

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 附件10-1

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱		聯絡電話	()																	
	診所/醫院代號		負責醫師姓名																		
	郵遞區號		聯絡地址																		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：																
申請服務內容	申請項目：																				
	1.醫事人員 巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	2.巡迴服務時間(請填寫時數)：共 小時/週																				
	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
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)
	1.計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																				
2.申報經費概算：																					
項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價												總金額	備註					
醫師報酬			平日:第一級3,500、第二級4,500、第三級7,500；假日:第一級4,500、第二級5,500、第三級8,500																		
護理人員報酬			平日:1,200、假日:1,700																		
藥事人員報酬			平日:1,200、假日:1,700																		
合計																					
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(總平均)	平均每巡迴點服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例													
對本方案之建議：																					

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫執行報告封面

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(市/區) 村(里)			分級：	

申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時/週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午時間							
	下午時間							
	晚上時間							

執行成果	申報經費概算：		
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數

執行成果	成果評估：						
	醫師人數	醫師科別	實施總診次	實施總人次	平均每診次服務人次	平均每週診次	平均每週時數

對本方案之建議：

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

- (一)候診時間滿意度百分比。
- (二)醫療效果滿意度百分比。
- (三)醫療設備滿意度百分比。
- (四)醫師服務態度滿意度百分比。
- (五)語言溝通能力滿意度百分比。
- (六)門診時段滿意度百分比。
- (七)就診路程花費時間百分比。
- (八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

- (一)交通流線及道路狀況。
- (二)當地居民的就醫行為及人文背景。
- (三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。
- (四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷體14號字型，橫式書寫。