

第一章 緒論

第一節 研究背景

近年來婦女的健康議題一直被世界各國所重視，美國在 2002 年發表其 2000 年對全國婦女的醫療利用調查中發現婦女在產科與非產科的醫療利用上的確差異甚大，尤其在產科方面，剖腹產佔女性住院的醫療費用 25%；此外美國在 1997-2000 年的剖腹產率也從 21.3% 增加至 23.2%，由此可知婦女在醫療耗用是偏重於特定科別來產生，因此有關剖腹產率、子宮切除率、子宮抹片篩檢率、女性癌症等相關的研究應被重視，才能使醫療資源合理有效的被使用。

(Care of Women in U.S. Hospitals , 2000)

以台灣婦女在醫療資源的利用上，根據調查研究顯示台灣地區剖腹生產率目前約 32.74% (衛生署，2003)，較 20 年前增加了一倍以上。有學者指出，日本和許多歐洲先進國家的剖腹產率都維持在 10%、甚至 5% 以下；根據醫學統計，約有 15% 的剖腹產與挽救胎兒性命無關。然而探討為何台灣的剖腹產率會如此的高，其原因不外乎是生產的黃道吉日、婦女害怕自然生產的疼痛、醫師為求降低生產風險的誘導等文化因素所造成 (郭貞吟，1996)。而在子宮切除方面，根據中央健康保險局民國八十五年的研究，台灣地區十五歲以上婦女子宮切除率為每萬人 29.4

名，終生累積切除率為 22%，較挪威的每萬人只有十一名高出甚多，與國外的數據相比之下台灣의子宮切除的確驚人，而且健保局在 2000 年給付金額達新台幣十餘億元，推究其原因醫師的誘導醫療需求有其探討的必要性(張瓊方，2002)。然而在門診的醫療利用上，根據健保局 2001 年統計資料顯示男性與女性的總門診費用比為 1：1.1，以實際的費用而言女性比男性在 2001 年多耗用 100 億元，而在其他學者的研究也發現女性在使用醫療資源方面明顯比男性多，不管是次數(多 10%)或人數上，女性都比男性多(戴鎮州，2002)，從其中不難發現到婦女的醫療行為認知上應該是有教育宣導的空間。而在衛生署 2001 年所公佈的統計資料中，乳癌與子宮頸癌分別為女性癌症中死因的第一與第二位，且根據研究子宮頸癌、乳癌患者生命末期前半年之醫療費用占全年醫療費之八成(陳麗華，2002)以醫療資源利用的觀點而言，女性在某些疾病方面的醫療費用的確驚人。本研究將以連續性、整體性的資料數據來分析全國婦女醫療服務利用情形，並配合疾病管理的成本與預防觀點，以求醫療資源合理的分配與使用。

第二節 問題陳述

全民健保開辦至今已邁向第九個年頭，健保局在醫療費用的控制上卻出現了財務危機，接踵而至的是一連串的开源策略，例如保險費率與部份負擔的提高，但是這只能暫時性的解決現況，卻無法完全的根除問題之所在，其中很重要的環節就是民眾對於醫療資源使用的情況，以未來的角度來思考，支付制度的變革永遠跟不上醫療機構與民眾對於醫療行為的認知所產生大量的醫療費用支出，相信這是衛生決策機關需要以嚴謹的態度來正視的問題。

以經濟學的 20/80 原則來說，在婦女對於醫療資源的耗用中，若能控制 20% 具有某些特定人口特質的患者，便能節省該項醫療資源的 80%。

而本研究中將以國家衛生研究院全民健保資料庫來分析台灣女性近五年來醫療利用的情況，以整體性、連續性的方式呈現，並且切分地區別、醫療院所層級別等觀點來探討，以供有關單位制定保健服務之參考，並激勵婦女自我保健意識之提升，強調民眾就醫行為衛教與疾病管理之議題。

第三節 研究目的

本研究主要在分析研究全國婦女醫療利用情形，共計有下列研究目的：

- 一、分析台灣地區婦女 1996-2000 年剖腹產、子宮切除率、子宮頸抹片檢查連續性情形。
- 二、分析女性乳癌的醫療資源利用情形。
- 三、分析女性子宮頸癌的醫療資源利用情形。
- 四、分析婦女在門診申報與醫療費用排名的前十項疾病。
- 五、分析女性門診、住院、急診人次就診率與醫療費用情形。

第二章 文獻探討

第一節 我國女性醫療利用概況

一、門診部分

根據國內學者對於衛生署統資料分析結果發現台灣地區 1997 年的男性健保就診人次為 131,442,406 人次(約佔總就醫人次的 45%)，女性為 160,692,834 人次(約佔總就醫人次的 55%)，兩性就醫人次相差 29,250,428 人次。依這個就醫紀錄粗略來看：女性的就診人次比男性高了 10%，尤其在流行性感冒、症狀及診斷欠明之各種病態、需要醫療服務之其他原因方面，明顯高出男性許多(戴鎮州，2002)。

全民健康保險統計資料顯示，我國在 2001 年的門診申報件數分別為男性 143,705,511 件、女性 170,241,270 件，男女的申報案件比為 1:1.18；而在門診總醫療費用方面，男性為 110,560,916,437 元、女性為 121,137,239,400 元，男女的總門診費用比為 1:1.1(健保局，2002)。

二、急診部分

根據衛生署全民健康保險醫療統計年報顯示，我國在 2000 年的急診申報人次分別為男性 2,647,109 件、女性 2,320,902 件，男女的申報案件比為 1:0.88；而在急診總醫療費用方面，男性為 4,798,968 元、女性為 3,467,946 元，男女的總急診費用比為 1:0.72（衛生署，2003）。

三、住院部分

依據全民健康保險統計資料顯示，我國在 2001 年的住院申報件數分別為男性 1,474,579 件、女性 1,340,407 件，男女的申報案件比為 1:0.9；而在住院總醫療費用方面，男性為 60,267,988,530 元、女性為 47,558,608,196 元，男女的總住院費用比為 1:0.79（健保局，2002）；另外在住院天數方面，2000 年全國平均住院日為 8.6 天，其中男性平均為 9.6 天，女性為 7.6 天。（衛生署，2003）由門診、急診與住院的醫療耗用來看，門診部分是女性明顯大於男性，而急診與住院部分卻是男性明顯大於女性。

四、剖腹產部分

衛生署 2001 年衛生統計顯示，全台灣婦女平均剖腹產率為 32.74%，平均每日人次為 152.14，其中以高雄市為最大值，竟高達

41.12% (衛生署, 2003)。而國內醫學中心也曾做過全院性的統計, 以台北榮總來講, 87 年度院內全年剖腹產率為 31.47% (楊勉力, 1998)。

五、子宮切除部分

根據衛生署健保局統計, 台灣婦女子宮年切除率有增加趨勢, 2001 年切除率為每萬人中有 30 人, 總人口數達 23 萬多人, 年齡分佈 45 歲到 49 歲最多, 其次 40 歲到 44 歲。而台灣婦女平均壽命 76 歲的子宮切除率為 22%, 明顯比歐洲國家的 6-18% 高出許多, 健保局在 2001 年對此類手術的給付金額高達 10 億多元(中央社, 2001)。另外健保局在 1996 年比較不同等級醫院的子宮切除率, 發現同等級醫院內的手術差異很大。以子宮肌瘤為例, 同為醫學中心的成大醫院切除率是 87.2%, 三總 85.7%, 高雄長庚與台中榮總皆在 8 成以上, 但台北榮總與台大醫院是 64.5% 與 69.4%。最高與最低的手術比率差異高達 22.7%, 區域醫院的肌瘤切除率最高 92.6%, 最低 53.3%, 醫院間呈現顯著的差異性, 是否隱含有浮濫切除, 是值得再進一步探討的 (張菊惠等, 1998)。

六、乳癌部分

就衛生署統計, 台灣婦女在 2001 年的癌症死因中, 乳癌被列為女性癌症第一順位, 年齡大多發生於 25 至 44 歲青壯年婦女, 其粗

發生率為 40.86 名/每十萬女性，死亡率為 11.36 名/每十萬女性（癌症登記報告，1999），而就乳癌在醫療利用上，依據衛生署全民健康保險醫療統計年報顯示，2000 年男性乳癌門診住院總人數為 544 人，女性則為 32,421 人（衛生署，2003）。

七、子宮頸癌部分

就衛生署統計，台灣婦女在 2001 年的癌症死因中，子宮頸癌被列為女性癌症第二順位，原本子宮頸癌好發年齡約四十至六十歲之間，近年來發現二十至三十歲的年輕女性罹患人數有增加的趨勢，其粗發生率為 58.82 名/每十萬女性，死亡率為 8.6 名/每十萬女性（癌症登記報告，1999），而就子宮頸癌在醫療利用上，依據衛生署全民健康保險醫療統計年報顯示，2000 年女性子宮頸癌門診住院總人數為 25,515 人（衛生署，2003），此外衛生署在 2002 年曾統計出子宮頸癌患者在生命末期前半年之醫療費用占全年醫療費之八成（陳麗華，2002）。

八、子宮頸抹片篩檢率部分

台灣在子宮頸抹片篩檢方面，近幾年來一直由衛生署與民間婦女團體及婦癌基金會大力宣導，30 歲以上婦女篩檢率已由 1996 年的 16.5% 提昇至 1999 年 28%，不過與歐美先進國家的百分之六十至百分之八十，仍然有相當的差距。（衛生署，2003）此外國內學者的研究也發現到南

部地區的子宮頸癌抹片檢查利用率偏低，以及政府推動的「六分鐘護一生」活動對於南部地區本省籍高齡子宮頸癌病患未具有影響力（徐佩華，2001）。

第二節 醫療服務利用的理論模式

一、Andersen 模式

1968 年 Andersen 發展醫療服務利用行為模式，然由於第一版醫療服務利用行為僅強調以個人為單位的因素探討，因此，Aday 及 Andersen 與其他學者後來漸漸將該模式修正，至 1995 年出現了第四版的醫療服務利用行為模式，以下將對該模式予以介紹。

1. 第一階段醫療服務利用行為模式。

1968 年，Andersen 提出第一階段醫療服務利用行為模式，該階段之醫療服務利用行為模式主要特色為將個人醫療服務利用之影響因素，分成下列三方面作探討（Aday & Andersen，1974）：

（1）. 傾向因素（Predisposing Component）

所謂傾向因素乃指病患發病前之個體使用醫療服務傾向（Propensity of Individuals to Use Service），該因素可以分成下列三大類：

- A.人口學特質(Demographic):年齡、性別及婚姻狀況等等。
- B.社會結構特質(Social Structure)：教育程度與職業類別等等。
- C.健康信念(Health Belief)：指對醫療保健之知識與價值觀，例如：是否相信醫療效果等等。

(2) . 能用因素(Enabling Component)

能用因素指外在環境中，促進（或阻礙）個人使用醫療服務資源之因素，即協助個人使用醫療照護之資源，這些資源可分成兩大部份：

- A.個人/家庭資源(Personal/Family)：例如：財物收入、固定資產所有權、健康醫療保險之有無等等。
- B.社區資源(Community): 社區醫療資源的多寡及醫療資源的可近性等等。

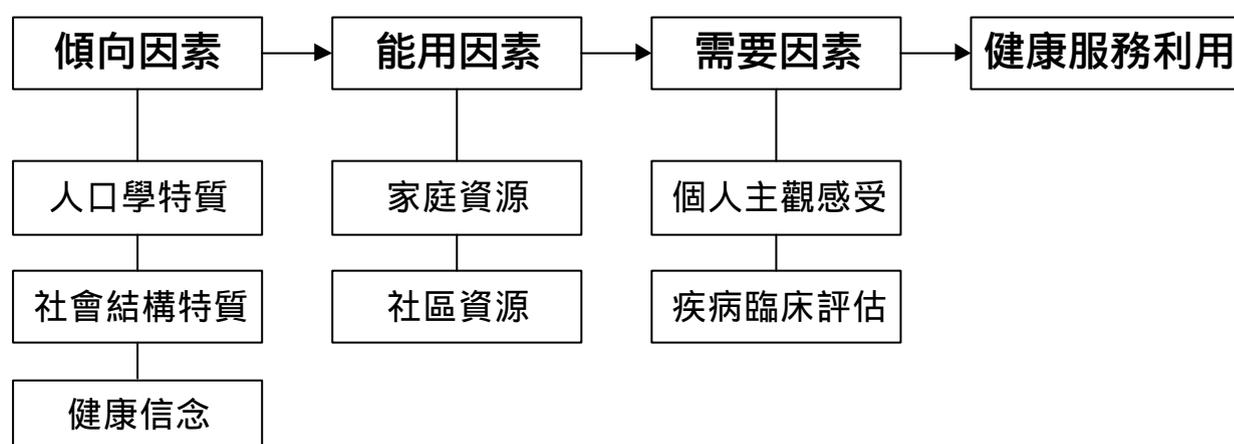
(3) . 需要因素(Need Component)

需要因素指個人的健康需要因素，可分成兩方面：

- A.個人主觀感受(Perceived)：個人對醫療保健需求的評估，視其對疾病的忍受程度或健康異常狀況的定義而定，例如：自覺無法工作天數及自述一般健康狀況等等。
- B.疾病臨床評估(Evaluated)：醫療人員運用標準化的測量工具及診斷指標來評估個人醫療保健需求。

由於該模式所探討之醫療服務利用影響因素，僅著重於個人因素的探討，對於醫療服務系統因素、滿意度因素、政策因素等其他相關因素，皆未納入該模式中，且對於醫療服務利用的概念亦未釐清，因此有後續的修正模式，而第一階段之醫療服務利用行為模式之整體運作模型如下：

圖 2-1 第一階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Aday & Andersen (1974)

2.第二階段醫療服務利用行為模式

Aday and Andersen 於 1974 年所提出的第二階段醫療服務利用行為模式 (Aday & Andersen, 1974)，又稱為健康系統模式，該模式最大的特色是釐清醫療服務利用的觀念及將健康照護提供體系特徵因素、消費者滿意度因素、政策因素納入該模式中，此外該模式亦將之前提出之個人因素中的能用(Enabling)因素及傾向(Predisposing)因素再分成可變

(Mutual)因素及不可變(Immutable)因素。在醫療服務利用方面，該模式將醫療服務利用按下列四大方面來探討：

- (1) . 醫療服務型態 (Type of Utilization) : 指接受醫療服務的形式，如：西醫、中醫、牙醫等。
- (2) . 醫療服務地點(Site of Medical Care) : 指接受醫療服務的地點，如：診所、醫院、病人住處等。
- (3) . 求醫目的(Purpose) : 指民眾使用醫療服務的目的為預防保健服務、治療性醫療服務或復健性醫療服務等。
- (4) . 就醫頻率(Time Interval for A Visit) : 指民眾使用某項醫療資源的比率及使用某類型醫療資源的平均次數。

在醫療服務利用影響因素方面，第二階段醫療服務利用影響因素，除原先的個人影響因素外，尚包含衛生政策因素、健康照護提供體系特徵 (Characteristics of Health Care Delivery System) 及消費者滿意度等三大類因素。

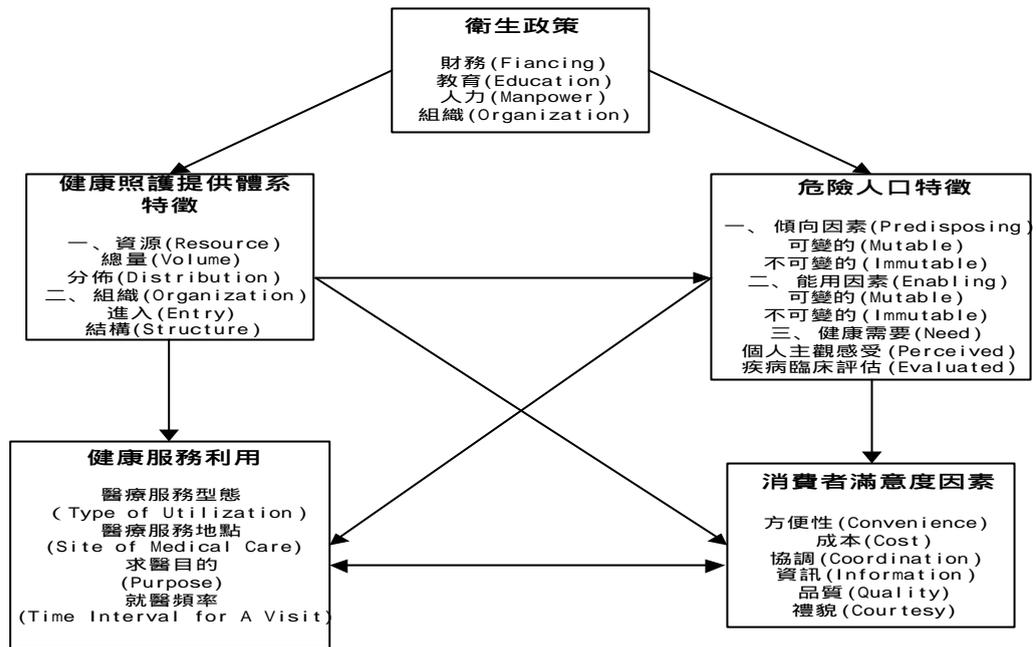
- (1) . 衛生政策因素：主要針對財務(Financing)、教育(Education)、醫事人力(Manpower)、及健康照護組織(Organization)等四大部份，作為醫療資源可近性改善之思考。
- (2) . 健康照護提供體系特徵因素：主要可以分成資源(Resource)與組織(Organization)兩大方面。在資源方面，主要指健康照護時所投入

的資產(Capital)與人力(Labor)，而這些資源之總量(Volume)與分配(Distribution)，亦是在資源方面因素探討時的重點。而在組織方面，主要是指上述資源投入後，資源如何在健康照護過程中獲得利用與管理，其所探討的方向可以分成進入(Entry)及結構(Structure)，所謂的進入是指民眾如何進入健康照護組織以使用健康照護資源，而結構因素，主要是指民眾欲進入健康照護組織所會面臨的相關條件、規定或障礙等等。

(3) .消費者滿意度因素：主要是指消費者使用過健康照護之後，對於健康照護之評價，其評價方向可以分為下五大項，即方便性、成本、協調、資訊、品質及禮貌等五大項。

(4) .危險人口特徵(Characteristics of Population at Risk)：其基本概念與第一階段之醫療服務利用行為模式相同，然第二階段之醫療服務利用行為模式將個體因素中的傾向因素及能用因素再分為可變動及不可變動兩類，所謂的可變動泛指：個體健康信念、所得及健康保險之有無等等因素，而不可變因素包含：性別、年齡及種族等變項。

圖 2-2 第二階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Aday & Andersen (1974)

表 2-1 醫療服務利用影響因素之操作型指標

健康照護提供體系特徵因素	危險人口特徵因素
<p>(一) 資源：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 資源總量： <ol style="list-style-type: none"> A. 人力： <ol style="list-style-type: none"> a. 基層醫師數。 b. 醫事專業人員數。 B. 設施： <ol style="list-style-type: none"> a. 醫院數。 b. 醫院病床數。 2. 資源分布： <ol style="list-style-type: none"> A. 每千人口醫事人員數。 B. 每千人口病床數。 <p>(二) 組織：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 進入： <ol style="list-style-type: none"> A. 例行性(常設)健康照護資源 (Regular Source of Care)之方便性： <ol style="list-style-type: none"> a. 在夜間、週末、緊急狀況時，健康照護資源之可利用性 (Availability)。 b. 交通工具類型。 c. 交通時間。 d. 等候看診時間。 e. 平均每位醫師看診時間。 B. 非例行之健康照護資源使用： <ol style="list-style-type: none"> a. 未使用例行性健康照護資源的理由。 b. 協助未使用例行性健康照護資源尋找健康照護。 	<p>(一) 傾向因素：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 可變因素： <ol style="list-style-type: none"> A. 健康信念及態度。 B. 健康照護知識。 2. 不可變因素： <ol style="list-style-type: none"> A. 年齡。 B. 性別。 C. 家庭人口數。 D. 種族及少數民族(Ethnicity)。 E. 教育程度。 F. 職業狀況(Employment Status) <p>(二) 能用因素：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 可變因素： <ol style="list-style-type: none"> A. 家庭收入狀況。 B. 例行性照護資源(Regular Source of Care)之種類與便利性。 C. 第三者團體給付(Third-Party Coverage)類型及程度。 2. 不可變因素： <ol style="list-style-type: none"> A. 居住地。 B. 地區特性(Region)。 C. 居住社區的時間(Length of Time in Community)。 <p>(三) 需要因素：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 個人主觀感受(Perceived)： <ol style="list-style-type: none"> A. 自覺般健康狀況。 B. 疾病介入。

<p>2. 結構：</p> <p>A. 例行性健康照護資源類型：</p> <p>a. 資源提供者之執業地點。</p> <p>b. 提供者之類型。</p> <p>c. 輔助性(Pamedical)提供者類型。</p> <p>d. 主治醫師(Attending Physician)專業類型。</p> <p>B. 第三者團體給付(Third-Party Coverage)類型與程度：</p> <p>a. 健康計劃種類。</p> <p>b. 給付範圍。</p> <p>c. 自負(Out-of-Pocket)金額。</p>	<p>C. 疾病症狀。</p> <p>D. 失能天數。</p> <p>2. 疾病臨床評估(Evaluated)：</p> <p>A. 醫師疾病狀態嚴重度調查。</p> <p>B. 醫師疾病症狀嚴重度調查。</p> <p>消費者滿意度因素</p> <p>(一) 最近一次健康照護資源使用滿意度。</p> <p>(二) 一般健康照護資源使用滿意度。</p>
---	---

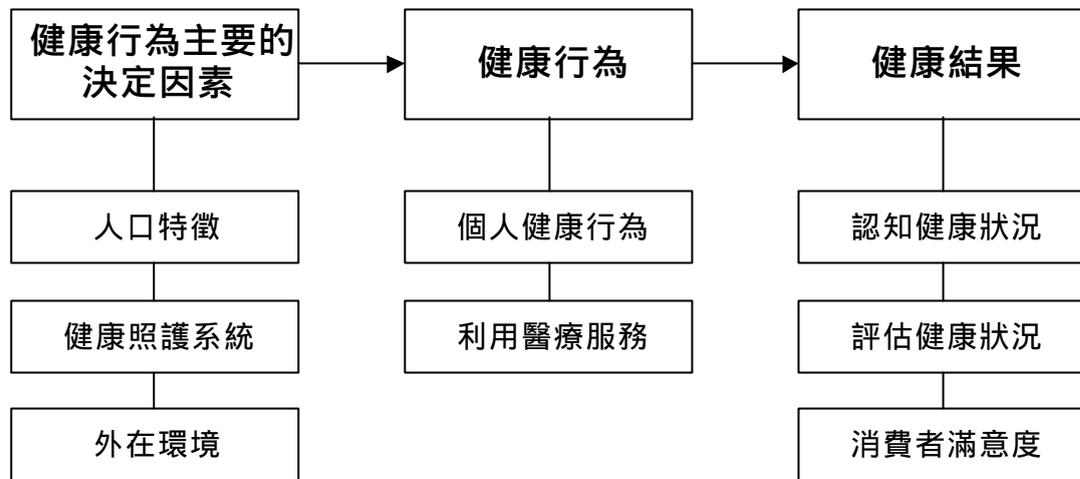
資料來源：Aday & Shortell (1988)

3. 第三階段醫療服務利用行為模式

第三階段醫療服務利用行為模式認為醫療服務利用可以維持並改善人們的健康情形，並且再提出下列兩大類變項，來修正該模式 (Andersen & Aday, 1995)：

- (1) 外在環境：強調外在環境的變化，會影響人們對於醫療服務的利用，例如：政治、經濟等因素。
- (2) 個人健康行為：強調健康行為會影響健康結果，例如：飲食、運動、自我照護等。

圖 2-3 第三階段醫療服務利用行為模式

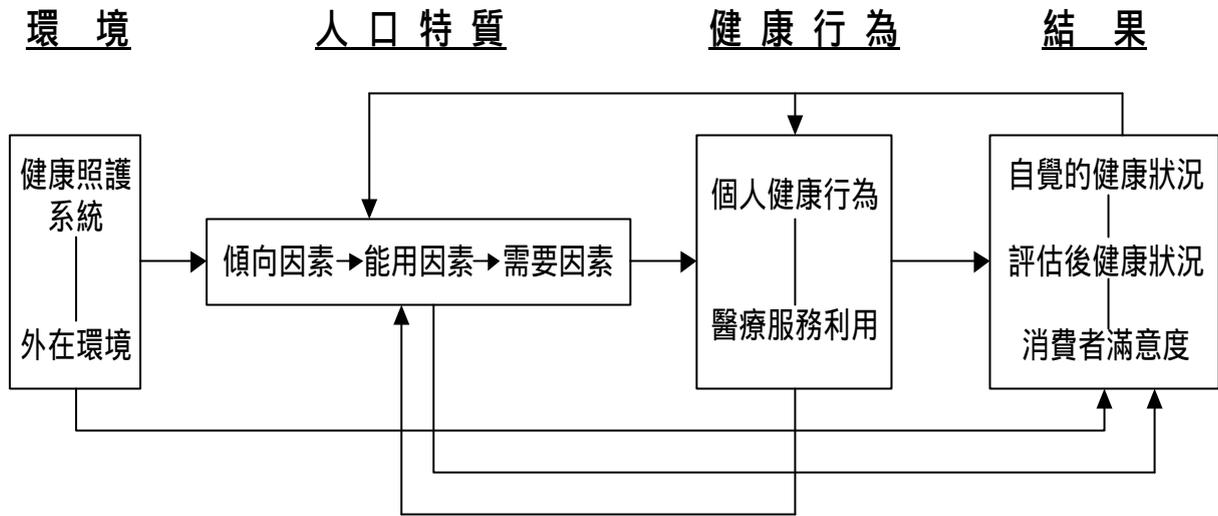


資料來源：Andersen & Aday (1995)

4.第四階段醫療服務利用行為模式

第四階段之醫療服務利用行為模式，由 Andersen 整合 Evan Scoddart 及 Patrick 等人之研究觀念後提出，該模式最大特色為，將醫療利用行為視為一種動態(Dynamic)及循環(Recursive)的概念，強調模式中各種因子的動態均衡及交互影響，例如：利用醫療服務後之健康狀況結果將會再影響個人健康行為(Andersen & Aday, 1995)。

圖 2-4 第四階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Andersen & Aday (1995)

二、健康信念模式

健康信念模式是 Rosenstock 於 1974 年所發表的醫療服務利用行為模式，該模式最大特色在於由社會心理角度來解釋人們尋求醫療服務的決策，早期該模式主要應用於預防性醫療照護及病患遵醫囑行為的解釋，後來，陸續有學者發現，該模式亦可用於治療性醫療照護 (Rosenstock, 1974)。該模式認為人口學變項 (Demographic)、社會心理學變項 (Sociopsychological) 及結構變項 (Structure Factor) 將會影響醫療服務利用行為。該模式所包含的三項基本要素如下：

- (1) . 自覺疾病罹患性 (Perceived Susceptibility) 及自覺疾病嚴重度 (Perceived Severity)。

所謂自覺疾病罹患性，係指個人主觀評估罹患某種疾病的可能性，

而自覺疾病嚴重度，係指個人主觀評估罹患某種疾病後之嚴重程度，其嚴重度之評估不僅包含死亡、殘障及生理上的疼痛，亦強調因患病所造成的生活影響。

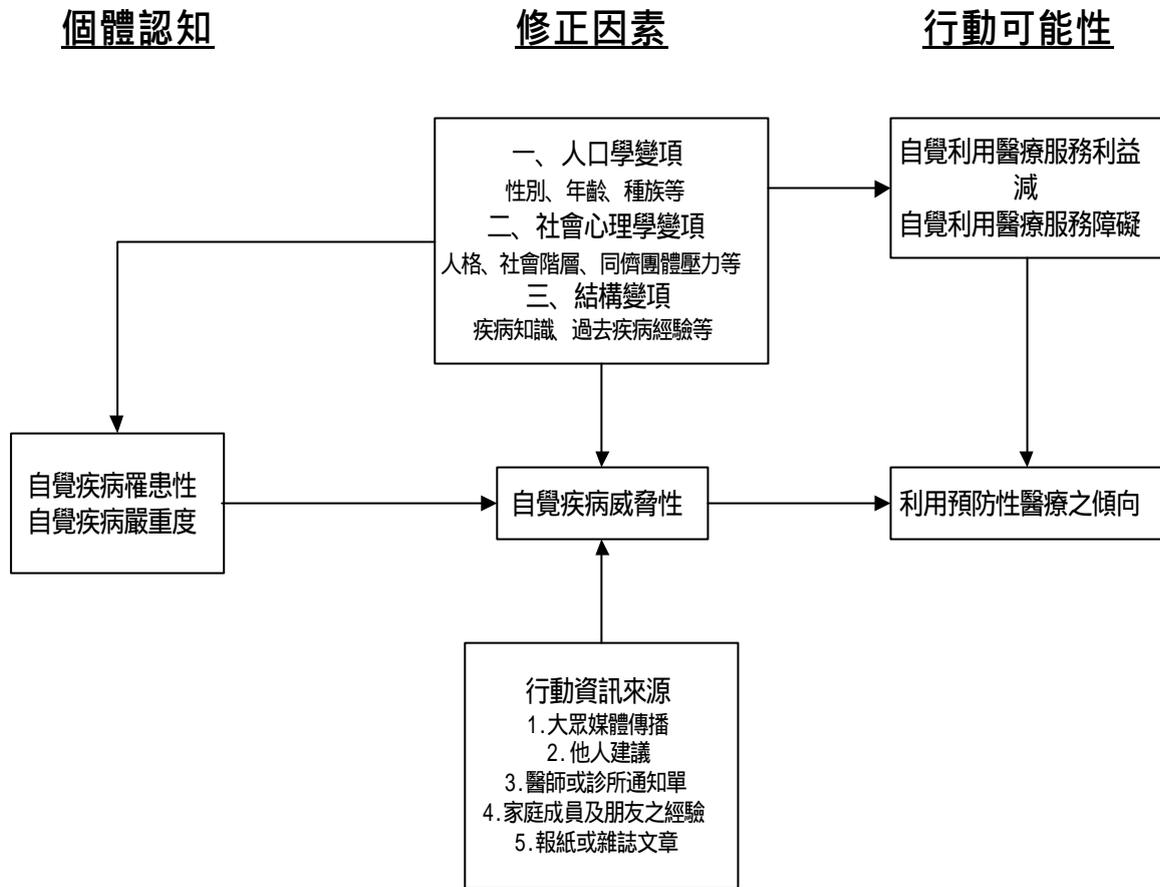
(2) . 自覺利用醫療服務之利益與障礙(Perceived Benefit of Action V.S Perceived Barriers of Action)。

該模式認為，個體對於疾病的自覺並不足以使個體使用醫療服務，個體將會針對使用醫療服務後所會帶來的利益及負面效應進行評估。所謂自覺利用醫療服務之利益，係指個人利用醫療服務之後，對於疾病罹患性及嚴重度降低之主觀評估，而自覺利用醫療服務之障礙，係指個體自覺於利用醫療服務過程中，所必須付出的成本及其他負面影響。

(3) . 行動資訊來源(Cue to Action)。

係指協助個體採用適當醫療服務之資訊來源，包含內部來源與外部來源。

圖 2-5 健康信念模式



資料來源：Rosenstock(1974)

三、Mckinlay 醫療服務利用預測模式

1970 年代，Mckinlay 提出以下六種模式來預測個體醫療服務利用 (Mckinlay, 1970)：

- (1) . 人口學模式 (Demographic) :包含年齡、性別、婚姻狀況、家庭人口數及居住地等變項。
- (2) . 社會結構模式(Social Structure)：包含社會階層、種族、教育程度及職業等變項。

- (3) . 社會心理模式 (Social Psychological) : 包含健康信念、價值觀 (Value)、態度、常模(Norm)及文化。
- (4) . 經濟模式 (Economic) : 家庭收入、保險給付、醫療服務價格及醫療服務提供者與人口比(Provider/Population Ratio)。
- (5) . 組織模式(Organizational): 醫師執業組織 輔助人員使用(Use of Ancillaries) 例行性健康照護資源 (Regular Source of Care) 及轉診系統 (Referral Patterns) 等變項。
- (6) . 系統模式(Systems) : 將前述所有變項納入 , 並考量各變項間的交互關係對於醫療服務利用的影響。

第三節 疾病管理

所謂的疾病管理是整合醫療照護體系 , 以提供最佳的醫療資源 , 對病患進行持續性的高品質服務 , 運用臨床或治療指引的建立 , 醫療資訊的分享、轉診制度的建立及資源管理的技巧 , 使醫療院所用最低的成本創造最高的效能(Warren , 1997), 且基於成本效果考量 , 疾病管理通常選擇高盛行率、高成本而且預期有介入效果的疾病 ; Armstrong(1996)提出 , 疾病管理也包括對某種特定疾病的病人族群進行不同治療模式的介入管理 , 來達到提高醫療照護品質與降低醫療成本的目的 , 其中族群選取的方式可能是藉由診斷方式、藥物使用、是否為優先的資源使用者或病患特性來決定 ; 而本研究中的乳癌、子宮頸癌則正好適用於上述的疾病管理模式。

Hunter(1997)在研究中指出疾病管理常被視為一種達成管理式照護的工具，因為它提供能達到改善照護成本效益的機制，而臨床路徑和整合性照護可以說是另一種描述疾病管理的代名詞。疾病管理視病人完整的疾病經驗為一個臨床流程，而不是在不同的醫療照護體系中對其作分段的醫療處置。

Ellrodt(1997)認為疾病管理主要的目的是在病患照護協調上醫療資源的整合，以利於病患進入健康照護系統的可近性，提昇某種特定照護的效果與效率，達成以最低成本，提供最高品質服務之目標。疾病管理和其他的傳統的醫療照護不同的是，疾病管理不再僅只是專注於片段的照護，而是高品質的連續性照護。

總觀上述，如果能針對婦女特殊疾病的醫療利用加以分析，再加上使用國外疾病管理的控制預防方式，相信健保局在對於全國醫療資源耗用的分配控制上應能更加合理公平。

第四節 全民健康保險學術研究資料庫

全民健康保險為我國最大之保險制度，其所涵蓋的範圍相當廣泛，包含 2 千多萬名的保險對象、700 餘家醫療院所及其他相關機構之醫療資源及利用資料，因此，全民健康保險資料在我國醫療資源耗用及醫療品質的監測上具有極高的研究價值（郝宏恕等，1997）。

有鑑於全民健康保險的高研究價值性，全民健康保險局乃與國家衛生研究院進行合作，共同建置一個專門提供學術研究的資料庫，名為「全

民健康保險學術研究資料庫」。目前該資料庫包含了全國性的系統抽樣檔及抽樣歸人檔，其所提供的檔案共可分為四大類（鄭守夏，1999）：

1. 醫療資源類：如醫事機構基本資料檔、醫事機構副檔、醫事機構診療科別明細檔、醫事機構病床檔、醫事人員基本資料檔、專科醫師證書檔等。
2. 病患醫療利用類：門診費用申請總表檔、住院費用申請總表檔。
3. 門住診系統抽樣檔及歸人檔：包含門診處方及治療明細檔、門診處方醫令明細檔、住院醫療費用清單明細檔、住院醫療費用醫令清單明細檔等四個抽樣檔。
4. 特定主題檔：共包含重大傷病醫療資源使用門診及住院明細檔、論病例計酬門診及住院明細檔、職業病及職業傷害門診及住院明細檔、外傷門診及住院明細檔、交通意外事故住院明細檔、特約藥局處方及調劑明細檔、特約藥局處方調劑醫令檔、牙醫門診處方與治療明細檔、中醫門診處方與治療明細檔。

由於全民健康保險學術研究資料庫所包含的內容中並未包含保險對象之承保資料，且保險對象之身分字號為加密後的代碼，所以若需進行保險對象因素的分析時，必須由中央健康保險局總局提供經相同加密程序過後之保險對象承保檔案，才能與國家衛生研究院之學術研究資料庫進行歸戶，以進一步分析保險對象之因素特性（曾淑芬，1999）。

第三章 研究設計與方法

第一節 研究假設

- 一、 婦女在不同地區會有不同的醫療利用。
- 二、 婦女的剖腹產率在 1996-2000 年會有遞增趨勢。
- 三、 婦女的剖腹產率在不同醫療層級會有顯著差異。
- 四、 婦女的子宮切除率在不同地區會有顯著差異。
- 五、 婦女的子宮頸抹片篩檢率在 1996-2000 年會有遞增趨勢。
- 六、 低所得的婦女會比一般婦女有較高的醫療利用。

第二節 樣本或資料來源

本研究是以 1996-2000 年國家衛生研究院全民健保學術研究資料庫中的第一組與第二組各五萬人共十萬人的抽樣歸人檔案為資料來源，其中可獲得變項為：保險對象就醫層級別、保險對象居住地區別、保險對象投保身分別、保險對象就醫疾病別、保險對象是否為重大傷病、保險對象是否為慢性病，保險對象醫療利用次數、保險對象醫療費用、地區別及申報案件類別。以下為資料庫的抽樣情形：

1.抽樣母群體：以中央健保局所提供的承保資料檔保險對象為抽樣母群體。中央健保局的承保資料為從健保開辦以來所有保險對象之累積性的歷史資料，隨著保險對象不同身份別或工作單位的異動而有轉出、轉入的紀錄資料，這種種的異動會被忠實地紀錄於承保檔之中。而國衛院於 90 年 8 月底由中央健保局提供此承保檔，自中央健保局開辦起至 89 年 12 月底止，約共有五千八百零六萬筆資料。經過資料整理後將重複的「身份證字號」去除後約有二千三百七十二萬筆資料，目前根據行政院主計處公告的國情統計通報中說明 89 年底健保的納保率約 96.2%，納保人數約二千一百四十萬人，這兩個數據不一致的原因可能是承保檔中的資料為所有的歷史性資料，有部分的保險對象死亡、移民或留學而停保或退保，已不屬納保人口，但仍存在於此承保資料檔；亦或者為非本國籍人士亦加入全民健保體制下等因素，導致承保檔整理後的資料筆數較實際納保人數為多。

2.抽樣方法：從承保資料檔中的保險對象做隨機抽樣。根據承保檔保險對象身份證字號及出生日期來定義一個保險對象的身份，而得到實際資料筆數二千三百七十五萬筆資料，依據保險對象「身份證字號加上出生日期」來定義不同保險對象的身份，與只依據保險對象「身份證字號」來定義不同保險對象的身份的資料筆數之差異原因可能是同一個身份證字號有為不同人所擁有，抑或是資料輸入上的錯誤所致。

而國衛院採用「身份證字號加上出生日期」來定義不同保險對象的身份，再從這些不同保險對象抽樣，每個保險對象只有一筆資料並賦予流水號。然後從亂數產生函數(random number function)所產生隨機亂數(random number)資料，將不重複的亂數與承保檔中保險對象的流水號進行聯結，來抽取所需的保險對象樣本。

3.承保歸人抽樣檔之構建：承保資料檔保險對象與健保資料庫串聯。

在決定被抽樣的保險對象之後，將這些保險對象的身份證字號與健保資料庫進行歷年所有就醫資料的聯結。所串接的資料包含：門診處方及治療明細檔(CD)、門診處方醫令明細檔(OO)、住院醫療費用清單明細檔(DD)、住院醫療費用醫令明細檔(DO)、特約藥局處方及調劑明細檔(GD)、特約藥局處方調劑醫令明細檔(GO)及這十萬保險對象的原始承保資料(承保抽樣歸人檔網頁，2003)。

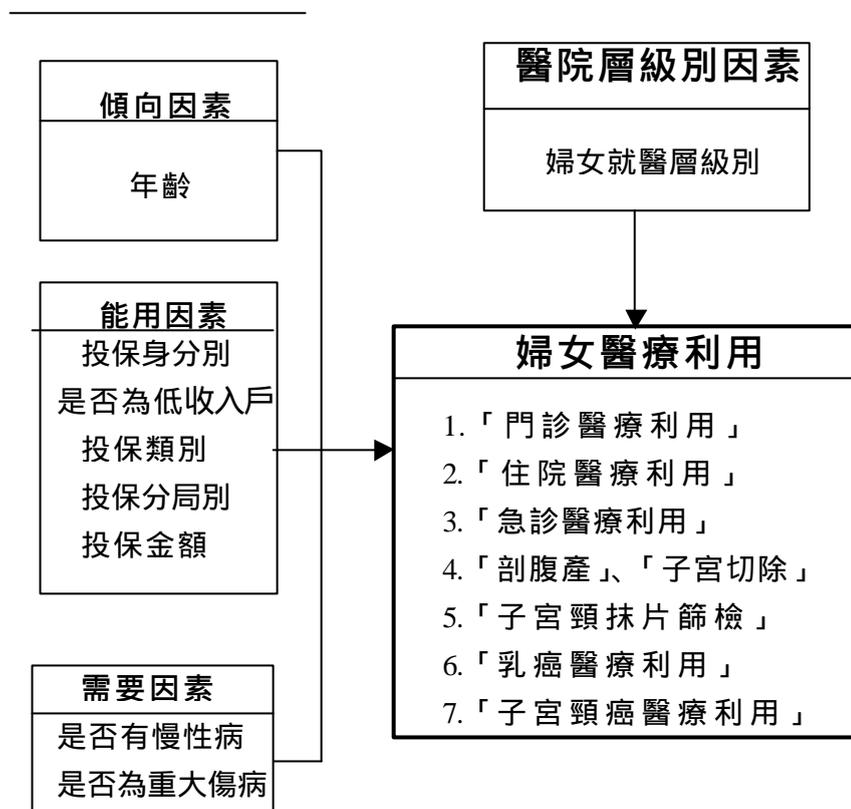
第三節 研究架構

本研究將以 1974 年 Aday and Andersen 之醫療服務利用行為模式為主要研究架構，另加上健保抽樣歸人檔案分析，針對各項因素對於「門診醫療利用」、「急診醫療利用」、「住院醫療利用」、「剖腹產率」、「子宮切除率」、「子宮頸抹片篩檢率」、「乳癌醫療利用」、「子宮頸癌醫療利用」等依變項進行探討，在女性保險對象因素方面共計包含下列變項：

- 一. 傾向因素：包含性別、年齡。
- 二. 能用因素：包含投保金額、投保地區別、投保類別、是否為低收入戶、投保分局別。
- 三. 需要因素：包含是否為重大傷病、是否有慢性病。
- 四. 在醫院層級別方面，主要包含婦女就醫層級別因素。

圖 3-1 研究架構

女性保險對象因素



第四節 變項名稱與定義

變項名稱	定義	類別
<u>自變項</u>		
性別	分為男性、女性	類別變項
年齡	指研究對象至民國 89 年 12 月 30 日的足歲，出生日期以承保檔為準，共分為「14 歲以下」、「15-24 歲」、「25-34 歲」、「35-44 歲」、「45-54 歲」、「55-64 歲」及「65 歲以上」等七類。	類別變項
投保類別	依健保局規定分為「第一類」、「第二類」、「第三類」、「第四類」、「第五類」及「第六類」共六大類。	類別變項
投保身份	依健保局規定共分為「雇主」、「受雇者」、「眷屬」、「榮民」四大類。	類別變項
是否為低收入戶	以健保局所規定之部分負擔代號為準，003 類者為「是」，其餘者為「否」。	類別變項
投保分局別	依衛生署所劃分的六個健保分局。	類別變項
投保金額	分為「10000 元以下」、「14001-20000 元」、「20001-30000 元」、「30001-40000 元」、「40001 元以上」共五類。	類別變項
是否有慢性病	分為「是」、「否」兩類，以中央健康保險局所定義之慢性病為判別基礎，「是」指有慢性病患者，「否」指無慢性病患者。	類別變項
是否為重大傷病	分為「是」、「否」兩類，「是」指部分負擔代號中註記為「重大傷病者」，若無則「否」。	類別變項
就醫場所層級	分別為「基層院所」、「地區醫院」、「區域醫院」、「醫學中心」四類。	類別變項
<u>依變項</u>		
門診醫療利用	指研究對象於 2000 年間門診就診次數與就診費用。	連續變項
住院醫療利用	指研究對象在 2000 年間住院次數與住院費用。	連續變項
急診醫療利用	指研究對象在 2000 年間急診就診次數與就診費用。	連續變項
剖腹產率	指研究對象在 1996-2000 年間的剖腹產率。	連續變項

子宮切除率	指研究對象在 1996-2000 年間的子宮切除率	連續變項
子宮頸抹片篩檢率	指研究對象在 1996-2000 年間的子宮抹片率	連續變項
乳癌醫療利用	指研究對象在 2000 年間因乳癌在門診、急診、住院方面的醫療次數與費用。	連續變項
子宮頸癌醫療利用	指研究對象在 2000 年間因子宮頸癌在門診、急診、住院方面的醫療次數與費用。	連續變項

第五節 資料處理分析方法

本研究先進行所需資料庫之變項切割及串檔，以建立起本研究所欲採用之資料庫，再利用 SPSS10.0 版軟體對於該資料庫進行描述性及推論性統計分析：

一、資料處理：

本次研究之特殊診斷碼如下：

- 1.剖腹產方面：0373A (自然產) 0371A (醫師診斷需 CS) 0373B (婦女自行要求 CS)，以上皆為 DRG 碼。
- 2.子宮切除方面：0359B (子宮全切) 0359C (次子宮全切) 0359E (腹腔鏡子宮全切)，以上皆為 DRG 碼；ICD9-CM 部分為 68.3-7 及 68.9。
- 3.子宮頸抹片方面：依門診申報檔中健保就醫序號的變項內的預防保健服務時程代碼為 31、32、35。
- 4.乳癌方面：取 ICD9-CM code 為 174.0-175.9。
- 5.子宮頸癌部分：取 ICD9-CM code 為 180.0-180.9 與 233.1 (子宮頸原位癌)。

本次研究剖腹產率、子宮切除率、子宮頸抹片率操作型定義：

- 1.剖腹產率：使用剖腹產的婦女總數/自然產婦女+剖腹產婦女
- 2.子宮切除率:15 歲以上有子宮全切與次子宮全切婦女總數/每萬婦女
- 3.子宮頸抹片篩檢率：30 歲以上有抹片紀錄的婦女/各分局婦女總數

二、分析方法：

(一) 描述性分析：次數分配與百分比描述：對於重要類別變項的描述性研究結果以此方式描述。

(二) 推論性分析：

- 1.兩組 T 檢定：檢定兩組連續性變項是否有差異。
- 2.變異數分析 (ANOVA)：檢定三組以上連續性變項是否有差異。
- 3.Scheffe 事後檢定：當 ANOVA 推翻虛無假設時，再去進一步找出各組連續變項間的顯著情形。
- 4.複回歸：以次數與費用為依變項，再將各個可能影響的自變項轉虛擬變項，探討其模型的解釋力。

第四章 研究結果

第一節 描述性統計分析

一、研究對象特性

在研究對象特性描述方面，將依據研究對象之傾向因素、能用因素、需要因素等特質來進行分析。

(一) 研究對象之傾向因素分布

在性別分布方面（見表 4-1），男性共 50762 位，佔全體總樣本數 51.0%，而女性共 49227 位，佔全體總樣本 49.0%。

在年齡分布方面（見表 4-1），樣本平均年齡為 36.17 歲，其中以 25-34 歲之研究對象佔全體總樣本數的 21.2% 為最高，其次為 14 歲以下的 19.6%、15-24 歲的 18.9%、35-44 歲的 16.2%、45-54 歲的 9.6%、55-64 歲的 6.2%、65 歲以上的 8.3%。

(二) 研究對象之能用因素分布

在保險對象類別方面（見表 4-1），以第一類佔全體研究樣本的 61.0% 最高，其次為第二類的 16.5%、第六類的 14.4%、第三類的 8.1%、第四類的 0.6%、第五類的 0.4%。

在保險對象身分方面（見表 4-1），以受雇者佔全體研究樣本的 55.4% 為最高，其次為榮民的 1.4%、眷屬的 0.2%、雇主的 0.1%。

在投保金額方面(見表 4-1), 平均投保金額為 11258.13 元, 以投保金額在 15840 元以下佔 60.4% 最高, 其次為 15841-28800 元佔 29.8%、30300-45800 元佔 6.9%、48200-87600 元佔 2.9%。

在投保地區方面(見表 4-2), 以台北市佔全體研究樣本的 28.1% 為最高, 其次為台北縣 16.9%、高雄市 8.1%、桃園縣 7.1%、台中市 5.4%、台中縣 4.3%、高雄縣 3.7% 等。

二、婦女醫療利用分佈

在婦女醫療利用分佈方面, 將分成門診、急診、住院三部份來分析。

在門診醫療利用分佈方面, 將分成是否利用門診、門診醫療利用次數、門診醫療費用、門診給藥日數及是否高度利用門診來分析。

在是否利用門診方面(見表 4-3), 沒有利用門診的婦女共 6218 人, 佔全體研究樣本 12.63%, 有使用門診者共 43009 人, 佔全體研究樣本 87.37%。

在門診醫療利用次數方面, 婦女平均每人門診醫療利用次數約為 16.11 次, 標準差為 14.42 (見表 4-4), 門診利用次數為 0 次之婦女佔 12.63%、1-4 次佔 15.94%、5-9 次佔 19.16%、10-14 次佔 14.6%、15 次以上佔 37.67% (見表 4-3)。

在門診醫療費用方面(見表 4-5), 婦女平均每人門診醫療總費用約為 690.38 元, 標準差為 2150.1, 門診醫療醫療費用為 3000 元以上之婦

女佔 49.47% (見表 4-3)。

在門診給藥天數方面 (見表 4-6), 其中以醫學中心平均 12.36 天為最高, 其次為區域醫院平均 9.77 天, 地區醫院平均 6.63 天, 最低為基層診所 3.54 天。

在是否高度利用門診方面 (見表 4-3), 婦女每人門診次數在 15 次以下之研究樣本共 30682 人, 佔全體研究樣本 62.33%, 使用 15 次以上的婦女共 18545 人, 佔全體研究樣本 37.67%。在有使用過門診的婦女中, 使用門診次數在 15 次以上者, 佔全體研究樣本 37.67%, 佔有利用之研究樣本 43.12%。

在急診醫療利用分佈方面, 將分成是否利用急診、急診醫療利用次數及急診醫療費用來分析。

在是否利用急診方面(見表 4-7), 沒有利用急診的婦女共 42384 人, 佔全體研究樣本 86.1%, 有使用急診者共 6843 人, 佔全體研究樣本 13.9%。

在急診醫療利用次數方面, 婦女平均每人急診醫療利用次數約為 1.45 次, 標準差為 1.05 (見表 4-4), 急診利用次數為 0 次之婦女佔 86.1%、1-4 次佔 13.59%、5-9 次佔 0.9%、10-14 次佔 0.01%、15 次以上佔 0% (見表 4-7)。

在急診醫療費用方面 (見表 4-5), 婦女平均每人急診醫療總費用約

為 1715.7 元, 標準差為 4177.7, 急診醫療醫療費用為 0 元之婦女佔 86.1% (見表 4-7)。

在住院醫療利用分佈方面, 將分成是否利用住院、住院醫療利用次數、住院天數及住院醫療費用來分析。

在是否利用住院方面(見表 4-8), 沒有利用住院的婦女共 45516 人, 佔全體研究樣本 92.46%, 有使用住院者共 3711 人, 佔全體研究樣本 7.54%。

在住院醫療利用次數方面, 婦女平均每人住院醫療利用次數約為 1.51 次, 標準差為 1.25 (見表 4-4), 住院利用次數為 0 次之婦女佔 92.46%、1-4 次佔 7.34%、5-9 次佔 0.16%、10-14 次佔 0.03%、15 次以上佔 0.01% (見表 4-8)。

在住院天數方面 (見表 4-9), 其中以醫學中心平均 8.5 天為最高, 其次為區域醫院平均 6.85 天, 地區醫院平均 5.23 天, 最低為基層診所 3.12 天。

在住院醫療費用方面 (見表 4-5), 婦女平均每人住院醫療總費用約為 33938.8 元, 標準差為 61311.5, 住院醫療醫療費用為 0 元之婦女佔 92.46% (見表 4-8)。

三、婦女剖腹產率利用分佈

在婦女剖腹產率方面, 將分成分局別、層級別、醫師診斷需剖

腹產、婦女自行要求剖腹產及剖腹產與自然生產的住院天數來分析。

在分局別剖腹產率方面（見表 4-10），其中以高屏分局平均 35.89% 為最高，東區分局平均 27.54% 為最低，其他分局介於 30%-33% 之間（圖 4-1）；而在全國平均剖腹產率方面，1996 年到 2000 年呈現遞增趨勢（24.44%-35.21%）。

在醫療院所層級別剖腹產率方面（見表 4-11），醫學中心平均 35.38% 為最高，區域醫院平均 34.05% 為其次，地區醫院為平均 33.88%，診所平均為 33.25%。

在醫師診斷需剖腹產的比率方面（見表 4-12），醫學中心平均 97.41% 為最高，區域醫院平均 97.24% 為其次，地區醫院為平均 94.14%，診所平均為 93.89%。

在婦女自行要求剖腹產的比率方面（見表 4-13），診所平均 6.11% 為最高，地區醫院平均 5.86% 為其次，區域醫院為平均 2.76%，醫學中心平均為 2.59%。

在剖腹產的住院天數方面（見表 4-14），區域醫院平均 5.22 天為最高，地區醫院平均 5.2 天為其次，醫學中心為平均 5.14 天，診所平均為 4.76 天。

在自然生產的住院天數方面（見表 4-15），醫學中心平均 2.96

天為最高，區域醫院平均 2.69 天為其次，地區醫院為平均 2.31 天，診所平均為 2 天。

四、婦女子宮切除率利用分佈

在婦女子宮切除率方面，將以分局別和年份別來分析。在分局別子宮切除率方面（見表 4-16），排除東區分局不看，最高為高屏分局平均 39.57 人/每萬 15 歲以上女性，其次為中區分局平均 36.3 人/每萬 15 歲以上女性，南區分局平均 30.32 人/每萬 15 歲以上女性，北區分局平均 29.54 人/每萬 15 歲以上女性，台北分局平均 15.81 人/每萬 15 歲以上女性為最低。在年份別切除率方面，排除東區分局不看，1998 年全國平均 35.89 人/每萬 15 歲以上女性為最高，1997 年全國平均 25.57 人/每萬 15 歲以上女性為最低（圖 4-2）。

五、乳癌醫療利用分佈

在乳癌醫療利用分佈方面，將分成門診醫療利用次數、門診醫療費用、門診給藥日數及住院天數來分析。

在乳癌門診醫療利用次數方面，平均每人門診醫療利用次數約為 10.46 次，標準差為 10.49（見表 4-17），門診利用次數為 1-4 次之病患佔 40.2%、5-9 次佔 15.9%、15 次以上佔 43.9%（見表 4-18）。

在乳癌門診醫療費用方面（見表 4-19），平均每人門診醫療總費用

約為 1962.85 元，標準差為 2753.12。

在乳癌門診給藥日數方面（見表 4-20），其中以區域醫院平均 13.16 天為最高，其次為地區醫院平均 12.54 天，醫學中心平均 10.13 天，最低為基層診所 0.67 天。

在乳癌患者住院天數方面（見表 4-21），其中以地區醫院平均 7.8 天為最高，其次為醫學中心平均 7.41 天，最低為區域醫院 4.42 天。

六、婦女子宮頸癌醫療利用分佈

在子宮頸癌醫療利用分佈方面，將分成門診醫療利用次數、門診醫療費用、門診給藥日數及住院天數來分析。

在子宮頸癌門診醫療利用次數方面，平均每人門診醫療利用次數約為 5.28 次，標準差為 7.38（見表 4-22），門診利用次數為 1-4 次之婦女佔 66.2%、5-9 次佔 19.6%、15 次以上佔 14.2%（見表 4-23）。

在子宮頸癌門診醫療費用方面（見表 4-24），平均每人門診醫療總費用約為 2308.85 元，標準差為 8026.57。

在子宮頸癌門診給藥日數方面（見表 4-25），其中以醫學中心平均 13.37 天為最高，其次為地區醫院平均 6.43 天，區域醫院平均 5.74 天，最低為基層診所 2.44 天。

在子宮頸癌患者住院天數方面（見表 4-26），其中以醫學中心平均 8.76 天為最高，其次為區域醫院平均 6.82 天，最低為地區醫院 4 天。

七、30 歲以上婦女子宮頸抹片篩檢率醫療利用分佈

在婦女子宮頸抹片篩檢率方面，將以分局別及年份別來分析。在分局別子宮頸抹片篩檢率方面（見表 4-27），排除東區分局不看，最高為高屏分局平均 29.37%，其次為中區分局平均 21.38%，南區分局平均 20.67%，北區分局平均 18.34%，台北分局平均 13.01% 為最低。在年份別篩檢率方面，排除東區分局不看，1999 年全國平均 24.27% 為最高，1996 年全國平均 16.87% 為最低（見圖 4-3）。

八、婦女申報案件檔案分析

在資料庫中有關女性患者在門診、住院的申報案件方面，將以人次數別與費用別來分析。

在門診利用人次數方面（見表 4-28），女性之門診申報件數中，前五名分別為「急性上呼吸道感染」佔 13.48%，其次為「齩齒」佔 3.6%、「急性鼻咽炎」佔 3.54%、「急性支氣管炎」佔 2.65%、「急性扁桃腺炎」佔 1.8%。

在門診醫療費用方面（見表 4-29），女性申報疾病之費用總和，前五名分別為「齩齒」佔 6.52%、其次為「急性上呼吸道感染」佔 6.34%、「慢性腎衰竭」佔 6.11%、「高血壓」佔 2.16%、「腎衰竭」佔 2.07%。

在住院利用人次數方面（見表 4-30），女性之住院申報件數中，前

五名分別為「完全正常生產」佔 9.47%，其次為「前次剖腹產」佔 2.4%、「泌尿道感染」佔 1.69%、「化學治療」佔 1.67%、「急性腎盂腎炎」佔 1.66%。

在住院醫療費用方面（見表 4-31），女性申報疾病之費用總和，前五名分別為「完全正常生產」佔 3.45%、其次為「呼吸衰竭」佔 2.11%、「下肢關節病」佔 1.85%、「前次剖腹產」佔 1.84%、「肺炎」佔 1.63%。

第二節 雙變項分析

本節在各自變項對女性門診醫療利用次數、女性門診醫療費用、乳癌門診醫療利用次數、乳癌門診醫療費用、子宮頸癌門診醫療利用次數、子宮頸癌門診醫療費用分析方面，自變項為性別、是否為低收入戶、是否有慢性病、是否重大傷病者，將以 t-test 進行雙變項分析，其餘皆用變異數分析來進行分析， $\alpha = 0.05$ 。

一、各自變項與女性門診醫療利用次數

（一）傾向因素

在年齡方面（見表 4-32），在研究樣本中，以 65 歲以上之婦女每人每年平均門診利用次數最高，達 27.51 次，其次為 55-64 歲的 22.27 次，最低為 15-24 歲的 10.55 次，其差異達統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。在門診次數方面，婦女的門診利用次數有隨著年齡而增加的趨勢，且各組其

差異達統計上顯著意義 ($P < 0.01$)。

(二)、能用因素

在投保類別方面 (見表 4-32)，在研究樣本中，以第三類之婦女每人每年門診利用次數最高，達 18.73 次，其次為第五類的 17.98 次、第四類 16.47 次及第二類的 16.41 次，其差異達統計上顯著意義 ($P < 0.01$)。

在事後檢定方面，第三類婦女相對於第一、二、六類婦女在門診次數上，其差異達統計上顯著意義 ($P < 0.01$)。

在投保身份方面 (見表 4-32)，在研究樣本中，以投保身份為眷屬之每人每年平均門診利用次數為最高，達 20.6 次，其次為榮民的 15.86 次，最低為受雇者的 16.58 次，其差異並沒有達統計上顯著意義 ($P = 0.095$)。

在投保金額方面 (見表 4-32)，在研究樣本中，以投保金額在 14001-20000 元的每人每年平均門診利用次數為最高，達 17.35 次，其次為 20001-30000 的 15.83 次，最低為 40000 元以上的 15.3 次，其差異達統計上顯著意義 ($P < 0.01$)。在事後檢定方面，投保金額 14001-20000 元的婦女相對於其他組婦女在門診次數上，其差異達統計上顯著意義 ($P < 0.01$)。

在投保分局方面 (見表 4-32)，在研究樣本中，以台北分局的婦女每人每年平均門診利用次數為最高，達 17.14 次，其次為中區分局的 16.38

次、南區分局的 15.43 次，最低為東區分局的 12.32 次，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。在事後檢定方面，台北分局、中區分局、南區分局相較於其他各分局婦女在門診次數上，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在就醫層級方面 (見表 4-32)，在研究樣本中，以醫學中心的婦女每人每年平均門診利用次數為最高，達 20.71 次，其次為區域醫院的 19.21 次、地區醫院的 18.45 次，最低為診所的 14.52 次，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。在門診次數方面，婦女的門診利用次數有隨著就醫層級而增加的趨勢，且各組其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在是否為低收入方面 (見表 4-32)，在研究樣本中，為低收入的婦女研究對象共 195 位，佔 0.5%，非低收入共 42803 位，佔 99.5%，低收入婦女之每人每年平均門診利用次數為 19.29 次，高於非低收入婦女 3.19 次，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

(三) 需要因素

在是否為慢性病方面 (見表 4-32)，在研究樣本中，沒有慢性病的研究對象共 39323 位，佔 91.4%，而有慢性病的研究對象共 3686 位，佔 8.6%，有慢性病之婦女每人每年平均門診利用次數為 23.55 次，高於沒有慢性病的 15.42 次，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在是否為重大傷病方面 (見表 4-32)，在研究樣本中，非重大傷病

的研究對象共 42682 位，佔 99.2%，而有重大傷病的研究對象共 327 位，佔 0.8%，有重大傷病之婦女之每人每年平均門診利用次數為 28.25 次，高於無重大傷病的 16.02 次，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

二、各自變項與女性門診醫療費用

(一) 傾向因素

在年齡方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，以 65 歲以上婦女每人每年平均門診醫療費用最高，達 1021.98 元，其次為 55-64 歲的 778.28 元，最低為 14 歲以下的 455.44 元，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。在事後檢定方面，65 歲以上婦女及 14 歲以下的女性在門診醫療費用上相較於其他年齡層的婦女，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。在門診醫療費用方面，婦女的門診醫療費用有隨著年齡而增加的趨勢。

(二) 能用因素

在投保類別方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，以第三類之婦女每人每年平均門診醫療費用最高，達 667.82 元，其次為第六類的 629.62 元、第五類 625.25 元及第二類的 606.06 元，其差異卻未達統計上顯著意義 ($P=0.232$)。

在投保身份方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，以投保身份為眷屬之每人每年平均門診醫療費用為最高，達 755.97 元，其次為雇主的 640.83 元，最低為受雇者的 630.79 元，其差異並沒有達統計上顯著意義

($P=0.929$)。

在投保金額方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，以投保金額在 14001-20000 元的每人每年平均門診醫療費用為最高，達 651.8 元，其次為 40000 元以上的 609.98 元，最低為 10000 元以下的 594.62 元，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。在事後檢定方面，投保金額 14001-20000 元的婦女相對於 10000 元以下的婦女在門診費用上，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在投保分局方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，以台北分局的婦女每人每年平均門診醫療費用為最高，達 638.28 元，其次為東區分局的 633.88 元、中區分局的 622.26 元，最低為北區分局的 561.19 元，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。在事後檢定方面，台北分局相較於北區分局婦女在門診醫療費用上，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在就醫層級方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，以醫學中心的婦女每人每年平均門診醫療費用為最高，達 1299.41 元，其次為區域醫院的 915.65 元、地區醫院的 636.31 元，最低為診所的 472.45 元，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。在門診費用方面，婦女的門診醫療費用有隨著就醫層級而增加的趨勢，且各組其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在是否為低收入方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，為低收入的婦女研究對象共 195 位，佔 0.5%，非低收入共 42803 位，佔 99.5%，低收

入婦女之每人每年平均門診醫療費用為 667.88 元，高於非低收入婦女 613.06 元，其差異卻未達統計上顯著意義 ($P=0.596$)。

(三)、需要因素

在是否為慢性病方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，沒有慢性病的研究對象共 39323 位，佔 91.4%，而有慢性病的研究對象共 3686 位，佔 8.6%，有慢性病之婦女每人每年平均門診醫療費用為 1111.96 元，高於沒有慢性病的 566.58 元，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在是否為重大傷病方面 (見表 4-33)，在研究樣本中，非重大傷病的研究對象共 42682 位，佔 99.2%，而有重大傷病的研究對象共 327 位，佔 0.8%，有重大傷病之婦女之每人每年平均門診醫療費用為 4868.72 元，高於無重大傷病的 580.72 元，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

三、各自變項與乳癌門診醫療利用次數

在傾向與能用因素方面 (見表 4-34)，各自變項與乳癌門診醫療利用次數皆未達到統計上顯著意義。而在需要因素方面，是否為慢性病也未達統計上顯著意義 ($P=0.93$)，在是否為重大傷病方面 (見表 4-34)，在研究樣本中，非重大傷病的研究對象共 71 位，佔 66.36%，而有重大傷病的研究對象共 36 位，佔 33.64%，有重大傷病之婦女之每人每年平均門診利用次數為 14.36 次，高於無重大傷病的次 8.48 次，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

四、各自變項與乳癌門診醫療費用

在傾向與需要因素方面（見表 4-35），各自變項與乳癌門診醫療費用皆未達到統計上顯著意義。而在能用因素方面，除投保分局別外，其他變項皆未達到統計上顯著意義。在投保分局方面（見表 4-35），以中區分局的平均乳癌門診醫療費用為最高，達 4076.44 元，其次為南區分局的 2868.33 元、台北分局的 1567.59 元，最低為高屏分局的 1277.36 元，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.05$ ）。在事後檢定方面，中區分局相較於台北分局在乳癌門診醫療費用上，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.05$ ）。

五、各自變項與子宮頸癌門診醫療利用次數

在傾向因素方面（見表 4-36），各自變項與子宮頸癌門診醫療利用次數皆未達到統計上顯著意義。而在能用因素方面，除了投保金額與就醫層級別外，其他自變項皆未達到統計上顯著意義。

在投保金額方面（見表 4-36），在研究樣本中，以投保金額在 20001-30000 元的每人每年平均子宮頸癌門診利用次數為最高，達 13.9 次，其次為 10000 以下的 4.88 次，最低為 40000 元以上的 2.33 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。在事後檢定方面，投保金額 20001-30000 元的子宮頸癌患者相對於其他組婦女在門診次數上，其差

異達統計上顯著意義 ($P < 0.01$)。

在就醫層級方面 (見表 4-36)，在研究樣本中，以醫學中心的婦女每人每年平均子宮頸癌門診利用次數為最高，達 7.7 次，其次為區域醫院的 4.33 次、診所的 4.25 次，最低為地區醫院的 2.63 次，其差異達統計上顯著意義 ($P < 0.05$)。在事後檢定方面，醫學中心相較於地區醫院在子宮頸癌門診利用次數上，其差異達統計上顯著意義 ($P < 0.05$)。

而在需要因素方面，是否為慢性病未達統計上顯著意義 ($P = 0.614$)，在是否為重大傷病方面 (見表 4-36)，在研究樣本中，非重大傷病的研究對象共 99 位，佔 85.34%，而有重大傷病的研究對象共 17 位，佔 14.66%，有重大傷病之婦女之每人每年平均子宮頸癌門診利用次數為 8.82 次，高於無重大傷病的 4.67 次，且達統計上顯著意義 ($P < 0.05$)。

六、各自變項與子宮頸癌門診醫療費用

在傾向因素方面 (見表 4-37)，各自變項與子宮頸癌門診醫療費用皆未達到統計上顯著意義。而在能用因素方面，除投保類別外，其他變項皆未達到統計上顯著意義。在投保類別方面 (見表 4-37)，以第三類的平均子宮頸癌門診醫療費用為最高，達 1289.71 元，其次為第一類的 650.07 元、第二類的 459.03 元，最低為第五類的 0 元，其差異達統計上顯著意義 ($P < 0.01$)。在事後檢定方面，第三類保險人相較於其他各類保險人在子宮頸癌門診醫療費用上，其差異達統計上顯著意義

($P < 0.01$)。

而在需要因素方面，是否為重大傷病未達統計上顯著意義 ($P = 0.089$)，在是否為慢性病方面 (見表 4-37)，在研究樣本中，非慢性病的研究對象共 90 位，佔 77.59%，而有慢性病的研究對象共 26 位，佔 22.41%，有慢性病之婦女之每人每年平均子宮頸癌門診醫療費用為 1322.38 元，高於無慢性病的 484.68 元，且達統計上顯著意義 ($P < 0.01$)。

第三節 多變項分析

本節主要採女性門診醫療利用次數及女性門診醫療費用當依變項以複迴歸模型進行分析，本節所列之分析數據為控制其他變項後所產生的結果。

一、女性門診醫療利用次數

1. 年齡：

在全體研究樣本中，以年齡在 14 歲以下之女性當基準組，其中以 65 歲以上婦女之門診利用次數為較 14 歲以下者多 8.989 次為最高，其次為 55-64 歲婦女較 14 歲以下者多 4.242 次 (見表 4-38)。

2. 投保類別：

在全體研究樣本中，以第一類投保人當基準組，其中投保類別為第五類婦女之門診利用次數較第一類者多 1.628 次為最高，其次

為第三類較第一類者多 0.696 次（見表 4-38）。

3. 投保身份：

在全體研究樣本中，以投保身份為雇主當基準組，其中眷屬之門診利用次數分別較投保身份為雇主者多 1.841 次，投保身份為榮民的門診利用次數分別較投保身份為雇主者少 1.354 次，但投保身份因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-38）。

4. 投保金額：

在全體研究樣本中，以投保金額為 10000 元以下當基準組，14001-20000 元、20001-30000 元、30001-40000 元以上之門診利用次數分別較 10000 元以下者多 1.288、0.612、0.02 次（見表 4-38）。

5. 投保分局別：

在全體研究樣本中，以台北分局當基準組，東區分局、高屏分局、北區分局婦女之門診利用次數分別較台北分局少用 4.274、2.784、2.74 次。（見表 4-38）

6. 就醫層級別：

在全體研究樣本中，以醫學中心當基準組，診所、區域醫院、地區醫院婦女之門診利用次數分別較醫學中心少用 3.161、0.611、0.596 次。（見表 4-38）

7. 是否為低收入：

在全體研究樣本中，低收入戶婦女之門診利用次數較非低收入婦女多 1.821 次，但是否為低收入因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-38）。

8. 是否有慢性病別：

在全體研究樣本中，有慢性病的婦女之門診利用次數較無慢性病者多 2.495 次（見表 4-38）。

9. 是否為重大傷病：

在全體研究樣本中，重大傷病的婦女之門診利用次數較有非重大傷病者多 6.629 次（見表 4-38）。

二、女性門診醫療費用

1. 年齡：

在全體研究樣本中，以年齡在 14 歲以下之女性當基準組，其中以 65 歲以上婦女之門診醫療費用為較 14 歲以下者多 386.18 元為最高，其次為 55-64 歲婦女較 14 歲以下者多 193.51 元（見表 4-39）。

2. 投保類別：

在全體研究樣本中，以第一類投保人當基準組，其中投保類別為第五類婦女之門診醫療費用較第一類者多 37.685 元為最高，其次為第六類較第一類者多 36.673 元，但投保類別因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-39）。

3. 投保身份：

在全體研究樣本中，以投保身份為雇主當基準組，其中眷屬之門診醫療費用較投保身份為雇主者多 58.409 元，投保身份為榮民的門診醫療費用較投保身份為雇主者少 143.3 元，但投保身份因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-39）。

4. 投保金額：

在全體研究樣本中，以投保金額為 10000 元以下當基準組，14001-20000 元、20001-30000 元、30001-40000 元以上之門診醫療費用分別較 10000 元以下者多 54.641、24.173、9.856 元，但投保金額因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-39）。

5. 投保分局別：

在全體研究樣本中，以台北分局當基準組，北區分局、高屏分局、南區分局婦女之門診醫療費用分別較台北分局少用 28.76、16.91、15.47 元，但投保分局別因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-39）。

6. 就醫層級別：

在全體研究樣本中，以醫學中心當基準組，診所、地區醫院、區域醫院婦女之門診醫療費用分別較醫學中心少用 585.1、489.5、254.2 元。
（見表 4-39）

7. 是否為低收入：

在全體研究樣本中，低收入戶婦女之門診醫療費用較非低收入婦女多 32.055 元，但是否為低收入因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-39）。

8. 是否有慢性病別：

在全體研究樣本中，有慢性病的婦女之門診醫療費用較無慢性病者多 71.81 元（見表 4-39）。

9. 是否為重大傷病：

在全體研究樣本中，重大傷病的婦女之門診醫療費用較有非重大傷病者多 3892.7 元（見表 4-39）。

表 4- 1 研究對象之特性分佈

		人數	百分比
總計		100000	100%
傾向因素			
性別	女性	49227	48%
	男性	50762	51%
		99989	99%
	資料庫遺漏個數	11	1%
年齡			
	14 歲以下	19624	19.6%
	15-24 歲	18861	18.9%
	25-34 歲	21150	21.2%
	35-44 歲	16182	16.2%
	45-54 歲	9581	9.6%
	55-64 歲	6090	6.2%
	65 歲以上	8287	8.3%
投保類別			
	第一類	60986	61.0%
	第二類	16538	16.5%
	第三類	8078	8.1%
	第四類	586	0.6%
	第五類	456	0.4%
	第六類	13356	14.4%
投保身分別			
	雇主	1036	0.1%
	受雇者	55366	55.4%
Miss=42069	榮民	1367	1.4%
	眷屬	162	0.2%
投保金額別			
	15840 元以下	60444	60.4%
	15841-28800 元	29826	29.8%
	30300-45800 元	6939	6.9%
	48200-87600 元	2791	2.9%

表 4-2 研究對象之特性分佈 (續)

	人數	百分比
總計	100000	100.00%
投保地區別		
台北市	28078	28.08%
基隆市	2172	2.17%
台北縣	16860	16.86%
宜蘭縣	2378	2.38%
金門縣	99	0.10%
連江縣	15	0.02%
新竹縣	1185	1.19%
桃園縣	7110	7.11%
新竹市	1298	1.30%
苗栗縣	1198	1.20%
台中市	5407	5.41%
台中縣	4249	4.25%
彰化縣	3107	3.11%
南投縣	1253	1.25%
台南市	3706	3.71%
嘉義市	769	0.77%
雲林縣	1755	1.76%
嘉義縣	1173	1.17%
台南縣	3202	3.20%
高雄市	8131	8.13%
高雄縣	3734	3.73%
屏東縣	1836	1.84%
澎湖縣	200	0.20%
花蓮縣	648	0.65%
台東縣	437	0.44%

表 4- 3 2000 年女性門診利用情形

		人數	百分比
是否利用過門診			
	是	43,009	87.37%
	否	6,218	12.63%
	總計	49,227	100.00%
門診利用次數			
	0 次	6,218	12.63%
	1-4 次	7,847	15.94%
	5-9 次	9,431	19.16%
	10-14 次	7,186	14.60%
	15 次以上	18,545	37.67%
	總計	49,227	100.00%
門診醫療費用			
	0 元	6,218	12.63%
	1-999 元	1,609	3.27%
	1000-1999 元	6,789	13.80%
	2000-2999 元	10,254	20.83%
	3000 以上	24,357	49.47%
	總計	49,227	100.00%
利用次數 15 次以上 (含 15 次) 之研究樣本			
(佔全體研究樣本)			
		18,545	37.67%
利用次數 15 次以上 (含 15 次) 之研究樣本			
(佔有利用之研究樣本)			
		18,545	43.12%

表 4-4 2000 年婦女醫療利用次數情形

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	43009	16.11	14.42	1	329
急診	6843	1.45	1.05	1	16
住院	3711	1.51	1.25	1	24

表 4-5 2000 年婦女醫療費用情形

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	43009	690.38	2150.1	0	115805
急診	6843	1715.7	4177.7	109	83305
住院	3711	33938.8	61311.5	60	1088282

表 4-6 2000 年婦女平均每次門診給藥日數

	總人次數	Mean	S.D.	Min.	Max.
醫學中心	59440	12.36	11.7	0	60
區域醫院	66487	9.77	10.4	0	70
地區醫院	78569	6.63	8.47	0	80
基層診所	488362	3.54	4.58	0	90

表 4- 7 2000 年女性急診利用情形

	人數	百分比
是否利用過急診		
是	6,843	13.90%
否	42,384	86.10%
總計	49,227	100.00%
急診利用次數		
0 次	42,384	86.10%
1-4 次	6,691	13.59%
5-9 次	141	0.30%
10-14 次	9	0.01%
15 次以上	2	0.00%
總計	49,227	100.00%
急診醫療費用		
0 元	42,384	86.10%
1-999 元	687	1.40%
1000-1999 元	676	1.39%
2000-2999 元	542	1.10%
3000 以上	4,938	10.01%
總計	49,227	100.00%

表 4- 8 2000 年女性住院利用情形

	人數	百分比
是否利用過住院		
是	3,711	7.54%
否	45,516	92.46%
總計	49,227	100.00%
住院利用次數		
0 次	45,516	92.46%
1-4 次	3,614	7.34%
5-9 次	80	0.16%
10-14 次	16	0.03%
15 次以上	1	0.01%
總計	49,227	100.00%
住院醫療費用		
0 元	45,516	92.46%
1-999 元	102	0.22%
1000-1999 元	249	0.50%
2000-2999 元	632	1.28%
3000 以上	2,728	5.54%
總計	49,227	100.00%

4-9 2000 年婦女平均住院日數

	總人次數	Mean	S.D.	Min.	Max.
醫學中心	1613	8.5	10.14	0	91
區域醫院	1899	6.85	9.04	0	75
地區醫院	1676	5.23	6.97	0	88
基層診所	430	3.12	1.72	1	10

表 4-10 1996-2000 年分局別剖腹產率

分局別	1996	1997	1998	1999	2000	平均
台北分局	21.14%	34.64%	37.14%	35.99%	39.09%	33.60%
北區分局	27.80%	34.39%	32.63%	30.81%	40.91%	33.31%
中區分局	27.03%	33.21%	29.85%	33.04%	29.44%	30.51%
南區分局	24.88%	25.52%	31.17%	36.71%	34.57%	30.57%
高屏分局	32.43%	30.57%	37.84%	40.88%	37.71%	35.89%
東區分局	13.33%	26.67%	35.71%	32.43%	29.55%	27.54%
總計	146.61%	185.00%	204.34%	209.86%	211.27%	
平均	24.44%	30.83%	34.06%	34.98%	35.21%	

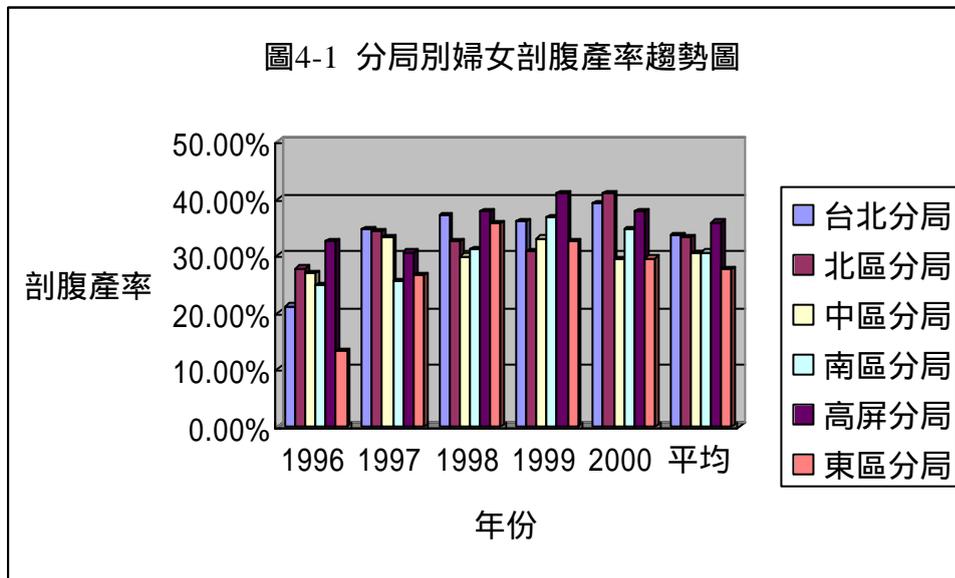


表 4-11 1996-2000 年層級別剖腹產率

平均剖腹產率	1996	1997	1998	1999	2000	平均
醫學中心	33.52%	29.41%	39.13%	38.36%	36.47%	35.38%
區域醫院	33.54%	31.91%	31.94%	37.19%	35.66%	34.05%
地區醫院	32.01%	35.20%	32.65%	34.74%	34.80%	33.88%
診所	28.83%	30.51%	37.50%	32.75%	36.65%	33.25%

表 4-12 1996-2000 年層級別醫師診斷需剖腹產比率

醫師診斷需剖腹產比率	1996	1997	1998	1999	2000	平均
醫學中心	100.00%	100%	96.83%	95.08%	95.16%	97.41%
區域醫院	95.12%	98.90%	98.80%	95.56%	97.83%	97.24%
地區醫院	95.90%	91.27%	94.79%	95.96%	92.79%	94.14%
診所	94.62%	95.24%	90.90%	94.66%	94.04%	93.89%

表 4-13 1996-2000 年層級別婦女自行要求剖腹產比率

婦女自行要求剖腹產比率	1996	1997	1998	1999	2000	平均
醫學中心	0%	0%	3.17%	4.92%	4.84%	2.59%
區域醫院	4.88%	1.10%	1.20%	4.44%	2.17%	2.76%
地區醫院	4.10%	8.73%	5.21%	4.04%	7.21%	5.86%
診所	5.38%	4.76%	9.10%	5.34%	5.96%	6.11%

表 4-14 1996-2000 年層級別平均剖腹產住院天數

平均剖腹產住院天數	1996	1997	1998	1999	2000	平均
醫學中心	5.31	4.98	5	5.02	5.39	5.14
區域醫院	5.2	5.37	5.25	5.13	5.17	5.22
地區醫院	5.35	5.13	5.23	5.25	5.03	5.2
診所	4.76	4.68	4.8	4.8	4.74	4.76

表 4-15 1996-2000 年層級別平均自然產住院天數

平均自然產住院天數	1996	1997	1998	1999	2000	平均
醫學中心	3.06	2.98	2.89	2.88	2.98	2.96
區域醫院	2.58	2.68	2.69	2.71	2.77	2.69
地區醫院	2.32	2.28	2.3	2.38	2.29	2.31
診所	2	1.91	2	1.99	2.08	2

表 4-16 15 歲以上婦女子宮切除人數/每萬婦女

分局別	15 歲以上婦女人數	1996	1997	1998	1999	2000	平均人數
台北分局	19855	11.57	20.65	16.62	13.09	17.12	15.81
北區分局	4197	28.59	21.44	40.5	23.83	33.36	29.54
中區分局	5454	33	40.34	44	31.17	33	36.3
南區分局	4221	23.69	23.69	26.06	47.38	30.8	30.32
高屏分局	5357	48.53	31.73	52.27	24.27	41.07	39.57
東區分局	410	48.78	24.39	24.39	24.39	146.34	53.66
總計	39674	194.16	162.24	203.84	164.13	301.69	
平均人數		32.36	27.04	33.97	27.36	50.28	
東區不看		29.08	27.57	35.89	27.95	31.07	

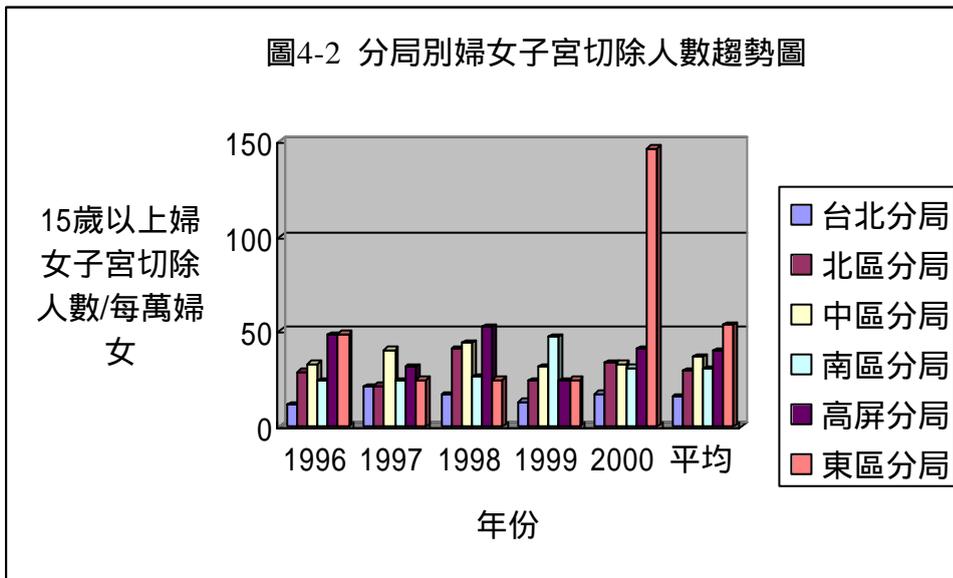


表 4-17 2000 年乳癌患者醫療利用次數情形

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	107	10.46	10.49	1	55
急診	9	1.67	1.32	1	5
住院	27	1.52	1.01	1	5

表 4-18 2000 年乳癌患者平均醫療次數分佈情形

	門診		急診		住院	
	人	百分比	人	百分比	人	百分比
1 次	13	12.1	6	66.7	20	74.1
2 次	14	13.1	2	22.2	2	7.4
3 次	11	10.3	0	0	4	14.8
4 次	5	4.7	0	0	0	0
5 次	5	4.7	1	11.1	1	3.7
6 次	4	3.7	0	0	0	0
7 次	4	3.7	0	0	0	0
8 次	2	1.9	0	0	0	0
9 次	2	1.9	0	0	0	0
10 次以上	47	43.9	0	0	0	0

表 4-19 2000 年乳癌患者醫療費用情形

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	107	1962.85	2753.12	207	14853
急診	9	3853.27	3844.9	500	10834
住院	27	35952.6	17906.58	7681	79327

表 4-20 2000 年乳癌患者平均每次門診給藥日數

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
醫學中心	60	10.13	11.41	0	30
區域醫院	32	13.16	12.75	0	60
地區醫院	12	12.54	14.06	0	30
基層診所	3	0.67	1.16	0	2

表 4-21 2000 年乳癌患者平均住院日數

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
醫學中心	12	7.41	7.18	1	31
區域醫院	11	4.42	2.71	1	11
地區醫院	4	7.8	3.49	6	14

表 4-22 2000 年子宮頸癌患者醫療利用次數情形

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	116	5.28	7.38	1	41
急診	9	1.44	0.73	1	3
住院	43	1.21	0.21	1	3

表 4-23 2000 年子宮頸癌患者平均醫療次數分佈情形

	門診		急診		住院	
	人	百分比	人	百分比	人	百分比
1 次	68	40.2	6	66.7	36	83.7
2 次	20	11.8	2	22.2	5	11.6
3 次	16	9.5	1	11.1	2	4.7
4 次	8	4.7	0	0	0	0
5 次	10	5.9	0	0	0	0
6 次	14	8.3	0	0	0	0
7 次	3	1.8	0	0	0	0
8 次	3	1.8	0	0	0	0
9 次	3	1.8	0	0	0	0
10 次以上	24	14.2	0	0	0	0

表 4-24 2000 年子宮頸癌患者醫療費用情形

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	116	2308.85	8026.57	138	109399
急診	9	2649.23	2966.31	375	8756
住院	43	47298.73	38686.28	9562	223467

表 4-25 2000 年子宮頸癌患者平均每次門診給藥日數

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
醫學中心	67	13.37	12.55	0	30
區域醫院	20	5.74	8.56	0	30
地區醫院	18	6.43	9.87	0	30
基層診所	11	2.44	1.11	0	3

表 4-26 2000 年子宮頸癌患者平均住院日數

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
醫學中心	27	8.76	7.81	2	37
區域醫院	11	6.82	3.99	1	16
地區醫院	5	4	2	1	6

表 4-27 30 歲以上婦女子宮頸抹片篩檢率

分局別	1996	1997	1998	1999	2000	平均
台北分局	8.14%	10.99%	15.73%	18.38%	12.25%	13.01%
北區分局	13.56%	19.50%	18.07%	22.62%	17.96%	18.34%
中區分局	21.97%	25.04%	23.37%	20.68%	15.86%	21.38%
南區分局	16.37%	19.95%	20.71%	23.38%	22.95%	20.67%
高屏分局	24.29%	32.50%	33.27%	36.28%	20.49%	29.37%
東區分局	29.84%	41.47%	41.47%	74.03%	75.58%	52.48%
總計	114.17%	149.45%	152.62%	195.37%	165.09%	
平均	19.03%	24.91%	25.43%	32.56%	27.52%	
東區不看	16.87%	21.60%	22.23%	24.27%	17.90%	

圖4-3 分局別子宮篩檢率趨勢圖

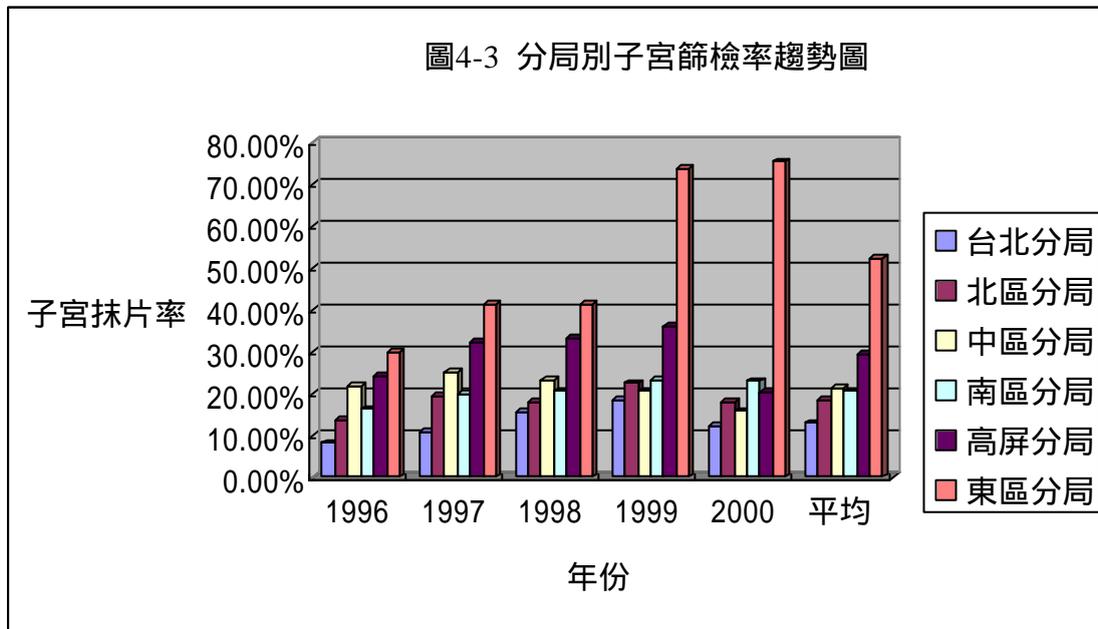


表 4-28 2000 年婦女門診申報人次數前十名疾病

名次	疾病	人次數	百分比
1	急性上呼吸道感染	93431	13.48%
2	齲齒	24918	3.60%
3	急性鼻咽炎	24536	3.54%
4	急性支氣管炎	18366	2.65%
5	急性扁桃腺炎	12441	1.80%
6	急性鼻竇炎	10596	1.53%
7	急性咽炎	9263	1.34%
8	高血壓	9093	1.31%
9	腸胃炎	7523	1.09%
10	急性咽喉炎	7227	1.04%
	其他	475628	68.63%
	總計	693022	100%

表 4-29 2000 年婦女門診申報醫療費用前十名疾病

名次	疾病	總費用	百分比
1	齲齒	31194532	6.52%
2	急性上呼吸道感染	30325276	6.34%
3	慢性腎衰竭	29243653	6.11%
4	高血壓	10337911	2.16%
5	腎衰竭	9921806	2.07%
6	齒髓炎	8665540	1.81%
7	感冒	8117753	1.70%
8	急性支氣管炎	6286561	1.31%
9	糖尿病	6145879	1.28%
10	牙週病	5594126	1.17%
	其他	332616592	69.52%
	總計	478449629	100%

表 4-30 2000 年婦女住院申報人次數前十名疾病

名次	疾病	人次數	百分比
1	完全正常生產	532	9.47%
2	前次剖腹產	135	2.40%
3	泌尿道感染	95	1.69%
4	化學治療	94	1.67%
5	急性腎盂腎炎	93	1.66%
6	肺炎	83	1.48%
7	腸胃炎	75	1.33%
8	臀位產	67	1.19%
9	支氣管性肺炎	60	1.07%
10	急性扁桃腺炎	50	0.89%
	其他	4334	77.14%
	總計	5618	100%

表 4-31 2000 年婦女住院申報醫療費用前十名疾病

名次	疾病	總費用	百分比
1	完全正常生產	6580747	3.45%
2	呼吸衰竭	4016717	2.11%
3	下肢骨關節病	3534796	1.85%
4	前次剖腹產	3502442	1.84%
5	肺炎	3100318	1.63%
6	急性腦梗塞	2882683	1.51%
7	化學治療	2864783	1.50%
8	泌尿道感染	2714842	1.42%
9	充血性心衰竭	2166396	1.14%
10	腦出血	2135472	1.12%
	其他	157168982	82.43%
	總計	190668178	100%

表 4-32 2000 年各自變項與婦女門診利用次數之檢定結果

變項名稱	使用者				Scheffe事後檢定
	人數	平均次數	標準差	統計分析	
總計	43009	16.11	14.42		
傾向因素					
年齡					
1=14以下	9097	16.53	13.12	F=835.28	全都顯著
2=15-24	7259	10.55	8.7	P=0.000***	全都顯著
3=25-34	7176	13.21	11.27		全都顯著
4=35-44	7206	14.36	11.98		全都顯著
5=45-54	5286	17.46	14.68		全都顯著
6=55-64	3180	22.27	18.03		全都顯著
7=65以上	3805	27.51	21.26		全都顯著
能用因素					
投保類別					
第一類	25921	15.73	14.01	F=30.03	(1,2)
第二類	7797	16.41	13.93	P=0.000***	(2,3)
第三類	3628	18.73	16.61		(3,1)
第四類	262	16.47	18.56		
第五類	195	17.98	16.01		
第六類	5206	15.68	14.97		(6,3)
投保身份別					
1=雇主	229	16.7	14.43	F=2.13	
2=受雇者	22913	16.58	14.83	P=0.095	
4=榮民	106	18.56	15.52		
5=眷屬	62	20.6	18.77		
Miss=19699					
投保金額					
1=10000以下	23213	15.53	14.06	F=36.64	(1,2)
2=14001-20000	13524	17.35	15.37	P=0.000***	(2,3)
3=20001-30000	3452	15.83	13.68		
4=30001-40000	1560	15.37	13.07		(4,2)
5=40000以上	1260	15.3	13.14		(5,2)
投保分局別					
1=台北分局	21012	17.14	15.02	F=66.54	(1,all)
2=北區分局	4730	14.01	13.32	P=0.000***	
3=中區分局	7408	16.38	14.35		(3,all)

	4=南區分局	5143	15.43	13.71		(4,all)
	5=高屏分局	4282	14.15	12.99		
	6=東區分局	434	12.32	13.35		
就醫層級別						
	1=醫學中心	3368	20.71	16.48	F=369.81	全都顯著
	2=區域醫院	5134	19.21	15.64	P=0.000***	全都顯著
	3=地區醫院	5952	18.45	16.46		全都顯著
	4=診所	28554	14.52	13.14		全都顯著
是否為低收入						
	1=否	42814	16.1	14.38	T=-3.17	
	2=是	195	19.29	20.05	P=0.002**	(2,1)
需要因素						
是否有慢性病						
	1=否	39323	15.42	13.86	T=-33.17	
	2=是	3686	23.55	17.77	P=0.000***	(2,1)
是否為重大傷病						
	1=否	42682	16.02	14.34	T=-15.32	
	2=是	327	28.25	18.89	P=0.000***	(2,1)

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4-33 2000 年各自變項與婦女門診醫療費用之檢定結果

變項名稱	使用者				Scheffe事後檢 定
	人數	平均 費用	標準差	統計分析	
總計	43009	690.38	2150.12		
傾向因素					
年齡					
1=14以下	9097	455.44	483.03	F=79.32	(1,all)
2=15-24	7259	545.64	733.63	P=0.000***	(2,5) (2,6)
3=25-34	7176	579.83	1602.67		(3,5) (3,6)
4=35-44	7206	570.16	969.17		(4,5) (4,6)
5=45-54	5286	688.86	1699.13		
6=55-64	3180	778.28	2042.05		
7=65以上	3805	1021.98	2984.78		(7,all)
能用因素					
投保類別					
第一類	25921	605.02	1416.5	F=1.37	
第二類	7797	606.06	1422.83	P=0.232	
第三類	3628	667.82	1792.09		
第四類	262	562.47	614.53		
第五類	195	625.25	851.7		
第六類	5206	629.62	1682.79		
投保身份別					
1=雇主	229	640.83	949.66	F=0.151	
2=受雇者	22913	630.79	1492.68	P=0.929	
4=榮民	106	638.07	623.68		
MIS=19699 5=眷屬	62	755.97	964.13		
投保金額					
1=10000以下	23213	594.62	1413.64	F=3.36	
2=14001-20000	13524	651.80	1794.89	P=0.009**	(2,1)
3=20001-30000	3452	596.05	908.41		
4=30001-40000	1560	598.79	834.46		
5=40000以上	1260	609.98	640.51		
投保分局別					
1=台北分局	21012	638.28	1446.01	F=3.64	(1,2)
2=北區分局	4730	561.19	799.37	P=0.003**	
3=中區分局	7408	622.26	1718.51		

4=南區分局	5143	574.92	1444.63		
5=高屏分局	4282	576.96	1797.83		
6=東區分局	434	633.88	1515.42		
就醫層級別					
1=醫學中心	3368	1299.41	3513.59	F=410.01	全都顯著
2=區域醫院	5134	915.65	1975.29	P=0.000***	全都顯著
3=地區醫院	5952	636.31	1474.73		全都顯著
4=診所	28554	472.45	776.16		全都顯著
是否為低收入					
1=否	42814	613.06	1484.6	T=-0.53	
2=是	195	667.88	680.32	P=0.596	
需要因素					
是否有慢性病					
1=否	39323	566.58	1504.82	T=-21.48	
2=是	3686	1111.96	1090.91	P=0.000***	(2,1)
是否為重大傷病					
1=否	42682	580.72	979.34	T=-53.86	(2,1)
2=是	327	4868.72	12074.67	P=0.000***	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4-34 2000 年各自變項與乳癌門診利用次數之檢定結果

變項名稱	使用者			統計分析	Scheffe事後檢定
	人數	平均 次數	標準差		
總計	107	10.46	10.49		
傾向因素					
性別					
0=女性	78	10.92	10.48	T=0.751	
1=男性	29	9.21	10.59	P=0.455	
年齡					
1=14以下	0	0	0	F=0.658	
2=15-24	0	0	0	P=0.622	
3=25-34	6	12.17	10.83		
4=35-44	25	9.4	8.84		
5=45-54	37	11.76	11.79		
6=55-64	24	8.04	7.95		
7=65以上	15	12.2	13.23		
能用因素					
投保類別					
第一類	69	9.54	10.05	F=1.357	
第二類	20	14.65	13.52	P=0.26	
第三類	2	11.5	0.71		
第四類	0	0	0		
第五類	0	0	0		
第六類	16	9.06	7.62		
投保身份別					
1=雇主	0	0	0	T=-.029	
2=受雇者	70	10.66	11.43	P=0.772	
4=榮民	1	14	0		
Miss=36	5=眷屬	0	0	0	
投保金額					
1=10000以下	46	9.89	8.48	F=0.332	
2=14001-20000	36	11.31	11.27	P=0.856	
3=20001-30000	10	11.6	11.02		
4=30001-40000	7	11.86	19.5		
5=40000以上	8	7.25	8.08		
投保分局別					

	1=台北分局	56	9	9.94 F=1.437	
	2=北區分局	15	13.2	15.04 P=0.227	
	3=中區分局	16	10.31	6.8	
	4=南區分局	6	18.5	13.57	
	5=高屏分局	14	10.07	7.86	
	6=東區分局	0	0	0	
就醫層級別					
	1=醫學中心	72	11.71	10.95 F=2.072	
	2=區域醫院	25	9.76	10.04 P=0.109	
	3=地區醫院	8	3.75	2.96	
	4=診所	2	1	0	
是否為低收入					
	1=否	107	10.46	10.49	
	2=是	0	0	0	
需要因素					
是否有慢性病					
	1=否	78	10.51	11.69 T=0.088	
	2=是	29	10.31	6.39 P=0.93	
是否為重大傷病					
	1=否	71	8.48	9.25 T=-2.83	
	2=是	36	14.36	11.77 P=0.006**	(2,1)

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4-35 2000 年各自變項與乳癌門診醫療費用之檢定結果

變項名稱	使用者			統計分析	Scheffe事後檢定
	人數	平均費用	標準差		
總計	107	1962.85	2753.12		
傾向因素					
性別					
0=女性	78	2238.35	3121.65	T=1.713	
1=男性	29	1221.86	1056.57	P=0.09	
年齡					
1=14以下	0	0	0	F=1.472	
2=15-24	0	0	0	P=0.216	
3=25-34	6	692.67	403.56		
4=35-44	25	1865.88	2617.12		
5=45-54	37	1833.68	2889.38		
6=55-64	24	3009.13	3485.28		
7=65以上	15	1277.13	1016.14		
能用因素					
投保類別					
第一類	69	1966.16	2778.49	F=2.43	
第二類	20	1093.25	927.43	P=0.069	
第三類	2	6020.5	7549.78		
第四類	0	0	0		
第五類	0	0	0		
第六類	16	2528.38	3182.97		
投保身份別					
1=雇主	0	0	0	T=-0.974	
2=受雇者	70	2108.09	3196.03	P=0.334	
4=榮民	1	5242	0		
5=眷屬	0	0	0		
投保金額					
1=10000以下	46	1909.23	2224.74	F=0.605	
2=14001-20000	36	1862.92	2726.84	P=0.66	
3=20001-30000	10	3107.9	4967.08		
4=30001-40000	7	1119	793.72		
5=40000以上	8	2025.63	3295.53		
投保分局別					

1=台北分局	56	1567.59	2325.27	F=3.44	
2=北區分局	15	1461.6	1469.24	P=0.011*	
3=中區分局	16	4076.44	4463.53		(3,1)
4=南區分局	6	2868.33	3409.84		
5=高屏分局	14	1277.36	1340.76		
6=東區分局	0	0	0		
就醫層級別					
1=醫學中心	72	2329.04	3263.89	F=1.363	
2=區域醫院	25	1266.44	753.15	P=0.258	
3=地區醫院	8	919.13	516.48		
4=診所	2	1660	961.67		
是否為低收入					
1=否	107	1962.85	2753.12		
2=是	0	0	0		
需要因素					
是否有慢性病					
1=否	78	2092.13	2981.05	T=0.795	
2=是	29	1615.14	2020.98	P=0.428	
是否為重大傷病					
1=否	71	2190.65	2945.68	T=1.205	
2=是	36	1513.58	2299.7	P=0.231	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4-36 2000 年各自變項與子宮頸癌門診利用次數之檢定結果

變項名稱	使用者			統計分析	Scheffe事後檢定
	人數	平均 次數	標準差		
總計	116	5.28	7.38		
傾向因素					
年齡					
1=14以下	1	1		0 F=0.83	
2=15-24	5	1		0 P=0.531	
3=25-34	6	1.83	0.98		
4=35-44	24	5.71	8.61		
5=45-54	26	6.73	10.59		
6=55-64	26	5.62	4.84		
7=65以上	28	4.89	5.82		
能用因素					
投保類別					
第一類	58	6.31	9.6	F=0.977	
第二類	30	4.13	3.75	P=0.406	
第三類	17	3.41	3.78		
第四類	1	12	0		
第五類	0	0	0		
第六類	10	5.2	4.37		
投保身份別					
1=雇主	2	2	1.41	T=-0.634	
2=受雇者	86	5.5	7.76	P=0.528	
4=榮民	0	0	0		
5=眷屬	0	0	0		
Miss=28					
投保金額					
1=10000以下	34	4.88	5.99	F=4.451	(1,3)
2=14001-20000	61	4.59	5.91	P=0.002**	(2,3)
3=20001-30000	10	13.9	15.02		(3,5)
4=30001-40000	5	2.6	3.58		
5=40000以上	6	2.33	2.42		
投保分局別					
1=台北分局	67	5.81	8.17	F=0.668	
2=北區分局	8	2.13	1.73	P=0.616	
3=中區分局	14	6.29	9.85		

	4=南區分局	13	5.08	5.04	
	5=高屏分局	14	3.71	3.1	
	6=東區分局	0	0	0	
就醫層級別					
	1=醫學中心	43	7.7	9.24	F=2.815 (1,3)
	2=區域醫院	18	4.33	5.73	P=0.043*
	3=地區醫院	19	2.63	3.64	
	4=診所	36	4.25	6.42	
是否為低收入					
	1=否	116	5.28	7.38	
	2=是	0	0	0	
需要因素					
是否有慢性病					
	1=否	90	5.09	7.67	T=-0.506
	2=是	26	5.92	6.35	P=0.614
是否為重大傷病					
	1=否	99	4.67	6.6	T=-2.181
	2=是	17	8.82	10.42	P=0.031* (2,1)

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4-37 2000 年各自變項與子宮頸癌門診醫療費用之檢定結果

變項名稱	使用者			統計分析	Scheffe事後檢定
	人數	平均費用	標準差		
總計	116	2308.85	8026.57		
傾向因素					
年齡					
1=14以下	1	290		0 F=1.759	
2=15-24	5	467.6	109.66	P=0.127	
3=25-34	6	711.33	675.28		
4=35-44	24	606.63	579.26		
5=45-54	26	433.31	286.04		
6=55-64	26	639.92	453.11		
7=65以上	28	1023	1335.72		
能用因素					
投保類別					
第一類	58	650.07	532.56	F=5.015	
第二類	30	459.03	311.53	P=0.003**	
第三類	17	1289.71	1622.94		(3,all)
第四類	1	247	0		
第五類	0	0	0		
第六類	10	435.6	346.65		
投保身份別					
1=雇主	2	508	207.89	T=-0.323	
2=受雇者	86	706.57	863.51	P=0.747	
3=榮民	0	0	0		
Miss=28 4=眷屬	0	0	0		
投保金額					
1=10000以下	34	533.09	473.95	F=1.143	
2=14001-20000	61	752.95	968.32	P=0.34	
3=20001-30000	10	542.7	206.94		
4=30001-40000	5	1174	974.83		
5=40000以上	6	441.83	179.26		
投保分局別					
1=台北分局	67	653.51	744.36	F=0.524	
2=北區分局	8	584.13	298.01	P=0.718	
3=中區分局	14	631.71	340.62		

4=南區分局	13	962.62	1452.84		
5=高屏分局	14	584.79	649.28		
6=東區分局	0	0	0		
就醫層級別					
1=醫學中心	43	996.3	1145.76	F=4.425	(1,4)
2=區域醫院	18	573.67	355.52	P=0.006	
3=地區醫院	19	519.79	340.03		
4=診所	36	415.56	335.91		
是否為低收入					
1=否	116	2308.85	8026.57		
2=是	0	0	0		
需要因素					
是否有慢性病					
1=否	90	484.68	360.08	T=-5.337	
2=是	26	1322.38	1343.49	P=0.000***	(2,1)
是否為重大傷病					
1=否	99	621.1	741.75	T=-1.715	
2=是	17	971.41	972.14	P=0.089	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

4- 38 2000 年影響婦女門診利用次數複迴歸

變項名稱	使用者			
	迴歸 係數	標準 誤	T值	P-value
傾向因素				
年齡				
14以下(參考組)				
15-24	-6.191	0.213	-29.125	0.0001***
25-34	-3.826	0.223	-17.151	0.0001***
35-44	-2.903	0.224	-12.937	0.0001***
45-54	-0.247	0.247	-1	0.317
55-64	4.242	0.29	14.631	0.0001***
65以上	8.989	0.276	32.61	0.0001***
能用因素				
投保類別				
第一類(參考組)				
第二類	0.382	0.178	2.143	0.032*
第三類	0.696	0.248	2.803	0.005**
第四類	0.632	0.837	0.755	0.45
第五類	1.628	1.061	1.534	0.125
第六類	0.116	0.312	0.371	0.711
投保身份別				
僱主(參考組)				
受僱者	-0.47	0.359	-1.31	0.19
榮民	-1.354	1.342	-1.009	0.313
眷屬	1.841	1.715	1.073	0.283
投保金額				
10000以下(參考組)				
14001-20000	1.288	0.393	3.274	0.001**
20001-30000	0.612	0.438	1.395	0.163
30001-40000	0.0198	0.501	0.04	0.968
40000以上	-0.2	0.508	-0.394	0.694
投保分局別				
台北分局(參考組)				
北區分局	-2.74	0.217	-12.605	0.0001***
中區分局	-0.334	0.183	-1.828	0.068
南區分局	-1.721	0.211	-8.161	0.0001***
高屏分局	-2.784	0.227	-12.245	0.0001***

東區分局	-4.727	0.654	-7.232	0.0001***
就醫層級別				
醫學中心(參考組)				
區域醫院	-0.611	0.301	-2.03	0.042*
地區醫院	-0.596	0.297	-2.01	0.044*
診所	-3.161	0.260	-12.151	0.0001***
是否為低收入戶				
否(參考組)				
是	1.821	0.968	1.881	0.06
需要因素				
是否有慢性病				
否(參考組)				
是	2.495	0.258	9.67	0.0001***
是否為重大傷病				
否(參考組)	6.629	0.759	8.738	0.0001***
是				

R Square= 0.128

Adjusted R Square=0.128

F=218.055

P=0.000***

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 39 2000 年影響婦女門診醫療費用複迴歸

變項名稱	使用者			
	迴歸 係數	標準 誤	T值	P-value
傾向因素				
年齡				
14以下(參考組)				
15-24	90.038	22.371	4.025	0.0001***
25-34	104.47	23.474	4.45	0.0001***
35-44	76.379	23.615	3.234	0.001**
45-54	144.91	25.944	5.585	0.0001***
55-64	193.51	30.514	6.342	0.0001***
65以上	386.18	29.008	13.313	0.0001***
能用因素				
投保類別				
第一類(參考組)				
第二類	-3.638	18.753	-0.194	0.846
第三類	-14.57	26.127	-0.557	0.577
第四類	-33.5	88.118	-0.38	0.704
第五類	37.685	111.67	0.337	0.736
第六類	36.673	32.835	1.117	0.264
投保身份別				
雇主(參考組)				
受雇者	-58.82	37.783	-1.56	0.12
榮民	-143.3	141.2	-1.02	0.31
眷屬	58.409	180.4	0.324	0.746
投保金額				
10000以下(參考組)				
14001-20000	54.641	41.394	1.32	0.187
20001-30000	24.173	46.121	0.524	0.6
30001-40000	9.856	52.771	0.187	0.852
40000以上	2.616	53.424	0.049	0.961
投保分局別				
台北分局(參考組)				
北區分局	-28.76	22.877	-1.257	0.209
中區分局	21.159	19.253	1.099	0.272
南區分局	-15.47	22.194	-0.697	0.486
高屏分局	-16.91	23.921	-0.707	0.48

東區分局	10.18	68.774	0.148	0.882
就醫層級別				
醫學中心(參考組)				
區域醫院	-254.2	31.68	-8.023	0.0001***
地區醫院	-489.5	31.23	-15.67	0.0001***
診所	-585.1	27.373	-21.37	0.0001***
是否為低收入戶				
否(參考組)				
是	32.055	101.85	0.315	0.753
需要因素				
是否有慢性病				
否(參考組)				
是	71.81	27.156	2.644	0.008**
是否為重大傷病				
否(參考組)	3892.7	79.836	48.759	0.0001***
是				

R Square= 0.086

Adjusted R Square=0.085

F=139.53

P=0.000***

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

第五章 討論

一、 婦女剖腹產、子宮切除率、子宮頸抹片檢查利用情形

在本研究中可發現，我國婦女的剖腹產率在 1996-2000 年是呈現遞增趨勢 (24.44% -35.21%)；此外在分局別剖腹產率方面，高屏分局位居全國之冠，而其中原因值得後續研究探討；另外在全國各醫療層級剖腹產率方面，結果顯示五年來各層級醫療院所的平均剖腹產率並沒有太大的差異；而在醫師診斷與婦女要求剖腹產方面，研究結果發現醫療院所層級越高，婦女要求需剖腹產的比率越低，會有如此現象發生是否因病患對於醫院層級的信心所產生的結果，值得後續研究探討；最後在住院天數方面，一般而言剖腹產患者約在 5 天上下，自然生產約在 3 天上下，其原因應與健保給付政策有關。

在全國婦女子宮切除方面，因健保資料庫中對於東區分局的抽樣人數太少，故東區分局的研究結果排除不看，結果發現高屏分局位居全國之冠，竟高達 39.57 人/每萬婦女，然而其中原因值得後續研究探討。

在子宮頸抹片篩檢率方面，也因資料庫抽樣問題，故東區分局的研究結果排除不看，結果發現台北分局的篩檢率竟為全國最低，且在 1996-1999 年的篩檢率是遞增，但 2000 年卻突然下降，然而其中因素值得後續研究探討。

二、 婦女醫療利用情形

根據行政院主計處 2001 年統計，2000 年國民平均門診次數為 14.8 次（主計處，2001），而本研究中婦女在 2000 年的平均門診次數為 16.11 次，由此可知女性在門診次數上的醫療利用是遠大於男性。但是根據先前的文獻探討中可明顯發現到雖然女性在門診的醫療資源耗費上是遠大於男性，然而在住院與急診的耗用上卻是男性遠大於女性。然而其中因素值得後續研究探討。此外在婦女門診申報方面，研究結果顯示女性在上呼吸道感染與感冒方面的疾病居多；最後在婦女門診申報總費用方面，前五名分別為齲齒、急性上呼吸道感染、慢性腎衰竭、高血壓、腎衰竭，至於齲齒為何高居第一位，根據過去學者的研究，在牙醫門診上，女性約是男性的 2 倍（石曜堂等，1994）應可解釋之。

三、 乳癌、子宮頸癌醫療利用情形

由研究結果可發現，乳癌與子宮頸癌患者對於門診與住院的利用次數並不高，但其醫療費用卻相當驚人，推論其原因可能與疾病嚴重度有關。在乳癌方面，患者為重大傷病者的門診利用次數遠大於非重大傷病者，而門診費用方面以中區分局為最高；另外在子宮頸癌部分，患者的投保金額為 20001-30000 者或有重大傷病，其門診的利用次數為較多，而在門診費用方面，第三類保險人（農漁）與有慢性病的患者在門診醫療的耗費上為最高，然而其中因素值得

後續研究進一步探討。

四、傾向因素對婦女門診利用影響

在年齡方面，在全體研究對象中，年齡層在 55-64 歲及 65 歲以上的婦女之門診利用次數與醫療費用，較其他年齡層高，並且隨者年齡層遞增，門診次數與費用也隨之增加。

五、能用因素對婦女門診利用影響

在投保類別方面，第三類保險對象婦女之門診利用次數、醫療費用大多高於其他投保類別之研究對象，然而第五類（低收入戶）之婦女其門診醫療利用次數與醫療費是大於非低收入者，但其結果並沒有預期中顯著。

在投保身份別方面，投保身份為眷屬之門診利用次數、醫療費用，大多高於其他投保身份之研究對象，其可能原因為眷屬大多為婦女及小孩。

在投保金額方面，投保金額在 14001-20000 元的婦女之門診醫利用次數、皆高於其他各組投保金額之研究對象，此結果顯示出會高度使用門診醫療資源的並非是低收入或是高所得的婦女，而是中下階級的婦女。

在投保分局別方面，居住於台北分局的婦女其門診利用情形高於其

他投保分局，且其皆差異達統計上顯著意義，其主要原因應為台北分局管轄的縣市醫療資源較充裕與就醫可近性較高所致。

在就醫層級別方面，到醫學中心就診的婦女其門診利用情形高於其他各醫療層級院所，且其皆差異達統計上顯著意義，其主要原因應為疾病嚴重度與女性患者對醫院層級的信心問題所致。

依據過去研究，低收入戶婦女可能因為身體狀況不佳、看病免部分負擔等因素而有較高的醫療利用情形；但在本次研究中，低收入婦女之門診利用次數與醫療費用雖然皆高於非低收入的研究對象，但統計上並沒有預期顯著，其主要原因可能為在整個母群體中低收入戶婦女的樣本抽樣太少所導致的現象（總共 195 位）。

六、需要因素對婦女門診利用影響

在是否有慢性病方面，有慢性病之婦女之門診利用次數與醫療費用皆高於沒有慢性病之研究對象，且皆具有統計上顯著意義，其主要原因應為女性的門診利用多集中於中老年齡層，為慢性病的高盛行群。

在是否為重大傷病方面，重大傷病婦女之門診利用次數與醫療費用皆高於非重大傷病的研究對象，且皆具有統計上顯著意義，其主要原因應為重大傷病的婦女其疾病嚴重度應較高，所以對於醫療資源的使用率會提高。

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究所獲得的結論如下：

1. 婦女剖腹產、子宮切除率、子宮頸抹片檢查利用情形

我國婦女的剖腹產率在 1996-2000 年是呈現遞增趨勢。

高屏分局的婦女在剖腹產率、子宮切除率位居全國之冠。

各層級醫療院所在 1996-2000 年剖腹產率上並無太大差異。

婦女自行要求剖腹產的比率會隨著醫院層級遞增而減少。

我國婦女在 1996-1999 年間的平均子宮抹片篩檢率呈現遞增趨勢，但 2000 年卻有下降的現象。

2. 乳癌、子宮頸癌醫療利用情形

乳癌與子宮頸癌的醫療利用次數不多，但其醫療耗用相當驚人。

全國乳癌門診醫療費用以中區分局為最高。

子宮頸癌在第三類保險人（農漁）與有慢性病的婦女中在門診醫療的耗費上為最高。

3. 傾向因素對婦女門診利用影響

在門診醫療利用上，女性是遠大於男性；在住院與急診的醫療

使用上，男性是遠大於女性。

在年齡方面，55-64 歲及 65 歲以上婦女之門診利用高於其他年齡層女性。

4. 能用因素對婦女門診利用影響

在投保類別方面，以第三類保險（農漁）對象之婦女之門診利用較高。

在投保身份方面，以投保身份為眷屬之婦女之門診利用較高。

在投保金額方面，投保金額在 14001-20000 元之婦女之門診利用較高。

在投保分局方面，投保分局為台北分局的婦女其門診利用情形遠高於其他各分局。

在就醫層級方面，至醫學中心看診的婦女其門診利用情形遠高於其他各層級醫療院所。

5. 需要因素對婦女門診利用影響

在是否有慢性病方面，有慢性病之婦女其門診利用高於無慢性病的女性。

在是否為重大傷病方面，有重大傷病之婦女其門診利用高於無重大傷病之女性。

6. 婦女醫療利用情形

在 2000 年門診申報檔中，女性患者以上呼吸道感染與感冒方面的疾病居多。

在 2000 年門診疾病別總申報費用中，女性在齲齒方面為總費用第一名佔 6.52%。

第二節 建議

一、醫療政策方面建議

1.各分局善用標竿學習，以社區為單位宣導來降低子宮除人數與提高子宮頸抹片篩檢率

建議六個分局定期公佈其轄區內的子宮除人數與子宮頸抹片篩檢率，以達標竿學習改善的目的，並結合近年來政府一直所大力推動社區健康營造，加強宣導傳達婦女重要的預防保健觀念，用以降低我國婦女子宮頸癌發生率與子宮切除的浮濫，早期發現早期治療，使醫療資源能有效的被利用。

2.在支付制度調整以降低婦女剖腹產率

我國健保在給付剖腹產與自然產的費用上相差約 2 倍，且隨著醫療院所層級的提昇而增加，如果以目前醫院經營講求績效來看，供給要誘導需求（SID）的可能性非常高，也就是說醫師診斷需要剖腹產的比率可能會受其影響，因此建議在制定支付點數時可考量是否剖腹產與自然產的費用可合理性的拉近，以避免不必要的醫療利用。

3.針對高利用率的特殊族群婦女來加強衛教

以管理上的 2/8 法則而言，若能找出耗用 80% 醫療資源中 20% 的婦女來加以控制管理，應對於整體醫療資源的分配是有益的，以本次研究結果為例，65 歲以上女性、第三類保險人婦女（農、漁）投保金額在 14001-20000 元的婦女、低收入的婦女等，健保局應列為積極強化教育的對象，定期追蹤輔導其正確的就醫觀念，相信應能達到潛移默化的效果。

二、未來研究方面建議

1.加入時間序列研究分析

因健保歸人檔資料庫是依固定的保險對象去抽出連續幾年間的醫療利用情形，本次研究由於時間的考量，未以時間序列的研究方法去分析特定研究議題，因此建議未來研究者可將該方法納入研究時考量，例如去探討同一疾病在各年度的使用藥物情形。

2.探討特殊族群對醫療利用的影響

由於本次研究所獲得的資料庫為 1996-2000 年，軍人尚未納入全民健保之中，在未來幾年的資料庫應可看出軍人的醫療申報情形，故可就此分析其醫療利用情形，此外在投保類別方面，目前的資料庫中無法篩選出原住民的身分，因此建議國衛院能在抽樣時考

量加入此變項，使後面學者能分析原住民與一般民眾的醫療利用差異情形。

3. 利用問卷訪查方式，進行醫療利用研究

由於本研究採用健保局次級資料來分析婦女醫療利用情形，因此所考量的影響因素有限，建議未來研究者應可利用問卷訪查的方式，將其他重要因素納入考量，例如：初或複診、教育程度、婚姻狀況、職業別、社會層級等變項，以強化醫療利用迴歸模型的解釋力。

第三節 研究限制

1. 本研究之研究資料為健保局所提供之申報資料，資料之準確性會有誤差；例如：承保資料檔中在身分別部分有部分遺漏值，且無法辨別出地區人口之投保對象。
2. 本研究假設被保險人投保地區與其戶籍地及醫療資源使用的分局別相同，故研究結果可能會與實際上有些許偏差。
3. 本研究部份變項根據 Aday and Andersen 之醫療服務利用行為模式中的定義，但在本資料庫中沒有適切的資訊套入模式中分析。

參考文獻

英文部分：

1. Aday, L.A. and Shortell S.M. “Indicators and Predicators of Health Service Utilization”. Edited by Williams, S.J. and Torrents, P.R, Introduction to Health Services, 3 rd Ed”, pp.51-81, 1988.
2. Aday, L. A. and Andersen, R. M. “A Framework for the Study of Access to Medical Care”. Health Service Research, Vol.9, No.3, pp.208-220, 1974.
3. Andersen, R. M. and Aday, L. A. “Revisiting the Behavior Model and Access to Medical Care: Dose it matter ?”. Journal of Health and Social Behavior, Vol.22, No.36, pp.1-10, 1995.
4. Ashford, C. ; Jose, B. ; Lecroy, K. ; Craig, W. ; Lortie, D. ; Kathy, E. “ Gender and Health on the Kibbutz”. Sex Roles, Vol.27, No.22, pp.213-231, 1990.
5. Armstrong, H. ; Edward, P. ; Langley, G. ; Paul, C. “ Disease management programs” Amerian Journal of Health-System Pharmacy, Vol.53, No.1, pp128-135, 1996.
6. Backett, K. “ The Construction of Health Knowledge in Middle Class Families ” Health Education Research, Vol.7, No.4, pp.255-274, 1992.
7. Care of Women in U.S. Hospitals, 2000. HCUP Fact Book No. 3. AHRQ Publication No. 02-0044, October 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/data/hcup/factbk3/factbk3.htm>
8. Cheng, S.H. and Chiang, T.L. “ The Effect of Universal Health Insurance on Health Care Utilization in Taiwan - Results from A Natural Experiment”. Journal of the American Medical Association , Vol.278, No.2, pp.89-93, 1997.
9. Doyal , D “ The Relation of Sex-Role Orientation to Self-Perceived Health

- Status in Middle-Aged Males ” Sex Roles, Vol.39, No.15, pp.211-225,1984.
10. Ekenstam, C. “ What Makes Women Sick :Gender and the Political Ecomony of Health ” London:Macmillan, 1995.
 11. Ellrodt, W. ; Gray, D. ;Cook, S. ;Deborah, J. ;Lee, A. “ Evidience-Based Disease Management ” Journal of the American Medical Association, Vol.278, No.20, pp.245-258, 1997.
 12. Gregory, K. ; Korst, L. ; Platt, L. “ Variation in elective primary cesarean rates by hospital organizational factors ” American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol.26, No.184, pp.1521-34, 2001.
 13. Hargraves, J. L. ; Cunningham, P. J. ; Hughes, R. G. “Racial and Ethnic Differences in Access to Medical Care in Managed Care Plans” Health Service Research, Vol.36, No.5, pp.853-867, 2001.
 14. Hunter, B. ; David, J. ; Fairfield, G. “Managed Care : Disease management” British Medical Journal, Vol.315, No.7099, pp.147-166, 1997
 15. Koff, E. ; Rierdan, J. ; Stubbs, M.L. “ Sex Roles,Occupational Roles, and Symptom-Reporting : A Test of Competing Hypotheses on Sex Differences ” Journal of Behavioral Medicine,Vol.46, No.15, pp.355-364, 1992.
 16. Martin, J.A. ; Hamilton, B.E. ; Ventura, S.J. “ Births: Final Data for 2000. National Vital Statistics Reports ” National Center for Health Statistics, Vol.50, No.5, pp.128-160, 2002.
 17. Mckinlay, J.B. “ Some approaches and problems in the study and use of services an overview ” Journal of Health Behavior, Vol.24, No.13, pp.115-152, 1970.
 18. Penrod, J.D. ; McBride,T.D. ; Mueller,K.J. “Geographic Variation in Determinants of Medicare Managed Care Enrollment” Health Service Research, Vol.36, No.4, pp.733-750, 2001.
 19. Rodin, J. ; Siberstein, L. ; Striegel, M. ; Ruth, H. “ Women’s Health: Review and

Research Agenda as we Approach 21st " American Psychologist, Vol.44, No.45,
pp.1018-1034, 1990.

20. Rosenstock, I. M. " Historical Origins of the Health Brief Model " Health
Education Monographs , Vol.2, No.4, pp.328-335, 1974.

21. www.speakingofwomenshealth.com.

22. Warren, E. ; David, N. " Disease management –A system approach to improving
patient outcome " American Hospital Publishing, Inc.,1997.

中文部分：

- 1.行政院主計處，國情統計通報，2001.4.09。
- 2.中央社，“醫界及健保局認為子宮割除術浮濫現象已改善”，健康醫藥電子報，2001.5.12。
- 3.陳麗華，“女性肺癌與子宮頸癌死亡者生命末期健保醫療利用”，衛生與健保統計應用座談會，2002.12.05。
- 4.石曜堂等人，“台灣地區國民自付醫療費用調查：1992年國民醫療保健支出調查之初步發現”，中華衛誌，第13卷，第473-483頁，1994。
- 5.楊勉力，“降低剖腹生產率”，自由時報第12版，1998.11.19。
- 6.徐佩華，“婦女預防保健之評估 - 以子宮頸癌病患抹片檢查利用率為例”，中山大學人力資源研究所碩士論文，2001。
- 7.中央健保局，“全民健康保險統計”，2002。
- 8.張瓊方，“走進秘密花園 - 體檢女性醫療環境”，台灣生活網站電子報，2002.11.09。
- 9.衛生署統計室，臺灣地區醫院平均每日醫療服務量及剖腹產率，2003。
- 10.衛生署統計室，急診醫療費用統計 按疾病別、性別及年齡分，2003。
- 11.衛生署統計室，出院患者平均住院日數統計-按疾病別 性別及年齡分，2003。
- 12.衛生署癌症登記網，民國八十八年癌症登記報告，2003。
- 13.衛生署統計室，腫瘤患者門、住診人數統計 按性別及年齡分，2003。
- 14.衛生署統計室，婦女子宮頸抹片篩檢成果，2003。
- 15.全民健康保險研究資料庫承保抽樣歸人檔網頁
http://www.nhri.org.tw/nhird/date_cohort.htm。
- 16.蘇喜、黃月桂、李承華、郝宏恕、湯靜怡，“健保資料庫在醫療資源耗用及醫療品質監測上之功用”，中華民國公共衛生雜誌，第16卷，第6期，第

527-536 頁，1997。

17.鄭守夏，“全民健康保險學術資料庫簡介”，中華民國公共衛生雜誌，第 18 卷，第 3 期，第 235-236 頁，1999。

18.曾淑芬，“從醫院管理角度論全民健保資料庫”，中華民國公共衛生雜誌，第 18 卷，第 5 期，第 363-372 頁，1999。

19.張菊惠、胡幼慧、張珣，“子宮切除術前醫師告知內容之研究”，婦女與兩性學刊，第 9 期，第 115-144 頁，1998。

20.郭貞吟，“全民健保對醫院剖腹產率之影響”，陽明大學醫務管理學研究所碩士論文，民國 85 年。

21.戴鎮州，“台灣過度醫療行為之研究 - 個性別角色的社會學觀點”，東吳大學社會學研究所碩士論文，2002。