

# 衛生福利部

## 109年度「美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」

### 說明書

#### 壹、背景說明

我國於95年引進並補助美沙冬替代治療，實施以來，已有效降低每年查獲施用第1級毒品（海洛因）人數，成效斐然，惟美沙冬治療人數，也由每日曾達1萬2,000餘人，減少至每日約8,000餘人。截至108年8月底，全國指定替代治療執行機構計182家（含衛星給藥點70家），其中提供有美沙冬替代治療者計123家，然服務規模小於150人者達91家，小於50人之機構更有50家之多。

由於美沙冬替代治療屬全年無休之醫療服務，加以護理人員納入勞基法適用等因素影響，對於服務規模小之執行機構，恐因營運成本高而影響服務提供意願，鑑於提供海洛因藥癮者便利之替代治療服務有助個案穩定留置於醫療系統，提升治療成效，本部爰於108年推動「美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」，並於109年賡續辦理，期藉由補助醫療機構及衛生所部分開辦費及相關營運成本，維持或擴大辦理現有美沙冬替代治療服務據點，持續提升該醫療服務可近性及便利性。

#### 貳、計畫目的

- 一、鼓勵醫療機構參與美沙冬替代治療服務，以增加美沙冬替代治療服務可近性。
- 二、降低偏鄉及治療案量低之美沙冬替代治療機構營運負擔，維持美沙冬替代治療服務可近性。
- 三、鼓勵美沙冬替代治療機構增加看診或服藥時段，提升美沙冬替代治療服務便利性。

### 參、計畫執行期程：

自核定日起至109年12月31日，惟108年已獲本計畫補助者，因屬延續型計畫，得追溯至109年1月1日起執行。

### 肆、計畫執行內容

本計畫包括以下二方案：

#### 方案一：開辦美沙冬替代治療服務補助方案

##### (一) 補助對象及資格

有意願開辦美沙冬替代治療服務之醫療機構或衛生所。

##### (二) 應辦理及配合事項

1. 於本部同意補助後 2 個月內，依本部「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」(如附件 1) 規定，檢附相關資料函送地方衛生主管機關申請替代治療執行機構，復由地方衛生主管機關函轉向本部申請指定為提供美沙冬替代治療之替代治療執行機構。
2. 規劃適切之美沙冬替代治療給藥服務時間，強化個案服藥便利性，並於機構網站及門診明顯處公告周知替代治療服務時間。
3. 確實依本部編印之「鴉片類成癮物質替代治療參考指引」(請逕上本部網站下載，路徑：衛生福利部/本部各單位及所屬機關/心理及口腔健康司/成癮治療/藥癮業務/藥癮戒治)，提供美沙冬替代治療服務，及依規定於本部「醫療機構替代治療作業系統」及「藥酒癮醫療個案管理系統」，落實維護個案藥癮治療相關紀錄。
4. 配合衛生局每年之實地訪查，並依衛生局訪查建議事項，改善服務品質，及將改善情形函復衛生局核備。
5. 確實依個人資料保護法、醫療法等規定，及資訊安全需求，保護個案相關個人資料及隱私。

##### (三) 補助經費、項目及原則

1. 本方案總經費為新臺幣(以下同) 150 萬元，每件最高補助 30 萬元。

2. 補助項目：各項經費編列請依「109 年度美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」經費編列基準及使用範圍（如附件 2）編列，項目包括：

- (1) 人事費：執行替代治療等藥癮醫療業務之個案管理人員薪資。
- (2) 業務費：執行本方案所需之文具紙張、郵電、印刷、租金及服務空間修繕等業務費。
- (3) 設備費：開辦美沙冬替代治療服務所需之設施、設備費用，如電腦及周邊設備、生物辨識設備（如指靜脈機）、服務空間整修等。惟設備費不得逾總申請費用之 60%，且應依 109 年度共同性費用編列基準表辦理。

3. 補助原則：

- (1) 本方案之補助經費應單獨設帳處理，並依本部核定之補助項目核實動支，不得移作別用。
- (2) 在計畫內容不變下，各用途別科目間流用，其流入流出金額未超過各該用途別科目原核定金額百分之十五時，得由受補（捐）助之單位首長核定辦理；超過此變更經費項目或新增本部原核定之項目時，得提出經費變更申請，徵得本部書面同意後，在計畫總經費內調節支應，惟人事費及本部核定計畫所列不得支用之項目不能流入，且經常門與資本門之經費項目間不得互相流用。如違反前述之規定者，其流用金額，應予列減。計畫經費變更以一次為原則，且計畫執行期限屆滿前一個月內不得申請經費變更。
- (3) 受補助單位若為衛生所，於撥款時應檢附納入預算證明（如附件3）。
- (4) 本方案經費之使用依「衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點」辦理。

(四) 申請程序

1. 申請期限：自公告日起至 **109 年 5 月 31 日止（以寄送本部郵戳為憑）**，並依送件順序逐案進行審查。惟於前開公告截止日前，

申請且經核定補助之案件之總經費已達本方案總經費（150萬元），本部將宣布提前終止本方案。

2. 申請方式：

- (1) 醫院或診所：於申請期限前，將申請書（如附件 4-1）一式 2 份（另含電子檔 1 份）函送本部辦理。
- (2) 衛生所：將申請書（如附件 4-1）一式 2 份（另含電子檔 1 份）函送所屬地方衛生局審查後，由衛生局於申請期限前函轉本部辦理。

(五) 經費撥付及核銷

1. 醫院或診所：

(1) 經費撥付：分 2 期款

- ① 第 1 期款：經本部審查通過，完成簽約程序，且 109 年度預算經立法院審查通過後，撥付核定金額之 50%。
- ② 第 2 期款：經本部核定為指定替代治療執行機構後，撥付核定金額之 50%。

(2) 經費核銷：於 109 年 12 月 10 日前（以寄送本部郵戳為憑），檢附執行成果（如附件 5）一式 3 份（另含電子檔 1 份）、當年度原始憑證正本（經本部同意原始憑證留存受補助單位者，得免送原始憑證至部）及收支明細表正本（格式如附件 7）一式 2 份，函送本部辦理核銷與結案。

2. 衛生所：經費撥付及核銷方式，視計畫核定內容及經費表，另以公文函知，據以辦理。

(六) 預期效益

補助 15 家醫療機構或衛生所，開辦美沙冬替代治療服務，提升替代治療服務可近性。

**方案二：美沙冬替代治療服務補助方案**

(一) 補助對象及資格：（需符合下列 3 項條件）

1. 於本方案公告前，已為本部指定之美沙冬替代治療執行機構（含衛星給藥點）（下稱執行機構），且 108 年度美沙冬平均服

務規模小於 150 人者。

2. 非屬辦理本部「建置整合性藥癮醫療示範中心先期試辦計畫」之代表機構。
3. 依執行機構之服務規模，指定或聘有如下規定之個案管理人員辦理替代治療業務：

服務規模(每日平均服藥人數)	個案管理人員配置
1-50 人/日	<u>指定</u> 有固定人員
51-100 人/日	<u>聘有</u> 1 名專責人員
101-150 人/日	<u>聘有</u> 2 名專責人員

## (二) 應辦理或配合事項

1. 提供適當或充足之美沙冬替代治療服務時間或時段，且應符合以下條件之一：【申請時需檢附 108 年度執行情形及 109 年度服務時間規劃】
  - (1) 至少提供與 108 年度相同之平均服務時間（小時）（包括平日及假日、上班時間及非上班時間）。
  - (2) 較 108 年度增加美沙冬替代治療服務時間，含增加特別門診時間、診次或非上班之服藥時間。
2. 確實依本部鴉片類物質成癮替代治療作業基準之規定執行替代治療服務。
3. 經本部同意補助後，即於機構網站及門診明顯處公告周知替代治療服務時間。計畫執行期間，如有變更核定計畫治療服務時間，應函送本部申請變更。
4. 配合本部替代治療政策，主動評估參與本部推動之替代治療相關計畫（如：跨區給藥服務計畫等）之可行性，並規劃相關辦理期程。
5. 配合衛生局每年之實地訪查，並依衛生局訪查建議事項，改善服務品質，及將改善情形函復衛生局核備。

## (三) 補助經費、項目及原則

1. 本方案總經費為 4,510 萬元，各執行機構依服務規模及提供服務時間，補助上限如下：

108年度服務規模及服務時間	補助額度上限
108年度每日平均服藥人數介於1至50人間，且108年度提供之平均服務時間與107年度相同者。	55萬元
108年度每日平均服藥人數介於51至100人間，且109年度提供之平均服務時間與108年度相同者。	35萬元
108年度每日平均服藥人數介於101至150人間，且109年度提供之平均服務時間與108年度相同者。	20萬元
108年度每日平均服藥人數介於1至50人間，且109年預計較108年度增加特別門診時間或診次或非上班之服藥時間者。	75萬元
108年度每日平均服藥人數介於51至100人間，且109年度預計較108年度增加特別門診時間、診次或非上班之服藥時間者。	55萬元
108年度每日平均服藥人數介於101至150人間，且109年度預計較108年度增加特別門診時間、診次或非上班之服藥時間者。	40萬元
備註： 平日及假日：指「行政院人事行政總處」公告之「政府行政機關辦公日曆表」所訂「上班日」及「放假日」。 上班及非上班時間：8:30-12:30及13:30-17:30為上班時間；其餘為非上班時間。	

2. 補助項目：各項經費編列請依「109年度美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」經費編列基準及使用範圍（如附件2）編列，項目包括：

(1) 人事費：執行替代治療等藥癮醫療業務之替代治療個案管理人員薪資，惟本方案補助之人力，應符合以下規定：

- ① 專責辦理藥癮醫療相關工作。
- ② 執行機構之服務規模在每日平均服藥人數小於30人者，應於方案申請書中敘明該補助人力之年度工作規劃及具體工作內容。
- ③ 應符合本部96年5月21日衛署醫字第0960202286號公告之「鴉片類物質成癮替代治療作業基準」第二點第二項規

定，每年皆完成藥癮治療人員繼續教育訓練至少8小時，並配合本部調訓，接受個案管理人員相關專業訓練。

- (2) 業務費：包括文具紙張費、郵電費、材料費及臨時工資等。其中臨時工資不得用於聘雇替代治療個案管理人員。
- (3) 管理費：執行美沙冬替代治療等藥癮醫療業務人員，執行替代治療業務所需之加班費，及本方案補助聘用人力之補充保費和特別休假未休日數之工資等。本項費用以（人事費+業務費）×10%為限。

### 3. 補助原則：

- (1) 申請書應詳列 109 年度向各單位申請補助之計畫名稱、補助項目和內容，已向本方案申請補助之費用，不得重複向其他方案或計畫申請補助或報支，反之亦然。
- (2) 未依計畫規劃之服務時間確實提供服務者，將依實際執行狀況，於經費核銷時，按實際提供服務之時間比率核扣補助經費。
- (3) 本方案之補助經費應單獨設帳處理，並依本部核定之補助項目核實動支，不得移作別用。
- (4) 在計畫內容不變下，各用途別科目間流用，其流入流出金額未超過各該用途別科目原核定金額百分之十五時，得由受補(捐)助之單位首長核定辦理；超過此變更經費項目或新增本部原核定之項目時，得提出經費變更申請，徵得本部書面同意後，在計畫總經費內調節支應，惟人事費、管理費及本部核定計畫所列不得支用之項目不能流入。如違反前述之規定者，其流用金額，應予列減。計畫經費變更以一次為原則，且計畫執行期限屆滿前一個月內不得申請經費變更。
- (5) 受補助單位若為衛生所，於撥款時應檢附納入預算證明（如附件3）。
- (6) 本方案經費之使用依「衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點」辦理。

### (四) 申請期限及程序

由執行機構於 108 年 12 月 25 日前（以郵戳為憑），將申請書（如附件 4-2）一式 2 份（另電子檔 1 份），函送所在地衛生局，復由衛生局於 108 年 12 月 30 日前（以郵戳為憑），完成初審，並依附件 8格式造冊後，函送本部辦理。

#### (五) 經費撥付及核銷

##### 1. 醫院或診所：

##### (1) 經費撥付：分 2 期款，

① 第 1 期款：經本部審查通過，完成簽約程序，且 109 年度預算經立法院審查通過後，撥付核定金額之 50%。

② 第 2 期款：於 109 年 7 月 15 日前，繳交 109 年 1-6 月期中成果報告（如附件 6）一式 2 份及領據，經本部審查通過，撥付核定總經費之 50%。

(2) 經費核銷：於 109 年 12 月 10 日前（以寄送本部郵戳為憑），函送期末執行成果（含替代治療服務時間公告資訊佐證文件，格式如附件 6）一式 3 份（另含電子檔 1 份）、當年度原始憑證正本（經本部同意原始憑證留存受補助單位者，得免送原始憑證至部）及收支明細表（如附件 7）正本一式 2 份（若有剩餘款應一併繳回），函送本部辦理核銷與結案。

2. 衛生所：經費撥付及核銷方式，經本部審查通過，視計畫核定內容及經費表，另以公文函知經費撥付與核銷方式，據以辦理。

#### (六) 預期效益

1. 強化服務規模小之美沙冬替代治療執行機構之運作及提升個案管理服務品質，穩定美沙冬替代治療服務可近性。
2. 鼓勵替代治療執行機構依個案需求，調整美沙冬服務時間，提升個案服藥便利性及治療留置率。

### 伍、其他配合事項

一、由申請機構以正式機關（構）章蓋妥申請文件提出申請，由個人



名義申請者概不受理。未經過本部事先同意，本部不提供或代為申請計畫執行所需之資料。若計畫內容涉及其他相關智慧財產權，應先獲得授權同意。

- 二、申請機構應於申請書中詳填或檢附詳細規格資料，以利規格審查，否則視同規格不符。未獲通過採用之申請案，概不退還。
- 三、補助對象係屬公職人員利益衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者，請填『公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表』，如未揭露者依公職人員利益衝突迴避法第18條第3項處罰。
- 四、本案經費係屬109年度預算，如因政府法令或立法院預算審議結果，致無法按期給付價款時，本部得通知機構變更付款方式或終止契約。
- 五、本部將依合約規定辦理撥款；執行進度明顯落後者，則依合約規定及其情節輕重予以扣款、追繳款項或中止合約。
- 六、本計畫對於衛生所之補助，業經行政院108年6月17日院授主預社字第1080101439號函同意不受「中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法」第9條規定之限制，爰得免列地方政府自籌款。
- 七、執行計畫所產生之實體成品或對外教材等，應明列「衛生福利部」字樣，並清楚標明本部標誌（logo），並確實依預算法62-1條辦理。
- 八、受補助單位應依採購法相關規定辦理採購業務。
- 九、本部如發現受補助單位有重大違失者或重複申請其他政府機關同性質計畫或方案之獎勵，本部得終止契約、停止獎助，並得追回獎助費用。
- 十、受補助單位應據實提供計畫相關數據資料、佐證文件、費用憑證，如發現有虛偽不實情形者，將予以追繳獎助金，情節嚴重者，並依相關法令追究責任。
- 十一、受補助單位應接受本部實地訪查或相關監測措施。
- 十二、如對本案內容有任何疑義，請洽本部心理及口腔健康司第三科

陳雅慧技士，聯絡電話：(02)8590-7445，聯絡地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號8樓。

十三、本計畫申請說明相關規定，如有未盡事宜，依照本部獎補助相關規定辦理。

## 陸、附錄

契約草案（醫院或診所使用，衛生所將逕以公函代之）

## 鴉片類物質成癮替代治療作業基準

中華民國 95 年 3 月 7 日衛署醫字第 0950208926 號公告

中華民國 95 年 11 月 10 日衛署醫字第 0950210219 號修正

中華民國 100 年 10 月 12 日衛署醫字第 1000264048 號修正

一、本基準所稱之鴉片類物質成癮替代治療，係以有效且足夠的鴉片類藥物，取代非法鴉片類物質之使用（以下稱替代治療）。

二、符合下列資格之醫療機構，得向中央衛生主管機關申請指定為替代治療執行機構：

（一）中央衛生主管機關指定藥癮戒治醫院

1、應有受過藥癮治療相關訓練之團隊，包括精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員至少各一名。

2、精神科專科醫師應具有管制藥品使用執照。

（二）其他醫院、診所或衛生所：

1、應有醫師、藥師及護理人員，至少各一名。

2、醫師應具有管制藥品使用執照。

3、不能提供臨床心理、職能治療或社會工作等相關服務者，應與前款中央衛生主管機關指定藥癮戒治醫院建立合作關係。

前項第一款第一目及第二款第一目執行替代治療之各類人員，每年應接受替代治療繼續教育講習至少八小時。

三、申請施行替代治療業務，應檢具下列各款文件，向中央衛生主管機關申請指定：

（一）計畫書，應包括醫療團隊組織與人員，預估收案人次，治療照護計畫與流程管理，品質保證措施，實施替代治療之獨立性空間及藥品安全儲存空間配置平面圖，與矯正機關合作計畫等說明。

（二）管制藥品登記證。

（三）其他經中央衛生主管機關指定之文件。

經受理機關審查通過者，得公告指定為替代治療執行機構，其效期為三年；本基準 100 年 10 月 12 日修正生效前已指定之替代治療執行機構，

其效期自修正生效日起算三年。

效期屆滿前六個月，執行機構得重新申請指定。

#### 四、替代治療收案對象如下：

- (一) 經精神科專科醫師診斷符合心理疾病診斷統計手冊第四版（DSM-IV）鴉片類成癮（Opioid dependence）者，且無不適合使用或對美沙冬鹽酸鹽（Methadone HCL）、丁基原啡因鹽酸鹽（Buprenorphine HCL）有使用禁忌者。
- (二) 採替代治療個案應簽署行為約定書。未滿二十歲之限制行為能力人，經精神科專科醫師證明以其他方式戒癮無效者，應與其法定代理人共同簽署。未滿二十歲已結婚者，由本人簽署，不須經法定代理人同意。無行為能力人，應由法定代理人代為簽署。

#### 五、替代治療之執行方式如下：

- (一) 替代治療藥物之使用，應依中央主管機關發布之治療指引，並得依治療對象成癮程度及臨床需要調整給藥劑量。
- (二) 替代治療藥物以美沙冬鹽酸鹽（Methadone HCL）及丁基原啡因鹽酸鹽（Buprenorphine HCL）為主。美沙冬鹽酸鹽（Methadone HCL）應在醫事人員監督下服用，丁基原啡因鹽酸鹽（Buprenorphine HCL）含嗎啡拮抗劑之複方，得於醫師評估後限量攜回服用，至多二週。
- (三) 治療期間，應定期安排個案接受社會心理治療或輔導，及後天免疫缺乏症候群相關衛教。
- (四) 收案及治療紀錄，應包括病史、身心狀況、意願、動機、各項檢查（檢驗）報告、配合度及相關治療評估等事項；且上揭紀錄之保管與保存，應符合醫療法對病歷之相關規定。
- (五) 治療對象未依約接受治療連續達兩星期者，視為終止治療。但執行機構得考量治療對象之需要，重新開始治療。
- (六) 替代治療執行機構及其所屬人員，因職務或執行業務知悉或持有治療對象之秘密，不得無故洩漏。

六、執行機構應將治療相關資料，建置於中央衛生主管機關所定之替代治療作業系統，以利後續評估及管理。

七、醫師及其他人員非依本作業基準使用管制藥品執行替代治療，應依相關規

定處罰。

八、中央衛生主管機關得檢查執行機構之業務，或調閱相關紀錄及文件；執行機構及其所屬人員應配合，不得規避、妨礙或拒絕。

九、為提升執行機構服務品質，中央衛生主管機關得辦理訪查。

前項訪查，中央衛生主管機關得委託其他法人或團體為之。

十、經指定為替代治療執行機構，如有違本基準規定或違反管制藥品管理規定，情節重大者，主管機關得廢止其指定。

## 衛生福利部「109年度美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」

## 經費編列基準及使用範圍

適用範圍含本計畫之方案一（開辦美沙冬替代治療服務補助方案）及方案二（美沙冬替代治療服務補助方案）

項目名稱	說明	編列標準
<b>人事費</b>	(應於申請書列明各項計算公式)	
個案管理人員薪資	執行美沙冬替代治療業務之專任或兼任個案管理人員薪資，且應依學經歷薪資基準編列。	受聘人員限以具有護理師執業證照者為限，並應檢附受聘人員薪資編列參考基準，供本部審查。
保險	依勞工保險條例及全民健康保險法之規定，編列應由雇主負擔之保險項目（非依法屬雇主給付項目不得編列，補充保險費則編列於管理費）	有關勞保及健保費用編列基準請自行上網參照中央健康保險署以及勞工保險局的最新費率辦理。
公提離職儲金或公提勞工退休金	執行本計畫所聘僱之個案管理人員之公提離職儲金（計畫執行機構不適用勞動基準法者）或公提勞工退休金（計畫執行機構適用勞動基準法者）。	
<b>業務費</b>		
文具紙張	實施本計畫所需油墨、紙張、文具等費用。	
郵電	實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費，如有編列手機費用需求，應具體說明需求原因，經本部審查同意後，始得支用。	
印刷	實施本計畫所需書表、報告、衛教海報或單張等之印刷裝訂費及影印費。	
租金	實施本計畫所需租用辦公房屋禮堂、機器設備及車輛等租金。(不補助單位內部場地使用費)	受補助單位不得以自己單位開立之收據，使用自己單位場地，

<p>維護費</p>	<p>實施本計畫所使用儀器設備所需之修繕及養護費用。</p>	<p>核銷場地租金。</p>
<p>油脂</p>	<p>實施本計畫所需車輛、機械設備之油料費用。(車輛之油料費用，需用於為辦理替代治療業務需要，而非屬派遣機關人員出差，其性質與出差旅費之報支不同，受委託或補(捐)助單位如無公務車可供調派，而需由執行替代治療業務相關人員駕駛自用汽(機)車從事該業務，其所需油料費，得由各補助或委辦機關本於職責自行核處，檢據報支)</p>	
<p>電腦處理費</p>	<p>實施本計畫所需電腦資料處理費。包括：資料譯碼及鍵入費、電腦使用時間費、磁片、硬碟、隨身碟、光碟片及報表紙等。(單價須1萬元以下)</p> <p><u>電腦軟體、程式設計費、電腦周邊配備、網路伺服器架設、網站或軟體更新費、網頁及網路平台架設等係屬設備，依規定不得編列購買費用。</u></p>	
<p>材料費</p>	<p>實施本計畫所需消耗性器皿、材料、實驗動物、藥品及使用年限未及二年或單價未達1萬元非消耗性之物品等費用，且須與本計畫直接相關為限；若需購置普通性非消耗物品，如複印機、印表機、電腦螢幕、碎紙機、藥櫃、…等，應詳列各品項之名稱單價、數量與總價，並說明原因。</p>	<p>如108年有申請購買非消耗性物品，則不得重複購買。</p>
<p>國內旅費</p>	<p>實施本計畫所需之相關人員之國內差旅費。差旅費分為交通費、住宿費、雜費等。交通費包括行程中必須搭乘之飛機、高鐵、船舶、汽車、火車、捷運等費用，均覈實報支；搭乘飛機、高鐵、座(艙)位有分等之船舶者，應檢附票根或購票證明文件。但受補(捐)助單位專備交通工具或領有免費票或搭乘便車者，不得報支。</p> <p>前項所稱汽車係指公共汽車及其他公民營客運汽車，凡公民營汽車到達地區，除因業務</p>	<p>依「國內出差旅費報支要點」規定辦理，差旅費之編列應預估所需出差之人天數，並統一以2,000元/人天估算差旅費預算。實際報支時應按下列標準支給：交通費按實開支。 <b>住宿費：</b></p>

<p>臨時工資（含其他雇主應負擔項目）</p> <p>餐費</p> <p>其他</p> <p>雜支費</p>	<p>需要，報經本部事前核准者外，其搭乘計程車之費用，不得報支。</p> <p>施本計畫特定工作所需勞務之工資，以按日或按時計酬者為限。惟本項薪資不得用於聘雇替代治療個案管理人員，且受補助單位人員不得支領臨時工資。</p> <p>實施本計畫所需召開之相關會議，已逾用餐時間之餐費。</p> <p>辦理本計畫所需之其他未列於本表之項目(如服務空間修繕或提升個案治療動機相關費用等)。</p> <p>實施本計畫所需之雜項費用。</p>	<p>簡任級：1,800元/天 薦任級以下：1,600元/天 雜費：400元/天</p> <p>以勞動部最新公告之基本工資時薪標準編列（每人天以8小時估算，實際執行時則依勞動基準法相關規定核實報支），如需編列雇主負擔之勞健保費及公提勞工退休金則另計。</p> <p>申請餐費，每人次最高80元。</p> <p>應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因。 <b>服務空間修繕(僅限方案一申請)</b></p> <p>最高以業務費金額百分之五為上限，且不得超過2萬元。</p>
<p>設備費</p>	<p>開辦美沙冬替代治療服務所需購置之軟硬體設備及醫療服務空間修繕（各項設備須符合單價1萬元以上且使用年限2年以上者），含電腦及周邊設備、印表機、生物辨識設備及服務空間修繕等。擬購置之軟硬體設備應詳列其名稱、數量、單價及總價，並依採購相關規定辦理，及與本計畫有關為限。</p>	<p><b>限方案一申請</b> 本項經費編列數額不得逾總申請經費之60%。 <u>依109年度共同性費用編列基準表辦理。</u></p>
<p>管理費</p>	<p>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、大樓清潔費及電梯保養費。 (2) 加班費：執行美沙冬替代治療業務人員，執行替代治療業務所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。</p>	<p><b>限方案二申請</b> 管理費 ≤ (人事費 + 業務費) × 10%</p>



	<p>(3) 除上規列範圍內，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。</p> <p>(4) 依全民健康保險法之規定，受補(捐)助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費(編列基準請依中央健康保險署之最新版本辦理)。</p> <p>(5) 依據勞動基準法之規定，受補(捐)助單位因執行本計畫，應負擔執行本計畫個案管理人員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數，所發給之工資。</p>	
--	--	--

○縣(市)接受中央計畫型補助款納入預算證明

補助機關				
核定日期文號				
補助計畫名稱				
納入歲出預算金額(大寫)	補助款		分擔款	
納入歲出預算機關				
納入歲出預算情形	補助款		分擔款	
	年度別		年度別	
	預算別	<input type="checkbox"/> 總預算 / <input type="checkbox"/> 特別預算 <input type="checkbox"/> 總預算第 次追加減預算 <input type="checkbox"/> 特別預算第 次追加減預算 <input type="checkbox"/> 附屬單位預算 <input type="checkbox"/> 業經本縣(市)議會以 年 月 日 字第 號函同意以墊付款先行支用	預算別	<input type="checkbox"/> 總預算 / <input type="checkbox"/> 特別預算 <input type="checkbox"/> 總預算第 次追加減預算 <input type="checkbox"/> 特別預算第 次追加減預算 <input type="checkbox"/> 附屬單位預算 <input type="checkbox"/> 業經本縣(市)議會以 年 月 日 字第 號函同意以墊付款先行支用
	備註			

機關首長職銜簽字章

機	關
印	信

中 華 民 國 ○ 年 ○ 月 ○ 日

## 衛生福利部「109年度美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」

## 方案一、開辦美沙冬替代治療服務補助方案

## 申請書

機構名稱：							
機構負責人		職稱		電話			
本機構負責人及執行本計畫之有關人員是否屬公職人員利益衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者： <input type="checkbox"/> 是，請填『公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表』。（如附表） <input type="checkbox"/> 否							
計畫負責人		職稱		電話		手機	
聯絡人		職稱		電話		手機	
聯絡人電子郵件：							
聯絡地址：							
方案內容							
項目				說明			
一、背景說明 【應包含開辦美沙冬替代治療服務之緣由及目的】							
二、機構簡介 【應包含預定投入美沙冬替代治療之人力規劃】							
三、方案執行策略、步驟及品質管理機制 【請就本方案依辦理及配合事項逐項說明】							
四、執行期程及預定進度							
(一)執行程程：109年__月__日至109年__月__日							
(二)工作進度甘特圖：							

主要工作項目	第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	第7月

五、經費需求表：請參照附件2「衛生福利部109年度美沙冬替代治療服務可近性補助計畫經費編列基準及使用範圍」詳實編列，各經費項目請務必按照該標準表內所訂之名稱與次序填寫。說明欄內應詳細說明估算方法及用途。

範例如下：

項目	金額	說明(含用途及估算式)	是否以採購方式辦理 (本項僅衛生所填寫)
			是/否
人事費	個案管理人員薪資	月薪__元×__個月×__人=__元 年終獎金:薪資__元/月×(當年實際在職月數: /12)×發放__個月×__人= __元	
	保險	投保級距: __。 1. 勞保費: __元/月×__個月×__人= __元。 2. 職災費: __元/月×__個月×__人= __元。 3. 健保費: __元/月×__個月×__人= __元。 4. 工資墊償: __元/月×__個月×__人= __元。	
	公提離職儲金或公提勞工退休金	__元/月×__個月×__人= __元。	
業務費	文具紙張	實施本計畫所需油墨、紙張、文具等費用。	
	印刷	實施本計畫所需書表、報告、衛教海報或單張等之印刷裝訂費及影印費。	
	國內旅費	實施本計畫相關人員受訓或參加相關會議或繼續教育之國內差旅費。 2,000元/人天×__天=__元。 備註：以2,000元/人天估算差旅費預算	
	材料費	1. __ (品項名稱)×__(單價)×__(數量)= __元。(需求原因: __)	
	其他	1. __ (品項名稱)×__(數量)= __元。(需求原因: __)	
	雜支費	實施本計畫所需之雜項費用。(最高以業務費金額百分之五為上限，且不得超過2萬元。)	

設備費		1. __ (品項名稱) × __ (單價) × __ (數量) = 元。	
合計			

【各項說明若篇幅不足，請自行增列】

## 衛生福利部109年度「美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」

## 方案二、美沙冬替代治療服務補助方案

## 申請書

機 構 名 稱							
機 構 類 別		<input type="checkbox"/> 替代治療執行機構(指設有精神專科醫師者)				<input type="checkbox"/> 衛星給藥點	
機 構 負 責 人		職 稱		電 話			
本機構負責人及執行本計畫之有關人員是否屬公職人員利益衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者： <input type="checkbox"/> 是，請填『公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表』。 (如附表) <input type="checkbox"/> 否							
計 畫 負 責 人		職 稱		電 話		手 機	
聯 絡 人		職 稱		電 話		手 機	
聯絡人電子郵件：							
聯絡地址：							
<b>申請補助規模</b> 【請以109年規劃之美沙冬替代治療服務規模及時間勾選】	申請補助規模		108年平均服藥人數		109年平均服務時間		補助金額上限
	1-1 <input type="checkbox"/>		1-50人/日		同108年		55萬元
	1-2 <input type="checkbox"/>				較108年增加		75萬元
	2-1 <input type="checkbox"/>		51-100人/日		同108年		35萬元
	2-2 <input type="checkbox"/>				較108年增加		55萬元
	3-1 <input type="checkbox"/>		101-150人/日		同108年		20萬元
	3-2 <input type="checkbox"/>				較108年增加		40萬元

**申請補助說明**

**一、108 年度替代治療服務情形**

<b>(一) 替代 治療 服務 內涵</b>	替代治療藥物： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因				
	各項醫療處置 項目	單價			
		申請補助費用(元)	自費(元)		
<b>(二) 治療 人力 配置</b>	姓名	職稱	執行內容	8小時 <sup>註</sup> 教育訓練	
				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成	
				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成	
				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成	
				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成	
註：8小時教育訓練「完成」，係指該治療人員於108年度接受有8小時以上之藥 癮治療人員教育訓練，並有訓練時數證明。					
<b>(三) 個管 人力 配置</b>	<input type="checkbox"/> 指定固定人員，_____人 <input type="checkbox"/> 聘有專責人員，_____人				
	性質	姓名	職稱	執行內容	
	<input type="checkbox"/> 兼 辦 <input type="checkbox"/> 全 職				8小時 <sup>註</sup> 教育訓練
					<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成
	<input type="checkbox"/> 兼 辦 <input type="checkbox"/> 全 職				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成
<input type="checkbox"/> 兼 辦 <input type="checkbox"/> 全 職				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成	

註：8小時教育訓練「完成」，係指該治療人員於108年度接受有8小時以上之藥癮治療人員教育訓練，並有訓練時數證明。

<b>(四) 服務 規模</b>	<b>美沙冬</b>		<b>丁基原啡因</b>		
	<input type="checkbox"/> 全年度服藥總人數：_____人，_____人次 <input type="checkbox"/> 每日平均服藥人數：_____人		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全年度累計治療人數_____人		
<b>(五) 服務 成果</b>	<b>服務時 段</b>	<b>門診服務</b>		<b>服藥時間</b>	
	<b>上 班 時 間</b>	① 共提供____診，共____小時。 ② 平均____診/月，每診____小時。 ③ 全年初診____人次，複診____人次。		① 共提供____天，共____小時。 ② 平均____小時/天。 ③ 服藥人次共____人次。	
	<b>非 上 班 時 間</b>	① 共提供____診，共____小時，其中初診____人次，複診____人次。 ② 平均____診/月，每診____小時。		① 共提供____天，共____小時。 ② 平均____小時/天。 ③ 服藥人次共____人次。	
	<b>平 日<sup>註</sup> 251 天</b>	① 全年合計提供____診，共____小時。 ② 全年平均____診/月，每診____小時。 ③ 全年初診____人次，複診____人次。		① 全年共提供____天，共____小時。 ② 平均____小時/天。 ③ 全年服藥人次共____人次。	
	<b>合 計</b>	① 全年合計提供____診，共____小時。 ② 全年平均____診/月，每診____小時。 ③ 全年初診____人次，複診____人次。		① 全年共提供____天，共____小時。 ② 平均____小時/天。 ③ 全年服藥人次共____人次。	
<b>假 日 115 天</b>	① 共提供____診，共____小時，平均每診____小時。 ② 全年初診____人次，複診____人次。		① 共提供____天，共____小時。 ② 平均____小時/天。 ③ 服藥人次共____人次。		



註：平日及假日之定義為「行政院人事行政總處」公告之「政府行政機關辦公日曆表」所訂「上班日」及「放假日」。上班時間為8:30-12:30及13:30-17:30；其餘屬非上班時間。

**(六)  
服務  
成效**

- ①全年度美沙冬替代治療個案出席率：\_\_\_\_\_。  
註：計算基準【(B)/(A)】\*100%  
(A)：108年1月1日至108年12月31日應服藥人次。  
(B)：108年1月1日至108年12月31日實際服藥人次。
- ②全年度美沙冬替代治療新收個案自開案起持續接受治療滿180天之留置率：\_\_\_\_\_。  
註：計算基準：【(B)/(A)】\*100%  
(A)：108年1月1日至108年12月31日實際新收開案治療之個案人數（同1人若療程中段後再重新開案，以2人計算）。  
(B)：108年1月1日至108年12月31日實際新收開案治療個案，自開案治療起，持續接受治滿180天之人數。
- ③全年度丁基原啡因替代治療個案出席率：\_\_\_\_\_。  
註：計算基準【(B)/(A)】\*100%  
(A)：108年1月1日至108年12月31日應回診人次。  
(B)：108年1月1日至108年12月31日實際依約回診人次。
- ④全年度丁基原啡因替代治療新收個案自開案起持續接受治療滿90天之留置率：\_\_\_\_\_。  
註：計算基準：【(B)/(A)】\*100%  
(A)：108年1月1日至108年12月31日實際新收開案治療之個案人數（同1人若療程中段後再重新開案，以2人計算）。  
(B)：108年1月1日至108年12月31日實際新收開案治療個案，自開案治療起，持續接受治滿90天之人數。

**二、109年美沙冬替代治療服務規劃**

(一) 門診表	星期	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	【時段可依實際狀況調整，並請於表格內註明確切服務時間】	8:30前						
	8:30-12:30							
	12:30-12:30							
	12:30-13:30							

	13:30-17:30								
	17:30後								
備註：與108年相較，調整或增加門診時間： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，說明：									
<b>(二)</b> <b>給藥時間表</b> 【表格內註 明確切服務 時間】	星期 時段	星期 一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日	
	8:30前								
	8:30-12:30								
	12:30-12:30								
	12:30-13:30								
	13:30-17:30								
	17:30後								
	備註：與108年相較，調整或增加給藥時間： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，說明：								
	<b>(三)</b> <b>治療人力配置</b>	<input type="checkbox"/> 同108年度（與108年度相同，以下免填） <input type="checkbox"/> 與108年度不同，109年度治療人力如下：							
姓名		職稱	執行內容				8小時 <sup>註</sup> 教育訓練		
							<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成		
							<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成		
							<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未 完成		
註：8小時教育訓練「完成」，係指該治療人員於108年度已接受8小時以上之藥癮治療人員教育訓練，並有訓練時數證明。									

<b>(四) 個管 人力 配置</b>	<input type="checkbox"/> 與108年度同（與108年度相同，以下免填） <input type="checkbox"/> 與108年度不同，109年度個管人力配置如下： <input type="checkbox"/> 指定固定人員，_____人 <input type="checkbox"/> 聘有專責人員，_____人				
	性質	姓名	職稱	執行內容	8小時 <sup>註</sup> 教育訓練
	<input type="checkbox"/> 兼辦 <input type="checkbox"/> 全職				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未完成
	<input type="checkbox"/> 兼辦 <input type="checkbox"/> 全職				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未完成
	<input type="checkbox"/> 兼辦 <input type="checkbox"/> 全職				<input type="checkbox"/> 完 成 <input type="checkbox"/> 未完成
註：8小時教育訓練「完成」，係指該治療人員於108年度已接受8小時以上之藥癮治療人員教育訓練，並有訓練時數證明。					

**三、經費需求**【請參照附件 2「衛生福利部 109 年度美沙冬替代治療服務可近性補助計畫經費編列基準及使用範圍」之方案二適用項目，詳實編列，各經費項目請務必按照該標準表內所訂之名稱與次序填寫。說明欄內應詳細說明估算方法及用途。】

範例如下：

	項目名稱	金額	說明 (含用途及估算式)	是否以採購方式辦理 (本項僅衛生所填寫)
				是/否
<b>人 事 費</b>	個案管理人員薪資		月薪__元×__個月×__人=__元 年終獎金:薪資__元/月×(當年實際在職月數: /12)×發放__個月×__人= __元	
	保險		投保級距: __。 1. 勞保費: __元/月×__個月×__人=__元。 2. 職災費: __元/月×__個月×__人=__元。 3. 健保費: __元/月__個月×__人=__元。 4. 工資墊償: __元/月×__個月×__人=__元。	
	公提離職儲金或公提勞工退休金		__元/月×__個月×__人=__元。	
<b>業 務</b>	文具紙張		實施本計畫所需油墨、紙張、文具等費用。	
	印刷		實施本計畫所需書表、報告、衛教海報或單張等之印刷裝訂費及影印費。	

費	維護費		實施本計畫所使用儀器設備所需之修繕及養護費用。	
	國內旅費		實施本計畫相關人員受訓或參加相關會議或繼續教育之國內差旅費。 2,000元/人天×__天=____元 備註：以2,000元/人天估算差旅費預算	
	材料費		1. __ (品項名稱)×__ (單價)×__ (數量) = 元。 (需求原因：____)	
	其他		1. __ (品項名稱)×__ (數量)=____元。(需求原因：____)	
	雜支費		實施本計畫所需之雜項費用。(最高以業務費金額百分之五為上限，且不得超過2萬元。)	
	管理費		實施本計畫相關之管理費： (1) 水、電、大樓清潔費及電梯保養費。 (2) 加班費：執行美沙冬替代治療業務人員，執行替代治療業務所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。 (3) 除上規列範圍內，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。 (4) 依全民健康保險法之規定，執行本計畫所應負擔之補充保險費(編列基準請依中央健康保險署之最新版本辦理)。 (5) 依據勞動基準法之規定，因執行本計畫，應負擔執行本計畫個案管理人員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數，所發給之工資。	
	合計			
<b>四、109年申請中或已獲補助之計畫(請務必填寫)</b>				
補助單位	計畫名稱	補助金額	補助內容與項目	

【各項說明若篇幅不足，請自行增列】

**公職人員利益衝突迴避法第14條第2項  
公職人員及關係人身分關係揭露表範本**  
**【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫**

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表1：

參與交易或補助案件名稱：	案號：	(無案號者免填)
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：		
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表2)		
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表2)		

表2：

公職人員：			
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____			
關係人 (屬自然人者)：姓名 _____			
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)：			
名稱 _____ 統一編號 _____ 代表人或管理人姓名 _____			
<b>關係人與公職人員間係第3條第1項各款之關係</b>			
<input type="checkbox"/> 第1款	公職人員之配偶或共同生活之家屬		
<input type="checkbox"/> 第2款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：_____	
<input type="checkbox"/> 第3款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：_____	
<input type="checkbox"/> 第4款 (請填寫 abc 欄位)	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____ <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____ (填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：_____	c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：
<input type="checkbox"/> 第5款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____	
<input type="checkbox"/> 第6款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____	

填表人簽名或蓋章：

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

此致機關：

**※填表說明：**

1. 請先填寫表1，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人。
2. 補助或交易對象係公職人員者，無須填表2；補助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表2。
3. 表2請填寫公職人員及關係人之基本資料，並選擇填寫關係人與公職人員間屬第3條第1項各款之關係。
4. 有其他記載事項請填於備註。
5. 請填寫參與交易或補助案件名稱，填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

**※相關法條：**

公職人員利益衝突迴避法

第2條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
  - 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
  - 三、政務人員。
  - 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
  - 五、各級民意機關之民意代表。
  - 六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
  - 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
  - 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
  - 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
  - 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
  - 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
  - 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
- 依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第3條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
  - 二、公職人員之二親等以內親屬。
  - 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
  - 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。
  - 五、經公職人員進用之機要人員。
  - 六、各級民意代表之助理。
- 前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第14條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
- 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
- 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
- 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。
- 六、一定金額以下之補助及交易。

公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第18條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
  - 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
  - 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。
  - 四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。
- 前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。
- 違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

## 衛生福利部109年度「美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」

## 方案一、開辦美沙冬替代治療服務補助方案

## 成果報告

機構名稱					
機構負責人		職稱		電話	
計畫聯絡人		職稱		電話	
聯絡人電子郵件：					
聯絡地址：					

方案執行成果							
一、替代治療執行機構核定日期及文號： 109年 0 月 0 日衛部心字第 000000000 號函。							
二、執行美替代治療人員名冊： 【註：8小時教育訓練「完成」，係指該治療人員於 <u>109年度</u> 已接受8小時以上之藥癮治療人員教育訓練，並有訓練時數證明。】							
姓名	職稱	執行內容	8小時 <sup>註</sup> 教育訓練				
			<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成				
			<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成				
			<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成				
三、美沙冬替代治療服務時間： (一)於機構網站及門診明顯處公告周知替代治療服務時間 1. 服務時間：【時段可依實際狀況調整，並請於表格內註明確切服務時間】 (1) 門診表							
星期 時段	門診表（原則）						
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
8:30前							

8:30-12:30							
12:30-12:30							
12:30-13:30							
13:30-17:30							
17:30後							

備註：

(2) 給藥時間表

星期 時段	給藥時間表 (原則)						
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
8:30前							
8:30-12:30							
12:30-12:30							
12:30-13:30							
13:30-17:30							
17:30後							

備註：

2. 服務時間之公佈網址及公告處照片：

照片1

照片2

**(二)美沙冬服務診次及給藥服務時數：109年0月0日至109年0月0日**

日別	時段	門診服務			給藥服務		
		小時/診	○診次/○週	診次合計	小時/日	總日數合計	總時數合計
平日	上班時間						
	非上班時間						
	小計						



假 日		○ 診次/○ 月							
註：平日及假日之定義為「行政院人事行政總處」公告之「政府行政機關辦公日曆表」所訂「上班日」及「放假日」。上班時間為8:30-12:30及13:30-17:30；其餘屬非上班時間。									
<b>四、美沙冬替代治療服務成果統計：109年○月○日至109年○月○日</b>									
新收案人數	初診人次	總服藥人數	每日平均服藥人數	目前治療(服藥)人數					
<b>五、個案診療與給藥紀錄登錄於醫療機構替代治療作業管理系統情形：</b>									
<b>六、本方案補助添購之財產清單：(請填列由本方案補助添購且單價1萬元以上者)</b>									
財產編號	財產名稱	廠牌	型式	數量	單價	總價	購置日期	使用年限	備註 (請附照片)
									照片1
									照片2
照片1					照片2				
<b>七、其他成果或補充事項：</b>									

【各項內容若篇幅不足，請自行增列】

## 衛生福利部 109 年度「美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」

## 方案二、美沙冬替代治療服務補助方案

期中期末成果報告

機構名稱					
機構類別	<input type="checkbox"/> 替代治療執行機構		<input type="checkbox"/> 衛星給藥點		
機構負責人		職稱		電話	
計畫聯絡人		職稱		電話	
聯絡人電子郵件					
連絡地址					

方案執行成果			
一、執行替代治療人員（含個案管理人員）名冊			
姓名	職稱	執行內容	8小時教育訓練
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
註：8小時教育訓練「完成」，係指該治療人員於 <u>109年度</u> 接受有8小時以上之藥癮治療人員教育訓練，並有訓練時數證明。			
二、美沙冬替代治療服務時間：			
(一)方案執行前、後，門診及給藥服務時段及時間之差異：			
調整或增加門診時間		調整或增加給藥時間	
<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 有，說明：		<input type="checkbox"/> 有，說明	

**(二)於機構網站及門診明顯處公告周知替代治療服務時間：**

1.最新服務時間表：【時段請依實際狀況調整，並於表格內註明確切服務時間】

**(1) 門診表 (109年 0 月 0 月日起適用)**

星期 時段	門診表 (原則)						
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
8:30前							
8:30-12:30							
12:30-12:30							
12:30-13:30							
13:30-17:30							
17:30後							

備註：

**(2) 給藥時間表 (109年 0 月 0 月日起適用)**

星期 時段	給藥時間表 (原則)						
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
8:30前							
8:30-12:30							
12:30-12:30							
12:30-13:30							
13:30-17:30							
17:30後							

備註：

2.服務時間之公佈網址及公告處照片：

照片1	照片2
-----	-----

**(三)美沙冬服務診次及給藥服務時數：109年1月1日至109年○月○日**

日別	時段	門診服務			給藥服務		
		小時/診	○診次/○週	診次小計	小時/日	總日數合計	總時數合計
平日	上班時間						
	非上班時間						
	小計						
假日			○診次/○月				

註1：平日及假日之定義為「行政院人事行政總處」公告之「政府行政機關辦公日曆表」所訂「上班日」及「放假日」。上班時間為8:30-12:30及13:30-17:30；其餘屬非上班時間。

註2：填寫說明：門診診次頻率(○診次/○週或○診次/○月)，例如：每2週1診、每月2診。

**三、美沙冬替代治療服務人數統計：109年1月1日至109年○月○日**

新收案人數	初診人次	總服藥人數	總服藥人次	每日平均服藥人數	目前治療(服藥)人數

**四、方案應辦事項執行成果：**

項次	應辦事項	辦理情形
(一)	個案診療與給藥紀錄確實登錄於醫療機構替代治療作業管理系統	
(二)	參與本部推動之各項替代治療相關計畫情形，或可行性評估結果與規劃辦理期程	
(三)	衛生局訪查結果及改善建議	
(四)	其他替代治療重要執行成果	

**五、檢討與建議：**

【各項內容若篇幅不足，請自行增列】



衛生福利部109年度「美沙冬替代治療服務可近性補助計畫-美沙冬替代治療服務補助方案」

\_\_\_\_\_縣/市申請機構清冊

填表人/初審人職稱/姓名：

聯絡電話：

電郵：

機構名稱 (請寫全名)	申請金額 (元)	108年 美沙冬 規模	地方衛生主管機關初審結果		
			申請資格檢核	可申請額度檢核	申請資料檢核
		平均服藥 人數 ____人/日	<input type="checkbox"/> 為美沙冬替代治療機構 <input type="checkbox"/> 108年美沙冬替代治療服務規模： <input type="checkbox"/> 1-50人/日 <input type="checkbox"/> 51-100人/日 <input type="checkbox"/> 101-150人/日 <input type="checkbox"/> 109年個管人力配置 <input type="checkbox"/> 指定固定人員____名 <input type="checkbox"/> 聘有專責人員____名 <input type="checkbox"/> 機構負責人及執行本計畫之有關人員是否屬公職人員利益 衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 1-1：55萬元 <input type="checkbox"/> 1-2：75萬元 <input type="checkbox"/> 2-1：35萬元 <input type="checkbox"/> 2-2：55萬元 <input type="checkbox"/> 3-1：20萬元 <input type="checkbox"/> 3-2：40萬元	<input type="checkbox"/> 申請書填寫完整確實 <input type="checkbox"/> 申請書1式2份 <input type="checkbox"/> 公職人員利益衝突迴避法 第14條第2項公職人員及 關係人身分關係揭露表 <input type="checkbox"/> 申請書電子檔1份 <input type="checkbox"/> 經費編列適當 <input type="checkbox"/> 其他：
		平均服藥 人數 ____人/日	<input type="checkbox"/> 為美沙冬替代治療機構 <input type="checkbox"/> 108年美沙冬替代治療服務規模： <input type="checkbox"/> 1-50人/日 <input type="checkbox"/> 51-100人/日 <input type="checkbox"/> 101-150人/日 <input type="checkbox"/> 109年個管人力配置 <input type="checkbox"/> 指定固定人員____名 <input type="checkbox"/> 聘有專責人員____名 <input type="checkbox"/> 機構負責人及執行本計畫之人員是否屬公職人員利益衝突 迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 1-1：55萬元 <input type="checkbox"/> 1-2：75萬元 <input type="checkbox"/> 2-1：35萬元 <input type="checkbox"/> 2-2：55萬元 <input type="checkbox"/> 3-1：20萬元 <input type="checkbox"/> 3-2：40萬元	<input type="checkbox"/> 申請書填寫完整確實 <input type="checkbox"/> 申請書1式2份 <input type="checkbox"/> 公職人員利益衝突迴避法 第14條第2項公職人員及 關係人身分關係揭露表 <input type="checkbox"/> 申請書電子檔1份 <input type="checkbox"/> 經費編列適當 <input type="checkbox"/> 其他：

備註：本表單由各地方衛生主管機關造冊



# 衛生福利部補(捐)助計畫 契約書

(草案)

計畫名稱：109年度「美沙冬替代治療服務可近性補助計畫」

方案一：開辦美沙冬替代治療服務補助方案

方案二：美沙冬替代治療服務補助方案

執行單位：00000

# 衛生福利部補(捐)助計畫契約書

105.04.20版

衛生福利部(以下簡稱甲方)為辦理「109年度美沙冬替代治療服務可近性補助方案」之方案一方案二，特補(捐)助(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：自核定日起至109年12月31日止。

第三條、計畫經費：合計新臺幣 000 元整，其詳細用途依照附件之計畫書。應辦理事項之補助費用，按乙方實際執行之戒癮治療服務量核實計算。

第四條、本計畫經費撥付原則及分期方式：

(一) 撥付原則：

本計畫經費如遭立法院凍結、刪減或刪除，甲方得視審議情形，暫緩支付、調減價金、解除或終止契約。或因會計年度結束，甲方須依規定辦理該款項保留作業時，得視保留核定情形，再行支付，甲方不負遲延責任。

本計畫經費財源為菸品健康福利捐，屬特定收入來源；年度進行中該收入來源如有短收情形，致無法支應計畫經費時，甲方得通知乙方，調減經費、解除或終止契約，乙方不得拒絕。

(二) 計畫經費之撥付：本計畫經費由甲方分期撥付乙方

**1. 方案一：開辦美沙冬替代治療服務補助方案**

(1) 經費撥款：分 2 期款撥。

① **第一期款**：經本部審查通過，完成簽約程序，且 109 年度預算經立法院審查通過後，撥付核定金額之 50%。

② **第二期款**：經本部核定為指定為替代治療行機構後，撥付核定金額之 50%。

(2) 經費核銷：於 109 年 12 月 10 日前(以寄送本部郵戳為憑)，檢附執行成果一式 3 份(另含電子檔 1 份)、當年度原始憑證正本(經本部同意原始憑證留存受補助單位者，得免送原始憑證至部)及收支明細表正本一式 2 份，函送本部辦理核銷與結



案。

## 2. 方案二：美沙冬替代治療服務補助方案

### (1) 經費撥款：分 2 期款撥。

- ① 第一期款：經本部審查通過，完成簽約程序，且 109 年度預算經立法院審查通過後，撥付核定金額之 50%。
- ② 第二期款：於 109 年 7 月 15 日前，繳交 109 年 1-6 月期中成果報告一式 2 份及領據，經本部審查通過，撥付核定總經費之 50%。

### (2) 經費核銷：於 109 年 12 月 10 日前（以寄送本部郵戳為憑），函送期末執行成果（含替代治療服務時間公告資訊佐證文件）一式 3 份（另含電子檔 1 份）、當年度原始憑證正本（經本部同意原始憑證留存受補助單位者，得免送原始憑證至部）及收支明細表正本一式 2 份（若有剩餘款應一併繳回），函送本部辦理核銷與結案。

## 第五條、計畫經費之動支：

- (一) 乙方應將計畫經費單獨設帳處理，依甲方核定之預算項目核實動支，並以用於與本計畫內容直接有關者為限，不得移作別用。如因實際需要必須變更經費時，在計畫內容不變下，各用途別科目間流用，其流入流出金額未超過各該用途別科目原核定金額百分之十五時，得由受補(捐)助之單位首長核定辦理，惟「核實支付項目」如因實際需要必須變更經費時，在原計畫內容與核實支付項目之核定總金額不變下，各項目間可自行調整運用；超過此變更經費項目或新增本部原核定之項目時，得提出經費變更申請，徵得甲方書面同意後，在計畫總經費內調節支應，惟人事費、管理費及本部核定計畫所列不得支用之項目不能流入，且經常門與資本門之經費項目間不得互相流用。如違反前述之規定者，其流用金額，應予列減。計畫經費變更以一次為原則，且計畫執行期限屆滿前一個月內不得申請經費變更。
- (二) 本計畫應依「衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點」之規定辦理。前項要點未規定者，依政府相關法令規定辦理。
- (三) 凡經費動支不符前二款規定或虛報、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，其剔除款應繳還甲方，並得依情節輕重對於乙方停止補（捐）助一年至五年。

第六條、計畫經費之核銷：

- (一) 乙方（執行方案一、開辦美沙冬替代治療服務補助方案）應於109年12月10日前 乙方（執行方案二、美沙冬替代治療服務補助方案）應於108年12月10日前，將原始憑證按預算科目分類順序裝訂成冊。並編製收支報告表一式二份，併同執行成果送甲方審核及核銷。其報銷之支出憑證，應依政府支出憑證處理要點及相關法令規定，粘貼於「粘貼憑證用紙」，註明支出費用所屬預算科目及其實際具體用途，若有外文名詞須加譯註中文，並經乙方機關首長及有關人員，如主辦會計、事務主管、計畫主持人、驗收、保管、經手人等簽章證明，本計畫所給付之各項費用，乙方應負責依所得稅法及相關規定辦理扣繳申報事宜。如有結餘款及受補（捐）助經費產生之利息(利息金額為新臺幣三百元以下者，得留存乙方，於經費結報時免解繳甲方)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，並於結報時一併繳還甲方；其他有關作業，應依「衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點」辦理。
- (二) 乙方如經本部同意原始憑證留存受補助單位者，得免送有關憑證至部；其原始憑證，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，免送甲方，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；其他有關規定，應依「衛生福利部補（捐）助經費原始憑證就地查核實施要點」辦理。
- (三) 實施國立大學校務基金之學校，得依「國立大學校院校務基金管理  
及監督辦法」之規定辦理。本計畫之全部經費應納入基金收支管理。其結餘款及計畫經費所孳生之利息，納入校務基金作業收支管理，免予繳回國庫。
- (四) 乙方對計畫經費如有委任會計師辦理財務簽證者，甲方得調閱其與

本計畫有關之查核工作底稿，並得諮詢之。

第七條、計畫之變更：計畫於執行期間因故需變更工作項目、主持人、設備項目，由乙方以正式公文申請變更。

第八條、乙方應依審查後修正之計畫書內容確實執行，執行期間不得拒絕甲方派員查核。

第九條、計畫所需採購程序：本計畫經費預算項下所需之採購，應依照「政府採購法」之規定辦理。各項採購之招標、決標、契約或承攬書、驗收等紀錄，若屬原始憑證需送核者，應併同原始憑證送甲方；乙方若為法人或團體應依採購法第四條之規定受甲方之監督。

第十條、本計畫經費所購置之設備，其產權屬乙方所有，乙方應妥為保管使用，逐一編號黏訂標籤，並註明「衛生福利部補（捐）助購置」，且依規定編製「財產增加單」，於核銷時送甲方備查；計畫結束後，甲方得商請乙方撥借其他機關使用，以免閒置。乙方如購置新臺幣五百萬元以上儀器，應建立管理機制並將儀器資料送甲方備查。

第十一條、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，除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委託。

第十二條、成果報告：

(一)  乙方（執行方案一、開辦美沙冬替代治療服務補助方案）應於109年12月10日前繳交成果報告  乙方（執行方案二、提供美沙冬替代治療服務補助方案）應於109年12月10日前繳交成果報告，將成果報告為一式3份，及電子檔1份，以正式公文函送甲方辦理結案手續（以郵戳為憑），經本部審查通過，始得同意結案。

(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，除乙方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補（捐）助計畫。

(三) 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，除依本條第四款甲方書面同意延期者外，每逾期一日（以郵戳為憑），乙方應繳交契約經費總額千分之一之違約金。如逾期兩個月仍未提送者，視為不能履行契約，除應將已撥付之計畫

經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於一年內不得再接受甲方之委辦、補（捐）助計畫。

(四) 乙方如因特殊原因、不可抗力或其他可歸責於甲方之事由，未能於本條第一款約定期限內繳交報告，並完成結案手續，應於計畫執行期限屆滿前一個月以正式公文敘明理由申請延期繳交。

(五) 成果報告經驗收與契約不符，或審查後經通知限期改善，未如期改善者，甲方得要求乙方全數繳回已撥付之經費或減價收受(減價之金額由甲方視實際情形定之)。

(六) 乙方執行之計畫倘以人為對象之研究，應於成果報告中進行性別統計分析。

#### 第十三條、成果之歸屬：

本計畫研發成果(包括成果報告)歸屬乙方，則本計畫之成果發表不需事先徵求甲方同意，但需於報告中加註「衛生福利部補（捐）助辦理，惟報告內容不代表衛生福利部意見」字樣。

本計畫研發成果歸屬國有，需經甲方同意後始得發表。

第十四條、本計畫研發成果(包括成果報告)如歸屬乙方，乙方同意其所繳交之成果報告，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、散佈、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。

第十五條、乙方計畫主持人及參與計畫工作人員，均應嚴守補（捐）助契約內容及甲方之業務機密，計畫主持人有告知參與計畫工作人員守密之義務。

第十六條、計畫主持人未依約履行補（捐）助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，計畫主持人並應負其他法律及行政責任。

第十七條、計畫執行中，乙方應善盡維護環境之衛生及安全之責，倘相關工作人員因執行計畫致生命、健康、財產上受侵害時，乙方應自負完全責任，與甲方無涉。

#### 第十八條、契約之終止：

- (一) 計畫執行中，如發現預期成果無法達成、研究工作不能進行、乙方未能履行本契約約定之義務或有第四條第一款所定甲方得終止契約之情事時，得隨時通知乙方終止契約。契約終止後，甲方應對已完成合於計畫工作部分，核算應支之費用予以結案，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追繳已撥付之款項，並暫停乙方所有委辦、補（捐）助計畫申請案。
- (三) 計畫執行中，計畫主持人因服務機構改變，需在新任職機構繼續執行該計畫者，得經乙方及新任職機構之同意，由乙方以正式公文並檢附新任職機構之聘函影本及新任職機構之同意函，報經本部同意後與乙方終止契約，再與新任職機構另訂新約，本計畫始得轉至新任職機構繼續執行。

第十九條、倘辦理政策宣導，請確實依政府機關政策文宣規劃執行注意事項及預算法第六十二條之一規定，明確標示其為「廣告」二字及辦理或贊助機關、單位名稱，違反者將不予核銷。

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。本契約所約定事項如遇有訴訟時，雙方及計畫主持人同意以臺灣臺北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2份，分送雙方及計畫負責人保存，以資信守。

第二十二條、本契約書自民國109年 00 月 00 日起生效。

立契約書人：

甲方：

代表人：

乙方：

代表人：

計畫負責人：

中 華 民 國 109 年 月 日