

美國老人醫療保險急性後期照護的發展

戴桂英 吳淑瓊* 江東亮

美國實施急性醫院前瞻式支付制度後，急性後期照護蓬勃發展。台灣自1995年實施全民健保，為控制醫療利用也提出醫院前瞻式論病例支付之擬議。本研究目的在探討美國Medicare的急性後期照護供給成長趨勢、利用狀況、影響急性後期照護消長的政策，以及提出對台灣的啟示。我們發現美國Medicare急性後期照護(1)1997年起受預算中平法案影響供給成長趨緩；(2)Medicare約有12%的花費用於居家健康照護、技術性護理機構、復健醫院和長期照護醫院；(3)機構式服務要自負額、每日定額等部分負擔；(4)以四種前瞻式支付制度擬限制其過度成長。我們建議台灣於推動醫院前瞻式論病例支付制度時，宜(1)同時研議急性後期照護的範圍、支付方式和部分負擔設計，且避免費用過度轉成民眾自付；以及(2)思考如何將急性醫療與急性後期照護配套，以求服務連續完整，並設計客觀的成果評估方式。(台灣衛誌 2006；25(5)：323-329)

關鍵詞：美國老人醫療保險、急性後期照護、前瞻式支付制度

前 言

台灣全民健保從1996年開始逐步採用論病例支付制度，該制度類似美國疾病診斷關聯群(diagnosis-related groups，以下簡稱DRGs)支付制度，希望藉由前瞻性支付制度(pro prospective payment system，以下簡稱PPS)的精神，以節約醫療資源。2002年起推動醫院總額支付制度，仍用論量計酬作支付基準，醫院衡量的問題更顯現，因此各界建議加速推動論病例計酬，期促使醫療利用更有效率。

反觀美國老人醫療保險(Medicare)實施DRGs後，醫院鼓勵病人提早出院，急性後期照護(post-acute care，以下簡稱PAC)的需求應運而生。為借重美國Medicare對PAC之政策經驗，以思考我國實施論病例計酬時應做的準備，本文以文獻探討為方法，

經由Medline以post-acute care、Medicare為關鍵字，以1985年到2005年為期間，搜尋美國Medicare DRGs實施後PAC政策相關的文獻；並且從美國HHS (U.S. Department of Health and Human Services)、CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)、MedPac(Medicare Payment Advisory Commission)等網站，搜尋官方委託研究報告、政府單位報告或統計資料。本文探討Medicare提供PAC的內容、供給面成長趨勢、服務的使用與費用、影響服務發展的政策措施、以及其對我國的啟示等。

什麼是急性後期照護？

PAC是指病人在急性醫院接受治療後，為了恢復原有的身體功能，還需要一段時間的醫護專業照護[1]。PAC是介於急性醫療和長期照顧之間的服務，Kane認為PAC注重治療、強調照護品質、目標在恢復身體功能、克服功能限制[2]。

美國Medicare提供PAC的單位有四種：居家健康照護單位、復健醫院或部門、技術性護理機構(skilled nursing facilities，以下

國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所、健康保險研究中心

*通訊作者：吳淑瓊

聯絡地址：台北市中正區徐州路17號

E-mail: scwu@ha.mc.ntu.edu.tw

投稿日期：94年12月9日

接受日期：95年8月23日

簡稱SNFs)和長期照護醫院[3]。給付內容包括：(1)居家健康照護：對活動受限者，經醫師處方，在家中接受間歇的技術性護理或復健服務，或給予居家使用的耐久性醫療輔具，如氣墊床、輸液幫浦、氧氣設備、輪椅、牽引設備等；(2) SNFs：對出院後需要全天候照護者，提供技術性護理或復健治療；(3)復健醫院或部門：對出院後仍需要密集復健者，提供住院的物理、職能和語言等治療；(4)長期照護醫院(指平均住院天數高於25天)：對臨床病情複雜、有多重慢性疾病者，提供延長性住院醫療，包括綜合性復健、呼吸治療、癌症治療和疼痛管理等[4]。

機構式PAC是需要部分負擔的。根據2006年Medicare的規定[5]，在復健醫院和長期照護醫院，住院第1天到60天期間自負額為952美元，第61天到90天每日部分負擔238美元，第90天到150天每日部分負擔476美元，之後若繼續住院則全額自付。SNFs的部分負擔較輕，第1天到20天免部分負擔，第21天到100天每日部分負擔119美元，之後若繼續住則由病人自付或由其他商業保險支付，而低收入戶則依賴Medicaid。

2002年，16%的Medicare保險對象因為較貧窮，同時為州政府Medicaid受益人[6]；而Medicaid受益人之中，老人平均費用3,887美元有30.2%用於護理機構6.4%用於居家照護，而殘障者平均費用7,408美元有4.3%用於護理機構6.3%用於居家照護[7]。

由於Medicare對PAC無規定可照護的期間[8]，因此過去研究者對PAC的研究期間有採取6週、60天、半年、1年不等[3,9-11]；部分研究對不同診斷別採取不同期間，例如充血性心衰竭採用60天，對中風係採用90天[8]。

急性後期照護供需的消長

Medicare四類PAC供給者家數從1990年到2005年成長率在兩位數以上(表一)。SNFs由10,508家增加為15,632家成長率約50%；居家健康照護單位由5,793家增加為7,874家成長率為36%；復健機構由813家變為1,232家成長率約50%；長期照護醫院由90家變為365家，增加為四倍[6,12,13]。

醫療費用占率方面，在1986年Medicare只有0.7%的費用花在SNFs，3.2%的費用花在居家健康照護[7]；到1997年，占率分別高達6.4%和8.8%。四類PAC合計費用占Medicare總費用1997年時約為17.5%，但是到了2004年卻降為12% (表二)[6,13,14]。

長期照護醫院和復健機構方面使用持續成長[15]。1992年到2001年間長期照護醫院費用平均年成長率約23%，2001年到2004年費用每年成長率降為約18%。1992年到2001年間復健機構費用平均年成長率約5%，2001年到2004年卻提高為12%(表二)。

SNFs的使用情形方面先遽增後趨緩(表三)，1985年到1999年間使用人數平均年增加率為11%，1999年到2002年間降為4%；同一時期，每千保險對象使用天數平均年成長率分別為13%和5%[7,16]。

居家健康照護使用人數先遽增後回降(表三)。1985年到1995年間使用人數平均年增加率為8%，1995年到2002年間降為-4%；同一時期，平均每每人使用次數平均年成長率分別為13%和-11%。

影響前述PAC使用的因素有醫療科技進步[17]、病人的年齡、性別、種族、婚姻、醫療需要條件、失能狀況和合併症等基本特質和健康差異[1,3,12,18-21]、供給面特性[1,12,22]和Medicare的政策改變等。醫療科技發展使得供給機構提升照護能力，而得以滿足病情複雜個案的照護需求，使病人和醫師越來越能接受在非急性醫院獲得或提供醫療服務。使用SNFs和居家健康照護的個案，常屬年紀較大、無偶、獨居、自述健康較差、較多ADL功能障礙、髖關節、中風、心臟病等患者、具有Medicaid身份者。此外，Medicare的政策改變亦是重要因素，將於下一節敘述。

促成急性後期照護消長的相關政策

在過去二十年間，Medicare的政策有許多重大變遷。第一，是實施急性醫療DRGs支付制度。1984年起支付急性醫院的方式從論量改採論DRGs，致使急性醫院讓病人「更快」出院[23]，以腦血管疾病(DRG

表一 美國Medicare急性後期照護資源統計：1990-2005

單位：家數

年	技術性護理機構	居家健康照護單位	復健機構或單位	長期照護醫院
1990	10,508	5,793	813	90
1992	12,303	6,447	907	97
1994	13,945	8,003	1,001	146
1996	14,548	9,808	1,031	183
1998	16,079	9,284	1,078	209
2000	16,275	7,317	1,102	240
2002	15,089	6,888	1,181	286
2004	15,784	7,148	1,206	307
2005	15,632	7,874	1,232	365

資料來源：CMS's Online Survey, Certification, and Reporting (OSCAR) system[6,12,13].

表二 美國Medicare各類急性後期照護費用統計：1992-2004

單位：十億美元

年	技術性 護理機構	居家健康 照護單位	復健機構 或單位	長期照護 醫院	合計(A)	Medicare 總費用(B)	占率(A/B)
1992	3.6	7.2	2.8	0.3	14.0	132.4	10.6%
1993	5.0	9.7	3.4	0.4	18.2	144.7	12.6%
1994	7.1	12.9	3.4	0.6	24.0	162.3	14.8%
1995	8.9	15.7	3.5	0.8	29.0	177.8	16.3%
1996	10.6	17.4	3.6	1.1	32.6	194.5	16.8%
1997	12.8	17.9	3.8	1.2	35.7	204.4	17.5%
1998	13.1	12.9	3.9	1.4	31.3	202.8	15.4%
1999	10.9	8.4	4.0	1.7	25.0	206.4	12.1%
2000	10.8	8.8	4.1	1.7	25.4	217.4	11.7%
2001	13.2	8.7	4.2	1.9	28.0	240.5	11.6%
2002	15.2	9.9	5.3	2.5	32.9	258.2	12.7%
2003	14.7	9.9	5.7	2.8	31.1	275.9	11.3%
2004	15.7	11.2	5.9	3.1	35.9	299.6	12.0%

註1. 上表金額未含部分負擔

註2. 2003、2004年費用是估計值

資料來源：CMS, Office of the Actuary[6,13,14]

014)為例，平均住院日於1984、1990、2001年，依序為12.4天、10.5天、5.8天[7]，因此牽動PAC服務市場的快速發展。

第二，法院判決放寬了PAC給付條件，也是重要的成長因素。1986年法院判決Fax v. Bowen案和1988年判決Duggan v. Bowen案，致使該保險放寬SNFs和居家健康照護的給付條件，即使臨床改善效果不明確，只要這些治療服務可以維持患者既有身體功能，即不得拒絕給付。因此使得拒付率下降，例如SNFs服務拒付率由1988年16.8%，到1990年下降為12.3%[12]。

第三，1997年BBA法案(the Balanced

Budget Act)通過，四類PAC部門(表四)依規定逐步改採PPS制[1,3]：

(一) Medicare居家健康照護立刻實施過渡期支付制度(interim payment system，簡稱IPS)，仍採按次支付，不過調降每次成本上限由112%降為105%，同時也規定每位保險對象的費用上限；2000年10月實施PPS制[21]，分為80群資源耗用群，以60天療程作為支付單位，各群點數之設定係考量病人身體條件、服務利用，並依地區市場作調整。

(二) SNFs於1998年7月起分4年漸進地採用

表三 美國Medicare急性後期照護使用情形：1986-2002

年	技術性護理機構			居家健康照護		
	使用總人數 (萬人)	使用人數/每千 保險對象	使用天數/每千 保險對象	使用總人數 (萬人)	使用人數/每千 保險對象	每人平均使用次 數
1986	[†] 31.5	[†] 10	249	160.0	50	24
1990	63.8	19	630	196.7	57	36
*1995	124.0	33	1194	346.9	*102	72
1999	139.0	*47	1366	272.0	*85	42
2000	146.8	*45	1387	246.1	*75	37
2001	154.5	*46	1464	240.3	*71	31
2002	156.0	*45	1582	254.4	*73	31

註：* 1995年起未將管理式照護加保者計入；[†] 1985年資料

資料來源：CMS, Office of Research, Development and Information[7,16].

表四 美國Medicare急性後期照護前瞻式支付制度

	實施日期	資源耗用分類系統	分類數	支付基準
居家健康照護單位	1997年(IPS)， 2000年10月 (正式實施)	HHRGs	80群	以60天一療程
技術性護理機構	1998年7月	RUGs	44群(原始)， 53群(2006年改版)	論日
復健機構或單位	2002年1月	CMGs	385群	論出院個案
長期照護醫院	2002年10月	LTC-DRGs	501群	論出院個案

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)。

PPS制[21]，最初區分為44個資源耗用群，自2006年1月起更新為53個群[24]，採論日計酬，各群點數的設定考慮固定服務成本、護理成本、復健治療成本等。

(三) 復健醫院或部門自2002年1月起實施PPS制[1,21]。這些醫院原是免適用DRGs的，但新制改以每個出院病人為支付單位，依病人身體條件(診斷、功能、認知和年齡)和地區市場條件，分為385個群，如果在療程內病人轉院時，轉出病人的復健醫院或部門，只能得到部分支付。

(四) 長期照護醫院自2002年10月起分五年漸進實施PPS制，其支付基準含501個資源耗用群，論出院個案計酬；考量因素包括病人的主次診斷、處置、年齡、性別、及出院狀況等。若病人未接受完整治療就出院時，長照醫院只能獲得部分支付[1,21]。最後，BBA法案也對急性醫院實施特

殊支付規定(PAC Transfers)，避免太早趕走病人。1998年起選擇10個使用量較大的DRGs，當病人出院後一天內就轉到PAC機構，或出院後3天內就接受居家健康照護，則急性醫院不能獲得該診斷全額支付，須以特別公式加以折減，致急性醫院會衡量「留住病人繼續提供服務」和「將病人轉到PAC機構」兩者間，何者對醫院較為有利[25]。

總之，1997年BBA法案通過為最重要的轉折點。從表二可以看見1992年到2004年PAC費用趨勢先增後降，而1997年為最高峰。各PAC部門依規定在不同時間改採PPS制後，居家健康照護最早實施IPS和PPS制造成使用人數、費用和家數驟減，SNFs和長期照護醫院實施PPS制後成長的趨勢變緩，而復健機構除了開始實施PPS當年驟然成長26%外，餘呈穩定成長。目前Medicare面臨PAC的支付基準尚未精確反映病例組合，四類機構服務的病人部份重疊造成提供者因慎

選病人而獲利，PAC服務產品未完善定義等課題[24]，有待更進一步解決。

不同診斷別急性後期照護的利用模式和成果評估

Medicare約有三分之一的出院患者使用PAC，不同診斷別患者其PAC利用率、利用模式與費用差異也大。1994-1995年急性醫院出院者其PAC的總利用率為40%[3,11]，到2002年降為33%，使用SNFs最多(13%)，其次是居家健康照護(11%)，使用復健機構或長期照護醫院只有5%，另有4%多類型併用[6]。Welch[11]發現骨科手術病人的利用率最高，例如髖股骨處置病人在80%以上，其出院60天內的PAC費用平均每人為4230美元；經皮心臟血管手術(DRG112)病人的利用率只13%左右，平均每出院病人的PAC費用僅為240美元。髖股骨處置(DRG210)病人較多使用SNFs，而心臟衰竭和休克(DRG127)患者則較多使用居家健康照護。

相同診斷別的病人，其費用也因利用模式不同而異。Gage[3]研究腦血管疾病(DRG014)病人，利用復健機構者平均每人11,559美元，利用SNFs者平均每人降到6,592美元，利用居家健康照護者平均每人只要3,338美元，而利用兩種以上服務者，平均每人則高達19,320美元。

不同診斷別，其具成本效果的PAC模式也不同。Chen等[10]發現：(1)對中風和髖骨骨折病人的照護，「居家健康照護」較具成本效果，使用「復健機構」比使用「技術性護理之家」者，功能改善較多但邊際成本較高；(2)對中風、充血性心衰竭、髖骨處置或骨折病人，使用「居家健康照護」比使用「居家但無正式急性後期照護」者，功能改善較多。Kane等[26]研究中風、慢性阻塞性肺部疾病、充血性心衰竭、髖骨處置、髖骨骨折等五種疾病病人，發現「護理機構」的照護成果不如「居家健康照護」或「復健機構」，其中「居家健康照護」成本效果較佳。

對台灣推動住院論病例計酬的政策啟示

台灣尚未全面實施DRGs制度，對急性

後期病人所提供的照護包括：居家護理、住院復健、慢性病房、呼吸照護病房、安寧病房等。相較於美國Medicare，我國對醫院照護限制極少，而居家照護給付卻極有限，包括醫師到家診療(兩個月一次)，技術性護理(兩週一次)，居家安寧療護；惟尚未給付居家復健治療、居家呼吸治療等。雖然台灣與美國急性醫療和PAC的分工有國情的差異，但從美國的經驗，在台灣推動住院論病例計酬時以下幾點啟示應可參考：

首先，台灣健保若擬改採DRGs支付住院服務，宜同步研議並提升PAC的供給分佈。由於實施DRGs支付可能造成各醫院努力縮短住院日，預期將增加護理之家等長期照護機構的需求。95年6月底台灣護理之家共318家[27]，94年底安養護機構有912家[28]，以床數與老年人口比例來看地理分佈並未均衡，例如宜蘭縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、金門縣等偏低；安養護機構限於人力設備不易提供急性後期醫護服務，而護理之家的技術性護理和復健服務是否足以替代醫院的急性後期服務等，可近性和服務品質的課題值得仔細探究，儘早因應規劃。

其次，全民健保的居家健康照護範圍宜否增列居家復健、訪視次數規範宜否放寬、是否擴大給付長期照護機構的技術性護理服務的財源等課題，均宜審慎探討。居家復健在台灣的發展一向以試辦計畫推動，尚未普及，台灣健保因財源受限，在考量是否擴大居家照護的給付範圍、頻次，或將護理之家的技術性護理和復健服務納入給付等，更應評估支付費用是增加負擔或替代急性病房的住院服務；是否會在全面採用論病例計酬時，造成醫院釋出大量病人而使PAC的費用轉移到民眾自付部分？宜密切監控並預先思考配套。

第三，應思考急性醫院、復健醫院或部門、慢性醫院等分採不同的PPS制。台灣目前實施50餘項論病例計酬，也發展台灣版類似DRGs的疾病分類系統待用，未來如果不分醫院功能一體適用時，這中間是否有節省空間，亦值得研究探討。美國四種PAC的PPS制分類，可參考進行本土研究。

此外，PAC部分負擔設計應與急性醫療

有所區隔，居家照護和機構照護負擔輕重也宜區別，以鼓勵病人轉去利用成本較低的服務型態。從Medicare經驗，醫院的成本較高，SNFs居次，居家健康照護最低，為誘導PAC病人使用成本較低的服務，其部分負擔規定則有所區隔，值得借鏡。

最後，支付制度改革的同時，要搭配客觀的成果評估。美國各PAC支付制度改革時，也進行服務模式成果評估，發現不同診斷別，其具成本效果的急性後期照護模式也不同，可考慮借重這些研究經驗，進一步本土研究以發展我國PAC的就醫指引及研訂支付基準。

他山之石可以攻錯，當台灣擴大實施論病例計酬制度之時，如何配套處理急性照護和急性後期照護，以求服務連續與完整，為當務之急。

參考文獻

1. Buntin MB, Escarce JJ, Hoverman C, Paddock SM, Totten ME, Wynn BO. Effects of payment changes on trends in access to post-acute care. Available at: <http://www.rand.org/publications/TR/TR259/>. Accessed December 2, 2005.
2. Kane RL. Changing the face of LTC. Symposium on meeting the challenges of long-term care system: global experiences and Taiwanese paradigms. Taipei: DOH, 2003;55-62.
3. Gage B. Impact of the BBA on post-acute utilization. Health Care Financ Rev 1999;20:103-26.
4. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare and you, 2006. Available at: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf>. Accessed April 25, 2006.
5. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare premiums and coinsurance rates for 2006. Available at: http://questions.medicare.gov/cgi-bin/medicare.cfg/php/enduser/std_alp.php. Accessed April 25, 2006.
6. Medicare Payment Advisory Commission. A Data Book: Health Care Spending and the Medicare Program. Washington DC: MedPAC, 2005;149-66.
7. Health Care Financing Review. Table 29, Table 34 and Table 46. Health Care Financ Rev 2004;Stat Suppl:160-1,184,210.
8. Johnson M, Holthaus D, Harvell J, Coleman E, Eilertsen T, Kramer A. Medicare post-acute care: quality measurement (final Report). Available at: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/mpacqmes.htm>. Accessed November 24, 2005.
9. Lee AJ, Ellis RP, Merrill AR. Bundling post-acute care (PAC) with Medicare DRG Payments: an exploration of the distributional and risk consequences. Inquiry 1996;33:283-91.
10. Chen Q, Kane RL, Finch MD. The cost effectiveness of post-acute care for elderly Medicare beneficiaries. Inquiry 2000;37:359-75.
11. Welch WP. Bundled Medicare payment for acute and post-acute care. Health Aff 1998;17:69-81.
12. Liu K, Gage B, Harvell J, Stevenson D, Brennan N. Medicare's post-acute care benefits: background, trends, and issues to be faced. Available at: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/mpacb.htm>. Accessed November 24, 2005.
13. Medicare Payment Advisory Commission. A Data Book: Health Care Spending and the Medicare Program. Washington DC: MedPAC, 2004;139-54.
14. Health Care Financing Review. Table 1, 2005. Available at: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareMedicaidStatSupp/LT/list.asp#TopOfPage>. Accessed April 25, 2006.
15. Cotterill PG, Gage BJ. Overview: Medicare post-acute care since the Balanced Budget Act of 1997. Health Care Financ Rev 2002;24:1-6.
16. U.S. Department of Health and Human Services. 2004 CMS Statistics. Washington DC: CMS, 2004;34.
17. Levenson SA. Subacute settings: making the most of a new model of care. Geriatrics 1998;53:69-75.
18. Shatto A. Comparing Medicare beneficiaries, by type of post-acute care received: 1999. Health Care Financ Rev 2002;24:137-42.
19. Liu K, Wissoker D, Rimes C. Determinants and cost of Medicare post-acute care provided by SNFs and HHAs. Inquiry 1998;35:49-61.
20. Kane RL, Finch M, Blewett L, Chen Q, Burns R, Moskowitz M. Use of post-hospital care by Medicare patients. J Am Geriatr Soc 1996;44:242-50.
21. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. Washington DC: MedPAC, 2003.
22. Blewett LA, Kane RL, Finch M. Hospital ownership of post-acute care: does it increase access to post-acute care services? Inquiry 1995;32:457-67.
23. Manton KG, Woodbury MA, Vertrees JC, Stallard E. Use of Medicare services before and after introduction of the prospective payment system. Health Serv Res 1993;28:269-92.
24. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. Washington DC: MedPAC, 2006;171-2.
25. Cromwell J, Donoghue S, Gilman BH. Expansion of Medicare's definition of post-acute care transfers. Health Care Financ Rev 2002;24:95-113.
26. Kane RL, Chen Q, Finch M, Blewett L, Burns R, Moskowitz M. The optimal outcomes of post-hospital care under Medicare. Health Serv Res 2000;35:615-61.
27. 行政院衛生署：台閩地區護理之家資源分布表。http://www.doh.gov.tw/ufife/Doc/950728公告上網.xls。引用2006/8/6。
28. 內政部社會司：台閩地區老人安養護及長期照護資源分布表(2005年12月)。http://sowf.moi.gov.tw/04/07/老人安養護及長期照護資源分布表9412.xls。引用2006/8/6。

The development of medicare post-acute care in USA

GUEY-ING DAY, SHWU-CHONG WU*, TUNG-LIANG CHIANG

Following the implementation of Medicare's acute care hospital prospective payment system in the USA in 1984, Medicare spending for post-acute care (PAC) began to grow rapidly. Taiwan's National Health Insurance (NHI), which was implemented in 1995, is planning a hospital case payment system to avoid such unnecessary utilization. The purpose of the current study was to review the trend of post-acute care providers and spending for Medicare from the early 1990s to 2004, prospective payments for post-acute care providers in the USA, and the impact of the changes in Medicare payment policies. The main findings of the study are as follows: (1) the number of PAC providers increased rapidly across all settings after implementation of DRGs payment, but increased slowly, or decreased in facilities such as home health agencies, after implementation of PPS for PAC providers, following mandates in the Balanced Budget Act of 1997, (2) PAC made up about 12% of Medicare's total spending, (3) beneficiaries should pay deductible or co-payments while using institutional PAC, and (4) in order to control spending, Medicare's system of PAC payments should be converted to prospective payments. When the prospective case payment system is implemented in Taiwan, we: (1) recommend that the coverage, the payment system, and the co-payments of post-acute care should be redesigned at the same time and (2) suggest that the hospital case payment system should be planned carefully to make post-acute care integrated with acute care. (*Taiwan J Public Health*. 2006;**25**(5):323-329)

Key Words: *Medicare, post-acute care (PAC), prospective payment system (PPS)*

Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, Center for Health Insurance Research, National Taiwan University, No. 17, Xu-Zhou Road, Taipei, Taiwan, R.O.C.

*Correspondence author. E-mail: scwu@ha.mc.ntu.edu.tw

Received: Dec 9, 2005 Accepted: Aug 23, 2006