

中醫門診總額 執行成果報告

報告人：黃頌儼 醫師
中華民國中醫師公會全國聯合會
評核會議規劃小組召集人





01

年度重點項目執行 成果與未來規劃

年度重點項目執行成果與未來規劃

年度重點項目

提升複雜性針灸傷科醫療品質

提升中醫醫療服務

VS

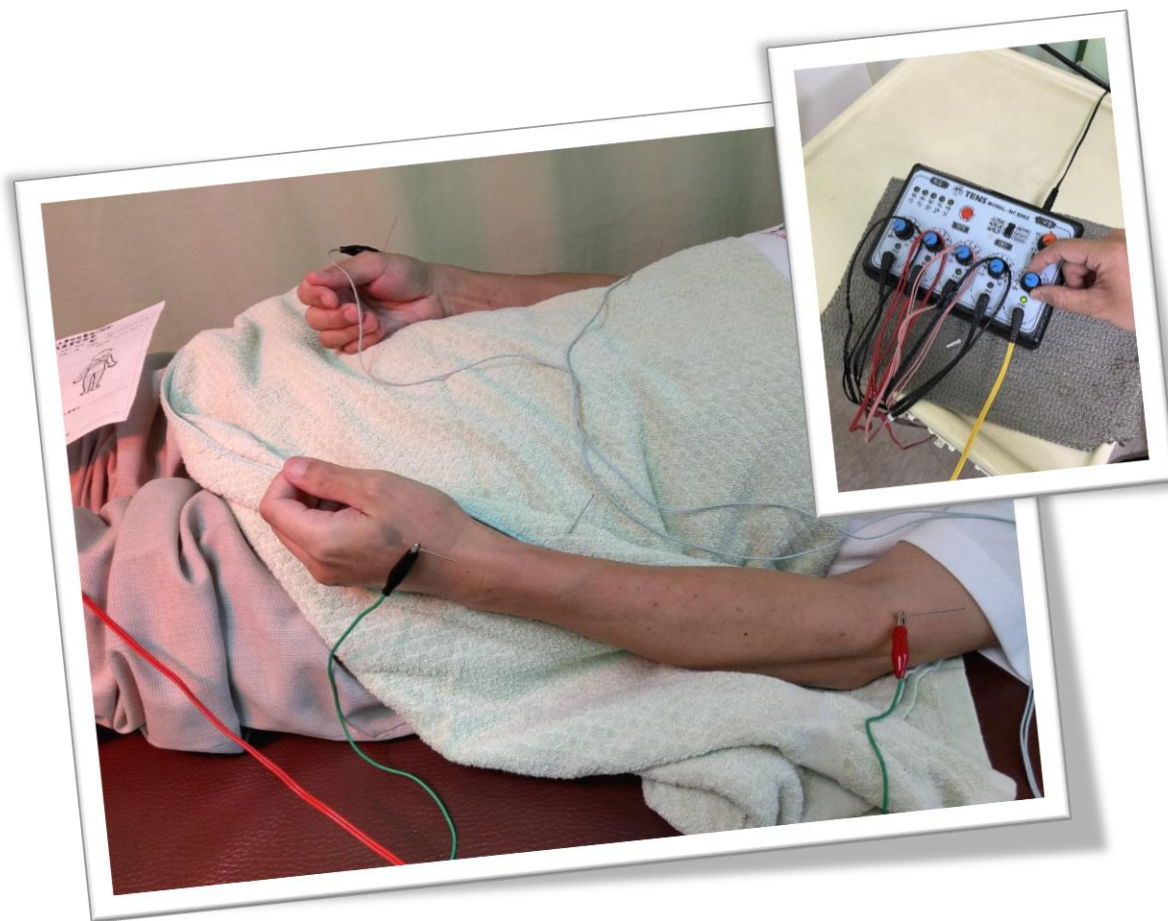
自選重點項目

中醫對於新冠肺炎疫情防治的成效與應對

中醫師全聯會在COVID-19疫情期間的努力

由彰化啟動 - COVID-19確診兒童清冠一號
居家照護專案

依據多數實證研究發現，建議多部位針灸（包括頭頸部、軀幹部及四肢），對於各類疾病可獲得較佳療效。同時也發現，相關輔助治療如電針治療、或紅外線治療、艾灸治療或拔罐治療等等，對於腦中風、肌肉關節炎及神經系統等等疾病，配合針灸治療會有較佳的治療效果。



為提升中醫醫療院所針灸處置照護品質，於110年調整：

- ◎ 中醫第四部第四章針灸治療處置費給付品項，新增中度及高度複雜性針灸項目。
- ◎ 中醫第四部第五章及第六章相關給付品項，新增中度及高度複雜性傷科項目。

中高度複雜性針灸協定事項 - 預期效益之評估指標：

- (1) 新增原自費項目，眼部特殊針灸，納入健保給付。
- (2) 新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付。

中高度複雜性針灸調整後規範：

須針灸二個（含）以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。

須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療（含紅外線治療）、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。

治療時間合計10至20分鐘以上等項目，並增加適應症。

中高度複雜性傷科協定事項 - 預期效益之評估指標：

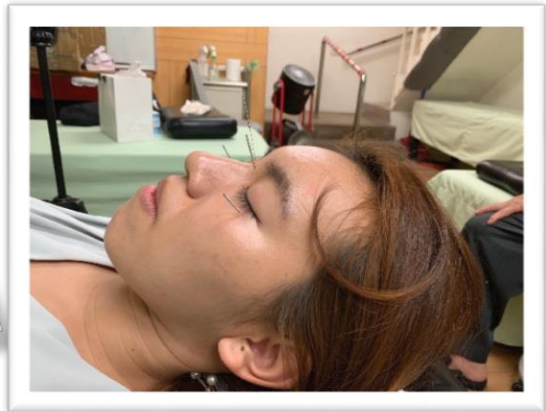
- (1) 管控傷科總處置時間。
- (2) 新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付。

中高度複雜性傷科調整後規範：

納入了控管傷科總處置時間，治療時間合計10至20分鐘以上。

須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療（含紅外線治療）、膏布治療或夾板固定治療，並增加適應症。

中醫針灸處置品質提升及中醫傷科處置品質提升為110年新增項目
(110年3月1日公告實施) :



110年3月至12月中度高度複雜性針灸及傷科申報統計

區別		台北		北區		中區		南區		高屏		東區		全國	
項目		針灸	傷科	針灸	傷科	針灸	傷科	針灸	傷科	針灸	傷科	針灸	傷科	針灸	傷科
中 度	申報件數	182,079	2,235	167,072	2,730	284,571	7,410	180,255	2,177	184,105	3,921	41,231	1,530	1,039,313	20,003
	申報費用	59,617,151	954,345	54,633,198	1,165,710	93,052,598	3,163,218	58,943,352	929,235	60,205,065	1,671,773	13,476,536	653,310	339,927,900	8,537,591
高 度	申報件數	171,855	8,223	131,017	7,193	311,228	36,872	183,358	11,415	181,295	6,308	47,759	3,953	1,026,512	73,964
	申報費用	73,420,762	7,393,171	55,928,809	6,371,747	132,854,340	33,113,931	78,129,277	10,385,671	76,893,921	5,612,208	20,347,654	3,581,381	437,574,763	66,458,109

中醫針灸/傷科 處置品質提升加強宣導

為使所有會員能更了解中高度複雜性針灸及傷科處置項目申報規定，由中執會六區分會召開中高度複雜性針灸及傷科處置項目申報說明會，總計召開17場次，共有1,496人次參與。

績效指標：

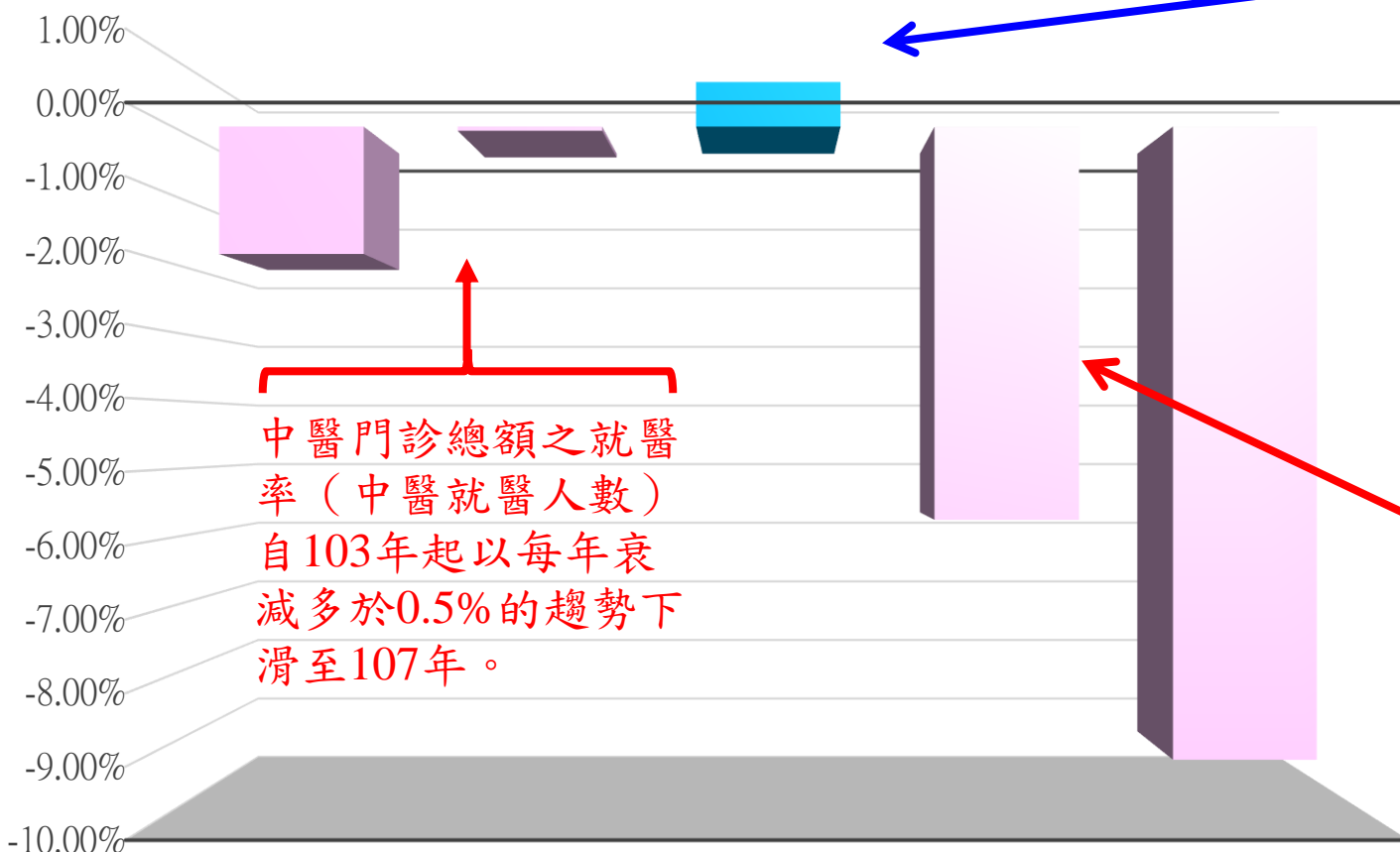
- (1)中度高度複雜性針灸醫療成長率：21.43%
- (2)中度高度複雜性傷科醫療成長率：6.84%

定義：(110年中度及高度複雜性針灸(傷科)人次/110年針灸(傷科)人次)-(109年複雜性針灸(傷科)人次/109年針灸(傷科)人次)



<https://cdn4.vectorstock.com/i/1000x1000/65/78/dotted-pixel-spectrum-taiwan-island-map-vector-20636578.jpg>

109年總就醫人數下降原因說明



	106年	107年	108年	109年	110年
總就醫人數	-1.86%	-0.06%	0.65%	-5.74%	-9.25%

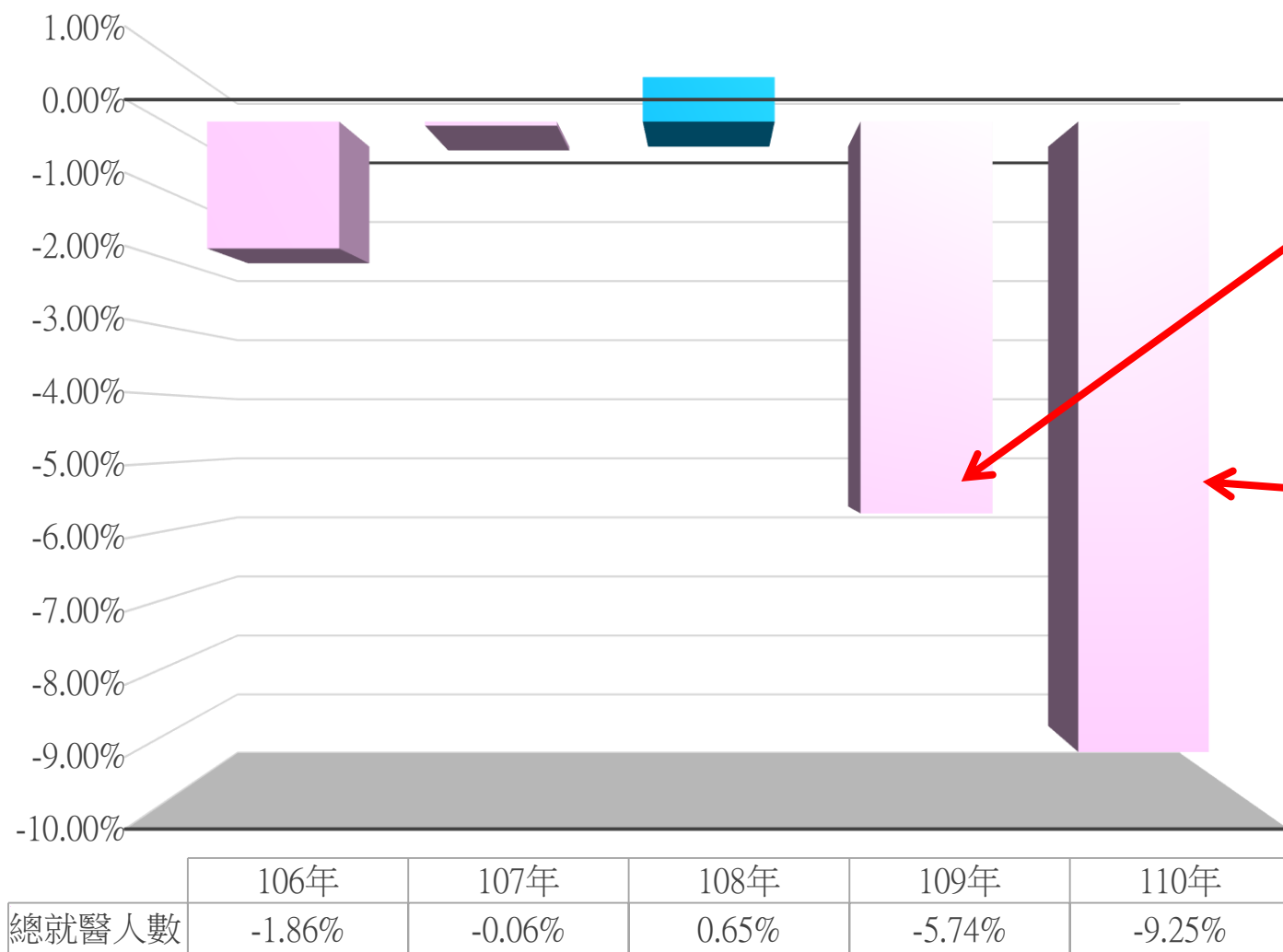


107年10月全聯會於陳理事長旺全暨柯秘書長富揚指示下成立專責小組，以實證醫學為基礎積極向民眾推介中醫臨床效能與優勢，終於讓108年度之就醫率止跌回升。



109年1月起全球COVID-19疫情流行，第一季便陸續爆發鑽石公主號、敦睦艦隊等大規模流行事件，不僅影響民眾生活模式也讓中醫就醫人數在Q1及Q2便比108年同期下降約27萬。

110年總就醫人數下降原因說明



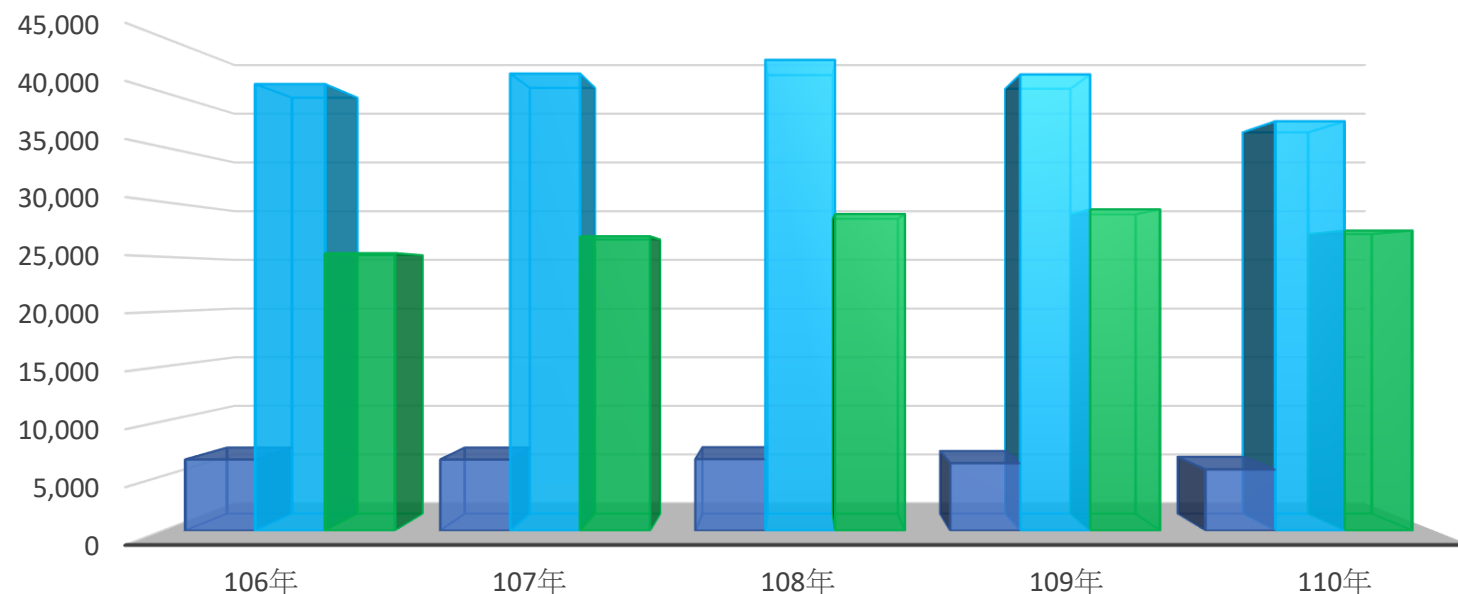
109年7月底爆發的中藥鉛中毒事件，其連續劇情更是雪上加霜地延燒至110年初。



110年5月中旬起因 COVID-19疫情急速升溫，全國疫情警戒自5月19日至7月26日起調升至三級，民眾幾乎終止各類活動，造成Q2與Q3就醫人數巨幅崩落。

- 自110年5月19日至7月26日起，新冠肺炎警戒調升至三級，民眾幾乎終止各類活動，造成Q2與Q3就醫人數巨幅崩落(與109年同期相比共減少約90萬人)。
- Q4則因全國疫情降回二級警戒，下滑趨勢較109年同期減緩(109Q4減少約30萬VS. 110Q4減少約14萬)。
- 配合政府防疫工作，建議院所依病患病情盡量提高每次給藥天數，減少病患至院所之就醫次數，降低群聚風險。
- 110年度中醫醫療之服務人數、服務人次及總就醫人數變動率均下降，但總就醫費用並無明顯下降。

歷年中醫門診總額申報資料



	106年	107年	108年	109年	110年
■ 服務人數(仟)	6,511	6,508	6,550	6,174	5,603
■ 服務人次(仟)	40,724	41,679	42,924	41,598	37,340
■ 總就醫費用(百萬)	25,334	26,868	28,896	29,323	27,387

■ 服務人數(仟) ■ 服務人次(仟) ■ 總就醫費用(百萬)

	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年
■ 中醫利用率	28.97%	29.42%	29.17%	29.25%	28.72%	28.19%	27.63%	27.59%	27.75%	26.08%	23.91%

109年及110年受疫情影響，服務人次、人數明顯下降，尤其是110Q2及Q3，影響甚鉅，但Q4下滑趨勢明顯減緩。

績效指標如下：

1.指標1：中醫服務人數成長率：-9.25%

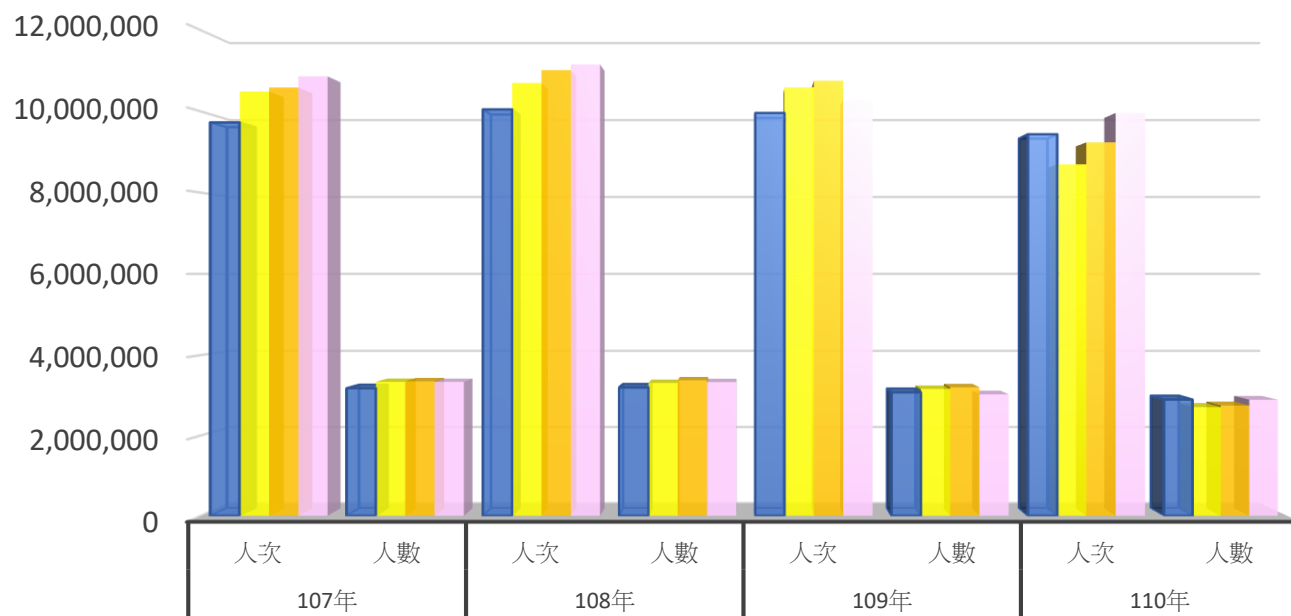
(110年服務人數-109年服務人數)/109年服務人數

2.指標2：中醫服務人次成長率：-10.24%

(110年服務人次-109年服務人次)/109年服務人次

年度	108年		109年		110年	
變動率	人次	人數	人次	人數	人次	人數
第一季	3.30%	0.64%	-0.88%	-3.75%	-5.26%	-5.88%
第二季	1.98%	-0.84%	-1.02%	-4.56%	-17.88%	-14.34%
第三季	4.02%	0.73%	-2.37%	-5.21%	-14.09%	-14.25%
第四季	2.67%	-0.14%	-7.77%	-9.20%	-3.17%	-4.42%

107-110年中醫門診總額就醫人次/人數資料



	107年		108年		109年		110年	
	人次	人數	人次	人數	人次	人數	人次	人數
■ 第一季	9,729,173	3,174,845	10,050,099	3,195,058	9,961,577	3,075,374	9,437,722	2,894,627
■ 第二季	10,493,690	3,335,666	10,701,332	3,307,630	10,592,249	3,156,793	8,698,674	2,704,099
■ 第三季	10,591,202	3,350,115	11,016,805	3,374,579	10,755,239	3,198,830	9,239,889	2,742,872
■ 第四季	10,865,588	3,333,134	11,156,209	3,328,358	10,289,096	3,022,281	9,963,300	2,888,713

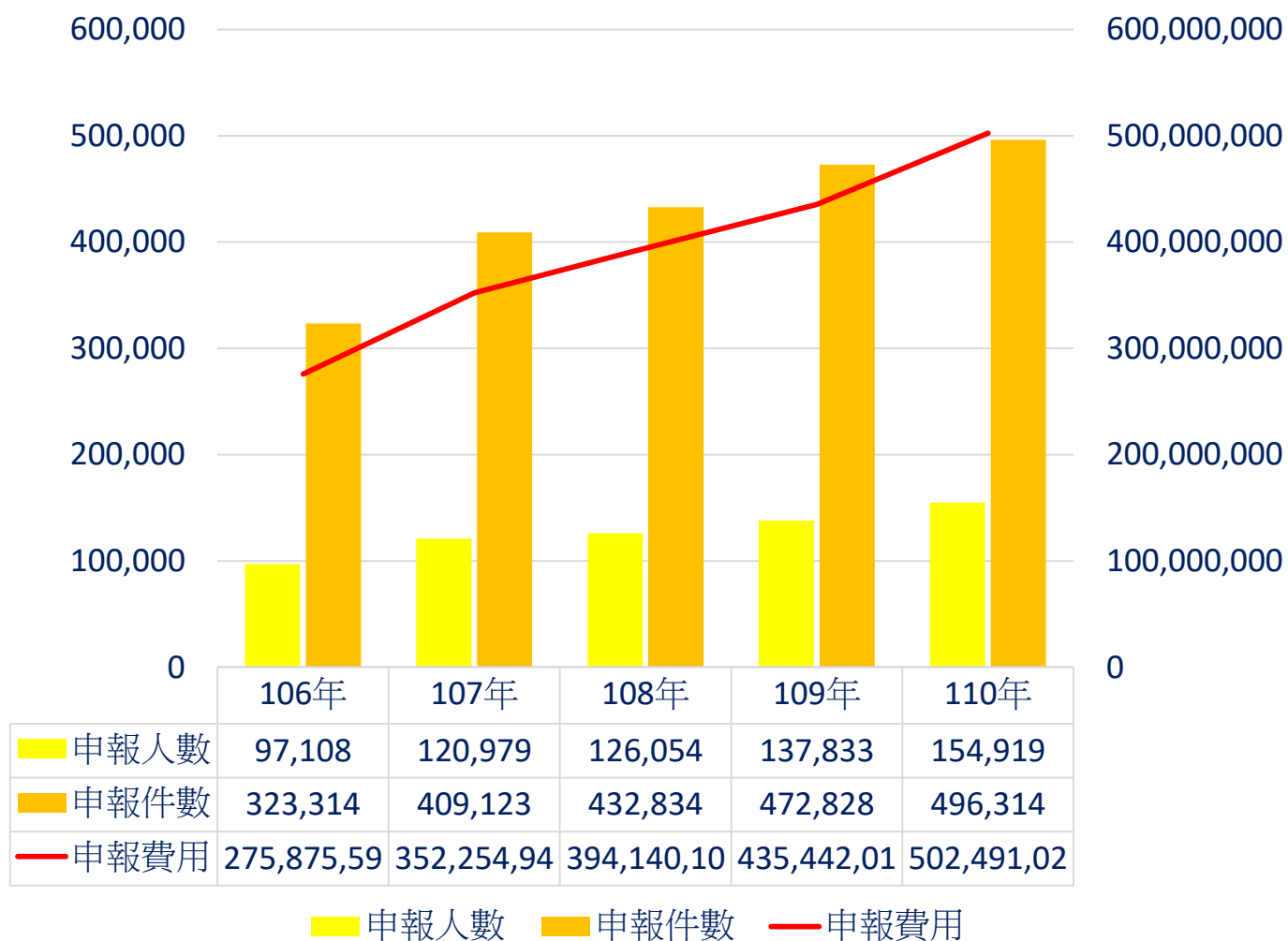
■ 第一季 ■ 第二季 ■ 第三季 ■ 第四季

中醫為促使合理反應職災醫療費用，近年來亦鼓勵院所配合政策，正確申報職災醫療費用，由歷年就醫人數、申報案件數上升可見，但此部分卻無法反應在中醫就醫率(中醫利用人口數)上面，造成名目上中醫就醫率稍有偏低的現象。



圖片來源：https://p1-news.hfcdn.com/p1-news/MzA3ODQ1Nm5ld3M,/4ea62649b2498545_1280x843.jpg

歷年中醫職災案件申報統計



為提升中醫就醫利用率，本會從民眾端、醫師端皆進行相關改善措施，也會持續監控後續年度之申報資料變化，期望能藉此逐年提升中醫利用率。

民眾端



全民普及

- 辦理養生保健講座，讓中醫藥能夠全民普及化。
- 松柏大學授課。



善用媒體

- 與中醫網紅合作，拍攝一系列宣傳中醫影片。
- 與八大電視合作，製作「中醫好生活」影片。

向下紮根

- 於國中、國小推行「中醫穴位護眼操」、「中醫護鼻健康操」。
- 辦理小華佗營。



放眼國際

- 辦理國際學術大會，承接傳統，融合現代實證醫學。
- 辦理中醫藥博覽會，向民眾推廣中醫藥相關知識與資訊。



為提升中醫就醫利用率，本會從民眾端、醫師端皆進行相關改善措施，也會持續監控後續年度之申報資料變化，期望能藉此逐年提升中醫利用率。

醫師端

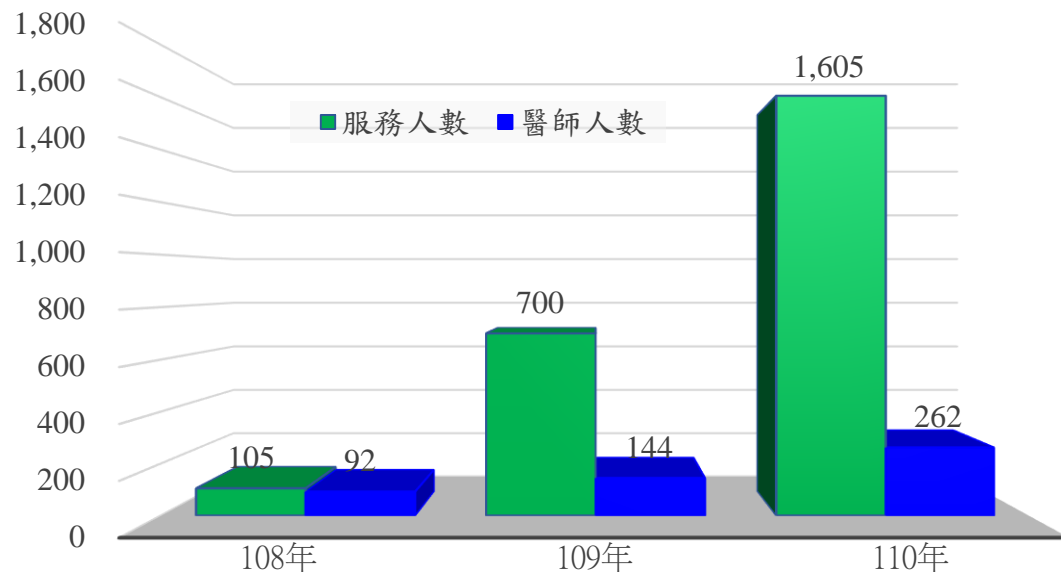


- 推動「醫療資源不足地區改善方案」，透過巡迴醫療服務，將醫療送往無中醫鄉，讓沒機會能夠就診中醫的病患，增加就醫可近性。



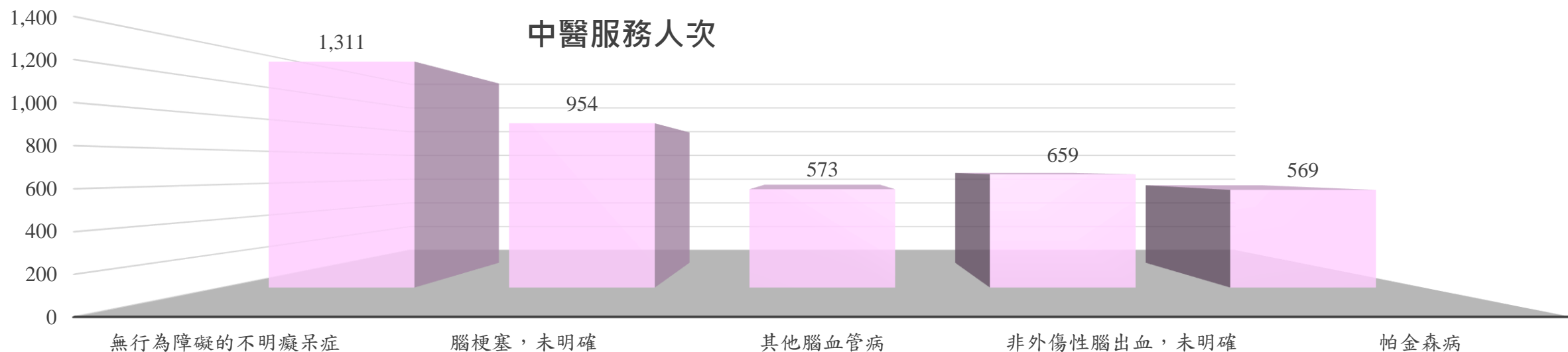
- 透過獎勵開業服務計畫，保障醫療費用，讓無中醫鄉轉化成有中醫鄉。

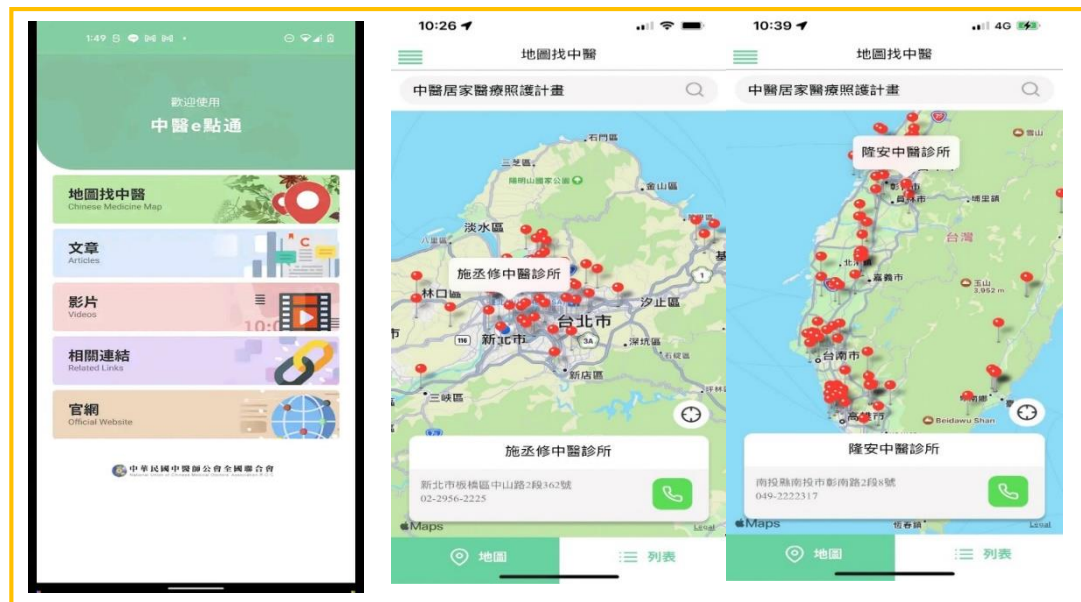
- 中醫居家醫療，以中風和失智個案最多。
- 中醫能夠幫助的問題，包含改善肢體張力緩解疼痛、夜尿頻尿無法自解等排尿、消化不良、慢性便秘腹瀉、睡眠障礙、日夜顛倒及長期臥床所導致的多重照顧問題等。
- 個案及家屬對於中醫加入協助都有正面的肯定與回饋。
- 從108年到111年投入的中醫師數及所服務對象人數人次來看，有逐年逐季增加趨勢，可見民眾的需求和中醫師的熱情都是存在的。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署

資料日期：111年5月20日





- 以六區計畫主持單位為核心，召集各區中醫師公會、醫學會、醫學中心及基層診所共同組成六區中醫醫療服務團隊。
- 定期召開專家討論會議，針對社區衛教服務及居家照護模式等建立種子師資培訓課程，建構「中醫居家醫療照護模式」。
- 分析中醫居家醫療治療前後相關數據、量表及病例報告，證實中醫治療療效，提供衛福部參考。
- 中醫照顧居家患者不落人後，透過「**中醫e點通**」APP，使民眾更方便找到居所附近可提供居家服務的院所。
- 落實「**患者在哪裡，中醫就在那裡**」、「**民眾有需要，中醫就會出現**」的精神。

110年11月7日召開「中醫長照居家醫療—中醫師到您家記者會」，中醫介入有效改善失能、失智症及多重慢性共病等棘手問題，可從個人、居家、社區至住宿式照顧，提供多元連續性醫療服務。



中華民國中醫學會全國聯合會新聞稿
 發佈日期：民國110年11月5日 星期五
 發佈單位：公共關係室
 連絡電話：0920-883738 蔡三郎秘書長
 0922599-4939 宋淑英

中醫長照居家醫療—中醫師到您家

【時間】110/11/7 (日) 11:00-12:10 記者會
 【地點】西門紅樓二樓禮堂 (臺北市萬華區成都路10號)
 【記者會主持人】蔡三郎 秘書長

【程序表】

時間	活動程序	主講
11:00-11:10	開場/活動引言	中華民國中醫學會全國聯合會副理事長陳學長
11:10-11:20	活動緣起說明	活動召集人/陳博淵
11:20-11:30	各區成果發表(台北、北、中、南、高屏、東區)	各區報名人
11:30-11:55	媒體宣傳媒體記者加拍並共用	77 老大(名人分享)
11:55-12:10	Q&A	自由提問
12:10	散會	

一、人口老化所帶來的醫療衝擊：

(一)龐大醫療支出

我國高齡者門診醫療使用平均就診次數為26.7次，又該就診群37.2%會開立一種以上之慢性用藥(平均4.59種慢性用藥)，其中使用五種以上之多量用藥比例高達41.59%，而8.39%之個案使用多達十種以上之藥物，該年度之醫療費用部分，該族群佔當年度的35.16%，其中門診部分為31.09%，急診為33.06%。

(二)不當用藥問題

一般高齡人口是各類疾病之高風險族群，因此會有高度之醫療需求，無可避免地會有多重使用藥物上之問題，因此，如何在具有明確適應症時使用藥物、精確地掌握合理之藥物劑量、在合理之時間使用並避免藥物交互作用，以及持續監測藥物使用效果等安全用藥方案，一直是高齡人口不當用藥問題下之難解問題。

(三)高齡人口住院風險

近年統計高齡人口年平均住院次數為0.38次，為65歲以下民眾住院風險之三倍，而常見之住院診斷病徵計有：肺炎、癌症相關治療、泌尿道感染、腦血管疾病、心血管疾病等，以失智症病人為例，後等在急性疾病住院後，多出現死亡率明顯上升(肺炎住院死亡風險增加62%)，全死因死亡風險增加59%、精神用藥明顯上升(為未住院失智長者之1.4倍)。

二、中醫能解決台灣長期照顧需求：

依國家發展委員會的研究統計，臺灣於2018年已成為高齡社會，預估2025年將進入「超」高齡社會(即85歲以上人口占老年人口10.3%)，而到高齡化及子代化的嚴峻挑戰，以及逐年增加的長期照顧需求，中醫在「預防醫學」、「精準醫學」等特性，恰好可以發揮「防、醫、驗、康」的優勢，從而提供個人、居家、社區乃至住宿式照顧等多元且連續性的醫療服務，並可建立以「社區」為基礎的長期照顧體系，讓長期需求者擁有更多元、可近性、持續性及符合實際需求的健康照護服務。

三、中醫能改善受照顧者生活品質並降低各類開銷：

(一)預防失能及失能加重

例如：減少腦血管疾病的復發、強化骨密度和肌力以防跌打損傷、改善退化性關節炎、減輕失智症的加重、體質調理等。

(二)中重度失能個案之症狀改善

例如：失智症精神行為問題的改善、緩和頻繁抽吸、褥瘡、便秘、慢性疼痛、肢體關節僵硬攣縮、吞嚥困難等問題。

(三)有效提升照顧品質

包括：減少用藥、臥床時間、急診次數、住院天數、次數、跌倒率、感染率、疼痛等問題。

(四)降低醫療及照顧成本

透過減少失能與減少受照顧者的需求，進而降低照顧者的負擔，以及照顧所需的各項費用。

(五)中醫遠端長期照顧計畫

推動與AI遠端科技整合的醫療照顧模式將是未來趨勢，例如：開發遠端長期照顧作業平台，讓照顧者可即時反映受照顧者的身體變化，並得個案資料，諸如：舌診、脈診、病歷等相關數據及影像即時上傳至雲端資料庫，如有異常變化時，社區中醫師即可前往診視診察。

四、長期照顧服務下的中醫遠端計畫：

讓門診醫療、復健服務與日間照顧無縫銜接：

(一)居家式：

讓中醫師將專業醫療帶入居家，並結合長期照顧管理中心的資源進行綜合機制。

(二)機構住宿式：

中大型住宿式機構設立中醫駐診空間，提供行動不便或失能長者便利的中醫服務，並發展中醫機構巡診服務。

(三)社區式：

發展中醫日間護理及社區健康養生巡迴診等機制。

(四)發展具中醫特色之養老服務：

規劃將中醫特色的養老服務納入長期照顧保險，諸如藥浴、藥洗、灸法、中醫飲食忌口衛教、經絡穴位按摩、藥膳食療衛教、體質調理等內容，讓失能者能有選擇更多元且全面的照顧方式。

(五)於福利機構設置中醫診間及建立中醫照顧模式：

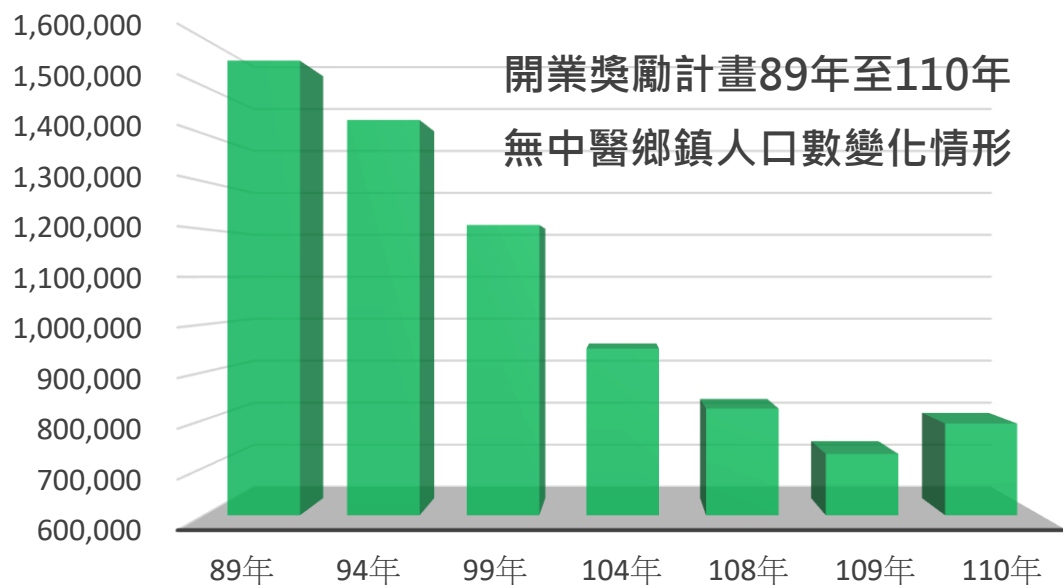
可於社區老人福利機構設置實體並提供相關設施經費。

中華民國中醫學會全國聯合會

理事長 柯富揚

※中醫長照居家醫療—中醫師到您家記者會相關報導，請掃描下方 QR-code。





- 89年無中醫鄉數為113個鄉鎮，110年無中醫鄉數為83個，20年間共減少無中醫鄉數30個。
- 自99年開始公告無中醫鄉開業獎勵計畫，102年經檢討後並修正本計畫保障方式，改三年一約，參與無中醫鄉開業家數逐漸增加；基於預算，每年開放5個開業獎勵計畫名額，99年至110年底持續有21個鄉鎮執行計畫中，遠遠超過先前10年之總和，改善速度明顯進步中。

績效指標如下：

1.指標5：無中醫鄉減少比率：-5.06%

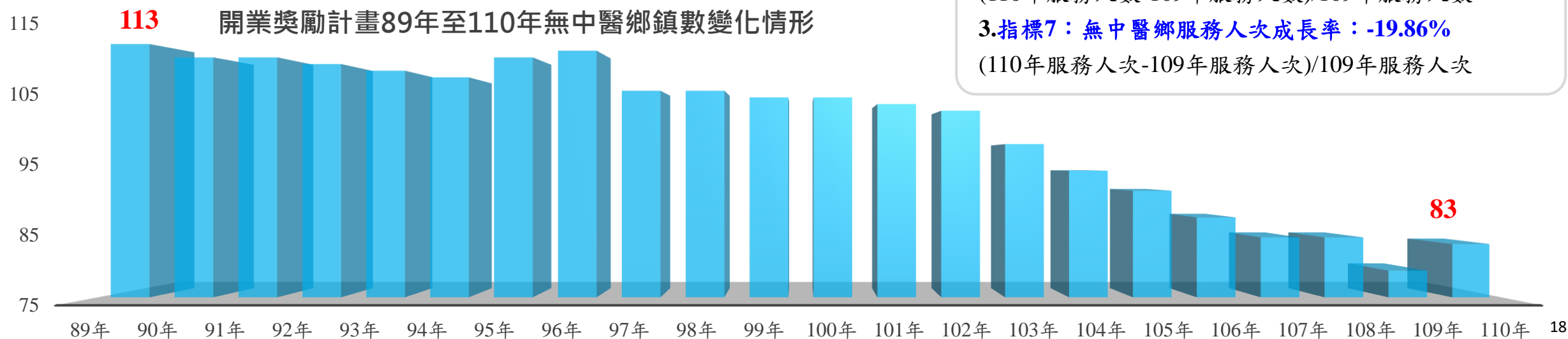
$(109\text{年無中醫鄉數}-110\text{年無中醫鄉數})/109\text{年無中醫鄉數}$

2.指標6：無中醫鄉服務人數成長率：-18.93%

$(110\text{年服務人數}-109\text{年服務人數})/109\text{年服務人數}$

3.指標7：無中醫鄉服務人次成長率：-19.86%

$(110\text{年服務人次}-109\text{年服務人次})/109\text{年服務人次}$



考量方案經費有限，巡迴醫療服務計畫以較偏遠的「山地、離島地區」為優先執行點，除了小金門(烏坵鄉)外，其餘無中醫醫療之離島及山地皆有辦理中醫巡迴服務專案。

106年無中醫鄉巡迴點總徵求數為94處，實際巡迴數86處，巡迴率為91%
110年無中醫鄉巡迴點總徵求數為84處，實際巡迴數79處，巡迴率為94%

巡迴率持續高檔



年度	偏遠地區		山地地區		離島地區		全國合計			總計 服務人次
	徵求數	承辦數	徵求數	承辦數	徵求數	承辦數	徵求數	承辦數	巡迴率	
106年	51	44	29	29	14	13	94	86	91%	190,985
107年	49	38	29	28	13	12	91	78	86%	235,806
	72	22	-	-	-	-	72	22	31%	
108年	42	38	29	29	13	12	84	79	94%	278,599
	76	30	-	-	-	-	76	30	39%	
109年	43	39	29	29	12	11	84	79	94%	315,878
	74	37	-	-	-	-	74	37	50%	
110年	39	35	29	29	11	10	79	74	94%	260,391
	77	41	-	-	-	-	77	41	53%	

- 99年之後，隨著獎勵開業服務計畫申請數增加，無中醫鄉數逐年減少。
- 在中醫師全聯會積極推動下，醫療資源不足地區中醫醫療服務提供逐年增加，醫療資源不足地區民眾之中醫就醫可近性，明顯提升。
- 總計服務人數及人次也由106年的3萬人數、19萬多人次增加至110年的3萬8千人數、26萬多人次。



※ 中醫醫療不足地區改善方案之巡迴醫療服務計畫相關影片，請掃描下方QR-code。



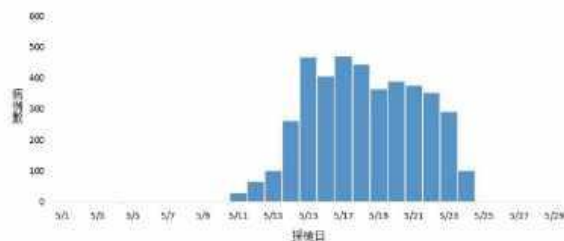
項 目	106年	107年	108年	109年	110年
一、獎勵開業服務計畫					
1.服務天數	2,782	2,831	3,014	3,121	2,476
2.服務人數	7,190	8,807	9,442	10,705	5,616
3.服務人次	26,076	33,252	37,700	41,513	25,985
4.醫療費用點數(百萬)	39.09	44.30	47.54	48.19	30.45
二、巡迴醫療服務計畫					
1.服務天數	7,986	9,808	11,174	13,346	12,251
2.服務人數	29,926	36,490	40,306	42,548	37,555
3.服務人次	190,998	235,807	278,599	315,838	260,391
4.醫療費用點數(百萬)					
--論量	126.28	156.68	195.28	227.60	193.92
--論次+加成	70.79	79.14	95.74	96.12	89.01
5.服務診次	8,655	9,808	11,584	12,721	11,750
6.平均每診次服務人次	22.07	24.04	24.05	24.83	22.16
7.平均每就醫人次就醫次數	6.38	6.46	6.91	7.42	6.93
8.平均每就醫人次費用點數	1,031	1,000	1,045	1,025	1,086
三、方案合計					
1.總服務天數	10,768	12,639	14,188	16,467	14,727
2.總服務人數	37,116	45,297	49,748	53,253	43,171
3.總服務人次	217,074	269,059	316,299	357,351	286,376

- 受疫情影響，獎勵開業服務計畫於110年期間因支撐不下，停業4家。
- 巡迴醫療服務計畫所承接地點則受到部分縣市政府防疫規定，於110年4月至10月期間暫停執行。
- 部分民眾更因疫情關係影響就醫意願，直接或間接影響110年服務人次人數及醫療費用。

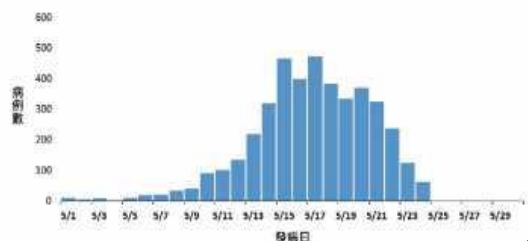


自108年底，中國湖北省武漢市爆發第一例新型冠狀病毒肺炎（WHO命名為COVID-19）。迄今，已造成全球上億人感染及數百萬人死亡，截至111年7月初，全球已有5.45億人感染COVID-19及635萬人死亡，全球致死率為1.16%，台灣亦無法置身事外。

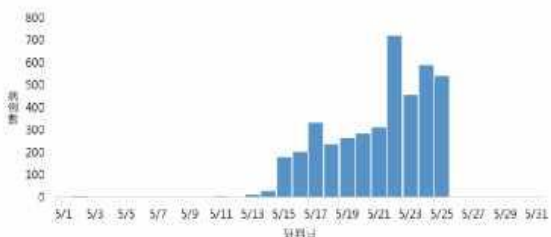
5月1日起COVID-19本土確定病例採檢趨勢



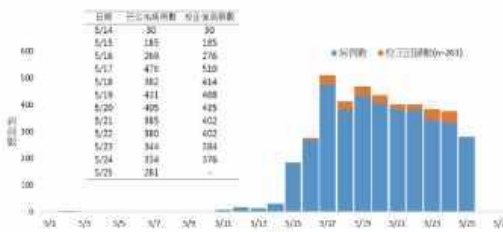
5月1日起COVID-19本土確定病例發病趨勢



5月1日起COVID-19本土確定病例研判趨勢

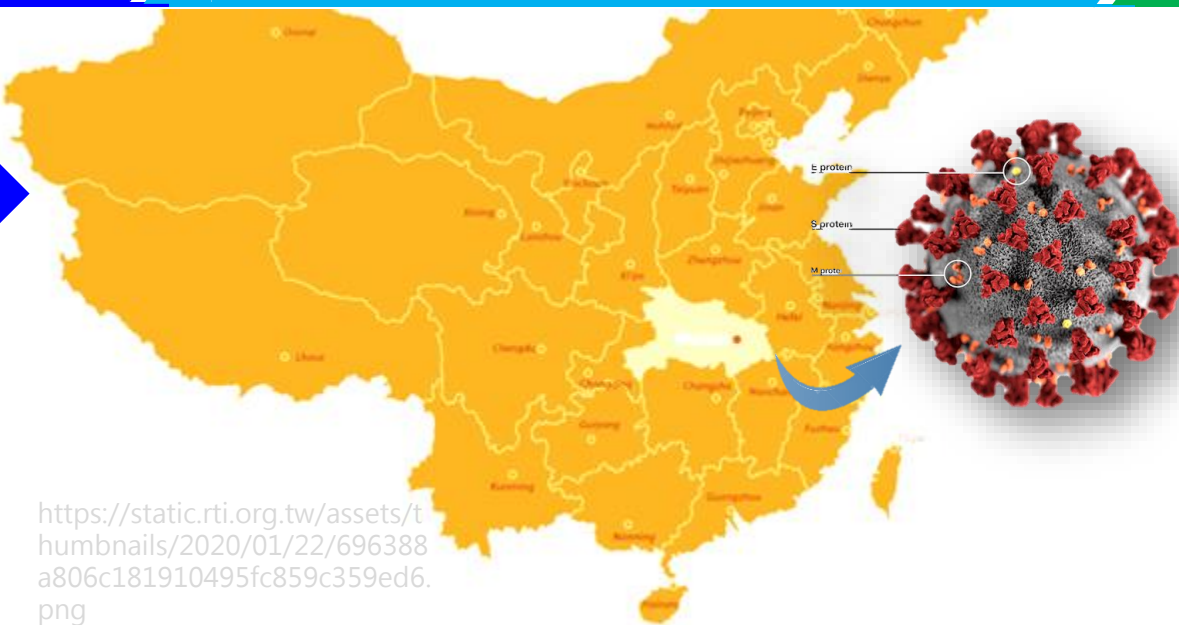


5/1-5/25 COVID-19 本土確定病例校正回歸後趨勢



中央流行疫情指揮中心

2021/05/25



109年1月21日台灣發現第一例境外移入案例，我國在政府與人民的共同努力下，以各種方式阻隔病毒進入台灣。自110年5月起，台灣開始進入社區流行階段，今年4月起疫情急速升溫，至7月初已累積將近385萬確診病例及6,868名死亡個案，面對急遽增加的COVID-19個案，對整個醫療體系的醫療人力與醫護器材調度上產生極大挑戰；此外，因應疫情與確保醫療量能，中央流行疫情指揮中心訂定全國醫療機構醫療營運降載準則。疫情期間民眾就醫大幅下降，各種隔離措施，為我國經濟、社會及醫療體系帶來嚴重的衝擊。

圖片出處：https://imgs.gvm.com.tw/upload/gallery/20210525/79742_04.jpg

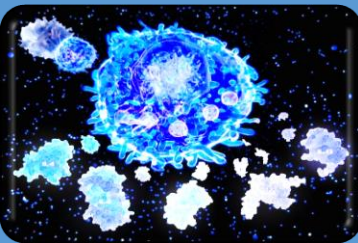
- 2020年衛生福利部委託三軍總醫院附設民眾診療服務處執行「建置新型冠狀病毒疾病中西醫共治模式計畫」。
- 結果顯示，接受中西醫共同照護的病人，其解除隔離天數明顯短於單純西醫治療的病人，顯示中西醫共同照護之臨床效益。
- 國家中醫藥研究所依現代醫學對COVID-19致病機轉及病程發展的瞭解，調整成「分階段、專病專方」的模式，於《新型冠狀病毒病中醫臨床分期治療指引》中，提供臨床中醫師採用四階段五個處方的治療建議。
- 面對快速傳播與變化的新興傳染病，傳統的辨證論治無法即時照護大量病人與疾病預防的需求，因此研發專病專方的「臺灣清冠一號」（簡稱清冠一號）有其必要性。
- 在國家中醫藥研究所與三軍總醫院等研究團隊的努力下，結合國內GMP中藥廠之製造技術，將「臺灣清冠一號（NRICM101）」水煎劑開發為濃縮固體顆粒劑型。



上圖出處：<https://i.epochtimes.com/assets/uploads/2022/04/id13717761-551391.jpg>

下圖出處：<https://storage.googleapis.com/www-cw-com-tw/article/202205/article-62807b7112727.jpg>

中醫藥對新冠肺炎的療效與機制



抑制病毒/減少細胞因子風暴

已有文獻指出中藥可以抑制病毒進入細胞、複製和轉錄，減少病毒感染引起的免疫紊亂和細胞因子風暴（An et al, 2021a）

<https://www.nursingcenter.com/getattachment/34c33c2b-bf80-493b-acdf-32dec77d5ea5/Is-COVID-19-Fueled-by-a-Cytokine-Storm.aspx>



改善肺浸潤

臨床研究結果顯示中醫藥對COVID-19有顯著的治療作用，包括改善肺部浸潤情形（CT檢查）、縮短核酸檢測陰性結果的轉換時間、緩解臨床症狀及促進恢復等（An et al., 2021b）。

https://www.healingdaily.com.tw/media/article/00/09/946_2f6d6d284fd2.jpeg



中西醫合併治療

根據Wang等人(2021)涵蓋7項隨機分派臨床試驗的統合分析（meta-analysis）研究結果指出，相較單純西醫治療，中西醫共治有較佳的臨床治癒率（改善11.8%）、胸部影像改善情形（改善14.0%）、可減少臨床惡化情形（減少5.9%）、減少急性呼吸窘迫（減少25.4%）、較少使用呼吸器（降低18.3%）及死亡情形（降低4.5%），但在核酸檢測轉陰情形，兩者並無顯著差異。



避免重症

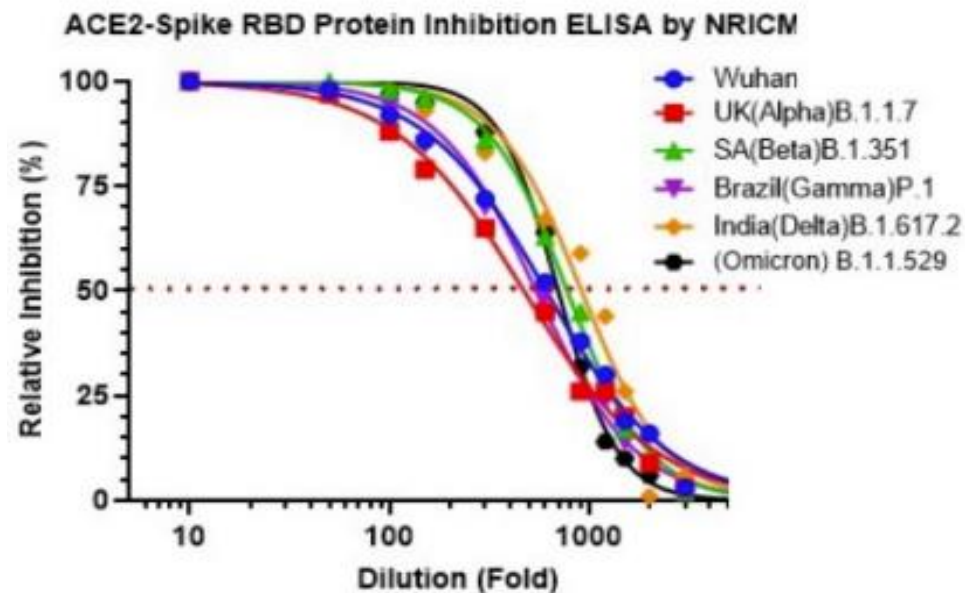
Kang等人(2022)的統合分析（meta-analysis），其彙整29篇包括隨機分派臨床試驗、病例對照研究、世代研究，共3060位病人，結果顯示，中醫藥介入可降低55%的病人進展成重症的情形、重症或極重症的死亡率降低49%，

<https://ch-image-resizer.cwg.tw/resize/uri/https%3A%2F%2Fas.chdev.tw%2Fweb%2Farticle%2Fphotos%2F1%2F6%2F2%2Fdc61b1d430d8657c545cf5b782713bdc50dce2c4.jpg/?w=561>

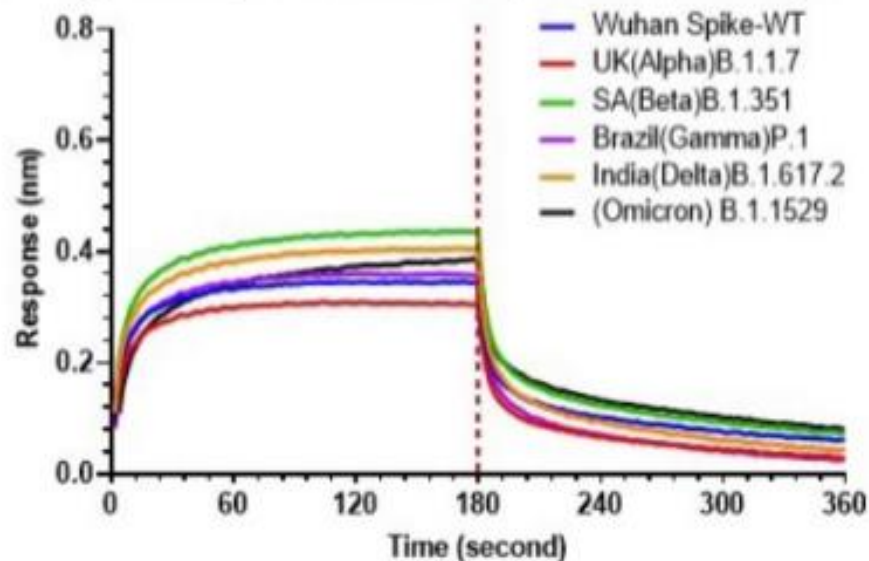
研究結果顯示，清冠一號有助於：

- 阻斷病毒棘蛋白與人體細胞表面上ACE2接受器的結合，減少病毒入侵細胞內的數量
- 抑制細胞內3CL蛋白酶的活性，阻止病毒複製，
- 抑制肺泡上皮細胞分泌TNF- α 及IL-6，減少細胞激素風暴的風險。

(Tsai KC, Huang YC, et al., 2021)



Binding reactivity of NRICM101 to spike RBD protein by BLI (1/5X)



此外進一步結果顯示，清冠一號抗病毒效力不受病毒變異影響，研究結果顯示，不管哪一種變異型病毒株，清冠一號都可以有效結合病毒棘蛋白，減少病毒入侵細胞。目前清冠一號已獲得科技部2021未來科技獎、衛福部/經濟部藥物科技研究發展獎銀質獎及第18屆國家創新獎—學研新創獎。

因應新冠肺炎疫情需要，衛生福利部於2021年5月18日同意已取得「臺灣清冠一號濃縮製劑」外銷專用藥品許可證之藥廠，得依藥事法第48條之2規定，向衛生福利部申請專案製造（EUA），**須經中醫師處方使用。**

衛福部國家
中醫藥研究所

衛福部
中醫藥司

中醫師公會
全國聯合會

嚴重特殊傳染性肺炎中醫防治建議

- 整體規劃佈署
- 中醫界防疫
- 紓困計畫
- 爭取中醫治療研究經費

- 落實診所感染管制
- 診所務必詢問TOCC
- 料敵從寬即時公告資訊
- 診所防疫操作步驟指引
- 中醫防疫手冊
- 防疫物資盤點調度
- 視訊會議遠距教學
- 佈署居家隔離檢疫視訊診療
- 佈署居家隔離檢疫居家醫療
- 爭取中醫治療研究經費



與《今周刊》聯合舉辦中醫講座：「疫起找健康 中醫罩顧你」

- 首位講者由三軍總醫院中醫部黃怡嘉主任主講「惡疫來襲中醫有解」，剖析中醫對疫症(傳染性疾病)的治療。
- 次位講者由義守大學學士後中醫學系張永明醫學博士主講「中醫抗老遠離慢性病」，闡述老化的理論與面對老化的健康心態。
- 第三位講者由中國醫藥大學中醫學院暨中國醫藥大學附設醫院中西醫結合科顏宏融院長主講「中西合治急慢症更給力！」，介紹如何善用中、西醫結合治療。



召開「臺灣清冠一號記者會」

清冠一號的公費，原本只用於防疫的專責醫院以及集中檢疫所，這次擴大範圍，所有居家隔離的確診者，也全部納入。



柯富揚理事長於「中央流行疫情指揮中心嚴重特殊傳染性肺炎記者會」說明中醫公費清冠一號視訊診療事項



Does telemedicine improve the accessibility of traditional medical care during the COVID-19 pandemic?

Shun-Ku Lin^{1,2,3}, Fu-Yang Ko⁴, Jung-Nien Lai^{5,6,7}

¹ Institute of Public Health, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan, ROC

² Department of Chinese medicine, Taipei City Hospital, Renai Branch, Taipei, Taiwan, ROC

³ University of Taipei, Taipei, Taiwan, ROC

⁴ National Union of Chinese Medical Doctor's Association, Taiwan, ROC

⁵ School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan, ROC

⁶ Graduate Institute of Integrated Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan, ROC

⁷ Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan, ROC

*Correspondence: ericlai111@gmail.com (J-N.L)

Shun-Ku Lin: gigilaskl@gmail.com

Chia-Lin Lin: 103318121@gms.tcu.edu.tw

Fu-Yang Ko: tw.tm@msa.hinet.net

Jung-Nien Lai: ericlai111@gmail.com

Correspondence to: Jung-Nien Lai

School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan, ROC.

ericlai111@gmail.com

Tel : 886-4-22053366

Address : No.91, Hsueh-Shih Road, Taichung, Taiwan 40402, R.O.C.

Background: Telemedicine has become a popular medical solution during the COVID-19 pandemic. Telemedicine can reduce the risk of infection of the public and medical staff and provide necessary medical consultation. However, there is relatively little research on telemedicine in traditional medicine. The purpose of this study is to analyze the volume of traditional Chinese medicine(TCM) telemedicine services during the COVID-19 pandemic and the impact factor of telemedicine accessibility.

Method: We conducted a cross-sectional survey based on publicly available data from the National Health Insurance Bureau and the National Association of Chinese Medicine Practitioners from January to September 2021. We compare the abundance of TCM medical resources in Taiwan's administrative regions and the correlation between telemedicine services during the COVID-19 epidemic. We use Quantum GIS software Ver 3.4 for data processing and Geoda statistical software Ver 1.14.0 for data analysis. We calculate the average number of TCM telemedicine services per 10,000 people and the institutions that provide TCM telemedicine. We evaluated the possible impact factors of TCM telemedicine by multivariate regression analysis.

Result: We included 11,343,689 TCM outpatient medical services and 49,007 TCM telemedicine services from January to September 2021. Traditional Chinese medicine telemedicine services have rapidly increased during the COVID-19 pandemic from 4,182 in May to 20,269 in June, and the service volume significantly correlated with the number of COVID-19 infections. TCM telemedicine could offer a safe and affordable solution to increase medical accessibility and meet the traditional medical demands of patients. TCM telemedicine is concentrated in metropolitan areas with abundant medical resources, and the service volume significantly positively correlated with the number of TCM doctors per 10,000 people. However, after only two months, the volume of telemedicine services was scattered to areas with insufficient medical resources. The proportion of patients under 20 who receive TCM telemedicine was higher (14.3% vs. 5.6%) and lower in 60-70 (1.5.5% vs. 23.4%). The proportion of women receiving TCM telemedicine (70.6% vs. 56.9%) is also higher. The proportion of neoplasms (3.6% vs. 0.6%) and respiratory system diseases (17.4% vs. 0.8%) in TCM telemedicine is higher than those in TCM outpatient care.

Conclusion: TCM telemedicine rose rapidly when outpatient services declined and could be a suitable alternative solution. However, the service volume was still insufficient to meet the needs of traditional medical care, and it might exacerbate the uneven distribution of medical resources.

- 111年5月6日「彰化縣中醫居家照護醫療團隊」在彰化縣政府衛生局協助下，於榮癸貞中醫診所召開記者會。
- 宣布啟動COVID-19確診兒童清冠一號居家照護專案。
- 疫情嚴峻，針對12歲以下確診兒童，啟動兒童清冠一號居家照護專案，提供1,000個公費治療的名額。





2-1

一般服務項目 執行績效

就109年執行成果之評核委員
評論意見與期許回應說明

01

請分析中醫就醫率逐年下降問題，並設法提高民眾就診中醫意願。



- 提升中醫就醫利用率，從民眾端、醫師端皆進行改善措施，並持續監控後續年度申報資料變化。
- 從民眾端，積極於國中、國小推行「中醫穴位護眼操」、「中醫護鼻健康操」及辦理小華佗營，讓中醫藥知識能向下扎根。



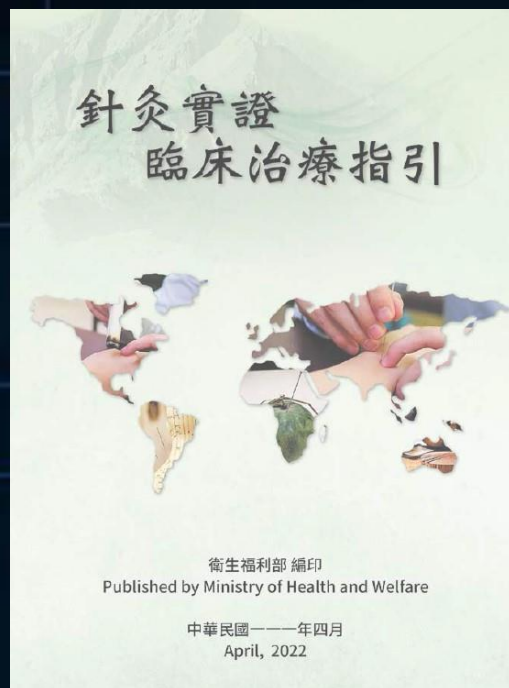
- 舉辦中醫藥博覽會、與媒體雜誌合作養生保健講座、松柏大學授課及安心藥材宣導課程等，讓中醫藥能夠全民普及化。
- 藉由新媒體社群平台及與網路藝人合作，拍攝一系列有關中醫內容的影片，讓民眾能夠對中醫有更深的認識。
- 從醫師端，透過中醫專案推動，增加能見度，例如：醫療資源不足地區改善方案，透過巡迴醫療將醫療送往無中醫鄉。



- 已於108年成立「中醫利用率提升小組」。
- 規劃中醫診治專病主題(如感冒、胃食道逆流等)，收集相關實證，舉辦記者會向民眾宣導中醫臨床療效。
- 辦理中醫院所「旗海活動」，透過活動，統一日期，懸掛宣傳布條，提醒民眾重新認識中醫療效。



本會持續蒐集各中醫相關
良效實證，提供民眾檢索
運用，並可作為宣揚中醫
良效之素材。





推行新中醫認知運動

推行新中醫認知運動，由全聯會統一構思主旨及後續活動，以深化中醫效能之傳播。





02

藥費占率逐年提升，
109年已近4成。若
持續將會排擠其他
支付標準項目。

調整合理的針傷給付

- 110年調整針灸、傷科處置給付。
- 將多種自費輔助性治療改列健保給付，例如：拔罐、刮痧、熱療(含紅外線治療)、電療、放血、艾灸、眼部特殊針灸、藥薰、膏布或夾板固定等。



03

中醫病患被要求自費比率雖然下降，但自費金額在1,000元以上、501至1,000元之比率持續成長，顯示民眾負擔加重。



- 將「膽南星」、「太子參」、「血竭」、「黑荊芥」、「地榆炭」、「十味敗毒湯」、「平肝流氣飲」、「香砂養胃湯」、「歸耆建中湯」及「折衝飲」等十味GMP中藥，列入健保給付用藥，目的為降低民眾自費負擔。
- 根據中醫藥司及健保署之資料，目前台灣具有藥證之科學中藥有16,000項，但僅10,326項納入健保給付，尚有5,674項科學中藥尚未納入。
- 未來，在評估健保總額財務負擔之下，增取更多自費的科學中藥納入健保給付，以減輕民眾自費負擔。





04

醫療資源不足地區
就醫率僅18.8%，
低於山地離島
22.6%。無中醫鄉
數甚多，宜加強資
源不足地區之中醫
服務。

- 依據「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」的歷年統計資料，每年投入的中醫師人力、巡迴據點都是逐年增加。
- 其中，獎勵開業服務計畫於108年新增申請條件，鼓勵更多新畢業中醫師選擇無中醫鄉開業。



- 108年6月起中醫加入全民健康保險居家醫療整合服務，到宅提供就醫不便病人醫療服務。
- 將來也會配合居家整合醫療照護計畫，造福交通有困難之病人。

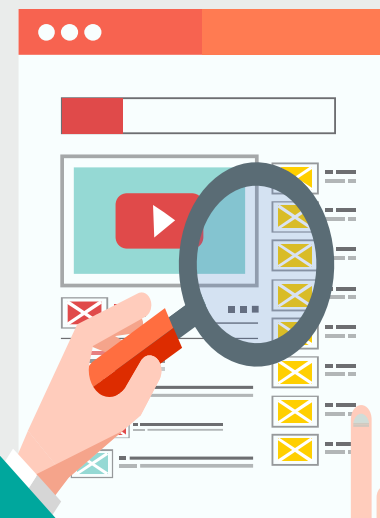


05

中醫醫療資源集中、分布不均之現象，尚欠有效改方案，建逐年增加地區預算分配公式中的人口占率。

Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec

- 中區，因為中國附醫中醫學系及學士後中醫學系每年培育200多位中醫師，且中部尚有多所醫學中心及教學醫院協助二年制負責醫師訓練計畫，故中區中醫師人數明顯高於其他分區。
- 每萬人口中醫師數與全國比，中區由2001年的1.58下降至1.40；東區由0.59上升至0.91，呈現每萬人口中醫師數穩定分散之趨勢。
- 積極推動無中醫鄉獎勵開業服務計畫，鼓勵中醫師往資源較不足地區移動。
- 於地區預算分配中，增加「偏鄉人口預算分配調升機制」因子。





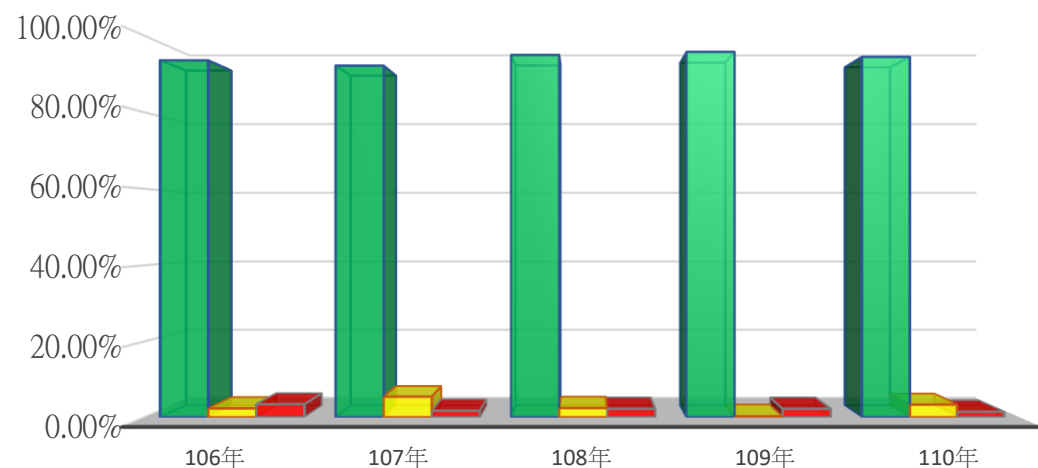
2-2

一般服務項目 執行績效

維護保險對象就醫權益

民眾對最近一次看診的中醫院所整體醫療結果滿意度方面，約94.5%表示滿意（包括非常滿意41.7%、滿意52.8%），3.3%表示普通，合計有97.8%持肯定態度，與前一年相較，滿意度上升、肯定態度上升。

106年至110年對整體醫療品質
滿意度

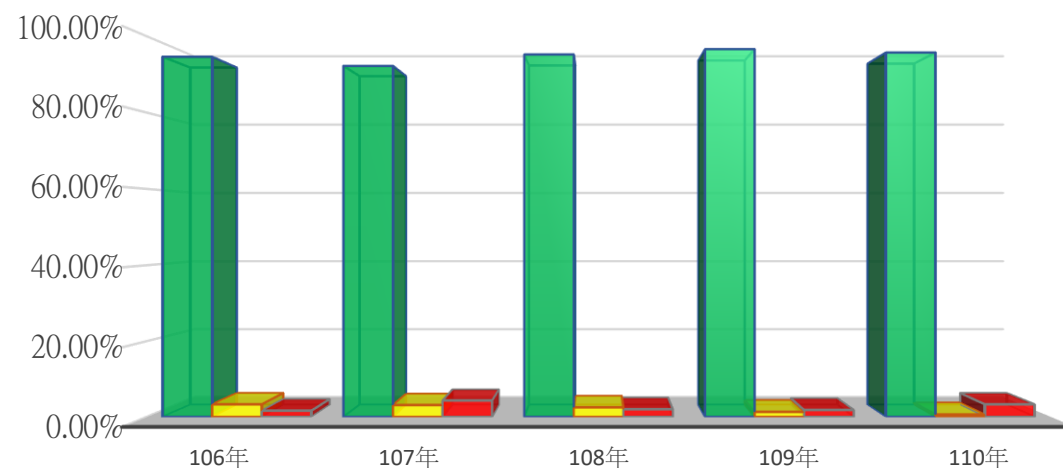


	106年	107年	108年	109年	110年
滿意度	93.60%	92.20%	95.00%	95.80%	94.50%
普通	2.30%	5.40%	2.40%	0.20%	3.30%
不滿意度	3.40%	1.70%	2.20%	2.20%	1.40%

■ 滿意度 ■ 普通 ■ 不滿意度

以最近一次看中醫院所的經驗來說，約95.7%民眾滿意醫師看診及治療過程（包括非常滿意49.9%、滿意45.8%），約3.3%表示普通，合計有99.4%民眾持肯定態度，與前一年相較，滿意度、肯定態度皆上升。

106年至110年對醫師看病及治療
過程滿意度

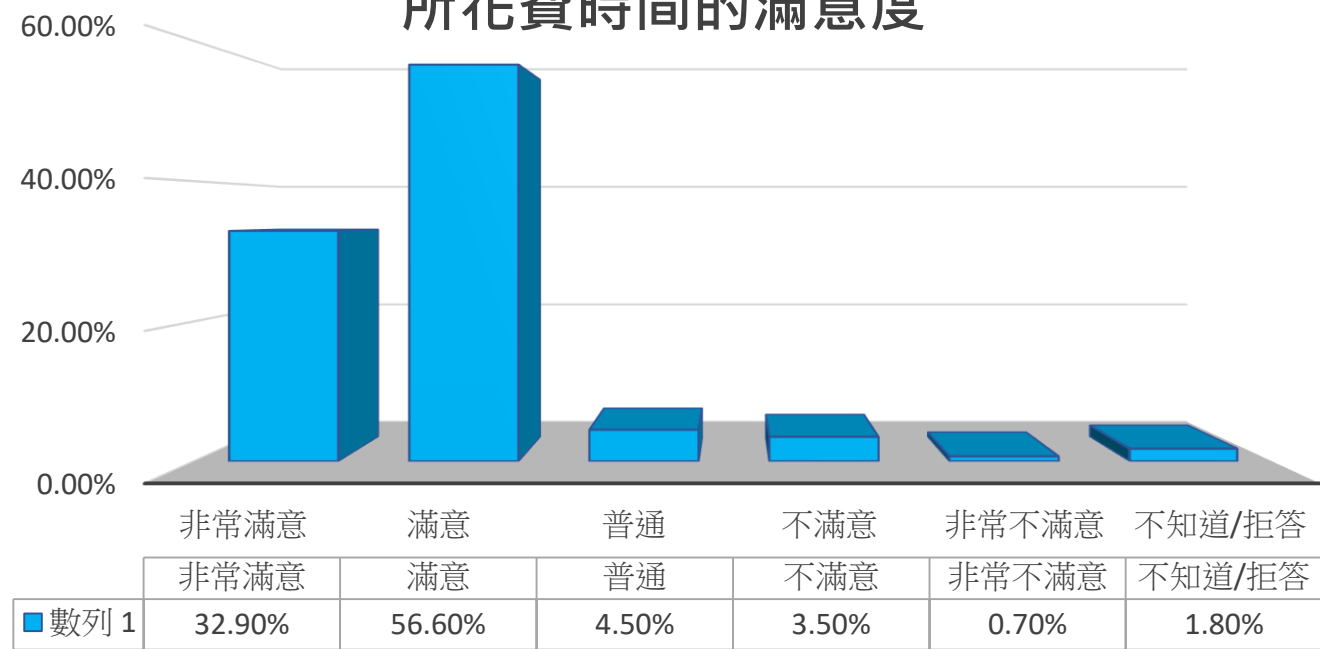


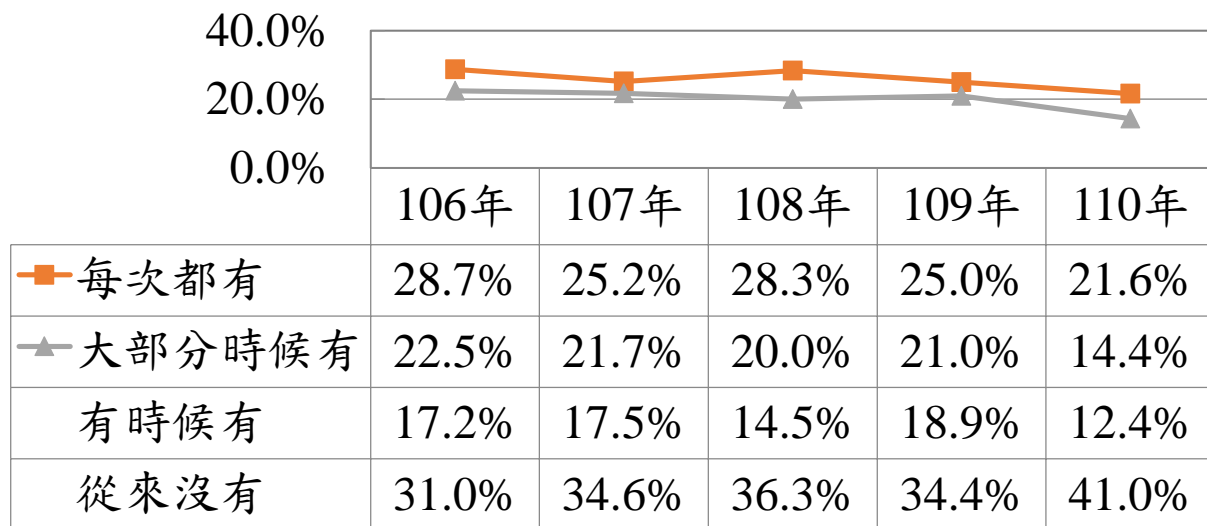
	106年	107年	108年	109年	110年
滿意度	94.60%	92.20%	95.20%	96.60%	95.70%
普通	3.30%	3.10%	2.50%	1.30%	0.60%
不滿意度	1.60%	4.30%	2.00%	1.80%	3.30%

■ 滿意度 ■ 普通 ■ 不滿意度

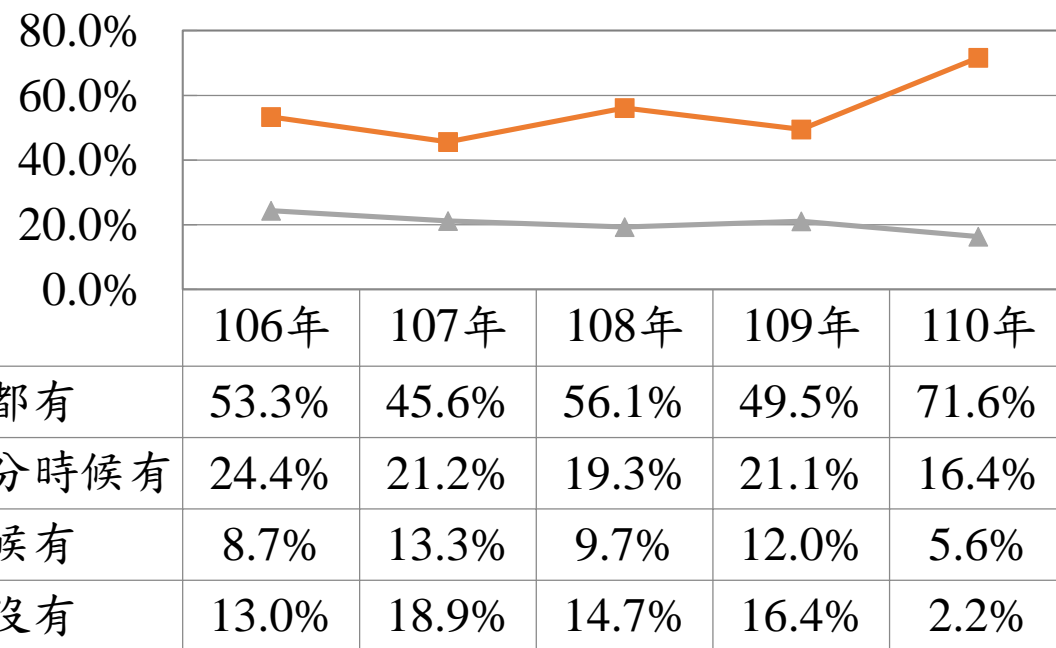
以最近一次看中醫院所的經驗來說，約89.5%中醫門診就醫民眾滿意醫師看診及治療所花費的時間（包括非常滿意 32.9%、滿意 56.6%），約4.5%表示普通，合計有 94%持肯定態度。相對來說，4.2%表示不滿意（包括非常不滿意 0.7%、不滿意 3.5%）。

中醫門診就醫民眾對醫師看診及治療所花費時間的滿意度





看診中，醫師的說明、囑咐、叮嚀，也是一種衛教



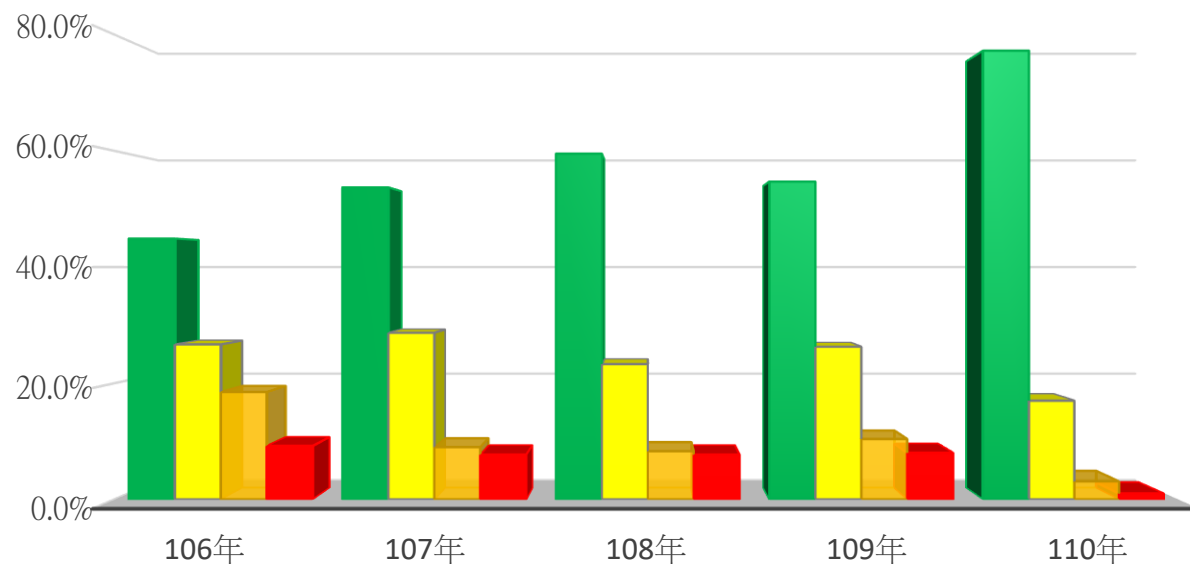
106年至110年醫護人員有無進行衛教指導之比例，「每次都有」項目相較前一年略降。

106年至110年醫護人員有無以簡單易懂的方式解說病情與照護方法之比例，「每次都有」項目相較前一年大幅上升。



↑ 縣市中醫師公會製作「溝通圖卡」供全國會員下載使用

110年會跟醫師討論照護或治療方式中「每次都有」的比例相較前一年大幅上升。



	106年	107年	108年	109年	110年
每次都有	44.9%	53.7%	59.5%	54.7%	77.2%
大部分時候有	26.7%	28.7%	23.3%	26.3%	17.0%
有時候有	18.5%	9.0%	8.3%	10.4%	3.1%
從來沒有	9.2%	7.7%	7.7%	8.0%	1.0%

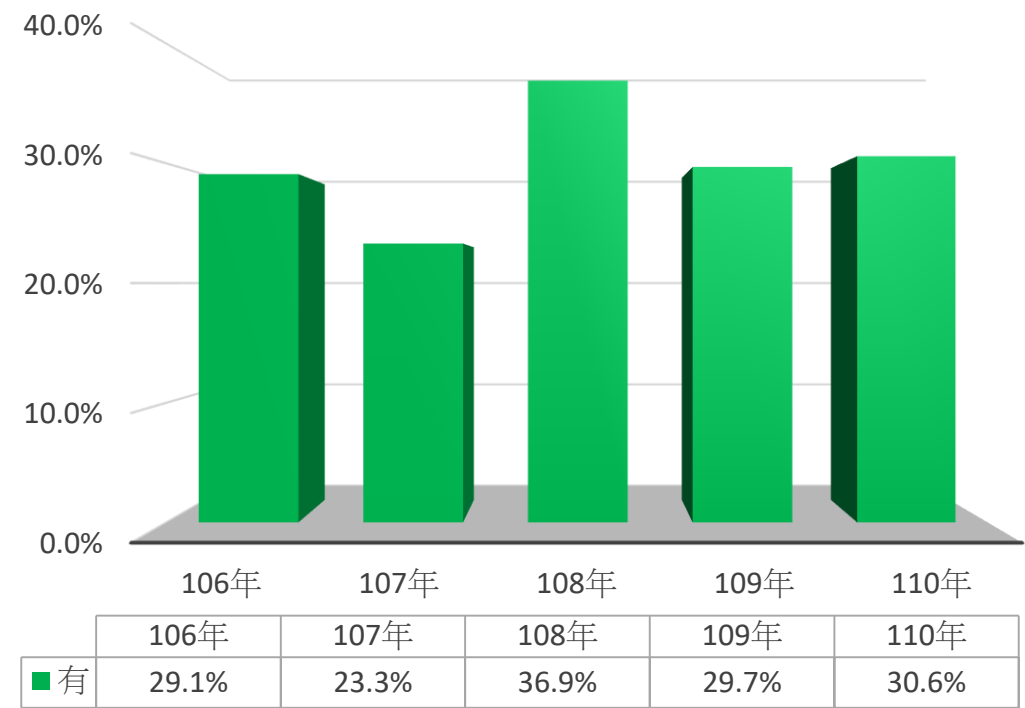
106年至110年會跟醫師討論照護或治療方式的比例



圖片來源：<http://il.kknews.cc/F9dviIxI05nDTNI8emqxR6cTHQGBUs3QED3Cd8w/0.jpg>

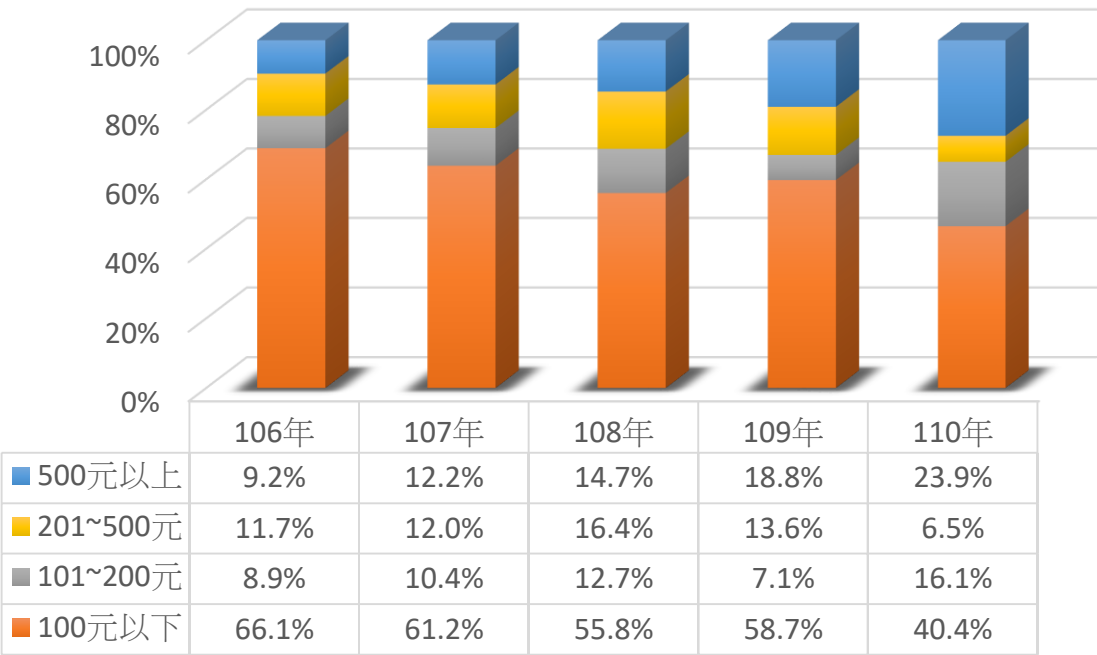
以最近一次看中醫院所的經驗來說，約30.6%就醫民眾被中醫院所要求自付掛號費、部分負擔以外的其他費用，相較前一年上升0.9%。

歷年來，本會皆不斷宣導中醫醫療院所一定要張貼自費品項收費標準表，並加強「自費品項」的理由說明，若發現有不實收費現象者，除加強輔導外，必要時函送衛生福利部中央健康保險署處理。

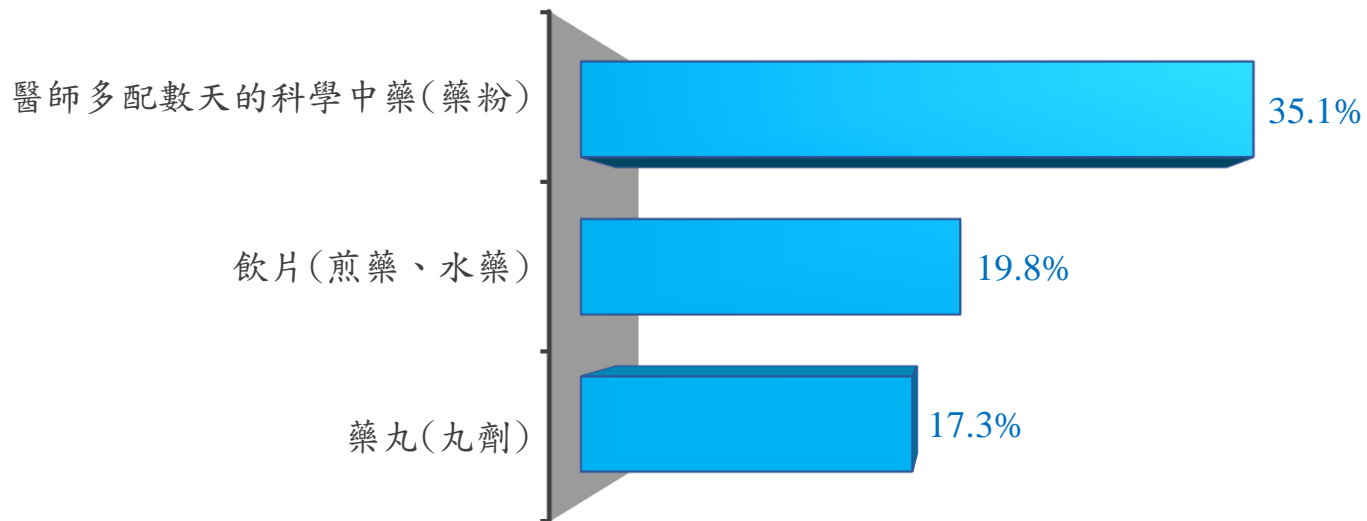


106年至110年民眾「有」被要求支付其他費用的比例

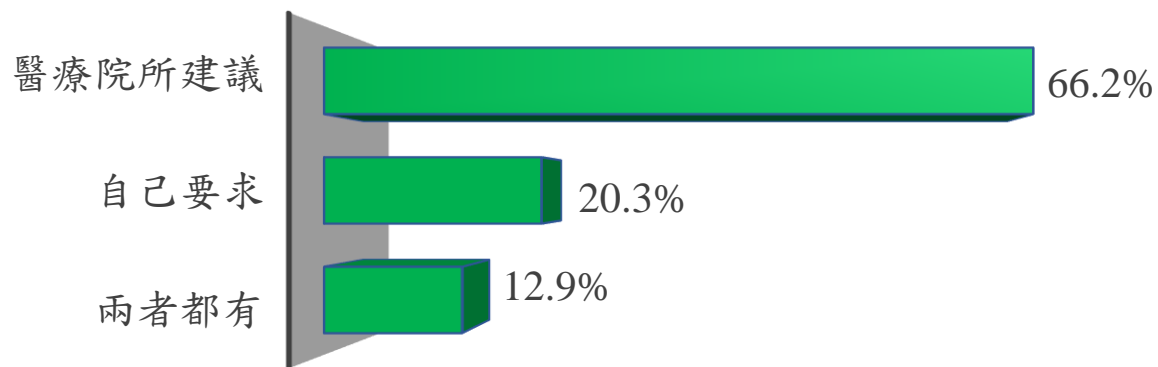
- 民眾最近一次看中醫院所的費用，平均自付費用為755.27元，若進一步排除極端值，則平均自付費用為431.96元。中位數為150，前一年之中位數為100。
- 自費金額500元以下數字降低，而500元以上的比例卻增加，探究原因為近年全球物價通膨指數上升，中藥材的主要供應國中國更因疫情相關原因，導致藥材產地的行情價格不斷攀升，導致中藥藥費成本大幅增加，許多自費中藥材的價格也隨之增加。



106年至110年民眾最近一次看中醫院所的自付費用比例



↑ 自付其他費用前3名項目及比例



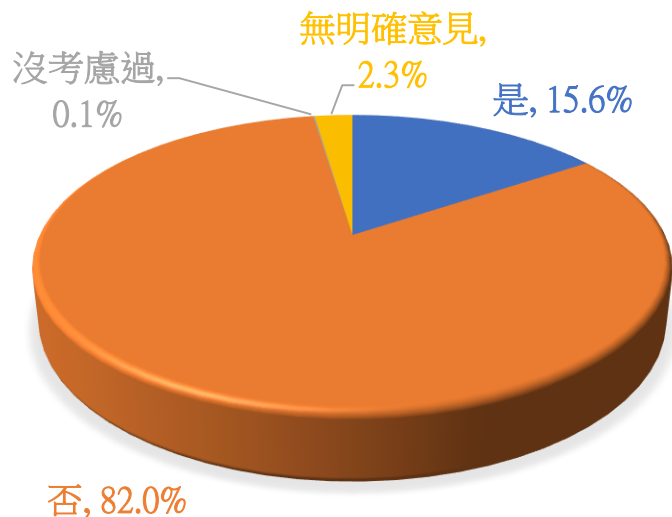
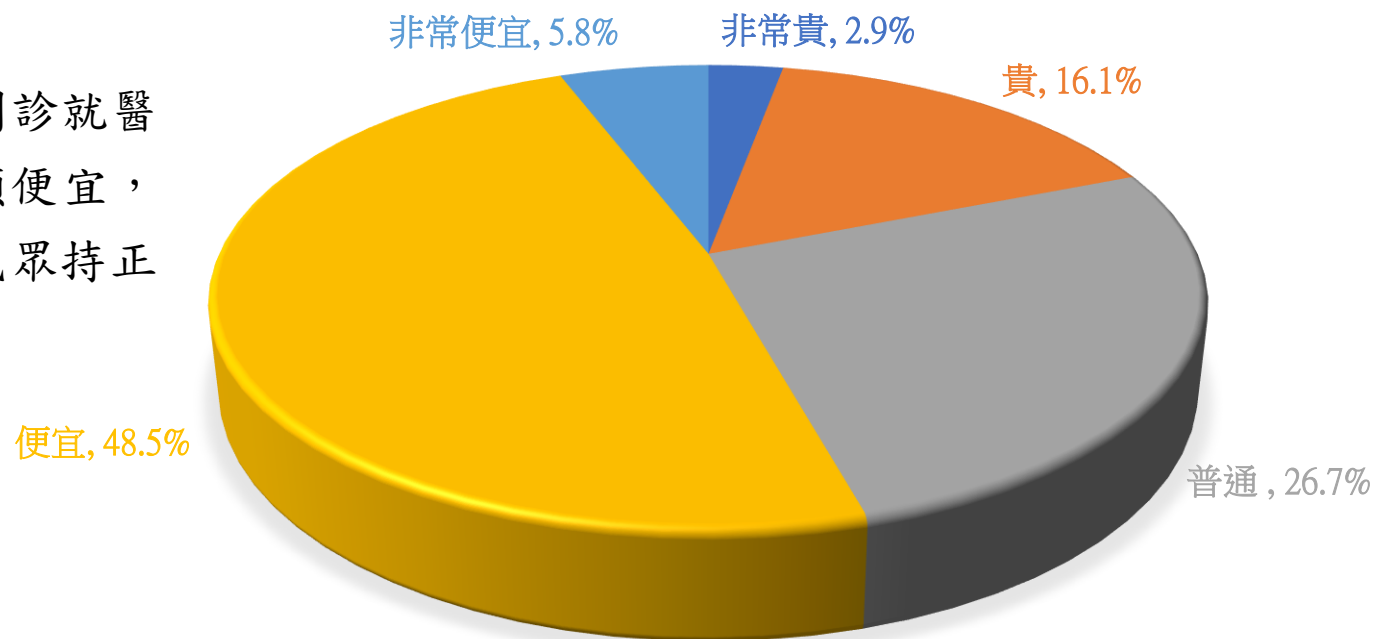
↑ 自付其他費用前3項原因及比例

110年醫師多配數天的科學中藥原因可歸咎於以下因素：

- 醫師可能針對慢性病病人開立30天以上的科學中藥。
- 病人的主訴病名不符合慢性病名，因此主動要求醫師另外開立了七天以上的科學中藥粉。
- 110年則因疫情警戒升級，造成許多民眾開始不敢外出就醫，因此向院所表明希望能夠多開數天的科學中藥粉，以減少出入院所次數。

對院所自費金額的感受(便宜)

396名有自費其他費用的中醫門診就醫民眾中，約33.0%認為自費金額便宜，合計有77.8%的中醫門診就醫民眾持正面評價。



因就醫費用過高而不就診

約有82.0%中醫門診就醫民眾未曾有因為就醫費用過高而不就診的情形，15.6%有此情形相較去年略降，2.3%表示沒考慮過。



台北市中醫醫療院所收費標準表		
台北市衛生局 84.8.3 北市衛三字第 47773 號公告 93.5.14 北市衛三字第 09333219700 號公告增訂 94.5.20 北市衛醫字第 09433203800 號公告增訂		
項	目	收 費 標 準
掛 號 費	初診	30~200 元
	複診	30~200 元
	急診	100~300 元
	補發掛號證	50 元
診 療 費	門診	100~500 元
	急診	200~600 元
	院內	200~500 元
會 診 費	院內	500~1,000 元
	院外	500~1,000 元
出診費(交通費另議)		300~1,200 元
針灸費		300~900 元
外傷五官科 (含材料費)	一般外傷五官科	100~500 元
	脫臼整復手術	300~1,000 元
	骨折整復與固定	300~1,000 元
痔瘡處置費(內服藥另計)		200~800 元
證 明 書 費	就醫證明	50~100 元
	診斷證明	100~200 元
	1.呈報退休用	200~500 元
	2.傷害殘廢鑑定證明用	500~1,000 元
	3.訴訟用	2,500~5,000 元
	出生證明書(兩份以內免費)	加一份 100 元
	死亡證明書(參份以內免費)	加一份 100 元
	病歷簡要證明書	200~650 元
病歷複製本費 (含基本費及影印費)	基本費(含掛號費)	上限 200 元
	病歷影印費(A4)每頁	上限 5 元
附 註	1.各項費用不得超過上列最高標準。	
	2.以健保身份就診者，悉依全民健保相關規定辦理。	
	3.依醫療法第二十一條規定，醫療機構之收費標準，由該主管機關核定，本表僅供參考。	

中醫醫療院所收費標準表

臺南市中醫醫療院所收費標準表

100年5月19日訂定
100年12月22日修訂

主要項目	次要項目與說明	收費標準(元)
掛號費	一、初診	30-200
	二、複診	30-200
	三、急診	100-300
	四、補發收據	30-50
診療費	一、門診	100-500
	二、急診	200-600
會診費	一、院內	200-500
	二、院外	500-1000
外傷五官科(含材料費)	三、出診費(交通費另計)	300-1000
	四、針灸費(交通費另計)	300-900
	五、穴位埋線/穴位	200-500
	一、一般外傷五官科	100-500
	二、脫臼整復手術	200-1000
	三、骨折整復與固定	300-1000
	四、痔瘡處置費(內服藥另計)	200-800
	一、就醫證明	50-100
證明書費	二、診斷證明書	50-200
	三、呈報退休用	200-500
	四、傷害殘廢鑑定證明用	150-1000
	五、簡歷簡要證明書	150
	一、行政處理費	50-200
病歷複製本費 (含行政處理費及影印費)	二、病歷影印費(A4)每頁	上限5元
附 註	1.各項費用不得超過上列最高標準。	
	2.以健保身份就診者，悉依全民健保相關規定辦理。	

建立民眾自費監控機制

規劃建議中醫醫療院所收據上加印該區分會之申訴服務電話。依本會申訴檢舉機制，接獲民眾檢舉、申訴案件時，若經查證屬實者，除對院所加強輔導外，必要時得函送衛生福利部中央健康保險署處理。

加強宣導

特約中醫醫療院所應以提供健保醫療服務為主，不得巧立名目要求民眾自費。如確屬健保不給付而須自付其他費用的項目，應事先明定並須向民眾詳細說明自費理由。

公告收費標準表

各縣市衛生局皆有訂定醫療機構收費標準，並有範本公布於衛生局網頁、縣市中醫師公會網站。各醫療院所掛號處或收費處應將收費標準表公告於明顯位置，以確保民眾權益。

降低藥材成本

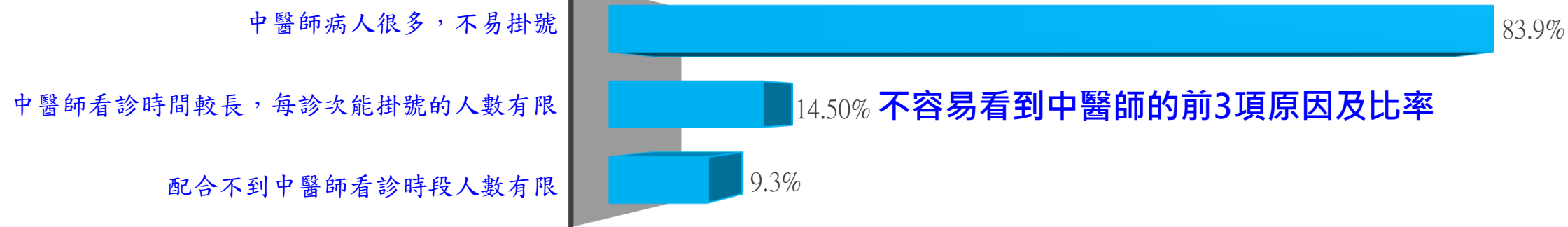
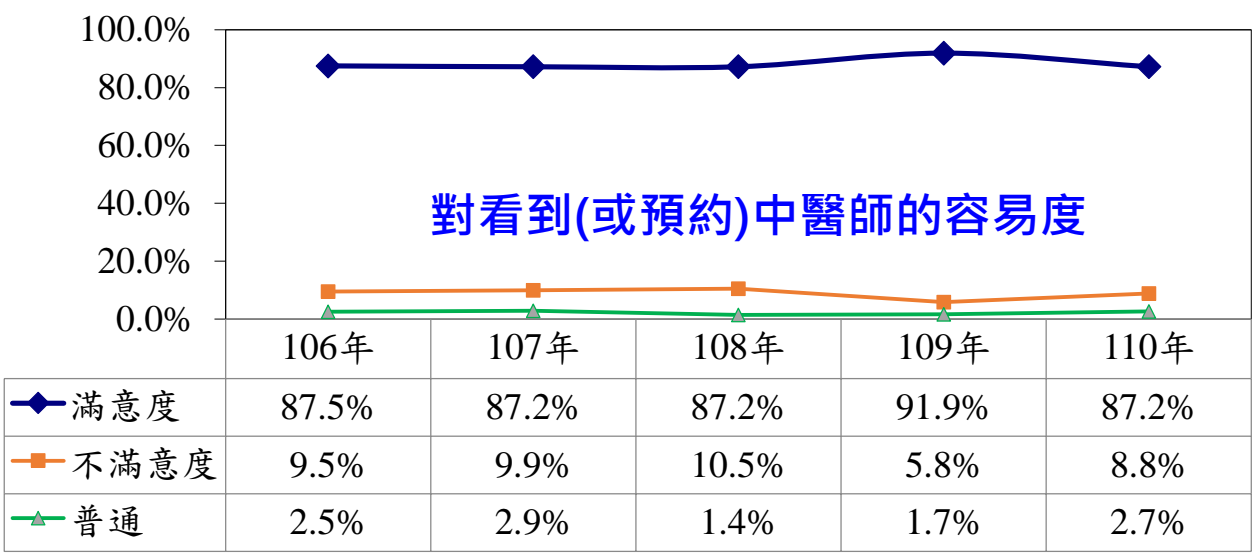
目前國內常用之中藥材多以進口為主，未來期望能藉由中醫藥發展法等相關法案，鼓勵建置本土中藥種植產製基地或園區，以提升中藥自產自用的比重，降低成本。近來更因新冠肺炎疫情，使得中藥材成本大幅增加，提高院所中藥採購成本，然而中醫院所為顧及民眾需求，相關提高的藥費成本皆由中醫院所自行吸收。

合理增列健保給付品項

日前雖已於衛福部通過將數種高價藥物納入健保給付，在109年度相關中高度複雜性針灸及傷科項目，亦將多種自費輔助治療納入健保給付，以降低民眾自費支出負擔。未來更期望能以符合實際成本之給付，來支應可於健保區塊中使用的相關高價藥物及更多的自費中醫藥治療，以滿足民眾中醫藥醫療需求及促進民眾之健康利益。

對看到(或預約)中醫師的容易度

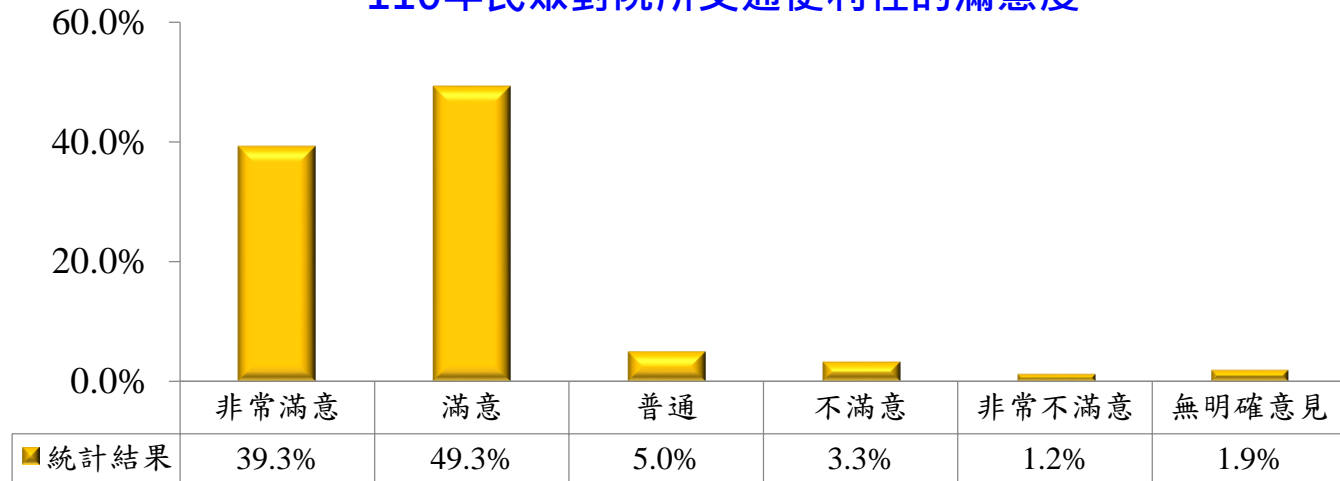
對看到(或預約)中醫師的容易度約87.2%
中醫門診就醫民眾表示容易看到(或預約到)中醫，約89.9%中醫門診就醫民眾持正向評價，與前一年相較，滿意度、肯定態度皆增加，一直以來約有8-9成的民眾對於預約到(或看到)中醫服務的容易度感到高滿意度。



- 不容易看到中醫師原因的前三名分別是：
- 中醫師病人很多，不容易掛號。
 - 中醫師看診時間較長，每次能掛號人數有限。
 - 配合不到中醫師看診的時段。

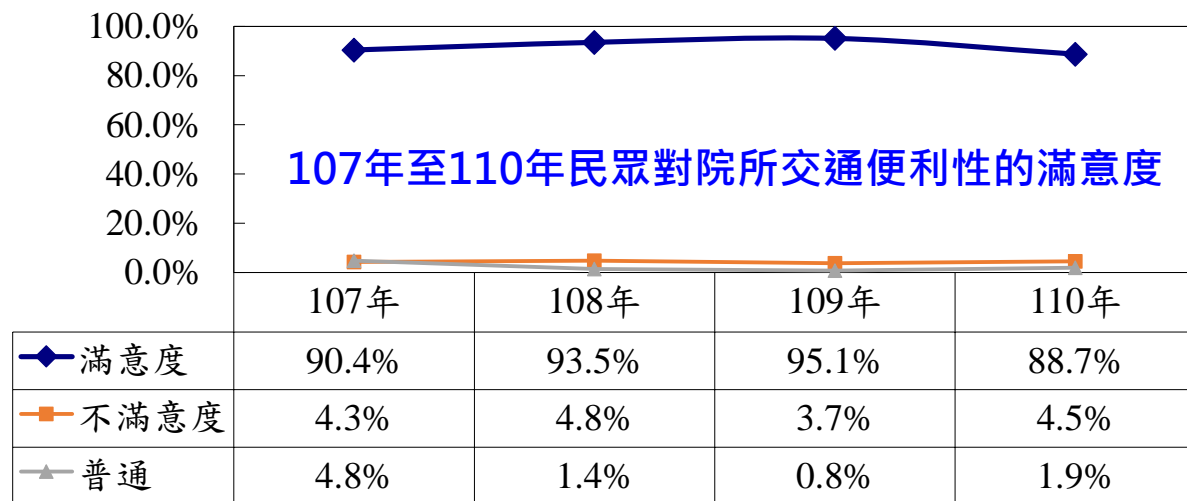
這應該是個別醫師的明星效應問題，中醫師各公會團體致力開辦各式在職進修課程，讓中醫師整體的品質持續提升。讓民眾到處都可以看到好中醫，擴大中醫服務量與利用率。

110年民眾對院所交通便利性的滿意度



以最近一次看中醫院院的經驗來說，約有88.6%中醫門診就醫民眾滿意院所的交通便利性，有93.7%民眾持肯定態度。

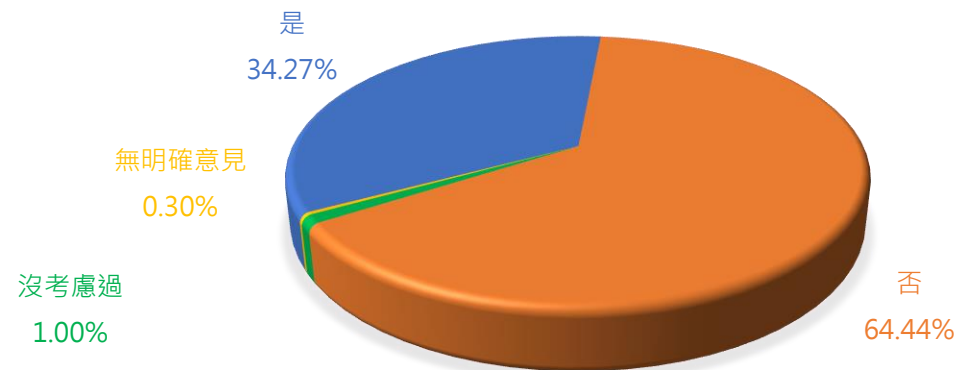
107年至110年民眾對院所交通便利性的滿意度



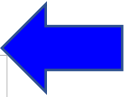
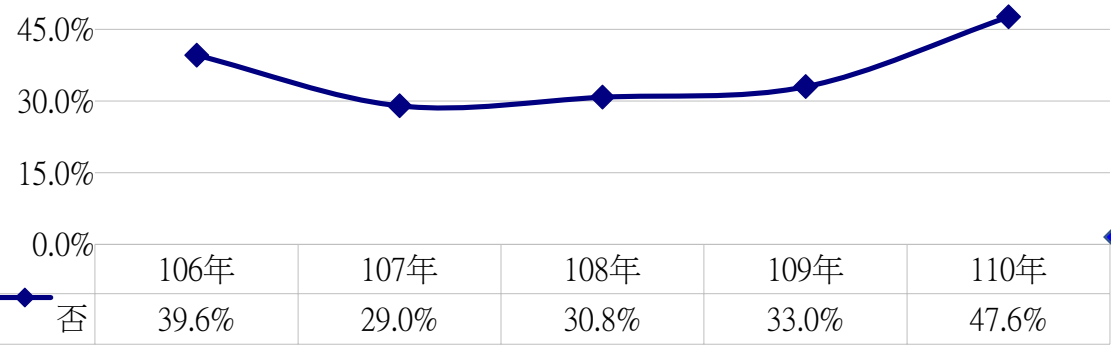
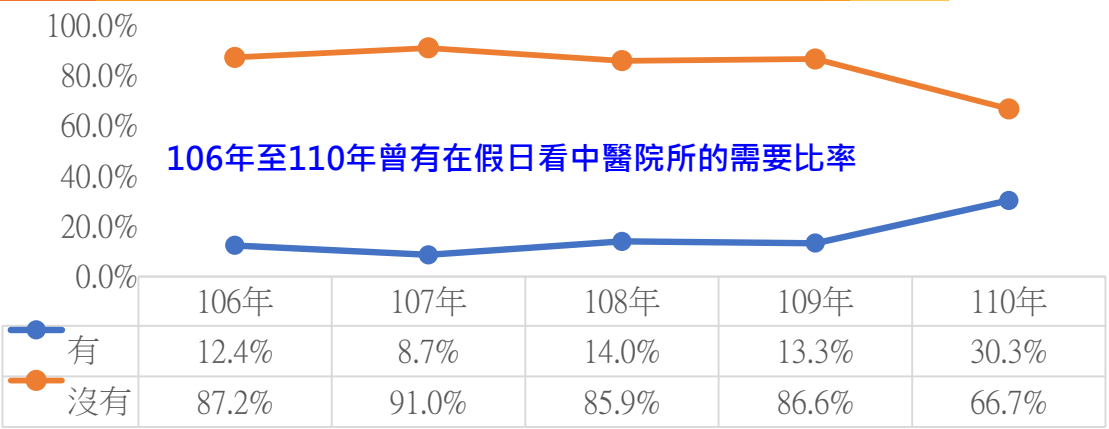
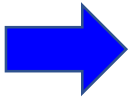
<https://cc.tvbs.com.tw/img/program/upload/2021/05/13/20210513132948-19cc1006.jpg>

64.5%中醫門診就醫民眾並不會因為就醫交通時間過長而不就診，但有34.3%有此情形，1.0%表示沒有考慮過。

110年因就醫交通時間過長而不就診的比率



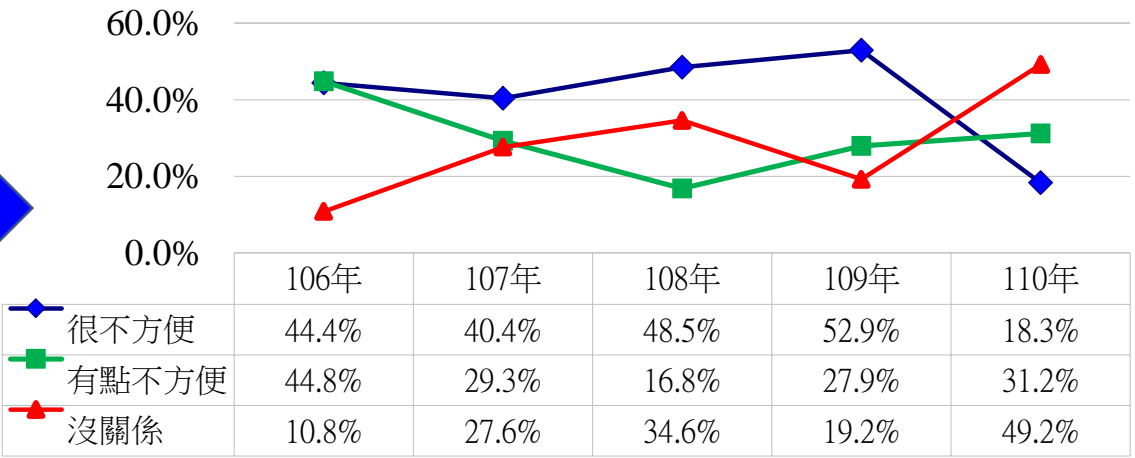
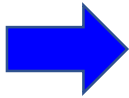
在說明醫療人員亦需適度休息的前提下，仍有約30.3%中醫門診就醫民眾曾有在假日看中醫院所的緊急需求，66.7%表示沒有在假日看中醫院所的緊急需求。



需要在假日看中醫院所的民眾中，約47.6%無法在當地找到其他就醫的診所，此題回答人數為392人。

106年至110年曾經在假日有看中醫的需求，而無法在當地找到其他就醫診所的比率

同時有47.6%的病患找不到假日就診的中醫院所，但因假日無法找到中醫診所就診的院所感到很不方便的民眾為18.3%，感到有點不方便的民眾為31.2%。

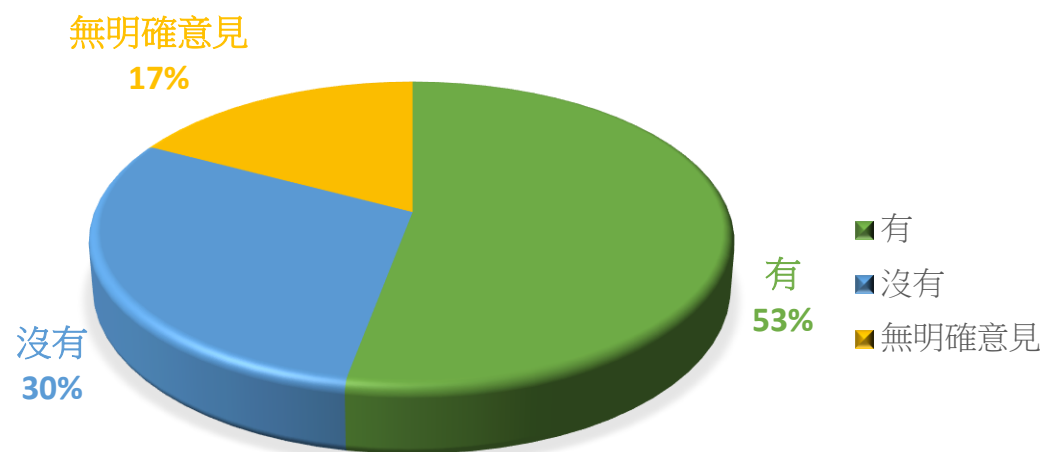


106年至110年曾經在假日有看中醫的需求，但無法在當地找到其他就醫診所而感到就醫不便的比率

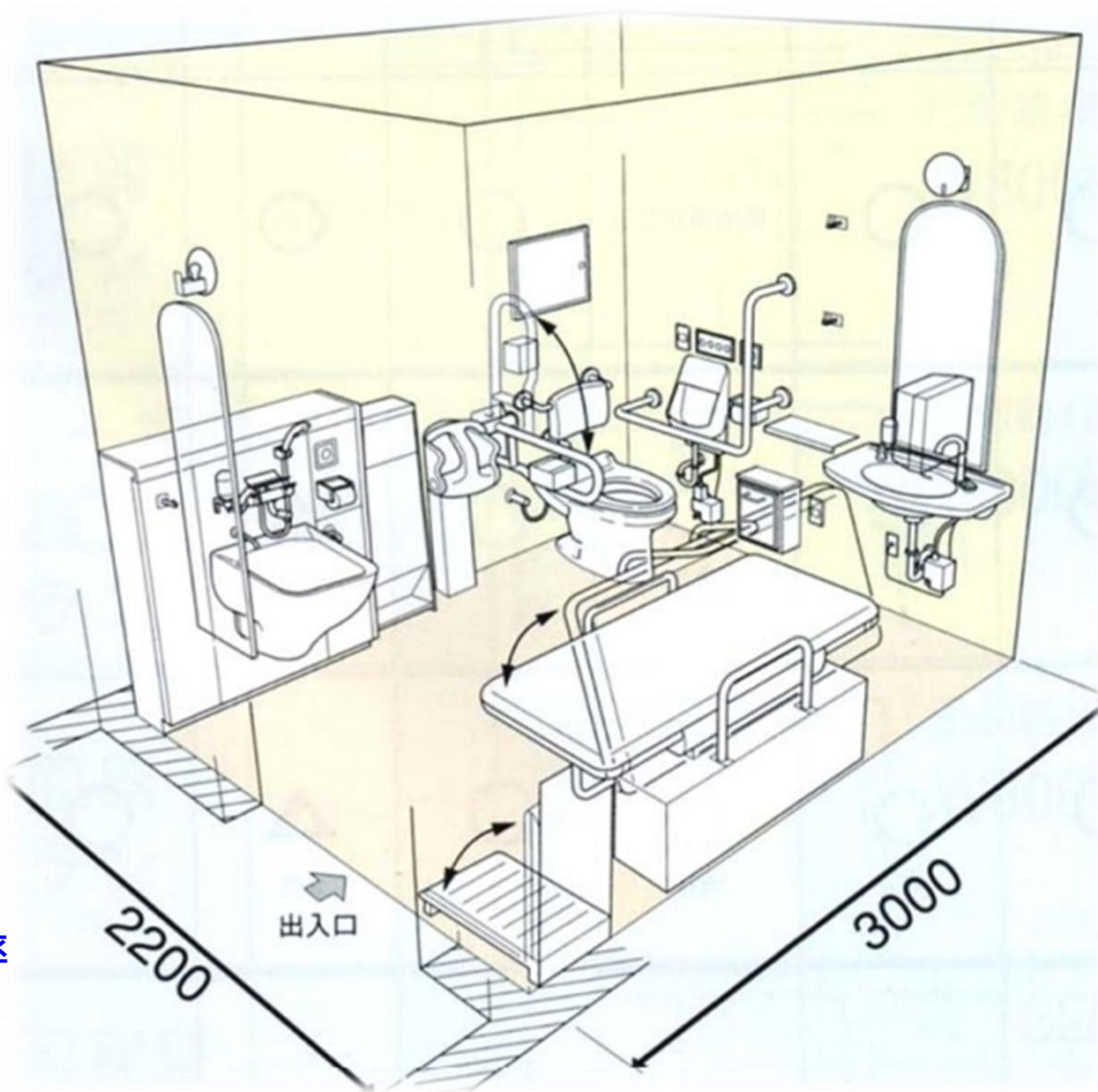
未來，中醫APP「中醫e點通」，將新增「中醫診所假日看診地圖」，讓民眾更容易在假日尋求中醫的醫療資源。

就醫中醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率

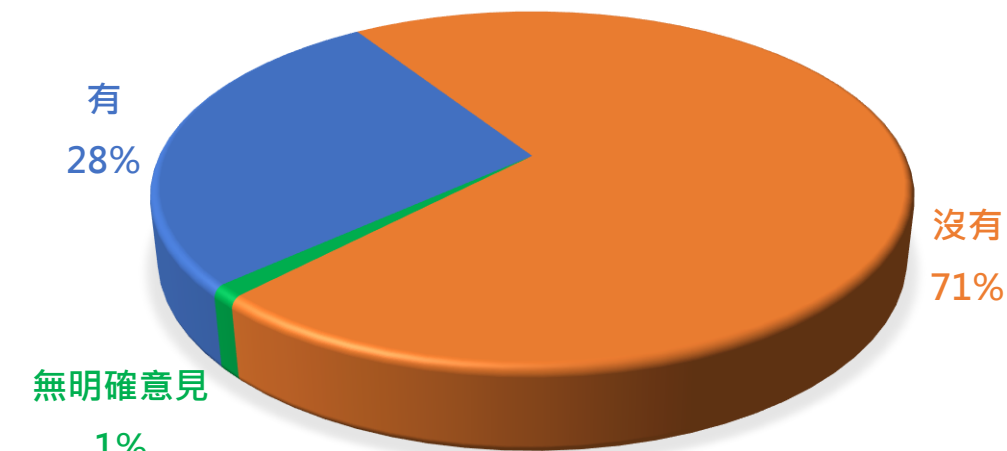
約53.0%的中醫門診就醫民眾表示就醫中醫院所具備無障礙通道，29.8%表示沒有，中醫診所參與醫策會無障礙空間改善補助的比率高，顯見中醫診所願意配合改善無障礙空間，希望讓身障人士有更好更便利的就醫品質。



就醫中醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率



在新冠肺炎期間，有曾經受到疫情影響而不去中醫院所看醫生或是被取消掛號看診的情形嗎？

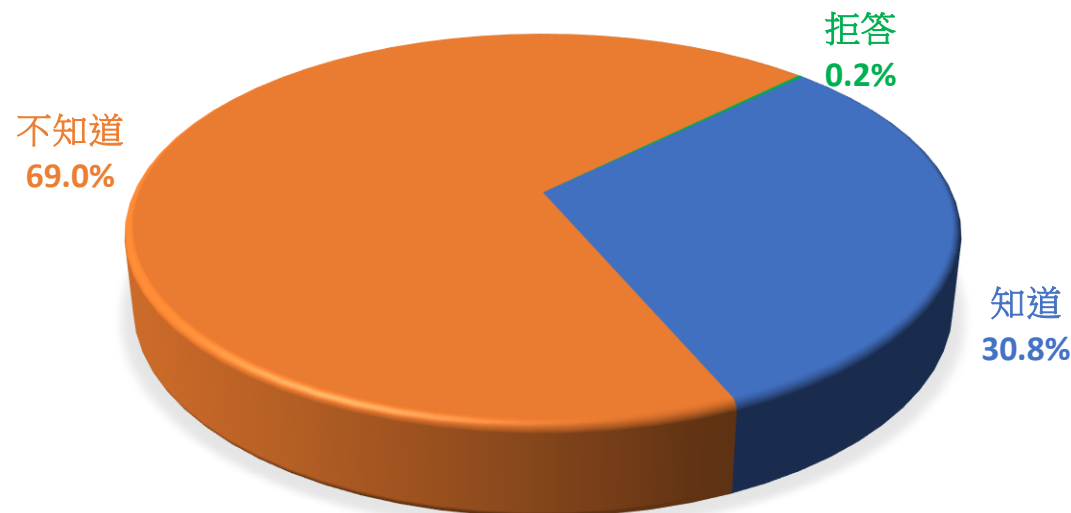


在新冠肺炎期間，有曾經受到疫情影響而不去看中醫的比率

在新冠肺炎疫情期間，有27.5%表示曾經受到疫情的影響而不去中醫院所看診，71.4%表示沒有。由調查結果顯示有71.4%的民眾在新冠肺炎疫情期間，未受影響而持續在中醫就診，顯見中醫是剛性需求，我們將提供更好的醫療服務，守護民眾健康。

您不知道新冠肺炎疫情期間，中醫院所有提供視訊診療的服務嗎？

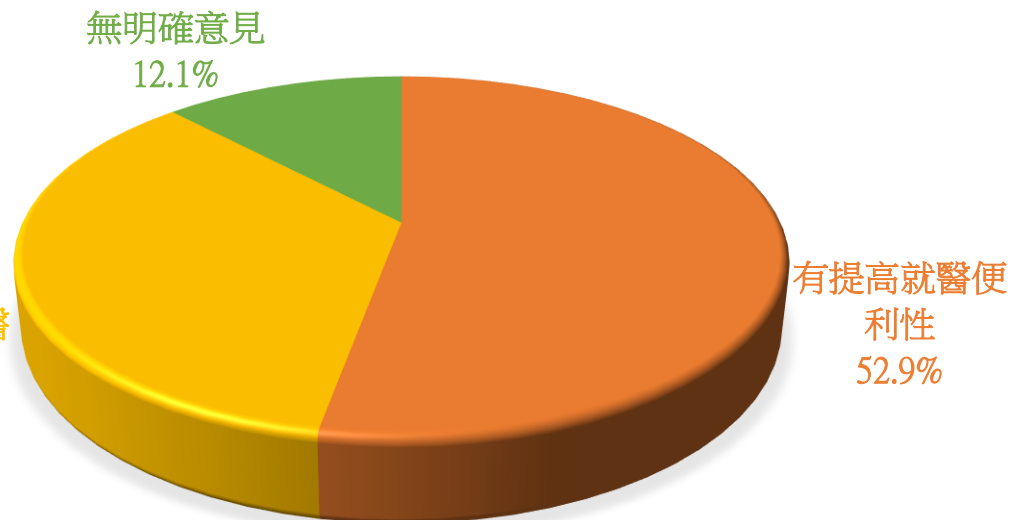
有30.8%中醫門診就醫民眾表示知道新冠肺炎疫情期間，中醫院所有提供視訊診療的服務，69.0%表示不知道。因疫情關係，增加視訊診療需求，這部分本會會另加宣導，提醒中醫會員加入，將訊息透過官網轉達民眾知悉。



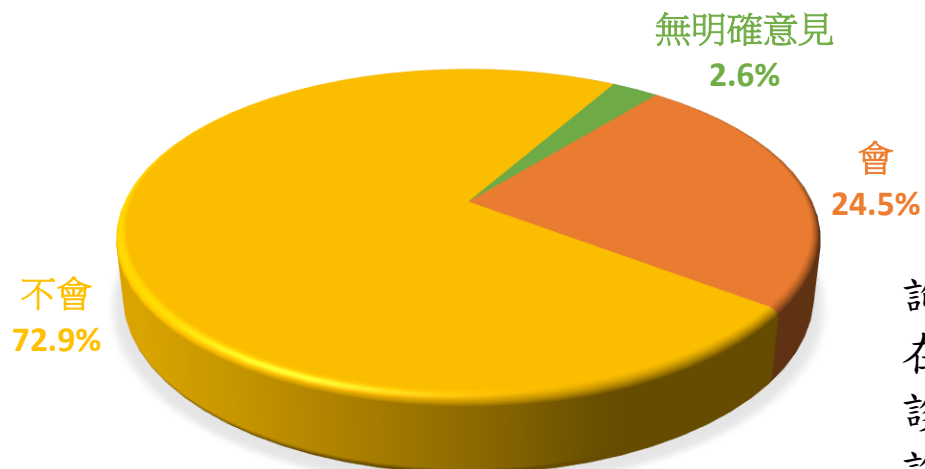
中醫門診就醫民眾是否知道新冠肺炎疫情期間，中醫院所有提供視訊診療的服務

在新冠肺炎疫情期間，若您就醫的中醫院所有提供視訊診療的服務，請問您認為視訊診療服務會不會提高就醫的便利性嗎？(詢問知道訊息診療的民眾，N=397)

詢問知道視訊診療的民眾，有52.9%認為新冠肺炎疫情期間，中醫院所有提供視訊診療的服務會提高就醫便利性，35.0%表示視訊診療的服務不會提高就醫便利性。



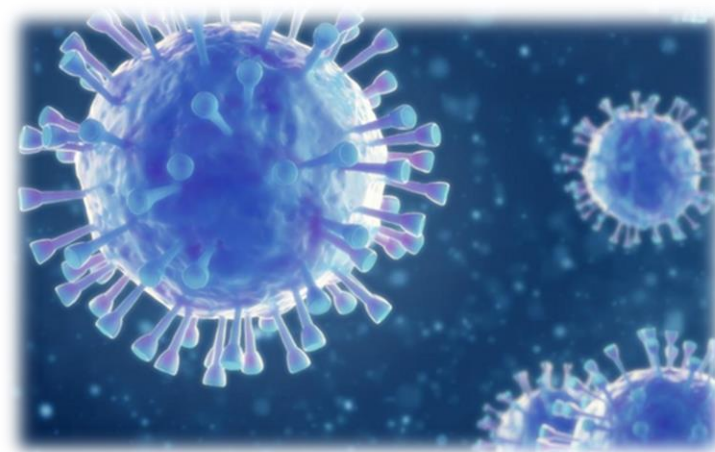
中醫門診就醫民眾認為新冠肺炎疫情期間，中醫院所有提供視訊診療的服務是否會提高就醫便利性



中醫門診就醫民眾在新冠肺炎疫情期間，是否會想用視訊診療就醫

在新冠肺炎疫情期間，請問您會不會想用視訊診療就醫嗎？(詢問知道訊息診療的民眾，N=397)

詢問知道視訊診療的民眾，有24.5%在新冠肺炎疫情期間，會想用視訊診療就醫，72.9%表示不會想用視訊診療就醫。



訂定「中華民國中醫師公會全國聯合會會員諮詢、申訴、檢舉作業要點」，並於官網頁面，提供「E-mail信箱及聯絡電話」；於「中醫會訊」刊登「檢舉申訴專線」等資訊。由專人分類處理，即時提交專業中醫師針對諮詢內容，進行回復；各縣市公會網頁也有提供連絡信箱之溝通平台，提供民眾諮詢與申訴之用。



中醫藥養生專區



媒體報導



近期活動



健保及法規專區

中華民國中醫師公會全國聯合會

【 新北市板橋區民生路一段33號11樓之2 】 (02)2959-4939 【 (02)2959-2499 】【 tw.tm@msa.hinet.net 】

中醫師公會全聯會網站頁面



意見專區

如果對會訊刊載內容有相關建議，請掃右側QR-CODE，線上填寫意見表，感謝您



開啓台灣中醫的無限可能 從柯富揚理事長與 臺灣清冠一號談起

行政院政務顧問
林永農

機會是留給準備好的人！

台灣中醫藥是非常優秀的本土醫療產業，但因西方醫學長期主導醫療趨勢，加上台灣中醫藥主管機關也未能積極推動中醫藥產業的發展，導致台灣中醫一直屈居於替代醫學的地位，利用率率在3%左右，這不僅是民眾的損失，更是國家重要資源的浪費，因此，永農一直期盼本土醫療能有大放異彩的一天，所幸中醫當前的掌舵者柯富揚理事長，是一個永不放棄、積極拼搏的勇士，他不僅透過一系列確保中藥安全性的積極作為，穩住民眾對中醫藥的信心，富揚理事長多次鼓勵中醫同仁們：「有路，咱沿路唱歌；無路，咱開路過嶺」，這次疫情恰好提供中醫一個得以發揮所長的戰場，而引導我們中醫界前進的富

揚理事長，將累積許久的能量，精準且適切地發揮在每個需要中醫的關鍵時刻！

2021年5月初，新冠疫情發生，富揚理事長以宏觀的視野與格局，早在新冠疫情出現全球化的現象時，他便觀察到新冠病毒的特性與歷來肆虐華人地區的瘟疫類似，因此他便積極與衛生福利部等相關部門及長官們合作，並透過個人在國會、中央政府的人脈與影響力，爭取到專案經費，用以支持研究、開發能有效治療新冠肺炎的中藥處方，也就是當前享譽國際的抗疫神藥——「台灣清冠一號」，然而，富揚理事長除了解決長期研究的經費預算問題外，在「台灣清冠一號」剛問世時，因為還沒有一個可以發揮的機遇，政府只能採取以西藥作為治療新冠肺炎



各版提要

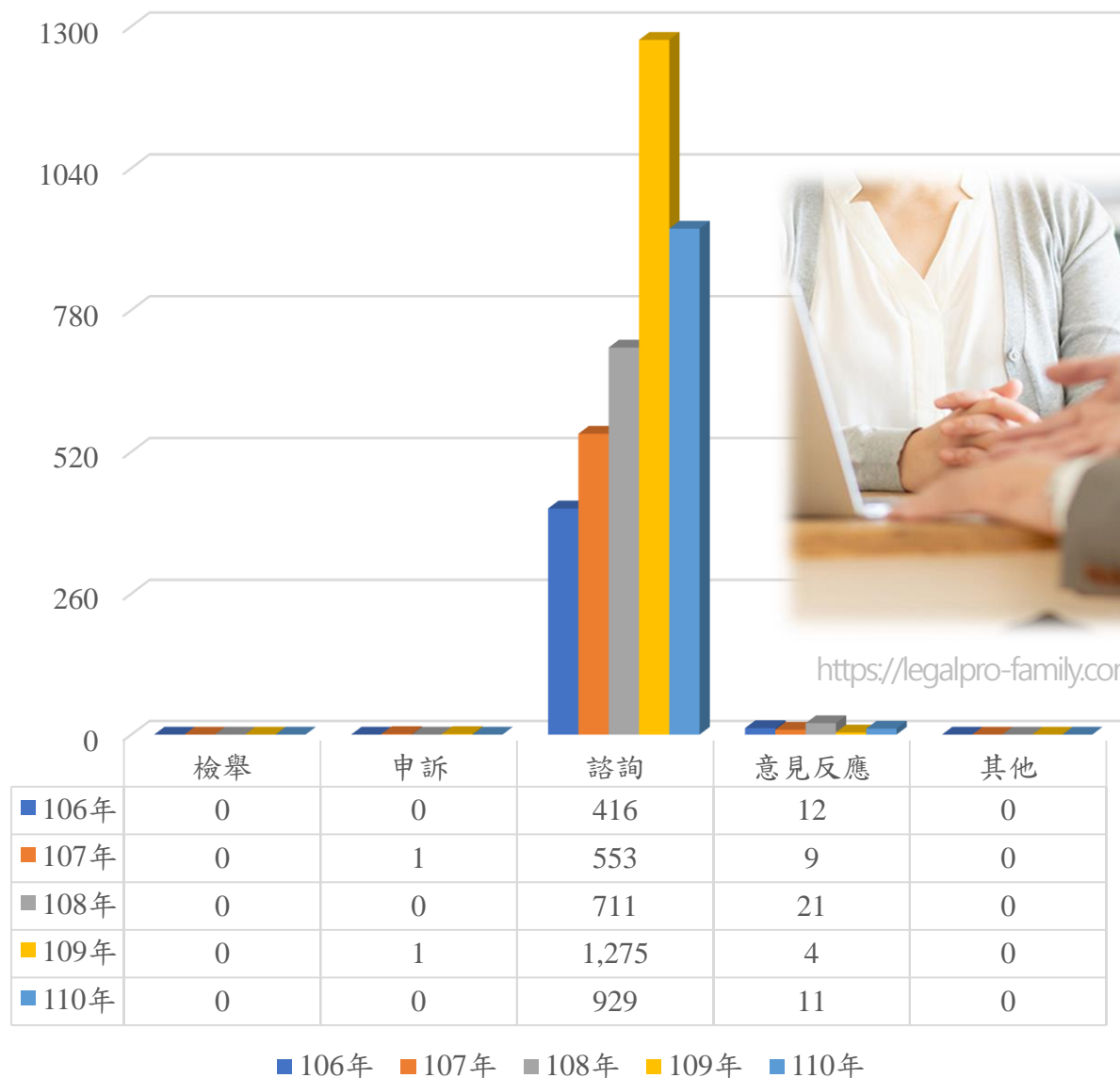
第一版 林永農理事長：開啓台灣中醫的無限可能
第二版 林永農理事長：開啓台灣中醫的無限可能
第三版 111年全國中醫藥高層大會名人貴記憶
第四版 111年全國中醫藥高層大會名人貴記憶

第五版 醫務簡報中醫藥簡訊、主要議題所談論中藥、人事簡訊
第六版 活動預告、人事簡訊
第七版 活動預告
第八版 活動預告

下招 第二版

中醫師公會全國聯合會中醫會訊版面

106年至110年會員意見反應統計



110年接獲會員諮詢案件以詢問健保慢性腎病專案申請(70件)、防疫相關問題(44件)、繼續教育(56件)申請問題為主，其餘另有養護機構新專案申請提問(33件)，意見反應多為視訊看診問題、居家看診問題。

中執會六區分會大部分的諮詢都是來自中醫師會員，詢問各項中醫專案計畫申請流程、申報方式、支付標準修訂事項、審查抽審指標等，110年度因針傷健保申報調整，新

增不少諮詢複雜性針傷申報內容，另因疫情影響，視訊診療之相關問題也比較多。分會對於會員問題提問，除了口頭回應外，尚會以傳真、MAIL及LINE等方式，提供相關資料給會員參考。

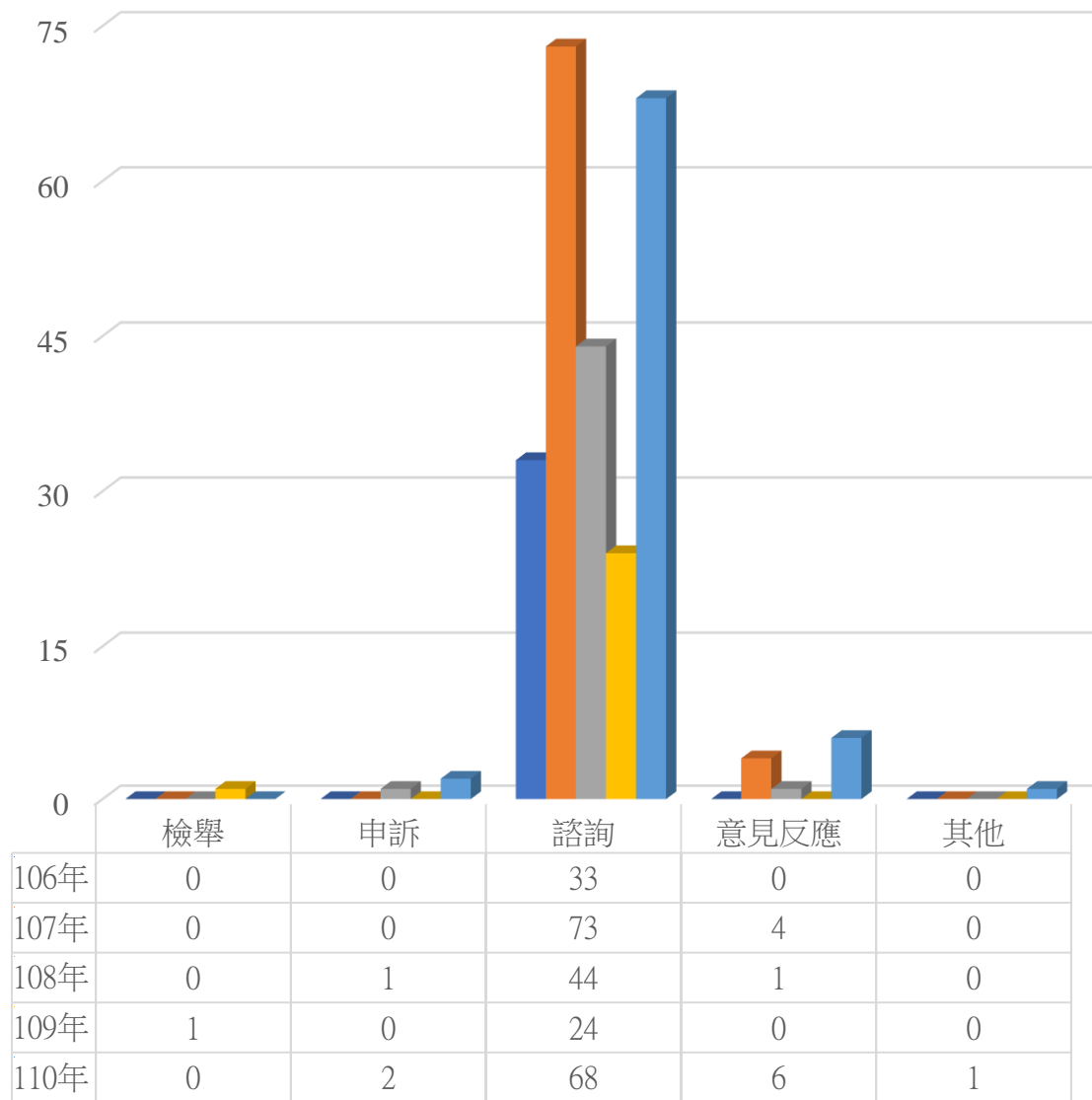
民眾向中執會六區分會諮詢或申訴一向比較少，大多向各縣市中醫師公會反應；向本會反應大多為詢問那一類疾病要看那一位中醫師或找尋中醫師在何處開業比較多，大多轉請縣市公會回應，部分詢問為如何取得中醫師的資格、部分詢問專案執行的院所、醫師。



<https://heho.com.tw/wp-content/uploads/2019/12/20191206-%E8%AB%AE%E8%A9%A2.png>

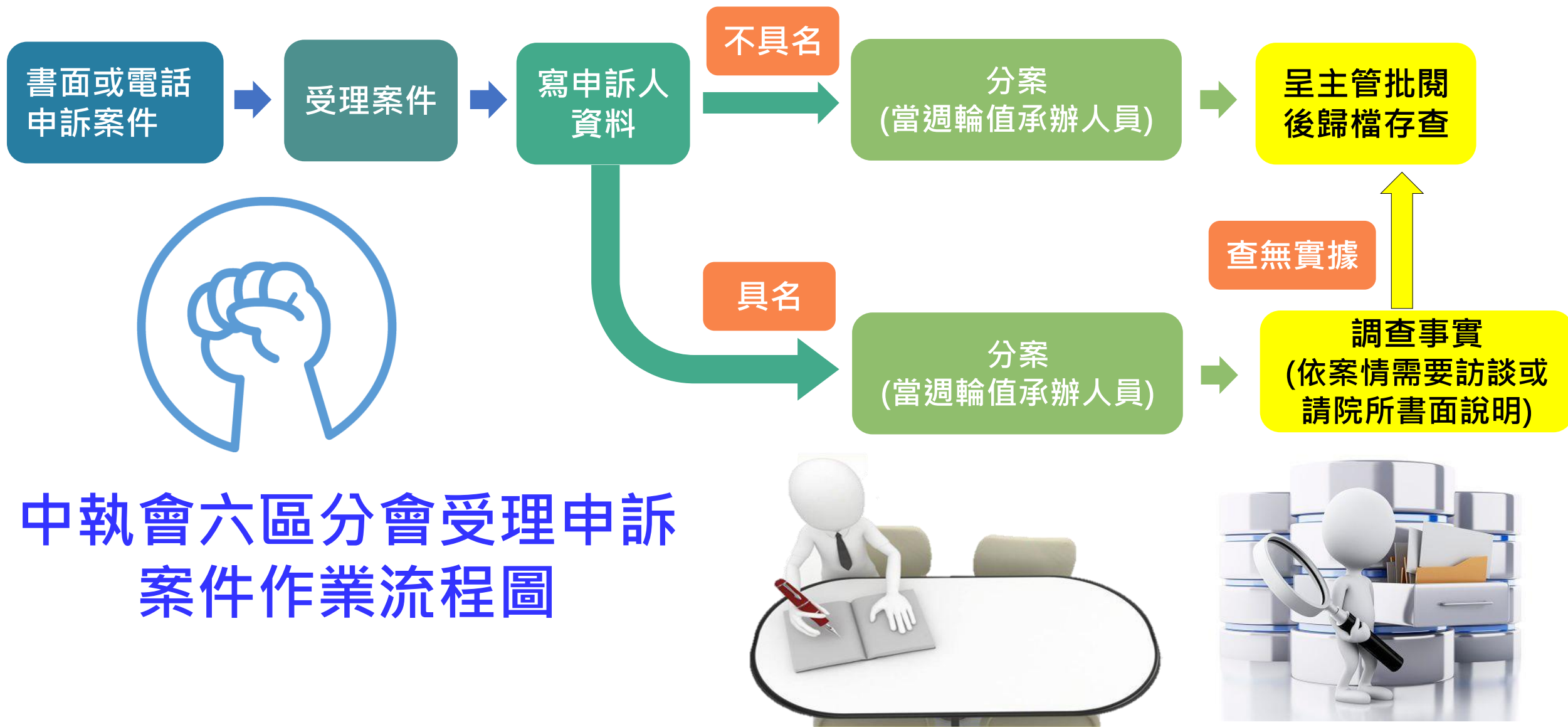
- 109年度，民眾檢舉案1件新北市(4月)反應中醫師重複使用針灸針，本會業請新北市中醫師公會協助處理，新北市專員與雙方連繫，診所表示無此行為，該民眾表示是誤解醫師行為，本案結案。
- 110年度民眾申訴案2件，為收據及處方相關提問，業已函請縣市中醫師公會協助處理。

106年至110年民眾意見反應統計



會員諮詢、申訴、檢舉之處理流程圖







結合長照計畫，辦理健康養生講座，照顧社區據點長者

各縣市公會中醫師全面性響應政府推動年長者長照計畫，與各地長照據點合辦中醫養生講座，並自108年11月配合衛生福利部推動「建立中醫社區醫療及居家服務網絡計畫」，迄今已進入第三年計畫。在各縣市公會、專業師資群與各據點的協助建構下，已有1,000多名長者參與。參加對象包含健康/亞健康、衰弱及輕中度失能(智)長者，其中又以共餐聚點長者參與率最高（達7成以上）。目前已建立預防延緩失能照護方案如中醫穴道按摩、肌肉鍛練、藥膳茶飲、八段錦、太極拳等等特色中醫方案，將中醫養生行動概念推廣至全國各社區長照據點。



中醫師不僅帶著長者做運動，而且也擔任諮詢關懷的角色，對長者噓寒問暖之餘，也分享一些養生之道或是對一些不適當的藥物保養品（來自電台廣告、地下管道不明藥品等）的衛教諮詢。

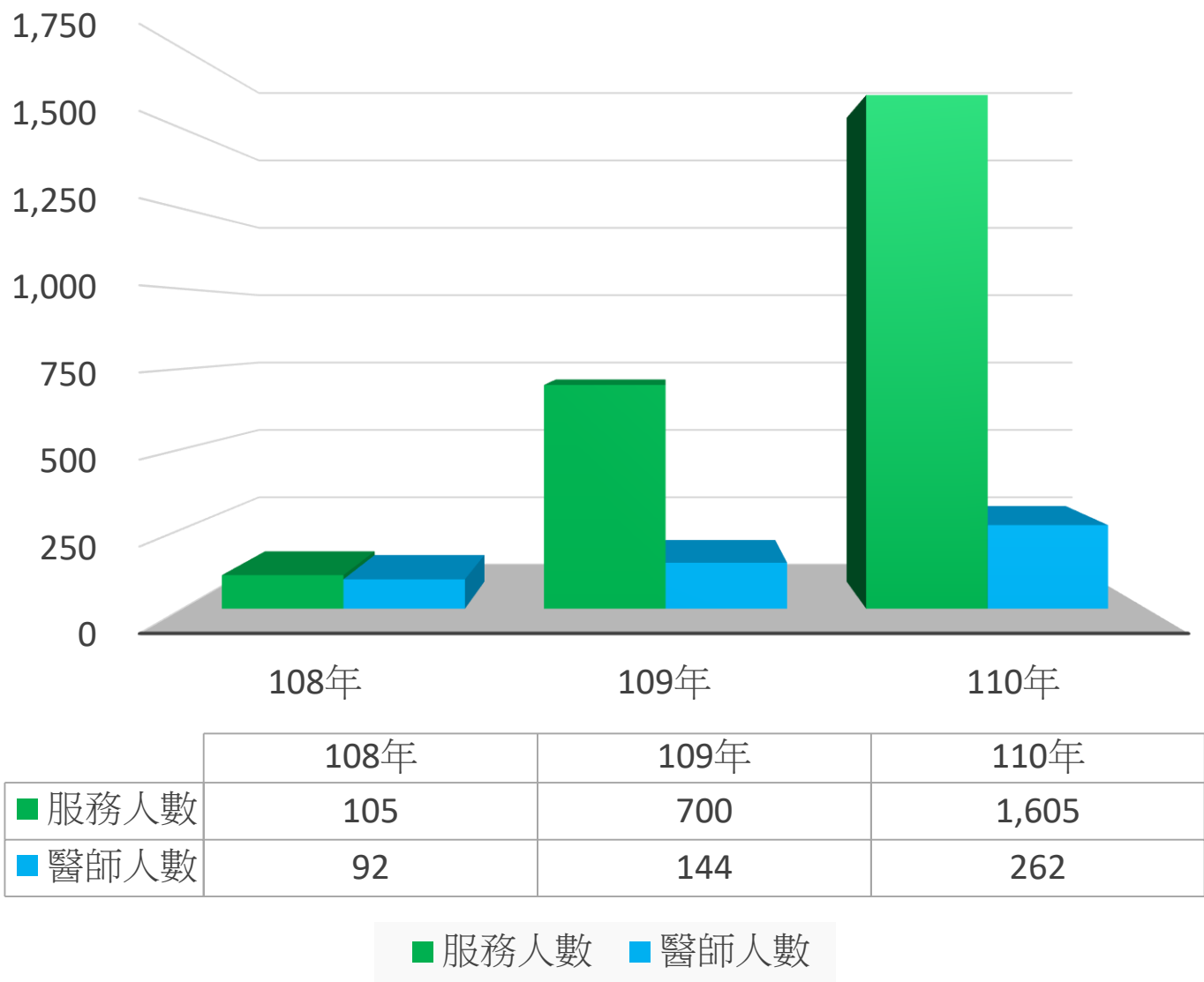


推動「健保居家醫療整合方案」，中醫師加入各縣市社區醫療群，一同照護行動不便及弱勢長者，藉由專業中醫師改善患者呼吸排痰功能與肢體活動，提升ADL能力與生活品質，如圖為中區中醫師到個案家中進行訪視，評估患者中風失能狀況，在病患家中為中風患者進行針灸業務，此外也有我們中醫的護理師至獨居長者個案家中進行訪視。



配合衛生福利部「建立中醫社區醫療及居家服務網絡計畫」，我們也鼓勵社區各中醫院所中醫師一起加入培訓。逐步訓練從居家個案訪視與衛教進到熟悉居家醫療的服務，充實不斷在增加的居家整合醫療的醫療人力需求，以及未來中醫社區及居家家庭醫師專科訓練量能。

還有來自長照司「居家長照試辦計畫」結合照服單位的服務（包括照服員）進行照顧難題協力解決方案，也在進行之中。





https://i.ytimg.com/vi/lmay_sWOMlg/maxresdefault.jpg

中醫醫療照護送到家專線

服務縣市	醫療照護主責單位	聯絡電話
基隆、台北 新北、宜蘭	台北市中醫師公會	(02)2314-5789
桃園、新竹、苗栗	桃園市中醫師公會	(03)358-1992
台中、彰化、南投	中國醫藥大學附設醫院	(04)2206-8297
雲林、嘉義、台南	佛教慈濟醫療財團 法人大林慈濟醫院	(05)264-8000#5514
高雄、屏東	屏東縣中醫師公會	(08)751-0096
花蓮、台東	台東縣中醫師公會	(089)355-700

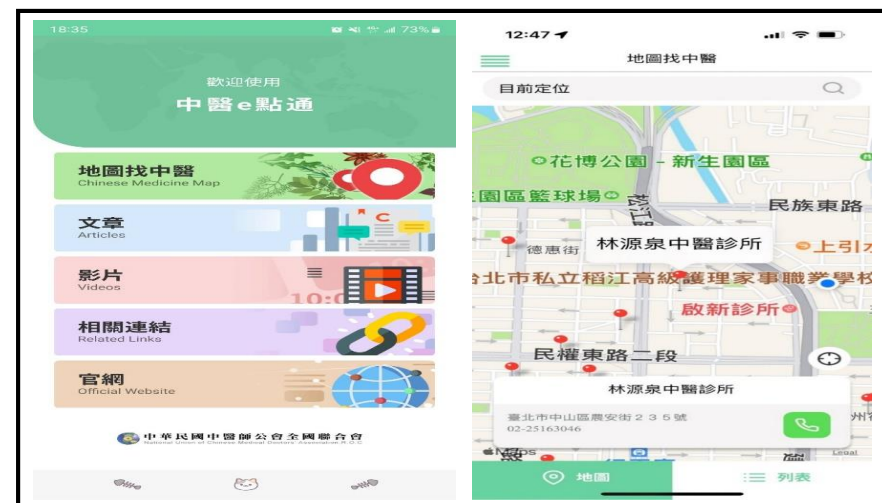
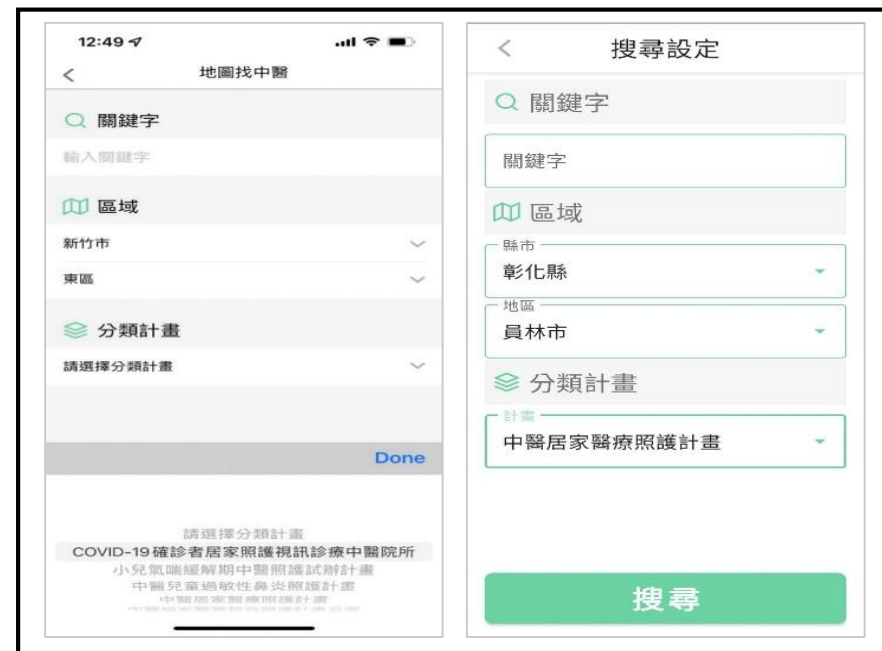
111年承辦「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，中醫團隊正式走進養護中心、照護機構為其中住民提供健保醫療服務，對於中風行動不便、長期臥床、褥瘡及泌尿道感染等問題，進行中醫診療服務。第一年即有全國各縣市60多家院所踴躍投入，相信對於住民的照護品質提升必有相當大的助益。



體貼民眾，開發便民APP軟體：中醫e點通，方便民眾找到中醫的服務我們知道，有好的服務，也要民眾找的到才能使用！

健保為民眾提供了許多中醫專案服務（如小兒過敏、孕產...）都是民眾相當需要的，然而有須求的民眾卻不知道或找不到，這是相當可惜的！許多中醫的推廣活動（如小小華陀營、護鼻操...）也是受到普遍歡迎的。然而，這些資訊並沒有能夠廣泛的讓民眾知道。

為服務廣大民眾，中醫師公會全聯會設計了行動裝置APP「中醫e點通」，功能包含地圖搜尋承做各種專案的中醫院所、中醫藥相關知識文章、衛教影片、活動介紹以及各縣市公會的官網連結，藉由手機GPS定位地圖搜尋功能讓有中醫藥需求的民眾能最即時的找尋住家鄰近的中醫診所，以便得到最需要的服務。



中醫e點通 - GPS定位地圖搜尋功能畫面。

因應COVID-19疫情，中醫醫療院所提供視訊診療服務



111年度因疫情擴大，政府核准公費給付確診者清冠一號，因應COVID-19疫情需要，衛生福利部依藥事法第48條之2規定，核准8家中藥廠於國內專案製造「臺灣清冠一號」，其所核定之藥品類別為中醫師處方藥，須由中醫師診斷開立處方後使用。

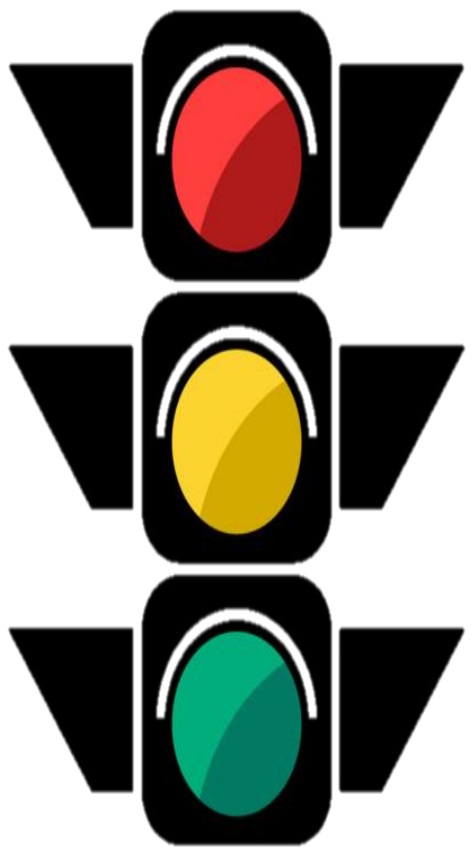
本會於官網公告諮詢院所及視訊診療名單，為方便民眾點選，另製作「跑馬燈」提供快速連結。另與衛生福利部中醫藥研究所、中醫藥司及中央健康保險署，共同辦理「中醫視訊診療暨公費清冠一號線上說明會」，會後協助匯整相關資料提供於官網供中醫會員下載參考。

- 新冠肺炎疫情警戒期間，民眾擔心外出看病有染疫風險，恐延遲就醫而影響病情。為解決就醫疑慮，健保署擴大辦理「視訊診療照護」，讓所有門診病人都能透過視訊，零接觸看診，降低到院所就醫染疫風險，保障民眾就醫權利。

- 本會110年5月成立「臺灣中醫防疫醫療國家隊」，並整合全國22個縣市中醫師公會，成立中醫服務諮詢專線，由公會派員中醫師值班，上班日上午9時至下午5時，提供民眾即時諮詢服務，並安排檢疫所確認者的視訊就醫服務。

- 隨時配合疫情變化，將疫情相關報導、公告訊息整理於「全聯會會務佈告欄」，以利中醫會員或民眾參考。

宣導：於中醫會訊上刊登「開業執業紅黃綠燈區」



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1.0以下非無醫鄉地區列為優先鼓勵會員開、執業。

紅綠區 每萬人口中醫師數(紅燈大於3)

單縣別	縣市名稱	鄉鎮名稱	基層中醫師	內政部人口數	每萬人口中醫師數	單縣別	縣市名稱	鄉鎮名稱	基層中醫師	內政部人口數	每萬人口中醫師數
1	宜蘭縣	羅東鎮	33	72,477	4.55	3	臺中市	大甲區	98	211,685	4.63
1	基隆市	安樂區	28	82,430	3.40	3	臺中市	大甲區	31	77,776	3.99
1	基隆市	仁愛區	14	44,199	3.17	3	臺中市	太平區	71	190,157	3.73
1	新北市	永和區	92	222,165	4.14	3	臺中市	沙鹿區	33	93,139	3.54
1	臺北市	大同區	106	128,732	8.23	3	臺中市	霧峰區	23	65,550	3.51
1	臺北市	中正區	77	159,695	4.82	3	臺中市	大雅區	33	95,526	3.45
1	臺北市	中山區	102	229,893	4.44	3	臺中市	東勢區	17	50,562	3.37
1	臺北市	大安區	126	309,683	4.07	3	臺中市	烏日區	23	74,567	3.07
1	臺北市	信義區	79	224,558	3.52	4	雲林縣	北港鎮	22	40,130	5.48
2	苗栗縣	苗栗市	30	88,569	3.39	4	雲林縣	斗六市	52	108,590	4.79
2	桃園市	龜山區	98	158,848	6.17	4	雲林縣	西螺鎮	16	46,129	3.47
2	桃園市	桃園區	136	443,760	3.06	4	雲林縣	虎尾鎮	22	70,858	3.10
2	新竹市	北區	52	150,766	3.45	4	嘉義市	東區	61	121,807	5.01
2	新竹市	東區	68	214,148	3.18	4	嘉義市	西區	48	147,284	3.26
3	南投縣	草屯鎮	40	97,580	4.10	4	嘉義縣	大林鎮	23	31,026	7.41
3	南投縣	水里鄉	7	17,680	3.96	4	嘉義縣	朴子市	23	42,253	5.44
3	南投縣	南投市	32	99,850	3.20	4	臺南市	中西區	44	77,700	5.66
3	南投縣	埔里鎮	25	80,737	3.10	4	臺南市	東區	101	186,575	5.41
3	彰化縣	彰化市	127	232,965	5.45	4	臺南市	北區	53	132,403	4.00
3	彰化縣	員林市	62	124,603	4.98	4	臺南市	永康區	88	234,231	3.76
3	彰化縣	鹿港鎮	40	86,732	4.61	4	臺南市	新營區	26	77,916	3.34
3	彰化縣	二林鎮	21	50,816	4.13	5	屏東縣	屏東市	79	200,235	3.95
3	彰化縣	北斗鎮	12	33,281	3.61	5	屏東縣	潮州鎮	18	54,036	3.33
3	臺中市	北區	160	147,751	10.83	5	高雄市	燕巢區	26	29,823	8.72
3	臺中市	中區	16	18,544	8.63	5	高雄市	鳥松區	38	44,262	8.59
3	臺中市	西區	82	119,626	7.09	5	高雄市	前金區	20	26,888	7.44
3	臺中市	東區	52	76,010	6.84	5	高雄市	新橋區	26	51,020	5.10
3	臺中市	潭子區	69	108,447	6.36	5	高雄市	苓雅區	78	170,457	4.58
3	臺中市	南屯區	100	169,376	5.90	5	高雄市	左營區	85	196,839	4.32
3	臺中市	豐原區	89	167,022	5.33	5	高雄市	三民區	130	342,176	3.80
3	臺中市	南區	66	125,372	5.26	5	高雄市	鹽埕區	9	24,212	3.72
3	臺中市	西屯區	116	227,851	5.09	6	花蓮縣	花蓮市	63	103,890	6.06
3	臺中市	北屯區	136	276,438	4.92	6	臺東縣	關山鎮	7	8,747	8.00

中醫會訊宣導「開業執業紅黃綠燈區」版面

總人數：7423 全國各地會員分布表 製表日期：108.11.30

縣市別	台北市	新北市	基隆市	宜蘭縣	桃園市	新竹市	新竹縣	苗栗縣	台中市	大臺中	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	22 2	18 8	0 1	1 1	7 6	1 0	0 0	0 0	4 1	3 3	0 0
會員人數	1080	1134	81	81	548	139	88	123	819	652	392
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	1 0	3 2	1 0	4 1	6 1	2 0	3 2	0 1	5 0	8 0	1 0
會員人數	142	164	117	86	335	242	594	298	152	106	50

中醫會訊宣導「全國各地會員分布表」版面

推行「中醫穴位護眼操」

藉著按摩眼周與手上的9個穴位，每次只要5分鐘護眼滿分。透過按壓眼部周圍的睛明、攢竹、魚腰、絲竹空、瞳子髎、四白、太陽及耳垂點等8個穴位，外加雙手的合谷穴共9個穴位，達到護眼、醒腦與消除眼睛疲勞的作用。

中醫穴位護眼操

第一式 按摩睛明穴
睛明穴在眼內眦，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

第二式 按摩攢竹穴
攢竹穴在眼內眦，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

第三式 按摩魚腰穴
魚腰穴在眼內眦，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

第四式 按摩絲竹空穴
絲竹空穴在眼內眦，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

第五式 按摩瞳子髎穴
瞳子髎穴在眼內眦，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

第六式 按摩四白穴
四白穴在眼內眦，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

第七式 按摩太陽穴
太陽穴在眼內眦，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

第八式 按摩耳垂點
耳垂點在耳垂，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

第九式 按摩合谷穴
合谷穴在手，力能通目睛一按
一三三三三三七七 對眼向下點點點

利用網頁連上 睛明姐姐 粉絲團
就可以查看最新的護眼小活動囉！
教學網址：
<https://www.facebook.com/jimiSISTER>

主辦單位：台北市中醫師公會
諮詢電話：02-2314-3456

每天按摩三次每次五分鐘眼明神清精神好



推行《護鼻健康操》衛教推廣計畫活動

自105年開始，由北區開始辦理中醫護鼻健康巡迴講座。106年起台北市、新北市、台中市...等中醫師公會陸續加入護鼻操推廣行列，藉由中醫師親自到各縣內國中、小學校園內，透過40分鐘過敏性鼻炎疾病衛教介紹及護鼻健康操教育活動，提醒學童注意避免過敏性鼻炎之致敏因子，增強對相關症狀預防及降低症狀嚴重性。

辦理小華佗營活動

- 針對學齡兒童，設計中醫相關醫藥知識闖關活動，教導小朋友從遊戲中認識及學習中醫中藥知識，也讓參與的家長能一起從趣味活動競賽中，體會中醫藥的智慧與奧妙。

透過寓教於樂的方式，從遊戲中學習中醫，親自體驗中醫望聞問切四診診察與針灸傷科等治病方式，教育未來的主人翁，強調預防保健重於治療的理念，期望這些莘莘學子能夠成為具備中醫知識的種子，散播至各家庭中，讓中醫藥知識在全國更普及，也讓更多民眾受惠。

- 各縣市公會每年用心舉辦的小華佗營，目的是將中醫藥知識向下紮根，推廣中醫，以生動活潑的遊戲，帶動小朋友學習中醫藥的樂趣。



辦理中醫藥博覽會

- 台灣中醫藥界承接優秀的中醫傳統並融合現代實證醫學，在傳統醫學研究發展風潮中展現出一番風華。每次活動皆獲得民眾極大的迴響，一天之中約有上萬人次參訪。
- 「2020台北區中醫博覽會」由台北市中醫師公會承辦，當日活動豐富，由中醫師示範護鼻操動作，教導民眾向鼻炎說不；由中醫師及志工朋友共同示範少林八段錦功法，教導民眾強身健體抗失智，在遊戲中認識中醫，養生自己做，生病看中醫，成功推廣中醫給民眾認識。



辦理國際中醫藥學術大會

總統蔡英文女士、立法院院長游錫堃先生應本會柯富揚理事長邀請，於民國110年3月14日上午蒞臨第91屆國醫節紀念大會。



總統就中藥品質的把關方面特別提到，無論是查驗制度、檢驗標準、製造品質，以及中醫藥典的編修，都需要積極與國際標準接軌，擴展中醫藥在全球市場的競爭機會。



蔡總統於致詞時，盛讚臺灣中醫積極發展中西醫雙軌合治模式，並成功用於對抗新冠肺炎疫情，受到全球高度矚目，其中，中醫界研發的中藥複方更因能有效對抗新冠病毒，已熱銷歐、美、日等14國，讓世界看到臺灣，

右圖出處：<https://img.ltn.com.tw/Upload/news/600/2021/03/14/phpVdF40.jpg>

左圖出處：<https://img.ltn.com.tw/Upload/news/600/2022/03/13/phpI5SFTS.jpg>



蔡總統還表示：臺灣中醫界在中藥研發製造、中醫醫療管理，還有中西醫整合、經驗輸出等領域，均具備國際商機，是爭取新南向市場的機會，值得開拓發展，而臺灣在《中醫藥發展法》制定後，中醫藥將走向新的里程碑，例如中醫特定疾病輔助醫療計畫，除原本的癌症、孕產照護外，已新增呼吸困難的病人，未來政府要持續深耕中醫學的訓練，以及中醫照護佈建等工作，讓中醫藥法制越來越完善

辦理國際中醫藥學術大會

自創會以來，積極定期舉辦中西醫學術研討會，邀請國內外專家學者前來講學，同時也協助友會舉辦國際學術研討會。歷年來研討會的豐碩成果激勵本會主辦更具規模、水準及代表性的國際傳統醫學研討大會，以促進國際間交流、推動傳統醫學全球化，讓傳統中醫藥成為世界主流醫學的一環，照護更多世人健康。



中醫師公會全聯會榮獲 內政部績優社團「特優」肯定

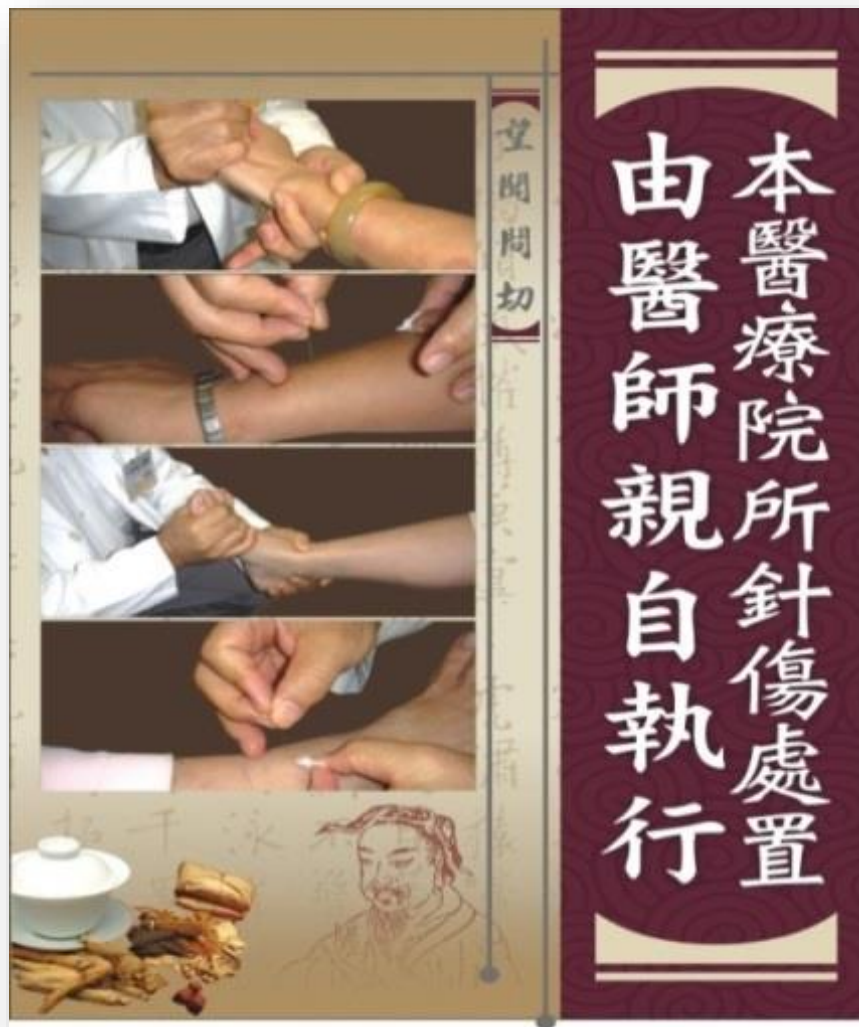
內政部為表揚國內績優社會暨職業團體，爰於每年定期舉辦「績優全國性社會暨職業團體評鑑」，並依據各社團會務運作、業務推展、公益服務等實際績效情況，進行嚴謹客觀地評比，中醫師全聯會在連續兩年獲得優等獎後，在本次全國上萬餘家社團的激烈競爭中，脫穎而出，榮獲內政部評鑑「特優獎」的最高榮譽。

<https://group.moi.gov.tw/sgms/html/kaleidoscope!viewImageFile.action?id=8a428afc7d743a12017e2d57b95e1fef&format=master>



製作健保業務相關宣導海報

針對各項民眾關心的健保中醫藥相關議題，製作宣導海報，並張貼於醫療院所明顯處，讓民眾即時了解各項條文規定，保障自身權利。



製作「中醫養生保健手冊」

本會為推動「中醫治未病」之養生觀念，加強國民自我保健意識，針對各個族群規劃十大項中醫養生保健主題，內容分別為「青少年成長發育」、「婦女健康」、「肝臟」、「銀髮族健康」、「三高症預防」、「防治過敏性鼻炎」、「預防感冒」、「防治筋骨關節疾病」、「防癌抗癌」及「兒童視力」，並製作成10本小手冊，分贈民眾參閱，以期促進全民健康。



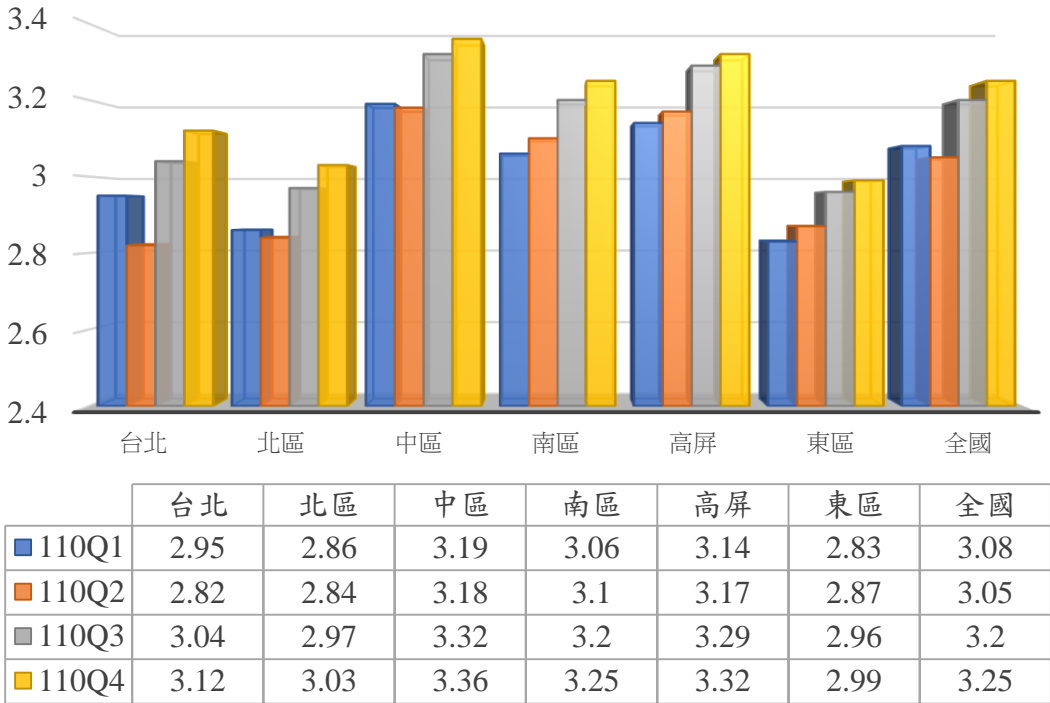


2-3

一般服務項目 執行績效

專業醫療服務品質
之確保與提升

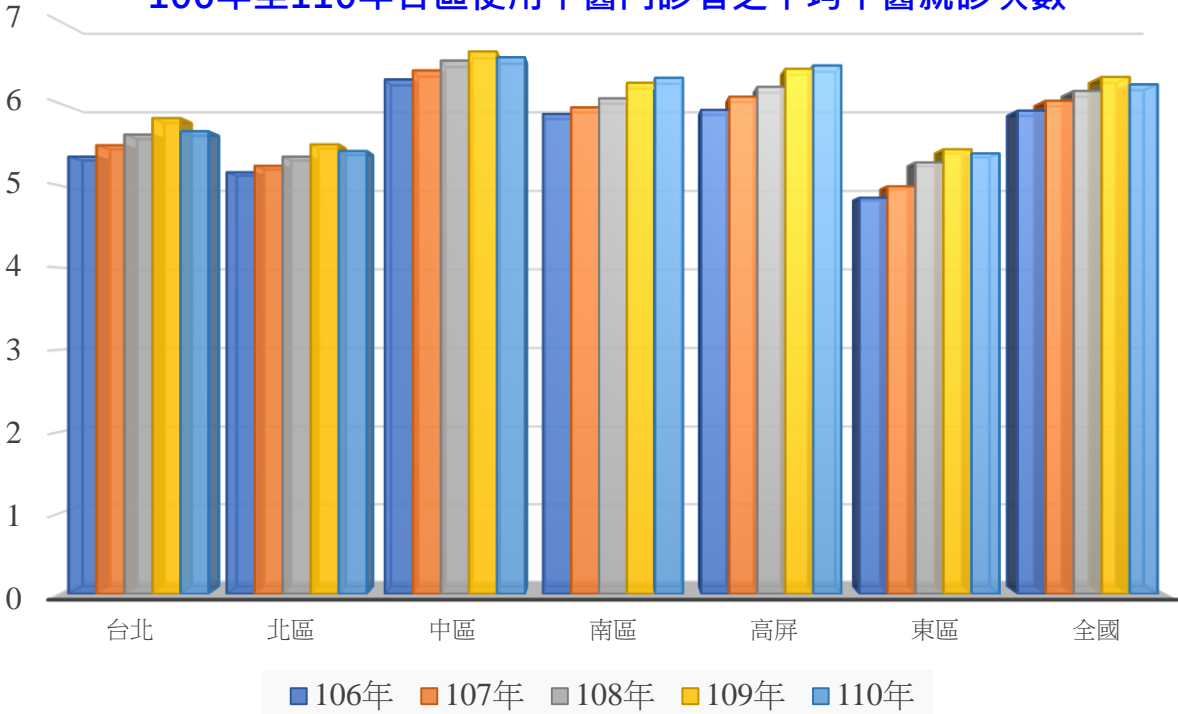
110年各區各季使用中醫門診者之平均中醫就診次數



■ 110Q1 ■ 110Q2 ■ 110Q3 ■ 110Q4

- 1.資料來源：醫療給付檔案分析系統。
- 2.資料範圍：每季各區中醫門診總額就醫且診察費>0且排除巡迴醫療之門診案件(中醫巡迴醫療案件係指案件分類為25之案件)。
- 3.公式說明：分子／分母
◎分子：中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之案件數。
◎分母：中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之人數。
- 4.指標參考值：以前5年同季平均值±20%。
- 5.指標方向：非絕對正向或負向。

106年至110年各區使用中醫門診者之平均中醫就診次數



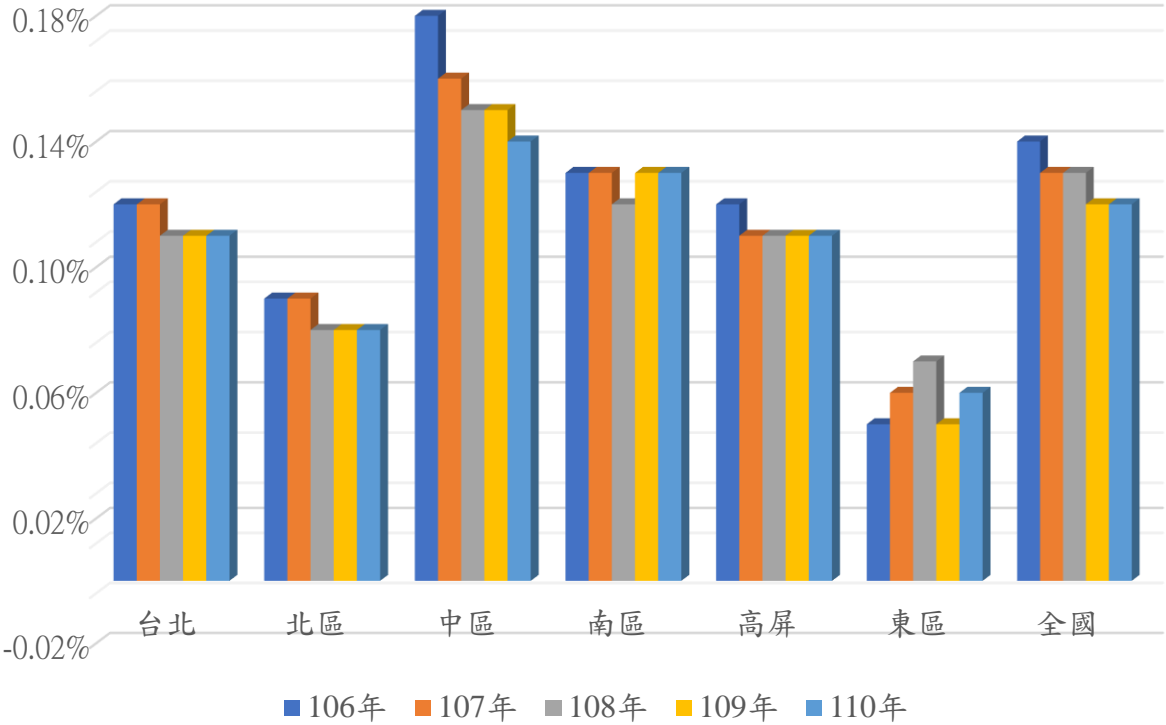
■ 106年 ■ 107年 ■ 108年 ■ 109年 ■ 110年

年度	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
106年	5.35	5.16	6.29	5.87	5.92	4.85	5.91
107年	5.49	5.24	6.40	5.95	6.08	4.99	6.03
108年	5.62	5.35	6.52	6.06	6.20	5.28	6.15
109年	5.82	5.50	6.63	6.25	6.42	5.44	6.32
110年	5.66	5.42	6.56	6.31	6.46	5.39	6.23
	○	○	○	○	○	○	○

4.84≤參考值≤7.26

註：符號說明，>為高於參考值上限，<為小於參考值下限，○為符合參考值範圍。

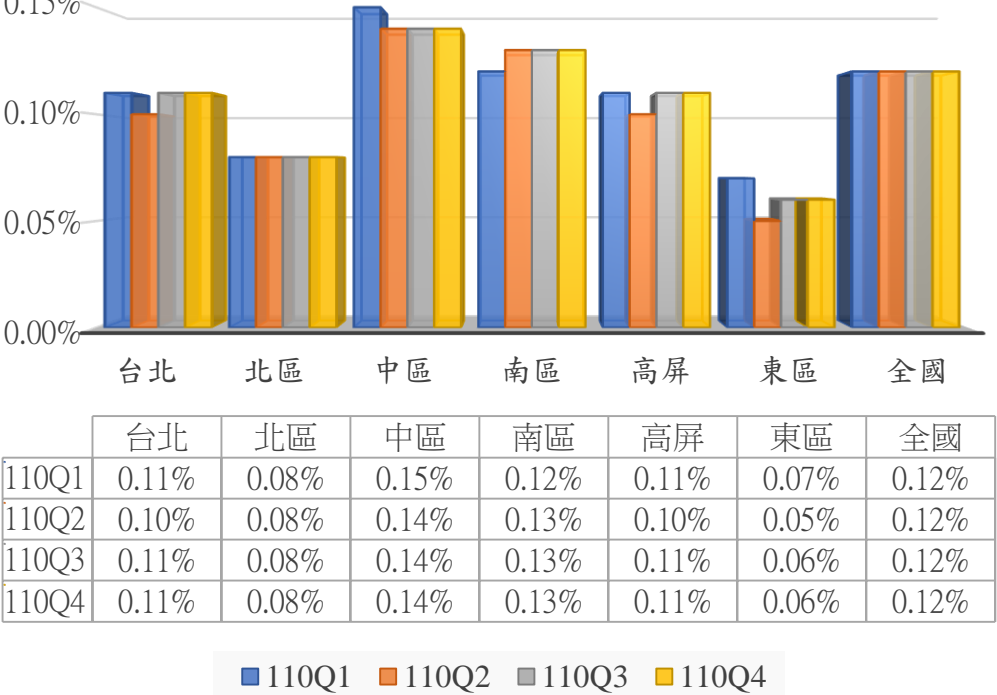
106年至110年各區就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率



年度	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
106年	0.12%	0.09%	0.18%	0.13%	0.12%	0.05%	0.14%
107年	0.12%	0.09%	0.16%	0.13%	0.11%	0.06%	0.13%
108年	0.11%	0.08%	0.15%	0.12%	0.11%	0.07%	0.13%
109年	0.11%	0.08%	0.15%	0.13%	0.11%	0.05%	0.12%
110年	0.11%	0.08%	0.14%	0.13%	0.11%	0.06%	0.12%
	○	<	○	○	○	<	○

0.11% ≤ 監測值 ≤ 0.16%

110年各區各季就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率



- 110Q1 ■ 110Q2 ■ 110Q3 ■ 110Q4

1. 資料來源：醫療給付檔案分析系統。

2. 資料範圍：每季所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。

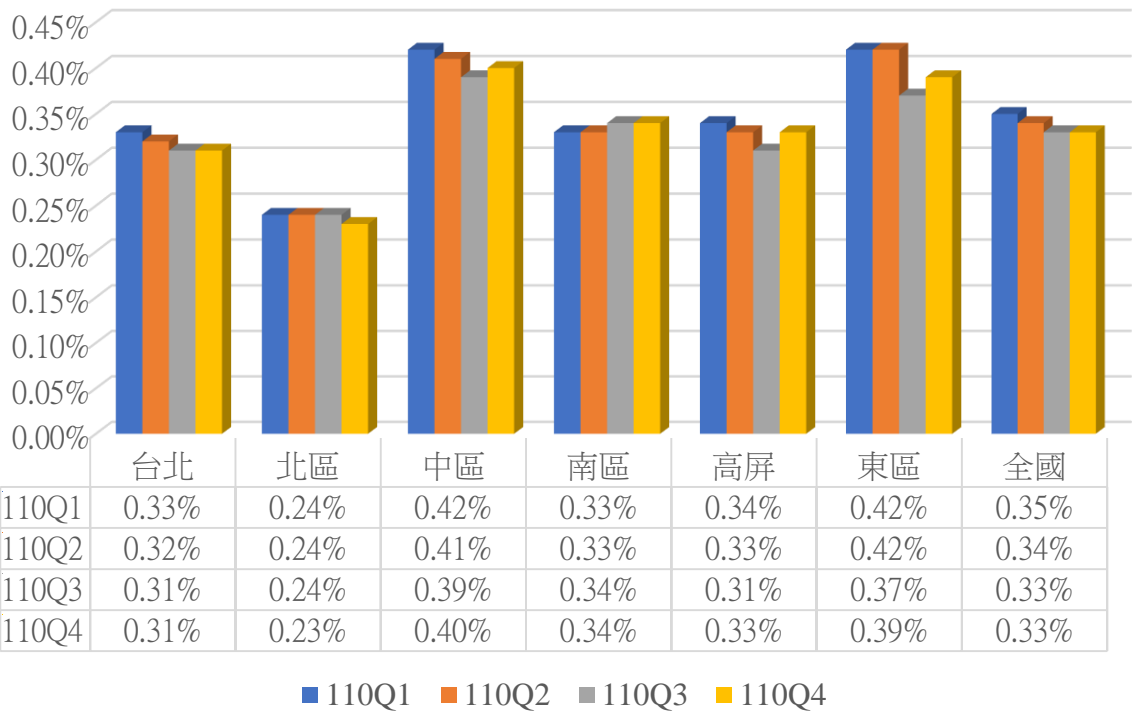
3. 公式說明：分子／分母
◎分子：按各區、病人ID、就醫日期歸戶，計算就診2次(含)以上之筆數。
◎分母：按各區、病人ID、就醫日期歸戶之筆數。

4. 指標參考值：以前5年同季平均值±20%。

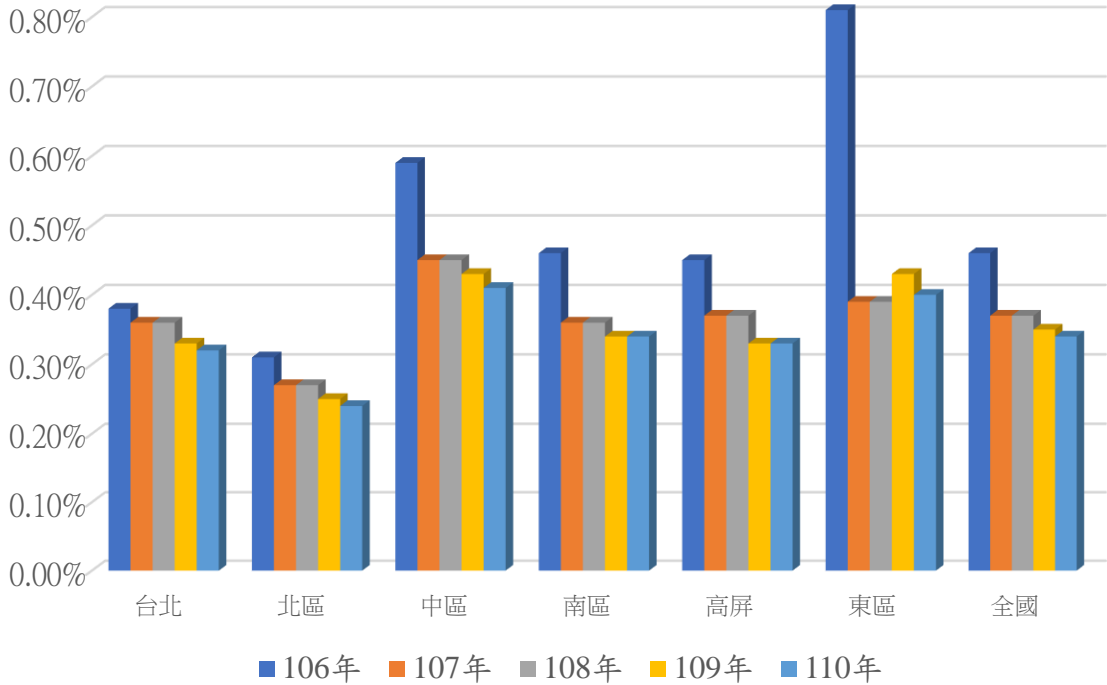
5. 指標方向：負向。

註：符號說明，>為高於參考值上限，<為小於參考值下限，○為符合參考值範圍。

110年各區各季就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率



106年至110年各區就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率



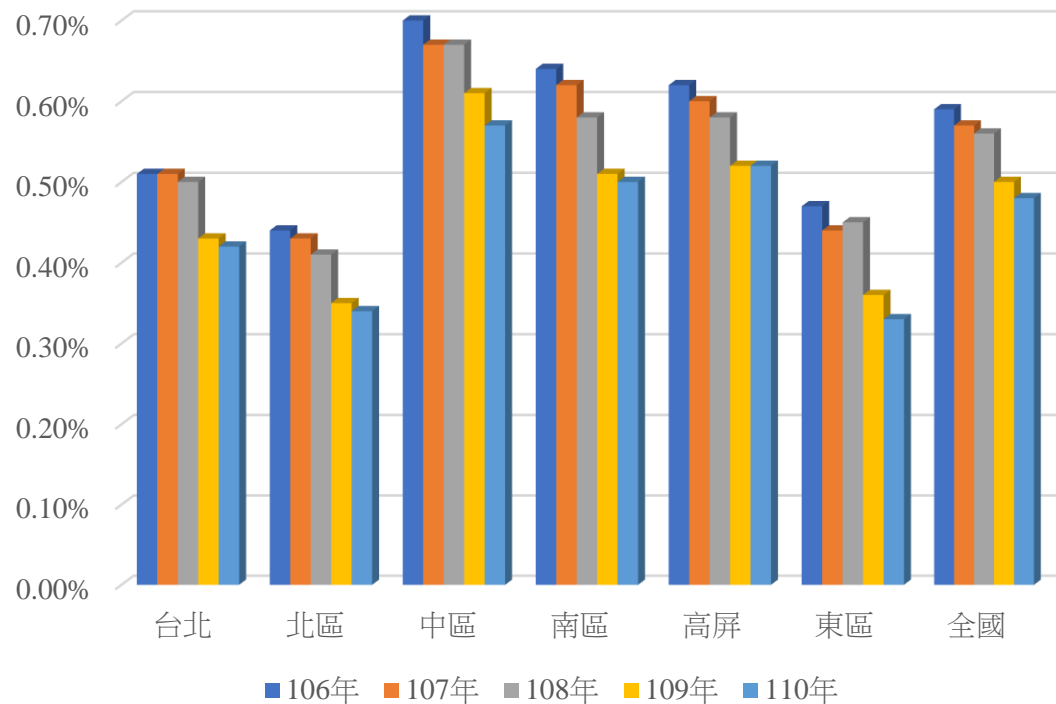
- 1. 資料來源：醫療給付檔案分析系統。
- 2. 資料範圍：每季所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。
- 3. 公式說明：分子／分母
 - ◎分子：按各區、病人ID歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。
 - ◎分母：各區申報總件數。
- 4. 指標參考值：以前5年同季平均值±20%。
- 5. 指標方向：負向。

年度	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
106年	0.38%	0.31%	0.59%	0.46%	0.45%	0.81%	0.46%
107年	0.36%	0.27%	0.45%	0.36%	0.37%	0.39%	0.37%
108年	0.36%	0.27%	0.45%	0.36%	0.37%	0.39%	0.37%
109年	0.33%	0.25%	0.43%	0.34%	0.33%	0.43%	0.35%
110年	0.32%	0.24%	0.41%	0.34%	0.33%	0.40%	0.34%
	○	<	○	○	○	○	○

0.32% ≤ 參考值 ≤ 0.48%

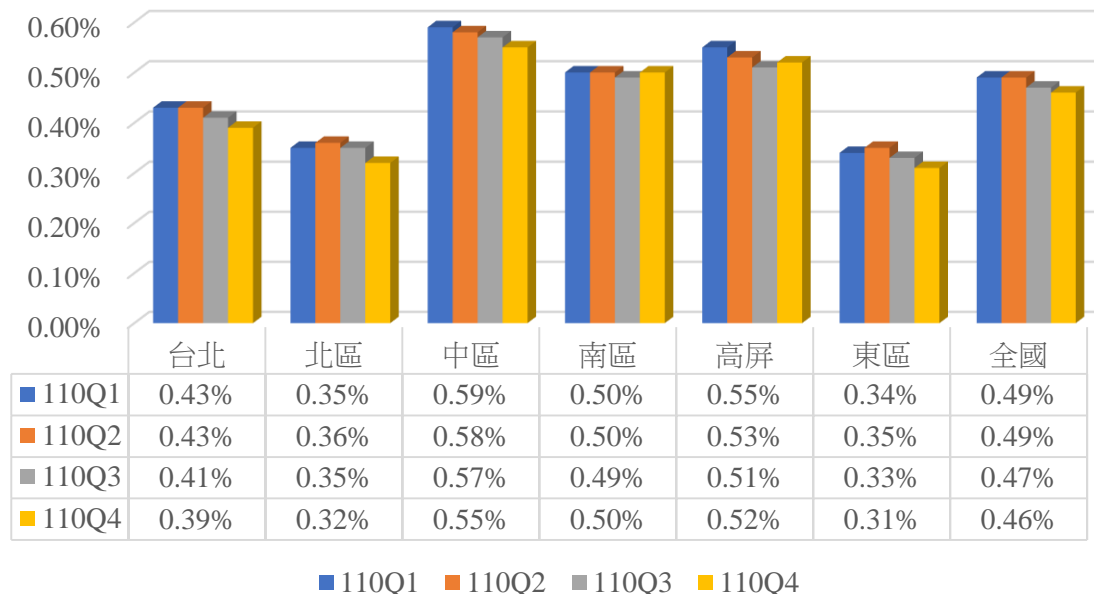
註：符號說明，>為高於參考值上限，<為小於參考值下限，○為符合參考值範圍。

106年至110年各區使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率



年季	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
106年	0.51%	0.44%	0.70%	0.64%	0.62%	0.47%	0.59%
107年	0.51%	0.43%	0.67%	0.62%	0.60%	0.44%	0.57%
108年	0.50%	0.41%	0.67%	0.58%	0.58%	0.45%	0.56%
109年	0.43%	0.35%	0.61%	0.51%	0.52%	0.36%	0.50%
110年	0.42%	0.34%	0.57%	0.50%	0.52%	0.33%	0.48%
	<	<	○	○	○	<	○
0.45% ≤ 參考值 ≤ 0.68%							

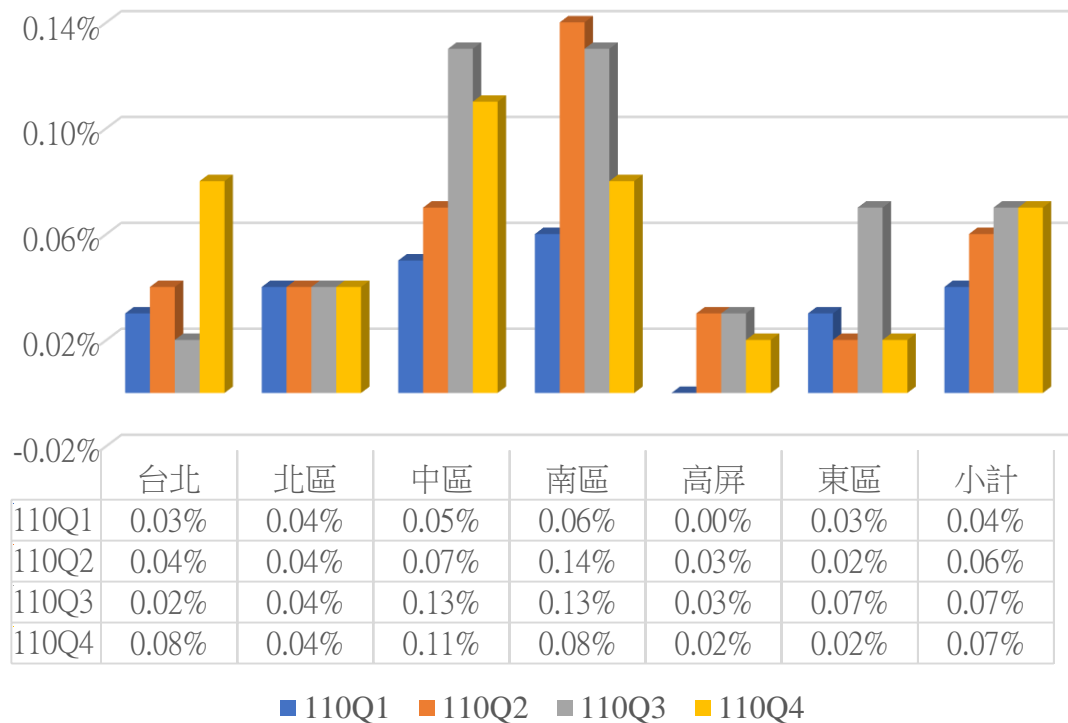
110年各區各季使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率



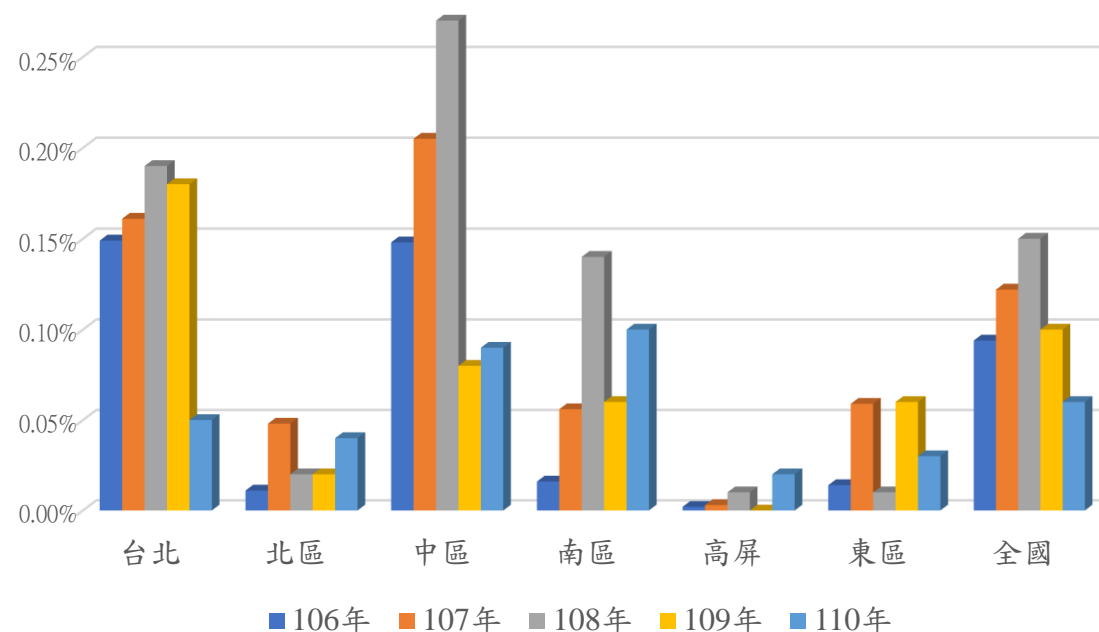
- 資料來源：醫療給付檔案分析系統。
- 資料範圍：每季所有屬中醫總額就醫之門診案件。
 - ◎給藥案件：藥費不為0，或給藥天數不為0。
 - ◎排除給藥日份大於7日之案件。
 - ◎排除針灸、傷科案件。
- 公式說明：分子／分母
 - ◎分子：按[總額部門、特約類別、ID]歸戶，計算每個ID的重疊給藥日份加總。
 - ◎分母：給藥案件之給藥日份加總。(排除重疊用藥日數=1的案件)。
- 指標參考值：以前5年同季平均值±20%。
- 指標方向：負向。

註：符號說明，>為高於參考值上限，<為小於參考值下限，○為符合參考值範圍。

110年各區各季於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率



106年至110年各區於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率



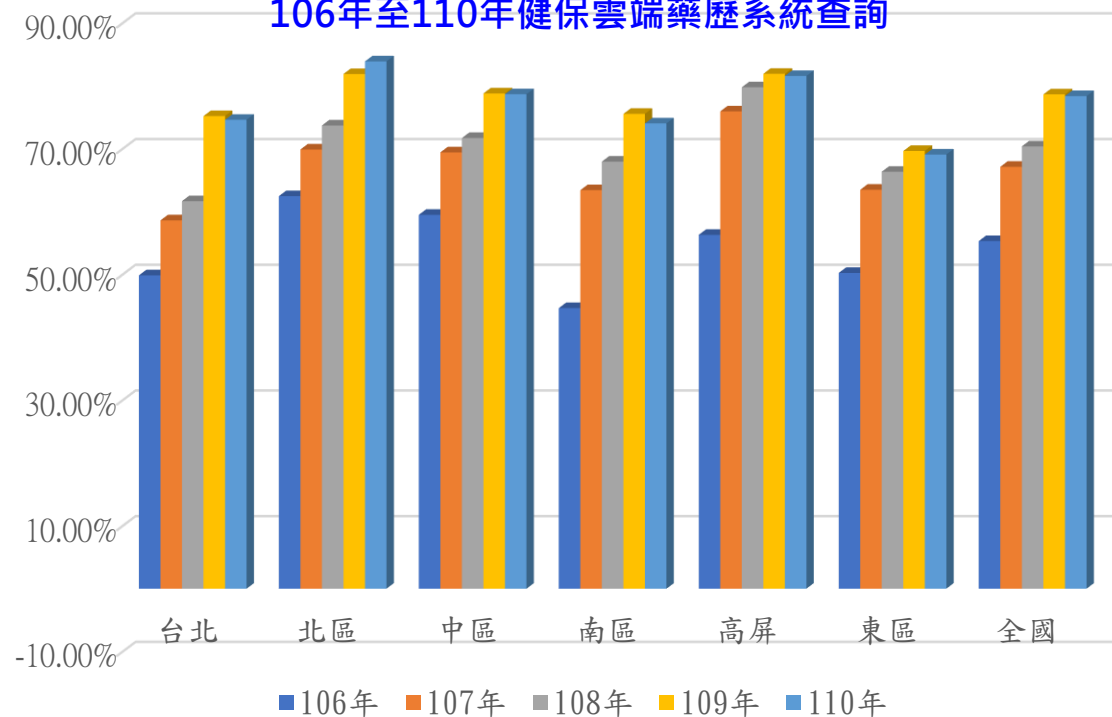
年季	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
106年	0.149%	0.011%	0.148%	0.016%	0.002%	0.014%	0.094%
107年	0.161%	0.048%	0.205%	0.056%	0.003%	0.059%	0.122%
108年	0.190%	0.020%	0.270%	0.140%	0.010%	0.010%	0.150%
109年	0.180%	0.020%	0.080%	0.060%	0.00%	0.060%	0.100%
110年	0.050%	0.040%	0.090%	0.100%	0.020%	0.030%	0.060%
	<	<	○	○	<	<	<
	0.083%≤參考值≤0.124%						

註：符號說明，>為高於參考值上限，<為小於參考值下限，○為符合參考值範圍。

於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率

1. 資料來源：醫療給付檔案分析系統。
2. 資料範圍：每季所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。
3. 公式說明：分子／分母
 ◎分子：針傷科處置大於15次以上之次數總和。。
 ◎分母：總針傷科處置次數。。
4. 指標參考值：以前5年同季平均值±20%。
5. 指標方向：負向。

106年至110年健保雲端藥歷系統查詢



年季	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
106年	49.86%	62.46%	59.49%	44.65%	56.30%	50.24%	55.31%
107年	58.61%	69.88%	69.42%	63.41%	75.94%	63.48%	67.13%
108年	61.66%	73.70%	71.71%	67.95%	79.78%	66.34%	70.37%
109年	75.20%	81.89%	78.80%	75.55%	81.92%	69.65%	78.66%
110年	74.61%	83.90%	78.68%	74.03%	81.58%	69.08%	78.38%
	○	>	○	○	>	○	○
64.85% ≤ 參考值 ≤ 79.26%							

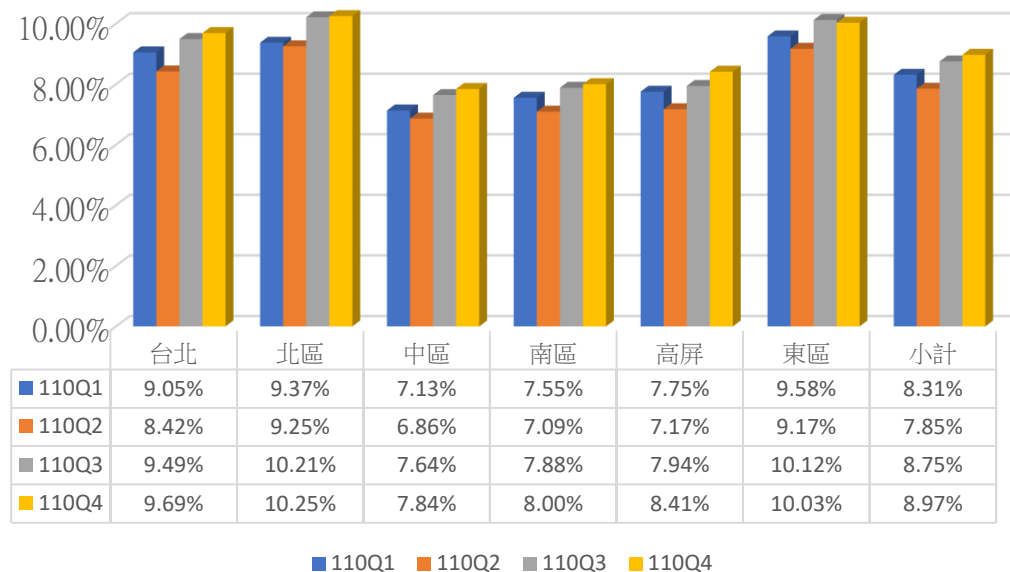
註：符號說明，>為高於參考值上限，<為小於參考值下限，○為符合參考值範圍。

110年各區各季於健保雲端藥歷系統查詢之比率

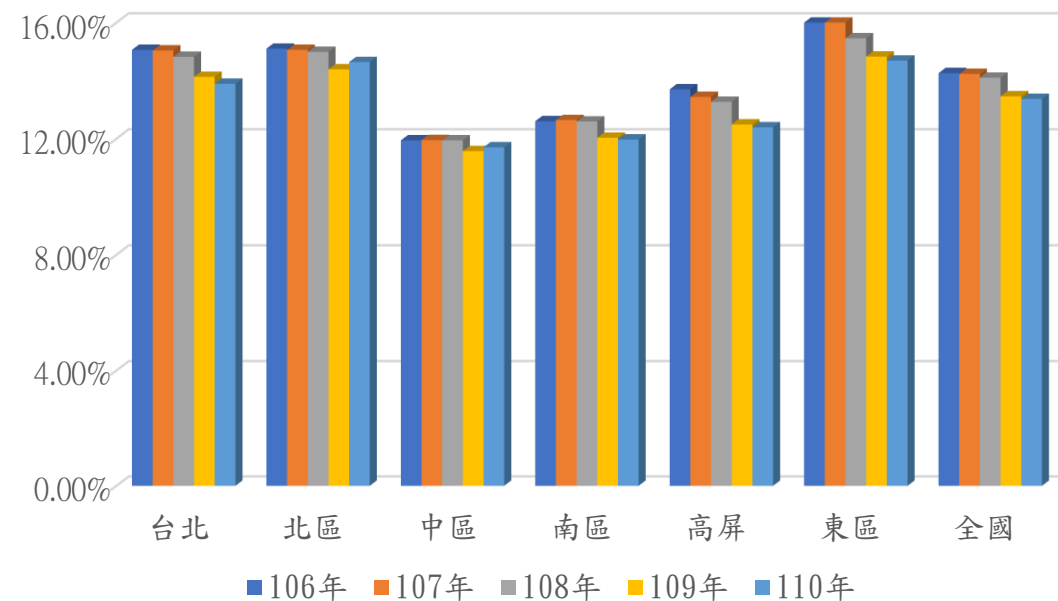


- 1.資料來源：醫療給付檔案分析系統。
- 2.資料範圍：門診中醫+藥歷查詢稽核紀錄檔、註記系統異常之異常註記資訊檔。
- 3.公式說明：分子／分母
 ◎分子：分母病人的中醫門診申報資料以【院所+ID】勾稽藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_AUDIT_LOG)的查詢時間，查詢時間與任一門診就醫日期(08案件使用治療結束日期)相同。
 ◎分母：統計期間(以費用年月認定)的中醫門診就醫歸戶人數，並且排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件、健保卡作業異常無法使用健保卡，排除條件案件後之歸戶人數。
 ◎人數以身分證號+出生年月日【ID+BIRTHDAY】歸戶。
- 4.指標參考值：以前3年同季平均值±10%。
- 5.指標方向：正向。

110年兩年內初診患者人數比率



106年至110年兩年內初診患者人數比率



年季	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
106年	15.06%	15.10%	11.94%	12.60%	13.70%	16.20%	14.26%
107年	15.04%	15.06%	11.95%	12.64%	13.44%	16.00%	14.23%
108年	14.82%	14.99%	11.94%	12.59%	13.27%	15.46%	14.10%
109年	14.13%	14.39%	11.57%	12.03%	12.49%	14.83%	13.46%
110年	13.89%	14.64%	11.70%	11.97%	12.39%	14.69%	13.37%
	○	○	<	<	<	○	○
12.54% ≤ 參考值 ≤ 15.32%							

註：符號說明，>為高於參考值上限，<為小於參考值下限，○為符合參考值範圍。

- 資料來源：醫療給付檔案分析系統。
- 資料範圍：每季所有屬中醫總額就醫並排除「補報原因註記」為2之門診案件。
- 公式說明：分子／分母
 - ◎分子：分母案件中，按【ID+生日】全國跨院往前勾稽二年未曾到中醫院所看診的人數。
 - ◎分母：在統計期間，計算申報醫事類別(HOSP_DATA_TYPE)為14之中醫門診就診總人數。
 - ◎人數計算以【ID+生日】歸戶。
- 指標參考值：以前3年同季平均值±10%。
- 指標方向：非絕對正向或負向。



<https://heho.com.tw/wp-content/uploads/2021/05/1621044713.0889.png>

分區	總院所數	訪查院所數	訪查率	合格院所數	訪查合格率
台北	1,060	53	5.0%	53	100%
北區	452	28	6.2%	28	100%
中區	1,051	58	5.5%	58	100%
南區	497	25	5.0%	25	100%
高屏	544	27	4.0%	27	100%
東區	75	3	5.3%	3	100%

110年「中醫醫療院所加強感染控制」訪查合格率

中醫醫療院所加強感染控制執行率

分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數

分母：中醫門診特約醫療院所數

執行率=分子/分母=3,679/3,679=100%

中醫醫療院所加強感染控制合格率(抽審5%)

分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數

分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數

合格率=分子/分母=194/194=100%

符合針灸/傷科治療規範比率

分子：抽審符合針灸(傷科)治療規範人次

分母：抽審接受針灸(傷科)治療人次

合格率=分子/分母



<https://ch-image-resizer.cwg.tw/resize/uri/https%3A%2F%2Fas.chdev.tw%2Fweb%2Farticle%2F2%2F6%2F4%2F2a18d086-6f78-46c8-b35a-6393cf2c5b811645069846.jpg/?w=621>

110年符合針灸/傷科治療規範比率

年		監測值	106	107	108	109	110
指標項目							
符合針灸治療規範比例	符合	≥前一年同期符合規範比例	100%	100%	100%	100%	100%
	完全符合		83.04%	85.03%	83.66%	83.10%	84.05%
符合傷科治療規範比例	符合		98.64%	99.95%	99.75%	98.94%	90.12%
	完全符合		72.25%	75.34%	72.85%	76.30%	76.40%

品質指標及參考值之檢討與增修

全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案，大部分品質指標經多年管控之後，呈現穩定狀態，經本會研議後於98年新增「針傷科處置次數每月大於15次以上占率」，在本會努力之下，該項指標值也呈現穩定狀態漸趨近於零。

排除

108年針對委員建議修訂了參考值範圍，由「前三年 $\pm 10\%$ 」修訂為「前五年 $\pm 20\%$ 」，並刪除屬性不易判讀的指標。

110年排除「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」

110年排除「全民健康保險居家醫療照護整合計畫（居家中醫醫療服務）」

110年西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫之呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療

藉由各項專業醫療服務品質指標相關資訊的公開，可以讓就醫民眾、醫事機構及醫師皆有取得訊息的管道，進而提升醫療品質，建構安全醫療環境。

增修

110年增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」

110年增修「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」

110年增修「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」

110年增修「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」

110年增修「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」

110年增修增修「健保雲端藥歷系統查詢率」

預算及協定事項

109年預算約為83.6百萬元(原106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元與109年度品質保證保留款60.8百萬元合併運用)，協定事項如下：請健保署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

分配方式(109年)

1.院所核算基礎

A.該院所參與品質保證保留款之核算基礎(A)

= (該院所申報當年醫療服務點數－當年申報藥費與藥品調劑費) × 平均核付率
(含部分負擔，註)

說明：當年申報醫療服務點數以次年3月底為截止點。

B.以上述核算基礎，依本方案第捌點及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之核算基礎：參與品質保證保留款之各院所核算基礎(B)=各院所核算基礎A±第捌點及第玖點增減點數。

C.各院所分配品質保證保留款=(各院所核算基礎B/各院所核算基礎ΣB) × 品質保證保留款

2.辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之中醫門診特約醫事服務機構提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。申復、爭議成功院所之品質保證保留款=(該院所參與品保款分配核算基礎/Σ各醫療院所核算基礎B) × 品質保證保留款

109年品質保證保留款實施方案實施結果

分區	預算數	各分區院所家數(A)	領取品保款金額不為0之院所家數(B)	核發基礎減計為100%之院所家數(C)	因方案第柒點不符核發資格院所家數(D)
台北區	83,605,583	1,192	931	14	247
北區		486	399	7	80
中區		1,109	885	22	202
南區		567	444	8	115
高屏區		587	485	1	101
東區		81	67	1	13
全國		4,022	3,211	53	758

109年品質保證保留款實施方案實施結果(續)

分區	核發品質保證保留款之金額	符合分配院所家數百分比(E)=(B)/(A)	核算基礎減計至100%之院所家數百分比(G)=(C)/(A)	不符核發資格之院所家數百分比(F)=(D)/(A)
台北區	24,017,959	78.1%	1.2%	20.7%
北區	10,303,077	82.1%	1.4%	16.5%
中區	23,059,786	79.8%	2.0%	18.2%
南區	11,280,266	78.3%	1.4%	20.3%
高屏區	13,368,425	82.6%	0.2%	17.2%
東區	1,576,070	82.7%	1.2%	16.0%
全國	83,605,583	79.8%	1.3%	18.8%

107年至109年品質保證保留款實施方案 符合分配院所家數百分比

年度	107年	108年	109年
台北區	80.3%	78.1%	78.1%
北區	82.6%	82.6%	82.1%
中區	82.9%	81.2%	79.8%
南區	78.3%	78.1%	78.3%
高屏區	80.3%	82.9%	82.6%
東區	81.8%	79.8%	82.7%
全國	81.1%	80.3%	79.8%



檢討及改善方向

- ◎ 配合健保會評核委員建議，提高獎勵辦示度，每年檢討並修訂方案。
- ◎ 由107年至109年符合分配院所家數百分比來看，符合家數百分比有逐年下降趨勢。

108年、109年方案修正重點

- ◎ 108年方案，新增核算基礎加計原則：
中醫特約基層院所提供無障礙就醫環境者，加計5%。本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會」確認後生效。
- ◎ 109年方案，考量已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，原品保款中關於無障礙部分予以取消。

提升傷科病歷書寫品質，修訂傷科病歷登錄要素

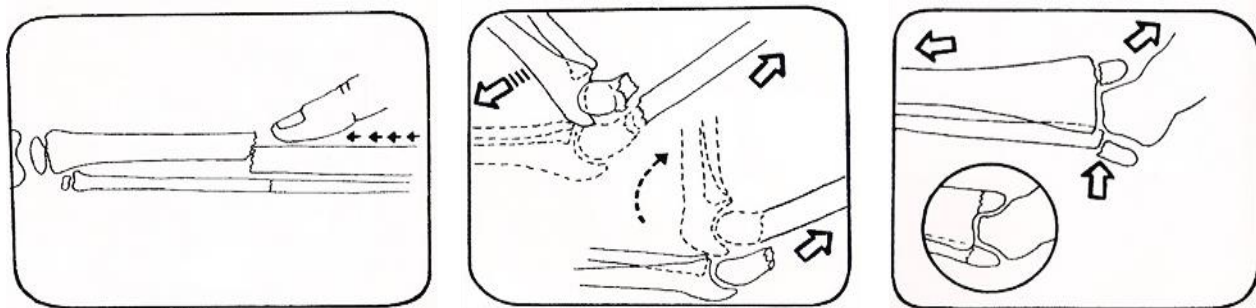
中醫門診總額支付制度中醫傷科就醫次數較為頻繁，為提升中醫傷科醫療品質，在支付方式及療程規範上設計許多相關規定，以免醫療資源過度濫用；審查醫藥專家也常以較嚴謹的尺度去審查傷科案件。

1. 療程的第一次(健保卡序xx-1)病歷登錄要素

S	Subject	患者主訴	<ul style="list-style-type: none">• 患部• 抱怨(患者自覺感受)• 發病時間(現病史)
O	Observe	醫者診察	<ul style="list-style-type: none">• 四診(望聞問切)• 相關檢測(理學檢查、醫學影像、生化檢測等)• 體質探討(相關的過去病史)
A	Assessment	綜合評估	<ul style="list-style-type: none">• 診斷病名、病程分析。
P	Plane to do	治療處置	<ul style="list-style-type: none">• 治則預後、治療處置。

對於傷科案件，可從一些角度去拿捏醫審尺度，譬如從總表案件分類分析、同儕比較百分位分析、與去年同期比較分析等。若有必要加強審查者，就要進行個案判斷。此時，有一個重點，就是要去看個案之療程規劃及執行是否合理，所以基本上病歷應該要有下列登錄要素：

2. 療程中(健保卡序xx-2~~6)病歷登錄要素：病情變化、治則預後、治療處置



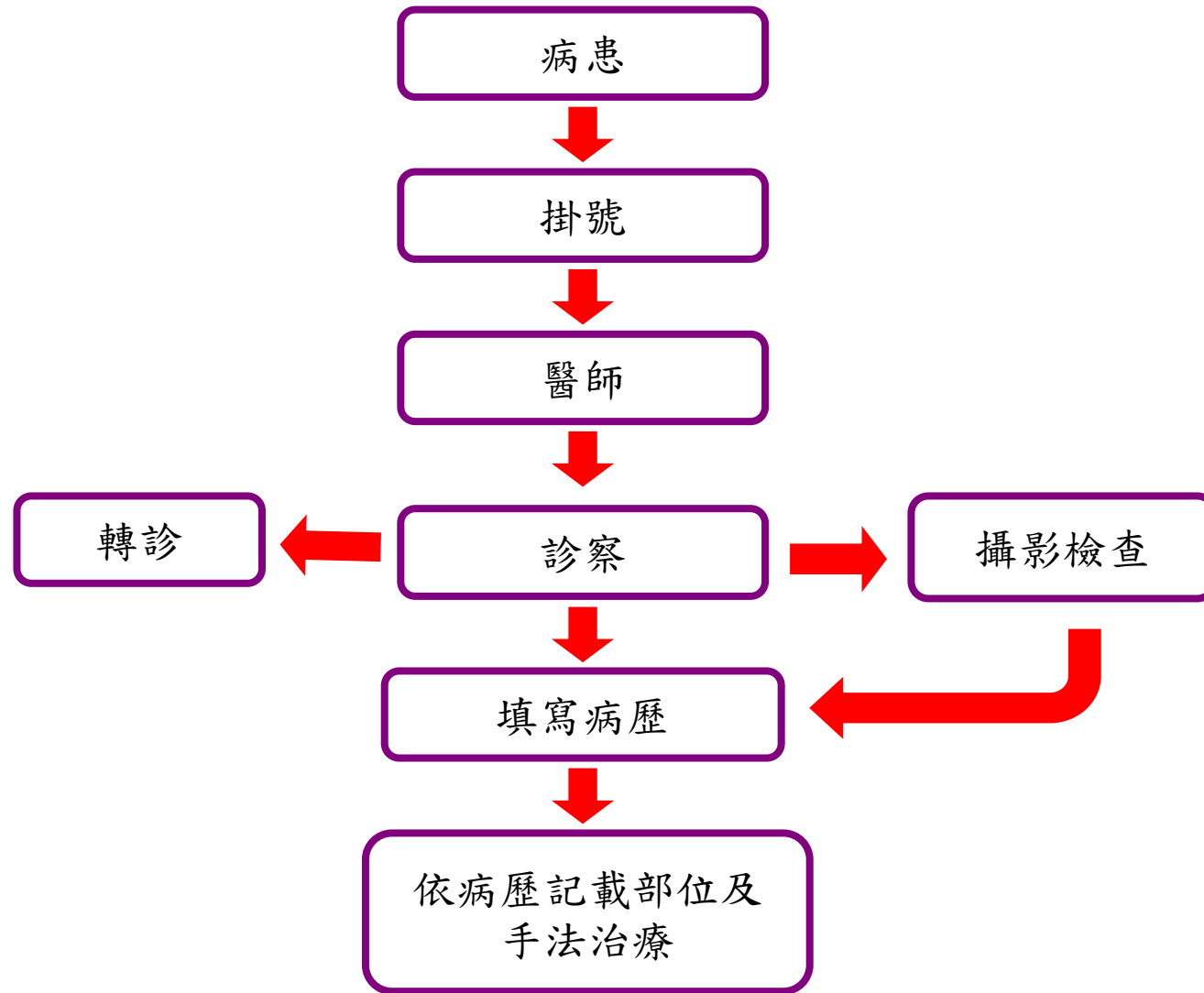
中醫傷科診療圖解—整骨手法

療程規劃的臨床常規

- A. 急性發作期=>較密集的治疗規劃。
- B. 亞急性期或慢性期需要機能復健者=>較舒緩穩定的治療規劃。
- C. 舒緩式療程中病情有急性發作者=>改為較密集的治疗規劃。
- D. 療程中另有新病情發生應延續療程合併新病情治療，不應另起新療程。
- E. 已緩解但需追蹤觀察者=>不必以療程方式進行為治療規劃(為避免浪費資源，療程應從嚴)。
- F. 有積極助於縮短療程的情況下，可考慮合併內服藥的治療
(若無預期療效出現，且內加傷之案件比例偏高者，將加強審核)。



中醫傷科診療圖解—推拿手法



中醫傷科治療流程



提供藥袋標示注意事項參考項目

1. 請核對姓名，保留藥袋至藥品用完。
2. 請當面清點藥品種類及數量。
3. 藥品應置乾燥陰涼避光處，如發現變質切勿服用。
4. 請小心存取，勿讓小孩拿到，以免誤食。
5. 嚴禁將此藥交由他人服用，以防發生意外。
6. 請遵照醫師或藥師指示服用藥品，以確保安全與療效。
7. 服用中藥時，須與西藥間隔1~2小時。
8. 本處方用藥在醫學文獻上尚無副作用之記載。

配合衛生福利部中央健康保險署政策，推廣電子病歷。



台灣醫療體系為中、西醫併存，中醫理論研究底蘊精華深厚，雖然已建立中醫師培育的高等教育制度，惟多年來，中醫師的臨床訓練環境尚處於師徒傳授、經驗體驗的訓練內涵。



<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcR8TSyZpexJFEkMS5zC8jtnmSBPXASXik9bkrgrZ6GGbXW3qjR0qOcnlh6X4M-h7mzDsw&usqp=CAU>

為健全中醫師臨床訓練制度，中醫藥司擬具「建立中醫師臨床訓練制度規劃概念圖」，朝向建立中醫負責醫師訓練、中醫住院醫師訓練及中醫專科醫師訓練三階段規劃執行，並訂定「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，希望健全中醫人才訓練環境的基礎，透過強化充實教學醫院軟硬體教學環境與資源，提供中醫師二年負責醫師訓練，進而提升中醫師執業素質，確保中醫醫療照護品質。



http://taichung.tzuchi.com.tw/archive/file/images/journal/20170914_jou_010.jpg

有鑑於我國西醫師臨床訓練制度已行之多年，成熟的訓練制度對提升醫師執業素質與醫療照護品質，多有助益；反觀在中醫部分，由於缺乏系統性及標準化的臨床訓練制度，影響中醫整體發展甚鉅。



<https://cc.tvbs.com.tw/img/program/upload/2021/09/27/20210927190510-1a82ad1a.jpg>



104年起相關計畫由衛福部委由中醫師公會全聯會承接與執行，各年度計畫重點如下：

	計畫
104年	<ul style="list-style-type: none"> 建置中醫師負責醫師訓練選配系統。 協助受訓醫師與訓練機構媒合事宜。
105年	<ul style="list-style-type: none"> 訂定中醫負責醫師訓練共訓診所遴選機制 蒐集當年度擬收訓之醫療機構名單、家數 蒐集欲接受訓練卻尋無合格訓練場所之中醫師人數及其地理分部等資料
106年	<ul style="list-style-type: none"> 蒐集訂定「中醫負責醫師訓練診所認定基準」 蒐集訂定「中醫診所參與負責醫師訓練計畫申請作業說明書」 蒐集中醫四校五系畢業生對訓練場所選擇意願 蒐集中醫診所對作為訓練場所意願 蒐集擬收訓及送代訓醫療機構名單、人數及地理分布等資料
107年	<ul style="list-style-type: none"> 辦理107年度主要訓練診所實地訪查作業 辦理受訓學員媒合作業 108年主要訓練診所遴選、訓練計畫申請及審查等相關作業
108年	<ul style="list-style-type: none"> 辦理108年度主要訓練診所實地訪查作業 辦理受訓學員媒合作業
109年	<ul style="list-style-type: none"> 辦理主要訓練診所遴選、訓練計畫申請及審查等相關作業
110年	<ul style="list-style-type: none"> 建立中醫社區醫療及長期照顧服務網絡計畫-全聯會為主要召集人 舉辦110年度建立社區及長期照顧服務網絡計畫全國成果發表會



2-4

一般服務項目 執行績效

協商因素項目之執行情形



圖片來源：https://healthmedia.com.tw/upload/2020_02_20_1436262.jpeg

新增協商因素項目

中醫針灸處置品質提升(110年
新增項目)(181百萬元)

執行目標：提升中醫針灸處置照護品質預期效益之評估指標：

- (1)新增原自費項目，眼部特殊針灸，納入健保給付
- (2)新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付

高度複雜性針灸適應症—眼部特殊針灸

ICD-10-CM	中英文病名
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動

110年眼部特殊針灸申報統計

案件別	申報人數	申報件數	申報處置費用
29案件	5,270	25,195	27,473,130

預期效益之評估指標：

- (1)眼部特殊針灸，納入健保給付情形_____
- (2)原自費之輔助治療項目，納入健保給付項目：



https://images.chinatimes.com/newsphoto/2020-03-01/656/N24A00_P_02_02.jpg

原自費之輔助治療項目，納入健保給付項目及管控傷科總處置時間：

https://www.bowtie.com.hk/blog/wp-content/uploads/2020/11/13174332/shutterstock_2

中醫針灸處置品質提升項目：

將輔助治療：拔罐治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、電療、放血治療、艾灸治療或眼部特殊針灸。

中醫傷科處置品質提升項目：

將拔罐治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、電療、藥薰治療、膏布治療或夾板固定治療。



中醫傷科處置品質提升(110年新增項目)(153百萬元)

執行目標：提升中醫傷科處置照護品質預期效益之評估指標：

(1)管控傷科總處置時間

(2)新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付

預期效益之評估指標：

(1)管控傷科總處置時間：_____

(2)原自費之輔助治療項目，納入健保給付項目：

上述二項預期效益之評估指標，需等111年度後方有統計資料，建議等111年度後再提供更完整資料。

修訂中醫第四部第四章，針灸治療處置費：按不同適應症及治療方式，修正「中度複雜性針灸」(編號 D05、D06)及「高度複雜性針灸」(編號 D07、D08)，並調升支付點數與增訂支付規範。另現有之診療項目重新編號。

1.生效日：110年3月1日。

2.預估年增加數：-4,018,297,795點。

3.申報代碼：修訂後申報代碼皆重新編號與前一年度不同，109年申報代碼為B41、B42、B43、B44、B45、B46；110年申報代碼調整為D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08。



<https://i2.wp.com/yuyattong.com/wp-content/uploads/2018/11/Portfolio-04-new.jpg?resize=945%2C675&ssl=1>

針灸治療處置費修訂差異統計

109年3月至12月各區及全國申報情況							
項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
申報件數	6,234,562	1,749,439	4,244,790	2,065,500	2,912,372	462,147	17,668,810
申報點數	1,408,902,499	389,592,653	971,722,566	470,004,146	661,779,405	107,296,526	4,018,297,795
110年3月至12月各區及全國申報情況							
項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
申報件數	5,106,353	1,546,114	3,799,285	1,970,141	2,711,042	421,358	15,554,293
申報點數	1,210,923,495	392,917,791	950,173,642	496,086,760	661,084,904	108,581,528	3,819,768,120
修訂後差異							
件數	-6,234,562	-1,749,439	-4,244,790	-2,065,500	-2,912,372	-462,147	-17,668,810
點數	-1,408,902,499	-389,592,653	-971,722,566	-470,004,146	-661,779,405	-107,296,526	-4,018,297,795



<http://www.ea2-health.com/FileUploads/Post/1075.jpg>

修訂中醫第四部第五章，傷科治療處置費：整併原第六章脫臼整復治療項目，按不同適應症及治療方式，修正「中度複雜性傷科」(編號 E03、E04)及「高度複雜性傷科」(編號 E05~E012)，並調升支付點數與增訂支付規範。另刪除原第六章「脫臼整復治療處置」及現有之診療項目重新編號。

1.生效日：110年3月1日。

2.預估年增點數：-38,372,262點。

3.申報代碼：修訂後申報代碼皆重新編號與前一年度不同，109年申報代碼為B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63；110年申報代碼調整為E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12

傷科治療處置費修訂差異統計

109年3月至12月各區及全國申報情況

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
申報件數	351,419	236,615	1,002,198	351,563	230,987	67,337	2,240,119
申報點數	79,633,588	53,472,629	225,956,107	78,754,503	51,505,758	15,248,108	504,570,693

110年3月至12月各區及全國申報情況

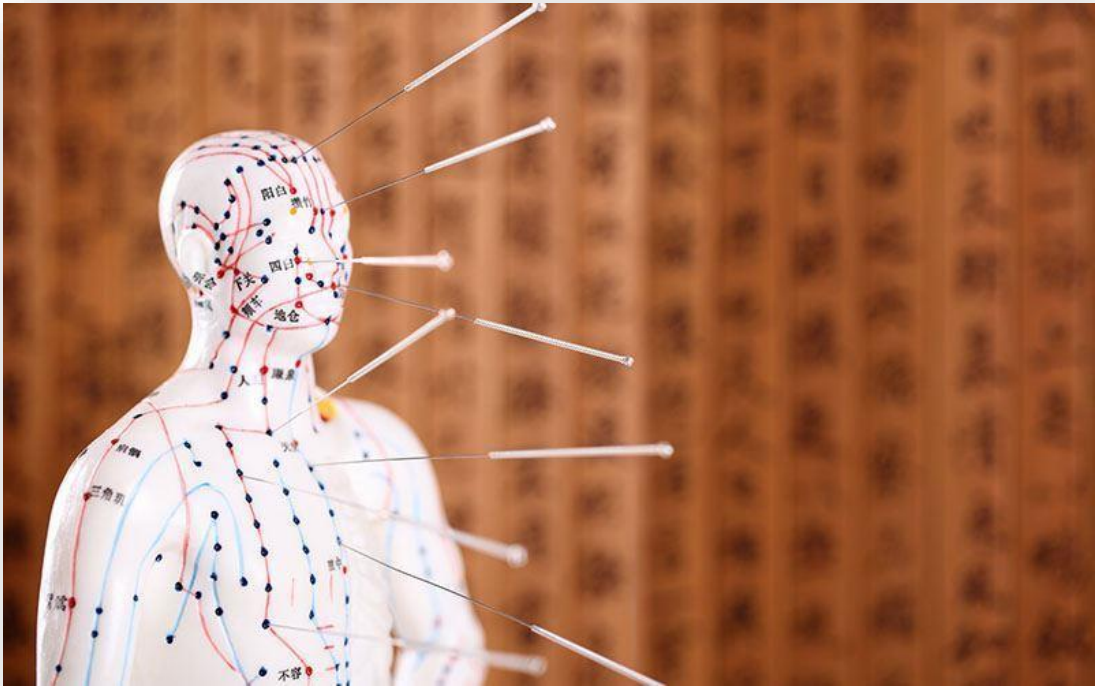
項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
申報件數	275,599	203,130	824,353	312,617	170,366	56,313	1,842,378
申報點數	68,036,331	51,042,837	210,279,413	78,307,809	42,866,204	15,665,837	466,198,431

修訂後差異

件數	-75,820	-33,485	-177,845	-38,946	-60,621	-11,024	-397,741
點數	-11,597,257	-2,429,792	-15,676,694	-446,694	-8,639,554	417,729	-38,372,262

修訂中醫第四部第六章，針灸合併傷科治療處置費：依據第四章及第五章之修正，修正「針灸合併傷科治療處置費」之診療項目及支付標準，計六十四項。另現有之診療項目重新編號。

- 1.生效日：110年3月1日。
- 2.預估年增點數：133,452,412點。
- 3.申報代碼：修訂後申報代碼皆重新編號與前一年度不同，109年申報代碼為B80至B94；110年申報代碼調整為F01至F68。



針灸合併傷科治療處置費修訂差異統計

109年3月至12月各區及全國申報情況							
項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
申報件數	65,836	53,074	427,628	76,931	5,503	720,280	631,994
申報點數	15,017,961	12,237,783	99,687,757	17,703,402	1,317,003	3,022	146,684,186
110年3月至12月各區及全國申報情況							
項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
件數	80,007	111,258	504,249	98,986	15,666	8,686	818,852
申報點數	23,053,359	42,586,298	176,191,279	29,908,119	4,552,719	3,844,824	280,136,598
修訂前後差異							
件數	14,171	58,184	76,621	22,055	10,163	-711,594	186,858
點數	8,035,398	30,348,515	76,503,522	12,204,717	3,235,716	3,841,802	133,452,412



修訂中醫第四部第七章，其他：增訂舌診儀檢查費及脈診儀檢查費之適應症、支付規範及申報資格。

- 1.生效日：110年3月1日。
- 2.預估年增點數：8,959,368點。
- 3.申報代碼：B71、B72。

舌診儀檢查費及脈診儀檢查費修訂差異統計

109年3月至12月各區及全國申報情況

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
件數	0	16,169	9,531	1,508	1,383	0	28,591
申報點數	0	1,873,500	4,765,500	754,000	691,500	0	8,084,500

110年3月至12月各區及全國申報情況

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
件數	0	67	3,405	297	265	0	4,034
申報點數	0	33,500	1,702,500	148,500	132,500	0	2,017,000

修訂後差異

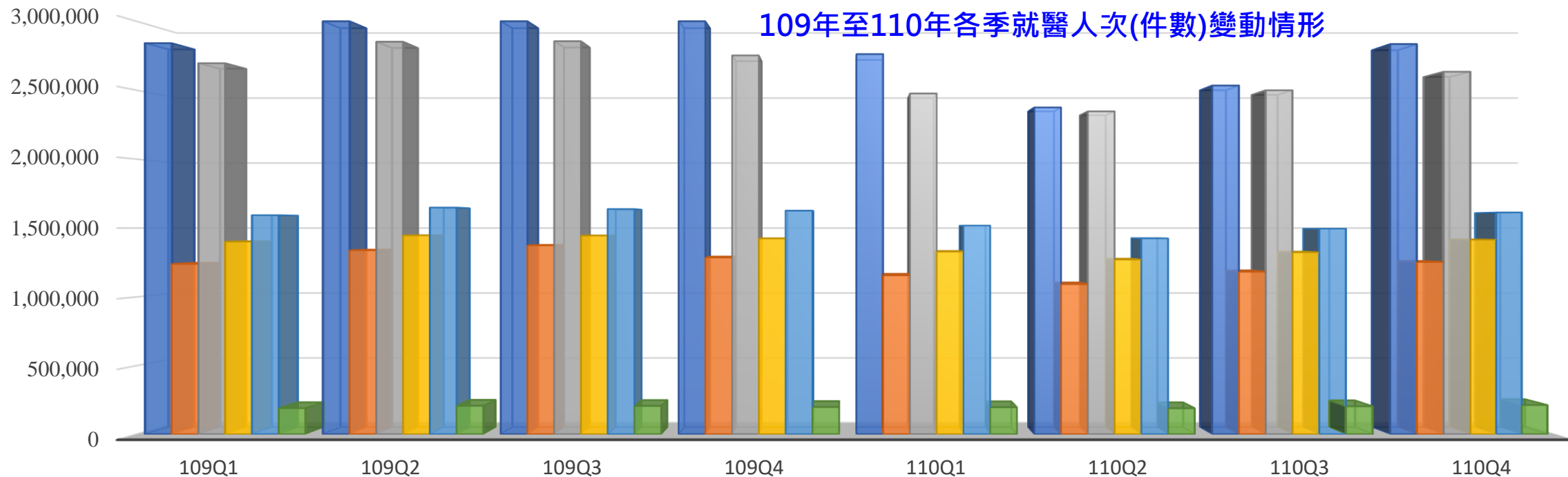
件數	0	-16,102	-6,126	-1,211	-1,118	0	-24,557
點數	0	-1,840,000	-3,063,000	-605,500	-559,000	0	-6,067,500



2-5

一般服務項目 執行績效

總額之管理與執行績效



109年至110年各區各季就醫人次(件數)

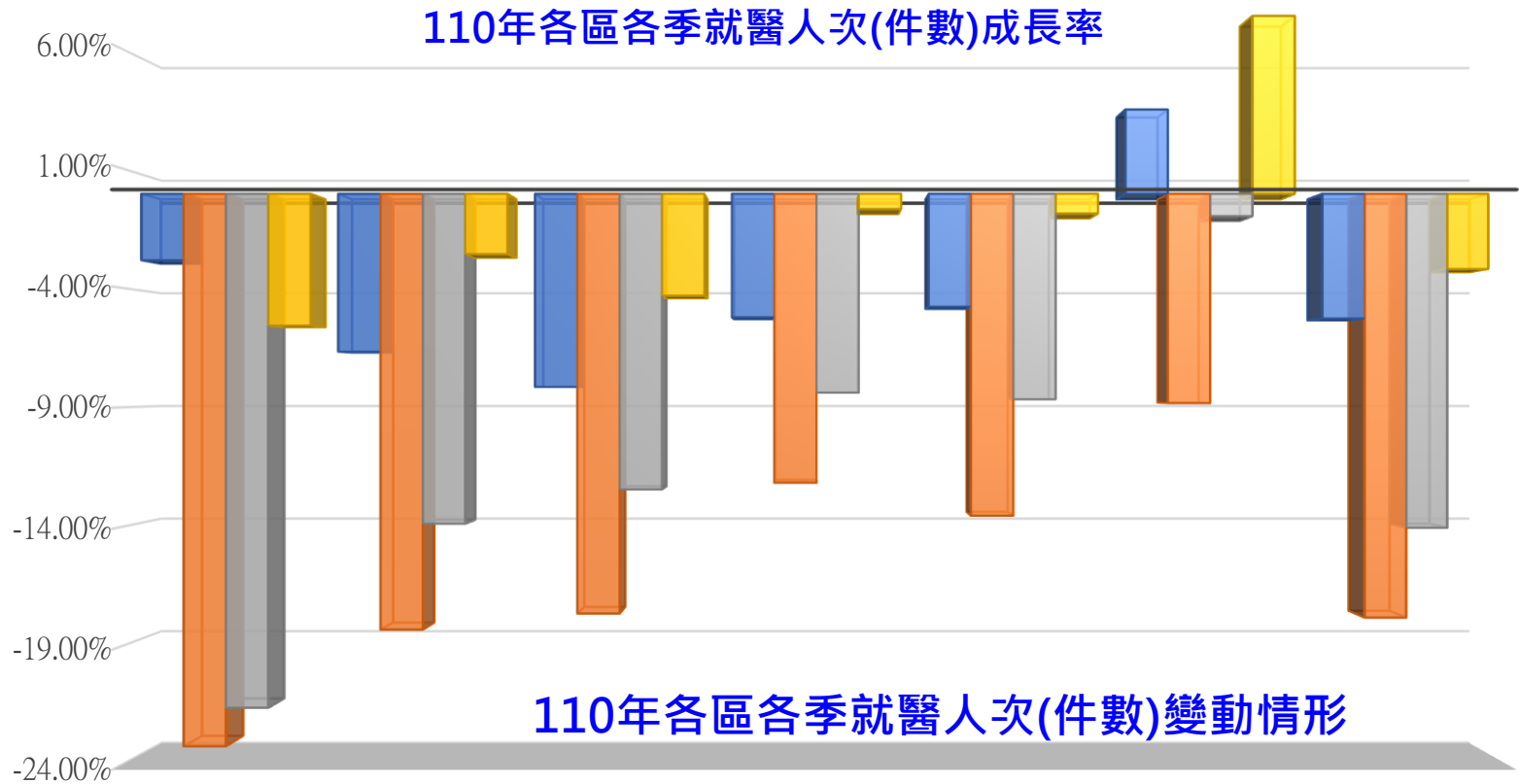
季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
109Q1	2,840,999	1,239,654	2,695,532	1,401,707	1,593,700	189,985	9,961,577
109Q2	3,098,541	1,338,478	2,851,483	1,447,249	1,648,835	207,663	10,592,249
109Q3	3,236,843	1,374,118	2,855,097	1,445,330	1,637,844	206,007	10,755,239
109Q4	3,001,416	1,286,180	2,752,196	1,424,323	1,626,711	198,270	10,289,096
110Q1	2,761,428	1,157,112	2,475,887	1,328,732	1,517,809	196,752	9,437,722
110Q2	2,374,825	1,092,306	2,346,411	1,270,881	1,424,917	189,333	8,698,674
110Q3	2,533,958	1,182,872	2,499,170	1,324,056	1,495,765	204,067	9,239,889
110Q4	2,834,564	1,253,509	2,633,786	1,415,142	1,613,146	213,153	9,963,300



<https://web.tzuchiculture.org.tw/files/file/551/551-026.jpg>

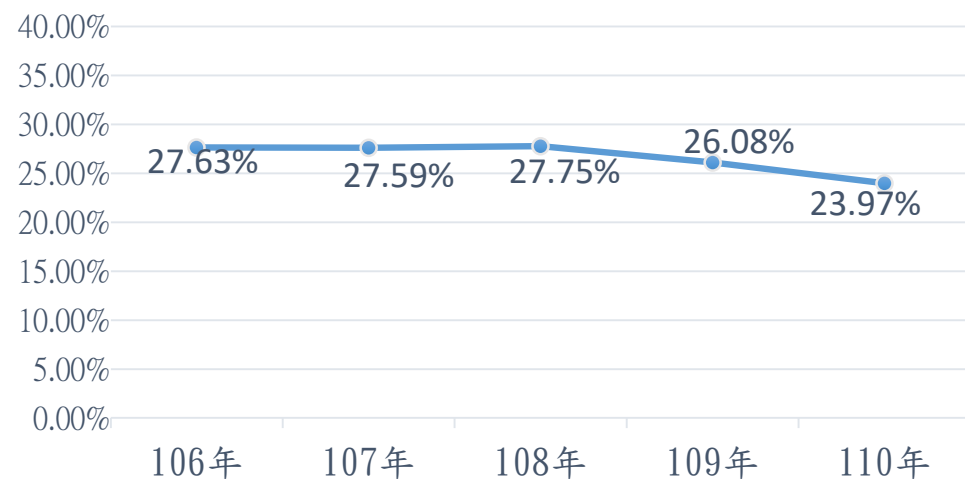


<https://obs.line-scdn.net/0hO1yWAd6mEB5ELjv0PYJvSX54E3F3QgMdiBhBHQdATio8FwJOfr8McGctTHs-HFdAKh1ZemAqCy85TF9AKxwM/w644>

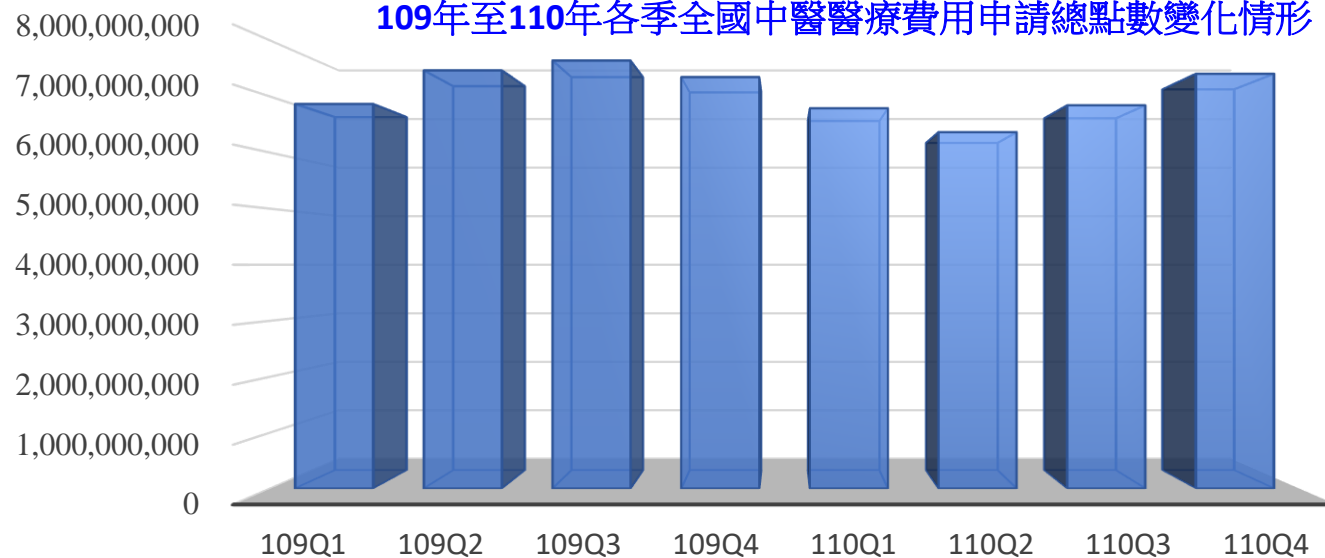


	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
110Q1	-2.80%	-6.66%	-8.15%	-5.21%	-4.76%	3.56%	-5.26%
110Q2	-23.36%	-18.39%	-17.71%	-12.19%	-13.58%	-8.83%	-17.88%
110Q3	-21.72%	-13.92%	-12.47%	-8.39%	-8.67%	-0.94%	-14.09%
110Q4	-5.56%	-2.54%	-4.30%	-0.64%	-0.83%	7.51%	-3.17%

106年至110年人口標準化中醫就醫率變化(歷年趨勢圖)



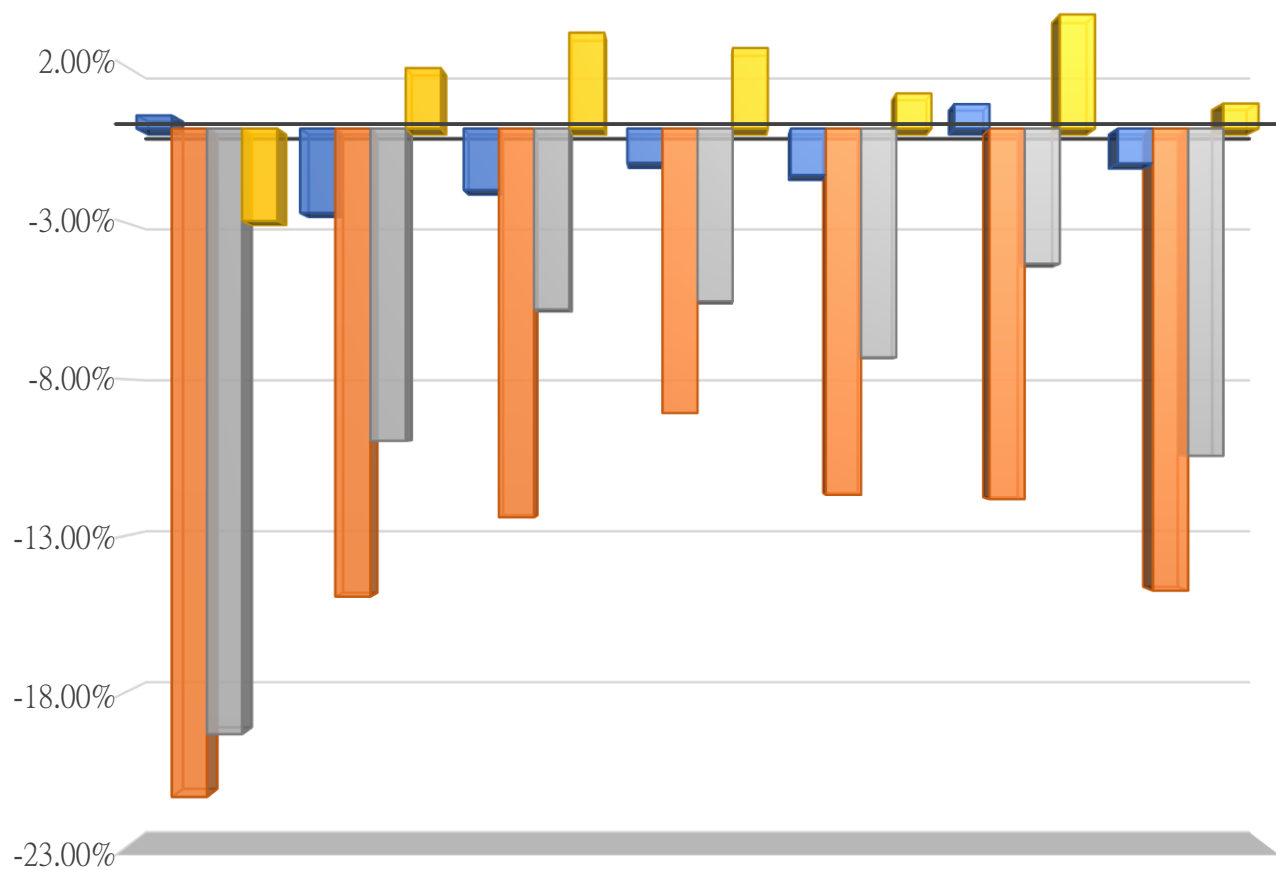
109年至110年各季全國中醫醫療費用申請總點數變化情形



109年至110年各區各季中醫醫療費用申請總點數

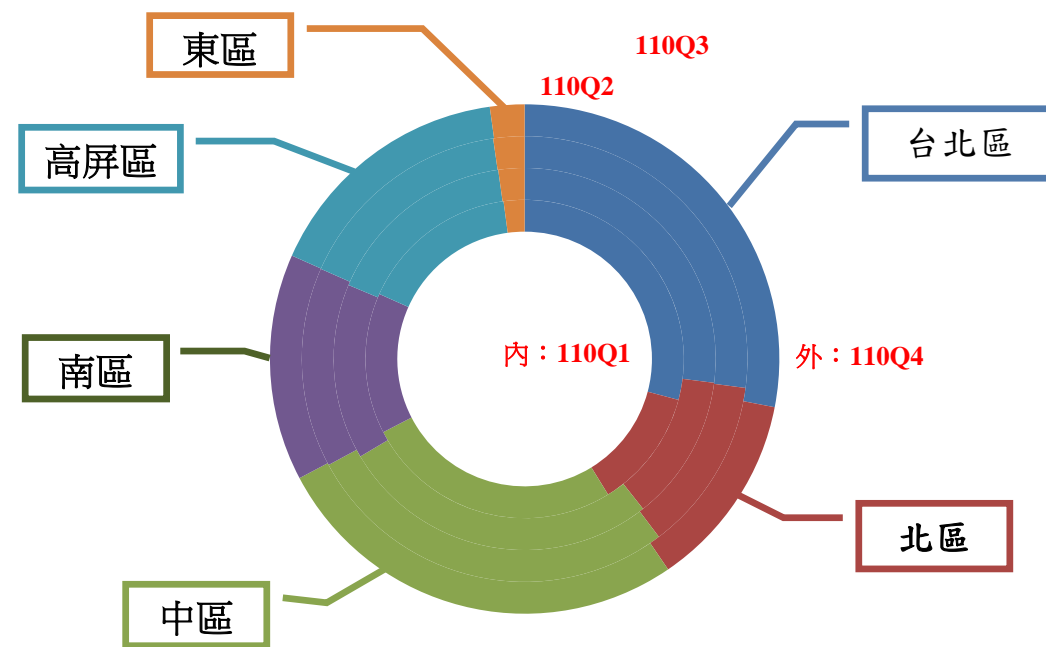
季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
109Q1	1,969,976,720	842,940,384	1,813,172,383	981,482,892	1,115,551,006	142,662,299	6,865,785,684
109Q2	2,184,078,128	925,078,319	1,970,429,606	1,039,446,760	1,186,225,121	159,519,214	7,464,777,148
109Q3	2,296,794,033	960,070,319	1,989,738,488	1,050,909,760	1,189,416,126	161,409,400	7,640,338,126
109Q4	2,138,532,676	903,708,001	1,923,677,637	1,039,419,175	1,183,043,807	156,384,823	7,344,766,119
110Q1	1,978,258,103	820,290,802	1,777,692,889	970,818,910	1,099,020,702	143,781,502	6,789,862,908
110Q2	1,717,630,805	786,901,879	1,725,865,201	945,043,534	1,047,528,731	140,644,733	6,363,614,883
110Q3	1,852,506,772	864,368,103	1,874,891,942	993,025,629	1,102,560,017	154,456,289	6,841,808,752
110Q4	2,075,528,120	921,142,168	1,982,620,871	1,066,120,262	1,196,255,200	162,077,555	7,403,744,176

110年各區各季醫療費用申請總點數成長率



	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
110Q1	0.42%	-2.69%	-1.96%	-1.09%	-1.48%	0.78%	-1.11%
110Q2	-21.36%	-14.94%	-12.41%	-9.08%	-11.69%	-11.83%	-14.75%
110Q3	-19.34%	-9.97%	-5.77%	-5.51%	-7.30%	-4.31%	-10.45%
110Q4	-2.95%	1.93%	3.06%	2.57%	1.12%	3.64%	0.80%

■ 110Q1 ■ 110Q2 ■ 110Q3 ■ 110Q4



110年各區各季醫療費用申請總點數占率(不含東區)

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	全國
110Q1	29.77%	12.34%	26.75%	14.61%	16.54%	100%
110Q2	27.60%	12.65%	27.73%	15.19%	16.83%	100%
110Q3	27.70%	12.93%	28.04%	14.85%	16.49%	100%
110Q4	28.66%	12.72%	27.38%	14.72%	16.52%	100%



<https://www.sdtcm.com.tw/uploads/sdtcm/images/202003031335278053.jpg>



https://cdn.hk01.com/di/media/images/4795702/org/cd816d3db01983de966ca36d795b99b7.jpg/o5ibGdzGNhk-pBDai3Xs9H3Bza535aagZtC4?v=w1280r16_9

中醫門診總額醫療費用成長因素解構



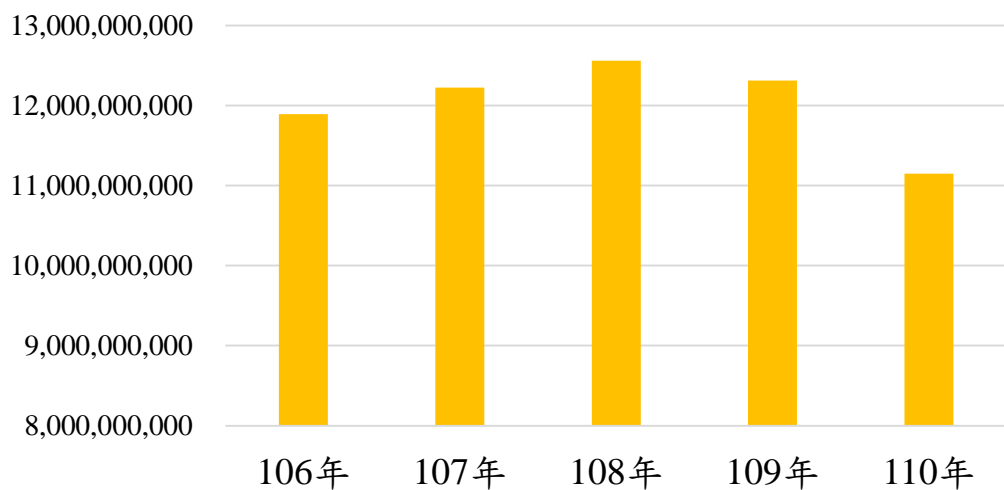
https://heho.com.tw/wp-content/uploads/2019/01/%E9%A6%AC%E5%81%95_%E4%B8%AD%E8%A5%BF%E9%86%AB-01.png

項目	年度	106年	107年	108年	109年	110年
總費用點數(百萬點)		25,049	26,506	28,052	29,316	27,399
就醫人數(千人)		6,473	6,464	6,550	6,174	5,603
就醫者平均就醫次數		5.94	6.07	6.55	6.74	6.66
每次就醫費用		652	676	673	705	734
總費用點數		3.8%	5.8%	5.8%	4.5%	-6.5%
--就醫人數		-2.1%	-0.2%	1.3%	-5.7%	-9.2%
--就醫者平均就醫次數		1.6%	2.3%	7.9%	2.9%	-1.2%
--每次就醫費用		4.3%	3.7%	-0.4%	4.8%	4.1%



<https://ziyuanht.com/demo/%E5%AE%B6%E5%B1%85%E8%A8%BA%E7%99%82.jpg>

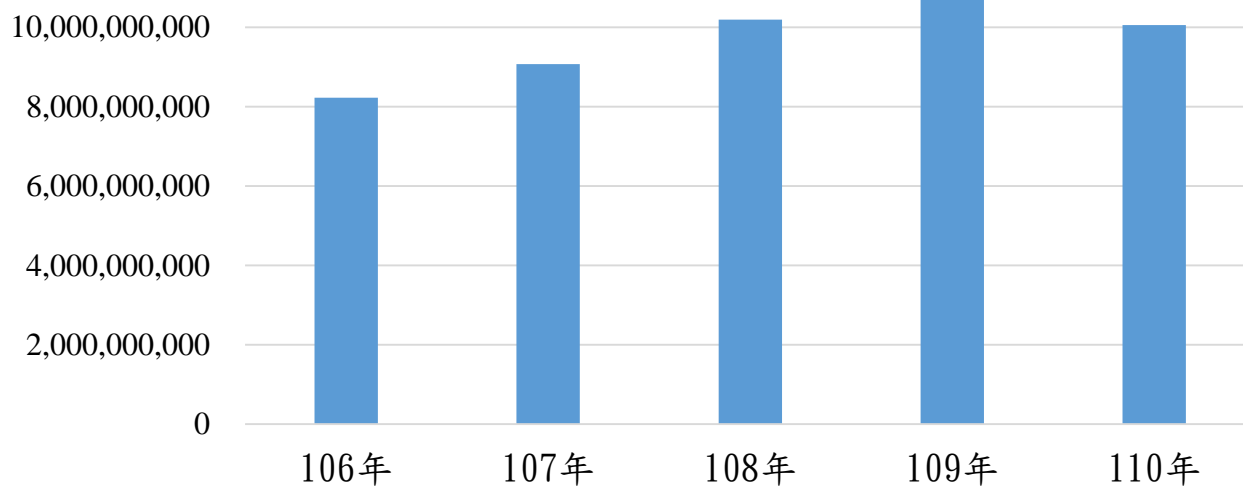
中醫門診總額診察費點數歷年趨勢圖



中醫門診總額診察費點數及占率

項目	106年	107年	108年	109年	110年
診察費	11,889,589,663	12,222,790,319	12,559,433,372	12,309,227,056	11,149,363,360
診察費占率	46.93%	45.49%	43.46%	41.99%	40.69%

中醫門診總額藥費點數歷年趨勢圖

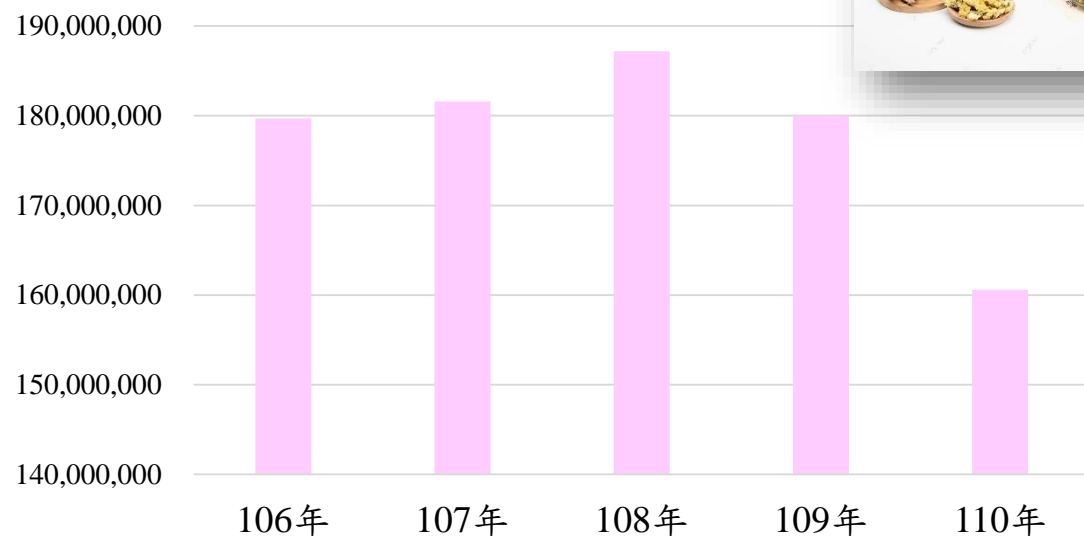


中醫門診總額藥費點數及占率

項目	106年	107年	108年	109年	110年
藥費	8,227,928,877	9,076,187,839	10,196,755,121	10,750,895,584	10,060,599,907
藥費占率	32.48%	33.78%	35.29%	36.67%	36.72%



中醫門診總額藥事服務費用點數歷年趨勢圖

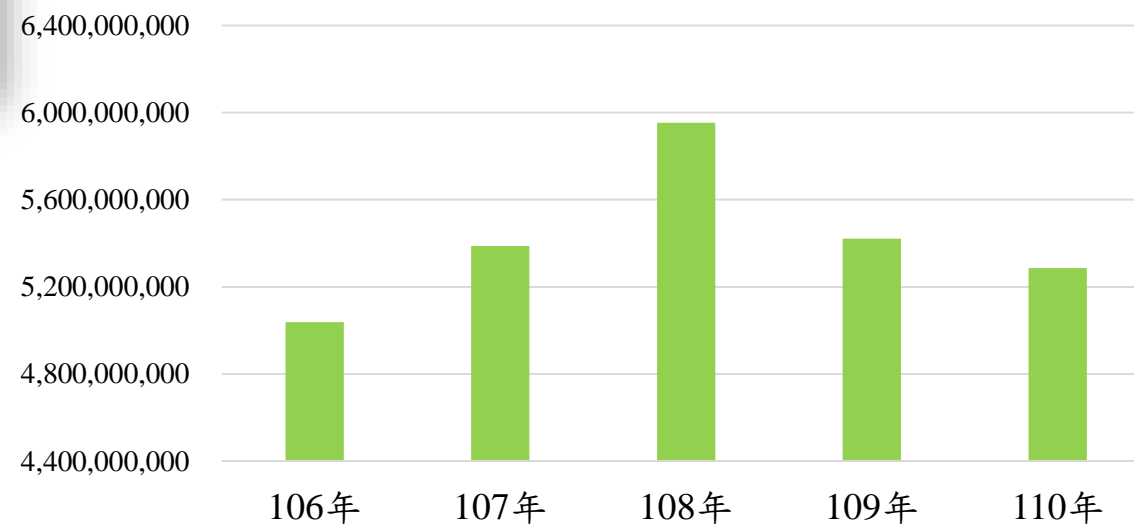


中醫門診總額藥事服務費點數及占率

項目	106年	107年	108年	109年	110年
藥事服務費	179,686,118	181,590,790	187,200,885	180,024,649	160,576,548
占率	0.71%	0.68%	0.65%	0.61%	0.59%

https://png.pngtree.com/thumb_back/fw800/background/20210908/pngtree-in-the-daytime-the-old-traditional-chinese-medicine-doctor-grasps-the-image_832899.jpg

中醫門診總額診療費之費用點數歷年趨勢圖

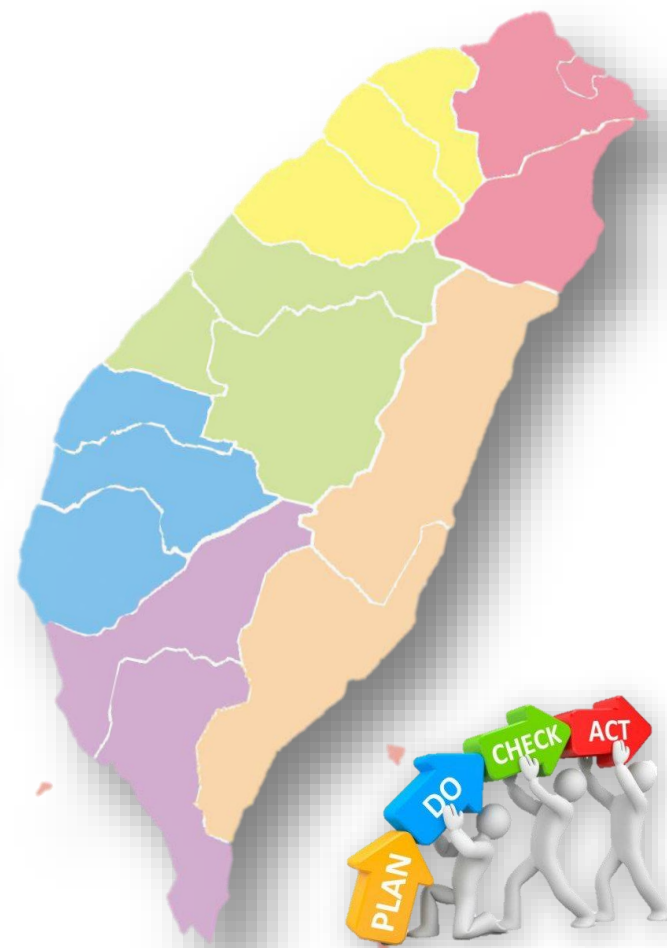


中醫門診總額診療費點數及占率

項目	106年	107年	108年	109年	110年
診療費之費用點數	5,037,862,191	5,387,915,762	5,952,719,658	5,420,943,929	5,286,862,426
占率	19.88%	20.05%	20.60%	18.49%	19.30%

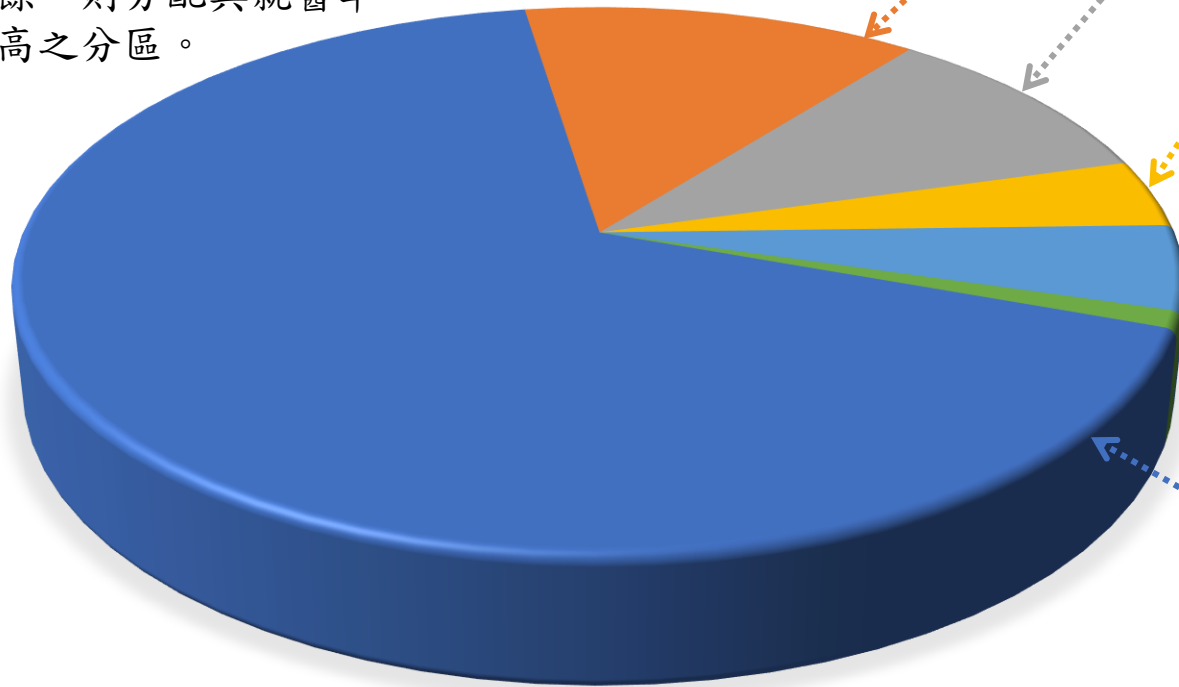
其他管控措施與檢討

- 全國及各區各季醫療利用情形，以就醫人數、就醫人次、108年醫療費用四季皆為正成長，均在 $\pm 10\%$ 變動之監測範圍。
- 為提升中醫就醫利用率，中醫師公會全聯會積極討論各項措施，也持續監控後續年度之申報資料變化，期望能藉此逐年提升中醫利用率。
- 委由縣市中醫師公會，辦理多場與中醫藥相關的活動，鼓勵民眾參與，更主動接觸民眾，於國中、國小推行「中醫穴位護眼操」、「中醫護鼻健康操」及辦理小華佗營，讓中醫藥知識能向下扎根。另也辦理中醫藥博覽會、養生保健講座、松柏大學授課及安心中藥材宣導活動，並與今周刊合作，出版中醫專刊，讓中醫藥能夠全民普及化並能永續發展。
- 透過各項中醫專案推動，增加中醫能見度及接受度，例如：醫療資源不足地區改善方案，透過巡迴醫療方式將中醫醫療送往無中醫鄉，讓沒機會能夠就診中醫的病患，增加就醫可近性；透過獎勵開業計畫，保障醫療費用，讓無中醫鄉轉化成有中醫鄉。
- 本會在提升中醫就醫率的同時，優先考慮「醫療需要」應大於「服務人數」，故在各項推動措施中，皆會預先考量偏鄉醫療服務的重要性，利用過去無中醫鄉巡迴醫療服務的經驗，定點、定時與偏鄉民眾接觸，讓民眾「清楚、掌握」中醫巡迴醫療團隊的到診時間，按時接受中醫診療服務。
- 未來，本會將在中醫負責醫師訓練計畫加入偏鄉服務項目，讓偏鄉民眾接受更多元的醫療服務機會。



地區範圍：以中央健保署六區分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

- ◎ 本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。
- ◎ 一般服務費用(不含106年度一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
- ◎ 前項其他五分區(不含東區)預算移撥3200萬元，作為風險調整基金，用於補撥五分區(不含東區)各鄉鎮市區內僅有1家特約中醫診所之點值；經費若有剩餘，則分配與就醫率最高之分區。



13%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

67%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。

地區預算分配之執行與檢討

區別	預算數	占率	成長率	每人預算數成長率
臺北	8,038,658,010	29.38%	4.73%	6.20%
北區	3,449,624,219	12.61%	4.83%	4.69%
中區	6,962,757,701	25.45%	4.62%	5.18%
南區	3,908,818,413	14.29%	4.59%	5.44%
高屏	4,391,973,273	16.05%	4.48%	5.31%
東區	607,730,500	2.22%	4.36%	5.31%
全區	27,359,562,116	100%	4.65%	5.48%



檢討與未來規劃

- 各區預算分配情形中，北區每人預算成長率最少，未來會再研議可行方案改善此情況。
- 風險基金已達到預期效果，剩餘款依照目前規劃優先補足醫療利用率較高地區，分配結果符合原先條文規劃。

110年風險基金分配情形

自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,500萬元，每季875萬元。

分配方式

按季結算，符合適用條件之院所，其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該區浮動點值為基礎，補至最高每點1元之差額。

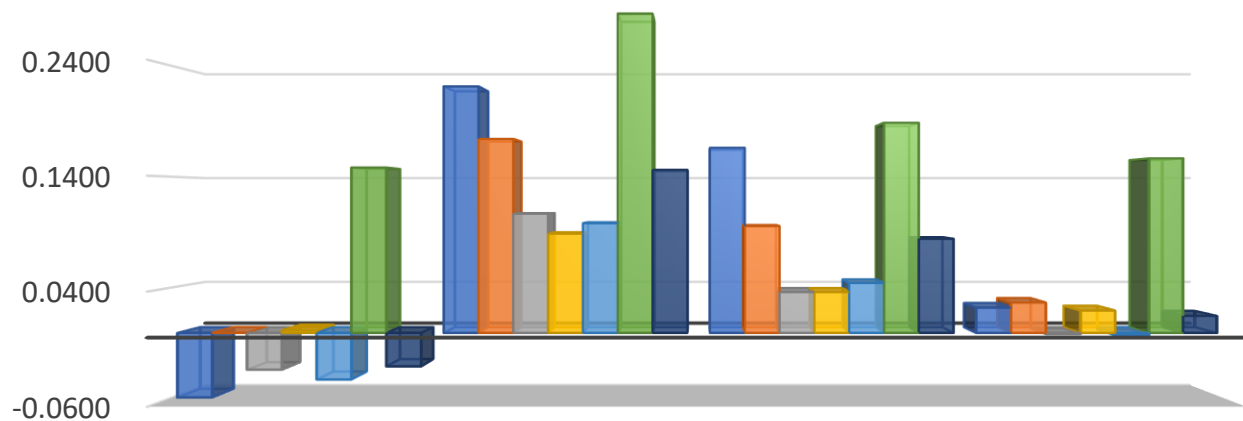
當季預算如有不足，則以當季核定浮動點數之占率分配；如有剩餘，則餘額55%分配予臺北分區，45%分配予北區分區。

110年風險基金分配情形

區別	風險基金分配款	占率
臺北	19,020,004	54.34%
北區	15,561,822	44.46%
中區	110,300	0.32%
南區	40,089	0.11%
高屏	267,785	0.77%

- 各分區平均每點支付金額(含浮動及非浮動點值)變動及超出變動容許範圍之情形與檢討
- 110年各季全國浮動點值介於0.90至1.45之間，平均點值介於0.95至1.45之間，點值變化均在 $\pm 10\%$ 範圍西部各區之平均點值以台北區最低，其次是中區，但與其他區的點值落差也介於 $\pm 10\%$ 範圍。
- 本會為提升東區民眾的利用率及鼓勵中醫師東移，以定率方式分配預算，以致東區點值多於西區且超出10%區域間之範圍，本會會同健保署訂定「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」，將點值超出1.2部分之預算提撥供調整之用。

110年各區各季中醫門診總額每點支付金額改變率變化



	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4
■ 台北區	-0.0579	0.2204	0.1656	0.0227
■ 北區	0.0001	0.1735	0.0957	0.0273
■ 中區	-0.0330	0.1068	0.0367	-0.0010
■ 南區	0.0023	0.0890	0.0367	0.0201
■ 高屏區	-0.0418	0.0983	0.0449	-0.0021
■ 東區	0.1480	0.2853	0.1879	0.1562
■ 全國	-0.0301	0.1460	0.0844	0.0153

109年至110年各區各季中醫門診總額浮動點值

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
109Q1	0.8584	0.8307	0.9121	0.8584	0.8307	0.9121	0.8584
109Q2	0.8859	0.8859	0.9788	0.8859	0.8859	0.9788	0.8859
109Q3	0.8447	0.8634	0.9422	0.8447	0.8634	0.9422	0.8447
109Q4	0.9004	0.8894	0.9906	0.9004	0.8894	0.9906	0.9004
110Q1	0.9078	1.0002	0.9478	0.9962	0.9311	1.2287	0.9512
110Q2	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362
110Q3	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361
110Q4	1.0359	1.0452	0.9986	1.0333	0.9967	1.2375	1.0245

109年至110年各區各季中醫門診總額平均點值

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
109Q1	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
109Q2	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
109Q3	0.8919	0.9312	0.9122	0.9338	0.9326	1.0890	0.9178
109Q4	0.9440	0.9872	0.9628	0.9944	0.9665	1.1451	0.9687
110Q1	0.9421	1.0001	0.9670	0.9977	0.9582	1.1480	0.9699
110Q2	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2853	1.1460
110Q3	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844
110Q4	1.0227	1.0273	0.9990	1.0201	0.9979	1.1562	1.0153

110年各區各季中醫門診總額每點支付金額改變率

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
110Q1	-0.0579	0.0001	-0.0330	0.0023	-0.0418	0.1480	-0.0301
110Q2	0.2204	0.1735	0.1068	0.0890	0.0983	0.2853	0.1460
110Q3	0.1656	0.0957	0.0367	0.0367	0.0449	0.1879	0.0844
110Q4	0.0227	0.0273	-0.0010	0.0201	-0.0021	0.1562	0.0153

註：109年第一季與第二季合併計算

109年至110年各區各季中醫門診總額浮動點值

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
109Q1	0.8584	0.8307	0.9121	0.8584	0.8307	0.9121	0.8584
109Q2	0.8859	0.8859	0.9788	0.8859	0.8859	0.9788	0.8859
109Q3	0.8447	0.8634	0.9422	0.8447	0.8634	0.9422	0.8447
109Q4	0.9004	0.8894	0.9906	0.9004	0.8894	0.9906	0.9004
110Q1	0.9078	1.0002	0.9478	0.9962	0.9311	1.2287	0.9512
110Q2	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362
110Q3	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361

109年至110年各區各季中醫門診總額平均點值

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
109Q1	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
109Q2	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
109Q3	0.8919	0.9312	0.9122	0.9338	0.9326	1.0890	0.9178
109Q4	0.9440	0.9872	0.9628	0.9944	0.9665	1.1451	0.9687
110Q1	0.9421	1.0001	0.9670	0.9977	0.9582	1.1480	0.9699
110Q2	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2853	1.1460
110Q3	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844

110年各區各季中醫門診總額每點支付金額改變率

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
110Q1	-0.0579	0.0001	-0.0330	0.0023	-0.0418	0.1480	-0.0301
110Q2	0.2204	0.1735	0.1068	0.0890	0.0983	0.2853	0.1460
110Q3	0.1656	0.0957	0.0367	0.0367	0.0449	0.1879	0.0844
110Q4	0.0227	0.0273	-0.0010	0.0201	-0.0021	0.1562	0.0153

註：109年第一季與第二季合併計算

◎ 108年各季全國浮動點值介於0.96至1.09之間，平均點值介於0.96至1.09之間，點值變化均在 $\pm 10\%$ 範圍。

◎ 中醫師公會全聯會為鼓勵中醫師東移及提升東區民眾的利用率、就醫方便性，以中醫總額2.22%的預算優先分配于東區，以致東區點值高於西區且超出10%區域間之範圍，因此本會會同健保署訂定「全民健康保險中醫門診總額

點值保留款機制

作業方案」，

將點值超出

1.2部分之

預算提撥

供調整

之用。



<https://2012taiwanelections.files.wordpress.com/2011/12/taiwam-map.jpg>

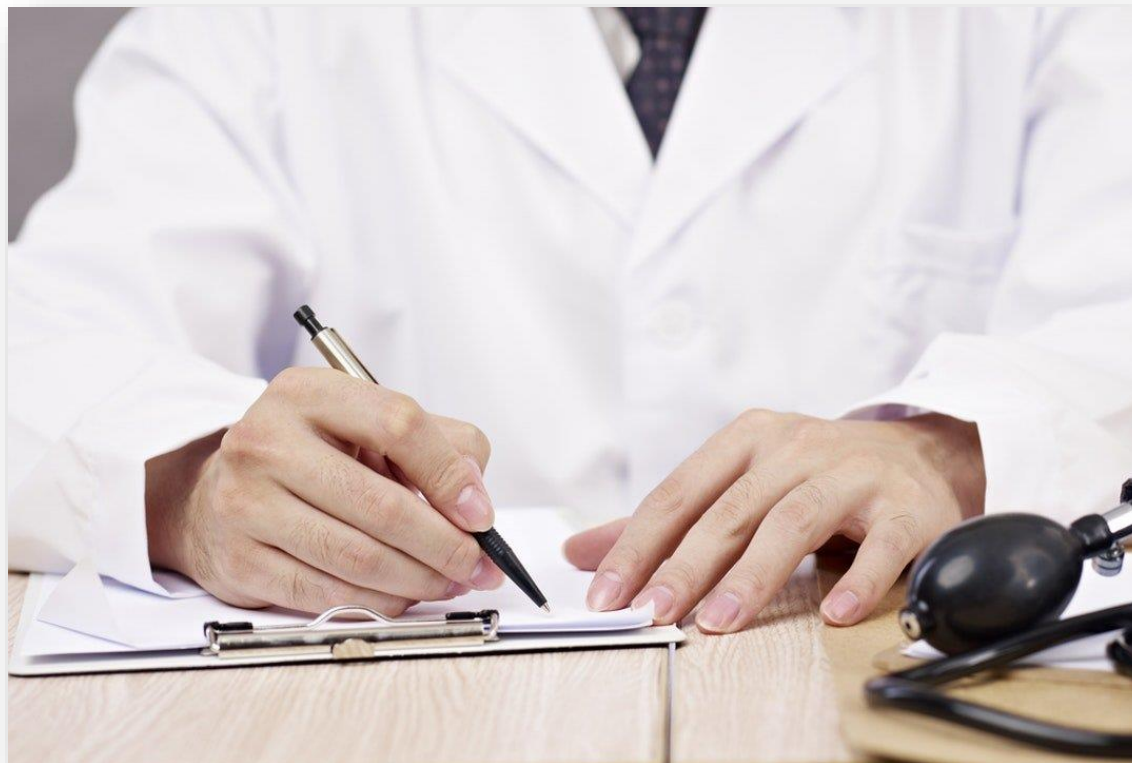
辦理審查人力之規劃與管理

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，110年作業要點研修，修訂要點第貳部第六點：審查醫藥專家有下列情形之一，經中醫全聯會認定者，應予解聘：

1. 洩漏審查業務機密者。
2. 有事實足以認定其執行業務濫用權力者。
3. 執行職務偏頗經通知改善仍不改善者。
4. 無故不出席審查會議，累計達三次以上者。
5. 無故不出席審查案件，累計達三次以上者。
6. 有事實足以認定其執行職務違反全民健康保險法及相關法令者。

新增(7)至(9)小點，內容如下：

7. 未依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定有效執行審查業務。
8. 執業院所非屬全民健康保險特約醫事服務機構，且其人數超過該總額聘任人數5%。
9. 執業院所搬遷、異動至其它分區別或總額別，經健保署分區業務組評估影響審查業務正常運作者除外。



<https://image1.thenewslens.com/2020/6/ih7kqp6eklo6l9ymbs20qzxc8pr94l.jpg?auto=compress&q=80&w=1080>

110年中執會六區分會審查醫藥專家出席統計

區別	審查醫藥專家數	出席率	出席總次數	平均出席次數	出席時間(hr)
台北	45	57.82%	489	10.87	1,239.68
北區	24	56.09%	187	7.79	557.39
中區	35	57.58%	364	10.4	1,044.33
南區	23	50.25%	222	9.65	372.40
高屏	16	61.15%	357	22.31	731.40
東區	9	40.65%	65	7.22	133.00
合計	152	54.31%	1,684	11.08	4,078.20

中執會六區分會審畢案件抽審，以監督各分區對全民健保醫療費用支付標準、審查注意事項暨相關規定一致性，另聘全聯會審查醫藥專家26名。後續中執會六區分會審查醫藥專家因個人因素異動，台北區調整為45名，中區調整為35名，南區調整為23名。



第11屆審查醫藥專家於109年4月1日起執行審查業務，5月進行增補聘作業，延聘自110年4月1日至111年3月31日。中執會六區分會審查醫藥專家計156名，各區人數如下，台北區46名，北區24名，中區36名，南區25名，高屏區16名，東區9名；考量層級分配平衡，基層院所聘任117名，占75%、醫院層級聘任39位，占25%。

110年中執會六區分會專業審查情形統計

案件受理 年月	總院所數	審查 件數	審查 院所數	審查醫藥 專家數	審查醫藥專家 審查次數
11001	3,914	36,764	1,018	147	257
11002	3,911	31,006	951	140	209
11003	3,920	42,068	1,337	145	258
11004	3,922	42,510	1,030	145	267
11005	2,833	25,056	698	123	141
11006	3,909	3,668	118	0	0
11007	3,913	169	3	0	0
11008	3,913	375	60	12	13
11009	3,913	90	25	9	7
11010	3,922	4,329	104	28	34
11011	3,926	19,170	713	111	124
11012	3,934	39,311	1,171	137	267
月平均	3,828	20,376	602	83	131

110年第一季六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	醫療點數	申請點數	核定點數	初核核減率	申復補付點數	申復後核減率	爭審補付點數	爭審後核減率
台北	1,978	1,738	1,736	0.14%	0	0.12%	0	0.12%
北區	820	714	713	0.10%	0	0.08%	0	0.08%
中區	1,778	1,560	1,559	0.10%	0	0.09%	0	0.09%
南區	971	848	847	0.08%	0	0.08%	0	0.08%
高屏	1,099	966	965	0.07%	0	0.07%	0	0.07%
東區	144	129	129	0.31%	0	0.30%	0	0.30%
合計	6,790	5,956	5,948	0.11%	1	0.10%	0	0.10%

110年第二季六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	醫療點數	申請點數	核定點數	初核核減率	申復補付點數	申復後核減率	爭審補付點數	爭審後核減率
台北	1,718	1,510	1,510	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
北區	787	687	687	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
中區	1,726	1,520	1,520	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
南區	945	827	827	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
高屏	1,048	922	922	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
東區	141	127	127	0.15%	0	0.15%	0	0.15%
合計	6,364	5,593	5,593	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

110年第三季六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	醫療點數	申請點數	核定點數	初核核減率	申復補付點數	申復後核減率	爭審補付點數	爭審後核減率
台北	1,853	1,628	1,628	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
北區	864	755	755	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
中區	1,875	1,653	1,653	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
南區	993	870	870	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
高屏	1,103	970	970	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
東區	154	139	139	0.16%	0	0.16%	0	0.16%
合計	6,842	6,016	6,016	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

110年第四季六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	醫療點數	申請點數	核定點數	初核核減率	申復補付點數	申復後核減率	爭審補付點數	爭審後核減率
台北	2,076	1,829	1,826	0.12%	0	0.11%	0	0.11%
北區	921	806	805	0.10%	0	0.09%	0	0.09%
中區	1,983	1,751	1,749	0.12%	0	0.11%	0	0.11%
南區	1,066	935	934	0.10%	0	0.10%	0	0.10%
高屏	1,196	1,055	1,054	0.14%	0	0.13%	0	0.13%
東區	162	146	146	0.11%	0	0.10%	0	0.10%
合計	7,403	6,523	6,514	0.12%	0	0.11%	0	0.11%

註1：資料來源為醫療費用核付(核減)資料檔，總額部門為4。

註2：資料起訖日：110.01-110.12(費用年月)。

註3：初核核減率=(申請點數-核定點數)/醫療費用點數。

註4：申復後核減率=[申請點數-(核定點數+申復補付點數)]/醫療費用點數。

註5：爭審後核減率=[申請點數-(核定點數+申復補付點數+爭審補付點數)]/醫療費用點數。

註6：點數按單位(百萬點)呈現四捨五入後之數值。

110年全年六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	醫療點數	申請點數	核定點數	初核核減率	申復補付點數	申復後核減率	爭審補付點數	爭審後核減率
台北	7,624	6,706	6,701	0.07%	0	0.06%	0	0.06%
北區	3,393	2,962	2,960	0.05%	0	0.04%	0	0.04%
中區	7,361	6,485	6,481	0.06%	0	0.05%	0	0.05%
南區	3,975	3,480	3,478	0.05%	0	0.05%	0	0.05%
高屏	4,445	3,914	3,911	0.06%	0	0.05%	0	0.05%
東區	601	542	541	0.18%	0	0.18%	0	0.18%
合計	27,399	24,088	24,071	0.06%	1	0.06%	0	0.06%

110年第一季六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	爭審案件數	撤銷件數	爭審撤銷率	駁回件數	爭審駁回率
台北	251	0	0%	251	100%
北區	31	0	0%	31	100%
中區	104	0	0%	104	100%
南區	6	0	0%	6	100%
高屏	9	0	0%	9	100%
東區	1	0	0%	1	100%
合計	402	0	0%	402	100%

110年第二季六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	爭審案件數	撤銷件數	爭審撤銷率	駁回件數	爭審駁回率
台北	234	8	3%	226	97%
北區	24	0	0%	24	100%
中區	187	6	3%	181	97%
南區	28	0	0%	28	100%
高屏	8	0	0%	8	100%
東區	0	0	0%	0	0%
合計	481	14	3%	467	97%

110年第三季六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	爭審案件數	撤銷件數	爭審撤銷率	駁回件數	爭審駁回率
台北	184	1	1%	183	99%
北區	38	0	0%	38	100%
中區	70	0	0%	70	100%
南區	19	1	5%	18	95%
高屏	11	0	0%	11	100%
東區	0	0	0%	0	0%
合計	322	2	1%	320	99%

110年第四季六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	爭審案件數	撤銷件數	爭審撤銷率	駁回件數	爭審駁回率
台北	71	16	23%	55	77%
北區	16	0	0%	16	100%
中區	27	0	0%	27	100%
南區	1	0	0%	1	100%
高屏	6	0	0%	6	100%
東區	0	0	0%	0	0%
合計	121	16	13%	105	87%

110年全年六區中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

六區別	爭審案件數	撤銷件數	爭審撤銷率	駁回件數	爭審駁回率
台北	740	25	3%	715	97%
北區	109	0	0%	109	100%
中區	388	6	2%	382	98%
南區	54	1	2%	53	98%
高屏	34	0	0%	34	100%
東區	1	0	0%	1	100%
合計	1,326	32	2%	1,294	98%



<https://img95.699pic.com/xsj/0b/1e/sm.jpg!/fh/300>

108年及109年特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計表

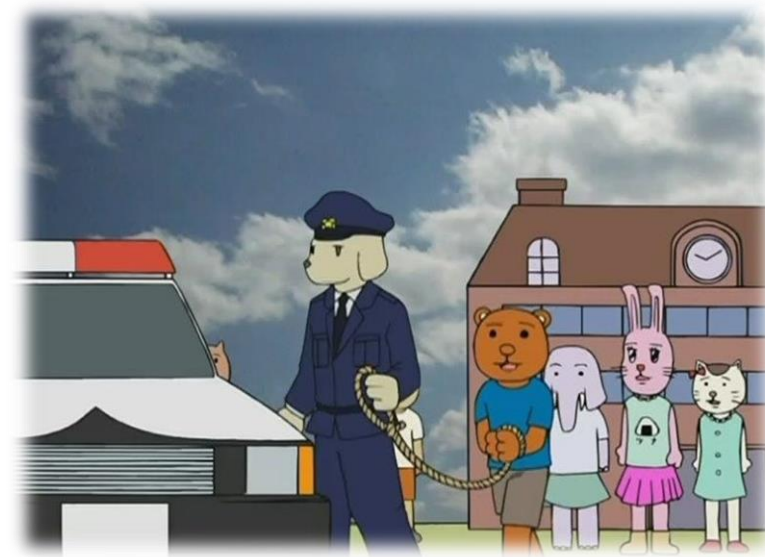
類型別	109年		110年	
	家次	點數	家次	點數
• 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務	14	1,154,034	6	1,203,403
• 未經醫師診斷逕行提供醫事服務	5	165,728	1	11,331
• 處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載	0	0	2	375,082
• 未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用	0	0	0	0
• 申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用	0	0	0	0
• 容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務	0	0	2	212,298
• 以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用	0	0	0	0
• 以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用	1	1,091,041	0	0
• 未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	0	0	0	0
• 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	24	10,299,271	16	14,672,404
• 保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用	0	0	1	2,319,507
• 保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一	1	9,409	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，情節重大	2	381,267	2	265,576
• 保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大	0	0	0	0
• 停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用	0	0	0	0
• 依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事	0	0	0	0
• 其他	7	1,007,035	11	15,488,124
合計	54	14,107,785	41	34,547,725

針對特約醫事服務機構之輔導，中醫師全聯會會同健保署訂定「全民健康保險中醫門診醫療服務實地審查暨輔導作業原則」及「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退」中醫案件給付規範細則做為依據。因健保署回歸公務體系及年度委託僅於勞務委託，公會輔導案件之執行需要健保署同意後方能執行，故案件量下降甚多。

六區實地審查家數110年僅有東區辦理，審查結果依序為「合理」0次、「輔導」0次、「移送查核」1次。輔導作業中，輔導案源以次數高低排序分別為「檔案分析」1,840次、「書面審查」27次；輔導方式以次數高低排序分別為「電話輔導」1,498次、「書面輔導」353次、「面談輔導」9次、「實地輔導」3次；輔導結果追蹤以家數高低排序分別為「改善結案」1,823家、「尚在觀察」29家。

110年中執會實地審查暨輔導作業統計

分區業務組	實地審查					輔導作業											
	審查家數	審查次數	審查結果處理(次數)			輔導案源(次數)			輔導方式(次數)				合計輔導家次	輔導結果追蹤(家次)			
			合理	輔導	移送查核	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	尚在觀察
台北	0	0	0	0	0	15	0	20	21	8	1	0	30	0	0	14	5
北區	0	0	0	0	0	1	0	4	5	0	0	0	5	0	0	0	5
中區	0	0	0	0	0	2	0	1,783	327	0	1,457	1	1,785	0	0	1,785	0
南區	0	0	0	0	0	5	0	33	0	0	38	0	38	0	0	24	14
高屏	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	2	1	4	0	0	0	4
東區	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
合計	1	1	0	0	1	27	0	1,840	353	9	1,498	3	1,863	0	0	1,823	29



<https://truth.bahamut.com.tw/s01/201907/adb9f9e080501815ec12470d725421a6.JPG>

106年至110年院所違規處分家數(按處分類別)

處分類別	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約	小計
106年	2	22	5	3	32
107年	0	12	6	3	21
108年	3	8	11	2	24
109年	2	11	9	3	25
110年	0	7	9	2	18

110年特約醫事服務機構違規類型查處追扣類型別

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
中醫總額	總額舉發	0	0	33,510	33,510
	非總額舉發	86,218	698,715	33,762,792	34,547,725



2-6

一般服務項目 執行績效

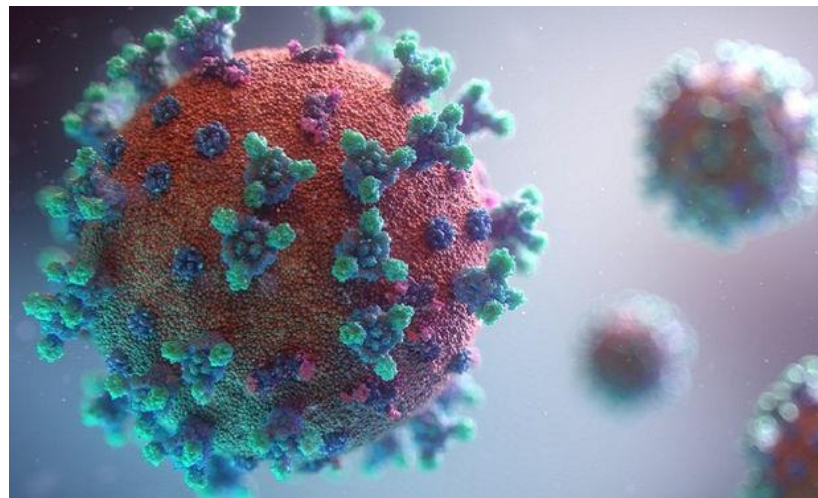
COVID-19疫情對醫療服務之
影響與因應作為

COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為

新冠肺炎肆虐全球，又因其具極強的變異性、存活力、隱匿性及散播力，致使感染人數急速攀升，且病毒不斷變異，襲擊男女老幼青壯，更橫跨各季節、緯度的南北半球國家，影響遠勝於SARS、MERS及伊波拉病毒。



中醫重視辨證論治，簡單來說，同一疾病在不同的發展階段，可能出現不同的證型，因此中醫的治療會採取「同病異治」或「異病同治」的方式，有別於西方醫療採取的標準SOP模式，然而，中西醫療各有優點，唯有中西醫療團結互助，才有機會讓抗疫出現曙光。



<https://ch-image-resizer.cwg.tw/resize/uri/http%3A%2F%2Fas.chdev.tw%2Fweb%2Farticle%2F4%2F5%2F4%2F4bbeab87-5385-465e-a98cdd0df34290b81645005792.jpg/?w=621>

不可諱言，新冠肺炎的治療過程曾引發中藥和西藥之間安全性與有效性的爭辯，面對非常時期，醫療界應拋棄本位主義，只要能有助於降低新冠病毒影響的醫療方式，均應積極嘗試。



<https://ch-image-resizer.cwg.tw/resize/uri/https%3A%2F%2Fas.chdev.tw%2Fweb%2Farticle%2Fa%2F0%2F4%2Fa509e78b-0177-4f62-bdb3-e23b869f94ef1612252605.jpg/?w=621>

院所配合防疫政策之相關作為

在臺灣受到疫情影響初期，中醫師公會全國聯合會便依照衛生福利部指示，編定了「中醫院所防疫手冊」以及「中醫嚴重特殊傳染性肺炎處置建議」以及相關通告發給全國中醫醫療院所，其中包含全聯會防疫架構、全聯會公告、中央即時資訊以及醫護人員自我防護、病患防護、TOCC通報治療細節等項目。





防疫零距離 醫師給你問
線上諮詢 免費預約體驗

名額不多，要搶要快

陳旺全 醫師
中醫師公會榮譽理事長

立即按此預約諮詢去

The advertisement features a circular portrait of Dr. Chen Wangquan, a middle-aged man with glasses. To the right is an illustration of a smartphone displaying a medical app interface with a doctor icon and a red cross. The background is a light blue gradient.

疫情對保險對象醫療利用之影響評估

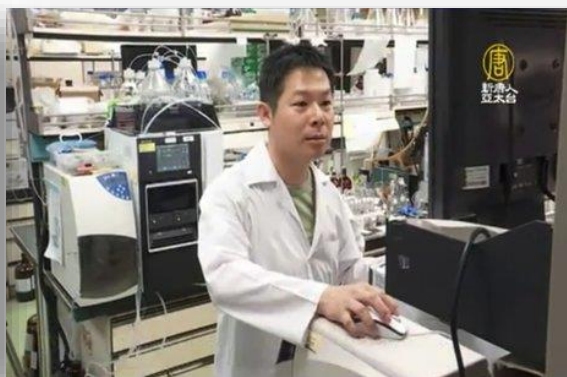
鑑於臺灣疫情嚴峻、醫療量能日趨不足、專責醫院資源緊繃和醫護人力過度消耗等情況，以及無數民眾向各級主管機關、各地中醫師公會提出中醫治療新冠肺炎的需求，中醫師全聯會也緊急動員全國中醫資源，成立「臺灣中醫防疫醫療國家隊」，投入防疫醫療前線。並且提供民眾中醫服務諮詢專線，由各公會安排專業中醫師輪值，於平日上午9點至下午5點，就新冠肺炎相關問題，提供民眾免費醫療諮詢。為維護民眾就醫權益，我們也與中央健康保險署成立遠距醫療團隊，加入衛生局指定之視訊診療醫療機構，安排檢疫所確診者可以加入視訊就醫的服務。





https://timatcm.files.wordpress.com/2020/10/62897919_xl-1.jpg?w=1024

清冠一號經由國家中醫藥研究所進行治療機轉研究，以及在三總、部立臺北醫院、長庚、臺中榮總、部立豐原醫院、彰基及部立彰化醫院等進行臨床研究，證實能有效治療新冠肺炎。全聯會也與國家中醫藥研究所合作，在數家設有中醫部的大型醫院，展開對新冠肺炎病人的中西醫合併治療。



<https://www.ntdtv.com.tw/public/uploads/assets/2021/05/31/2021-05-31-60b4976d47bf9-460x302-7348.jpg>

衛生福利部國家中醫藥研究所也在疫情期間，根據新冠肺炎的特性研發了「清冠一號」特效中藥，其應用範圍：治療病毒(包括冠狀病毒)感染疾病及肺炎，優點為多靶點治療、治癒率高和副作用低，在各大醫院中醫部門的臨床應用上取得了良好的效果。



<https://www.guarhetcn.com/wp-content/uploads/2022/04/cclass-800x340.jpg>

多數病人在中醫介入後，發燒咳嗽等症狀緩解，心跳、血壓及呼吸也明顯穩定，短時間內即能三採陰性出院，且無任何副作用，清冠一號能阻斷新冠肺炎朝重症發展，並加速痊癒速度，同時減少復陽、重症後肺纖維化等併發症，並能緩解失眠、憂鬱、焦慮及腸胃不適等症狀。



公費清冠一號視訊門診公告

- 服務對象：確診病人（若快篩陽性尚未經醫師確認者，請先至快篩陽視訊確認門診掛號）
- 證明文件：視訊時請出示健保卡或身分證
- 民眾配合事項：
 1. 掛號後經護理師連繫進行視訊確認及診療作業。視訊說明及連結處，請至上一頁「視訊診療」專區詳讀

視訊診療

視訊連結專區

2. 就醫時請主動告知醫師：確診日期、是否服用抗病毒藥物
 3. 本院無提供送藥到府服務，請確認有代領人可至本院領藥方可掛號
 4. 領藥時須由代領人簽署清冠一號治療同意書
 5. 中醫僅限視訊診療，目前尚無開放電話診療服務
- 領藥及繳費方式：由代領人至「美德醫療大樓」完成繳費及領藥



中國醫藥大學附設醫院 關心您

[https://www.cmuh.cmu.edu.tw/FileUploads/images/20220610%E5%85%AC%E8%B2%BB%E6%B8%85%E5%86%A0%E4%B8%80%E8%99%9F%E8%A6%96%E8%A8%8A%E9%96%80%E8%A8%BA%E5%85%AC%E5%91%8A_%E7%B6%B2%E9%A0%81%20\(1\).jpg](https://www.cmuh.cmu.edu.tw/FileUploads/images/20220610%E5%85%AC%E8%B2%BB%E6%B8%85%E5%86%A0%E4%B8%80%E8%99%9F%E8%A6%96%E8%A8%8A%E9%96%80%E8%A8%BA%E5%85%AC%E5%91%8A_%E7%B6%B2%E9%A0%81%20(1).jpg)



<https://images.chinatimes.com/newsphoto/2022-06-19/1024/20220619002197.jpg>

疫情對保險對象醫療利用之影響評估

在驗證臨床療效後，國家中醫藥研究所著手探討中藥複方水煎劑「臺灣清冠一號」作用機轉，證實複方中成分能與新冠病毒之棘蛋白結合，阻斷病毒感染，並抑制細胞激素風暴出現。

研究成果已刊登在國際醫學期刊上，同時完成「臺灣清冠一號」非專屬授權

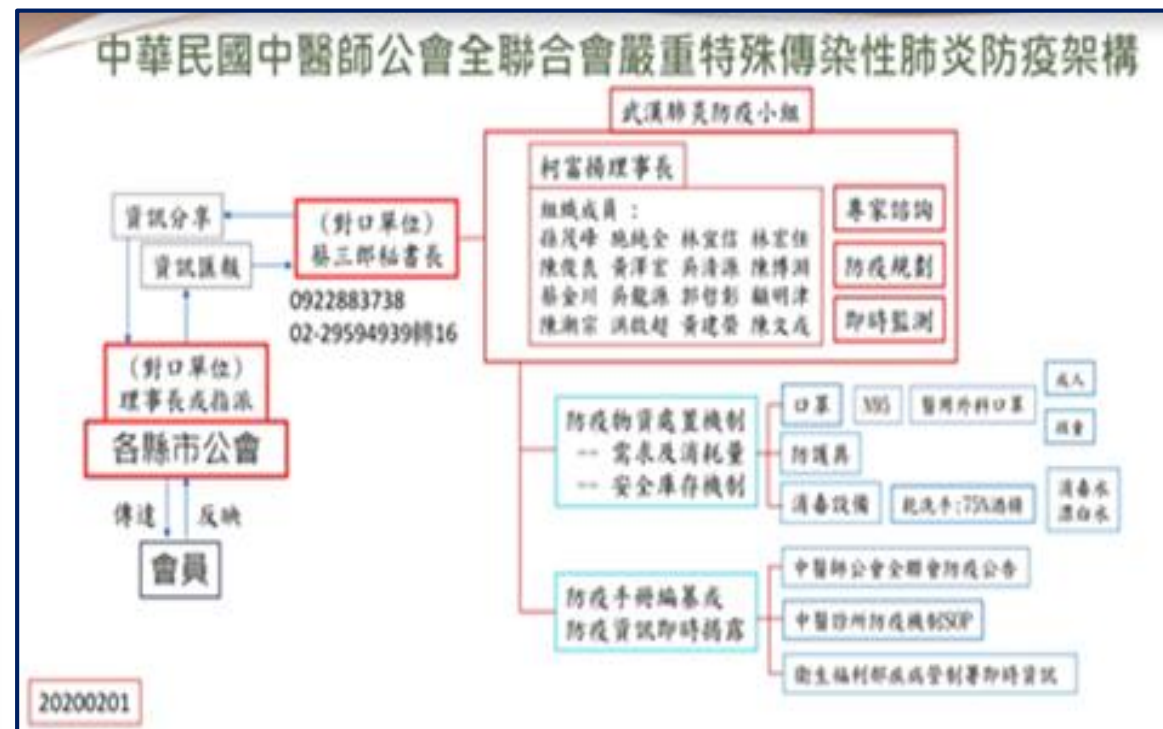
且成功外銷歐盟，建立起「Bedside to Bench（從臨床到實驗室）」的合作模式與基礎。因應COVID-19疫情需要，政府核准公費給付確診者清冠一號藥費。衛生福利部依藥事法第48條之2規定，核准8家中藥廠於國內專案製造「臺灣清冠一號」，其所核定之藥品類別為中醫師處方藥，須由中醫師診斷開立處方後使用。

111年元月22日配合衛生福利部中醫藥司來函辦理「公費『臺灣清冠一號』治療 COVID-19 個案研習會」，向醫院中醫科部之醫療院所與會代表，說明「公費COVID-19治療用臺灣清冠一號申請補助方案」。



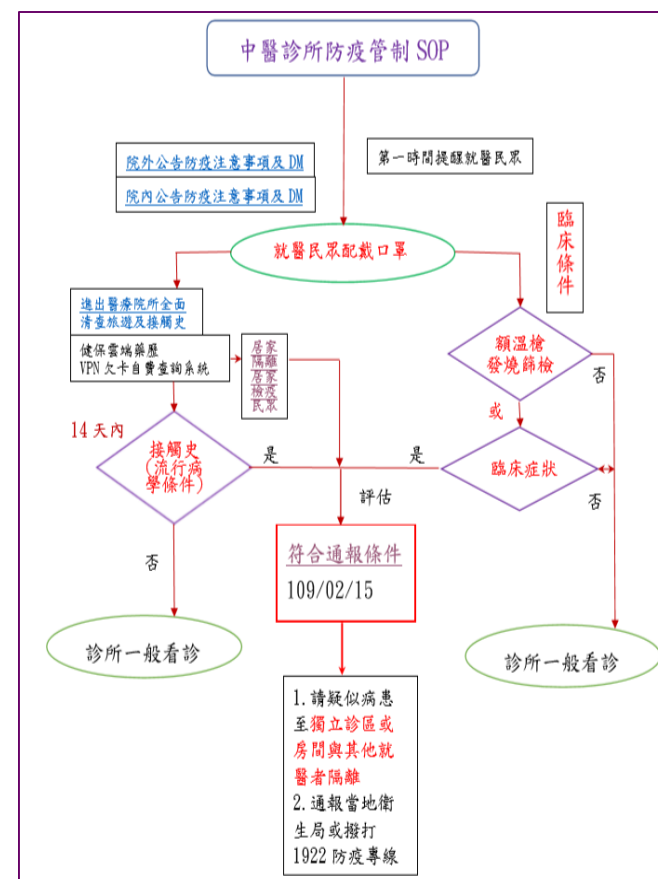
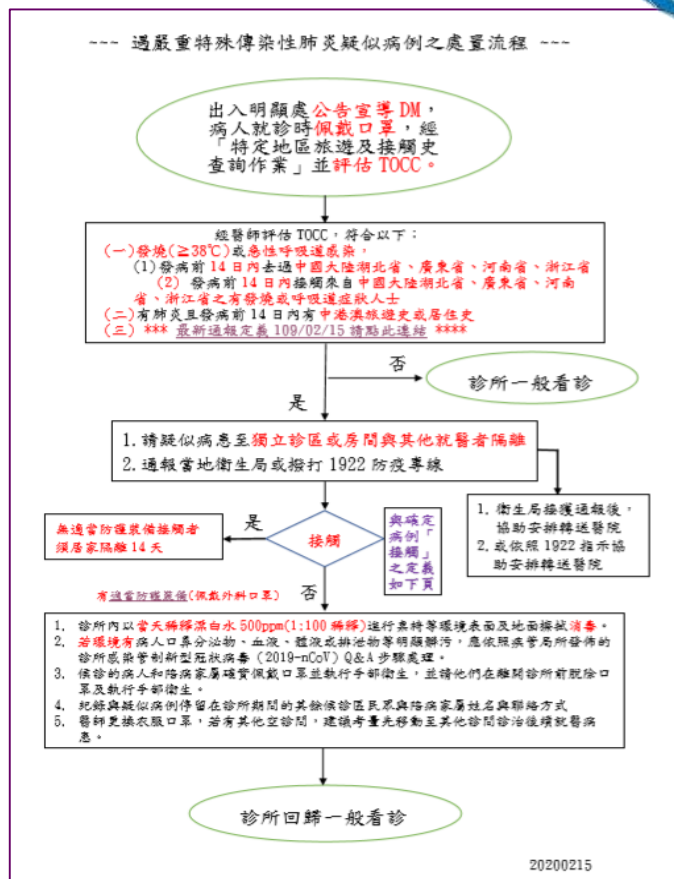
面對疫情，中醫依然持續照顧民眾健康

本會參加衛生福利部召開之「『嚴重特殊傳染性肺炎』疫情中醫專家會議」，並配合中醫藥司規劃，組成中醫治療團隊，提出「嚴重特殊傳染性肺炎中醫防治建議(草案)」。





- 成立防疫小組，有系統整理防疫相關資料，於官網提供中醫會員及民眾參考。
- 由防疫小組黃科峯組長每日即時公告「疫情佈告欄」。
- 公告「中醫診所防疫管制SOP」流程。





三軍總醫院中醫部黃怡嘉主任主講「惡疫來襲中醫有解」，剖析中醫對疫症(傳染性疾病)的治療；義守大學學士後中醫學系張永明醫學博士主講「中醫抗老遠離慢性病」，闡述老化的理論與面對老化的健康心態；中國醫藥大學中醫學院副院長暨中國醫藥大學附設醫院中西醫結合科主任顏宏融主講「中西合治急慢症更給力！」，介紹如何善用中、西醫療合治疾病。

109年9月20日假臺大醫院國際會議中心401廳，本會與《今周刊》聯合舉辦中醫講座：「疫起找健康 中醫罩顧你」，邀請三位資深中醫師主講。





感謝聆聽 懇請指教

Best Summary

中醫醫療不足地區改善方案 成果報告

愛在偏鄉迴盪～

再遠！中醫都為您守護健康！！

詹永兆 醫師


中華民國中醫師公會全國聯合會常務監事
中醫門診醫療服務審查執行會執行長






目錄

CONTENTS

 **01** 評核委員評論意見與期許之回應說明

 **02** 106年至110年執行結果



評核委員評論意見與期許之回應說明

服務病患之治療項目多數為筋骨痠痛、疼痛的治療，尚無法減輕偏遠地區病患因其他疾病遠赴西醫院所就診的不便性。

- ✓ 偏鄉及山地民眾戶外工作著眾多，針灸、傷科治療筋骨痠痛的需求著較顯著，需求量較大。
- ✓ 中醫巡迴醫療以提供全方位的醫療，如內科、婦科及兒科等相關疾病治療都是我們服務的範圍。
- ✓ 巡迴醫療深入山區村落，居住人口以老人為主，因此在疾病照護上也以老年慢性疾病為多。





106年至111年執行結果

獎勵開業服務計畫

	106	107	108	109	110	111
01 開業鄉鎮數						
02 參與院所數	5	5	2	5	0	5
03 投入醫療人力						



01 獎勵開業服務計畫

歷年獎勵開業服務計畫 申請家數

累積申請為34家

至110年底續留當地為21家

109年5家

108年 2家

107年 5 家

106年 5 家

105年 4家

104年 5 家

103年 4家

102年 2 家

100年1家

99年1家





01 獎勵開業服務計畫

歷年開業鄉鎮分布

● 代表尚在開業中

★ 代表已終止計畫

99年至110年：

累積開業 34 家

續留當地 21 家





01 獎勵開業服務計畫

續留當地・開業地區別統計

80%

20%

偏遠地區：

宜蘭縣員山鄉、新竹縣關西鎮、
苗栗縣三義鄉、苗栗縣三灣鄉、
苗栗縣造橋鄉、彰化縣大城鄉、
南投縣國姓鄉、雲林縣林內鄉、
雲林縣元長鄉、雲林縣口湖鄉、
嘉義縣大埔鄉、高雄市永安區、
高雄市甲仙區、屏東縣崁頂鄉、
花蓮縣壽豐鄉、台東縣卑南鄉、
台東縣太麻里鄉

離島地區：

金門縣金湖鎮、金門縣金寧鄉、
澎湖縣湖西鄉、屏東縣琉球鄉





01 獎勵開業服務計畫

管理原則

承辦後 第七個月起

核定總點數未足保障額度35%，以80%核付，連續2個月未達者，自次次月提供1點巡迴；
核定總點數未足保障額度20%，以70%核付，連續2個月未達者，自次次月提供2點巡迴。

滿一年 自第13個月起

核定總點數未足保障額度45%，以75%核付，連續2個月未達者，自次次月提供1點巡迴；
核定總點數未足保障額度30%，以65%核付，連續2個月未達者，自次次月提供2點巡迴。

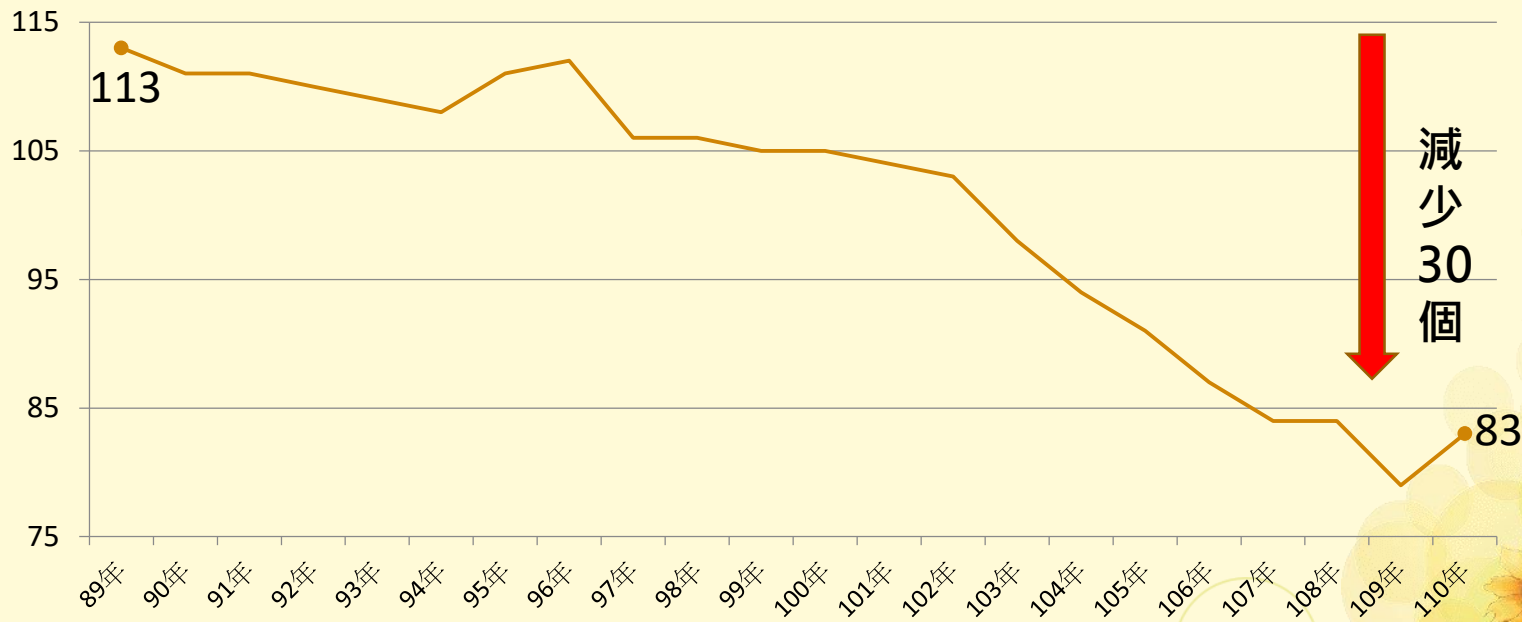
滿二年 自第25個月起

核定總點數未足保障額度50%，以60%核付，連續2個月未達者，自次次月提供1點巡迴；
核定總點數未足保障額度40%，以50%核付，連續2個月未達者，自次次月提供2點巡迴；
若核定總點數未足保障額度10%，以核定點數核付。



01 獎勵開業服務計畫

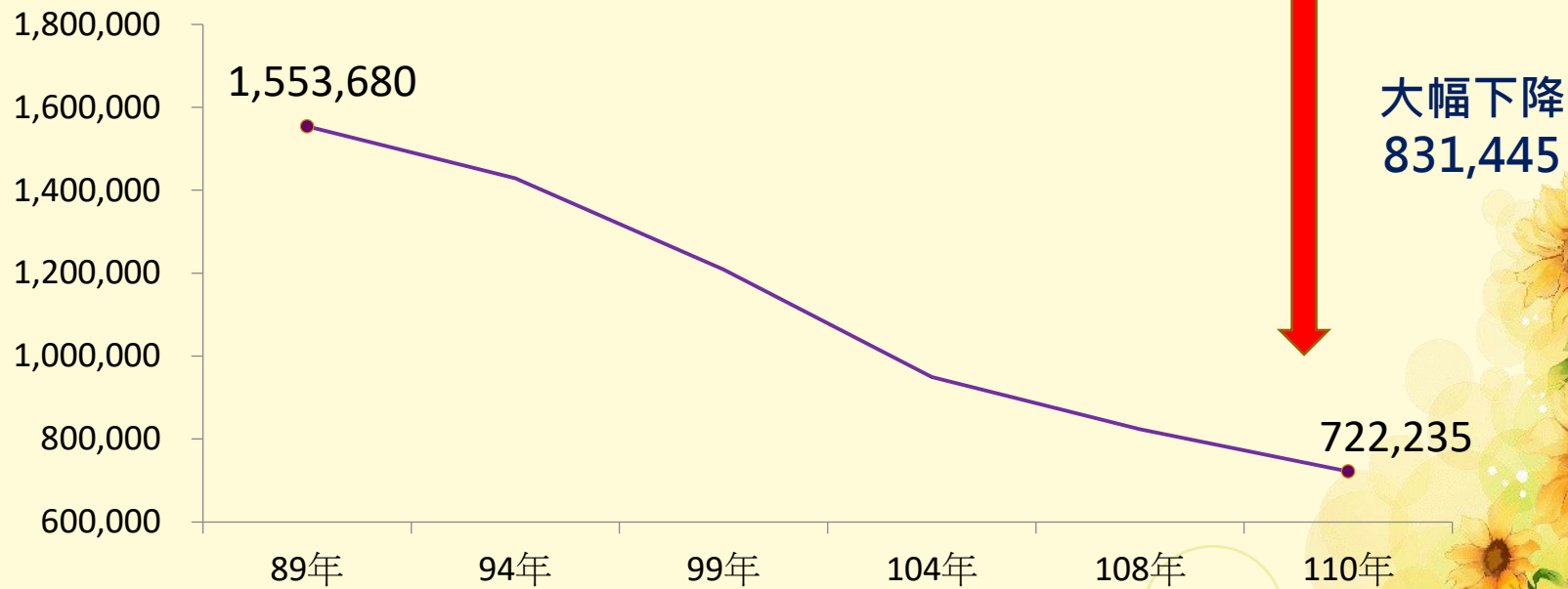
20多年來無中醫鄉鎮數變化情形





01 獎勵開業服務計畫

20多年來無中醫鄉鎮人口數變化情形



01 獎勵開業服務計畫

109年 - 彰化縣大城鄉診所現況



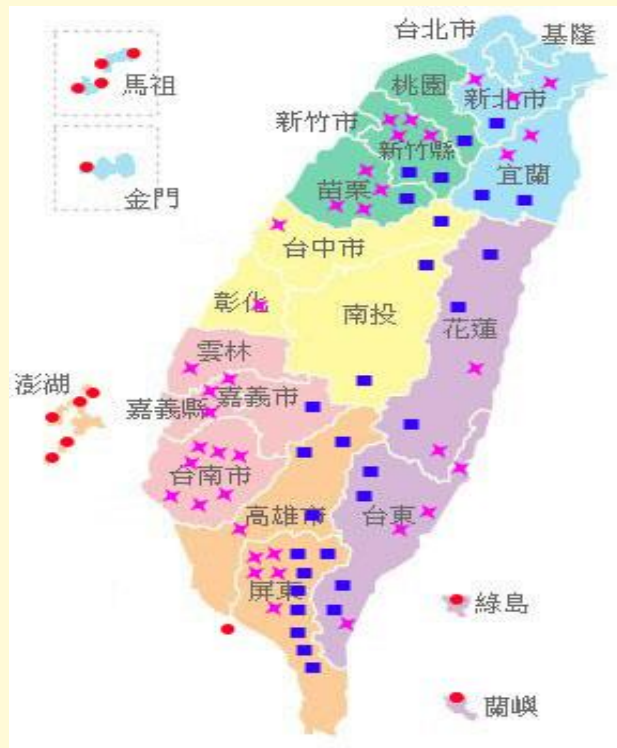
108年 - 屏東縣琉球鄉診所現況





02巡迴醫療服務計畫

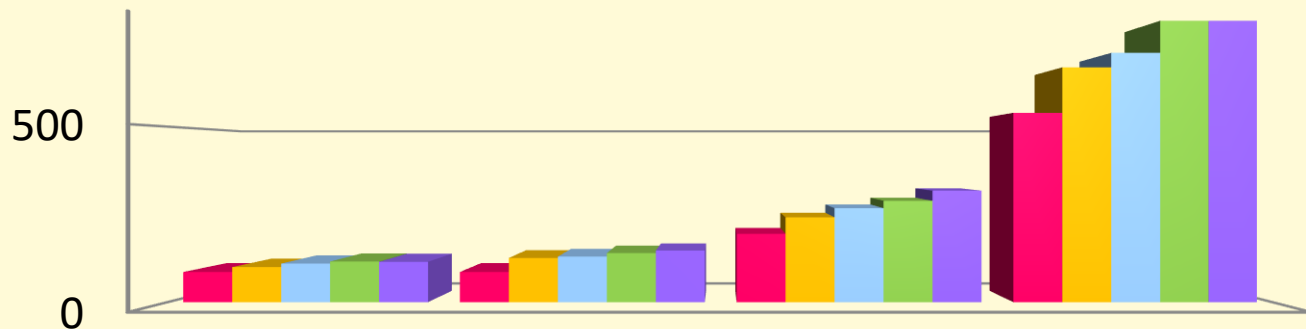
110年執行巡迴計畫鄉鎮標示





02巡迴醫療服務計畫

106年至110年執行結果



	巡迴鄉鎮數	參與院所數	巡迴點數	醫療人力
106年	86	86	195	539
107年	100	126	242	668
108年	110	130	268	709
109年	116	140	289	843
110年	115	147	318	825

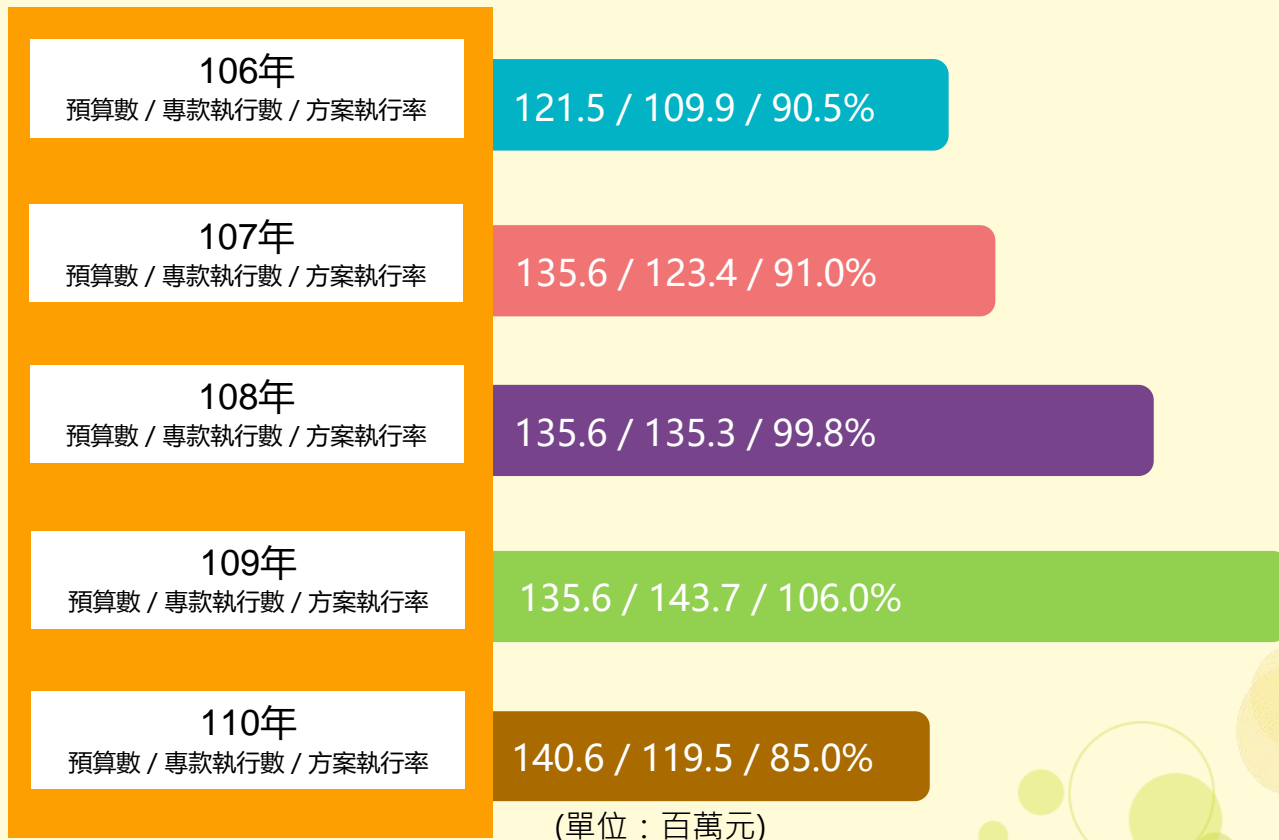


項目		非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
地點的環境衛生及舒適性	個數	444	310	17	1	0
	%	57.51%	40.16%	2.20%	0.13%	0.00%
醫療設備	個數	384	359	25	4	0
	%	49.74%	46.50%	3.24%	0.52%	0.00%
看病流程	個數	465	290	16	1	0
	%	60.23%	37.56%	2.07%	0.13%	0.00%
交通方便性	個數	508	241	21	2	0
	%	65.80%	31.22%	2.72%	0.26%	0.00%
中醫師的說明	個數	563	202	7	0	0
	%	72.93%	26.17%	0.91%	0.00%	0.00%
其他醫護人員的說明	個數	517	234	21	0	0
	%	66.97%	30.31%	2.72%	0.00%	0.00%
中醫師的診斷、治療等醫術方面	個數	564	200	8	0	0
	%	73.06%	25.91%	1.04%	0.00%	0.00%
中醫師的服務態度	個數	591	176	5	0	0
	%	76.55%	22.80%	0.65%	0.00%	0.00%
其他醫護人員的服務態度	個數	540	216	16	0	0
	%	69.95%	27.98%	2.07%	0.00%	0.00%
治療的效果	個數	458	305	7	2	0
	%	59.33%	39.51%	0.91%	0.26%	0.00%
整體醫療品質	個數	494	270	8	0	0
	%	63.99%	34.97%	1.04%	0.00%	0.00%
門診診次安排	個數	452	283	32	5	0
	%	58.55%	36.66%	4.15%	0.65%	0.00%



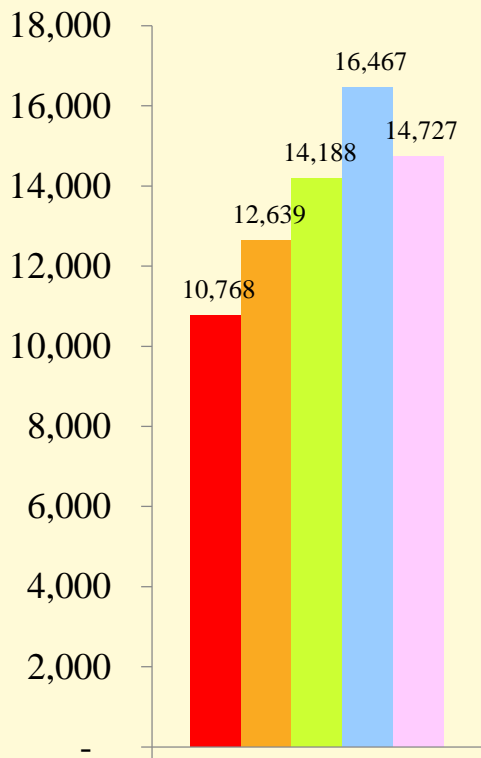
106年至110年執行結果-1

方案整體執行結果

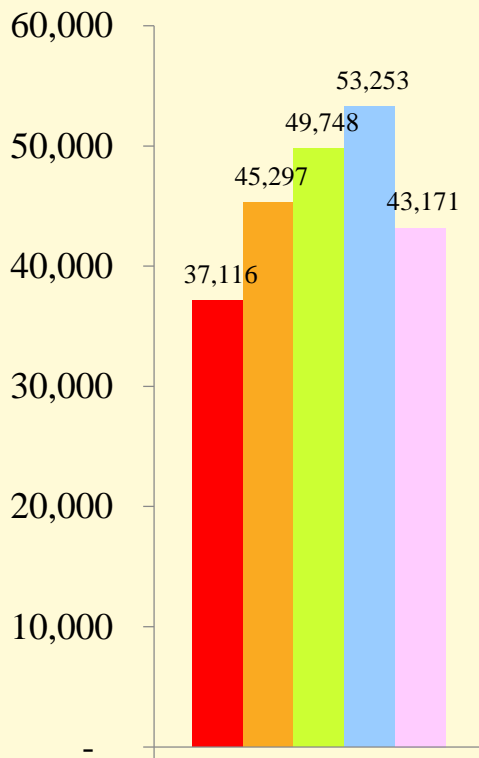




106年至110年執行結果-2

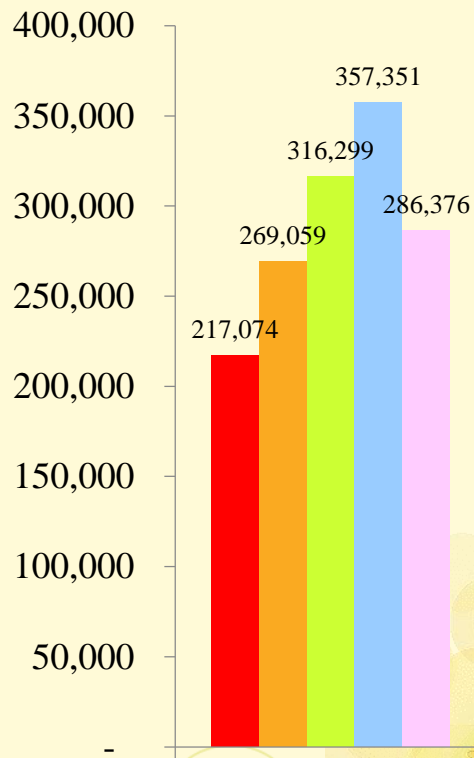


總服務天數



總服務人數

方案整體執行結果



總服務人次





看診前10名疾病別統計

方案整體執行結果

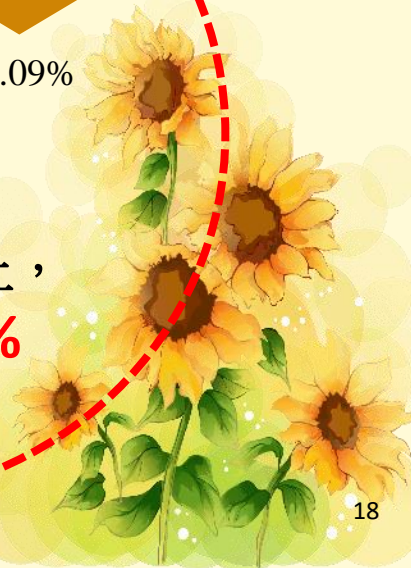
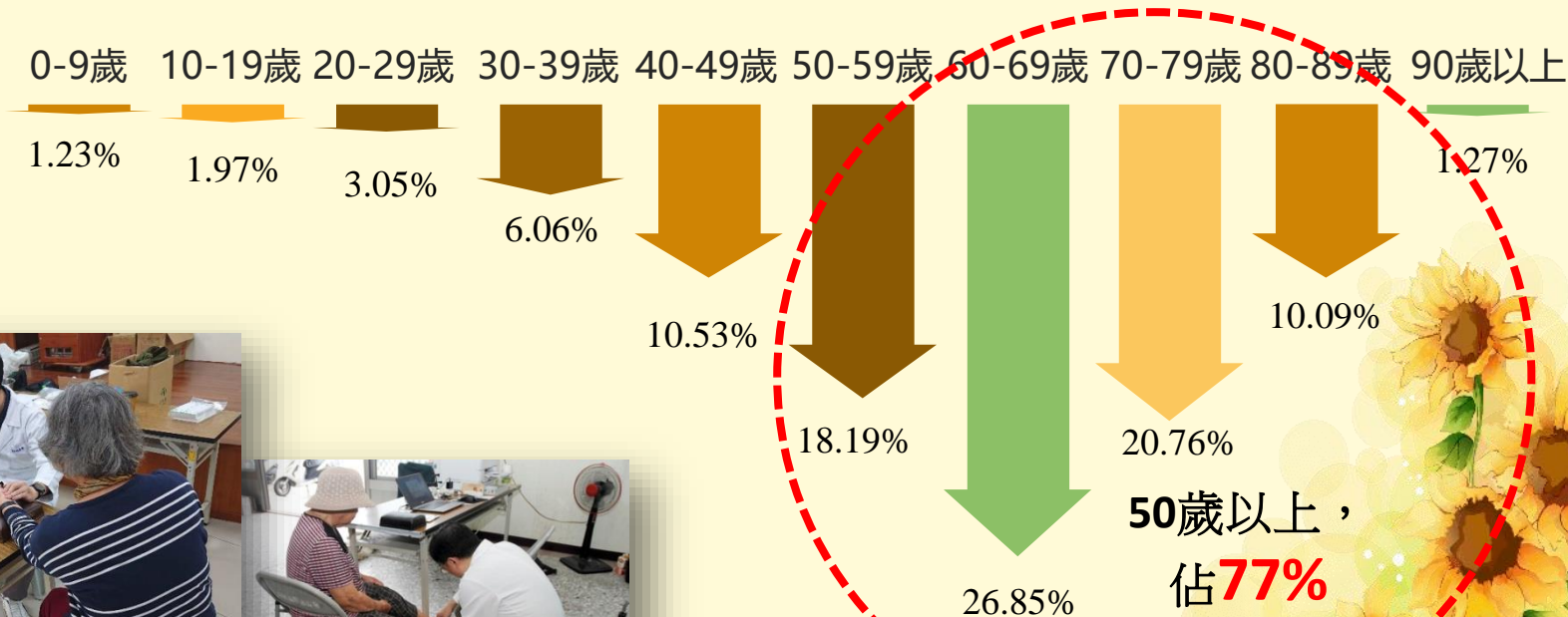
排名	疾病別	ICD-10-CM	件數	件數占率
1	腰背疼痛	M545	23,064	8.05%
2	肌痛	M791	14,766	5.16%
3	未指明的關節疼痛	M2550	14,452	5.05%
4	膝蓋疼痛	M2556	8,511	2.97%
5	肩膀痛	M2551	7,724	2.70%
6	咳嗽	R05	7,647	2.67%
7	未明確的多骨關節炎	M159	4,701	1.64%
8	多發性關節炎	M130	4,815	1.68%
9	腰椎韌帶扭傷	S335X	5,410	1.89%
10	未指明的肩關節扭傷	S4340	4,928	1.72%





110年就醫人次年齡層分布

方案整體執行結果





實地訪視活動

- 日期：111年4月6日至4月7日
- 地點：花蓮縣壽豐鄉及萬榮鄉



未來
改進方向



1

【重新檢討獎勵開業服務計畫，增加誘因】

2

【設立更多的中醫巡迴醫療點】

3

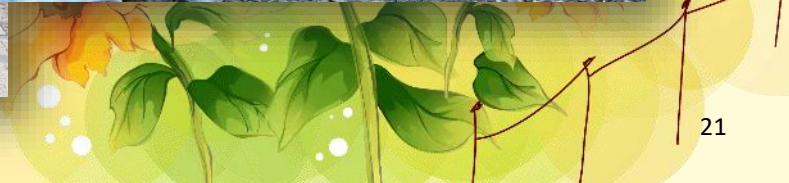
【加強巡迴點無障礙空間的設置】


4

【擴大中西合併診療的疾病項目】

Best Summary

感謝聆聽





全民健康保險 中醫提升孕產 照護品質計畫



目錄

1

評核委員評核意見與
期許之回應說明

3

歷年計畫執行情形
及成效評估

2

計畫執行成果

4

檢討與改善方向



評核委員意見與期許

6分區中，南區平均每天服務人次、平均就醫次數、每人就醫費用都最高，但其保胎成功率與助孕率偏低，且同時利用西醫的助孕成功率略高，原因為何？



中醫部門回應

- 本會會同南區分會，訂定檢討改善方案，包括勸請某些院所暫緩收案，開設學術線上課程...等。
- 於110年度追蹤成效時，南區的助孕總成功率，已提升到10.90%（109年9.42%）。
- 本會將繼續督促南區分會，期能逐年漸進改善。



評核委員意見與期許之回應說明

孕產照護
品質計畫

評核委員意見與期許

- 服務婦女之中醫體質評估，可持續強化中醫對於婦女孕產服務之科學實證。
- 依服務民眾年齡別呈現助孕成功率、保胎成功率。



中醫部門回應

- 109年專案修訂「助孕診療紀錄表」，調整記錄量表內容及基礎體溫特點，強化中醫對於計畫之科學實證。
- 依委員建議，明年度「保胎成功率」及「助孕成功率」將依服務民眾年齡別呈現資料。



中醫提升孕產照護品質計畫執行成果

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率

計畫目的

以計畫前三年平均值為預設目標：

- 1.參與院所數100家
- 2.服務人數5,500人

執行目標

- 中醫門診總額之計畫專款項目支應
- 屬延續型計畫，於各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告

經費來源 & 協定事項



中醫提升孕產照護品質計畫執行成果

- 本計畫給付因不同於一般，其項目及支付標準表另訂定
- 預算按季均分及結算，**採浮動點值支付**；當季預算若有結餘，則流用至下季；若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額均不高於1元

費用支付

- 包括中醫四診診察、口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導(針灸處置非必要)
- 助孕診察另含**排卵期評估**，女性須含**基礎體溫(BBT)**、**體質證型**、濾泡期、排卵期、黃體期**月經週期療法**之診療

執行內容

- 違規：特約管理辦法第38條至第40條所列違規情事之一
- 執行成效不佳者、未依本計畫規定事項執行，未依規定繳交相關資料及評量報表
- 助孕：已懷孕者
- 保胎：已照護超過20週或流產者

評核指標 & 退場機制



歷年中醫提升孕產照護品質計畫預算執行統計



106年

預算數 / 執行數 / 執行率

47.7 / 62.7 / 131.5%

107年

預算數 / 執行數 / 執行率

60.0 / 68.0 / 113.3%

108年

預算數 / 執行數 / 執行率

65.0 / 71.2 / 109.6%

109年

預算數 / 執行數 / 執行率

90.0 / 74.4 / 82.6%

110年

預算數 / 執行數 / 執行率

90.0 / 65.2 / 72.4%

本計畫於104年開辦執行，執行七年多，於106年至109年獲得健保會委員增編預算，其成長情況逐漸緩和。

服務人次由104年2萬3千人增加至110年5萬8千人，可見民眾利用需求明顯提高。



孕產照護品質計畫醫療服務提供及民眾利用情形



→服務人數

110年較106年
服務人數增加
3.57%，可見
民眾利用需求
逐漸提高。

年度	承辦 院所數	參與 醫師數	服務人次	服務人數	醫療費用 點數(百萬)
106年	104	179	56,602	5,903	62.74
107年	104	195	60,869	6,208	68.00
108年	113	205	63,648	6,464	71.23
109年	117	216	66,395	6,551	74.36
110年	124	222	58,349	6,114	65.18
相較前一年 成長率	5.98%	2.78%	-12.12%	-6.67%	-12.35%



孕產照護品質計畫醫療服務提供及民眾利用情形



年度	平均每人就醫次數	平均每次就醫費用
106年	9.59	1,109
107年	9.80	1,117
108年	9.85	1,119
109年	10.12	1,120
110年	9.54	1,117

110年有無加入 專案比較	服務人次	服務人數	醫療費用 點數	平均每人 醫療費用
專案	58,349	6,114	65,182,665	10,661
非專案	1,023,849	253,416	623,240,514	2,459



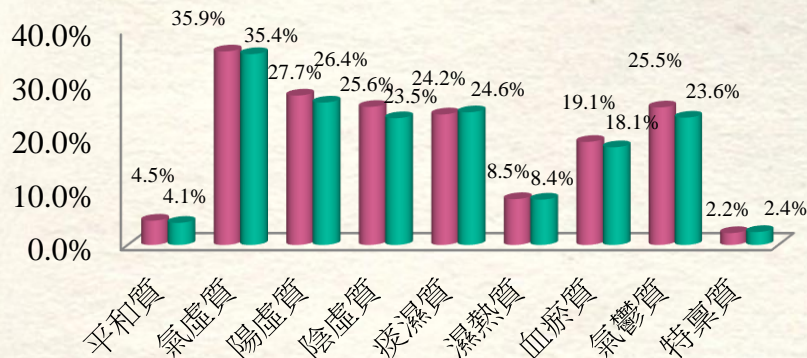
110年助孕實施效益統計

僅利用中醫治療

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功受孕 個案數	117	63	343	150	41	18	732
助孕看診 個案數	1,089	597	2,071	1,553	246	152	5,698
助孕 成功率	10.7%	10.6%	16.6%	9.7%	16.7%	11.8%	12.8%

同時利用西醫治療

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功受孕 個案數	44	13	113	53	16	4	243
助孕看診 個案數	318	111	614	310	78	40	1,471
助孕 成功率	13.8%	11.7%	18.4%	17.1%	20.5%	10.0%	16.5%

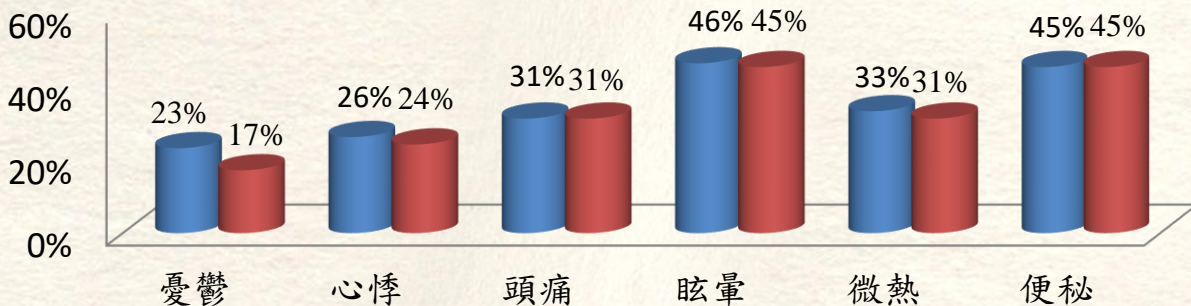


中醫體質量表 (前後測比較)



110年保胎實施效益統計

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功保胎個案數	92	25	214	92	22	26	471
保胎看診個案數	192	36	289	147	26	37	727
保胎成功率	47.9%	69.4%	74.0%	62.6%	84.6%	70.3%	64.8%



懷孕初期症狀及心理評估量表 (前後測比較)





檢討與改善方向

感謝健保會 增編預算



自106年起，逐年調整計畫預算數，點值獲得改善後，促使更多中醫醫療院所參與本計畫。

資源分布 問題



供給面：參與醫師數、就醫次數、就醫人數、醫療費用都由**台北區、中區、南區**分列前三名。

需求面：助孕療程以女性患者利用率最高，**年齡以25～29歲**治療次數較多。

持續檢討 修正問題



持續針對**計畫執行內容**及**評估量表**進行修訂，以期更合理、更有效率地將統計資料匯整。



幫不孕夫妻圓一個卑微的心願

助孕、保胎療程，是一個漫長且煎熬的過程。

中醫的專案自104年開始至今，服務了數以萬計的民眾，

陪伴他們在忐忑中，圓一個卑微的心願。

感謝聆聽



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

目錄

contents

1

評核委員評核意見
與期許之回應說明

2

計畫執行成果

3

歷年計畫執行情形
及成效評估

4

檢討與改善方向

評核委員評核意見與期許之回應說明

109年預算執行率54.6%，服務人數及服務人次均較108年顯著下降，另完整照護率只占3.7%，宜檢討計畫續行之必要性。

鼻過敏

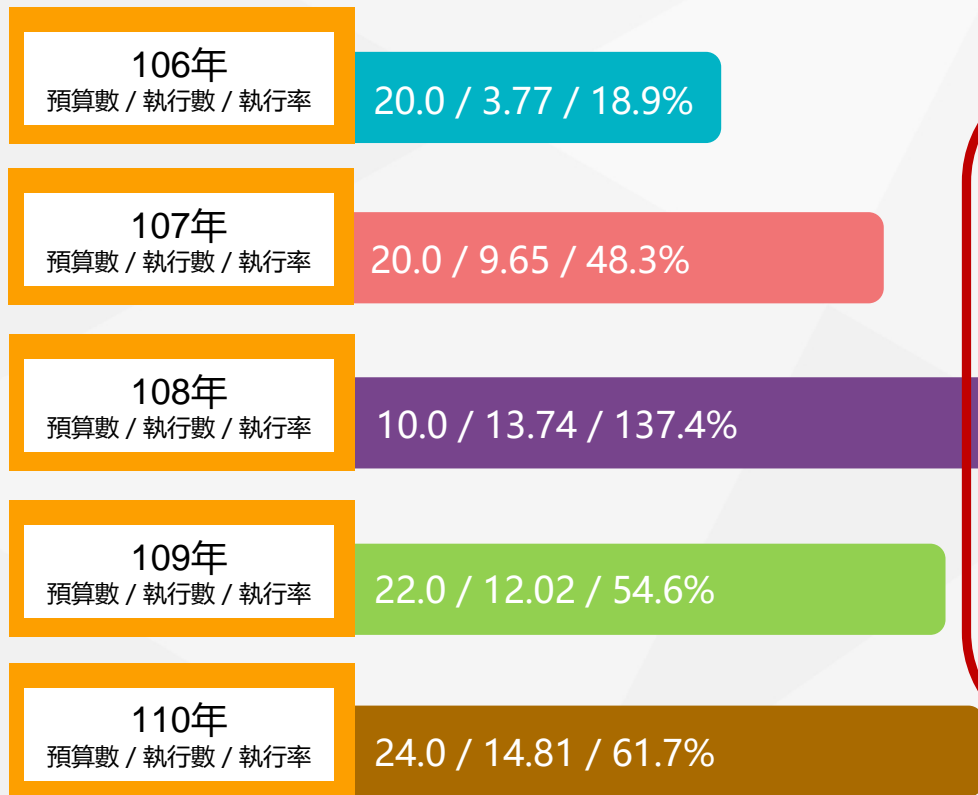


中醫門診總額部門回應

- 除了109年略受疫情影響外，計畫執行數仍然持續上升中。

年度	預算數	執行數	執行率	服務人數	服務人次
108年	10	13.74	137.4%	3,513	13,112
109年	22	12.02	56.7%	2,998	11,014
110年	24	14.81	61.7%	3,335	14,705
預算及執行數單位：百萬					

歷年兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫預算執行統計



本計畫於105年開辦執行，執行六年多，因計畫規範及給付誘因不足等因素，年度執行率偏低。但觀察年度服務人數可發現有逐年爬升趨勢，可見民眾利用需求正逐漸提高。

兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 醫療服務提供及民眾利用情形

年度	承辦院所數	參與醫師數	服務人次	服務人數
106年	95	149	2,239	1,562
107年	109	203	10,249	2,888
108年	101	229	13,112	3,513
109年	103	217	11,104	2,988
110年	111	260	14,705	3,335
相較前一年 成長率	7.77%	19.82%	32.43%	11.61%

兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 醫療服務提供及民眾利用情形

年度	平均每人就醫次數	平均每次就醫費用	平均每人就醫費用
106年	1.43	1,682	2,411
107年	3.27	942	3,342
108年	3.73	1,048	3,911
109年	3.67	1,091	4,011
110年	4.41	1,007	4,442

110年有無加入 專案比較	服務人次	服務人數	醫療費用 點數	平均每人 醫療費用
專案	14,705	3,335	14,813,348	4,442
非專案	245,525	62,954	196,170,141	3,116

兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 檢討與改善方向

預算執行情形

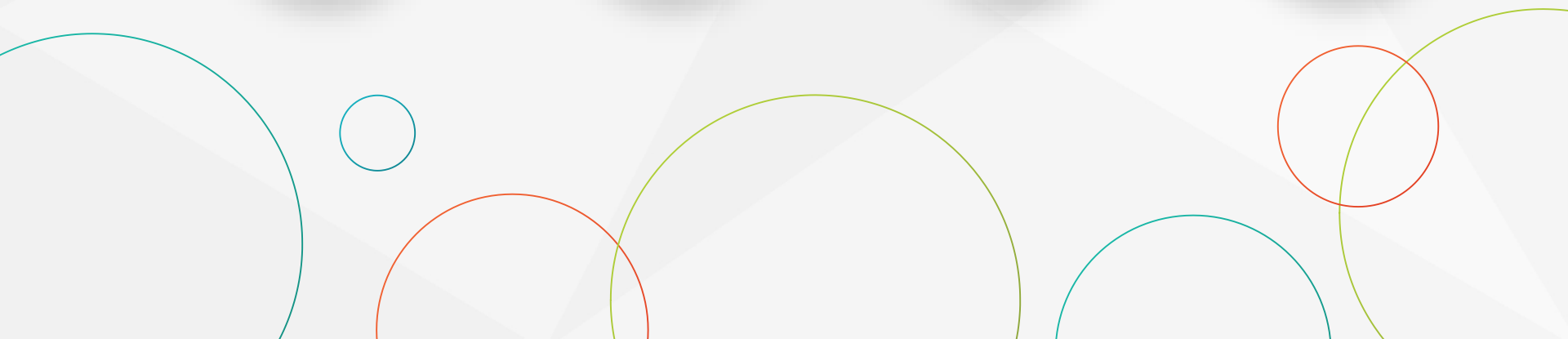
因計畫執行誘因不足，造成中醫師參與率偏低，但這問題經107年條文修訂後已**逐漸獲得改善**。

資源分布問題

參與院所家數、醫師數、照護人次、照護人數，依序由**中區、高屏區、台北區**分列前三名。

持續檢討修正問題

- 努力提升中醫醫療院所參與意願。
- 提升專案服務品質，凸顯中西醫治療差異性，增加「結案條件原因分析」。



全民健康保險 中醫慢性腎臟病 門診加強照護計畫



目錄



109年評核委員評論意見與期許
之回應說明



110計畫目的及重點



109年- 110年執行情形



檢討與改善方向



109年評核委員 評論意見與期許 之回應說明



本計畫平均每人醫療費用高。



- 謝謝委員建議。
- 本計畫費用給付項目分為三大類
 - ◆ 第一大類為單純給予中藥(醫令P64001-004)。
 - ◆ 第二大類為同時給予中藥及針灸治療(P64005-008)。
 - ◆ 第三大類為單純針灸治療(P64009-010)。
- 給付涵蓋醫師診察費、口服藥費(7~28天不同日數級距)及針灸、藥事調劑費及患者穴位按摩指導費用，故比非專案來得要高。



腎臟功能指標， 與門診透析團體 訂定中醫介入評估指標。

- 謝謝委員建議。
- 110年和門診透析團體合作，辦理研討會，訂定中醫介入對於腎臟病患之評估指標。
- 慢性腎病常見指標(如eGFR、LDL、血壓)，及相關慢性病指標)之初步執行成效將於本報告中呈現。



PLAN



中醫慢性腎臟病門 診加強照顧計畫

110年計畫目的及重點



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

110年計畫目的及執行目標

執行
目標

目的

- 早期中醫介入腎病病人。
- 減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升病人生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

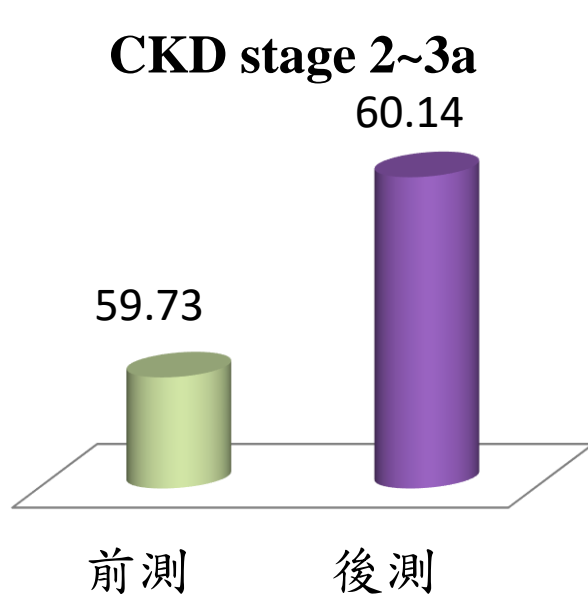
CKD stage 2~3a者：eGFR較新收案時改善（eGFR>新收案時）

CKD stage 3b~5者，糖尿病病人
eGFR下降速率 $< 6 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$

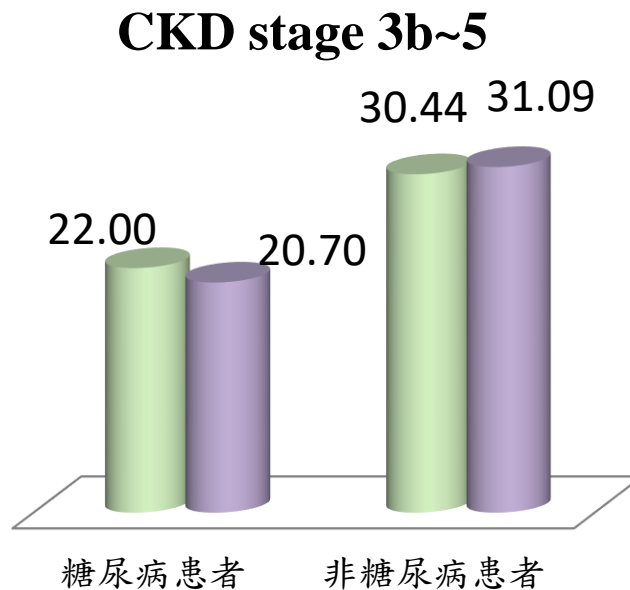
CKD stage 3b~5者，非糖尿病病人
eGFR下降速率 $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$



中醫慢性腎臟病病患延緩進入血液透析之期程效益



- ✓ eGFR較新收案時改善
(eGFR>新收案時)



收案一年(或12個月)後

- ✓ 糖尿病病人eGFR下降速率 $< 6 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$
- ✓ 非糖尿病病人eGFR下降速率 $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$



中醫慢性腎臟病門 診加強照顧計畫

109-110年執行情形

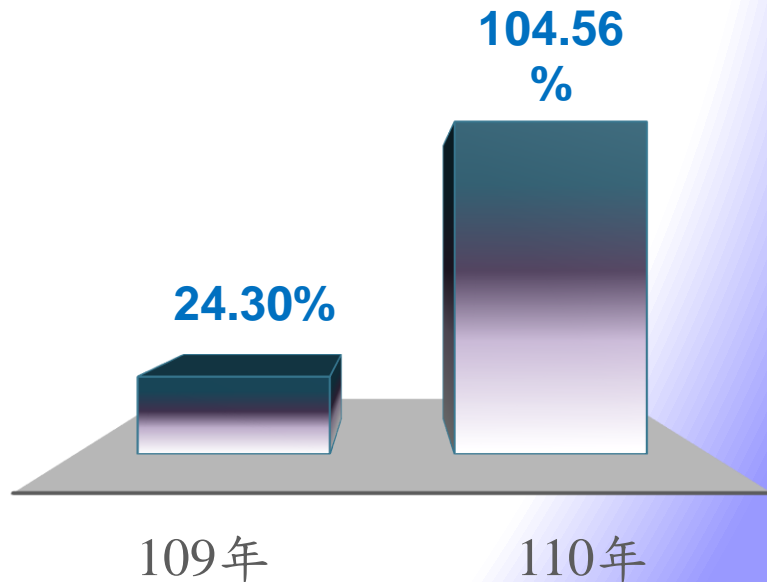


中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫預算執行情形

110年計劃執行

- ✓ 預算經費：50.0百萬元。
- ✓ 整體執行數：52.28百萬。
- ✓ 整體執行率：104.56%。

執行率





慢性腎臟病檢查數據回收情形

前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：

✓有效樣本數有683人

血壓-收縮壓、舒張壓(N=638)

腎絲球濾過率值eGFR(N=638)

血清肌酸酐Cr(N=638)

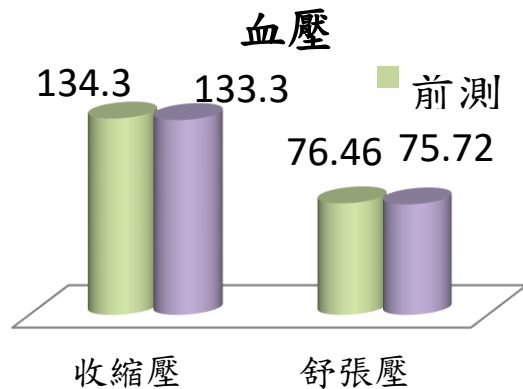
低密度脂蛋白(N=339)

UPCR(N=324)、UACR(N=148)

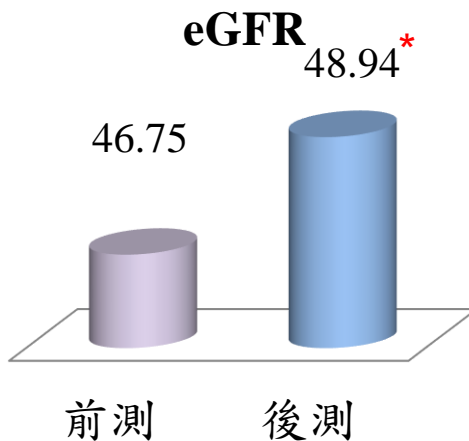
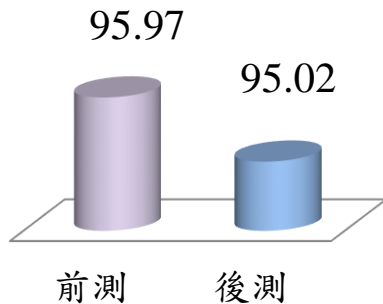




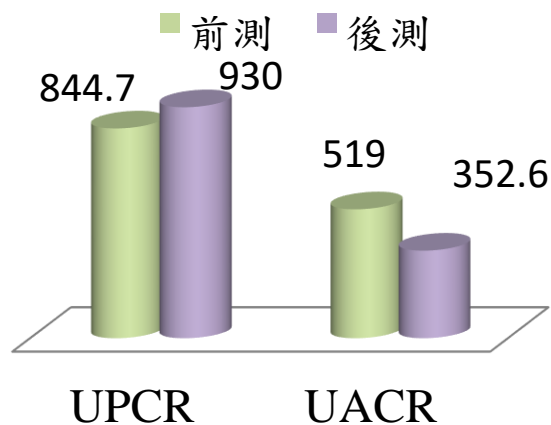
成效評估-中醫慢性腎臟病檢查數據分析



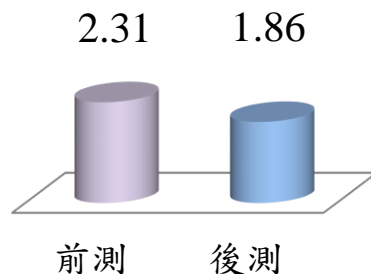
低密度脂蛋白



*P<0.05



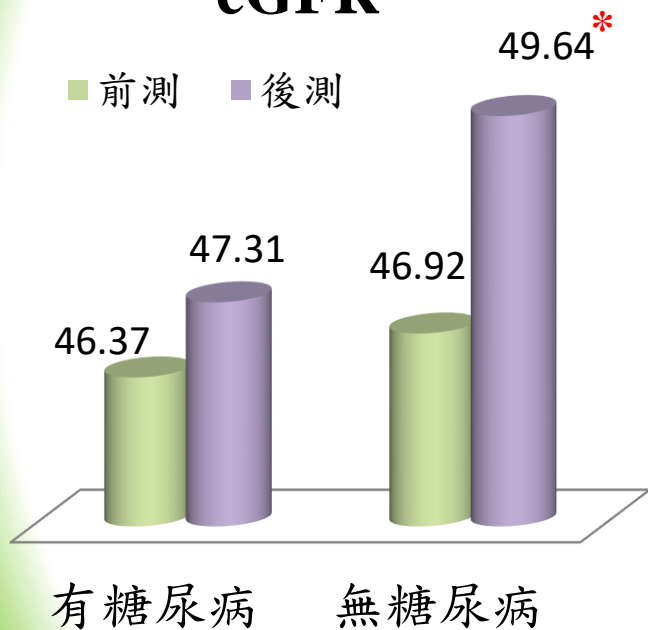
血清肌酸酐



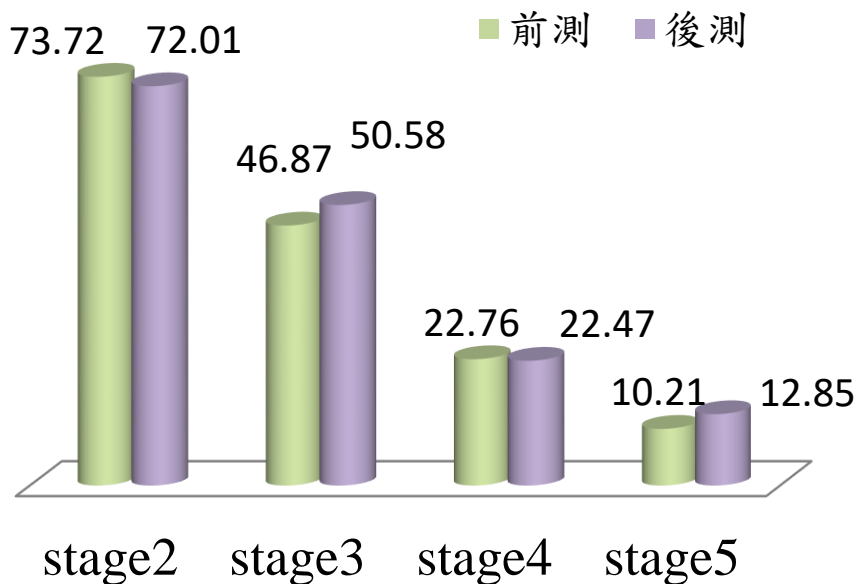


成效評估-中醫慢性腎臟病病患各領域 在腎絲球濾過率值(eGFR)前後測差異

eGFR



eGFR



* $P < 0.05$



110年中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 六區醫療服務提供情形

分區 \ 項目	承辦 院所數	參與醫 師數	就醫次數	就醫人數	醫療費用	
					值	百分比
台北	17	41	4,020	591	6,453,520	12.34%
北區	11	25	7,418	1,395	15,246,455	29.16%
中區	37	77	10,372	1,182	15,538,460	29.72%
南區	21	49	5,180	633	8,116,867	15.53%
高屏	14	28	3,676	365	5,691,830	10.89%
東區	7	9	820	59	1,231,710	2.36%
合計	107	229	31,486	4,225	52,278,842	100.00%



未來努力方向與檢討-1



經費執行情形

今年執行率為104.56%，需求面的服務人數、服務人次，以及供給面的院所數、醫師數，都呈現逐月升高。



資源分布問題

110年承辦院所數、就醫人數及醫療費用都由中區、北區為主，台北區的執行率遠低於一般部門的分配費用，是否與疫情有關，可再進一步的觀察。



未來努力方向與檢討-2

院所檢查數據分析



今年承辦院所上傳健保署VPN系統收集較完整，也較容易進行統計分析，未來將與其他學會合作，呈現與世界腎病主流統計方式。

未來努力方向



本會已與西醫腎臟醫學會進行接觸，洽談合作，並且辦理研討會，相互邀請、參與研討會，並積極對話，促進彼此間的了解，以減少雙方的歧見。

THANK YOU

感謝聆聽



全民健康保險中醫門診總額 照護機構中醫醫療照護方案

有保險 應享有相同的醫療服務！！





111年計畫目的及重點





計畫目的



提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性

全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護



施行機構

政府立案

護理之家

51.67%

身心障礙福利機構

3.33%

養護機構

35.00%

老人安養

10.00%



計畫執行目標

30家保險醫
事服務機構

照護

30家照護
機構

總服務
15,000人次

總服務天數
1,500天



目前已執行60家





執行情形(1)

開放60家院所
執行60家養護機構

承作優先順序

I

每縣市至少保留一家機構優先承作

II

護理之家優先

III

計畫完善者優先



執行情形(2)



區別	台北				北區				中區			
家數	14				8				17			
縣市	台北市	新北市	基隆市	宜蘭縣	桃園市	新竹市	新竹縣	苗栗縣	台中市	大台中	彰化縣	南投縣
家數	4	7	1	2	5	0	1	2	6	3	6	2
區別	南區					高屏			東區		合計	
家數	9					7			5		60	
縣市	雲林縣	嘉義市	嘉義縣	台南市	大台南	高雄市	大高雄	屏東縣	花蓮縣	台東縣	合計	
家數	1	2	3	1	2	1	3	3	2	3	60	

承作院所層級別

醫學中心 6家
區域醫院 17家
地區醫院 7家
基層院所 30家

疫情趨緩，請新竹市中醫師公會協助規劃



未來努力方向

爭取預算 服務更多病人



擴大院所參與

落實〈有健保 有醫療〉的政策

THANK
YOU

感謝聆聽



PLAN



**西醫住院病患
中醫特定疾病
輔助醫療試辦計畫**

黃頌儼 醫師

中華民國中醫師公會全國聯合會
評核會議規劃小組召集人



委員建議：預算執行率有逐年降低趨勢，如110年仍如此，則111年需考量是否減少預算規模。

- 109年及110年，醫院端受COVID-19疫情影響，各大醫院實施降載，進而導致本專案執行率受到影響。
- 考量111年若疫情趨緩，執行率將恢復疫情前水平(105年至107年執行率皆逾100%，110年96.7%)，為避免點值下降影響病人權益，仍請委員繼續支持擴充預算規模。



委員建議：納入對照組進行比較，強化中醫介入之科學實證評估，並依各項疾病別建立照護結果之監測指標，評估介入之效益。

- 健保專案試辦計畫非臨床研究計畫，無法納入「對照組」比照。
- 本會已鼓勵會員醫師多多投稿研究成果，以利將來強化中醫介入之科學實證評估。
- 過去本項計畫試辦期間，**高雄長庚紀念醫院中醫部邱顯學醫師**已經針對腦血管疾病的中醫輔助治療，**發表國際SCI論文**介紹全民健保給付這項治療，對於我國健保給付提供腦血管疾病患者中醫輔助治療提供國際正面宣傳。
- 後續有**義守大學施純全教授**、**中國醫藥大學顏宏融教授**等陸續透過全民健保資料庫資料，分析額外加上針灸與中藥輔助治療相對於一般西醫常規治療對於腦血管疾病(腦中風)**提供保護效果的真實世界數據證據**。

Research Article

Pilot Scheme of Health Policy in Stroke Adjuvant Acupuncture Therapy for Acute and Subacute Ischemic Stroke in Taiwan

Yi-Chia Wei,¹ Mao-Feng Sun,^{2,3} Ku-Chou Chang,^{4,5,6,7} Chee-Jen Chang,^{8,9}
Yu-Chiang Hung,^{6,10} Yu-Jin Lin,¹¹ and Hsien-Hsueh Elley Chiu^{1,12}

¹Department of Neurology, Chang Gung Memorial Hospital at Keelung, Keelung 20101, Taiwan

²Department of Acupuncture, Chang Gung Memorial Hospital at Taichung, Taichung 40447, Taiwan

³School of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung 40402, Taiwan

⁴Department of Neurology, Division of Cerebrovascular Diseases,

Chang Gung Memorial Hospital—Kaohsiung Medical Center, Kaohsiung 83301, Taiwan

⁵Center of Discharge Planning Service, Chang Gung Memorial Hospital—Kaohsiung Medical Center, Kaohsiung 83301, Taiwan

⁶College of Medicine, Chang Gung University, Kaohsiung 83301, Taiwan

⁷Yuh-Jing Junior College of Health Care and Management, Kaohsiung 80776, Taiwan

⁸Graduate Institute of Clinical Medical Sciences, Chang Gung University, Taoyuan 33302, Taiwan

⁹Clinical Informatics and Medical Statistics Research Center, Chang Gung University, Taoyuan 33302, Taiwan

¹⁰Department of Traditional Chinese Medicine, Division of Internal Medicine,

Chang Gung Memorial Hospital—Kaohsiung Medical Center, Kaohsiung 83301, Taiwan

¹¹Resource Center for Clinical Research, Chang Gung Memorial Hospital at Linkou, Taoyuan 33305, Taiwan

¹²Department of Traditional Chinese Medicine, Division of Acupuncture and Chinese Tzuanatology,

Chang Gung Memorial Hospital—Kaohsiung Medical Center, Kaohsiung 83301, Taiwan

Correspondence should be addressed to Hsien Hsueh Elley Chiu, elley@adm.cgmh.org.tw

Received 16 August 2010; Revised 28 December 2010; Accepted 7 February 2011

Copyright © 2011 Yi-Chia Wei et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

To reduce the health care burden of strokes, the Taiwan Department of Health launched the Pilot Scheme of the Health Stroke Adjuvant Acupuncture Therapy (HPSAAT) in 2008. This cross-sectional, hospital-based, matched-controlled study at Chang Gung Memorial Hospital Kaohsiung Medical Center during 2006–2008 retrospectively evaluated the clinical character acute and subacute ischemic stroke patients who electively joined the HPSAAT. The study also evaluated the safety and benefits of adjuvant acupuncture in treating acute and subacute ischemic stroke patients. Twenty-six HPSAAT participants age-sex matched random controls were enrolled. The stroke baseline of the HPSAAT participants was more severe than HPSAAT controls. Although the stroke severity closely correlates to mortality and comorbidity, this study noted no complications in the HPSAAT participants during the acupuncture treatment course. Adjuvant acupuncture was considered at the acute and subacute stages of ischemic stroke. Due to uneven baseline severity, the clinical benefits in reducing neuro deficits and functional recovery were not concluded in this study.

1. Introduction

As one of the leading causes of death, strokes contribute to a worldwide health care burden [1, 2]. Acupuncture has long been applied in treating stroke patients and has thus been recommended by the World Health Organization [3]. The National Health Insurance (NHI) is the social insurance that has covered the medical expenses of over 99% of 23.0 million Taiwanese citizens since 1995 [4–6]. In Taiwan,

acupuncture prevailed in one fifth of NHI beneficiaries. Aiming to improve the health care of stroke patients, the Department of Health launched an NHI sponsored project in 2006, namely the Pilot Scheme of the Health Policy in Stroke Adjuvant Acupuncture Therapy (HPSAAT). The HPSAAT promotes integration of traditional medicine (TCM) in conventional stroke care. In 2008, HPSAAT has been conducting in 27 medical centers at hospitals under an annual budget of 2.7 million US

Chuang et al. BMC Complementary and Alternative Medicine (2015) 15:318
DOI 10.1186/s12906-015-0528-4



RESEARCH ARTICLE

Open Access



Decreased risk of acute myocardial infarction in stroke patients receiving acupuncture treatment: a nationwide matched retrospective cohort study

Su-Fa Chuang^{1†}, Chun-Chuan Shih^{2†}, Chun-Chieh Yeh^{3†}, Hsin-Long Lane⁴, Chin-Chuan Tsai⁵, Tai-Liang Chen^{6,7,8},
Jung-Geng Lin⁹, Tansheng Chen¹¹ and Chien-Chang Liao^{6,7,8,9*}

Abstract

Background: Whether acupuncture protects stroke patients from acute myocardial infarction (AMI) has not been studied previously. The purpose of this study was to investigate the risk of AMI among stroke patients receiving acupuncture treatment.

Methods: Taiwan's National Health Insurance Research Database was used to conduct a retrospective cohort study of 234,515 stroke patients aged 40–74 years receiving acupuncture treatment and 469,950 propensity score-matched stroke patients not receiving acupuncture treatment who served as controls from 2000 to 2004. Both stroke cohorts were followed until the end of 2009 and were adjusted for important time to measure the incidence and adjusted hazard ratios (HRs) with 95 % confidence intervals (CIs) for new onset AMI in multivariate Cox proportional hazard models.

Results: Stroke patients who received acupuncture treatment (9.2 per 1000 person-years) exhibited a lower incidence of AMI compared with those who did not receive acupuncture treatment (1.68 per 1000 person-years), with an HR of 0.66 (95 % CI, 0.60–0.80) after adjusting for age, sex, low income, comorbidities, medical conditions, and medications. The relationship between acupuncture treatment and AMI risk was investigated in female stroke patients (HR, 0.65; 95 % CI, 0.76–0.93), male stroke patients (HR, 0.87; 95 % CI, 0.80–0.95), patients from 50 to 59 years of age (HR, 0.75; 95 % CI, 0.63–0.90), patients from 60 to 69 years of age (HR, 0.85; 95 % CI, 0.75–0.96), patients suffering from ischemic stroke (HR, 0.87; 95 % CI, 0.79–0.95), and patients suffering from hemorrhagic stroke (HR, 0.67; 95 % CI, 0.44–0.98).

Conclusions: We raised the possibility that acupuncture may be effective in lowering the risk of AMI in stroke patients aged 50–69 in this study, which was limited by a lack of information regarding stroke severity and acupuncture points. Our results suggest that prospective randomized trials are needed to establish the efficacy of acupuncture in preventing AMI.

Keywords: Stroke, Acute myocardial infarction (AMI), Acupuncture

* Correspondence: jackyliao@adm.cgmh.org.tw

[†]Equal contributors

¹Department of Anesthesiology, Taipei Medical University Hospital, 252

Wen-Hua St. Taipei 110, Taiwan

Full list of author information is available at the end of the article



© 2015 Chuang et al. Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.



Outcomes after stroke in patients receiving adjuvant therapy with traditional Chinese medicine: A nationwide matched intervention trial study

Chau Chang^{a,b,c}, Ta-Liang Chen^{a,b,c}, Hsienhsueh Elley Chiu^{d,h}, Chau-Jong Hu^e,
Chieh Yeh^{f,g}, Chin-Chuan Tsai^h, Hsin-Long Lane^h, Mao-Feng Sunⁱ,
Jung Sung^j, Chien-Chang Liao^{a,b,c,k,l,m,n}, Jaung-Geng Lin^o, Chun-Chuan Shih^{a,b,c,k}

^aDepartment of Anesthesiology, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan
^bResearch Center, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan
^cMedical College of Medicine, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan
^dDepartment of Chinese Medicine Clinic, Kaohsiung, Taiwan
^eDepartment of Neurology, Shuang Ho Hospital, Taipei Medical University, New Taipei City, Taiwan
^fDepartment of Surgery, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan
^gDepartment of Surgery, University of Illinois, Chicago, IL, USA
^hChinese Medicine for Post-Stroke Rehabilitation, China University, Kaohsiung, Taiwan
ⁱDepartment of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan
^jDepartment of Public Health, China Medical University, Taichung, Taiwan
^kDepartment for Clinical Drug Discovery from Medical Herbs, Taipei Medical University, Taiwan

ELSEVIER

ARTICLE INFO

1 June 2015
received from
2015
1 November 2015
accepted 30 November 2015

Abstract
Ethnopharmacological relevance: The use of traditional Chinese medicine (TCM) was high in stroke patients but limited information was available on whether TCM is effective on post-stroke outcomes. The aim of this study is to compare the outcomes of stroke patients with and without receiving adjuvant TCM therapy.

Materials and methods: Using Taiwan's National Health Insurance Research Database, we conducted a nationwide cohort study and selected hospitalized stroke patients receiving routine care with ($n = 1734$) and without ($n = 1734$) in-hospital adjuvant TCM therapy by propensity score matching procedures. The adjusted hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) of poststroke complications and mortality associated with in-hospital adjuvant TCM therapy were calculated. The use of medical insurance was also compared between stroke patients with and without adjuvant TCM therapy.

Results: Compared with hospitalized stroke patients receiving routine care alone, hospitalized stroke patients receiving routine care and adjuvant TCM therapy exhibited decreased risks of urinary tract infection (HR 0.82, 95% CI 0.68–1.00), pneumonia (HR 0.50, 95% CI 0.47–0.75), epilepsy (HR 0.67, 95% CI 0.49–0.96), gastrointestinal hemorrhage (HR 0.68, 95% CI 0.47–0.98), and mortality (HR 0.37, 95% CI 0.15–0.90) within 3 months after stroke admission. The corresponding 6-month HRs for urinary tract infection, pneumonia, gastrointestinal hemorrhage, and mortality were 0.83, 0.63, 0.64, and 0.40, respectively. Less use and expenditure of hospitalization were found in those received adjuvant TCM therapy.

Conclusions: Hospitalized stroke patients who received routine care and adjuvant TCM therapy exhibited reduced adverse outcomes after admission within a 6-month follow-up period.

© 2015 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Stroke is the second leading cause of death and first leading cause of disability worldwide with the estimation of \$22.8 billion direct medical cost of stroke and annual \$60.8 billion mean expense per person for stroke care in the US. In 2009 (Dorman et al., 2008; Go et al., 2013). Medical and neurological complications after stroke may prolong the length of hospital stay, increase medical costs,

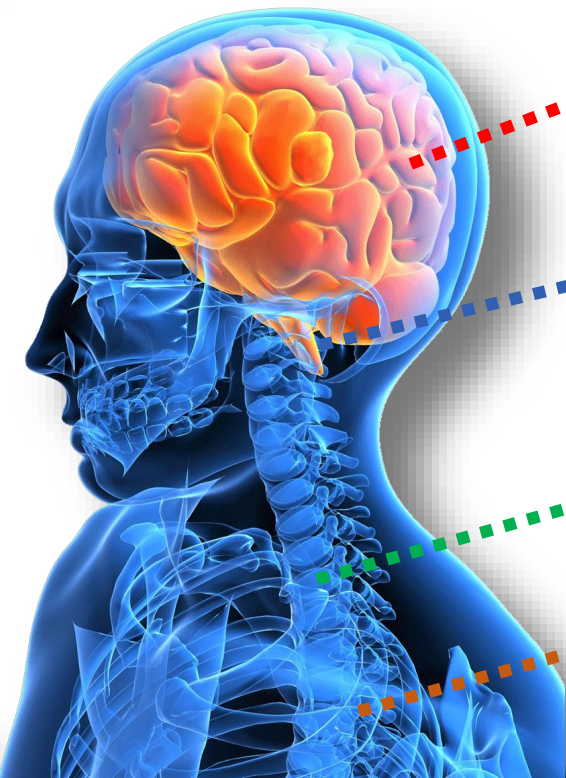


西醫住院病患中醫 特定疾病 輔助醫療試辦計畫

106-110年執行情形



成效評估-腦血管疾病、顱腦、脊髓損傷及呼吸困難



腦血管疾病評估工具

- 美國國家衛生研究院中風量表(*NIHSS*)
- 巴氏量表(*Barthel Index*)

顱腦損傷評估工具

- 改良式創傷嚴重度指標(*RTS*)
- 巴氏量表(*Barthel Index*)

脊髓損傷評估工具

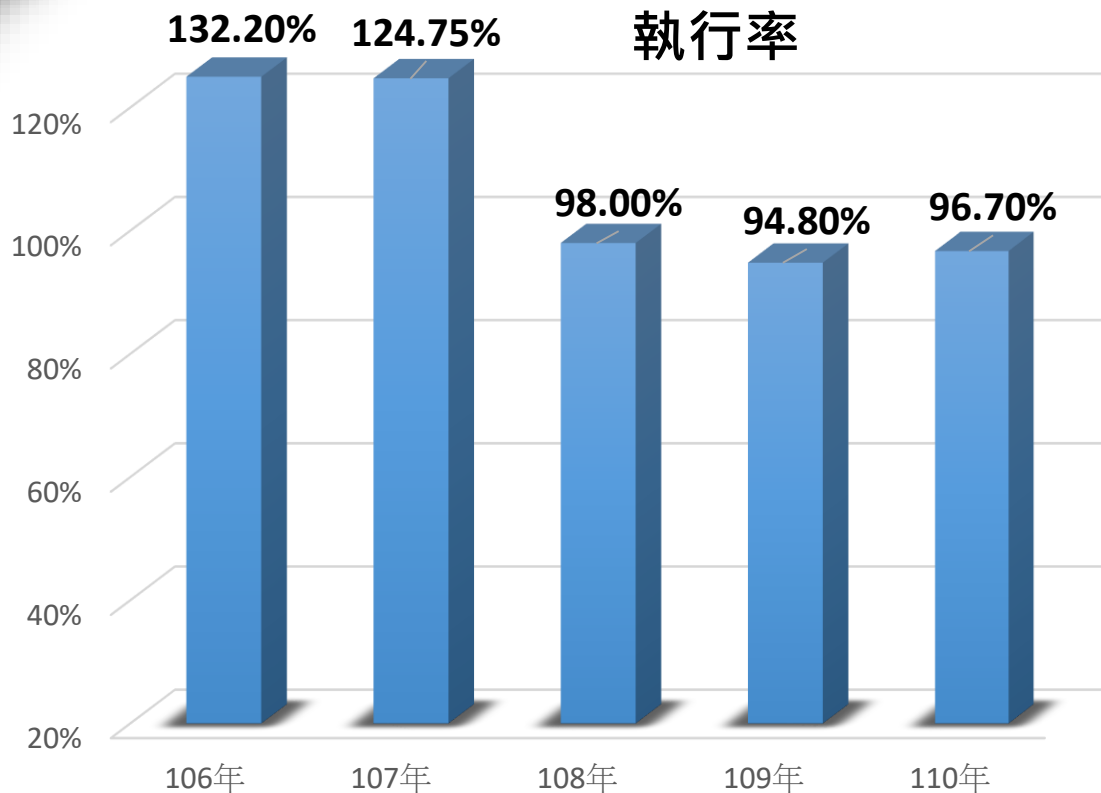
- 美國脊髓損傷協會神經和功能評分(*ASIA score*)
- 巴氏量表(*Barthel Index*)

呼吸困難評估工具

- 氣喘評估測驗量表(*ACT*)
- 慢性阻塞肺病評估量表(*CAT*)
- 巴氏量表(*Barthel Index*)



腦血管疾病、顱腦、脊髓損傷及呼吸困難住院計畫預算執行情形





腦血管疾病量表回收情形

前後測皆完成的樣本數，
去除遺漏資料：

✓NIHSS量表有8,893人

✓巴氏量表有 8,594人



Hospitals : 94



NIHSS : 8893



Barthel Index : 8594



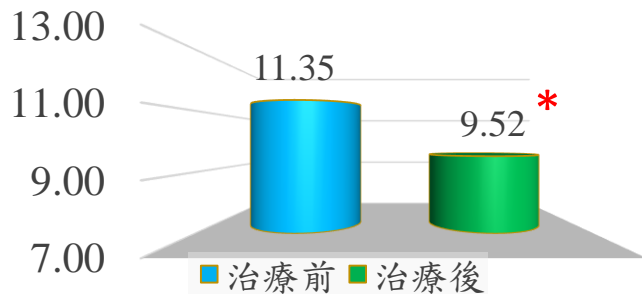


成效評估-腦血管疾病住院病患

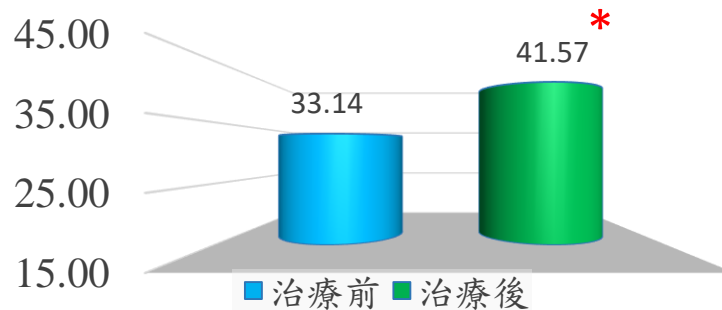
註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重； $P < 0.0001$

註：分數越高表示生活品質越好； $P < 0.0001$

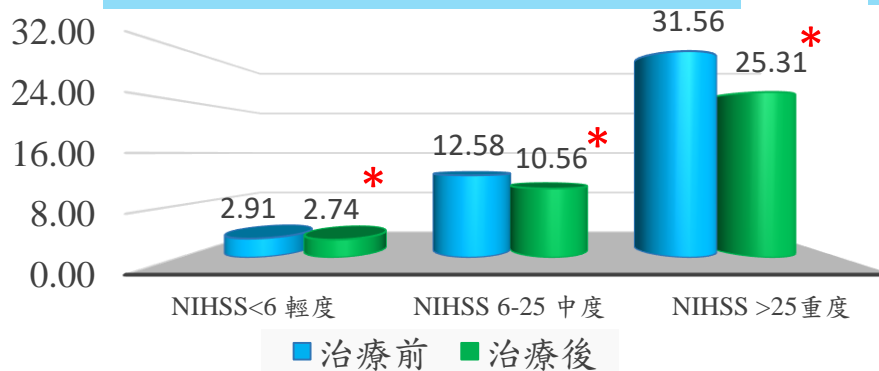
NIHSS前後測分數差異



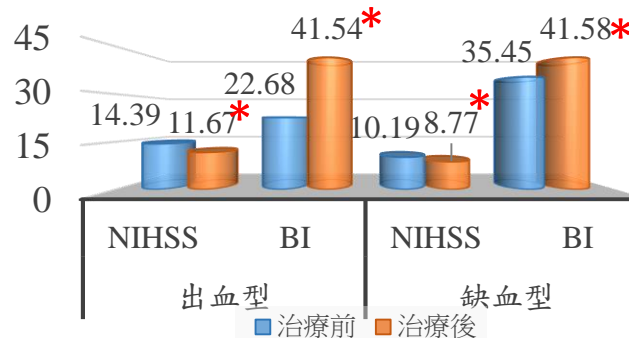
巴氏量表前後測分數差異



NIHSS嚴重度分級前後測分數差異



依ICD不同分類之前後測分數差異





成效評估-腦血管疾病

腦血管疾病NIHSS&BI前後測分數差異與年齡及中醫治療方式之檢定

	治療前	治療後	95% CI of Difference	p-value
大於69歲				
NIHSS(N=3,609)	11.97±9.34	10.60±8.54	(-1.52,-1.21)	< .0001***
BI(N=3,609)	26.69±20.31	41.20±31.84	(13.16,15.86)	
50~69歲				
NIHSS(N=3,829)	10.75±8.44	8.74±7.90	(-2.16,-1.85)	< .0001***
BI(N=3,829)	35.63±30.25	41.72±31.95	(4.68,7.49)	
30~49歲				
NIHSS(N=1,076)	11.43±9.85	8.72±8.59	(-3.01,-2.39)	< .0001***
BI(N=1,076)	37.87±32.86	42.82±31.41	(2.22,7.67)	
小於30歲				
NIHSS(N=79)	11.47±10.56	8.37±9.35	(-4.38,-1.82)	< .0001***
BI(N=79)	33.67±30.20	33.86±29.87	(-8.86,17,9.24)	



顱腦損傷量表回收情形

前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：

- ✓改良式創傷嚴重度指標(RTS)量表為1,420人
- ✓昏迷指數(GCS)量表為1,323人
- ✓巴氏量表為1,323人



Hospitals : 81



RTS : 1420



Barthel Index : 1323



GCS : 1323



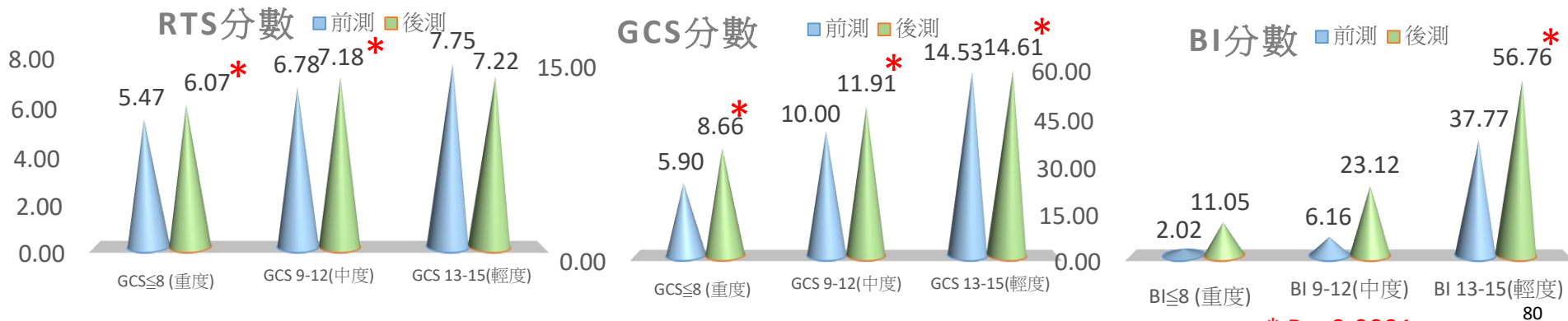


成效評估-顱腦損傷

顱腦損傷住院病患在RTS、GCS與BI之前後測分數差異



顱腦損傷患者依嚴重度分類治療前後RTS、GCS和BI比較



* P < 0.0001



成效評估-顱腦損傷

顱腦損傷依嚴重度分類治療前後RTS、GCS和BI比較

嚴重度分類	治療前	治療後	95%CI of Difference	p-value
GCS ≤ 8 (重度)(N=285)				
RTS	5.47±0.82	6.07±1.72	(0.41,0.79)	<0.0001***
GCS	5.90±1.66	8.66±3.75	(2.77,3.52)	<0.0001***
BI	2.02±4.97	11.05±19.48	(6.76,11.32)	<0.0001***
GCS 9-12(中度)(N=1,323)				
RTS	6.78±0.42	7.18±0.69	(0.30,0.50)	<0.0001***
GCS	10.00±0.81	11.91±2.48	(1.60,2.21)	<0.0001***
BI	6.16±12.32	23.12±26.99	(13.74,20.19)	<0.0001***
GCS 13-15(輕度)(N=745)				
RTS	7.75±0.34	7.72±0.47	(-0.07,0.01)	0.1185
GCS	14.53±0.68	14.61±1.18	(-0.01,0.17)	0.0662
BI	37.77±27.52	56.76±29.02	(17.38,20.60)	<0.0001***



脊髓損傷量表回收情形

前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：

- ✓美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) 量表為444人
- ✓巴氏量表為444人



Hospitals : 68



ASIA score : 444



Barthel Index : 444

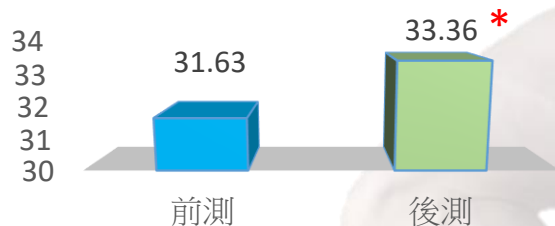




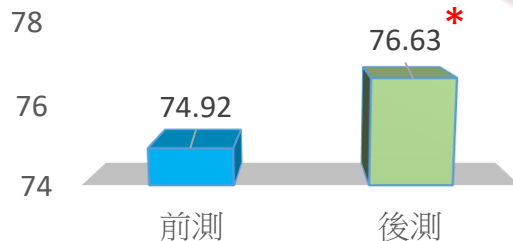
成效評估-脊髓損傷住院病患

美國脊傷協會神經功能評分及巴氏量表之前後測分數差異

ASIA UE分數

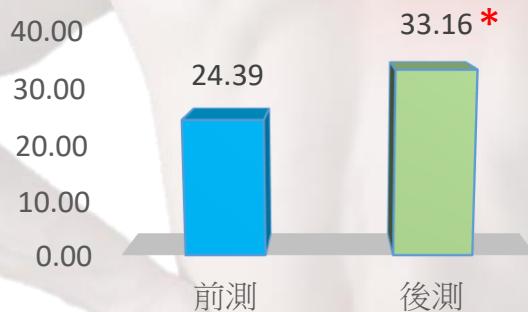


ASIA SE分數

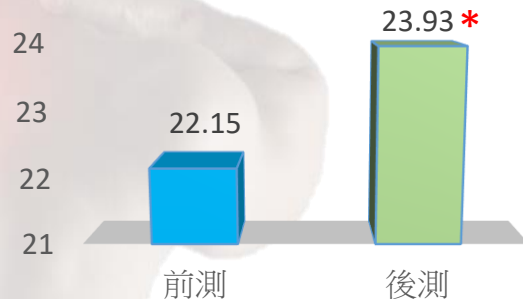


註：分數越高表示生活品質越好； $P < 0.0001$

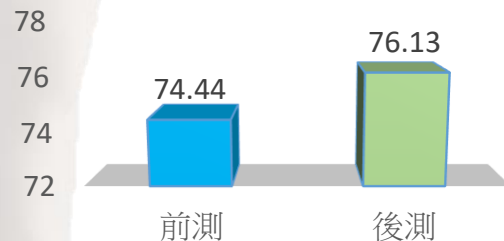
BI分數



ASIA LE分數



ASIA PP分數



* $P < 0.0001$



成效評估-脊髓損傷住院病患

脊髓損傷治療前後UE、LE、BI比較

嚴重度分類	治療前	治療後	95%CI of Difference	p-value
AIS-A(N=72)				
UE	26.33±19.28	26.26±19.95	(-1.62,1.48)	0.9292
LE	6.89±12.92	5.69±11.58	(-2.97,0.58)	0.1829
BI	8.82±13.41	14.17±19.57	(1.72,8.97)	0.0044***
AIS-B(N=68)				
UE	26.59±16.30	27.22±16.73	(-0.74,2.00)	0.3595
LE	11.09±11.87	12.04±13.68	(-0.68,2.60)	0.2489
BI	13.97±16.17	18.90±17.76	(2.16,7.70)	0.0007***
AIS-C(N=131)				
UE	31.82±14.72	33.56±13.68	(0.43,3.05)	0.0098***
LE	19.34±13.86	21.08±13.88	(0.42,3.07)	0.0104
BI	21.72±21.45	28.66±24.74	(3.82,10.07)	<0.0001***
AIS-D(N=166)				
UE	37.26±30.26	49.55±30.81	(9.15,15.43)	<0.0001***
LE	35.53±11.96	38.36±10.22	(1.83,3.82)	<0.0001***
BI	35.01±12.05	38.21±10.16	(1.89,4.40)	<0.0001***



呼吸困難量表回收情形

Hospitals : 54



ACT score : 964



Barthel Index : 964



CAT score : 964



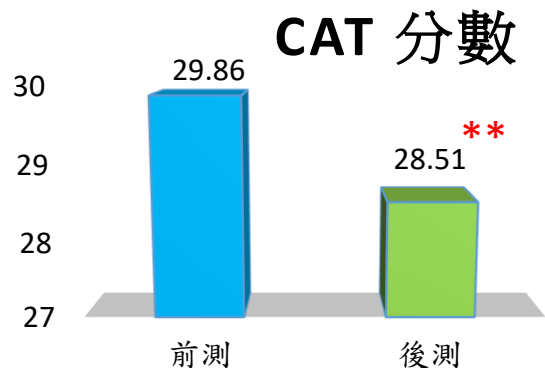
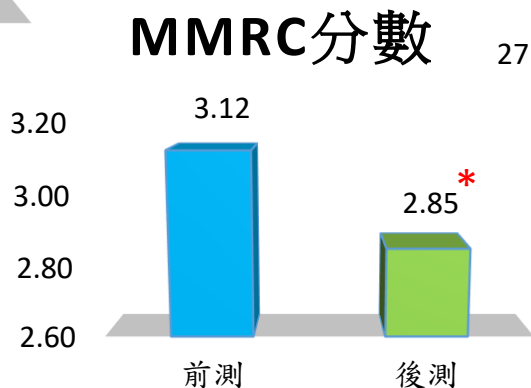
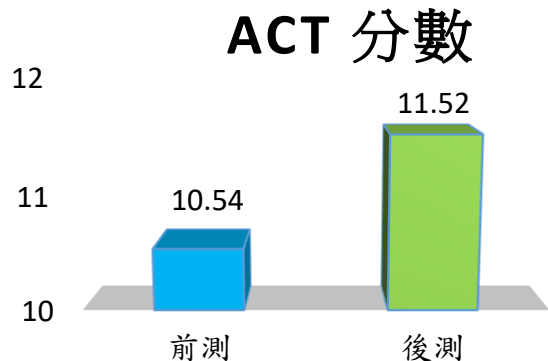
前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：

- ✓ 氣喘評估測驗(ACT)量表為964人
- ✓ 慢性阻塞肺病評估量表(CAT)為964人
- ✓ 巴氏量表為964人



成效評估-呼吸困難住院病患

呼吸困難住院病患在ACT、CAT與MMRC之前後測差異



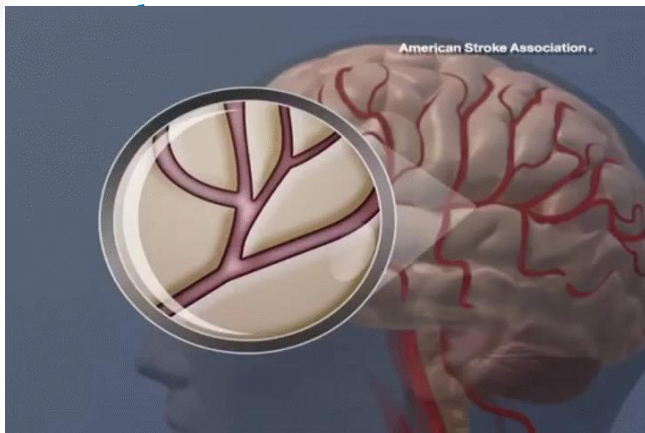
註：分數越高表示生活品質越好

* $P < 0.0001$

** $P < 0.05$



民眾滿意度-腦血管疾



腦血管疾病專案
滿意度調查問卷
(回收58家院所297件)



中醫師的診斷、治療等醫術方面



98.25%



中醫師的服務態度



98.25%



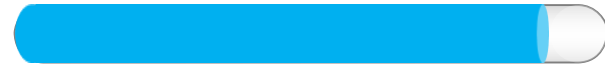
其他醫護人員的服務態度



96.49%



其他醫護人員的說明



91.23%



地點的環境衛生及舒適性



91.23%



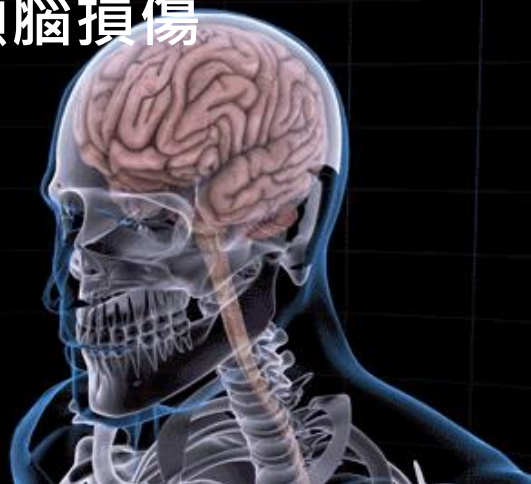
針灸改善疼痛治療的效果



80.70%



民眾滿意度-顱腦損傷



中醫師的服務態度



中醫師的診斷、治療等醫術



中醫師的說明、整體醫療品質



醫療設備



看病流程



治療的效果



顱腦損傷專案滿意度調查問卷(回收35家院所116件)



民眾滿意度-脊髓損傷



中醫師的服務態度



中醫師的說明



會診診次安排



其他醫護人員的說明



看病流程



地點的環境衛生及舒適性為



脊髓損傷專案滿意度調查問卷
(回收14家院所58件)



民眾滿意度-呼吸困難



中醫師的服務態度



98.25%



其他醫護人員的服務態度



96.49%



針灸改善疼痛治療的效果



96.49%



會診診次安排及看病流程



91.23%



地點的環境衛生及舒適性



89.47%



醫療設備



87.72%



呼吸困難專案滿意度調查問卷
(回收14家院所57件)



未來努力方向與檢討



經費執行情形

今年以腦中風、顱腦損傷及脊髓損傷、呼吸困難現行四項疾病執行數達226.3百萬、執行率為96.85%。



資源分布問題

本會加強宣導及承作院所經驗分享以提升醫療服務的普及率，並放入減審指標及提高每點支付點值。



院所回覆之相關生、心理問卷

今年院所回覆資料因需登錄於健保署VPN系統及列為退場機制，故收集較去年完整，也較往年容易進行統計分析。



未來努力方向

本會將提供研究經費補助鼓勵各承作院所自行進行院內回溯性配對研究。

2021

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案



匯報單位：
中華民國中醫師公會
全國聯合會評核會



目錄



109年評核委員評論意見
與期許之回應說明



110年計畫目的及重點



執行情形



檢討與改善方向

委員建議：台北區、北區參與計畫之就醫人數，僅為中區、南區、高屏區之一半，應研析瞭解原因。

- 患者入案的多少，應與執行計畫的機構內，中西醫合作的頻繁度相關。
- 中區與南區有數間醫學中心與區域級醫院的中西醫合作基礎十分穩定，西醫能夠在癌症患者治療的過程中鼓勵患者同時接受中醫治療，這樣的機構在北部較少，因此，這是北部醫院中醫部門需要努力之處。
- 雖然如此，由每年的計畫人數成長看來，北、中、南部的收案人數皆在成長，可見北部的機構也在成長中。

委員建議：建議所提之FACT-G、ECOG生活品質分析，及病患滿意度調查，可與對照組進行比較，提出中醫介入對生活品質影響之實證評估。





- 目前收案人數應可進行分析，但因為入案者皆為接受中醫治療組，FACT-G以及ECOG之生活品質分析並沒有測量非中醫治療者，因此沒有對照組可參考。
- 若需要加入對照組，需要啟動一個臨床研究收集對照組資料，再與治療組進行統計分析。
- 本會將鼓勵執行專案計畫院所申辦研究計畫以呈現更多相關實證。

110年計畫目的及重點

1. 透過中西醫結合的治療方式，
將腫瘤患者經手術、放化療後
常出現的副作用減輕到最低
 2. 讓患者能順利完成整個西醫療
程，發揮最大療效
 3. 對末期患者所出現的惡病質，透
過中醫的治療照護，提升患者的
生活品質
- ✓ 預算來源：110年全年經費245百萬元。
 - ✓ 整體執行數：176.3百萬。
 - ✓ 整體執行率：72%。



110年-執行概況

院所層級別		院所家數	照護人數	照護人次 (千人)	醫療點數 (百萬點)
 	基層院所	60	825	8.6	11.23
	地區醫院	27	1,136	12.0	17.68
	區域醫院	36	3,897	47.7	77.81
	醫學中心	13	4,982	47.8	69.59
全國		136	10,690	116.1	176.31

✓ 以院所層級別分類，以醫學中心提供之照護人次最多

110年-執行概況

成效評估-中醫癌症患者加強照護整合方案



癌症住院病患

- 一般性量表(FACT-G)(4th版)
- 生活品質評估量表(ECOG)



癌症患者中醫門診延長照護

- CTCAE評估表
- 台灣版簡明疲憊量表(BFI-T)
- 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)

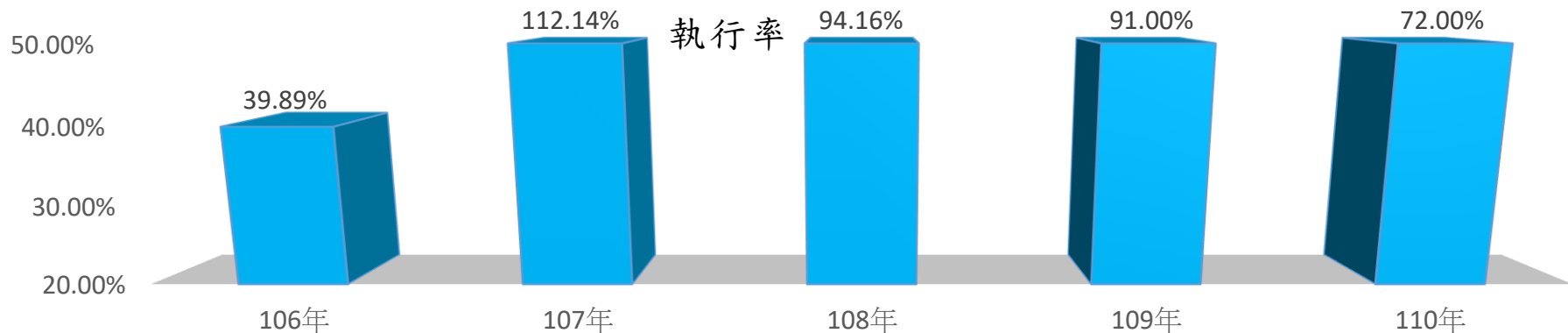


特定癌症患者中醫門診加強照護

- 一般性量表(FACT-G)(第四版)
- 生活品質評估量表(ECOG)



實證研究



癌症患者加強照護整合方案預算執行情形

成效評估-癌症住院病患

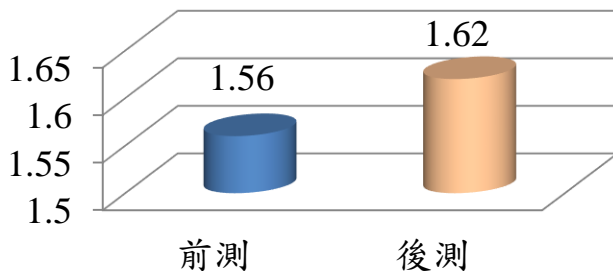
癌症病患在FACT-G整體之前後測分數差異

FACT-G整體狀況



癌症住院病患參與計畫ECOG
生活品質評估其前後測分析

ECOG前後測比較

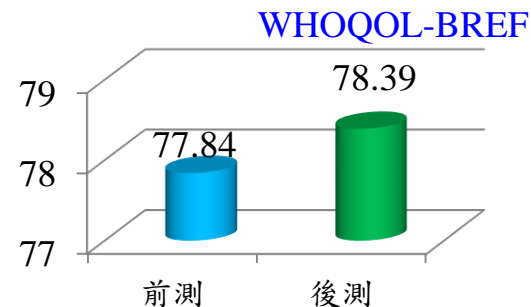
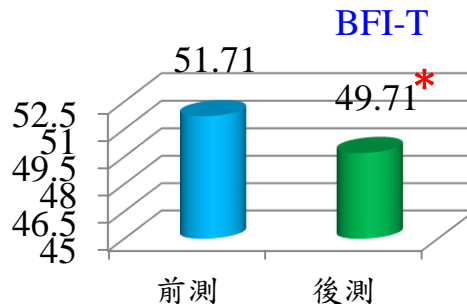
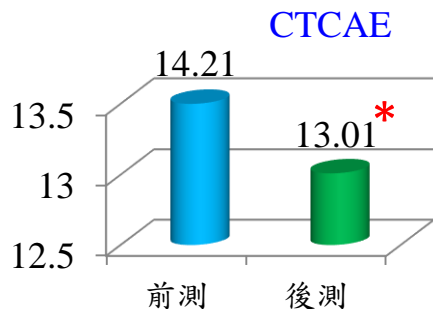


* $P < 0.0001$

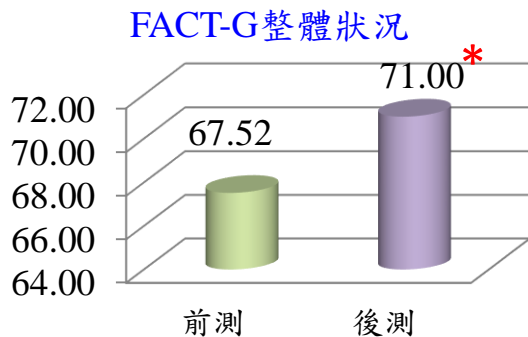


成效評估-癌症/特定癌症患者中醫門診延長照護

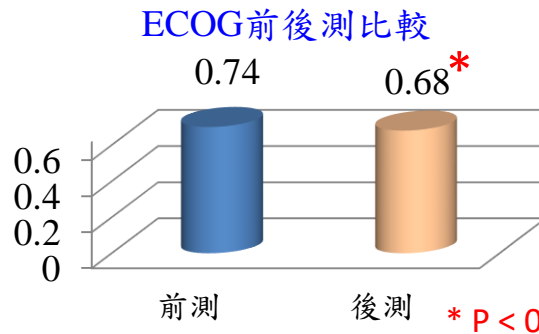
癌症患者在CTCAE、BFI-T與WHOQOL-BREF量表之前後測分數差異



門診加強照護計畫病患在FACT-G整體之前後測分數差異

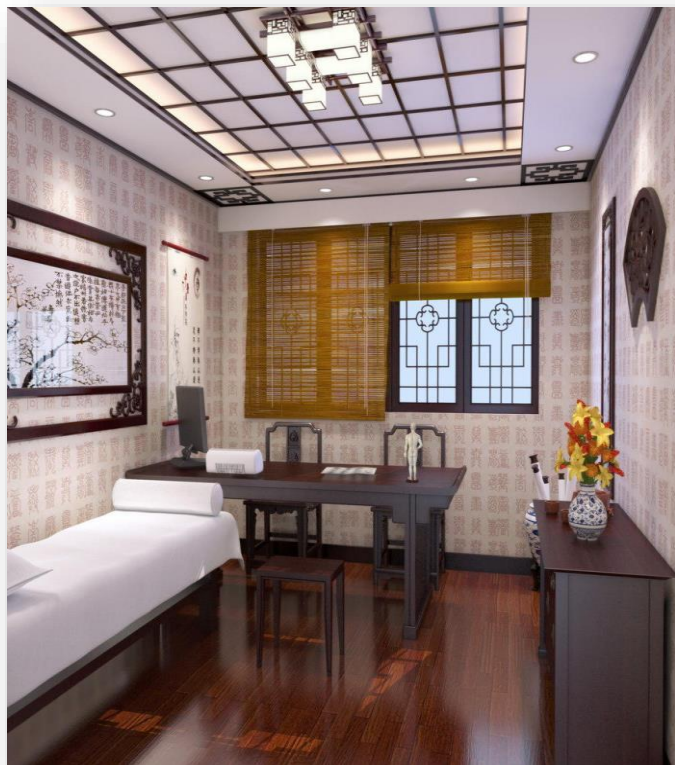


門診加強照護計畫病患參與計畫ECOG生活品質評估其前後測分析



* $P < 0.0001$

民眾滿意度-癌症住院病患



癌症住院病患滿意度調查問卷
(回收31家院所155件)



中醫師的說明



中醫師的診斷、治療等醫術方面



中醫師及其他醫護人員的服務態度



地點的環境衛生及舒適性



醫療設備



針灸改善疼痛治療的效果



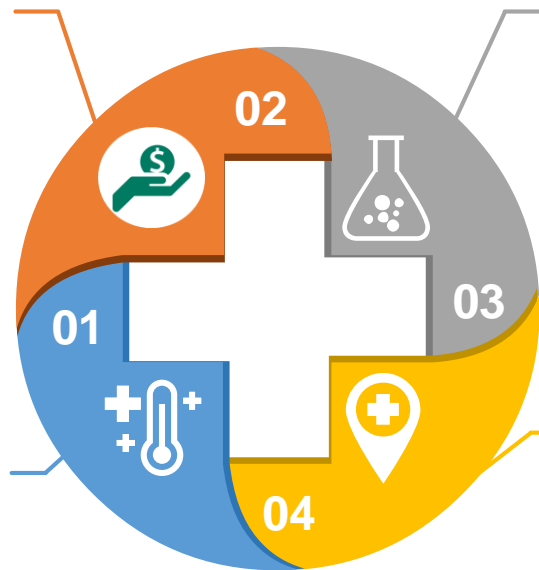
未來努力方向與檢討

經費執行情形

110執行率72%

資源分布問題

1. 醫學中心，占全部費用的**40%**。
2. 不同專案次項目各區分布不同，西醫住院中醫輔助醫療計畫以中區(30%)與南區(30%)為主，而癌症病患中醫門診延長照護計畫則以台北區(42%)與高屏區(41%)院所為主；特定癌症患者中醫門診加強照護計畫是以中區(25%)、南區(24%)與高屏區(22%)為主，推測此分布可能與各區教學醫院硬體數與人力比重不同。



未來努力方向

1. 舉辦活動，宣導正確就醫觀念
2. 與西醫方面進行溝通，以增加互信
3. 舉辦相關課程及學術研討會
4. 爭取健保署及委員的支持，擴大服務至所有癌症患者

長期目標

發展中醫特色的癌症全人照護模式。



2021

全民健康保險中醫急症處置計畫

目錄



委員建議：預算執行率偏低(10.7%)，建議提出強化利用率之策略，或檢討計畫續行之必要性。

去年將收案流程調整為中醫主動搜尋是否有合適案例，再和西醫主治醫師討論是否會診，然此一合作模式仍需進行磨合，後續會以舉辦研討會方式加強中西醫之間的交流合作，讓更多西醫急診醫師能夠了解中醫能於某些特定疾病達到緩解急症之效果，也期待更多醫院能夠將所治療收案的情形以論文發表方式讓世界看到中醫處理急症的能力。

委員建議：可利用VAS量表結果，評估中醫介入對於疼痛病患控制之成效，彰顯介入之效益。

VAS量表結果確實能用來進一步評估中醫介入之成效。以台北馬偕為例，該醫院在109年於中醫藥雜誌刊登論文「北部某醫學中心執行急症中醫針灸會診經驗分享」，其中以108/1-10月收案期間之患者(共89名)進行中醫介入VAS之評估，平均介入前 VAS數值為 5.88，平均介入後VAS數值為3.09，雖案例數不多，但也可證明中醫介入確實有一定之成效。

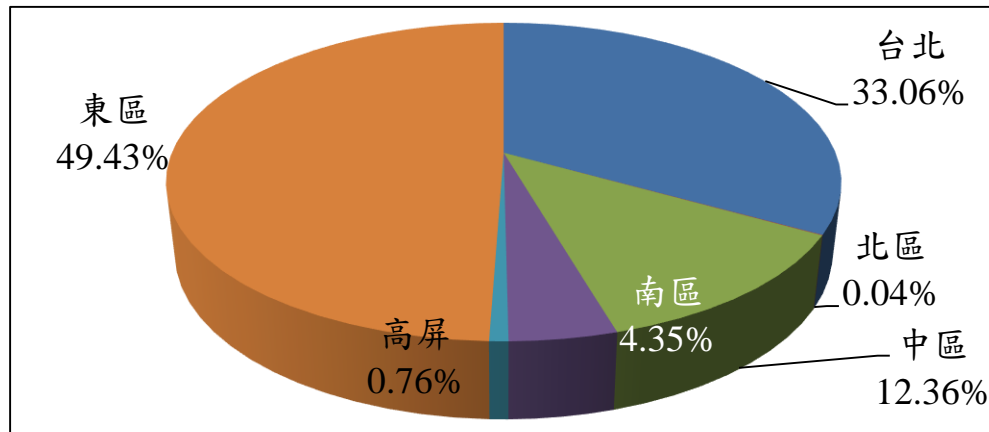
針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。

- ✓ 預算來源：110年全年經費10百萬元。
- ✓ 整體執行數：1.99百萬。
- ✓ 整體執行率：19.95%。

110年計畫目的及重點

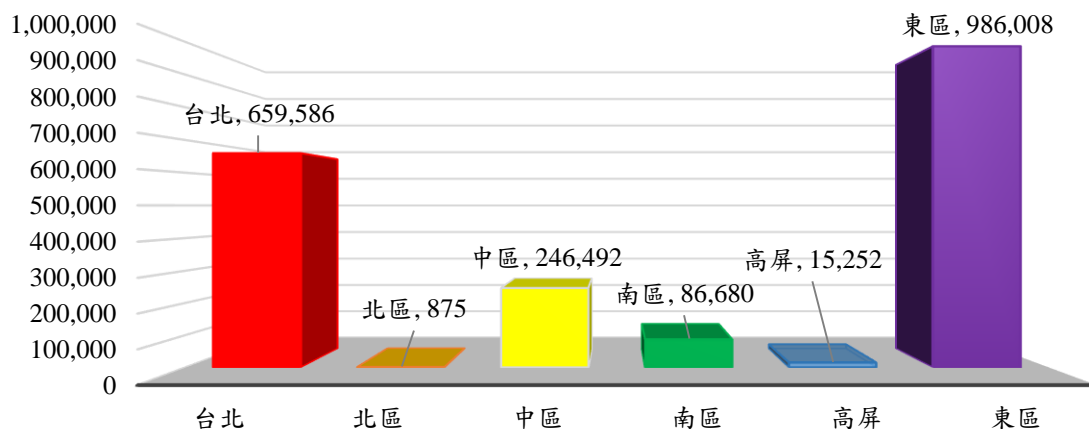


110年全民健康保險 中醫急症處置計畫 六區費用執行占率



110年執行情形

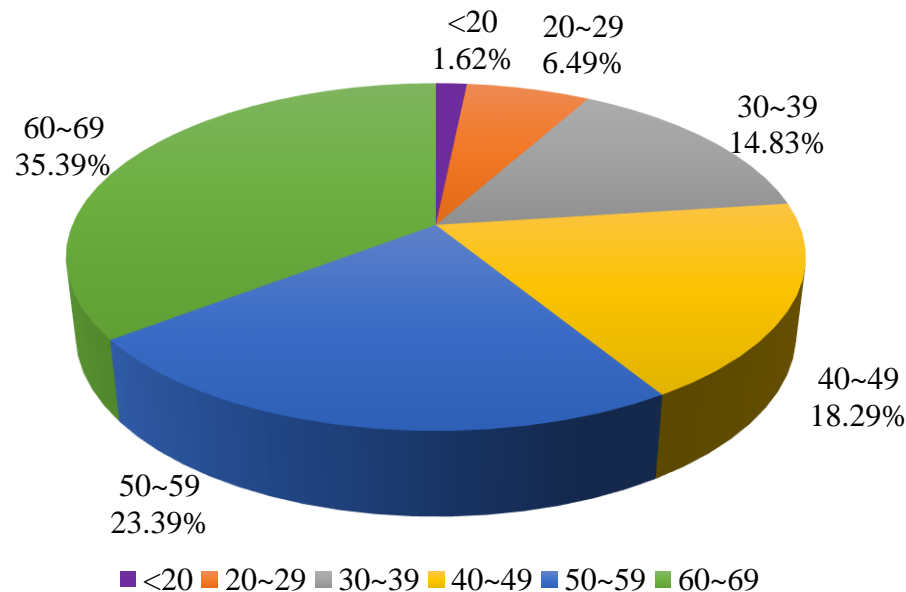
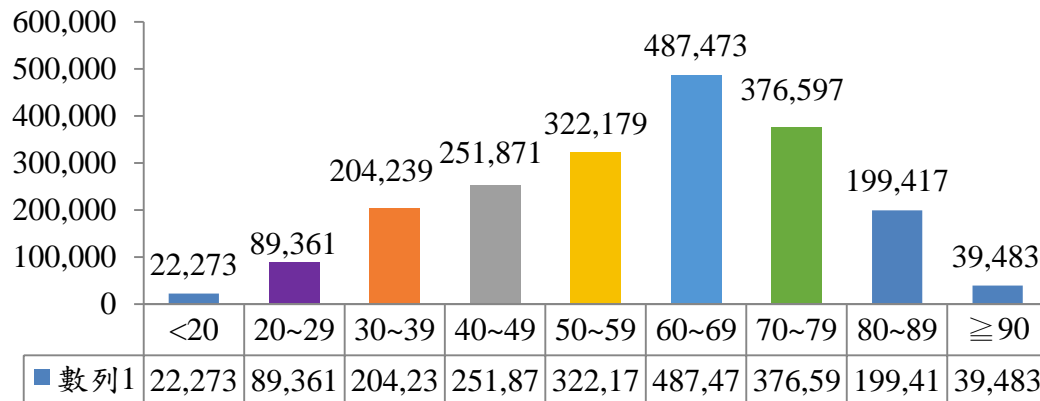
110年全民健康保險 中醫急症處置計畫 六區使用費用



	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
醫療費用	659,586	875	246,492	86,680	15,252	986,008

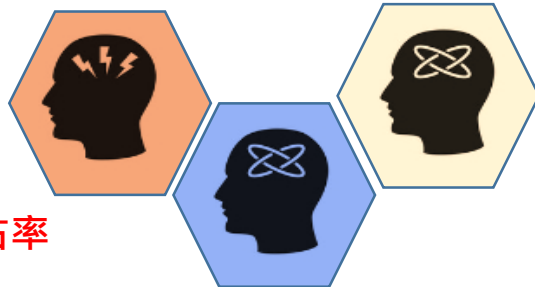
110年執行情形

110年全民健康 保險中醫急症處 置計畫年齡層費 用及占率



110年執行情形

全民健康保險中醫急症處置計畫疾病類別費用占率

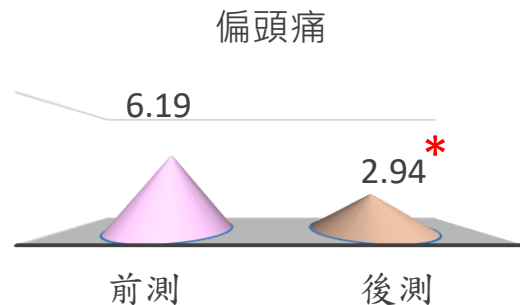
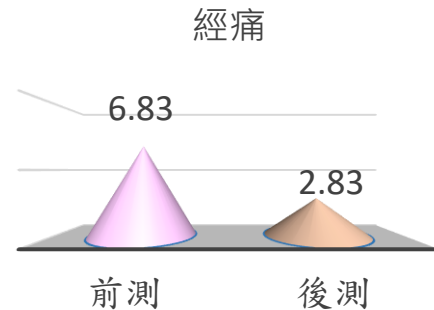
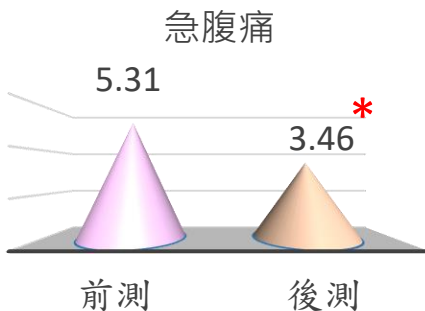
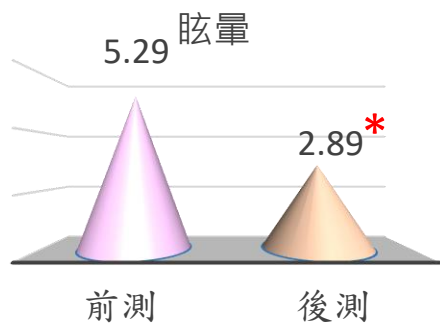


ICD-10	疾病名稱	申請件數	申請金額
R42	頭暈及目眩	490	500,338
R079	胸痛，未特定	206	170,355
M609	肌炎，未特定	79	158,793
K567	腸阻塞，未特定	92	115,415
M6080	其他肌炎，未指定部位	50	95,894
H8139	其他周圍性眩暈	72	89,910
M545	下背痛	63	89,591
I639	腦梗塞	93	88,462
G893	腫瘤相關的疼痛	24	46,804
R0789	其他胸痛	39	35,528



成效評估-VAS量表

急診眩暈、急腹症、經痛、偏頭痛、癌症疼痛病患在VAS量表之前後測分數差異



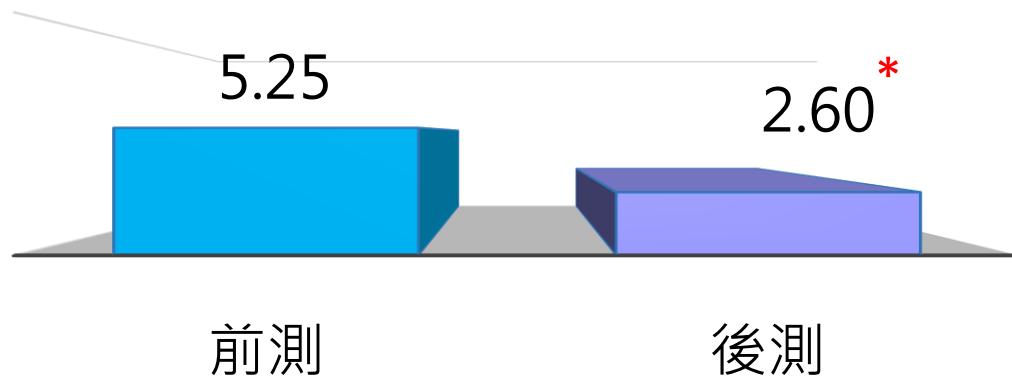
註：VAS分數低者為佳

*P值<0.0001



急診胸悶、胸痛、心悸病患病患NRS分數之前後測分數差異

NRS分數

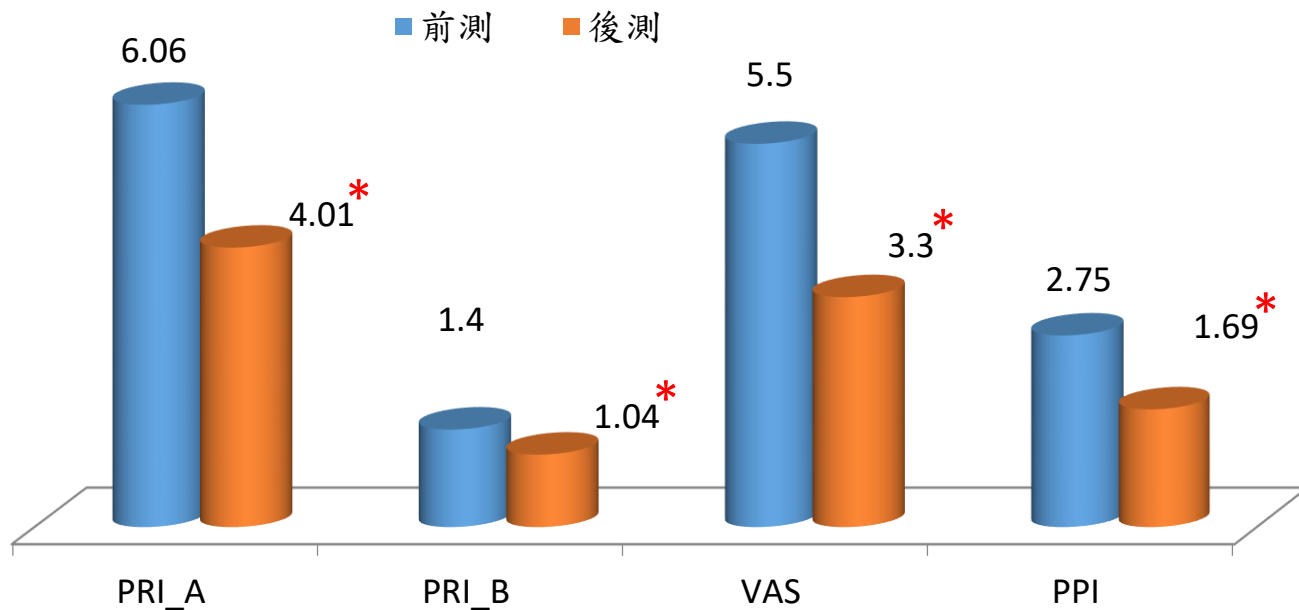


*P值<0.0001



成效評估-急診軟組織疼痛

急診軟組織疼痛病患在PRI_A、PRI_B、VAS、PPI之前後測分數差異



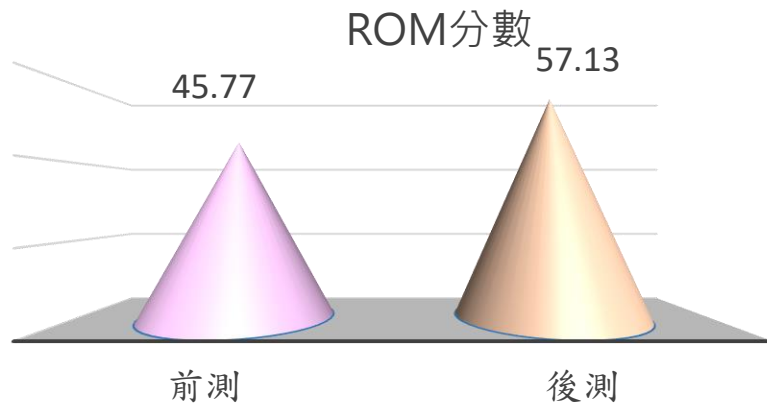
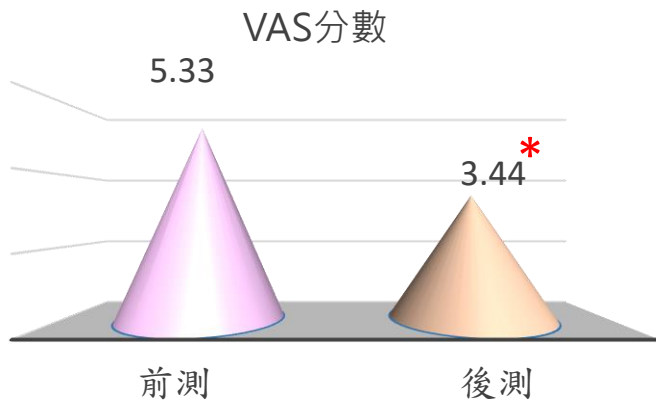
*P值<0.0001



成效評估-急診骨骼、關節相關痛症

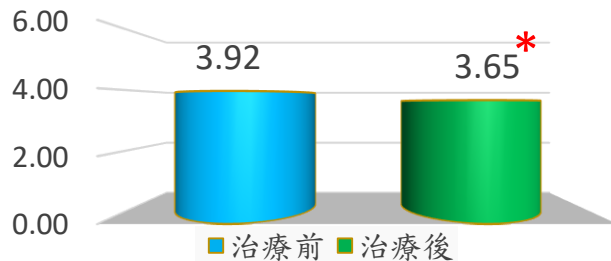
急診骨骼、關節相關痛症病患在量表VAS、ROM之前後測分數差異

*P值<0.0001

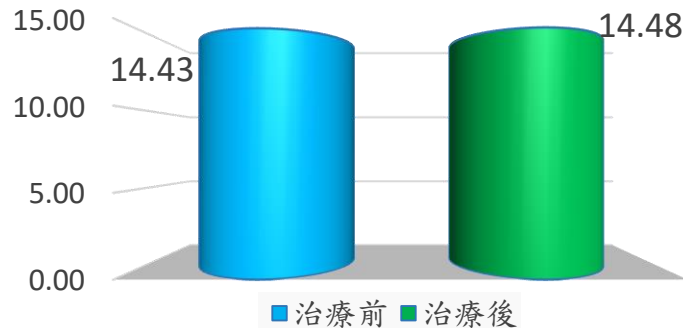


成效評估-急診腦血管疾病病患

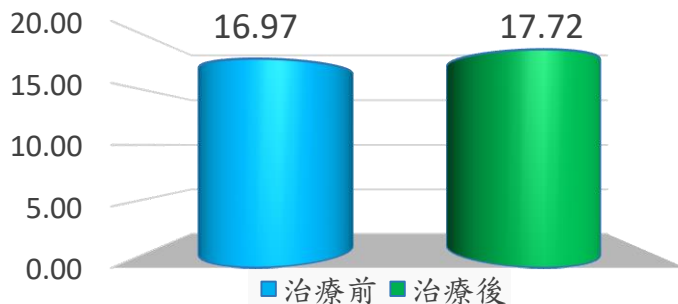
NIHSS前後測分數差異



GCS量表前後測分數差異



MP量表前後測分數差異



*P值<0.0001

註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重； $P < 0.0001$



03

檢討與改善方向

經費執行

- 各醫院成立中醫急症治療團隊及急症處置流程。
- 109年業將支付標準中每次急診針灸傷科處置次數上限由二次提高至三次，期待對急診患者有更多助益。

資源分布

110年執行率主要分布在東區、台北區及中區，透過宣導及急症處置流程的推廣，希望能普及六區民眾。



就民眾端

對民眾加強宣導中醫急症適應症。

就中醫師端

- 派中醫師駐診急診。
- 加強中醫急症醫療訓練。

就西醫師端

加強與急診醫師溝通，提升西醫師了解中醫急症適應症，提高會診中醫的頻率。

針刺列入緊急醫療的可行性及重要性

The Use of Acupuncture in Emergency Medical Services

台灣之光！中國醫大講座教授林昭庚獲邀WHO演講貴賓

2017-02-03 13:22

【記者蘇孟娟／台中報導】台灣之光！國際針灸止痛研究權威、中國醫藥大學講座教授林昭庚，獲世界衛生組織（WHO）邀請，以「世界針灸學會聯合會（WFAS）」專家學者代表身分，參加上月在瑞士日內瓦總部召開的140屆執行委員會會議，發表「針灸列入緊急救援醫療之應用」演講；林昭庚也是台灣退出聯合國後，第一位也是唯一獲邀出席WHO會議的貴賓並發表主題演講的學者。



台灣之光！中國醫大講座教授林昭庚獲邀WHO演講貴賓。（圖：中國醫大提供）

林昭庚也獲聘為聯合國教科文組織（UNESCO）的專家學者及諮詢顧問，曾在2014年受邀參加在法國巴黎舉辦的UNESCO「保護非物質文化遺產第九次會議」，當時也是我國退出聯合國後，首位獲邀參加聯合國教科文組織的台灣專家學者，他以針灸止痛專家身分發表「証實醫學在促進人類健康所扮演的角色」主題演講，做為大會傳統醫學討論主題之一。

今年世界衛生組織（WHO）第140屆執行委員會會議於106年1月13日起至2月1日在瑞士日內瓦總部召開，共有來自194個成員國的衛生部長、副部長及代表約600餘人參加，大會討論七項提案。

其中世界針灸學會聯合會（WFAS）專家學者代表，受邀參加世界衛生組織（WHO）召開的第140屆執行委員會會議，在討論事項的七之一，提案建議將針灸納入緊急醫療服務項目，由運用現代西醫科學方法研究實証針灸止痛療效，倍受國際推崇和肯定的林昭庚負責發表「針灸列入緊急醫療的可行性及重要性（The Use of Acupuncture in Emergency Medical Services）」。



台灣之光！中國醫大講座教授林昭庚獲邀WHO演講貴賓。（圖：中國醫大提供）



光榮紀錄！林昭庚參加世界衛生組織WHO會議的貴賓証。（圖：中國醫大提供）

林昭庚指出，針灸是使用細小金屬針刺入身體的特定位置（穴位）的刺激方式，與其隨後透過手法、電流或其它形式的刺激來調節生理功能。目前世界衛生組織已發佈針灸可治療或緩解64種不同症狀的指南說明。

此外，林昭庚說，針灸也已證實對緩解疼痛和焦慮特別有效，在急診醫療服務中，建議使用針灸緩解如疼痛、緊張、憂鬱、焦慮和失眠等症狀，包括在發生危機或某種災難時，WFAS可以派遣合格的針灸師和醫生，為急救醫療隊提供支援，更重要的是，針灸是一種安全的治療方式，極少報導有副作用。

林昭庚指出，在此提案被批准後，WFAS將會草擬一份詳細的計畫建議，供未來討論。

研究針灸醫學逾40年的林昭庚成為台灣首個進入WHO演講的第一人，他說，中醫針灸傳統醫學對促進人類健康扮演更積極的角色與貢獻，能受到WHO的重視和肯定，他倍感欣慰。

中國醫大也強調，林昭庚將台灣的「中醫針灸」實證醫學研究，推向世界學術舞台發光發亮，提升台灣在國際間有更高的能见度，讓中醫藥學及學校師生都與有榮焉及倍感振奮。

中國醫大校長李文華說，台灣醫學界在學術舞台上追求卓越的努力與實力，就是我們的軟實力，林昭庚講座教授的實力真是台灣的驕傲。

林昭庚代表的世界針灸學會聯合會（WFAS）成立於1987年，主旨在推廣針灸。它的任務是依循世界衛生組織（WHO）的指導原則下，組織世界各地的學術研討會和會議，促進針灸在國際社會獲得法律地位，開發教育資源和出版學術刊物。

花蓮慈濟醫院中醫急症處置試辦計畫執行成果



緊急重大意外



0402臺鐵太魯閣號事故發生災情傳出，花蓮慈濟醫院亦啟動大量傷患應變，中醫師馬上到急診室集合啟動中西醫合療，送往本院之病患，**輕症耳穴艾灸敷貼、中重症針灸治療。**



研究成果及應用

蒐集2019年1月至12月期間在**急診就診之腸阻塞病人**，分析比對純西醫治療組及西醫治療加上中醫針灸治療，兩組病人之急診留院時間及疼痛指數，結果發現與純西醫治療組別相比，西醫治療加上中醫治療組別在**急診留院時間減少了10.8小時**，**視覺類比量表(Visual Analogue Scale: VAS)平均下降2.0**，顯示中醫針灸治療對於急診腸阻塞患者能夠有效且快速的**緩解症狀及不適感**，並**減少留院時間**。

研究文章

1. Application of Acupuncture in the Emergency Department for Patients with Ileus. San-Hua Su, Pei-Fang Lai, Hsin-Yuan Yu, Kun-Chuan Chen, Kari Wu, Chih-Kai Huang, Wei-Chun Tseng, Chun-Yu Lai, Chun-Ping Huang *, Tsung-Jung Ho (投稿中)

研究計畫

1. 中醫針灸治療於急性腸阻塞病患之療效與安全性分析。
2. 中醫指尖點刺放血治療於急性缺血性腦中風患者之療效與安全性分析。



行政院長蘇貞昌
0402探訪 急診室採中西醫合療



東區急診醫療里程碑

花蓮慈濟醫院推動中、西醫整合治療，
自一零九年四月十八日起，
急診中西合璧的醫療服務，
是東台灣急診醫療史上重要的里程碑。



台北馬偕醫院中醫急症處置試辦計畫執行成果

KEY POINT !!!

- ▶ 由**中醫主動搜尋**有無合適個案在
和急診討論是否適合介入!!!
- ▶ 規劃**住院醫師至急診單位接受專
科受訓**半年的方式来增強雙方交
流
- ▶ 盡量不妨礙急診正常的處理流程，
初期以**檢傷3-5級**，排除急重症
與危急病人為主要收案對象

馬偕醫院中醫急症 處置計畫會診流程

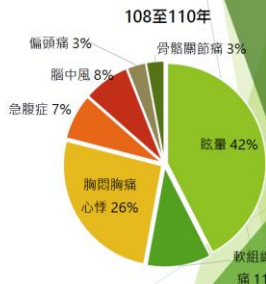


半年急診受訓



收案病種分布 108-110年

疾病	人數(580)
眩暈	246
軟組織疼痛	61
胸悶胸痛心悸	151
急腹症	43
腦中風	44
偏頭痛	18
骨骼關節痛	17
經痛	0
癌症疼痛	0



NRS前後測平均值(依疾病類別)



疾病類別	NRS前測平均值	NRS後測平均值
眩暈	5.8	3.2
急腹症	5.9	3.9
胸悶胸痛心悸	5.2	2.6
軟組織疼痛	5.5	3.2
經痛	-	-
偏頭痛	6.7	3.2
癌症疼痛	-	-
骨骼關節痛	5.2	3.5
腦中風	-	-

THANK YOU

感謝聆聽

