

114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫【主責醫院】申請書

基本資料	醫院名稱		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			

主責醫院資格審查表

序號	審查項目	勾選	佐證資料
1	院級專責 ERAS 編制單位(委員會、工作小組、中心…等)且該單位主管為醫師		
2	積極參與 ERAS 學會實務推廣(如合辦工作坊)		
3	除醫學中心及區域醫院外，亦須輔導地區醫院執行 ERAS		
4	是否曾經擔任所屬分區醫院總額風險調整移撥款辦理 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院(請說明擔任年度)		
5	113 年度院內執行 ERAS 照護案件數		

註：團隊負責人需為醫師身分。

院長：

(核章)

本院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務，並擔任本案各分區業務組主責醫院。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

注意事項

- (1) 主責醫院必要條件為有院級專責 ERAS 編制單位(委員會、工作小組、中心…等)且該單位主管為醫師，積極參與 ERAS 學會實務推廣(如合辦工作坊)，且除醫學中心及區域醫院外，亦須輔導地區醫院執行 ERAS。
- (2) 主責醫院資格申請須檢附相關文件，經 ERAS 學會初審同意後，向保險人分區業務組申請核定，本計畫第一年優先以 113 年醫院總額風險調整移撥款辦理 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院，分配擔任本案各分區業務組主責醫院。
- (3) 此文件核章紙本請併申請文件寄送至健保署各分區業務組；申請表電子檔案同時寄送至 ERAS 學會(Email:twerasconference2020@gmail.com)