

첩약 시범사업 참여 안내 및 개인정보 수집·이용, 제공 동의서(환자용)

환자성명

주민등록번호

전화번호

본인은 다음의 사항에 관해 설명을 듣고, 첩약 건강보험 시범사업 참여에 동의합니다.

첩약 건강보험 시범사업 안내

- 보건복지부는 보장성 강화를 위해 2020년 11월부터 「첩약 건강보험 시범사업」을 실시하고 있습니다.
- 본 사업은 안면신경마비, 뇌혈관질환후유증(65세이상), 월경통의 환자를 대상으로 첩약 서비스를 하나의 질환에 대하여 연간 10일분 급여 적용하며, 이때 환자는 첩약 시범사업 비용의 50%를 부담하게 됩니다.
- 동 기관에서 동일질환으로 10일을 초과하여 첩약을 처방받는 경우, 환자는 요양급여비용 전액을 본인이 부담하게 됩니다.
- 첩약은 진료를 담당한 한의사의 판단에 의해 제공되며, 해당 기관에서 첩약 건강보험 시범사업에 참여하였을 경우, 당해연도에 타기관에서는 첩약 시범사업에 참여 할 수 없습니다.
 - 또한, 첩약을 처방받은 본 기관이 대표자 변경 등으로 요양기호가 변경되는 경우, 급여적용일수가 남아있더라도 시범사업 대상에서 제외됩니다.
- 첩약을 처방받은 경우, 환자 본인의 이유(변심 등)를 불문하고 첩약을 수령하기 전에 취소하더라도 연간 첩약 시범사업 적용 횟수에 포함됩니다.
- 첩약을 처방받은 경우, 본인이 처방받은 첩약에 대한 정보를 제공받을 수 있습니다.

동의함 동의하지 않음

「첩약 건강보험 시범사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정해주시기 바랍니다.

가. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업

구분	내용
기관	시범기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원
사업명	첩약 건강보험 시범사업

나. 개인정보, 민감정보 및 고유식별정보의 수집·이용에 관한 동의

구분	내용	
수집·이용 목적	첩약 건강보험 시범사업 수행	
수집하는 개인정보의 범위 및 항목	개인정보	기본정보(성명, 생년월일, 성별, 전화번호, 주소)
	민감정보	상병명 등 시범사업 관련 진료정보(진료기록부·검사 결과 자료, 첩약 표준 진단체크리스트 내용 등), 건강보험 진료이력(건강보험 청구자료)
	고유식별정보	주민등록번호
	기타정보	보험계약에 관한 정보
개인정보 보유 및 이용기간	5년간	

- 첩약 시범사업 서비스를 위해 개인정보, 민감정보 및 고유식별정보를 수집하며 주민등록번호는 국민건강보험법 시행령 제81조에 의해 수집합니다.
- 상기 정보는 개인을 식별할 수 있는 정보를 삭제한 상태에서 사업 참여 통계분석 및 정책연구에 활용될 수 있습니다.
- 귀하의 상병명은 첩약 조제·당전을 위하여 공동이용당전실 또는 (한)약국으로 제공될 수 있습니다.
- 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

상기 내용을 확인하였으며, 본인은 「개인정보보호법」 제15조, 제23조 및 제24조, 제24조의2 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다.

동의함 동의하지 않음

다. 개인정보(진료정보 등 민감정보, 주민등록번호 등 고유식별정보 포함)의 제3자 제공에 관한 동의

구분	내용
개인정보를 제공받는자	보건복지부, 건강보험심사평가원, 위탁연구기관
개인정보를 제공받는자의 이용목적	사업 총괄 및 운영, 사업관리 및 평가, 서비스의 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집, 서비스내용 심사 및 평가, 위탁연구 등
제공하는 개인정보의 항목	기본정보(성명, 생년월일, 성별, 전화번호, 주소), 상병명 등 시범사업 관련 진료정보(진료기록부·검사 결과 자료, 첩약 표준 진단체크리스트 내용 등), 건강보험 진료이력(건강보험 청구자료), 주민등록번호, 보험계약에 관한 정보

개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간	5년간
---------------------------------	-----

- 칩약 시범사업 서비스를 위해 개인정보, 민감정보 및 고유식별정보를 수집하며 주민등록번호는 국민건강보험법 시행령 제81조에 의해 수집합니다.
- 상기 정보는 개인을 식별할 수 있는 정보를 삭제한 상태에서 사업 참여 통계분석 및 정책연구에 활용될 수 있습니다.
- 연구시 타 기관의 자료와 통합 분석이 필요한 경우, 보건복지부장관의 승인을 받아 타 기관에 제공될 수 있습니다.
- 귀하의 상병명은 칩약 조제.탕전을 위하여 공동이용탕전실 또는 (한)약국으로 제공될 수 있습니다.
- 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

상기 내용을 확인하였으며, 본인은 「개인정보보호법」 제17조, 제18조 규정에 3의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

동의함 동의하지 않음

라. 미성년자(만 14세 미만)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 등 동의 여부
 본인은 환자(성명:)의 법정대리인으로서 「개인정보보호법」 제22조에 따른 개인정보(진료정보 등 민감정보, 주민등록번호 등 고유식별정보 포함) 수집·이용·제3자 제공 등에 관하여 확인하였습니다.

법정대리인	성명		전화번호	
	생년월일		주소	

※ 미성년자(만 14세 미만)의 개인정보 동의 시 법정대리인은 가족관계증명서, 주민등록등본 제출

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)

칩약 건강보험 시범기관

한의원장 귀하