

醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案

110.7.6

壹、方案目標

針對因疫情及照顧病人影響，出現不安、憂鬱、焦慮、痛苦（distress）或失眠等情緒或症狀之執業醫事人員，提供免費心理諮商服務，協助改善心理健康問題，促進安心執勤，安度疫情。

貳、方案期程

自計畫核定日起 1 年。

參、方案經費

- 一、本方案總經費共計新臺幣（以下同）1,000 萬元整。
- 二、本方案之經費分配，參酌各縣市醫事人員執業登記人數及疫情嚴重程度，暫分配如附件 1，惟方案執行期間，本部得視各地方政府實際執行狀況，逕於預算總額度內調整分配。
- 三、本方案經費為醫事人員自費心理諮商費用之補貼，無需納入地方政府預算。

肆、執行單位

- 一、心理諮商服務提供機構（下稱機構）為符合以下條件之機構：
 - (一) 醫療機構、心理治療所或心理諮商所。
 - (二) 疫情期間可選擇下列機構，使用通訊心理諮商服務：
 1. 經直轄市、縣（市）政府核准執行通訊心理諮商之醫療機構、心理治療所或心理諮商所。
 2. 經直轄市、縣（市）政府指定設有精神科之通訊診察醫療機構（第三級警戒期間）¹。

¹ 註：本項機構係指本部 110 年 5 月 17 日衛部醫字第 1101663441 號函及 110 年 5 月 28 日衛部醫字第 1101663760 號函示之機構。

二、心理諮商補助費用代審代付單位：各地方政府衛生主管機關（下稱衛生局）。

伍、補助對象、項目及規範

一、補助對象：全國執業醫事人員。

二、補助項目、額度及標準：

(一)補助項目及額度：補助自費心理諮商費用，每人每次 2,000 元，一年期間至多 6 次，累計補助額度以 1 萬 2,000 元為限。

(二)補助標準：

1. 限補助自費心理諮商費用，不含掛號費及其他費用。已向本方案申請補助之金額，不得重複向個案收取，或向其他方案、經費申請補助或報支，反之亦然。

2. 補助內容說明如下：

(1)個別心理諮商費用補助採核實支付，高於 2,000 元者，其差額須由個案自行負擔。

(2)單次心理諮商時間需至少 40 分鐘以上。

三、補助條件與資格限制

(一)補助對象須為有執業登記之醫事人員。

(二)申請心理諮商服務之醫事人員，對於已排定或已預約之心理諮商，如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，於第 2 次缺席日起 90 日內，暫停補助資格。

陸、機構配合事項及規範

一、醫療機構、心理治療所及心理諮商所提供醫事人員心理諮商服務應符合下列原則：

(一)針對個案問題進行評估，擬具心理諮商計畫，並依醫療法、心理師法或相關法規製作紀錄及保存。

(二)向個案介紹本方案內容，並請個案簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書（範例如附件 2）後，依個案參與本方案意願申請經費補助。完成簽

署之同意書交由個案收執，並掃描或拍照提供機構留存。

- (三)通訊心理諮商應依據「心理師執行通訊心理諮商業務核准作業參考原則」辦理，除本計畫之簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書，機構應建立詳盡的知情同意書，與個案詳細討論所有通訊心理諮商之風險和益處，若疫情及個案情況許可，仍應優先採面對面心理諮商方式提供服務。
- (四)進行通訊心理諮商前，應請個案出示證件，並告知會拍照留存。
- (五)本項服務應由精神科醫師或心理師為之。
- (六)應加強個案疾病識能及問題評估，必要時提供適切之醫療處置或轉介。

二、其他應配合事項：

本部及各衛生局基於業務職掌及為審核本方案執行情形需要，得實地查核，抽查接受本方案心理諮商之醫事人員名冊與相關紀錄，機構應予配合。

柒、衛生局配合事項

- 一、依本方案實際發生之補助費用，按季審核後撥付醫療機構、心理治療所及心理諮商所相關款項。
- 二、設置民眾及醫療機構、心理治療所及心理諮商所洽詢本方案之單一服務窗口，強化本方案之便民服務。

捌、經費請領及核銷方式

一、機構向衛生局申請經費撥付及核銷方式：

機構就個案實際發生之心理諮商費用，按季填報「申請心理諮商服務之醫事人員清單」(如附表 1)，並檢附個人申請心理諮商服務明細(如附表 2)、簽署心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書之電子檔及各次出示證件之視訊畫面/截圖，依衛生局規定，檢據請領。

二、衛生局向本部申請經費撥付及辦理核銷方式：由本部分 2 期撥付，1 次核銷。

- (一)第 1 期款：本方案核定後，由本部通知各衛生局函送領據到部，撥付核定經費之 70%。

- (二)第 2 期款：由衛生局於 111 年 2 月底前，函送計畫前 6 個月內執行成果（如附表 3）一式 3 份、「醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案經費使用調查表」（如附表 4）及領據至部，經本部審查通過後，撥付核定經費之 30%。
- (三)經費核銷：由衛生局於計畫核定日起 1 年內，最晚應於計畫結束日次月底前，函送全年度執行成果（附表 3 一式 3 份），並檢附經費收支明細表（如附表 5）正本 2 份，及繳回賸餘款，向本部辦理。

醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案經費暫分配表

各直轄市及縣(市)	經費分配 (單位：新臺幣元)
臺北市	2,500,000
新北市	1,800,000
桃園市	720,000
臺中市	1,080,000
臺南市	660,000
高雄市	1,080,000
宜蘭縣	156,000
新竹縣	144,000
苗栗縣	120,000
彰化縣	384,000
南投縣	120,000
雲林縣	156,000
嘉義縣	120,000
屏東縣	240,000
臺東縣	60,000
花蓮縣	144,000
澎湖縣	36,000
基隆市	108,000
新竹市	168,000
嘉義市	144,000
金門縣	36,000
連江縣	24,000
合計	10,000,000

衛生福利部 醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案 心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書（範例）

本人_____在經過機構說明後，瞭解心理諮商服務之內容、風險及益處，並相關權益及規範後，同意參與衛生福利部「醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案」，接受心理諮商服務，若接受之服務為通訊心理諮商，應於進行通訊心理諮商前於鏡頭前出示執業執照以利核對身分，並同意機構拍照保存該畫面以利後續核銷事宜。此外，也願意遵守「醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案」之規定：

- (1) 無重複至其他機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回重複申請補助之款項。
- (2) 對於已排定或已預約之心理諮商，如連續2次無故未依約接受心理諮商，將取消補助資格。

衛生福利部及_____（機構）針對上開本人各項資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第 3 條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

機 構： _____ 立 書 人： _____
說明人員： _____ 地 址： _____
電 話： _____

♥若需變更預約心理諮商時間，請撥打_____（機構聯繫電話）。

衛生福利部 關心您！

衛生福利部 醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案

申請心理諮商服務之醫事人員清單

申請機構名稱：

機構類別：醫療機構 心理治療所 心理諮商所

年度/月份： 年/ 月至 月

序號	執業執照字號	姓名	總補助額度	已申請補助額度	本次申請補助額度	第 1 次諮商		第 2 次諮商		第 3 次諮商		第 4 次諮商		第 5 次諮商		第 6 次諮商		BSRS 前測 分數 <small>註 1</small>	BSRS 後測 分數 <small>註 1</small>	是否 結案 是/否 <small>註 2</small>	心理諮商服務人員姓名	執業執照字號	
						日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否						
1																							
2																							
3																							
總計																							

製表人：

機構負責人：

註 1：BSRS 前測分數為第一次心理諮商前評估之 BSRS-5 分數，BSRS 後測分數為最後一次諮商結束後或結案前評估，若因故停止心理諮商則無需填答後測分數。

註 2：結案前請個案匿名填答滿意度調查表，並依結案人數檢具完成填答之滿意度調查表，若因故未填答者請註明。

衛生福利部 醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案
 個人申請心理諮商服務明細

姓名：

執業執照字號：

提供心理諮商服務機構名稱：

心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書檔案名稱：

服務次數	日期 年/月/日	心理諮商服務 提供人員姓名	面對面方式執行	通訊方式執行	
			簽名	是/否	檔案名稱
1					
2					
3					
4					
5					
6					

衛生福利部 醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案

衛生局期中/期末執行成果統計

縣市/衛生局：

年度/月份： 年/ 月至 月

序 號	執業 執照 字號	姓名	總補 助額 度	第 1 次諮商		第 2 次諮商		第 3 次諮商		第 4 次諮商		第 5 次諮商		第 6 次諮商		<u>BSRS</u> <u>前測</u> <u>分數</u>	<u>BSRS</u> <u>後測</u> <u>分數</u>	<u>是否</u> <u>結案</u> <u>是/否</u>	執行單位 類別 醫療機構/ 心理治療所/ 心理諮商所	心理諮 商服務 人員姓 名	執業 執照 字號
				日期 月/日	通訊 方式 執行 是/否	日期 月/日	通訊 方式 執行 是/否	日期 月/日	通訊 方式 執行 是/否	日期 月/日	通訊 方式 執行 是/否	日期 月/日	通訊 方式 執行 是/否	日期 月/日	通訊 方式 執行 是/否						
1																					
2																					
3																					
總計																					

總補助人數：		總服務人次：		平均每人接受服務次數：	
醫療機構提供服務人次：		心理治療所提供服務人次：		心理諮商所提供服務人次：	
精神科醫師服務人次：		臨床心理師服務人次：		諮商心理師服務人次：	
<u>結案人數：</u>		<u>滿意度調查表回收數量：</u>		<u>滿意度分數平均(註)：</u>	

承辦人：

權責主管：

註：滿意度分數平均為滿意度調查表第二、4 題之分數平均。

醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案經費使用調查表

期間：110 年 月 日至 111 年 月 日

單位：新臺幣元

編號	縣市	暫核定金額 (A)	截至 111 年 2 月 28 日止 已使用經費	預估計畫 總使用經費 (B)	預估本計畫賸餘 或不足額度
					(C) = (A) - (B) (賸餘用+, 不足用-表示)
1	臺北市	2,500,000			
2	新北市	1,800,000			
3	桃園市	720,000			
4	臺中市	1,080,000			
5	臺南市	660,000			
6	高雄市	1,080,000			
7	宜蘭縣	156,000			
8	新竹縣	144,000			
9	苗栗縣	120,000			
10	彰化縣	384,000			
11	南投縣	120,000			
12	雲林縣	156,000			
13	嘉義縣	120,000			
14	屏東縣	240,000			
15	臺東縣	60,000			
16	花蓮縣	144,000			
17	澎湖縣	36,000			
18	基隆市	108,000			
19	新竹市	168,000			
20	嘉義市	144,000			
21	金門縣	36,000			
22	連江縣	24,000			
	合計	10,000,000			

醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案 收 支 明 細 表

受補助單位：○○○○○○○

核撥 (結報)	第一次核撥日期 ----年----月----日	第二次核撥日期 ----年----月----日	
	金額 \$ 元	金額 \$ 元	
	第一次結報日期 ----年----月----日	第二次結報日期 ----年----月----日	
經費預算核撥數		第一次餘(絀)數 金額 \$ 元	第二次餘(絀)數 金額 \$ 元
	金額 \$ 元	金額 \$ 元	
補助款			
小計			
餘(絀)數			
備註	利息收入：\$0 元、其他衍生收入：\$0 元，(經費結報時，利息金額為 300 元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本部)。		

製表人

覆核

會計人員

單位首長
(簽約代表人)