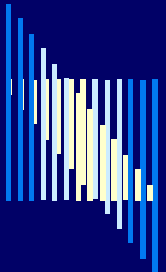


全民健保資料庫在健康照 護議題分析之運用

葉玲玲 助理教授
亞洲大學
長期照護研究所

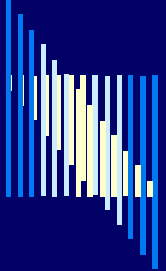
國家衛生研究院主辦「研究資源2006系列活動」**Research Resources 2006**

全民健康保險研究資料庫開發與應用研討會
2006年9月8日



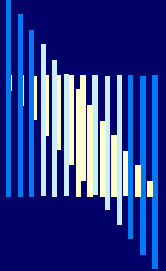
大綱

- 全民健保資料庫介紹
 - 源起、來源
- 如何申請健保資料檔
 - 醫院、國衛院、健保局、衛生署
- 使用健保申報資料庫的準備工作
 - 先瞭解健保申報內容
 - 準備工具書
 - 決定使用的統計軟體
- 全民健保申報資料檔之運用
 - 資料分析研究主題的選擇
 - 資料分析之步驟
- 實例說明
 - 關於醫療利用與費用
 - 精神分裂症患者
 - 初次憂鬱症疾患者
 - 關於實證醫學診療準則
 - 乳癌診療型態分析
 - 甲狀腺切除
 - 高血壓
 - 上呼吸道疾病
 - 關於全民健保政策
 - 醫院總額
 - 醫療品質指標監控



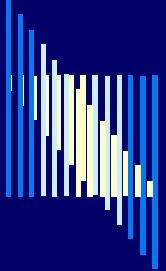
健保申報資料的源起

- 健保法第五十條：保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人（健保局）申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。
- 醫事機構依健保局申報規定定期(每月)申報資料，健保局收到申報資料後，經審查後會核減。而目前所稱申報資料為原始資料並未核減。



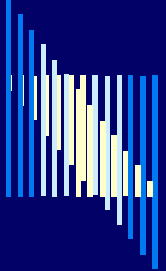
健保申報資料的來源

- 各健保特約醫事服務機構
 - 由機構電腦資訊檔案依健保局要求格式輸出文字檔
- 健保局
 - 申報資料分別在六個分局→總局
 - 資料格式主要依據健保局醫療費用申報規定
- 國衛院
 - 身份證統一編號與醫療機構代碼皆被轉碼(10個字元)
 - 資料格式詳見譯碼簿
 - 欄位較健保局少
- 衛生署
 - 身份證統一編號被轉碼(20個字元)
 - 資料格式大都與國衛院譯碼簿相同
 - 欄位最多只與國衛院健保申報資料檔相同



如何申請健保申報資料

- 各健保特約醫事服務機構
 - 向院內機構申請
- 健保局
 - 透過健保局委託計畫
 - 健保局傾向由國衛院提供
- 衛生署
 - 透過衛生署委託計畫
- 國衛院 (<http://www.nhri.org.tw/nhird/index.php>)
 - 教學用申請、一般申請與特殊需求申請
 - 填寫表格申請(使用申請書、使用同意書、研究計畫摘要)→審查
 - 一般申請案件申請至通知審查結果所需作業時間以一個月為原則
 - 使用者應於取得資料二年內向國家衛生研究院提出使用本資料庫所得之各項成果報告摘要、進行計畫清單及發表論文清單各乙份函送國家衛生研究院核備。未能按期繳交上述資料之使用者，須繳回原申請取得之資料，並不得保留備份資料。

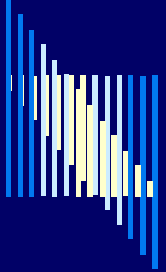


如何開始使用健保申報資料

- 先瞭解健保申報內容(總表、醫事機構、費用、醫令...)
- 準備工具書
 - 全民健康保險醫療費用支付標準表
 - 全民健康保險申報規定
 - 全民健康保險審查準則
 - 全民健康保險資料庫之資料檔、資料擷取條件、譯碼簿、代碼說明。
- 決定使用的統計軟體
 - 自己最熟悉的統計軟體
 - 自己所處環境中最多人使用的軟體(有問題有人可詢問)
 - 認識很熟悉統計軟體的人，而且他有時間幫您

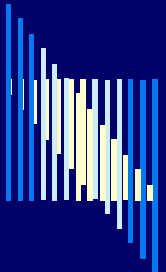


先瞭解健保申報內容



健保申報資料一覽表

- 醫事機構
 - 醫事機構基本資料檔、醫事機構副檔資料檔、醫事機構診療科別明細檔、醫事機構病床主檔。
- 醫事人員
 - 醫事人員基本資料檔、專科醫師證書檔。
- 重大傷病證明
 - 重大傷病證明明細檔
- 門診
 - 門診費用申請總表主檔、門診處方及治療明細檔、門診處方醫令明細檔。
- 住院
 - 住院費用申請總表主檔、住院醫療費用清單明細檔、住院醫療費用醫令清單明細檔。
- 特約藥局
 - 特約藥局處方及調劑明細檔、特約藥局處方請劑醫令檔。



健保申報資料描述

英文檔案名： HOSB 長度 188
中文檔案名： 醫事機構基本資料檔

序號	英文欄位	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料描述
1	HOSP_ID	醫事機構代號	C	10	1	10	前2碼為權屬別，請參考代碼說明之「權屬及型態別」(頁：2-23)。
2	HOSP_CONT_TYPE	特約類別	C	1	11	11	1：醫學中心 2：區域醫院 3：地區醫院 4：基層醫療單位 5：特約藥局 6：居家照護 7：社區精神復健 8：助產所 9：醫事檢驗機構 X：不詳

門診處方及治療明細檔

英文檔案名稱： CD 長度 210

序號	中文檔案名稱：	英文欄位	中文欄位	資料型態	長度	起始位	迄末位	資料描述
	中文檔案名稱：	門診處方及治療明細檔						
29	TREAT_CODE	診察費項目代號		N	12	143	154	填寫全民健保醫療費用支付標準碼。預防保健、洗腎、慢性病連續處方調劑本欄免填，補空白
30	DIAG_AMT	診察費		N	8	155	162	診察費金額，右靠不足補0。預防保健、洗腎、慢性病連續處方調劑本欄免填，請補0
31	DSVC_NO	藥事服務費項目代號		C	12	163	174	填寫全民健保醫療費用支付標準碼，洗腎本欄免填，補空白
32	DSVC_AMT	藥事服務費		N	8	175	182	藥事服務費金額，右靠不足補0，洗腎本欄補0
33	BY_PASS_CODE	DRG參考碼		C	2	183	184	請參考健保局網站 (http://www.nhi.gov.tw/hospital/hospital_a.htm)
34	T_AMT	合計金額		N	8	185	192	右靠不足補0，此項費用含部分負擔費用，如為交付調劑之藥品費用，不得併入合計金額內計算，本欄為序號27、28、30、32之合計
35	PART_AMT	部分負擔金額		N	8	193	200	右靠不足補0，部分負擔費用。預防保健、慢性病連續處方調劑本欄免填。補0
36	T_APPL_AMT	申請金額		N	8	201	208	右靠不足補0，此項費用不含部分負擔費用，即合計金額扣除部分負擔金額
37	ID_SEX	性別		C	1	209	209	M：男性 F：女性 U：不詳(詳註)
					209			

註：“性別”欄為中央健康保險局自行產製之欄位，當“身分證統一編號”欄長度為10碼者，才由第二碼判定，其餘皆為U（不詳）。

門診處方醫令明細檔

英文檔案名稱： OO 長度 96

序號	中文檔案名稱： 英文欄位	門診處方醫令明細檔 中文欄位	資料 型態	長度	起始 位置	迄末 位置	資料描述
1	FEE_YM	費用年月	C	6	1	6	YYYYMM
2	APPL_TYPE	申報類別	C	1	7	7	1：送核 2：補報
3	HOSP_ID	醫事機構代號	C	10	8	17	已轉碼，前 2 碼為其權屬別
4	APPL_DATE	申報日期	C	8	18	25	YYYYMMDD (西元年)
5	CASE_TYPE	案件分類	C	2	26	27	請參考代碼說明之「案件分類代號」(頁：2-13)
6	SEQ_NO	流水號	N	6	28	33	右靠不足補0，依案件分類之類別分別連續編號，本欄與門診處方及治療同筆資料之流水號一致
7	ORDER_TYPE	醫令類別	C	1	34	34	0：診察費 1：用藥明細 2：診療明細 3：特殊材料 4：不得另計價之藥品或診療項目，請參考代碼說明之特定項目治療代號(頁：2-10) (5：EPO注射 6：HCT檢驗) 7：代檢 8：器官捐贈
8	DRUG_NO	藥品(項目)代號	C	12	35	46	填寫全民健保用藥品項 (西醫： http://www.nhi.gov.tw/chi05-a.htm ；中醫： http://www.nhi.gov.tw/chi56.htm 或醫療費用支付標準碼 http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_4.htm 或特殊材料代碼(http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_6.htm)
9	DRUG_USE	藥品用量(診療部位)	C	6	47	52	依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入，若醫令為藥品時，此欄為必要欄位，(填藥品一次之劑量)，右靠不足前補0
10	DRUG_FRE	藥品使用頻率(支付成數)	C	18	53	70	本欄左靠不足補空白，依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入，若醫令為藥品時，此欄為必要欄位
11	UNIT_PRICE	單價	N	10	71	80	1234567.89
12	TOTAL_QTY	總量	N	7	81	87	12345.6
13	TOTAL_AMT	金額	N	8	88	95	右靠不足補0
				95			

住院醫療費用清單明細檔

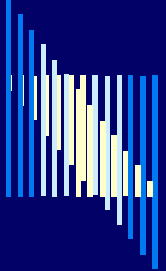
英文檔案名稱： DD 長度 425

中文檔案名稱：		住院醫療費用清單明細檔						
序號	英文欄位	中文欄位	資料 型態	長度	起始 位置	迄末位置	資料描述	
18	S_BED_DAY	慢性病床天數	C	3	93	95	病人住慢性病床之總計天數，以入院之日起計，出院之日不計。	
24	ICD9CM_CODE	主診斷代碼	C	5	122	126	ICD-9-CM 之手術代碼	
25	ICD9CM_CODE_1	次診斷代碼一	C	5	127	131	ICD-9-CM 之手術代碼	
26	ICD9CM_CODE_2	次診斷代碼二	C	5	132	136	ICD-9-CM 之手術代碼	
27	ICD9CM_CODE_3	次診斷代碼三	C	5	137	141	ICD-9-CM 之手術代碼	
28	ICD9CM_CODE_4	次診斷代碼四	C	5	142	146	ICD-9-CM 之手術代碼	
29	ICD_OP_CODE	主手術（處置）	C	4	147	150	ICD-9-CM 之手術代碼	
30	ICD_OP_CODE_1	主手術（處置）一	C	4	151	154	ICD-9-CM 之手術代碼	
31	ICD_OP_CODE_2	主手術（處置）二	C	4	155	158	ICD-9-CM 之手術代碼	
32	ICD_OP_CODE_3	主手術（處置）三	C	4	159	162	ICD-9-CM 之手術代碼	
33	ICD_OP_CODE_4	主手術（處置）四	C	4	163	166	ICD-9-CM 之手術代碼	
34	DIAG_AMT	診察費	N	7	167	173	右靠不足補 0	
35	ROOM_AMT	病房費	N	7	174	180	右靠不足補 0	

住院醫療費用醫令清單明細檔

英文檔案名稱： DO 長度 80

中文檔案名稱：		住院醫療費用醫令清單明細檔					
序號	英文欄位	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料描述
1	FEE_YM	費用年月	C	6			YYYYMM
2	APPL_TYPE	申報類別	C	1	7	7	1：送核 2：補報
3	HOSP_ID	醫事機構代號	C	10	8	17	已轉碼，前 2 碼為權屬別
4	APPL_DATE	申報日期	C	8	18	25	YYYYMMDD
5	CASE_TYPE	案件分類	C	1	26	26	1：一般案件 2：論病例計酬案件 3：特定案件
6	SEQ_NO	流水號	N	6	27	32	醫院所編之申報流水序號。右靠不足補 0，本欄位為依案件分類之類別分別連續編號，與住院醫療費用清單同筆資料之流水號一致。
7	ORDER_SEQ_NO	醫令序號	N	5	33	37	依同一病患申報之醫令順序編號
8	ORDER_TYPE	醫令類別	C	1	38	38	1：用藥明細 2：診療明細 3：特殊材料 4：不得另計價之藥品或診療項目（請參考代碼說明之特定治療項目代號；頁：2-10） 7：代檢及非該層級適用類別之轉檢 8：器官捐贈
9	ORDER_CODE	醫令代碼	C	12	39	50	全民健保藥品或醫療費用支付標準碼，按醫令代碼序依序申報，如係規律連續執行之醫令或同一醫令加成費用種類相同者，醫令則彙總列報
10	RATE_TYPE	支付成數	N	4	51	54	1.23 此欄表示全民健保醫療費用支付標準表規定之診療項目有加成或折扣者，按成數填報（如：加二成表示為 1.20，無加成為 1.00，打八折為 .80）註：兒童加成年齡以入院日期計算
11	ORDER_QTY	醫令數量	N	7	55	61	12345.6
12	ORDER_PRICE	醫令單價	N	10	62	71	1234567.89
13	ORDER_AMT	醫令金額	N	8	72	79	數量乘單價，加成計算，四捨五入取整數
				79			



申報資料代碼說明

地區代碼、名稱及分局

代碼	名稱	分局別
01	臺北市	
0100	臺北市	1
0101	臺北市松山區	1
0102	臺北市大安區	1
0109	臺北市大同區	1
0110	臺北市中山區	1

代碼種類

地區代碼及地區名稱

病床類別代碼及名稱

特定治療項目代號

案件分類代號

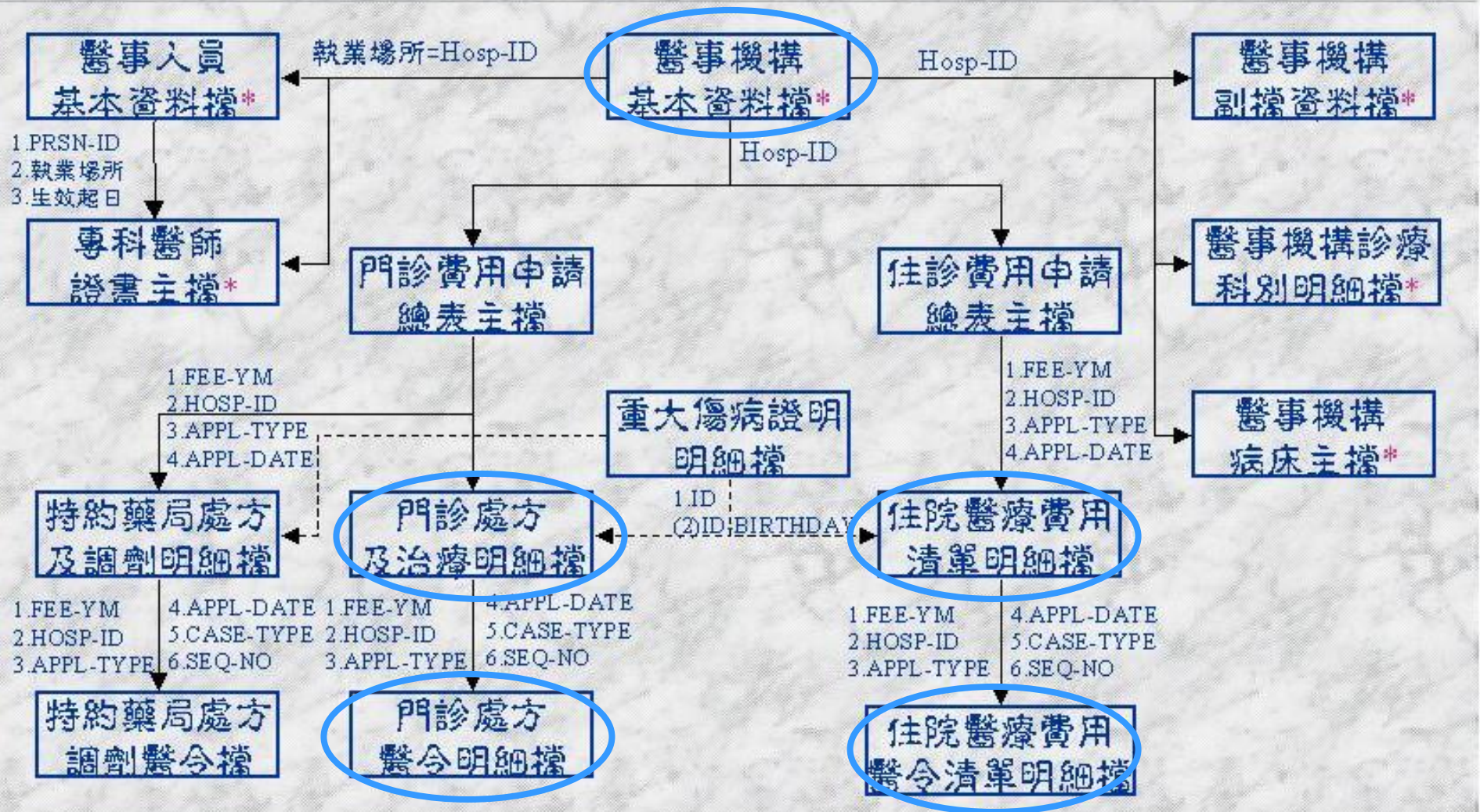
部分負擔代號

專科醫師代碼、科別及其證書字

就醫科別及細分科

醫事人員類別及名稱

各檔案間串檔變項說明

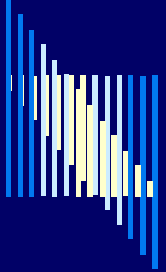


註：*須注意生效起迄日期

(2)可由ID + BIRTHDAY串檔

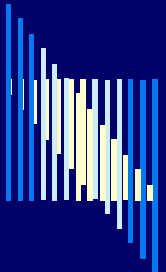
→ 各檔案間由所註明變項串檔可獲得對應資料

→ 各檔案間可由所註明變項串檔，但未必獲得對應資料



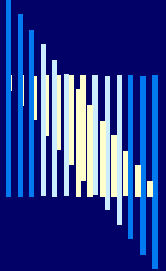
國衛院全民健康保險資料庫內容

- 基本資料檔
- 系統抽樣檔
- 特定主題分檔
- 抽樣歸人檔



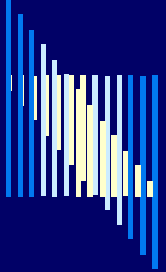
基本資料檔

- 醫事機構
 - 醫事機構基本資料檔、醫事機構副檔資料檔、醫事機構診療科別明細檔、醫事機構病床主檔。
- 醫事人員
 - 醫事人員基本資料檔、專科醫師證書檔。
- 重大傷病證明
 - 重大傷病證明明細檔
- 門診費用總表
 - 門診費用申請總表主檔
- 住院費用總表
 - 門診費用申請總表主檔



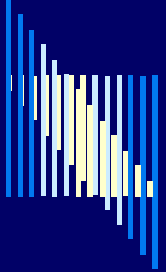
系統抽樣檔

- 由於門診及住院資料量太過龐大，為使研究人員能於個人電腦操作使用本資料，特別以系統比例抽樣方法製作本資料檔
 - 門診資料為每500筆取1筆
 - 住院資料為每20筆取1筆
- 資料檔
 - 門診處方治療明細檔、門診處方醫令明細檔
 - 住院醫療費用清單明細檔、住院醫療費用醫令清單明細檔



特定主題分檔

- 爲能提供有效的資料予研究人員使用，本院提供十二種特定主題分檔，所擷取之資料爲符合該類主題擷取條件之全年(1998年)資料。
 - 特約藥局、牙醫、中醫藥、癌症、重大傷病醫療資源使用、醫學中心、職業病與職業傷害、外傷、交通意外事故、復健治療、論病例計酬、糖尿病、住院醫療費用清單明細檔。



特定主題分檔：復健治療

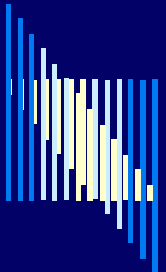
□ 擷取條件

■ 門診部份

- 欄位名稱爲「特定治療項目代號一」或「特定治療項目代號二」或「特定治療項目代號三」或「特定治療項目代號四」，其值爲D3者。
- 欄位名稱爲「主手術代碼」，其值爲93者。

■ 住院部份

- 擷取「[住院醫療費用清單明細檔](#)」，欄位名稱爲「主手術（處置）」或「主手術（處置）一」或「主手術（處置）二」或「主手術（處置）三」或「主手術（處置）四」，其值爲93者之所有資料。



抽樣歸人檔

- 以健保承保資料檔為抽樣母群體，依簡單隨機抽樣，決定樣本（人），依此擷取各該人各年所有資料（包括門診、住院及特約藥局）。
 - 以程式從設定的取值範圍1與23,753,407之間取出110萬筆亂數值，再從這110萬筆亂數值中剔除重複出現的數值（約2~3萬筆）後，最後從剩下的值中分20次，每次依序取出5萬筆資料，一共得到100萬筆。
 - 從1996至2002年20萬人



準備工具書

全民健康保險醫療費用支付標準表

全民健康保險申報規定

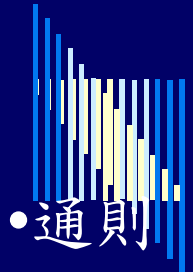
全民健康保險審查注意事項

全民健康保險藥品給付規定

全民健康保險資料庫相關資料

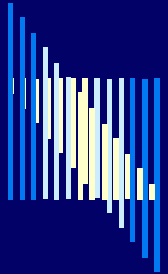
醫療費用支付標準表——診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費 —醫院門診診察費(不含牙科門診) 1.就診人次在合理量內：醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			√	√	233
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	263
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			√	√	213
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	243
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	463
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	443



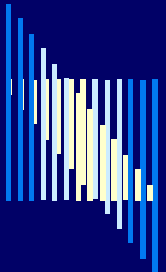
醫療費用支付標準表——精神醫療治療費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
45010A	一般心理治療（每45分鐘）			v	v	231
45011B	Supportive individual psychotherapy		v			182
45012C		v				132
45013A	特殊心理治療（每小時）			v	v	549
45014B	Intensive individual psychotherapy		v			427
45015C	註：限有精神科專科醫師之醫囑及簽名才能申報。	v				312
45016A	一般團體心理治療（每人次）			v	v	88
45017B	Supportive group psychotherapy		v			66
45018C		v				50
45019A	特殊團體心理治療（每人次）			v	v	168
45020B	Intensive group psychotherapy		v			134
45021C	註：限有精神科專科醫師之醫囑及簽名才能申報	v				94



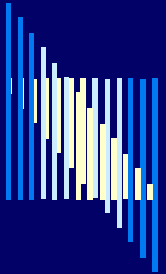
申報規定－2003年5月23日公告

- 全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第六節「調劑」之通則四，有關支付點數加計規定之「本節各項目，病人年齡未滿二歲者，依表訂點數加計百分之三十；年齡在二至六歲者依表訂點數加計百分之二十。（除基層院所外）」，
- 係指凡申報本支付標準編號05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C及05212D者，非屬本項加成範圍。



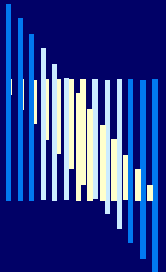
審查注意事項

- 一般心理治療（每次四十五分鐘），常於住院期間被申報為每日一次。
- 就實際常態而言，除特殊案例外，一般以每週二次為原則。



藥品給付規定

- 1.2.2. 抗精神病劑Antipsychotics
- 1.2.2.1. clozapine (如Clozaril)
- 1.限精神科專科醫師使用。
- 2.前18週使用時，每週須作白血球檢驗，每次處方以七日為限，使用18週後，每月作一次白血球檢驗。
- 3.申報費用時，應檢附白血球檢驗報告。
- 1.2.2.2 Serotonin antagonists dopamine (簡稱第二代抗精神病藥品，如clozapine、olanzapine、risperidone、quetiapine、amisulpride、ziprasidone等)藥物之給付規定：(91/9/1、92/1/1)92.06.16健保醫字第0920025680號公告修訂
- 1.開始使用「第二代抗精神病藥品」時需於病歷記載：
- 醫療理由或診斷，以及臨床整體評估表(Clinical Global Impression，簡稱CGI)之分數
- 2.經規則使用六至八週後，需整體評估其療效，並於病歷記載：臨床整體評估表之分數。
- 3.日劑量超過下列治療劑量時，須於病歷記載理由：



健保資料庫相關資料

- 譯碼簿
 - 欄位名稱與說明
 - 資料檔讀取的方法
- 資料檔擷取條件
- 注意事項



決定使用的統計軟體

自己最熟悉的統計軟體

自己所處環境中最多人使用的軟體

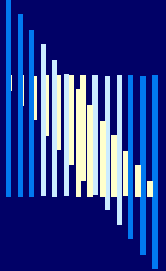
(有問題有人可詢問)

認識很熟悉統計軟體的人，而且他有時間幫您



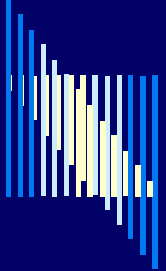
全民健康保險資料檔 之運用

- 資料分析研究主題的選擇
 - 資料分析步驟
-



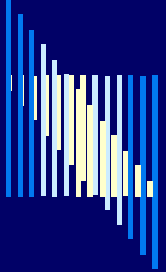
資料分析研究主題的選擇 (1)

- 以醫事服務機構為對象
 - 以某專科為對象
 - 以醫院層級
 - 以急、慢性病房
- 以病人為對象
 - 某診斷
 - 使用某種診療處置
 - 使用某藥品
- 以診療處置為對象
 - 特定處置
 - 特定藥品
- 比較不同時間點
 - 以橫切面
 - 以縱貫面長期追蹤
- 比較健保各項規定前後之醫療利用情形
- 某藥品使用情形



資料分析研究主題的選擇(2)

- 患者醫療利用情形
 - 就醫目的、就醫地點、利用型態、就醫頻度
 - 因為什麼理由，在那裡使用何種服務，在某段時間內有無使用或幾次。
- 機構診療型態
 - 如何診斷病人
 - 如何治療病人
 - 病人診療結果預後狀況
 - 病人醫囑順從性如何
 - 轉院情形
- 醫療費用/醫療成本

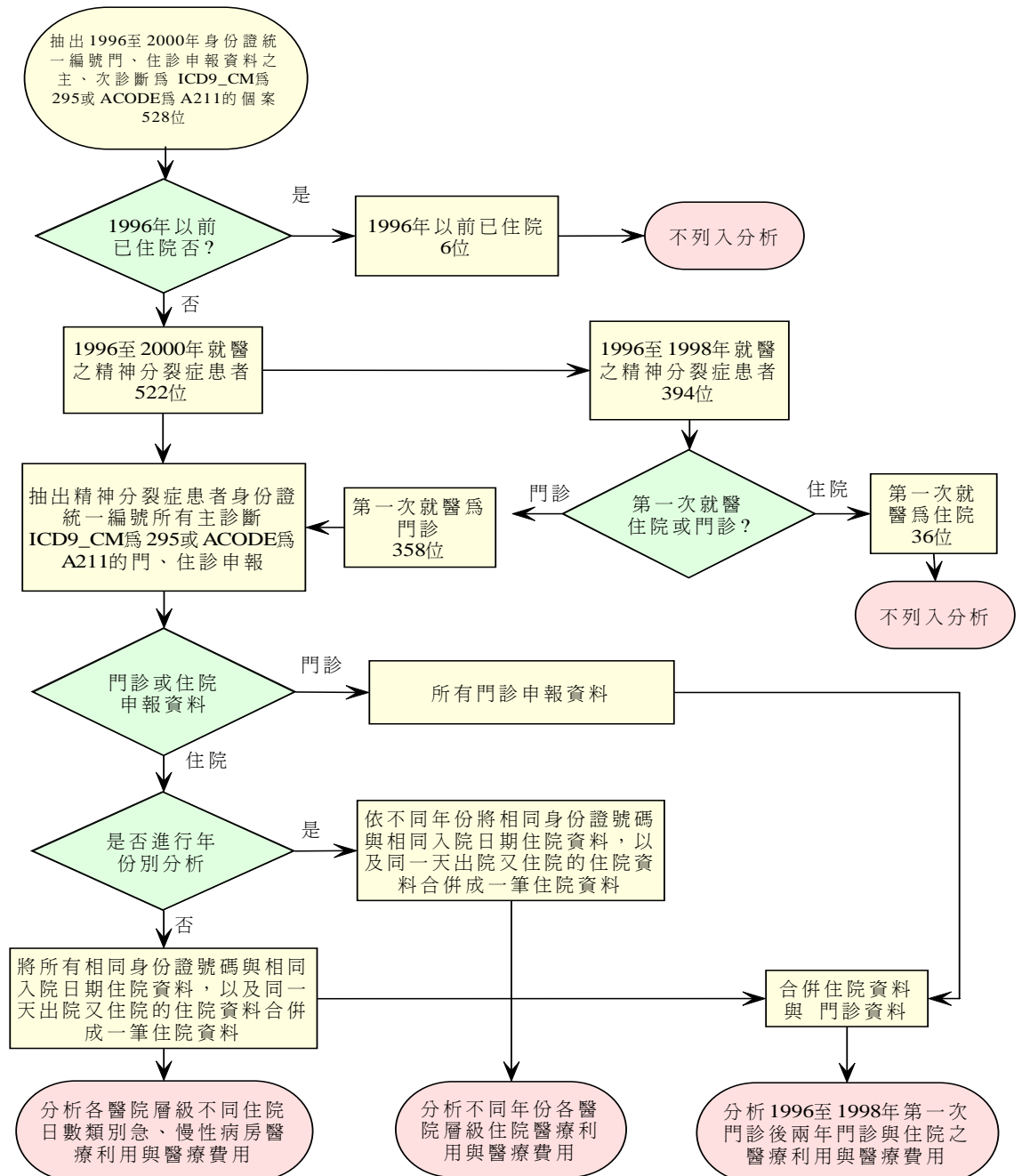


資料分析之步驟

- 選擇資料分析題目
- 撰寫研究計畫大綱
- 簡要內容
 - 研究目的
 - 研究問題
 - 研究對象
 - 研究變項
- 設計資料分析流程
 - 流程圖
 - 草擬程式
 - 可節省龐大申報資料的分析時間

圖 1：資料處理流程說明

設計資料分析流程





實例說明

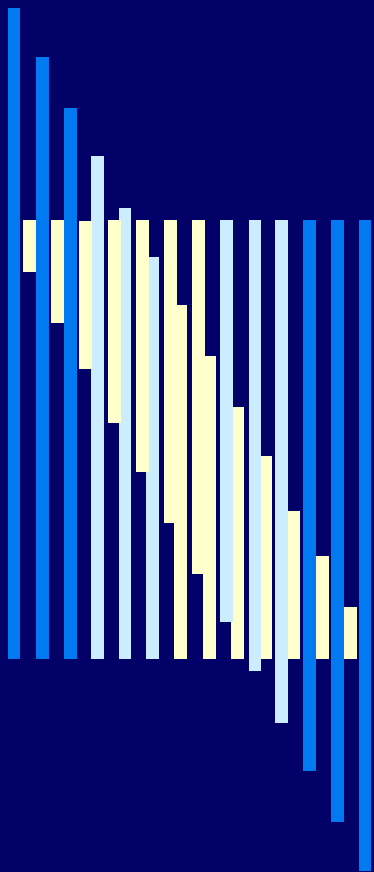
關於醫療利用與費用

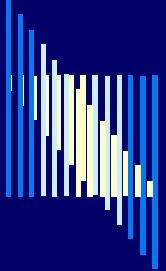
關於實證醫學診療準則

關於全民健保政策

關於醫療利用與費用

- 精神分裂症患者
- 初次憂鬱症疾患者





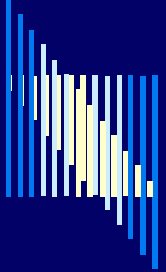
精神分裂症患者醫療利用研究

□ 研究目的

- 瞭解1996年至2000年精神分裂症患者使用門、住診精神醫療服務與醫療費用的情形。
- 瞭解不同醫院層級精神分裂症患者使用精神醫療服務與醫療費用的情形。

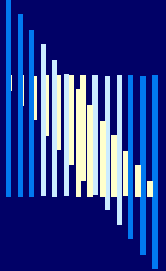
□ 研究問題

- 1996年至2000年住院日數是否愈來愈短？
- 住院日數愈短愈容易再住院？
- 1996年至2000年住院費用是否愈來愈少？



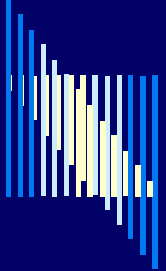
研究對象

- 本研究抽出1996至2000年所有門、住診申報資料中主、次診斷碼為ICD9_CM 295或ACODE A211的身份證號碼，再進行身份證號碼的歸戶，歸戶後之身份證號碼的病人則定義為精神分裂症患者。



資料處理(1)

- 有些病人於1996前已住院
 - 因此將1996年前已住院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。本研究共有522位精神分裂症患者。
- 選出精神醫療服務的就醫資料
 - 根據這些精神分裂症患者的身份證號碼抽出1996至2000年主診斷碼為ICD9_CM 295或ACODE A211所有的門、住診醫療費用申報資料，以資進行分析。



資料處理(2)

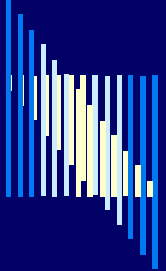
- 滙總多次申報之超長住院為一次住院資料
 - 滙總相同身份證號碼與相同入院日期的住院申報資料視為一次住院資料，亦將同一天出院又住院的住院申報資料滙總成一次住院資料。
 - 跨年滙總相同身份證號碼與相同入院日期的住院申報資料視為一次住院資料
- 將醫事機構基本資料檔之醫院層級欄位合併於門、住診申報資料中

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	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
住院日數類別	個案數(%)	個案數(%)	個案數(%)	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)

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



精神分裂症患者求醫行為與醫療利用

彭彥慈碩士論文

□ 資料來源

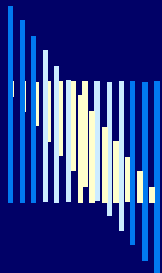
- 健保資料20萬承保抽樣歸人檔
- 2000年至2004年就醫資料

□ 研究對象

- 2000年就醫之精神分裂症患者
- 排除未滿18歲及2000年前已住院個案
- 共620位

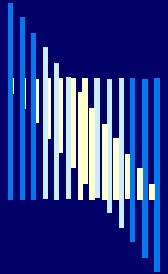
表 4-1-5 與精神分裂症有關之醫療次數利用情形

	平均數	標準差
門診		
第一年因精神分裂症門診次數	11.52	9.04
第二年因精神分裂症門診次數	13.20	8.69
第三年因精神分裂症門診次數	13.42	8.39
第四年因精神分裂症門診次數	13.22	8.20
急診		
第一年因精神分裂症急診次數	1.48	1.02
第二年因精神分裂症急診次數	1.44	0.81
第三年因精神分裂症急診次數	1.43	0.99
第四年因精神分裂症急診次數	1.93	2.54
住院		
第一年因精神分裂症住院次數	1.58	1.03
第二年因精神分裂症住院次數	1.56	0.96
第三年因精神分裂症住院次數	1.49	1.32
第四年因精神分裂症住院次數	1.59	0.89
第一年因精神分裂症住院天數	106.17	101.30
第二年因精神分裂症住院天數	131.00	128.08
第三年因精神分裂症住院天數	144.56	129.83
第四年因精神分裂症住院天數	189.95	134.29
第一年因精神分裂症再住院次數	1.65	1.11
第二年因精神分裂症再住院次數	1.60	0.97
第三年因精神分裂症再住院次數	2.53	2.00
第四年因精神分裂症再住院次數	1.43	0.84



精神分裂症患者社區復健使用情形

	無		有	
	人數	百分比	人數	百分比
社區復健中心				
第一年有無使用社區復健中心	617	99.52	3	0.48
第二年有無使用社區復健中心	617	99.52	3	0.48
第三年有無使用社區復健中心	616	99.35	4	0.65
第四年有無使用社區復健中心	615	99.19	5	0.81
康復之家				
第一年有無使用康復之家	611	98.55	9	1.45
第二年有無使用康復之家	610	98.39	10	1.61
第三年有無使用康復之家	603	97.26	17	2.74
第四年有無使用康復之家	605	97.58	15	2.42
日間住院				
第一年有無使用日間住院	606	97.74	14	2.26
第二年有無使用日間住院	606	97.74	14	2.26
第三年有無使用日間住院	598	96.45	22	3.55
第四年有無使用日間住院	601	96.94	19	3.06
居家治療				
第一年有無使用居家治療	599	96.61	21	3.39
第二年有無使用居家治療	600	96.77	20	3.23
第三年有無使用居家治療	596	96.13	24	3.87
第四年有無使用居家治療	597	96.29	23	3.71

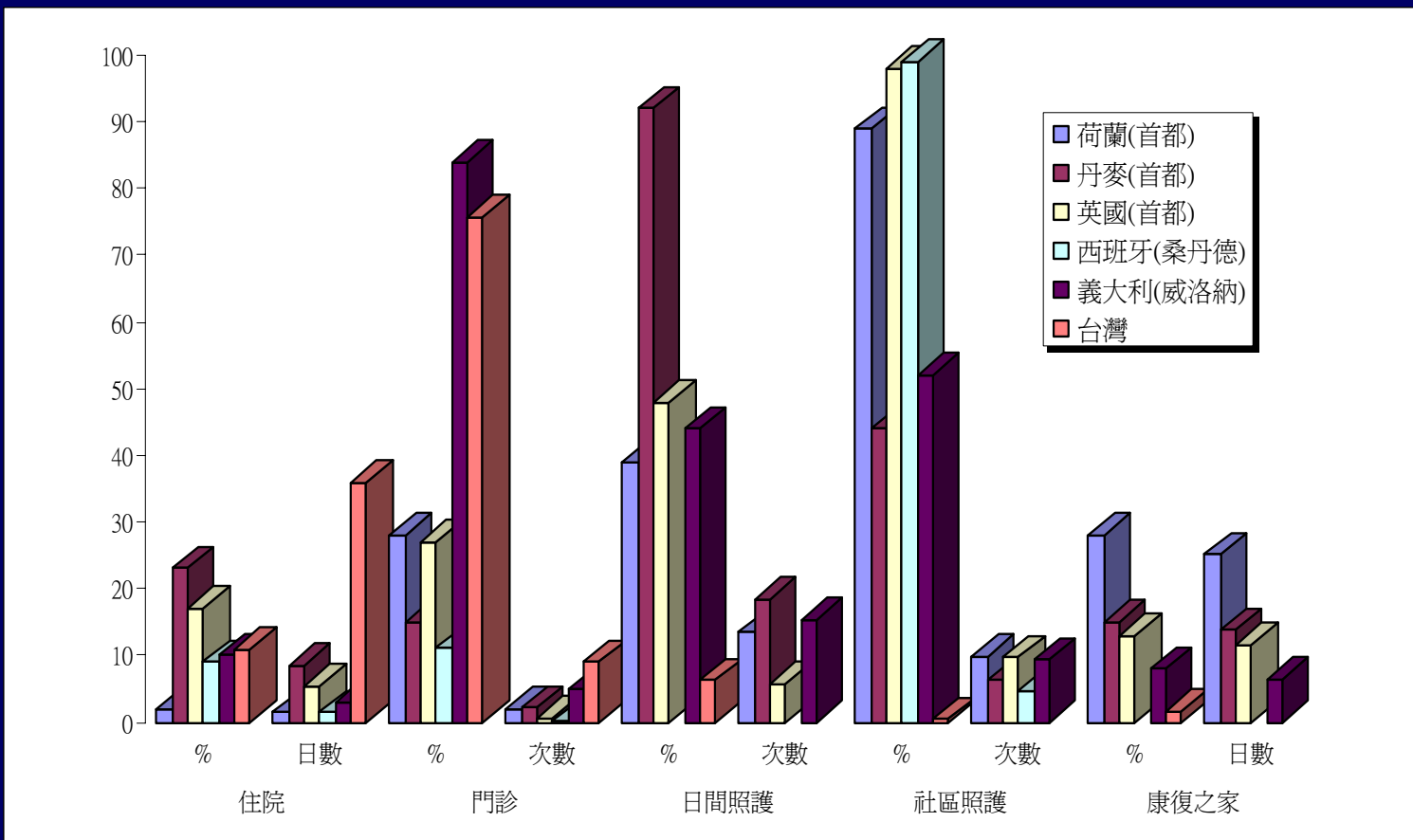


精神分裂症藥物經濟學分析

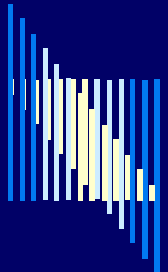
□ 資料來源

- 特殊需求
- 2000年與2001年全國精神分裂症患者

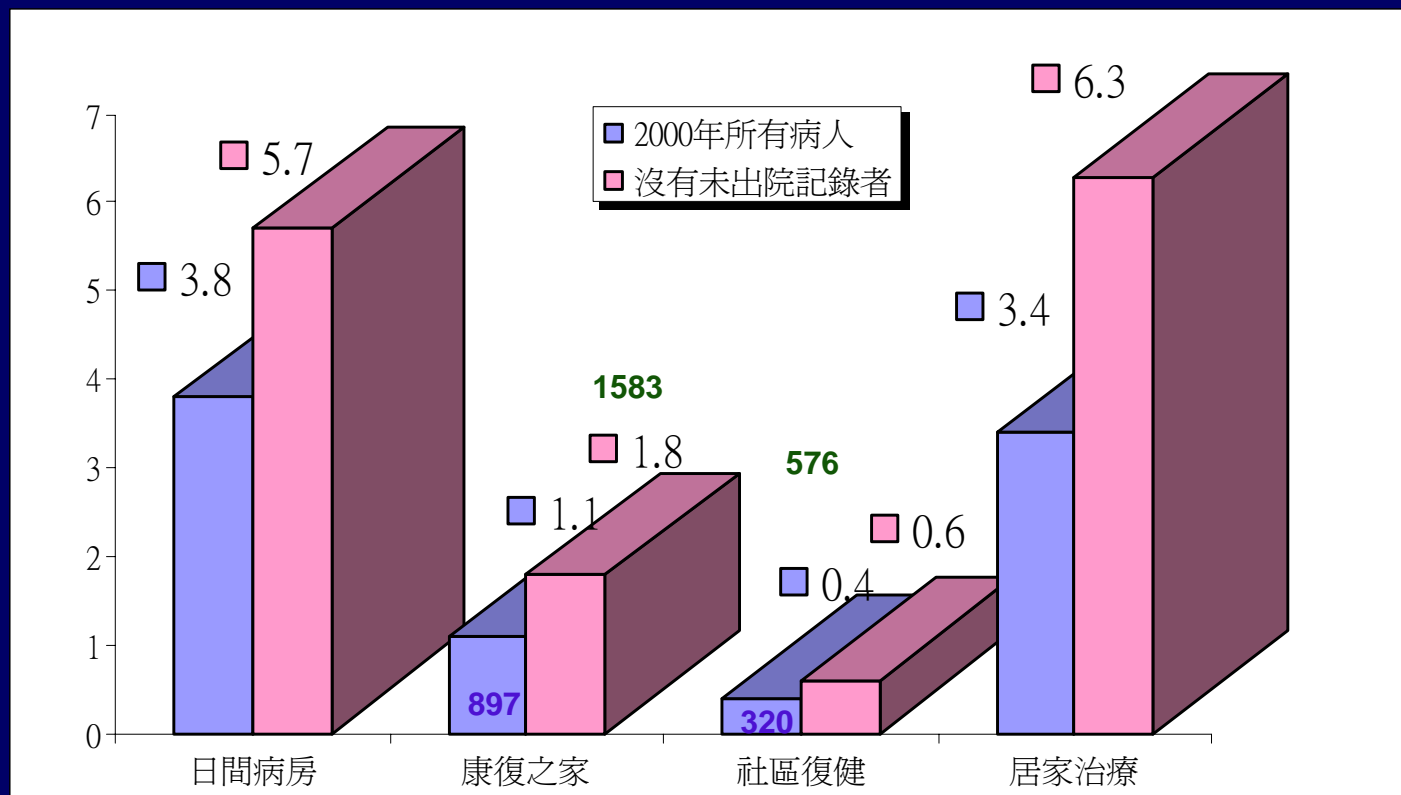
各國精神分裂症患者精神健康照護利用



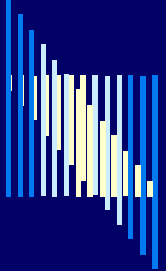
資料來源：Knapp et.al. EPSILON study 2002, 葉玲玲等人健保資料分析 2003



2000年全國精神分裂症患者復健服務利用



1583與576是台灣2000年衛生署統計可數治人數，
897與320則是健保資料分析實際使用人數。



初次憂鬱疾患者三年醫療利用

(洪瑞屏碩士論文)

□ 研究目的

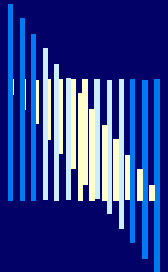
- 探討2000年初次診斷為憂鬱疾患之成年患者之三年醫療利用與醫療費用變化。

□ 資料來源

- 健保資料庫20萬承保抽樣歸人檔1996年至2003年資料

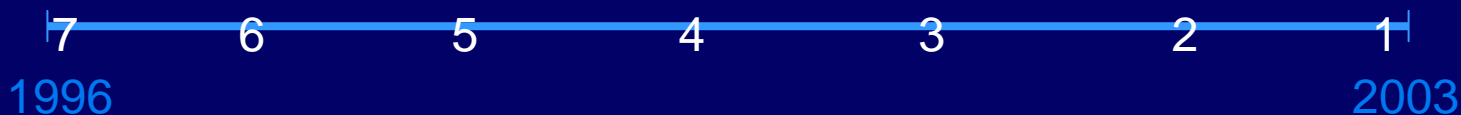
□ 研究對象

- 健保門、住診申報資料中，主診斷與次診斷任一有ICD-9-CM碼為296.2、296.3、300.4、311之憂鬱疾患者
- 初次診斷
 - 2000年被診斷有憂鬱疾患。但1996年至1999四年期間，其健保門住診申報資料之主診斷與次診斷中，皆無上述憂鬱疾患診斷碼，且不曾使用抗憂鬱劑。

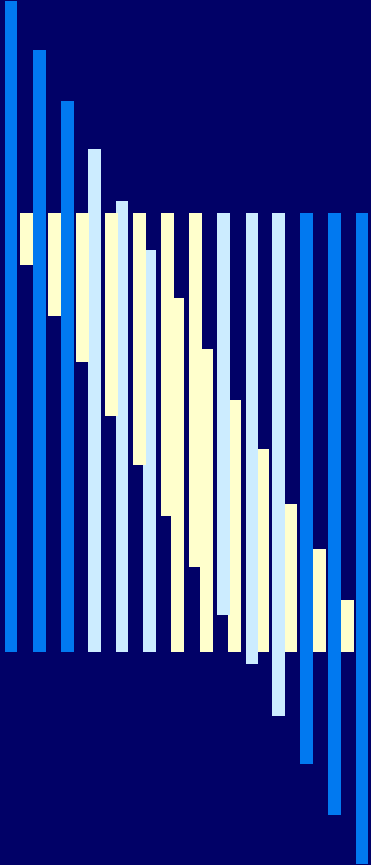


初次診斷篩選年數可能之失誤率

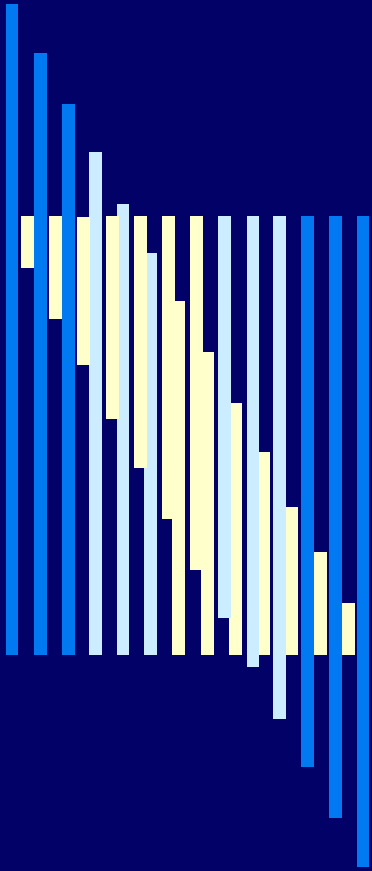
	人數	失誤率%	累計失誤率%
採用6年可能之失誤率	2	0.07	0.07
採用5年可能之失誤率	2	0.07	0.14
採用4年可能之失誤率	14	0.52	0.66
採用3年可能之失誤率	46	1.7	2.36
採用2年可能之失誤率	66	2.43	4.79
採用1年可能之失誤率	115	4.24	9.03

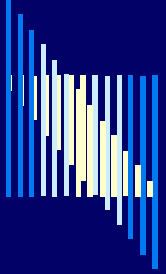


關於實證醫學診療準則

- 
- 乳癌診療型態分析
 - 甲狀腺切除
 - 高血壓
 - 上呼吸道疾病
-

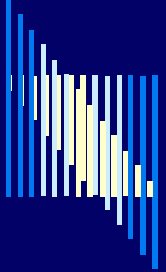
乳癌病人診療型態分析





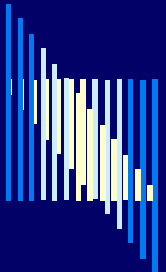
研究目的

- 如何確保乳癌病人醫療品質
 - 目前乳癌病人接受診療的情形符合實證醫學診療準則嗎？
- 如何設計確保醫療品質的支付制度
 - 獎勵符合EBM的診療行爲
 - 符合臨床作業的支付單位
 - 有效監控機制



研究問題

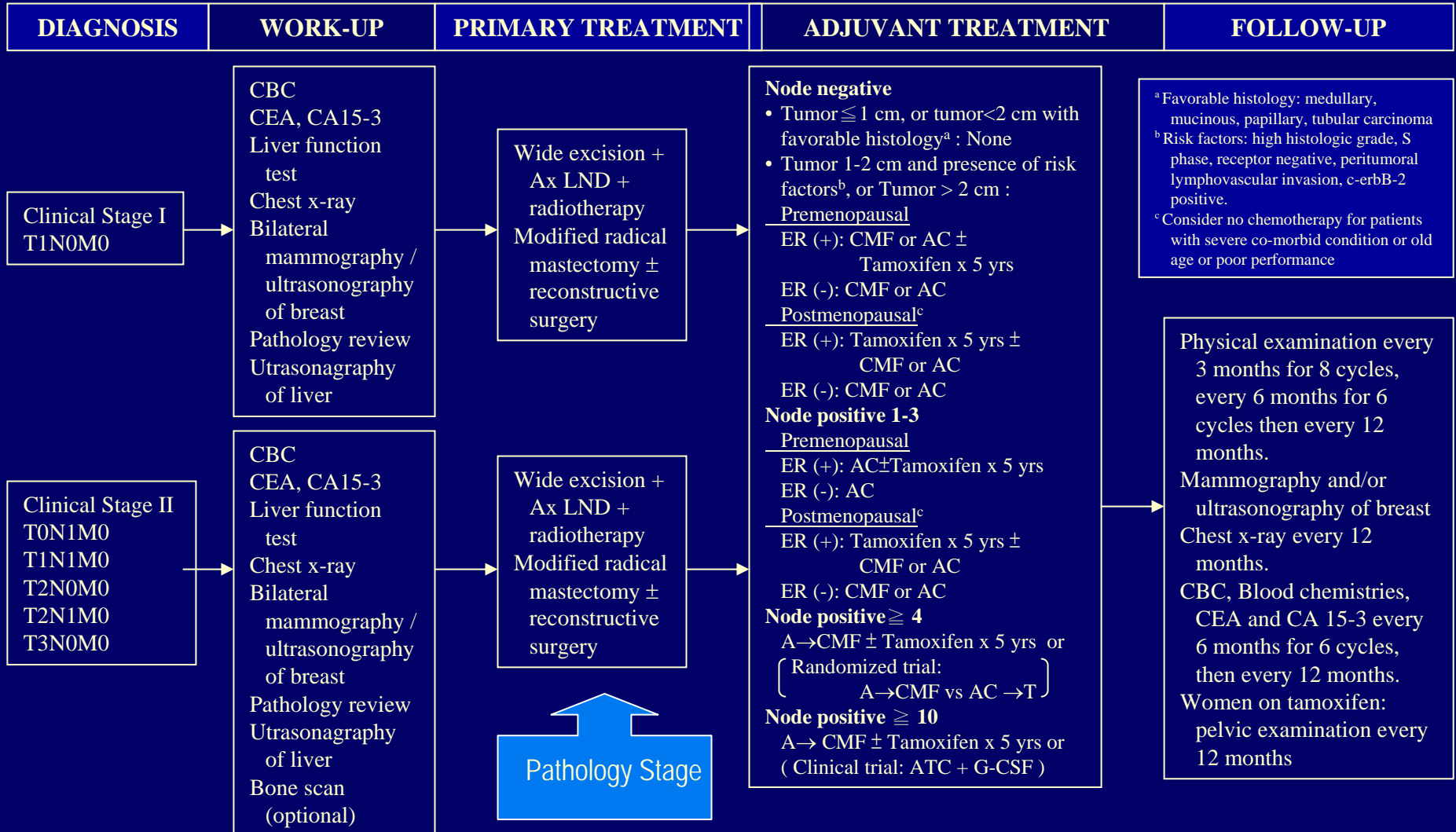
- 依據乳癌實證醫學診療準則，分析全國與各層級別醫院，乳癌手術病人診斷、治療與追蹤期間之診療型態。
- 分析全國與各層級別醫院，乳癌病人之治療結果，包括復發率、存活率與死亡率。
- 分析診療型態與治療結果之關係。



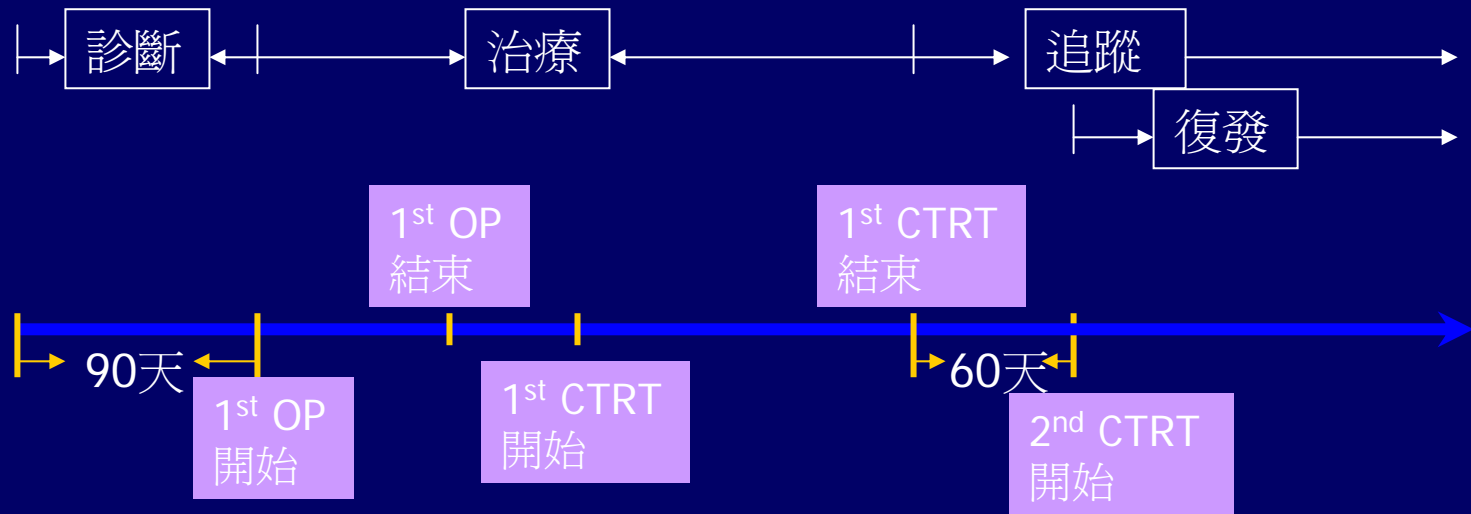
研究方法—變項說明

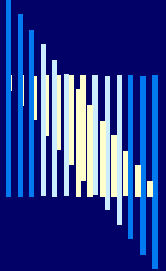
- 實證醫學診療準則
 - 參考NCCN乳癌診療準則

Breast Cancer



診斷、治療、追蹤、復發之時程定義

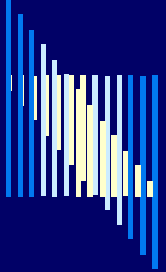




研究方法—診療型態分析

- 診療型態分析之資料來源
 - 1997年癌症登記檔
 - 1997.1至1999.11健保門、住診申報檔
 - 1999年至2001年醫院評鑑合格名單
 - 2001年健保用藥品項總檔
- 診療型態資料處理流程

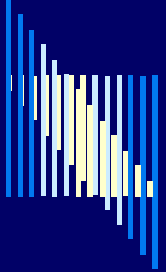




研究方法—治療結果分析

- 治療結果分析之資料來源
 - 1996年至1998年之癌症登記檔
 - 1996年至2000年之死因資料檔
- 治療結果之資料處理流程

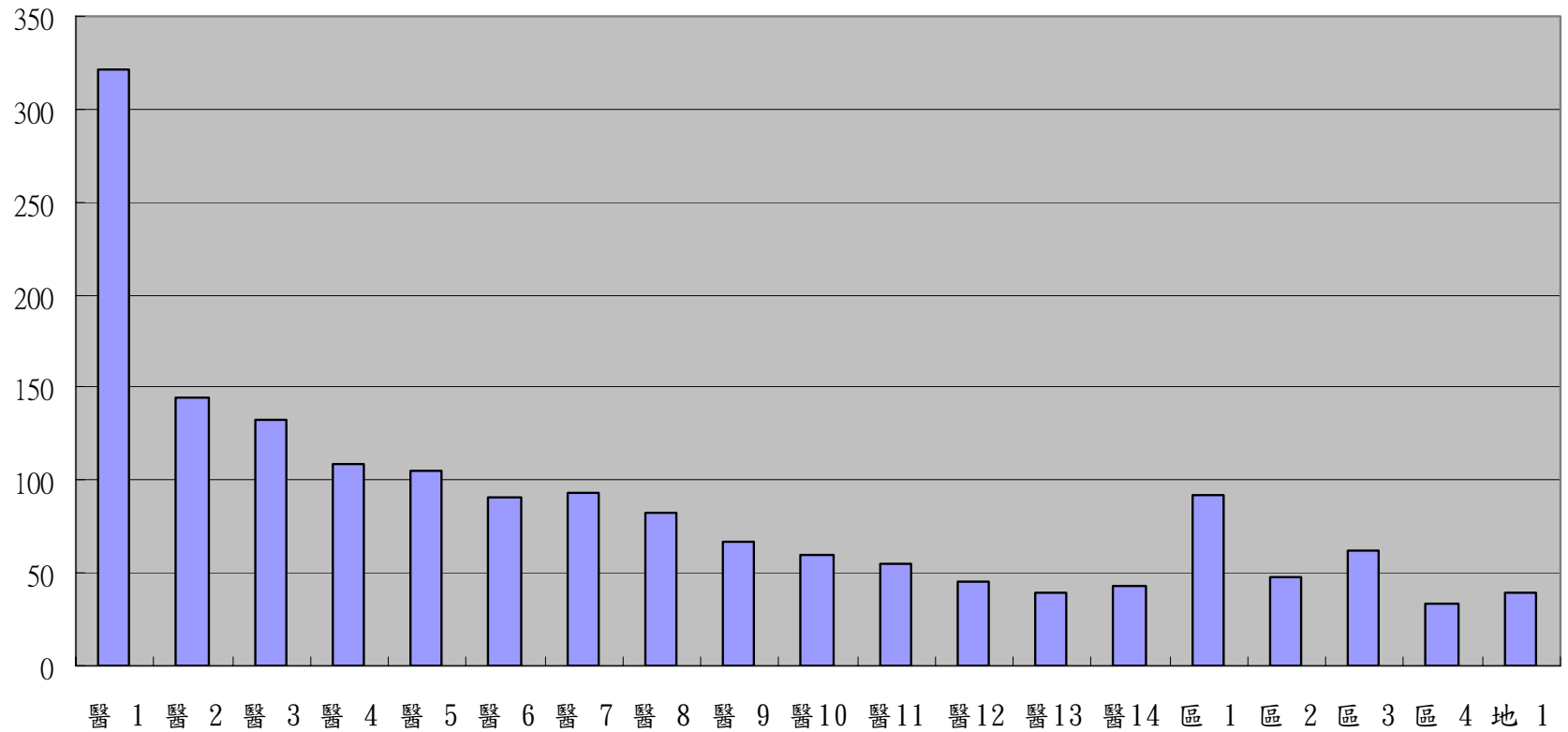




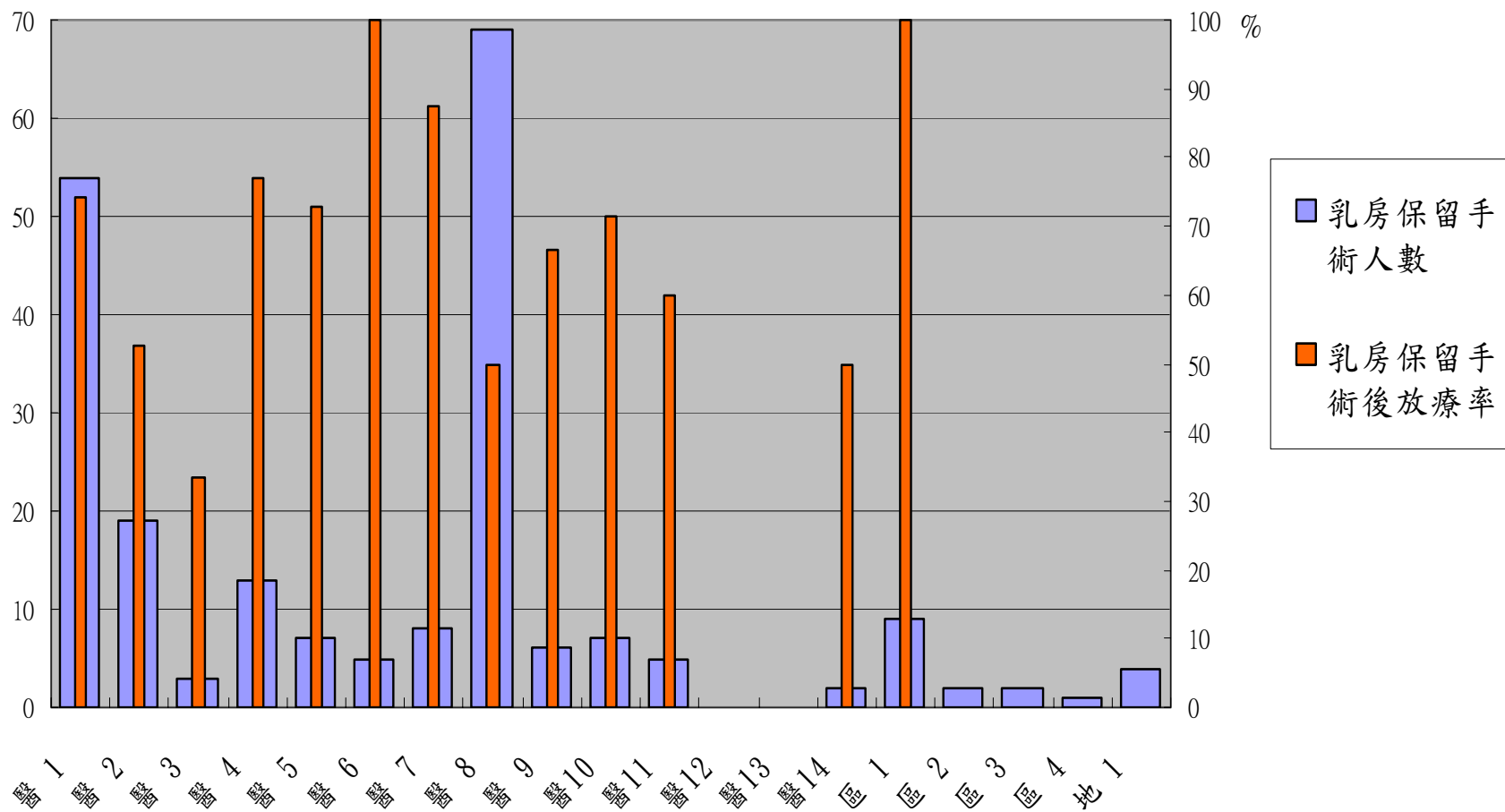
研究結果

- 各醫院乳癌手術人數
- 診斷之診療型態 — 病人在不同醫院門診或住院進行的檢查都涵蓋在內
- 治療之診療型態 — 手術、化療、放療、荷爾蒙治療
- 追蹤之診療型態 — 平均門診次數、追蹤檢查情形
- 治療結果
- 診療型態與治療結果

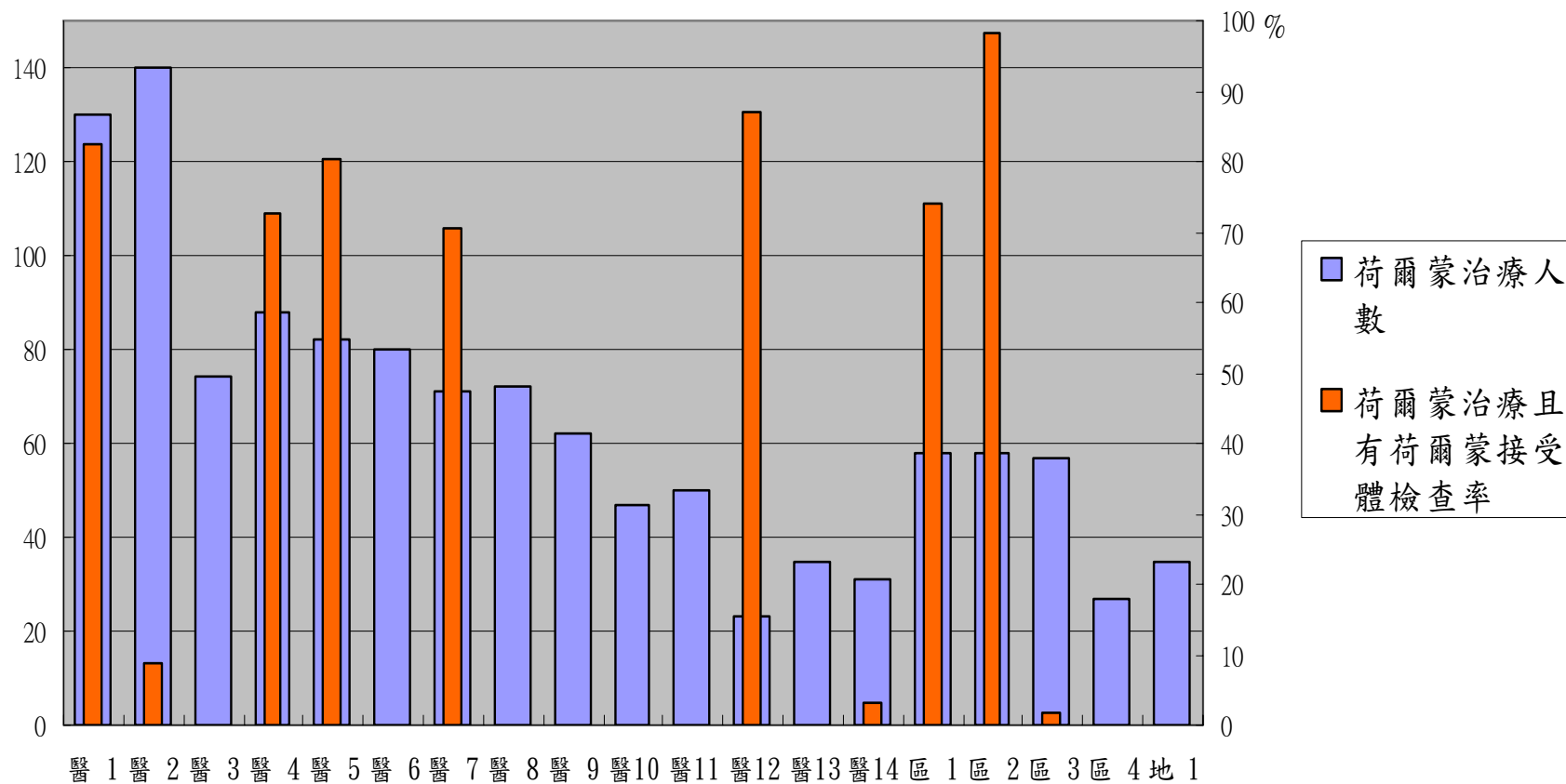
各醫院乳癌手術人數



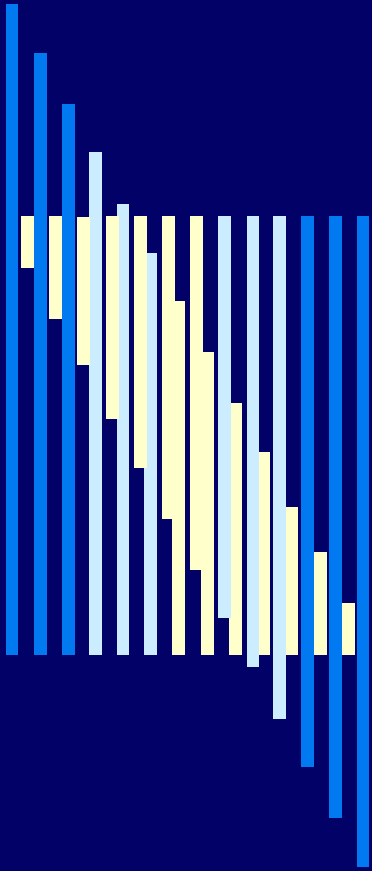
治療之診療型態—1-4期乳房保留手術與放療

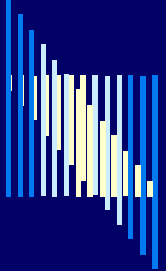


治療之診療型態—荷爾蒙治療與 荷爾蒙接受體檢查



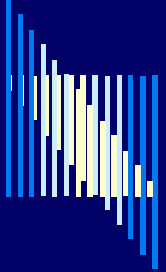
甲狀腺切除病例之分析





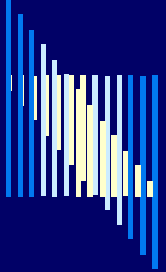
研究目的

- DRGs支付制度不當反應癌症病人醫療資源耗用情形有兩個因素。
 - 第一個因素係指在具有轉診制度之醫療體系下，比較嚴重且耗用較多資源的病人容易被轉介到癌症專科醫院容易被轉介到比較嚴重且耗用較多資源的病人。
 - 第二個因素則稱為‘混合DRGs’(mixed DRGs)。係指同一DRGs組合中，癌症病人與非癌症病人都適合申報。
- 本研究即是希望從醫療資源耗用差異狀況來探討論病例計酬制度對甲狀腺癌住院病人治療可能產生的影響，以及醫院可能受到的衝擊，作為日後全面實施DRGs的參考。



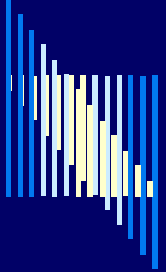
研究問題

- 不同支付方式與不同醫院層級甲狀腺癌與良性甲狀腺疾患病人之醫療費用、住院日數等醫療資源耗用情形。
- 不同醫院實施甲狀腺切除術病人中甲狀腺癌病人所佔比率及手術前接受細針穿刺細胞學檢查之分布情形。



研究對象

- 1999年3月至12月的住院申報資料，門診部分則受限於資料來源，僅使用1999年3月至10月的申報資料。
- 研究對象則界定為病人住院時申報ICD-9主手術碼之編碼如下：0602、0609、0612、0619、062、0631、0639、064、0650、0651、0652、066、0691、0692、0693、0694、0695、0698。上述手術碼與HCFA DRG290之主手術碼相同。



資料處理

- 先根據費用年月、申報類別、醫事機構代號、申報日期、案件分類及流水號等變項將醫事機構基本資料檔、住院費用申報檔及醫令清單申報檔進行串檔。
- 若該筆住院資料之DRGs參考碼為0290A，則將研究對象歸類為論病例計酬個案，其餘住院人次資料則歸為非論病例計酬個案。
- 再根據該次住院的主、次診斷，將論病例計酬個案與非論病例計酬個案分為甲狀腺癌與非甲狀腺癌病人進行資料分析。若主、次診斷中任一ICD9診斷碼為193則歸為甲狀腺癌，其餘歸為良性甲狀腺疾患。

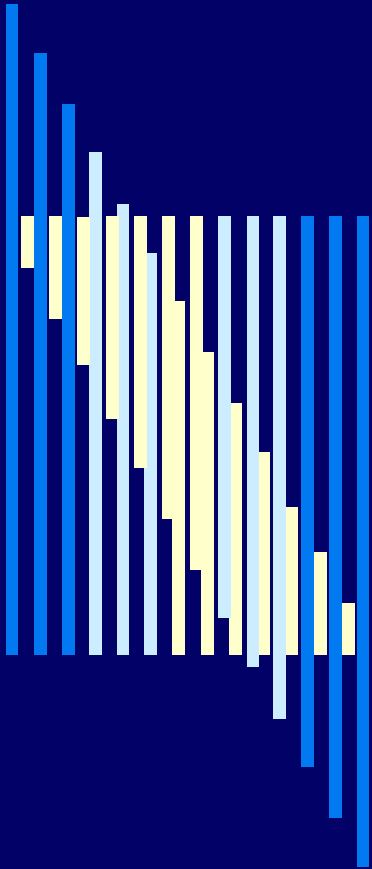
不同支付方式之實施甲狀腺切除術甲狀腺癌與良性甲狀腺疾患醫療資源使用情形

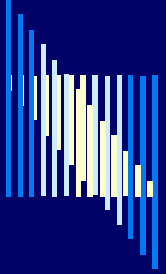
	甲狀腺癌					良性甲狀腺疾患				
	住院人次	百分比	平均住院日	平均費用	標準差	住院人次	百分比	平均住院日	平均費用	標準差
論病例計酬										
核實申報	41	36%	10.1	63,332	34,266	73	64%	9.7	57,040	28,724
定額申報	515	7%	4.8	36,950	7,887	6,698	93%	4.7	30,372	6,040
非論病例計酬										
合計	669	8%	5.5	41,502	22,302	7,573	92%	4.8	30,776	7,938

手術前有進行細針穿刺細胞學檢查

	合計	癌症比率	人次	百分比
A1	101	27%	55	74%
A2	285	23%	106	55%
A5	173	15%	53	45%
A6	173	14%	66	62%
A7	42	14%	12	34%
A8	425	13%	149	51%
A9	828	12%	375	66%
B1	38	58%	21	91%
B2	30	27%	11	50%
B3	35	14%	14	61%
B4	63	14%	3	6%
C3	150	3%	9	8%
C4	640	3%	102	20%
C5	40	3%	10	33%
C6	756	0%	52	10%
C7	126	0%	7	8%

高血壓診療型態分析





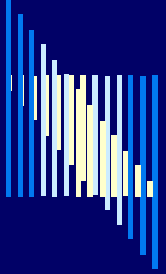
研究目的與研究問題

□研究目的

- 瞭解國內高血壓病人門診醫療利用情形。

□研究問題

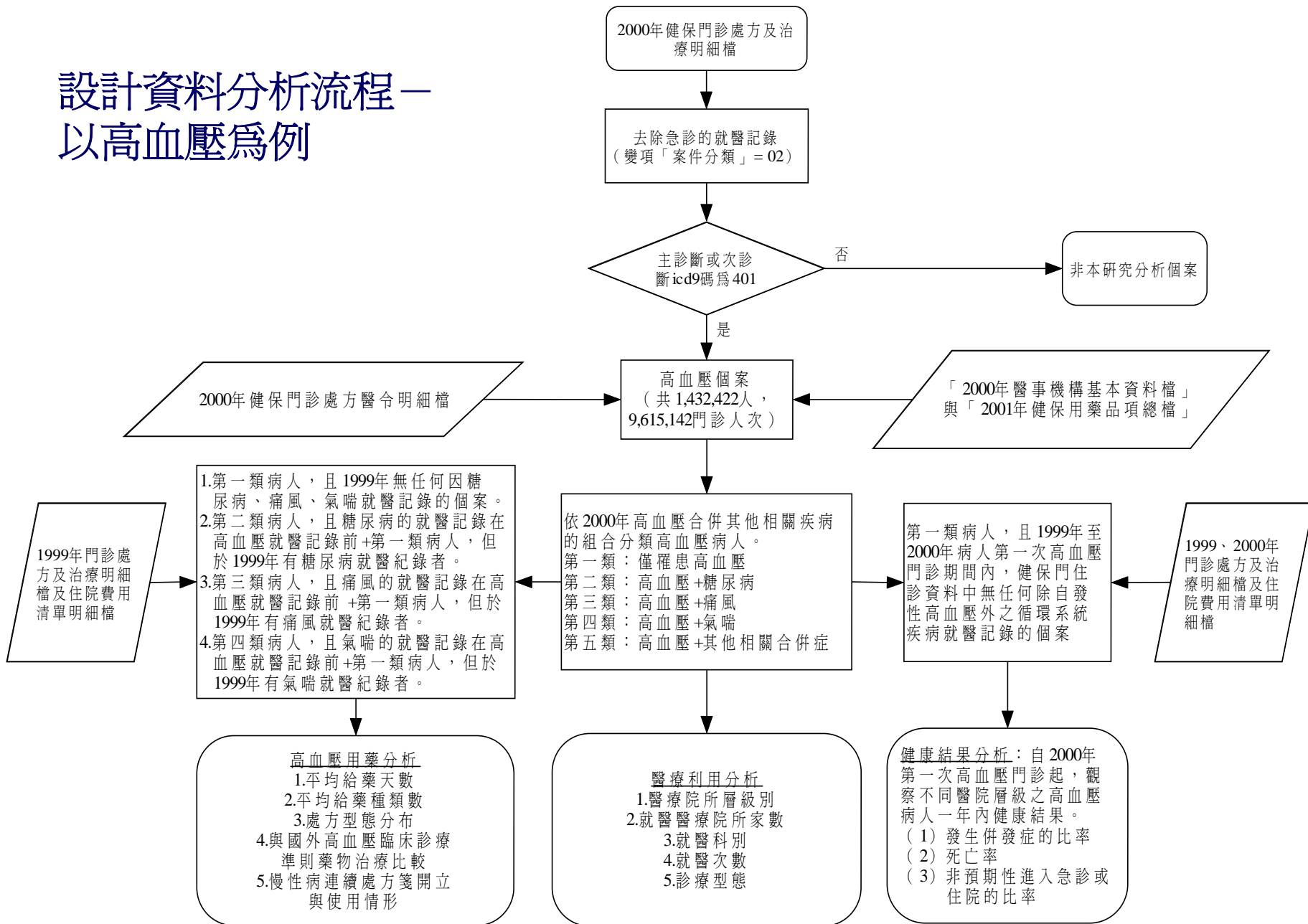
- 醫師有無依照診療準則照護高血壓患者
- 醫師有無依照診療準則開立處方



研究對象

- 以1999-2001年全國性健保申報資料，針對主診斷代碼或次診斷代碼之ICD-9-CM編碼為401的「自發性高血壓」個案為研究對象。

設計資料分析流程一 以高血壓為例



高血壓病人之人口學特性

疾病組合	年齡	性別						合計
	平均值	男性		女性		不詳		
		個案數	性別百分比	個案數	性別百分比	個案數	性別百分比	個案數
總計	62.0	695,926	48.6	733,220	51.2	3,276	0.2	1,432,422
僅高血壓	57.5	157,021	43.9	199,066	55.6	1,767	0.5	357,854
高血壓+糖尿病	61.2	37,258	40.9	53,641	58.9	162	0.2	91,061
高血壓+氣喘	62.9	15,008	48.7	15,748	51.1	44	0.1	30,800
高血壓+痛風	56.9	34,868	73.3	12,589	26.5	96	0.2	47,553
高血壓+良性前列腺增殖徵候	68.0	14,680	100.0					14,680
高血壓+高脂血症	55.6	6,846	42.3	9,275	57.3	52	0.3	16,173
高血壓+精神官能症	57.1	16,447	30.4	37,565	69.4	149	0.3	54,161
高血壓+憂鬱症	57.2	790	35.4	1,436	64.4	5	0.2	2,231
高血壓+腎炎、腎徵候群及腎病	56.0	5,742	41.4	8,086	58.3	42	0.3	13,870
高血壓+循環系統疾病	64.1	96,067	46.0	112,419	53.8	440	0.2	208,926
高血壓+糖尿病+氣喘	66.4	141,682	56.0	111,142	43.9	158	0.1	252,982
高血壓+糖尿病+高脂血症	57.9	5,890	39.9	8,838	59.9	22	0.1	14,750
高血壓+糖尿病+循環系統疾病	66.2	27,791	40.0	41,595	59.9	61	0.1	69,447
高血壓+氣喘+循環系統疾病	69.4	17,224	50.8	16,661	49.1	17	0.1	33,902
高血壓+痛風+循環系統疾病	63.7	19,802	69.0	8,860	30.9	27	0.1	28,689
高血壓+前列腺增殖徵候+循環系統	71.3	17,749	100.0					17,749
高血壓+高脂血症+循環系統疾病	61.5	5,958	42.2	8,153	57.7	22	0.2	14,133
高血壓+精神官能症+循環系統疾病	62.3	19,452	31.3	42,597	68.6	91	0.1	62,140
高血壓+上述合併症之其他組合	61.9	55,811	55.1	45,404	44.8	106	0.1	101,321

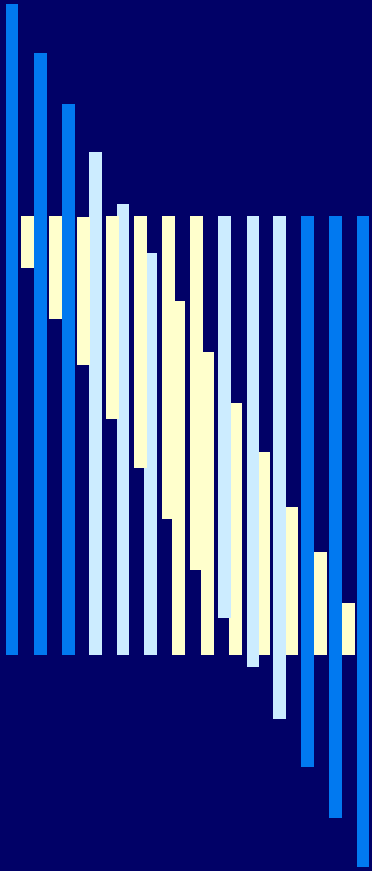
沒有合併其他疾病的高血壓患者

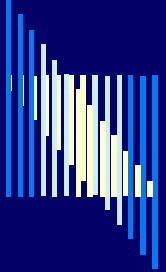
醫院層級別	diuretics		beta blockers		CCB		ACEI	
	門診人次	用藥%	門診人次	用藥%	門診人次	用藥%	門診人次	用藥%
合計	254,943	16.7	707,799	46.2	722,758	47.2	389,826	25.5
醫學中心	62,860	20.5	153,404	50.0	182,714	59.6	69,346	22.6
區域醫院	31,802	18.0	82,507	46.7	101,699	57.6	42,894	24.3
地區醫院	28,696	13.1	90,208	41.2	125,300	57.2	44,037	20.1
基層醫療單位	116,400	16.0	338,299	46.6	266,489	36.7	206,811	28.5
不詳	15,185	14.9	43,381	42.5	46,556	45.6	26,738	26.2

合併氣喘疾病的高血壓患者

醫院層級別	diuretics		beta blockers		CCB		ACEI	
	門診人次	用藥百分比	門診人次	用藥百分比	門診人次	用藥百分比	門診人次	用藥百分比
合計	26,338	20.0	36,735	27.9	75,682	57.6	32,235	24.5
醫學中心	8,247	25.3	8,847	27.1	22,071	67.7	7,304	22.4
區域醫院	5,026	22.9	5,477	24.9	14,779	67.2	4,508	20.5
地區醫院	3,608	15.2	5,655	23.8	15,091	63.5	4,839	20.4
基層醫療單位	7,931	17.9	14,194	32.0	19,084	43.1	13,507	30.5
不詳	1,526	17.3	2,562	29.0	4,657	52.8	2,077	23.5

上呼吸道疾病之分析





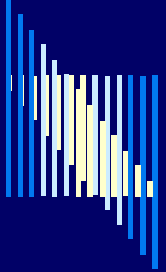
研究目的與研究問題

□研究目的

- 瞭解民眾罹患上呼吸道疾病的診療過程與照護品質

□研究問題

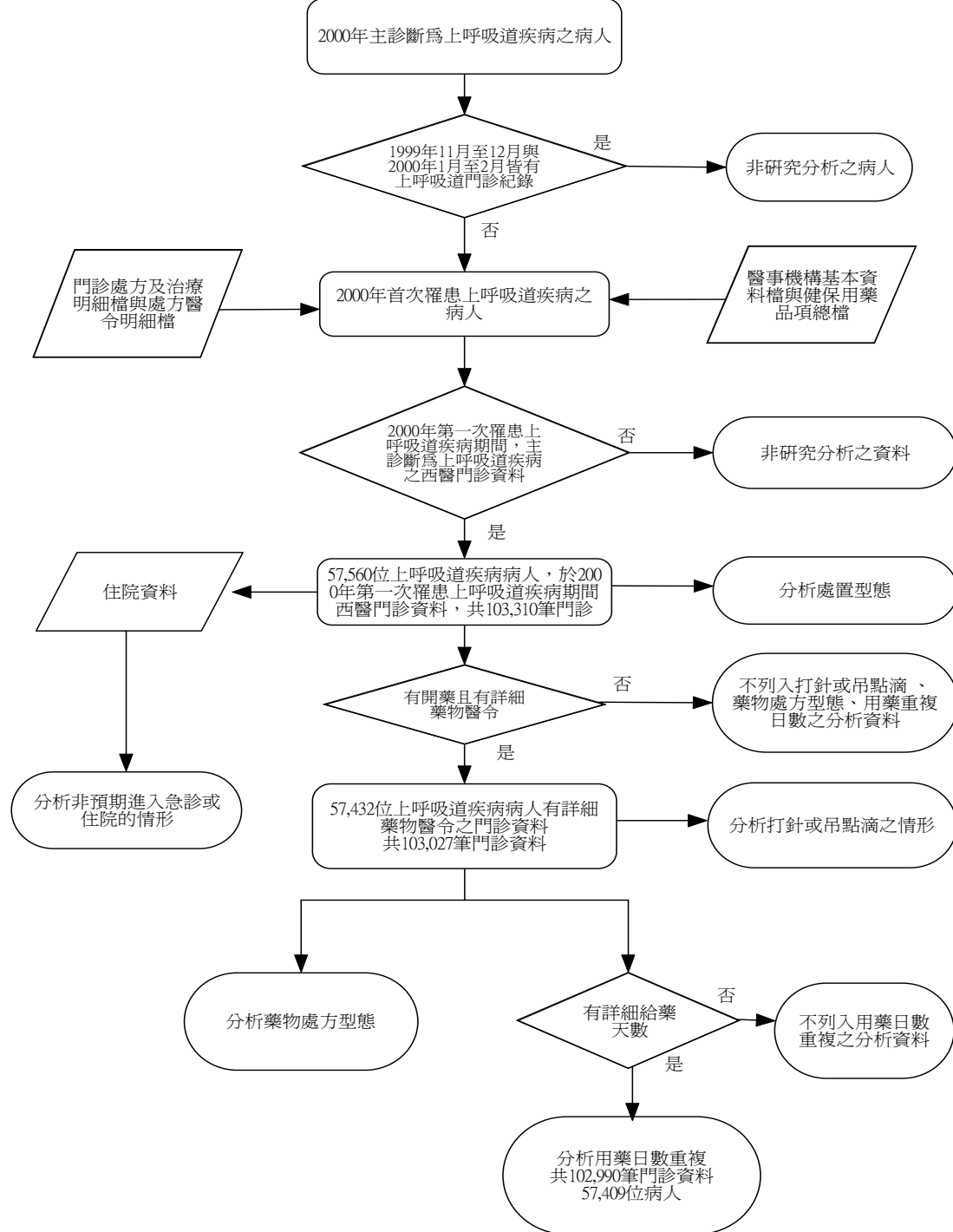
- 上呼吸道疾病患者在門診時有無接受不必要的處置？
- 醫師有無開立不必要的藥品給上呼吸道疾病患者？



研究對象

- 上呼吸道疾病的定義
 - 診斷之國際疾病分類碼為**460**（急性鼻咽炎，亦稱之為感冒）、**461**（急性鼻竇炎）、**462**（急性咽炎）、**465**（急性上呼吸道感染之多發性或未明示位置者），以及「門診疾病傷害及死因分類代碼」中**A312**（其他急性上呼吸道感染）
- 2000年剛罹患上呼吸道疾病病人
 - 因此以較嚴格的條件排除病人於**2000年1月、2月**罹患上呼吸道疾病又同時於**1999年11月、12月**已有上呼吸道疾病門診紀錄者。
- 將間隔相差**30天**以上的兩次上呼吸道疾病門診，視為不同次罹患上呼吸道疾病
- 本研究選取「第一次罹患上呼吸道疾病期間」所有上呼吸道疾病西醫門診進行分析

設計資料分析流程— 以上呼吸道疾病為例

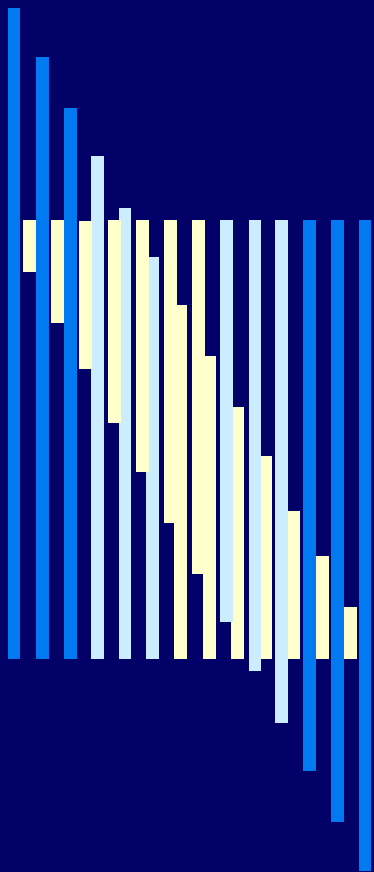


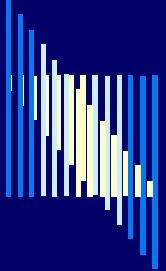
	醫院合計	基層診所	總計
無其他疾病之次診斷			
門診數	5,360	84,514	89,874
打針或吊點滴門診數	*** 894 ***	9,667	10,561
打針或吊點滴治療比率	16.7%	11.4%	11.8%
有其他疾病之次診斷			
門診數	4,256	8,897	13,153
打針或吊點滴門診數	1,037	830	1,867
打針或吊點滴治療比率	24.4%	9.3%	14.2%
總計***			
門診數	9,616	93,411	103,027
打針或吊點滴門診數	1,931	10,497	12,428
打針或吊點滴治療比率	20.1%	11.2%	12.1%

	醫院合計 (門診總數=5,360)		基層診所 (門診總數=84,514)		總計 (門診總數=89,874)	
平均處方藥物種類數***	4.6 (1.58)		5.1 (1.90)		5.1 (1.88)	
平均開藥天數***	3.5(1.49)		2.8 (0.56)		2.8 (0.67)	
藥物成分類別	門診數	百分比	門診數	百分比	門診數	百分比
消炎止痛與退燒***	4,088	76.4	57,966	68.6	62,054	69.0
止咳藥***	2,511	46.8	51,044	60.4	53,555	59.6
抗組織胺***	2,854	53.2	42,641	50.5	45,495	50.6
氣管擴張劑***	1,362	25.4	36,576	43.3	37,938	42.2
化痰祛痰***	3,135	58.5	35,283	41.7	38,418	42.7
胃藥***	1,794	33.5	27,185	32.2	28,979	32.2
與URI有關之抗生素	657	12.3	16,417	19.4	17,074	19.0
鼻塞藥***	951	17.7	14,988	17.7	15,931	17.7
與URI無關之抗生素	30	0.6	2,391	2.8	2,421	2.7
抗瀉過性病毒藥***	14	0.3	1,014	1.2	1,028	1.1

關於全民健保政策

- 醫院總額
- 醫療品質指標監控





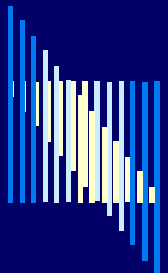
醫院總額支付制度實施前後對固定醫院就醫病患醫療利用之比較(陳素珊碩士論文)

□ 資料來源

- 1999年至2004年國家衛生研究院之全民健康保險資料庫20萬承保抽樣歸人檔

□ 研究對象

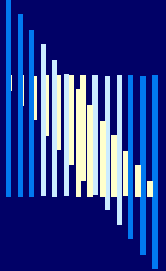
- 在醫院總額實施前二年2000年7月至2002年6月期間只接受一般西醫醫療服務
 - 扣除牙醫、中醫只在醫院就醫之病患
 - 共4,043位。
- 將2000年7月至2004年6月之研究時間劃分每半年為一期進行比較分析，共分八期。



研究對象醫院總額實施前後就醫層級變化

		醫院總額實施前就醫層級									
		醫學中心		區域醫院		地區醫院		醫院 (含各醫院層級)		合計	
		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
實施後第一期(2002/7-12) 就醫層級	醫學中心	375	66.3	7	1.2	2	0.3	190	12.2	574	17.2
	區域醫院	12	2.1	382	64.3	8	1.3	253	16.3	655	19.7
	地區醫院	4	0.7	5	0.8	366	59.2	236	15.2	611	18.3
	醫院(含各醫院層級)	27	4.8	40	6.7	42	6.8	395	25.4	504	15.1
	醫院及基層診所	124	21.9	112	18.9	143	23.1	367	23.6	746	22.4
	基層診所	24	4.2	48	8.1	57	9.2	112	7.2	241	7.2
	小計	566	100.0	594	100.0	618	100.0	1,553	100.0	3,331	100.0
	沒有就醫	101	15.1	132	18.2	181	22.7	298	16.1	712	17.6

註：沒有就醫表示該半年期間沒有就醫記錄的病患(除牙醫、中醫利用外)，而計算沒有就醫病患的百分比時，分母以醫院總額實施前各就醫層級的總人數計算。



醫院總額實施前後醫療品質變化

(林峻鋒碩士論文)

□ 資料來源

- 2000年至2004年全民健保20萬承保抽樣歸人檔

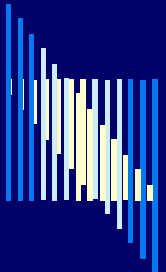
□ 研究對象

- 510家健保特約醫院

□ 品質指標

- 醫院總額醫療照護品質指標
- 實證醫學疾病管理品質指標

醫院	權屬別	門診達成指標項次/門診指標項次	門診指標達成率	住診達成指標項次/住診指標項次	住診指標達成率	疾病管理指標達成項次/疾病管理指標項次	疾病管理指標達成率
醫學中心1	公立醫院	6/11	55%	5/11	45%	1/4	25%
醫學中心2	公立醫院	8/11	73%	0/11	0%	4/5	80%
醫學中心3	公立醫院	7/11	64%	7/10	70%	0/3	0%
醫學中心4	公立醫院	9/11	82%	5/10	50%	2/5	40%
醫學中心5	公立醫院	5/11	45%	4/11	36%	4/5	80%
醫學中心6	公立醫院	6/11	55%	7/11	64%	4/5	80%
醫學中心7	私立醫院	4/10	40%	0/11	0%	0/2	0%
醫學中心8	私立醫院	5/11	45%	4/10	40%	2/5	40%
醫學中心9	私立醫院	3/10	30%	6/11	55%	2/5	40%
醫學中心10	財團法人	6/11	55%	5/10	50%	2/3	67%
醫學中心11	財團法人	5/11	45%	4/11	36%	3/5	60%
醫學中心12	財團法人	5/11	45%	3/11	27%	3/5	60%
醫學中心13	財團法人	3/10	30%	2/11	18%	2/4	50%
醫學中心14	財團法人	6/11	55%	4/11	36%	1/5	20%
醫學中心15	財團法人	8/11	73%	6/11	55%	2/4	50%
醫學中心16	財團法人	8/11	73%	4/11	36%	4/5	80%
醫學中心17	財團法人	7/11	64%	10/11	91%	4/5	80%



謝謝聆聽

NHI Date Set

