

“실천하는 안전경영, 지켜지는 평생건강”



국민건강보험공단



수신자 수신자 참조
(경유)

제목 코로나19 관련 의료기관 등 방역지원 사업 협조요청

1. 귀 협회의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 관련: 보건복지부 의료기관정책과-3850(2020.7.8.) ‘코로나19 관련 의료기관 등 방역지원사업 협조요청’
3. 정부는 코로나19 장기화 및 2차 유행에 대비하여 감염예방과 의료기관의 업무부담 경감을 위해 방역지원 사업을 추진합니다.
4. 이에 공단은 의료기관의 적극적인 사업 참여를 지원하기 위하여 아래와 같이 추진하고자 하오니 협조하여 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

- 가. 사업내용 : 의료기관 등 방역지원
- 나. 지원기간 : 2020. 8.14. ~ 12.14.(4개월)
- 다. 지원대상 : 병원급 의료기관, 지방의료원, 보건소 등
- 라. 지원업무 : 발열체크, 환자안내 및 방역지원 등(방역인력은 공단에서 채용)
- 마. 요청사항 : 2020. 7.17.(금) 18:00 까지, <붙임>의 별지 제1호, 제2호 신청서를 국민건강보험공단 본부(의료기관지원실) 이메일 또는 팩스로 제출토록 안내

※ 게시 : 공단 홈페이지 요양기관정보마당 / 공지사항 892번 / 공단 이메일 및 팩스 안내

붙임 의료기관 등 방역지원 사업 내용 안내 1부. 끝.

국민건강보험공단 이사장



수신자 대한의사협회장, 대한병원협회장, 대한치과의사협회장, 대한한외사협회장, 대한요양병원협회장

과장

남 사회

팀장

송영준

부장

채복순

실장

전결 7/14

김문수

협조자

시행 조사지원부-2976

(2020.7.14.) 접수

()

우 26464 강원도 원주시 혁신로 199, 13층(반곡동, 한국광물자원공사)

/ <http://www.nhis.or.kr>

전화 033-736-4417

전송 033-749-6395

/ naruss@nhis.or.kr

/ 비공개(5)

코로나19 관련 의료기관 등 방역지원 사업 내용 안내

□ 개요

- (목적) 코로나19 장기화 및 동절기 재 유행에 대비 감염예방, 의료기관 등 업무부담 경감을 위해 방역 인력 지원

□ 사업 내용

- (사업 내용) 방역인력을 공단에서 채용하여 사업 참여 의료기관 등에 배치, 의료기관 출입 민원 발열체크, 환자 안내 및 방역지원

□ 사업 대상 및 기간

- (대상) 병원급 의료기관(지방의료원 포함) 및 보건소
- (기간) 2020. 8.14. ~ 12.14.(4개월)

□ 사업 참여 방법

- (신청방법) 사업 참여 희망 의료기관은 별지 제1호 서식 「의료기관 방역지원 사업 참여 신청서」 및 별지 제2호 서식 「의료기관 방역지원 인력 운영계획서」를 작성하여 국민건강보험공단(본부)으로 제출

지 역	접 수 처(본부)	
	이메일	팩 스
대전, 충청, 호남, 제주	00B2010@nhis.or.kr	033 - 749 - 6395
서울, 강원, 대구, 경북	00B2020@nhis.or.kr	033 - 749 - 6396
인천, 경기	00B2050@nhis.or.kr	033 - 749 - 6397
부산, 경남	00B2030@nhis.or.kr	033 - 749 - 9632

- (신청기간) '20.7.14. ~ 17. 18:00까지(이후 추가신청 불가함)

□ 기타 사항

- (문의처) 국민건강보험공단 본부(의료기관지원실) 및 각 지역본부(의료기관지원부)

본부	전 화 번 호		
	033-736-4411~4, 4416~7, 4491, 4487, 4453		
지역본부	전 화 번 호	지역본부	전 화 번 호
대전, 충청	044-251-7411	호남, 제주	062 - 250 - 0210
서울, 강원	02-2126-8952	대구, 경북	053 - 650 - 8511
인천, 경기	031-230-7909	부산, 경남	051 - 801 - 0611

의료기관 방역지원 사업 참여 신청서

요양기관명		요양기관기호		요양기관 종별	
소재지				의료 취약지	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
설립구분	<input type="checkbox"/> 국립 <input type="checkbox"/> 공립 <input type="checkbox"/> 학교법인 <input type="checkbox"/> 의료법인 <input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 기타				
전화번호			팩스번호		
일반특성	병상 수	구분	허가병상 수	운영병상 수	
		전체			
		일반			

위 요양기관은 의료기관 방역지원 사업의 내용 및 기관 준수사항을 숙지하였으며, 사업 운영지침에 따라 사업 참여를 신청합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

작성자	성명 :	전화번호 :	작성일자	
	소속부서 :	직책 :		

구비서류 • 의료기관 방역지원 인력 운영계획서 [별지 제2호 서식]

※ 의료기관 등에 파견된 방역지원 인력은 민원인 발열체크, 환자 분류 및 안내, 방역지원의 업무만을 수행할 수 있습니다.

※ 사업 참여 의료기관은 매월 방역지원인력의 출퇴근 기록부 및 업무 활동 보고서 제출 시 확인(직인) 해주어야 합니다.

의료기관 방역지원 인력 운영계획서			
요양기관명		요양기관기호	
소재지		요양기관종별	

○ 방역지원 인력 업무 내용

<input type="checkbox"/> 발열체크	<input type="checkbox"/> 환자 안내	<input type="checkbox"/> 환자 분류	<input type="checkbox"/> 방역지원
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

※ 해당하는 업무 내용 복수선택 가능합니다.

○ 업무 수행 형태

<input type="checkbox"/> 방역지원 인력 단독	<input type="checkbox"/> 병원 직원과 병행	<input type="checkbox"/> 혼합(단독+병행)
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

○ 교육 실시 계획

<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 기타
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

※ 방역지원 사업 참여 중 필요한 경우 교육을 실시할 수 있는 경우에는 기타항목에 체크합니다.

○ 방역지원 인력 근무 확인 담당부서

<input type="checkbox"/> 원무과	<input type="checkbox"/> 기획팀	<input type="checkbox"/> 기타()
------------------------------	------------------------------	--------------------------------

의료기관 방역지원 인력 운영계획서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

작성자 성명		전화번호	
작성자 소속 부서		팩스번호	