

한양대학교구리병원 협력 병·의원 협약 체결 신청서

◎ 일반적 사항

의료기관명		요양기관번호		
성 명		생년월일		남 여
면허번호		병상수		
출신교		졸업년도		
진료과목		수련병원		
핸드폰 번호		E-mail		
차량 번호		본원 차량등록에 동의합니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음		
주 소				
대표전화		FAX		
전자의뢰 시스템	☐ 심평원 중계시스템(e-form system) ☐ 이용 안함			
홈페이지 주소 (선택 항목)				
행정책임자	성명:	직위:	연락처:	
	E-mail:			
회송(전원) 담당자	성명:	직위:	연락처:	
	E-mail :		☐ 행정책임자와 동일	
※ 본 의원은 한양대학교구리병원과의 협력 병·의원 협약을 신청합니다. ※ 본원과 협약 후 원장명, 기관명, 기관기호 변경 시 재협약 해주기 바랍니다.				
20 년 월 일				
신청인 : (서명)				
 한양대학교구리병원 HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL				

※ 보내실 곳 : 진료협력팀 담당자 / 전화 : 031-560-2682, 팩스: 031-560-2151, 이메일 : grefer@hyumc.com
※ 협력체결 신청 시 '협력병의원 조사표'를 작성하여 신청서와 같이 송부하여 주시기 바랍니다.

한양대학교구리병원 협력 병·의원 조사표

◎ 의료진 현황(진료과, 세부전공 필수항목, 그 외 선택항목)

진료과	성명	세부전공	의사 면허번호	출신학교	연락처	비고

◎ 의료장비 및 시설현황

1. 검사 및 장비 보유 (해당 항목 기재)

검사/장비	보유여부	수량	검사/장비	보유여부	수량
혈액검사	☐		EEG	☐	
소변검사	☐		portable O2	☐	
X-ray	☐		portable suction	☐	
CT	☐		위내시경 ☐ biopsy	☐	
MRI	☐		대장내시경 ☐ biopsy	☐	
EKG	☐		Infusion pump	☐	
wall O2	☐		Patient monitoring	☐	
wall suction	☐		Bone scan	☐	
골밀도 검사기(BMD)	☐		mammography	☐	
청력검사	☐		mammotome	☐	
고실검사	☐		Biopsy ☐ 피부 ☐ 갑상선 ☐ 기타 ()	☐	
안압측정 ☐ 골드만	☐		초음파 ☐ 복부 ☐ 얼굴 ☐ 유방 ☐ 갑상선 ☐ 기타 ()	☐	
피부 냉동치료	☐		레이저치료	☐	
광선치료	☐		원형탈모 ILI	☐	
고실 내 스테로이드 주입술	☐		기타()	☐	

2. 치료시설 (해당 항목 기재)

설치시설	보유여부	병상수	현황	비고
입원실				
격리치료실				
집중치료실				
인공신장실				
물리치료실				

3. 특이사항(해당 항목에 표시)

진료 가능한 보험유형	☐ 산재 ☐ 자동차 보험 ☐ 의료급여 ☐ 보훈위탁기관
예방접종	☐ 독감 ☐ 폐렴구균 ☐ A형 간염 ☐ B형 간염 ☐ 대상포진 ☐ 백일해(T-dap) ☐ 기타 ()
재활 치료	☐ 운동치료 ☐ 작업치료 ☐ 연하치료 ☐ 언어치료 ☐ 인지치료 ☐ 호흡재활 ☐ 심장재활 ☐ 소아재활 ☐ 수술 후 재활 ☐ CPM ☐ 도수치료 ☐ 물리치료
투석	☐ 복막투석 ☐ 혈액투석 ☐ B형 간염 투석 ☐ C형 간염 투석
상처관리	☐ 욕창 ☐ Debridment ☐ 큐라백, 큐라시스 ☐ DM foot 관리 ☐ 화상치료 ☐ 수술부위 드레싱 ☐ 수술 봉합 제거 * 상처관리 가능 부위 ☐ 모두 가능 ☐ 얼굴, 피부 ☐ 귀 ☐ 갑상선 절제술 ☐ 팔, 다리, 몸 ☐ 기타 () * 상처관리 가능 연령대 : ☐ 모두 가능 ☐ 성인 ☐ 소아
환자 관리	☐ 치매환자 ☐ 섬망환자 ☐ 알코올 치료 환자 ☐ 와상 환자 ☐ 암면역치료 ☐ 휠체어 보행 환자 ☐ 연명의료중단 환자 ☐ Post OP care
시설	☐ 건물 내 엘리베이터(E/V) 보유 ☐ E/V(휠체어만 가능) ☐ E/V(침상 가능)
주말 입원	☐ 토 ☐ 일 ☐ 공휴일 ☐ 무
앰불런스	☐ 자체 보유 ☐ 사설연결 ☐ 통원 암환자 차량 지원
면회	☐ 상시 ☐ 예약 주중 ()회, 주말 (☐ 토 / ☐ 일)
전원 상담	☐ 보호자 ☐ 전원담당자 간 ☐ 환자 방문 ☐ 보호자 대리진료
기타	※상기 항목 외 귀하의 특징점이 있으시다면 기재해 주시기 바랍니다.

개인정보 수집·이용 동의에 대한 안내

1. 개인정보의 수집·이용 목적

- 진료협력체계 강화를 위한 기초 자료로 ‘협력 병·의원 조사표’ 정기적 수집
- 협력 병·의원 체결을 위한 기초 자료 및 원활한 의사소통 경로 확보
- 진료의뢰, 환자조회 및 회원 서비스 이용에 따른 본인 확인 절차
- 병원에서 행하는 각종 행사 소식 및 간행물 제공

2. 수집하려는 개인정보의 항목

[필수항목]

- 병원장 인적사항 : 병원장명, 생년월일, 성별, 의사면허번호, 출신교, 졸업년도, 진료과목, 수련병원, 휴대전화번호, 이메일, 차량번호
- 행정책임자, 전원 담당자 정보 : 성명, 직위, 휴대전화번호, 이메일
- 의료진 현황(진료과, 성명, 세부전공, 면허번호, 출신교, 휴대전화번호)
- 의료장비 및 시설현황(검사 및 장비 보유, 치료시설, 특이사항)

[선택항목]

- 병원 홈페이지 URL

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

- 오프라인 체결 정보 : 협력체결 종료 시 까지
- 온라인 체결 정보 : 협력체결 완료 시 까지, 담당자 완료 처리 후 즉시 삭제

■ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 이용이 제한됩니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

20 년 월 일

신청인 :

(서명)

[진료의뢰 - 회송 수가 적용 시범 사업] 협력 기관 참여 동의서

의료기관명	
요양기호	
대표원장명	
주 소	(우편번호)
진료협력 관련	⇒ 담당부서명 : _____ ⇒ 담당부서 인력 현황 : _____ 명 ⇒ 담당자명 / 직책 : _____ / _____ ⇒ 연락처 (전화) _____ - _____ (팩스) _____ - _____ (메일) _____ @ _____

진료의뢰 - 회송 수가 적용 시범 사업에 한양대학교구리병원과 함께 참여하는 것에 동의합니다.
 시범사업 참여에 따른 상기의 개인정보제공에 동의합니다.

신청일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

담당자 : _____ (서명)

진료협력센터(HGRC)
 TEL 031-560-2682
 FAX 031-560-2151

한양대학교구리병원

수신처: 협력병의원장, 행정부장, 진료의뢰 담당부서, 회송(전원) 담당부서(경유)

제 목: '진료의뢰 - 회송 시범 사업' 신청 안내

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 한양대학교구리병원은 바람직한 의료전달체계 활성화를 위해 2016년부터 진료협력센터를 운영해 오면서 의료기관 간 진료의뢰 활성화를 위한 다각적인 노력을 기울여 오고 있습니다.
3. 보건복지부는 대형병원 쏠림 현상 등 비효율적인 의료전달체계의 재정립을 위해 전국 13개 상급종합병원을 대상으로 2016년 5월부터 1년간 **1차 년도 '진료의뢰-회송 수가 적용 시범사업'**을 시행하였고, 그 결과 시범 사업 전후 회송율이 증가되어 사업의 효과가 있다고 판단, 2차로 **지역사회 인프라가 구축된 종합병원까지 확대사업**을 실시하고 있습니다.
4. 이에 본원은 '**진료의뢰-회송 시범사업**'에 **참여**하여 지역사회 협력기관과의 바람직한 의료전달체계를 확립하는데 기여하고자 하오니, 함께 참여를 원하시는 협력 병·의원에서는 아래의 내용을 참고하시어 신청하여 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

- 가. 참여 신청: '진료의뢰-회송 시범 사업' 협력기관 참여 동의서
- 나. 접수 기간: 시범사업 운영기간 중 상시
- 다. 접수 방법: **첨부한 '진료의뢰-회송시범사업' 협력기관 참여 동의서를 작성하신 후 팩스(031-560-2151)로 보내주세요.**
- 라. 문의 전화: 031-560-2682 (진료협력센터)

붙임: 1. 협력기관간 진료의뢰-회송수가적용시범사업 설명 요약본 및 동의서
각 1부. 끝.

한양대학교구리병원장

협력기관 간 ‘진료의뢰 - 회송 시범 사업’ 설명 요약본

□ 개요

- 배경: 의료쇼핑, 대형병원 쏠림 현상 등 비효율적인 의료전달체계 문제 해소 및 의료기관별 기능 정립과 진료의뢰-회송 내실화 필요성 대두
- 대상: 보건복지부 장관이 지정한 종합병원(2단계)과 **협력기관으로 지정된 협력 병·의원(1단계)**
“첨부한 [협력기관 참여 동의서] 작성 필수”

□ 사업 내용

- 의뢰를 담당하는 시범기관(1단계)과 회송을 담당하는 시범기관(2단계) 간 구축된 협력진료체계를 활용하여 연속성 있는 의료서비스가 이루어질 수 있도록 내실있는 진료정보 제공과 함께 이루어진 진료 의뢰·회송에 대하여 건강보험 수가 적용

□ 의뢰·회송 협력진료 모형



□ 진료의뢰 및 회송 절차

- 의뢰 절차: 의뢰가 반드시 필요한 환자에 대하여 충분한 진료정보를 포함하여 의료기관 간 직접 의뢰
- 회송 절차: 긴급한 진료가 종료된 환자는 신속히 회송(전원)하며, 진료 연계를 위한 충분한 진료정보교류

□ 대상 환자

- 적절한 요양 급여를 위하여 요양 급여 또는 회송을 필요로 하는 환자

□ 시범사업 기간

- '25. 1. 1.부터 '27. 12. 31. 까지
- ※ 사업성과에 따라 필요시 단축 또는 연장

한양대학교구리병원 협력 병·의원 협약 체결 절차

▶ **협약 체결 목적** : 의뢰 환자의 편의를 높이고, 증상의 경중에 따라 적절한 의료서비스를 제공할 수 있는 효과적인 협진 체계 구축을 위해 다양한 협력 병·의원과 협력을 체결하고 협력 의사 회원 서비스를 제공하고 있습니다.

▶ 협력 내용

- 상호 환자 의뢰 및 실시간 진료 정보 공유(환자의 동의가 있는 경우)
- 의학적 지식 및 기술 상호 협력
- 협력병원 지정 표시(협약서 증정 및 현판 게시 등)

▶ 협력병원 지원 내용

- 본원 홈페이지에 “협력 병·의원” 소개 및 홍보
- 직원 본인 및 가족 (배우자, 자녀, 본인 부모 및 배우자의 부모) 의료비 감면
 - ※ 외래·입원 : 비급여 본인 부담의 최대 20% 이내
 - 치과 (비보험 일부 항목 별도 감액을 적용)
 - (단, 주사약, 위생재료대, 혈액대, 귀빈실 및 1인실 병실료와 식대 제외)
- 무료 주차 서비스 : 협력 병·의원 대표 차량번호 등록 시 무료 주차(정기권 등록)
- 본원에서 주관하는 학회 및 연수강좌 지원

▶ 병·의원 협약 체결 절차

