

101年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案執行成果報告

保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	( )
	診所代號		負責醫師姓名	
	郵遞區號		聯絡地址	
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(區) _____村	執業型態	<input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療

申請服務內容	計畫執行期間:自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																				
	申請項目：																				
	1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成																				
	2. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成：																				
	巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村

執行成果	申報經費概算：					
	項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註
	醫師診察費			平日:4,500 假日:5,500		
	配合巡迴護士			平日:1,200 假日:1,700		
	合計					

執行成果	成果評估：							
	實施總診次	實施總人次	經費總點數	平均每診次點數	平均每人次點數	平均每診次服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例

對本方案之建議：