

衛生福利部國民健康署

108 年「基層診所暨社區醫療群推動預防失
能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」

申請作業須知



衛生福利部國民健康署

108 年 4 月

目 錄

一、背景：	1
二、申請資格：	2
三、計畫辦理事項：	3
四、獎勵費用計算方式：	5
五、計畫期程：	10
六、計畫經費撥付：	10
七、申請方式：	11
八、計畫審查內容及評分原則：	12
九、其他相關事項：	13
附件 1 WHO 10 分鐘全面篩檢	14
附件 2 計畫書格式	16
附件 3 108 年「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務 試辦獎勵計畫」期中/期末成果報告書	20
附件 4 衛生福利部國民健康署獎勵計畫變更申請書	22
附件 5 契約書格式	23
附錄 1 衛生福利部長照服務發展獎助作業要點	28
附錄 2 衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點	30
附錄 3 菸品健康福利捐之社福基金及長照基金業務經費來源標示須知	35

108 年「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之 慢性病介入服務試辦獎勵計畫」

一、背景：

我國自 1993 年起，65 歲以上老年人口比率達 7.1% (149 萬 801 人)，已達聯合國世界衛生組織所定義的高齡化社會之標準，至今老年人口比率仍持續攀升，截至 2018 年 10 月，我國 65 歲以上人口比率為 14.41% (339.8 萬人)。依行政院國家發展委員會推估，我國在 2026 年將邁入超高齡社會，老年人口比率將達 20.6% (488.1 萬人)，而在 2061 年，老年人口比率將續升高至 38.9% (715.2 萬人)。

隨著我國人口快速老化，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，依據 2013 年國民健康訪問調查，超過有 86.3% 的老人至少罹患 1 項慢性病，68.5% 老人罹患 2 項慢性病，47.3% 老人同時罹患 3 項或更多的慢性病，常見慢性病主要類型為高血壓、糖尿病、心臟病等心血管疾病類型，這些慢性疾病及合併症相對也造成失能人口大幅增加，其所導致的疾病就醫及長照需求與負擔也隨之遽增。依據王雲東與鄧志松(2009)推計結果，全國所有年齡層具一項以上自我照顧功能失能的人數將由 2011 年之 35 萬人(占總人口之 1.49%)，及 2018 年之 44 萬人(1.84%)，一路上升至 2028 年之 59 萬人(2.48%)。同期間，65 歲以上失能人數更是分別由 23 萬人(9.00%)，增至 32 萬人(9.03%)，再至 48 萬人(8.88%)。

因此，為評估高齡化老年人的慢性疾病及衰弱現況，以及早進行相關介入措施，預防或延緩後續失能的發生及嚴重度，進而壓縮失能時間，爰自 107 年開始獎勵 6 群醫療群辦理本試辦計畫，期望透過與基層診所及社區醫療群在地方扎根及家庭醫師的角色，就其區域內之診所、社區關懷據點及日間長照機構等場域之進行長者簡易健康評估後，提供長者預防衰弱之實證介入措施、自我管理衛教、照護者支持或轉介回診所進行個案管理；另依功能障礙轉介至長照機構或評估提供居家照護等，並期望此模式可以強化基層診所社區量能、銜接醫療與長期照護，進而於未來擴展到全國，達成長者在地老化、就近取得全人照護服務及減少 65 歲以上失能人數之目標。108 年將以醫療群最缺乏之「社區資源及政策」、「決策資源」及「自我管理支持」3 項為深耕目標廣續辦理本項計畫。


二、申請資格：

- (一)限醫療群為單位申請計畫。每醫療群須由同一縣市 5 家以上診所或衛生所組成，並推派一家擔任執行中心作為計畫窗口。獎勵北、中、南、東區及偏鄉之社區醫療群共 10 群(每區至少 1 群，若該區無醫療群申請，則名額流用至其他區)進行試辦。
- (二)申請醫療群內至少 2 家診所已參加健保署糖尿病或初期腎臟病品質支付服務者，或具有本署糖尿病健康促進機構、慢性腎臟病健康促進機構之資格者優先。
- (三)本計畫目的係參照世界衛生組織「Integrated care for older people」(ICOPE) 相關指引，依據慢性病照護模式(Chronic Care Model, CCM)，以基層診所及社區醫療群推動慢性疾病管理服務流向(依照下圖之服務模式)推動進行本試辦計畫，加強醫療群決策資源能力及病人慢性病自我管理能力。

1.

Recommendations for managing declines in intrinsic capacity in older people


Improve musculoskeletal function, mobility and vitality



- Multimodal exercise, including progressive strength resistance training** and other exercise components (balance, flexibility and aerobic training) should be recommended for older people with declining physical capacity, measured by gait speed, grip strength and other physical performance measures.
- Oral supplemental nutrition with dietary advice** should be recommended for older people affected by undernutrition.

Loss of muscle mass and strength, reduced flexibility, and problems with balance can all impair mobility. Nutritional status can also be affected negatively by physiological changes that can accompany ageing, in turn with an impact on vitality and mobility. Interventions that improve nutrition and encourage physical exercise, when integrated into care plans and delivered together, can slow, stop or reverse declines in intrinsic capacity.


Prevent severe cognitive impairment and promote psychological well-being



- Cognitive stimulation** can be offered to older people with cognitive impairment, with or without a formal diagnosis of dementia.
- Older adults who are experiencing depressive symptoms can be offered **brief, structured psychological interventions**. In accordance with WHO mhGAP intervention guidelines delivered by health care professionals with a good understanding of mental health care for older adults.

Cognitive impairment and psychological difficulties very often occur together. They impact on people's abilities to manage daily life activities such as finances and shopping and on their social functioning. Cognitive stimulation therapy, which is a programme of differently themed activities, and brief psychological interventions, are critical to preventing significant losses of mental capacity and preventing care-dependency in older age.


Prevent falls



- Medication review and withdrawal** (of unnecessary or harmful medication) can be recommended for older people at risk of falls.
- Multimodal exercise** (balance, strength, flexibility and functional training) should be recommended for older people at risk of falls.
- Action on hazards** – following a specialist's assessment, home modifications to remove environmental hazards that could cause falls should be recommended for older people at risk of falls.
- Multifactorial interventions** integrating assessment with individually tailored interventions can be recommended to reduce the risk and incidence of falls among older people.

Falls are the leading cause of hospitalization and injury-related death in older people. Falls are due to a combination of environmental factors (loose rugs, clutter, poor lighting, etc) and individual factors (organ-system abnormalities that affect postural control). Exercise, physical therapy, home-hazard assessments and adaptations, and withdrawal of psychotropic medications, where necessary, all reduce older people's risk of falls.


Maintain sensory capacity



- Older people should receive **routine screening for visual impairment** in the primary care setting, and timely provision of comprehensive eye care.
- Screening followed by provision of hearing aids** should be offered to older people for timely identification and management of hearing loss.

Ageing is often associated with loss of hearing and/or vision that limits mobility, social participation and engagement, and can increase the risk of falls. Sensory problems could easily be addressed by simple and affordable strategies such as the provision of corrective glasses and hearing aids, cataract surgery and environmental adaptations.


Manage age-associated conditions such as urinary incontinence



- Prompted voiding** for the management of urinary incontinence can be offered for older people with cognitive impairment.
- Pelvic floor muscle training**, alone or combined with bladder control strategies and self-monitoring, should be recommended for older women with urinary incontinence (urge, stress or mixed).

Urinary incontinence – involuntary leakage of urine – affects about a third of older people worldwide. The psychosocial implications of incontinence include loss of self-esteem, restricted social and sexual activities, and depression. Pelvic floor muscle training strengthens the muscles supporting the urethra and augments its closure, and is effective in managing urge leakage.

Support caregivers



- Psychological intervention, training and support** should be offered to family members and other informal caregivers of care-dependent older people, particularly but not exclusively when the need for care is complex and extensive and/or there is significant caregiver strain.

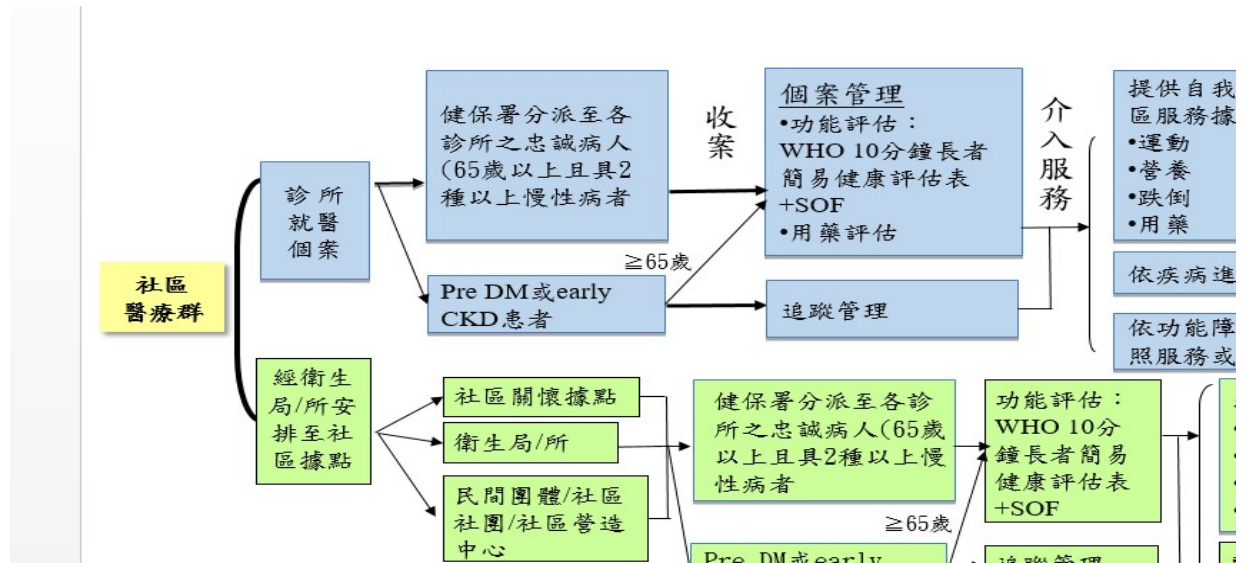
Caregivers of people with severe declines in intrinsic capacity are at a higher risk of experiencing psychological distress and depression themselves. Caregiving stress or burden has a profound impact on the physical, emotional and economic status of women and other unpaid caregivers. A needs assessment and access to psychosocial support and training should be offered to caregivers experiencing stress.

WHO defines **intrinsic capacity** as the composite of all the physical and mental capacities of an individual, and **functional ability** as the combination and interaction of intrinsic capacity with the environment a person inhabits.

2.



3. 基層診所及社區醫療群推動慢性疾病管理服務流向



(四) 社區醫療群個案管理執行本試辦計畫說明：

1. 參與本計畫之醫療機構需配合：

- (1) 本署組成之專家工作小組適度介入輔導、監測執行成效(含病歷抽審)至少 1 次，並依所提出之建議，配合滾動式修正，前揭小組如有實地訪視之需求，計畫承作醫療機構不得拒絕。
- (2) 搭配「慢性疾病風險評估模式」，由醫護人員透過工具，協助衛教病人進行加強疾病自我控制與健康促進。
- (3) 長照相關計畫及專業學會相關計畫協辦事宜。

2. 本計畫需同時以公文正本送本署審查，以公文副本送請所在地衛生局備查。

3. 每醫療群應有至少 1 家區域級以上醫院擔任後送支援醫院，並敘明於計畫書中。

三、計畫辦理事項：

(一) 依據 107 年「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務模式指引」，執行並修正運作服務模式。

(二) 依社區現況及資源，發展該社區慢性病監測追蹤，以及預防衰弱等延緩長者失能之評估與介入服務外展模式，並完成重點監測指標及成效評估。

(三) 以健保署分派各診所之 65 歲以上具 2 種慢性病之忠誠病人，以及社區外展服務 65 歲以上長者為評估對象，評估對象需以 WHO10 分鐘簡易評估及多重用藥評估異常者為符合收案對象，再針對收案對象提供營養、運動等介入服務及至少每 3 個月追蹤 1 次，並提出社區外展服務模式。

- (四)建立多重用藥審核機制，以醫療群現有專業人員如醫師、藥師、護理、個管人員等醫療背景者，定期審核醫療群內慢性病人用藥適當性(含藥物交互作用、影響長者活動功能之藥物、減藥建議)，並於期末報告提出審核個案數、多重用藥品項及建立常見多重用藥警示清單、經審核有提出調整用藥建議之個案數、調整實際用藥個案數之摘要說明。
- (五)建立運動、營養個人介入方案機制，經 WHO10 分鐘簡易評估異常且收案者，由醫療群之醫師或運動、營養師資對收案對象進行個人化評估後，給予運動、營養個人介入方案建議並執行。期末報告需含評估規劃流程、評估頻率、運動營養介入方案安排之實際案例各 1 例，以及執行成效分析與未來建議。計畫核定後 15 日內函送執行運動、營養介入方案之人員名單(含人員資歷)至本署審核。
- (六)符合收案對象依照「重點監測指標」(表 1)照護與追蹤，參與之社區醫療群必須至少每月 1 次上傳指標資料或個案資料至本署「健康促進品質管理考核資訊整合平台」之社區醫療群子系統，腎臟病及糖尿病個案須加註是否參加健保相關論質計酬計畫。
- (七)完善社區長者照護資源網絡：醫療群主動聯繫衛生局並配合本署委託計畫團隊辦理。經本署、委辦團隊及所在地衛生局、社會局、承辦醫療群等召開在地資源檢討會議後，依實際需要與衛生局合作建置，需由醫療群提交衛生局，由衛生局函送本署核定後始得給予獎勵。辦理項目如下，期中與期末應達成目標如表 3。
- 1.設置資源整合協調管理人員：至少 1 名，擔任衛生局、社會局等外展服務單位之地方主管機關窗口，辦理本計畫社區資源協調整合及統籌個案評估、醫療長照資源提供及後續追管相關事宜。
 - 2.外展需求確認：經衛生局同意之外展處所，確認該區域合作外展服務單位名單(含各外展單位之評估長者人數、窗口名單)。
 - 3.提供運動、營養師資：需可提供本計畫之定期服務，以物理治療、職能治療等復健相關醫事人員、營養師尤佳，可含運動保健員。
 - 4.規劃長者賦能場地：規劃該區域長者參與本計畫評估及運動、營養介入場地(不限現有/新增/固定 1 處場地/不固定多處場地/診所/社區關懷據點/衛生局/社區活動中心等公設或私有場地，惟須可定期辦理活動並附活動排

程)。

5.長者教材發展：完成運動、營養相關教材發展及相應器材之提供(期末須提交教材等佐證資料，經審查委員認可始給予獎勵)。

(八)選擇辦理事項(欲申辦下列各項者請於計畫中增列章節說明):

1.填報進階監測指標(表 2)：強化糖尿病前期、腎臟病前期及已有糖尿病病人之積極照護，列為後續是否繼續承作獎勵計畫之參考。

2.建置預防長者失能之個案管理友善環境：計畫所需個案評估及管理相關用物，並函送本署核定後始得給予獎勵。辦理項目如下，期中與期末應達成目標如表 4。

(1) 長者周全性評估用物：握力計、SNELLEN 視力圖等長者周全性或衰弱評估相關需用物品購置或租賃，需檢附購置品牌、相關品質資料(如握力計準確度)、數量及報價。

(2) 個管資料上傳程式：個案管理資料上傳本署系統所需相關程式增修費用(期末提佐證資料)。

(3) 個案管理軟體：含血壓、血糖、營養諮詢等 APP 及服務管理費用。

四、獎勵費用計算方式:

(一)重點監測指標:分為照護及功能性指標(必辦，預算 3,000 萬元)，依指標達成率給予獎勵:每一醫療群獎勵額度上限 300 萬元整。

1.照護性指標

(1) 各項均達目標值以上，獎勵 280 萬元整。

(2) 2/3 項目達目標值，另 1/3 項目達目標值 60%以上，獎勵 260 萬元整。

(3) 2/3 項達目標值，另 1/3 項達目標值 40%以上，獎勵 240 萬元整。

(4) 其中 1 項未達 20%，不予獎勵。

2.功能性指標:

第 4 項僅獎勵經期末委員審查評定前 3 名(分別一次核給 23 萬元、21.5 萬元及 19.5 萬元)，第 1-3 項僅獎勵完成本項指標排名前 8 名之醫療群，規則如下:

(1) 排名前 2 名且各指標改善率經期末委員審查認可者，獎勵 20 萬元整。

(2) 排名第 3、4 名且各指標改善率經期末委員審查認可者，獎勵 18 萬元整。

- (3) 排名第 5、6 名且各指標改善率經期末委員審查認可者，獎勵 16 萬元整。
- (4) 排名第 7、8 名且各指標改善率經期末委員審查認可者，獎勵 14 萬元整。
- (二) 依進階監測指標(選辦，預算 100 萬元)達成率給予獎勵：有提報本項指標之醫療群將優先列為後續獎勵單位，由各細項設定目標值均達成一半以上之醫療群數均分。
- (三) 完善社區長者照護資源網絡(必辦，預算 900 萬元)：需提交衛生局函送本署核定，每醫療群上限 90 萬元，若未達支付限制條件，依下述達成情形獎勵金額乘以支付限制項目實際達成比率支付；若未完成期末目標不予支付。若期末結算少於期中已支付金額，逕於期末應支付經費扣除。
- (1) 完成全部 5 項，獎勵 90 萬元整。
 - (2) 完成第 1-4 之全部 4 項，獎勵 85 萬元整。
 - (3) 完成第 1-4 之其中 3 項，獎勵 60 萬元整。
 - (4) 完成第 1-4 之 2 項以下者，不予獎勵。
- (四) 建置預防長者失能之個案管理友善環境(選辦，預算 600 萬元)：需核定計畫後 15 天內函送本署核定(逾期不得申請)，每醫療群上限 60 萬元。若未達支付限制條件，依下述達成情形獎勵金額乘以支付限制項目實際達成比率支付；若未完成期中、末目標不予支付。
- (1) 完成全部 3 項，獎勵 60 萬元整。
 - (2) 完成第 1-2 項之全部 2 項，獎勵 40 萬元整。
 - (3) 完成 1 項以下者，不予獎勵。

表 1 重點監測指標

指標	項目	分子定義	分母定義	目標值
照護性指標	評估率	分母中接受評估人數	1. 健保署分派各診所之忠誠病人(65 歲以上具 2 種以上慢性病者)。若非全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫之診所，以該診所前 1 年度符合 65 歲以上具三高其中之 2 種以上慢性病者為準。 2. 醫療群依所在地社區現況及資源所發展之外展模式中涵括之 65 歲以上長者。	60%

指標	項目	分子定義	分母定義	目標值
	收案率	分母中運用個案管理系統，篩選符合收案條件之接受收案人數	經評估並運用個案管理系統，篩選符合下列兩項條件者： 1.經 WHO10 分鐘簡易評估(附件 1)或長者衰弱評估表有異常者 2.有多重慢性病之用藥者	70%
	服務利用率	1. 分母中有提供自我管理衛教的人數	依個案收案情況，分母分別為： 1. 生活功能自理正常者	80%
		2. 分母中有接受運動、營養等介入措施的人數(含醫療群及地方長照或相關資源)	2. 經評估需提供運動、營養等介入者	70%
		3. 分母中有持續追蹤提供醫療群後續醫療服務的人數： (1)視力項目:轉介眼科也確認就醫之人數(權重 35%) (2)聽力改善: 轉介耳鼻喉科服務也確認就醫之人數(權重 30%) (3)跌倒項目:進行防跌因素評估，提供肌力、步態及平衡訓練的人數(權重 35%)	3. 經 WHO10 分鐘簡易評估下列項目篩檢呈陽性者： (1) 視力項目 (2) 聽力項目 (3) 跌倒項目	80%
	4. 分母中已提報照管專員評估的人數	4. 經醫師評估，須進一步轉介照管專員評估者	30%	
功能性指標	1.衰弱改善率	分母中 SOF 評分結果期末較期初持平及改善之人數	醫療群診所內及外展個案之 65 歲以上 SOF 篩檢為陽性人數 註:SOF 分 3 題，每題出現異常情形得 1 分，1 分為衰弱前期，2 分以上為衰弱期。	排序權重 40%
	2.握力改善率	分母中握力測試期末較期初持平及改善之人數	醫療群診所內及外展個案之 65 歲以上握力測試異常人數 註:當男性手腕握力≤30 公斤、女性手腕握力≤20 公斤為異常。	排序權重 30%
	3.下肢肌力改善率	分母中起身行走測試期末較期初持平及改善之人數	醫療群診所內及外展個案之 65 歲以上者，起身行走測試異常人數 註:個案坐在直背扶手椅，不靠扶手站起往前走 3 公尺再轉身回椅子坐下，60-69 歲:9 秒，70-79 歲:10.2 秒，80-89 歲:12.7 秒。超過為異常。	排序權重 30%

指標	項目	分子定義	分母定義	目標值
	4.長者防跌改善率	分母中個案願配合醫療團隊進行生理因素、藥物調整、外在環境改善運動物理治療等評估及改善措施，且自訴改善之人數	WHO10 分鐘簡易評估跌倒項目篩檢呈陽性者	依委員評定給前 3 名獎勵

表 2 進階監測指標

項目	分子定義	分母定義	目標值
糖尿病前期追蹤管理	分母中 1 年追蹤 2 次(含第 1 次追蹤即正常而後續不再追蹤者)	該醫療群內所有診所之空腹血糖 100-125mg/dl 或糖化血色素 5.7-6.4%者(含本署提供該地區健檢異常個案)	60%
腎臟病前期追蹤管理			
(1) 成健篩檢異常追蹤	(1) 分母中有到診所檢查(UPCR 或 UACR)之個案數	(1) 診所內或外展病人之成健篩檢腎功能異常者(含本署提供該地區健檢異常個案)	(1)50%
(2) 腎病高危險群篩檢	(2) 對於高危險群，篩檢若有尿蛋白，則後續檢查血中肌酸酐值及尿液(UPCR 或 UACR)之個案數	(2) 診所內或外展病人之腎病高危險群者(依健保定義)	(2)30%
ABC 達標率			
(1) 糖化血色素(HbA1C)達標率	(1) 分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C<8%人數	4 項指標分母均為該醫療群內所有診所合計之糖尿病人總數	(1) 40%
(2) 血壓(BP)達標率	(2) 分母中，糖尿病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP<140/90mmHg 人數 註:本項分子得以病人居家自測數值代替就診測得血壓數值(上傳數值需備註來源)，須請病人留存數據備抽審。		(2) 50%
(3) 低密度膽固醇(LDL cholesterol)達標率。	(3) 分母中，糖尿病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之 LDL<100mg/dl 人數		(3) 60%

項目	分子定義	分母定義	目標值
(4) ABC 三項指標全部達標率	(4) 分母中，同時符合 HbA1C<8% 及 BP<140/90mmHg 及 LDL<100mg/dl 之人數		(4) 25 %
(5) 居家自我檢測血糖達標率	(5) 分母中，至少每 2 周自測 2 次(同一天早餐飯前及飯後 2 小時各 1 次)之人數，須請病人留存數據備抽審。可依醫囑建議調整病人自測頻率(請附醫囑)。		(5) 30%

註:1.指標之標準，得依本署專家諮詢會議決議或國際最新標準調整。

2.本署得依專家建議增列指標項目。

表 3 完善社區長者照護資源網絡說明

項目	期中目標	期末目標	支付限制
1.設置資源整合協調管理人員	完成評估率分母 70%人數評估	完成評估率分母 100%人數評估	期末評估率需達 70%
2.外展需求確認	完成 70%外展名單內個案人數評估	完成 100%外展名單內個案人數評估。	
3.提供運動、營養師資	計畫核定後 15 日內函送開立運動、營養介入方案之人員名單(含人員資歷)，期中前完成本年度全數(100%)運動營養課程排程及至少確認 70%課程師資名單之資料 1 份，並經委辦工作小組專家依服務人數與課程排程審認是否合理。	彙整該區域相關可定期服務運用人才名單 1 份(含人員經歷、資格)，及運動、營養課程內容大綱與頻率建議 1 份。	期末服務利用率之 2.「提供運動、營養等介入措施」需達 80%
4.規劃長者賦能場地	完成本年度全數(100%)場地排程及至少確認 70%活動場地人次數，並經委辦工作小組專家依服務人數、課程排程與場地審認是否合理。	提交各日期、各場地執行各項課程之實際使用人次清單 1 份。	
5.長者教材發展	---	須提交教材等佐證資料，含使用建議對象及操作說明手冊，經審查委員認可始給予獎勵	

表 4 建置預防長者失能之個案管理友善環境說明

項目	審認	期中、末目標	支付限制
1.長者周全性評估用物	將欲建置用物於核定計畫後 15 天內送本署核定(逾期不得申請),並經委辦工作小組專家依服務人數、服務模式等項目審認是否合理。	提交各用物使用人次數。	1. 期末結算評估率需達 70% 2. 應同時選辦衰弱改善率,如購置握力計應選辦握力改善率
2.個管資料上傳程式		提交個管相關程式及畫面供核。	期末結算之收案率需達 80%
3.個案管理軟體		提交佐證資料及期末個案使用前後管理成效。	期末結算之服務利用率前 3 項均需達 80%

五、計畫期程：

本計畫所需經費如未獲立法院審議通過或經部分刪減，將依經費調整計畫內容。108 年度各醫療群之計畫期程自所送計畫書審查通過奉核日起至 108 年 12 月 31 日止。若為 107 年承辦計畫之醫療群，通過審查延續承接 108 年計畫，則計畫期程追溯自 108 年 1 月 1 日起(107 年收案個案如有繼續照護，可併入照護性指標及進階監測指標計算成效)。

六、計畫經費撥付：

- (一)分成 5 區進行計畫書審查(北、中、南、東、偏鄉每區至少 1 群，若該區無醫療群申請，則名額流用至其他區)，每群醫療群獎勵費用上限 300 萬元，另有 10 醫療群之進階監測指標 100 萬元整、完善社區長者照護資源網絡 900 萬元、建置預防長者失能之個案管理友善環境 600 萬元，獎勵費用應使用於 108 年「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」。
- (二)本獎勵計畫如有變更或因故無法執行者，應敘明理由、檢具相關事證，於計畫執行期限屆滿前 2 個月（108 年 10 月 31 日前），由受獎勵單位函送計畫變更申請書、修改後計畫書（如附件 4，變更內容請加底線或紅字）各 1 式 3 份及電子檔 1 份，函報本署同意後，始得變更，以變更一次為限。

(三)其他未盡事宜，依「衛生福利部長照服務發展獎助作業要點」、「衛生福利部補(捐)助款項會計處理作業要點」及其他相關法令規定辦理。

(四)本計畫獎勵費用撥付與核銷：

1.全案採分期2次撥款。

(1)第1期款:承作計畫醫療群函送申請計畫經本署核可並簽約後，於108年7月31日前函送期中報告(如附件3)、並於本署「健康促進品質管理考核資訊整合平台」之社區醫療群子系統完成108年6月30日前所有個案資料填報，且完成完善社區長者照護資源網絡之1-4項之全部4項者，經承作計畫醫療群申請，撥付完善社區長者照護資源網絡獎勵費用85萬元整(若期末完成第5項則加撥獎勵金5萬元整，期中未完成4項者至期末一次核算；若期末結算支付限制項目達成情形獎勵金額少於期中已支付金額，由本署逕於期末應支付經費扣除)。

(2)第2期款:承作計畫醫療群應於108年11月20日前函送期末初步成果報告1式7份予本署審核，經本署聘請之專家委員審查後，於108年12月15日前將修正後成果報告(如附件3)、依核定之獎勵額度開立收據，併同公文函送本署辦理撥款(併送1本成果報告予所在地衛生局)，並請註明撥入戶名、銀行別(請註明分行、分社、支庫等詳細名稱)、帳號(領據抬頭：衛生福利部國民健康署、事由：108年「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」經費)，並加註使用長期照顧服務發展經費，即撥付核定之剩餘未撥付款項。

2.年度預算需經立法院審查通過，若經費遭刪除，本署得終止契約；若經費遭刪減，則以預算經法定程序審查通過之金額為準，該金額由本署另行通知。如預算遭凍結不能如期動支，將延後辦理無息支付。

七、申請方式：

(一)申請計畫請以醫療群之名義向本署提出申請，個人名義申請概不受理，來函向所在地衛生局申請辦理。

(二)受理方式：

1.於計畫書受理截止日前，將計畫書書面資料(格式如附件2)及電子檔、相關

證明檔影本，按次序裝訂成冊，製作 1 式 7 份、Word 電子檔 1 份，以書面密封，應於 108 年○月○日前（郵戳為憑）函送本署(公文副本及計畫書 1 本予所在地衛生局)。

2. 寄送申請案件之外包裝上請註明 108 年度「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」及申請單位名稱、地址，以利收發人員辨識。
3. 所送計畫書與附件資料，不予退還。
4. 計畫書應以 A4 大小直式橫書及雙面印刷（中文字型標楷體，英文字型 Times New Roman，標題字體大小 16 級，內文字體大小 14 級，行高 16-21 pt，與前段距離 0.5 列等為原則），並請務必標示頁碼，計畫書之撰寫應力求詳盡完整，所送申請計畫書及相關附件資料須完備。

八、計畫審查內容及評分原則：

(一) 依衛生福利部長照服務發展獎助作業要點第 9 點規定，由本署依權責自行邀請外聘學者專家與本署代表進行書面審查，並得邀請申請計畫之醫療群進行簡報。100 分為滿分，平均未達 75 分者，不予申請。

(二) 審查項目及權重如下：

評審項目	配分
1.計畫主題之重要性與適當性： 預期成果是否有益於社區預防延緩失能方案工作之推動。	30
2.計畫內容之具體性及可行性 計畫之實施方法及內容步驟等是否具體、可行，並明訂操作策略，包含與衛生局、社會局或社區關懷據點合作	40
3.計畫執行能力 計畫之工作時程及人力配置適當，分工明確。以目前醫療群內至少 2 家診所已參加健保署糖尿病或初期腎臟病品質支付服務者，或具有糖尿病健康促進機構、慢性腎臟病健康促進機構之資格者為優先。107 年有承辦計畫者應一併敘明辦理成效，有辦理進階監測指標者優先。	20
4.具有進度管制措施 配合計畫預期目標，訂定明確進度管考之指標	10
合計	100

(三) 計畫經審查通過者，應於通知期限內完成計畫協商內容修改並辦理簽約手續（計畫書經核定成為契約一部分），逾期視同棄權。評審入選計畫，依分數高低優先選用。

九、其他相關事項：

- (一) 智慧財產權：受獎勵單位應遵守著作權及專利法等相關規定。交付執行單位所提供之本案相關報告或文件，如包含第三者開發之產品（或無法判斷是否為第三者之產品時），應保證（或提供授權證明文件）其使用之合法性（以符合中華民國著作權法規為準），如隱瞞事實或取用未經合法授權使用之識別標誌、圖表及圖檔等，致使本署遭致任何損失或聲譽損害時，受獎勵單位應負一切損害賠償責任（含訴訟及律師費用），於涉訟或仲裁中為本署之權益辯護。
- (二) 本署核定後簽訂合約（契約書草案如附件 7，依審查後修正之計畫書確實執行，並依指標達成情形提供獎勵金額，執行期間不得拒絕本署派員查核或相關監測措施；計畫執行期間本署得派員至執行單位瞭解計畫執行情形或要求向本署簡報，執行單位須指派專人擔任窗口，處理計畫執行事宜。
- (三) 本計畫宣導贈品不得有商業買賣行為。本計畫內容不得有推銷商品、藥品...等商業行為，若有違反情事，致使本署遭致任何損失或聲譽損害時，受獎勵單位應負一切損害賠償責任。
- (四) 本計畫執行過程嚴禁任何營利行為，並應保護服務對象隱私權，若有任何侵犯第三人合法權益時，受獎勵機構應負責一切法律責任。
- (五) 執行本計畫應依政府採購法及行政程序法等相關法令規定辦理，其他未盡事宜，得以換文方式代之，修正時亦同。
- (六) 參與計畫醫院應確實提供績效指標資料、佐證文件，並進行品質監管。
- (七) 執行單位申請本計畫或請款之資料，如發現有虛偽不實、違反契約書或重複申請其他政府機關（構）且獲得獎、補助之同性質計畫或方案者，本部得撤銷或廢止本計畫獎勵之全部或部分；已撥款者，並得追繳之。
- (八) 本計畫如有未盡事宜，本部將視業務需要或網絡運作情形，隨時以公文書補充或修正相關規定，並視同為契約內容。有關計畫申請之相關疑義，請電洽 02-2522-0706 黃小姐。

附件 1 WHO 10 分鐘全面篩檢

WHO 10 分鐘全面篩檢 篩檢日期西元 年__月__日

姓名_____出生年月日 西元 年__月__日

男 女

A. 記憶

1. 指示：「我會說出 3 項物品：鉛筆、汽車、書籍，然後會請您重複物品的名稱，並會在一分鐘後再進行一次，請盡量記住這三項物品。」

在問完身體功能後（D 項），紀錄此問題的結果。

可說出所有三項物品的名稱？ 是 否

若答案為「否」，請參考「管理喪失記憶的臨床程序」

B. 尿失禁

1. 問「在過去一年中，您曾經因漏尿而尿濕褲子嗎？」 是 否

若答案為是，請詢問下列問題：

2. 「上週曾經尿失禁過嗎？」 是 否

若兩個問題的答案都為「是」，請參考「管理尿失禁的臨床程序」。

C. 憂鬱症

1. 過去兩週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ 是 否

2. 過去兩週，你是否感覺做事情失去興趣或樂趣？ 是 否

若 2 項答案皆為「是」，請參考「管理憂鬱症的臨床程序」。

D. 衰弱評估 (SOF 法)

1. 非刻意減重狀況下，過去一年體重減少 3 公斤或 5%以上?(先問個案體重和一年相較差不多還是減少?)

如果減少再問大約減少幾公斤?)? 是 否

2. 無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次？ 是 否

3. 過去一週內，是否覺得提不起勁來做事？

（一個禮拜三天以上有這個感覺） 是 否

篩檢呈陽性：任 1 項「是」者為衰弱前期；任 2 項以上「是」者為衰弱。

請病人回想三項物品。

詢問三項物品為 1) _____ 2) _____ 3) _____

E. 跌倒 若在兩項中有一項答案為「是」，請參考「管理跌倒的臨床程序」

1. 在過去 1 年內，您曾跌倒 2 次以上嗎？是 否

若否，請進行下列活動：

2. 指示「起身離開椅子，不扶東西繞椅子走一圈」

無法照做：是 否 不穩：是 否

其他常見問題 (可依文化接受度變換問題)

F. 聽力▶ 若檢查出問題，在可能或適當情況下通知醫師進行轉診。

1. 站在病人後方，要求病人跟著您唸 -6、1、9 (先輕聲地唸，再用正常音量)

輕聲：右耳 _____ 左耳 _____

正常音量：右耳 _____ 左耳 _____

篩檢呈陽性： 病人的兩耳或一耳聽不到 (或混合任何陰性反應)

G. 視力▶ 若檢查出問題，在可能或適當情況下通知醫師進行轉診。

1 問：「您會因為視力問題，在閱讀或作任何日常活動時發生困難嗎？」(即使已戴眼鏡) 是 否

篩檢呈陽性： 是。

2 若篩檢結果呈陽性，請在可能的情況下，讓病人進行 SNELLEN 視力圖 (裸視與戴眼鏡)

裸視：右眼 _____ 左眼 _____

戴眼鏡：右眼 _____ 左眼 _____

附件 2 計畫書格式

108 年「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之 慢性病介入服務試辦獎勵計畫」

申請書

選辦項目(請就欲申請之選辦項目勾選，並逐項另列章節說明如何達成指標之規劃內容):

進階監測指標

建置預防長者失能之個案管理友善環境(選辦本項應列出預計購置項目、數量、經費、用途、使用人員、預計成效、未購置對計畫執行之影響等)

計畫主持人：

醫療群名稱：

承作院所(至少 5 家)：

承辦人：

承辦人電話：

電子郵件信箱：

填報日期： 年 月 日

目 錄

	頁 碼
封面	
目錄	
壹、計畫中文摘要	()
貳、計畫內容	
一、計畫重點	()
二、背景分析	()
三、執行策略及方法	()
四、成果預估	()
五、重要參考文獻	()
六、預定進度	()
參、人力配置	()
肆、預期效益	()
共 () 頁	

壹、計畫中文摘要：請摘述本計畫之目的與實施方法及關鍵詞 頁數限制：1 頁

貳、計畫內容

一、計畫重點：請分點具體列述本計畫所要達成之目標以及所要完成之工作項目，應避免空泛性之敘述。 頁數限制：5 頁

二、背景分析：請敘述本計畫產生之背景及重要性，如：(1) 目標族群，(2) 現況問題分析、需求、資源盤點，(3) 國內外相關文獻探討，(4) 其他相關之背景分析等。(5)承辦本計畫相關經驗(107 年有承辦計畫者應一併敘明辦理成效及是否辦理進階監測指標)、區域級以上醫院擔任後送支援醫院名稱及醫療群哪些診所具有加分資格(參加健保署糖尿病或初期腎臟病品質支付服務者，或具有本署糖尿病健康促進機構、慢性腎臟病健康促進機構之資格者)。

頁數限制：5 頁

三、執行策略及方法：請明確詳細說明執行本計畫方案設計、與轄區衛生局/社區局/社區關懷據點等長照單位/NGO 現有或規劃合作方式、人才培訓、資料收集及分析等方法。藥師及運動、營養師資之初步規劃。完善社區長者照護資源網絡及建置預防長者失能之個案管理友善環境預計辦理之規劃。

頁數限制：5 頁

四、成果預估：敘明各指標預定達成率及可能需要協助項目或建議。

頁數限制：5 頁

五、重要參考文獻：依一般科學論文之參考文獻撰寫方式，列出所引用之參考文獻，並於計畫內容引用處標註之。

六、預定進度 (以甘特圖表示)

頁數限制：2 頁

工作 項目	月次						
	第 1 個 月	第 2 個 月	第 3 個 月	第 4 個 月	第 5 個 月	第 6 個 月	第 7 個 月

(如篇幅不足，請自行複製及增加月次，107 年即已承辦本計畫之單位請由 108 年 1 月起始繪製甘特圖)

參、人力配置：含組織結構、人力配置、人員履歷（含職稱、經歷、服務年資及相關證件影本）及其他可配合服務之相關人力資源等

類 別	姓 名	現 職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍

（如篇幅不足，請自行複製）

肆、預期效益：含計畫執行之資源整合規劃、服務項目範圍及效益分析等具體目標。

附件 3

108 年「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」期中/期末成果報告書

選辦項目(請就核定選辦項目勾選，並逐項另列章節說明其中/期末辦理進度及成效):

進階監測指標

建置預防長者失能之個案管理友善環境

計畫主持人：

醫療群名稱：

承作院所(至少 5 家)：

承辦人：

承辦人電話：

電子郵件信箱：

填報日期： 年 月 日

- 一、 封面：包括計畫名稱、執行期限、執行單位名稱。
- 二、 目錄：包括目次、圖目錄、表目錄、附錄。
- 三、 摘要
- 四、 本文：
 - (一) 計畫依據
 - (二) 前言及目的
 - (三) 執行策略
 - (四) 執行成效(需含選辦項目之進度)
 - (五) 藥師審查多重用藥機制之審核個案數、多重用藥品項、經審核有提出調整用藥建議之個案數及用藥調整摘要說明。
 - (六) 建立運動、營養個人處方之評估介入模式執行情形。需含評估規劃流程、評估頻率、運動營養處方者及處方案例各 1 例，以及處方執行成效分析及未來建議。
 - (七) 檢討與修正（未來繼續辦理？輔以…擴大辦理？成效不如預期不再辦理；另須納入說明介入對象之代表性、實際投入與執行情形，評價計畫開始、過程及結束之各階段對各參與者之影響，並呈現藉由相關評價內容，評估計畫內容須予以調整或延續之過程及結果）
 - (八) 完善社區長者照護資源網絡佐證資料
 - (九) 建置預防長者失能之個案管理友善環境佐證資料
 - (十) 結論與建議
 - (十一) 參考文獻
 - (十二) 圖、表
- 五、 附錄：相關會議紀錄、實地訪查紀錄等文字紀錄與活動照片

備註：印刷樣式

1. 報告應打字印刷，採橫式、由左至右繕打。
2. 紙張大小為 A4。
3. 採雙面印刷，平裝裝訂。
4. 以 A4 大小直式橫書(中文字型標楷體，英文字型 Times New Roman，標題字體大小 16 級，內文字體大小 12-14 級，行高 21 pt，與前段距離 0.5 列等為原則)，雙面列印裝訂成冊(統一左側裝訂)，並請務必標示頁碼。

附件 4 衛生福利部國民健康署獎勵計畫變更申請書

計畫名稱			
執行機構		計畫承辦人	
變更性質	() 計畫內容項目變更 () 其他		
變 更 內 容			
原訂計畫內容	變更後內容	變更理由	效益分析 (自評)
1. 計畫名稱： XXXXX 2. 原計畫內容：(摘要敘述，並註明頁數)	1. 變更後內容：(摘要敘述)	1. 2. 3.	1. 2. 3. 是否達成原計畫效益 <input type="checkbox"/> 超過 <input type="checkbox"/> 符合
<p>請就計畫變更部份，詳述是否會影響其過程目標達成</p> <p>計畫變更申請常見問題，請參卓。</p> <p>1.未撰寫計畫變更前、後內容，僅註記頁數</p> <p>2.變更理由不明確、太簡略</p> <p>3.缺主持人(局長)用印</p>			

承辦人：

計畫主持人：

附件 5 契約書格式

衛生福利部國民健康署補(捐)助計畫契約書

衛生福利部國民健康署（以下簡稱甲方）為辦理 108 年度「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」，特獎勵「○○○」（以下簡稱乙方）負責執行，經雙方協議，訂定條款如下：

第一條 計畫內容：詳如附件之計畫書。

第二條 計畫執行期間：自 108 年○月○日至 108 年 12 月 31 日止。

第三條 獎勵經費：獎勵經費上限合計新臺幣 000 元整，獎勵項目詳見計畫書。

第四條 獎勵經費之撥付：本計畫經費由甲方撥付乙方，全案採分期 2 次撥款。

- (1) 第 1 期款:乙方函送申請計畫經甲方核可簽約後，於 108 年 7 月 31 日前函送期中報告、並於甲方「健康促進品質管理考核資訊整合平台」之社區醫療群子系統完成 108 年 6 月 30 日前所有個案資料填報，且完成完善社區長者照護資源網絡之 1-4 項之全部 4 項者，經乙方申請，撥付完善社區長者照護資源網絡獎勵費用 85 萬元整(若期末完成第 5 項則加撥獎勵金 5 萬元整，期中未完成 4 項者至期末一次核算；若期末結算支付限制項目達成情形獎勵金額少於期中已支付金額，由甲方逕於期末應支付經費扣除)。
- (2) 第 2 期款: 乙方應於 108 年 11 月 20 日前函送期末初步成果報告 1 式 7 份予甲方審核，經甲方聘請之專家委員審查後，於 108 年 12 月 15 日前將修正後成果報告、依核定之獎勵額度開立收據，併同公文函送甲方辦理撥款(公文副本函送所在地衛生局成果報告 1 本)，並請註明撥入戶名、銀行別(請註明分行、分社、支庫等詳細名稱)、帳號(領據抬頭：衛生福利部國民健康署、事由：108 年「基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」經費)，並加註使用長期照顧服務發展經費，即撥付核定之剩餘未撥付款項。

第五條 計畫經費之動支：

- (一) 本計畫應依「衛生福利部長照服務發展獎助作業要點」之規定辦理。前述

標準未規定者，依政府相關法令規定辦理。

- (二) 凡計畫執行不符上述規定或有虛報、浮報等情事，應予剔除。乙方如有異議，可提出理由，申請複核，經決定後，不得再行申請複議，並得依情節輕重對於乙方停止獎勵1年至5年。

第六條 計畫之變更：計畫於執行期間因故需變更工作項目、主持人、執行機構等，由乙方以正式公文申請變更。

第七條 計畫執行情形管制：應依計畫規劃時程執行，計畫執行中，必要時甲方得派員至乙方瞭解計畫執行情形或要求乙方計畫主持人向甲方簡報。報告之內容包含預定完成工作項目及實際執行情形，初步成果、計畫執行中所遭遇之問題與困難等。

第八條 乙方不得為甲方及第三人執行重複之計畫，若違反上述約定，甲方得以書面通知乙方終止契約或解除契約之部分，乙方並應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於三年內不得再接受甲方之獎勵。

第九條 成果報告：

- (一) 乙方應於108年11月20日前函送期末初步成果報告1式7份予甲方辦理審查。如係以調查法(如面訪、電話訪問、郵寄問卷等)進行之計畫，需連同資料讀我檔、空白問卷、譯碼簿(CODEBOOK)、原始資料數據檔、資料欄位定義程式(SAS、SPSS或其他統計程式)等，一併送甲方。
- (二) 成果報告內容不得有抄襲、剽竊、或違反著作權法等行為，如違反上述規定，乙方計畫主持人於三年內不得再接受甲方之獎勵(或委託)計畫。
- (三) 乙方如因特殊原因，不可抗力或其他不可歸責於乙方之事由，得檢具事證或敘明理由，於計畫執行屆滿前二個月以正式公文向甲方申請計畫延期，甲方得審酌情形後同意延期，惟乙方仍應於107年12月15日前繳交計畫執行報表1份、修正後期末成果報告1式7份與Word電子檔1份。
- (四) 乙方如未能依限將成果報告及原始資料數據檔等相關資料提送甲方並完成結案手續，除依第三款經甲方書面同意延期者外，經本署通知限期補正後，仍未於期限內繳交補正資料，視為不能履行契約，本署得不予受理獎勵申請。
- (五) 期末成果報告之審查標準，包含報告之組織與條理、資料分析、報告之

結論、是否達成預期目標。

(六) 成果報告與契約不符，或審查後經通知限期改善，仍未於期限內繳交補正資料，視為不能履行契約，甲方得不予受理獎勵申請。

第十條 計畫成果之歸屬：依「科技基本法」及「政府科學技術研究發展成果歸屬及運用辦法」規定辦理，經考量計畫內容涉及社會公益及政策等特殊因素，本計畫研發成果歸屬甲方，需經甲方同意後始得發表，本計畫期間以乙方如需發表任何與本計畫相關事宜，應事先徵求甲方同意，以避免滋生困擾。

第十一條 乙方同意其所繳交之期末成果報告，甲方無須徵得乙方授權同意，即可無償由甲方及其附屬機關（構）視需要自行或指定其他第三人不限地域、時間或次數，以微縮、光碟、數位化等方式予以重製、散布、傳送、發行、公開發表、上載傳送網路供檢索查詢，或為其他方式之利用。

第十二條 乙方未依約履行獎勵契約內容或成果有抄襲、剽竊之事實或侵害第三人之專利、著作等智慧財產權時，乙方與計畫主持人應負損害賠償之責任；計畫主持人並應負法律及其他相關責任。

第十三條 計畫中如涉及人體試驗或其他試驗，應依照醫療法或有關法規之規定執行之，如發生法律問題，由乙方暨研究主持人負完全責任。

第十四條 計畫執行中乙方應善盡維護實驗環境之衛生及安全之責，倘計畫人員及助理因執行計畫致生命、健康、財產上受侵害時，乙方應自負完全責任，與甲方無涉。

第十五條 契約之終止：

(一) 計畫執行中，如發現非可歸責於乙方之事由致使預期成果無法達成、研究工作不能進行、乙方未能履行本契約各項條款之一時或甲方因年度預算不足時，甲方得隨時通知乙方解除或終止契約。契約終止後，甲方應對已完成且達成指標目標數之部份，核算應獎勵之費用予以結案，乙方並應將契約終止前所完成之工作成果送交甲方。

(二) 本契約如因可歸責於乙方之事由而終止時，甲方得視情況向乙方暫停所有計畫申請案。

第十六條 罰則：

(一) 乙方如未依照契約規定繳交期末成果報告（108年12月15日，以送達日為憑），經本署通知限期補正後，仍未於期限內繳交補正資料，視為

不能履行契約，本署得不予受理獎勵申請。

- (二) 乙方因甲方變更規格或可歸責於甲方之事由，致無法履行合約規定或因而遲延執行時，免負違約責任，但仍應竭盡所能，設法排除、救濟或克服以上事由，儘速履行其義務。

第十七條 本契約如因工作需要，甲方得通知乙方依甲方規定辦理延長或續約，乙方並不得無故拒絕。

第十八條 乙方如有下列情形之一者，甲方得撤回獎勵，並視情節輕重，乙方或計畫負責人於三年內不得再向甲方申請獎勵：

- (一) 未經甲方同意，任意變更計畫內容者。
- (二) 未依計畫內容確實執行或無故無法履行者。
- (三) 無故拒絕接受查核或評鑑者。
- (四) 所送申請資料或其附件有隱匿、虛偽等不實情事者。
- (五) 有其他違背法令之情事者。

第十九條 執行計畫宣導贈品不得有商業買賣行為；計畫內容不得有推銷商品、藥品...等商業行為，若有違反情事，致使甲方遭致任何損失或聲譽損害時，乙方應負一切損害賠償責任。

第二十條 本契約書未約定事項，雙方得以換文方式另行約定，修正時亦同。契約文字如有疑義時，其解釋權歸屬於甲方。契約所規定事項如遇有訴訟時，雙方同意以臺灣士林地方法院為第一審管轄法院。

第二十一條 本契約書正本 2 份，副本○份，分送雙方保存，以資信守。

第二十二條 本契約書自中華民國 108 年○月○日起生效。

立 契 約 書 人

甲 方

單 位 名 稱：衛生福利部國民健康署

代 表 人：王 英 偉

地 址：臺北市大同區塔城街 36 號

電 話：02-2522-0888

乙 方

單 位 名 稱：

代 表 診 所：

地 址：

電 話：

統 一 編 號：

成 員 診 所：

診 所 名 稱：

負 責 人：

地 址：

電 話：

統 一 編 號：

中 華 民 國 1 0 8 年 〇 月 〇 日

附錄 1 衛生福利部長照服務發展獎助作業要點

中華民國106年12月5日核定

- 一、衛生福利部（以下簡稱本部）為辦理長期照顧服務資源發展獎助辦法（以下簡稱本辦法）所定獎勵及補助（以下簡稱獎助）事項，特訂定本要點。
- 二、本要點所需經費，由長期照顧服務法第十五條設置之基金（以下稱長照基金）支應。
- 三、本要點適用之計畫類別如下：
 - （一）政策性獎助計畫：為本部各單位及所屬機關（以下簡稱各單位）推動長期照顧重要政策所訂定之計畫。
 - （二）一般性獎助計畫：為本辦法第五條所定獎助對象自行提出符合本部推動長期照顧之重要政策或施政重點之計畫。
- 四、政策性獎助計畫編列長照基金之預算作業時程如下：
 - （一）各單位之政策性獎助計畫應於每年二月底前，將次年度預算相關資料交本部護理及健康照護司彙編附屬單位預算書表，送會計處審核後提報行政院主計總處。
 - （二）經行政院主計總處核定之計畫，各單位應依本辦法第九條及本要點或得依本部執行委辦及獎補助計畫等相關規定辦理，擬訂計畫詳細內容。
 - （三）為加強政策性獎助計畫之執行時效，各單位於編定預算案後，即應進行相關資料收集、審核等前置作業。
- 五、本要點獎助之區域、項目及基準如下：
 - （一）政策性獎助計畫：依各單位公告之原則規定辦理。
 - （二）一般性獎助計畫：各單位應先排除性質屬委辦事項後，依長照基金預算額度，就獎助對象申請計畫內容、執行能力、申請獎助區域及項目等事項核算獎助經費。
- 六、各單位之經費編列依「衛生福利部及所屬機關長照服務發展基金獎助計畫經費編列基準及使用範圍」辦理。但依計畫性質或有特殊需求者，得另訂相關經費編列基準。
- 七、各單位辦理獎助計畫期程如下：
 - （一）各單位應自行公告辦理政策性獎助計畫之申請期間及程序；其屬延續性計畫者，於次年度開始前三個月公告。
 - （二）各單位辦理一般性獎助計畫，得依申請獎助對象實際需求隨時受理。
- 八、各單位受理獎助計畫審核文件如下：
 - （一）申請補助經費者：應備申請表、計畫書及經費需求表。
 - （二）申請獎勵者：應備事蹟表。
 - （三）其它視個案需要，經各單位公告指定之文件。
- 九、獎助計畫之審查及核定程序如下：
 - （一）政策性獎助計畫：
 1. 已編列長照基金附屬單位預算書之計畫，須由各單位簽報核定。
 2. 未編列長照基金附屬單位預算書之計畫，經部長批示屬重大政策須由長照基金支應之臨時新增計畫，應自行向相關申請單位協調勻支。無法勻支經費者，應依中央政府附屬單位執行要點規定辦理，必要時應報行政院核定。
 - （二）一般性獎助計畫，依下列規定辦理：
 1. 申請獎助之金額在新臺幣五十萬元以下者，由各單位依權責自行審查後，簽報核定。
 2. 申請獎助之金額超過新臺幣五十萬元，在新臺幣三百萬元以下者，由各單位邀相關領域學者專家及相關單位代表，以書面或會議方式審查後，簽報核定；審查委員至少三人，其中外聘專家學者至少一人。
 3. 申請獎助之金額超過新臺幣三百萬元者，由各單位邀相關領域學者專家及相關單位代表，以書面或會議方式審查後，簽報核定；審查委員至少五人，其中外聘專家學

者至少二人。

4. 配合本部長期照顧政策之特殊性或緊急性案件，得由各單位依權責自行審查，專案簽報核定後辦理。

(三) 獎助對象所提計畫之審查及核定作業流程如附件七，或視個案需要，依各單位公告規定辦理。

十、各單位辦理獎助計畫之經費撥付作業如下：

(一) 各類計畫經各單位簽報核定後，依計畫實際執行進度或所定條件撥款。

(二) 政策性獎助計畫經費之請撥、核銷等相關作業流程如附件七，或視個案需要，依各單位公告規定辦理。

(三) 一般性獎助計畫經費之請撥、核銷等相關作業流程如附件七，或得依本部執行委辦及獎補助計畫等相關規定辦理。

十一、本要點未規定之事宜，得依本部執行委辦及獎補助計畫等相關規定辦理。

十二、各單位應依本辦法第十一條規定，對獎助對象辦理督導、考核。

十三、受補助對象違反法令規定或有辦理不善情事，各單位應依本辦法第十二條規定處理。

十四、各單位申請及使用長照基金之經費，應自行回復立法院、監察院及審計部或主計等相關單位之調查。

十五、長照基金用途均應本摶節原則辦理，不得支應與長照基金設置目的及基金用途無關之項目，亦不得有浪費之情形。

附錄 2 衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點

101 年 11 月修訂
102 年 07 月修訂
103 年 03 月修訂
105 年 04 月修訂

壹、總則

- 一、衛生福利部（以下簡稱本部）為健全補（捐）助款項之會計處理作業，特訂定本要點。
- 二、本部補（捐）助款項之撥補，應依年度預算，分別按照補（捐）助事項、對象、數額及相關規定執行。

貳、補（捐）助款項之申請

- 三、補（捐）助計畫區分為對地方政府之補助、對政府機關之補助及對私人團體、個人之捐助，並依下列規定辦理：
 - （一）對地方政府之補助
應依「中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法」及「本部及所屬機關補助地方政府推動醫療保健及衛生福利資訊工作處理原則」辦理。
 - （二）對政府機關間之補助
應依本部預算所列政府機關間之補助款項及有關法令之規定執行。
 - （三）對私人團體、個人之捐助
應依本部預算所列捐助私人團體、個人之款項及本部執行獎補助計畫等相關規定辦理。
- 四、補（捐）助計畫具有連續性、計畫型或對象確定之性質者，應由本部業務主管單位依各業務計畫所列概算，先請受補（捐）助單位提報詳細之運用計畫及經費需求，送本部就其是否可行，以及預期效益進行評估審核，俟預算案完成法定程序後，再通知受補（捐）助單位提報修正計畫及經費分配，並照該補（捐）助計畫之執行進度及經費分配，按期核撥。
- 五、各民間團體以同一事由或活動向本部及其他機關申請補（捐）助，應列明全部經費內容及擬向各機關申請補（捐）助之項目及金額。如有隱匿不實或造假情事，應撤銷該補（捐）助案件，並收回已撥付款項。

參、補（捐）助經費之執行

- 六、受補（捐）助單位對於本部補（捐）助款應單獨設帳處理。
- 七、依所得稅法等相關規定應繳稅之項目（如薪資等），受補（捐）助單位應依規定辦理扣繳憑單填報、填發及扣繳事宜。
- 八、補（捐）助經費結報方式如下：
 - （一）受本部補（捐）助之單位，如所領受之補（捐）助款為其經常或臨時支出之全部者，計畫結束後或會計年度終了前，應如期編具收支明細表及原始憑證，送本部核銷，於必要時本部得派員抽查之。如有賸餘款應一併繳回。
 - （二）受本部補（捐）助之單位，如所領受之補（捐）助款僅為受補（捐）助單位經常或臨時支出之一部分者，於計畫執行完成後一個月內，檢具成果報告、實際收入及支用明細表、獲補（捐）助經費項目及金額明細表、各項支出憑證正本，送本部核銷，於必要時本部得派員抽查之。如有賸餘款應依補（捐）助比例一併繳回。其中部分補（捐）助辦理活動、研討會等案件，除補（捐）助金額在十萬元以下者外，倘實際支出經費少於原預估經費時，應按原補（捐）助比率重新計算補（捐）助金額，其賸餘款亦應按補（捐）助比例繳回。

九、補（捐）助經費經本部同意原始憑證留存受補（捐）助單位者，審計機關得隨時派員或由本部派員，或委託專業之財會機構辦理就地查核，除應依會計法規定妥為保存外，並應依審計法第二十七條規定妥善保存十年。

十、補（捐）助經費不得用作下列各項開支，但事先經陳報本部書面同意者，不在此限：

- （一）不合計畫經費之開支或與計畫無關之任何費用。
- （二）與計畫無關之任何墊撥款項。
- （三）購買土地、申請單位本身庫存之物品及現有之設備。
- （四）招待應酬費用、罰款、贈款、捐款及各種私人用款。
- （五）償還貸款本金及有關該項貸款之利息。
- （六）採購陳舊之物品或器材。
- （七）增加員額經費及購置公務車輛經費。
- （八）電話安裝費及房屋押金等存出保證金。

十一、受補（捐）助經費產生之利息或其他衍生收入，如工程招標圖說收入、逾期違約之罰款或沒入之履約保證金等，應於收支明細表中敘明，並於結報時解繳本部。但利息金額為新臺幣三百元以下者，得留存受補（捐）助單位，免解繳本部。

十二、法人或團體接受本部補助辦理採購，其補助金額占採購金額半數以上，且補助金額在公告金額（新臺幣一百萬元）以上者，除科研計畫依科學技術基本法辦理外，應適用政府採購法之規定，其辦理開標、比價、議價、決標及驗收時，並應通知本部派員監督。

十三、本部補（捐）助計畫內所購置之設備，受補（捐）助單位應列入財產妥善保管，其設備之修繕及維護費用，除特殊情形經本部同意外，應由受補（捐）助單位自行負擔。

十四、各項工程管理費應按規定標準確實估算，列入各該工程計畫之下，不得另列統籌管理費，並依「中央政府各機關工程管理費支用要點」之規定辦理。

肆、補（捐）助經費之流用與變更

十五、補（捐）助款計畫預算經核定後，應在核定範圍支用。實際執行時，倘發現甲用途別科目預算有賸餘，乙用途別科目預算有不足，必須於用途別科目間流用，在計畫內容不變下，其流入流出金額未超過各該用途別科目預算金額百分之十五時，得由受補（捐）助之單位首長核定辦理，但人事費（包括薪金、工資、各項津貼）、管理費及本部核定計畫所列不得支用之項目，均不得流入，且資本門與經常門亦不得相互流用。受補（捐）助單位執行計畫違反前述規定者，其流用金額，應予以減列。

十六、因客觀條件變更，致原核定預算不能配合需要時，受補（捐）助單位應填具預算調整明細表，申請修改預算，但每項計畫修改預算應以函報本部一次為原則，且計畫執行期限屆滿前一個月內不得申請經費變更。

十七、補（捐）助經費僅為受補（捐）助單位經常或臨時支出之一部分且已指定補助項目、用途及金額者，不得辦理經費變更及流用。

伍、補（捐）助經費之核銷

十八、各受補（捐）助單位向本部申請支付款項，應本誠信原則對所提出原始憑證之支付事實真實性負責，如有不實，應負相關責任。有關經費核銷之規定如下：

（一）人事費：

1. 人事費用之動支，請依照契約規定辦理。核銷時，應檢附印領清冊〔經請領款人簽名，並註明身分證字號、戶籍地址（包括鄰、里、聯絡電話）及領款事由〕或匯款證明文件。
2. 保險費及退休金：有關勞健保費用及公提離職儲金或公提勞工退休金之核銷，

應檢附機關分攤表及繳費收據影本或納保相關證明文件。

(二) 業務費：

1. 鐘點費：講師鐘點費，依規定標準支給；報支鐘點費，應抄附每天、每週或每月實授課程時間表，以憑審核。主管或主辦人員就其職掌業務舉辦訓練或講習，所作之精神講話、業務報告等，均不得視為課程而支領鐘點費。本部人員受邀擔任受補（捐）助單位授課講師之鐘點費，依內聘講座標準支給。
2. 出席費：依計畫性質之繁簡，在規定標準內支給；報銷時應檢附會議紀錄簽到單。出席一般經常性之會議、計畫項下或受補（捐）助單位之相關人員及非以專家身分出席者均不得支領。
3. 臨時工資：報銷時應檢附工資收據或印領清冊，詳細註明工作內容，並應檢附臨時雇工出勤簿，且須經由受補（捐）助單位權責人員簽署證明，另受補（捐）助單位人員不得支領。
4. 審查費：受補（捐）助單位人員，原則上不得支領，但具有學術研究性質之整冊著作，須另聘請學者、專家審查時，得在規定之標準內支給。並於單據上註明按件或按字（須列明字數）計支，凡已在本計畫支領酬金者，均不得支領審查費。
5. 稿費及翻譯費：稿費及翻譯費應在契約規定之標準內支給，且須檢附稿件影本，並於單據上註明字數，但有下列情形，不得支給稿費：
 - (1) 受補（捐）助計畫單位負責人或計畫主持人之訓詞或講稿。
 - (2) 與本身業務有關之計畫報告等文稿。
6. 印刷費：限為計畫內所須印刷報告及出版之刊物。
7. 油脂費：限供公務使用之車輛，報銷時應檢附汽油耗用清單，詳載領用人職稱姓名、車輛種類及車號，行車事由、經過地點及里程、耗用汽油量。
8. 影印費：限為計畫內所須影印之文件與報告；報銷時應填明影印文件之名稱、用途等。
9. 郵電：以執行本計畫為限，報銷時應檢附單據；國際電話，應少使用，如為計畫確實需要，應請註明通話事由。
10. 文具紙張：依計畫內之預算數核實支用。
11. 問卷調查費：報銷時應檢附調查清冊，詳載調查件數、調查員姓名、受訪對象、日期、地點等，並應送經計畫主持人簽署。
12. 會議餐費：連續開會超過用餐時間必須用餐時，可報支便當費；凡與計畫內容無關之會議，不得報支。
13. 材料費：計畫內所需之消耗性材料、藥品、器材等，得按實檢據報銷。
14. 差旅費：依國內、外出差旅費報支要點規定辦理，並應檢附出差旅費報告表。
15. 其他：依計畫內預算數核實支用。

(三) 設備費：

1. 儀器、資訊設備及什項設備等：應依規定編製財產增加單。
2. 資訊軟體購置及系統開發等：應列冊管理。

(四) 管理費：本項經費應由計畫執行單位統籌運用，使用項目如下：

1. 水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。
2. 執行機構人員協辦研究計畫業務之加班費為限。
3. 第2點所稱「加班費」，即受補（捐）助單位的正職人員，為辦理補助計畫所額外增加之工作，無法於正常上班時間完成，需加班趕辦，所需之加班費，可由此項支應。
4. 除上列規定範圍內，餘臨時工資、兼任助理或以分攤聘僱協辦計畫人員之薪

資，不得以此項核銷。

5. 受補（捐）助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費，應依全民健康保險法相關規定編列。

十九、各項會議、講習訓練及研討會，以在受補（捐）助單位內部辦理為原則，如有必要，須在受補（捐）助單位以外場地辦理者，依下列原則辦理：

（一）應避免選在風景區舉行，並以在公設場地或訓練機關辦理為原則；如因場地不敷使用，無法在公設場地或訓練機關辦理者，所需住宿費及交通費，不得超過國內出差旅費報支要點規定之標準，膳雜費得依一百零三年七月七日國內出差旅費報支要點修正前之標準辦理。

（二）除必要頒發之獎品外，不得購買紀念（禮）品或宣導品贈與參加人員。

（三）不得攜眷參加。

（四）辦理國際性會議、研討會或應業務需要辦理各類會議、研討會等，其對象主要為受補（捐）助單位外之人士，無法依上開原則或標準辦理者，應於計畫書內敘明理由並經本部核准。

二十、費用開支不符合本要點規定，或所購財物不符合計畫原定之目的及用途時，應予減列。

受補（捐）助單位如有異議，應於本部文到十五日內提出理由，申請複核，複核案經本部審定後，不得再行申請複議。其減列之款項應即繳還本部。

二十一、補（捐）助計畫所取得之原始憑證，應按預算用途別科目順序排列，每一用途別科目之間須加色紙區別，並按經常門與資本門之原始憑證分別裝訂成冊。如原始憑證未經同意留存受補（捐）助單位者，原始憑證應連同收支明細表彙送本部，如有賸餘款，應一併繳回。

二十二、採購之招標紀錄、契約或承攬書、結算驗收證明書等相關文件，應附在原始憑證之後，彙送本部。

二十三、補（捐）助經費結報時，所檢附之支出憑證，除本要點之規定外，應依政府支出憑證處理要點規定辦理；另留存受補（捐）助單位之原始憑證，應依會計法規定妥善保存與銷毀，已屆保存年限之銷毀，應函報本部轉請審計機關同意。如遇有提前銷毀，或有毀損、滅失等情事時，應敘明原因及處理情形，函報本部轉請審計機關同意。如經發現未確實辦理者，得依情節輕重對該補（捐）助案件或受補（捐）助單位酌減嗣後補（捐）助款或停止補（捐）助一至五年。

二十四、本補（捐）助款項下所購置之財產，受補（捐）助單位應於年度終了或計畫結束時，編製財產增加單，隨同收支明細表送部核銷。

陸、補（捐）助經費之保留

二十五、計畫執行完畢，經費如有賸餘，應儘速於年度內繳還本部。但遇有特殊情形報經本部同意轉入下年度繼續執行者，得辦理經費保留。辦理經費保留應就已發生債務或契約責任之經費，而於年度內未能償付部分，於年度結束前具體說明須辦理保留事由、經費收支執行狀況並檢同契約書及相關證件送本部函轉行政院核定後，始得轉入下年度繼續辦理。

柒、補（捐）助經費之查核

二十六、本部對受補（捐）助單位，必要時得派員查證稽核其計畫執行及經費支用之情形，並將之列為次一期補（捐）助款撥付之參考。查證稽核要點如下：

（一）計畫是否按照預定目標及進度執行。

（二）執行成果與預期效果是否符合。

（三）執行過程遭遇何種困難，是否需要協助解決。

（四）經費是否按照本部核定項目核實支用。

- (五) 所購圖書儀器設備，是否已作有效運用。
- (六) 工程之定作、財物之買受、定製、承租及勞務之委任、僱傭，是否依照政府採購法及相關採購法令之規定辦理，手續是否齊備完善，財物之運用與保管是否妥當。
- (七) 會計帳冊、預算控制及憑證內容是否合乎規定。
- (八) 其他有關之事項。

捌、附則

二十七、給與標準遇有調整，應以調整時之金額為準。

二十八、其他

- (一) 本要點配合衛生福利部組織法，自一百零二年七月二十三日施行修訂，原行政院衛生署補(捐)助款項會計處理作業要點，及原內政部補(捐)助款項會計處理作業規範內容涉及本部之權限業務者，由本部承接。
- (二) 原內政部推展社會福利補(捐)助款項會計作業相關規範，另有規定者從其規定。

附錄 3 菸品健康福利捐之社福基金及長照基金業務經費來源標示須知

壹、法源依據：

- 一、菸品健康福利捐分配及運作辦法第 5 條第 2 項：「前項各該受分配機關獲配款項之運用，應以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐，並應納入其主管之單位預算採收支併列方式辦理或其主管之特種基金循預算程序辦理，並建立完善之管理機制。」
- 二、菸害防制及衛生保健基金審議作業要點第 20 點第 11 款：「接受補（捐）助者，應於獲補助之各項服務、措施或活動所製作之單張、文宣品、媒體傳播、活動舞台背景、出國報告、研究成果報告、訪問報告等補（捐）助項目或範圍明顯適當位置，註明主辦機關名稱及『菸品健康福利捐補助』等經費來源字樣。」

貳、貴單位運用社福基金及長照基金時，應標示經費來源之項目說明如下：

- 一、標示文字範例包括：「本經費來自菸品健康福利捐」、「使用菸捐挹注經費」、「經費來自菸捐」、「經費（部分經費）由衛生福利部運用菸捐支應」等經費來源字樣。
- 二、標示範例如下，詳如附件說明：
 - （一） 成果報告
 - （二） 領據
 - （三） 收支明細表
 - （四） 核銷清單