

計畫編號：DOH99-HS-1001

行政院衛生署 99 年度委託研究計畫

經濟弱勢者醫療利用及其健康 狀態分析

委託期末成果報告

計畫委託機關：行政院衛生署

計畫執行機構：亞洲大學

計畫主持人：龔佩珍

協同主持人：蔡文正

研究人員：王悅馨

執行期間：99 年 04 月 16 日至 99 年 11 月 15 日

＊＊ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 ＊＊

計畫編號：DOH99-HS-1001

行政院衛生署 99 年度委託研究計畫

經濟弱勢者醫療利用及其健康 狀態分析

委託期末成果報告

計畫委託機關：行政院衛生署

計畫執行機構：亞洲大學

計畫主持人：龔佩珍

協同主持人：蔡文正

研究人員：王悅馨

執行期間：99 年 04 月 16 日至 99 年 11 月 15 日

** 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 **

目 錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	2
第二章 文獻探討.....	3
第一節 健康衡量指標.....	3
第二節 國內醫療服務利用相關研究.....	7
第三節 經濟弱勢族群相關健保協助方案.....	12
第四節 文獻總結.....	16
第三章 研究方法.....	17
第一節 研究假設.....	17
第二節 研究設計與進行步驟.....	17
第三節 研究對象與資料來源.....	19
第四節 研究工具與分析方法.....	20
第四章 研究結果.....	22
第一節 經濟弱勢者人口學特質與健康狀態.....	22
第二節 經濟弱勢者醫療利用情形.....	25
第三節 一般民眾人口學特質與健康狀態.....	30
第四節 一般民眾醫療利用情形.....	33
第五節 影響經濟弱勢者申請方案前後醫療利用差異之因素.....	36
第五章 討論.....	38
第一節 經濟弱勢者人口學特質與健康狀態.....	38
第二節 經濟弱勢族群申請健保協助方案前後醫療利用.....	40
第三節 影響經濟弱勢者醫療利用差異之因素.....	42
第六章 結論與建議.....	44
第一節 結論.....	44
第二節 建議.....	45
第三節 研究限制.....	46

參考文獻.....	66
附件一、全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法.....	74
附件二、全民健康保險紓困基金貸款辦法.....	78
附件三、計畫所用之健保資料庫欄位說明.....	81
附件四、都市化分級表.....	85
附件五、專家座談會議紀錄及專家名單.....	88
附件六、期中審查意見修正對照表.....	90
附件七、期末審查意見修正對照表.....	93

表目錄

表 2-1、國內外健康指標與經濟弱勢族群健康狀態之文獻整理	6
表 2-2、國內外經濟弱勢族群醫療利用之文獻整理	11
表 4-1、經濟弱勢者與一般民眾人口學特質	47
表 4-2、經濟弱勢者與一般民眾健康狀態	50
表 4-3、各疾病罹病人數.....	51
表 4-4、申請健保協助方案前後未就診人數	51
表 4-5、急診醫療利用.....	52
表 4-6、門診醫療利用.....	55
表 4-7、住院醫療利用.....	58
表 4-8、經濟弱勢者人口學特質與申請方案前後醫療利用差異	61
表 4-9、經濟弱勢者申請方案前後醫療利用差異分析	63
表 4-10、影響經濟弱勢者醫療利用之相關因素	64

摘要

目標：探討經濟弱勢者申請健保補助方案前後醫療利用與健康狀態之差異，並評估補助方案成效。

方法：以 2007 年申請分期攤繳或是紓困申貸者為經濟弱勢研究對象，依據健保資料庫，分析研究對象於申請健保協助方案前後其醫療利用與健康狀態變化之情形，分析方法包含 two-sample t-test、ANOVA、paired t-test，及複迴歸分析，探討申請不同健保協助方案之經濟弱勢族群申請方案前後醫療利用變化之差異。

結果：經濟弱勢族群以男性多數（59.1%），平均 37.6 歲。投保金額低於 17,280 元者有 69.1%，其中兩種方案皆申請者高達 89.0%。申請方案後，未就診人數由 16,642 人降至 6,060 人，各醫療層級就醫人數皆增加。平均每人急診次數由 0.287 次增加至 0.384 次；平均每人門診次數由 6.106 次增加至 10.931 次；平均每人住院次數由 0.122 次增加至 0.192 次。申請方案後，癌症、重大傷病與氣喘之罹病人數增加比例最高，且身心障礙、接受透析治療、罹患精神疾病、高血壓、氣喘等經濟弱勢者相較於未罹病者，門診醫療利用皆顯著成長。不論門、急診或是住院，醫療利用增加幅度皆呈現「兩類皆申請」者大於僅申請「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者，且大於僅申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」者。

結論：健保協助方案確實降低經濟弱勢族群就醫障礙，經濟弱勢族群申請健保協助方案後，門診、急診及住院等醫療利用皆增加，且對經濟越弱勢族群其成效越佳。

關鍵詞：經濟弱勢、分期攤繳、紓困申貸、醫療利用、健康狀態

Abstract

Objective: This research would like to analyze the changes in health care utilization and health status before and after the people who applied the health insurance premium subsidy programs. The effect of the subsidy programs were evaluated as well.

Methods: The study population was the people who have applied National Health Insurance relief funds loan or premium installments in 2007. According to National Health Insurance database, this research analyzed the changes in health care utilization and health status before and after the people who applied the premium subsidy programs. The statistical methods included two sample t-test, ANOVA, paired t-test, and multiple regression analysis to investigate the differences of the changes in health care utilization for the study population who applied the different subsidy programs.

Results: The majority of study population was male (59.1%). The average age of study population was 37.6 years old. There were 69.1% people whose premium-based monthly salary was below NT\$17,280. 89% of people who applied both relief funds loan and premium installments had the premium-based salary less than NT\$17,280. After applying the subsidy programs, the number of people who didn't have any health care utilizations reduced from 16,642 to 6,060. The number of patients in each hospital level increased after people applied the subsidy programs. The average visits of emergency services increased from 0.287 to 0.384 per person. The average visits of outpatient services increased from 6.106 to 10.931 per person, and the frequency of inpatient services

increased from 0.122 to 0.192 per person. After applied the subsidy programs, the cancer patients, patients with catastrophic illness/injury, and asthma patients were the top three groups which had the highest growth. The health care utilizations in outpatient services increased significantly for disabled patients, dialysis patients, mental disease patients, hypertension patients, and asthma patients. People who applied both relief funds loan and premium installments had more health care utilization in emergency services, outpatient services, and inpatient services than those of who only applied relief funds loan or only applied premium installments.

Conclusion: The barrier of seeking medical treatment for disadvantaged minority could be reduced through several premium-relieved policies. After people applied premium subsidy programs, the health care utilizations increased. These policies had more benefits for those people who were more disadvantaged in economic status.

Keyword: disadvantaged, premium installments, relief funds, health care utilization, health status

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

全民健康保險之政策目標，主要在保障民眾的基本就醫需求，期待納保對象能不因族群、性別、年齡、所得等因素，而受到不同差別待遇，公平分享健康保險之醫療給付。全民健保自 1995 年 3 月開辦以來，透過風險分擔、相互扶持的機制，使民眾遠離「因病而貧」的陰影，但因為納保資格之要求、部分負擔之實施，使得健保體制下仍然出現部分弱勢族群。

為了保障弱勢族群不會因為欠繳健保費而延誤就醫，歷年來政府辦理各種保護方案，包含「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」、「全民健康保險紓困基金貸款辦法」、「經濟弱勢健保欠費協助方案」與「愛心轉介措施」等，以避免因欠繳保險費用而喪失健保身分。

研究指出民眾就醫時之醫療費用亦是影響決定就醫與否之重要因素，當民眾自覺費用較高時，便會減少就醫次數，甚至發生延遲就醫情形（蔡文正、陳綾穗、龔佩珍，2001）。國內學者曾分析保險對象進入邊緣戶（近貧戶）前後其醫療利用情形之變化，指出邊緣戶（近貧戶）獲得政府補助後其醫療利用增加，但自 2005 年部分負擔實施後，和一般民眾同樣有門診利用減少的情形（龔佩珍、劉見祥、蔡文正，2009）。

台灣雖有全民健康保險，若為低收入戶者可免繳保費以及享有部分負擔補助，但相對於弱勢族群尚未符合保費補助資格之保險對象，可能會因其經濟狀況較差影響就醫權益及健康，政府對此現象亦推行各種健保欠費協助政策（即本研究統稱之「經濟弱勢者健保協助方案」），而這些方案實施後之效益如何仍值得深入討論。

第二節 研究目的

因此本研究重點主要先以健康指標評估經濟弱勢族群（包含申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」與「全民健康保險紓困基金貸款辦法」）之健康狀況，並探討申請健保協助方案前後醫療利用之變化情形。最後綜合評估經濟弱勢者健保協助方案之效益。因此提出以下研究目的：

- （一）透過文獻蒐集與比較國內外經濟弱勢族群之健康狀況與醫療利用情形。
- （二）分析經濟弱勢族群之個人基本特性。
- （三）以健康指標衡量經濟弱勢族群之健康狀況。
- （四）分析經濟弱勢族群之醫療利用情形。
- （五）比較經濟弱勢族群在申請健保協助方案前後醫療利用情形，藉此評估經濟弱勢者健保協助方案對於經濟弱勢族群帶來之效益。
- （六）提出政策建議，以供衛生主管機關政策制定參考依據。

第二章 文獻探討

第一節 健康衡量指標

醫療體系的存在不僅增進民眾健康，亦需提供公平的財務負擔以保護民眾免於因病而貧，但「健康」仍是最重要的目標，隨著國民健康調查及統計報告的發展，健康指標早已隨之興起。在流行病學上，死亡率是最常見也最基本的指標，藉由高低可反映出該地區之醫療情形及民眾健康狀態，如早期因傳染性疾病肆虐，其指標就多以死亡率來衡量；抗生素問世後，轉以疾病率呈現；近年來健康問題的轉變，使得慢性病的興起，健康指標亦逐漸調整，漸漸地朝著特殊族群（如老人、小孩等）的評估發展（Hoffman, 1997）。

Brazier 等人曾以世界衛生組織對健康之定義 身體、心理及社會的健康狀況為根據，認為使用傳統健康測量指標（如死亡率及罹病率）評估過於狹隘，因而依此加以擴大，提出在身體層面之健康指標應包含症狀、死亡率、罹病率、殘障（或失能）以及醫療服務利用，且認為醫療利用是最常被用來評估健康狀態的變項，在健康狀態差的人有較高醫療利用假設下，其指標應包含每人每年的就醫次數、過去一年未就醫人數百分比、兩次就醫的期間、住院期間和住院率等（Brazier et al., 1992）。而在評估健康服務效果時，若經過風險校正之程序能增加研究效度，因此合併症指標（Charlson Index）發展至今已成為病人風險校正工具之一，甚至有研究將其與年齡結合，成為年齡 合併症指標（Charlson et al., 1994；Kieszak et al., 1999），國內亦有研究採用合併症指標作為病人疾病嚴重度之校正指標（吳肖琪、簡麗年、吳義勇，2004）。在評估全民健保對民眾健康之影響中，有學者以計算各都市化程度民眾之平均餘命為測量指標（吳宛蕙、楊長興，2007）。

一般衛生統計中常見的健康指標為：(1) 生命統計 平均餘命、出生、死亡、標準化死亡、死因順位、生命表等；(2) 疾病統計 疾病就診率、發生率、盛行率、各疾病醫療費用支出等(張順全, 2004)。此外，國民健康局「健康指標 互動式網路系統」中也將指標分類，分別為「健康狀況與疾病盛行率」、「醫療利用與預防保健」與「健康行為」三大類，再細分子類目，其中健康狀況與疾病盛行率分成健康狀況、慢性病盛行率、視力狀況、心理健康、慢性病控制；醫療利用與預防保健部分為門診、急診、住院、健康檢查、子宮頸抹片檢查、骨密度檢查、乳房檢查(國民健康局, 2010)。而台灣健康城市資訊網所提及全國性健康指標，國際指標包含死亡率(標準化)、死因統計(標準化)、每位醫師/護理人員服務的居民數、健康保險人口百分比、醫療院所弱勢語言服務等，本土指標則包含重要疾病篩檢率、長期照護受照顧率等(國民健康局, 2007)。

反觀現今的健康衡量指標眾多，可能會導致無法找出明確的結果。因此選擇適當的評估指標是很重要的一環，由「細分」到「整合」雖已是目前群體健康測量發展的趨勢，但在採用健保資料庫(次級資料)作研究分析之樣本時，仍有部分限制，例如無法取得詳細臨床檢查結果等資料。

故本研究整合過去國外學者針對經濟弱勢者之健康狀態調查可以發現，民眾之社經地位與健康狀態有強烈相關，尤其是低社經地位者往往伴隨較差之健康狀態(Case et al., 2002; Marmot, 2002; Benzeval et al., 2002; Deaton, 2002)，且有學者指出各國收入不均等狀況與死亡率呈顯著相關(Rodgers, 1979; Wilkinson, 1992; Wilkinson, 1996; Kaplan, 1996; Kennedy, 1996; Lynch et al., 1998)。若進一步探討經濟弱勢者罹病情形可以發現，低收入者較易罹患心理疾病(Leventhal et

al., 2003)與慢性疾病(Satchell et al., 2005; Gwatkin, 2000; Syme et al., 1976),且常有許多低收入戶患者罹患糖尿病、高血壓與心血管疾病卻未接受治療(Eachus et al., 1999; Blaxter, 1987; Helmert, 1994; O'Donnell et al., 1991; Marmot et al., 1991; Davey, 1998)。

因此,綜合過去文獻研究結果(表 2-1)與健保資料庫實際可分析之資料,本研究擬定以每人每年的就醫次數、過去一年未就醫人數百分比、住院率、共病嚴重度、重大傷病罹病情形、身心障礙罹病情形、精神疾病罹病情形、癌症罹病情形、慢性病罹病情形、接受透析情形等指標作為民眾健康狀態指標。

表 2-1、國內外健康指標與經濟弱勢族群健康狀態之文獻整理

健康指標/健康狀態	說明	學者
死亡率	早期衡量健康之指標多以死亡率呈現，其可反映一地之醫療情形與民眾健康狀態，其延伸指標包含標準化死亡率和死因順位等。	Brazier et al., 1992；Hoffman, 1997；張順全，2004；國民健康局，2007
罹病率	抗生素問世之後，健康指標由死亡率之評估轉為罹病率呈現，其延伸指標包含疾病症狀發生率、疾病發生率和疾病盛行率等。	Brazier et al., 1992；Hoffman, 1997；張順全，2004；國民健康局，2010
殘障（或失能）	—	Brazier et al., 1992
醫療服務利用	包含每人每年的就醫次數、過去一年未就醫人數百分比、兩次就醫的期間、住院期間、住院率、疾病醫療費用支出等。	Brazier et al., 1992；張順全，2004；國民健康局，2010
特殊族群健康評估發展	由於近年慢性病興起，故健康指標除了探討死亡率或是疾病罹病率之外，會加以探討特殊族群之健康狀態，如兒童或是老年人口	Hoffman, 1997
合併症指標（Charlson Index）	合併症指標常為病人疾病嚴重度風險校正工具之一，過去甚至有研究將其與年齡結合	Charlson et al., 1994；Kieszak et al., 1999；吳肖琪等，2004
各都市化程度民眾之平均餘命	—	吳宛蕙等，2007；張順全，2004
低社經地位伴隨較差健康狀態	過去研究皆指出，民眾之社經地位與健康狀態有強烈相關。	Case et al., 2002；Marmot, 2002；Benzeval et al., 2002；Deaton, 2002
收入不均等與死亡率顯著相關	國外學者研究指出收入不均等與死亡率呈現顯著正相關。	Rodgers, 1979；Wilkinson, 1992；Wilkinson, 1996；Kaplan, 1996；Kennedy, 1996；Lynch et al., 1998
低收入者易罹患心理疾病與慢性疾病	研究指出經濟弱勢族群常罹患糖尿病、高血壓與心血管疾病卻未接受治療。	Satchell et al., 2005；Gwatkin, 2000；Syme et al., 1976；Eachus et al., 1999；Blaxter, 1987；Helmert, 1994；O'Donnell et al., 1991；Marmot et al., 1991；Davey, 1998

本研究自行彙整

第二節 國內醫療服務利用相關研究

Shortell (1984) 將「醫療利用」定義為當需求轉變為求醫行為時，醫療資源實際被消耗之數量。許多學者在調查民眾的求醫狀況及醫療需求情形時，曾嘗試利用各種理論，從不同角度探討醫療服務利用行為的相關影響因素，當中仍以 Andersen 於 1968 年提出之醫療服務利用行為模式最常被引用，此模式發展理念著重於探討個人醫療服務使用之相關因素，後續雖與其他學者針對此架構作多次修正，但其核心並無太大改變，醫療利用行為亦受傾向（包括人口學特徵、社經地位及健康信念）、能用（如收入、健康保險、醫療設施及醫療資源可近性等）、需求三項因素影響。

過去有許多文獻皆在研究其醫療利用的相關影響因素，如 Haug (1981)、楊志良 (1986) 之研究結果即顯示，傾向因素中的人口學特徵，會直接或間接地影響醫療相關服務的使用情形；民眾在門診方面之醫療利用隨年齡增長而有逐漸增加的趨勢 (Cox, 1986；吳肖琪，1991；石曜堂等人，1994)；女性在門診及住院的利用次數及天數較男性多 (Fredric & Robert, 1991；Henderson et al., 1994；Anthony & William, 1998；Cheng & Chiag, 1998；Fernandez et al., 2006)。而取決於家庭和社會資源之能用因素相關文獻 (Andesen & Aday, 1978；趙睦男，1985) 提到，收入與醫療資源可近性為民眾選擇醫療服務的重要考量因素之一。諸多研究同樣指出所得會影響醫療需求與利用 (Katz & Hofor, 1994；施仁興，1995；鄭保志、胡玉蕙，1997；廖繼鎡，1998；Rosen & Anell, 1999)。

除了收入之外，民眾就醫時之醫療費用亦是影響決定就醫與否之重要因素，當民眾自覺費用較高時，自然而然就會減少就醫次數，甚至發生延遲就醫情形 (蔡文正、陳綾穗、龔佩珍，2001)；此外，針

對國內全民健康保險實施，學者探討其制度對民眾之醫療服務利用以及整體醫療費用的影響，發現有保險者之各項醫療利用率與次數均有成長（鄭守夏、江東亮，1997）。在需要因素方面，Salzman（1996）則指出其為醫療服務利用行為最重要的決定因素，且其他研究亦發現自覺健康狀況較差者、疾病頻率較高者，其醫療服務利用率較高（Andersen & Laake, 1983；林芸芸，1992；許志成、李瑋珠，1996）。

近年來，國內的醫療服務利用分布情形，由過去實證資料分析發現，全民健保之醫療利用呈集中化現象，高使用者主要皆屬低收入、老年人口、小孩、慢性病及重症病患（張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋，2002）。雖然全民健保實施至今，為解決弱勢民眾就醫的經濟障礙，提供了紓困貸款、愛心轉介、分期攤繳與保費補助等多項相關措施協助解決困境，進而達到照顧弱勢之成效，但在現行體制下，因為納保資格要求、部分負擔實施、加上區域醫療資源分配不均等，仍存在有部分弱勢族群的問題。

其實部分負擔對於醫療利用的影響，國外研究學者曾發現部分負擔比率越高者其醫療利用越低（Manning et al., 1987）。Scitovsky 與 McCall（1997）也指出部分負擔對醫療利用的影響是持續而非短暫的。在藥品部分負擔上，有實施部分負擔之地區其藥品使用率明顯較低，但健康狀況較差者較不會因而減少就醫次數（Stuart & Zacker, 1999）。國內學者在「評估加重部分負擔對醫療利用的影響」中亦指出加重部分負擔對西醫及中醫門診醫療利用有小幅的抑制作用，但對於門診高利用者則有明顯大幅的抑制作用（李丞華、周穎政，2001）。

此外，針對國內外弱勢族群之醫療利用情形，美國、加拿大與英國研究皆指出經濟弱勢者其因為收入或是醫療可近性等因素，較少利

用醫療資源，尤其是內科、兒科、肌肉骨骼疾病或脊椎保健 (Freeman et al., 1993 ; Yelin et al., 1995 ; Yong et al., 2004 ; Milner et al., 2004 ; Bradley et al., 2009)。且美國雖然因為實施「國家兒童健康保險計畫」(State Children's Health Insurance Program, SCHIP) 與「醫療補助計畫」(Medicaid) 讓貧困兒童納保率由 1997 年的 30% 提升到 2001 年的 50%，但兒童預防保健之醫療利用與沒有財務負擔之兒童相比仍偏低，且其急診醫療資源之利用與住院醫療服務使用的比率皆較高 (Bansak et al., 2008 ; Rosemarie et al., 2001)。若分析整體經濟弱勢者醫療利用可以發現，美國經濟弱勢者相較於擁有其餘保險者之醫療利用皆偏低，且健康狀態都較差 (Elizabeth et al., 1978)。另外，利用加州貧困社會醫療保險補助對象之醫療利用資料分析中，發現部分補助對象的醫療自付額增加後其醫療服務利用降低了 8% (Helms et al., 1978)；另有研究發現放寬芝加哥貧民社會保險申請門檻與提高醫師給付政策確實提高新加入保險之近貧兒童的醫療服務利用，同時對原先是補助對象的極度貧窮兒童也建議增加醫療資源的提供 (Fossett et al., 1992)；而義大利在 1978 年實施國民健康服務系統 (SSN) 的醫療政策後，顯著降低了個人所得差異對醫療利用的影響 (Atella et al., 2003)。

國內身心障礙者與一般非身心障礙者其自付比例對門診醫療利用影響之研究中，發現身心障礙者比起一般人較不會因自付額的影響而降低就醫機率，但卻會因而減少就醫次數 (胡登淵、高于晴，2004)；探討在全民健保下，影響不同所得群體醫療利用不均之因素，結果顯示西醫門診次數呈現「扶貧」的水平不公平，費用及住院使用呈現不同收入間的使用依其不同需要而分布，收入不均會促使醫療服務利用往富人集中 (李妙純、沈茂庭，2008)；而保險對象進入邊緣戶後其

醫療利用增加，但自 2005 年部分負擔實施後，和一般民眾同樣有門診利用減少的情形（龔佩珍、劉見祥、蔡文正，2009）。

綜觀國內外研究經濟弱勢者醫療利用之文獻皆指出（表 2-2），經濟弱勢者醫療利用相較於經濟未達弱勢者皆明顯偏低，顯示收入確實為影響民眾醫療利用與健康狀態之重要因素。

表 2-2、國內外經濟弱勢族群醫療利用之文獻整理

研究概述	內容說明	學者
經濟弱勢者因為收入或是醫療可近性等因素，較少利用醫療資源。	美國、加拿大與英國研究指出經濟弱勢者其因為收入或是醫療可近性等因素，較少利用醫療資源，尤其是內科、兒科、肌肉骨骼疾病或脊椎保健。	Freeman et al., 1993 ; Yelin et al., 1995 ; Yong et al., 2004 ; Milner et al., 2004 ; Bradley et al., 2009
美國實施貧戶或兒童健保協助方案後，其兒童預防保健醫療利用仍偏低。	美國雖然實施「國家兒童健康保險計畫」與「醫療補助計畫」後，兒童預防保健之醫療利用與沒有財務負擔之兒童相比仍偏低，且其急診醫療資源之利用與住院醫療服務使用的比率皆較高。	Bansak et al., 2008 ; Rosemarie et al., 2001
經濟弱勢者之醫療利用偏低，且健康狀態皆較差。	美國經濟弱勢者相較於擁有其餘保險者之醫療利用皆偏低，且健康狀態都較差。	Elizabeth et al., 1978
當醫療自付額增加後，經濟弱勢族群之醫療利用減少。	部分接受加州貧困社會醫療保險補助對象的醫療自付額增加後其醫療服務利用降低了 8%。	Helms et al., 1978
放寬貧戶補助申請門檻後，可提高貧戶兒童醫療利用。	放寬芝加哥貧民社會保險申請門檻確實提高新加入保險之近貧兒童的醫療服務利用。	Fossett et al., 1992
義大利實施健保政策後，降低個人所得差異對醫療利用的影響。	義大利在 1978 年實施國民健康服務系統的醫療政策後，顯著降低了個人所得差異對醫療利用的影響。	Atella et al., 2003
收入不均等導致醫療利用不均。	收入不均會促使醫療服務利用往富人集中。	李妙純、沈茂庭，2008
台灣經濟弱勢族群申請健保協助方案確實可降低就醫障礙，但當部分負擔調漲後，會使其醫療利用降低。	保險對象進入邊緣戶後其醫療利用增加，但自 2005 年部分負擔實施後，和一般民眾同樣有門診利用減少的情形。	龔佩珍、劉見祥、蔡文正，2009

本研究自行彙整

第三節 經濟弱勢族群相關健保協助方案

政府實施一連串健保欠費協助政策以降低經濟弱勢族群之就醫障礙，包含「全民健康保險紓困基金貸款辦法」、「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」、「經濟弱勢健保欠費協助方案」與「愛心轉介措施」，以及僅實施一年的納保優惠方案。

一、全民健康保險紓困基金貸款辦法

自 2001 年 6 月起，若全民健康保險之保險對象，符合經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法規定情形者，向全民健康保險局申請無息紓困貸款，以償還未繳清的健保費。

其中所指經濟困難：(1) 指全家人口每人每月平均收入，在當年公告最低生活費標準之 1.2 倍至 1.5 倍間，且全家財產總額符合當地低收入戶標準；(2) 主要負擔家計者發生死亡、行蹤不明六個月以上、入獄服刑或入營服役，刑期或役期一年以上、持有身心障礙手冊、失業達半年以上、罹患重大傷病、懷孕 6 個月以上至分娩 2 個月以內等，致無力繳納保險費者；(3) 家庭成員發生重大傷病需人照顧、單親且須扶養未成年之子女、祖父母（或外祖父母）須獨自扶養未成年之孫子女（或外孫子女）等，致無力繳納保險費者（中央健康保險局 a，2004）。

經濟特殊困難定義為：(1) 全家人口每人每月平均收入，未達當年公告最低生活費標準之 1.2 倍，且全家財產總額符合當地低收入戶標準；(2) 主要負擔家計者持有重度身心障礙手冊，致無力繳納保險費者；(3) 原住民家庭的特別規定：(a) 主要負擔家計者發生死亡、行蹤不明六個月以上、入獄服刑或入營服役，刑期或役期一年以上、持身心障礙手冊、失業達半年以上、罹患重大傷病、懷孕 6 個月以上至分娩 2 個月以內等，致無力繳納保險費者；(b) 家庭成員發生重大

傷病需人照顧、單親且須扶養未成年之子女、祖父母（或外祖父母）須獨自扶養未成年之孫子女（或外孫子女）等，致無力繳納保險費者（中央健康保險局 a，2004）。

依據統計，2007 年紓困貸款核貸共 2,438 件，總金額達到 1 億 6 千萬元（中央健康保險局 b，2008）；2008 年 1 月至 11 月，紓困貸款核貸共 7,008 件，金額 3.98 億元（中央健康保險局 c，2008）。2009 年 1 至 9 月紓困貸款核貸共 2,697 件，總金額達到 1.54 億元（中央健康保險局 b，2009）。

二、全民健康保險保險費及滯納金分期繳納

健保局於 2003 年 9 月訂定「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」，若無力一次繳納保險費與滯納金，被保險人得向保險人申請分期繳納，可依狀況申請分二至四十八期繳納，預計每年約有 1 萬 8 千家投保單位及 35 萬被保險人受惠（中央健康保險局，2007）。據統計資料顯示，2003 年共辦理 96,146 件，分期保費 29 億元（中央健康保險局 b，2004）；2007 年 7 月到 2008 年 6 月底，辦理分期繳納共 25.9 萬件，合計 70.8 億元（中央健康保險局 a，2009）；2009 年 1 至 9 月分期攤繳共 170,591 件，總金額達到 43.58 億元（中央健康保險局 b，2009）。

三、經濟弱勢健保欠費協助方案

自健保開辦以來，取得低收入戶資格者，健保費由政府編列預算全額補助，雖已解決健保費負擔問題，但在取得低收入戶資格前之欠費仍需自行繳納。再者，家戶所得落在社會救助法所定低收入戶生活費認定標準 1 至 1.5 倍之間的低收入邊緣戶，因不符合低收入戶資格，無法享有政府所提供之健保費補助，尚需被相關單位追繳其所積欠之健保費，致經濟狀況更處於相對不利狀態，故有必要給予協助，

以幫助這些經濟困難民眾渡過難關。(中央健康保險局 a, 2008)

因此在 2008 年 1 月，行政院頒布「經濟弱勢健保欠費協助方案」，主要是針對符合社會救助法所定之低收入戶，以及全家人口平均收入介於社會救助法之最低生活費標準 1 至 1.5 倍之低收入邊緣戶，協助繳納其積欠之健保費。2008 年 1 月至 11 月統計，本方案受惠人數 3.3 萬人，金額 8 億元 (中央健康保險局 c, 2008)。

四、愛心轉介

雖然政府對於弱勢團體的照顧不遺餘力，但不符資格的弱勢邊緣族群，往往因收入斷斷續續而不及支應健保費，無法滿足緊急醫療需求。對於經濟弱勢的特殊個案，健保局各分局將會協助轉介公益團體、企業、善心人士等，協助繳納健保費。各分局成立愛心專戶，除同仁們定期定額或不定期不定額的捐款，還會舉辦跳蚤市場，所得作為愛心專戶的急難救助基金。

依據統計，2005 年共補助 1,268 位民眾，捐助金額高達 564 萬餘元；2008 年 1 月至 11 月愛心轉介共辦理 2,436 件，金額 1,400 萬餘元(中央健康保險局 c, 2008); 2009 年 1 至 9 月愛心轉介共辦理 2,404 件，總金額達到 0.13 億元 (中央健康保險局 b, 2009)。

五、經濟困難民眾納保優惠方案

2003 年 6 月 6 日至 2004 年 6 月 5 日，健保局為解決長期繳不起保險費而無法參加健保之民眾、或所謂低收入邊緣戶之納保問題，因此提出『經濟困難民眾納保優惠方案』，內容針對經濟困難且未辦理投保手續者，可緩繳積欠之保險費，符合經濟特殊困難且未保達四年以上者，可免除之前所積欠的保險費，藉此使經濟困難之民眾重返健保體系，享有健保各項醫療照護。根據統計，此方案至少有 21 萬人受惠 (中央健康保險局 b, 2004)。

此方案僅實施一年，而且被核定緩繳或免除健保欠費的民眾，加保後就要持續按月繳保費，如果還是無力負擔，健保局仍有分期攤繳，紓困貸款及轉介公益團體等措施，可以提供經濟困難民眾後續的協助（中央健康保險局 a，2004）

第四節 文獻總結

全民健保自 1995 年開辦以來，納保率已高達 99% 以上，但社會上仍有許多民眾經濟困難，因繳不起健保費致不敢就醫，使得就醫權益受到影響。為了彌補這個健保照顧的缺口，歷年來中央健保局設立了多項協助經濟弱勢措施，包括保費補助、紓困貸款、分期攤繳與愛心轉介等措施，目的都是為了讓許多貧病弱勢族群獲得適當的醫療照顧。另一方面，為了抑制被保險人不當或過度的醫療需求，降低因健康保險而衍生的道德危險行為，亦實施醫療費用部分負擔制度，但對於弱勢族群而言，卻可能是形成就醫財務障礙的原因之一。因此本研究旨在探討全民健保體制下經濟弱勢族群醫療利用及其健康狀態分析與檢討，並研擬可行建議方案，供決策參考。

第三章 研究方法

第一節 研究假設

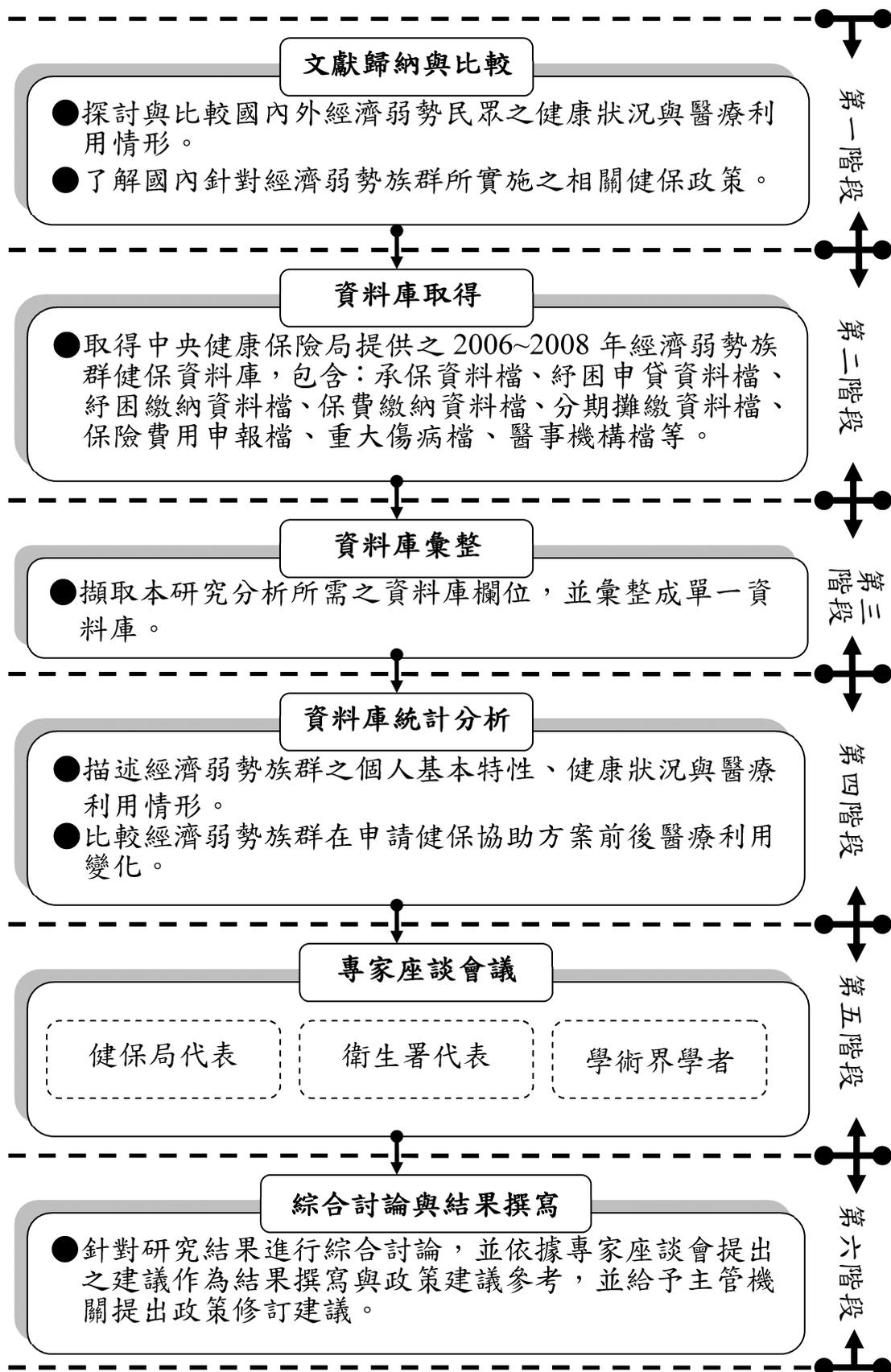
經濟弱勢族群之健保財政負擔是否對其健康狀況與醫療利用造成衝擊，及經濟弱勢者健保協助方案之實施是否對經濟弱勢族群帶來效益是本研究主題，因此依據研究目與過去相關文獻提出以下假設：

假設 1：本研究對象申請健保協助方案後，其門（急診）醫療利用有顯著增加。

假設 2：本研究對象申請健保協助方案後，其住院醫療利用有顯著增加。

第二節 研究設計與進行步驟

本研究對象為 2007 年申請加入「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」或「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者，因此將針對上述研究對象取得中央健康保險局提供之 2006~2008 年經濟弱勢族群健保資料庫進行分析，包含保險對象之承保資料檔、保費繳納資料檔、分期攤繳資料檔、紓困繳納資料檔、紓困申貸資料檔，以及本研究對象之健保費用申報檔、重大傷病檔、醫事機構檔。主要瞭解經濟弱勢族群於觀察期間之健康狀況，其次比較申請健保協助方案前後醫療利用之差異，並分析經濟弱勢者健保協助方案對於經濟弱勢族群帶來的效益，最後召開專家座談會針對經濟弱勢者醫療協助方案提出建議，以提供衛生主管機關政策制定之參考依據。因此本研究流程共分為六個階段（如圖一）：（1）國內外相關文獻之歸納與比較；（2）資料庫取得；（3）資料庫彙整；（4）資料庫分析；（5）召開專家座談會；（6）綜合討論與結果撰寫。



圖一、本研究步驟

第三節 研究對象與資料來源

一、研究對象

本研究將經濟弱勢者定義為家戶所得落在社會救助法所訂定低收入戶生活費標準 1 至 1.5 倍者，但是礙於資料取得的困難性，因此改以曾在 2007 年 1 月 1 日至 2007 年 12 月 31 日間有申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」或是「全民健康保險紓困基金貸款辦法」，但是不符合低收入戶資格之保險對象，定義為本研究之研究對象（此兩類健保協助方案實施辦法詳見附錄一、二）。

另外，本研究為了比較經濟弱勢者與一般民眾於觀察期間之醫療利用與健康狀態之差異，因此以 2007 年承保之民眾，將其區分為「一般民眾（不含眷屬）」與「低收入戶」等兩類作為經濟弱勢族群對照之研究對象。

二、資料來源

本研究利用 2007 年 1 月 1 日至 2007 年 12 月 31 日中央健康保險局提供之保險對象「承保資料檔」、「紓困申貸資料檔」、「分期攤繳資料檔」、「紓困繳納資料檔」以及「保費繳納資料檔」擷取出研究對象。接著利用研究對象於 2006 年至 2008 年之全民健保「門診處方及治療明細檔」、「住院醫療費用清單明細檔」、「門診處方醫令明細檔」、「住院醫療費用醫令清單明細檔」、「重大傷病證明明細檔」以及「醫事機構基本資料檔」分析研究對象醫療利用情形與健康狀態，其中資料庫所含的變項欄位詳見附錄三。

而與經濟弱勢族群對照之一般民眾部分，則是擷取自國家衛生研究院發行之 100 萬人抽樣歸人檔。醫療利用方面以 2006 年至 2008 年之「門診處方及治療明細檔」、「住院醫療費用清單明細檔」、「門診處方醫令明細檔」、「住院醫療費用醫令清單明細檔」、「重大傷病證明明

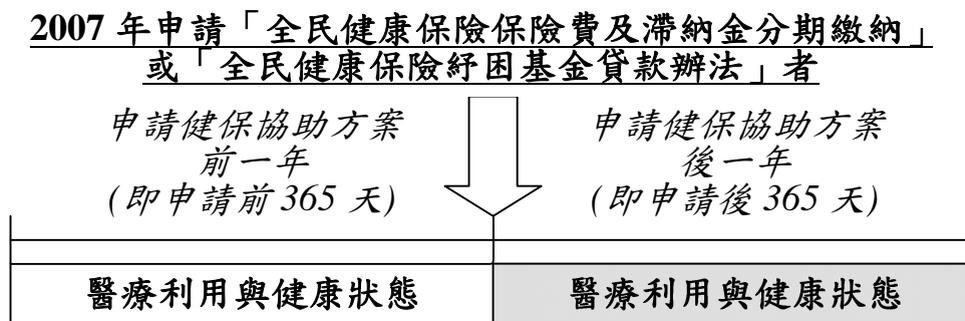
細檔」以及「醫事機構基本資料檔」做為分析依據。

第四節 研究工具與分析方法

一、醫療利用觀察時間

本研究為了比較經濟弱勢者於申請健保局所提供之健保協助方案前後醫療利用與健康狀態差異，因此將經濟弱勢者的醫療利用分成申請健保協助方案前後兩段觀察時間。

第一段為研究對象申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」或是「全民健康保險紓困基金貸款辦法」前一年；第二段為研究對象申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」或是「全民健康保險紓困基金貸款辦法」後一年（圖二）。



圖二 本研究觀察時間架構圖

而與經濟弱勢族群對照之一般民眾，由於沒有申請健保協助方案之時間點作為觀察時間依據，因此本研究將一般民眾醫療利用觀察時間點區分為 2006 年 1 月 1 日到 2006 年 12 月 31 日與 2008 年 1 月 1 日到 2008 年 12 月 31 日兩段時間點。

二、分析方法

(一) 描述性分析

本研究首先以描述性統計分析描述本研究對象之個人基本特性（性別、年齡、投保金額、投保分局別、投保地區都市化程度）與健康狀況（共病嚴重度、重大傷病罹病情形、身心障礙情形、精神病罹

病情形、癌症罹病情形、慢性病罹病情形、接受透析情形)等，以次數及百分比來描述各變項之分布情形，其中都市化程度分為一到八級，第一級都市化程度較高；第八級都市化程度較低(詳細分級定義詳見附錄四)。其次，分析 2006 年到 2008 年重大傷病、身心障礙、精神疾病、癌症、透析治療、慢性疾病之新增病患，以及申請健保協助方案前後未就診人數比例。接著分析經濟弱勢族群申請健保協助方案前後，門(急)診與住院醫療利用情形，包含平均每人就醫次數、平均每人就醫費用、就醫科別、就醫疾病別等。

(二) 推論性統計

本研究為了進一步分析經濟弱勢族群之經濟狀況改變對於醫療利用之影響，首先利用獨立樣本 t 檢定與 ANOVA 檢定不同人口學特質之經濟弱勢者在申請協助方案前後之醫療利用(門、急診與住院醫療利用次數)是否有所差異，接著針對申請方案前後皆有醫療利用之經濟弱勢者，以配對樣本 t 檢定分析其在申請協助方案前後醫療利用變化情形(門、急診與住院醫療利用次數、醫療費用以及住院天數)。

最後利用複迴歸分析探討影響經濟弱勢族群在申請健保協助方案前後醫療利用次數差異之相關因素。其中自變項為個人特性、地理環境因素、個人健康狀況、是否有醫療需求以及申請健保協助方案類別，依變項則為申請健保協助方案後與申請前之醫療利用次數差異。

三、專家座談會

為了取得更多不同專家的看法與建議，本研究將上述各階段研究結果進行最後彙整，針對研究對象申請健保協助方案前後其醫療利用與健康狀態之差異，召開專家座談會，邀請衛生署、健保局相關人員以及相關領域之專家學者，對研究結果進行綜合討論，並依據研究目的彙整相關意見，以作為政策之建議及參考(會議紀錄詳見附錄五)。

第四章 研究結果

本研究首先分別針對不同健保協助方案探討經濟弱勢者人口學特質、健康狀態與申請健保協助方案前後門診、急診與住院之不同科別與疾病別之醫療利用情形，並比較 2006 年至 2008 年間相關疾病新發生個案數，接著比較申請不同健保協助方案之經濟弱勢者醫療利用是否有顯著差異。最後在控制相關變項後，探討影響申請不同健保協助方案之經濟弱勢者其申請前後醫療利用差異之相關因素。

第一節 經濟弱勢者人口學特質與健康狀態

一、經濟弱勢者人口學特質

本計畫之研究對象為 2007 年曾申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」或「全民健康保險紓困基金貸款辦法」且不符低收入戶資格之 49,275 位承保對象，其中僅申請「全民健康保險紓困基金貸款辦法」為 1,980 人（佔整體研究對象 4.0%）；僅申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」有 47,201 人（佔整體 95.8%）；而同時申請上述兩種健保協助方案者有 94 人（佔整體 0.2%）（表 4-1）。

整體而言每位經濟弱勢者平均欠 34,762 元，但若依照不同健保協助方案可以發現，僅申請全民健康保險保險費及滯納金分期繳納者平均欠費金額最少（33,195 元）、僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者平均欠費金額次之（67,147 元）、而同時申請兩種健保協助方案者欠費金額最多（平均每人欠費 139,088 元）（表 4-1）。

在性別方面，2007 年男性經濟弱勢者申請健保協助方案者較女性多（男性佔 59.1%；女性佔 40.9%），但是其中申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者，以及同時申請兩類紓困方案者卻是女性較男性多（申請紓困方案之女性佔了 52.8%；兩類皆申請之女性佔了

58.5%)；而在年齡方面，經濟弱勢者平均年齡 37.6 歲，其中僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者平均年齡較高（40.1 歲），而兩類健保協助方案皆申請之民眾半數集中於 35-44 歲（佔 45.7%）（表 4-1）。

另外在投保金額方面可以看出申請不同健保協助方案之經濟弱勢者呈現不同分布，以僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者而言，88.0%之研究對象投保金額少於 17,280 元，剩餘之 12.0%投保金額皆不高於 45,800 元；而分析申請條件較不嚴苛之全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法者可以發現投保金額低於 17,280 元者僅佔 68.2%，而 20.9%的經濟弱勢者投保金額落在 17,281~22,800 元區間，另外 10.9%之投保金額高於 28,801 元，甚至還有 42 位研究對象期投保金額高於 72,801 元；若改以分析兩種健保協助方案皆申請之個案可以發現，相較於單純僅申請其中一種健保協助方案者，其投保金額較低，89.0%之個案投保金額低於 17,280 元，剩餘之 11.0%之個案投保金額皆落在 17,281~22,800 元區間（表 4-1）。

經濟弱勢者之投保地區別方面，以分局別區分可以發現整體而言經濟弱勢者投保地區別以台北分局佔多數（32.1%），緊接著是高屏分局（20.8%）與中區分局（17.1%）。但是若依照不同健保協助方案而言，僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者多為高屏分局（32.1%）以及台北分局（24.5%），而同時申請兩類健保協助方案者過半數為高屏分局（52.7%）與中區分局（16.5%）；此外若將個案之投保地區別改以都市化程度區分，不論研究對象申請哪種健保協助方案皆多數落在第二級、第三級與第五集之地區（表 4-1）。

在疾病嚴重度與就醫主要機構層級方面，申請健保協助方案前，超過八成之經濟弱勢者疾病嚴重度 0 分（87.7%），近半數主要就醫機構在基層診所（43.5%），且未就醫人數高達 16,642 人；而在申請健

保協助方案後，未就醫人數驟降至 6,060 人，但過半數主要就醫機構仍在基層診所（60.1%）（表 4-1）。

二、經濟弱勢者申請財務舒緩方案前後健康狀態

經濟弱勢者健康狀態方面，本研究參考過去文獻分別以申請健保協助方案前後研究對象是否患重大傷病、身心障礙、精神疾病、癌症、透析治療、糖尿病、高血壓與氣喘等慢性疾病，探討經濟弱勢者在申請健保協助方案前後之健康狀態。

在申請健保協助方案前，有 1.4% 的民眾患有重大傷病、18.6% 的民眾患身心障礙、3.4% 的民眾罹患精神疾病、1.2% 的民眾罹患癌症、0.1% 的民眾接受血液或腹膜透析治療、1.9% 罹患糖尿病、2.8% 罹患高血壓、0.5% 罹患氣喘；而在申請健保協助方案後，有 3.2% 的研究對象罹患重大傷病、37.6% 患身心障礙、6.6% 罹患精神疾病、3.4% 的民眾罹患癌症、0.2% 的民眾接受血液或腹膜透析治療、3.4% 罹患糖尿病、5.3% 罹患高血壓、1.1% 罹患氣喘（表 4-2）。

若改以分析 2006 年到 2008 年各年度間，其健康指標疾病之新罹病人數比例可以發現，重大傷病病患其 2007 年相較於 2006 年以及 2008 年相較於 2007 年分別新增 1.36% 與 0.73%；身心障礙則分別新增了 16.25% 與 10.11%；精神疾病分別新增 2.70% 與 1.89%；癌症分別新增了 1.96% 與 1.42%；接受透析治療之病患分別新增了 0.13% 與 0.10%；糖尿病患新增了 1.27% 與 0.77%；高血壓則為 1.89% 與 1.45%；氣喘則為 0.40% 與 0.36%（表 4-3）。

第二節 經濟弱勢者醫療利用情形

本研究首先分析經濟弱勢病患於申請健保協助方案前後未就診人數，在申請健保協助方案前有 33.77% 的病患沒有利用醫療資源，而在申請後沒有使用醫療資源者降至 12.30%（表 4-4）。若進一步區分經濟弱勢族群於申請健保協助方案前後之門診、急診與住院醫療未利用率可以發現，民眾在申請健保協助方案後未利用門診比率相較於申請前降幅最大（由 38.21% 降至 13.09%），急診與住院之降幅則差異不大（急診由 81.96% 降至 78.50%；住院由 90.22% 降至 87.19%）（表 4-4）。

以下分別描述經濟弱勢族群於申請健保協助方案前後急診、門診與住院醫療利用情形：

一、經濟弱勢者申請健保協助方案前後急診醫療利用

分析經濟弱勢者在申請健保協助方案前後一年間之急診醫療利用發現，研究對象在申請健保協助方案後平均每人急診次數約略增加將近 1.34 倍（申請前 0.287 次；申請後 0.384 次），其中增加幅度最大的是同時申辦兩種健保協助方案之研究對象，其增加了將近 1.78 倍（申請前 0.383 次；申請後 0.681 次）。而分析平均每人急診費用可以發現，申請健保協助方案後平均每人急診費用約略增加了 1.22 倍（申請前 805.7 元；申請後 984.2 元），而增加幅度最大的一樣是同時申辦兩種健保協助方案之研究對象，其費用增加了近 1.84 倍（申請前 899.5 元；申請後 1652.6 元）（表 4-5）。

在就醫科別方面，不論是在申請健保協助方案前後或是申請哪類健保協助方案，研究對象多以「急診醫學科」與「內科」就醫。進一步比較申請健保協助方案前後就醫科別改變比率可以發現，僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者以「家醫科」增加 6.5 倍居冠、僅申

請全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法者則是以「復健科」增加幅度最大(3倍)、而同時申請兩種健保協助方案者則以「內科」增加幅度最大(5.8倍);在就醫疾病別方面,研究對象多以「損傷及中毒之外因補充分類」就醫,而分析申請健保協助方案前後改變比率的話可以發現,僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者或是僅申請全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法者皆以「腫瘤」增加幅度最大(9.54倍 vs.4.74倍)、而同時申請兩種健保協助方案者則以「徵候、症狀及診斷欠明之各種病態」增加幅度最大(2.14倍)(表 4-5)。

二、經濟弱勢者申請健保協助方案前後門診醫療利用

接著分析經濟弱勢者在申請健保協助方案前後一年間之門診醫療利用,研究對象在申請健保協助方案後平均每人門診次數約略增加將近 1.79 倍(申請前 6.106 次;申請後 10.931 次),而增加幅度較大的是僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者(申請前 6.576 次;申請後 14.389 次;增加 2.19 倍)與同時申辦兩種健保協助方案(申請前 7.106 次;申請後 19.979 次;增加 2.81 倍)之研究對象。而分析平均每人門診費用可以發現,申請健保協助方案後平均每人門診費用約略增加了 2.03 倍(申請前 4898.2 元;申請後 9935.3 元),而增加幅度最大的是同時申辦兩種健保協助方案之研究對象,其費用增加高達 6.28 倍(申請前 4709.7 元;申請後 29560.5 元)(表 4-6)。

在就醫科別方面,不論是在申請健保協助方案前後或是申請哪類健保協助方案,研究對象平均每人就醫次數最多之科別為「婦產科」。進一步比較申請健保協助方案前後就醫科別改變比率可以發現,僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者以「結核科」增加 9.25 倍為最多、僅申請全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法者則是以「放射線科」增加幅度最大(3.81 倍)、而同時申請兩種健保協助方案者

則以「外科」增加幅度最大(43.5 倍)；在就醫疾病別方面，研究對象多以「呼吸系統疾病」就醫，而分析申請健保協助方案前後改變比率的話可以發現，不論是僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者、僅申請全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法者，或是兩者皆申請者皆以「腫瘤」增加幅度最大(3.14 倍 vs.3.22 倍 vs.57.33 倍)(表 4-6)。

三、經濟弱勢者申請健保協助方案前後住院醫療利用

最後分析經濟弱勢者在申請健保協助方案前後一年間之住院醫療利用，研究對象在申請健保協助方案後平均每人住院次數約略增加將近 1.57 倍(申請前 0.122 次；申請後 0.192 次)，其中增加幅度最小的是僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者(申請前 0.194 次；申請後 0.285 次；增加 1.47 倍)，而增加幅度最大的是同時申辦兩種健保協助方案(申請前 0.202 次；申請後 0.585 次；增加 2.89 倍)之研究對象。而分析平均每人住院費用可以發現，申請健保協助方案後平均每人住院費用約略增加了 1.44 倍(申請前 7047.5 元；申請後 10164.0 元)，而增加幅度最小的是同時申辦兩種健保協助方案之研究對象，其費用增加僅 0.27 倍(申請前 106735.4 元；申請後 28628.0 元)。進一步分析平均每人住院天數，在經濟弱勢者申請健保協助方案後平均每人住院天數增加 1.43 倍(申請前 1.180 天；申請後 1.692 天)，但其中以兩種健保協助方案皆申請之經濟弱勢者平均住院天數增加幅度最大(申請前平均住院 1.989 天；申請後平均住院 6.191 天；增加 3.11 倍)(表 4-7)。

在就醫科別方面，不論是在申請健保協助方案前後或是申請哪類健保協助方案，研究對象平均每人住院次數最多之科別為「婦產科」與「內科」。進一步比較申請健保協助方案前後住院科別改變比率可

以發現，僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者以「小兒科」增加 7.50 倍為最多、僅申請全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法者則是以「牙科」增加幅度最大（4 倍）、而同時申請兩種健保協助方案者則以「家醫科」增加幅度最大（6 倍）；在就醫疾病別方面，研究對象多以「妊娠、生產及產褥期之併發症」住院，而分析申請健保協助方案前後改變比率的話可以發現，僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者以「皮膚及皮下組織疾病」增加幅度最大（15 倍），而僅申請全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法者以「影響健康狀況因子及需要醫療服務之補充分類」增加幅度最大（3.82 倍），而兩者皆申請者皆以「內分泌、營養和新陳代謝疾病與免疫性疾患」增加幅度最大（10 倍）（表 4-7）。

四、申請健保協助方案前後醫療利用差異檢定

本研究為了檢測經濟弱勢族群於申請健保協助方案前後醫療利用是否有所差異，首先針對不同人口學特質之經濟弱勢族群，利用獨立樣本 t 檢定與變異數分析檢測其申請健保協助方案前後醫療利用是否有所差異，接著找出申請健保協助方案前後皆有醫療利用之研究對象，利用配對樣本 t 檢定，檢測經濟弱勢者申請健保協助方案前後之醫療利用是否有所差異。

首先分析人口學特質部分，不同性別、年齡、投保金額與投保於不同都市化程度之經濟弱勢族群在申請健保協助方案前後，急診醫療利用沒有顯著差異。但是不同疾病嚴重度與就醫機構層級別之病患其急診醫療利用在申請健保協助方案前後達顯著差異，申請後疾病嚴重度越高者與就醫機構層級別越高者其急診醫療利用增加量越多；門診部分，女性在申請健保協助方案後門診醫療利用增加量顯著高於男性（女性平均增加 5.706 次；男性 4.216 次）、年齡越大者與投保金額越

低者增加量越多、投保地區不同都市化程度、申請健保協助方案前後之疾病嚴重度與就醫機構層級別皆達顯著差異 ($P<0.05$)；住院方面，女性在申請健保協助方案後醫療利用增加量顯著高於男性 (0.08 次 vs. 0.063)、年齡越大者醫療利用增加量越多、申請健保協助方案前後之疾病嚴重度與就醫機構層級別也皆達顯著差異 ($P<0.05$) (表 4-8)。

若針對申請健保協助方案前後皆有醫療利用者進行分析，整體而言，經濟弱勢者在申請健保協助方案後急診次數平均增加 0.318 次、急診費用也平均增加 680.3 元 ($p<0.001$)；門診次數方面平均增加 3.871 次、門診費用也平均增加了 4484.4 元 ($p<0.001$)；住院方面，次數平均增加 0.449 次、住院費用平均增加 25703.2 元、住院天數也平均增加 4.381 天 ($p<0.001$) (表 4-9)。

但是若依照不同健保協助方案加以區分，僅申請全民健康保險紓困基金貸款辦法者除了門診次數平均增加 7.002 次、門診費用平均增加 9385.4 元 ($p<0.001$)、以及住院次數平均增加 0.838 次 ($p=0.002$) 外，在急診次數、急診費用、住院費用以及住院天數皆未達統計上顯著意義 ($p>0.05$)；而僅申請全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法者急診平均增加了 0.3 次 ($p<0.001$)、急診費用平均增加 621.3 元 ($p=0.001$)、門診次數平均增加 3.729 次、門診費用也平均增加 4256.2 元、住院次數平均增加 0.417 次、住院費用平均增加 25156.9 元、住院天數平均增加 4.559 天 ($p<0.001$)；另外，兩類健保協助方案皆申請之研究對象方面，僅門診平均增加了 9.793 次 ($p<0.001$)、門診費用平均增加 16931.9 元 ($p=0.039$)，在急診與住院次數、急診與住院費用還有住院天數皆未達統計上顯著意義 ($p>0.05$) (表 4-9)。

第三節 一般民眾人口學特質與健康狀態

本研究資料來源由中央健康保險局提供經濟弱勢者之資料，該資料僅能於「行政院衛生署健康資料增值應用協作中心」進行分析處理，無法將經濟弱勢者與一般民眾進行配對比較，故本研究另以國家衛生研究院所發行之百萬抽樣歸人檔作為經濟弱勢族群之對照組，描述其於 2006 年及 2008 年之醫療利用情形，讓本研究分別比較其與經濟弱勢族群醫療利用差異。

一、一般民眾人口學特質

本計畫利用國家衛生研究院所發行百萬抽樣歸人檔中 2007 年承保對象作為經濟弱勢族群對照組，排除眷屬後取得一般民眾 608,937 人(佔整體對照組 98.37%)、以及低收入戶 9,934 人(1.63%)(表 4-1)。

在性別方面，不論是一般民眾或是低收入戶皆與經濟弱勢族群相同，其男性皆多於女性(一般民眾男性佔 51.8%；低收入戶 51.6%)。在年齡方面，一般民眾之年齡較經濟弱勢者高(平均 44.0 歲)，而低收入戶則是平均年齡低於經濟弱勢者(33.0 歲)。另外在投保金額方面，一般民眾其投保金額較經濟弱勢者高且分散，相較於經濟弱者有 89.5% 投保金額低於 22,800 元，一般民眾之投保金額低於 22,800 元為 61.0%，甚至有 2.9% 之民眾投保金額高於 72,801 元(表 4-1)。

若改看投保地區別方面，不論是一般民眾或是低收入戶皆與經濟弱勢族群相同，前三高地區皆為台北分局(一般民眾 36.4%；低收入戶 32.1%)、高屏分局(一般民眾 14.9%；低收入戶 22.2%)與中區分局(一般民眾 17.7%；低收入戶 14.9%)；此外若將個案之投保地區別改以都市化程度區分，則多數落在第一級、第二級與第三集之地區(表 4-1)。

在疾病嚴重度中，一般民眾相較於經濟弱勢者之疾病嚴重度較

輕，在 2006 年疾病嚴重度大於 3 分以上者僅 4.5%（經濟弱勢者 2.2%），但低收入戶則達 7.7%；而就醫機構方面，不論是一般民眾或是低收入戶在 2006 年之未就醫比率皆低於經濟弱者（一般民眾 11.3%、低收入戶 8.3%、經濟弱勢者 33.8%）；但是在經濟弱勢者申請健保協助方案之後，未就醫比率便低於一般民眾與低收入戶（一般民眾 16.6%、低收入戶 14.3%、經濟弱勢者 12.3%）（表 4-1）。

二、一般民眾於 2006 年到 2008 年健康狀態

在 2006 年有 4.1%的一般民眾患有重大傷病、1.7%患身心障礙、4.3%罹患精神疾病、3.4%罹患癌症、0.3%接受血液或腹膜透析治療、3.6%罹患糖尿病、7.6%罹患高血壓、1.0%罹患氣喘；而同年之低收入戶則有 14.0%患有重大傷病、2.6%患身心障礙、12.6%罹患精神疾病、3.1%罹患癌症、0.8%接受血液或腹膜透析治療、3.4%罹患糖尿病、6.5%罹患高血壓、2.1%罹患氣喘；到了 2008 年，有 5.1%的一般民眾患有重大傷病、2.8%患身心障礙、7.5%罹患精神疾病、7.5%罹患癌症、0.4%接受血液或腹膜透析治療、5.2%罹患糖尿病、11.3%罹患高血壓、1.9%罹患氣喘；而同年之低收入戶則有 15.3%患有重大傷病、4.7%患身心障礙、17.8%罹患精神疾病、6.0%罹患癌症、1.1%接受血液或腹膜透析治療、5.0%罹患糖尿病、9.8%罹患高血壓、3.8%罹患氣喘（表 4-2）。

若改分析 2006 年到 2008 年各年度間，健康指標疾病之新罹病人數比例可以發現重大傷病病患其 2007 年相較於 2006 年以及 2008 年相較於 2007 年分別新增 0.49%與 0.59%；身心障礙則分別新增了 0.59%與 0.47%；精神疾病分別新增 1.81%與 1.46%；癌症分別新增了 2.13%與 1.89%；接受透析治療之病患分別新增了 0.13%與 0.01%；糖尿病患新增了 0.86%與 0.71%；高血壓則為 2.02%與 1.61%；氣喘則

為 0.51%與 0.40%（表 4-3）。

第四節 一般民眾醫療利用情形

觀察與經濟弱勢族群對照之一般民眾與低收入戶之醫療利用情形可以發現，其 2006 年未就診人數比例較經濟弱勢族群低（一般民眾 11.29% 未就醫、經濟弱勢族群 33.77% 未就醫），雖然一般民眾之住院與急診醫療利用未就醫比例高於經濟弱勢族群，但是門診未就醫比例顯著低於經濟弱勢者（一般民眾門診未就醫 11.76%、經濟弱勢未就門診 38.21%）；但是拿 2008 年與經濟弱勢族群申請財務舒緩方案後相比，經濟弱勢者其不論是門診、急診或是住院醫療利用之未就醫比例皆低於一般民眾（表 4-4）。

以下分別描述一般民眾與低收入戶於 2006 年與 2008 年急診、門診與住院醫療利用情形：

一、一般民眾與低收入戶於 2006 年及 2008 年急診醫療利用

分析一般民眾與低收入戶於 2006 年及 2008 年急診醫療利用發現，其於 2008 年之急診醫療利用次數相較於 2006 年呈現下降趨勢，一般民眾由 0.225 次降至 0.214 次（下降 0.95 倍），低收入戶則是由 0.544 次降至 0.529 次（下降 0.97 倍）；而一般民眾之平均急診費用由 536.7 元升至 574.2 元（增加 1.07 倍），低收入戶則由 1196.1 元降至 1188.7 元（降 0.99 倍）（表 4-5）。

接著比較一般民眾於 2006 年與 2008 年就醫科別後發現，其於 2008 年增加幅度最大的是「皮膚科」（增加 2.22 倍）與「婦產科」（增加 1.18 倍）。而低收入戶增加幅度最大的是「耳鼻喉科」（增加 2.17 倍）與「整形外科」（增加 2.00 倍）；在就醫疾病別方面，一般民眾增加幅度最大的是「周產期病態」（增加 1.57 倍）與「妊娠、生產及產褥期之併發症」（增加 1.45 倍）。但低收入戶則是以「腫瘤」（增加 2.22 倍）與「影響健康狀況因子及需要醫療服務之補充分類」（增加

1.86 倍) 增加幅度最大 (表 4-5)。

二、一般民眾與低收入戶於 2006 年及 2008 年門診醫療利用

接著分析一般民眾與低收入戶於 2006 年及 2008 年門診醫療利用情形，發現一般民眾其於 2008 年之門診醫療利用次數相較於 2006 年幾乎不變 (2006 年每人平均 13.386 次；2008 年每人平均 13.436 次)，低收入戶則是呈現下降趨勢，其每人平均門診次數由 18.469 次降至 17.359 次 (下降 0.94 倍)；若改分析平均每人門診費用，一般民眾之平均門診費用由 12,146.8 元升至 12,829.6 元 (增加 1.06 倍)，低收入戶則由 20,638.1 元降至 19,481.4 元 (降 0.94 倍) (表 4-6)。

若比較一般民眾與低收入戶於 2006 年與 2008 年就醫科別後發現，其於 2008 年增加幅度最大的皆是「急診醫學科」(一般民眾 2.29 倍、低收入戶增加 5.00 倍)與「家醫科」(一般民眾 1.76 倍、低收入戶 1.54 倍)；在就醫疾病別方面，一般民眾增加幅度最大的是「周產期病態」(增加 1.29 倍)與「腫瘤」(增加 1.16 倍)。但低收入戶則是以「血液和造血器官疾病」(增加 1.13 倍)與「泌尿生殖系統疾病」(增加 1.04 倍)增加幅度最大 (表 4-6)。

三、一般民眾與低收入戶於 2006 年及 2008 年住院醫療利用

最後分析一般民眾與低收入戶於 2006 年及 2008 年住院醫療利用情形，發現一般民眾其於 2008 年之住院醫療利用次數相較於 2006 年呈現上升趨勢，由 2006 年每人平均 0.112 次升至 2008 年 0.117 次 (上升 1.05 倍)，低收入戶則是呈現下降趨勢，其每人平均住院次數由 0.298 次降至 0.256 次 (下降 0.86 倍)；若改分析平均每人住院費用，一般民眾之住院費用由 5,204.9 元升至 5,801.3 元 (增加 1.11 倍)，低收入戶則由 15,506.5 元降至 11,690.7 元 (降 0.75 倍)；而每人平均住院天數方面，兩者皆呈現上升，一般民眾由每人平均 1.196 天升至

1.352 天（增加 1.13 倍），低收入戶則由 9.304 天升至 12.033 天（增加 1.29 倍）（表 4-7）。

接著比較一般民眾於 2006 年與 2008 年就醫科別後發現，其於 2008 年增加幅度最大的是「核醫科」（增加 1.50 倍）。而低收入戶增加幅度最大的是「皮膚科」（增加 4.52 倍）與「復健科」（增加 2.00 倍）；在就醫疾病別方面，一般民眾增加幅度最大的是「血液與造血器官之疾病」（增加 1.19 倍）與「周產期病態」（增加 1.15 倍）。但低收入戶則是以「徵候、症狀及診斷欠明之各種病態」（增加 1.13 倍）增加幅度最大（表 4-7）。

第五節 影響經濟弱勢者申請方案前後醫療利用差異之因素

本研究進一步以複迴歸分析，控制其他相關變項後，探討影響經濟弱勢者在申請健保協助方案前後之急診、門診與住院醫療利用次數差異之影響因素。

首先在急診的部分，控制其他相關變項後，經濟弱勢族群在申請健保協助方案後，45歲以上相對於24歲以下之弱勢族群，急診次數改變有顯著負向差距，年齡越大其負向越大；投保金額以17,280元以下為參考組，投保金額越低者其負向差距越小；都市化程度以第八級地區相對於第一級之負向差距最大；病人疾病嚴重度越高者相對於疾病嚴重度0分者，其正向差距越大；具重大傷病、罹患精神疾病、罹患癌症者在申請健保協助方案後，急診醫療利用相對於未罹病者呈現顯著正向差距；但是具身心障礙資格者、接受血液或腹膜透析治療者、罹患糖尿病、高血壓或是氣喘者，急診醫療相對於未罹病者呈現顯著負向差距；而有醫療需求者在申請健保協助方案後，急診醫療利用相對於沒有醫療需求者呈現顯著正向差距（表4-10）。

接著在門診的部分，控制其他相關變項後，申請健保協助方案後之女性門診醫療利用相對於男性呈現顯著正向差距；年齡雖沒有一定的趨勢，但是65歲以上弱勢族群相對於小於24歲者其門診利用呈顯著負向差距；投保金額越高者相對於投保金額低於17,280元者，門診醫療利用呈現顯著負向差距，且投保金額越高者負向差距越大；都市化程度則是都市化程度越高的地區其門診利用正向差距越大；病人疾病嚴重度越高者，門診利用正向差距越大；具身心障礙、罹患精神疾病、癌症、高血壓或是氣喘以及接受血液或腹膜透析治療者在申請健保協助方案後，門診醫療利用相對於未罹病者呈顯著正向差距；但是具重大傷病以及罹患糖尿病者，門診醫療利用增加量相對於未罹病

者呈顯著負向差距；而有醫療需求者在申請健保協助方案後，門診醫療利用相較於沒有醫療需求者呈正向差距；此外經由迴歸控制後可以發現，僅申請紓困申貸者與兩種方案皆申請之經濟弱勢者相較於僅申請分期攤繳者，在財務獲得舒緩後其門診醫療利用呈現正向差距（表 4-10）。

最後在住院的部分，控制其他相關變項後，申請健保協助方案後之女性住院醫療利用相較於男性呈現正向差距；年齡方面，相較於小於 24 歲之弱勢族群，年齡越大者其住院醫療利用呈現負向差距，且年齡越大其負向差距越大；投保金額越高者其住院醫療利用之正向差距越大；病人疾病嚴重度越高者，住院正向差距也越大；具重大傷病、身心障礙資格者、罹患癌症者在申請健保協助方案後，住院醫療利用相較於未罹病者呈正向差距；但是罹患精神疾病、糖尿病、高血壓或氣喘者，住院醫療利用相較於未罹病者呈負向差距；而有醫療需求者在申請健保協助方案後，住院醫療利用相較於沒有醫療需求者呈正向差距；此外，僅申請紓困申貸者在財務獲得舒緩後其住院醫療利用相較於僅申請分期攤繳者呈負向差距；而兩種方案皆申請者相較於僅申請分期攤繳者則呈現正向差距（表 4-10）。

第五章 討論

第一節 經濟弱勢者人口學特質與健康狀態

本研究所分析之經濟弱勢被保險人，發現男性較女性多（59.1% vs. 40.9%），且不論申請哪類健保協助方案之經濟弱勢族群其平均年齡皆較一般民眾低，但是較低收入戶者年長。由表 4-1 可見申請健保協助方案之經濟弱勢族群以男性、中壯年者居多，對照內政部統計處公布低收入戶戶長之性別與年齡發現，其也多為男性之 40~50 歲中壯年者（內政部統計處，2009）。

而觀察投保金額後，一般民眾僅有 61.0% 之投保金額低於 22,800 元，但是整體經濟弱勢族群之投保金額有 89.5% 之民眾低於 22,800 元，甚至有 69.1% 低於 17,280 元。若細分經濟弱勢者不同申請方案別，可以發現僅申請「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者有 88% 研究對象投保金額低於 17,280 元，且剩餘之 12% 投保金額不高於 45,800 元。但是僅申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」之民眾投保金額低於 17,280 元者為 68.2%，甚至有 42 位研究對象投保金額高於 72,801 元。而兩種方案皆申請之經濟弱勢族群有 89% 之投保金額低於 17,280 元，其餘 11% 低於 22,800 元。造成這樣不同健保協助方案間之申請人經濟狀況差異，推測是因為「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」相較於「全民健康保險紓困基金貸款辦法」之申請門檻較低的緣故。前者只要投保民眾積欠健保費 5,000 元即可申辦，但是後者之申請資格需符合經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法規定才可申請（附件一、二），因此推測僅申請「全民健康保險紓困基金貸款辦法」以及兩類方案皆申請者相較於僅申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」者在經濟狀況上更顯弱勢。

若將研究對象投保地區分為健保六分局，其中佔最多數的為台北分局（32.1%）以及高屏分局（20.8%），而內政部統計 2007 年各縣市低收入人數中，也以台北市、台北縣、高雄市與屏東縣之低收入人口數為前四高之縣市（內政部社會司，2010）。

進一步分析研究對象在財務獲得舒緩前後之疾病嚴重度可以發現，不論申請哪類健保協助方案之經濟弱勢族群在申請健保協助方案後疾病嚴重度皆增加。整體來說經濟弱勢者在申請健保協助方案之後，疾病嚴重度在 3 分以上者由 2.2% 增加至 3.8%（提升 1.7 倍），其中兩類方案皆申請者疾病嚴重度 3 分以上增加幅度最大（7.5% 增至 14.9%；增加 1.98 倍），但是反觀一般民眾與低收入戶在 2008 年之疾病嚴重度與 2006 年相比，其比例分布幾乎沒有往高分增加的趨勢，甚至 2008 年低收入戶 3 分以上者較 2006 年少（由 7.7% 降至 6.4%）。此外，比較經濟弱勢族群與對照研究對象在申請健保協助方案前後主要就醫機構層級別可以發現，經濟弱勢族群在財務獲得舒緩後未就醫比例大幅降低、各機構就醫比例皆增加，而一般民眾與低收入戶未就醫比例則是呈現增加的狀態。回顧過去研究，學者曾指出經濟較弱勢或是失業人口等所得降低將導致其醫療可近性降低（蔡淑玲，2004），推測是因為我國低收入戶相較於低收入邊緣戶有較充裕的社會福利或是健保協助方案，使其較無就醫障礙，而沒有這些福利的經濟弱勢族群則有較高的就醫障礙，使得經濟弱勢族群在申請健保協助方案降低財務負擔引起之就醫障礙後才得以就醫診斷疾病。

第二節 經濟弱勢族群申請健保協助方案前後醫療利用

觀察經濟弱勢族群於申請健保協助方案前後醫療利用，無論其於申請健保協助方案前或是後之平均醫療利用次數相較於沒有就醫障礙之一般民眾與低收入戶皆偏低，過去研究也指出所得會影響醫療需求與利用（Katz & Hofor, 1994；施仁興，1995；鄭保志、胡玉蕙，1997；廖繼鈺，1998；Rosen & Anell, 1999），且美國、加拿大與英國皆顯示經濟弱勢者其因為收入或是醫療可近性，會較非經濟弱勢者少利用醫療資源（Freeman et al., 1993；Yelin et al., 1995；Yong et al., 2004；Milner et al., 2004；Bradley et al., 2009）。

若將經濟弱勢族群申請健保協助方案前後醫療利用改變比例與一般民眾暨低收入戶 2006~2008 年醫療利用改變比例相比，研究結果顯示，一般民眾暨低收入戶其 2008 年醫療利用相較於 2006 年皆呈現不變或是下降的趨勢，反觀經濟弱勢族群在申請健保協助方案後急診、門診與住院醫療利用比例皆提升，尤其以兩類協助方案皆申請者增加幅度最大（急診增加 1.78 倍、門診 2.81 倍、住院 2.89 倍）。對照芝加哥研究顯示放寬貧民社會保險申請門檻能提高新加入保險之近貧兒童的醫療利用（Fossett et al., 1992），顯示國內健保協助方案和國外弱勢協助政策一樣確實能降低經濟弱勢族群就醫障礙。

另外，針對民眾所得與醫療部分負擔改變導致醫療利用改變之效應，一直為國內外學者重視之議題，其中對於所得改變而造成醫療利用增減之影響稱為「所得彈性」；醫療部分負擔增加導致醫療利用增減則稱為「價格彈性」。而政府提供經濟弱勢族群之各類健保協助方案或許能暫時舒緩其財務壓力，進而影響其醫療利用情形。因此可將健保協助方案比擬為無形中改善了經濟弱勢族群的財務壓

力，而導致醫療利用改變，此一現象類似所得彈性的效應。

$$EI = \frac{\frac{Q_2 - Q_1}{Q_1}}{\frac{I_2 - I_1}{I_1}} \quad EI: \text{所得彈性}; Q: \text{醫療利用}; I: \text{所得}$$

根據學者謝啟瑞（1994）針對台灣民眾研究結果顯示，在非薪資所得下西醫門診所得彈性 0.078，換言之所得每增加 1%，西醫門診醫療利用會增加 0.078%。而對照本研究結果計算整體經濟弱勢族群門診變動量為 0.79（由表 4-6 計算 = $(10.931 - 6.106) / 6.106$ ），其表示健保協助方案對經濟弱勢族群之所得影響效益視同增加近 10 倍所得；若進一步計算兩類協助方案皆申請者，其門診變動量為 1.81（由表 4-6 計算 = $(19.979 - 7.106) / 7.106$ ），表示健保協助方案之效益視同增加了 23 倍所得，可見健保協助方案對於經濟弱勢族群財務舒緩之降低有顯著之成效。

由經濟弱勢族群於申請健保協助方案前後之就醫疾病別可以發現，因「腫瘤」就醫之成長幅度最大，表示經濟弱勢族群在財務獲得舒緩之後重症醫療之使用增加。除此之外，過去研究曾指出低收入者較易罹患心理疾病（Leventhal et al., 2003）與慢性疾病（Satchell et al., 2005；Gwatkin, 2000；Syme et al., 1976），且常有許多低收入戶患者罹患糖尿病、高血壓與心血管疾病卻未接受治療（Eachus et al., 1999；Blaxter, 1987；Helmert, 1994；O'Donnell et al., 1991；Marmot et al., 1991；Davey, 1998），對照本研究分析經濟弱勢族群在財務獲得舒緩前後各疾病別罹病人數，其罹患精神疾病、癌症、糖尿病與高血壓此四類疾病之比例增加幅度皆比一般民眾或是低收入戶高（表 4-2），尤其是兩種舒緩方案皆申請之弱勢族群增加比例遠高於一般民眾或低收入戶，其研究結果與過去文獻相符，認為經濟弱勢

族群在財務獲得舒緩進而降低就醫障礙後，確診比例增高。

第三節 影響經濟弱勢者醫療利用差異之因素

本研究以複迴歸分析控制相關變項後，探討財務舒緩方案對於經濟弱勢族群醫療利用之影響，表 4-10 可以發現在急診與住院醫療利用方面，年齡越大之經濟弱勢族群相較於年紀較輕者在申請健保協助方案後醫療利用增加量較少，推論是因為老年人罹患慢性疾病之比例較高，而慢性疾病持續就醫之機率很高，換言之該族群在申請健保協助方案前後之醫療利用次數皆偏高，導致老年人口於降低財務負擔後之醫療利用增加比例不若年輕人多，但實際情形仍有待資料進一步分析探討。

除此之外，過去研究指出貧戶、近貧戶或是健康狀態較差與「未滿足之醫療需求」呈現正相關 (Newacheck et al., 2000)，因此當此族群醫療財務障礙降低後可大幅改善其醫療需求；對照本研究結果顯示疾病嚴重度越高之經濟弱勢族群在財務獲得舒緩後，急診、門診或是住院醫療利用皆增加幅度越多，推測是申請健保協助方案後因財務負擔獲得舒緩進而降低就醫障礙，使得醫療利用增加。

另外本研究以未罹病者當參考組，分析具備重大傷病、身心障礙、接受透析治療、罹患精神疾病、癌症、糖尿病、高血壓、氣喘等經濟弱勢族群，在財務獲得舒緩後醫療利用差異情形，結果顯示除了重大傷病與糖尿病外，其餘罹病患者相較於沒罹病之民眾門診醫療利用皆顯著成長，此一現象與過去研究結果表示健康狀態較差者較易使用醫療資源相符 (Marlon & Susmita, 2005；Senol et al., 2010)。推測重大傷病與糖尿病患者其增加比例較未罹病者少，是因為其在申請健保協助方案前即已因較差之健康狀態而多次利用醫療資源，故分析申請健保協助方案後之醫療利用差異幅度不若未罹病者大。

最後比較不同申請健保協助方案類別之醫療利用差異可以發現，不論是急診、門診或住院醫療利用，醫療利用增加幅度皆呈現「兩類皆申請」者大於僅申請「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者，且大於僅申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」者，可見政府推行之健保協助方案對於經濟越弱勢之族群，降低就醫障礙之成效越大。

第六章 結論與建議

第一節 結論

健康不均等一直是各國致力弭平之一重要議題，而實施全民健康保險的目的就是希望藉由風險分擔的制度，集合社會大多數人的力量解決少數人就醫之經濟障礙。也因此，對於繳不起健保費而中斷全民健保的經濟弱勢族群，健保局更是提供紓困貸款或分期攤繳等多項優惠配套措施，期許能協助他們解決經濟困境所導致的就醫障礙。

本研究以經濟弱勢族群與一般民眾及低收入戶之醫療利用相比發現，雖然一般民眾及低收入戶之醫療利用下降，但是經濟弱勢族群在財務獲得舒緩後醫療利用卻顯著增加，且計算所得彈性後發現，政府所提供之健保協助方案對於經濟弱勢族群之醫療利用影響，等同於讓經濟弱勢族群增加 10 倍~23 倍所得之效應。除了醫療次數增加之現象外，經濟弱勢族群在財務獲得舒緩後之疾病嚴重度增加、未就醫比例大幅下降且各機構就醫比例皆增加，除此之外，經濟弱勢族群罹患精神疾病、癌症、糖尿病與高血壓等慢性或重症疾病之增加比例也大幅高於一般民眾或低收入戶，這些在在顯示政府提供之健保協助方案確實能夠降低經濟弱勢族群之就醫障礙，舒緩這些族群因為財務壓力抑制醫療利用的情形。

另外，比較申請健保協助方案後之醫療利用增加幅度結果，呈現「兩種方案皆申請」者大於僅申請「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者，且大於僅申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」者，可見政府推行之健保協助方案對於經濟越弱勢之族群，降低就醫障礙之成效越大。

第二節 建議

一、對政策之建議

由本研究結果顯示，經濟弱勢族群於申請健保協助方案後，確實因降低財務負擔而大幅提升醫療利用，且經濟負擔較重之族群（兩種方案皆申請者）之效應大於經濟負擔相對較緩之民眾（僅申請任一方案者），可見政府單位推行之健保協助方案確實能夠降低民眾財務負擔，讓經濟弱勢族群得以免除就醫障礙。除此之外，政府欲放寬貧窮線標準，其中預計將有近 37 萬人受惠，相信此一政策實施並同時持續推行健保協助方案，能讓更多民眾免除因財務負擔而造成之就醫障礙。

二、對後續研究之建議

經濟弱勢族群因為存在財務負擔積欠健保保費，以致於該經濟弱勢者與依附其之眷屬健保 IC 卡被「鎖卡」而造成就醫障礙。一旦該經濟弱勢者或是依附其之眷屬有醫療需求時便會尋求政府單位所提供之健保協助方案。而本研究所分析之經濟弱勢族群未包含眷屬，因此建議後續研究應併入眷屬之醫療利用情形，以家戶為研究對象單位，並以戶內人口為次要研究對象單位。即以歸戶資料為主，以歸人檔為輔，藉以深入分析健保協助方案對於弱勢族群之成效。

研究結果分析有 0.6% 之經濟弱勢族群投保金額高於 45,801 元，建議應進一步深入探討該群民眾其是否為真正的經濟弱勢者。

第三節 研究限制

本研究所引用之都市化程度分級表為學者於 1986 年所擬定，因年代變遷，過去之時空背景與現在有所落差，故對於都市化程度方面之研究結果判讀需考量現行時空背景之變化。

本研究由於資料取得之限制，僅能取得 2007 年申請加入「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」或「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者，無法取得政府所提供之其他配套措施資料，故無法進一步分析不同健保協助方案間對於經濟弱勢族群醫療利用之影響差異，且對於沒有申請上述兩類健保協助方案之經濟弱勢族群無法納入分析。

另外，申請健保協助方案的民眾多在經濟狀況已弱勢一陣子且有醫療需求的狀況下進行申請，但是本研究僅能取得研究對象於 2006 年之醫療利用檔案，因此對於經濟弱勢族群於 2006 年前之健康狀態無法得知。且本計畫分析之研究對象未包含經濟弱勢族群之眷屬，但被保險人申請財務舒緩方案可能是因為依附之眷屬有醫療需求，故於資料庫中無法分析探討。

除此之外，健保局提供之經濟弱勢族群資料庫礙於法規限制無法釋出，僅能於「行政院衛生署健康資料增值應用協作中心」進行操作分析，故無法與本研究欲對照比較之一般民眾或是低收入戶醫療利用資料進行配對、或是同時以迴歸模型比較此三類族群醫療利用差異。且本研究以百萬抽樣歸人檔中非眷屬之被保險人作為經濟弱勢族群之對照組，但其是否與母體（即排除眷屬之全民資料）存在差異，無法進行適合度檢定。

最後，由於本研究健保局提供之次級資料庫進行分析，因此無法探討研究對象至非健保特約醫療機構就醫之情形。

表 4-1、經濟弱勢者與一般民眾人口學特質

變項名稱	經濟弱勢者		紓困申貸		分期繳納		紓困及分期		一般民眾		低收入戶	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
總個案數	49275	100.0	1980	4.0	47201	95.8	94	0.2	608937	98.4	9934	1.6
平均欠費金額 M(SD)	34762(34529)		67147(45211)		33195(32787)		139088(89572)		—	—		
性別												
男性	29135	59.1	935	47.2	28161	59.7	39	41.5	315428	51.8	5122	51.6
女性	20139	40.9	1045	52.8	19039	40.3	55	58.5	293509	48.2	4812	48.4
遺漏值	1	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—
年齡												
≤24 歲	4943	10.0	43	2.2	4897	10.4	3	3.2	39768	6.5	4885	49.2
25-34 歲	16655	33.8	492	24.9	16140	34.2	23	24.5	153359	25.2	487	4.9
35-44 歲	14095	28.6	879	44.4	13173	27.9	43	45.7	147415	24.2	1446	14.6
45-54 歲	10070	20.4	461	23.3	9587	20.3	22	23.4	133402	21.9	1327	13.4
55-64 歲	2834	5.8	75	3.8	2756	5.8	3	3.2	67064	11.0	535	5.4
≥65 歲	678	1.4	30	1.5	648	1.4	0	0.0	67929	11.2	1254	12.6
平均年齡 M(SD)	37.6(11.1)		40.1(8.9)		37.5(11.2)		39.4(7.9)		44.0(15.5)		33.0(22.9)	
投保金額												
≤17280 元	32535	69.1	1682	88.0	30772	68.2	81	89.0	168492	27.7	9934	100.0
17281-22800 元	9597	20.4	174	9.1	9413	20.9	10	11.0	202626	33.3	0	0.0
22801-28800 元	2523	5.4	35	1.8	2488	5.5	0	0.0	57503	9.4	0	0.0
28801-36300 元	1387	2.9	15	0.8	1372	3.0	0	0.0	56576	9.3	0	0.0
36301-45800 元	795	1.7	6	0.3	789	1.8	0	0.0	58011	9.5	0	0.0
45801-57800 元	163	0.4	0	0.0	163	0.4	0	0.0	27167	4.5	0	0.0
57801-72800 元	62	0.1	0	0.0	62	0.1	0	0.0	21187	3.5	0	0.0
≥72801 元	42	0.1	0	0.0	42	0.1	0	0.0	17375	2.9	0	0.0
遺漏值	2171	—	68	—	2100	—	3	—	0	—	0	—

表 4-1、經濟弱勢者與一般民眾人口學特質 (續)

變項名稱	經濟弱勢者		紓困申貸		分期繳納		紓困及分期		一般民眾		低收入戶	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
投保分局別												
台北分局	15129	32.1	468	24.5	14649	32.5	12	13.2	221621	36.4	3191	32.1
北區分局	6098	13.0	227	11.9	5862	13.0	9	9.9	89167	14.6	798	8.0
中區分局	8036	17.1	331	17.3	7690	17.1	15	16.5	107652	17.7	1476	14.9
南區分局	6031	12.8	179	9.4	5849	13.0	3	3.3	86079	14.1	1253	12.6
高屏分局	9804	20.8	613	32.1	9143	20.3	48	52.7	90553	14.9	2202	22.2
東區分局	2006	4.3	94	4.9	1908	4.2	4	4.4	13865	2.3	1014	10.2
遺漏值	2171	—	68	—	2100	—	3	—	0	—	0	—
投保地區都市化程度												
第一級	6550	13.9	175	9.2	6372	14.1	3	3.2	124710	20.5	1624	16.4
第二級	14729	31.3	809	42.3	13874	30.8	46	48.9	152055	25.0	2196	22.1
第三級	8119	17.2	279	14.6	7832	17.4	8	8.5	105140	17.3	1216	12.2
第四級	4479	9.5	172	9.0	4304	9.5	3	3.2	53601	8.8	742	7.5
第五級	5445	11.6	244	12.8	5183	11.5	18	19.1	75391	12.4	1101	11.1
第六級	3346	7.1	124	6.5	3216	7.1	6	6.4	44591	7.3	983	9.9
第七級	2790	5.9	75	3.9	2708	6.0	7	7.4	37805	6.2	1158	11.7
第八級	1646	3.5	34	1.8	1612	3.6	0	0.0	15644	2.6	914	9.2
遺漏值	2171	—	68	—	2100	—	3	—	0	—	0	—
申請前疾病嚴重度^a												
0分	43191	87.7	1662	83.9	41450	87.8	79	84.0	475139	78.0	7339	73.9
1-2分	4978	10.1	211	10.7	4759	10.1	8	8.5	106291	17.5	1829	18.4
3分以上	1106	2.2	107	5.4	992	2.1	7	7.5	27507	4.5	766	7.7

表 4-1、經濟弱勢者與一般民眾人口學特質 (續)

變項名稱	經濟弱勢者		紓困申貸		分期繳納		紓困及分期		一般民眾		低收入戶	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
申請後疾病嚴重度^b												
0 分	40050	81.3	1513	76.4	38473	81.5	64	68.1	473890	77.8	7540	75.9
1-2 分	7376	15.0	325	16.4	7035	14.9	16	17.0	105374	17.3	1755	17.7
3 分以上	1849	3.8	142	7.2	1693	3.6	14	14.9	29673	4.9	639	6.4
申請前主要就醫機構層級別^a												
醫學中心	2748	5.6	143	7.2	2600	5.5	5	5.3	45880	7.5	753	7.6
區域醫院	4518	9.2	187	9.4	4322	9.2	9	9.6	57830	9.5	1223	12.3
地區醫院	3934	8.0	151	7.6	3773	8.0	10	10.6	53201	8.7	1328	13.4
基層診所	21433	43.5	762	38.5	20633	43.7	38	40.4	382893	62.9	5806	58.5
其他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	53	0.0	3	0.0
未就醫	16642	33.8	737	37.2	15873	33.6	32	34.0	69080	11.3	821	8.3
申請後主要就醫機構層級別^b												
醫學中心	3331	6.8	166	8.4	3156	6.7	9	9.6	45884	7.5	686	6.9
區域醫院	5468	11.1	224	11.3	5234	11.1	10	10.6	62513	10.3	1361	13.7
地區醫院	4789	9.7	205	10.4	4567	9.7	17	18.1	45759	7.5	1096	11.0
基層診所	29619	60.1	1212	61.2	28353	60.1	54	57.4	353385	58.0	5363	54.0
其他	8	0.0	2	0.1	6	0.0	0	0.0	82	0.0	12	0.1
未就醫	6060	12.3	171	8.6	5885	12.5	4	4.3	101314	16.6	1416	14.3

註：^a一般民眾與低收入戶以 2006 年醫療利用定義

^b一般民眾與低收入戶以 2008 年醫療利用定義

表 4-2、經濟弱勢者與一般民眾健康狀態

變項名稱		經濟弱勢者		紓困申貸		分期繳納		紓困及分期		一般民眾		低收入戶	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
重大傷病	申請前 ^a	686	1.4	91	4.6	592	1.3	3	6.4	24652	4.1	1390	14.0
	申請後 ^b	1589	3.2	146	7.4	1430	3.0	13	13.8	31197	5.1	1524	15.3
身心障礙	申請前 ^a	9170	18.6	483	24.4	8661	18.4	26	27.7	10567	1.7	261	2.6
	申請後 ^b	18506	37.6	993	50.2	17453	37.0	60	63.8	16970	2.8	462	4.7
精神疾病	申請前 ^a	1652	3.4	111	5.6	1534	3.3	7	7.5	26015	4.3	1253	12.6
	申請後 ^b	3264	6.6	220	11.1	3025	6.4	19	20.2	45715	7.5	1766	17.8
癌症	申請前 ^a	581	1.2	52	2.6	528	1.1	1	1.1	20858	3.4	304	3.1
	申請後 ^b	1680	3.4	123	6.2	1549	3.3	8	8.5	45465	7.5	591	6.0
透析治療	申請前 ^a	47	0.1	6	0.3	41	0.1	0	0.0	1608	0.3	78	0.8
	申請後 ^b	111	0.2	11	0.6	100	0.2	0	0.0	2422	0.4	105	1.1
糖尿病	申請前 ^a	957	1.9	50	2.5	905	1.9	2	2.1	22113	3.6	336	3.4
	申請後 ^b	1696	3.4	83	4.2	1609	3.4	4	4.3	31632	5.2	498	5.0
高血壓	申請前 ^a	1392	2.8	57	2.9	1333	2.8	2	2.1	46434	7.6	647	6.5
	申請後 ^b	2612	5.3	123	6.2	2482	5.3	7	7.4	68598	11.3	975	9.8
氣喘	申請前 ^a	262	0.5	9	0.5	253	0.5	0	0.0	5756	1.0	209	2.1
	申請後 ^b	536	1.1	21	1.1	515	1.1	0	0.0	11256	1.9	379	3.8

註：^a一般民眾與低收入戶以 2006 年醫療利用定義

^b一般民眾與低收入戶以 2008 年醫療利用定義

表 4-3、各疾病罹病人數

	重大傷病		身心障礙		精神疾病		癌症		透析		糖尿病		高血壓		氣喘		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
經濟弱勢	2006 年患者	558	1.13	9150	18.57	1801	3.65	543	1.10	24	0.05	936	1.90	1429	2.90	289	0.59
	2007 年患者	1230	2.50	17158	34.82	3130	6.35	1507	3.06	88	0.18	1564	3.17	2360	4.79	487	0.99
	2008 年患者	1589	3.22	22139	44.93	4062	8.24	2209	4.48	137	0.28	1945	3.95	3075	6.24	664	1.35
	2007 年新增	672	1.36	8008	16.25	1329	2.70	964	1.96	64	0.13	628	1.27	931	1.89	198	0.40
	2008 年新增	359	0.73	4981	10.11	932	1.89	702	1.42	49	0.10	381	0.77	715	1.45	177	0.36
一般民眾 ^a	2006 年患者	26042	4.21	10828	1.75	27268	4.41	21162	3.42	1686	0.27	22449	3.63	47081	7.61	5965	0.96
	2007 年患者	29065	4.70	14510	2.34	38453	6.21	34354	5.55	2493	0.40	27756	4.48	59581	9.63	9145	1.48
	2008 年患者	32721	5.29	17432	2.82	47481	7.67	46056	7.44	2527	0.41	32130	5.19	69573	11.24	11635	1.88
	2007 年新增	3023	0.49	3682	0.59	11185	1.81	13192	2.13	807	0.13	5307	0.86	12500	2.02	3180	0.51
	2008 年新增	3656	0.59	2922	0.47	9028	1.46	11702	1.89	34	0.01	4374	0.71	9992	1.61	2490	0.40

註：^a含低收入戶

表 4-4、申請健保協助方案前後未就診人數

		未使用 門診、急診與住院醫療		未使用 門診醫療		未使用 急診醫療		未使用 住院醫療	
		N	%	N	%	N	%	N	%
經濟弱勢	申請前	16642	33.77	18826	38.21	40384	81.96	44454	90.22
	申請後	6060	12.30	6450	13.09	38683	78.50	42964	87.19
一般民眾 (含低收入戶)	2006 年 ^a	69901	11.29	72781	11.76	525493	84.91	570323	92.16
	2008 年 ^b	102730	16.60	106954	17.28	531677	85.91	569176	91.97

註：^a一般民眾與低收入戶以 2006 年醫療利用比較經濟弱勢族群申請方案前

^b一般民眾與低收入戶以 2008 年醫療利用比較經濟弱勢族群申請方案後

表 4-5、急診醫療利用 (單位：平均每人就醫次數)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例									
平均每人急診次數	0.287	0.384	1.34	0.316	0.468	1.48	0.286	0.380	1.33	0.383	0.681	1.78	0.225	0.214	0.95	0.544	0.529	0.97
平均每人急診費用	805.7	984.2	1.22	1008.8	1196.2	1.19	797.0	974.0	1.22	899.5	1652.6	1.84	536.7	574.2	1.07	1196.1	1188.7	0.99
就醫科別 ^a																		
不分科	0.00923	0.00010	0.01	0.00404	—	—	0.00943	0.00011	0.01	0.02128	—	—	0.01615	—	—	0.02456	—	—
家醫科	0.00327	0.00473	1.45	0.00101	0.00657	6.50	0.00337	0.00464	1.38	—	0.01064	—	0.00336	0.00331	0.99	0.00916	0.00846	0.92
內科	0.04869	0.06746	1.39	0.06364	0.08283	1.30	0.04805	0.06633	1.38	0.05319	0.30851	5.80	0.04340	0.03531	0.81	0.10147	0.08969	0.88
外科	0.03584	0.04124	1.15	0.03737	0.06061	1.62	0.03576	0.04049	1.13	0.04255	0.01064	0.25	0.02467	0.02068	0.84	0.05094	0.04288	0.84
小兒科	0.00035	0.00071	2.06	—	—	—	0.00036	0.00074	2.06	—	—	—	0.00025	0.00022	0.85	0.02980	0.02194	0.74
婦產科 ^c	0.00824	0.01236	1.50	0.00670	0.00287	0.43	0.00825	0.01292	1.57	0.03636	—	—	0.00363	0.00427	1.18	0.00534	0.00287	0.54
骨科	0.00333	0.00304	0.91	0.00354	0.00404	1.14	0.00331	0.00301	0.91	0.01064	—	—	0.00245	0.00169	0.69	0.00695	0.00362	0.52
神經外科	0.00055	0.00059	1.07	0.00202	—	—	0.00049	0.00059	1.22	—	0.01064	—	0.00028	0.00028	1.01	0.00121	0.00121	1.00
泌尿科	0.00037	0.00055	1.50	—	—	—	0.00038	0.00057	1.50	—	—	—	0.00042	0.00029	0.69	0.00111	0.00060	0.55
耳鼻喉科	0.00030	0.00069	2.27	—	0.00051	—	0.00032	0.00070	2.20	—	—	—	0.00036	0.00033	0.94	0.00060	0.00131	2.17
眼科	0.00041	0.00073	1.80	—	—	—	0.00042	0.00076	1.80	—	—	—	0.00063	0.00046	0.73	0.00081	0.00060	0.75
皮膚科	—	0.00002	—	—	—	—	—	0.00002	—	—	—	—	0.00001	0.00003	2.22	0.00101	0.00000	0.00
神經科	0.00039	0.00030	0.79	0.00051	—	—	0.00038	0.00032	0.83	—	—	—	0.00032	0.00028	0.88	0.00916	0.00574	0.63
精神科	0.00120	0.00193	1.61	0.00354	0.00354	1.00	0.00110	0.00186	1.69	—	—	—	0.00096	0.00070	0.73	0.00916	0.00574	0.63
復健科	0.00002	0.00006	3.00	—	—	—	0.00002	0.00006	3.00	—	—	—	0.00006	0.00005	0.79	—	0.00010	—
整形外科	0.00020	0.00037	1.80	—	0.00101	—	0.00021	0.00034	1.60	—	—	—	0.00015	0.00010	0.67	0.00010	0.00020	2.00
急診醫學科	0.17883	0.25565	1.43	0.19596	0.30707	1.57	0.17800	0.25332	1.42	0.23404	0.34043	1.45	0.12911	0.14804	1.15	0.30270	0.35011	1.16
職業醫學科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
牙科	0.00059	0.00083	1.41	0.00051	—	—	0.00059	0.00087	1.46	—	—	—	0.00059	0.00048	0.81	0.00141	0.00131	0.93
中醫科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	<0.00001	—	—	—	—	—

表 4-5、急診醫療利用 (單位：平均每人就醫次數) (續)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例									
麻醉科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
放射線科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
病理科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
核醫科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
結核科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
洗腎科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
就醫疾病別^b																		
傳染病與寄生蟲病	0.00246	0.00436	1.78	0.00505	0.00505	1.00	0.00233	0.00434	1.86	0.01064	—	—	0.00254	0.00243	0.96	0.00715	0.00705	0.99
腫瘤	0.00197	0.01061	5.39	0.00657	0.06263	9.54	0.00178	0.00843	4.74	—	0.01064	—	0.00385	0.00454	1.18	0.00916	0.02033	2.22
內分泌、營養和新陳代謝疾病與免疫性疾患	0.00501	0.00759	1.51	0.00354	0.00606	1.71	0.00508	0.00758	1.49	—	0.04255	—	0.00473	0.00503	1.06	0.01208	0.01601	1.33
血液和造血器官之疾病	0.00053	0.00077	1.46	—	0.00101	—	0.00055	0.00076	1.38	—	—	—	0.00056	0.00068	1.22	0.00383	0.00191	0.50
精神疾患	0.01088	0.01461	1.34	0.01869	0.02172	1.16	0.01057	0.01417	1.34	—	0.08511	—	0.00508	0.00484	0.95	0.02798	0.02265	0.81
神經系統和感覺器官之疾病	0.00599	0.00852	1.42	0.00657	0.00808	1.23	0.00595	0.00856	1.44	0.01064	—	—	0.00594	0.00628	1.06	0.01359	0.01319	0.97
循環系統疾病	0.01005	0.01277	1.27	0.01414	0.01364	0.96	0.00989	0.01275	1.29	—	—	—	0.01046	0.01103	1.05	0.01892	0.01701	0.90
呼吸系統疾病	0.01796	0.02628	1.46	0.01414	0.02475	1.75	0.01811	0.02638	1.46	0.02128	0.01064	0.50	0.01693	0.01625	0.96	0.08657	0.07258	0.84
消化系統疾病	0.03694	0.05425	1.47	0.04697	0.05606	1.19	0.03648	0.05413	1.48	0.05319	0.07447	1.40	0.02771	0.02408	0.87	0.06664	0.05768	0.87
泌尿生殖系統疾病	0.01220	0.01644	1.35	0.01768	0.01616	0.91	0.01197	0.01644	1.37	0.01064	0.02128	2.00	0.01219	0.01199	0.98	0.02033	0.02003	0.99
妊娠、生產及產褥期之併發症 ^c	0.00685	0.01063	1.55	0.00478	0.00766	1.60	0.00693	0.01082	1.56	0.01818	—	—	0.00306	0.00444	1.45	0.00246	0.00144	0.58
皮膚及皮下組織疾病	0.00741	0.01043	1.41	0.00455	0.00859	1.89	0.00754	0.01053	1.40	—	—	—	0.00607	0.00600	0.99	0.01530	0.02003	1.31

表 4-5、急診醫療利用 (單位：平均每人就醫次數) (續)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例									
骨骼肌肉系統及結締組織疾病	0.00785	0.01043	1.33	0.01263	0.01414	1.12	0.00765	0.01028	1.34	0.01064	0.01064	1.00	0.00618	0.00667	1.08	0.01258	0.01440	1.14
先天畸形	0.00004	0.00014	3.50			—	0.00004	0.00015	3.50			—	0.00011	0.00010	0.93	0.00060	0.00040	0.67
周產期病態 ^c	0.00040	0.00109	2.75		0.00096		0.00042	0.00110					0.00018	0.00029	1.57	0.00062	0.00062	
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	0.06874	0.09912	1.44	0.07980	0.10455	1.31	0.06811	0.09845	1.45	0.14894	0.31915	2.14	0.05766	0.05551	0.96	0.12945	0.12945	1.00
損傷及中毒之外因補充分類	0.09548	0.10214	1.07	0.08232	0.11970	1.45	0.09606	0.10140	1.06	0.08511	0.10638	1.25	0.06270	0.05592	0.89	0.11717	0.11415	0.97
影響健康狀況因子及需要醫療服務之補充分類	0.00047	0.00079	1.70	0.00051	0.00101	2.00	0.00042	0.00078	1.85	0.02128			0.00066	0.00067	1.02	0.00070	0.00131	1.86
無法歸類	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

註：^a以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之人數為分母，該科就醫人次為分子

^b以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之人數為分母，疾病就醫人次為分子

^c以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之女性為分母，該科或該疾病就醫人次為分子

改變比例為申請後或 2008 年之平均就醫次數 (金額) / 申請前或是 2006 年平均就醫次數 (金額)

表 4-6、門診醫療利用 (單位：平均每人就醫次數)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例
平均每人門診次數	6.106	10.931	1.79	6.576	14.389	2.19	6.085	10.768	1.77	7.106	19.979	2.81	13.386	13.436	1.00	18.469	17.359	0.94
平均每人門診費用	4898.2	9935.3	2.03	7828.7	16775.4	2.14	4775.6	9609.3	2.01	4709.7	29560.5	6.28	12146.8	12829.6	1.06	20638.1	19481.4	0.94
就醫科別 ^a																		
不分科	0.6143	0.0154	0.03	0.5035	0.0051	0.01	0.6191	0.0158	0.03	0.5319	0.0426	0.08	1.96475	—	—	2.70606	—	—
家醫科	0.7828	1.8362	2.35	0.7576	2.3641	3.12	0.7845	1.8127	2.31	0.4468	2.5000	5.60	1.29477	2.28016	1.76	2.17173	3.35484	1.54
內科	0.9484	2.0243	2.13	1.1091	2.8328	2.55	0.9417	1.9844	2.11	0.9574	5.0000	5.22	2.22518	2.89943	1.30	2.95339	3.46900	1.17
外科	0.2093	0.4488	2.14	0.2571	0.4616	1.80	0.2076	0.4474	2.15	0.0213	0.9255	43.50	0.42088	0.46467	1.10	0.57157	0.62341	1.09
小兒科	0.1797	0.3279	1.82	0.1641	0.4525	2.76	0.1804	0.3223	1.79	0.1809	0.5106	2.82	0.30065	0.36305	1.21	0.96285	0.89642	0.93
婦產科 ^c	1.5355	2.7754	1.81	1.3675	2.6622	1.95	1.5431	2.7807	1.80	2.1091	3.0727	1.46	1.70707	1.76159	1.03	0.97763	1.03654	1.06
骨科	0.2098	0.4167	1.99	0.2434	0.5030	2.07	0.2082	0.4124	1.98	0.2766	0.7447	2.69	0.43540	0.47046	1.08	0.50987	0.50383	0.99
神經外科	0.0264	0.0629	2.38	0.0470	0.1000	2.13	0.0256	0.0615	2.40	—	0.0106	—	0.05983	0.06696	1.12	0.10127	0.09684	0.96
泌尿科	0.0523	0.1148	2.20	0.0556	0.1293	2.33	0.0521	0.1138	2.18	0.0532	0.2872	5.40	0.17462	0.18993	1.09	0.18945	0.19408	1.02
耳鼻喉科	0.4003	0.7141	1.78	0.4157	0.8808	2.12	0.3998	0.7060	1.77	0.3511	1.2447	3.55	0.94162	0.97772	1.04	1.09543	1.04469	0.95
眼科	0.1884	0.3382	1.80	0.1621	0.4429	2.73	0.1896	0.3338	1.76	0.1170	0.3404	2.91	0.63259	0.62154	0.98	0.76555	0.77683	1.01
皮膚科	0.2454	0.4422	1.80	0.1601	0.4247	2.65	0.2487	0.4423	1.78	0.3936	0.7234	1.84	0.56373	0.56418	1.00	0.34991	0.35847	1.02
神經科	0.0955	0.1727	1.81	0.0980	0.2293	2.34	0.0955	0.1705	1.79	0.0106	0.0745	7.00	0.24275	0.26500	1.09	1.40417	1.25559	0.89
精神科	0.1730	0.2893	1.67	0.4374	0.7162	1.64	0.1610	0.2670	1.66	0.6702	2.4681	3.68	0.22226	0.23167	1.04	1.40417	1.25559	0.89
復健科	0.0750	0.1698	2.26	0.0803	0.2924	3.64	0.0749	0.1647	2.20	0.0213	0.1809	8.50	0.27036	0.30236	1.12	0.82656	0.68482	0.83
整形外科	0.0179	0.0410	2.29	0.0318	0.0540	1.70	0.0174	0.0405	2.34	0.0106	—	—	0.02831	0.02755	0.97	0.04238	0.04047	0.95
急診醫學科	0.0027	0.0044	1.65	0.0035	0.0056	1.57	0.0026	0.0044	1.66	0.0106	0.0106	1.00	0.00132	0.00302	2.29	0.00040	0.00201	5.00
職業醫學科	—	0.0000	—	—	0.0005	—	—	0.0000	—	—	—	—	—	0.00063	—	—	0.00020	—
牙科	0.5160	0.9896	1.92	0.4717	1.1167	2.37	0.5180	0.9838	1.90	0.4468	1.2128	2.71	1.15593	1.15824	1.00	1.03090	1.04590	1.01
中醫科	0.7088	1.2996	1.83	0.7843	1.7298	2.21	0.7043	1.2812	1.82	1.3298	1.5000	1.13	1.55126	1.60926	1.04	1.60469	1.70505	1.06

表 4-6、門診醫療利用 (單位：平均每人就醫次數) (續)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例									
麻醉科	0.0008	0.0006	0.78	—	0.0030	—	0.0009	0.0006	0.63	—	—	—	0.00074	0.00069	0.94	0.00221	0.00020	0.09
放射線科	0.0110	0.0423	3.86	0.0359	0.1333	3.72	0.0099	0.0379	3.81	—	0.3723	—	0.02417	0.03190	1.32	0.03030	0.03443	1.14
病理科	0.0104	0.0215	2.07	0.0136	0.0369	2.70	0.0102	0.0208	2.03	0.0106	0.0319	3.00	0.01816	0.02361	1.30	0.01047	0.01560	1.49
核醫科	0.0002	0.0003	1.36	0.0005	0.0015	3.00	0.0002	0.0003	1.20	—	—	—	0.00069	0.00076	1.09	0.00060	0.00020	0.33
結核科	0.0054	0.0115	2.15	0.0020	0.0187	9.25	0.0055	0.0113	2.06	0.0319	—	—	0.00503	0.00399	0.79	0.01429	0.00070	0.05
洗腎科	0.0049	0.0123	2.49	0.0202	0.0490	2.43	0.0043	0.0108	2.50	—	—	—	0.02783	0.03059	1.10	0.08043	0.08275	1.03
就醫疾病別^b																		
傳染病與寄生蟲病	0.1486	0.2593	1.74	0.1667	0.3227	1.94	0.1477	0.2566	1.74	0.2234	0.3191	1.43	0.31745	0.30241	0.95	0.41927	0.37669	0.90
腫瘤	0.0785	0.2553	3.25	0.2035	0.6384	3.14	0.0733	0.2361	3.22	0.0319	1.8298	57.33	0.26285	0.30556	1.16	0.32837	0.29938	0.91
內分泌、營養和新陳代謝疾病與免疫性疾患	0.2424	0.4396	1.81	0.2596	0.5854	2.25	0.2419	0.4329	1.79	0.1596	0.6915	4.33	0.61984	0.68402	1.10	0.54530	0.55879	1.02
血液和造血器官之疾病	0.0088	0.0192	2.18	0.0136	0.0268	1.96	0.0086	0.0189	2.20	0.0106	0.0319	3.00	0.02563	0.02806	1.09	0.04168	0.04711	1.13
精神疾患	0.2774	0.4568	1.65	0.5621	1.0838	1.93	0.2641	0.4249	1.61	0.9149	3.2660	3.57	0.36303	0.36566	1.01	1.73616	1.53564	0.88
神經系統和感覺器官之疾病	0.2723	0.4900	1.80	0.2374	0.6944	2.93	0.2738	0.4813	1.76	0.2447	0.5319	2.17	0.86841	0.86054	0.99	1.32575	1.25992	0.95
循環系統疾病	0.3097	0.5587	1.80	0.3237	0.6955	2.15	0.3093	0.5527	1.79	0.1809	0.7128	3.94	1.01513	1.09456	1.08	1.32545	1.26414	0.95
呼吸系統疾病	1.1690	1.9293	1.65	1.0495	2.3470	2.24	1.1741	1.9100	1.63	1.1383	2.8085	2.47	2.54315	2.43193	0.96	4.27854	3.69680	0.86
消化系統疾病	0.9505	1.7532	1.84	0.9338	2.0657	2.21	0.9516	1.7385	1.83	0.7553	2.5638	3.39	2.12666	2.09666	0.99	2.30350	2.20747	0.96
泌尿生殖系統疾病	0.4465	0.7836	1.75	0.5086	1.0919	2.15	0.4437	0.7702	1.74	0.5532	1.0426	1.88	0.89159	0.88098	0.99	0.74512	0.77753	1.04
妊娠、生產及產褥期之併發症 ^c	0.1284	0.2230	1.74	0.1244	0.1780	1.43	0.1279	0.2251	1.76	0.3455	0.3273	0.95	0.08798	0.09527	1.08	0.03469	0.03571	1.03
皮膚及皮下組織疾病	0.3901	0.6675	1.71	0.2808	0.6859	2.44	0.3946	0.6656	1.69	0.4362	1.2128	2.78	0.78721	0.74470	0.95	1.06483	1.09573	1.03

表 4-6、門診醫療利用 (單位：平均每人就醫次數) (續)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例									
骨骼肌肉系統及結締組織疾病	0.5098	0.9184	1.80	0.5354	1.1404	2.13	0.5090	0.9074	1.78	0.3723	1.7553	4.71	1.27510	1.29836	1.02	1.48812	1.43346	0.96
先天畸形	0.0045	0.0072	1.60	0.0222	0.0096	0.43	0.0038	0.0072	1.89	—	—	—	0.01180	0.01266	1.07	0.06604	0.04912	0.74
周產期病態 ^c	0.0100	0.0209	2.08	0.0067	0.0163	2.43	0.0101	0.0211	2.08	0.0364	0.0545	1.50	0.00641	0.00830	1.29	0.00493	0.00082	0.17
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	0.4903	0.8736	1.78	0.6111	1.2263	2.01	0.4843	0.8578	1.77	0.9362	1.3723	1.47	0.94165	0.96856	1.03	1.28216	1.23757	0.97
損傷及中毒之外因補充分類	0.4944	0.9244	1.87	0.4793	1.0076	2.10	0.4950	0.9212	1.86	0.5213	0.7979	1.53	0.77656	0.76287	0.98	1.08365	1.08114	1.00
影響健康狀況因子及需要醫療服務之補充分類	0.2244	0.4376	1.95	0.2717	0.5510	2.03	0.2222	0.4324	1.95	0.3298	0.6596	2.00	0.44846	0.47411	1.06	0.36914	0.37276	1.01
無法歸類	0.0324	0.0574	1.77	0.0480	0.1141	2.38	0.0317	0.0549	1.73	0.0745	0.1596	2.14	0.06565	0.07494	1.14	0.04651	0.04761	1.02

註：^a以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之人數為分母，該科就醫人次為分子

^b以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之人數為分母，疾病就醫人次為分子

^c以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之女性為分母，該科或該疾病就醫人次為分子

改變比例為申請後或 2008 年之平均就醫次數 (金額) / 申請前或是 2006 年平均就醫次數 (金額)

表 4-7、住院醫療利用 (單位：平均每人就醫次數)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例
平均每人住院次數	0.122	0.192	1.57	0.194	0.285	1.47	0.119	0.188	1.58	0.202	0.585	2.89	0.112	0.117	1.05	0.298	0.256	0.86
平均每人住院費用	7047.5	10164.0	1.44	14503.0	16306.7	1.12	6536.3	9869.6	1.51	106735.4	28628.0	0.27	5204.9	5801.3	1.11	15506.5	11690.7	0.75
平均每人住院天數	1.180	1.692	1.43	2.595	2.731	1.05	1.119	1.639	1.47	1.989	6.191	3.11	1.196	1.352	1.13	9.304	12.033	1.29
就醫科別 ^a																		
不分科	0.00006	—	—	—	—	—	0.00006	—	—	—	—	—	0.00002	—	—	—	—	—
家醫科	0.00077	0.00181	2.34	0.00152	0.00505	3.33	0.00072	0.00155	2.15	0.01064	0.06383	6.00	0.00087	0.00095	1.09	0.00292	0.00312	1.07
內科	0.03935	0.06435	1.64	0.07929	0.10909	1.38	0.03758	0.06212	1.65	0.08511	0.24468	2.88	0.04126	0.04412	1.07	0.12754	0.11204	0.88
外科	0.01861	0.02677	1.44	0.02727	0.04646	1.70	0.01824	0.02593	1.42	0.02128	0.03191	1.50	0.01665	0.01701	1.02	0.02507	0.02275	0.91
小兒科	0.00286	0.00485	1.70	0.00101	0.00758	7.50	0.00292	0.00475	1.62	0.01064	—	—	0.00189	0.00214	1.13	0.02708	0.02436	0.90
婦產科 ^c	0.04097	0.08362	2.04	0.05167	0.06890	1.33	0.04029	0.08425	2.09	0.07273	0.14545	2.00	0.02872	0.02964	1.03	0.01704	0.01273	0.75
骨科	0.01642	0.01956	1.19	0.01717	0.02172	1.26	0.01638	0.01951	1.19	0.02128	—	—	0.01171	0.01191	1.02	0.02094	0.01560	0.75
神經外科	0.00542	0.00708	1.31	0.00455	0.00808	1.78	0.00547	0.00705	1.29	—	—	—	0.00372	0.00409	1.10	0.00775	0.00473	0.61
泌尿科	0.00394	0.00708	1.80	0.00404	0.00707	1.75	0.00394	0.00695	1.76	—	0.07447	—	0.00581	0.00593	1.02	0.01007	0.00654	0.65
耳鼻喉科	0.00276	0.00641	2.32	0.00556	0.01263	2.27	0.00265	0.00614	2.32	—	0.01064	—	0.00336	0.00359	1.07	0.00443	0.00413	0.93
眼科	0.00089	0.00183	2.05	0.00202	0.00606	3.00	0.00085	0.00165	1.95	—	—	—	0.00134	0.00139	1.04	0.00171	0.00141	0.82
皮膚科	0.00010	0.00030	3.00	—	0.00051	—	0.00011	0.00030	2.80	—	—	—	0.00020	0.00016	0.79	0.00866	0.03916	4.52
神經科	0.00353	0.00414	1.17	0.00556	0.00354	0.64	0.00345	0.00417	1.21	—	—	—	0.00378	0.00394	1.04	0.04439	0.00131	0.03
精神科	0.00453	0.00627	1.39	0.00960	0.00909	0.95	0.00430	0.00608	1.41	0.01064	0.04255	4.00	0.00365	0.00352	0.97	0.04439	0.00131	0.03
復健科	0.00053	0.00120	2.27	0.00101	0.00101	1.00	0.00051	0.00121	2.38	—	—	—	0.00057	0.00076	1.34	0.00221	0.00443	2.00
整形外科	0.00487	0.00404	0.83	0.00455	0.00657	1.44	0.00489	0.00394	0.81	—	—	—	0.00209	0.00204	0.98	0.00393	—	—
急診醫學科	0.00002	—	—	—	—	—	0.00002	—	—	—	—	—	0.00001	0.00001	1.40	—	—	—
牙科	0.00037	0.00114	3.11	0.00202	—	—	0.00030	0.00119	4.00	—	—	—	0.00043	0.00042	0.99	0.00070	0.00060	0.86
中醫科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

表 4-7、住院醫療利用 (單位：平均每人就醫次數) (續)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例
麻醉科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
放射線科	0.00026	0.00085	3.23	0.00051	0.00303	6.00	0.00025	0.00070	2.75	0.00000	0.03191	—	0.00025	0.00030	1.21	0.00101	0.00010	0.10
病理科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
核醫科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.00001	0.00001	1.50	—	—	—
結核科	0.00028	0.00051	1.79	0.00101	0.00152	1.50	0.00025	0.00047	1.83	—	—	—	0.00017	0.00013	0.79	0.00091	0.00010	0.11
洗腎科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.00001	0.00000	0.50	—	—	—
就醫疾病別^b																		
傳染病與寄生蟲病	0.00331	0.00542	1.64	0.00758	0.01364	1.80	0.00314	0.00500	1.59	—	0.04255	—	0.00318	0.00347	1.09	0.01268	0.01127	0.89
腫瘤	0.00544	0.01810	3.33	0.02071	0.04646	2.24	0.00477	0.01682	3.53	0.02128	0.06383	3.00	0.01072	0.01209	1.13	0.01621	0.01258	0.78
內分泌、營養和新陳代謝疾病與免疫性疾患	0.00327	0.00572	1.75	0.00758	0.00808	1.07	0.00307	0.00542	1.77	0.01064	0.10638	10.00	0.00309	0.00318	1.03	0.00745	0.00634	0.85
血液和造血器官之疾病	0.00028	0.00069	2.43	0.00051	—	—	0.00028	0.00072	2.62	—	—	—	0.00049	0.00058	1.19	0.00171	0.00121	0.71
精神疾患	0.00475	0.00653	1.38	0.01061	0.00909	0.86	0.00449	0.00636	1.42	0.01064	0.04255	4.00	0.00390	0.00373	0.96	0.04530	0.03986	0.88
神經系統和感覺器官之疾病	0.00225	0.00359	1.59	0.00354	0.00556	1.57	0.00220	0.00352	1.60	—	—	—	0.00306	0.00310	1.01	0.00745	0.00604	0.81
循環系統疾病	0.00893	0.01307	1.46	0.01919	0.00960	0.50	0.00852	0.01322	1.55	—	0.01064	—	0.01115	0.01175	1.05	0.02335	0.01943	0.83
呼吸系統疾病	0.00631	0.01116	1.77	0.00808	0.01162	1.44	0.00625	0.01110	1.78	—	0.03191	—	0.01006	0.01088	1.08	0.05033	0.04943	0.98
消化系統疾病	0.02105	0.02726	1.30	0.02828	0.03283	1.16	0.02070	0.02697	1.30	0.04255	0.05319	1.25	0.01298	0.01288	0.99	0.04147	0.03111	0.75
泌尿生殖系統疾病	0.00812	0.01262	1.56	0.01566	0.01515	0.97	0.00780	0.01252	1.61	0.01064	0.01064	1.00	0.00939	0.00961	1.02	0.02124	0.01822	0.86
妊娠、生產及產褥期之併發症 ^c	0.03396	0.06465	1.90	0.04115	0.04880	1.19	0.03346	0.06529	1.95	0.07273	0.14545	2.00	0.02028	0.02078	1.02	0.00985	0.00698	0.71
皮膚及皮下組織疾病	0.00351	0.00509	1.45	0.00051	0.00758	15.00	0.00364	0.00500	1.37	—	—	—	0.00267	0.00268	1.01	0.01017	0.00946	0.93

表 4-7、住院醫療利用 (單位：平均每人就醫次數) (續)

變項名稱	經濟弱勢者			紓困申貸			分期繳納			紓困及分期			一般民眾			低收入戶		
	申請前	申請後	改變比例	2006年	2008年	改變比例	2006年	2008年	改變比例									
骨骼肌肉系統及結締組織疾病	0.00377	0.00848	2.25	0.00556	0.00960	1.73	0.00371	0.00843	2.27	—	0.01064	—	0.00546	0.00606	1.11	0.00966	0.00574	0.59
先天畸形	0.00026	0.00069	2.62	0.00051	—	—	0.00025	0.00072	2.83	—	—	—	0.00041	0.00045	1.09	0.00151	0.00101	0.67
周產期病態 ^c	0.00353	0.00695	1.97	0.00096	0.00478	5.00	0.00368	0.00709	1.93	—	—	—	0.00222	0.00254	1.15	0.00123	0.00103	0.83
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	0.00215	0.00329	1.53	0.00253	0.00758	3.00	0.00212	0.00307	1.45	0.01064	0.02128	2.00	0.00228	0.00216	0.95	0.00715	0.00805	1.13
損傷及中毒之外因	0.02912	0.02458	0.84	0.02424	0.02525	1.04	0.02930	0.02455	0.84	0.04255	0.02128	0.50	0.01300	0.01251	0.96	0.02658	0.02104	0.79
補充分類																		
影響健康狀況因子及需要醫療服務之補充分類	0.00446	0.01680	3.76	0.01667	0.05505	3.30	0.00394	0.01506	3.82	0.01064	0.08511	8.00	0.00893	0.01034	1.16	0.01037	0.01087	1.05
無法歸類	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.00001	0.00001	0.80			—

註：^a以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之人數為分母，該科就醫人次為分子

^b以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之人數為分母，疾病就醫人次為分子

^c以經濟弱勢族群、一般民眾或低收入戶之女性為分母，該科或該疾病就醫人次為分子

改變比例為申請後或是 2008 年之平均就醫次數 (金額) / 申請前或是 2006 年平均就醫次數 (金額)

表 4-8、經濟弱勢者人口學特質與申請方案前後醫療利用差異

變項名稱	個數	急診醫療利用 次數差異			門診醫療利用 次數差異			住院醫療利用 次數差異		
		平均 差異	標準差	P 值	平均 差異	標準差	P 值	平均 差異	標準差	P 值
性別				0.3866			<0.0001			0.0078
女性	20139	0.090	1.08		5.706	12.26		0.080	0.68	
男性	29135	0.102	1.82		4.216	10.71		0.063	0.74	
年齡				0.7208			<0.0001			<0.0001
≤24 歲	4943	0.086	1.08		4.052	8.90		0.047	0.53	
25-34 歲	16655	0.084	1.19		4.346	10.34		0.049	0.58	
35-44 歲	14095	0.106	2.15		4.567	11.27		0.062	0.70	
45-54 歲	10070	0.111	1.43		5.822	12.84		0.103	0.89	
55-64 歲	2834	0.106	1.03		6.404	14.46		0.139	0.96	
≥65 歲	678	0.083	1.74		6.159	15.14		0.155	1.11	
投保金額				0.1221			<0.0001			0.7257
≤17280 元	32535	0.108	1.32		5.281	11.77		0.075	0.74	
17281-22800 元	9597	0.081	0.94		4.468	10.79		0.077	0.66	
22801-28800 元	2523	0.059	0.85		4.244	10.11		0.053	0.58	
28801-36300 元	1387	0.209	5.78		4.268	10.32		0.059	0.63	
36301-45800 元	795	0.078	2.07		3.318	9.97		0.055	0.58	
45801-57800 元	163	0.043	1.15		3.049	11.34		0.074	1.05	
57801-72800 元	62	-0.032	0.36		1.226	12.06		0.097	0.47	
≥72801 元	42	0.095	0.53		3.929	8.63		0.167	0.49	
投保地區都市化程度				0.3052			<0.0001			0.0569
第一級	6550	0.138	2.94		4.331	10.40		0.057	0.57	
第二級	14729	0.098	1.24		5.146	11.62		0.072	0.71	
第三級	8119	0.094	1.11		5.091	12.00		0.074	0.70	
第四級	4479	0.098	1.12		4.772	10.76		0.077	0.69	
第五級	5445	0.076	1.18		5.058	11.20		0.078	0.72	
第六級	3346	0.090	1.31		4.923	10.86		0.067	0.84	
第七級	2790	0.149	1.36		5.390	12.45		0.087	0.77	
第八級	1646	0.077	1.44		5.323	12.35		0.124	0.90	
申請前疾病嚴重度				<0.0001			<0.0001			<0.0001
0 分	43191	0.107	0.99		5.013	10.67		0.075	0.60	
1-2 分	4978	-0.025	2.13		3.265	14.60		0.015	0.97	
3 分以上	1106	0.243	7.07		4.481	18.95		0.111	2.15	
申請後疾病嚴重度				<0.0001			<0.0001			<0.0001
0 分	40050	0.028	0.87		3.627	9.71		0.017	0.46	
1-2 分	7376	0.252	1.96		8.834	14.07		0.108	0.82	
3 分以上	1849	0.978	5.67		14.766	20.79		1.071	2.31	

表 4-8、經濟弱勢者人口學特質與申請方案前後醫療利用差異分析 (續)

變項名稱	個數	急診醫療利用 次數差異			門診醫療利用 次數差異			住院醫療利用 次數差異		
		平均 差異	標準差	P 值	平均 差異	標準差	P 值	平均 差異	標準差	P 值
申請前主要就醫機構層級別				<0.0001			<0.0001			<0.0001
醫學中心	2748	-0.208	1.93		4.604	12.51		-0.033	1.19	
區域醫院	4518	-0.150	3.79		4.618	11.91		-0.085	1.13	
地區醫院	3934	-0.118	1.64		3.712	12.25		-0.028	0.92	
基層診所	21433	0.096	0.95		3.337	11.63		0.079	0.56	
未就醫	16642	0.267	0.92		7.096	10.09		0.142	0.57	
申請後主要就醫機構層級別				<0.0001			<0.0001			<0.0001
醫學中心	3331	0.407	2.34		6.978	13.41		0.404	1.37	
區域醫院	5468	0.398	3.49		6.197	11.84		0.286	1.22	
地區醫院	4789	0.305	1.51		6.040	11.85		0.182	0.91	
基層診所	29619	0.018	0.86		5.377	11.65		0.002	0.43	
其他	8	0.250	1.98		-5.875	20.07		-0.500	1.77	
未就醫	6060	-0.121	0.46		-1.244	3.20		-0.062	0.33	

註：醫療利用差異為研究對象申請健保協助方案後之醫療利用次數-申請前之次數

表 4-9、經濟弱勢者申請方案前後醫療利用差異分析

變項名稱	個數	醫療次數差異			醫療費用差異			住院天數差異		
		平均 差異	標準差	P 值	平均 差異	標準差	P 值	平均 差異	標準差	P 值
急診醫療利用										
經濟弱勢者	3275	0.318	4.87	0.0002	680.3	10996.9	0.0004			
紓困申貸	139	0.583	6.03	0.2566	1646.4	15912.2	0.2246			
分期繳納	3126	0.300	4.80	0.0005	621.3	10688.4	0.0012			
紓困及分期	10	2.200	8.36	0.4270	5680.4	19981.4	0.3921			
門診醫療利用										
經濟弱勢者	28409	3.871	12.01	<0.0001	4484.4	29122.1	<0.0001			
紓困申貸	1133	7.002	15.34	<0.0001	9385.4	48610.6	<0.0001			
分期繳納	27223	3.729	11.82	<0.0001	4256.2	27909.7	<0.0001			
紓困及分期	53	9.793	14.20	<0.0001	16931.9	58240.0	0.0391			
住院醫療利用										
經濟弱勢者	1403	0.449	1.93	<0.0001	25703.2	203059.0	<0.0001	4.381	38.03	<0.0001
紓困申貸	105	0.838	2.72	0.0021	36613.1	247780.0	0.1330	2.362	47.66	0.6127
分期繳納	1289	0.417	1.85	<0.0001	25165.9	199309.0	<0.0001	4.559	37.21	<0.0001
紓困及分期	9	0.556	2.19	0.4676	-24615.2	167040.0	0.6701	2.444	29.33	0.8089

註：Paired t test 分析之研究對象是以申請健保協助方案前後皆有醫療利用者
 醫療利用差異為研究對象申請健保協助方案後之醫療利用次數-申請前之次數

表 4-10、影響經濟弱勢者醫療利用之相關因素

變項名稱	急診醫療利用 次數差異		門診醫療利用 次數差異		住院醫療利用 次數差異	
	係數	P 值	係數	P 值	係數	P 值
截距	0.032		-0.457		-0.026	
個人特性						
性別						
男性 (參考組)						
女性	0.007		0.944 ***		0.024 ***	
年齡						
≤24 歲 (參考組)						
25-34 歲	-0.013		0.143 *		-0.011 *	
35-44 歲	-0.005		-0.262 *		-0.016 *	
45-54 歲	-0.042 *		0.369 *		-0.012 *	
55-64 歲	-0.099 *		0.068		-0.036 *	
≥65 歲	-0.174 ***		-1.406 **		-0.045 *	
投保金額						
≤17280 元 (參考組)						
17281-22800 元	-0.017 *		-0.790 ***		0.009 *	
22801-28800 元	-0.032 *		-0.585 *		0.010 *	
28801-36300 元	0.122 **		-0.424 *		0.017 *	
36301-45800 元	-0.009		-1.574 ***		0.010	
45801-57800 元	-0.061		-1.930 *		0.011	
57801-72800 元	-0.093		-3.083 *		0.075 *	
≥72801 元	-0.028		-1.425 *		0.113 *	
地理環境因素						
投保地區都市化程度						
第一級 (參考組)						
第二級	-0.047 *		0.420 *		0.006	
第三級	-0.057 *		0.485 **		0.006	
第四級	-0.063 *		0.093		0.003	
第五級	-0.082 **		0.335 *		-0.002	
第六級	-0.068 *		0.271 *		-0.019 *	
第七級	-0.015		0.554 *		-0.002	
第八級	-0.105 *		-0.313 *		0.004	
個人健康狀況^a						
疾病嚴重度						
0 分 (參考組)						
1-2 分	0.210 ***		3.989 ***		0.069 ***	
3 分以上	0.852 ***		9.827 ***		0.752 ***	

表 4-10、影響經濟弱勢者醫療利用之相關因素 (續)

變項名稱	急診醫療利用 次數差異		門診醫療利用 次數差異		住院醫療利用 次數差異	
	係數	P 值	係數	P 值	係數	P 值
具重大傷病 ^b	0.229 ***		-0.836 *		0.403 ***	
具身心障礙 ^b	-0.038 *		2.013 ***		0.010 *	
罹患精神疾病 ^b	0.116 ***		2.954 ***		-0.052 ***	
接受透析治療 ^b	-0.338 *		1.495 *		0.039	
罹患癌症 ^b	0.137 **		2.963 ***		0.303 ***	
罹患糖尿病 ^b	-0.059 *		-0.716 *		-0.145 ***	
罹患高血壓 ^b	-0.057 *		2.191 ***		-0.018 *	
罹患氣喘 ^b	-0.133 *		0.634 *		-0.080 **	
醫療需求						
是否有醫療需求						
否 (參考組)						
是	0.244 ***		3.012 ***		0.229 ***	
申請財務舒緩方案類別						
僅申請分期攤繳 (參考組)						
僅申請紓困申貸	0.014		2.104 ***		-0.037 *	
兩者皆申請	0.058		6.118 ***		0.150 *	
N	47104		47104		47104	
Adj. R ²	0.0225		0.0957		0.1180	
DW 值	2.0040		1.9820		1.9960	

註：^a 個人健康狀況以研究對象申請健保協助方案後為依據

^b 以未罹病當作參考組

* P<0.05、** P<0.01、*** P<0.001

已檢測 VIF 確認各變項之共線性

參考文獻

- 中央健康保險局a (2004.03.01健保雙月刊第48期)。迎向陽光--經濟困難民眾納保優惠專案【公告】。台北市：行政院衛生署。2010年02月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1490&WD_ID=
- 中央健康保險局b (2004.03.01健保雙月刊第48期)。邁向「全民納保、就醫無障礙」的新世紀【公告】。台北市：行政院衛生署。2010年02月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1476&WD_ID=
- 中央健康保險局 (2007.05.01)。健保欠費分期 彈性放寬【公告】。台北市：行政院衛生署。2010年02月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/information/News_detail.asp?News_ID=683
- 中央健康保險局a (2008.01.21)。經濟弱勢健保欠費協助方案說明之1【公告】。台北市：行政院衛生署。2010年02月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/information/News_detail.asp?News_ID=715
- 中央健康保險局b (2008.03.01健保雙月刊第72期)。把愛傳出去，點燃生命光亮 健保之愛，用心關懷照顧弱勢族群【公告】。台北市：行政院衛生署。2010年02月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=168&webdata_id=2167&WD_ID=
- 中央健康保險局c (2008.12.18)。弱勢民眾，就醫無障礙!【公告】。台北市：行政院衛生署。2010年02月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/information/News_detail.asp?News_ID=752
- 中央健康保險局a (2009)。98年全民健康保險簡介 全方位政策 照顧弱勢族群【公告】。台北市：行政院衛生署。2010年02月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2903&WD_ID=
- 中央健康保險局b (2009.11.20)。健保疼惜艱苦人 今年各項協助弱勢措施已逾50億元【公告】。台北市：行政院衛生署。2010年02月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/information/news_detail.asp?menu=1&News_ID=8

- 內政部統計處 (2009)。低收入戶生活狀況調查摘要分析。台北市：內政部。2010年11月08日，取自：<http://www.moi.gov.tw/stat/survey.aspx>
- 內政部社會司 (2010)。低收入戶戶數及人數。台北市：內政部。2010年11月08日，取自：<http://sowf.moi.gov.tw/10/new10.htm>
- 石曜堂、葉金川、楊漢淙、羅紀琮、張明正、吳正儀 (1994)。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，18：327-333。
- 吳肖琪 (1991)。健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響。國立台灣大學公共衛生研究所博士論文。
- 吳肖琪、簡麗年、吳義勇 (2004)。探討術前合併症指標與醫療利用及手術結果之關聯性—以全股（髖）關節置換健保申報資料為例。台灣衛誌，3：121-129。
- 吳宛蕙、楊長興 (2007)。全民健保對健康差距之影響—以平均餘命為測量。台灣衛誌，26 (3)：196-207。
- 李妙純、沈茂庭 (2008)。全民健保下不同所得群體醫療利用不均因素分析。台灣衛誌，27 (3)：223-231。
- 李丞華、周穎政 (2001)。全民健保一九九九年部分負擔新制之五大效應評估。行政院衛生署九十年度委託計畫 (報告編號：DOH90-NH-004)。
- 林芸芸 (1992)。社會保險醫療給付、就醫交通時間和中西醫醫療利用—以新店居民為例。中華家醫誌，2 (3)：115-129。
- 施仁興 (1995)。醫療利用行為之研究：花蓮地區族群、城鄉及醫療資源差異比較。陽明大學公共衛生研究所碩士論文。
- 胡登淵、高于晴 (2004)。自付比例對門診醫療利用之影響—身心障礙者與非身心障礙者之比較分析。淡江大學產業經濟系與台北大學財政學研究所碩士論文。
- 國民健康局 (2007)。台灣健康城市資訊網。台北市：行政院衛生署。2010年 02 月 24 日，取自：<http://www.healthycities.ncku.edu.tw/taiwan/index.php?page=17>
- 國民健康局 (2010)。健康數字123 --國民健康指標互動查詢網站。台北市：行政院衛生署。2010年 02 月 24 日，取自：http://olap.bhp.doh.gov.tw/UserGuide/user_OHelp.aspx?menu=100000000

004&help=2

- 張順全 (2004.07.06)。「從疾病負擔研究談健康測量之發展」專題講座。
台北市：行政院衛生署統計室。2010年02月24日，取自：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=5627&class_no=117&level_no=2
- 張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋 (2002)。全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討。台灣衛誌，21：207-213。
- 許志成、季瑋珠 (1996)。門診高度使用者之特性—以大溪鎮群醫中心門診病人為例。中華衛誌，15 (1)：91-95。
- 楊志良 (1986)。健康保險對醫療照護利用度之影響。社會保險年刊，11：86-71。
- 曾國雄、吳水源 (1986)。台灣地區是鎮鄉都市化程度特性之研究。國立台灣師範大學地理研究報告，12：287-323。
- 廖繼鉅 (1998)。我國中老年醫療使用及對全民健保醫療費用影響之探討。國立中正大學社會福利所碩士論文。
- 趙睦男 (1985)。台灣地區成人之醫療疾病傷殘狀況調查研究報告。公共衛生，11:27-240。
- 蔡文正、陳綾穗、龔佩珍 (2001)。外籍勞工是否延誤就醫及其相關因素之研究。公共衛生，28 (2)：109-122。
- 鄭守夏、江東亮 (1997)。全民健保對民眾醫療利用影響的追蹤調查。國科會研究計畫 (計畫編號：NSC85-2417-H002-018)。
- 鄭保志、胡玉蕙 (1997)。台灣家庭醫療需求的實證分析。台北銀行月刊，27 (5)：71-88。
- 龔佩珍、劉見祥、蔡文正 (2009)。保險對象進入邊緣戶前後，醫療利用情形探討。行政院衛生署中央健保局97年度委託研究計畫 (報告編號：DOH97-NH-1001)，未出版。
- Andersen A.S. and Laake P. (1983). A causal model for physician utilization: Analysis of Norwegian. Medical Care, 21(3): 266-278.
- Andersen R.A. and Aday L.A. (1978). Access to medical care in the U.S.-realized and potential. Medical Care, 16: 533.
- Anthony C.K. and William W.E. (1998). Absence of social networks Social support and health services utilization. Psychol Med, 28(6): 1301-1310.

- Atella V., Brindisi F., Deb P., and Rosati F.C. (2003). Determinants of access to physician services in Italy: A latent class seemingly unrelated probit approach. *Ceis Tor Vergata – Research Paper Series*, 12(36).
- Brazier J.E., Harper R., Jones N.M., O’Cathain A., Thomas K.J., Usherwood T., and Westlake L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 18, 305(6846): 160-164.
- Bardley K.W., Kevin P.B., Joshua G. (2009). Access to spine care for the poor and near poor. *The spine Journal*, 9: 221-224.
- Blaxter M. (1987). Evidence of inequality in health from the national perspective. *Lancet*, ii:30 – 3.
- Benzeval, M., & Judge, K. (2001). Income and health: The time dimension. *Social Science and Medicine*, 52(9), 1371 – 1390.
- Badley E, Ibanez D. (1994). Socioeconomic risk factors and musculoskeletal disability. *J Rheumatol*, 21:315 – 22.
- Charlson M., Szatrowski T.P., Peterson J., and Gold J. (1994). Validation of a combine dcomorbidity index. *J Clin Epidemiol*, 47(11): 1245-1251.
- Case, A., Lubotsky, D., & Paxson, C. (2002). Economic status and health in childhood: The origins of the gradient. *The American Economic Review*, 92, 1308 – 1334.
- Cheng S.H. and Chiang T.L. (1998). Disparity of medical care utilization among different health insurance schemes in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 47(5): 613-620.
- Cox C. (1986). Physican utilization by three groups of ethnic elderly. *Medical Care*, 24(8): 667-676.
- Cynthia B. and Steven R. (2008). The stare children’ s health insurance program and job mobility: identifying job lock among working parents in near-poor households. *Industrial and Labor Relations Review*, 61(4): 564-579.
- Davey Smith G, Morris JN, Shaw M. (1998). The independent inquiry into inequalities in health. *BMJ*, 317:1465 – 7.
- Deaton, A. (2002). Policy implications of the gradient of health and wealth.

- Health Affairs (Project Hope), 21(2), 13 – 30.
- Eachus J, Chan P, Pearson N, Propper C, Davey Smith G. (1999). An additional dimension to health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 53:603 – 11.
- Elizabeth A.S., Pearl S.G., Sam S., Gary A.C., Ann G.Z. (1978). Use of Ambulatory Health Services by the Near Poor. *AJPH*, 68(12): 1195-1201.
- Fernandez-Olano C., Lopez-Torres Hidalgo J.D., Cerda-Diaz R., Requena-Gallego M., Sanchez-Castano C., Urbistondo-Cascales L., and Otero-Puime A. (2006). Factors associated with health care utilization by the elderly in public health care system. *Health Policy*, 75(2): 131-139.
- Freeman HE, Corey CR. (1993). Insurance status and access to health care services among poor persons. *Health Serv Res*, 28:531 – 41.
- Fossett J.W. and Perloff J.D. (1992). Medicaid and access to child health care in Chicago. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17(2): 273-298.
- Fredric D.W. and Robert J.J. (1991). The use of health services by older adults. *The Journal of Gerontology*, 47(1): S8-16.
- Gwatkin DR. (2000). Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? *Bull World Health Organ*, 78:3e17.
- Haug M.R. (1981). Age and medical care utilization patterns. *The Journal of Gerontology*, 36(1): 103-111.
- Helmert U. (1994). Social inequalities in health status in Germany. *Public Health*, 108:341 – 56.
- Helms J., Newhouse J. P., and Phelps C.E. (1978). Copayments and demand for medical care: The California Medicaid experience. *The Bell Journal of Economics*, 9(1): 192-208.
- Henderson G., Akin J., Zhiming L., Jin S., MA H., and Ge K. (1994). Equity and the utilization of health services: Report of an eight-province survey in China. *Social Science & Medicine*, 39(5): 687-699.
- Hoffman C. (1997). A history of health indicators: from vital registration to report cards. In: Newcomer RJ, Benjamin AE, eds. *Indicators of Chronic Health Conditions: Monitoring Community-Level Delivery Systems*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 15-68.

- Katz S.J., and Hofer T.P. (1994). Socioeconomic Disparities in Preventive Care Persist Despite Universal Coverage. Breast and Cervical Cancer Screening in Oatario and the United States. *JAMA*, 17, 272(7): 530-534.
- Kieszak S.M., Flanders W.D., Kosinski A.S., Shipp C.C., and Karp H. (1999). A comparison of the Charlson comorbidity index derived from medical record data and administrative billing data. *J Clin Epidemiol*, 52: 137-142.
- Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. (1996). Inequality in income and mortality in the United States; analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*, 312:999-1003.
- Kennedy BP, Kawaehi I, Prothrow-Stifh D. (1996). Income distribution and mortality; cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *SM*, 312;1004-1007.
- Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, et al. (1998). Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Public Health*, 88;1074-1080.
- Manning W.G., Newhouse J.P., Duan N., Keeler E.B., Leibowitz A., and Marquis M.S. (1987). Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*, 77(3): 251-277.
- Marlon S. and Susmita P. (2005). Insurance Gaps Among Vulnerable Children in the United States, 1999 – 2001 Insurance Gaps Among Vulnerable Children in the United States, 1999 – 2001. *Pediatrics*, 116: 1155-1161.
- Marmot, M. (2002). The influence of income on health: Views of an epidemiologist. *Health Affairs (Project Hope)*, 21(2), 31 – 46.
- Marmot MG, Davey Smith G, Stansfeld S, et al. (1991). Health inequalities among British civil servants. *Lancet*, 337:1387 – 93.
- Milner PC, Payne JN, Stanfield RC, Lewis PA, Jennison C, Saul C. (2004). Inequalities in accessing hip joint replacement for people in need. *Eur J Public Health*, 14:58 – 62.
- Newacheck PW, Hughes DC, Hung Y-Y, Wong S, Stoddard JJ. (2000). The unmet health needs of America's children. *Pediatrics*, 105:989-997.
- O'Donnell O, Propper C. (1991). Equity and distribution of UK national health

- resources. *J Health Econ*, 10:1 – 20.
- Phillimore P, Beattie A, Townsend P. (1994). Widening inequality of health in northern England. *BMJ*, 308:1125 – 8.
- Rosen P. and Anell A. (1999). Patient Views on Choice and Participation in Primary Health Care. *Health Policy*, 55: 121-128.
- Rodgers GB. (1979). Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Po/m/S/w*, 33:343-35.
- Rosemarie B.H. and Barry V.B. (2001). Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. *Pediatrics*, 108(1): 90-97.
- Salzman P. (1996). Integrating community services for prevention: Northeast Health Systems may be taking the ultimate moneysaving measure.(Cover Story). *Behavioral Health Management*, 16(4): 9-13.
- Scitovsky A.A. and McCall N. (1977). Coinsurance and the demand for physician services: Four years later. *Social Security Bulletin*, 40(5): 19-27.
- Senol V, Cetinkaya F, Balci E. (2010). Factors associated with health services utilization by the general population in the center of Kayseri, Turkey. *Turkiye klinikleri tip bilimleri dergisi*, 30(2): 721-730.
- Shortell S.M. (1984). Factors associated with the use of health service. Edited by Williams, S.J., & Torrens, P.R., *Introduction to Health Service*. 2: 49-88.
- Stuart B. and Zacker C. (1999). Who bears the burden of Medicaid drug copayment Policies? *Health Affairs*, 18(2): 201-212.
- Syme SL, Berkman L. (1976). Social class, susceptibility, and sickness. *Am J Epidemiol*, 104:1e8.
- Tama L. and Jeanne BG. (2003). Moving to opportunity: an experimental study of neighborhood effects on mental health. *American Journal of Public Health*, 93(9): 1576-1582.
- Weiner BK, Levi BH. (2004). The profit motive and spine surgery. *Spine*, 29:2588 – 91.
- Wilkinson RG. (1992). Income distribution and life expectancy. *SM.*, 304:165-!68.
- Wilkinson R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*.

London, England: Routledge.

Yelin E, Bernhard G, Pfugrad D. (1995). Access to medical care among persons with musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum*, 38:1128 – 33.

Yong PF, Milner PC, Payne JN, Lewis PA, Jennision C. (2004). Inequalities in access to knee replacements for people in need. *Ann Rheum Dis*, 63:1483 – 9.

附件一、全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法

92.09.10 中央健康保險局健保承字第 0920010969 號令訂定發布全文 12 條；並自發布日施行

92.09.02 行政院衛生署衛署健保字第 092004785 號函核定

96.05.04 中央健康保險局健保承字第 0960050215 號令修正發布全文 14 條；並自發布日施行

98.11.30 中央健康保險局健保承字第 0980090288 號令修正發布第 8、9 條條文

98.11.05 行政院衛生署衛署健保字第 0980085758 號函核定

99.08.02 行政院衛生署中央健康保險局健保承字第 0990070370 號令修正發布第 4、5 條條文

第 一 條 本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第三十條第三項規定訂定之。

第 二 條 無力一次繳納所積欠之全民健康保險保險費及滯納金（以下簡稱欠費）之投保單位或被保險人，向保險人申請分期繳納者，其應遵行之事項，依本辦法之規定。本辦法未規定者，依其他相關法令之規定。

第 三 條 投保單位或被保險人申請分期繳納時，應就尚未繳納之保險費及依法應加徵之滯納金，一併辦理。

第 四 條 申請分期繳納欠費，以符合下列情形之一者為限：

一、投保單位欠費總額達新臺幣三萬元以上。

二、被保險人欠費總額達新臺幣二千元以上。

第 五 條 分期繳納之期數，依下列標準為之，且投保單位每期繳納金額不得低於新臺幣三千元，被保險人每期繳納金額不得低於保險人公告之全體保險對象平均保險費之百分之六十：

一、投保單位欠費：

（一）金額未滿新臺幣二十萬元者，得分二至十二期繳納。

（二）金額新臺幣二十萬元以上，未滿五十萬元者，得分二至二十四期繳納。

(三) 金額新臺幣五十萬元以上，未滿五百萬元者，
得分二至三十六期繳納。

(四) 金額新臺幣五百萬元以上者，得分二至四十八
期繳納。

二、被保險人欠費：

(一) 金額未滿新臺幣五萬元者，得分二至十二期繳
納。

(二) 金額新臺幣五萬元以上，未滿十萬元者，得分
二至二十四期繳納。

(三) 金額新臺幣十萬元以上，未滿二十萬元者，得
分二至三十六期繳納。

(四) 金額新臺幣二十萬元以上者，得分二至四十八
期繳納。

前項所稱之分期，每期不得超過一個月。

第 六 條 欠費經保險人依法移送行政執行者，其申請分期繳納，應
先經行政執行機關同意。

第 七 條 欠費分期繳納之期限不得逾行政程序法第一百三十一條
規定之請求權時效。

第 八 條 投保單位申請分期繳納欠費，應填具分期繳納申請書，並
檢具下列文件至中央健康保險局各分局或聯絡辦公室提
出申請：

一、本單位之圖記或印信。

二、負責人之印章及身分證明文件。非由負責人親自辦理
時，須另檢具受託人之身分證明文件、印章。

申請時應繳清第一期之款項，並應依分期繳納期日及繳納
金額預開票據，每期以一張為限，信用狀況不良之票據，
保險人得拒絕接受。投保單位因故請求更換前項預開之票

據時，保險人得同意其以一票換一票之方式辦理，但各期票據更換次數均以二次為限，且更換後之票據到期日，不得逾原票據到期日三十日。

第九條 被保險人申請分期繳納欠費，應填具分期繳納申請書，並檢具印章及身分證明文件至中央健康保險局各分局或聯絡辦公室提出申請。非本人親自辦理時，須另檢具委託書及受託人之身分證明文件、印章。

申請時應繳清第一期之款項，並應依保險人交付之繳款單所載期限，逐期繳納其餘款項。

第十條 投保單位或被保險人因欠費，經保險人依本法第三十條第四項規定，暫行拒絕給付及核發保險憑證者，於辦妥分期繳納手續後，應恢復其原有之權益。

第十一條 辦理分期之投保單位或被保險人，如有一期違約未按時繳納，視同全部到期，保險人得依法移送行政執行，並得為以下之處置：

- 一、拒絕保險給付。
- 二、拒絕核發保險憑證。
- 三、拒絕其更新保險憑證晶片內所載就醫可用次數。

前項違反分期繳納之投保單位或被保險人，再次申請分期時，應連同其他欠費一併辦理，但僅以一次為限。且每期繳納金額不得低於前次分期平均一期繳納金額。

第十二條 申請分期繳納之投保單位或被保險人，符合以下情形之一者，其欠費總額、分期期數及分期次數之限制，不適用第四條、第五條、前條第二項之規定，但分期期數仍不得超過四十八期：

- 一、被保險人經有關機關核准補助其應自付之保險費。
- 二、欠費經保險人依法移送行政執行，並經行政執行處同

意分期償還。

三、投保單位情況特殊，得檢具有關機關核准停業、歇業、解散、破產證明或營利事業所得稅結算申報書等證明文件，釋明其理由，經保險人專案核准。

四、被保險人情況特殊，得檢具戶籍所在地村、里長出具之無力一次繳納證明或薪資所得等證明文件，釋明其理由，經保險人專案核准。

第十三條 投保單位或被保險人分期繳納，應依下列順序清償：

一、已移送執行之欠費。

二、尚未移送執行之保險費。

三、尚未移送執行之滯納金。

保險人對前項投保單位或被保險人如另有應支付之款項時，對於其尚未繳納之欠費，得予抵扣。

第十四條 本辦法自發布日施行。

附件二、全民健康保險紓困基金貸款辦法

91.11.25 行政院衛生署衛署健保字第 0910072679 號令訂定發布全文 10 條；並自發布日施行

92.01.09 行政院衛生署衛署健保字第 0922600009 號令修正發布第 8 條條文

92.07.10 行政院衛生署衛署健保字第 0922600172 號令修正發布第 2、4、5、6、8 條條文

98.12.16 行政院衛生署衛署健保字第 0982660227 號令修正發布第 3、5 條條文

99.08.05 行政院衛生署衛署健保字第 0992600255 號 令修正發布第 9 條條文

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第八十七條之二第二項規定訂定之。

第二條 全民健康保險之保險對象，符合經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法規定情形者，得依全民健康保險紓困基金收支保管及運用辦法之規定，向全民健康保險紓困基金（以下簡稱本基金）申請無息貸款。

第三條 本基金之貸款業務由中央健康保險局（以下簡稱保險人）辦理。

第四條 本基金提供申貸之項目如下：

一、依本法第三十條第一項規定之保險費。

二、依本法第三十八條第一項規定，應向保險醫事服務機構繳納之應自行負擔之費用而尚未繳納部分（以下簡稱應自行負擔之費用）。申請之貸款未屆分期還款之始期或逾期未清償者，不得再辦理申貸。

第五條 申請人應填具全民健康保險紓困基金貸款申請書，並檢附下列文件，向保險人辦理：

一、全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者之資格證明及相關證明文件。

二、申貸應自行負擔之費用者，應附保險醫事服務機構開立之繳費通知文件。

第六條 申請人於辦理申貸時，應對所有積欠保險人之保險費，一併辦理申貸。

第七條 申請人經保險人核准申貸之款項，應由本基金直接撥付保險人，以償付申請人積欠之費用。

第八條 申請人應依下列規定償還貸款：

一、償還起始日：自申貸日起一年後開始清償，確定之清償日期以貸款申請書上所載為準。

二、償還金額：

(一) 申請人除自願提前清償外，每期償還金額上限為申貸當時之個人保險費的兩倍，下限為申貸當時之個人保險費的一倍或得視申貸者經濟能力酌予調整。

(二) 申請人於申貸當時屬於本法第八條第一項第一款第五目所稱低收入戶成員，其每月償還金額，以本法第八條第一項第一款第六目所稱第六類保險對象每月自付保險費一倍為上限，以基本工資自付三成計繳之保險費為下限。

三、償還方式：依保險人開立之繳款單至指定代收機構繳納。申請人欲提前清償者，得依與保險人約定之方式償還。申請人於九十二年六月六日本法修正施行後一年內，得向保險人申請延緩清償貸款或變更償還金額。申請延緩清償貸款者，保險人應每年查核其清償能力，於具備清償能力時，經保險人以書面通知繳納而不繳納者，依法移送強制執行。申請變更償還金額者，除自願提前清償外，變更全民健康保險紓困基金貸款辦法後之每期償還金額，上限為申請變更當時之個人保險費的兩倍，下限為變更當時之個人保險費的一倍或得視申貸者經濟能力酌予調整。

第九條 申請人申貸之款項應依約定逐期償還，逾期末為清償者，視為全部貸款到期，保險人得依相關法律規定，向申請人請求償還，並依請求時之郵政儲金一年期定期存款利率按日加計利

息；加計之利息總金額，以至逾期未償還款之百分之五為限。

第十條 本辦法自發布日施行。

附件三、計畫所用之健保資料庫欄位說明

中央健康保險局提供計畫所需之資料及其欄位

一、紓困申貸資料檔

英文欄位	中文欄位	資料描述
BRANCH_ID	分局別	1.台北分局 2.北區分局 3.中區分局 4.南區分局 5.高屏分局 6.東區分局
INS_ID	欠費人身分證號	已加密
LOAN_AMT	保費申貸金額	
RC_AMT	累積繳納金額	
AMO_CNT	變更後分期期數	
APP_DATE	申貸日期	yyyymmdd
APP_MEMBER	申貸資格	

二、紓困繳納資料檔

英文欄位	中文欄位	資料描述
BRANCH_ID	分局別	1.台北分局 2.北區分局 3.中區分局 4.南區分局 5.高屏分局 6.東區分局
NHI_ID	繳納人身分證號	已加密
PAID_AMT	繳納金額	
PAID_DATE	繳納日期	

三、分期攤繳資料檔

英文欄位	中文欄位	資料描述
STAGE_INSID	分期對象身分證號	已加密
STAGE_INSTYPE	分期對象區別	1-單位 2-個人
INS_TYPE	類目屬性	取第一碼為類別
STAGE_CNT	分期期數	
AR_TOT	欠費合計	
DETAIN_TOT	滯納金合計	
RC_SUM	實收合計	
PROC_DATE	作業日期	yyyymmdd

四、保費繳納資料檔

英文欄位	中文欄位	資料描述
BRANCH_ID	分局別	1.台北分局 2.北區分局 3.中區分局 4.南區分局 5.高屏分局 6.東區分局
NHI_ID	繳納人身分證號	已加密

PAID_AMT	繳納金額	
PAID_DATE	繳納日期	

五、醫事機構資料檔

英文欄位	中文欄位	資料描述
HOSP_ID	醫事機構代號	已轉碼
HOSP_CNT_TYPE	特約類別	
HOSP_TYPE	型態別	
GRAD_CODE	評鑑等級	
AREA_NO	縣市區碼	
HOSP_RESP_ID	負責醫師 ID	已轉碼

六、承保資料檔

英文欄位	中文欄位	資料描述
ID	個人身分證號	已加密
INS_ID	被保險人身分證號	已加密
INS_ID_TYPE	身分別	1.雇主 2.一般 3.專技(1) 4.專技(2) 6.育嬰
INS_AMT	投保金額	
ID_BIRTHDAY	出生日期	yyyymmdd
ID_SEX	性別	
INS_RELATION	稱謂代號	1.配偶 2.父母 3.子女 4.祖父母 5.孫子女 6.外祖父母 7.外孫子女 8.曾祖父母 9.外曾祖父母
UNIT_INS_TYPE	保險對象身分屬性	
AREA_NO_I	投保單位地區代碼	
ID_IN_TYPE	加保別	2.轉入 4.復保
ID_IN_DATE	加保日期	yyyymmdd
ID_OUT_TYPE	退保別	1.退保 2.轉出 3.停保
ID_OUT_DATE	退保日期	yyyymmdd

七、住院明細檔

英文欄位	中文欄位	資料描述
FEE_YM	費用年月	
APPL_TYPE	申報類別	
HOSP_ID	醫事機構代碼	已轉碼
APPL_DATE	申報日期	
CASE_TYPE	案件分類	
SEQ_NO	流水號	
ID	身分證統一編號	已轉碼

BIRTHDAY	出生年月日	
FUNC_DATE	就醫科別	
IN_DATE	入院日期	
OUT_DATE	出院日期	
APPL_S_DATE	申報起日	
APPL_E_DATE	申報迄日	
PRSN_ID	主治醫師代碼	已轉碼
DRG_CODE	DRG 碼	
EXT_CODE1	外因分類一	
EXT_CODE2	外因分類二	
TRAN_CODE	轉歸代碼	
ICD9CM_CODE	主診斷代碼	
ICD9CM_CODE_1	主診斷代碼一	
ICD9CM_CODE_2	主診斷代碼二	
ICD9CM_CODE_3	主診斷代碼三	
ICD9CM_CODE_4	主診斷代碼四	
OP_CODE	主手術（處置）	
OP_CODE_1	主手術（處置）一	
OP_CODE_2	主手術（處置）二	
OP_CODE_3	主手術（處置）三	
OP_CODE_4	主手術（處置）四	
DIAG_DOT	診察費	
ROOM_DOT	病房費	
MEAL_DOT	管灌膳食費	
AMIN_DOT	檢查費	
RADO_DOT	放射線診療費	
THRP_DOT	治療處置費	
OP_DOT	手術費	
PHSC_DOT	復健治療費	
HD_DOT	血液透析費	
BLOD_DOT	血液血漿費	
ANE_DOT	麻醉費	
MET_DOT	特殊材料費	
DRUG_DOT	藥費	
DSVC_DOT	藥事服務費	
NRTP_DOT	精神科治療費	
INJT_DOT	注射技術費	
BABY_DOT	嬰兒費	
AGENCY_PART_AMT	代辦費	
EXP_DOT	醫療費用	

PART_AMT	部分負擔金額	
APPL_DOT	申請費用金額	
PART_CODE	部分負擔註記	
SEX	性別	1.男 2.女 3.不詳

八、門診明細檔

英文欄位	中文欄位	資料描述
FEE_YM	費用年月	
APPL_TYPE	申報類別	
HOSP_ID	醫事機構代碼	已轉碼
APPL_DATE	申報日期	
CASE_TYPE	案件分類	
SEQ_NO	流水號	
CURE_ITEM1	特定治療項目一	
CURE_ITEM2	特定治療項目二	
CURE_ITEM3	特定治療項目三	
CURE_ITEM4	特定治療項目四	
FUNC_TYPE	就醫科別	
FUNC_DATE	就醫日期	
CURE_E_DATE	治療結束日期	
BIRTHDAY	出生日期	
ID	身分證統一編號	
PART_CODE	部分負擔代號	
ICD9CM_CODE	國際疾病分類號一	
ICD9CM_CODE1	國際疾病分類號二	
ICD9CM_CODE2	國際疾病分類號三	
OP_CODE	主手術代碼	
DRUG_DAYS	給藥日份	
REL_MODE	調劑方式	
PRSN_ID	醫師代號	已轉碼
DRUG_DOT	用藥明細金額小計	
CURE_DOT	診療明細金額小計	
DIAG_CODE	診療費項目代號	
DIAG_DOT	診察費	
DSVC_CODE	藥事服務費	
CASE_PAY_CODE	代辦費用代碼	DRG 參考碼
EXP_DOT	合計金額	
PART_AMT	部分負擔金額	
APPL_DOT	申請金額	
SEX	性別	1.男 2.女 3.不詳

附件四、都市化分級表

都市化 分級別	縣市鄉鎮	
第1級	台北市	
	台北縣	永和市
第2級	高雄市、台中市、台南市	
	台北縣	板橋市、三重市、中和市、新莊市
	桃園縣	桃園市
	高雄縣	鳳山市
	花蓮縣	花蓮市
第3級	基隆市、新竹市、嘉義市	
	台北縣	新店市、樹林鎮、鶯歌鎮、土城鄉、蘆洲鄉、泰山鄉
	桃園縣	中壢市、龜山鄉
	宜蘭縣	宜蘭市、羅東鎮
	苗栗縣	苗栗市
	台中縣	豐原市、大里鄉
	彰化縣	彰化市、員林鎮
	台南縣	永康鄉
	屏東縣	屏東市
第4級	台北縣	淡水鎮、汐止鎮、五股鄉、烏來鄉
	桃園縣	楊梅鎮、八德鄉、平鎮鄉
	新竹縣	竹東鎮
	苗栗縣	竹南鎮、頭份鎮、造橋鄉
	台中縣	沙鹿鎮、潭子鄉、太平鄉
	南投縣	南投市
	台南縣	新營市、仁德鄉
	高雄縣	岡山鎮、仁武鄉、橋頭鄉
	屏東縣	潮州鎮
	澎湖縣	馬公市
	台東縣	台東市
第5級	台北縣	三峽鎮、瑞芳鎮、林口鄉、深坑鄉
	桃園縣	大溪鎮、大園鄉、龍潭鄉
	新竹縣	竹北鄉、湖口鄉、橫山鄉、芎林鄉
	宜蘭縣	蘇澳鎮
	苗栗縣	大湖鄉
	台中縣	東勢鎮、大甲鎮、清水鎮、梧棲鎮、后里鄉、大雅鄉、烏日鄉、大肚鄉、霧峰鄉
	彰化縣	鹿港鎮、和美鎮、北斗鎮、花壇鄉

都市化分級別	縣市鄉鎮	
第5級	南投縣	埔里鎮、草屯鎮、竹山鎮、水里鄉
	雲林縣	斗六市、斗南鎮、虎尾鎮、北港鎮
	嘉義縣	朴子鎮、水上鄉
	台南縣	麻豆鎮、佳里鎮、新化鎮、善化鎮、新市鄉、山上鄉、玉井鄉、關廟鄉
	高雄縣	旗山鎮、林園鄉、大寮鄉、大社鄉、鳥松鄉、路竹鄉、湖內鄉、永安鄉、梓官鄉
	屏東縣	東港鎮
	花蓮縣	新城鄉、吉安鄉
第6級	台北縣	石碇鄉、八里鄉、平溪鄉、雙溪鄉、金山鄉
	桃園縣	蘆竹鄉、新屋鄉、觀音鄉
	新竹縣	關西鎮、新埔鎮、新豐鄉、北埔鄉
	宜蘭縣	頭城鎮、五結鄉、冬山鄉、礁溪鄉
	苗栗縣	苑裡鎮、公館鄉、銅鑼鄉、南庄鄉、頭屋鄉、三義鄉、西湖鄉、獅潭鄉
	台中縣	神岡鄉、石岡鄉、外埔鄉、龍井鄉
	彰化縣	溪湖鎮、田中鎮、線西鄉、秀水鄉、大村鄉、社頭鄉、二水鄉
	南投縣	集集鎮、魚池鄉
	雲林縣	林內鄉
	嘉義縣	大林鎮、民雄鄉、溪口鄉、中埔鄉
	台南縣	鹽水鎮、學甲鎮、後壁鄉、下營鄉、六甲鄉、西港鄉、歸仁鄉
	高雄縣	美濃鎮、大樹鄉、燕巢鄉、阿蓮鄉、茄萣鄉、彌陀鄉
	屏東縣	恆春鎮、長治鄉、麟洛鄉、內埔鄉、竹田鄉、枋寮鄉、林邊鄉、南州鄉
	花蓮縣	玉里鎮、光復鄉、瑞穗鄉
台東縣	關山鎮、池上鄉	
第7級	台北縣	坪林鄉、三芝鄉、石門鄉、貢寮鄉、萬里鄉
	桃園縣	復興鄉
	新竹縣	寶山鄉、峨眉鄉、五峰鄉
	宜蘭縣	壯圍鄉、員山鄉、三星鄉、南澳鄉
	苗栗縣	通宵鎮、後龍鎮、卓蘭鎮、三灣鄉
	台中縣	新社鄉、大安鄉
	彰化縣	二林鎮、伸港鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、埔心鄉、永靖鄉、田尾鄉、埤頭鄉、大城鄉、竹塘鄉、溪州鄉
	南投縣	名間鄉、鹿谷鄉、中寮鄉、國姓鄉
	雲林縣	西螺鎮、古坑鄉、大埤鄉、莿桐鄉
	嘉義縣	布袋鎮、新港鄉、六腳鄉、義竹鄉、太保鄉、竹崎鄉、梅山鄉、大埔鄉、吳鳳鄉

都市化 分級別	縣市鄉鎮	
第7級	台南縣	白河鎮、官田鄉、大內鄉、七股鄉、將軍鄉、北門鄉、安定鄉、楠西鄉、南化鄉、左鎮鄉、龍崎鄉
	高雄縣	六龜鄉、甲仙鄉、杉林鄉
	屏東縣	萬丹鄉、九如鄉、里港鄉、高樹鄉、萬巒鄉、新埤鄉、新園鄉、崁頂鄉、佳冬鄉、車城鄉
	澎湖縣	湖西鄉
	花蓮縣	鳳林鎮、壽豐鄉、富里鄉
	台東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里、長濱鄉、鹿野鄉、綠島鄉
第8級	新竹縣	尖石鄉
	宜蘭縣	大同鄉
	苗栗縣	泰安鄉
	台中縣	和平鄉
	彰化縣	芳苑鄉
	南投縣	信義鄉、仁愛鄉
	雲林縣	土庫鎮、二崙鄉、崙背鄉、麥寮鄉、東勢鄉、褒忠鄉、元長鄉、四湖鄉、台西鄉、水林鄉、口湖鄉
	嘉義縣	東石鄉、鹿草鄉、番路鄉
	台南縣	柳營鄉、東山鄉、田寮鄉
	高雄縣	田寮鄉、內門鄉、茂林鄉、桃源鄉、三民鄉
	屏東縣	鹽埔鄉、琉球鄉、滿州鄉、枋山鄉、三地門、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
	澎湖縣	白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
	花蓮縣	豐濱鄉、秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
	台東縣	東河鄉、延平鄉、海端鄉、達仁鄉、金峰鄉、蘭嶼鄉
第0級	嘉義縣	阿里山
	金門縣	金城鎮、金沙鎮、金湖鎮、金寧鎮、烈嶼鄉、烏坵鄉
	連江縣	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

資料來源：曾國雄、吳水源，1986

附件五、專家座談會議紀錄及專家名單

經濟弱勢者醫療利用及其健康狀態分析

專家座談

會議地點：亞洲大學資訊大樓 4 樓會議室（編號 I404）

執行機構：亞洲大學

計畫主持人：龔佩珍 副教授

協同主持人：蔡文正 教授

出席人員：本研究依據契約書協定邀請衛生署代表 1~2 位、健保局代表 1~2 位、以及學術界學者 2~3 位專家，盡量以各位專家學者可出席之時間召開專家座談會議。最後出席之專家包含衛生署 1 位、健保局 1 位以及健保學、經濟學等學術領域之 7 位學者共同出席討論。

龔佩珍（亞洲大學健康產業管理學系副教授）、蔡文正（中國醫藥大學醫務管理學系教授）、劉見祥（行政院衛生署全民健康保險監理委員會主委）、方志琳（中央健康保險局中區分局組長）、謝淑惠（中國醫藥大學醫務管理學系副教授）、黃光華（中國醫藥大學醫務管理學系助理教授）、翁瑞宏（嘉南藥理科技大學醫務管理學系助理教授）、李亞欣（中山醫學大學醫療產業科技管理學系助理教授）、邱尚志（亞洲大學健康產業管理學系助理教授）

紀錄人員：王悅馨

專家會議意見綜合整理如下：

一、經濟弱勢族群財務申請健保協助方案

根據與會專家表示，經濟弱勢族群因為存在財務負擔積欠健保保費，以致於該經濟弱勢者與其依附眷屬健保 IC 卡被「鎖卡」而造成就醫障礙。一旦該經濟弱勢者或是依附其之眷屬有醫療需求時便會尋求政府單位所提供之健保協助方案，但是有部分經濟弱勢者在申貸舒緩方案得以順利就醫後往往會停止繼續繳納積欠的健保款項，以至於再度遭到健保 IC 卡被鎖卡，而鎖卡會伴隨的副作用則是使得經濟弱勢族群可能小病積成重症。

二、經濟弱勢族群財務申請健保協助方案前後醫療利用比較

研究顯示經濟弱勢族群在申請健保協助方案後其急診、門診或是住院醫療利用次數皆增加，建議應同時分析一般民眾與低收入戶之醫療利用變化情形，藉以確定其醫療利用增加不是因為整體趨勢成長所致，但由於本計畫受限於資料庫取得困難性，因此僅能利用百萬抽樣歸人檔作為一般民眾與低收入戶醫療利用代表，雖然一般民眾中會存在著經濟弱勢族群，但是由於母群體量大可以被稀釋，因此僅能於計畫中同時呈現對照組之醫療利用，無法將經濟弱勢與一般民眾暨低收入戶兩組資料放在一起進行交叉比對。

三、專家對研究之建議

建議分析申請健保協助方案前後之疾病嚴重度、就醫機構層級別與未就診人數比例，此可以進一步探討經濟弱勢族群在申請健保協助方案前後之健康狀態或是醫療利用情形。

附件六、期中審查意見修正對照表

期中審查意見	修正情形
整個研究已完成基本的工作，期中報告符合進度。	非常謝謝委員肯定。
建議期末報告對資料庫的串檔整理宜詳加說明，並附上附件，包括程式，因為次級資料的分析，最重要的部分屬此部分。	由於本研究所分析之資料為中央健康保險局所提供之經濟弱勢族群資料，其僅限於「行政院衛生署健康資料加值應用協作中心」進行分析處理，無法攜出其程式等資料，故無法在本篇研究中附上處理資料之流程及程式。
由於申請「全民健康保險紓困基金貸款辦法」有較嚴格規定，佔研究樣本4.0%，而95.8%是申請「全民健康保險費及滯納金分期繳納」此部分，有許多人是非經濟弱勢，二個群體宜作與一般人口學的比較。	謝謝委員的建議，已於研究中進一步將申請不同健保協助方案之經濟弱勢族群與一般人口學比較，詳見表4-1。
期中報告雖已呈現初步的文獻探討，但尚未完成彙整與統整。	非常感謝委員的建議，本計畫已進一步彙整經濟弱勢族群之健康狀態與醫療利用情形之文獻，詳見P.3~P.16。
期中報告之撰寫結構清晰及文字簡潔，很容易瞭解。	非常謝謝委員肯定。
初步分析可呈現經濟弱勢者在前後健康與醫療利用之改變狀況。	感謝委員建議，已於計畫中呈現經濟弱勢者申請健保協助方案前後健康指標疾病罹病情形與醫療利用之改變變化，詳見表4-2~4-7、4-9。
申請健保相關保護方案者，在本研究中被定義為經濟弱勢者，但第20頁「成為經濟弱勢者前」與「成為經濟弱勢者後」未必是適當之名詞（被保護後反非弱勢），建議適當修改。	非常感謝委員的建議，已將原先「成為經濟弱勢前」改為「申請健保協助方案前」；而將「成為經濟弱勢後」改為「申請健保協助方案後」。

<p>本研究多數分析是比較經濟弱勢者申請前後之差異，但因健保每年都有不同政策介入，可能影響利用，建議以非經濟弱勢者當做對照，更能凸顯差異。</p>	<p>由於本研究所分析之資料為中央健康保險局提供之經濟弱勢族群資料（不含非經濟弱勢族群之資料），且僅限於「行政院衛生署健康資料加值應用協作中心」進行分析處理。故無法將經濟弱勢族群與非經濟弱勢民眾之資料放在一起進行分析比較。</p>
<p>研究目的中的第一項是蒐集與比較國內外經濟弱勢族群健康狀態與醫療利用情形，對於經濟弱勢之醫療利用文獻，本研究有蒐集國內外文獻，惟數量有限，國外文獻3篇且年代久遠，並未見比較分析，另一方面經濟弱勢族群之健康狀態文獻則未見。</p>	<p>謝謝委員之建議，已於文獻探討中之「第一節健康衡量指標」中，蒐集彙整國內外對於經濟弱勢族群健康狀態之研究，詳見 P.3~P.6；並於「第二節國內醫療服務利用相關研究」中，蒐集彙整國內外對於經濟弱勢族群醫療利用情形之研究，詳見 P.7~P.11。</p>
<p>有關文獻探討部分，健康狀態指標並未有明確及系統性之歸納出分屬哪些類別與其適用性分析，以及其後本研究將使用之指標。期能蒐集更完善的文獻，以利於更全面的探討指標的適用在本研究，據此可更完善探討經濟弱勢之健康狀態與醫療利用之關係，如主、客觀的健康狀態指標，客觀指標如人口學、疾病診斷、用藥、甚至生活功能等。</p>	<p>謝謝委員之建議，已於文獻探討中之「第一節健康衡量指標」中，蒐集彙整國內外對於經濟弱勢族群健康狀態之研究，並進一步擬定本研究所欲分析之健康指標，詳見 P.7~P.11。</p>
<p>文獻較缺乏比較分析，建議增加國內外文獻比較分析，從方法及結果上均予以比較，更可瞭解國際與本土異同。</p>	<p>謝謝委員之建議，已於文獻探討中蒐集彙整國內外對於經濟弱勢族群健康狀態與醫療利用之研究，詳見表 2-1 (P.6) 與表 2-2 (P.11)。</p>
<p>第 50 頁之變項名稱，應修正為申請"前"是否接受透析。</p>	<p>謝謝委員建議，已做文字上的修正。</p>
<p>研究對象是否為 2007 年新申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」、「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者，宜明確列出。</p>	<p>謝謝委員建議，本研究之經濟弱勢族群為曾於 2007 年申請「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納」或是「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者，並無法明確區分其是否於 2007 年前曾申請過。</p>

宜做經濟弱勢者人口學特徵與醫療利用之交叉分析，如不同都市化之經濟弱勢者，其申請前後醫療費用是否差別不同。

謝謝委員建議，已進一步分析經濟弱勢者人口學特徵與醫療利用之交叉分析，詳見表 4-8。

計畫主持人簽名： 蔡佩如

附件七、期末審查意見修正對照表

期末審查意見	修正情形
本研究利用健保局提供之次級資料庫進行分析，處理次級資料庫很辛苦，又有其限制，計畫主持人已盡力完成研究。有關本研究的次級資料庫的限制，可由性別、年齡別看出研究的幾個資料庫，是有其異質性。	謝謝委員的肯定。
研究對象為 2007 年申請加入「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」或「全民健康保險紓困基金貸款辦法」者，且不為低收入戶者，由被保險人為研究對象，缺少家戶的資料，應該以家戶為單位較好。	謝謝委員的建議，由於本研究所分析之經濟弱勢族群資料是透過監理委員會與健保局協助取得，並將資料存放於「行政院衛生署健康資料增值應用協作中心」進行分析處理。因未提供經濟弱勢族群其家戶資料，因此無法以家戶為單位進行分析探討，建議後續研究可以家戶為單位進行深入探討（詳見 P.45）。
本研究重點，為比較經濟弱勢者在申請健保協助方案前後醫療利用與健康狀態差異的情形，研究者將本研究設計成介入方案後，前後差異比較分析之研究（Before-After Study），身體狀況及就醫利用是影響本研究的重要干擾（Confounding），所以，如何控制干擾是本研究的最大限制。	謝謝委員的評論，本研究將「就醫後之確診疾病」視同健康狀態、將「醫療需求」視同醫療利用，將其當作干擾因素（Confounding Factor）放入迴歸模型中加以控制（表 4-10），但是經濟弱勢族群之就醫利用無法 100% 真實反映其身體健康狀況並加以控制，為本研究之限制（詳見 P.46）。
本研究重點之一，為比較國內外經濟弱勢族群之健康狀況與醫療利用情形，建議研究者要作比較表。	謝謝委員建議，已針對國內外經濟弱勢族群之健康狀況與醫療利用情形做比較表，詳見表 2-1 (P.6) 與表 2-2 (P.11)。
整個研究似乎比較偏向是一個預測（Projection），預測因有健保協助方案，應該會影響及增加醫療利用，以及預測以後的人，明年或後年會增加多少	本研究之目的為探討經濟弱勢族群於申請健保協助方案前後醫療利用情形之差異，藉此評估健保協助方案對於經濟弱勢者之效益。而「預測因有健保協

<p>費用，建議本研究要做未來的費用預測（Projection）比較適當。</p>	<p>助方案後，經濟弱勢族群明年或是後年會增加多少醫療費用」，非研究目的的主旨，因此未加深入探討，建議後續研究可以深入分析。</p>
<p>風險調整（Risk adjustment）在本研究中宜放入；另因採介入（intervention）後而產生差異，在世代研究並不是很好的推論。</p>	<p>本研究為探討比較申請不同健保協助方案之經濟弱勢族群於申請方案前後醫療利用差異，為了控制相關風險因素與干擾因素，已盡量將次級資料庫所提供之所有相關變項置於迴歸模型中加以控制（表 4-10），進行風險調整。</p>
<p>本委託研究之需求重點，為蒐集與比較先進國家及國內對於弱勢民眾醫療利用及健康狀態分析相關研究；透過健保局過去辦理「經濟弱勢健保欠費協助方案」及紓困貸款、分期攤繳等措施，建立之弱勢民眾資料，透過資料分析瞭解其醫療利用及健康指標，評估其健康狀態；分析現行健保制度下對經濟弱勢者之協助方案效益；研擬可行建議方案，供決策參考。對照上述研究需求重點，本研究結果應已符合原計畫之要求。</p>	<p>非常感謝委員的肯定。</p>
<p>未來類似研究宜考量下列事項</p> <p>(1) 如以經濟弱勢族群為研究對象時，宜以家戶為研究對象單位，並以戶內人口為次要研究對象單位。即以歸戶資料為主，以歸人檔為輔。</p> <p>(2) 本次研究多為次級資料，如有必要時，宜以初級資料為主。另研究資料如非母體（即全民）資料，而是抽樣資料，如國衛院百萬抽樣歸人檔，如有差異時，宜作母體適合度檢定。</p> <p>(3) 部分參考資料，宜考量時空背景的變化，如附件四都市化程度分級</p>	<p>謝謝委員的建議，已將其列為後續研究建議與現行研究之限制（詳見 P.45~P.46）。</p>

<p>表，資料引用的年份為 1986 年，年代過於久遠，目前都市化程度分級為 5 級，而非 8 級。</p> <p>(4) 對於補助經濟弱勢者的各項財務舒緩方案，相信是有助益的，但考量研究結果的各項推論會受到研究方法的不同而受限，如研究對象與時間的重疊性等，所以需謹慎推論此方案的助益可達多少效果。</p>	
<p>本研究主題為經濟弱勢者醫療利用及健康狀態分析研究，本研究內容對醫療利用有許多探討，然對健康狀態之分析較為欠缺。</p>	<p>謝謝委員的意見，因為本研究以次級資料進行分析，故對於經濟弱勢族群之健康狀態僅能以就醫疾病別、就醫科別、申請健保協助方案前後確診疾病人數與增加比例等作為分析依據，藉以呈現經濟弱勢族群之健康狀態。然經濟弱勢族群之真實健康狀態有待後續研究配合其他研究工具進行深入探討。</p>
<p>本研究計畫針對經濟弱勢之紓困貸款與分期攤繳受惠族群分析，其接受健保協助方案前後醫療利用（分急、門、住診）之變化，發現這些經濟弱勢族群接受協助後，其醫療利用的確呈現成長，說明健保協助方案確實有助經濟弱勢之醫療利用，然而較為可惜的是，這些經濟弱勢族群醫療利用是否在所有條件校正後與一般大眾或低收入戶相當，並未獲得解答，因此在效益改善的程度，仍只知量上的改變，相對於其他族群並未明確。</p>	<p>謝謝委員建議，由於本研究所分析之資料為監理委員會與中央健康保險局協助提供之經濟弱勢族群資料（不含非經濟弱勢族群之資料），且於「行政院衛生署健康資料加值應用協作中心」進行分析處理。而研究結果中所呈現之一般民眾與低收入戶之相關醫療利用為另行以百萬抽樣歸人檔分析處理，本研究無法同時將經濟弱勢族群與一般民眾或是低收入戶之資料放在同一比較基準、進行交叉分析比較，為本研究之限制（詳見 P.46），建議後續研究可以進一步分析探討。</p>
<p>本研究複迴歸分析，並無法得知不同經濟弱勢族群在接受健保協助方案後之影響，事實上由研究分析之應變項是前後差異不同族群以申請分期攤繳為參考組，紓困申貸者與兩者皆申請者之係</p>	<p>謝謝委員建議，由表 4-9 之雙變項分析可知申請分期攤繳之族群其申請後之醫療利用為增加，因此由迴歸模型結果推測其他組別相較於參考組之醫療利用也是呈現增加的情形，並於研究內容</p>

<p>數，只能反映後二族群相對於分期攤繳者，是多了多少或是少了多少，但因並未知曉參考組之前後到底是增或是減，所以，亦無法得知其他組別之實際增加或減少多少。</p>	<p>中進行文字上修正，詳見 P.36~P.37。</p>
<p>這樣的邏輯問題亦產生在其他分組之控制變項，如年齡、性別、投保金額、疾病嚴重度等，故在研究報告第 36 頁，在急診部分之前後利用差異分析，研究結果提及年齡越大者其急診醫療利用減少越多，事實上，應該是相對於 24 歲以下之弱勢族群，45 歲以上族群，急診次數改變有顯著負向差距，年齡愈大負向愈大。</p>	<p>謝謝委員建議，已修正文字描述，詳見 P.36~P.37。</p>
<p>研究報告第 34 頁，倒數第 3 行，文字應修正為一般民眾之住院費用，而非住院門診費用。另，一般民眾平均每人住院天數，由 1.196 天升至 1.352 天，費用由 5,204 元升至 5,801 元，但低收入戶平均每人住院天數，由 9.3 天升至 12 天，費用從 15,506 元降為 11,691 元，較難理解為何天數增加近 1/3，但經費下降 1/4 以上。</p>	<p>謝謝委員建議，已進行文字修正（詳見 P.34）。另，針對資料庫分析出低收入戶平均每人住院天數增加近 1/3，但經費下降 1/4 以上之現象，推測是由於低收入戶其住院疾病別可能為病程較長但醫療費用相對不高之疾病導致（表 4-7 可知低收入戶住院增加幅度最高之科別為皮膚科），但詳細情形有待後續研究進一步探討。</p>
<p>研究報告第 39 頁，對於疾病嚴重度增加，可能也是因為就醫利用增加，因而診斷資料增加而產生，並非真的疾病嚴重度增加。</p>	<p>謝謝委員意見，本研究亦有相同之看法，疾病嚴重度增加可能由於就醫利用增加導致診斷資料增加所致，如本研究 P.41 討論所描述。</p>
<p>建議加強健康狀態分析，以及將一般民眾、低收入戶與經濟弱勢族群放在同一比較基準，加以分析，以看出各種控制變項校正後，不同弱勢族群之影響。</p>	<p>謝謝委員建議，由於本研究所分析之經濟弱勢族群資料為監理委員會與健保局協助提供，且僅限於「行政院衛生署健康資料加值應用協作中心」進行分析處理。而研究結果中所呈現之一般民眾與低收入戶之相關醫療利用為另行以百萬抽樣歸人檔分析處理，故無法將經</p>

濟弱勢族群與一般民眾或是低收入戶之資料放在同一比較基準、進行分析比較，其為本研究之限制（詳見 P.46），建議後續研究可以進一步分析探討。

計畫主持人簽名： 龔佩可