**新竹縣政府「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」特約需求說明書**

 111.01.07訂定

壹、依據

 一、衛生福利部長照服務發展獎助作業要點第3點(一)「政策性獎助計畫:為本部各單位及所屬機關推動長期照護重要政策所訂定之計畫」。

 二、109年衛生福利部衛部顧字第1091961783號函辦理。

貳、指導單位:

 衛生福利部、新竹縣政府

參、主辦單位:

 新竹縣政府衛生局、社會處

肆、特約項目、特約對象及應備文件:

一、特約項目:

二、特約對象:依據衛生福利部公告之醫療院所、社區醫療群、衛生所之特約對象為主。

三、應備文件:

(一) 新竹縣政府「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案特約申請書」。

(二) 新竹縣政府「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案契約書」一式六份。

(三) 醫療機構之開業執照1份(影本)。

(四) 醫師執業執照每位1份(影本)。

(五) 簽約醫師清冊資料1份。

(六) 照護機構之開業執照1份(影本)

(七) 營養師執業執照1份(影本)。

伍、簽約期程**:111年1月1日起至113年12月31日止**。

陸、實施步驟:

一、公開徵求。

二、特約者應填具申請書，應備文件詳見本需求書第肆點說明(文件為影本，請註明「與正本相符」並核章)，裝訂成冊後，以郵寄掛號或專人送達方式，衛生局轄下照護機構(含一般護理機構及精神護理之家)，請送至新竹縣政府衛生局(地址:新竹縣竹北市光明七街1號、新竹縣政府衛生局檢驗科)；社會處轄下照護機構(含老人福利機構、身心障礙機構等)，請送至新竹縣政府社會處(地址:新竹縣竹北市，新竹縣政府老人福利科)。

三、受理時間:自即日起至**111年01月20日**。

四、履約時間應配合新竹縣政府相關政策及長期照護機構業務推展，提供相關資料及接受評核。

五、新竹縣政府主責受理及審核，每半年至長照2.0服務費用支付審核系統進行平和指標之查詢，以該系統查核結果定期支付獎勵費用予達成目標之機構。

六、簽約之醫療及照護機構配合本府參與品質提升相關教育訓練及聯繫會。

柒、上述特約文件送達後，本府保有最後審查權，本計畫奉核後實施，修正時亦同。

新竹縣政府「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」特約申請書(醫療機構用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 深gp 申請日期 |  年 月 日 | 統一編號 | (不是機構十碼代碼) |
| 申請單位 | 醫療機構名稱: (大印) |
| 醫療機構負責人/職稱 | 要蓋醫師章(請蓋章) | 聯絡資料 | 機構電話: 分機行動電話: |
| 醫療機構聯絡人/職稱 |  | 聯絡資料 | 機構電話: 分機行動電話: |
| 機構地址 |  | 傳真電話 |  |
| 電子信箱 |  |
| 單位類別 | □醫院□醫療群/診所□衛生所 |
| 醫療機構可特約科別 | □內科□家醫科□神經科□復健科□其他(填寫) □其他(填寫) |
| 服務項目 | □診療□轉診 |
| 服務提供資格 | 照護機構參與全民健保/醫療群□有□無 |
| 申請應檢具文件 | □ 新竹縣政府「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案特約申請書」。□ 醫療機構之開業執照1份(影本)。□ 醫師執業執照每位1份(影本)。□ 簽約醫師清冊資料1份。□ 其他: (申請書請置於第一頁，其他文件依序排列) |

新竹縣政府「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」特約申請書(照護機構用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 深gp 申請日期 |  年 月 日 | 統一編號 | (不是機構十碼代碼) |
| 申請單位 | 照護機構名稱: (大印) |
| 照護機構負責人/職稱 |  | 聯絡資料 | 機構電話: 分機行動電話: |
| 照護機構聯絡人/職稱 |  | 聯絡資料 | 機構電話: 分機行動電話: |
| 機構地址 |  | 傳真電話 |  |
| 電子信箱 |  |
| 照護機構類別 | □社會處轄下照護機構□衛生局轄下機構□衛生所 |
| 開放床數 |  | 最高住民數 |  |
| 現有機構營養師格 | □有，專任營養師 人□有，兼任營養師 人□無營養師 |
| 申請應檢具文件 | □ 新竹縣政府「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案特約申請書」。□ 新竹縣政府「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案契約書」一式六份。□ 照護機構之開業執照1份(影本)。□ 合約營養師執業執照1份(影本)。□ 其他: (申請書請置於第一頁，其他文件依序排列) |

**新竹縣政府減少照護機構住民至醫療機構就醫方案申請表**

機構基本資料：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機構類型 | □照護機構 | □醫療機構 |
| 機構名稱 |  |  |
| 機構負責人姓名(簽約代表人)  |  |  |
| 機構地址 |  |  |
| 方案聯絡人 |  |  |
| 聯絡電話 |  |  |
| 機構傳真 |  |  |
| 聯絡電子信箱 |  |  |
| 住宿式設立許可床數 |  | (不要填) |
| 住宿式開放床數 |  |
| 住宿式收住人數 |  |
| 主責醫師姓名 | (不要填) |  |
| 主責醫師證號 |  |
| 主責醫師聯絡電話 |  |
| 偕同醫師姓名 | (不要填) |  |
| 偕同醫師證號 |  |
| 偕同醫師聯絡電話 |  |
| 契約期限 | 111年01月 01日至113年12月31日 |

註：

1.各機構請依機構類型於該欄位勾選，並填列本身機構之基本資料及與本身機構簽約機構之基本資料。

2.例如：申請者為○○護理之家，請勾選照護機構，並填寫照護機構所有欄位資料，為使簽約資料完整，請同步填寫與照護機構簽約之醫療機構所有欄位資料；如申請者為○○醫院，請勾選醫療機構，並填寫醫療機構所有欄位資料，並同步填寫與醫療機構簽約之照護機構所有欄位資料。

3.所有欄位皆為必填，且欄位中所有資料皆需由地方政府登載於長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。

**新竹縣政府減少照護機構住民至醫療機構就醫方案**

**醫療機構簽約醫師清冊**

簽約醫療機構名稱:

方案窗口姓名:

方案窗口電話:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 醫師姓名 | 醫師證號 |  醫師科別 | 醫師聯絡電話 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |