

臺南市弱勢原住民健康風險扶助計畫

壹、依據：

「原住民族基本法第二十六條」及「臺南市公益彩券盈餘分配基金收支保管及運用辦法」。

貳、計畫緣起：

截至 110 年 11 月為止，設籍本市族人共有 8,632 人，人口分布以永康區(2,093 人)最多，東區(892 人)次之；40 歲以上原住民籍人口共計 2,919 人，55 歲以上原住民籍人口共計 1,217 人；本市列冊照顧之低收入及中低收入戶原住民人數共計 942 人，其中 40 歲以上未滿 55 歲之低收入及中低收入戶人數共計 161 人。另查原住民族委員會 109 年 12 月原住民就業者從事的行業，以「營建工程業」(14.85%)及「製造業」(14.68%)的比率最高，其次為「住宿及餐飲業」(10.62%)、「批發及零售業」(10.20%)，從事其他行業的比率皆不足一成，其中 30 至 44 歲以從事「製造業」為主；45 至 59 歲者以從事「營建工程業」比率較高；60 歲以上者，以從事「農林漁牧業」為主。族人離鄉背景來到都市生活，有舉家遷居或隻身奮鬥，許多人從事勞力密集的製造或營建工程工作，工作繁忙粗重且囿於文化及語言不同，往往健康狀況亮起紅燈而不自知。內政部統計處調查我國 107 年原住民全體平均餘命約為 73 歲，遠低於全國平均值 80.86 歲，顯見原住民族人健康狀況遠不如一般國人的情形，其中又以社經地位較為弱勢的原住民族人負擔較大的健康風險。弱勢族人經濟條件與健康資訊不足，無力負擔額外的健康檢查開支，無法早期發現症況接受治療導致健康狀況惡化，再因龐大的醫療支出及頻繁就醫需求影響到原就不穩定之經濟狀況，惡性循環之下，加劇族人無論是健康、就業或是貧窮階級的向下流動，亟需改善。

查本府衛生局提供 40 歲以上市民「行動醫院 全民健檢」計畫，於安排行動健檢醫療車巡迴偏遠社區提供基礎健康檢查服務，惟許多族人反應，因工作及時間因素無法配合行動醫院時間，且行動醫院僅提供基礎健康檢查項目，倘需進一步檢查仍須族人自行至醫院就診，致使參加行動醫院的後續醫療追蹤服務無法連貫。爰規劃洽本市地區級以上公立醫療院所合作，提供弱勢族人健康檢查及後續發現異常之追蹤治療的服務，以期早期發現治療，降低弱勢族人重症及死亡率，減少醫療支出，保障原住民族人高齡健康風險。

參、計畫目的：

為保障本市 40 歲以上弱勢原住民之健康權益，本府依據「原住民族基本法」第 26 條及「臺南市公益彩券盈餘分配基金收支保管及運用辦法」相關規定，強化本市 40 歲以上弱勢原住民之健康風險預防篩檢，提供健康檢查等相關健康保障扶助，及早發現身體健康警訊，特訂定本計畫。

肆、辦理單位：

主辦單位：臺南市政府

承辦單位：臺南市政府原住民族事務委員會(以下稱本府原民會)

協辦單位：臺南市政府衛生局、臺南市政府社會局、本市地區級以上公立醫療院所(特約醫院)。

伍、經費來源：

申請臺南市公益彩券盈餘分配基金：新臺幣 84 萬元整。

陸、計畫範圍：

本市 37 區

柒、實施對象：

- 一、本市 55 歲以上之原住民老人。
- 二、本市 40 歲以上未滿 55 歲之中低收入、低收入戶或本市列冊照顧之原住民。
- 三、其他經本府社工人員或關懷員訪視評估認有健康檢查需要之原住民。

捌、實施內容：

一、弱勢原住民健康檢查：

(一)申請資格：

- 1、設籍本市 4 個月以上之 55 歲以上原住民老人、或年滿 40 歲以上未滿 55 歲之中低收入、低收入戶或本市列冊照顧之原住民。
- 2、本府社工人員或關懷員訪視評估認有健康檢查需要之原住民，由社工人員或關懷員代為提出專案申請者，不受 2 年內接受政府機關提供之健康檢查相關補助之限制。

(二)補助額度：每 2 年申請 1 次為限，每人最高補助新臺幣 6,000 元整；未達 6,000 元核實補助。

(三)補助項目：符合本計畫各階段健康檢查之掛號費用及本市特約醫院所提供之本階段檢查衍生自費之項目。

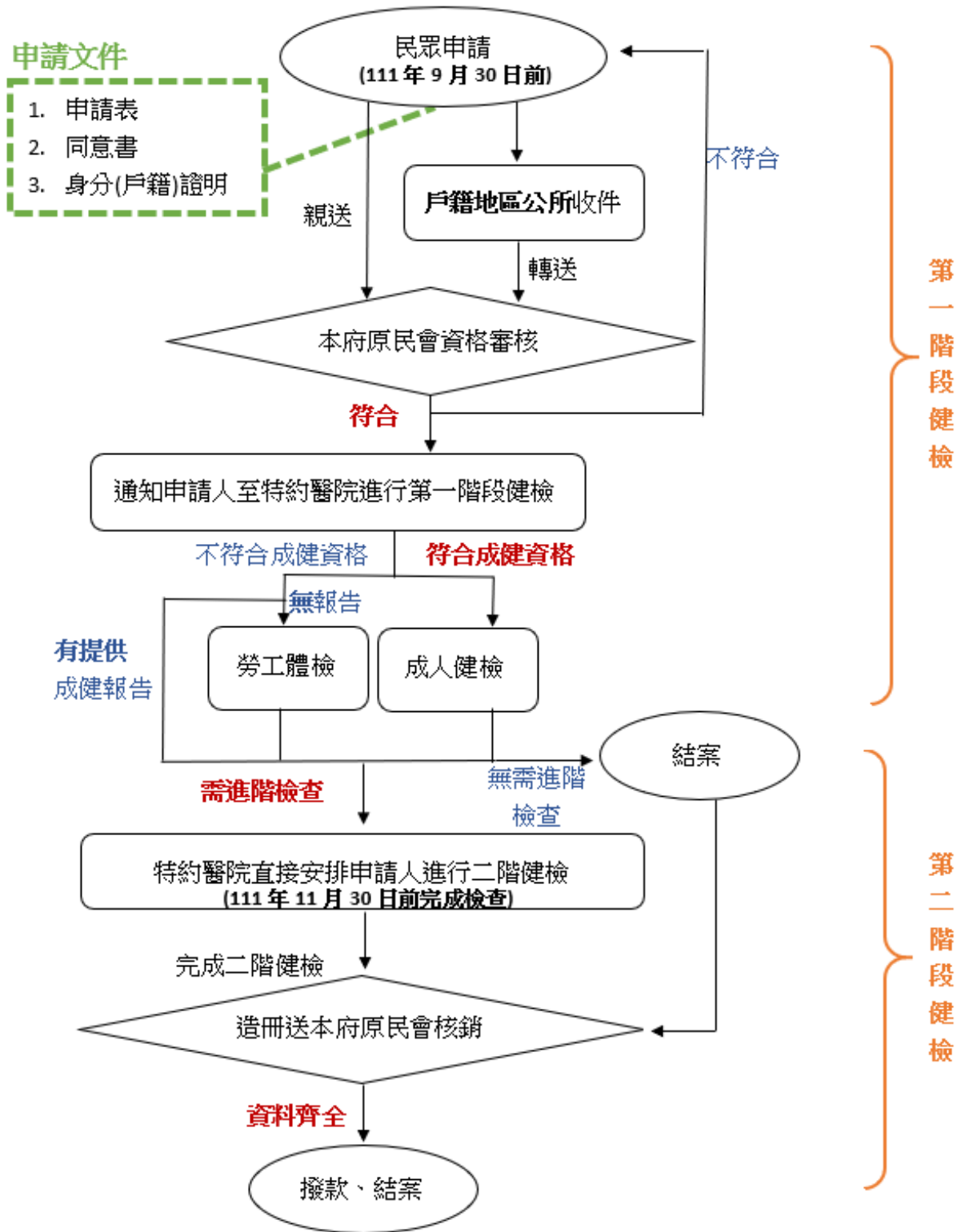
(四)計畫期程：

- 1、申請日期：自公布日起至 9 月 30 日止，依申請順序補助，經費用罄時即截止申請。
- 2、健檢日期：自通知日至 111 年 11 月 30 日止，如未於當年度完成者不予補助，隔年須重新提出申請。
- 3、核銷日期：各醫院完成健檢服務後，於 111 年 12 月 15 日前完成年度結報。

二、執行方式：

- (一)計畫前置作業：計畫核定後，邀集本市地區級以上公立醫療院所(共計 8 間)洽談提供健康檢查等相關合作事宜。
- (二)計畫宣傳推廣：印製 3,000 份宣傳摺頁，並製作宣導品交由參與計畫之本市地區級以上公立醫療院所(特約醫院)發送，進行宣傳推廣。
- (三)申請程序：
 - 1、符合資格者檢具申請文件送戶籍地公所受理，公所函報原民會資格審核，並轉介至特約醫院家庭醫學科由醫院專業評估進行各階段健康檢查，再一次請款核銷結案。
 - 2、各醫院受理族人申請案，如符合成人健檢資格優先使用健保，如不符合成人健檢資格，則以勞工體檢方案進行第一階段健康檢查，或直接參考民眾健檢報告，由醫師評估後逕行安排第二階段健檢，最遲於 111 年 11 月 30 日前完成各階段健康檢查，並函送核定函影本、原申請文件、清冊、領據、收據及相關資料，至本府原住民族事務委員會辦理核銷撥款。

(四) 流程圖：



三、後續關懷訪視追蹤服務：結合本市原住民家戶關懷服務與陪伴計畫，持續關心具健康風險之弱勢原住民族人，依不同風險程度轉介政府單位或民間資源。

玖、預期效益：

- 一、每年提供族人健康檢查補助 100 人次，使族人及早發現身體健康警訊，防止族人健康狀況惡化，延長個人平均餘命。
- 二、依需求提供具健康風險之弱勢原住民族人後續關懷訪視追蹤服務，依不同風險程度轉介政府單位或民間資源，每年預計服務 30 人次。

拾、附件：

附件一、申請表

附件二、同意書

附件三、請款清冊

附件四、第二階段健檢項目明細表

臺南市原住民健康檢查費用補助申請表

一、基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請日期	年 月 日
	身分證字號		出生年月日			受理申請單位核章
	連絡電話		族別			
	地址	<input type="checkbox"/> 戶籍地址 _____ <input type="checkbox"/> 通訊地址 _____				

二、申請人聲明	本人 _____ 申請「臺南市原住民健康檢查費用補助」，於 2 年內未曾接受公教健檢及本計畫提供之健康檢查相關補助，所附文件資料均屬確實，並同意臺南市政府透過中央健康保險署向醫院調閱相關病歷等資料，以供相關補助申請審查，倘有隱瞞或不實，本人願繳回全部補助款並負偽造文書及冒領公款等法律責任。 此致 臺南市政府 簽名蓋章： _____ 中華民國： _____ 年 _____ 月 _____ 日
---------	--

受理特約醫院填寫	收件日期	年 月 日(星期)	第一階段健檢日期	年 月 日(星期)
	受 理 醫 院	國立成功大學醫學院附設醫院		衛生福利部胸腔病院及其門診部
		衛生福利部臺南醫院		衛生福利部新營醫院
		臺南市立醫院		衛生福利部臺南醫院新化分院
		臺南市立安南醫院		高雄榮民總醫院臺南分院
第一階段健檢結果： <input type="checkbox"/> 無需進行二階段健檢，結案。 <input type="checkbox"/> 異常，需進行第二階段健檢。				
<input type="checkbox"/> 確認文件 <input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 戶籍資料 <input type="checkbox"/> 第一階段健檢報告 <input type="checkbox"/> 第二階段健檢項目明細				
<input type="checkbox"/> 申請健康檢查補助總金額：新臺幣 _____ 元整。				
承辦人		單位主管		會計
				機關(單位)首長

接受健康檢查同意書

本人_____經過說明，已充分了解並同意遵守以下健康檢查之相關事項：

- 1.本人了解抽血及健檢過程中可能有輕微疼痛感，少部分人可能有淤血情形。為確保檢驗品質及準確度，若遇血液檢體不良時（檢體量不足、凝血、溶血），將重新採檢。
- 2.本人了解健檢結果將提供醫師做為臨床診斷及後續治療追蹤之參考。
- 3.本人了解為瞭解原住民族整體健康狀況，以及個別健康狀況追蹤，本人同意本次健檢相關資料（姓名、身分證字號、生日、性別、族別）與檢驗結果將為衛生福利部、原住民族委員會、臺南市政府及相關所屬機關於促進醫療及公共衛生之必要範圍內蒐集、處理，以及利用於疾病監測、流行病學分析、政策評估、轉銜治療及查詢、個案追蹤健康管理及串接政府部門相關資料庫使用。
- 4.本人同意將本次健檢相關資料（姓名、身分證字號、生日、性別、族別）與檢驗結果，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入健保醫療資訊雲端查詢系統之用，並同意提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入本人健康存摺之用。
- 5.本人了解衛生福利部、原住民族委員會、臺南市政府及相關所屬機關行蒐集、處理及利用時，會依循個人資料保護法及相關法規辦理。

此致

_____（醫療院所名稱）、臺南市政府衛生局、臺南市政府、原住民族委員會、衛生福利部

立同意書人簽名或蓋章：_____

出生年月日：民國_____年_____月_____日

身分證(居留證)字號：_____

中華民國_____年_____月_____日

臺南市政府補助 111 年__月臺南市弱勢原住民健康風險扶助計畫印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證字號	族別	電話	地址	上傳健康檢查 報告明細表	申請金額
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
合計							新臺幣	元

承辦人	單位主管	出納 會計	機關(單位)首長
-----	------	----------	----------

匯款銀行/分行：

匯款帳戶：

匯款帳號：