

100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區 改善方案

一、依據：

行政院衛生署 99 年 12 月 24 日衛署健保字第 0992600354 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會 100 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 163 次會議紀錄。

二、目的：

鼓勵醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。

三、施行區域：

本方案施行地區，詳附件 1。

四、施行期間：100 年 1 月 1 日起至 100 年 12 月 31 日止。

五、預算來源：

100 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配之「醫院支援西醫基層總額醫療資源缺乏地區之方案」專款項目下支應。

六、執行方式：

鼓勵地區級以上醫院至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，包括：專科巡迴、提供行動不便或獨居老人到宅醫療或疾病個案管理服務。本年度以 50,000 總服務人次及 5,000 總服務時數為目標。

七、申請條件：

(一)、申請本方案巡迴醫療服務之醫院及醫師經當地衛生局報備核准，於同一健保分區內得跨鄉鎮、跨縣市(區)，不得跨健保分區執行本方案。若總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。

(二)、每個巡迴點至多每天 1 次、每週 2 次診療，醫師每次巡迴每個巡迴點至

少 1 小時、每天至多 3 個巡迴點。

- (三)、門診天數、時段、地點，則依執行本方案之醫院申請計畫書所列時間表為依據。門診時間若為行政院人事行政局公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。
- (四)、醫院及醫師參與本方案資格：申請參與本方案提供服務之成員須最近 2 年未曾涉及有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第 36 至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。
- (五)、依本方案提供巡迴醫療服務後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有特管辦法第 36 至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），應於次月起即停止本項巡迴醫療服務。
- (六)本方案巡迴醫療執行地點，若屬行政院衛生署公告所稱屬於藥事法第一〇二條所稱無藥事人員執業之偏遠地區，醫師得以親自調劑併申報藥品調劑費；其他非屬無藥事人員執業之偏遠地區，則以開立處方箋方式辦理調劑事宜為宜。

八、申請程序：

(一)、申請流程：

- 1、由全民健康保險保險人（以下稱本保險人）分區業務組所轄醫院提出計畫書並經本保險人分區業務組核定後即執行本方案，申請流程詳附件 2。
- 2、逾期申請者，本保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及核定。

(二)、申請所需檢附文件：

- 1、申請表：「100 年度醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請表格」（詳附件 3）。
- 2、計畫書書面資料及檔案，計畫書內容如下：
 - (1) 封面：至少包含計畫名稱（包含計畫執行地區附村名）、計畫執行單位、計畫執行期間。

(2) 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。

(3) 計畫本文至少應包括：

a.前言：請敘述本計畫產生之背景，包括計畫執行地區居民健康狀況等。

b.目的：請分點具體列述本計畫所要達成目標。

c.執行地區現況分析：

▪人口分布：請詳述計畫執行地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數。

▪地理環境概況及交通情形：簡要敘述計畫執行地區之地理環境概況（檢附巡迴地點地址及簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、及巡迴醫療地點最鄰近醫療院所名稱、車程與里程。

▪醫療需求情形：目前當地醫療服務使用狀況、醫療需求，以及計畫提供醫療服務內容。醫院應配合當地村內活動，定期辦理健康講座或宣導活動。

d.執行本計畫醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員。

e. 執行本計畫經費評估：依支付標準之項目及點數預估。

f.明訂評估本計畫之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查。

g.預定醫療門診時間表，門診時間表請勿隨意更動。

3、需檢附參與本計畫醫護人員之執業執照清晰正反面影本。

(三)、原計畫異動：

原計畫醫護人員或巡迴時間、地點、時段異動：應以書面函及門診時段異動表(附件 4)、巡迴地點異動表(附件 5)，於前月二十五日前向所屬衛生局報備後持衛生局同意函向本保險人分區業務組核備，並應事先周知當地民眾。

(四)、執行巡迴醫療服務之醫院，應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海

報及看診日期、時間，揭示於巡迴點之明顯處。

九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)、本方案醫療費用申報方式及支付標準：

- 1、提供巡迴點之醫療服務案件分類 D4，特定治療項目 G5 案件診察費按申報點數加 1 成支付。醫師執行本方案產生之醫療費用、診察費加成、巡迴醫療服務醫師及護理人員之報酬由本方案預算支應，每點支付金額以每點 1 元暫結。
- 2、巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 1 次。一般日(含夜診)每次支付 4,500 點(支付標準代碼為「P2005C」)，例假日每次支付 5,500 點(支付標準代碼為「P2006C」)。配合醫師進行巡迴醫療護理人員報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 2 次。一般日(含夜診)每次支付 1,200 點(支付標準代碼為「P2007C」)，例假日每次支付 1,700 點(支付標準代碼為「P2008C」)，每點支付金額以每點 1 元暫結。執行巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(詳附件 6)，並於次月 20 日前將書面資料報請本保險人分區業務組。
- 3、申請巡迴醫療服務方案之醫院及醫師(含專任醫師與支援醫師)，進行巡迴醫療服務時段：每位醫師每天以 1 次為原則；每週至多 2 次。同一醫師同一看診地點以每週看診 1 次為原則，又同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，則宜固定同一位醫師。配合醫師進行巡迴醫療護理人員服務時段：每天至多 2 次。
- 4、執行本方案巡迴醫療服務時間：每天 8:00~22:00，每 1 時段 3 小時；每一巡迴點，每天至多 1 時段。

(二)、點值支付方式：本方案經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於 1 元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於 1 元。

(三)、執行本方案部分負擔收取方式，統一比照西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案之基層院所辦理巡迴醫療服務收取部分負擔 50 元。

- (四)、有關醫療服務支付項目及點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。執行本方案之醫院醫療費用之申報，依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)。另如明顯可歸責於醫院申報案件分類錯誤，導致支付點數錯誤時，院所需自行負責。
- (五)、醫院申報本方案之醫療服務點數(醫令)清單之案件分類為「D 4」(資源不足地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)請填「巡迴醫療：G 5」。若是類案件同時為特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號：E3~E7、E9或N、C、R時，案件分類請填「E1」、特定治療項目代號(二)填「巡迴醫療：G 5」、特定治療項目代號(一)填特定疾病醫療給付改善試辦計畫之特定治療項目代號：E3~E7、E9或N、C、R。部分負擔代碼：醫學中心[A13]、區域醫院[B13]、地區醫院[C13]。
- (六)、本方案須配合健保 IC 卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳 IC 卡，若巡迴點無法連線者經本保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具 14 日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保 IC 卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」(以下簡稱例外就醫名冊，如附件 7)後同意以健保身分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」申報。執行醫院應將「例外就醫名冊」之電子檔或書面資料檢送本保險人分區業務組辦理後續查保作業。巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業相關規定如下：
- 1、使用具電池的連線型讀卡機，外出前可先於院內進行開機認證後，再攜帶外出使用。
 - 2、除醫院日常使用的連接健保醫療網線路外，另外申請一組連接「健保醫療網」的撥接帳號，攜帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單機獨立型讀卡機，赴外地時就近商借電話線路連線，以撥接方式進行開機認證。
 - 3、若上述計畫均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序

號異常代碼” F000”申報。

- 4、無法持健保 IC 卡刷卡之案件，應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。

(七)、考核作業要點

- 1、由執行醫院於 100 年 8 月 1 日填報考核項目(附件 8)寄至本保險人分區業務組，本保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。

- 2、考核項目如下：

- (1) 實地審查考核評分或電話抽查評核
- (2) 巡迴地點民眾意見評核
- (3) 內部檔案分析評核
- (4) 綜合討論及評分

- 3、綜合討論及評分(共 100 分)：

- (1) 評分結果為 70~80 分列入觀察等級，予以分區觀察一季要求改善，作為下年度計畫延續之參考。
- (2) 評分結果為70分以下者列入輔導等級，予以分區輔導一季要求改善，經複核未改善者，下年度計畫延續則不予續約。

- (八)、有關預防保健服務項目中之申報，請依行政院衛生署『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由行政院衛生署國民健康局公務預算支應。

十、執行總報告：

- (一)、執行醫院應於計畫執行結束或實施期間結束後 10 個工作日(民國 101 年 1 月 10 日)內，檢送執行總報告至本保險人分區業務組。執行報告格式，依所送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益；執行總報告內容與繳交時程，將作為下年度審查依據。

- (二)、執行報告內容應包含：

- 1、執行報告封面(詳附件 9)

- (1) 基本資料
- (2) 申請服務內容
- (3) 執行成果

2、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。

3、執行報告本文應包含：

- (1) 對當地民眾就醫便利性影響：就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡分布情形...等。
- (2) 民眾利用情形：巡迴醫療服務之每診次服務人次分布。
- (3) 民眾滿意度分析與評估：
 - 候診時間滿意度百分比。
 - 醫療效果滿意度百分比。
 - 醫療設備滿意度百分比。
 - 醫師服務態度滿意度百分比。
 - 語言溝通能力滿意度百分比。
 - 門診時段滿意度百分比。
 - 就診路程花費時間百分比。
 - 就診方便性百分比。
- (4) 具體呈現民眾健康結果改善。
- (5) 其他。
 - 交通流線及道路狀況。
 - 當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景。
 - 巡迴範圍、區域及執行困難之原因。
 - 政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。
- (6) 檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。
- (7) 結論及未來改善計畫（請詳實敘述）。

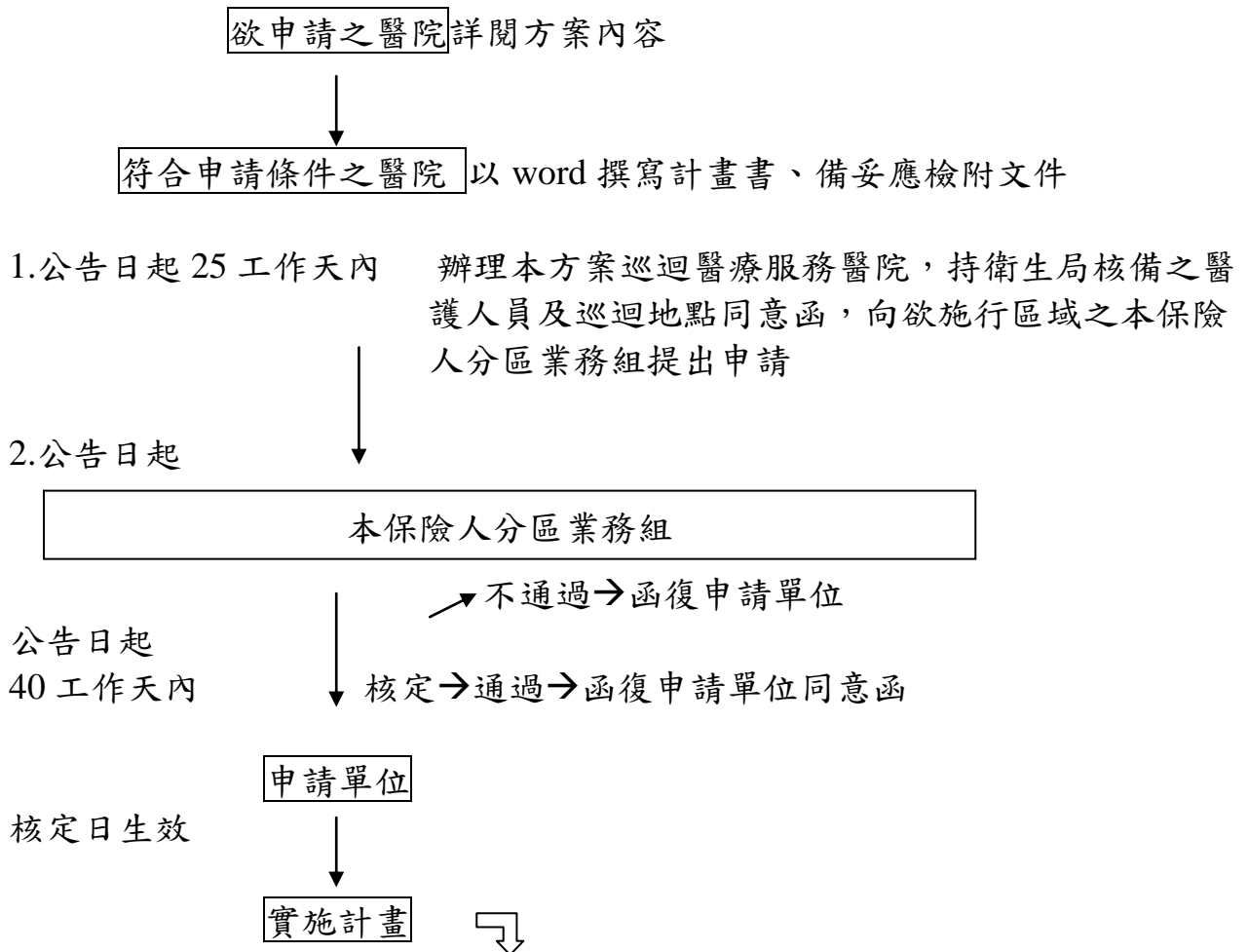
- 十一、醫院執行計畫過程，經本保險人分區業務組評估、稽查，如發現有違背本方案目的時，得終止辦理本計畫。
- 十二、本方案報請行政院衛生署核定後由保險人公告實施，修正時亦同。

100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案 施行鄉鎮區一覽表

分區 業務組	縣(市)	鄉鎮區	分區 業務組	縣(市)	鄉鎮區	分區 業務組	縣(市)	鄉鎮區
臺北	新北市	石碇區	中區	彰化縣	竹塘鄉	高屏	高雄市	甲仙區
		三芝區			溪州鄉			杉林區
		平溪區		南投縣	鹿谷鄉		九如鄉	
		貢寮區	南區	雲林縣	土庫鎮		萬巒鄉	
桃園縣	觀音鄉	蔴桐鄉			鹽埔鄉			
	新竹縣	寶山鄉			林內鄉		竹田鄉	
	苗栗縣	南庄鄉		麥寮鄉	南州鄉			
中區	彰化縣	伸港鄉		臺南市	臺西鄉		枋山鄉	
		芬園鄉			大內區		滿州鄉 [*]	
		永靖鄉	將軍區	東區	台東縣		鹿野鄉	
		大城鄉						

註^{*}：增列屏東縣滿州鄉，共計 31 個。

100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案 申請流程



1. 執行巡迴醫療服務，應逐次填寫醫療報酬申請表（如附件 6）並於次月 20 日前將書面資料及電子檔案分別向本保險人分區業務組申報。
2. 100 年 8 月 1 日繳交考核報告，含照片、民眾問卷及考核辦法自評分數（詳附件 8.考核作業要點）至本保險人分區業務組。
3. 101 年 1 月 10 日繳交執行總報告至本保險人分區業務組。
4. 本計畫異動申請流程：
 - (1) 醫護人員或巡迴時間、地點、時段異動：應以書面函及門診時段異動表(附件 4)、巡迴地點異動表(附件 5)，於前月二十五日前向所屬衛生局報備。
 - (2) 持衛生局同意函向本保險人分區業務組核備。

100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

申請表

分區業務組： 業務組 填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱				聯絡電話 ()																
	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		鄉鎮區		(村、里)														
申請服務內容	申請項目：																				
	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	
審核情形	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：																				
	申請通過日期： 年 月 日																				
	申請通過函號：																				

巡迴門診時段(人員)異動表： 填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱	聯絡電話	()
	醫院地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮區 村里
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師(護士)姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴醫師(護士)姓名		
	變更原因		

(一)、原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

合計 節/週

(二)、變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

合計 節/週

(三)、經費預估：

原為：

平日 節/週
 夜間 節/週
 假日 節/週
 預估總經費： 元

變更為：

平日 節/週
 夜間 節/週
 假日 節/週
 預估總經費： 元
 金額變動計 元

醫院

印

巡迴地點異動表：		填表日期： 年 月 日		
基本資料	醫院名稱	聯絡電話	()	
	醫院地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮區	村里
	變更巡迴科別			
	變更巡迴醫師姓名			
	變更原因			
<p>擬自 年 月 日 起至 年 月 日止，</p> <p>每週 之(上)(下) 時 分至(上)(下) 時 分，</p> <p>➤巡迴醫療地點：</p> <p>由 縣市 鄉鎮區改至 縣市 鄉鎮區</p>				
<p>醫院</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 100px;"> 印 </div>				

全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

年 月 頁數： 第 頁共 頁

受 理 日 期		受 理 編 號								
醫事服務機構名稱		醫 事 服 務 機 構 代 號								
編號	請 領 人 姓 名	請 領 人 身 分 字 號	給 付 別	日期	地點	診療人次	申請金額	核 減 額	核 定 額	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本 頁 小 計										
總 表	項 目 類 別	申 次	請 診 人 數	療 次	每 次 申 請 金 額	申 請 金 額 總 數	核 減 次 數	核 減 金 額	核 定 次 數	核 定 金 額
	給付別									
	8 案件									
	9 案件									
	10 案件									
	11 案件									
總 計										
負責醫師姓名：		一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得給付。								
醫事服務機構地址：		二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。給付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。								
電話：		三.給付別：西醫：								
印信：		8 為 P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次）								
		9 為 P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次）								
		10 為 P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次）								
		11 為 P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）								
		四.填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。								
		五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬本保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案報酬」（論次計酬）。								

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證號	連絡電話	無健保原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間

註：1.本表應檢送本保險人分區業務組備查。2.本表請院所自行印製使用。

100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

考核作業要點

一、對象：執行本計畫之醫院。

二、實地考核人員：本保險人分區業務組人員。

三、考核方式：

由執行本計畫之醫院於 100 年 8 月 1 日前，填報考核項目至本保險人分區業務組，
本保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。

四、考核項目：

(一)、第一部份：實地考核評分及電話抽查評核

1、地理位置：(共 10 分)

(1)是否為無醫村? 是(10分) 否

(2)跨鄉鎮區、跨縣市服務加分是(另加 10 分) 否

2、診療服務及告示：(共 17 分)

(1)是否有中低收入戶減免掛號費? 是(10分) 否

(2)院所巡迴招牌告示診療科目、時段、地點是否明顯、清楚?

布條(海報)、招牌 明顯(7分) 不明顯(1分) 無

(二)、第二部份：巡迴地點民眾意見評核(院所先自評並繳回問卷，至少 10 名以上)

(共 25 分)；將民眾評分表之結果平均後計分：_____分

1、請問您對本計畫下列服務情形的滿意度如何?

(1)候診時間 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(2)醫療效果 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(3)醫療設備 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(4)醫師服務態度 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(5)語言溝通能力 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(6)門診時段 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

2、就醫情形：

(7)您今天花多久時間到達此巡迴地點?(僅指去程)

10 分鐘以內(3分) 11~30 分鐘(2分) 30 分鐘~1 小時(1分)

(8)您覺得到巡迴地點看病是否方便?

不方便 普通(1分) 方便(2分) 非常方便(3分)

(9)是否有收取不當之收費? 是 否(3分)

(10)您覺得接受本計畫服務感覺有那方面不錯?(可複選，最多 4 個)

- 設備好(1分) 醫術好(醫師技術好)(1分) 環境衛生(1分)
候診時間短(1分) 服務態度親切有禮(1分) 方便(1分)
重視病人意見(1分) 提供充足醫療常識(1分) 藥有效(1分)

(三)、第三部分：內部檔案分析評核(共48分)

1、是否符合當地民眾需求，提供有效、便利的治療。

2、100年8月1日以書面或電子檔案繳交照片及醫療報酬申請表：(101年1月10日附於執行總報告)

(1)巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附2張照片)

(2)獨居老人到宅診療給藥服務及訪視(附2張照片)。(4分)

(3)詳細解釋用藥安全(附2張照片)。(10分)

(4)空間及環境衛生(附2張照片)。

非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進

(5)診療設備(附2張照片)：體溫計、聽診器、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、病歷.....等。

5種以上(5分) 4種(4分) 3種(3分) 2種(2分) 1種(1分)

3、疾病個案管理人數及疾病類別。(4分)

4、使用IC卡讀卡設備並依規定上傳資料(10分)。

(四)、綜合討論及評分：(共100分)

1、優：95分以上。

2、良：80~95分。

3、觀察：70~80分，予以分區觀察一季要求改善，作為下年度計畫延續續約之參考。

4、輔導：70分以下者，予以分區輔導一季要求改善，覆核未改善者，下年度計畫延續則不予續約。

100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
執行成果報告

分區業務組：

填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱		聯絡電話	()																	
	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 鄉鎮區 村里 _____	服務型態	<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：																				
	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																				
	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					
	對本計畫之建議：																				