衛生福利部109年度藥癮治療費用補助方案

壹、前言

施用毒品成癮是種腦部功能失調的疾病，與高血壓、糖尿病等慢性疾病一樣，具慢性及高復發性。世界衛生組織呼籲，對毒癮者提供好的治療及處遇，可協助減少並停止施用毒品，促其重返正常生活。

鑑於藥癮治療非全民健康保險給付項目，為提升藥癮者接受藥癮治療比例，及強化藥癮治療之完整性、全面性，爰辦理本方案，期藉由各項藥癮治療費用之補助，鼓勵個案早期發現早期治療，及促進醫療機構積極投入藥癮醫療服務，以普及國內藥癮治療服務，提升治療成效。

貳、方案目的

一、補貼自費藥癮醫療費用，降低個案就醫障礙，提升治療動機。

二、促進醫療機構投入藥癮醫療服務，多元並完善藥癮醫療服務發展，提升治療效果。

三、深化個案管理服務與強化相關共病照護，促進個案身心健康，減少藥癮問題對公共衛生與社會治安之危害。

參、方案期程

自109年1月1日起至109年12月31日。

肆、方案經費：

一、經費來源、預算及支應範圍：本方案預算來源包括公務預算及毒品防制基金（下稱毒防基金），合計新台幣（以下同）2億158萬元。

(一) **公務預算**：補助鴉片類藥癮者之「美沙冬」及「丁基原啡因」治療費（下稱替代治療補助項目）。總經費 6,458 萬元。

(二) **毒防基金**：補助替代治療補助項目以外之各項藥癮醫療處置費（下稱藥癮醫療補助項目）及醫療機構執行本方案之管理費。總經費為 1 億 3,700 萬元。

二、本方案經費之分配依縣市別暫分配如附件 1。

三、各地方政府本方案經費之分配額度屬暫分配，將於第 2 期款撥付時，於原預算額度內，依各地方政府實際執行情形調整之。

四、本方案經費若經立法院刪減、刪除或凍結，不能如期動支，本部得調整經費，或延後或終止辦理支付。

伍、 執行單位

一、藥癮醫療服務提供機構(**下稱治療機構**)：需具備以下條件之一：

(一) 本部指定藥癮戒治機構（含藥癮戒治核心醫院、藥癮戒治醫院、藥癮戒治診所）及替代治療執行機構（含美沙冬衛星給藥點）。

(二) 參與本部「**建置整合性藥癮醫療示範中心先期試辦計畫**」(下稱藥癮示範中心計畫）之心理治療（諮商）所、社會工作師事務所、職能治療所及診所，並符合以下規定者：

1. 與藥癮示範中心計畫代表機構簽署有合作契約，並經本部核定者。
2. 與藥癮示範中心訂定明確藥癮醫療合作機制。

二、本方案經費代審代付機關：各地方政府衛生相關主管機關（包括衛生局或毒品防制局，**以下統稱地方衛生機關**）。

陸、 補助對象、項目及規範

本方案補助對象包括藥物使用障礙症患者(藥癮醫療處置項目補

助）及提供本方案之治療機構（治療機構管理費）。

一、藥物使用障礙症（drug use disorder）患者（以下稱藥癮個案）：

註：本方案所稱藥物使用障礙症之「藥物」，係指「毒品危害防制條例」第2條所稱之具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品，包括第一級至第四級。

(一) 補助項目、補助額度及標準：

1. 補助內容：含藥癮之評估篩檢費用，及各項藥癮醫療處置費用，且限非健保給付之費用，個案就醫當次屬健保醫療之項目，不予補助。

2. 補助額度：

(1) 公務預算：依本方案「替代治療補助項目之處置項目及最高補助額度標準表」核實補助。

(2) 毒防基金：依本方案「藥癮醫療補助項目之處置項目及最高補助額度標準表」核實補助，且每位個案**全年度**累計補助額度依個案當年度**首次收案時年齡限制如下：**

i. **18 歲(含)以上**：以 **3 萬 5,000 元為限**。

ii. **未滿 18 歲**：以 **4 萬元為限**。

3. 補助項目及標準：

(1) 本方案僅補助非健保給付之**自費**藥癮醫療費用，並採「**部分**」**補助方式**，未由本方案補助之處置項目，或本方案單次補助額度不及治療機構該處置項目所訂自費收費標準之差額，由個案自行負擔。

(2) **本方案「補助處置項目及最高補助額度標準表」如下：**

一、替代治療補助項目(由公務預算支應) 註：替代治療補助項目不計入個案全年度累計補助額度計算。		
處置項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明 (每項處置均應有臨床紀錄)
替代治療給藥服務費[註]	35 元/次	1. 個案實際到治療機構服(領)藥，且治療機構於本部替代治療作業管理系

		統維護個案服(領)藥紀錄，始予補助。 2. **限**補助**鴉片類**藥癮個案。
丁基原啡因藥品費[註]	40 元/人日	1. 以實際處方日數每人日至多補助 40 元，並以實際處方日數補助之。個案之每人日藥品費若未滿 40 元，應以是日實際藥品費用核實補助之。 2. **限**補助**鴉片類**藥癮個案。
美沙冬藥品費[註]	全額補助	1. 藥品由本部委託本部食品藥物管理署製造及配送，醫療機構無需另外報支費用。 2. **限**補助**鴉片類**藥癮個案。

二、藥癮醫療補助項目(由毒品防制基金支應)

註：(1)18 歲(含)以上：每年度累計補助 3 萬 5,000 元為限。

(2)未滿 18 歲：每年度累計補勵 4 萬元為限。

處置項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明 (每項處置均應有臨床紀錄)
藥癮門診診察	405 元/次	個案須實際到診，始予補助。
藥癮血液或生化檢查	400 元/次	1. 依個案情況認有必要之各項臨床血液或生化檢查，如：常規血液檢查、電解質、心臟功能、肝膽腎功能檢查（如：BUN、Creatinine、GOT、GPT、r-GT、B 型肝炎、C 型肝炎檢查、心電圖）等。 2. 每次補助依實際檢查項目以健保點數 1 點=1 元核實補助，每次補助上限為 400 元。
藥癮生理心理功能檢查	18 歲以上：344 元/次 未滿 18 歲：387 元/次	1.每個療程限補助 2 次。 2.單次補助額度上限之認定，依實際執行該項處置項目時，個案之實際年齡認定之。
藥癮診斷性會談	18 歲以上：1,237 元/次 未滿 18 歲：1,444 元/次	1. 醫師完成個案診斷，並給予治療建議（包括藥物濫用史、心理狀態評估、社會功能評估及藥癮者之治療計畫）當次，予以補助。 2. 每個療程限申請 1 次。 3. 單次補助額度上限之認定，依實際執行該項處置項目時，個案之實際

		年齡認定之。
藥癮社會生活功能評估	413 元/次	1. 針對家庭與社會功能進行整體評估，包括社交技巧、社會角色行使能力、社會網路支持及對資源的運用等，並提出處遇建議。 2. 每個療程以補助 2 次為原則，且均須有評估報告，始予補助。
藥癮心理衡鑑	1,650 元/次	1. 針對藥癮者心理功能進行整體性評估，包括情緒、認知及行為模式及特殊心理議題或需求及治療動機等進行整體性評估，並提出處遇建議。 2. 每個療程以補助 2 次為原則，且均須有評估報告，始予補助。
藥癮職能評鑑	824 元/次	1. 針對藥癮者進行整體性的日常生活功能與職業能力的評估，包括：就業動機、一般行為、社交行為、工作行為等功能性評估，並提出未來個別或團體職能治療之計畫，以協助其生活功能之重建與職業復健資源之連結。 2. 每個療程以補助 2 次為原則，且均須有評估報告，始予補助。
藥癮支持性會談	116 元/次	1. 本項處置內容可包括有關藥癮治療計畫或處遇建議之說明、藥癮疾病或相關共病問題之諮詢、衛教等。 2. 上開處置內容需註記於病歷，始予補助。
藥癮個別心理治療	18 歲以上：1,444 元/次 未滿 18 歲：1,752 元/次	1. 單次治療時間需至少達 40 分鐘以上，且須有治療報告，始予補助。 2. 單次補助額度上限之認定，依實際執行該項處置項目時，個案之實際年齡認定之。
藥癮團體心理治療	420 元/次/人	1. 每個團體心理治療成員以 4-12 人為原則。每次團體心理治療時間需至少 60 分鐘。 2. 個案須實際參與治療，且有治療紀錄，始予補助。

藥癮家族治療	1,200 元/次	1. 每次藥癮家族治療時間應至少 60 分鐘。 2. 個案或其家屬須實際參與治療，且有治療紀錄，始予補助。
藥癮職能治療	390 元/次	1. 合計治療時間需達 60 分鐘。 2. 個案須實際接受治療，且有治療紀錄，始予補助。
尿液毒物檢驗	300 元/次	個案實際受檢始予補助。
藥癮特別護理費	155 元/日	針對住院個案之行為問題、自我照顧、情緒障礙、知覺障礙、思考障礙等，實施具體的護理照護、協助身體照顧、環境安排、引導人際互動。
藥癮住院病人特別處理費	1,856 元/日	1. 個案住院期間，因疾病影響致有攻擊或自傷之虞等特殊狀況，藥癮治療團隊須經常照護，並提供必要之心理、行為或藥物處置，以避免危險行為之發生時，得申請本項補助。 2. 申請本項補助當日，不另補助本方案各項醫療處置費用。
藥癮醫療外展服務費	500 元/次	1. 治療機構依個案實際需要，得以外展方式提供藥癮醫療服務，外展當次除個案得依接受處置之項目申請補助外，亦得申請本項費用補助，每次以 500 元為限。 2. 每人每日以補助 1 次為限，且應於病歷註記該次外展地點及處置項目。
藥癮個案管理服務費	150 元/次	1. 針對個案提供個案管理服務，包括：治療情形之追蹤、簡短介入提升醫囑遵從性、促進預防復發、瞭解生活狀況與需求，並協助資源連結與轉介等。 2. **本項費用係補助個案由個案管理師所提供之個案管理服務費**，「**不**」納入服務之個案之全年度總補助額度計算，惟每名個案每週至多申請 1 次，且**應有個案管理服務紀錄**，始予支付。

		3.本項服務提供當次，不得向個案收取或向本部申請補助支持性會談費用。

(3) 個案各項藥癮治療處置費用，已由本方案補助之金額，治療機構不得重複向個案收取，或向其他方案（計畫）經費重複申請補助或報支，反之亦然。

(二) 補助條件與資格限制：

1. 符合本國中央健康保險投保資格對象。
2. 為促進個案珍惜藥癮醫療資源，並為復原共同承擔責任，及強化治療機構妥適運用藥癮處置之酬賞管理（contingency management），以促進個案穩定及持續就醫，本方案屬「部分補助」（即不予全額補助），並於本方案規範之補助原則下，得由治療機構依個案治療狀況及實際需要設計補助機制，不就個案於藥癮醫療療程中應實際自行負擔費用額度或比率進行一致性規定，以符臨床實務運用之彈性。
3. 個案於當次療程中，對於已排定或已預約之處置，如連續 2 次無故未依約接受治療，於第 2 次缺席日起，視為中斷治療，取消補助資格，後續療程需個案自費。接受美沙冬替代治療個案，未經醫師評估可停止服用美沙冬，連續 14 日未至治療機構服藥，亦視為中斷治療。
4. 遭取消補助資格者，於取消補助資格日起 90 天內，不得申請本方案之補助。
5. 為維個案權益，個案接受本方案之補助，應請其簽署治療及相關資料蒐集同意書（範例如附件 2），並具結表示未有同時至其他治療機構接受相同之治療及重複請領補助，或遭取消補助資格等情事。

二、治療機構：

(一) 補助項目：執行本方案之管理費。（含水、電、瓦斯費、大樓清潔費、電梯保養費、本方案執行人員為辦理本方案之加班

費、依據全民健康保險法，執行機構因執行本方案應負擔之補充保險費用、依據勞動基準法之規定，本方案執行人員之特別休假，未休之日數所發給之工資。）

(二) 補助額度及標準：本方案收治個案之全年度藥癮醫療補助項目之總藥癮治療費用（含由本方案補助醫療補助項目之費用及個案自行負擔之費用）總和之 5%，惟最高以本方案藥癮醫療處置項目之總補助費用之 10%為限。未參與本方案之個案，不依前開補助標準，補助治療機構管理費。

(三) 補助規範：

1. 本項補助依規定應報請「毒品防制基金管理會（下稱管理會）」複審，經複審同意始得支付。
2. 本項補助經費若經管理會刪減，本部得調整經費或延後或終止辦理支付。

三、本方案依實際執行情形，以毒防基金補助之「治療機構管理費」得流入「藥癮醫療處置項目補助」，但「藥癮醫療處置項目補助」不得流入「治療機構管理費」。

四、本方案補助對象、補助項目、標準及規範，得依實際執行狀況，邀集專家、學者及第一線臨床人員等滾動檢討修訂之。

柒、 治療機構配合事項及規範

一、治療機構提供藥癮治療服務應符合下列原則：

(一) 針對個案藥癮問題進行評估、診斷，並依個案 DSM-5 Drug Use Disorder 之嚴重度及個案治療需求，擬具藥癮治療計畫，計畫書應包括治療取向或理論、治療方式、治療內涵（如藥物治療、心理治療、家族治療、尿液毒物篩檢、衛生教育、個案管理...等）、治療療程及治療強度等規劃與說明。

(二) 主動向個案完整說明本方案內容（含補助項目、標準、規範

及限制）及藥癮治療計畫與相關治療費用（含自費）收取方式等，並邀請及鼓勵個案簽署藥癮治療知情同意書（範例如附件 2），依個案參與本方案意願申請經費補助，及於本部「藥酒癮醫療個案管理系統」維護個案同意書簽署情形。完成簽署之同意書交由個案收執，並由治療機構掃瞄存記本部「藥酒癮醫療個案管理系統」。

(三) 為瞭解個案治療狀況，療程設計應納入尿液毒品檢驗之處置，並落實執行。

(四) 應加強個案藥癮疾病、愛滋防治等衛教及共病問題評估，鼓勵個案參與愛滋篩檢或其他共病問題之檢查，並針對共病問題，提供適切之醫療處置或轉介至其他科別共同照護。

(五) 單次療程結束後，藥癮醫療團隊應評估個案有無持續治療之必要，並鼓勵個案繼續治療或接受持續追蹤。

(六) 治療紀錄之建置，依下列方式辦理：

1. 將替代治療紀錄建置於本部「醫療機構替代治療作業管理系統」，替代治療以外之各項藥癮醫療處置紀錄，則建置於本部「藥酒癮醫療個案管理系統」（該系統另可透過 Web API 或電子病歷 EEC 平台介接治療機構之個案醫療處置紀錄，以減少醫療機構醫療紀錄重複登打之情形）。

2. 建置於上開系統內之治療紀錄，除另透過 Web API 或電子病歷 EEC 平台介接治療機構之個案醫療處置紀錄者外，得依醫療法及各該醫事人員法有關製作病歷或紀錄之規定，於紙本完成簽名或蓋章及加註執行年、月、日，作為病歷或紀錄之一部或全部。

二、其他應配合事項：

(一) 提供藥癮治療服務之各職類醫事及專業人員（含個案管理人員及社會工作人員）（下統稱藥癮醫療團隊），應依本部「指定藥癮戒治機構作業要點」第二點第二項規定，每年接受藥

癮治療人員繼續教育訓練至少 8 小時，且各項醫療或臨床處置均應符合相關醫療法規及醫事人員或專業人員法規，由得執行該項處置之合格人員為之。

(二) 上開藥癮醫療團隊人員名冊，應於本部「藥酒癮醫療個案管理系統」之「各類成癮治療人力維護」作業上核實登錄，以利本部及地方衛生機關查核。

(三) 於本部「藥酒癮醫療個案管理系統」中，完成治療機構治療醫令基本檔維護，始得申報本方案管理費用。有關治療醫令基本檔維護流程詳見附件 3。

(四) 本部及地方衛生機關基於業務職掌及為審核本方案執行情形需要，得透過本部「藥酒癮醫療個案管理系統」，或採實地查核，抽查治療個案名冊與相關臨床記錄，治療機構應予配合。

(五) 藥癮醫療團隊以外展方式執行本方案，相關醫事人員之報備，得參照本部 108 年 2 月 25 日衛部醫字第 1081660207 號函示辦理。

捌、 衛生機關配合事項

一、針對本方案之治療機構辦理訪查，並依訪查結果及建議，追蹤渠等改善情形。

二、依治療機構本方案實際發生之補助費用，按月或按季，審核後撥付治療機構相關款項。

三、提交本方案期中及期末執行成果：

(一) 公務預算補助替代治療執行成果（如附件 4）：

表 1、丁基原啡因治療人數及補助費用統計

表 2、美沙冬替代治療人數及補助費用統計

表 3、替代治療個案遵從醫囑概況表

(二) 毒防基金補助藥癮醫療執行成果（如附件 5）：

表 1、藥癮醫療補助費用申報統計

表 2、藥癮個案評估及診斷結果統計

表 3、藥癮個案特徵及結案原因統計

玖、 經費撥付及核銷方式

一、治療機構對衛生機關之經費請領：

(一) 個案藥癮醫療費用補助之請領

由治療機構就個案實際發生之本方案補助費用，區分公務預算補助項目（替代治療補助項目）及毒防基金補助項目（藥癮醫療補助項目），按月造冊以下資料後，依地方衛生機關規定，每月或每季檢附領據向地方衛生機關請領：

1. 公務預算補助項目造冊資料（如附件 6）：包括

表 1、「丁基原啡因」替代治療費用補助個案清冊

表 2、「美沙冬」替代治療費用補助個案清冊

2. 毒防基金補助項目造冊資料（如附件 7）：包括（以本部「藥酒癮醫療個案管理系統」產製報表為準），

表 1、申請補助個案清單

表 2、補助項目明細表

(二) 管理費之請領

於年底前，就全年度執行情形，核算管理費後，依地方衛生機關規定，檢附領據及原始憑證向衛生機關請領。

二、本部經費撥付衛生機關及經費核銷方式：

(一) 經費撥付，分 3 次撥款：

1. 第 1 期款：地方衛生機關接獲本方案通知函後，函送領據（公務預算與毒防基金應分別開立），及所轄治療機構與治療人員清冊（如附件 8）到部，依本方案經費暫分配表（如附件 1），分別撥付本案公務預算（替代治療補助項目）60%，及毒防基金（藥癮醫療處置項目補助）之 60%。

2. 第 2 期款：地方衛生機關於 109 年 8 月 20 日前，函送截至 109 年 6 月之執行成果（一式 2 份及其電子檔）、「公務預算經費使用調查表（如附件 9）」、「毒品防制基金經費使用調查表（如附件 10）」，及領據（公務預算與毒防基金應分別開立）等到部，經本部審查通過後，分別撥付本方案公務預算（替代治療補助項目）及毒防基金（藥癮醫療處置項目補助）核定經費之未撥付經費。

3. 管理費撥付：地方衛生機關於 109 年 12 月 20 日前，函送「治療機構管理費申報表」（如附件 11）及領據，向本部請領。

(二) 經費核銷：地方衛生機關於 110 年 1 月 5 日前，函送全年度執行成果（一式 2 份及其電子檔）、經費收支明細表（公務預算與毒防基金應分別開立，如附件 12 及附件 13）正本 1 份，並繳回剩餘款，向本部辦理。

附件 1

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案
各地方政府經費分配表

單位：新台幣元

編號	縣市	公務預算（替代治療補助項目）	毒防基金		
			合計	（藥癮醫療處置項目補助）	（治療機構管理費）
1	基隆市	2,280,000	5,340,000	4,855,000	485,000
2	臺北市	5,600,000	10,370,000	9,428,000	942,000
3	新北市	5,000,000	11,240,000	10,219,000	1,021,000
4	桃園市	7,500,000	12,029,000	10,936,000	1,093,000
5	新竹縣	250,000	4,981,000	4,529,000	452,000
6	新竹市	900,000	4,246,000	3,860,000	386,000
7	苗栗縣	450,000	4,948,000	4,499,000	449,000
8	臺中市	8,900,000	11,972,000	10,884,000	1,088,000
9	南投縣	1,800,000	5,278,000	4,799,000	479,000
10	彰化縣	5,000,000	6,102,000	5,548,000	554,000
11	雲林縣	2,100,000	5,451,000	4,956,000	495,000
12	嘉義縣	540,000	4,964,000	4,513,000	451,000
13	嘉義市	900,000	4,420,000	4,019,000	401,000
14	臺南市	5,500,000	10,778,000	9,799,000	979,000
15	高雄市	12,000,000	12,294,000	11,177,000	1,117,000
16	屏東縣	3,000,000	5,739,000	5,218,000	521,000
17	宜蘭縣	1,600,000	5,215,000	4,741,000	474,000
18	花蓮縣	600,000	4,939,000	4,490,000	449,000
19	臺東縣	500,000	4,952,000	4,502,000	450,000
20	澎湖縣	50,000	933,000	849,000	84,000
21	金門縣	60,000	578,000	526,000	52,000
22	連江縣	50,000	231,000	210,000	21,000
合計		64,580,000	137,000,000	124,557,000	12,443,000

註：替代治療給藥服務費、丁基原啡因藥品費，由公務預算補助，其餘各項處置費用，由毒防基金補助。

附件 2

藥癮治療知情同意書（範例）

本人_____在經過醫療團隊說明後，瞭解藥癮和糖尿病、高血壓等慢性病一樣，需要長期、穩定的接受治療及復健，也明白藥癮治療為自費醫療（未納入健保）。本人願意接受醫療團隊排定之治療計畫（包括於療程結束後依本人需要提供之病況追蹤與電話關懷），並於衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」建立本人病歷資料。此外，

☐**同意** ☐不同意

參與「衛生福利部藥癮治療費用補助方案」，及配合衛生福利部補助費用管理之需要，及俾利醫療機構提供本人所需之共病照護，於本人接受藥癮治療期間至治療結束後 1 年內，同意衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」介接及處理本人於醫療機構之就醫資料，也願意遵守治療費用補助方案之規定：

(1)無重複至其他治療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治療，應配合接受治療，如連續 2 次無故未依約接受治療，將取消補助資格。

☐**同意** ☐不同意

_____（治療機構）為本人藥癮治療需要，自衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」跨院查詢本人就醫情形。

衛生福利部及_____（治療機構）針對上開本人之各項就醫資料，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。

治療機構：_____　　立 書 人 ：_____

說明人員：_____　　地址/電話：_____

法定代理人：_____

❤若需變更預約接受治療時間，請撥打_____（治療機構聯繫電話）。

❤**衛生福利部**毒品危害防制中心 24 小時免費諮詢專線：**0800-770-885**

（請請你、幫幫我）

衛生福利部　關心您！

附件 3

「藥酒癮醫療個案管理系統」治療機構治療醫令基本檔維護流程

一、操作說明

1. 開啟作業畫面—系統功能→個案診療模組→基本資料維護→醫療院所治療醫令基本檔維護，即開啟醫療院所治療醫令基本檔維護畫面。
2. 在資料維護區輸入欄位資料後，按【新增】鍵，可新增醫令。
3. 在資料清單區點選一筆紀錄，按【刪除】，可直接刪除該筆醫令。
4. 在資料清單區點選一筆紀錄，並於資料維護區個欄位進行維護，按【修改】，可修改原醫令設定。



二、欄位說明

1. 醫療院所/機關：預設顯示登入者之所屬單位，不可修改。
2. 生效日期：西元年日期欄位，預設系統日期，生效日期不可大於停止日期，必要輸入欄位。
3. 停止日期：西元年日期欄位，預設 2099/12/31， 必要輸入欄位。
4. 醫令代碼：文字輸入欄位，長度預設為 20，必要輸入欄位。

5. 醫令名稱：文字輸入欄位，長度預設為 50，必要輸入欄位。
6. 收費金額：數值欄位，指該醫令在治療機構自費收費金額。
7. 補助金額：數值欄位，指該醫令治療機構為個案申請之補助金額，不得高於補助方案單次補助額度上限。
8. 藥癮補助醫令：下拉選單，資料選項依系統代碼設定值顯示藥癮補助項目。指該醫令對應何種藥癮治療費用補助方案之補助項目。
9. 酒癮補助醫令：下拉選單，資料選項依系統代碼設定值顯示酒癮補助項目。指該醫令對應何種酒癮治療服務方案之補助項目。
10. 其他補助醫令：下拉選單，資料選項依系統代碼設定值顯示其他補助項目。指該醫令對應何種其他方案之補助項目。
11. 成癮物質類別：鴉片類、非鴉片類、酒精類等，可多選；指該醫令適用於何種成癮物質個案。若有設定值，會於個案進行初次評估時轉入建議治療計畫項目之一。
12. 評估治療項目：下拉選單，資料選項依系統代碼設定值顯示。若有設定值，由 EEC 或 HIS 轉入醫令時，可自動轉入轉介評估個案清單中，醫師不需再執行轉介評估功能。指該醫令為何種評估治療醫令。
13. 檢查類別：三個勾選項，尿液毒物篩檢項目、藥癮追蹤檢查項目、酒癮追蹤檢查項目等。若有設定值，由 EEC 或 HIS 轉入檢驗檢查報告時時，可自動轉入個案追蹤資料之尿液毒物篩檢紀錄或檢驗檢查追蹤報告中。

附件 4

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案執行成果【公務預算補助替代治療執行成果】

表 1、「丁基原啡因」治療人數及補助費用統計

填報縣市：OOO 衛生局

統計期間：　　年　月　至　年　月

治療機構(請寫全銜)	全自費治療個案			本方案補助個案							
						藥品費申報			給藥服務費申報		
	總治療人數	總處方人日數	總處方劑量(mg)	總補助人數	總處方劑量(mg)	丁基原啡因總處方人日數	每人日補助單價範圍(元/人日)	申報補助總金額(元)	服(領)藥總次數(次)	每次服(領)藥補助單價(元/次)	申報補助總金額(元)
合計											

結果摘要：

1. **本轄丁基原啡因全自費治療人數_____人(甲)，總處方人日數_____人日，總處方劑量_____mg。**
2. **本轄丁基原啡因本方案補助治療人數_____人(乙)，總處方人日數_____人日，總處方劑量_____mg。**
3. **本轄丁基原啡因總治療人數(歸人) _____人(丙)，總處方人日數_____人日。**

註：於統計期間內，丁基原啡因治療個案由全自費轉本方案補助，或由本方案補助轉全自費者_____人(丁)[丁=甲+乙-丙]。

註：本表由衛生局填報。

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案執行成果【公務預算補助替代治療執行成果】

表 2、「美沙冬」治療人數及補助費用統計

填報縣市：OOO 衛生局

統計期間：　年　月　至　年　月

治療機構 (請寫全銜)	衛生福利部心理及口腔健康司或其他非屬疾病管制署補助之美沙冬治療				疾病管制署補助之美沙冬治療		
	人數	服藥人日數	給藥服務費(元)	實際用藥量(cc)	人數	服藥人日數	實際用藥量(cc)
合計							

結果摘要：

1. **本轄「衛生福利部心理及口腔健康司及其他非屬疾病管制署補助」美沙冬治療人數_____人(甲)；服藥人日數____人數、實際服藥量____cc。**
2. **本轄「疾病管制署補助」美沙冬治療人數_____人(乙)；服藥人日數_____人數、實際服藥量_____cc。**
3. **本轄美沙冬總治療人數_____人(丙)，總服藥人日數：_____人日。**

   註：於統計期間內，個案由「衛生福利部心理及口腔健康司或其他非屬疾病管制署補助」轉變為「疾病管制署補助」之人數_____人(丁) [丁=甲+乙-丙]。（例如：個案於 109 年 1 月 1 日起由衛生福利部心理及口腔健康司補助，惟於 109 年 6 月 3 日因感染愛滋改轉為由疾病管制署補助）

註：1.給藥服務費：以個案實際到醫療機構服用美沙冬之人日數計算之。

2.本表由衛生局填報。

衛生福利部 109 年度替代治療執行成果

表 3、替代治療個案遵從醫囑概況表

填表縣市：OOO 衛生局

成果統計期間：☐期中成果　☐期末成果

治療機構 (請寫全銜)	美沙冬替代治療						丁基原啡因替代治療		
	服藥出席率			持續留置 6 個月(含)以上之比率【註】			按時回診率		
	實際出席人日數 (A)	應出席人日數 (B)	出席率(%) (A/B)	留置人數 (C)	新收人數 (D)	留置率(%) (C)/(D)	當次處方到期日實際回診人次(E)	當次處方到期日應回診人次(F)	按時回診率(%) (E)/(F)

註：1. 本表統計對象：於轄內所有指定替代治療執行機構接受美沙冬及丁基原啡因治療之個案。

2. 本表統計區間如下：

- **(A)、(B)、(E)、(F)：期中成果統計區間為：109 年 1 至 6 月；期末成果統計區間為：109 年 1 至 12 月。**
- **(C)、(D)：期中成果統計區間為：108 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日新收個案，追蹤至 109 年 6 月 30 日止，持續治療達 6 個月（含）以上者；期末成果統計區間為：108 年 7 月 1 日至 109 年 6 月 30 日新收個案，追蹤至 109 年 12 月 31 日止，持續治療達 6 個月（含）以上者。**

3.服藥出席率＝實際出席人日數和／應出席人日數和×100%。

4.新收個案持續留置 6 個月(含)以上比率＝留置人數／新收人數×100%。

新收人數＝「統計期間新收案人數」—「入監服刑、轉診、生產、服兵役、死亡、經醫師評估可結束替代治療等不可抗拒因素之人數」。

留置人數＝前開新收人數中，自治療日起持續留置≧6 個月(180 天)之人數。

5.接受替代治療個案兩個星期未依約接受替代治療，視為終止治療， 終止治療之個案如再請求治療，本項補助費用之留置情形將重新計算。

6.按時回診率＝（**於**當次處方到期日**前 7 日至處方到期日後 14 日內**實際回診人次和／當次處方到期日應回診人次和）×100。

附件 5

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案執行成果【毒防基金補助藥癮醫療執行成果】

表 1、藥癮醫療補助費用申報統計

統計期間：　年　月　日至　年　月　日

治療機構(請寫全銜)								合計
藥癮門診診察	人數							
	人次							
	金額							
藥癮血液或生化檢查	人數							
	人次							
	金額							
藥癮生理心理功能檢查	人數							
	人次							
	金額							
藥癮診斷性會談	人數							
	人次							
	金額							
藥癮社會生活功能評估	人數							
	人次							
	金額							
藥癮心理衡鑑	人數							
	人次							
	金額							
藥癮職能評鑑	人數							
	人次							
	金額							
藥癮支持性會談	人數							
	人次							
	金額							
藥癮個別心理治療	人數							
	人次							
	金額							
藥癮團體心理治療	人數							
	人次							
	金額							
藥癮家族治療	人數							
	人次							
	金額							
藥癮職能治療	人數							
	人次							
	金額							
尿液毒物檢驗	人數							
	人次							
	金額							
藥癮特別護理費	人數							
	人次							
	金額							
藥癮住院病人特別處理費	人數							
	人次							
	金額							
藥癮個案管理服務費	人數							
	人次							
	金額							
藥癮治療外展服務費	人數							
	人次							
	金額							
藥癮醫療費用補助金額合計(A)								
個案自付藥癮醫療費用合計(B)								
本期預估行政管理費【（A+B）*5%】								

註：本表可由本部藥酒癮醫療個案管理系統產製。

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案執行成果【毒防基金補助藥癮醫療執行成果】

表 2、藥癮個案評估及診斷結果統計

統計期間：　年　月　日至　年　月　日

資料來源之治療機構：

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.

個案初診評估及診斷結果：

主要成癮物質類別	總評估人數	經評估後，符合 DSM-5 Substance Use Disorders 診斷		成癮嚴重度					
				輕度		中度		重度	
		人數	比率	人數	比率	人數	比率	人數	比率
海洛因									
嗎啡									
安非他命									
搖頭丸									
愷他命									
大麻									
其他 (請詳述毒物類別)									
合計									

註：本表可由本部藥酒癮醫療個案管理系統產製。

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案執行成果【毒防基金補助藥癮醫療執行成果】

表 3、藥癮個案特徵及結案原因統計

統計期間：　年　月　日至　年　月　日

資料來源之治療機構：

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.

個案特徵及結案原因

主要成癮物質類別	性別		年齡					結束治療原因			
	男	女	未滿 18 歲	18 歲以上未滿 30 歲	30 歲以上未滿 40 歲	40 歲以上未滿 50 歲	50 歲以上	經醫師評估完成治療結案者	不可抗力因素	自行中斷	其他
海洛因											
嗎啡											
安非他命											
搖頭丸											
愷他命											
大麻											
其他 (請詳述毒物類別)											
合計											

備註：本表可由本部藥酒癮戒治個案管理系統產製。

附件 6

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案【公務預算補助替代治療清冊】

表 1、「丁基原啡因」治療費用由本方案補助之個案清冊

統計期間：　年　月　至　年　月

治療機構名稱：

一、 丁基原啡因全自費治療人數＿＿＿＿＿人(甲)；總處方人日數＿＿＿＿人日；總處方劑量＿＿＿mg。

二、 丁基原啡因本方案補助治療人數＿＿＿＿＿人(乙)；總處方人日數＿＿＿＿人日；總處方劑量＿＿＿mg。

三、 丁基原啡因總治療人數＿＿＿＿人(丙)；總處方人日數＿＿＿＿＿人日。

註：於本表統計期間內，丁基原啡因治療個案由全自費轉本方案補助，或由本方案補助轉全自費者＿＿＿人(丁)[丁=甲+乙-丙]。

四、 本方案補助個案清冊：如下表

本方案補助丁基原啡因治療個案姓名(身分證字號)	總處方藥量(mg)	總處方人日數(A)	藥品費				給藥服務費		
			每人日補助單價(元/人日)(B)	本方案補助金額(元)(C)= (A)* (B)	個案自付金額(元) (D)	合計(元)(E) = (C)+ (D)	每次服(領)藥補助單價(元/次)(F)	服(領)藥次數(次)(G)	申報補助金額(元)(H)=(F) * (G)
合計									

填表人：　　單位主管：　　會計：

註：1.丁基原啡因**藥品費**：本部補助金額以每人日 40 元為限。

2.丁基原啡因**給藥服務費**：以當次實際服(領)藥補助之，每次以 35 元為限。

3. 本表由醫療機構填報。

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案【公務預算補助替代治療清冊】

表 2、「美沙冬」替代治療費用補助個案清冊

統計期間：　年　月　至　年　月

治療機構名稱：

一、「衛生福利部心理及口腔健康司及其他非屬疾病管制署補助」美沙冬治療人數_____人(甲)；服藥人日數____人數、實際服藥量____cc。

二、「疾病管制署補助」美沙冬治療人數_____人(乙)；服藥人日數_____人數、實際服藥量_____cc。

三、美沙冬總治療人數_____人(丙)；總服藥人日數_____人日、總實際服藥量_____cc。

註：於本表統計期間內，個案由「衛生福利部心理及口腔健康司或其他非屬疾病管制署補助」轉變為「疾病管制署補助」之人數_____人(丁) [丁=甲+乙-丙]。(例如：個案於 109 年 1 月 1 日起由衛生福利部心理及口腔健康司補助，惟於 109 年 6 月 3 日因感染愛滋改轉為由疾病管制署補助)

四、本方案補助個案清冊：如下表

美沙冬治療補助 個案姓名/身分證字號	衛生福利部心理及口腔健康司或其他非屬疾病管制署補助之美沙冬治療			疾病管制署補助之美沙冬治療	
	服藥人日數	給藥服務費(元)	實際用藥量(cc)	服藥人日數	實際用藥量(cc)
合計					

填表人：　　單位主管：　　會計：

註：1.給藥服務費：以個案實際到醫療機構服用美沙冬之人日數計算之。

2. 本表由醫療機構填報。

附件 7

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案【毒防基金補助藥癮醫療清冊】

表 1、申請補助個案清單

補助金申請-醫療院所

刪除「衛生局核覆本次補助金額」欄位

年度／月份：　　列印日期：

成癮補助類別：　　列印人員：

補助計畫：

身份證號	姓名	總補助額度	已申請 補助額度	本次申請 補助金額(A)	本次 自費金額(B)	本次總治療費(A+B)
總計						
本期預估行政管理費 [(A+B)*5%]						

承辦人：　　單位主管：　　會計：

註：本表可由本部藥酒癮醫療個案管理系統產製。

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案【毒防基金補助藥癮醫療清冊】

表 2、補助項目明細

補助金申請-醫療院所

刪除「申請次數」、「衛生局核覆次數」、「衛生局核覆金額」、「核算檢誤」及「衛生局核覆」、欄位

年度／月份：　　列印日期：

成癮補助類別：　　列印人員：

補助計畫：

身份證號	姓名	主要成癮物質別	補助項目	處置日期[註2]	醫師/執行者	申請金額

承辦人：　　單位主管：　　會計：

註 1：本表可由本部藥酒癮醫療個案管理系統產製。

註 2：處置日期視補助項目呈現，門診診察為門診就診日期、檢驗檢查為報告產生日期、評估治療則為執行日期。

附件 8

109 年度藥癮治療費用補助方案治療機構及治療人員清冊

地方衛生機關：_____ 填報日期：_____年____月____日

編號	治療機構（請寫全銜）	職稱	姓名	是否已完成 108 年藥癮治療人員教育訓練

附件 9

109 年度藥癮治療費用補助方案經費使用調查表【公務預算】

統計期間：109 年 1 月 1 日至 109 年 7 月 31 日

單位：新臺幣元

編號	縣市	暫分配金額(A)	截至 109 年 7 月底已使用經費(B)	預估 109 年度總使用經費(C)	賸餘或不足額度(D)＝(A) - (C) （賸餘用+，不足用-表示）
1	基隆市	2,280,000			
2	臺北市	5,600,000			
3	新北市	5,000,000			
4	桃園市	7,500,000			
5	新竹縣	250,000			
6	新竹市	900,000			
7	苗栗縣	450,000			
8	臺中市	8,900,000			
9	南投縣	1,800,000			
10	彰化縣	5,000,000			
11	雲林縣	2,100,000			
12	嘉義縣	540,000			
13	嘉義市	900,000			
14	臺南市	5,500,000			
15	高雄市	12,000,000			
16	屏東縣	3,000,000			
17	宜蘭縣	1,600,000			
18	花蓮縣	600,000			
19	臺東縣	500,000			
20	澎湖縣	50,000			
21	金門縣	60,000			
22	連江縣	50,000			

備註：**替代治療給藥服務費、丁基原啡因藥品費，由公務預算補助**，其餘各項處置費用，由毒防基金補助。

附件 10

109 年度藥癮治療費用補助方案經費使用調查表【毒防基金】

統計期間：109 年 1 月 1 日至 109 年 7 月 31 日

單位：新臺幣元

編號	縣市	暫分配金額(A)	藥癮醫療費用補助		預估治療機構行政管理費(D)	賸餘或不足額度(E)＝(A) - (C+D)（賸餘用+，不足用-表示）
			截至 109 年 7 月底已使用經費(B)	預估 109 年度總使用經費(C)		
1	基隆市	5,340,000				
2	臺北市	10,370,000				
3	新北市	11,240,000				
4	桃園市	12,029,000				
5	新竹縣	4,981,000				
6	新竹市	4,246,000				
7	苗栗縣	4,948,000				
8	臺中市	11,972,000				
9	南投縣	5,278,000				
10	彰化縣	6,102,000				
11	雲林縣	5,451,000				
12	嘉義縣	4,964,000				
13	嘉義市	4,420,000				
14	臺南市	10,778,000				
15	高雄市	12,294,000				
16	屏東縣	5,739,000				
17	宜蘭縣	5,215,000				
18	花蓮縣	4,939,000				
19	臺東縣	4,952,000				
20	澎湖縣	933,000				
21	金門縣	578,000				
22	連江縣	231,000				

註：替代治療給藥服務費、丁基原啡因藥品費，由公務預算補助，其餘各項處置費用，由毒防基金補助。

附件 11

衛生福利部 109 年度藥癮治療費用補助方案

治療機構管理費申報表

縣市：　　填表日期：　年　月　日

治療機構 (請寫全銜)	截至填表日			預估至 12 月 31 日			年度管理費 [以(C+D)*5%計算]
	受補助個案 申請補助 總金額(A)	受補助個案 自行負擔費用 總金額(B)	受補助個案之 藥癮醫療費用 合計(A+B)	受補助個案 申請補助 總金額(C)	受補助個案 自行負擔費用 總金額(D)	受補助個案之 藥癮醫療費用 合計(C+D)	
總計							

填表人：　　單位主管：　　會計

附件 12

收 支 明 細 表

受補助單位：○○○○○○

補助年度：

經費預算核撥數 ＼ 核撥（結報）			
	第一次核撥日期 ----年----月----日 金額 $ 元	第二次核撥日期 ----年----月----日 金額 $ 元	
		第一次餘（絀）數 金額 $ 元	第二次餘（絀）數 金額 $ 元
	第一次結報日期 ----年----月----日 金額 $ 元	第二次結報日期 ----年----月----日 金額 $ 元	
藥癮治療費用補助—**公務預算**			
小計			
餘（絀）數			
備註	利息收入：$_____元、其他衍生收入：$_____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）

附件 13

收 支 明 細 表

受補助單位：○○○○○○

補助年度：

經費預算核撥數 ＼ 核撥（結報）	第一次核撥日期 ----年----月----日 金額 $ 元	第二次核撥日期 ----年----月----日 金額 $ 元	
		第一次餘（絀）數 金額 $ 元	第二次餘（絀）數 金額 $ 元
	第一次結報日期 ----年----月----日 金額 $ 元	第二次結報日期 ----年----月----日 金額 $ 元	
藥癮治療費用補助—**毒防基金**			
行政管理費			
小計			
餘（絀）數			
備註	利息收入：$_____元、其他衍生收入：$_____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）