



中華民國中醫師公會全國聯合會

中醫門診總額一般服務 執行成果評核報告

黃蘭媖

醫 師

中醫師公會全國聯合會 執行長



報告大綱

壹、維護保險對象就醫權益

貳、專業醫療服務品質之確保與提升

參、總額之管理與執行績效

肆、品質保證保留款實施方案



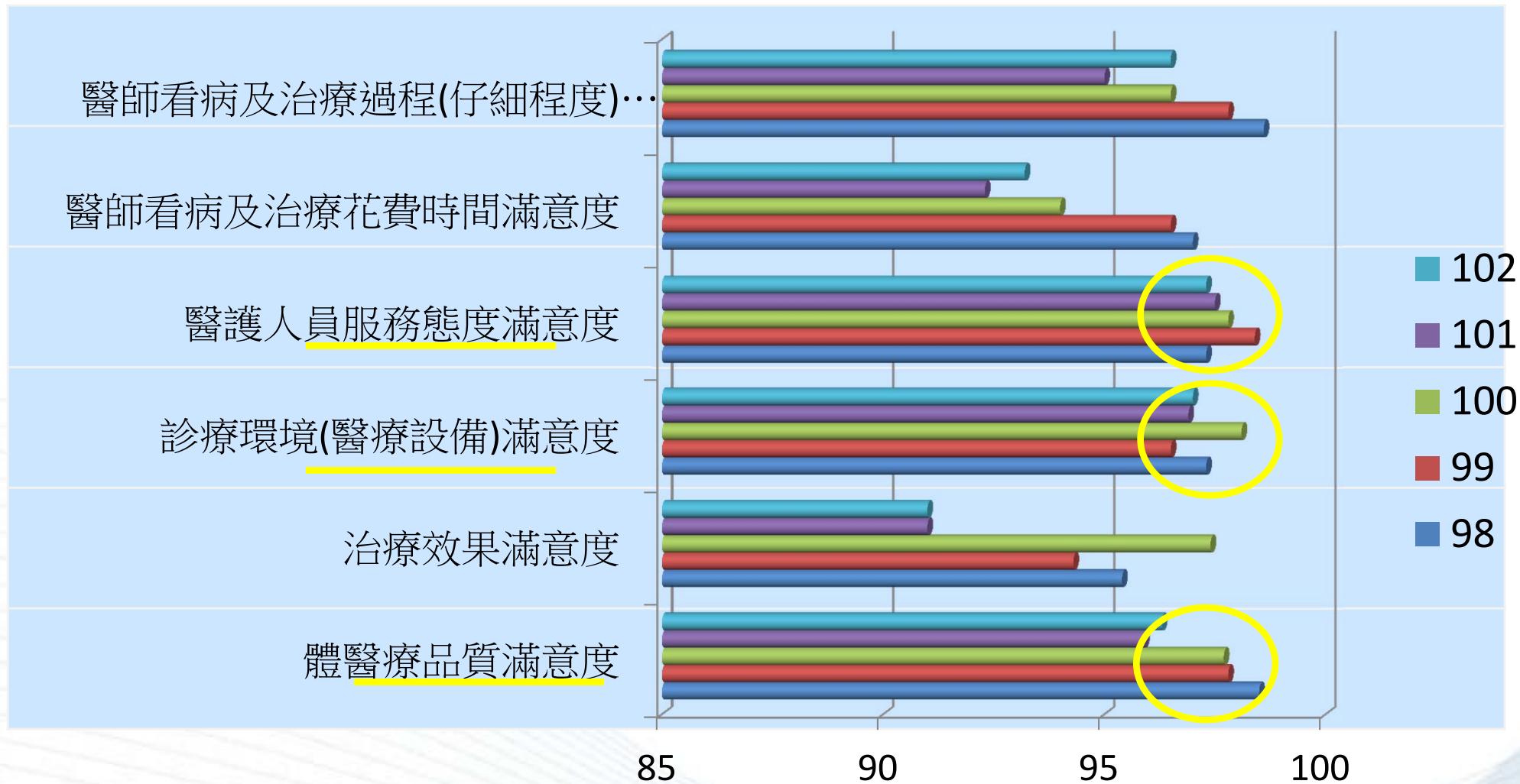


壹、維護保險對象就醫權益

- 滿意度調查結果之檢討及改善措施
- 民眾諮詢及抱怨處理
- 民眾自費情形及改善措施
- 就醫可近性及其改善措施
- 其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

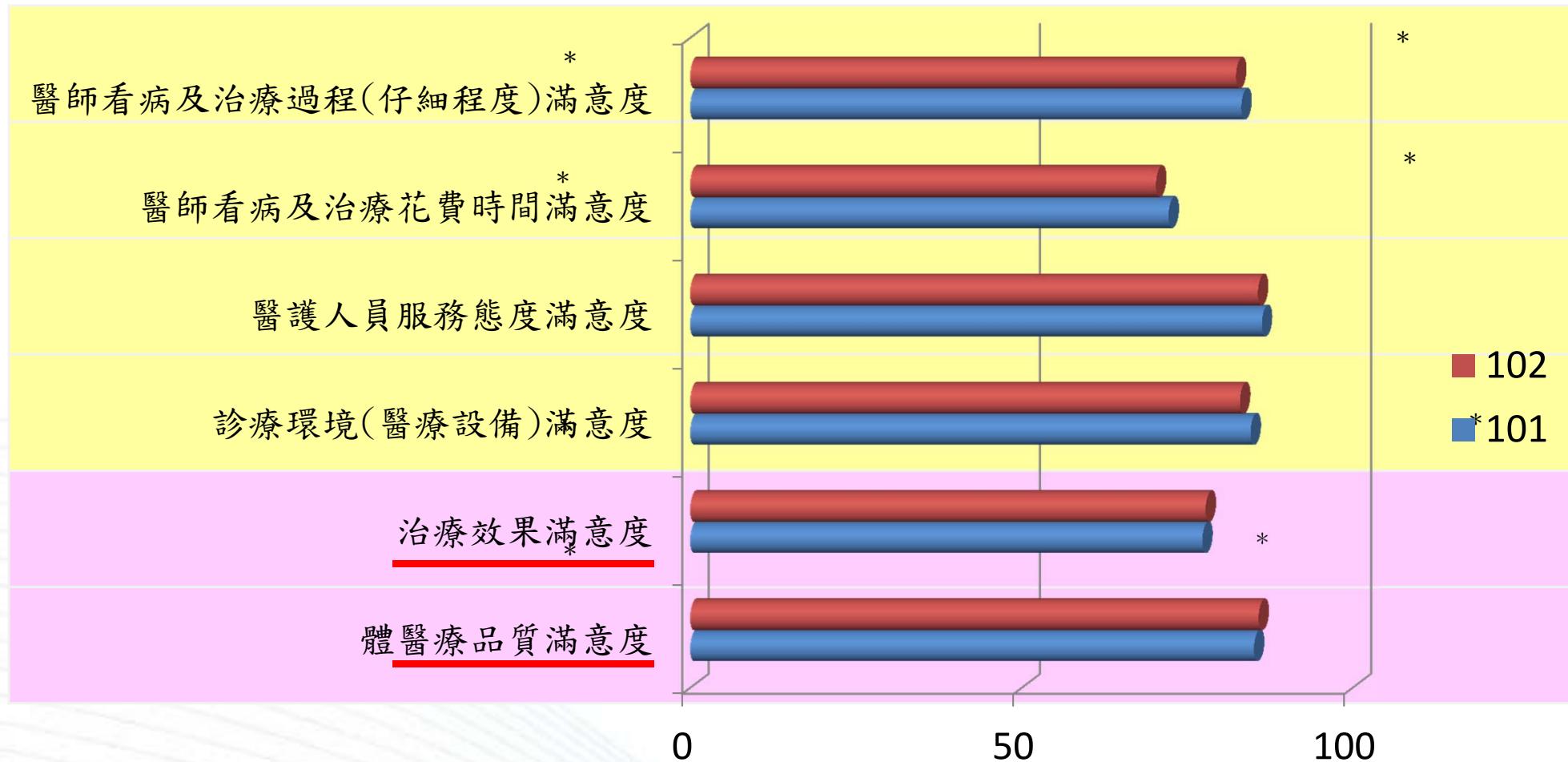


就醫民眾對中醫門診總額醫療品質肯定態度 (98年~102年)





就醫民眾對中醫門診總額醫療品質肯定態度 (102年vs101年)



相對較高

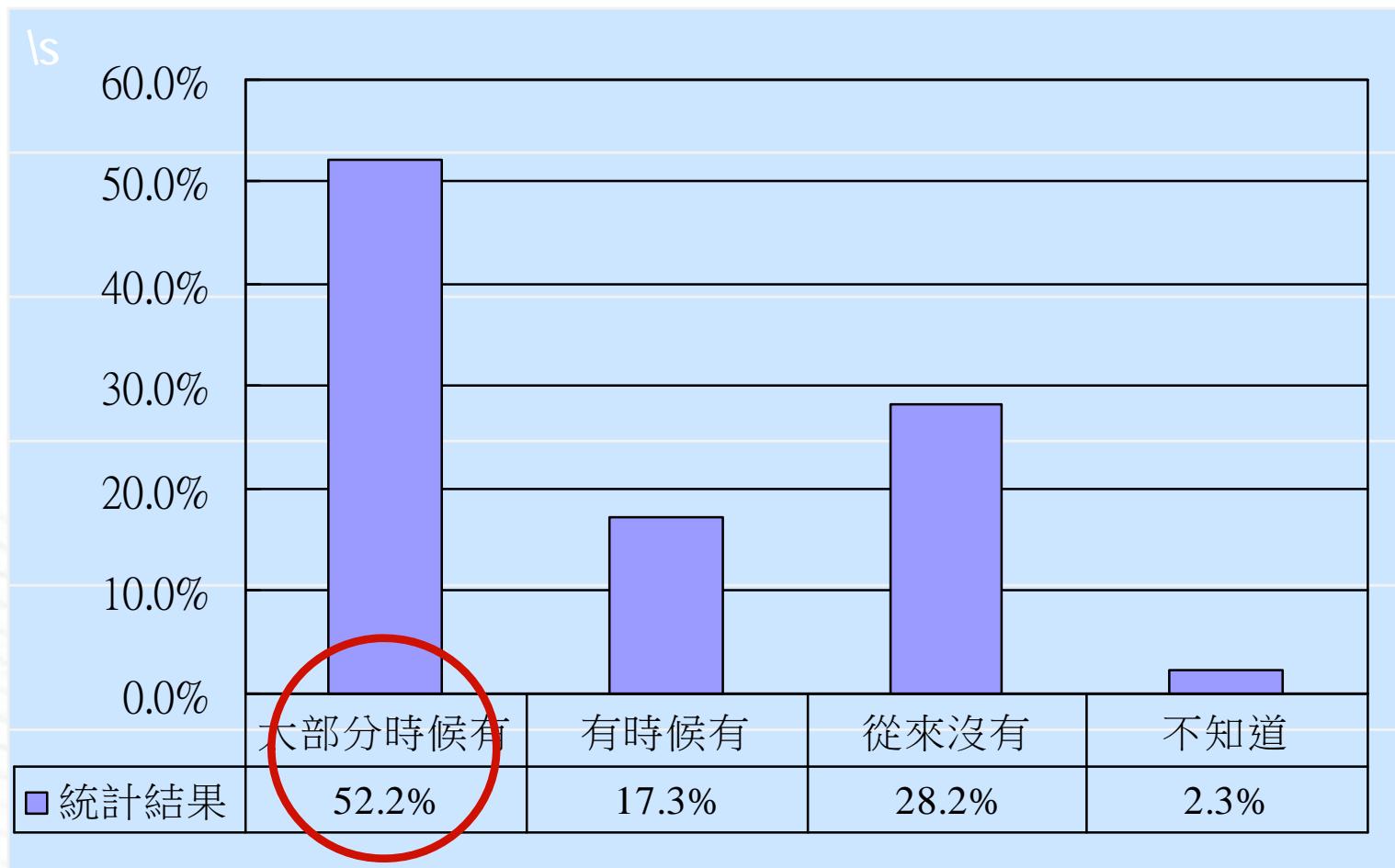
略有下降

無顯著差異

* : $p < 0.05$



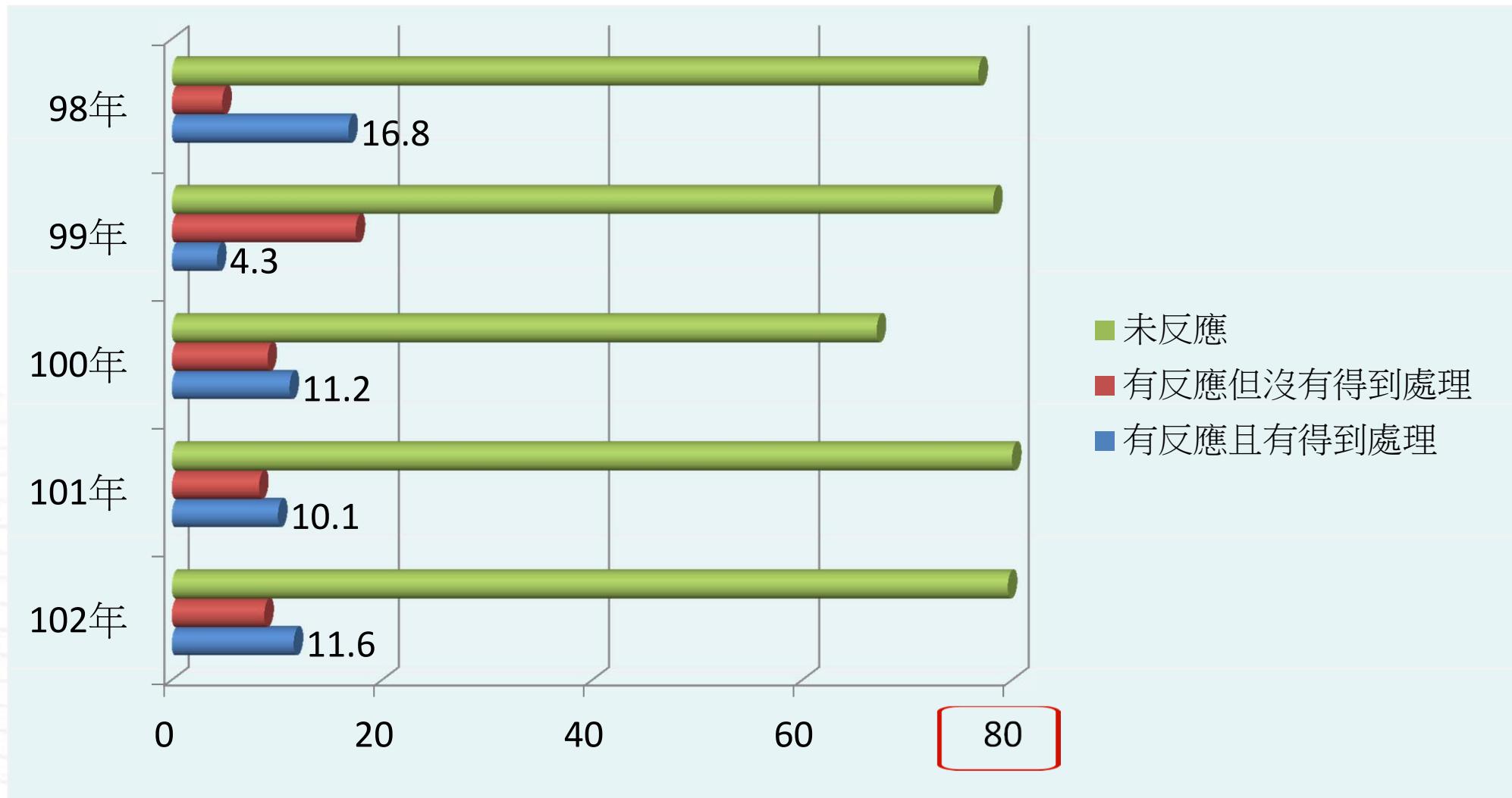
就醫民眾對中醫門診總額醫療品質滿意度 醫護人員是否常用簡單易懂的方式來向民眾解說病情與照護方法





醫療品質滿意度

向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例(98年~102年)

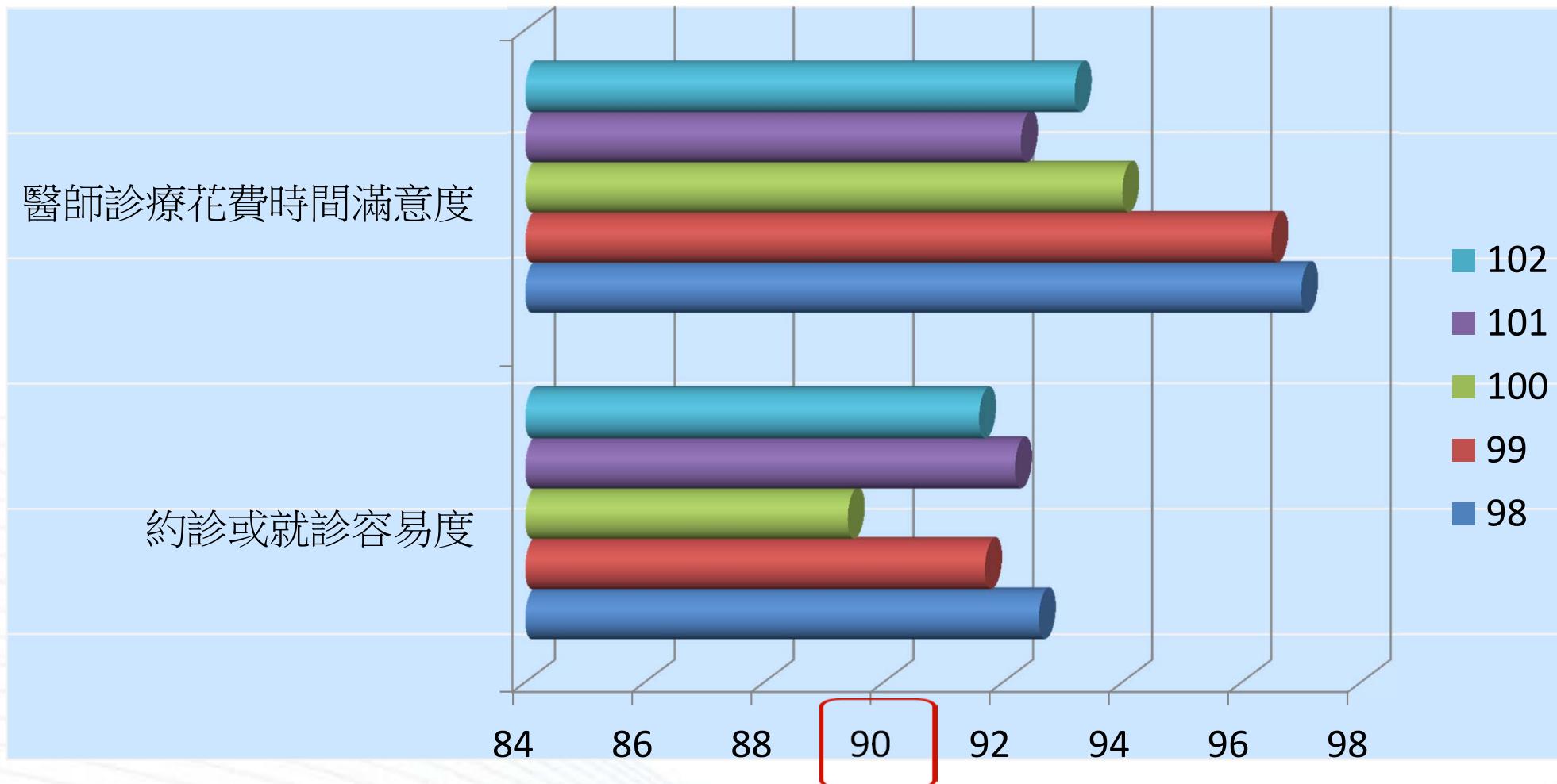


單位: %

中華民國中醫師公會全國聯合會



醫療品質滿意度 就醫可近性肯定態度(98年~102年)





醫療品質滿意度

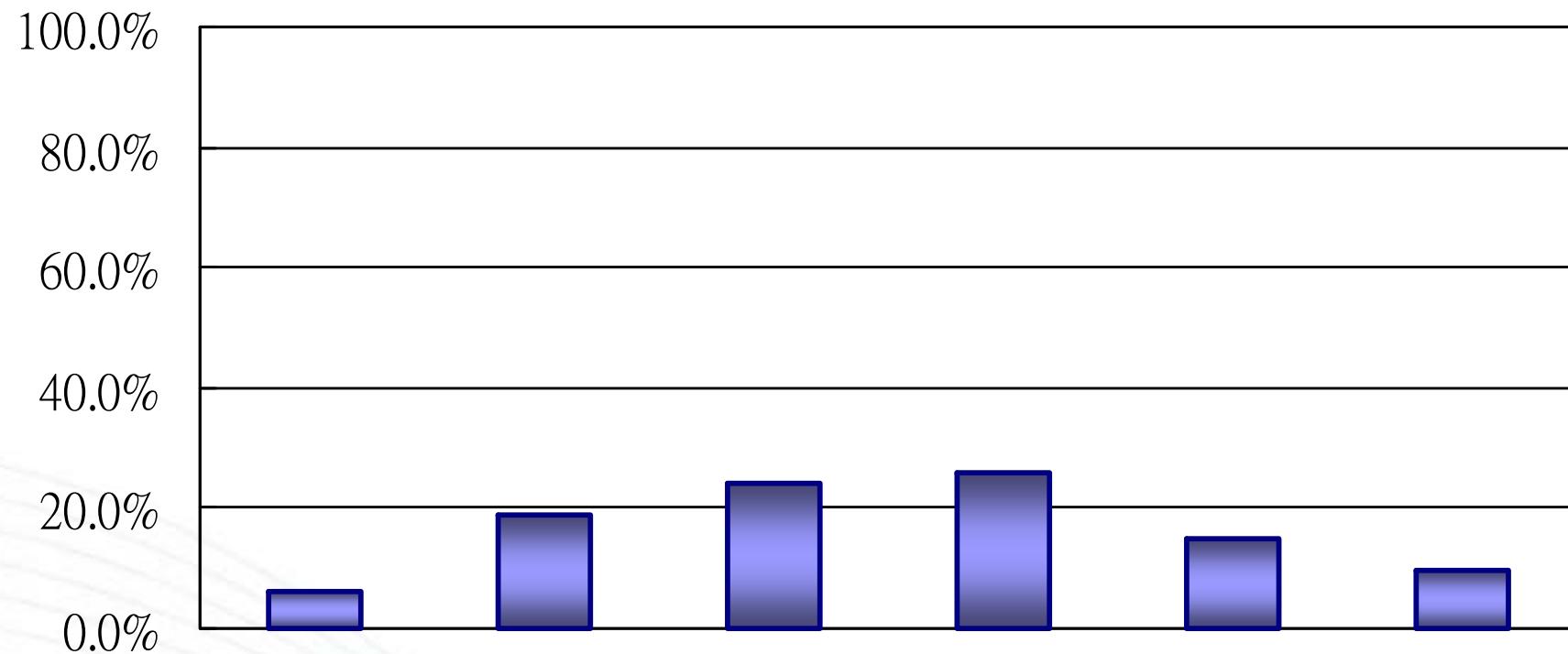
就醫可近性(因院所例假日休診而造成就醫不便的比例) (98年~102年)

年度	否，不會造成就 診的不方便	是，造成就診的 不方便	沒有碰過、不知 道或拒答
102	45. 3	54. 1	0. 5
101	45. 1	54. 2	0. 7
100	58. 9	10. 9	30. 2
99	76. 5	23. 5	0
98	74. 7	25. 3	0



醫療品質滿意度

就醫可近性(就醫交通時間)

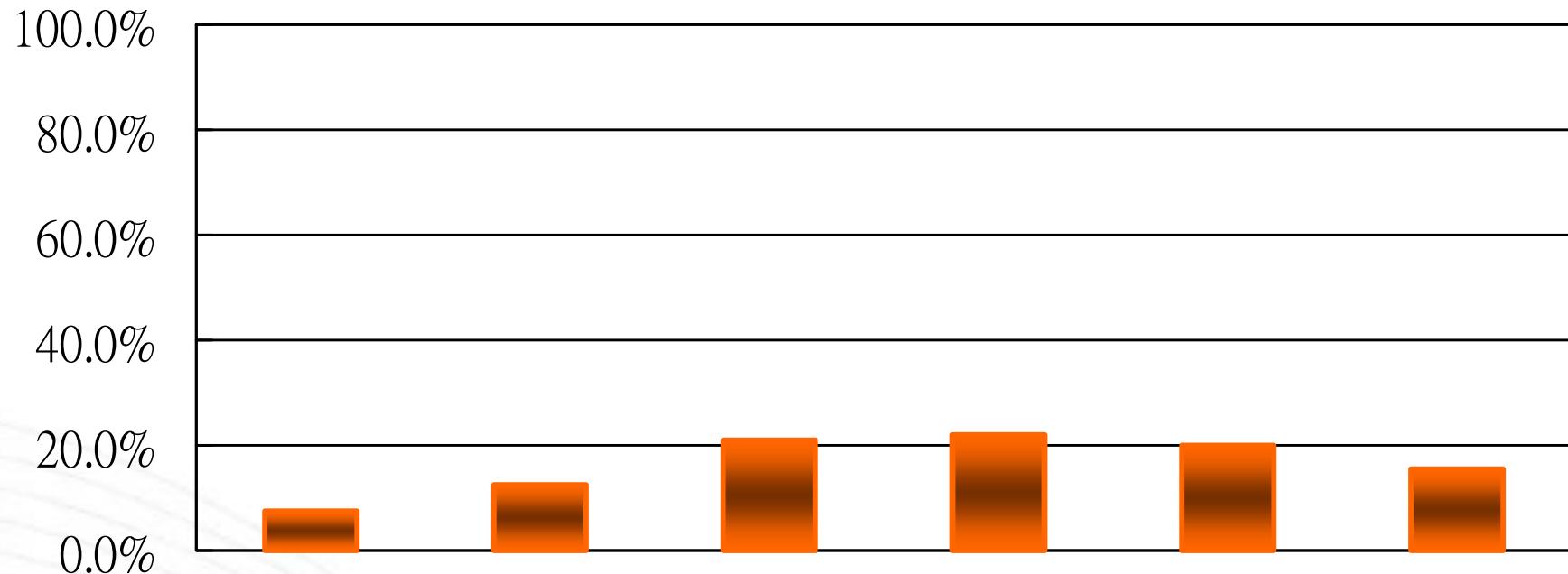


時間(分)	3分以內	4~5分	6~10分	11~20分	21~30分	31分以上
占率	6.0%	18.9%	24.3%	25.9%	14.8%	9.5%



醫藥品質滿意度

就醫可近性(等候診療時間)



時間(分)	3分以內	4~5分	6~10分	11~20分	21~30分	31分以上
占率	6.0%	18.9%	24.3%	25.9%	14.8%	9.5%



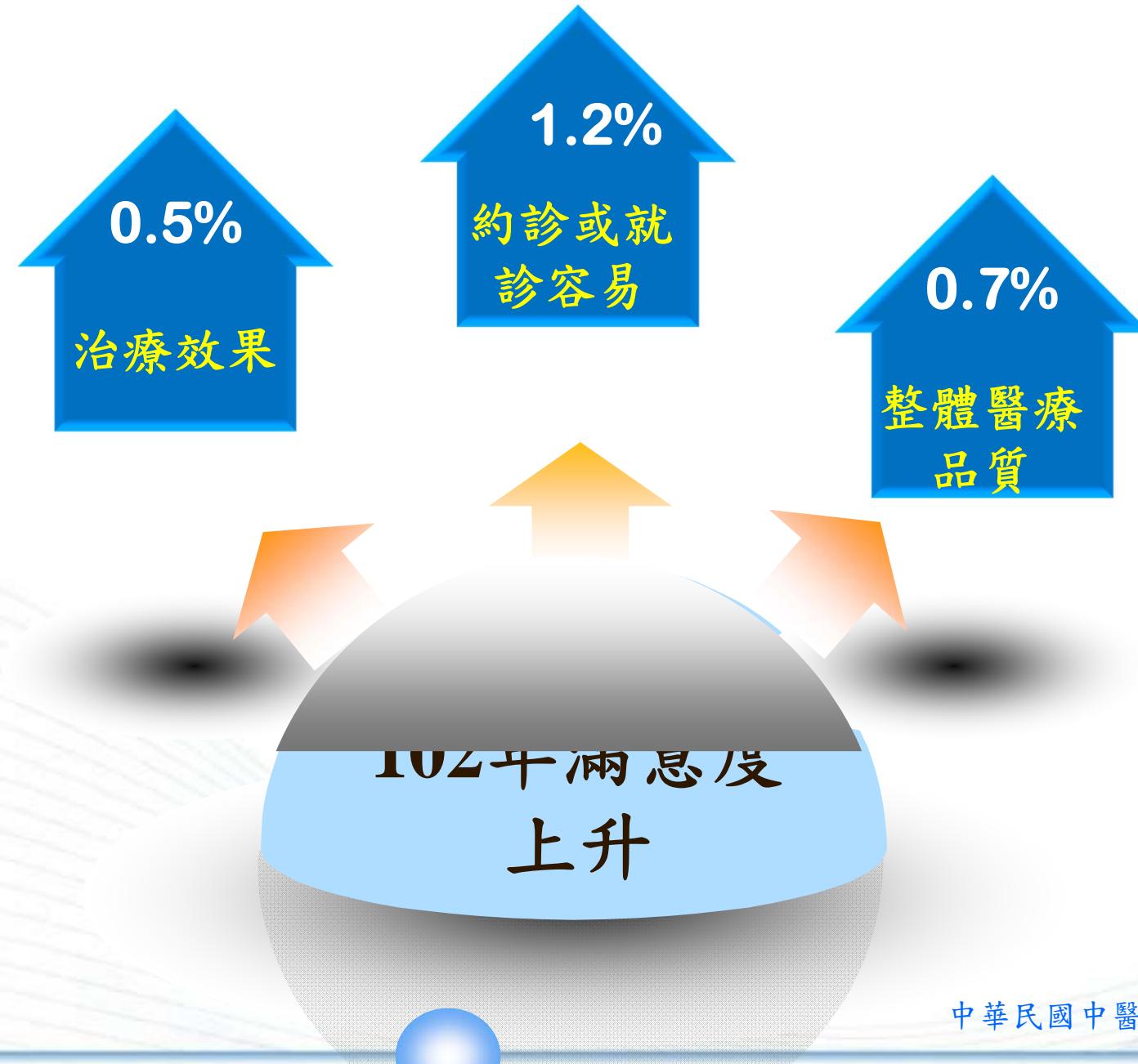
醫療品質滿意度結果之檢討及改善措施(一)

在「因院所例假日休診而造成就醫不便的比例」統計資料中，有41.6%的民眾有假日看中醫的需求，對於有假日看中醫需求的民眾中約54.1%會因中醫院所休診而造成就醫不方便，其中感到不方便的理由中，最高比例是42.2%，因假日休診而必須忍著病痛；其次是37.5%，是病人(或陪病者)只有假日才有空看醫師；再其次是11.3%得改去看西醫。由此看來中醫定位不只是養生而已，也可以解決立即的病痛，且對民眾來說是有其必要性及療效的，且對民眾有其必要性及確具療效的。

針對假日區分週六或是週日看診(以診所為單位)，西區大部分診所在假日看診較集中於週六，週日相對偏低，而東區於週六、週日，醫療服務是相對增加的，中醫全聯會計畫將週日看診採診療費加成，以鼓勵中醫師增加週日看診服務，關懷民眾假日之醫療需求。

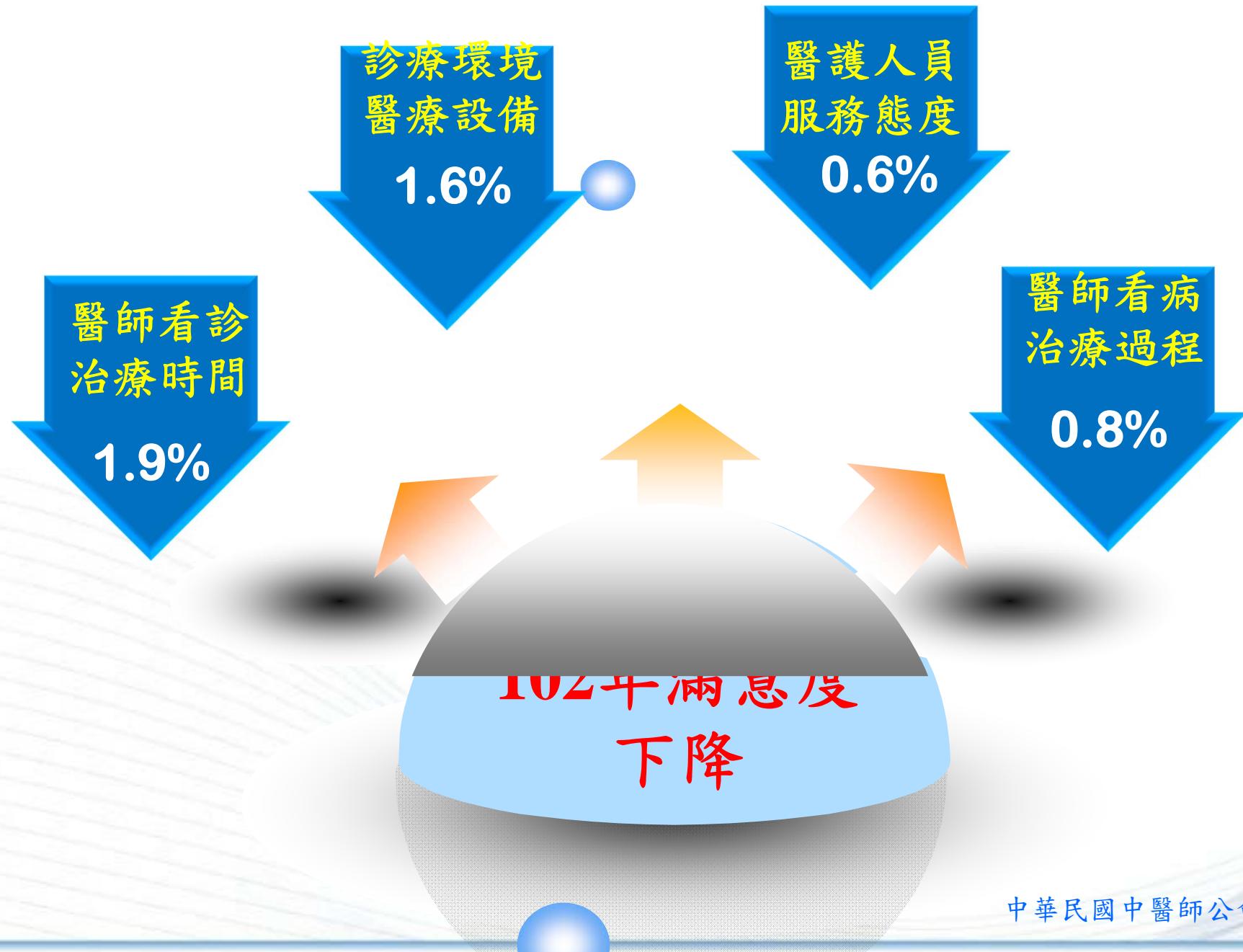


滿意度調查結果之檢討及改善措施(二)





滿意度調查結果之檢討及改善措施(三)





滿意度調查結果之檢討及改善措施(四)

針對102年滿意度下降項目，提出檢討及改善策施

- 七項可比較項目中，變動均在誤差範圍內(3%)
- 診療環境(醫療設備)滿意度(83.0%)
- 檢討與改善
 - 請各縣市公會針對轄區內中醫醫療機構定期自我檢查，對於設備過於老舊之院所，提供必要的輔導，協助改善。
 - 於會訊中介紹環境優良之院所，建立標竿院所以提供學習典範。
 - 本會原本就有針灸標準作業程序及感染控制院所自我檢核表，過去重點都放在環境衛生部分，未來將加強診所硬體滿意度，如，安全動線、明亮度等…。



滿意度調查結果之檢討及改善措施(五)

- 對醫護人員服務態度滿意度(85.7%)
- 檢討與改善
 - ▣ 強化第一線醫護人員的服務態度及電話禮貌。
 - ▣ 請各縣市公會配合辦理相關醫護人員服務訓練課程，提升醫療服務品質並加強宣導。
 - ▣ 加強宣導工作人員衛教的能力。
 - ▣ 加強宣導工作人員主動提供服務、協助的心態。



滿意度調查結果之檢討及改善措施(六)

- 醫師看診(檢查)及治療花費時間滿意度(70.3%)
- 檢討與改善
 - ▣ 積極推動中醫實證醫學課程，強化對民眾疾病療程的衛教服務及癒後的養生計畫，建立中醫醫療之全人服務。
 - ▣ 加強推動「中醫門診初診病患提昇診療品質照護計畫」，增加看診的互動及時間，以提昇民眾就醫滿意度。



滿意度調查結果之檢討及改善措施(七)

- 醫師看病及治療過程(仔細程度)滿意度(85.6%)
- 檢討與改善
 - ▣ 計劃於中醫繼續教育中，增加「醫病溝通」相關課程，以提高民眾就醫滿意度。
 - ▣ 持續規劃出版系列中醫衛教手冊，以利中醫師與民眾針對疾病療程及疾病預後進行說明。
 - ▣ 請院所加強於候診區提供醫療資訊服務，降低民眾候診之不適與不耐。



民眾諮詢及抱怨管道

- 於中醫會訊上提供檢舉申訴專線、e-mail信箱，由專人處理。
- 建構中醫師公會全聯會網站，提供連絡功能，由專業醫師針對諮詢內容，進行回覆。
- 各縣市公會網頁也有提供連絡信箱溝通平台，提供就醫民眾諮詢、申訴之用。
- 於中醫就診需知上公告院所及公會申訴電話。

建議：

健保署網站公告總額受託單位之專線、網址等資料。

台中市中醫師公會
台中市崇德路一段156號11F-5
TEL：04-22361431 FAX：04-22342374
E-mail：tc116.tcts@msa.hinet.net
劃撥帳號：00241207

感謝您蒞臨我們的網站，若您有任何需要我們服務的地方，歡迎來電，我們將竭誠為您服務！

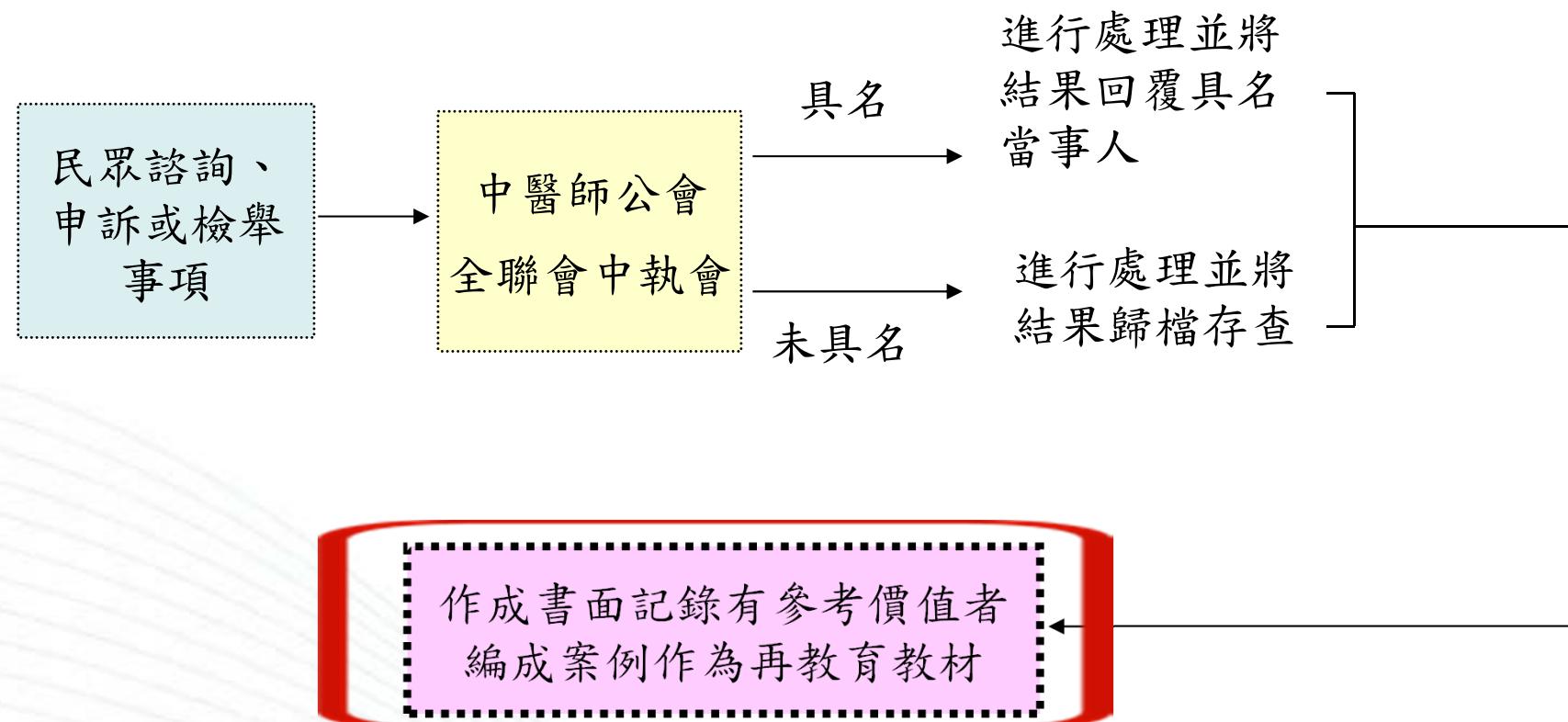


The screenshot displays the homepage of the Chinese Medicine Association's website. It features a large circular logo with a cross in the center. Below the logo, there are several sections of text and tables, likely containing regulations or guidelines. A prominent yellow button in the center says "點我查詢" (Click to Query). To the right, there is a map of the city area around their office, labeled "中華民國中醫師公會全國聯合會". On the far right, there is a photo of a woman wearing a headset, presumably a customer service representative. At the bottom, there is a "Contact Us" section with fields for name, email, and message, along with a "查詢" (Query) button.



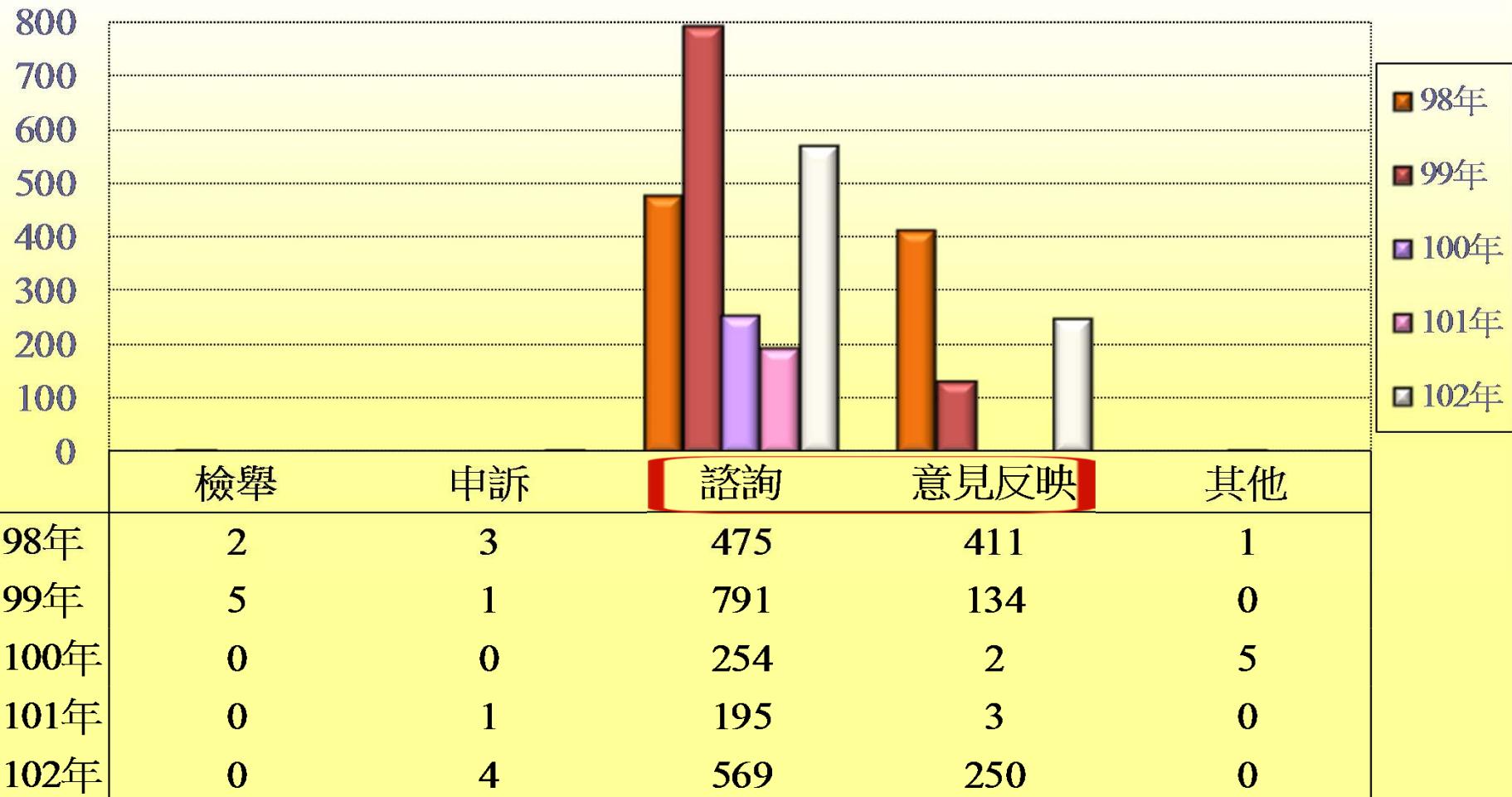
民眾諮詢及抱怨處理

■ 諮詢、申訴或檢舉處理流程



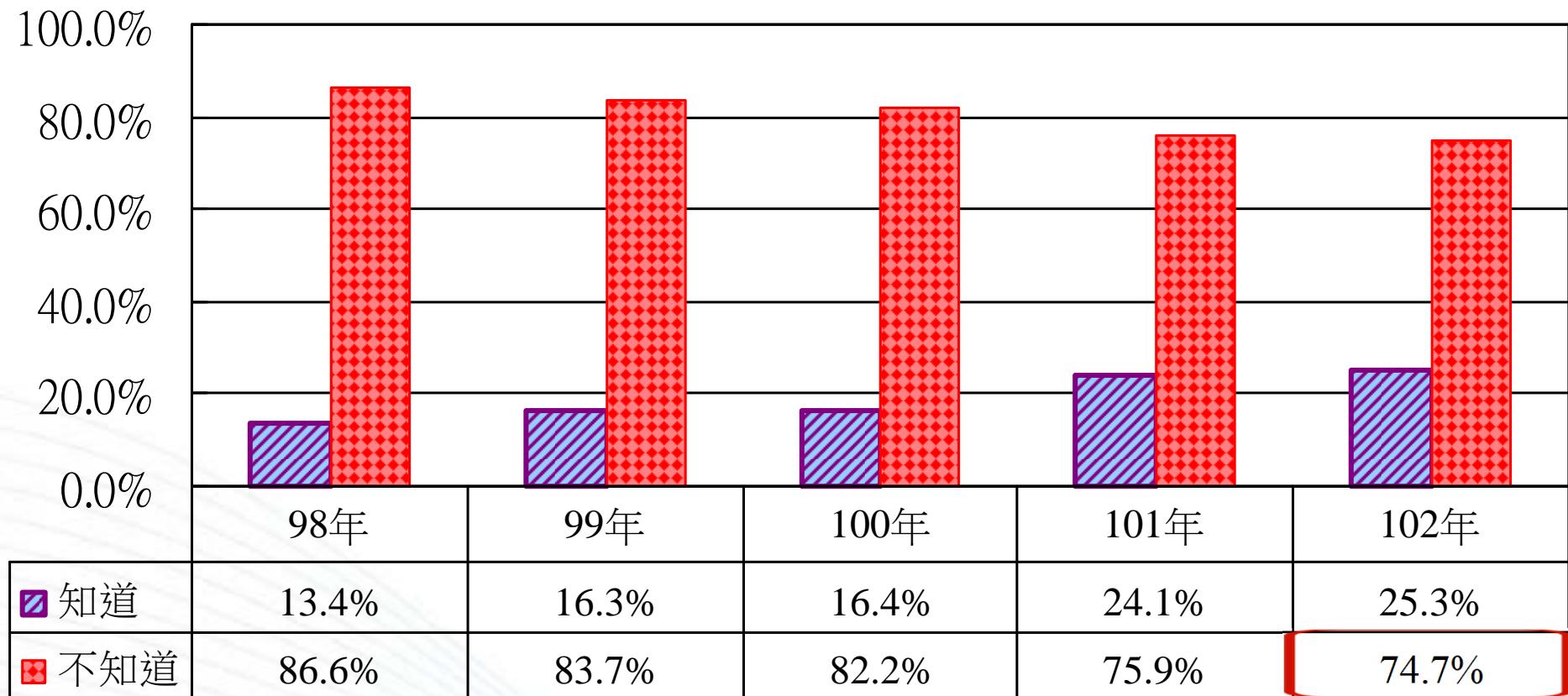


民眾及會員意見反映統計





民眾對於健保署和中醫師公會全聯會 提供申訴及諮詢管道知悉度





民眾諮詢及抱怨管道之討論與改善措施

■ 討論與改善

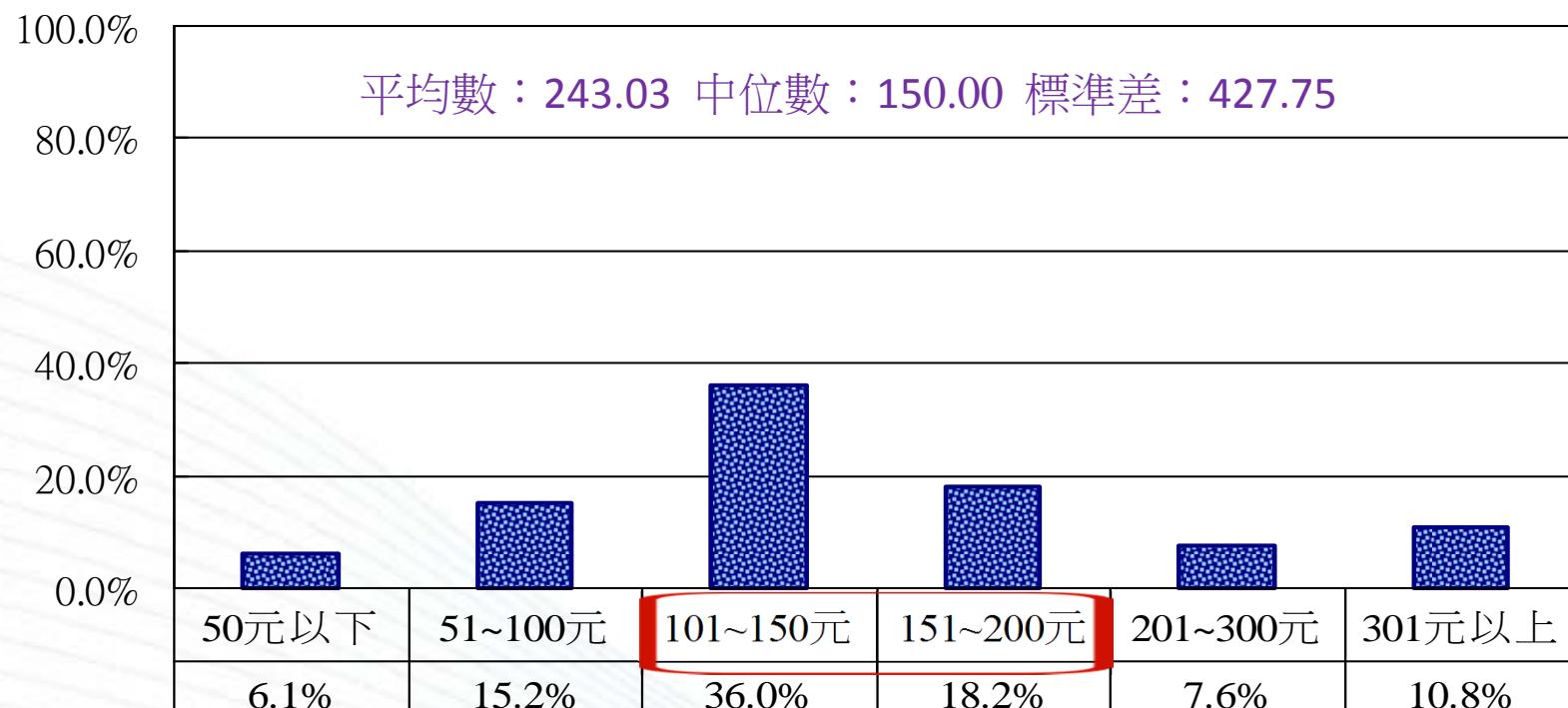
- 98年至102年之檢舉與申訴案件數呈現少數，諮詢(569件)與意見反應(250件)案件數相對較多，顯現民眾對中醫醫療服務以正向肯定的思維對待。
- 98年至102年申訴及諮詢管道知悉度增加(13.4%~25.3%)，諮詢與意見反應案件數相對增多。
- 98年至102年申訴及諮詢管道知悉度之不知道比例雖逐年漸減，卻仍有74.7%民眾不知道，本會仍將持續加強宣導。



民眾自付其他費用情形

■ 自付其他費用金額

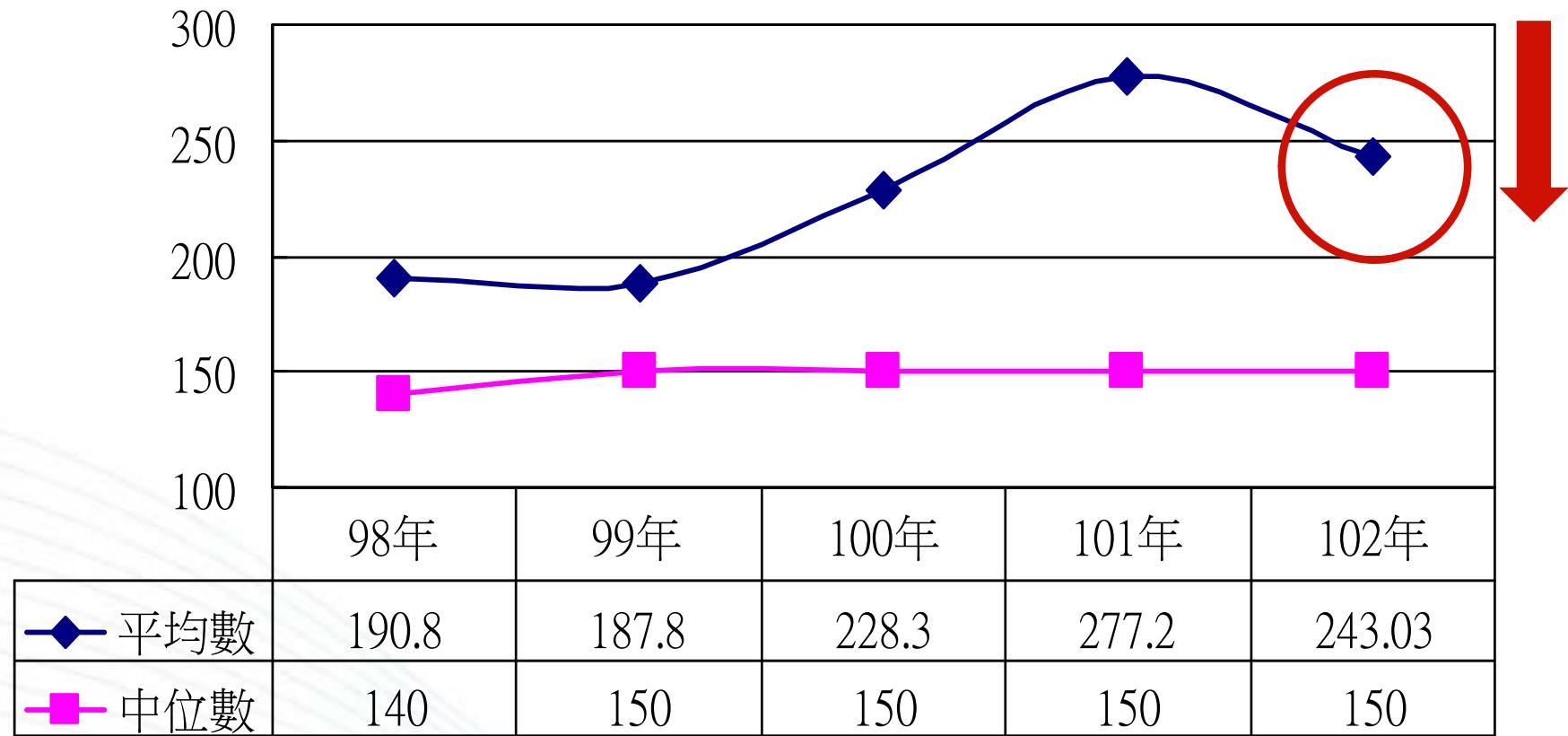
102年民眾最近一次看中醫門診的就醫總費用，約36.0%支付總費用為101~150元，比例最高。其次是151~200元占18.2%，51~100元占15.2%，301元以上占10.8%，201~300元占7.6%，50元以下占6.1%。





民眾自付其他費用情形

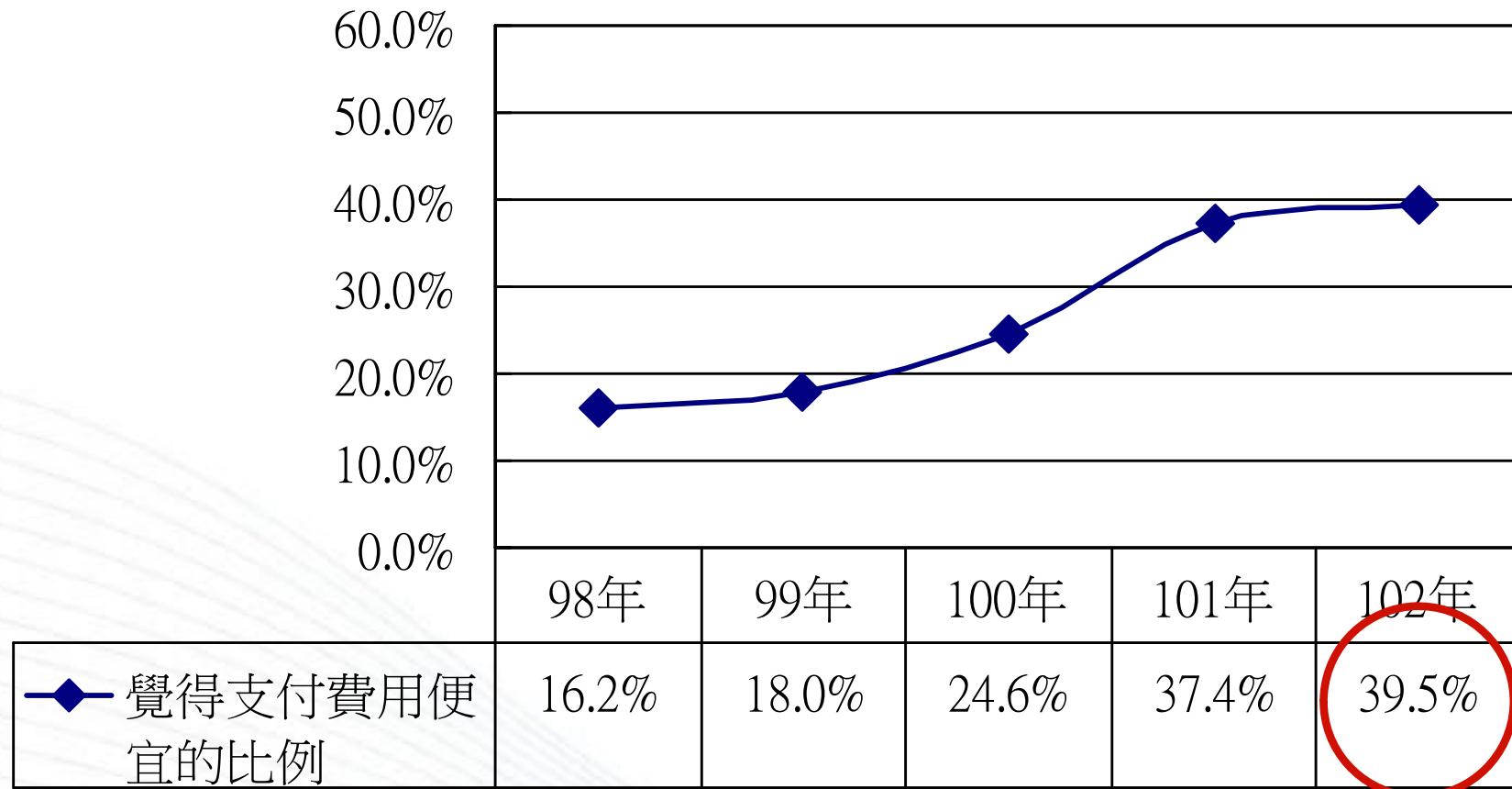
每次就醫總費用平均數及中位數比較 (98年至102年)





民眾自付其他費用情形

覺得支付費用便宜的比例(98年至102年)

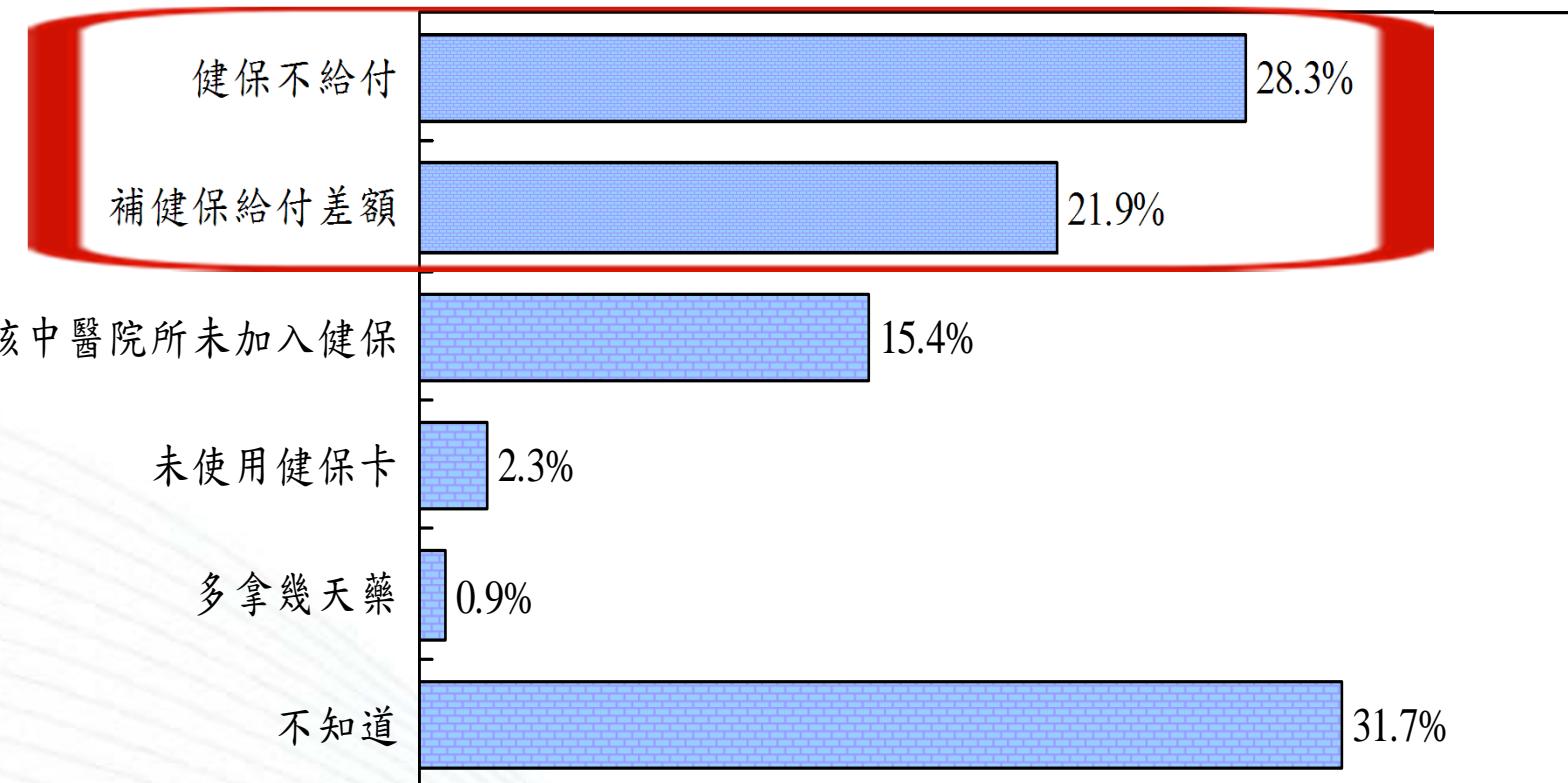




民眾自付其他費用情形

■ 自付其他費用理由

自付其他費用的理由以「健保不給付」項目比例最高





民眾自付其他費用情形

■ 民眾自付費用的項目(98年至102年)

	98年	99年	100年	101年	102年
醫師多配數天的科學中藥(藥粉)	4.2%	7.3%	24.9%	36.3%	45.7%
未使用健保卡看診	-	-	-	9.6%	20.5%
飲片(煎藥、水藥)	9.8%	3.9%	23.7%	15.1%	9.4%
由非醫師進行傷科推拿	5.0%	9.8%	5.1%	6.6%	7.1%
補品(保養品或高貴藥材)	2.1%	3.2%	13.1%	3.4%	5.5%
中藥貼布	4.7%	4.1%	13.8%	6.0%	4.6%
藥丸(丸劑)	2.2%	2.3%	11.1%	12.1%	3.2%
特效藥	2.0%	1.1%	8.0%	0.9%	1.4%
針灸	-	-	-	2.0%	1.3%
已接受其他治療，自費拿中藥	85.1%	76.5%	4.6%	1.6%	0.9%
拔罐	0.8%	0.5%	3.1%	1.9%	0.5%
整脊治療	-	0.8%	5.1%	0.4%	0.4%
三伏貼	-	-	-	3.5%	0.1%
耳針、埋線等	7.3%	8.4%	6.1%	1.7%	0.1%
刮痧	-	0.3%	2.2%	0.4%	-
其他	0.2%	0.5%	0.5%	1.0%	0.7%
不知道或拒答	0.4%	2.7%	13.5%	4.1%	5.3%



民眾自付其他費用情形

誠懇呼籲!

蒞臨本院所就診諸大德，恪守
【不要求】、【不接受】院所，
利用健保申請醫療費用。提供
非健保給付項目之醫療服務。
以撙節醫療費用，樹立全民健保
永續經營之典範。

檢討與改善

建立民眾自費監控機制

■ 公告張貼收費標準表，提供各縣市收費標準供院所參考

中醫門診非健保給付項目詳列如下：

1.開放性骨折 ■ 整合性治療

統一印製「全民健保中醫門診就診須知」要求院所張貼
102年民眾自付費用的項目中，醫師多配數天的科學中藥(藥粉)的比例較高(45.7%)，本會將檢討中醫開藥天數的合理性及慢性病病名使用之合宜性

2.對健康無直接影響之藥物

3.療效不顯著，如雀斑等及非病態性之藥物

4.原藥材(飲片)：高價藥；療補並效之藥物；中藥裸粒藥丸
■ 非濃縮製劑

5.其他依全民健保規範

建議未來滿意度調查問卷統計應排除非健保特約院所及自費就醫病患之樣本，以利比較

00000中醫診所(代號：_____)

自費項目價目表

(參考範例)

品項名稱	規格數量	商 様	收費金額	備 註
中醫門診非健保給付項目詳列如下：				
初診			150元	
複診			150元	
皮膚			50元	代收部分負擔
4-6天			20元	代收部分負擔
藥費	7天		40元	代收部分負擔
其他說明：由行藥費與掛號費另計				
備註治療費(一疗程需二次起，每次治療自行負擔費用)			50元	代收部分負擔
針灸			150元	
拔罐			100-500元	
計費			300-900元	
藥膳			300-1000元	
病歷開立證明書			400-600元	
基本費			100-200元	
掛號費			55元	
其 他				



其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

【宣導】

於中醫會訊上刊登「開業執業紅黃綠燈區」

•黃燈區

- 每萬人口中醫師數2.0~3.0，提醒會員該區已接近飽和。

•紅燈區

- 每萬人口中醫師數3.0以上者，公布燈號區訊息。



開業執業紅燈區
麥擱去喲！

101年3月各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 ≥ 3.0

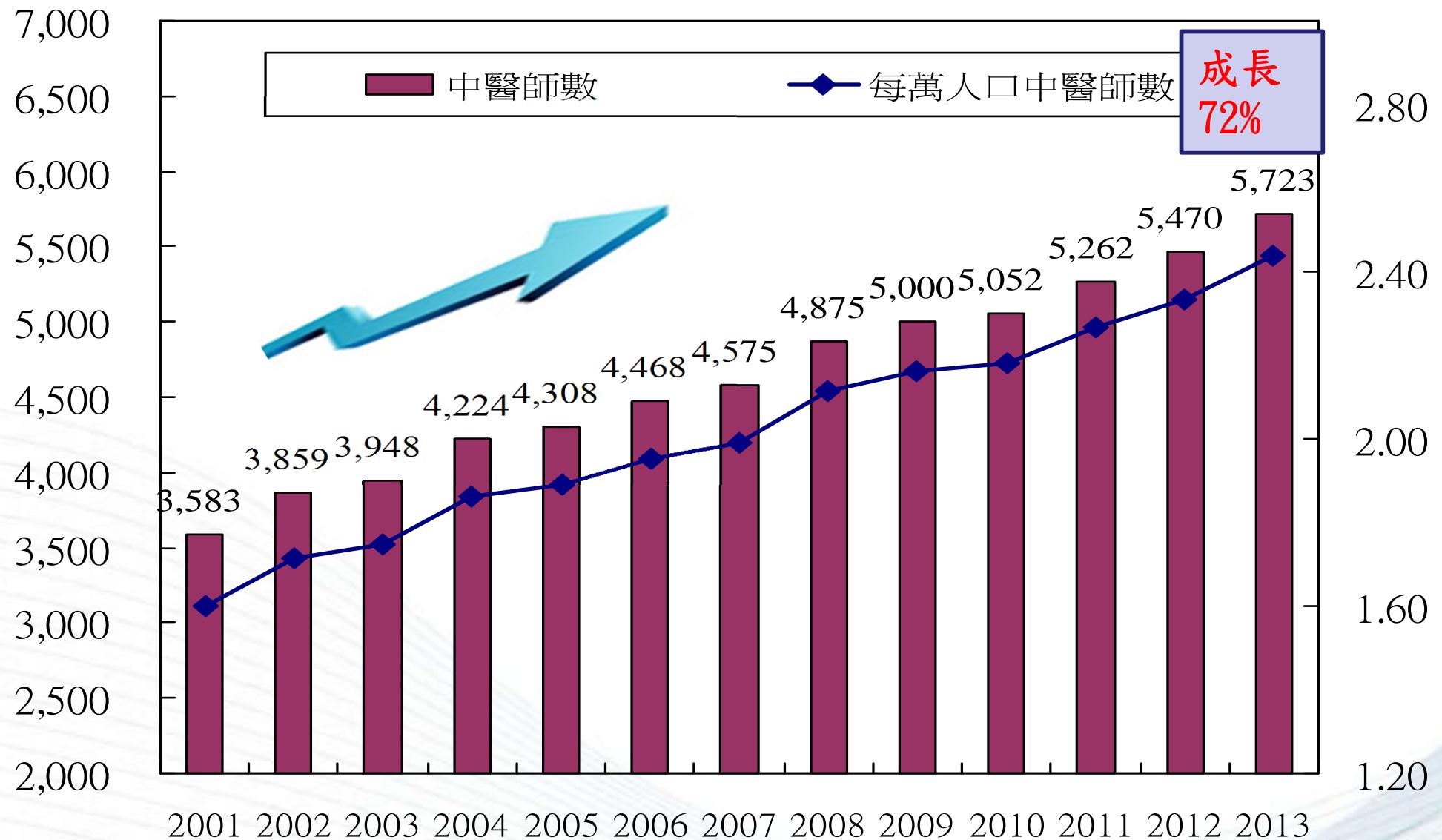
縣市名稱	鄉鎮名稱	每萬人口中醫師數	縣市名稱	鄉鎮名稱	每萬人口中醫師數	縣市名稱	鄉鎮名稱	每萬人口中醫師數
臺中市	北區	9.48	臺中市	北屯區	4.27	南投縣	草屯鎮	3.53
臺北市	大同區	7.22	臺北市	中正區	4.27	高雄市	左營區	3.46
高雄市	烏松崙	6.46	雲林縣	斗六市	4.19	臺中市	大甲區	3.46
桃園縣	龜山鄉	5.70	嘉義縣	朴子市	4.10	雲林縣	虎尾鎮	3.42
高雄市	前金區	5.64	臺南市	北區	4.09	新北市	永和區	3.40
臺中市	南屯區	5.63	臺南市	東區	4.08	臺中市	沙鹿區	3.35
臺中市	中區	5.60	花蓮縣	花蓮市	4.05	彰化縣	和美鎮	3.33
臺中市	東區	5.41	臺中市	大里區	4.02	臺南市	新營區	3.31
臺中市	潭子區	5.38	嘉義市	東區	4.02	基隆市	仁愛區	3.29
臺中市	西區	5.29	雲林縣	北港鎮	3.98	新竹市	北區	3.28
臺東縣	關山鎮	5.24	臺中市	大雅區	3.97	臺中市	白日區	3.17
臺中市	西屯區	4.99	嘉義縣	大林鎮	3.93	臺南市	永康區	3.16
彰化縣	員林鎮	4.79	彰化縣	北斗鎮	3.90	苗栗縣	苗栗市	3.08
彰化縣	彰化市	4.74	宜蘭縣	羅東鎮	3.84	南投縣	水里鄉	3.06
臺中市	豐原區	4.64	高雄市	新興區	3.69	嘉義市	西區	3.06
臺南市	中西區	4.57	屏東縣	屏東市	3.63			
臺中市	南區	4.43	高雄市	燕巢區	3.56			

•綠燈區：

- 中醫師數1以下非無醫鄉地區列為優先鼓勵會員開、執業。



台灣中醫師數及每萬人口中醫師數(2001-2013年)



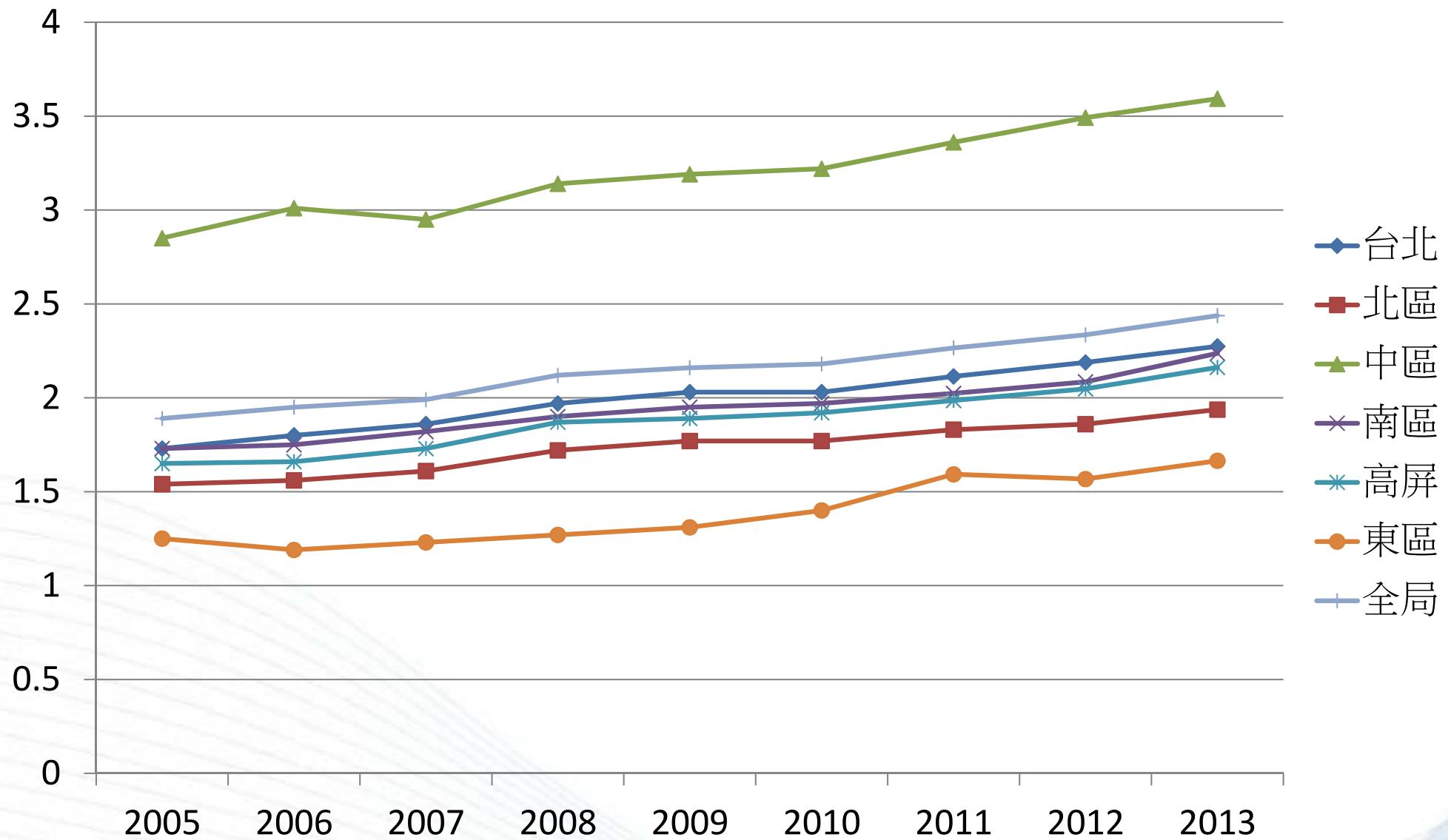


2005年至2013年各區台灣特約每萬人口中醫師數

	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
台北	1.73	1.80	1.86	1.97	2.03	2.03	2.11	2.19	2.27
北區	1.54	1.56	1.61	1.72	1.77	1.77	1.83	1.86	1.94
中區	2.85	3.01	2.95	3.14	3.19	3.22	3.36	3.49	3.59
南區	1.73	1.75	1.82	1.90	1.95	1.97	2.02	2.08	2.24
高屏	1.65	1.66	1.73	1.87	1.89	1.92	1.99	2.05	2.16
東區	1.25	1.19	1.23	1.27	1.31	1.40	1.59	1.57	1.66
全國	1.89	1.95	1.99	2.12	2.16	2.18	2.27	2.34	2.44



2005年至2013年各區台灣特約每萬人口中醫師數





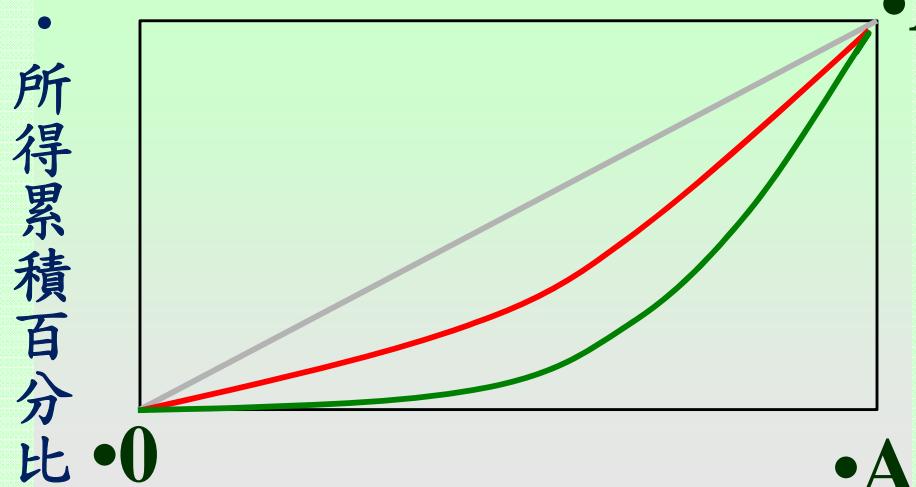
吉尼係數

G

C 羅倫斯曲線與對角線所為的面積 ÷ OAB的面積。

G C = 0 所得分配絕對平均

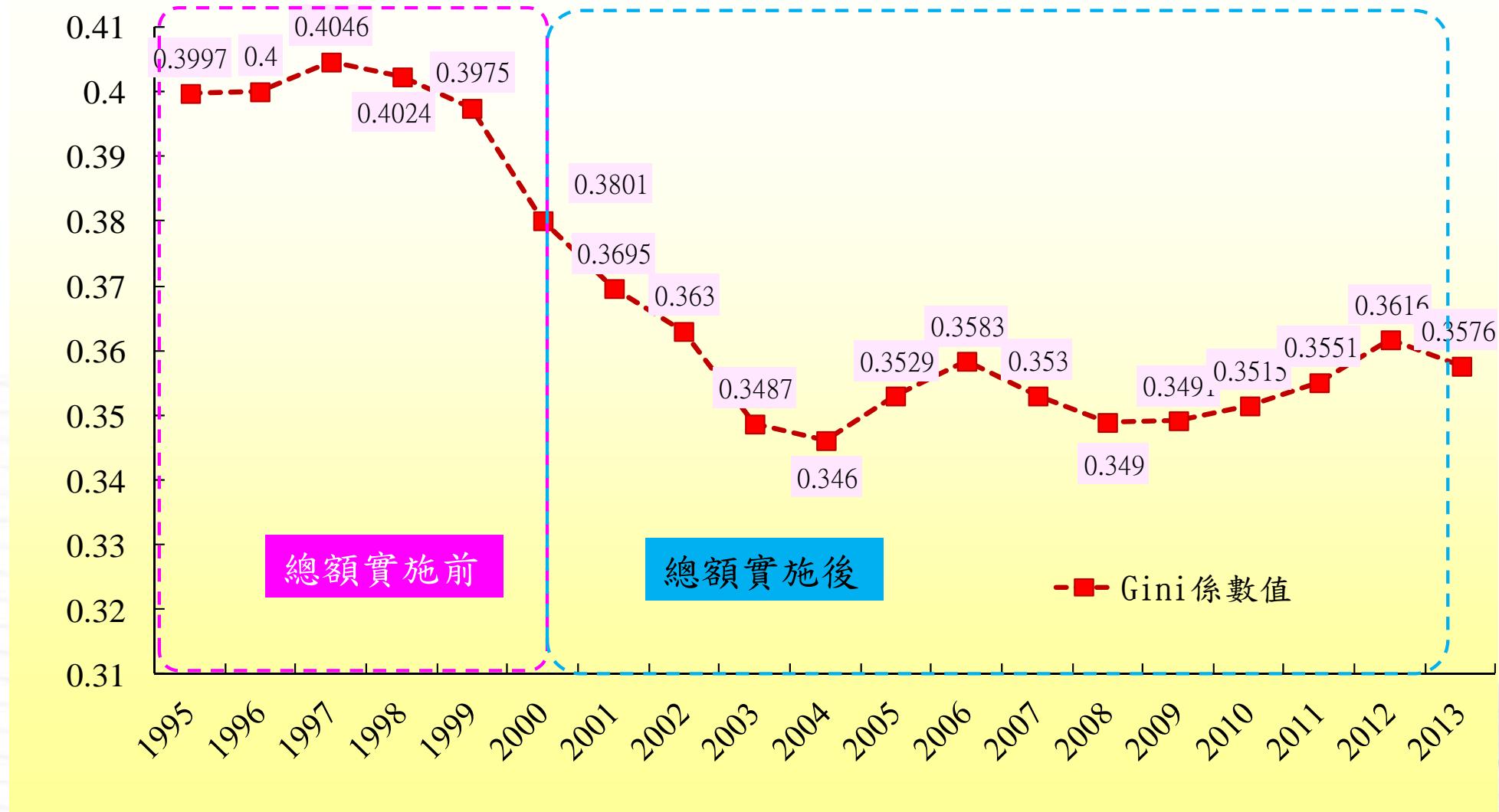
G C = 1 所得分配絕對不平均



- GC越大：所得分配較不平均
- GC越小：所得分配較平均
- 吉尼係數介於 0 ~ 1 之間

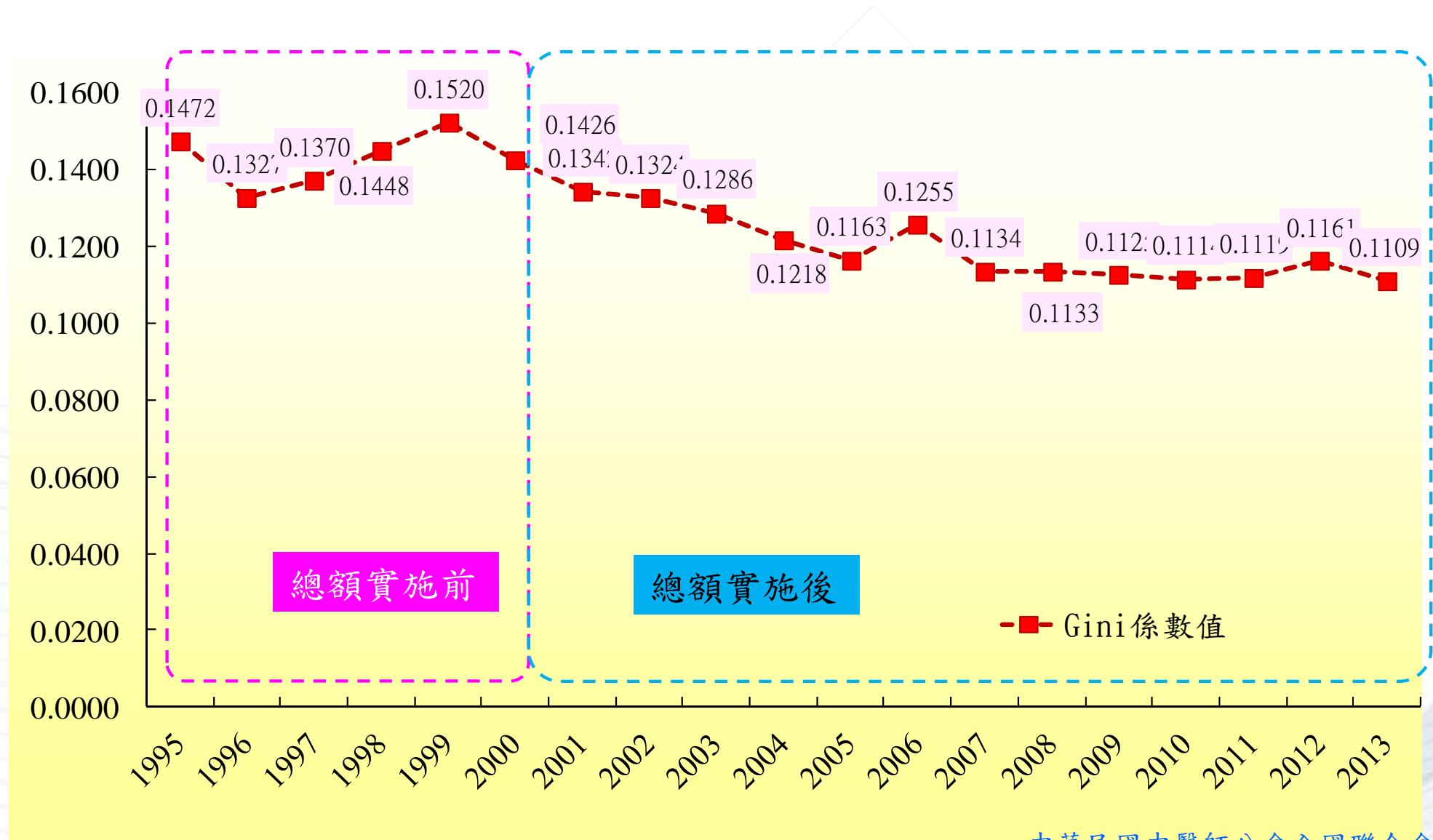


台灣特約中醫師人力地理分布(鄉鎮市區別) (Gini係數趨勢圖)





台灣特約中醫師人力地理分布(六區別) (Gini係數趨勢圖)





大島指數

■ 定義：五等分位組最高最低組所得倍數法

■ 計算方式：

1. 首先將台灣中醫師人力區分為五分位組
2. 再求最高分位組中醫師人力數為最低分位組中醫師人力數的倍數。

• 若大島指數越小則表示醫療資源分佈愈均勻，反之則愈不均。

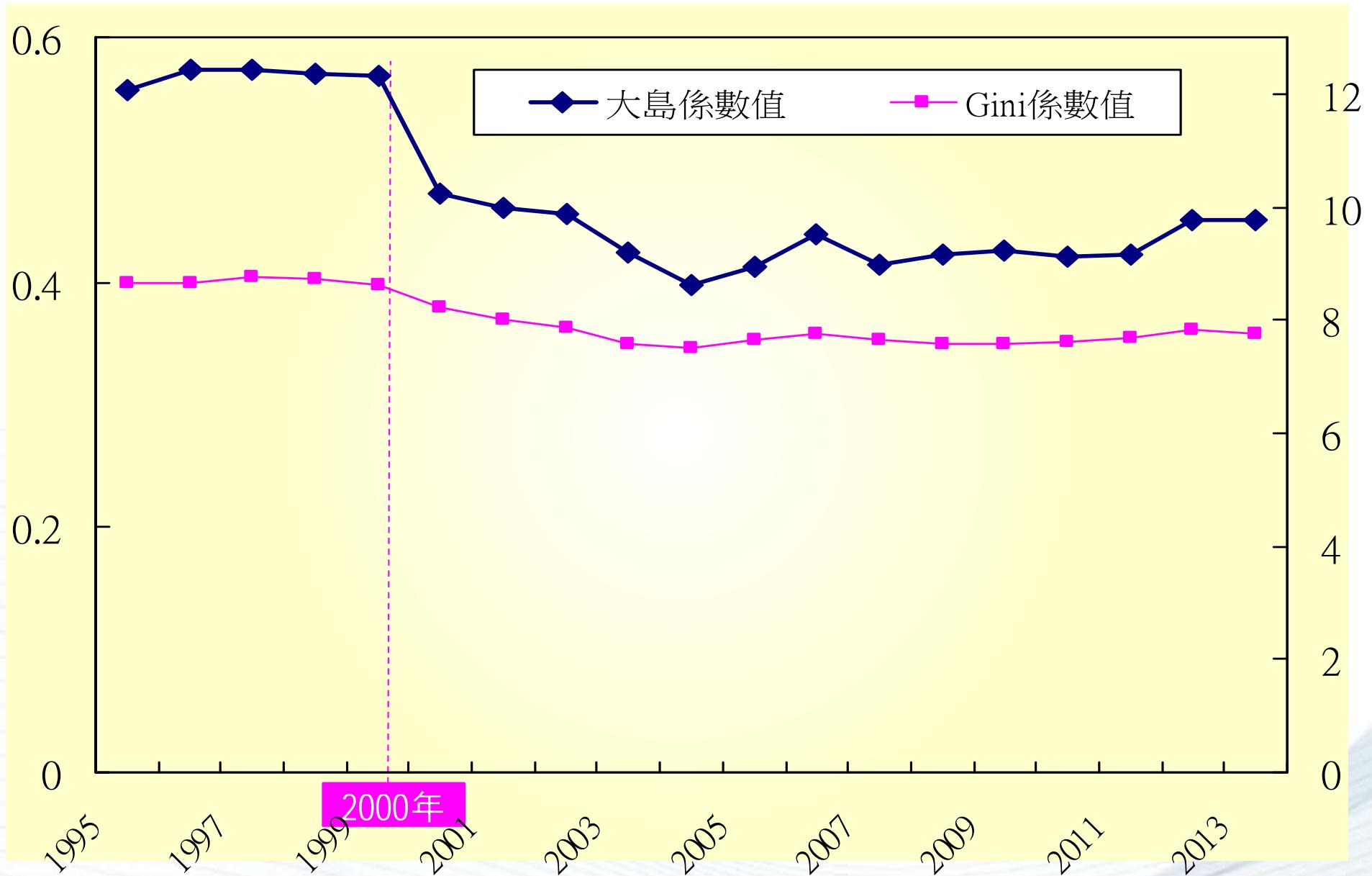


台灣特約中醫師人力地理分布(鄉鎮市區別) (Oshima index趨勢圖)





台灣特約中醫師人力地理分布(鄉鎮市區別) (Gini係數趨勢圖/Oshima index趨勢圖)





每萬人口中醫師數各區間變化(以1999年為基期)

年 1999年 每萬人口中醫師數區間							2013 VS. 1999
	1999	2009	2010	2011	2012	2013	
X≤1.0	0.5036	1.0736	1.1039	1.1475	1.1894	1.2946	2.571
1.0≤X≤2.0	1.4880	2.2432	2.2366	2.2995	2.4027	2.5028	1.682
2.0≤X≤3.0	2.3655	3.3955	3.4092	3.5858	3.4387	3.6016	1.523
3.0<X	4.0962	4.5427	4.6162	4.8085	5.0114	5.0060	1.222
高低比值(3.0<X/X≤1.0)	8.13	4.23	4.18	4.19	4.21	3.87	—

資料來源：1. 中醫師數-衛生福利部生命統計資訊網1999年至2013年衛生統計系列(醫政)醫療院所醫事人員數-按鄉鎮別分。

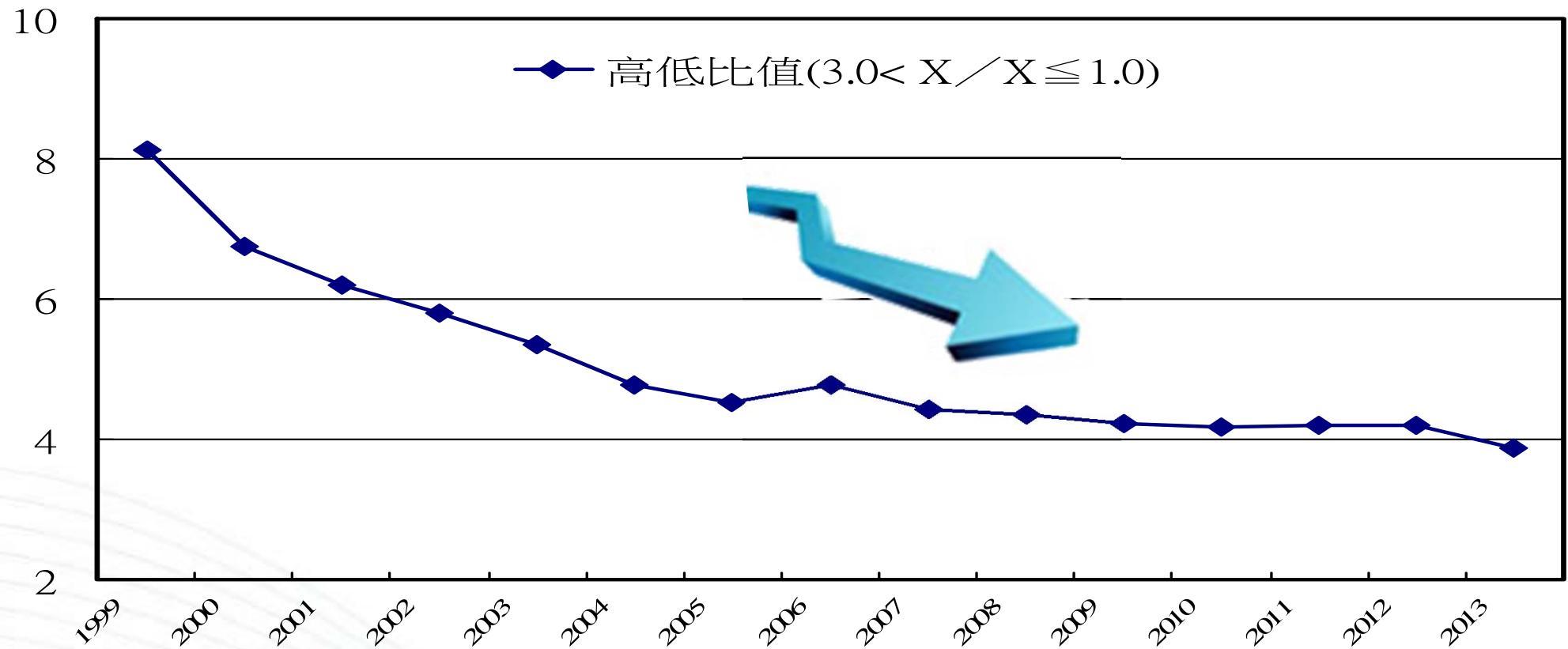
2. 人口數-內政部統計月報，臺閩地區各鄉鎮市區人口數1999至2013年。

資料日期：103年5月31日

註：以1999年每萬人口中醫師數鄉鎮分布區間為比較基礎。



每萬人口中醫師數各區間變化(以1999年為基期)



註：以1999年每萬人口中醫師數鄉鎮分布區間為比較基礎。

高低比為每萬人口中醫師數 > 3.0 鄉鎮 / 每萬人口中醫師數 ≤ 1.0 鄉鎮



台灣無中醫鄉鎮數變遷情形(1995-2013年)





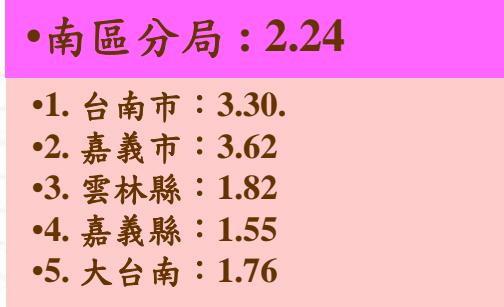
檢討與改善

台灣特約中醫師人力鄉鎮市區的GINI係數由1995年的0.3997到1012年降低至0.3613，台灣特約中醫師人力鄉鎮市區地理分布是漸趨均衡，台灣特約中醫師人力1995-2013年鄉鎮市區地理分布公平性趨勢是明顯增加。

1. 台灣特約中醫師人力鄉鎮市區的五等分位組最高與最低組所得倍數法即大島指數（Oshima index），從1999年12.6527到1010年降低至8.2475 這一二年略升至9.7544，整體趨向均衡，台灣特約中醫師人力鄉鎮市區地理分布的高低差距明顯減少，台灣特約中醫師人力鄉鎮市區地理分布是漸趨均衡，台灣特約中醫師人力1995-2013年鄉鎮市區地理分布公平性趨勢是明顯增加。



台灣每萬人口執業及特約中醫師數(六區、縣市別)2013年



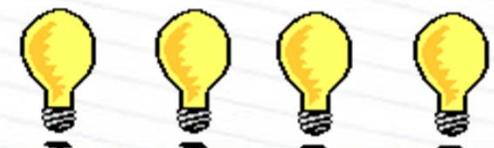
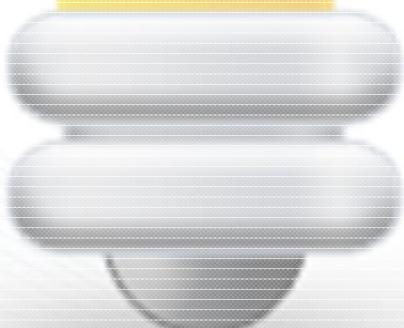
•單位:每萬人口中醫師數



均衡醫療資源及就醫公平性

■ 檢討與建議

- 中醫醫療資源充裕地區中醫師數雖仍有成長，但趨勢明顯趨緩。
- 中醫醫療資源分布總額後明顯較為均衡，就醫公平性明顯提升。
- 建議規劃將醫療資源分布及就醫權益公平性納入協商因素項目(以紅蘿蔔代替棍棒)。





其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

【宣導醫師人力過多及不足區】

人力資源方向盤

縣市別	台北市		新北市		基隆市		宜蘭縣		桃園縣		新竹市		新竹縣		苗栗縣		台中市		台中縣		彰化縣	
入退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會
小計	7	8	13	5	0	1	0	0	4	6	0	0	0	0	0	0	8	2	1	2	2	0
會員人數	897		933		65		74		432		120		63		95		703		532		336	
人口數	2639064		3908632		381056		459347		2008845		417966		516143		561226		1087951		1570784		1303741	
每萬人口醫師數	3.40		2.39		1.71		1.61		2.15		2.87		1.22		1.69		6.46		3.39		2.58	
縣市別	南投縣		雲林縣		嘉義市		嘉義縣		臺南市		臺南市		高雄市		高雄縣		屏東縣		花蓮縣		台東縣	
入退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會	入會	退會
小計	0	0	5	1	0	1	2	0	2	1	4	2	4	1	8	1	1	0	0	0	0	0
會員人數	119		136		106		68		256		206		446		253		143		59		32	
人口數	523805		714539		271960		539162		773545		1102092		1525793		1247045		867113		337193		228890	
每萬人口醫師數	2.27		1.90		3.90		1.26		3.31		1.87		2.92		2.03		1.65		1.75		1.40	

註：金門縣醫師會籍屬台北市，澎湖縣醫師會籍屬高雄市 會員數為102年8月份資料(資料來源：各縣市中醫師公會) 每萬人口醫師數為主計處最新資料

中醫會訊

中華民國102年9月16日 第298期 第四版

開業執業黃燈區

每萬人口中醫師數(大於2小於3之鄉鎮)

縣市名稱	鄉鎮名稱	中醫師數	每萬人口 中醫師數	縣市名稱	鄉鎮名稱	中醫師數	每萬人口 中醫師數	縣市名稱	鄉鎮名稱	中醫師數	每萬人口 中醫師數
屏東縣	潮州鎮	16	2.90	新北市	三峽區	26	2.41	高雄市	岡山區	22	2.25
臺中市	霧峰區	18	2.80	新北市	蘆洲區	48	2.41	臺北市	松山區	47	2.23
彰化縣	鹿港鎮	24	2.80	臺中市	后里區	13	2.40	臺東縣	臺東市	24	2.23
新竹市	東區	56	2.76	高雄市	大社區	8	2.37	苗栗縣	頭份鎮	22	2.20
新北市	中和區	113	2.71	臺中市	新社區	6	2.36	臺南市	麻豆區	10	2.20
新北市	泰山區	21	2.71	桃園縣	桃園市	97	2.35	臺北市	萬華區	42	2.18
桃園縣	中壢市	101	2.68	彰化縣	溪湖鎮	13	2.33	新北市	新莊區	88	2.16
高雄市	鳳山區	93	2.66	基隆市	安樂區	19	2.31	南投縣	南投市	22	2.13
臺北市	信義區	60	2.63	彰化縣	田中鎮	10	2.30	高雄市	林園區	15	2.13
南投縣	埔里鎮	22	2.61	臺南市	南區	29	2.30	高雄市	楠梓區	37	2.10
新北市	三重區	99	2.54	雲林縣	西螺鎮	11	2.30	新北市	新店區	62	2.08
新北市	板橋區	139	2.49	高雄市	鹽埕區	6	2.29	苗栗縣	後龍鎮	8	2.06
屏東縣	東港鎮	12	2.44	彰化縣	埔心鄉	8	2.27	高雄市	前鎮區	40	2.04
高雄市	橋頭區	9	2.43	臺南市	新市區	8	2.27	全國		5470	2.34

中華民國中醫師公會全國聯合會



其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

【持續辦理各項繼續教育課程】

於中醫會訊上刊登「縣市公會導覽」

縣市公會活動導覽

縣市別	活動日期	活動(課程)名稱	縣市別	活動日期	活動(課程)名稱
台北市	12/2	2012急重症中醫臨床處置及運用進修課程		11/18	脈學學術課程
	12/2	12月份中醫養生健康講座		11/25	李恭榮-雜病心法脈症圖臨床應用(二)
	12/9	太極養生功法與運動醫學研習課程		12/2	婦科及免疫風濕疾病學術課程
	12/16	2012急重症中醫臨床處置及運用進修課程			黃雪雅-有毒中藥臨床應用及其不良反應介紹
	12/23	太極養生功法與運動醫學研習課程			傷科名醫學術課程
	12/30	南港山健走登山活動			高宗桂-常見運動傷害的針刀醫學療法

透過不斷學習與進修，給予患者更專業的醫療照護，建構更完善的就醫環境。

桃園縣	12/23	與經方醫學會合辦名醫傳承(吳財秀-經方達人)	苗栗縣	11/25	原始點療癒法保健之道-----劉峻溫醫師
	12/30	郭智彰中醫臨床思路(編胃篇)		12/23	中醫經絡及養生-----譚朝金醫師
	102/1/6	基礎脈學與臨床應用繼續教育研討會		12月2日	臨床學術研討會(氣鳴方劑治療經驗談繼續教育研討會)
	102/1/13	顧明津、林姿里經驗傳承		12/1	普射針灸帶狀課程
	102/1/20	阿朝耆古道之行		12/9	冬令薦善義診
新竹縣	12/2	中醫病症治療、二代健保新制宣導暨楊萬鍾腰痛症療效研究繼續教育研討會	臺南市	12/15, 16	西湖渡假村、大板根森林溫泉渡假村二日遊
	12/9	桃園暨中區中醫師高爾夫球隊聯誼賽		12/2	101年會員暨眷屬秋季旅遊活動
	12/20	讀書會		12/9	傷科臨床手法學術研討會
	12/23	歲末年終晚會		12/9	中執會第2屆第2次委員會暨審查醫師會議
新竹市	12/23	新竹市中醫公會年終晚會	花蓮縣		
	12/24	新竹市中醫公會年終晚會			



其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施



【辦理養生保健講座】



【製作法規宣導海報】



【辦理中醫藥博覽會活動】

【辦理小小華佗營活動】





貳、專業醫療服務品質之確保與提升

- 中醫總額專業醫療服務品質指標結果
- 中醫總額專業醫療服務品質指標檢討與改善措施
- 品質指標資訊公開
- 其他改善專業醫療服務品質具體措施



專業醫療服務品質指標統計(98年至102年)

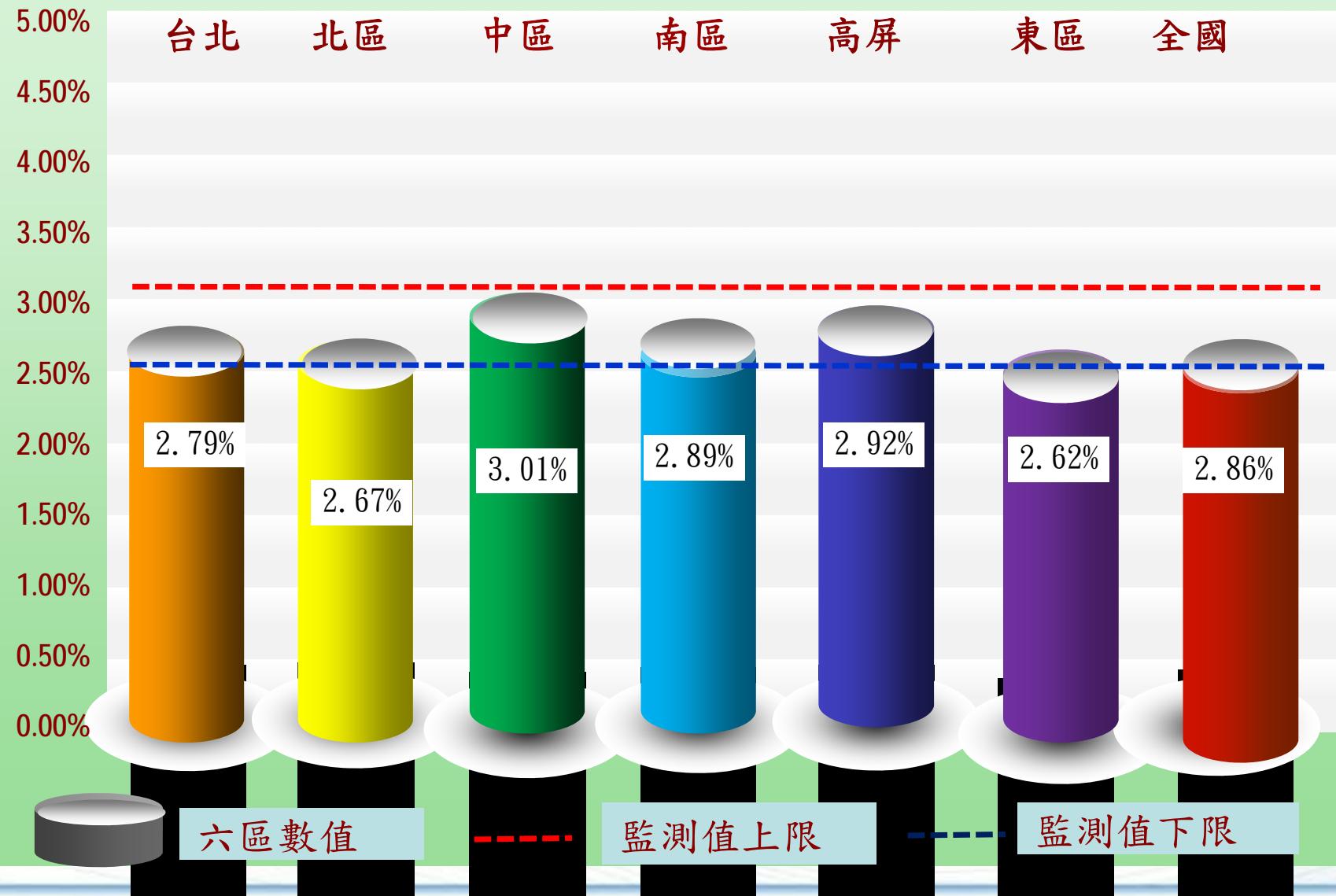
指標項目	98年	99年	100年	101年	102年
使用中醫門診者之平均中醫就診次數	2.69	2.70	2.78	2.83	2.86
就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	0.14%	0.13%	0.12%	0.14%	0.13%
就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	0.51%	0.46%	0.46%	0.47%	0.46%
使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率	0.74%	0.71%	0.73%	0.73%	0.67%
於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率	0.022%	0.009%	0.015%	0.011%	0.013%
使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率	59.88%	59.87%	61.37%	63.05%	64.32%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署醫療給付檔案分析系統 資料日期：103年4月24日

102年中醫總額專業醫療服務品質指標

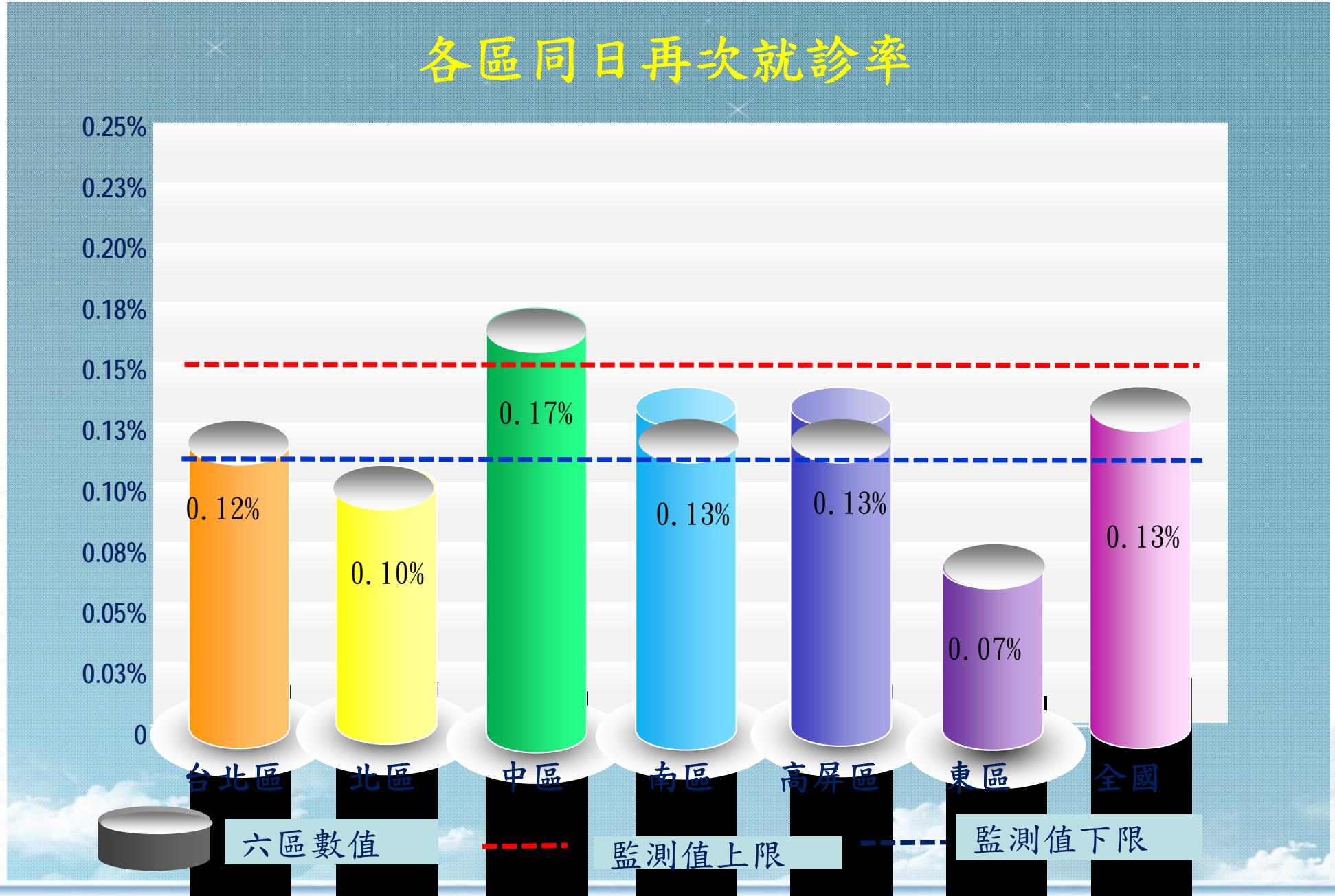
(一)

各區平均就醫次數





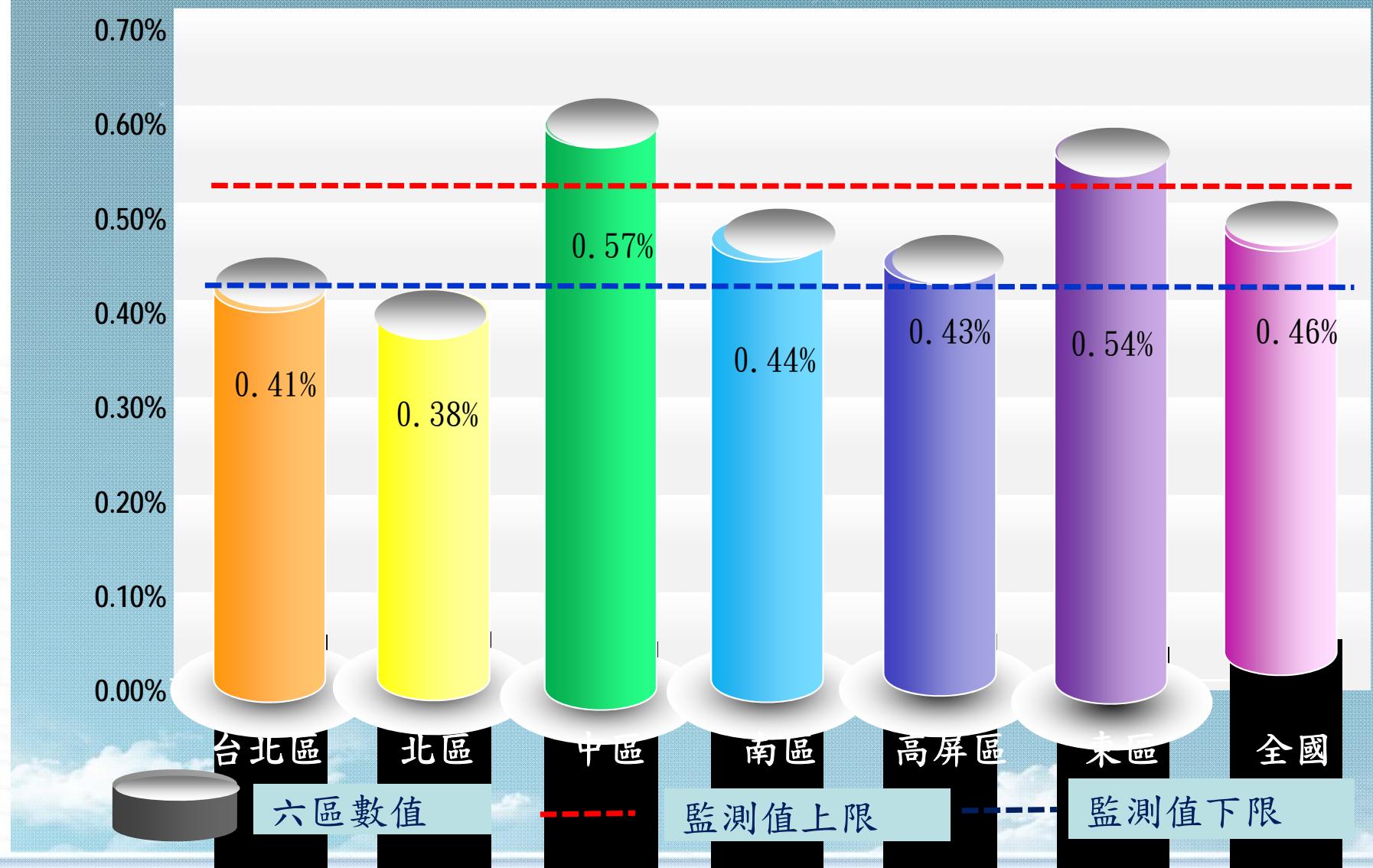
102年中醫總額專業醫療服務品質指標(二)





102年中醫總額專業醫療服務品質指標(三)

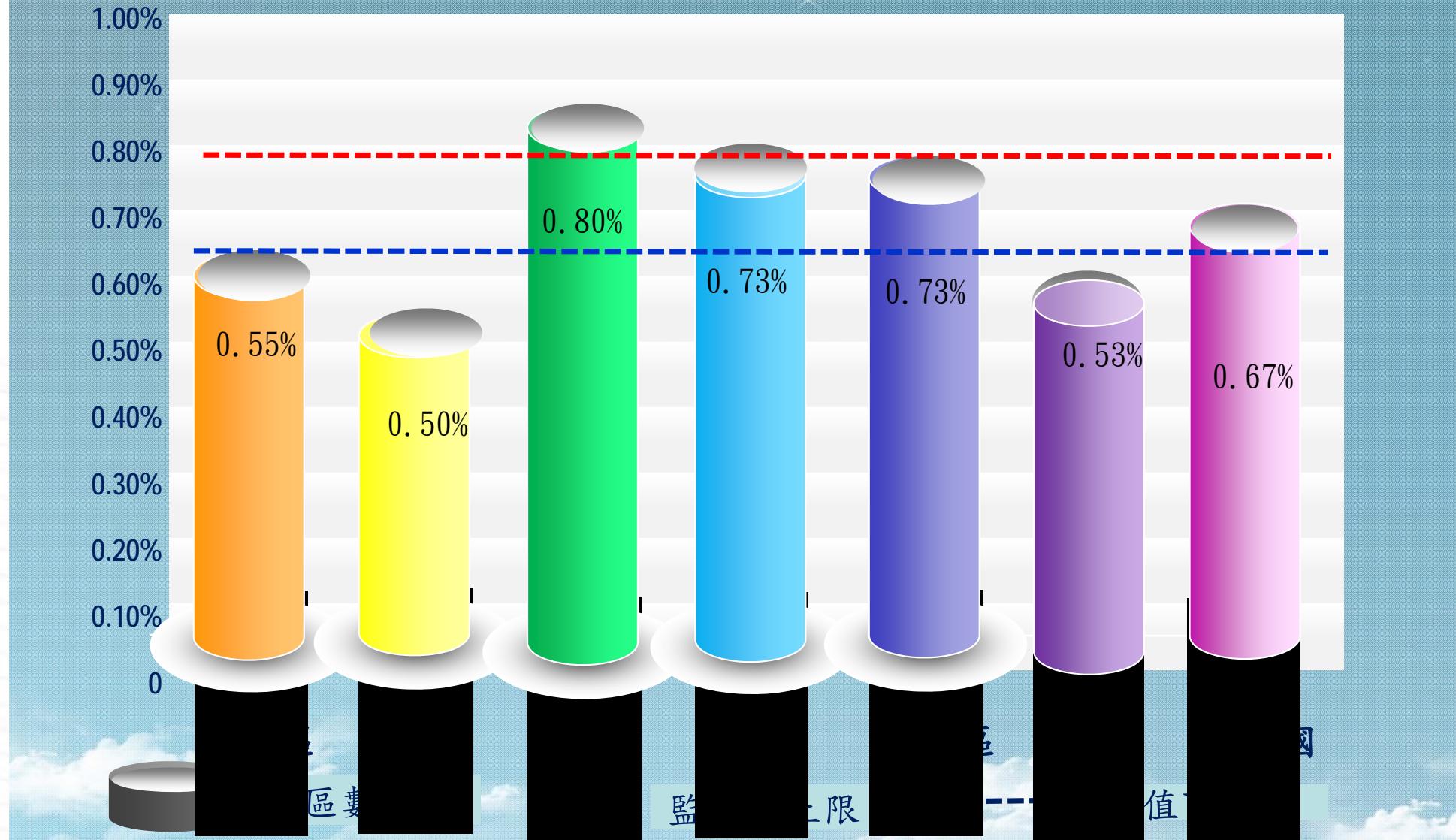
各區隔日再次就診率





102年中醫總額專業醫療服務品質指標(四)

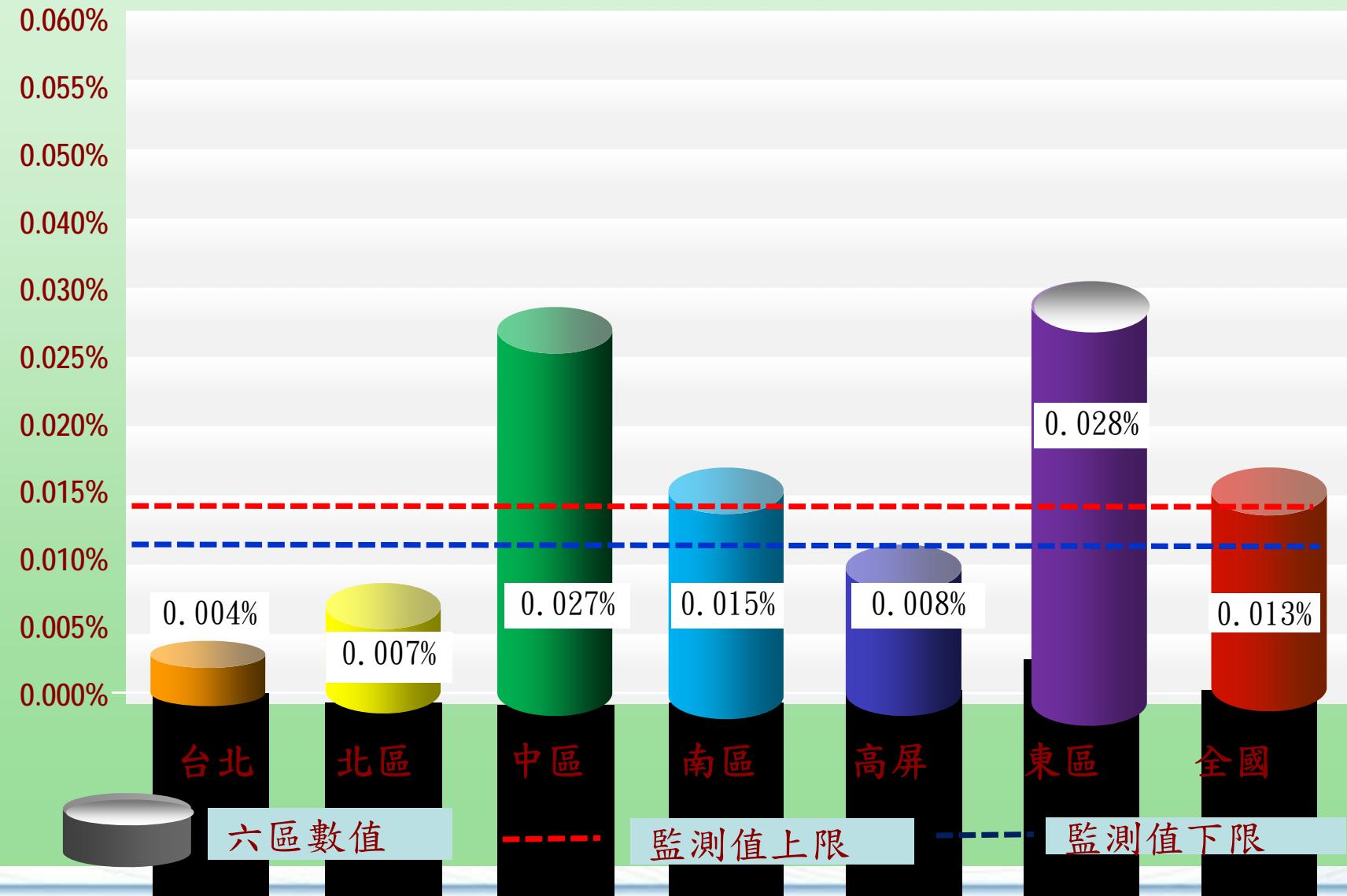
各區7日內再次就醫處方之用藥日數重疊2日以上比率





102年中醫總額專業醫療服務品質指標(五)

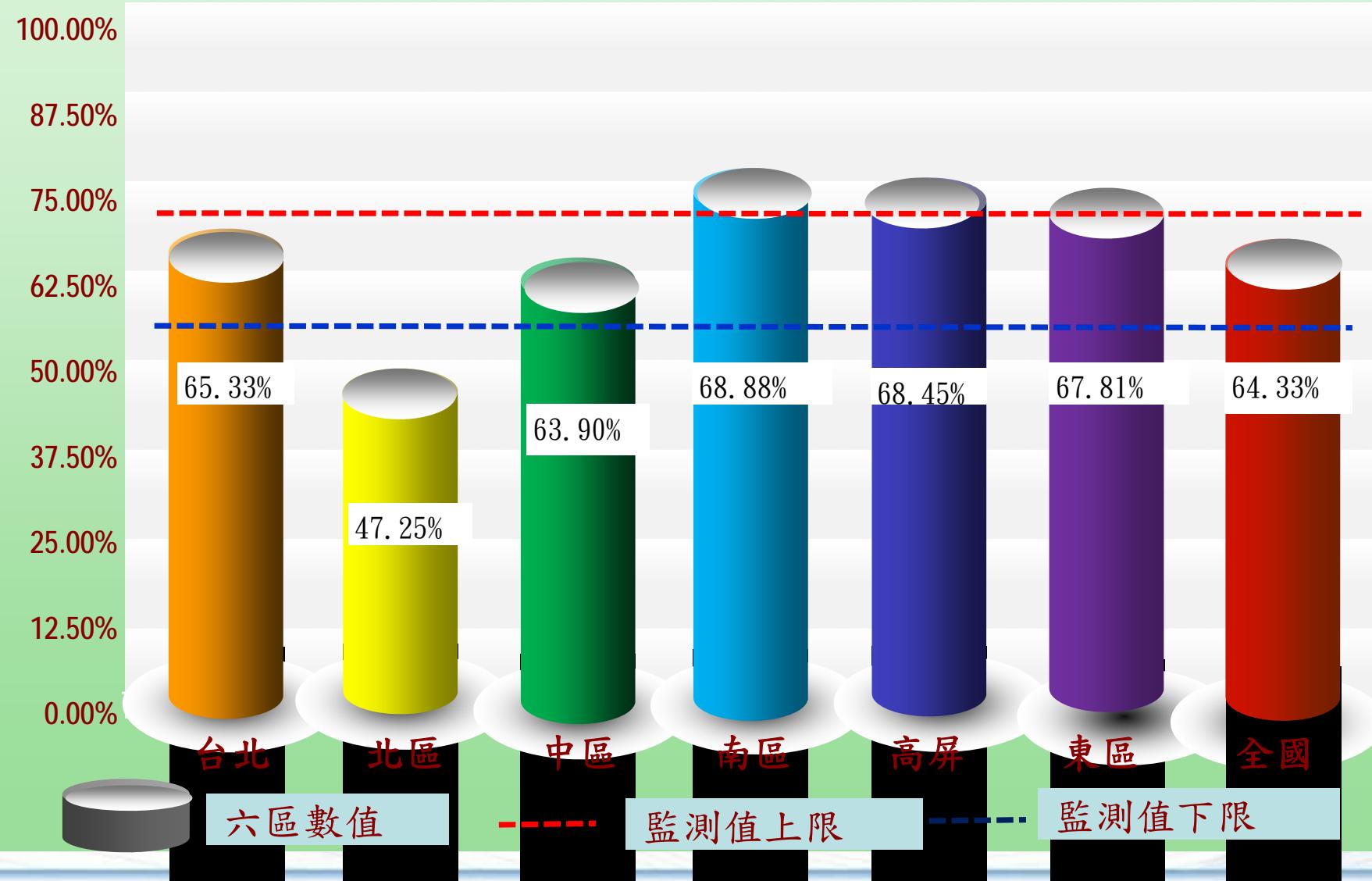
針傷科處置次數每月大於15次以上占率(97Q3新增)





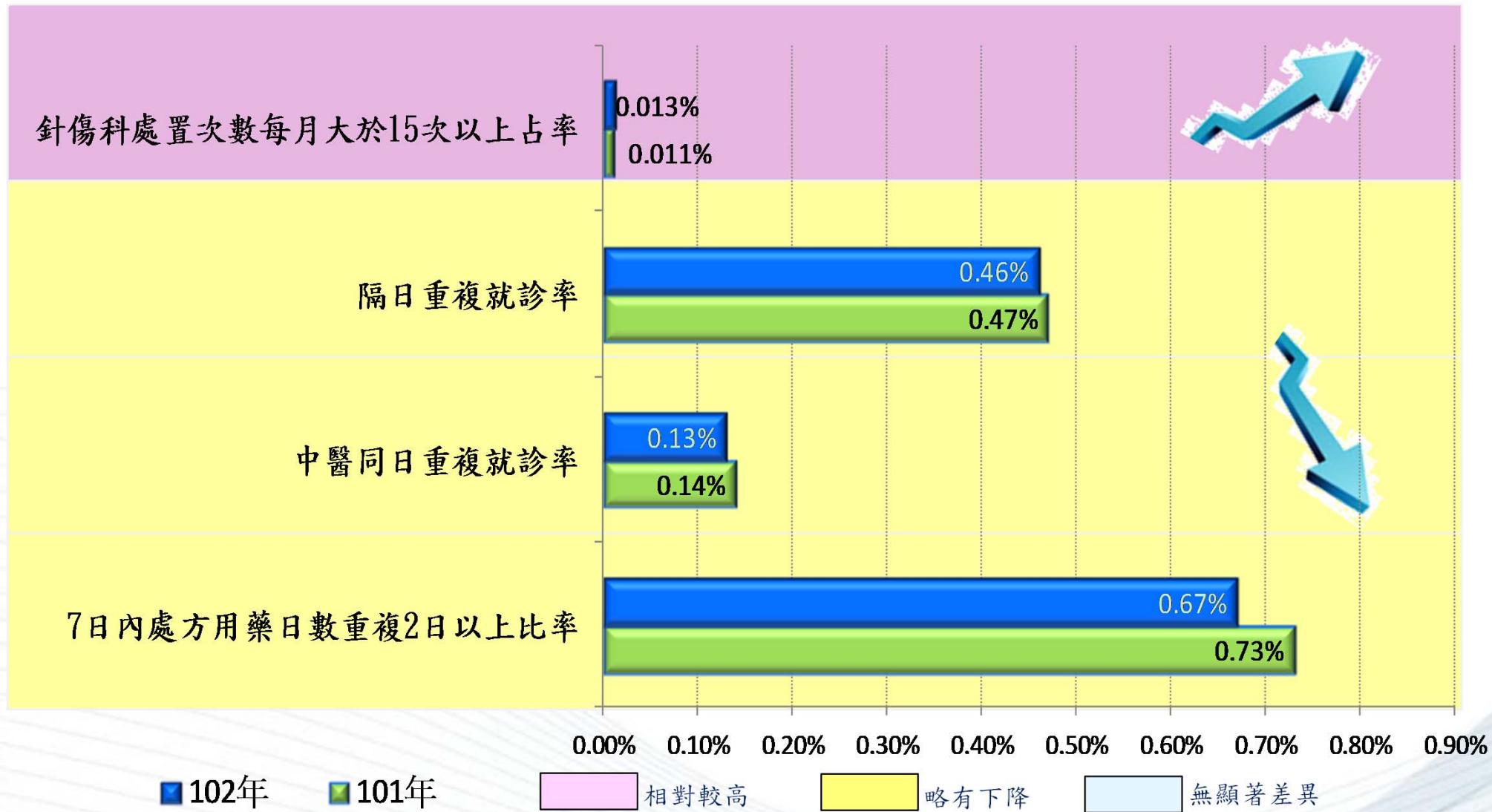
102年中醫總額專業醫療服務品質指標(六)

各區中醫癌症病患同時利用西醫人數比率





101年&102年中醫總額專業醫療服務效率 醫療利用率





中醫總額專業醫療服務品質指標檢討與改善措施

- 各項指標多呈現平穩；本會對新增項目的可行性進行研議
- 使用中醫門診者之平均就診次數呈逐年提高，顯示使用中醫的民眾更加信賴中醫。
- 針傷科處置次數大多管控在15次以下且接近為0，是否符合真實及合理的醫療行為本會將進行檢討。
- 使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率為正向或負向指標？及是否有其存在意義？本會將加以研議。



品質指標資訊公開

The image shows a mobile application interface for a Chinese Medicine Museum. At the top, there's a logo with a stylized 'H' and some Chinese text. Below the logo, a large grid of small images representing different types of traditional Chinese medicine. To the right of this grid, there's a blue button labeled '點選這裡將有更多資訊' (Click here for more information). The main content area is divided into several sections: 1) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food. 2) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food. 3) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food. 4) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food. 5) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food. 6) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food. 7) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food. 8) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food. 9) A section titled '中醫藥膳秘方' (Chinese Medicine Diet Recipes) featuring a grid of nine small images of food.

品質資訊公開指標

- 97年為9項
 - 98年新增3項
 - 99年新增2項
 - 100年再新增1項

➤ 目前修訂為6項(部分移列一般項目給付等)



品質指標資訊公開

- 公開項目

- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫
- 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率
- 中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率
- 同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率
- 中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之院所
- 院所中醫藥品標示同意公開名單



其他改善專業醫療服務品質具體措施

- 中藥用藥安全推動

- 建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫

- 健全中醫師臨床訓練制度-
中醫負責醫師訓練計畫



參、總額之管理與執行績效

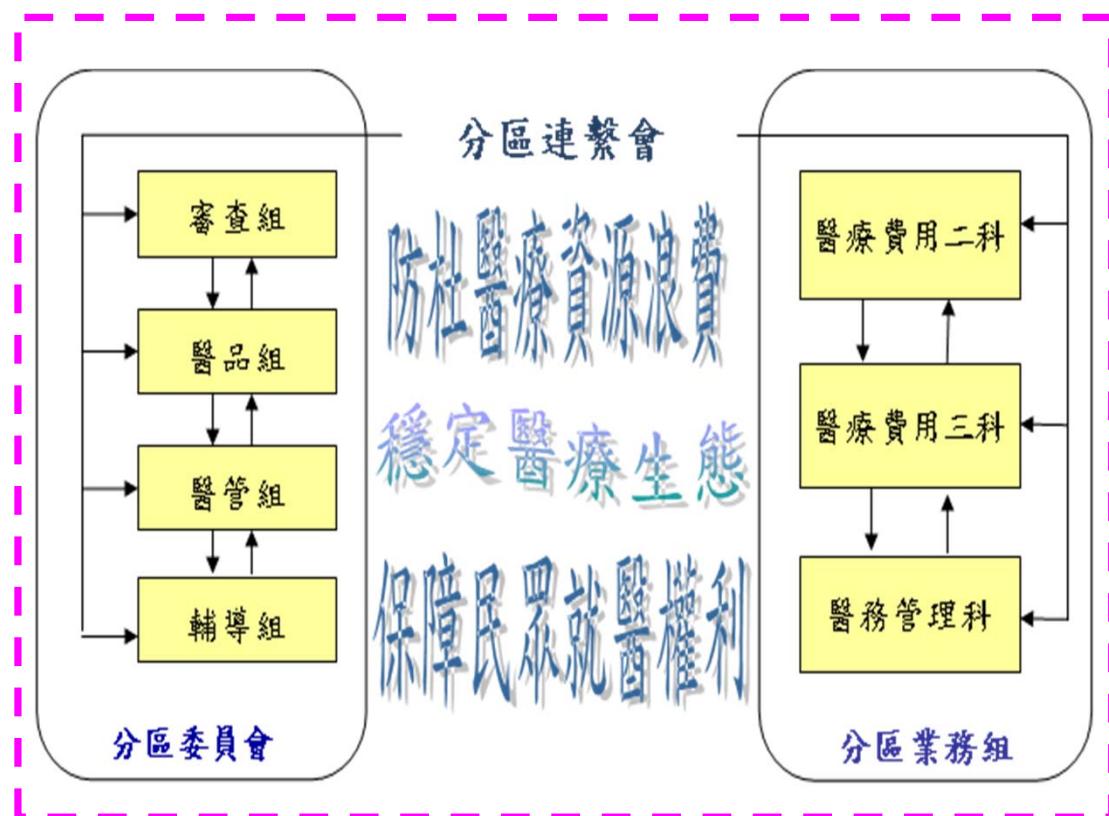
- 中醫與健保署專業事務共管辦理情形
- 醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形
- 點值穩定度
- 支付標準調整(含新增給付項目)
- 專業審查及其他管理措施
- 院所違規家數及其違規情節
- 醫療機構輔導



中醫與健保署專業事務共管辦理情形(一)

一、辦理行政事項委託

- 設立中執會六區分會，做為與健保署溝通、管理、協調等相關事宜。
- 訂定中醫門診醫療服務審查執行會(簡稱中執會)行政人員管理要點。
- 訂定資料安全管理要點與作業程序。
- 擬訂中執會六區分會派駐人員資安保密協定。



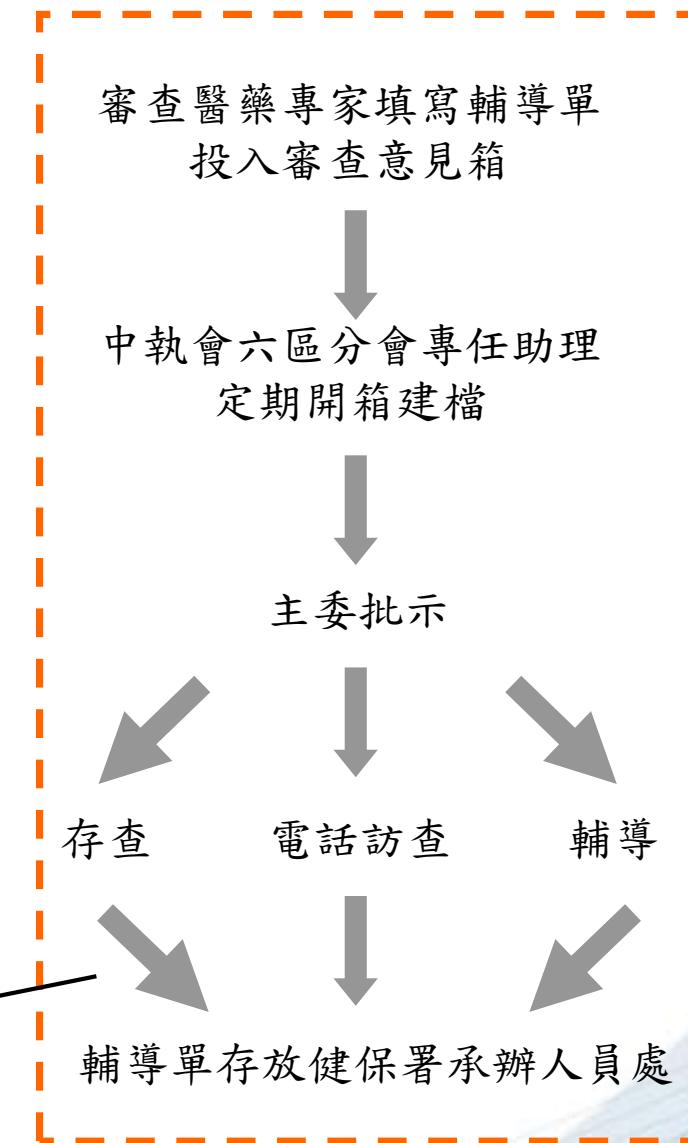
中醫門診總額支付制度
共同管理模式



中醫與健保署專業事務共管辦理情形(二)

- 擬訂中執會六區分會檔案保管原則。
- 協助處理民眾醫療服務利用之申訴。
- 提供輔導及查核中醫門診特約醫事服務機構之建議。
- 辦理中醫門診總額支付制度之教育宣導。
- 協助研擬中醫門診總額支付項目及支付標準與方法。

輔導單處理流程
(以中執會高屏區分會為例)

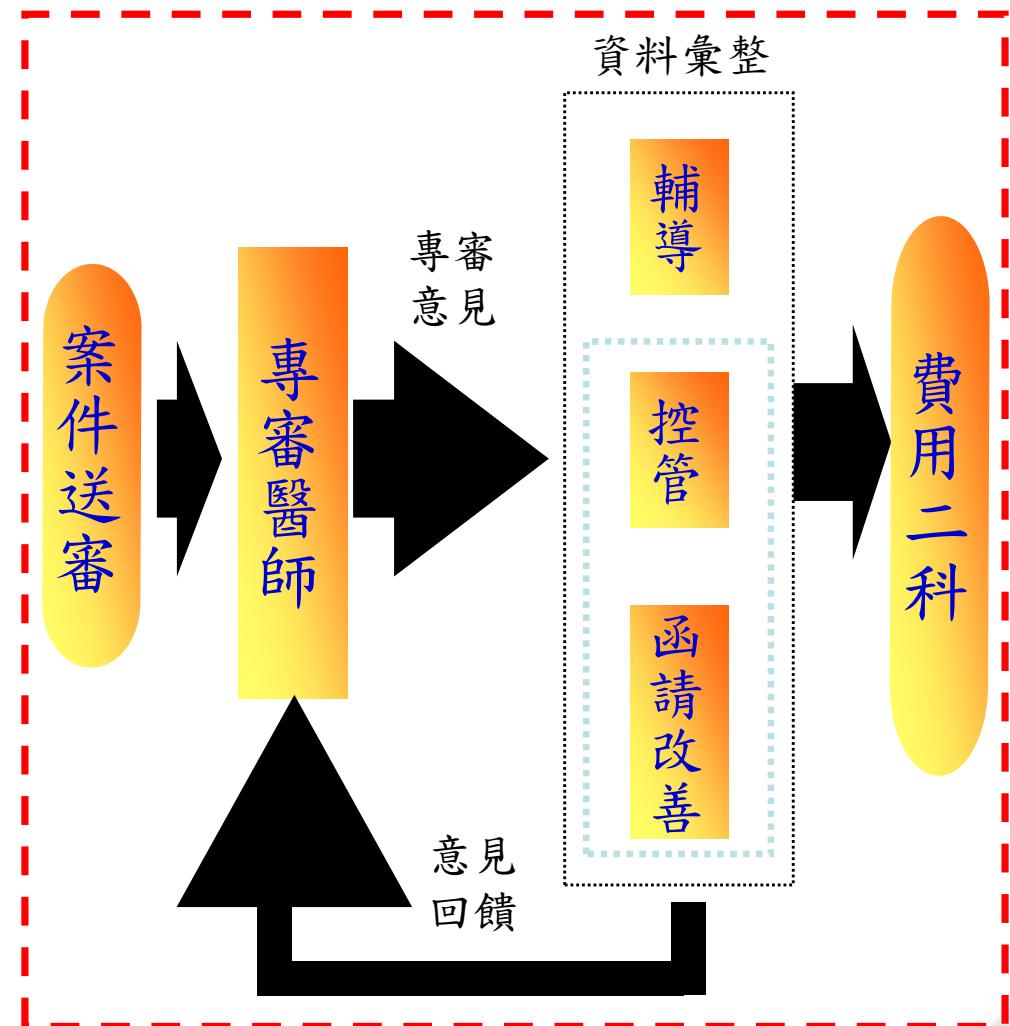




中醫與健保署專業事務共管辦理情形(三)

二、辦理專業事項委託

- 辦理審查人力之規畫與管理。
- 研擬審查規範相關事項。
- 改進醫療服務審查業務。
- 辦理審查共識會議，提昇專業審查一致性。
- 研訂年度審查品質改善重點及目標。
- 辦理專業審查相關事項。



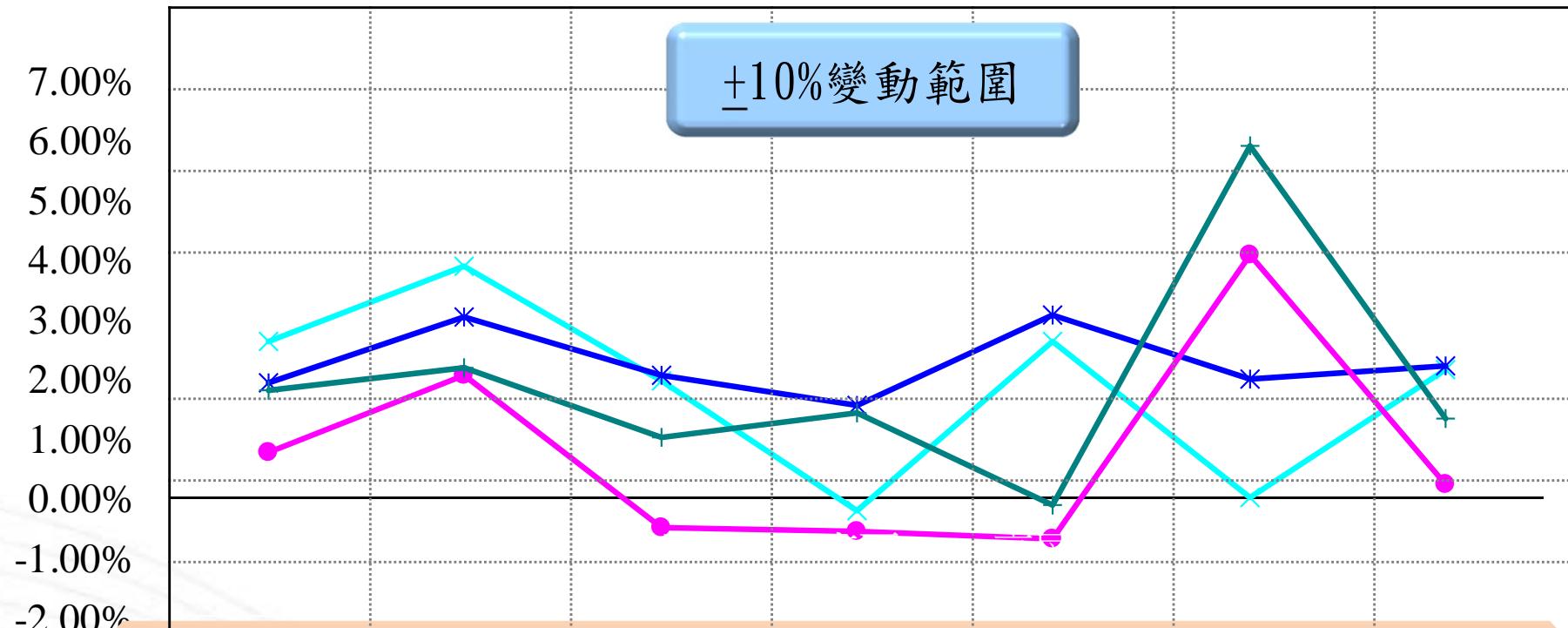
專家意見流程
(以中執會中區分會為例)

中華民國中醫師公會全國聯合會



醫療利用及費用管控情形

■ 醫療利用率：(1) 人次利用成長率

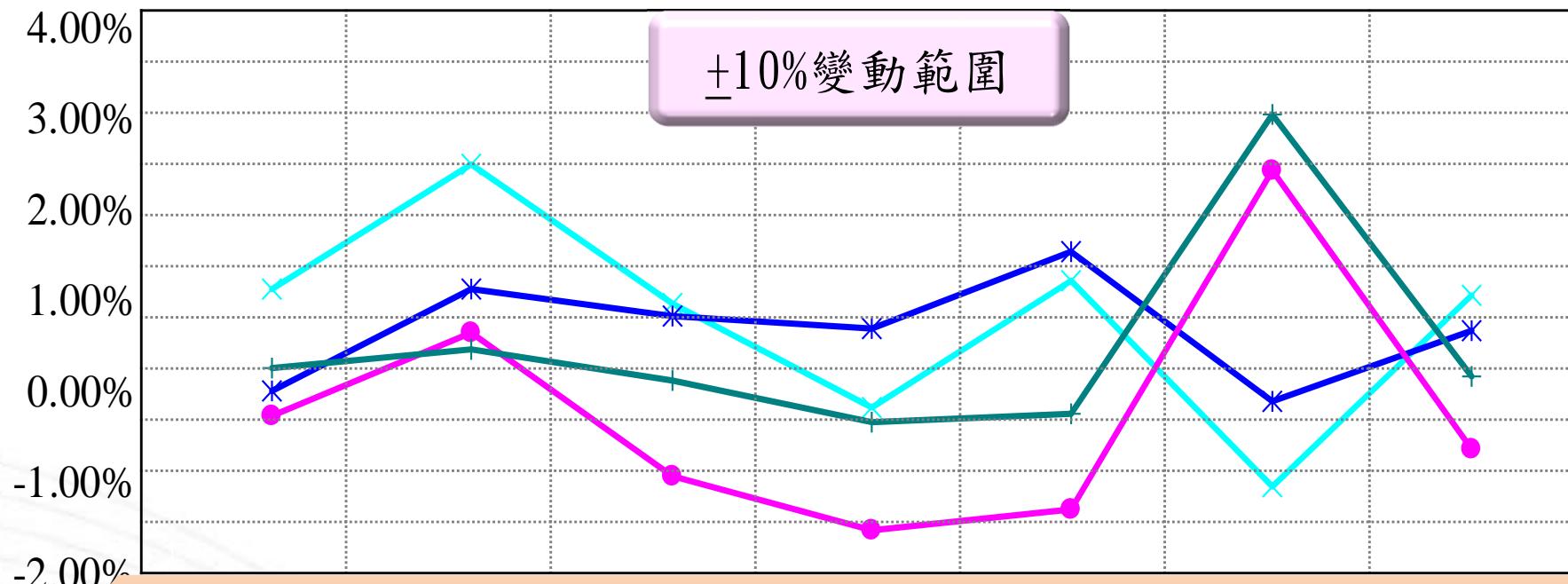


	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
102Q1	7.06%	6.98%	4.08%	4.72%	6.09%	5.53%	5.39%
102Q2	5.51%	11.25%	4.32%	3.24%	5.49%	7.08%	4.65%
102Q3	0.99%	6.78%	2.75%	2.44%	3.47%	-0.59%	1.95%
102Q4	3.24%	7.52%	2.84%	1.31%	3.53%	-0.28%	2.88%



醫療利用及費用管控情形

■ 醫療利用率：(1)人數利用成長率



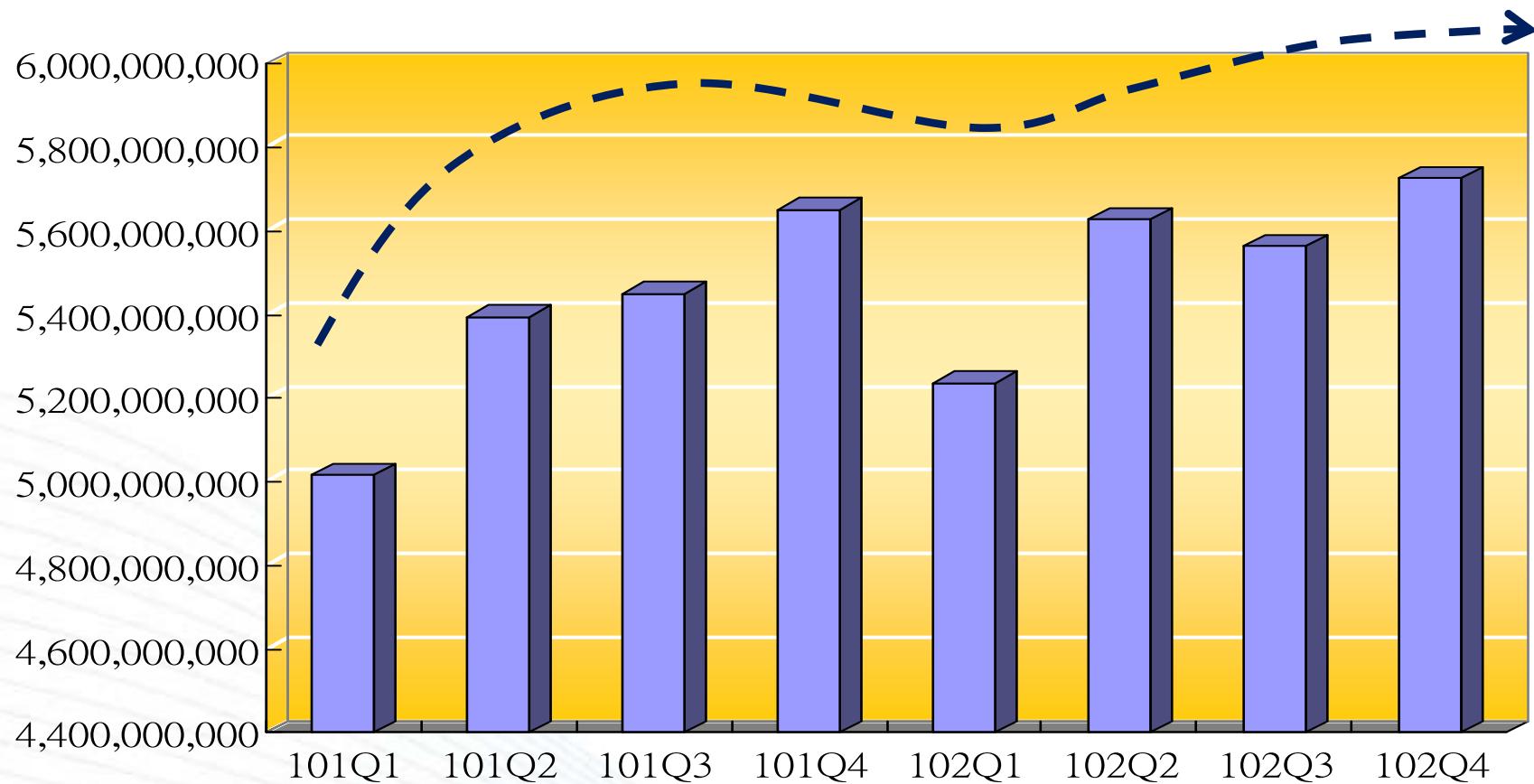
	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
102Q1	4.59%	1.94%	1.68%	1.27%	1.38%	2.52%	2.47%
102Q2	3.52%	5.97%	1.90%	1.08%	2.02%	2.51%	2.32%
102Q3	0.30%	2.75%	1.88%	2.33%	2.10%	-1.98%	1.19%
102Q4	2.54%	3.56%	1.74%	1.29%	2.13%	-1.05%	2.05%



醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形

■ 醫療費用統計及費用管控指標：

(1) 醫療費用申請點數變化情形

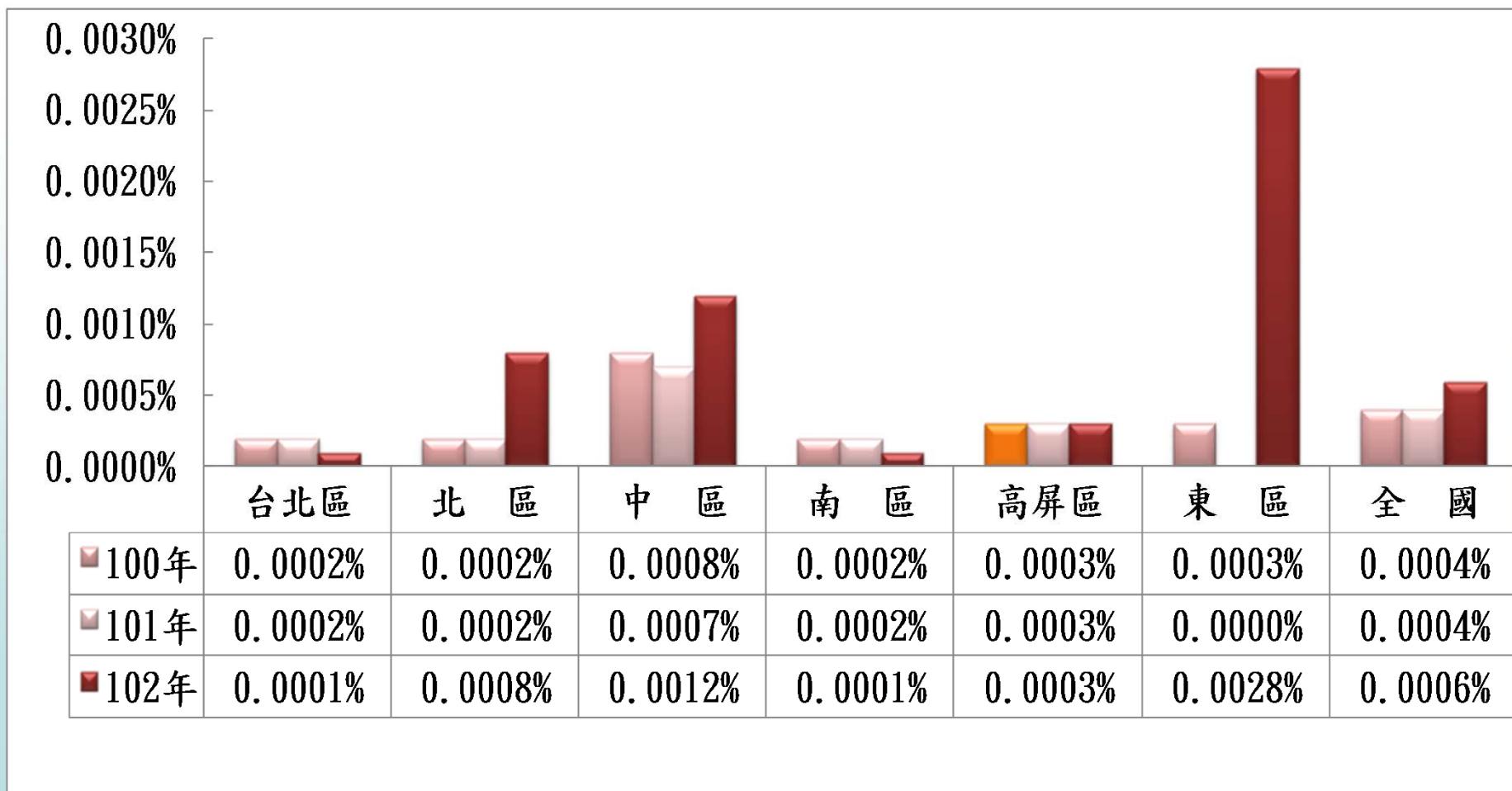




醫療利用及費用管控情形

■ 醫療費用統計及費用管控指標：

(2) 同日重複就診率

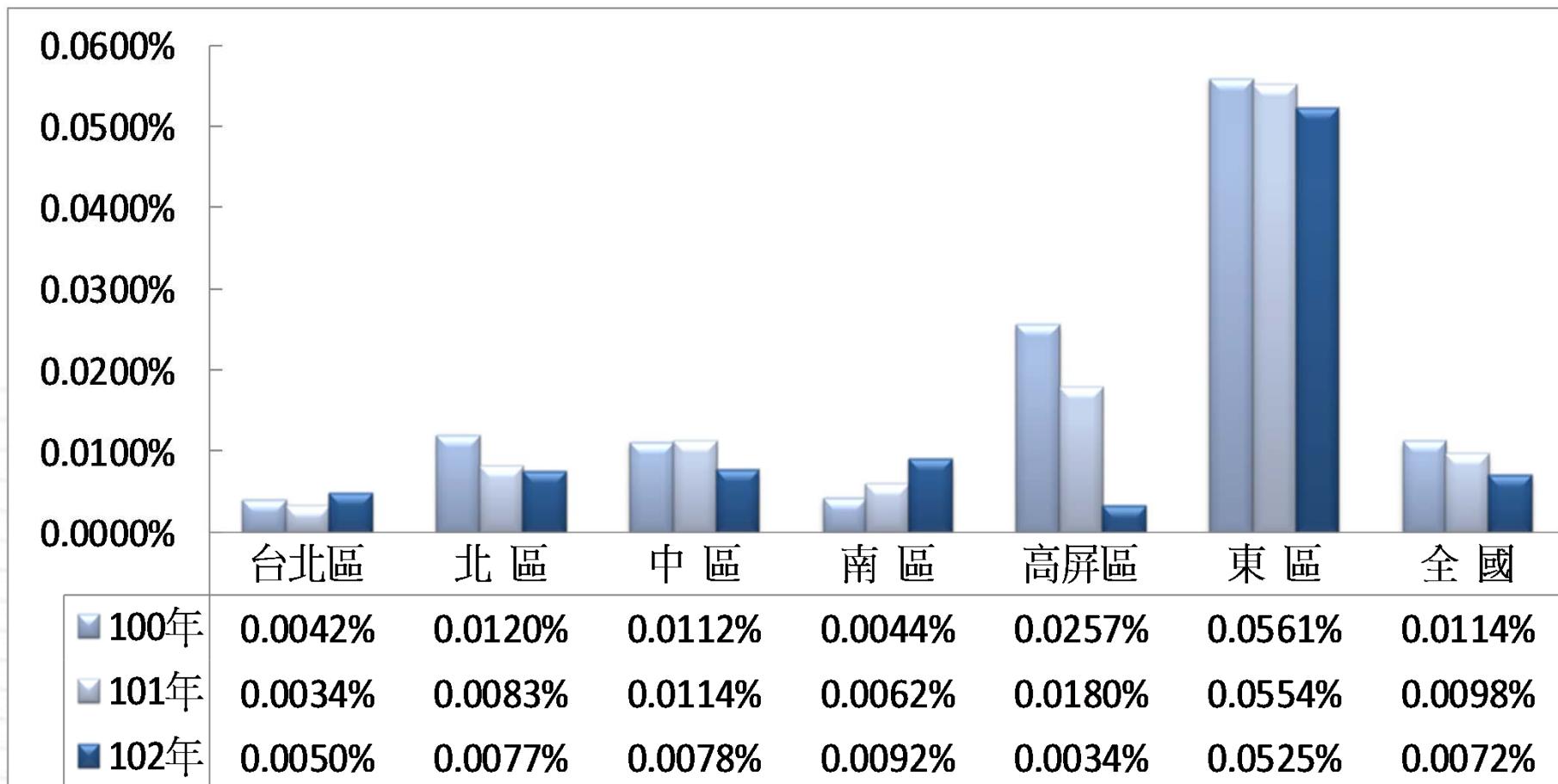




醫療利用及費用管控情形

■ 醫療費用統計及費用管控指標：

(3) 隔日重複就診率

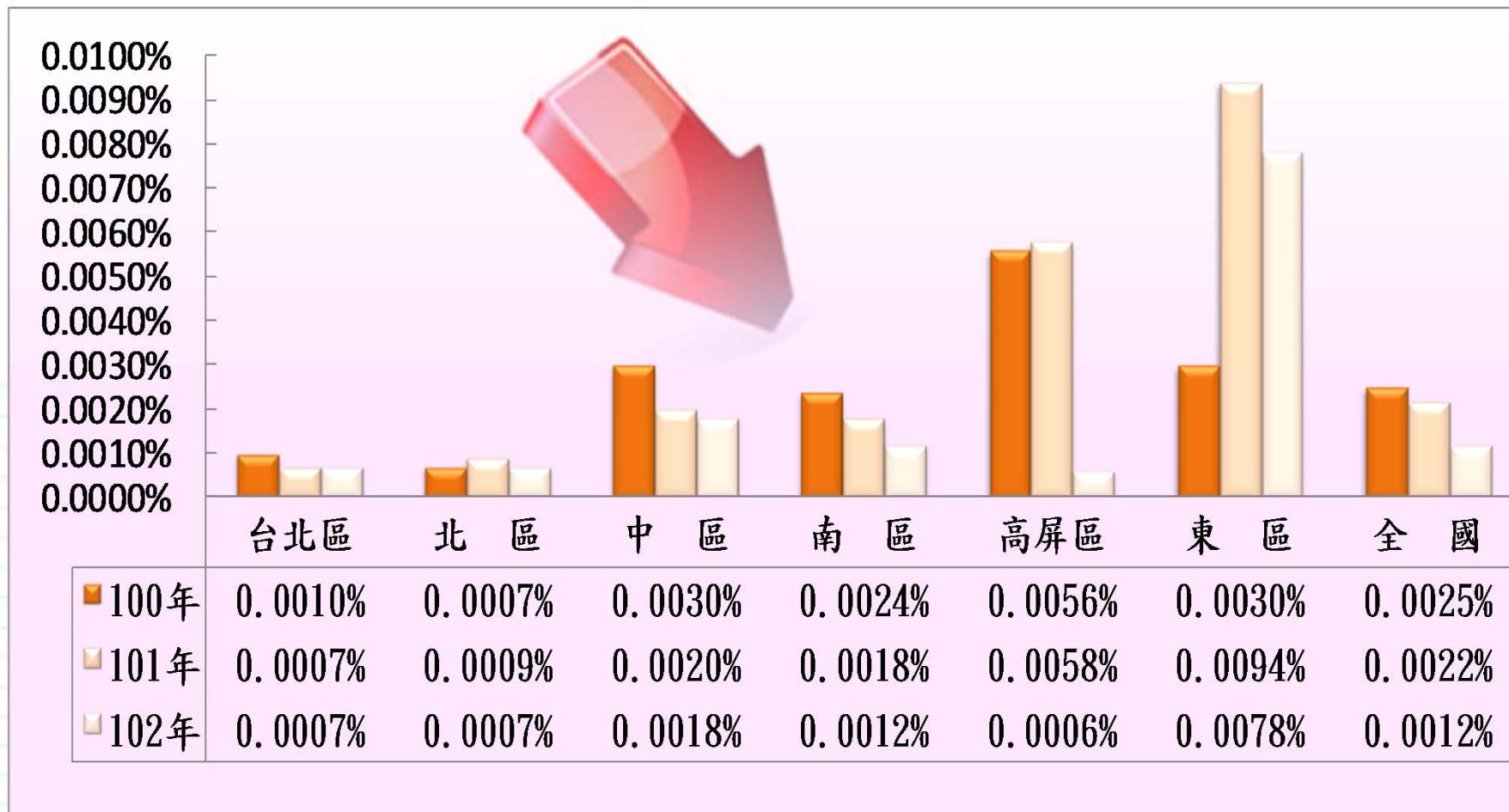




醫療利用及費用管控情形

■ 醫療費用統計及費用管控指標：

(4) 申報診察費次數大於6次以上占率

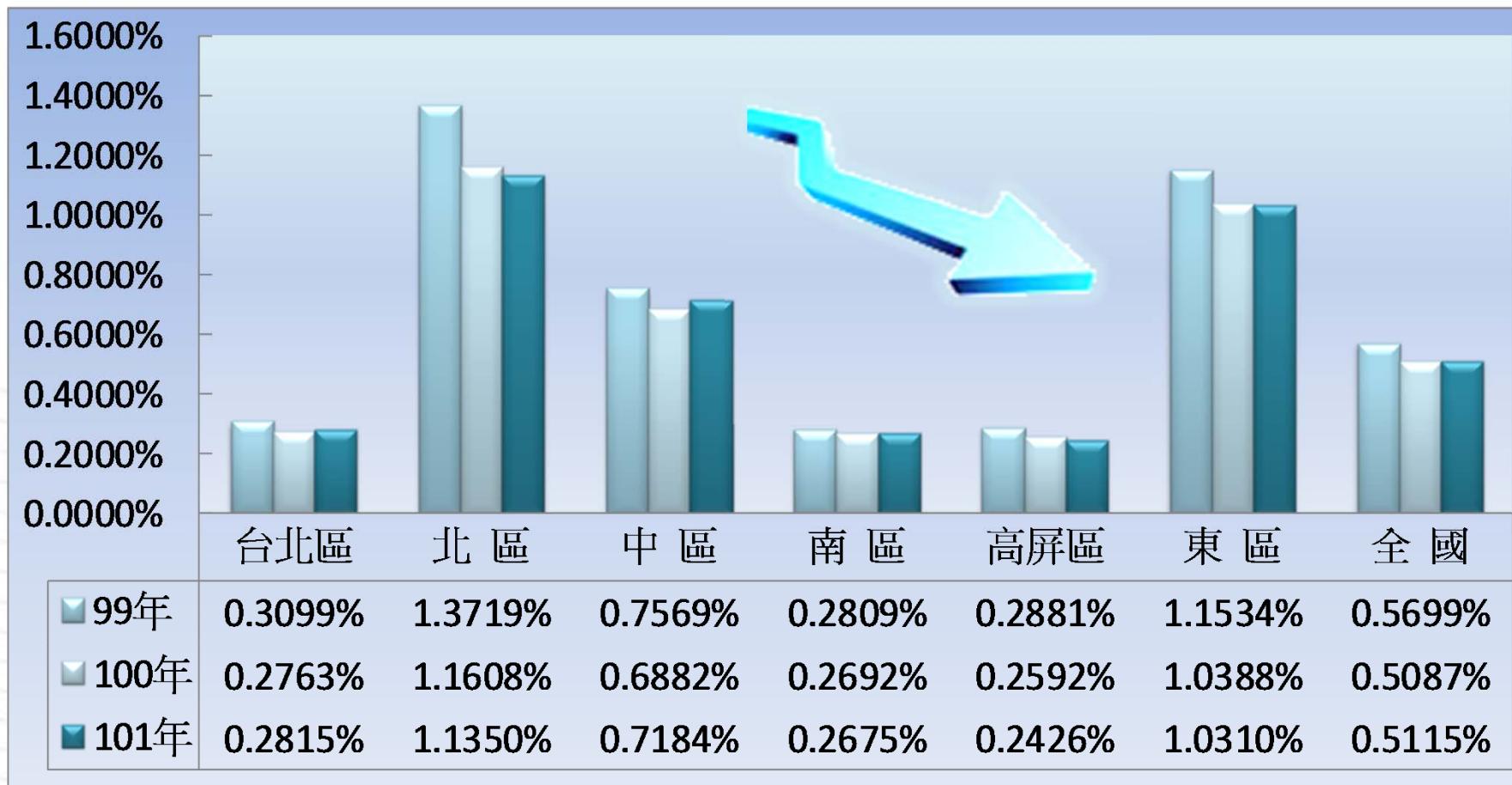




醫療利用及費用管控情形

■ 醫療費用統計及費用管控指標：

(5)療程14日內未完成重新申請診察費率

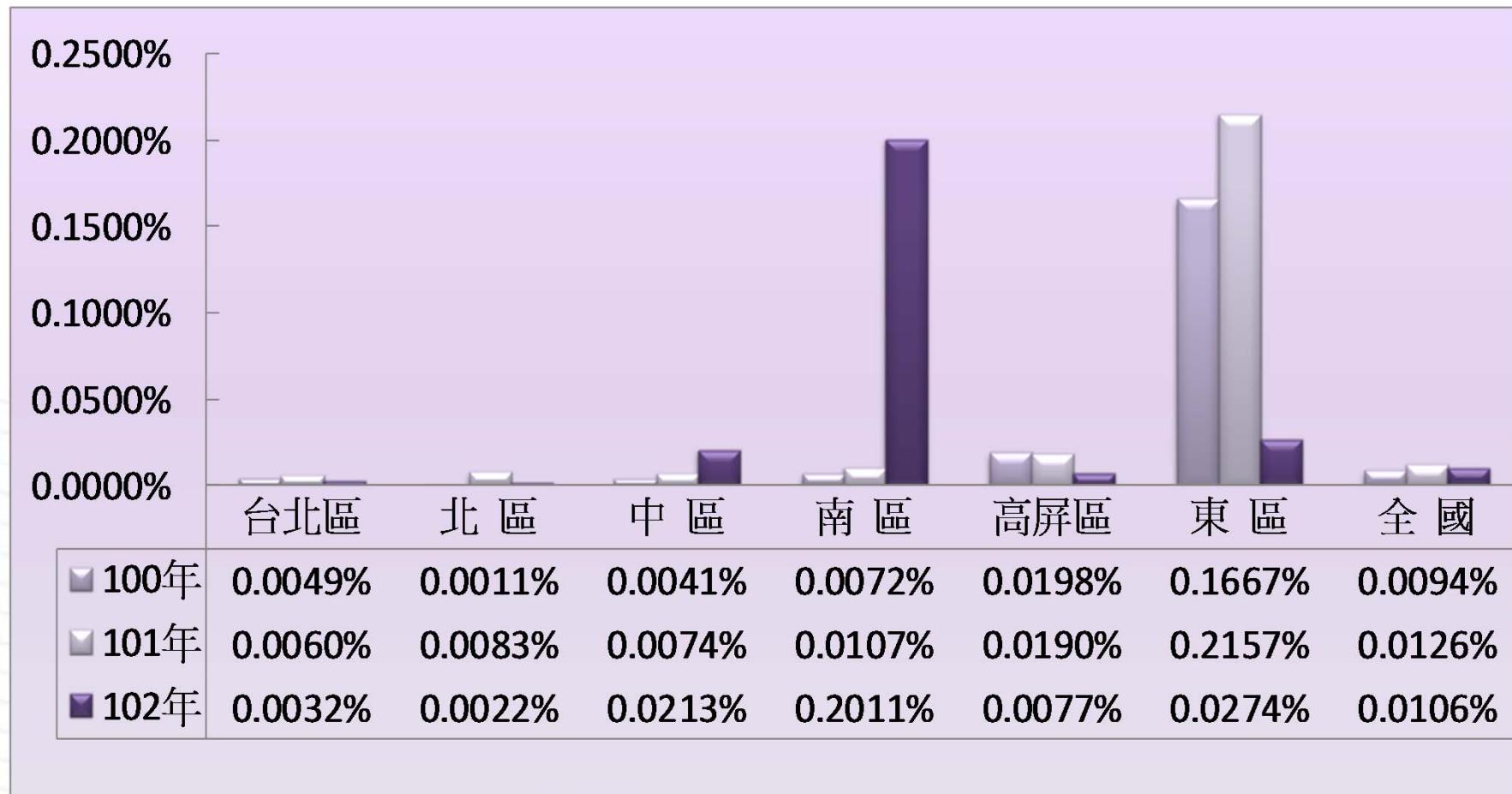




醫療利用及費用管控情形

■ 醫療費用統計及費用管控指標：

(6)針傷科處置每月大於15次占率





各區各季中醫門診總額平均點值(101年至102年)

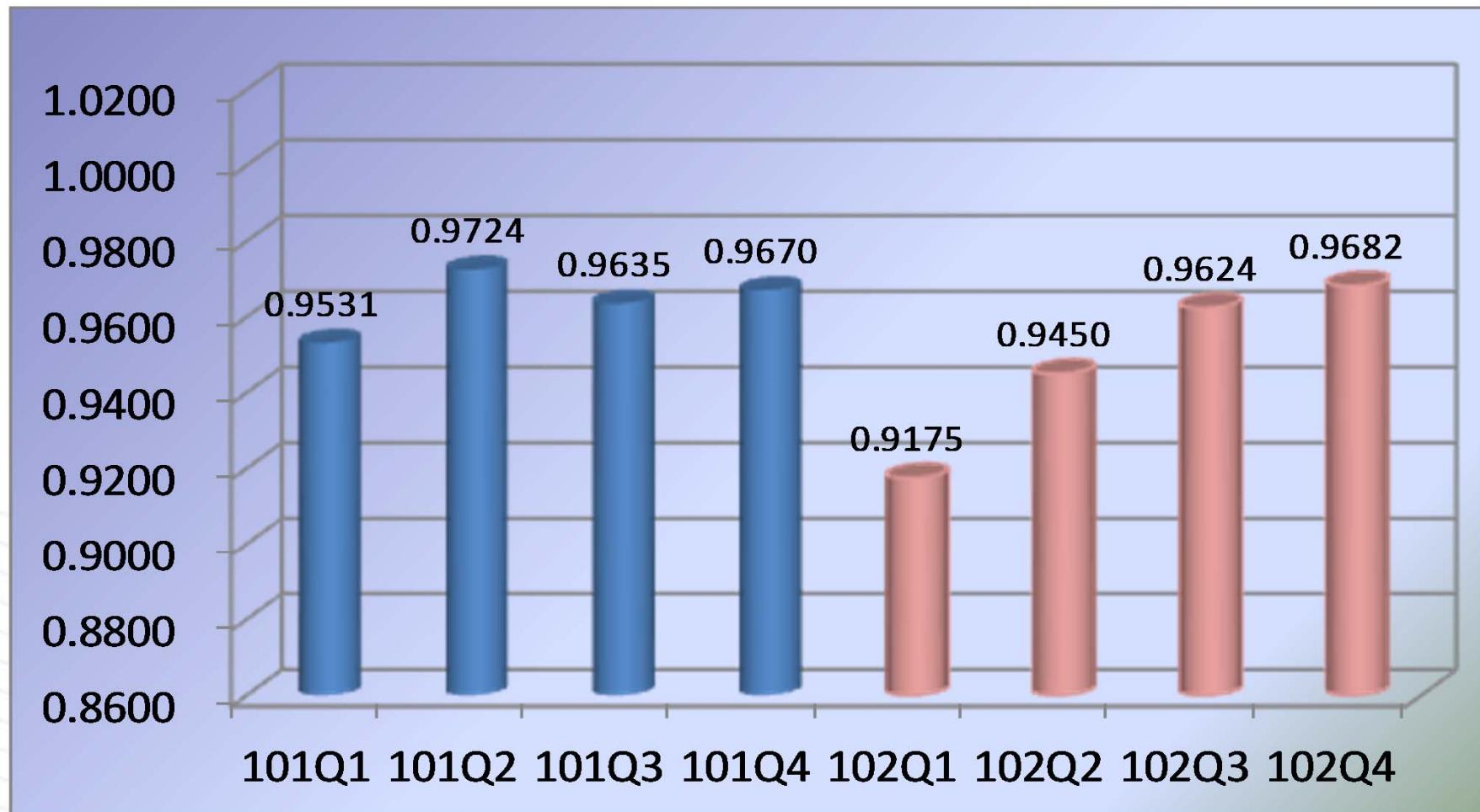
季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
101Q1	0.9163	0.9267	0.8800	0.9470	0.9796	1.2571	0.9274
101Q2	0.9418	0.9657	0.9143	0.9839	0.9995	1.3205	0.9579
101Q3	0.9163	0.9267	0.8800	0.9470	0.9796	1.2571	0.9274
101Q4	0.9547	0.9625	0.9448	0.9851	0.9800	1.2000	0.9670
102Q1	0.8686	0.8493	0.8290	0.9187	0.8941	1.3143	0.8735
102Q2	0.9077	0.9127	0.8778	0.9426	0.9425	1.3080	0.9167
102Q3	0.9316	0.9440	0.9115	0.9552	0.9734	1.3075	0.9432
102Q4	0.9271	0.9506	0.9209	0.9940	0.9790	1.3075	0.9517

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

資料日期：103年5月31日



各季中醫門診總額平均點值(101年至102年)



資料來源：衛生福利部中央健康保險署

資料日期：103年5月31日



各區各季中醫門診總額浮動點值(101年至102年)

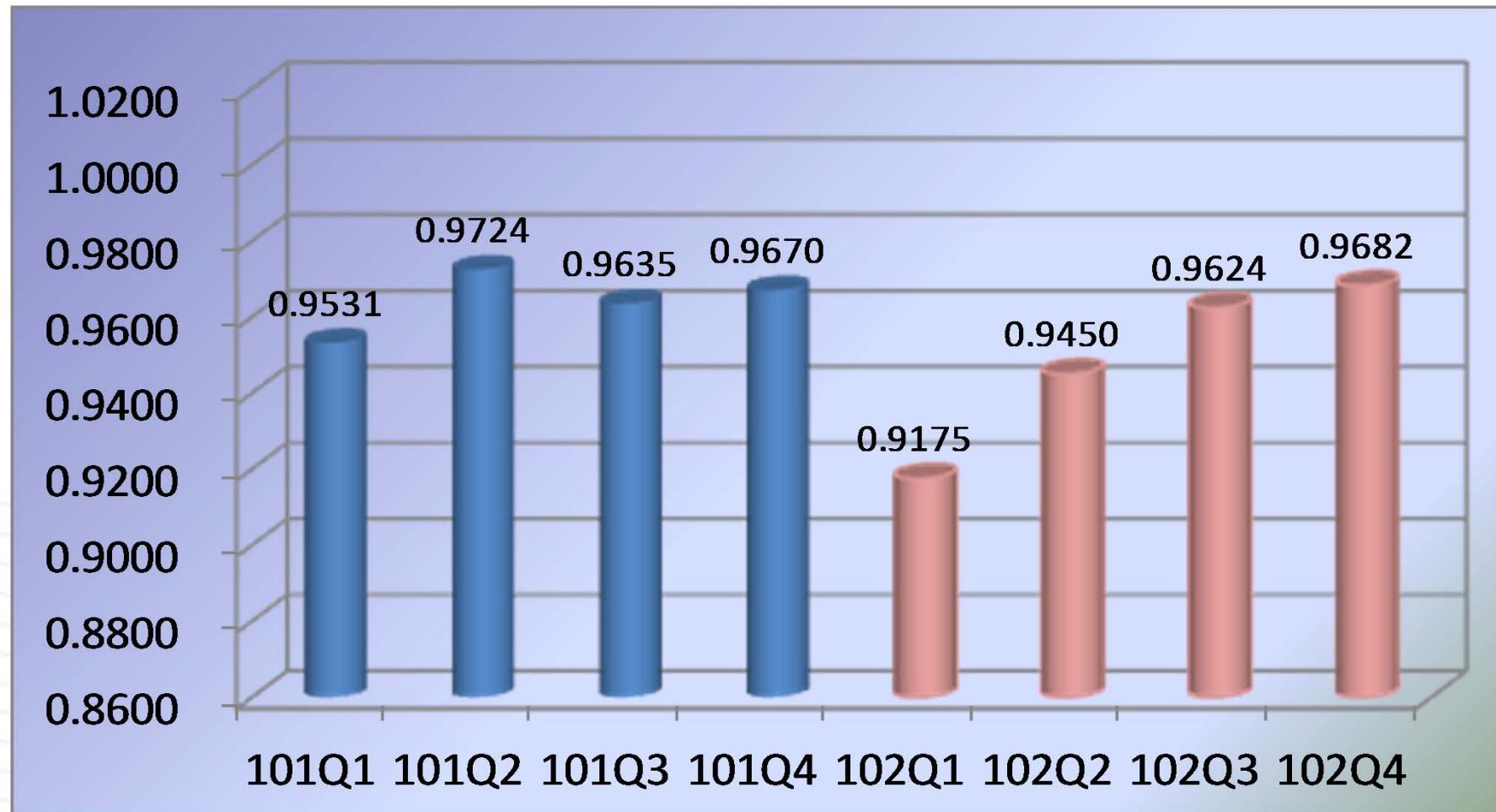
季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
101Q1	0.9442	0.9535	0.9206	0.9675	0.9872	1.1586	0.9531
101Q2	0.9607	0.9780	0.9424	0.9900	0.9997	1.2016	0.9724
101Q3	0.9591	0.9757	0.9350	0.9671	0.9822	1.2000	0.9635
101Q4	0.9547	0.9625	0.9448	0.9851	0.9800	1.2000	0.9670
102Q1	0.9119	0.9042	0.8854	0.9495	0.9333	1.2000	0.9175
102Q2	0.9374	0.9437	0.9168	0.9640	0.9634	1.2000	0.9450
102Q3	0.9534	0.9637	0.9396	0.9718	0.9831	1.2000	0.9624
102Q4	0.9506	0.9682	0.9465	0.9963	0.9866	1.2000	0.9682

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

資料日期：103年5月31日



各季中醫門診總額浮動點值(101年至102年)

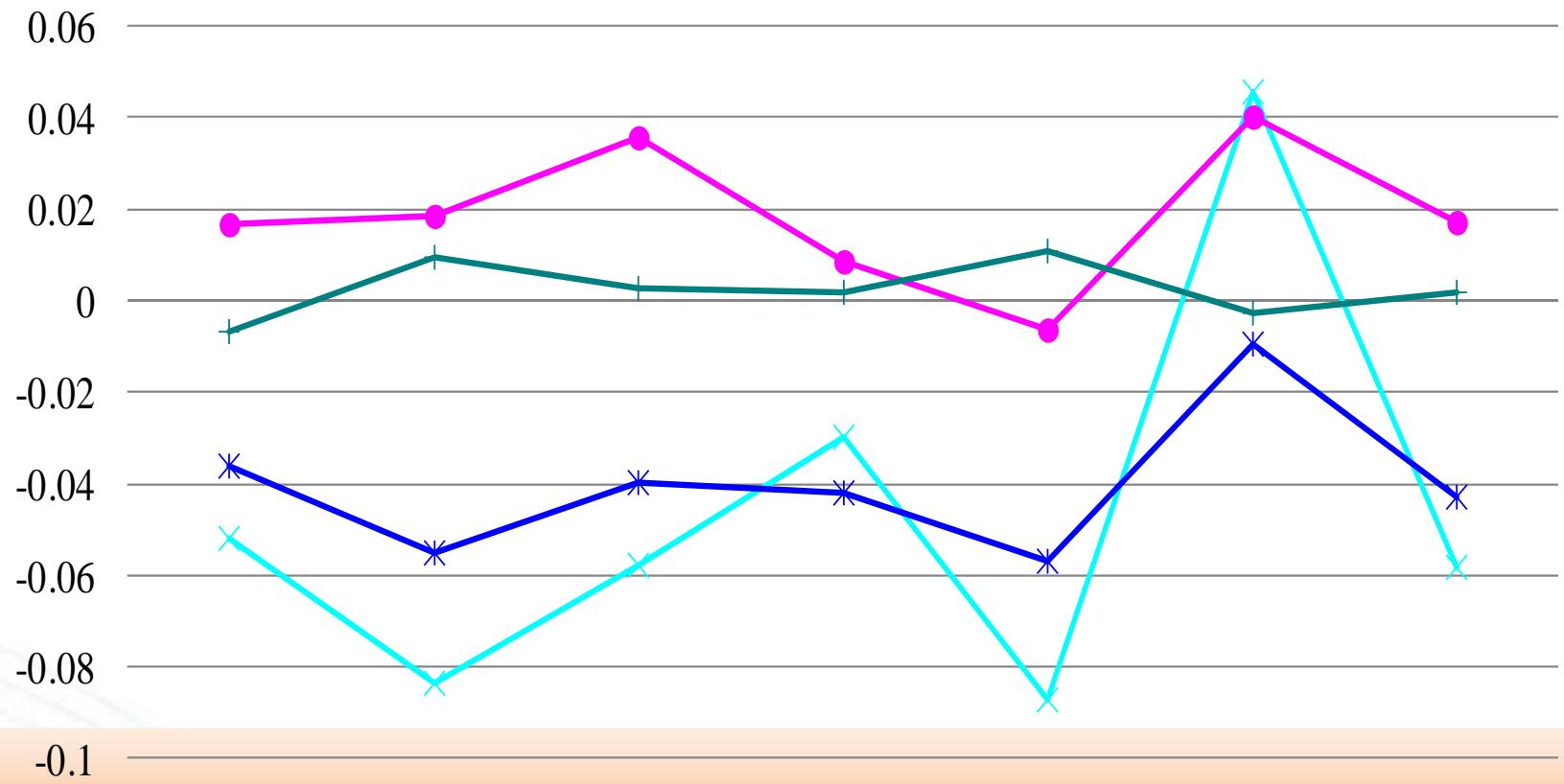


資料來源：衛生福利部中央健康保險署

資料日期：103年5月31日

醫療利用及費用管控情形

■ 醫療利用率：各區每點支付金額改變率



	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
102Q1	-0.0520	-0.0835	-0.0579	-0.0299	-0.0872	0.0455	-0.0581
102Q2	-0.0362	-0.0549	-0.0399	-0.0420	-0.0571	-0.0095	-0.0431
102Q3	0.0166	0.0187	0.0358	0.0086	-0.0064	0.0402	0.0171
102Q4	-0.0066	0.0093	0.0027	0.0019	0.0108	-0.0029	0.0017



支付標準調整

- 自102年3月1日起，「全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」與「全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」自一百零二年起導入一般服務項目，為明確規範給付條件及支付方式，爰新增第九章特定疾病門診加強照護(新增第四部第九章)。
- 支付代碼：C01、C02、C03、C04，每項支付點數1,400或1,500。



支付標準調整

102年第九章特定疾病門診加強照護申報統計

點數單位：千

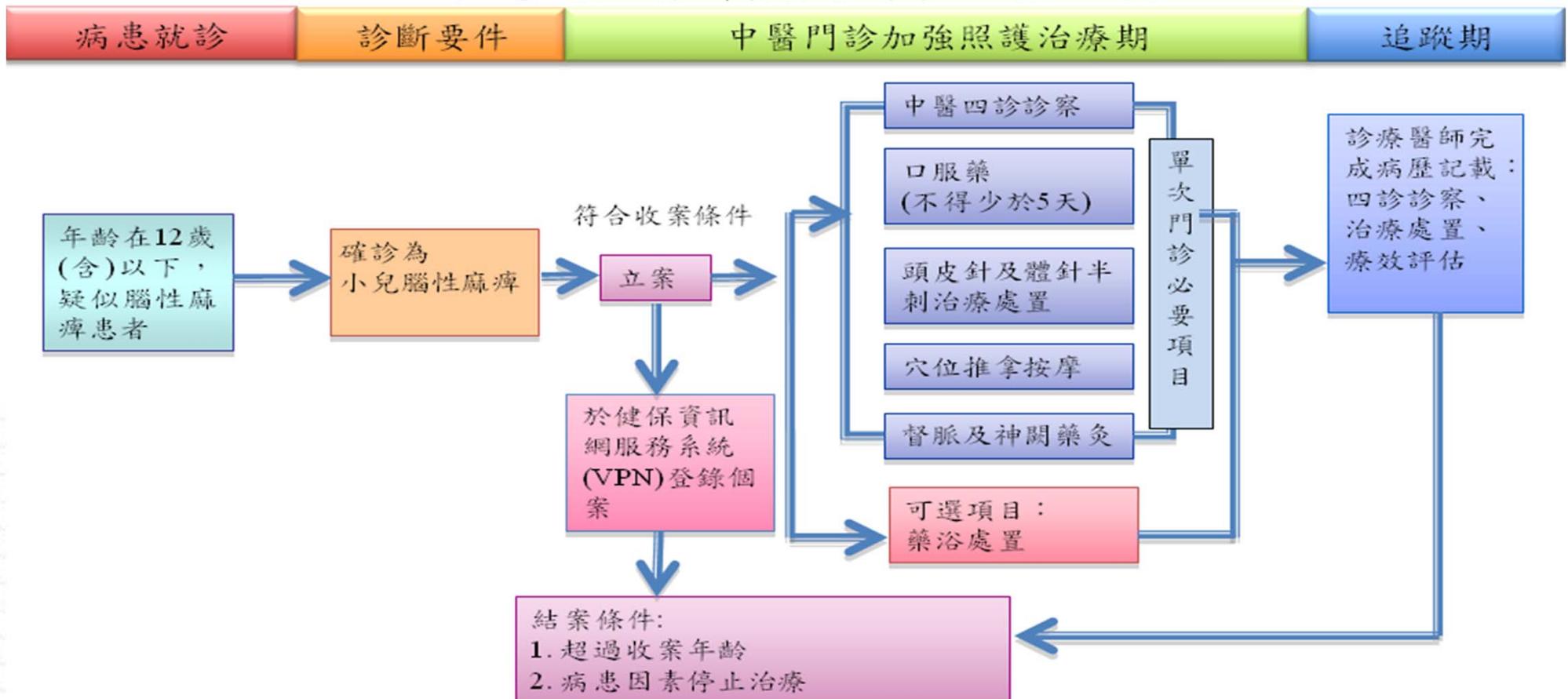
項目	台北區	北 区	中 區	南 區	高屏區	東 區	全 國
申報人次	2,520	1,618	648	1,742	355	89	6,972
申報人數	141	136	48	118	35	7	485
申報總點數	3,708	2,382	923	2,495	507	131	10,145

資料來源：中央健康保險署門診醫令明細統計檔 資料日期：103年5月31日



支付標準調整

中醫特定疾病門診加強照護 小兒腦性麻痺疾病門診加強照護



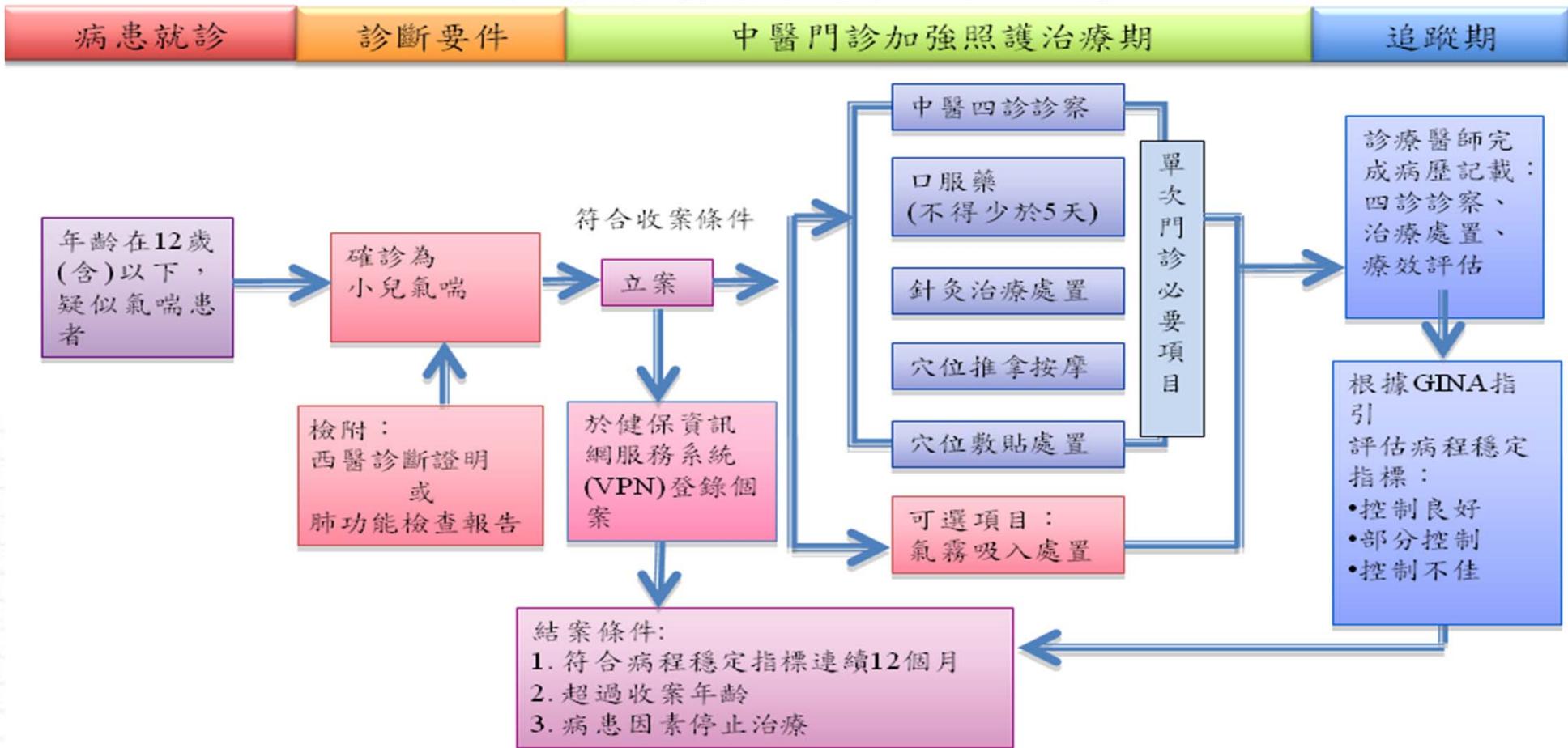
※醫師需接受中醫全聯會8小時「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」課程訓練

※每位醫師每月申報上限為300人次



支付標準調整

中醫特定疾病門診加強照護 小兒氣喘疾病門診加強照護



※醫師需接受中醫全聯會8小時「小兒氣喘疾病門診加強照護」課程訓練

※每位醫師每月申報上限為300人次



支付標準調整

附表4.9.2

根據Global Initiative for Asthma (GINA) 2011年的最新指引(如下表)，每次回診須紀錄於病歷上申報，治療**穩定達控制良好**(Controlled)者或**連續十二個月以上未再發作者**，轉入中醫一般門診：

病童情形	日間症狀	活動受限程度	夜間症狀/睡眠中斷	Rescue or reliever 藥物使用	肺功能(PEF or FEV1)	急性發作
控制良好 Controlled (右列項目須全數達到)	每星期兩次或以下	無	無	每星期兩次或以下	正常	無
部分控制Partly controlled (任一星期中有任何一項出現)	每星期大於兩次	有	有	每星期大於兩次	小於預測值或個人最佳值的80%	每年一次或以上
控制不佳 Uncontrolled	任一星期中發生上列部分控制欄中五項的任三項或以上			任一星期發生一次或以上		



支付標準調整—

中醫另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限

修訂通則六：中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)上限為二
四十五人次，超出三四十五人次部分者五折支付。

中醫另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限調整前後申報點數變化情形

季別	台北區	北 區	中 區	南 區	高屏區	東 區	全 國
102Q1	22,472,950	5,712,180	15,157,940	7,822,320	15,358,880	2,777,780	22,472,950
102Q2	25,273,760	6,064,100	16,307,780	8,845,580	16,647,640	3,187,660	25,273,760
102Q3	26,212,500	6,054,980	16,938,390	8,935,200	17,092,800	3,332,140	26,212,500
102Q4	28,473,810	6,697,560	19,199,060	10,090,000	19,396,440	3,614,900	28,473,810

資料來源：中央健康保險署門診醫令明細統計檔 資料日期：102年5月30日



支付標準調整--對財務影響評估

■ 中醫另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限調升後，對於申報件數由申報第3季數值看來，並無增加情況，整體申報點數呈現上升趨勢，未來將持續追蹤申報件數跟申報點數之相關性。



專業審查及其他管理措施(一)

- I. 訂定審查醫事人員遴選辦法及管理要點
- II. 辦理相關繼續教育課程，加強專業審查之一致性
- III. 訂定全民健康保險中醫門診醫療服務審查醫藥專家遴聘原則與管理作業要點
- IV. 訂定中醫專業審查分案原則
- V. 訂定全民健康保險中醫醫療費用審查注意事項
- VI. 訂定專案審查審畢案件抽審作業要點



專業審查及其他管理措施(二)

- 訂定中醫門診醫療服務審查品質提升與監測方案
- 訂定審查醫師審查模式異於常規統計項目
 1. 核減率最低者、最高者異於平均值3倍以上者且經資深醫師及召集人複閱有明顯異常者。
 2. 該醫師核減件數占總審查件數之占率過於明顯異常者平均值3倍以上者且經資深醫師及召集人複閱有明顯異常者。
 3. 核減補付率達40%者屬需監測者(99.07.04 中保會第64次委員會議修訂)。
 4. 無故不出席審查會議，不認同共同決議，自我行事者。
 5. 審查案件次數低於平均值50%且審查案件數低於平均值50%者。畢案件抽審作業要點。



專業審查及其他管理措施(三)

建立全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標

- ◆ 中醫同一院所同一患者同月看診次數過高
- ◆ 中醫用藥日數重覆率過高
- ◆ 中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高
- ◆ 中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費次數大於1200人次以上
- ◆ 推動電腦自動化審查規則



專業審查及其他管理措施(四)

- 徵求「中醫總額一般部門及專款項目研究計畫」
- 辦理「建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫」研究計畫
- 印製「中醫院所感染控制&針灸標準作業程序手冊」提升中醫醫療院所醫療服務品質



院所違規家數及其違規情節

■ 特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計(101年及102年)

類型別	101年		102年	
	家次	點數	家次	點數
未依處方箋或病歷記載提供醫療服務	14	193,436	17	136,532
未經醫師診斷逕行提供醫療服務	17	115,006	15	87,245
處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符	0	0	0	0
未記載病歷，申報醫療費用	0	0	1	385
收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用	0	0	1	70,286
登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品	2	17,900	2	98,820
未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	8	54,822	4	358,133
其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用	6	237,876	5	138,495
保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停止特約，經執行 完畢後二年內再有前條規定情事之一	0	0	0	0
以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其情節 重大	1	124,070	4	465,486
特約醫院及診所容留未具醫師資格之人員為保險對象診療或處方	0	0	0	0
其他	11	388,245	3	388,450
合計	59	1,131,355	53	1,744,217

資料來源：衛生福利部中央健康保險署 資料日期：103年5月31日



院所違規家數及其違規情節

■ 102年特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計表

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
總額舉發		0	0	0	0
中醫總額					
	非總額舉發	224,162	1,131,605	388,450	174,4217

- 註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與衛生福利部中央健康保險署主動查核項目；總額舉發為總額受託單位舉發。
- 2.扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。
- 3.罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。
- 4.其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數(如：院所坦承、雙方協商等可追扣之金額)。



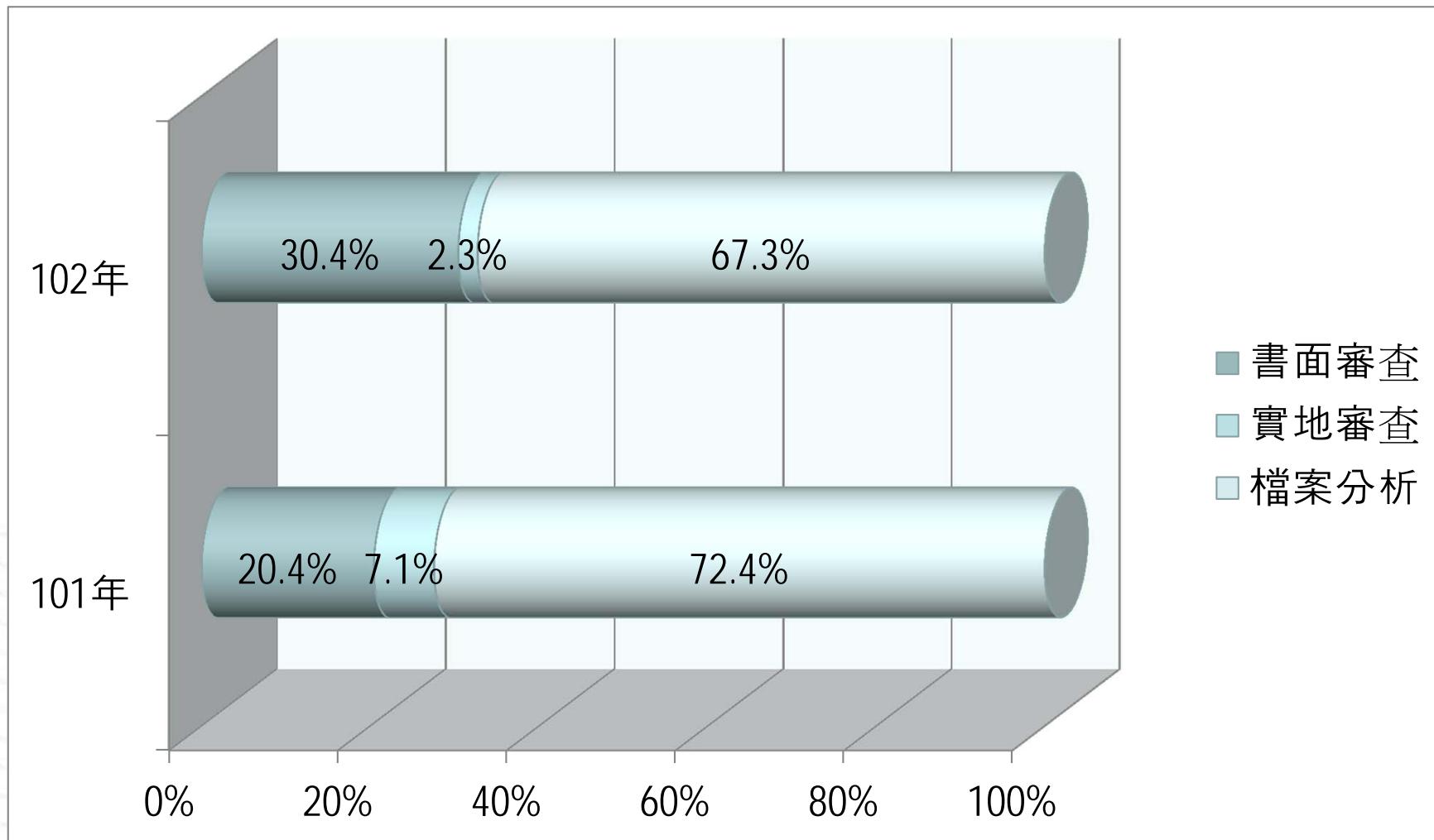
醫療機構輔導(一)

	輔導案源			輔導方式				輔導結果追蹤		
	書面 審查	實地 審查	檔案 分析	書面 輔導	面談 輔導	電話 輔導	實地 輔導	移送 查核	加強 審查	改善 結案
101 年	20	7	71	54	22	11	11	0	14	84
102 年	80	6	177	108	76	24	45	0	72	188



醫療機構輔導(二)

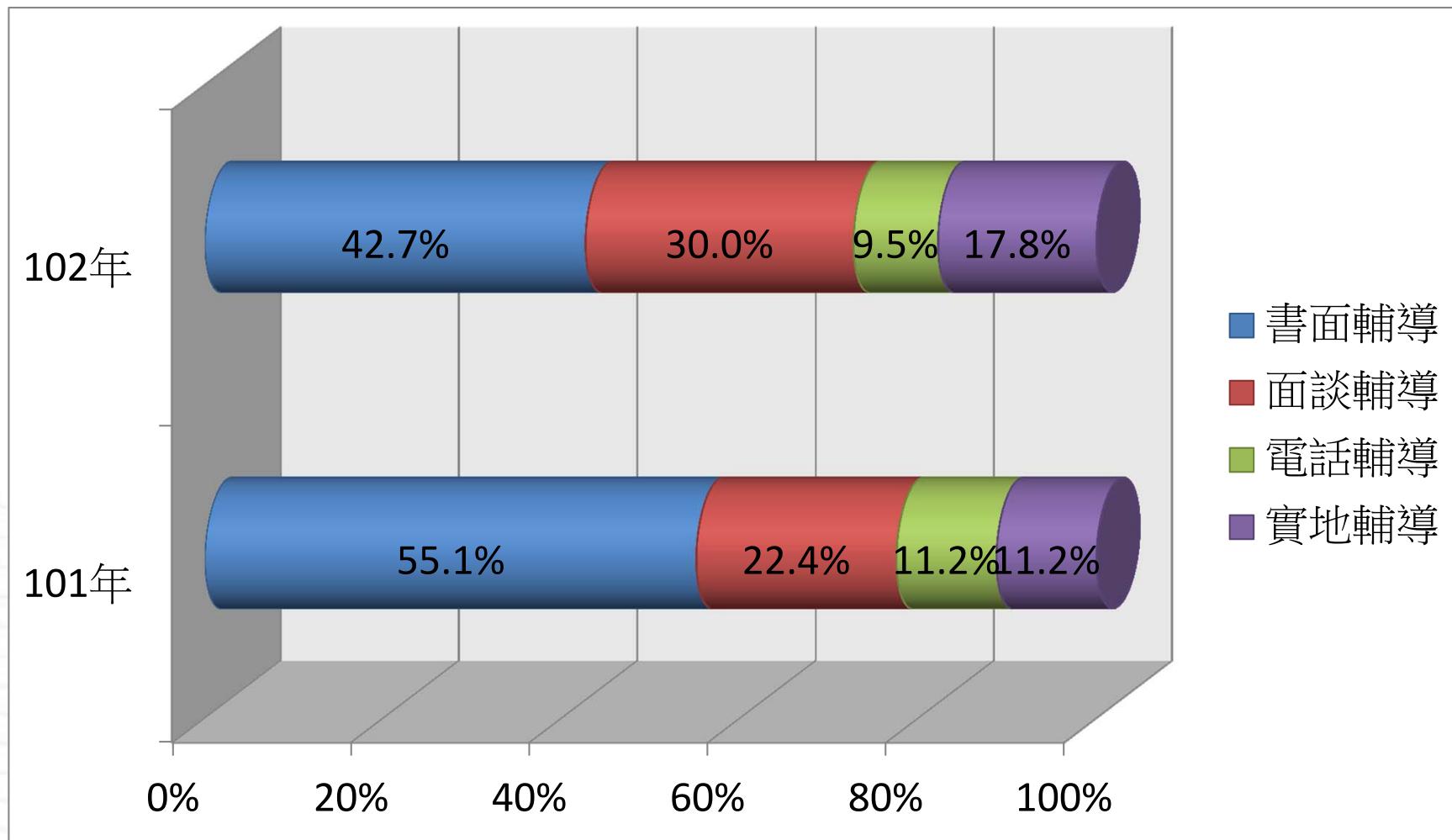
案件來源(101年及102年)





醫療機構輔導(三)

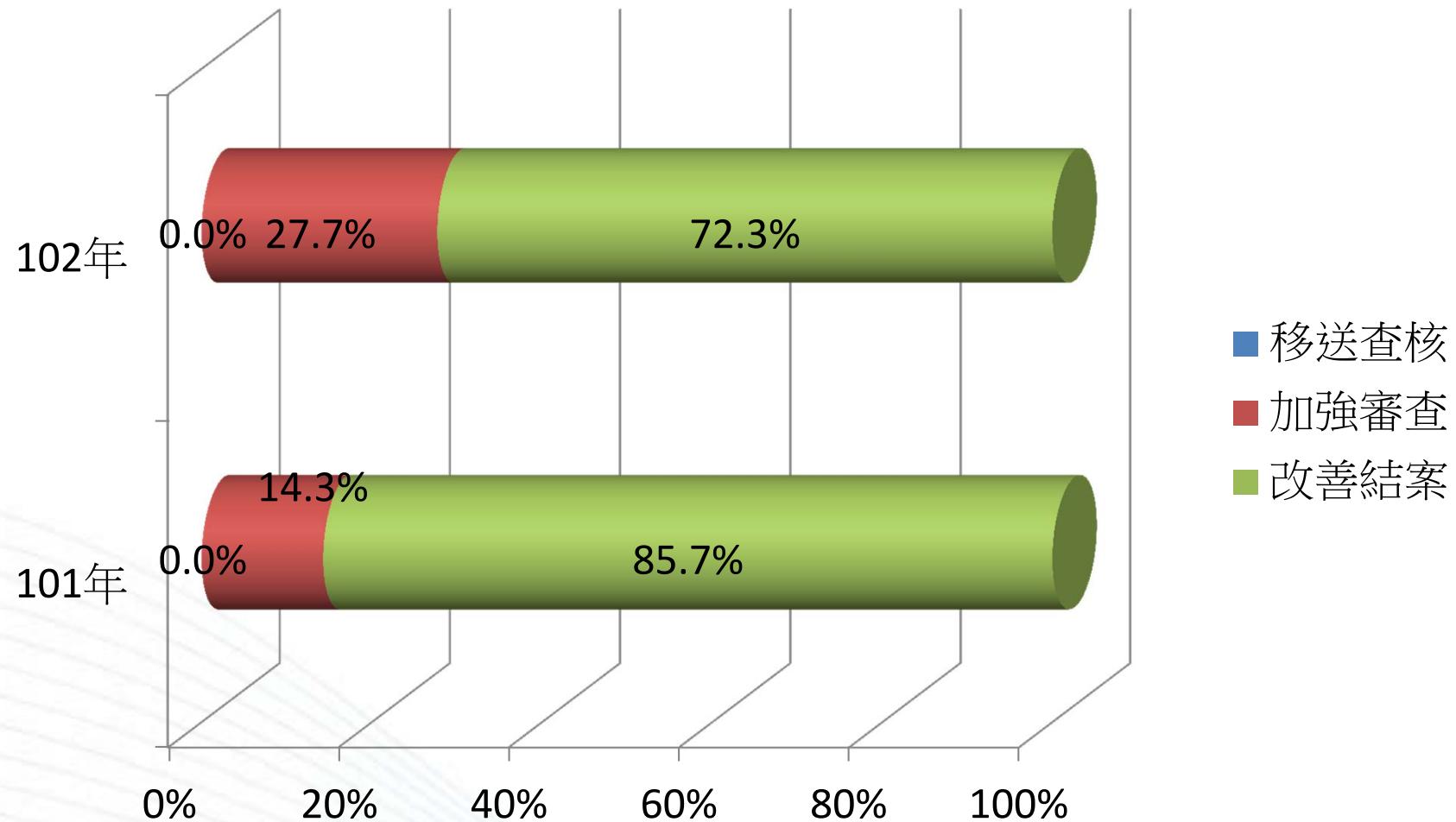
輔導方式(101年及102年)





醫療機構輔導(四)

輔導結果追蹤(101年及102年)





肆、品質保證保留款實施方案

- 預算及協定事項
- 分配原則(以102年為例)
- 歷年分配情形
- 101年分配情形
- 未來改善方向



102年預算及協定事項

■ 預算來源

- 依費協會第186次會議決議，全數用於鼓勵提升醫療品質，並累計最近兩年有該保留款成長率的額度102年度全年經費為19.94百萬元。



102年預算及協定事項

■ 協定事項

- 金額累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- 方案請於101年11月底前完成相關程序，並於102年6月底前提送前一年度執行成果。
- 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於102 年6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並發展結果面指標。



102年分配原則

- 各分區品質保證保留款預算分配：102年全年各分區一般服務預算總額占率分配。
- 分配以各型分類：
 - 不核付院所
 - 加計院所
 - 減計院所



102年分配原則

■ 不核付院所：

- 102年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
- 核減率超過該區95百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。
- 健保違規情事並經處分之院所。
- 未符合感染控制指標院所。
- 未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。



102年分配原則

■ 核算基礎加計原則：

- 102年度無健保特約中醫所所之鄉鎮地區新開業院所(加計100%)。
- 從事教學研究且績效卓著之教學醫院(加計10%)。
- 醫療機構當年度於週日看診超過30天以上(加計10%)。



102年分配原則

■ 核算基礎減計原則：

- 未符規定之繼續教育點數(每年24點) 計算未修滿上述規定點數之專任中醫師占率，以占率作為減計核算基礎
- 「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過90百分位(減計10%) 。
- 同日重複就診率超過90百分位者(減計10%)
- 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過90百分位者(減計10%)



歷年實施結果

費用單位：千

	91年	92年	93年	94年	95年	98年	99年	100年	101年
預算數	51,110	56,177	68,957	70,567	51,702	18,635	9,609	19,334	39,284
總院所數	2,460	2,546	2,604	2,679	2,820	3,052	3,317	3,356	3,449
符合核發院所數	1,899	1,954	1,275	1,754	2,242	2,418	2,539	2,663	2,642
符合核發院所數佔率	77.20%	76.75%	48.96%	65.47%	79.50%	79.23%	76.55%	79.35%	78.52%
實際核發數	51,110	56,177	68,957	70,567	51,702	18,635	9,609	19,334	39,284

註：1.因每家院所計算核發金額採四捨五入方式，因此品質保證保留款「預算」與「實際核發金額」會有落差。

2.96年、97年無品質保證保留款。

資料來源：中央健康保險署 資料日期：102年12月2日



101年實施結果

分區	各分區 預算數	符合分配 之院所家數	不符合分配 之院所家數	核發品質保證 保留款之金額
台北	11,363,687	725	251	11,363,680
北區	4,742,084	328	72	4,742,088
中區	10,274,286	804	179	10,274,277
南區	5,673,930	398	68	5,673,934
高屏	6,358,095	341	129	6,358,096
東區	872,109	46	11	872,111
總計	39,284,191	2,642	713	39,284,186

註：因每家院所計算核發金額採四捨五入方式，因此品質保證保留款「預算」與「實際核發金額」會有落差。
(102年資料計算中)

資料來源：中央健康保險署 資料日期：102年12月2日

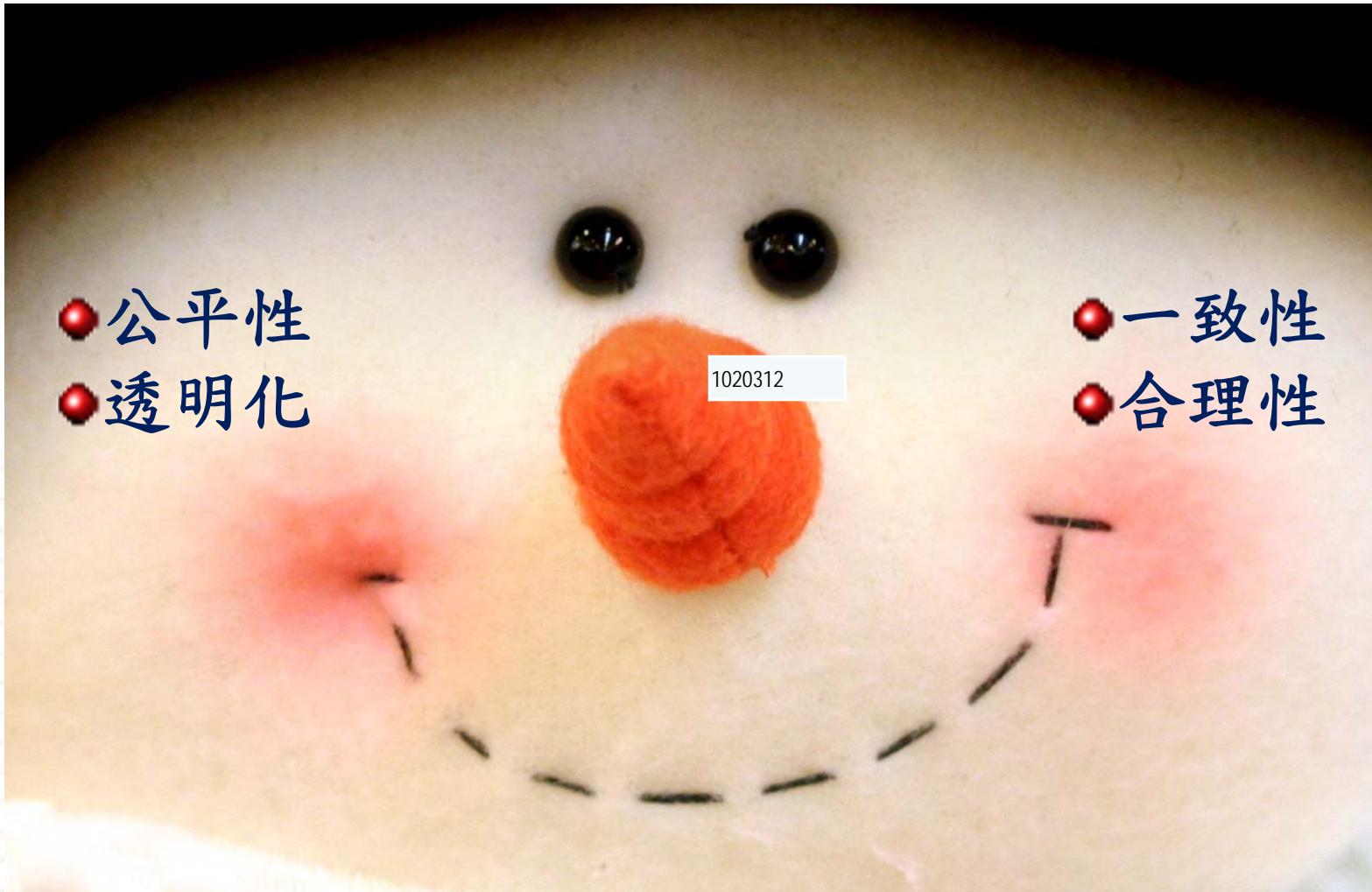


未來改善方向

- 「品質保證保留款」核算基礎配合中央健保署「品質指標資訊公開」，進行修訂，以實質鼓勵真正品質優良之的中醫診所，並於每年年底檢討各項核算基礎的適用性。
- 103年度為鼓勵中醫師假日看診，於核算基礎加計原則中，新增中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過30天以上者，依核算基礎加計10%；超過45天以上者，依核算基礎加計20%。
- 將加強專業醫療品質指標之研議，並公開徵求，以落實中醫門診總額品質確保之意涵。



微笑曲線



●核減率

中華民國中醫師公會全國聯合會

感謝聆聽



愛在偏鄉迴盪~

中醫醫療資源不足地區改善方案成果報告

詹永兆 醫師

中華民國中醫師公會全國聯合會常務理事

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案召集人

前言

中醫巡迴醫療服務計劃於92年5月正式開辦執行
至今邁入第12年～

- 大幅提高醫療不足地區民眾之就醫可近性
- 中醫醫療資源之均衡分佈
- 提高行動不便老者之就醫方便性
- 促進醫師均衡分佈 減少無醫鄉

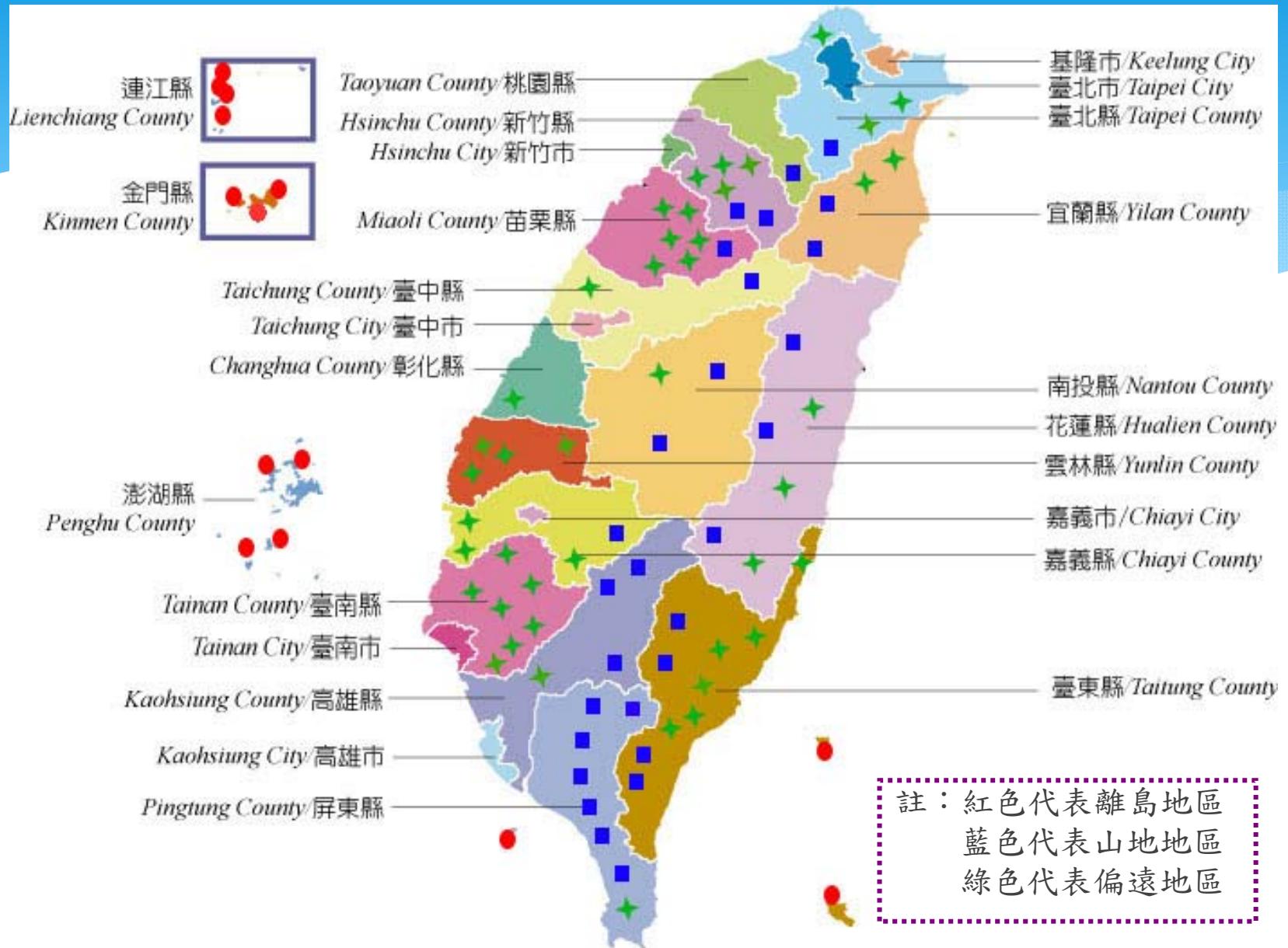
中醫醫缺方案大事紀

- 91.07.14 中醫全聯會中保會第18次委員會議通過，研議相關方案，鼓勵中醫師至無中醫鄉鎮服務
- 91.12.22 中醫全聯會中保會第21次委員會議，通過「92年度無中醫鄉巡迴醫療計畫」
- 92.01.20 函文公開徵求有意承辦計畫之院所，依條文草案規定，向中醫全聯會提出計畫申請
- 92.05.09 健保局醫字第0920023186號函公告「92年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫」

計畫名稱演進

- 92-94年為「中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫」專案費用包括論次及論量費用
- 95年之後更名為「資源缺乏地區改善方案」，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務或開業計畫
- 100-101年擴大辦理
 - (1)無中醫鄉巡迴醫療服務計畫
 - (2)開業計畫
 - (3)鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐之診察費加成(新增)
- 100年將原列專款項目之「論量計酬費用」移至一般服務項下，專款項目預算編列74.4百萬
- 102年取消偏遠地區中醫師長期進駐之診察費加成

102年巡迴計畫辦理鄉鎮標示圖



離島執行鄉鎮

- 金門縣：金沙鎮、烈嶼鄉
- 連江縣：南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
- 澎湖縣：白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
- 台東縣：綠島鄉、蘭嶼鄉
- 屏東縣：琉球鄉

山地執行鄉鎮

- 花蓮縣：秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
- 台東縣：金峰鄉、達仁鄉、海端鄉、延平鄉
- 屏東縣：三地門鄉、霧台鄉、泰武鄉、來義鄉、
春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
- 高雄縣：茂林區、桃源區、那瑪夏區
- 嘉義縣：阿里山鄉
- 南投縣：信義鄉、仁愛鄉
- 台中市：和平區
- 苗栗縣：泰安鄉
- 新竹縣：尖石鄉、五峰鄉
- 桃園縣：復興鄉
- 新北市：烏來區
- 宜蘭縣：大同鄉、南澳鄉

中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

歷年計畫預算數、結算數、達成率統計-1

	預算數	結算數	達成率
92年	59	40.93	69.37%
93年	92	102	110.87%
94年	75	105.97	141.29%
95年	75	62.17	82.89%
96年	75	68.91	91.88%
97年	75	66.72	88.96%
98年	90	85.96	95.51%
99年	90	98.51	109.46%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署中醫門診總額點值結算資料

資料日期：103年2月20日

單位：百萬元

註：超過預算數的部分是由一般部門調撥經費補足

中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

歷年計畫預算數、結算數、達成率統計-2

年度	預算數	一般(論量)	專款	一般+專款 合計數
100年	- 74,400,000	82,029,920	巡迴加成： 3,495,969 偏遠加成： 18,712,895 論次： 36,832,520	141,071,304
101年	- 74,400,000	84,147,479	巡迴加成： 3,944,541 偏遠加成： 18,239,904 論次： 45,060,700	151,392,624
102年	- 74,400,000	96,725,402	巡迴加成： 4,762,365 開業獎勵： 12,027,262 論次： 48,711,500	162,226,529

中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

歷年辦理計畫之「鄉鎮數」統計-1

年度	偏遠地區	山地地區	離島地區	合計
92年	10	24	3	37
93年	29	25	9	63
94年	28	22	10	60
95年	6	28	14	48
96年	6	27	14	47
97年	13	26	12	51

資料來源：本會通過辦理院所名冊

資料日期：103年2月20日

中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

歷年辦理計畫之「鄉鎮數」統計-2

年度	偏遠地區	山地地區	離島地區	合計
98年	18	27	13	58
99年	23	25	13	61
100年	25	26	13	64
101年	33	27	15	75
102年	43	27	14	84

資料來源：本會通過辦理院所名冊

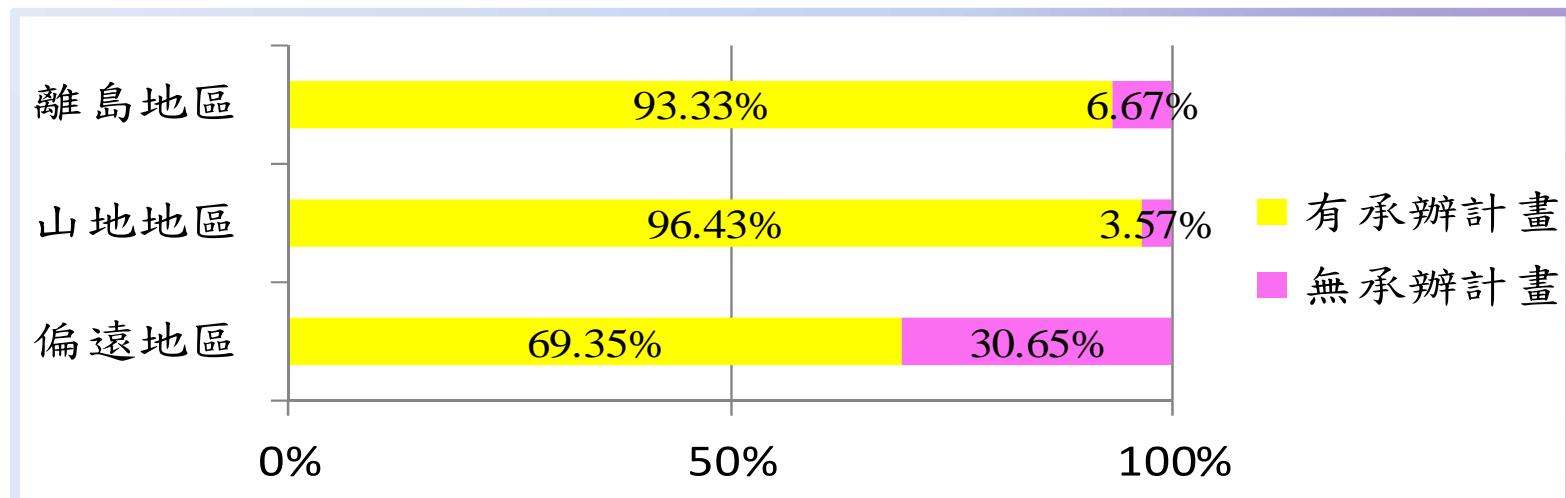
資料日期：103年2月20日

100年至102年「有」或「無」辦理 巡迴醫療服務計畫(地區別)鄉鎮數

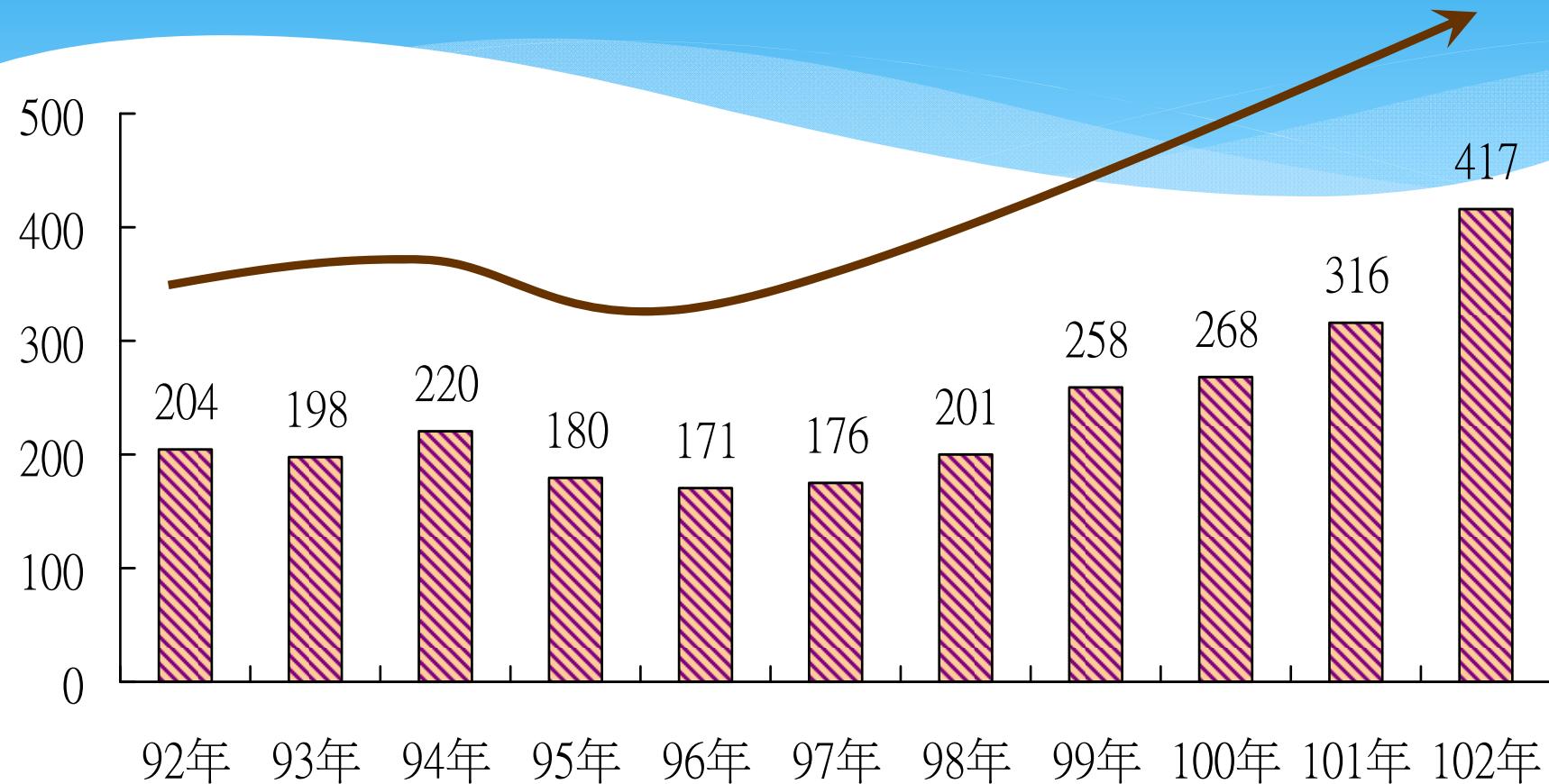
年度	偏遠地區		山地地區		離島地區		鄉鎮數合計	
	無承辦	有承辦	無承辦	有承辦	無承辦	有承辦	無承辦	有承辦
100年	37	25	2	26	2	13	41	64
101年	28	33	1	27	1	15	30	75
102年	19	43	1	27	1	14	21	84

102年度醫療資源缺乏地區--「有」或「無」辦理 巡迴醫療服務計畫地區別鄉鎮佔率

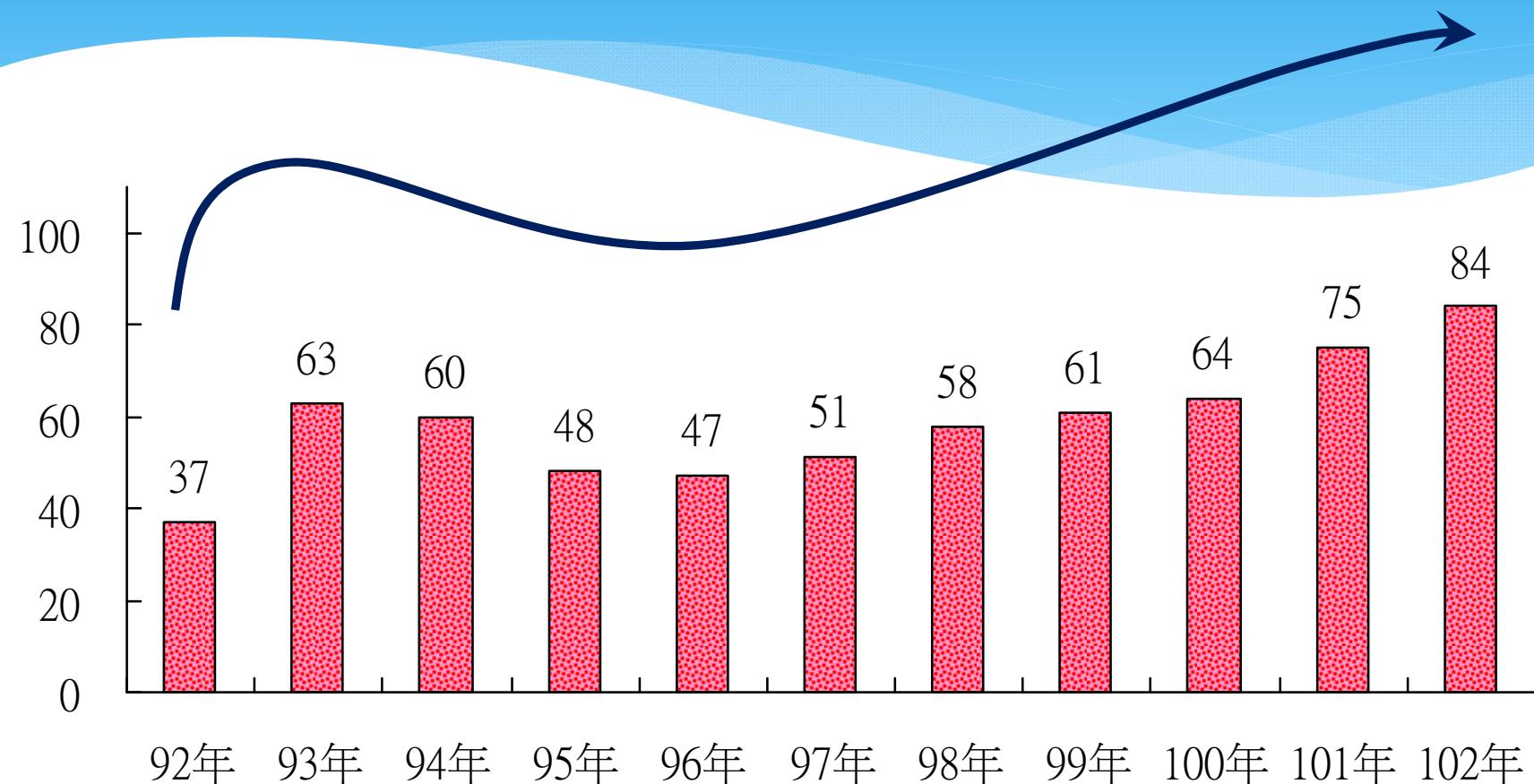
	偏遠地區	山地地區	離島地區	鄉鎮數合計
有承辦計畫	43	27	14	84
無承辦計畫	19	1	1	21



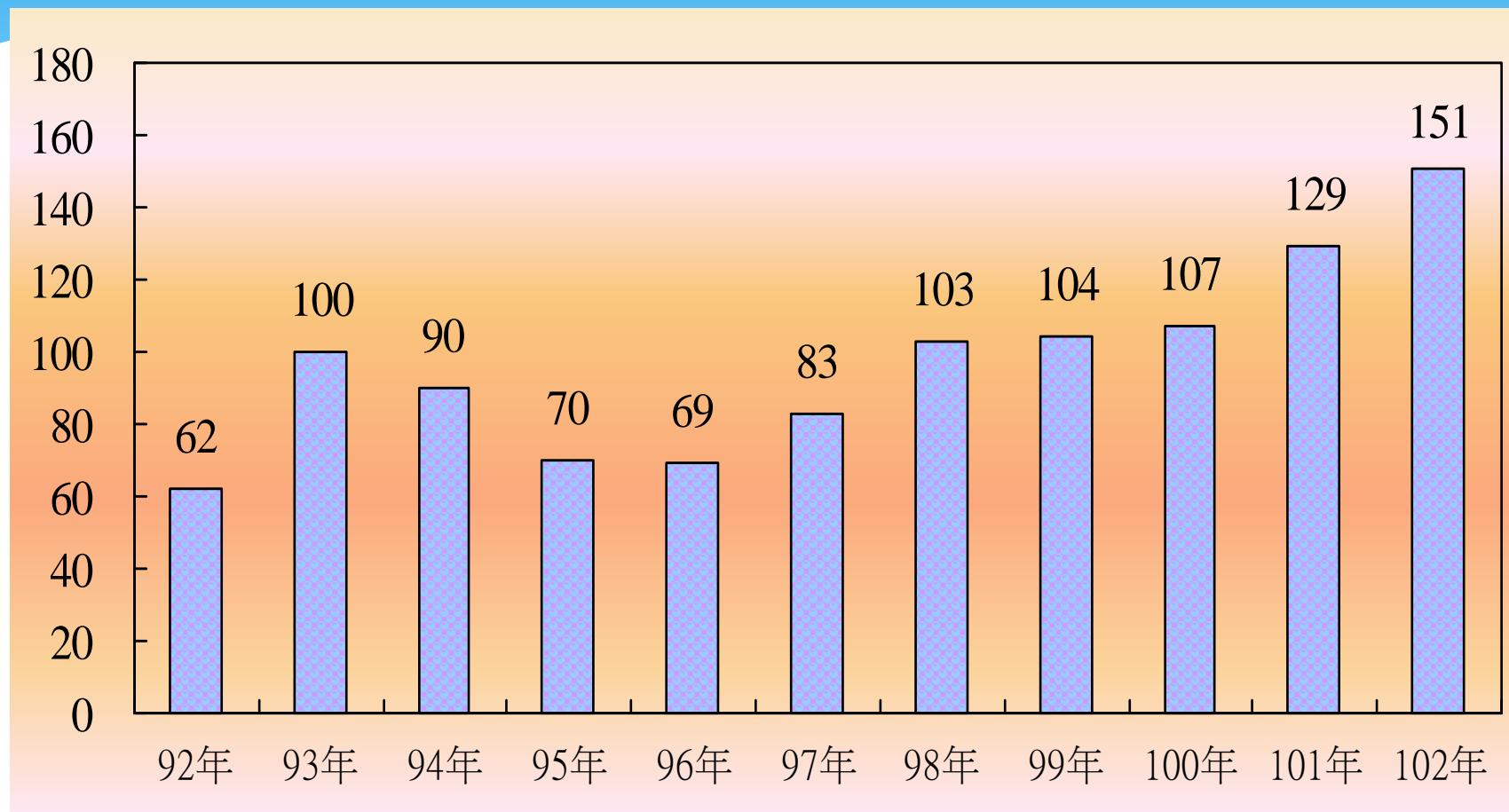
歷年巡迴計畫投入醫事人員人數變化趨勢



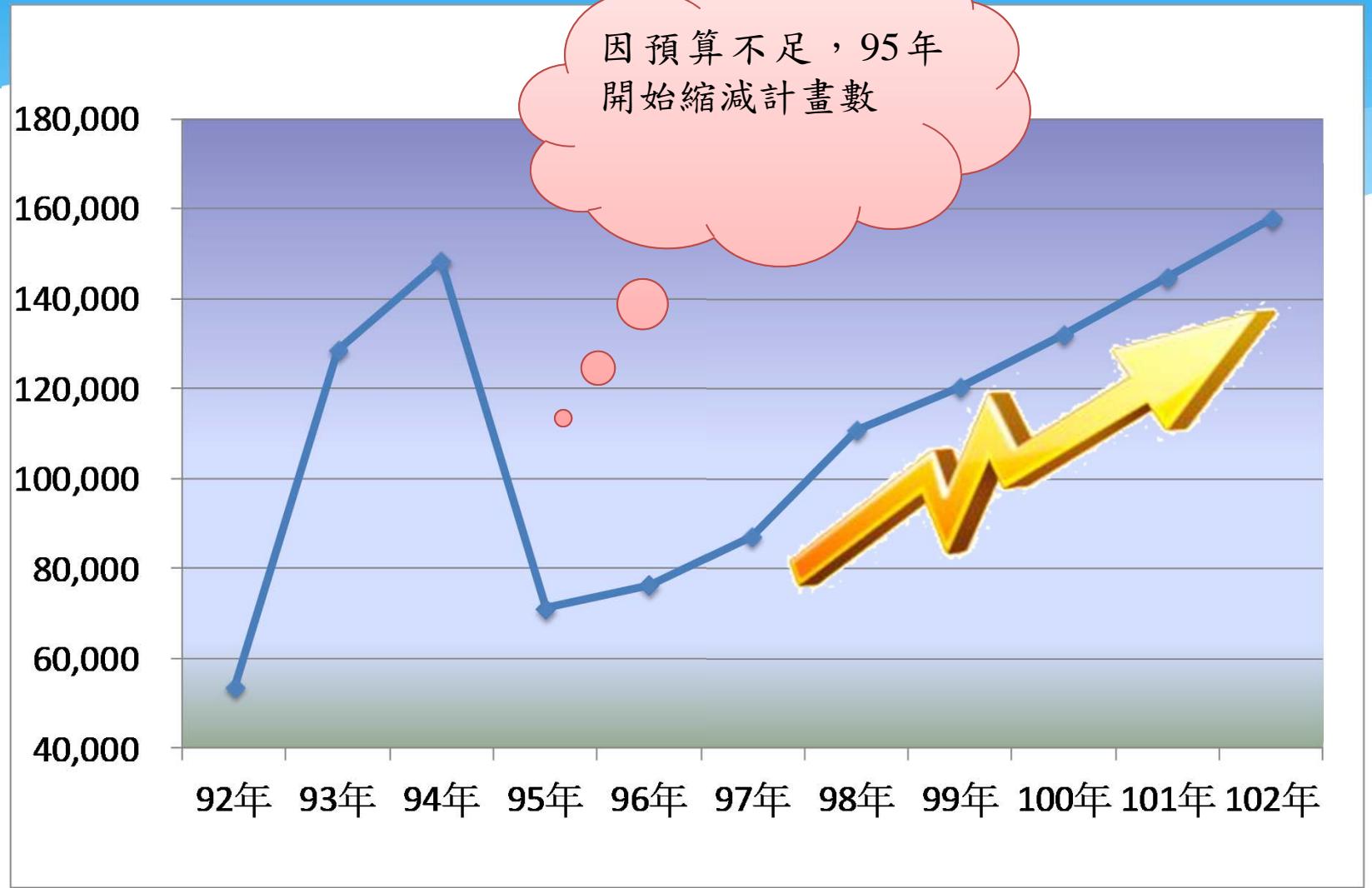
歷年辦理巡迴計畫之鄉鎮數統計



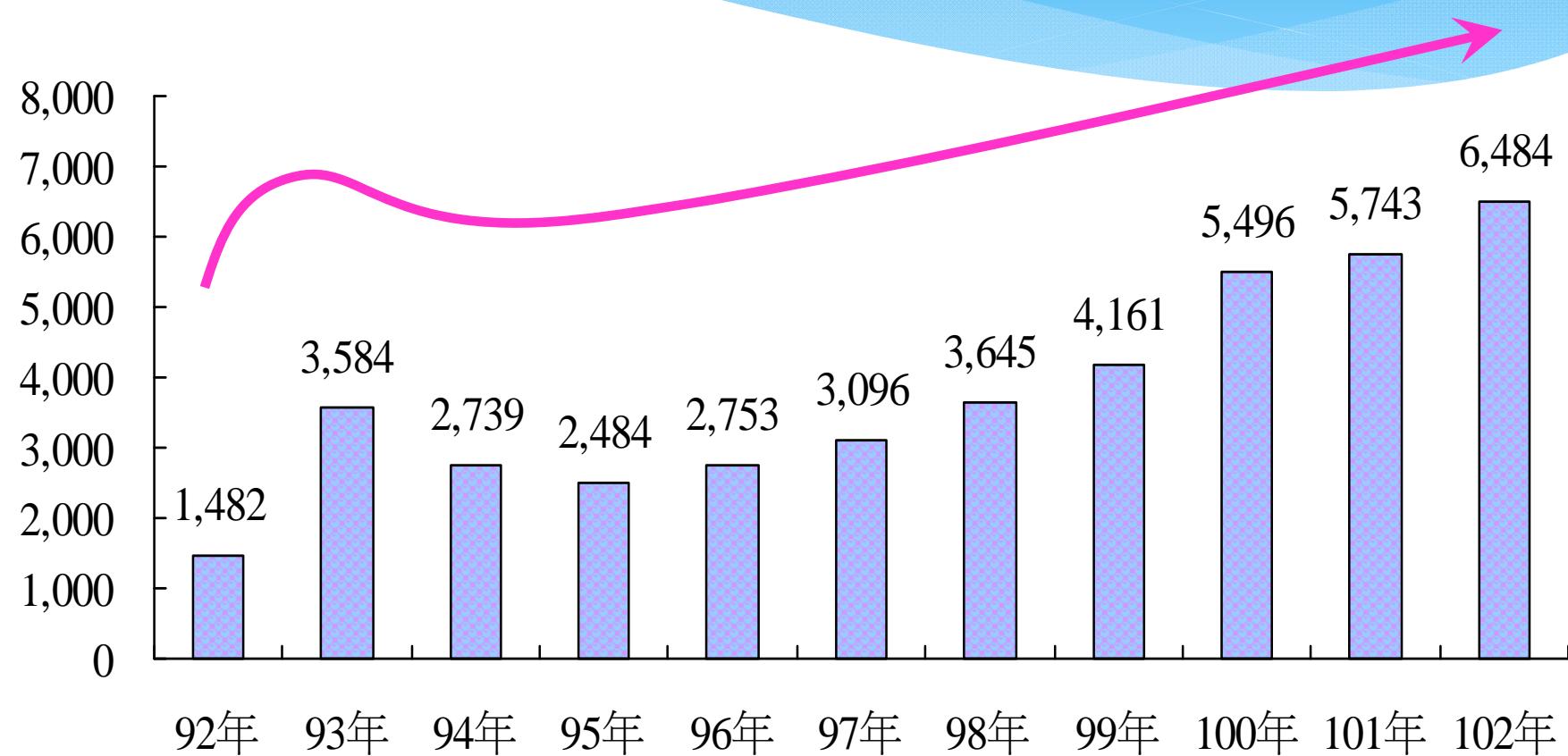
歷年辦理巡迴計畫之巡迴點數統計



歷年巡迴計畫使用人次變化趨勢



歷年巡迴計畫服務總天數變化趨勢



102年度巡迴醫療服務看診前十名疾病別統計

ICD-9	病名	件數	件數占率
7242	腰痛	12,145	7.69%
7291	肌痛及肌炎，未明示者	11,801	7.48%
7862	咳嗽	7,456	4.72%
71940	關節痛，部位不明	5,953	3.77%
71949	關節痛，多處部位	5,005	3.17%
71946	關節痛，下肢	4,214	2.67%
460	急性鼻咽炎（感冒）	3,198	2.03%
7243	坐骨神經痛	2,946	1.87%
4779	過敏性鼻炎，未明示原因者	2,899	1.84%
7245	背痛，未明示者	2,885	1.83%
其他		99,364	62.94%
總計		157,866	100.00%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署中醫門診總額點值結算資料

102年度巡迴醫療服務就診者年齡層分佈統計

年齡層	人次	人次占率	人數
90歲以上	1,092	0.69%	122
80歲-89歲	13,524	8.57%	1,601
70歲-79歲	33,901	21.47%	4,261
60歲-69歲	32,292	20.46%	4,904
50歲-59歲	31,686	20.07%	5,586
40歲-49歲	19,472	12.33%	3,970
30歲-39歲	11,824	7.49%	2,828
20歲-29歲	6,016	3.81%	1,978
10歲-19歲	4,566	2.89%	1,582
0歲-9歲	3,493	2.21%	929
總計	157,866	100.00%	27,761

資料來源：衛生福利部中央健康保險署中醫門診總額點值結算資料

102年度民眾就醫可近性及滿意度統計

項目		非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
地點的環境衛生及舒適性	個數	197	238	44	4	2
	%	40.62%	49.07%	9.07%	0.82%	0.41%
醫療設備	個數	171	242	65	7	0
	%	35.26%	49.90%	13.40%	1.44%	0.00%
看病流程	個數	194	245	42	3	1
	%	40.00%	50.52%	8.66%	0.62%	0.21%
交通方便性	個數	210	234	38	2	1
	%	43.30%	48.25%	7.84%	0.41%	0.21%
中醫師的說明	個數	240	224	20	0	1
	%	49.48%	46.19%	4.12%	0.00%	0.21%
其他醫護人員的說明	個數	218	238	29	0	0
	%	44.95%	49.07%	5.98%	0.00%	0.00%
中醫師的診斷、治療等醫術方面	個數	260	206	18	0	1
	%	53.61%	42.47%	3.71%	0.00%	0.21%
中醫師的服務態度	個數	287	185	12	0	1
	%	59.18%	38.14%	2.47%	0.00%	0.21%
其他醫護人員的服務態度	個數	257	206	21	0	1
	%	52.99%	42.47%	4.33%	0.00%	0.21%
治療的效果	個數	208	257	18	1	1
	%	42.89%	52.99%	3.71%	0.21%	0.21%
整體醫療品質	個數	213	252	20	0	0
	%	43.92%	51.96%	4.12%	0.00%	0.00%
門診診次安排	個數	213	252	20	0	0
	%	43.92%	51.96%	4.12%	0.00%	0.00%

資料來源：醫療資源不足地區巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷 資料日期：103年2月20日

問題檢討與分析-1

- * 滿意度最高的前三項目：
 1. 中醫師的服務態度99.37%。
 2. 中醫師的診斷、治療等醫術方面97.94%。
 3. 中醫巡迴醫療的醫療品質97.15%。

- * 滿意度較低的前三項目：
 1. 醫療設備90.65%。
 2. 門診診次安排91.76%。
 3. 地點的環境衛生及舒適性93.34%。

問題檢討與分析-2

- * 醫療環境與衛生
- * 藥品及病歷存放
- * 醫療人力提供
- * 門診診次安排
- * 交通便利性
- * 風險承擔



中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案

獎勵開業服務計畫辦理情形-1

從95年醫缺方案新增開業獎勵計畫，鼓勵中醫師至無中醫鄉鎮執行醫療服務，但受限於誘因不足，苦無計畫申請，直到99年、100年，才各有一件申請計畫案成立，地點都在「金門縣(金沙鎮、金寧鄉)」，102年考量多方因素後，大規模修改開業獎勵計畫條文內容，取消部分限制，總算又有二件申請計畫案成立，地點在「金門縣金湖鎮」、「苗栗縣三義鄉」。



中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案

獎勵開業服務計畫辦理情形-2

103年醫缺方案的開業獎勵計畫，目前已核准計畫如下：

1. 「屏東縣琉球鄉」
2. 「台中市大安區」
3. 「南投縣國姓鄉」
4. 「雲林縣林內鄉」

另有1件申請計畫尚在規劃中，預計今年會完成5件計畫核發。

101年底無中醫鄉為105個、102年底無中醫鄉為103個(扣除2個開業計畫)、103年底無中醫鄉為98個(扣除5個開業計畫)。

面臨困境

- * 專案經費不足
- * 醫療人力提供
- * 風險承擔



未來展望

- 中醫公費生常駐醫療不足地區
- 鄉鄉有中醫服務
- 每年減少五個無中醫鄉



執行成效

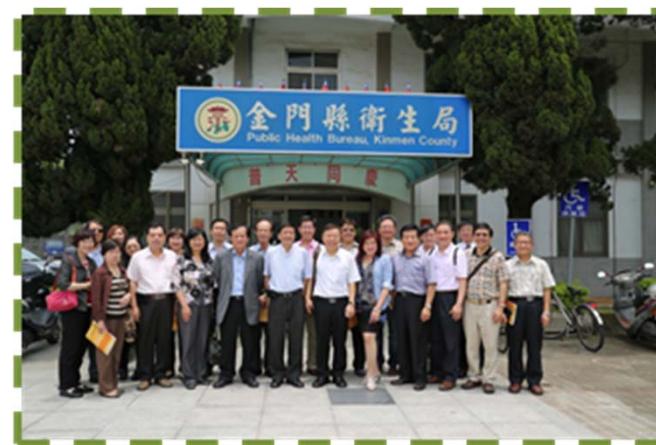
- ➡ 中醫公費生常駐醫療不足地區
- ➡ 大幅增加中醫醫療可近性
- ➡ 增加醫療平等性
- ➡ 改善醫療不足地區中醫醫療資源
- ➡ 造福大批中老年人就醫方便性
- ➡ 減少無中醫鄉 促進醫師均衡分佈

自92年5月起辦理無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫，至今已經過11個年頭，已有90餘家中醫醫事服務機構申請，400多位醫事人員參與，服務全國80多個山地、離島及偏遠地區之無中醫鄉鎮，提供4萬7千多個診次，服務122萬多人次，從逐年穩定成長的服務量，顯現中醫醫療利用率的增加，感受到中醫逐漸受到民眾的重視。



醫療資源不足地區改善方案實地訪視作業

- * 訪視日期：103年5月28日至103年5月29日
- * 訪視地點：金門縣
- * 訪視成員：衛生福利部全民健康保險會、金門縣政府衛生局、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部中央健康保險署臺北區業務組及中醫全聯會相關業務人員。



檢討與省思

- * 山地離島地區的民眾長年以來面臨著有保險無醫療的就醫問題，希望透過巡迴醫療服務，能夠均衡醫療資源分佈，讓有醫療需求民眾，皆能獲得妥善的醫療照顧。
- * 本次座談會特別安排目前承辦金門縣金湖縣開業獎勵計畫之醫師分享經驗，針對討論意見，與會委員也提供不少建議，未來將做為條文修訂方向之參考。
- * 多數資源不足地區民眾早年因無中醫醫療資源提供，因此並無接觸中醫的機會，近年透過巡迴醫療服務計畫，已逐漸養成中醫就醫習慣，隨著巡迴醫療服務計畫服務量穩定成長，建議相關醫療提供單位增設中醫科，就長遠來說，提供常態性服務，才是符合離島地區民眾期待的根本作法。

後續追蹤報導(金門日報)

■■■ 金門醫院院長拜會洪成發

2014/7/2

記者許峻魁/烈嶼報導

衛生福利部金門醫院新任院長王必勝日前走馬上任，並於昨（一）日上午跨海小金門，拜會烈嶼鄉長洪成發，了解烈嶼鄉民在醫療上的需求，除受到洪成發的熱烈歡迎，同時也當面向王必勝提出鄉民心聲。

金門醫院院長王必勝是於昨日上午搭乘十一時的交通船抵達烈嶼鄉，並於十一時二十分左右前往拜會鄉長洪成發，受到洪成發、秘書方小萍等公所人員的熱烈歡迎。

王必勝指出，此行前往烈嶼鄉公所拜會，主要是要了解烈嶼地區民眾對於醫療的心聲，了解民眾需要而來。

洪成發除歡迎王必勝的蒞臨，並替鄉民們向金門醫院提出建議，首先烈嶼分院醫護人力不足，無法提供住院服務，希望能找尋解決之道；此外有民眾反映，烈嶼分院洗腎室內，有蚊蟲問題困擾；烈嶼鄉民跨海至金門醫院就醫，能享有優先看診權利，然有新進醫護人員不知，讓鄉民看診時造成不便，希望院方能加強宣導。

烈嶼院區方面，洪成發也說，有民眾向他反映，烈嶼院區護理人員服務態度不佳，望能加強教育訓練；並也向王必勝建議，烈嶼駐診醫師，希望能派遣較有經驗者，可以獨當一面的醫師進駐。

另針對中醫巡迴門診上，由於沒有相關診療室，民眾只能坐在服務台就診，接受把脈或是針灸等醫療，洪成發希望，院方能在分院內提供一間診療室，給予中醫巡迴診療團使用，讓民眾有更好的醫療服務品質。



感謝聆聽

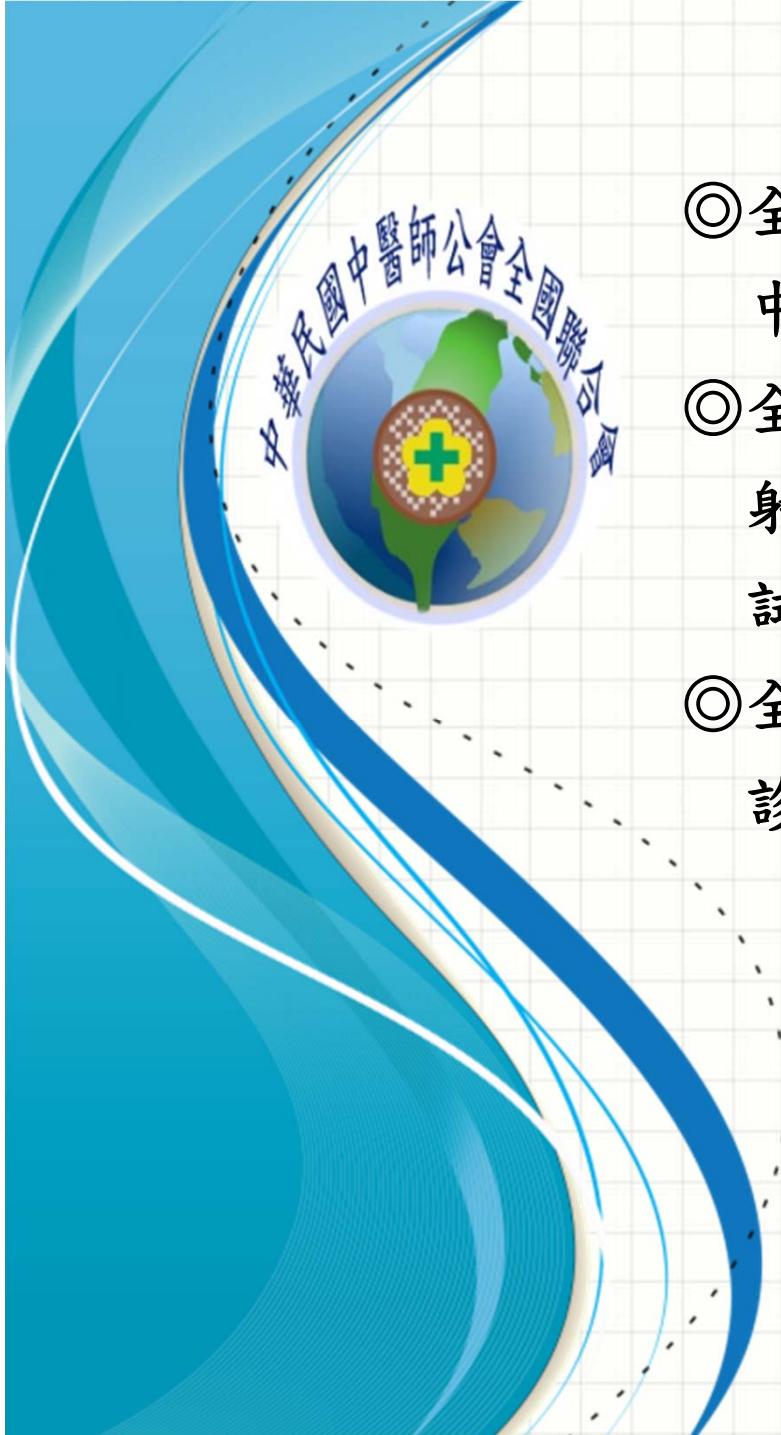




專案一 中醫照護計畫

胡文龍 醫師

中醫師公會全國聯合會 副執行長



- ◎全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患
中醫輔助醫療試辦計畫
- ◎全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放
射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療
試辦計畫
- ◎全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門
診照護計畫





腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

➤ 計畫目標及重點

➤ 針對住院中之腦血管疾病患者，藉由文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提升，並縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。



腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

➤ 預算執行數與執行率

- 本試辦計畫自95年開辦至今已經邁入第7年，屬於延續性計畫，主要針對住院中不穩定期之腦血管疾病患者提供中醫協同照護服務，因此執行院所設限在中大型醫院附設中醫部門。
- 102年執行55.79百萬，執行率為139.49%，浮動點值為0.718、平均點值為0.7966。
- 因目前中醫未開放住院部門雖呈現療效但不能與小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫移列至一般部門執行



腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

年度	執行醫療費用點數
95	10.50
96	25.58
97	36.37
98	44.39
99	49.19
100	53.64
101	61.32
102	55.79

預算執行情形(單位：百萬元)

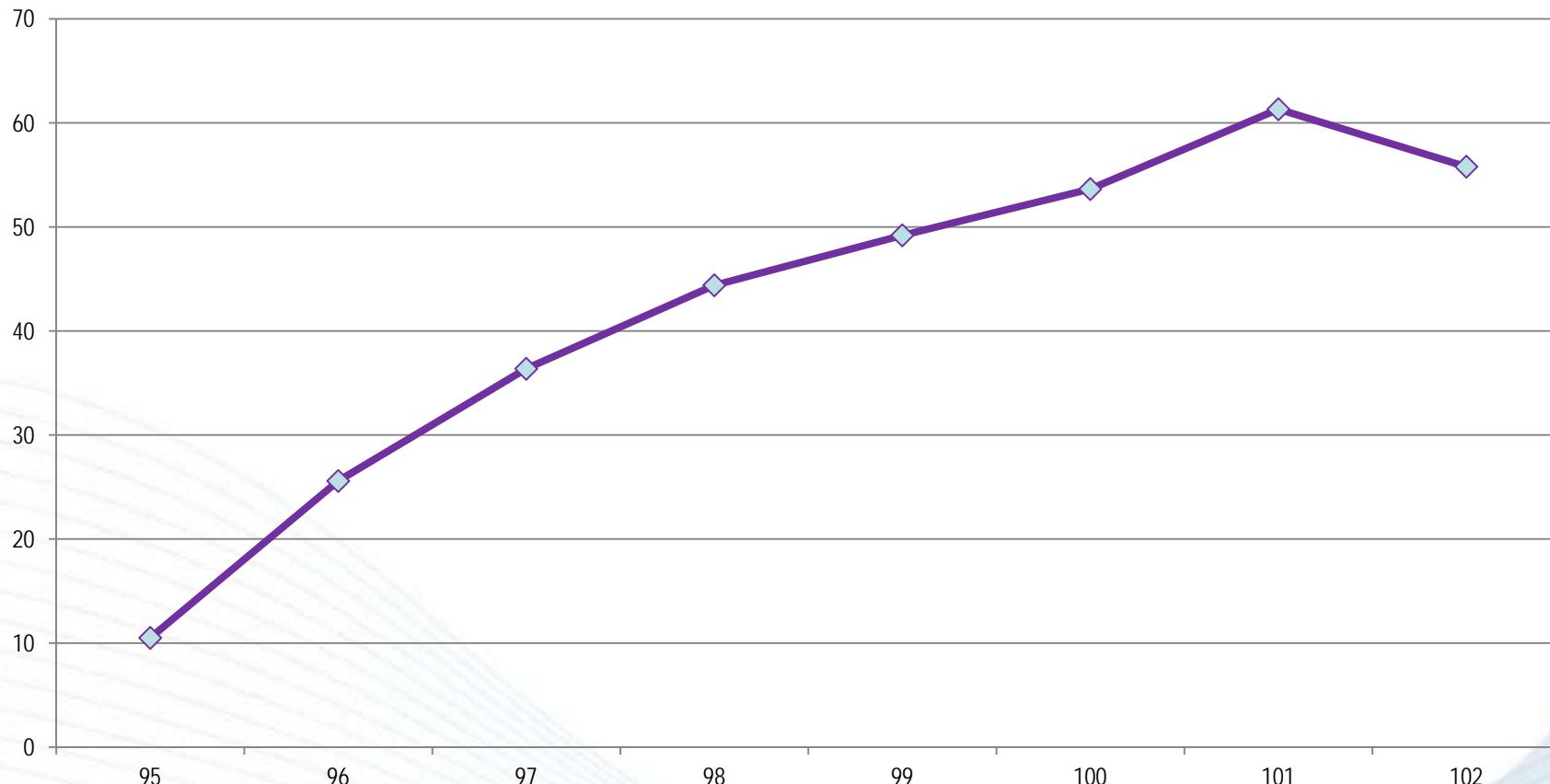
資料來源：中央健康保險局申報資料 資料日期：102年5月31日

註：95-99年預算數85百萬為3項延續性試辦計畫之經費，可相互流用



腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

執行醫療費用點數



資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



歷年腦血管住院醫療服務提供統計概況

年度	項目	承辦院所數	參與醫師數	服務天次	平均每天次服務人次
95年		14	51	1,571	6.87
96年		19	83	3,426	7.67
97年		22	81	4,047	8.93
98年		26	104	4,934	8.87
99年		30	114	6,053	7.39
100年		36	143	6,727	7.44
101年		37	161	7,649	7.51
102年		38	186	7,667	6.79
101-102成長率		2.70%	15.53%	0.24%	-9.61%

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



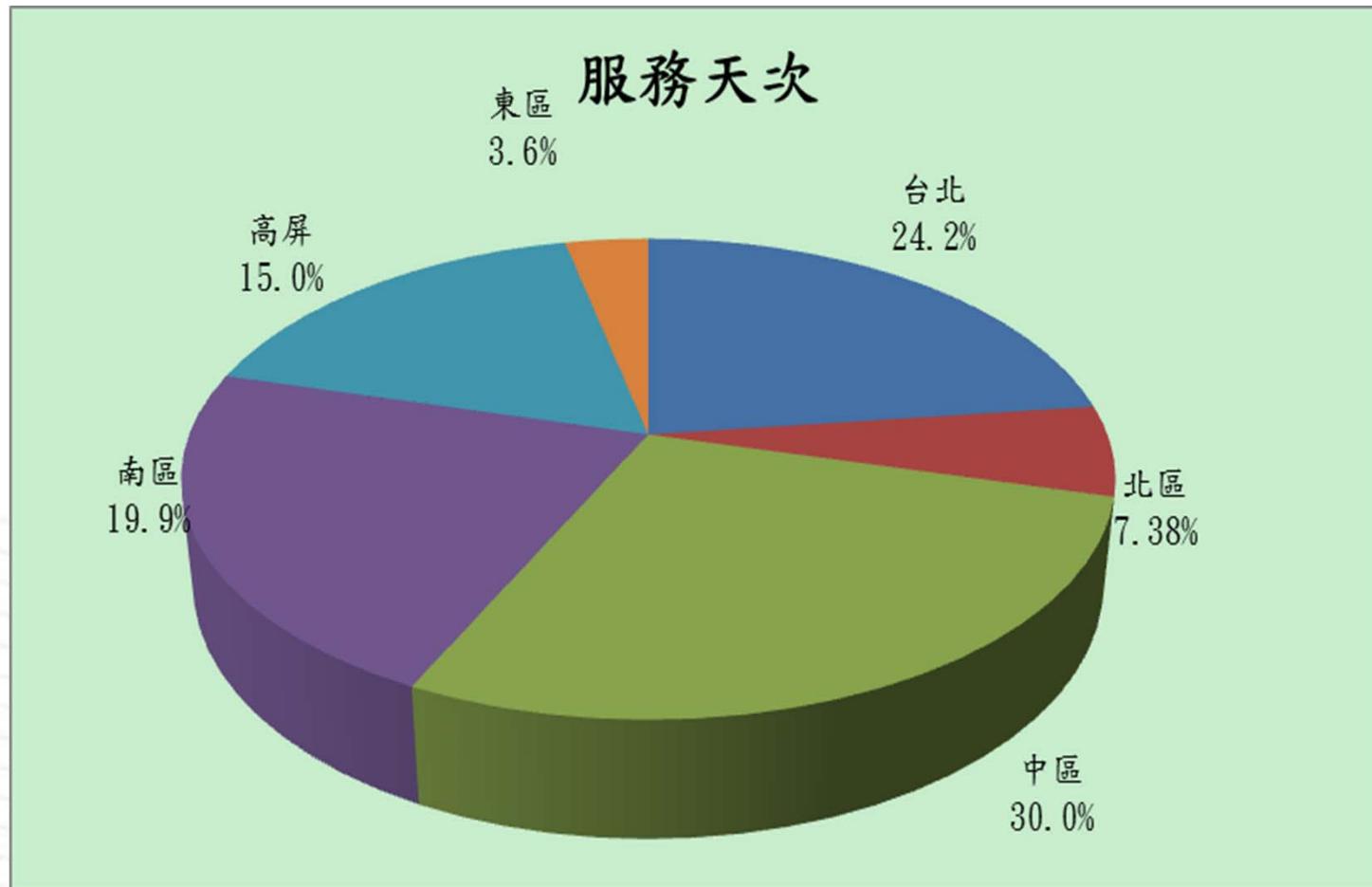
102年腦血管住院醫療服務提供情形—按分區別

分區	項目 承辦院所數	參與醫師 數	服務天次 值	百分比	平均每天次 服務人次
台北	9	43	1,855	24.19%	6.11
北區	2	20	566	7.38%	12.54
中區	13	57	2,300	30.00%	8.12
南區	8	41	1,522	19.85%	4.75
高屏	5	21	1,151	15.01%	5.80
東區	1	4	273	3.56%	3.78
合計	38	186	7,667	100.00%	6.79

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



102年腦血管住院各分區服務天數占率



資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



腦血管住院民眾利用統計概況

年度	項目	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
95年		10,843	910	11.92
96年		26,366	1,864	14.14
97年		36,374	2,736	13.29
98年		43,825	3,692	11.87
99年		44,721	4,377	10.22
100年		55,005	4,404	11.74
101年		57,428	5,144	11.61
102年		52,046	5,508	9.45
101-102成長率		-9.37%	7.08%	-18.61%

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



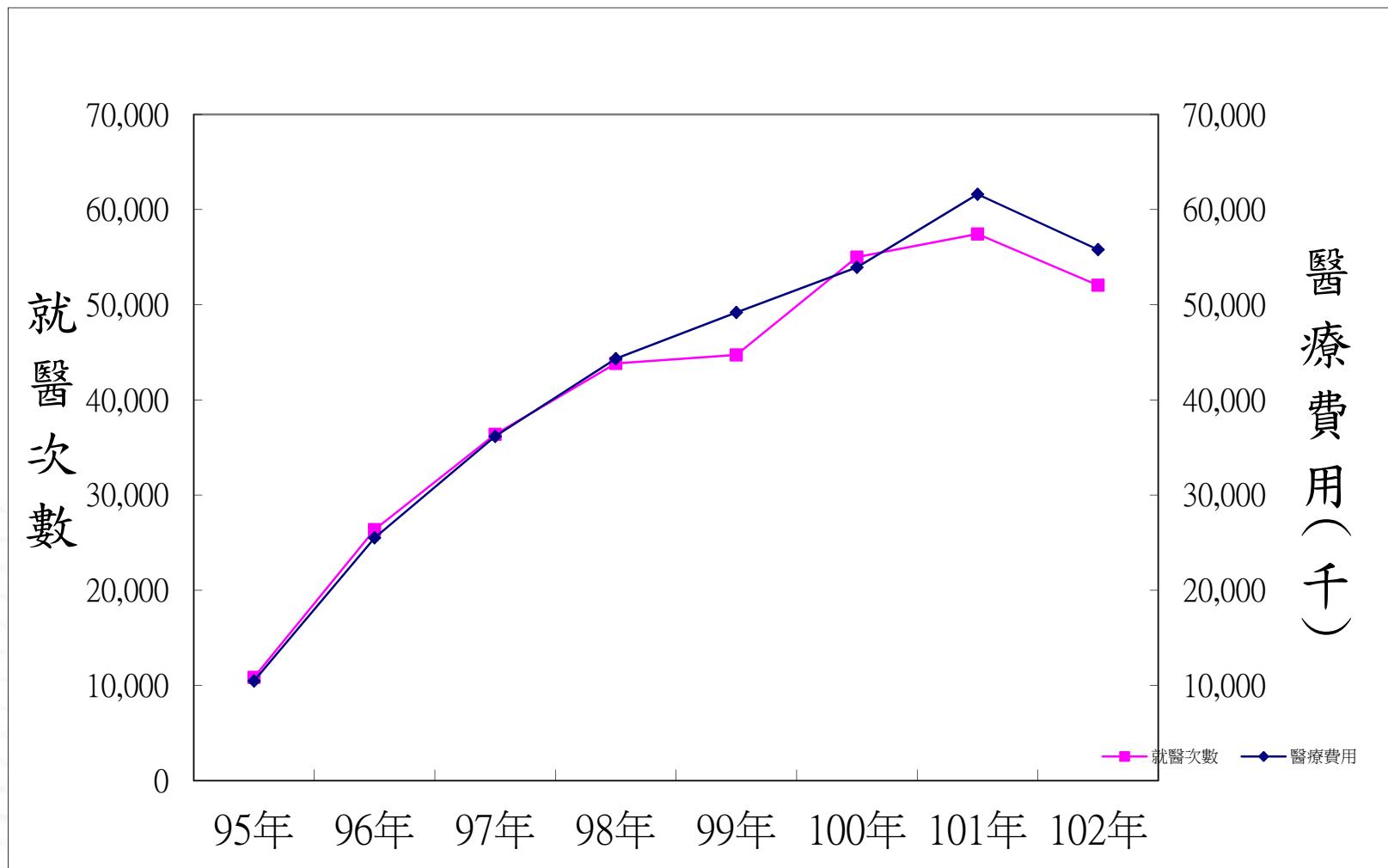
腦血管住院民眾利用統計概況(續)

年度	項目	醫療費用	平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
95年		10,465,780	965	11,501
96年		25,509,940	968	13,686
97年		36,167,250	994	13,219
98年		44,326,180	1,011	12,006
99年		49,186,750	1,100	11,238
100年		53,927,812	1,077	12,647
101年		61,607,060	1,072	11,976
102年		55,795,260	1,072	10,130
101-102成長率		-9.43%	-0.09%	-15.42%

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



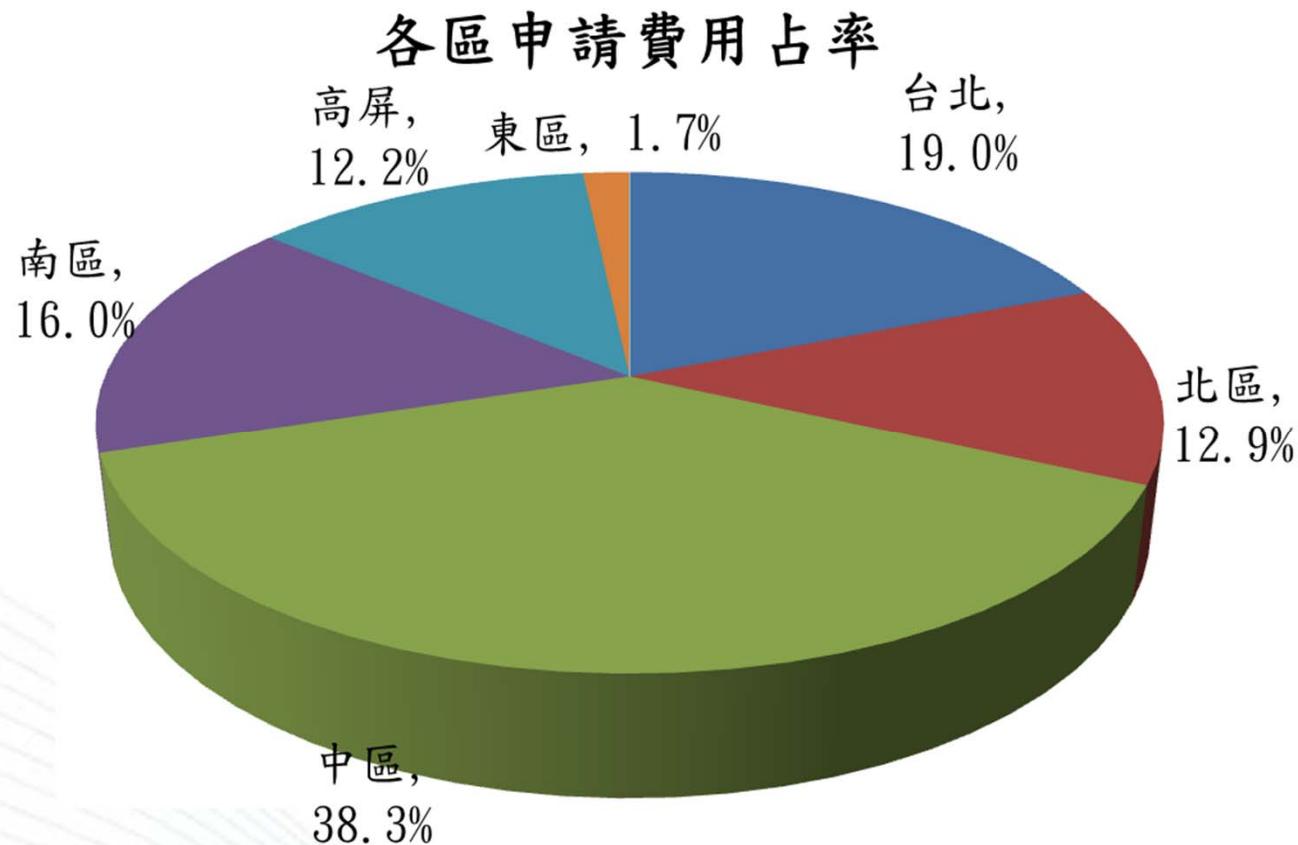
腦血管住院醫療費用及就醫次數概況



資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月31日



102腦血管住院各分區申請醫療費用情形



資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月31日



成效評估（一）

計畫承辦院所回覆之相關生、心理問卷整體成效評估

- 評估工具：
 - 美國國家衛生研究院中風量表(National Institute of Health Stroke Scale; NIHSS)
 - 巴氏量表(Barthel Index)
- 評估方法
 - 計畫採取前後測比較之評估方式，於病患入院時進行中風評量表(NIHSS)與巴氏量表的測量，並於病患出院時再次測量使用t檢定(Paired-t test)來檢定中醫治療方式和病患之神經功能狀態、日常生活獨立情形的關係。



成效評估（二）

結果

- 問卷回收情形
 - 前後測皆完成樣本數去除遺漏資料，可用資料中NIHSS量表有1,874人次、巴氏量表為2,041人次，樣本來源分布為本計畫各承作醫院所完成之量表。



成效評估（三）

結果

- 前後測得分與差異性檢定
 - NIHSS中風量表部分：統計結果得知前測平均分數為11.76分，標準差為7.4；後測平均分數為10.42分，標準差為7.13，後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.0001$)。
 - 巴氏量表(Barthel Index)部分：統計結果得知前測平均分數為31.37分，標準差為28.26；後測平均分數為37.82分，標準差為29.54，巴氏量表總分則顯著高於前測($p\text{-value}<0.0001$)。



成效評估（四）

腦血管病患在NIHSS與巴氏量表之前後測分數差異

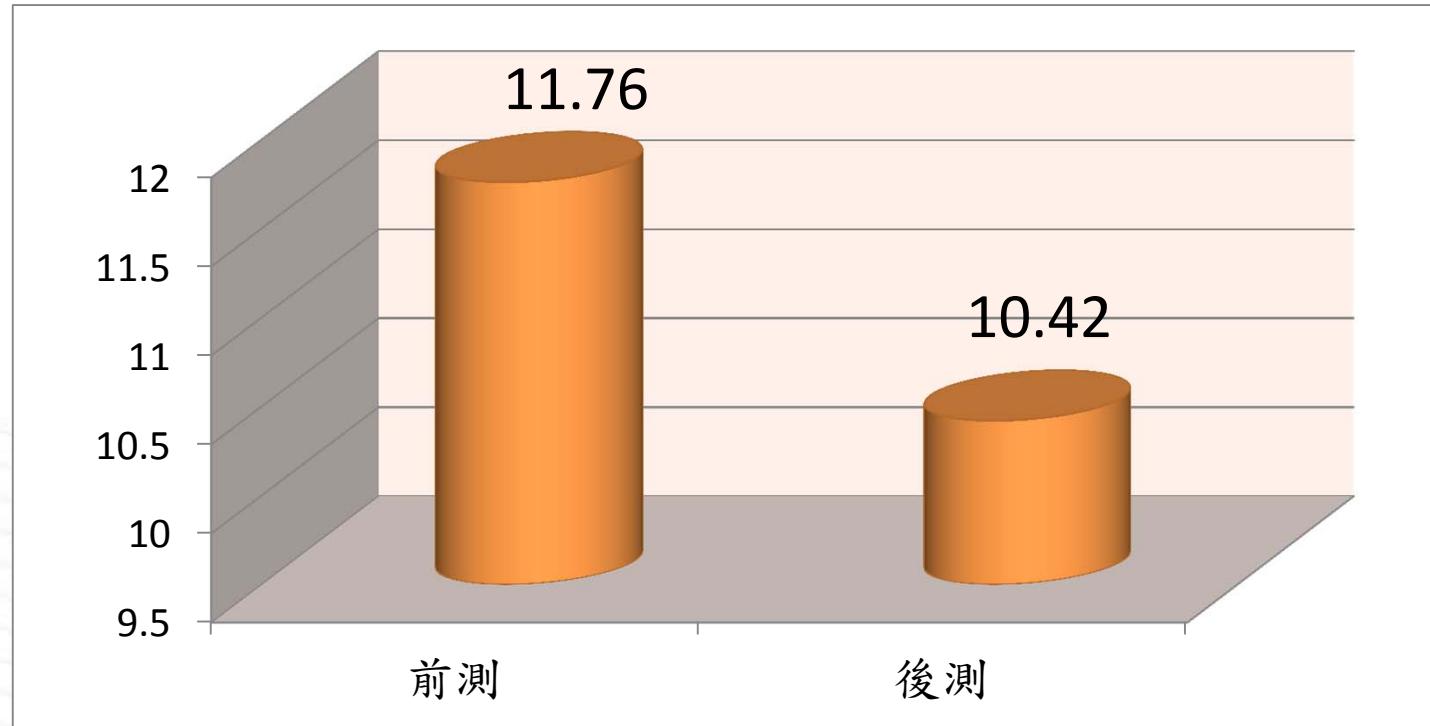
項目	前測			後測		
	人數	MEAN	SD	MEAN	SD	p-value*
NIHSS分數	1874	11.76	7.4	10.42	7.13	<0.0001
巴氏量表分數	2041	31.37	28.26	37.82	29.54	<0.0001

*Paired-t test



成效評估（五）

- 腦血管病患在NIHSS之前後測分數差異

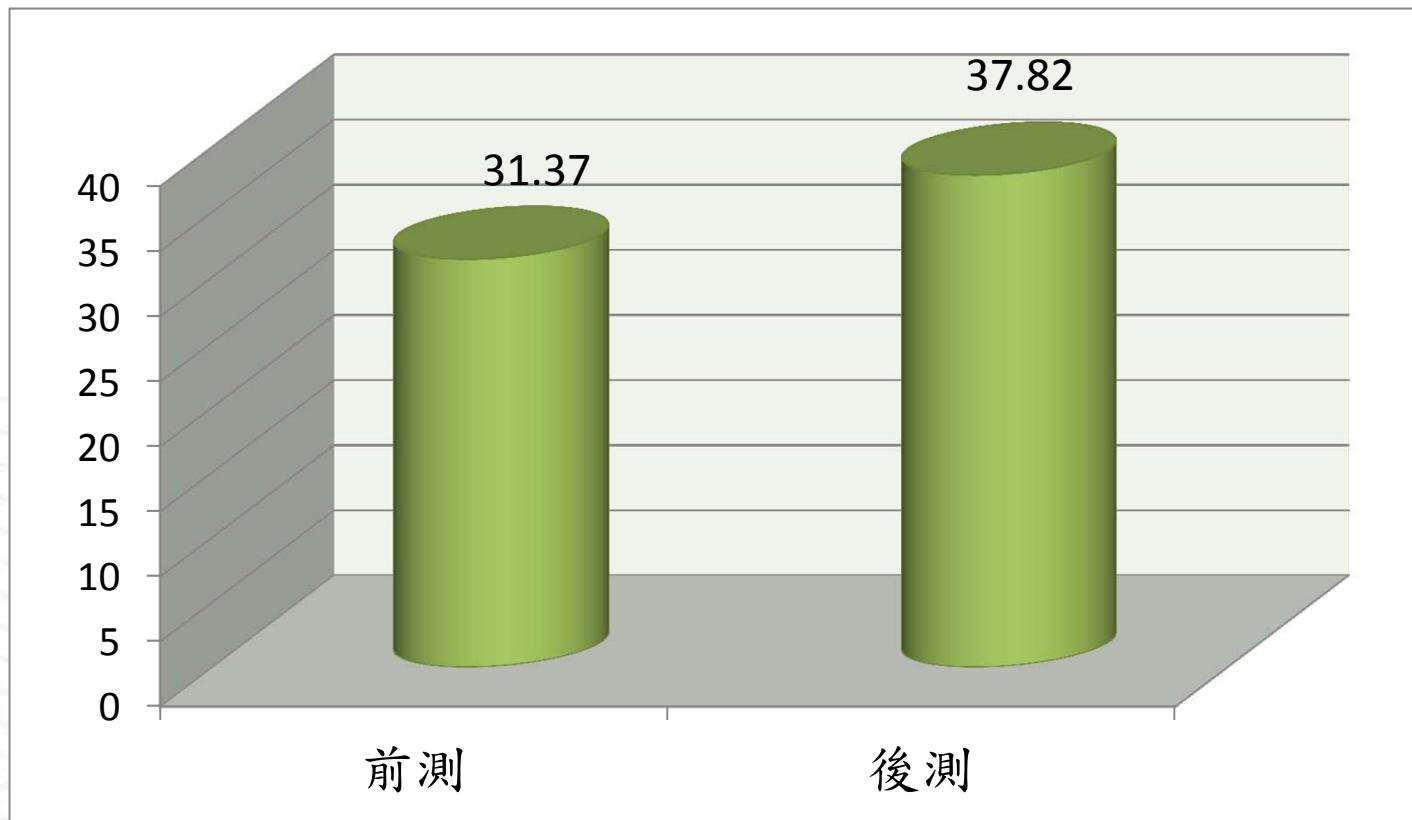


註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重



成效評估（六）

- 腦血管病患在巴氏量表之前後測分數差異



註：分數越高生活品質越好



成效評估（七）

- 腦血管住院病患NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性)

項目	人數	前測		後測		p-value
		MEAN	SD	MEAN	SD	
有無中藥治療						
無中藥治療(0)	546	10.91	6.94	9.93	6.89	<0.001
有中藥治療(1)	510	11.16	6.71	10.21	6.8	<0.001
針灸次數						
無針灸(0)	14	8.5	6.6	7.64	5.92	0.028
針灸1~5次	353	10.13	7.34	9.43	7.45	<0.001
針灸6~10次	295	11.34	6.7	10.41	6.48	<0.001
針灸11~15次	376	11.42	6.01	10.29	6.24	<0.001
針灸≥16次	18	17.56	10.22	14.17	10.46	<0.001



成效評估（八）

- 腦血管住院病患NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性)

項目	人數	前測		後測		p-value
		MEAN	SD	MEAN	SD	
有無中藥治療						
無中藥治療(0)	379	12	7.95	10.36	7.51	<0.001
有中藥治療(1)	435	13.28	7.89	11.29	7.3	<0.001
針灸次數						
無針灸(0)	14	8.5	6.6	7.64	5.92	0.028
針灸1~5次	353	10.13	7.34	9.43	7.45	<0.001
針灸6~10次	295	11.34	6.7	10.41	6.48	<0.001
針灸11~15次	376	11.42	6.01	10.29	6.24	<0.001
針灸≥16次	18	17.56	10.22	14.17	10.46	<0.001



成效評估（九）

- 腦血管住院病患NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(年齡別)

項目	人數	前測		後測		p-value
		MEAN	SD	MEAN	SD	
阻塞性						
50歲以下	72	10.94	8.8	9.25	8.9	<0.001
51歲以上	798	11.22	6.7	10.45	6.71	<0.001
出血性						
50歲以下	93	12.18	7.6	10.39	7.25	<0.001
51歲以上	725	12.75	8	10.96	7.5	<0.001



成效評估（十）

腦血管住院病患「NIHSS量表」前後改善情形與年齡、中醫治療方式之相關

	阻塞性		出血性	
	B 之估計值	標準誤差	B 之估計值	標準誤差
常數	-0.8252	0.4263	-0.8489	0.2474
年齡	0.0066	0.0042	0.0004	0.0001*
針灸次數	-0.0603	0.0326	-0.1314	0.0230 *
是否使用中藥	0.0532	0.2676	-0.1537	0.2246

R=0.087 R 平方=0.008 R=0.22 R 平方=0.049

*為P-value<0.001



成效評估（十一）

- 腦血管病患「NIHSS量表」前後改善情形與年齡、中醫治療方式是否相關
 - ◎阻塞性中風
 - 回歸方程式為 $NIHSS\text{前後測差} = (-0.8252) + 0.0066 * \text{年齡} - 0.0603 * \text{針灸次數} + 0.0532 * \text{是否使用中藥}$ ，但無統計上意義。
 - ◎出血性中風
 - 回歸方程式為 $NIHSS\text{前後測差} = (-0.8489) + 0.0004 * \text{年齡} - 0.1314 * \text{針灸次數} - 0.1537 * \text{是否使用中藥}$ 。調整針灸次數與是否使用中藥後，年齡每增加1歲，則NIHSS前後測差則會增加0.0004分；調整年齡與是否使用中藥後，每增加1次針灸，則NIHSS前後測差會減少0.1314分，並有統計上之意義。



成效評估（十二）

腦血管住院病患「巴氏量表」前後改善情形與年齡、中醫治療方式之相關

	阻塞性		出血性	
	B 之估計值	標準誤差	B 之估計值	標準誤差
常數	4.9101	1.8731	5.5985	0.9127
年齡	-0.0339	0.0186	-0.0005	0.0005
針灸次數	0.2231	0.1427	0.1955	0.0821*
是否使用中藥	1.2255	1.1732	1.1281	0.844

R=0.095 R 平方=0.009 R=0.101 R 平方=0.01



成效評估（十三）

腦血管病患「巴氏量表」前後改善情形與年齡、中醫治療方式是否相關

◎阻塞性中風

回歸方程式為巴氏量表前後測差 = 4.9101 - 0.0339 * 年齡 + 0.2231 * 鍼灸次數 + 1.2255 * 是否使用中藥，但無統計上意義。

◎出血性中風

回歸方程式為巴氏量表前後測差 = 5.5985 - 0.0005 * 年齡 + 0.1955 * 鍼灸次數 + 1.1281 * 是否使用中藥。故調整年齡與是否使用中藥後，每增加一次鍼灸，則巴氏量表前後測差會增加 0.1955 分，並有統計上之意義。



相關實證研究（一-1）

- 以健保資料庫針對本項計畫進行評估研究結果一：
 - 呈現三個月及6個月內併發症之OR(odds ratio)，參與計畫3個月內有顯著保護效用的有Pneumonia(OR=0. 60，CI=0. 47–0. 76)、Epilepsy(OR=0. 67，CI=0. 49–0. 96)、Gastrointestinal Bleeding(OR=0. 68，CI=0. 47–0. 98)及In-hospital mortality(OR=0. 37，CI=0. 19–0. 70)
 - 6個月內有顯著保護效用的有Urinary tract infection(OR=0. 83，CI=0. 70–0. 99)、Pneumonia(OR=0. 63，CI=0. 51–0. 78)、Gastrointestinal Bleeding(OR=0. 64，CI=0. 47–0. 88)及In-hospital mortality(OR=0. 40，CI=0. 24–0. 68)。



相關實證研究（一-2）

- 以健保資料庫針對本項計畫進行評估研究結果二：
- 呈現有無參與計畫後續中風相關診斷(包括Stroke, UTI, Pneumonia, Fracture, Epilepsy, Decubitus ulcer)醫療耗用的追蹤
 - 3個月內有參與計畫的病人的住院費用與次數顯著低於無參與計畫者(住院費用：9462 vs. 15524，p-value=0.01；住院次數：0.12 vs. 0.19，p-value=0.0001)
 - 6個月內有參與計畫的病人的住院費用與次數同樣顯著低於無參與計畫者(住院費用：14859 vs. 22321，p-value=0.006；住院次數：0.20 vs. 0.29，p-value<0.0001)。



相關實證研究（二）

承作院所針對本項計畫進行個別院所評估探討

- 桃園長庚醫院於2012年對中醫病房的住院病患需要緊急醫療服務的危險因素進行研究
 - 結果：中醫病房中腦中風病人診斷為出血性中風的比例（62%）比西醫復健病房高。病人年齡以及入院時的Barthel index 對於出院狀況的影響有顯著統計意義。
 - 結論：年齡和Barthel index 可作為評估預測中醫病房之腦中風病人，需要緊急醫療照護的指標項目。



相關實證研究（三）

承作院所針對本項計畫進行個別院所評估探討

- 高雄長庚醫院於2012年對針灸治療術後主動脈夾層患者腦梗死患者的影响：案例研究
- Results: The patient regained consciousness gradually during acupuncture treatment, and the Glasgow Coma Scale increased from 5 to 15 before and after acupuncture therapy, respectively.
- Conclusions: We suggest that acupuncture therapy accompanied by conventional treatment may be considered as a complementary treatment for postoperative aorta dissection patients with disorders of consciousness.



相關實證研究（四）

承作院所針對本項計畫進行個別院所評估探討

- 高雄長庚醫院於2011年對腦中風患者急性和亞急性缺血性腦輔助針灸治療研究
 - Conclusion: This cross-sectional study analyzed data from a single medical center to depict a brief summary of the HPSAAT in Taiwan. Adjuvant acupuncture care is a safe modality in the acute and subacute stages of ischemic stroke. Ischemic stroke patients with a severe baseline tended to participate in the HPSAAT. To validate the clinical benefits of adjuvant acupuncture care in acute and subacute ischemic stroke, a baseline equaled randomized control trial is warranted.



相關實證研究（五）

中醫治療腦血管疾病成效評估之相關實證研究

- ◆ 謝慶良等人(95) 評估住院中病患會診中醫之中療效和生活品質改善程度
 - 生活品質量表SF-36方面，發現中醫治療組或對照組都能改善身體的生理功能結論：西醫住院患者會診中醫共同照護對病情改善方面有正面意義。



相關實證研究（六）

中醫療療腦血管疾病成效評估之相關實證研究

- ◆ 馬作鏗等人(95)為評估腦中風住院患者中醫會診照護之療效
 - 顯示腦中風病患在治療中加入中醫輔助所增加成本並不高，但對於生活品質的改善卻相當顯著。
- ◆ 孫茂峰等人(96)針對長庚紀念醫院中醫部之腦中風住院患者，評估相關疾病在臨床標準作業程序下的效益與成本。
 - 使用NIHSS、巴氏量表評估，結果顯示，腦中風患者基期的狀況多不如對照組，治療後在巴氏量表和中風衝擊量表的表現多有進步，且有明顯優於對照組的項目。



腫瘤患者手術、化療、放射線療法西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

➤ 計畫目標及重點

➤ 本計畫希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。



腫瘤患者手術、化療、放射線療法西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

- ◆ 「腫瘤患者手術、化療、放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」的醫療費用在全部計畫費用由7.3百萬提昇至20.92百萬，執行率從98年的8.59%提昇至102年的149.43%呈現逐漸遞增情形(100及102年預算為單獨編列故醫療費用執行率提昇大於100%)



腫瘤住院病患預算執行情形(單位：百萬元)

項目 年度	總額預算數	醫療費用	執行率(%)
98年	85	7.3	8.59%
99年	85	11.31	13.31%
100年	10	13.94	139.40%
101年	85	15.25	17.94%
102年	14	20.92	149.43%

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日

註：1.執行率=醫療費用/總額預算數(單位：百萬元)

2. 98、99、101三年總額預算數85百萬為3項延續性試辦計畫之經費，可相互流用

3.100年及102年預算為10百萬不得流用，但求一致性執行率以預算數85百萬計算



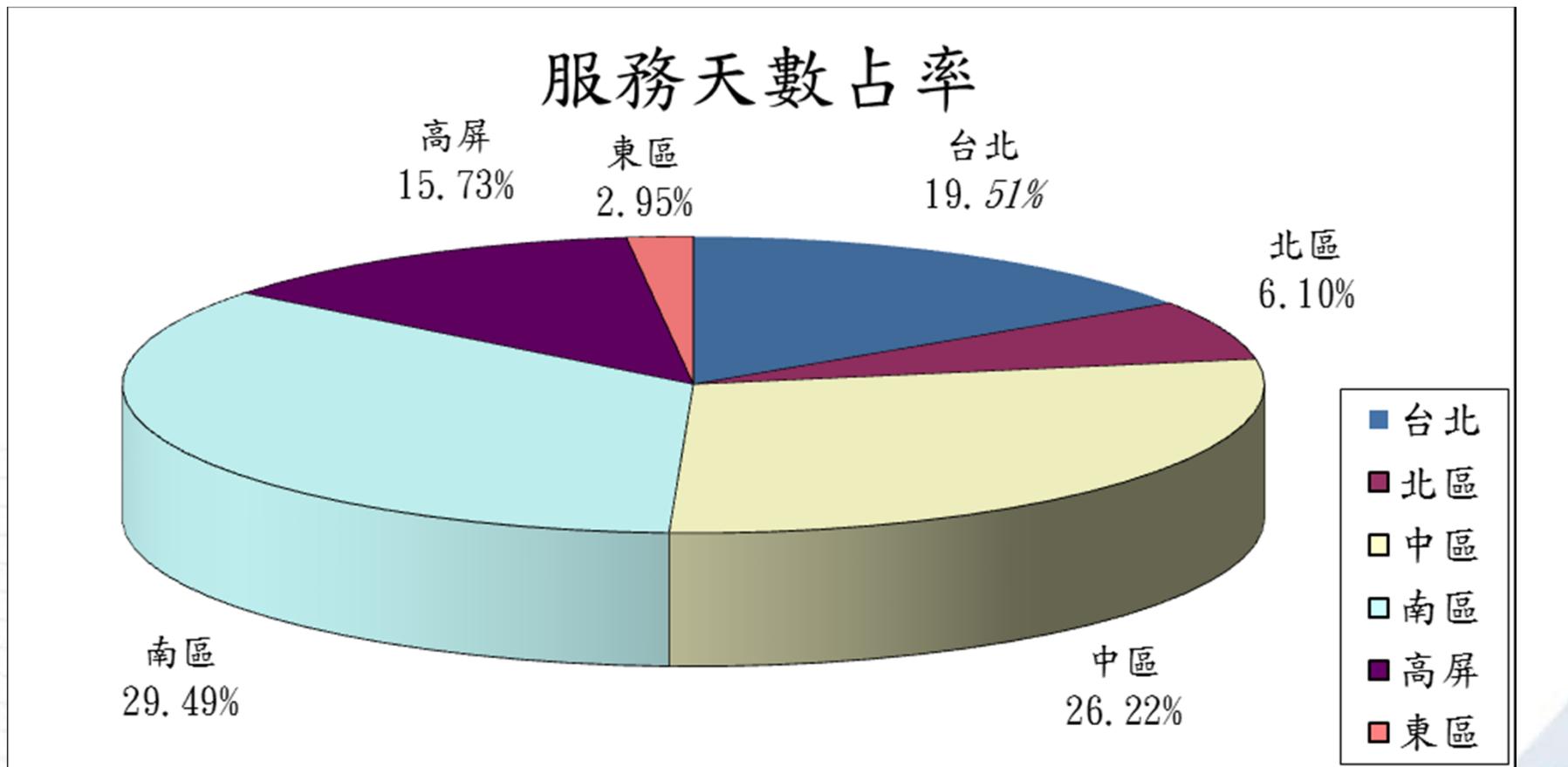
腫瘤住院病患醫療服務提供統計情形

項目 年度	承辦院所數	參與醫師數	服務天次	平均每天次 服務人次
98年	20	85	2,325	2.55
99年	23	92	3,283	2.77
100年	27	115	3,590	3.08
101年	28	127	3,815	3.06
102年	32	161	4,310	3.68
101-102 成長率	14.29%	26.77%	12.98%	20.26%

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



102年腫瘤住院病患各分區服務診次情形



資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



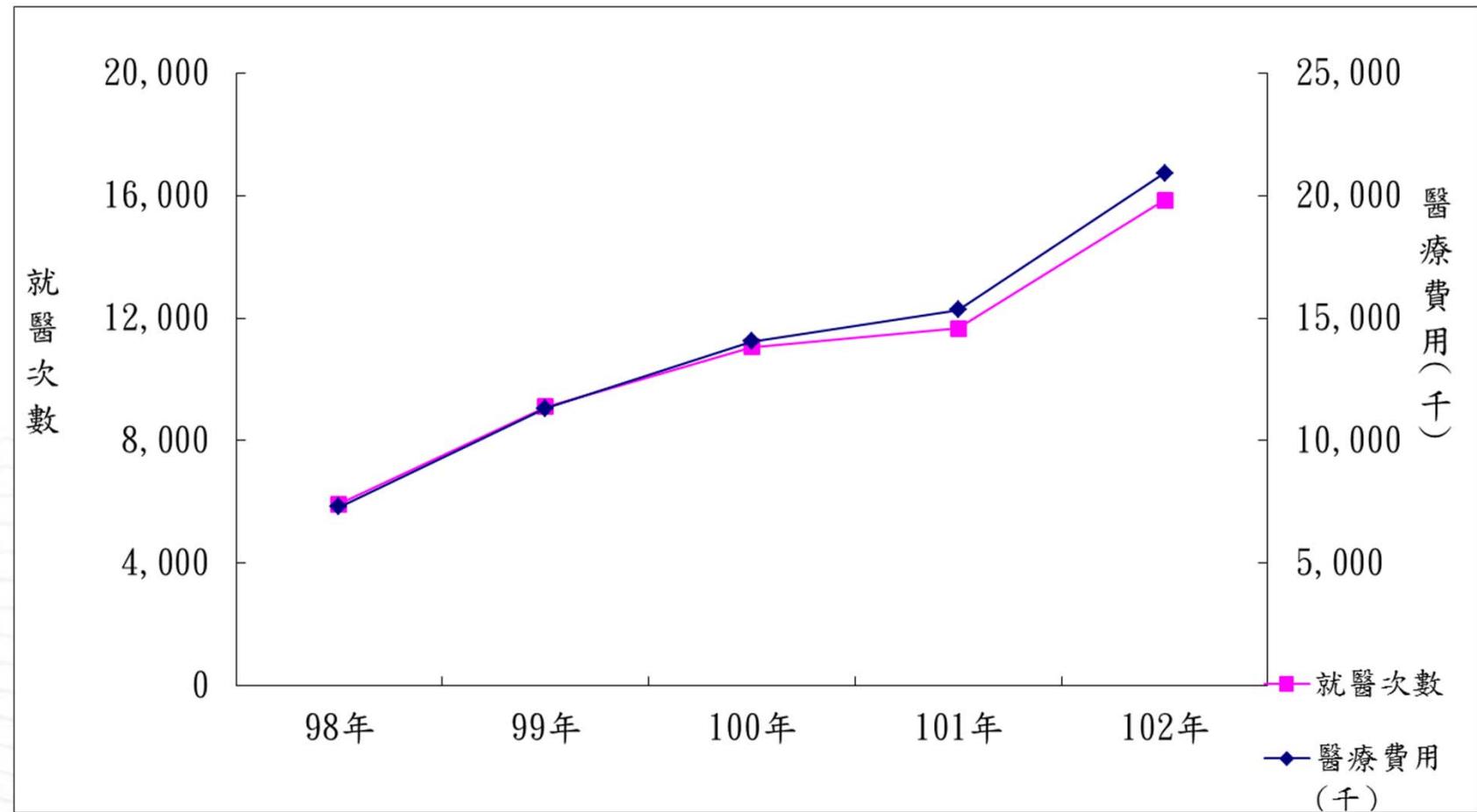
腫瘤住院病患民眾利用統計概況

項目 年度	醫療費用	平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
98年	7, 293, 240	1, 229	6, 506
99年	11, 312, 430	1, 243	6, 178
100年	14, 057, 908	1, 271	9, 000
101年	15, 343, 420	1, 316	8, 818
102年	20, 921, 460	1, 320	7, 982
101-102年 成長率	36. 35%	0. 30%	-9. 48%

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



醫療費用及就醫次數概況



資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



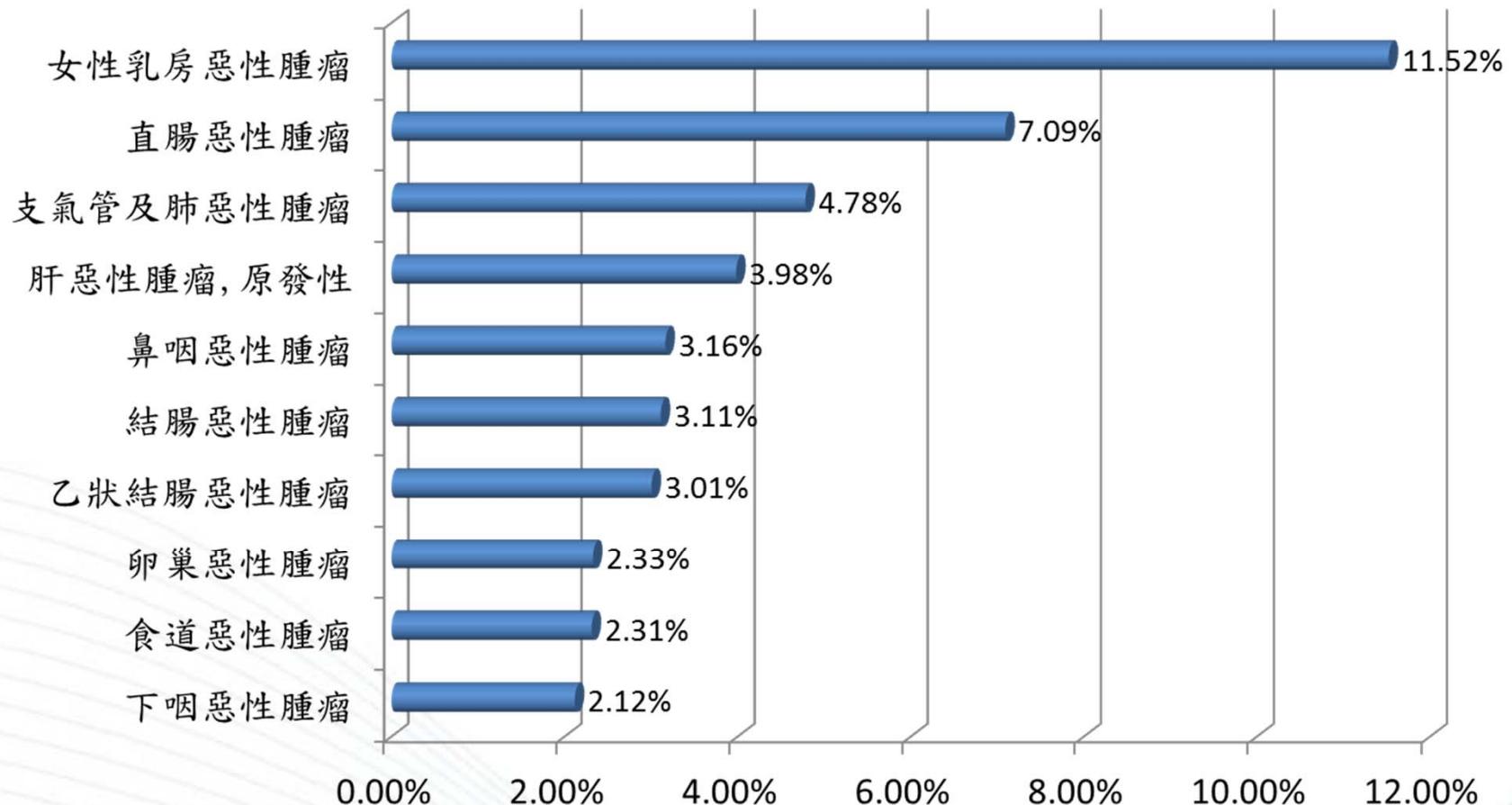
102年申請給付腫瘤疾病名稱點數前10名

腫瘤名稱	申請件數	申請金額
女性乳房惡性腫瘤	1,589	2,410,350
直腸惡性腫瘤	953	1,483,850
支氣管及肺惡性腫瘤	953	1,000,550
肝惡性腫瘤,原發性	701	833,100
鼻咽惡性腫瘤	537	661,970
結腸惡性腫瘤	446	650,700
乙狀結腸惡性腫瘤	401	628,700
卵巢惡性腫瘤	413	487,050
食道惡性腫瘤	384	483,600
下咽惡性腫瘤	361	442,900

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



102年申請給付腫瘤疾病點數前10名占率



資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



102年民眾利用情形—按分區別(一)

分區 項目	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
台北	1,811	437	4.14
北區	723	162	4.46
中區	4,051	510	7.94
南區	7,810	1,261	6.19
高屏	1,231	222	5.55
東區	224	34	6.59
全國	15,850	2621	6.05

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



101年民眾利用情形—按分區別(二)

項目 分區	醫療費用		平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
	值	百分比		
台北	1,779,310	8.50%	983	4,072
北區	680,800	3.25%	942	4,202
中區	4,889,460	23.37%	1,207	9,587
南區	11,858,140	56.68%	1,518	9,404
高屏	1,510,100	7.22%	1,227	6,802
東區	203,650	0.97%	909	5,990
合計	20,921,460	100.00%	1,320	7,982

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日



成效評估(一)

◆為評估「腫瘤西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」的效益，本計畫使用腫瘤患者生命值量表（EORTC的QLQ 2C30）與生活品質評估量表(ECOG)、中醫體質量表(BCQ)為評估工具，評估中醫輔助治療是否能改善腫瘤病患日常生活獨立情形及生活品質，評估工具與方法分。



成效評估(二)

◆評估方法

➤ 計畫採取前後測之評估方法，於病患入院時進行腫瘤患者生命值量表(QLQ 2C30)與生活品質評估(ECOG)的測量，了解病患日常生活獨立及品質改善情形的前後測得分差異；治療前後兩組樣本使用t檢定(Paired-t test)來檢定中醫治療方式和病患之神經功能狀態、日常生活獨立情形的關係。



成效評估(三)

◆ 結果

- A. 問卷回收情形
- 前後測皆完成及去除異常樣本數，有效樣本數在EORTC癌症患者生命值量表共有209人次、ECOG生活品質評估有238人次及BCQ中醫體質量表計298人次，樣本來源各承作醫院。



成效評估(四)

- ◆ 前後測得分與差異性檢定
 - ◆ 腫瘤患者生命值量表(QLQ 2C30)部分：
 - 失眠部分改善比較大及在肢體功能、情緒功能、認知功能等項有較大的改善；但整體上沒有統計上的差異。



成效評估(五)

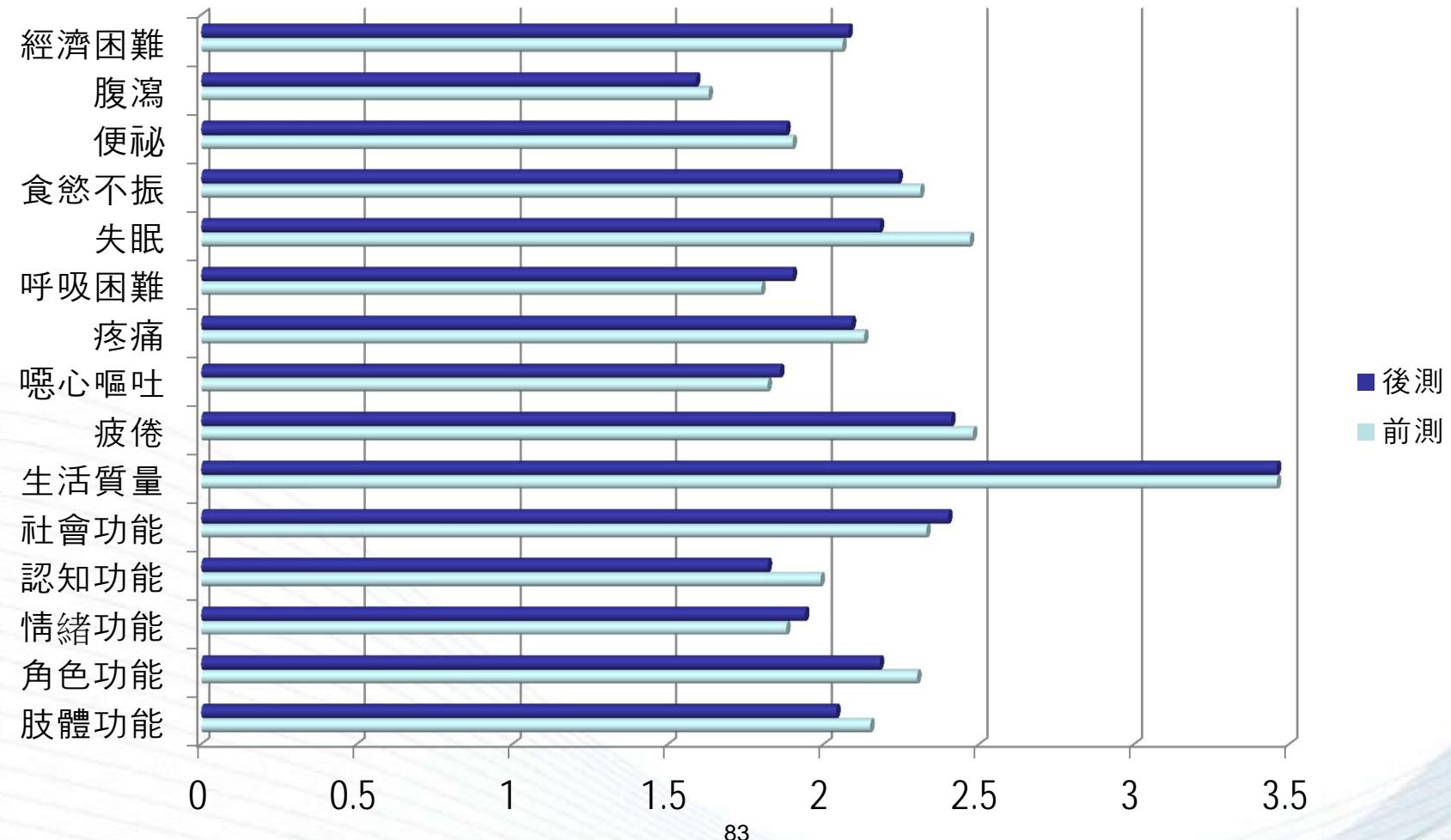
腫瘤住院病人參與計畫的EORTC癌症患者生命值量表其前後測分析

	EORTC癌症患者生命值量表					
	前測		後測		p-value	
	MEAN	SD	MEAN	SD		
肢體功能	2.15	0.89	2.04	0.96	0.15	
角色功能	2.30	1.1	2.18	1.04	0.31	
情緒功能	1.88	0.81	1.94	0.82	0.56	
認知功能	1.99	0.73	1.82	0.71	0.06	
社會功能	2.33	0.88	2.4	0.99	0.57	
生活質量	3.46	1.58	3.46	1.4	1	
疲倦	2.48	0.89	2.41	0.81	0.56	
噁心嘔吐	1.82	0.75	1.86	0.91	0.74	
疼痛	2.13	0.95	2.09	0.89	0.75	
呼吸困難	1.80	0.87	1.90	0.92	0.43	
失眠	2.47	1.04	2.18	0.97	0.05	
食慾不振	2.31	1.02	2.24	1.01	0.67	
便祕	1.90	0.94	1.88	0.97	0.89	
腹瀉	1.63	0.76	1.59	0.64	0.67	
經濟困難	2.06	0.85	2.08	0.89	0.86	



成效評估(六)

腫瘤住院病人參與計畫的EORTC癌症患者生命值量表其前後測分析





成效評估(七)

◆ 腫瘤住院病人參與計畫ECOG生活品質評估

- ECOG生活品質共有107人評估的前測平均值為1.83標準差1.27而後測平均值為1.94標準差為1.27，後測與前測無顯著差異($p\text{-value}=0.09$)

項目	人數	前測		後測		$p\text{-value}^*$
		MEAN	SD	MEAN	SD	
ECOG 分數	107	1.83	1.27	1.94	1.27	0.09

* Paired-t test



成效評估(八)

◆ 中醫體質評估(BCQ)部分：

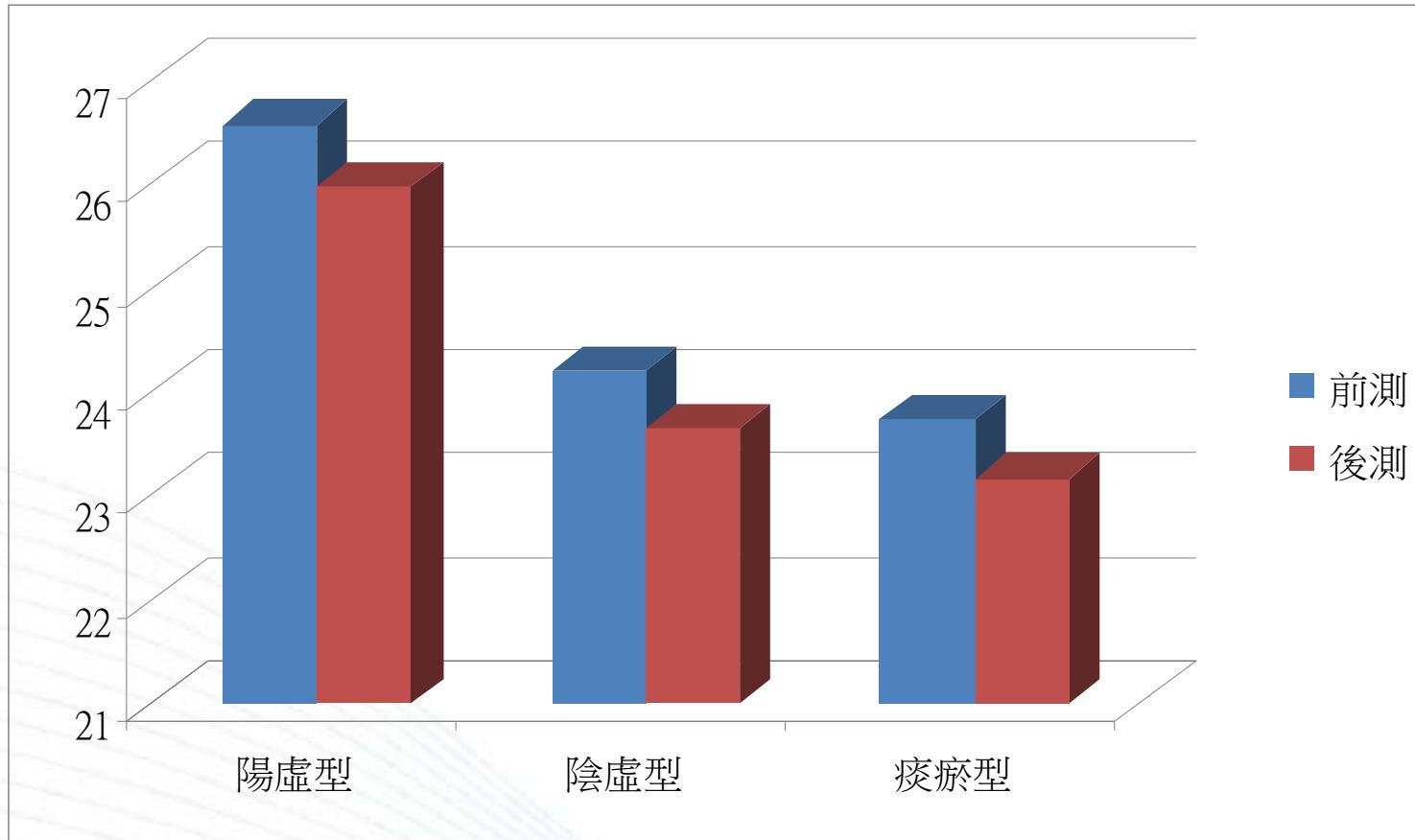
- 以體質得分而言陽虛體質、陰虛體質及痰瘀體質之前、後測得分雖有改善但未達統計差異
- 以是否具有該體質類型進行比較，受試者具有陽虛體質、陰虛體質及痰瘀體質，在前、後測的比較雖有改善但未達統計差異。

中醫體質得分	前測值 (n = 298)	後測值 (n = 298)	F-test	P value*
陽虛得分	26.6 ± 8.0	26.0 ± 7.4	0.17	0.67
陰虛得分	24.2 ± 7.5	23.6 ± 6.5	0.69	0.36
痰瘀得分	23.7 ± 6.9	23.2 ± 7.0	0.41	0.61

*以ANOVA分析之結果



成效評估(九)



腫瘤住院患者中醫體質類型前後測結果之比較



相關實證研究(一-1)

J Chin Med 23(2) : 153-163, 2012

台灣中醫住院對癌症病患的輔助治療之評估

楊晉瑋¹、楊賢鴻^{1,2}、吳宜鴻¹、喬聖琳^{1,2}、陳星諭¹、陳俊良¹

. 2*

¹長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院中醫部內科，桃園，台灣

²長庚大學中醫系，桃園，台灣

(101年02月20日受理，101年06月19日接受刊載)



相關實證研究(一-2)

台灣中醫住院對癌症病患的輔助治療之評估

◆ 結果：

- 所有患者的平均體重上升 ($P=0.003$) 以及整體健康狀態改善 ($P=0.001$) 達到統計學意義，且二者在不同性別和腫瘤類型之間並無差異。
- 口腔癌和鼻咽癌患者相較其他腫瘤患者的疲倦情況改善較為明顯 ($P=0.021$) 。

◆ 結論：

- 本研究為台灣首先對於癌症病患在西醫接受常規治療的同時，於中醫住院並且接受中醫輔助治療的療效評估之前驅研究

◆ 本文發現：

- 患者平均體重上升和整體健康狀態改善，口腔癌和鼻咽癌患者的疲倦情況也較為減輕，中醫住院治療期間無發生嚴重之併發症，但未來仍需更多病患人數和設計嚴謹的臨床研究來證實其真正的輔助醫療價值



相關實證研究(二-1) 腫瘤患者放射性皮膚炎中藥治療療效評估

J Chin Med 23(2) : 141-152,2012

腫瘤患者放射性皮膚炎中藥治療療效評估

陳怡婷¹、曾雁明^{2,3}、胡倩婷^{3,4}、陳俊良^{1,5}、楊賢鴻^{1,5*}

¹桃園長庚紀念醫院中醫部，桃園，台灣

²林口長庚紀念醫院放射腫瘤科，林口，台灣

³長庚大學醫學系，桃園，台灣

⁴桃園長庚紀念醫院皮膚科，桃園，台灣

⁵長庚大學中醫學系，桃園，台灣



相關實證研究(二-2)

腫瘤患者放射性皮膚炎中藥治療療效評估

◆研究結果發現：

- 以美國國家癌症研究所公布之常見不良事件評價標準來評估皮膚損傷程度，中藥組 ($N=31$) 皮膚情況較西藥組 ($N=32$) 好，且有統計上顯著差異 ($P=0.012$)。

◆生活品質問卷結果顯示：

- 病人治療中對痛、癢、緊繃、舒適度、脫皮程度主觀症狀的改善程度評分中，兩組並無顯著差異，但是如果比較放射治療54 格雷以後的變化，中藥組脫皮程度較緩。

◆研究結論：

- 中藥外用複方「白芷蘆薈凝膠」治療放射線皮膚炎的效果不亞於傳統類固醇。



相關實證研究(三)

大林慈濟醫院中醫會診治療輔助乳癌腫瘤 手術、化療及放療之初探

<結論>

- 參與中醫輔助治療的患者以接受化療居多。
- 乳癌經手術、化療及放療後較嚴重的toxicity score平均數評量中以噁心、食慾不振、疲倦無力、皮膚紅疹、皮膚狀態、白血球降低、中性球降低等症狀較為明顯。
- 初步中醫輔助治療對病人的Toxicity症狀的平均數評量中
- 在噁心、食慾不振、疲倦無力、皮膚紅疹、皮膚狀態、白血球降低、中性球降低的症狀皆有改善。
- 但對水腫一項並無成效。
- 在單項的Toxicity症狀中Grade III & V之個數及百分比評中，以噁心、食慾不振、疲倦無力、皮膚紅疹、皮膚狀態、白血球降低、中性球降低疾狀較有成效。



相關實證研究(四)

腫瘤患者手術、化療、放射線療法後出院 中醫門診治療之療效評估研究

◆ 結果：

- 呈現有無中醫輔助療法之病人年齡、居住地都市化程度、高血壓病史、高血脂病史、糖尿病及接受治療類型等變項之分布，可以發現CAM users 較為年輕(50.5 ± 8.7 vs 52.4 ± 10.1 , $P=0.03$)，其他變項包括居住地都市化程度、共病及接受治療類型在兩組間並無顯著差異。
- 由單變項Cox迴歸的結果顯示，中醫輔助療法之使用與死亡率之下降有顯著相關($HR=0.53$ ， $95\% \text{ confidence interval}=0.37-0.76$)。
- 多變項Cox迴歸之結果顯示，在控制了年齡、history of congestive heart failure、renal failure, metastasis to distant organs、surgery、hormonal or targeted biologic therapy以及radiotherapy後，中醫輔助療法之使用與死亡率之下降仍呈現顯著相關 ($HR = 0.50$ ， $95\% \text{ confidence interval} = 0.35-0.72$)。 92



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

➤ 計畫目標及重點

➤ 本計畫乃針對病情已穩定、進入慢性復健期的腦血管疾病患者，藉由文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提升、降低醫療費用支出的目的。



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

- ◆ 本會自95年起執行「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」因療效明確，有效提升病患生活品質並縮短病程，利用率逐年上升，腦血管疾病經急性期處置後，最近文獻記載所需復健有效期間長，本計畫即為銜接腦血管疾病急性期出院後之後續全人中醫醫療；99年開始辦理本試辦計畫，實施至今執行已由34. 91%提昇至136. 89。
- ◆ 本計畫收案方式分為「門診收案」與「門診收案+配合療護機構收案」兩種，目前已經有224家院所申請參與此計畫，其中「門診收案」的院所有209家，「門診收案+配合療護機構收案」的有15家，實際收案申報費用之院所數為170家院所參與醫師約為509位。



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

預算執行情形

年度	預算數	醫療費用	執行率(%)
99	90	31.60	34.91
100	90	98.43	109.37
101	82	106.70	174.67
102	100	136.89	136.89%

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日

註：1.執行率=醫療費用/預算數

(單位：百萬元)



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

歷年民眾利用統計概況

年 項目	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
99年	39,859	2,470	16.14
100年	126,485	5,278	23.96
101年	176,599	6,962	25.37
102年	171,206	6,552	26.13

項目 年度	醫療費用	平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
99年	31,575,810	792	16,361
100年	99,532,502	787	18,858
101年	143,805,966	814	20,656
102年	136,888,660	800	20,893



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

102年民眾利用情形—按分區別

項目 分區	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
台北	42,826	1,623	26.39
北區	17,335	978	17.72
中區	40,425	1,619	24.97
南區	37,050	1,330	27.86
高屏	29,242	1,054	27.74
東區	4,328	164	26.39
合計	171,206	6,768	25.30

註：平均就醫次數 = 就醫次數 / 就醫人數

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：102年5月30日



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

102年醫療服務提供情形—按分區別

項目 分區	承辦院 所數	參與 醫師數	醫師看診天次		平均每看診天 次服務人次
			值	百分比	
台北	40	105	5,520	19.72%	7.76
北區	26	83	3,004	10.73%	5.77
中區	36	127	5,988	21.39%	6.75
南區	32	92	6,326	22.60%	5.86
高屏	27	84	5,605	20.02%	5.22
東區	9	18	1,548	5.53%	2.80
合計	170	509	27,991	100.00%	6.12

資料來源：中央健康保險署申報資料 資料日期：103年5月30日
98



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

成效評估(一)

◆評估工具

- 美國國家衛生研究院中風量表(National Institute of Health Stroke Scale; NIHSS)是評估腦中風病患之神經功能狀態的量表
- 巴氏量表(Barthel Index)是評估病患日常生活獨立情形



成效評估(二)

◆評估方法

➤ 計畫採取前後測之評估方法，於病患入院時進行中風評量表(NIHSS)與巴氏量表的測量，並於病患出院時再次測量中風評量表、巴氏量表與記錄有無中藥使用、針灸次數，最後比較病患在神經功能狀態與日常生活獨立情形的前後測得分差異。使用兩組樣本t檢定來檢定中醫治療方式和病患之神經功能狀態、日常生活獨立情形的關係。



成效評估(三)

◆ 結果

- 問卷回收情形：
 - 前後測皆完成樣本數去除遺漏資料可以資料中NIHSS量表為477人次、巴氏量表為515人次，樣本來源分布為本計畫各承作醫院所完成之量表。



成效評估(四)

◆ NIHSS中風量表部分：

➤ NIHSS中風量表部分：統計結果得知前測平均分數為10.43分，標準差為6.55；後測平均分數為9.34分，標準差為6.4，後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.001$)。



成效評估(五)

◆ 巴氏量表(Barthel Index)部分：

- 統計結果得知前測平均分數為40. 79分，標準差為31；後測平均分數為46. 24分，標準差為32. 15，巴氏量表總分則顯著高於前測($p\text{-value}<0. 001$)。



成效評估(六)

- 腦血管中風門診病患在診所NIHSS與巴氏量表之前後測分數差異

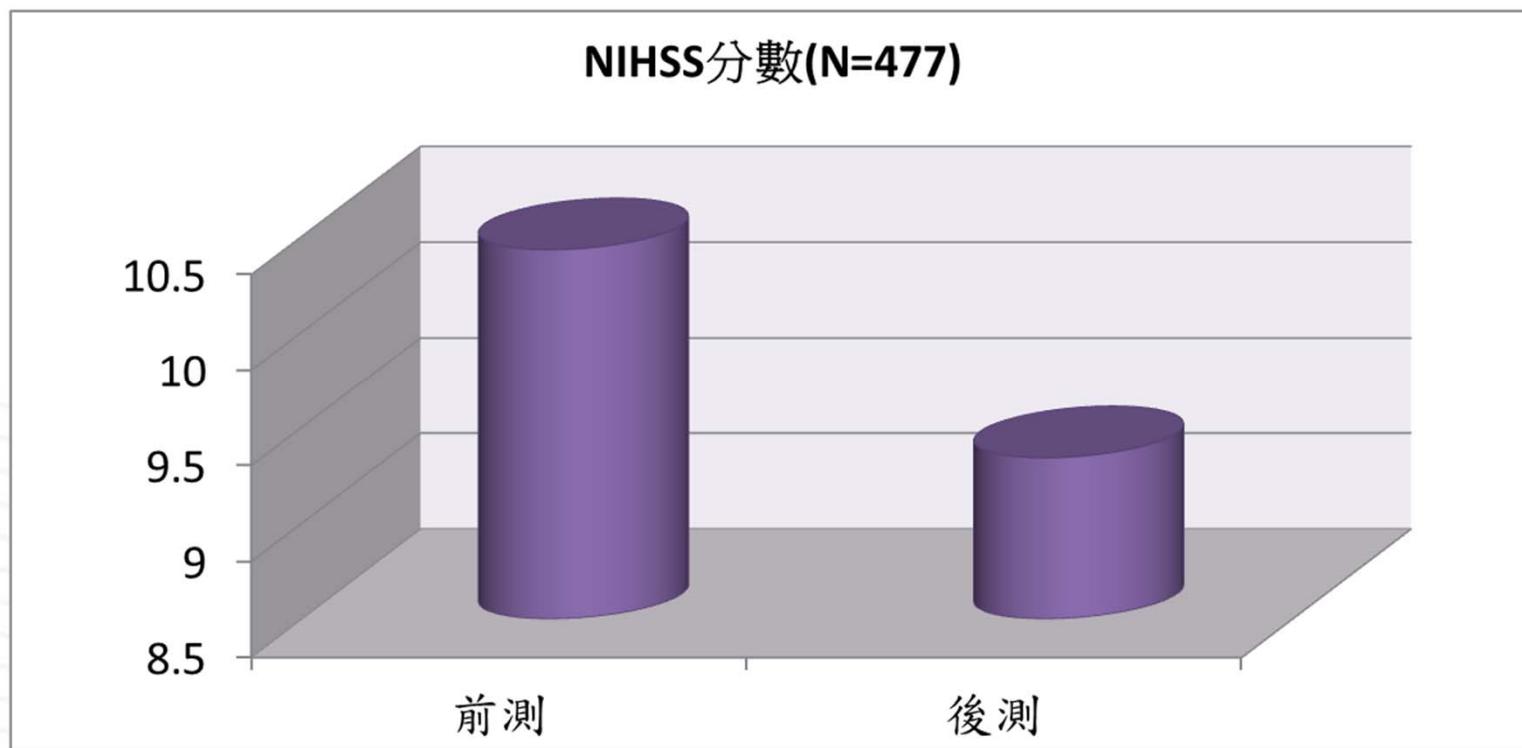
	前測		後測		p-value
	MEAN	SD	MEAN	SD	
NIHSS分數(N=477)	10.43	6.55	9.34	6.4	<0.001
巴氏量表分數(N=515)	40.79	31	46.24	32.15	<0.001

* Paired-t test



成效評估(七)

腦血管門診病患在NIHSS之前後測分數差異

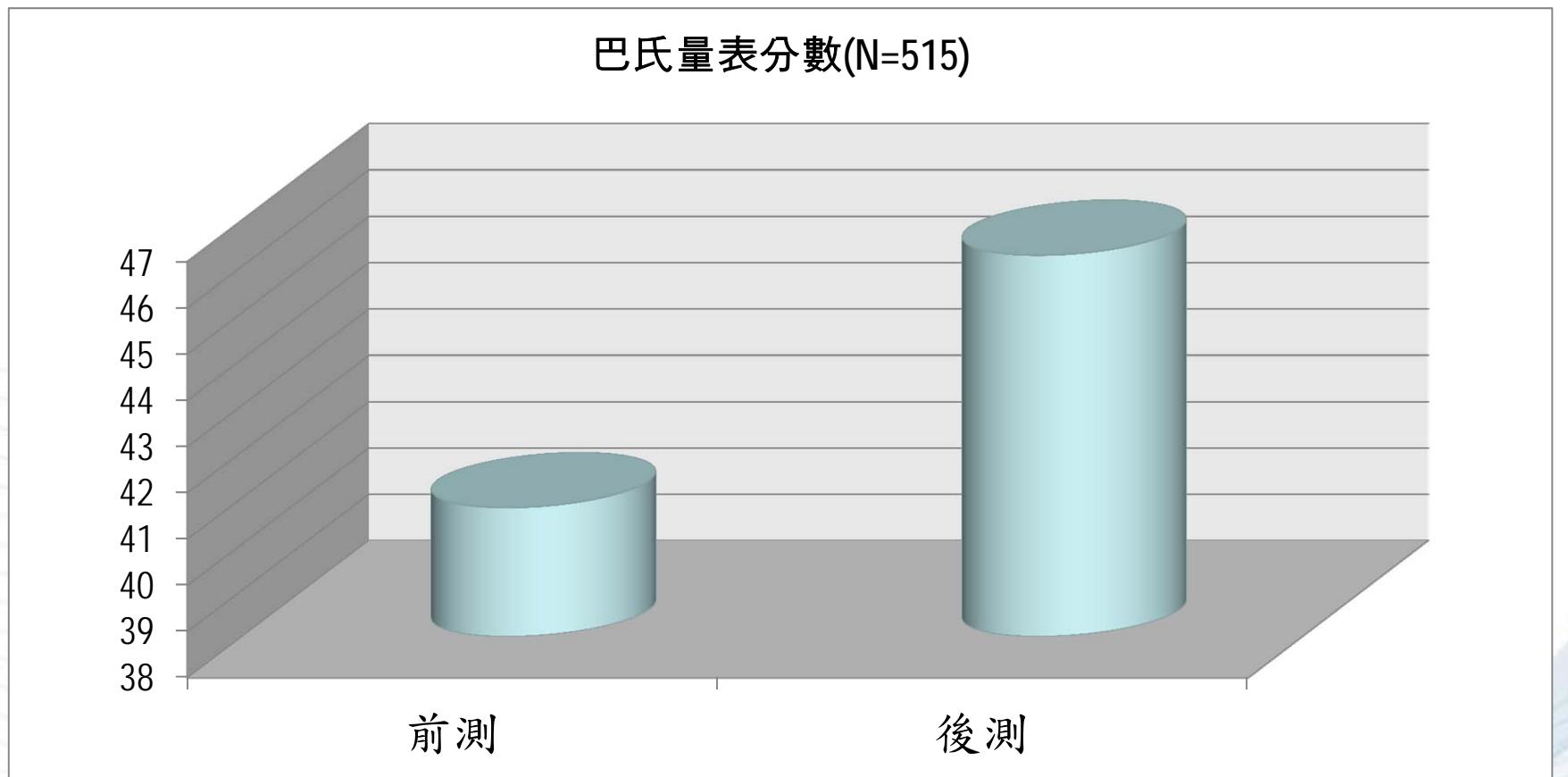


註:分數越高表示神經功能缺損愈嚴重



成效評估(八)

腦血管門診病患在巴氏量表之前後測分數差異



註：分數越高生活品質越好



成效評估(九)

腦血管病患在NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性中風)

- 在年齡方面
- 年齡50歲以下的NIHSS前測為8.15 (SD=4.9)，後測為6.55 (SD=5.3)，其後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.001$)
- 年齡51歲以上的NIHSS前測為10.12 (SD=6.36)，後測為9.09 (SD=6.26)，其後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.001$)



成效評估(十)

腦血管病患在NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性中風)

- 有無中藥治療方面
- 無使用中藥治療的NIHSS前測為10. 29 (SD=6. 56)
後測為9. 39 (SD=6. 02)，其後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}<0. 001$)
- 有使用中藥的病人前測為9. 71 (SD=6. 03)後測為8. 47 (SD=6. 38)，其後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}<0. 001$)



成效評估(十一)

腦血管病患在NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性中風)

- 針灸部分
- 觀察無針灸的病人NIHSS前測為8 (SD=7)後測為3.5 (SD=0.7)，其後測中總分低於前測($p\text{-value}=0.5$)，但無統計上之顯著差異
- 而針灸1-5次的病人NIHSS前測為9.36 (SD=6.44)後測為8.37 (SD=6.4)，其後測總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.001$)
- 而針灸6-10次的病人NIHSS前測為10.4 (SD=6.38)後測為9.47(SD=6.4)，其後測總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.001$)
- 針灸11-15次的病人NIHSS前測為10.67(SD=6.07)後測為9.56(SD=6.15)，其後測總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.001$)
- 針灸16次以上的病人NIHSS前測為7.56(SD=6.43)後測為6.25(SD=5.45)，其後測總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.042$)



成效評估(十二)

腦血管病患在NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性中風)

- 在年齡方面
- 年齡50歲以下的NIHSS前測為9. 92 (SD=6. 58)，後測為8. 6 (SD=6. 9)，其後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}<0.001$)
- 年齡51歲以上的NIHSS前測為11. 62 (SD=6. 98)，後測為10. 6 (SD=6. 45)，其後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-val}\text{ue}<0.001$)



成效評估(十三)

腦血管病患在NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性中風)

- 有無中藥治療方面
- 無使用中藥治療的NIHSS前測為11. 04 ($SD=6. 58$)
後測為10. 36 ($SD=6. 7$)，其後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}=0. 005$)
- 有使用中藥的病人前測為11. 1 ($SD=7. 1$)後測為9. 65 ($SD=6. 56$)，其後測中風量表總分顯著低於前測($p\text{-value}<0. 001$)



成效評估(十四)

腦血管病患在NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性中風)

- 針灸部分
- 無針灸的病人NIHSS前測為13. 6 ($SD=6. 85$)後測為13. 13 ($SD=5. 84$)，其後測中風量表總分顯著低於前測，但無統計上之顯著差異($p\text{-value}=0. 441$)
- 針灸1-5次的病人NIHSS前測為11. 11 ($SD=8. 37$)後測為9. 48 ($SD=7. 76$)，其後測總分顯著低於前測($p\text{-value}<0. 001$)
- 針灸6-10次的病人NIHSS前測為10. 93 ($SD=5. 82$)後測為9. 64 ($SD=5. 72$)，其後測總分顯著低於前測($p\text{-value}=0. 015$)
- 針灸11-15次的病人NIHSS前測為10. 4 ($SD=5. 91$)後測為9. 56 ($SD=6. 12$)，其後測總分顯著低於前測($p\text{-value}<0. 001$)
- 針灸16次以上的病人NIHSS前測為9. 25 ($SD=4. 72$)後測為8. 75 ($SD=4. 5$)，其後測總分低於前測($p\text{-value}=0. 182$)，但無統計上的意義



成效評估(十五)

腦血管病患在NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性)

阻塞性	前測			後測			p-value
	人數	MEAN	SD	MEAN	SD		
年齡							
50歲以下	20	8.15	4.9	6.55	5.3	<0.001	
51歲以上	255	10.12	6.36	9.09	6.26	<0.001	
有無中藥治療							
無中藥治療(0)	129	10.29	6.56	9.39	6.02	<0.001	
有中藥治療(1)	146	9.71	6.03	8.47	6.38	<0.001	
針灸次數							
無針灸(0)	2	8	7	3.5	0.7	0.5	
針灸1~5次	91	9.36	6.44	8.37	6.4	<0.001	
針灸6~10次	47	10.4	6.38	9.47	6.2	<0.001	
針灸11~15次	118	10.67	6.07	9.56	6.15	<0.001	
針灸≥16次	16	7.56	6.43	6.25	5.45	0.042	



成效評估(十六)

腦血管病患在NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性)

出血性	前測			後測			p-value
	人數	MEAN	SD	MEAN	SD		
年齡							
50歲以下	64	9.92	6.58	8.6	6.9	<0.001	
51歲以上	136	11.62	6.98	10.6	6.45	<0.001	
有無中藥治療							
無中藥治療(0)	91	11.04	6.58	10.36	6.7	0.00503	
有中藥治療(1)	110	11.1	7.1	9.65	6.56	<0.001	
針灸次數							
無針灸(0)	23	13.6	6.85	13.13	5.84	0.441	
針灸1~5次	63	11.11	8.37	9.48	7.76	<0.001	
針灸6~10次	28	10.93	5.82	9.64	5.72	0.015	
針灸11~15次	84	10.4	5.91	9.56	6.12	<0.001	
針灸≥16次	4	9.25	4.72	8.75	4.5	0.182	



成效評估(十七)

腦血管病患在巴氏量表前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性中風)

- 在年齡方面
- 年齡50歲以下的巴氏量表前測為50. 9 ($SD=34. 8$)，後測為64. 1 ($SD=34. 7$)，其後測中風量表總分顯著高於前測($p-value=0. 033$)
- 年齡51歲以上的巴氏量表前測為37. 87 ($SD=30. 96$)，後測為42. 48 ($SD=31. 61$)，其後測中風量表總分顯著高於前測($p-value<0. 001$)



成效評估(十八)

腦血管病患在巴氏量表前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性中風)

- 有無中藥治療方面
- 無使用中藥治療的巴氏量表前測為38. 7 ($SD=31. 5$)後測為45 ($SD=33. 61$)，其後測中風量表總分顯著高於前測($p-value=0. 001$)
- 有使用中藥的病人前測為39. 01 ($SD=31. 35$)後測為43. 37 ($SD=31. 23$)，其後測中風量表總分顯著高於前測($p-value=0. 016$)



成效評估(十九)

腦血管病患在巴氏量表前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性中風)

- 針灸部分
- 觀察無針灸的病人巴氏量表前測為43. 33 ($SD=12. 58$)後測為65 ($SD=26. 46$)，其後測總分高於前測($p\text{-value}=0. 204$)，但無統計上的意義
- 針灸1-5次的病人巴氏量表前測為41. 74 ($SD=33. 64$)後測為43. 89 ($SD=35. 33$)，其後測總分高於前測($p\text{-value}=0. 386$)，也無統計上的意義
- 針灸6-10次的病人巴氏量表前測為38. 63 ($SD=30. 2$)後測為41. 7 ($SD=32. 63$)，其後測總分顯著高於前測($p\text{-value}=0. 04$)
- 針灸11-15次的病人巴氏量表前測為37. 14 ($SD=29$)後測為41. 7 ($SD=28. 78$)，其後測總分顯著高於前測($p\text{-value}=0. 001$)
- 針灸16次以上的病人巴氏量表前測為34. 47 ($SD=40. 68$)後測為46. 32 ($SD=38. 47$)，其後測總分顯著高於前測($p\text{-value}=0. 006$)



成效評估(二十)

腦血管病患在巴氏量表後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性中風)

- 在年齡方面
- 年齡50歲以下的巴氏量表前測為49.19 ($SD=29.03$)，後測為56.62 ($SD=29.57$)，其後測中風量表總分顯著高於前測 ($p\text{-value}=0.003$)
- 年齡51歲以上的巴氏量表前測為40.39 ($SD=30.71$)，後測為45.35 ($SD=32.36$)，其後測中風量表總分顯著高於前測 ($p\text{-value}=0.001$)



成效評估(二十一)

腦血管病患在巴氏量表前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性中風)

- 有無中藥治療方面
- 無使用中藥治療的巴氏量表前測為42. 75 (SD=31. 04)後測為47. 7 (SD=32. 3)，其後測中風量表總分顯著高於前測($p\text{-value}<0. 001$)
- 有使用中藥的病人前測為43. 28 (SD=29. 68)後測為49. 67 (SD=31. 38)，其後測中風量表總分顯著高於前測($p\text{-value}=0. 001$)



成效評估(二十二)

腦血管病患在巴氏量表前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性中風)

- 針灸部分
- 觀察無針灸的病人巴氏量表前測為34. 38 ($SD=26. 88$)後測為37. 29 ($SD=26. 21$)，其後測總分高於前測，但無統計上的顯著差異($p-value=0. 388$)
- 針灸1-5次的病人巴氏量表前測為50. 96 ($SD=34. 34$)後測為58. 09 ($SD=34. 6$)，其後測總分顯著高於前測($p-value=0. 016$)
- 針灸6-10次的病人巴氏量表前測為39. 55 ($SD=27. 02$)後測為45. 15 ($SD=30. 81$)，其後測總分高於前測($p-value=0. 241$)，但無統計上的意義
- 針灸11-15次的病人巴氏量表前測為41. 6 ($SD=28. 433$)後測為47. 47 ($SD=30. 1$)，其後測總分顯著高於前測($p-value<0. 001$)
- 針灸16次以上的病人巴氏量表前測為38. 57 ($SD=38. 57$)後測為33. 5 ($SD=4. 5$)，其後測總分無顯著差異($p-value=1$)



成效評估(二十三)

腦血管病患在巴氏量表前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(阻塞性)

阻塞性	前測			後測			p-value
	人數	MEAN	SD	MEAN	SD	p-value	
年齡							
50歲以下	22	50.9	34.8	64.1	34.7	0.033	
51歲以上	255	37.87	30.96	42.48	31.61	<0.001	
有無中藥治療							
無中藥治療(0)	134	38.7	31.56	45	33.61	0.001	
有中藥治療(1)	156	39.01	31.35	43.37	31.23	0.016	
針灸次數							
無針灸(0)	3	43.33	12.58	65	26.46	0.204	
針灸1~5次	95	41.74	33.64	43.89	35.33	0.386	
針灸6~10次	51	38.63	30.2	47.75	32.63	0.04	
針灸11~15次	121	37.14	29	41.7	28.78	0.001	
針灸≥16次	19	34.47	40.68	46.32	38.47	0.006	



成效評估(二十四)

腦血管病患在巴氏量表前後測分數差異與中醫治療方式之檢定(出血性)

出血性	前測			後測			p-value
	人數	MEAN	SD	MEAN	SD	p-value	
年齡							
50歲以下	68	49.19	29.03	56.62	29.57	0.003	
51歲以上	155	40.39	30.71	45.35	32.36	0.001	
有無中藥治療							
無中藥治療(0)	102	42.75	31.04	47.7	32.3	<0.001	
有中藥治療(1)	122	43.28	29.68	49.67	31.38	0.001	
針灸次數							
無針灸(0)	24	34.38	26.88	37.29	26.21	0.388	
針灸1~5次	68	50.96	34.34	58.09	34.6	0.016	
針灸6~10次	33	39.55	27.02	45.15	30.81	0.241	
針灸11~15次	93	41.61	28.43	47.47	30.1	<0.001	
針灸≥16次	7	38.57	32.75	33.5	4.5	1	



成效評估(二十五)

腦血管病患「NIHSS量表」前後改善情形與年齡、中醫治療方式是否相關

- 阻塞性中風
 - 回歸方程式為 $NIHSS\text{前後測差} = (-0.24) + 0.02 * \text{年齡} - 0.01 * \text{針灸次數} - 0.036 * \text{是否使用中藥}$ ，但無統計上意義。
- 出血性中風
 - 回歸方程式為 $NIHSS\text{前後測差} = (-1.83) + 0.02 * \text{年齡} + 0.03 * \text{針灸次數} - 0.94 * \text{是否使用中藥}$ 。調整年齡與針灸次數後，有使用中藥者，則 $NIHSS\text{前後測差}$ 則會減少 0.94 分，並有統計上的意義。



成效評估(二十六)

腦血管門診病患「NIHSS量表」前後改善情形與年齡、中醫治療方式之相關

	阻塞性		出血性	
	B 之估計值	標準誤差	B 之估計值	標準誤差
常數	-2.40	0.92	-1.83	0.82
年齡	0.02	0.01	0.02	0.01
針灸次數	-0.01	0.02	0.03	0.03
是否使用中藥	-0.36	0.33	-0.94	0.37*

R=0.13 R 平方=0.017 R=0.192 R 平方=0.037

*為P-value<0.001



成效評估(二十七)

腦血管病患「巴氏量表」前後改善情形與年齡、中醫治療方式是否相關

➤ 阻塞性中風

➤ 回歸方程式為巴氏量表前後測差=19-0.22*年齡+0.2*針灸次數-1.88*是否使用中藥，故調整針灸次數與是否使用中藥後，每增加1歲，則巴氏量表前後測差會減少0.22分，並有統計上之意義。

➤ 出血性中風

➤ 回歸方程式為巴氏量表前後測差=8.76-0.006*年齡-0.04*針灸次數+1.7*是否使用中藥。但並無統計上之意義。



成效評估(二十八)

腦血管門診病患「巴氏量表」前後改善情形與年齡、中醫治療方式之相關

	阻塞性		出血性	
	B 之估計		B 之估計	
	值	標準誤差	值	標準誤差
常數	19.00	7.31	8.76	5.37
年齡	-0.22	0.10 *	-0.06	0.09
針灸次數	0.20	0.13	-0.04	0.16
是否使用中藥	-1.88	2.60	1.70	2.49
	R=0.15	R 平方=0.023	R=0.065	R 平方=0.004

*為P-value<0.001



相關實證研究(一-1)

以中國醫藥大學附設醫院為例之成效評估探討

◆研究統計19位腦血管疾病患者出院後一年內中醫治療之療效(本計畫99年以腦血管疾病發生後一年內為對象)，其巴氏量表10個項目中第六項為平地行走，治療前後有顯著進步($p<0.05$)，如表2-37；又NIHSS部份11個項目中第四項顏面麻痺，治療前後改善，有顯著意義($p<0.05$)



相關實證研究(一-2) 以中國醫藥大學附設醫院為例之成效評估探討

腦血管疾病病患出院後一年內中醫醫療之NIHSS量表各分項
統計

	P-value		P-value
1a	0.429	56-左上	0.882
1b	0.163	56-左下	0.885
1c	0.454	7	0.804
2	0.268	8	0.268
3	0.172	9	0.420
4	0.028	10	0.102
56-右上	0.202	11	0.056
56-右下	0.291		



相關實證研究(一-3)

中醫治療腦血管疾病及其後遺症成效評估 【結果】之相關實證研究

- 呈現有無針灸病人年齡、性別、高血壓病史、高血脂病史、糖尿病、抗凝血藥、抗血小板藥及降血脂藥之分布，由於經過配對，所以各因子皆無顯著差異，
- 有針灸之二次中風比例(28. 8%)則顯著低於無針灸者(35. 7%)。
- 有無針灸兩組人住院中風之醫療耗用皆無顯著差異，
- 呈現有無針灸對二次中風的保護效用，有針灸之IRR為0. 66(0. 56-0. 77)，可知針灸對二次中風有顯著保護效用。
- 由分層分析可知，女性保護效用較男性好；年齡越低效果越好；糖尿病及高血壓為無罹患之效果優於有罹患，高血脂則是有病史效果優於無病史；三種西藥皆是無服用效果優於有服用。



相關實證研究(二) 「中醫在腦中風後遺症扮演的角色」

◆ 謝慶良教授之系列研究：

- 結果：針灸、中藥不論在人體試驗或在動物試驗，都顯示對腦中風病患之治療有助益，其改善之機制包括改善腦血流、保護神經細胞、抗發炎、抗自由基、抗細胞凋亡…等。



相關實證研究(三)

陽明大學對腦中風患者一年內的死亡率 和醫療費用研究

- ◆ Readmission, mortality, and first-year medical costs after stroke :
 - Conclusion: Half of the patients encountered readmission or death during the first year after stroke . Patients with advanced age, more complications, or comorbidities during initial stay tended to be highly vulnerable to AE occurrence, whereas TIA/unspecified stroke carried no less risk for AEs. FYMC or estimated cost per life saved for IS or TIA/unspecified was lower relative to SAH or ICH; however , their estimated cost per life-year saved became higher because of reduced life expectancy



相關實證研究(六)

台北醫學大學附設醫院針對台灣區中風患者 便用中藥情形研究

◆An Investigation of the Use of Traditional Chinese Medicine in Stroke Patients in Taiwan

- *Results.* The use of TCM was higher in stroke patients than in the general population, 27.9% versus 25.4% in 2000 and 32.7% versus 27.8% in 2009, respectively, and grew consistently from 2000 to 2009. Among stroke patients, women, younger patients, white-collar employees, higher-income residents, and those living in areas with more TCM physicians were more likely to use TCM. Stroke patients using rehabilitation services were more likely to have more TCM visits ($OR = 2.28$, 95% CI = 1.96–2.66) and higher expenditure on TCM ($OR = 2.67$, 95% CI = 2.29–3.12) compared with stroke patients without rehabilitation.
- *Conclusion.* TCM is popular and well accepted in Taiwan. Patients with stroke have a higher TCM utilization rate than people without stroke.¹³²



問題檢討分析及未來努力方向(一)

◆ 經費執行情形：

➤ 「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(98年)」2項延續性試辦計畫，從95年開辦的36.68%逐年遞增至99年的108%，100年執行率約為116%，101年專案計畫執行率達126%(結算平均點值為0.7966)，102年專案計畫執行率達142%(結算平均點值為0.7038)，近2年來出現經費不足情形，中醫介入協助腦中風院所患者不論使用針灸或中藥在案例上呈現及實證基礎上均有正向結果，預算編列與民眾需求顯有差距。



問題檢討分析及未來努力方向(二)

◆ 經費執行情形：

➤ 99年新增之「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」，第一年執行率為32%，101年升至174%(結算平均點值為0.5725)，102年因101年點值過低執行率微降至136%(結算平均點值為0.7305)，反應民眾對本項醫療服務的高度需求，預期未來一年之執行率將持續增加。



問題檢討分析及未來努力方向(三)

◆ 資源分布問題

- 各項試辦計畫因初步執行規畫都限大型醫院附設中醫部門參與，加上區域醫療生態特性，「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」與「腫瘤患者手術、化療、放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」較為集中在中區、南區；「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」因不限承作層級醫療利用相對較為均勻，但北區及東區較少可能和大型醫院較少有關，本會將加強中醫師的訓練以提升醫療服務的普及率及研議修訂給付標準以提高醫師專案醫療服務的參與意願。



問題檢討分析及未來努力方向(四)

◆院所回覆之相關生、心理問卷

➤ 院所回復資料缺失包括：無後測、遺漏或缺漏等情形，導致收集樣本數與實際可供分析之樣本數有極大落差，影響分析成果，未來將加強要求承辦院所回復資料的規格及正確性，定期檢定回復問卷之資料，對於未定期繳交報告、相關資料及評量報表者要求改善，未改善者於評估後將停止執行辦理本試辦計畫服務。



問題檢討分析及未來努力方向(五)

◆未來努力方向

➤ 各計畫初步成效評估，基於醫學倫理與病患就醫權益考量，無法執行中醫與西醫的對照療效評估，及費用的評估，仍使用統計學上治療前、後測的比較，提供統計評量表結果，做為計畫改善之參考，本會將與設有醫務管理及公共衛生等相關科系研究所合作，邀請研究生選用與中醫藥相關議題做為研究論文，如其結果能提供全聯會修正健保政策及管理、分配方針，通過審核將提供研究生獎助學金。



問題檢討分析及未來努力方向(六)

◆未來努力方向

- 本會將對量表統計式進行修訂，在腦中風統計量表之基本資料中要求院所需填具是否為二次中風及初次發生的時間點；在癌症量表方面請院所需填具發病時間及目前治療是第幾期的癌症，以利分析疾病的嚴重度改善情形。



中華民國中醫師公會全國聯合會

1020312

*Thank you
for your attention*