

## 健康與社會關聯

健康是基本人權之一，我國自84年開辦全民健保以來，旨在建立公平就醫的環境，因此貧富家庭就醫差異變化仍是公私部門關心的議題。本研究以行政院主計處家庭收支檔為主，並結合全民健保相關資料檔，觀察按人數分與按戶數分之可支配所得五等分位下，家戶間就醫與死亡的差異。

● 彭花春、張傢鈺、黃惠芬（行政院衛生署統計室科長、副研究員、科員）

### 壹、前言

根據行政院衛生署95年國民醫療保健支出（NHE）統計顯示，當年用於個人醫療的部分高達6,559億元，占NHE之90.8%支出金額，而個人醫療中約六成來自於家庭部門，其餘則來自於政府與企業部門。（圖1）。

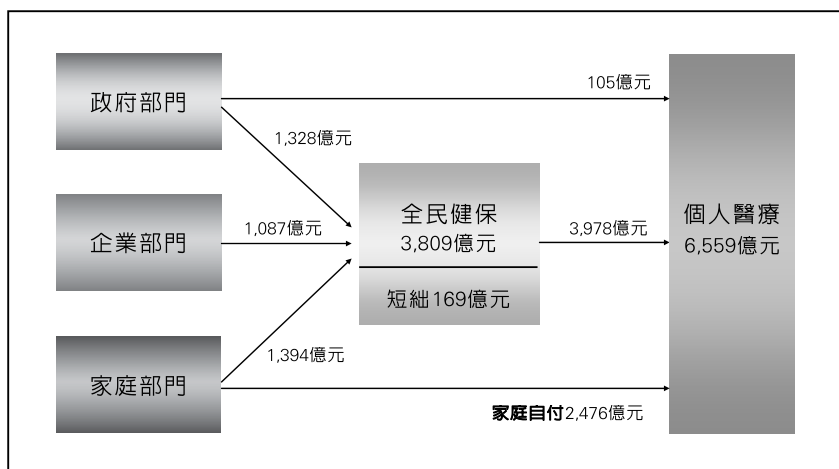
我國全民健保所採取的醫療費用分擔方式，乃採部分負擔制，在醫療越來越貴的趨勢下，雖然健保給予了醫療弱勢

如貧困者、老人、重大傷病、慢性病患者等協助，對於不符合費用減免資格的病患，若其家境不夠寬裕，自付醫療費用或

健保不給付的部份，亦可能壓垮其生活。

本文將以家庭為單位，進行醫療自付費用的負擔以及就

圖 1 95年個人醫療資金來源



醫現況如就醫頻率、醫療費用等相關探討。

## 貳、資料來源與方法

### 一、資料來源

本篇研究資料來源包含了(1) 92年至94年家庭收支調查資料檔；(2) 92年至94年之全民健保門診處方及治療明細檔及住院醫療費用清單明細檔；(3) 戶籍檔；(4) 死因資料檔。

### 二、名詞定義與估計方法

家庭經常性支出可概分為：非消費支出、消費支出及儲蓄三類。本研究以家戶消費支出為主。本研究中，我們以公式(1)來衡量家戶維持生計的基本開支。

$$\frac{\text{全國家戶食品支出中位數}}{\sqrt{(\text{各家戶之成人人數} + 0.5 \times \text{各家戶之小孩人數})}} \times \text{各家戶之總人數} \dots \text{公式(1)}$$

以全國家戶食品支出的中位數來估計一般家戶的基本開支，係為避免受到極端值的影

響，分母則除以各家戶成人數和家戶小孩數的一半開根號，再乘以家戶總人數，因為成人較多的家戶，所得也會較高，所以我們在這個公式的分母做了權重調整折計，可以讓貧富差距更不受戶內人口數多寡而影響。將各家戶的消費支出，扣除其維持生計的基本開支後，剩下的即為「家戶支付能力」，而家戶支付能力中包含了「家戶醫療支出」(圖2)。

以下將家戶醫療支出分為三種不同的定義。第一類為狹

義家庭醫療支出(=醫療用具設備及器材費+住院診療及非受僱醫院醫護服務費+醫療用品支出)。第二類個人醫療費用(=「狹義的家庭醫療支出」+健保受益)。第三類廣義家庭醫療支出(=「狹義的家庭醫療支出」+自付健保保費)(圖3)

接著以公式(2)來觀察家戶支付能力中有多少比例是花費在醫療保健項目。因為前述將家戶自費醫療支出根據不同定義分成個人醫療費用、廣義及狹義家庭醫療支出三類，故

圖2 各名詞關係圖

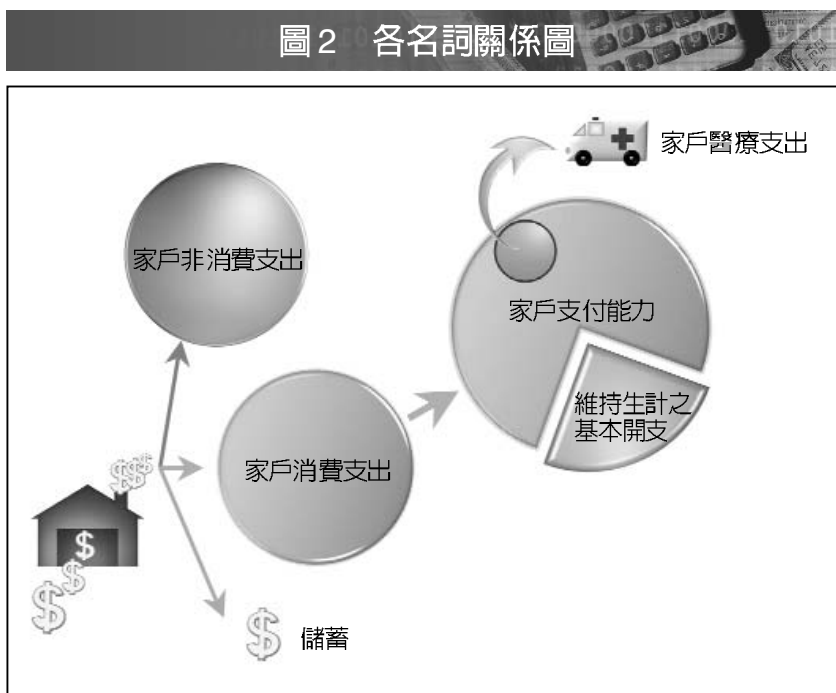
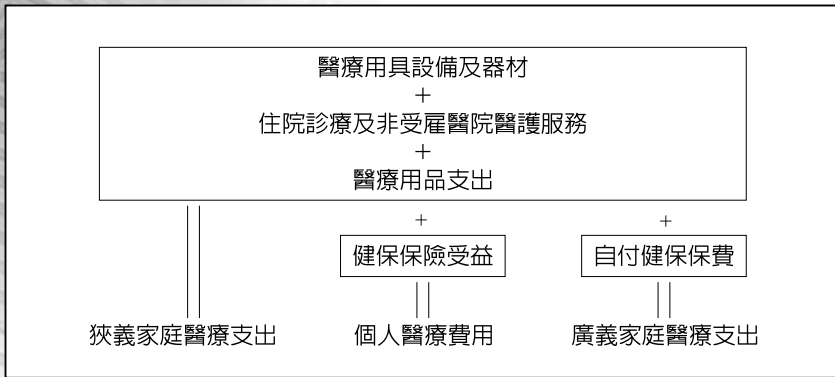


圖 3 各類家戶醫療支出定義



家庭自付醫療費用負擔也分三類。而若家庭自付醫療費負擔超過40%，本研究則定義該家庭的自付醫療費超出負荷。

$$\frac{\text{各家戶醫療支出}}{\text{各家戶支付能力}} \times 100\% \dots\dots\dots \text{公式(2)}$$

儲蓄加上家戶消費支出，即為一般所稱之可支配所得。在本研究中之貧富等級，乃以五等分位表示。五等分位分組並非直接以可支配所得劃分，而是先將可支配所得轉換為「戶量平減後每戶可支配所得」再進行分組如公式（3）。

$$\frac{\text{各家戶可支配所得}}{\sqrt{\text{各家戶之成人人數} + 0.5 \times \text{各家戶之小孩人數}}} \dots\dots\dots \text{公式(3)}$$

公式（3）中將可支配所得

除以家戶成人數加家戶小孩的一半開根號，目的在消除戶內人口數及小孩對家戶所得的影響，並將各家戶之可支配所得，轉換為「個人」的可支配所得。

本研究關鍵所在，在於分別使用「戶數」與「人數」兩種不同的社會階層切割方法。以「戶數」這種傳統的方法來劃分社會階級時，是將所有家戶按「戶量平減後每戶可支配所得」由小到大排列，戶數累積的前20%記為羅馬字母I（最低所得組家庭），II、III、IV及V（最高所得組家庭）以此類推。第二種以「人數」分，同樣按「戶量平減後每戶可支配所得」

由小到大排列，但改以人數累積的前20%為Q0，Q1、Q2、Q3、Q4則以此類推。前者是以戶數來控制等分位的臨界值，每一等分位的戶數皆相同，後者則是以人數來控制等分位的臨界值，每一等分位的人數為相同。

以家庭收支調查資料為主檔串聯其他相關資料檔，利用戶量平減後的可支配所得，按戶數及按人數五等分位分組，分別觀察五等分位下之家庭特性及醫療相關變數，如就診率、就診次數、住院日數、全民健保醫療費用之變化。

## 參、統計結果分析

### 一、以人數之五等分位來討論家庭之貧富，比以戶數分更有意義

以94年為例，若按人數分組，除了戶數第一分位比例較高外，其餘比例差異不大；而若按戶數分組，因戶內人口數

與家戶所得呈現正相關，故以人數之五等分位來討論家庭之貧富時，可消除戶內人數多寡的影響，更能顯現真正的貧富，比以戶數分更具意義（表1）。

## 二、以人數分組受人口結構影響小，分組也較為均勻

將人口年齡結構以人數和戶數分組，戶數和人數最高等分位0至14歲比例分別為17.5%和17.7%，與65歲以上分別為6.9%和6.6%，兩者比例接近。而最低等分位0至14歲戶數和人數比例分別為9.1%和15.8%，及65歲以上40.7%和27.6%，兩者有較大差距。且0至14歲除了最低等分位外，戶數和人數差異較小，而65歲以上除了最低等分位外，戶數和人數差異也較小（表2）。以平均年齡來看，按人數分組的平均年齡較戶數分組的差異小（圖4）。

表1 94年可支配所得五等分位組分之人口數及戶數結構比

單位：%

	合計	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4
人口數	100	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
戶數	100	25.8	19.3	18.2	18.2	18.5
	合計	I	II	III	IV	V
人口數	100	11.2	17.6	21.9	23.8	25.4
戶數	100	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0

註：Q0~Q4為可支配所得按人數五等分位；I~V為可支配所得按戶數五等分位。

表2 94年人口年齡結構按可支配所得五等分位組分

單位：%

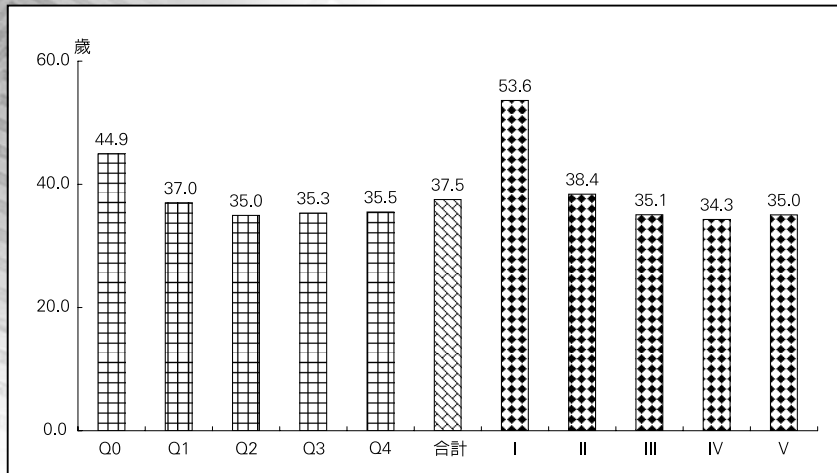
	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4
0~14歲	15.8	19.6	19.9	17.9	17.7
15~29歲	14.4	21.0	23.1	24.8	22.6
30~44歲	16.3	21.6	23.7	22.7	24.4
45~64歲	25.9	24.5	23.7	26.4	28.8
65歲以上	27.6	13.3	9.6	8.2	6.6
	I	II	III	IV	V
0~14歲	9.1	19.6	21.2	19.4	17.5
15~29歲	8.8	17.5	21.3	24.4	26.1
30~44歲	12.0	22.2	24.6	23.6	21.5
45~64歲	29.5	25.9	22.5	24.9	28.0
65歲以上	40.7	14.9	10.5	7.7	6.9

註：同表1。

## 三、無論經濟狀況以人數或戶數分組，每戶可支配所得經過戶量平減後，皆使高低等分位倍數比下降，且以戶數分組者，下降幅度較大

以94年為例，高低倍數以人數分之平均每戶可支配所得為4.9倍，而以戶數分為6倍，人數分組的差異小，主要與戶內人口數有關（表3）。按前述之戶量平減公式進行每戶可支配所得的調整，以人數分之高低倍數降為4.2倍，以戶數分，高低倍數則降為4.1倍，兩者相

圖4 94年可支配所得五等分位組分之平均年齡



註：同表1。

當接近 (表4)，顯示平減對於所得分配是具有合理性和必要性。

#### 四、高低所得之平均每人支出能力約差五倍；家庭自付個人醫療費用超過支出能力40%的比例隨著所得增高而降低，健保受益比隨著所得增高而遞減

以94年為例，以人數分之平均每人支出能力，高低倍數為5.1倍，以戶數分之平均每人支出能力，高低倍數為4.4倍，顯示以戶數分組的差異較小

(表5)。以家庭自付個人醫療費用負擔來看 (個人醫療費用除家戶支付能力)，92至94年無論按人數或戶數分之家庭自付個人醫療費用負擔超過40%的比例，隨著所得增高而降低 (表6)。而廣義家庭自付醫療費用與狹義家庭自付醫療費用超過40%的比例皆較個人醫療費用為低 (圖5、圖6)。

表3 可支配所得五等分位組分之平均每戶可支配所得

單位：千元

	合計	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4	Q4/Q0(倍)
94年	895	365	641	835	1,076	1,780	4.9
93年	891	363	635	831	1,074	1,754	4.8
92年	882	359	617	795	1,065	1,776	5.0
	合計	I	II	III	IV	V	V/I(倍)
94年	895	298	556	779	1,043	1,797	6.0
93年	891	297	555	776	1,036	1,792	6.0
92年	882	296	546	745	1,021	1,800	6.1

註：同表1。

表4 可支配所得五等分位組分之戶量平減後平均每戶可支配所得

單位：千元

	合計	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4	Q4/Q0(倍)
94年	513	237	372	469	601	1,004	4.2
93年	508	232	366	463	591	993	4.3
92年	500	228	355	449	582	992	4.4
	合計	I	II	III	IV	V	V/I(倍)
94年	513	230	359	451	575	951	4.1
93年	508	227	353	449	568	945	4.2
92年	500	225	347	428	557	943	4.2

註：同表1。

表5 可支配所得五等分位組分之平均每人支出能力

單位：千元							
	合計	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4	Q4/Q0(倍)
94年	116	42	78	105	139	214	5.1
93年	110	39	73	98	128	211	5.4
92年	104	38	69	95	122	196	5.1
	合計	I	II	III	IV	V	V/I(倍)
94年	116	41	75	97	128	182	4.4
93年	110	37	68	92	118	179	4.9
92年	104	37	66	86	112	169	4.6

註：1.同表1。

2.家戶支付能力係為扣除維持生計之基本開支後所剩餘的可用收入。

表6 平均每戶個人自付醫療費用負擔占家戶支付能力逾40%之比

單位：%						
	合計	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4
94年	21.93	45.85	25.68	13.76	9.53	4.87
93年	21.91	44.36	26.44	14.38	10.03	5.45
92年	22.18	44.68	27.06	16.70	8.95	5.03
	合計	I	II	III	IV	V
94年	21.93	45.88	30.29	17.10	10.35	6.04
93年	21.91	43.47	31.07	18.42	10.21	6.38
92年	22.18	44.44	30.81	18.47	11.42	5.77

註：同表1。

### 五、低所得組家庭其健保受益比高於高所得組家庭

以94年為例，按人數分之健保受益比（健保給付/自繳健保費），在最低所得組健保受益比為4.0倍（即付1元保費可享受4元的健保給付），而在最高所得組健保受益比為2.2倍。若

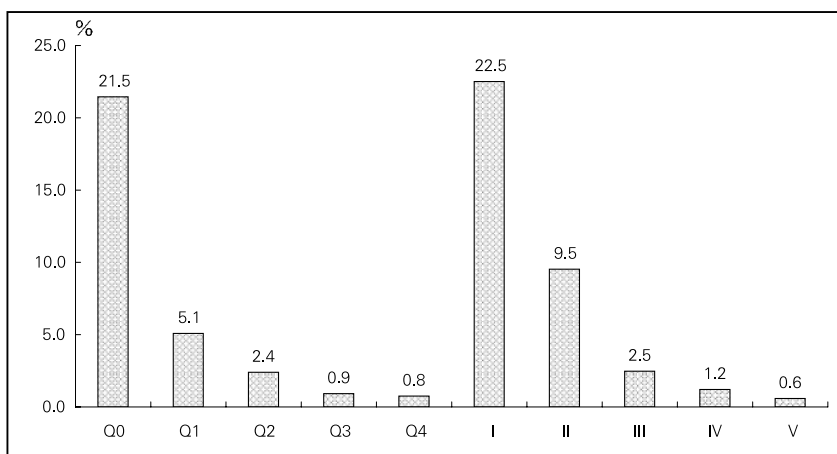
按戶數分，在最低所得組健保受益比為5倍，在最高所得組健保受益比為2.3倍，健保受益比倍數皆隨著所得增高而遞減的現象（表7），顯示全民健保之實施，確能降低國民就醫障礙，並有效扮演社會安全之角色。

### 六、高低所得組家庭門診就診率及門診就診次數差距有限

為剔除高低所得組人口結構差異，將各所得組依人口年齡結構做標準化調整。本研究報告皆以標準化數據呈現。

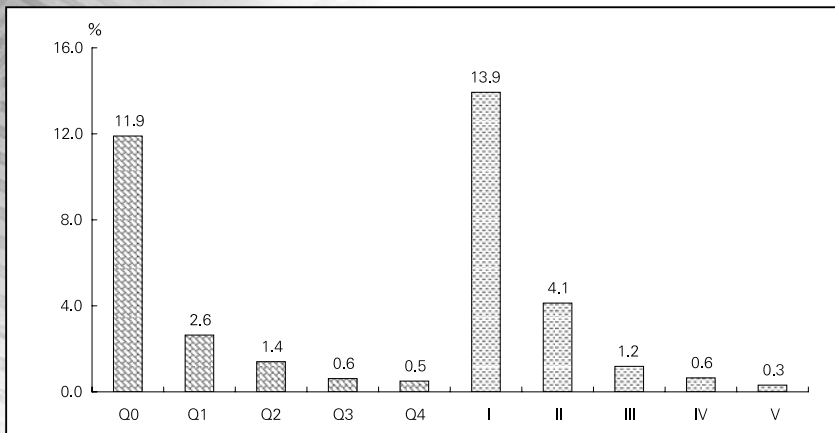
以94年國人標準化門診就診率為95%（圖7-1、圖7-2），平均每人門診就診次數18.4次

圖5 94年平均每戶廣義自付醫療費用負擔占家戶支付能力逾40%之比



註：同表1。

圖6 94年平均每戶狹義自付醫療費用負擔占家戶支付能力逾40%之比率



註：同表1。

表7 平均每戶健保受益比依可支配所得五等分位組分

	合計	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4
94年	3.0	4.0	3.3	3.0	3.0	2.2
93年	3.0	4.0	3.2	3.0	2.9	2.3
92年	2.8	3.9	3.1	3.0	2.7	2.2
	合計	I	II	III	IV	V
94年	3.0	5.0	3.4	3.1	2.9	2.3
93年	3.0	5.1	3.4	3.0	2.8	2.4
92年	2.8	5.1	3.2	2.8	2.7	2.2

註：1.同表1。

2. 健保受益比 = 健保給付 ÷ 自繳健保保費。

為中心點劃分為4個象限，第I象限代表著其門診就診率及就診次數皆高於全國平均值。

以按戶數五等分位組分而言，最高所得組其門診就診率為95.8%，平均每人門診就診次數為19.0次；而最低所得組其門診就診率為92.8%，平均每人門診就診次數16.9次。

而若按人數五等分位組分

，最低所得組其門診就診率為93.0%，平均每人門診就診次數16.8次；最高所得組門診就診率96.0%，平均每人門診就診次數19.1次。

不管是按人數或按戶數劃分之高低所得組，高低所得組家庭間雖有些差距，但總體而言，差距不大。

## 七、高低所得組家庭住院就診率及住院就診次數差距有限

94年國人標準化住院率為9%（圖8）；而平均每人住院次數為0.13次。

若按人數五等分位組分，

圖7-1 94年標準化門診就診率及平均每人門診就診次數——依可支配所得按戶數五等分位組分

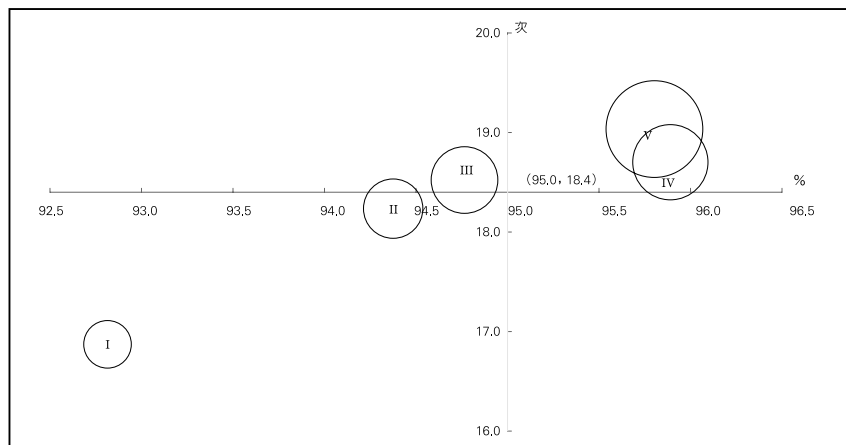
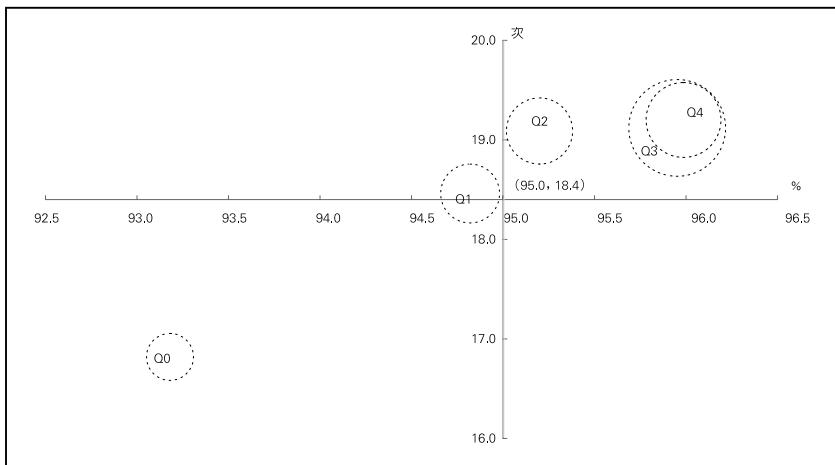


圖 7-2 94年標準化門診就診率及平均每人門診就診次數——依可支配所得按人數五等分位組分



最高所得組家庭其住院就診率與平均每人住院次數分別為9.1%、0.14次；而最低所得組家庭分別為7.9%及0.11次，整體而言，高低所得組家庭間雖有些許差距，惟差距甚小。

### 八、平均每人醫療費用高低所得組倍數為1.6倍

94年平均每人標準化總醫療費用為22,512點（表8），自

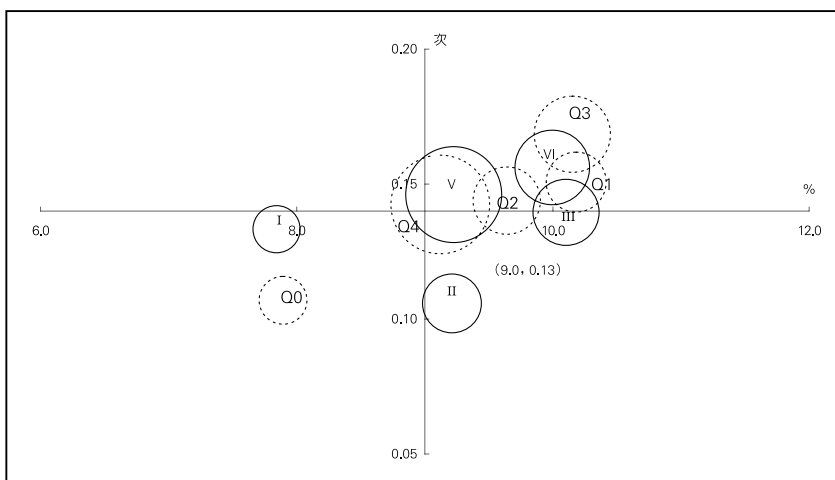
92年20,516點逐年有緩慢上升現象。若按人數五等分位組分，94年最高所得組平均每人醫療費用28,542點；最低所得組平均每人醫療費用18,136點，高低所得組倍數為1.6倍。

若按戶數五等分位組分，其高低所得組之平均每人醫療費用略低於按人數五等分位組分。其高低所得倍數為1.5倍。

若平均每病患標準化醫療費用觀察，平均每病患醫療費用略高於平均每人醫療費用。

就94年而言，平均每病患總醫療費用為23,523點（表9），略高於平均每人的22,512點；且其趨勢與情況與平均每人醫療費用依可支配所得五等分位組分情況相同。

圖 8 94年國人標準化住院率及住院就診次數



註：同表1。

### 九、按人數劃分之五等分位組家庭其標準化死亡率無明顯差異

觀察93至95年間死亡者其每十萬人口標準化死亡率，以人數劃分之高低所得組家庭，就94年而言，最低所得組家庭



表8 平均每人標準化總醫療費用依可支配所得五等分位組分

單位：點							
	合計	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4	Q4/Q0(倍)
94年	22,512	18,136	23,089	23,666	26,422	28,542	1.6
93年	21,763	17,814	22,092	22,238	24,755	29,685	1.7
92年	20,516	17,319	19,670	20,801	22,458	28,296	1.6
	合計	I	II	III	IV	V	V/I(倍)
94年	22,512	17,777	22,238	24,690	24,662	26,754	1.5
93年	22,327	18,297	20,248	23,571	25,138	28,688	1.6
92年	20,516	17,826	19,437	20,463	21,964	25,893	1.5

註：同表1。

表9 平均每病患標準化總醫療費用依可支配所得五等分位組分

單位：點							
	合計	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4	Q4/Q0(倍)
94年	23,523	19,327	24,154	24,662	27,293	29,626	1.5
93年	20,319	17,362	20,217	20,564	22,568	26,295	1.5
92年	21,606	18,600	20,795	21,869	23,529	29,212	1.6
	合計	I	II	III	IV	V	V/I(倍)
94年	23,523	19,038	23,322	25,785	25,583	27,773	1.5
93年	23,327	19,733	21,266	24,550	26,155	29,782	1.5
92年	21,606	19,498	20,546	21,663	22,950	26,837	1.4

註：同表1。

與最高所得組家庭每十萬人口標準化死亡率分別為634及604(圖9)，顯示高低所得組家庭並無明顯差異。

若以戶數劃分之高低所得組家庭(圖10)，同期最低所得組家庭其每十萬人口標準化死亡率則有較高的現象，其主因為以戶數劃分之最低所得組家庭其組內人口數較少，而死亡

人數較高所致。

## 肆、結論

家庭所得與支出如依原傳統按戶數五等分位，因貧富差距較受家庭戶內人數多寡的影響，如依人數五等分位可較真實反應貧富差距。同理，戶內人數較多者醫療費用與支出也

會較高，因此將戶內小孩數以0.5折計，可讓貧富差距較不受戶內人口數多寡的影響。

以人數做五等分(Q0-Q4)時，家庭人口年齡結構、平均年齡、戶內人口數、就業人數的分配之差異，都較以戶數做五等分(I-V)時為小。但在教育年數的分配上，兩者差異不大。

可支配所得五等分位貧富差距倍數，以戶數分時(6倍)較以人數分時(4倍)為大。但如果就小孩數採半加權計算，則兩者貧富差距倍數相當。

貧富家庭平均每人醫療費用、廣義與狹義的平均每人醫療支出差距，以人數五等分位均大於以戶數五等分位。貧富家庭平均每戶自付醫療費用超出負荷比例之差距，以人數五等分位均小於以戶數五等分位。

所得較低之家庭其健保受益倍數高出高所得組家庭2倍左右，在全民健保制度下，低所得組家庭較為受益。

高所得組家庭不論門診、住院之就診率、平均次數或者平均住院日數都高於低所得組

家庭，其中門診部分差距有限；惟在住院日數差異較大。

平均每門診醫療費用或

平均每病患門診醫療費用，貧富間並無太大差距。但平均每

住院病患醫療費用遠高於平均

每門診病患醫療費用，貧富間住院費用的差距遠大於門診費用。

高低所得組家庭其醫療費用雖高低有別，但其標準化死亡率差異有限。

圖9 每十萬人口標準化死亡率依可支配所得按人數五等分位組分

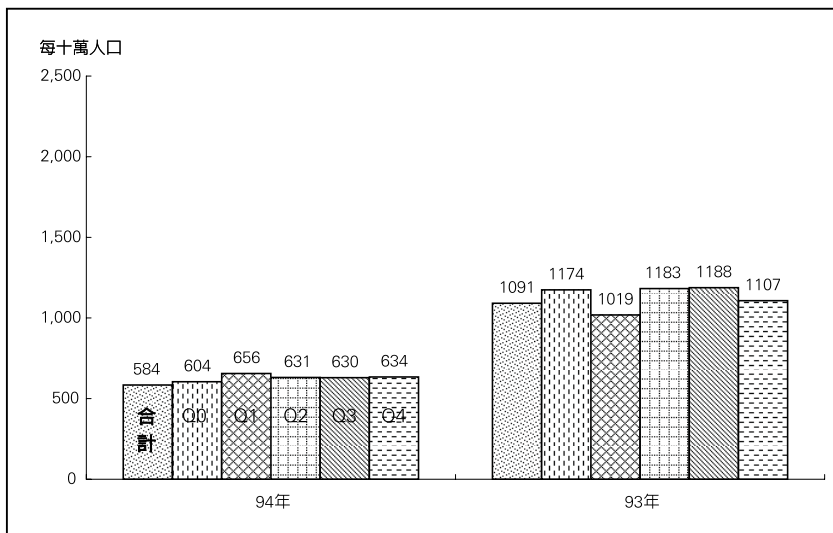
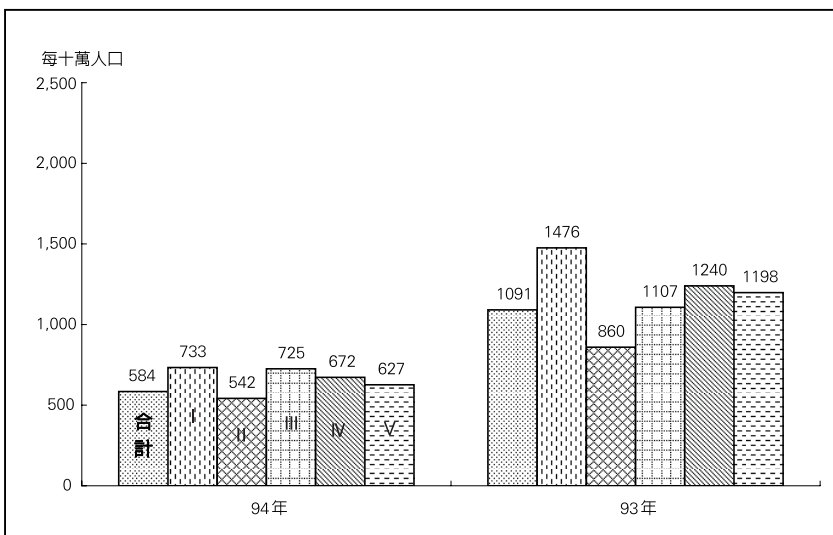


圖10 每十萬人口標準化死亡率依可支配所得按戶數五等分位組分



### 參考文獻

- 1.內政部統計處，95年內政統計年報，96年11月。
- 2.行政院主計處，95年家庭收支調查報告，96年10月。
- 3.宋欽增，統計實務第8版，1998。
- 4.行政院衛生署統計室，95年衛生統計系列（五）——國民醫療保健支出，97年1月。
- 5.行政院衛生署統計室，95年衛生統計系列（四）——全民健康保險醫療統計年報，97年2月。
- 6.Gravelle, H., & Sutton, M. (2003). Income related inequalities in self assessed health in Britain: 1979-1995. *British Medical Journal*, 57 (2) , 125.
- 7.Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*, 26 (4) , 972-983.
- 8.Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362 (9378), 111-117. ❖