113 年度桃園市政府衛生局

「中醫戒癮輔助治療補助計畫」

112 年 11 月 22 日

目錄

壹、　前言 1

貳、　計畫目標 2

參、　計畫內容 3

肆、　預期效益 8

伍、　附件 8

壹、 前言

依據桃園市 113 年度毒品危害防制中心工作暨衛生福利部補助藥癮者處遇計畫（草案）辦理。

聯合國毒品暨犯罪問題辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime，UNODC）「2022 年世界毒品報告書（2022 World Drug Report）」最新數據和動態指出，2020 年全球 15 至 64 歲人口中每 18 人中就有 1 人使用過毒品，估計有 2.84 億人在過去一年內使用過一種毒品，人數比十年前增加了 26%，而其中有 1,120 萬人注射吸毒；海洛因等類鴉片類之一級毒品仍是對人體危害最大的類別，用藥致命的案例中很大比例為使用類鴉片毒品。

在一級毒品的藥癮治療工作中，本市致力推動替代治療，替代治療除了可有效降低藥癮者因共用針具感染傳染疾病，也可減緩藥癮者因戒斷症狀造成不適並降低藥癮者購買違法藥物的機會，進而提高藥癮者生活品質。除戒斷症狀會造成不適外，替代藥物美沙冬也可能產生如便秘、暈眩、噁心嘔吐、頭痛、困倦及失眠等副作用，因而降低藥癮者接受替代治療之意願。

目前已有研究指出，中醫治療的介入可減緩鴉片類毒品的戒斷症狀及降低替代治療的服用劑量。因此本計畫盼藉由中醫多元的治療方法及中藥材溫潤的特性，協助舒緩藥癮者戒斷症狀的不適及替代治療造成之副作用，進而提升藥癮者戒癮動機並有效協助預防復發。

本市自 107 年 8 月推動「中醫戒癮輔助治療服務」，108 年 8 月為擴大服務範疇，新增服務對象提供丁基原啡因替代治療藥癮者中醫戒癮輔助治療。109 年與轄內 12 家中醫院所共 19 位中醫師簽訂合作契約；110 年有

15 間中醫院所以及共 26 位中醫師簽訂合作契約，提供 4 名個案共 45 人次相關服務；111 年有 19 間中醫院所執行機構簽訂合作契約以及 40 位中醫師符合提供治療服務之資格，提供 3 名個案共 73 人次相關治療服務；112 年共有 26 間中醫院所執行機構簽訂合作契約以及 49 位中醫師符合提供治療服務之資格，提供 3 名個案共 42 人次相關治療服務，另辦理推廣本計畫之駐點或會議活動共 2 次，希冀與替代治療院所合作，增加本計畫之能見度及服務數，但在推廣執行上較為困難，醫療院所考量且注重藥癮個案及一般看診民眾之隱私，故難於替代治療院所實現駐點活動。

參加者均表示中醫治療介入可有效提高生活品質、改善生理上之不適及穩定精神狀態，並願意持續參與治療，爰此明年度將賡續辦理。

戒癮的推動除了政府單位的努力，也需民間團體及網絡單位的合作，利用多元的治療方式，使個案管理的品質上得以提升，盼協助藥癮者從生理、心理各層面與毒品分離，進而成功戒癮，並共同努力營造無毒友善的環境。

貳、 計畫目標

一、 與轄內替代治療執行機構合作並透過 3 種以上多元管道（例：廣播電台、社群軟體等）宣傳，達到推廣本計畫之效益。

二、 經替代治療執行機構轉介本計畫之個案，實際至中醫院所接受服務的比例可達本計畫總收案量之 80%

三、 接受中醫輔助治療達 3 個月以上之規律就醫個案，其個案服務成效評估達滿意以上占總收案人數 50%以上。

參、計畫內容

一、 主辦單位：桃園市政府衛生局、桃園市政府毒品危害防制中心。

二、 辦理期程：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

三、 參與對象：於本市替代治療執行機構接受美沙冬及丁基原啡因替代治療之藥癮者，且有意願前往本計畫指定之中醫治療執行機構或醫師就診。

四、 服務項目：

（一）教導正確藥癮治療觀念及相關用藥注意事項。

（二）提供成癮戒斷症狀之診察及其他相關醫療處置。

（三）提供中醫諮詢相關服務。

五、 執行人員資格：執行本計畫治療機構，實際收案之中醫師須取得衛生福利部所屬機構或本局辦理之藥癮戒治專業人員教育訓練 8 小時以上的時數。

六、 執行方式（流程圖如表一）：

（一）本計畫與社團法人桃園市中醫師公會合作，並公告甄選締結行政契約，徵求轄內中醫院所與本局進行合作契約書簽訂（附件 1）。

（二）於本市替代治療執行機構接受美沙冬及丁基原啡因替代治療之藥癮者，於替代治療執行機構寫藥癮者自願接受中醫輔助戒治服務同意書（附件 2），並根據自我需求選擇中醫治療執行機構後，

由替代治療執行機構協助填寫轉介單（附件 3）及進行初評，完成後函送本局，經本局進行申請評估審查表（附件 4）及個案需求評估表（附件 5）後，即進行轉介。

（三）本局完成審核後告知中醫治療執行機構或醫師及通知個案，並將轉介資料提供至中醫治療執行機構或醫師，個案開始從事中醫治療後，由本局進行後續追蹤。

（四）若個案與中醫治療執行機構約診後無故未就診達 3 次，經本局確認個案無治療意願後，本局有取消個案申請補助資格之權利。

七、 服務項目及費用申報：

（一）由中醫治療執行機構或醫師於每月 10 日前填妥並檢附上個月「個案醫療費用清冊」（附件 6）、「費用申領清單」（附件 7）、「領據」（附件 8）、「未重複申請健保切結書」（附件 9），函送本局申請，經本局審查通過後撥付費用。

（二）本年度計畫之治療期限至 11 月 30 日，需於 12 月 10 日前填妥 11 月相關資料，函送本局申請撥付費用。

（三）服務項目及範圍：

1. 本計畫依據桃園市中醫醫療機構收費標準表論件計酬，核實支付（如表二）。

2. 每人每年申請費用預計為 20,000 元整，依實際收案情形，人數及金額得依年度預算進行調整。

3. 將本計畫簡章經由替代治療院所協助張貼於公告欄，並供簡章給民眾索取，另以多元方式（例：廣播電台、社群軟體等）宣傳，以達到推廣本計畫之效益。

4. 本方案適用非健保身分及其他經醫師評估需自費項目；申請相關費用時，中醫治療執行機構或醫師應提供未重複申請健保切結書（附件 9）。

（四）注意事項：

1. 指定替代治療執行機構進行初評並轉介接受美沙冬及丁基原啡因替代治療之藥癮者，轉介單盡量詳列，以利中醫治療執行機構及醫師提供後續治療服務。

2. 中醫治療執行機構或醫師如有費用申報不實、健保卡與本人不符、費用申報與病歷記載或服務提供不符、不正當方法招攬民眾提供服務等之情事，或相關表單之記載虛偽不實或其他違反醫療相關法規者，本局依約追繳費用，並得終止辦理本方案之資格。

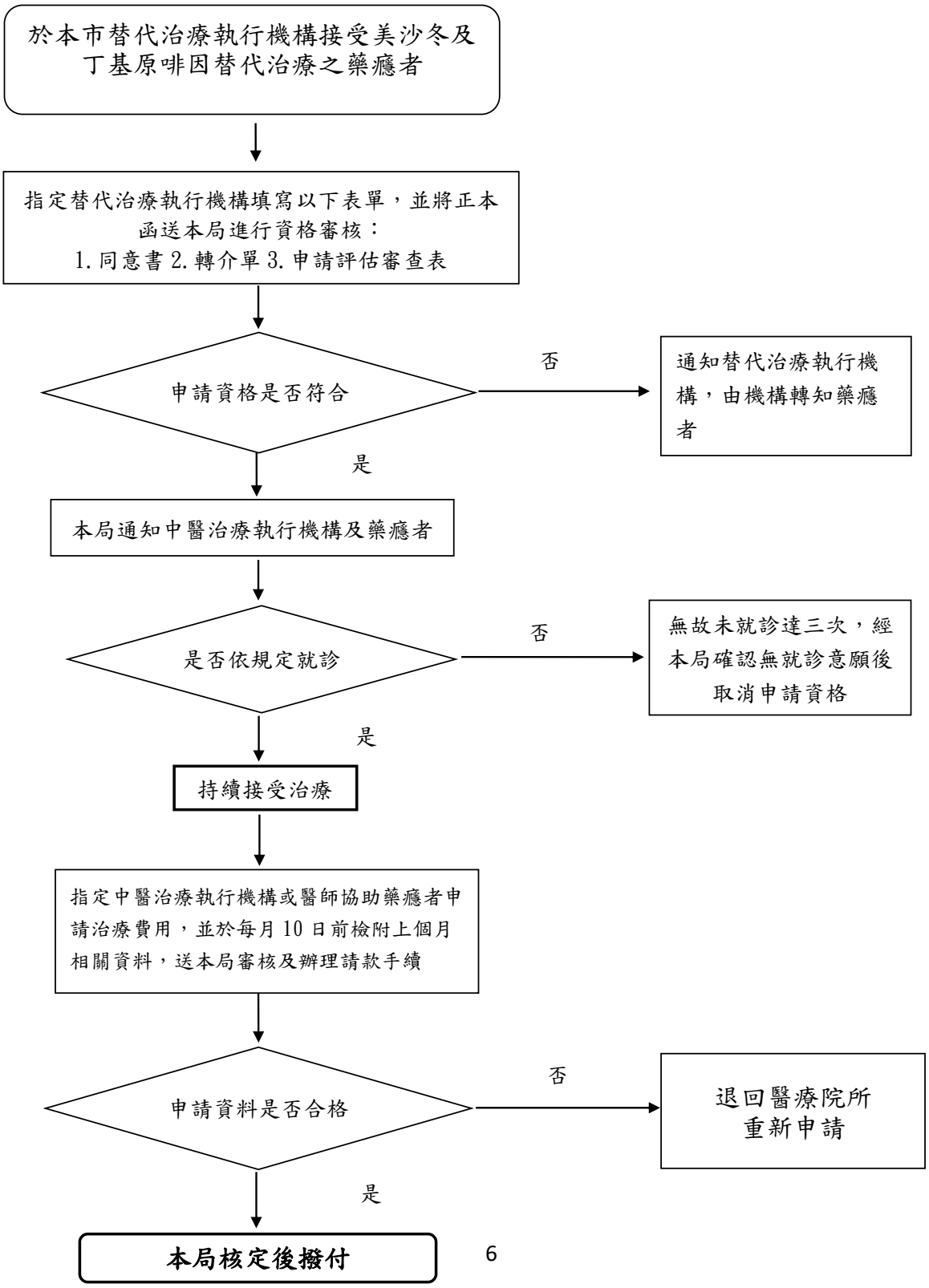
3. 中醫治療執行機構或醫師，如未依契約執行，經輔導後限期改善，如未改善者，得隨時終止合約。

(1) 本局得不定期電話訪問個案治療情形，並填寫個案服務評估表（附件 10），並得隨機抽查個案病歷。

(2) 本局得不定期進行實地抽查申報資料，並填寫醫療院所服務評估表（附件 11），如違反得逕行終止合約。

4. 個人名義簽約之醫師，需取得所屬機構同意，並於簽約時提供相關證明。

表一：服務流程圖



表二：本支付金額，依中醫治療執行機構收費標準表進行申請

服務項目	支付金額（新臺幣）	說明
診察費	300 元／次	藥癮者轉診至不同醫院，得視需要重新評估，並可申請本項費用；同一個案於同天接受不同醫院診治，則不能申請本項費用。
處方費	50-100 元／次	
藥材費	散劑：50-300 元／劑 煎劑：150-500 元／劑	若藥癮者有特殊需求經中醫院所評估同意後，本項不限每次申請藥劑數。
一般針灸治療處置費	500 元／次	
電針治療	600 元／次	
針上灸治療	600 元／次	
耳針	250／次	
生理評估（體質分析表）	1000 元／次	於初次就診時須執行 1 次。
中醫護理衛教費	300 元／次	服務期間須至少執行 1 次
營養飲食指導費	250 元／次	

肆、 預期效益

一、 藉由中醫醫療團隊提供完善輔助藥癮戒治醫療服務，協助減緩戒斷症狀，及服用美沙冬及丁基原啡因所產生之副作用，進而提升持續接受藥癮戒治之動機。

二、 依核定項目提供藥癮者參與中醫治療之醫療費用，以降低其就醫經濟負擔，強化其戒癮治療意願。

伍、 附件

預定期程

表四 計畫期程表

月份 項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
113 年合作契約書簽訂	V	V	V	V								
輔助治療費核銷		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
成果報告撰寫及陳核												V

附件 1

113 年中醫戒癮輔助治療補助計畫
合作契約書

桃園市政府衛生局（以下簡稱甲方） 為_____（以下簡稱乙方）辦理 113 年「中醫戒癮輔助治療補助計畫」，雙方同意訂立契約，共同遵守約定條款如左：

一、專案執行目的：為提升醫療服務品質，擬藉由中醫醫療團隊提供輔助藥癮戒治服務，減緩戒斷症狀，並預防復發及提升持續接受藥癮戒治之動機。透過醫療資源之整合，提供多元化戒癮資源，協助藥癮者面對社會賦歸的各種問題，促使其逐步戒除毒品。

二、專案內容：詳如附件 113 年「中醫戒癮輔助治療補助計畫」。

三、專案執行期間：自合約簽定日起至民國 113 年 12 月 10 日止。

四、專案經費：乙方依照附件之計畫詳細用途，由甲方依乙方執行內容，於經費額度內核實撥付。

五、服務對象：於本市替代治療執行機構接受美沙冬及丁基原啡因替代治療之藥癮者，且有意願前往本計畫指定之中醫治療執行機構或醫師就診。

六、服務方式：中醫治療執行機構或醫師應提供服務項目如下：

（一）就醫教導正確藥癮治療觀念及相關用藥注意事項。

（二）提供成癮戒斷症狀之診察及其他相關醫療處置。

（三）提供中醫諮詢相關服務。

七、計畫經費之撥付及核銷：

（一）由中醫治療執行機構或醫師於每月 10 日前填妥並檢附上個月「個案醫療費用清冊」（附件 6）、「費用申領清單」（附件 7）、「領據」（附件 8）、「未重複申請健保切結書」（附件 9），函送本局申請，由本局進行審查並撥付費用。本計畫採總經費控管，總經費俟撥付用罄則計畫結束。

（二）本年度計畫之治療期限至 11 月 30 日，須於 12 月 10 日前填妥 11 月相關資料，函送本局申請撥付費用。

（三）服務項目及範圍：

1.本計畫採論件計酬，核實支付（如表 2）。

2.每人每年申請費用預計為 20,000 元整，依實際收案情形，人數及金額得依年度預算進行調整。

3.本方案適用非健保身分及其他經醫師評估需自費項目；申請相關費用時，中醫治療執行機構或醫師應提供未重複申請健保切結書（附件 9）。

八、其他相關事項：

（一）執行本計畫治療機構，實際收案之中醫師須取得衛生福利部所屬機構或本局辦理之藥癮戒治專業人員教育訓練 8 小時以上的時數。

（二）中醫治療執行機構或醫師如有費用申報不實、健保卡與本人不符、費用申報與病歷記載或服務提供不符、不正當方法招攬民眾提供服務等之情事，或相關表單之記載虛偽不實或其他違反醫療相關法規者，衛生局依約追繳費用，並得終止辦理本方案之資格。

（三）中醫治療執行機構或醫師，如未依契約執行，經輔導後限期改善，如未改善者，得隨時終止合約。

1.本局得不定期電話訪問個案治療情形，並填寫個案服務評估表（附件 10），並得隨機抽查個案病歷。

2.本局得不定期進行實地抽查申報資料，並填寫醫療院所服務評估表（附件 11），如違反得逕行終止合約。

（四）個人名義簽約之醫師，需取得所屬機構同意，並於簽約時提供相關證明。

九、本合約如有未盡事宜，依相關法令規定處理，法令未規定者由雙方協議之，另相關服務規格說明書及附件亦視為本契約之一部分。

十、本契約有效時間自合約簽定日起至民國 113 年 12 月 10 日止；合約期間內乙方如欲終止合約，應於 1 個月前以書面通知甲方。

十一、本契約 1 式 3 份，經雙方用印後，甲方執 2 份、乙方執 1 份。

十二、甲方於審核相關實際收案情形單據無誤後，將中醫治療執行費用撥入乙方指定帳戶。

十三、因中央補助款尚未核定，若計畫或費用有異動，得以終止契約。

立契約書人

甲　　方：桃園市政府衛生局

代　表　人：

地　　址：桃園市桃園區縣府路 55 號
電　　話：03-3340935

乙　　方：

代　表　人：

地　　址：

電　　話：

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

附件 2

藥癮者自願接受中醫輔助戒治服務同意書

本人_____茲同意參與中醫戒癮輔助治療補助計畫，並由替代治療執行機構_____協助轉介至_____（醫療院所／醫師），藉由中醫醫療方式協助本人減緩因藥癮產生之戒斷症狀，並配合各項醫療戒治服務，後續由桃園市政府毒品危害防制中心定期或不定期之生活關懷、家庭訪視、就業輔導、就學輔導、社會救助、醫療轉介及其他有需關懷之事務。

本人已仔細閱讀並充分瞭解本同意書內容。

此致

桃園市政府毒品危害防制中心

同意人簽章	
國民身分證統一編號	
出生日期	
戶籍地	
現住地	
聯絡電話(手機、市話)	
緊急聯絡家屬、電話	姓名： 關係： 電話：
法定代理人簽章	
簽署日期	

備註：

(一)未滿 18 歲限制行為能力人，與其法定代理人共同簽署。

(二)無行為能力人，由法定代理人代為簽署。

（**未滿 18 歲者**申請本項服務需由法定代理人簽署同意書）

附件 3

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療補助計畫—轉介單

指定替代治療執行機構_____院（所）轉介至_____（醫療院所／醫師）

<table>
<tr><td rowspan="4">基
本
資
料</td><td rowspan="2">姓名</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2"></td><td>出生日期</td><td colspan="10">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>身份證號</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>過去病史</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td>診斷/病名</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">原指定替代治療法執行機構</td><td>就診醫療院所</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td>診治醫師</td><td></td><td>醫師簽章</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>就診日期</td><td colspan="12">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>轉診原因</td><td colspan="12"></td></tr>
</table>

備註：

1.由指定替代治療執行機構填寫轉介單，影印一份加蓋與正本相符印章由個案留存，並將正本函送本局審核。

2.待核可後，由本局通知並傳真至指定中醫治療執行機構或醫師辦理相關服務。

3.請指定中醫治療執行機構或醫師，於首次申請時檢附影本。

開單日期：　　年　　月　　日

附件 4

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療計畫
申請評估審查表

替代治療執行機構：

_____

一、申請個案基本資料

(一) 個案姓名：_____

(二) 姓別：□男　□女　□其他

(三) 生日：_____年_____月_____日

(四) 身份證字號：_____

二、轉介至_____（中醫治療執行機構／醫師）

三、審核資料（有「*」為必要附件）

審核內容	審核附件 （以下資料已檢附請打勾）	審核 （本欄由審核機關填寫）
個案基本資料	□個案身份證正反影本* □其他：	□符合 □不符合 備註：
自願接受中醫輔助戒治服務同意書	□自願接受中醫輔助戒治服務同意書*	□符合 □不符合 備註：
申請審核結果：□符合　□不符合（本欄由審核機關填寫）		

填表人簽章（替療機構）：_____日期：_____

審核人員簽章（衛生局）：_____日期：_____

主管簽核（衛生局）：

備註：

1.由指定替代治療執行機構填寫申請評估審查表，並將正本函送本局審查。
2.核可後，本局通知並傳真至指定中醫治療執行機構或醫師辦理相關服務。
3.請指定中醫治療執行機構或醫師，於首次申請時檢附影本。

翻面

審核文件張貼處

身分證正面影本	身分證反面影本

附件 5

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療補助計畫
個案需求評估表（由衛生局評估）

□電訪 □面談

一、基本資料

(一) 姓名：_____；性別：□男 □女 □其他

(二) 生日：_____年_____月_____日；身份證字號：_____

(三) 聯絡方式：_____

(四) 替代治療項目：□美沙冬 □丁基原啡因

(五) 執行替代治療起始日：_____年_____月_____日

二、需求評估表（可複選）

1. □情緒障礙（焦慮、憂鬱、不安等情緒困擾）
2. □睡眠障礙
3. □精神疲倦
4. □口乾舌燥
5. □頻繁便祕
6. □胃口食慾不佳
7. □體重增加
8. □降低替代治療劑量（美沙冬、丁基原啡因）

三、其他需求或期待：

_____

_____

評估日期： 年 月 日

評估人員： 主管核章：

附件 6

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療補助計畫
個案醫療費用清冊

期間：　　年　　月　　日至　　年　　月　　日

姓名	身份證字號	出生年月日	診察費		處方費						申報金額（元）
			次數	金額	次數	金額	次數	金額	次數	金額	
合計（元）											

執行機構／醫師名稱：　　金額單位：元

備註：

1.倘服務項目之醫療費用申請單價非依本計畫所列醫療費用標準之支付金額計算，請加註說明該項服務之申請支付單價。

2.本表如不敷使用，請自行延伸。

填表人：　　**會計：**　　**醫療院所負責人：**

附件 7

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療補助計畫

_____（醫療院所／醫師）113 年___月份費用申領清單

姓名：_____ 身份證字號：_____ 出生日期：_____

戶籍地址：_____

編號	就診日期	申請金額（元）	服務項目（代號）	看診醫師
Ex.	113.XX.XX	1,000		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
金額小計				

備註：本表如不敷使用，請自行延伸。

服務項目代號：

1. 診察費
2. 處方費
3. 散劑藥材費
4. 煎劑藥材費
5. 一般針灸處置費
6. 電針治療
7. 針上灸治療
8. 耳針
9. 生理評估（體質分析表）
10. 中醫護理衛教費
11. 營養飲食指導費

附件 8

憑　證　黏　貼　線

茲領到　　年　　月份「中醫戒癮輔助治療補助計畫」申請費用計

新臺幣　　拾　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整

此致　　桃園市政府衛生局

醫院（診所）名稱：

（請寫全名及蓋機關章，如以個人不須機關章）

主辦人員：＿＿＿＿＿＿＿＿（請蓋職章）

出納人員：＿＿＿＿＿＿＿＿

會計人員：＿＿＿＿＿＿＿＿

院長（醫師）：＿＿＿＿＿＿＿

註：私立醫院（診所）如無會計出納人員可免簽章

統一編號：

聯絡電話：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

掛號信收件地址：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

銀行分行別：＿＿＿＿＿＿金融帳號：＿＿＿＿＿＿＿ 戶名：＿＿＿＿＿

中華民國　　年　　月　　日

茲領到　　年　　月份「中醫戒癮輔助治療補助計畫」申請費用計

新臺幣　　拾　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整

此致　　桃園市政府衛生局

醫院（診所）名稱：

（請寫全名及蓋機關章，如以個人不須機關章）

主辦人員：＿＿＿＿＿＿＿＿（請蓋職章）

出納人員：＿＿＿＿＿＿＿＿

會計人員：＿＿＿＿＿＿＿＿

院長（醫師）：＿＿＿＿＿＿＿

註：私立醫院（診所）如無會計出納人員可免簽章

統一編號：

聯絡電話：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

掛號信收件地址：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

銀行分行別：＿＿＿＿＿＿金融帳號：＿＿＿＿＿＿＿ 戶名：＿＿＿＿＿

中華民國　　年　　月　　日

（領據一式 2 份，請分別用印，並於上聯背面貼上千分之四印花稅）

附件 9

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療計畫
未重複申請健保切結書

_____（醫療院所／醫師）茲同意參與中醫戒癮輔助治療補助計畫，藉由中醫醫療團隊提供輔助藥癮戒治醫療服務，減緩藥癮者因戒癮產生之戒斷症狀，並預防復發及提升持續接受藥癮戒治之動機。

本方案服務項目如符合健保申請條件，一律申請健保給付；本切結書茲證明本診所未重複申請相關費用，謹此為證。

填表人： **醫療院所負責人：**

填表日期： **年** **月** **日**

附件 10

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療補助計畫
個案服務評估表（由衛生局評估）

□電訪 □醫療院所訪視

一、個案基本資料

(一) 姓名：_____；性別：□男 □女 □其他

(二) 生日：_____年_____月_____日；身份證字號：_____

(三) 轉介之醫療院所／醫師：_____

二、療程概述

就診頻率	_____次／每月
治療項目	

三、服務成效評估

題　　目	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
(一)中醫輔助治療前後對自我生活品質有所提升	1	2	3	4	5
(二)中醫輔助治療對自己有幫助	1	2	3	4	5
(三)中醫治療執行機構或醫師提供之衛教服務內容淺顯易懂、充實且容易吸收	1	2	3	4	5
(四)對中醫治療執行機構或醫師所提供之服務整體而言感到滿意	1	2	3	4	5
(五)會持續接受中醫輔助治療	1	2	3	4	5

四、個案回饋

_____

_____

評估日期：　　年　　月　　日

評估人員：　　主管核章：

附件 11

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療補助計畫
醫療院所服務評估表（由衛生局評估）

□電訪 □醫療院所訪視

一、醫療院所／醫師：_____

二、服務成效評估

題　　目	符合	不符合
(一)有無確實登錄病歷資料		
(二)是否確實控管就醫申請經費		
(三)看診環境是否尊重個案隱私		
(四)有無重複申請健保給付		

三、其他建議

_____

_____

四、訪視照片

評估日期：　　年　　月　　日

評估人員：　　主管核章：