



中華民國中醫師公會全國聯合會

中醫門診總額執行成果

報告人：施 純 全 醫師・公衛碩士・醫學博士

中醫師公會全國聯合會 特別顧問
義守大學學士後中醫學系 助理教授

一般服務執行成果



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
- 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



滿意度調查結果



滿意度 包括：

1. 「非常滿意」
2. 「滿意」



不滿意度 包括：

1. 「不滿意」
2. 「非常不滿意」

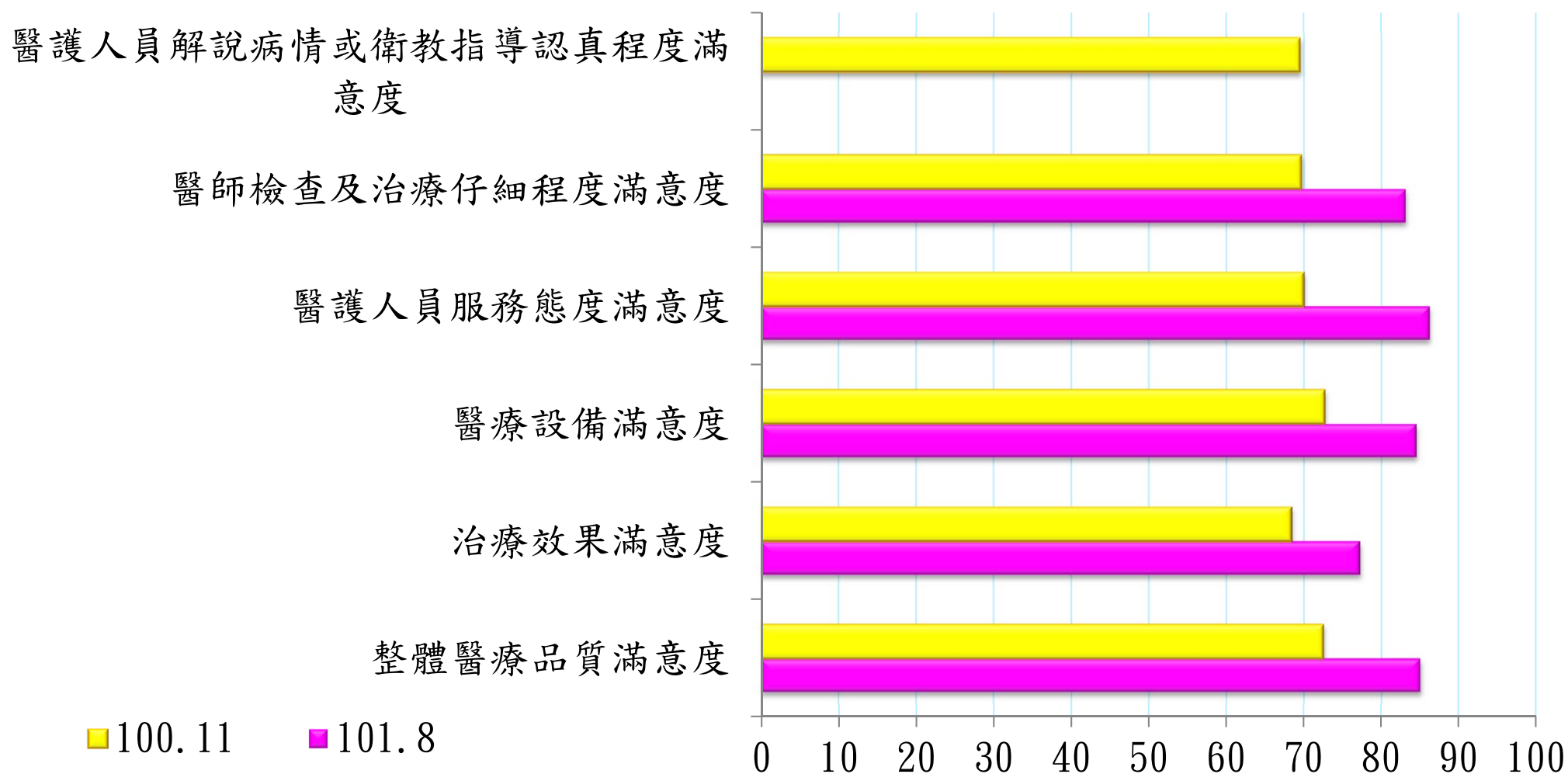
比較基礎

101年8月 Vs. 100年11月



就醫民眾對中醫門診總額醫療品質滿意度

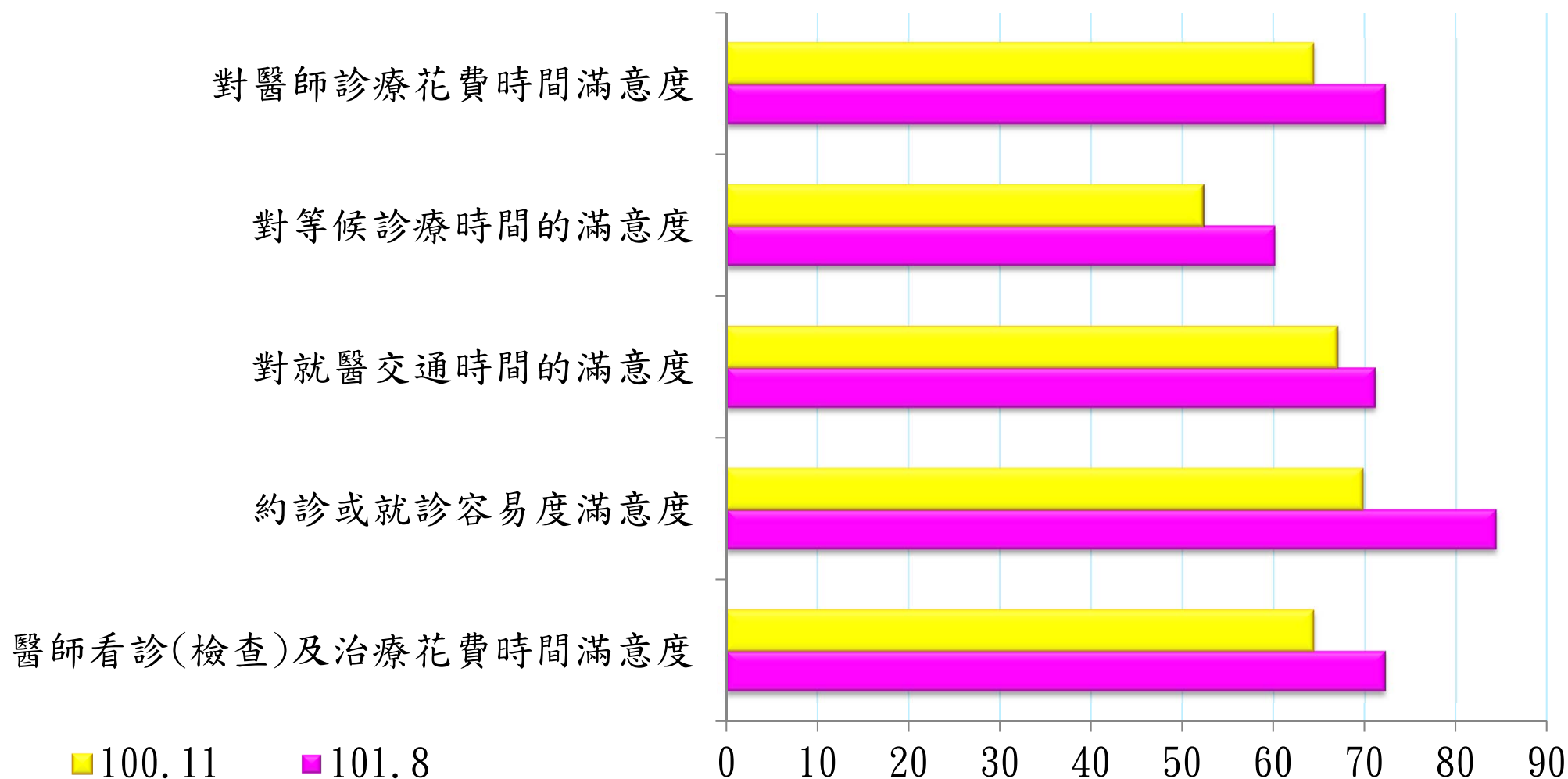
(101年8月 vs 100年11月)





就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性滿意度

(101年8月 vs 100年11月)



滿意度調查結果

101年滿意度
皆上升

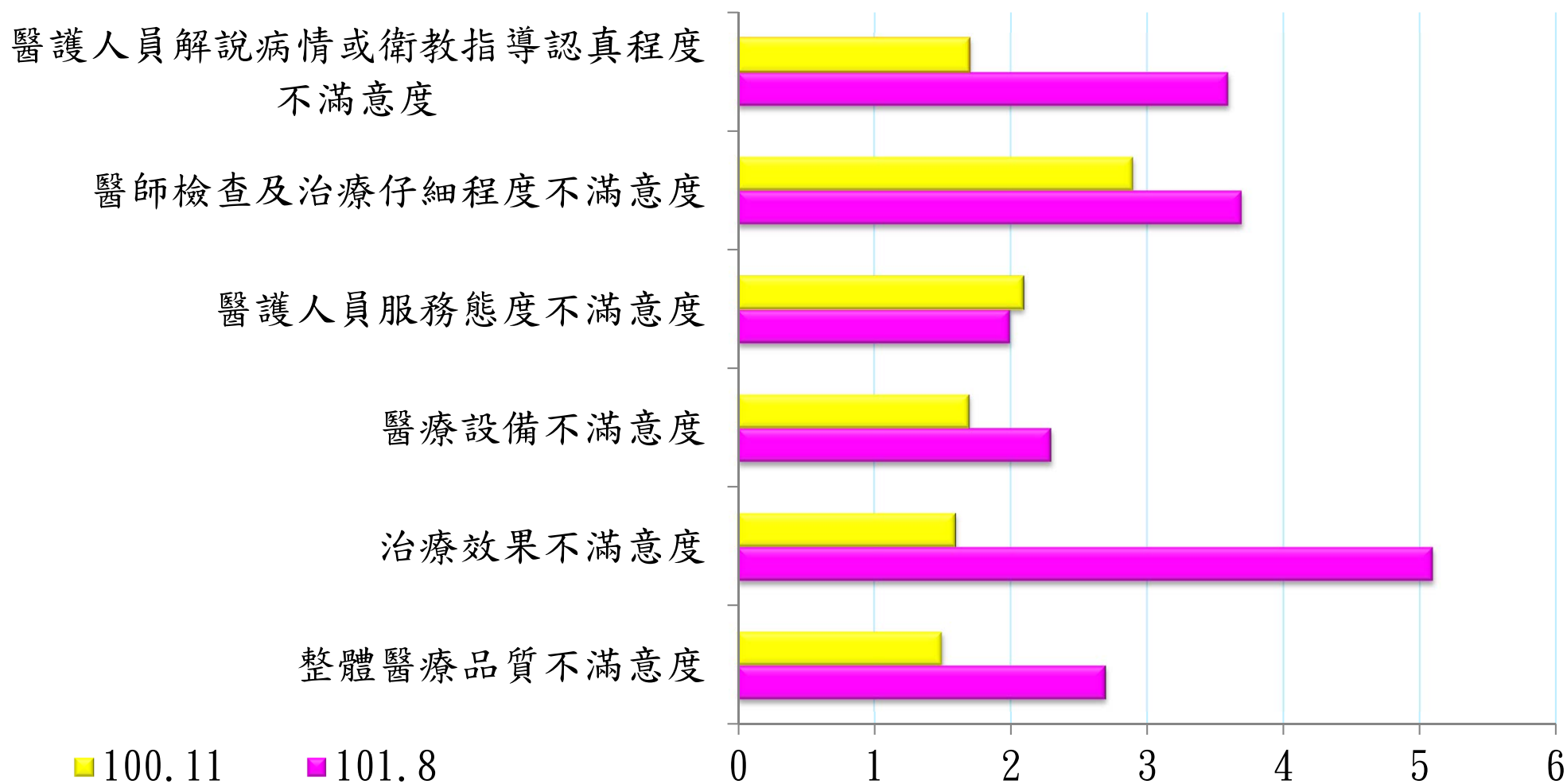


整體醫療	+12.6%
治療效果	+8.9%
醫療設備	+11.9%
醫護人員服務態度	+16.3%
醫師看診治療花費時間	+7.9%
醫師看診治療過程	+13.5%
約診或就診容易度	+14.7%
對就醫交通時間	+4.2%
對等候診療時間	+7.9%



就醫民眾對中醫門診總額醫療品質不滿意度

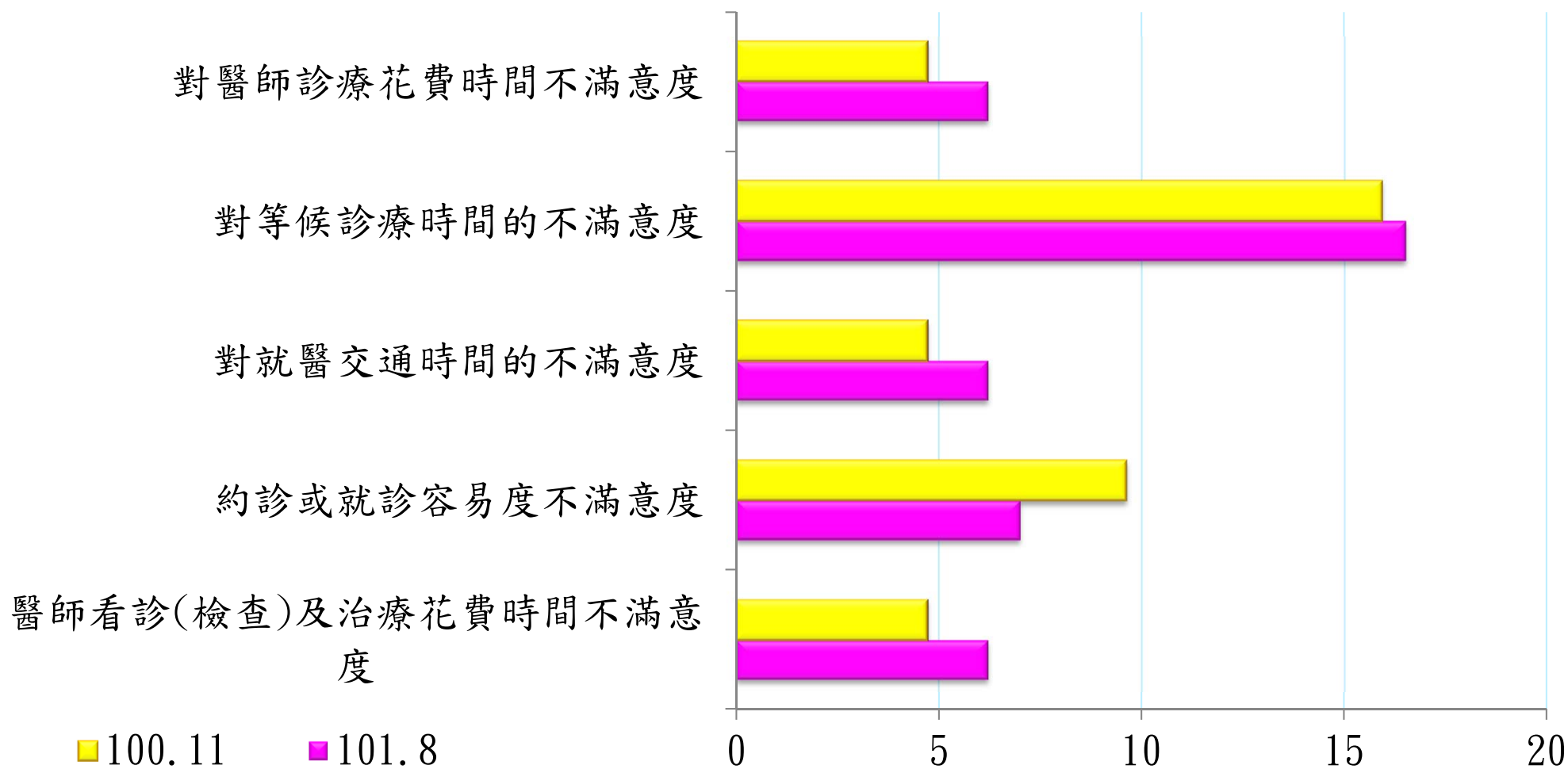
(101年8月 vs 100年11月)





就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性不滿意度

(101年8月 vs 100年11月)





滿意度調查結果之檢討及改善措施(一)

- 對等候診療時間的滿意度(接受程度)(60.1%)
- 檢討與改善
 - 規劃辦理 **中醫醫療院所醫療服務品質提昇課程**，協助中醫醫療院所建立約診制度，加強行政人員應變能力，讓整體看診程序更具彈性及效率，減少民眾不必要的候診時間。
 - 規劃再版中醫醫療院所開執業手冊，加入約診、行政人員作業技巧、民眾滿意度等內容，以提高民眾就醫滿意度。

僅就滿意度在80%以下項目，提出檢討及改善策施



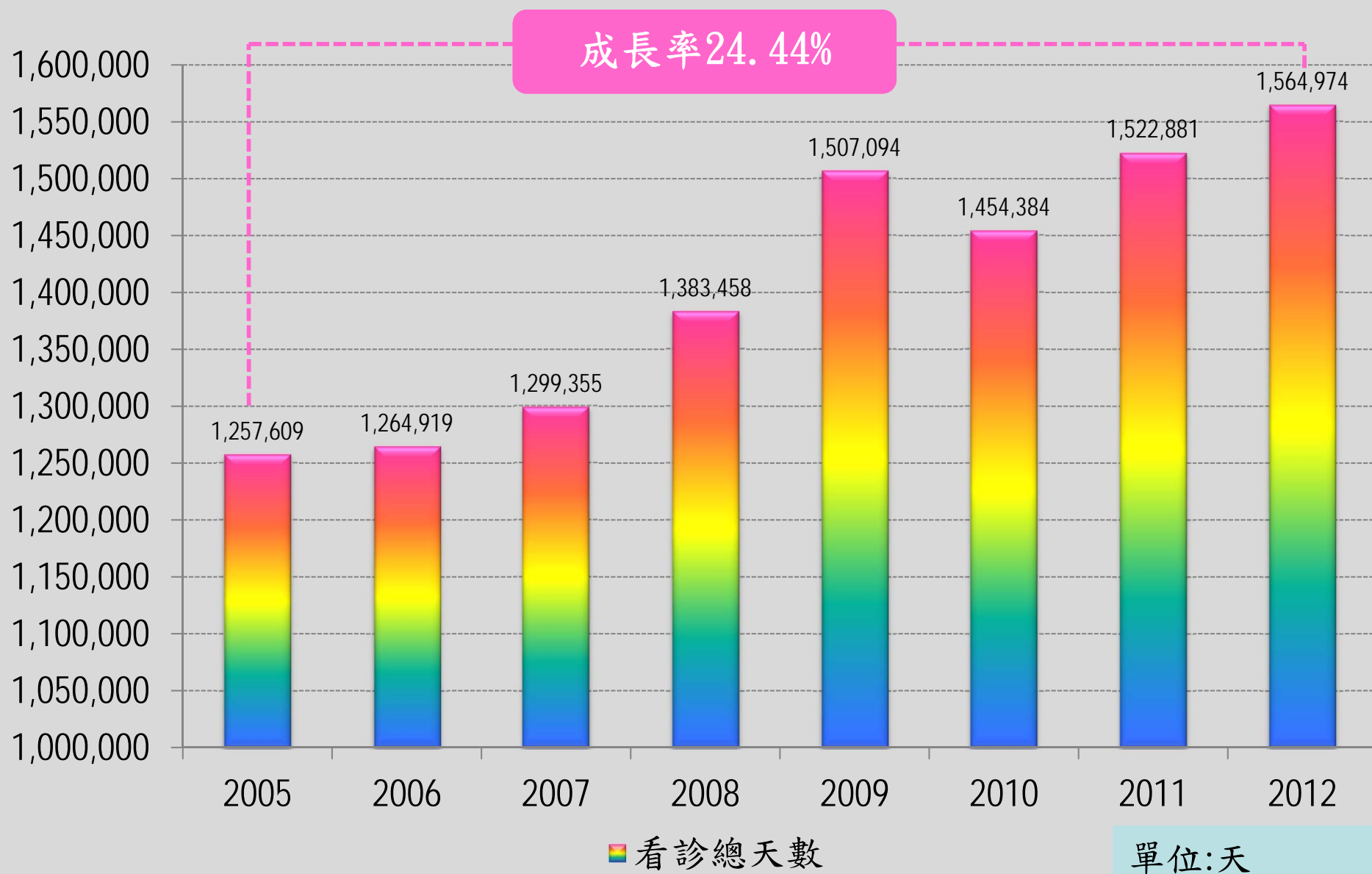
滿意度調查結果之檢討及改善措施(二)

- 對就醫交通時間的滿意度(接受程度)(71.1%)
- 檢討與改善
 - 就101年調查資料，近7成5的民眾單程一趟花費的交通時間在20分鐘以內；以就醫地區別來看，較不滿意者最高在南區、其次是台北區。
 - 未來朝增加鼓勵均衡醫療資源分布之措施著手，以符合民眾對就醫可近性日益升高要求之期望。

僅就滿意度在80%以下項目，提出檢討及改善策施

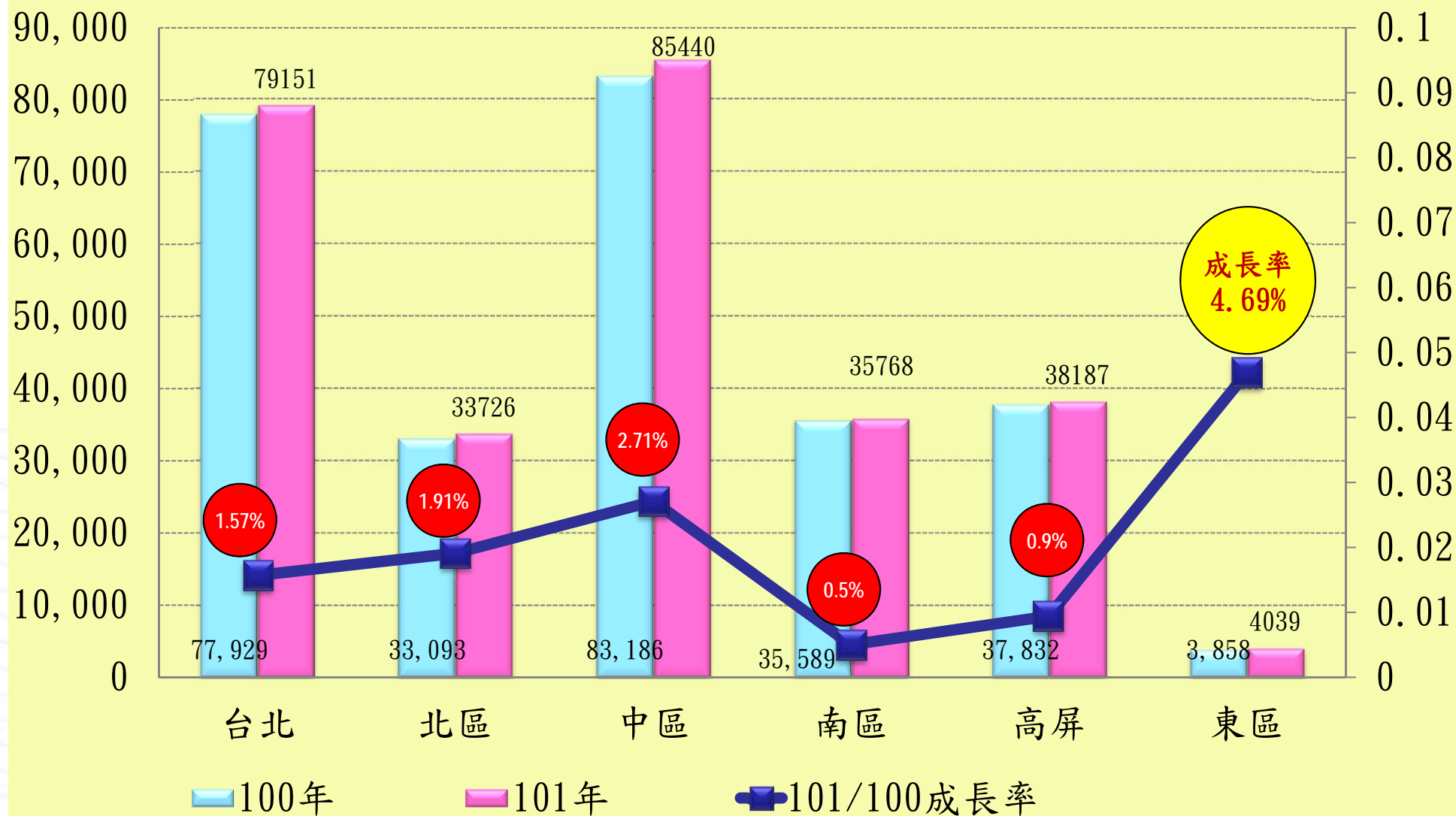


台灣中醫師看診總天數統計2005-2012年(以醫師為單位)





99年至101年假日看診總天數統計(以醫師為單位)





滿意度調查結果之檢討及改善措施(三)

- 醫師看診(檢查)及治療花費時間滿意度(72.2%)
- 檢討與改善
 - 未來將加強推動「中醫門診初診病患提昇診療品質照護計畫」，以提昇民眾就醫滿意度。

僅就滿意度在80%以下項目，提出檢討及改善策施



滿意度調查結果之檢討及改善措施(四)

■ 治療效果滿意度(77.3%)

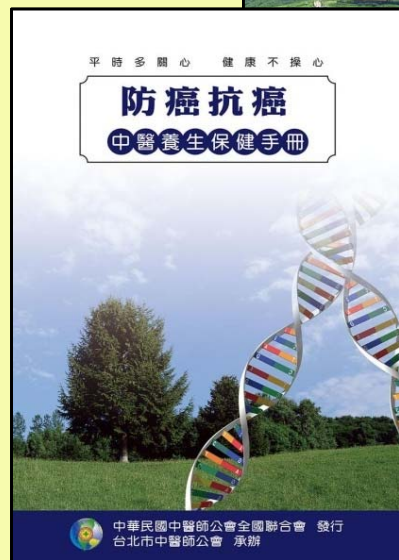
■ 檢討與改善

- 未來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。
- 未來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。
- 未來計劃加強推動中醫實證醫學課程，增加中醫師對疾病療程及預後新知之了解。

僅就滿意度在80%以下項目，提出檢討及改善策施



中醫養生保健手冊





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。
- 建議：
健保局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！



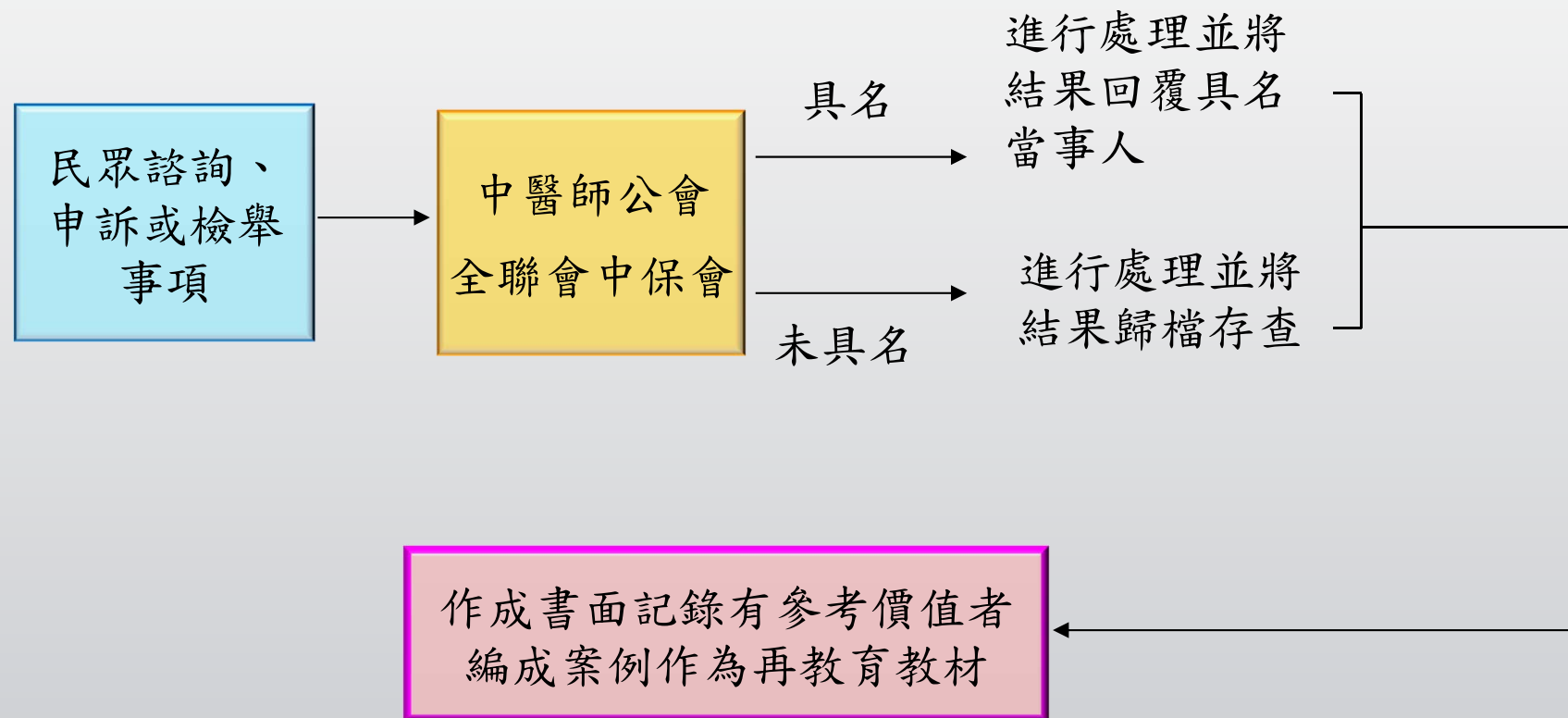
電子信箱: cht.cma@msa.hinet.net
統一編號: 55504309 聯絡專線: 02870411





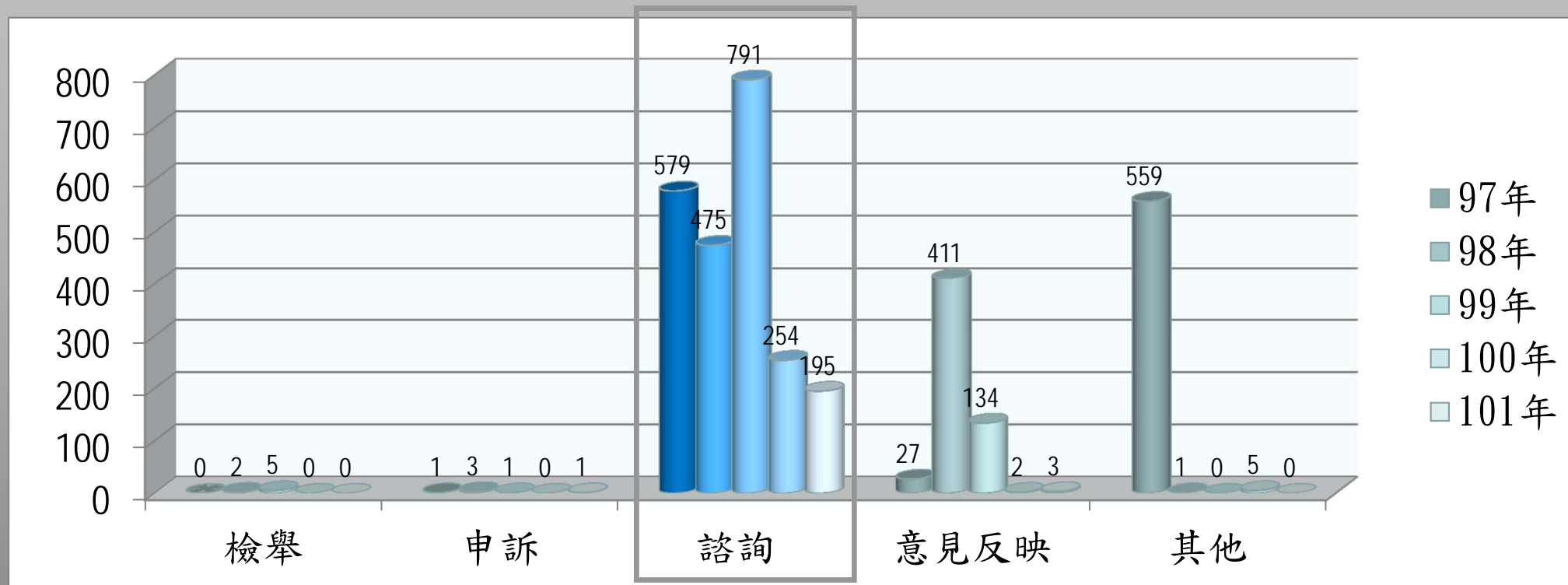
民眾諮詢及抱怨處理

諮詢、申訴或檢舉處理流程





民眾及會員意見反映統計



	檢舉	申訴	諮詢	意見反映	其他
97年	0	1	579	27	559
98年	2	3	475	411	1
99年	5	1	791	134	0
100年	0	0	254	2	5
101年	0	1	195	3	0



民眾自付其他費用情形

■ 自付其他費用金額

除掛號費用和部分負擔費用外，其自付其他費用的金額以「100元以下」比例最高。

	97年	98年	99年	100年	101年
100元以下	83.6%	84.1%	82.9%	42.4%	53.1%
101-200元	7.3%	4.2%	6.6%	21.1%	7.2%
201-500元	5.5%	5.2%	6.4%	16.7%	10.2%
501-1000元	1.9%	3.5%	2.1%	9.0%	10.6%
1000元以上	1.7%	2.9%	2.0%	6.3%	15.6%



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

	97年	98年	99年	100年	101年
健保不給付或補健保給付差額	98.5%	99.4%	98.5%	90.8%	62.2%
該中醫院所未加入健保	-	-	-	-	11.9%
多拿幾天藥	-	-	-	-	4.1%
未使用健保卡	-	-	-	-	2.3%
沒帶卡(又沒有去補刷卡)	3.0%	2.6%	1.5%	2.2%	0.6%
換卡中(又沒有去補刷卡)	-	-	-	0.5%	-
非健保身份	1.2%	0.4%	0.6%	0.2%	-
其他	-	-	-	3.4%	0.4%
不知道或拒答	0.8%	0.2%	1.0%	8.2%	20.0%



民眾自付其他費用情形

■ 因健保不給付而自付其他費用的項目

自付其他費用項目以多拿藥比例最高

	97年	98年	99年	100年	101年
醫師多配數天的科學中藥(藥粉)	5.1%	4.2%	7.3%	24.9%	36.3%
飲片(煎藥、水藥)	3.3%	9.8%	3.9%	23.7%	15.1%
藥丸(丸劑)	3.3%	2.2%	2.3%	11.1%	12.1%
未使用健保卡看診	-	-	-	-	9.6%
由非醫師進行傷科推拿	7.6%	5.0%	9.8%	5.1%	6.6%
中藥貼布	4.9%	4.7%	4.1%	13.8%	6.0%
三伏貼	-	-	-	-	3.5%
補品(保養品或高貴藥材)	3.4%	2.1%	3.2%	13.1%	3.4%
針灸	-	-	-	-	2.0%
拔罐	1.2%	0.8%	0.5%	3.1%	1.9%
耳針、埋線等	6.9%	7.3%	8.4%	6.1%	1.7%
已接受其他治療，自費拿中藥	83.5%	85.1%	76.5%	4.6%	1.6%
特效藥	5.2%	2.0%	1.1%	8.0%	0.9%
刮痧	0.3%	-	0.3%	2.2%	0.4%
整脊治療	0.5%	-	0.8%	5.1%	0.4%
其他	0.5%	0.2%	0.5%	0.5%	1.0%
不知道或拒答	0.1%	0.4%	2.7%	13.5%	4.1%



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，以樽節醫療費用，樹立全民健保永續經營之典範。

■ 建立民眾自費監控機制

中醫門診非健保給付項目如下：

■ 加強宣導

1.開放性骨折之整復。

■ 公告收費標準表

2.對健康無直接影響之醫療服務。

■ 統一印製「全民健保中醫門診就診須知」

3.療效不顯著，如：針灸；老花；散光；近視；白髮等。

■ 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

4.原藥材(飲片)。

5.其他依全民健康保險法第三十九條規定辦理。

● ○○○○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	廠牌	收費金額	備註
自費項目價目表(健保部分給付)				
初診			≤150元	
複診			≤150元	
藥費			50元	代收部分負擔
4-6天			20元	代收部分負擔
7天			40元	代收部分負擔
其他費(門診藥品自行負擔費用依健保規定收費)				
傷科治療(同一療程第二次起，每次治療自行負擔費用)			50元	代收部分負擔
自費項目價目表(健保不給付)				
初診			≤150元	
複診			≤150元	
診察費			100-500元	
水煎藥湯劑	1天		≤300元	高價藥材另計
散劑	1天		≤250元	高價藥材另計
膏劑	1天		≤200元	高價藥材另計
針灸	1天		≤250元	高價藥材另計
針灸			300-900元	
乙種診斷證明書			100-200元	
丙種診斷證明書			400-800元	
病歷複製費	基本費		≤100元	



全民健康保險中醫門診就診須知

全民健康保險中醫門診就診須知

- 一、民眾就醫應先繳驗健保卡及身分證明文件。
- 二、證件未齊全者，可繳交掛號費及保險醫療費用，並由健保特約院所製給收據。七日內（不含例假日）補送健保卡及身分證明文件至原院所，該由院所刷卡補登就醫記錄，並退還原收之醫療費用（不含掛號費及部分負擔）。
- 三、每次就診時均需刷健保卡。（針灸、傷科屬同一療程者，療程第二次至第六次健保卡仍需過卡，（但不需註記）。
- 四、傷科屬連續療程之第二次至第六次，應收取部分負擔五十元。
- 五、掛號費依各縣市衛生主管規定辦理，藥品部分負擔費用依健保局規定；繳交費用請索取收據。
- 六、請確實了解治療計劃，並請遵從醫囑。
- 七、執行醫療業務者應為合格之中醫師，如有疑問請核對中醫師證書及執業執照。
- 八、下列項目不在健保給付範圍：
 - （一）全民健康保險中醫門診不給付之項目。
 - （二）開放性骨折之整復。
 - （三）對健康無直接影響或屬美容範圍者，如黑斑、雀斑等。
 - （四）療效未顯著者，如斜視、老花、散光、白髮、近視等。
 - （五）非病態減肥及三伏貼等。
 - （六）原藥材（飲片）、高價藥及療補並效之藥物。

中央健康保險局
中華民國中醫師公會全國聯合會 謹啓

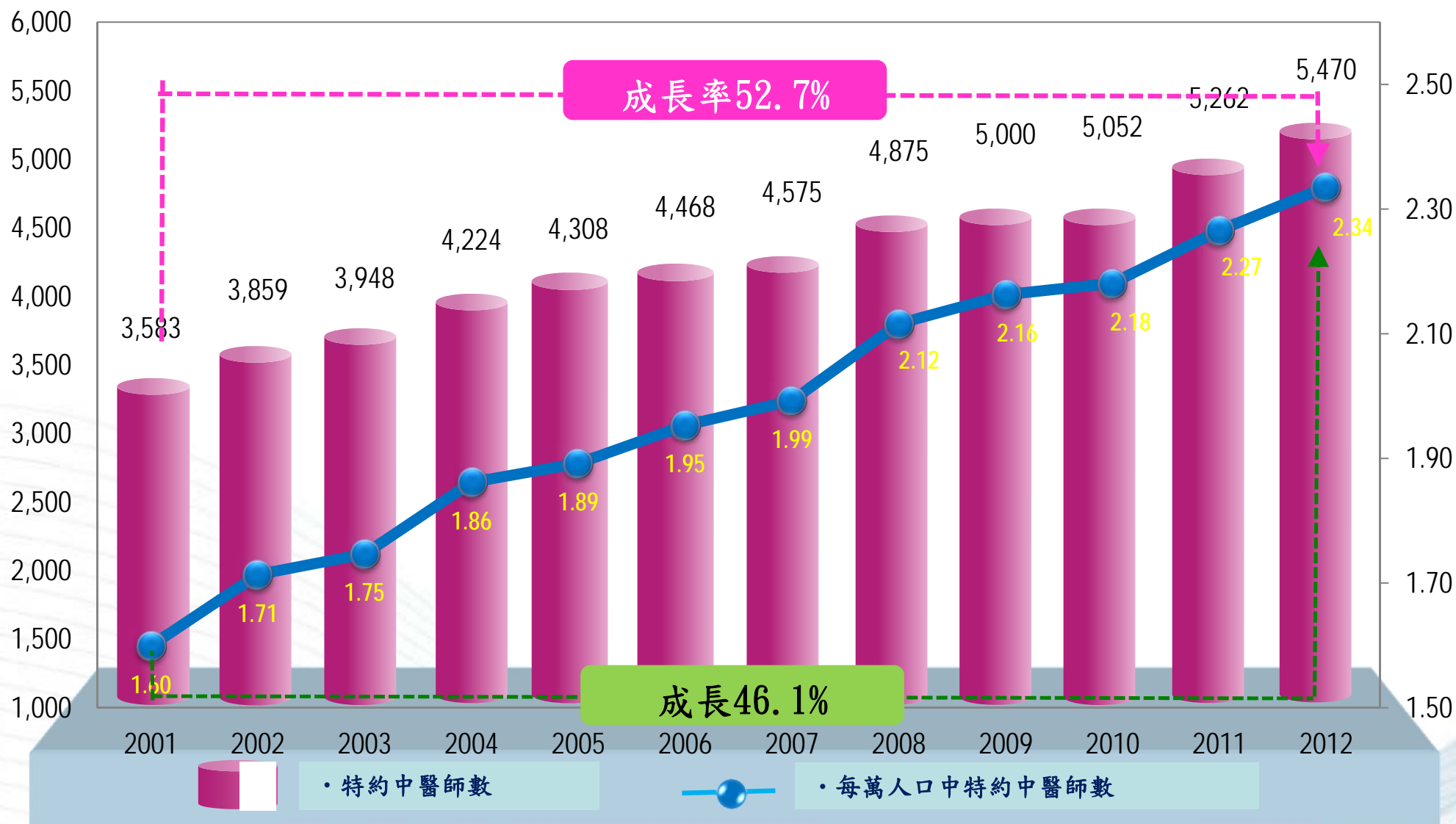
※患者諮詢、申訴及檢舉專線：
中醫師公會全聯會（02）29500839
中執會本區分會：
本院所管理部：





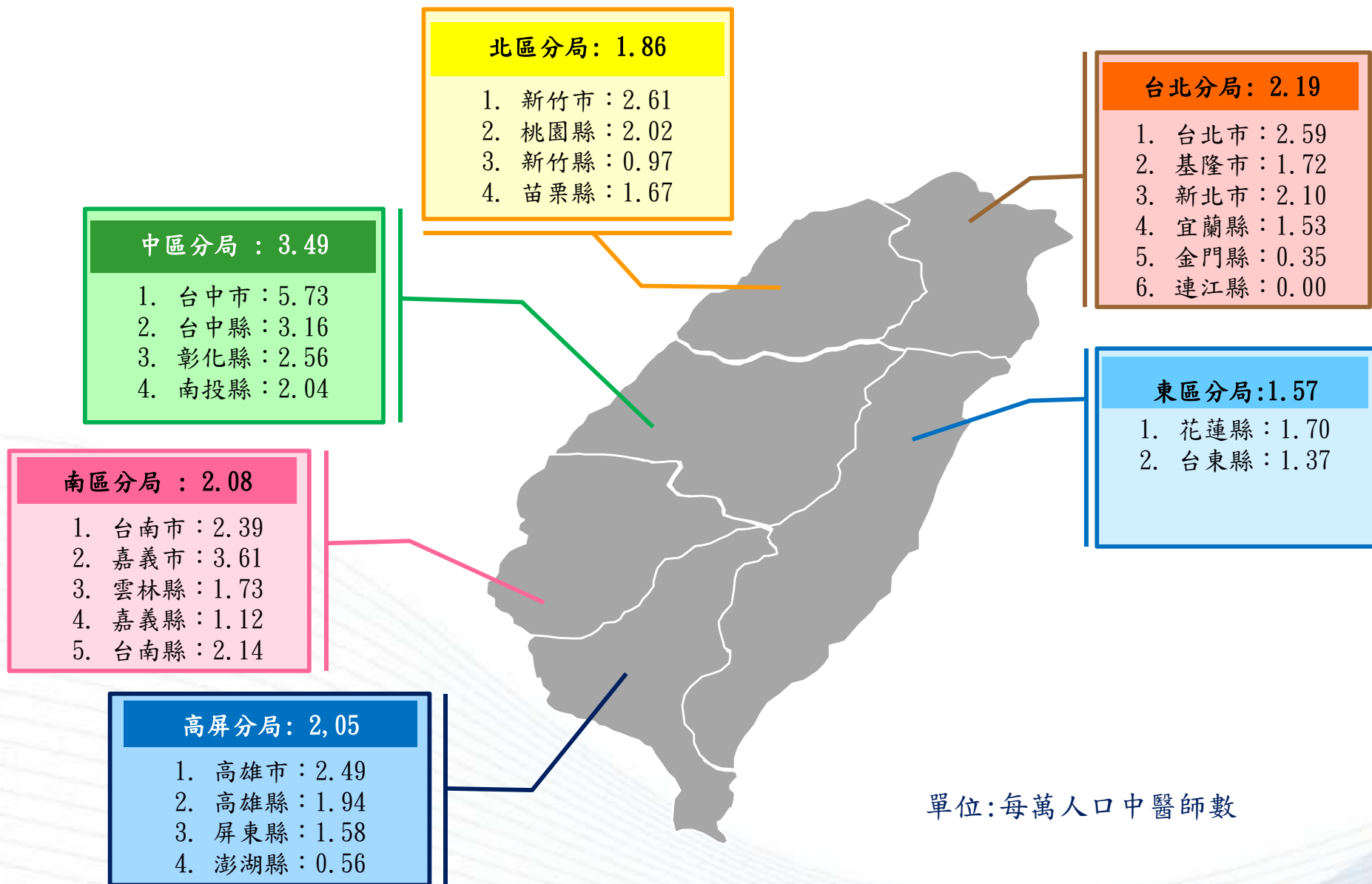
就醫可近性及其改善措施

台灣中醫師數及每萬人口中醫師數(2001-2012年)



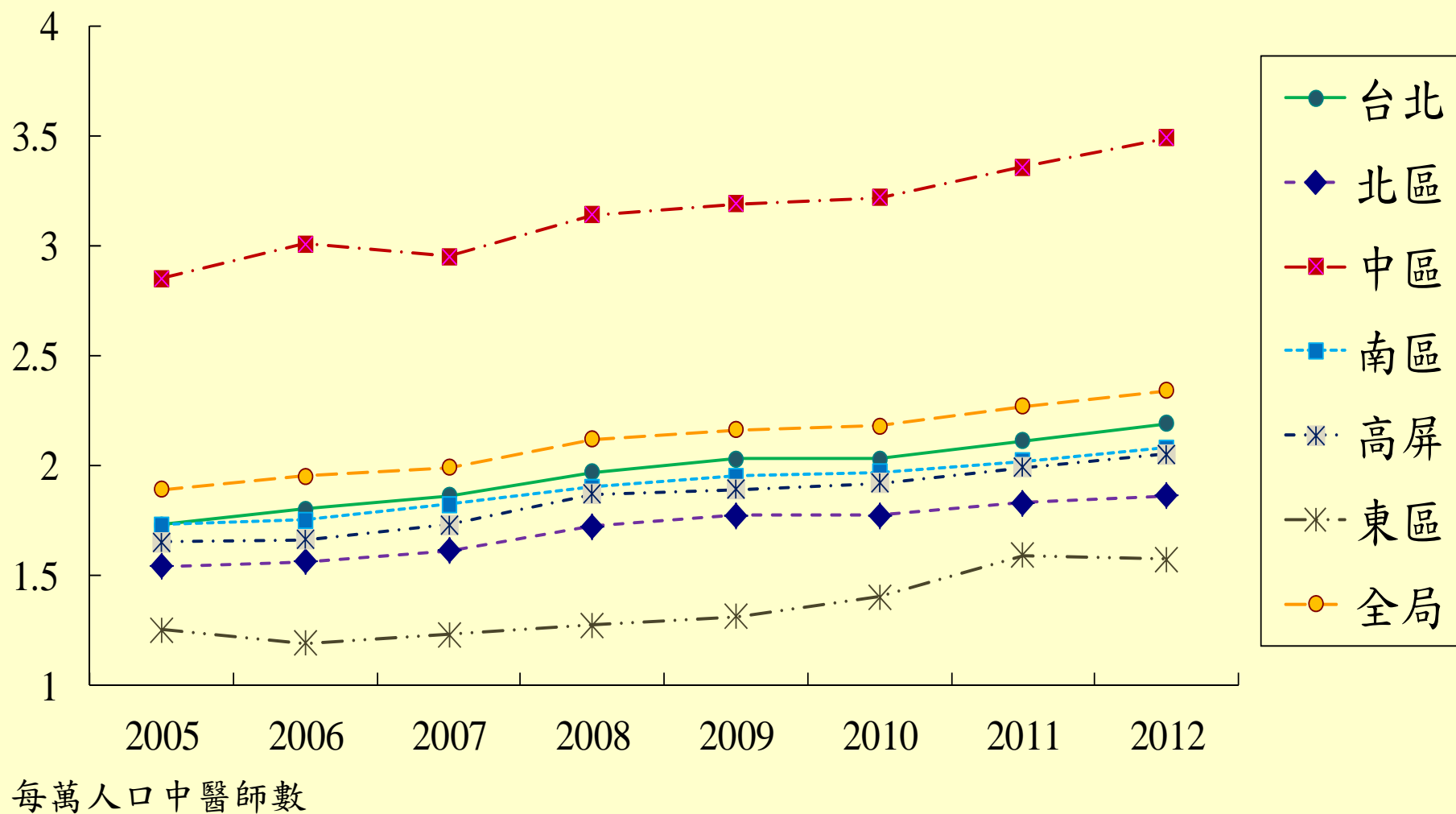


台灣每萬人口中醫師數(六區、縣市別)2012年





2006年至2012年各區台灣特約每萬人口中醫師數



宣導

其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

紅

燈區

- 每萬人口中醫師數3.0以上者，公布燈號區訊息

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

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

於中醫會訊上刊登
「開業執業紅黃綠燈區」

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	臺中市	中正區	4.27	南投縣	左營區	3.46
高雄縣	鳥松區	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
高雄縣	銜金區	5.64	臺南市	北區	4.09	新北市	永福區	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	烏日區	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			



開業執業紅燈區
麥欄去喇！

宣導

其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

人力資源方向盤

於中醫會訊上刊登
「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		彰化縣		南投縣	
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	22	5	28	6	2	1	2	0	8	0	2	2	1	0	1	0	20	1	19	1	3	2
會員人數	884		919		62		74		428		121		62		95		696		536		347	
人口數	2639064		3908632		381056		459347		2008845		417966		516143		561226		1087951		1570784		1303741	
每萬人口醫師數	3.35		2.35		1.63		1.61		2.13		2.89		1.20		1.69		6.40		3.41		2.66	
縣市別	南投縣		雲林縣		嘉義市		嘉義縣		台南市		台南縣		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	3	0	2	0	1	0	4	0	8	0	5	2	5	1	0	0	0	0
會員人數	114		134		105		66		249		202		434		244		140		58		33	
人口數	523805		714539		271960		539162		773545		1102092		1525793		1247045		867113		337193		228890	
每萬人口醫師數	2.18		1.88		3.86		1.22		3.22		1.83		2.84		1.96		1.61		1.72		1.44	

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101年11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



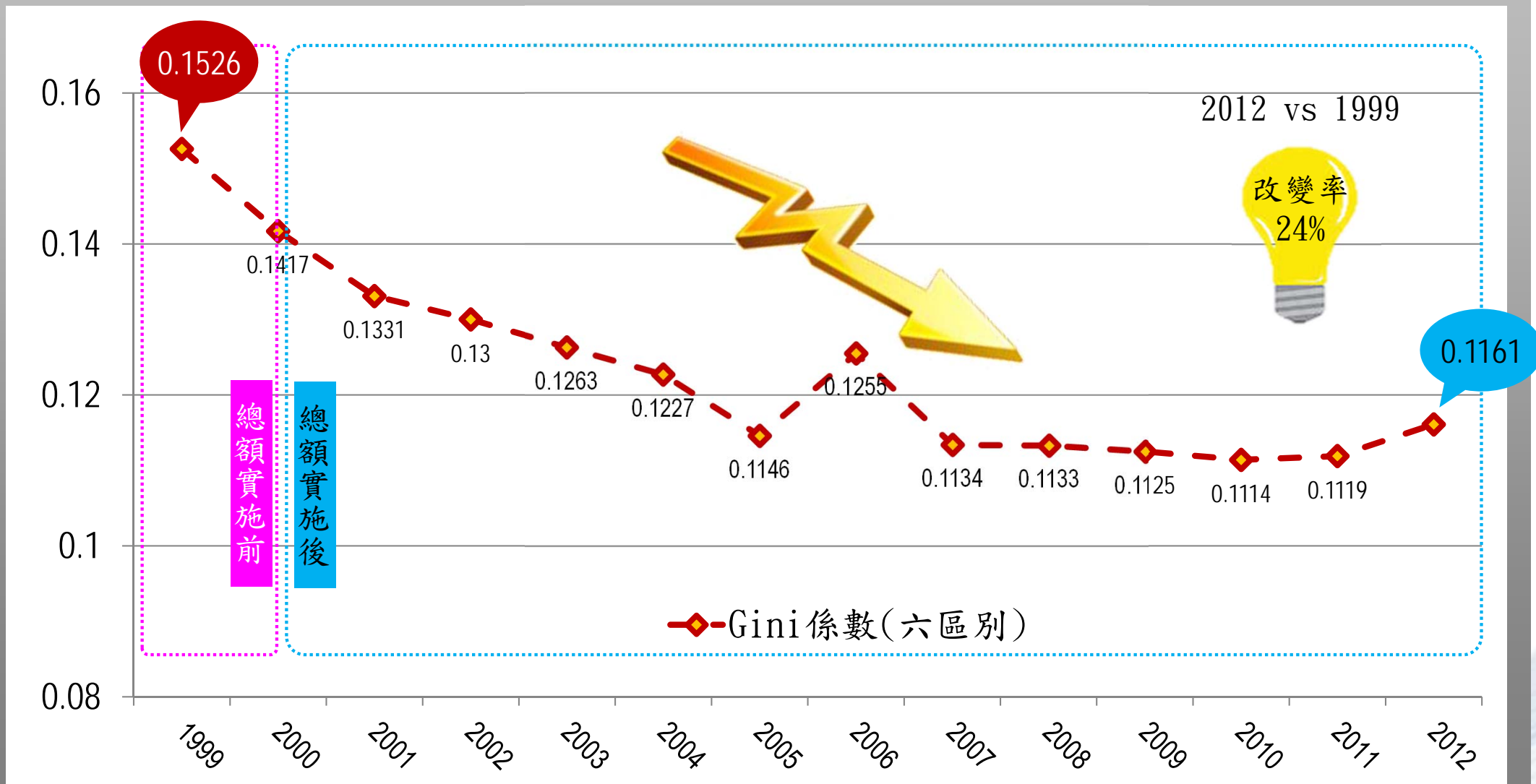
台灣各區每萬人口中醫師數(2001年及2006~2012年)

年度	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
台北	1.48	1.80	1.86	1.97	2.03	2.03	2.11	2.19
北區	1.27	1.56	1.61	1.72	1.77	1.77	1.83	1.86
中區	2.53	3.01	2.95	3.14	3.19	3.22	3.36	3.49
南區	1.36	1.75	1.82	1.90	1.95	1.97	2.02	2.08
高屏	1.33	1.66	1.73	1.87	1.89	1.92	1.99	2.05
東區	0.94	1.19	1.23	1.27	1.31	1.40	1.59	1.57
全局	1.60	1.95	1.99	2.12	2.16	2.18	2.27	2.34
中區/全局	1.58	1.54	1.48	1.48	1.48	1.48	1.48	1.49



台灣特約中醫師人力地理分布-六區別(1999-2012)

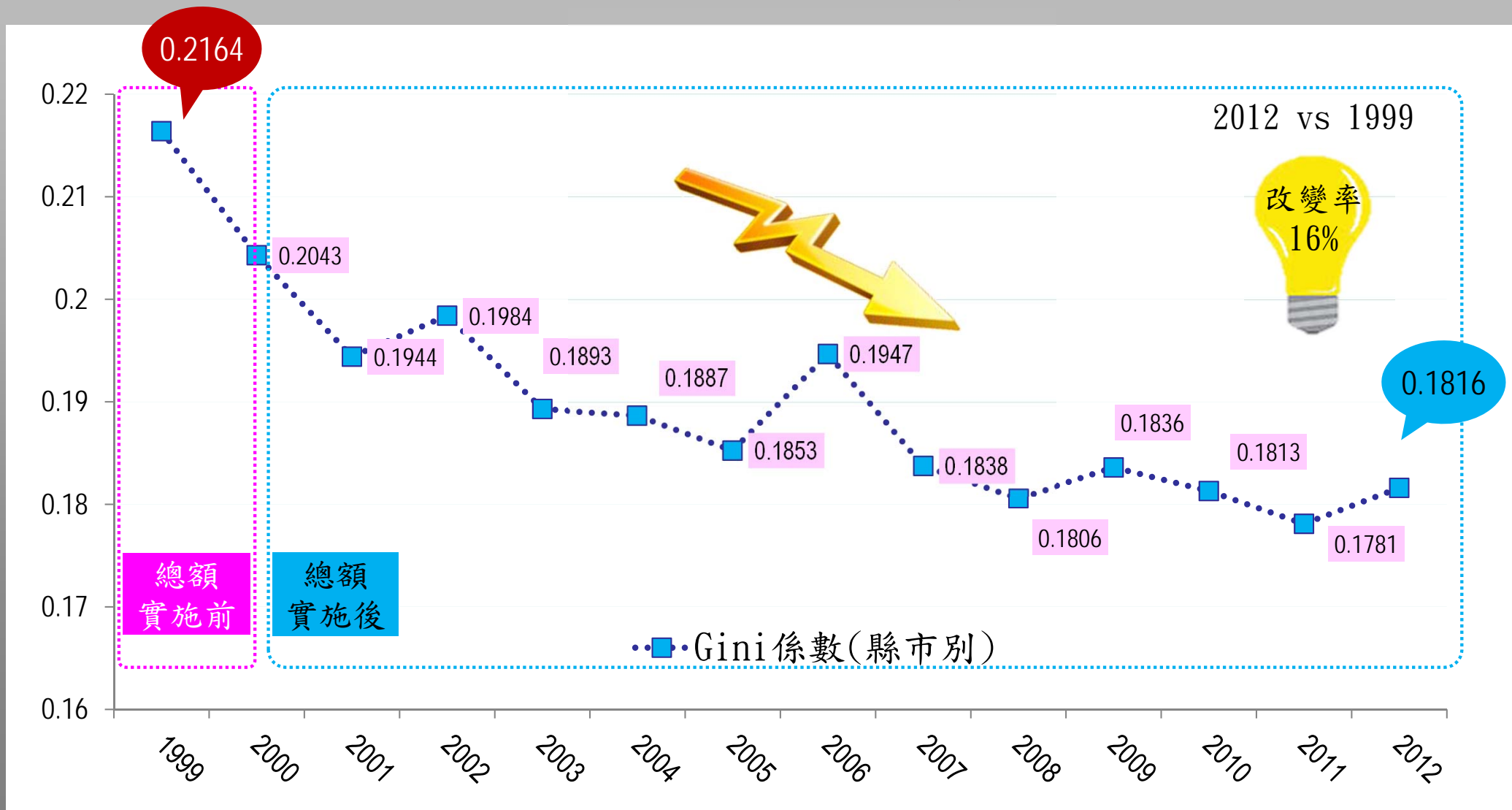
吉尼係數變化情形





台灣中醫師人力地理分布- 縣市別(1999-2012年)

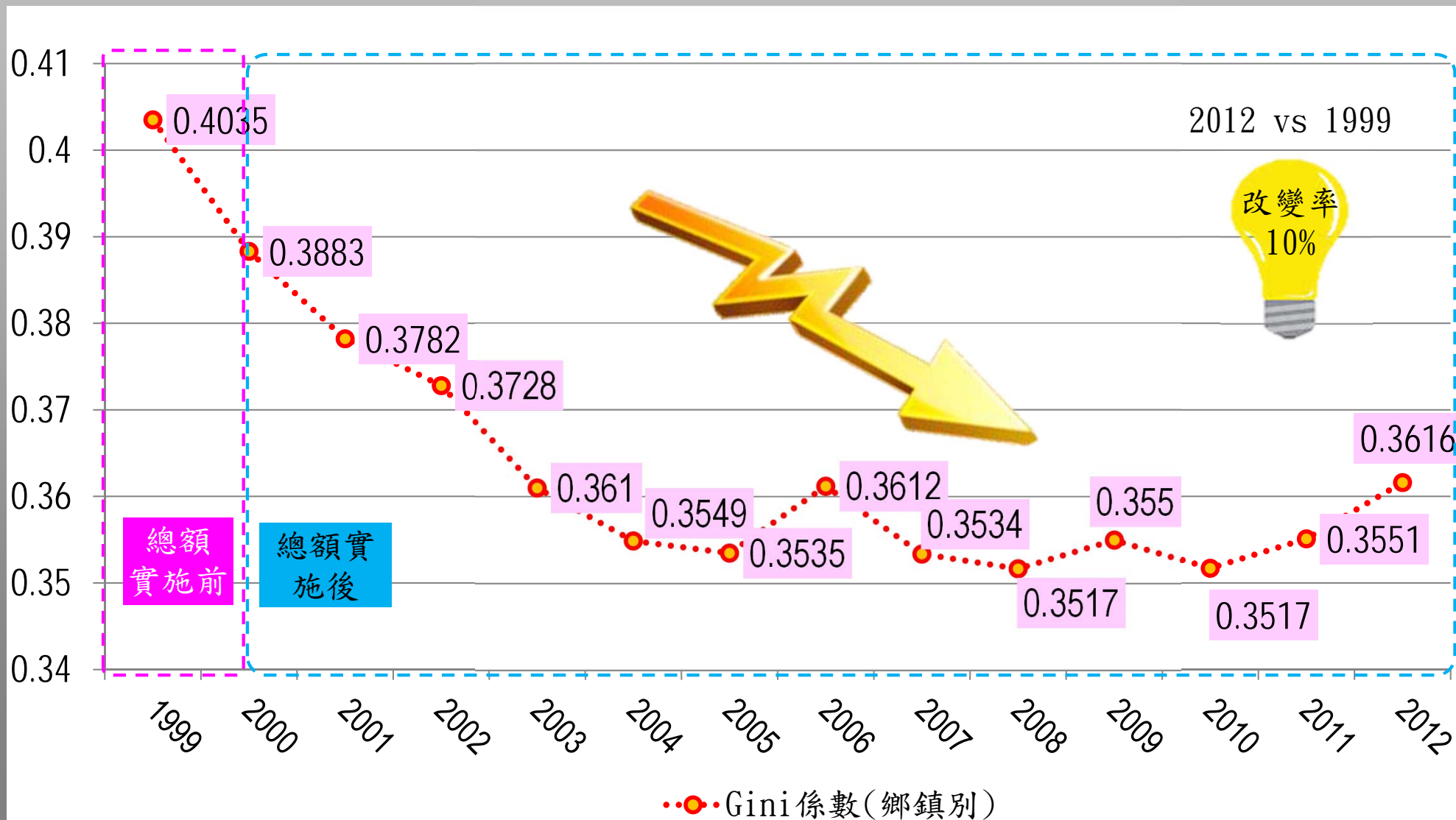
基尼係數變化情形





台灣特約中醫師人力地理分布-鄉鎮市區別(1999-2012)

吉尼係數變化情形



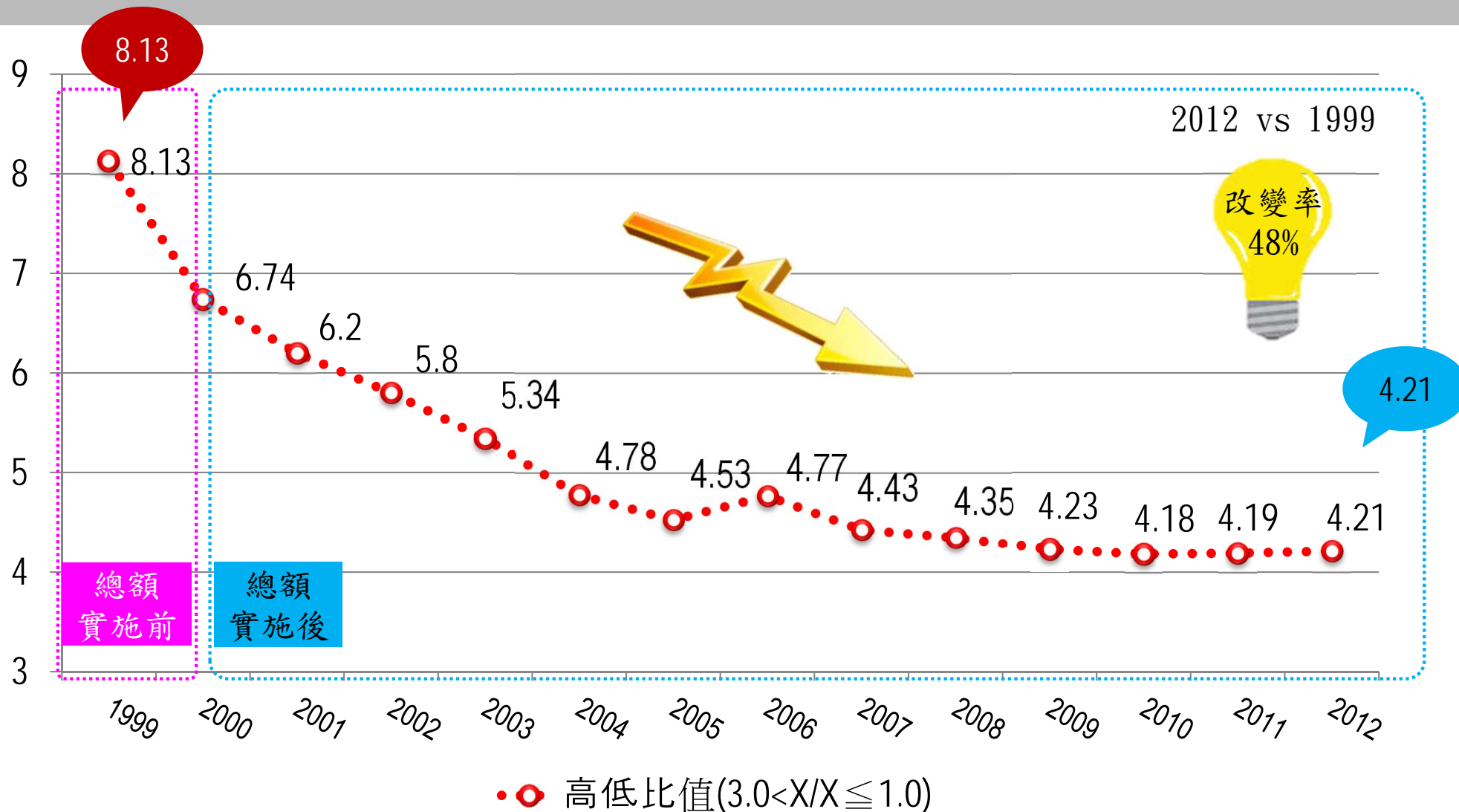


每萬人口中醫師數各區域間變化 (1999.2004.2009.2012)

區域	每萬人中醫師數				2012 vs. 1999 成長率
	1999	2004	2009	2012	
鄉鎮市區之每萬人口中醫師數 (每萬人口中醫師數 \leq 1.0)	0.5036	0.8741	1.0736	1.1894	2.3619
鄉鎮市區之每萬人口中醫師數 (1.0 < 每萬人口中醫師數 \leq 2.0)	1.4880	1.9158	2.2432	2.4027	1.6147
鄉鎮市區之每萬人口中醫師數 (2.0 < 每萬人口中醫師數 \leq 3.0)	2.3655	2.9343	3.3955	3.4387	1.4537
鄉鎮市區之每萬人口中醫師數 (每萬人口中醫師數 > 3.0)	4.0962	4.1820	4.5427	5.0114	1.2234
鄉鎮市區之每萬人口中醫師數 大於3與小於1的比值 (每萬人口中醫師數 > 3.0) / (每萬人口中醫師數 \leq 1.0)	8.13	4.78	4.23	4.21	---



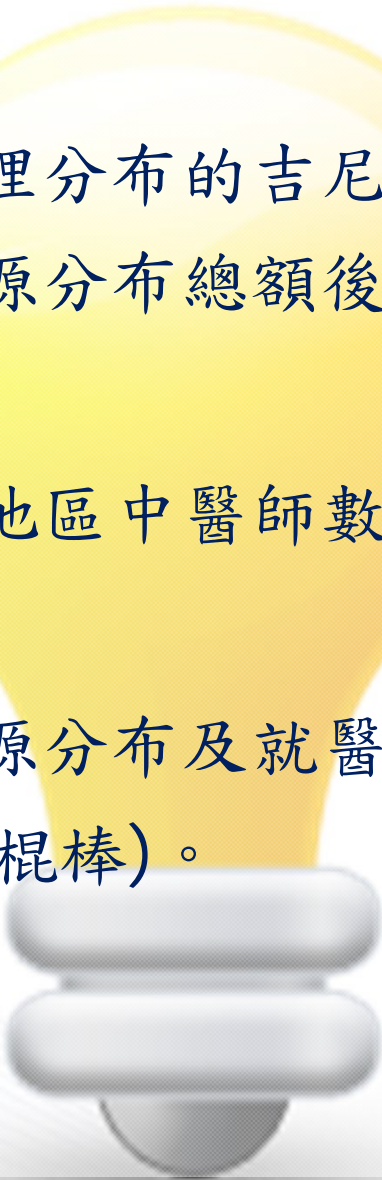
每萬人口中醫師數各區間高低比值(1999-2012)





均衡醫療資源及就醫公平性

- 台灣中醫師人力地理分布的吉尼係數及高低差距明顯減少，台灣中醫師人力資源分布總額後明顯較為均衡，就醫公平性明顯提升。
- 中醫醫療資源充裕地區中醫師數雖仍有成長，但趨勢已明顯趨緩。
- 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)。





均衡醫療資源及就醫公平性

全民健康保險中醫門診總額支付制度 地區預算分配專家學者座談會

◎主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

◎舉辦地點：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 3

◎舉辦日期：102 年 4 月 21 日(星期日)

◎座談會程序表：

時 間	題 目	講 師
13:30-14:00	報到、領取資料	
14:00-14:10	主席、來賓致詞	
14:10-14:40	中醫門診總額支付制度地區預算分配研究成果	中臺科技大學 醫療暨健康產業管理系 洪錦璇 副教授
14:40-15:10	中醫門診總額地區預算分配之回顧與前瞻	行政院衛生署中央健康保險局 蔡淑鈴 主任秘書
15:10-15:40	中醫門診總額支付制度地區預算分配方式建議	陽明大學衛生福利研究所 吳肖琪 教授
15:40-15:50	休息	
15:50-17:00	綜合討論	中醫師公會全國聯合會 孫茂峰 理事長



其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

於中醫會訊上刊登「縣市公會活動導覽」

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		11/18	李慕榮-辨病心法脈法圖臨床應用(二)
	12/9	太極養生功法與運動醫學研習課程		11/25	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		11/25	黃登雅-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		12/2	傷科名醫學術課程

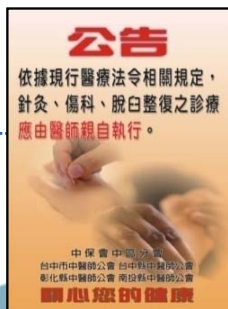
透過不斷學習與進修，給予患者更專業的醫療
照護，建構更完善的就醫環境。

桃園縣	12/16	高島岸歲末聯歡晚會(晚上)	新竹市	12/2	101年資深中醫師學術研討會
	12/23	與經方醫學會合辦名醫傳承(吳財勇-經方達人)	苗栗縣	11/25	原始點疼痛療法保健之道-----劉曉溫醫師
	12/30	郭智彰中醫臨床思路(編胃篇)		12/23	中醫經絡及養生-----譚朝全醫師
	102/1/6	基礎脈學與臨床應用繼續教育研討會	台南市	12月2日	臨床學術研討會(氣鳴方劑治療經驗繼續教育研討會)
	102/1/13	顧明津、林登里經驗傳承	高雄縣	12/1	雷射針灸學狀課程
	102/1/20	阿朗壹古道之行		12/9	冬令藥膳養生
桃園縣	12/2	中醫癌症治療、二代健保新創宣導暨福區肺腺癌臨床研究繼續教育研討會		12/15、16	西湖渡假村、大板根森林溫泉渡假村二日遊
	12/9	桃園醫中區中醫師高醫大球隊聯誼賽	屏東縣	12/2	101年會員暨春風秋季旅遊活動
	12/20	讀書會	花蓮縣	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

【持續辦理各項
繼續教育課程】



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】

【製作職災宣導海報】



【辦理中醫藥博覽會活動】

【辦理小小華佗營活動】





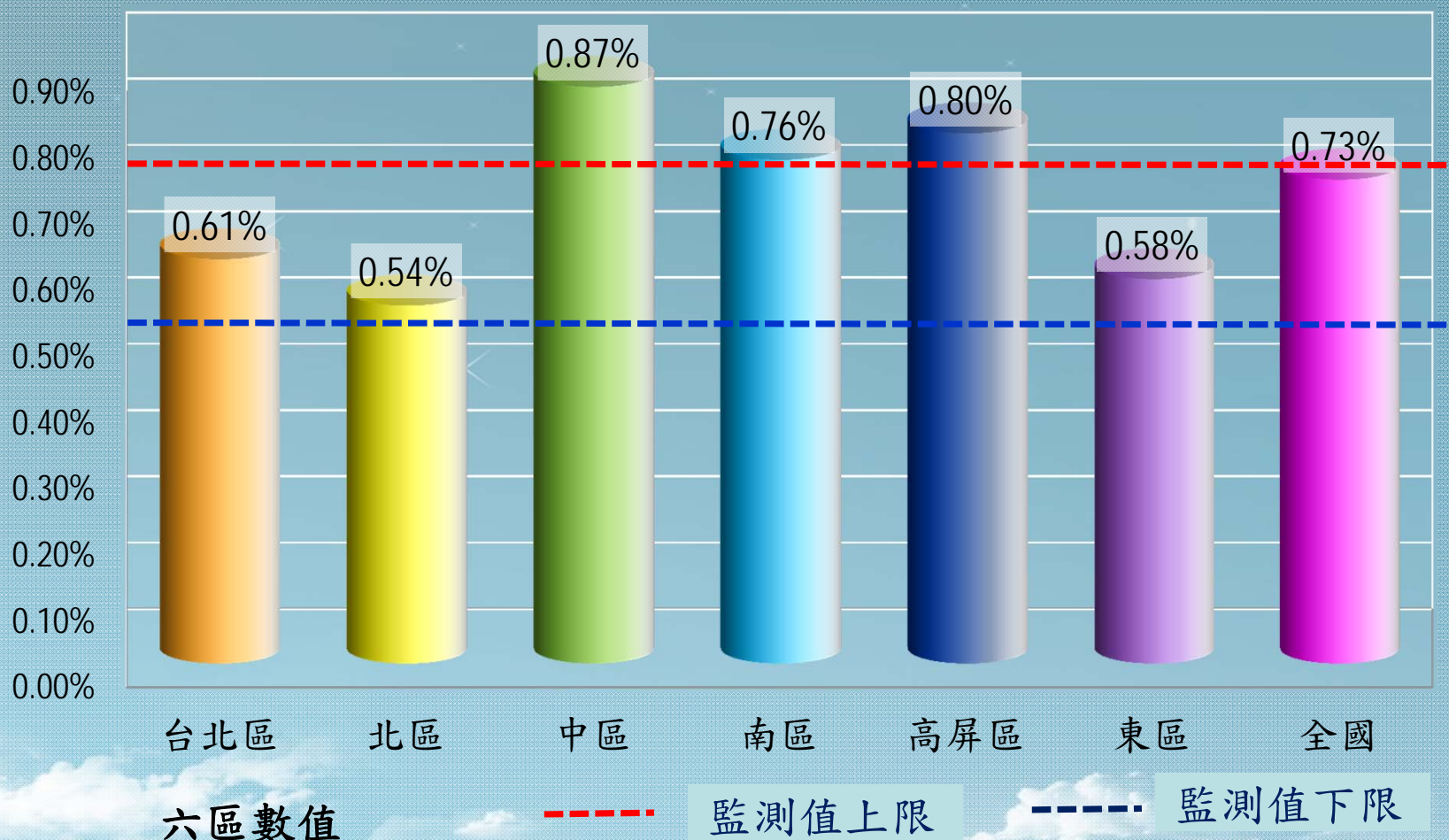
貳、專業醫療服務品質之確保與提升

- 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



101年中醫總額專業醫療服務品質指標(一)

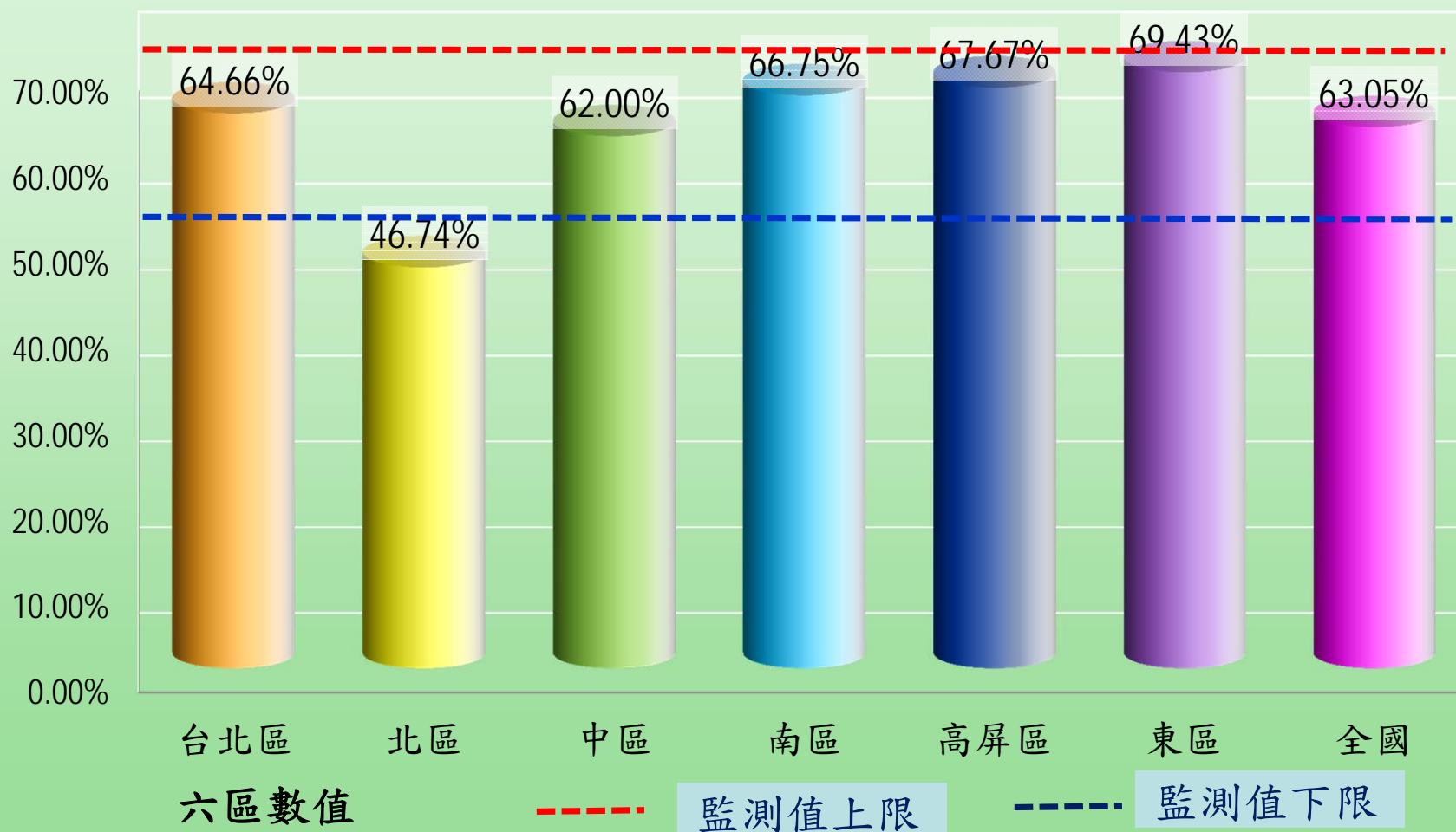
各區7日內再次就醫處方之用藥日數重疊2日以上比率





101年中醫總額專業醫療服務品質指標(二)

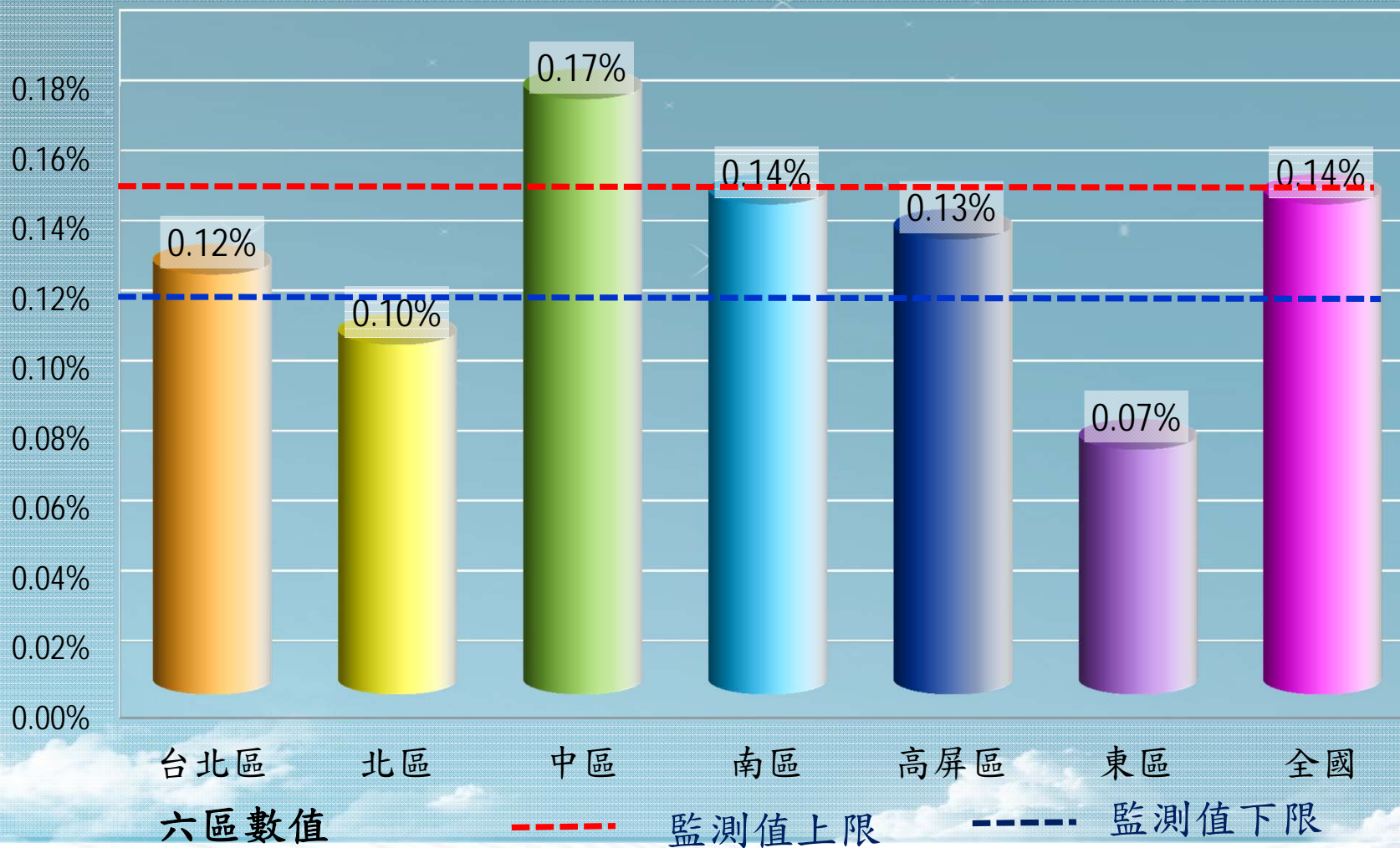
各區中醫癌症病患同時利用西醫人數比率





101年中醫總額專業醫療服務品質指標(三)

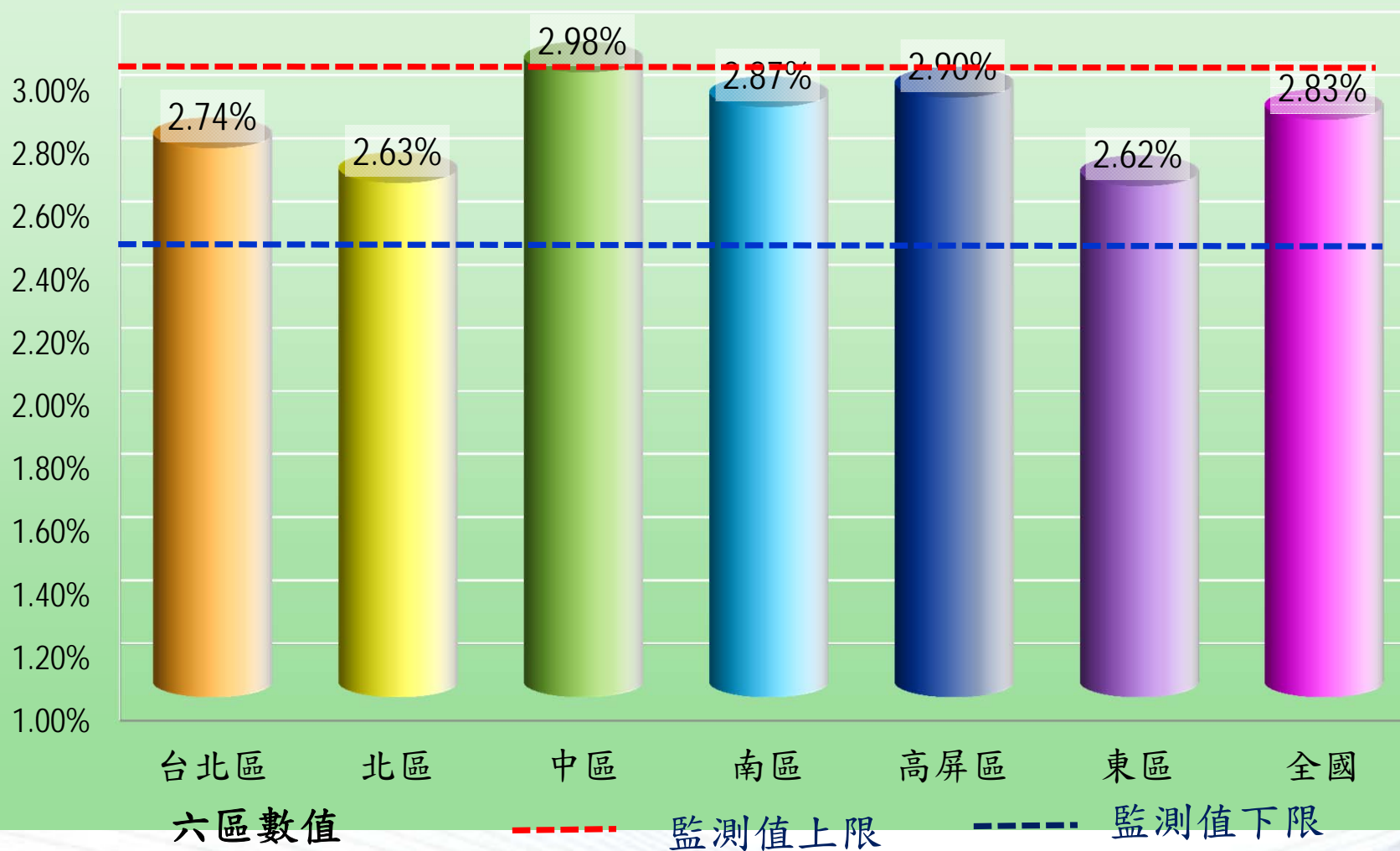
各區同日再次就診率





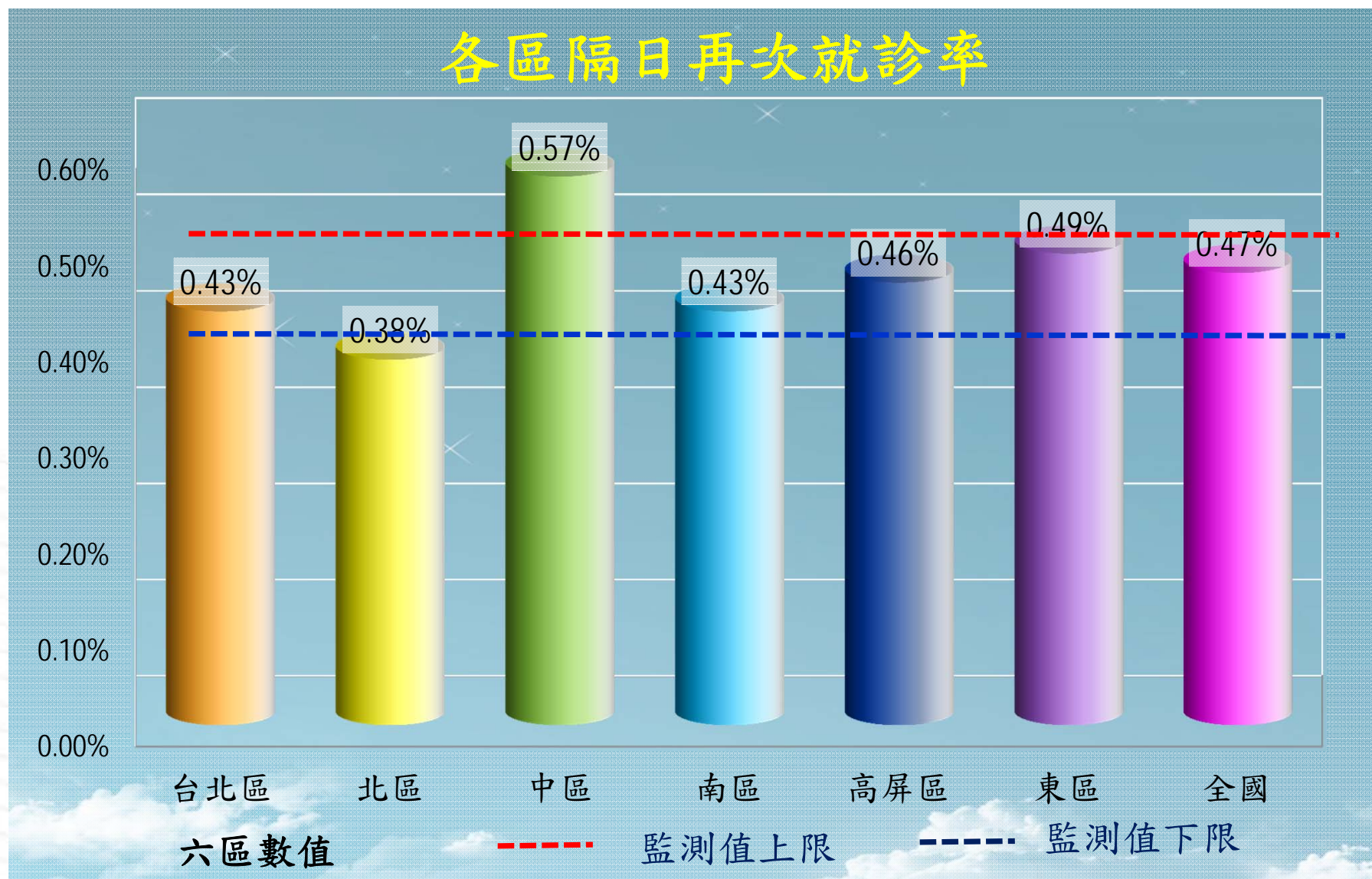
101年中醫總額專業醫療服務品質指標(四)

各區平均就醫次數





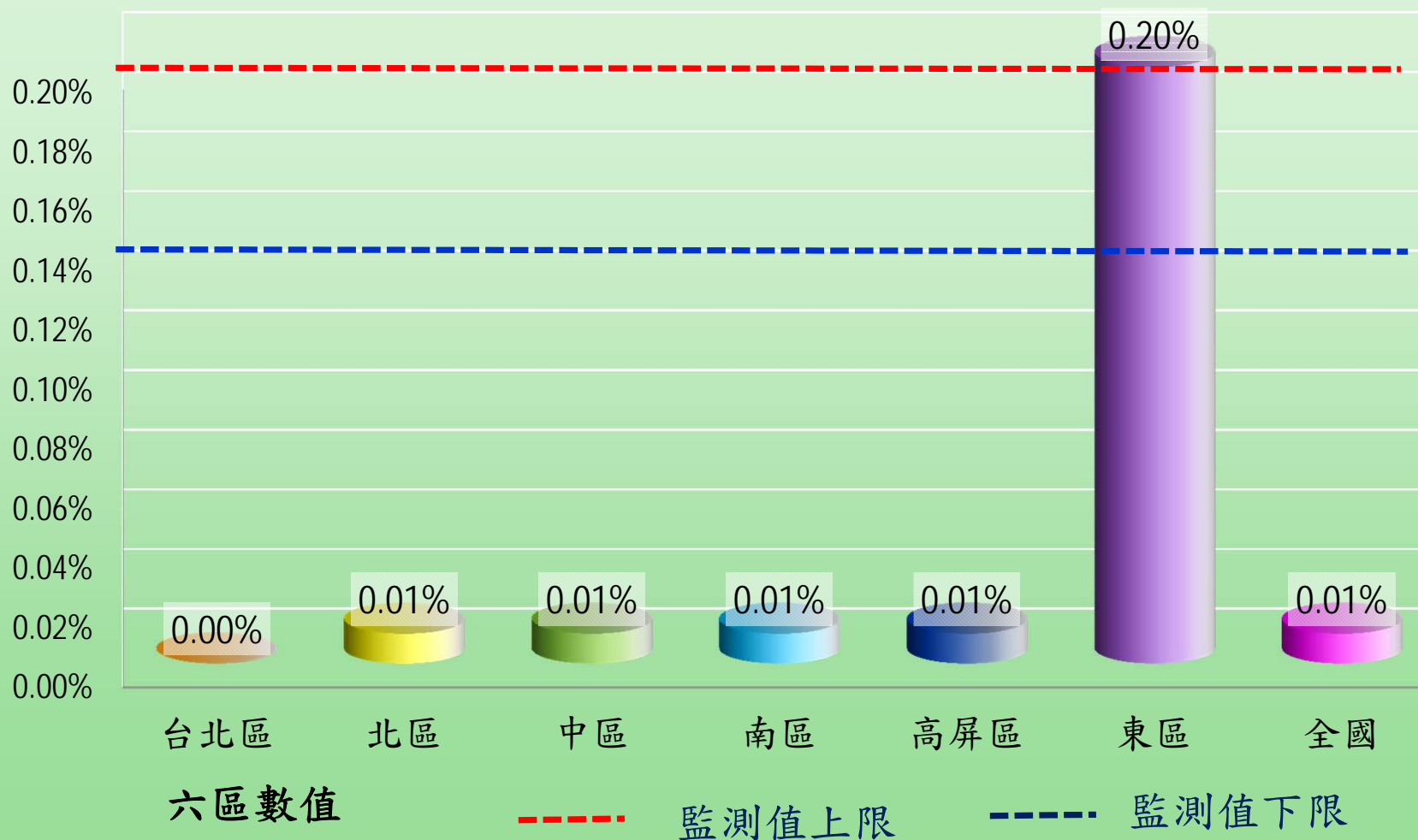
101年中醫總額專業醫療服務品質指標(五)





101年中醫總額專業醫療服務品質指標(六)

針傷科處置次數每月大於15次以上占率(97Q3新增)





中醫總額專業醫療服務品質指標

建議事項

訂定地區專業醫療服務品質監測值



中醫總額專業醫療服務品質指標檢討與改善措施

點選指標項目查看說明與查詢

操作使用說明

品質資訊公開指標

行政院衛生署中央健康保險局
總額協商醫療品質資訊公開查詢
<http://www.nhi.gov.tw>

網站導覽 | 行政院衛生署中央健康保險局 | 行政院衛生署 | 回首頁

瀏覽人數 | 3575675 | 搜尋 | 搜尋

點選指標項目查看說明與查詢 | 操作使用說明

Chinese Medicine
中醫總額指標

您是第6678個訪客
起始日期: 2010/02/26

其他總額指標
醫院總額指標
西醫基層總額指標

指標項目：

- 腦血管疾病後遺症中醫門診照應計畫承做院所
- 醫療院所給藥日數重複率
- 「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照應計畫」參與院所名冊
- 同院所同病患當月看診8次以上比率
- 中醫藥品標示
- 辦理「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」參與院所名冊
- 「中醫醫療院所針灸標準作業程序合格院所」名冊
- 「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」參與院所名冊
- 主動申報勞保職業病中醫健保特約醫療機構
- 醫療費用明細標示
- 中醫重複就診率
- 「中醫醫療院所加強感染控制合格院所」名冊
- 「小兒腦性麻痺中醫優質門診照應計畫」參與院所名冊
- 「中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」中醫健保特約醫療機構名冊
- 健保IC卡上傳正確率

97年 ○ 為9項

98年 ○ 新增3項

99年 ○ 新增2項，項目為：

- 「中醫藥品標示」
- 「醫療費用明細標示」

100年 ○ 再新增1項，項目為：

- 「健保IC卡上傳正確率」

資料來源:<http://www.nhi.gov.tw/AmountInfoWeb/Index.aspx>



其他改善專業醫療服務品質具體措施

- 中醫傷科醫師
專業品質提昇方案

- 提供藥袋標示
注意事項之參考項目



其他改善專業醫療服務品質具體措施

● 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



其他改善專業醫療服務品質具體措施





參、總額之管理與執行績效

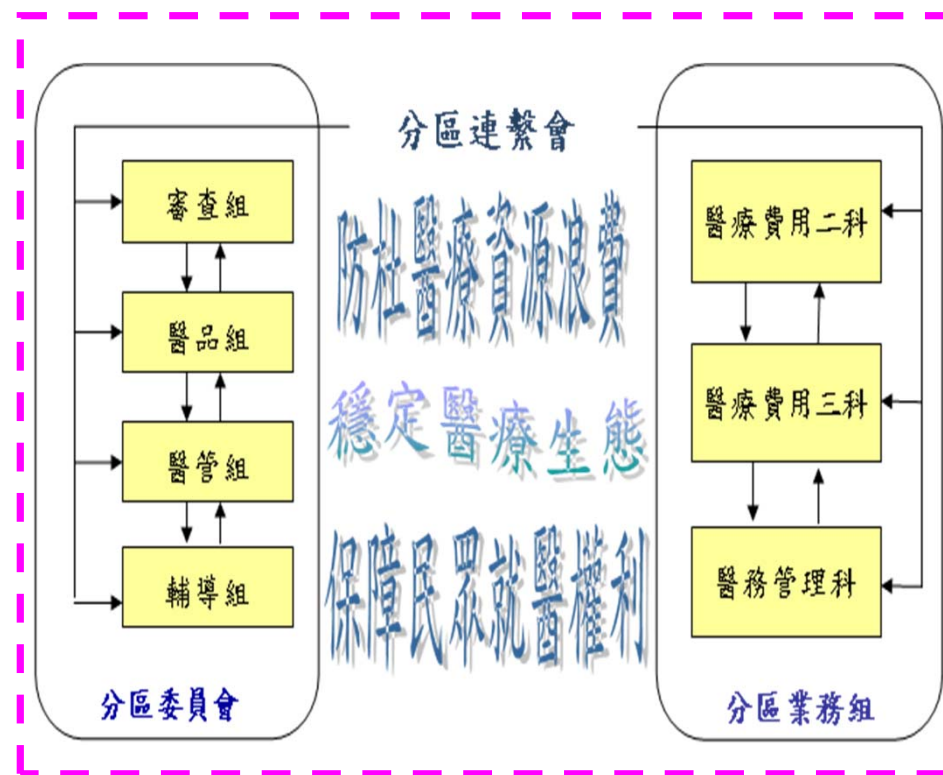
- 中醫與健保局專業事務共管辦理情形
- 醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形
- 點值穩定度
- 支付標準調整(含新增給付項目)
- 專業審查及其他管理措施
- 院所違規家數及其違規情節
- 醫療機構輔導



中醫與健保局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，做為與健保局溝通、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。



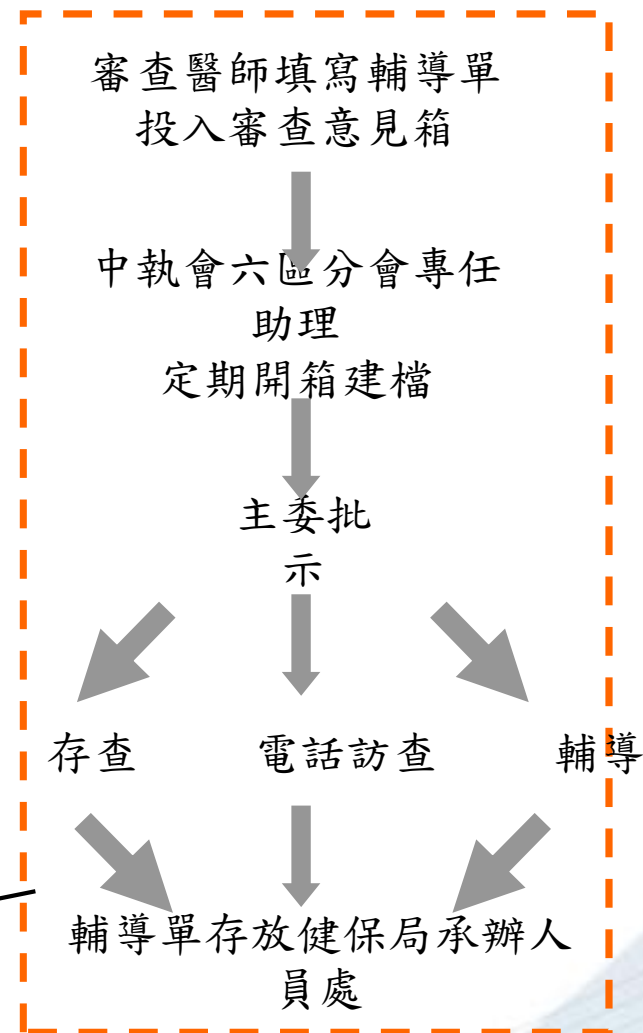
中醫門診總額支付制度
共同管理模式



中醫與健保局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)

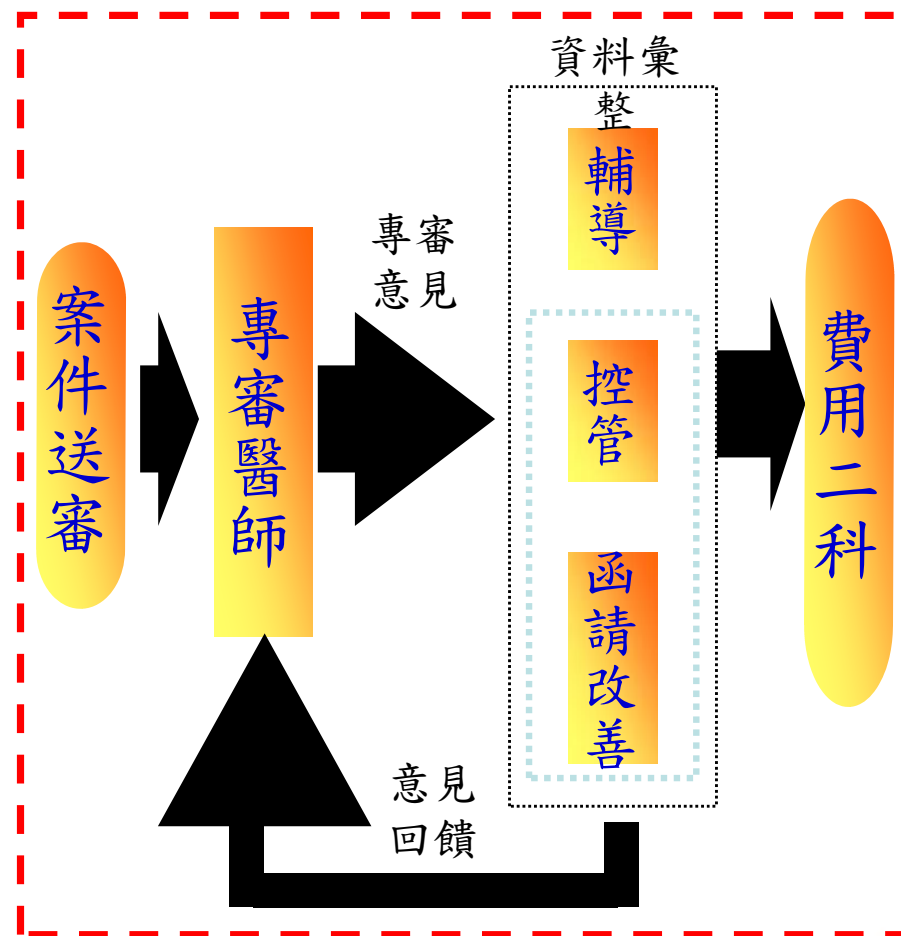




中醫與健保局專業事務共管辦理情形(三)

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。

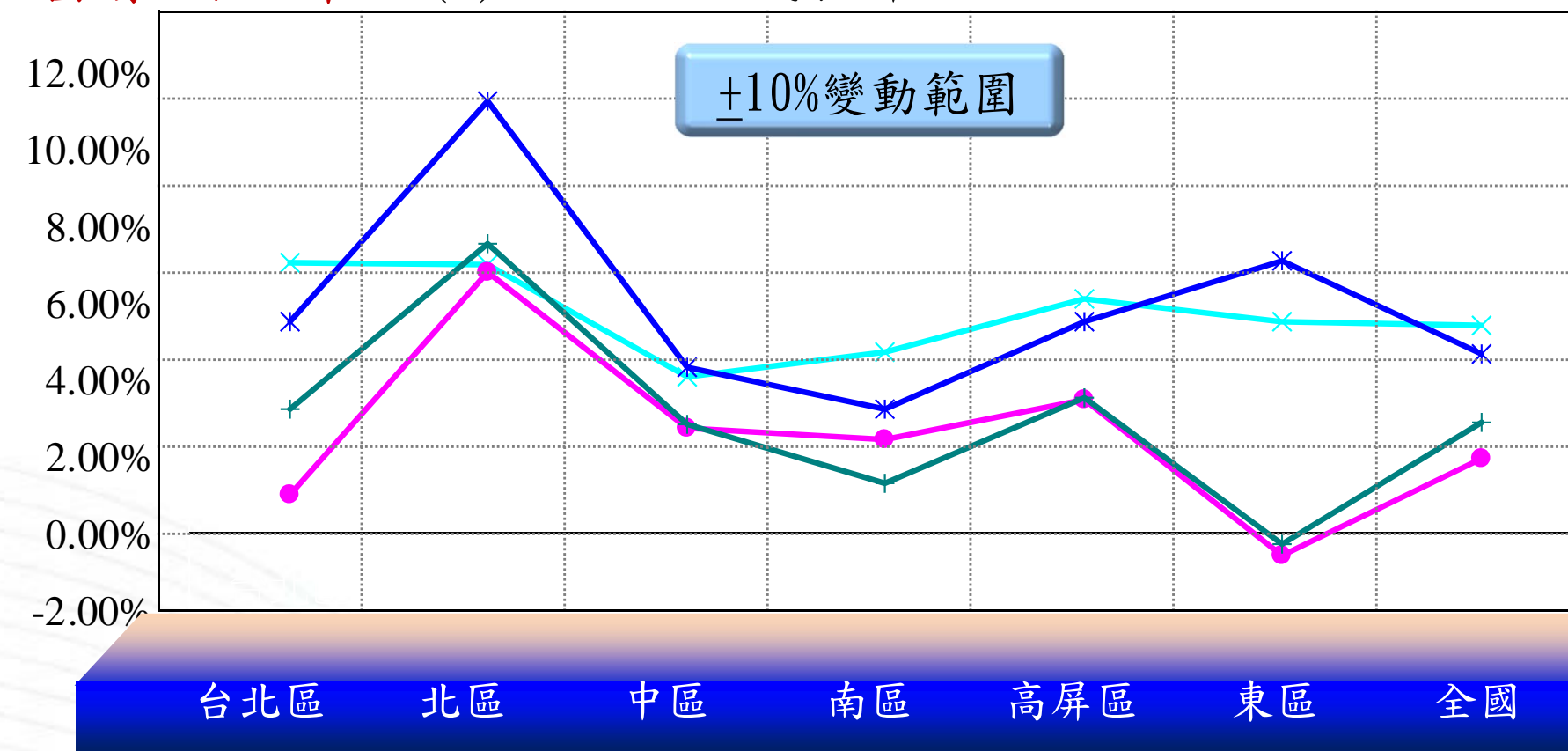


專審意見流程
(以中執會中區分會為例)



醫療利用及費用管控情形

■ 醫療利用率：(1)人次利用成長率

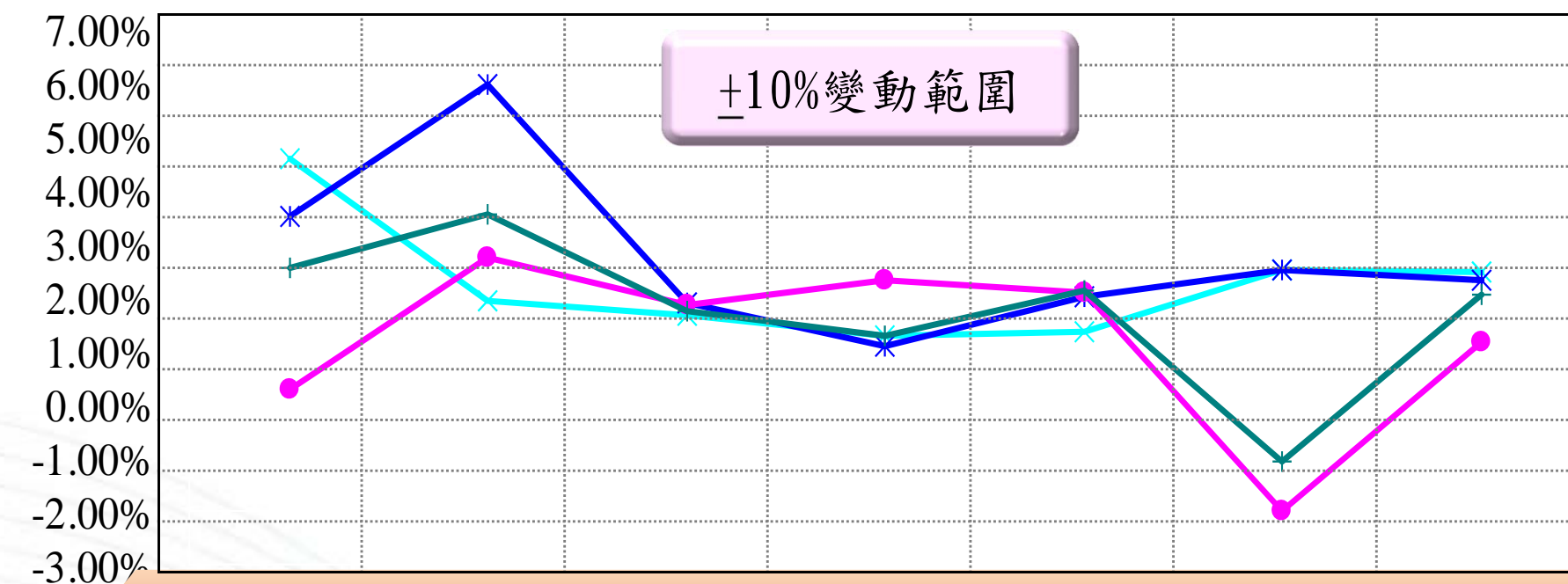


	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
101Q1	7.06%	6.98%	4.08%	4.72%	6.09%	5.53%	5.39%
101Q2	5.51%	11.25%	4.32%	3.24%	5.49%	7.08%	4.65%
101Q3	0.99%	6.78%	2.75%	2.44%	3.47%	-0.59%	1.95%
101Q4	3.24%	7.52%	2.84%	1.31%	3.53%	-0.28%	2.88%



醫療利用及費用管控情形

醫療利用率：(2)人數利用成長率

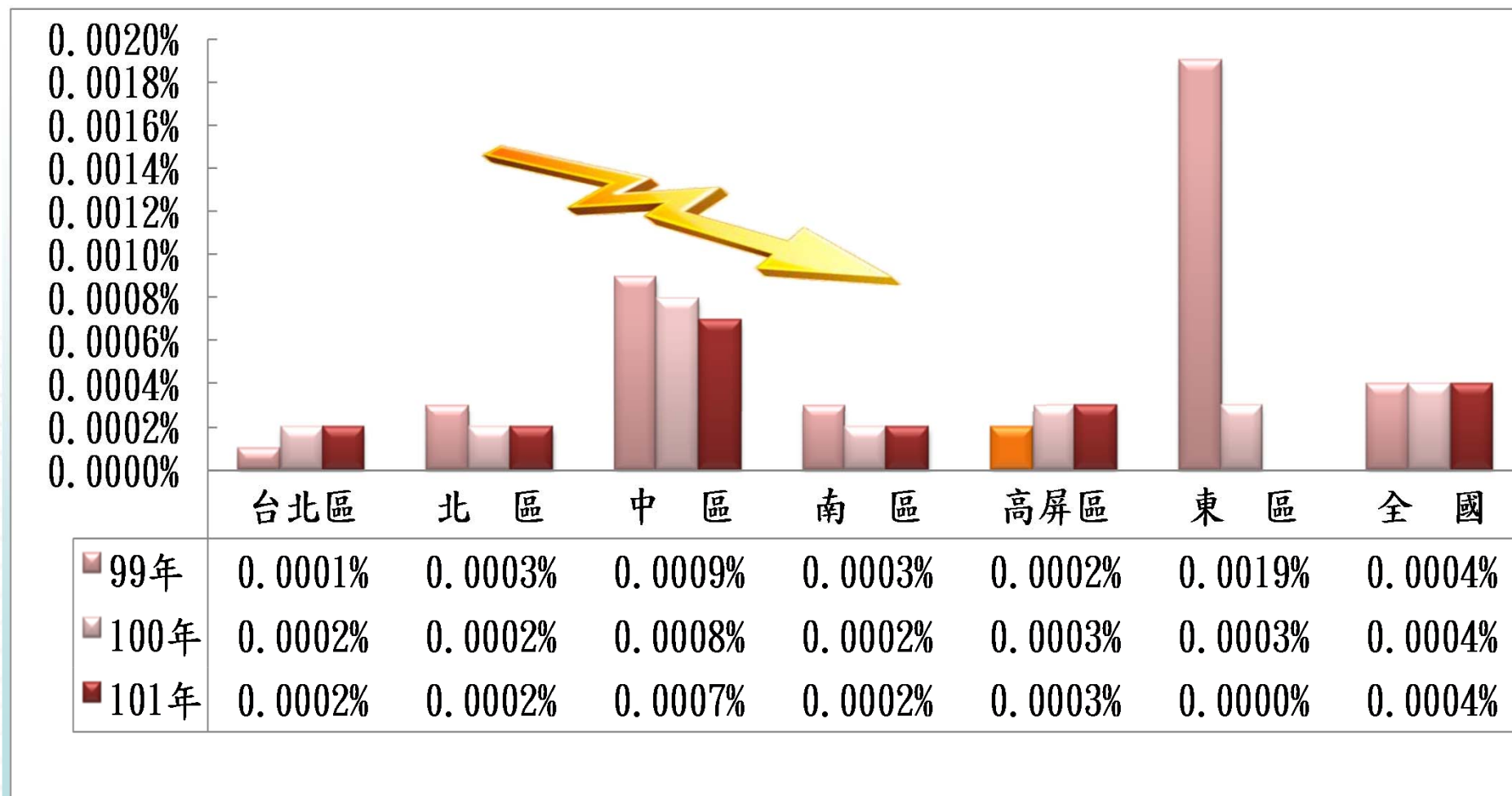


	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
101Q1	4.59%	1.94%	1.68%	1.27%	1.38%	2.52%	2.47%
101Q2	3.52%	5.97%	1.90%	1.08%	2.02%	2.51%	2.32%
101Q3	0.30%	2.75%	1.88%	2.33%	2.10%	-1.98%	1.19%
101Q4	2.54%	3.56%	1.74%	1.29%	2.13%	-1.05%	2.05%



醫療利用及費用管控情形

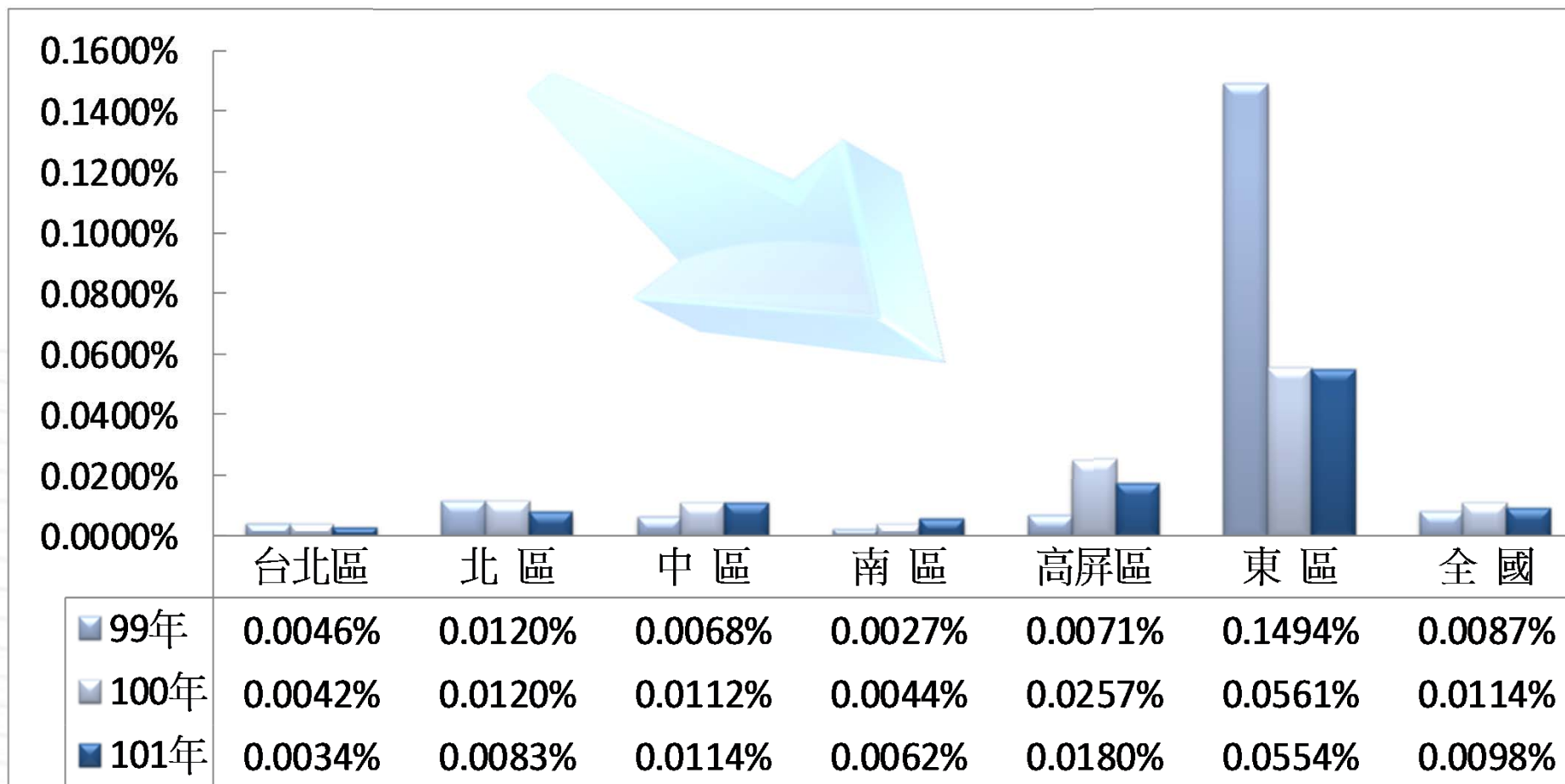
(1) 同日重複就診率





醫療利用及費用管控情形

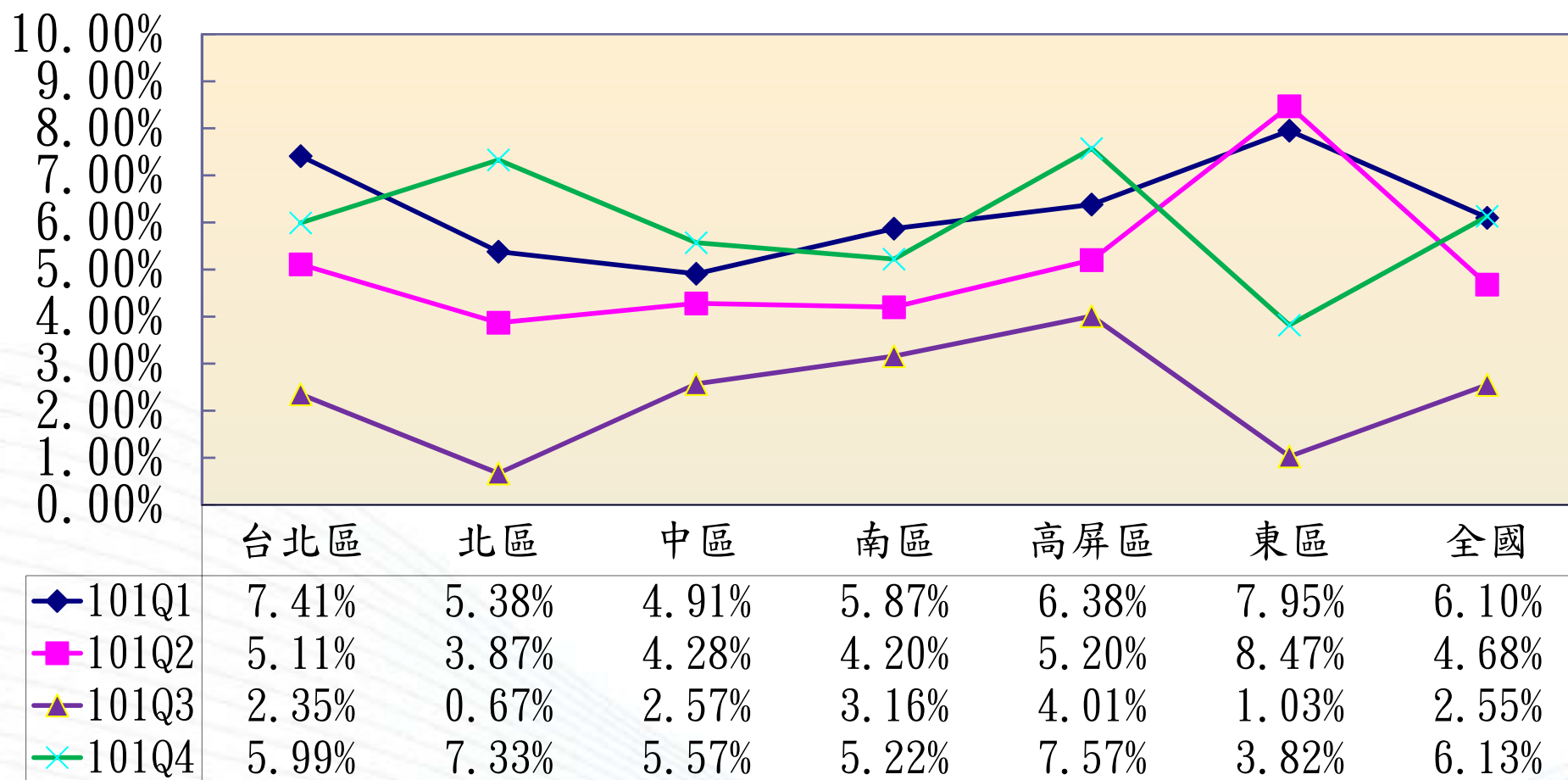
■ (2) 隔日重複就診





醫療利用及費用管控情形

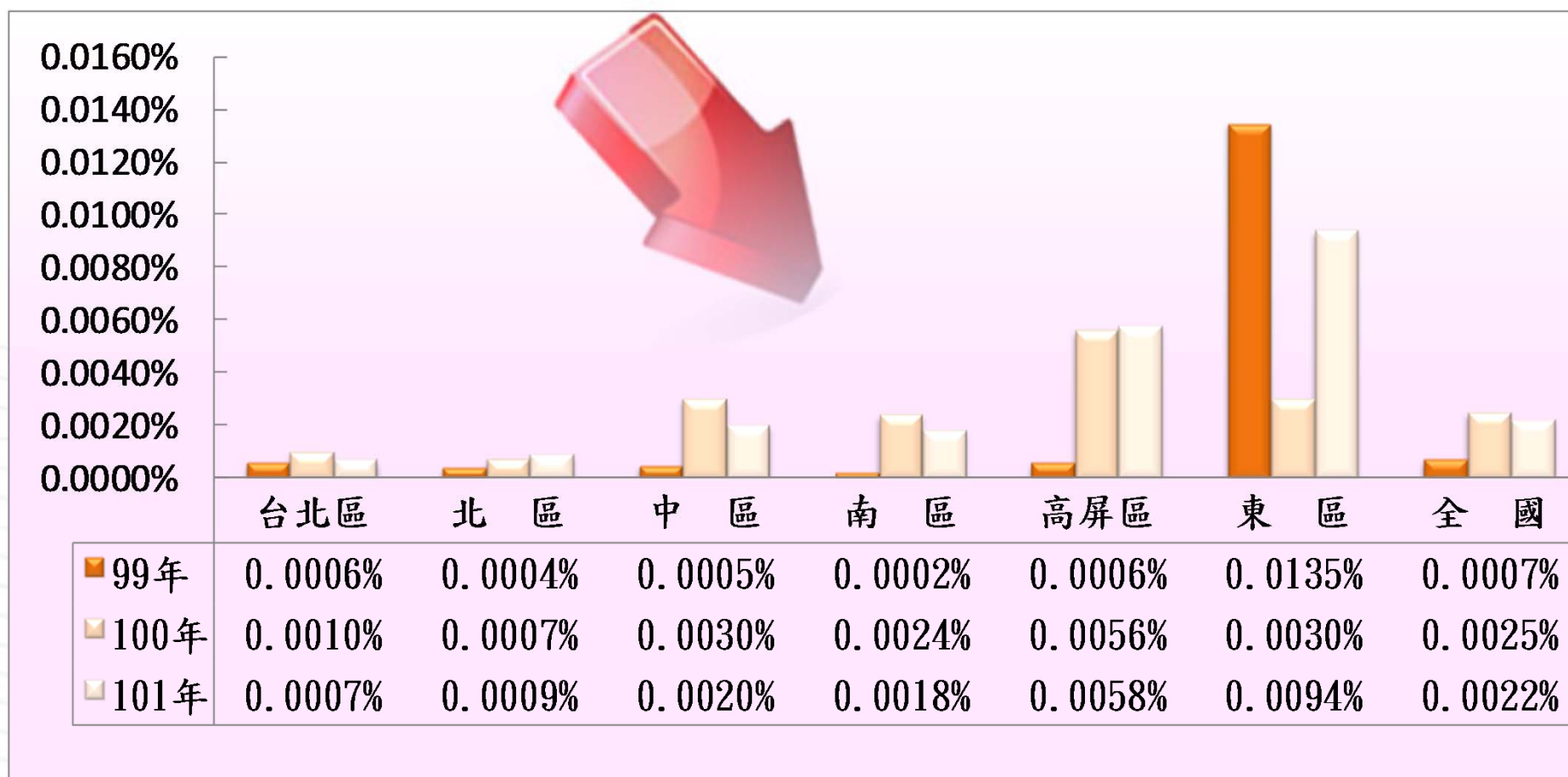
(3)各區各季醫療費用申請統計成長率





醫療利用及費用管控情形

(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

(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

(6) 針傷科處置每月大於15次占率





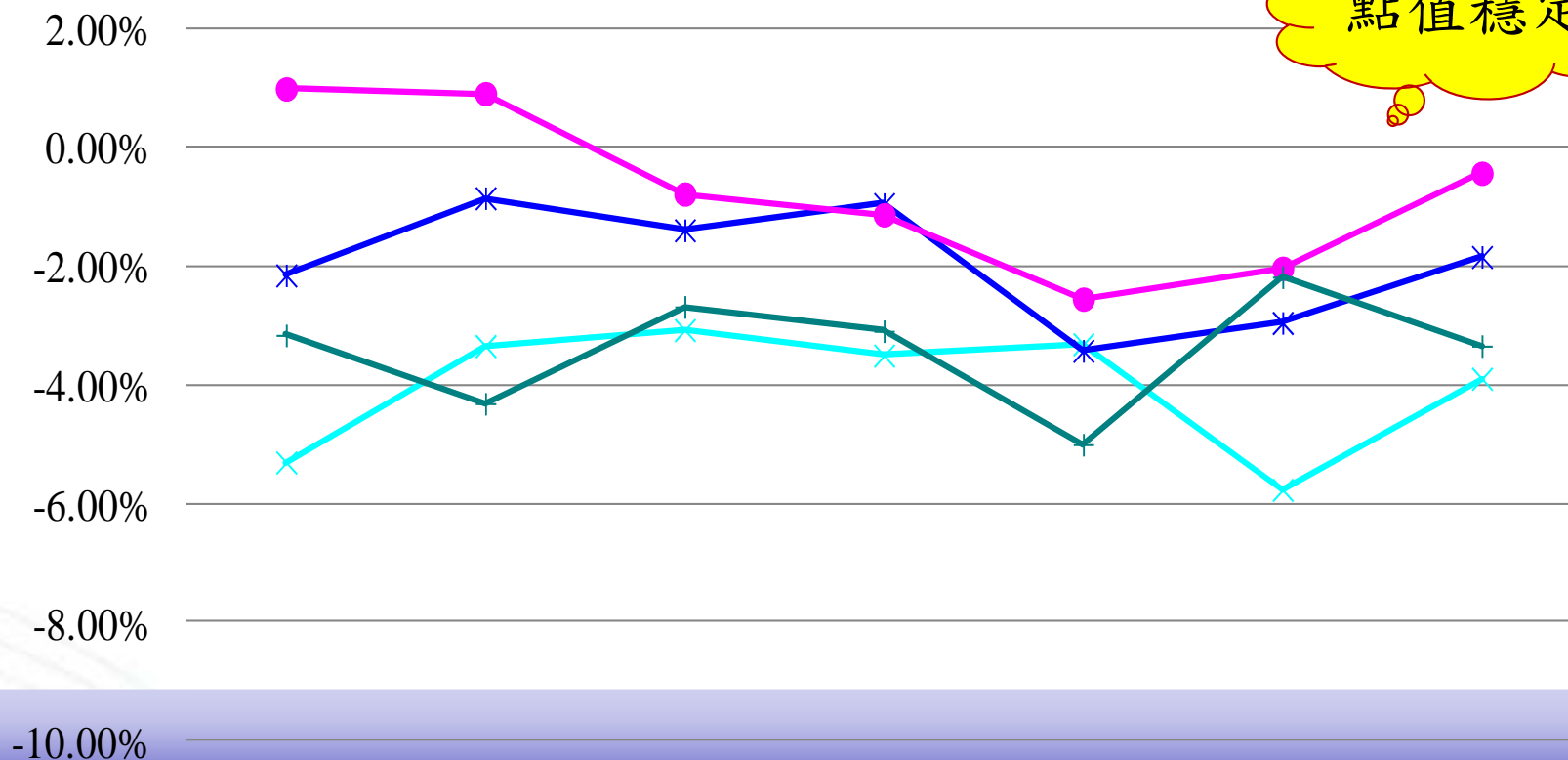
中醫總額各區各季點值彙整表

結算季別	項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全局點值
99年第一季	平均點值	0.9225	0.9367	0.9097	0.9764	0.9161	1.1966	0.9320
99年第二季	平均點值	1.0170	1.0214	0.9721	1.0162	1.0361	1.2644	1.0127
99年第三季	平均點值	0.9833	1.0044	0.9575	1.0003	1.0342	1.2553	0.9939
99年第四季	平均點值	1.0044	1.0164	0.9777	1.0368	1.0546	1.2987	1.0162
100年第一季	平均點值	0.9959	0.979	0.9248	1.0044	1.0332	1.3728	0.9874
100年第二季	平均點值	0.9736	0.9795	0.9349	0.9994	1.0548	1.3794	0.9860
100年第三季	平均點值	0.9266	0.9492	0.9149	0.9652	1.0127	1.3764	0.9513
100年第四季	平均點值	0.9793	1.0093	0.9565	1.0268	1.0505	1.3852	1.0008
101年第一季	平均點值	0.9163	0.9267	0.8800	0.9470	0.9796	1.2571	0.9274
101年第二季	平均點值	0.9418	0.9657	0.9143	0.9839	0.9995	1.3205	0.9579
101年第三季	平均點值	0.9163	0.9267	0.8800	0.9470	0.9796	1.2571	0.9274
101年第四季	平均點值	0.9547	0.9625	0.9448	0.9851	0.9800	1.2000	0.9670



醫療利用及費用管控情形

■ 點值穩定度：各區每點支付金額改變率



	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
101Q1	-5.31%	-3.35%	-3.08%	-3.51%	-3.32%	-5.77%	-3.90%
101Q2	-2.16%	-0.86%	-1.40%	-0.96%	-3.43%	-2.96%	-1.85%
101Q3	0.98%	0.90%	-0.79%	-1.14%	-2.56%	-2.04%	-0.44%
101Q4	-3.17%	-4.32%	-2.69%	-3.10%	-5.01%	-2.19%	-3.35%



支付標準調整

■ 調整第一章門診診察費第一階段支付點數

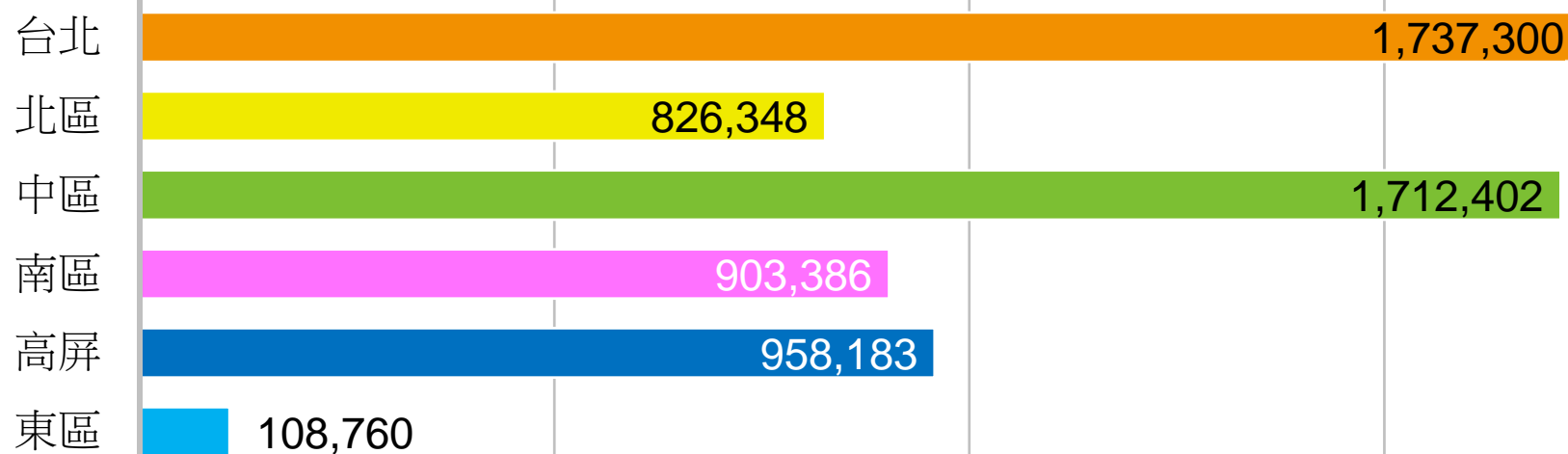
- 支付代碼：**A82、A83、A84、A85、A01、A11、A02、A12、A09、A10、A20**，每項支付點數**調升30點**，預估對財務影響小於0.9204%，經費由當年度非協商因素成長率支應，符合原先之財務規劃。

支付標準調整--對財務影響評估

101年財務之影響

年度	101年
中醫一般部門服務醫療給付費用總額	20,359,178,326
處置費調整後新增總點數	187,391,370
占率	0.9204%

101年六區支付標準調整項目申報件數





專業審查及其他管理措施(一)

- ✿ 訂定審查醫事人員遴選辦法及管理要點
- ✿ 辦理相關繼續教育課程，加強專業審查之一致性
- ✿ 訂定全民健康保險中醫門診醫療服務審查醫藥
訂定中醫專業審查分案原則
- ✿ 訂定全民健康保險中醫醫療費用審查注意事項
- ✿ 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。



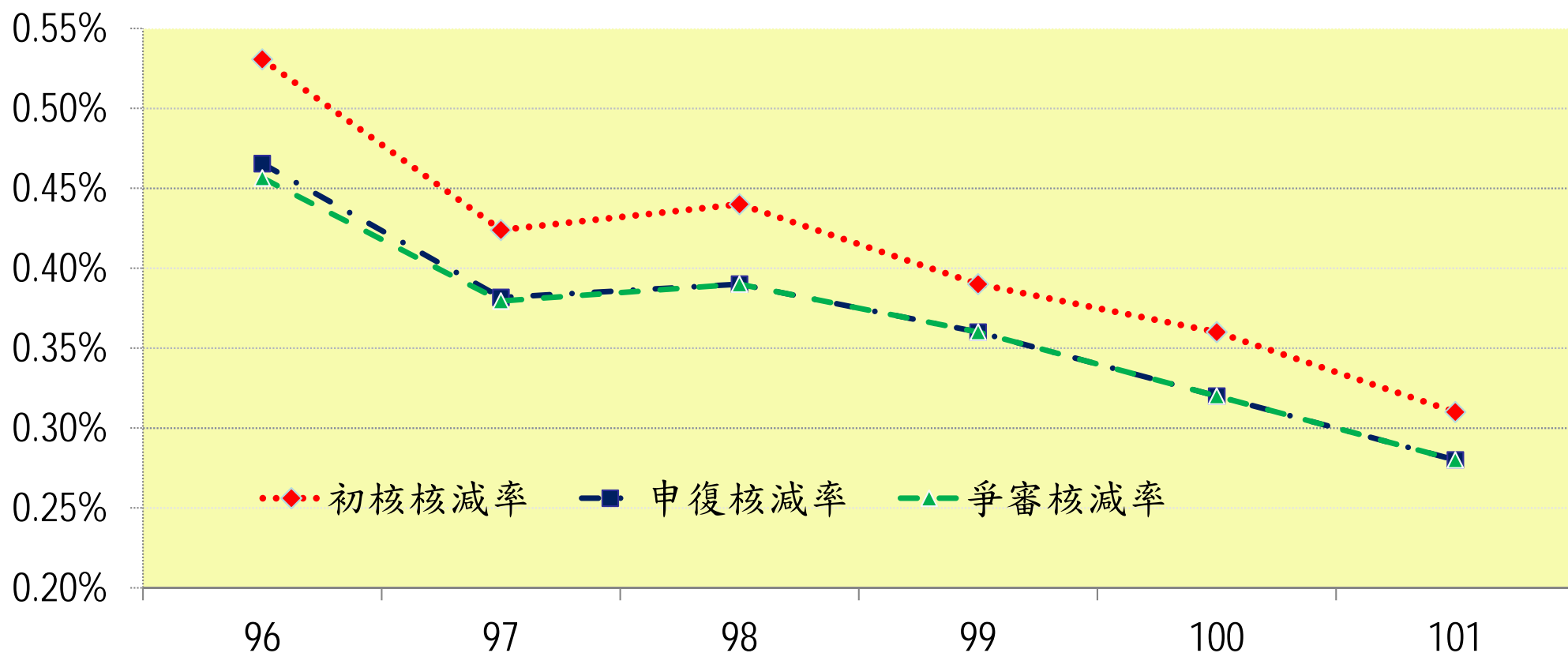
專業審查及其他管理措施(三)

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
- ◆ 中醫用藥日數重複率過高
- ◆ 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



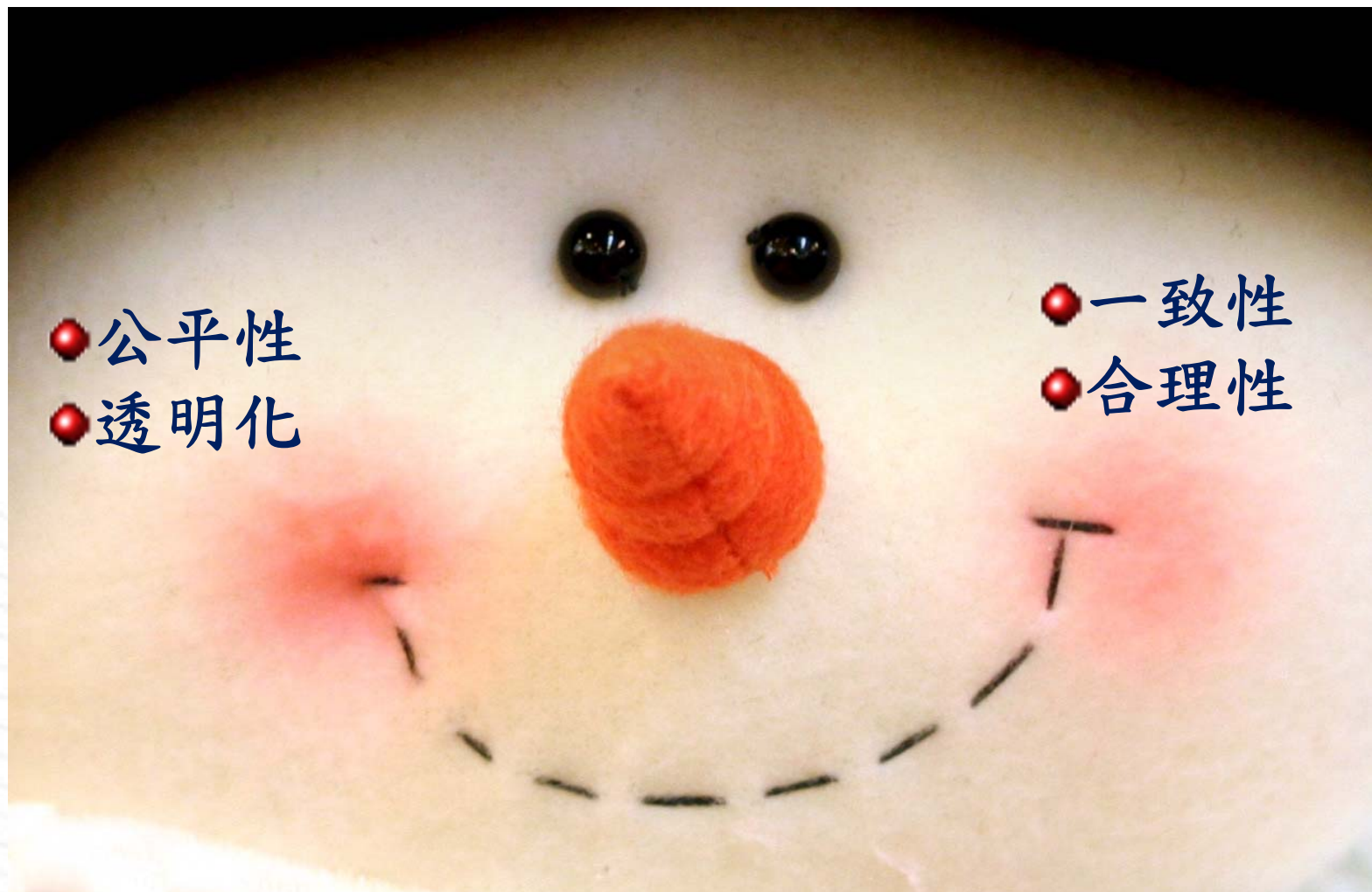
專業審查核減率統計(96-101年)



	96年	97年	98年	99年	100年	101年
初核核減率	0.53%	0.42%	0.44%	0.39%	0.36%	0.31%
申復後核減率	0.47%	0.38%	0.39%	0.36%	0.32%	0.28%
爭審後核減率	0.46%	0.38%	0.39%	0.36%	0.32%	0.28%



微笑曲線



● 公平性
● 透明化

● 一致性
● 合理性

● 核減率



院所違規家數及其違規情節

■ 100年及101年特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計

類型別	100年		101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	24	1,401,751	14	193,436
未經醫師診斷逕行提供醫療服務	11	1,424,437	17	115,006
處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符	2	3,629	0	0
未記載病歷，申報醫療費用	1	1,858	0	0
收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用	0	0	0	0
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	127,520	2	17,900
未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	4	61,923	8	54,822
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	3	34,232	6	237,876
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	146,012	1	124,070
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	1	15,740	0	0
其他	17	821,831	11	388,245
合計	66	4,038,933	59	1,131,355



院所違規家數及其違規情節

■ 101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
中醫總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	308,442	434,668	388,245	1,131,355

註1：非總額舉發包含民眾檢舉與行政院衛生署中央健康保險局主動查核項目；總額舉發為總額受託單位舉發。

註2：類型別之定義：

扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

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)。

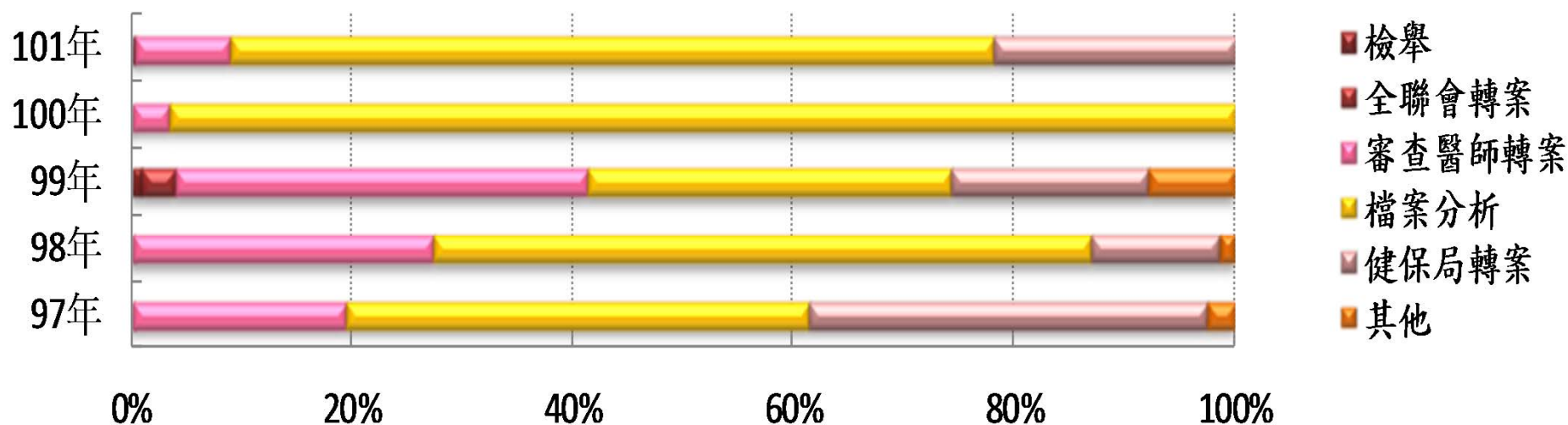


醫療機構輔導(一)

■ 訂定特約醫事服務機構輔導作業方案

■ 101年輔導案件來源分析如下：

- 以「**檔案分析**」為主，計有219件(約佔70%左右)。
- 其次依序為「**中央健保局轉案**」和「**審查醫師轉案**」分別為69件、27件，各佔22%及8.6%。

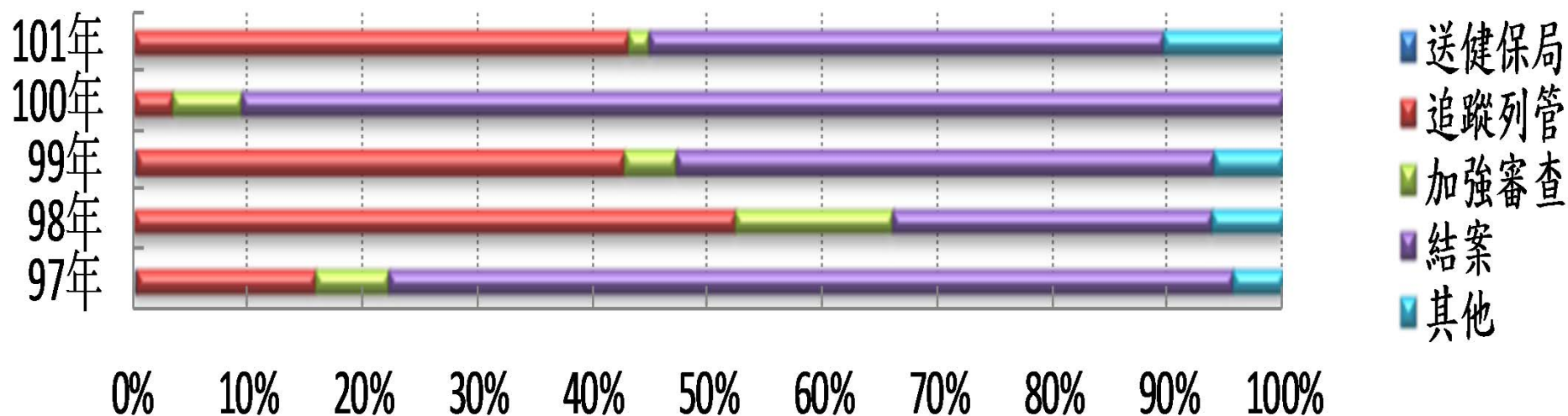




醫療機構輔導(二)

101年輔導結果分析如下：

- 以「結案」為主，計有140件(約佔45%)。
- 其次依序為「追蹤列管」和「其他」分別為135件、33件，各佔43%及10.5%。





肆、品質保證保留款實施方案

- 分配原則(以100年為例)
- 歷年分配結果(以91年至95年、98年為例)
- 100年分配結果
- 未來改善方向



分配原則

不予核發品質保證保留款

1. 99年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區。新設定中醫門診特約醫事服務機構。
2. 核減率:中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率，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。
3. 輔導:中醫門診特約醫事服務機構醫療行為模式異常，經中醫全聯會知會，准予核備並副知當事人在案者。
4. 中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健保保險醫事服務機構特約及管理辦法第64條、第65條、第66條、第67條等所列違規情事並經處分者，以處分日期認定之。
5. 中醫門診特約醫事服務機構未經「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證合格或經評核未合格者。



歷年分配結果

	91年	92年	93年	94年	95年	98年	99年
預算數	51,110,444	56,176,518	68,957,123	70,566,810	51,701,657	18,634,807	9,608,769
總院所數	2,460	2,546	2,604	2,679	2,820	3,052	3,317
符合核發院所數	1,899	1,954	1,275	1,754	2,242	2,418	2,539
符合核發院所數佔率	77.20%	76.75%	48.96%	65.47%	79.50%	79.23%	76.55%
實際核發數	51,110,424	56,176,524	68,957,117	70,566,795	51,701,666	18,634,801	9,608,768

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：中央健康保險局 資料日期：101年1月6日



100年分配結果

分區	各分區 預算數	符合分配 之院所家數	符合核發 院所數佔率	核發品質保證 保留款之金額
台北	5,589,575	707	21.07%	5,589,575
北區	2,331,729	306	9.12%	2,331,724
中區	5,054,012	840	25.03%	5,054,004
南區	2,791,887	363	10.82%	2,791,890
高屏	3,137,973	406	12.10%	3,137,976
東區	429,223	41	1.22%	429,223
總計	19,334,399	2,663	79.35%	19,334,392

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。

資料來源：中央健康保險局 資料日期：101年9月24日



未來改善方向

- 「品質保證保留款」核算基礎配合中央健保局「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院所，並於每年年底檢討各項核算基礎的適用性。
- 近期計劃配合中央健保局，針對中醫醫療院所的藥袋標示、醫療收據明細進行調查，考慮將藥袋標示完整性及醫療收據明細完整性納入將來條文修訂項目之中。
- 未來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。

專案計畫執行成果

※醫療資源不足地區改善方案

※三項醫療照護試辦計畫



101年中醫門診總額預算分配佔率

項目	預算(單位：百萬元)	佔率
一般服務預算	20,359	99.2231%
醫療資源不足地區 改善方案	74.4	0.3626%
醫療照護試辦計畫	85	0.4143%
合計	20,518	100%

說明：

一、醫療資源不足地區改善方案，含下述項目：

- (1)巡迴醫療服務計畫
- (2)獎勵開業服務計畫
- (3)鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫(102年刪除此項目)

二、醫療照護試辦計畫，含下述項目：

- (1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫
- (2)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
- (3)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫(102年回歸一般服務預算)
- (4)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫(102年回歸一般服務預算)



醫療資源不足地區改善方案

◆ 方案內容：

- 巡迴醫療服務計畫
- 獎勵開業服務計畫
- 鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫

◆ 歷年協定預算數及目標

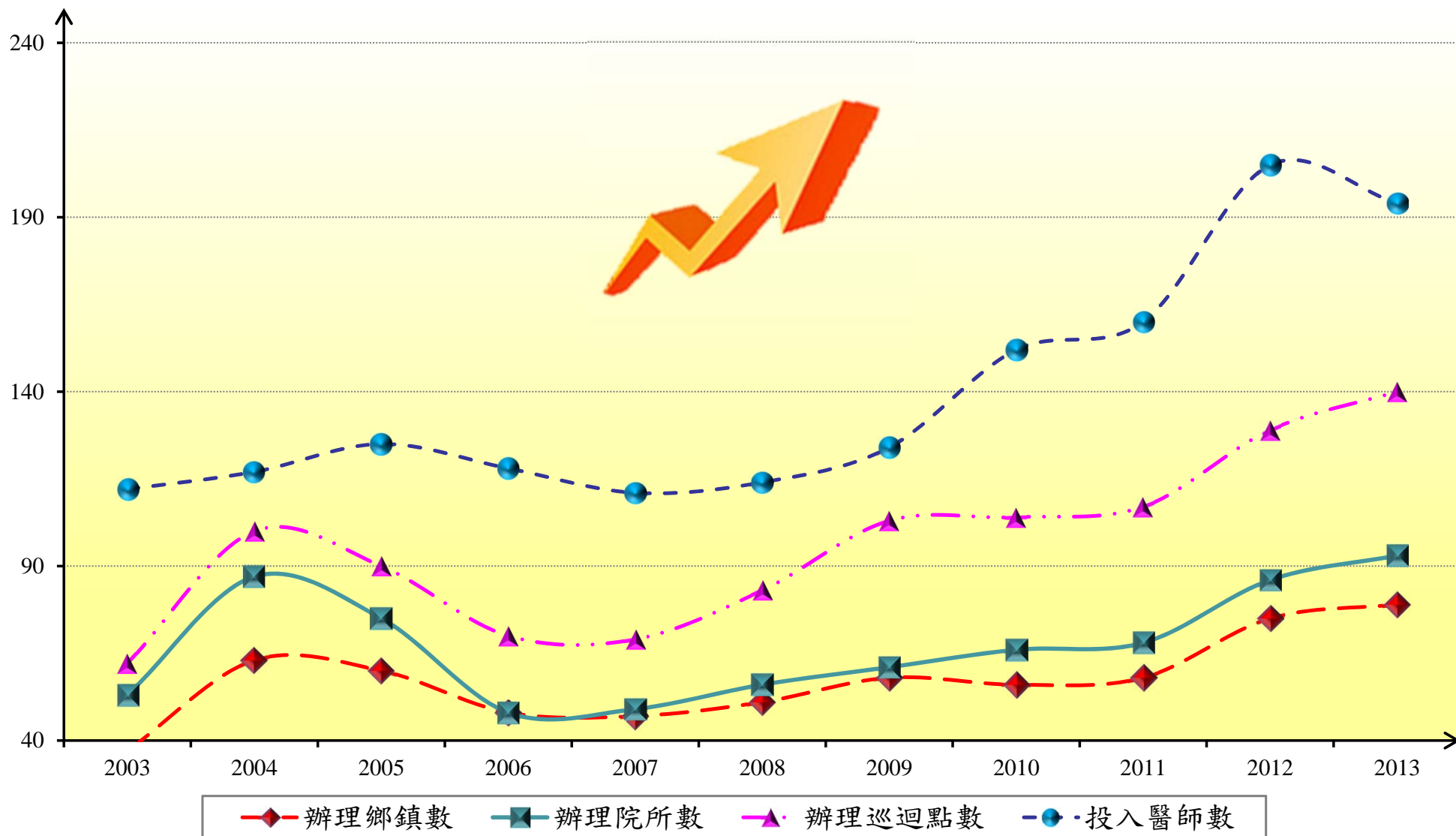
◆ 巡迴醫療服務計畫歷年醫療服務提供情形

◆ 巡迴醫療服務計畫歷年醫療利用情形

◆ 成效評估

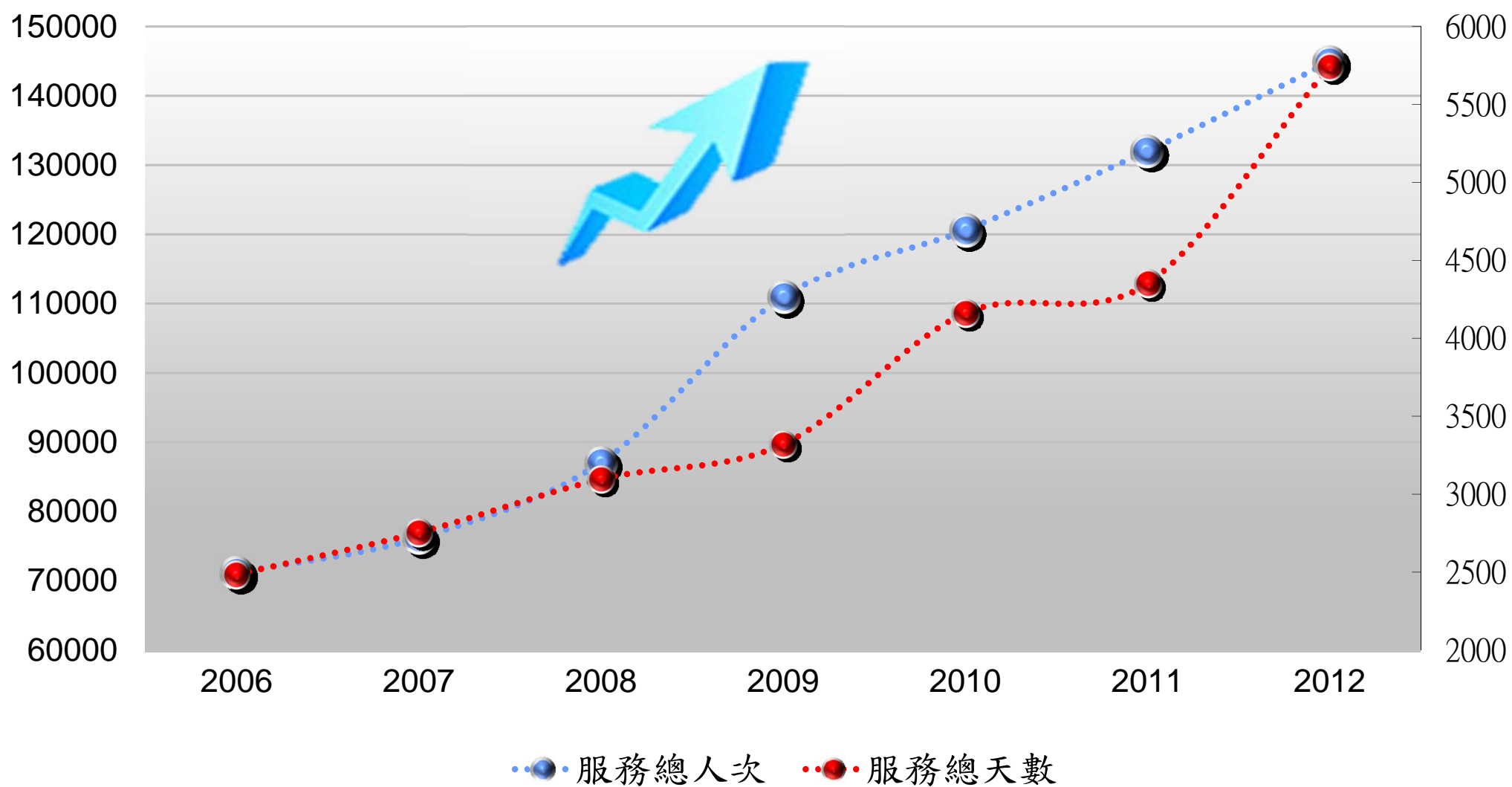


巡迴醫療服務歷年統計(一)





巡迴醫療服務歷年統計(二)





歷年巡迴醫療服務計畫服務各項目標值達成情形

	巡迴點數	總服務人次	總看診天數
92年度	>100%	—	—
93年度	>100%	—	—
94年度	>100%	—	—
95年度	>100%	—	—
96年度	>100%	>100%	>100%
97年度	>100%	>100%	>100%
98年度	>100%	>100%	>100%
99年度	>100%	>100%	>100%
100年	>100%	>100%	>100%
101年	>100%	>100%	>100%

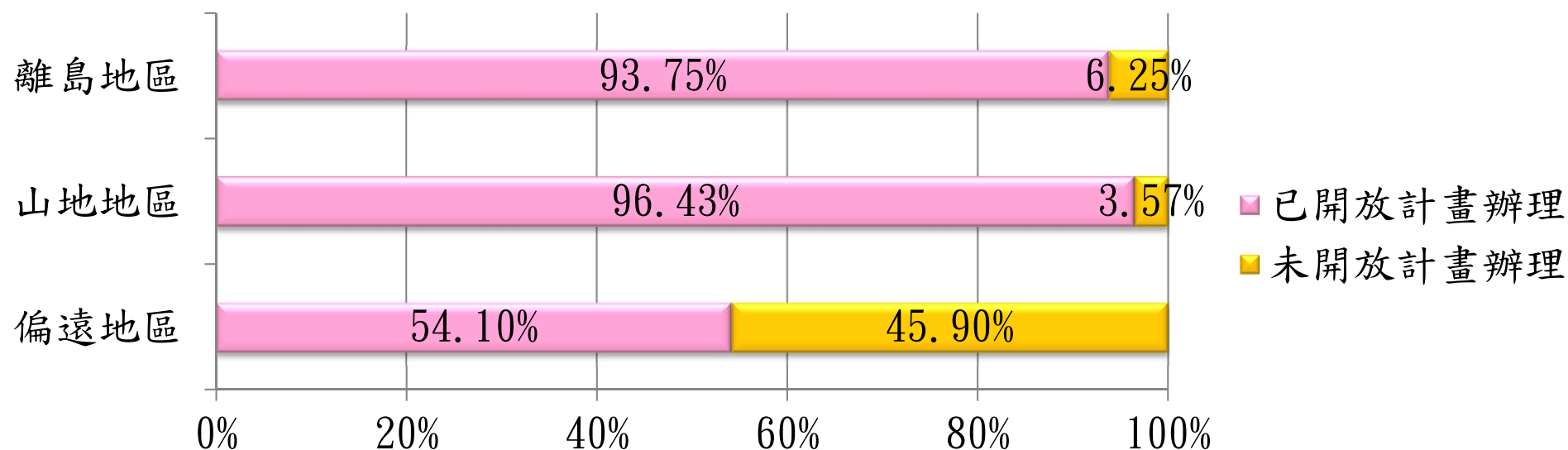
資料來源：行政院衛生署中央健康保險局醫療費用申報檔

資料日期：102年5月31日



101年巡迴醫療服務計畫辦理情形

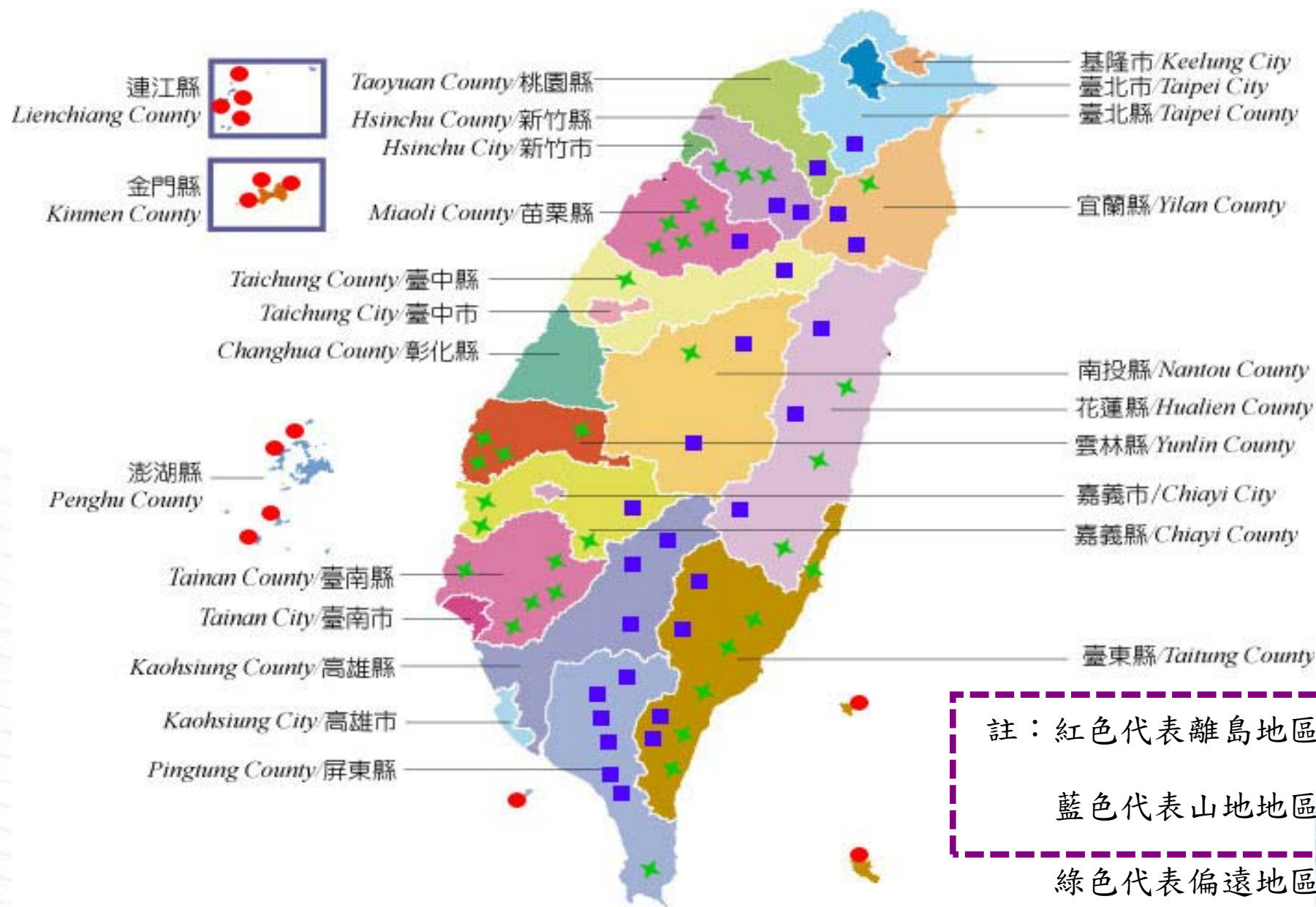
	偏遠地區	山地地區	離島地區	合計
開放辦理	33	27	15	75
未開放辦理	28	1 (屏東縣霧臺鄉)	1 (金門縣烏坵鄉)	30



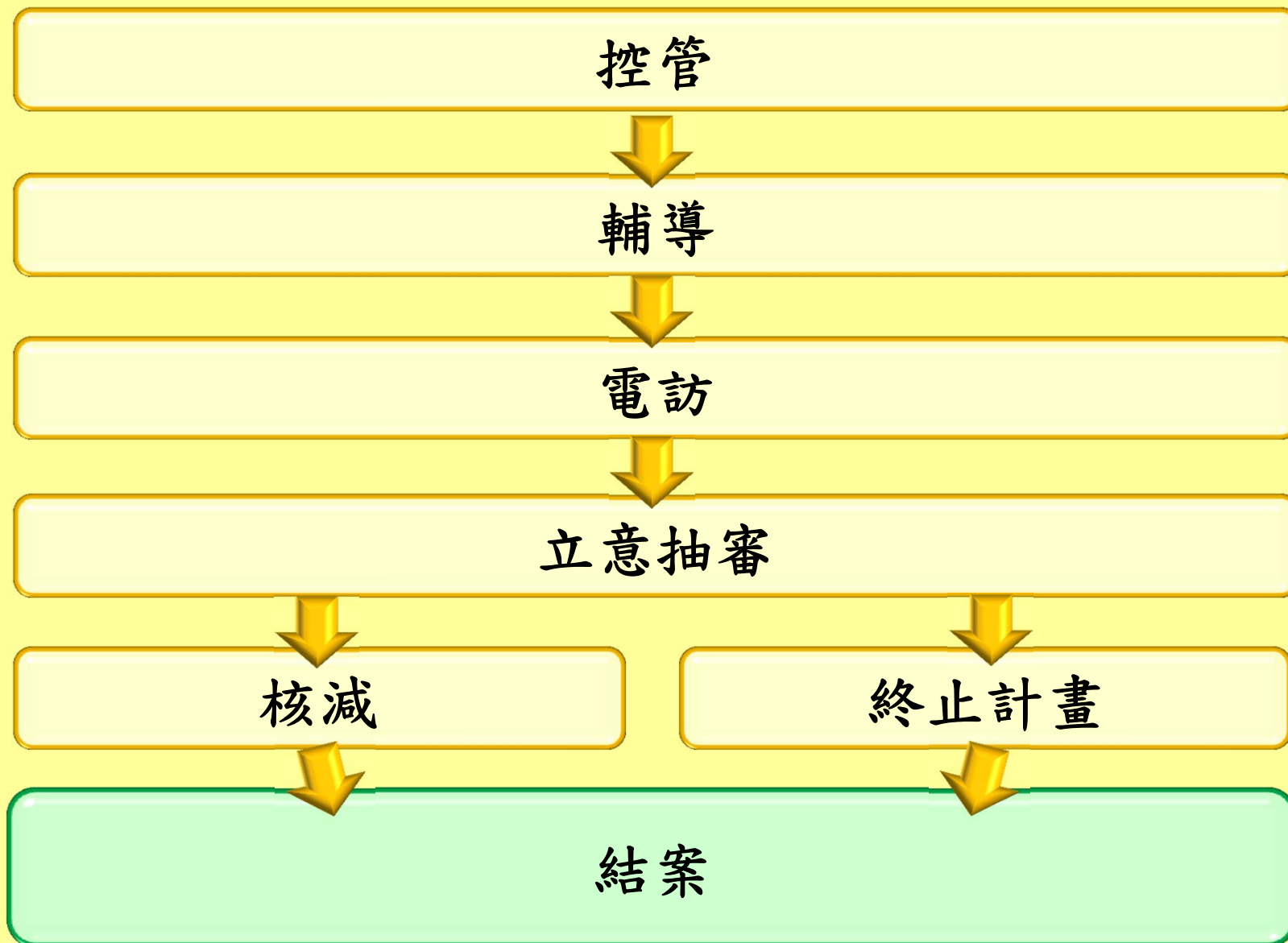
偏遠地區屬醫療資源相對缺乏之地區均已完成開辦，
未開放辦理之地區屬醫療資源相對較不缺乏之地區。



101年巡迴醫療服務計畫辦理鄉鎮標示圖



巡迴醫療服務計畫醫療費用控管流程





退場機制

- ✿ 有新設立之中醫特約醫療機構、實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、日報表資料不齊全（含書面資料及電子檔案），或執行院所未依本計畫規定事項辦理者
- ✿ 辦理中醫門診巡迴醫療服務計畫之中醫特約醫療機構如於本計畫服務期間因違反全民健康保險法及其相關法令，經中央健康保險局予以停止特約或終止特約者



就醫民眾滿意度評估方法與工具

100年12月

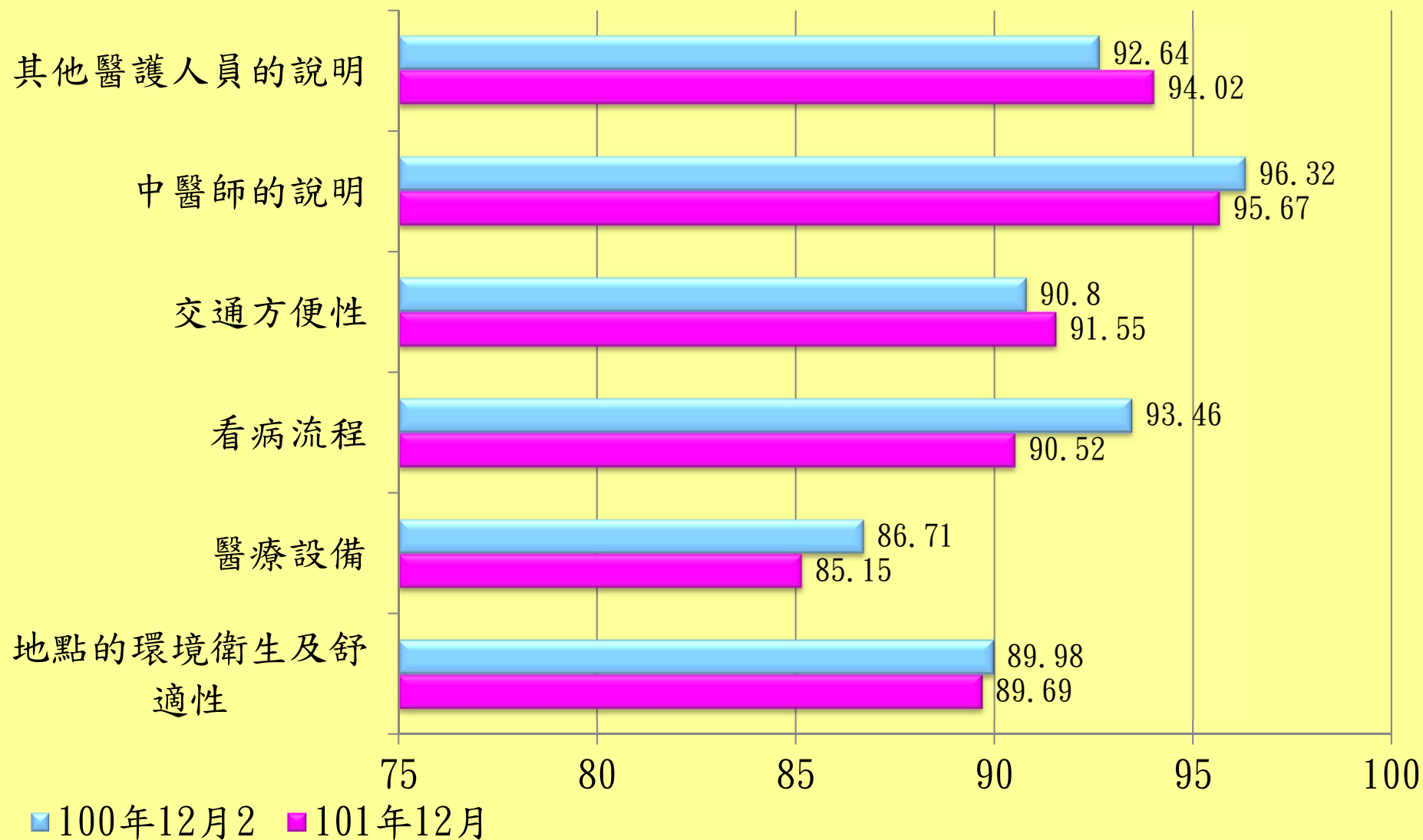
- Ⓢ 評估工具：問卷
- Ⓢ 調查期間：100年12月
- Ⓢ 調查對象：
 - 至巡迴點就醫之民眾
- Ⓢ 有效樣本數：489件

101年12月

- Ⓢ 評估工具：問卷
- Ⓢ 調查期間：101年12月
- Ⓢ 調查對象：
 - 至巡迴點就醫之民眾
- Ⓢ 有效樣本數：485件

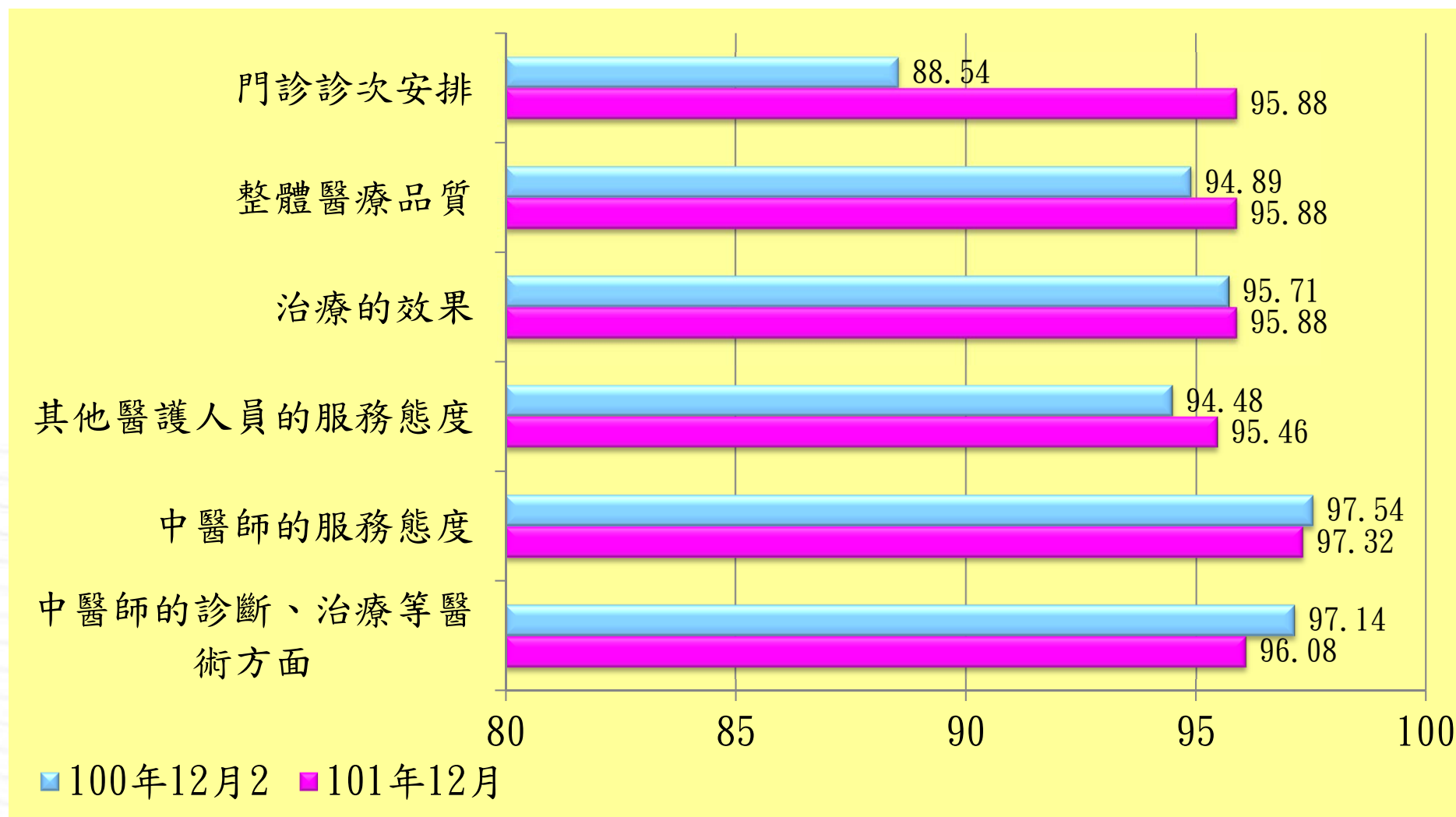


就醫民眾滿意度評估(一)





就醫民眾滿意度評估(二)





愛在偏鄉迴盪





辦理醫療資源不足地區改善方案訪視作業

- ❖ 訪視日期：102年5月28日(星期二)
- ❖ 訪視地點：屏東縣春日鄉、屏東縣來義鄉
- ❖ 訪視成員：行政院衛生署全民健康保險會、屏東縣政府衛生局、行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組及中醫全聯會相關業務人員
- ❖ 辦理方式：舉辦簡報座談會，聽取中醫師公會全聯會方案召集人執行成果，並請參與人員提供相關建議



辦理醫療資源不足地區改善方案訪視作業





問題檢討與分析

1 醫療環境與衛生



2 藥品及病歷存放

3 醫療人力提供



4 門診診次安排

5 交通便利性



6 風險承擔



獎勵開業服務計畫

99年至102年執行情形

99年



「金門縣金沙鎮」

100年



「金門縣金寧鄉」

102年



「金門縣金湖鎮」及「苗栗縣三義鄉」



鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫

✿ 執行期間：100年及101年

✿ 符合執行條件：

- 人口少於10,000人之鄉鎮或每萬人口中醫師數小於1之鄉鎮且該鄉鎮開業中醫特約醫療機構數 ≤ 2 。
- 符合上述條件之開業中醫特約醫療機構，每位中醫師每月平均申報醫療費用 $\leq 400,000$ 。

✿ 獎勵方式：

- 保險人於結算時，門診診察費按申報點數加計2成支付



101年全民健康保險中醫門診 總額醫療資源不足地區改善方案

中醫鄉巡迴
醫療服務
試辦計畫

		預算數 (百萬)	執行數 (百萬)	執行率	總執行率
一般部門	論量計酬	67.00	84.15	125.59%	107.29%
專項專用	論次費用		45.06		
	論量計酬加成		3.94		
	獎勵開業服務計畫	74.40	0	90.2%	
	鼓勵偏遠地區中醫師 長期進駐服務試辦計畫		18.12		

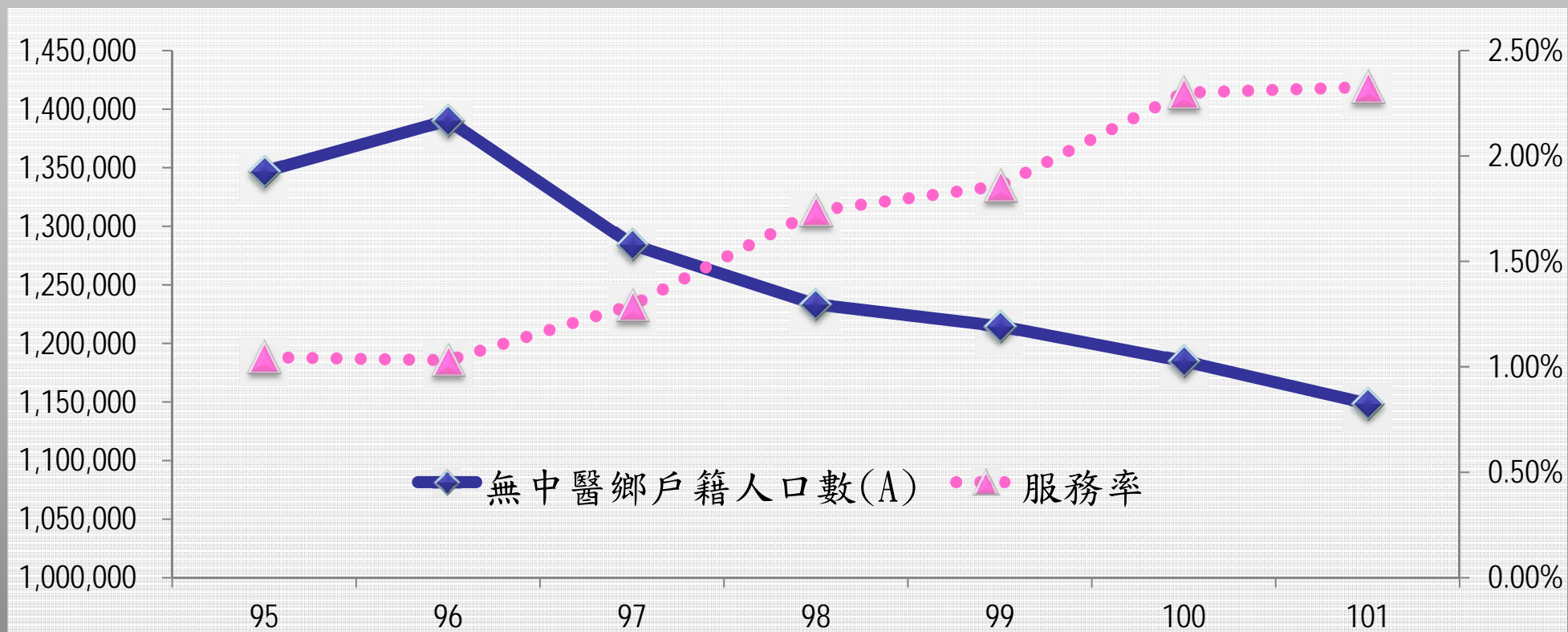


101年巡迴醫療服務計畫服務 巡迴目標達成情形

	目標值	執行數	目標達成率	總達成率
預算數 (單位：百萬元)	論量計酬	67	84.1	125.60%
	專款專用	74.4	67.24	90.40%
107.30%				
巡迴點數	60	129	215.00%	
服務總人次	75,000	144,846	193.10%	
服務總天數	3,000	5,641	188.00%	



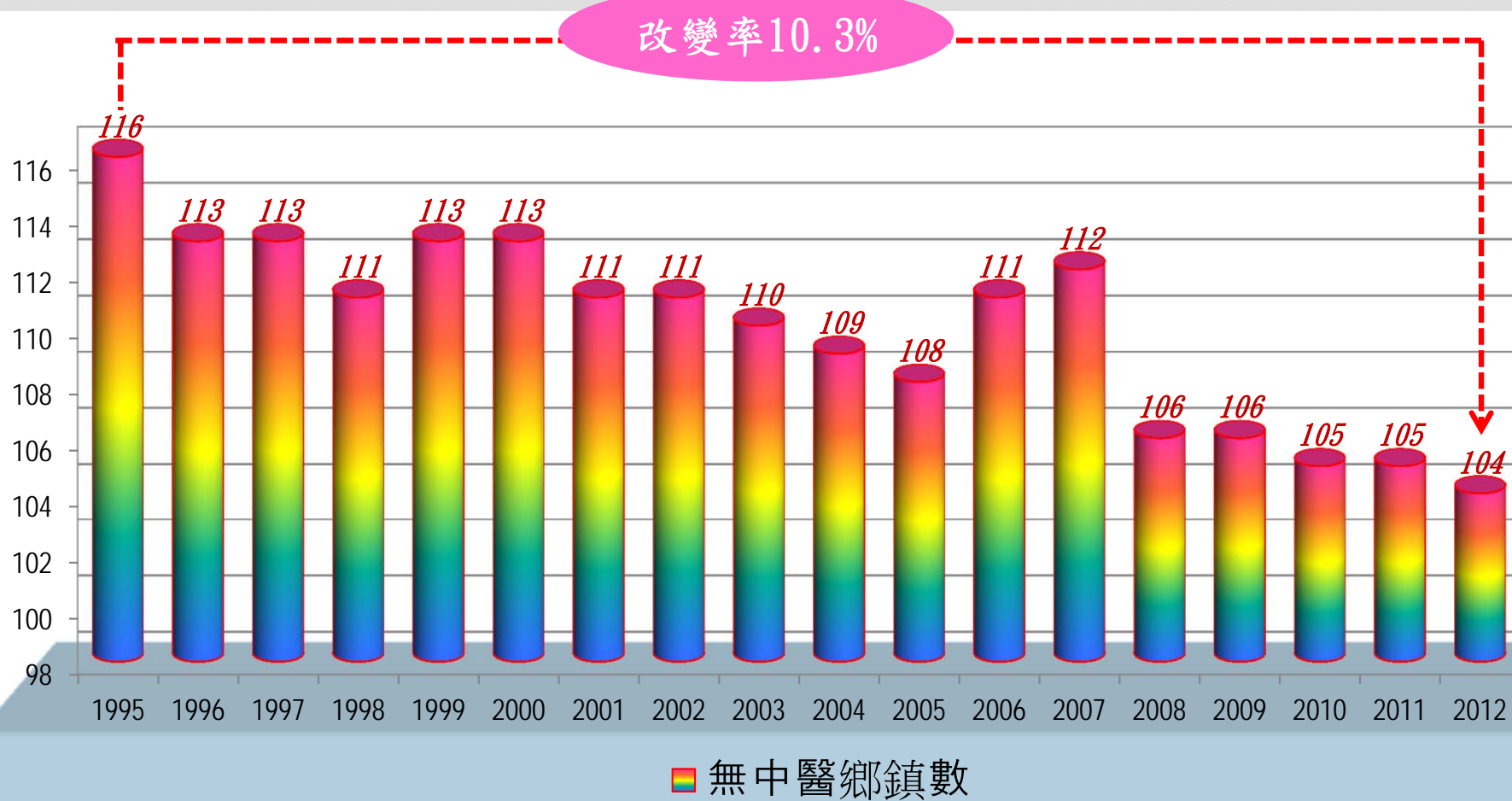
101年台灣無中醫鄉巡迴醫療服務提供情形



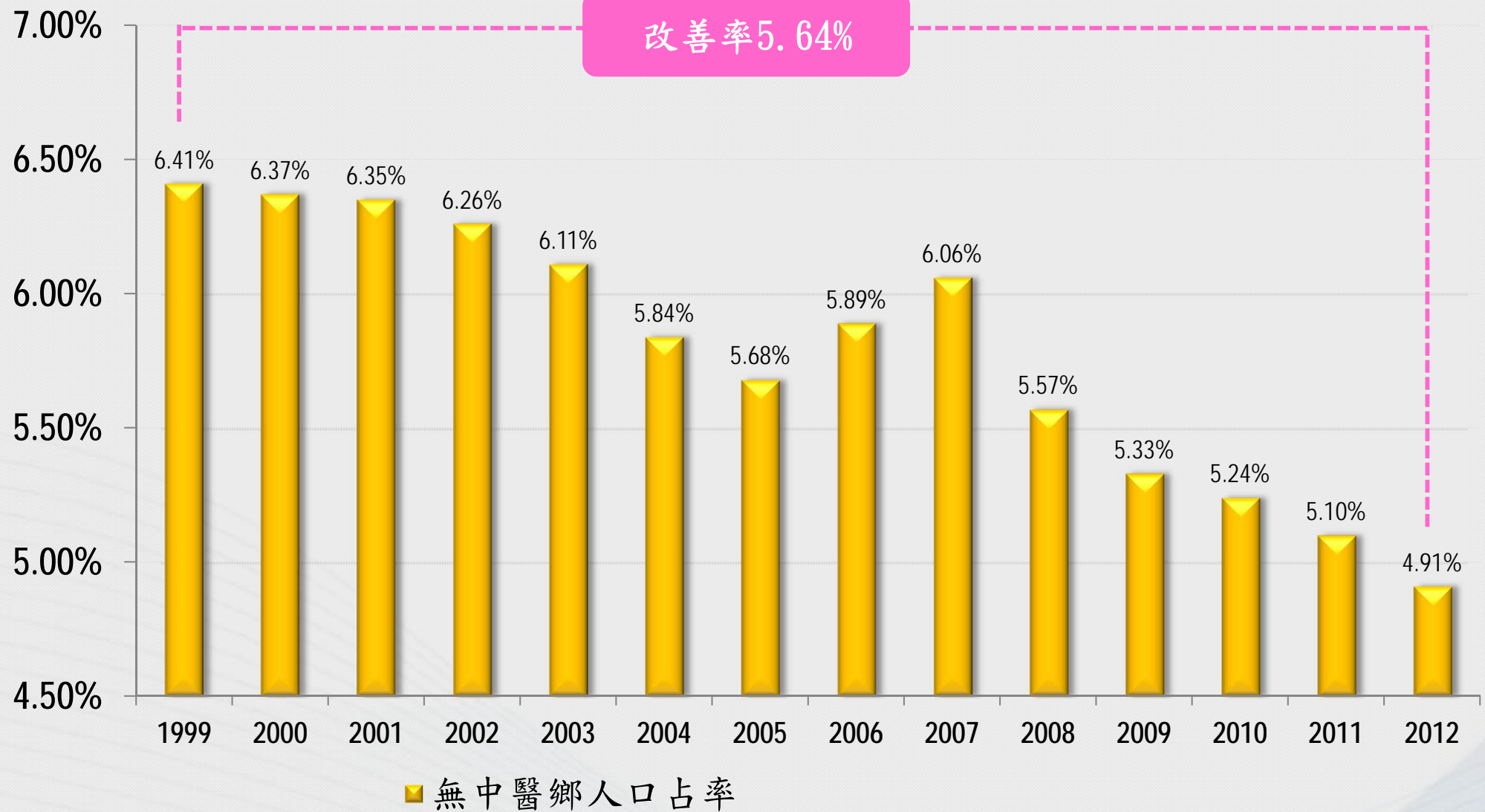
	95	96	97	98	99	100	101
無中醫鄉戶籍人口數(A)	1,346,652	1,390,449	1,284,276	1,233,308	1,214,772	1,184,868	1,148,764
無中醫鄉巡迴醫療服務人數(B)	14,085	14,336	16,582	21,464	22,578	27,247	26,732
服務率(B/A)	1.05%	1.03%	1.28%	1.74%	1.86%	2.30%	2.33%



台灣無中醫鄉鎮數變遷情形(1995-2012年)



台灣無中醫鄉人口數占率變遷情形(1995-2012年)





未來努力方向

- ◆ 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10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70多個山地、離島及偏遠地區之無中醫鄉鎮，**提供2萬5千多個診次，服務67萬多人次**，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。
- ◆ **未來會持續辦理相關教育訓練，讓更多的醫療人力參與執行，提升醫療服務品質，增加民眾對中醫的信賴度，提供更全方位的中醫醫療照護，擴大提供中醫醫療服務，大幅提高資源不足地區民眾的就醫可近性。**



關懷偏遠民眾

一步一腳印

響應健保局推動「把愛傳出去」關懷弱勢計畫，落實健保真正的理念

關懷偏遠民眾 推動無中醫鄉巡迴醫療服務

健保局推動「把愛傳出去」關懷弱勢計畫，深具急難救助的意義，施純全醫師認為醫界的愛心應不落人後，所以主動發起募款活動，希望幫助更多的弱勢民眾，使他們在無後顧之憂下安心就醫，也落實了健保真正的理念。

文◎健保局

一位住在新竹山區的原住民老阿媽，因呈現昏睡與休克狀態，需要緊急送醫急救，但卻遇上了颱風，暴雨不但讓位於偏遠山區的村落，整個泡在水中，包括聯外的道路也全被雨水沖毀，只能依賴直昇機傳送緊急醫療救護，但惡劣的天候讓醫療團隊延遲抵達。老阿媽在等待直昇機的期間已漸漸失去生命跡象，後來有人緊急為病患進行針刺，才讓她慢慢甦醒。施純全醫師談起推動「無中醫鄉巡迴醫療服務」的動機，他認為，生命無價，而居住在偏遠地區的民眾，也應該與都會區民眾一樣，擁有選擇最佳治療的機會與權力。

民國84年健保剛開始實施時，施醫師正擔任中醫師公會執行長，因而有機會參與健保的推動過程。他說：「過去民眾『因貧而病』或『因病而貧』，但自從健保開始實施後，雖然已經有效解決這些問題，但他卻發現，居住在偏遠山區的民眾，就算繳

了健保費，但就醫仍然因受天然地理環境影響而不方便，凸顯出偏遠地區醫療資源嚴重分配不均。」

巡迴醫療觸發愛心捐贈理念

民國92年時，健保局以關懷就醫弱勢族群為出發點，委託中醫師公會共同推動了「無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫」，深入高雄縣三民鄉、南投縣信義鄉與新

竹縣尖石鄉等偏遠山區與離島，提供當地居民就醫機會。施醫師表示，當時深入偏遠的山地離島地區，進行巡迴醫療服務，才發現有不少經濟弱勢民眾因繳不起健保費，而無法享有健保所提供的醫療照顧。他認為，所謂的「全民健保」應是讓每一個人都能被照顧到，因而促使他決定參與健保局台北分局推動「把愛傳出去」關懷弱勢計畫。



▲中醫師公會響應健保局「把愛傳出去」關懷弱勢計畫，一起發揮愛心，讓我們的社會更溫暖健康。（左一為施純全醫師）

National Health Insurance

全民健康保險

全民健康保險雙月刊
中華民國九十七年九月一日
ISSN: 1026-9592

第75期

特別報導
健保為醫療服務品質做了什麼？

健保專題
認識全民健康保險的標誌

國際視窗
台灣健保 美國發光

焦點話題
打造無菸環境
落實菸害防制工作

醫療資訊
天涼好個秋
慎防上呼吸道感染

生活話題
秋高氣爽
食療養肺的好時機

健康台灣
品質公開
關懷弱勢
公平就醫
全民有保

健保與全民一起
邁向健康服務加值新紀元

關懷偏遠民眾 推動無中醫鄉巡迴 醫療服務



醫療照護試辦計畫

◆ 方案內容：

- 腦血管疾病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
- 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

- ◆ 協定預算數、執行數
- ◆ 醫療服務提供情形
- ◆ 醫療利用情形
- ◆ 成效評估



101年醫療照護試辦計畫計畫預算執行數與執行率

單位：百萬元

		101	平均點值	浮動點值
腦血管疾病西醫住院	預算數	85	0.7966	0.7718
腫瘤患者手術化療放射線療				
小兒腦性麻痺	執行數	106.7		
小兒氣喘緩解期	執行率	125.53%		
腦血管疾病後遺症門診照護計畫	預算數	82	0.5725	0.5286
	執行數	143.23		
	執行率	174.67%		

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

101年第四季醫療照護試辦計畫預算執行數與執行率

單位:百萬元

		101第四季	浮動點值
腦血管疾病西醫住院	預算數	21.25	0.7030
腫瘤患者手術化療放射線療			
小兒腦性麻痺	執行數	28.89	
小兒氣喘緩解期	執行率	136%	
腦血管疾病後遺症門診照護計畫	預算數	20.50	0.4857
	執行數	38.37	
	執行率	187%	

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



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

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：1.執行占率=醫療費用/預算數

2.95-99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

◆ 歷年醫療服務提供統計概況

	承辦院所數	參與醫師數	服務天次	平均每天次 服務人次
95	14	51	1,571	6.87
96	19	83	3,426	7.67
97	22	81	4,047	8.93
98	26	104	4,934	8.87
99	30	114	6,053	7.39
100	36	143	6727	7.44
101	37	161	7649	7.51
100-101成長率	2.78%	12.59%	13.71%	0.90%

資料來源：中央健康保險局申報資料 資料日期：102年5月30日



腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

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)
- 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。

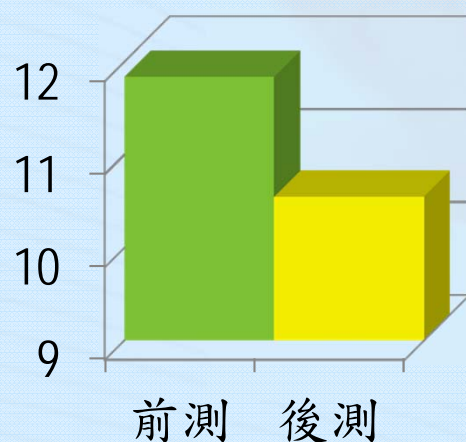


腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

成效評估（二）

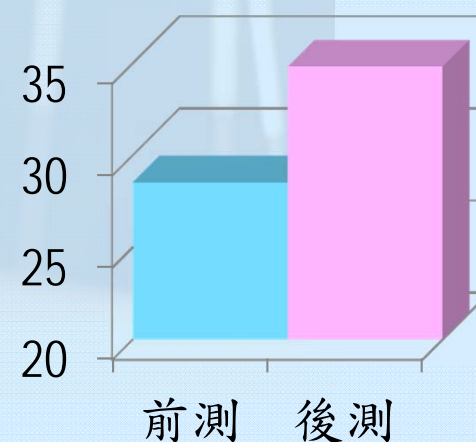
◆ 腦血管病患在NIHSS與巴氏量表之前後測分數差異

項目	人數	前測		後測		p-value*
		MEAN	SD	MEAN	SD	
NIHSS分數	1397	13.78	11.39	11.86	10.97	<0.0001
巴氏量表分數	1419	28.68	28.53	34.83	30.48	<0.0001



註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重

巴氏量表分數



註：分數越高生活品質越好



腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

成效評估（三）

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

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)	741	11.68	8.15	10.46	8.07	<0.0001
有中藥治療(1)	624	12.08	8.34	10.66	8.14	<0.0001
針灸次數						
無針灸(0)	43	9.47	7.02	9.28	7.62	0.5718
針灸1~5次	269	9.29	7.73	8.62	7.60	<0.0001
針灸6~9次	256	11.40	8.12	9.98	7.92	<0.0001
針灸10~13次	242	11.74	7.89	10.57	8.04	<0.0001
針灸14~22次	286	13.12	8.38	11.67	8.47	<0.0001
針灸≥23次	241	14.08	8.18	12.08	7.85	<0.0001



中醫輔助計畫對住院中風病患之療效評估

資料篩選

- 篩選2006-2008年有參與計畫的病患。
- 對照組篩選2006-2008住院主診斷中風且不曾參與計畫者，並限定與參與計畫相同醫院，並排除串不到承保檔者。
- 排除住院180天者後用propensity score以1:1比例配對(控制年齡、性別、中風復發、ICU、外科手術、住院天數、職業別、低收入戶、醫學中心、Type of stroke、Diabetes、Hypertension、Hyperlipidemia、Myocardial Infraction、Mental disorder、Liver Cirrhosis、Renal dialysis、COPD、Anticoagulant、Anti-platelet agents, Lipid-lowering agents)。



有無參加中醫輔助計畫的病人其3個月及6個月內併發症之Hazard Ratio和95% 信賴區間

	Non-Plan(N=1734)		Plan(N=1734)		HR* (95% CI)
	case	rate(%)	case	rate(%)	
3 month					
Urinary tract infection	212	12.2	193	11.1	0.82 (0.68-1.00)
Pneumonia	161	9.28	111	6.40	0.60 (0.47-0.76)
Fracture	41	2.36	46	2.65	1.02 (0.67-1.56)
Epilepsy	74	4.27	54	3.11	0.67 (0.49-0.96)
Decubitus ulcer	36	2.08	29	1.67	0.75 (0.46-1.22)
Gastrointestinal Bleeding	66	3.81	48	2.77	0.68 (0.47-0.98)
In-hospital mortality	33	1.90	13	0.75	0.37 (0.19-0.70)

* Adjusted for age, gender, occupation , low Income, length of stay, intensive care unit, neurosurgery, medical center, type of stroke, history of stroke, diabetes, hypertension, hyperlipidemia, mental disorder, anticoagulant, anti-platelet agents, lipid-lowering agents
門住診主+次診斷



有無參加中醫輔助計畫的病人其3個月及6個月內併發症之Hazard Ratio和95% 信賴區間

	Non-Plan(N=1734)		Plan(N=1734)		HR* (95% CI)
	case	rate(%)	case	rate(%)	
6 month					
Urinary tract infection	281	16.2	265	15.3	0.83 (0.70-0.99)
Pneumonia	214	12.3	159	9.17	0.63 (0.51-0.78)
Fracture	70	4.04	73	4.21	1.04 (0.74-1.47)
Epilepsy	109	6.29	97	5.59	0.95 (0.69-1.32)
Decubitus ulcer	52	3.00	42	2.42	0.73 (0.49-1.10)
Gastrointestinal Bleeding	92	5.31	65	3.75	0.64 (0.47-0.88)
In-hospital mortality	47	2.71	21	1.21	0.40 (0.24-0.68)

* Adjusted for age, gender, occupation , low Income, length of stay, intensive care unit, neurosurgery, medical center, type of stroke, history of stroke, diabetes, hypertension, hyperlipidemia, mental disorder, anticoagulant, anti-platelet agents, lipid-lowering agents
門住診主+次診斷



有無參加中醫輔助計畫的病人 其3個月及6個月內之急診與住院費用及次數

	Non-Plan(N=1734)		Plan(N=1734)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
3 month					
Hospitalization expenditure	15524	80065	9462	55205	0.01
Hospitalization frequencies	0.19	0.59	0.12	0.39	0.0001
Emergency expenditure	518	2140	385	2037	0.06
Emergency frequencies	0.12	0.42	0.09	0.34	0.04
6 month					
Hospitalization expenditure	22321	91130	14859	67929	0.006
Hospitalization frequencies	0.29	0.75	0.20	0.53	<0.0001
Emergency expenditure	874	3047	773	2970	0.32
Emergency frequencies	0.19	0.61	0.18	0.56	0.42

主診斷 Stroke, UTI, Pneumonia, Fracture, Epilepsy, Decubitus ulcer



中醫輔助計畫對住院中風病患之療效評估

結果(一)

- 有無參與計畫之各配對因子分布，由於經過配對，故皆無顯著差異。
- 參與計畫3個月內併發症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)。
- 參與計畫6個月內併發症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)。



中醫輔助計畫對住院中風病患之療效評估

結果(二)

- 有無參與計畫後續中風相關診斷(包括Stroke, Pneumonia, UTI, Fracture, Epilepsy, Decubitus ulcer)醫療耗用追蹤結果：
- 3個月內有參與計畫的病人的住院費用、次數與急診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；急診次數：0.09 vs. 0.12， p -value=0.04)。
- 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)。

資料來源：Chun-Chuan Shih, MD, PhD; Chien-Chang Liao, PhD; Jaung-Geng Lin, MD, PhD; Hsin-Long Lane, MS.

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

	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
100-101 成長率	3.70%	10.83%	6.27%	-0.65%

資料來源：中央健康保險局申報資料 資料日期：102年5月30日



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

成效評估（一）

EORTC QLQ-C30 癌症患者生命質量測定量表								
失眠			生活品質			角色功能		
人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*
209		0.0498	209		0.3889	209		0.0218
前側	2.18±0.94			8.90±2.77			4.75±2.07	
後側	2.08±0.91			9.00±2.74			4.53±2.03	
身體功能			呼吸困難			社會功能		
人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*
209		0.0314	209		0.2946	209		0.0991
前側	11.15±4.98			1.51±0.83			4.11±1.77	
後側	10.70±4.89			1.47±0.80			3.97±1.70	
便秘			食慾不振			疲倦		
人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*
209		0.0715	209		0.2875	209		0.2123
前側	1.57±0.82			1.91±0.95			6.90±2.39	
後側	1.49±0.74			1.87±0.89			6.78±2.15	



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

成效評估（二）

EORTC QLQ-C30 癌症患者生命質量測定量表

疼痛			財務困難			情緒功能		
人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*
209		0.0027	209		0.1320	209		0.0009
前側	4.24±1.82			1.51±0.80			6.22±2.28	
後側	3.97±1.77			1.46±0.76			5.87±2.10	
腹瀉			認知功能			噁心嘔吐		
人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*	人數	平均數±標準差	p-value*
209		0.7019	209		0.1556	209		0.4873
前側	1.40±0.74			3.01±1.28			2.79±1.41	
後側	1.42±0.79			2.93±1.29			2.75±1.33	



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

成效評估（三）

前後測得分與差異性檢定

◆ 癌症患者生命質量測定量表(EORTC QLQ-C30)部分：

➤ 失眠、角色功能、身體功能、疼痛、情緒功能等項有明顯的改善



中醫輔助治療對於晚期乳癌病人之療效評估

Methods and Materials

Sample

根據2000年百萬抽樣檔篩選2001-2010年第一次接受taxanes (docetaxel或paclitaxel) 治療且18歲以上之乳癌病人 (排除觀察時間小於3個月之病患)

Duration

乳癌病人第一次接受taxanes治療至病患死亡、退出全民健保或至2010年結束為止

Definition of CAM user

若乳癌病人於觀察期間內之中醫輔助療法累積使用天數大於30天則定義為TCM user，若小於或等於30天則定義為non-user。



中醫輔助治療對於晚期乳癌病人之療效

Methods and Materials (Conti.)

Log-rank test

檢定使用中醫輔助療法及未使用中醫輔助療法兩組之存活曲線是否有差異，也就是使用中醫輔助療法是否能改善乳癌病人之存活率。

Hazard ratio (HR)

透過Cox proportional hazards model計算

資料來源

Ching-Chiung Wang, PhD
Professor
School of Pharmacy
Taipei Medical University



結果(一)



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TCM 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KM存活曲線及log rank檢定($p\text{-value} < 0.0001$)結果顯示中醫輔助療法之使用與乳癌患者死亡率(mortality)的下降有顯著相關。



結果(二)



由單變項Cox迴歸的結果顯示，中醫輔助療法之使用與乳癌患者死亡率(mortality)的下降有顯著相關 (HR = 0.53，95% confidence interval = 0.37-0.76)。

另外，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乳癌患者死亡率(mortality)的下降仍呈現顯著相關 (HR = 0.50，95% confidence interval = 0.35-0.72)。

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年	90	31.6	34.91
100年	90	98.43	109.37
101年	82	106.70	174.67

資料來源：中央健康保險局申報資料 資料日期：102年5月30日

註：1.執行率=醫療費用/預算數

(單位：百萬元)

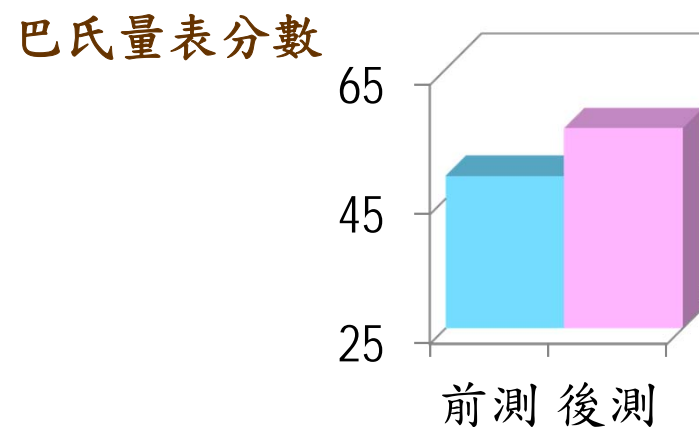
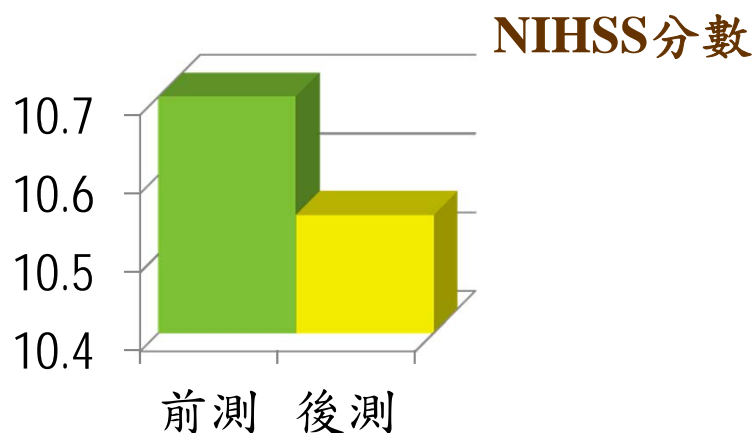


腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

成效評估（一）

◆ 腦血管中風門診病患(診所+醫院)NIHSS與巴氏量表之前後測分數差異

項目	人數	前測		後測		p-value
		MEAN	SD	MEAN	SD	
NIHSS分數	933	10.70	10.95	9.49	12.85	<0.0001
巴氏量表分數	932	48.54	35.22	55.93	35.85	<0.0001



註:分數越高表示神經功能缺損愈嚴重

註：分數越高生活品質越好



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

成效評估(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

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)	304	11.31	7.81	10.52	8.71	0.0009
有中藥治療(1)	503	10.53	12.90	9.05	15.59	<0.0001
針灸次數						
無針灸(0)	95	10.80	6.86	10.39	8.81	0.4712
針灸1~6次	155	10.06	7.42	9.24	7.55	0.0018
針灸7~25次	305	9.71	7.06	8.76	7.14	<0.0001
針灸26~42次	101	10.27	7.03	8.58	7.51	<0.0001
針灸≥43次	132	13.98	22.48	11.63	28.48	0.0148



針灸對初中風病史之二次中風療效評估



資料篩選

- 本研究利用健保資料庫2000年百萬抽樣檔篩選得到在2000-2004年因**缺血性中風而住院之20歲以上的病患**，追蹤住院中風後有無二次中風，再篩選中風病人出院後的針灸紀錄，針灸追蹤的期間為，有二次中風者則篩選到二次中風日期之前，無二次中風者則追蹤到2010年底前最後一次就醫日期。
- 再根據有無針灸使用**propensity score進行配對**，配對因子包括年齡、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，配對後以**IRR(Incidence rates ratio)分析有無使用針灸對二次中風的保護效用**。

資料來源:Chun-Chuan Shih, MD, PhD; Chien-Chang Liao, PhD; Mao-Feng Sun, MD, PhD; Yi-Chang Su, MD, PhD; Chi-Pang Wen, MD, Donald E. Morisky, PhD, Fung-Chang Sung, PhD; Chung Y. Hsu, MD, PhD; Jaung-Geng Lin, MD, PhD



針灸對初中風病史之二次中風療效評估



結果

- 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%)。
- 配對後有無針灸兩組人住院中風之醫療耗用皆無顯著差異，有針灸組之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。
- 針灸和西藥組合分析，可知同時用針灸及西藥效果最好。
- 由KM存活曲線及log rank檢定($p\text{-value} < 0.0001$)之結果亦顯示針灸對二次中風有顯著保護效用。



問題檢討分析及未來努力方向(一)



經費執行情形：

- 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%(101年結算平均點值為0.7966)，預算編列與民眾需求顯有差距。
- 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35%，101年升至174%(101年結算平均點值為0.5725)，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(二)



未來努力方向

- 各計畫成效評估，基於醫學倫理與病患就醫權益考量，甚難執行，本會特於102年開始提供研究補助經費，鼓勵中醫院所與專家學者合作，以中醫總額相關議題進行研究，以補就醫資料之不足。

公開徵求研究計畫

保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2

電話：(02)2959-4939

傳真：(02)2959-2499

E-mail：tw.tm@msa.hinet.net

承辦人：王逸年 分機：17

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國101年10月26日

發文字號：(101)全聯醫總峰字第1077號

速別：

附件：如主旨

主旨：檢送本會訂定「中醫總額一般部門及專款項目研究計畫申請補助暨審查辦法」，請查照。

說明：

一、為推動本會中醫藥臨床學術研究，傳承中醫文化，提升中醫實證暨臨床水準，公開徵求大專院所教師指導研究生進行中醫總額一般部門及專款項目相關研究計畫，經本會審查委員會審查通過，酌予經費補助，以資鼓勵。

二、敬請貴單位轉知相關人員於期限內提出計畫申請（101年11月30日前）計畫申請書請E-MAIL至 wang561229@gmail.com 或本會 tw.tm@msa.hinet.net 承辦人：王逸年分機：17。




正本：國立陽明醫學大學、台北醫學大學、長庚大學、中國醫藥大學、義守大學、高雄醫學大學、慈濟大學

副本：各專案試計畫承辦醫院附設中醫部
中執會六區分會

理事長 孫茂峰



核心價值

- ◆ 提昇中醫醫療服務品質
 - ◆ 提高民眾中醫就醫可近性
 - ◆ 促進中西醫聯合照護
 - ◆ 加強民眾健康照護
- 

敬請指正



中華民國中醫師公會全國聯合會