【附件8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_（計畫執行期間）

1. 醫療團/執行醫療服務地點名稱：

執行醫療服務地點報備支援代號：

 ＊執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：\_\_\_\_\_\_\_ 人

（\*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 院所名稱 | 醫事機構代號 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(表格不敷使用可自行增加欄位)

三、年度排班及執行成果

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月份 | 排班醫師數 | 總診次 | 總時數 | 總服務人次 | 論次費用 | 論量費用 | 論次論量費用小計 |
| 1月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12月 |  |  |  |  |  |  |  |
| 總計 |  |  |  |  |  |  |  |

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 院所名稱 | 醫事機構代號 | 備註 |
|  |  |  |  |  | □延續 □不延續 |
|  |  |  |  |  | □延續 □不延續 |
|  |  |  |  |  | □延續 □不延續 |
|  |  |  |  |  | □延續 □不延續 |
|  |  |  |  |  | □延續 □不延續 |
|  |  |  |  |  | □延續 □不延續 |

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，須由申請單位**另外**向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

1.全年執行人次目標

2.全年申報金額估算

3.治療計畫（如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形）

4.維護計畫

5.口腔衛生計畫

6.經費評估

7.成效預估

8.機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次

 9.後送醫院（須為本計畫之進階照護院所）

（\* 每年度結束後20日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，

審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。）

【附件8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

\_\_\_\_年\_\_\_\_月 〜 \_\_\_\_月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月份 | 總服務診次 | 總服務時數 | 總服務人次 | 論次費用 | 論量費用 | 論次論量費用小計 |
| 範例 | 2 | 6 | 10 | 14400 | 10550 | 24950 |
| 1月 |  |  |  |  |  |  |
| 2月 |  |  |  |  |  |  |
| 3月 |  |  |  |  |  |  |
| 4月 |  |  |  |  |  |  |
| 5月 |  |  |  |  |  |  |
| 6月 |  |  |  |  |  |  |
| 7月 |  |  |  |  |  |  |
| 8月 |  |  |  |  |  |  |
| 9月 |  |  |  |  |  |  |
| 10月 |  |  |  |  |  |  |
| 11月 |  |  |  |  |  |  |
| 12月 |  |  |  |  |  |  |
| 總計 |  |  |  |  |  |  |

備註：資料統計來源-醫療團月報表；＊＊請確實填寫，經查不實者，牙醫全聯會將移請

 保險人暫停院所或醫師執行該計畫。

 （填寫方式：以醫師為單位，1個支援服務單位填寫1張，2個支援服務單位

填寫2張，以此類推。）