

의정부을지대학교병원

수신자 : 협진 병·의원장

(경 유)

제목 : 보건복지부 진료 의뢰-회송 시범사업 안내 및 참여 확인건

1. 귀 원의 무궁한 발전을 기원합니다

2. 의정부을지대학교병원에서는 의료 전달 체계의 확립 및 의료 자원의 효율적인 활용을 위하여 진료협력센터를 중심으로 협력 병·의원과의 원활한 의뢰 및 회송이 이루어 질 수 있도록 하고 있습니다

3. 보건복지부의 「진료 의뢰- 회송 시범 사업」 추진 계획에 따라 의정부을지대학교 병원에서도 진료 의뢰-회송 시범사업을 신청하고자 하며(보건복지부 공고 제 2021-28호, 협력기관 간 진료의뢰 회송 시범사업 지침-2020.11 참고) 참여 의사를 확인하고자 하오니 참여 여부를 회신하여 주시기 바랍니다

붙임- 1) 의정부을지대학교병원과의 “진료의뢰회송 시범사업” 신청안내

2) 협력병원 진료-의뢰 회송 시범 사업 참여 신청서 끝

의 정부 을 지 대 학 교 병 원 (직인생략)

담당 팀장 정준희

시행 의을진료협력 2021 -

우 11759 경기도 의정부시 동일로 712(금오동)

전화 (031)951-2000, 2001, 2002

팩스 (031) 951-2010

의정부율지대학교병원과의 “진료의뢰회송 시범사업” 신청안내

1. 개 요 : 종합병원과 협력병·의원 간 체계적인 의뢰·회송에 대한 수가 지원
2. 목 적 : 의료기관 종별 기능 재정립 및 의뢰·회송 체계를 개선하기 위함
3. 대상 기관
: 의정부율지대학교병원과의 시범사업에 참여하기로 신청한 협력병·의원
(단, 서울·경기·인천 지역 기관으로 한정)
4. 「보건복지부 · 건강보험심사평가원」 의뢰 지침
: 1단계 진료기관에서 종합병원으로 아래와 같이 의뢰 시 의뢰환자관리료 산정

- (1) 종합병원과 '진료의뢰-회송 시범사업 참여 신청
- (2) 건강보험심사평가원의 진료의뢰·회송 중계시스템을 통해 환자 의뢰

- * 의뢰환자관리료 : 협력기관 간 진료의뢰 회송 시범사업 지침-2020.11 참고
- * 추후 심평원에서 세부 지침 확정 시, 신청 기관 대상 공지 예정

이에, 의정부율지대학교병원과 함께 진료의뢰-회송 시범사업에 참여하고자 하는 기관에서는 다음과 같이 회신해주시기 바랍니다.

- (1) 회신 내용 : 시범사업 참여 신청서 <별첨>
- (2) 신청 기간 : 2021년 6월 15일까지

- * 시범사업 선정 심사결과 발표 및 시범사업 참여 시작일자
보건복지부에서 추후 발표 예정

- (3) 회신 방법 : 참여신청서(별첨) 작성하여 이메일 또는 팩스로 발송 후 확인 바랍니다.
 메 일 : uerc@eulji.ac.kr
 팩 스 : 031-951-2010

- * 문 의 : 의정부율지대학교병원 진료협력센터 (☎ 031-951-2001)

의정부을지대학교병원과의 "진료 의뢰회송 시범 사업" 참여 신청서

(1) 신청기관 정보

기관 정보	의료기관명			요양기관번호			
	소재지주소						
	전화 번호			팩 스 번 호			
	진료의뢰·회송 담 당	담당부서		연락처	전 화		
					이메일		
		담 당 자			핸드폰		
			팩 스				

(2) 참여 신청

본 기관은 의정부을지대학교병원의 진료협력의료기관으로서
'진료 의뢰·회송 시범사업'에 참여하고자 합니다

신청일자:

의료기관명:

대표자:

서명

