

案例二

精神科急性病房超長住院之爭議案例 The Dispute of Extended Hospitalization at Acute Psychiatric Admission

全民健康保險爭議審議委員會

前 言

依 95 年全民健康保險醫療統計年報及全民健康保險統計資料顯示，精神疾患門、住診(包括急診)合計患者總人數為 2,032,395 人，住院患者總人數為 105,238 人，出院患者件數共 51,422 件(其中住院日數 1~3 日有 4,905 件，4~7 日有 5,937 件，8~14 日有 7,346 件，15~30 日有 12,039 件，31~90 日有 14,201 件，90 日以上有 6,994 件)，慢性精神病重大傷病證明實際有效發證數為 176,691 張，而急性精神病床數為 5,996 床(醫學中心有 961 床，區域醫院有 3,049 床，地區醫院有 1,986 床)，慢性精神病床數為 13,047 床(醫學中心有 38 床，區域醫院有 4,056 床，地區醫院有 8,953 床)。

各類精神病患依其病情變化，由精神醫療機構、精神復健機構、社會福利機構或職業訓練及就業服務等機構共同提供服務，有文獻資料顯示，如果患者使用較多精神社區復健設施，則患者住院比率與住院日數相對較少。而王文志、張自強與文榮光(2005)研究指出，出院且無職業之病患在未獲得充分的職能訓練，且社區中也缺乏適當的職業訓練，則是高度重複住院率因素，社區精神醫療與社區復健是慢性精神病患的醫療照顧重點，只有將其落實才可避免精神病患長期滯留醫院，而如何使醫療延續，減少再度住院，一直是復健精神醫療的一大議題，且面臨健康保險制度改採總額制給付，降低再度住院率乃當務之急(葉玲玲、藍忠孚、鄭若

瑟，2003；王文志等)。

未來在規劃精神科的復健計劃上，可連結地區性之康復之友協會等民間自助團體，並設置個案管理員，以使病人得到全面性的、整體性的醫療照顧，協助有就醫困難的病患就醫，並加強病患的社區復健、就業安置、回歸社區，減少醫療資源的浪費(王文志等，2005)。

案例摘要

一、案例說明

目前精神科急性病房住院相關費用健保係以論量計酬，慢性病房住院照護費用則以論日計酬。依臨床常理，急性病房病人於病況穩定後應可轉慢性病房繼續治療或出院接受包括居家療護之各項社區復健治療，以讓精神科醫療資源更妥善之利用。

本會審理甲醫院急性病房爭議案時，發現部分病人急性病房連續住院日數長達 70-644 日，惟查病歷中未見臨床症狀嚴重度評估或列舉尚未解決問題等內容之記載，依所載之病情，無法顯示需住急性病房長達 70-644 日之正當理由。

二、案例分析

(一)由中央健康保險局提供之資料顯示：

1. 甲醫院 94 年 1 月至 96 年 8 月平均住院日數及月平均點數與同儕之比較，見表一。

表一、甲醫院 94 年 1 月至 96 年 8 月平均住院日數及月平均點數與同儕之比較表

年月	醫院別	合計金額	件數	人數	每人平均住院日數	每件月平均申報點數	日數較同儕高註記	點數較同儕高註記
9401	甲醫院	16,428,589	166	110	49.74	98,967	*	*
	同儕	18,490,541	277	212	35.74	66,753		
9402	甲醫院	11,786,382	149	110	35.31	79,103		*
	同儕	19,370,460	302	202	41.14	64,141		
9403	甲醫院	13,915,238	161	111	42.86	86,430	*	*
	同儕	19,574,771	294	224	35.17	66,581		
9404	甲醫院	16,512,044	175	119	46.61	94,355	*	*
	同儕	17,729,450	271	217	33.40	65,422		
9405	甲醫院	19,998,695	214	139	48.17	93,452	*	*
	同儕	25,332,075	361	256	41.73	70,172		
9406	甲醫院	18,852,999	190	120	53.73	99,226	*	*
	同儕	17,921,141	264	205	34.98	67,883		
9407	甲醫院	17,089,596	181	107	54.19	94,418	*	*
	同儕	21,887,102	300	227	39.55	72,957		
9408	甲醫院	14,996,250	164	115	43.52	91,441	*	*
	同儕	19,382,768	288	214	38.33	67,301		
9409	甲醫院	16,172,721	182	117	46.15	88,861	*	*
	同儕	23,406,296	346	232	45.20	67,648		
9410	甲醫院	20,162,668	207	132	51.36	97,404	*	*
	同儕	18,933,919	270	207	39.11	70,126		
9411	甲醫院	17,594,028	190	117	51.07	92,600	*	*
	同儕	20,921,713	295	205	42.38	70,921		
9412	甲醫院	13,950,922	155	111	42.39	90,006		*
	同儕	20,267,450	270	193	42.60	75,065		
9501	甲醫院	20,719,752	214	138	49.71	96,821	*	*
	同儕	23,533,901	346	233	43.55	68,017		
9502	甲醫院	8,012,354	98	76	35.47	81,759		*
	同儕	15,068,767	212	154	41.18	71,079		
9503	甲醫院	18,548,037	252	110	57.55	73,603	*	*
	同儕	17,494,928	265	196	37.42	66,019		
9504	甲醫院	12,650,711	213	93	45.17	59,393	*	
	同儕	20,338,235	272	206	40.67	74,773		

9505	甲醫院	14,974,912	250	96	52.69	59,900	*
	同濟	24,360,596	327	225	44.04	74,497	
9506	甲醫院	17,907,047	270	102	58.50	66,322	*
	同濟	21,733,455	281	216	40.31	77,343	
9507	甲醫院	15,401,428	266	102	50.03	57,900	*
	同濟	20,422,073	250	192	45.83	81,688	
9508	甲醫院	17,075,841	280	103	55.60	60,985	*
	同濟	17,096,012	237	202	34.05	72,135	
9509	甲醫院	14,873,596	266	99	50.68	55,916	*
	同濟	21,487,674	285	212	42.50	75,395	
9510	甲醫院	17,551,546	303	104	58.27	57,926	*
	同濟	19,666,536	295	213	39.38	66,666	
9511	甲醫院	21,116,334	363	131	54.55	58,172	*
	同濟	19,955,935	274	194	44.31	72,832	
9512	甲醫院	12,295,623	224	92	45.72	54,891	
	同濟	22,768,960	310	205	49.58	73,448	
9601	甲醫院	23,049,603	368	121	64.55	62,635	*
	同濟	20,933,026	279	197	45.36	75,029	
9602	甲醫院	17,632,999	313	106	56.49	56,335	*
	同濟	18,760,309	258	183	42.68	72,714	
9603	甲醫院	17,911,731	319	108	56.99	56,150	*
	同濟	16,974,985	225	183	38.75	75,444	
9604	甲醫院	16,336,686	263	94	60.07	62,117	*
	同濟	18,219,150	257	200	38.89	70,892	
9605	甲醫院	21,655,044	359	112	68.21	60,320	*
	同濟	20,020,795	303	219	38.18	66,075	
9606	甲醫院	21,063,976	359	115	63.57	58,674	*
	同濟	20,781,686	295	212	43.14	70,446	
9607	甲醫院	18,224,008	321	110	57.72	56,773	*
	同濟	18,605,156	279	196	41.01	66,685	
9608	甲醫院	18,814,770	310	104	62.76	60,693	*
	同濟	19,273,820	261	196	40.67	73,846	

註：1、資料提供者：中央健康保險局

2、資料擷取條件為 940101 至 960831 出院（以論人歸戶）

2. 甲醫院 95 年 1-12 月急慢性病房申報情形統計，見表二。

表二、甲醫院 95 年 1-12 月急慢性病房申報統計表

費用年月	病床類別	合計金額	件數	每件月平均申報點數
9501	急性病房	21,620,735	219	98,725
	慢性病房	9,957,548	241	41,318
	急慢性病房	1,110,470	10	111,047
9502	急性病房	31,451,277	367	85,698
	慢性病房	22,831,345	667	34,230
	急慢性病房	2,266,421	26	87,170
9503	急性病房	24,135,382	391	61,727
	慢性病房	15,115,942	649	23,291
	急慢性病房	741,355	13	57,027
9504	急性病房	22,536,295	368	61,240
	慢性病房	14,046,014	640	21,947
	急慢性病房	1,289,866	23	56,081
9505	急性病房	24,228,597	360	67,302
	慢性病房	14,951,362	643	23,253
	急慢性病房	1,305,498	21	62,167
9506	急性病房	25,209,477	392	64,310
	慢性病房	14,699,467	653	22,511
	急慢性病房	1,302,202	23	56,617
9507	急性病房	23,193,489	361	64,248
	慢性病房	15,065,679	663	22,723
	急慢性病房	1,194,454	22	54,293
9508	急性病房	24,530,888	393	62,420
	慢性病房	15,850,597	671	23,622
	急慢性病房	1,275,032	23	55,436
9509	急性病房	22,168,099	367	60,404
	慢性病房	15,102,917	673	22,441
	急慢性病房	960,349	18	53,353
9510	急性病房	24,717,898	400	61,795
	慢性病房	16,404,870	702	23,369
	急慢性病房	900,252	14	64,304
9511	急性病房	22,439,185	386	58,133
	慢性病房	15,698,765	693	22,653
	急慢性病房	1,183,980	22	53,817
9512	急性病房	23,820,048	365	65,260
	慢性病房	16,171,096	699	23,135
	急慢性病房	1,098,816	18	61,045

資料提供者：中央健康保險局

(二)爭議審議情形：

1. 甲醫院 93 年 1 月至 95 年 9 月門、住診費用審議情形
甲醫院於 93 年 1 月至 95 年 9 月期間爭議案件共計 635 案，門、住診分別為 252、

383 案。其中門診審議駁回率為 74%，住院駁回率為 60%，住院 383 案中除 2 案係爭議慢性病房費用外，其餘皆爭議急性病房住院相關費用，見表三。

表三、甲醫院 93 年 1 月至 95 年 9 月門住診費用審議情形：

費用年月	爭議事項	案數	撤銷量	部撤量	駁回量	重核量	駁回率
9301-9312	門診	45	12	1	32	0	73%
9301-9312	住院	53	5	14	32	2	64%
9401-9412	門診	140	36	9	95	0	68%
9401-9412	住院	182	18	77	87	0	48%
9501-9509	門診	67	8	0	59	0	88%
9501-9509	住院	148	11	40	97	0	66%
	總計	635	90	141	402	2	63%

註：住院案件因爭議標的多，部撤案數多，故駁回率較低。

2. 本次審理甲醫院 95 年 8 月份急性病房住院診療費用案件共 70 案，其中 20 案為急性病房長期住院病人，由病歷記載中無法顯示需持續住急性病房之必要性，經本會審定全部予以駁回。
3. 本會審查共識
對於急性病房住院日數超過 40 日者，除每日須記載病程紀錄外，另每週須有臨床症狀嚴重度評估、列舉尚未解決之問題、可治療性 (Treatability) 及療程 (包含擬或已採取之處置) 等內容之記載，以呈現需持續住急性病房之必要性。例如病人對某些治療藥物可能需要試用壹種以上種藥物，而每種藥物之治療有其療程，由前揭內容可判斷其持續住急性病房之必要性。

及醫療費用支付機制不同，精神科急性住院日數也有所不同。對精神科急性住院日數雖有個別的研究，但仍未見以實證醫學方法進行之系統性回顧資料。我國學者葉玲玲、藍忠孚與鄭若瑟 (2003) 利用國家衛生研究院全民健保資料庫抽樣 10 萬人歸人檔，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分析顯示：精神分裂症患者的急性病房平均住院日數是 37.6 天，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 天)，其次為區域醫院 (41.1 天)，再其次為地區醫院 (22.3 天)。在未有其他進一步資料之前，此研究分析之結果應可做為參考。

二、倫理、法律正當性觀點

依精神衛生法第二十一條「因醫療、復健、教育訓練或就業輔導之目的，限制病人之居住場所或行動者，應遵守相關法律規定，於必要範圍內為之。」；第三十七條「精神照護機構為保護病人安全，經告知病人後，得限制其活動之區域範圍。精神醫療機構為醫療之目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內，並應定時評估，不

問題與討論

一、實證醫學的依據

影響精神科急性病房日數長短的因素眾多，包括疾病的診斷及嚴重度、病程、對藥物治療的反應、是否合併有酒精濫用等精神疾病共病、後續治療之提供、安置處所之安排等。各國精神醫療型態

得逾必要之時間。」；第三十八條「精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應通知本人或保護人辦理出院，不得無故留置病人。」準此，精神科急性病房是一個相當程度限制病人自由的處所，非基於適當之醫療理由的留置都有違反個人自主意志之倫理考量及侵犯個人人身自由之法律規定之虞。故，精神科急性住院皆應於病歷紀錄上載明住院之醫療必要性，超過一般平均住院日數者尤應具體載明理由。需強制鑑定或住院之病人則應依該法所規定進行通報及申請。惟，依該法第三十八條所定，精神醫療機構亦應於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫。

三、資源利用妥善性觀點

急性住院治療相對而言乃屬較高費用之治療方式，針對需要的個案給予適當的提供，才能將醫療資源妥善應用。有研究顯示：不足時間之住院（即病人太早出院或未有完善之後續治療計畫）易導致短時間內再度復發入院；另有研究報告：長時間之全日急性病房住院其所生治療效果並不與部分時間住院（如：日間住院）有所差別，兩者都非醫療資源最佳利用的情形。精神科急性病房住院之應用應以病人實際病況之需求作為評估之根據，並於相關紀錄上載明，以期醫療資源之妥善應用。

結論與建議

- 一、精神科急性病房不足，可歸因為二部分：（一）病情穩定應可下轉慢性病房繼續治療而未下轉之病人佔用急性病房致急診之急性精神病人無法入住。（二）部分精神專科醫院，雖有申請設立急性及慢性病房，惟將急性病房收置慢性病人未讓急性病房發揮應有功用。因此，宜明確訂定精神科急性病房入住及給付要件，並將精神科急性病房收置之病人是否符合入住要件之狀況納入精神科醫院評鑑之評鑑範圍。
- 二、以目前健保給付制度，醫生及病人部分皆無誘因出院，惟有明訂給付要件，才能使醫生要求

病人轉慢性病房或出院，並宜藉由資料分析明確界定急性病房及慢性病房之給付範圍，以使給付更合理。

- 三、自精神衛生法設立後，精神疾病病人已有精神衛生照護系統（delivery system）之規劃，惟目前慢性病房與社區醫療（如社區庇護工廠及康復之家）配套措施不完整，致使病人滯留病房無法後送，為使病人早日回歸社區及讓醫療資源更有效利用，應重新審視及檢討整個精神衛生照護體系（從急性、慢性住院至社區醫療等環節）之問題，做有計畫性之規範。
- 四、精神照護設置目的為治療非收容，當病情治療穩定，應讓病人回歸社區，故衛生主管機關於核定院所設立精神專科醫院申請案時，應考量急性病房與慢性病房增設比例之適當性。
- 五、過去處理急、慢性病房之問題，大都僅考量人力及結構面問題，忽略照護過程品質面之問題，現應正視。另應建立精神衛生照護品質指標，當指標建立後，評鑑部分應可詳細評值照護內容（care component）之問題，如此，才能提升照護品質，並解決部分滯留（stagnation）之問題。
- 六、本案例問題須由精神衛生照護體系完整性之規劃、照護品質及支付制度共同合作解決，並明訂每一照護階層（stage）病人入住標準。

誌謝

本文之完成承本會陸含肖小姐及花蓮慈濟醫院精神醫學部林喬祥主任提供資料，陳玉靜小姐彙整相關資料，台大醫學院徐澄清兼任教授惠予審稿，謹致感謝。

參考文獻

1. Appleby L, Luchins DJ, Desai PN, Gibbons RD, Janicak PG, Marks R: Length of inpatient stay and recidivism among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 1996; 47:985-990.
2. Gilbody S: 4 factors were predictive of extended duration in hospital in acute psychiatric admission.

- Evidence-Based Mental Health 2002; 5:64.
3. Holt F, Merwin E, Marwick P, Stern S: The Lengths of psychiatric hospital stays and community stays. 1998;1-32.
 4. Hopko DR, Lachar D, Bailley SE, Varner RV: Assessing predictive factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission. *Psychiatric Services* 2001;52:1367-1373.
 5. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D: Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; Issue 1. Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026.
 6. 王文志、張自強、文榮光：精神科病患於日間病房之預後分析。台灣職能治療研究與實務雜誌 2005；(1)：36-43。
 7. 葉玲玲、藍中孚、鄭若瑟：台灣精神分裂症患者精神醫療利用與費用之分析探討。台灣公共衛生雜誌 2003；22(3)：194-203。