

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

IHAS-350

醫院個別總額對居家照護利用之影響

The Impact of Global Budget on the Home

Healthcare Utilization

指導教授：李 卓 倫 博士

共同指導：黃 光 華 博士

研 究 生：陳 懿 君 撰

中華民國九十五年六月

June 2006

誌謝

中國醫管所碩士班這二年的修業期間，感謝醫管所老師授與學識，提升醫管專業領域學識。學習過程中，感謝同窗好友支持鼓勵與陪伴，感謝在職大哥大姊分享許多寶貴的職場實務經驗。

論文得以順利完成首要感謝恩師李卓倫博士，在研究領域上悉心指導，並提供許多撰寫論文的寶貴意見以及對於統計方法的詳細解說，皆使我的學術專業有所成長。感謝論文共同指導教授黃光華博士於撰寫研究計畫書期間給予指導與建議，並於口試時給予許多寶貴意見。感謝口試委員梁亞文博士，撰寫論文期間承蒙梁老師對論文用心、細心與耐心指導，每將資料寄給老師，總是很快速的回覆並給予意見，老師用心的程度著實讓我覺得感動！

撰寫論文期間，最要感謝的是惠娟姐，每當撰寫內文或統計方法遇到瓶頸時總是給予最大的協助，生活中遇到不盡如意的時候總是耐心聆聽並給予鼓勵。感謝皇室家族成員：嘉欣、珮琳、佳怡、禹彤、冠馨、小珊、名毅，以及在英國攻讀博士學位的富民，不論在學習上或生活上，你們都是我最重要的好朋友。

求學生活中，感謝最敬愛的父母提供生活無虞的求學環境，最愛的家人：爸爸、媽媽、大姊、大哥、大嫂、小妹、冠緯、閔智，是我最大的精神支柱。

最後，能有現階段的成就要特別感謝隆彥，於求學過程一路相伴並不斷的給予加油打氣，你的體貼與包容是我最大的動力來源，謝謝你豐富了我的人生，願與你一起攜手共渡美好的未來！

陳懿君 謹誌

摘要

研究目的：

總額支付制度是目前許多國家為了有效抑制醫療費用持續上漲所採行的策略之一，而我國全民健康保險於 2002 年開始實施醫院個別總額，因此本研究旨在探討全民健康保險醫院個別總額對居家照護醫療利用之影響。

研究方法：

本研究利用國家衛生研究院全民健康保險研究資料庫，2001 年至 2003 年共四組合計 20 萬人之承保抽樣歸人檔，篩選出申報類別為 61、65、66、67 的居家照護使用者，共計 4576 人次為本研究的觀察對象。以描述性統計、t 檢定、單因子變異數分析、相關性檢定、複迴歸等統計方法，分析醫院總額實施前後居家照護醫療利用情形。

研究結果：

- 壹、醫院個別總額實施後，居家照護醫療利用次數較醫院個別總額實施前增加，而平均每次居家照護醫療總費用點數則較醫院個別總額實施前減少。
- 貳、醫院個別總額實施後，居家照護患者門診醫療利用次數、平均每次門診總醫療費用點數、平均每次門診藥費點數皆較醫院個別總

額實施前減少，而平均每次門診用藥天數則較醫院個別總額實施前增加。

參、醫院個別總額實施後，居家照護患者之住院醫療利用次數、平均每次急性住院天數、平均每次慢性住院天數、平均每次住院藥費點數、平均每次住院總醫療費用點數皆較醫院總額實施前減少。

結論：

總體而言，提高居家照護醫療利用率，對於居家照護患者的門診、住院醫療利用與費用都達到降低的效果，居家照護患者所減少的醫療利用部分，可提供更多有急性醫療服務需求的病患接受醫療服務，故建議積極推廣居家照護服務政策。

關鍵字：醫院個別總額、居家照護、醫療利用

Abstract

Purpose:

The global budget is one of the strategies adopted by many countries to reduce the hiking medical expenditure. The purpose of this study was to investigate the impact of global budget on the home healthcare utilization.

Methods:

The source of material came from claims data of 4 sets of sampled registry of beneficiaries of National Health Insurance from 2001 to 2003. Registered codes as 61, 65, 66 and 67 were selected. A total of 4,576 persons were identified from the database of 200,000 samples. We used descriptive analysis, t-test, one-way ANOVA, relevant test and multiple linear regressions to analyze the utilization of home healthcare before and after the global budget.

Results:

After the global budget, the utilization of home healthcare increased than before. The mean total expenditure of home health care was less than before.

About OPD condition, after the global budget, the patient visits, mean total medical payment, and mean medication expenditure were less than before. But mean visit days were more than before.

About inpatient condition, after the global budget, the utilization of inpatient healthcare, mean, length of stay (acute or chronic), mean medication expenditure and the mean total medical payment were less than before.

Conclusions:

In conclusion, the elevation of the utilization of home healthcare could reduce the medication and medical payment of outpatient and inpatient. The reduced part could offer the more needs of acute medical service. So, we suggest that the policy of home healthcare service should be more popularize

Key words: global budget, home healthcare, medical utilization

目錄

誌謝.....	i
摘要.....	ii
Abstract.....	iv
目錄.....	v
表目錄.....	ix
圖目錄.....	xi
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	3
第三節 研究目的.....	6
第二章 文獻探討.....	8
第一節 總額支付制度.....	8
壹、總額支付制度的定義.....	9
貳、總額支付制度支付型態.....	10
參、總額支付制度現況.....	14
第二節 長期照護制度.....	15
壹、長期照護的定義.....	15
貳、長期照護服務類型.....	18
參、我國長期照護發展現況.....	20
第三節 居家照護.....	23
壹、居家照護的定義.....	24
貳、居家照護的歷史沿革與發展.....	27
參、居家照護的服務型態.....	31
肆、居家照護發展的限制.....	32
第四節、全民健康保險居家照護支付制度.....	33
壹、全民健康保險居家照護支付制度內容.....	34
貳、全民健康保險居家照護醫療利用.....	38
第五節 支付制度改變對醫療利用與醫療費用之影響.....	40
第三章 研究方法.....	43
第一節 研究設計與研究架構.....	43
壹、研究設計.....	43
貳、研究架構.....	44
第二節 研究材料與方法.....	45
壹、資料來源.....	45
貳、資料處理.....	45

參、名詞界定.....	47
第三節 資料分析.....	48
壹、描述性統計.....	48
貳、推論性統計.....	49
第四章 研究結果.....	51
第一節 接受居家照護服務者之基本特質.....	51
第二節 醫療服務描述性統計分析.....	55
壹、居家照護醫療利用.....	55
貳、門診醫療利用.....	56
參、住院醫療利用.....	56
肆、居家照護醫療費用.....	57
伍、門診醫療費用.....	58
陸、住院醫療費用.....	59
柒、前五大項慢性疾病醫療利用.....	60
第三節 醫療服務 t 檢定、單因子變異數分析與相關性檢定.....	79
壹、醫院個別總額實施前後醫療利用 t 檢定.....	79
貳、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與居家照護醫療 利用次數之變異性與相關性.....	80
參、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與居家照護用藥 天數之變異性與相關性.....	81
肆、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與居家照護藥費 點數之變異性與相關性.....	81
伍、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與居家照護總醫 療費用點數之變異性與相關性.....	81
陸、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與門診醫療次數 之變異性與相關性.....	82
柒、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與門診醫療用藥 天數之變異性與相關性.....	82
捌、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與門診醫療藥費 點數之變異性與相關性.....	83
玖、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與門診醫療總費 用點數之變異性與相關性.....	83
拾、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與住院次數之變 異性與相關性.....	83
拾壹、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與急性住院天 數之變異性與相關性.....	84
拾貳、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與慢性住院天 數之變異性與相關性.....	84

拾參、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與住院醫療藥費點數之變異性與相關性.....	85
拾肆、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與住院總醫療費用點數之變異性與相關性.....	85
第四節 醫院個別總額實施前後醫療利用與醫療費用迴歸分析.....	101
壹、醫院個別總額實施前後居家照護醫療利用次數與費用點數迴歸模式.....	101
貳、醫院個別總額實施前後門診醫療利用次數與費用點數迴歸模式.....	101
參、醫院個別總額實施前後門診用藥天數與費用點數迴歸模式.....	102
肆、醫院個別總額實施前後住院醫療利用次數與費用點數迴歸模式.....	102
第五節 醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔總門診、住院醫療利用與醫療費用迴歸分析.....	107
壹、醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔門診醫療利用次數與費用點數迴歸模式.....	107
貳、醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔門診用藥天數與藥費點數迴歸模式.....	108
參、醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔住院醫療利用次數與費用點數迴歸模式.....	108
第五章 討論.....	112
第一節 基本特質之討論.....	112
第二節 醫院個別總額實施前後居家照護醫療利用與費用變化之討論....	113
第三節 醫院個別總額實施前後門診醫療利用與費用變化之討論.....	114
第四節 醫院個別總額實施前後住院醫療利用與費用變化之討論.....	116
第五節 研究發現之政策意涵.....	117
壹、醫療政策面.....	117
貳、醫院管理面.....	119
第六章 結論與建議.....	121
第一節 結論.....	121
壹、研究對象居家照護醫療利用.....	121
貳、研究對象門診醫療利用.....	122
參、研究對象住院醫療利用.....	122
第二節 建議.....	123
壹、對衛生主管機關之建議.....	123
貳、對後續研究者之建議.....	124
第三節 研究限制.....	125

參考文獻.....	126
英文部分.....	126
中文部分.....	128



表目錄

表 1-1.1、1995 年至 2003 年居家照護機構家數.....	2
表 1-1.2、1997 年至 2003 年居家照護訪視人次.....	3
表 1-1.3、2001 年至 2003 年全民健保居家照護申報點數、件數、 每件平均金額.....	3
表 1-2.1、2001 年至 2003 年全民健保門診與住院之申報點數、件 數、每件平均金額.....	5
表 2-1.1、總額支付制度與論量計酬支付制度比較表.....	12
表 2-1.2、總額支付制度優缺點.....	13
表 2-2.1、國內外學者、組織對長期照護定義一覽表.....	16
表 2-2.3、台閩地區機構式長期照護家數與床數分佈表—依機構 類別分（至 94.02.28）.....	22
表 2-3.1、國內外學者、組織對居家照護定義一覽表.....	25
表 2-3.1、國內外學者、組織對居家照護定義一覽表(續).....	26
表 2-3.2、居家照護的歷史沿革與發展一覽表.....	28
表 2-3.2、居家照護的歷史沿革與發展一覽表（續 1）.....	29
表 2-3.2、居家照護的歷史沿革與發展一覽表（續 2）.....	30
表 2-4.1、診斷疾病別與護理訪視費.....	35
表 2-4.2、健保居家照護支付制度—資源耗用群組的分類與支 付金額.....	36
表 2-4.3、居家照護醫療費用申報-依特約類別，2001-2003.....	39
表 2-5.1、支付制度改變之相關文獻探討.....	42
表 4-1.1、基本特質.....	53
表 4-1.2、各年之性別、年齡描述性分析.....	54
表 4-2.1、醫院個別總額實施前後，居家照護、門診與住院醫療 利用次數.....	64
表 4-2.2、2001 年至 2003 年居家照護、門診與住院醫療利用次數.....	65
表 4-2.3、醫院個別總額實施前後，居家照護、門診與住院醫療 費用點數.....	66
表 4-2.4、醫院個別總額實施前(2001.01.01-2002.06.30)居家照護、 門診與住院醫療費用點數--性別.....	67
表 4-2.5、醫院個別總額實施前(2001.01.01-2002.06.30)居家照護、 門診與住院醫療費用點數--年齡.....	68
表 4-2.6、醫院個別總額實施後(2002.07.01-2003.12.31)居家照護、 門診與住院醫療費用點數--性別.....	69
表 4-2.7、醫院個別總額實施後(2002.07.01-2003.12.31)居家照護、 門診與住院醫療費用點數--年齡.....	70

表 4-2.8、2001 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--性別.....	71
表 4-2.9、2001 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--年齡.....	72
表 4-2.10、2002 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--性別.....	73
表 4-2.11、2002 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--年齡.....	74
表 4-2.12、2003 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--性別.....	75
表 4-2.13、2003 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--年齡.....	76
表 4-2.14、醫院個別總額實施前後，前五大項慢性疾病醫療利用	77
表 4-2.15、醫院個別總額實施前與實施後，前五大項慢性疾病醫 療利用	78
表 4-3.1、醫院個別總額實施前後醫療利用 independent t-test	86
表 4-3.2、研究對象醫療利用 paired t-test	87
表 4-3.3、性別、年齡、疾病別與居家照護醫療次數之關係	88
表 4-3.4、性別、年齡、疾病別與居家照護用藥天數之關係	89
表 4-3.5、性別、年齡、疾病別與居家照護藥費點數之關係	90
表 4-3.6、性別、年齡、疾病別與居家照護總醫療費用點數之關係	91
表 4-3.7、性別、年齡、疾病別與門診醫療次數之關係	92
表 4-3.8、性別、年齡、疾病別與門診用藥天數之關係	93
表 4-3.9、性別、年齡、疾病別與門診藥費點數之關係	94
表 4-3.10、性別、年齡、疾病別與門診總醫療費用點數之關係	95
表 4-3.11、性別、年齡、疾病別與住院次數之關係	96
表 4-3.12、性別、年齡、疾病別與急性住院天數之關係	97
表 4-3.13、性別、年齡、疾病別與慢性住院天數之關係	98
表 4-3.14、性別、年齡、疾病別與住院藥費點數之關係	99
表 4-3.15、性別、年齡、疾病別與住院總醫療費用點數之關係	100
表 4-4.1、居家照護醫療利用次數與費用點數迴歸模式	103
表 4-4.2、門診醫療利用次數與費用點數迴歸模式	104
表 4-4.3、門診用藥天數與藥費點數迴歸模式	105
表 4-4.4、住院醫療利用次數與費用點數迴歸模式	106
表 4-5.1、承保抽樣歸人檔總體門診醫療次數與費用點數迴歸模式 ..	109
表 4-5.2、承保抽樣歸人檔總體門診用藥天數與藥費點數迴歸模式...	110
表 4-5.3、承保抽樣歸人檔總體住院醫療次數與費用點數迴歸模式 ..	111

圖目錄

圖 2-1、台閩地區長期照護機構歷年成長圖（1995-2003）	21
圖 3-1.1、研究架構	44
圖 3-1.2、研究期間	43



第一章 緒論

本章共分為三節，首先於第一節敘述本研究之研究背景；第二節敘述本研究之研究動機；第三節敘述本研究之研究目的。

第一節 研究背景

根據行政院經濟建設委員會人口統計資料顯示，我國於 1980 年代已產生人口加速老化的現象，至 1993 年 9 月底的人口統計資料顯示我國 65 歲以上老年人口數已經達到 1,485,200 人佔總人口數的 7.09%，正式邁入世界衛生組織(WHO)所界定之『高齡化社會』(aging society)；至 2003 年底止的十年之間，老年人口增加到 2,087,734 人，佔總人口數 9.24% (行政院經濟建設委員會，2004)。

受到人口結構高齡化、疾病型態慢性化、照護時間長期化、家庭結構、功能的轉變與社會價值觀變遷等因素的影響，使得長期照護的需求日益殷切。故現代的醫療與護理對健康照護之需求不僅是強調『治癒』，同時更重視『照護』，因此世界主要國家的長期照護政策，均改變以往興建長期照護機構的策略，而改以推行『在地老化』(aging in place) 為政策目標 (OECD,1996)。

『在地老化』是先進國家對於長期照護政策的共識，而整體的政策主軸為推動社區式 (community-based services) 及居家式照護服務。

在地老化主要是希望讓老人具有獨立自主的生活，使老人留在社區家中得到人性化的照護，而另一方面則是希望能降低機構式照護的費用支出，因此，居家照護服務在政策制度下迅速發展。

1994 年全民健保開辦前居家照護機構家數只有 51 家，1995 年全民健保開辦後，居家照護機構家數增加為 84 家，1997 年全民健保居家照護給付方式採『資源耗用群組』（Resources Utilization Groups, RUGs）為支付標準，居家照護機構家數成長至 144 家，2002 年全民健保實施醫院總額支付制度時，居家照護機構家數共計有 404 家，至 2003 年居家照護機構家數已增加至 423 家（中華民國長期照護專業協會，2005），如表 1-1.1 所示。可見這幾年間隨著健保制度不斷的改變，尤其是總額支付制度的實施，居家照護機構家數以極快的速度成長，顯示國內醫院對醫療費用控制的重視，同時也顯示出對居家照護市場有極大的需求。

表 1-1.1、1995 年至 2003 年居家照護機構家數

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
居家照護機構家數	84	97	144	171	238	313	358	404	423

資料來源：中華民國長期照護專業協會，2005

在訪視的次數方面，1997 年居家照護訪視人次為 74,669 人次，2001 年的居家照護訪視人次為 230,677 人次；2002 年居家照護訪視人次已增加為 286,030 人次，至 2003 年居家照護訪視人次已增加為

345,482 人次(中華民國長期照護專業協會,2005)(如表 1-1.2 所示)。

由此可見居家照護需求人數呈現持續增加的趨勢。

表 1-1.2、1997 年至 2003 年居家照護訪視人次

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
居家照護 訪視人次	74,669	109,285	153,266	186,987	230,677	286,030	345,482

資料來源：中華民國長期照護專業協會，2005

2001 年至 2003 年全民健保居家照護醫療費用申報點數分別為：203,148,624 點、237,475,112 點、411,281,505 點；申報件數分別為：108,476 件、122,032 件、190,861 件，在醫療費用申報點數與申報件數皆呈現增加之趨勢(如表 1-1.3 所示)。此結果顯示居家照護醫療利用已開始受到重視，同時顯示使用之人數呈現上升之趨勢。

表 1-1.3、2001 年至 2003 年全民健保居家照護申報點數、件數、每件平均金額

	2001			2002			2003		
	申報 點數	件數	每件 平均 金額	申報 點數	件數	每件 平均 金額	申報 點數	件數	每件 平均 金額
總 計	203148624	108476	1873	237475112	122032	1946	411281505	190861	2155

資料來源：行政院衛生署，2005。

第二節 研究動機

1995 年 3 月 1 日全民健康保險開辦之後，使國人都能獲得最基本的醫療保障，因而獲得民眾極高的就醫滿意度，卻也致使健保醫療

支出節節攀升，台灣的健保支出成長的非常快速的主因是健保實施之初採行論量計酬（Fee for Service, FFS）支付制度，在論量計酬支付制度之下，最大的問題即在於鼓勵醫療院所多提供服務而非鼓勵將病人治癒，最後造成量不斷的成長，導致健保醫療支出持續上升（李卓倫等，2001）。

依據全民健康保險統計動向資料顯示，2001年至2003年全民健保居家照護醫療費用申報點數分別為：203,148,624點、237,475,112點、411,281,505點；申報件數分別為：108,476件、122,032件、190,861件；平均每件申報點數分別為：1,873點、1,946點、2,155點。2001年至2003年全民健保門診醫療費用申報點數分別為：206,917,533,763點、224,341,612,685點、234,789,158,543點；申報件數分別為：313,946,781件、317,501,186件、314,849,260件；平均每件申報點數分別為：659點、707點、746點。2001年至2003年全民健保住院醫療費用申報點數分別為：104,629,359,786點、115,362,851,065點、118,497,045,172點；申報件數分別為：2,814,986件、2,945,904件、2,733,966件；平均每件申報點數分別為：37,169點、39,160點、43,343點（如表 1-1.3、表 1-2.1 所示）（全民健康保險統計，2003）。

表 1-2.1、2001 年至 2003 年全民健保門診與住院之申報點數、件數、每件平均金額

	門診			住院		
	申報 點數	件數	每件平均 金額	申報 點數	件數	每件平均 金額
2001	206917533763	313946781	659	104629359786	2814986	37169
2002	224341612685	317501186	707	115362851065	2945904	39160
2003	234789158543	314849260	746	118497045172	2733966	43343

資料來源：行政院衛生署，2005。

控制醫療支出的方法，分別可從需求面、供給面、控制預算及整體醫療制度著手（Abel-Smith,1984; Stevens,1993）。依據先進國家在醫療費用控制方面的經驗顯示，由總體醫療支出的控制著手，較易成功的達成費用控制目標，因此總額支付制度（global budget scheme）逐漸成為先進國家維持健康保險財務穩定的一項重要策略（Culyer,1989）。

台灣在保費不易調漲之下，為使醫療費用支出趨於合理遂引進總額支付制度，我國自 1998 年 7 月 1 日開始實施牙醫門診總額支付制度；2000 年 7 月 1 日實施中醫門診總額支付制度；2001 年 7 月 1 日實施西醫基層總額支付制度；2002 年 7 月 1 日實施醫院總額支付制度。

醫院總額支付制度的實施將使醫院更加著重於費用控制，邱亨嘉（1996）提到急性醫院常有病情穩定之慢性病人滯留的情形，而這些滯留病人耗用了相當可觀之醫療資源（約 17 億元）。由國外實施前瞻

性支付制度（prospective payment system, PPS）的經驗顯示，醫院管理當局多以縮短平均住院日為手段以達到其財務目的，可藉由將病情穩定之病患轉為接受居家照護的方式，以增加醫院之病床使用率同時避免住院醫療不當使用（邱亨嘉，1996）。

第三節 研究目的

總額支付制度是目前許多國家為了有效抑制醫療費用持續上漲所採行的策略之一，總額支付制度的設計改變過去從需求面抑制醫療費用上漲的策略，致使醫療服務供給者需負擔醫療費用上漲的責任。由國外實施前瞻性支付制度的經驗顯示醫院管理當局多以縮短平均住院日為手段以達到其財務目的，因此，醫院紛紛採取多角化（diversification）的經營策略進入居家照護此一產業，或快速的將病人轉入居家照護或護理之家。

我國全民健保於 2002 年開始實施醫院個別總額，因此，本研究欲瞭解全民健保醫院個別總額實施對居家照護醫療利用之影響。基於以上陳述，本計畫的目的可以整理為：

- 一、瞭解醫院個別總額實施前後對居家照護醫療利用之影響（包括居家照護次數、居家照護用藥天數、居家照護藥費點數、居家照護總申請醫療費用點數等）。

二、瞭解醫院個別總額實施前後，居家照護服務接受者之門診醫療與住院醫療資源使用概況（包括門診次數、門診用藥天數、門診藥費點數、門診總申請醫療費用點數、住院次數、急性病房天數、慢性病房天數、住院藥費點數、住院總申請醫療費用點數等）。

三、瞭解接受居家照護服務者罹患之慢性疾病中，前五大項慢性疾病健保資源使用率，在醫院個別總額實施前後醫療利用的變化。



第二章 文獻探討

本章共分為五節，首先將於第一節探討全民健保總額支付制度與實施現況；第二節探討長期照護制度；第三節探討居家照護的歷史沿革與發展；第四節探討全民健康保險與居家照護支付制度；第五節探討支付制度改變對醫療利用與醫療費用之影響。

第一節 總額支付制度

全民健康保險於開辦之初主要採行論量計酬制度（FFS），在此制度下醫事人員缺乏分擔財務風險的誘因，致力於衝高服務量，而致使醫療費用支出高漲。總額支付制度具有協商機制，利於解決「資源有限」的基本問題，並可透過醫療費用總額預算的重新分配，解決醫療資源分配不均的問題，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險（全民健康保險醫療費用協定委員會，2005）。

醫療費用的支付，可以分為三大類型：（一）回溯性支付制度（retrospective payment system）：患者接受醫療服務後，醫療提供者以完全成本向保險單位請求給付；（二）前瞻性支付制度（PPS）：醫療提供者與保險單位訂定契約，預先針對醫療行為設定標準支付金額。依不同支付基準可歸類為六種方式，包括論量計酬制、論日計酬制、論入院次數計酬制、論病例計酬制、論人計酬制及總額支付制度；

(三) 競爭性支付制度 (competitive system): 美國 HMO 組織即屬於此類制度，消費者與 HMO 組織簽約後可獲得特定範圍的健康照護。HMO 組織的收入是按照人頭計費，而 HMO 組織必須以品質與價格吸引消費者，彼此間有競爭性。世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 在 2000 年的年報中提出醫療體系要透過制度化的整合與提供適當誘因，來增進整體醫療的績效，同時認為實施總額支付制度，是有效控制國家醫療費用的方法 (Yakoboski, 1994; Etter & Perneger, 1998; Ensor & Amannyazova, 2000)。

總額支付制度已成為許多國家為了有效抑制醫療費用持續上漲所採行的策略之一，總額支付制度的設計改變過去從需求面抑制醫療費用上漲的策略，致使醫療服務供給者需負擔醫療費用上漲的責任 (李卓倫等, 2001)。

壹、總額支付制度的定義

總額支付制度係指醫療付費者(即保險人;在我國為中央健保局)與醫療提供者(即醫療相關機構)，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段時間(通常為一年)內健康保險醫療服務總支出(預算總額)，以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度(全民健康保險醫療費用

協定委員會，2005)。

貳、總額支付制度支付型態

總額支付制度在實際運作上，可分為下列兩種支付型態（全民健康保險醫療費用協定委員會，2005）：

一、支出上限制（expenditure cap）

預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

二、支出目標制（expenditure target）

預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務利用量超過標準值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標。在醫療費用控制效果部

分，由於支出目標制並非固定整體預算金額，將超出設定之服務量打折計算，故可能造成醫療費用上漲的壓力；另一方面，支出上限制之支付總額是已限定的，無論服務量多寡都不會影響此金額之增減，故醫療費用的控制效果較佳。病人就醫權益影響部分，支出目標制及上限制均可能會造成減少服務量或拒收病人之情形，而影響病患就醫權益。醫療供給者收入影響的部分，在支出目標制下能夠預先得知支付價格，醫療提供者較能明確得知其收入水準而節制其服務量，將影響收入的風險減至較低程度；但在支出上限制下，醫療提供者無法預知未來支付價格，為了提高本身收入而衝高服務量（林霖，2002）。

茲將總額支付制度與論量計酬支付制度比較，及總額支付制度之優缺點整理如表 2-1.1、表 2-1.2（全民健康保險醫療費用協定委員會，2005）：

表 2-1.1、總額支付制度與論量計酬支付制度比較表

區分	總額支付制度	論量計酬支付制度
費用控制	因預知年度預算總額，醫事服務提供者將發揮同儕制約的效果，促使醫療費用的成長趨於合理。	醫事服務提供者因無須分擔財務風險，缺乏節約醫療資源的誘因，導致易提供過度醫療服務，促使醫療費用上漲。
醫師診療模式	減少醫事服務提供者以量取酬的誘因，使服務量合理化。	醫師不必考慮保險成本，容易增加服務量與服務密度。
行政作業	醫事服務機構的輔導作業，可由醫師公會內部參與規範及運作，賦予醫療專業團體較大的自治空間。	由健保局對特約醫事服務機構進行輔導作業。
專業自主性	支付標準訂定及醫療服務審查由供給者主導，故醫事服務提供者擁有高度專業自主權。	支付標準訂定及醫療服務審查由保險人主導，相較之下，醫事服務提供者的專業自主性較低。
病人求診行為	醫師為提高每點金額，且在同儕制約下，病人求診次數不易受到誘發。	醫師為提高收入，易產生誘發病人求診的情況。

資料來源：全民健康保險醫療費用協定委員會

表 2-1.2、總額支付制度優缺點

總額支付制度	
優點	<ol style="list-style-type: none">一、醫療費用的成長可以控制在合理範圍內。二、醫事服務提供者由於預知全年預算總額，可減少以量取酬的誘因，並配合醫療院所及醫師檔案分析的運用，可使服務行為合理化。三、在固定年度總額的前提下，醫事服務團體可以自訂支付標準及主導專業審查，專業自主權得以提升；另一方面可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理。四、藉由付費者與供給者共同協商，加強雙方成本意識，並使雙方權益顧及平衡。
缺點	<ol style="list-style-type: none">一、參與協商的各方，如不具備充分的協調能力與準備，難使協議順利達成。二、總額支付制度必須配合其他支付基準（如論人計酬、論病例計酬等），否則難以鼓勵醫師改變診療行為，使之趨於合理。三、醫療服務提供者自主審查，如審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣的不公平現象。四、如事前缺乏完整的監控機制，則服務品質可能受到影響，導致被保險人的權益受損。

資料來源：全民健康保險醫療費用協定委員會

參、總額支付制度現況

有鑑於公勞農保時代採行論量計酬支付制度，致使醫療費用節節攀升造成財務嚴重虧損，因而學習歐美等先進國家針對醫療費用上漲所採行的策略，制訂總額支付制度，並將之納入全民健康保險法（李卓倫等，2001），故全民健康保險在第一期及第二期規劃時，即將實施總額支付制度納入規劃重點，並於全民健康保險法第四十七條至第四十九條以及第五十四條加以明文規定。

為了避免總額支付制度的實施對醫院造成過大的衝擊，因此以分階段、分類別的方式試辦與實施總額支付制度。依據全民健康保險法第四十八條規定，設置全民健康保險醫療費用協定委員會，並依據全民健康保險法第四十九條規定，全民健康保險醫療費用協定委員會應於每年度開始三個月前，在行政院核定當年度醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用分配比例。門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師的門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度（李卓倫等，2001）。

行政院衛生署依據全民健康保險法第五十四條規定，採分階段實施方式辦理（全民健康保險醫療費用協定委員會，2005），自 1998 年

7月1日開始實施牙醫門診總額支付制度；2000年7月1日實施中醫門診總額支付制度；2001年7月1日實施西醫基層總額支付制度；2002年7月1日實施醫院總額支付制度。

第二節 長期照護制度

長期照護所提供服務的對象為日常生活活動（activities of daily living, ADLs）或工具性日常生活活動（instrumental activities of daily living, IADLs）能力缺損者、或失智者及其家庭（阮玉梅等，2004）。

隨著人口結構高齡化、疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護問題複雜化及照護時間長期化；在醫療科技與公共衛生水準提升、家庭結構與功能的轉變、獨居老人比例增加、生育率低於替換水準與社會價值觀變遷等因素的影響，使得長期照護的需求日益殷切（藍忠孚、熊惠英，1993）。

壹、長期照護的定義

長期照護橫跨衛政及社政兩大領域，牽涉到廣泛且複雜的人、事、物以及環境，因此各方對於長期照護也會因為人、時、空的不同而做出不同的解讀。茲將國內、外學者、組織對於長期照護的定義整理如表 2-2.1 所示：

表 2-2.1、國內外學者、組織對長期照護定義一覽表

年代	學者、組織	長期照護定義
1982	Brody	長期照護是針對罹患慢性疾病或心理疾病，所造成身心障礙而住進各類長期照護機構的人，提供診斷、治療、復健、預防、支持性與維護性等連續性服務，目的在於使這些接受長期照護者的身體、心理及社會功能各方面都能達到最佳狀態。
1982	Winn	長期照護是一項服務範圍非常廣泛的連續性服務措施，可以長期提供缺乏自我照顧能力民眾的社會保護及醫療需要。
1987	Kane & Kane	長期照護的照護期間是「長期」的，亦即長期照護是對先天或後天失能者提供一段長時間持續的服務，服務可能是連續性也可能是間歇性的。服務對象的界定由以「疾病診斷」為依據改為以「功能」程度為指標，提供服務的內容包括健康照護、個人照顧和社會服務。
1987	Weissert	長期照護的目標在於增進身體、社會及心理各方面功能狀態，服務對象包含全部年齡組人口，具有慢性身心障礙者均為其服務對象，提供診斷、治療、復健、支持及維持服務，而這些服務可藉由機構、非機構及家庭中提供。
1993	藍忠孚	長期照護旨在提供慢性病患或是失能的人口，關於醫療、個人、社會及心理一段長時間（六個月）的照護服務。
1995	徐永年等	長期照護體系是一連續性及綜合性的照護服務，所包含的層面不僅需有醫療體系的醫療服務，更需有社會福利與生活照護的相互配合。
2004	陳惠姿	長期照護是一系列的照顧服務，依照失能者（失去體能或智能者）所保有的功能，以合理之價格在合適之場所，由適當的服務者在適當的時段提供恰如所需之服務。

表 2-2.1、國內外學者、組織對長期照護定義一覽表（續）

年代	學者、組織	長期照護定義
2004	李世代	長期照護是一種健康、生活、安全照顧等相關事務的描述，屬於一種服務理念、理想，亦是一種服務目標、使命之方向。
1993	美國護理學會	長期照護是一種提供大眾生理、心理、靈性、社會與經濟層面之需求，使大眾得以恢復、維持或重建健康之服務體系，提供因疾病或殘障所造成之自我照顧或獨立生活能力缺損者，終其一生所需之醫療與生活協助，服務之提供應跨越醫療機構需擴展至社區與家庭。
1993	加拿大政府	長期照護是提供連續性的照顧服務，以協助個人得以獨立居住在自己家裡，若有必要則協調相關機構，使其獲得所需之機構式照護。
1994	德國聯邦政府	長期照護是個人因疾病、生理或心理殘障，無法適應每日生活活動，需要高層次的協助持續六個月以上，這些協助包括日常生活支持、監護及指導，其目標是恢復個人生活的獨立性。
1995	美國聯邦政府	長期照護是慢性病或精神病患所提供的包含診斷、治療、復健、預防、支持與維護等一系列服務，其服務措施包含機構式與非機構式的照護，目的在提升或維持受照顧者最佳的身、心、社會功能狀態。
1995	行政院衛生署	長期照護是針對須長期照護者提供綜合性與連續性之服務。服務內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性與社會性服務。其服務對象不僅需包括病患本身，更應考慮到照護者的需要。
1996	台北市政府	長期照護是對身心障礙者，在一段長時間內，提供一套包含醫療與生活照護之支持系統，主要服務對象為居住於社區或機構中，身體功能障礙且需依賴他人幫忙日常生活的人。照護時間是長期的目標在於增進或維持身體功能及獨立生活的能力。

資料整理自：蘇逸玲（2005）；李世代（2004）；黃筱薇（2000）；駱巧玲（1999）

綜合上述學者之論點，長期照護提供對於身心健康或生活無法自理的人，給予其持續性的醫療、護理及日常生活的照料，維持其應有的生活品質。長期照護，是對具有長期生活功能障礙或生病無法自我照顧的人，提供一段持續性的協助，幫助他們改善或恢復正常生活（Benjamin,1996）。包含（一）活動的照顧（例如準備食物、清潔、交通接送、購物、洗澡、漱洗、更衣、上廁所、移動、餵食等）；（二）減輕功能障礙的各種專業服務：評估、復健和治療；（三）環境改善方案（環境評估、裝修、輔具設備提供等，讓功能障礙者更容易增進活動能力）。

貳、長期照護服務類型

國內長期照顧服務模式萌芽於 1990 年代，近年來無論在服務量、服務品質或設施的數量上都有明顯的成長（吳淑瓊、江東亮，1995）。我國長期照護建構模式分為三大類：機構式照護（institution mode）、社區式照護（community mode）、居家式（到宅式）（in home mode）（吳淑瓊、江東亮，1995）。長期照護依對象不同的需求提供不同型態的服務，經由彙整後，可以從表 2-2.2 中瞭解長期照護各種型態、各機構型態的區別、收案對象、機構名稱、服務方式、照顧時間及地點。

表 2-2.2、長期照護服務型態

型態	機構式	社區式	居家式
定義	指住在醫院、護理機構、安養機構中接受全天候的照顧。	在社區之照護中心，以團體活動或視個人健康狀況，提供需求者全方位的生活照護，例如學習才藝、知識、技能等。	指住在家中由家人、親友或付費請人來家中照顧，諸如：僱傭、看護申請、居家護理、居家服務等。
收案對象	1.安置頤養天年 2.癱瘓者 3.日常生活重度障礙者 4.需專業醫護人員照護者	1.生活可自理的老人。 2.日常生活能力輕度障礙者。	病情穩定或復原中，但仍需在家接受醫療、護理或一般生活之照顧，如更換新管（導尿管、引流管、鼻胃管、氣管插管等）、行動扶持、餵食及家事服務等。
機構名稱或服務方式	1.安養中心 2.護理之家 3.療養機構 4.養護之家 5.急慢性醫院 6.長青公寓 7.喘息暫托照護	1.日間照護 2.喘息（暫托）照護 3.臨時托老中心 4.送餐服務 5.緊急呼救 6.電話問安	居家護理 居家服務
照護時間	廿四小時全天候	視實際需求而定	視實際需求而定
照護地點	照護機構	活動中心或照護中心	自己家裡

資料來源：行政院衛生署，2005。

參、我國長期照護發展現況

台灣長期照護之服務提供機構包含：社會福利體系（簡稱為社政體系）及醫療服務體系簡稱（醫政或衛政體系）兩大行政體系；另外退除役官兵輔導委員會所屬的榮民之家亦自成一體系，即榮民體系（吳淑瓊，1998），三大體系所屬的主管單位有所不同，提供服務項目也就有所差異。

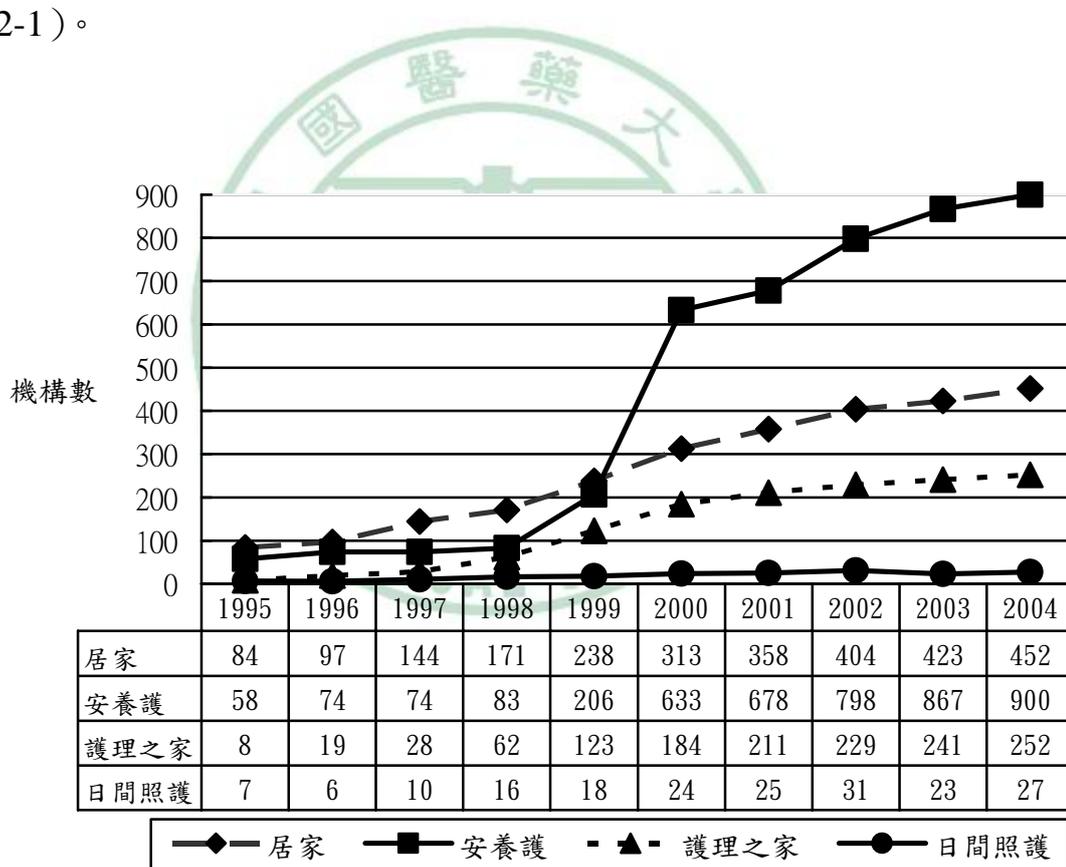
社會福利體系的主要法源依據為「老人福利法」及「身心障礙者保護法」；所屬主管單位在中央為內政部社會司，在直轄市為直轄市政府社會局，縣（市）為縣（市）政府社會科（課）。

醫療服務體系主要法源依據為「醫療法」及「護理人員法」。所屬主管單位在中央為行政院衛生署，在直轄市為直轄市政府衛生局；縣（市）為縣（市）政府衛生局。

榮譽國民之家（榮民體系）直屬於行政院國軍退除役官兵輔導委員會，設立目的是為了安置因戰（公）受傷成殘或因體能傷殘無能力工作，或年老無固定收入，生活無助的退除役兵官，使其晚年能獲得妥善照顧，並頤養天年。安置對象包含現役官兵因戰（公）傷病成殘障或榮民體能傷殘；失去工作能力者或年滿六十歲；未支領軍公教月退休俸（金）；無固定收入、無積蓄、無恆產、生活無助者。

高齡者照護需求，有賴政府與民間充分合作規劃，提供完善高齡

化照護方案並建立完善的照護體系，以因應高齡化的趨勢，而市場供需的平衡將會影響長期照護機構的品質。政府鑑於我國人口老化之快速及疾病慢性化等考量，於 1997 年起積極介入相關措施，至 2003 年 12 月底，衛政體系居家護理機構共計 423 家；而立案之護理之家共計 241 家；日間照護共計 23 家；社政體系所提供的安養及養護機構共計 867 家，台閩地區長期照護機構歷年成長趨勢請見下圖（圖 2-1）。



註：1.安養護數值包含安養護機構、榮家安養護機構及長期照護機構(2003 年 12 月底)的家數。

2.護理之家數值包含護理之家機構、榮家護理之家機構的家數。

資料來源：中華民國長期照護專業協會，2005 年；內政部社會司，2005 年。

圖 2-1、台閩地區長期照護機構歷年成長圖（1995-2003）

依據中華民國長期照護專業協會（2005）統計資料顯示，台閩地區有長期照護需求的老人有 192,898 人，機構式長期照護機構床數有 71,590 床（中華民國長期照護專業協會，2005）（表 2-2.3）。

對長期照護需求者而言，有更好的選擇空間，建構更完善的長期照護機構，提昇市場競爭力，是未來經營者必須重視的問題。

表 2-2.3、台閩地區機構式長期照護家數與床數分佈表－依機構類別分
（至 94.02.28）

人口數	老年人口數	老年人 口比例	有長期照 護需求老 年人口數	機構式長期照護數合計			
				家數	床數	每萬 老人 床數	每 萬人 床數
2,150,475	2,087,734	9.48%	192,898	1,178	71,590	333	32

備註：1.人口資料來源：內政部統計處網站資料

（<http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>, 93 年底）。

2.機構資料來源：內政部老人福利安護長期照護機構查詢網站

<http://sowf.moi.gov.tw/04/12/12.htm/>、各縣市衛生局及社會局。

3.有長期照護需求之老人人口數:依各縣市 65 歲以上老年人口之 8.97%(臺閩地區失能老人機構照護供需資源分布狀況調查研究成果報告之 90 年全國長期照護需要評估) 計算求得之概估數。

4.退輔安養護家數及床數統計含自費安養中心家數及床數。

5.安養護機構家數與長期照護機構家數合計共 905 家。

資料來源：中華民國長期照護專業協會，2005 年。

第三節 居家照護

1960 年代以回歸社會為導向的「去機構化」(deinstitutionalization) 興起，轉為變以社區或家庭來照顧病人的慢性醫療為主，其中以居家照護 (home healthcare) 被認為不只是使患者獲得較人性的照顧，且可有效的減少住院所需之醫療費用 (黃璉華，1989)。個案在所熟悉的居家環境之中，不論在人際關係上以及與家人的關係都能繼續維持及發展，在家庭的環境中適當的運用相關科技輔具以及環境的改造，可以幫助個案在家庭之中繼續扮演其原來的角色。

居家照護屬於長期照護的一部份，Halamandaris 指出居家照護應是長期照護的基礎 (引自黃璉華，1989)。居家照護屬於完善的健康照護體系中的一環，其基本精神在於期使病況漸趨穩定的病患能提早出院返回家中，透過有組織及有系統的衛生機構，經由協調與完善的後續醫療計畫，提供方便利用且適合病患及其家庭所需要的服務，並提升其生活品質 (章殷超、李宇芬，1997)。

居家照護旨在提供出院病人或居住於社區中的重症病人，到其住所提供後續醫療服務，避免病患住進機構內造成對機構環境的適應困難，同時可避免資源浪費 (葉宏明等，2000；黃璉華，1989)。

居家照護發展的目的在於使罹患不同疾病層級的病患皆能獲得最適切的醫療照護服務，進而達到增進健康、維持健康、恢復健康及

減少殘障的目標（章殷超、李宇芬，1997）。

壹、居家照護的定義

居家照護可簡單的解釋為：受照護者在其所熟悉的居家環境中接受所需要的醫療照護。國內外學者、組織亦對居家照護下了許多的定義，茲整理如表 2-3.1 所示：



表 2-3.1、國內外學者、組織對居家照護定義一覽表

年代	學者、組織	居家照護定義
1984	McCorkle & Germino	居家照護旨在協助病人與其家庭適應兩個轉型期，不同的疾病期和不同的照護環境，而護理人員在其中扮演聯繫社會資源以提供持續性照護的重要角色。
1987	行政院衛生署	由醫院將病人轉介至居家照護，以護理人員為主幹，至慢性病患者家中提供護理服務。
1988	Harrington	居家照護士到家提供個人及家庭的健康照護與社會服務，所提供的服務可能是短期的也可能是長期的。
1991	Humphrey & Milone-Nuzzo	居家照護是對所有年齡層中的急性與慢性病患，整合其居住社區中各項資源，並至病患家中提供服務，著重於影響受照顧者個人及照顧者的環境、心理、社會、經濟、文化及個人健康之因素。
1992	美國護理學會	護理人員於個案居住處所提供護理服務，並著重於個案及照顧者之專業服務，管理、評估其資源之需求，以促進病人最佳舒適狀態。
1994	美國醫院學會 與國家居家健康機構學會	居家照護服務是整體健康服務的主體，藉由機構的協調與計畫，將適合病人與家屬的多種服務送入個案家中，以增進、維持、並恢復個人健康或將殘障與疾病的影響減至最低，並儘可能達到病人生活獨立自主的境界。
1994	世界衛生組織 (WHO)	於病患居住地提供整合性健康與支持性服務。目的在於預防、延緩與取代暫時或長期的機構式照護的使用。
1994	Donna	針對危險性較大之傷病、失能、短期或長期個案，由專業的護理人員到府提供居家訪視服務。
1994	美國居家照護協會	在受照護者居家環境中，為康復中、失能或慢性疾病個案患者提供廣泛的醫療與社會性服務。

表 2-3.1、國內外學者、組織對居家照護定義一覽表(續)

年代	學者、組織	居家照護定義
1997	吳淑如、邱啟潤	居家照護是強調以家庭為中心的護理，提供連續性與整體性的健康服務，不僅以病患為照護對象，也包含照顧者以及與病患相關的人、事、物。
1999	行政院衛生署	居家照護是應用現代化醫療措施，在不需要醫院般設備與服務下，個案仍可得到專業人員協助，在其熟悉的環境中得到身體上、社會上及心理上需求的滿足。
2000	葉宏明等	居家照護是在病患居住處所提供健康照護服務，亦即醫師、護理人員及其他醫療工作者依實際需要，到患者生活環境裡幫助病患的過程。
2001	賈淑麗	居家照護指有系統的提供健康照護及社會服務給侷限在家病患以及失能者。
2001	林秀碧等	居家照護旨在提供出院病人獲得居住於社區內之重症病人的服務，避免入住機構，造成老年人對環境的適應困難及資源之浪費。

資料整理自：王燕慧（2003），利見清（2002），黃璉華（1989），章殷超、李宇芬（1997），余玉眉等（1992）。

貳、居家照護的歷史沿革與發展

我國最早的居家照護發展可追溯至 1624 年，荷蘭人來台設立醫院並派遣醫師提供醫療服務，同時訓練疾病慰問師展開居家照護及家庭訪視（葉宏明等，2000）。茲將居家照護的歷史沿革與發展整理如表 2-3.2 所示：



表 2-3.2、居家照護的歷史沿革與發展一覽表

年代	內容
1624	荷蘭人來到台灣安平，之後在台南赤崁設城，並開始設立醫院，由荷蘭東印度公司派遣醫師提供醫療服務，並且訓練疾病慰問師（即現在的護理人員），由疾病慰問師開始展開居家照護及家庭訪視，宣導民眾注意個人衛生及環境衛生。
1661	鄭成功來台戰勝荷蘭人，開啟台灣建設，並由大陸招募名醫前來駐診，之後有許多的醫師自行設立診所，並且到病患家中進行訪視、追蹤病情，並且提供增進健康的諮詢服務。
1683	清朝時代，台灣的醫療主流為傳統醫學與原住民的傳統醫學，兩者的診療都包含家庭訪視、探訪病患、追蹤病情並且提供保健方法。
1865	馬雅各醫師(Dr. Maxwell)在現今的台南市設立「醫館」(當今的新樓醫院)展開醫療傳道，醫師前往病患家中進行家庭訪視。
1945	台灣光復，「台北保健館」開創地段護理的工作，著重居家護理的家庭訪視。
1953	桃園縣與新竹市的衛生院（當今的衛生局），在美國醫藥援華會的資助之下，經由內政部衛生司所屬中央衛生實驗院的輔導，實施公共衛生的家庭訪視。之後在各鄉、鎮、區設立衛生所，公共衛生護理業務著重於疾病篩檢、衛教及預防保健服務。
1971	彰化基督教醫院成立社區健康部，提供社區民眾居家照護服務，此為我國居家照護最早的發展，以教會醫院為基礎的居家照護型態。
1983	行政院衛生署於醫療資源缺乏地區設立「群體醫療執業中心」之初，即設置兩個「基層保健服務中心」，首要的工作即是居家護理，亦稱為居家照護，自此國內開始有了以基層保健單位為基礎的居家照護模式，而其他居家照護相關政策也自此開始起步。
1986	非教會醫院的台北榮總、省立新竹醫院等，開始對出院的腦血管疾病及癌症病人提供居家照護服務。 10月21日，行政院衛生署推動「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」中，子計畫「中老年病防治四年計畫」，規劃建立中老年病防治工作體系，並將居家照護列為重點工作。

表 2-3.2、居家照護的歷史沿革與發展一覽表（續 1）

年代	內容
1987	行政院衛生署以實驗計畫方式委託台北市護理師護士公會，推行以社區為基礎獨立型態的「居家護理服務」模式，由護理人員至病患家中提供技術性護理服務。同時也委託台北市立陽明醫院開始試辦以醫院為基礎的居家護理服務模式。
1989	行政院經濟建設委員會委託中華民國公共衛生學會研究「居家照護納入全民健康保險之可行性」。
1989	中央信託局同意以實驗計畫方式，開始試辦居家護理納入公務人員保險之試辦計畫，將居家護理納入公保給付範圍，使居家護理的支付標準有了參考依據。
1991	以實驗計畫模式開辦居家護理業務，計畫結束之後，台灣產生了第一家以獨立型態經營之居家護理機構「大台北居家護理所」。
1992	「護理人員法施行細則」公佈，第六條規定了護理機構以「居家護理」、「護理之家」及「產後護理機構」為限。
1993	七月，行政院衛生署推動「國民保健計畫」，將中老年疾病防治及長期照護服務納入計畫重點，計畫目標為每縣市至少一家居家照護及一所護理之家服務。並研訂獎勵措施鼓勵提供服務及機構設置。
1993	八月，公佈「護理機構設置標準」等相關法令，使「居家護理」、「護理之家」及「日間照護」等提供長期照護服務之護理機構有了法源依據，可以依法申請開業。
1995	全面實施全民健康保險，將「居家護理」列入給付範圍，並且公佈實施「全民健康保險居家照護作業要點」。此後居家照護機構家數以極快的成長速度增加。
1996	七月，行政院衛生署在台大等十家醫院實施「安寧居家療護納入全民健保試辦計畫」。
1996	十一月，護理之家比照居家照護納入全民健康保險給付。

表 2-3.2、居家照護的歷史沿革與發展一覽表（續 2）

年代	內容
1997	八月，行政院衛生署發表「衛生白皮書—跨世紀衛生建設」，提出長期照護發展重點，以居家及社區式照護服務為主（70%），機構式照護服務為輔（30%）。
1997	十月，居家護理全民健康保險給付制度標準改用「資源耗用群」（RUGs），將居家照護支付點數調整成四級，分別是 700、970、1170、1370 元，民眾仍須部分負擔 10%。
1998	七月，行政院衛生署實施「老人長期照護三年計畫」，期望於計畫完成時，居家照護服務目標人數達 18,480 人，護理之家床數達 11,430 床，即每萬名老人 59.56 床。 同年，行政院衛生署開始推展山地、離島及鄉村地區衛生所，辦理居家護理服務。
1999	成立「高雄市長期照護管理示範中心」，為國內公辦公營之首例。之後陸續成立「台東縣長期照護管理示範中心」、「花蓮縣長期照護管理示範中心」。
1999	十月，行政院衛生署委託中華民國長期照護專業協會，辦理首次居家護理機構訪查，藉以瞭解居家護理服務實施狀況，並且提昇居家護理服務品質。
2000	行政院衛生署委託中華民國長期照護專業協會，辦理「二代醫療資訊網—建立全國居家照護資訊網」計畫，推動 PDA 居家照護軟體，並且辦理「長期照護資訊系統現狀發展座談會」。

資料整理自：章殷超、李宇芬（1997），葉宏明等（2000），利見清（2002），葉莉莉等（1998），王玉女（1996），中華民國長期照護專業協會（2005）。

參、居家照護的服務型態

依據長期照護專業協會的調查（長期照護統計資料，2003），至2003年底的台閩地區護理機構統計，全國共有423家居家護理機構。目前國內居家照護的服務型態主要分為三類：（章殷超、李宇芬，1997；葉宏明等，2000；中華民國長期照護專業協會，2005）

一、以醫院為基礎的居家照護

醫院內設立居家照護部門，提供醫院內住院病患出院後與門診病患的連續性照護，由專任的居家護理師與支援的醫師，共同提供病患居家護理；同時結合其他醫事人員參與居家照護服務（共有202家，佔47.75%）。

二、獨立型態的居家照護

由具有居家照護專業能力、同時具有獨立照護病人能力的醫事人員，且領有執照的護理人員所組成的專業醫療服務團體所負責，接受醫院與診所所轉介之個案（共有56家，佔13.24%）。

三、基層醫療保健單位所提供之居家照護

主要由衛生所、衛生室的醫療服務人員所組成，從事病患之居家照護服務包括公共衛生，由護理人員辦理慢性病篩檢、轉介、預防保健服務以及慢性病居家服務。由於是政府所提供

的公共衛生服務，在服務項目方面著重於預防及篩檢（共有 165 家，佔 39.01%）。

目前我國居家照護服務型態以醫院為基礎的居家照護為最多（佔 47.75%），其次為基層醫療保健單位所提供之居家照護（佔 39.01%），而獨立型態的居家照護機構比例為最少（佔 13.24%）。以醫院為基礎的居家照護，由於醫護人力充足、有直接病患來源、醫療設備及後續的醫療資源較為充足，因此機構數量最多同時也發展的最快。

肆、居家照護發展的限制

Hughes（1992）指出居家照護中的服務項目共分為 20 種：1.管灌食物、2.人工呼吸器治療、3.抗生素治療、4.化學治療、5.血液透析治療、6.技術性護理、7.醫師治療、8.職能治療、9.語言治療、10.醫療社為服務、11.食物服務、12.個案管理、13.二十四小時個人照護醫療、14.家庭健康服務及個人照護、15.家庭幫助、16.日常工作及家庭清潔服務、17.喘息照護服務、18.三餐服務、19.藥劑服務、20.持續性的醫療需求服務。

我國影響居家照護政策首當其衝的就是健保給付制度，最常受批評的是，服務項目過於狹隘且多為以技術為導向，造成居家護理單位以需要更換鼻胃管、存留尿管、氣切管之病患為服務對象，而有其他服務需求者則受到健保限制。其次，每個月服務以二次為限，次數超

過者需附報告並詳述理由，使得需要密集訪視者常被拒絕給付，再來是照護期限短，未考慮長期病患之特性，造成繁重的書面處理工作，導致居家照護的發展受到相當大的限制（王玉女等，1996）。

中華民國長期照護專業協會（2005）指出我國目前居家照護發展之限制為：

- 一、收案條件限於生活依賴度極高之個案（巴氏量表 60 分以下）。
- 二、訪視次數限於二次。
- 三、限於給付居家護理師與醫師費用。
- 四、給付費用偏低，到機構與家庭個別戶服務是不同工同酬。
- 五、個案使用居家照護需醫師轉介單。
- 六、專業審查部份為醫師，未明確瞭解個案需求之特性。
- 七、審查過程過於繁複，增加健保與居家照護單位之行政支出。
- 八、目前居家護理健保給付個案中第一類個案類別定義模糊，造成使用偏低之情形。
- 九、訪視次數與照護項目，缺乏個案需求面之考量。

第四節、全民健康保險居家照護支付制度

余玉眉（1990）研究中發現，醫學中心、區域醫院、地區醫院之住院病人中，分別有 5.6%、5.0%、8.9% 之住院病人有居家照護需求。台灣自全民健保實施後，因保險醫療給付誘因，以及後續照顧體系不

完整等因素之影響，導致滯留醫院者占急性病患之 37.3%-44.3%（邱亨嘉等，1996）。嚴毋過等人（1996）以日常生活活動功能量表（ADLs），及護理服務項目評估超長住院慢性病人，結果發現各項功能障礙率及對每項技術性護理服務的需求均達 60% 以上，可以看出慢性病人最需要的是復健及長期照護服務，並不需要佔用設備及人力成本高昂的急性病床。

行政院衛生署自 1986 年開始實施以實驗性計畫推廣居家照護模式，1989 年將居家照護納入公保給付試辦計畫中，1991 年居家照護正式納入公保給付項目，並於 1995 年全民健保開辦時正式將居家照護納入給付範圍。

2002 年起健保支付制度全面實施醫院個別總額，醫院的營運策略及管理模式，也隨之調整以因應其所帶來的衝擊。縮短住院日數（average length of stay, ALOS）、降低成本、增加病床的周轉率（turnover rate）成為醫院管理上的主要手段。就照護資源的配置（allocation）及滿足身心功能障礙者留在家中照顧的需求而言，醫院並不是最合適的長期照護機構（王正、曾薔霓，2000）。

壹、全民健康保險居家照護支付制度內容

1995 年全民健保開辦，居家照護的給付主要依個案診斷疾病別與護理訪視時間分為三大類，採行論次計酬，未區分醫療機構之層

級，而山地離島地區的給付則較非山地離島地區要高，支付標準如表

2-4.1 所示。

表 2-4.1、診斷疾病別與護理訪視費

分類	診斷疾病名稱	訪視時間	支付點數 (元)
第一類	結核病 血液及造血器官疾病 老年期及初老年期器質性精神病態 高血壓疾病 上呼吸道疾病 病毒性肺炎	1 小時以內	700
	功能性消化道疾病 泌尿系統之疾病 皮膚及皮下組織之疾病 骨骼肌肉及結締組織之疾病 其他	1 小時以上	900
第二類	原位癌 內分泌及代謝之疾病 神經系統之疾病	30 分以內	700
	腦血管疾病 呼吸系統之其他疾病	30 分以上 1 小時以內	900
	消化系統之其他部位疾病 神經及脊髓之損傷	1 小時以上	1100
第三類	腫瘤 肺性循環疾病及其他型態之心臟病 慢性阻塞性肺部疾病及相關病症	30 分以內	900
	脊柱骨折，伴有脊髓病灶 顱內損傷 無明顯脊椎損傷之脊髓傷害	30 分以上	1100
註 1.山地離島地區護理訪視費支付點數需多加一成。			
註 2.民眾自付額為支付點數之 10%加訪視來回交通費。			

資料整理自：王玉女（1996）

然而此種分類是以疾病為導向，未考慮到疾病的嚴重度以及病患個別需要的照護項目與照護程度，全民健保遂於 1997 年將居家照護的給付方式改以「資源耗用群組」(RUGs) 為支付標準。

資源耗用群組 (RUGs) 為病歷組合概念的運用，依病患的特徵與照護需求為原則進行分類，將資源耗用相近的歸類為同一群組，使每個組與組間的病患資源利用之差異極大化，但每個組內的病患資源利用之差異極小化，藉以反應不同類別病患之資源耗用，達到有效控制成本及避免資源不當使用 (林秀碧等，2001；葉淑杏等，2004)。

健保資源耗用群組的分類與支付金額如表 2-4.2 所示：

表 2-4.2、健保居家照護支付制度—資源耗用群組的分類與支付金額

資源耗用群	定義	支付金額 (元)	山地離島 (元)
RUGs1	需居家護理一般照護項目之病患	700	770
RUGs2	需居家護理特殊照護群組任一組之病患	970	1067
RUGs3	需居家護理特殊照護群組任二組之病患	1170	1287
RUGs4	需居家護理特殊照護群組任三組之病患	1370	1507

資料來源：中央健康保險局 (2005)

依據全民健康保險支付標準，居家照護收案對象需符合下列各項條件：

- 一、病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時間中超過 50% 以上的時間，活動能力限制只能在床上或椅子上。
- 二、有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
- 三、罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人。

照護的項目包含訪視、一般治療處置、特殊照護服務、代採檢體及送檢、給予治療材料以及與病人相關之護理指導與服務（葉宏明等，2000）。在訪視次數上規定護理人員每個月護理服務以二次為限；醫師居家訪視以每兩個月一次為限，次數超過者需附報告並詳述理由。

居家照護的優點很多，而最常被討論到的即是經濟上的好處，在醫療保險給付方面可節省將近一半的住院醫療費用支出，有系統的居家照護可縮短住院天數、增加病床利用率等（葉淑杏等，2005）。相較於住院與護理之家居家照護成本較低，且也能將原本片斷（fragmented）的服務串連起來，提供病情穩定之病患出院後之連續性照護，提昇病人生活功能等優點（黃璉華，1989；杜敏世、李鍾祥，1990；Harrow, 1995；Chen, Kane, & Finch, 2000），根據美國健康照護財務管理局（HCFA）指出美國於老人醫療保險

(Medicare) 下的居家照護機構，由1980年的3,125家增至1996年的9,800家，使用人數亦從70萬人增至370萬人 (Montauk, 1998)，由資料中可見美國近20年來積極致力於發展居家照護服務。

貳、全民健康保險居家照護醫療利用

近年來我國政府大力推行居家照護，鼓勵醫院與衛生所轉型提供居家照護，衛生署「老人長期照護三年計劃」更是以機構成長率的40%、50%、60%，有計劃的逐年提昇居家照護服務人口，台灣提供居家照護的機構已從1995年的84所截至2003年底已增至423所，服務訪視人次也由1997年的74,669人次，增至2003年的345,482人次，居家照護機構的規模均不大但機構數成長五倍之多，訪視人次也成長了四倍之多 (中華民國長期照護專業協會，2005)。

居家照護於1995年已納入全民健保給付之中，居家照護健保支付額於1995年全民健保開辦之初之申請金額為2百萬元，直至本研究期間2001年時申請金額已達2億零3百萬元，至2003年成長至4億1千1百萬元，顯示每年全民健保居家照護醫療的支付額皆有顯著的增加；申請件數方面，2001年至2003年居家照護申請件數由108,476件增至190,861件，也顯示居家照護醫療利用有顯著增加之趨勢，每件平均申請金額也有顯著增加的趨勢 (見表2-4.3)。

表 2-4.3、居家照護醫療費用申報-依特約類別，2001-2003

	2001			2002			2003		
	申報 點數	件數	每件 平均 金額	申報 點數	件數	每件 平均 金額	申報 點數	件數	每件 平均 金額
醫學 中心	30336298	14969	2027	32948880	16582	1987	43629522	21351	2043
區 域 醫 院	49175819	26033	1889	54628476	28043	1948	71329700	35316	2020
地 區 醫 院	33398599	17490	1910	40080715	19177	2090	76350417	31613	2415
基 層 院 所	90237908	49984	1805	109817041	58197	1887	219971866	102581	2144
總 計	203148624	108476	1873	237475112	122032	1946	411281505	190861	2155

資料來源：行政院衛生署，2005。

第五節 支付制度改變對醫療利用與醫療費用之影響

全民健康保險自 1995 年開辦以來，為抑制日漸高漲的醫療費用，將過去論量計酬支付制度改至現今之總額支付制度，總額支付制度自 1998 年開始實施牙醫門診總額支付制度，至今已全面實施總額支付制度，支付制度的改變將對醫療利用與醫療費用之結構造成相當程度之影響。

蕭秀如（1999）探討牙醫總額實施成效之研究中指出，美國住院於實施 DRGs 之後，病人住院日明顯下降，但病人出院後之門診就診醫療利用次數與居家照護服務量則上升。由張沅嬪（2001）所整理的資料中得知 Fitzgerald 等人（1987）的研究結果中同樣也指出在 Medicare PPS 實施前後，骨折醫療照護患者的住院日明顯下降，但是出院後骨折醫療照護患者使用居家照護的需求則呈現上升趨勢。

葉德豐、王俊文（2002）研究西醫基層總額支付制度實施前後費用趨勢之研究結果顯示，基層總額實施後較實施前之平均每家診所門診申報件數減少 4.37%；在醫療費用點數方面，基層總額實施後較實施前之平均每家診所醫療費用總點數小幅減少 0.73%；在總用藥天數方面，基層總額實施後較實施前之平均每家診所每件用藥天數增加 4.09%；在總藥費點數方面，基層總額實施後較實施前之平均每家診所總藥費點數減少 14.13%。而在西醫基層總額之下，2002 年 1 月健

保局又針對每天看診 30 人次以下的門診部分大幅提高醫師診察費，並調降日劑藥費，故醫院藉由延長門診用藥天數以降低病患門診就診次數。

邱亨嘉等 (1996) 研究全民健康保險對長期照護體系影響之研究結果指出，台灣地區急性醫院滯留病人之不當使用之醫療費用高達 17 億元，在這些不當使用的醫療費用中，高達 15 億元是由健保局所支付的費用，若將這些急性醫院滯留患者即時轉介至長期照護機構接受治療，則健保局所需支付的費用將降為 8 千多萬元，可節省約 14 億元的經費。支付制度改變對其他醫療利用造成之影響整理如表

2-5.1：



表 2-5.1、支付制度改變之相關文獻探討

作者(年代)	研究目的	研究結果
蕭秀如 (1999)	牙醫總額實施之成效	<ol style="list-style-type: none"> 1.總額支付制度實施後，平均每月每人次之門診費用顯著高於總額實施前。 2.每家醫療院所總申報金額與治療項目於總額實施前後有顯著不同，且總額後之申報金額大於總額前。
廖翊舒 (2000)	牙醫總額對醫療價量之影響	<ol style="list-style-type: none"> 1.牙醫總額實施後，醫療院所總申請金額、數量及價格均呈現上升之趨勢。 2.牙醫總額實施後一年，醫療院所申報數量約成長 0.66%；價格約成長 3.69%。
葉德豐、 王俊文 (2002)	西醫基層總額支付制度實施前後費用申報趨勢	<ol style="list-style-type: none"> 1.實施總額後前半多處於負成長，後半年則緩步提升。 2.總額協商之鼓勵項目(如預防保健、慢性病連續處方箋調劑)多呈現大幅成長。
鍾佩樺 (2003)	醫院總額浮動點值對地區醫院財務之衝擊	<ol style="list-style-type: none"> 1.地區醫院之門診收入變化比率受到醫院型態、規模大小之總床數影響。 2.總額支付制度實施後明顯對地區醫院財務造成衝擊。
張育嘉 (2006)	牙醫與西醫基層總額預算制度實施後之初步影響評估	<ol style="list-style-type: none"> 1.就醫可近性方面，牙醫診所週末/非週末看診次數比值在總額後持續下降。 2.醫療支出方面，牙醫之全民健保費用受到控制，但自付費用則持續上漲。 3.醫療品質方面，民眾之牙齒照護品質無明顯變化。

資料來源：本研究整理

第三章 研究方法

本章共分為三節，第一節描述本研究之研究設計與研究架構；第二節說明研究對象與資料來源；第三節為本研究之資料處理與分析方法。

第一節 研究設計與研究架構

壹、研究設計

本研究採用回溯法，利用次級資料分析 (Secondary data analysis)，以接受全民健康保險居家照護服務之被保險人為對象，探討健保醫院個別總額實施前後，接受居家照護服務者醫療利用之差異。分析的內容包括接受居家照護服務者的人口學特性、居家照護服務的使用量、門診使用量及住院使用量等，以瞭解接受居家照護服務者之健保醫療資源利用情形。

醫院個別總額於 2002 年 7 月 1 日實施，故本研究以實施當日為切點，進行研究分析，將研究期間訂為醫院個別總額實施前後一年六個月，研究期間即為 2001 年 1 月 1 日至 2003 年 12 月 31 日，利用三年的資料進行分析，如圖 3-1.1 所示。

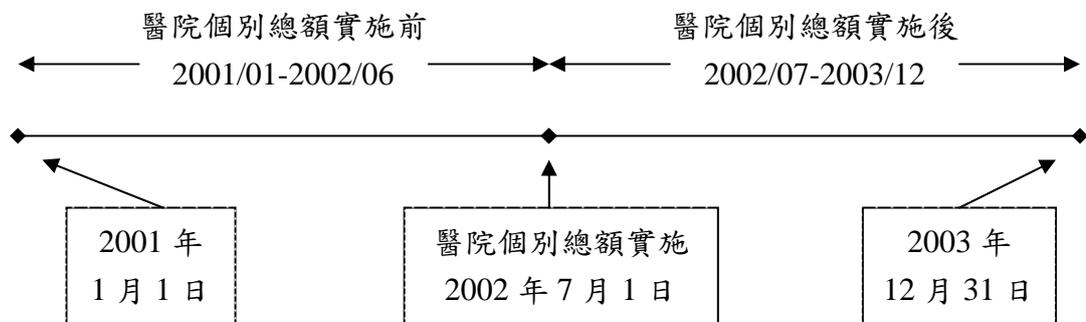


圖 3-1.1、研究期間

貳、研究架構

本研究將醫院個別總額實施前後分為兩個階段，以 2002 年 7 月 1 日為切點，分別評估醫院個別總額實施前一年六個月（2001 年 1 月 1 日至 2002 年 6 月 30 日），與醫院個別總額實施後一年六個月（2002 年 7 月 1 日至 2003 年 12 月 31 日），對居家照護患者之健保醫療資源利用的影響，研究架構如圖 3-1.2 所示。

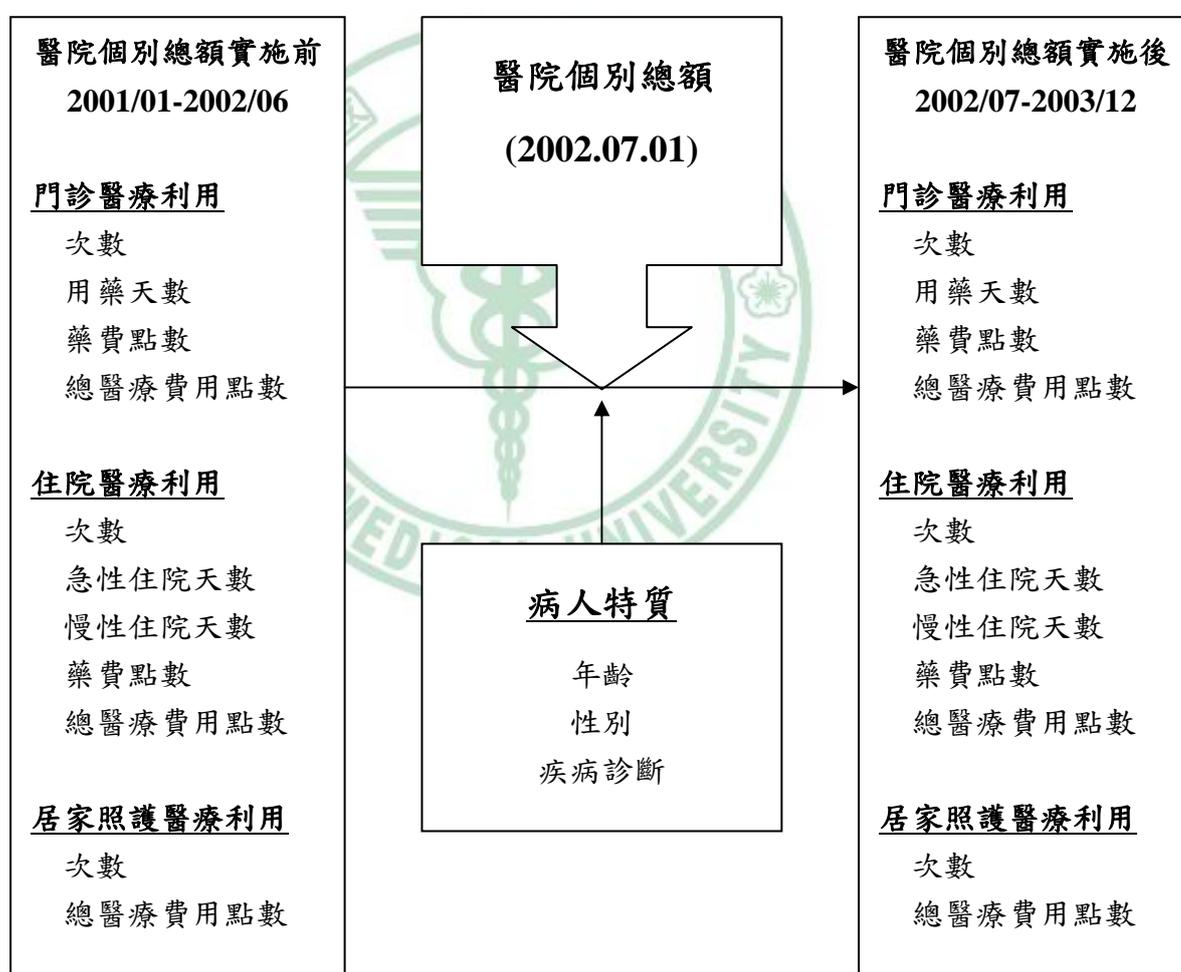


圖 3-1.2、研究架構

第二節 研究材料與方法

本節主要介紹本研究所使用之材料，分為資料來源、資料處理與名詞界定加以說明。

壹、資料來源

本研究之資料來源為國家衛生研究院（National Health Research Institutes；NHRI）之全民健康保險研究資料庫（個人身份證字號已加密），資料內容包含 2001 年至 2003 年之「門診處方及治療明細檔（CD）」、「住院醫療費用清單明細檔（DD）」兩檔案。

一、門診處方及治療明細檔（CD）：由此檔案中取得研究對象之費用年月、案件分類、出生日期、已加密身份證字號、主診斷代碼、門診次數、門診費用點數、給藥日份與性別，用以串連接受居家照護服務之被保險人使用居家照護、門診與住院之次數及費用資料。

二、住院醫療費用清單明細檔（DD）：由此檔案中取得研究對象之主診斷代碼、住院次數、急性住院天數、慢性住院天數、住院藥費點數和住院醫療費用點數等資料。

貳、資料處理

一、研究對象之選取：

本研究以健保申報資料來界定研究對象，欲探討醫院個別

總額介入對居家照護患者醫療利用之影響，因此以 2001 年 1 月至 2003 年 12 月之門診處方明細資料檔案中，篩選出申報類別(case type)為 61 (居家照護)、65 (安寧居家療護)、66 (護理之家照護)、67 (安養、養護機構院民之居家照護)的居家照護使用者，作為本研究的觀察族群。

由於健保資料庫之型態是以診次為單位，故本研究之就醫人次即為研究資料筆數。在資料處理過程中共得 4690 筆人次，其中有 109 筆資料之申請金額為 0，表示並無提供實際之居家照護服務故將其排除；另外有 5 筆人次為同一 ID 但性別不詳，故將之一併排除，最後共得 4576 筆人次資料納入分析。

二、居家照護使用者之門診與住院資料之取得：

將居家照護使用者經轉碼後之身份證字號歸戶，分別串連 2001 年至 2003 年的門診處方及治療明細檔 (CD) 與住院醫療費用清單明細檔 (DD)，整理出居家照護使用者於門診及住院之明細檔資料。以獲得居家照護使用者於健保醫院個別總額實施前後之門診與住院之整體醫療利用情形。

三、居家照護使用者前五大項慢性疾病資料之取得：

由門診處方及治療明細檔 (CD)，利用描述性統計之次數

分配表，篩選出居家照護使用者之前五大項慢性疾病主診斷代碼，以獲得醫院個別總額實施前後，居家照護使用者之前五大項慢性疾病之醫療利用情形。

參、名詞界定

- 一、年齡：利用健保資料庫檔案年度扣除出生年月日欄位求得。
- 二、性別：依據健保資料庫檔案所給予的性別。
- 三、居家照護次數：累計每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年居家照護醫療利用之次數。
- 四、居家照護總醫療費用點數：每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年居家照護醫療利用之累計費用點數。
- 五、門診次數：累計每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年之所有門診次數。
- 六、門診藥費點數：累計每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年所有門診給藥之藥費點數。
- 七、門診用藥天數：累計每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年所有門診給藥之天數。
- 八、門診總醫療費用點數：每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年之所有門診醫療總費用點數扣除部分負擔。
- 九、住院次數：累計每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年所有住

院醫療利用之次數。

十、急性住院天數：累計每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年所有急性病床之天數。

十一、慢性住院天數：累計每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年所有慢性病床之天數。

十二、住院藥費點數：累計每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年所有住院給藥之藥費點數。

十三、住院總醫療費用點數：每一居家照護病患於 2001 年至 2003 年之所有住院醫療總費用點數扣除部分負擔。

十四、慢性病代碼：依據健保資料庫之慢性疾病代碼。

第三節 資料分析

本研究使用 SPSS 12.0 for Windows 套裝軟體進行資料分析統計

方法包括：

壹、描述性統計

一、研究對象人口學特性：性別、年齡及慢性疾病診斷。

二、醫院個別總額實施前後居家照護使用者接受居家照護次數、門診次數與住院次數之平均值及標準差。

三、醫院個別總額實施前後接受居家照護使用者之

(1)居家照護醫療用藥天數、用藥費用點數與居家照護總醫療費用點數。

(2)門診醫療用藥天數、用藥費用點數與門診總醫療費用點數。

(3)住院醫療之急性住院天數、慢性住院天數、用藥費用點數與住院總醫療費用點數之平均值及標準差。

四、醫院個別總額實施前後居家照護使用者之前五大項慢性疾病醫療利用率。

貳、推論性統計

一、t 檢定 (t-test)：

(1)獨立樣本 t 檢定 (independent sample t test)：

檢定醫院個別總額實施前後，研究對象醫療利用次數與醫療費用點數之平均值是否有顯著差異。

(2)配對樣本 t 檢定 (paired sample t test)：

檢定醫院個別總額實施前與實施後，皆有使用居家照護之研究對象醫療利用次數與醫療費用點數之平均值是否有顯著差異。

二、單因子變異數分析 (One-Way ANOVA)：

主要檢定分組的自變項對依變項是否具有影響力，檢定醫院個別總額實施前後，研究對象之連續性變項 (如：醫療利用次數與醫

療費用點數)於不同類別變項(如:性別、年齡、疾病別)之平均
值是否有顯著差異。

三、相關性分析(bivariate correlation)：

相關性分析的主要目的在於研究兩變項間相關的程度，研究醫院
總額實施前後，研究對象之基本特質與醫療利用次數及醫療費用
點數之間的相關性。

四、迴歸分析(regression)

以次數與費用為依變項，再將各個可能影響的自變項轉為虛擬
變項，探討模型的解釋力。



第四章 研究結果

本章共分五節，第一節描述本研究所觀察之接受全民健康保險居家照護服務之被保險人的基本特質；第二節描述醫院個別總額實施前後研究對象之居家照護、門診與住院醫療利用、醫療費用以及前五大項慢性疾病醫療利用情形；第三節檢定醫院個別總額實施前後，本研究中連續性變項（如：居家照護醫療利用次數與醫療費用）於不同類別（性別、年齡、疾病別）之平均值是否有顯著差異；第四節以複迴歸分析醫院個別總額實施前後，居家照護醫療利用與費用的差異及影響居家照護醫療利用與費用的相關因素；第五節以複迴歸分析醫院個別總額實施前後，全民健保承保抽樣歸人檔總體門診、住院醫療利用與費用的差異及影響因素。

第一節 接受居家照護服務者之基本特質

本研究利用中央健康保險局委託國家衛生研究院提供，2001年至2003年的健保資料庫共四組重複抽樣之承保抽樣歸人檔，由健保資料庫中篩選出申報類別（case type）為61（居家照護）、65（安寧居家療護）、66（護理之家照護）、67（安養、養護機構院民之居家照護）的居家照護使用者，作為本研究之觀察對象。

由於健保資料庫之型態是以診次為單位，故本研究之就醫人次即

為研究資料筆數。在資料處理過程中共得 4,690 筆人次，其中有 109 筆資料之申請金額為 0，表示並無提供實際之居家照護服務，故將其排除；另外有 5 筆人次為同一 ID，但性別不詳，故將之一併排除，最後共得 4,576 筆人次，即為接受全民健康保險居家照護服務之被保險人次，成為本研究之觀察對象。

表 4-1.1 為 2001 年至 2003 年案件分類為居家照護者之各項基本特質。接受居家照護服務人次以女性略多於男性，男性共計 1,903 人次 (41.59%)，女性共計 2,673 人次 (58.41%)，男性與女性之性別比例為 1：1.4。

年齡的計算為利用健保資料庫檔案年度扣除出生年月日欄位求得，整體而言，本研究之觀察對象平均年齡並無太大差異，觀察期間之平均年齡為 73.93 歲；接受居家照護服務者的年齡層多分布在 75 歲 (含) 以上 (2,521 人次，55.1%)；其次為 65 歲至 74 歲者 (1323 人，28.9%)。

研究期間之居家照護前五項慢性疾病醫療資源使用率，以腦血管病變最多 2,480 人次 (54.20%)，顯示有一半以上接受居家照護者為腦血管病變患者；其次依序為精神疾病 419 人次 (9.20%)、糖尿病 183 人次 (4.00%)、中樞神經系統遺傳與退化性疾病 158 人次 (3.5%)、高血壓 152 人次 (3.32%)。比較本研究中居家照護前五項慢性疾病醫

療資源使用率與其他居家照護相關研究比較，發現本研究之慢性疾病別之使用率以腦血管病變患者為最多，與其他學者所做之研究相符。

表 4-1.1、基本特質(N=4576)

病人特性	個數	百分比(%)
<u>性別</u>		
男性	1,903	41.59
女性	2,673	58.41
<u>年齡</u>		
64 歲以下	732	16.0
65-74 歲	1,323	28.9
75 歲以上	2,521	55.1
<u>前五項主要接受居家照護疾病別</u>		
腦血管病變	2,480	54.20
精神疾病	419	9.20
糖尿病	183	4.00
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	158	3.50
高血壓性疾病	152	3.32

資料來源：本研究整理

此外，在年齡分佈方面，基於研究對象重複觀察之因素，將各年之年齡資料整理如表 4-1.2，進行各年年齡之個別資料描述。

2001 年接受居家照護服務者，男性與女性使用率分別為 40.33%、59.67%；年齡分布介於 6 歲至 96 歲之間，平均年齡為 72.81 歲，64 歲以下的居家照護使用者佔 20.7%，65 至 74 歲的居家照護使用者佔 28.2%，大多數之研究觀察對象之年齡集中在 75 歲以上佔 51.1%。

2002 年接受居家照護服務者，男性與女性使用率分別為 42.41%、57.59%；年齡分布介於 7 歲至 96 歲之間，平均年齡為 74.61 歲，64 歲以下的居家照護使用者佔 16.1%，65 至 74 歲的居家照護使用者佔 27.4%，大多數之研究觀察對象之年齡集中在 75 歲以上佔 56.5%。

2003 年接受居家照護服務者，男性與女性使用率分別為 41.69%、58.31%；年齡則介於 24 歲至 104 歲之間，平均年齡為 74.37 歲，64 歲以下的居家照護使用者佔 15.9%，65 至 74 歲的居家照護使用者佔 27.4%，大多數之研究觀察對象之年齡集中在 75 歲以上佔 56.7%。

表 4-1.2、各年之性別、年齡描述性分析(N=4576)

變項	2001 年	2002 年	2003 年
<u>性別</u>			
男性	40.33%	42.41%	41.69%
女性	59.67%	57.59%	58.31%
<u>年齡</u>			
64 歲以下	20.7%	16.1%	15.9%
65-74 歲	28.2%	27.4%	27.4%
75 歲以上	51.1%	56.5%	56.7%
最小值	6	7	24
最大值	96	96	104
平均值	72.81	74.61	74.37
標準差	14.592	13.09	13.41
95%信賴區間	72.00-73.61	73.99-75.23	73.71-75.02

資料來源：本研究整理

第二節 醫療服務描述性統計分析

本節主要針對醫院個別總額實施前後研究對象之居家照護、門診與住院醫療利用、醫療費用以及前五大項慢性疾病醫療利用情形，進行描述性統計分析。

壹、居家照護醫療利用

表 4-2.1 與表 4-2.2 為依同一病人進行歸戶後，接受居家照護服務者於醫院個別總額實施前後之居家照護、門診與住院醫療平均醫療利用次數；以及 2001 年至 2003 年各年之居家照護、門診與住院醫療平均醫療利用次數；依同一病人進行歸戶後共得 1,170 人，1,170 名研究對象全部都有使用門診醫療，而其中共有 929 人使用過住院醫療。醫院個別總額實施前後居家照護患者平均居家照護次數為 3.91 次，醫院個別總額實施前與實施後，居家照護患者平均居家照護次數分別為 3.86 次、3.95 次，呈現上升的趨勢。性別方面：男性居家照護使用次數較女性少，男性與女性平均居家照護次數分別為 3.78 次、4.01 次；年齡方面：以 75 歲以上老人之居家照護使用次數較高，64 歲以下、65-74 歲、75 歲以上平均居家照護次數分別為 3.7 次、3.94 次、3.96 次（見表 4-2.1）。

2001 年至 2003 年各年居家照護患者平均居家照護次數分別為 4.32 次、4.51 次、4.47 次，呈現先升後降的趨勢（見表 4-2.2）。

貳、門診醫療利用

醫院個別總額實施前後居家照護患者平均門診次數為 48.49 次，醫院個別總額實施前與實施後，居家照護患者平均門診次數分別為 53.16 次、44.48 次，呈現下降的趨勢。性別方面：男性門診次數較女性多，男性與女性平均門診次數分別為 49.51 次、47.72 次。年齡方面：以 75 歲以上老人之門診次數較高，64 歲以下、65 歲-74 歲、75 歲以上平均門診次數分別為 39.49 次、46.4 次、51.89 次（見表 4-2.1）。

2001 年-2003 年各年居家照護患者平均門診醫療利用次數分別為 49.96 次、42.99 次、45.94 次呈現先降後升的趨勢（見表 4-2.2）。

參、住院醫療利用

醫院個別總額實施前後居家照護患者平均住院次數為 3.32 次，醫院個別總額實施前與實施後，居家照護患者平均住院次數分別為 3.42 次、3.24 次，呈現下降的趨勢。性別方面：男性住院次數較女性多，男性與女性平均住院次數分別為 3.86 次、2.91 次。年齡方面：以 65 歲-74 歲老人之住院次數較高，64 歲以下、65 歲-74 歲、75 歲以上平均住院次數分別為 3.25 次、3.52 次、3.26 次（見表 4-2.1）。

2001 年至 2003 年各年居家照護患者平均住院醫療利用次數分別為 3.41 次、3.24 次、3.31 次呈現先降後升的趨勢（見表 4-2.2）。

肆、居家照護醫療費用

表 4-2.3 為依同一病人進行歸戶後，接受居家照護服務者於醫院個別總額實施前後之居家照護、門診與住院醫療平均每次醫療費用點數。表 4-2.4 至表 4-2.13 為依同一病人進行歸戶後，接受居家照護服務者於醫院個別總額實施前與實施後，以及 2001 年至 2003 年各年居家照護、門診與住院之醫療利用、平均每次醫療費用點數與標準差。

醫院個別總額實施前後，居家照護患者平均每次居家照護醫療費用點數為 1979.12 點；平均每次居家照護用藥天數為 0.7 天；平均每次居家照護藥費點數為 101.31 點（見表 4-2.3）。醫院個別總額實施前與實施後平均每次居家照護醫療費用點數分別為 2093.08 點、1881.11 點呈現下降的趨勢（見表 4-2.4、表 4-2.6）。

醫院個別總額實施前後，男性與女性平均每次居家照護醫療費用點數分別為 1832.38 點、2090.17 點；平均每次居家照護用藥天數分別為 0.7 天、0.71 天；平均每次居家照護藥費點數分別為 41.50 點、146.57 點。年齡方面：64 歲以下、65-74 歲、75 歲以上居家照護患者平均每次居家照護醫療費用點數分別為 2109.54 點、1927.25 點、1964.97 點；平均每次居家照護用藥天數分別為 0.36 天、0.62 天、0.84 天；平均每次居家照護藥費點數分別為 335.07 點、37.74 點、63.38 點（見表 4-2.3）。

2001 年至 2003 年各年居家照護患者平均每次居家照護總醫療費用點數分別為 2215.31 點、1873.06 點、1940.73 點；平均每次居家照護用藥天數分別為 1.24 天、0.56 天、0.49 天；平均每次居家照護藥費點數分別為 283.68 點、43.46 點、36.58 點（見表 4-2.8、表 4-2.10、表 4-2.12）。

伍、門診醫療費用

醫院個別總額實施前後居家照護患者平均每次門診醫療總費用點數為 1750.57 點；平均每次門診用藥天數為 9.89 天；平均每次門診藥費點數為 589.01 點（見表 4-2.3）。醫院個別總額實施前與實施後平均每次門診總費用點數並無太大差異，分別為 1751.91 點、1749.42 點（見表 4-2.4、表 4-2.6）。

男性與女性平均每次門診醫療費用點數分別為 1770.43 點、1735.55 點；平均每次門診用藥天數分別為 10.01 天、9.8 天；平均每次門診藥費點數分別為 637.55 點、552.28 點。年齡方面：64 歲以下、65-74 歲、75 歲以上居家照護患者平均每次門診醫療費用點數分別為 2017.44 點、1970.05 點、1582.53 點；平均每次門診用藥天數分別為 8.96 天、9.79 天、10.19 天；平均每次門診費用點數分別為 673.11 點、648.03 點、540.39 點（見表 4-2.3）。

2001 年-2003 年各年居家照護患者平均每次門診總醫療費用點數

分別為 1794.49 點、1653.57 點、1856.22 點；平均每次門診用藥天數分別為 9.56 天、9.85 天、10.22 天；平均每次門診藥費點數分別為 680.62 點、562.77 點、552.38 點，2001 年至 2003 年平均每次用藥天數呈現上升趨勢而藥費點數則呈現下降趨勢（見表 4-2.8、表 4-2.10、表 4-2.12）。

陸、住院醫療費用

醫院個別總額實施前後居家照護患者平均每次急性住院天數為 14.83 天；平均每次慢性住院天數為 1.01 天；平均每次住院藥費點數為 15683.72 點；平均每次住院醫療費用點數為 80105.01 點（見表 4-2.3）。

醫院個別總額實施後，住院醫療費用中之各項數值皆呈現下降的趨勢，平均急性住院天數由 14.94 天降為 14.76 天；平均慢性住院天數由 1.05 天降為 0.97 天；平均住院藥費點數由 16202.99 點降為 15260.80 點；平均住院醫療費用點數由 81404.92 點降為 79046.30 點（見表 4-2.6）。

男性與女性平均每次急性住院天數分別為 15.77 天、14.12 天；平均每次慢性住院天數分別為 1.15 天、0.9 天；平均每次住院藥費點數分別為 16508.46 點、15049.06 點；平均每次住院醫療費用點數分別為 87277.22 點、74585.83 點。年齡方面：64 歲以下、65-74 歲、75

歲以上居家照護患者平均每次急性住院天數分別為 16.9 天、13.27 天、15.02 天；平均每次慢性住院天數分別為 0.7 天、1.12 天、1.03 天；平均每次住院藥費點數分別為 15818.5 點、16002.26 點、15513.97 點；平均每次住院醫療費用點數分別為 87301.06 點、75543.6 點、80352.6 點（見表 4-2.3）。

2001 年至 2003 年各年居家照護患者平均每次急性住院天數分別為 15.67 天、15.13 天、13.84 天；平均每次慢性住院天數分別為 1.05 天、1.08 天、0.88 天；平均每次住院藥費點數分別為 17572.6 點、15766.82 點、14184.49 點；平均每次住院醫療費用點數分別為 84913.3 點、82188.87 點、73756.94 點，平均每次急性住院天數、住院藥費點數與住院醫療費用點數均呈現下降之趨勢（見表 4-2.8、表 4-2.10、表 4-2.12）。

柒、前五大項慢性疾病醫療利用

表 4-2.14 為接受居家照護服務者於醫院個別總額實施前後之前五大項慢性疾病醫療利用，居家照護前五大項慢性疾病分別為為：腦血管病變（54.2%）、精神疾病（9.2%）、糖尿病（4.0%）、中樞神經系統遺傳與退化性疾病（3.5%）、高血壓性疾病（3.3%）。

整體而言，居家照護前五大項慢性疾病於醫院個別總額實施後之醫療利用人次皆呈現上升之趨勢，而中樞神經系統遺傳與退化性疾病

之人次則呈現下降之趨勢（1.99%降為 1.47%）（見表 4-2.15）。

一、腦血管病變患者之醫療利用

接受居家照護服務者有一半以上皆為腦血管病變患者，共有 2480 人次佔總人次的 54.2%。腦血管病變之女性患者居家照護醫療利用人次明顯高於男性患者，男性與女性分別為 1036 人次（佔總人次 22.64%）與 1444 人次（佔總人次 31.56%）（見表 4-2.14）。醫院個別總額實施前後腦血管病變患者居家照護醫療利用人次分別為 1115 人次（佔總人次 24.37%）與 1365 人次（佔總人次 29.83%），使用人次呈現上升之趨勢（見表 4-2.15）。

二、精神疾病患者之醫療利用

接受居家照護服務者之精神疾病醫療利用人次為 419 人次，佔總人次的 9.2%。罹患精神疾病之女性患者居家照護醫療利用人次明顯高於男性患者，男性與女性分別為 126 人次（佔總人次 2.8%）與 293 人次（佔總人次 6.4%）（見表 4-2.14）。醫院個別總額實施前後精神疾病患者居家照護醫療利用人次分別為 175 人次（佔總人次 3.83%）與 244 人次（佔總人次 5.34%）（見表 4-2.15），使用人次呈現上升之趨勢。

三、糖尿病患者之醫療利用

接受居家照護服務者之糖尿病醫療利用人次為 183 人次，佔總人次的 4.0%。罹患糖尿病之女性患者居家照護醫療利用人次明顯高於男性患者，男性與女性分別為 26 人次（佔總人次 0.57%）與 157 人次（佔總人次 3.43%）（見表 4-2.14）。醫院個別總額實施前後糖尿病患者居家照護醫療利用人次分別為 77 人次（佔總人次 1.68%）與 106 人次（佔總人次 2.32%）（見表 4-2.15），使用人次呈現上升之趨勢。

四、中樞神經系統遺傳與退化性病患者之醫療利用

接受居家照護服務者之中樞神經系統遺傳與退化性疾病醫療利用人次為 158 人次，佔總人次的 3.5%。罹患中樞神經系統遺傳與退化性疾病之女性患者居家照護醫療利用人次明顯高於男性患者，男性與女性分別為 38 人次（佔總人次 0.88%）與 120 人次（佔總人次 2.62%）（見表 4-2.14）。醫院個別總額實施前後中樞神經系統遺傳與退化性病患者居家照護醫療利用人次分別為 91 人次（佔總人次 1.99%）與 67 人次（佔總人次 1.47%）（見表 4-2.15），使用人次呈現下降之趨勢。

五、高血壓性疾病患者之醫療利用

接受居家照護服務者之高血壓性疾病醫療利用人次為 152 人次，佔總人次的 3.3%。罹患高血壓性疾病之女性患者居家照護醫療利用人次明顯高於男性患者，男性與女性分別為 18 人次（佔總人次 0.37%）與 134 人次（佔總人次 2.93%）（見表 4-2.14）。醫院個別總額實施前後高血壓性疾病患者居家照護醫療利用人次分別為 72 人次（佔總人次 1.57%）與 80 人次（佔總人次 1.74%）（見表 4-2.15），使用人次呈現上升之趨勢。



表 4-2.1、醫院個別總額實施前後，居家照護、門診與住院醫療利用次數(N=1170)

變項	居家照護次數		門診次數		住院次數	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>實施前</u> (2001.01.01-2002.06.30)						
男性	3.65	3.444	53.55	29.109	3.91	3.156
女性	4.03	3.702	52.86	30.924	3.02	2.387
年齡						
64 歲以下	3.71	3.793	47.16	20.168	2.87	2.103
65-74 歲	3.66	2.947	51.70	28.163	3.72	2.947
75 歲以上	3.99	3.779	55.46	32.919	3.43	2.866
總計	3.86	3.593	53.16	30.121	3.42	2.796
<u>實施後</u> (2002.07.01-2003.12.31)						
男性	3.88	3.317	45.96	33.423	3.82	3.050
女性	4.00	3.452	43.38	28.614	2.83	2.360
年齡						
64 歲以下	3.69	3.730	32.65	20.939	3.56	2.273
65-74 歲	4.16	3.271	42.06	31.052	3.37	2.735
75 歲以上	3.93	3.352	48.79	31.967	3.11	2.796
總計	3.95	3.393	44.48	30.756	3.24	2.711
<u>實施前後</u> (2001.01.01-2003.12.31)						
男性	3.78	3.376	49.51	31.674	3.86	3.097
女性	4.01	3.566	47.72	30.046	2.91	2.371
年齡						
64 歲以下	3.70	3.750	39.49	21.771	3.25	2.217
65-74 歲	3.94	3.134	46.40	30.121	3.52	2.825
75 歲以上	3.96	3.555	51.89	32.560	3.26	2.831
總計	3.91	3.486	48.49	30.757	3.32	2.750

資料來源：本研究整理

表 4-2.2、2001 年至 2003 年居家照護、門診與住院醫療利用次數(N=1170)

變項	居家照護次數		門診次數		住院次數	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>2001 年</u>						
性別						
男性	4.14	4.128	51.30	30.307	3.80	3.100
女性	4.46	4.467	48.99	31.200	3.11	2.553
年齡						
64 歲以下	4.06	4.393	47.94	21.860	2.92	2.170
65-74 歲	4.41	3.655	46.97	27.254	3.74	3.307
75 歲以上	4.37	4.542	51.69	34.217	3.43	2.789
總計	4.32	4.323	49.96	30.796	3.41	2.818
<u>2002 年</u>						
性別						
男性	4.34	4.448	40.67	31.731	3.84	3.301
女性	4.65	4.189	44.81	33.408	2.79	3.041
年齡						
64 歲以下	2.96	2.504	36.80	20.613	3.08	2.239
65-74 歲	3.22	1.980	48.79	31.559	3.43	2.769
75 歲以上	3.42	2.491	52.94	32.710	3.27	3.073
總計	4.51	4.302	42.99	32.697	3.24	3.193
<u>2003 年</u>						
性別						
男性	4.43	3.799	50.02	34.194	3.92	2.844
女性	4.49	4.023	42.98	25.837	2.89	2.118
年齡						
64 歲以下	4.38	4.360	35.28	21.408	3.71	2.201
65-74 歲	4.64	3.841	42.60	29.789	3.51	2.631
75 歲以上	4.41	3.851	50.49	30.958	3.11	2.486
總計	4.47	3.925	45.94	29.795	3.31	2.492

資料來源：本研究整理

表 4-2.3、醫院個別總額實施前後，居家照護、門診與住院醫療費用點數(N=1170)

醫院個別總額實施前後 2001.01.01-2003.12.31						
變項	性別		年齡			總計
	男性	女性	64歲以下	65-74歲	75歲以上	
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.70	0.71	0.36	0.62	0.84	0.7
藥費點數	41.5	146.57	335.07	37.74	63.38	101.31
醫療費用點數	1832.38	2090.17	2109.54	1927.25	1964.97	1979.12
<u>門診</u>						
用藥天數	10.01	9.8	8.96	9.79	10.19	9.89
藥費點數	637.55	552.28	673.11	648.03	540.39	589.01
醫療費用點數	1770.43	1735.55	2017.44	1970.05	1582.53	1750.57
<u>住院</u>						
急性住院天數	15.77	14.12	16.9	13.27	15.02	14.83
慢性住院天數	1.15	0.9	0.7	1.12	1.03	1.01
藥費點數	16508.46	15049.06	15818.5	16002.26	15513.97	15683.72
醫療費用點數	87277.22	74585.83	87301.06	75543.6	80352.6	80105.01

資料來源：本研究整理

表 4-2.4、醫院個別總額實施前(2001.01.01-2002.06.30)居家照護、門診與住院醫療費用點數--性別(N=541)

變項	男性		女性		總計	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.91	4.9	1.00	5.32	0.96	5.14
藥費點數	43.13	264.96	287.20	3598.87	180.73	2708.63
醫療費用點數	1893.91	768.22	2247.19	3910.16	2093.08	2982.43
<u>門診</u>						
用藥天數	9.87	4.32	9.66	4.81	9.75	4.60
藥費點數	623.64	844.91	615.10	1218.63	618.82	1070.85
醫療費用點數	1744.27	1412.70	1757.83	1812.04	1751.91	1648.35
<u>住院</u>						
急性住院天數	16.30	10.70	13.80	10.02	14.94	10.40
慢性住院天數	0.95	3.23	1.14	4.62	1.05	4.04
藥費點數	16759.96	18856.33	15736.79	20939.71	16202.99	20004.09
醫療費用點數	91483.27	94069.69	72969.30	76999.10	81404.92	85595.43

資料來源：本研究整理

表 4-2.5、醫院個別總額實施前(2001.01.01-2002.06.30)居家照護、門診與住院醫療費用點數--年齡(N=541)

變項	64 歲以下		65 歲-74 歲		75 歲以上	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.73	4.37	0.36	2.57	1.27	6.04
藥費點數	694.60	6563.81	13.78	81.29	104.83	552.88
醫療費用點數	2459.93	6987.32	1952.14	819.94	2047.90	1055.94
<u>門診</u>						
用藥天數	9.15	4.27	9.04	3.71	10.22	4.96
藥費點數	836.22	2134.70	670.08	1058.06	536.27	435.21
醫療費用點數	2066.50	2427.25	2008.18	1978.20	1557.11	1122.29
<u>住院</u>						
急性住院天數	17.61	10.75	13.20	9.18	15.00	10.66
慢性住院天數	0.20	1.46	1.70	4.50	1.00	4.23
藥費點數	16092.78	16624.19	17148.43	21742.37	15855.81	20075.11
醫療費用點數	95181.83	86266.72	78966.66	69294.66	79137.93	91078.55

資料來源：本研究整理

表 4-2.6、醫院個別總額實施後(2002.07.01-2003.12.31)居家照護、門診與住院醫療費用點數--性別(N=629)

變項	男性		女性		總計	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.52	3.16	0.46	3.52	0.49	3.37
藥費點數	40.08	328.99	27.76	233.98	33.01	278.28
醫療費用點數	1778.19	758.59	1957.51	1592.84	1881.11	1306.51
<u>門診</u>						
用藥天數	10.14	4.63	9.91	4.83	10.01	4.74
藥費點數	649.80	602.18	499.21	507.45	563.37	554.39
醫療費用點數	1793.46	1340.07	1716.73	2314.25	1749.42	1958.34
<u>住院</u>						
急性住院天數	15.30	10.31	14.37	9.78	14.76	10.00
慢性住院天數	1.32	5.76	0.72	5.18	0.97	5.43
藥費點數	16285.16	17421.17	14525.18	16967.07	15260.80	17163.40
醫療費用點數	83542.87	68207.20	75817.21	81728.37	79046.30	76393.47

資料來源：本研究整理

表 4-2.7、醫院個別總額實施後(2002.07.01-2003.12.31)居家照護、門診與住院醫療費用點數--年齡(N=629)

變項	64 歲以下		65 歲-74 歲		75 歲以上	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.04	0.35	0.83	4.04	0.46	3.49
藥費點數	14.69	147.66	57.38	407.71	27.36	232.08
醫療費用點數	1797.30	834.70	1906.84	2210.41	1892.88	774.74
<u>門診</u>						
用藥天數	8.80	527.77	10.40	4.56	10.17	4.83
藥費點數	4.56	584.37	629.95	566.55	543.96	539.50
醫療費用點數	1973.72	1391.61	1938.78	2338.54	1604.63	1899.99
<u>住院</u>						
急性住院天數	16.32	13.42	13.32	8.46	15.04	9.64
慢性住院天數	1.11	3.79	0.7	2.87	1.06	6.57
藥費點數	15593.07	17274.96	15169.44	16654.73	15222.27	17422.24
醫療費用點數	80823.71	68351.34	73056.35	63265.35	81389.14	83537.77

資料來源：本研究整理

表 4-2.8、2001 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--性別(N=292)

變項	男性		女性		總計	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	1.19	5.76	1.27	6.13	1.24	5.97
藥費點數	55.17	322.92	449.98	4805.56	283.68	3662.53
醫療費用點數	1921.90	748.43	2428.85	5135.79	2215.31	3940.21
<u>門診</u>						
用藥天數	9.49	4.14	9.61	4.88	9.56	4.57
藥費點數	634.59	861.79	714.11	1593.34	680.62	1333.63
醫療費用點數	1746.32	1318.2	1829.55	1976.13	1794.49	1727.62
<u>住院</u>						
急性住院天數	17.42	11.18	14.32	10.28	15.67	10.77
慢性住院天數	0.80	2.72	1.24	5.47	1.05	4.49
藥費點數	18711.53	21613.30	16697.9	21447.33	17572.6	21493.81
醫療費用點數	94742.94	96078.38	77364.21	76703.09	84913.3	85888.05

資料來源：本研究整理

表 4-2.9、2001 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--年齡(N=292)

變項	64 歲以下		65 歲-74 歲		75 歲以上	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	1.21	5.62	0.13	0.96	1.65	7.018
藥費點數	1157.67	8473.59	2.36	18.85	115.91	519.98
醫療費用點數	3003.22	8992.1	1960.82	810.76	2064.39	929.13
<u>門診</u>						
用藥天數	8.96	4.27	8.55	3.64	10.12	4.9
藥費點數	1038.98	2719.3	668.81	1120.47	573.74	466.36
醫療費用點數	2206.56	2873.27	2044.94	1944.07	1574.49	995.02
<u>住院</u>						
急性住院天數	15.82	9.89	13.83	9.11	16.25	11.48
慢性住院天數	0.33	1.88	1.63	4.09	1.04	5.05
藥費點數	15349.86	18631.60	17551.26	19173.43	18159.71	22980.58
醫療費用點數	74054.93	68571.31	85334.92	72646.27	87602.40	93991.02

資料來源：本研究整理

表 4-2.10、2002 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--性別(N=521)

變項	男性		女性		總計	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.58	3.48	0.54	3.74	0.56	3.622
藥費點數	29.59	175.94	54.52	442.64	43.46	350.34
醫療費用點數	1782.53	767.77	1945.17	1020	1873.06	919.51
<u>門診</u>						
用藥天數	10.22	4.51	9.55	4.71	9.85	4.63
藥費點數	658.10	738.5	486.83	439.54	562.77	596.54
醫療費用點數	1714.46	1217.38	1605.06	1390.29	1653.57	1316.33
<u>住院</u>						
急性住院天數	15.70	11.18	14.66	11.07	15.13	11.12
慢性住院天數	1.27	4.96	0.915	5.90	1.08	5.50
藥費點數	15907.12	18221.15	15651.06	19379.61	15766.82	18842.16
醫療費用點數	87442.69	84565.99	77853.87	93864.12	82188.87	89798.65

資料來源：本研究整理

表 4-2.11、2002 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--年齡(N=521)

變項	64 歲以下		65 歲-74 歲		75 歲以上	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.04	0.39	0.75	3.85	0.6	3.96
藥費點數	18.78	166.96	26.87	123.69	57.11	440.79
醫療費用點數	1606.66	744.93	1868.8	791.93	1943.48	998.69
<u>門診</u>						
用藥天數	9.26	4.38	9.92	4.24	9.97	4.85
藥費點數	607.07	567.83	641.01	805.81	516.96	482.57
醫療費用點數	1922.26	1390.01	1856.56	1790.11	1495.16	993.34
<u>住院</u>						
急性住院天數	20.5	14.96	12.98	9.08	14.94	10.66
慢性住院天數	0.41	2.43	1.21	4.11	1.16	6.42
藥費點數	17660.76	15492.85	16562.65	22536.85	15020.13	17710.47
醫療費用點數	110239.5	88386.8	73657	68970.6	80014	97040.34

資料來源：本研究整理

表 4-2.12、2003 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--性別(N=357)

變項	男性		女性		總計	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.48	3.124	0.49	3.605	0.49	3.407
藥費點數	48.65	413.631	27.83	230.728	36.58	320.186
醫療費用點數	1835.74	770.862	2016.80	1991.133	1940.73	1597.137
<u>門診</u>						
用藥天數	10.12	4.692	10.30	4.92	10.22	4.82
藥費點數	608.32	569.92	511.84	530.76	552.38	548.84
醫療費用點數	1876.39	1624.96	1841.61	2875.33	1856.22	2426.82
<u>住院</u>						
急性住院天數	14.6	8.63	13.3	7.77	13.84	8.15
慢性住院天數	1.22	5.57	0.64	2.77	0.88	4.16
藥費點數	15695.16	14589.95	13126.17	15684.11	14184.49	15270.70
醫療費用點數	81251.75	62093.21	68506.33	59802.55	73756.94	60978.59

資料來源：本研究整理

表 4-2.13、2003 年居家照護、門診與住院醫療費用點數--年齡(N=357)

變項	64 歲以下		65 歲-74 歲		75 歲以上	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
<u>居家照護</u>						
用藥天數	0.001	0.009	0.76	3.93	0.5	3.62
藥費點數	0	0	77.44	521.41	28.19	231.83
醫療費用點數	1962.43	865.30	1988.33	2827.73	1912.76	771.39
<u>門診</u>						
用藥天數	8.57	4.64	10.45	4.50	10.59	4.93
藥費點數	422.44	529.25	643.96	586.46	547.15	530.96
醫療費用點數	1971.01	1494.95	2082.04	2777.03	1720.20	2468.13
<u>住院</u>						
急性住院天數	13.63	9.31	13.34	8.20	14.15	7.83
慢性住院天數	1.33	4.09	0.72	2.70	0.84	4.74
藥費點數	14064.59	17245.67	14433.74	12987.15	14092.14	15847.95
醫療費用點數	71391.31	62917.51	72526.67	57439.72	74991.01	62476.05

資料來源：本研究整理

表 4-2.14、醫院個別總額實施前後，前五大項慢性疾病醫療利用(N=4576)

變項	人次	百分比(%)
<u>腦血管病變</u>		
男性	1036	22.64
女性	1444	31.56
總計	2480	54.2
<u>精神疾病</u>		
男性	126	2.8
女性	293	6.4
總計	419	9.2
<u>糖尿病</u>		
男性	26	0.57
女性	157	3.43
總計	183	4.0
<u>中樞神經系統遺傳與退化性疾病</u>		
男性	38	0.88
女性	120	2.62
總計	158	3.5
<u>高血壓性疾病</u>		
男性	18	0.37
女性	134	2.93
總計	152	3.3

資料來源：本研究整理

表 4-2.15、醫院個別總額實施前與實施後，前五大項慢性疾病醫療利用(N=4576)

變項	實施前		實施後	
	2001.01.01-2002.06.30		2002.07.01-2003.12.31	
	人次	人次(%)	人次	人次(%)
<u>腦血管病變</u>				
男性	429	9.38	607	13.26
女性	686	14.99	758	16.57
總計	1115	24.37	1365	29.83
<u>精神疾病</u>				
男性	63	1.38	63	1.38
女性	112	2.45	181	3.96
總計	175	3.83	244	5.34
<u>糖尿病</u>				
男性	10	0.22	16	0.35
女性	67	1.46	90	1.97
總計	77	1.68	106	2.32
<u>中樞神經系統遺傳與退化性疾病</u>				
男性	28	0.61	10	0.22
女性	63	1.38	57	1.25
總計	91	1.99	67	1.47
<u>高血壓性疾病</u>				
男性	10	0.22	8	0.17
女性	62	1.35	72	1.57
總計	72	1.57	80	1.74

資料來源：本研究整理

第三節 醫療服務 t 檢定 (t-test)、單因子變異數分析 (One-Way ANOVA) 與相關性檢定

本節主要針對醫院個別總額實施前後研究對象之居家照護、門診與住院醫療利用、醫療費用以及前五大項慢性疾病醫療利用情形，進行 t 檢定、One-Way ANOVA 檢定與相關性檢定。

壹、醫院個別總額實施前後醫療利用 t 檢定

本研究首先使用獨立樣本 t 檢定 (independent sample t test)，之後利用配對樣本 t 檢定 (paired sample t test)，檢定醫院個別總額實施前後，研究對象醫療利用次數與醫療費用點數之平均值是否有顯著差異。

表 4-3.1 為醫院個別總額實施前後所有使用居家照護者之醫療利用與醫療費用點數 independent t-test，結果發現居家照護次數、居家照護用藥天數、居家照護藥費點數、居家照護總醫療費用點數、門診用藥天數、門診藥費點數、門診總醫療費用點數、住院次數、急性住院天數、慢性住院天數、住院藥費點數及住院總醫療費用點數，並未達統計上顯著意義，惟平均門診次數於醫院實施前為 53.16 次，醫院個別總額實施後平均門診次數降至 44.48 次，平均門診次數於醫院個別總額實施前後達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

表 4-3.2 為醫院個別總額實施前與實施後皆有使用居家照護者之

醫療利用與醫療費用點數 paired t-test，檢定結果與獨立樣本 t 檢定相同，居家照護次數、居家照護用藥天數、居家照護藥費點數、居家照護總醫療費用點數、門診用藥天數、門診藥費點數、門診總醫療費用點數、住院次數、急性住院天數、慢性住院天數、住院藥費點數、住院總醫療費用點數，並未達統計上顯著意義，惟平均門診次數於醫院實施前為 58.47 次，醫院個別總額實施後平均門診次數降至 46.57 次，平均門診次數於醫院個別總額實施前後達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

貳、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與居家照護醫療利用次數之變異性與相關性

表 4-3.3 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象居家照護醫療次數之關係，其中疾病別對於研究對象居家照護醫療次數達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；性別與年齡對於研究對象居家照護醫療次數則未達到統計上顯著意義。性別、疾病別與研究對象居家照護醫療次數呈負相關，僅疾病別達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；年齡與研究對象居家照護醫療次數呈正相關，但未達統計上顯著意義。

參、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與居家照護用藥天數之變異性與相關性

表 4-3.4 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象居家照護用藥天數之關係，各變項變異數分析對於研究對象居家照護用藥天數均未達統計上顯著意義。性別、疾病別與研究對象居家照護用藥天數呈負相關；年齡與研究對象居家照護用藥天數呈正相關，各變項之相關性均未達統計上顯著意義。

肆、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與居家照護藥費點數之變異性與相關性

表 4-3.5 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象居家照護藥費點數之關係，各變項變異數分析對於研究對象居家照護藥費點數均未達統計上顯著意義。各變項相關性分析與研究對象居家照護藥費點數均呈負相關，各變項之相關性均未達統計上顯著意義。

伍、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與居家照護總醫療費用點數之變異性與相關性

表 4-3.6 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象居家照護醫療總申請金額之關係，其中疾病別對於研究對象居家照護總醫療費用點數達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；性別與年齡對於

研究對象居家照護總醫療費用點數則未達到統計上顯著意義。性別、年齡與研究對象居家照護總醫療費用點數呈負相關；疾病別與研究對象居家照護總醫療費用點數呈正相關，各變項之相關性均未達統計上顯著意義。

陸、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與門診醫療次數之變異性與相關性

表 4-3.7 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象門診醫療次數之關係，年齡與疾病別對於研究對象門診醫療次數均達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；性別對於研究對象門診醫療次數則未達到統計上顯著意義。各變項相關性分析與研究對象門診醫療次數均呈正相關，僅年齡達統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

柒、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與門診醫療用藥天數之變異性與相關性

表 4-3.8 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象門診醫療用藥天數之關係，僅年齡對於研究對象門診醫療用藥天數達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；性別與疾病別對於研究對象門診醫療用藥天數則未達到統計上顯著意義。各變項相關性分析與研究對象門診醫療用藥天數均呈正相關，年齡與疾病別均達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

捌、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與門診醫療藥費點數之變異性與相關性

表 4-3.9 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象門診醫療藥費點數之關係，僅疾病別對於研究對象門診醫療藥費點數達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；性別與年齡對於研究對象門診醫療藥費點數則未達到統計上顯著意義。年齡與研究對象門診醫療藥費點數呈負相關；性別、疾病別與研究對象門診醫療藥費點數呈正相關，年齡 ($p < 0.05$) 與疾病別 ($p < 0.05$) 均達到統計上顯著意義。

玖、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與門診醫療總費用點數之變異性與相關性

表 4-3.10 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象門診醫療總費用點數之關係，年齡與疾病別對於研究對象門診醫療總費用點數達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；性別對於研究對象門診醫療總費用點數則未達到統計上顯著意義。年齡與研究對象門診醫療總費用點數呈負相關；性別、疾病別與研究對象門診醫療總費用點數呈正相關，年齡與疾病別均達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

拾、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與住院次數之變異性與相關性

表 4-3.11 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對

象住院次數之關係，僅性別對於研究對象住院次數達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；年齡與疾病別對於研究對象住院次數則未達到統計上顯著意義。年齡、疾病別與研究對象住院次數呈負相關；性別與研究對象住院次數呈正相關，僅性別達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

拾壹、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與急性住院天數之變異性與相關性

表 4-3.12 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象急性住院天數之關係，性別與年齡對於研究對象急性住院天數達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；疾病別對於研究對象急性住院天數則未達到統計上顯著意義。年齡與研究對象急性住院天數呈負相關；性別、疾病別與研究對象急性住院天數呈正相關，僅性別達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

拾貳、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與慢性住院天數之變異性與相關性

表 4-3.13 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象慢性住院天數之關係，各變項對於研究對象慢性住院天數均未達統計上顯著意義。疾病別與研究對象慢性住院天數呈負相關；性別、年齡與研究對象慢性住院天數呈正相關，各變項之相關性均未達統計上顯著意義。

拾參、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與住院醫療藥費點數之變異性與相關性

表 4-3.14 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象住院醫療藥費點數之關係，各變項對於研究對象住院醫療藥費點數均未達統計上顯著意義。年齡與研究對象住院醫療藥費點數呈負相關；性別、疾病別與研究對象住院醫療藥費點數呈正相關，各變項之相關性均未達統計上顯著意義。

拾肆、醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與住院總醫療費用點數之變異性與相關性

表 4-3.15 為醫院個別總額實施前後性別、年齡、疾病別與研究對象住院總醫療費用點數之關係，僅性別對於研究對象住院總醫療費用點數達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)；年齡與疾病別對於研究對象住院總醫療費用點數均未達統計上顯著意義。年齡、疾病別與研究對象住院總醫療費用點數呈負相關；性別與研究對象住院總醫療費用點數呈正相關，僅性別達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

表 4-3.1、醫院個別總額實施前後醫療利用 independent t-test (N=1170)

變項	實施前		實施後		independent t-test	
	Mean	S.D	Mean	S.D	t	p
<u>居家照護</u>						
次數	3.86	3.59	3.95	3.39	-0.436	0.663
用藥天數	0.96	5.14	0.49	3.37	1.826	0.068
藥費點數	180.73	2708.63	33.01	278.28	1.263	0.207
醫療費用點數	2093.08	2982.43	1881.11	1306.51	1.612	0.107
<u>門診</u>						
次數	53.16	30.12	44.48	30.76	4.861	<0.001
用藥天數	9.75	4.60	10.01	4.74	-0.930	0.352
藥費點數	618.82	1070.85	563.37	554.39	1.134	0.257
醫療費用點數	1751.91	1648.35	1749.42	1958.34	0.023	0.981
<u>住院</u>						
次數	3.42	2.80	3.24	2.71	0.981	0.327
急性住院天數	14.94	10.40	14.76	10.00	0.273	0.785
慢性住院天數	1.05	4.04	0.97	5.43	0.250	0.802
藥費點數	16202.99	20004.09	15260.80	17163.40	0.760	0.447
醫療費用點數	81404.92	85595.43	79046.30	76393.47	0.443	0.658

資料來源：本研究整理

表 4-3.2、研究對象醫療利用 paired t-test (N=146)

變項	醫院總額實施前		醫院總額實施後		paired t-test	
	Mean	S.D	Mean	S.D	t	p
<u>居家照護</u>						
次數	10.90	8.09	11.66	7.01	1.169	0.244
用藥天數	0.55	3.62	0.66	3.74	0.711	0.478
藥費點數	24.54	185.91	33.99	225.23	1.537	0.126
醫療費用點數	1904.68	644.91	1868.08	728.20	-0.857	0.393
<u>門診</u>						
次數	58.47	29.58	46.57	32.08	-4.336	<0.001
用藥天數	9.95	4.42	9.73	4.55	-0.702	0.484
藥費點數	502.66	399.10	497.48	449.66	-0.195	0.845
醫療費用點數	1521.60	1108.08	1569.37	1287.42	0.722	0.472
<u>住院</u>						
次數	3.64	2.93	3.25	3.05	-1.091	0.278
急性住院天數	14.25	10.12	13.72	11.03	-0.363	0.717
慢性住院天數	1.72	6.48	1.86	10.03	0.115	0.909
藥費點數	14989.77	16659.22	13279.19	15337.77	-0.763	0.448
醫療費用點數	78868.25	81460.30	75618.46	92016.67	-0.249	0.804

資料來源：本研究整理

表 4-3.3、性別、年齡、疾病別與居家照護醫療次數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			1.335	0.248	-0.034	0.248
男性	3.78	3.376				
女性	4.01	3.566				
<u>年齡</u>			0.417	0.659	0.024	0.418
64 歲以下	3.70	3.750				
65-74 歲	3.94	3.134				
75 歲以上	3.96	3.555				
<u>疾病別</u>			5.85	<0.001	-0.148	<0.001
腦血管病變	4.66	3.859				
精神疾病	3.74	3.293				
糖尿病	2.90	2.441				
中樞神經系	3.43	2.941				
統遺傳與退						
化性疾病						
高血壓性疾	3.30	3.251				
病						

資料來源：本研究整理

表 4-3.4、性別、年齡、疾病別與居家照護用藥天數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.001	0.975	-0.001	0.975
男性	0.70	4.07				
女性	0.71	4.44				
<u>年齡</u>			1.012	0.364	0.042	0.155
64 歲以下	0.36	3.02				
65-74 歲	0.62	3.46				
75 歲以上	0.84	4.86				
<u>疾病別</u>			0.862	0.487	-0.022	0.539
腦血管病變	0.59	4.01				
精神疾病	0.03	0.16				
糖尿病	0.67	3.42				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	0	0				
高血壓性病	0.61	4.13				

資料來源：本研究整理

表 4-3.5、性別、年齡、疾病別與居家照護藥費點數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.922	0.337	-0.028	0.337
男性	41.50	300.42				
女性	146.57	2442.79				
<u>年齡</u>			1.837	0.160	-0.043	0.140
64 歲以下	335.07	4506.50				
65-74 歲	37.74	307.44				
75 歲以上	63.38	414.94				
<u>疾病別</u>			1.232	0.296	-0.004	0.904
腦血管病變	40.02	284.04				
精神疾病	0	0				
糖尿病	94	602.09				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	0	0				
高血壓性病	39.78	269.82				

資料來源：本研究整理

表 4-3.6、性別、年齡、疾病別與居家照護總醫療費用點數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			3.794	0.052	-0.057	0.052
男性	1832.38	764.54				
女性	2090.17	2895.47				
<u>年齡</u>			0.414	0.661	-0.017	0.551
64 歲以下	2109.54	4831.80				
65-74 歲	1927.25	1726.08				
75 歲以上	1964.97	918.87				
<u>疾病別</u>			5.434	<0.001	0.063	0.075
腦血管病變	1764.41	728.55				
精神疾病	2100.80	699.49				
糖尿病	1876.08	865.90				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	1745.51	593.15				
高血壓性病	1931.25	654.12				

資料來源：本研究整理

表 4-3.7、性別、年齡、疾病別與門診醫療次數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.969	0.325	0.029	0.325
男性	49.51	31.67				
女性	47.72	30.05				
<u>年齡</u>			13.329	<0.001	0.149	<0.001
64 歲以下	39.49	21.77				
65-74 歲	46.40	30.12				
75 歲以上	51.89	32.56				
<u>疾病別</u>			3.534	0.007	0.047	0.184
腦血管病變	48.96	30.1				
精神疾病	52.97	35.33				
糖尿病	46.7	28.83				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	41.85	27.3				
高血壓性病	63.37	34.29				

資料來源：本研究整理

表 4-3.8、性別、年齡、疾病別與門診用藥天數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.585	0.444	0.022	0.444
男性	10.01	4.48				
女性	9.80	4.82				
<u>年齡</u>			5.262	0.005	0.093	0.002
64 歲以下	8.96	4.41				
65-74 歲	9.79	4.25				
75 歲以上	10.19	4.89				
<u>疾病別</u>			0.912	0.456	0.104	0.003
腦血管病變	10.39	4.66				
精神疾病	10.40	5.30				
糖尿病	10.20	3.74				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	9.49	5.03				
高血壓性病	9.33	3.56				

資料來源：本研究整理

表 4-3.9、性別、年齡、疾病別與門診藥費點數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			3.004	0.083	0.051	0.083
男性	637.55	725.38				
女性	552.28	906.44				
<u>年齡</u>			2.880	0.057	-0.067	0.022
64 歲以下	673.11	1529.10				
65-74 歲	648.03	823.72				
75 歲以上	540.39	493.41				
<u>疾病別</u>			5.342	<0.001	0.104	0.003
腦血管病變	542.36	446.20				
精神疾病	569.89	481.24				
糖尿病	621.40	468.56				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	932.84	1396.68				
高血壓性病	584.82	521.61				

資料來源：本研究整理

表 4-3.10、性別、年齡、疾病別與門診總醫療費用點數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.105	0.746	0.009	0.746
男性	1770.43	1373.40				
女性	1735.55	2097.81				
<u>年齡</u>			7.176	0.001	-0.103	<0.001
64 歲以下	2017.44	1944.52				
65-74 歲	1970.05	2180.23				
75 歲以上	1582.53	1585.59				
<u>疾病別</u>			5.5	<0.001	0.145	<0.001
腦血管病變	1570.86	1257.89				
精神疾病	1466.89	632.44				
糖尿病	1915.37	2815.55				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	2371.70	2109.68				
高血壓性病	2270.64	2717.25				

資料來源：本研究整理

表 4-3.11、性別、年齡、疾病別與住院次數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			27.84	<0.001	0.171	<0.001
男性	3.86	3.10				
女性	2.91	2.37				
<u>年齡</u>			0.795	0.452	-0.014	0.671
64 歲以下	3.25	2.22				
65-74 歲	3.52	2.83				
75 歲以上	3.26	2.83				
<u>疾病別</u>			0.364	0.834	-0.010	0.799
腦血管病變	3.11	2.57				
精神疾病	2.98	2.64				
糖尿病	3.42	3.41				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	3.13	2.35				
高血壓性病	2.78	2.53				

資料來源：本研究整理

表 4-3.12、性別、年齡、疾病別與急性住院天數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			6.009	0.014	0.080	0.014
男性	15.77	10.49				
女性	14.12	9.88				
<u>年齡</u>			5.735	0.003	-0.025	0.445
64 歲以下	16.90	12.26				
65-74 歲	13.27	8.75				
75 歲以上	15.02	10.11				
<u>疾病別</u>			1.011	0.401	0.028	0.484
腦血管病變	14.18	9.27				
精神疾病	13.54	10.29				
糖尿病	14.96	11.64				
中樞神經系	17.00	9.24				
統遺傳與退						
化性疾病						
高血壓性疾	13.54	9.25				
病						

資料來源：本研究整理

表 4-3.13、性別、年齡、疾病別與慢性住院天數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			0.596	0.440	0.025	0.440
男性	1.15	4.74				
女性	0.90	4.95				
<u>年齡</u>			0.343	0.710	0.017	0.605
64 歲以下	0.70	3.00				
65-74 歲	1.12	3.67				
75 歲以上	1.03	5.61				
<u>疾病別</u>			0.422	0.793	-0.030	0.454
腦血管病變	1.23	6.05				
精神疾病	1.57	6.56				
糖尿病	1.08	3.56				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	0.19	1.16				
高血壓性病	0.93	3.26				

資料來源：本研究整理

表 4-3.14、性別、年齡、疾病別與住院藥費點數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			1.423	0.233	0.039	0.233
男性	16508.46	18093.55				
女性	15049.06	18778.77				
<u>年齡</u>			0.062	0.939	-0.009	0.785
64 歲以下	15818.50	16922.33				
65-74 歲	16002.26	18945.04				
75 歲以上	15513.97	18675.99				
<u>疾病別</u>			0.630	0.641	0.028	0.486
腦血管病變	15360.28	18392.70				
精神疾病	16573.68	20955.60				
糖尿病	16594.93	23098.45				
中樞神經系統遺傳與退化性疾病	20092.97	18292.17				
高血壓性病	14400.71	19582.63				

資料來源：本研究整理

表 4-3.15、性別、年齡、疾病別與住院總醫療費用點數之關係(N=1170)

變項	Mean	S.D	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	p
<u>性別</u>			5.687	0.017	0.078	0.017
男性	87277.22	81392.20				
女性	74585.83	79655.60				
<u>年齡</u>			0.916	0.400	-0.014	0.671
64 歲以下	87301.06	76980.98				
65-74 歲	75543.60	65793.00				
75 歲以上	80352.61	87018.60				
<u>疾病別</u>			0.963	0.427	-0.010	0.799
腦血管病變	77351.40	79514.10				
精神疾病	72443.81	80279.03				
糖尿病	97262.59	140481.75				
中樞神經系	90605.13	65927.63				
統遺傳與退						
化性疾病						
高血壓性疾	73573.17	65059.01				
病						

資料來源：本研究整理

第四節 醫院個別總額實施前後醫療利用與醫療費用迴歸分析

本節主要針對醫院個別總額實施前後研究對象之居家照護、門診與住院醫療利用及醫療費用情形，進行迴歸分析。進行迴歸分析時必須先將類別變項（醫院個別總額實施前後、性別、疾病別）轉虛擬變項(dummy variable)，在醫療費用方面先將醫療費用經過自然對數轉換，因此迴歸係數為當自變項改變一單位時，醫療費用所改變的百分比。

壹、醫院個別總額實施前後居家照護醫療利用次數與費用點數迴歸模式

表 4-4.1 為研究對象居家照護醫療利用次數與費用點數迴歸模式，就居家照護醫療次數而言，糖尿病患者居家照護醫療次數較腦血管病變患者減少 1.263 次，達到統計上的顯著意義 ($p < 0.05$)。就居家照護醫療費用點數而言，醫院個別總額實施後，居家照護醫療費用點數減少了 6.9%、男性較女性居家照護醫療費用點數減少 5.3%、精神疾病患者較腦血管病變患者居家照護醫療費用點數增加 11.7%，均達到統計上的顯著意義 ($p < 0.05$)。

貳、醫院個別總額實施前後門診醫療利用次數與費用點數迴歸模式

表 4-4.2 為研究對象門診醫療利用次數與費用點數迴歸模式，就

門診醫療次數而言，醫院個別總額實施後，研究對象門診次數減少了 8.453 次、年齡每增加一歲門診次數增加 0.312 次、高血壓性疾病患者門診次數較腦血管病變患者增加 15.410 次，均達到統計上的顯著意義 ($p < 0.05$)。就門診醫療費用點數而言，年齡每增加一歲，門診醫療費用點數減少 0.5%、中樞神經系統遺傳與退化性疾病患者較腦血管病變患者門診醫療費用點數增加了 29.3%，均達到統計上的顯著意義 ($p < 0.05$)。

參、醫院個別總額實施前後門診用藥天數與費用點數迴歸模式

表 4-4.3 為研究對象門診用藥天數與費用點數迴歸模式，就門診用藥天數而言，醫院個別總額實施後，研究對象年齡每增加一歲用藥天數增加 0.022 天，達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。就門診藥費點數而言，男性較女性門診藥費點數增加 20.5%，達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

肆、醫院個別總額實施前後住院醫療利用次數與費用點數迴歸模式

表 4-4.4 為研究對象住院醫療利用次數與費用點數迴歸模式，就住院醫療次數而言，男性較女性住院次數增加了 0.925 次，達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。就住院醫療費用點數而言，男性較女性住院醫療費用點數增加了 21.1%，達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

表 4-4.1、居家照護醫療利用次數與費用點數迴歸模式(N=1170)

變項	居家照護醫療次數			居家照護醫療費用(Ln)		
	β	t	p	β	t	p
<u>醫院個別總額效應</u>						
實施前 (參考組)						
實施後	0.074	0.363	0.717	-0.069	-2.631	0.009
<u>性別</u>						
女性 (參考組)						
男性	-0.341	-1.621	0.105	-0.053	-1.986	0.047
<u>年齡</u>						
	0.005	0.699	0.485	0.001	1.333	0.83
<u>疾病別</u>						
腦血管病變 (參考組)						
精神疾病	-0.413	-1.165	0.244	0.117	2.584	0.010
糖尿病	-1.263	-2.765	0.006	-0.025	-0.435	0.663
中樞神經系統遺傳與 退化性疾病	-0.677	-1.285	0.199	-0.059	-0.880	0.379
高血壓性疾病	-0.844	-1.594	0.111	0.027	0.407	0.684
<u>常數項</u>						
	3.797	6.406	<0.001	7.420	98.187	<0.001
R Square		0.011			0.020	
Adjusted R Square		0.005			0.014	
F		1.861			3.415	
p		0.072			0.001	

資料來源：本研究整理

表 4-4.2、門診醫療利用次數與費用點數迴歸模式(N=1170)

變項	門診醫療次數			門診醫療費用(Ln)		
	β	t	p	β	t	p
<u>醫院個別總額效應</u>						
實施前 (參考組)						
實施後	-8.453	-4.795	<0.001	-0.005	-0.158	0.875
<u>性別</u>						
女性 (參考組)						
男性	3.541	1.947	0.052	0.062	1.948	0.052
<u>年齡</u>						
	0.312	4.860	<0.001	-0.005	-4.188	<0.001
<u>疾病別</u>						
腦血管病變 (參考組)						
精神疾病	3.355	1.097	0.273	0.001	0.017	0.986
糖尿病	-0.653	-0.166	0.868	0.112	1.612	0.107
中樞神經系統遺傳與 退化性疾病	-5.433	-1.194	0.233	0.293	3.658	<0.001
高血壓性疾病	15.410	3.371	0.001	0.151	1.875	0.061
<u>常數項</u>						
	27.489	5.372	<0.001	7.579	84.237	<0.001
R Square		0.053			0.034	
Adjusted R Square		0.048			0.028	
F		9.333			5.893	
p		<0.001			<0.001	

資料來源：本研究整理

表 4-4.3、門診用藥天數與藥費點數迴歸模式(N=1170)

變項	門診用藥天數			門診藥費(Ln)		
	β	t	p	β	t	p
<u>醫院個別總額效應</u>						
實施前 (參考組)						
實施後	0.240	0.873	0.383	-0.037	-0.597	0.551
<u>性別</u>						
女性 (參考組)						
男性	0.316	1.115	0.265	0.205	3.196	0.001
<u>年齡</u>						
	0.022	2.179	0.030*	<0.001	0.185	0.854
<u>疾病別</u>						
腦血管病變 (參考組)						
精神疾病	0.418	0.877	0.381	0.001	0.013	0.990
糖尿病	0.364	0.593	0.554	0.246	1.774	0.076
中樞神經系統遺傳與 退化性疾病	-0.296	-0.418	0.676	0.259	1.618	0.106
高血壓性疾病	-0.418	-0.587	0.557	0.149	0.928	0.353
<u>常數項</u>						
	7.965	9.999	<0.001	5.773	31.757	<0.001
R Square		0.008			0.013	
Adjusted R Square		0.002			0.007	
F		1.270			2.116	
p		0.262			0.039	

資料來源：本研究整理

表 4-4.4、住院醫療利用次數與費用點數迴歸模式(N=1170)

變項	住院醫療次數			住院醫療費用(Ln)		
	β	t	p	β	t	p
<u>醫院個別總額效應</u>						
實施前 (參考組)						
實施後	-0.152	-0.844	0.399	0.021	0.356	0.722
<u>性別</u>						
女性 (參考組)						
男性	0.925	5.059	<0.001	0.211	3.501	<0.001
<u>年齡</u>						
	0.001	0.085	0.932	-0.002	-0.654	0.513
<u>疾病別</u>						
腦血管病變(參考組)						
精神疾病	-0.298	-0.939	0.348	-0.168	-1.610	0.108
糖尿病	0.220	0.551	0.582	0.023	0.173	0.863
中樞神經系統遺傳與 退化性疾病	-0.095	-0.210	0.834	0.275	1.841	0.066
高血壓性疾病	-0.428	-0.928	0.354	0.013	0.084	0.933
<u>常數項</u>						
	2.995	5.219	<0.001	10.914	57.701	<0.001
R Square		0.032			0.021	
Adjusted R Square		0.025			0.014	
F		4.356			2.881	
p		<0.001			0.006	

資料來源：本研究整理

第五節 醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔總門診、住院醫療利用與醫療費用迴歸分析

上述的迴歸分析結果，混合了醫院個別總額制度與居家照護給付政策兩者的效果，因此有必要再以承保抽樣歸人檔中所有被保險人的醫療利用進行迴歸分析，與前述結果進行比較。

為瞭解居家照護患者之門診、住院醫療利用，與承保抽樣歸人檔總體門診與住院醫療利用之差異，將醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔總體門診、住院醫療利用與費用進行迴歸分析，以釐清醫院個別總額實施之後，接受居家照護服務者之門診與住院醫療利用之變化，是導因於醫院總額制度的實施，或居家照護醫療利用的增加？

壹、醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔門診醫療利用次數與費用點數迴歸模式

表 4-5.1 為承保抽樣歸人檔總體門診醫療利用次數與費用點數迴歸模式，就門診醫療次數而言，醫院個別總額實施後，研究對象門診次數增加了 0.164 次、男性較女性減少 0.617 次，均達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。就門診醫療費用點數而言，醫院個別總額實施後，研究對象門診醫療費用點數減少 7%、男性較女性減少 7.9%，均達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

貳、醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔門診用藥天數與藥費點數迴歸模式

表 4-5.2 為承保抽樣歸人檔總體門診用藥天數與藥費點數迴歸模式，就門診用藥天數而言，醫院個別總額實施後，並未對門診用藥天數產生影響。就門診藥費點數而言，醫院個別總額實施後，男性較女性減少 162.5%，達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。

參、醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔住院醫療利用次數與費用點數迴歸模式

表 4-5.3 為承保抽樣歸人檔總體住院醫療利用次數與費用點數迴歸模式，就住院醫療次數而言，醫院個別總額實施後，男性較女性增加了 0.146 次、年齡每增加一歲住院醫療次數增加 0.008 次，達到統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。就住院醫療費用點數而言，醫院個別總額實施後，研究對象住院醫療費用點數增加 8.3%、男性較女性減少 3.4%、年齡每增加一歲住院醫療費用點數增加 1.4%，均達到統計上顯著意義。

表 4-5.1、承保抽樣歸人檔總體門診醫療次數與費用點數迴歸模式 (N=617,477)

變項	門診醫療次數			門診醫療費用(Ln)		
	β	t	p	β	t	p
醫院個別總額效應						
實施前 (參考組)						
實施後	0.164	0.589	0.556	-0.070	-2.306	0.021
性別						
女性 (參考組)						
男性	-0.617	-2.194	0.029	-0.079	-2.603	0.009
年齡						
	0.003	0.312	0.755	0.001	0.858	0.391
常數項						
	5.348	6.742	<0.001	7.481	86.965	<0.001
R Square		0.006			0.015	
Adjusted R Square		0.003			0.012	
F		1.834			4.392	
p		0.139			0.004	

資料來源：本研究整理

表 4-5.2、承保抽樣歸人檔總體門診用藥天數與藥費點數迴歸模式 (N=617,477)

變項	門診用藥天數			門診藥費(Ln)		
	β	t	p	β	t	p
<u>醫院個別總額效應</u>						
實施前 (參考組)						
實施後	-0.302	-1.266	0.206	-0.497	-0.914	0.370
<u>性別</u>						
女性 (參考組)						
男性	-0.021	-0.087	0.931	-1.625	-2.990	0.006
<u>年齡</u>						
	-0.009	-1.065	0.287	-0.043	-1.554	0.133
<u>常數項</u>						
	1.390	2.051	0.041	10.670	5.334	<0.001
R Square		0.003			0.364	
Adjusted R Square		0.000			0.284	
F		0.962			4.576	
p		0.410			0.011	

資料來源：本研究整理

表 4-5.3、承保抽樣歸人檔總體住院醫療次數與費用點數迴歸模式 (N=66,460)

變項	住院醫療次數			住院醫療費用(Ln)		
	β	t	p	β	t	p
<u>醫院個別總額效應</u>						
實施前 (參考組)						
實施後	-0.013	-1.112	0.266	0.083	9.530	<0.001
<u>性別</u>						
女性 (參考組)						
男性	0.146	12.540	<0.001	-0.034	-3.915	<0.001
<u>年齡</u>						
	0.008	32.740	<0.001	0.014	75.819	<0.001
<u>常數項</u>						
	1.057	73.891	<0.001	9.284	868.934	<0.001
R Square		0.028			0.117	
Adjusted R Square		0.028			0.116	
F		427.130			1974.466	
p		<0.001			<0.001	

資料來源：本研究整理

第五章 討論

本章共分五節，第一節為研究對象基本特質之討論；第二節為醫院個別總額實施前後研究對象居家照護醫療利用與費用變化之討論；第三節為醫院個別總額實施前後研究對象門診醫療利用與費用變化之討論；第四節為醫院個別總額實施前後研究對象住院醫療利用與費用變化之討論；第五節為本研究發現之政策意涵。

第一節 基本特質之討論

本研究之研究對象平均年齡為 73.93 歲，65 歲以上老年人口佔 84%，女性的使用率高於男性，女性與男性之性別比為 1.4：1；顯示接受居家照護服務者以女性、老年人口居多。周稚傑等（2003）對居家照護資源耗用之探討，結果顯示 65 歲以上老年人口佔 73.5%，女性使用率高於男性；葉淑杏等（2004）對居家護理服務成本分析，結果顯示 66 歲以上老年人口佔 78%，女性使用率高於男性。研究結果一致顯示接受居家照護服務者以女性、老年人口居多。

本研究也印證了接受居家照護服務者以罹患慢性疾病患者為主，接受居家照護服務者之前五項慢性疾病醫療資源使用率，分別為腦血管病變、精神疾病、糖尿病、中樞神經系統遺傳與退化性疾病及高血壓，其中以腦血管病變患者之使用率為最高（54.20%），與余玉

眉等（1992）於我國居家照護需求，效益及納入全民健保的可行性研究中指出患有腦血管病變者佔 51.6%；林秀碧等（2001）健保支付改採資源耗用群組後醫院附屬居家護理單位成本與損益平衡分析，研究中針對三家南部醫院進行研究，研究結果顯示三家醫院之居家照護病患皆以腦血管病變患者為最多；周稚傑等（2003）、葉淑杏等（2004）之研究結果也一致顯示居家照護患者以腦血管病變患者為最多。

第二節 醫院個別總額實施前後居家照護醫療利用與費用 變化之討論

醫院個別總額實施前後，接受居家照護服務者之平均居家照護醫療利用次數為 3.91 次，實施前與實施後分別為 3.86 次、3.95 次，呈現上升之趨勢。分析可能原因為實施醫院個別總額支付制度後，醫院管理者在衡量經營效益的考量下，可能藉由管理措施積極的轉介病人，甚或進行多角化經營，籌設護理之家或其他類型之長期養護機構以收納亞急性期之病患，導致居家照護醫療利用的提高。

根據中央健康保險局所規定，居家照護收案以四個月為一期，若需申請延長照護則每次以延長兩個月為限，護理人員居家照護訪視以每個月兩次為限，醫師居家照護訪視以每兩個月一次為限，本研究顯示醫院個別總額實施前後平均每人居家照護次數僅 3.91 次，即一個月不到一次，使用次數仍屬偏低，原因可能與健保局對於居家照護收

案條件規定嚴格以及居家照護患者死亡、病情好轉有關（王玉女，1996）。

醫院個別總額實施前後，接受居家照護服務者之平均每次居家照護醫療費用點數為 1979.12 點，實施前與實施後分別為 2093.08 點、1881.11 點，呈現下降趨勢，經對數轉換後的居家照護醫療費用於醫院個別總額實施後較醫院個別總額實施前減少 6.9%，達到統計上顯著意義。

研究期間之全民健保居家照護給付制度以全面施行資源耗用群組(Resources Utilization Groups ; RUGs)，全民健保 RUGs 第一、二、三、四類平均每次給付金額分別為 700 點、970 點、1170 點、1370 點，相較之下，顯示本研究之醫院個別總額實施前後，平均每次居家照護醫療費用點數高於健保給付金額。目前全民健康保險中居家照護給付金額以技術性護理為主，包含護理技術費與治療材料費，而隨著居家照護患者之病況與疾病嚴重度不同，護理的技術性、複雜性及訪視時間長短也會有所差異。

第三節 醫院個別總額實施前後門診醫療利用與費用變化之討論

本研究結果顯示醫院個別總額實施前後，接受居家照護服務者之平均門診醫療利用次數為 48.49 次，亦即研究對象每個月有 4 次以上

的使用率。居家照護病患具有較高門診利用率可能導因於全民健康保險對居家照護收案條件規定嚴苛，如病人清醒時間超過 50% 以上活動限制在床上或椅子上，有明確之醫療與護理服務之需求且病情穩定能在家中進行醫療護理服務，相較之下，居家照護患者之健康狀態功能性較一般慢性病患者差，故居家照護患者之門診使用率會較一般慢性病患者要來的高。

經複迴歸分析之結果顯示醫院個別總額實施後，研究對象之門診醫療利用次數較實施前減少 8.453 次，且達到統計上顯著，呈現下降之趨勢。但是在門診醫療費用點數方面，經對數轉換後的門診醫療費用點數於醫院個別總額實施後較實施前小幅減少 0.5%。在門診用藥天數方面，研究結果顯示醫院個別總額實施後，平均每次門診用藥天數為 10.01 天高於實施前的 9.75 天。在門診藥費點數方面，研究結果顯示醫院個別總額實施後，居家照護患者平均每次門診藥費點數為 563.37 點低於實施前的 618.82 點。

本研究結果與葉德豐、王俊文（2002）於西醫基層總額支付制度實施前後費用趨勢之研究結果相符，由研究結果可知醫院個別總額實施後，醫師由增加接受居家照護服務者之門診用藥天數，以降低病患之就診次數；另一方面研究結果也顯示醫院個別總額實施後，接受居家照護服務者門診用藥天數增加但是門診藥費點數卻呈現下降趨

勢，此現象顯示醫師為避免總額這塊大餅遭受藥品分食，因而開始對藥品費用進行調節。

第四節 醫院個別總額實施前後住院醫療利用與費用變化之討論

本研究結果顯示，醫院個別總額實施後，居家照護患者各項住院醫療利用與費用皆低於實施前。醫院個別總額實施後，居家照護患者平均住院次數為 3.24 次低於實施前的 3.42 次；平均急性住院天數為 14.76 天低於實施前的 14.94 天；平均慢性住院天數為 0.97 天低於實施前的 1.05 天；平均住院藥費點數為 15260.80 點低於實施前的 16202.99 點；平均住院總醫療費用點數為 79046.30 點低於實施前的 81404.92 點。

本研究中發現居家照護患者住院醫療費用為居家照護患者健保醫療資源最主要之醫療費用支出，邱亨嘉等（1996）於全民健康保險對長期照護體系影響之研究指出，台灣地區急性醫院滯留病人之不當使用之醫療費用高達 17 億元，在這些不當使用的醫療費用中，高達 15 億元是由健保局所支付的費用，若將這些急性醫院滯留患者即時轉介至長期照護機構接受治療，則健保局所需支付的費用將降為 8 千多萬元，可節省約 14 億的經費。

醫院個別總額實施後，居家照護患者各項住院醫療利用與費用皆

低於實施前，分析此結果可能與醫院個別總額的實施有關。醫院個別總額實施前，醫院為增加營運收入，對住院病人之控管較不嚴格；醫院個別總額實施後，醫院受到總體醫療資源及門、住診比例的限制，對住院病人入院的控管轉趨嚴格，同時為降低醫療成本，趨向於讓病情穩定之病患及早出院以縮短住院天數，因而導致居家照護患者於醫院個別總額實施後之各項住院醫療利用低於醫院個別總額實施前。

第五節 研究發現之政策意涵

壹、醫療政策面

依據全民健康保險統計，2001年至2003年之居家照護醫療利用、居家照護醫療費用、門診與住院醫療費用皆呈現增加之趨勢。2001年至2003年居家照護醫療費用申報點數、申報件數、平均每件申報點數皆呈現增加之趨勢；在門診醫療申報點數與平均每件申報點數、住院醫療申報點數與平均每件申報點數皆呈現增加之趨勢，僅門診醫療與住院醫療申報件數於2003年時呈現減少的趨勢，此現象可能與2003年時發生SARS疫情有關。

本研究針對居家照護患者之醫療利用所做之研究結果顯示，接受居家照護服務者之居家照護醫療利用次數呈現增加趨勢，而居家照護醫療費用則小幅減少；接受居家照護服務者之門診醫療次數、門診醫

療費用、住院醫療次數及住院醫療費用則皆呈現下降之趨勢。

為釐清醫院個別總額實施之後，接受居家照護服務者之門診與住院醫療利用之變化，是導因於醫院總額的實施，或居家照護醫療利用的增加？故將醫院個別總額實施前後承保抽樣歸人檔總體門診、住院醫療利用與費用進行迴歸分析。研究發現醫院個別總額實施後承保抽樣歸人檔總體門診醫療利用次數顯著增加，門診醫療費用點數則顯著降低；住院醫療利用次數小幅減少，但住院醫療費用點數則較醫院個別總額前顯著增加。

就總體醫療服務的利用而言，居家照護醫療利用的增加，並未達到降低一般民眾之門診與住院醫療總體醫療費用的效果，因為仍有許多一般病患有門診的需求，且醫院病床空出之後仍會有其他非居家照護患者轉入，因此只能增加病床利用率，而無法降低總體住院醫療費用。但就居家照護服務接受者而言，居家照護醫療利用次數增加，對於居家照護服務接受者之門診與住院醫療之總體醫療利用與費用皆達到降低的效果。

推廣居家照護服務雖然未能降低一般民眾之總體醫療利用與醫療費用，但對於居家照護患者的醫療利用與費用都達到降低的效果，居家照護患者所減少的醫療利用部分，可提供更多有急性醫療服務需求的病患接受醫療服務。

就經濟效率而言，提供居家照護服務可以提升總體效率的原因，不在於其可以降低原本的醫療費用或成本，而在於其可以提升總體服務的數量，故建議全民健康保險政策仍應繼續積極推廣居家照護服務政策。

貳、醫院管理面

2002年7月1日開始實施醫院個別總額，至今均未將居家照護納入醫院個別總額之範圍，本研究發現醫院個別總額實施後，居家照護患者之居家照護醫療利用次數較醫院個別總額前增加，而居家照護平均每次醫療費用則較醫院個別總額前減少；門診方面：居家照護患者門診醫療利用次數、平均每次門診醫療費用、平均每次門診用藥費用皆較醫院個別總額前減少，而平均每次門診用藥天數則較醫院個別總額前增加；住院方面：居家照護患者之住院醫療利用次數、平均每次急性住院天數、平均每次慢性住院天數、平均每次住院用藥費用、平均每次住院總醫療費用皆較醫院個別總額前減少。

醫院個別總額的實施將使醫院更加著重於費用控制，由國外實施前瞻性支付制度（prospective payment system, PPS）的經驗顯示，醫院管理當局多以縮短平均住院日為手段以達到其財務目的，可藉由將病情穩定之病患轉為接受居家照護的方式，以增加醫院之病床利用率，然而又受限於健保當局對於居家照護之收案條件過於嚴苛，導致

居家照護醫療利用率偏低，轉而求助於門診醫療。而在西醫基層總額之下，2002年1月健保局又針對每天看診30人次以下的門診部分大幅提高醫師診察費，並調降日劑藥費，故醫院藉由延長門診用藥天數以降低病患門診就診次數，可由本研究之居家照護患者門診醫療利用得到驗證。

1994年行政院衛生署啟動「出院準備服務」(discharge planning)政策，出院準備服務結合了醫療、社會、財務資源，利用個案管理的原則，將病患的健康問題視為組織計畫的軸心，確保連續性照護的結果，為病患及家屬出院後的後續醫療照護做連續性的準備，延續病患持續性照護(李世代，2004)。建議主管單位積極推廣居家照護服務政策，放寬居家照護收案條件，將居家照護服務視為病情穩定病患住院之替代，持續提供出院後之後續醫療服務，建立以病人為導向的持續性照護，滿足病患複雜且持續不斷的照護需求，如此將可減少慢性病患佔用急性醫療資源，達到急慢性醫療資源的最適切使用。

第六章 結論與建議

本章共分三節，首先於第一節提出本研究之結論；第二節提出對衛生主管機關及後續研究者之建議；第三節為本研究之研究限制。

第一節 結論

本研究利用中央健康保險局委託國家衛生研究院提供，2001 年至 2003 共四組承保抽樣歸人檔資料，由健保資料庫中篩選出申報類別 (case type) 為 61、65、66、67 者 (即為接受全民健康保險居家照護服務之被保險人)，研究對象總計 4,576 人次，觀察研究對象於醫院個別總額實施前 (2001 年 1 月 1 日至 2002 年 6 月 30 日) 及醫院個別總額實施後 (2002 年 7 月 1 日至 2003 年 12 月 31 日)，居家照護醫療利用、門診醫療利用、住院醫療利用情形，茲將本研究主要研究結果摘要如下：

壹、研究對象居家照護醫療利用

- 一、醫院個別總額實施後，研究對象平均居家照護醫療利用次數高於醫院總額實施前。
- 二、醫院個別總額實施後，研究對象平均每次居家照護醫療費用點數明顯低於醫院個別總額實施前，達到統計上顯著意義。

貳、研究對象門診醫療利用

- 一、醫院個別總額實施後，研究對象平均門診醫療利用次數明顯低於醫院總額實施前，達到統計上顯著意義。
- 二、醫院個別總額實施後，研究對象平均每次門診醫療藥費點數低於醫院個別總額實施前。
- 三、醫院個別總額實施後，研究對象平均每次門診醫療用藥天數高於醫院個別總額實施前。
- 四、醫院個別總額實施後，研究對象平均每次門診醫療費用點數低於醫院個別總額實施前。

參、研究對象住院醫療利用

- 一、醫院個別總額實施後，研究對象平均住院醫療利用次數低於醫院總額實施前。
- 二、醫院個別總額實施後，研究對象平均急性住院天數低於醫院總額實施前。
- 三、醫院個別總額實施後，研究對象平均慢性住院天數低於醫院總額實施前。
- 四、醫院個別總額實施後，研究對象平均慢性病房天數低於醫院總額實施前。
- 五、醫院個別總額實施後，研究對象平均住院藥費點數低於醫院總

額實施前。

六、醫院個別總額實施後，研究對象平均住院總醫療費用點數低於醫院總額實施前。

總體而言，提高居家照護醫療利用率，對於居家照護患者的門診、住院醫療利用與費用都達到降低的效果，居家照護患者所減少的醫療利用部分，可提供更多有急性醫療服務需求的病患接受醫療服務，故建議積極推廣居家照護服務政策。

第二節 建議

壹、對衛生主管機關之建議

隨著人口結構逐漸邁向高齡化，長期照護成為當今一個主要的健康照護議題，而居家照護為長期照護的一部份，居家護理更是居家照護的一環，全民健康保險將居家護理納入給付項目之一，並以資源耗用群組為居家護理之支付標準，藉以有效控制醫療成本並避免醫療資源不當使用。

本研究結果發現，居家照護患者之居家照護醫療服務利用偏低，可能是受限於全民健康保險對居家照護之收案條件限制過於嚴苛所導致，使有居家照護需求者轉而求助於門診與住院醫療。居家照護患者平均居家照護醫療利用次數僅 3.91 次；而平均門診醫療利用次數卻高達 48.49 次；平均住院醫療次數為 3.32 次。研究期間（2001

年 1 月至 2003 年 12 月) 研究對象總醫療支出費用點數為 355,741,281，居家照護醫療費用點數 9,056,464 (佔 2.6%)；門診醫療費用點數 99,320,543 (佔 27.9%)；住院醫療費用點數更高達 247,364,274 (佔 69.5%)，可見居家照護患者所使用之健保醫療資源以住院醫療費用佔絕大部分，其次為門診醫療費用，而使用於居家照護醫療費用則偏低。

根據邱亨嘉等 (1996) 全民健康保險對長期照護體系影響之研究指出，台灣地區急性醫院滯留病人之不當使用之醫療費用高達 17 億元，在這些不當使用的醫療費用中，高達 15 億元是由健保局所支付的費用，若將這些急性醫院滯留患者即時轉介至長期照護機構接受治療，則健保局所需支付的費用將降為 8 千多萬元，可節省約 14 億的經費。

建議衛生主管單位應積極推廣居家照護服務，並放寬居家照護收案條件，如此將可縮短急性醫院之病人住院日數，若能完善規劃居家照護體系，將之視為病情穩定病患住院之替代，將可節省相當可觀之醫療費用支出。

貳、對後續研究者之建議

本研究利用國家衛生研究院全民健康保險學術研究資料庫進行分析，然受限於研究資料有限，只取得至 2003 年之全民健康保險資

料庫，後續之研究若能持續做長期追蹤，應該會發現更多關於醫院個別總額實施後對居家照護醫療利用之影響。其次，建議後續研究者若能配合問卷訪視，收集居家照護患者疾病醫療，瞭解居家照護患者健康情形，及其主要照顧者之經濟狀況、社會工作服務以及家事服務等資料，將更有助於提供衛生主管單位對於居家照護未來發展之工作重點及努力方向。

第三節 研究限制

本研究利用國家衛生研究院所提供全民健保學術研究資料庫中之承保抽樣歸人檔，來進行居家照護醫療利用之次級資料分析研究。研究限制包括以下各點：

一、本研究受限於申報資料庫之完整性，資料庫中僅能獲知全民健保給付居家照護使用之情形，無法獲得自費使用者之使用紀錄，因此可能會遺漏一些自費的使用個案。

二、本研究之研究期間取醫院個別總額實施前與實施後各 1 年半，合計共 3 年的時間，即 2001 年至 2003 年之健保資料庫，而我國於 2003 年發生 SARS 疫情，故可能對醫院個別總額實施後居家照護患者之門診醫療利用與住院醫療利用產生影響，若能持續做長期追蹤，應該會發現更多關於醫院個別總額實施後對居家照護醫療利用之影響。

參考文獻

英文部分

- Abel-Smith, B. (1992b). Health insurance in developing countries: lessons from experience. *Health Policy Plan*, 7, 215-226.
- Benjamin, A.E. (1996). Trends among younger persons with disability or chronic disease, in R.H. Binstock, L.E. Cluff and O.V. Mering (eds.), *The future of Long-Term Care*, 75-95, Baltimore and London : Johns Hopkins University press.
- Chen, Q., Kane, R.L & Finch, M.D. (2000). The cost effectiveness of post-acute care for elderly medicare beneficiaries. *Inquiry*, 37(4), 359-375
- Clarfield, A.M. (1983). Home care: is it effective? *Canadian Medical Association Journal*, 129, 1181-1184
- Culyer A.J. (1989). Cost containment in Europe. *Health Care Financing Review*, Annual supplement, 21-32
- Ensor, T. & Amannyazova, B.(2000).Use of business planning methods to monitor global health budgets in turkmenistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 1045-1053
- Etter, J.F. & Perneger, T.V. (1998). Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in swiss health insurance plan. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 34, 295-311
- Harrington, C. (1998). Quality, access, and costs: Public policy and home health care. *Nursing Outlook*, 36(4), 165-166
- Harrow, B.S. (1995).How costly is to care for disabled elders in a community setting? *The Gerontologist*, 35(6), 803-813
- Hughes, S.L.(1992).Home Care: Where We are and Where We Need to Go. Chapter two, In: Ory MG., Duncker AP. (eds.), *In-Home Care for Older People. USA: London*, 53-74.
- McCorkle, R. & Germino, B. (1984). What nurses need to know about home care. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 63-69
- Montauk, S.L. (1998).Home health care. *American Family Physician*, 58(7), 1608-1614
- OECD (1996), *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*, OECD
- Stevens, C. M. (1993). Health care cost containment: Some implications of global budgets. *Science*, 259(1), 16-17

Wolinsky, F.D. & Arnold, C.L. (1988). A different perspective on health and health services utilization. *Ann Rev Gerontol Geriatr*, 8, 71-79

Yakoboski, P.J., Ratner, J. & Gross, D.J. (1994). The effectiveness of budget targets and caps. *Benefits Quarterl.*10,31-37



中文部分

- 中央健康保險局 (2005), 全民健康保險支付標準。台北，
<http://www.nhi.gov.tw/index.asp>
- 中華民國長期照護專業協會 (2005)。台北，<http://www.ltcpa.org.tw/index.htm>
- 內政部 (2005), 人口統計資料。台北，<http://www.moi.gov.tw>
- 內政部 (2005), 老人福利安護長期照護機構查詢網站。台北，
<http://sowf.moi.gov.tw/04/12/12.htm/>
- 內政部社會司 (2005), <http://www.moi.gov.tw/dsa/>
- 王正、曾蕃霓 (2000), 建構長期照護財務體系之初探--兼論與醫療、年金財務之配合。社區發展季刊, 92, 32-43
- 王玉女、徐亞瑛、楊清姿 (1996), 居家照護服務與台灣現況。長庚護理, 7(3), 80-85
- 王燕慧 (2003), 居家照護試行放寬給付條件之成效探討。國立台灣大學醫學院護理學研究所碩士論文
- 全民健康保險統計 (2003), 中央健康保險局。
- 全民健康保險醫療費用協定委員會 (2005), 總額支付制度問答輯。台北，
<http://www.doh.gov.tw/cht/index.aspx>
- 行政院經濟建設委員會人力規劃處 (2005), 中華民國台灣地區民國 93 年至 140 年人口推計。台北，<http://www.cepd.gov.tw/index.jsp>
- 行政院衛生署 (2005), 台灣地區護產機構服務量統計。台北，
<http://www.doh.gov.tw>
- 行政院衛生署 (2005), 國民醫療保健支出。台北，<http://www.doh.gov.tw/statistic>
- 余玉眉 (1990), 居家照護納入全民健康保險給付之可行性研究，行政院經建會委託研究。
- 余玉眉、吳凱勳、陳心耕、陳月枝、陳涵寧、趙殿妮 (1992), 我國居家照護的需求，效益及納入全民健康保險的可行性研究。護理新象 2 (1), 52-73
- 利見清 (2002), 台灣地區居家照護品質指標群與居家照護利用及病人功能之相關研究。國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文
- 吳淑如、邱啟潤 (1997), 居家照護病患照護問題相關因素之探討。護理研究, 5 (3), 279-289
- 吳淑瓊 (1998), 配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。台北，行政院研究發展考核委員會
- 吳淑瓊、江東亮 (1995), 台灣地區長期照護的問題與對策。中華衛誌, 14 (3), 246-254
- 李世代 (2004), 長期照護的過去、現在與未來。台灣家庭醫學研究, 2 (2), 47-67

- 李卓倫、紀駿輝、周麗芳、洪錦墩、梁亞文 (2001)，總額支付制度總額設定公式之研究。全民健康保險醫療費用協定委員會八十八年度委託研究計畫
- 杜敏世、李鍾祥 (1990)，台北市某市立醫院居家護理服務模式之成本分析。公共衛生 17 (2)，181-194
- 阮玉梅、高淑芬、李怡娟、賈淑麗、李明德、陳敏雄、潘依琳、張家綺、劉淑芳 (2004)，長期照護概論。台北：華杏
- 周稚傑、葉明功、游翁斌 (1999)，居家照護資源耗用之探討：健保資源使用分析。中華民國家庭醫學雜誌，9 (4)，193-199
- 林秀碧、羅萱、謝明娟、葉宏明 (2001)，健保支付改採資源耗用群組後醫院附屬居家護理單位成本與損益平衡分析。公共衛生，28 (2)，123-132
- 林霖、李卓倫、張世杰 (2002)，總額支付制度對健康保險財務支出影響之探討。行政院衛生署九十一年度委託研究計畫
- 邱亨嘉、江宏哲、許國敏、趙秀雄、劉宏文、戴桂英 (1996)，全民健康保險對長期照護體系影響之研究。中央健康保險局八十五年度委託研究計畫報告
- 張沅嬪 (2001)，醫院實施總額預算支付制度之探討，私立東海大學企業管理研究所碩士論文。
- 張育嘉、黎伊帆、汪芳國、鄭守夏 (2006)，全民健保實施總額預算制度之初步影響評估：以牙醫與西醫基層為例。台灣衛誌，25 (2)，152-162
- 章殷超、李宇芬 (1997)，居家照護 (一) --居家照護的理論。基層醫學，12 (9)，166-168
- 章殷超、李宇芬 (1997)，居家照護 (二) --歷史沿革與我國發展。基層醫學，12 (10)，190-1194
- 章殷超、李宇芬 (1997)，居家照護 (三) --家庭醫師與居家照護。基層醫學，12 (11)，208-210
- 黃筱薇 (2000)，長期照護財源籌措之探討。國立中正大學社會福利研究所碩士論文
- 黃璉華 (1989)，長期照護與居家照護。護理雜誌 36 (2)，19-23
- 葉宏明、林秀碧、吳重慶、黃秀雲、顏裕庭 (2000)，台灣居家照護的軌跡初探。秀傳醫學雜誌 2 (3)，111-115
- 葉淑杏、陳淑娟、吳秀麗、林束棉、伍玉敏 (2005)，居家護理服務成本分析—以某區域教學醫院為例。長期照護雜誌，9 (1)，60-75
- 葉莉莉、溫敏杰、徐畢卿 (1998)，台南區域居家護理資源使用分析。中華衛誌，17 (3)，253-263
- 葉德豐、王俊文 (2002)，西醫基層總額支付制度實施前後費用趨勢之研究—以中部四縣市為例。醫務管理期刊，3 (4)，11-29
- 蕭秀如 (1999)，牙科總額支付制度試辦計劃效果之初探-以中央健康保險局台北分局轄區範圍內之牙科醫療院所為例。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文

- 駱巧玲 (1999)，政府於老人長期照護供給面補助政策之分析。國立中正大學社會福利研究所碩士論文
- 鍾佩樺 (2003)，醫院總額浮動點值對地區醫院財務之衝擊研究—以台北分局轄下之地區醫院為例。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文
- 藍忠孚、熊惠英 (1993)，台灣地區長期照護服務之現況及其問題。護理雜誌，40 (3)，15-24
- 嚴母過、吳淑瓊、許菁菁、陳寶輝 (1996)，臺北市公私立醫院非急性長期住院病人的盛行率、長期照護需要與長期照護態度。護理研究 4 (2) 151-160
- 蘇逸玲 (2005)，長期照護立法政策與管理定位之探討。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文

