

行政院衛生署委託科技研究計畫書

全民健保住院診斷關聯群制度
(Diagnosis Related Groups Payment System)
對健康照護模式之影響評估

全程研究報告

執行機構：社團法人台灣長期照護專業協會

計畫主持人：吳肖琪 教授

協同主持人：林麗嬋、吳義勇、洪燕妮

研究人員：葉馨婷、李曉伶、蘇美如、黃姝慈、

吳冠穎、吳秋芬、吳思霈

執行期間：100年01月07日至102年12月15日

**本研究報告僅供參考，不代表行政院衛生署意見

中文摘要

研究背景：我國於 2010 年正式推動住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)制度，預計五年內逐步導入，在此同時需密切觀察對醫療體系的影響，以便即時修正制度。

研究目的：全程三年期計畫，旨在評估 Tw-DRGs 導入前後，醫療服務提供者之行為改變、並將探討健保居家照護與急性後期照護(Post-Acute Care, PAC)需求評估，以及急性後期與長期照護服務之整合。

材料方法：本研究係以文獻查證、次級資料分析、問卷調查、深入訪談與專家會議進行；1) 文獻探討部分，探討 DRG 制度之設計及沿革，及美國包裹式支付(bundle payment)將 DRGs 及急性後期照護合併支付的最新試辦計畫，並綜覽美、英、澳急性後期照護模式之發展(包含對象、場域、評估方式及工具、服務團隊、服務內容等)及利用情形，進而瞭解我國急性後期照護服務執行現況，同時彙整國外整合式長期照護模式之文獻，以供未來我國急性後期照護與長期照護之間銜接之參考。2) 次級資料分析係利用 2008-2010 年衛生署統計室加值中心資料檔，2003-2011 年國家衛生研究院資料檔及 2008-2012 年衛生署統計室公告資料，分析 DRG 實施對住院利用及醫療資源之影響，並藉由分析再住院及超長住院情形及參考美國包裹式支付(bundled payment)方式，推估我國缺血性腦中風病人急性後期照護需求，及出院後病人之流向；3) 問卷調查係針對 2012 年執行中期照護試辦計畫機構之醫師及護理長為發送對象，以瞭解國內急性後期照護需求(如：哪些疾病、轉出狀態等)、銜接方式及提供急性後期照護能力之現況；4) 最後藉由深入訪談與專家會議提出急性後期照護模式、專業人力配置與支付之相關建議。

研究結果：

一、第一年探討我國導入 Tw-DRGs 對醫療體系之影響，結果發現，國外經驗顯示實施 DRGs 可使住院天數、住院費用、社會性住院及輔助性治療減少，使門診手術增加，急性病床數及小型醫院數減少情形；利用 2010 年健保資料分析，顯示申報 Tw-DRGs 之個案 30 日再住院率不高，但一般及特定案件 30 日再住院率分別高達 22.19% 和 24.54%，隨著再住院與超長住院率之升高易使逐年導入 Tw-DRGs 制度愈後期壓力愈大；而國內地區醫院呼吸器依賴者平均急性住院天數長達 121.63 天，顯示地區醫院已在提供 PAC 服務；建

議應盡速全面而非階段性導入 Tw-DRGs、規劃急性後期照護、現階段盡量加強住院大於 30 日之個案及急性住院適當性之管控。

- 二、第二年除延續第一年分析，對健保及醫療體系之影響外，主要探討導入 Tw-DRGs 後 PAC 需求，並提出健保於 PAC 之支付/給付建議，文獻彙整發現腦中風、髖/膝關節置換、髖關節骨折、慢性肺阻塞疾病、肺炎及心臟衰竭是美國常見之六大 PAC 個案；個案來源包含住院、手術、門診、急診等單位轉介之個案；英國中期照護團隊、澳洲高齡者評估小組、德國醫事鑑定服務處都是扮演評估者的角色；服務場域以社區或居家為主，並依個案之需求情形提供個案適切之服務；服務由跨專業團隊提供個案整合式照護服務，分為日常生活、緊急與醫療、設備與環境、及個人用品四大類。美國提出包裹式給付(Bundled payment)支付制度，於 2013 年推行試辦計畫。利用 2011 年百萬人抽樣檔分析發現國內實施 Tw-DRGs 後，Tw-DRGs、一般及特定案件之三日內再急診率、14 日和 30 日再住院率下降，一般及特定案件之再住院率雖有下降現象，但 2011 年數值仍高達 23.64%和 25.81%。資源盤點部分，Tw-DRGs 實施後，醫院總病床數並未減少，私立醫院床數有減少現象，護理之家家數及床數增加；推估我國腦中風急性後期需求部分，以合併 1 日內及 14 日內再住院情形進行推估，發現腦中風病人中約 16.98%-22.53%有 PAC 需求，若實施 PAC 照護則平均每人可節省住院天數 6.23-8.27 天、住院費用 35,252-42,077 元，且可減少 988-1,333 張病床的使用，顯示腦中風個案具有 PAC 照護需求，且實施 PAC 可提升資源之使用效率。本研究建議收案對象應以照護需求，納入常見且實務可執行之個案，包含復健類、感染類及造口類；個案來源部分，建議個案於急性期病情穩定，並完成相關檢驗及評估即可下轉至 PAC 單位；評估機制部分，建議設計「核心表單」及「選評項目」，「核心表單」應涵蓋所有 PAC 基本需求評估項目，「選評項目」則依不同照護需求而設計，而評估內容須反映照護結果，標準亦需具體化，避免過多專業人員同時執行，且定期評估個案以了解其恢復狀況；照護場域除了居家護理外，建議若有需求以 24 小時入住型照護機構為發展方向，然未來需加強其承接能力；服務項目應包含復健服務、護理服務及日常生活協助；護理人力及照顧服務員乃急性後期照護之重要人力，應提高其現有人力配置以確保人員之留任並維護個案之照護品質。
- 三、第三年除延續第二年分析，對醫療院所及長照機構病床資源變化之影響外，主要探討探討急性醫療與急性後期照護分工，與長期照護之銜接。文獻部分發現復健類、感染類及心臟衰竭是美國 PAC 個案前 20 名常見之疾病；英國為使個案接受照護後得以順利返家，提倡「離家更近的照護」，並證實居家

照護為最佳的急性後期照護模式；澳洲亦指定應在非醫院的環境中提供照護，提供公共生活空間，鼓勵家屬及訪客多陪伴個案，並鼓勵個案不要在床上進食。美國 PAC 個案自急性出院後，最常直接由醫院下轉至居家健康服務，其次是技術性護理之家；評估工具部分，美國先發展急性後期照護者的活動測量(Activity Measure for Post Acute Care, AM-PACTTM)及急性後期照護者的社交參與測量(Participation measure for post-acute care, PM-PAC)，之後連續性評估記錄(Continuity Assessment Record and Evaluation, CARE)整合各 PAC 單位評估工具；美國於 2013 年推行包裹式支付(Bundled payment)制度試辦計畫，此計畫分為八種模式，目前先執行模式一至四，著重在 DRGs 急性照護與急性後期照護之包裹，其中模式一至三屬於回溯性包裹式支付，模式四則屬於前瞻性包裹式支付。美國 PACE 模式是以社區為導向的照護系統，提供連續性的預防、初級照護、急性照護和長期照護服務。國內資源盤點部分，發現 Tw-DRGs 實施後(2010-2012 年)，醫院家數及總病床數僅略為下降，公、私立醫院病床數下降，法人醫院病床數上升，長期照護機構與護理之家機構數與床數皆增加；在推估我國缺血性腦中風急性後期需求部分，個案首次急性出院後之流向，以門診為最多，其次為門診復健，部分個案首次出院後會有再入院的情形，顯示多數個案是以較便宜的門診服務來接受後續照護。國內 PAC 現況部分，中期照護試辦計畫部立醫院方面，收案對象多為急性期住滿才下轉至 PAC，已為長照個案；服務場域部分，健保署公告之急性後期照護計畫中提及服務場域為區域及以下醫院病房，而部立醫院多數在醫院附設護理之家，另有醫院是設置於醫院病房中；提供之照護內容包含復健、傷口護理、管路照護等，但是否切合個案需求仍有待評估；目前 PAC 單位之人力配置及薪資多等同於護理之家，此部分亟待檢討與具體規劃。專家會議後建議收案對象部分，以特定可逆性個案作為優先推動之對象，並依其需求分類，包含復健類、感染類及心臟衰竭，造口類個案在此年度專家建議暫不納入急性後期照護收案；個案的動機及配合度與個案的心理層面支持是決定急性後期照護成效的關鍵；照護空間是否獨立應視照護單位之資源彈性調整；急性後期照護之人員配置不需要如急性醫療細分專業，醫師訪視頻率不需太過頻繁；建立急性後期照護模式時，應先將收案對象條件及嚴重度清楚定義以建立照護標準，並將服務項目區分為「共同項目」與「視個案需求項目」，依疾病別、嚴重度與身體功能狀況調整所需項目及頻率；付費方式需結合健保給付(復健及醫療部分)與民眾自付(生活照顧費用)，提升民眾使用急性後期照護之誘因。

結論建議：

1) 我國超長及再住院情形嚴重，若逐年導入 Tw-DRGs 制度，對解決再住院與超長住院率的壓力會愈大，值得衛生單位重視，政府宜將住院大於 30 日之個案納入管理，即早加強急性住院適當性之評估，以減少再住院及超長住院率；2) 國內民眾存在急性後期照護需求，我國在推動急性後期照護前，應先導入 Tw-DRGs，在尚未推動 Tw-DRGs 之項目施行急性後期照護，恐無法節省醫療資源；3) 應秉持「以較低成本服務替代昂貴服務，提升資源使用效率，維護民眾照護品質」之精神，進行急性後期照護制度之規劃；4) 急性後期照護對象建議以照護需求區分需照護功能類型，包含復健類、感染類及心臟衰竭；5) 建議初期可先以門診、居家及護理之家為發展場域，在社區提供急性後期照護相較於醫院病房，除較省錢外，可使個案接受功能復健及生活復健服務且較有家的感覺，並依場域別區分不同嚴重度之收案對象；6) 發展全國統一之急性後期照護評估機制，建議參考美國連續性評估記錄(CARE)發展多面向且統一化之評估工具；7) 急性後期照護之人力配置應介於急性醫療與長期照護之間，以鼓勵個案活動，練習生活復健，人員配置強調一人多工，視個案需求納入專業人員；8) 付費原則方面，建議復健及醫療相關費用由健保支付，生活照顧費用由民眾自付，針對支付制度設計則可參考美國包裹式給付設計；9) 在提供服務時需注意個案的心理層面支持，並鼓勵個案積極配合，會使急性後期照護成效較佳；10) 至於老人全方位照護計畫模式(PACE)部分，台灣目前尚無發展的環境，建議未來將符合入住護理之家之個案，結合健保及長照給付資源，使老人留在熟悉的社區。

關鍵詞：住院診斷關聯群制度、全民健康保險、急性後期照護

Abstract

Background: The Tw-DRGs (Taiwan Diagnosis Related Groups) system was introduced in Taiwan in January 2010, and will be gradually implemented within 5 years. At the same time, it needs closely observing the impact on the health care system in order to correct the system immediately.

Objectives: The main objectives of this study were to explore the trend of medical utilization and the need of post-acute care (PAC) in Taiwan after implementing Tw-DRGs, and also discussing how to manage across continuum among acute care, PAC and long-term care. We explored the trend of medical utilization after introducing Tw-DRGs.

Methods: In this study, we focused on literature review, secondary data analysis, questionnaire survey, in-depth interview and experts meeting. **1)** In the literature review section, we searched design and history of DRGs systems worldwide and also the newest bundled payment pilot program in the U.S. that put the payment of acute care and PAC together. We also reviewed models and utilization of PAC in the U.S., the U.K., Australia, and Taiwan, and the content included users, places, assessment methods and tools, care teams, and services, etc. which assisted us to further clarify the implementation status of PAC in Taiwan. Furthermore, we compiled literatures about integrated long-term care in other countries to offer more information on connection between PAC and long-term care. **2)** In secondary data analysis section, we used announced data from Department of Health in 2008-2012, and conducted secondary data analysis using dataset from National Health Research Institutes in 2003-2011 and Bureau of National Health Insurance in 2008-2010. We analyzed the impact on hospital utilization and medical resources after implementing Tw-DRGs, and also estimated PAC needs of ischemic stroke patients by analyzing readmission, prolonged length of stay and bundled payment method. **3)** In questionnaire survey section, we asked the physicians and nurses in PAC pilot program in 2012 to understand current needs of PAC, connection method and ability to provide PAC services. **4)** At last, we proposed suggestions for PAC model, professional staffing allocation and payment system by in-depth interview and experts meeting.

Result :

Important results in **the first study year** included: **1)** According to other countries' experiences, implementing DRGs could reduce length of stay, cost of hospitalization, and the number of acute hospital beds and small hospitals, but could increase the volume of outpatient surgeries. **2)** The readmission rate within 30 days in general cases and special cases were 22.19% and 24.54% respectively. High readmission rate and prolonged hospital stay rate made it more stressful to implement Tw-DRGs. **3)** Ventilator-dependent patients' average length of stay was 121.63 days in district hospitals. It meant PAC service has been served in district hospital. Study in the first year made us bring up some suggestions: It is important to manage the condition of over-30-days admission, to implement Tw-DRGs, and to plan PAC services as soon as possible.

The aim in the second year was to assess the need of PAC and propose payment suggestions. Important results in **second study year** included : **1)** Stroke, hip/knee replacement, hip fracture, chronic obstructive pulmonary disease, pneumonia and heart failure were the common six post-acute care cases in United States literatures. The sources of post-acute care cases weren't limited to hospitalized patients, and also from the surgery, outpatient, and emergency unit. The intermediate care team in UK, aged care assessment team (ACAT) in Australia, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung(MDK) in Germany all played the role in evaluators. Community and home-based were the main service fields. The services were provided by multidisciplinary team. It could be divided into daily life, emergency and medical care, equipment and the environment, and personal supplies four major categories. To save medical expenses, bundled payment has be proposed, the pilot project will expected to be implemented in 2013. **2)** After implement Tw-DRGs, the readmission emergency rate within 3days, readmission rate within 14 days and 30days of Tw-DRGs case, general case and special case did not increase. Although the readmission rate of general case and special case were decline, it reached up to 23.64% and 25.81% separately. After implement Tw-DRGs, the total hospital beds were on its way up. The beds in private hospital declined. The number of nursing homes increased. The study estimate post-acute care need by readmission within one day and 14 days. The needs of post-acute care in stroke patients were about 16.98% -22.53%. If Taiwan implements post-acute care, stroke patients could save 6.23-8.27 length of days,

35,252-42,077 NTD hospital expenses and 988-1,333 beds. It means stroke patients have the needs of post-acute care. **3)** The study suggest that the cases of post-acute care should be targeted to receive needed care, and they can be classified into rehabilitation type, infection type, and stoma type. It was suggested that before transferring to PAC, cases should be stable and take all the relevant inspection and evaluation. The evaluation items should be divided into "core items" and "optional items". Core items should cover the basic assessment of all PAC needs. Optional items should be designed by the care needs. The assessment should reflect the results of care and the standards need to be specific. It should be avoided that too many experts assessing the case at the same time, and cases need to be assessed periodically in order to understand their recovery status. In addition to home care was the better places to develop PAC. The proposed 24-hour check if it needs to care facilities for the development of type, then the need to strengthen their ability to undertake future. The services should include rehabilitation, nursing care and daily living assistance. Nurses and caregivers were important in post-acute care. It was important to improve the manpower allocation to ensure staffs retaining and to maintain the quality of care.

Important results in **third study year** included : **1)** We continued to update the development of DRG and post-acute care. The new parts included: Rehabilitation type, infection type, and heart failure cases were the top twenty common DRGs diseases in post-acute care. The purpose of post-acute care was to prevent unnecessary hospital admission. The cases were cared at home or in the community rehabilitation facilities after discharge. The U.K. advocated "care closer to home", which meant to make cases return home smoothly and confirm care at home as the best post-acute care model. Australia also emphasized that post-acute care should be provided in a non-hospital environment. After discharging from acute care, the post-acute care cases were often transferred from hospitals to home care (23.1%), followed by skilled nursing facility (17.1%), and about 7.8% of cases used both. Activity measure for post-acute care (AM-PAC™) and Participation measure for post-acute care (PM-PAC) had been developed in the U.S. Also, Continuity Assessment Record and Evaluation (CARE) integrated the evaluation tools in four post- acute care units in the U.S. In order to save money on medical use, the U.S. implemented bundled payment pilot project in 2013. The project designed eight models. The current execution included one to four models, with an emphasis on bundling acute care and post-acute care. Model one to three were retrospective

payment methods. Model four was a prospective payment method. The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) was based on community-oriented care systems. It provided continuous prevention, primary care, acute care and long-term care services. **2)** After implementation of Tw-DRGs, the number of hospitals and total hospital beds decreased slightly; beds in public and private hospitals also decreased, but beds in corporation hospitals increased; number and number of beds of long-term care institutions and nursing home both increased. Taking ischemic stroke patients as an example to estimate PAC need in Taiwan. After discharge, patients used ambulatory care most, and the second was rehabilitation in outpatient department; some patients had readmission. It showed that most cases used cheaper ambulatory care after discharge. **3)** In the PAC pilot program of MOHW (Ministry of Health and Welfare), the cases often stayed in the hospitals for a long time before they transferred to PAC, which made them more suitable for long-term care, not PAC. About the place, the pilot program set in nursing home at hospitals and also hospital beds, while a new program set only in hospital beds. The PAC facilities offered rehabilitation, wound care, and tube care etc., but it should be estimated that if the services matched patients' needs. It also needs to examine and plan the workforce and their salaries in PAC services, while they most are the same with nursing home now. **4)** The experts recommended that PAC should include specific reversible cases in advance and classify them into rehabilitation type, infection type, and heart failure. The motive, cooperation, and mental support of cases are the key point to successful PAC. The workforce do not need to over-specialize like acute care, and physicians don't need to visit too often. Before establishing PAC model, it should clearly define case inclusion criteria and severity levels in order to set care standard, and distinguishing service into "common" and "need-based". The financial source should combine National Health Insurance (for rehabilitation and medical services) and users (for living care).

Conclusions:

1) With implementation of Tw-DRGs, it will be more stressful to solve the problems of high readmission and prolonged length of stay rate. The government should manage the cases whose length of stay is over 30 days, reduce readmission and prolonged length of stay rate, develop PAC, and monitor the trend of medical utilization. **2)** We do need PAC in Taiwan, but before PAC, we should implement Tw-DRGs first. It cannot reduce cost if we carry out PAC without Tw-DRGs. **3)**

While planning PAC, the government should uphold the principle that “services with a lower cost, improvement of resource utilization efficiency, and maintenance of quality of care.” **4)** We suggest that PAC cases should be classified into rehabilitation type, infection type, and heart failure, based on their care need. **5)** The care place at first can be outpatient department, home/community and nursing home, and patients with different severity levels enter different places. Comparing to hospital beds, PAC in community offers home-like environment, which is more comfortable for the cases. PAC services provided in the community can make the cases accept functional and daily rehabilitation services. The cases with different severity levels enter different places. **6)** It needs to develop a nation-wide PAC evaluation method, and can learn the CARE tool in the U.S. which is a multi-dimensional and unified evaluation tool. **7)** The workforce arrangement should be between acute care and long-term care, and not too specialized. They encourage cases to do activities and daily rehabilitation. **8)** The financial source can be divided into two parts: from National Health Insurance for rehabilitation and medical services and from users for living care. The payment system should refer to bundled payment in the U.S. **9)** Providers should pay attention to the cases’ mental support and encourage them to cooperate, which make the outcomes better. **10)** Until now, environment in Taiwan has not been suitable for developing PACE. We suggest that for the cases who suit living in nursing home, the government should combine health insurance and long-term care resources for them, and make them stay in familiar communities.

Key words : DRGs 、 National Health Insurance 、 Post-Acute Care

目錄

中文摘要.....	i
Abstract.....	i
目錄.....	i
表目錄.....	ii
圖目錄.....	v
第一章 緒論.....	1
第一節 前言.....	1
第二節 研究目的.....	3
第二章 材料與方法	5
第三章 結果.....	13
第一節 國內外 DRGs 支付制度之設計與沿革.....	13
第二節 國內外導入 DRGs 制度對醫療體系及醫療行為之影響.....	34
第三節 國外急性後期照護模式.....	76
第四節 國內急性後期照護模式.....	148
第五節 台灣急性後期照護需求之推估-以缺血性腦中風個案為例	184
第四章 討論.....	190
第五章 結論.....	196
第六章 建議.....	203
參考文獻.....	205
附錄一：問卷發放機構及深入訪談機構名單.....	210

表目錄

表 3-1-1	各國實施 DRGs 支付制度年代.....	15
表 3-1-2	不同版本 Medicare DRGs 比較.....	19
表 3-1-3	各 DRG 系統簡介.....	24
表 3-1-4	比較美國、澳洲及荷蘭病例對照組合系統.....	29
表 3-1-5	比較日本及美國所創立之病例對照組合系統.....	30
表 3-1-6	我國導入論病例計酬/Tw_DRGs 之沿革.....	33
表 3-2-1	OECD 國家每萬人口急性病床數.....	35
表 3-2-2	各國導入 DRGs 前後五年每萬人口急性病床數之消長.....	36
表 3-2-3	2008-2012 年醫院家數與病床數變化情形.....	39
表 3-2-4	2008-2012 年 22 縣市醫院家數與病床數.....	40
表 3-2-5	2008-2012 年 22 縣市醫院家數與病床數年成長率(單位：%).....	41
表 3-2-6	2008-2012 年 17 醫療區域醫院家數與病床數.....	42
表 3-2-7	2008-2012 年 17 醫療區域醫院家數與病床數年成長率(單位：%).....	43
表 3-2-8	2008-2012 年不同權屬別醫院家數與病床數.....	44
表 3-2-9	2008-2012 年不同權屬別醫院家數與病床數年成長率(單位：%).....	44
表 3-2-10	2008-2010 年不同層級別醫院家數與病床數.....	45
表 3-2-11	2008-2010 年不同層級別醫院家數與病床數年成長率(單位：%).....	45
表 3-2-12	2008-2012 年長期照護資源變化情形.....	46
表 3-2-13	比較瑞士實施與未實施 DRGs 區域之住院情形變化.....	47
表 3-2-14	2003-2011 年不同案件類別住院者申報案件數.....	48
表 3-2-15	OECD 國家平均急性住院天數.....	50
表 3-2-16	各國導入 DRGs 前後五年平均急性住院天數之消長.....	51
表 3-2-17	2003-2011 年不同案件類別住院者平均急性住院天數與費用.....	53
表 3-2-18a	2008-2010 年不同評鑑等級醫療院所平均急性住院天數變化-未排除呼吸照護個案.....	55
表 3-2-18b	2008-2010 年不同評鑑等級醫療院所平均急性住院天數變化-排除呼吸照護個案.....	56
表 3-2-19a	2008-2010 年不同分局醫療院所平均急性住院天數變化-未排除呼吸照護個案.....	57
表 3-2-19b	2008-2010 年不同分局醫療院所平均急性住院天數變化-排除呼吸照護個案.....	58
表 3-2-20a	2008-2010 年不同權屬別醫療院所平均急性住院天數變化-未排除呼吸照護個案.....	59
表 3-2-20b	2008-2010 年不同權屬別醫療院所平均急性住院天數變化-排除呼吸照護個案.....	59
表 3-2-21a	2008-2010 年不同評鑑等級醫療院所平均急性住院費用變化-未排除呼吸照護個案.....	61

表 3-2-21b	2008-2010 年不同評鑑等級醫療院所平均急性住院費用變化-排除呼吸照護個案	62
表 3-2-22a	2008-2010 年不同分局醫療院所平均急性住院費用變化-未排除呼吸照護個案	63
表 3-2-22b	2008-2010 年不同分局醫療院所平均急性住院費用變化-排除呼吸照護個案	64
表 3-2-23a	2008-2010 年不同權屬別醫療院所平均急性住院費用變化-未排除呼吸照護個案	65
表 3-2-23b	2008-2010 年不同權屬別醫療院所平均急性住院費用變化-排除呼吸照護個案	65
表 3-2-24	2003-2011 年不同案件類別住院者平均住院申報診斷數.....	66
表 3-2-25	2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之門診人次變化.....	67
表 3-2-26	2008-2011 年不同案件類別住院者住院前七日內門診使用情形.....	69
表 3-2-27	2008-2011 年不同案件類別住院者三日內再急診情形.....	70
表 3-2-28	2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之 90 日內再住院率變化.....	71
表 3-2-29	2003-2011 年不同案件類別住院者 14、30 日內再住院情形.....	73
表 3-2-30	2003-2011 年不同案件類別住院者超長住院情形.....	75
表 3-3-1	急性後期、中期照護、過渡性照護之定義.....	82
表 3-3-2	美國文獻針對急性後期照護個案之定義.....	83
表 3-3-3	急性後期照護之常見疾病或處置.....	86
表 3-3-4	北愛爾蘭中期照護計畫接受轉介來源的計畫數.....	88
表 3-3-5	各國急性後期照護天數之限制.....	89
表 3-3-6	英國各中期照護單之簡介及照護成效結果.....	93
表 3-3-7	美國、英國及澳洲各服務場域之服務項目	96
表 3-3-8	美國 Medicare PAC 支付制度	99
表 3-3-9	美國包裹式支付照護改善計畫八種模式.....	106
表 3-3-10	美國包裹式支付照護改善計畫模式比較.....	109
表 3-3-11	AM-PACT™各階段之內容.....	116
表 3-3-12	AM-PACT™電腦版及紙本版之比較.....	116
表 3-3-13	1994-1995 年常見之 20 類 DRGs 個案分析其出院後 60 天內急性後期照護利用	126
表 3-3-14	2006 年美國急性後期照護個案常見前 20 名 DRG 疾病及至各急性後期照護機構接受服務之比例.....	127
表 3-3-15	2005-2006 年美國急性住院個案出院後首次使用急性後期照護者情形之分布	128
表 3-3-16	2006 年美國急性後期照護個案之利用情形和支出費用	129
表 3-3-17	2006 年美國急性後期照護個案依疾病嚴重度分類之利用情形和支出費用 ...	130
表 3-3-18	2006 年美國急性後期照護個案的移轉模式分析、支付及使用情形.....	133
表 3-3-19	北愛爾蘭中期照護計畫分類概要.....	136

表 3-3-20	各類計畫中使用者的平均住院天數.....	137
表 3-3-21	2004-2005 年北愛爾蘭中期照護各計畫下平均每人費用.....	138
表 3-3-22	北愛爾蘭中期照護計畫下，不同居住地點之每週費用.....	139
表 3-3-23	過渡性照護服務使用者身體功能情形—以照護型態分組.....	141
表 3-3-24	過渡性照護服務使用者在接受服務後的 3 個月及 6 個月個案再住院及死亡情形.....	142
表 3-3-25	美國之老人全方位照護計畫模式發展大事記.....	145
表 3-4-1	國內執行急性後期照護情形.....	149
表 3-4-2	急性後期照護單位個案來源及收案對象.....	153
表 3-4-3	急性後期收案對象之討論.....	154
表 3-4-4	各急性後期照護場域之優劣勢分析及建議.....	157
表 3-4-5	急性後期照護技術性護理服務頻率—復健需求類個案共同項目.....	160
表 3-4-6	急性後期照護技術性護理服務頻率—復健需求類個案依疾病別項目.....	161
表 3-4-7	急性後期照護技術性護理服務頻率—感染類個案共同項目.....	162
表 3-4-8	急性後期照護技術性護理服務頻率—感染類個案依疾病別項目.....	163
表 3-4-9	急性後期照護生活照顧服務頻率—復健需求類個案.....	165
表 3-4-10	急性後期照護復健服務頻率—腦中風個案.....	167
表 3-4-11	急性後期照護復健服務模式-腦中風個案.....	168
表 3-4-12	急性後期照護復健服務頻率—其他復健需求類個案.....	168
表 3-4-13	急性後期照護營養服務頻率.....	169
表 3-4-14	急性後期照護社工服務頻率.....	169
表 3-4-15	國內急性後期照護單位之人力配置.....	171
表 3-4-16	國內急性後期照護單位之各類人員訪視頻率.....	172
表 3-4-17	各單位對急性後期照護之人力及訪視頻率建議.....	173
表 3-4-18	急性後期照護機構個案評估機制.....	175
表 3-4-19	美國 CARE 評估工具、義大醫院建議表單及長照保險評估量表之比較.....	176
表 3-4-20	國內急性後期照護單位收費標準及項目.....	179
表 3-4-21	部立醫院急性後期照護服務模式計畫成效彙整.....	181
表 3-5-1	2009 年缺血性腦中風新個案首次住院天數和住院費用(N=18,350).....	184
表 3-5-2	2009 年缺血性腦中風新個案自首次入院日起半年內住院利用 (N=18,350)....	184
表 3-5-3	2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內住院利用 (N=18,350).....	186
表 3-5-4	2009 年缺血性腦中風新個案自首次入院日起半年內門診利用.....	187
表 3-5-5	2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內門診利用.....	187
表 3-5-6	2009 年缺血性腦中風新個案自首次入院日起半年內門診復健利用.....	188
表 3-5-7	2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內門診復健利用.....	188
表 3-5-8	2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內利用之分布情形.....	189

圖目錄

圖 2-1	以決策樹推估我國住院病人急性後期照護之需求	8
圖 2-2	美國急性後期照護包裹式支付定義-Fixed Episode from Index Discharge	10
圖 2-3	美國急性後期照護包裹式支付定義-Initiating & Protated	11
圖 3-1-1	歐洲各國發展 DRGs 支付制度歷程	16
圖 3-1-2	美國醫療體系支付制度沿革	17
圖 3-1-3	澳洲 AP-DRG 分類系統	25
圖 3-2-1	各國導入 DRGs 前後五年每萬人口急性病床數之消長情形	36
圖 3-2-2	各國每萬人口急性病床數及平均急性住院天數相對消長情形	37
圖 3-2-3	2008-2012 年醫院病床數變化	38
圖 3-2-4	2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之住院情形變化	47
圖 3-2-5	2008-10 年不同案件類別住院者申報案件數	48
圖 3-2-6	各國導入 DRGs 前後五年平均急性住院天數之消長情形	51
圖 3-2-7	2003-2010 年不同案件類別住院者平均急性住院天數與費用	53
圖 3-2-8	2003-10 年不同案件類別住院者平均住院申報診斷數	67
圖 3-2-9	2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之門診人次變化	67
圖 3-2-10	2008-2010 年不同案件類別住院者住院前七日內門診使用情形	69
圖 3-2-11	2008-2010 年不同案件類別住院者三日內再急診情形	70
圖 3-2-12	2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之 90 日內再住院率變化	71
圖 3-2-13	2003-2010 年不同案件類別住院者 14、30 日內再住院情形	72
圖 3-2-14	2003-2010 年不同案件類別住院者超長住院情形	74
圖 3-3-1	中期照護相互依賴關係	80
圖 3-3-2	2004 年復健機構之個案常見的疾病型態	87
圖 3-2-3	2003-2011 年 Medicare 各類急性後期照護服務之單位數量分布	91
圖 3-3-4	美國急性後期照護包裹式支付照護片段	105
圖 3-3-5	美國急性後期照護包裹式支付計畫模式一至模式四	108
圖 3-3-6	中期照護評估流程圖—以居家復健計畫為例	120
圖 3-3-7	澳洲過渡性照護服務之流程	122
圖 3-3-8	1993-2010 年美國 Medicare 急性後期照護服務之支出情形	124
圖 3-3-9	2006 年美國急性後期照護個案 Medicare 支出分布	131
圖 3-3-10	2006 年美國急性後期照護個案 Medicare 支出分布-以 APR-DRG 嚴重度分組	131
圖 3-3-11	2006 年美國急性後期照護個案 Medicare 支出分布-以 MS-DRG 嚴重度分組	132
圖 3-3-12	2006 年美國急性後期照護個案之機構間移轉分布	134
圖 3-3-13	2006 年美國急性後期照護個案之機構間移轉平均使用日數(或次數)與支出	135

圖 3-3-14	2004-2005 年轉至中期照護服務之人數及計畫中實際使用人數.....	136
圖 3-3-15	2004-2005 年中期照護服務各計畫使用之人數.....	137

第一章 緒論

第一節 前言

美國 1983 年實施住院診斷關聯群(Diagnosis Related Groups, 以下簡稱 DRGs) 制度，目的是促使醫院有效率地提供服務，並減緩醫療支出成長(Guterman & Dobson, 1986; Guterman et al., 1988)，以達有效監測照護品質與醫療利用(Guterman et al., 1986)。國外實施 DRGs 制度後，對醫療行為及醫療體系產生許多影響，例如病床數(OECD, 2010)、住院天數(OECD, 2010; Guterman et al., 1988; Chulis, 1991)、住院費用(Menke et al., 1998)下降，醫院家數減少(Beck, 1985; English, Sharfstein et al., 1986; Rutledge et al., 1998)，急性後期或長期照護病人佔用急性病床的情形減少，門診(Muller, 1993)、急性後期照護(Post-Acute Care, 以下簡稱 PAC)需求增加，然亦有病情未穩定即出院(Rubenstein et al., 1990)、再住院率(Guterman et al., 1986; Kosecoff et al., 1990; Feinglass et al., 1991)及醫院浮報(upcoding) (HHS, 1999)情形增加之現象。美國老人醫療保險(Medicare)實施 DRGs 後，醫院鼓勵病人提早出院，因而出現 PAC 需求(戴桂英等，2006)。

我國自民國 84 年實施全民健保以來，即開始實施論病例計酬支付制度，首先試辦自然產及剖腹產，之後逐步擴大論病例計酬至 50 餘項。民國 99 年 01 月 01 日開始在住院醫療推動臺灣版住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, 以下簡稱 Tw-DRGs) 制度，初步規劃將以五年時間逐年導入，國內導入 DRGs 制度之同時，其對醫療體系之影響應予密切觀察、正確的評估，了解其對費用控制之效果及病人之照護品質之影響，及時針對制度進行修正。國外 DRGs 制度之經驗發現將衍生亞急性照護之需求增加，國內亞急性照護需求將呈現何種變化，需提早評估因應。本計畫旨在評估 Tw-DRGs 導入前後，醫療服務提供者之行為改變、健保居家照護與急性後期照護(Post-Acute Care, PAC)需求評估，以及與長期照護之整合，擬分三年的時間，透過文獻查證、次級資料分析、問卷調查、深入訪談及專家會議等方法，對國內 DRGs 制度之影響進行深入的評估；除建立

相關實證研究，作為國際學術研究以及推動 DRGs 制度國際之立論外，亦可提供作為未來健保支付制度改革與醫療體系規劃之參考。

第二節 研究目的

本計畫全程總計以三年進行，計畫全程研究目的及各年計畫目的分別如下：

一、 全程研究目的

- (一) 瞭解國內導入 Tw-DRGs 制度對醫療體系之影響。
- (二) 探討導入 Tw-DRGs 後急性後期照護需求，並提出健保於急性後期照護之支付/給付建議。
- (三) Tw-DRGs 制度下，探討急性醫療與急性後期照護分工，與長期照護之銜接。

二、 第一年研究目的：瞭解國內導入 Tw-DRGs 制度對醫療體系之影響

- (一) 利用文獻或重要網頁資料收集分析實施 DRGs 支付制度國家之支付制度變革、醫療體系變化(如病床數與醫院之消長)及其對醫療行為之影響。
- (二) 利用健保次級資料針對 2010 年推動之 Tw-DRGs 支付項目，分析其導入前後醫療照護模式與醫院行為之改變。
- (三) 挑選已導入 Tw-DRGs 之冠狀動脈氣球擴張術、冠狀動脈繞道手術、全髖關節置換及全膝關節置換等四類手術或處置，進行實施 Tw-DRGs 制度前後醫療利用、費用及照護品質之比較。
- (四) 召開專家會議，綜合文獻查證及資料分析結果，評估 Tw-DRGs 制度導入前後，居家照護之需求變化及推動 PAC 之必要性。

三、 第二年研究目的：探討導入 Tw-DRGs 後急性後期照護需求，並提出健保於急性後期照護之支付/給付建議

- (一) 利用文獻或重要網頁資料，收集實施急性後期照護國家(美國、英國、澳洲及德國)之發展情況，內容包含發展歷程、服務模式、收案對象、服務內容、服務利用情形與支付/給付方式等。
- (二) 利用國衛院百萬抽樣歸人檔針對 2010-2011 年推動之 Tw-DRGs 支付項目，分析其導入前後醫療照護模式與醫院行為之改變。
- (三) 利用衛生福利部統計處公告之 2011 年衛生統計資料，分析醫療院所及長期照護

機構導入Tw-DRGs前後2008-2011年之病床資源變化。

- (四) 利用 2008-2010 年健保次級資料，以合併再住院及超長住院之方式推估國內腦中風個案急性後期照護需求。
- (五) 利用問卷調查及深入訪談瞭解急性後期照護各單位收案對象(收案條件、評估機制等)、銜接方式(透過什麼部門、如何聯繫等)、結案條件與下轉機制、服務及人力(服務內容及頻次、人員類型及配置等)、及設施與成本等現況。
- (六) 召開專家會議，綜合文獻查證、資料分析、問卷調查及深入訪談結果，研擬 PAC 模式、專業人力配置與支付/給付內容之建議。

四、 第三年研究目的：Tw-DRGs 制度下，探討急性後期照護與急性醫療分工，與長期照護之銜接

- (一) 持續更新美國 DRGs 支付制度之變革及實施急性後期照護之國家(美國、英國、澳洲及德國)發展情況之文獻；同時利用文獻或重要網頁資料收集美國包裹式支付與美國老人全方位照護計畫資料。
- (二) 利用衛生福利部統計處公告之2012年衛生統計資料，分析醫療院所及長期照護機構導入Tw-DRGs前後2008-2012年之病床資源變化。
- (三) 利用 2008-2010 年健保次級資料，以美國包裹式支付方式推估國內缺血性腦中風個案急性後期照護需求。
- (四) 針對腦中風、髖關節置換、膝關節置換、心臟衰竭及需抗生素注射之個案，分別擬出幾種不同情形，藉由深入訪談收集急性後期照護服務模式、人力配置及照護成本等議題收集相關資料。
- (五) 召開專家會議，綜合文獻查證、資料分析、及深入訪談結果，提出國內急性後期照護與急性醫療、長期照護之分工、銜接與給付支付之建議。

第二章 材料與方法

本研究主要利用文獻查證、次級資料分析、問卷調查及專家座談會等方式，探討導入 Tw-DRGs 制度對國內醫療體系、住院照護模式與行為之衝擊，同時瞭解導入 Tw-DRGs 後急性後期照護需求，並提出健保於急性後期照護之支付/給付建議，並探討急性醫療與急性後期照護分工，與長期照護之銜接瞭解國內導入 Tw-DRGs 制度對醫療體系之影響。

一、文獻查證

- (一) 第一年：彙整經濟合作與發展組織(Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD)、行政院衛生署統計室等網站資料，並收集實施 DRGs 國家之相關文獻，整理各國 DRGs 制度設計與沿革，利用重要關鍵字搜尋學術期刊，探討美國等數個國家在推行 DRGs 制度之後，對醫療體系及醫療行為之影響與衝擊。
- (二) 第二年：主要針對「急性後期照護服務之發展歷程」、「急性後期照護服務之利用情形」、「急性後期照護服務之服務模式」等三部分進行文獻之收集與彙整。於各國急性後期照護服務發展歷程的部分，針對目前已實施 PAC 之國家，如美國、英國、澳洲及德國，收集其急性後期照護之發展情況並加以彙整；針對急性後期照護服務之服務模式，本研究系統性搜尋國外相關文獻資料，了解美國、英國及澳洲急性後期照護之收案對象、服務內容與支付/給付方式等；針對急性後期照護服務利用情形的部分，則統整美、英兩國其急性後期照護服務之利用情形，包含人數、人次、費用及照護結果等。
- (三) 第三年：持續更新美國 DRG 的發展及各國急性後期照護發展情況，更新部分包含：(1)彙整美國各類 DRGs 系統之發展與介紹；(2)系統性搜尋美國、英國及澳洲相關文獻資料，瞭解急性後期照護之費用支出、個案服務使用流向等服務利用情形；(3)美國急性後期照護單位中常見的評估工具；(4)美國於 2013 年

推行包裹式支付制度，其試辦模式之內容及優缺點；(5)簡介美國老人全方位照護計畫的發展歷程、適用對象及服務內容。

二、 健保次級資料分析

(一) 利用健保次級資料分析 2010-2011 年推動之 Tw-DRGs 支付項目，其導入前後醫療照護模式與醫院行為之改變。

1. 資料來源：

(1) 第一年：使用行政院衛生署統計室釋出之 2008-2010 年「門診處方及治療明細檔」、「門診處方及治療醫令明細檔」、「住院處方及治療醫令明細檔」、「醫療機構服務量檔」，2003-2010 年「住院處方及治療明細檔」(註：2003-2007 年資料來源為國家衛生研究院)。

(2) 第二年：利用 2010-2011 年國家衛生研究院釋出之「門診處方及治療明細檔」、「門診處方及治療醫令明細檔」、「住院處方及治療醫令明細檔」百萬抽樣歸人檔及「醫事機構基本資料檔」進行分析。

2. 研究對象：

(1) 所有住院人次：依照當次住院之案件分類申報類別分為申報一般案件、論病例計酬/Tw-DRGs 與特定(含其他)案件者；排除當次住院人次之就醫科別為「精神科」者。

(2) 特定處置：依住院人次當次住院接受之處置分為冠狀動脈氣球擴張術(percutaneous transluminal coronary angioplasty，以下簡稱 PTCA)、冠狀動脈繞道手術(coronary artery bypass graft，以下簡稱 CABG)、全髖關節置換(total hip replacement，以下簡稱 THR)、全膝關節置換(total knee replacement，以下簡稱 TKR)住院人次。

(3) 備註：針對原第一年所挑選分析之四類手術或處置(PTCA、CABG、THR、TKR)，由於申報論病例計酬者其醫療利用未有明顯變化，推測原因為此四類處置已導入論病例計酬多年，故申報醫療利用情形已趨穩定，因此

於第二年將不再進行後續分析。

- (4) Tw-DRGs 支付標準排除項目：分為癌症、後天免疫缺乏症候群、凝血因子異常之住院人次。
 - (5) 醫院層次：依各醫療院所(含婦產科診所) 2008-2010 年全民健保申報檔之上述住院人次申報筆數進行歸戶(每家醫院每年度的健保申報資料歸為一筆)後，分析各醫院之提供醫療服務情形。
3. 分析內容：包括申報案件數、住院申報診斷數、醫療利用(住院次數、平均住院天數等)與費用(每案件平均費用、各類個案整體醫療費用、住院前費用)以及照護品質(再急診、再住院情形及超長住院)等。

(二) 分析醫療院所導入 Tw-DRGs 前後病床資源之變化

1. 資料來源：

- (1) 第一年：使用行政院衛生署統計室釋出之 2008-2010 年「門診處方及治療明細檔」、「門診處方及治療醫令明細檔」、「住院處方及治療明細檔」、「住院處方及治療醫令明細檔」、「醫療機構服務量檔」。
- (2) 第二年及第三年：彙整行政院衛生署統計室公告之 2011-2012 年衛生統計系列資料。

2. 分析內容：

- (1) 由宏觀面探討醫療體系在 Tw-DRGs 實施前後(2008-2012 年)醫院急慢性病床數之變化。
- (2) 分析不同區域劃分方式(包含全國、健保六大分局別、縣市別)、不同層級別、不同權屬別之醫院，其急慢性許可床數、開放床數及使用床數之變化。
- (3) 分析各類長期照護機構之家數、床數或服務量的變化情形。

(三) 推估國內急性後期照護需求

1. 資料來源：使用 2008-2010 年之全民健保「門診處方及治療明細檔」、「門診處方及治療醫令明細檔」、「住院處方及治療明細檔」、「住院處方及治療醫令明細檔」、「醫療機構服務量檔」及「死因統計檔」，用以推估國內急性後期照護需求。
2. 第二年：以決策樹分析

本研究參考美國常見之急性後期照護相關疾病，選擇2009年「腦中風」之住院個案為例，分析其急性後期照護利用，針對急性後期照護利用之推估方式，係以再住院、超長住院定義為急性後期之概似指標(proxy)，並採決策樹分析(圖2-1)，推估實施急性後期照護可擷節之住院醫療費用及住院天數，以了解我國急性後期照護之需求。

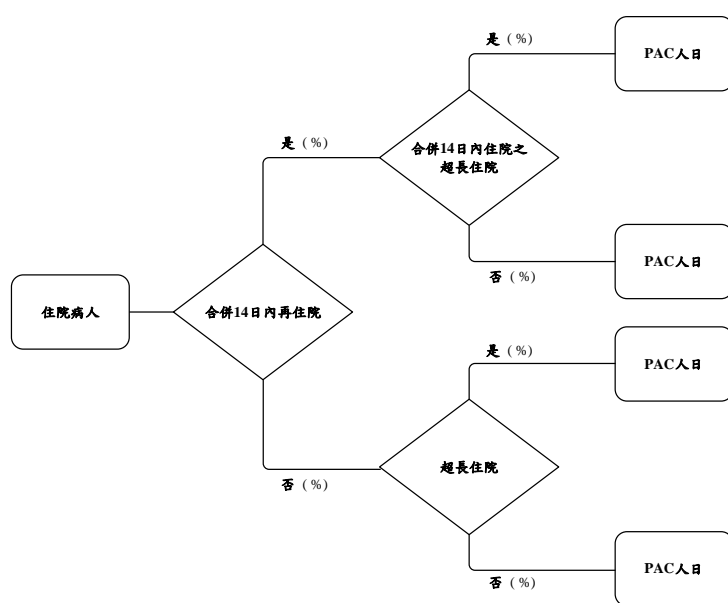


圖 2-1 以決策樹推估我國住院病人急性後期照護之需求

- (1) 研究對象：本計畫參考美國常見之急性後期照護相關疾病，選取2009年「腦中風」之住院個案進行分析，係以2009年「住院醫療費用清單明細檔」擷取主診斷碼為ICD-9-CM碼為430-437者，另參考國外文獻，排除當次住院期間(index hospitalization) (Kane et al., 2002)及出院後30日內死亡者(Buntin et al., 2010)。

(2) 急性後期照護需求之推估：

- 1) 追蹤入院起15/30/45/60/90/180日內之醫療利用：分別以2009年之「腦中風」住院個案之首次住院日期及首次出院日期為基準，追蹤其15/30/45/60/90/180日內住院及門診申報資料。
- 2) 分析「再住院」與「超長住院」情形：分別計算研究個案之1日及14日內再住院次數、天數與費用，其次，分別合併1日及14日內再住院之人日，以不同超長住院定義方法計算超長住院人日與費用。
 - A. 「再住院」：自個案於2009年首次住院日期為起點往後追蹤半年，分別檢視是否有1日或14日內再住院情形，並分別將1日或14日內再住院合併為同一次住院，倘若「再住院日期－前次出院日期」個別大於1、14日，則該筆住院及後續住院利用皆不納入計算。
 - B. 「超長住院」：合併當次住院與再住院人日(若無再住院者則檢視當次住院)後，利用「>30日」(參考中央健保局公告定義)及「90百分位(為DRG給付費用上限臨界點)」兩種方式定義超長住院；前者係以合併當次住院與再住院人日後之天數>30日定義，後者則將研究個案當次住院天數由小至大排列後取90百分位定義為超長住院切點。超長住院人日以合併當次住院與再住院人日後之天數減去超長切點前之天數，超長住院費用則以生命表(life table)之概念進行估算。
 - C. 推估急性後期照護需求：以決策樹分析(decision tree analysis)推估個案之急性後期照護需求，急性後期照護需求為推估住院利用之部分，當個案發生再住院或超長住院情形時，計算其再住院及超長住院期間之住院利用，包含再住院次數、再住院及超長住院期間之住院天數及費用。

3. 第三年：使用美國包裹式支付制度推估國內急性後期照護需求

以缺血性腦中風為例分析其門診及住院就醫利用，並參考國內外相關文獻，以不同方式定義急性後期照護需求，以進行國內急性後期照護疾病之需求推估。

(1) 研究對象：

- 1) 擷取主診斷為缺血性腦中風者(ICD9-CM 433, 434, 436)。
- 2) 新個案係同時符合以下兩個條件：(1)以當次住院前1年無相關疾病住院利用；(2)當次住院前60天無相關疾病門診利用及居家護理服務使用。

(2) 急性後期照護需求推估：

- 1) 個案服務利用之起始點擬區分為「自入院日計算」及「自首次住院之出院日後計算」兩種方式。
- 2) 個案之門診或住院利用擬分別自起始點固定往後追蹤30、60、90、180日(Fixed episodes)(圖2-2)，並針對個案於追蹤期間內最後一次之服務利用，分別以「完整計算(Initial)」與「等比例計算(Prorated)」之方式進行計算(圖2-3)。
- 3) 擬嘗試計算個案自利用起始點至回歸社區間之門診及住院利用。

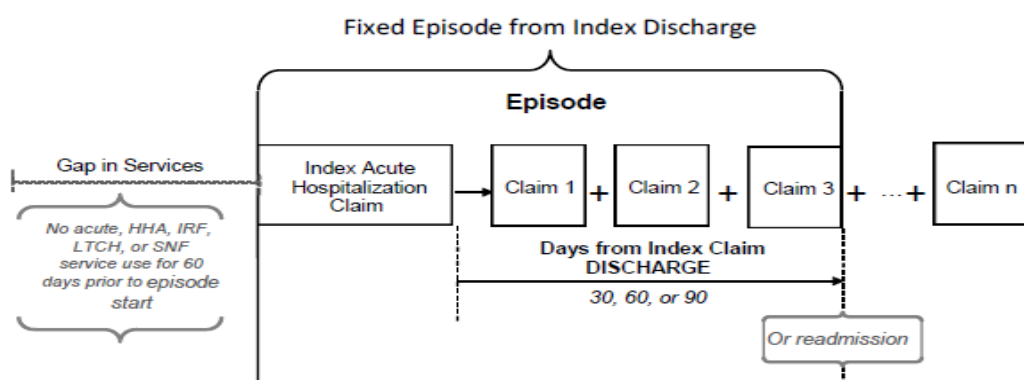


圖 2-2 美國急性後期照護包裹式支付(bundled payment)定義-Fixed Episode from Index Discharge

資料來源： Bogasky, S., Morley, M., Gage, B., Smith, L., Spain, P., & Ingber, M. (2009). Post Acute Care Episodes

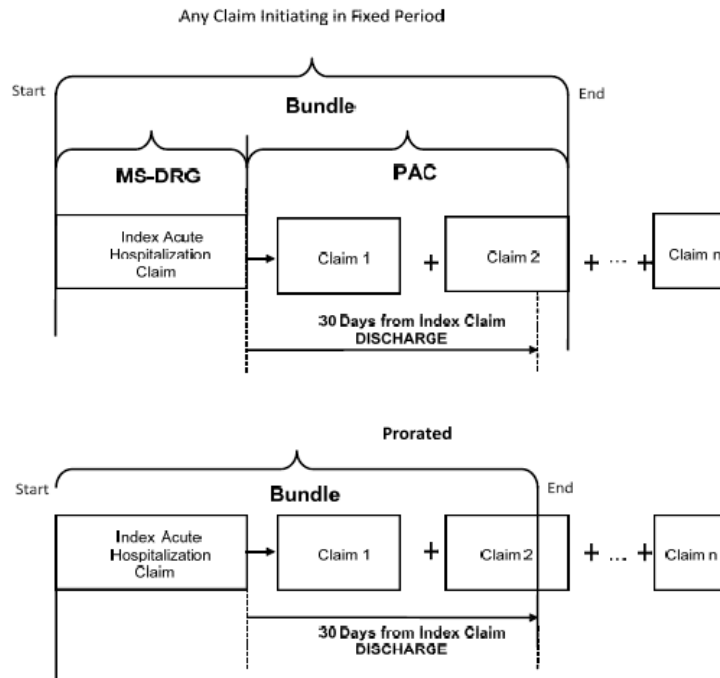


圖 2-3 美國急性後期照護包裹式支付(bundled payment)定義-Initiating & Protated

資料來源： Bogasky, S., Morley, M., Gage, B., Smith, L., Spain, P., & Ingber, M. (2009). Post Acute Care Episodes

三、問卷調查：調查醫院急性後期照護需求、銜接方式及提供急性後期照護能力之現況(第二年)

1. 施測對象：本計畫以 2012 年度執行中期照護試辦計畫之機構，包含五家署立醫院、五家榮民醫院、七家獨立型態護理之家之醫師及護理長為問卷發送對象(機構名單如附錄一)。
2. 問卷內容：參考美國常見之急性後期照護疾病及其照護方式，為瞭解醫院急性後期照護需求(如：那些疾病、轉出狀態等)、銜接方式(透過什麼部門、如何聯繫等)及提供急性後期照護能力(人員、設施等)之現況。
3. 回收情形：於 2012 年 6 月底共計發放 27 份問卷，並於 2012 年 9 月底完成回收，回收率為 44.4%(12/27)。

四、機構訪談：細緻瞭解我國急性後期照護需求之內容

(一) 第二年

1. 訪談對象：2012 年針對國內潛在具備中期照護個案之醫院、中期照護試辦計

畫醫院附設護理之家、獨立型態護理之家等單位之護理長、醫師、復健師等進行訪談(機構名單如附錄一)。

2. 訪談內容：針對各單位之收案對象(收案條件、評估機制等)、結案條件與下轉機制、服務及人力(服務內容及頻次、人員類型及配置等)、設施與成本等議題進行瞭解。
3. 訪談場次：完成 10 家機構，11 場次之訪談，受訪人次為 28 人次。

(二) 第三年

1. 訪談對象：2013 年針對國內潛在具備中期照護個案之醫院、中期照護試辦計畫醫院附設護理之家、獨立型態護理之家等之單位之護理長、醫師、復健師等進行訪談(機構名單如附錄一)。
2. 訪談內容部分，針對腦中風、髖關節置換、膝關節置換、心臟衰竭及需抗生素注射之個案，針對服務模式、人力配置及照護成本等議題收集相關資料，並將訪談結果整理後於專家座談會中提出討論。
3. 訪談場次：完成 9 家機構，11 場次之訪談，受訪人次為 54 人次。

五、專家會議

擬邀集產(包含不同層級醫院)、官、學之相關專家，綜合文獻、次級資料分析、問卷及深入訪談結果，配合本計畫目的擬定討論議題，召開專家座談以凝聚共識。

- (一) 第一年：共召開兩場次專家會議，第一場次於 2011 年 06 月 22 日，第二場次於 2011 年 11 月 17 日召開，專家出席人次合計 8 人次。
- (二) 第二年：共召開四場次專家會議，於 2012 年 6 月 15 日、2012 年 10 月 5 日、2012 年 10 月 9 日及 2012 年 10 月 23 日召開，專家出席人次合計 32 人次。
- (三) 第三年：共召開三場次專家會議，於 2013 年 10 月 7 日、2013 年 10 月 14 日及 2013 年 10 月 29 日召開，專家出席人次合計 25 人次。

第三章 結果

第一節 國內外 DRGs 支付制度之設計與沿革

一、診斷關聯群分類系統運用於支付制度，以調控醫療費用上漲

診斷關聯群(Diagnosis Related Groups , DRGs)系統是於 1968 年至 1973 年間由耶魯大學 John Thompson 及 Robert Fetter 研究發展而成。在 DRGs 出現前，Medicare 採用回溯性成本支付方式(retrospective cost-based payment)，依據醫院前一年服務量，乘上事前訂定各項醫療服務之價格進行支付。在此論量計酬之支付制度下，服務提供越多所獲之報酬越多，導致整體醫療成本擴張、費用持續上漲。故 DRGs 系統發展之目的為控制醫療資源之耗用情形，運用 DRGs 系統於前瞻性支付制度(prospective payment system)，在服務提供前事先訂定各項診療服務之報酬(每個 DRG 項目訂定固定之支付費用)，作為給付之依據。最初大規模的應用是由紐約州於 1970 年代首先運用 DRGs 制度作為其支付制度。至 1983 年，美國國會頒布所有 Medicare 病人適用以 DRGs 制度之前瞻性支付制度；而後，美國其他州及支付單位亦實施以 DRGs 為基礎之支付制度於其他非 Medicare 病人；而歐洲多國和澳洲也更進一步，將 DRGs 制度運用於總額之分配及支付(Averill RF, 1998)。

DRGs 主要是依據病例組合(case mix)同一屬性病人進行分類，其中藉由診斷、手術、病人特性、臨床建議進行分組，考量病人於醫院接受之治療及成本(包含年齡、性別、有無合併症或併發症、出院狀態)進行分類，故同一群組之醫療成本耗用情形相似。運用 DRG 系統於急性住院病人之照護，可評估醫院提供醫療照護資源密度之權重、亦可用以衡量醫院所獲之支付程度(payment level)；另以醫院的觀點來說，DRG 有助於醫院針對各病例組合間醫療成本進行評估及管理、以及醫療品質之管控。

二、各國 DRGs 支付制度設計與沿革

2000 年調查 OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 三十個國家中，有十九個國家採 DRGs 支付制度(Forgione, 2004)。1986 年匈牙利為歐洲第一個採 DRGs 支付制度的國家，醫療費用 DRGs 分類架構定額支付醫療服務提供者，直到 1990 年 DRGs 支付觀念已普遍傳入歐洲國家。德國自 1996 到 2003 年間，75% 案件採論日計酬制度，25% 案件採用論量計酬制度，直到 2004 年才開始試行 DRGs 支付制度，並預計於 2007 年全國實施(Forgione,1999)。法國及英國同屬於全民健保的國家，直到 2000 年才開始實施 DRGs 支付制度；北歐國家如丹麥、瑞典、挪威、芬蘭於 1990 年陸續採用。澳洲國家的 DRGs 發展已十年有餘，1993 年採用 AN-DRGs (Australian National-DRGs)版本，1998 年 12 月為因應 ICD-10-AM (Australian Modifications)修訂而改版為 AR-DRGs 第 4.1 版，主要應用於醫療預算之分配，新加坡與紐西蘭皆引用澳洲的 AR-DRGs (Australian refined) 版本。其他如捷克、墨西哥及荷蘭目前進入試辦階段，至於非 OECD 國家如巴西、羅馬尼亞、南非與臺灣皆計畫於近年實施(呂嵐欽，2005)。自美國於 1983 年發展 Health Care Finance Administration DRGs (簡稱 HCFA DRGs) 後，許多國家實施的 DRGs 支付制度多是以美國 Medicare 的 HCFA DRGs 支付制度為基礎，進行改革與修正，以發展適合國內急性住院醫院的支付制度(圖 3-1-1)，其中包含匈牙利(Hungary)、義大利(Italy)、丹麥(Denmark)、西班牙(Spain)、德國(Germany) 及法國(France) (Schreyogg, Stargardt et al., 2006)。

表 3-1-1 各國實施 DRGs 支付制度年代

國家	實施年代(西元)	國家	實施年代(西元)
美國	1983	台灣	1995 試辦；2010 導入
加拿大	約 1983	瑞士	1996
葡萄牙	1990	奧地利	1997
瑞典	1990-1996	韓國	1997
西班牙	1991-1998	日本	1998
匈牙利	1993	波蘭	1999
愛爾蘭	1993	紐西蘭	1999
挪威	1993	德國	1999 試辦；2007 導入
澳洲	1992	法國	1999-2004
比利時	約 1995	英國	2000
義大利	1995	丹麥	2000
盧森堡	1995	荷蘭	2003
芬蘭	1995-2001	新加坡	2003

資料來源：Forgione, D. A., Vermeer, T. E., Surysekar, K., Wrieden, J. A., & Plante, C. A. (2004).

The impact of DRGs-based payment systems on quality of health care in OECD countries. *Journal of health care finance*, 31(1), 41-54.

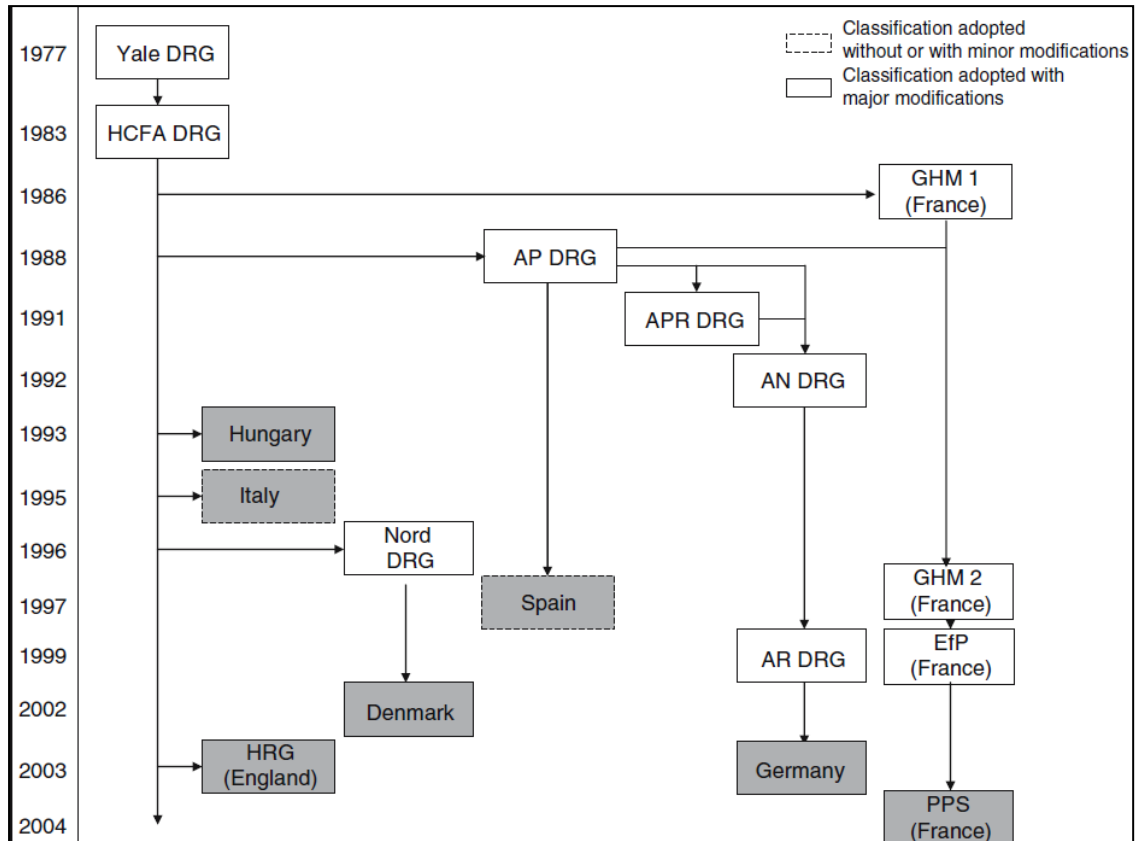


圖 3-1-1 歐洲各國發展 DRGs 支付制度歷程

資料來源：Schreyogg, J., et al., Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. Health Care Management Science, 2006. 9(3): p. 215-223.

(一) 美國

1. Medicare 支付制度發展歷程

1965 年 Medicare & Medicaid 開辦，以論量計酬(fee-for-service)作為主要的支付制度，1973 年國會通過 Health Maintenance Organization Act，促進 HMO 之發展，1983 年推動 DRGs/PPS (Diagnostic Related Groups/Prospective Payment System)。DRGs 是 1960 年代由耶魯大學醫務管理研究所兩位學者 John Thompson 與 Robert Fetter 研發的，利用老人保險中的案件分類，針對不同疾病提供標準的照護準則，希望從醫院管理的角度達到管理醫院成本、規劃區域醫療、衡量醫療品質、研究醫院經營模式與臨床服務的關係(Fetter et al., 1980)。1973 年美國紐澤西州政府健康部門首次將 DRGs 應用在醫療費用支付制度，期望能抑制醫療費用

快速成長，促使醫療供給者有較高經濟誘因提供更具成本效益的服務(Baker, 2002)。1983年美國國會於在稅賦公平與財政責任法案(The Tax Equity and Fiscal Responsibility Act；TEFRA)中立法通過後，美國的老人保險(Medicare)正式採用 DRGs 支付制度。(美國醫療體系支付制度沿革，請見圖 3-1-2)

Medicare 依病人「出院」所申報之 DRGs 碼的相對權值乘以該醫院的支付單價計算該案件的支付費用，每家醫院的 DRGs 支付單價是由 Medicare 每年所修訂的全國醫院標準單價(national hospital standard amount)，經過該醫院其所處區域的薪資指標、醫學教育因素、弱勢病人診療高比例等因素校正後，加上資本設備支付所獲得的(Vladeck, 1984)。



圖 3-1-2 美國醫療體系支付制度沿革

美國醫療照護與醫療救助服務中心(The Center for Medicare & Medicaid Service, CMS)決定自第 24 版 CMS-DRGs 後，逐步推行依照病患疾病嚴重度分類的新 DRG 制度，訂為第 25 版 MS-DRGs(Medicare Severity-Adjusted Diagnosis Related Group)。第 25 版 MS-DRGs 自 2007 年 10 月 1 日起正式上路。CMS-DRGs 相較於新版之 MS-DRGs，因分類方式之差異使編碼數由原本的 538 組增加至 745 組，RAND(Research and Development)機構指出可增加解釋 9.1%之成本變異；於 CMS-DRGs 之編碼係以主診斷碼區分疾病別，於 MS-DRGs 之編碼方式則輔以次診斷碼將疾病別細分類，以「充血性心臟衰竭」為例，於在 CMS-DRGs 之編碼為 DRG 127，至 MS-DRGs 之編碼則依其次診斷碼區分為 DRG 291、292 和 293。另外亦採用更嚴格的分類方法，取代過去新增的 DRG 碼是直接列表的最後增列，而更改為相同分類的碼放在一起。目前 ICD-9-CM 診斷代碼已超過 13,000 個，CMS-DRGs 依據病患是否有合併症/併發症(complications or comorbidities, CCs)情形及疾病的嚴重性，將其中的 10,690 個 ICD-9-CM 診斷代碼依合併症/併發症狀態重新分類，由原本的二分類系統(non CCs, CCs)再細分為三分類系統：沒有合併症/併發症(non CCs)、合併症/併發症 (CCs)、重度合併症/併發症(major complications or comorbidities, MCCs)。在 CMS-DRGs CCs 組中有 3,326 個疾病診斷碼，至 MS-DRGs 中則是將疾病診斷碼細分為 CCs 組 2,913 個，MCCs 組 1,389 個。以「慢性阻塞性肺病」及「充血性心臟衰竭」為例，兩者在 CMS-DRGs 中屬於 CCs 組，至 MS-DRGs 中則以更精確的診斷將疾病區分至 CCs 組或 MCCs 組。(AHIMA, 2010)

第 26 版 MS-DRGs 起始於 2008 年 10 月 1 日，增列院內感染相關處置(Hospital Acquired Conditions, HAC)及入院診斷(Present on Admission)項目，當病人入院時診斷未含院感相關之次診斷項目，申報此類項目時則不計入合併症內，醫院將無法收到額外之給付。此項改變可節省院感相關疾病之給付，並促使醫院加強院內感染管制。(CMS, 2008)第 27 版 MS-DRGs 於 2009 年 10 月 1 日，在合併症/併發症分類上改變較少，而 CMS 則持續努力於改善論質計酬方式。(CMS, 2009)第 28 版 MS-DRGs 於 2010 年 8 月實施，自 2008 年及 2009 年，CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)將 ICD-9-CM 導入 MS-DRGs，直至 2010 年 8 月更新轉換為 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS。其中增加兩個新的表單「主診為重度合併症/併發症(MCCs)」、「主診為合併症/併發症(CCs)」，當病人之主診斷中含有其中的代碼，即視其具有主要合併症/併發

症(MCCs)或合併症/併發症(CCs)。部分 ICD-9-CM 碼需要對應多個 ICD-10-CM 碼，故外科手術 MS-DRGs 發展出 ICD-10-PCS 群組，藉以描述處置項目。(CMS, 2010)(見表 3-1-2)

表 3-1-2 不同版本 Medicare DRGs 比較

版本	實施年度	重要變革
25 版 CMS-DRGs	2007 年 10 月 1 日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 編碼數增加：由原本的 538 組增加至 745 組 2. 更嚴格的分類方式：取代過去新增的 DRG 碼是直接列在列表的最後增列，而更改為相同分類的碼放在一起 3. 由原本的二分類系統(non CCs, CCs)再細分為三分類系統：沒有合併症/併發症(non CCs)、合併症/併發症 (CCs)、重度合併症/併發症(major complications or comorbidities, MCCs)
26 版 MS-DRGs	2008 年 10 月 1 日	增列院內感染相關處置(Hospital Acquired Conditions, HAC)及入院診斷(Present on Admission)項目
27 版 MS-DRGs	2009 年 10 月 1 日	在合併症/併發症分類上改變較少，CMS 則持續努力於改善論質計酬方式
28 版 MS-DRGs	2010 年 10 月 1 日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 導入 MS-DRGs 2. 增加兩個新的表單「主診為重度合併症/併發症 (MCCs)」、「主診為合併症/併發症(CCs)」

資料來源：

1. American Health Information Management Association. "Evolution of DRGs (Updated)." Journal of AHIMA (Updated April 2010), web exclusive.
2. CMS Hospital-Acquired Conditions (HAC) and Present on Admission (POA) Indicators. <https://www.premierinc.com/safety/topics/guidelines/cms-guidelines-4-infection.jsp>
3. Centers for Medicare & Medicaid Services.(2009) FY 2010 Changes to the Hospital IPPS.
4. Centers for Medicare & Medicaid Services.(2010) Version 28.0 ICD-10 MS-DRGs Update.

2. 依據不同族群需求，發展對應之 DRGs 系統(整理為表 3-1-3)

(1) Medicare DRGs (CMS-DRGs & MS-DRGs)

耶魯大學最初發展之 DRGs 制度目的為發展急性照護醫院之病人分類系統，其涵蓋族群包含老年人、新生兒、兒童及成年病人。而 Medicare 於 1983 年運用於住院前瞻性支付系統(Medicare's Inpatient Prospective Payment System)，著重於資源密度之分類，用以評估醫院之急性照護及影響其住院成本之因素，考慮的因素包含有：疾病嚴重度、死亡風險、預後情形、治療困難度、介入需求、資源密度。故得以評估不同醫院間之死亡率，並且運用於照護品質計畫。至此之後，維護、修改 DRG 定義之責任則落於美國衛生照護財務部(Health Care Financing Administration, HCFA)，在涵蓋所有 Medicare 住院病人的情況下，故運用初期首先遭遇的即是老年人口適用性問題。故近來，MS-DRG 進行調整後用於長期照護醫院前瞻性支付系統(Long-Term Care Hospital Prospective Payment System)，縮寫名稱稱為 MS-LTC-DRGs。(Averill RF etc., 1998)

(2) Refined DRGs(R-DRGs)

1980 年代中期，HCFA 委託耶魯大學修訂 Medicare DRGs。Medicare DRGs 之次診斷碼中若會顯著增加醫療資源之使用，則視為合併症/併發症(complications and comorbidities, CCs)。耶魯計畫將 Medicare DRGs 所有的次分類視為合併症/併發症，並以 136 個次診斷群組依其合併症/併發症複雜程度分類。外科病人之次診斷群組分為無合併症/併發症(non-CC)、中度合併症/併發症(moderate CC)、重度合併症/併發症(major CC)、極重合併症/併發症(catastrophic CC)；內科病人則分為無合併症/併發症、中重度合併症/併發症、極重合併症/併發症。耶魯計畫未更新分類方式，僅是將 Medicare 合併症/併發症表單增加中度、重度及極重度之次分類方式，此項 DRGs 系統則稱為 Refined DRGs(R-DRGs)。

R-DRGs 同一次診斷群組之次診斷碼之層次是相對一致的，而若同時具有不同層級的次診斷碼，則是以最高層級的為主。例如，一外科病人同時被診斷有兩項中度合併症/併發症及一項重度合併症/併發症，即被歸類為重度合併症/併發症群組。另外，次診斷碼的項目個數不影響病人次群組歸類，如某一病人同時具有多項同一層次的次診斷，不會使病

人被歸類為更高一層次的次群組。內科病人之 DRG 碼增加 early death 項目，以辨別病人是否為臨終照護；而外科病人則無此項目，因接受臨終照護的病人通常不會再接受外科手術。Early death 定義為病人在入院兩天內死亡；因此，R-DRG 系統亦有將病人住院停留時間納入考量。(Averill RF etc., 1998)

(3) All patient DRGs (AP-DRGs)

1987 年紐約州率先通過法案，實行適用於非 Medicare 病人以 DRG 為基礎之前瞻性支付制度。此項法案要求紐約州衛生部門(New York State Department of Health, NYDH) 評估 Medicare DRGs 對於非 Medicare 病人之適用性，並發展新生兒及後天免疫缺乏症候群病人(Human Immunodeficiency Virus, HIV)相對應之 DRGs。評估結果發現 Medicare DRGs 不足以適用於所有非 Medicare 之族群，故 NYDH 委託 3M Health Information Systems(3M HIS)研究發展適用於全人口之 DRG 系統(All patient DRGs, AP-DRGs)。

AP-DRGs 於 1988 年 1 月公布，其中新增 MDC 24 及重組新生兒 MDC。1980 年代中期由全國兒童醫院及相關機構協會(National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, NACHRI)發展新生兒及其他兒科病人之相關 DRGs，此系統稱為(Pediatric Modified Diagnosis Related Groups, PM-DRGs)。NYDH 及 3M HIS 引入 NACHRI 之新生兒定義並參考 PM-DRG 進行增修。例如，PM-DRG 將新生兒出生體重納入分類變項，AP-DRG 參考將出生體重分為六分類並作為主要項目。另外，新增 MDC 24 為後天免疫缺乏症候群感染，MDC 24 條件是主診斷為 HIV、或主診斷為 HIV 相關併發症同時次診斷為 HIV。

此計畫亦證明 R-DRGs 之部分 CCs 具有對醫療資源利用影響仍有變異性，故 AP-DRGs 加入重度合併症/併發症之次分類，此分類之嚴重度與 R-DRGs 之極重合併症/併發症相似；以 Medicare DRGs 為基礎共新增 60 項重度合併症/併發症。

新增 MDC 25 為多重外傷之病人。此後，Medicare DRGs 依據 AP-DRG 進行調整，例如 8.0 版 Medicare DRGs 亦新增後天免疫缺乏症候群感染。然而，其中 HIV 感染項目僅由三項 DRGs 項目組成，而 AP-DRGs 則將其分類得更細。(Averill RF etc., 1998)

(4) Severity DRGs (S-DRGs/ SR-DRGs)

1993 年 HCFA 再度評估 Medicare DRGs 中合併症/併發症之適用性(Federal Register, 1994)，評估後再發展之系統稱為 Severity DRGs (S-DRGs)或 Severity Refined DRGs (SR-DRGs)，此次調整內容不含特定族群，如孕婦、新生兒及兒童。初期之重度合併症/併發症列表(major CC list)乃依據 AP-DRGs 之重度合併症/併發症列表；並依據 Medicare 資料將次診斷碼分為三分類，無合併症/併發症(non-CC)、無重度合併症/併發症(non-major CC)、重度合併症/併發症(major CC)。此次改版，是對於各個診斷碼之合併症/併發症程度分別進行評估，而非以整體性的評估。最後共有 111 項診斷碼原 Medicare DRGs 為無合併症/併發症，於 S-DRGs 則改為具有合併症/併發症；而原為具有合併症/併發症診斷碼中，有 220 項改為無合併症/併發症、另 395 項則改為具有重度合併症/併發症。此次調整是針對每個 DRGs 項目獨立進行評估，並非整體性的評估。

S-DRGs 病人合併症/併發症程度與 R-DRGs 相似，是以次診斷碼中最高層次作為依據，若同時有多個相同層次之次診斷碼，並不會提高合併症/併發症之程度。HCFA 於 1994 年公布 S-DRGs，但卻未發布實施日期；而自從 1994 年首次公布後，S-DRGs 即未曾進行更新。(Averill RF etc., 1998)

(5) All patient Refined DRGs (APR-DRGs)

All patient refined DRGs 是以 All patient DRGs 為基礎發展(不含新生兒 MDC)，新增 4 個次分類；相較 S-DRGs 及 R-DRGs 則是以 Medicare DRGs 為基礎進行增修。自 1990 年公布 APR-DRGs 後，每兩年將進行更新。在 All patient DRGs 中的次分類，如年齡、合併症/併發症、重度合併症/併發症，於 All patient refined DRGs 中則取代為 2 個狀態(4 分類)。2 個狀態分別為病人疾病嚴重度及死亡風險，疾病嚴重度定義為器官失能及生理代償失調

之程度(organ system loss of function or physiologic decompensation)，而死亡風險即是指病人死亡的可能性；另外病人狀態可依其程度分為 4 分類：輕度、中度、重度及極重。

病人嚴重度主要為評估病人資源耗用情形及訂定照護指引，死亡風險則是用以評估病人可能死亡之情形。APR-DRGs 狀態之疾病嚴重度及死亡風險是因疾病而異的，而決定病人 DRG 碼次分類之主要因素係由於其次診斷碼之相互影響。高疾病嚴重度及死亡風險主要是由於多重疾病促成，而多重疾病之病人可能由於多重器官問題所組成，進而導致其治療困難度較高及治療結果較差。故完整 APR-DRGs 碼可分為三個部分：①基本 APR-DRG 碼、②疾病嚴重度、③死亡風險。(Averill RF etc., 1998)

表 3-1-3 各 DRG 系統簡介

DRG 系統	縮寫	實施年度	適用對象	變革依據	變革/ 重點特色
Medicare DRGs	CMS-DRGs & MS-DRGs	1983 年	Medicare 疾病住院病人(老年人、新生兒、兒童及成年病人)	-	用以評估醫院之急性照護及影響其住院成本之因素，考慮的因素包含有：疾病嚴重度、死亡風險、預後情形、治療困難度、介入需求、資源密度。故得以評估不同醫院間之死亡率，並且運用於照護品質計畫。
Refined DRGs	R-DRGs	1980 年中期	Medicare 人口中之嚴重疾病	Medicare DRGs	將 Medicare DRGs 所有的次分類視為合併症/併發症，依內外科分不同次診斷群組 <ul style="list-style-type: none"> ● 外科病人：無合併症/併發症(non-CC)、中度合併症/併發症(moderate CC)、重度合併症/併發症(major CC)、極重合併症/併發症(catastrophic CC) ● 內科病人：無合併症/併發症、中重度合併症/併發症、極重合併症/併發症
All patient DRGs	AP-DRGs	1987 年	非 Medicare 出院之所有人口族群：紐約醫院給付計畫	Medicare DRGs、PM-DRGs	新增 MDC24(後天免疫缺乏症候群感染)、重組新生兒 MDC
Severity DRGs	S-DRGs/SR-DRGs	1994 年公布(未訂定實施日期)	-	Medicare DRGs	HCFA 再度評估 Medicare DRGs 中合併症/併發症之適用性，對於各個診斷碼之合併症/併發症程度分別進行評估，而非以整體性的評估 <ul style="list-style-type: none"> ● 此次改版排除了特定族群，包含孕婦、新生兒及兒童 ● 將次診斷碼分為三分類，無合併症/併發症(non-CC)、無重度合併症/併發症(non-major CC)、重度合併症/併發症(major CC)
All patient Refined DRGs	APR-DRGs	1990 年	所有人口族群	All patient DRGs	依病人狀態評估其次分類群組，分別為病人疾病嚴重度及死亡風險，並依其程度分為 4 分類：輕度、中度、重度及極重；APR-DRGs 碼可分為三個部分：⓪基本 APR-DRG 碼、Ⓛ疾病嚴重度、Ⓜ死亡風險。
International Refined DRGs	IR-DRGs		各國門、住診病人	AP-DRGs、APR-DRGs	1. 適用於各國之編碼系統(ICD-9、ICD-9-CM、ICD-10)，並增加國際間之可比較性。 2. 增加門診照護之分類系統 3. 校正住院疾病之嚴重度、提升結果指標之可比較性(如死亡風險)

資料來源：

1. Richard F. Averill, John H. Muldoon, James C. Vertrees, Norbert I. Goldfield, Robert L. Mullin, Elizabeth C. Fineran, Mona Z. Zhang, Barbara Steinbeck, Thelma Grant. (1998) The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups (DRGs). 3M HIS Research Report.
2. American Health Information Management Association. "Evolution of DRGs (Updated)." Journal of AHIMA (Updated April 2010), web exclusive.
3. Marc Berlingue, James Vertrees, Richard Freedman, Rachael D' Andrea, Ann Tinker. Case-mix Analysis Across Patient Populations and Boundaries: A Refined Classification System Designed Specifically for International Quality and Performance Use.

(二) 澳洲(Australian-Refined DRG, AR-DRGs)

美國自 1983 年發展的 DRGs 制度，是許多國家學習的對象，而澳洲所發展的澳洲疾病關聯群，亦是其他國家實施 PPS 的主要參考依據之一，而澳洲亦是以美國 1983 年所發展的 HCFA DRGs 為基礎(Schreyogg, Stargardt et al. 2006)，自 1992 年 7 月開始實施 AN-DRGs(Australian National DRGs) 制度且每年進行修正，於 1998 年改為 AR-DRGs(Australian-Refined DRGs) 且每兩年進行一次修正，目前已發展 AR-DRGs 4.0、4.1、4.2、5.0、5.1、5.2 版，1991-1998 年採用 ICD-9 CM 編碼方式，之後是改以 ICD-10-AM 編碼方式(Ageing 2011)。目前澳洲大多數地方政府採用 AR-DRG 5.1 版(2004 年 10 月釋出)，僅新南威爾士(New south wales)採用 AR-DRGs 4.2 版(2000 年 9 月釋出)，AR-DRGs 適用範圍與美國相同，均是針對急性醫院住院病患所設計之前瞻性支付度。分類亦為依照病患主診斷、次診斷及手術處置/主要診斷/顯著非手術處置作為分類依據。AR-DRGs 的分類方式為，先將病患主診斷歸為 23 個主要診斷類組(Main Diagnostic Categories)之一；依照主要診斷類組分為三個次分組，包含手術、內科及其他 DRGs，其他類組主要由「重大非手術處置(significant non-OR procedures)」組成 (圖 3-1-3)。

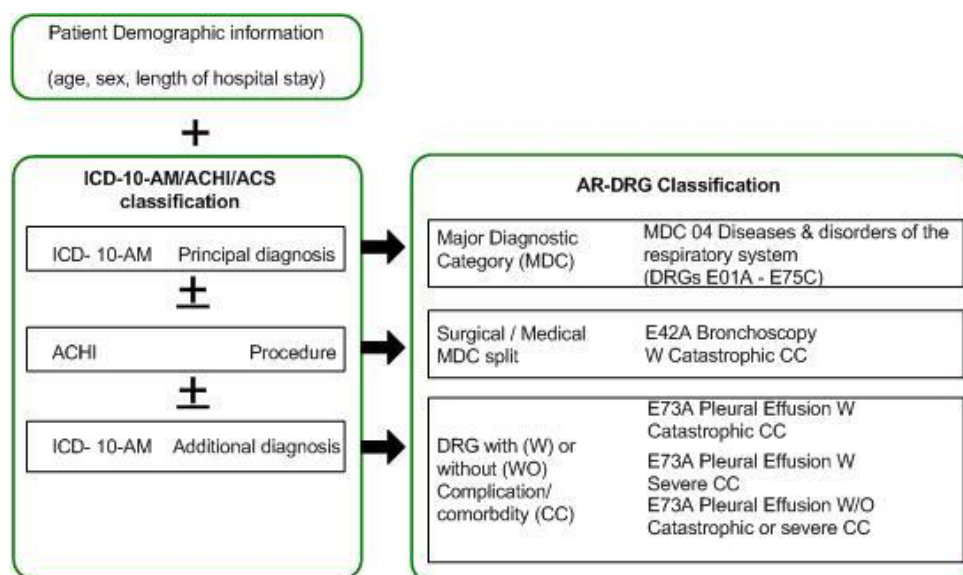


圖 3-1-3 澳洲 AP-DRG 分類系統

資料來源：<http://nccc.uow.edu.au/casemix/aboutcasemix/index.html>

(三) 德國(German diagnosis-related groups, G-DRGs)

德國自 1972 年起健康照護成本平均每年以 7% 速度成長，因此德國政策決策者決定自 1999 年 12 月 22 日起進行一連串的健康保險制度與醫院給付制度改革，其中一大改革方向即是以 PPS (prospective reimbursement system) 取代原有的回溯性支付制度(retrospective reimbursement system)，發展以疾病關聯群為基礎的新前瞻性與診斷系統，稱為 German diagnosis-related groups (G-DRGs) (Bocking, Ahrens et al. 2005)。德國 G-DRG 於 2003 年實施，主要是以 2000 年版的澳洲疾病關聯群(Australian-Refined DRG，簡稱 AR-DRG) 為基礎所建立之疾病關聯群，採用 AR-DRG 的目的為能反應不同的疾病資源耗用群(Hensen, Beissert et al. 2008)。G-DRG 最初開放醫院自願參與，之後五年逐步涵蓋所有醫院，其排除對象為精神疾病案件(Hensen et al., 2008)。

(四) 荷蘭(Diagnosis and treatment combinations, DBCs)

荷蘭不同於其他國家所實施的 DRGs 制度，多是以美國 Medicare 所發展的 DRGs 支付制度為基礎(表 3-1-3)，荷蘭則是自行發展「診斷與治療組合(Diagnosis and treatment combinations，簡稱 DBCs)」支付制度，自 1994 年首次針對醫療專科、醫院及健康保險發展 DBCs，2005 年起正式針對全國醫療專科及醫院照護實施 DBCs，實施 DBCs 目的為增加醫療專科及醫院照護的透明度、了解供給面到需求面系統的變化情形，以及提高醫療提供者間照護效率與提供者間的規則性競爭(Oostenbrink and Rutten 2006)。DBC 的分類依據主要是依據病患照護類型、照護需求及診斷之不同，共計可歸類約 600 個 DBCs (Steinbusch, Oostenbrink et al. 2007)。

(五) 日本(Diagnosis Procedure Combination, DPC)

2003 年 4 月 1 日開始，日本在 82 所特定機能病院實施醫療保險診療報酬方式——以診斷群分類為基礎的定額支付制度。診斷群分類定額支付制度主要以患者住院床日數、診斷和臨床處置為依據進行。以國際疾病分類標準和臨床處置(例如手術)為依據，制定了 2,500 個疾病診斷群分類組，對醫院每個住院床日的費用支付標準因疾病診斷群分類組的不同而

異。改革醫療保險診療報酬體制的目的，期望降低過長的平均住院床日數，同時藉此在醫院之間帶來一些競爭機制(于保榮、王慶，2006)。

厚生勞動省診療報酬體制改革在住院服務方面：包含醫師技術費及病房費。醫師技術費，設立的目的是為了準確反映醫療技術(如難易程度、時間、技術能力等)，該部分費用沿襲按項目付費方式。例如手術項目等。病房費設立目的是為了符合醫療機構的運營成本和功能的差異，實行 PPS。主要包括兩個方面：其一，對特定機能病院(特定機能病院是根據 1992 年修改的《醫療法》而產生的，必須滿足以下條件：有能力提供高度先進的醫療；有能力開發和評價高度先進的醫療技術；有能力開展高度先進醫療的研修活動；內科、外科等主要診療科室達到 10 個以上；病床數達到 500 張以上；醫師和護士數目等要滿足規定的條件；厚生勞動省認定的急性期住院服務，在對病院功能評價的基礎上(體現於計算公式中的醫療機構別係數)，實行疾病診斷群分類(Diagnosis Procedure Combination, DPC)定額支付制度；其二，對具有恢復康復功能的醫療設施的慢性期住院服務，在對疾病狀態、日常生活活動(activities of daily living, ADL)、看護的必要程度等進行評價的基礎上，實行疾病診斷群分類(DPC) PPS (厚生勞動省，2005)，DRG/PPS 以「一次住院」為支付單位，DPC 則以「每住院人日(per day)」為單位。

(六) 韓國(Korean- diagnosis-related groups, K-DRGs)

1997 年 2 月實施 DRG 試辦計畫(pilot programme)，以 Yale Refined DRG 為基礎，發展 Korean- diagnosis-related groups (K-DRGs)，第一年首先納入 54 家健康照護機構，翌年增至 132 家，第三年擴大至 798 家，直到 2001 年涵蓋所有機構；韓國保險人期許改變醫療供給者行為能夠降低醫療支出，因此擴大 DRG 計畫之給付範圍、增加支付費用做為誘因。1999 年 DRG 試辦計畫涵蓋 9 種疾病(如水晶體手術、闌尾切除、剖腹產、陰道生產等)，依據嚴重度與年齡區分為 25 個 DRG 編碼，共佔所有住院案件的 25%。由於 2000 年實施醫藥分業，使得醫師團體對於醫療體系改革有所不滿，進而迫使韓國政府暫緩多項醫療改革政策，包括 DRG 支付改革等(Kwon, 2003)，加上供給面病床及醫師數皆持續成

長，醫院採自願性加入、控制力不足等問題，最終於 2004 年停止實施 DRGs。

(七) 瑞士(Swiss diagnosis-related groups, S-DRGs)

1994 年通過全民健康保險法，1996 年全民納保，至 1997 年所有醫院採用 ICD-10，2001 年於四個州(Vaud, Zurich, Tessin and Schwyz)實施 AP-DRGs 試辦計畫，瑞士政府試圖發展 DRG 系統，卻因 KVG (Krankenversicherungsgesetz)法案內容(“Partners of the Health Care System”)遭到反對而暫停，直到 2007 年 12 月通過修正版 KVG，預計至 2012 年依據德國 G-DRG 系統研擬出瑞士版 DRGs (SwissDRGs) (Schmid & Götze, 2009; Busato & Below, 2010)。

(八) 法國

1986 年將 HCFA-DRGs 修改發展為 Groupes Homogenes de Malades 1 (GHM1)，其後疾病診斷關聯群受 AP-DRGs 的影響，於 1997 年修改為 Groupes Homogenes de Malades 2 (GHM2)疾病診斷關聯群第二版，2004 年始發展出疾病診斷關聯群前瞻性支付制度 (Diagnosis Related Groups/ Prospective Payment System, DRGs/PPS) (龔惠娟，2010)。

(九) 其他國家

匈牙利、英格蘭分別於 1993、2003 年導入 DRGs，係以 HCFA-DRGs 為基礎進行修改，義大利 1995 年實施 DRGs 則完全採用 HCFA-DRGs，僅修正少部分(龔惠娟，2010)，丹麥約 2000-2002 年導入 DRGs，係以斯堪納維亞(Scandinavian)的 Nord DRGs 系統做為基礎(Schreyogg et al., 2006)。

表 3-1-4 比較美國、澳洲及荷蘭病例對照組合系統

	美國 DRGs	澳洲 AR-DRGs	荷蘭 DBCs
主要分類依據	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 主診斷 ➢ 次診斷 ➢ 手術處置/主要診斷 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 主診斷 ➢ 次診斷 ➢ 手術處置/主要診斷/重大非手術處置 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 照護類型 ➢ 照護需求 ➢ 診斷
照護程序最初登記時間	病患出院時(採用 PPS，病患於出院後，醫院向向醫療保險申報)	病患出院時(採用 PPS，病患於出院後，醫院向向醫療保險申報)	病患到醫療專科醫師就診時
最初登記後，編碼可否異動？	否	否	是
照護類型	急性醫院住院	急性醫院住院	門診及住院照護
照護群組	559 DRGs	665 AR-DRGs	600 DBCs
醫療價格可否協商	否	否	是 10%-醫院市場機制 90%-全國健康照護稅收
醫院權屬別	營利/非營利	營利/非營利	非營利

資料來源：Steinbusch, P. J. M., J. B. Oostenbrink, et al. (2007). "The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study." Health Policy 81(2-3): 289-299.

表 3-1-5 比較日本及美國所創立之病例對照組合系統

	DPC	DRG/PPS
創立	2003 年日本	1983 年美國
使用國	日本	美國、加拿大、德國、韓國、澳大利亞等
定義	按照住院患者 1 個住院「床日多少錢」為定額支付標準	按照住院患者 1 次住院「多少錢」為定額支付標準
計算方式	根據前一年的實績數據和各醫療機構的調整係數進行設定	根據疾患別的費用進行設定
對象	(1) 特定機能病院等的一般病床的住院患者 (2) 試行對象病院的一般病床的住院患者	(1) Medicare (針對 65 歲以上高齡者和失能者的公辦醫療保險) (2) Medicaid (針對低收入者和殘障者的公辦醫療保險)

資料來源：于保榮、王慶(2006)：日本醫療保險診療報酬體制改革研究衛生經濟研究。衛生經濟研究；3：36-37。

(十) 國際精修版 DRGs (International Refined-DRGs, IR-DRGs)

過去，於美國或其他國家(例如澳洲...)發展之分類系統，因為編碼系統之差異，很難適用於每個國家，故各國採行方式為調整現存系統或是自行發展本土化之分類系統。如澳洲自行發展之 AR-DRGs，瑞典、挪威及丹麥之 Nordic DRGs，完全自行開發者有英國之 HRGs、法國之 GHM、加拿大之 CMGs 等(李玉春，2004)。

然國際間，病人雖位於不同的國家，仍具有相似的臨床症狀、資源使用特性及治療需求；因此，需要統一及一致的分類系統，以增進資料之可用性。然而，調整或適應其他國家發展之分類系統，卻可能會因為編碼方式的差異而產生問題。International Refined-DRGs 即為國際間通用之分類系統，其特點有(Marc Berlingue etc.)：

- 具有彈性：使用技術可因應各國特色發展本土化
- 獨立的代碼：無論使用不同的編碼系統，可對病人進行分類至相同 DRG，不會因編碼系統改變而改變 DRGs 的分類邏輯，可增進國際間之可比較性
- 增加門診照護之分類系統：形成無縫銜接門、住診照護之代碼系統
- 有校正住院疾病之嚴重度：更清楚地描述病人資源耗用之情形
- 提升結果指標之可比較性：例如死亡風險(Risk of Mortality)、可避免再住院(Potentially Preventable Readmissions)、可避免併發症(Potentially Preventable Complication)

IR-DRGs 是以 AP-DRGs 及 APR-DRGs 為基礎發展的，並增加門診照護之分類系統，可用於預算管控、照護結果分析、標竿學習、品質監測及資源利用情形評估，主要可於不同機構、區域及國家之間進行比較。並且可適用於不同國家之間之編碼系統，包含有 ICD-10、ICD-9-CM 及 ICD-9。IR-DRGs 使用次診斷碼判別不同階層的合併症/併發症(CCs)情形，以校正疾病嚴重度；於門診照護分類分為輕度及重度合併症，無手術(內科)門診 DRGs 是以內科檢查或診斷時間判別其嚴重度。另外，住診 DRGs 亦納入死亡風險概念，以加強照護結果評估。

三、我國 Tw-DRGs 制度之發展

台灣自1995年開辦全民健保制度，初期採用論量計酬為支付模式，然而醫療費用持續上升，因此在參考美國經驗後，始於支付制度中導入DRGs支付模式的概念。針對診療模式較單純、使用率高、平均住院日及住院費用變異小的疾病，發展論病例計酬的支付制度，採逐步導入方式，初期導入陰道生產與剖腹產2項，至2003年共導入53項。中央健康保險局於1999年開始擬定以病例組合為分類基礎的DRGs支付制度，並分別於2002年4月公開第一版Tw-DRGs，共計499項，於2004年10月公布第二版Tw-DRGs，進一步將第一版中部分費用變異較大之DRGs項目細分，共計976項，隨後於彙整各界意見與建議後，於2005年9月公布第三版Tw-DRGs，共計969項(吳昇修，2009)。至2007年2月，中央健康保險局公告Tw-DRGs的實施方案，原擬訂於2008年1月1日開始實施，但因多重因素而暫緩實施，期間持續修改Tw-DRGs之項目類別，並透過持續不斷的協商與討論，於2010年1月1日正式實施Tw-DRGs支付制度，預計以五年時間分階段導入共1017項之Tw-DRGs，目前第一年則首先將原本之論病例計酬轉換為155項的Tw-DRGs開始實施；我國導入論病例計酬/Tw-DRGs之沿革彙整如表3-1-6。

住院診斷關聯群主要將醫師診斷為同類疾病、要採取類似治療的疾病分在同一組，再依病人的年齡、性別、有無合併症或併發症、出院狀況等再細分組，並將同分組的疾病組合依過去醫界提供服務之數據為基礎，計算未來保險人應給付醫院之費用，此種支付方式又稱「包裹式給付」(中央健康保險局，2009)。陳婉茗與吳肖琪(2005)模擬住院費用採用DRGs支付下對醫院財務衝擊，當實施DRGs制度時，醫院呈現各年度收益差有逐年改善，但對不同醫院的權屬別、教學別、病例組合指標、平均急性住院天數，其因應DRGs所造成的財務衝擊亦有不同，模擬DRGs支付制度下，亦發現醫院年平均編碼數、年CMI值、及14日同科再住院率有增加之情形。採用在DRGs支付制度下，醫院將透過加強臨床路徑等管理機制，使醫療照護流程標準化，以維持一定的醫療水準，病人可減少不必要的檢查、治療、用藥及住院日數，並降低院內感染的機會，以獲得較好的照護品質與療效。參考美國實施DRGs制度的經驗，DRGs的實施可有效降低住院率及住院日，但亦可能導致住院費用移轉至門診或急性後期照護，因此對於醫療費用的抑制並無一致的定論；在醫療品質的部分，DRGs制度的實施亦可能造成病患推移的情況，且病患將被要求提早出院，而跨院及轉院或再住院的情形將會增加，至於死亡率則無明顯改變；

在申報資料的編碼亦會造成影響，包含申報時的取巧行為及過度申報等(林小娟，2010)，目前台灣已實施第一階段Tw-DRGs餘半年，支付制度的改變，是否對於醫院年平均編碼數、年CMI值、14日同科住院、低於下限論日計酬個案數、超過30日住院的個案數、低於幾何平均急性住院天數者採論日給付個案數等造成影響？

為了提升病人的照護品質及醫院的醫療效率，全民健康保險公布7項病患病情不穩定狀況不得要求病患出院的原則，供民眾參考，惟病患出院狀態仍宜由醫師依個案專業認定。對於不適當的出院狀態，中央健康保險局將藉由醫療費用專業審查之機制，監控與確保民眾的醫療權益，訂定不適當出院狀態的原則如下：

1. 出院前 24 小時內生命徵象不穩定。
2. 尚有併發症(complication)未獲妥善控制。
3. 傷口有嚴重感染、血腫或出血現象，但屬輕微感染、血腫或出血，可以在門診持續治療者除外。
4. 排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定者(洗腎之病患除外)。
5. 使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除者；但特殊引流管經醫師認定引流液量及顏色正常，或使用居家中央靜脈營養，可出院療養、門診追蹤處理者除外。
6. 非因醫療需要之轉院。
7. 其他經醫療專業認定仍有必要住院治療者。

表 3-1-6 我國導入論病例計酬/Tw_DRGs 之沿革

支付制度	年度	新增		累計	
		住院	門診	住院	門診
論病例計酬	1996	2	0	2	0
	1997	12	1	14	1
	1998	5	2	19	3
	1999	27	1	46	4
	2000	0	0	46	4
	2001	0	0	46	4
	2002	0	0	46	4
	2003	2	1	48	5
	<hr/>				
Tw_DRGs	2010	46 項分為 111 項， 再增列 44 項		155*	
	2011	增列 9 項		164	

中央健康保險局估計全面導入 Tw-DRGs 約占住院費用點數 60.7%

註：* 155 項占住院總費用 17.0%

資料來源：中央健康保險局(2004)。全民健康保險論病例計酬支付制度實施情形及展望。

吳寬仁(2011)。Tw_DRGs 實施對醫療利用及品質之影響—以心導管處置為例。

第二節 國內外導入 DRGs 制度對醫療體系及醫療行為之影響

一、導入 DRGs 制度對醫療體系之影響

(一) 國外每萬人口急性病床數下降

本研究彙整 OECD 國家導入 DRGs 前後每萬人口急性病床數變化(表 3-2-1)，並整理導入前後 5 年每萬人口急性病床數之消長(表 3-2-2)，各國導入 DRGs 同年每萬人口急性病床數介於 30-65 床，僅日本為 111 床，多數國家導入 DRGs 後呈下降趨勢，約減少 3.03-26.83%，惟葡萄牙(下降 0.00%)與韓國(增加 27.27%)趨勢不同；2010 年我國每萬人口急性病床數為 57.55 床，高於多數國家，僅低於日本(111 床)、德國(64 床)、奧地利(65 床)(圖 3-2-1)。

本研究繪製美國、澳洲、德國與日本每萬人口急性病床及平均急性住院天數之變化趨勢圖。美國每萬人口急性病床數自 DRGs 導入 5 年(1983-1988 年)，由 44 床減少至 39 床，下降 11.36%，導入 15 年(1983-1998 年)，由 44 床減少至 31 床，下降 27.27%。平均急性住院天數自 DRGs 導入 5 年，由 7.6 天下降至 7.2 天，減少 5.26%，導入 15 年，由 7.6 天下降至 6.0 天，減少 21.05%；澳洲每萬人口急性病床數自 DRGs 導入 5 年(1992-1997 年)，由 42 床減少至 38 床，下降 9.52%，導入 14 年(1992-2006 年)，由 42 床減少至 35 床，下降 16.67%。平均急性住院天數自 DRGs 導入 5 年，由 6.6 天下降至 6.2 天，減少 6.06%，導入 14 年，由 6.6 天下降至 5.9 天，減少 10.61%；德國每萬人口急性病床數自 DRGs 導入 5 年(1999-2004 年)，由 64 床減少至 59 床，下降 7.81%，導入 9 年(1999-2008 年)，由 64 床減少至 57 床，下降 10.94%。平均急性住院天數自 DRGs 導入 5 年，由 9.5 天下降至 8.2 天，減少 13.68%，導入 9 年，由 9.5 天下降至 7.6 天，減少 20.00%；日本每萬人口急性病床數自 DRGs 導入 5 年(1998-2003 年)，由 111 床減少至 85 床，下降 23.42%，導入 10 年(1998-2008 年)，由 111 床減少至 81 床，下降 27.03%。平均急性住院天數自 DRGs 導入 5 年，由 29.3 天下降至 20.7 天，減少 29.35%，導入 10 年，由 29.3 天下降至 18.8 天，減少 35.84%(圖 3-2-2)。

表 3-2-1 OECD 國家每萬人口急性病床數

國家年代	年代	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
加拿大	1983	46	46	45	45	45	44	44	43	42	41	40	40	38	37		39	38	38	36	33	32	31	31	29	29	29	29	27	
美國	1983	44	44	44	44	43	42	41	40	39	38	37	38	38	37	35	34	33	32	31	30	29	29	29	28	28	27	27	27	
葡萄牙	1990						31	31	31	31	32	32	31	33	32	32	32	33	32	32	31	31	31	30	30	30	29	28	28	28
瑞典	1990	51	50	49	49	47	46	45	44	43	43	41	39	37	34	32	30	28	27	26	25	24	23	23	22	22	22			
西班牙	1991						35	34	35	34	34	33	33	32	31	31	30	30	29	29	29	28	28	27	26	26	26	25	25	26
澳洲	1993	64	64	62	60	59	53		52		48		44	42	41	41	41	39	38	37	36	36	35	35	35	35	35	35		
愛爾蘭	1993	43	42	42	42	41	41	39	34	31	31	32	32	31	30	30	31	30	29	28	28	28	28	28	28	28	28	27	27	
挪威	1993	54					47	46	45	42	39	38	35	34	33	34	33	33	33	32	32	31	31	29	29	29	29	29	27	25
比利時	1995	55					59	59	56	50	50	52	52	52	51	51	50	50	49	49	48	47	46	46	45	45	44	43	43	43
芬蘭	1995														31	31	30	30	27	26	25	24	24	23	23	23	22	21	20	19
義大利	1995	79	77	75	74	71	70	67	66	64	61	62	58	59	58	57	56	58	53	50	46	41	40	38	35	33	33	32	31	30
奧地利	1997									73	72	71	69	67	66	66	66	65	65	64	63	62	61	60	59	58	58	57	57	56
韓國	1997											20	22	23	25	28	30	31	33	34	36	39	38	42	42	44	46	48	51	54
日本	1998														123	122	120	118	115	111	103	96	93	89	85	84	82	82	82	81
法國	1999																	44	43	42	41	40	39	38	37	37	36	36	35	
德國	1999											75	73	71	70	69	67	66	65	64	64	63	61	61	59	59	57	57	57	
波蘭	1999	56					57	56	57	61	61	63	63	62	59	59	58	58	57	56	54	52	51	47	49	48	47	47	46	44
丹麥	2000																		38	38	36	35	35	35	34	33	32	31	30	
荷蘭	2003											40	39	38	37	36	35	35	35	34	34	32	31	32	31	31	30	29	29	

表 3-2-2 各國導入 DRGs 前後五年每萬人口急性病床數之消長

國家(導入年代)	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	導入5年增減率(%)
美國(1983)	44	44	44	44	44	43	42	41	40	39	-11.36
葡萄牙(1990)	31	31	31	32	32	31	33	32	32	32	0.00
瑞典(1990)	45	44	43	43	41	39	37	34	32	30	-26.83
西班牙(1991)	35	34	34	33	33	32	31	31	30	30	-9.09
愛爾蘭(1993)	31	32	32	31	30	30	31	30	29	28	-6.67
挪威(1993)	39	38	35	34	33	34	33	33	33	32	-3.03
義大利(1995)	58	59	58	57	56	58	53	50	46	41	-26.79
奧地利(1997)	66	66	66	65	65	64	63	62	61	60	-7.69
韓國(1997)	25	28	30	31	33	34	36	39	38	42	+27.27
日本(1998)	122	120	118	115	111	103	96	93	89	85	-23.42
德國(1999)	69	67	66	65	64	64	63	61	61	59	-7.81
荷蘭(2003)	34	32	31	32	31	31	31	30	29	29	-6.45

註：0為導入DRGs基準年，+1為後一年，-1為前一年，依此類推；#表示上升

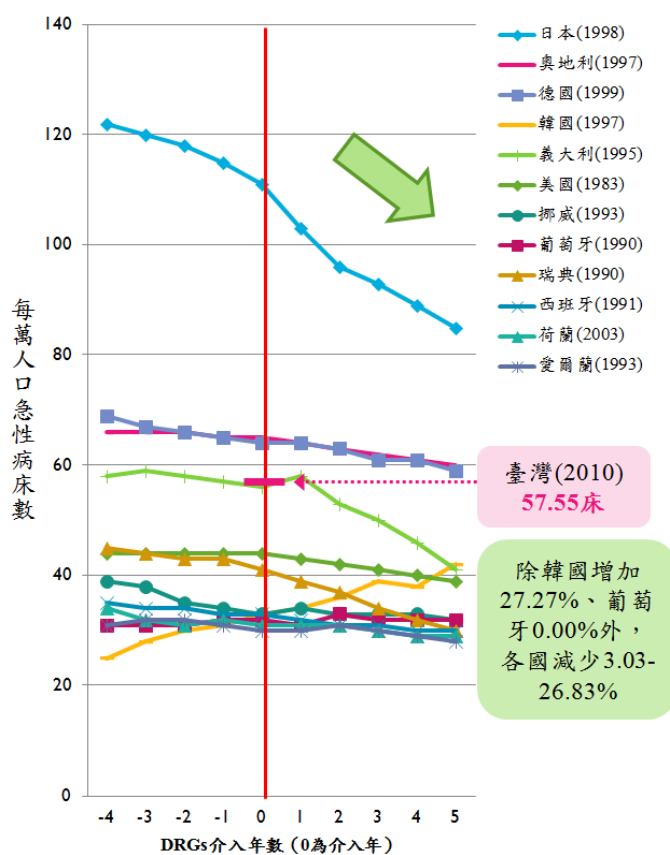
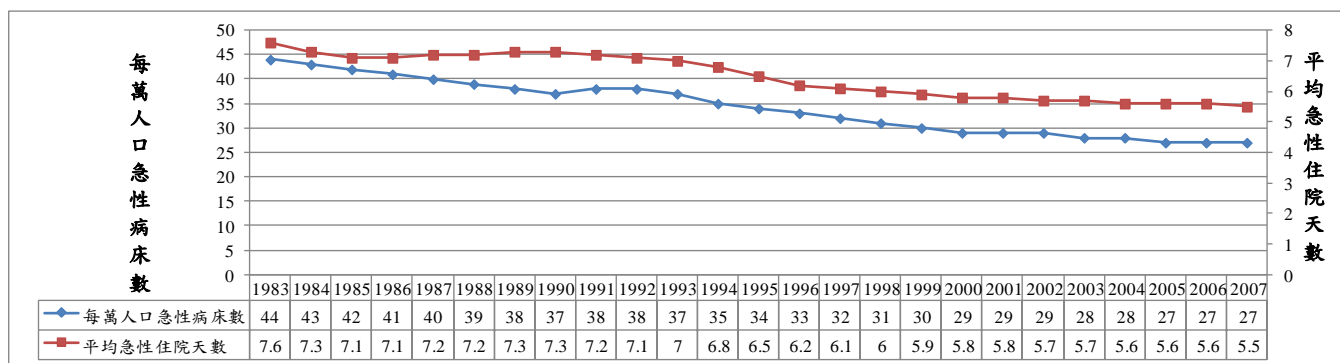
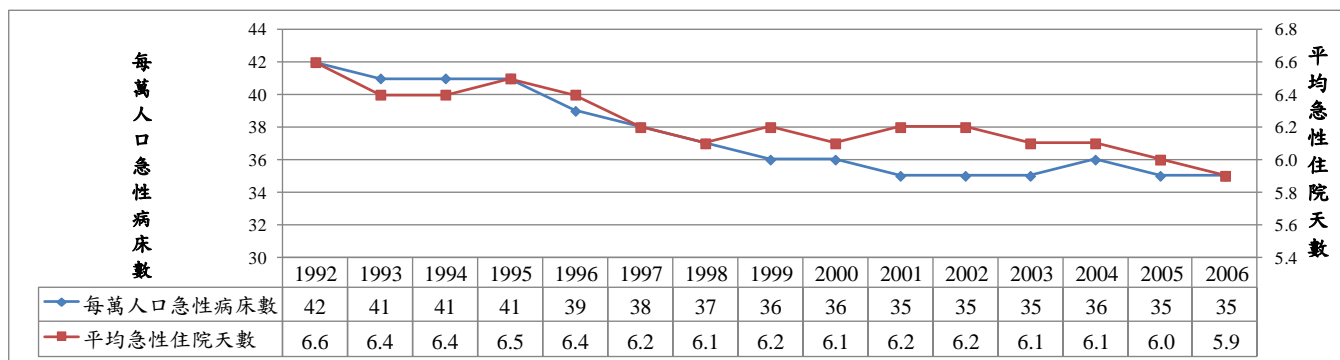


圖 3-2-1 各國導入 DRGs 前後五年每萬人口急性病床數之消長情形

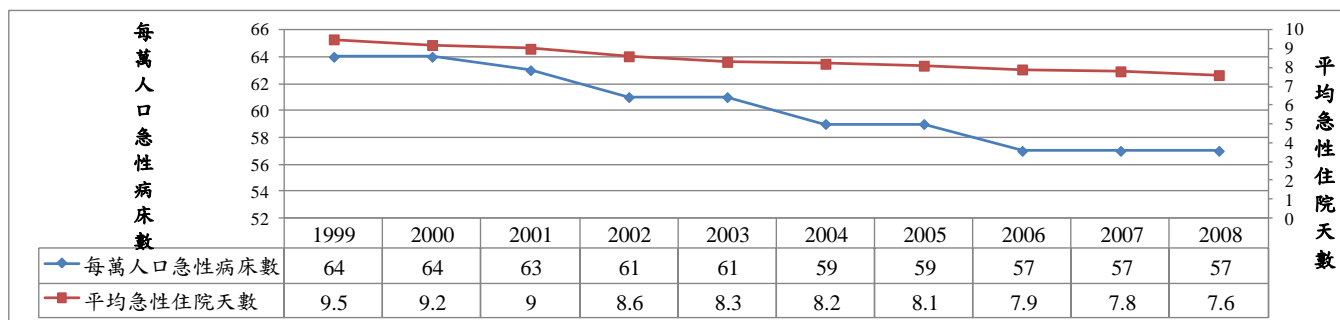
A. 美國



B. 澳洲



C. 德國



D. 日本

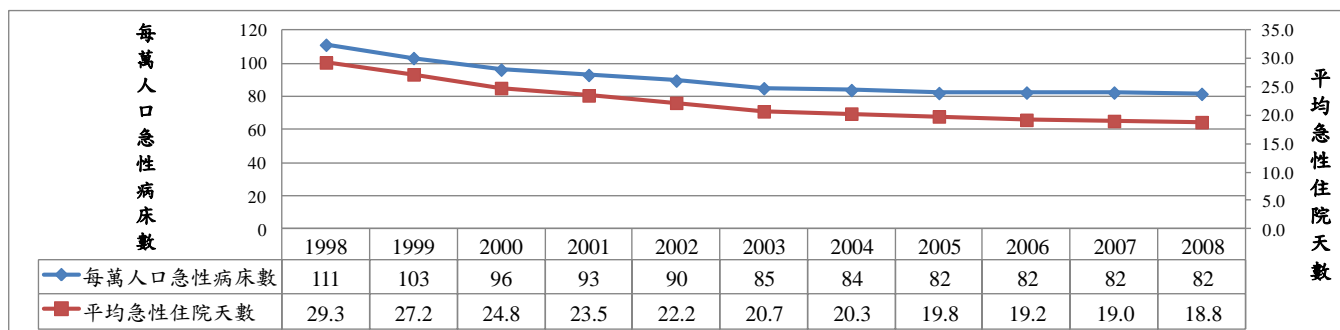


圖 3-2-2 各國每萬人口急性病床數及平均急性住院天數相對消長情形

(二) 我國 2010-2012 年，每萬人口醫院家數及總病床數僅略為下降

整理衛生福利部統計處所公告之「醫院及護理機構醫療服務量統計調查」，2010-2012 年醫院家數、每萬人口醫院家數、病床數與每萬人口病床數略微下降，一般急性及精神慢性病床略有下降，而一般慢性及精神急性病床則上升(表 3-2-3、圖 3-2-3)；以 22 縣市為單位分析 2010-2012 年醫院病床資源變化情形，基隆市、新北市、新竹市、嘉義市、屏東縣、台東縣及連江縣略為上升，宜蘭縣、台中市先升後降，南投縣先降後升，澎湖縣及金門縣持平，其餘縣市則減少(表 3-2-4、表 3-2-5)；分析 17 醫療區域 2010-2012 年醫院病床資源變化，結果顯示基隆、嘉義、屏東、台東醫療區域及金馬地區略為上升，宜蘭、台北、台中醫療區域先升後降，新竹、南投醫療區域先降後升，澎湖持平，其餘醫療區域則減少(表 3-2-6、表 3-2-7)。

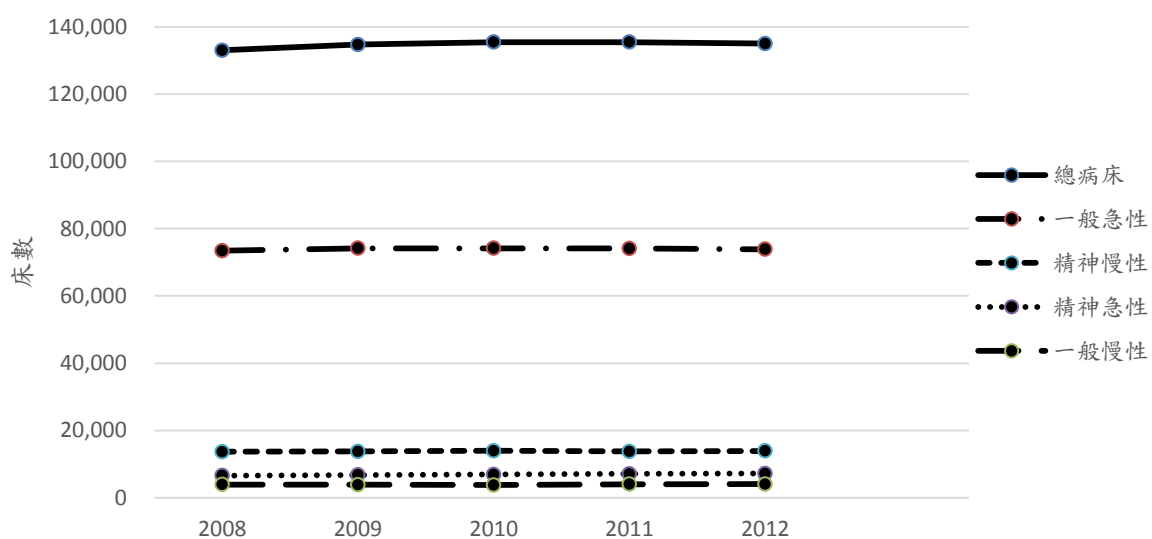


圖 3-2-3 2008-2012 年醫院病床數變化

表 3-2-3 2008-2012 年醫院家數與病床數變化情形

年別	人口數	醫院家數		醫院總病床			一般病床				精神病床				
		每萬人口		每萬人口		病床數	急性		慢性		急性		慢性		
		家數	年成長率 (%)	醫院家數	床數		年成長率 (%)	床數	年成長率 (%)	床數	年成長率 (%)	床數	年成長率 (%)	床數	年成長率 (%)
2008	23,037,031	515		0.224	133,020		57.74	73,426		3,928		6,595		13,661	
2009	23,119,772	514	-0.19	0.222	134,716	1.27	58.27	74,132	0.96	3,880	-1.22	6,752	2.38	13,763	0.75
2010	23,162,123	508	-1.17	0.219	135,401	0.51	58.46	74,140	0.01	3,779	-2.60	6,932	2.67	13,978	1.56
2011	23,224,912	507	-0.20	0.218	135,431	0.02	58.31	74,082	-0.08	4,037	6.83	7,091	2.29	13,748	-1.65
2012	23,315,822	502	-0.99	0.215	135,002	-0.32	57.90	73,876	-0.28	4,083	1.14	7,188	1.37	13,895	1.07

註：醫院總病床數為一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和

資料來源：衛福部統計處。醫院及護理機構醫療服務量統計調查

表 3-2-4 2008-2012 年 22 縣市醫院家數與病床數

縣市別	2008						2009						2010						2011						2012					
	家數 總床數		一般病床		精神病床		家數 總床數		一般病床		精神病床		家數 總床數		一般病床		精神病床		家數 總床數		一般病床		精神病床		家數 總床數		一般病床		精神病床	
			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性		
總計	515	133,020	73,426	3,928	6,595	13,661	514	134,716	74,132	3,880	6,752	13,763	508	135,401	74,140	3,779	6,932	13,978	507	135,431	74,082	4,037	7,091	13,748	502	135,002	73,876	4,083	7,188	13,895
宜蘭縣	12	3,773	1,870	328	120	586	10	3,712	1,842	328	120	586	10	3,728	1,846	328	120	586	10	3,785	1,896	308	140	586	10	3,732	1,876	308	140	586
基隆市	7	2,215	1,358	43	84	138	7	2,204	1,356	43	66	138	7	2,152	1,311	27	66	138	7	2,150	1,308	27	66	138	8	2,235	1,302	27	96	198
新北市	60	12,154	5,938	272	374	1,926	60	12,405	6,033	277	374	1,878	57	12,475	6,009	277	424	1,828	58	12,634	6,158	277	471	1,755	58	12,751	6,297	277	471	1,755
臺北市	40	21,053	13,773	212	1,101	603	39	21,210	13,917	209	1,129	533	39	21,216	13,871	209	1,129	533	39	21,082	13,807	209	1,126	531	39	20,819	13,665	211	1,126	531
桃園縣	33	12,163	6,945	465	551	1,123	35	12,094	6,932	453	551	1,123	36	12,219	6,974	453	551	1,123	35	12,187	6,960	473	542	1,123	35	12,085	6,876	432	542	1,123
新竹縣	9	2,005	870	30	120	390	10	2,122	868	30	160	469	10	2,123	838	30	160	495	10	2,042	788	-	186	510	10	2,049	817	-	190	510
新竹市	8	2,086	1,231	50	117	-	8	2,130	1,320	50	117	-	8	2,193	1,332	50	117	-	8	2,238	1,388	50	117	-	8	2,290	1,434	50	117	-
苗栗縣	17	3,232	1,616	76	246	419	17	3,244	1,629	76	246	419	16	3,221	1,609	76	246	419	16	3,179	1,593	76	246	419	15	3,090	1,518	70	246	419
臺中市	69	16,873	9,668	351	673	1,549	68	17,232	9,853	313	725	1,599	68	17,207	9,799	313	746	1,584	68	17,725	9,933	673	722	1,599	66	17,646	9,912	667	781	1,599
彰化縣	37	7,237	3,674	289	380	982	36	7,081	3,670	319	360	892	36	7,130	3,710	319	375	937	35	7,090	3,651	319	375	937	34	6,999	3,521	319	400	982
南投縣	10	3,012	1,200	24	267	850	11	3,043	1,224	24	263	850	11	3,148	1,290	24	263	850	11	3,093	1,290	24	263	800	11	3,123	1,320	24	263	800
雲林縣	15	2,997	1,737	-	110	280	16	3,220	1,830	-	110	320	15	3,381	1,905	-	110	320	15	3,337	1,887	-	110	320	15	3,284	1,885	-	89	304
嘉義縣	4	2,519	1,374	72	102	338	4	2,956	1,710	72	127	378	4	3,066	1,710	72	127	418	4	3,055	1,710	72	127	418	4	3,019	1,710	72	127	457
嘉義市	11	3,477	1,784	154	148	295	12	3,530	1,804	154	148	295	12	3,514	1,804	154	148	295	12	3,599	1,804	195	148	295	12	3,691	1,816	280	148	295
臺南市	38	9,642	5,142	551	418	900	37	9,669	5,133	568	418	900	36	9,496	5,081	507	418	900	35	9,211	5,081	377	398	887	35	9,161	4,982	389	398	887
高雄市	95	17,186	9,873	647	905	1,098	94	17,383	9,801	607	919	1,098	94	17,429	9,838	583	963	1,088	94	17,287	9,593	600	1,085	966	92	17,257	9,664	600	1,085	929
屏東縣	28	5,125	2,720	172	340	613	27	5,198	2,679	165	360	658	26	5,298	2,669	165	390	733	27	5,346	2,714	165	390	733	27	5,431	2,792	165	390	763
澎湖縣	3	451	242	-	20	80	3	448	237	-	20	80	3	455	237	-	20	80	3	455	237	-	20	80	3	455	237	-	20	80
花蓮縣	10	4,153	1,493	173	397	1,336	11	4,170	1,442	173	417	1,392	11	4,294	1,442	173	437	1,496	11	4,239	1,406	173	437	1,496	11	4,183	1,374	173	437	1,496
臺東縣	7	1,352	735	-	100	120	7	1,393	715	-	100	120	7	1,383	715	-	100	120	7	1,400	726	-	100	120	7	1,405	726	-	100	146
金門縣	1	288	158	19	22	35	1	245	112	19	22	35	1	251	112	19	22	35	1	251	112	19	22	35	1	251	112	19	22	35
連江縣	1	27	25	-	-	-	1	27	25	-	-	-	1	40	38	-	-	-	1	46	40	-	-	-	1	46	40	-	-	-

註：總床數為醫院之一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和
資料來源：衛福部統計處。醫院及護理機構醫療服務量統計調查

表 3-2-5 2008-2012 年 22 縣市醫院家數與病床數年成長率(單位：%)

縣市別	2009						2010						2011						2012					
	家數	總床數	一般病床		精神病床		家數	總床數	一般病床		精神病床		家數	總床數	一般病床		精神病床		家數	總床數	一般病床		精神病床	
			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性		
總計	-0.19	1.27	0.96	-1.22	2.38	0.75	-1.17	0.51	0.01	-2.60	2.67	1.56	-0.20	0.02	-0.08	6.83	2.29	-1.65	-0.99	-0.32	-0.28	1.14	1.37	1.07
宜蘭縣	-16.67	-1.62	-1.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.43	0.22	0.00	0.00	0.00	0.00	1.53	2.71	-6.10	16.67	0.00	0.00	-1.40	-1.05	0.00	0.00	0.00
基隆市	0.00	-0.50	-0.15	0.00	-21.43	0.00	0.00	-2.36	-3.32	-37.21	0.00	0.00	0.00	-0.09	-0.23	0.00	0.00	0.00	14.29	3.95	-0.46	0.00	45.45	43.48
新北市	0.00	2.07	1.60	1.84	0.00	-2.49	-5.00	0.56	-0.40	0.00	13.37	-2.66	1.75	1.27	2.48	0.00	11.08	-3.99	0.00	0.93	2.26	0.00	0.00	0.00
臺北市	-2.50	0.75	1.05	-1.42	2.54	-11.61	0.00	0.03	-0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.63	-0.46	0.00	-0.27	-0.38	0.00	-1.25	-1.03	0.96	0.00	0.00
桃園縣	6.06	-0.57	-0.19	-2.58	0.00	0.00	2.86	1.03	0.61	0.00	0.00	0.00	-2.78	-0.26	-0.20	4.42	-1.63	0.00	0.00	-0.84	-1.21	-8.67	0.00	0.00
新竹縣	11.11	5.84	-0.23	0.00	33.33	20.26	0.00	0.05	-3.46	0.00	0.00	5.54	0.00	-3.82	-5.97	-100.00	16.25	3.03	0.00	0.34	3.68	-	2.15	0.00
新竹市	0.00	2.11	7.23	0.00	0.00	-	0.00	2.96	0.91	0.00	0.00	-	0.00	2.05	4.20	0.00	0.00	-	0.00	2.32	3.31	0.00	0.00	-
苗栗縣	0.00	0.37	0.80	0.00	0.00	0.00	-5.88	-0.71	-1.23	0.00	0.00	0.00	0.00	-1.30	-0.99	0.00	0.00	0.00	-6.25	-2.80	-4.71	-7.89	0.00	0.00
臺中市	-1.45	2.13	1.91	-10.83	7.73	3.23	0.00	-0.15	-0.55	0.00	2.90	-0.94	0.00	3.01	1.37	115.02	-3.22	0.95	-2.94	-0.45	-0.21	-0.89	8.17	0.00
彰化縣	-2.70	-2.16	-0.11	10.38	-5.26	-9.16	0.00	0.69	1.09	0.00	4.17	5.04	-2.78	-0.56	-1.59	0.00	0.00	0.00	-2.86	-1.28	-3.56	0.00	6.67	4.80
南投縣	10.00	1.03	2.00	0.00	-1.50	0.00	0.00	3.45	5.39	0.00	0.00	0.00	0.00	-1.75	0.00	0.00	0.00	-5.88	0.00	0.97	2.33	0.00	0.00	0.00
雲林縣	6.67	7.44	5.35	-	0.00	14.29	-6.25	5.00	4.10	-	0.00	0.00	0.00	-1.30	-0.94	-	0.00	0.00	0.00	-1.59	-0.11	-	-19.09	-5.00
嘉義縣	0.00	17.35	24.45	0.00	24.51	11.83	0.00	3.72	0.00	0.00	0.00	10.58	0.00	-0.36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-1.18	0.00	0.00	0.00	9.33
嘉義市	9.09	1.52	1.12	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.45	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.42	0.00	26.62	0.00	0.00	0.00	2.56	0.67	43.59	0.00	0.00
臺南市	-2.63	0.28	-0.18	3.09	0.00	0.00	-2.70	-1.79	-1.01	-10.74	0.00	0.00	-2.78	-3.00	0.00	-25.64	-4.78	-1.44	0.00	-0.54	-1.95	3.18	0.00	0.00
高雄市	-1.05	1.15	-0.73	-6.18	1.55	0.00	0.00	0.26	0.38	-3.95	4.79	-0.91	0.00	-0.81	-2.49	2.92	12.67	-11.21	-2.13	-0.17	0.74	0.00	0.00	-3.83
屏東縣	-3.57	1.42	-1.51	-4.07	5.88	7.34	-3.70	1.92	-0.37	0.00	8.33	11.40	3.85	0.91	1.69	0.00	0.00	0.00	0.00	1.59	2.87	0.00	0.00	4.09
澎湖縣	0.00	-0.67	-2.07	-	0.00	0.00	0.00	1.56	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
花蓮縣	10.00	0.41	-3.42	0.00	5.04	4.19	0.00	2.97	0.00	0.00	4.80	7.47	0.00	-1.28	-2.50	0.00	0.00	0.00	0.00	-1.32	-2.28	0.00	0.00	0.00
臺東縣	0.00	3.03	-2.72	-	0.00	0.00	0.00	-0.72	0.00	-	0.00	0.00	0.00	1.23	1.54	-	0.00	0.00	0.00	0.36	0.00	-	0.00	21.67
金門縣	0.00	-14.93	-29.11	0.00	0.00	0.00	0.00	2.45	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
連江縣	0.00	0.00	0.00	-	-	-	0.00	48.15	52.00	-	-	-	0.00	15.00	5.26	-	-	-	0.00	0.00	0.00	-	-	-

註：總床數為醫院之一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和

資料來源：衛福部統計處。醫院及護理機構醫療服務量統計調查

表 3-2-6 2008-2012 年 17 醫療區域醫院家數與病床數

醫療區域	2008						2009						2010						2011						2012					
	家數 總床數		一般病床		精神病床		家數 總床數		一般病床		精神病床		家數 總床數		一般病床		精神病床		家數 總床數		一般病床		精神病床		家數 總床數		一般病床		精神病床	
			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性		
總計	515	133,020	73,426	3,928	6,595	13,661	514	134,716	74,132	3,880	6,752	13,763	508	135,401	74,140	3,779	6,932	13,978	507	135,431	74,082	4,037	7,091	13,748	502	135,002	73,876	4,083	7,188	13,895
臺北區域	124	43,945	26,164	1,166	1,731	3,388	121	44,220	26,327	1,156	1,741	3,270	115	39,844	23,187	860	1,761	3,120	116	39,948	23,321	840	1,825	3,045	117	39,834	23,292	842	1,855	3,105
宜蘭醫療區	12	3,773	1,870	328	120	586	10	3,712	1,842	328	120	586	10	3,728	1,846	328	120	586	10	3,785	1,896	308	140	586	10	3,732	1,876	308	140	586
基隆醫療區	9	2,288	1,417	43	84	138	9	2,357	1,495	43	66	138	9	2,250	1,396	27	66	138	9	2,254	1,393	27	66	138	10	2,339	1,387	27	96	198
臺北醫療區	101	37,569	22,694	776	1,505	2,629	100	37,879	22,853	766	1,533	2,511	94	33,575	19,795	486	1,553	2,361	95	33,612	19,880	486	1,597	2,286	95	33,466	19,877	488	1,597	2,286
金馬地區	2	315	183	19	22	35	2	272	137	19	22	35	2	291	150	19	22	35	2	297	152	19	22	35	2	297	152	19	22	35
北區區域	64	15,051	7,620	329	1,004	1,832	67	15,173	7,707	329	1,044	1,911	70	19,756	10,753	609	1,074	2,037	69	19,646	10,729	599	1,091	2,052	68	19,514	10,645	552	1,095	2,052
桃園醫療區	30	7,728	3,903	173	521	1,023	32	7,677	3,890	173	521	1,023	36	12,219	6,974	453	551	1,123	35	12,187	6,960	473	542	1,123	35	12,085	6,876	432	542	1,123
新竹醫療區	17	4,091	2,101	80	237	390	18	4,252	2,188	80	277	469	18	4,316	2,170	80	277	495	18	4,280	2,176	50	303	510	18	4,339	2,251	50	307	510
苗栗醫療區	17	3,232	1,616	76	246	419	17	3,244	1,629	76	246	419	16	3,221	1,609	76	246	419	16	3,179	1,593	76	246	419	15	3,090	1,518	70	246	419
中區區域	116	27,122	14,542	664	1,320	3,381	115	27,356	14,747	656	1,348	3,341	115	27,485	14,799	656	1,384	3,371	114	27,908	14,874	1,016	1,360	3,336	111	27,768	14,753	1,010	1,444	3,381
臺中醫療區	69	16,873	9,668	351	673	1,549	68	17,232	9,853	313	725	1,599	68	17,207	9,799	313	746	1,584	68	17,725	9,933	673	722	1,599	66	17,646	9,912	667	781	1,599
彰化醫療區	37	7,237	3,674	289	380	982	36	7,081	3,670	319	360	892	36	7,130	3,710	319	375	937	35	7,090	3,651	319	375	937	34	6,999	3,521	319	400	982
南投醫療區	10	3,012	1,200	24	267	850	11	3,043	1,224	24	263	850	11	3,148	1,290	24	263	850	11	3,093	1,290	24	263	800	11	3,123	1,320	24	263	800
南區區域	68	18,635	10,037	777	778	1,813	69	19,375	10,477	794	803	1,893	67	19,457	10,500	733	803	1,933	66	19,202	10,482	644	783	1,920	66	19,155	10,393	741	762	1,943
雲林醫療區	15	2,997	1,737	-	110	280	16	3,220	1,830	-	110	320	15	3,381	1,905	-	110	320	15	3,337	1,887	-	110	320	15	3,284	1,885	-	89	304
嘉義醫療區	15	5,996	3,158	226	250	633	16	6,486	3,514	226	275	673	16	6,580	3,514	226	275	713	16	6,654	3,514	267	275	713	16	6,710	3,526	352	275	752
臺南醫療區	38	9,642	5,142	551	418	900	37	9,669	5,133	568	418	900	36	9,496	5,081	507	418	900	35	9,211	5,081	377	398	887	35	9,161	4,982	389	398	887
高屏區域	126	22,762	12,835	819	1,265	1,791	124	23,029	12,717	772	1,299	1,836	123	23,182	12,744	748	1,373	1,901	124	23,088	12,544	765	1,495	1,779	122	23,143	12,693	765	1,495	1,772
高雄醫療區	95	17,186	9,873	647	905	1,098	94	17,383	9,801	607	919	1,098	94	17,429	9,838	583	963	1,088	94	17,287	9,593	600	1,085	966	92	17,257	9,664	600	1,085	929
屏東醫療區	28	5,125	2,720	172	340	613	27	5,198	2,679	165	360	658	26	5,298	2,669	165	390	733	27	5,346	2,714	165	390	733	27	5,431	2,792	165	390	763
澎湖醫療區	3	451	242	-	20	80	3	448	237	-	20	80	3	455	237	-	20	80	3	455	237	-	20	80	3	455	237	-	20	80
東區區域	17	5,505	2,228	173	497	1,456	18	5,563	2,157	173	517	1,512	18	5,677	2,157	173	537	1,616	18	5,639	2,132	173	537	1,616	18	5,588	2,100	173	537	1,642
臺東醫療區	7	1,352	735	-	100	120	7	1,393	715	-	100	120	7	1,383	715	-	100	120	7	1,400	726	-	100	120	7	1,405	726	-	100	146
花蓮醫療區	10	4,153	1,493	173	397	1,336	11	4,170	1,442	173	417	1,392	11	4,294	1,442	173	437	1,496	11	4,239	1,406	173	437	1,496	11	4,183	1,374	173	437	1,496

註：總床數為醫院之一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和
資料來源：衛福部統計處。醫院及護理機構醫療服務量統計調查

表 3-2-7 2008-2012 年 17 醫療區域醫院家數與病床數年成長率(單位：%)

醫療區域	2009						2010						2011						2012					
	家數	總床數	一般病床		精神病床		家數	總床數	一般病床		精神病床		家數	總床數	一般病床		精神病床		家數	總床數	一般病床		精神病床	
			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性			急性	慢性	急性	慢性						
總計	-0.19	1.27	0.96	-1.22	2.38	0.75	-1.17	0.51	0.01	-2.60	2.67	1.56	-0.20	0.02	-0.08	6.83	2.29	-1.65	-0.99	-0.32	-0.28	1.14	1.37	1.07
臺北區域	-2.42	0.63	0.62	-0.86	0.58	-3.48	-4.96	-9.90	-11.93	-25.61	1.15	-4.59	0.87	0.26	0.58	-2.33	3.63	-2.40	0.86	-0.29	-0.12	0.24	1.64	1.97
宜蘭醫療區域	-16.67	-1.62	-1.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.43	0.22	0.00	0.00	0.00	0.00	1.53	2.71	-6.10	16.67	0.00	0.00	-1.40	-1.05	0.00	0.00	0.00
基隆醫療區域	0.00	3.02	5.50	0.00	-21.43	0.00	0.00	-4.54	-6.62	-37.21	0.00	0.00	0.00	0.18	-0.21	0.00	0.00	0.00	11.11	3.77	-0.43	0.00	45.45	43.48
臺北醫療區域	-0.99	0.83	0.70	-1.29	1.86	-4.49	-6.00	-11.36	-13.38	-36.55	1.30	-5.97	1.06	0.11	0.43	0.00	2.83	-3.18	0.00	-0.43	-0.02	0.41	0.00	0.00
金馬地區	0.00	-13.65	-25.14	0.00	0.00	0.00	0.00	6.99	9.49	0.00	0.00	0.00	0.00	2.06	1.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
北區區域	4.69	0.81	1.14	0.00	3.98	4.31	4.48	30.20	39.52	85.11	2.87	6.59	-1.43	-0.56	-0.22	-1.64	1.58	0.74	-1.45	-0.67	-0.78	-7.85	0.37	0.00
桃園醫療區域	6.67	-0.66	-0.33	0.00	0.00	0.00	12.50	59.16	79.28	161.85	5.76	9.78	-2.78	-0.26	-0.20	4.42	-1.63	0.00	0.00	-0.84	-1.21	-8.67	0.00	0.00
新竹醫療區域	5.88	3.94	4.14	0.00	16.88	20.26	0.00	1.51	-0.82	0.00	0.00	5.54	0.00	-0.83	0.28	-37.50	9.39	3.03	0.00	1.38	3.45	0.00	1.32	0.00
苗栗醫療區域	0.00	0.37	0.80	0.00	0.00	0.00	-5.88	-0.71	-1.23	0.00	0.00	0.00	0.00	-1.30	-0.99	0.00	0.00	0.00	-6.25	-2.80	-4.71	-7.89	0.00	0.00
中區區域	-0.86	0.86	1.41	-1.20	2.12	-1.18	0.00	0.47	0.35	0.00	2.67	0.90	-0.87	1.54	0.51	54.88	-1.73	-1.04	-2.63	-0.50	-0.81	-0.59	6.18	1.35
臺中醫療區域	-1.45	2.13	1.91	-10.83	7.73	3.23	0.00	-0.15	-0.55	0.00	2.90	-0.94	0.00	3.01	1.37	115.02	-3.22	0.95	-2.94	-0.45	-0.21	-0.89	8.17	0.00
彰化醫療區域	-2.70	-2.16	-0.11	10.38	-5.26	-9.16	0.00	0.69	1.09	0.00	4.17	5.04	-2.78	-0.56	-1.59	0.00	0.00	0.00	-2.86	-1.28	-3.56	0.00	6.67	4.80
南投醫療區域	10.00	1.03	2.00	0.00	-1.50	0.00	0.00	3.45	5.39	0.00	0.00	0.00	0.00	-1.75	0.00	0.00	0.00	-5.88	0.00	0.97	2.33	0.00	0.00	0.00
南區區域	1.47	3.97	4.38	2.19	3.21	4.41	-2.90	0.42	0.22	-7.68	0.00	2.11	-1.49	-1.31	-0.17	-12.14	-2.49	-0.67	0.00	-0.24	-0.85	15.06	-2.68	1.20
雲林醫療區域	6.67	7.44	5.35	-	0.00	14.29	-6.25	5.00	4.10	-	0.00	0.00	0.00	-1.30	-0.94	-	0.00	0.00	0.00	-1.59	-0.11	-	-19.09	-5.00
嘉義醫療區域	6.67	8.17	11.27	0.00	10.00	6.32	0.00	1.45	0.00	0.00	0.00	5.94	0.00	1.12	0.00	18.14	0.00	0.00	0.00	0.84	0.34	31.84	0.00	5.47
臺南醫療區域	-2.63	0.28	-0.18	3.09	0.00	0.00	-2.70	-1.79	-1.01	-10.74	0.00	0.00	-2.78	-3.00	0.00	-25.64	-4.78	-1.44	0.00	-0.54	-1.95	3.18	0.00	0.00
高屏區域	-1.59	1.17	-0.92	-5.74	2.69	2.51	-0.81	0.66	0.21	-3.11	5.70	3.54	0.81	-0.41	-1.57	2.27	8.89	-6.42	-1.61	0.24	1.19	0.00	0.00	-0.39
高雄醫療區域	-1.05	1.15	-0.73	-6.18	1.55	0.00	0.00	0.26	0.38	-3.95	4.79	-0.91	0.00	-0.81	-2.49	2.92	12.67	-11.21	-2.13	-0.17	0.74	0.00	0.00	-3.83
屏東醫療區域	-3.57	1.42	-1.51	-4.07	5.88	7.34	-3.70	1.92	-0.37	0.00	8.33	11.40	3.85	0.91	1.69	0.00	0.00	0.00	0.00	1.59	2.87	0.00	0.00	4.09
澎湖醫療區域	0.00	-0.67	-2.07	-	0.00	0.00	0.00	1.56	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
東區區域	5.88	1.05	-3.19	0.00	4.02	3.85	0.00	2.05	0.00	0.00	3.87	6.88	0.00	-0.67	-1.16	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.90	-1.50	0.00	0.00	1.61
臺東醫療區域	0.00	3.03	-2.72	-	0.00	0.00	0.00	-0.72	0.00	-	0.00	0.00	0.00	1.23	1.54	-	0.00	0.00	0.00	0.36	0.00	-	0.00	21.67
花蓮醫療區域	10.00	0.41	-3.42	0.00	5.04	4.19	0.00	2.97	0.00	0.00	4.80	7.47	0.00	-1.28	-2.50	0.00	0.00	0.00	0.00	-1.32	-2.28	0.00	0.00	0.00

註：總床數為醫院之一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和

資料來源：衛福部統計處。醫院及護理機構醫療服務量統計調查

(三) 我國 2010-2012 年，公、私立醫院病床數下降，法人醫院病床數上升

分析不同權屬別醫院家數，結果顯示私立醫院家數自 2008 年逐年下降，但財團法人及社團法人醫院家數逐年上升；在床數方面，公立醫院總病床數 2008-2010 年逐年上升，但 2010-2012 年逐年下降，私立醫院總病床數自 2008 年逐年減少，法人醫院則逐年增加(表 3-2-8、表 3-2-9)。

表 3-2-8 2008-2012 年不同權屬別醫院家數與病床數

年別	公立醫院						私立醫院						財團法人及社團法人醫院								
	家數	總床數		一般病床		精神病床		家數	總床數		一般病床		精神病床		家數	總床數		一般病床		精神病床	
		數	急性	慢性	急性	慢性	數		總床數	急性	慢性	急性	慢性	數		總床數	急性	慢性	急性	慢性	
2008	80	45,450	23,345	1,081	4,159	6,899	335	37,831	19,953	794	992	4,467	100	49,739	30,128	2,053	1,444	2,295			
2009	80	45,913	23,414	1,088	4,217	6,919	326	36,180	18,921	720	972	4,338	108	52,623	31,797	2,072	1,563	2,506			
2010	82	45,981	23,454	1,027	4,251	6,919	318	36,002	18,813	646	993	4,299	108	53,418	31,873	2,106	1,688	2,760			
2011	82	45,603	23,163	997	4,399	6,734	309	35,071	18,677	512	939	3,823	116	54,757	32,242	2,528	1,753	3,191			
2012	82	45,549	23,323	1,037	4,354	6,783	300	34,543	18,277	469	1,026	3,883	120	54,910	32,276	2,577	1,808	3,229			

註 1：總床數為醫院之一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、安寧病床、急診觀察床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和

註 2：財團法人醫院包括醫療財團法人醫院、宗教財團法人附設醫院及公益法人所設醫院；社團法人醫院包括醫療社團法人醫院

資料來源：衛福部統計處。醫院及護理機構醫療服務量統計調查

表 3-2-9 2008-2012 年不同權屬別醫院家數與病床數年成長率(單位：%)

年別	公立醫院						私立醫院						財團法人及社團法人醫院								
	家數	總床數		一般病床		精神病床		家數	總床數		一般病床		精神病床		家數	總床數		一般病床		精神病床	
		數	急性	慢性	急性	慢性	數		總床數	急性	慢性	急性	慢性	數		總床數	急性	慢性	急性	慢性	
2009	0.00	1.02	0.30	0.65	1.39	0.29	-2.69	-4.36	-5.17	-9.32	-2.02	-2.89	8.00	5.80	5.54	0.93	8.24	9.19			
2010	2.50	0.15	0.17	-5.61	0.81	0.00	-2.45	-0.49	-0.57	-10.28	2.16	-0.90	0.00	1.51	0.24	1.64	8.00	10.14			
2011	0.00	-0.82	-1.24	-2.92	3.48	-2.67	-2.83	-2.59	-0.72	-20.74	-5.44	-11.07	7.41	2.51	1.16	20.04	3.85	15.62			
2012	0.00	-0.12	0.69	4.01	-1.02	0.73	-2.91	-1.51	-2.14	-8.40	9.27	1.57	3.45	0.28	0.11	1.94	3.14	1.19			

註 1：總床數為醫院之一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、安寧病床、急診觀察床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和

註 2：財團法人醫院包括醫療財團法人醫院、宗教財團法人附設醫院及公益法人所設醫院；社團法人醫院包括醫療社團法人醫院

資料來源：衛福部統計處。醫院及護理機構醫療服務量統計調查

(四) 我國 2008-2010 年，醫院有大型化之現象

2008-2010 年，區域醫院增長了 6 家，地區醫院則逐年下降。分析各層級別病床資源，區域醫院自 2008 年 48,310 床增長至 2010 年 52,744 床，共增加 4,434 床，地區醫院病床則在 2009-2010 年有下降趨勢，我國醫院有大型化之現象(表 3-2-10、表 3-2-11)。

表 3-2-10 2008-2010 年不同層級別醫院家數與病床數

層級別	醫院家數			醫院總病床			一般病床						精神病床					
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
							急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性
醫學中心	23	23	23	32,933	32,816	32,792	22,648	730	22,660	692	22,618	692	1,006	100	996	100	1,007	100
區域醫院	70	72	76	48,310	50,445	52,744	29,700	916	31,003	940	32,611	955	2,277	1,879	2,302	1,969	2,302	2,009
地區教學醫院	29	28	23	9,432	10,671	8,204	5,367	604	5,462	600	3,711	538	318	737	476	1,833	376	1,833
地區非教學醫院	307	306	290	27,961	28,194	27,842	14,530	1,016	14,353	966	14,019	892	496	1,605	550	1,745	724	1,745
精神醫院	40	38	39	12,016	10,352	10,476	125	100	0	100	0	100	2,428	9,160	2,278	7,846	2,393	7,851
其他	46	47	57	2,368	2,238	3,343	1,056	562	654	582	1,181	602	70	180	150	270	130	440

註：醫院總病床數為一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和

資料來源：醫療機構現況檔分析(醫院附設精神醫院採一般醫院評鑑標準)

表 3-2-11 2008-2010 年不同層級別醫院家數與病床數年成長率(單位：%)

層級別	醫院家數		醫院總病床		一般病床				精神病床			
	2009	2010	2009	2010	2009		2010		2009		2010	
					急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性
醫學中心	0.00	0.00	-0.36	-0.07	0.05	-5.21	-0.19	0.00	-0.99	0.00	1.10	0.00
區域醫院	2.86	5.56	4.42	4.56	4.39	2.62	5.19	1.60	1.10	4.79	0.00	2.03
地區教學醫院	-3.45	-17.86	13.14	-23.12	1.77	-0.66	-32.06	-10.33	49.69	148.71	-21.01	0.00
地區非教學醫院	-0.33	-5.23	0.83	-1.25	-1.22	-4.92	-2.33	-7.66	10.89	8.72	31.64	0.00
精神醫院	-5.00	2.63	-13.85	1.20	-100.00	0.00	0	0.00	-6.18	-14.34	5.05	0.06
其他	2.17	21.28	-5.49	49.37	-38.07	3.56	80.58	3.44	114.29	50.00	-13.33	62.96

註：醫院總病床數為一般病床(包含急性一般、慢性一般、急性精神、慢性精神、慢性結核病床、漢生病床)與特殊病床(加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床及其他病床)之總和

資料來源：醫療機構現況檔分析(醫院附設精神醫院採一般醫院評鑑標準)

(五) 我國 2010-2012 年，長期照護機構與護理之家機構數與床數皆增加

分析 2010-2012 年長期照護資源，發現長期照護機構及護理之家之機構數、床數及進住人數皆上升，但護理之家佔床率略為下降；養護機構與安養機構數量減少，但可供進住人數及實際進住人數在養護機構皆上升，安養機構則皆下降(表 3-2-12)。

表 3-2-12 2008-2012 年長期照護資源變化情形

	機構數	可供 進住人數	進住人數 ^a	年成長率(%)		
				機構數	可供 進住人數	進住人數 ^a
護理之家^b						
2008	347	21,461	18,416			
2009	367	23,077	19,785	5.76	7.53	7.43
2010	390	25,849	20,774	6.27	12.01	5.00
2011	423	28,476	21,151	8.46	10.16	1.81
2012	447	30,447	22,471	5.67	6.92	6.24
長期照護機構^c						
2008	51	2,675	1,654			
2009	53	2,838	1,781	3.92	6.09	7.68
2010	48	2,484	1,766	-9.43	-12.47	-0.84
2011	50	2,497	1,865	4.17	0.52	5.61
2012	53	2,686	1,987	6.00	7.57	6.54
養護機構^c						
2008	949	41,020	30,109			
2009	969	42,359	31,996	2.11	3.26	6.27
2010	963	43,523	33,481	-0.62	2.75	4.64
2011	960	44,741	34,675	-0.31	2.80	3.57
2012	946	46,716	35,709	-1.46	4.41	2.98
安養機構^c						
2008	42	9,465	6,510			
2009	44	9,370	6,406	4.76	-1.00	-1.60
2010	42	9,059	6,272	-4.55	-3.32	-2.09
2011	41	8,852	6,279	-2.38	-2.29	0.11
2012	34	7,456	5,089	-17.07	-15.77	-18.95

註：^a 護理之家進住人數為新入住人數；其餘三類型機構進住人數為實際進住人數
資料來源：^b 衛生署統計室。衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計。
^c 內政部統計年報。四、社會，老人安養養護機構

二、導入 DRGs 制度對醫療行為之影響

(一) 住院

1. 住院案件數及住院率

德國研究指出實施 G-DRG 後，皮膚科住院病人住院率上升 5.9%(Hensen et al., 2008)。瑞士研究比較已導入 DRGs 與未導入 DRGs 區域醫療利用變化趨勢，結果指出 2003-2007 年已實施 DRGs 區域之總住院人次自 85,139 上升至 331,477 人次(增加 21.5%)；已實施 DRGs 區域較未實施 DRGs 區域每千人口平均住院率減少 2.76% (表 3-2-13, 圖 3-2-4) (Busato & Below, 2010)，顯示相較於未實施 DRGs 區域，已實施 DRGs 區域每千人口平均住院率下降。

表 3-2-13 比較瑞士實施與未實施 DRGs 區域之住院情形變化

	2003	2004	2005	2006	2007	2003-2007 差值(%)	2003-2007 平均	差值(%) ^a
總住院人次								
總計	1,022,503	1,048,582	1,054,388	1,080,697	1,111,455			
未實施DRGs	937,364 (91.7)	924,669 (88.2)	827,957 (78.5)	819,227 (75.8)	779,978 (70.2)			
已實施DRGs	85,139 (8.3)	123,913 (11.8)	226,431 (21.5)	261,470 (24.2)	331,477 (29.8)			
平均每千人口住院率	143.58	145.85	145.97	147.87	150.29	4.67	146.71	
未實施DRGs	144.55	146.81	146.25	149.23	152.22	5.31	147.57	
已實施DRGs	134.18	139.94	145.05	144.56	145.82	8.67	143.51	-2.76

註：^a 2003-2007年實施與未實施DRGs其平均值之差值(%)；

() 內為百分比

A. 總住院人次

B. 平均每千人口住院率

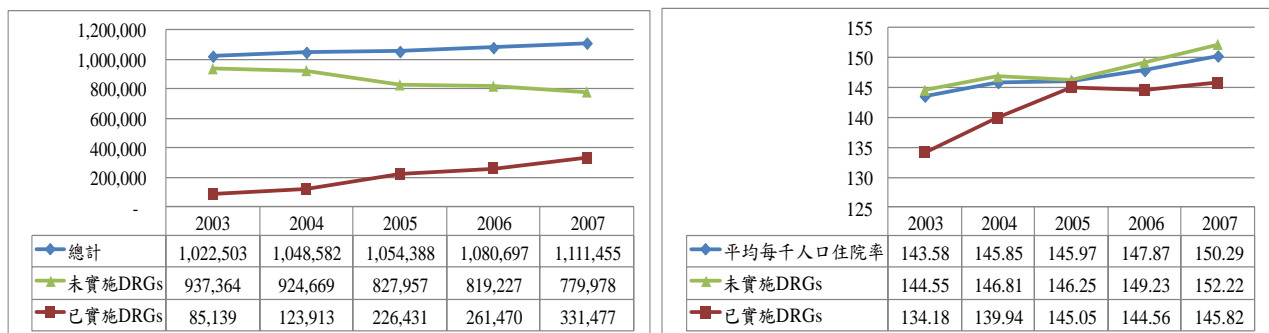


圖 3-2-4 2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之住院情形變化

分析國內情形，發現 Tw-DRGs、一般及特定(含其他)案件申報案件數增加；2009-2010 年 Tw-DRGs 申報案件數增加，自 410,686 件增加為 506,100 件，特定(含其他)案件亦增加，由 74,102 件增加為 114,820 件，惟一般案件自 2,235,944 件減少為 2,147,816 件。以國家衛生研究院釋出之百萬抽樣歸人檔進行分析，2010-2011 年 Tw-DRGs、一般及特定(含其他)案件申報案件數增加，Tw-DRGs 申報件數自 20,824 件增加為 21,730 件，一般案件自 84,385 件增加至 85,981 件，特定(含其他)案件由 3,938 件增加為 44,90 件(表 3-2-14，圖 3-2-5)。

表 3-2-14 2003-2011 年不同案件類別住院者申報案件數

	論病例計酬/Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs案件		
		一般案件	特定 ^a	合計
申報案件數				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	438,700	2,010,396	17,014	2,027,410
2004年	444,717	2,219,040	30,887	2,249,927
2005年	422,600	2,195,541	38,609	2,234,150
2006年	416,464	2,140,724	34,688	2,175,412
2007年	411,912	2,153,981	65,551	2,219,532
2008年	410,857	2,193,415	59,863	2,253,278
2009年	410,686	2,235,944	74,102	2,310,046
2010年	506,100	2,147,816	114,820	2,262,636
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	20,824	84,385	3,938	88,323
2011年	21,730	85,981	4,490	90,471

註：排除入住精神科病房之案件；

^a 包括特定案件(住院申報五十萬元以上之高額案件、血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件、愛滋病案件)及其他

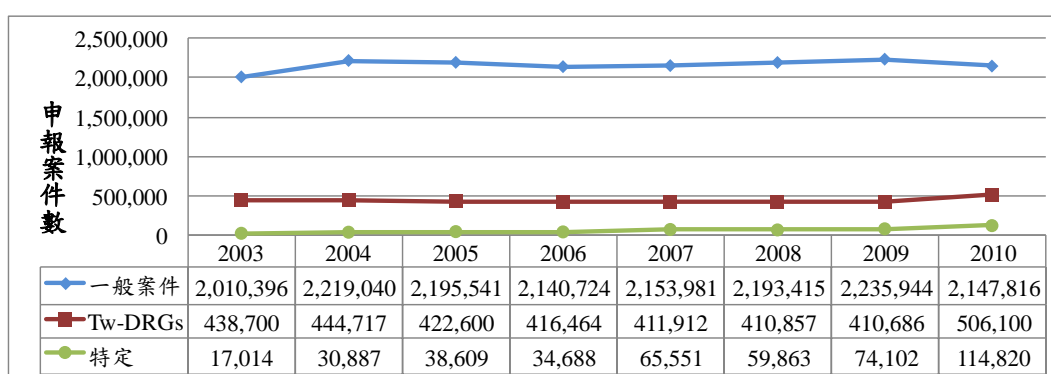


圖 3-2-5 2008-10 年不同案件類別住院者申報案件數

2. 住院天數及費用

分析 OECD 國家導入 DRGs 前後平均急性住院天數變化(表 3-2-15)及導入前後 5 年平均急性住院天數之消長(表 3-2-16)，發現各國實施 DRGs 同年平均急性住院天數介於 6.5-11.0 天，僅日本為 29.3 天，多數國家導入 DRGs 後呈下降趨勢，約降低 2.99-29.35%，惟韓國不變；2010 年我國平均急性住院天數為 6.8 天(圖 3-2-6)。

本研究繪製美國、澳洲、德國與日本每萬人口急性病床及平均急性住院天數之變化趨勢圖。美國每萬人口急性病床數自 DRGs 導入 5 年(1983-1988 年)，由 44 床減少至 39 床，下降 11.36%，導入 15 年(1983-1998 年)，由 44 床減少至 31 床，下降 27.27%。平均急性住院天數自 DRGs 導入 5 年，由 7.6 天下降至 7.2 天，減少 5.26%，導入 15 年，由 7.6 天下降至 6.0 天，減少 21.05%；澳洲每萬人口急性病床數自 DRGs 導入 5 年(1992-1997 年)，由 42 床減少至 38 床，下降 9.52%，導入 14 年(1992-2006 年)，由 42 床減少至 35 床，下降 16.67%。平均急性住院天數自 DRGs 導入 5 年，由 6.6 天下降至 6.2 天，減少 6.06%，導入 14 年，由 6.6 天下降至 5.9 天，減少 10.61%；德國每萬人口急性病床數自 DRGs 導入 5 年(1999-2004 年)，由 64 床減少至 59 床，下降 7.81%，導入 9 年(1999-2008 年)，由 64 床減少至 57 床，下降 10.94%。平均急性住院天數自 DRGs 導入 5 年，由 9.5 天下降至 8.2 天，減少 13.68%，導入 9 年，由 9.5 天下降至 7.6 天，減少 20.00%；日本每萬人口急性病床數自 DRGs 導入 5 年(1998-2003 年)，由 111 床減少至 85 床，下降 23.42%，導入 10 年(1998-2008 年)，由 111 床減少至 81 床，下降 27.03%。平均急性住院天數自 DRGs 導入 5 年，由 29.3 天下降至 20.7 天，減少 29.35%，導入 10 年，由 29.3 天下降至 18.8 天，減少 35.84% (見圖 3-2-2)。

德國研究指出實施 G-DRG 後，皮膚科住院病人平均住院天數呈穩定下降趨勢，2003 年 8.4 天、2004 年 7.3 天、2005 年 6.8 天、2006 年 6.3 天。比較韓國實施 DRG 試辦計畫之前後差異，平均住院天數下降 3.0%、每人住院費用平均降低 8.3% (Kwon, 2003)。

表 3-2-15 OECD 國家平均急性住院天數

國家年代	年代	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
加拿大	1983	10.0	10.2	10.0	10.0	10.2	10.4	10.3	10.5	10.4	10.2	10.2	10.0	9.9	9.8	7.4	7.2	7.1	7.0	7.0	7.1	7.2	7.3	7.4	7.3	7.3	7.2	7.4	7.5		
美國	1983	7.6	7.6	7.6	7.6	7.3	7.1	7.1	7.2	7.2	7.3	7.3	7.2	7.1	7.0	6.8	6.5	6.2	6.1	6.0	5.9	5.8	5.8	5.7	5.7	5.6	5.6	5.6	5.5	5.5	
葡萄牙	1990	11.4					11.1	10.4	9.7	9.4	8.6	8.4	8.3	7.9	7.7	7.7	7.9	7.9	7.5	7.3	7.3	7.7	7.3	7.0	7.0	6.9	7.1	6.9	6.8		
瑞典	1990	8.5	8.3	8.2	8.0	7.8	7.5	7.3	7.1	6.9	6.8	6.5	6.2	5.8	5.5	5.3	5.2	5.0	5.1	5.1	5.0	5.0	5.0	4.8	4.8	4.7	4.6	4.6	4.5		
西班牙	1991						10.1	9.9	10.0	9.8	9.7	9.6	9.3	9.2	9.1	9.0	8.8	8.0	7.6	7.5	7.3	7.1	7.0	7.0	6.9	6.7	6.7	6.6	6.6	6.5	
澳洲	1993	7.7	7.3	6.9	6.7	6.7	7.4		7.4		7.2		6.5	6.6	6.4	6.4	6.5	6.4	6.2	6.1	6.2	6.1	6.2	6.2	6.1	6.1	6.0	5.9			
愛爾蘭	1993	8.5	8.2	8.0	7.8	7.6	7.4	7.2	6.9	6.9	6.7	6.7	6.8	6.7	6.8	6.7	6.6	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.4	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.3	6.1	6.2
挪威	1993	10.9	10.6	10.3	10.1	9.8	9.6	9.2	9.1	8.5	7.8	7.8	7.4	6.9	6.8	6.6	6.5	6.3	6.4	6.2	6.1	6.0	5.8	5.7	5.4	5.2	5.2	5.0	5.0	4.8	
比利時	1995														9.8	9.6	9.4	9.2	8.8	8.7	8.0	7.7	7.6	7.6	7.5	7.4	7.7	7.2	7.1		
芬蘭	1995	8.8	8.5	8.3	8.2	8.2	8.0	8.0	7.5	7.6	7.3	7.0	7.0	6.1	5.7	5.6	5.5	6.0	5.9	5.9	5.8	5.7	5.8	5.7	5.7	5.6	5.5	5.6	5.6	5.5	
義大利	1995												9.5	9.3	9.2	9.0	8.4	8.0	7.3	7.2	7.1	7.0	6.9	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7		
瑞士	1996	15.5	15.4	15.1	15.1	15.0	14.7	14.2	14.5	14.2	14.0	13.4	13.0	12.1	12.1	12.0	12.0	12.0	10.5	9.9	9.8	9.3	9.2	9.1	9.0	8.8	8.5	8.2	7.8	7.7	
奧地利	1997										11.0	11.2	10.5	10.5	10.1	9.6	9.7	9.5	8.3	8.2	7.8	7.6	7.4	7.3	7.2	7.2	6.9	6.9	6.8	6.8	
韓國	1997	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	11.0	11.0	10.0	11.0	11.0	12.0	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	10.0	11.0	11.0	11.0	10.6						
日本	1998															34.4	33.2	32.7	31.4	29.3	27.2	24.8	23.5	22.2	20.7	20.3	19.8	19.2	19.0	18.8	
法國	1999	10.2	10.0	9.7	9.3	9.0	8.6	8.3	7.9	7.6	7.3	7.0	6.7	6.5	6.4	6.4	6.2	6.1	5.9	5.8	5.5	5.6	5.7	5.7	5.6	5.5	5.4	5.3	5.3	5.2	
德國	1999												12.8	12.3	11.7	11.2	10.8	10.2	9.9	9.7	9.5	9.2	9.0	8.6	8.3	8.2	8.1	7.9	7.8	7.6	
波蘭	1999	14.0					13.1					12.5	12.3	11.8	11.4	11.1	10.8	10.6	10.4	10.1	9.3	8.9	8.4	7.9	7.0	6.6	6.5	6.1	5.9	5.7	
丹麥	2000	8.5	8.3	8.2	8.1	7.9	7.8	7.5	7.3	6.9	6.6	6.4	6.3	6.1	6.0	4.1	4.1	4.1	4.0	3.9	3.9	3.8	3.8	3.7	3.6	3.4	3.5				
荷蘭	2003	14.0	13.7	13.3	13.0	12.8	12.5	12.3	12.1	11.9	11.5	11.2	10.9	10.6	10.4	10.1	9.9	9.8	9.6	9.5	9.2	9.0	8.6	8.4	7.9	7.5	7.2	6.6	6.3	5.9	

表 3-2-16 各國導入 DRGs 前後五年平均急性住院天數之消長

國家(導入年代)	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	導入5年增減率(%)
美國(1983)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.3	7.1	7.1	7.2	7.2	-5.26
葡萄牙(1990)	10.4	9.7	9.4	8.6	8.4	8.3	7.9	7.7	7.7	7.9	-5.95
瑞典(1990)	7.3	7.1	6.9	6.8	6.5	6.2	5.8	5.5	5.3	5.2	-20.00
西班牙(1991)	10.0	9.8	9.7	9.6	9.3	9.2	9.1	9.0	8.8	8.0	-13.98
愛爾蘭(1993)	6.7	6.7	6.7	6.8	6.7	6.7	6.6	6.5	6.5	6.5	-2.99
挪威(1993)	7.8	7.8	7.4	6.9	6.8	6.6	6.5	6.3	6.4	6.2	-8.82
義大利(1995)	9.5	9.3	9.2	9.0	8.4	8.0	7.3	7.2	7.1	7.0	-16.67
奧地利(1997)	10.1	9.6	9.7	9.5	8.3	8.2	7.8	7.6	7.4	7.3	-12.05
韓國(1997)	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	10.0	11.0	11.0	11.0	0.00
日本(1998)	34.4	33.2	32.7	31.4	29.3	27.2	24.8	23.5	22.2	20.7	-29.35
德國(1999)	10.8	10.2	9.9	9.7	9.5	9.2	9.0	8.6	8.3	8.2	-13.68
荷蘭(2003)	9.2	9.0	8.6	8.4	7.9	7.5	7.2	6.6	6.3	5.9	-25.32

註：0為導入DRGs基準年，+1為後一年，-1為前一年，依此類推

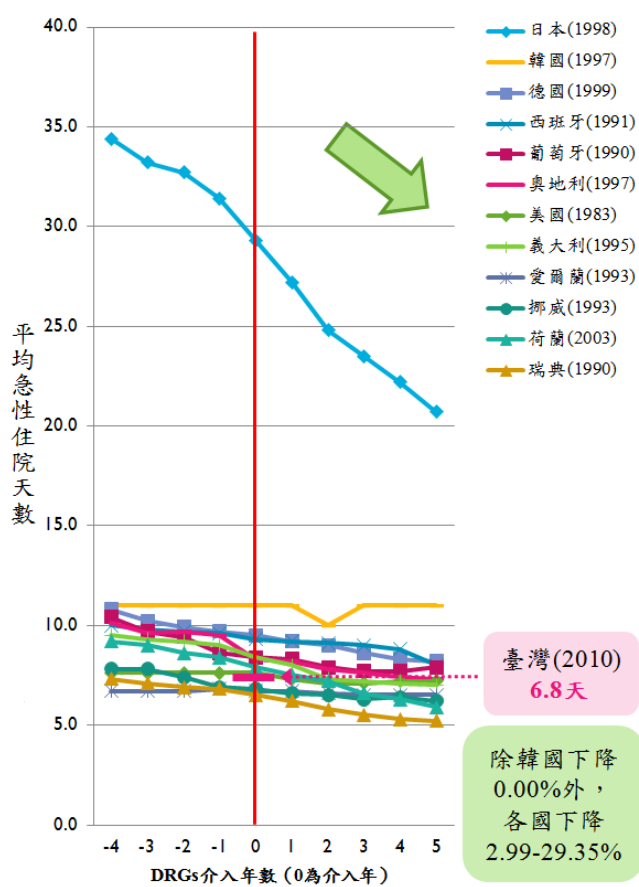


圖 3-2-6 各國導入 DRGs 前後五年平均急性住院天數之消長情形

分析我國情況，2003-2010 年平均急性住院天數 Tw-DRGs 案件呈增加趨勢，申報 Tw-DRGs 者自 3.54 天增加至 4.13 天；一般案件 2003-2007 年自 9.74 天增加至 10.60 天，2008-2010 年自 10.59 天下降至 9.15 天；特定(含其他)案件 2003-2005 年自 44.05 天增加至 65.53 天，2006-2009 年自 42.38 天下降至 35.82 天，至 2010 年增加為 61.41 天。2003-2010 年平均急性住院費用 Tw-DRGs 案件呈成長趨勢，自 29,976 元逐年增加至 43,277 元；一般案件 2003-2009 年自 40,987 元增加至 55,519 元，至 2010 年下降至 50,707 元；特定(含其他)案件 2003-2009 年呈下降趨勢，自 375,208 元減少為 215,704 元，至 2010 年上升至 240,010 元。以國衛院百萬抽樣歸人檔進行分析，2010-2011 年平均住院天數一般案件呈增加現象，自 9.38 天增加至 9.47 天；特定(含其他)案件自 78.19 天減少至 70.44 天。2010-2011 年平均住院費用 Tw-DRGs 案件及特定(含其他)案件呈減少現象，申報 Tw-DRGs 者自 43,328 元減少至 42,801 元，申報特定(含其他)案件者自 278,376 元減少為 257,349 元；一般案件則呈增加現象，自 53,124 元增加至 54,418 元(表 3-2-17，圖 3-2-7)。

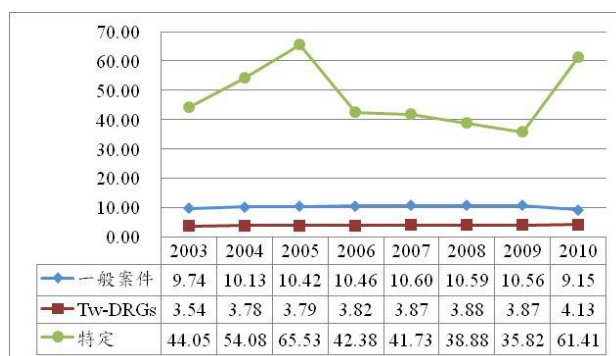
表 3-2-17 2003-2011 年不同案件類別住院者平均急性住院天數與費用

	論病例計酬 /Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs		
		一般案件	特定 ^a	合計
平均急性住院天數				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	3.54	9.74	44.05	10.06
2004年	3.78	10.13	54.08	10.78
2005年	3.79	10.42	65.53	11.41
2006年	3.82	10.46	42.38	10.99
2007年	3.87	10.60	41.73	11.23
2008年	3.88	10.59	38.88	11.34
2009年	3.87	10.56	35.82	11.37
2010年	4.13	9.15	61.41	11.80
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	4.16	9.38	78.19	12.44
2011年	4.16	9.47	70.44	12.49
平均急性住院費用				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	29,976	40,987	375,208	44,100
2004年	31,821	50,444	330,629	54,610
2005年	33,576	52,046	301,072	56,517
2006年	35,085	52,891	324,294	57,422
2007年	35,614	53,561	289,277	58,328
2008年	36,266	55,158	248,891	60,305
2009年	36,863	55,519	215,704	60,658
2010年	43,277	50,707	240,010	60,313
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	43,328	53,124	278,376	63,167
2011年	42,801	54,418	257,349	64,490

註：排除入住精神科病房之案件；

^a 包括特定案件(住院申報五十萬元以上之高額案件、血管支架及肺臟、肝臟心臟、骨髓移植之案件、愛滋病案件)及其他

A. 平均急性住院天數



B. 平均急性住院費用

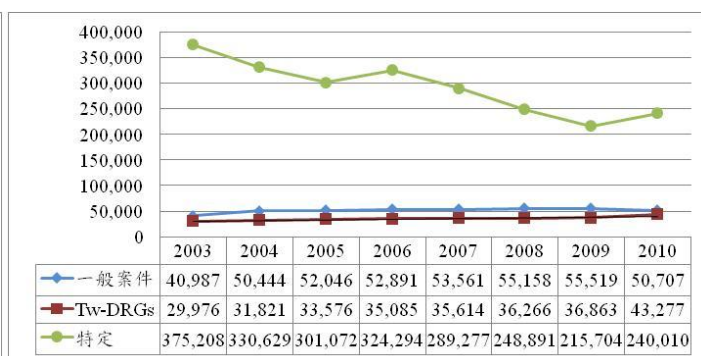


圖 3-2-7 2003-2010 年不同案件類別住院者平均急性住院天數與費用

進一步以醫院為單位進行分析，在住院天數部分：未排除呼吸照護個案時，2008-2010年整體醫院平均急性住院天數自 15.50 天增加至 61.25 天，一般案件自 18.99 天增加至 53.28 天，Tw-DRGs 案件自 3.86 天增加至 4.03 天，特定案件自 20.06 天增加至 198.23 天，皆呈現上升趨勢；排除呼吸照護個案後，2008-2010 年醫院平均急性住院天數，除 Tw-DRGs 案件自 3.91 天稍微增加至 3.99 天，整體、一般案件、特定案件皆呈現下降趨勢。不同評鑑等級別之醫院平均急性住院天數變化情形，在未排除呼吸照護個案前，結果呈現逐年上升情形，然地區醫院增加幅度最大，在整體醫院平均急性住院天數自 2008 年的 26.75 天增加至 2010 年的 121.63 天，一般案件自 27.37 天增加至 91.13 天，Tw-DRGs 案件自 4.33 天增加至 4.49 天，特定案件自 14.71 天急遽增加至 256.72 天；排除呼吸照護個案後皆有逐年下降情形(表 3-2-18a、表 3-2-18b)。

不同分區別之醫院平均急性住院天數變化情形，在未排除呼吸照護個案，台北區、北區、中區、南區、東區等皆呈現逐年上升情形，排除呼吸照護個案後皆呈現下降趨勢(表 3-2-19a、表 3-2-19b)。不同權屬別之醫院平均急性住院天數變化情形，在未排除呼吸照護個案前，亦呈現逐年攀升情形，排除後有逐年下降情形(表 3-2-20a、表 3-2-20b)。

表 3-2-18a 2008-2010 年不同評鑑等級醫療院所平均急性住院天數變化-未排除呼吸照護個案

	整體					醫學中心					地區醫院					優等醫院					
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	
整體																					
2008	617	15.50	52.87	0.00	601.76	14	8.74	1.01	7.06	10.59	130	26.75	78.94	0.32	601.76	6	13.05	10.26	7.84	33.93	
2009	694	38.16	118.13	0.00	1382.38	14	8.71	1.32	6.74	11.09	195	88.41	187.82	0.35	1,382.38	6	12.90	10.21	7.89	33.70	
2010	797	61.25	142.26	0.00	894.84	14	8.63	1.22	6.69	10.63	254	121.63	194.63	0.40	804.53	6	13.14	11.03	7.97	35.61	
一般案件																					
2008	496	18.99	59.20	0.00	601.76	14	8.94	0.74	7.58	10.03	129	27.37	79.62	0.31	601.76	6	9.10	0.78	8.52	10.19	
2009	568	47.23	130.90	0.00	1382.38	14	8.80	1.04	7.09	10.93	192	91.06	189.31	0.36	1,382.38	6	8.93	0.60	8.29	9.72	
2010	663	53.28	154.20	0.00	1249.60	14	8.69	1.03	7.16	10.66	246	91.13	206.72	0.49	1,249.60	6	8.78	0.95	7.66	9.91	
Tw-DRGs																					
2008	556	3.86	1.52	0.00	18.84	14	3.93	0.29	3.52	4.45	95	4.33	2.04	0.32	18.00	6	3.82	0.52	3.14	4.55	
2009	577	3.87	1.42	0.00	18.73	14	3.92	0.32	3.55	4.55	121	4.36	1.73	0.34	13.33	6	3.76	0.47	3.18	4.48	
2010	617	4.03	1.46	0.00	14.00	14	4.21	0.35	3.70	4.98	154	4.49	1.91	0.40	14.00	6	4.13	0.45	3.56	4.78	
特定案件																					
2008	235	20.06	29.35	1.00	359.89	14	21.36	9.18	9.69	42.99	63	14.71	20.02	1.00	140.00	6	76.60	138.95	11.98	359.89	
2009	257	24.63	111.88	2.00	1715.00	14	21.23	9.53	9.32	45.89	77	13.11	16.91	2.00	107.40	6	75.68	141.71	10.52	364.63	
2010	448	198.23	257.34	3.31	1486.00	14	22.91	8.18	10.03	37.12	192	256.72	274.11	3.31	1,065.83	6	70.09	127.76	13.40	330.79	
	合格醫院					精神專科					其他										
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值						
整體																					
2008	50	8.83	3.17	4.29	21.61	122	18.84	44.07	0.95	318.20	295	10.66	47.19	0.00	538.76						
2009	49	8.93	3.19	4.39	21.99	146	40.94	109.30	0.90	875.32	284	9.26	32.88	0.00	380.03						
2010	47	8.76	2.89	4.32	19.43	164	60.49	134.96	0.97	698.30	312	23.70	80.33	0.00	894.84						
一般案件																					
2008	50	9.16	3.36	4.41	22.47	121	19.75	44.36	0.82	319.14	176	16.25	61.84	0.00	538.76						
2009	49	9.25	3.47	4.53	23.24	144	44.70	115.70	0.74	875.32	163	13.96	43.41	0.00	380.03						
2010	47	7.86	2.17	4.49	14.74	161	45.70	127.98	1.07	721.27	189	26.50	103.58	0.00	1102.11						
Tw-DRGs																					
2008	50	4.06	0.56	2.88	5.18	113	4.35	1.90	0.98	18.84	278	3.46	1.15	0.00	8.80						
2009	49	4.34	2.17	2.81	18.73	122	4.23	1.34	0.92	8.74	265	3.40	0.97	0.00	6.38						
2010	47	4.28	0.71	2.72	6.17	128	4.43	1.38	0.97	8.49	268	3.52	1.16	0.00	9.67						
特定案件																					
2008	50	18.52	10.34	4.67	47.04	88	20.12	23.03	2.50	156.33	14	23.66	22.23	3.50	65.00						
2009	49	15.13	6.16	6.00	29.43	97	19.89	44.12	2.00	384.23	14	135.53	454.67	4.00	1715.00						
2010	47	46.04	59.90	8.47	335.48	134	190.45	276.33	4.00	1486.00	55	201.72	218.00	4.25	799.18						

註：含婦產科診所

表 3-2-18b 2008-2010 年不同評鑑等級醫療院所平均急性住院天數變化-排除呼吸照護個案

	整體					醫學中心					地區醫院					優等醫院				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體																				
2008	719	14.00	41.08	0.00	538.76	14	8.45	1.01	7.06	10.28	191	24.33	55.97	0.32	369.36	6	12.75	10.42	7.44	33.93
2009	696	15.44	62.79	0.00	1366.07	14	8.40	1.32	6.73	10.81	190	29.73	109.27	0.35	1366.07	6	12.55	10.39	7.12	33.69
2010	659	10.30	42.49	0.00	706.41	14	8.23	1.23	6.56	10.40	173	12.45	33.28	0.40	307.59	6	12.65	11.21	7.04	35.47
一般案件																				
2008	587	17.07	46.55	0.00	538.76	14	8.62	0.76	7.57	9.81	190	24.79	56.17	0.31	369.36	6	8.77	0.95	7.72	10.08
2009	565	19.06	71.26	0.00	1366.07	14	8.47	1.05	7.09	10.64	186	30.67	110.45	0.36	1366.07	6	8.54	0.83	7.34	9.56
2010	536	12.80	51.27	0.00	706.41	14	8.42	1.06	6.99	10.52	171	12.67	33.60	0.49	307.59	6	8.33	0.98	7.25	9.63
Tw-DRGs																				
2008	612	3.91	1.55	0.00	18.84	14	3.93	0.29	3.52	4.45	127	4.37	2.00	0.32	18.00	6	3.82	0.52	3.14	4.55
2009	579	3.87	1.42	0.00	18.73	14	3.92	0.32	3.55	4.55	124	4.31	1.75	0.34	13.33	6	3.76	0.47	3.18	4.48
2010	561	3.99	1.40	0.00	14.00	14	4.21	0.35	3.70	4.98	123	4.45	1.89	0.40	14.00	6	4.13	0.45	3.56	4.78
特定案件																				
2008	235	18.56	27.23	1.00	359.89	14	20.75	9.06	9.69	42.70	63	14.60	19.97	1.00	140.00	6	76.12	139.19	11.58	359.89
2009	251	15.61	26.44	2.00	364.63	14	20.29	9.52	9.20	45.84	74	12.18	15.53	2.00	107.40	6	75.18	141.92	10.22	364.63
2010	260	14.15	23.81	2.75	337.01	14	19.26	6.90	9.92	35.64	77	9.82	8.09	3.31	56.00	6	68.98	131.36	11.39	337.01
	合格醫院					精神專科					其他									
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值					
整體																				
2008	50	7.53	2.19	4.29	17.65	146	17.28	42.12	0.95	349.19	312	7.46	32.10	0.00	538.76					
2009	49	7.22	1.62	4.39	11.42	145	17.04	46.22	0.90	364.60	292	7.11	19.63	0.00	210.96					
2010	47	7.06	1.50	4.26	10.85	137	12.77	57.40	1.00	673.26	282	8.38	44.06	0.00	706.41					
一般案件																				
2008	50	7.72	2.24	4.41	17.96	146	19.41	47.75	0.82	349.19	181	10.59	41.97	0.00	538.76					
2009	49	7.34	1.62	4.53	11.45	144	19.85	56.13	0.74	399.96	166	10.12	25.72	0.00	210.96					
2010	47	7.18	1.48	4.42	11.15	137	15.98	70.23	1.00	673.26	161	12.41	58.10	0.00	706.41					
Tw-DRGs																				
2008	50	4.06	0.56	2.88	5.18	124	4.40	1.90	0.98	18.84	291	3.47	1.14	0.00	8.80					
2009	49	4.34	2.17	2.81	18.73	121	4.26	1.32	0.92	8.74	265	3.40	0.97	0.00	6.38					
2010	47	4.28	0.71	2.72	6.17	116	4.39	1.22	1.00	8.49	255	3.52	1.18	0.00	9.67					
特定案件																				
2008	50	17.76	9.57	4.67	42.56	88	16.70	14.28	2.50	98.50	14	24.09	23.01	3.50	65.00					
2009	49	14.79	5.99	6.00	29.15	96	14.48	17.81	2.00	167.50	12	13.99	8.43	4.00	30.93					
2010	47	14.06	3.91	7.42	23.18	95	14.35	18.79	2.75	158.00	21	10.17	6.66	4.25	30.80					

註：含婦產科診所；排除當次住院使用呼吸照護(RCC、RCW)之個案

表 3-2-19a 2008-2010 年不同分局醫療院所平均急性住院天數變化-未排除呼吸照護個案

	台北區					北區					中區				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體															
2008	147	24.23	85.23	2.00	601.76	96	12.01	36.33	2.00	318.20	143	12.88	47.30	0.00	531.42
2009	171	68.65	176.91	1.58	1,382.38	104	30.28	76.68	2.00	429.51	153	37.41	135.74	0.00	1042.06
2010	215	105.52	190.73	1.00	714.86	119	39.93	87.69	1.67	487.67	168	68.13	181.17	0.00	894.84
一般案件															
2008	106	33.08	100.11	1.00	601.76	75	14.75	41.08	1.00	319.14	119	15.65	52.91	0.00	531.42
2009	132	91.36	200.59	0.50	1,382.38	82	38.26	85.91	0.50	434.59	129	44.80	147.42	0.36	1042.06
2010	171	95.99	188.34	-	871.24	96	34.71	89.79	-	449.27	141	78.68	237.02	0.49	1249.60
Tw-DRGs															
2008	137	3.67	0.89	1.91	8.00	92	3.97	1.17	2.00	7.43	129	3.46	1.31	0.00	6.69
2009	144	3.82	0.99	1.58	8.54	93	4.03	1.09	2.00	7.08	128	3.56	1.32	0.00	8.08
2010	164	3.97	1.18	1.00	9.03	100	4.24	1.48	1.33	14.00	134	3.85	1.60	0.00	10.25
特定案件															
2008	55	18.21	13.38	1.00	59.00	39	21.45	20.63	4.50	105.80	42	24.16	54.38	3.33	359.89
2009	56	48.52	227.37	2.00	1,715.00	42	25.05	58.57	2.50	384.23	49	19.48	51.01	2.00	364.63
2010	117	294.94	324.84	4.10	1,289.58	70	190.11	283.25	3.50	1,486.00	82	199.87	258.59	4.00	799.18
	南區					高屏區					東區				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體															
2008	88	16.72	41.76	0.50	304.55	124	11.09	20.02	0.81	155.29	19	8.36	6.14	1.71	26.30
2009	102	29.08	63.39	0.00	393.64	139	19.37	46.09	0.61	380.03	25	8.65	5.99	2.00	26.48
2010	113	47.56	85.77	1.76	411.04	156	27.75	48.18	0.00	269.34	26	8.96	5.95	1.87	26.34
一般案件															
2008	73	19.65	45.50	1.57	304.55	110	12.43	21.08	0.00	155.29	13	10.95	5.45	5.33	26.40
2009	85	34.61	68.37	1.00	393.64	122	22.31	49.26	0.50	380.03	18	10.34	5.84	0.00	26.58
2010	97	19.64	41.69	1.00	244.18	138	17.47	33.09	1.67	269.34	20	8.37	4.02	2.00	19.07
Tw-DRGs															
2008	76	3.88	1.14	0.50	7.00	105	4.29	1.97	0.81	18.00	17	5.07	3.95	1.71	18.84
2009	77	3.66	1.09	0.00	6.38	115	4.23	2.12	0.61	18.73	20	4.31	1.74	2.00	8.74
2010	77	3.95	1.31	1.74	9.57	120	4.11	1.64	0.00	11.29	22	4.44	1.70	1.87	8.35
特定案件															
2008	34	17.59	12.30	3.00	50.67	53	15.84	19.68	2.50	140.00	12	35.25	47.18	4.86	156.33
2009	37	12.71	6.09	5.00	28.33	56	10.59	5.25	3.50	27.59	17	31.90	51.34	2.67	202.68
2010	67	187.86	166.10	5.98	678.13	94	115.75	161.36	3.31	650.04	18	63.14	74.40	6.50	250.92

註：含婦產科診所

表 3-2-19b 2008-2010 年不同分局醫療院所平均急性住院天數變化-排除呼吸照護個案

	台北區					北區					中區				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體															
2008	179	25.22	70.13	2.00	538.76	110	13.13	40.01	2.00	355.37	159	7.14	10.93	0.00	87.24
2009	176	31.09	115.93	1.58	1366.07	106	12.75	41.99	2.00	407.44	148	7.09	8.90	0.00	70.50
2010	173	18.72	78.41	1.00	706.41	100	9.51	30.93	1.67	307.59	139	6.26	6.25	0.00	38.79
一般案件															
2008	133	35.07	83.13	1.00	538.76	88	15.79	44.56	1.00	355.37	134	8.06	11.57	0.00	87.24
2009	133	42.69	135.87	0.50	1366.07	83	15.57	47.42	0.50	407.44	123	8.13	9.31	0.36	70.50
2010	131	26.76	98.41	0.00	706.41	79	11.65	34.87	0.00	307.59	114	6.96	6.28	0.49	38.79
Tw-DRGs															
2008	155	3.76	1.07	1.91	8.89	101	4.05	1.22	2.00	7.43	140	3.54	1.37	0.00	9.00
2009	147	3.81	1.00	1.50	8.54	94	4.02	1.09	2.00	7.08	128	3.55	1.33	0.00	8.08
2010	146	3.91	1.15	1.00	9.03	90	4.21	1.49	1.33	14.00	125	3.78	1.51	0.00	10.25
特定案件															
2008	55	17.66	13.52	1.00	65.00	39	20.15	19.91	4.50	98.50	42	23.87	54.44	3.33	359.89
2009	55	17.88	16.95	2.00	107.40	42	17.59	25.97	2.50	167.50	46	19.65	52.56	2.00	364.63
2010	60	13.81	9.60	2.75	56.00	42	14.37	16.22	3.50	103.00	49	18.64	46.85	4.00	337.01
	南區					高屏區					東區				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體															
2008	104	12.37	24.33	0.50	158.24	144	10.63	18.35	0.81	155.29	23	6.80	3.91	1.71	18.69
2009	102	12.48	26.88	0.00	188.40	140	10.25	20.36	0.61	168.61	24	6.79	3.88	2.00	18.37
2010	92	6.75	4.29	1.76	22.15	132	7.18	9.23	0.00	77.12	23	7.08	3.91	1.87	17.56
一般案件															
2008	87	14.19	26.35	1.57	158.24	129	11.71	19.25	0.00	155.29	16	8.75	3.24	5.33	18.64
2009	85	14.56	29.25	1.00	188.40	124	11.51	21.92	0.50	168.61	17	8.04	3.91	0.00	18.19
2010	80	7.24	4.51	1.00	22.15	115	7.98	9.81	1.67	78.65	17	8.41	3.75	2.00	17.41
Tw-DRGs															
2008	80	3.89	1.18	0.50	7.00	116	4.27	1.97	0.81	18.00	20	4.94	3.66	1.71	18.84
2009	77	3.66	1.09	0.00	6.38	113	4.25	2.12	0.61	18.73	20	4.31	1.74	2.00	8.74
2010	73	3.90	1.14	1.74	9.57	108	4.17	1.58	0.00	11.29	19	4.28	1.53	1.87	8.35
特定案件															
2008	34	17.33	11.99	3.00	50.67	53	15.64	19.46	2.50	140.00	12	15.36	7.57	4.86	32.88
2009	36	12.49	5.94	5.00	28.33	56	10.46	5.07	3.50	27.01	16	16.08	10.46	2.67	37.11
2010	35	15.46	25.12	5.45	158.00	58	10.26	5.04	3.31	23.08	16	12.24	4.70	6.50	21.20

註：含婦產科診所；排除當次住院使用呼吸照護(RCC、RCW)之個案

表 3-2-20a 2008-2010 年不同權屬別醫療院所平均急性住院天數變化-未排除呼吸照護個案

	公立					私立				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體										
2008	66	13.73	8.80	4.77	54.03	543	15.90	56.26	-	601.76
2009	70	25.86	103.48	3.93	875.32	617	39.96	120.28	-	1,382.38
2010	76	31.10	110.85	3.99	698.30	715	64.95	145.37	-	894.84
一般案件										
2008	66	13.69	8.64	4.68	55.26	430	19.80	63.46	-	601.76
2009	70	25.86	103.47	3.93	875.32	498	50.23	134.12	-	1,382.38
2010	76	23.64	78.40	3.94	495.57	587	57.12	161.08	-	1,249.60
Tw-DRGs										
2008	61	4.94	2.10	3.00	18.84	487	3.74	1.38	-	18.00
2009	63	4.88	2.09	2.69	18.73	507	3.76	1.27	-	13.33
2010	68	4.77	1.18	2.00	8.35	543	3.95	1.47	-	14.00
特定案件										
2008	64	29.73	50.03	4.86	359.89	171	16.44	14.49	1.00	105.80
2009	66	25.03	50.41	2.00	364.63	191	24.49	126.47	2.00	1,715.00
2010	73	108.82	220.06	4.50	1,289.58	375	215.64	260.70	3.31	1,486.00

註：含婦產科診所

表 3-2-20b 2008-2010 年不同權屬別醫療院所平均急性住院天數變化-排除呼吸照護個案

	公立					私立				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體										
2008	70	14.02	30.65	3.82	263.14	641	14.14	42.31	0.00	538.76
2009	70	14.86	42.71	3.93	364.60	619	15.65	65.03	0.00	1366.07
2010	72	8.82	4.61	1.00	35.47	581	10.57	45.22	0.00	706.41
一般案件										
2008	70	13.88	30.54	3.75	263.14	517	17.50	48.32	0.00	538.76
2009	70	14.70	42.64	3.93	364.60	495	19.68	74.43	0.00	1366.07
2010	72	8.69	3.37	1.00	21.50	464	13.43	55.06	0.00	706.41
Tw-DRGs										
2008	64	4.94	2.05	3.00	18.84	540	3.80	1.43	0.00	18.00
2009	63	4.88	2.09	2.69	18.73	509	3.76	1.27	0.00	13.33
2010	65	4.74	1.05	2.00	8.35	490	3.91	1.41	0.00	14.00
特定案件										
2008	64	25.24	46.29	4.86	359.89	171	16.06	14.25	1.00	98.50
2009	66	20.36	43.74	2.00	364.63	185	13.92	16.22	2.00	167.50
2010	68	20.15	43.16	4.50	337.01	192	12.02	9.90	2.75	103.00

註：含婦產科診所；排除當次住院使用呼吸照護(RCC、RCW)之個案

在住院費用方面，整體而言，未排除呼吸照護個案之平均急性住院費用自 2008 年 43,586 元上升至 2010 年 112,784 元，分案件類別來看，一般案件及 Tw-DRGs 案件之平均急性住院費用三年來皆呈上升趨勢，特定案件於 2008 年為 156,215 元，2009 年略為下降，至 2010 年上升至 369,009 元(表 3-2-21a)；若排除呼吸照護個案，整體平均急性住院費用呈下降趨勢，一般案件及特定案件有相同情形，而後者降幅明顯，由 149,630 元下降至 95,184 元，惟在 Tw-DRGs 案件呈微幅上升(表 3-2-21b)。

依醫院評鑑等級別探討，發現地區醫院未排除呼吸照護個案之所有案件平均急性住院費用由 59,606 元上升至 200,281 元，而一般案件及特定案件亦呈上升趨勢，後者尤其明顯，由 64,526 元上升至 426,055 元，在 Tw-DRGs 案件則沒有太大改變(表 3-2-21a)；若與排除呼吸照護個案相比，則可發現排除後，地區醫院在所有案件、一般案件及特定案件之平均急性住院費用反而呈下降趨勢，Tw-DRGs 案件則同樣沒有太大改變(表 3-2-21b)。

在不同分區別(表 3-2-22a)及不同權屬別(表 3-2-23a)未排除呼吸照護個案之各類案件可發現三年來大致呈上升趨勢；排除呼吸照護個案後，除了 Tw-DRGs 案件外，其餘案件三年來皆呈下降趨勢(表 3-2-22b、表 3-2-23b)。

表 3-2-21a 2008-2010 年不同評鑑等級醫療院所平均急性住院費用變化-未排除呼吸照護個案

	整體					醫學中心					地區醫院					優等醫院				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體																				
2008	617	43,586	70,697	3,449	807,243	14	69,606	7,692	56,003	80,155	130	59,606	113,335	5,604	807,243	6	72,291	11,215	59,874	89,132
2009	694	76,478	148,256	5,734	1,120,278	14	70,244	8,227	54,934	81,926	195	144,782	224,915	5,734	1,120,278	6	71,825	10,705	60,203	87,450
2010	797	112,785	188,743	6,020	926,099	14	69,757	8,400	54,527	80,992	254	200,281	254,628	6,020	926,099	6	71,858	11,290	56,946	88,086
一般案件																				
2008	496	45,996	80,011	2,000	807,243	14	64,263	6,344	51,339	72,785	129	58,383	114,845	5,604	807,243	6	66,059	10,513	52,218	81,727
2009	568	87,641	166,477	1,527	1,120,278	14	64,478	6,885	48,963	74,265	192	147,301	228,342	5,734	1,120,278	6	66,570	9,306	55,054	79,356
2010	663	93,348	189,468	2,000	1,238,965	14	61,443	6,877	48,122	72,139	246	149,352	259,041	6,020	1,238,965	6	63,261	12,684	44,719	78,698
Tw-DRGs																				
2008	556	29,494	12,894	8,743	110,127	14	45,737	7,048	35,339	62,832	95	34,662	18,069	15,804	110,127	6	45,608	7,438	37,727	56,942
2009	577	30,344	13,792	14,262	104,972	14	45,951	7,311	36,115	64,198	121	36,319	18,989	14,731	104,972	6	45,483	7,902	35,149	56,310
2010	617	31,988	15,313	9,084	111,214	14	53,159	6,048	42,935	63,460	154	35,633	17,775	9,084	111,214	6	55,582	11,890	39,602	69,720
特定案件																				
2008	235	156,215	150,386	2,340	712,306	14	315,936	98,271	140,949	527,623	63	64,527	98,245	7,974	504,172	6	337,258	136,064	174,911	469,981
2009	257	122,440	148,742	6,466	1,210,467	14	289,567	93,869	122,147	478,000	77	65,878	142,756	7,769	1,072,881	6	276,019	121,944	124,442	438,561
2010	448	369,010	305,231	7,845	1,343,937	14	268,975	82,549	144,594	438,308	192	426,056	339,269	9,141	1,090,067	6	246,459	77,398	131,486	329,965
	合格醫院					精神專科					其他									
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值					
整體																				
2008	50	48,270	10,930	22,544	74,822	122	54,856	80,546	7,962	635,537	295	29,254	41,428	3,449	490,596					
2009	49	48,339	10,687	24,010	78,589	146	85,339	149,130	8,116	963,892	284	30,285	46,799	8,669	568,861					
2010	47	48,447	10,323	23,633	73,503	164	104,692	162,434	7,912	817,903	312	58,217	120,708	12,467	874,645					
一般案件																				
2008	50	46,812	10,085	21,232	71,983	121	54,074	81,584	6,994	635,537	176	28,994	58,072	2,000	490,596					
2009	49	47,087	10,217	22,919	76,636	144	89,498	162,603	5,791	963,892	163	30,681	64,068	1,527	568,861					
2010	47	43,157	9,867	21,867	61,751	161	77,886	155,832	7,442	817,903	189	49,425	106,202	2,000	663,943					
Tw-DRGs																				
2008	50	37,700	6,179	25,282	55,986	113	35,069	13,587	17,321	90,713	278	22,820	6,318	8,743	68,813					
2009	49	38,192	6,000	27,037	58,222	122	36,286	14,332	16,106	92,704	265	22,262	4,336	14,262	54,104					
2010	47	42,254	8,539	26,168	70,572	128	38,500	15,493	18,530	104,205	268	23,349	8,443	13,452	100,814					
特定案件																				
2008	50	221,903	124,450	12,189	590,231	88	142,010	133,880	5,903	602,309	14	186,188	252,341	2,340	712,306					
2009	49	166,428	82,264	28,267	407,876	97	106,017	118,935	6,466	853,986	14	160,416	319,038	9,326	1,210,467					
2010	47	210,896	107,713	38,038	607,712	134	348,585	295,900	11,511	1,343,937	55	393,577	311,631	7,845	1,124,223					

註：含婦產科診所

表 3-2-21b 2008-2010 年不同評鑑等級醫療院所平均急性住院費用變化-排除呼吸照護個案

	整體					醫學中心					地區醫院					優等醫院				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體																				
2008	719	43,063	70,585	3,449	872,911	14	66,813	7,401	55,986	78,185	191	61,778	103,095	5,604	650,107	6	69,496	13,168	55,432	87,658
2009	696	42,907	60,977	5,734	629,263	14	67,374	7,970	54,875	79,697	190	58,029	81,776	5,734	549,520	6	68,989	12,296	56,621	85,643
2010	659	34,781	46,697	1,596	800,921	14	66,146	8,155	53,128	77,736	173	37,068	42,052	6,020	425,543	6	67,662	12,228	52,534	85,390
一般案件																				
2008	587	45,992	82,678	2,000	872,911	14	61,360	5,945	51,317	70,833	190	61,081	104,355	5,604	650,107	6	63,069	12,638	47,609	80,281
2009	565	45,862	73,689	1,527	713,003	14	61,474	6,610	48,960	71,846	186	57,477	84,002	5,734	549,520	6	63,493	11,516	50,889	77,601
2010	536	34,913	61,237	1,596	800,921	14	58,940	6,952	46,442	67,035	171	34,096	42,695	6,020	425,543	6	60,176	12,275	44,383	75,647
Tw-DRGs																				
2008	612	29,878	13,695	8,743	110,127	14	45,737	7,048	35,339	62,832	127	35,087	19,046	14,093	110,127	6	45,606	7,439	37,727	56,942
2009	579	30,349	13,761	14,262	104,972	14	45,951	7,311	36,115	64,198	124	36,107	18,800	14,731	104,972	6	45,483	7,902	35,149	56,310
2010	561	31,664	14,577	9,084	111,214	14	53,155	6,045	42,935	63,460	123	35,082	16,877	9,084	111,214	6	55,582	11,890	39,602	69,720
特定案件																				
2008	235	149,630	146,054	2,340	673,142	14	307,794	97,329	134,261	518,132	63	63,222	96,287	7,974	504,172	6	330,537	133,206	174,911	463,776
2009	251	113,324	124,341	6,466	1,072,881	14	281,379	91,316	120,861	466,488	74	63,716	142,184	7,769	1,072,881	6	271,240	116,628	124,442	421,106
2010	260	95,184	97,866	7,845	628,236	14	243,941	74,313	124,760	418,103	77	49,453	83,762	9,141	579,603	6	223,349	79,711	118,496	314,915
	合格醫院					精神專科					其他									
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值					
整體																				
2008	50	44,348	10,707	22,544	71,718	146	52,168	90,705	7,962	872,911	312	25,566	23,444	3,449	260,293					
2009	49	43,701	9,968	24,010	70,390	145	50,119	75,403	8,116	629,263	292	27,644	35,353	8,235	426,643					
2010	47	43,348	9,583	23,162	67,784	137	39,612	67,610	1,596	800,921	282	27,346	40,449	12,467	608,941					
一般案件																				
2008	50	42,439	9,686	21,232	63,998	146	54,614	104,723	6,994	872,911	181	22,426	32,579	2,000	260,293					
2009	49	41,860	9,104	22,919	60,283	144	52,834	93,923	5,791	713,003	166	26,029	48,429	1,527	426,643					
2010	47	40,522	8,748	21,291	57,142	137	41,276	93,036	1,596	800,921	161	25,699	54,860	2,000	608,941					
Tw-DRGs																				
2008	50	37,700	6,179	25,282	55,986	124	35,533	14,163	17,313	90,713	291	22,764	6,220	8,743	68,813					
2009	49	38,192	6,000	27,037	58,222	121	36,410	14,325	16,106	92,704	265	22,270	4,337	14,262	54,104					
2010	47	42,254	8,539	26,168	70,572	116	37,903	14,055	18,530	104,205	255	23,483	8,605	13,452	100,814					
特定案件																				
2008	50	216,667	122,859	12,189	590,231	88	130,533	126,291	5,903	581,844	14	183,391	246,202	2,340	673,142					
2009	49	163,573	80,782	28,267	389,743	96	95,135	96,042	6,466	618,572	12	84,555	109,096	9,326	378,217					
2010	47	137,118	56,274	34,659	254,566	95	90,407	98,610	11,511	628,236	21	54,838	69,184	7,845	269,328					

註：含婦產科診所；排除當次住院使用呼吸照護(RCC、RCW)之個案

表 3-2-22a 2008-2010 年不同分局醫療院所平均急性住院費用變化-未排除呼吸照護個案

	台北區					北區					中區				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體															
2008	147	56,769	114,432	5,604	807,243	96	38,052	46,443	11,744	359,231	143	36,635	48,552	3,449	490,596
2009	171	115,281	201,905	6,483	963,892	104	66,075	100,929	11,547	530,678	153	73,321	176,590	7,934	1,120,278
2010	215	172,558	253,595	6,508	926,099	119	86,029	122,226	11,425	512,604	168	105,643	206,213	8,254	894,480
一般案件															
2008	106	67,847	134,880	2,995	807,243	75	39,161	53,531	3,017	360,242	119	37,096	56,616	2,000	490,596
2009	132	145,345	232,961	1,527	963,892	82	75,404	113,261	4,855	530,678	129	81,183	193,330	2,000	1,120,278
2010	171	165,980	261,869	2,673	970,951	96	61,910	101,193	2,000	480,630	141	106,100	239,994	2,782	1,238,965
Tw-DRGs															
2008	137	27,139	9,135	12,601	77,956	92	29,647	16,035	15,036	110,127	129	28,917	11,402	8,743	71,254
2009	144	28,636	12,029	15,325	104,369	93	31,223	17,548	14,826	104,972	128	30,207	12,121	14,262	67,738
2010	164	31,714	17,530	11,665	111,214	100	31,996	15,739	14,187	91,102	134	31,969	13,398	13,452	84,446
特定案件															
2008	55	172,827	166,126	2,340	712,306	39	182,639	169,106	11,075	602,309	42	157,594	139,661	10,700	528,761
2009	56	182,208	226,641	6,466	1,210,467	42	146,980	161,018	13,171	853,986	49	95,690	94,401	7,769	352,311
2010	117	470,181	353,783	11,511	1,124,223	70	404,081	312,755	13,787	1,343,937	82	334,317	296,521	7,845	964,928
	南區					高屏區					東區				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體															
2008	88	49,537	67,354	7,962	530,526	124	36,938	38,095	6,257	329,818	19	37,699	22,961	13,544	97,420
2009	102	74,465	123,867	7,508	886,992	139	48,691	62,221	5,734	375,593	25	36,388	21,012	14,781	93,631
2010	113	111,978	165,443	7,912	663,428	156	71,713	94,362	6,020	421,986	26	37,045	19,935	15,223	86,151
一般案件															
2008	73	50,428	75,037	3,520	530,526	110	36,543	40,864	4,571	329,818	13	43,826	22,473	13,601	97,015
2009	85	82,167	134,966	3,943	886,992	122	51,038	69,236	2,000	380,950	18	40,430	21,597	4,610	92,679
2010	97	56,733	103,633	2,452	663,943	138	46,511	61,111	2,000	347,774	20	34,094	15,785	16,052	72,139
Tw-DRGs															
2008	76	30,435	14,273	13,042	93,450	105	32,121	14,435	14,145	96,719	17	31,594	11,878	16,000	53,311
2009	77	30,007	14,037	14,731	96,711	115	31,691	13,968	14,284	92,704	20	32,983	14,166	14,781	63,366
2010	77	31,732	15,867	9,084	93,839	120	31,994	13,215	14,687	90,279	22	34,974	16,654	15,175	65,918
特定案件															
2008	34	185,208	152,784	8,412	590,231	53	99,375	120,959	7,974	524,403	12	158,268	113,602	9,703	363,015
2009	37	110,811	86,740	17,953	407,876	56	75,565	92,802	8,478	382,251	17	121,757	115,903	9,786	423,716
2010	67	404,502	232,958	18,842	933,581	94	258,918	253,873	9,141	994,805	18	175,867	153,770	13,893	591,694

註：含婦產科診所

表 3-2-22b 2008-2010 年不同分局醫療院所平均急性住院費用變化-排除呼吸照護個案

	台北區					北區					中區				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體															
2008	179	65,645	121,077	5,604	872,911	110	38,415	57,595	11,744	541,359	159	29,747	20,695	3,449	164,033
2009	176	61,708	93,989	6,483	629,263	106	38,965	59,446	8,235	549,520	148	32,772	29,460	7,934	314,443
2010	173	44,635	80,547	1,596	800,921	100	33,586	42,407	11,425	425,543	139	29,953	16,996	8,254	99,732
一般案件															
2008	133	83,081	148,223	2,995	872,911	88	39,497	64,934	3,017	541,359	134	27,872	23,378	2,000	164,033
2009	133	75,740	120,290	1,527	713,003	83	40,300	67,538	4,855	549,520	123	31,621	33,136	2,000	314,443
2010	131	52,394	112,461	1,596	800,921	79	32,914	48,363	2,000	425,543	114	27,655	19,720	2,782	99,732
Tw-DRGs															
2008	155	28,047	11,939	12,601	106,196	101	30,623	17,389	13,943	110,127	140	29,240	11,929	8,743	74,070
2009	147	28,574	11,920	15,325	104,369	94	31,118	17,483	14,826	104,972	128	30,267	12,083	14,262	67,738
2010	146	30,886	15,918	11,665	111,214	90	31,900	15,414	14,187	91,102	125	31,524	13,044	13,452	84,446
特定案件															
2008	55	166,058	161,657	2,340	673,142	39	169,641	164,197	11,075	581,844	42	155,127	138,343	10,700	528,761
2009	55	160,531	178,293	6,466	1,072,881	42	129,896	133,524	13,171	618,572	46	97,717	93,066	7,769	337,942
2010	60	116,157	113,025	11,511	579,603	42	113,017	138,641	13,787	628,236	49	95,707	84,329	7,845	302,774
	南區					高屏區					東區				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體															
2008	104	42,345	46,401	7,962	296,451	144	35,474	35,253	6,257	329,818	23	32,349	16,866	13,544	74,654
2009	102	42,971	53,464	7,508	456,458	140	34,775	33,273	5,734	304,582	24	32,115	16,005	14,781	70,655
2010	92	32,051	15,130	7,912	83,076	132	30,122	19,711	6,020	159,089	23	32,685	15,730	15,223	73,587
一般案件															
2008	87	42,068	51,805	3,520	296,451	129	34,834	37,693	4,571	329,818	16	36,471	16,112	13,601	73,791
2009	85	43,988	59,048	3,943	456,458	124	34,439	38,527	2,000	304,582	17	35,005	16,565	4,610	68,170
2010	80	28,731	16,965	2,452	67,207	115	27,992	21,842	2,000	161,707	17	34,089	15,032	16,052	67,035
Tw-DRGs															
2008	80	30,332	14,019	13,042	93,450	116	31,715	14,134	14,145	96,719	20	32,316	12,486	15,732	53,311
2009	77	30,007	14,037	14,731	96,711	113	31,878	14,020	14,284	92,704	20	32,983	14,166	14,781	63,366
2010	73	31,730	15,293	9,084	93,839	108	32,294	13,234	14,687	90,279	19	33,617	15,322	15,175	65,918
特定案件															
2008	34	183,789	151,767	8,412	590,231	53	97,973	117,743	7,974	491,214	12	121,427	78,545	9,703	286,067
2009	36	111,684	83,927	17,953	389,743	56	74,509	91,205	8,478	375,974	16	91,967	76,058	9,786	253,712
2010	35	103,339	69,280	18,842	306,563	58	61,263	69,277	9,141	299,986	16	73,251	54,307	13,893	184,970

註：含婦產科診所；排除當次住院使用呼吸照護(RCC、RCW)之個案

表 3-2-23a 2008-2010 年不同權屬別醫療院所平均急性住院費用變化-未排除呼吸照護個案

	公立					私立				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體										
2008	66	53,487	21,886	13,544	145,257	543	42,770	74,834	3,449	807,243
2009	70	66,322	111,698	9,647	963,892	617	78,300	152,562	5,734	1,120,278
2010	76	67,249	106,195	10,850	692,580	715	118,418	195,456	6,020	926,099
一般案件										
2008	66	51,810	21,681	13,408	148,247	430	45,104	85,495	2,000	807,243
2009	70	64,862	111,869	9,647	963,892	498	90,843	172,619	1,527	1,120,278
2010	76	57,688	89,307	10,758	584,545	587	97,965	198,360	2,000	1,238,965
Tw-DRGs										
2008	61	42,140	13,634	22,899	90,713	487	28,110	11,930	8,743	110,127
2009	63	42,991	14,508	18,553	92,704	507	28,950	12,904	14,284	104,972
2010	68	45,241	15,050	17,361	90,279	543	30,479	14,560	9,084	111,214
特定案件										
2008	64	168,488	138,794	9,703	581,844	171	151,622	154,639	2,340	712,306
2009	66	139,078	110,219	6,466	438,561	191	116,691	159,763	7,769	1,210,467
2010	73	247,678	218,665	13,893	1,007,683	375	392,629	314,187	7,845	1,343,937

註：含婦產科診所

表 3-2-23b 2008-2010 年不同權屬別醫療院所平均急性住院費用變化-排除呼吸照護個案

	公立					私立				
	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值	醫院家數	平均值	標準差	最小值	最大值
整體										
2008	70	50,733	49,383	11,058	432,393	641	42,546	72,879	3,449	872,911
2009	70	50,295	51,942	9,647	454,336	619	42,359	62,180	5,734	629,263
2010	72	40,694	16,009	1,596	85,390	581	34,218	49,344	6,020	800,921
一般案件										
2008	70	48,771	49,275	9,110	432,393	517	45,616	86,238	2,000	872,911
2009	70	48,405	51,876	9,647	454,336	495	45,503	76,306	1,527	713,003
2010	72	38,232	14,813	1,596	75,647	464	34,398	65,555	2,000	800,921
Tw-DRGs										
2008	64	41,801	13,556	22,899	90,713	540	28,651	13,049	8,743	110,127
2009	63	42,991	14,508	18,553	92,704	509	28,961	12,871	14,284	104,972
2010	65	45,498	14,771	17,361	90,279	490	29,992	13,573	9,084	111,214
特定案件										
2008	64	156,825	132,918	9,703	581,844	171	146,937	150,958	2,340	673,142
2009	66	126,677	100,519	6,466	421,106	185	108,561	131,721	7,769	1,072,881
2010	68	104,142	79,368	13,893	320,033	192	92,012	103,630	7,845	628,236

註：含婦產科診所；排除當次住院使用呼吸照護(RCC、RCW)之個案

3. 診斷數

德國實施 G-DRGs 後平均診斷編碼數有減少趨勢，2003 年 3.8 個、2004 年 3.8 個、2005 年 3.7 個、2006 年 3.3 個，反之平均處置編碼數上升，2003 年 1.6 個、2004 年 1.9 個、2005 年 1.5 個、2006 年 2.8 個(Hensen et al., 2008)，韓國實施 DRGs 亦存在醫師故意申報錯誤的病例類別(DRG creep)之問題(Kwon, 2003)。

2003-2010 年平均住院申報診斷數 Tw-DRGs 及一般案件皆呈上升趨勢，申報 Tw-DRGs 者平均住院申報診斷數自 1.82 個增加為 2.36 個，一般案件自 3.10 個增加至 3.48 個，惟特定(含其他)案件 2003-2005 年自 3.64 個減少為 3.31 個，2006-2010 年由 3.62 個增加至 4.04 個。以國衛院百萬抽樣歸人檔進行分析，2010-2011 年 Tw-DRGs 及一般案件平均住院申報診斷數增加，申報 Tw-DRGs 者平均住院申報診斷數自 2.38 個增加為 2.41 個，一般案件自 3.59 個增加至 3.63 個，惟特定(含其他)案件自 4.14 個減少為 4.10 個(表 3-2-24，圖 3-2-8)。

表 3-2-24 2003-2011 年不同案件類別住院者平均住院申報診斷數

	論病例計酬 /Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs		
		一般案件	特定 ^a	合計
平均住院申報診斷數				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	1.82	3.10	3.64	3.11
2004年	1.90	3.11	3.37	3.11
2005年	1.98	3.17	3.31	3.17
2006年	2.03	3.26	3.62	3.27
2007年	2.08	3.30	3.72	3.31
2008年	2.11	3.35	3.73	3.36
2009年	2.18	3.38	3.80	3.40
2010年	2.36	3.48	4.04	3.51
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	2.38	3.59	4.14	3.61
2011年	2.41	3.63	4.10	3.66

註：排除入住精神科病房之案件；

^a 包括特定案件(住院申報五十萬元以上之高額案件、血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件、愛滋病案件)及其他

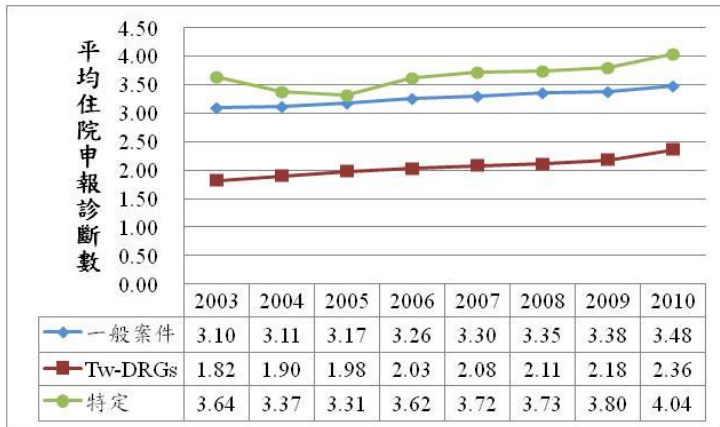


圖 3-2-8 2003-10 年不同案件類別住院者平均住院申報診斷數

(二) 門診

韓國比較導入 DRGs 之前後差異，住院前平均門診次數自 1.22 次增加至 1.30 次、住院後由 1.16 次上升至 1.39 次(Kwon, 2003)。德國導入 G-DRGs 後，皮膚科住院病人門診使用增加，每年個案數漸增 2003 年 562 人、2004 年 661 人、2005 年 668 人、2006 年 638 人(Hensen et al., 2008)。瑞士研究指出導入 DRGs 區域總門診人次增加 20.8%，其總門診人次逐年上升，自 2003 年 2,951,696 人次增加至 2007 年 11,524,932 人次(Busato & Below, 2010)，顯示已實施 DRGs 區域門診使用情形增加(表 3-2-25，圖 3-2-9)。

表 3-2-25 2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之門診人次變化

	2003	2004	2005	2006	2007
總門診人次					
總計	37,416,811	38,660,566	39,990,535	39,222,161	40,164,883
未實施DRGs	34,465,115 (92.1)	34,430,545 (89.1)	32,154,592 (80.4)	30,567,734 (77.9)	28,639,951 (71.3)
已實施DRGs	2,951,696 (7.9)	4,230,021 (10.9)	7,835,943 (19.6)	8,654,427 (22.1)	11,524,932 (28.7)

註：^a 2003-2007年實施與未實施DRGs其平均值之差值(%)；

()內為百分比

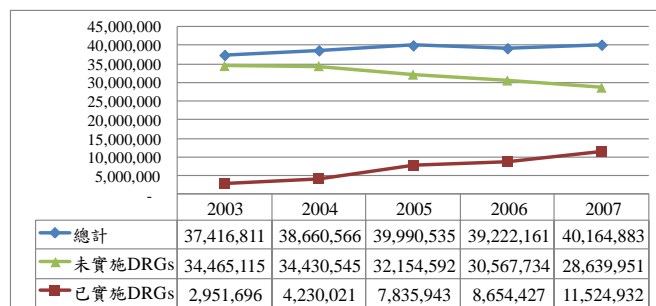


圖 3-2-9 2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之門診人次變化

分析我國情形，2008-2010 年住院前七日門診案件數 Tw-DRGs 及特定(含其他)案件呈增加趨勢，申報 Tw-DRGs 者自 300,523 件增加至 375,463 件，特定(含其他)案件自 43,467 件增加至 85,577 件，惟一般案件 2009-2010 年自 1,721,701 件下降至 1,713,537 件。2008-2010 年住院前七日門診使用率 Tw-DRGs 與一般案件呈上升趨勢，申報 Tw-DRGs 者自 73.15% 上升至 74.19%，一般案件自 74.41% 上升至 79.78%，然特定案件 2009-2010 年自 76.92% 下降至 74.53%。以國衛院百萬抽樣歸人檔進行分析，2010-2011 年 Tw-DRG、一般及特定(含其他)案件住院前七日門診案件數增加，申報 Tw-DRGs 者自 15,447 件增加至 16,081 件，一般案件自 66,349 件增加至 69,177 件，特定(含其他)案件自 2,786 件增加至 3,291 件。2010-2011 年住院前七日門診使用率，申報 Tw-DRGs 者自 74.18% 略降至 74.00%，一般案件及特定案件呈上升現象，一般案件自 78.63% 上升至 80.46%，特定案件自 70.75% 上升至 73.90%。2008-2010 年之住院病患於住院前之門診醫療費用，自 2008 年 4,308 元上升至 2010 年 4,969 元，無論住院者是否申報 DRGs、不分案件分類均顯示費用微幅上升，案件分類部分又以 Tw-DRGs 之成長幅度為最大(53.82%)。2010-2011 年住院前七日之門診醫療費用，申報 Tw-DRGs 住院者呈微幅下降現象，一般案件及特定案件分類顯示費用微幅上升(表 3-2-26，圖 3-2-10)。

表 3-2-26 2008-2011 年不同案件類別住院者住院前七日內門診使用情形

	以衛福部統計處健保資料分析				以國衛院百萬抽樣歸人檔分析			
	論病例計酬 /Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs			論病例計酬 /Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs		
		一般案件	特定 ^a	合計		一般案件	特定 ^a	合計
案件數								
2008年	300,523	1,632,023	43,467	1,675,490				
2009年	303,478	1,721,701	56,998	1,778,699				
2010年	375,463	1,713,537	85,577	1,799,114	15,447	66,349	2,786	69,135
2011年					16,081	69,177	3,291	72,468
住院前七日內門診使用率								
2008年	73.15	74.41	72.61	74.36				
2009年	73.90	77.00	76.92	77.00				
2010年	74.19	79.78	74.53	79.51	74.18	78.63	70.75	78.28
2011年					74.00	80.46	73.30	80.10
住院前七日內門診醫療費用								
2008年	1,581	4,713	7,938	4,797				
2009年	1,666	4,999	8,128	5,099				
2010年	2,432	5,363	8,210	5,498	2,517	5,657	9,752	5,822
2011年					2,215	5,872	10,284	6,072

註：排除入住精神科病房之案件；

^a 包括特定案件(住院申報五十萬元以上之高額案件、血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件、愛滋病案件)及其他

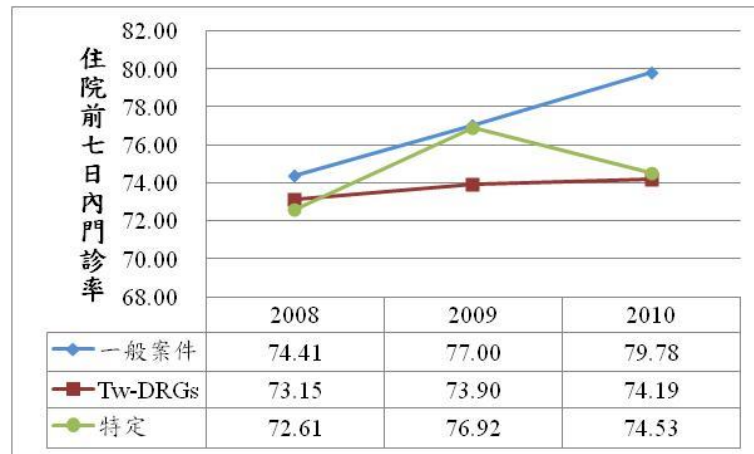


圖 3-2-10 2008-2010 年不同案件類別住院者住院前七日內門診使用情形

(三) 再急診

2008-2010 年三日內再急診案件數 Tw-DRGs 及特定(含其他)案件呈增加趨勢，申報 Tw-DRGs 者自 6,749 件增加至 9,885 件，特定(含其他)案件自 2,761 件增加至 6,735 件，惟一般案件 2008-2010 年自 120,144 件下降至 117,945 件。2008-2010 年三日內再急診率 Tw-DRGs 與特定(含其他)案件呈上升趨勢，申報 Tw-DRGs 者自 1.64% 上升至 1.95%，特定(含其他)案件自 4.61% 上升至 5.87%，一般案件 2009-2010 年自 5.37% 上升至 5.49%。以國衛院百萬抽樣歸人檔進行分析，2010-2011 年 Tw-DRGs、一般及特定(含其他)案件三日內再急診案件數下降，申報 Tw-DRGs 者自 425 件減少至 380 件，一般案件自 4,946 件下降至 4,890 件，特定(含其他)案件自 276 件減少至 235 件。2010-2011 年三日內再急診率呈下降現象，申報 Tw-DRGs 者自 2.04% 下降至 1.75%，一般案件自 5.86% 下降至 5.69%，特定(含其他)案件自 7.01% 下降至 5.23%(表 3-2-27，圖 3-2-11)。

表 3-2-27 2008-2011 年不同案件類別住院者三日內再急診情形

	以衛福部統計處健保資料分析				以國衛院百萬抽樣歸人檔分析			
	論病例計酬 /Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs			論病例計酬 /Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs		
		一般案件	特定 ^a	合計		一般 案件	特定 ^a	合計
案件數								
2008年	6,749	120,144	2,761	122,905				
2009年	7,005	119,969	3,654	123,623				
2010年	9,885	117,945	6,735	124,680	425	4,946	276	5,222
2011年					380	4,890	235	5,125
三日內再急診率								
2008年	1.64	5.48	4.61	5.45				
2009年	1.71	5.37	4.93	5.35				
2010年	1.95	5.49	5.87	5.51	2.04	5.86	7.01	5.91
2011年					1.75	5.69	5.23	5.66

註：排除入住精神科病房之案件；

^a 包括特定案件(住院申報五十萬元以上之高額案件、血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件、愛滋病案件)及其他

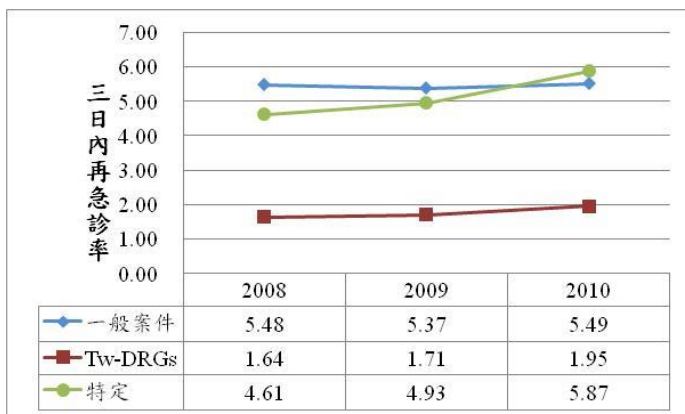


圖 3-2-11 2008-2010 年不同案件類別住院者三日內再急診情形

(四) 再住院

瑞士已實施 DRGs 區域較未實施 DRGs 區域 90 日內再住院率上升 13.45% (Busato & Below, 2010), 顯示相較於未實施 DRGs 區域, 已實施 DRGs 區域再住院率增加(表 3-2-28, 圖 3-2-12)。

表 3-2-28 2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之 90 日內再住院率變化

	2003	2004	2005	2006	2007	2003-2007 差值(%)	2003-2007 平均	差值(%) ^a
90日內再住院率	0.15	0.18	0.18	0.18	0.19	23	0.18	
未實施DRGs	0.15	0.18	0.18	0.18	0.18	21.64	0.17	
已實施DRGs	0.17	0.19	0.21	0.19	0.2	16.91	0.19	13.45

註：^a 2003-2007年實施與未實施DRGs其平均值之差值(%)；

()內為百分比

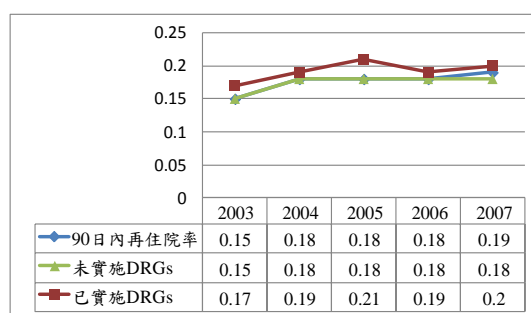


圖 3-2-12 2003-2007 年瑞士實施與未實施 DRGs 區域之 90 日內再住院率變化

2009-2010 年 14 日內再住院案件數 Tw-DRGs 案件自 20,806 件增加至 24,841 件，一般案件自 288,284 件減少為 281,167 件，特定(含其他)案件自 10,360 件增加至 17,732 件。2009-2010 年 14 日內再住院率 Tw-DRGs 案件自 5.07% 下降為 4.91%，一般案件自 12.89% 增加為 13.09%，特定(含其他)案件自 13.98% 增加為 15.44%。以國衛院百萬抽樣歸人檔進行分析，2010-2011 年 14 日內再住院案件數 Tw-DRGs 呈增加現象，自 1,041 件增加至 1,062 件；一般和特定(含其他)案件呈減少現象，一般案件自 12,220 件減少為 11,874 件，特定(含其他)案件自 750 件減少為 727 件。14 日內再住院率 Tw-DRGs 案件自 5.00% 下降為 4.89%，一般案件自 14.48% 下降為 13.81%，特定(含其他)案件自 19.05% 下降為 16.19% (表 3-2-29，圖 3-2-13)。

2009-2010 年 30 日內再住院案件數 Tw-DRGs 案件自 27,855 件增加至 32,998 件，一般案件自 494,565 件減少為 476,680 件，特定(含其他)案件自 18,418 件增加至 28,176 件。2009-2010 年 30 日內再住院率 Tw-DRGs 案件自 6.78% 減少為 6.52%，一般案件自 22.12% 上升為 22.19%，特定(含其他)案件自 24.85% 減少為 24.54%。以國衛院百萬抽樣歸人檔進行分析，2010-2011 年 30 日內再住院案件數 Tw-DRGs 及特定(含其他)案件呈增加現象，申報 Tw-DRGs 者自 1,432 件增加至 1,445 件，特定(含其他)案件自 1,127 件增加至 1,159 件；一般案件自 21,085 件減少至 20,326 件。30 日內再住院率 Tw-DRGs 案件自 6.88% 減少為 6.65%，一般案件自 24.99% 減少為 23.64%，特定(含其他)案件自 28.62% 減少為 25.81% (表 3-2-29，圖 3-2-13)。

A. 14 日內再住院率

B. 30 日內再住院率

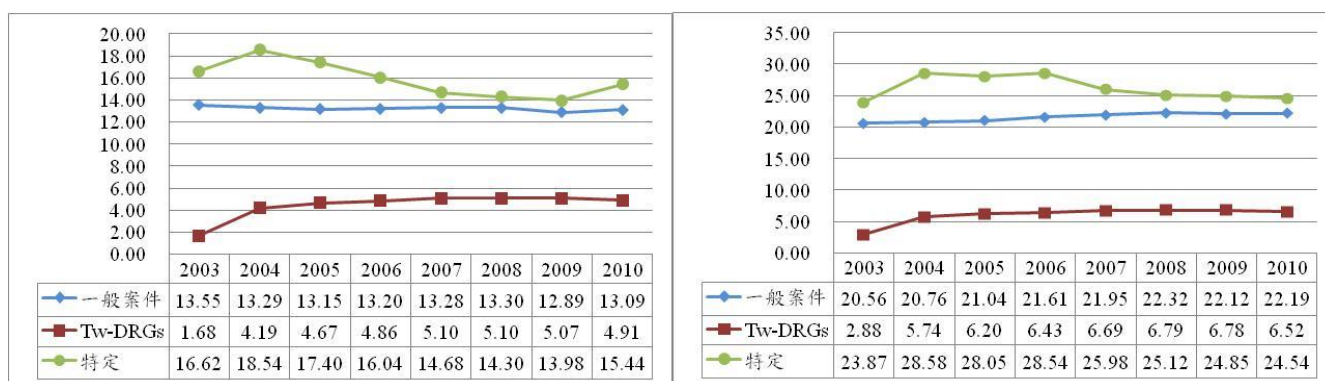


圖 3-2-13 2003-2010 年不同案件類別住院者 14、30 日內再住院情形

表 3-2-29 2003-2011 年不同案件類別住院者 14、30 日內再住院情形

論病例計酬 /Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs			
	一般案件	特定 ^a	合計	
14日內再住院				
案件數				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	7,388	273,582	3,155	276,737
2004年	18,660	296,052	6,235	302,287
2005年	19,730	289,795	7,013	296,808
2006年	20,225	283,831	5,853	289,684
2007年	21,129	290,021	6,617	296,638
2008年	20,972	291,673	8,561	300,234
2009年	20,806	288,284	10,360	298,644
2010年	24,841	281,167	17,732	298,899
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	1,041	12,220	750	12,970
2011年	1,062	11,874	727	12,601
再住院率				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	1.68	13.55	16.62	13.58
2004年	4.19	13.29	18.54	13.37
2005年	4.67	13.15	17.40	13.22
2006年	4.86	13.20	16.04	13.25
2007年	5.10	13.28	14.68	13.31
2008年	5.10	13.30	14.30	13.32
2009年	5.07	12.89	13.98	12.93
2010年	4.91	13.09	15.44	13.21
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	5.00	14.48	19.05	14.68
2011年	4.89	13.81	16.19	13.93
30日內再住院				
案件數				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	12,626	414,966	4,530	419,496
2004年	25,529	462,450	9,610	472,060
2005年	26,227	463,781	11,307	475,088
2006年	26,797	464,600	10,416	475,016
2007年	27,697	479,277	11,711	490,988
2008年	27,915	489,465	15,037	504,502
2009年	27,855	494,565	18,418	512,983
2010年	32,998	476,680	28,176	504,856
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	1,432	21,085	1,127	22,212
2011年	1,445	20,326	1,159	21,485
再住院率				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	2.88	20.56	23.87	20.59
2004年	5.74	20.76	28.58	20.87
2005年	6.20	21.04	28.05	21.17
2006年	6.43	21.61	28.54	21.73
2007年	6.69	21.95	25.98	22.03
2008年	6.79	22.32	25.12	22.39
2009年	6.78	22.12	24.85	22.21
2010年	6.52	22.19	24.54	22.31
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	6.88	24.99	28.62	25.15
2011年	6.65	23.64	25.81	23.75

註：排除入住精神科病房之案件；

^a 包括特定案件(住院申報五十萬元以上之高額案件、血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件、愛滋病案件)及其他

(五) 超長住院

2009-2010 年超長住院(住院天數 > 30 天)案件數 Tw-DRGs 案件由 309 件減少為 22 件，一般案件由 92,000 件減少為 79,521 件，特定(含其他)案件由 14,201 件增加為 29,553 件。

2009-2010 年超長住院率 Tw-DRGs 案件由 0.08% 下降至 0.00%，一般案件由 4.11% 下降至 3.70%，特定(含其他)案件由 19.16% 上升至 25.74%。以國衛院百萬抽樣歸人檔進行分析，2010-2011 年超長住院(住院天數 > 30 天)案件數，一般案件由 3,258 件增加為 3,313 件，特定(含其他)案件由 1,172 件增加為 1,337 件。超長住院率一般案件由 3.86% 略降至 3.85%，特定(含其他)案件由 29.76% 略升至 29.78% (表 3-2-30，圖 3-2-14)。

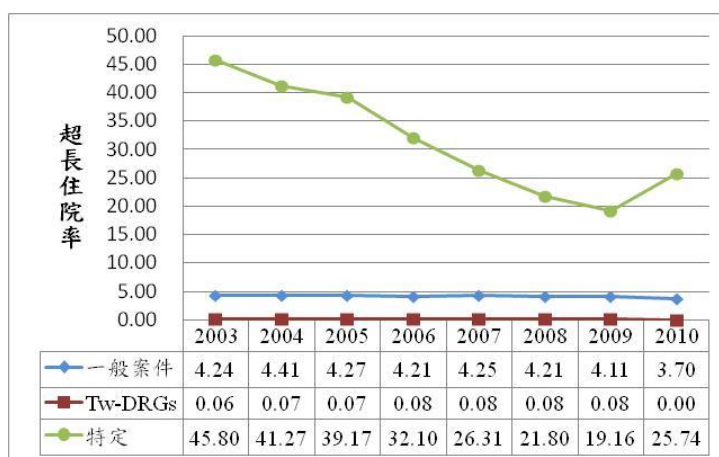


圖 3-2-14 2003-2010 年不同案件類別住院者超長住院情形

表 3-2-30 2003-2011 年不同案件類別住院者超長住院情形

	論病例計酬 /Tw-DRGs	非論病例計酬/Tw-DRGs		
		一般案件	特定 ^a	合計
案件數				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	261	85,605	8,694	94,299
2004年	299	98,254	13,878	112,132
2005年	287	94,119	15,787	109,906
2006年	353	90,559	11,715	102,274
2007年	312	92,810	11,858	104,668
2008年	324	92,422	13,049	105,471
2009年	309	92,000	14,201	106,201
2010年	22	79,521	29,553	109,074
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	2	3,258	1,172	4,430
2011年	2	3,313	1,337	4,650
超長住院率				
(以衛福部統計處健保資料分析)				
2003年	0.06	4.24	45.80	4.63
2004年	0.07	4.41	41.27	4.96
2005年	0.07	4.27	39.17	4.90
2006年	0.08	4.21	32.10	4.68
2007年	0.08	4.25	26.31	4.70
2008年	0.08	4.21	21.80	4.68
2009年	0.08	4.11	19.16	4.60
2010年	0.00	3.70	25.74	4.82
(以國衛院百萬抽樣歸人檔分析)				
2010年	0.01	3.86	29.76	5.02
2011年	0.01	3.85	29.78	5.14

註：排除入住精神科病房之案件；

^a 包括特定案件(住院申報五十萬元以上之高額案件、血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件、愛滋病案件)及其他

第三節 國外急性後期照護模式

老年人口快速成長及慢性病盛行率高等問題，造成照護需求上升，為了提供更好的照護服務品質與提高資源使用效率，部分國家調整過去健康照護體系，引進急性後期照護之觀念，將部分照護自急性醫院移轉到以社區為基礎之服務，以增進效率並同時減少急性住院服務之財務與人力資源壓力。綜觀國際實施急性後期照護模式之目的，美國急性後期照護(post-acute care)於 1983 年 DRG 制度實施後，因住院天數縮短，由急性後期照護承接自急性醫療出院後，仍有照護需求之個案。英國中期照護(intermediate care)則由於高齡化社會性住院需求增加，然為減緩醫療成本成長，則需縮減病床數；採取的措施即為減少住院天數，出院後繼續接受居家、門診、護理之家或小型社區醫院之治療及復健；澳洲稱為過渡性照護(transition care)，為降低不適當過長的住院時間、及提早進入長期照護機構之情形。雖然各國使用名詞各異，但皆屬於介在急性照護與長期照護之間的照護模式(Melis et al., 2004)，為減少不必要的急性住院，於個案出院後繼續提供復健及其他照護。

急性後期照護之預期成效，皆為恢復個案之功能，強化獨立生活的能力，以使個案得以返回住家。故各國皆朝社區化方向發展，主要於居家及社區提供服務。英國衛生部門強調中期照護為「離家更近的照護」(care closer to home)，期以社區及居家為主之服務，藉由提供照護使個案得以順利返家。澳洲則定位為目標導向、有時間限制的照護方式，於非醫院環境中提供短期支持及積極照護。根據澳洲政府 2008 年之評估報告指出，急性後期照護可使個案較早出院、提高個案身體功能，減少再住院與延緩進入長照機構。

美國常見急性後期照護需求，包含腦中風、髖/膝關節置換、髖關節骨折、慢性肺阻塞疾病、肺炎及心臟衰竭之個案。英國則不限於住院後轉出之個案，亦有自手術單位、急診、門診、家庭醫師、照顧老人單位(care of the elderly)轉介之個案等；轉介來源不同可能會影響轉介之計畫類型，如家庭醫師通常會將個案轉介至迅速反應團隊和轉銜計畫(step up/down)。

各國照護場域之分布，服務提供單位開始以技術性護理之家為最多，然 2003-2011 年間居家健康服務增加速率為最快，復健機構家數則於 2005 年起逐年下降；服務成本方面是以長期照護醫院最高、技術性護理之家次之。英國中期照護場域，根據 Young(2009)研究結果顯示，

居家照護為最盛行且成效最佳之照護場域；主要在個案家中由照顧服務員提供支持性照護及復健照護；專業醫療照護工作者則提供積極治療，醫療照護通常是由家庭醫師進行服務，少數情況下由社區老年醫師或專科護理師提供照護。澳洲分為兩種服務型態，社區式服務是於個案家中，協助身體衰弱的老年人；機構式服務(入住型長照機構)，亦提供像家一樣的環境，給予個案隱私及尊嚴，並促進老年人的健康及獨立性。

美國過去在各類型急性後期照護單位有不同的評估工具，2004年發表急性後期照護者的活動測量(Activity Measure for Post Acute Care, AM-PACTTM)，為評估個案基本活動、日常生活活動及應用認知方面，是適用於所有急性後期照護單位之評估工具，社交參與測量(Participation measure for post-acute care, PM-PAC)則是針對接受門診或居家健康服務個案之評估工具；2006年發展連續性評估紀錄 (continuity assessment record and evaluation, CARE)評估工具，其適用於所有急性後期照護單位，內容包含多面向，針對不同評估時機發展不同版本問卷，並設定核心項目與補充項目，使用彈性高且約30-60分鐘可完成。另外，英國與澳洲也有設定完整之流程，明確訂定收案前、中、後該進行之評估與事項。

美國急性後期照護支付方式由開辦初期之論量計酬，逐漸發展成前瞻性支付制度，對急性後期照護體系亦產生許多影響，如服務的替代、各類型單位服務量上升、品質影響等。在急性醫院與急性後期各類照護單位間，施行不同設計及各自獨立的支付系統，導致個案可能不會被送往最適合之單位，而且醫院與各單位之間不會進行溝通協調，影響個案照護品質。為了解決上述現象，以及醫療照護費用持續上漲及推行DRGs造成住院日數縮短等問題，美國於2013年推動全國性包裹式支付(bundled payment)制度試辦計畫，將急性期與急性後期之照護支出包裹在一起，希望可減少非必要之急性住院服務與支出，並提供個案所必須之後續照護或復健；我國於2010年始推動DRGs，應汲取美國急性後期照護及實施包裹式支付(bundled payment)之經驗，做為未來規劃急性後期照護支付制度之參考。

一、急性後期照護沿革、定義及目的(整理如表 3-3-1)

(一) 美國急性後期照護(Post-acute Care, PAC)

1988 年和 1997 年間，PAC 的醫療支出以每年平均 25% 的速度在上升，成為在醫療方面的支出成長最快的類別，這一增長被歸因為 1983 年美國社會安全修正案提出住院個案前瞻性支付制度(Buntin MB, 2007)，將醫院個案分類為 500 個診斷關聯群(diagnosis-related groups, DRGs)，Medicare 支付每位個案相同的比率，即使醫院提供了額外的服務給個案，也不會得到額外的支付款。在此之後，醫院大幅縮短住院的日數，急性後期照護服務成為老年個案連續性照護關鍵的轉型。同一時期(1983 年)，Medicare 對於急性後期照護服務提供者仍是採取論量計酬，亦即依照提供個案服務量進行給付。由於住院個案的急性照護與急性後期照護間支付方式的不同，衍生出醫院有強烈誘因將個案從急性照護轉進急性後期照護，導致急性後期照護的使用與成本大幅增加(Sood, Huckfeldt, Escarce, Grabowski & Newhouse, 2011)，促使急性後期照護的蓬勃發展。

美國體系中急性後期照護為住院後短期的技術性護理，亦屬目標導向治療，個案不需要像醫院一般密集程度的照顧，但是比一般護理之家需要更密集的照顧，其需每天一次或每週一次再評估個案的狀況、臨床療程、在特定期間內的(從幾天到幾個月)治療計畫，直到情況穩定或完成預定的療程(Hazzard, Blass, Ettinger, Halter, & Ouslander, 1999; Ouslander, Osterweil, & Morley, 1997; Sternberg, Connors, & Calkins, 1999)。National Association of Subacute and Post-Acute Care (NASPAC, 2009)將 PAC 定義為改善從醫院到社區的過渡期的服務方案(program)。指急性病床出院後的照護，提供個案所需的附加支持服務，協助個案從急性病床出院後的復原，讓他們順利回到社區。

(二) 英國中期照護(intermediate care)

英國醫療照護體系面臨到為減緩醫療成本成長，而必須縮減病床數的壓力，同時又遭遇因人口老化而成長之入院需求，其採取的措施為減少住院天數。然而，此舉可能損害個案在尚未復原完全前，接受治療及復健照護之機會。英國推行中期照護(intermediate care)之概念，源自於2000年「國家病床調查」(National Beds Enquiry)，而後在英國健康照護服務體系(National Health Service)2000年計劃中正式成為健康照護政策。2001年於「老年人國家健康服務框架」(National Service Framework(NSF) for Older People)中提出，老年人應有之健康照護服務即包含「中期照護」，預期照護族群為年老體弱之人(未特別排除老年人的心理健康問題)；故直至2009年止，NSF共建置了6,700個中期照護單位。(Young, 2009)

英國中期照護目標為「離家更近的照護」(care closer to home)，也就是讓個案可以更順利地返家，收治的單位包含社區中的健康及社會服務機構(Department of Health, 2001)。英皇基金會(King's fund)將中期照護定義為「協助個案自醫院返家時所設計的一系列照護服務，並協助個案達到功能上自主」(Steiner, 1997)；英國老年醫學會(The British Geriatrics Society)對其定義為「是一種健康照護模式，主要協助個案由疾病期過渡至恢復期，預防原可在家中照顧管理的慢性功能缺損個案轉變成需要入住機構照顧管理，或協助末期個案在其生命末期時，達到最佳的舒適狀態。」照護的首要目標非全然以醫療為主要出發點，個案必須要有出院的可能，且臨床上照顧結果是有可能進步的。綜合以上定義，可得知中期照護服務提供綜合性的服務，促進個案康復，避免不必要之住院和過早進入長照機構，強化個案自主能力，使其能夠返家並恢復獨立生活的能力。故英國雪菲爾老化研究學會(Sheffield Institute for Studies on Ageing)指出中期照護應是初級照護、次級照護和社會服務互相依賴，對於個案提供無縫式服務(圖 3-3-1) (Department of Health, Social Services & Public Safety, 2006)。

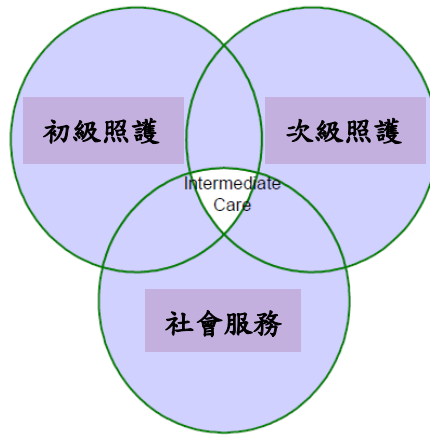


圖 3-3-1 中期照護相互依賴關係

資料來源：Department of Health, Social Services & Public Safety (2006)

英國衛生部門發布中期照護單位指引內容指出，中期照護服務應符合之標準為(Department of Health, 2001)：

1. 照護對象是針對不必要之住院或不適當之急性醫療住院、長期照護或長期住院之個案。
2. 照護單位應提供全面性評估、個人之照護計畫、活動治療(active therapy)、處置及復原之機會。
3. 預期成效應為強化個案之獨立功能，並加強個案返家之能力。
4. 照護時間是有限的，不應超過 6 週以上，至少為 1 至 2 週。
5. 提供跨專業之照護、單一評估框架(single assessment framework)、單一專業病歷(single professional records)，且可共享之照護模式(shared protocols)。

(三) 澳洲過渡性照護(Transition care)

澳洲政府依據 Aged Care Act 1997 立法通過過渡性照護，並在 2004-2005 年聯邦預算建立全國性的過渡性照護計畫(Transition Care Programme, TCP)，由聯邦政府、州政府及地區政府共同提供財源，由州政府或特別行政區政府(territory)提供服務，成員包括澳洲聯邦政府、州和特別行政區政府(批准提供服務的機構)、過渡性照護服務提供團體(此團體是經由州政府和批准後，致力於傳送服務，通常為區域或當地的管理者)、高齡照護評估小組(Aged Care Assessment Team, ACAT)、醫院和服務接受者六類人員。起先依據老年人比率提供 2,000 個過渡性照護床

位(places, 依 Gray et al.,2008 提到 A “place” is the community equivalent of a hospital “bed”. 將其翻譯為「床位」)分配給各州及地區，2007-2008 年增加預算，決定在 2011-2012 年再提供額外 2,000 個床位(places) (澳洲衛生署網站，檢索日期：2013/10/01)；據統計，2010 年 6 月底共開放 3,349 床，其中 2,698 床有使用，平均每千名 70 歲以上老人有 1.3 床(Hall et al., 2012)。

澳洲的過渡性照護(transition care)是指在老年人住院期間結束時，提供目標導向(goal-oriented)、有時間限制(time-limited)及以治療為中心(therapy-focused)之完整且有彈性的照護選擇，可提升老年人之身體功能、獨立性及信心，協助出院老年人返家而非過早進入長照機構。過渡性照護計畫提供完整服務包裹(package)，包含低強度的治療(如物理治療、職能治療及社會工作)及護理支持與個人照顧，幫助老年人恢復健康與功能，同時協助他們及家屬決定照護的長期安排。進入過渡性照護計畫之個案必須於仍在急性住院時由醫院安排高齡照護評估團隊(Aged Care Assessment Team, ACAT)評估，可在像家之入住型機構或在社區與家中提供，平均照護期間為 7 週左右，在某些特殊情況下，最長可到 12 週(澳洲衛生署網站，檢索日期：2013/10/01)。

(四) 德國中期照護(Intermediate Care)

德國將中期照護機構(intermediate care setting)定義為可提供支持性服務之機構，為支持急性醫院出院或預防不必要之再住院，地方政府提供中期照護之復健先導計畫，使個案得以順利返家，另外亦執行其他預防及復健計畫，例如認知訓練。

表 3-3-1 急性後期、中期照護、過渡性照護之定義

	美國	英國	澳洲
	急性後期照護 Post-acute care	中期照護 Intermediate care	過渡性照護 Transition care
目的	於 1983 年以 DRG 實施前瞻性支付制度後，住院天數縮短；由 PAC 承接自急性醫療出院後仍有 <u>照護需求之個案</u>	1. 因應高齡化社會入院需求增加，然而為減緩醫療成本成長，又必須縮減病床數；採取的措施為 <u>減少住院天數</u> 2. 在個案出院後， <u>繼續接受治療及復健照護</u>	<u>降低不適當的延長住院時間</u> 、提早進入長期照護機構之情形
定義	1. 急性病床出院後的 <u>照護，讓患者可以順利回到社區</u> 2. 介於急性醫療與 <u>長期照護之間</u> 的服務	「 <u>離家更近的照護</u> 」 (care closer to home) 藉由提供中期照護使個案能順利返家	1. 提供老年人在急性/亞急性期間的短期支持及積極照護 2. 目標導向、有時間限制的照護方式 3. 於 <u>非醫院的環境</u> 中恢復其健康及功能，並且作為長期照護之轉銜
收案對象	以急性治療後仍需復健需求的患者為中心	年老體弱之人，未特別排除老年人的心理健康問題	於醫院治療結束後，仍需要更多的時間及支持的老年個案
預期成效	使個案達到 <u>恢復身體功能、克服功能限制</u>	強化個案之獨立功能，並 <u>加強個案返家之能力</u>	提升個案生理、認知及社會心理之功能，以增進其獨立生活之能力

資料來源：

1. 吳肖琪(2008)：急性醫療與慢性照護的橋樑-亞急性與急性後期照護。護理雜誌，55(4)，5-10。
2. 林麗嬋(2010)：無縫式照顧服務的關鍵：亞急性照護。長期照護雜誌，14(1)，1-9。
3. Young J. The development of intermediate care services in England. Arch Geriatr Med. 49 Suppl. 2 (2009) S21-S25.
4. Department of Human and Ageing(2011). Transition Care Program Guidelines 2011. Retrieved Aug 24,2012.

二、收案對象

(一) 美國

Medicare 之 PAC 至 2000-2001 年間將急診部門的個案納入，急診個案不需經過住院，亦可直接轉入 PAC (NASPAC, 2008)。

針對急性後期照護個案之定義各研究存在些微差異(表 3-3-1)。依據美國之相關文獻，多以個案於出院後之健康照護利用情形定義之(表 3-3-2)；Bogasky(2009)之研究，於排除住院期間死亡者後，以「出院後 5 天內入住技術性護理之家、復健機構、長期照護醫院者，或 14 天內使用居家健康服務或門診者」定義為急性後期照護個案；Buntin 等學者(2009)則將出院後 30 日內入住機構(包含復健機構、技術性護理之家、居家健康服務)者視為急性後期照護個案，並於其 2010 年之研究中將出院後 30 日內死亡者予以排除；英國學者 Young 等(2003)則以個案之復健潛能為評估之依據，若個案經臨床人員評估後，認為個案屬急性期穩定且有復健等需求者，則將之定義為急性後期照護需求者。英國之中期照護收案對象為 18 歲以上有需求的人，老年人是關鍵的目標族群，經個案同意被轉介於中期照護服務，在個人化照護計畫下，將以廣泛的評估為基礎提供服務，若個案有心理健康(mental health)需求，且有意願去配合，則會完成一個適當的風險評估(Age UK, 2009)。

表 3-3-2 美國文獻針對急性後期照護個案之定義

國家	定義	排除條件	文獻
美國	出院後 5 天內入住 SNFs、IRFs、LTCHs， 14 天內使用 HHAs、門診	住院期間死亡者	Bogasky, 2009
	出院後 30 日內入住機構(IRFs 或 SNFs)	出院後 30 日內死亡者	Buntin et al., 2010
	出院後 30 日內入住機構(IRFs、SNFs、 HHAs)		Buntin et al., 2009
英國	臨床人員評估個案急性期穩定且有復健 等需求者		Young et al., 2003

註：復健機構(inpatient rehabilitation facilities, IRFs)；技術性護理機構(skilled nursing facilities, SNFs)；居家健康服務單位(home health agency services, HHAs)；長期照護醫院(long term care hospital, LTCHs)

近期有越來越多文獻開始針對特定疾病，探討急性後期照護服務之相關議題(表 3-3-3)。

Welch(1998)以髖及股骨手術(hip and femur procedures)與心臟衰竭及休克(Heart Failure & Shock)兩類疾病之個案為研究對象；Kane(2002)則選擇腦中風(stroke)、髖關節置換(hip replacement)、髖關節骨折(hip fracture)、慢性阻塞性肺病(chronic obstructive pulmonary disease)、肺炎(pneumonia)及充血性心臟衰竭(congestive heart failure)等六類疾病之個案為對象；McCall 等(2003)選取五類之個案為對象，分別為腦中風(stroke)、髖關節骨折(hip fracture)、慢性阻塞性肺病(chronic obstructive pulmonary disease)、糖尿病(Diabetes)及心臟衰竭(Heart Failure)；Deutsch 等(2005)則單以髖關節骨折(hip fracture)個案為研究對象；Lin 等(2006)之研究對象與 Kane(2002)之六類對象相同；Buntin(2007)選擇腦中風(stroke)、髖/膝關節置換(hip/knee replacement)及髖關節骨折(hip fracture)為對象；Buntin 等(2009)以腦中風(stroke)、下肢關節置換術(lower extremity joint replacement)及髖關節骨折(hip fracture) 等三類疾病之個案為對象；Gage 等(2009)則選擇了急性後期照護病人常見前 20 類 DRG 疾病個案，最常見的 DRG 代碼為 544(主要關節置換或下肢關節接肢手術)，在此 DRG 組別中，超過 87%的個案自急性醫院出院後會使用急性後期照護服務，其次常見的 DRG 代碼為 014(特定性腦血管疾患，暫時性腦部缺氧除外)，在此 DRG 組別中，超過 58%的個案自急性醫院出院後會使用急性後期照護服務，其他 DRG 疾病包含髖及股骨手術，下肢關節除外(hip and femur procedures except major joint age)、慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)、單純性肺炎及胸(肋)膜炎(Simple Pneumonia & Pleurisy)、心臟衰竭及休克(Heart Failure & Shock)、伴有心肌梗塞之循環性疾病，伴有心臟血管併發症，出院時存活性(Circulatory Disorders w Ami & Major Comp Disch Alive)、髖關節或膝關節再置換術(Revision of Hip or Knee Replacement)、髖骨及骨盆骨折(Fractures of Hip & Pelvis)、呼吸道感染及發炎(Respiratory Infections & Inflammations)、腎及泌尿道感染(Kidney & Urinary Tract Infections)、敗血症(Septicemia)、蜂窩組織炎(Cellulitis)、腎衰竭(Renal Failure)、營養及各種新陳代謝疾患(Nutritional & Misc Metabolic Disorders)、內科性背部問題(Medical Back Problems)、胃腸出血(G.I. Hemorrhage)、心律不整及傳導障礙(Cardiac Arrhythmia & Conduction Disorders)、食道炎、胃腸炎及各種消化性疾病(Esophagitis, Gastroent & Misc Digest Disorders)、小腸及大腸重大之手術(Major Small & Large Bowel Procedures)等進行研究。

文獻彙整常見之急性後期照護可包含以下幾類：髋關節骨折(hip fracture) (Deutsch et al., 2005; Lin et al., 2006; Buntin, 2007; Buntin et al., 2009)、腦中風(stroke)(Lin et al., 2006; Buntin, 2007; Buntin et al., 2009)、慢性阻塞性肺病(chronic obstructive pulmonary disease)、髋/膝關節置換(hip/knee replacement)(Lin et al., 2006; Buntin, 2007)及下肢關節置換術(lower extremity joint replacement)(Kaplan, 2007; Buntin et al., 2009)等。

表 3-3-3 急性後期照護之常見疾病或處置

疾病/處置	DRG code	文獻
腦中風(stroke)	14	Buntin et al., 2009; Gage et al., 2009; Buntin, 2007; Lin et al., 2006; McCall et al., 2003; Kane et al., 2002
髖/膝關節手術(hip/knee procedure)	209	Lin et al., 2006; Kane et al., 2002
髖/膝關節置換(hip/knee replacement)	-	Buntin, 2007;
下肢關節置換術(lower extremity joint replacement)	-	Buntin et al., 2009
髖關節骨折(hip fracture)	210	Gage et al., 2009; Lin et al., 2006; McCall et al., 2003; Kane et al., 2002; Welch, 1998
髖關節骨折(hip fracture)	-	Buntin, 2007; Deutsch et al., 2005; Buntin et al., 2009;
慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	88	Gage et al., 2009; Lin et al., 2006; McCall et al., 2003; Kane et al., 2002
肺炎(pneumonia)	89	Gage et al., 2009; Lin et al., 2006; Kane et al., 2002
心臟衰竭(Heart Failure)	127	Gage et al., 2009; Lin et al., 2006; McCall et al., 2003; Kane et al., 2002
糖尿病(Diabetes)	294	McCall et al., 2003
伴有心肌梗塞之循環性疾病，伴有心臟血管併發症，出院時存活者(Circulatory Disorders w Ami & Major Comp Disch Alive)	121	Gage et al., 2009
髖關節或膝關節再置換術(Revision of Hip or Knee Replacement)	545	Gage et al., 2009
主關節置換或下肢重附著術 (Major Joint Replacement or Reattachment of Lower Extremity)	544	Gage et al., 2009
呼吸道感染及發炎 (Respiratory Infections & Inflammations)	79	Gage et al., 2009
腎及泌尿道感染(Kidney & Urinary Tract Infections)	320	Gage et al., 2009
敗血症(Septicemia)	416	Gage et al., 2009
蜂窩組織炎(Cellulitis)	277	Gage et al., 2009
腎衰竭(Renal Failure)	316	Gage et al., 2009
營養及各種新陳代謝疾患 (Nutritional & Misc Metabolic Disorders)	296	Gage et al., 2009
內科性背部問題(Medical Back Problems)	243	Gage et al., 2009
胃腸出血(G.I. Hemorrhage)	174	Gage et al., 2009
心律不整及傳導障礙 (Cardiac Arrhythmia & Conduction Disorders)	138	Gage et al., 2009
食道炎、胃腸炎及各種消化性疾病 (Esophagitis, Gastroent & Misc Digest Disorders)	182	Gage et al., 2009
小腸及大腸重大之手術(Major Small & Large Bowel Procedures)	148	Gage et al., 2009

Buntin, M. B. (2007). "Access to postacute rehabilitation." Archives of physical medicine and rehabilitation 88(11): 1488-1493.

Buntin, M. B., C. H. Colla, et al. (2009). "Effects of Payment Changes on Trends in Postacute Care." Health services research 44(4): 1188-1210.

Deutsch, A., C. V. Granger, et al. (2005). "Outcomes and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation programs for Medicare beneficiaries with hip fracture." Medical care 43(9): 892.

Kaplan, S. J. (2007). "Growth and payment adequacy of Medicare postacute care rehabilitation." Archives of physical medicine and rehabilitation 88(11): 1494-1499.

Lin, W. C., R. L. Kane, et al. (2006). "Changes in the use of postacute care during the initial Medicare payment reforms." Health services research 41(4p1): 1338-1356.

McCall, N., J. Korb, et al. (2003). "Reforming Medicare payment: Early effects of the 1997 Balanced Budget Act on postacute care." Milbank Quarterly 81(2): 277-303.

Welch, W. P. (1998). "Bundled Medicare payment for acute and postacute care." Health affairs 17(6): 69-81.

Gage, B., M. Morley, et al. (2009). "Examining post acute care relationships in an integrated hospital system." RTI International. Prepared for Assistant Secretary for Planning and Evaluation, DHHS.

依據美國老人醫療保險與失業貧窮救助服務局（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）之統計資料，針對復健機構(inpatient rehabilitation facilities, IRFs)分析其 2004 年個案常見之疾病型態，由統計結果發現，以人工關節置換(joint replacement)之個案最多，占整體之 24.1%，其次為腦中風(stroke)之 16.5%，髖關節骨折(hip fracture)之 10.6%排名第三位，其他因素如截肢(amputation)、疼痛症候群(pain syndrome)及肺部問題等則高達 25.6%(圖 3-3-2)。

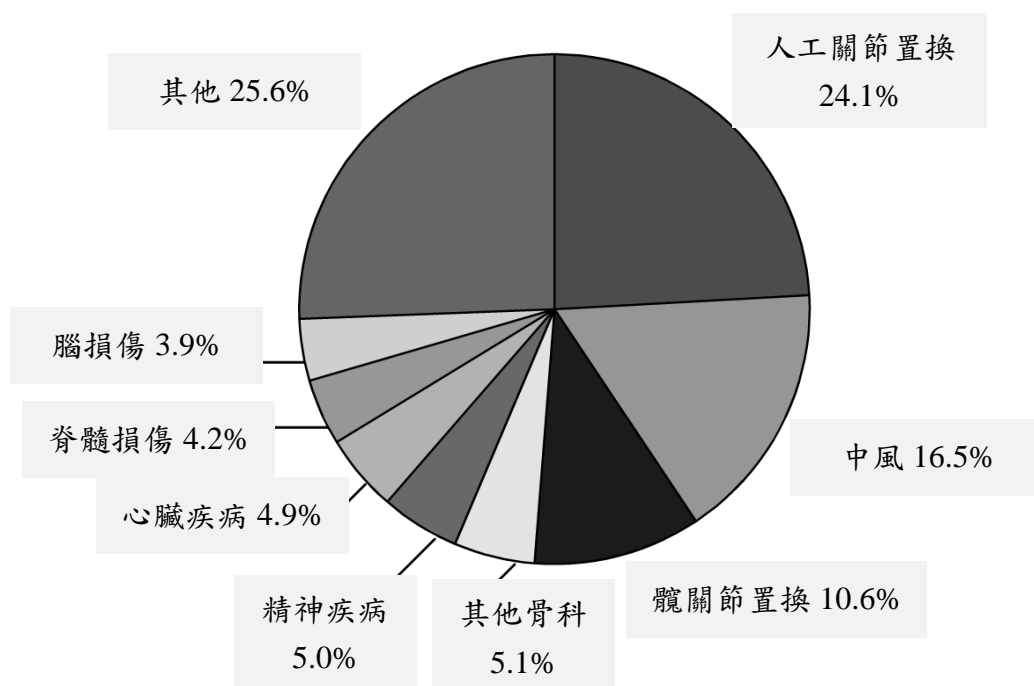


圖 3-3-2 2004 年復健機構(IRFs)之個案常見的疾病型態

註：其他因素包含截肢(amputation)、疼痛症候群(pain syndrome)及肺部問題等

資料來源：MedPAC analysis of inpatient rehabilitation facility- patient assessment instrument data.from CMS

(二) 英國

北愛爾蘭中期照護個案之轉介來源不侷限住院個案，亦有自手術單位、急診、門診、家庭醫師、照顧老人單位轉介之個案等，若檢視不同計畫類型和轉介來源之間的關係，則顯示計畫類型與轉介來源有直接的相關，如：相較於居家照護或社區醫院計畫，家庭醫師(GPs)通常會將個案轉介至迅速反應團隊和轉銜計畫(表 3-3-4)。

表 3-3-4 北愛爾蘭中期照護計畫接受轉介來源的計畫數

轉介單位	居家照護 (n=7)		迅速反應 (n=10)		復健 (n=17)		轉銜計畫 (n=10)		中風 (n=4)		社區醫院 (n=1)		其他(n=4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
住院相關														
醫療單位 (Medical Unit)	5	71	8	80	14	82	8	80	3	75	1	100	0	0
手術單位 (Surgical Unit)	4	57	5	50	11	65	8	80	1	25	1	100	0	0
門診與急診														
急診/輕傷 (A&E / Minor Injuries)	4	57	7	70	9	53	7	70	0	0	1	100	2	50
骨科 (Orthopaedic Unit)	1	14	1	10	12	71	7	70	1	25	1	100	1	25
門診服務 (Ambulance Service)	0	0	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
家庭醫師(GP)	1	14	8	80	6	35	6	60	2	50	1	100	2	50
其他單位														
照顧老人單位 (Care of the Elderly)	4	57	1	10	14	82	7	70	4	100	1	100	0	0
私人部門 (Voluntary / Private Sector)	0	0	4	40	2	12	1	10	0	0	0	0	1	25
其他	2	29	5	50	11	65	5	50	0	0	0	0	2	50

資料來源： Department of Health, Social Services & Public Safety (2006). Audit of Intermediate Care Final Report – Volume I.

(三) 澳洲

澳洲過渡性照護服務之個案僅可直接經由醫院出院後，進入過渡性照護，且在出院前接受高齡照護評估小組評估，其評估條件包括：(1)為公立或私立醫院住院的老年人，(2)已完成急性期/亞急性期照護，且病情穩定並準備出院，(3)個案願意進入過渡性照護，(4)至少具入住低層次住宿照護(low level residential care)(此名稱廣泛被稱為 hostels)資格，(5)能在非醫院環境中，接受短期照護服務獲得幫助者(Government of South Australia Department of Health, 2011)。為確保澳洲原住民及澳洲領地內人民之權益，此計畫中明確規定其接受服務的人數比例不得少於一般民眾，針對非澳洲國籍的民眾亦可藉由高齡照護評估小組評估後使用服務，但民眾要自行付費，與澳洲有簽署健康協議國家之民眾，則由澳洲政府付費；此外，住長照機構者在接受小組評估後亦可接受過渡性照護服務。

三、 照護天數

針對急性後期照護個案之照護天數之規定各國有不同的方式(表 3-3-5)；以美國急性後期照護為例，依照護時間的長短區分為短期(平均 3-30 天)、中期(31-90 天)及長期(91-100 天)三大類；同屬美國體系的急性後期照護模式，則給予個案固定的照護天數給付，在限定的照護天數內可免部分負擔，但若超過則需自費始可接受服務，以技術性護理之家為例，照護持續天數不得超過 100 天，20 天內免部份負擔，若超過則須部份負擔 20%；在英國的中期照護模式，個案之照護天數通常為 1-2 週內，以不超過 6 週為原則；澳洲的過渡性照護，使用者接受計畫之平均時間為 7 週，最多不超過 12 週，可視使用者情況延長服務時間(此類個案僅佔少數)，延長一般不超過 6 週。

表 3-3-5 各國急性後期照護天數之限制

美國	英國	澳洲
急性後期照護 (Post-acute care)	中期照護 (Intermediate care)	過渡性照護 (Transition care)
以技術性護理之家為例，照護持續天數不得超過 100 天，20 天內免部份負擔，若超過則須部份負擔 20%	通常為 1-2 週內，不超過 6 週	平均時間為 7 週，不超過 12 週，可視個案情況延長服務時間，延長一般不超過 6 週

四、服務場域與內容

各國急性後期照護之服務模式，其服務場域多為社區或居家，部分則在護理之家或社區醫院進行(表 3-3-7)。

(一) 美國

1. 美國的急性後期照護模式，共區分為三類服務方式，包含護理機構亞急性計畫、短期復健亞急性計畫及複合性醫療亞急性服務；服務內容包括居家護理、個人照護、孩童照護、聯合健康服務及居家健康照護；急性後期 Medicare PAC 機構主要分為四大類：技術性護理之家(skill nursing facilities, SNFs)、居家健康服務(home health agencies, HHAs)、復健機構(inpatient rehabilitation facilities, IRFs)及長期照護醫院(long-term care hospitals, LTCHs)執行，各類機構之收案條件有所區隔，並針對收案對象之屬性規劃適合之給付服務內容及服務範疇。

2. 美國居家健康服務單位明顯增加，復健機構家數自 2005 年逐年下降

分析美國 2003-2011 年急性後期照護服務之整體單位數量，於 2003 年總計為 24,027 家，隨後各年穩定成長，至 2011 年達 28,788 家，成長 19.81%；在各類急性後期照護服務單位中，以技術性護理之家(skilled Nursing Facilities, SNFs)的單位數量最多，於 2011 年達 15,161 家，其次為居家健康服務(home health agencies, HHAs)之 12,026 家；以居家健康服務的成長速率最快，由 2003 年之 7,342 家成長至 2011 年之 12,026 家，成長率達 63.79%；復健機構之單位數量則於經歷成長後逐漸略為下降，由 2003 年之 1,207 家逐年成長至 2005 年之 1,235 家，隨後逐年下降，至 2011 年為 1,165 家(圖 3-2-3)(CMS, 2012)。

3. 技術性護理之家、居家健康服務及長期照護醫院多為獨立型態的業者提供，復健機構則為醫院附設單位為主

技術性護理之家(SNFs)為美國最常見之 PAC 機構，多數為獨立型態(2007 年百分比為 93%)；居家健康服務(HHAs)在美國亦廣泛分布，2007 年獨立型態佔 82.7%，17.3%為醫院型態(hospital-based)；復健機構以醫院型態 (hospital-based)為主(2007 年百分比為 82%)，雖醫院型態的復健機構較獨立型態的常見，但其普遍規模較小，可容納的住院人數較少；長期照護醫院(LCTHs)是 PAC 服務提供者中數量最少的，因為這類型醫院所接受之個案來源，通常是照

護自急性重症照護單位出院、病況較為複雜之個案，此類醫院多數為獨立型態(2007年百分比為65%)，而非附屬在急性醫院內，即所稱的 hospital within hospitals(HWH)；多數的長期照護醫院於2007年轉成獨立型態(Gage B. et al., 2009)。

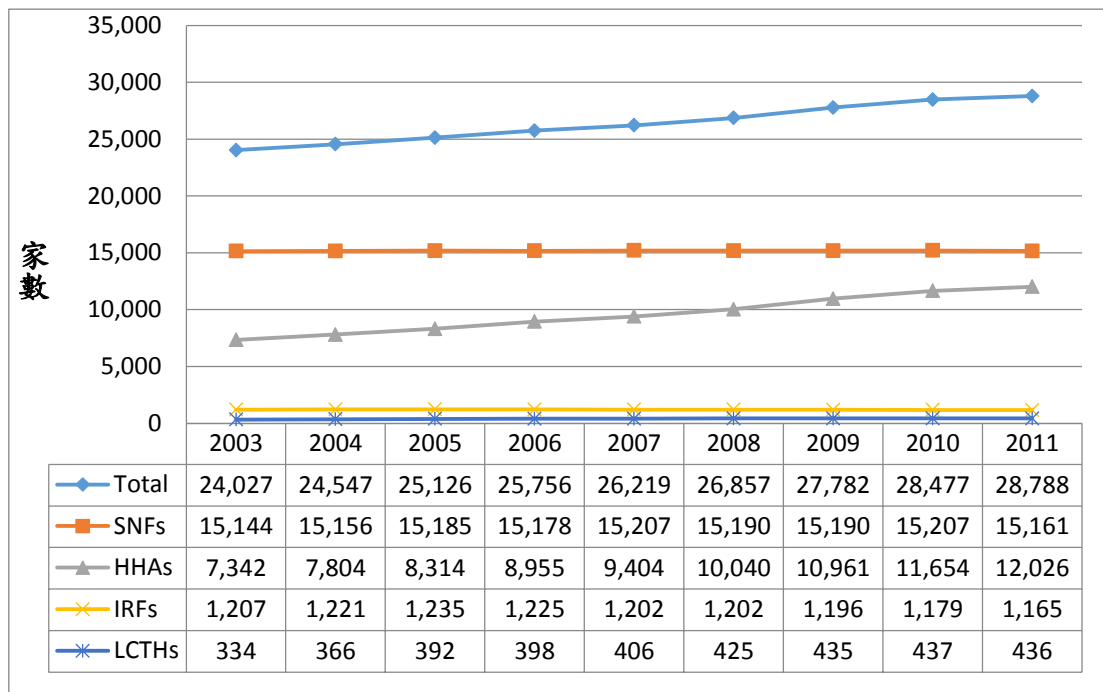


圖 3-2-3 2003-2011 年 Medicare 各類急性後期照護服務之單位數量分布

註：1. 技術性護理之家(skilled Nursing Facilities, SNFs)、居家健康服務(home health agencies, HHAs)、復健機構(inpatient rehabilitation facilities, IRFs)、長期照護醫院(long-term care hospitals, LCHs)

2.SNFs 床數計算不包含搖床(swing beds)

資料來源：MedPAC (2012). Health Care Spending and the Medicare Program, Medicare Payment Advisory Commission: 117.

4. 急性後期照護機構之醫療成本，以長期照護醫院最高、技術性護理之家次之

依據美國「聯邦醫療保險付費顧問委員會」(Medicare Payment Advisory Commission, Medpac)的統計資料顯示，各類急性後期照護機構之醫療成本，以長期照護醫院最高、技術性護理之家次之，相關研究亦指出，醫療成本的成長與前瞻性支付制度之實施有關。以復健機構為例，其前瞻性制度實施第一年，該機構醫療成本驟升 10 億；長期照護醫院實施前瞻性支付制度第二年，其醫療成本增加 38%(Medicare Payment Advisory Commission, 2006, 2007)。相關研究發現，前瞻性支付制度之實施，使髌部骨折個案之平均急性住院天數由 1982 年的 18.6 天(Haupt B, 1982)下降至 2002 年的 6.6 天(DeFrances CJ & Hall MJ, 2002)，並提升了急性後期照護之復健服務利用情形(Berg K et al., 1999 ,Gage B, 1999 & Koval KJ, 1998)。

5. 國外研究指出接受技術性護理之家提供之急性後期康復方案治療可節省成本

Anne Deutsch 等學者於 2005 年針對髖關節骨折者，比較其接受復健機構治療或技術性護理之家提供之急性後期康復方案治療之花費，研究結果發現，復健機構治療較為昂貴，個案接受技術性護理之家提供之急性後期康復方案治療可達到節省成本的效果。

(二) 英國

中期照護模式由護理指導的閒置病房、護理之家、社區醫院(community hospital)及個案旅館提供相關服務，其中護理指導的閒置病房則由護士或開業醫師執行復健照顧，以降低由醫師照護之成本；護理之家可提供喘息服務與末期個案之安寧療護服務；社區醫院可替代急性住院個案住院後期照護提早出院；個案旅館則屬於提供需要觀察但不需高密度照護者的中途之家(Griffiths, Edwards, Forbes, & Harris, 2005)。

英國中期照護服務，照護模式依地區的不同所提供的服務內容及類型有所不同，但原則上，是在社區醫院、機構式復健、護理之家或末期個案安寧療護病房中執行，常見的服務內容則包含迅速反應團隊、居家照護(hospital at home)、機構式復健、支持性出院、日間復健及社區醫院等六類；Young(2009)彙整英國針對各中期照護單位之隨機分派研究，整理出各照護單位之照護成效，研究結果顯示居家照護(hospital at home)為最佳的中期照護模式(如表 3-3-6)，並指出未來推動中期照護之挑戰，包含工作人員照護能力及態度之改變，以及中期照護與過去主要照護服務之整合。隨社會型態的變遷，精神健康(mental health)的問題亦於中期照護中受到重視，英國衛生部針對中期照護發行的「最佳實踐指引」指出，可以在數星期內協助個案恢復健康(mental or physical ill health)，中期照護應包含老年人失智症或精神健康(mental health)的需求，而考量中期照護是否適當及達到目標的時間，則需要有瞭解失智症個案需求的專業人員協助，如社區精神科護士，老年精神科醫師或老年醫學專家等，待在醫院對於失智症個案而言，往往會使其留下創傷，因為他們離開熟悉的人與地方，中期照護支持使個案避免住院或使其早點出院返家，顯著影響復原和身心健康(Age UK, 2009)。

表 3-3-6 英國各中期照護單之簡介及照護成效結果

中期照護單位	簡介	隨機分派研究	
		研究面向	主要研究結果
居家照護 (Hospital-at-home services, HaH)	英國最盛行之中期照護模式，其服務方式是由專業醫療照護工作者在個案家中提供積極治療。主要由 <u>照顧服務員</u> 提供支持性照護及復健照護，醫療照護通常是由家庭醫師進行服務，在少數情況下由社區老年醫師或專科護理師提供照護。	早期出院支持 (early supported discharge)	<ul style="list-style-type: none"> ● 照護成效與急性住院相當 ● 減少住院天數 5-22 天 ● 再住院次數顯著增加 ● 長照單位入住情形顯著減少
		可避免住院	<ul style="list-style-type: none"> ● 6 個月死亡率顯著減少 ● 入住醫院情形有增加的趨勢
		中風早期出院支持	<ul style="list-style-type: none"> ● 增進獨立能力以減少住院天數約 1 週，估計節省成本約 20% ● 合理的服務增加 ● 需要專業照護團隊
		慢性阻塞性肺病	<ul style="list-style-type: none"> ● 照護成效與急性住院相當，但每位個案節省 533-649 英鎊之醫療成本
老年日間照護 (The geriatric day hospital, GDH)	老年日間照護為英國普遍收治老年人之機構，強調復健服務並以跨專業團隊共同照護，以 <u>促進、強化老年人於社區中獨立生活的能力</u> 為目的，與中期照護照護目標一致。		<ul style="list-style-type: none"> ● 獨立程度、死亡率及需求與機構照護相當 ● 比起其他服務模式可能較為昂貴
護理主導單位 (Nurse-led units, NLUs)	由護理人員主導之健康照護機構， <u>主要以護理服務為主，而非醫療照護</u> 。由護理服務協助個案復原，當個案有需求時才提供醫療照護。		<ul style="list-style-type: none"> ● 離開時的獨立程度較佳，但停留時間較長、死亡率較高
社區醫院 (Community hospitals, CHs)	社區醫院為英國歷史悠久的健康照護機構，可籠統的定義為 <u>小型醫院(病床中位數=33 床)</u> ，提供廣泛的在地化門診、住院以及中期照護服務。		<ul style="list-style-type: none"> ● 獨立程度增進，成本效益與普通醫院照護相當
護理之家模式中期照護 (Nursing home-based IC)	英國中期照護服務中短期入住照護之家(care homes)及護理之家的方式已受到人們歡迎。其優勢在於，相關設施的可近性、提供 24 小時的支持性照護、提供因疾病而無法獨立的老人需要之服務。	短期照護/護理之家	<ul style="list-style-type: none"> ● 相對於長期入住機構，普通醫院病床需求減少 ● 相對其他模式可能較不具成本效益

資料來源：Young J. The development of intermediate care services in England. Arch Geriatr Med. 49 Suppl. 2 (2009) S21-S25.

註：早期出院支持(Early supported discharge)：自住院下轉至初級照護之轉銜單位，提供近似於急性照護單位之照護及密集度之照護，包含復健、身體功能及精神狀態之回復。

(三) 澳洲

澳洲過渡性照護服務是依個案的需求等級(level of need)，提供彈性的照護服務包裹(care package)，以有限的健康照護(allied health)協助維持使用者生理、認知、心裡社會功能，並改善日常生活活動功能，服務內容包括居家協助(home help)、個人照護(personal care)、護理照護(nursing care)、醫療支持(medical support)(例如由開業醫師管理)、個案管理(case management)(含建立社區支持、服務)和低強度治療(low-intensity therapy)(含職能治療、物理治療和語言治療等)與支持(例如社工)等(Gray et al., 2008) (Department of Human and Ageing, 2011a)。

主要有兩種服務場域(Department of Human and Ageing, 2011a)：

1. 社區式服務(community-based services)，例如在使用者家中協助身體衰弱的老年人。
2. 機構式服務(residential-based services)，通常在主要提供長照之「入住型老人照護機構(residential aged care facilities, RAC)」進行 (Hall et al., 2012)，使用者可以先在入住型機構使用服務，其後轉至社區，亦可在社區接受服務後，轉至入住型機構；此計畫中機構式服務類似家的居住單位(home-like residential setting)，提供更像家的環境，包括：
 - (1) 提供急性／亞急性照護空間及獨立的公共生活空間，此空間即鼓勵家人、照顧者及訪客可以多陪伴使用者
 - (2) 用餐區，鼓勵個案不要在床上進食
 - (3) 鼓勵及支持個案每天裝扮自己
 - (4) 讓個案可以為自己和他們的客人準備點心的場所(facilities)
 - (5) 著重個人隱私，特別是對個人照護及沐浴
 - (6) 有可以活動的空間，特別是戶外的空間
 - (7) 物理治療安排
 - (8) 照護模式和工作人員的知識來支持過渡性照護計畫，以促進老年人的健康和獨立性

(四) 德國

目前中期照護服務尚未普及，民眾需部分負擔費用，服務內容包含提供居家護理、日間照護、短期住院照護、生活協助等照護。主要的服務有喘息服務，為減輕家屬照顧負擔，如定期/不定期居家訪視、接送服務、家事服務；而短期照護機構則以日間照護機構及夜間診所(night clinic)提供服務(Seventh Framework Programme, 2009)。

表 3-3-7 美國、英國及澳洲各服務場域之服務項目

服務類型	美國急性後期照護	英國中期照護	澳洲過渡性照護		
			共同服務	僅機構式	僅社區及居家式
日常生活服務	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>技術性護理之家</u>：提供住宿、膳食、技術性護理及復健等 2. <u>居家健康服務</u>：提供居家所需的輔具租用 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 機構式復健(residential rehabilitation)：短期在機構內居住及復健，提升身體功能 2. 支持性出院(supported discharge)：透過短期居家護理或其他治療與生活照顧以恢復個案自主生活能力 	<p>生活協助：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 洗澡 2. 穿衣 3. 吃飯：包含協助使用吃飯工具、實際餵食，亦提供管灌飲食 4. 移動：包含輪椅、義肢適切性與否和其他個人疾病協助 5. 上廁所 6. 溝通：如缺乏共通語言、聽力受損 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供可大量洗衣的設備及服務與個人洗衣服務，不接受需要乾洗或其他特別洗滌方式 2. 提供餐點和點心：每天提供3餐加早茶、下午茶和宵夜，若有宗教需求或醫師有特別要求，均可配合 3. 協助如廁和失禁管理：提供便器椅、一次性便盆、尿盆、一次性看護墊、淋浴椅和導尿裝置等 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助洗衣 2. 提供餐點和點心：有需要時，安排送餐，協助營養調配及進食 3. 協助如廁和失禁管理：若有需求可提供協助 4. 家務協助：可協助打掃，提供清潔服務、商品或設備

表 3-3-7 美國、英國及澳洲各服務場域之服務項目(續)

服務類型	美國急性後期照護	英國中期照護	澳洲過渡性照護		
			共同服務	僅機構式	僅社區及居家式
醫療與緊急服務	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>技術性護理之家</u>: 針對出院後仍需全天候靜脈注射、傷口照護等技術性照護者所提供之服務; 提供住宿、膳食、技術性護理及復健等服務, 目前給付至多 100 天; 常見疾病包含下肢關節及趾接合、肺炎、心臟衰竭及休克、髖股骨手術、腦血管疾病 2. <u>居家健康服務</u>: 提供醫療社會性服務、居家健康協助服務, 針對活動受限者需要持續性物理、職能與語言等治療, 亦提供醫療社會性服務、居家復健; 係由 Medicare 認可之居家照護機構提供服務, 包括醫療社會性服務、居家健康協助服務, 支付醫療輔具租金如輪椅、病床、氧氣筒、助行器等; 服務範圍包含居家照護、護理技術、治療及醫療社工服務 3. <u>復健機構</u>: 針對出院後仍需密集復健患者, 提供物理、語言與職能治療; 提供物理、職能或語言治療; 常見疾病有腦中風、髖關節骨折、主要關節置換、衰弱及神經疾患 4. <u>長期照護醫院</u>: 針對急性患者, 如多重急、慢性疾病者, 出院後仍需綜合性復健、呼吸治療、疼痛處置和安寧照護等; 提供復健、呼吸治療、頭部創傷治療、安寧療護及疼痛管理, 此類醫院平均住院天數大於 25 日; 常見疾病有呼吸器使用、褥瘡、菌血症、肺水腫及呼吸衰竭、呼吸道感染 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 迅速反應團隊(rapid response team): 提供迅速評估與診斷以發展治療計畫, 透過居家護理治療以減少住院 2. 居家照護(hospital at home): 在民眾家中提供密集治療服務 3. 日間復健(day rehabilitation): 在日間醫院或是日間照護中心提供持續復健醫療 4. 社區醫院(community hospital): 收治罹患多重慢性疾病, 但醫療狀況較為穩定者, 以身體功能恢復為主, 相關醫療護理治療為輔 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 照護計畫的規劃 2. 個案管理, 包含 <ul style="list-style-type: none"> • 從醫院出院時可提供全面性照護計畫 • 確保計畫的執行, 如有必要可進行調整 • 確認案主的護理需求 • 與服務提供者聯絡確定所提供的照護需求 3. 由護理師提供專業臨床護理服務 4. 治療服務: 包含物理治療, 職能治療, 語言治療, 諮詢和社會工作, 保持和提升物理和認知功能, 提高日常生活活動能力 5. 提供緊急援助: 至少有一個人或機構, 可在案主有需求時打電求助 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 案主或其家人或機構人員都可安排案主接受醫療服務, 如: 牙科和獲取健康口腔保健、聽力、驗光等或由其他健康專業人員直接訪視案主 2. 提供基本醫療和醫藥用品設備, 如鎮痛、繃帶、乳膏(劑), 敷料、瀉藥、軟膏、生理食鹽水、潤膚劑等, 或由專業醫務人員提供治療、給藥、後續追蹤 3. 使用遠距醫療和照護設備, 以符合照顧者的目標 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助運送案主去看醫生或安排醫師訪視 2. 非辦公時間協助(after hour assistance) 3. 專業醫師提供藥物處方籤之控制及管理

表 3-3-7 美國、英國及澳洲各服務場域之服務項目(續)

服務類型	美國急性後期照護	英國中期照護	澳洲過渡性照護	
			共同服務	僅機構式 僅社區及居家式
設備及環境	-	-	-	1. 建築物和地面維護 2. 提供基本的住宿環境，如：水電、家具（例：床邊櫃、有把手的椅子、個人洗衣容器、休閒和娛樂的設備等） 3. 協助工作人員移動案主的物品，如擔架，手推車等醫療設備 居家修繕，如安裝扶手和坡道
個人用品	-	-	協助案主自己移動的物品，如：四足助行器、拐杖、輪椅等，不提供電動輪椅及個別訂作的輔具	1. 床上用品，如：為案主量身挑選之適合床墊及枕頭、毛毯、防水床單、紙尿片等 2. 梳洗用品，如：浴巾、毛巾、肥皂、衛生紙，衛生護墊、牙膏、假牙清潔劑、洗髮精、護髮乳、爽身粉等 3. 藥物
其他	居家健康服務：支付醫療輔具租金如輪椅、病床、氧氣筒、助行器等	-	1. 社會活動：有助於防止社會隔離，並促進和保護人的尊嚴和福利 2. 宗教和文化活動提供 3. 支持性服務 4. 廢棄物清除處理：安全的棄置有機和無機廢物	- 其他用以維持居家照護所需的服務

資料來源：整理自：李欣慈、曾建寧、胡文郁(2011)。臺灣護理之家提供急性醫療後期照護的挑戰。長期照護雜誌，5(3)，249-258。

戴桂英、吳淑瓊、江東亮(2006)。美國老人醫療保險急性後期照護的發展。台灣衛誌，25(5)，323-29。

吳肖琪(2008)。急性醫療與慢性照護的橋樑-亞急性與急性後期照護。護理雜誌，55(4)，5-10。

林麗輝(2010)。無縫式照顧服務的關鍵：亞急性照護。長期照護雜誌，14(1)，1-9。

Age UK.(2009).Intermediate care. ; Department of Health, Social Services & Public Safety (2006). Audit of Intermediate Care Final Report - Volume I.

Pratt, J. (2009). Long-term care: managing across the continuum: Jones & Bartlett Learning.

Department of Human and Ageing(2011a). Transition Care Program Guidelines 2011.

五、財務—給付與支付制度

(一) 美國

有鑑於醫療開支的增加，美國於 1997 年通過年度平衡預算法案(Balanced Budget Act, BBA)，拓展新的前瞻性支付制度至所有急性後期照護。由於居家健康服務的花費成長快且前瞻性支付制度無法馬上導入，因此在 1997 年十月，居家健康服務先逐步導入過渡期間的支付方式(interim payment system, IPS)，IPS 係透過降低每次訪視成本的上限與增加每位被保險人支付總額之限制來限制給予機構的支付，此制度有效的在總額的基礎下，限制每間機構每次訪視之成本(從平均國家每次訪視成本的 112% 降至 105%)，以及平均每年每位被保險人的支付金額；於 2000 年 10 月居家健康服務正式執行前瞻性支付制度，當時以居家健康資源群 (HHRGs) 為資源耗用系統，共分 80 群，支付基準以 60 天為一療程，免部分負擔，每段期間之平均支付金額為 2,569 美元，平均給付 34 天；隨著時間的變遷，美國 Medicare 之急性後期照護支付制度亦逐年進行推廣及變革，於 1998 年 7 月針對技術性護理之家採用資源利用群 (RUGs)、2002 年 1 月針對復健機構或單位採用病例組合群 (CMGs)，及至 2002 年 10 月針對長期照護醫院使用長期照護診斷關聯群 (LTC-DRGs) 為資源耗用系統，使急性後期照護之服務範圍擴大，且支付制度亦更完整 (McCall *et al.*, 2003) (表 3-3-8)。

表 3-3-8 美國 Medicare PAC 支付制度

服務單位類型	實施日期	資源耗用分類系統	分類數	支付基準	平均支付金額	平均給付	部分負擔
居家健康服務 (HHAs)	1997 年 (IPS) 2000 年 10 月 (正式實施)	HHRGs (居家健康資源群)	80 群	以 60 天一療程	2,569 美元/每段期間 (約 75-76 美元/日)	34 次	免費
技術性護理之家 (SNFs)	1998 年 7 月	RUGs (資源利用群)	原始:44 群 2006 年:53 群	論日	1. hospital-based: 574 美元/日 2. freestanding: 307 美元/日	26.4 天	1. 1-20 天:免費 2. 21-100 天:119 美元/日 3. 100 天以上:全額自付
復健機構 (IRFs)	2002 年 1 月	CMGs (病例組合群)	385 群	論出院個案	15354 美元/每人 (約 1,181 美元/日)	13 天	1. 1-60 天:952 美元/自付額 2. 61-90 天:238 美元/每日部分負擔 3. 90-150 天:476 美元/每日部分負擔 4. 151 天以上:全額自付
長期照護醫院 (LTCHs)	2002 年 10 月	LTC-DRGs (長期照護診斷資源群)	501 群	論出院個案	34,859 美元/每人 (約 1,249.5 美元/日)	27.9 天	1. 1-60 天:952 美元/自付額 2. 61-90 天:238 美元/每日部分負擔 3. 90-150 天:476 美元/每日部分負擔 4. 151 天以上:全額自付

註：HHRGs: home health resource groups (居家健康資源群)；RUGs: Resource Utilization Groups (資源利用群)；CMGs: case-mix groups (病例組合群)；LTC-DRGs: Long-Term Care-Diagnosis Related Groups (長期照護診斷關聯群)。

資料來源：Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. Washington DC: MedPAC, 2003

1. 前瞻性支付制度對急性後期照護服務之影響

前瞻性支付制度施行後，在醫療成本、機構數、醫療品質、消費者選擇等方面產生不同問題，Medicare 為因應相關問題，成立了 Medicare 支付建議委員會(Medicare Payment Advisory Commission's, MedPAC)，負責每年評估各急性後期照護機構之支付調整狀況，由各急性後期照護機構定期提供資料，以回應 MedPAC 之評估，評估指標包含被保險人照護可近性、服務提供者的改變、機構服務量、照護品質、資金來源、Medicare 對該機構之支付制度、機構成本等七個面向 (Medicare Payment Advisory Commission, 2006, 2007)。近年來開始有研究依此模式對急性後期照護之執行情況進行評估，Kaplan (2007)則統整了 MedPAC 於 2006-2007 年對急性後期照護機構之評估報告，其結果分述如下：

(1) 在不同急性後期照護服務機構間可能產生部分替代之情況

前瞻性支付制度的導入，除了造成醫療成本、服務提供者之變動外，對於消費者的醫療利用行為也造成了衝擊。相關研究指出，在技術性護理之家及居家健康服務開始施行前瞻性制度後，居家健康服務的使用率開始下降，其他急性後期照護服務的使用則上升，此研究結果使得學者推論在不同機構間，可能產生部分替代之情況，如：技術性護理之家替代居家健康服務 (Medicare Payment Advisory Commission, 2003b; McCall et al., 2003b)。

2006-2007 年 MedPAC 之評估報告指出，九成民眾對於居家健康服務感到滿意，但無相關指標可衡量復健機構與長期照護醫院的狀況，若以 Medicare 被保險人使用率作為指標，復健機構與長期照護醫院之使用率則分別成長 2% 及 10%，可用以代表個案就醫可近性高 (Kaplan, 2007)。

(2) 急性後期照護機構成長趨緩

急性後期照護服務提供者在過去十年內快速成長，已出現供過於求的情況。在施行前瞻性支付制度前，技術性護理之家與復健機構以年增率 7% 之速度成長，在前瞻性支付制度施行後成長確實趨緩，然隨著時間演變，技術性護理之家呈持續成長，復健機構則持穩。平衡預算法案施行前後，居家健康服務成長超過 10%；

長期照護機構於 1990 年至 2005 年間成長 10%，屬各類急性後期照護機構中成長最為快速者(Lewis et al., 1987; Prospective Payment Assessment Commission, 1997; Medicare Payment Advisory Commission, 2006)。於 2006-2007 年 MedPAC 之評估報告中指出，四類急性後期照護機構皆有增加，以長期照護醫院成長率 10% 為最高，且該機構多屬醫院經營居多，技術性護理之家則由醫院經營型態轉為私人營運型態，鄉村地區之復健機構急速成長 (Kaplan, 2007)。

(3) 急性後期照護機構之服務量皆上升

依據 2006-2007 年 MedPAC 的評估報告，各類急性後期照護機構之服務量皆上升，然自 2004 年起 Medicare 為區別復健機構及急性住院的差異，實行 75% 法則。此項法則規範復健機構的住民中須有 75% 的比例應符合 13 項診斷(包含腦中風、脊髓損傷、先天畸形、截肢、主要多發創傷、髖部骨折、腦損傷、神經系統疾病、燙傷、關節炎、系統性血管關節炎、嚴重關節炎、髖膝關節置換術)。而因此規範施行，其服務量於 2004-2005 年下降將近 10% (Kaplan, 2007)。

(4) 「技術性護理之家」照護品質略微下降，「居家健康服務」之護理品質普遍有所改善

前瞻性支付制度並未讓個案急性後期照護機構的使用情況變差，而部分證據則指出個案之照護品質持續下降 (Angelelli et al., 2002; Kaplan, 2007)。針對前瞻性支付制度實施前後，比較個案之照護結果，在前瞻性支付制度實施後，個案的死亡率和再入院於「技術性護理之家」照護品質略為下降，「居家健康服務」和「復健機構」照護品質略有改善，「長期照護醫院」之照護品質則是好壞參半(Buntin MB, 2007)。

2006-2007 年 MedPAC 的評估報告顯示，復健機構自 75% 法則施行後個案複雜度增高，但其照護品質則略有提升；技術性護理之家的照護品質則呈現下降趨勢；居家健康服務之護理品質普遍有所改善，然其再入院率及再入急診率則維持不變；長期照護醫院之護理品質則偏劣，再入院情況增多，居民之褥瘡、感染、肺動脈

栓塞、深靜脈血栓情況皆增加 (Kaplan, 2007)。

(5) 各類急性後期照護機構資金來源皆充足

2006-2007 年 MedPAC 之評估報告指出，各類急性後期照護機構資金來源皆充足。在技術性護理之家的部分，相較於非營利型態者，由大型上市公司營運之技術性護理之家其資金來源更為充足；醫院型態之復健機構則多以其上游機構為資金來源 (Kaplan, 2007)。

(6) 前瞻性支付制度可能使各類急性後期照護機構營運者獲取高額利潤

前瞻性支付制度設計原意為降低醫療成本，然相關研究結果卻指出前瞻性制度將加速 Medicare 醫療成本上升以及機構營運者獲暴利的情況產生(Lewis et al., 1987; Prospective Payment Assessment Commission, 1997; Medicare Payment Advisory Commission, 2006)。

由 2006-2007 年 MedPAC 的評估報告中顯示，四大機構之營運結果，技術性護理之家預計於 2007 年利潤可達 11%，居家健康服務則預估可達 16.8%，復健機構因實施 75%法則使其醫療成本由 16%降為 3%，利潤由原 13%隨之下降為 2.7%，長期照護醫院之醫療支出率一年為 29%，相當於其服務量的三倍之多，然其因 25%法則施行，2007 年利潤估計將由 0.1%略為成長至 1.9%(Medicare Payment Advisory Commission, 2006, 2007; Donelan-McCal et al., 2006)。

2. 急性後期照護與急性照護之分工合作：美國包裹式支付制度(Bundled Payment)

過去論量計酬(Fee-for-service, FFS)已知並非適切的支付制度，其針對個案的照護為獨立支付各服務之服務提供者，之間的合作關係不密切，造成片段的照護及服務重複，亦可能使服務提供者提供非必須之照護；論量計酬使服務提供者沒有誘因改善品質或提高照護服務整合，導致照護體系支出不斷上升但卻沒有較好的照護結果，多年來各國皆努力進行改革。美國於 1983 年針對住院服務實施住院前瞻性支付制度(Inpatient prospective payment system, IPPS)，導入約 500 項疾病診斷關聯

群(diagnosed-related groups, DRGs)，依據不同 DRG 給予不同支付；又於 1997 年通過 Balance Budget Act(BBA)法案，推動急性後期照護之前瞻性支付制度，但不同類型服務提供者之支付系統是分開的，支付設計也不全相同。急性住院與各急性後期照護間彼此獨立的支付體系，除了造成個案會被送往最能獲得利益的急性後期照護單位而非最適合的單位外，也使得醫院與 PAC 提供者沒有動機進行溝通、合作，只關注自己單位內的照護品質與財務，對個案可能產生不良影響(Sood et al., 2011)。

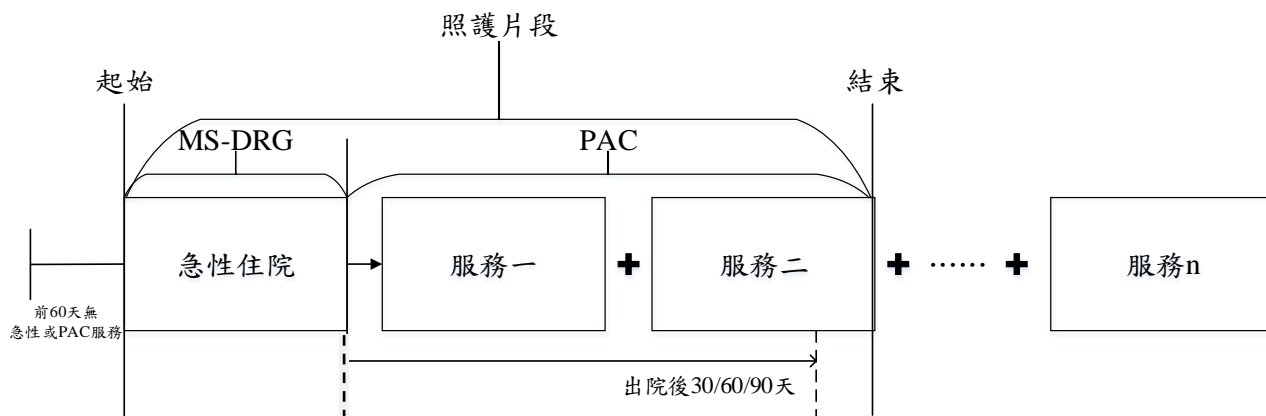
為了更有效的抑制醫療費用的持續上漲，目前推薦的政策走向是以包裹式支付制度來支付一段包含急性與急性後期照護療程的體制(Dummit, 2011)。目前支付方法可大略分為以下兩種(圖 3-3-4):(1)固定長度式照護片段(fixed length episodes)：依利用的計算方式及是否再住院可再細分為四種：a.出院後 30 日內使用任何急性後期照護服務皆納入包裹式給付中，若有再住院情形發生，則計算至再住院前那段時間為止；b.出院後 30 日內使用任何急性後期照護服務皆納入包裹式給付中，例如居家健康服務為 60 天，個案於出院後第 25 天開始使用此服務，將全納入給付；c.僅給付出院後 30 日內使用的急性後期照護服務，若有再住院情形發生，則計算至再住院前那段時間為止；d.僅給付出院後 30 日內使用的急性後期照護服務，例如個案於出院後第 25 天開始使用服務，則給付 5 天，(2)變異長度式照護片段(variable length episodes)：依是否再住院可細分兩種計算方式，a.自入院起開始計算，計算至個案 30 日內無使用技術性護理之家、居家健康服務、復健機構及長期照護醫院或門診服務的這段期間，若有再住院情形發生，僅算至再住院前那段時間為止；b.自入院起開始計算，計算至個案 30 日內無使用技術性護理之家、居家健康服務、復健機構及長期照護醫院或門診服務的這段期間所有利用(Bogasky, 2009)。

包裹式支付制度至少有兩個好處，首先，可提升資源的有效運用，部分急性和急性後期照護服務似可互相替代，實施包裹式支付後將可加速個案出院，並進而轉移至急性後期照護服務之使用；其次，即使急性和急性後期照護服務之間無替代性，醫療保險可能因要求部分機構須負責所有急性後期照顧服務，因此必須給予醫院控制成本之激勵，因此，如何使服務機構得以負起責任提供個案適切之服務，為

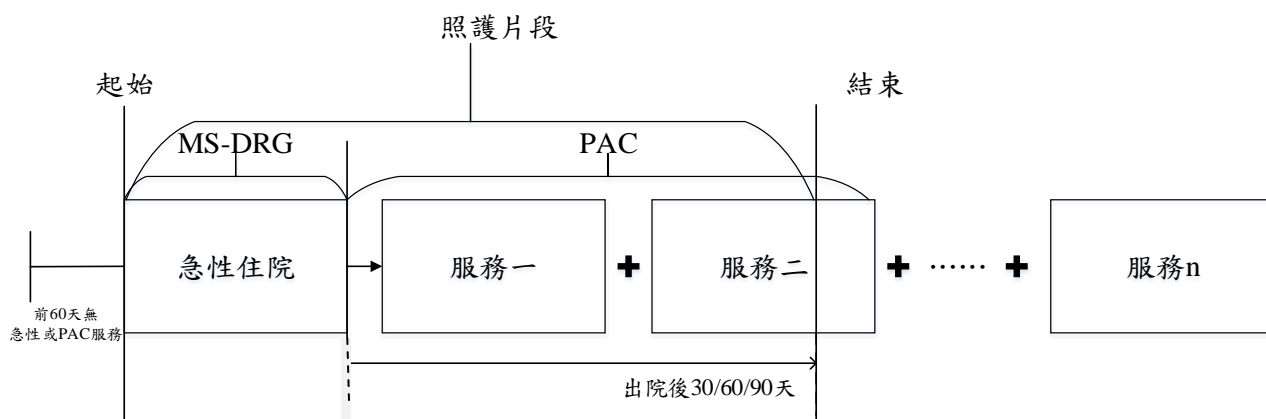
未來政策規劃所需考量之重點(W. Pete Welch, 1998)。

美國 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)致力於持續改革以達到「健康最佳化、照護優化及減少支出」三大目標。2010年 Patient Protection and Affordable Care Act(PPACA)中提出，Medicare 試驗性計畫—包裹式支付照護改善計畫(Bundled Payments for Care Improvement Initiative, BPCI)即是以此三大目標為依歸，希望能了解將住院及急性後期照護之支付「包裹(bundled)」在一起，是否有助於改善健康照護服務的合作、品質及效率；此試驗計畫有五大目的：(1)支持並鼓勵對持續改善服務有興趣之服務提供者達成三大目標；(2)創造持續減少急、慢性照護支出同時也促進品質改善之良性循環；(3)建立並測試支付模式以期創造對於急、慢性照護三大目標之長期責任；(4)縮短採納以實證為基礎之照護所需的時間；(5)創造促進新實證基礎知識—學習性健康照護系統(the Learning Health Care System)迅速發展之環境(CMS, 2011)。包裹式支付為一前瞻性的支付制度，其概念為：Medicare 對於所選定之臨床情況定義「照護片段(episode of care)」，在此照護片段期間所有涵蓋的服務，包括住院、醫師、門診治療及急性後期照護等合併成一筆預先訂定之金額支付，除了特殊情況外，不會對超過之金額給予支付，藉由經濟誘因及表現責任(performance accountability)以提高服務提供者照護間之合作並控制支出(Dummit, 2011)。過去美國 Medicare 及其他私立保險公司曾實施包裹式支付制度，但皆僅納入急性照護服務，未將急性後期照護一併包裹進照護片段中，且大多是針對特定單一或小部分疾病進行，參與的服務提供者亦不多；此次 Medicare 新的試辦計畫有僅針對住院也有同時包裹急性後期照護之模式，由欲參與之照護單位選擇模式及臨床情況，為全國性的大型試辦計畫。

a. 固定長度式照護片段-最後一項服務申報結束於終點時間後，整筆申報全部納入



b. 固定長度式照護片段-最後一項服務申報結束於終點時間後，僅支付終點時間結束前的服務



c. 變異長度式照護片段

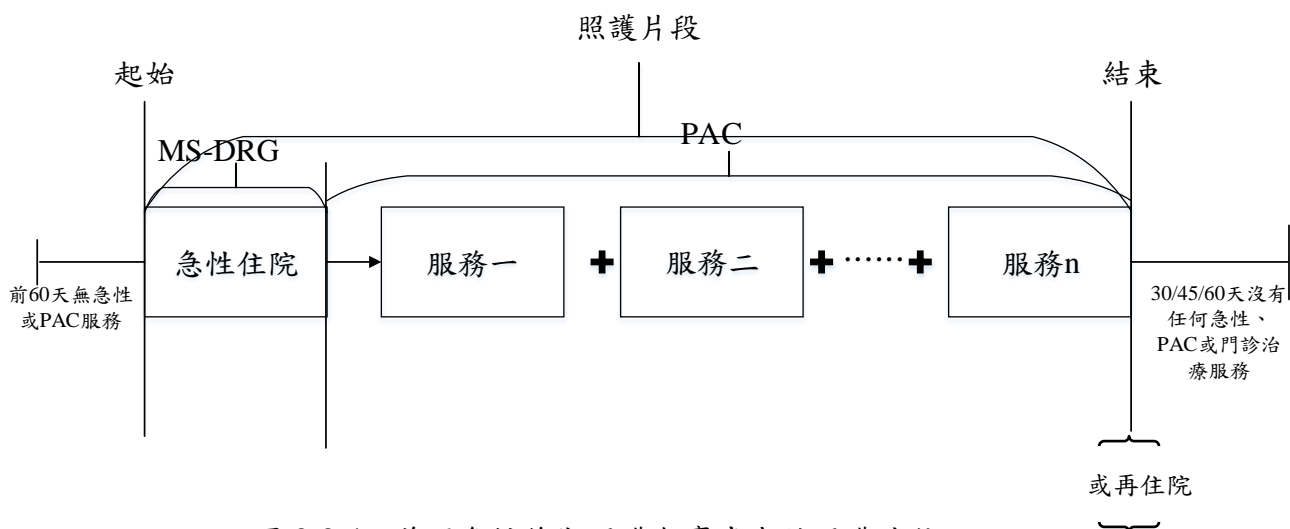


圖 3-3-4 美國急性後期照護包裹式支付照護片段

包裹式支付照護改善計畫執行辦法

2011年8月23日CMS公告BPCI計畫相關辦法，分為四種模式邀請服務提供者分別提出參與申請，協助測試及健全各模式，於2013年1月31日公告最終入選者並開始執行，透過此計畫，參與的服務提供者事前能彈性選擇要「包裹」的臨床狀況，並詳細定義其照護片段，在社區中發展夥伴關係以建立連續照護，並能決定如何重新設計服務輸送(CMS, 2011)，預期未來將針對本計畫是否能改善照護品質、照護結果與使用及是否能減少支出進行評估(Dummit, 2011)。本計畫係以兩階段執行：

1. 階段一(2013年1-7月)-無風險準備期(no risk preparation period)：CMS會與參與者共同執行並評估財務風險，為照護片段的財務與表現責任做準備。
2. 階段二(2013年7月後)-風險承受期(risk-bearing implementation period)：參與過階段一並最終由CMS認可繼續執行及可承擔財務風險者，將進入階段二表現期。

此包裹式支付計畫分為八種模式，目前首先執行模式一至四(表3-3-9)，著重在急性照護與急性後期照護之包裹，其中模式一至三屬於回溯性包裹式支付(Retrospective Payment Bundling)，模式四則屬於前瞻性的包裹式支付(Prospective Payment Bundling)，以下針對各模式進行介紹與比較。

表 3-3-9 美國包裹式支付照護改善計畫八種模式

	僅急性住院	急性住院+ 急性後期照護	僅急性後期照護	慢性照護
回溯性	模式一	模式二	模式三	模式七
前瞻性	模式四	模式五	模式六	模式八

註：目前僅執行模式一至模式四

資料來源：CMS, Bundled Payments for Care Improvement Initiative Request for Application, 8/22/ 2011

(1) 回溯性包裹式支付(Retrospective Payment Bundling)：先以論量計酬進行支付，但在照護片段(episode of care)結束後會與事先訂定之目標價進行比較並作支付調整(表 3-3-10；圖 3-3-5)。

- A. 模式一：照護片段僅含急性住院，包含所有以 MS-DRGs 支付之 Part A 服務，Medicare 依之前住院前瞻性支付系統(Inpatient Prospective Payment System, IPPS)下建立之支付價(payment rates)與參與醫院提出之折扣，支付參與醫院折扣後之金額，而醫師薪資則繼續由 Medicare Physician Fee Schedule 獨立支出，不屬於包裹式支付之一部分；在部份情況下，醫院和醫師可共分來自因服務提供者重新設計照護之獲得。參與模式一者必須於 2013 年 4 月至 2014 年 1 月間開始，將包含參與醫院大多數 Medicare 論量計酬之出院個案。
- B. 模式二：照護片段包含急性住院、急性後期照護及相關再住院，支付非終期照護之 Part A 及 Part B 的服務，照護片段會於急性住院出院後之 30、60 或 90 天內結束，僅針對特定 DRGs，參與者可選擇高達 48 種不同的臨床狀況照護片段。
- C. 模式三：照護片段包含急性後期照護及相關再住院，支付非終期照護之 Part A 及 Part B 的服務，PAC 服務必須在出院後 30 天內開始(照護片段始於開始使用 PAC)，且須在最少 30、60 或 90 天後結束，僅針對特定 DRGs，參與者可選擇高達 48 種不同臨床狀況照護片段。

模式二及三皆包含醫師服務、PAC 照護、相關再住院及照護片段中其他相關 Part B 服務(如：檢驗、居家醫療設備 durable medical equipment, DME、義肢 prosthetics、人工關節 orthotics、醫療用品及 Part B 藥品)。目標價依過去論量計酬支付制度下參與者之照護片段內 Medicare 支出與參與者提出之折扣合併計算訂定之；提供照護期間，支出維持論量計酬支付，之後進行加總，與目標價進行比較，若總支出低於目標價，Medicare 會將省下之金額給予參與者；反之，參與者須繳回超過目標價之金額。

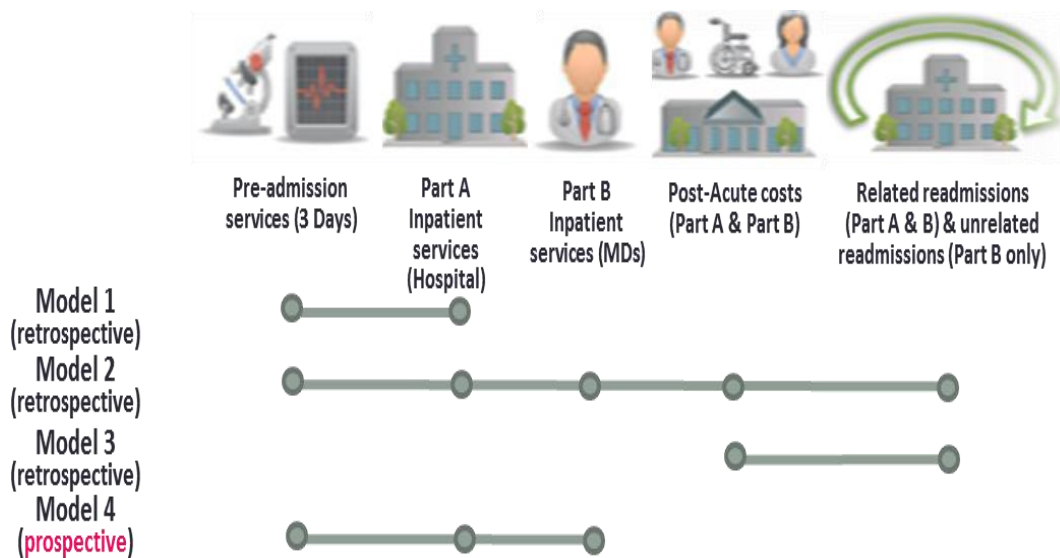


圖 3-3-5 美國急性後期照護包裹式支付計畫模式一至模式四

資料來源：Walton et al.(2011). The CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative White Paper. Comprehensive Care Solutions.

(2) 前瞻性包裹式支付(Prospective Payment Bundling)—模式四：預先支付整筆協議好之金額。

照護片段包含急性住院及 30 日內相關再住院，支付非終期照護之 Part A 及 Part B 的服務(含醫院、醫師及其他臨床工作者)，醫師及其他工作者的薪資由醫院自本計畫支付，僅針對特定 DRGs，參與者可選擇高達 48 種不同的臨床狀況照護片段。與上述三模式不同為模式四是前瞻性的支付制度，Medicare 預先給予照護片段之醫院所有訂定之金額(表 3-3-10)。

表 3-3-10 美國包裹式支付照護改善計畫模式比較

	模式一- 回溯性/僅急性住院	模式二- 回溯性/急性住院+PAC	模式三- 回溯性/僅 PAC	模式四- 前瞻性/僅急性住院
有資格參加單位	<ul style="list-style-type: none"> • 執業醫師群體 • 急性照護醫院 • 照護體系 • 醫師-醫院組織 • 照護提供參與者之召集人 	<ul style="list-style-type: none"> • 急性照護醫院 • 照護體系 • PAC 提供者 • 醫師-醫院組織 • 執業醫師群體 • 照護提供參與者之召集人 	<ul style="list-style-type: none"> • 執業醫師群體 • 急性照護醫院 • 照護體系 • PAC 提供者 • 醫師-醫院組織 • 照護提供參與者之召集人 	<ul style="list-style-type: none"> • 急性照護醫院 • 照護體系 • 執業醫師群體 • 醫師-醫院組織 • 照護提供參與者之召集人
照護片段定義				
被保險人納入準則	由 IPPS 支付之任何 MS-DRG 急性住院	<ul style="list-style-type: none"> • Organized around reason for 住院 (MS-DRG) • 明確的準則待提出 	<ul style="list-style-type: none"> • Organized around reason for 住院 (MS-DRG) • 明確的準則待提出 	<ul style="list-style-type: none"> • Organized around reason for 住院 (MS-DRG) • 明確的準則待提出
照護片段 anchor	在參加醫院有任何 MS-DRG 急性住院	在參加醫院或參加機構有特定臨床狀況(特定 MS-DRG, 2013 年公告 48 種類型)急性住院	因特定 MS-DRG(2013 年公告 48 種類型)住院之出院後 30 天內開始在參加醫院或參加機構使用任一種 PAC 服務	在參加醫院或參加機構有因特定 MS-DRG(2013 年公告 48 種類型)之急性住院
照護片段終止	出院	<ul style="list-style-type: none"> • 選擇一：出院後 30-89 天 • 選擇二：出院後 90 天以上 	<ul style="list-style-type: none"> • 開始使用 PAC 30 天以上 • 明確期間待提出 	出院
含在包裹中之服務類型	Part A 住院服務	<ul style="list-style-type: none"> • 醫師服務 • 住院服務(照護片段 anchor) • 再住院服務 • 四類 PAC 機構服務 • 醫院門診服務 • 獨立門診治療服務 • 臨床檢驗 • Durable medical equipment • Part B 藥品 	<ul style="list-style-type: none"> • 醫師服務 • 再住院服務 • 四類 PAC 機構服務 • 醫院門診服務 • 獨立門診治療服務 • 臨床檢驗 • Durable medical equipment • Part B 藥品 	<ul style="list-style-type: none"> • 醫師服務 • 住院服務(照護片段 anchor) • 再住院服務
由 CMS 給予之支付	<ul style="list-style-type: none"> • 急性醫院：前瞻性支付下以傳統論量計酬搭配預先決定之折價 • 醫師：傳統論量計酬 	傳統論量計酬(最終會與預先決定之目標價進行調節)	傳統論量計酬(最終會與預先決定之目標價進行調節)	<ul style="list-style-type: none"> • 急性醫院：前瞻性包裹式支付 • 醫師：由醫院支付，申報“no-pay”

表 3-3-10 美國包裹式支付制度模式比較(續)

	模式一- 回溯性/僅急性住院	模式二- 回溯性/急性住院+PAC	模式三- 回溯性/僅 PAC	模式四- 前瞻性/僅急性住院
預期給 Medicare 之折價	<ul style="list-style-type: none"> 第一年：前六個月可 0%；後六個月最少 0.5% 第二年：最少 1% 第三年：最少 2% 明確量待提出 	<ul style="list-style-type: none"> 選擇一(出院後 30-89 天)：最少 3% 選擇二(出院後 90 天以上)：最少 2% 明確折價待提出 	待提出	<ul style="list-style-type: none"> 前瞻性建立的包裹式支付將包含最少 3% 折價；若為 ACE MS-DRGs 要折價更多 待提出
調節、花費計算、支付與照護片段後監測	<ul style="list-style-type: none"> 調節：前瞻性的納入 Part A 支付之折價。Medicare 的住院支出不會與預先設定之目標價做調節 照護片段中監測：若 Medicare Part A 與 Part B 住院支付超過風險閾值(考量過去資料、折價等訂定之)，參加者要將超出值退回給 Medicare 照護片段後監測：若 Medicare Part A 與 Part B 在照護片段後監測期間之支付超過風險閾值，參加者要將超出值退回給 Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> 調節：若照護片段中總論量計酬支出少於預先決定之目標價，Medicare 會付差價給參加者；若照護片段中總論量計酬支出多於預先決定之目標價，參加者須繳回差價給 Medicare 照護片段後監測：若 Medicare Part A 與 Part B 在照護片段後監測期間之支付超過風險閾值，參加者要將超出值退回給 Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> 調節：若照護片段中總論量計酬支出少於預先決定之目標價，Medicare 會付差價給參加者；若照護片段中總論量計酬支出多於預先決定之目標價，參加者須繳回差價給 Medicare 照護片段後監測：若 Medicare Part A 與 Part B 在照護片段後監測期間之支付超過風險閾值，參加者要將超出值退回給 Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> 調節：直接支付參加醫院或參加機構屬於此照護片段(含相關再住院)單一預先建立的包裹式支付額；醫師及專業人員的 Part B 服務申報"no-pay"，由醫院自行支出。若有申報住院時任何 Part B 專業人員服務、相關再住院的 Part A 服務、或任何再住院時相關 Part B 專業人員服務，參加者必須交回這部份多報的所得 照護片段後監測：若 Medicare Part A 與 Part B 在照護片段後監測期間之支付超過風險閾值(考量預先建立之支付額訂定之)，參加者要將超出值退回給 Medicare
照護片段後監測期	出院後 30 天	照護片段結束後 30 天	照護片段結束後 30 天	出院後 30 天
獲益分享； 服務提供者間支付安排	<ul style="list-style-type: none"> 待提出 待提出 	<ul style="list-style-type: none"> 待提出 待提出 	<ul style="list-style-type: none"> 待提出 待提出 	<ul style="list-style-type: none"> 待提出 待提出
品質測量	<ul style="list-style-type: none"> 所有的醫院住院品質報告(Hospital Inpatient Quality Reporting, Hospital IQR)評估 其他額外的品質測量待提出。最終會建立一套與其他計畫最大程度結合之標準化評估方式 	待提出；最終會建立一套與其他計畫最大程度結合之標準化評估方式	待提出；最終會建立一套與其他計畫最大程度結合之標準化評估方式	待提出；最終會建立一套與其他計畫最大程度結合之標準化評估方式

資料來源：CMS(2011). Bundled Payments for Care Improvement Initiative Request for Application.

優缺點及挑戰

Welch 等人(1998)指出包裹式支付制度可提升資源的有效運用，針對部分急性和急性後期照護服務可互相替代者，實施包裹式支付制度將加速醫院讓個案出院，轉移至成本較低之急性後期照護單位；對於無替代性之急性和急性後期照護服務，亦提供了負責單位控制成本之誘因。另外，包裹式支付制度也能促進機構內與機構間較佳的服務整合、改善機構間移轉流程及品質，負責單位必須整合各機構之照護，避免過早或延遲出院，使各單位皆能提供更適切、以個案為中心之照護服務，達到減少支出卻能促進或至少不犧牲個案照護結果之目的(Dummit, 2011; Sood et al., 2011)。

實施前瞻性支付制度皆可能會遇到以下問題：財務風險過高衍生之問題、限縮必要之服務、個案傾棄(dumping)。由於個案所需總支出的變異性大，將造成負責單位財務風險上升，若沒有適當財務風險管理機制或誘因，可能使得參與意願低落；當 Medicare 支付之金額與實際支出無法達到平衡時，在太極端的狀況下可能會造成醫院或機構無法繼續經營，限縮了個案接受照護的可近性(Welch et al., 1998)。負責單位為了控制成本，會盡量減少提供給個案之服務，若適度縮減非必要之服務是好的策略，但若過度限縮，連必須之服務也不提供，將可能影響個案照護結果；此外，針對部分病況較複雜或情況較嚴重之個案，由於預期會花費較高成本，為了避免收治該個案的實際支出大於 Medicare 支付，負責單位可能拒絕收治，嚴重影響個案權益(Welch et al., 1998; Dummit, 2011; Sood et al., 2011)。

Dummit(2011)點出實施包裹式支付制度需注意的四大重點：

- (1) 主責單位的指派：接受包裹式支付的主責單位需負責確保適當照護之提供、服務提供者有領到支付及照護是有經協調整合的；主責單位應具備相關的臨床專業知識、與必須服務提供者間之連結以及管理照護片段之經驗。
- (2) 包裹的定義：包裹內的服務與提供者應清楚定義，以免發生主責單位將服務或成本往包裹外移轉之情形，此將可能反而導致整體成本上升與更片段的照護。
- (3) 支付額與調整：支付金額必須夠高，足以包含所需服務之成本，但同時亦須夠低，以驅使負責單位管理、控制照護片段；必須有適當機制以確保有較高

需求之個案仍能獲得適當照護，也確保任何節省下的錢並非因未提供所需照護或選擇照護成本較低之個案。

- (4) 品質與結果測量：由於主責單位有降低成本之動機，可能由不提供所需照護或轉而給予成本較低但較無效之治療達到，因此照護的品質與結果應仔細評估。應發展新評估方法並測試以確保品質和結果沒有降低；目前的測量通常僅計算個案所獲得的服務數量與類型，並不適當。

Bundled 支付制度的關鍵問題是如何使急性、急性後期照護所結合的成本相互配對，若成本追蹤執行不佳，將可能增加醫院系統的財政風險，當風險增加，將導致更多的醫院關閉，並減少個案獲得適當照顧之機會。因此，若可維持財政風險不變或降低，bundled 支付制度將可能是遏制醫療費用可行的方式(W. Pete Welch, 1998)。關於美國此包裹式支付制度試驗計劃之成效，仍待後續評估。過去研究曾以系統性文獻回顧分析各國實施各類型包裹式支付制度之影響，指出包裹式支付可減少照護支出及利用，但對於照護品質則沒有定論(Hussey et al., 2012)；Lang(2012)以美國 Health Care Utilization Program(HCUP)資料分析並比較急性照護片段以論量計酬支付或以包裹式支付之成本差異，發現包裹式支付相對有較低支出且減少了個案再住院之需求。

(二) 澳洲

過渡性照護計畫資金由澳洲聯邦政府、州政府及特別行政區政府共同提供，澳洲聯邦政府依據養老服務法之規定以「照護津貼」的形式，每個月向澳洲醫療保險(Medicare Australia)提出津貼申請以供應服務使用者日常照護費用(Department of Human and Ageing, 2011a; Victoria Department of Health, 2012)；州政府與特別行政區政府則以「現金給付」和「實務給付」方式提供服務，服務使用者需負擔部分費用，其中住在入住型機構者之照護費用最高不能超過每人每天基本養老金的 84%，接受社區式服務者則是不得超過 17.5% (Department of Human and Ageing, 2011a)；照護費用為符合消費者物價指數，每年(3 月及 9 月)進行兩次調整，至 2012 年 3 月 20 日止，每位入住型機構使用者平均每日給付上限為 41.71 澳元，居家服務(home-based)使用者為 8.69 澳元。

六、 評估機制

(一) 美國 PAC 評估工具

對於 PAC 的服務提供者而言，一套好的評估工具可協助專業人員判斷個案出院後的後續轉介及照護計畫的安排，目前我國的急性後期照護尚未有一套統一的評估標準，實需參考國外經驗，發展一套台灣版的評估系統，美國在未發展統一的評估標準前，各急性後期照護機構有各自的評估工具，技術性護理之家有 Minimum Data Set(MDS)，居家健康服務有 Outcome and Assessment Information Set (OASIS)，復健機構有 Inpatient Rehabilitation Facility Patient Assessment Instrument (IRF-PAI)，這些評估工具用於入住時及不同治療期間個案嚴重度的測量。2004 年發表急性後期照護者的活動測量(Activity Measure for Post Acute Care, AM-PAC™)，為評估個案基本活動、日常生活活動及應用認知方面，是適用於所有急性後期照護單位之評估工具，社交參與測量(Participation measure for post-acute care, PM-PAC) 則是針對接受門診或居家健康服務個案之評估工具；2006 年發展連續性評估紀錄 (continuity assessment record and evaluation,CARE)評估工具，其適用於所有急性後期照護單位，內容包含多面向，針對不同評估時機發展不同版本問卷，並設定核心項目與補充項目，使用彈性高且約 30-60 分鐘可完成，以下將分別進行介紹。

1. 急性後期照護者的活動測量(Activity Measure for Post Acute Care, AM-PAC™)

急性後期照護的活動測量於 2004 年正式發表，為美國波士頓大學利用世界衛生組織的國際健康功能與身心障礙分類(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)系統並參考個案及臨床醫師之意見所發展的一套結果評估工具(outcome instruments)，該評估工具的對象是已進入急性後期照護之個案，其設計最大特色是適用於所有 PAC 單位的評估工具，評估項目的擬定是透過不同照護單位內的大樣本個案且涵蓋多種不同診斷所歸納出來的，故其具外推性，其評估範圍包含基本活動(basic mobility)、日常生活活動(activities of daily living)及應用認知(applied cognition)(表 3-3-11)，AM-PAC™適用罹患各種診斷及失能程度之成人的功能性評估，評估方式簡單，可藉由個案回應 AM-PAC™評估項目，或由臨床醫師或家人完成，目前 AM-PAC™有兩種版本：電腦版及紙本簡易版(CREcare, 2013a)，電腦版可用於急性後期照護機構和長照機構，紙本版較為簡易用於門診及住院(表 3-3-12)。

電腦版本的 AM-PAC™是利用電腦化適性測驗(Computer Adaptive Tests, CAT)評估個案的基本活動(131 題)、日常生活活動(88 題)及應用認知能力(50 題)，共 269 個問題組成，基本活動可分為行走(ambulation)、移動(transfer)、彎腰/提重/抬舉(bend, carry, lift)、利用輔具移動(locomotion with device)四部分，日常生活活動分為進食(feeding)、備餐(meal preparation)、整理儀容及穿衣(grooming/dressing)三部分，應用認知分為溝通(communication)、書寫訊息(print information)及跟隨複雜的指示(follow complex instructions)三部分，系統會依據個案回答給分，並依據回答跳至相對應的下一題，測驗完畢後基本活動、日常生活活動及應用認知能力這三大項目會各得到一個分數，依分數區分為 5 個不同的身體功能階段，對照預期表現圖，分數越高越好(Boston Rehabilitation Outcomes Center, 2013)。使用優點包括：(1)因測試項目的選擇是配合個案的功能性能力，故可降低測試負擔，同時增加評估的精確度；(2)節省時間，每個項目僅需 2-3 分鐘即可完成；(3)可涵蓋個案滿意度問題；(4)促使有效且可靠的資料鍵入資料庫，包含個案的年齡、性別、診斷別、發病時間、手術狀態、疾病嚴重度及保險狀態等資料；(5)資料易整合至臨床工作的評估；(6)可根據測得的 AM-PAC 分數區分期程(stage)，並繪製預期表現圖(CREcare, 2013b)。

紙本簡易版是利用試題反應理論(item response theory, IRT)評估個案的功能性能力

(functional abilities)(CREcare, 2013c)，住院和門診有各自的版本，住院版的問卷包括基本活動和日常生活兩大項目，各有 6 個問題，個案依自覺困難程度回答，分數越高越佳，測驗完畢後再利用分數對照 CMS 的分數以得知個案的現況；門診版的問卷內容較住院版多納入應用認知能力面向，其問題數分別為基本活動 18 個、日常生活活動 15 個及應用認知能力 19 個，測驗方式與評量方式與住院版問卷相同；簡易版問卷優點為對個案的測試負擔低，評分容易(Boston Rehabilitation Outcomes Center, 2013)。

AM-PAC™之設計概念考量了不同診斷及狀況之個案，並可用以測量各類急性後期照護單位接受照護的個案，所以它是一個理想的工具，可用以發展測量之基準，及針對急性後期常見疾病的功能結果進行測量，且當個案在不同單位間移轉時，此工具亦為良好的測量工具。

表 3-3-11 AM-PAC™各階段之內容

AM-PAC 階段	分數範圍	內容
基本活動		
1	0-34	日常活動可維持獨立性
2	35-52	在建築物內之活動有限，無法做到彎腰或伸展之動作
3	53-66	在建築物內移動存在些許困難，但走出室外行動受限
4	67-84	可獨自在室內和室外走動，進行複雜或費力之活動存在部分困難
5	85-100	可獨自移動到室內或室外，並可參與費力的運動
日常生活活動		
1	0-41	無法自行穿衣、進食及照顧個人儀容
2	42-53	自行穿衣、進食及梳理存在部分困難；無法執行下半身之穿衣動作、洗澡和工具性活動，或執行存在明顯困難
3	54-62	自行穿衣、進食及梳理存在些許困難；執行下半身之穿衣動作、洗澡和工具性活動存在部分困難
4	63-84	可自行進食、穿衣及梳理，但執行下半身之穿衣動作、洗澡和工具性活動存在些許困難
5	85-100	日常活動可維持獨立性
應用認知能力		
1	0-44	無法進行書寫溝通和任何涉及認知能力的工作；口語溝通無法進行或存在困難
2	45-52	與他人口語溝通存在部分困難；無法閱讀或執行複雜工作，或執行存在困難
3	53-64	口語溝通有些許困難；閱讀或執行雜複工作存在部分困難
4	65-88	口語溝通或閱讀無困難；管理複雜工作存在些許困難
5	89-100	口語或書寫溝通、處理涉及認知能力之複雜工作時無困難

資料來源：Tao W, Haley SM, Coster WJ, Ni P, Jette AM. An exploratory analysis of functional staging using an item response theory approach. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2008;89(6):1046.

表 3-3-12 AM-PAC™電腦版及紙本版之比較

	電腦版	紙本版
使用地點	急性後期照護機構 長照機構	住院及門診
項目(題數)	基本活動(131 題) 日常生活活動(88 題) 應用認知能力(50 題)	住院：基本活動(6 題)和日常生活(6 題) 門診：基本活動(18 題)、日常生活(15 題) 和應用認知能力(19 題)

2. 連續性評估記錄(Continuity Assessment Record and Evaluation, CARE)

美國國會於2006年2月6日通過2005聯邦赤字削減法案(Deficit Reduction Act of 2005)，使醫療保險與醫療補助服務中心(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)發展急性後期照護支付改革示範計畫(Post Acute Care Payment Reform Demonstration, PAC-PRD)，以檢視不同急性後期照護單位的成本及預後情形(outcome)，計畫中其一目的便是發展一套用於急性醫院出院和進入/離開 PAC 單位時評估個案的標準化工具，該評估工具名為「連續性評估記錄」。

CARE 是以先前的研究為基礎，並結合急性後期照護單位個案的臨床治療經驗所發展出來的，評估項目僅限於 Medicare 需要支付或接受品質監測的項目；CARE 試圖使用目前 Medicare 支付系統規定的評估工具，包括 MDS、OASIS 及 IRF-PAI，但 MDS 和 OASIS 的評估項目於目前僅被使用於照護計畫，尚未納入 CARE 項目內，急性醫院及長期照護醫院在入院時或入院期間評估個案嚴重度的項目，亦會納入 CARE 的評估項目中。該評估工具利用最新的資訊科技開發出一般急性、技術性護理機構、居家健康服務、復健機構及長期照護醫院可共同操作的網路數據回報系統，這些評估項目有在這五類個案中進行測試，已被證明可取代現有類似的評估工具(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2012)。

CARE 的目標在於評估個案不同的照護需求，包含與治療有關的因素及編制模式(如:醫生、護理人員、治療強度等)，該評估工具的設計是在控制可能影響預後的因素後(例如認知障礙及社會環境因子等)，測量個案生理(physical)和醫療(medical)的結果，其包含四個面向：(1)醫療：測量個案的醫療狀態(medical status)，包括定義醫療診斷的複雜性、資源利用(例如呼吸器脫離、血液透析)、藥物使用、皮膚的完整性(壓瘡的數量、大小、位置和其他傷口)和生理因素(例如生命體徵、肺功能等)；(2)身體功能：包含身體障礙的篩選項目(screening items on impairments)(例如膀胱、腸道、吞嚥困難、視力、聽力、負重、握力、呼吸狀態和耐力)、自我照護的測量、安全相關的措施(例如藥物管理、電話管理等)；(3)認知障礙：主要詢問記憶/回想力、精神錯亂(delirium)/混亂(confusion)、行為徵狀(behavioral symptoms)(包括會自殘，出現憂鬱、悲傷徵狀，表現出痛苦的樣子等會影響到個案預後的現象)；(4)社會/環境因素：詢問社會支持問題，包括結構性障礙、生活情況、照顧者的情況和協助需求、及處理有關併發症的問題(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2012)；這些面向不但可測量個案在某種醫療條件下

case mix 嚴重度的差異，亦能預測個案之預後情形(outcome)，例如出院後返家或返回社區、再住院、改變身體功能或醫療狀態(medical status)(RTI International,2013)，此四個面向亦為區分每個單位資源需求的關鍵。

CARE 的評估項目可分為「核心項目」及「補充項目」兩種，核心項目是每位個案都需要被詢問的，提供個案嚴重度等基本資訊，詢問個案在該單位的情況；補充項目是只有當個案有特別的情況時詢問的，可測量個案在該情況下的嚴重度或需求程度，區分為壓瘡/傷口項目、身體功能項目及照顧者項目，例如在詢問個案皮膚完整性的部分，核心項目是詢問個案是否有 2 級(含)以上的壓瘡，若回答「是」者需進一步回答補充項目的問題。在 CARE 的先導研究中，測得評估時間約 30 分鐘(健康個案)至 60 分鐘(評估技術性護理機構及長期照護醫院的個案病況可能較為複雜，甚至有認知功能的問題)，完成評估的時間可反應出使用此評估工具的經驗，評估者在接受訓練後，會較符合一般的評估時間。

CARE 適用於五種情形，分別是住院、PAC 入住、離開 PAC、過渡期狀態改變及死亡，目前已發展入住機構(Institutional Admission)、使用居家健康(Home Health Admission)、出院、過渡性狀態(Interim)及死亡(Expired)五種版本。

CARE 的優點在於其評估標準是明確的，可測量不同疾病嚴重度的個案，同時可抓到疾病嚴重度的範圍，且個案在出院時的疾病嚴重度可與個案在不同單位測量的值相互比較；此外，由於是利用網路科技建置，資料庫亦可結合實證醫學的進步而有所改變，各照護單位間所需的技術需求低，該系統亦可減少服務提供者的評估負擔。

3. 急性後期照護者的社交參與測量(Participation measure for post-acute care, PM-PAC)

急性後期照護的參與者測量(participation measure for post-acute care, PM-PAC)是

Grandek, Sinclair, Jette 和 Ware 四位學者利用世界衛生組織的國際健康功能與身心障礙分類(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)系統，並參考個案及復健領域專家之意見所發展的一套結果評估工具，該評估工具用於測量個案於接受門診或居家健康服務單位提供之復健服務後所達到之成效，為一套針對社區個案所設計之方法，藉由詢問個案之方式進行評估(Patient Reported Outcomes)，多數的 PM-PAC 問題是詢問個案目前在生活上自身覺得受限之程度(Grandek B et al., 2007)。

目前 PM-PAC 有兩種版本：電腦版及紙本版，電腦版本的 PM-PAC 利用電腦化適性測驗(Computer Adaptive Tests, CAT)評估個案的活動(mobility)、家庭生活(domestic life)和社區，社會及公民生活(community, social and civic life)三部分，共 79 個項目，評估時間約 1.5-18 分鐘(Noonan VK,2009)。

紙本版的 PM-PAC 評估範圍包含活動(8 項, mobility)、角色功能(5 項, role functioning)、工作(5 項, work)、教育(5 項, education)、經濟生活(4 項, economic life)、家庭生活(3 項, domestic life)、社區，社會及公民生活(10 項, community, social and civic life)、人際關係(5 項, interpersonal relationships)及溝通(6 項, communication)等 9 大面向，共 51 個項目，分數越高表示個案在門診或居家照護之環境下，接受服務後自覺受限較少或感到的滿意度較高，雖然這些面向有一小部分適用在住院個案(例如：人際關係及溝通)，但多數仍僅針對社區個案所設計(例如：工作，社區社會及公民生活)，回答之選項根據題目的不同而不同，多數是使用五級反應量表表示，在某些情況下，五級反應量表亦會用來測量滿意程度或一段期間內個案自覺的情形(Grandek B et al., 2007)，在受過專業訓練的評估者評估之下，評估時間約 45-60 分鐘(Elizabeth Da Silva Cardoso et al., 2009)。

(二) 英國

英國中期照護多是以計畫形式提供服務，各計畫依計畫目的有各自的標準，整體而言，個案的家庭醫師(GP)或當地的成人社會照護團隊(adult social care team)會向個案說明當地的中期照護選擇，理想的情況下，會有一個協調中期照護的團隊進行介入，評估個案的需求，討論個案的中期照護計畫，並取得個案同意，同時個案有適當的照顧者，以確保個案照護計畫的執行(Age UK., 2009)，圖 3-3-6 以北愛爾蘭的居家復健計畫為例，呈現中期照護之評估流程。

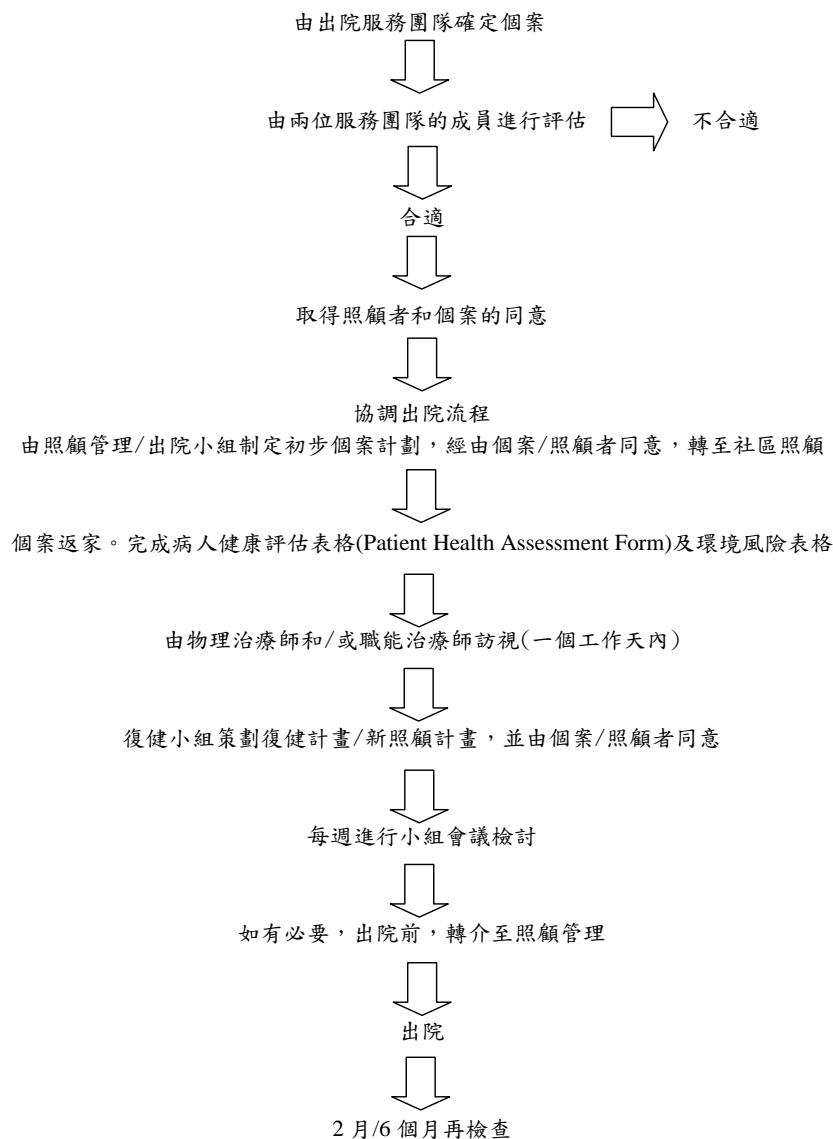


圖 3-3-6 中期照護評估流程圖—以居家復健計畫為例

資料來源：South & East Home Rehabilitation Scheme

(三) 澳洲過渡性照護服務需由高齡照護評估小組評估適當性

澳洲過渡性照護服務之使用者必須在出院後直接進入計畫中，且在出院前接受高齡照護評估小組評估，其評估條件包括：(1)為公立或私立醫院住院的老年人，(2)已完成急性期/亞急性期照護，且病情穩定並準備出院，(3)個案願意進入過渡性照護，(4)至少具入住低層次住宿照護(low level residential care)(此名稱廣泛被稱為 hostels)資格，(5)能在非醫院環境中，接受短期照護服務獲得幫助者(Government of South Australia Department of Health, 2011)。

高齡照護評估小組在評估使用者需求時會諮詢醫院老年復健服務及跨專業團隊(可能包括有執照的護理師、主治醫師、職能治療師、物理治療師、社工師或其他專業醫療學科的醫師)之意見，及照顧者或家庭成員服務的適當性，在服務提供的各階段皆需與跨專業團隊、使用者及其家人進行討論(圖 3-3-7)。評估人員確認個案合適性後，會提供個案相關資訊並將個案轉介至合適的過渡性照護服務供給者，評估人員亦會聯絡服務供給者以確保個案所需服務型態之提供及服務的合適性；此外，在個案接受過渡性照護服務的期間，評估人員應協助服務提供者，必要時重新檢視個案需求，再次評估照護內容或轉介至更適合的服務，且評估人員會視個案之需求延長服務時間(Department of Human and Ageing, 2011a)。

當高齡照護評估小組判定使用者的使用資格後，在批准日期的 4 週(28 天)內個案必須進入過渡性照護計畫，若個案在這段時間內沒有進入計畫內，這次的批准將會失效，個案需要再次接受評估才可使用服務，若個案是接受居家醫療照護(hospital in the home, HITH)或相似計畫者，此類的個案仍被視為住院個案，其無法在規定的時間內開始接受照護，是沒有關係的(Department of Human and Ageing, 2011a)。評估身體功能狀況所使用的量表為改良式巴氏量表(Modified Barthel Index, MBI)。

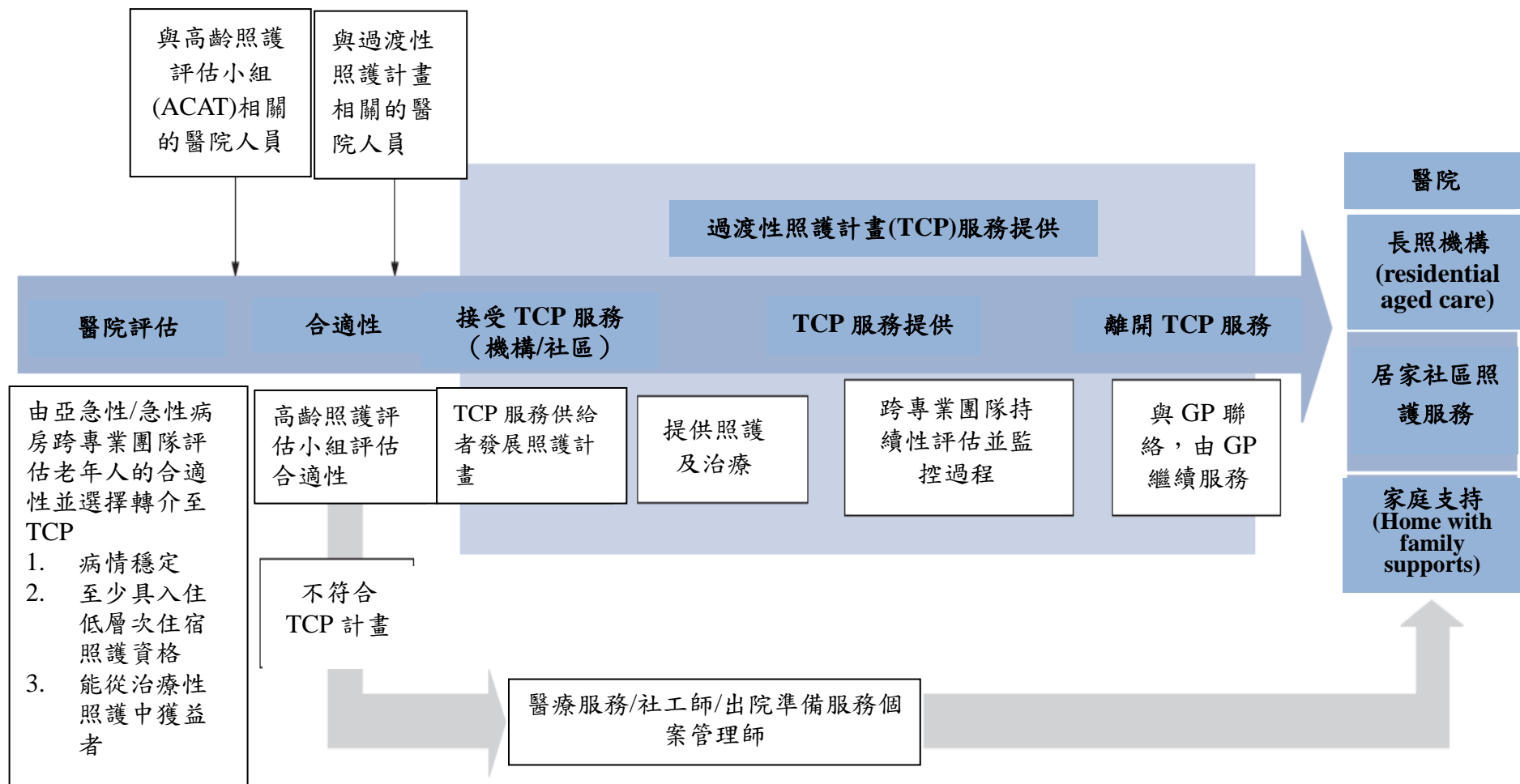


圖 3-3-7 澳洲過渡性照護服務之流程

註:高齡照護評估小組(Aged Care Assessment Team, ACAT)；過渡性照護計畫(Transition Care Program, TCP)

資料來源：Government of South Australia Department of Health (2011). Eligibility and Assessment : Transition Care Program Facts.

(四) 德國

德國的醫事鑑定服務處(MDK)扮演類似台灣醫審小組及長照服務核定者之角色，德國長照保險在全民納保之條件下，給付是以個案失能狀況為條件，符合照護需求的個案向 MDK 提出申請，經 MDK 審核通過才可使用服務，同樣地，MDK 在中期照護中亦扮演評估者之角色，決定個案是否符合服務使用資格。

七、服務利用情形與成效

(一) 美國

1. 技術性護理之家及居家健康服務之急性後期照護服務支出最高

分析 1993-2010 年 Medicare 之急性後期照護支出，整體而言，急性後期照護服務之支出由 1993-1997 年逐漸增加，至 1997 年受到平衡預算法案之影響，因此支出開始下降，然至 1999 年起則開始逐年增加，至 2010 年底為止，美國 Medicare 之急性後期照護支出共計 572 億美元。

分別探討四類急性後期照護單位，以技術性護理之家及居家健康服務之支出最高，至 2010 年底分別為 264 億美元及 193 億美元，且其支出皆呈逐年成長之趨勢；復健機構及長期照護醫院之支出則較低，且成長趨勢緩慢，至 2010 年底其支出分別為 64 億美元及 51 億美元(圖 3-3-8)。

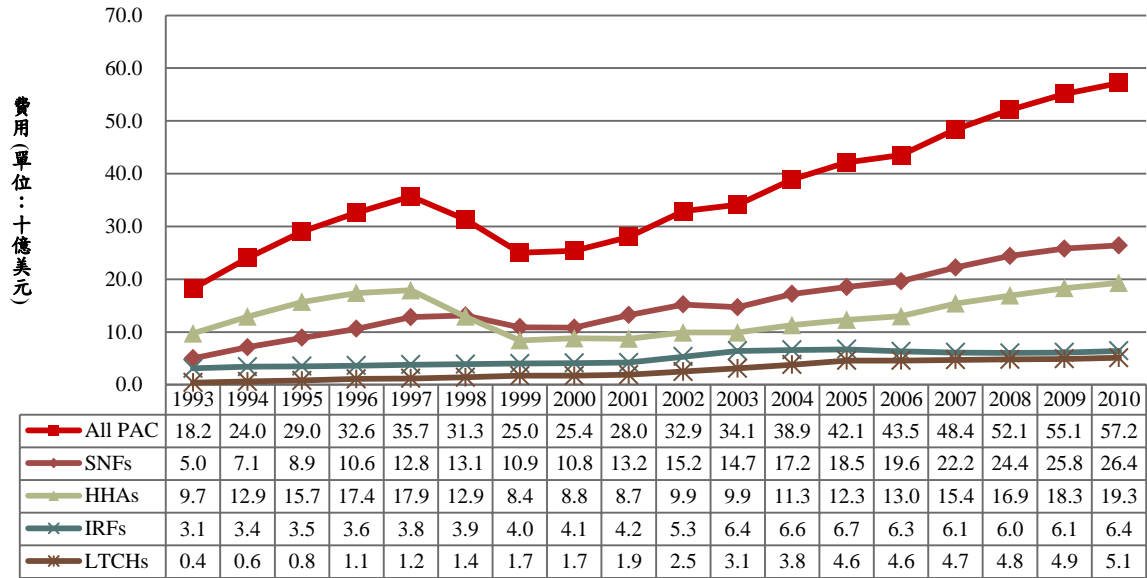


圖 3-3-8 1993-2010 年美國 Medicare 急性後期照護服務之支出情形

註：技術性護理之家(skilled Nursing Facilities, SNF)、居家健康服務(home health agencies, HHAs)、復健機構(inpatient rehabilitation facilities, IRFs)、長期照護醫院(long-term care hospitals, LTCHs)

資料來源：Office of the Actuary, Centers for Medicare & Medicaid Services. https://www.cms.gov/CMSLeadership/09_Office_OACT.asp

2. 各類急性後期照護服務所花費之比例，依 DRG 之不同而不同

Welch(1998)分別以所有 DRG、DRG 127(心臟衰竭和休克)及 DRG 210(髖關節骨折之恢復)之出院個案為對象，分析 1994-1995 年間個案於出院後 60 日內的各類急性後期照護服務利用情形。研究結果發現，整體而言，每次出院後急性後期照護之成本約為\$1,460，於技術性護理之家(SNFs)為\$620 美元、復健機構(IRFs)為\$310 美元、長期照護醫院(LTCHs)為\$60 美元、居家健康服務(HHAs)為\$430 美元、門診復健利用為\$30 美元。針對 DRG 127(心臟衰竭和休克)個案進行分析，則發現當個案使用復健機構(IRFs)或長期照護醫院(LTCHs)之服務時，相較於整體花費之成本降低最多，使用技術性護理之家(SNFs)及門診復健服務亦有降低部分成本，使用居家健康服務之成本則大略與整理成本接近。針對 DRG 210(髖關節骨折之恢復)個案進行分析，則發現個案使用各類服務之成本皆高於整體之成本，其中以技術性護理之家(SNFs)及復健機構(IRFs)之成本最高，相較於整體花費之成本多出六倍，其次為門診復健利用，高於整體花費成本之 4.7 倍，最低則為居家健康服務，其成本為整體花費成本之 1.6 倍。此外，不論為 DRG 127(心臟衰竭和休克)或 DRG 210(髖關節骨折之恢復)之個案，其近五成的治療費用皆發生於出院後，顯示此類個案所需之急性後期照護服務是非常密集的(W. Pete Welch, 1998)。

3. 各類 DRG 個案使用急性後期照護服務後之出院比例，以 DRG210(髖關節骨折之恢復)之個案最高，以 DRG112(經皮心臟血管手術)之個案最低

Welch(1998)分析 1994-1995 年各類 DRG 個案使用急性後期照護服務之情形，依據出院人次之多寡，選擇出院人數最多之 20 類 DRG 分析其出院比例 (表 3-3-13)，由結果發現，整體的個案出院比例約為 40%，各類疾病中以 DRG210(髖關節骨折之恢復)之個案最高，達 87% 左右，以 DRG112(經皮心臟血管手術)之個案最低，約為 13%(W. Pete Welch, 1998)。

4. 各類 DRG 個案使用急性後期照護服務後之照護成本，以 DRG112(經皮心臟血管手術)及 DRG143(胸痛)之成本最低，DRG210(髖關節骨折之恢復)、DRG14(特定性腦血管疾患)及 DRG209(上肢關節接肢手術) 之成本最高

Welch(1998)之研究中，分析 1994-1995 年各類 DRG 個案每次出院後急性後期照護之成本 (表 3-2-13)。由結果發現，每次出院後急性後期照護之成本約為\$1,460；其中以 DRG112(經皮心臟血管手術)及 DRG143(胸痛)之成本最低，皆低於\$300；以 DRG210(髖關節骨折之恢復)、DRG14(特定性腦血管疾患)及 DRG209(上肢關節接肢手術) 之成本最高，分別為\$6,590 美元、\$4,980 美元及\$4,230 美元，皆遠高於整體個案之平均值。研究結果亦指出，急性後期照護費用多集中於部分 DRG 個案，將近 50%的急性後期照護費用僅與 14 種 DRG 相關，三分之二的急性後期照護醫療費用也僅與 30 種 DRG 相關(Welch, 1998)。

表 3-3-13 1994-1995 年常見之 20 類 DRGs 個案分析其出院後 60 天內急性後期照護利用

DRG number	DRG title (abbreviated)	Percent of discharges with any PAC	PAC cost per discharge
All	All discharges	40%	\$1,460
127	Heart failure and shock	44	1,040
89	Simple pneumonia and pleurisy, age >17 with CC	40	1,100
88	Chronic obstructive pulmonary disease	39	950
14	Specific cerebrovascular disorders	65	4,980
209	Major joint and limb reattachment procedures of lower extremity	86	4,230
174	Gastrointestinal hemorrhage with CC	32	830
182	Esophagitis and gastroenteritis, age >17 with CC	31	800
296	Nutritional disorders, age >17 with CC	49	1,650
79	Respiratory infections and inflammations, age >17 with CC	51	2,030
138	Cardiac arrhythmia and conduction disorders with CC	31	760
140	Angina pectoris	21	430
112	Percutaneous cardiovascular procedures	13	240
416	Septicemia, age >17	43	1,610
320	Kidney and urinary tract infection, age >17 with CC	48	1,630
121	Circulatory disorders with anterior myocardial infarction	38	1,020
148	Major small and large bowel procedures with CC	48	1,500
210	Hip and femur procedures except major joint, age >17 with CC	87	6,590
124	Circulatory disorders except anterior myocardial infarction	16	300
15	Transient ischemic attack and precerebral occlusions	37	1,230
143	Chest pain	17	250

SOURCE: Author's calculations based on Medicare National Claims History Files, CY 1994 and 1995.

NOTES: DRG is diagnosis-related group. PAC is postacute care (delivered within 60 days of a discharge from a short-stay hospital). CC is complication or comorbidity. Hospitals' postacute care costs under a bundled payment system are measured as Medicare payments for services delivered within 60 days of a discharge.

5. 急性後期照護個案多數至技術性護理之家或居家健康服務接受服務

急性後期照護個案中，多數是至技術性護理之家或居家健康服務接受服務，最常見的 DRG 代碼為 544(主要關節置換或下肢關節接肢手術)，在這個 DRG 組別中，37.3%的個案會至技術性護理之家，35.7%至居家健康服務，19.4%至復健機構；復健機構的使用是針對特定的 DRG 代碼，例如 DRG014、DRG210(髌及股骨手術，下肢關節除外)、DRG236(髌骨及骨盆骨折)及 DRG545(髌關節或膝關節再置換術)(表 3-3-14) (Gage B. et al., 2009)。

表 3-3-14 2006 年美國急性後期照護個案常見前 20 名 DRG 疾病及至各急性後期照護機構接受服務之比例

Acute Index DRG	個案總出院次數 (a)	PAC 使用者總出院 次數(b)	使用 PAC % (a/b) ¹	PAC 使用者出院後下轉至各類 PAC 單位之比例 ²				
				長期照 護醫院	復健 機構	技術性護 理之家	居家健康 服務	門診
544 主要關節置換或下肢關節 接肢手術	17,475	15,261	87.3	0.3	19.4	37.3	35.7	7.4
014 特定性腦血管疾患，暫時性 腦部缺氧除外	8,398	4,882	58.1	1.8	34.4	35.6	19.7	8.5
089 單純性肺炎及胸（肋）膜 炎，年齡大於 17 歲，有合 併症或併發症	13,911	4,675	33.6	1.2	1.8	47.3	37.4	12.2
127 心臟衰竭及休克	12,165	4,096	33.7	1.1	1.9	39.1	49.4	8.5
210 髖及股骨手術，下肢關節除 外，年齡大於 17 歲，有合 併症或併發症	4,055	3,552	87.6	1.1	25.3	63.9	7.1	2.6
088 慢性阻塞性肺病	9,655	2,439	25.3	1.8	2.3	32.4	52.2	11.3
320 腎及泌尿道感染，年齡大於 17 歲，有合併症或併發症	5,666	2,396	42.3	0.7	2.0	63.6	25.1	8.7
416 敗血症，年齡大於 17 歲	4,981	1,996	40.1	3.5	3.0	57.8	26.0	9.8
316 腎功能衰竭	5,106	1,848	36.2	1.5	2.5	53.2	31.9	10.9
296 營養及各種新陳代謝疾 患，年齡大於 17 歲，有合 併症或併發症	4,946	1,757	35.5	0.7	3.0	53.7	32.5	10.1
243 內科性背部問題		1,565	52.8	0.7	9.9	52.0	27.9	9.5
174 胃腸出血，有合併症或併發 症	6,448	1,455	22.6	0.7	2.3	48.0	37.9	11.2
182 食道炎、胃腸炎及各種消化 性疾病，年齡大於 17 歲， 有合併症或併發症	8,071	1,445	17.9	0.8	2.8	42.2	41.6	12.7
148 小腸及大腸重大之手術，有 合併症或併發症	3,097	1,437	46.4	4.2	4.4	38.2	50.3	2.9
079 呼吸道感染及發炎，年齡大 於 17 歲，有合併症或併發 症	-	1,370	45.2	2.8	1.9	61.8	25.0	8.5
121 伴有心肌梗塞之循環性疾 病，伴有心臟血管併發症， 出院時存活者	-	1,363	45.8	1.8	4.3	50.6	38.7	4.6
138 心律不整及傳導障礙，有合 併症或併發症	5,646	1,234	21.9	0.7	2.4	39.2	47.7	10.1
277 蜂窩組織炎，年齡大於 17 歲，有合併症或併發症	3,110	1,205	38.7	1.9	1.5	38.8	46.2	11.6
236 髖骨及骨盆骨折	-	1,064	81.3	0.7	14.7	66.3	12.8	5.6
545 髖關節或膝關節再置換術	-	1,037	83.8	1.2	20.3	34.4	37.9	6.3

註¹：從急性醫院出院時有此 DRG 疾病，進而使用 PAC 的個案百分比。

²：PAC 使用者在個 DRG 疾病下，自急性出院後下轉至各類 PAC 單位的百分比

資料來源：Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.

6. 美國急性住院個案出院後「首次」使用急性後期照護服務以技術性護理之家為最多，居家健康服務次之

美國研究指出超過 14% 的急性住院個案在入院前 60 天，沒有急性入院紀錄或接受急性後期照護服務(包含長期照護醫院、復健機構、技術性護理之家及居家健康服務)，在這群個案中，有 35.2% 的人在出院後被轉介至急性後期照護機構接受後續服務，以技術性護理之家為最多，居家健康服務次之，長期照護醫院最少；由表 3-3-15 可發現，2006 年與 2005 年相較於使用復健機構之百分比有些微下降(11.4% 降至 10.3%)，門診利用有些微提升(8.0% 升至 9.1%)，顯示越來越多的個案出院時是使用門診進行復健。使用長期照護醫院的個案，可能病況較為嚴重，故使用之天數及費用為最高；復健機構的平均住院天數雖較技術性護理之家短，但平均費用較高，其原因為使用復健機構者多為接受髖關節和膝關節置換等外科手術者，其需要密集的復健環境及照護，故費用上有所差異(Gage B. et al., 2009)。

表 3-3-15 2005-2006 年美國急性住院個案出院後首次使用急性後期照護者情形之分布

急性後期單位	人數	使用比例(%)	平均天數	平均費用 (美元\$)
2005 年	79,879			
醫院門診治療	8,897	8.0	4.9	7,531
技術性護理之家	46,129	41.2	7.6	9,085
居家健康服務	41,726	37.3	6.3	9,929
復健機構	12,759	11.4	6.7	12,003
長期照護醫院	2,368	2.1	16.4	30,204
2006 年	109,236			
醫院門診治療	9,967	9.1	4.8	7,589
技術性護理之家	44,929	41.1	7.4	9,417
居家健康服務	40,865	37.4	6.1	10,044
復健機構	11,240	10.3	6.9	12,725
長期照護醫院	2,235	2.0	16.8	32,486

資料來源: Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.

7. 美國急性後期照護個案超過 60%的個案使用居家健康服務，接近 48%的個案使用技術性護理之家

2006 年美國急性後期照護個案急性住院及急性後期照護服務平均使用天數為 81.3 天，平均支出為 30,028 美元，超過 60%的個案會使用居家健康服務，接近 48%的個案會使用技術性護理之家，長期照護醫院之平均支出最高(\$38,559)，但使用的人數百分比最少(2.9%)(表 3-3-16)，由圖 3-3-9 可發現首次住院(34.3%)與技術性護理之家(17.9%)之支出占了 Medicare 的支出超過一半；依照疾病嚴重度分組後呈現的組成分布情形，發現疾病嚴重程度越高，平均支出越高，且使用長照醫院所占的比率亦越高(圖 3-3-10 與圖 3-3-11)，若以 APR-DRG 區分疾病嚴重度(表 3-3-17)，其 PAC 主要的使用者是 Level 2(moderate severity)(47.5%)和 Level 3(major severity) (29.8%)的個案，以 MS-DRG 區分則 56%的個案是沒有共病情形(No CCs)的 (Gage B. et al., 2009)。

表 3-3-16 2006 年美國急性後期照護個案之利用情形和支出費用

PAC 使用者 (n=109,236)	人數 ¹	%	平均使用情形	平均支出 (美元)
Total Episode (首次住院+Part A+Part B)	109,236	-	81.3	30,028
首次住院(日)	109,236	100.0	6.8	10,297
醫院門診治療(次)	25,007	22.9	43.5	1,258
技術性護理之家(日)	52,204	47.8	37.3	11,242
居家健康服務(次)	65,901	60.3	25.9	3,916
復健機構(日)	12,819	11.7	13.9	16,289
長期照護醫院(日)	3,165	2.9	32.5	38,559
Medicare Part B 治療 ²	6,526	6.0	-	286
Medicare Part B 服務(排除 Part B 治療的其餘部分) ³	108,145	99.0	-	3,618
長期使用之醫療器材	46,154	42.3	-	687
安寧療護	946	0.9	-	2,797
急性再住院(日)	33,302	30.5	11.5	15,636

註¹：該人數之計算是只要有使用該服務即計算在內，與圖2-4-4及2-4-5是採用急性出院首次使用之PAC單位作為計算不同

註²：Medicare Part B治療包含物理治療、職能治療及語言治療；將此部分獨立計算，是為瞭解在PAC期間使用Part B和門診治療個別的情形

註³：Medicare Part B服務包含醫師服務及治療

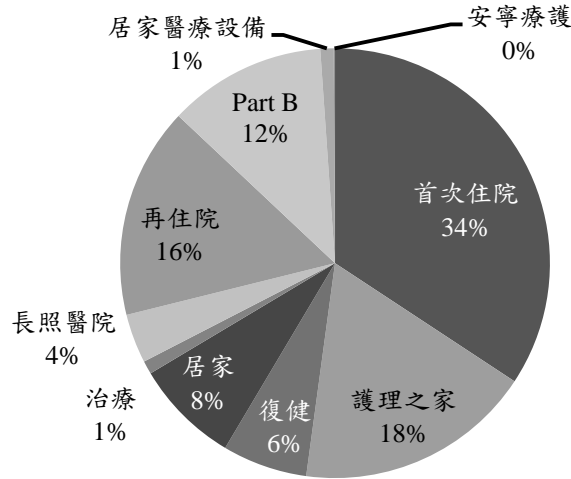
資料來源：Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.

表 3-3-17 2006 年美國急性後期照護個案依疾病嚴重度分類之利用情形和支出費用

All Live Discharge	APR-DRG嚴重度分級 ¹															
	1 minor severity (N=16,906)				2 moderate severity(N=49,614)				3 major severity (N=31,192)				4 extreme severity(N=6,845)			
(n=104,557)	人數	%	平均使用 ²	平均支出 ²	人數	%	平均使用 ²	平均支出 ²	人數	%	平均使用 ²	平均支出 ²	人數	%	平均使用 ²	平均支出 ²
Total Episode (首次住院+Part A+Part B)	16,906	16.2*	68.6	\$21,349	49,614	47.5*	79.4	\$26,053	31,192	29.8*	86.6	\$34,156	6,845	6.5*	102.7	\$63,807
首次住院(天)	16,906	100	4.1	\$8,016	49,614	100	5.4	\$8,380	31,192	100	8.4	\$11,178	6,845	100	17.6	\$27,542
居家健康服務(次)	11,117	65.8	21.3	\$3,471	30,466	61.4	25.6	\$3,888	18,100	58	27.9	\$4,096	3,537	51.7	32.6	\$4,560
復健機構(天)	2,059	12.2	11.9	\$14,091	5,946	12	13.7	\$15,978	3,475	11.1	14.8	\$17,317	937	13.7	16.6	\$19,851
長期照護醫院(天)	141	0.8	30.1	\$28,858	734	1.5	30.5	\$32,249	1,196	3.8	30.7	\$36,504	968	14.1	36.6	\$47,734
技術性護理之家(天)	5,908	34.9	32.1	\$9,988	23,223	46.8	36.9	\$11,129	16,802	53.9	38.5	\$11,495	3,877	56.6	40.7	\$12,500
醫院門診治療(服務)	5,266	31.1	42.9	\$1,045	11,817	23.8	45.3	\$1,236	5,762	18.5	41.4	\$1,422	1,191	17.4	44	\$1,729
Medicare Part B治療	907	5.4	-	\$244	2,795	5.6	-	\$276	1,986	6.4	-	\$314	538	7.9	-	\$295
Medicare Part B服務(排除Part B治療的其餘部分)	16,738	99	-	\$2,481	49,158	99.1	-	\$3,066	30,875	99	-	\$4,267	6,747	98.6	-	\$7,761
長期使用之醫療器材	7,270	43	-	\$428	20,590	41.5	-	\$610	13,367	42.9	-	\$822	3,130	45.7	-	\$1,163
安寧療護	55	0.3	-	\$2,605	349	0.7	-	\$2,888	393	1.3	-	\$2,623	103	1.5	-	\$2,704
急性再住院(天)	3,268	19.3	9.2	\$13,532	13,998	28.2	10.5	\$14,403	11,513	36.9	12.3	\$16,765	3,066	44.8	14.8	\$19,679

All Live Discharge	MS-DRG嚴重度分級 ³											
	No CCs(N=61,196)				W/CCs (N=26,736)				W/MCCs (N=21,304)			
(n=109,236)	人數	%	平均使用 ²	平均支出 ²	人數	%	平均使用 ²	平均支出 ²	人數	%	平均使用 ²	平均支出 ²
Total Episode (首次住院+Part A+Part B)	61,196	56.0*	75.4	\$26,609	26,736	24.5*	86.7	\$30,238	21,304	19.4*	91.3	\$39,587
首次住院(天)	61,196	100	5.3	\$9,573	26,736	100	7	\$9,344	21,304	100	10.9	\$13,573
居家健康服務(次)	38,250	62.5	23.5	\$3,735	15,950	59.7	28.9	\$4,084	11,701	54.9	29.6	\$4,278
復健機構(天)	7,292	11.9	12.5	\$14,620	3,109	11.6	15.7	\$18,322	2,418	11.3	15.7	\$18,710
長期照護醫院(天)	1306	2.1	35.5	\$46,009	671	2.5	30.1	\$32,296	1188	5.6	30.4	\$33,906
技術性護理之家(天)	26,796	43.8	35.2	\$10,758	13,546	50.7	39.5	\$11,716	11,862	55.7	39.5	\$11,792
醫院門診治療(服務)	15,773	25.8	44	\$1,110	5,237	19.6	45.8	\$1,409	3,997	18.8	38.3	\$1,639
Medicare Part B治療	3131	5.1	-	\$265	1,835	6.9	-	\$303	1,560	7.3	-	\$307
Medicare Part B服務(排除Part B治療的其餘部分)	60,623	99.1	-	\$2,998	26,467	99	-	\$3,685	21,055	98.8	-	\$5,318
長期使用之醫療器材	25,967	42.4	-	\$538	11,098	41.5	-	\$814	9,089	42.7	-	\$955
安寧療護	383	0.6	-	\$3,117	281	1.1	-	\$2,779	282	1.3	-	\$2,380
急性再住院(天)	15,569	25.4	10.6	\$14,739	9,162	34.3	11.5	\$15,376	8,571	40.2	13.1	\$17,544

注¹: 4.3% 的人依 APR-DRG嚴重度無法分組。 ²: 平均使用和平均支出是計算每人每種服務型態。 ³: MS-DRG嚴重度層級依2006年的DRCs來做分配, 結果可能與其他年度不同
資料來源: Cage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.



2006年急性後期照護個案109,236位，平均支出30,028美元

圖 3-3-9 2006 年美國急性後期照護個案 Medicare 支出分布

資料來源: Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.

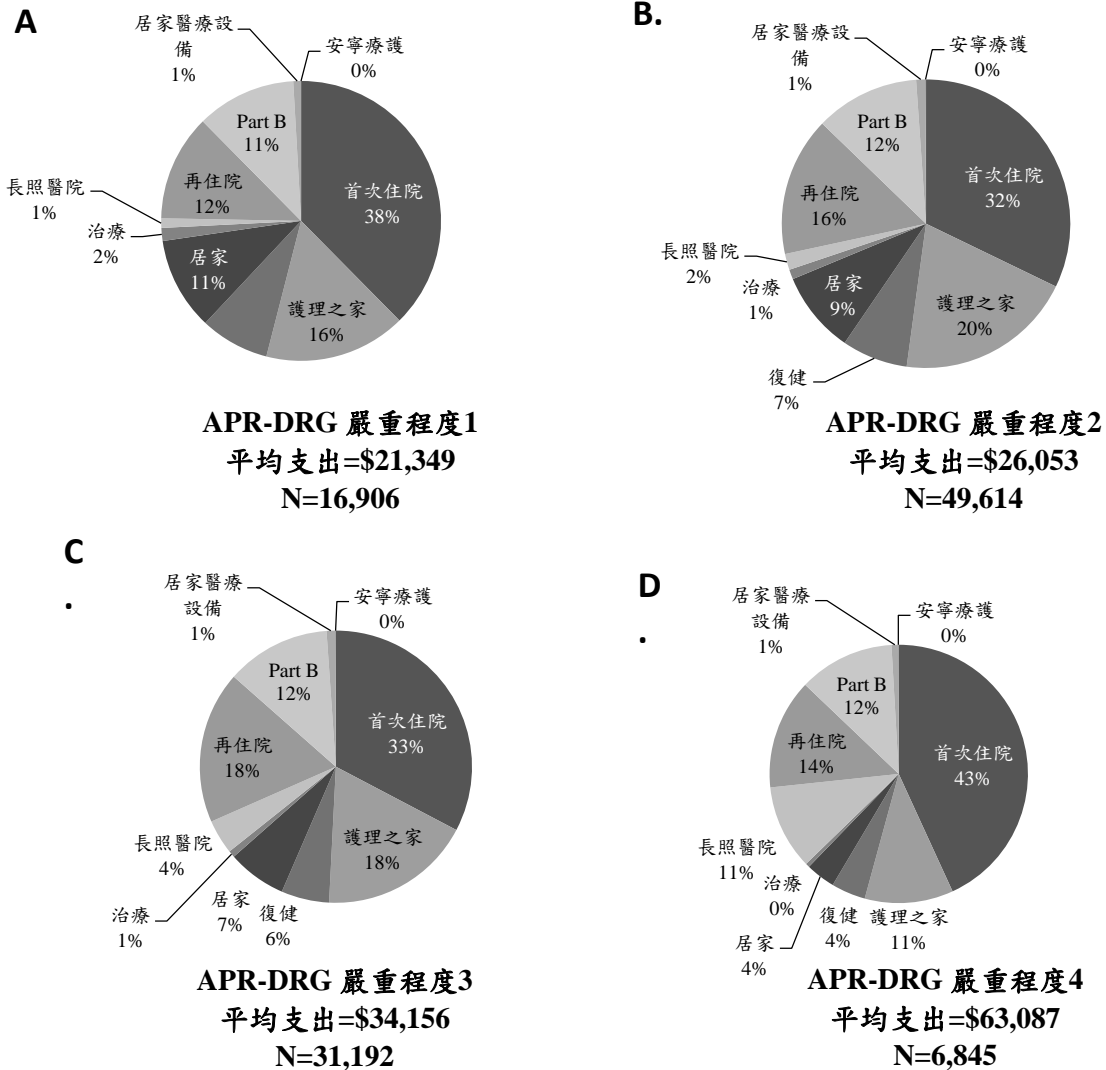
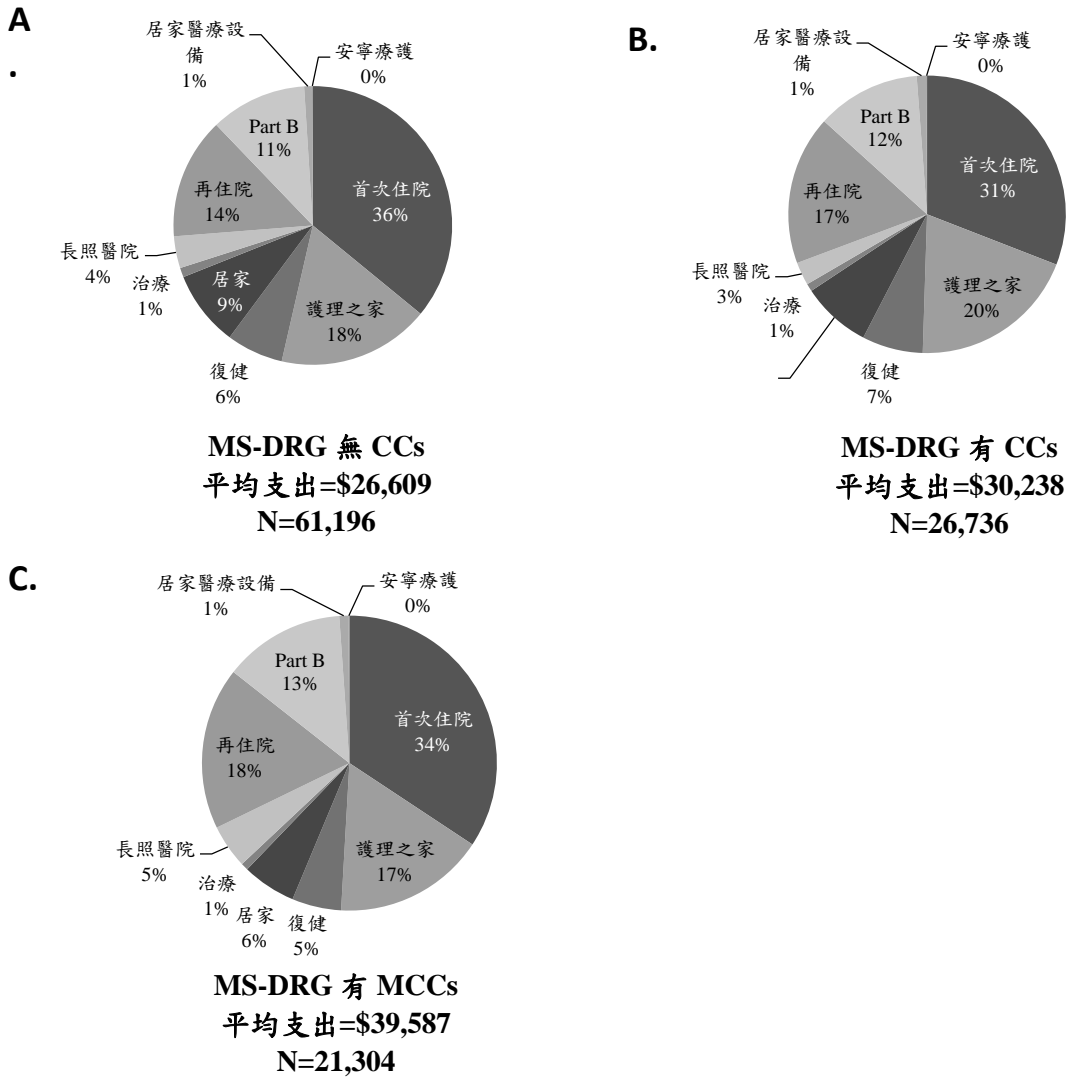


圖 3-3-10 2006 年美國急性後期照護個案 Medicare 支出分布-以 APR-DRG 嚴重度分組

資料來源: Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.



註：CC: complication/comorbidity; MCC: major complication/comorbidity

圖 3-3-11 2006 年美國急性後期照護個案 Medicare 支出分布-以 MS-DRG 嚴重度分組
 資料來源: Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.

8. 急性後期照護個案最常直接由醫院出院後進入居家健康服務，其次為技術性護理之家

急性後期照護個案最常直接由醫院進入居家健康服務(23.1%)，其次為進入技術性護理之家(17.1%)，另有約 7.8% 個案則兩者皆有使用，此三種模式包含了近一半的個案；在三種模式中，兩者皆有使用的個案有最高的支出(\$22,208)及最長的使用日數(76.4 天)，而居家健康服務相對於技術性護理之家有較低的支出，但有較高使用日數。大多數個案僅使用一至二類型急性後期照護服務；部分個案再住院會增加急性後期照護利用與支出，而少部分個案會在 60 天(PAC episode 結束)前移轉至不同 PAC 機構(表 3-3-18) (Gage B. et al., 2009)。

表 3-3-18 2006 年美國急性後期照護個案的移轉模式分析、支付及使用情形

移轉模式 ¹	PAC 使用者(%) (N=109,236)	PAC 使用者平均支出 (美元)	PAC 使用者平均使用 ² (日/次)
急性→門診	6	8,165	40.0
急性→護理	17.1	17,930	44.2
急性→護理→居家	7.8	22,208	76.4
急性→護理→急性→護理	2.7	33,346	81.7
急性→護理→急性	1.9	28,106	47.2
急性→護理→門診	1.8	18,805	87.1
急性→居家	23.1	12,696	48.9
急性→居家→急性	4.5	25,035	57.2
急性→居家→門診	2.7	14,250	88.0
急性→居家→急性→居家	1.5	26,956	171.5
急性→復健→居家	2.8	30,915	69.3
急性→復健→門診	1.3	27,270	79.1
急性→復健	1.3	25,330	17.4

註：¹急性=急性醫院(acute hospital)；居家=居家健康服務(HHAs)；護理=技術性護理之家(SNFs)；復健=復健機構(IRFs)

²門診以次數計算

³以上分類函括 75%的 PAC episodes

資料來源: Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.

圖 3-3-12 呈現個案使用各類型急性後期照護服務及後續移轉的分布情形，2006 年有 35.2% 出院個案使用急性後期照護服務，其中以技術性護理之家(41.1%)與居家健康服務(37.4%)比例最高。初始服務選擇非臥床類(ambulatory setting)者較傾向僅使用該服務，如初始服務為居家健康服務者中，僅使用居家健康服務者占 61.8%，而初始服務為門診者中，僅使用門診者占 65.6%；選擇臥床類(inpatient)者，有較高使用一個以上額外急性後期照護服務的情形，如初始服務為復健、長照醫院和技術性護理之家者中，分別有 87.7%、74.9%及 58.3% 的個案後續使用其他服務。圖 3-3-13 呈現各移轉模式之平均服務使用日數(或次數)及支出，2006 年所有急性後期照護個案，在首次急性醫院住院期間之平均住院日數為 6.8 天，平均 Medicare 支出 10,297 美元；初始服務選擇長照醫院者，平均使用 28.8 天，花費 35,917 美元，選擇技術性護理之家者與之有相近使用日數，但費用顯著較低(8,759 美元)。



圖 3-3-12 2006 年美國急性後期照護個案之機構間移轉分布

註：¹ 該資料選用 2006 年 Medicare 5% 的樣本，所抽出自急性醫院出院的人數為 310,628 人

² 急性=急性住院；護理=技術性護理之家(SNF)；居家=居家健康服務(HHA)；復健=復健機構(IRF)；長照=長期照護醫院(LTCH)

資料來源：Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.



圖 3-3-13 2006 年美國急性後期照護個案之機構間移轉平均使用日數(或次數)與支出

註：1. 該資料選用 2006 年 Medicare 5% 的樣本

2. 急性=急性住院；居家=居家健康服務(HHA)；復健=復健機構(IRF)；長照=長期照護醫院(LTCH)；護理=技術性護理之家(SNFs)

3. 此處利用代表該層服務利用情形，非總計所有服務利用

資料來源：Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.

(二) 英國

相關研究針對北愛爾蘭的 54 個中期照護計畫內容，進行成果分析，計畫共分為 7 大類，包括居家照護、迅速反應、復健、轉銜計畫、中風、社區醫院及其他(表 3-3-19)。成果包含：轉介、各類服務使用情形、住院天數、計畫評估、監測及費用，以下針對內容進行說明 (Department of Health, Social Services & Public Safety ,2006)。

表 3-3-19 北愛爾蘭中期照護計畫分類概要

計畫分類	總計畫數	總預算(英鎊)
居家照護(hospital at home)	7(13%)	923,036
迅速反應團隊(rapid response)	10(19%)	2,022,608
復健(rehabilitation)	17(31%)	4,631,551
轉銜計畫(step up/down)	10(19%)	2,660,864
中風(stroke)	4(7%)	860,874
社區醫院(community hospital)	2(4%)	1,536,591
其他(miscellaneous)	4(17%)	302,032
總計	54(100%)	12,900,000

資料來源： Department of Health, Social Services & Public Safety (2006). Audit of Intermediate Care Final Report – Volume I.

1. 轉介至中期照護的人數高於實際使用服務的人數

個案是由個別的專業人員評估是否轉介至中期照護，其在執行評估工作時，亦會直接提供照護服務，因此，轉介方面尚未有一個穩定的機制。現有的資料指出轉介至中期照護計畫的人數高於實際使用服務計畫的人數(圖 3-3-14)。

2. 迅速反應團隊的使用人數最多

依據 2004-2005 年的資料顯示，以迅速反應團隊的使用人數為最多，其次為復健計畫，中風計畫的使用人數為最少(圖 3-3-15)。

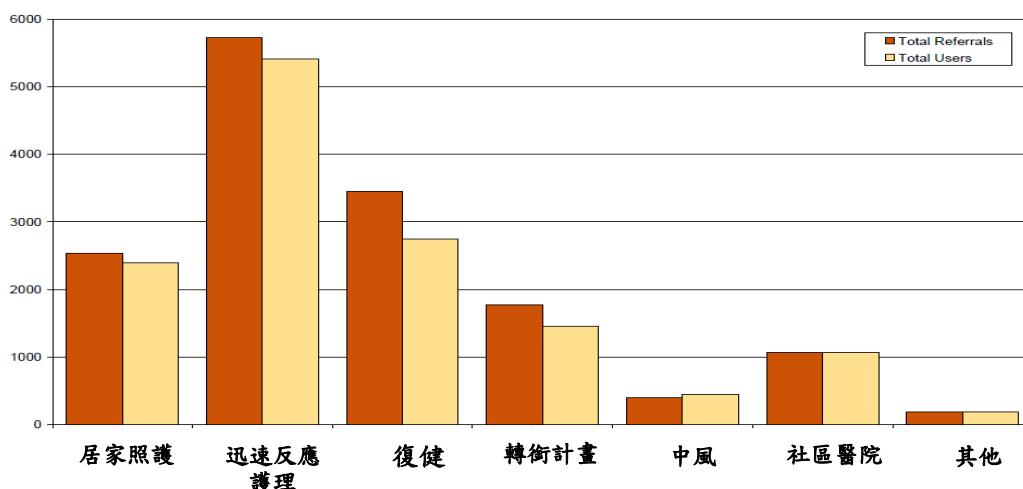
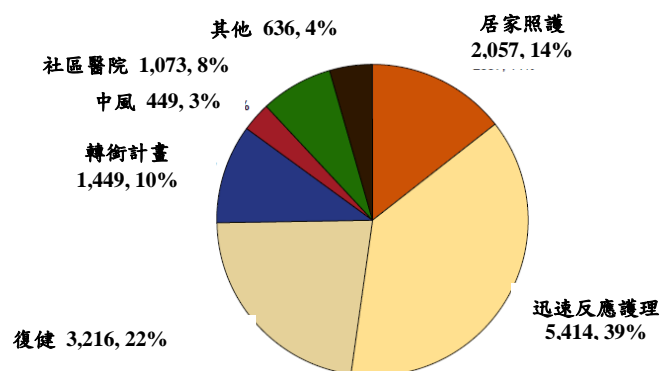


圖 3-3-14 2004-2005 年轉至中期照護服務之人數及計畫中實際使用人數

資料來源： Department of Health, Social Services & Public Safety (2006). Audit of Intermediate Care Final Report – Volume I.

A. 2004 年 5 月



B. 2005 年 6 月

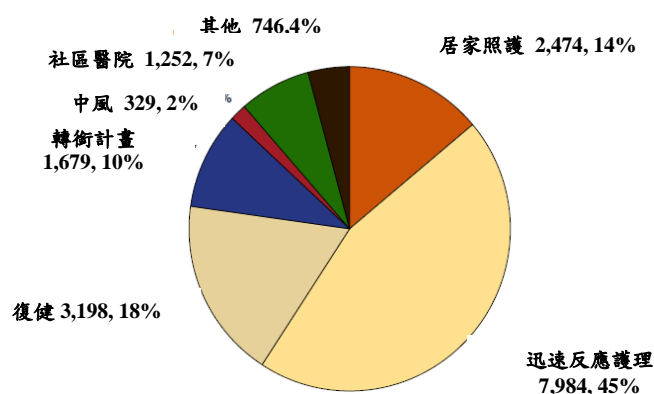


圖 3-3-15 2004-2005 年中期照護服務各計畫使用之人數

資料來源：Department of Health, Social Services & Public Safety (2006). Audit of Intermediate Care Final Report – Volume I.

3. 中風計畫平均住院天數為最長

整體顯示，中風計畫平均住院天數為最長(78 天)，而計畫分類為其他者平均住院天數最短(8 天)(表 3-3-20)。

表 3-3-20 各類計畫中使用者的平均住院天數

計畫分類	平均值(天)	範圍
居家照護	24	1-84
迅速反應團隊	15	1-42
復健	50	1-273
轉銜計畫	17	1-83
中風	78	14-86
社區醫院	19	Na-28
其他	8	1-59

資料來源：Department of Health, Social Services & Public Safety (2006). Audit of Intermediate Care Final Report – Volume I.

4. 中期照護計畫成功的關鍵因素

英國健康部門在審查中期照護計畫時，發現中期照護計畫成功的關鍵因素如下：具有遠見、領導能力及幹勁、高層管理的承諾、清楚闡明和理解共同目標、以人為中心的照護、策略和操作管理之協調、中期照護明確的限制和潛力、信心，信任和接受的風險、清楚專業責任制、醫療投入-明確的安排、財物共享的安排、實用、解決問題和開明的態度及實用性。

5. 多數中期照護計畫將「服務使用的人數」做為最適當的活動測量指標

若於監測方面缺乏一致的標準，在目標的設定上會有些難度，於北愛爾蘭 54 個計畫中，有 25 個（46%）計畫將「服務使用的人數」做為最適當的活動測量(activity measure)指標，16 個（30%）計畫則將「可收容之個案數」當做是活動測量指標，而有 8 個計畫則是建議使用超過一項測量指標，可能較為適當。

6. 住院照護所花費用較昂貴，若以計畫類別區分，中風計畫平均每人使用費用最高

計畫的規模會直接影響到每位使用者的費用，2004-2005 年北愛爾蘭每位使用者費用介於 136 英鎊-6,680 英鎊之間，平均費用為 1,494 英鎊，其中又以中風計畫平均每人使用費用為最高(2,001 英鎊)，迅速反應團隊為最低(417 英鎊)(表 3-3-21)。伯明翰大學及萊斯特大學共同研究發現，住院照護較在家照護更加昂貴(表 3-3-22)。

表 3-3-21 2004-2005 年北愛爾蘭中期照護各計畫下平均每人費用

計畫分類	最大值(每人) (英鎊)	最小值(每人) (英鎊)	平均值(每人) (英鎊)
居家照護	6,462	136	483
迅速反應團隊	1,102	263	417
復健	6,680	222	1,288
轉銜計畫	1,535	646	1,196
中風	3,194	1,384	2,001
社區醫院	1,431	1,431	1,431
其他	479	479	479

資料來源： Department of Health, Social Services & Public Safety (2006). Audit of Intermediate Care Final Report – Volume I .

表 3-3-22 北愛爾蘭中期照護計畫下，不同居住地點之每週費用

居住地點	每週花費 (英鎊)
醫院	1,162
家中 (with support)	146
住宿型中期照護單位(Residential IC Episode)	1,253
非住宿型 (居家或社區型) 中期照護單位(Non-Residential IC Episode)	321
護理之家	527

資料來源：Universities of Birmingham/Leicester National Study of Intermediate Care

(三) 澳洲

1. 接受過渡性照護後，使用者的身體功能變佳

使用者的身體功能變化，利用修正巴氏量表(Modified Barthel Index, MBI)進行評估，過渡性照護模式報告(the Models of Transition Care Report)中指出，整體而言，使用者在進入服務時平均分數為 64.3 分，離開時為 76.9 分，每天 MBI 可增加 0.26 分；在社區接受服務者，進入服務時 MBI 平均分數為 73.7 分，離開時為 84.8 分，增加 11.1 分；而在住宿機構接受服務者，進入服務時 MBI 平均分數為 51.1 分，離開時為 65.0 分，增加 13.9 分，漲幅較大；而於控制比較研究(Controlled Comparison Study)及成本效益研究(Costs and Effects Study)這兩個有連結次級資料的計畫中(服務使用人數為 2,443 人)，則發現使用者在進入服務時平均分數為 64.5 分，離開時為 75.7 分，僅在社區接受服務者，進入服務時 MBI 平均分數為 75.2 分，離開時為 86.0 分，僅在住宿機構接受服務者，進入服務時 MBI 平均分數為 51.6 分，離開時為 62.3 分，兩種服務都使用者，進入服務時 MBI 平均分數為 63.0 分，離開時為 78.8 分，且不同州之間的 MBI 變化亦不相同(表 3-3-23)。

2. 社區接受服務者的再住院率略高於其他服務模式的接受者

控制比較研究及成本效益研究結果指出在社區接受服務者其再住院率略(39%)高於在機構接受服務(35%)及同時接受社區和機構服務者(35%)。若探討經高齡照護評估小組(ACAT)認可接受服務後的 3 個月及 6 個月個案再住院情形，在 3 個月方面，37%的服務使用者至少會有一次再住院的情形，且僅在社區接受服務者(38%)略高於僅在機構接受服務者(35%)；在 6 個月方面，47%的服務使用者至少會有一次再住院的情形，且僅在社區接受服務者(51%)較高，較高的再住院率顯示，過渡性照護使用者身體狀況的不佳(表 3-3-24)。

3. 機構接受服務者的死亡率高於社區接受服務者

控制比較研究及成本效益研究結果指出 8%服務接受者會在高齡照護評估小組認可接受服務後 3 個月內死亡，在機構接受服務者其死亡率(14%)高於在社區接受服務(5%)及同時接受社區和機構服務者(4%)。在高齡照護評估小組認可接受服務後 6 個月，已有 14%的服務使用者死亡，僅在機構接受服務者死亡率較高(20%)(表 3-3-24)，若分年齡層，85 歲以上(16%)死亡率較 85 歲以下(11%)高，在僅接受社區服務者中，年輕者的死亡率為 8%，較年長者死亡率為 10%，在機構接受服務者 85 歲以下者 18%及 85 歲以上者 23%在接受服務 6 個月死亡，顯示在機構接受服務者其生命末期的管理議題是需要被重視的。

表 3-3-23 過渡性照護服務使用者身體功能情形-以照護型態分組

	人數 (n=2443)	校正巴氏指標(MBI)	
		進入服務	離開服務
澳洲首都區(坎培拉)			
社區式	24	80(73-84)	98(87-98)
機構式	16	72(64-80)	86(71-95)
結合社區和機構式	29	74(69-80)	98(94-100)
新南威爾斯州			
社區式	531	80(66-89)	94(85-100)
機構式	94	60(45-76)	86(75-95)
結合社區和機構式	5	68(59-84)	97 ^a
北領地			
機構式	12	38(27-45)	53(33-58)
昆士蘭			
社區式	265	83(74-89)	97(88-100)
機構式	3	89 ^a	77 ^a
結合社區和機構式	5	78(69-90)	84(78-93)
南澳大利亞			
社區式	110	77(65-86)	84(72-92)
機構式	140	56(34-70)	80(60-88)
結合社區和機構式	39	67(49-83)	86(74-90)
塔斯馬尼亞			
社區式	34	70(62-79)	90(74-95)
機構式	58	63(54-75)	94(81-98)
結合社區和機構式	6	57(42-69)	89(69-94)
維多利亞			
社區式	205	75(55-85)	84(65-93)
機構式	646	48(26-67)	56(30-78)
結合社區和機構式	83	56(37-74)	68(45-90)
西澳大利亞			
社區式	35	84(74-91)	92(90-96)
機構式	57	59(34-78)	76(52-92)
結合社區和機構式	46	71(61-82)	95(90-97)

註：平均值(四分位距)；^a觀察值太少以致無法計算四分位距

資料來源：

1. National Evaluation of the Transition Care Program (2008). "Data Linkage Components: Controlled Comparison Study, Costs and Effects Study." Department of Health and Ageing, Canberra, Australia.
2. National Evaluation of the Transition Care Program (2008). National Evaluation of the Transition Care Program: Final Evaluation Report.

表 3-3-24 過渡性照護服務使用者在接受服務後的 3 個月及 6 個月個案再住院及死亡情形

	3 個月再住院率		6 個月再住院率		3 個月死亡 人數(%)	6 個月死亡 人數(%)
	人數(%)	LOS(IQR)	人數	LOS(IQR)		
澳洲首都區(坎培拉)						
社區式	7 (35)	13 (3-29)	12 (60)	13 (5-51)	0 (0)	2 (8)
機構式	10 (71)	35 (9-53)	10 (71)	35 (10-55)	4 (25)	6 (38)
新南威爾斯州						
社區式	167 (38)	13 (4-26)	217 (50)	17 (6-35)	26 (5)	49 (9)
機構式	28 (36)	12 (1-36)	36 (47)	16 (4-45)	8 (9)	16 (17)
北領地						
機構式	2 (25)	-	2 (25)	-	0 (0)	1 (8)
昆士蘭						
社區式	73 (34)	10 (3-22)	98 (46)	6 (2-22)	7 (3)	15 (6)
南澳大利亞						
社區式	37 (40)	9 (5-31)	45 (48)	9 (5-27)	5 (5)	11 (10)
機構式	39 (36)	9 (4-27)	51 (47)	9 (3-27)	10 (7)	18 (13)
塔斯馬尼亞						
社區式	21 (62)	12 (2-23)	24 (75)	15 (2-25)	1 (3)	3 (9)
機構式	54 (93)	52 (31-81)	54 (98)	58 (35-84)	3 (5)	3 (5)
維多利亞						
社區式	68 (41)	9 (3-20)	90 (54)	14 (3-37)	12 (6)	21 (10)
機構式	123 (26)	12 (4-23)	152 (32)	12 (5-33)	111 (17)	155 (24)
西澳大利亞						
社區式	9 (26)	5 (2-40)	16 (47)	10 (1-21)	3 (9)	5 (14)
機構式	25 (44)	31 (10-45)	33 (60)	34 (13-64)	4 (7)	9 (16)
全國						
社區式	382 (38)	12 (4-25)	502 (51)	13 (3-31)	54 (4)	106 (9)
機構式	283 (35)	17 (6-43)	340 (43)	18 (6-49)	141 (14)	209 (20)

資料來源：

1. National Evaluation of the Transition Care Program (2008). "Data Linkage Components: Controlled Comparison Study, Costs and Effects Study." Department of Health and Ageing, Canberra, Australia.
2. National Evaluation of the Transition Care Program (2008). National Evaluation of the Transition Care Program: Final Evaluation Report.

根據澳洲政府 2008 年之評估報告指出，過渡性照護可提高個案的身體功能，相較於沒有接受過渡性照護之類似個案，有接受者有較少再住院情形，也較不易轉往長照機構；需花相對較高的成本，沒有接受其他機構照護(如醫院或長照機構)的過渡性照護個案每日需花 344 澳幣(1 澳幣約等於 28 元新台幣)，但同時提醒由於是在計畫較早的階段進行成本評估，可能會較高。Hall 等(2012)依據澳洲政府 2011 年之報告，指出自 2008-2010 年，過渡性照護計畫之總成本由 111.9 百萬元澳幣上升至 192.1 百萬元澳幣，當年接受計畫個案則由 10,081 人次

上升至 14,841 人次，照護天數則由 50 天上升至 60 天，經計算每人每日平均成本約為 224 元澳幣；進一步建立經濟模式以分析成本效益，納入已知的四大過渡性照護優點為考量，包含：較早出院(復健住院後期平均每日約花費 384 澳幣)、增進復原(每日約可節省 10 澳幣社區健康照護支出)、減少再住院(一次再住院約耗費澳幣一萬)、延緩進入長照機構(機構較社區每日多 50 元)，以最佳的情況去估算仍顯示過渡性照護無法節省健康照護體系之成本，但作者同時指出，應進一步考量其他健康效益(如提升生活品質)之影響。

八、急性後期照護與長期照護之銜接—美國老人全方位照護計畫(PACE)

近年來世界各國皆面臨人口高齡化之問題，使老年人口之照護議題備受重視。Johri 等學者(2003)針對實證研究進行回顧，並歸納 OECD 各會員國中曾針對老弱長者照護需要而發展之實驗性或示範性整合式長期照護服務模式，共提到七種整合照顧模式，包括：Darlington (UK)、On Lok (USA)、PACE (USA)、Social HMO (USA)、Rovereto (Italy)、Vittorio Veneto (Italy)、SIPA (Montreal, Canada)(Johri M, Beland F, Bergman H, 2003)，這些模式都是以全體的老年人為對象，其共通點為整合照護相關之財務及服務，強調長期照護服務之整合及連續性，透過單一窗口及個案管理，提供長者所需之完整服務，並結合相關資源或財務誘因，讓長者盡可能在家中或社區得到適當照顧，其優點包含可提高照顧品質生活品質及滿意度、減低照顧者壓力、減少入院情況、降低照顧成本、提升社區服務使用率、減少急診使用率，加強預防措施之重視度等。各類模式中，由於美國之老人全方位照護計畫模式(The Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)發展時間較久，且是源起於華人社區之照護模式，故較常於我國被討論。

(一) 美國老人全方位照護計畫(PACE)之起源

PACE 方案源自 1971 年美國舊金山中國城的「安樂居(On Lok)」模式，歷經 30 餘年之發展，目前該方案已遍佈美國各州(表 3-3-25)，當時從義大利、中國和菲律賓的移民其家中的長者有長期照護需求，且在華人文化中，民眾較傾向長者在居家接受照護，而非送至護理之家等機構，因此以 William Gee 博士為首的委員會於 1971 年聘請 Marie-Louise Ansak 共同研究解決方案，他們與其他社區領袖共同組成非營利公司「安樂居長者健康服務(On Lok Senior Health Services)」，建立以社區為導向的照護系統，Marie-Louise Ansak 參考英國日間醫院的模式，將年老衰弱的長者在白天送至中心接受健康和支持服務，晚上再送長者返回家中，以此為基礎規劃全面性照護系統，1983 年安樂居獲得 Medicare 和 Medicaid 之補助豁免，開始以論人計酬方式提供將急性與長期照護整合在一起的服務，1997 年美國平衡預算法案(Balanced Budget Act)開始將 PACE 模式納入醫療保險支付範圍內的永久性服務項目，並規定各州可為達到醫療救助標準的老人提供 PACE 服務(National PACE Association, 2013a)，2000 年底 36 個 PACE 計畫在 19 州執行，共服務 8,160 位老人，這些計畫分由不同單位進行，包括衛生體系 42%、獨立型態社區代辦處 21%、社區健康中心 17%、長照服務提供者 10%、醫院 7%及州的代辦處 3%(Greenwood R, 2001)。

表 3-3-25 美國之老人全方位照護計畫模式發展大事記

年份	大事記
1971	William Gee 和其他社區領袖成立非營利性組織「Chinatown-North Beach Health Care Planning and Development Corporation」(該組織其後改名為 On Lok Senior Health Services)，該組織聘請 Marie-Louise Ansak 進行社區中建設護理之家可行性之研究，然而 Marie-Louise Ansak 發現在社區中成立護理之家於經濟及文化層面皆不合適，因此他將獲得之資金用以訓練健康照護工作者，並與舊金山加州大學合作，同時規劃出全面性照護系統的輪廓，該系統是以英國日間醫院模式為基礎，結合居家和所有必需的醫療及社會服務
1973	On Lok 在舊金山建立了全美國第一間成人日間中心
1974	On Lok 開始接受 Medicaid 對成人日間健康服務之補助(reimbursement)
1975	On Lok 新增社會日間照護中心，並於計畫中增加居家照護(in-home care)、到府送餐(home-delivered meals)和家事協助(assistance)
1978	On Lok 照護模式擴展至給予護理之家合適的老年人，完整的醫療照護和社會支持
1979	1. On Lok 由 HCFA 獲得 4 年試辦的補助，為長期照護需求者發展醫療服務之綜合模式 2. 接受聯邦政府的豁免，接受 Medicare 計畫對所有門診健康和健康相關服務之補助
1980	新增住院服務，包括急性住院及技術性護理照護
1983	On Lok 開始採論人計酬支付制度
1985	國會無限期延長對 On Lok 的豁免
1986	聯邦政府立法延伸 On Lok 新的財務策略，並允許 10 個新的組織在其他地區提供 On Lok 服務的傳遞和資金模式
1987	Robert Wood Johnson 基金會、John A. Hartford 基金會與退休研究基金會提供 On Lok 經費與第一個複製點(first replication sites)以支持 On Lok 的努力
1990	第一個複製點做為示範計畫，並接受 Medicare 和 Medicaid 的豁免，該計畫稱為美國之老人全方位照護計畫(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)
1994	為支持 On Lok，國家 PACE 協會成立，11 個 PACE 組織在 9 個州中執行
1996	21 個 PACE 計畫在 15 個州中執行
1997	美國平衡預算法案將 PACE 納入 Medicare 支付範圍內的永久性服務項目
1999	1. 暫行法規(Interim Regulation)於 11 月出版 2. 30 個 PACE 計畫在 19 個州中執行.
2000	Robert Wood Johnson 基金會與 John A. Hartford 基金會提供資金給 PACE 計畫，以協助國家 PACE 協會擴大 PACE 模式，照護更多有需要照護的家庭
2001	聖路易斯的 Alexian Brothers 社區服務成為第一個 PACE 服務的提供者
2005	美國削減赤字法案(The Deficit Reduction Act, DRA)授權開始鄉村的 PACE 服務
2006	1. 最終法規於 11 月出版 2. 聯邦醫療保險及醫療補助計畫中心(CMS)公布 15 個 PACE 計畫的承受人，國會並撥款 50 萬美元給這 15 個組織，以擴展鄉村的 PACE 服務
2007	42 個 PACE 計畫在 22 個州中執行.
2008	61 個 PACE 計畫在 29 個州中執行.
2009	70 個 PACE 計畫在 30 個州中執行.
2010	75 個 PACE 計畫在 29 個州中執行.
2011	82 個 PACE 計畫在 29 個州中執行.
2012	88 個 PACE 計畫在 29 個州中執行.

資料來源：National PACE Association: What is PACE? Available at

http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=12&title=Who,_What_and_Where_is_PACE? Accessed March 15, 2013.

Wikipedia: Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Available at

http://en.wikipedia.org/wiki/Program_of_All-Inclusive_Care_for_the_Elderly Accessed March 15, 2013.

(二) PACE 服務模式

1. 服務對象需符合年齡 55 歲以上、具護理之家照護標準、可獨自安全的生活在社區中、居住地區有提供 PACE 計畫等條件

PACE 為居家及社區整合性長期照護模式，結合政府的健保資源，由醫師進到社區為年長者於居家及社區提供涵蓋所有需要之照護服務（包括醫療及長照），以創造一個全方位的社區照護網。PACE 的服務對象需符合年齡 55 歲以上、具護理之家照護標準、可獨自安全的生活在社區中、居住地區有提供 PACE 計畫(Centers for Medicare & Medicaid Services,2011)等條件，且個案可隨時退出 PACE 計畫。

根據 Medicare 教育中心所公告之資料顯示，PACE 參與者平均年齡 80 歲(74%為 75 歲以上，33%為 85 歲以上)、女性居多(佔 75%)、平均有 7.9 個 medical condition (多數為慢性疾病，包括糖尿病、失智症、冠狀動脈疾病和心血管疾病)、多數在社區獨居、僅 7%住在護理之家，當個案需要接受護理之家照護時，不必從 PACE 計畫中退出(Greenwood R, 2001)。

2. 服務內容區分為成人日間健康照護中心、居家護理、機構照護、及其他等四類服務，並由跨專業團隊提供服務

PACE 提供個案所有在醫療保險(Medicare)和醫療補助(Medicaid)下之服務，沒有任何限制，為涵蓋面極廣的全方位服務，包含所有必要的急性照護、初級照護、慢性照護和安寧療護，服務內容大致可區分為「成人日間健康照護中心(包括醫療服務、技術性護理服務、職能治療、物理治療、語言治療、娛樂治療、社會服務、家庭諮詢、營養餐點及諮詢、醫藥服務、日常往返及急診就醫等交通服務)」、「居家護理(包括居家護理、居家生活照顧及個人照顧)」、「機構照護(包括護理之家照護、醫院照護)」等三類服務，其中專科服務包含專科醫師診療、聽力、牙科、視力及足部診療，其他亦包含處方用藥、門診手術、基層醫師 24 小時隨叫隨到服務(一星期 7 天)、輔具設備服務(包括輪椅、走路器材等)及家庭照護者支持服務(包括喘息服務及照護者之教育)(PACE4 You, 2013)。

PACE 模式由跨專業團隊提供老人全面、連續的醫療和社會服務，使個案盡可能長時間生活在社區，以達節省醫療費用之效(Eng et al., 1997; Feder et al., 2000)，跨專業團隊包括基層醫師、診所/居家照護護理師及服務員、治療師、社工師、註冊營養師等，甚至是協助運輸的人員亦包含在內，由此團隊替個案擬定照護計畫，定期開會及討論個案情況，提供個案必要及妥善的個人化照護(Hansen JC, Hewitt M., 2012)。

3. PACE 係以「論人計酬」方式給付受託機構經費

PACE 之財源主要係由 Medicare 和 Medicaid 共同支出，參與 PACE 計畫沒有收入上之要求，以「論人計酬」方式每個月給付受託機構經費，提供完整的醫療和長期照顧服務，包括：門診、住院、保健、社區和機構式照顧等，即是由受託單位承擔照護個案的財務風險(姚克武，2007)，論人計酬的給付方式使服務提供者可彈性提供個案照護，PACE 亦接受參與者的自費，以使用更多的服務，此種財務架構使 PACE 計畫提供無縫式服務環境，避免片段的照護。

(三) PACE 核心價值

PACE 計畫有五大核心價值：(1)不管健康和生命多脆弱，認識身體功能和能力的重要性，(2)支持學習和運作，以尊重參與者的喜好和目標，(3)提供充足且專業的照護及服務，(4)支持參與者及其家庭，(5)以協調的、整合性的、即時且有效的方式提供照護，利用可用的資源產生最大的影響(Hansen JC, Hewitt M, 2012)，這五大價值使 PACE 計畫得以實施 40 餘年。

PACE 提供有慢性照護需求的長者連續性的預防、初級照護、急性照護和長期照護服務，這種全包式的服務的優點，可從消費者、服務提供者及支付費用者之角度分析：對消費者而言，PACE 傾聽及回應家庭照護者個人化需求，使個案盡可能延長住在社區的生活，同時提供一次購足(One-stop shopping)的健康照護服務；對健康照護提供者而言，PACE 以論人計酬支付方式可彈性提供較佳的照護，在不同單位(setting)及科別下提供協調性的照護，並依據個案的需求提供個人化照護及支持性服務的安排；對支付照護費用者而言，PACE 可節省費用並可預測費用的多寡，全包式的服務強調預防保健，通常較為便宜亦較急性照護有效(National PACE Association, 2013b)。

第四節 國內急性後期照護模式

我國目前有許多單位執行急性後期照護服務，服務場域以機構為主，與國外朝家中、社區化發展趨勢不一致；部分個案會返家接受居家照護、門診治療或申請長照十年計畫。入住型急性後期照護場域主要分為四類：(1)「醫院附設護理之家」：包含衛生福利部醫院護理之家(2012年含基隆、桃園、苗栗、豐原、南投、朴子)、台大醫院北護分院護理之家；(2)「醫院附設照護單位」：包含衛生福利部屏東醫院、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院；(3)「獨立型態護理之家」：安泰、寬福、瑞泰、華穗、獎卿、南門、惠心護理之家；(4)「醫院病床」：包含衛生福利部台中醫院、榮民體系(北榮桃園分院及員山分院、中榮嘉義分院及埔里分院、高榮屏東分院)及2014年將實施之全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫。急性後期照護納入個案應為身體功能損失具可逆性者，不可逆情況之個案應接受長期照護服務；國內收案對象多來自自家醫院，科別以骨科、復健科或內科為主，部立苗栗醫院護理之家、部立屏東醫院與戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院是收由急性期後直接下轉個案，台大醫院北護分院與其他部立醫院護理之家有些個案是在醫院間互轉至期限後才下轉。財務來源除在醫院病床執行急性後期照護之單位為健保外，其餘單位皆是以民眾自費為主(表 3-4-1)。急性後期照護收案後給予技術性護理服務、生活照顧服務、復健服務(物理治療、職能治療與語言治療)、營養服務及社工服務，由相對應的專業人員提供，以照顧服務員的角色最為重要。個案評估是以護理師或個案管理師為之，入住時會進行一次，之後定期評估個案狀況，但量表目前無統一標準。

以下將針對目前國內急性後期照護個案來源及收案對象、服務場域、服務模式、照護人力配置、評估機制、收費標準及成本推估、執行成效分別詳述現況、分析優劣並給予建議。

表 3-4-1 國內執行急性後期照護情形

場域	執行單位	收案對象情形	財務來源
醫院附設 護理之家	1. 部立醫院護理之家(2012 年含基隆、桃園、豐原、南投、朴子) 2. 台大醫院北護分院護理之家 部立苗栗醫院護理之家	有些個案是於醫院間互轉至期限後才下轉 該院急性期後直接下轉	民眾自費
醫院附設 照護單位	1. 部立屏東醫院 2. 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	該院急性期後直接下轉	民眾自費
獨立型態 護理之家	安泰、寬福、瑞泰、華穗、獎卿、南門、惠心	(大多有收急性後期照護個案但不再執行衛生福利部急性後期照護計畫)	民眾自費
醫院病床	1. 榮民體系：北榮桃園分院及員山分院、中榮嘉義分院及埔里分院、高榮屏東分院 2. 部立台中醫院 3. 全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫(2013/10/07 公告)	不明	健保

一、個案來源及收案對象

(一) 國內急性後期照護個案以中、高年齡為主，入住管道多來自自家醫院，科別以骨科、復健科或內科為主

部立醫院 2012 年度急性後期照護試辦計畫照護結果是以分析 2012 年 1 月至 11 月個案為主，其中 A 單位因照護人力等問題，期間有中斷三個月未收案，而 D 與 F 單位是從 4 月開始收案，但 D 單位僅分析至 11 月 16 日止。總收案人數方面，以 G 單位 83 人最多，A 單位 13 人最少，其餘單位收案人數介於 16 至 48 人之間；每月平均入住人數也以 G 單位 7.55 人最多，B 單位 1.455 人最少，其餘單位則落在 1.625 至 4.87 人之間。

部立醫院急性後期照護個案普遍年齡較高，A、B、C、D 單位個案平均年齡為 73-80 歲，E 單位以 60 歲以上最多，F 單位以 50-64 歲最多，G 單位則以 75-84 歲最多；性別方面，B、C、D、F 單位個案以男性較多，A 及 E 單位則以女性較多。個案入住管道以院內急性病房所占比率最高，B 單位所有個案均來自該院，而 E、F 與 G 單位則尚包含來自其他單位與社區的個案。收案來源大多是骨科(如骨折、關節置換等)、復健科或內科

(如泌尿道感染、肺炎等)，A、D、F 單位以骨科或復健科最多，B 及 C 單位則以內科最多，E 單位最多為腦中風個案。入住天數方面，A、B、C、G 單位個案平均住 31-45.6 天，D 單位以往 30-60 天者最多、E 單位則以 8-21 天或 36 天以上者最多。

彙整資料顯示，各部立醫院之收案對象整體而言包含：(1)自急性醫療出院病情穩定且具復健潛能者；(2)照護需求增加者；(3)長照個案因疾病因素住院後，其營養、病情控制仍需專業積極介入者；(4)腦中風、腦部外傷及脊髓損傷等神經疾病，經評估具有復健潛能者；(5)骨科術後個案。主要收置以有復健需求之骨科術後個案(包含髖部手術、股骨手術、膝關節置換等)、腦中風個案為大宗，其他如腦部外傷與脊髓損傷等個案亦包含在內。排除對象部分包含：(1)病情不穩定，如仍屬急性感染需積極醫療介入者；(2)急性傳染個案；(3)病危；(4)末期個案；(5)接受照顧後不能得到助益者；(6)罹患精神疾病具危險者。消案定義則包含：(1)功能達目標順利返回社區或家中；(2)功能未達目標轉至照護機構；(3)病況惡化轉回急性病房。

另外，本計畫亦以訪談方式獲得 H 單位及 3 家獨立型態護理之家之資料，H 醫院為醫院附設之急性後期照護單位，個案來源以該院急性病房為主，部分由他院、社區及養護機構轉入，收案對象組成以腦中風、癌末及骨科個案為主。獨立型態護理之家來源係以醫院轉出或社區轉介之個案為主，因不同於醫院附設護理之家可直接承接醫院下轉個案，收案情形較不穩定；收案對象亦以復健需求者為多（各急性後期照護單位個案來源及收案對象如表 3-4-2）。

(二) 急性後期個案來源為急性醫療單位，收案對象依需求分類為復健需求類及感染類

急性後期個案來源，彙整第二年報告及專家會議決議，建議應透過急性病床下轉至急性後期照護單位，且至少於急性出院後 3 天內下轉。下轉條件係於急性照護期間，治療個案至病情穩定，透過出院準備服務單位協助個案轉介，並完成相關檢驗及評估；使用抗生素個案可考量自門診或急診直接下轉至急性後期照護單位的可能性。據專家指出，照護模式跟收治單位有關聯，若以復健科主導急性後期照護，容易使急性後期成為復健病房下轉之單位，造成個案在不同單位間流轉之現象；若由家醫科主導，較能兼顧不同

科別之需求，並減少復健需求個案流轉之情形。

急性後期收案對象，依據第二年報告建議以特定可逆性個案作為優先推動急性後期照護之對象，並依其需求分類。首先為復健需求類，收治此類個案為提供復健服務以回復個案身體功能，如腦中風、髖/膝關節骨折、髖/膝關節骨折置換(不含全髖/膝關節置換個案)。腦中風個案根據訪談資料顯示，大多於急性醫療單位流轉(目前腦中風個案大部分會在醫院間互轉六個月，期滿就返家或轉去護理之家)，故大部分的單位收案對象為中風6個月內的個案；而單位C、G、H收案對象則為中風一個月內，從急性照護單位直接下轉的個案，與急性後期照護定義之對象較為接近。健保署於2013年10月公告「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」，係以腦中風為對象推動急性後期照護。然而，據專家指出腦中風個案複雜、變異性大，以此類個案推動急性後期照護會最困難，建議應先就其他相對較單純的個案優先推動。另外，關於髖/膝關節骨折及置換術之個案，髖/膝關節置換會因執行術式不同對於其復原時間有差異；全置換術復原快，不太需要使用急性後期照護；若是執行放鐵板、打釘之個案就會需要較長的復健時間，可列為急性後期照護收案對象。股骨骨折之個案因為其開刀後3-6個月不能負重，需要復健治療，亦可列入急性後期照護收案對象。

第二類為感染類個案，係指單純長期使用抗生素(prolonged antibiotics use，指某些個案預期使用兩週以上抗生素施打治療)、狀況已穩定的個案，含肝膿瘍、感染性心內膜炎、骨髓炎及膿胸(不須使用氧氣的個案)；對於預期使用抗生素不超過兩週的個案，不需要轉到急性後期照護，避免耗費轉診程序。符合上述條件之個案數量不多，但相對較單純容易執行並進行成本估算。另外，肺炎、泌尿道感染打抗生素的個案，其實病況並不穩定，不適合急性後期照護；以美國為例，肺炎患者通常是回家照顧，部分老年人會因身體功能嚴重降低而有復健需求進入急性後期照護，並非為了接受抗生素施打。

造口類個案在此年度專家建議暫不納入急性後期照護收案；以腸造口為例，影響其復原情形之因素很多，主要視其開刀之原因影響，若單純開刀至少要一週以上的復原時間，而後即可返家而不需要急性後期照護，故造口類個案於住院期間應加強團隊的照護及家屬、個案的衛教，避免出院後因為感染再回到急性醫療。建議未來研究可分析健保

針對造口類個案之給付情形，以考量是否納為急性後期照護收案對象（各類個案討論內容，如表 3-4-3 所列）。

最終，急性後期照護收案對象標準，不僅以個案的功能狀況與復健需求進行區分，其嚴重度、是否需要密集照護以及持續評估個案狀態都是應列入考慮的條件，有賴未來研究進行更深入的探討。

表 3-4-2 急性後期照護單位個案來源及收案對象

單位類型	收治單位	個案來源	收案對象 (疾病/科別)
醫院附設護理之家	A	以該院急性病房為主，少數由他院轉入	骨科 54% 內科 38% 復健科 8%
	B	均為該院急性病房 (他院個案諮詢後，曾經該院急性病房評估後轉介)	內科疾病 68.8% UTI 25.0% 肺炎 31.3% ESRD 12.5% 腦中風 12.5% 腹部手術 6.3% 癌症 6.3% 頭部創傷 6.3%
	C	以該院急性病房為主	內科 (神經內科) 58.3% 骨科 41.7%
	D	以該院急性病房為主	骨科 41% 復健科 6% 外科 24% 神經內科 8% 其他內科 21%
	E	以該院急性病房為主，部分由他院及其他單位轉入	腦中風 40.7% 腦外傷 22.2% 脊髓損傷 7.4% 其他 29.6%
	F	該院急性病房為主、他院轉介及社區	內科 44% 復健科 56%
醫院附設照護單位*	G	該院下轉、他院轉介及社區	中風 33.7% 骨科 27.7% 一般內科 19.3% 一般外科 19.3%
	H	以該院急性病房為主，部分由他院、社區及養護機構轉入	腦中風 27.4% 感染症 13.1%(包含肺炎、蜂窩性組織炎及骨髓炎) 骨科 17.9% 癌末 19% 心臟衰竭 1%
獨立型態護理之家	1	由醫院轉入之個案，經評估決定是否納入急性後期照護	收案類型包含復健、營養、管路照護及心理需求個案
	2	由醫院轉入護理之家之個案，經評估決定是否納入急性後期照護	以復健需求者為主
	3	醫院出院、社區個案	收案對象包含腦中風、髖關節骨折、關節置換、慢性肺阻塞性肺疾病、肺炎

*註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

表 3-4-3 急性後期收案對象之討論

急性後期需求分類	復健需求類	感染類	造口類
疾病別	含腦中風、髖/膝關節骨折/置換(不含全髖/膝關節置換個案)	含肝膿瘍、感染性心內膜炎及骨髓炎	含腸道造瘻口、胃造瘻口
是否列入急性後期照護收案	列入	列入	暫不列入
主要服務內容	提供復健服務回復個案身體功能之疾病	單純長期使用抗生素(指某些疾病之個案預期需接受約一個月的抗生素施打治療)、狀況已穩定的個案	以傷口護理及營養控制為主
說明	<p>腦中風</p> <ul style="list-style-type: none"> 腦中風個案複雜、變異性大，從此類個案推動急性後期照護會最困難，建議應先就其他相對較單純的個案優先推動 <p>髖膝關節骨折/置換術：</p> <ul style="list-style-type: none"> 執行術式不同復原時間有差異 全置換術復原快，不建議列入急性後期照護 股骨骨折開刀後 3-6 個月不能負重，需要復健治療；放鐵板、打釘之個案有較長時間之復健需求，皆可列入急性後期照護 	<ul style="list-style-type: none"> 對於預期不會打抗生素超過兩週的個案，不需要轉到急性後期照護，避免耗費轉診程序 肺炎、泌尿道感染打抗生素的個案，病況不穩定，並不適合急性後期照護 	<p>不納入之理由：</p> <ul style="list-style-type: none"> 造口類單純開刀之個案，需要約一週之復原時間，而後即可返家而不需要急性後期照護 住院期間應加強團隊的照護及家屬、個案的衛教，避免出院後因為感染再回到急性醫療 <p>贊成納入之理由：</p> <ul style="list-style-type: none"> 若返家照護，可能因照護不好，引發感染後回到急性醫療之風險 <p>建議未來研究可以健保資料針對造口類個案之給付情形，以考量是否納入急性後期照護收案對象。</p>

註：另由台大心臟內科李啟明醫師與高雄長庚陳世明醫師提出**心臟衰竭個案**出院後適合做個案管理，建議納入急性後期照護收案對象

二、服務場域

(一) 國內急性後期照護場域

國內急性後期照護單位服務場域係以機構為主，分為「醫院附設護理之家」與「獨立型態護理之家」；另外，「醫院附設照護單位」是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案，僅有 G、H 兩個單位是以此方式運作。另外，關於「地區醫院閒置病床轉型」為急性後期照護單位，亦可考量其可行性。榮民體系部分係於榮民醫院中執行急性後期照護，然回顧 1980 年代以有很多國家以護理之家替代慢性床，退輔會急性後期照護收治對象包括榮家個案，榮家具有輕養護區、復健設施；此類個案在員山榮民醫院以慢性病房使用健保資源，政府恐投入兩倍資源照護個案。

以下分述不同型態之照護單位，資源及照護內容之優劣勢及建議。「醫院附設護理之家及照護單位」與「地區醫院閒置病床轉型」之優勢部分，兩者皆具有急性醫療支援；可承接醫院下轉之個案，故個案來源充足；均可使用固有之照護空間及人力配置資源。「醫院附設護理之家及照護單位」可上承急性醫療、下接長期照護，故具備有良好的迴轉機制。而「地區醫院閒置病床轉型」則具有較充足的人力配置，並且可發揮閒置病床之使用效率之優勢。然而在劣勢部分，此二照護單位若收治急性後期個案，將與其原設計之個案嚴重度及照護頻率產生差異，故家屬及住民之間，易產生不同照護等級之比較；而急性後期之照護目標不同，各類人員之觀念皆須再訓練。「醫院附設護理之家及照護單位」將會因個案之疾病複雜度較高使得人力吃緊，導致負荷過重及流動率高；而急性後期個案流動性較高，將會使原已達滿床狀態之護理之家承受收案壓力。另外，在「獨立型態護理之家」部分，其優勢在於可於部分無地區醫院之鄉鎮，滿足民眾急性後期照護需求；劣勢則因沒有合作之急性醫療單位，其急性醫療支援較弱，亦導致收案情形不穩（表 3-4-4）。

(二) 建議我國急性後期照護場域應以護理之家或居家護理為主

依據國外發展急性後期照護經驗，其方向係朝社區化發展，以居家護理為主、護理之家其次；故建議我國應以居家護理或護理之家為主。現階段國內是以醫院附設護理之家、獨立型態護理之家及社區醫院閒置病床轉型為主要收治場域；待急性後期照護正式上路後再考量社區式及居家式服務。各照護場域分布均有其特性，故專家建議規劃分級照護模式，依照護理單位型態、承接能力，針對嚴重度不同之收案對象提供服務。「醫院附設護理之家及照護單位」、「地區醫院閒置病床轉型」可收治嚴重度較高之急性後期照護個案；「地區醫院閒置病床」因過去之照護方式及目標與急性後期照護相距較大，應輔導其轉型護理之家，並強化專業人員之團隊合作觀念，提供急性後期照護服務。「獨立型態護理之家」則可收治病情穩定之急性後期照護個案，結合鄰近醫療資源，與專業人員緊密聯繫；並以相關措施克服資源不足之情形，如設置或合約適當的復健場域或合格的復健設備，規劃完善之上轉機制，以因應緊急事件等。

表 3-4-4 各急性後期照護場域之優劣勢分析及建議

	醫院附設護理之家 及附設照護單位	地區醫院閒置病床轉型	獨立型態護理之家
優勢	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具急性醫療支援 2. 個案來源充足 3. 具備良好之迴轉機制 4. 無需另闢空間及人力 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具急性醫療支援 2. 人力配置較護理之家充足 3. 可發揮病床之使用效率 4. 無需另闢空間及人力 	<p>可於部分無地區醫院之鄉鎮，滿足民眾急性後期照護需求</p>
劣勢	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案嚴重度及照護頻率不同 2. 家屬及住民產生不同照護等級之比較 3. 急性後期之照護目標不同，各類人員之觀念皆須再訓練 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 尚缺乏團隊合作之概念 2. 服務模式中缺乏促使個案積極活動(activate)的部分 	<p>沒有合作之急性醫療單位</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急性醫療支援較弱 2. 收案情形不穩
建議	<p>收治嚴重度較高之急性後期照護個案</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 收治嚴重度高之急性後期照護個案 2. 輔導閒置病床轉型護理之家，以提供急性後期照護服務 3. 強化專業人員之團隊合作觀念 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 收治病情穩定之急性後期照護個案 2. 結合鄰近醫療資源，與專業人員緊密聯繫

三、服務模式

(一) 急性後期照護個案多由該處個案管理師進行轉介，並由跨專業團隊依據個案需求共同擬定照護計畫

國內急性照護單位下轉方式多是由急性醫療人員照會急性後期照護個案管理師，評估是否符合收案標準，而 A 單位所屬醫院則是透過出院準備服務小組，轉介至急性後期照護單位。收案後，主要係由跨專業團隊共同擬定照護計畫(D 單位入住 3 天內、B 單位入住 7 天內)，並定期會議討論修訂計畫；C 單位是由主護護理師給予護理評估及計畫，並協助於 3 天內至復健科門診看診，由復健科醫師依據個案個別性提供復健治療計畫。復健計畫之擬定，各單位會依據個案身體活動功能及病程變化，設計符合個案需求之復健活動。如肌力及耐力訓練、關節活動度訓練、步態訓練、職能治療；以 E 單位為例，物理及職能治療每週進行 5 次復健，每次 30 分鐘，語言治療平均每週 2-4 次，每次 30 分鐘；另依個案自身體力許可及治療師之建議使用急性後期專區設施，以增加復健時數，平均每日執行復健時數為 2.5-5 小時。建議評估是否符合急性後期照護收案對象時宜以單一人員及表單進行，後續照護計畫擬定時再由跨專業團隊共同討論。

(二) 服務內容及頻率

本研究以復健需求類(腦中風、髖關節置換、膝關節置換、心臟衰竭)及感染類(泌尿道感染、蜂窩性組織炎、肺炎)個案為例，蒐集過去文獻及臨床照護路徑，並請教相關專業人員之建議，詳列不同類型個案所需之服務內容，分為技術性護理服務、生活照顧服務、復健服務(物理治療、職能治療與語言治療)、營養服務及社工服務；並進一步以此內容為基礎，訪談目前有執行急性後期照護之醫院附設護理之家、醫院附設照護單位及獨立型態護理之家之相關專業人員，整理出各項服務之執行頻率，以供未來規劃照護模式細節之參考。

1. 技術性護理服務

技術性護理服務由護理師負責，由於疾病別不同會影響個案所需之照護服務，因此將技術性護理服務項目區分為「共同項目」與「疾病別項目」，各急性後期照護單位服務執行頻率詳列如表 3-4-5 至表 3-4-8。

在復健需求類個案中，共同項目包含評估個案狀況(病歷所需完成項目，包含入院評估、家庭圖譜、身體評估、壓瘡評估、跌倒風險評估、約束評估、壓瘡傷口護理記錄及 ADL 評估)、更換管路(鼻胃管、氣切管及導尿管)、管路照護(鼻胃管、氣切管及導尿管)、給藥(含口服給藥、靜脈注射、胰島素注射)、灌腸、檢體收集(抽血、尿液及糞便)、護理指導(以護理專業照護指導為主，包含口頭衛教及技術指導)(表 3-4-5)。疾病別項目依四類疾病分為(1)腦中風：抽痰、血糖測試及單次導尿(ICP)；(2)髖關節置換：導尿管(Foley)照護與評估、引流管照護與評估、導管引流、術後關節 X 光檢查、傷口換藥照護、靜脈輸液(IV Drip)；(3)膝關節置換：導尿管(Foley)照護與評估、引流管照護與評估、導管引流、術後關節 X 光檢查、傷口換藥照護、靜脈輸液(IV Drip)、協助活動(含移除固定器、患肢等長等張運動、患肢伸直抬腿運動、CPM 膝關節被動運動器使用等)；(4)心臟衰竭：心肺運動功能測試檢查、呼吸照護(給予氧氣使用)、抽痰、血糖測試(表 3-4-6)。

在感染類個案中，考量其主要醫療需求為控制其感染症狀，相較於復健需求類個案少有一般照護之需求，故本研究僅詢問技術性護理服務項目，同時因專家建議，增列蜂窩性組織炎、泌尿道感染及肺炎詢問各疾病相關之項目。共同項目包含評估個案狀況(包含入院評估、家庭圖譜、身體評估、壓瘡評估、跌倒風險評估、約束評估、壓瘡傷口護理記錄及 ADL 評估)、置換靜脈留置針、更換輸液瓶、更換輸液管路、給藥(含口服給藥、靜脈注射、胰島素注射、抗生素給藥 iv drip)、檢體收集(抽血、尿液、糞便及痰液)、護理指導(以護理專業照護指導為主，包含口頭衛教及技術指導)、驗血糖(表 3-4-7)。疾病別項目依三類疾病分為(1)泌尿道感染：單次導尿(ICP)、更換留置導尿管(on Foley)及導尿管護理；(2)蜂窩性組織炎：發炎病灶評估、傷口護理(包含換藥)；(3)肺炎：更換氣切管、氣切護理、呼吸管路置換(鼻道管)、蒸氣吸入、特別口腔護理(special mouth care)、抽痰、拍痰(表 3-4-8)。

表 3-4-5 急性後期照護技術性護理服務頻率—復健需求類個案共同項目

共同項目	醫院附設護理之家					醫院附設照護單位		獨立型態護理之家
	A	B	C	D	I	H	I	
評估個案狀況 (病歷所需完成項目)	3 個月一個階段 階段一：1 次/2 週 階段二：1 次/月 階段三：1 次/3 個月							
入院評估		入住時	入住時	入住時	入住時	入住時		
家庭圖譜		入住時	入住時	入住時	入住時	入住時		
身體評估		入住時	1 次/2 週	入住時	1 次/日	1 次/日		1 次/3 個月
壓瘡評估		1 次/日+需要時	2-3 次/日(換藥時)	1 次/週	1 次/日	1 次/日(或 1 次/週)		1 次/週
跌倒風險評估		1 次/日+需要時	1 次/2 週	1 次/週	1 次/日	2 次/週		1 次/3 個月 (跌倒後：1 次/週)
約束評估		12 次/日+需要時	3 次/日	1 次/日	1 次/日	1 次/日(視需求)		1 次/3 個月
壓瘡傷口護理紀錄		1 次/日	1 次/日	1 次/日	1 次/日	1 次/日(視需求)		
ADL 評估		入住時	1 次/2 週	主護 1 次/週 個管 1 次/2 週		入住時		1 次/3 個月+需要時
更換管路	a.1 次/日	1 次/2 週或	a.1 次/月	1 次/月	1 次/月	1 次/2 週		a. 1 次/月
a.鼻胃管(On NG)	b.X	1 次/月	b.1 次/月	(或脫落時)		或 1 次/月		b. 1 次/月
b.氣切管(On Trachea)	c.1 次/日(矽質)，其他 2 個		c.1 次/2 週(普通)，1					c. 2 次/月
c.導尿管(On Foley)	月一次		次/月(矽質)					
管路照護	a.1 次/日	至少 1 次/日	a.1 次/日	1 次/日	1 次/日	1 次/日		≥4 次/天
a.鼻胃管(On NG)			b.2 次/日					
b.氣切管(On Trachea)			c.1 次/日					
c.導尿管(On Foley)								
給藥								
口服給藥	3-4 次/日	三餐飯後	3-4 次/日	4-6 次/日	依醫囑	4-5 次/日		依醫囑
胰島素注射	2-3 次/日		2 次/日(早晚)	1-2 次/日	依醫囑	依醫囑		依醫囑
靜脈注射	無		無	1 次/月	依醫囑	無		依醫囑
灌腸	1 次/2 天(需要時)	視需求	0-2 次/週	0-2 次/週		一日未排便即考慮執行		
檢體收集			入住時；依醫囑					
抽血		入住、每兩週、視需求		0-3 次/週	依醫囑	入住時		半年一次
尿液		入住時		0 次/週	依醫囑	入住時		視情況
糞便		入住時；依個案情況 1 次/3 天		0-2 次/週	依醫囑	入住時		視情況
護理指導								
口頭衛教	1 次/週	隨時進行	隨時進行	0-2 次/週	需要時	入住時		1-2 次/月
技術指導	3-5 次/週	隨時進行	隨時進行	0-2 次/週	需要時	入住期間		1-2 次/月

註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

表 3-4-6 急性後期照護技術性護理服務頻率—復健需求類個案依疾病別項目

疾病別項目	醫院附設護理之家					醫院附設照護單位	獨立型態護理之家
	A	B	C	D	I	H	I
腦中風個案							
抽痰	1-2 次/日	每 30 分或 1-2 小時一次	痰多：9-12 次/日 痰少：約 3 次/日	12-24 次/日	有需求隨時	需要時	1 次/2 小時
血糖測試	穩定：2-3 次/日 不穩：1 次/週	入住時：連續 3 天 入住後：1 次/週 穩定期：1 次/月	穩定：2 次/日 不穩：1 次/週	1-6 次/日	穩定：1 次/日 不穩：2 次/週	需要時；1 次/3 小時	≥2 次/週
單次導尿(ICP)	1 次/日+視醫囑	視需求	很少執行		1 次/日(排尿困難者)	依醫囑	視情況
髖關節置換個案							
導尿管(Foley)照護與評估 (*手術隔日移除導尿管)	無		1 次/日	無	1 次/日	2 次/日	4 次以上/日
引流管照護與評估、導管引流 (*手術隔日或再次日移除引流管)	無		1 次/日	無	1 次/日	1 次/日	4 次以上/日
術後關節 X 光檢查	1 次/月	1 次/日	1 次/月	0-2 次/月	1 次/週	依醫囑	無
傷口換藥照護	1 次/日	依醫囑	1 次/日	1-2 次/日	2 次/日	依醫囑	1 次以上/日
靜脈輸液(IV Drip)	無	依醫囑	2-4 次/日		1 次/日	依醫囑	
膝關節置換個案							
導尿管(Foley)照護與評估 (*手術隔日移除導尿管)	無		1 次/日	無	1 次/日	2 次/日	4 次以上/日
引流管照護與評估、導管引流 (*手術隔日或再次日移除引流管)	無		1 次/日	無	1 次/日	1 次/日	4 次以上/日
術後關節 X 光檢查	1 次/月	1 次/日	1 次/月	0-2 次/月	1 次/週	依醫囑	無
傷口換藥照護	1 次/日	依醫囑	1 次/日	1-2 次/日	2 次/日	依醫囑	1 次以上/日
靜脈輸液(IV Drip)	無	依醫囑	2-4 次/日		1 次/日	依醫囑	
協助活動(含移除固定器、患肢等長等張運動、患肢伸直抬腿運動、CPM 膝關節被動運動器使用等)		依醫囑	2 次/日	1 次/週	2 次/日	依醫囑	
心臟衰竭個案							
心肺運動功能測試檢查					1 次/月		由復健師執行
呼吸照護(給予氧氣使用)		依醫囑	1 次/日		7 次/週	依醫囑	視情況
抽痰		需要時	6-8 次/日		7 次/週	1 次/2 或 4 小時	1 次/2 小時
血糖測試	穩定：2-3 次/日 不穩：1 次/週	依醫囑	1-2 次/日		穩定：1 次/日 不穩：2 次/週	依醫囑	≥2 次/週

註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

表 3-4-7 急性後期照護技術性護理服務頻率—感染類個案共同項目

共同項目	醫院附設護理之家				醫院附設照護單位	獨立型態護理之家
	A	B	C	I	H	1
評估個案狀況	3 個月一個階段 階段一：1 次/2 週 階段二：1 次/月 階段三：1 次/3 個月					
入院評估		入住時	入住時	入院時	入住時	
家庭圖譜		入住時	入住時	入院時	入住時	
身體評估		入住時；1 次/月	入住時	1 次/日	1 次/日	1 次/3 個月
壓瘡評估		1 次/日+需要時	入住時；1 次/週	1 次/日(部分 1 次/週)	1 次/日	
跌倒風險評估		1 次/日+需要時	入住時	2 次/週	1 次/日	1 次/3 個月
約束評估		12 次/日+需要時	1 次/日	需求者：1 次/日	1 次/日	1 次/3 個月
壓瘡傷口護理紀錄		1 次/日	入住時；1 次/週	需求者：1 次/日	1 次/日	
ADL 評估		入住時；1 次/月	入住時	入院時	1 次/日	1 次/3 個月+需要時
置換靜脈留置針	1 次/3 日	3 次/週	1 次/3 日		依醫囑	1 次/3 天
更換輸液瓶	1 次/日		1-2 次/日	1 次/日	依醫囑	依醫囑
更換輸液管路	1 次/3 日	依醫囑	1 次/日	1 次/3 日	依醫囑	依醫囑
給藥						
口服給藥	3-4 次/日	依醫囑	3-4 次/日	4 次/日	依醫囑	依醫囑
胰島素注射	2-3 次/日	依醫囑	2 次/日	依醫囑	依醫囑	依醫囑
靜脈注射	無	依醫囑	1-2 次/日	4 次/日	依醫囑	依醫囑
抗生素給藥(iv drip)	視醫囑	依醫囑	2-4 次/日		依醫囑	依醫囑
檢體收集						
抽血	1 次/3-7 日	依醫囑	需要時	入院時，之後約 3-7 次	依醫囑	1 次/6 個月
尿液	1 次/週	依醫囑	需要時	入院時，之後約 3-7 次	依醫囑	需要時
糞便		依醫囑	需要時	入院時	依醫囑	需要時
痰液		依醫囑			依醫囑	
護理指導			視情況			視情況
口頭衛教		需要時		入院時		視情況
技術指導	2 次/日	需要時				視情況
驗血糖		依醫囑	1-2 次/日		視情況	

註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

表 3-4-8 急性後期照護技術性護理服務頻率—感染類個案依疾病別項目

疾病別項目	醫院附設護理之家				醫院附設照護單位		獨立型態護理之家
	A	B	C	I	H		1
泌尿道感染							
單次導尿(ICP)	1 次/週	依醫囑	需要時	1-2 次/日	視情況		需要時
更換留置導尿管 (on Foley)	1-2 次/月	1 次/月	一般：1 次/2 週 矽質：1 次/月	1 次/日(使用膀胱超音 波以降低無效導尿)	1 次/月		2 次/月
導尿管護理	1-2 次/日	2 次/日	1 次/日	1 次/日	2 次/日		4 次/日；需要時
蜂窩性組織炎							
發炎病灶評估	1-2 次/日		1 次/日	3 次/日	1 次/日或依醫囑		1 次/日
傷口護理(包含換藥)	1 次/日		1 次/日	1-2 次/日	1 次/日或依醫囑		1 次/日
肺炎							
更換氣切管	1-2 次/月	1 次/月	1 次/月		1 次/月		1 次/月
氣切護理	1-2 次/日	3 次/日	2 次/日	1 次/日	1 次/日或需要時		4 次/日；需要時
呼吸管路置換(鼻道管)	1-2 次/週		1 次/月	1 次/週	2 次/週		1 次/週
蒸氣吸入	2-4 次/日	依醫囑	3-4 次/日	3 次/日(依醫囑)	1 次/8 小時 i 需要時		依醫囑
特別口腔護理 (special mouth care)	1-3 次/日	2 次/日	2 次/日	由照顧者執行	2 次/日		2-3 次/日
抽痰	1-2 次/日	需要時	8-10 次/日	3-6 次/日	1 次/2 小時 i 需要時		1 次/2 小時
拍痰	4-6 次/日	12 次/日	2 次/日	由照顧者執行	1 次/小時 i 需要時		1 次/4 小時(拍痰機)

註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

2. 生活照顧服務

生活照顧服務由照顧服務員負責，由於疾病別同樣會影響個案所需之生活照顧服務項目與頻率，因此以復健需求類個案四類型疾病為分類依據，各急性後期照護單位服務執行頻率詳列如表 3-4-9。

腦中風個案所需生活照顧服務項目包含餵食、鼻胃管管灌、翻身、拍痰、大小便照顧(含協助使用尿壺便盆、更換尿套尿布)、身體清潔、口腔護理、會陰沖洗、協助轉移位(從床移到輪椅或椅子)、皮膚護理(如：擦乳液)、被動關節運動；髖關節置換個案所需項目包含協助活動(含轉移位、協助翻身或抬臀、協助坐起與末梢活動、患肢等長等張運動、患肢伸直抬腿運動、CPM 膝關節被動運動器使用、使用助行器行走等)、大小便照顧(包含協助使用尿壺便盆、更換尿套尿布)、身體清潔、傷口換藥照護；膝關節置換個案所需項目包含協助活動(含轉移位、協助翻身或抬臀、協助坐起與末梢活動、患肢等長等張運動、患肢伸直抬腿運動、CPM 膝關節被動運動器使用、使用助行器行走等)、大小便照顧(包含協助使用尿壺便盆、更換尿套尿布)、身體清潔、傷口換藥照護、抬高患肢、患肢冰敷；心臟衰竭個案所需項目包含翻身、拍痰、大小便照顧(包含協助使用尿壺便盆、更換尿套尿布)、身體清潔、量體重、記錄水份攝取量及液體排出量(Input/Output)、協助轉移位(從床上移到輪椅或椅子)。

表 3-4-9 急性後期照護生活照顧服務頻率—復健需求類個案

	醫院附設護理之家					獨立型態護理之家
	A	B	C	D	I	1
腦中風						
餵食	3+3(點心)次/日		3次/日	3次/日	6次/日	5次/日
鼻胃管灌(NG Feeding)	4-6次/日		5-6次/日	6次/日	7次/日	6次/日
翻身	1次/每2小時		12次/日	1/每2小時	1次/每2小時	1次/每2小時
拍痰	1次/每3小時		3次/日	5次/日	4~6次/日	1次/每2小時
大小便照顧(含協助使用尿壺便盆、更換尿套尿布)	3-5次/日		5-6次/日	1次/每2小時	12次/日	1次/每2小時
身體清潔	3次/週		3次/週	3次/週	2-3次/週	3次/週
口腔護理	1次/日		2-3次/日	2次/日	1-4次/日	2次/日
會陰沖洗	2次/日		3-5次/日	≥3次/日	≥1次/日	2次/日
協助轉移位(從床移到輪椅或椅子)	2-3次/日		2次/日	1-2次/日	1-2次/日	2次/日
皮膚護理(如：擦乳液)	3次/週		擦乳液：1次/日 擦藥：2-3次/日	≥1次	≥1次/日	1-2次/日
被動關節運動	護理師執行		有約束：每2小時鬆綁一次 沒約束：需要時協助	1-2次/日	1-2次/日	2次/日
腕關節置換						
協助活動(含翻身、轉移位、使用助行器行走或爬階、久坐等)		3次/日+需要時	10-20次/日		2-12次/日	1次/每2小時
大小便照顧(包含協助使用尿壺便盆、更換尿套尿布)		3次/日+需要時	5-6次/日		12次/日	1次/每2小時
身體清潔		3次/週+需要時	3次/週		2-3次/週	3次/週
傷口換藥照護		1次/日	視需求		護理師執行	1次/日
膝關節置換						
協助活動(含轉移位、協助翻身或抬臀、協助坐起與末梢活動、患肢等長等張運動、患肢伸直抬腿運動、CPM 膝關節被動運動器使用、使用助行器行走等)		12次/日	10-20次/日		2-12次/日	1次/每2小時
大小便照顧(包含協助使用尿壺便盆、更換尿套尿布)		12次/日+需要時	5-6次/日		12次/日	1次/每2小時
身體清潔		3次/週+需要時	3次/週		2-3次/週	3次/週
傷口換藥照護		1次/日	視需求		護理師執行	1次/日
抬高患肢		12次/日	約20次/日		10-11次/日	1次/每1-2小時
患肢冰敷		依醫囑	視需求		護理師執行	1次/每2小時
心臟衰竭						
翻身		12次/日			1次/每2小時	1次/每2小時
拍痰		12次/日			4-8次/日	1次/每2小時
大小便照顧(包含協助使用尿壺便盆)		12次/日			12次/日	1次/每2小時
身體清潔		3次/週			2-3次/週	3次/週
量體重		1次/月+需要時			1次/月	1次/日
紀錄水份攝取量及液體排出量(Input/Output)		3次/日			6-7次/日；3-12次/日	視情況
協助轉移位(從床上移到輪椅或椅子)		3次/日+需要時			1-2次/日	視情況

3. 復健服務

復健服務包含物理治療、職能治療及語言治療，分別由不同的復健專業人員負責，除腦中風個案三種服務皆需要外，其他髖關節置換、膝關節置換及心臟衰竭個案僅需要物理治療服務。

在腦中風部分，本研究依功能狀態將個案分為「急性期後病況已穩定，四肢無力需協助，言語及吞嚥困難」、「復健後功能已逐漸好轉，然功能尚未完全恢復(如不會走路)者」、「功能恢復程度趨緩，不需他人協助已可自主活動或使用輔具行動者」三種不同階段，以區分不同復健服務頻率需求。腦中風物理治療內容包含評估個案狀況、翻身、爬跪、墊上運動、坐姿、平衡、肌力、行走、上下樓梯、輔具指導等；職能治療內容包含評估個案狀況、姿勢訓練(如：站立桌、丟沙包等)、肌力訓練(如站立桌、推拉箱等)、平衡訓練(如：丟沙包等)、手部功能訓練(如：堆積木、翻轉棋...)等；語言治療內容包含評估個案狀況、語言能力訓練、溝通能力訓練等(表 3-4-10)。各急性後期照護單位針對腦中風個案之照護天數多以 6 週為限，D 單位之 2-3 個月為醫院附設護理之家中較長者，獨立型態護理之家皆較醫院附設護理之家長；專業復健方式有門診復健或於急性後期照護單位內由專業人員給予指導，簡單復健多是在單位內由護理人員及照顧服務員協助進行，復健頻率則各單位不太一致，多為每日一次(表 3-4-11)。

其他復健需求類個案所需物理治療項目如下：(1)髖關節置換個案：評估個案狀況、臀部訓練、踝關節運動、股四頭肌訓練、抬腿運動、直腿抬腳運動(SLR)、腿部外展(abduction)及內收、坐起、久坐、行走、輔具使用等；(2)膝關節置換個案：評估個案狀況、臀部訓練、踝關節運動、股四頭肌訓練、抬腿運動、直腿抬腳運動(SLR)、腿部外展(abduction)及內收、坐起、久坐、行走、輔具使用等；(3)心臟衰竭個案：評估個案狀況、運動復健、心肺運動功能測試檢查(表 3-4-12)。

表 3-4-10 急性後期照護復健服務頻率—腦中風個案

腦中風個案狀況	照護單位	物理治療：		職能治療：		語言治療：	
		評估個案狀況、翻身、爬跪、墊上運動、坐姿、平衡、肌力、行走、上下樓梯、輔具指導等		評估個案狀況、姿勢訓練(如：站立桌、丟沙包等)、肌力訓練(如站立桌、推拉箱等)、平衡訓練(如：丟沙包等)、手部功能訓練(如：堆積木、翻轉棋...)等		評估個案狀況、語言能力訓練、溝通能力訓練等	
急性期後，病況已穩定，四肢無力需協助、言語及吞嚥困難	醫院附設 護理之家	A	5 次/週	住院：4 次/週 出院：2~3 次/週	5 次/週	1~2 次/週	
		C	10 次/週	5 次/週	5 次/週	該專業人力無法提供詢問	
		D	5 次/週	3 次/週	3 次/週	2-3 次/週	
		F	1 次/週	1 次/週	1 次/週	X	
		I	住院：5 次/週 門診(有潛能)：3 次/週 門診復健(沒潛能)：2 次/週	住院：5 次/週 門診：2-3 次/週	2 次/週		
	獨立型態 護理之家	I	無該專業人力	5 次/週		無該專業人力	
復健後功能已逐漸好轉，然功能尚未完全恢復(如不會走路)者	醫院附設 護理之家	A	3 次/週	X	X	X	
		C	5 次/週	5 次/週	5 次/週	該專業人力無法提供詢問	
		D	5 次/週	3 次/週	3 次/週	2-3 次/週	
		獨立型態 護理之家	I	無該專業人力	5 次/週		無該專業人力
功能恢復程度趨緩，不需他人協助已可自主活動或使用輔具行動者	醫院附設 護理之家	A	2 次/週				
		C	5 次/週	5 次/週	5 次/週	該專業人力無法提供詢問	
		D	5 次/週	5 次/週	5 次/週	1-2 次/週	
		獨立型態 護理之家	I	無該專業人力	5 次/週		無該專業人力

表 3-4-11 急性後期照護復健服務模式-腦中風個案

	照護天數	復健方式	復健頻率
醫院附設護理之家	A	約 50 天 1.復健科門診 2.於單位內由護理人員及照服員協助簡單復健	每週 2 次
	B	以 6 週為限，視功能恢復情形延長(不超過 2 週) 1.復健科門診 2.簡單復健	每週 2 次由物理治療師與職能治療師指導個案及其他人員復健技巧；每日進行簡單復健
	C	以 6 週為限 於復健中心由物理治療師與職能治療師協助執行	每日 2 次
	D	約 2 個月，視功能恢復情況延長，最長以 3 個月為限 1.復健科門診復健 2.於單位內由照服員協助執行簡單復健	
	E	約 2-6 週，視功能恢復情況延長，最長以 6 週為限 1.門診復健 2.於單位內復健中心進行簡單復健	物理治療師(上午)及職能治療師(下午)陪同；其餘時間由家屬、看護或照服員協助進行
	F	1.復健科門診復健 2.於單位內以儀器輔助進行簡單復健	每日 1 次
醫院附設護理單位	G	1.半天專業復健 2.於單位內復健中心進行簡單復健	每日
	H	專任物理治療師直接於單位內給予物理治療	
獨立護理之家	1	約 5-6 個月 1.由機構專任物理治療師指導 2.簡單復健透過活動設計由照服員陪同進行	每日 1 次(上午為專業復健、下午則進行簡單復健)
	2	未明訂期限，平均約 2-3 個月 專業復健活動： 1.物理治療師及職能治療師至機構指導 2.至醫院進行門診復健	每日 1 次：物理治療師(每週 2 次)、職能治療師(每週 1 次)親至護理之家，醫院門診復健(每週 3 次)

註：醫院附設護理單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

資料來源：1.衛生福利部基隆醫院、桃園醫院、苗栗醫院、豐原醫院、南投醫院、朴子醫院、屏東醫院 100 年、101 年「急性後期照護服務模式及試辦計畫」成果報告書

2.本計畫訪談結果

表 3-4-12 急性後期照護復健服務頻率—其他復健需求類個案

個案類型	髖關節置換	膝關節置換	心臟衰竭個案	
	物理治療： 評估個案狀況、臀部訓練、踝關節運動、股四頭肌訓練、抬腿運動、關節運動、股四頭肌訓練、抬腿運動、直腿抬腳運動(SLR)、腿部外展腿運動、直腿抬腳運動(SLR)、(abduction)及內收、坐起、久坐、行走、輔具使用等	物理治療： 評估個案狀況、臀部訓練、踝關節運動、股四頭肌訓練、抬腿運動、關節運動、股四頭肌訓練、抬腿運動、直腿抬腳運動(SLR)、腿部外展腿運動、直腿抬腳運動(SLR)、(abduction)及內收、坐起、久坐、行走、輔具使用等	物理治療：	心肺運動功能測試檢查
醫院附設護理之家	A 2-3 次/週 C 5 次/週 D 3-5 次/週	2-3 次/週 5 次/週 3-5 次/週	2-3 次/週	無 1 次/週
獨立型護理之家	1 5 次/週	5 次/週	5 次/週	視情況

4. 營養服務

個案於急性後期照護單位內之營養狀態也相當重要，由營養師負責評估及調整，營養服務包含評估營養狀態、用餐訪視、飲食衛教、飲食調整等，各單位執行頻率如表所示(表 3-4-13)。

表 3-4-13 急性後期照護營養服務頻率

		營養服務： 評估營養狀態、用餐訪視、飲食衛教、飲食調整等
醫院附設 護理之家	A	每週 1 次，視個案需求增加(吞嚥困難者次數增加)
	C	該專業人力無法提供詢問
	I	每日 1 次(出院前 2-3 次，針對衛教加強)
醫院附設 照護單位	H	每餐護理人員會記錄進食狀況 每週 1 次(含衛教) 每月 1 次體重追蹤

註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

5. 社工服務

急性後期照護個案由急性醫院下轉且於結案後會返家、至長照機構或又回到急性醫療，期間需要多方協調，且個案之心理、家庭、工作各面向皆可能受到影響，需要社工師持續關懷與協助，所需社工服務包含經濟補助、會談(個別會談、婚姻協談、家庭會談)、醫病溝通、關懷訪視、福利評估與諮詢、出入院協調、轉銜規劃、轉介服務、團隊會議、生活重建、職業重建、心理及社會參與能力重建、身障評估(ICF)、情緒輔導、追蹤關懷等(表 3-4-14)。

表 3-4-14 急性後期照護社工服務頻率

		社工服務： 經濟補助、會談(個別會談、婚姻協談、家庭會談)、醫病溝通、關懷訪視、福利評估與諮詢、出入院協調、轉銜規劃、轉介服務、團隊會議、生活重建、職業重建、心理及社會參與能力重建、身障評估(ICF)、情緒輔導、追蹤關懷等
醫院附設 護理之家	A	每日 1 次，視個案需求增加
	C	視個案需求，透過護理師轉達社工提供協助
	I	每週 2 次
醫院附設 照護單位	H	該專業人力無法提供詢問

註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

本計畫今年設計服務項目訪談表單及進行訪談時，是以第二年結論所挑選出之復健需求類及感染類疾病別做為分類依據，包含復健需求類之腦中風、髖關節置換、膝關節置換及心臟衰竭，感染類之泌尿道感染、蜂窩性組織炎及肺炎，然今年專家提出建議認為部分所選取的疾病並不適合(或不需)急性後期照護(可參考本節「收案對象」)，雖然如此，本研究結果仍可供未來設計急性後期照護模式之參考。另外，專家建議建立急性後期照護模式時，應先將收案對象條件及嚴重度清楚定義以建立照護標準，並將服務項目區分為「共同項目」與「視個案需求項目」，依照疾病/處置別、嚴重度與身體功能狀況調整所需服務項目及頻率。

四、 照護人力配置

急性後期照護服務以個案管理師針對個案需求提供照護計畫，護理人員及照顧服務員為主要服務提供人員，人員配置方面，若觀察僅照護急性後期個案之護理人床比，其範圍介於 1：3.8-6，照服員則是介於 1.3.5-5。醫師專科多以復健科、家醫科、骨科、神經內科為大宗，在復健治療部分物理治療師、職能治療師、語言治療師為重要之角色，情緒支持方面則以心理師及社工師提供服務，另外，營養師及藥劑師則可針對個案之營養及用藥需求進行調整。而 D 醫院附設護理之家較為特別，亦將出院準備服務及居家護理納入急性後期照護服務團隊之列(表 3-4-15)。

表 3-4-15 國內急性後期照護單位之人力配置

	護理師	照顧服務員	醫師專科	物理治療師	職能治療師	語言治療師	個案管理師	營養師	社工師	心理師	藥劑師	出院準備服務	居家護理
醫院附設護理之家	A	V	V	復健、家醫				V	V		V		
	B	V	V	復健、家醫	V	V	V	V	V		V		
	C	白班：1：40 夜班：1：80	V	復健、家醫	V	V	V	V	V		V		
	D	主管 1 名專任，2 名兼任 護理師 8 名 1：3.8(9 人)	1:3.5 (10 人)(全)	復健、家醫、1 骨、神經內、(兼) 神經外共 5 名	1 (兼)	1 (兼)	1 (專)	1 (兼)	1 (兼)	1 (兼)	1 (兼)	1(護 理 師 兼)	2(護 理 師 兼)
	E	1(兼)	1(全)	家醫、神經內、骨及復健共 4 名(兼)	1 (全)	1 (兼)	1 (專)	1 (兼)	1 (兼)	1 (兼)	1 (兼)		
	F	主任、督導、護理長各 1 名 護理師 5 名	4	復健、內科	1	1	1	1	1		1		
醫院附設照護單位	G	1:6(全)	1:5(全)，三班制，11 人	復健科 1 名、家醫科 2 名	1			1	1				
	H	7 (白班、小夜—2:45;大夜—1:45)	10	家醫科 老人醫學科	1 (專)			1 (兼)					
獨立性態護理之家	1	4 名，白班、夜班各 1 名 目前 1 名護理師 照護 39 床	1：7-8 床	家醫科(兼) 內科(兼)	1 (專)			1 (兼)	1 (兼)		1 (兼)		
	2	1:15(全)	1:8(全)	家醫科	1 (兼)	1 (兼)							

註：C、H、1 和 2 單位之護理人員比例為急性後期及護理之家共用；DEG 單位之護理及照服員比例為僅急性後期照護單位之人床比。

醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治急性後期照護個案。

資料來源：行政院衛生署基隆、桃園、苗栗、豐原、南投、朴子醫院，101 年「中期照護模式成果報告書」；行政院衛生署屏東醫院，100 年「中期照護模式成果報告書」；第二年及第三年急性後期照護單位實地訪談資料

在急性後期照護服務中，針對需要復健的個案，除護理人員及照顧服務員外，以物理治療師及職能治療師的介入頻率最高，平均為每週 5 次，醫師訪視頻率約每週 1-2 次，而營養師、社工師及藥劑師則是隨時諮詢 (表 3-4-16)。

表 3-4-16 國內急性後期照護單位之各類人員訪視頻率

每週訪視次數	醫師	物理治療師	職能治療師	營養師	社工師	藥師
醫院 A	2	2	2	1	5	
附設 B	1	2	2		隨時支援	
護理 C	5	5	5			隨時諮詢
之家 D	2	5	2-5	隨時諮詢	隨時諮詢	隨時諮詢
E		5	5			
F		5	5			2
醫院 G		5	5			
附設 H	門診追蹤	以 20 次復健為一個照護計畫 (專任)				
獨立 1	1	5(專任)				
性態 2	1	2 次到院訪視、3 次門診復健	1 次到院訪視、3 次門診復健			
護理之家						

註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治急性後期照護個案

資料來源：第三年急性後期照護單位實地訪談資料

彙整訪談各急性後期照護單位之建議值，護理人員及照顧服務員部分，因需同時考量單位收置之急性後期照護個案疾病嚴重度及其人力是否與護理之家共用，故各單位提出之護理及照顧服務員建議值存有差異，醫院附設護理之家對於護理人員人床比建議值介於 1:5-1:12，照顧服務員則介於 1:4-1:9；C 單位建議醫師約每週進入機構 1-2 次；物理治療師及職能治療師建議可專職配置；營養師及社工師部分，B 單位建議配置專人，C 單位則建議兼任聘僱(表 3-4-17)。

專家學者建議急性後期照護護理和照顧服務員部分，由於需考量的因素過多，目前並無討論出合理的範圍，但專家學者提及急性後期照護人力配置應該不會比長期照護機構少，亦不會比急性醫療高；物理治療師及職能治療師部分，機構若考量成本問題，可擇一專任聘僱，配置約 1：20；醫師訪視頻率每週約 1-2 次即可。

表 3-4-17 各單位對急性後期照護之人力及訪視頻率建議

	護理師	照顧服務員	醫師	物理治療師 職能治療師	營養師 社工師
醫院 A	白班 1:5、夜班 1:8 ²	白班 1:3、夜班 1:6 ²			
附設 護理 B 之家	白班 1:5、夜班 1:15 ¹ 1:10 ¹	白班 1:6-8、夜班 1:12 ³ 1:4-1:5 ¹		職能治療師、物理治療師配置專人，如此可同時服務護理之家及急性後期照護個案	營養師、社工配置專人，如此可同時服務護理之家及急性後期照護個案
C	1:10-12 ¹	1:4 ¹	約每週進入機構 1-2 次	職能治療師、物理治療師以專職各一位	營養師、社工師採兼職聘用，每週需入機構 1-2 次、每次時間 4 小時
D	1:6 ¹	1:6-9 ¹			
醫院 H 附設 照護 單位	白班 1:25、夜班 1:50 ¹	白班 1:5、夜班 1:10-15 ¹			

註：¹ 護理師建議；² 醫師建議；³ 照顧服務員建議

醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治急性後期照護個案。

五、評估機制

(一) 急性後期照護個案多由護理師或個案管理師進行評估

執行急性後期照護之單位多由護理師或個案管理師負責進行個案評估，部分會再由專科醫師進行複評，判斷個案之狀況與復健潛能，復健治療師、營養師及社工師也會根據其專業進行個案相關評估，隨後安排個案、家屬及照護團隊共同討論照護計畫；入住時會進行一次評估，之後定期評估個案狀況，隨著狀況逐漸穩定，頻率會逐漸減少，照護計畫也會隨評估結果修正(表 3-4-18)。評估是否符合急性後期照護收案對象時宜以單一人員及表單進行，後續照護計畫擬定時再由跨專業團隊共同討論。

(二) 各單位評估量表無統一標準

各單位間個案評估量表無一致的標準，常使用之評估工具包含日常生活活動功能評估表(ADLs)、工具性日常生活活動功能評估表(IADLs)、功能獨立量表(FIM)、巴氏量表(Barthel Index)、柯氏量表、周全性老人評估(CGA)、老人憂鬱量表(GDS)、認知及情緒量表(C&E)、大腦功能狀態評估(JOMAC)等；物理治療評估使用之量表含肌力評估、伯格氏平衡評估、緹氏步態評估等，其他尚有基本資料、由各單位自行建立之相關需求評估表單及滿意度調查等(表 3-4-18)。

目前國內急性後期照護尚未開發完整且統一的評估工具，參考美國急性後期照護發展經驗，已開始使用由 CMS 所發展之 CARE(continuity assessment record and evaluation)評估工具，將其與義大醫院提供之急性後期照護現有表單及建議表單(分為共通及選用)以及長照小組提供之評估量表進行內容比較，結果如表 3-4-19 供參考。專家表示國內急性後期照護應朝向評估方式一致努力，但同時提醒由於 CARE 評估工具目前可查詢到之資料有限且評估方式及成效仍不清楚，未來若想參考此工具發展我國版本需進一步商榷。

表 3-4-18 急性後期照護機構個案評估機制

	評估人員	評估時機	評估工具
醫院 附設 護理 之家	A 護理師 (社工師評家庭狀況)	初期頻率較密集，待情況穩定後每週一次	簡易老人評估量表評估、功能獨立量表(FIM)
	B 護理師	剛入住時約一週一次	巴氏量表、ADLs，並配合個案病摘
	C 復健醫師評估復健潛能；個案管理師及護理人員進行其他評估	入住時一次；之後每兩週一次	<ul style="list-style-type: none"> ● 入住前：物理治療神經科/骨科紀錄單、綜合評估表、功能性回顧評估、巴氏量表/柯氏量表、運動功能評估量表(modify MAS)、工具性日常生活活動量表(IADLs)、住民身體評估、營養評估(MNA)/跌倒評估、AD-8/GDS-1/疼痛評估、藥物評估紀錄、EQ-5D 健康問卷 ● 入住時：巴氏量表/柯氏量表、運動功能評估量表(modify MAS)、住民身體評估、營養評估(MNA)/跌倒評估、AD-8/GDS-1/ 疼痛評估 ● 出機構後滿 1/3/5 個月：EQ-5D 健康問卷
D 個案管理師初評；家醫科、復健科醫師複評		日常生活活動功能評估表(ADLs)、生活功能獨立量表(FIM)及周全性老人評估(CGA)、巴氏量表	
E 個案管理師與醫師	入住、結案	照護需求層級量表評估(Hierarchy of Care Requirement, HCR)，包含日常生活活動(ADLs)、家務活動(IADLs)、認知及情緒(C&E)；巴氏量表、滿意度調查	
F 醫師或個案管理師、護理師	入住；之後內科醫師每週進行簡單評估	團隊照護評估表、認知功能量表、柯氏量表、巴氏量表、護理、復健、醫療、營養、社工評估、物理治療計畫、職能治療計畫	
I		日常生活功能量表(ADLs)、物理治療評估表	
醫院 附設 照護 單位	G 個管師至原照護單位評估(營養師評營養狀態)	入住、結案	大腦功能狀態評估(JOMAC)、功能性生理評估、巴氏量表、日常生活功能量表(ADLs)、工具性日常生活活動量表(IADLs)、功能獨立量表(FIM)
	H		物理治療評估包含肌力評估、伯格氏平衡評估、緹氏步態評估
獨立 型態 護理 之家	1 護理師評 ADLs 及 IADLs；職能治療師評估肌肉、力氣、復健及返家潛能		日常生活功能量表(ADLs)、工具性日常生活活動量表(IADLs)
	2 護理主任		工具性日常生活活動量表(IADLs)
	3		日常生活功能量表(ADLs)

註：醫院附設照護單位是指該急性後期照護單位附設於醫院之內，並且以獨立空間收治個案。

資料來源：1.衛生福利部基隆醫院、桃園醫院、苗栗醫院、豐原醫院、南投醫院、朴子醫院、屏東醫院 100 年、101 年「急性後期照護服務模式及試辦計畫」成果報告書

2.本計畫訪談結果

表 3-4-19 美國 CARE 評估工具、義大醫院建議表單及長照保險評估量表之比較

評估項目	細項	CARE 評估工具			義大建議表單				長照保險評估量表
		入住	過渡	離開	照護需求	急性後期照護現有表單	建議共通表單	選用表單(依疾病)	
I. 行政項目	A. 評估類型	V	V	V					
	B. 機構資訊	V	V	V					
	C. 個案資訊	V	V	V					
	D. 支付來源	V	V	V					
II. 入住資訊	A. 入住前服務使用	V							V(居家狀況、居家環境)
	B. 疾病、惡化或受傷前個案史	V							V(居家狀況、居家環境)
III. 目前醫療資訊	A. 主要診斷、共病症與併發症	V	V	V	醫療處置 (視需求)	MDS-急性後期 照護(疾病診 斷、使用藥物、 治療、醫療指示)		DNR	V
	B. 其他診斷、共病症與併發症	V	V	V					V
	C. 重要處置		(選填)	V					V
	D. 重要治療*	V	V	V					V
	E. 藥物*	(選填)	V	(選填)					
	F. 過敏與藥物不良反應	V		V					
	G. 皮膚完整性*	V	V	V	技術性護理 (視需求)	MDS-急性後期 照護(皮膚、健康 狀況)			V
	H. 生理評估*	V	V	V					
IV. 認知狀態、情緒與疼痛	A. 昏迷*	V	V		與個案溝通	MDS-急性後期 照護(認知、溝 通)	GCS	JOMAC	V
	B. 短期適應/心理狀態*	V	V		訊息傳達	CGA(MMSE)	SPMSQ	MMSE	V
	C. 認知狀態觀察評估(當無法訪談時用)*	V	V						V
	D. 混沌評估方法(CAM [®])*	V	V						V
	E. 行為表徵與症狀*	V	V	V					V
	F. 情緒(含 PHQ-20)*	V	V	V	情緒支持	MDS-急性後期 照護 (情緒與行為) CGA (老人憂鬱量表)		憂鬱程度量 表	V
	G. 疼痛*	V	V	V	醫療處置 (視需求)	MDS-PA C(疼痛評估)		疼痛評估 (VAS)	V

表 3-4-19 美國 CARE 評估工具、義大醫院建議表單及長照保險評估量表之比較(續)

評估項目	細項	CARE 評估工具			義大建議表單			長保量表
		入住	過渡	離開	照護需求	急性後期照護現有表單	建議共通表單 選用表單(依疾病)	
V. 損傷	A. 膀胱與腸道管理：使用設備與大小便失禁*	V	V	V	生理需求	MDS-急性後期照護 (生理機能、自制) CGA(BADL)	BADL FIM	V
	B. 吞嚥*	V	V	V	技術性護理(視需求)	MDS-急性後期照護 (皮膚、健康狀況)		
	C. 聽覺、視覺與溝通*	V	V	V				V
	D. 負重*	V	V	V	肢體功能復健	MDS-急性後期照護 (跌倒、生理機能) CGA(BADL、IADL)	肌力 FIM	
	E. 握力*	V	V	V				
	F. 呼吸狀態*	V	V	V				
	G. 肌耐力*	V	V	V				
	H. 移動設備與輔具需求*	V	V	V				V
VI. 功能狀態：日常表現	A. 核心自我照顧*	V	V	V	生理需求	MDS-急性後期照護 (生理機能、自制) CGA(BADL、IADL)	BADL FIM IADL	V
	B. 核心功能性移動*	V	V	V	日常生活功能(視需求)			V
	C. 其他功能能力*	V	V	V				V
VII. 整體照護計畫/預先照護指示	A. 整體照護計畫/預先照護指示	V	V	V				V(照顧者是否需要訓練)
VIII. 離開狀態	A. 離開資訊			V				V(是否有照顧者及身份)
	B. 住所資訊			V				
	C. 支持需求/照顧者協助			V				
	D. 離開照護選擇			V				
	E. 離開場域資訊			V				
IX. ICD-9 編碼資訊	A. 主診斷	(選填)	V	V				
	B. 其他診斷、共病症與併發症	(選填)	(選填)	V				
	C. 重要處置		(選填)	V				
	D. 完成編碼		V	V				
X. 其他相關資訊		V	V	V				
XI. 回饋		V	V	V				

註：*表示需在兩日評估期間內完成

六、收費標準及成本推估

國內急性後期照護單位收費方式差異甚大，除基本費用外，特殊醫療及生活照護費用均以使用需求另計。國內部分急性後期照護單位之收費比照護理之家收費標準，病房費部分已包含基本的照護費及護理費用，單人房、雙人房及四人房房價分別是 36,000 元至 60,000 元、25,000 元至 38,000 元及 24,000 元至 30,000 元；針對特殊護理處置的部分需另外收費，常見的收費項目包含氣切照護、鼻胃管照護、導尿管照護、傷口處置、氧氣吸入等；伙食費分為一般、管灌及治療三種，費用分別為每日 140 元至 220 元、200 元至 250 元及 170 元；此外部分醫院會額外收取保證金、洗衣費及洗澡費用（表 3-4-20）。

急性後期照護之成本計算，專家學者提出幾種方法並列出其優缺點：(1)利用現況進行時間研究(time study)，此法需收集各家機構執行急性後期照護的服務現況資料，包含執行各項服務所需之時數等細節，由於目前不同急性後期照護機構執行情況尚未標準化，且多數個案都是在急性病房轉六個月後才下轉到急性後期照護單位，已非最適合的急性後期照護個案，可能會難與長照切割，此外，若利用各項服務項目的所需時間做加總計算，會有高估之可能性；與會專家提醒應先將收案對象條件及嚴重度清楚定義，即可推知服務項目(技術性護理、生活照顧、復健等)、服務頻率、所需人力類型與量，屆時再估算成本會較為恰當。(2)以相似於急性後期照護照護模式之服務時數，推估人事成本，再用人事比例(約 45%)回推計算每一床所需之成本，此方法無法提供設置標準建議，需使用逼近法(介於急性和長照之間)估算，人事成本應包含年終獎金、勞健保費用、訓練費用...等。(3)依照復健需求程度(接受復健治療多久時間)將急性後期照護個案區分四個不同層級，最簡單的個案只有技術性護理的部分，有復健需求者則分為技術性護理+輕度復健、技術性護理+中度復健、技術性護理+重度復健，每個層級給的金額不同；另有專家建議分為每天照護項目及復健項目估算，每天照護項目可參考各執行急性後期照護計畫的部立醫院之「週活動時間表」，內容包含個案每天的照護項目和活動，復健項目部分，則請復健醫師或復健治療師針對不同腦中風嚴重度的個案提供復健診斷和復健治療項目。

表 3-4-20 國內急性後期照護單位收費標準及項目

	病房費 (元/月)	護理費 (元/月)	伙食費 (元/日)	保證金	洗衣費 (元/月)	洗澡費
醫院附設護理之家	A 二人：25,000元 三人：24,500元 四人：24,000元	氣切處置：3,000元 胃管留置處置：1,000元 裝置尿管：1,000元 傷口處置：1000-2,000元 氧氣吸入：150元/日	一般：220元 管灌：253元	30,000元	500元	
	B 單人：42,000元 二人：33,000元 四人：31,000元	氣切套管照護：2,500元 鼻胃管照護：2,500元 導尿管照護：2,500元 傷口護理費：2,000-2,500元 照口照護：3,000元 氧氣吸入：130元/日	管灌：200元		500元	
	C 1.日間照護費： 骨外科系(1-14天、15-42天)：100元/日、300元/日 內科系(1-28天、29-42天)：100元/日、300元/日 2.全日照護費： 骨外科系(1-14天、15-42天)：300元/日、600元/日 內科系(1-28天、29-42天)：300元/日、600元/日	氣切照護：100元/日 鼻胃管灌食幫浦：10元/日 導尿管照護：30元/日 傷口照護：20-50元/日 氧氣吸入：30元/時、120元/日 血糖測試：30元/次 胰島素注射：10元/次 人工造瘻口：20元/日	一般：140元 治療：170元 管灌：250元	30,000元	50元/日	100元/次
D	單人：36,000元 雙人：32,000元	氣切管照：3,000元 鼻胃管：2,000元 導尿管：1,000元 胃造口：2,000元 人工肛門：1,000元 氧氣費：100元/日	全流、一般管灌：500元/月		含在病房費中	含在病房費中
E	1.標準四人房：28,000元 2.日間復健病房： 週一至週五的上午八點至下午五點，提供病床供個案使用，收費標準為300元/日	氣切、尿管：健保門診開立處置 氣切護理：50元/日 抽痰：218元/日 傷口處理：依傷口大小(小換藥47元/次；大換藥104元/次) 氧氣吸入：30元/次；360元/日 蒸氣或噴霧治療：40元/次；150元/日	一般：160元 鼻胃管灌：612元			
F	二人：28,000元 三人：27,000元 四人：25,000元 復健科優惠： 二人：30,000元	氣切處置費：3,000元 胃管留置處置費：1,000元 尿管留置處置費：1,000元 傷口處置費：依實際換藥次數計算 血糖監測：50元/次 氧氣吸入：150元/日	一般：150元			
醫院附設護理單	G 單人：38,000元 二人：29,000元 五人：25,000元	氣切護理：3,000元 鼻胃管護理：500元 導尿管護理：免費 傷口護理費：600-1800元	一般：150 管灌：依住民需求	35,000元	600元	
	H 單人房：50,000-60,000元 雙人房：38,000元 四人房：30,000元(管路另計)					
獨立型態護理之家	1 35,000元(包含餐點及耗材) 自費部分包含醫療性器材、營養補給品等					
	2 基本收費25,000元					

資料來源：行政院衛生署基隆醫院附設護理之家中期照護簡介；行政院衛生署南投醫院，100年「中期照護模式成果報告書」；行政院衛生署朴子醫院，101年「中期照護模式成果報告書」；第二年及第三年急性後期照護單位實地訪談資料

七、部立醫院執行成效

國內急性後期照護單位所提供之照護是否適切，有許多指標可用來評估，衛生福利部之「急性後期照護服務模式及試辦計畫」有訂定多項效益指標，如自我照顧能力進步率 $>30\%$ 、跌倒發生率 $<0.1\%$ 、感染發生率 $<0.03\%$ 、管路移除成功率 $>30\%$ 、再住院率 $<20\%$ 、成功返家率 $>30\%$...等，以下針對各部立醫院於 101 年期末成果報告中所呈現的各指標數值進行比較。

部立醫院急性後期照護個案復健成效良好，而再住院率與返家率大多有符合目標；在復健成效方面，各院以日常生活獨立自主功能進步率(巴氏量表)及功能獨立量表((Functional Independence Measure, FIM)進步率兩指標進行評估。A、D、F 醫院平均日常生活獨立自主功能之進步率約 48%，E 醫院則達 75%；另外，C 及 G 醫院檢視個案入住時與結案時巴氏量表得分分布，顯示結案時依賴程度高(巴氏量表分數低)的個案數減少，依賴程度低的比率增加；功能獨立量表進步率在 A 醫院為 7%，D 醫院則為 16%。E 醫院表示該院復健醫療成效評估良好達 50%。

跌倒發生率在 C 醫院 2.22%、D 醫院 0.58%、F 醫院為 0%，前兩者皆大於跌倒發生率 $<0.1\%$ 的目標值；感染發生率在 C 醫院為 0.38%、F 醫院為 0%，前者大於感染發生率 $<0.03\%$ 的目標值。F 醫院管路移除率為 35%，有高於目標值($>30\%$)；在鼻胃管移除率方面，C 醫院 14.29%、D 醫院 11.11%、F 醫院 20%、G 醫院 45.5%；導尿管移除率方面，C 醫院 14.29%、D 醫院 33.33%、F 醫院 57%、G 醫院 84.6%，顯示導尿管較鼻胃管有較佳的移除比率。

再住院率目標值為 $<20\%$ ，有呈現數值之各醫院皆有達到目標：B 醫院 12.5%、C 醫院 2.22%、E 醫院 7.41%、F 醫院 12.82%、G 醫院 16%，而 A 醫院三個月內再住院率為 0%，B 醫院及 D 醫院 14 日再住院率分別為 8%與 10%。此外，D 醫院三日內再急診率為 10%。

結案歸向方面，返家率以 $>30\%$ 為目標，除了 C 醫院未呈現及 B 醫院 6.3%外，其餘五間醫院皆達目標：A 醫院 69%、D 醫院 43.33%、E 醫院 59.26%、F 醫院 49%、G 醫院 50%；另外，個案轉長照機構比率如下：A 醫院 31%、B 醫院 50%、F 醫院 20%、G 醫院 8%(表 3-4-21)。

表 3-4-21 部立醫院急性後期照護服務模式計畫成效彙整

面向	項目	七間醫院比較	
照護結果分析	收案時間	F 醫院 4-11 月，D 醫院 4/1 至 11/16，其餘五間醫院為 101 年 1-11 月(A 醫院有三個月暫停收案)	
	總收案人數	G 醫院最多(83 人)、A 醫院最少(13 人)，其餘落在 16-48 人間	
	每月平均入住人數	G 醫院最多(7.55 人/月)、B 醫院最少(1.455 人/月)，其餘落在 1.625-4.87 間	
	個案特質		
	年齡	A 醫院、B 醫院、C 醫院、D 醫院個案平均年齡為 73-80 歲； F 醫院以 50-64 歲最多、E 醫院以 60 歲以上最多、G 醫院以 75-84 歲最多	
	性別	B 醫院、F 醫院、C 醫院、D 醫院以男性較多；A 醫院及 E 醫院以女性較多	
	收案來源	A 醫院、F 醫院、D 醫院以骨科或復健科最多；B 醫院及 C 醫院則以內科最多；E 醫院最多的為腦中風個案	
	入住管道	B 醫院均來自院內急性病房；F 醫院、E 醫院與 G 醫院來自院內的個案最多	
	入住天數	A 醫院、B 醫院、C 醫院、G 醫院平均 31-45.6 天； D 醫院以住 30-60 天者最多、E 醫院以 8-21 天或 36 天以上者最多	
	復健成效		日常生活獨立自主功能之進步率(巴氏量表)：A 醫院 48%、F 醫院 48.71%、D 醫院 48.6%、E 醫院 75% C 醫院及 G 醫院結案時較收案時依賴程度高(巴氏量表分數低)的個案數減少，依賴程度低的比率增加
			功能獨立量表 FIM 進步率：A 醫院 7%、D 醫院 16.0% E 醫院復健醫療成效評估良好達 50%
	跌倒發生率	F 醫院為 0%、C 醫院 2.22%、D 醫院 0.58%	
	感染發生率	F 醫院為 0%、C 醫院 0.38%	
	再入院率、再急診率	總再住院情形：B 醫院 12.5%、F 醫院 12.82%、C 醫院 2.22%、E 醫院 7.41%、G 醫院 16% 三個月內再住院：A 醫院 0% 14 日再住院：B 醫院 8%、D 醫院 10% 3 日內再急診：D 醫院 10%	
	管路移除率	總管路移除率：F 醫院 35% 鼻胃管移除率：F 醫院 20%、C 醫院 14.29%、D 醫院 11.11%、G 醫院 45.5% 導尿管移除率：F 醫院 57%、C 醫院 14.29%、D 醫院 33.33%、G 醫院 84.6%	
結案歸向	返家率：A 醫院 69%、B 醫院 6.3%、F 醫院 49%、D 醫院 43.33%、E 醫院 59.26%、G 醫院 50% 轉長照機構：A 醫院 31%、B 醫院 50%、F 醫院 20%、G 醫院 8%		

八、全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫

衛生福利部中央健康保險署於 2013 年 10 月 7 日公告「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」，預計自 2014 年 1 月 1 日開始分階段導入，第一階段為試辦期約 2-3 年，徵求專業團隊參與試辦計畫，目的為建立我國腦中風個案之急性後期照護模式，期間視需要可導入其他疾病；第二階段為擴大試辦期 2 年，希望藉由試辦期之經驗以推廣急性後期照護模式至其他疾病；第三階段為推廣期，主要在擴大參與，使受益個案與參與團隊數量持續增加。此計畫預算來源分為兩部分，醫療費用由「醫院醫療給付費用總額項」支應，評估費則由「推動促進醫療體系整合計畫」支應(詳如附件)。

收案對象為重大傷病之急性腦血管疾病(限發作一個月內)之個案，醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙，於參與計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者。以「功能狀況」及「具積極復健潛能」將收案對象分成五種「急性後期功能群組」(Function-related Group, FRG)，僅支付 FRG1 (急性後期照護與高強度復健，每日需治療 3-5 次)及 FRG2 (急性後期照護與一般強度復健，每日需治療 1-3 次)兩類個案，照護費(含住院診察費、病房費、護理費、檢查費、復健治療費)隨不同類別個案而不同，期間以 6 週為原則，最多可延長至 12 週。評估方式是以團隊會議方式進行，時機包含轉出醫院評估、承接醫院 72 小時內初評、每 3 週評估及結案評估，以急性後期照護個案功能評估表進行評估，面向包含整體功能狀態、基本日常生活功能、吞嚥進食功能、營養評估、健康相關生活品質、工具性日常生活功能、姿勢控制、平衡功能、步行能力、整體行動功能、心肺耐力、感覺功能評估、認知、知覺功能評估、職能表現、重返社會能力評估、語言功能評估。

參與團隊需為跨院際整合團隊模式，指派單一醫院為主責醫院，收案對象須為同院際團隊之個案，轉出醫院為醫學中心、區域醫院或地區醫院，承作醫院則為具急性醫療作業能力之區域醫院或地區醫院，能提供復健治療服務，復健醫療設施與相關專業人員符合標準，且必須在現有病床中劃出「急性後期照護單位」。急性後期照護團隊需設置專責醫師，成員包括腦中風相關科別醫師、承作醫院之專任護理人員、物理治療師、職能治療師、

語言治療師、藥師、營養師及社工人員至少各 1 名，每 4 床至少需 1 位復健人員。

專家點出讓區域醫院能收置急性後期照護個案是不適合的，會讓地區醫院無法生存，此外，以急性病床執行急性後期照護更是不恰當，參考國外急性後期照護多是朝向社區化發展，以居家護理為主、護理之家其次，此計畫要在區域及地區醫院病床執行，與國際趨勢相左，我國正面臨快速高齡化，未來十年這樣的急性後期照護模式健保應負擔不起，建議急性後期照護應以居家護理或護理之家執行為主。此試辦計畫目前僅納入腦中風個案，但專家認為此類型個案狀況複雜、變異性大，執行起來會很困難，建議應納入其他相對單純之個案；專家認為計畫中沒訂定較細項之每日服務內容，並不恰當；評估表單多，難填而耗時，專家表示，過去臨床經驗顯示各類專業人員配合評估填報的情形不佳，最後都由護理人員負責，會造成很大工作負荷，且尚無法看出統合之評估結果為何。

九、小結

我國目前執行急性後期照護除門診、居家護理、長照十年外，場域以入住型為主，包含「醫院附設護理之家」、「醫院附設照護單位」、「獨立型態護理之家」及「醫院病床」；收案對象科別以骨科、復健科或內科為主，且大多為在醫院間互轉至期限後才下轉；財務來源目前以民眾自費為主；急性後期照護收案後給予技術性護理服務、生活照顧服務、復健服務(物理治療、職能治療與語言治療)、營養服務及社工服務，由相對應的專業人員提供。

建議我國急性後期照護場域應朝家中或社區化方式努力，以居家照護、護理之家及小型地區醫院閒置病床轉型提供服務；個案應在急性期穩定後即下轉至急性後期照護單位，並依需求分類為復健需求類及感染類；強化照顧服務員生活照顧服務之角色；評估是否符合急性後期照護收案對象時宜以單一人員及表單進行，後續照護計畫擬定時再由跨專業團隊共同討論，並應統一評估所使用之量表；成本推估宜採用不同方法進行比較與研擬。

第五節 台灣急性後期照護需求之推估-以缺血性腦中風個案為例

一、2009 年缺血性腦中風新個案首次住院利用情形

2009 年缺血性腦中風住院新個案首次住院平均住院天數為 10.86 天，平均費用為 61,979 元 (表 3-5-1)。

表 3-5-1 2009 年缺血性腦中風新個案首次住院天數和住院費用(N=18,350)

	平均值	標準差	中位數	最大值	最小值
天數	10.86	11.97	7	180	1
費用	61979.65	94296.35	33,072	2,074,363	764

註：若首次住院有超過 180 天，則僅算至第 180 天為止

單位：新台幣元

二、2009 年缺血性腦中風個案首次入院起半年內之住院利用情形

參考美國包裹式支付方式進行 2009 年缺血性腦中風新個案住院利用之推估，此部分是推估病人自「首次入院日」起 30 天、60 天、90 天及 180 天的「住院利用」，分兩種算法：若該次住院有超過 30 天、60 天、90 天及 180 天，(1) 天數及費用僅算至第 30 天、60 天、90 天及 180 天為止，30 天、60 天、90 天及 180 天平均住院天數及費用分別是 10.44 天、11.73 天、12.09 天及 12.53 天，59,558 元、66,524 元、68,550 元及 71,004 元；(2) 若天數及費用是將該次住院的所有花費都算入，則每人平均住院天數分別是 11.96 天、12.21 天、12.39 天及 12.70 天，費用分別為 67,723 元、69,181 元、70,053 元及 71,805 元(表 3-5-2)。

表 3-5-2 2009 年缺血性腦中風新個案自首次入院日起半年內住院利用 (N=18,350)

首次入院日	平均值	標準差	中位數	最小值	最大值
天數(若該次住院有超過 deadline，則僅算至 deadline 那天)					
30 日	10.44	8.24	7	1	30
60 日	11.73	11.52	7	1	60
90 日	12.09	12.67	8	1	90
180 日	12.53	13.97	8	1	180
天數(若該次住院有超過 deadline，則將該次住院都算入)					
30 日	11.96	15.13	7	1	633
60 日	12.21	15.49	7	1	633
90 日	12.39	15.78	8	1	633
180 日	12.70	16.17	8	1	633
費用(若該次住院有超過 deadline，則僅算至 deadline 那天)					
30 日	59,558	69,725	34,878	902	1,065,171
60 日	66,524	90,075	35,359	764	1,477,182
90 日	68,550	97,813	35,632	764	1,678,348
180 日	71,004	105,206	36,244	764	1,978,914
費用(若該次住院有超過 deadline，則將該次住院的所有費用都算入)					
30 日	67,723	107,865	35,008	764	3,389,004
60 日	69,181	109,735	35,448	764	3,389,004
90 日	70,053	110,741	35,688	764	3,389,004
180 日	71,805	112,905	36,253	764	3,389,004

三、2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內之住院利用情形

此部分是推估病人自「首次出院後」30 天、60 天、90 天及 180 天的「住院利用」，同樣是分兩種算法：若該次住院有超過 30 天、60 天、90 天及 180 天，(1) 天數及費用僅算至第 30 天、60 天、90 天及 180 天為止，平均住院天數分別是 13.59 天、15.79 天、16.18 天及 16.89 天，平均費用分別 69,822 元、82,551 元、84,975 元及 90,377 元；(2) 若天數及費用是將該次住院的所有花費都算入，則每人平均住院天數分別是 17.38 天、17.22 天、17.09 天及 17.18 天，費用分別為 88,640 元、90,394 元、90,517 元及 91,910 元(表 3-5-3)。

表 3-5-3 2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內住院利用 (N=18,350)

首次出院日	平均值	標準差	中位數	最小值	最大值
天數(若該次住院有超過 deadline，則僅算至 deadline 那天)					
30 日	13.59	9.26	10.5	1	30
60 日	15.79	13.17	11	1	60
90 日	16.18	14.66	11	1	90
180 日	16.89	16.34	11	1	161
天數(若該次住院有超過 deadline，則將該次住院都算入)					
30 日	17.38	16.21	11	1	161
60 日	17.22	16.30	11	1	161
90 日	17.09	16.50	11	1	161
180 日	17.18	16.88	11	1	161
費用(若該次住院有超過 deadline，則僅算至 deadline 那天)					
30 日	69,822	74,323	44,254	1855	599,668
60 日	82,551	96,710	46,969	1855	866,053
90 日	84,975	106,333	46,869	1855	1,189,818
180 日	90,377	117,995	47,565	1855	1,537,000
費用(若該次住院有超過 deadline，則將該次住院的所有費用都算入)					
30 日	88,640	115,141	48,508	1855	1,537,000
60 日	90,394	119,229	49,028	1855	1,537,000
90 日	90,517	120,472	48,508	1855	1,537,000
180 日	91,910	120,758	47,735	1855	1,537,000

四、2009 年缺血性腦中風新個案自首次入院起半年內之門診利用情形

此部分是推估病人自「首次入院日起」30 天、60 天、90 天及 180 天的「門診利用」，平均門診次數為 1.93 次、3.31 次、4.41 次及 7.25 次，平均費用分別為 3,624 元、6,757 元、9,375 元及 16,074 元 (表 3-5-4)。

表 3-5-4 2009 年缺血性腦中風新個案自首次入院日起半年內門診利用

首次入院日	人數	平均值	標準差	中位數	最小值	最大值
次數						
30 日	9,055	1.93	1.23	2	1	13
60 日	10,273	3.31	2.29	3	1	18
90 日	10,652	4.41	3.31	4	1	26
180 日	11,100	7.25	6.24	6	1	45
費用						
30 日	9,055	3,624	4,232	2,061	20	31,604
60 日	10,273	6,757	8,343	3,952	20	151,767
90 日	10,652	9,375	12,130	5,307	20	151,767
180 日	11,100	16,074	22,790	8,723	20	202,359

五、2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內之門診利用情形

此部分是推估病人自「首次出院後」30 天、60 天、90 天及 180 天的「門診利用」，平均門診次數為 2.33 次、3.74 次、4.86 次及 7.63 次，平均費用分別為 4,748 元、7,959 元、10,594 元及 17,099 元 (表 3-5-5)。

表 3-5-5 2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內門診利用

首次出院日	人數	平均值	標準差	中位數	最小值	最大值
次數						
30 日	10,015	2.33	1.64	2	1	13
60 日	10,526	3.74	2.74	3	1	19
90 日	10,776	4.86	3.79	4	1	26
180 日	11,131	7.63	6.73	6	1	48
費用						
30 日	10,015	4,748	5,944	2,497	50	43,846
60 日	10,526	7,959	10,281	4,383	50	151,767
90 日	10,776	10,594	14,179	5,818	50	151,767
180 日	11,131	17,099	24,825	9,041	50	219,882

六、2009 年缺血性腦中風新個案自首次入院起半年內之門診復健利用情形

此部分是推估病人自「首次入院日起」30 天、60 天、90 天及 180 天的「門診復健利用」，平均門診復健次數為 2.15 次、3.69 次、5.09 次及 8.41 次，平均費用分別為 7,032 元、12,330 元、17,113 元及 28,289 元 (表 3-5-6)。

表 3-5-6 2009 年缺血性腦中風新個案自首次入院日起半年內門診復健利用

首次入院日	人數	平均值	標準差	中位數	最小值	最大值
次數						
30 日	3,098	2.15	1.15	2	1	11
60 日	4,100	3.69	2.41	3	1	17
90 日	4,509	5.09	3.68	4	1	29
180 日	5,181	8.41	7.47	6	1	65
復健費用						
30 日	3,098	7,032	5,446	5,892	190	32,644
60 日	4,100	12,330	11,093	8,835	190	70,031
90 日	4,509	17,113	16,587	11,787	120	95,696
180 日	5,181	28,289	32,436	14,844	120	178,896

七、2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內之門診復健利用情形

此部分是推估病人自「首次出院後」30 天、60 天、90 天及 180 天的「門診復健利用」，平均門診復健次數為 2.33 次、3.74 次、4.86 次及 7.63 次，平均費用分別為 4,748 元、7,959 元、10,594 元及 17,099 元 (表 3-5-7)。

表 3-5-7 2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內門診復健利用

首次出院日	人數	平均值	標準差	中位數	最小值	最大值
次數						
30 日	3,792	2.80	1.53	3	1	11
60 日	4,364	4.37	2.88	4	1	17
90 日	4,669	5.73	4.23	5	1	35
180 日	5,238	8.95	8.07	6	1	65
復健費用						
30 日	3,792	9,574	7,782	7,320	213	47,626
60 日	4,364	14,950	13,766	10,762	213	80,187
90 日	4,669	19,618	19,598	12,940	120	109,423
180 日	5,238	30,294	35,405	15,363	120	196,624

八、2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內利用之分布情形

2009 年腦中風新個案首次出院後以使用門診利用者最多，其次為門診復健利用者，以進入護理之家者最少，若進一步細分第二次流向，可發現仍以門診利用者較多，門診復健利用者為其次(表 3-5-8)。

表 3-5-8 2009 年缺血性腦中風新個案首次出院後半年內利用之分布情形

	利用筆數
首次出院後第一次利用流向	
出院-住院	1,142
出院-門診	9,653
出院-門診復健	3,450
出院-居家照護	322
出院-護理之家	90
出院-安養機構	175
首次出院後第一次利用為住院者之第二次利用流向	
出院-住院-住院	76
出院-住院-門診	612
出院-住院-門診復健	318
出院-住院-居家照護	31
出院-住院-護理之家	10
出院-住院-安養機構	9
首次出院後第一次利用為門診者之第二次利用流向	
出院-門診-住院	192
出院-門診-門診	7,756
出院-門診-門診復健	1,399
出院-門診-居家照護	185
出院-門診-護理之家	47
出院-門診-安養機構	92
首次出院後第一次利用為門診復健者之第二次利用流向	
出院-門診復健-住院	51
出院-門診復健-門診	2,089
出院-門診復健-門診復健	1,615
出院-門診復健-居家照護	29
出院-門診復健-護理之家	19
出院-門診復健-安養機構	26

註：若個案同一日期同時利用兩種服務(例如門診及門診復健)則該個案會在門診及門診復健各被計算一次

第四章 討論

一、各國發展 DRGs 系統，可減少醫療費用，並提供跨國比較之基礎

1983 年美國 Medicare 的 DRG 支付制度經不斷修正已發展越趨細緻之 DRGs 系統。Medicare 保險對象為 65 歲以上之個案；為校正各 DRG 碼之疾病嚴重度，遂發展 Refined DRGs 以合併症/併發症情形使個案分類更為細緻；在考量不同人口群之差異下，CMS-DRGs 之發展是以老人及殘障者為對象，而 All patient DRGs 則是以全人口為對象，並補足新生兒分類，但考量疾病嚴重度及死亡風險須被校正，因此發展 All patient refined DRGs 因應。除了美國之外，亦有其他國家開始實施前瞻性之支付制度，然當各國各自發展其本土化環境之編碼及分類制度時，將缺乏可比較性，因此 International refined DRGs 之發展可使用不同版本的 ICD 碼，並將之分類為相同的 DRG，建立國際間資料之蒐集及可比較性。國內已建立 Tw-DRGs 編碼，並可提供跨院跨國比較，然住院支付制度迄今僅實施 17%，仍有大幅改善空間。

二、各國實施 DRGs 制度後總床數下降，我國實施 Tw-DRGs 後之醫院家數及總病床數微幅下降，而長期照護機構與護理之家機構數與床數皆有增加

參考國外推動 DRGs 制度後對醫療體系之衝擊，發現 DRGs 制度的實施使每萬人口急性病床數與平均急性住院天數皆有下降情形；本計畫分析我國 2010-2012 年之醫院家數及總病床數變化，發現醫院家數及總病床數之變化並不明顯，但仍有微幅下降；推測 Tw-DRGs 的實施使住院日數達到部分控管之效，而使醫院佔床率下降，進而使醫院以縮減病床數、或與其他較大型醫院結盟或合併等方式維持營運績效；Tw-DRGs 的實施亦使部份個案於生理功能尚未完全緩解時即需自急性病床出院，然考量個案返家後之照護不便利性，且國內急性後期照護亦尚未發展成熟，可能因而使個案轉送至長期照護機構或護理之家持續照顧，因此使長期照護機構與護理之家機構之數量及規模有成長之情形。

三、導入 Tw-DRGs 使一般或特定(含其他)案件平均住院天數、超長住院率及 14 日內再住院率

增加，採逐步導入方式會使推動困難度增加

特定(含其他)案件 2009-2010 年申報案件數、平均住院天數、超長住院率及十四日內再住院率增加，申報案件數自 74,102 成長至 114,820 件，平均住院天數自 35.82 天上升至 61.41 天，超長住院率自 19.16% 增加至 25.74%，14 日內再住院率自 13.98% 增加至 15.44%；一般案件申報案件數與 14 日內再住院率增加，申報案件數自 2,235,944 成長至 2,147,816 件，平均住院天數由 10.56 天下降為 9.15 天，超長住院率自 4.11% 下降為 3.70%，14 日內再住院率自 12.89% 上升至 13.09%；Tw-DRGs 案件申報案件數自 410,686 成長至 506,100 件，平均住院天數自 3.87 天上升至 4.13 天，超長住院率自 0.08% 下降至 0.00%，14 日內再住院率自 5.07% 下降至 4.91%；推測平均住院天數較長、超長住院及 14 日內再住院之個案傾向申報為一般或特定(含其他)案件。

四、一般案件、特定(含其他)案件 30 日內再住院率高

2009-2010 年一般案件 30 日內再住院率分別為 22.12%、22.19%，特定(含其他)案件分別為 24.85%、24.54%，Tw-DRGs 案件則為 6.78%、6.52%，顯示再住院個案可能傾向申報為一般或特定(含其他)案件。

五、Tw-DRGs 排除住院天數大於 30 日之個案，特定(含其他)案件超長住院率增加

美國 DRGs 排除長期照護醫院(平均住院天數大於 25 天) (HHS, 1998)，而非住院大於 30 日之個案，因其屬於急性後期病床，非急性病床。我國 Tw-DRGs 排除住院天數大於 30 日之個案，2009-2010 年特定(含其他)案件由 19.16% 增加至 25.74%，推測住院天數大於 30 日之案件可能申報為特定(含其他)案件。

六、地區醫院平均住院天數長、再住院率高

地區醫院 2010 年平均住院天數未排除呼吸照護個案 vs. 排除呼吸照護個案分別為 121.63 vs. 12.45 天，排除呼吸照護個案後地區醫院 30 日內再住院率仍達 20.25%，顯示地區醫院已在提供 PAC 服務。

七、國內有社會性住院情形

申報一般案件者 2010 年 30 日內再住院率為 22.19%，超長住院率為 3.70%，顯示一般案件可能以再住院方式進行 PAC；特定(含其他)案件 30 日內再住院率為 24.54%，超長住院率為 25.74%。

八、DRG 的實施在縮減住院的同時，由急性後期照護提供連結性服務

實施 DRGs 後病人住院天數會下降，個案在急性期結束後即由社區急性後期照護銜接，急性後期照護除「功能性復健」亦包括「生活復健」，要有像家的環境不要在病床上吃飯(澳洲)，由專業人員指導個案進行；國內的急性後期照護服務模式不一，大部分為自費，僅少數是以復健病房形式提供服務，由健保給付，個案住院期間排定復健時間，即推個案去復健，回到病房後並無考量到個案生活復健部分，且會用較護理之家昂貴的固定成本提供急性後期照護。

九、收案對象應涵蓋復健及非復健類疾病個案，目前國內收案對象係以復健類為主

美國急性後期照護涵蓋復健及非復健類，第一名為「關節置換術」及第二名為「腦中風」，感染、具傷口護理需求及心臟衰竭亦包含在前 20 名 DRG 內；國內對非復健類之常見 PAC 疾病仍以急性住院提供照護，未來收案對象應擴大將非復健類疾病納入。

十、美國急性後期照護單位以居家健康服務及技術性護理之家為主

美國急性醫院出院後下轉至急性後期照護(PAC)之個案分析，發現 PAC 個案最常直接由醫院下轉至居家健康服務(23.1%)，其次是技術性護理之家(17.1%)；美國 2006 年資料顯示急性後期照護門診利用比例相較於 2005 年有提高，且相較於其他急性後期照護服務，其平均費用最低。

我國中期照護試辦計畫實施場域於部立醫院附設護理之家(6 家)、部立醫院病房(1 家)、部立醫院附設照護單位(1 家)及榮民醫院執行，健保署所公告之全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫執行場域部分包含區域及以下醫院病床，根據推算個案入住 12 週，健保約給付 20 萬元(一個月約 6 萬多)，但在護理之家只要一半的金額(一個月約 3 萬多)即可。參考美國急性後期照護發展經驗，同時考量我國正面臨快速高齡化，未來國內急

性後期照護照護之場域應考量以社區及居家場域優先發展。

十一、 國內急性後期照護個案之來源是否應僅限於住院病患

參考北愛爾蘭中期照護之執行經驗，其個案之轉介來源不侷限住院病患，亦有自手術單位、急診、門診、家庭醫師、照顧老人單位轉介之個案；目前國內中期照護試辦計畫之個案來源多轉介自骨科、內科及復健科等病房，其主要原因係為收案對象仍以復健需求個案為主，未來收案對象若擴及非復健需求之個案，個案來源是否仍限於住院病患下轉，為未來應思考之方向。

十二、 美國以連續性評估記錄(CARE)作為評估工具，然國內評估工具尚未統一

美國先後發展急性後期照護者的活動測量(AM-PACTTM)及連續性評估記錄(CARE)適用於所有 PAC 單位之評估工具；前者評估範圍包含醫療、身體功能、認知障礙及社會環境因素，可測量不同疾病嚴重度之個案，且不同疾病階段之測量值具可比較性；後者評估範圍包含基本活動、日常生活活動及應用認知，評估方式簡單且具外推性；PM-PAC 的評估內容則著重於社交參與，多使用於測量個案接受門診或居家照護提供之復健服務所達到的成效。

目前國內之中期照護試辦計畫單位之評估工具不一，包括功能獨立量表(FIM)、日常生活活動功能評估表(ADL)、工具性日常生活活動功能評估表(IADL)、周全性老人評估(CGA)等，雖健保署公告之急性後期照護品質試辦計畫中有提及 14 項評估所需之量表，但其評估時間長且表單繁多，各類專業人員配合評估填報的情形不佳，最後填報表單之工作都會落在護理人員身上，將會造成護理人員很大的工作負荷，故量表的合適性仍有討論的空間。

十三、 國內急性後期照護試辦單位之收案條件及收費存在差異，應使其一致化

國內大部分急性後期照護試辦計畫服務仍需民眾全額自費，因此影響一般民眾使用急性後期照護之意願；以部立醫院附設護理之家為例，其收費項目及收費標準皆各自訂定，基本費用每月自 25,000 至 42,000 元不等，其他醫療服務、生活照顧費用則依使用情形另計，

在榮民醫院及部立台中醫院以慢性床健保給付；收費項目及標準之不一致將引導民眾使用健保病床，誘使個案滯留於醫院持續以急性醫療或急性後期照護滿足其照護需求，因此如何了解個案之實際需求項目以明訂急性後期照護單位之必要收費項目，並透過成本估算以制定合理之收費標準，將為未來全面推動急性後期照護模式時須規劃之重點。

十四、 美國實行包裹式支付(bundled payment)照護改善計畫，將 DRG 與急性後期照護相關支付包裹一起，以促進服務整合並減少支出，後續成效待評估

美國過去住院服務及各類急性後期照護單位之前瞻性支付系統各自獨立，由於各支付體系設計不同，造成病患可能被送往最能獲得利益而非最適合其臨床狀況之單位，同時也造成醫院與急性後期照護服務提供者沒有動機進行協調整合，花費高卻沒有好的照護品質。美國於 2013 年開始實施包裹式支付照護改善計畫，於目前實施的四種模式中，模式二將急性照護與急性後期照護期間所有相關支付綁在一起，模式三則僅支付急性後期照護期間所有相關支付，期望藉由經濟誘因及表現責任，能促進急性照護與急性後期照護服務合作並減少支出。為避免醫院與急性後期照護服務提供者沒有動機進行協調整合、花費高卻沒有好的照護品質之情況，在論人計酬制度未完善前，建議可參考包裹式支付照護改善計畫，將急性照護與急性後期照護期間之相關支付包在一起，以促使急性照護與急性後期照護服務合作並減少支出。

十五、 國內尚未有實施 PACE 之環境

美國 PACE 模式是以社區為導向的照護系統，服務對象為符合年齡 55 歲以上、有 Medicare 和 Medicaid 雙重身份且失能程度嚴重至可入住護理之家照護標準、個案經評估可獨自安全的生活在社區中、居住地區有提供 PACE 計畫等條件，若無具備則自費，提供連續性的預防、初級照護、急性照護和長期照護服務，服務內容區分為成人日間健康照護中心、居家護理、機構照護、及其他等四類服務，並由跨專業團隊提供服務，由於 PACE 是提供全包式服務，可節省費用支出且全包式服務較強調預防保健，預防保健通常較為便宜亦較急性照護有效。

我國目前住院仍以論量計酬為主，尚未全面實施 Tw-DRGs 及急性後期照護服務，亦欠缺對護理之家之長照保險給付，目前國內尚未有實施 PACE 之環境。

十六、 國內缺血性腦中風個案於急性出院後多採門診服務以維持其後續照護，應思考以區域醫院及地區醫院提供急性後期照護服務之適切性

本研究參考美國包裹式支付(bundled payment)方式推估我國缺血性腦中風病人急性後期照護需求，將服務利用起始點區分為「自入院日計算」及「自首次住院之出院日後計算」兩種方式，計算個案自起始點固定往後追蹤 30、60、90、180 日後於追蹤期間內最後一次之門診及住院利用，且進一步了解個案於首次急性出院後之就醫流向；由研究結果發現，首次住院平均住院天數為 10.86 天，平均費用為 61,979 元，個案首次急性出院後半年之就醫流向，以門診最多，其次為門診復健，部分個案首次出院後會有再入院的情形，顯示多數個案是以較便宜的門診服務來接受後續照護。

美國推動之各類急性後期照護服務中，以技術型護理之家及居家健康照護最常被使用，相關研究亦指出接受技術型護理之家提供之亞急性康復方案治療可節省成本；目前我國急性後期照護試辦計畫多由護理之家承接，然 2013 年公告之「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」則開放由區域醫院及地區醫院提供服務，可能影響醫療資源之均衡發展，且亦可能使急性後期照護產生過度醫療化之問題，建議未來應思考由區域醫院及地區醫院提供急性後期照護服務之適切性，並參考國外發展經驗以強化居家和社區提供急性後期照護量能為發展方向，以提高民眾服務可近性，並達到美國 CMS 提出之「健康最佳化、照顧優化及減少支出」改革目標。

第五章 結論

一、 我國推動急性後期照護前，應先導入 Tw-DRGs

台灣在尚未全面推動 Tw-DRGs 制度的環境下施行急性後期照護，可能無法節省醫療資源，因個案可能會在健保給付的範圍內將急性醫療用盡再轉至急性後期照護，如此反而會增加醫療服務成本，以中風為例，於第五階段 Tw-DRGs 始導入，在未導入 Tw-DRGs 前，即推行急性後期照護，不但未能減少住院天數，亦只會增加另一塊住院給付，故台灣若要實施急性後期照護服務，應盡速導入 Tw-DRGs，加強管控不合理之醫療利用情形。

二、 Tw-DRGs 支付標準不宜排除住院天數超大於 30 日之案件

我國 Tw-DRGs 支付標準將總住院日數超過 30 日者排除，然參考美國 DRGs 制度之推動方式，係考量長期照護醫院(平均住院天數大於 25 天)屬於急性後期照護機構，不屬於急性住院病床，因此排除此類機構；針對不必要之住院日數進行管控係為 DRGs 支付制度之精神之一，建議未來我國之 Tw-DRGs 支付標準不宜排除住院天數超大於 30 日之案件，或應針對住院大於 30 日之個案納入管理，且及早加強急性住院適當性之評估，以減少再住院及超長住院率。

三、 未全面推動 Tw-DRGs 制度前，應先定期公布各醫院之「CMI 校正後平均每次住院費用(base-rate)」

Base-rate 係以某醫院所有個案之平均費用為分子、該院 CMI 值為分母所計算出之數值，其代表以病例組合指數 (Case Mix Index, CMI) 校正後之每人每次的平均費用，可用以比較不同族群間醫療資源耗用程度；依照資源耗用的觀念來推論，CMI 可代表病患疾病嚴重程度之指標，其可作為評估醫療費用及醫療品質之參考，因此各醫院多希望 CMI 值能越高越好，然在追求較高的 CMI 值時亦需考量個案之平均費用是否同時上升，若高 CMI 也帶來高 Base Rate 則必須看是否浪費過多醫療資源在個案上；我國之 Tw-DRGs 制度採分階段導入，尚無法發揮校控管急性住院天數之效，建議未來若仍未全面推動 Tw-DRGs 制度前，應先定期公布各醫院之 Base-rate 值，以確實了解各醫院之資源耗用程

度。

四、 實施 Tw-DRGs 後應持續觀察醫院佔床率及大型化之情形，並儘速規劃適切且具成本效益之急性後期照護模式，以提供個案連續性之照護服務

我國 2010-2012 年之醫院家數及總病床數採微幅下降；推測 Tw-DRGs 之實施導致醫院佔床率下降，進而使醫院以縮減病床數、或與其他較大型醫院結盟或合併等方式維持營運績效，建議未來應持續觀察醫院佔床率之改變情況，並思考如何避免醫院過度大型化而影響民眾之就醫品質；Tw-DRGs 的實施亦突顯我國實施急性後期照護之必要性，為能使個案於急性病房出院後仍能持續獲得連續性且適切之照護服務，並使各類健康照護資源之使用效益達最大化，因此未來應秉持「以較低成本服務替代昂貴服務，提升資源使用效率，維護民眾照護品質」之精神進行急性後期照護制度之規劃。

五、 秉持「以較低成本服務替代昂貴服務，提升資源使用效率，維護民眾照護品質」之精神進行急性後期照護制度之規劃

國外推行急性後期照護服務之目的係為完成急性醫院尚未完成的醫療照護活動，達到縮短急性醫院住院日的目標，並恢復個案身體功能、克服功能限制，使其可回歸社區，或避免過早進入機構式長期照護。由於目前國內仍存有再住院和超長住院情形，顯示存在急性後期照護需求，除了應加強控管不合理之醫療利用情形外，並應儘速全面導入 Tw-DRGs，且建置急性後期照護模式；急性後期照護應秉持「以較低成本服務替代昂貴服務」之精神，使個案於病情穩定即可出院，並下轉至急性後期照護單位，以提升個案之照護品質，並增加病床資源之使用效率，針對急性後期照護之付費原則，則建議於護理及醫療照護應由健保給付，以提高民眾使用之誘因。

六、財務上不可逆的個案要使用長期照護資源，可逆的個案才使用急性後期照護之健保資源

國內急性後期照護單位收治之個案，多數為用盡急性醫療資源才下轉，此類個案原則上已屬於長期照護個案，身體功能僅能維持不使之退化，無法復原；急性後期照護之目的

為減少不必要的住院，使個案出院後可繼續使用居家或社區式的復健照護，故身體功能可逆的才是急性後期照護應收治之個案，建議國內急性後期照護單位收治個案時，可再考量個案之合適性，以符合實施急性後期照護之推行精神。

七、個案的動機及配合度與個案的心理層面支持是決定急性後期照護成效的關鍵

由嘉基執行自費急性後期照護的經驗，發現急性後期照護模式推動成功的要素有四項：照護目標清楚，個案要有強烈的復健動機；入住標準要有基本的條件；使用成效用量表呈現進步程度，使民眾有意願接受服務；復健角色的調整，從日本的經驗發現，復健師的專業較復健醫師能協助急性後期照護服務的進行；在這些要素中又以個案的動機及配合度最為重要，個案若有動機，其恢復速度較快；此外，在 PAC 團隊中，每位人員都需扮演打氣者之角色，個案在初入住時，其心理建設可能尚未完全，若團隊中成員能時常給個案心理支持，有利於個案接受後續復健計畫之進行，政府推行急性後期照護模式時，建議將此觀念列為重點項目。

八、國內急性後期收案對象可先針對復健需求類、感染類及心臟衰竭

參考美國 PAC 個案常見前 20 名 DRG，建議國內推行急性後期照護應依其需求分為復健需求類、感染類及心臟衰竭。復健需求類個案包含腦中風、髖/膝關節骨折、髖/膝關節骨折置換(不含全髖/膝關節置換個案)；然而，腦中風個案應複雜度及變異性較高，實行急性後期照護將最為困難，建議先就其他相對較單純的個案優先推動。感染類個案包含肝膿瘍、感染性心內膜炎、骨髓炎及膿胸(不須使用氧氣的個案)，預期將使用 2 週以上抗生素之個案。心臟衰竭個案則是從國外經驗發現，提供急性後期照護服務後之成效相當好，可以節省許多急性醫療之費用，國內高雄長庚陳世明醫師及台大心臟內科李啟明醫師亦提出心臟衰竭個案適合在個案出院後做個案管理，唯獨立型態護理之家礙於醫師看診頻率不頻繁，無法即時因應個案需求，建議心臟衰竭個案由醫院附設護理之家收置較佳，以隨時請求醫師支援。

九、急性後期照護模式應以居家、社區、或機構式照護模式為主，不應以昂貴的急性病床為照護模式

考量健保署所公告之全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫之執行場域(包含區域及以下醫院病床)，根據推算個案入住 12 週，健保約給付 20 萬元(一個月約 6 萬多)，但在護理之家只要一半的金額(一個月約 3 萬多)即可達成相同目的，且由區域醫院及地區醫院推動急性後期照護服務，亦可能造成健保支付點值變低之困境；參考國外急性後期照護服務場域之多樣性，建議國內急性後期照護模式初期可先以門診、居家及護理之家為發展場域，使個案在接受急性後期照護時亦能同時感受到家的感覺；此外需考慮依場域別區分不同嚴重度之收案對象，例如較單純僅需復健之個案，可藉由復健門診接受服務，醫院附設護理之家因資源較為豐富，各醫療人員連結上較為方便，故可收治疾病嚴重度較為複雜的個案，獨立型態護理之家因備有簡易復健設備，亦可收置有復健需求之個案，如此配置資源，應能更有效之運用。

十、個案來源建議可透過出院準備服務之評估輔以健保局的稽核由急性病床下轉至急性後期照護單位

國內目前急性後期照護個案仍以復健需求者為主，未來若擴大收案對象至非復健需求個案，可能面臨個案病況較為複雜之情形，為降低個案下轉急性後期照護單位之風險，建議個案可於急性住院治療至病情穩定(建議值為急性住院 3 天後)，並完成相關檢驗及評估後使透過出院準備服務下轉至急性後期照護單位，同時輔以健保局之稽核，然針對感染類個案則可考量其嚴重度而擇以自門診或急診直接下轉至急性後期照護單位。

十一、急性後期照護空間在護理之家可不獨立，但須有獨立之復健設施空間

多數專家認為，急性後期照護若以獨立空間收治個案，可使工作人員之配置、照護觀念、認知、能力訓練更為一致，而急性後期需要較多的復健人力，若急性後期照護單位與長期照護單位共用空間，可能將面臨人力配置及觀念上的差異；考量護理之家之規模及實際營運情形，可能較難設置獨立之急性後期照護空間，建議未來護理之家之急性

後期照護空間無須獨立，可針對有急性後期需求者區別其照護服務內容，以提供適切之照護服務，並當個案於不同照護階段轉銜時，可維持其原有床位以持續提供服務，然考量復健服務為急性後期照護之重點之一，且急性後期照護及長期照護者之復健內容及頻率存在差異，因此建議仍需於護理之家中設置獨立之復健設施空間。

十二、 參考美國連續性評估記錄(CARE)發展多面向且統一化之急性後期照護評估工具

目前國內執行急性後期照護之各單位仍未有統一之評估工具，透過本研究文獻收集及專家意見彙整，美國連續性評估記錄(CARE)為美國 CMS 在急性後期照護服務普遍使用的評估工具，發展出不同評估時機所適用的版本，涵蓋面向廣泛且亦可配合線上系統評估，雖健保署急性後期照護計畫中有提及 14 類表單，但專家認為表單繁多，評估時間過長，建議未來可持續蒐集相關訊息，以發展本土化之急性後期照護評估工具。

十三、 透過充能強化護理人員及照顧服務員之角色能力，視個案需要再協調其他專業人員之參與

護理人員、照顧服務員及職能治療師為急性後期照護單位之主要人力；護理人員除可提供技術性護理服務及個案評估外，亦可扮演協調者連結相關專業人員以共同規劃個案之照護計畫，為專業護理服務之重要提供者，亦同時可承接個案管理師之角色；照顧服務員負責個案之生活照顧，並協助簡易復健計畫之執行；其他專業人員則視需要程度照會物理治療師、職能治療師、醫師、語言治療師、社工人員或營養師等。

考量個案疾病類型及嚴重度呈現多樣性，個案照護需求多有變異，建議建立急性後期照護模式時，應先將收案對象條件及嚴重度清楚定義以建立照護標準，並將服務項目區分為「共同項目」與「視個案需求項目」，依疾病別、嚴重度與身體功能狀況調整所需項目及頻率。

十四、 急性後期照護之人力配置應介於急性醫療與長期照護之間，或比照長期照護之標準

多數護理之家係以現有人力提供急性後期照護，且各單位所收治的個案疾病嚴重度不同，若個案是已經用盡急性醫療資源才下轉至急性後期照護者，原則上已屬於長期照護個

案，與自急性期住一星期即下轉者，疾病嚴重度及穩定度差異甚大，由於需考量的因素過多，故本研究僅建議急性後期照護人力配置應該介於急性醫療與長期照護之間，或比照長期照護之標準，且人員配置不需要如急性醫療細分專業，為求有效率提供服務，以一人多工之方式，節省照護資源並提供整合照護；物理治療師及職能治療師部分，機構若考量成本問題，可擇一專任聘僱，配置約 1：20 是合適的。

十五、 急性後期照護之醫師訪視頻率不需太過頻繁

急性後期照護團隊成員應包含護理人員、職能治療師、照顧服務員、醫師、社工、營養師及藥師等，其中護理人員、職能治療師、及照顧服務員為急性後期照護服務之主要人力，須採專任聘用，且應給予合理的人力配置；醫師於急性後期照護之角色，主要負責病人收案前之評估、入住期間評估及巡診，參考美國做法，入住急性後期照護單位之個案在入住之 28-40 小時內皆會接受醫師評估，以降低急性後期照護單位之照護風險，個案於入住期間評估及巡診，於參考我國急性後期照護單位之實際執行情形、及本計劃專家學者之專業建議後，建議醫師之訪視頻率每週約 1-2 次即可，當個案發生重大問題時，則可由護理人員以電話詢問醫師處置建議，或將個案以門診掛號方式尋求該科醫師協助即可。

十六、 急性後期照護服務包含功能性復健及生活復健

急性後期照護應是將生活照護、生活復健等其他服務整合成一整套專業的服務，其強調的是希望個案可以在像家的環境恢復其一切獨立生活的功能，因個案在身體復原的過程，身體功能其實下降的很嚴重，需要藉由專人協助訓練，才可能進到自我照護這部分，因此在服務內容設計時，除功能性復健外，生活復健亦需列入考量。

十七、 急性後期照護需要跳脫醫療模式，妥善規劃急性後期照護服務之付費原則，結合健保給付(復健及醫療部分)與民眾自付(生活照顧費用)，提升民眾使用誘因

急性後期照護服務財源建議來自全民健保並結合民眾部分負擔，復健及醫療相關費用由健保給付，生活照顧費用由民眾自付，以提高民眾接受服務的可近性，同時也可避

免過度濫用等情形；國內目前各急性後期照護單位並無統一收費之標準，本研究建議急性後期照護需要跳脫醫療模式，其收費標準應介於急性醫療與長期照護之間，費用估算方式以相似於急性後期照護模式之服務時數，推估人事成本，再用人事比例(約 45%)回推計算每一床所需之成本或依照復健需求程度(接受復健治療多久時間)將急性後期照護個案區分層級(僅技術性護理、技術性護理+輕度復健、技術性護理+中度復健、技術性護理+重度復健)，每個層級給予不同的金額；政府相關單位亦應急速建立統一的給付內容、收費項目與收費標準，以保障服務提供者及民眾之權益。

十八、 急性後期照護服務應由健保支付，並參考美國包裹式支付方式

我國健康照護體系急性後期照護目前尚在初步推動階段，且與美國發展初期同樣面臨醫療支出高漲等問題，美國包裹式支付制度與論人計酬的概念類似，將服務包裹在一起，目的都是要使個案能夠健康、獲得更好的照護，建議未來全面推動急性後期照護服務財源由健保支付，並參考包裹式支付制度模式將急性期和急性後期的費用綁在一起，且以居家及社區模式支付急性後期之費用，以促進急性照護與急性後期照護之合作協調並控制整體支出。

第六章 建議

一、 短程：

- (一) 建議Tw-DRGs應儘速全面推動，並將住院大於30日、呼吸器照護等個案皆納入管理。
- (二) 加強再住院及超長住院率之管理，以及急性住院適當性之評估。
- (三) 定期公布各醫院之「CMI校正後平均每次住院費用(base-rate)」，可了解各醫院資源耗用程度。
- (四) 針對健保護病比之獎勵，不宜由醫院自填護病比例，健保局具備匯集處理龐大健保申報資料之能力，應與衛生局共同參酌醫院醫事人員執業登記，要求醫院每月通報護理人員於各類病房之工作情形及各類病房床數等相關資料。
- (五) 急性後期照護工作應由「居家護理」、「居家復健」或「護理之家」承接，而非由區域醫院執行；目前長照十年計劃及護理之家已提供急性後期照護服務，我國過去之急性後期照護多為試辦計畫，由部立醫院附設護理之家以民眾自費方式提供服務，實不應把中風等急性後期常見個案放在扮演急重難症功能、且固定成本較高之區域醫院病床接受照護，此項措施將導致健保點值不當滑落。
- (六) 急性後期照護單位之定位及入住條件應更為明確。
- (七) 急性後期照護需跳脫醫療模式，除了醫療照護之外，尚需針對急性後期照護之專業人員培養個案之生活復健（如自己上下床、自己上廁所、健康飲食等）等相關照護技巧訓練。
- (八) 為能提升醫療院所之服務品質，政府應加強衛生局所之人力量能，以落實消防安全、院內感控、支援報備、評鑑訪查與不定期稽核等相關事宜。
- (九) 政府應加強資訊化管理及稽核，除現有健保申報資料外，尚需建置臨床數值、急性後期照護資訊等，並強化資料之加值應用，例如瞭解個案於急性住院及長期照護單位之移轉情形等，以落實有效率之個案管理及連續性照護。

二、 中長程：

- (一) 台灣若要實施急性後期照護服務，應盡速全面導入 Tw-DRGs，加強管控不合理之住院醫療利用。
- (二) 常見之急性後期照護項目，如腦中風、髖關節置換、膝關節置換、感染類疾病、心臟衰竭等，應儘速強化居家及社區承接個案急性出院後之照護能力，以達到照護連續性之目標。
- (三) 參考美國包裹式支付方式，規劃我國急性後期照護服務之支付制度。
- (四) 政府應確立全國急性後期照護之評估工具，建議可參考美國之連續性評估紀錄 (continuity assessment record and evaluation, CARE) 評估工具、活動測量 (AM-PAC™)、社交參與測量 (PM-PAC) 等工具再做訂定。
- (五) 評估目前已推動之中風個案急性後期照護模式成效，若未能有效提升照護資源之使用效益，則應考量停辦之可能性。

參考文獻

中文文獻

1. 于保榮、王慶：日本醫療保險診療報酬體制改革研究。衛生經濟研究 2006；3：36-37。
2. 中央健康保險局(2004)。全民健康保險論病例計酬支付制度實施情形及展望。
3. 呂嵐欽：他山之石可以攻錯-DRG 制度之國際比較。健康保險雜誌 2005；2：40-47。
4. 李玉春：全民健康保險住院病例組合採行 IR-DRG 之可行性研究。行政院衛生署 93 年度委託研究計畫，2004。
5. 李欣慈、曾建寧、胡文郁：臺灣護理之家提供急性醫療後期照護的挑戰。長照雜誌 2011，5(3)，249-258。
6. 吳肖琪：急性醫療與慢性照護的橋樑-亞急性與急性後期照護。護理雜誌 2008，55(4)，5-10。
7. 吳昇修：以分類與迴歸樹方法建立 Tw-DRGs 醫院財務風險分類模型。長榮大學醫務管理研究所未出版碩士論文，2009。
8. 吳秀蘭、吳霓仁：Tw_DRGs 實施對醫療利用及品質之影響—以心導管處置為例。行政院衛生署中央健康保險局 99 年度自行研究計畫，2010。
9. 林麗嬋：無縫式照顧服務的關鍵：亞急性照護。長照雜誌 2010，14(1)，1-9。
10. 林小娟：Tw-DRGs 制度之影響-從醫學中心角度。健保 Tw-DRGs 制度對醫療體系之影響及因應對策研討會，2010。台北：社團法人中華民國學名藥協會。
11. 陳婉茗、吳肖琪：模擬 DRGs 實施對我國醫院的財務衝擊。臺灣衛誌 2005，24(4)：306-313。
12. 戴桂英、吳淑瓊、江東亮：美國老人醫療保險 PAC 的發展。臺灣衛誌 2006；25：323-329。
13. 衛生福利部桃園醫院，99-101 年「中期照護服務模式」成果報告書。
14. 衛生福利部基隆醫院，100-101 年「中期照護服務模式」成果報告書。
15. 衛生福利部苗栗醫院，100-101 年「中期照護服務模式」成果報告書。
16. 衛生福利部南投醫院，100-101 年「中期照護服務模式」成果報告書。
17. 衛生福利部屏東醫院，100-101 年「中期照護服務模式」成果報告書。
18. 衛生福利部豐原醫院，101 年「中期照護服務模式」成果報告書。
19. 衛生福利部朴子醫院，101 年「中期照護服務模式」成果報告書。

英文文獻

1. Angelelli J, Gifford D, Intrator O, Gozalo P, Laliberte L, Mor V. Access to postacute nursing home care before and after the BBA. Health Aff (Millwood) 2002, **21**(5), 254-64.
2. Age UK .Intermediate Care. Factsheet 2009; **76**.
3. American Health Information Management Association. "Evolution of DRGs (Updated)." Journal of AHIMA (Updated April 2010), web exclusive.
4. Baker JJ. Medicare payment system for hospital inpatients: diagnosis-related groups. J Health Care Finance 2002; **28**(3): 1-13.
5. Buntin MB. Access to postacute rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2007; **88**(11):1488-93.
6. Buntin MB, Colla CH, Escarce JJ. Effects of Payment Changes on Trends in Post-Acute Care. Health Serv Res 2009; **44**(4):1188-1210.
7. Bogasky S., Morley M., Gage B., Smith L., Spain P., Ingber, M. Post Acute Care Episodes. RTI International 2009.

8. Busato A, von Below G. The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health Res Policy Syst* 2010; **8**(1):31-36.
9. Boston Rehabilitation Outcomes Center. About the AM-PAC. Available at: <http://www.bu.edu/bostonroc/instruments/am-pac/about-the-am-pac/>. Accessed February 19, 2013.
10. Boston Rehabilitation Outcomes Center. AM-PAC™ Short Forms. Available at: <http://www.bu.edu/bostonroc/instruments/am-pac/shortforms/>. Accessed February 19, 2013.
11. Centers for Medicare & Medicaid Services. Data Collection for Administering the Medicare Continuity Assessment Record and Evaluation (CARE) Instrument, U.S. Department of Health and Human Services; 2007.
12. Centers for Medicare & Medicaid Services. Quick Facts about Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) 2011. Available at: <http://www.npaonline.org/website/download.asp?id=2378>. Accessed October 21, 2012,
13. Centers for Medicare & Medicaid Services. Post-Acute Care Payment Reform Demonstration: Final Report 2012. Available at: http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Reports/Downloads/PAC-PRD_FinalRpt_Vol2of4.pdf. Accessed April 2, 2013
14. Centers for Medicare & Medicaid Services. Bundled Payments for Care Improvement Initiative: Request for Application. Available at: <http://innovation.cms.gov/Files/x/BundledPayment-Request-for-Application.pdf> Accessed April 20, 2013.
15. CMS Hospital-Acquired Conditions (HAC) and Present on Admission (POA) Indicators. <https://www.premierinc.com/safety/topics/guidelines/cms-guidelines-4-infection.jsp>
16. Deutsch A, Granger CV, Fiedler RC et al. Outcomes and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation programs for Medicare beneficiaries with hip fracture. *Med care* 2005; **43**(9): 892-901.
17. Department of Human and Ageing. Transition Care Program Guidelines 2011. Retrieved Aug 24, 2012 from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/ageing-transition-guidelines.htm>
18. CREcare. AM-PAC. Available at: <http://www.crecare.com/am-pac/ampac.html>. Accessed February 19, 2013a.
19. CREcare. Computer-based AM-PAC. Available at: <http://www.crecare.com/am-pac/external/external-content.htm8.html>. Accessed February 19, 2013b.
20. CREcare. How was the AM-PAC developed? Available at: <http://www.crecare.com/am-pac/external/external-content.htm.html>. Accessed February 19, 2013c.
21. Department of Health, 2001 (January). Health Services Circular (HSC): Guidance for Intermediate Care Services. Department of Health, London.
22. Donelan-McCall NT, Eilertson T, Fish R, Kramer A. Small patient population and low frequency event effects on the stability of SNF quality measures: final report. Washington (DC): Medicare Payment Advisory Commission. Contract no. E4015951, 2006.
23. Deutsch A., Granger CV, Fiedler RC et al. Outcomes and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation programs for Medicare beneficiaries with hip fracture. *Med care* **43**(9): 892-901.

24. Department of Health, Social Services & Public Safety. Audit of Intermediate Care Final Report – Volume I; 2006.
25. Department of Human and Ageing. Transition Care Program Guidelines 2011. Available at:<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/ageing-transition-guidelines.htm>. Accessed August 24,2012
26. Dummit, L. A. (2011, March). Medicare’s bundling pilot: including post-acute care services. In Issue Brief Natl Health Policy Forum (Vol. 841, pp. 1-23).
27. English JT, Sharfstein SS, Scherl DJ, Astrachan B, Muszynski IL. Diagnosis related groups and general hospital psychiatry: The A.P.A Study. *Am J Psychiatry* 1986;**143**:131-9.
28. Elizabeth Da Silva Cardoso, Julie A. Chronister ,Fong Chan. *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A Handbook for Evidence-Based Practitioners in Rehabilitation*. 1st ed., Springer Publishing Company, 2009;43-4.
29. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc*, 1997;**45**:223-32.
30. Guterman S, Dobson A. Impact of the Medicare prospective payment system for hospitals. *Health Care Financ Rev* 1986; **7**(3):97-114.
31. Government of South Australia Department of Health. Eligibility and Assessment: Transition Care Program Facts 2011. Available at: <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/Public+Content/SA+Health+Internet/Health+information/Search/Search+Results>. Accessed Sep 10,2012.
32. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care* 1980;18(2 Suppl):iii, 1-53.
33. Feinglass J, Holloway JJ. The initial impact of the Medicare prospective payment system on U.S. health care: a review of the literature. *Medical Care Review* 1991;**48**: 91-115.
34. Forgione DA, D'Annunzio CM. The use of DRGs in health care payment systems around the world. *J Health Care Finance*. 1999; **26**(2):66-78.
35. Forgione DA., Vermeer TE, Surysekar K, Wrieden JA, Plante CA. The impact of DRGs-based payment systems on quality of health care in OECD countries. *J Health Care Finance* 2004; **31**(1):41-54.
36. Gandek B, Sinclair SJ, Jette AM, Ware JE Jr. Development and initial psychometric evaluation of the Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC). *Am J Phys Med Rehabil* 2007;**86**:57–71.
37. Gage B, Morley M, Spain P, Ingber M. Examining post acute care relationships in an integrated hospital system: final report. 2009 Feb.
38. Gray LC, Travers CM, Bartlett HP, Crotty M, Cameron ID. Transition care: will it deliver? *Med J Aust* 2008; **188**(4): 251-253.
39. Griffiths P, Edwards M, Forbes A, Harris R. Post-acute intermediate care in nursing-led units: A systematic review of effectiveness. *Int J Nurs Stud* 2005; **42**(1): 107-116.
40. Greenwood R. The PACE model. Issue brief (Center for Medicare Education).2001;**2**(10):1.
41. Gross DL, Temkin-Greener H, Kunitz S, Mukamel DB. The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. *Milbank Q*, 2004;**82**:257-82.

42. Hall CJ, Peel NM, Comans TA, Gray LC, Scuffham PA. Can post-acute care programmes for older people reduce overall costs in the health system? A case study using the Australian Transition Care Programme. *Health Soc Care Community* 2012; **20**(1):97-102.
43. Hansen JC, Hewitt M. PACE Provides a Sense of Belonging for Elders. *Generations*. 2012;**36**:37-43.
44. Hensen P, Beissert S, Bruckner-Tuderman L, Luger TA, Roeder N, Müller ML. Introduction of diagnosis-related groups in Germany: evaluation of impact on in-patient care in a dermatological setting. *Eur J Public Health* 2008; **18**(1):85-91.
45. Hussey PS, Mulcahy AW, Schnyer C, Schneider EC. *Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science (Vol. 1: Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality)*, 2012.
46. Johri M, Béland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*.2003;**18**:222-35.
47. Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. *Health Policy Plan* 2003; **18**(1):84-92.
48. Kaplan SJ. Growth and payment adequacy of Medicare postacute care rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2007; **88**(11):1494-99.
49. Lewis MA, Leake B, Leal-Sotelo M, Clark V. The initial effects of the prospective payment system on nursing home patients. *Am J Public Health* 1987; **77**(7):819-21.
50. Lin WC, Kane RL, Mehr DR, Madsen RW, Petroski GF. Changes in the use of postacute care during the initial Medicare payment reforms. *Health Serv Res* 2006; **41**(4p1): 1338-56.
51. Lang J. *Health Care Payment Reform: Bundling Payments to Fight Rising Health Care Costs*. Master Thesis in University of Washington Bothell,2012.
52. McCall N, Korb J, Petersons A, Moore S. Reforming Medicare payment: Early effects of the 1997 Balanced Budget Act on postacute care. *Milbank Q* 2003a; **81**(2):277-303.
53. McCall N., Petersons A., Moore S., Korb J. Utilization of home health services before and after the Balanced Budget Act of 1997: what were the initial effects? *Health Serv Res* 2003b; **38**(1):85–106.
54. Marc Berlinguet, James Vertrees, Richard Freedman, Rachael D' Andrea, Ann Tinker. *Case-mix Analysis Across Patient Populations and Boundaries: A Refined Classification System Designed Specifically for International Quality and Performance Use*.
55. Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress: Medicare Payment Policy*,2003.
56. Medicare Payment Advisory Commission. *Post-acute care providers: report to the Congress*,2006.
57. Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress: Medicare payment Policy*,2006.
58. Medicare Payment Advisory Commission. *A data book: healthcare spending and the Medicare program*, 2006.
59. Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress:Medicare payment policy*,2007.
60. Medicare Payment Advisory Commission. *Health Care Spending and the Medicare Program*,2012.
61. National PACE Association. *What is PACE?* Available at http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=12&title=Who,_What_and_Where_is_PACE? Accessed March 15, 2013a.
62. National PACE Association. *Why PACE?* Available at http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=11&title=Why_PACE. Accessed March 22, 2013b.

63. Noonan VK. A comparison of participation instruments based on the International Classification of Functioning, Disability and Health, University of British Columbia; 2009.
64. Norbert Goldfield.(2010) The Evolution of Diagnosis-Related Groups : From Its Beginnings in Case-Mix and Resource Use Theory, to Its Implementation For Payment and Now For Its Current Utilization for Quality Within and Outside the Hospital. Qual Manag Health Care.2010 Jan-Mar;19(1):3-16.
65. Organisation fo Economic Cooperation and Development:Health Care Utilisation Mrta Data. Available at http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_PROC. Accessed October 10, 2010.
66. Pratt JR. In:Long-term care: managing across the continuum. Jones & Bartlett Learning 2009.
67. PACE4 You: Pace Service. Available at: <http://www.pace4you.org/website/article.asp?id=12>. Accessed March 15, 2013.
68. Rubenstein LV, Kahn KL, Reinisch EJ, et al. Changes in quality of care for five diseases measured by implicit review, 1981 to 1986.JAMA 1990;264:1974-9.
69. Richard F. Averill, John H. Muldoon, James C. Vertrees, Norbert I. Goldfield, Robert L. Mullin, Elizabeth C. Fineran, Mona Z. Zhang, Barbara Steinbeck, Thelma Grant. (1998) The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups (DRGs). 3M HIS Research Report.
70. RTI International. Post acute care payment reform demonstration-CARE TOOL Available at <http://www.pacdemo.rti.org/meetingInfo.cfm?cid=caretool>.Accessed April 2,2013.
71. Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. Health Care Manag Sci 2006; 9(3): 215-23.
72. Steinbusch PJ, Oostenbrink JB, Zuurbier JJ, Schaepkens FJ. The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study. Health Policy 2007; **81**(2-3):289-99.
73. Sood N., Huckfeldt PJ., Escarce JJ, Grabowski DC, Newhouse JP. Medicare’s bundledd payment pilot for acute and postacute care: analysis and recommendations on where to begin. Health Affairs 2011; **30**(9):1708-17.
74. Tao W, Haley SM, Coster WJ, Ni P, Jette AM. An exploratory analysis of functional staging using an item response theory approach. Arch Phys Med Rehabil.2008; **89**:1046-53.
75. Thomas Bodenheimer. Long-Term Care for Frail Elderly People — The On Lok Model. N Engl J Med 1999;**341**:1324-28
76. Vladeck BC. Medicare hospital payment by diagnosis-related groups. Ann Intern Med 1984; 100(4):576-91.
77. Welch WP. Bundled Medicare payment for acute and postacute care. Health Affairs 1998; **17**(6): 69-81.
78. Walton G, Jawin P, Manwaring D. The CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative White Paper. Comprehensive Care Solutions, 2011.
79. Young J. The development of intermediate care services in England. Arch Geriatr Med 2009; 49 (Suppl. 2): pp.S21–S25.

附錄一：問卷發放機構及深入訪談機構名單

一、問卷發放機構

- (一) 署立醫院附設護理之家：行政院衛生署基隆醫院、行政院衛生署桃園醫院、行政院衛生署苗栗醫院、行政院衛生署南投醫院、行政院衛生署屏東醫院。
- (二) 榮民醫院附設中期照護中心：臺北榮民總醫院桃園分院、臺北榮民總醫院員山分院、臺中榮民總醫院嘉義分、臺中榮民總醫院埔里分院、高雄榮民總醫院屏東分院。
- (三) 獨立型態護理之家：安泰護理之家、寬福護理之家、瑞泰護理之家、華穗護理之家、獎卿護理展望基金會護理之家、南門護理之家、惠心護理之家。

二、訪談機構

- (一) 第二年：關渡醫院、台大醫院北護分院、行政院衛生署基隆醫院、行政院衛生署桃園醫院、行政院衛生署苗栗醫院、行政院衛生署南投醫院、行政院衛生署屏東醫院、寬福護理之家、瑞泰護理之家及獎卿護理之家
- (二) 第三年：關渡醫院、台大醫院北護分院、部立基隆醫院、部立桃園醫院、部立苗栗醫院、部立豐原醫院、部立朴子醫院、嘉義基督教醫院及獎卿護理之家