에는 국민건강보험공단이 참여기관에 지급하여야 할 금액이 있는 경우 그 지급을 정지하거나 요양급여비용 등이 있을 때에는 반환하지 않은 금액과 상계할 수 있다.
- 사. 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단은 참여기관이 다~마목의 사유에 해당한 때 또는 이행약정서의 내용과 상이하게 시범사업을 운영하는 등의 사유로 금액을 지원하는 것이 불합리하다고 판단될 경우에는 참여기관의 시범사업 중단 등의 조치를 보건복지부에 요청할 수 있다.

5. 준용

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

년 월 일

기관장 (직인)

보건복지부장관 귀하

보안서약서

본인은 ‘치매관리주치의 시범사업’(이하 ‘시범사업’)을 수행함에 있어 다음 사항을 준수할 것을 서약합니다.

- 가. 본인은 시범사업을 수행함에 있어 취득한 개인정보 및 자료를 시범사업 수행 및 관련 자료 제출 목적으로만 사용하며, 기타 목적으로 사용하지 않는다.
- 나. 본인은 시범사업 수행과 관련하여 취득한 개인정보 및 자료는 시범사업 참여 중에는 물론 시범사업이 참여가 종료된 후에라도 유출하거나 개인정보 및 자료에 대해 누설하지 않는다.

20 년 월 일

서 약 자

기 관 명 :

성 명 :

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

(붙임4) 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

「치매관리주치의 시범사업」 참여를 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(의료기관용)

「치매관리주치의 시범사업」 참여와 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하고자 하오니, 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

가. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

개인정보의 수집·이용 목적	사업참여 관리를 위한 본인 및 기관 식별, 사업참여 의료기관 대상자 확인, 사업운영 및 관리, 사업안내 및 홍보
개인정보 항목	의사정보(신청인, 의사면허번호, 전문과목, 전문의번호, 이메일 주소, 생년월일(6자리), 휴대전화번호, 치매전문교육 이수 여부), 소속의료기관정보(요양기관기호, 요양기관명, 요양기관 종별, 표시과목, 전화번호, 주소(소재지), 대표자 성명), 유형, 방문진료
개인정보 보유 및 이용기간	5년

※ 상기 모든 정보는 가명처리 후 통계분석 및 정책연구에 활용 가능합니다.

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☒ 위와 같이 개인정보 수집·이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

나. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

개인정보를 제공하는 자	개인정보를 제공받는 자의 이용목적	제공하는 개인정보의 항목	개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
보건복지부	사업 총괄 및 운영, 관리 및 평가	의사정보(신청인, 의사면허번호, 전문과목, 전문의번호, 이메일 주소, 생년월일(6자리), 휴대전화번호, 치매전문교육 이수 여부) 소속의료기관정보(요양기관기호, 요양기관명, 요양기관 종별, 표시과목, 전화번호, 주소(소재지), 대표자 성명), 유형, 방문진료	5년
중앙치매센터, 국민건강보험공단, 치매안심센터	사업 운영, 관리 및 평가		5년
건강보험심사평가원	사업 운영, 관리 및 평가, 진료비 심사 및 시스템 운영		5년

※ 귀하는 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

상기 본인은 「개인정보 보호법」 관련 법규에 의거하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 관한 동의 여부에 관하여 최종 확인하였습니다.

년 월 일

의료기관명

작성자(성명)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하