

# 臺中市政府衛生局辦理老人健康檢查補助計畫委託契約書

臺中市政府衛生局〈以下簡稱甲方〉特委託\_\_\_\_\_〈以下簡稱乙方〉辦理臺中市政府老人健康檢查補助計畫，經雙方同意訂立條款如下：

## 一、醫療機構申請資格：

- (一) 本市開業具有執行成人預防保健資格之健保特約醫療院所。
- (二) 乙方應受衛生福利部公告「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」、  
「臺中市政府辦理老人健康檢查作業要點」及「113 年老人健康檢查補助計畫需求說明書」等規範。

## 二、履約期間：民國 113 年 1 月 1 日起至同年 12 月 10 日止。

## 三、履約標的：

- (一) 服務對象：設籍本市 65 歲以上之民眾(民國 48 年 12 月 31 日前出生)及設籍本市 55 歲以上之原住民(民國 58 年 12 月 31 日前出生)。

### (二) 檢查項目與費用：

1. 依據衛生福利部中央健康保險署之成人預防保健服務之 65 歲以上民眾及 55 歲原住民每年 1 次。
2. 衛生福利部所訂醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項規定之成人預防保健服務項目及 B、C 型肝炎篩檢服務[年齡為 45 歲至 79 歲(原住民 40 至 79 歲)終身一次]。
3. 本市老人健康檢查服務增值服務項目：

胸腔 X 光、心臟心電圖、失智症篩檢量表(SPMSQ)、血清白蛋白(Albumin)、甲狀腺刺激素(TSH)為必檢項目，定量免疫法糞便潛血檢查需年達 76 歲以上且依實際檢查按實核銷，費用支付標準：

(1) 方案一：胸腔 X 光、心臟心電圖、定量免疫法糞便潛血、失智症篩檢量表(SPMSQ)、血清白蛋白(Albumin)、甲狀腺刺激素(TSH)檢查等 6 項均檢查者，每人補助新臺幣(以下同)650 元。

(2) 方案二：僅檢查胸腔 X 光、心臟心電圖、失智症篩檢量表(SPMSQ)、血清白蛋白(Albumin)、甲狀腺刺激素(TSH)等 5 項均檢查者，未執行定量免疫法糞便潛血檢查者，每人補助 550 元。

## 四、前述糞便潛血檢查採定量免疫法，乙方應配合衛生福利部國民健康署癌症篩檢向服務對象說明未滿 76 歲(即 55 歲-75 歲)為每 2 年檢查 1 次。

- 五、老人受檢應接受方案一全項目或方案二全項目的檢查，乙方可向甲方請領老人健康檢查服務費用，檢查項目有任一項未檢查，本局全部不予支付費用。
- 六、乙方應配合甲方推動老人健康促進相關業務；當甲方辦理老人健康檢查作業相關說明會，乙方應參加並遵守甲方相關流程規範。
- 七、甲方對於乙方之執行有督導之權；乙方應盡善良管理人注意義務確實執行老人健康檢查服務。
- 八、乙方應配合衛生福利部國民健康署實施二階段方式之成人預防保健服務項目包含 B、C 型肝炎篩檢[年齡為 45 歲至 79 歲(原住民 40 至 79 歲)終身一次]，合約醫療院所執行長者健康檢查時應主動調查詢問是否有意願搭配成人預防保健服務，提供多項健康檢查一站式服務。
- 九、乙方執行老人健康檢查服務時應核對國民身分證及全民健康保險卡(尤應注意相片)，如為 55-64 歲原住民，應再核對身分證明文件(戶籍謄本)，核對資格符合後始可檢查，另，可使用甲方提供之 web 版資訊系統核對資格，如未在系統內，應將身分證明相關文件以拍照或掃描方式留存以利備查。如有資格不符、發生冒名頂替情事，應即拒絕檢查，如有疏漏應由合約醫療院所自負一切費用。
- 十、乙方應履行本契約所載之檢查，應由正式執業登錄之護理/醫事/醫技人員執行，甲方得不定期抽查；如有無法提供之檢查，應有配合之外部檢查(驗)單位，始得為之。配合之外部檢查(驗)單位需為合法登記在案之醫療/醫事機構，乙方須提供配合證明予甲方備查，且應自行負責監督該配合單位代檢之檢查(驗)品質。
- 十一、乙方應指定專責單位、諮詢電話，並明顯標示申請資格及檢附文件、檢查程序及場所、檢查日期，方便民眾諮詢及受檢。
- 十二、乙方每月應至本局建置之「老人健康檢查管理系統」填報個案檢查資料及果。另，核銷資料繳交方式、資訊系統或軟體填報格式、範圍或上線時間如有新增或異動，以本局通知為準，乙方並應配合辦理。
- 十三、乙方應於每月 10 日前檢具領據、申請清冊、失智症篩檢量表(SPMSQ)向本局請領前 1 個月老人健康檢查服務費用，經甲方確認無誤後始予付款。於履約期滿(12 月 10 日)前所服務之個案，應於 113 年 12 月 20 日前將相關文件送交甲方審查，完成申請費用手續；未於期限內送交者，乙方應自行負擔個案醫療服務所產生費用，如經費於檢查作業期間用罄，經甲方通知後，乙方須立即停止服務，如有疏漏應由合約醫療院所自負一切費用。

- 十四、乙方向甲方申請老人健康檢查給付部分（不含衛生福利部中央健康保險署負擔部分及受檢者另行施作之其他健康檢查部分），1月至11月之各月檢查費，應各於次月10日前提出，皆應檢附如下資料：
- (一) 老人健康檢查明細表1式2份、收(領)據1份，向本局辦理請款手續，另，第1次提出需再檢附與本局簽訂之契約影本1份。
  - (二) 依據個人資料保護法第6條之個人資料，蒐集、處理及利用請按個人資料保護法相關規定辦理。
  - (三) 檢查明細表應經醫療院所負責人、單位主管、製表人核章。
  - (四) 收(領)據須加蓋醫院關防、醫療院所負責人章(同需求說明書所蓋之印信)，且主辦人員應核章，如有會計人員、出納人員亦應核章。
- 十五、合約醫療院所依據所得稅法及各類所得扣繳率標準第2條第1項第8款規定執行業務者之報酬按給付額扣取百分之10。
- 十六、乙方應依據印花稅法第7條第2款「銀錢收據：每件按金額千分之四，由立據人貼印花稅票。」規定，申報案件務必貼附每件按金額千分之四之印花稅票，或蓋有「印花稅總繳章」，或領據加註「免繳印花稅」字樣，以資證明。
- 十七、乙方履約期限內有以下情形之一，甲方得終止契約，1年內不締結合約之參考依據。依具體規定及情事如下：
- (一) 簽約後但未進行服務者及多次勸導且未改善者。
  - (二) 有事實足以認定其執行職務違反全民健康保險法及相關法令者，情節重大。
  - (三) 經中央健康保險署予以停止特約或終止特約者。
  - (四) 以偽造、變造或其他不實診療紀錄請款者，除終止契約外，並依相關法律追究責任及追回違規所得之補助款，且涉及刑責者移送司法機關辦理。
  - (五) 基於資訊安全，舉凡個人資料，乙方及乙方之受僱人必須遵守個人資料保護法及其施行細則規定等相關法令，對所有資料負完全且永久保密責任，合約醫療院所應自行監督之，落實保密及內控機制；乙方蒐集、處理或利用個人資料者，應於履行本合約範圍、期間內為之，不得複委託他人辦理；違反資訊安全、個人資料保護法等相關規定，並由乙方自負相關法律責任。

- 十八、醫療院所提供之資料錯誤超過5%時，列為下年度續合約之參考依據，包含：
- (一) 受檢者未符合資格者不予給付，合約醫療院所應確實審核無誤後，始可送本局核辦，資料錯誤不予列入計算核銷。
  - (二) 個人因素導致資料上傳或輸入本局提供之 web 版資訊系統頁面資料(指受檢者基本資料、檢驗結果、檢驗報告)錯誤，以及未落實異常追蹤者。
- 十九、老人健康檢查結果請確實詳細記錄於甲方提供之 web 版資訊系統，依下述辦理後續服務：
- (一) 乙方應按規定之項目檢查提供檢查，於檢查結束後 1 個月內，主動聯繫個案及完成個案返院看檢查報告，由醫師說明檢驗報告並依受檢者狀況評估進行複檢，給予衛教及協助轉介，落實早期發現，早期治療之成效。
  - (二) 檢查正常者：請民眾回診看報告或電洽說明後 2 星期內寄檢查報告。
  - (三) 檢查結果異常者：合約醫療院所應主動通知及追蹤個案，協助預約回診看報告，並提供衛教指導，視需要轉介進一步檢查及追蹤；如個案不願回診，至少追蹤 3 次並詳實記錄，追蹤時間間隔至少隔 1 個禮拜，並於 2 星期內寄送報告並詳細記錄於本局 web 版資訊系統。
- 二十、乙方辦理本契約委託之服務，如有違反上開事項，本局得隨時函知合約醫療院所終止契約。依具體規定及情事如下：
- (一) 不應向受檢者額外收費，掛號費除外；不應向衛生福利部中央健康保險署重複申報費用、虛報。
  - (二) 不應有詐欺或偽造、變造等涉及刑責之情形。
  - (三) 不應利用不正當方法，招攬服務對象。
  - (四) 其他違反之情事。
- 二十一、甲方得隨時抽查乙方有關本契約之相關資料，乙方如有前述額外收費或重複申報或虛報情形、以詐欺或虛造之證明或報告及其他不正當行為而領取本契約補助者，應退還溢領之費用，經甲方限期通知退還，屆期仍未退還者，甲方得終止合約，列為下次不締結續合約之參考依據，並依醫療法及其相關規定辦理，且涉及刑責者移送司法機關辦理。
- 二十二、乙方或乙方之受僱人如違反委託事項、醫療法或其他法律之情事，甲方得隨時函知乙方終止契約，於終止契約後 1 年內，甲方得不與乙方簽訂老人健康檢查業務委託契約；如致甲方遭受損害或損失，乙方應對甲方

負賠償責任並負相關法律責任。

- 二十三、 乙方如侵害受檢者權益、與受檢者發生醫療糾紛，應自行負責且負法律責任。受檢者如依國家賠償法向甲方請求賠償，甲方依法辦理後，得向乙方求償。
- 二十四、 本契約有效期間內，甲乙雙方如有契約所約定範圍之變更(例如：負責人、院所名稱、地址等等)，應於 1 個月以前主動告知甲方，辦理相關事宜；乙方欲終止契約，應於 1 個月以前以主動通知甲方將終止契約，經雙方同意後，始得終止本契約，但已預約之受檢者，應於終止契約以前執行完畢。
- 二十五、 契約締結後，若 113 年預算經費經部分刪減或用罄，甲方得依適當調整契約內容或終止契約。
- 二十六、 如因本契約涉訟時，依行政訴訟法定第一審管轄法院。
- 二十七、 本契約如有未盡事宜，適用行政程序法、相關法令及本局有關規定；契約內容如生疑義，由甲方依公平合理原則解釋之，如有修正必要，經雙方協商同意後為之，並以書面載明。
- 二十八、 本契約執行期間內，執行細節得應本局政策需要在合理範圍內做彈性之調整。
- 二十九、 本契約未記載之事項依行政程序法及相關法律規定辦理。
- 三十、 本契約 1 式 3 份正本(甲方留存 2 份、乙方 1 份)，均於雙方完成簽署後生效。
- 三十一、 立合約人之簽署請見下頁。

# 臺中市政府衛生局辦理老人健康檢查補助計畫委託契約書

## 立合約人

甲 方：臺中市政府衛生局

局 長：

地 址：420206 臺中市豐原區中興路 136 號

電 話：04-25265394

甲  
方  
機  
關  
印  
信

乙 方：

醫事機構代碼：

負責人(同健保特約機構負責人)：

(用印)

扣繳單位統一編號：

醫事機構地址：

電 話：

乙  
方  
機  
構  
印  
信

中 華 民 國 年 月 日

附表一 臺中市老人健康檢查合約醫療院所資料表 填表日期： 年 月 日

院所名稱	
醫療機構代碼	
扣繳單位統一編號	
執行老健 是否收取掛號費	
老健補助費 核付之金融機構	
健檢業務 主辦單位	

存 簿 影 本 黏 貼 處

附表二 臺中市老人健康檢查醫師基本資料表

填表日期： 年 月 日

醫師數_____人(專任:_____人、兼任:_____人)				
姓名	身份證字號	專科醫師證書字號 (有效期限內)	專/兼任	備註
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	
		<input type="checkbox"/> 家專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 內專醫字第____號 <input type="checkbox"/> 成人預防保健服務資格證明	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	

備註：參與、實際負責健檢業務之醫師需具家庭醫學科專科醫師或內科專科醫師或具成人預防保健服務資格證明資格。



(本院所辦理「113年臺中市政府辦理老人健康檢查業務」所需檢驗設備)

執行項目	自有設備或委託代檢單位
胸腔 X 光	<input type="checkbox"/> 自有，最近保養日/校驗日： <input type="checkbox"/> 委託單位名稱： 最近保養日/校驗日：
心電圖	<input type="checkbox"/> 自有，最近保養日/校驗日： <input type="checkbox"/> 委託單位名稱： 最近保養日/校驗日：
糞便潛血檢查 (定量免疫法)	<input type="checkbox"/> 自有，最近保養日/校驗日： <input type="checkbox"/> 委託單位名稱： 最近保養日/校驗日：
血清白蛋白 (Albumin)	<input type="checkbox"/> 自有，最近保養日/校驗日： <input type="checkbox"/> 委託單位名稱： 最近保養日/校驗日：
甲狀腺刺激素 (TSH)	<input type="checkbox"/> 自有，最近保養日/校驗日： <input type="checkbox"/> 委託單位名稱： 最近保養日/校驗日：
失智症篩檢量表(SPMSQ)	無

備註：院所內如無上開項目檢查(驗)設備，應提供委託契約書影本 1 份，但院所應確保委託單位能提供該檢查並應自行負責監督該單位代檢之檢查(驗)品質。

區別		
醫事機構代碼		
院所等級		
醫療院所名稱		
醫療院所地址(郵遞區號 6 碼)		
醫療院所電話號碼		
院內老健承辦單位	承辦單位(1.如：家醫科、老人醫學科。2.若為診所，不用填)	
	是否做宣傳、宣傳方式？	
	綜合評斷健檢結果之醫師人數	
	老健承辦單位是否同時承辦成人健檢業務	
承辦窗口 (與衛生局 聯絡統一 窗口)	窗口姓名	
	E-mail	
	分機號碼	
	傳真號碼	
檢查前置 作業 者 (核對身分 與掛號)	人員姓名(若為醫院批掛櫃臺數人，則填批掛櫃臺即可)	
	所屬單位	
	分機號碼	
老健結果 key in 者	人員姓名	
	所屬單位	
	分機號碼	
申報請款	人員姓名	
	所屬單位	
	分機號碼	
其它	是否收掛號費與金額	
	是否需預約(隨到隨做/預約制)	
	提供檢查時間(請填星期、時間)	

附表五 台中市衛生局老人健檢計畫 失智症篩檢量表(SPMSQ)

施測地點：

填表日期： 年 月 日

姓名		生日	年 月 日
身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女
教育程度	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高中以上		
戶籍地址			
本人同意接受老人健檢項目，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認本表資訊正確無誤：_____ (簽名或按指印)			

錯誤請打 X	問 題	注 意 事 項
	1.今天是幾號？	年、月、日都對才算正確。
	2.今天是星期幾？	星期對才算正確。
	3.這是什麼地方？	對所在地有任何的描述都算正確；說“我的家”或正確說出城鎮、醫院、機構的名稱都可接受。
	4-1.您的電話號碼是幾號？	經確認號碼後証實無誤即算正確；或在會談時，能在二次間隔較長時間內重覆相同的號碼即算正確。
	4-2.您住在什麼地方？	如長輩沒有電話才問此問題。
	5.您幾歲了？	年齡與出生年月日符合才算正確。
	6.您的出生年月日？	年、月、日都對才算正確。
	7.現任的總統是誰？	姓氏正確即可。
	8.現任的市長是誰？	姓氏正確即可。
	9.您母親叫什麼名字？	不需要特別証實，只需長輩說出一個與他不同的女性姓名即可。
	10.從 20 減 3 開始算，一直減 3 減下去。	期間如有出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。

答錯 3 題(含)以上，請民眾盡速前往失智共照中心或各大醫院神經內科或精神科，做進一步的失智症檢查，避免惡化。

資料來源：美國老年醫學會

臺中市失智共同照護中心服務資源表

1	衛生福利部臺中醫院	04-22294411#6237
2	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	04-24819900#12125
3	中國醫藥大學附設醫院	04-22052121#17262
4	衛生福利部豐原醫院	04-25271180#2174
5	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	04-36060666#3471
6	臺中榮民總醫院	04-23592525#3382
7	中山醫學大學附設醫院	04-24739595#38123
8	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	04-26581919#56176
9	光田醫療社團法人光田綜合醫院	04-26885599#5197