

國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程

碩士論文

Master of Public Health Degree Program

National Taiwan University

Master Thesis

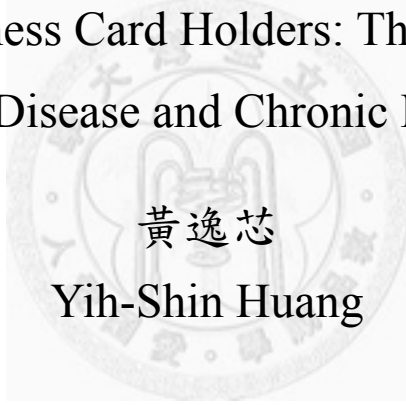
持重大傷病卡患者之就醫公平性：

以透析治療及慢性精神疾病為例

Equity in Health Care Use Among

Major Illness Card Holders: The Cases of

Renal Dialysis Disease and Chronic Mental Diseases



黃逸芯

Yih-Shin Huang

指導教授：江東亮 博士

Advisor: Tung-liang Chiang, Sc.D.

實習單位指導老師：黃旭明主任，行政院衛生署統計室

Preceptor: Shih-Ming Hwang,

Director, Statistics Office, Department of Health,

Executive Yuan

中華民國 100 年 2 月

February, 2011

摘要

背景：重大傷病卡之實施，為健保的重要政策之一，期藉由減免重大傷病患者的部分負擔，讓相同需要者均能獲得均等的健康照護機會，以提高全民健保醫療照護分配的公平性。

目的：瞭解透析治療患者及慢性精神疾病患者，其持卡就醫疾病診斷碼和重大傷病定義範圍之不符情形及影響此兩類重大傷病患者醫療服務利用高低之社經條件因素。

方法：研究資料源自 2001-2008 年全民健保檔資料，以該資料之透析治療患者及慢性精神疾病患者為基本對象，連結相關資料庫，分析此兩類重大傷病患者之就醫疾病診斷碼是否符合重大傷病定義範圍，並使用負二項複迴歸，分析此兩類不同社經條件之重大傷病患者，其醫療服務利用之不同程度差異。

結果：2001 至 2008 年間，透析治療患者之門診疾病診斷碼和重大傷病定義範圍不符比例由 8.8% 降至 0.3%，住院不符比例則由 14.6% 降至 2.0%；慢性精神疾病患者之門診疾病診斷碼和重大傷病定義範圍不符比例亦由 2.8% 減為 0.5%，住院不符比例亦由 4.5% 降至 2.6%。

雖然重大傷病政策之實施，係為增進醫療服務利用之公平性，但 65 歲以上及已婚之透析治療患者，於平均每人每年急診醫療利用次數顯著較高；65 歲以上、專科或大學以上及已婚之慢性精神疾病患者，於平均每人每年西醫門診及住院醫療利用次數顯著較高；高所得家庭之透析治療患者及慢性精神疾病患者則於住院的天數均較低所得家庭來得高。

結論：中央健康保險局藉由審查機制之介入，使得透析治療患者及慢性精神疾病患者之就醫疾病別和重大傷病定義範圍之不符比例已逐年改善降低。而雖已經由免除重大傷病患者的部分負擔，但透析治療患者及慢性精神疾病患者，因其社會經濟條件的不同，在醫療利用上仍存有醫療使用差距。

關鍵字：全民健保、重大傷病、部分負擔、就醫公平性

Abstract

Background: The implementation of the Major Illness Card is one of the important policies of the National Health Insurance (NHI). Through the reduction of copayments imposed on patients with major illnesses, those having the same needs may receive equal health care, thus the equity of NHI medical care distribution.

Objective: To understand the renal dialysis patients and patients with chronic mental diseases in order to determine the inconsistencies of their diagnostic codes specified in their Major Illness Cards and the scope of the defined major illnesses as well as the socioeconomic conditions and factors affecting the accessibility of the medical services for the two types of patients with major illnesses.

Method: The research data source is the NHI archive data from 2001-2008. The data used are study subjects as renal dialysis patients and patients with chronic mental diseases, combined with the related databases; analysis is done on whether the diagnostic codes of these two types of patients with major illnesses are consistent with the scope of the defined major illnesses. In addition, using the negative binomial regression, the two types of patients with major illnesses under different socioeconomic conditions are analyzed to determine the extent of medical service utilization.

Results: From 2001 to 2008, the inconsistency ratio of the diagnostic codes and the scope of the defined major illnesses for renal dialysis patients decreased from 8.8% to 0.3%; the inconsistency ratio of hospitalization decreased from 14.6% to 2.0%; the inconsistency ratio of the diagnostic codes and the scope of the defined major illnesses for patients with chronic mental diseases decreased from 2.8% to 0.5%; and the inconsistency ratio of hospitalization decreased from 4.5% to 2.6%.

Although the implementation of the major illness policy is to enhance the equity of medical care service utilization, the renal dialysis patients who are aged over 65 and married have significantly higher frequencies of medical utilization every year; patients with chronic mental diseases who are aged over 65 and married and have obtained college or university degrees have significantly higher frequencies of outpatient visits and hospitalization utilization; renal dialysis patients and patients with chronic mental diseases that come from high income families have higher hospitalization days than those who come from low income families.

Conclusion: Through intervention of the review mechanism, the Bureau of National Health Insurance has gradually improved and reduced the inconsistency ratios of the

disease-specific categories and the scope of the defined major illnesses observed in the renal dialysis patients and patients with chronic mental diseases. Despite the exemption of copayments for the patients with major illnesses, due to their different socioeconomic conditions, the gap in medical accessibility still exists in terms of medical utilization.

Keywords: National Health Insurance (NHI), Major illness, Copayment, Equity of medical care



目錄

中文摘要	I
英文摘要	II
目錄	IV
表目錄	VI
第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究問題	3
第三節 重大傷病相關規定	4
第四節 統計名詞與定義	5
第二章 文獻回顧	6
第一節 重大傷病定義與認定原則爭議	6
第二節 醫療資源分配公平性	7
第三節 影響醫療資源使用之因素	11
第三章 研究方法	12
第一節 研究架構	12
第二節 研究假設	14
第三節 材料與方法	15
第四節 研究變項與操作型定義	17
第四章 研究結果	19
第一節 透析治療患者及慢性精神疾病患者，其持卡就醫疾病診斷碼和重大傷病定義範圍之不符情形	19
第二節 符合及不符合重大傷病定義範圍之透析治療患者及慢性精神疾病患者之社經人口學特性差異	19
第三節 不同社經條件之透析治療患者及慢性精神疾病患者持卡率	20
第四節 不同社經條件因素的透析治療患者及慢性精神疾病患者，和其醫療服務利用高低差異之相關性	21
第五節 透析治療患者及慢性精神疾病患者醫療服務利用高低差異之社經條件影響因素	22
第五章 討論與建議	23
第一節 討論	23
第二節 建議	26
第三節 研究特色	27
第四節 研究限制	28
參考文獻	29
附錄一 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法	45
附錄二 重大傷病範圍認定條件	48
附錄三 影響醫療資源使用因素之文獻整理	50

附錄四	研究變項及操作型定義	51
附錄五	重大傷病檔檢核流程	52
附錄六	重大傷病檔檢核程式	54



表目錄

表 4-1-1	2001-2008 年透析治療患者持卡就醫診斷碼不符比例	32
表 4-1-2	2001-2008 年慢性精神疾病患者持卡就醫診斷碼不符比例	33
表 4-2-1	透析治療患者持卡就醫符合性之社經人口學特性	34
表 4-2-2	慢性精神疾病患者持卡就醫符合性之社經人口學特性	35
表 4-3	透析治療及慢性精神疾病患者社經人口學特性	36
表 4-4-1	透析治療患者社經人口學特性與透析及急診醫療利用之變異數分析..	37
表 4-4-2	透析治療患者社經人口學特性與住院醫療利用之變異數分析	38
表 4-4-3	慢性精神疾病患者社經人口學特性與門急診醫療利用之變異數分析..	39
表 4-4-4	慢性精神疾病患者社經人口學特性與住院醫療利用之變異數分析	40
表 4-5-1	透析治療患者及慢性精神疾病患者之門診醫療利用高低影響因素	41
表 4-5-2	透析治療患者及慢性精神疾病患者之急診醫療利用高低影響因素	42
表 4-5-3	透析治療患者及慢性精神疾病患者之住院次數醫療利用高低影響因素..	43
表 4-5-4	透析治療患者及慢性精神疾病患者之住院天數醫療利用高低影響因素..	44

第一章 緒論

第一節 研究背景

全民健康保險為一社會保險體制，1995 年開辦時，將原公、勞、農保等社會保險與其他未納保人口整併納入全民健保體系，以分攤保險對象之財務風險，提供人人享有平等且負擔得起的醫療照護服務，避免因貧而病或因病而貧的現象，進而縮小國民的健康差距。

全民健保醫療服務之提供是給予真正有醫療需要者，不能因個人財力而形成其就醫障礙，所以在健保普及性、就醫可近性及給付範圍涵蓋完整下，醫療費用卻也急遽上升，造成醫療給付大幅增加，社會保險面臨財務失衡危機（江東亮，1992）。

雖然醫療保險是社會福祉重要的一環，但是免費的醫療服務所帶來的資源浪費，不僅提高醫療需求，亦造成服務品質的惡化(Chao, 1987)，所以為提高醫療服務使用效率，並加強被保險人對醫療服務提供成本的意識，全民健保訂有部分負擔制度，以減少醫療資源的過度使用或浪費。

但另一方面，為免弱勢族群或貧困者成為醫療邊緣人，全民健保法訂有部分負擔上限，以免除低收入戶的部分負擔，惟減免重大傷病患者醫療費用部分負擔的重大傷病政策，更是保障國民就醫公平性的重要措施。

中央健康保險局對重大傷病之認定所採取的操作原則，需同時符合三大項條件：一、治療時間長；二、總醫療費用昂貴；三、無濫用之虞(戴桂英，1998)；凡符合重大傷病涵蓋範圍者，得免除重大傷病卡範圍內的醫療部分負擔費用。

1995-2009 年全民健康保險重大傷病範圍已歷經 14 次修正，從開辦初期的 16 項疾病增至 30 項(2005 年 12 月公告修正，將後天免疫缺乏症候群，即感染人類免疫缺乏病毒者排除)，並擴大原有重大傷病疾病類別涵蓋細項(張鴻仁等，2004)。而重大傷病政策實施 15 年來，領證人數雖僅占全國總納保人口數約 3.5%，但重大傷病患者醫療費用卻占健保總醫療費用的 28.1%，重大傷病之照護已然成為全民健保財務之沉重負擔。

重大傷病卡之實施，旨在保障全民就醫公平性，期能讓不同社經條件之重大

傷病病患，均能得到相同的醫療照護。然任何政策之實施，都會受到主客觀環境與條件的限制，致政策未能達到其預期的效益，重大傷病卡政策亦可能遭受到相同的現象，意即重大傷病政策實際施行結果與其原定目標的落差，是本文擬探討之所在。由於重大傷病範圍廣泛，難以一一探討，本文擬以較具代表性之透析治療病患與慢性精神疾病病患為分析對象，期能作較為深入之研究，並作為重大傷病政策檢討改進之參考。



第二節 研究問題

- 一、持透析治療及慢性精神疾病重大傷病卡患者，其就醫疾病診斷碼是否與其原重大傷病定義範圍相符？
- 二、重大傷病卡之實施，旨在讓不同社經條件之病患可以得到相同的照護，然實施結果是否達到原實施旨意，有待研究。擬以透析治療患者及慢性精神疾病患者為對象，探討低社經條件患者醫療服務利用與高社經條件患者是否有差異存在？



第三節 重大傷病相關規定

全民健康保險法第 36 條規定，保險對象為重大傷病者，可免除自行部分負擔，即重大傷病政策的實施，是為減緩部分負擔制度所造成就醫公平性與醫療利用效率之兩難。相關規定如下：

一、**第 36 條** 保險對象有下列情形之一者，免依第 33 條及第 35 條規定自行負擔費用：

1. 重大傷病。
2. 分娩。
3. 接受第 32 條所定之預防保健服務。
4. 山地離島地區之就醫。

前項免自行負擔費用之辦法(附錄一)及第一款重大傷病之範圍(附錄二)，由主管機關定之。

二、**第 33 條** 保險對象應自行負擔門診或急診費用 20%。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔 30%；逕赴區域醫院門診者，應負擔 40%；逕赴醫學中心門診者，應負擔 50%。前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取並每年公告其金額。第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。

三、**第 35 條** 保險對象應自行負擔之住院費用如下：

1. 急性病房：30 日以內，10%的費用；第 31 日至第 60 日，20%的費用；第 61 日以後，30%的費用。
2. 慢性病房：30 日以內，5%的費用；第 31 日至第 90 日的費用，10%；第 91 日至第 180 日，20%的費用；第 181 日以後，30%的費用。

保險對象以同一疾病於急性病房住院 30 日以下或於慢性病房住院 180 日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

第四節 統計名詞與定義

- 一、 平均每人每年透析次數 = Σ 每年透析醫令代碼總次數 \div 重大傷病總人數
- 二、 平均每人每年西醫門診次數 = Σ 每年西醫門診總就診件數 \div 重大傷病總人數
- 三、 平均每人每年急診次數 = Σ 每年急診總就診件數 \div 重大傷病總人數
- 四、 平均每人每年住院次數 = Σ 每年住院總件數 \div 重大傷病總人數
- 五、 平均每人每年住院天數 = Σ 每年住院總天數 \div 重大傷病總人數



第二章 文獻回顧

我國全民健康保險政策之實施，係為提供人人負擔得起的醫療照護服務，使每個人均能獲得公平均等的就醫機會，而另一方面為增加醫療服務使用者之成本意識，並提高醫療資源的使用效率，遂訂有部分負擔制度。

若部分負擔之自負額無一上限規定，則對於真正需要醫療照護之病患，其可能藉由減少醫療服務的使用，以避免增加支出，所以對於罹患何種疾病類別，或需特殊醫療需求之對象可以減免部分負擔，達到相同需要者給予相同的治療機會，以降低病患就醫的經濟障礙。

重大傷病政策實施 15 年來，是否和當初立法旨意相符，即相同需要者給予相同的醫療照護，減低患者不因非財務因素，如教育、地理等因素而造成就醫的障礙，以達到醫療照護分配的公平性。

本章將從重大傷病定義與認定原則爭議，探討以疾病別作為認定標準之立意與可能產生的爭議問題，及健康照護應如何分配，讓需要相同醫療需求者能夠消費相同的醫療服務利用，以達到醫療資源分配的公平性，並瞭解影響醫療資源使用平等性之可能因素，避免所得或其他社會經濟條件因素而影響民眾的就醫治療權利。

第一節 重大傷病定義與認定原則爭議

『重大傷病』在國內外尚無一致性的用法與明確定義，國內一些相關研究如「重大傷病患者受益情形調查」、「全民健康保險重大傷病醫療利用分析-以住院醫療資源為例」、「重大傷病部分負擔由疾病認定改由依費用認定之可行性」等研究報告，所使用之關鍵字為「catastrophic illness」，而衛生署與健保局之官方網站則採用「major illness」一詞。

依字面意義而言，「catastrophic illness」係指悲慘的、災難的傷病，此類疾病特性為對於生命造成威脅，或需要長期住院療護、長時間復原、甚至可能最終造成永久性之生活障礙；Feenberg and Skinner(1994)將其定義為需要耗用高昂的醫療費用且需長期照顧之疾病；蔡貞慧等(2002)則主張重大傷病(catastrophic illness)應從健康狀況、財務負擔、醫療費用及治療期間予以定義；黃泓智(2003)指重

大傷病是疾病與意外傷害所形成之集合，認定原則主要依據長期治療以及醫療費用高昂為基本原則，與健保局「重大傷病 (major illness) 係以無濫用之虞，需長期持續治療且其醫療費用昂貴之傷病」定義相符。

全民健康保險主管機關衛生署，對於重大傷病之認定所採取的操作原則，係必須同時符合三項條件：一、治療時間長；二、總醫療費用昂貴；三、無濫用之虞 (戴桂英，1998)，凡符合重大傷病涵蓋範圍者，得申請重大傷病卡免除門診及住院在 30 天內總醫療費用約 10% 的部份負擔費用。

反觀國外對於重大傷病之定義範圍與國內有所不同。國內係以疾病作為重大傷病認定範圍；國外對於重大傷病 (catastrophic illness) 的定義大多是指需要長時間醫療照護，且醫療費用相當高之中老年慢性病患，而這些需花費較高醫療費用的重大傷病患者，以病患在歷年醫療費用超過某一定金額以上者來認定，採取的方式是給予個案申請，或採取自負額之設計，超過自負額時即給予補助。

1995 年健保開辦，衛生署根據籌備會議中各醫學專科醫學會及團體代表之綜合意見，公告十六類重大傷病，主要項目包括癌症、精神病及慢性腎衰竭等疾病，但至 2009 年 4 月全民健康保險重大傷病範圍已歷經 14 次修正，從開辦初期的 16 項疾病增至 30 類傷病，除增加重大傷病之疾病類別，並擴大原有重大傷病疾病類別涵蓋細項 (張鴻仁等，2004)。

對於需花費較高醫療費用的重大傷病患者，我國雖採行以疾病別為列入之標準，但醫學界對於國際疾病編碼中，究竟何種應屬於重大傷病並無一個醫界共識之客觀標準；而民眾也常因傷害事故或其他疾病需負擔高額部分負擔，卻無法列入重大傷病範圍而指責政府；相同地，罕見與特殊疾病之病患組織亦常訴求媒體要求納入重大傷病範疇，使得重大傷病之認定一向是個爭議的議題 (蔡貞慧等，2002)。

全民健保重大傷病制度之實施，係希望以具體可觀察到的重大傷病項目衡量醫療服務之需要，且透過重大傷病患者免部分負擔之規定，確保醫療服務的提供不背離醫療服務之需要，以助於增進健保制度之公平性。

第二節 醫療資源分配公平性

在西方國家，公義原則被視為社會組織的第一原則，而公義之形式原則

(Beauchamp and Childress, 2001)，係指對於同等者給予同等對待，不同等者給予不同等對待。公平正義之實質原則包含下列六面向：

- 一. 同等原則即為平等主義，強調每個人均應得到相同的社會資源，並應獲得相同的尊重。
- 二. 需要原則係依每個人的需要來分配，即有相同需要者應給予相同對待。
- 三. 貢獻原則係依每個人的貢獻程度賦予其相對應的報酬。
- 四. 努力原則依每個人的努力成果給予分配，提供表現優異者向上提升的機會或報酬。
- 五. 功績原則依每個人經社會所認可的累積表現，分配其相對的收益。
- 六. 自由市場原則係依自由交易機制，由每個人各取所需。

若上述六原則造成分配爭議時，應「按需分配」，尤其社經條件較差者，應給予其公平均等的機會 (Beauchamp and Childress, 2001)。

公平性可分為「水平性公平」與「垂直性公平」，水平性公平係指「相同需要者給予相同對待」，垂直性公平則為「付費能力與不同需要者應有不同的待遇」(Donaldson and Gerard, 1993)。

採行社會醫療保險的國家通常將給付面的公平定義為不受所得影響而能均等使用醫療資源；財務面則應以量能付費為原則(Barr, 1993)，因疾病的發生無法預料，及由於醫療照護成本高，可能衝擊低收入者就醫之經濟負擔，所以需對罹患重大傷病的經濟困難者提供醫療費用之減免，而健康為民眾之基本權利，基於財務面「量能付費」原則，需排除對健康照護有需求者的就醫障礙。

財務面之公平性可分為兩階段，第一階段為垂直式公平，依量能付費而有差別待遇；第二階段為水平式公平，具有相同付費能力者，無論性別、教育程度或社經地位差異於付費能力上並無差別。

由於各國社會歷史文化和政治經濟特色的差異，為能提供能滿足民眾為維持身體正常功能的健康照護需求，以避免疾病對基本能力之維持造成傷害，進而限制個人可獲得的均等機會權利，丹尼爾斯提出健康照護權利應該包含四面向如下：

一. 健康照護權利應相應於整個社會體系。

依據社會的經濟能力及政策方向，決定健康照護服務所能提供的實際程度，不應將符合某些個人的特定健康照護需求適用於社會群體。

二. 健康照護是對於疾病和殘障的有效治療權利。

為維持身體基本功能正常運作，並有效降低疾病和殘障所產生的影響，健康照護權利應保障所賦予每個人的公平均等機會。

三. 健康照護的有效治療權利和限制。

為維持民眾基本能力，應區分醫療技術的合理治療使用和不符健康照護醫療需求間之範圍。

四. 健康照護之平等方式。

健康照護是經由公平決策過程所作的選擇，並透過制度保障基本的醫療保險，防止較佳品質的醫療流向補充式的醫療保險，以維持基本醫療品質，同時給予每個人均能購買補充式醫療保險的權利，所以雖無法給予每個人相同的醫療照護權益，卻可兼顧平等與自由。

由於醫療資源屬於社會公共財且具外部效益特性，必須優於其他社會財被滿足，但因資源有限，無法達到依每個人的需求均等分配，為使生存的所有人都能得到充分的物品，社會應努力改進社會中的所有財貨，使先天不利成員的不平等情況能變得更平等，即社會有積極義務去消除或降低障礙，保障公平機會和補償各種不利者，以能平等地對待所有人，並提供真正的同等機會 (Rawls, 1971)。

隨著醫學科技之發展，不可能使社會上每個人均同等受益，使得有些人較易被排拒在外，形成資源分配的公平性問題。基於同等者給予相同對待，不同等者給予不相同對待之原則，丹尼爾斯(Daniels, 2003)提出健康照護應由國家進行分配，且任何社會體制均有義務提供為能維持身體正常功能之醫療照護服務，不應考量何種資格條件者才能享有何種健康照護需求。

為達分配公義之平等原則，Sen (1980)指出應將資源在人們當中平等分配，以資源補償因疾病所引起的天生不利，藉此消除社會成員間之天生差異，即醫療保健制度是為提供個人免於疾病和擁有治療疾病的平等機會，使人具有維持基本功

能的能力，且社會亦有義務滿足人們在醫療保健之需求。

醫療照護既然是一種福利和義務，但由於醫療資源的有限性，因此何種治療可納入健保給付之資源分配，而某種治療於優先納入健保給付後，相對地卻也使得其他疾病所能分配的醫療資源產生排擠效應，所以丹尼爾斯(Denials, 2003)認為須透過公共政策的方式制定一完善的醫療制度，使得每個人均能享有此醫療照護服務，並透過醫療體制讓每個人均能享有公平均等的就醫機會。

公義的社會雖應提供公平均等的健康照護機會給民眾，但並不包含個人昂貴偏好或因醫療成本不高而多使用醫療資源而造成浪費者，所以丹尼爾斯提出應有一最低限度的醫療照護提供，如此雖無法滿足每個人對健康的所有需求，但至少保障每個人均能維持其基本的健康條件。

在 WHO 的健康人權價值原則中，醫療是基本人權之一，不因貧富/階級/民族/族群/性別/文化/地域/語言/教育等差異而有所區別，即國家應推行強制性的健康保險，並減低人民因照護財務外的其他因素，不讓民眾因財務問題而損失健康照護權利，只要生病就能獲得醫療照護，但對於社會中具有嚴重經濟困難者，如長期失業者、嚴重傷殘者、罕見疾病病患等，亦需作特殊考量。

健康照護的受益是人民的權利，不應受所得及財富所影響，即對相同需要者給予相同的治療機會，且健康照護應以有利於窮困者的方式配置，讓民眾均能普遍取得使用醫療照護的權利。

為能普遍取得，健康照護分配的公平性，可以選擇集的平等、可近性的平等、醫療費用的平等、需要的平等及健康的平等五面向探討(Cuyler and Wagstaff, 1993)。分述如下：

- 一. 選擇集的平等係指民眾具有相同的選擇集。
- 二. 可近性的平等係指民眾接受醫療照護的便利性。
- 三. 醫療費用的平等係指分配給民眾的醫療照護相同。
- 四. 需要的平等係依民眾的需求分配所需的醫療照護。
- 五. 健康的平等係指醫療照護的分配應讓民眾均能得到相同的健康狀態。

各國於設計醫療保險制度時，多數採行水平性公平以達成健康照護分配的理想，對於相同需要者給予健康照護的均等機會，無論其支付能力，不受所得及財富影響，且應以有利於窮困者的方式配置，所以健康照護資源應依每個人的需求予以分配，不應受限於個人經濟因素，而是需著重於健康照護分配之公平均等。

WHO 及許多國家亦支持對相同需要者給予健康照護受惠均等的機會，不論其有無能力支付，均能獲得相同的治療機會，並提供全民最低水準的健康照護，以避免民眾對醫療照護的使用低於此水準。

基於健康照護配置的水平性公平，若在經費有限下，需兼顧成本效益與公平性兩原則時，Ubel et al. (1996)認為應採取對全體施行成本效益較小的醫療照護，不能施行只對少數人具較大成本效益的醫療照護。Nord et al. (1995) 亦發現，實行成本效益最大化會造成公平性的喪失，對老年人及改善健康機會有限者是不義的，所以公平性具有比成本效益更高的價值。

第三節 影響醫療資源使用之因素

「醫療需求因素」與「非醫療需求因素」均為影響民眾就醫行為之因素，其中醫療需求因素係指民眾自我健康所造成對於醫療照護之需求，包含與民眾健康相關之年齡、性別、自評健康狀態、慢性病種類數等；非醫療需求因素係指由外在環境所構成，包含可能間接影響民眾醫療使用行為之教育程度、職業、居住地域之便利性等社會經濟條件因素(藍忠孚等，2004)。

多數國家的醫療保健制度，如美國的老人(Medicare)或貧困者(Medicaid)的社會醫療保險，或我國的全民健康保險，均以降低民眾醫療服務利用的經濟障礙為目的，但全面性醫療給付的健康保險制度或特定醫療財務籌措制度的國家，雖已大幅降低民眾的就醫經濟障礙，但所得因素影響民眾使用醫療照護的不公平性 (van Doorslaer et al., 2006)，仍存在於現今多數國家的醫療體制中，且近年來，影響個人醫療利用之因素，除貨幣因素外，非貨幣因素亦不容忽視(Gerdtham et al., 1997)。

第三章 研究方法

本章旨在描述本研究之材料與方法，共分為四節：第一節為研究架構，第二節為研究假設，第三節為材料與方法，第四節為研究變項與操作型定義。

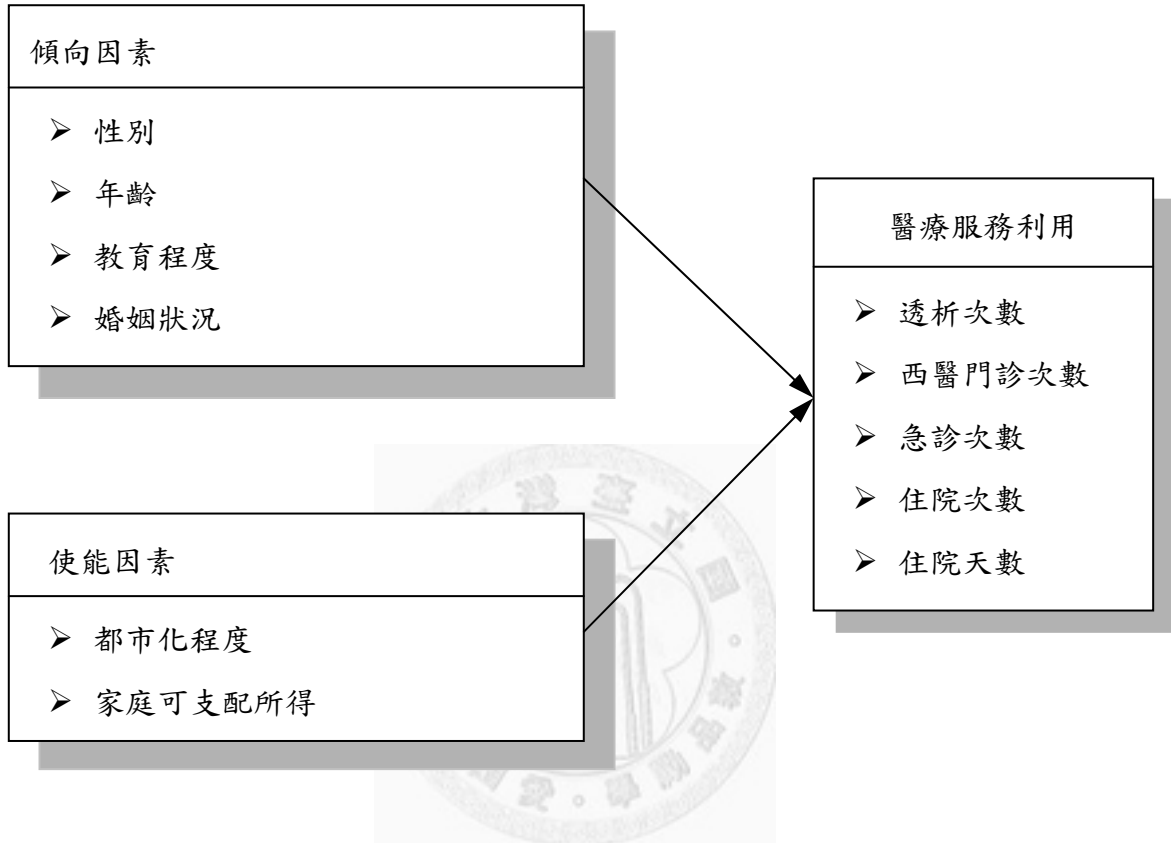
第一節 研究架構

探討重大傷病卡之實施，旨在讓所有重大傷病範圍內之病患均能獲得相同的醫療照護服務，不受家庭所得或其他社會經濟條件因素影響而造成就醫的障礙，但實施結果是否和原立意相符為本研究之目的，故利用負二項複迴歸分析，以透析治療患者及慢性精神疾病患者為對象，探討其醫療服務利用差異與社經條件之關聯。

本研究架構如圖 3-1，依變項為透析治療患者及慢性精神疾病患者之醫療服務利用，包括平均每人每年透析次數、平均每人每年西醫門診次數、平均每人每年急診次數、平均每人每年住院次數及平均每人每年住院天數。

依據安德遜健康服務使用行為模式(Andersen Model)之個人決定因素，包括傾向因素 (predisposing characteristics)、使能因素 (enabling characteristics) 及需求因素 (need characteristics) 等三項，本研究社經條件因素之自變項，包括傾向因素的性別、年齡、教育程度、婚姻狀況，及使能因素的都市化程度、家庭可支配所得。

圖 3-1 研究架構



第二節 研究假設

透析治療患者於不同社經條件之醫療服務利用差異小於慢性精神疾病患者。

因透析治療患者是需定期接受門診的透析治療才不致有致死的危險性，所以透析治療患者不會因社經條件之差異而自行選擇是否不使用醫療照護；但慢性精神疾病患者卻不同，患者對於使用醫療照護與否並不致於會對生命造成立即性的威脅，所以患者或其家屬可能選擇不接受醫療照護，卻可能藉由宗教、民間治療團體甚或監禁於家中等方式選擇不使用醫療的照護，使得社經條件的不同對慢性精神疾病患者的醫療服務利用差異造成較大的影響。



第三節 材料與方法

運用全民健康保險資料庫之「全民健保門住診處方及治療明細檔」，以 2001-2008 年全民健保核發有效領卡之重大傷病患者，配合篩選持卡者條件為一、非空白之日期檢核(有效日 \geq 收件日 \geq 申請日)；二、不含退件、送專審資料；三、有效日為當年年初後；四、收件日為當年年底前，篩選透析治療患者及慢性精神疾病患者符合免部分負擔(即部分負擔代碼為 001)之門住診就醫紀錄，分析其門診 3 個主次診斷碼及住院 5 個主次診斷碼符合及不符合重大傷病定義範圍之患者就醫疾病診斷碼資料。

運用 2003-2006 年行政院主計處「家庭收支調查檔」，與 2003-2006 年全民健康保險資料庫之「全民健保重大傷病檔」進行連結，取得領有透析治療及慢性精神疾病重大傷病卡患者之各項社經條件特性資料。

本研究樣本對象為透析治療患者 422 人，及慢性精神疾病患者 1,208 人，自「家庭收支調查檔」取得研究樣本對象居住之都市化程度、教育程度、婚姻狀況及家戶可支配所得五等分位資料，進行此兩類不同社經條件之重大傷病患者，其與就醫公平性之相關性。

為瞭解領有透析治療及慢性精神疾病重大傷病卡患者，其就醫疾病診斷碼符合及不符合重大傷病定義範圍之社經人口學特性差異，將上述研究樣本對象，篩選符合免部分負擔之患者就醫紀錄，分析其門住診疾病診斷碼符合及不符合重大傷病定義範圍之透析治療患者 419 人及慢性精神疾病患者 1,052 人。

本研究資料以 SAS9.1 版套裝軟體進行分析，以描述性統計分析持有透析治療及慢性精神疾病重大傷病卡患者，其就醫疾病診斷碼和重大傷病定義範圍之不符情形、符合或不符合患者之社經人口學特性差異，及此兩類不同社經條件重大傷病患者之持卡率。

同時運用廣義線性模式 (GLM) 進行 ANOVA 分析，探討透析治療及慢性精神疾病患者之醫療服務利用差異程度和各社經條件是否具顯著相關。而透析治療患者及慢性精神疾病患者的急診次數除外，由於醫療利用之變異數大於平均值，顯示資料過於分散 (overdispersion)，較不適合以波以松迴歸 (Poisson regression) 進行分析，故運用負二項複迴歸 (negative binominal regression) 分析影響醫療服

務利用次數多寡之因素，以區分各人口學變項與醫療資源利用之相關。



第四節 研究變項與操作型定義

探討透析治療患者及慢性精神疾病患者，其醫療服務利用高低差異之依變項分別為平均每人每年透析次數、平均每人每年西醫門診次數、平均每人每年急診次數、平均每人每年住院次數及平均每人每年住院天數；自變項則為性別、年齡、都市化程度、教育程度、婚姻狀況及家庭可支配所得六類。

一、依變項：

(一)平均每人每年透析次數

與全民健保門診處方醫令明細檔串檔，取得透析治療患者每人每年醫令代碼為 58001C、58019C、58020C、58021C、58022C、58023C、58024C、58025C、58027C、58029C 的透析治療平均就診件數。

(二)平均每人每年西醫門診次數

與全民健保門住診處方及治療明細檔串檔，取得慢性精神疾病患者每人每年西醫門診之平均就診件數。

(三)平均每人每年急診次數

與全民健保門住診處方及治療明細檔串檔，取得個案每人每年急診之平均就診件數。

(四)平均每人每年住院次數

與全民健保門住診處方及治療明細檔串檔，取得個案每人每年住院之平均件數。

(五)平均每人每年住院天數

與全民健保門住診處方及治療明細檔串檔，取得個案每人每年住院之平均天數。

二、自變項：

(一)性別

與全民健保門住診處方及治療明細檔串檔，取得個案之性別。性別為類別

變數，分為男性與女性兩類。

(二)年齡

與全民健保門住診處方及治療明細檔串檔，取得個案之出生年月日資料。連續變數之年齡計算方式為，先計算個案出生年月日至領取健保局核發之重大傷病卡天數，再除以 365.25，取得個案之年齡。另設類別型態之年齡變數，分為 0-44 歲、45-64 歲及 65 歲以上三組。

(三)都市化程度

將重大傷病個案與家庭收支調查檔串聯，取得都市化程度資料。此變數分為都市及非都市(即城鎮與鄉村)二類。

(四)教育程度

將重大傷病個案與家庭收支調查檔串聯，取得教育程度資料。教育程度分為不識字或小學肄畢、初職或國高中肄畢及專科或大學以上三類。

(五)婚姻狀況

將重大傷病個案與家庭收支調查檔串聯，取得婚姻狀況資料。此變數分為未婚、已婚、離婚及喪偶四類。

(六)家庭可支配所得

將重大傷病個案與家庭收支調查檔串聯，取得家庭可支配所得資料。此變數分為最貧之第 I 等分位、第 II 等分位、第 III 等分位、第 IV 等分位及最富之第 V 等分位五類。

第四章 研究結果

本章共分為五節：第一節描述透析治療患者及慢性精神疾病患者，其持卡就醫疾病診斷碼和重大傷病定義範圍之不符情形；第二節為符合及不符合重大傷病定義範圍之透析治療患者及慢性精神疾病患者之社經人口學特性差異；第三節為不同社經條件之透析治療患者及慢性精神疾病患者持卡率；第四節為不同社經條件因素的透析治療患者及慢性精神疾病患者，和其醫療服務利用高低差異之相關性；第五節為透析治療患者及慢性精神疾病患者醫療服務利用高低差異之社經條件影響因素。

第一節 透析治療患者及慢性精神疾病患者，其持卡就醫疾病診斷碼和重大傷病定義範圍之不符情形

我國重大傷病政策以具體可觀察之疾病範圍作為部分負擔免除原則，即重大傷病持卡就醫患者之疾病診斷碼，需為重大傷病定義之範圍及其相關治療才能符合免除醫療費用部分負擔的規定，但持重大傷病卡就醫時，醫師並非均能遵循重大傷病免部分負擔認定之規定，其不符比率為本節探討之重點。

由表 4-1-1，2001 年透析治療患者於西醫門診之醫療利用為免部分負擔(即部分負擔代碼為 001)，而就醫疾病診斷碼不符重大傷病定義範圍者為 8.8%，而後逐年降低，至 2008 不符比例僅為 0.3%；至於住院之醫療利用為免部分負擔(即部分負擔代碼為 001)，其就醫疾病診斷碼不符重大傷病定義範圍者為 14.6%，亦逐年降低，至 2008 不符比例降至 2.0%，顯示透析治療患者持卡就醫疾病診斷碼不符重大傷病定義範圍比例逐年降低。

由表 4-1-2，2001 年慢性精神疾病患者於西醫門診之醫療利用為免部分負擔(即部分負擔代碼為 001)，其就醫疾病診斷碼不符重大傷病定義範圍者為 2.8%，而後逐年降低，至 2008 不符比例減為 0.5%；另住院之醫療利用為免部分負擔(即部分負擔代碼為 001)，其就醫疾病診斷碼不符重大傷病定義範圍者為 4.5%，亦逐年降低，至 2008 不符比例降為 2.6%，顯示慢性精神疾病患者持卡就醫疾病診斷碼不符重大傷病定義範圍比例亦逐年降低。

第二節 符合及不符合重大傷病定義範圍之透析治療患者及慢性精神疾病患者之

社經人口學特性差異

持重大傷病卡就醫患者，需符合重大傷病定義範圍才得以免除部分負擔，但仍有持卡就醫患者之疾病診斷碼不符合重大傷病免部分負擔認定條件，而不符合及符合持卡就醫患者間之人口學特性的差異性，為本節探討之重點。

由表 4-2-1，若分析透析治療患者及慢性精神疾病患者持卡就醫疾病診斷碼符合及不符合重大傷病定義範圍之人口學特性差異，發現透析治療患者持卡就醫符合重大傷病範圍者中，45-64 歲及 65 歲以上者約為 40%~50%，不符合者中則以 45-64 歲者占 70.0%最多；符合者於各所得等分位占率均約相當，其中以第 III 等分位較高占 24.9%，不符合者亦以第 III 等分位最多約為 40.0%。

由表 4-2-2，慢性精神疾病患者，女性持卡就醫符合或不符合重大傷病定義範圍者均較男性多；符合者中 0-44 歲占 50.3%，不符合者中 65 歲以上占 48.0%；符合者中教育程度以初中或國高中肄業占 49.7%較多，不符合者中教育程度以不識字或小學肄業占 56.0%居多，兩者均教育程度偏低；符合者中婚姻狀況為已婚或未婚者約占 4 成，不符合者中為已婚者占 56.0%。

第三節 不同社經條件之透析治療患者及慢性精神疾病患者持卡率

重大傷病政策之實施，旨在讓不同社經條件之患者均能獲得相同的醫療照護服務，但受到主客觀環境與條件之限制，重大傷病政策實施結果難以完全符合原立意旨，本節擬探討不同社經條件同一定義範圍患者重大傷病持卡率的差異。

由表 4-3，若分析透析治療患者及慢性精神疾病患者不同社經條件之重大傷病持卡率，發現透析治療之研究樣本對象，依其人口特性別分時，女性較男性稍多，占 52.4%；年齡別以 45-64 歲及 65 歲以上者占 4~5 成；病患約八成居住於都市地區；教育程度以不識字或小學肄業者占 61.1%居多；婚姻狀況已婚者為多數占 72.5%；與行政院主計處家庭收支調查結合分析，研究樣本在家戶可支配所得五等分位中，各所得等分位組分布相當平均，約各占五分之一。

由表 4-3，慢性精神疾病之研究樣本對象，依其人口特性別分時，男女性約各為 50%；年齡別以 0-44 歲者占 48.9%；病患約八成居住於都市地區；教育程度以初中或國高中肄業者占 48.9%居多；婚姻狀況已婚及未婚者為多數占 40%；與行政

院主計處家庭收支調查結合分析，研究樣本在家戶可支配所得五等分位中，各所得等分位組分布相當平均，約各占五分之一。

第四節 不同社經條件因素的透析治療患者及慢性精神疾病患者，和其醫療服務利用高低差異之相關性

瞭解重大傷病政策之實施，是否達到相同需要者給予相同的治療機會，不受經濟或非經濟因素之影響，本節擬利用變異數分析，探討不同社經條件透析治療患者及慢性精神疾病患者與其醫療服務利用的相關性。

由表 4-4-1 及 4-4-2，各社經條件之透析治療患者，包含性別、年齡、都市化程度、教育程度、婚姻狀況及家庭可支配所得，其於平均每人每年透析之醫療利用次數不具顯著影響。

年齡對透析治療患者之住院醫療利用具顯著影響。經事後檢定，65 歲以上者，於平均每人每年住院次數顯著高於 0~44 歲及 45~64 歲者。

家庭可支配所得對透析治療患者之住院醫療利用具顯著影響。但經事後檢定，I~V 各等分位家庭之平均每人每年住院天數是無顯著差異。

由表 4-4-3 及 4-4-4，年齡對慢性精神疾病患者之西醫門診及住院醫療利用具顯著影響。經事後檢定，0~44 歲者於平均每人每年西醫門診次數及住院天數顯著高於 65 歲以上者。

教育程度對慢性精神疾病患者之住院醫療利用具顯著影響。經事後檢定，初中或國高中肄畢者之平均每人每年住院次數及天數顯著高於不識字或小學肄畢者。

婚姻狀況對慢性精神疾病患者之住院醫療利用具顯著影響。經事後檢定，未婚者之平均每人每年住院次數及天數顯著高於已婚及喪偶者。

家庭可支配所得對慢性精神疾病患者之住院醫療利用具顯著影響。經事後檢定，第 IV 及 V 等分位之高所得家庭，於平均每人每年住院次數及天數顯著高於第 I 及 II 等分位之低所得家庭。

第五節 透析治療患者及慢性精神疾病患者醫療服務利用高低差異之社經條件影響因素

全民健康保險制度之實施，係為提供人人負擔得起的醫療照護服務，而重大傷病政策之實施，經由部分負擔之減免以舒緩相關患者的經濟負擔，達到相同需要者皆能獲得相同的治療機會，不受所得或其他非經濟因素影響，而妨礙民眾的就醫權利。

本節利用負二項複迴歸分析，探討不同社經條件因素，是否為透析治療患者及慢性精神疾病患者之醫療服務利用高低差異之影響因素。

由表 4-5-1 及 4-5-2，在控制其他因素後，各社經條件之透析治療患者，包含性別、年齡、都市化程度、教育程度、婚姻狀況及家庭可支配所得，其於平均每人每年洗腎醫療利用次數無顯著差異。

65 歲以上及已婚之透析治療患者，於平均每人每年急診醫療利用次數顯著較高；第 V 等分位高所得家庭之透析治療患者，於平均每人每年住院醫療利用天數顯著較高。

由表 4-5-3 及 4-5-4，在控制其他因素後，65 歲以上、專科或大學以上及已婚之慢性精神疾病患者，其於平均每人每年西醫門診及住院醫療利用次數顯著較高；第 V 等分位高所得家庭之慢性精神疾病患者，其於平均每人每年急診次數及住院醫療利用次數及天數顯著較高。

第五章 討論與建議

本章共分為四部份。首先歸納本研究之主要結果，其次提出本研究之建議，最後為研究特色及研究限制。

第一節 討論

依據本研究問題，本節將分兩部分進行討論。

一. 透析治療患者及慢性精神疾病患者，其就醫疾病診斷碼不符重大傷病定義範圍之不符情形

透析治療患者及慢性精神疾病患者之門住診就醫疾病診斷碼不符重大傷病免部分負擔範圍之比例逐年降低，係隨著健保局自動化檢核機制之審查作業，對不具重大傷病資格患者之醫療服務利用符合性、領有重大傷病卡患者，具相同身分證字號但出生年月日不同者，或重大傷病認定之 ICD-9-CM 疾病碼之前 3 碼進行自動化檢核，並將檢核檔內不符者再經診斷醫師進行確認，若經專業醫師判定為該傷病之疾病或相關診斷治療者，則核付該申報資料，並藉此回饋機制改變醫師或醫療院所判定重大傷病免部分負擔診斷之行為，期藉由行政作業之介入，讓重大傷病患者之就醫醫療服務利用不符比例逐年改善降低，以符和免部分負擔制度原設計之立意與效用。

但實際上醫療院所可能為免不被核退不符重大傷病免部分負擔的申報，於病患持重大傷病卡就醫時，選擇性的註記符合重大傷病定義範圍內的相關治療疾病診斷碼，無論其該次持卡就醫是否真的符合重大傷病免部分負擔的規定，所以雖然健保局藉由檢核機制作業的介入，使得門住診就醫疾病診斷碼不符重大傷病定義範圍的比例已逐年降低，但卻也相對地造成醫療院所被動性地規避健保免部分負擔之規定，以免醫療費用申報的被核刪，所以讓原定免部分負擔為降低妨礙民眾就醫權利的立意卻也形成了另一種形式的不平等。

二. 透析治療患者及慢性精神疾病患者醫療服務利用高低差異之社經條件影響因素

整體而言，全民健保重大傷病制度實施 15 年來，的確經由免除部分負擔之規定，已減少重大傷病病人因為個人健康狀況差異所需承受較高醫療費用負擔，以

避免患者因經濟障礙而影響就醫權益。

但是對於同樣罹患重大傷病者，其社會經濟條件的不同卻在醫療利用上也呈現顯著的不同，亦即仍有醫療差距的現象存在。以透析治療患者與慢性精神疾病患者為例，其住院次數及天數方面呈現高所得者顯著有較高的住院使用次數及較長的住院天數，呈現高所得者利用頻率均較低所得者高，此與葉秀珍（1999）研究結果一致。

因在透析治療患者上，須遵照醫囑定期接受門診之血液或腹膜透析，以維持身體功能之正常運作，所以不同社經條件者於透析次數是無差異性，然高所得家庭之透析治療患者於住院次數及天數均較低所得家庭之醫療服務利用高。

在慢性精神疾病患者之就醫比較，65歲以上、專科或大學以上及已婚之慢性精神疾病患者，其平均每人每年西醫門診及住院醫療利用次數顯著較高，而高所得家庭之慢性精神疾病患者於住院次數及天數均較低所得家庭之醫療服務利用高。

全民健保的實施在於增進民眾就醫的公平性與可近性，但為避免不必要的浪費，健保法採取部分負擔的規定，然部分負擔可能對所得較低家庭造成不必要的就醫障礙，而重大傷病卡的實施係在避免弱勢家庭重大傷病患者的就醫障礙。若以醫療費用家庭所得同一等分位的非重大傷病患者的部分負擔占其醫療費用比例，當成家庭所得同一等分位的重大傷病患者在無重大傷病政策下應負部分負擔比例，並據以估算其部分負擔金額，及其部分負擔金額占其家庭經常收入比例，顯示低所得組家庭在高醫療費用組時，其部分負擔的減免是有意義的，尤其是長期慢性的重大傷病患者，如透析(洗腎)、精神疾患等，若無重大傷病卡制度，相信對經濟弱勢家庭將造成相當的就醫障礙。

本研究發現家戶可支配所得高低與醫療利用有明顯差異；高所得者其急診次數、住院次數及天數均顯著高於低所得者，顯示仍存在著醫療利用不平等的現象；由於國際間僅我國針對重大傷病採行類別式認定，較難有一致性比較，大多數研究係以一般民眾進行醫療利用不平等之比較，結果亦與本研究相符。本研究嘗試進一步以重大傷病患者中之透析治療患者為例，發現高所得者腹膜透析使用率明顯高於低所得者，可推論同為透析治療患者，高所得者傾向使用生活品質較佳之

腹膜透析方式。另一方面，由於醫療資訊不對稱是醫療服務利用上重要的影響因素，未來可進一步分析醫療資訊是否為高社經地位者尋求與利用醫療資源之重要影響因素。

但隨著戰後嬰兒潮的逐漸老化，加上醫療科技之發展，使得重大傷病患者死亡率降低，平均存活年數與平均年齡均增長，致平均每患者的醫療照護費用亦隨之增加，造成重大傷病醫療費用負擔加劇，所以醫療院所為永續經營，可能藉以增加非健保的自費項目，且目前健保重大傷病制度雖得以免除部分負擔，但實際就醫時仍有病房費差額、健保不給付之藥品或處置、護理之家、膳食費等，亦即因重大傷病而衍生之需求，常成為家戶之主要醫療負擔來源，相對地增加弱勢者的就醫障礙，其公平與效益值得關注。



第二節 建議

由於健保醫療費用隨戰後嬰兒潮大量老化而激增，而健保財務能否隨之改善變數甚多，而重大傷病的照護又是全民健保的核心工作之一，因此對重大傷病的照護政策宜做適度與漸進的修改，嘗試建議重大傷病卡之發卡對象僅針對社經弱勢者，以家戶所得為健保費基，同時運用查核方式訂出重大傷病卡發卡對象之標準。

現行重大傷病制度採疾病別認定，因此一個人可能同時符合兩類以上重大傷病，並領有多張證明卡，但重大傷病病人之就醫場所忠誠度與集中度均較非重大傷病者高，又加上重大傷病病患存活率日漸增長，部分重大傷病病患已脫離急性轉為長期慢性病人，因此對重大傷病之照護需與長期照護與亞急性照護結合，以提升重大傷病病患醫療資源之使用效率。建議支付制度的調整上可嘗試運用醫療利用之歷史資料進行試算與推估，以醫院為單位，逐步轉化成論人計酬方式，讓照顧對象為重大傷病個人而非單一種重大傷病，以誘導醫療服務提供者對重大傷病病人合理的照護。

我國全民健保重大傷病含括三十大項，但每一項重大傷病各有其特色，有些疾病進程變化不大但是治療時間長，有些疾病進程變化迅速導致治療資源耗用有所變化，建議未來研究可依疾病類別或特色進行醫療利用公平性之分析。又免部分負擔之制度是否會形成不當誘因，引發對醫療資源的誤用或浪費，亦值得進一步研究。

第三節 研究特色

本文運用 2001-2008 年健保資料，可作為評估全民健保重大傷病制度之長期效果。又本文資料係全國性資料，與多數文獻僅著重於單一疾病、單一醫院之住院或門診費用，本研究所分析之醫療支出項目同時涵蓋住院與門診，較可評估重大傷病制度對於總體健保制度公平性之影響。

回顧探討全民健保重大傷病醫療服務利用文獻多著眼於定性分析的醫療服務利用屬性，如針對門診次數或費用、住院日數或費用進行趨勢比較，或是傷病類別之消長變化型態，對於探討影響重大傷病醫療服務利用之可能因素如性別、年齡、家戶所得、教育程度等較不見於我國文獻中。且本研究連結家庭收支調查檔與健保醫療利用明細檔，係實際就醫資料，避免多數文獻以問卷調查取得醫療服務利用資料進行分析所產生之回憶誤差。

整體而言，本研究嘗試從整體醫療服務利用的角度出發，延展現有文獻之不足，以補強衛生政策中有關全民健保重大傷病醫療利用之實證研究基礎。



第四節 研究限制

由於主計處「家庭收支調查檔」並無健康狀況或罹病狀況之相關變項，於分析醫療利用集中程度上，無法依個人醫療需要予以調整，因此僅就醫療利用之絕對水平檢視其不平等程度，無法計算其相對水平之不公平指數，此為資料變項之限制。

依據 Andersen and Newman 所提模式，影響醫療利用之因素尚包括健康行為、醫療資源等，本研究則未納入。



參考文獻

- Andersen, R. & Newman, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United states. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1973; 51(1): 95-124.
- Barr, N. *The Economics of the Welfare State*, 2nd Edition. London: Weidenfeld and Nicolson, 1993.
- Beauchamp, T. L. and Childress, J. F. *Principles of biomedical ethic*, 5th edition. New York, NY: Oxford University Press, 2001.
- Chao YT. Social security and resource allocation. Address to the Seminar on the Limitations of the Welfare State 1987; 23-24.
- Cuyler, A. J., and A. Wagstaff. Equity and equality in health and health care. *Journal of health economics* 1993; 12: 431-457.
- Denials, Norman. Is there a right to health care and if so, what does it encompass. *Contemporary Issues in Bioethics* 2003; 46-8.
- Donaldson, C. and K. Gerard. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. New York: St. Martin's Press, 1993.
- Feenberg D., Skinner J. The Risk and Duration of Catastrophic Health Care Expenditure. *The Review of Economics and Statistics* 1994; 76(4): 633-647.
- Gerdtham, ULF-G. Equality in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data. *Health Econ.* 1997; 6: 303-319.
- Kim, C.W., S.Y. Lee, S.C. Hong. Equity on utilization of cancer inpatient services by income classes. *Health Policy* 2005; 72: 187-200.
- Lu, J.R., G.M. Leung, S. Kwon, K.Y. Tin, E. van Doorslaer, O.O'Donnell. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Social Science & Medicine* 2007; 64: 199-212.
- Martinson, I. M., Chong-Yeu, L. C., Liang, Y. H. Distress symptoms and support systems of Chinese parents of children with cancer. *Cancer Nursing* 1997; 20(2): 94-99.
- Morris, S., M. Sutton, H. Gravelle. *Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation*. York: The University of York 2003.
- Nord E, Richardson J, Street A, Kuhse H, Singer P. Maximizing health benefits vs egalitarianism : an Australian survey of health issues. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10): 1429-1437.

Rawls John, A theory of justice. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press 1971; 83-90.

Sen, Amartya, Equality of What? in S. McMurrin (ed.), The Tanner Lectures on Human Values. Salt Lake City: University of Utah Press 1980; 197-220.

Ubel PA, DeKay ML, Baron J, Asch DA. Cost effectiveness analysis in the setting of budget constraints: Is it equitable? N Engl J Med. 1996; 334: 1174-7

Van Doorslaer, E., C. Masseria, X. Koolman. The OECD Health Equity Research Group 2006.

江東亮：台灣地區醫療財源籌措的問題與對策。中華衛誌 1992; 11: 22-31。

林麗玲：燒燙傷兒童社會支持系統與福利需求之研究。私立東吳大學社會工作學系論文，1994。

張淑英、吳樹平、游晴閔、王嘉蕙：八十四年中央健康保險局委託辦理「重大傷病患者受益情形調查」委託研究計畫。台北：中央健康保險局，1995。

張鴻仁、謝啟瑞、蔣翠蘋、黃信忠：全民健保重大傷病政策評估。經社法制論叢 2004; 33: 27-76。

湯澡薰、郭乃文、張維容：全民健保醫療服務使用公平性之探討。醫護科技學刊 2002; 4(4): 291-304。

黃旭明：全民健保制度與醫療院所經營關聯之研究-以病人為中心之多贏策略。台北：國立台灣大學管理學院高階公共管理組碩士論文，2006。

黃泓智：台灣地區重大傷病醫療費用推估。台北：行政院國家科學委員會專題研究報告，2003。

葉秀珍：全民健康照護之公平性考量—台灣的實證分析。台北：台灣社會福利學會國際學術研討會，1999。

蔡貞慧、周穎政：台灣全民健康保險的醫療支出重分配效果，1995-2000。台灣衛誌 2002; 21: 373-9。

蔡貞慧：九十一年中央健康保險局委託辦理「重大傷病免部分負擔由依疾病認定改為依費用認定之可行性」委託研究計畫。台北：中央健康保險局，2002。

蔡淑鈴、藍忠孚、李丞華、周穎政：失業與醫療利用。台灣衛誌 2004; 23(5): 365-376。

盧瑞芬、李佳琳、莊逸洲：全民健康保險重大傷病患者住院醫療資源使用。中華

衛誌 1999; 18: 283-92。

戴桂英：全民健康保險重大傷病訂定原則暨重大傷病現況簡介。全民健康保險重大傷病制度研討會會議資料專輯。台北：中央健康保險局，1998。

譚家惠：重大傷病住院病患醫療資源利用情形。台北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2004。



表 4-1-1 2001-2008 年透析治療患者持卡就醫疾病診斷碼不符比例

單位：人；%

年度	持透析 重大傷病卡	免部分負擔且 ICD_9符合透析 認定範圍- 西醫門診	免部分負擔且 ICD_9符合透析 認定範圍- 住院	西醫門診 不符合		住院 不符合	
				人數	比例	人數	比例
2001	35,496	31,164	11,670	3,003	8.8	2,000	14.6
2002	37,212	33,559	11,872	2,474	6.9	1,904	13.8
2003	39,523	36,382	12,908	2,033	5.3	1,939	13.1
2004	43,142	40,259	12,429	1,735	4.1	4,200	25.3
2005	44,413	42,352	15,816	1,292	3.0	1,100	6.5
2006	48,412	46,479	16,516	719	1.5	913	5.2
2007	50,643	48,933	17,489	446	0.9	463	2.6
2008	52,360	51,297	18,593	156	0.3	389	2.0



表 4-1-2 2001-2008 年慢性精神疾病患者持卡就醫疾病診斷碼不符比例

單位：人；%

年度	持慢性精神病 重大傷病卡	免部分負擔且 ICD_9符合 慢性精神病 認定範圍- 西醫門診	免部分負擔且 ICD_9符合 慢性精神病 認定範圍- 住院	西醫門診 不符合		住院 不符合	
				人數	比例	人數	比例
2001	104,797	79,106	26,256	2,258	2.8	1,249	4.5
2002	114,207	87,357	28,365	2,810	3.1	1,510	5.1
2003	130,709	101,780	31,519	3,335	3.2	1,762	5.3
2004	150,103	118,215	36,361	3,722	3.1	2,341	6.0
2005	153,546	120,695	35,828	3,930	3.2	2,549	6.6
2006	167,439	130,415	37,426	2,936	2.2	1,887	4.8
2007	177,197	134,269	37,846	943	0.7	934	2.4
2008	182,870	137,033	37,857	636	0.5	1,015	2.6



表 4-2-1 透析治療患者持卡就醫符合性之社經人口學特性

自變項	持卡就醫符合 重大傷病定義範圍	持卡就醫不符合 重大傷病定義範圍
	人數 (%)	人數 (%)
總計	409 (100.0)	10 (100.0)
性別		
女	215 (52.6)	5 (50.0)
男	194 (47.4)	5 (50.0)
年齡		
65 歲以上	167 (40.8)	2 (20.0)
45-64 歲	192 (47.0)	7 (70.0)
0-44 歲	50 (12.2)	1 (10.0)
都市化程度		
都市	330 (80.7)	9 (90.0)
非都市	79 (19.3)	1 (10.0)
教育程度		
專科或大學以上	34 (8.3)	-
初中或國高中肄畢	125 (30.6)	3 (30.0)
不識字或小學肄畢	250 (61.1)	7 (70.0)
婚姻狀況		
已婚	296 (72.4)	8 (80.0)
未婚	35 (8.5)	-
離婚	16 (3.9)	-
喪偶	62 (15.2)	2 (20.0)
家庭可支配所得		
V(rich)	80 (19.6)	2 (20.0)
IV	74 (18.1)	2 (20.0)
III	102 (24.9)	4 (40.0)
II	66 (16.1)	2 (20.0)
I(poor)	87 (21.3)	-

表 4-2-2 慢性精神疾病患者持卡就醫符合性之社經人口學特性

自變項	持卡就醫符合 重大傷病定義範圍	持卡就醫不符合 重大傷病定義範圍
	人數 (%)	人數 (%)
總計	1027 (100.0)	25 (100.0)
性別		
女	521 (50.7)	13 (52.0)
男	506 (49.3)	12 (48.0)
年齡		
65 歲以上	176 (17.1)	12 (48.0)
45-64 歲	335 (32.6)	7 (28.0)
0-44 歲	516 (50.3)	6 (24.0)
都市化程度		
都市	824 (80.2)	19 (76.0)
非都市	203 (19.8)	6 (24.0)
教育程度		
專科或大學以上	157 (15.3)	1 (4.0)
初中或國高中肄畢	510 (49.7)	10 (40.0)
不識字或小學肄畢	360 (35.0)	14 (56.0)
婚姻狀況		
已婚	435 (42.4)	14 (56.0)
未婚	419 (40.8)	5 (20.0)
離婚	74 (7.2)	1 (4.0)
喪偶	99 (9.6)	5 (20.0)
家庭可支配所得		
V(rich)	180 (17.5)	5 (20.0)
IV	191 (18.6)	4 (16.0)
III	213 (20.8)	6 (24.0)
II	225 (21.9)	5 (20.0)
I(poor)	218 (21.2)	5 (20.0)

表 4-3 透析治療及慢性精神疾病患者社經人口學特性

自變項	透析治療	慢性精神疾病
	人數 (%)	人數 (%)
總計	422 (100.0)	1208 (100.0)
性別		
女	221 (52.4)	603 (49.9)
男	201 (47.6)	605 (50.1)
年齡		
65 歲以上	171 (40.5)	231 (19.1)
45-64 歲	200 (47.4)	386 (32.0)
0-44 歲	51 (12.1)	591 (48.9)
都市化程度		
都市	341 (80.8)	969 (80.2)
非都市	81 (19.2)	239 (19.8)
教育程度		
專科或大學以上	35 (8.3)	183 (15.2)
初中或國高中肄畢	129 (30.6)	591 (48.9)
不識字或小學肄畢	258 (61.1)	434 (35.9)
婚姻狀況		
已婚	306 (72.5)	514 (42.6)
未婚	35 (8.3)	477 (39.5)
離婚	16 (3.8)	92 (7.6)
喪偶	65 (15.4)	125 (10.3)
家庭可支配所得		
V(rich)	83 (19.7)	214 (17.7)
IV	76 (18.0)	213 (17.6)
III	107 (25.4)	250 (20.7)
II	69 (16.3)	267 (22.1)
I(poor)	87 (20.6)	264 (21.9)

表 4-4-1 透析治療患者社經人口學特性與門急診醫療利用之變異數分析

	平均每人每年透析次數			平均每人每年急診次數		
	平均值	F/t值	事後檢定	平均值	F/t值	事後檢定
性別		0.37			-0.88	
女	136.950			0.688		
男	135.370			0.836		
年齡層		1.86			1.63	
65歲以上(1)	137.667			0.965		
45~64歲(2)	136.746			0.545		
0~44歲(3)	129.118			0.902		
都市化程度		0.13			-0.04	
都市	136.060			0.760		
非都市	136.770			0.753		
教育程度		2.36			1.89	
專科或大學以上(1)	118.320			1.000		
初中或國高中肄畢(2)	133.814			0.574		
不識字或小學肄畢(3)	139.814			0.818		
婚姻狀況		2.60			1.47	
已婚(1)	133.965			0.725		
未婚(2)	147.686			1.086		
離婚(3)	133.750			0.563		
喪偶(4)	141.123			0.785		
家庭可支配所得		0.81			1.12	
V(rich)	135.533			0.807		
IV	132.566			0.842		
III	131.879			0.598		
II	143.580			0.739		
I(poor)	139.460			0.851		

註：F/t檢定之Pr<0.05***

表 4-4-2 透析治療患者社經人口學特性與住院醫療利用之變異數分析

	平均每人每年住院次數			平均每人每年住院天數		
	平均值	F/t值	事後檢定	平均值	F/t值	事後檢定
性別		0.33			0.54	
女	0.928			10.145		
男	0.881			8.950		
年齡層		3.60***			0.89	
65歲以上(1)	1.298		1>2,3	13.626		
45~64歲(2)	0.660		2<1	7.050		
0~44歲(3)	0.549		3<1	5.902		
都市化程度		1.1			-0.22	
都市	0.862			9.666		
非都市	1.086			9.198		
教育程度		2.54			1.89	
專科或大學以上(1)	0.657			8.286		
初中或國高中肄畢(2)	0.581			5.713		
不識字或小學肄畢(3)	1.101			11.682		
婚姻狀況		0.14			0.60	
已婚(1)	0.899			8.696		
未婚(2)	0.486			7.886		
離婚(3)	0.750			7.188		
喪偶(4)	1.200			15.215		
家庭可支配所得		1.60			4.32***	
V(rich)	1.084			15.145		-
IV	1.145			13.171		-
III	0.841			7.785		-
II	0.696			6.116		-
I(poor)	0.770			6.069		-

註：F/t檢定之Pr<0.05***

表 4-4-3 慢性精神疾病患者社經人口學特性與門急診醫療利用之變異數分析

	平均每人每年西醫門診次數			平均每人每年急診次數		
	平均值	F/t值	事後檢定	平均值	F/t值	事後檢定
性別		0.94			1.37	
女	11.876			0.126		
男	12.423			0.210		
年齡層		6.5***			0.74	
65歲以上(1)	10.879		1<3	0.203		
45~64歲(2)	11.824		-	0.111		
0~44歲(3)	12.860		3>1	0.191		
都市化程度		0.69			0.61	
都市	12.051			0.158		
非都市	12.552			0.209		
教育程度		1.67			0.38	
專科或大學以上(1)	11.350			0.251		
初中或國高中肄畢(2)	12.191			0.149		
不識字或小學肄畢(3)	12.431			0.159		
婚姻狀況		0.55			0.51	
已婚(1)	11.938			0.161		
未婚(2)	12.681			0.193		
離婚(3)	11.478			0.196		
喪偶(4)	11.488			0.080		
家庭可支配所得		3.35***			1.11	
V(rich)	12.528		-	0.164		
IV	10.362		-	0.122		
III	12.284		-	0.256		
II	12.547		-	0.199		
I(poor)	12.758		-	0.095		

註：F/t檢定之Pr<0.05***

表 4-4-4 慢性精神疾病患者社經人口學特性與住院醫療利用之變異數分析

	平均每人每年住院次數			平均每人每年住院天數		
	平均值	F/t值	事後檢定	平均值	F/t值	事後檢定
性別		2.34***			2.52***	
女	0.632		-	12.265		-
男	0.893		-	18.635		-
年齡層		0.90			3.39***	
65歲以上(1)	0.481			7.121		1<3
45~64歲(2)	0.609			15.127		-
0~44歲(3)	0.973			18.927		3>1
都市化程度		-0.71			0.98	
都市	0.780			14.732		
非都市	0.690			18.389		
教育程度		6.34***			5.47***	
專科或大學以上(1)	0.721		-	13.475		-
初中或國高中肄畢(2)	0.981		2>3	19.726		2>3
不識字或小學肄畢(3)	0.482		3<2	10.475		3<2
婚姻狀況		7.14***			6.91***	
已婚(1)	0.506		1<2	11.516		1<2
未婚(2)	1.119		2>1,4	22.046		2>1,4
離婚(3)	0.717		-	17.663		-
喪偶(4)	0.488		4<2	4.880		4<2
家庭可支配所得		12.04***			9.45***	
V(rich)	1.112		V>I,II	21.173		V>I,II
IV	1.230		IV>I,II	25.540		IV>I,II
III	0.780		-	16.508		-
II	0.483		II<IV,V	9.176		II<IV,V
I(poor)	0.367		I<IV,V	8.038		I<IV,V

註：F/t檢定之Pr<0.05***

表 4-5-1 透析治療患者及慢性精神疾病患者之門診醫療利用高低影響因素

	平均每人每年 透析次數		平均每人每年 西醫門診次數	
	迴歸係數	統計檢定	迴歸係數	統計檢定
性別				
女				
男	0.0163		0.0190	
年齡				
65 歲以上				
45-64 歲	-0.0084		0.1857	*
0-44 歲	-0.1259		0.3299	**
都市化程度				
都市				
非都市	-0.0102		0.0158	
教育程度				
專科或大學以上				
初中或國高中肄畢	0.1084		0.0250	
不識字或小學肄畢	0.1534		0.1076	
婚姻狀況				
已婚				
未婚	0.1957		0.0173	
離婚	-0.0199		-0.0778	
喪偶	0.0369		0.0150	
家庭可支配所得				
V(rich)				
IV	-0.0579		-0.1703	
III	-0.0596		0.0295	
II	0.0119		0.0517	
I(poor)	0.0189		0.1494	

註：1. 校正居住地、就醫年度、戶內人口數及共病性。

2. 統計檢定： $p < 0.05^*$ · $p < 0.01^{**}$ · $p < 0.001^{***}$

表 4-5-2 透析治療患者及慢性精神疾病患者之急診醫療利用高低影響因素

	平均每人每年 急診次數 ¹		平均每人每年 急診次數 ¹	
	迴歸係數	統計檢定	迴歸係數	統計檢定
性別				
女				
男	0.2329		0.3543	*
年齡				
65 歲以上				
45-64 歲	-0.4185	**	-0.5774	*
0-44 歲	-0.4241		0.0427	
都市化程度				
都市				
非都市	0.0952		0.3812	*
教育程度				
專科或大學以上				
初中或國高中肄畢	-0.5626	*	-0.3995	*
不識字或小學肄畢	-0.1481		-0.2925	
婚姻狀況				
已婚				
未婚	0.9973	***	0.3117	
離婚	-0.0390		0.6495	*
喪偶	0.0153		-0.7043	*
家庭可支配所得				
V(rich)				
IV	0.0669		-0.5879	*
III	-0.2398		0.0822	
II	0.0835		-0.2280	
I(poor)	0.6078	*	-1.1725	***

註:1. ¹以Poisson迴歸分析。

2. 校正居住地、就醫年度、戶內人口數及共病性。

3. 統計檢定：p < 0.05* · p < 0.01** · p < 0.001***

表 4-5-3 透析治療患者及慢性精神疾病患者之住院次數醫療利用高低影響因素

	平均每人每年 住院次數		平均每人每年 住院次數	
	迴歸係數	統計檢定	迴歸係數	統計檢定
性別				
女				
男	0.1319		0.2070	
年齡				
65 歲以上				
45-64 歲	-0.4047	*	0.0452	
0-44 歲	-0.4522		0.2516	
都市化程度				
都市				
非都市	0.2061		0.1849	
教育程度				
專科或大學以上				
初中或國高中肄畢	-0.2286		0.8343	***
不識字或小學肄畢	0.2707		0.2427	
婚姻狀況				
已婚				
未婚	0.3009		0.8351	***
離婚	0.2006		0.2857	
喪偶	0.0150		-0.1382	
家庭可支配所得				
V(rich)				
IV	0.0454		-0.0524	
III	-0.3002		-0.6322	*
II	-0.5907	*	-1.3750	***
I(poor)	-0.4341		-1.9459	***

註:1. 校正居住地、就醫年度、戶內人口數及共病性。

2. 統計檢定: $p < 0.05^*$ · $p < 0.01^{**}$ · $p < 0.001^{***}$

表 4-5-4 透析治療患者及慢性精神疾病患者之住院天數醫療利用高低影響因素

	平均每人每年 住院天數		平均每人每年 住院天數	
	迴歸係數	統計檢定	迴歸係數	統計檢定
性別				
女				
男	0.3692		0.3594	
年齡				
65 歲以上				
45-64 歲	0.0105		0.1541	
0-44 歲	-0.3775		0.4257	
都市化程度				
都市				
非都市	-0.1253		0.5400	
教育程度				
專科或大學以上				
初中或國高中肄畢	-0.2205		1.0792	**
不識字或小學肄畢	0.3362		0.4630	
婚姻狀況				
已婚				
未婚	0.5881		0.8088	*
離婚	0.0827		0.3234	
喪偶	0.0750		-0.8602	
家庭可支配所得				
V(rich)				
IV	-0.2081		0.3510	
III	-0.9989	*	-0.7301	
II	-1.0238	*	-1.4387	***
I(poor)	-1.1388	*	-2.3333	***

註 :1. 校正居住地、就醫年度、戶內人口數及共病性。

2. 統計檢定：p < 0.05* · p < 0.01** · p < 0.001***

附錄一 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法

行政院衛生署八十九年八月十九日衛署健保字第 0 八九 00 一二八五一號令訂定
發佈

行政院衛生署九十一年十二月十九日衛署健保字第 0 九一 00 七九 0 五三號令訂
定修正

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第三十六條第二項規定訂
定之。

第二條 保險對象經特約醫院、診所醫師確定為本法第三十六條所稱之重大傷
病，得檢具下列文件，向保險人申請重大傷病證明：

- 一、全民健康保險重大傷病證明申請書。
- 二、特約醫院、診所開立之診斷證明書。診斷證明書自開立日起三十
日內有效，逾期不予受理。但前款申請書已加蓋醫師及特約醫院、
診所戳章者，得免送診斷證明書。
- 三、身分證明文件影本。
- 四、病歷摘要或檢查報告等資料。

前項申請書及證明書之診斷病名欄，應加填國際疾病分類碼。

特約醫院、診所為服務就醫之保險對象，得彙總前項所列文件代辦申
請重大傷病證明。如為爭取時效，得先行造冊以傳真或專人送達方式
向保險人提出申請，並於申請之日起一個月內補送第一項所列文件。

急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）及早產兒出生後三個月內
因神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟（含支氣管）等之併發症住院者，
其重大傷病由診治醫師逕行認定，免依第一項規定申請重大傷病證明。

第三條 重大傷病證明之核定，以保險人受理之日起，十個工作日內為之，並
通知申請人或代辦申請之特約醫院、診所。

前項期間如需補充相關文件者，自資料送達保險人之日起算。

第四條 申請人對重大傷病證明核定結果有異議時，得於保險人通知到達之日

起三十日內，提出書面申復，保險人應於收到申復文件之日起三十日內核定。

前項核定日期之計算，需保險醫事服務機構協助提供個案病歷或診療相關文件者，自文件送達保險人之日起算。

第五條 重大傷病證明有效期限，依據全民健康保險重大傷病範圍規定，並以保險人受理日期為重大傷病證明生效日。

重大傷病證明有效期限屆滿，保險對象得依第二條規定，重新申請。

重大傷病證明於有效期限內如有遺失或損毀，保險對象得檢具遺失補領申請書及身分證明文件向保險人申請補發。

第六條 保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫，其免自行負擔費用之範圍如下：

一、重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。

二、因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。

三、因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。

保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明，其當次住院免自行負擔費用；如以住院期間之檢驗報告，於出院後才確定診斷提出申請者，施行該確定診斷檢驗之當次住院亦免自行負擔費用。

前開住院免部分負擔日期之計算，以當次住院第一日起至重大傷病證明有效期限屆滿；同一疾病由急診轉住院者，以急診第一日起算。

第七條 保險對象因分娩就醫者，免自行負擔費用，如因分娩引起之合併症或生產後當次住院併行其他治療所必須之相關診療費用，亦免除其自行負擔費用。

第八條 保險對象接受本保險所訂預防保健服務項目者，免自行負擔費用，醫師並得視其病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療者，亦免除其自行負擔費用。

第九條 保險對象於山地離島地區醫療院所門診、住院或接受居家照護服務

者，免自行負擔費用。

第十條 符合本法第三十六條規定之保險對象，如因緊急就醫或不可歸責於保險對象之事由，就醫時仍自行負擔本法第三十三條及第三十五條所定之費用者，得檢具下列書據，向其所在地之保險人申請核退費用：

一、醫療費用核退申請書。

二、醫療費用收據正本及費用明細。其收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信負責證明與原本相符之影本，並註明無法提出原本之原因。

三、診斷書或證明文件。

前項情形如原診治之特約醫院、診所尚未向保險人申報費用者，保險對象得向其辦理退費。

第十一條 本辦法自發布日施行。



附錄二 重大傷病範圍認定條件

- 一、重大傷病範圍係由行政院衛生署公告，目前包括 30 大類。
- 二、保險對象經特約醫療院所醫師診斷確定所罹患的傷病是屬於公告之重大傷病時，可檢具下列文件郵寄或親自送件，向健保分區業務組申請重大傷病證明。(急性腦血管疾病急性發作後一個月內及早產兒出生後三個月併發症住院者，其重大傷病由診治醫師逕行認定後由醫院免其自行負擔費用，免向健保局申請重大傷病證明。)
 - (一) 特約醫院、診所開立三十日內之診斷證明書。但前項申請書已加蓋醫師及特約醫院、診所戳章者，得免送診斷證明書。(申請書及證明書之診斷病名欄，應加填國際疾病分類碼)。
 - (二) 身分證明文件(正反面影本，兒童得以戶口名簿代替)。現場臨櫃申請者，請盡量攜帶健保 IC 卡。
 - (三) 病歷摘要或檢查報告等相關資料。
 - (四) 重大傷病診斷為下列病名者，請另檢附相關文件。
 1. 慢性腎衰竭須長期透析治療者須由一位中華民國腎臟醫學會腎臟專科醫師開具診斷證明。另初次申請或領有三個月期限後申請再次評估者須再檢附慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明申請附表及相關檢查資料。
 2. 申請重大傷病第十二類重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者(植物人狀態不可以 I S S 計算)，需註明傷病原因及詳填各創傷部位分數。
 3. 申請重大傷病第十三類因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者，需註明造成呼吸衰竭原因、呼吸器使用起迄期限及每日使用時數、短期內可否脫離、無法脫離原因及近一個月以上之每日呼吸治療記錄單影本，若屬「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫」者，請詳填呼吸器依賴患者重大傷病證明申請附表及附二十一天以上之每日呼吸治療記錄單影本(再次申請者，請附近一個月以上之每日呼吸治療記錄單影本)。
 4. 小兒麻痺、嬰兒腦性麻痺、脊髓損傷或病變、早產兒引起之併發症出生滿三個月後及運動神經元疾病引起之殘障者均須檢附殘障等級評鑑為中度

以上之殘障手冊影本。

5. 塵肺症者請檢附胸部 X 光片、勞保退休證明或一至三級殘廢給付證明、從事粉塵工作證明。
6. 克隆氏症、慢性潰瘍性結腸炎需另檢附病歷摘要或病歷影本、病理組織報告及內視鏡或 X 光報告。

三、保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫，其免自行負擔費用之範圍包括：

- (一) 重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。
- (二) 因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。
- (三) 因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。
- (四) 保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明，以當次住院第一日起(同一疾病由急診轉住院者，以急診第一日起算)免自行負擔費用；如以住院期間之檢驗報告，於出院後才確定診斷提出申請者，施行該確定診斷檢驗之當次住院亦免自行負擔費用。

四、重大傷病證明有效期限：

- (一) 依據全民健康保險重大傷病範圍規定，並以保險人受理日期為重大傷病證明生效日。
- (二) 重大傷病證明有效期限屆滿，保險對象應依規定重新申請。

附錄三 影響醫療資源使用因素之文獻整理

主題 (作者, 年代)	研界結果
Inequalities in access to medical care by income in developed countries (van Doorslaer et al., 2006)	OECD21會員國中，美國、墨西哥、芬蘭、葡萄牙及瑞典五國，其富者之就診率及就醫次數均較貧困者高，顯示醫療服務之使用具有偏富情形。
Equity in utilization of cancer inpatient services by income classes (kim et al., 2005)	南韓富者之住院天數及醫療費用較貧困者高。
Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies (Lu et al., 2007)	台灣高所得者西醫門診利用率較高： 1. 高低所得者於西醫門診使用次數並無差異。 2. 中醫及急診使用次數呈現偏富現象。 3. 住院之醫療利用次數呈現平均分布情形。
全民健保醫療服務使用公平性之探討 (湯澡薰, 2002)	台灣醫療服務之利用率存在對貧困者不公平現象： 1. 台灣中醫及牙醫之醫療利用次數及費用均有偏富情形。 2. 住院之醫療使用次數、日數與費用呈現偏貧情形。
燒燙傷兒童社會支持系統與福利需求之研究 (林麗玲, 1994)	燙傷病童家屬經常因醫藥費問題放棄醫療而自動離院。
Distress symptoms and support systems of Chinese parents of children with cancer. <i>Cancer Nursing</i> , 20(2), 94-99. (Martinson, I. M., Chong-Yeu, L. C., Liang, Y. H., 1997).	財務因素會影響病童的持續治療及癌症病童雙親的工作及生活方式。
Equity in health care utilization : Further tests based on hurdle models and Swedish Micro Data (Gerdtham et al., 1997)	瑞典民眾於醫療服務使用率的水平公平性，發現居住地區或城市規模、家庭組織型態、職位階級、婚姻狀況及所得等因素，對醫療照護使用次數造成的水平不公平性較為顯著。
Inequity and inequality in the use of health care in England : an empirical investigation (Morris et al., 2003)	醫療服務之使用於種族、就業情形、教育程度與所得均呈現水平不公平現象。
重大傷病住院病患醫療資源利用 (譚家惠, 2004)	重大傷病患者醫療資源使用高低之影響因素，發現性別、年齡、就醫機構層級別、權屬別、地區別及重大傷病證明發卡數皆對重大傷病患者住院醫療資源利用造成顯著影響。

附錄四 研究變項及操作型定義

變項	屬性	操作型定義
醫療服務利用(依變項)		
平均每人每年透析次數	連續	Σ 每年透析醫令代碼總次數 \div 重大傷病總人數
平均每人每年西醫門診次數	連續	Σ 每年西醫門診總就診件數 \div 重大傷病總人數
平均每人每年急診次數	連續	Σ 每年急診總就診件數 \div 重大傷病總人數
平均每人每年住院次數	連續	Σ 每年住院總件數 \div 重大傷病總人數
平均每人每年住院天數	連續	Σ 每年住院總天數 \div 重大傷病總人數
社會經濟條件因素(自變項)		
性別		女性(1)·男性(2)。
年齡	連續	實際年齡為核發重大傷病卡年月日扣除個案出生年月日之天數，除以365.25。
	類別	65歲以上(1)·45~64歲(2)·0~44歲(3)。
都市化程度	類別	都市(1)·非都市(2)。
教育程度	類別	專科或大學以上(1)·初職或國高中肄畢(2)·不識字或小學肄畢(3)。
婚姻狀況	類別	已婚(1)·未婚(2)·離婚(3)·喪偶(4)。
家庭可支配所得	類別	第V等分位(1)·第IV等分位(2)·第III等分位(3)·第II等分位(4)·第I等分位(5)。



附錄五 重大傷病檔檢核流程

- 一、 整併 1995-2008 年死因檔，篩選出所有死亡者的 ID 及死亡日期 (D_DEAD 檔)。
- 二、 將健保局提供之 2001-2008 年重大傷病檔 (HV 檔) 依 ID 與 D_DEAD 檔合併，註記整併後檔案中之死亡者 ID 及死亡日期 (D_HV 檔)。
- 三、 保留 D_HV 檔中，死亡日期大於等於該年度或是空值者。
- 四、 D_HV 檔檢核流程
 - (一) 2001-2003 年僅保留重覆發卡 (DUPRINT) 欄位內容為 Y、N 和 X 的筆數 (2004-2008 年則無考慮重覆發卡問題)。
 - (二) 受理日期 (ACPT_DATE) 必須小於等於該年度 12 月 31 號或是空值。
 - (三) 有效迄日 (VALID_E_DATE) 必須大於等於該年度 1 月 1 號或是空值。
 - (四) 性別 (S) 為男性 (1) 或女性 (2)。
 - (五) ID 不能為空值。
 - (六) 重大傷病類別 (IIV_TYPE) 於 01-30 類疾病範圍。
 - (七) 當受理日期 (ACPT_DATE) 不為空白且申請日期 (APPL_DATE) 不為空白時，若受理日期 (ACPT_DATE) 小於申請日期 (APPL_DATE) 則刪除。
 - (八) 當有效迄日 (VALID_E_DATE) 不為空白且受理日期 (ACPT_DATE) 不為空白時，若有效迄日 (VALID_E_DATE) 小於受理日期 (ACPT_DATE) 則刪除。
 - (九) 當有效迄日 (VALID_E_DATE) 不為空白且申請日期 (APPL_DATE) 不為空白時，若有效迄日 (VALID_E_DATE) 小於申請日期 (APPL_DATE) 則刪除。
- 五、 2001-2003 年 D_HV 檔中，若死亡日期為空值且退保原因 (STOP_REASON) 欄位內容為 M 的筆數則刪除；2004-2008 年 D_HV 檔中，若死亡日期為空值且退保原因 (STOP_REASON) 欄位內容為 M 或是重覆發卡 (DUPRINT) 欄位內容為 2 的筆數則刪除。
- 六、 D_HV 檔依 ID、性別 (S) 和重大傷病類別 (IIV_TYPE) 去重複後，即得衛生署統計室所使用之 2001-2008 年重大傷病檔 (IV_YY_END 檔)。

註：

一、重覆發卡 (DUPRINT)

(一) 適用 85-93 年資料

Y：重覆 N：新卡 X：舊卡 1：退件 2：送審。

(二) 適用 94 年以後資料

1：重複 2：死亡註銷 3：換卡註銷 4：逾期註銷 5 更正/補發註銷 6：撤銷
卡證 空白：有效正常卡。

二、退保原因 (STOP_REASON)

(一) 適用 85-93 年資料

5：停保 B：開辦前退保 D：失蹤 E：失蹤滿六個月 F：出國 I：監所受刑處
分 M：死亡 N：不在保 X：在保 O：軍、聘僱人員 U：不具本法第十條資
格者。

(二) 適用 94 年以後資料

Y：死亡、逾期註銷 N：重覆、換卡註銷、逾期註銷。

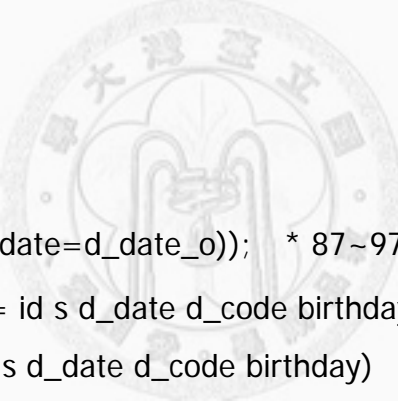


附錄六 重大傷病檔檢核程式

* 死因檔;

* d_id 檔 : 84~96 年死亡人 + 死亡日期;

```
libname dead 'E:\data\data_dead';
data dead_a(rename=(d_date=d_date_o)); * 84~86 死因檔;
set dead.dead84ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead85ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead86ss(keep = id s d_date d_code birthday);
where s in ('1','2');
if id = " then delete;
length d_date_x $ 10.;
d_date_x = d_date;
run;
```



```
data dead_b(rename=(d_date=d_date_o)); * 87~97 死因檔;
set dead.dead87ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead88ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead89ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead90ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead91ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead92ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead93ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead94ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead95ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead96ss(keep = id s d_date d_code birthday)
dead.dead97ss(keep = id s d_date d_code birthday);

where s in ('1','2');
if id = " then delete;
```

```
length d_date_x $ 10.;
```

```
d_date_x = d_date;
```

```
run;
```

```
data dead1;
```

```
set dead_a dead_b;
```

```
run;
```

```
data dead0(keep = id s d_date d_code birthday);
```

```
set dead1;
```

```
length d_date $ 7.;
```

```
if substr(d_date_x,1,1) = '0' then d_date = substr(d_date_x,1,7);
```

```
else d_date = ('0' || substr(d_date_x,1,6));
```

```
run;
```

```
/*proc sort data = dead0 nodupkey; by id s d_date d_code birthday; run;
```

```
proc sort data = dead0 out = dead2 nodupkey; by id ; run;
```

```
*/
```

*因為死因檔 ID 有重複，(55 筆).取最早死亡者，再重串死因檔，取出欲保留的"唯一"死亡 ID 資料。;

*因死因檔 ID 有重複，取最早死亡者，作為死亡日期。1658637 筆(d_id);proc sql;

```
create table d_id as
```

```
(
```

```
select id as id, min(d_date) as d_date
```

```
from dead0
```

```
group by id
```

```
);
```

```
quit;
```

```
proc sort data = d_id; by id; run;
```

```
data libcd.d_id; set d_id; run;
```

```
libname libiv 'E:\data\data_hv';
```

```
libname out 'D:\HV_N\OUT';
```

```
libname libcd 'D:\HV_N\CD';
```

```
%let outpath=D:\HV_N\OUT;
```

```
%macro TT(YY,ACY);
```

```
data iv&YY;
```

```
set libiv.hv&YY.ss;
```

```
run;
```

```
proc sort data = iv&YY.; by id s ; run;
```

```
data A1;
```

```
merge iv&YY.(in=in_one) d_id;
```

```
by id;
```

```
if in_one;
```

```
run;
```

```
data A2 tt; *A2 保留 死亡日期為 090 以後，或空值者;
```

```
set A1;
```

```
f substr(d_date,2,2) >= "&YY." or d_date = " then output A2;
```

```
else output tt;
```

```
run;
```

```
data A3;
```

```
set A2;
```

```
where duprint in ('X','N','Y')
```

```
and (substr(acpt_date,1,8) <=: "&ACY.1231" or acpt_date = "")
```

```
and (valid_e_date >= "&ACY.0101" or valid_e_date = "")
```

```
and s in ('1','2')
```



```

and id ^= "
and '01' <=: iiv_type <=: '30'
;
*日期有空值時的篩選;
If cpt_date ^= " and appl_date ^= "
And cpt_date < appl_date then delete;

If valid_e_date ^= " and acpt_date ^= "
and valid_e_date < acpt_date then delete;

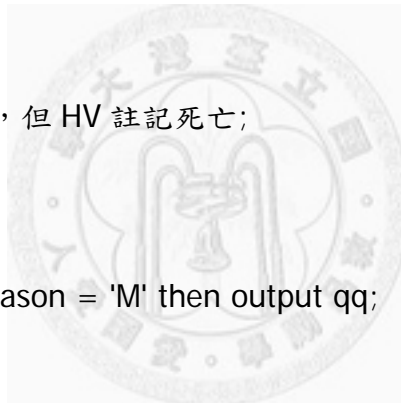
if valid_e_date ^= " and appl_date ^= "
and valid_e_date < appl_date then delete;
run;

```

```

*qq 指雖未抓到死亡日期，但 HV 註記死亡;
data A4 qq;
set A3;
if d_date = " and stop_reason = 'M' then output qq;
else output A4;
run;

```



```

proc sort data = A4 out = IV_&YY._end nodupkey; by id s iiv_type; run;
proc sort data=qq out = IV_&YY._m1 nodupkey;by id;run;
proc sort data=qq out = IV_&YY._m2 nodupkey;by id iiv_type;run;

```

```

data out.IV_&YY._end; set IV_&YY._end; run;
/*data out.IV_&YY._m1; set IV_&YY._m1; run;
data out.IV_&YY._m2; set IV_&YY._m2; run;
*/
%mend;

```



```
%macro RR(YY,ACY);
```

```
*做 T1 表，區分 sex * age ;
```

```
%macro age1; * 年齡分層方式;
```

```
LENGTH age1 $ 3;
```

```
select;
```

```
when( 0 <= age_y < 15) age1='000';
```

```
when(15 <= age_y < 45) age1='015';
```

```
when(45 <= age_y < 65) age1='045';
```

```
when(65 <= age_y      ) age1='065';
```

```
otherwise age1='999';
```

```
end;
```

```
%mend;
```

```
proc sort data = libcd.opip&YY. out = cd&YY._bir(keep = id s birthday) nodupkey;
```

```
*明細中的生日;
```

```
by id s;
```

```
run;
```

```
proc sort data = IV_&YY._end(keep = id s birthday hosp_id city hos iiv_type  
dise_code d_date) out = B1(rename=(birthday=iiv_bir)) nodupkey; * iiv!W³æ;
```

```
by id s iiv_type birthday;
```

```
run;
```

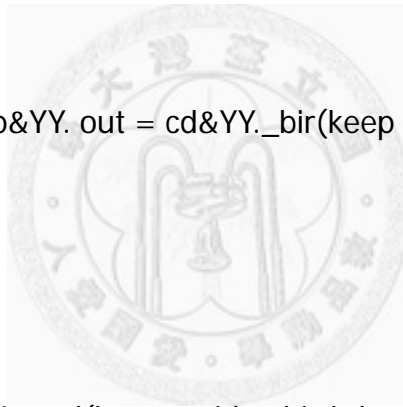
```
data B2;
```

```
merge B1(in=in_one) cd90_bir;
```

```
by id s;
```

```
if in_one;
```

```
run;
```



```

data iv_&YY._bir(drop = die x birth); * iiv 出生年有誤者，抓明細生日;
set B2;
length bir $ 8.;
if substr(iiv_bir,1,4) >: "&ACYY." or iiv_bir = "
then bir = substr(birthday,1,8);
else bir = substr(iiv_bir,1,8);

dead_date = put(substr(d_date,1,3) + 1911,4.) || substr(d_date,4,4);
birth=input(bir,yymmdd10.);
die=input(dead_date,yymmdd10.);
x=intck('day',birth,die);
age_d=(x/365.25);

age_y= put(substr("0&YY.",1,3) + 1911,4.) - put(substr(bir,1,4),4.);

%age1;
run;

data iv_&YY._bir; * iv_90_bir 為出表檔;
set iv_&YY._bir(rename=(birthday=cd_bir bir=birthday));
run;

*另存;
data out.iv_&YY._bir; set iv_&YY._bir; run;

data B4(keep = id s age1 iiv_type); * ¥X T1ai;
set iv_&YY._bir;
iiv_type = input(iiv_type,2.);
run;

```

```

filename out1 "&outpath.\TB0331_&YY._T1.xls";
PROC PRINTTO PRINT=out1 new; RUN;
options ps=30000 ls=256 nonumber nodate nocenter;
proc tabulate data = B4 formchar=" noseps;;
class s age1 iiv_type;
table (all iiv_type),
(all s age1*(all s))*f=10.*n=" /rts=8 misstext='0' condense;
run;
PROC PRINTTO ; RUN;

```

```

%mend;
%TT(90,2001);
*%RR(90,2001);

```

```

%TT(91,2002);
*%RR(91,2002);

```

```

%TT(92,2003);
*%RR(92,2003);

```



```

%macro TTN(YY,ACY);
data iv&YY.;
set libiv.hv&YY.ss;
run;
proc sort data = iv&YY.; by id s ; run;
data A1;
merge iv&YY.(in=in_one) d_id;
by id;
if in_one;
run;

```

```
data A2 tt;
set A1;
if substr(d_date,2,2) >= "&YY." or d_date = "" then output A2;
else output tt;
run;
```

```
data A3;
set A2;
where (substr(acpt_date,1,8) <= "&ACY.1231" or acpt_date = "")
and (valid_e_date >= "&ACY.0101" or valid_e_date = "")
and s in ('1','2')
and id ^= ""
and '01' <=: iiv_type <=: '30'
;
```

*日期有空值時的篩選;

```
if acpt_date ^= "" and appl_date ^= ""
and acpt_date < appl_date then delete;
```

```
if valid_e_date ^= "" and acpt_date ^= ""
and valid_e_date < acpt_date then delete;
```

```
valid_e_date ^= "" and appl_date ^= ""
and valid_e_date < appl_date then delete;
run;
```

*qq 指雖未抓到死亡日期，但 HV 註記死亡;

```
data A4 qq;
set A3;
if d_date = "" and (stop_reason = 'M' or duprint = '2') then output qq;
else output A4;
run;
```

```
proc sort data = A4 out = IV_&YY._end nodupkey; by id s iiv_type; run;
proc sort data=qq out = IV_&YY._m1 nodupkey;by id;run;
proc sort data=qq out = IV_&YY._m2 nodupkey;by id iiv_type;run;
```

```
data out.IV_&YY._end; set IV_&YY._end; run;
/*data out.IV_&YY._m1; set IV_&YY._m1; run;
data out.IV_&YY._m2; set IV_&YY._m2; run;
*/
```

```
%mend;
%TTN(93,2004);
*%RR(93,2004);
```

```
%TTN(94,2005);
*%RR(94,2005);
```

```
%TTN(95,2006);
*%RR(95,2006);
```

```
%TTN(96,2007);
*%RR(96,2007);
```

