

별 지 서 식 모 음

[별지 제1호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 신청서(의료(보건)기관용)

[별지 제2호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 약정서

[별지 제3호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 및 개인정보 수집·
이용·제3자 제공 동의서(환자용)

[별지 제4호 서식] 일차의료 방문진료 점검서식

[별지 제5호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서(의료(보건)기관용)

일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 신청서 [의료(보건)기관용]

| | | | |
|---------------|------------------|--------|--|
| 요양기호 | | 기관명 | |
| 방문진료 제공 지역 | (시/도) (시/군/구) | 휴대전화번호 | |
| 이메일 주소 | | | |

본 시범기관은 일차의료 방문진료 수가 시범사업에 참여를
신청하고 사업참여 약정서를 첨부와 같이 제출합니다.

년 월 일

신 청 인(대표자, 기관장) (서명 또는 인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

* <첨부> 시범사업 참여 약정서

일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 약정서

기 관 명 :

요양기관기호 :

위 기관은 일차의료 방문진료 수가 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 적극적으로 협력하여야 한다.
- 나. 시범기관은 각호의 사항을 준수하여야 하며, 그 밖에 복지부의 요청 사항에 대해 적극적으로 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 적극적으로 협조하여야 한다.
 - ③ 시범기관은 환자와 그 보호자가 알 수 있도록 방문진료 가능 지역, 시간 등을 게시하고, 진찰시 시범사업 내용을 설명하고 환자의 동의를 받아야 한다. 다만, 시범사업 기간 연장 또는 환자 동의기간 만료 시에는 [별지 제3호 서식]에 따라 동의를 받아야 한다.

2. 운영계약 체결 및 관련 서류 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)

보건복지부장관 귀하

「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여를 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 (환자용)

| | | | |
|--------|--|--------|-------------------|
| 참여환자성명 | | 주민등록번호 | * 외국인의 경우 외국인등록번호 |
| 전화번호 | | | |

「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

가. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업

| | |
|----|--|
| 기관 | 시범사업 참여 시범기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단 |
| 사업 | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 |

[일차의료 방문진료 수가 시범사업 안내]

- 0 보건복지부는 지역사회 중심으로 환자의 필요에 적합한 방문진료 제공을 위해 2019년 12월부터 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」을 실시하고 있습니다.
- 0 본 사업은 시범기관에 소속된 의사가 거동이 불편하여 의료기관에 방문하기 어려운 환자를 대상으로 가정에 방문하여 진찰, 투약, 교육, 상담 등을 제공하며, 이에 대해 환자는 요양급여 비용의 일부를 본인이 부담하여야 합니다.
- 0 방문진료는 진료 의사의 판단에 의해 제공되며, 방문진료 제공이 필요하지 않은 상태인 경우나, 방문진료 불가능 지역, 위협이나 폭력 등이 있는 경우 등 방문진료 제공이 중단될 수 있습니다. 또한, 시범기관의 진료 사정 등에 따라 방문진료가 즉각적으로 이루어지기 어려울 수 있습니다.
- 0 신청인은 환자 본인 또는 가족(「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 생계를 같이 하는 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매)입니다.

나. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

| | |
|----------------|------------------------------------|
| 개인정보를 제공받는 자 | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 시범기관 |
| 개인정보의 수집·이용 목적 | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 진료 및 관련 업무수행 |
| 수집하는 개인정보의 항목 | 성명, 생년월일, 성별, 전화번호, 주소 |
| 개인정보 보유 및 이용기간 | 시범사업 종료일로부터 3년 |

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

본인은 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여·신청자로 개인정보보호법 제15조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

다. 민감정보 수집·이용에 관한 동의

| | |
|----------------|---|
| 민감정보의 수집·이용 목적 | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 관리 및 관련 업무 수행 |
| 수집하는 민감정보의 항목 | <u>장기요양등급자, 요양비급여대상자, 방문진료료 본인부담 여부, 거동불편유형, 방문진료 기본정보(방문진료 유형, 방문진료실시일, 진료소요시간, 방문진료 사유, 방문진료 시행 의사 및 동반인력), 진료정보(진료 및 조치 내용, 향후 계획), 지역사회 연계 여부</u> |
| 민감정보 보유 및 이용기간 | <u>시범사업 종료일로부터 3년</u> |

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

본인은 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여·신청자로 개인정보보호법 제23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

라. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

| | |
|-------------------------------|--|
| 개인정보를 제3자에게 제공하는 자 | 시범사업 참여 시범기관 |
| 개인정보를 제공받는 제3자 | <u>보건복지부</u> |
| | <u>건강보험심사평가원</u> |
| | <u>국민건강보험공단</u> |
| 개인정보를 제공받는 제3자의 개인정보 수집·이용 목적 | <u>서비스 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집, 서비스 내용 심사 및 평가, 연구용역</u> |
| 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 | 개인정보 성명, 생년월일, 성별, 전화번호, 주소 |
| | 민감정보 <u>장기요양등급자, 요양비급여대상자, 방문진료료 본인부담 여부, 거동불편유형, 방문진료 기본정보(방문진료 유형, 방문진료실시일, 진료소요시간, 방문진료 사유, 방문진료 시행 의사 및 동반인력), 진료정보(진료 및 조치 내용, 향후계획), 지역사회 연계 여부</u> |
| 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 | <u>시범사업 종료일로부터 3년</u> |

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

본인은 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여·신청자로 개인정보보호법 제17조, 제18조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

마. 민감정보의 제3자 제공에 관한 동의

| | |
|--------------------|--|
| 민감정보를 제3자에게 제공하는 자 | 국민건강보험공단 |
| 민감정보를 제공받는 제3자 | 시범사업 참여 시범기관 |
| 민감정보의 수집·이용 목적 | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 수급자격 확인 |
| 제공하는 민감정보의 항목 | 장기요양등급자 1·2등급(거동불편자) 수급자격 확인 요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자 확인 |
| 민감정보 보유 및 이용기간 | 시범사업 종료일로부터 3년 |

※ 귀하는 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 시범사업 참여가 제한 될 수 있습니다.

본인은 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여·신청자로 개인정보보호법 제 23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

바. 고유식별정보 처리 고지사항

| | |
|-----------|------------------------------------|
| 개인정보 항목 | 주민등록번호, 외국인 등록번호 |
| 개인정보 처리사유 | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 진료 및 관련 업무수행 |
| 처리근거 | 국민건강보험법 제 63조 및 동법 시행령 제 81조 |

※ 개인정보보호법 제 24조 제1항 제1호 및 제24조의2 제1항 제1호에 따라 정보주체의 동의 없이 고유식별정보를 처리합니다.

사. 미성년자(만14세 미만)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 등 동의여부

본인은 환자(성명:)의 법정대리인으로서 개인정보보호법 제22조의2에 의거하여 개인정보의 수집·이용·제3자 제공 등에 관하여 확인하였습니다.

| | | | | |
|-----------|------|-----------|------|--|
| 법정 대리인 | 성명 | (서명 또는 인) | 전화번호 | |
| | 생년월일 | | 주소 | |

※ 법정대리인은 법정대리인을 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록등본)제출 요망

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ☐ 동의 ☐ 미동의

상기 본인은 「개인정보보호법」 등 관련 법규에 의거하여 개인정보(민감정보, 고유식별정보 포함) 수집·이용·제3자 제공 동의 여부에 관하여 최종적으로 확인하였습니다.

년 월 일

환자와의 관계
성 명

(서명 또는 인)

일차의료 방문진료 수가 시범기관 ○○ 기관장 귀하



[별지 제4호 서식] 일차의료 방문진료 점검서식

(해당 항목에 ☒표기 및 내용기재)

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|--|--|--|----|--|--|--|
| 1. 환자 정보 | | | | | | | | | |
| 1. 환자성명 | | | | | | | | | |
| 3. 대상자 구분 | | 2. 주민등록번호 <input type="checkbox"/> 장기요양 1·2등급 외상 및 요양비 미 해당 <input type="checkbox"/> 1등급 <input type="checkbox"/> 2등급 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 산소치료 <input type="checkbox"/> 인공호흡기 | | | | | | | |
| 4. 주소 | | | | | | | | | |
| 5. 동일 건물 및 동일 세대 방문 여부 | | <input type="radio"/> 해당 없음 <input type="radio"/> 동일 건물 <input type="radio"/> 동일 세대 | | | | | | | |
| 2. 대상자 유형 | | | | | | | | | |
| 1. 방문진료료 본인부담 | | <input type="radio"/> 일부 본인부담 <input type="radio"/> 전액 본인부담 | | | | | | | |
| 2. 거동불편 유형 | | (1.방문진료료 ‘일부 본인부담’일 경우, 해당 항목에 모두 체크) <input type="checkbox"/> ① 마비(하지·사지·편마비 등) <input type="checkbox"/> ⑤ 신경계퇴행성 질환 <input type="checkbox"/> ② 수술 직후(한 달 이내) <input type="checkbox"/> ⑥ 욕창 및 궤양 <input type="checkbox"/> ③ 말기질환(암, 사망선고 등) <input type="checkbox"/> ⑦ 정신과적 질환 <input type="checkbox"/> ④ 의료기기 등 부착(산소치료, 인공호흡기 등) <input type="checkbox"/> ⑧ 인지장애 <input type="checkbox"/> ⑨ 기타() | | | | | | | |
| 3. 산정횟수 예외적용 | | <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 말기암환자 <input type="checkbox"/> 다발성경화증 <input type="checkbox"/> 중증근무력증 <input type="checkbox"/> 경추손상 <input type="checkbox"/> 수술직후 <input type="checkbox"/> 기타() | | | | | | | |
| 3. 방문진료 기본정보 | | | | | | | | | |
| 1. 방문진료유형 | | <input type="radio"/> 예약 <input type="radio"/> 비예약 | | | | | | | |
| 2. 방문진료의사명 | | 3. 방문진료의사면허번호 | | | | | | | |
| 4. 방문진료실시일 | | 5. 진료 시간 ^{주1)} | | (1) 시작 년 월 일, 시 분 (2) 종료 년 월 일, 시 분 | | | | | |
| 6. 방문진료동반인력 | | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 가정전문간호사 <input type="checkbox"/> 간호사(가정전문간호사 외) <input type="checkbox"/> 물리치료사 <input type="checkbox"/> 작업치료사 <input type="checkbox"/> 기타() | | | | | | | |
| 7. 이동방법 | | (주요 이동방법 한 가지 체크) <input type="radio"/> 대중교통 <input type="radio"/> 자가 이동수단 <input type="radio"/> 도보 | | 8. 이동거리(편도) ^{주2)} | | km | | | |
| 9. 이동 소요시간(편도) | | <input type="radio"/> 10분 미만 <input type="radio"/> 10~20분 미만 <input type="radio"/> 20~30분 미만 <input type="radio"/> 30분 이상 | | | | | | | |
| 10. 방문진료사유 | | (해당 항목에 모두 체크) <input type="checkbox"/> ① 수술 관련 처치 필요 <input type="checkbox"/> ④ 욕창 관리 <input type="checkbox"/> ② 급성기질환(고열, 탈수 등) <input type="checkbox"/> ⑤ 신경정신과적 변동(뇌혈관질환, 심리상태 불안정 등) <input type="checkbox"/> ③ 의료기기 등 교체·관리 <input type="checkbox"/> ⑥ 수액 주입 (종류:) <input type="checkbox"/> ⑦ 영양 관리 <input type="checkbox"/> ⑧ 기타() | | | | | | | |
| 4. 진료 정보 | | | | | | | | | |
| 1. 진료 및 조치 내용 | | (해당 항목에 모두 체크) <input type="checkbox"/> ① 침습적 처치 <input type="checkbox"/> ② 검사 시행 <input type="checkbox"/> ③ 처방전 발행 <input type="checkbox"/> ④ 응급실 내원 권고 <input type="checkbox"/> ⑤ 진찰 및 상담 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타 () | | | | | | | |
| 2. 향후 계획 | | <input type="radio"/> 조치 완료 <input type="radio"/> 재방문 필요 <input type="radio"/> 입원 치료 권고 <input type="radio"/> 기타 () | | | | | | | |
| 5. 지역사회 연계 | | | | | | | | | |
| 1. 지역사회 연계 여부 | | <input type="radio"/> 연계 <input type="radio"/> 미연계 연계 시 해당 항목에 모두 체크 <input type="checkbox"/> ①보건소 <input type="checkbox"/> ②지방자치단체(사회복지과 등) <input type="checkbox"/> ③지역의료기관 <input type="radio"/> ④기타 () | | | | | | | |

주1) 진료시간: 방문진료를 위해 환자를 방문하여 실제 진료가 이루어진 시간으로 작성 (24시간 기준으로 시작 및 종료 시간)

주2) 이동거리: 편도 기준으로 이동 거리(km)를 정수로 입력

일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서 [의료[보건]기관용]

| | | | |
|--------|--|-----|--|
| 요양기호 | | 기관명 | |
| 작성자 성명 | | 연락처 | |
| 철회 사유 | | | |

본 시범기관은 위와 같은 사유로 일차의료 방문진료 수가 시범기관의 승인 철회를 요청합니다.

년 월 일

신 청 인(대표자, 기관장) (서명 또는 인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하