

2026.3. HIRA

Health Insurance Review & Assessment service

일차의료
방문진료 수가
시범사업 안내





목차

CHAPTER

01 시범사업 개요



사업개요
사업대상
서비스 제공절차

02 추진체계 및 운영



수행 주체별 역할

03 요양급여비용 산정 및 청구방법



요양급여비용 산정
산정지침
급여목록 및 상대가치
점수
청구방법
세부작성요령



목차

CHAPTER

04 시범사업자료제출시스템



점검서식작성
.....
본인부담 경감 대상 여부
.....

05 시범기관 준수 및 주의사항



시범기관 준수 및
주의사항
.....

06 별지서식·질의응답



참여 신청서
.....
참여 약정서
.....
개인정보 수집·이용·
제3자 제공 동의서
.....
질의응답
.....

01 02 03 04 05 06

Health Insurance Review & Assessment service

01 시범사업 개요



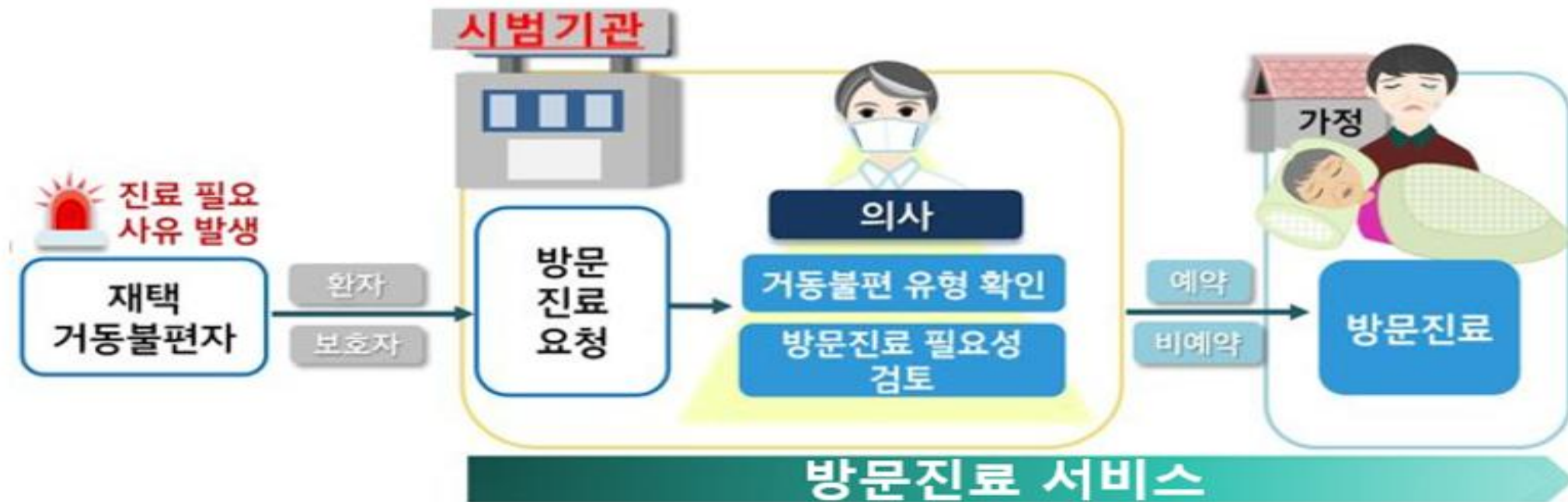


사업개요



의료기관에 내원하기 어려운 거동불편 재가 환자를 대상으로 의사가 직접 방문진료 서비스제공

* 진찰, 처방, 질환관리, 검사, 의뢰, 환자·보호자 교육상담 등 제공





사업대상



◆ 대상기관

○ 의사 1인 이상 있는 **의원** 중 시범사업 참여기관으로 등록된 기관

<예외적 허용>

- **지방의료원**: 장기요양 재택의료센터 시범사업(복지부 요양보험제도과 관장) 참여기관
- **보건소, 보건지소, 보건의료원, 병원**: 군 지역(광역시 내 군지역 포함) 또는 의료취약지 기관

※ 의료취약지 기준(다음 중 1개 이상을 충족하는 지역)

- 「공공보건의료에 관한 법률」에 따른 '응급의료분야 의료취약지 지정' 고시에 따른 의료취약지
- 「분만취약지 지원사업 안내」 지침 상 의료취약지 전체
- 「소득세법 시행규칙」 별표1.(의료취약지역)에 따른 의료취약지



◆ 대상자

보행이 곤란·불가능한 환자로
시범사업 참여에 동의한자





01 02 03 04 05 06

Health Insurance Review & Assessment service

02 추진체계 및 운영





보건복지부

- 주요 정책 결정 등
시범사업 추진 총괄
- 시범사업 참여
의료기관 공고
연2회(상·하반기)

심평원

- 시범사업 운영
- 수가 및 기준 개발
- 요양급여비용 심사
- 정보시스템 운영

시범기관

- 환자 자격확인
- 방문진료 제공
- 점검서식 제출
- 요양급여비용 청구

국민건강보험공단

- 자격확인시스템 관리
- 사후관리
- 요양급여비용 지급

01 02 03 04 05 06

Health Insurance Review & Assessment service

03 요양급여비용 산정 및 청구방법



요양급여비용 산정

급여의 범위

요양급여의 적용 및 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항에 의한 '요양급여의 적용기준 및 방법' (별표1)에 따르며, **비급여 대상은 제외함**

급여비용의 부담

[건강보험]

30%



[장기요양]
1·2등급 와상

15%



[요양비]
산소치료
인공호흡기

15%



[차상위]

1·2종

5%

[의료급여]

1·2종

5%

방문진료료

방문진료료 I

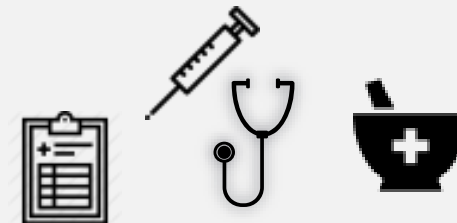
행위·약제·치료재료 등에
대한 비용을 포함



방문진료료 II

행위·약제·치료재료 등을
포함하지 않음

별도산정가능





산정지침

산정코드(가산 등)

분류번호	분류	산정코드	수가수준	상대가치점수 가산
방문 진료료	동일건물 연속 방문진료	세번째 자리 3	75%	
	동일세대 연속 방문진료	세번째 자리 4	50%	
	동반인력가산(간호사, 물리치료사, 작업치료사)	두번째 자리 1		350.69점
	1세 미만 소아	첫번째 자리 1		21.56점
	1세 이상 6세 미만 소아	첫번째 자리 6		8.88점
	의료접근성취약지(방문진료료 I)	첫번째 자리 R		275.56점
	의료접근성취약지(방문진료료 II)	첫번째 자리 R		191.70점
	의료접근성취약지 (방문진료료 I, 1세 미만 소아)	첫번째 자리 A		297.12점
	의료접근성취약지 (방문진료료 II, 1세 이상 6세 미만 소아)	첫번째 자리 B		284.44점

의사 1인당 산정횟수

월 60회까지 가능하며 단, 장기요양 재택의료센터 기관은 **1인당 월 140회까지** 가능함.



급여목록 및 상대가치점수

급여목록 및 상대가치점수

점수당 단가: '26년 의원 95.6원, 병원 83.8원, 보건기관 98.6원

분류번호	코드	분류	상대가치점수	금액(원)
방문 진료료	IA001	방문진료료 I [의원]	1,377.81	131,720
	IA003	방문진료료 I [병원급이상]	1,677.81	140,600
	IA005	방문진료료 I [보건소, 보건지소, 보건의료원]	1,335.90	131,720
	IA002	방문진료료 II [의원]	958.51	91,630
	IA004	방문진료료 II [병원급이상]	1,158.51	97,080



◆ 의원, 병원급이상, 보건의료원

일반내역 기재

- (요양급여일수) 요양급여를 받은 실 일수를 기재
- (총 내원일수) 방문진료를 받은 실 일수를 기재
 - * 동일 기관에서 동일 날 동일 환자에게 내원진료와 방문진료를 모두 실시한 경우, "0"으로 기재

상병내역 기재

- (면허번호) 주상병명에 대하여 방문진료 시행 의사의 면허종류, 면허번호 기재
- (내원일자) 방문진료를 실시한 일자를 기재



청구방법

◆ 의원, 병원급 이상, 보건의료원

진료내역 기재

- "01항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재
- **(면허번호)** 진료내역(줄단위)의 면허 종류, 면허번호란에 방문진료 시행 의사의 면허종류와 면허번호를 기재

특정내역 기재

구분	대상자	특정기호
1	일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자	S017
2	장기요양 1·2등급 와상환자	S048
3	요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자	S049

단, 연간 외래 진료 횟수가 365회를 초과하는 경우 특정내역 구분코드(MT002)란에

'F029'를 우선 기재 후 줄을 달리하여 해당하는 특정기호 'S017, S048, S049'를 기재함



◆ 보건소, 보건지소

일반내역 기재

- (내원횟수) 방문진료를 실시한 일수를 기재
 - * 동일 기관에서 동일 날 동일 환자에게 내원진료와 방문진료를 모두 실시한 경우, "0"으로 기재
- (투약일수) 방문진료의 경우 "0" 기재
- (물리치료일수) 방문진료의 경우 "0" 기재
- (진료과) 보건기관 '의과'에 해당하는 코드번호 "1" 기재

상병내역 기재

- (면허번호) 주상병명에 대하여 방문진료 시행 의사의 면허종류, 면허번호 기재



청구방법

◆ 보건소, 보건지소

진료내역 기재

- "08항 01목 처치 및 수술에 사용한 의약품" 란에 기재

특정내역 기재

구분	대상자	특정기호
1	일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자	S017
2	장기요양 1·2등급 와상환자	S048
3	요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자	S049

단, 연간 외래 진료 횟수가 365회를 초과하는 경우 특정내역 구분코드(MT002)란에

'F029'를 우선 기재 후 줄을 달리하여 해당하는 특정기호 'S017, S048, S049'를 기재함



세부작성요령

예시 ①

➤ 병원급 및 지방의료원*에서 방문진료를 시행한 경우

진료내역 기재

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA003	140,600	1	1	140,600	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분			줄번호		특정내역구분			특정내역	
1					MT002			S017	

* 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여기관



세부작성요령

예시 ②

➤ **보건의료원**에서 방문진료를 시행한 경우

진료내역 기재

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
08	01	1	IA005	131,720	1	1	131,720	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분			줄번호		특정내역구분			특정내역	
1					MT002			S017	



세부작성요령

예시 ③

- 연간 외래진료 횟수가 **365회를 초과하는 장기요양 1·2등급 와상환자에게** 방문진료 후 '방문진료료 I'을 청구하는 경우

특정내역 기재

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001	131,720	1	1	131,720	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분			줄번호		특정내역구분			특정내역	
1					MT002			F029	
1					MT002			S048	



세부작성요령

예시 ④

- **병원급 및 지방의료원*** 이 건강보험 **차상위(E)환자에게** 방문진료 후,
'방문진료료 I'을 청구하는 경우

본인일부부담금

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA003	140,600	1	1	140,600

공상등 구분	요양급여비용총액	청구액	본인일부부담금**
E	140,600	133,600	7,000

* 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여기관

** 요양급여비용총액2(140,600원)의 5%



세부작성요령

예시 ⑤

- 2차 의료급여기관이 의료급여 2종 환자에게 방문진료 후
‘방문진료료Ⅱ’와 별도 행위료를 청구하는 경우

본인일부부담금

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA004	97,080	1	1	97,080
04	01	1	KK059	450	1	1	450

의료급여종별구분코드	요양급여비용총액	청구액	본인일부부담금**
2	97,530	92,660	4,870

** 요양급여비용총액(97,530원)의 5%



세부작성요령

예시 ⑥

➤ 보건소 · 보건지소가 건강보험 환자 방문진료 후 '**방문진료료 I**'을 청구하는 경우

본인일부부담금

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
08	01	1	IA005	131,720	1	1	131,720

요양급여비용총액	청구액	본인일부부담금**
131,720	92,220	39,500

** 요양급여비용총액(131,720원)의 30%

01 02 03 04 05 06

Health Insurance Review & Assessment service

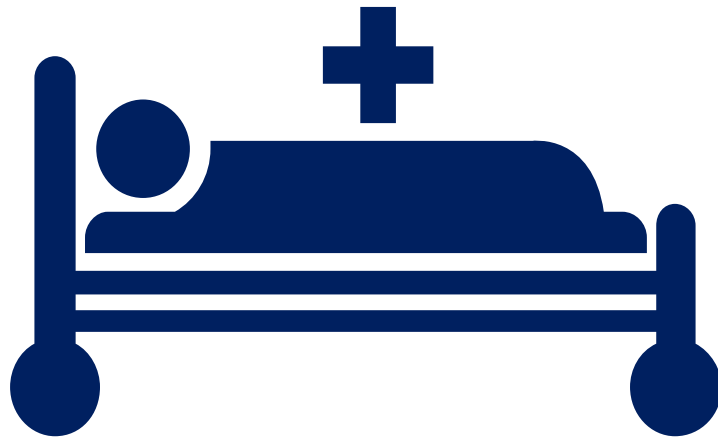
04 시범사업자료제출 시스템



점검서식 작성

1. 환자정보

1. 환자 정보	
1. 환자성명	2. 주민등록번호
3. 대상자 구분	<input type="checkbox"/> 장기요양 1·2등급 와상 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



◆ 방문진료 본인부담 경감대상 여부 확인

- 장기요양 1·2등급 와상 및 요양비 미해당 해당없음 체크
- 장기요양 1·2등급 대상자는 해당등급 및 와상여부 체크
- 요양비 급여 대상자는 산소치료 또는 인공호흡기 체크

➤ 장기요양등급 및 와상여부, 요양비는 중복체크 가능



점검서식 작성

2. 대상자 유형

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) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> ① 마비(하지·사지·편마비 등) <input type="checkbox"/> ② 수술 직후(한 달 이내) <input type="checkbox"/> ③ 말기질환(암, 사망선고 등) <input type="checkbox"/> ④ 의료기기 등 부착(산소치료, 인공호흡기 등) <input type="checkbox"/> ⑨ 기타() </div> <div> <input type="checkbox"/> ⑤ 신경계퇴행성 질환 <input type="checkbox"/> ⑥ 욕창 및 궤양 <input type="checkbox"/> ⑦ 정신과적 질환 <input type="checkbox"/> ⑧ 인지장애 </div> </div>
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()



◆ 환자 1인당 주 3회 산정 가능(2024년 11월 29일~)

◆ 단, 말기 암환자 등 집중 의료서비스가 필요한 경우는 예외사유를 기재하여 제출

** 주 3회 초과하여 산정할 수 있음

점검서식 작성

3. 방문진료 기본정보										
1. 방문진료유형	<input type="radio"/> 예약		<input type="radio"/> 비예약							
2. 방문진료의사명			3. 방문진료의사면허번호							
4. 방문진료실시일	년	월	일	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()									

◆ 동반인력체크, 해당인력이 없는 경우 '기타' 선택 후 입력

➤ **수가가산**
간호사, 물리치료사, 작업치료사





점검서식 작성



4. 진료정보

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. 가산수가	○ 유 ○ 무 (해당 항목에 모두 체크) <input type="checkbox"/> 동반인력 <input type="checkbox"/> 의료접근성취약지 <input type="checkbox"/> 1세 미만 <input type="checkbox"/> 1세 이상 6세 미만
3. 향후 계획	○ 조치 완료 ○ 재방문 필요 ○ 입원 치료 권고 ○ 기타 ()

5. 지역사회 연계

5. 지역사회 연계	
1. 지역사회 연계 여부	○ 연계 ○ 미연계 연계 시 해당 항목에 모두 체크 <input type="checkbox"/> ①보건소 <input type="checkbox"/> ②지방자치단체(사회복지과 등) <input type="checkbox"/> ③지역의료기관 ○ ④기타 ()

☆ 점검서식을 임시저장 후 최종제출 ☆

※ 최종제출한 점검서식을 수정 또는 삭제해야 할 경우

시범사업 자료제출 시스템 > 시범사업 서식관리 > 일차의료 방문진료 수가 시범사업 > 공지사항 > “「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 점검서식 재작성 요청 절차 변경 안내”를 참조하여 재작성 요청서를 작성하여 주시기 바랍니다



본인부담 경감 대상 여부

방문진료 본인부담 경감 대상 여부 확인

국민건강보험공단 요양기관정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr>)

> 자격확인 > 수진자 자격확인

자격확인 > 1110 수진자자격확인		▼ 알림받기
	시작일 :	종료일 :
해외감염병 대상자 정보	정보 제공 종료일 :	
	종별 : 조회한 대상자에 관한 정보가 없습니다.	
분만취약지 여부	N	
비대면진료 지원대상	비대면/A :	
	비대면/B :	
	비대면/D :	
	비대면/G :	
방문진료 본인부담 경감 대상 여부	방문진료/A : Y	
	방문진료/B : Y	
자립준비청년 의료비지원 대상	특정기호 :	
	시작일 :	종료일 :
본인확인 예외대상 (공단제공)	Y	

※ 방문진료 본인부담 경감 대상 중 인공호흡기 및 산소치료대상자는 '방문진료/A', 장기요양 와상환자는 '방문진료/B'에서 대상여부가 제공됩니다.



국민건강보험공단

01 02 03 04 05 06

Health Insurance Review & Assessment service

05 시범기관 준수 및 주의사항

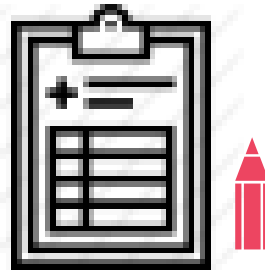


시험기관 준수 및 주의사항

준수사항



시험사업 및
요양급여 안내



개인정보 제공
동의서 작성 · 보관



자료제출 및 현황
신고 의무

☆ 주의사항 ☆

지침 등 관련 규정을 준수하지 않거나, 사업 신청 후 **최근 2년 동안**
방문진료 서비스 제공이 없는 기관에 대해서는 사전 안내 등을 거쳐
시험기관 지정이 취소될 수 있음

연구과제 참여 및
현지방문 협조 의무



01 02 03 04 05 06

Health Insurance Review & Assessment service

06 별지서식 · 질의응답





별지서식

참여 신청서

[별지 제1호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 신청서(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

신청인(대표자, 기관장)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

* <첨부> 시범사업 참여 약정서

참여 약정서

[별지 제2호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 약정서

일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 약정서

기관명 :

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 환자라 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

별지서식

동의서(환자용)

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

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

참여환자성명	주민등록번호	* 외국인인 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]

- 보건복지부는 지역사회 중심으로 환자의 필요에 적합한 방문진료 제공을 위해 2019년 12월부터 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」을 실시하고 있습니다.
- 본 사업은 시범기관에 소속된 의사가 가동이 불현하여 의료기관에 방문하기 어려운 환자를 대상으로 가장 방문하여 진찰, 투약, 교육, 상담 등을 제공하며, 이에 대해 환자는 요양급여 비용의 일부를 본인 부담하여야 합니다.
- 방문진료는 진료 의사의 판단에 의해 제공되며, 방문진료 제공이 필요하지 않은 상태인 경우나, 방문진료 불가능 지역, 위험이나 폭력 등이 있는 경우 등 방문진료 제공이 중단될 수 있습니다. 또한 시범기관의 진료 사정 등에 따라 방문진료가 추가적으로 이루어지지 않을 수 있습니다.
- 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 ☐ 마동의

다. 민감정보 수집·이용에 관한 동의

민감정보의 수집·이용 목적	일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 관리 및 관련 업무수행
수집하는 민감정보의 항목	장기요양등급자, 요양비급여대상자, 방문진료로 본인부담 여부, 가동불현유형, 방문진료 기본정보(방문진료 유형, 방문진료실시일, 진료소요시간, 방문진료 사유, 방문진료 시행 의사 및 동반인력), 진료정보(진료 및 조치 내용, 향후 계획), 지역사회 연계 여부
민감정보 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 제23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 마동의

라. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

개인정보를 제3자에게 제공하는 자	시범사업 참여 시범기관
개인정보를 제공받는 제3자	보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단
개인정보를 제공받는 제3자의 개인정보 수집·이용 목적	서비스 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집, 서비스 내용 심사 및 평가, 연구용역
제3자가 제공받는 개인정보의 항목	성명, 생년월일, 성별, 전화번호, 주소, 장기요양등급자, 요양비급여대상자, 방문진료로 본인부담 여부, 가동불현유형, 방문진료 기본정보(방문진료 유형, 방문진료실시일, 진료소요시간, 방문진료 사유, 방문진료 시행 의사 및 동반인력), 진료정보(진료 및 조치 내용, 향후 계획), 지역사회 연계 여부
제3자의 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 제17조, 제18조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 마동의

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(가동불현자) 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 ☐ 마동의

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.

법정대리인	성명	(성명 또는 인)	전화번호	
	생년월일		주소	

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

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

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

환자와의 관계
성명 (성명 또는 인)

년 월 일

일차의료 방문진료 수가 시범기관 OO 기관장 귀하



별지서식

점검서식

[별지 제4호 서식] 일차의료 방문진료 점검서식

(해당 항목에 표시 및 내용 기재)

1. 환자 정보	
1. 환자성명	2. 주민등록번호
3. 대상자 구분	4. 주소
5. 동일 건물 및 동일 세대 방문 여부	6. 방문진료유형
7. 방문진료사유	
8. 방문진료시간	
9. 진료 내용	
10. 진료 결과	
11. 진료 후 계획	
12. 진료 후 연락	

주1) 진료시간: 방문진료를 위해 환자를 방문하여 실제 진료가 이루어진 시간으로 작성 (24시간 기준으로 시작 및 종료 시간)
 주2) 이동거리: 환도 기준으로 이동 거리(km)를 정수로 입력

철회요청서

[별지 제5호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서(의료보건의관용)

일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서 (의료보건의관용)

요양기호	기관명
작성일자	연락처
철회 사유	

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

년 월 일

신청인(대표자, 기관장)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

시범사업 참여를 철회하고자 하는
 '일차의료 방문진료 수가 시범기관
 철회요청서'를 심평원 팩스로 제출





질의응답



Q.1

방문진료 시 원외 처방이 필요한 경우, 원외 처방전을 환자(보호자)에게 어떻게 제공하나요?



A. 원외 처방전 발급 관련 의료법령 등을 준수하시기 바랍니다.



Q.2

산정특례환자의 경우, 방문진료료 청구시 본인부담률이 어떻게 적용되나요?



A. 방문진료료 청구 시, 산정특례환자*인 경우, 특정기호 또는 본인 부담구분 코드에 따른 본인부담률이 적용되지 않습니다.

* 「본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준」 및 「의료급여수급자의 기준 및 일반기준」 별표1에서 정한 본인부담 경감 대상자



Q.3

연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 대상자의 외래 진료 본인부담 차등제 관련하여 방문진료료도 외래 진료횟수에 포함되나요?



A. 네, 방문진료 횟수도 외래 진료 횟수에 포함됩니다.





질의응답(보건소 및 보건지소)

CHAPTER



Q.1

방문진료를 시행한 경우
본인부담률 적용은 어떻게 하나요?



A. 건강보험 환자 30%, 건강보험 중증재택환자* 15%
차상위 본인부담경감자 및 의료급여 수급권자 5%

* (중증재택환자) 장기요양1,2등급 와상환자,
산소치료 및 인공호흡기 요양비 급여 대상자



Q.2

방문진료를 시행한 경우
진료과 기재는 어떻게 하나요?



A. 보건기관 진료과* '의과' (코드번호'1')를 기재합니다.

* 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및
작성요령」 별표5 참고



Q.3

방문진료 시 투약이 이루어진 경우
투약일수 기재는 어떻게 하나요?



A. 투약 여부나 원외처방전 발행 유무에 관계없이
투약일수는 "0"을 기재합니다.



질의응답(보건소 및 보건지소)

CHAPTER



Q.4

방문진료 시
물리치료를 시행한 경우
물리치료일수 기재는 어떻게 하나요?



A. 물리치료 시행 유무와 관계없이
물리치료일수는 “0”으로 기재합니다.



Q.5

시범사업에 참여 가능한
보건소 · 보건지소와 의사의 기준이
별로 있나요?



A. 방문진료가 가능한 의사가 1인 이상 있는 보건소,
보건지소인 경우 시범사업 참여가 가능합니다.
보건기관 ‘의과’만 참여가능



Q.6

의료급여 2종 장애인 환자
‘방문진료료’ 는 어떻게 청구하나요?



A. 의료급여 2종 장애인 환자의 의료급여비용
청구시에는 의료급여 종별코드를 ‘2’로
기재하여야 합니다.



감사합니다.

