

台灣精神分裂症患者精神醫療利用與費用之分析探討

葉玲玲¹ 藍忠孚^{2,*} 鄭若瑟³

LING-LING YEH¹, CHUNG-FU LAN², JOSEPH JROR-SERK CHENG³

¹ 國立陽明大學公共衛生研究所

Institute of Public Health, National Yang-Ming University.

² 國立陽明大學衛生福利研究所，台北市北投區立農街二段155號

Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University, No.155, Li-Long Street, Section 2, Taipei, Taiwan, R.O.C.

³ 行政院衛生署草屯療養院

Tsao-Tun Psychiatric Center, Department of Health.

*通訊作者Correspondence author. E-mail: cflan@ym.edu.tw

目標：本研究希望藉著瞭解精神分裂症患者使用精神醫療服務與醫療費用相關資料，作為發展精神醫療照護體系的參考。**方法：**利用國家衛生研究院全民健保資料庫抽樣歸入檔，10萬人從1996至2000年全民健保門、住診申報資料，取出精神分裂症患者五年精神醫療住院治療就醫資料進行資料。並以1996至1998年精神分裂症患者第一次就醫門診後滿一年與滿二年就醫資料，進行患者門診與住院醫療利用與費用之分析探討。**結果：**1996至2000年平均住院日數與平均醫療費用大致呈現下降的趨勢。平均住院日數由40.8天下降為36.0天；平均醫療費用由64089元下降為57276元。1996至1998年第一次門診後滿一年與滿兩年使用門診比率為75.7%與77.9%，平均門診人次為9.0與15.3；使用住院治療比率為10.9%與15.4%，再住院率則為10.3%與32.7%。**結論：**本研究精神分裂症患者之精神醫療服務利用與醫療費用分析結果的資訊可提供檢討精神醫療照護體系改革之用。(台灣衛誌 2003；22(3)：194-203)

關鍵詞：精神分裂症、精神醫療利用、全民健保、申報資料

The utilization and expenditure of psychiatric services for patients with schizophrenia in Taiwan

Objectives: The objective of this study was to investigate the utilization of psychiatric care of patients with schizophrenia. It hoped that these findings will contribute to the development of the mental health care system. **Methods:** The study used the claims data of the Bureau of National Health Insurance (BNHI) from hospitals throughout Taiwan between 1996 and 2000. **Results:** The average length of stay and average expenditure of hospitalization has a decreased tendency from 40.8 days and 64089 NT dollars in 1996 to 36.0 days and 57276 NT dollars in 2000. During one-year and two-year periods after the first outpatient visit since 1996 to 1998, the proportion of using ambulatory care was 75.7% and 77.9%, respectively, while the average outpatient visit was 9.0 and 15.3, respectively. The admission rates of total subjects were 10.9% and 15.4%, respectively, while the readmission rates were 10.3% and 32.7%, respectively. **Conclusions:** These study results revealed very important information as guidance to reform mental health care systems. (*Taiwan J Public Health*. 2003;22(3):194-203)

Key words: schizophrenia, utilization, national health insurance, claim data

前言

歐美各國自1960年代去機構化運動以後，一直持續進行精神醫療照護體系改革，期待可以提供具完整性與持續性精神醫療服務，妥善照護精神疾病患者[1]。於是各國開始探討精神疾病患者之精神醫療照護服務需要(needs)，希望有足夠的資訊作為精神醫療體系改革的參考。經過多年研究發展，評估精神疾病患者需要的方法論已愈趨成熟，其中醫療利用分析法(utilization approaches)即是常用的方法之一[2-4]。

雖經四期醫療網推動精神疾病防治工作，但是現階段社區復健設施仍明顯不足，因此台灣精神醫療體系較偏重住院治療。精神疾病患者仍無法接受到完整性與持續性的精神醫療照護服務[5-7]。1995年台灣開始實施全民強制納保之全民健康保險，特約醫療院所需向中央健康保險局申報醫療費用。因此我們有機會使用幾乎涵蓋所有患者的全民健保申報資料庫進行醫療利用與費用分析，亦可透過資料分析結果瞭解台灣精神醫療照護體系照護患者的情形。

探討精神疾病患者醫療利用與費用相關研究文獻中，有些研究對象來自一般社區人口的抽樣群體[8-11]，有些則來自某個或數個醫院的患者群[12-13]，接著通常再以前瞻性或回溯性的方式收集患者醫療利用與費用相關資料。另外，有些研究則以保險公司被保險人申報資料進行分析[14]。來自一般人口的抽樣群體研究，常用結構式精神科診斷問卷，判斷受訪者的精神疾病診斷。有些經由問卷診斷出受訪者有精神疾病，事實上受訪者可能從未看過精神科醫師，甚至從未使用過任何精神醫療資源。所以此資料來源無法獲得真正就醫患者的醫療利用相關資料。來自某個或數個醫院或保險公司被保險人的研究，因為受限於研究對象的範圍，其研究結果較無法推論至所有精神疾病患者。因此亦難反映當時精神醫療照護體系下患者的醫療利用與費用情形。台灣全民健康保險之嚴重

精神病患因納入重大傷病範圍，就醫時可以免部份負擔，大大降低患者就醫之財務障礙。因此本研究以全民健保申報資料檔為分析資料，應該可以涵蓋大多數精神疾病患者的就醫資料。雖然全民健保資料庫無法提供間接成本資料，但仍可以提供患者直接治療精神疾病醫療費用的直接成本相關資料。因此本研究之醫療利用與費用分析結果應可反映當前精神醫療體系患者就醫的重要資訊。

精神分裂症之病情易呈慢性化，有些患者預後不佳，無法獨立生活，需要長期照顧；因此往往讓經常照顧患者的家人感到心理負擔[15-16]。根據經濟成本研究，精神分裂症患者本身生產力損失，以及主要照顧者長期照顧患者的時間成本與心理負擔所合計之間接成本佔總經濟成本八成左右[17]。因為精神分裂症帶給患者本身莫大的痛苦，以及高社會成本，所以各國已將精神分裂症視為重要的公共衛生問題[18]。故本研究先以精神分裂症患者為研究對象。

現階段精神醫療體系偏重住院醫療，所以本研究特別針對精神分裂症患者住院醫療服務使用情形進行分析探討。主要欲瞭解各醫院層級住院日數、急性病房與慢性病房住院日數之分布是否有差異，以及1996至2000年急、慢性病患住院日數與住院費用是否逐年下降。另一方面，再探討台灣精神分裂症患者觀察某段時間之門診、住院、再住院與皆未出院情形。希望藉此分析結果，可作為發展精神醫療照護體系的參考。

材料與方法

一、資料來源

本研究利用國家衛生研究院(以下簡稱國衛院)全民健康保險研究資料庫之抽樣歸人檔(第一組與第二組十萬人)進行資料分析。國衛院以健保局提供承保檔保險對象之身份證統一編號及出生日期定義一個被保險對象的身份，用以決定抽樣之母群體。然後以校正過的隨機抽樣自2375萬筆母群體抽取100萬筆樣本。抽出100萬被保險人後，每次取5萬人為一組，國衛院再依這些被保險對象身份證

投稿日期：91年11月1日

接受日期：92年7月14日

統一編號，擷取每個人自1996至2000年所有門診與住院申報資料，陸續對外發行。抽出樣本之年齡、性別及費用三變項分布與母體間並無明顯差異[19]。

二、研究對象

本研究從十萬歸人檔中，自1996至2000年間所有門、住診申報資料中篩出主、次診斷碼為ICD9_CM 295或ACODE為A211的身份證統一編號，再依身份證統一編號進行資料總歸戶。歸戶後之患者則定義為精神分裂症患者，共計528位。因為無法獲得1996年患者就醫資料，所以無法判斷患者從1996年以前住院到1996年以後出院的一次住院醫療費用與急性或慢性病房的住院日數，因此將1996年前已住院的6位精神分裂症患者從528位精神分裂症患者中扣除，不納入本研究。本研究主要欲瞭解522位精神分裂症患者精神疾病的就醫狀況，因此針對主要處置為精神分裂症的門、住診精神醫療服務進行分析。所以根據這些精神分裂症患者的身份證統一編號取出1996至2000年間主診斷碼為ICD9_CM 295或ACODE為A211所有的門、住診醫療費用申報資料，以進行資料分析。

為完整瞭解精神分裂症患者在門診後滿一年與滿二年之門診與住院精神醫療利用與費用使用情形，因此以1996至1998年第一次就醫使用精神科門診醫療服務的患者為此階段分析對象。1996至1998年精神分裂症患者共394位，其中36位患者第一次就醫即住院，因為考量這群患者疾病可能較為特殊，因此將其排除於本階段之分析。因此本研究1996至1998年第一次就醫即門診的患者共358位。

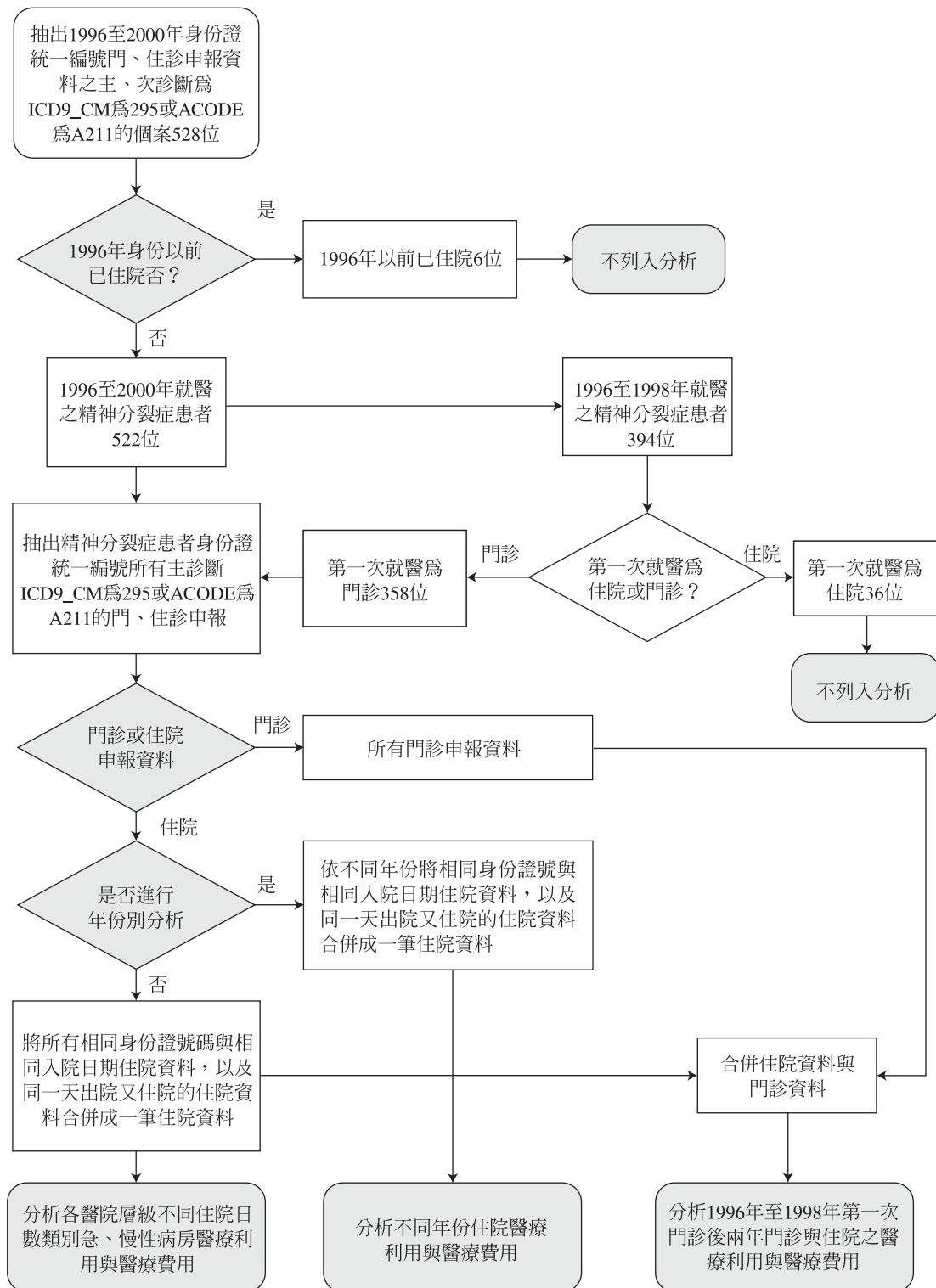
三、資料處理

一般醫院每月向健保局申報醫療費用一次，而健保局申報作業要點規定住院患者出院才能申報住院醫療費用。根據申報作業要點，需長期住院之精神分裂症患者，可利用拆帳方式進行申報，雖患者還在住院仍可視同已出院，而先行申報這一次假出院前的住院費用。假出院係指患者仍住院並未出院，

但醫療院所可以視為出院患者而申報患者該月住院費用，申報時其出院日期留空，入院日期需申報這一次入院確實日期。因此本研究匯總相同身份證統一編號與相同入院日期的住院申報資料視為同一次住院資料，亦將同一天出院又住院的住院申報資料匯總成同一次住院資料。本研究考量在進行資料分析時要呈現1996至2000年逐年精神分裂症患者住院狀況，因此逐年匯總相同身份證統一編號與相同入院日期的住院申報資料視為同一次住院資料。但在進行精神分裂症患者住院醫療服務使用情形與門診後滿一年與滿二年就醫狀況分析時，因為考慮有些患者住院時間會超過一年，因此跨年匯總相同身份證統一編號與相同入院日期的住院申報資料視為同一次住院資料。其資料處理流程說明詳見圖一。

四、資料分析

精神分裂症患者因為疾病具異質性(heterogeneity)，其住院日數可由數日至數年。根據美國精神醫學會(American Psychiatric Association)制定的精神分裂症治療準則(practice guideline)，精神分裂症急性期(acute phase)治療主要以控制精神病性症狀(psychotic symptoms)為主，一般4至6星期可以有效控制，如果需要住院則應住進以急性治療為主之急性病房。急性發作後平均六個月會處於逐漸穩定期(stabilization phase)，接著會進入穩定期(stable phase)[20-21]。一般如果患者疾病呈現慢性化或者精神病性症狀大都被控制住，但臨床判斷患者仍需住院治療，則會讓患者住進慢性病房。本研究考量精神分裂症疾病屬性、臨床治療準則與醫院按月申報醫療費用的習慣，將住院日數大致以月為單位區分為七類住院日數類別進行分析。另一方面，因為臨床治療準則說明精神分裂症患者急性發作後6個月會逐漸穩定，因此本研究以住院日數是否超過180日，將患者之病情區分為急性或慢性。假設患者住院日數小於180日，應該以急性治療為主；如果患者住院日數大於180日，應該以非急性治療為



圖一 資料處理流程說明

主。

就異質性精神分裂症患者終生病程來看[20-21]，患者每年依據不同病程階段其就醫情形可能會有差異，因此本研究欲瞭解逐年追蹤一群精神分裂症患者的精神醫療利用情形。本研究即利用1996至1998年精神分裂症患者第一次門診後觀察滿一年與滿兩年之就醫資料，分析患者使用門診服務，以及患者住院、再住院與未出院的差異情形。本研究指稱有無使用門診服務，係指第一次門診後滿一年或滿二年有無再使用門診服務；再住院係指患者第一次門診後曾住院，而且出院後又再住院。

五、統計分析

本研究以描述性統計，分析各醫院層級精神分裂症患者不同住院日數類別個案之分布情形，並以卡方檢定分析醫院層級與住院日數類別是否有關。以描述統計分析，各醫院層級不同住院日數類別之精神分裂症患者其急、慢性病房住院日數分布情形，並以無母數分析之Kruskal-Wallis檢定急、慢性病房住院日數在不同醫院層級差異情形是否顯著。亦以Kruskal-Wallis檢定已出院精神分裂症患者住院日數與醫療費用之年份別差異情形是否顯著。本研究使用描述性統計分析方法瞭解1996至1998年精神分裂症患者第一次門診後滿一年與滿二年門、住診就醫狀況。

結 果

本研究522位精神分裂症患者，其平均年齡為40.8歲(標準差為16.6)，其中女性有232位(44.4%)，男性有288位(55.2%)，有2位(0.4%)性別不詳。522位精神分裂症患者在1996至2000年間總住院人次為467，其中165住院人次未出院，因此在已出院之住院資料相關分析中其總住院人次為302。而1996至1998年間就醫之精神分裂症患者共有394位，其中36位在1996至1998年間第一次就醫時即住院。

表一呈現不同醫院層級不同住院日數類別的個案分布情形。結果發現醫學中心精神

分裂症患者住院人次住院日數類別小於30日與31至60日兩個類別個案數最多(33.3%與32.2%)，其次為區域醫院(17.3%與20.9%)。而地區醫院則以未出院個案數比率最高(42.0%)。不同醫院層級別其住院日數類別個案數分布情形亦不同，達統計意義($\chi^2=45.729$ ， $df=12$ ， $P=0.0001$) (見表一)。

表二呈現不同醫院層級不同住院日數類別之急性與慢性病房平均住院日數分布情形。一般而言，精神分裂症患者急性發作需住院治療時經常會先住進急性病房，而當症狀漸趨穩定但仍有殘餘症狀時，可能會在門診繼續治療或轉進慢性病房治療。研究結果發現各醫院層級住院日數類別大致呈現住院日數小於180日之精神分裂症患者住院人次之急性病房平均住院日數比慢性病房長；住院日數大於180日之患者其慢性病房平均住院日數比急性病房長。各醫院層級中，以醫學中心急性病房平均住院日數最長(55.7日)，其次為區域醫院(41.1日)，再其次為地區醫院(22.3日)；慢性病房平均住院日數之分布剛好相反，地區醫院慢性病房平均住院日最長(130.6日)，其次為區域醫院(44.4日)，再其次為醫學中心(6.4日)。

住院日數類別小於等於30天者，其不同醫院層級急、慢性病房平均住院日數之差異達統計意義($\chi^2=10.756$ ， $df=2$ ， $P=0.005$ ； $\chi^2=10.448$ ， $df=2$ ， $P=0.005$)。住院日數類別為61-90天者，其不同醫院層級慢性病房平均住院日數之差異達統計意義($\chi^2=8.563$ ， $df=2$ ， $P=0.014$)。住院日數類別91-180天者，其不同醫院層級急性病房平均住院日數之差異達統計意義($\chi^2=9.415$ ， $df=2$ ， $P=0.009$)。住院日數類別181-365天者，其不同醫院層級慢性病房平均住院日數之差異達統計意義($\chi^2=14.846$ ， $df=2$ ， $P=0.001$) (見表二)。

表三呈現1996至2000年已出院精神分裂症患者住院人次之住院日數與醫療費用分布情形。精神分裂症患者住院日數小於180天之住院人次資料顯示1996至1998年平均住院日數與平均住院費用呈現明顯的上升趨勢，

表一 各醫院層級精神分裂症患者不同住院日數類別住院人次分布情形

醫院層級 住院日數類別	醫學中心 個案數(%)	區域醫院 個案數(%)	地區醫院 個案數(%)	合計 個案數(%)
≤30	30 (33.3)	38 (17.3)	31 (19.7)	99 (21.2)
31-60	29 (32.2)	46 (20.9)	18 (11.5)	93 (19.9)
61-90	5 (5.6)	19 (8.6)	11 (7.0)	35 (7.5)
91-180	5 (5.6)	12 (5.5)	6 (3.8)	23 (4.9)
181-365	8 (8.9)	14 (6.4)	15 (9.6)	37 (7.9)
>365	0 (0.0)	5 (2.3)	10 (6.4)	15 (3.2)
未出院	13 (14.4)	86 (39.1)	66 (42.0)	165 (35.3)
合計**	90(100.0)	220(100.0)	157(100.0)	467(100.0)

* P<0.05, ** P<0.0001

表二 各醫院層級精神分裂症患者不同住院日數類別急性與慢性病房平均住院日數分布情形

醫院層級	醫學中心		區域醫院		地區醫院		合計	
	急性病房	慢性病房	急性病房	慢性病房	急性病房	慢性病房	急性病房	慢性病房
住院日數	平均值	平均值	平均值	平均值	平均值	平均值	平均值	平均值
類別	(標準差)	(標準差)	(標準差)	(標準差)	(標準差)	(標準差)	(標準差)	(標準差)
≤30	17.0 (8.2)		15.3 (9.0)	1.4 (6.3)	9.5 (9.8)	6.4 (12.0)	14.0 (9.5)*	2.5 (8.1)*
31-60	39.3 (10.3)	2.0 (7.9)	37.1 (17.8)	4.9 (13.9)	39.9 (16.3)	5.8 (16.4)	38.3 (15.4)	4.2 (12.8)
61-90	55.4 (31.8)		53.7 (30.6)	12.9 (25.8)	29.8 (35.0)	44.7 (36.7)	46.5 (33.2)	21.1 (32.2)*
91-180	141.6 (20.1)		78.0 (55.1)	54.1 (59.5)	62.5 (33.7)	38.2 (32.5)	87.8 (52.3)*	38.2 (49.8)
181-365	85.9 (71.1)	56.3 (118.8)	79.1 (92.5)	46.1 (51.9)	19.0 (28.4)	173.6 (85.2)	56.2 (73.2)	100.0 (101.8)**
>365			49.2 (55.0)	75.8 (109.0)	18.5 (31.8)	208.7 (114.8)	28.7 (41.7)	164.4 (126.8)
合計	55.7 (68.0)	6.4 (37.7)	41.1 (53.1)	44.4 (82.6)	22.3 (31.1)	130.6 (136.3)	37.6 (51.8)	66.1 (109.6)

* P<0.05, ** P<0.0001

表三 1996至2000年已出院精神分裂症患者住院人次之住院日數與醫療費用之分布情形

年份	1996		1997		1998		1999		2000		合計
住院日數類別	≤180	>180	≤180	>180	≤180	>180	≤180	>180	≤180	>180	
個案數	34	11	46	13	52	13	65	15	53	0	302
住院日數											
平均值	40.8	416.0	46.0	420.2	51.7	369.0	48.2	311.9	36.0		101.8
標準差	35.5	173.6	35.4	259.4	30.8	217.0	42.7	77.0	27.6		151.1
醫療費用											
平均值	64088.8	175061.9	66688.3	179679.4	79569.4	112984.9	72137.5	141137.1	57276.1	122956.1	104135.5
標準差	48573.8	104522.8	53428.9	132794.5	46852.0	92005.4	71245.4	100316.0	32433.5	87947.4	91706.5

註：2000年住院日數大於180日住院患者皆未出院，但已申報部份住院費用。

1998至2000年則呈現下降趨勢。精神分裂症患者住院日數大於180天之住院人次資料顯示1996至2000年平均住院日數與平均住院費用大致呈現下降趨勢。但住院日數與醫療費用在年份別之差異，並未達統計意義。2000年27位住院日數超過180天的患者皆未出院(個案數為0)，但因為已申報住院資料因此會產生醫療費用。值得特別注意，表三不特別區分住院日數大於或小於180日之合計欄位，所呈現平均住院日數與平均醫療費用，與各年份區分住院日數大於或小於180日的數據差異頗大。不特別區分住院日數大於或小於180日之平均住院日為101.8日，但各年份區分住院日數者之合計欄位，其平均住院日數最小為36.0日，最大為420.2日(見表三)。

表四呈現1996至1998年第一次門診後觀察滿二年358位患者門、住診醫療利用情形。第一次門診後滿一年的時間，曾住院患者有39位(10.9%)，曾住院且又再住院的患者有4位(10.3%)；曾再使用門診者有271位(75.7%)，一年平均門診次數為9.0次(標準差為8.7)，平均門診費用為12378.7元(標準差為15665.8)。而第一次門診後滿二年時，患者住院比率增加約5%，再住院比率增加約22%，使用門診比率約增加2%左右，平均門診次數並未成長一倍。在358位精神分裂症患者中有11位(3.1%)在二年中皆未出院(見表四)。

討 論

本研究資料來源為全民健保門、住診申報資料檔之次級資料，因此僅能由申報資料檔主診斷與次診斷欄位之ICD9_CM或ACODE診斷碼，判斷患者是否為精神分裂症，目前尚無文獻說明全民健保申報精神分裂症診斷之信度與效度，此乃本研究之限制。本研究另一個限制，乃是無法收集精神分裂症患者沒有使用健保身份時的就醫資料。就現階段台灣精神醫療照護體系的運作，有些醫院為規避健保局核減患者住院日數較長的醫療費用，而交互使用衛生署“嚴重病人強制住院”醫療費用補助與向健保局申報的方式爭取較多的醫療費用收入。然而衛生署並未公告“嚴重病人強制住院”方案中，補助精神分裂症患者醫療費用與住院人次的數據資料，以致於無法納入研究。但就衛生署預算與健保局申報資料估計，強制住院補助之醫療費用約佔健保所有精神分裂症患者住院申報醫療費用之5%左右，因此對本研究影響有限。再者社會對精神疾病仍存有污名化(stigma)的看法，因此可能會導致中、高收入精神分裂症患者或家人不願患者曝光，而自費就醫。可是亦無文獻資料呈現這類精神分裂症患者自費就醫的相關資料。因此本研究僅能呈現精神分裂症患者使用全民健保醫療資源之醫療利用與醫療費用的情形。

表四 1996至1998年精神分裂症患者第一次門診後滿一年與滿二年門、住診醫療利用情形

			一年期間	兩年期間
住院否	否	個案數(%)	319 (89.1)	303 (84.6)
	有	個案數(%)	39 (10.9)	55 (15.4)
再住院否	否	個案數(%)	35 (89.7)	37 (67.3)
	有	個案數(%)	4 (10.3)	18 (32.7)
皆未出院	是	個案數(%)	11 (3.1)	11 (3.1)
門診否	否	個案數(%)	87 (24.3)	79 (22.1)
	有	個案數(%)	271 (75.7)	279 (77.9)
門診次數		平均值(標準差)	9.0 (8.7)	15.3 (15.7)
總門診費用		平均值	12378.7	21644.3
		標準差	15665.8	28391.7

精神醫療體系的發展經常受該國社會、文化與政治的影響，而且要妥善照護精神分裂症患者需要多元精神醫療服務，所以每個國家精神醫療照護體系不盡相同，因此精神分裂症患者醫療利用分析結果之數據資料所代表的意涵亦並不相同。但是藉著思考台灣與各國精神分裂症患者醫療利用與費用相關資料的差異，對於台灣精神醫療體系改革方向應仍有其參考價值。

根據文獻資料大致而言[1,4,13]，英國與美國受去機構化影響頗深，其精神社區復健設施之發展較台灣完善；英國、丹麥、荷蘭社會福利安全體系較為健全，因此可以提供精神分裂症患者較多的照護。台灣、西班牙、義大利精神醫療體系之完整性與持續性則仍待發展，家人仍需擔負起較多照顧患者的責任。Knapp等人整理荷蘭(Amsterdam)、丹麥(Copenhagen)、英國(London)、西班牙(Santander)與義大利(Verona)五個歐洲國家參與EPSILON (European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs)研究計畫中，回溯收集精神分裂症患者三個月醫療服務使用相關資料。五個國家精神分裂症患者醫療利用情形差異很大，但各國各種醫療服務的一年平均醫療成本卻差異不大。五個國家所有精神分裂症患者三個月中12%的患者使用住院服務，平均住院日為3.63日；所有患者中37%使用門診治療，三個月內每人平均門診人次為2.02次，因此一年約8.08次。作者認為這個研究結果代表著五個不同精神醫療照護體系患者使用醫療服務的模式[13]。由該研究數據資料的呈現，可以發現該國如果患者使用較多精神社區復健設施，其患者住院比率與住院日數相對較少。

1999年Rothbard等人[12]收集321位美國Philadelphia State Hospital自1988年出院的精神疾病患者三年就醫資料，該研究個案83%為精神分裂症，研究結果發現每年約有20%至30%病人會再住院，平均住院日數為76至91天，而且每年隨著平均住院日數的增加，其再住院率隨著降低。其急性病房平均住院日數47.8天，亞急性病房(extended acute care)平均住院日數108.6天，若不分病房型態則平

均住院日數為76.2天。有5%的患者需長期照護，每年約有66%至70%患者會使用門診精神醫療服務。

因為本研究選取1996至1998年第一次門診就醫精神分裂症患者，觀察其滿一年的就醫情形，則發現近八成患者曾再使用門診，一年中每人平均門診為9次，有10.9%的患者曾使用住院精神醫療服務。與各國調查資料的數據比較，我國精神分裂症患者門診精神醫療服務使用率頗高，一年平均門診人次亦不低(歐洲五個國家37%使用門診，一年平均門診人次為8.08次)；住院精神醫療服務使用率則偏少(歐洲五個國家三個月有12%的患者住院)。本研究精神分裂症患者門診後滿一年期間再住院率為10.3%，滿二年期間之再住院率則增加為32.7%，與Rothbard等人追蹤患者三年結果發現每年再住院率約為20%至30%類似。

本研究發現精神分裂症患者第一次門診後滿一年與滿二年期間門、住診就醫狀況不同。同一群患者滿二年時住院比率增加約5%，再住院比率增加約22%；第二年時患者可能已過了急性期(急性期門診間隔需較密集)，因此會隔較長時間再門診拿藥，所以滿兩年時平均門診次數並非成長一倍。這項資料顯示出精神分裂症患者醫療利用逐年變化可能不同，頗符合臨床上患者之病情表現。因此思考精神分裂症患者照護體系時，需同時考量患者分布之橫貫面資料與患者病情擺動之縱貫面資料。

根據1997至2000年全民健康保險統計資料中精神科特約病床之分布[22-25]，全國醫學中心絕大多數為急性病床，僅在2000年才有26張慢性病床；區域醫院急性病床與慢性病床約各佔一半；地區醫院之慢性病床則遠多於急性病床。表一與表二呈現各醫院層級七類住院日數類別個案數與急、慢性病房平均住院日數之分布，亦與各醫院層級急、慢性病床分布相呼應。因為全國醫學中心大多數為急性病床，因此表二之醫學中心慢性病床日數僅出現在兩個類別，而且其中181至365日住院日數類別，慢性病房住院日數標準

差遠大於平均值，其原因可能是個案數過少或患者本身特殊性所造成。本研究住院日數類別、平均住院日數與平均醫療費用各項資料，顯示各醫院層級提供精神醫療照護重點不同。然而要妥善照護精神分裂症患者需要精神醫療團隊提供多元化醫療服務，但國內精神醫療照護設施仍不足，因此更需思考各醫院層級垂直整合與分工，有效率使用精神醫療資源的措施。

本研究結果顯示，住院日數小於180日的患者，由1998至2000年平均住院日數呈現下降的趨勢，這是值得關心的現象。探究其原因可能是因為精神科病床使用效率提高；但亦可能為健保局加強審查急性病房住院日數超過30天的申報資料，與病房等待住院的名單太長等壓力，使得精神醫療服務提供者在患者病情尚未穩定即讓他們出院。這是未來研究值得進一步探討的議題。

致 謝

本研究資料來源為衛生署中央健康保險局提供財團法人國家衛生研究院管理之“全民健康保險研究資料庫”，特此致謝。但文中任何闡釋或結論並不代表衛生署中央健康保險局或財團法人國家衛生研究院之立場。

參考文獻

1. Breakey WR. Developmental milestones for community psychiatry. In: Breakey WR, eds. *Integrated Mental Health Services*. 1st ed. New York: Oxford University Press, 1996;29-42.
2. Royse D, Drude K. Mental health needs assessment: beware of false promises. *Community Ment Health J* 1982;**18**:97-106.
3. Lesage AD, Clerc D, Uribe I, et al. Estimating local-area needs for psychiatric care: a case study. *Br J Psychiatry* 1996;**169**:49-57.
4. Thornicroft G, Tansella M. The implications of epidemiology for service planning in schizophrenia. In: Murry RM, Jones PB, Susser E, Os JV, Cannon M, eds. *The epidemiology of schizophrenia*. 1st ed. United Kingdom: Cambridge University Press, 2003;411-26.
5. 莊明敏：精神病患醫療服務體系之檢討。台北：行政院研考會，1995。
6. 行政院衛生署：醫療網第四期計畫—新世紀健康照護計畫，2000。
7. 鄭若瑟：台灣精神障礙者照顧之現況分析與未來發展—醫療層面。台灣精神障礙者照護發展研討會，2002。
8. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al. Utilization of health and mental health services: three epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;**41**:971-78.
9. Shapiro S, Skinner EA, Kramer M, Steinwachs D, Regier DA. Measuring need for mental health services in a general population. *Med Care* 1985;**23**:1033-43.
10. McAlpine D, Mechanic D. Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance, and risk. *HSR* 2000;**35**:277-92.
11. Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population: results of the Netherlands mental health survey and incidence study. *Am J Public Health* 2000;**90**:602-7.
12. Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR, Turk R. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1999;**156**:920-7.
13. Knapp M, Chisholm D, Leese M, et al. Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;**105**:42-54.
14. Leslie D, Rosenheck R. Changes in inpatient mental health utilization and costs in

- a privately insured population, 1993 to 1995. *Med Care* 1999;**37**:457-68.
15. Eisenberg L, Leff J. Psychiatry as a world-wide public health problem. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, eds. *New Oxford textbook of psychiatry*. 1st ed. New York: Oxford University Press, 2000;9-13.
16. Avison WR. Impact of mental illness on the family. In: Aneshensel CS, Phelan JC, eds. *Handbook of the sociology of mental health*. 1st ed. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 1999;495-515.
17. 葉玲玲、李玉春、楊銘欽、劉絮愷、胡海國：嚴重精神病患經濟成本分析。中華心理衛生學刊 1997；**10**：1-15。
18. 胡海國：精神分裂症之社區流行病學。當代醫學 2002；**29**：717-27。
19. National Insurance Research Database [cited 2002/10/ 20] Available from: URL: http://www.nhri.org.tw/nhird/R_cohort.htm
20. Herz MI, Marder SR. Schizophrenia - comprehensive treatment and management. 1st ed. United States: Lippincott Williams & Wilkins, 2002;21-34.
21. American Psychiatric Association: DSMIV diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. United States: American Psychiatric Association, 1994;273-86.
22. 中央健康保險局：全民健康保險統計1997年。台北：中央健康保險局，1998。
23. 中央健康保險局：全民健康保險統計1998年。台北：中央健康保險局，1999。
24. 中央健康保險局：全民健康保險統計1999年。台北：中央健康保險局，2000。
25. 中央健康保險局：全民健康保險統計2000年。台北：中央健康保險局，2001。