

編號：CCMP95-RD-005

中醫住院支付標準、給付內容及 成本效益分析

賴俊雄

中國醫藥大學

摘要

本研究之目的希望能完成中醫住院納入健保給付之相關問題如下：1.擬定中醫住院醫療費用支付項目及各項目支付標準，作為全民健保醫療費用協定參據。2.瞭解目前中醫醫事服務人力現況與中醫醫院之地理分佈。3.研究建立中醫住院醫療服務品質控管機制。4.針對一般民眾進行中醫住院之成本效益分析。5.建議中醫住院費用之財務機制與擬定總額之評估。

本研究擬從民眾對中醫住院之醫療體系供給面、民眾需求面與專家政策面，三方面進行中醫住院醫療費用支付項目及各項目支付標準之評估。其中供給面的探討除了傳統研究中針對醫療體系進行各種性質的量化描述之外，也包括進行中醫住院業務的成本估算。需求面的研究則主要針對中醫住院的民眾效益進行估算。透過這樣的方式進行中醫住院的成本效益分析，並以此作為依據來進行專家會議與提出政策建議。

專家政策面擬以德菲方式進行，由國內中醫界與學術界針對中醫住院各項給付項目與支付標準進行專家意見之調查，並於最後召開專家會議尋得共識，提出中醫住院之相關建議。

中醫住院初期以醫學中心附設中醫部門先行納入，以中醫療效較西醫佳的特定疾病先試辦，因此可避免浪費醫療資源且做最有效利用。針對中醫住院醫療服務供給面及專家對中醫住院服務之服務項目與支付標準之意見，以利中醫住院納入健保之規劃。

關鍵詞：中醫住院、支付標準、德菲法

Number: CCMP95-RD-005

Planning for Inpatient Care of Chinese Medicine in National Health Insurance Scheme

Jim-Shoung Lai

China Medical University

ABSTRACT

The purpose of this study is to solve the related problem about subsuming the inpatient of Chinese medicine in national health insurance. There are five problems: (1) framing the expenditure payment items and payment criterion of Chinese medicine hospitalization, in terms of NHI expenditure agreement; (2) understanding the medical manpower and the geographical distribution of Chinese medicine hospital; (3) establishing the medical quality control mechanism of Chinese medicine hospitalization; (4) using cost-benefit analysis on Chinese medicine hospitalization aiming at the public people; (5) suggesting the financial mechanism of Chinese medicine hospitalization expenditure and the evaluation of global budget.

This research from three dimensions to evaluate Chinese medicine hospitalization expenditure payment items and payment criterion, including medical system supply side, public demand side and expert policy side. Supply side includes estimation of Chinese medicine hospitalization cost, in addition to quantity description of Chinese medical system. Demand side mainly aims at estimation benefit of Chinese medicine hospitalization.

The expert policy side is proceeding through Delphi Method, investigating expert opinion of Chinese medicine hospitalization each items and payment

criterion form Chinese Medicine and academia in Taiwan. Finally, we will hold the expert conference and pose related suggestion about Chinese medicine hospitalization.

The Chinese medicine with medical center is subsumed to be Chinese hospitalization in the beginning, and the diseases of better curative effect have priority. It can avoid wasting medical resources and use efficiently. It's useful to plan the scheme of Chinese medicine hospitalization in accordance with medical system supply side and expert policy side.

Keywords : Chinese medicine hospitalization, payment criterion, Delphi Method

壹、前言

中醫醫療服務為我國傳統醫療，全民健康保險自民國八十四年開辦至今已逾十年，西醫門診、西醫住院及中醫門診均於開辦時即納入保險給付範圍，獨中醫住院部分迄今仍未納入保險給付之中，僅停留於試辦與評估中。

依據全民健康保險法之規定中醫也應納入保險給付範圍之中，而根據張恒鴻等（2000）針對中醫醫院對於健保住院業務之意見也顯示有高達 79.6% 的中醫醫院有承辦中醫住院之意願，也同意以評鑑合格作為承辦中醫住院業務之資格。

要將中醫住院納入健保給付之條件除了在給付項目與給付標準需有明確的規範外，如何決定承辦中醫住院之醫院資格與提供住院服務之品質確保均是相關的配套措施；而中醫住院之資源在地理分佈的均衡性也是應同時考量之因素且實施中醫住院所需財源之規劃更是中醫界對於中醫住院是否納入健保給付之態度的重要影響因素。

為加速推動中醫住院服務納入健保給付以健全中醫醫療服務之完整性，有必要針對中醫住院醫療服務供給面之現況與專家對於應納入中醫住院服務之醫療服務項目與支付標準加以研究，以利中醫住院納入健保住院之規劃。

1998 年，台北市立聯合醫院及中國醫藥大學附設醫院針對「慢性 B 型肝炎急性發作」及「腎病症候群」進行「試辦中醫住院計畫」，長庚醫院則針對「僵直性脊椎炎」進行中醫住院計畫，其中長庚醫院採自費的方式。

本研究之目的希望能完成中醫住院納入健保給付之相關問題如下：

- 一、評估並擬定中醫住院醫療費用支付項目及各項目支付標準，作為全民健保醫療費用協定參據。
- 二、瞭解目前中醫醫院設施與醫事服務人力現況與中醫醫院之地理分佈。
- 三、研究建立中醫住院醫療服務品質控管機制。
- 四、針對一般民眾進行中醫住院之成本效益分析。
- 五、建議中醫住院費用之財務機制與擬定總額之評估。

1988 年行政院經濟建設委員會成立全民健康保險規劃小組，在此之

前，台灣有關中醫體系的研究報告相當有限且分散。吳就君（1981）針對全台灣地區的立意樣本發現在西醫、中醫、民俗療法三種方式中，僅採用唯一的方法的家庭在都市與鄉鎮分別為8.2%和9.2%，其中僅採用中醫者為0.4%和2.1%，僅採用西醫者為7.6%和6.8%，視情況三者均採用的家庭都是佔63.6%，鄉鎮48.9%。次年吳淑瓊（1982）等發現台灣地區10個立意取樣縣市之民眾一年間12週醫療行為的分佈，11.0%的行為系用中醫或中藥房，56.7%採用西醫，16.3%為西藥房；若以單複項求醫行為來看，僅採用西醫藥者佔82.7%，僅採用中醫藥佔5.2%，複向求醫者21.9%。蔡淑芬（1983）針對布袋、學甲民眾作伴年期間醫療需求的分佈，在所有的求醫行為4.52%，7.62%為中藥店，但若進一步區分疾病種類，一般傷病有13.42%的複向求醫行為，慢性疾病有20%複向求醫。1983年時針對全台灣地區民眾的隨機樣本調查顯示（許子秋等1984），一年間總就醫人次的6.8%為中醫，3.7%為中藥房，而就診西醫佔66.0%，西藥房17.5%。

在中醫供給面的研究中，1982年藍忠孚等人指出，若以中醫師公會聯合會的會員名冊為準作分析，則在中醫師與西醫師或牙醫師一樣，均存在地理分佈不均的問題。當時的院轄式擁有19.4%的人口和38.84%的中醫師，鄉擁有33.49%的人口和11.83%的中醫師，其中山地鄉完全沒有中醫師，全台灣地區沒有中醫師的鄉鎮共有127個。

1983年以後，保險開始大規模介入中醫市場，保險的介入促使行政機關必須正視中醫體系的規劃。1986年衛生署醫政處出版對中醫師人力教考用的報告（楊漢泉等1986），分析1950年至1984年領證中醫師的領證種類與類別、學歷、性別、年齡，1984年職業中醫師地理分佈，中國醫藥大學中醫系畢業生執業情形及中醫系畢業生與在校生對中醫教育和考試的意見等。結果顯示1950至1984年共核發4,322張中醫師證書，但在1984年正式出版的衛生統計中僅有1,799為有執業，執業率41.6%。領證中醫師中的47.4%年齡在65歲以上，67.3%學歷不明，22.6%有大專以上學歷，1984年中醫師特考及格人員具有大專以上學歷者其中的19.5%所修科系與醫學相關。領證中醫師中有2,565人係於1950年以後才參加考選部舉辦的檢覈考試者909人佔35.4%，特考及格1956年佔64.6%，而通過檢覈者中的559人（61.5%）為正規中醫院校畢業，其餘358人為國外針灸學校畢業即華僑在僑居地執業中醫五年以上者。在考試及格年份上，1950年至1972年平均每年8.6人檢覈考及格，但中國醫藥大學中醫系畢業生加入後，1973年至1983年平均每年有59.3人檢覈及

格（其中45.1人為中國中醫系畢業）。特考方面1950年至1984年平均每人僅20.8人特考及格，1977至1984年平均每年136.9特考及格。可見特考及格人數自1977年以後才快速上升，且增加速度為受國內正規中醫教育檢覈及格者的三倍。不過，報告也指出中國醫藥大學中醫系畢業生執業中醫者只佔畢業生領證者的3.3%和畢業生開業者的4.4%。1986年的另一份官方報告（衛生署1986）則以較簡單的醫師人口比為依據，推估中醫師人力的供需將有逐年過剩的狀況，其中1966年過剩208人，2000年則會過剩537人。

勞保自1983年開始擴大試辦中醫門診業務滿五年後出版了成效檢討報告，內容主要為中醫門診利用統計、特約院所背景分析和被保險人與特約院所意見調查，結果顯示自1983年至1988年，勞保中醫門診人次增加1.75倍，給付金額增加1.79倍，每件平均金額維持在200元以內。1988年的勞保中醫門診人次佔總勞保門診人次6.73%，門診費用佔4.90%。就診人中年齡21至40歲者佔60.42%。醫療院所方面則顯示中醫病例記載與管理並未上軌道，療效追蹤管理不善，支援兼任醫師眾多等。

1988年經建會成立全民健保規劃小組後委託邱清華（1990）與陳太義（1990）分別對中醫的需求面與供給面進行研究，後者的研究結果並經部分修正後陸續發表於國內不同的刊物中（李卓倫等1990，陳太義等1990a，1990b，游隆權等1990，李卓倫等1991）。邱清華的研究以各縣市勞保特約中醫院所數分層並立意選擇10個縣市的22個鄉鎮民眾，探討(1)民眾尋求中醫傾向；(2)中醫市場區隔；(3)以情境問題測試中西醫之替代性。

江東亮（1990）針對台中縣兩個鄉農民調查過去一個月內住院、西醫門診、中醫門診次數、自服西藥或自服中藥天數，結果顯示有健康保險的農民自服中藥的勝算比為沒有健康保險農民的1.59倍，有健康保險農民自服中藥天數較沒有健康保險農民增加38.0%。中醫門診次數與健康保險變項之間並無顯著相關，西醫門診門診次數與中醫門診次數或自服中藥天數之間也無顯著相關性。林瑞雄等針對全台灣地區民眾之隨機樣本所做調查發現每人每月看診中西醫門診的次數分別為0.2次與0.68次，利用次數比為1.0比3.5。同年衛生署（1991）的另一份調查發現台灣地區18歲以上人口每人每月的中西醫門診利用次數分別為0.14次和0.41次，利用數比為1.0比2.9。

經建會委託陳太義等人（1990）所做的供給面報告則致力於分析中醫藥人力與機構的現況與建議中醫醫療機構的評鑑要項，再透過不同團

體的意見調查後綜合作成中醫納入全民健保的可行方案。結果顯示中醫師年齡成雙高峰分佈，集中於30至44歲（51%）和70歲以上（25%），47%的1982至1989年特考及格中醫師學歷為高中或高中以下，中醫師及中醫醫療院所均存在嚴重的地理分佈不均。陳太義報告中對中醫醫藥納入健康保險雖然提出可行方案的建議，但諸多詳細方案內容和作為政策依據的實證資料仍舊缺乏，此份報告較週延地提出從層面問題的貢獻可能比所提方案本身的貢獻更大。這些問題包括：(1)中醫保險的給付範圍如何界定？是依據住院門診別、疾病別、科別或藥材別來區分？(2)醫療費用支付標準如何訂定？(3)保險藥材種類及方劑種類是否限制如何訂定？(4)是否實施中醫中藥分業？(5)如何提升中醫師、中醫護理、中藥調劑人員的水準進而提升整體中醫醫療品質？陳太義的報告與建議內容稍後也充分反應在經建會規劃報告中（吳凱勳等1990）。

1991年至1992年有三篇較重要的中醫需求論文，分別為林芸芸（1992）、羅紀琮（1991）與賴俊雄等（1992）的報告。林芸芸（1992）的報告以來自32個樣本的迴歸分析來嘗試推論中西醫療的關係，且模式中未包括其他控制變項與中西醫療價格變項，無法推斷中西醫間的替代或互補性。

羅紀琮（1991）的報告則以1988和1989兩年的勞保資料進行分析，發現兩年間不分性別中醫利用皆顯著增加，而西醫醫療利用減少的差異並不明顯，羅依此推測中西間並無明顯的替代關係。迴歸模式分析則顯示在控制年齡、性別、中醫供給、職業、去年是否利用中醫的情況下，西醫就診率與中醫就診率並無顯著相關；而在經過樣本偏誤的調整後，西醫就診次數與中醫就診次數成現正相關，即互補關係。此報告並提出總額預算支付、部分負擔50%、中醫附加保險、限制中醫看診次數四項建議，但報告中缺乏支持四項建議的研究發現。

衛生署第二期全民健保小組委託賴俊雄等（1992）的研究架構與十年前藍忠孚等（1982）的理論架構一致，都是透過醫師生產力將個人醫療需求轉換為整體社會的醫療資源需求，兩者的差異在於藍以次級資料做推估，而賴俊雄等（1992）以台灣2500位代表樣本來做推估。結果顯示全台灣地區民眾於1992年、1996年和2000年時平均每人每月看診中醫師的次數分別為0.085次、0.100次和0.102次，亦即1992年時台灣地區每人每年約看診中醫1次而看診西醫4次，其使用次數與1991年衛生署（1991）的資料相近，中西醫使用比例則與林瑞雄等（1991）的報告相近。而1992年、1996年和2000年時平均每位中醫師每週看診人次分別為

195人、333人和350人，因此每年需求的中醫師量分別為 2069人、1476人和1480人，而中醫師供給量則依據全民健保第一期規劃的推估略作修正後計算得2010人、2319人和2647人。賴研究也發現在控制傾向因素、能力因素與需要因素的前提下，西醫門診次數與是否使用中醫和中醫門診次數均呈負相關，且中醫門診利用的價格彈性係數小於0.1而可視為無彈性。

1993年賴氏再發表勞保中醫門診制度的改進研究。其中針對5家中醫醫院門診病人的調查發現，中醫門診的所得彈性、價格彈性和對西醫門診的交叉彈性均小於0.1，顯示欲以高額部份負擔限制中醫門診的效果值得再深入探討，研究也未發現中西醫門診間存在互補性或替代性的證據。報告中並建議醫療品質可能是同時影響價格與中醫利用的干擾變項，而過去需求面的研究極少考慮到納入供給面的品質變項。賴報告的第二個重點是分析1991年3月中醫勞保單資料後詳列其就醫疾病的國際疾病分類，但其中藥處方因需進一步做資料處理而暫未發表。賴報告的第三個重點是建議進行中醫師診療行為所投入資源相對值的研究來作為支付制度改進的基礎數據，此一探討乃保留於研究階段而非行政上的實用階段。

1983年保險開始逐漸大量介入中醫醫療體系後，中醫體系的研究也慢慢受到許多政府機關和研究人員的重視。1990年以後，隨著全民健康保險第一期規劃時幾份報告的發表，最近幾年中醫體系的研究無論在質量上或所探討問題的深度上，均較以往的研究有長足的進步，特別是在資料的收集方面更趨於具代表性與完整性（李卓倫，紀駿輝，賴俊雄，1994）。

嚴格來說健康保險只是改變整體醫療體系中的財務機轉而已，但全民健康保險的實施也給了我們以較具整體性和前瞻性的眼光來探討中醫醫療體系的機會。中醫需求面的研究由於目前資料的不足，可以預期還會存在一段爭論的時間，任何新證據的出現都可能帶來新的認識。以往任何醫療需求的研究通常在不區分疾病的種類與嚴重度的情況下來探討其需求的影響因素，但嚴格來說這些行為並不構成對同品質之同樣財貨的單一市場需求，以後的中醫需求研究可以回到這些最原始也最簡單的理論層次重新計畫。中醫供給的研究則可以回復到陳太義等(1990)報告中所列的諸項問題作較基礎的研究規劃，這其中尤其以中醫師人力素質的提昇和中醫師特考的改進方案最值得行政部門儘速展開實質的政策規劃，其他如中醫支付制度的研究、中醫治療效率的研究和中醫輔

助人員的規劃都是頗為急切的問題。

假如政策所代表的事對價值的判斷與分配，則政策研究代表對事實的判斷與描述，前者需要科學事實和哲學思維兩種層次的幫助來達成目的的理性化，後者則需要藉客觀的科學事實來達成工具的理性化，在設計、發展政策的過程中，有賴政策研究所提供之資訊來促使其更趨理性化。台灣的中醫藥政策需要更進一步的客觀資料來擴展政策討論的空間，並作為決策過程中進行價值判斷的依據之一。

貳、材料與方法

本研究擬從民眾對中醫住院之醫療體系供給面、民眾需求面、與專家政策面，三方面進行中醫住院醫療費用支付項目及各項目支付標準之評估。其中供給面的探討除了傳統研究中針對醫療體系進行各種性質的量化描述之外，也包括進行中醫住院業務的成本估算。需求面的研究則主要針對中醫住院的民眾效益進行估算。透過這樣的方式進行中醫住院的成本效益分析，並以此作為依據來進行專家會議與提出政策建議。

一、中醫醫療體系供給面評估與中醫住院成本估算

在醫療醫療體系供給面部分，以問卷調查目前台灣地區中醫醫療院所的相關設施，以醫院之醫師人力、醫療設施、服務科別等結構面指標，嘗試區分不同之醫院等級以評估支付標準是否分級之可能，同時也參照中醫醫院評鑑指標與評估方式。另也針對以醫學院或設有中醫部門之區域醫院級以上教學醫院之結構面指標進行分析，評估其與其他醫療機構之差異。

中醫供給面擬計算中醫住院的成本，意即針對所可能建議的中醫住院政策內容進行成本計算。住院成本的計算將以中醫藥委員會已經建立的臨床路徑作為參考，包括肝病、癲癇、乾癬、慢性阻塞性肺病等，並藉此嘗試與住院效益作比較，以符合本研究的政策目的。至於中醫住院的支付點數，是否以西醫論量計酬的方式計算，或以疾病別計算，或以日計算，則視研究結果給予不同設計。不過住院成本的計算將有利於支付方式與相對點數的推估。

社會成本的計算牽涉到兩個組成，一為資源耗用量，另一為耗用資源的價格。在耗用資源的價格方面，市場價格將作為價格的衡量基礎。不過由於醫療市場存在嚴重的市場不完整現象，因此有必要對市場收費或健保公告價格作調整，以免存在系統性的偏差（Cohen et al 1993）。

在資源耗用量方面，資本耗用的成本有兩個組成，一為與資本財產綁在一起的資金機會成本，另一為資本財產在不同時間的折舊，這兩部分可以有適當的方法，可以同時計算折舊與使用資本的機會成本（Richardson & Gafni 1983）。

計算資源耗用量的第二個問題，為總體行政成本（overhead cost）的分攤，此一計算則需要較多的技巧與資料才能獲得，因此是此類研

究問卷調查的重點之一，這些成本包括行政成本、水電分攤、病歷管理、清潔工作等等。總體行政成本的分攤基礎有直接分攤、漸層（step down）分攤、回饋計算之漸層分攤（step down with iteration）、聯立分攤（simultaneous allocation）四種方式（Hornigren 1994, Clements 1974, Kaplan 1973），本計畫這個部分的成本由於所佔比率不高，因此予以忽略以提高醫師回答問卷的可行性。

在本研究中，中醫住院計畫的社會成本會來自三個方面（Drummond et al 1997），第一為醫療機構執行中醫住院計畫的社會成本，第二為民眾參加中醫住院計畫的社會成本，第三為其他相關機構執行中醫住院計畫的社會成本。這些成本的計算是依據勞動投入或資本投入的社會成本來加以計算，而不是依據健保局所補助的金額來計算，因為前者屬於資源耗用的機會成本，而後者屬於移轉性支出（transfer payments），其中只有前者才符合社會成本計算的基礎（Gold et al 1996）。

二、中醫住院需求面效益評估

就臨床工作人員而言，效益（benefit）評估容易被誤解為臨床效果（effectiveness）的評估。效益的測量單位為金錢，但效果的測量單位為自然單位，尤其是健康改善的各式指標。此外兩者的用途也不同，效果評估主要針對個別疾病的不同治療方式，在替選方案之間透過成本效果分析（cost-effectiveness analysis, CEA）以協助替選方案之間的選擇。效益評估的目的主要在於資源配置（resource allocation），透過成本效益分析（cost-benefit analysis, CBA）來決定一個政策到底值不值得進行，因此成本效益分析顯然比成本效果分析多出一個替選方案，就是什麼都不作的替選方案。由於本研究的目的是在於幫助政府決定要不要把中醫住院列入健保給付項目，因此政策情境屬於成本效益分析的範圍。

效益面評估可以幫助決定中醫住院財務總額，也可以依此與成本面進行比較。理論上全民願意為中醫住院醫療支付的總額，應該作為中醫住院財務總額的上限，然後再與實際執行的成本面進行比較分析。本研究擬由全台灣抽取 1,500 位代表樣本進行中醫住院的付費意願調查，以之作為效益的評估標準。

在經濟評估的範圍中，成本效益分析（cost-benefit analysis）為評估一個計畫是否值得推動的方法，此點與成本效果分析（cost-effectiveness

analysis) 或成本效用分析 (cost-utility analysis) 是不同的，因為後二者是先假設某個計畫是值得做的，然後再來比較不同替選方案之間的生產效率 (production efficiency)。成本效益分析則具有比較廣的範圍，適合對資源在醫療體系以內或與其他體系之間的配置作比較，部分研究還嘗試比較醫療計畫與非醫療計畫之間的成本效益 (Olsen & Donaldson 1979)，其應用在運輸及環境方面有非常長久的歷史 (Sugden & Williams 1979)，因此可以對配置效率 (allocative efficiency) 提供部分的訊息 (Drummond & Stoddart 1995, Drummond et al 1997)。

本計畫中社會效益的計算基礎為個別消費者的最高付費意願 (willingness to pay)，取其最高值的原因為最高付費意願與實際付費之間的差距，即為福利經濟學計算消費者剩餘 (consumer surplus) 的主要依據，而橫跨消費者之間對消費者剩餘的加總即為成本效益分析的基礎 (Jones-Lee 1976, Jones-Lee et al 1985)。衡量效率的方法可以用最高付費意願，也可以用最低接受補償的意願 (O'Brien & Gafni 1996)，但基於簡單化的原則文獻中使用付費意願者占絕大多數，本計畫因此也以付費意願為主要衡量基礎。

衡量效益所面臨的第一個操作問題，是要問受訪者整體的 (global) 付費意願還是個別的 (restricted) 付費意願。主張測量整體付費意願的人認為此舉符合自由市場的運作邏輯，但主張測量個別付費意願的人認為可以明確陳述個別的考量，例如醫療服務計畫的效益可能來自健康的改善，也可能來自未來所節省的醫療費用，或是生產力增加的所得效益。無論用那一種方法，最重要的是在問法上要避免重覆計算 (double-counting) 的問題。本計畫為了明確陳列中醫住院計畫的可能利益，將以個別付費意願作為衡量的依據。

衡量效益所面臨的第二個操作問題，是要不要考慮需求面的不確定性問題 (Neumann & Johannesson 1994)。如果不考慮需求面的不確定性問題，則問受訪者在真正接受某一健康計畫時的付費意願 (ex post or user-based approach)；如果考慮需求面的不確定性問題，則問受訪者在可能接受某健康計畫並明確陳述機率下的付費意願 (ex ante or insurance-based approach)。雖然絕大部分的健康服務的使用都具有不確定性，不過本評估計畫的政策情境顯然比較趨近於第一種測量方式。

衡量效益所面臨的第三個操作問題，是測量方法本身信度、效度與可行性的考量。例如以開放性的金額來讓受訪者回答付費意願，雖

然可能得到比較準確的 (unbiased) 付費意願估計值，但會增加受訪者回答問題的認知困難度與答案分佈的精確度 (precision)。如果對受訪者提示不同金額 (bidding games) 則優缺點相反，其中效度的問題主要為受訪者容易受到起始金額影響所造成的起始點偏差 (starting point bias)。第三種方法則著眼於修正第二種方法，每一受訪者只被提示一種金額並決定接受與否 (elicit values)，然後由研究者以比較複雜的統計方法例如 probit analysis 來決定各個金額為民眾接受的機率方程式。本計畫擬修正第二種方法，利用多次提示金額的方式來逼近受訪者內心的付費意願值。

在本研究中，中醫住院計畫的社會利益主要來自三個方面 (Drummond et al 1997)，第一為民眾參加中醫住院計畫後願意為健康改善所付出的金額。第二為民眾參加中醫住院計畫後願意為其他價值所付出的金額，第三為民眾參加中醫住院計畫後願意為資源節省所付出的金額。以付費意願來衡量社會利益的主要理由，為其比人力資本 (human capital) 的方法更符合福利經濟學的理论基礎 (Mishan 1971)。綜合上述計算本計畫即可比較總體社會成本與總體社會利益。

三、專家政策面

專家政策面擬以德菲方式進行，由國內中醫界與學術界針對中醫住院各項給付項目與支付標準進行專家意見之調查，並於最後召開專家會議尋得共識，提出中醫住院之相關建議。專家之選擇一向均為立意取樣。相關問題之重點如下，所有的重點由於均與民眾面的成本效益分析有關，因此有必要參考上述供給面與需求面的成本效益分析的結果。

- (一) 中醫住院診察費用須包含哪些支付項目？支付標準如何？
- (二) 中醫住院病房費須包含哪些支付項目？支付標準如何？
- (三) 中醫住院檢查費須包含哪些支付項目？支付標準如何？
- (四) 中醫住院放射線檢查及診療費須包括哪些項目？支付標準如何？
- (五) 中醫住院治療處置費須包括哪些支付項目？支付標準如何？
- (六) 中醫住院特殊材料費須包括哪些支付項目？支付標準如何？
- (七) 中醫住院醫療服務之品質指標確保與財務規劃

以德菲法問卷進行至少二回合調查。德菲法是一種兼具量化與質性之科技整合研究方法。研究過程中，針對設定的議題，透過專家匿名，不斷書面討論方式，誘導專家以其專業知能、經驗與意見建立一致性的共識，進而解決複雜議題。其不僅排除質性研究不夠嚴謹的缺點，同時將量化研究之科學性、系統性應用得淋漓盡致。

德菲技術的原則因此有三個，第一為匿名原則，第二為重複原則，第三為共識原則。對不明確性、複雜度高、具爭論性之議題可應用德菲法尋找出專家之共視，德菲法具有集思廣益、維持專家獨立判斷能力、打破時空隔離困境及不需要複雜統計等之優點，但也具有不能考慮不可預料事件、對模稜兩可問題難劃分、專家代表性質疑、耗費時間等之缺點。

Helmer 與 RAND (1959) 及 Laf Helmer (1959) 主張，在尚未發展的領域中，允許使用專家的證言來制定科學法則。問題是我們該如何運用這個證言，特別是我們如何將多位專家的證言結合成單一且有用的聲明。Delphi 法就是可以使專家在預測中所做的判斷，成為合法且有用的情報預測方法。單一專家有時會有偏見；群體開會討論時卻會遇到“聽從領導者”及“不願放棄先前確定意見”等弊病 (Flowles, 1978)。RAND 公司為了要克服這些缺點，於 1950 年和 1960 年發展出 Delphi 法的基本概念、理論假設和方法程序。針對未來所進行的預測，通常是從專家的判斷中衍生出來，所以 Dalkey 和 Helmer 便為這項研究，發展出收集判斷的方法 (Normanm, 1969)。

Delphi 法是最早被美國 RAND 公司拿來使用的應用系統，其目標為評估遠程的趨勢方向，特別強調科學與技術對社會可能的影響。研究中包括六個主題：科學突破、人口控制、自動化、空間進展、戰爭防禦、武器系統；第一個 Delphi 應用系統是運用在技術預測領域，主要致力於預測可能的發明、新技術和技術變動的社會與經濟衝擊 (Michael, 1996)。

根據 Wissema 的文獻報告發現，Delphi 法有時也被一些專家用來做一般的詢問 (Wissema, 1982)。德爾菲法終於找到進入產業、政府及學院的門路，同時擴展並超越技術預測的範圍 (Fowles, 1978)。從 1950 年開始，許多研究已運用 Delphi 法來進行預測，特別是公共衛生議題(譬如，減少和預防 AIDS/HIV 藥物用途的政策) (Michael, 1996) 及教育領域 (Cornish, 1999)。

在決定是否該使用 Delphi 法之前，徹底考量應用方法的背景是非常重要的。在做出選擇運用或排除 Delphi 技術的決定之前，必須先詢問以下問題 (Turo, 1996)：

- (一) 為了探索即將到來的問題，什麼樣的團隊溝通過程才是令人滿意的？
- (二) 擁有專門技術的人是誰？他們的地位何在？
- (三) 可供選擇利用的技術是什麼？能夠從所應用的方法之中合理地期望到什麼樣的結果？

只有當回答上述問題後，人們才能決定 Delphi 法是否適合應用在即將應用的事件上。若沒有指出上述問題的話，會導致 Delphi 的不適當應用，並使整體的創造性成果不足採信。

德爾菲法 (Delphi method)，藉由一系列的問卷調查，已從一群專家之中獲取最可信的共同意見。其運作的方式，是邀請一群與研究問題有關的專家學者，在彼此匿名的情況下，進行數次的個別問卷調查，每次問卷調查之後，都將分析結果與新的問卷分送給參與研究的專家學者，經過反覆實施，直到專家學者的意見差異降到最低為止。

德爾菲法 (Delphi method) 的主要特徵 (Saaty, 1994) 因此為(1)隱密性 (Anonymity)，因為專家學者的意見受到保密，可以不必有所顧忌的表達自己的觀點，調查的結果也較能反映真正的看法。(2)反覆性 (Iteration)，由於問卷多次往返，具有相互激盪與啟發的效果，所得的結論也較為完善。Delphi 法第二次以後的問卷，均提供專家學者上一回問卷的統計結果，參與者可以從中了解別人的想法，用來啟發自己，並對自己原先的意見提出修正。(3)回饋性 (Feedback)，每次問卷回收，會做出簡單的統計結果，如平均數或眾數等，讓專家學者獲知別人意見的訊息，讓所得到的結論更為接近問題的核心。

所以，德爾菲法有以下的優點 (Saaty, 1994)：(1)從專家群中獲得與主題有關的共同意見。(2)具有回饋與反覆作用的影響，使意見趨於一致。(3)分別填答，不受他人影響。(4)專家學者較有參與感。

在公共衛生及醫務管理的領域中，常面臨高度變化的醫療政策，對於預測未來的多變情況下，德菲法為一種常以應用的研究方法。本研究為瞭解中醫界之專家意見對於中醫住院支付標準之政策意見與看法之整合趨勢，採行專家德菲法之研究。

為建構專家德菲問卷，研究首先以兩次專家座談會，嘗試瞭解開辦中醫住院之各類意見及專家在制度設計與面臨問題之分歧點，而逐步建構問卷架構主軸，在經由研究團隊之學者專家及中醫師組成之研究小組兩次小組討論逐題修正問卷語句，數度修正後完成問卷。

德菲法是一種兼具量化與質性之科技整合研究方法。研究過程中，針對設定的議題，透過專家匿名，以德菲法問卷進行至少二回合調查，誘導專家以其專業知能、經驗與意見建立一致性的共識，進而解決複雜議題。其不僅排除質性研究不夠嚴謹的缺點，同時將量化研究之科學性、系統性應用得淋漓盡致。經由兩回合的德菲問卷研究測試，完成中醫住院支付標準專家意見之德菲法問卷調查。

參、結果

一、中醫醫療體系現況

(一) 中醫醫療機構及人力情形

表一為歷年中醫醫療機構數及中醫師數。分類依據衛生統計中醫醫院及中醫診所，而中醫醫院又分綜合醫院及醫院。中醫醫院逐年減少，從 1992 年的 90 家減少至目前的 22 家；而中醫診所逐年增加，從 1992 年的 1,756 家增加至目前的 2,900 家。中醫師數從 1992 年的 2,616 人增加至目前 4,616 人。

(二) 中醫醫療機構縣市分佈情形

表二為中醫醫院數、中醫診所數及中醫師數縣市分佈情形。以台北縣 382 家中醫診所為最高，其次為台北市的 370 家中醫診所。中醫師以台北市 653 人最高，台北縣 636 人次之。中醫師數量不斷增加，但從地理分佈上看來，則明顯的分佈不均。從衛生署衛生統計中，中醫師人力的分佈以「台中醫療區」最多，每萬人口有 3.14 名醫師，而台北醫療區中醫師的比例約僅及其半數，為 1.54 名。中醫師與人口比最少的是澎湖及金馬兩個外島醫療區域，平均只有 3.4 名，若僅比較台灣本島各醫療區域，每萬人口的中醫師數，以「台東醫療區」的 7.2 名最低，而西醫師比例最低的「雲林醫療區」，每萬人口中醫師數不僅高於台東，也比基隆和屏東地區為多，可見台灣地區中醫醫療資源之地理區域分佈差異甚大（楊美玲，2002）。

二、中醫住院專家會議

專家會議於台北、台中各舉辦一場，參與專家學者對於中醫住院的意見可分為幾個方面：

(一) 開辦中醫住院的醫院之評選標準

1. 可依 95 年 6 月 1 日公告「中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑基準」作為開辦中醫住院之評選標準。
2. 開辦中醫住院的醫院，其是否具夜間急診或是住院病人緊急醫療的處理應變能力是一大前提，因此有些專家學者提議以醫學中心優先開辦或是西醫院附設中醫部門。
3. 法規限制上，醫療法第十四條暨同法施行細則第十條，指出同

一人兼具醫師、中醫師雙重資格者，應擇一資格申請開業，且中醫醫院不得設置西醫科，因此中醫住院無論在人力或醫療院所在法規限制上亦將有其困難。

(二) 中醫住院的診療模式

目前台北市立聯合醫院以「西醫住院會診中醫計畫」開辦「腦血管疾病患者西醫住院，中醫輔助醫療試辦計畫」。實施期間自即日起至95年12月31日止。凡因腦血管疾病住院之病患，其主治醫師同意且提出照會中醫程序者，在本計畫實施期間，西醫中風住院患者均可以健保身分會診中醫，不需再另以自費方式辦理。

而花蓮慈濟醫院接受衛生署中醫藥委員會委託，為東部唯一承辦「中醫住院會診試辦計畫」的醫院，住院患者申請中醫會診者，將有兩千元的補助。推動中西醫合併治療，進行中風、癌症及生產等調養。目前住院會診中醫，健保並未給付，中醫部分的費用，患者必須自付。

台南奇美醫院為試辦4項中醫專案治療計畫，包括腦中風與褥瘡的住院病患中醫會診治療計畫、小兒氣喘緩解期與小兒腦性麻痺的中醫優質門診照護計畫。住院病患的中醫會診均需經西醫主治醫師評估，認為合適者再會診中醫治療。經中醫主治醫師確認收案。治療內容包括針灸、科學中藥，並需配合定期評估，以利醫師掌握病情，確保療效。

1. 在未開辦中醫住院前，專家學者大都建議以「會診」方式進行，但以健保給付方式為何、申報時由西醫或中醫申報、而會診費用是否歸在中醫總額內都有待協商。下以列舉三個診療模式。
2. 擬限定中醫住院之疾病種類，以中醫療效顯著、療效較西醫顯著或西醫已束手無策之疾病優先納入，如中風、腫瘤放化療後病人、慢性疾病、需復建病人等。林口長庚試辦之中醫自費住院為例：其收治住院項目有僵直性脊椎炎、退化性關節炎、糖尿病週邊神經病變、腫瘤放療副作用緩解及體質改善、肝炎、中風、戒菸、腰椎椎間板突出症、閉鎖性骨折。

翁瑞宏(2000)顯示具有重大傷病、慢性病之研究度對象為高度中醫資源耗用的族群，另外根據中醫門診案件檔案分析結果顯示，脫臼、扭傷及拉傷及其他疾病之中醫門診利用次數相當

高，由此可以推論患有特殊疾病之者對中醫療具有高度的需求性。

(三) 中醫住院的支付標準

中醫住院開辦的支付標準可參考「腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「小而氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」將支付標準分為七個部分。支付標準見表三。

1. 中醫輔助醫療診察費
2. 每日藥費
3. 針灸治療：分為針灸治療處置費以及電針治療
4. 傷外科治療：一般治療、傷外科處置費（清創術）、傷口照護與換藥處置費（<10cm，10-20cm，>20cm）
5. 疾病管理照護費：中醫護理衛教費、營養飲食指導費
6. 藥品調劑費
7. 中醫輔助醫療檢查費：舌診儀、脈診儀、微循環儀、紅外線熱象儀

三、民眾效益面

(一) 描述性統計分析結果

中醫住院的民眾效益面樣本共 1,500 人，受訪者個人特質描述性統計結果（見表）。性別分佈方面，男性佔 52.5%；年齡方面，以 21-30 歲居多（41.3%）；直系家人數方面，以 4-6 人居多（56.7%）；教育程度方面，以大學以上居多（54.9%）；健保費的繳交方式，以自己繳交者居多（70.8%）；收入方面，以一萬以下居多（52.9%）。受訪者縣市分佈情形（見表六），以台北市（10.1%）最高。

受訪者平均年齡為 35.78 歲，直系家人數平均為 4 人，教育年數平均為 13.22 年。由醫學中心附設中醫部門提供中醫住院其付費意願平均為 69.21 元，由醫學中心、中西醫綜合醫院提供中醫住院其付費意願平均為 70.77 元，由醫學中心、中西醫綜合醫院及中醫醫院提供中醫住院其付費意願平均為 71.11 元。（見表五）

(二) 推論性統計分析結果

表七為由醫學中心之中醫部門提供中醫住院服務之付費意願與個人特質的關係。各變項之變異數分析付費意願與直系家人數、教育年數、保費繳交方式及收入達統計上顯著意義。性別、年齡、直系家人數保費繳交方式及收入與付費意願呈現負相關，僅直系家人數達統計上顯著意義，意即直系家人數越高，付費意願金額越低。

表八為醫學中心、中西醫綜合醫院提供中醫住院服務之付費意願與個人特質的關係。各變項之變異數分析付費意願與教育年數及收入達統計上顯著意義。性別、年齡、直系家人數、保費繳交方式及收入與付費意願呈現負相關，僅收入達統計上顯著意義，意即收入越高，付費意願金額越低。

表九由醫學中心、中西醫綜合醫院及中醫醫院其付費意願與受訪者個人特質之關係。各變項之變異數分析付費意願與教育年數及收入達統計上顯著意義。性別、年齡、直系家人數及收入與付費意願呈現負相關，僅收入達統計上顯著意義，意即收入越高，付費意願金額越低。

(三) 政策意涵 (policy implication)

若由設有中醫部門的醫學中心提供中醫住院之付費意願為 69.21 元，即受訪者願意每月多繳 69.21 元來獲得中醫住院這項服務，以全國 2,300 萬人口來計算，每月有 15 億 9,183 萬元。因此若以全國 12 家醫學中心來推估，扣除掉一些健保行政成本，每月估計 14 億元承辦中醫住院業務。

若由設有中醫部門的醫學中心及中西醫綜合醫院提供中醫住院之付費意願為 70.77 元，即受訪者願意每月多繳 70.77 元來獲得中醫住院這項服務，以全國 2,300 萬人口來計算，每月有 16 億 2,771 萬元。

若由設有中醫部門的醫學中心、中西醫綜合醫院及獨立的中醫醫院提供中醫住院之付費意願為 71.11 元，即受訪者願意每月多繳 71.11 元來獲得中醫住院這項服務，以全國 2,300 萬人口來計算，每月有 16 億 3,553 萬元。

四、專家政策面

本研究共進行兩回合之德菲問卷填答，在專家學者回答第一回合問卷後，問卷回收統計問卷之結果（包含各項問題之專家學者回答之集中趨勢如平均數、眾數、各選項百分比率）。第二次發出問卷，除提供第一次該專家學者所填答之第一回合問卷影本外，也提供第一次所有專家學者回答之各項問題之集中趨勢，供專家學者在第二次回答時可參考自己本身上一回合之意見與第一回合所有專家學者意見之集中趨勢，考量是否調整自己之立場，以進行第二回合之填答，藉以達成專家之共識意見，作為本研究提供之專家意見之結果。

本研究中關於專家德菲研究之第一回合問卷共發出 44 份回收 33 份，回收率為 75%；第二回合問卷以第一回合有回覆問卷之專家學者之 33 位為第二次之發放對象，第二回合問卷經催收後回收有效問卷 27 份，回收率達 81.8%，其結果如表一。

(一) 對於中醫住院給付之態度評估分析結果

在關於學者專家對於中醫住院給付之態度評估分析結果如表二，以李克氏五個分位量表為基礎，去除中間無意見將專家意見強迫選擇不同之意見，改以四個分位方式評量尺度區分，其中 1 表示非常不贊同；2 表示不贊同；3 表示贊同；4 表示非常贊同。在「中醫住院應納入健保給付範圍」議題上，研究結果呈現專家學者意見為之平均數為 3.63，眾數為 4，其意涵可解釋為大多數之學者專家均認同中醫住院納入健保給付中。相類似的結果也呈現在「目前（三年內）中醫會診之強化應優先於中醫住院之納入」、「中醫住院醫療費用不應與門診費用合併總額，應單獨一總額」、「中醫住院應將一般檢驗項目納入給付範圍」、「中醫住院療程中應有中醫輔助治療，例如傷科推拿、針灸等處置」、「中醫師住院醫師訓練課程應是中醫住院納入健保重要配套」、「中醫師住院醫師訓練制度應訂定一套適用於中醫的制度」、「中醫師開立檢驗項目需具備相關科目之學分」、「中醫住院所需護理人員應有中醫護理訓練」、「中醫住院所需藥事人員應聘用專任中藥管理能力之藥事人員」等議題上，專家學者均有一致非常贊成之共識。但在幾個議題上，如「應選擇部分疾病納入健保中醫住院給付」及「中醫住院納入健保住院時，中藥藥費應開放差額負擔（高貴藥材自負）」兩個議題上，則分別由第一次的贊同轉變為非常贊同及由不贊同轉變為贊同。在「民眾中醫住院之部分負擔應設計高

於西醫住院之部分負擔，減少不必要之住院」議題上，也普遍不贊同以部分負擔方式來減少住院。

(二) 學者專家對中醫住院納入健保各項議題之評估分析

學者專家對中醫住院納入健保各項議題之評估分析之意見結果如表三所示，有 88.5% 相當高之比率的專節學者認為中醫住院納入健保規劃初期試辦醫院之條件建議應在醫學中心層級醫院設有中醫部門、其次為地區教學醫院附設有中醫部門即可有 69.2%。學者專家普遍認為中醫住院納入健保的主要目的應該是發展中醫科學之教學研究需要佔 70.4%。有 70.4% 的專家學者認為中醫之住院醫師應經過四年的臨床訓練才能適任執行中醫住院業務之主治醫師。針對應由哪一個單位主導規劃中醫住院納入健保，則有 59.3% 之專家學者認為應由衛生署中醫藥委員會負責，贊成由中央健保局負責推動僅有 3.7%。在中醫住院全面實施後，中醫住院總費用與門診總費用比例應該多少較為合適？（即中醫住院總費用：門診總費用）之問題，則有 63.0% 之專家學者希望比率設定在 1：6。再探詢中醫住院開辦如考慮以疾病別先行納入，應優先考慮那些疾病別，其優先順序中被列為最優先疾病為中風（88.9%）、腫瘤放化療後緩解期的調養（88.9%）、其次為閉鎖性骨折（70.4%），在其次為急性肝炎（66.7%），其後依序為腎病症候群（44.4%）、腰椎椎間板突出症（40.7%）、退化性關節炎（37.0%）、僵直性脊椎炎（29.6%）等等。

(三) 中醫住院支付標準意見

學者專家對中醫住院支付標準意見如表四所示，在給付與否的意見有相當之一致性的意見項目有中醫住院病房費、中醫醫療診察費、西醫輔助醫療診察費、藥費、針灸治療處置費、傷外科治療一般治療、傷外科處置費（清創術）、傷口照護與換藥處置費、中醫護理衛教費、營養飲食指導費、藥品調劑費、穴位推拿按摩、夾板、脈診儀、電針、管灌飲食、西醫生化檢驗、X光檢查等檢驗項目均有 80% 以上專家學者之給付共識。惟在舌診儀（77.8%）、微循環儀（66.7%）、紅外線熱象儀（59.3%）、拔火罐（59.3%）有相對較低之比率之專家學者認為給付。在各項建議金額之回答上，為方便填答者本研究盡量提供過去試辦之金額及相對應西醫之給付金額供參考下，大多數項目之金額的集中趨勢與過去試辦金額相近。

肆、討論

一、中醫住院的醫療服務品質

衛生署費協會訂定「全民健保中醫門診總額支付制度醫療品質指標」，分為四大項門診醫療利用率、保限對象就醫權益、專業醫療服務品質及其他醫療服務品質，有不同計算公式及監測單位（見表十一）。謝慶良（2004）要全面提升中醫的醫療服務品質，中醫醫事人員的培育過程的制度化為最重要的關鍵，因此需建構中醫整體臨床教學體系。以中國醫藥大學附設醫院中醫部門做為中醫各科見實習醫師、住院醫師、中醫師特種考試筆試錄取人員臨床教學場所，整合本校及附設醫院中醫、中藥和護理教師及臨床人員，規劃中醫臨床教育制度，包括編寫教學計畫、常見疾病臨床訓練教材、建立臨床訓練制度、辦理晨會、病例及個案討論會、中西醫學學術研討會、建立常見疾病中醫護理照護模式。

二、中醫住院支付標準

張恒鴻（2001）半數受訪醫院認為中醫住院給付的中藥形式不需有任何限制；而另有 30.6%認為應以濃縮藥粉為主，飲片為輔。中藥之給付擬以科學中藥以及飲片為主，但飲片（原藥材）是否納入給付範圍專家意見紛歧，但對於飲片的品項有所限制，排除單價較高之高貴藥材由病患自費，並將煎藥費納入，給付方式擬以每日藥價為主。

三、對德菲方法的討論

本研究運用德菲研究調查專家學者在中醫住院納入健保之政策方向意見與對於各項中醫住院給付費用規劃之初步看法。德菲技術的原則因此有三個，第一為匿名原則，第二為重複原則，第三為共識原則。對不明確性、複雜度高、具爭論性之議題可應用德菲法尋求出專家之共視，德菲法具有集思廣益、維持專家獨立判斷能力、打破時空隔離困境及不需要複雜統計等之優點，但也具有不能考慮不可預料事件、對模稜兩可問題難劃分、專家代表性質疑、耗費時間等之缺點。

研究結果顯示多數專家學者對於中醫住院納入健保給付均表示贊成，並認為中醫住院納入是基於健保發展中醫科學之教學研究需要，且大多數專家學者認為應由衛生署中醫藥委員會負責主導規劃中醫住院納入健保，僅少數學者認為應由中央健康保險局負責，似乎多數中醫之專家學者對於健保局是否能好好規劃中醫住院較無把握。多

數學者專家也希望中醫住院總額能額外單獨設立避免排擠現有中醫門診之費用。許多專家學者認為中醫住院納入健保初期可能應先設定在特定醫療機構如醫學中心層級醫院設有中醫部門或地區教學醫院附設有中醫部門為宜；也認為應考慮以部分疾病先納入為原則。

伍、結論與建議

一、結論

(一) 中醫住院支付標準之意見

中醫住院納入健保規劃初期試辦醫院以醫學中心層級設有中醫部門為優先試辦，中醫住院由中醫藥委員會主導規劃為較佳，開辦初期以疾病別先行納入，優先考慮的疾病別如中風、腫瘤放化療後緩解期的調養等。

(二) 中醫住院之總額試算

若由設有中醫部門的醫學中心提供中醫住院之付費意願為 69.21 元，即受訪者願意每月多繳 69.21 元來獲得中醫住院這項服務，以全國 2,300 萬人口來計算，每月有 159,183 萬元。因此若以全國 12 家醫學中心來推估，扣除掉一些健保行政成本，每月估計 140,000 萬元承辦中醫住院業務。

若由設有中醫部門的醫學中心及中西醫綜合醫院提供中醫住院之付費意願為 70.77 元，即受訪者願意每月多繳 70.77 元來獲得中醫住院這項服務，以全國 2,300 萬人口來計算，每月有 162,771 萬元。

若由設有中醫部門的醫學中心、中西醫綜合醫院及獨立的中醫醫院提供中醫住院之付費意願為 71.11 元，即受訪者願意每月多繳 71.11 元來獲得中醫住院這項服務，以全國 2,300 萬人口來計算，每月有 163,553 萬元。

中醫住院成本資料估算尚在收集資料。

二、建議

(一) 中醫醫療利用的公平性與可近性的問題

中醫醫療的縣市分佈不均，若開辦中醫住院必須於北中南東四個分區皆有試辦中醫住院之醫院，儘量減少民眾中醫醫療利用的公平性問題，同時也必須解決可近性問題。

(二) 民眾對中醫醫療的需求

台灣民眾普遍有複向就醫的情況，因此在醫療區規劃之前，若能進一步分析台灣各地區民眾對中醫醫療利用的頻率與接受

度，以及瞭解民眾選擇使用中醫治療疾病的種類，探究就診中醫之民眾的各項人口因子特性等，則中醫師不但可以據此變更或選擇最適合個人診療能力與專長發揮的職業地點，另一方面對民眾就醫品質的醫療保障將有很大的助益。

(三) 建立中醫疾病分類系統。

目前我國中醫疾病分類採用西方醫療之疾病分類系統如：A-Code 或 ICD-9，造成許多疾病無法適當分類。(翁瑞宏，2000) 診斷未明的疾病個案數居疾病類別排行榜的第一位，我國施行中醫門診總額預算制度，各地區中醫師公會將負起案件審查的工作，若依中醫現行之疾病分類制度，將會造成案件審查時的困擾，因此建議衛生主管機關早日建立適合我國中醫醫療的中醫疾病分類系統，以充分顯現中醫門診之疾病分佈情形及強化中醫門診案件審查效益。

(四) 促進中西醫療整合發展，規劃具成本效益之治療模式。

現今台灣醫療系統為中、西醫共存的體系，而非中西醫整合的體系，極易造成醫療資源濫用的現象。而中醫住院的試辦將為中西醫整合的契機，諸多文獻均指出中醫在治療某些疾病上其效用較西醫為佳，且費用較西醫低，因此中西結合的醫療勢必為未來的趨勢。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP95-RD-005 提供經費贊助，使本計劃得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 王弘志 (1986) 醫師生產力之衡量研究：以國內私立準一級教學醫院主治醫師為例，私立中原大學企業管理研究所碩士論文。
2. 江東亮 (1988) 健康與公共衛生的歷史，公共衛生學，陳拱北預防醫學基金會 p.9-35。
3. 江東亮 (1988)，台灣地區醫療照護的發展與問題，中華衛誌，8：75-90。
4. 江東亮、李彩萍 (1990)：中醫師人力供給。全民健康保險制度規劃技術報告，第 15 章，行政院經濟建設委員會，第 474-488 頁。
5. 江東亮、楊志良、丁志音 (1991)，群體醫療中心對醫療可近性的影響，中華衛誌，1991；10：260-8。
6. 江東亮、蘇春蘭 (1990)：農民健康保險對農民醫療消費行為的影響，中華衛誌 10(2)：79-88 頁。
7. 江東亮 (1995) 台灣地區的醫師人力政策：1945-1994。中華衛誌，14(5)，383-391。
8. 江東亮 (1999) 醫療保健政策：台灣經驗。台北：巨流。
9. 考試院 (1990)，中醫師國家考試研究報告，民 79 年。
10. 行政院衛生署 (1979)，加強農村醫療保健四年計畫，行政院衛生署，1979。
11. 行政院衛生署 (1983)，加強基層建設提高農民所得方案－醫療保健計畫，行政院衛生署，1983。
12. 行政院衛生署 (1986)，醫療保健計畫－籌建醫療網計畫，行政院衛生署，1986。
13. 行政院衛生署 (1986)，台灣地區衛生人力發展長程計畫，民 75 年。
14. 行政院衛生署 (1990)，醫療保健計畫－建立全國醫療網第二期計畫，行政院衛生署，1990。
15. 行政院衛生署 (1991)，台灣地區民眾健康狀況及就醫行為調查，民 80 年。
16. 行政院衛生署 (1993)，「建立醫療網第二期計畫」修正計畫，行政院衛生署，1993。
17. 行政院衛生署 (1993)，衛生白皮書，第 2000 頁，民 82 年。
18. 吳淑瓊、楊志良、吳新英 (1982)：影響傷病發生與醫療行為之多變分析研

- 究，中華衛誌(1)：35-45。
19. 吳凱勳、李卓倫(1990)：中醫醫療，全民健康保險制度規劃技術報告，第 19 章，行政院經建會。
 20. 吳就君(1981)：台灣地區居民社會醫療行為研究，公共衛生第 8 卷第 1 期，第 25-49 頁，民 70 年。
 21. 李卓倫、賴俊雄、陳太義、游隆權（1990）中醫師人力及中醫醫療機構現況，中華衛誌。10(3)：136-142。
 22. 李卓倫、賴俊雄、陳太義、張永勳、溫碧輝、游隆權（1991）：不同團體對中醫藥納入全民健康保險之意見，公共衛生，第 17 卷第 4 期，第 319-325 頁，民 80 年。
 23. 李卓倫、賴俊雄、陳世堅、陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝（1994）台灣地區中醫師生產力函數推估，中華衛誌 13(2)：156-167。
 24. 李卓倫,紀駿輝,賴俊雄（1994）：1981-1994 年中醫政策研究之回顧。公共衛生 21(2)：97-107，1994。
 25. 李采娟（1999），民眾中醫醫療需求與中醫師人力供給之規劃研究，行政院衛生署。
 26. 邱清華、陳金生（1990）：台灣地區中醫醫療狀況及需求之研究，行政院經濟建設委員會。
 27. 林瑞雄、江東亮、洪永泰、張明正（1991）：國民健康調查之規劃與試驗，行政院衛生署，民 80 年。
 28. 林琳琍（1991）醫師生產力與醫院管理之互動關係，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
 29. 林芸芸（1992）：中西醫療利用型態的文獻回顧與實證研析，中華家醫誌，第 2 卷第 1 期，第 1-13 頁。
 30. 林宮美（1992）：西醫門診糖尿病人求醫行為的質性研究，台灣大學公共衛生碩士論文，民 81 年。
 31. 張恒鴻等（2001）中醫醫院對健保住院業務之意見調查，中國醫藥雜誌。12（1）：11-21。
 32. 許子秋、莊國實、吳新英（1984）：台灣地區民眾健康狀況及醫療需求之調查研究，行政院衛生署。

33. 郭乃文、湯澡薰 (1999), 我國中醫師人力供需推估之研究, 行政院衛生署八十八年委託研究計畫, 1999。
34. 郭靜燕 (1992): 中醫求醫行為的決定因素, 台灣大學公共衛生碩士論文, 民 81 年。
35. 彭建章、吳錦才、朱開武、柯木興 (1989): 勞工保險試辦中醫門診業務成效檢討之研究, 勞保局。
36. 曾淑芬 (1999), 中醫系學生生涯發展與未來社會供需推估, 行政院衛生署八十八年委託研究計畫。
37. 陳太義、李卓倫、賴俊雄、張永勳、溫碧輝、游隆權 (1990): 中醫藥界對中醫藥納入全民健康保險之意見, 中國醫藥學院研究年報, 第 16 卷, 第 499-510 頁, 民 79 年。
38. 陳太義、李卓倫、賴俊雄、游隆權、張永勳、官錦鳳 (1990): 台灣地區中醫醫院之現況, 中醫藥雜誌, 第 1 卷第 1 期, 第 58-66 頁, 民 79 年。
39. 陳太義、賴俊雄 (1990); 中醫藥納入全民健康保險之可行方案研究, 行政院經濟建設委員會。
40. 陳太義、賴俊雄。(1990) 中醫藥納入全民健康保險之可行方案, 行政院經濟建設委員會, 1990。
41. 楊漢泉、葉金川 (1986): 中醫師人力與醫療服務使用情形調查研究, 行政院衛生署醫政處。
42. 郭乃文、湯澡薰 (1998) 我國中醫師人力供需推估之研究, 行政院衛生署中醫藥委員會。
43. 曾淑芬 (1999), 中醫系學生生涯發展與未來社會供需推估, 行政院衛生署八十八年委託研究計畫, 1999。
44. 游隆權、陳太義、賴俊雄、張永勳、官錦鳳、李卓倫 (1990): 台灣地區中醫診所之現況分析, 公共衛生, 第 17 卷第 2 期, 第 136-142 頁, 民 79 年。
45. 游隆權、張永勳、陳太義、賴俊雄、李卓倫 (1990)。台灣地區中醫診所之現況分析, 公共衛生 17: 136, 1990。
46. 賴俊雄、李卓倫、陳世堅、紀駿輝 (1992) 中醫醫療需求與供給之整合研究, 行政院衛生署。
47. 賴俊雄、李卓倫 (1991): 中醫師養成教育之評估研究, 行政院衛生署, 1991。

48. 賴俊雄、李卓倫、紀駿輝 (1993)：勞保中醫門診制度現階段重要議題之改進研究，勞工保險局。
49. 賴俊雄、李卓倫、陳世堅、紀駿輝 (1992)：中醫醫療需求與供給之整合研究，行政院衛生署。
50. 賴俊雄、李卓倫 (1991)：中醫師養成教育之評估，行政院衛生署，民 80 年。
51. 藍忠孚、李玉春 (1982)：台灣地區未來二十年醫師、牙醫師人力需求之規劃研究，行政院經建會。
52. 羅紀琮 (1991)：勞保中醫利用，行政院衛生署，民 80 年。
53. 羅紀琮 (1993)：勞保被保險人中醫利用之研究，全民健康保險相關問題研討會論文級。
54. 謝慶良、陳建仲、楊中賢、黃秋勇、羅綸謙 (2005)，台灣西醫住院患者中醫會診現況之分析，台灣中醫醫學雜誌，2005，4(2)：55-62。
55. 翁瑞宏 (2000)：全民健康保險中醫門診醫療利用之研究，中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文。
56. Aikman, Andress, Goodfellow, Labelle, & Porter-O'Grady. System Integration: a Necessity. *J Nurs Adm* 1198, 28(2): 8-34.
57. Braun P, et al .Resource-based relative value scale : its future development and reform of physician payment, *Med Care* 1992,30(11), Supplement.
58. Chi C. Integrating traditional medicine into modern health care systems: examine the role of Chinese medicine in Taiwan. *Soc Sci Med* 1994, 39(3): 307-321.
59. Chi C, Lee JL, Lai JS, Chen CY, Chang SK, Chen SC. The practice of Chinese medicine in Taiwan. *Soc Sci Med* 1996, 43(9): 1329-1348.
60. Clements RM. *The Canadian Hospital Accounting Manual Supplement*. Toronto: Livingston Printing. 1974.
61. Croizier RC. *Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change*. Harvard University Press. 1968.
62. Drummond MF, Stoddart GL. Economic evaluation of health-producing technologies across different sectors: can valid methods be developed? *Health Policy* 1995, 33: 219-231.

63. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. 1997.
64. Fowles J. *Handbook of Futures Research*. Westport CT: Greenwood Press. 1978.
65. Glouberman, S, & Mintzberg, H. *Managing the Care of Health and the Cure of Disease--Part I: Differentiation*. *Health Care Manage Rev* 2001, 26(1): 56-69.
66. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. *Cost-effectiveness in Health and Medicine*. Oxford: Oxford University Press. 1996.
67. Horgren CT. *Cost Accounting: A Managerial Emphasis*. 5th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1994.
68. Jones-Lee MW. *The Value of Life: An Economic Analysis*. Chicago: University of Chicago Press. 1976.
69. Jones-Lee MW, Hammerton M, Phillips PR. The value of safety: results of a national sample survey. *Econ J* 1985,95: 49-72.
70. Kaplan RS. Variable and self-service costs in reciprocal allocation models. *The Accounting Review* 1973, XLVIII: 738-748.
71. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care : evidence from a randomized experiment, *The American Economics Review* 1987, 77(3): 251-277.
72. Mishan EJ. Evaluation of life and limb: a theoretical approach. *J Polit Econ* 1971, 79: 687-706.
73. Neumann P, Johannesson M. The willingness-to-pay for in vitro fertilization: a pilot study using contingent valuation. *Med Care* 1994, 32: 686-699.
74. O'Brien BJ, Gafni A. When do the 'dollars' make sense? Toward a conceptual framework for contingent valuation studies in health care. *Med Decis Making* 1996, 16: 288-299.
75. Olsen JA, Donaldson C. Helicopters, hearts and hips: using willingness to pay to set principles for public sector health programmes. *Soc Sci Med*. 1997.
76. Ooi GL. *Conservation-dissolution: a case-study of Chinese medicine in Peninsular Malaysia*. Doctoral dissertation, Department of Human Geography, Australian National University, Canberra. 1982.

77. Richardson AW, Gafni A. Treatment of capital costs in evaluating health care programmes. *Cost and Management* 1983, Nov-Dec: 6-30.
78. Sugden R, Williams AH. *The Principles of Practical Cost-Benefit Analysis*. Oxford: Oxford University Press. 1979.
79. WHO. *The promotion and development of traditional medicine*. WHO Technical Report Series No.622. World Health Organization, Geneva. 1978.

柒、表

表一 歷年中醫醫療機構及人力情形 (1992-2004 年)

	醫院	綜合醫院	診所	醫師數
1992 年	90	7	1,756	2,616
1993 年	99	2	1,803	2,701
1994 年	108	1	1,876	2,833
1995 年	94	5	1,933	3,030
1996 年	87	2	1,987	2,992
1997 年	79	4	2,165	3,299
1998 年	68	4	2,259	3,461
1999 年	61	5	2,317	3,546
2000 年	48	4	2,461	3,733
2001 年	40	4	2,544	3,979
2002 年	32	4	2,601	4,101
2003 年	32	4	2,729	4,266
2004 年	30	4	2,852	4,588
2005 年	22	3	2,900	4,616

資料來源：衛生統計

表二 縣市別中醫醫院及診所分佈 (2005年)

縣市別	中醫醫院數	中醫診所數	總計	中醫師數
臺北市	4	370	374	653
高雄市	4	217	221	323
臺北縣	2	382	384	636
宜蘭縣	1	33	34	55
桃園縣	2	203	205	310
新竹縣	1	39	40	52
苗栗縣	1	55	56	87
臺中縣	2	250	252	402
彰化縣	-	199	199	286
南投縣	-	66	66	89
雲林縣	-	67	67	110
嘉義縣	-	31	31	51
臺南縣	-	106	106	154
高雄縣	2	132	134	217
屏東縣	2	72	74	119
臺東縣	-	16	16	23
花蓮縣	1	33	34	48
澎湖縣	-	5	5	7
基隆市	-	33	33	60
新竹市	-	56	56	90
臺中市	1	339	340	548
嘉義市	-	58	58	94
臺南市	2	135	137	196
金門縣	-	3	3	6
連江縣	-	-	0	-
總計	25	2,900	2925	4,616

資料來源：衛生統計

表三 血管疾病與褥瘡、小兒氣喘緩解期、小兒腦性麻痺試辦計畫支付標準表

腦血管疾病與褥瘡		小兒氣喘緩解期		小兒腦性麻痺	
支付項目	點數	支付項目	點數	支付項目	點數
中醫輔助醫療 診察費	350	中醫四診 診察費	350	中醫四診 診察費	350
每日藥費	100	開立口服藥	150/日	開立口服藥	150/日
<u>針灸治療</u>		體針針灸治療並留針 一個小時	350	頭皮針針灸治療並留 針二個小時以上	350
針灸治療處置費	400	中醫五音治療	150	五音治療處置費	150
電針治療	500	氣霧吸入處置費	200	穴位推拿按摩	500
<u>傷外科治療</u>		穴位推拿按摩	500	督脈及神闕藥灸	300
一般治療	300	穴位敷貼處置費	300	體針半刺	280
傷外科處置費（清創 術）	300/次				
<u>傷口照護與換藥費</u>		護理衛教與指導費	300	護理衛教與指導費	300
（<10cm）	200/次	<u>生心理評估（每三個月一次）</u>		<u>生心理評估（每三個月一次）</u>	
（10-20cm）	300/次	Expiratory	600/次	CCDI	1800
（>20cm）	400/次	Pulmonary	600/次	GMFM	
<u>疾病管理照護費</u>		Methacholine	600/次	SF-36 生活品質量表	
中醫護理衛教費	300	challeng test、total IgE		<u>中醫輔助醫療檢查費</u>	
營養飲食指導費	250			舌診儀	600/次
藥品調劑費	50/次	<u>中醫輔助醫療檢查費</u>		脈診儀	600/次
<u>中醫輔助醫療檢查費</u>		舌診儀	600/次	微循環儀輔助	600/次
舌診儀	600/次	脈診儀	600/次	紅外線熱象儀輔助	600/次
脈診儀	600/次	微循環儀輔助	600/次	中藥藥浴處置費	200
微循環儀輔助	600/次	紅外線熱象儀輔助	600/次		
紅外線熱象儀輔助	600/次				

表四 受訪者個人特質描述性分析—類別變項 (n=1500)

	Freq (%)
<u>性別</u>	
男	788 (52.5)
女	712 (47.5)
<u>年齡</u>	
20歲以下	94 (6.3)
21-30歲	619 (41.3)
31-40歲	274 (18.3)
41-50歲	263 (17.5)
51歲以上	250 (16.7)
<u>直系家人數</u>	
3人以下	549 (36.6)
4-6人	850 (56.7)
6人以上	101 (6.7)
<u>教育年數</u>	
6年以下	114 (7.6)
7-9年	140 (9.3)
9-12年	423 (28.2)
13年以上	823 (54.9)
<u>保費繳交</u>	
自己繳交	1062 (70.8)
親屬繳交	432 (28.8)
其他	6 (0.4)
<u>月收入</u>	
1萬以下	793 (52.9)
1-3萬	349 (23.3)
3-5萬	285 (19.0)
5萬以上	73 (4.9)

表五 受訪者個人特質描述性分析—連續變項 (n=1500)

	平均值	最小值	最大值	標準差
年齡	35.78	18	88	13.549
家中成員數	4.00	0	15	1.879
教育年數	13.22	0	44	3.715
由醫學中心提供中醫住院之付費意願	69.21	0	10000	289.317
由醫學中心、中西醫綜合醫院提供中醫住院之付費意願	70.77	0	10000	271.095
由醫學中心、中西醫綜合醫院及中醫醫院提供中醫住院之付費意願	71.11	0	10000	270.830

表六 受訪者縣市分析情形 (n=1500)

	Freq (%)
台中市	85 (5.7)
台中縣	145 (9.7)
台北市	151 (10.1)
台北縣	100 (6.7)
台東縣	38 (2.5)
台南縣	79 (5.3)
宜蘭縣	29 (1.9)
花蓮縣	64 (4.3)
南投縣	122 (8.1)
屏東縣	53 (3.5)
苗栗縣	16 (1.1)
桃園縣	21 (1.4)
高雄市	104 (6.9)
高雄縣	68 (4.5)
基隆市	6 (0.4)
雲林縣	14 (0.9)
新竹縣	74 (4.9)
嘉義縣	27 (1.8)
彰化縣	108 (7.2)
成大醫	100 (6.7)
台中醫	95 (6.3)
總計	1500 (100)

表七 由中醫部門之醫學中心提供其付費意願與受訪者個人特質之關係

	平均值	標準差	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.702	0.871	-0.023	0.365
男	75.64	379.399				
女	62.09	130.565				
<u>年齡</u>			1.037	0.412	-0.012	0.648
20歲以下	54.04	51.438				
21-30歲	76.93	408.827				
31-40歲	68.19	189.542				
41-50歲	62.35	79.618				
51歲以上	64.12	204.251				
<u>直系家人數</u>			1.783	0.008**	-0.053	0.042*
3人以下	90.41	468.829				
4-6人	57.56	71.144				
6人以上	51.98	57.654				
<u>教育年數</u>			2.221	0.000**	0.029	0.260
6年以下	67.37	294.405				
7-9年	44.04	45.782				
9-12年	59.75	81.491				
13年以上	78.60	369.759				
<u>保費繳交</u>			1.767	0.009**	-0.009	0.721
自己繳交	70.65	338.044				
親屬繳交	64.75	98.509				
<u>收入</u>			3.024	0.000**	-0.029	0.262
1萬以下	81.25	364.392				
1-3萬	53.38	53.924				
3-5萬	48.23	181.052				
5萬以上	95.90	365.308				

註：*p<0.05，**p<0.001

表八 由醫學中心、中西醫綜合醫院提供其付費意願與受訪者個人特質之關係

	平均值	標準差	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.804	0.751	-0.030	0.241
男	78.57	367.291				
女	62.09	130.565				
<u>年齡</u>			1.473	0.056	-0.022	0.399
20 歲以下	63.94	52.286				
21-30 歲	81.12	409.924				
31-40 歲	60.13	66.897				
41-50 歲	70.98	95.540				
51 歲以上	59.16	96.416				
<u>直系家人數</u>			1.251	0.176	-0.040	0.120
3 人以下	85.74	437.000				
4-6 人	62.69	76.096				
6 人以上	57.43	63.319				
<u>教育年數</u>			2.571	0.000**	0.038	0.137
6 年以下	52.89	120.858				
7-9 年	50.46	51.558				
9-12 年	64.55	82.894				
13 年以上	79.90	357.516				
<u>保費繳交</u>			1.350	0.109	-0.001	0.980
自己繳交	70.60	314.922				
親屬繳交	70.20	106.517				
<u>收入</u>			3.384	0.000**	-0.057	0.028*
1 萬以下	86.54	366.465				
1-3 萬	60.26	56.806				
3-5 萬	39.72	47.281				
5 萬以上	70.90	145.951				

註：* $p < 0.05$ ，** $p < 0.001$

表九 由醫學中心、中西綜合醫院及中醫醫院其付費意願與受訪者個人特質之關係

	平均值	標準差	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.881	0.642	-0.030	0.240
男	78.93	367.440				
女	62.46	71.099				
<u>年齡</u>			1.483	0.053	-0.024	0.355
20歲以下	65.48	53.270				
21-30歲	81.91	409.982				
31-40歲	59.58	68.361				
41-50歲	72.19	95.356				
51歲以上	58.00	85.546				
<u>直系家人數</u>			1.326	0.122	-0.040	0.122
3人以下	85.56	436.374				
4-6人	63.63	76.708				
6人以上	55.54	64.552				
<u>教育年數</u>			2.120	0.001**	0.044	0.085
6年以下	47.46	102.481				
7-9年	50.04	51.936				
9-12年	64.77	84.713				
13年以上	81.23	357.629				
<u>保費繳交</u>			1.212	0.209	0.002	0.947
自己繳交	70.62	314.375				
親屬繳交	71.66	108.476				
<u>收入</u>			2.549	0.000**	-0.057	0.026*
1萬以下	86.61	366.692				
1-3萬	61.41	58.705				
3-5萬	41.07	48.855				
5萬以上	66.38	123.363				

註：*p<0.05，**p<0.001

表十 德菲問卷之中醫住院支付標準意見

給付項目	第一回合		第二回合	
	建議給付 (%)	平均值	建議給付 (%)	平均值
中醫住院病房費	100	依西醫標準		
中醫醫療診察費	96.9	332.92		
西醫輔助醫療診察費	87.5	320.83		
藥費 (每日)	100	156.25		
針灸治療處置費	97	377.08		
傷外科治療一般治療	93.9	272.92		
傷外科處置費 (清創術)	97	285.42		
傷口照護與換藥處置費 (<10cm)	87.9	175.00		
傷口照護與換藥處置費 (10-20cm)	87.9	262.50		
傷口照護與換藥處置費 (>20cm)	87.9	341.67		
中醫護理衛教費	93.9	270.83		
營養飲食指導費	90.9	216.67		
藥品調劑費	100	49.17		
舌診儀	71.9	425.00		
脈診儀	72.7	425.00		
微循環儀	60.6	350.00		
紅外線熱象儀	57.6	350.00		
穴位推拿按摩	71.9	329.17		
夾板	81.8	245.83		
電針	87.9	412.92		
拔火罐(通常不另給付)	45.5	104.17		
管灌飲食	87.5	依西醫標準		
西醫生化檢驗	93.9	依西醫標準		
X 光檢查等檢驗項目	90.9	依西醫標準		

表十一 全民健保中醫門診總額支付制度醫療品質指標

指標項目	監測方法	監測單位	計算公式及說明
<u>1.門診醫療利用率</u>			
人次利用率	資料分析	健保局	每季實際門診件數/季中保險對象總人數
每點支付金額改變率	資料分析	健保局	(每季分配總額/每季審核後之總點數) -1/1
<u>2.保險對象就醫權益</u>			
滿意度調查	問卷調查	健保局	實施前一次，實施後每半年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形
民眾申訴檢舉案件數	資料分析	健保局	半年內民眾申訴檢舉案件數
<u>3.專業醫療服務品質</u>			
中西醫同時利用率	資料分析	健保局	同一人同時就診中西醫門診人數/中醫門診人數
重複就診率	資料分析	健保局	同一人同一天重複就診中醫門診人數/中醫門診人數
用藥日數重複率	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
<u>4.其他醫療服務品質</u>			
中長程指標		全聯會	由全聯會研訂
符合針灸治療規範比率	資料分析	全聯會	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次
符合傷科治療規範比率	資料分析	全聯會	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次

資料來源：行政院衛生署醫療費用協定委員會。

表十二 對中醫住院給付之態度評估

評量項目	第一 回 合 平 均 值	第一 回 合 眾 數	第二 回 合 平 均 值	第二 回 合 眾 數
1.中醫住院應納入健保給付範圍。	3.42	4	3.63	4
2.目前（三年內）中醫會診之強化應優先於中醫住院之納入。	3.70	4	3.85	4
3.應選擇部分疾病納入健保中醫住院給付。	3.39	3	3.48	4
4.中醫住院納入健保時應包括所有中醫藥委員會主辦之中醫評鑑合格之中醫醫院。	2.97	3	3.04	3
5.中醫住院納入健保試辦初期應僅限於有中醫部門之醫學中心	2.85	3	3.00	3
6.中醫住院醫療費用不應與門診費用合併總額，應單獨一總額。	3.61	4	3.78	4
7.中醫住院醫療費用中藥不計入，未來而以論病例計酬（DRG）方式給付。	2.91	3	2.85	3
8.民眾中醫住院之部分負擔應設計高於西醫住院之部分負擔，減少不必要之住院。	2.27	2	2.33	2
9.中醫住院納入健保住院時，中藥給付應以科學中藥為主，飲片維持自費。	2.97	3	2.89	3
10.中醫住院納入健保住院時，中藥藥費應開放差額負擔（高貴藥材自負）。	3.36	3	3.41	3
11.中藥飲片若納入中醫住院健保給付採以日計價，您認為	2.45	2	2.78	3
12.中醫住院應將一般檢驗項目納入給付範圍。	3.48	4	3.70	4
13.中醫住院應將中醫輔助診斷儀器檢查（如舌診儀或脈診儀等）納入健保給付範圍。	2.84	3	2.89	3
14.中醫住院療程中應有中醫輔助治療，例如傷科推拿、針灸等處置。	3.52	4	3.63	4
15.如果中醫住院開辦，你服務之醫院會有承辦中醫住院的意願。	3.03	3	3.04	3
16.中醫師住院醫師訓練課程應是中醫住院納入健保重要配套	3.39	4	3.67	4
17.中醫師住院醫師訓練制度應訂定一套適用於中醫的制度。	3.64	4	3.93	4
18.中醫師開立檢驗項目需具備相關科目之學分。	3.52	4	3.81	4
19.中醫住院所需護理人員應有中醫護理訓練	3.52	4	3.81	4
20.中醫住院所需藥事人員應聘用專任中藥管理能力之藥事人員	3.52	4	3.85	4

表十三 對中醫住院納入健保各項議題之評估

1. 您認為，中醫住院納入健保規劃初期試辦醫院之條件應為（複選）

	第一回合	第二回合
1. 醫學中心層級醫院設有中醫部門	78.1%	88.5%
2. 地區教學醫院附設有中醫部門即可	56.3%	69.2%
3. 地區醫院附設有中醫部門即可	12.5%	15.4%
4. 評鑑合格中醫醫院	18.8%	19.2%

2. 您認為，中醫住院納入健保的主要目的應該是（單選）

	第一回合	第二回合
1. 發展中醫科學之教學研究需要	57.6%	70.4%
2. 與西醫相比之公平原則	0.0%	0.0%
3. 民眾有中醫住院之需求	39.4%	25.9%
4. 其他定位模式	3.0%	3.7%

3. 您認為中醫之住院醫師應經過幾年的臨床訓練才能適任執行中醫住院業務之主治醫師？

	第一回合	第二回合
1. 二年	9.1%	3.7%
2. 三年	18.2%	11.1%
3. 四年	54.5%	70.4%
4. 五年（含）以上	18.2%	14.8%

4. 您認為在台灣地區要推動中醫住院納入健保，應由哪一個單位主導規劃較佳？（單選）

	第一回合	第二回合
1. 衛生署醫事處	0.0%	0.0%
2. 衛生署中醫藥委員會	54.5%	59.3%
3. 中央健保局	12.1%	3.7%
4. 國家衛生研究院	3.0%	3.7%
5. 中醫師公會全國聯合會	12.1%	18.5%
6. 學校之學術機構	15.2%	14.8%
7. 其他	3.0%	0.0%

表十三 對中醫住院納入健保各項議題之評估 (續)

5.您認為，中醫住院全面實施後，中醫住院總費用與門診總費用比例應該多少較為合適？(即中醫住院總費用：門診總費用)(單選)

	第一回合	第二回合
1. 1：2 以下	0.0%	0.0%
2. 1：3 以下	9.1%	3.7%
3. 1：4 以下	12.1%	0.0%
4. 1：5 以下	18.2%	11.1%
5. 1：6 以下	30.3%	63.0%
6.另有建議	30.3%	22.2%

6.中醫住院開辦考慮以疾病別先行納入，應優先考慮以下幾項疾病別？(複選)

	第一回合	第二回合
1.閉鎖性骨折	54.5%	70.4%
2.中風	87.9%	88.9%
3.腫瘤放化療後緩解期的調養	87.9%	88.9%
4.急性肝炎	46.9%	66.7%
5.腎病症候群	36.4%	44.4%
6.僵直性脊椎炎	27.3%	29.6%
7.退化性關節炎	30.3%	37.0%
8.腰椎椎間板突出症	30.3%	40.7%
9.其他	9.0%	3.7%

表十四 中醫住院支付標準意見

給付項目	建議列為給付項目與否			建議給付金額		試辦計畫給付金額	
	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	第一 回合	第二 回合	第一回合	第二回合		
中醫住院病房費	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	100% 0%	100% 0%	依西醫 給付標準	依西醫 給付標準	依西醫給付標準 (如附件二)	
中醫醫療診察費	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	96.9% 3.1%	100% 0%	332.92	348.52	350	
西醫輔助醫療診察費	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	87.5% 12.5%	85.2% 14.8%	320.83	346.92	350	
藥費(每日)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	100% 0%	100% 0%	156.25	155.56	150/日	
針灸治療處置費	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	97% 3%	100% 0%	377.08	379.63	400	
傷外科治療一般治療	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	93.9% 6.1%	100% 0%	272.92	303.85	300	
傷外科處置費(清創術)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	97% 3%	100% 0%	285.42	303.70	300/次	
傷口照護與換藥處置費 (<10cm)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	87.9% 12.1%	96.3% 3.7%	175.00	202.88	200	
傷口照護與換藥處置費 (10-20cm)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	87.9% 12.1%	96.3% 3.7%	262.50	298.85	300	
傷口照護與換藥處置費 (>20cm)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	87.9% 12.1%	96.3% 3.7%	341.67	380.00	400	
中醫護理衛教費	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	93.9% 6.1%	100% 0%	270.83	299.26	300(住院期間限申請 1次費用)	
營養飲食指導費	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	90.9% 9.1%	92.6% 7.4%	216.67	247.04	250(住院期間限申請 1次費用)	
藥品調劑費	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	100% 0%	100% 0%	49.17	50.37	50/次	
輔助醫療檢查費	舌診儀	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	71.9% 28.1%	77.8% 22.2%	425.00	522.73	600/次
	脈診儀	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	72.7% 27.3%	81.5% 18.5%	425.00	544.57	600/次
	微循環儀	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	60.6% 39.4%	66.7% 33.3%	350.00	488.10	600/次
	紅外線熱象儀	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	57.6% 42.4%	59.3% 40.7%	350.00	487.50	600/次
穴位推拿按摩	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	71.9% 29.1%	81.5% 18.5%	329.17	452.17	500	
夾板	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	81.8% 18.2%	88.9% 11.1%	245.83	301.25	300*	
電針	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	87.9% 12.1%	88.9% 11.1%	412.92	446.15	500	

表十四 中醫住院支付標準意見（續）

給付項目	建議列為給付項目與否			建議給付金額		試辦計畫給付金額
	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	第一 回合	第二 回合	第一回合	第二回合	
拔火罐(通常不另給付)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	45.5% 54.5%	59.3% 40.7%	104.17	180.00	200/次 [*]
管灌飲食	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	87.5% 12.5%	96.3% 3.7%	依西醫 給付標準	342.50	依西醫給付標準
西醫生化檢驗	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	93.9% 6.1%	100% 0%	依西醫 給付標準	依西醫 給付標準	依西醫給付標準
X 光檢查等檢驗項目	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付	90.9% 9.1%	100% 0%	依西醫 給付標準	依西醫 給付標準	依西醫給付標準
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付					
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付					
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付					
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付					
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付					
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付					

表十五 第一回合問卷 第四部分 專家意見之彙整

對於中醫住院納入健保的意見	
1	中醫住院對醫師的養成有積極正面的作用，是提升中醫師品質的重點，應努力爭取財源，在不影響目前中醫總額的前提下，積極奮鬥。
2	依目前政府的財政狀況與健保總額制度的管控，目前中醫住院納入健保時機點病不合適，應先鼓勵中西醫會診的落實及中醫自費住院的成果卓著之後，再進入中醫住院的納入健保。
3	一、須具備中、西醫師執照 二、需中、西醫住院總醫師以上之訓練 三、須具備各專科醫師之資格
4	一、人力數量：分佈均勻，符合病患需求、可近性及可便性。 醫師人口比：約西醫人口比之 4-5 倍。 二、教育素質：需有完整住院醫師訓練內容之醫院（西醫教學醫院附設中醫部門者優先） 三、專科發展：必要 四、醫療政策：有需求即應有供給，政策宜支持。
5	一、人力：主治醫師人數：住院醫師=1：1.5 以上，住院醫師人數多於主治醫師。 二、教育：主治醫師資格（教學醫院）或臨床六年經驗 三、專科：各中醫專科醫學會專科醫師資格 四、政策：中醫藥委員會全力配合支持
6	以目前台灣的中醫發展，要取代西醫是不可能的。且在這種狀況下，必然成為設有中醫之西醫醫院的依各科。看起來是壞事，其實不然，因為西醫院任何一科，大小不計都可收住院病人。也就是整個西醫系統接受中醫的第一步。以本人目前在西醫醫院服務的經驗，西醫醫院發展小科的目的，（1）賺錢；（2）有特色（中醫）；（3）吸回流失患者。所以，中醫人員的訓練、中醫門診、住院、西醫住院（內、外、婦、兒）需紮實。
7	請參考個人與謝慶良，去年衛生署委任之"中醫醫院評鑑"之研究相關資料，對門診、住院醫師之任用有相關建議或可參考引用
8	一、初期試辦時，建議以北中南三大都會區為主，各擇一教學、醫學中心為會診至住院之中心，配合當地專科醫師(專科制度發戰後得到專科醫師執照者)及著名老中醫師，組成團隊，為病患作最好的服務。 二、專科制度已具雛形，應有推展及臻於成熟之急迫及必要性。 三、試辦初期，應由有錢、有責之中華民國中醫師公會全國聯合會來主導規劃為宜，理由如下：①完全由中醫師組成。②由既有之共管小組，擴充成員來管理。③為提升中醫形象及維護中醫界之權益，宜由全聯會權益學會，撥款大力促成之。

表十五 第一回合問卷 第四部分 專家意見之彙整 (續)

對於中醫住院納入健保的意見	
9	<p>一、先行以醫學中心之中醫師試辦，其執行成效可做為下一步之參考。</p> <p>二、若要中醫住院普及化，則必須進一步規劃，以單一系統訓練為主，如血液腫瘤之中醫住院則需要西醫內科病房受訓三個月，血液腫瘤病房二個月，急診一個月，如此訓練方能執行中醫住院業務。在細則上最好能與該科之西醫合作，以避免醫療糾紛。</p> <p>三、專科之發展有其必要性，但建議以醫學中心之中醫師為主，進行專科中醫師養成。</p>
10	個人認為中醫住院應建構於教學與研究上，並以臨床療效為依歸
11	<p>一、美依縣市至少兩家以上承辦，署立醫院為基本單位。</p> <p>二、中醫師必須在教學醫院 VS 以上資歷者擔任。</p> <p>三、不必專科，若要只需內、針、傷三科，否則人力不足。目前國內專科紊亂，程度太差。</p> <p>四、台灣目前夠資格的中醫師嚴重缺乏，即使是中醫學博士也只有幾位是在教學醫院由 R→VS，可悲！！再細分專科更少。</p> <p>五、中醫可分幾科？內、婦、兒、針、傷、眼、外、家醫、皮膚...等，師資不足很傷腦筋。</p>
12	<p>一、傷科應分創傷處理、筋骨整復與外科（皮膚病）處置應分開。</p> <p>二、可依病程或處置目標劃分</p> <p>三、教育訓練最重要，尤其內容及訓練品質，若以現有專科醫學會低品質方式，一定失敗。</p>
13	<p>一、市場的接受度的提高，才是計畫成功的靠山</p> <p>二、是否有數據支持，民眾較願意接受中西醫住院會診，而非單純中醫住院</p> <p>三、倘（二）是對的，則應由現有教學醫院級以上且設有中醫部的醫院試辦，且專款專用，不可影響門診總額</p>
14	中醫住院納入健保應有其必要性，如何突顯中醫住院服務優於西醫及中醫門診是一個思考的方向。謹提供將中藥飲片納入應該是一項不錯的服務項目
15	<p>一、醫學中心附設中醫部為優先考慮之選項，但仍依各縣市選擇設備完善之醫療院所參與，如地區醫院。</p> <p>二、有關教育素質應有一套如西醫師之完整訓練、修習課程中應加入流行性病學，並修習現代醫學課程，如：CT、MRI 等相關醫療判讀。</p> <p>三、應朝專科制度發展，最易掌控，如針灸科、傷骨科、內科、...等，依標準作業程序完成治療，再做療效評估，以利專科之發展。</p>

表十五 第一回合問卷 第四部分 專家意見之彙整 (續)

對於中醫住院納入健保的意見	
16	中醫住院在韓國、中國大陸發展很久，台灣目前遲遲不能推動成功。無論醫療、健保法規、中西醫雙軌之使用範圍都必須鬆綁，初期在中醫教學醫院中應設中西醫結合教學床，給醫學生有中西相互治療的臨床經驗，並在西醫專科訓練及中醫院或在教學醫院中醫部訓練二年後，才能執行中醫住院之負責診治醫師。
17	中醫住院納入健保系統的前提，必須是對某些疾病的會診經驗及效果有一定成效，再以此基礎擴及住院，才有實質意義，否則只是少數個案的治療經驗，不容易累積成心得，容易造成大並不取收，小病不須住院的窘境。
18	中醫住院，醫師的素質應以提高，故需接受西醫住院醫師訓練之機構或有正統之中醫訓練機構之住院醫師、主治醫師之醫療機構先行試辦。
19	一、承辦住院或會診的醫院，中醫師中擁有西醫證照要有一定的比例 二、因應住院期間可能的突發狀況、處置，經西醫急救完整訓練醫師要有一定的比例 三、將住院病患的病歷，完整的形成教案，以利於教學及臨床醫師們的參考 四、中醫醫療診察費，應分為科學中藥與水煎劑兩部份，因其不同功，不能同酬
20	目前中醫總額吃緊，大多數之中醫師已養成“向錢看齊”之心態，對於中醫之發展期待中醫住院之發生。但應注重教育素質之提升及普遍性，且急須建立單一之中醫師養成及取照制度。
21	中醫的住院納入健保，是必要的措施。對整個中醫教育之完整性，有其重要性。以我是一個中醫系畢業，受過完整西醫骨科訓練，比對照中醫之傷科訓練，就欠缺住院這一環。所以，一些骨折之整復術後照顧，無法有住院之支援，只能無奈的轉診開刀。如果有住院之支援，很多骨折、脫臼整復皆可在住院中完成，對整個骨傷科之訓練完整性，有非常重要的地位。

表十六 第二回合問卷 第四部分 專家意見之彙整

對於中醫住院納入健保的意見	
1	中醫住院對住院醫師的養成與實習醫師的教學有正面的幫助，應爭取目前健保總額(中醫門診)以外的財源或是以自費住院的方向來推動。
2	中醫住院對中醫師養成應是努力的方向，只是在目前健保的總額支付制度下，財源實是問題，而收住院患者，急診與急救設施的人才實是嚴重不足，這也是西醫中小型醫院面臨的嚴重挑戰，建議有志於辦理中醫住院的醫院對於急診與財務多方考量。
3	<p>一、人力數量：中醫住院醫師人力比以每十萬人口數 4-5 位中醫師，且北中南分佈均勻，符合病患可近性及可便性之需求。</p> <p>二、教育素養：需有接受完整住院醫師訓練內容養成之主治醫師，才有能力收治住院患者</p> <p>三、專科發展：中內、中婦、中兒、針灸和傷科五大專科並落實專病專治。</p> <p>四、醫療政策：病患有需求即應有供給，政策宜支持，不應打壓。</p>
4	<p>一、人力數量：主治醫師：住院醫師=1:15 以上。</p> <p>二、教育素質：各醫學中心主治醫師資歷或地區教學醫院主治醫師資歷。</p> <p>三、專科訓練：必須取得各專科醫學會、專科醫師認證。</p> <p>四、醫療政策：由中醫藥委員會負責推動執行。</p>
5	<p>一、承辦資格，若侷限於”醫學中心”附設中醫部，不僅台大、成大、馬偕等無中醫部，而且醫學中心是針對西醫評比，並非中醫專業評比。如果該醫學中心的中醫部未通過衛生署評鑑，他如何能承辦此重責計畫。因此，完全贊同由評鑑合格醫院來承辦。</p> <p>二、中醫會診的強化支持，與納入健保，應該可優先於中醫住院，做為前導與評估。</p>
6	<p>爭取醫療資源，必須有亮麗的計畫。醫療政策支不支持，端看政策是那些人定的。在無從參考的情形下，主政策者必定參考西醫住院制度和給付標準。若配套措施不完善，一定會產生以下狀況。</p> <p>一、台灣中醫急救用藥並未發展，而住院醫師值班時碰到的多是緊急問題，若住院醫師不具西醫執照，必定淪為助理醫師，和目前住院醫師不定時，護士代替醫師寫藥單、換藥、值班(及助理護士、PA)一樣。</p> <p>二、科主任及主治醫師必然是對執照醫師，因要 CASE 科內醫師的處方用藥。</p> <p>三、療效不彰，因對執照醫師目前多在西醫系統取得專科，使用中藥的思路不如學士後中醫精神(前被老師如陳榮洲、陳立德..等例外)。故而勉強實施不過是替雙執照醫師打下另一片天罷了。(爭取資源，先從會診下手吧！純中醫比較能發揮)</p>

表十六 第二回合問卷 第四部分 專家意見之彙整 (續)

對於中醫住院納入健保的意見	
7	<p>一、初期試辦時，考量後續發展及民眾滿意度，故宜以菁英來組成一流且有效率之團隊，先由會診再進至住院，求精不求多，才能永續經營。</p> <p>二、中藥飲片不應納入，理由如下：(1)它是自費的來源，(2)她的價值不穩定，保存不易，(3)它的服務易增多。</p> <p>三、針對專科制度，宜迅速進行整合、調整，使符合共同意見之疾病皆有所本。</p> <p>四、衛生署中醫藥委員會，由於(1)位階太低，易受制於人，(2)它的組織成員太少，又非中醫師，如何來主導規劃。</p> <p>五、中醫住院納入健保，初期推動，應派員前往推行已久的韓國、大陸取經觀摩，經費支出不小，宜由全聯會權益基金，撥款大力促成，予可行。</p>
8	<p>一、中醫住院納入健保之病種，開辦初期選擇應作完整醫學的評估，避免引來疑慮。</p> <p>二、住院醫師之養成應有配套措施，開立骨傷住院，應有計畫的培訓相關訓練計畫，包含薪資結構、升遷之設計以能留住人才，否則將成職訓附。</p>
9	<p>給付項目之定位推拿按摩建議名稱為傷科處置費。</p>
10	<p>一、醫學中心附設中醫部為第一列入中醫住院納入健保之首要。</p> <p>二、為考慮區域之平衡，應列入各縣市設備完善，醫師素質優良之公私立區域級醫院。</p> <p>三、中醫住院開辦，優先列入中醫擅長之科目疾病，以彌補西醫之不足，並可減少醫療費之浪費。</p> <p>四、應將須開辦之主治科目，事先訂好相關之標準作業程序，以利運作、考核及追蹤。</p>
11	<p>中醫住院還是需在有西醫系統的醫院試辦，否則病患來源不多，做好會診業務除可累積臨床經驗外，又可與西醫方面建立聯絡溝通平台，再以此基礎，發展中醫住院，便可水到渠成。至於醫師的訓練及資格，擁有中、西醫雙執照是必要的；醫學中心的中醫完整訓練(3-4年)，或在特殊領域，公認的專家醫師，皆是中醫住院要網羅參予的醫師。</p>
12	<p>一、人力數量：主治醫師：住院醫師=1:2。</p> <p>二、住院醫師之養成或須到西醫部門接受至少1年的專科訓練。</p> <p>三、中醫診斷的利器，在於中醫思考模式之建立，除了著重技能訓練，基本功訓練必須紮實。</p>

表十七 西醫支付病房費、管灌飲食、X 光攝影及血液檢查支付點數

診療項目	支付點數	參考起迄日
一般病床 (床/天) -病房費	512	093.02.01 - 迄今
一般病床 (床/天) -病房費	456	093.02.01 - 迄今
一般病床 (床/天) -病房費	395	093.02.01 - 迄今
呼吸照護病房病床費/天	395	093.07.01 - 迄今
經濟病床 (床/天) -病房費	288	093.02.01 - 迄今
經濟病床 (床/天) -病房費	258	093.02.01 - 迄今
經濟病床 (床/天) -病房費	207	093.02.01 - 迄今
經濟病床 (床/天) -病房費	221	093.02.01 - 迄今
新生兒中重度病床--病房費	1066	093.07.01 - 迄今
加護病床 (床/天) -病房費	2560	093.02.01 - 迄今
一般灌食 (天) 2500 卡以下 \leq 2500 卡	340	090.06.01 - 迄今
一般灌食 (天) 超過 2500 卡 $>$ 2500 卡	420	090.06.01 - 迄今
營養成份調整配方灌食 (天) 2500 卡以下 \leq 2500 卡	390	090.06.01 - 迄今
營養成份調整配方灌食 (天) 超過 2500 卡 $>$ 2500 卡	480	090.06.01 - 迄今
預解及元素食灌食 (天) 1000 卡以下 \leq 1000 卡	560	090.06.01 - 迄今
預解及元素食灌食 (天) 1001 卡-2000 卡	1010	090.06.01 - 迄今
預解及元素食灌食 (天) $>$ 2000 卡	1440	090.06.01 - 迄今
鼻胃管灌食 一天	222	093.07.01 - 迄今
造瘻口灌食/天	100	092.12.01 - 迄今
全套血液檢查 I (八項)	200	084.05.01 - 迄今
全套血液檢查 II (七項)	130	084.05.01 - 迄今
血液一般檢查 (白血球, 紅血球及血色素)	50	084.03.01 - 迄今
血液滲透力	150	084.03.01 - 迄今
全套血液檢查 III (五項)	90	085.07.01 - 迄今
血液及體液葡萄糖	50	084.03.01 - 迄今
血液氣體分析	200	084.03.01 - 迄今

表十七 西醫支付病房費、管灌飲食、X 光攝影及血液檢查支付點數 (續)

診療項目	支付點數	參考起迄日
梅毒螺旋體血液凝集檢查	300	084.03.01 - 迄今
血液補體 - 3 測定 (包括 C3c) - 單幅射擴散法	120	084.03.01 - 迄今
血液補體 - 3 測定 (包括 C3c) - 免疫比濁法	275	084.03.01 - 迄今
尿液新陳代謝障礙檢測	50	092.12.01 - 迄今
尿液纖維蛋白原分解物含量	275	092.12.01 - 迄今
尿液鐵	90	092.12.01 - 迄今
尿液蛋白電泳	300	092.12.01 - 迄今
尿液免疫電泳	900	092.12.01 - 迄今
尿液免疫固定電泳分析	900	092.12.01 - 迄今
尿液肺炎球菌抗原	320	092.12.01 - 迄今
迴腸尿液引流袋修正術	10660	092.12.01 - 迄今
尿生化檢查 (包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體)	75	084.03.01 - 迄今
尿一般檢查 (包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體)	75	084.03.01 - 迄今
白血球酯酶	25	084.03.01 - 迄今
糞便潛血反應檢查	20	084.03.01 - 迄今
糞便一般檢查 (包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等)	75	084.03.01 - 迄今
糞便白血球檢查	25	093.07.01 - 迄今
紅血球計數	20	084.03.01 - 迄今
白血球計數	20	084.03.01 - 迄今
血色素檢查	20	084.03.01 - 迄今
血球比容值測定	20	084.03.01 - 迄今
開刀時膽管 X 光造影法	1000	084.03.01 - 迄今
術中胰臟 X 光造影術	1400	084.03.01 - 迄今
順行性靜脈 X 光攝影	6000	084.03.01 - 迄今

表十七 西醫支付病房費、管灌飲食、X 光攝影及血液檢查支付點數（續）

診療項目	支付點數	參考起迄日
逆行性靜脈 X 光攝影	6000	084.03.01 - 迄今
X 光骨骼密度測定	600	095.04.01 - 迄今
根尖周 X 光攝影	50	093.07.01 - 迄今
咬翼式 X 光攝影	50	093.07.01 - 迄今
咬合片 X 光攝影	60	093.07.01 - 迄今
齒顎全景 X 光片攝影	600	095.04.01 - 迄今
測顱 X 光攝影	650	084.03.01 - 迄今

附錄一 專家會議紀錄

開會時間：九十五年五月二十一日（日）下午兩點至四點

開會地點：中國醫藥大學立夫教學大樓十五樓會議室

討論題目：中醫住院支付標準、給付內容及成本效益分析

計畫主持人：賴俊雄教授

賴俊雄教授

1. 當時規劃中醫納入健保，最後建議目前將中醫住院暫緩。畢竟沒有住院標準、住院日數等規定，什麼樣子的中醫醫院比較適合辦理中醫住院？若有不當的話，一旦被禁止要再施行中醫住院就不太可能。健保實行已逾十年，中醫除門診之外也做會診的部份。
2. 現在規劃之中醫住院為總額之外的，比較能引起大家的興趣，否則中醫師繼續看診即可，亦較沒有意願辦理中醫住院。
3. 法規上，中醫院不能設立西醫科，但西醫院卻能設立中醫科，因行政命令的規定，為什麼不行呢？都是需極力爭取的。
4. 住院的話以飲片的形式、一日給付為多少金額、高貴藥材的給付與否、一日藥價的支付金額等，希望多聽大家的意見，作為規劃的方向。

褚柏菁醫師

針對第一點，討論開辦中醫住院的醫院評鑑標準。

李卓倫副教授

中醫住院的目的為何？若以教學研究之目的先納入，第二個目的才是病人廣泛性的治療，建議先以第一目的為優先考量。

賴俊雄教授

爭取中醫住院最好的理由為何？

台中榮民總醫院中醫科王人澍主任

1. 陳太義教授十年前即欲推動中醫住院，國外已經都有中醫住院，如中國、韓國三十年前即有中醫住院。

2. 中醫住院基本上必與政策有很大的摩擦、因此民眾有此需求才有可能。
3. 中醫住院與中醫評鑑的順序，張副校長有做過中醫住院評鑑的研究，評鑑標準中曾提到中醫分級，中醫會診以設有中醫住院教學醫院，因此未來中醫住院分一二三級教學醫院，有優先順序，如醫學中心先試辦。
4. 人事的規範上，中醫住院必須有規定才能辦理，院長須具資格、學歷；主治醫師聘用規定，以目前單一或雙執照的醫師。
5. 病患住院需有一定的條件，有診斷的問題，緊急治療的問題。因單一中醫住院具有風險 (risk)，儀器上的使用，緊急醫療等。而且實質上支付標準的問題、醫事人力的問題、診斷的問題、治療的問題，都須加以考慮的。如中國有三四十位中醫師，如何將中醫住院安插到現有的醫療體系中，也是考慮的問題，是用融合的方式還是個別處理。
6. 中醫的醫事人才建議於每一西醫科聘任一位中醫師，住院由西醫、中醫判斷，西醫緊急處理程序結束後，中醫再介入治療會比較沒有問題。有些病是西醫治療後一段期間即沒有後續治療方式時，此時中醫介入是較合適的，也較沒有反彈。
7. 會診的另一個問題。如病人為心臟衰竭，西醫即施打強心劑，此時中醫的溫陽藥、補氣藥介入，此時雙重藥效，若中醫師不懂西醫用藥或西醫不懂中醫用藥，對病人不一定比較好。

昱翔中醫診所黃家豪院長

1. 中國附設醫院當時亦有 200 萬試辦，病房費、研究費用等，一段時間的住院經費旋即罄。因此試辦要以會診 (consult) 開始經費才夠用，再加上若會診很多科，申請到的金額亦少之又少。
2. 醫師值班問題，若病患半夜兩點發燒或任何緊急狀況，那中醫的療效通常都要一天，才會慢慢退燒，必須要西醫的退燒藥較適合，
3. 西醫院附設的中醫部先以會診 (consult) 開始，會較有效益。

高雄市長中醫醫院趙家瑩副院長

1. 評鑑標準建議改成「評選標準」與中醫評鑑加以區分。
2. 高雄市政府將試辦中醫評鑑，醫院 (旗津醫院) 無法負擔中醫急診，都是虧錢在做，但與高雄市政府已經簽約，中醫醫院設有急診是相當困難的。除非是大型醫院，如中國、長庚有很強的急診才有辦法，中醫先以會診 (consult) 開始進行，小型醫院可能沒辦法負擔。

馬光中醫診所高宗桂院長

1. 若由中醫部自己收治病患，會有問題的，建議以會診（consult）開始進行，如以長期住院、脊髓損傷患者等，沒有立即危險性的疾病。
2. 中醫護理人力訓練亦有問題，極力的訓練但卻未與中醫公會有溝通，訓練的人力不足，在加上訓練的項目不符合中醫師所需，供需不太一致。
3. 立即性而言，還是以會診為最容易施行。

嘉義基督教醫院中醫科陳明和主任

1. 就療效較西醫好的科別先納入，高血壓、慢性病、ppu 等的，西醫給付方面增加中醫會診的金額，這樣會診度將提高。
2. 訓練實習醫師多方面具中醫雙執照的會較好。

高雄長庚醫院中醫部黃升騰主任

1. 目前林口長庚約有 50 床中醫住院病床，採自費制。
2. 高雄長庚是提出 20 床的申請，目前仍在衛生署審核中，目前整個行政審核流程相當冗長繁複，再西醫的體系之外，另外再開 20 床。
3. 中醫以門診方式，一旦開辦住院即面臨排班的問題。
4. 以中西醫雙執照較好，希望中醫師拿專科證書，再預留名額，未來中西醫結合時事相當重要的，建議開放中西雙執照的使用。在行政法規上須先解套，西醫師亦質疑中醫師只能看診，中醫仍有其優勢，但被限制使用。
5. 中醫人才，中醫護理學會的七科九學分，中醫護理人員其照護品質的問題，現行西醫護理人員有基礎的西醫護理，加以訓練應該可以很快上手。
6. 住院的形式，收治什麼類型的病人，尤其必須考慮病患危險性的問題。可由肝病、過敏性疾病著手，此類疾病較西醫有優勢。住院流程可能遇到的問題，如何確定整個流程的正確性。
7. 可考慮西醫已束手無策的病人，中醫可將此類納入中醫住院。流程上，由西醫轉介至急診，再由急診轉入中醫。現行法規對中醫仍有相當多的限制，若能開放中醫住院，應開放中西醫雙執照的使用。

李卓倫副教授

1. 醫院內部如何決定 20 床或 50 床的中醫住院病床的申請？
2. 申請中醫住院病床放在哪一類之下？急性病或慢性病床？

高雄長庚醫院中醫部黃升騰主任

1. 不清楚，申請由經營管理部負責送審。
2. 因總床數 2300 床，擴床有某些程度上的難度。本院區在申請時，亦面臨許多問題，於今年三四月才開放。

李卓倫副教授

中醫住院的 50 床是新增的，或是在西醫之下的病床？

高雄長庚醫院中醫部黃升騰主任

20 床若通過，為中醫的病床。

昱翔中醫診所黃家豪院長

中國附醫當時試辦是跟外科借病床。

署立彰化醫院中醫部何宗融主任

那支付標準為何？

高雄長庚醫院中醫部黃升騰主任

1. 病房費等，採自費制，原則上不讓病患覺得費用過高。
2. 尤其南部與北部差異性大，所以高雄長庚跟林口長庚，疾病種類以慢性病、需復建病人。

員林仁愛中醫醫院張世良副院長

1. 中醫住院以教學研究目的優先，或廣泛性服務目的為優先，建議由教學研究著手較可行，再慢慢開始擴大。
2. 於中西醫結合服務，由中醫師主導，亦或西醫師主導？建議由中醫師主導中西醫這方面。具有中西醫雙執照的，或以什麼比例的結合會較易施行，都是需加以考慮的。
3. 疾病方面，中醫介入，結合專科和醫院現有醫療部門。

中醫師全聯會中保會陳鈺松督導

1. 一個相當重要的問題－責任誰要扛？目前醫院已分級，以哪一個層級先試

辦？可近性的問題，至少北、中、南三個點。

2. 中醫護理人員，有需要再特別訓練否？訓練的過程再增加一些需要的項目。
3. 中西醫結合的醫師也是需要加以推動的，提升醫師專科化。
4. 中醫給付的藥品，飲片的開放，乃中醫收入重要來源之一，亦可跟健保局或費協會申請經費。

聖功醫院中醫部郭哲彰主任

1. 就評選的經過，住院醫師的訓練，醫院哪各層級先納入，從這些方面先切入。
2. 疾病的選擇，西醫報告不顯著，相關疾病的篩選、證據，要求給付會更好。
3. 單一團隊較好或與西醫醫院一個團隊較好，人力上的問題亦會減少。
4. 會診的問題，可能會互相搶病人，中醫住院以團隊方式進行，需要再多加思考。

台中榮民總醫院中醫科王人澍主任

1. 就西醫而言也難以評估，中醫更不容易，先透過一段期間的治療，進行模糊的評估，慢慢的會有資料出來。
2. 可能有助於的療效，有時對病人而言並非中醫或西醫較好，中醫西醫合作是否有加成的優勢可能有助於中醫治療行為的療效，某些較嚴重的疾病，西醫較具優勢，中醫就不介入。

昱翔中醫診所黃家豪院長

1. 就傷科而言，中醫的療效較西醫的運動治療術好，治療過程也較繁複，但給付上中醫是100元而西醫是幾仟元。療效比西醫好才可取代，如劉海若中西醫聯合治療。
2. 成立中醫住院不容易，單一執照的要怎麼著手，再雙執照的訓練培養。

台中榮民總醫院中醫科王人澍主任

單執照的有較好的醫療經驗，雙執照的有受過中西醫結合的訓練，兩者屬性不一樣。

賴俊雄教授

1. 其實中醫住院並沒有什麼有利可圖，但對中醫的發展有其必要性，對中醫師

的訓練有相當的幫助。

2. 事實上，中醫住院的施行以教學研究的角度切入，但長期的發展仍必須考量如何最有利。
3. 中藥給付上，目前科學中藥的給付能否引申出飲片的給付，但高貴的藥材不納入，那一天份的藥給付多少金額？而病患也能接受。

聖功醫院中醫部郭哲彰主任

建議 250-300 元，住院的話煎藥費另計。

台中榮民總醫院中醫科王人澍主任

應該可以接受，高貴藥材仍自費。

中醫師全聯會中保會陳鈺松督導

建議多報一點，因為健保局會刪。

台南奇美醫院中醫部陳泰佑醫師

1. 當初是一帖藥 150 元（已通過），但一次只能一帖，當天吃當天觀察。
2. 很多制度都是在免強的情形下施行，建議先有評估療效的標準，需考量病患的疾病。在評估的過程中有許多問題，需適度加入中醫評估的方式，其評估標準以西醫的量表包括有學齡前兒童行為發展量表（CCDI）、SF-36 等，但某些量表須先受訓練或申請等，完全按西醫的標準評估似乎不太適合中醫，中醫可能要考慮病患的情形和中醫治療的特性。

李卓倫副教授

1. 若中藥不計入，未來而以 DRG 方式給付？
2. 對中藥高額若 50% 的部分負擔看法如何？

高雄長庚醫院中醫部黃升騰主任

1. 整個中醫給付以什麼樣的方式，須另一塊總額而不干預到現在的門診，可以先決定試辦金額，其次試辦中醫住院，再討論給付方式。
2. 優質門診似精神科日間照護的方式。

中醫師全聯會中保會陳鈺松督導

1. 中醫總額不能提高，會診、優質門診為總額另一塊，
2. 假如有中醫住院，不夠由全聯會補貼（向健保局、費協會說服的說詞），能達到臨床教學相輔相成的目標。

中國醫藥大學學士後中醫系陳必誠副教授

1. 病患為何要住院？以會診，行動不便、具急迫性、廣泛性治療(Intensive care)或較穩定的病患，必須有其必要性才可能促成中醫住院的施行。
2. 可能立即遭遇的狀況：(一) 中醫可收住院，或西醫收住院中醫會診，西醫有住院能將住院醫師訓練完整，但中醫卻沒有；(二) 西醫會診、中醫收治，那給付歸誰？畢竟沒有經費沒辦法做事；(三) 什麼樣的方法較可行，否則都是空談。如可替病患省錢，會診較有效益，推動才較沒有阻力。洗腎的話，比較省錢且品質較好，對費協會亦具較強而有力的說詞。
3. 建議可先規劃遠景，列出可行與不可行之處及其原因，再由後續學者繼續下去。
4. 建議飲片先不要納入，目前可把會診先做好即可。

李卓倫副教授

診斷關係群(DRG)適用於住院。中醫住院須循著西醫DRG的標準，可行性較高。

賴俊雄教授

後續會有以德菲法的專家問卷，請大家配合填寫。

開會時間：九十五年六月十一日（日）下午兩點至四點

開會地點：中醫師全聯會八樓會議室

討論題目：中醫住院支付標準、給付內容及成本效益分析

計畫主持人：賴俊雄教授

賴俊雄教授

1. 首先，感謝各位於百忙之中來參加這個會議。由中醫藥委員會所委託進行的「中醫住院支付標準、給付內容及成本效益分析」。
2. 當時規劃中醫納入健保，最後建議將中醫住院暫緩。
3. 現在規劃之中醫住院為總額之外的，比較能引起大家的興趣，否則中醫師繼續看診即可，亦較沒有意願辦理中醫住院。

李卓倫副教授

1. 根據中部場專家會議的討論，討論的方式不侷限於點。
2. 會後有二次正式的專家問卷，請大家幫忙填寫。

賴俊雄教授

1. 中醫住院有其必要性嗎？若要辦，為什麼要開辦？這是當初在送計畫時即有此考量。
2. 中醫住院為了中醫教育的發展，及中醫研究的配合，在這樣的前提下，更好的目的。

林口長庚醫院針灸科孫茂峰主任

本院因王董事長的理念，設立中醫部門、中醫學系，並不沒有將中醫設為臨床的服務而已，在十年前將中醫教育，中醫發展視為中長期目標。

1. 包括醫療政策的問題，最後通過 50 床，今年三月正式的啟用，四月開始收病人。
2. 其中 100% 自費病人，目前有 23 床住院病人。
3. 住院病人疾病的種類，第一為中風、第二為腫瘤放化療後、第三為零星的骨傷科，如閉鎖性骨折、椎間盤突出，目前疾病大致呈這樣分佈。
4. 西醫住院病人的疾病用較多的器械，中醫操作大都是人力，西醫中醫就像超

級市場和傳統市場，但傳統市場仍有其生存空間，尤其針灸很多文獻指出能大幅縮短病人療程。

5. 復健科已住滿，在神經內科或急診穩定後，病人有兩種選擇，可至復健科或中醫科，但必須強調中醫為自費，若病人仍選擇中醫，表示中醫有其吸引力。
6. 腫瘤放化療後的病人，與腫瘤科的合作，西醫最多把白血球降低，目前約有六床。
7. 目前西醫住院中醫會診，去年透過工會力量，僅中風給付，雙線同時運作。
8. 若全部開放可能影響中醫資源，短短三個月，空床利用日間照護填滿病床。

台北市立聯合醫院中醫院區鄭振鴻院長

1. 中醫治療有其特點，目前規劃將醫院區重新整修成中醫結合醫院，林森院區明年完成，若可解套，中醫院設西醫部。
2. 中醫院區亦有實症醫學，既然是傳統醫學，韓國、日本等國，病人有需求就應該要設。
3. 中醫方面治療，中西醫互相支援，實際上，教學、研究、治療。

賴俊雄教授

1. 西醫的 15 次專科訓練是中西醫結合？不是。
2. 中醫部門為何不能設西醫部？法令不應限制。

台北市中醫師公會名譽理事長陳旺全醫師

1. 中醫住院沒有版本，因此可透過此計劃推行，將具指標性意義，制度的建立，前瞻性的支付項目，由第一版來擴充，因此內容要詳盡。
2. 實證醫學的推行，臨床試驗 (clinical trail)，把相關的數據做出來後，讓人信服中醫住院的必要性。若主管機關看見其療效，量化效果，將具強而有力的證據。
3. 漢方醫學，證明中醫有效果，針灸或中藥的方式具有效果，於京都會議亦發表過類似議題。
4. 中醫護理，大都著墨在骨傷科，整個內容應更詳盡。
5. 中藥的給付標準，不要侷限於科學中藥為主，飲片為輔。開放中醫住院其飲片的自付，會不會產生困擾。甚至也可以搭配現有支付標準，住院亦以科學中藥為主，飲片為輔。

賴俊雄教授

當初在規劃中醫要納入全民健保之可行性研究時，即沒有將飲片納入。飲片成為主要收入來源，因此當初僅將科學中藥納入健保，因此住院一定要飲片，若飲片要納入健保那一天要多少藥費最適當？而且有時開藥後，馬上觀察病情沒有起色，又會另外開藥。陳理事長的想法是不要反過來使開業醫，陷入困境。

台北市中醫師公會理事長施純全醫師

林老師開始做政策回顧，做世界各地的文獻回顧。中醫住院本來在勞保時代要做，但中國附醫在當時認為行不通，因此當時不可行。但我的看法程序上先是住院支付標準等等都要規劃好，再規劃於總額之外，當時由莊逸洲規劃但因他病逝也就沒有繼續，由中醫藥委員會去做。

1. 選定疾病，訂出此疾病的支付標準，參考 170 億的 0.5% 就是 8000 多萬。
2. 繼續下去是怎樣的狀況，因為健保入不敷出，但也不是沒有經費就不能規劃，再加上資源配置的問題。而且此目標為教學研究的話，健保局不需負教學研究的責任，要回答的問題應該是為什麼要分配資源給中醫住院，也就是經濟效益評估。也就是要回答中醫住院的效益為何，跟會診有何不同。

林口長庚醫院針灸科孫茂峰主任

去年在談判總額時，95 年度約 20 億其他部門的項目，中醫分到八千五百多萬。

1. 四月一日健保局才公告，五月份已申報 100 多萬，中國附醫趕快上路，比其他計劃更容易上軌道，若其他部門的經費在未來二-四年一直都有話。
2. 疾病的種類以中風為先導疾病，以煎劑治療而縮短療程可減少多少健保成本，及腫瘤化療後放療的生活品質考量，畢竟生活品質大幅的提升，可以切進去的疾病。
3. 以試辦的方式，2-3 年上軌道後，再推行其他疾病，先前的作業要詳盡。

賴俊雄教授

中醫住院的主要目的還是教學研究，單靠門診不可能有太大的進步，不是以利的考量，而是以長遠的考量。畢竟中醫要作實症醫學等其他的 research，沒有中醫住院也是沒辦法進步。沒有住院制度就沒有住院醫師訓練，畢竟是環環相扣的，站在中國醫藥學院的立場，希望中醫能長遠發展。

台北市立聯合醫院中醫院區鄭振鴻院長

中醫門診量一直在下降，下降的話點值升高，下降近15%。

賴俊雄教授

中醫醫療利用率次數下降，但門診申報金額卻上升，這是大家要考慮的地方。

陳潮宗中醫診所陳潮宗院長

有到各大醫院做參訪，是有必要辦中醫住院，像韓國、日本。若推行中醫住院將是很大的一個發展。

台北市中醫師公會名譽理事長陳旺全醫師

中風的西醫轉中醫治療的確縮短療程，都有文獻可證明。

林口長庚醫院針灸科孫茂峰主任

1. 可競爭後半段，若立足點同等，亦即健保給付中醫針灸、傷科與復健科同等，但可能侵蝕到復健科的部份。
2. 中醫醫院附設西醫部門難度很高，我的看法是困難度很高，同時具有中西醫甚至次專科執照的，登記中醫執照是不是可以收治急救病人，不要以為醫院的急診部其部門與部門間的協調一定有問題。具西醫背景執行中醫是最快的，或許可以有更大的樣本（sample size）證明可以縮短病程、減少健保成本，且有統計上的數據，將會更有力。

台北市中醫師公會理事長施純全醫師

1. 政策推動的邏輯上，若中西醫結合於同一病人上，將窒礙難行，一定要與會診不同，否則會診與中西醫結合有何不同，。
2. 在規劃上，以韓國版本較可行。

廖慶龍骨科診所廖慶龍院長

1. 支付標準及成本效益分析，院長說盡量導向自費，若保險給付的話就再做大，自費做自費的設計，是說如果以後健保給付通過，是以此作為保險給付的標準。
2. 以骨傷科來說，能解省很多成本，如閉鎖性骨折，若病人不願意開刀又不能

住院的話，以住院的機制來說，個人認為可以切入前面那段，很多西醫的骨折甚至本來需要開刀的中醫的保守療法配合鍛鍊內飲外敷的話，會減少更多成本。

3. 會診的話，住院品質也很重要。
4. 急診的話，個人認為有其困難，還是需要西醫的次專科來幫忙解決。
5. 給付的話，若以 DRG 的支付方式，所以要慎選疾病納入 DRG 的支付方式，若病人要求更好的藥品即自費。

賴俊雄教授

飲片是自費，但整體規劃上還是以全民健保的納入為考量，中醫住院可以的話。

廖慶龍骨科診所廖慶龍院長

制度設計有誘因的話，很多中醫從前段介入的話，相信成本會大幅降低。

署立台北醫院中醫科許中華主任

從各種條件來看，中醫住院有其困難。如皮膚科、眼科也都不收住院病人，就算是我們有五個醫生也不收治病。就健保支付的角度而言，為什麼要住院，並非因肝炎、中風而住院，而是有些醫療處置必須呆在醫院或緊急狀況非住院不可。若以此條件來看中醫住院的話，為何西醫中風住一個月就必須出院，因 EMB 研究結果或已不符成本效益。此時若中醫再收來住院，個人認為對中醫住院是扣分的。如 CRF，所以必須謹慎考慮以下各點：

1. 中醫會診以試辦，漸進式的，應可以某疾病不是試辦而是真的推行，再全面性的。
2. 中醫住院用試辦計畫的方式進行，在住院期間，而會診則全面性推動，這樣才能永續經營。

賴俊雄教授

中醫住院的制度，開始實施相信長庚義不容辭，中國附醫也是，其他醫院大都不願意，需多少人力、投資報酬率，不符成本效益。若為中醫教學醫院，這一步若不踏出去，中醫將不會有進步。

署立基隆醫院中醫科何廷俊主任

住院有六位專科醫師，沒有辦法達成這麼大的責任中醫住院，我們僅能做會

診，西醫的醫師說要會診中醫時，因要自費病人即不願意。區域的基層醫院。會診在區域醫院是滿重要的，希望爭取到由健保付費，個人認為有其困難，但可配合各醫學中心，會診與住院同步進行。

林口長庚醫院針灸科孫茂峰主任

1. 就本人參與全聯會的業務裡，除第一年外，每年成長率中醫門診成長率約 2-2.5%，費用提高得到的情況為慘不忍睹，因為整個申報須與管理部門、護理部門配合、電腦程式的修改等，大家紛紛打退堂鼓。
2. 中風會診金額約 1-2000 元，日間照護約 3000 元，當初申請經費為會診時馬上被砍掉因為中醫門診總額制度，因此將名稱改為中醫會診改為西醫住院中醫輔助介入醫療計畫、日間照護改為中醫優質門診計畫。
3. 將所有收治進來的病人全灌給一位醫師，這樣他每天多幾百塊的巡房費，誘因也較大，而其他醫師也不用每天巡房。
4. 中醫住院不但要收，還要積極的收，為什麼能夠做起來
 - ①以 TEAM WORK 的形式，學生意願意以住院醫師的形式來醫院學習
 - ②不公平的競爭立場，中醫為自費，若醫療處置足夠吸引到病人，而且有保險給付，那有信心病人會願意到中醫來。有些服務還是要做的，有做才有，而不做的話就什麼都沒有。
5. 去年健保談判時，及以西醫住院中醫會診或日間照護先切入，先是幾個病種有文獻證明是有效的，目標有二：
 - ①增加疾病會診的種類，今年的目標先爭取多幾個疾病納入會診。
 - ②可能的話，提出幾個病種辦中醫住院，以後再擴大開辦。

署立桃園醫院中醫科吳敬堂主任

1. 以西醫師的角度，中醫住院是可行的，如何用西醫的方式如 EBM，用方法學上來說服西醫。
2. 所以復健科不收的更要收，才知道中醫的優勢為何，西醫在總額下也面臨很大的危機，整個過程如何化解此疑慮，會診可以增加病例數 (case number)，必須設計很好的方法學來說服大家。用很有系統的方法學，先以幾個病種施行，也許在兩三年後有成效會更容易推動。
3. 在不影響中醫總額的情形，很贊同中醫住院，長期的目標目前可能要先想不重蹈西醫的覆策，否則全面開辦亦會面臨點值下降的困境，一開始即設定有自費的項目。

邱世宗中醫診所邱世宗院長

1. 以樂觀其成的態度，各醫院附設的中醫部有責任需與其他部門合作，建議開放全面性會診。
2. 開放住院前，住院並沒有住院標準 (criteria)，必須先訂好西醫住院，把不需住院的病人不納入。所以，中醫住院的標準先訂出來，不要讓西醫笑掉大牙。
3. 中醫個別的差異性很大，不像西醫對同一各病人的診治過程相當雷同，不同中醫師的處置可能有很大的不同，此點也是很難向西醫說明清楚，因此大概只有大型醫院較有可能辦理中醫住院。健保的支付標準，應該也是要參考長庚及成本效益分析的試算。

台北市中醫師公會名譽理事長陳旺全醫師

1. 第二頁的第九項，中醫住院病房費包含那些項目？支付標準為何？訂定健保支付之中醫住院病房費，但病患須自負差額可比照西醫，依醫院等級及病房等級，會更貼切。
2. 第三頁的第十一項，中醫住院治療處置費、特殊材料費舌診儀、脈診儀、微循環儀、紅外線熱象儀、電針等，比須考慮兩點，第一為儀器是否為衛生署許可，第二各儀器成本不同，依據項目訂定其各別標準。

林口長庚醫院針灸科孫茂峰主任

1. 為住院而住院，這是在某階段不得以的狀況，但我一直強調的是為中醫教育或中醫住院的永久，所以應該要辦。大家都知道住院病房一定有收許多亂七八糟不需住院的病人，若以此來阻擋中醫住院的開辦，而中醫若有困難即不辦，那這樣多事都不用作啦！必須大家有共識一起來做。
2. 一再的強調，先以幾個病種來開辦中醫住院。
3. 會診，還是要西醫提出會診單，除非病人強力要求會診，否則西醫不會提出會診單，所以健保若全面開放中醫會診，業務量並不會大幅地提升，要很好的設計及選定病種。
4. 建議逐步的 (step by step) 來開辦，強調在大家有共識，有設計的，選定疾病的病種，畢竟全面開放，難以統計何種病種的治療最有療效，若有三四成病人能納入統計，兩三年後就應該會很大的成果。
5. 較可行的，還是由醫學中心先開始，但其他區域醫院應該也是可以的。

署立台北醫院中醫科許中華主任

從另一個角度來說，應該只有長庚有這樣的資源，希望做這個外，還能同時收集資料來做 evidenced-based，有證據的。

林口長庚醫院針灸科孫茂峰主任

原本八千五百萬的經費一部份要作研究，因為裡面沒有包括教學研究的費用。因此後來申請者要提撥 1% 的疾病管理費，來請專任助理來蒐集各醫院的資料，針對試辦計畫來做統計分析，其為初步的目標。比較深入的為納入的各計畫較有效。

賴俊雄教授

請孫主任提供貴院的資料，自費收費的標準做為計劃訂定的參考。

林口長庚醫院針灸科孫茂峰主任

在試辦計畫下，脈診儀、舌診儀每項是六百元。目前自費的項目，因考慮病人的自費負擔，在自費病人上並沒有用，因此希望在健保給付的情況下，在較大的樣本 (sample size) 下來證明其儀器的信度與效度。

附錄二 民眾問卷

中醫住院支付標準、給付內容及成本效益分析

【民眾問卷】

委託單位：衛生署中醫藥委員會

執行單位：中國醫藥大學

一、個人基本資料

- 1.姓名：_____ 聯絡電話：_____
- 2.年齡(實歲)：_____歲
- 3.性別：①男 ②女
- 4.請問您家中目前居住在同一住址且為您直系家人共有幾人：共_____人
- 5.請問您到目前為止受正式學校教育的年數：_____年
- 6.請問您家中所有成員的每月平均收入加起來有沒有超過三萬？
超過三萬元； 有沒有超過五萬元？①超過五萬 ②未超過五萬
未超過三萬元；有沒有超過一萬元？③超過一萬 ④未超過一萬

二、中醫住院付費意願

如果健保開始給付中醫住院服務，單獨設置中醫病床，給付範圍涵蓋針灸、推拿等一般的治療方式，藥品包括濃縮中藥製劑(科學中藥)和中藥飲片煎劑，但限於四至六種疾病，例如中風病人、接受化學治療或放射治療後的癌症病人、部分骨傷科病人、部分皮膚疾病等。

如果提供中醫住院服務的醫院中醫和西醫部門都有，則中醫住院可以同時提供急診、西醫檢驗和西醫會診服務，但獨立的中醫醫院只有部份可以急診服務。

- 1.如果這樣的中醫住院服務由設有中醫部門的醫學中心提供(北部5家，中部2家，南部4家，東部1家)，請問每個月您是否願意多付出_____元的保費來獲得這項服務？ ①願意 ②不願意

您每個月最多願意多付出多少保費？

150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

(超出150元或低於10元請註明_____元)

2.如果這樣的中醫住院服務由醫學中心，和有中醫也有西醫部門的綜合醫院提供，請問每個月您是否願意多付出_____元的保費來獲得這項服務？

❶願意 ❷不願意

您每個月最多願意多付出多少保費？

150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

(超出150元或低於10元請註明_____元)

3.如果這樣的中醫住院服務由醫學中心，和有中醫也有西醫部門的綜合醫院，以及獨立的中醫醫院提供，請問每個月您是否願意多付出_____元的保費來獲得這項服務？ ❶願意 ❷不願意

您每個月最多願意多付出多少保費？

150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

(超出 150 元或低於 10 元請註明_____元)

附錄三 專家問卷第一回合

您好，我們是中國醫藥大學公共衛生學系的研究團隊，受行政院衛生署委託現正進行「中醫住院支付標準、給付內容及成本效益分析」。本研究應用德菲法(Delphi Method)，邀請國內產官學各領域專家，對未來中醫住院納入健保給付等相關議題提供意見。本研究進行方式如下：

第一回合—請專家對問卷所列子題勾選個別意見。

第二回合—提供第一回合問卷結果，專家可視情況於第二回合問卷中修改意見，使成為具通盤且趨於一致，若未能達成此目的，則重覆進行，以逐漸導出共識。

您的支持是本研究成功的關鍵，誠摯地敬邀您撥冗參與。請填答問卷後，於 95 年 9 月 15 日 (五) 以前由所附之回郵信封投擲寄回，或利用傳真回覆，本研究結束後會將摘要奉寄乙份予您，過程中若有叨擾之處，敬祈原諒。再次謝謝您，最後敬祝

萬事如意

中國醫藥大學 公共衛生學院 教授 賴俊雄 敬上

電話：(04)22053366-6502

傳真：(04)22019901

e-mail: cslai@mail.cmu.edu.tw

「中醫住院納入健保給付之研究」

第一回合問卷

第一部分 對中醫住院給付之態度評估

此部份是想瞭解您對中醫住院納入健保給付之態度，請您根據下列 20 個句子的陳述，依照您本身的觀念，在方格中打「✓」。

評量項目	非常贊同 4	贊同 3	不贊同 2	非常不贊同 1
1.中醫住院應納入健保給付範圍。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.目前（三年內）中醫會診之強化應優先於中醫住院之納入。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.應選擇部分疾病納入健保中醫住院給付。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.中醫住院納入健保時應包括所有中醫藥委員會主辦之中醫評鑑合格之中醫醫院。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.中醫住院納入健保試辦初期應僅限於有中醫部門之醫學中心。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.中醫住院醫療費用不應與門診費用合併總額，應單獨一總額。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.中醫住院醫療費用中藥不計入，未來而以論病例計酬（DRG）方式給付。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.民眾中醫住院之部分負擔應設計高於西醫住院之部分負擔，減少不必要之住院。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.中醫住院納入健保住院時，中藥給付應以科學中藥為主，飲片維持自費。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.中醫住院納入健保住院時，中藥藥費應開放差額負擔（高貴藥材自負）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.中藥飲片若納入中醫住院健保給付採以日計價，您認為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.中醫住院應將一般檢驗項目納入給付範圍。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.中醫住院應將中醫輔助診斷儀器檢查（如舌診儀或脈診儀等）納入健保給付範圍。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.中醫住院療程中應有中醫輔助治療，例如傷科推拿、針灸等處置。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.如果中醫住院開辦，你服務之醫院會有承辦中醫住院的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.中醫師住院醫師訓練課程應是中醫住院納入健保重要配套。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.中醫師住院醫師訓練制度應訂定一套適用於中醫的制度。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.中醫師開立檢驗項目需具備相關科目之學分。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.中醫住院所需護理人員應有中醫護理訓練。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.中醫住院所需藥事人員應聘用專任中藥管理能力之藥事人員。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第二部分 對中醫住院納入健保各項議題之評估

以下就中醫住院納入健保各項議題共 6 項，請依您個人意見評估後於方格中打「✓」。

1. 您認為，中醫住院納入健保規劃初期試辦醫院之條件應為（複選）
 - 1. 醫學中心層級醫院設有中醫部門
 - 2. 地區教學醫院附設有中醫部門即可
 - 3. 地區醫院附設有中醫部門即可
 - 4. 評鑑合格中醫醫院
2. 您認為，中醫住院納入健保的主要目的應該是（單選）
 - 1. 發展中醫科學之教學研究需要
 - 2. 與西醫相比之公平原則
 - 3. 民眾有中醫住院之需求
 - 4. 其他定位模式：_____

3. 您認為，中醫之住院醫師應經過幾年的臨床訓練才能適任執行中醫住院業務之主治醫師？
 - 1. 二年 2. 三年 3. 四年 4. 五年（含）以上
4. 您認為，在台灣地區要推動中醫住院納入健保，應由哪一個單位主導規劃較佳？（單選）
 - 1. 衛生署醫事處 2. 衛生署中醫藥委員會 3. 中央健保局
 - 4. 國家衛生研究院 5. 學校之學術機構
 - 6. 中醫師公會全國聯合會 7. 其他
5. 您認為，中醫住院全面實施後，中醫住院總費用與門診總費用比例應該多少較為合適？

（即中醫住院總費用：中醫門診總費用）（單選）

 - 1. 1：2 以下 2. 1：3 以下 3. 1：4 以下
 - 4. 1：5 以下 5. 1：6 以下 6. 另有建議_____
6. 中醫住院開辦如考慮以疾病別先行納入，應優先考慮以下幾項疾病別？（複選）
 - 1. 閉鎖性骨折 2. 中風 3. 腫瘤放化療後緩解期的調養
 - 4. 急性肝炎 5. 腎病症候群 6. 僵直性脊椎炎
 - 7. 腰椎椎間板突出症 8. 退化性關節炎
 - 9. 其他_____

第三部分 中醫住院支付標準意見

各位學者專家請勾選適合納入中醫住院支付標準之項目，並填入建議給付金額。

給付項目		建議列為給付項目與否		建議給付金額	試辦計畫給付金額
中醫住院病房費		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		依西醫給付標準
中醫醫療診察費		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		350
西醫輔助醫療診察費		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		350
藥費（每日）		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		150/日
針灸治療處置費		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		400
傷外科治療一般治療		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		300
傷外科處置費（清創術）		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		300/次
傷口照護與換藥處置費（<10cm）		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		200
傷口照護與換藥處置費（10-20cm）		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		300
傷口照護與換藥處置費（>20cm）		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		400
中醫護理衛教費		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		300 <small>(住院期間限申請1次費用)</small>
營養飲食指導費		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		250 <small>(住院期間限申請1次費用)</small>
藥品調劑費		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		50/次
輔助醫療檢查費	舌診儀	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		600/次
	脈診儀	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		600/次
	微循環儀	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		600/次
	紅外線熱象儀	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		600/次
穴位推拿按摩		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		500
夾板		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		300 [*]
電針		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		500
拔火罐 <small>(通常不另給付)</small>		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		200/次 [*]
管灌飲食		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		依西醫給付標準
西醫生化檢驗		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		依西醫給付標準
X光檢查等檢驗項目		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		依西醫給付標準
<small>(其他請自行填入)</small>		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		
<small>(其他請自行填入)</small>		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		
<small>(其他請自行填入)</small>		<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 不給付		

註：有^{*}符號之項目為非試辦計畫給付金額或項目，請專家學者評斷。

第四部分 其他

1.歡迎您對中醫住院納入健保提出任何問題或意見：

如-人力數量：醫師人口比、分佈等。

-教育素質：訓練內容、修習課程、取得資格。

-專科發展：專科制度發展之必要性。

-醫療政策：政策的支持度等。

謝謝您的填答！我們會將第一回合的分析結果提供給您。

請利用所附回郵信封寄回，或傳真(04)22019901。

十分感謝您！

填答人：_____

附錄四 專家問卷第二回合

您好，我們是中國醫藥大學公共衛生學系的研究團隊，受行政院衛生署委託現正進行「中醫住院支付標準、給付內容及成本效益分析」。本研究應用德菲法(Delphi Method)，邀請國內產官學各領域專家，對未來中醫住院納入健保給付等相關議題提供意見。感謝各位專家學者第一輪意見回覆，德菲研究方法需以同一份問卷進行第二輪問卷填答，茲奉上本問卷及您第一回填答問卷影本，煩請您再次填答，再次衷心感謝您。

第一回合—請專家對問卷所列子題勾選個別意見。

第二回合—提供第一回合問卷統計結果，專家可視情況於第二回合問卷中修改意見，使成為具通盤且趨於一致，以逐漸導出共識。

您的支持是本研究成功的關鍵，誠摯地敬邀您撥冗參與。請填答問卷後，於九十五年十月二十七日週五以前由所附之回郵信封投擲寄回，或利用傳真回覆，本研究結束後會將摘要奉寄乙份予您，過程中若有叨擾之處，敬祈原諒。再次謝謝您，最後敬祝

萬事如意

中國醫藥大學 公共衛生學院 教授 賴俊雄 敬上

電話：(04)22052121-6119

傳真：(04)22019901

「中醫住院納入健保給付之研究」

第二回合問卷

第一部分 對中醫住院給付之態度評估

- 1.此部份是想瞭解您對中醫住院納入健保給付之態度，請您根據下列 20 個句子的陳述，依照您本身的觀念，在方格中打「✓」。
- 2.其中「第一回合平均值」代表所有人勾選結果轉換相對應之數值，進行平均之結果。
- 3.「第一回合眾數」代表所有專家學者填答意見，該題的這個選項最多人勾選。

評量項目	第一 回合 平均 值	第一 回合 眾數	非常 贊同 4	贊 同 3	不 贊 同 2	非 常 不 贊 同 1
1.中醫住院應納入健保給付範圍。	3.42	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.目前（三年內）中醫會診之強化應優先於中醫住院之納入。	3.70	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.應選擇部分疾病納入健保中醫住院給付。	3.39	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.中醫住院納入健保時應包括所有中醫藥委員會主辦之中醫評鑑合格之中醫醫院。	2.97	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.中醫住院納入健保試辦初期應僅限於有中醫部門之醫學中心	2.85	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.中醫住院醫療費用不應與門診費用合併總額，應單獨一總額。	3.61	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.中醫住院醫療費用中藥不計入，未來而以論病例計酬（DRG）方式給付。	2.91	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.民眾中醫住院之部分負擔應設計高於西醫住院之部分負擔，減少不必要之住院。	2.27	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.中醫住院納入健保住院時，中藥給付應以科學中藥為主，飲片維持自費。	2.97	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.中醫住院納入健保住院時，中藥藥費應開放差額負擔（高貴藥材自負）。	3.36	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.中藥飲片若納入中醫住院健保給付採以日計價，您認為	2.45	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.中醫住院應將一般檢驗項目納入給付範圍。	3.48	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.中醫住院應將中醫輔助診斷儀器檢查（如舌診儀或脈診儀等）納入健保給付範圍。	2.84	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.中醫住院療程中應有中醫輔助治療，例如傷科推拿、針灸等處置。	3.52	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.如果中醫住院院開辦，你服務之醫院會有承辦中醫住院的意願。	3.03	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.中醫師住院醫師訓練課程應是中醫住院納入健保重要配套	3.39	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.中醫師住院醫師訓練制度應訂定一套適用於中醫的制度。	3.64	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.中醫師開立檢驗項目需具備相關科目之學分。	3.52	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.中醫住院所需護理人員應有中醫護理訓練	3.52	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.中醫住院所需藥事人員應聘用專任中藥管理能力之藥事人員	3.52	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第二部分 對中醫住院納入健保各項議題之評估

以下就中醫住院納入健保各項議題共6項，請依您個人意見評估後於方格中打「✓」。

1. 您認為，中醫住院納入健保規劃初期試辦醫院之條件應為（複選）
 - 1. 醫學中心層級醫院設有中醫部門 【78.1%】
 - 2. 地區教學醫院附設有中醫部門即可 【56.3%】
 - 3. 地區醫院附設有中醫部門即可 【12.5%】
 - 4. 評鑑合格中醫醫院 【18.8%】
2. 您認為，中醫住院納入健保的主要目的應該是（單選）
 - 1. 發展中醫科學之教學研究需要 【57.6%】
 - 2. 與西醫相比之公平原則 【 0%】
 - 3. 民眾有中醫住院之需求 【39.4%】
 - 4. 其他定位模式： 【 3.0%】
3. 您認為中醫之住院醫師應經過幾年的臨床訓練才能適任執行中醫住院業務之主治醫師？
 - 1. 二年【9.1%】
 - 2. 三年【18.2%】
 - 3. 四年【54.5%】
 - 4. 五年(含)以上【18.2%】
4. 您認為，在台灣地區要推動中醫住院納入健保，應由哪一個單位主導規劃較佳？（單選）
 - 1. 衛生署醫事處 【 0%】
 - 2. 衛生署中醫藥委員會 【54.5%】
 - 3. 中央健保局【12.1%】
 - 4. 國家衛生研究院 【 3.0%】
 - 5. 中醫師公會全國聯合會【12.1%】
 - 6. 學校之學術機構 【15.2%】
 - 7. 其他_____ 【3%】
5. 您認為，中醫住院全面實施後，中醫住院總費用與門診總費用比例應該多少較為合適？（即中醫住院總費用：門診總費用）（單選）
 - 1. 1：2 以下 【 0.0%】
 - 2. 1：3 以下 【 9.1%】
 - 3. 1：4 以下【12.1%】
 - 4. 1：5 以下【18.2%】
 - 5. 1：6 以下【30.3%】
 - 5. 另有建議【30.3%】
6. 中醫住院開辦如考慮以疾病別先行納入，應優先考慮以下幾項疾病別？（複選）
 - 1. 閉鎖性骨折 【54.5%】
 - 2. 中風 【87.9%】
 - 3. 腫瘤放化療後緩解期的調養 【87.9%】
 - 4. 急性肝炎 【46.9%】
 - 5. 腎病症候群 【36.4%】
 - 6. 僵直性脊椎炎 【27.3%】
 - 7. 退化性關節炎 【30.3%】
 - 8. 腰椎椎間板突出症 【30.3%】
 - 9. 其他 【 9.0%】

第三部分 中醫住院支付標準意見

各位學者專家請勾選適合納入中醫住院支付標準之項目，並填入建議給付金額。

表格之【】中之數字，代表第一回合回覆專家學者填答該意見所佔百分比。

給付項目		建議列為給付項目與否	建議給付金額		試辦計畫給付金額
			第一回合平均數	第二回合	
中醫住院病房費		<input type="checkbox"/> 給付 【100%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【0%】	依西醫給付標準		依西醫給付標準 (如附件二)
中醫醫療診察費		<input type="checkbox"/> 給付 【96.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【3.1%】	332.92		350
西醫輔助醫療診察費		<input type="checkbox"/> 給付 【87.5%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【12.5%】	320.83		350
藥費(每日)		<input type="checkbox"/> 給付 【100%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【0%】	156.25		150/日
針灸治療處置費		<input type="checkbox"/> 給付 【97%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【3%】	377.08		400
傷外科治療一般治療		<input type="checkbox"/> 給付 【93.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【6.1%】	272.92		300
傷外科處置費(清創術)		<input type="checkbox"/> 給付 【97%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【3%】	285.42		300/次
傷口照護與換藥處置費(<10 cm)		<input type="checkbox"/> 給付 【87.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【12.1%】	175.00		200
傷口照護與換藥處置費(10-20 cm)		<input type="checkbox"/> 給付 【87.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【12.1%】	262.50		300
傷口照護與換藥處置費(>20 cm)		<input type="checkbox"/> 給付 【87.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【12.1%】	341.67		400
中醫護理衛教費		<input type="checkbox"/> 給付 【93.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【6.1%】	270.83		300(住院期間限申請1次費用)
營養飲食指導費		<input type="checkbox"/> 給付 【90.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【9.1%】	216.67		250(住院期間限申請1次費用)
藥品調劑費		<input type="checkbox"/> 給付 【100%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【0%】	49.17		50/次
輔助醫療檢查費	舌診儀	<input type="checkbox"/> 給付 【71.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【28.1%】	425.00		600/次
	脈診儀	<input type="checkbox"/> 給付 【72.7%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【27.3%】	425.00		600/次
	微循環儀	<input type="checkbox"/> 給付 【60.6%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【39.4%】	350.00		600/次
	紅外線熱象儀	<input type="checkbox"/> 給付 【57.6%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【42.4%】	350.00		600/次
穴位推拿按摩		<input type="checkbox"/> 給付 【71.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【29.1%】	329.17		500

給付項目	建議列為給付項目與否	建議給付金額		試辦計畫給付金額
		第一回合 平均數	第二回合	
夾板	<input type="checkbox"/> 給付 【81.8%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【18.2%】	245.83		300 [※]
電針	<input type="checkbox"/> 給付 【87.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【12.1%】	412.92		500
拔火罐(通常不另給付)	<input type="checkbox"/> 給付 【45.5%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【54.5%】	104.17		200/次 [※]
管灌飲食	<input type="checkbox"/> 給付 【87.5%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【12.5%】			依西醫給付標準
西醫生化檢驗	<input type="checkbox"/> 給付 【93.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【6.1%】			依西醫給付標準
X光檢查等檢驗項目	<input type="checkbox"/> 給付 【90.9%】 <input type="checkbox"/> 不給付 【9.1%】			依西醫給付標準
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付			
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付			
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付			
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付			
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付			
(其他請自行填入)	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 不給付			

註：1.有[※]符號之項目為非試辦計畫給付金額或項目，請專家學者評斷。

2.【】中之數字代表第一回合所有回覆之專家學者填答意見之百分比。

第四部分 其他

1.歡迎您對中醫住院納入健保提出任何問題或意見：

如-人力數量：醫師人口比、分佈等。

-教育素質：訓練內容、修習課程、取得資格。

-專科發展：專科制度發展之必要性。

-醫療政策：政策的支持度等。

2.第一輪問卷，各專家學者所提供之意見如附件一所示：

謝謝您的填答！

請利用所附回郵信封寄回，或利用傳真(04)22019901。

十分感謝你！

填答人：_____

附錄五 專家問卷名單

第一回合問卷

編號	姓名	職稱
01	林宜信	中醫藥委員會 主委
02	林永農	中醫師全聯會 理事長
03	張志鴻	中醫師全聯會 秘書長
04	楊淑齡	高雄市立中醫醫院 院長
05	趙家瑩	高雄市立中醫醫院 副院長
06	劉景昇	高雄醫學大學附設醫院 中醫部主任
07	吳景崇	高雄醫學大學附設醫院 中醫內科主任
08	洪裕強	高雄長庚醫院 中醫部主任
09	李維哲	彰化秀傳醫院 中醫部主任
11	許堯欽	台南奇美醫院 中醫部主任
11	陳泰佑	台南奇美醫院 中醫部醫師
12	陳明和	嘉義基督教醫院 中醫科主任
13	黃中一	台南市立醫院 中醫部主任
14	黃家豪	昱翔中醫診所 院長
15	何宗融	署立彰化醫院 中醫部主任
16	王人澍	台中榮民總醫院 中醫部主任
17	陳鈺松	中醫師全聯會中保會督導
18	郭哲彰	聖功醫院 中醫部主任
19	張世良	員林仁愛中醫醫院
21	高宗桂	馬光中醫診所 副院長
21	陳建仲	中國醫藥大學 中醫系教授
22	陳立德	中國醫藥大學 後中醫系主任
23	陳必誠	中國醫藥大學 中醫系教授
24	蘇奕彰	中國醫藥大學 中醫系教授
25	蘇貫中	中國醫藥大學 學士後中醫系教授
26	謝慶良	中國醫藥大學 中西醫結合所教授
27	楊世敏	高明中醫診所 院長
28	巫雲光	仁光中醫診所 院長
29	陳潮宗	陳潮宗中醫診所 院長
31	施純全	台北市中醫師公會 理事長
31	陳旺全	台北市中醫師公會 名譽理事長
32	陳俊明	台北市中醫師公會 名譽理事長
33	何廷俊	署立基隆醫院 中醫科主任
34	許中華	署立台北醫院 中醫科主任
35	黃仲諄	署立桃園醫院 中醫部主任
36	鄭振鴻	台北市立聯合醫院中醫院區 副院長
37	孫茂峰	林口長庚醫院 針灸科主任
38	林高士	三軍總醫院 中醫部主任
39	曾國烈	花蓮慈濟醫院 中醫科主任
41	曹偉	天心中醫醫院
41	邱世宗	邱世宗中醫診所 院長
42	鍾蕙如	台灣中醫護理學會 理事長
43	黃蘭瑛	高雄縣中醫師公會 理事長
44	廖慶龍	廖慶龍骨科

第二回合問卷

編號	姓名	職稱
1	張志鴻	中醫師全聯會 秘書長
2	楊淑齡	高雄市立中醫醫院 院長
3	趙家瑩	高雄市立中醫醫院 副院長
4	劉景昇	高雄醫學大學附設醫院 中醫部主任
5	吳景崇	高雄醫學大學附設醫院 中醫內科主任
6	洪裕強	高雄長庚醫院 中醫部主任
7	陳泰佑	台南奇美醫院 中醫部醫師
8	陳明和	嘉義基督教醫院 中醫科主任
9	黃家豪	昱翔中醫診所 院長
10	何宗融	署立彰化醫院 中醫部主任
11	王人澍	台中榮民總醫院 中醫部主任
12	陳結松	中醫師全聯會中保會督導
13	郭哲彰	聖功醫院 中醫部主任
14	張世良	員林仁愛中醫醫院
15	高宗桂	馬光中醫診所 副院長
16	陳建仲	中國醫藥大學 中醫系教授
17	陳立德	中國醫藥大學 後中醫系主任
18	蘇奕彰	中國醫藥大學 中醫系教授
19	楊世敏	高明中醫診所 院長
20	巫雲光	仁光中醫診所 院長
21	陳潮宗	陳潮宗中醫診所 院長
22	施純全	台北市中醫師公會 理事長
23	陳旺全	台北市中醫師公會 名譽理事長
24	陳俊明	台北市中醫師公會 名譽理事長
25	何廷俊	署立基隆醫院 中醫科主任
26	許中華	署立台北醫院 中醫科主任
27	黃仲諄	署立桃園醫院 中醫部主任
28	鄭振鴻	台北市立聯合醫院中醫院區 副院長
29	孫茂峰	林口長庚醫院 針灸科主任
30	林高士	三軍總醫院 中醫部主任
31	邱世宗	邱世宗中醫診所 院長
32	黃蘭瑛	高雄縣中醫師公會 理事長
33	廖慶龍	廖慶龍骨科

