

第一章 緒論

第一節 研究背景

早在舊約聖經中，即有關於憂鬱症狀的描述；希波克拉提斯在公元 400 年時，便將情感障礙區分為 melancholia 與 mania，足見情感疾病困擾人類久矣(吳佳璇、李明濱，2002)。時至今日，聯合國世界衛生組織(WHO)更指出公元 2020 年時，憂鬱症將名列造成人類失能疾病的第二位(WHO,2002)。

憂鬱症是很常見的精神疾病，美國心理衛生研究院(National Institute of Mental Health, NIMH,2002)的研究報告指出約 4%至 18%的西方人在一生當中，至少曾出現一次的憂鬱症狀，其中 50%至 85%會再發生至少一次。美國人的終生盛行率約 15%，其中男性為 8%到 12%，女性為 20%到 26%，平均的發病年齡為 40 歲，一半以上的患者於 20 歲至 50 歲間發病，而美國在一年期間，有高達 9.5%的成年人(約一千八百八十萬人)罹患憂鬱症，因而造成的損失無法估計(Robins LN 等，1990)。台灣地區曾在社區中做調查結果顯示重鬱症的終生盛行率為 1.14%，輕鬱症則為 1.66%(葉英? 等，1994)，張明永醫師等人以台灣南部三社區(高雄市、阿蓮鄉、南化鄉)1500 名年齡在 65 歲以上的老人為研究對象，發現老人的憂鬱症罹患率高達 21.2%(重鬱症為 5.9%，輕鬱症為 15.3%)。在各類門診患者中，也有

很高比率的患者同時罹患憂鬱症(如中風 27%至 35%、腎臟病 5%至 22% 癲癇 20%至 30%、心肌梗塞 20%、糖尿病 20%...等)，而國外一些研究發現其常被低估，未及早被診斷或得到適當治療，也發現有相當比例其他疾病的患者被誤診為憂鬱症(張明永等，1999)。

罹患憂鬱症的結果導致身體的不適、失去工作、破壞社會及人際關係，甚至自傷、自殺。使病人、家屬、社會均付出重大的成本。憂鬱症是好發率高，影響深遠廣闊，也威脅生命的疾病(邱南英，2002)。

第二節 問題陳述

憂鬱症，也被稱為「心的感冒」，是常見的疾病。但往往因為自己忽略或一般人錯與「精神病」相提並論或因「污名化」(stigmatization)關係而不敢承認(呂碧鴻,2002)，錯失及早治療的良機。

憂鬱症不是個性抑鬱、內向寡歡者的專利。情緒起伏極大，也是致病的根源。平日工作狂熱，深獲人緣的人，同樣有得病的可能。因為長期送往迎來，過於配合周遭氣氛，在不知不覺中就逐漸失去了自我。根據世界衛生組織等的研究中發現，平均每一百人中就有三人罹患憂鬱症(WHO,2001)，其中因為憂鬱症所帶來的身體疾病，甚至自我毀滅的例子比比皆是。

一般內科的門診中約有 75%的病人出現情緒的障礙，而以憂鬱的情形最多，內科住院的患者中約有三分之一有輕度至重度的憂鬱症狀。除了內科病人，其他醫學領域諸如外科、婦產科、小兒科、神經科、眼科、復健科、腫瘤治療科、燙傷中心...等的病人也都呈現相當高比率的憂鬱症狀(邱南英,2002)。

全民健康保險實施以來，節制醫療資源的支出一直是最重要的課題，憂鬱症患者既然如此多見，從流行病學的盛行率及三段五級的預防觀點著眼自然有其可供研究的重要性！如能就憂鬱症患者的醫療使用率加以分析、應用，應能為有限的健保資源作出貢獻。

第三節 研究目的

本研究使用國家衛生研究院全民健保資料庫之承保抽樣歸人檔資料庫，進行健保憂鬱症疾病醫療費用與醫療服務使用情形之分析，目的說明如下：

- 一、分析台灣地區 1996-2000 年不同層級醫療機構憂鬱症健保利用情形的差異。
- 二、分析台灣地區 1996-2000 年健保憂鬱症疾病門診、急診、住院的醫療利用情形。
- 三、分析比較 1999 年台灣 921 地震前後一年(1998 年及 2000 年)憂鬱症疾病的健保醫療利用差異情形。
- 四、分析憂鬱症疾病不同健保申報碼的變化情形。

第二章 文獻探討

第一節 憂鬱症的定義

目前精神醫學界診斷憂鬱症的準則有二：一是世界衛生組織國際疾病分類中的「精神與行為障礙之分類」第十版(ICD-10)，二是美國精神醫學會出版的「診斷與統計手冊」第四版(DSM-IV)。但兩者均依鬱症發作(depressive episode)的嚴重程度，再分為輕、中、重三級。重度發作除食慾下降、喪失性慾、缺乏情緒反應、精神運動遲滯、早醒等症狀為主的身體性(somatic)或灰鬱(melancholic)等症狀較為明顯外，若病患出現精神病症狀(psychotic symptom)如妄想、幻聽；或是靜呆(stupor)、僵硬(catatonic)症狀，亦屬於重度發作。(吳佳璇、李明濱，2002)

DSM-IV 重鬱症診斷準則的必須症狀，至少兩週出現下列兩項症狀之一：(1)憂鬱心情，在一天中大部分的時間，幾乎每日都有，(2)在所有或幾乎所有的活動，興趣或喜樂都顯著減少，在一天中大部分的時間，幾乎每日都有。而這兩項都可以由主觀報告或由他人觀察而顯示。(黃偉俐，2002)

第二節 憂鬱症的診斷標準

依 ICD-9-CM 碼經醫師診斷為 300.4(Neurotic depression)、296.2(Major depressive disorder, single episode)、296.3(Major depressive disorder, recurrent episode)、296.5(Bipolar affective disorder, mixed)、309(Adjustment reaction) 及 311(Depressive disorder, not elsewhere classified) 為主病因的憂鬱症患者(邱南英, 2002), 此外, 考量研究前期, 健保申報仍以 A-code 為主, 故納入主病因為 A212、A214 及 A219 的 A-code 對應診斷碼, 經以病人身分證歸戶後, 所得 1996 年至 2000 年之門診、急診、住院之筆數 人數三部分再進行總歸戶, 共得之人數為研究對象。

第三節 部分精神科疾病 ICD-9-CM 碼與 A Code 碼之對照

中央健康保險局規定自民國八十九年一月起西醫一律統一以 ICD-9-CM 碼申報醫療費用，與本研究相關之精神科疾病 ICD-9-CM 碼與 A Code 碼之對照如下：

英文疾病名稱	中文疾病名稱	ICD-9-CM	A Code
Affective psychoses	情感性精神病	296.90 (#)	A212
Major depressive disorder, single episode	重鬱症, 單純發作	296.20	A212
Major depressive disorder, single episode, mild	重鬱症, 單純發作, 輕度	296.21	A212
Major depressive disorder, single episode, moderate	重鬱症, 單純發作, 中度	296.22	A212
Major depressive disorder, single episode, severe	重鬱症, 單純發作, 重度	296.23	A212
Major depressive disorder single episode, severe specified as with psychotic behavior	重鬱症, 單純發作, 重度伴有精神病性行為	296.24	A212
Major depressive disorder, recurrent episode	重鬱症, 復發	296.30	A212
Major depressive disorder, recurrent episode, mild	重鬱症, 復發性, 輕度	296.31	A212
Major depressive disorder, recurrent episode, moderate	重鬱症, 復發性, 中度	296.32	A212
Major depressive disorder, recurrent episode, severe	重鬱症, 復發, 重度	296.33	A212
Major depressive disorder, recurrent episode, severe specified as with psychotic behavior	重鬱症, 復發性, 重度伴有精神病性行為	296.34	A212
Bipolar affective disorder, manic	雙極性情感異常, 躁型	296.40	A212
Bipolar affective disorder, manic, mild	雙極性情感異常, 躁型, 輕度	296.41	A212
Bipolar affective disorder, manic, moderate	雙極性情感異常, 躁型, 中度	296.42	A212

Bipolar affective disorder, manic, severe	雙極性情感異常，躁型， 重度	296.43	A212
Bipolar affective disorder, manic, severe specified as with psychotic behavior	雙極性情感異常，躁型， 重度伴有精神病性行為	296.44	A212
Bipolar affective disorder, depressed	雙極性情感異常，鬱型	296.50	A212
Bipolar affective disorder, depressed, mild	雙極性情感異常，鬱型， 輕度	296.51	A212
Bipolar affective disorder, depressed, moderate	雙極性情感異常，鬱型， 中度	296.52	A212
Bipolar affective disorder, depressed, severe	雙極性情感異常，鬱型， 重度	296.53	A212
Bipolar affective disorder, depressed, severe specified as with psychotic behavior	雙極性情感異常，鬱型， 重度伴有精神病性行為	296.54	A212
Bipolar affective disorder, mixed	雙極性情感異常，混合 型	296.60	A212
Bipolar affective disorder, mixed, mild	雙極性情感異常，混合 型，輕度	296.61	A212
Bipolar affective disorder, mixed, moderate	雙極性情感異常，混合 型，中度	296.62	A212
Bipolar affective disorder, mixed, sever	雙極性情感異常，混合 型，重度	296.63	A212
Bipolar affective disorder, mixed, sever specified as with psychotic behavior	雙極性情感異常，混合 型，重度伴有精神病性行 為	296.64	A212
Neurotic disorders	精神官能症	300.9	A214
Anxiety state	焦慮狀態	300.00	A214
Panic disorder	恐慌症	300.01	A214
Generalized anxiety disorder	泛性焦慮症	300.02	A214
Conversion disorder	轉化症	300.11	A214
Factitious illness with psychological symptoms	偽病伴有心理症狀	300.16	A214
Phobic state	畏懼狀態	300.20	A214
Agoraphobia with panic attacks	懼曠症伴有恐慌發作	300.21	A214
Agoraphobia	懼曠症	300.22	A214

Social phobia	懼社交症	300.23	A214
Isolated or simple phobias	單獨或單純畏懼	300.29	A214
Obsessive compulsive disorder	強迫症	300.3 ()	A214
Neurotic depression	精神官能性憂鬱症	300.4 ()	A214
Neurasthenia	神經衰弱症	300.5	A214
Hypochondriasis	慮病症	300.7 ()	A214
Somatization disorder	身體化症	300.81	A214
Personality disorders	人格違常	301.9	A214
Paranoid personality disorder	妄想性人格違常	301.0	A214
Cyclothymic disorder	情感循環性人格違常	301.13	A214
Schizoid personality disorder	分裂性人格違常	301.20	A214
Schizotypal personality	分裂型人格	301.22	A214
Compulsive personality disorder	強迫性人格違常	301.4	A214
Histrionic personality disorder	劇化性人格違常	301.50	A214
Antisocial personality disorder	異規性人格違常	301.7	A214
Narcissistic personality	自戀性人格	301.81	A214
Borderline personality	邊緣性人格	301.83	A214
Passive-aggressive personality	被動- 侵略性人格	301.84	A214
Sexual deviations and disorders (含 paraphilia、pedophilia、 necrophilia、bestiality、 klismaphilia、zoophilia、 coprophilia 等)	性心理變態及疾患	302.9	A219
Homosexuality	同性戀	302.0	A219
Transvestism	扮異性症	302.3	A219
Exhibitionism	暴露症	302.4	A219
Trans-sexualism	變性症	302.50	A219
Disorders of psychosexual identity (gender identity disorder in children)	性心理認同障礙	302.6	A219
Psychosexual dysfunction (含 sexual desire disorders、sexual arousal disorders、orgasmic disorders、dyspareunia)	性心理性功能障礙	302.70	A219
Psychosexual dysfunction with premature ejaculation	伴有早洩之性心理性功能障礙	302.75	A219

Psychosexual disorders(fetishism, voyeurism, sexual masochism)	性心理變態及疾患 (fetishism 戀物症, voyeurism 窺視症, sexual masochism 性被虐待症)	302.89	A219
Gender identity disorder of adolescent or adult life	青春期或成人期性認同異常	302.85	A219
Nondependent use of drugs (alcohol abuse)	非依賴性藥物濫用	305.90	A219
Special symptoms or syndromes (enuresis, encopresis)	特殊症狀或症候群	307.9	A219
Stammering and stuttering	結巴與口吃	307.0	A219
Anorexia nervosa	神經性厭食	307.1 ()	A219
Tics	習慣性抽動	307.20 ()	A219
Gilles de la tourette's disorder	基列得拉吐瑞氏症候群	307.23	A219
Stereotyped repetitive movements	常同性反覆動作(撞頭等行為, 常見於智能不足患者)	307.3 ()	A219
Specific disorders of sleep of nonorganic origin (sleepwalking, nightmares, insomnia)	非器質性特殊睡眠障礙 (sleepwalking 夢遊, nightmares 夢魘, insomnia 失眠)	307.40	A219
Disorders of eating (bulimia, pica, psychogenic vomiting, infantile feeding disturbances)	飲食障礙	307.50 ()	A219
Psychalgia (tension headache, psychogenic backache 等)	心因性疼痛	307.80	A219
Acute reaction to stress (catastrophic stress, posttraumatic stress disorder 等)	急性壓力反應	308.9	A219
Adjustment reaction (separation anxiety disorder, culture shock, chronic posttraumatic stress disorder, concentration camp syndrome, elective mutism as adjustment reaction)	環境適應障礙	309.9	A219

Specific nonpsychotic mental disorders due to organic brain damage (postconcussion syndrome or encephalopathy)	器質性腦傷後之特殊非精神病性心理疾患	310.9	A219
Frontal lobe syndrome	額葉症候群	310.0 ()	A219
Organic personality syndrome	器質性人格疾患	310.1 ()	A219
Disturbance of conduct (impulse control disorder, pathological gambling, kleptomania, pyromania, intermittent explosive disorder, isolated explosive disorder 等)	行為障礙	312.9 ()	A219
Disturbance of emotions specific to childhood and adolescence (overanxious disorder, misery and unhappiness disorder, sensitivity, shyness, and social withdrawal disorder, social withdrawal of childhood or adolescence, elective mustism, oppositional disorder, id	特發於兒童期與青春期之情緒障礙	313.9 ()	A219
Hyperkinetic syndrome of child	兒童期過動症候群	314.9 ()	A219
Delays in development	發展遲滯	315.9	A219
Reading disorder	閱讀遲滯	315.09	A219
Arithmetical disorder	算術遲滯	315.1	A219
Developmental speech or language disorder	語言及語文發展障礙	315.39	A219
Coordination disorder	動作協調疾患	315.4	A219
Psychotic factor associated with physical disease	心理因素合併之身體疾病 (如氣喘、潰瘍等)	316	A219

註解:

" " 表示其為重大傷病, "# " 表示其為慢性病

第四節 憂鬱症的併發症

- 一、 情緒低落。
- 二、 持續性的悲傷、焦慮或空虛的感覺。
- 三、 悲觀、絕望。
- 四、 罪惡感、無助感、無價值感。
- 五、 對過去所有的嗜好、活動失去興趣。
- 六、 睡眠障礙。
- 七、 飲食變差以至體重減輕或飲食過度。
- 八、 活動量減少、疲倦、動作遲緩。
- 九、 出現死亡、自殺的想法。
- 十、 坐立不安。
- 十一、 容易激動。
- 十二、 無法或困難集中注意力。
- 十三、 記憶力變差。
- 十四、 難下決定、猶豫不決。
- 十五、 持續性難以治療改善的身體症狀。
- 十六、 其他。

第五節 憂鬱症的防治與治療

一、 憂鬱症的診斷與評估

(一)縱向：基本資料、現在病史、過去病史、家族史、用藥史、病前的人格、藥物的反應、耐受度、副作用。

(二)橫向：主訴、發病的情形、症狀的徵候、自然的病程變化、神經學檢查、實驗室檢查、儀器檢查、會談及精神狀況檢查、心理衡鑑、量表施測。

二、 憂鬱症的評估量表(Sarah C Aronson,2002,邱南英 , 2003)

鄭氏憂鬱量表(ZDS)、漢氏憂鬱量表(HAMD)、貝氏憂鬱量表(BDI)、楊氏憂鬱量表、台灣人憂鬱問卷(TDQ)。

三、 美國對憂鬱症防治和治療準則(David Wald,2002)

(一) 憂鬱症的診斷

持續兩週以上，同時每天或幾乎每天出現下列症狀五項及以上，功能改變，且情緒低落或失去興趣或喜樂此兩項至少存在一項，這些症狀造成重大的痛苦，損害各種的功能，而且並非由於使用物質或身體狀況或哀痛反應所導致：

1. 情緒低落(兒童、青少年容易表現易怒的情緒)。
2. 對所有或幾乎所有的活動失去興趣或喜樂。
3. 並非刻意節食而體重明顯下降或增加體重；或者減少

或增加食慾(體重變化 5% 以上)。

4. 失眠或嗜眠。
5. 增加或減少精神活動。
6. 疲倦或失去活力。
7. 感覺自己無價值、罪惡感、自責。
8. 注意力不集中或思考能力減退或無法下決斷。
9. 反覆想到死亡、重複出現自殺意念、曾自殺或有自殺的計劃。

(二) 憂鬱症的治療

1. 藥物治療(pharmacotherapy)：如抗憂鬱劑、情緒穩定劑、抗焦慮劑、安眠藥、抗精神病藥物等。
2. 心理治療(psychotherapy)：如個別心理治療、團體心理治療、配偶治療、婚姻治療、家族治療等。
3. 電痙攣治療(electroconvulsive therapy, ECT)。
4. 光照治療(light therapy)。
5. 快速穿顱磁刺激療法 (rapid transcranial magnetic stimulation)。

第六節 憂鬱症在台灣

台灣第一次大規模精神科流行病學調查由林宗義完成於 1952 年，調查北部三社區共 19931 位民眾，精神疾病總盛行率每千人有 10.8 人，其中精神官能症則只有千分之 1.2，躁鬱症為千分之 0.7，精神分裂症為千分之 2.1，所有精神病為千分之 3.7。15 年後類似研究於同樣社區進行，精神官能症的盛行率增加六倍，為千分之 7.8，其他嚴重精神病之盛行率變化不大。這兩次調查研究精神科醫師均未使用標準化之診斷工具進行診斷會談蒐集資料，一般認為當時之研究數據普遍低估。

1980 年代台灣首度採用標準化診斷會談工具與分類準則進行之流行病學調查研究為胡海國等之台北研究(Hwu et al,1986,1989)與鄭泰安等之高雄研究(Cheng and Williams,1986;Cheng,1989)。胡等之台北研究採用中文版診斷會談問卷(DIS-CM)進行第一階段資料蒐集，再依據所得資料根據美國第三版精神科疾病診斷與統計分類手冊之準則確認研究個案之診斷分類。該研究除估算精神疾病年盛行率外，並估算終生盛行率，所得結果顯示排除煙草依賴以外的精神疾病之終生盛行率分別是都市 16.3%、小鎮 28.0%、鄉村 21.5%；重鬱症之終生盛行率分別是都市 1.14%、小鎮 0.94%、鄉村 1.01%；輕鬱症之終生盛行率分別是都市 1.66%、小鎮 1.42%、鄉村 1.45%。鄭氏

研究則採用中國人健康問卷(Chinese Health Questionnaire, CHQ)蒐集精神疾病症狀，進行第一階段篩檢，再以標準化中文版臨床會談問卷，由精神科專科醫師針對篩檢出之疑似患者與同數目非疑似個案進行第二階段診斷會談，最後依據第九版與第十版國際精神科疾病診斷分類標準確認個案之診斷。由鄭氏研究採用兩階段診斷研究法，所估算出之疾病盛行率，分別是男性 18.0%、女性 33.3%。由於兩項研究之設計與研究方法完全不同，無法進行比較。胡等台北研究估算精神分裂病與躁鬱症之盛行率大致與之前之研究數據相似，但是重鬱症或焦慮症，與世界各國採用相似研究方法獲得之研究數據相比較則明顯偏低，引起相當多的討論(吳家璇、李明濱，2002)。

第七節 大地震與憂鬱症病患的探討

民國八十八年九月二十一日台灣發生芮氏 7.3 極大地震，於中台灣造成慘重的傷亡，根據蔡崇煌等(民 89)以台中縣東勢鎮某醫院的門診病人研究發現，憂鬱症患者佔 16.29%，其中男性 11.0%，女性 21.0%，憂鬱症症狀前五名依次為容易疲勞(68.6%)、睡眠障礙(56.19%)、難集中注意力(56.19%)、焦躁不安或反應遲緩(44.9%)、心情會鬱卒(40.9%)，研究發現年齡愈大愈容易發生憂鬱症，然而憂鬱症之 9 項變項中有 6 項以中年人(45-64 歲)所佔比例較高，另外研究亦發現遭受到的不幸越多，則越容易發生憂鬱症，而災變的不幸當中以至親死亡對憂鬱症的影響達顯著水準。

相關研究如日本神戶阪神大地震(芮氏 7.2 級)的研究發現災變後 3 週至 8 週在不同年齡層有 19%到 51%罹患憂鬱症(Kato H.,1999)；Papadatos 於希臘之 Kalamata 地震後二週的研究發現符合 Center for epidemiological studies depression inventory(CES-D)憂鬱症之病患達 74.6%(Papadatos Y., 1990)；1985 年墨西哥地震十週之後，Fuente 等人的研究，發現符合 DSM-III 憂鬱症患者有 13.3%(Fuente,1990)，可見不同程度的災難，不同時期及不同的研究工具，導致判定為憂鬱症的比率亦不同。

第三章 醫療服務利用的理論模式

第一節 Andersen 模式

1968 年 Andersen 發展醫療服務利用行為模式，然由於第一版醫療服務利用行為僅強調以個人為單位的因素探討，因此，Aday 及 Andersen 與其他學者後來漸漸將該模式修正，至 1995 年出現了第四版的醫療服務利用行為模式，以下將對該模式予以介紹。

一、第一階段醫療服務利用行為模式

1968 年，Andersen 提出第一階段醫療服務利用行為模式，該階段之醫療服務利用行為模式主要特色為將個人醫療服務利用之影響因素，分成下列三方面作探討（Aday & Andersen，1974）：

（一）傾向因素（Predisposing Component）

所謂傾向因素乃指病患發病前之個體使用醫療服務傾向 (Propensity of Individuals to Use Service)，該因素可以分成下列三大類：

1. 人口學特質(Demographic):年齡、性別及婚姻狀況等等。
2. 社會結構特質(Social Structure)：教育程度與職業類別等等。
3. 健康信念(Health Belief)：指對醫療保健之知識與價值觀，例如：是否相信醫療效果等等。

(二) 能用因素(Enabling Component)

能用因素指外在環境中，促進（或阻礙）個人使用醫療服務資源之因素，即協助個人使用醫療照護之資源，這些資源可分成兩大部份：

1. 個人/家庭資源(Personal/Family)：例如：財物收入、固定資產所有權、健康醫療保險之有無等等。
2. 社區資源(Community)：社區醫療資源的多寡及醫療資源的可近性等等。

(三) 需要因素(Need Component)

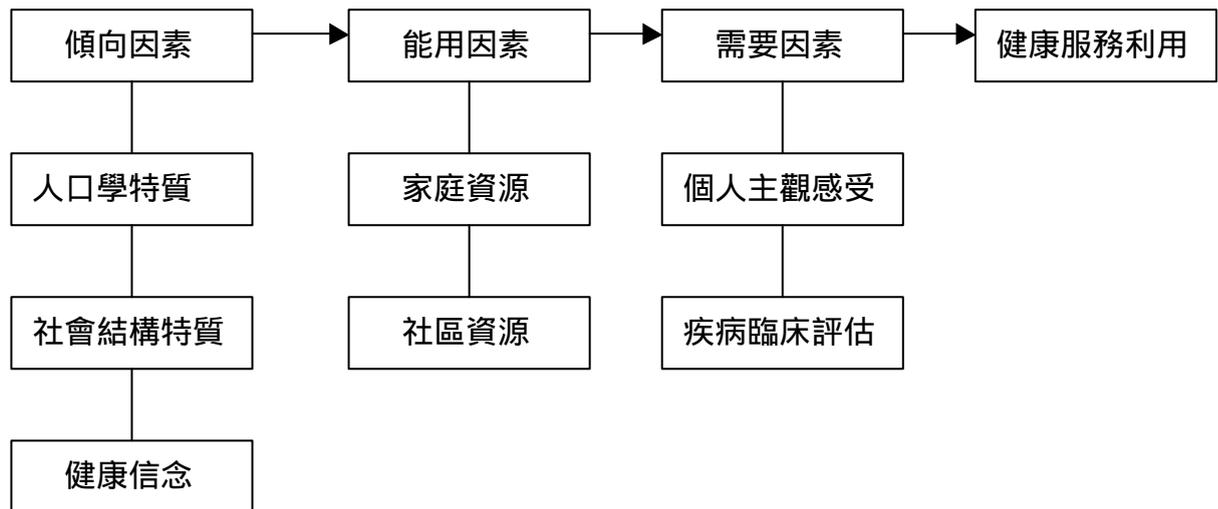
需要因素指個人的健康需要因素，可分成兩方面：

1. 個人主觀感受(Perceived)：個人對醫療保健需求的評估，視其對疾病的忍受程度或健康異常狀況的定義而定，例如：自覺無法工作天數及自述一般健康狀況等等。
2. 疾病臨床評估(Evaluated)：醫療人員運用標準化的測量工具及診斷指標來評估個人醫療保健需求。

由於該模式所探討之醫療服務利用影響因素，僅著重於個人因素的探討，對於醫療服務系統因素、滿意度因素、政策因素等等其他相關因素，皆未納入該模式中，且對於醫療服務利用的概念亦未釐清，因此有後續的修正模式，而第一階段之醫療服務利用行為模

式之整體運作模型如下：

圖 3-1-1 第一階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Aday & Andersen (1968)

二、 第二階段醫療服務利用行為模式

Aday and Andersen 於 1974 年所提出的第二階段醫療服務利用行為模式 (Aday & Andersen, 1974)，又稱為健康系統模式，該模式最大的特色是釐清醫療服務利用的觀念及將健康照護提供體系特徵因素、消費者滿意度因素、政策因素納入該模式中，此外該模式亦將之前提出之個人因素中的能用(Enabling)因素及傾向(Predisposing)因素再分成可變(Mutable)因素及不可變(Immutable)因素。在醫療服務利用方面，該模式將醫療服務利用按下列四大方面來探討：

(一) 醫療服務型態(Type of Utilization): 指接受醫療服務的形式，

如：西醫、中醫、牙醫等。

(二) 醫療服務地點(Site of Medical Care)：指接受醫療服務的地點，如：診所、醫院、病人住處等。

(三) 求醫目的(Purpose)：指民眾使用醫療服務的目的為預防保健服務、治療性醫療服務或復健性醫療服務等。

(四) 就醫頻率(Time Interval for a Visit)：指民眾使用某項醫療資源的比率及使用某類型醫療資源的平均次數。

在醫療服務利用影響因素方面，第二階段醫療服務利用影響因素，除原先的個人影響因素外，尚包含衛生政策因素、健康照護提供體系特徵 (Characteristics of Health Care Delivery System) 及消費者滿意度等三大類因素。

(一) 衛生政策因素：主要針對財務(Financing)、教育(Education)、醫事人力(Manpower)、及健康照護組織(Organization)等四大部份，作為醫療資源可近性改善之思考。

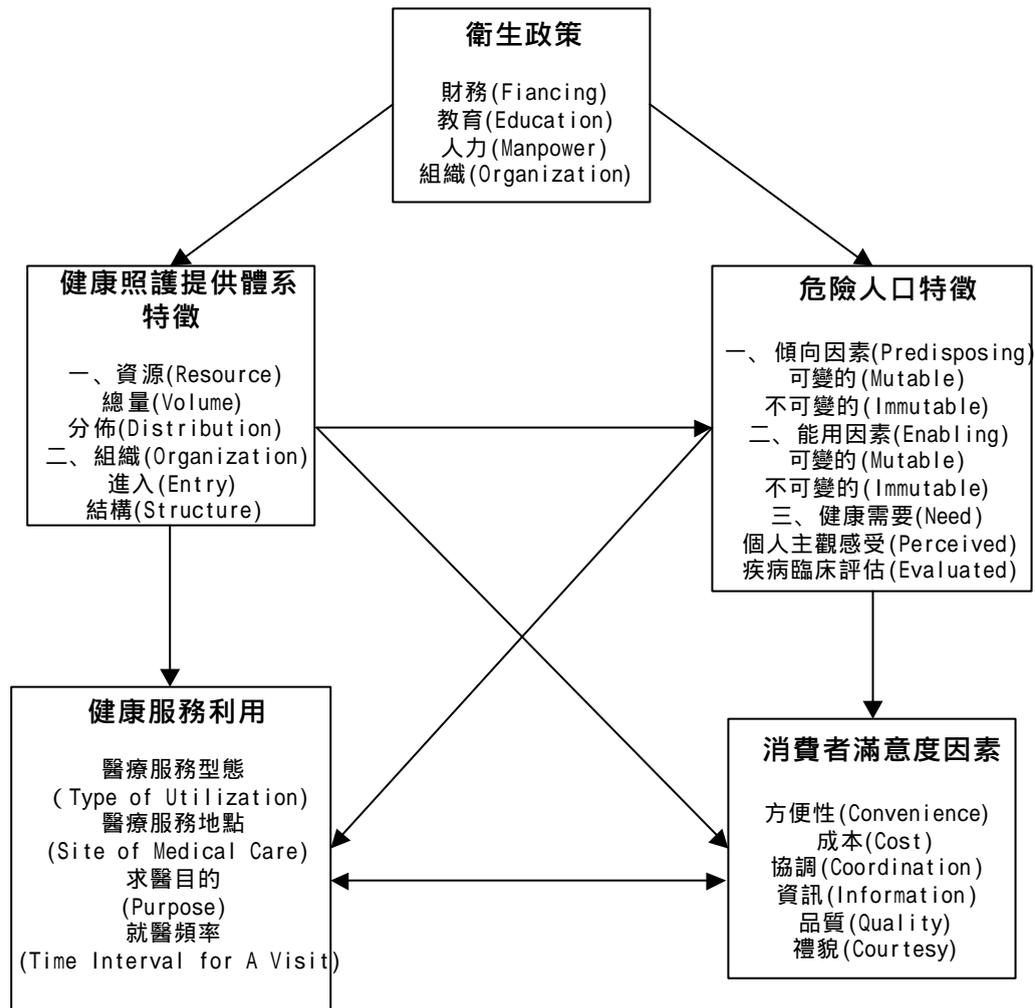
(二) 健康照護提供體系特徵因素：主要可以分成資源(Resource)與組織(Organization)兩大方面。在資源方面，主要指健康照護時所投入的資產(Capital)與人力(Labor)，而這些資源之總量(Volume)與分配(Distribution)，亦是在資源方面因素探討時的重點。而在組織方面，主要是指上述資源投入後，資源如何在健康照護過程中獲得利用與

管理，其所探討的方向可以分成進入(Entry)及結構(Structure)，所謂的進入是指民眾如何進入健康照護組織以使用健康照護資源，而結構因素，主要是指民眾欲進入健康照護組織所會面臨的相關條件、規定或障礙等等。

(三) 消費者滿意度因素：主要是指消費者使用過健康照護之後，對於健康照護之評價，其評價方向可以分為方便性、成本、協調、資訊、品質及禮貌等六大項。

(四) 危險人口特徵(Characteristics of Population at Risk)：其基本概念與第一階段之醫療服務利用行為模式相同，然第二階段之醫療服務利用行為模式將個體因素中的傾向因素及能用因素再分為可變動及不可變動兩類，所謂的可變動泛指：個體健康信念、所得及健康保險之有無等等因素，而不可變因素包含：性別、年齡及種族等變項。

圖 3-1-2 第二階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Aday & Andersen (1974)

表 3-1-1 醫療服務利用影響因素之操作型指標

健康照護提供體系特徵因素	危險人口特徵因素
<p>(一) 資源：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 資源總量： <ol style="list-style-type: none"> A. 人力： <ol style="list-style-type: none"> a. 基層醫師數。 b. 醫事專業人員數。 B. 設施： <ol style="list-style-type: none"> a. 醫院數。 b. 醫院病床數。 2. 資源分布： <ol style="list-style-type: none"> A. 每千人口醫事人員數。 B. 每千人口病床數。 <p>(二) 組織：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 進入： <ol style="list-style-type: none"> A. 例行性(常設)健康照護資源 (Regular Source of Care)之方便性： <ol style="list-style-type: none"> a. 在夜間、週末、緊急狀況時，健康照護資源之可利用性 (Availability)。 b. 交通工具類型。 c. 交通時間。 d. 等候看診時間。 e. 平均每位醫師看診時間。 B. 非例行之健康照護資源使用： <ol style="list-style-type: none"> a. 未使用例行性健康照護資源的理由。 b. 協助未使用例行性健康照護資源尋找健康照護。 	<p>(一) 傾向因素：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 可變因素： <ol style="list-style-type: none"> A. 健康信念及態度。 B. 健康照護知識。 2. 不可變因素： <ol style="list-style-type: none"> A. 年齡。 B. 性別。 C. 家庭人口數。 D. 種族及少數民族(Ethnicity)。 E. 教育程度。 F. 職業狀況(Employment Status) <p>(二) 能用因素：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 可變因素： <ol style="list-style-type: none"> A. 家庭收入狀況。 B. 例行性照護資源(Regular Source of Care)之種類與便利性。 C. 第三者團體給付(Third-Party Coverage)類型及程度。 2. 不可變因素： <ol style="list-style-type: none"> A. 居住地。 B. 地區特性(Region)。 C. 居住社區的時間(Length of Time in Community)。 <p>(三) 需要因素：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 個人主觀感受(Perceived)： <ol style="list-style-type: none"> A. 自覺般健康狀況。 B. 疾病介入。

<p>2. 結構：</p> <p>A. 例行性健康照護資源類型：</p> <p>a. 資源提供者之執業地點。</p> <p>b. 提供者之類型。</p> <p>c. 輔助性(Pamedical)提供者類型。</p> <p>d. 主治醫師(Attending Physician)專業類型。</p> <p>B. 第三者團體給付(Third-Party Coverage)類型與程度：</p> <p>a. 健康計劃種類。</p> <p>b. 給付範圍。</p> <p>c. 自負(Out-of-Pocket)金額。</p>	<p>C. 疾病症狀。</p> <p>D. 失能天數。</p> <p>2. 疾病臨床評估(Evaluated)：</p> <p>A. 醫師疾病狀態嚴重度調查。</p> <p>B. 醫師疾病症狀嚴重度調查。</p> <p>消費者滿意度因素</p> <p>(一) 最近一次健康照護資源使用滿意度。</p> <p>(二) 一般健康照護資源使用滿意度。</p>
---	---

資料來源：Aday & Shortell (1988)

第二節 Mckinlay 醫療服務利用預測模式

1970 年代，Mckinlay 提出以下六種模式來預測個體醫療服務利用 (Mckinlay, 1970)：

- (一) 人口學模式 (Demographic)：包含年齡、性別、婚姻狀況、家庭人口數及居住地等變項。
- (二) 社會結構模式(Social Structure)：包含社會階層、種族、教育程度及職業等變項。
- (三) 社會心理模式 (Social Psychological)：包含健康信念、價值觀 (Value)、態度、常模(Norm)及文化。
- (四) 經濟模式 (Economic)：家庭收入、保險給付、醫療服務價格及醫療服務提供者與人口比(Provider/Population Ratio)。
- (五) 組織模式(Organizational)：醫師執業組織、輔助人員使用 (Use of Ancillaries)、例行性健康照護資源 (Regular Source of Care) 及轉診系統 (Referral Patterns) 等變項。
- (六) 系統模式(Systems)：將前述所有變項納入，並考量各變項間的交互關係對於醫療服務利用的影響。

第三節 個案管理與疾病管理

一、個案管理的起源

第二次世界大戰以後，美國許多大型州立機構中的精神病患紛紛走入社區，而為了提供精神病患出院後的社區服務，個案管理的概念也就漸漸受到重視。1971年美國健康教育福利部成立SITO (The Services Interaction Targets for Opportunities) 基金會，即以個案管理作為整合社會及衛生服務人員的方法。美國是首先將個案管理用於急性醫院的國家。1990年美國波士頓新英格蘭醫學中心率先以護理部為中心，發展重要臨床路徑，引導護理人員每天的照護活動，並希望與病患接觸於住院前，而持續服務於出院後，以代替原先的護理計劃。由於此管理策略可以作為護理人員照顧病人的參考，被稱為病歷管理摘要版 (Zander, 1990)。另外俄克拉荷馬州 (Oklahoma) Tulsa 市的 Hillcrest Medical Center，也是以護理管理角度為中心，以護理人員為個案管理者，目的是提供醫療成員作為照顧病人的指引 (McKenzie, 1989)。

二、個案管理模式

個案管理模式是一種由各種醫療人員參與照護過程的方法，適用於病患數多 (High volume)、高危險群 (High risk) 或高成本 (High cost) 之個案 (Ferguson, 1993)。個案管理包括三

項原則：臨床照護路徑、個案管理師、主要提供照護者 (Kegel et al., 1996)。內容則涵蓋描述照護的各項措施及活動以流程表方式進行，作為每天執行照護及成效評值的依據 (Hampto, 1993)。個案管理是一個合作的過程，過程中予以評估、計劃、實施、協調、監測及評價各種選擇與服務是否符合個人的健康需求，並運用有限的資源以促進品質及成本效益的結果 (Mullahy, 1995, Taban & Cesta, 1995)。個案管理者的責任包括：評估、教育、評值、照護計畫的修正、出院準備、協調者及記錄等，(Jones, 1994)。

三、 疾病管理

所謂的疾病管理(disease management)是整合醫療照護體系，以提供最佳的醫療資源，對病患進行持續性的高品質服務，運用臨床或治療指引的建立，醫療資訊的分享、轉診制度的建立及資源管理的技巧，使醫療院所用最低的成本創造最高的效能(Warren, 1997)，且基於成本效果考量，疾病管理通常選擇高盛行率、高成本而且預期有介入效果的疾病；Armstrong(1996)提出，疾病管理也包括對某種特定疾病的病人族群進行不同治療模式的介入管理，來達到提高醫療照護品質與降低醫療成本的目的，其中族群選取的方式可能是藉由診斷方式、藥物使用、是否為優先的資源使用者或病患特性來決定；而憂鬱症則正好適用於上述的疾病管理模式(郝宏恕，2002)。

Hunter(1997)在研究中指出疾病管理常被視為一種達成管理式照護的工具，因為它提供能達到改善照護成本效益的

機制,而臨床路徑和整合性照護可以說是另一種描述疾病管理的代名詞。疾病管理視病人完整的疾病經驗為一個臨床流程,而不是在不同的醫療照護體系中對其作分段的醫療處置。

Ellrodt(1997)認為疾病管理主要的目的是在病患照護協調上醫療資源的整合,以利於病患進入健康照護系統的可近性,提昇某種特定照護的效果與效率,達成以最低成本,提供最高品質服務之目標。疾病管理和其他的傳統的醫療照護不同的是,疾病管理不再僅只是專注於片段的照護,而是高品質的連續性照護。

疾病管理的個案管理模式,就在於針對某些高成本、高盛行率的疾病,找出特定的患者,給予持續地追蹤、衛教、輔導,一方面可使病患獲得健康,一方面也可降低醫療成本。健保局目前在推行的五項疾病(子宮頸癌、乳癌、肺結核、糖尿病、氣喘)的個案管理方案,就是一種疾病管理的個案管理模式(郝宏恕, 2003)。

第四節 次級資料

針對依各特定的研究主題來蒐集資料，資料可分成二種：初級資料(primary data)及次級資料(secondary data)。初級資料是為了解決自己的研究問題而從原始來源(如消費者)所蒐集的資料。次級資料是別人為了解他們自己的研究問題 達成他們的研究目的所產生的資料 (Frankfort-Nachmias C.,and Nachmias D.,2000;榮泰生，民 89)。

蒐集次級資料的目的有三：

一、次級資料提供了豐富的參考資料，這些資料可能促使我們產生研究動機，或者成為我們做比較研究的對象。

二、次級資料可使我們瞭解前人所做過的研究，讓我們瞭解所擬進行的研究應從何處出發，以及讓我們判斷是否值得進一步的深入探討。

三、次級資料本身就是可研究的基礎。我們可從有關的次級資料中，彙總做成研究結論。這種分析稱為泛分析(meta analysis)(榮泰生，民 89)。

次級資料依類型可區分為內部資料(internal data，企業內部的資料)及外部資料(external data)。內部資料包括了：組織內部的生產、銷售、人力資源、研究發展、財務的管理資訊系統、部門報告、生產彙總報告、財務分析報表、行銷研究報告等。蒐集資料的方法

隨著不同的情況而異，而蒐集資料的成功與否決定於是否知道在哪裡找得到資料、如何去找這些資料。有時候這些資料是儲存在中央檔案(由總公司來統管)、電腦的資料庫、部門的年鑑報告中。

主要的外部資料來源有五種：

一、 電腦化資料庫。

二、 期刊(periodicals)。

三、 書籍。

四、 政府文件(government documents)。

五、 其他。這些特別蒐集的各種刊物、文件包括了大學的出版刊物、碩博士論文、公司的年度報告、政策白皮書、公會的出版品等。

對次級資料進行評估時需掌握二個重點：

一、 所蒐集的資料是否可以滿足研究的需要？

二、 資料的正確性如何？

第五節 全民健康保險學術研究資料庫

全民健康保險為我國最大之保險制度，其所涵蓋的範圍相當廣泛，包含 2 千多萬名的保險對象、700 餘家醫療院所及其他相關機構之醫療資源及利用資料，因此，全民健康保險資料在我國醫療資源耗用及醫療品質的監測上具有極高的研究價值（郝宏恕，2002）。

有鑑於全民健康保險的高研究價值性，中央健康保險局乃與國家衛生研究院進行合作，共同建置一個專門提供學術研究的資料庫，名為「全民健康保險學術研究資料庫」。目前該資料庫包含了全國性的系統抽樣檔及抽樣歸人檔，其所提供的檔案共可分為四大類（鄭守夏，1999）：

- 一、醫療資源類：如醫事機構基本資料檔、醫事機構副檔、醫事機構診療科別明細檔、醫事機構病床檔、醫事人員基本資料檔、專科醫師證書檔等。
- 二、病患醫療利用類：門診費用申請總表檔、住院費用申請總表檔。
- 三、門住診系統抽樣檔及歸人檔：包含門診處方及治療明細檔、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等四個抽樣檔。
- 四、特定主題檔：共包含重大傷病醫療資源使用門診及住院明細檔、論病例計酬門診及住院明細檔、職業病及職業傷害門診及

住院明細檔、外傷門診及住院明細檔、交通意外事故住院明細檔、特約藥局處方及調劑明細檔、特約藥局處方調劑醫令檔、牙醫門診處方與治療明細檔、中醫門診處方與治療明細檔。

由於全民健康保險學術研究資料庫所包含的內容中並未包含保險對象之承保資料，且保險對象之身分字號為加密後的代碼，所以若需進行保險對象因素的分析時，必須由中央健康保險局總局提供經相同加密程序過後之保險對象承保檔案，才能與國家衛生研究院之學術研究資料庫進行歸戶，以進一步分析保險對象之因素特性（曾淑芬，1999）。

第三章 研究設計與方法

第一節 研究假設

- 一、921 地震後，憂鬱症疾病的醫療利用率「門診醫療利用」、「急診醫療利用」、「住院醫療利用」高於 921 地震前。
- 二、憂鬱症疾病健保申報情形隨著健保申報相關規定改變呈現不同變化。
- 三、921 地震後，中區分局憂鬱症疾病門診申報人次佔總申報門診人次比率高於其他分局。
- 四、921 地震後，各分局憂鬱症門診申報人次佔該分局總門診申報人次比率呈現上升趨勢。
- 五、受可近性關係影響，基層診所申報憂鬱症比率高於其他層級醫療機構。

第二節 樣本或資料來源

本研究是以 1996-2000 年國家衛生研究院全民健保學術研究資料庫中的第一組與第二組各五萬人共十萬人的抽樣歸人檔案為資料來源，其中可獲得變項為：保險對象就醫層級別、保險對象居住地區別、保險對象投保身分別、保險對象就醫疾病別、保險對象有無合併症或併發症、保險對象是否為重大傷病、保險對象是否為慢性病，保險對象醫療利用次數、保險對象醫療費用、醫療機構權屬別、地區別及申報案件類別。以下為資料庫的抽樣情形：

- 一、抽樣母群體：以中央健保局所提供的承保資料檔保險對象為抽樣母群體。中央健保局的承保資料為從健保開辦以來所有保險對象之累積性的歷史資料，隨著保險對象不同身份別或工作單位的異動而有轉出、轉入的紀錄資料，這種種的異動會被忠實地紀錄於承保檔之中。而國衛院於 91 年 8 月底由中央健保局提供此承保檔，自中央健保局開辦起至 89 年 12 月底止，約共有五千八百零六萬筆資料。經過資料整理後將重複的「身份證字號」去除後約有二千三百七十二萬筆資料，目前根據行政院主計處公告的國情統計通報中說明 89 年底健保的納保率約 96.2%，納保人數約二千一百四十萬人，這兩個數據不一致的原因可能是承保檔中的資料為所有的歷史性資料，有部分的保險對象死亡、移民或留學

而停保或退保，已不屬納保人口，但仍存在於此承保資料檔；亦或者為非本國籍人士亦加入全民健保體制下等因素，導致承保檔整理後的資料筆數較實際納保人數為多。

二、 抽樣方法：從承保資料檔中的保險對象做隨機抽樣。根據承保檔保險對象身份證字號及出生日期來定義一個保險對象的身份，而得到實際資料筆數二千三百七十五萬筆資料，依據保險對象「身份證字號加上出生日期」來定義不同保險對象的身份，與只依據保險對象「身份證字號」來定義不同保險對象的身份的資料筆數之差異原因可能是同一個身份證字號有為不同人所擁有，抑或是資料輸入上的錯誤所致。而國衛院採用「身份證字號加上出生日期」來定義不同保險對象的身份，再從這些不同保險對象抽樣，每個保險對象只有一筆資料並賦予流水號。然後從亂數產生函數(random number function)所產生隨機亂數(random number)資料，將不重複的亂數與承保檔中保險對象的流水號進行聯結，來抽取所需的保險對象樣本。

三、 承保歸人抽樣檔之構建：承保資料檔保險對象與健保資料庫串聯。在決定被抽樣的保險對象之後，將這些保險對象的身份證字號與健保資料庫進行歷年所有就醫資料的聯結。所串接的資料包含：門診處方及治療明細檔(CD)、門診處方醫令明細檔(OO)、住

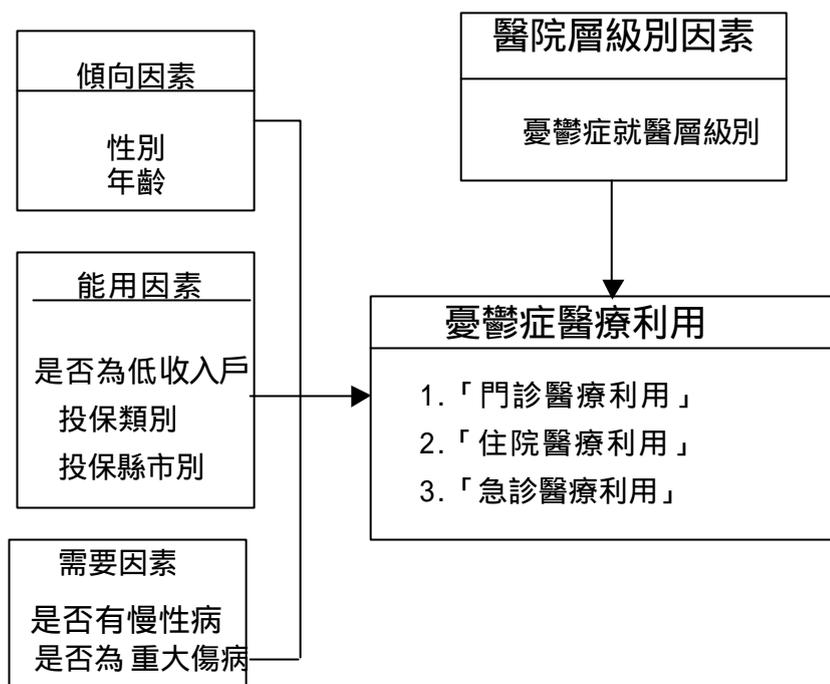
院醫療費用清單明細檔(DD)、住院醫療費用醫令明細檔(DO)、特約藥局處方及調劑明細檔(GD)、特約藥局處方調劑醫令明細檔(GO)及這十萬保險對象的原始承保資料(原中央健保局提供的資料)。

第三節 研究架構

本研究將以 1974 年 Aday and Andersen 之醫療服務利用行為模式為主要研究架構，另加上健保抽樣歸人檔案分析，針對各項因素對於「門診醫療利用」、「急診醫療利用」、「住院醫療利用」等依變項進行探討，在保險對象因素方面共計包含下列變項：

- 一、 傾向因素：包含性別、年齡。
- 二、 能用因素：包含投保縣市別、投保類別、是否為低收入戶。
- 三、 需要因素：包含是否為重大傷病。
- 四、 在醫院層級別方面，主要包含憂鬱症病患就醫層級別因素。

圖 4-3-1 憂鬱症保險對象因素



第四節 變項名稱與定義

一、研究變項

表 4-4-1 變項名稱及定義

變項名稱	定義	類別
<u>自變項</u>		
性別	分為男性、女性	類別變項
年齡	指研究對象至民國 89 年 12 月 31 日的足歲，出生日期以承保檔為準，共分為「14 歲以下」、「15-24 歲」、「25-34 歲」、「35-44 歲」、「45-54 歲」、「55-64 歲」及「65 歲以上」等七類。	類別變項
投保類別	依健保局規定分為「第一類」、「第二類」、「第三類」、「第四類」、「第五類」及「第六類」共六大類。	類別變項
是否為低收入戶	以健保局所規定之部分負擔代號為準，003 類者為「是」，其餘者為「否」。	類別變項
投保地區	全國共分為 25 縣市。	類別變項
投保分局別	計分台北分局、北區分局、中區分局、南區分局、高屏分局及東區分局。	類別變項
是否有慢性病	分為「是」、「否」兩類，以中央健康保險局所定義之慢性病為判別基礎，「是」指有慢性病患者，「否」指無慢性病患者。	類別變項
是否為重大傷病	分為「是」、「否」兩類，「是」指部分負擔代號中註記為「重大傷病者」，若無則「否」。	類別變項
就醫場所層級	分別為「基層院所」、「地區醫院」、「區域醫院」、「醫學中心」四類。	類別變項
<u>依變項</u>		
門診醫療利用	指研究對象於 1996-2000 年間門診就診次數與就診費用。	連續變項
住院醫療利用	指研究對象在 1996-2000 年間住院次數與住院費用。	連續變項
急診醫療利用	指研究對象在 1996-2000 年間急診就診次數與就診費用。	連續變項

二、 操作型定義

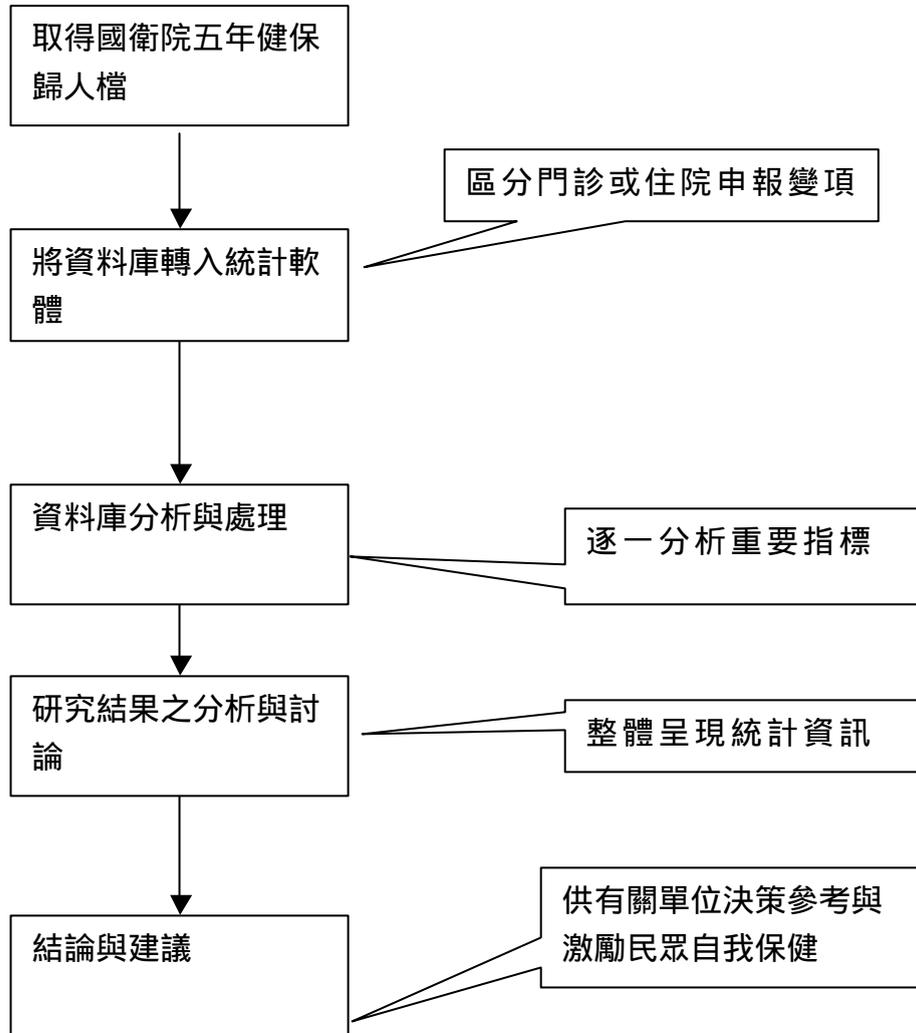
表 4-4-2 操作型定義

研究變項	操作型定義	衡量尺度
<u>自變項</u>		
1.人口學特質	(1)性別 (2)年齡 (3)是否為低收入戶 (4)是否為重大傷病者 (5)是否為慢性病 (6)是否為低收入戶	類別變項 類別變項 類別變項 類別變項 類別變項 類別變項
2.就醫特性	不同醫院層級	類別變項
3.投保類別	計分六大類	類別變項
4.投保分局	計六分局	類別變項
<u>依變項</u>		
1.醫療利用	(1)門診次數 (2)急診次數 (3)住院次數	連續變項 連續變項 連續變項
2.醫療費用	(1)門診醫療費用 (2)急診醫療費用 (3)住院醫療費用 (1)門診藥費 (2)急診藥費 (3)住院藥費	連續變項 連續變項 連續變項 連續變項 連續變項 連續變項
3.給藥日份	(1)門診 (2)急診 (3)住院	連續變項 連續變項 連續變項

第五節 研究步驟

一、研究步驟

圖 5-1-1 研究步驟



二、研究對象

本次研究對象為國家衛生研究院所抽樣的全民健保 1996 - 2000 年 10 萬人 5 年歸人檔及抽樣檔資料庫。

三、統計分析方法

本次研究將以 SPSS10.0 中文版統計軟體來分析健保資料庫，將其分為描述性統計與推論性統計兩部份。

(一) 描述性統計部份：

1. 建立 89 年憂鬱症患者在精神科與其他科醫療利用統計表。
2. 建立 89 年憂鬱症患者在不同層級醫療院所的憂鬱症患者醫療利用統計表。
3. 建立 89 年以投保類別區分的憂鬱症患者醫療利用統計表。
4. 建立 89 年憂鬱症患者高所得、中所得、低所得憂鬱症患者門診醫療利用統計表。
5. 建立 89 年以年齡別區分的憂鬱症患者醫療利用統計表。
6. 建立以年份別憂鬱症患者醫療利用統計表。
7. 建立以分局別憂鬱症患者醫療利用統計表。

(二) 推論性統計部分：

1. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者門診次數是否有差異。
2. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者門診費用是否有差異。

3. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者門診藥費是否有差異。
4. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者門診給藥日份是否有差異。
5. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者急診次數是否有差異。
6. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者急診費用是否有差異。
7. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者急診藥費是否有差異。
8. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者急診給藥日份是否有差異。
9. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低

收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者住院次數是否有差異。

10. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者住院費用是否有差異。
11. 以 ANOVA 分析不同年齡、性別、有無重大傷病、是否低收入戶、分局別、慢性病、年度憂鬱症患者住院藥費是否有差異。
12. 以卡方交叉表檢定 89 年憂鬱症患者年齡與性別變項是否有相關。
13. 以卡方交叉表檢定 89 年憂鬱症患者年齡與就診科別變項是否有相關。

第五章 研究結果

第一節 描述性統計

本研究以全民健保資料庫所提供的民國 85 年至民國 89 年保險申報資料中，依 ICD-9-CM 碼經醫師診斷為 300.4(Neurotic depression)、296.2(Major depressive disorder, single episode)、296.3(Major depressive disorder, recurrent episode)、296.5(Bipolar affective disorder, mixed)、309(Adjustment reaction)及 311(Depressive disorders, not elsewhere classified) 為主病因的憂鬱症患者(邱南英，2002)，此外，考量研究前期，健保申報仍以 A-code 為主，故納入主病因為 A212、A214 及 A219 的 A-code 對應診斷碼的憂鬱症患者為研究對象。經以身分證號碼歸戶後，十萬人的抽樣歸人檔，因憂鬱症於民國 85 年至 89 年門診人次為 29970 筆(8105 人)，住院人次為 23 筆(19 人)，急診人次為 169 筆(152 人)，共 8276 人；自民國 85 年至 89 年因憂鬱症就醫比率依序為 2.2%(2157 人)、2.3%(2255 人)、2.0%(2042 人)、1.1%(1110 人)、0.7%(712 人)。

一、 研究對象的人口特性

十萬人的抽樣歸人檔的人口特性，男性計 50762 人(51%)，女性 49772 人(48%)，資料庫遺漏個數 11 人(1%)；年齡 14 歲以下 19624 人(19.6%)、15-24 歲 18861 人(18.9%)、25-34 歲 21150

人(21.2%)、35-44歲 16182人(16.2%)、45-54歲 9581人(9.6%)、55-64歲 6090人(6.2%)、65歲以上 8287人(8.3%)；投保類別第一類 60986人(61.0%)、第二類 16538人(16.5%)、第三類 8078人(8.1%)、第四類 586人(0.6%)、第五類 456人(0.4%)、第六類 13356人(14.4%)；投保身分別僱主 1036人(0.1%)、受僱者 55366人(55.4%)、榮民 1367人(1.4%)、資料遺漏 42069人(42.1%)、眷屬 162人(0.2%)；投保金額 15840元以下 60444人(60.4%)、15841-28800元 29826人(29.8%)、30300-45800元 6939人(6.9%)、48200-87600元 2791人(2.9%)。

十萬人的抽樣歸人檔的投保地區別最多依序為台北市 28078人(28.08%)、台北縣 16860人(16.86%)、高雄市 8131人(8.13%)；最少依序為連江縣 15人(0.02%)、金門縣 99人(0.10%)、澎湖縣 200人(0.20%)。

本研究中民國 89年憂鬱症門診患者以 51-64歲組 165人(23.4%)最多，41-50歲組 158人次之(22.6%)；男性 301人(42.8%)、女性 402人(57.2%)，就醫醫療院所醫學中心 694人次(25.9%)、區域醫院 892人次(33.3%)、地區醫院 288人次(10.8%)、基層診所 805人次(30.0%)；就診科別精神科 98人(13.9%)、其他科 605人(86.1%)；投保類別以第一類 408人(59.0%)最多。

民國 89 年憂鬱症急診患者分布在 30 到 50 歲組，16 歲以下亦有一人，就診科別均為精神科一人，其他科五人。

民國 89 年憂鬱症住院患者年齡 17-29 歲 2 人(28.5%)、41-50 歲 2 人(28.5%)、51-64 歲 2 人(28.5%)、65 歲以上 1 人(14.5%)；住院 6 人為男性，1 人為女性；就醫層級醫學中心 1 人(12.5%)、區域醫院 5 人(62.5%)、地區醫院 2 人(25%)；就診科別精神科 6 人(75%)、其他科 2 人(25%)；投保類別第四類及第六類均為 0 人。

二、 十萬人的抽樣歸人檔的就醫層級

憂鬱症患者自民國 85 年至 89 年至醫學中心就醫者比率依序為 18.2%、22.2%、26.6%、15.7%、26.2%、至區域醫院就醫比率依序為 27.1%、21.1%、24.6%、18.9%、32.6%；至地區醫院就醫比率依序 14.7%、16.4%、16.4%、18.0%、10.9%；至基層診所就醫比率依序為 39.9%、40.3%、32.4%、47.4%、30.3%。

三、 研究對象的醫療利用情形

(一) 憂鬱症患者每年平均門診、住院、急診利用次數分布

憂鬱症患者民國 85 年至 89 年平均每年門診次數依序為 3.5 次、3.75 次、3.7 次、3.6 次、3.8 次；平均每年急診次數依序為 1.06 次、1.13 次、1.21 次、1.0 次、1.0 次；平均每年住院次數依序為 1.0 次、1.5 次、1.33 次、1.33 次、1.0 次；

分局別以中區分局平均門診次數為最高(10.29 次)。

(二) 憂鬱症患者每年平均給藥日數情形

憂鬱症患者民國 85 年至 89 年平均每年門診給藥日數依序為 11.5 天、11.9 天、14 天、14.9 天、17.4 天；89 年門診給藥日數依醫院層級分別為醫學中心 22.9 天、區域醫院 20.1 天、地區醫院 16.3 天、基層診所 9.9 天；有慢性病者平均給藥日份 20.8 天，高於無慢性病者之 9.2 天。

憂鬱症患者民國 85 年至 89 年平均每年急診給藥日數依序為 1.87 天、1.80 天、1.80 天、1.86 天、0.75 天。

四、 研究對象之醫療費用情形

(一) 憂鬱症患者門診、住院、急診醫療費用情形

憂鬱症患者每年平均門診醫療費用自民國 85 年至 89 年依序為 913.1 元、919.6 元、1056.3 元、1070.3 元、1238.4 元，平均門診醫療費用逐年升高；其中 89 年以台北分局最高(1511.8 元)，中區分局最低(970.2 元)，具低收入戶或無慢性病人身分者平均門診醫療費用較低。

憂鬱症患者每年平均急診醫療費用自民國 85 年至 89 年依序為 1095.5 元、1287.8 元、1207.5 元、762.4 元、419.3 元，平均急診醫療費用逐年下降。

憂鬱症住院患者每年平均住院醫療費用自民國 85 年至 89 年依序為 38064 元、30614 元、30766 元、25550 元、19082 元，平均住院費用逐年下降。

(二) 憂鬱症患者門診、住院、急診藥費情形

憂鬱症門診患者藥費分布自民國 85 年至 89 年依序為 515.7 元、527.8 元、642.5 元、691.9 元、842.8 元，藥費逐年上升；89 年台北分局門診藥費平均 1103.6 元，高於其他分局。

憂鬱症急診患者藥費分布自民國 85 年至 89 年依序為 118.6 元、126.1 元、91.6 元、81.2 元、69.8 元，藥費逐年下降。

憂鬱症住院患者藥費分布自民國 85 年至 89 年依序為 3293.3 元、1483.7 元、2108.5 元、2532 元、2002.4 元。

五、不同性別的醫療利用差異情形

以民國 89 年(921 地震後一年)憂鬱症患者就醫資料統計不同性別的醫療利用情形如下：

(一) 門診

憂鬱症男性患者就醫總次數為 1055 次(301 人)，女性患者就醫次數為 1624 次(402 人)；門診費用男性平均為 1291.9 元，女性為 1197.4 元；門診藥費平均每次男性為

878 元，女性為 815.9 元。

(二) 急診

憂鬱診患者全年總急診人次為女性 4 次(4 人)，男性 2 次(2 人)；急診費用平均 419.3 元；急診藥費平均 69.8 元。

(三) 住院

憂鬱症患者住院次數全年計 7 次(7 人)，男性 6 次(6 人)，女性 1 次(1 人)，住院費用平均 19401.7 元；住院藥費平均 2002.4 元。

六、 投保薪資不同其醫療利用情形

以民國 89 年憂鬱症患者就醫資料統計投保薪資不同其醫療利用差異情形，若依投保薪資所得區分為高所得(投保薪資 45841 元以上)、中所得(投保薪資 15841-45800 元)、低所得(投保薪資 15840 元以下)分析其門診就醫次數依序為 88 人次(25 人)、1029 人次(281 人)、1368 人次(355 人)，依門診就醫患者的組成比率高所得者佔 3.78%，中所得者佔 42.51%，低所得者佔 53.71%，低所得者所佔的比率最高。

七、 不同年齡別醫療利用差異情形

(一) 門診

以民國 89 年憂鬱症患者就醫資料統計不同年齡別門診醫療利用次數分析，將 2679 次的憂鬱症患者門診就醫次數，分為 16 歲以下、17-29 歲、30-39 歲、40-50 歲、51-64 歲及 65 歲以上計六組，就醫次數分別為 77 次、217 次、596 次、655 次、619 次、515 次，各組間利用次數有差異($F=6.67, P < 0.05$)，其中以 40-50 歲組最高(655 次)，51-64 歲組次之(619 次)。再經 Scheffe 事後檢定後，結果發現年齡小於 16 歲組和大於 65 歲組、17-29 歲組和大於 65 歲組及 30-39 歲組和大於 65 歲組利用次數有差異。

(二) 急診

以民國 89 年憂鬱症患者就醫資料統計不同年齡別急診醫療利用次數分析，結果 40-50 歲組有 4 次，30-39 歲組 2 次，16 歲以下 1 次。

(三) 住院

以民國 89 年憂鬱症患者就醫資料統計不同年齡別住院醫療利用次數分析，結果為 17-29 歲組 2 次、40-50 歲組 3 次、51-64 歲組 2 次，大於 65 歲者 1 次。

八、 不同年份其醫療利用情形

(一) 門診

民國 85 年到 89 年憂鬱症患者門診利用總次數依序為 7359 次、8305 次、7380 次、3844 次及 2679 次。

(二) 急診

民國 85 年到 89 年憂鬱症患者急診利用總次數依序為 54 次、45 次、52 次、14 次及 7 次。

(三) 住院

民國 85 年到 89 年憂鬱症患者急診利用總次數依序為 3 次、3 次、8 次、4 次及 8 次。

九、 憂鬱症患者就醫科別

憂鬱症患者民國 89 年就醫科別前五名為精神科、中醫科、神經科、不分科、內科，人次及比率依序為 1630 人次(65.6%)、359 人次(14.4%)、245 人次(9.9%)、68 人次(2.7%)、41 人次(1.6%)；若以精神科及非精神科區分則依序為 1630 人次(60.8%)、1049 人次(39.2%)。

第二節 推論性統計

一、卡方交叉分析

(一) 年齡與性別的卡方交叉分析

以民國 89 年憂鬱症患者的年齡組(6 組)與性別(2 組)做卡方交叉分析, P 值小於 0.001, 顯示年齡與性別有統計上的顯著相關。

(二) 憂鬱症門診病患年齡與就診科別的卡方交叉分析

以民國 89 年憂鬱症患者的年齡組(6 組)與就診科別(2 組)做卡方交叉分析, P 值為 0.4, 顯示年齡與性別沒有統計上的顯著相關。

二、變異數分析

- (一) 以民國 89 年憂鬱症患者門診次數與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析, 結果門診次數與年齡有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$), 經 Scheffe 事後檢定, 其中小於 16 歲組及大於 65 歲組、17-29 歲組及大於 65 歲組、30-39 歲組及大於 65 歲組均有差異; 另分局別不同, 門診次數亦有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$), 經 Scheffe 事後檢定, 中區分局與台北分局及北區分局、南區分局與台北分局、高屏分局與

台北分局均有差異。

- (二) 以民國 89 年憂鬱症患者門診費用與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果門診費用與年齡、性別、重大傷病、分局別、慢性病有無、年度有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)，門診藥費隨著年齡及年度增加而升高，男性門診費用多於女性，有重大傷病者門診費用較高，而有慢性病者門診費用亦高於無慢性病者。。
- (三) 以民國 89 年憂鬱症患者門診藥費與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果門診藥費與年齡、分局別、慢性病有無、年度有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)，門診藥費隨著年齡及年度增加而升高，有重大傷病或慢性病者門診藥費較高。
- (四) 以民國 89 年憂鬱症患者門診給藥日份與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度、醫院層級做變異數分析，結果門診藥費與年齡、性別、重大傷病、分局別、慢性病有無、年度、醫院層級均有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)，門診給藥日數隨著年齡及年度增加而增加，而就醫層級越低，給藥日數越少，男性、有重大傷

患者二者門診給藥日數較多。

- (五) 以民國 89 年憂鬱症患者急診次數與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果均沒有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)。
- (六) 以民國 89 年憂鬱症患者急診費用與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果均沒有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)。
- (七) 以民國 89 年憂鬱症患者急診藥費與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果均沒有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)。
- (八) 以民國 89 年憂鬱症患者急診給藥日份與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果均沒有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)。
- (九) 以民國 89 年憂鬱症患者住院次數與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果均沒有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)。
- (十) 以民國 89 年憂鬱症患者住院費用與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果均沒有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)。

(十一) 以民國 89 年憂鬱症患者住院藥費與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病有無、年度做變異數分析，結果均沒有達到統計上的顯著意義($P < 0.05$)。

圖 5-2-1 1996-2000 年各年份憂鬱症門診歸人數

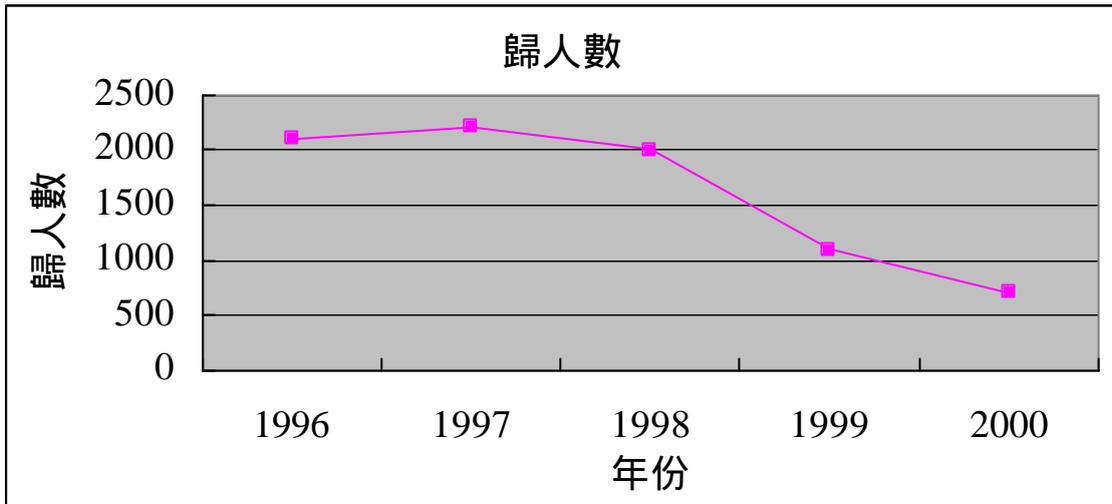


圖 5-2-2 1996-2000 年各年份憂鬱症病患之門診平均就醫次數

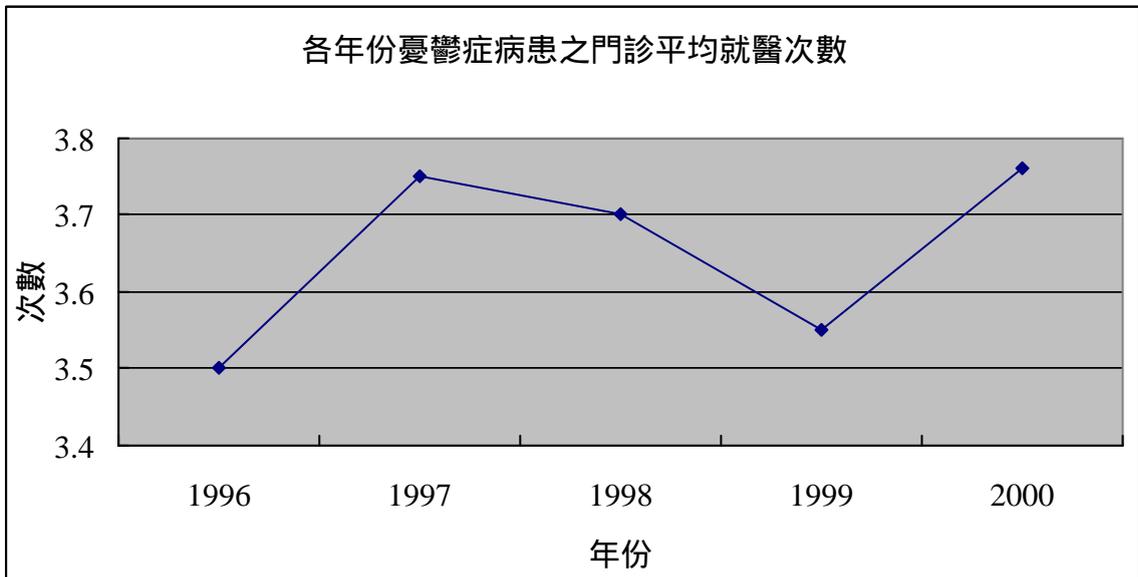


圖 5-2-3 1996-2000 年各年份憂鬱症病患之總門診就醫次數

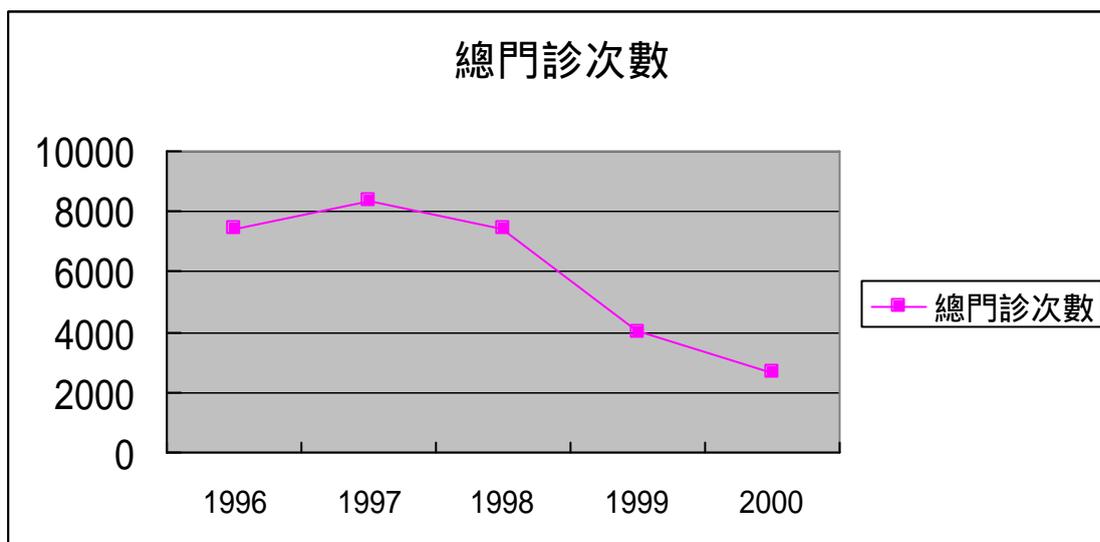


圖 5-2-4 1996-2000 年各年份憂鬱症門診平均每次醫療費用(元)

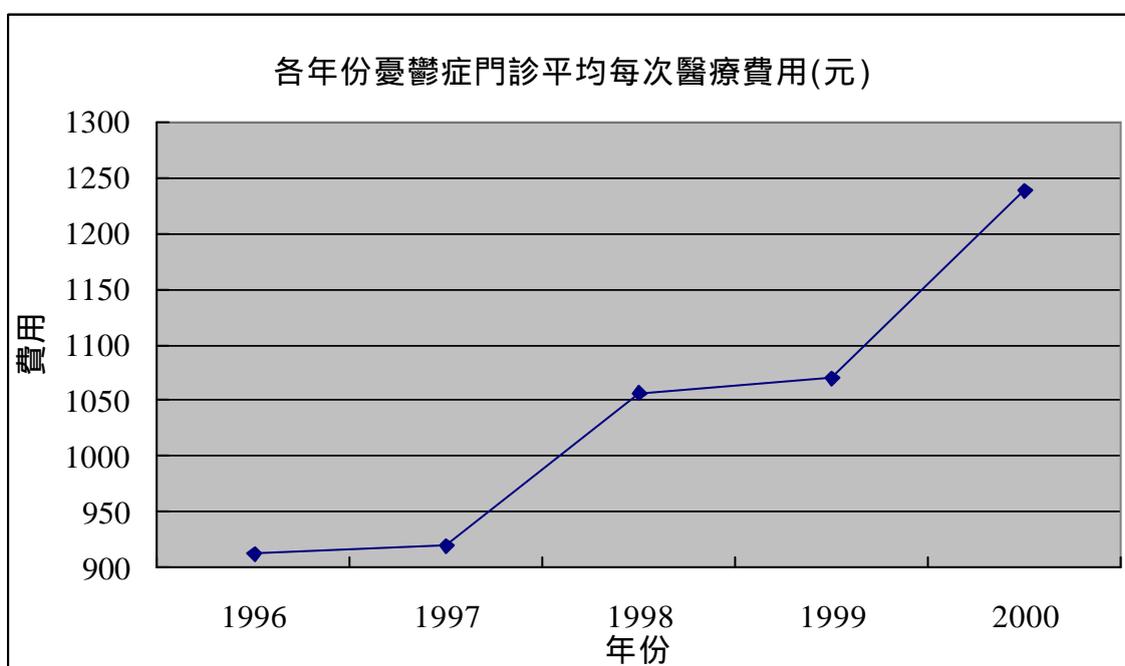


圖 5-2-5 1996-2000 年憂鬱症患者就診科別比率(依就醫人次數)

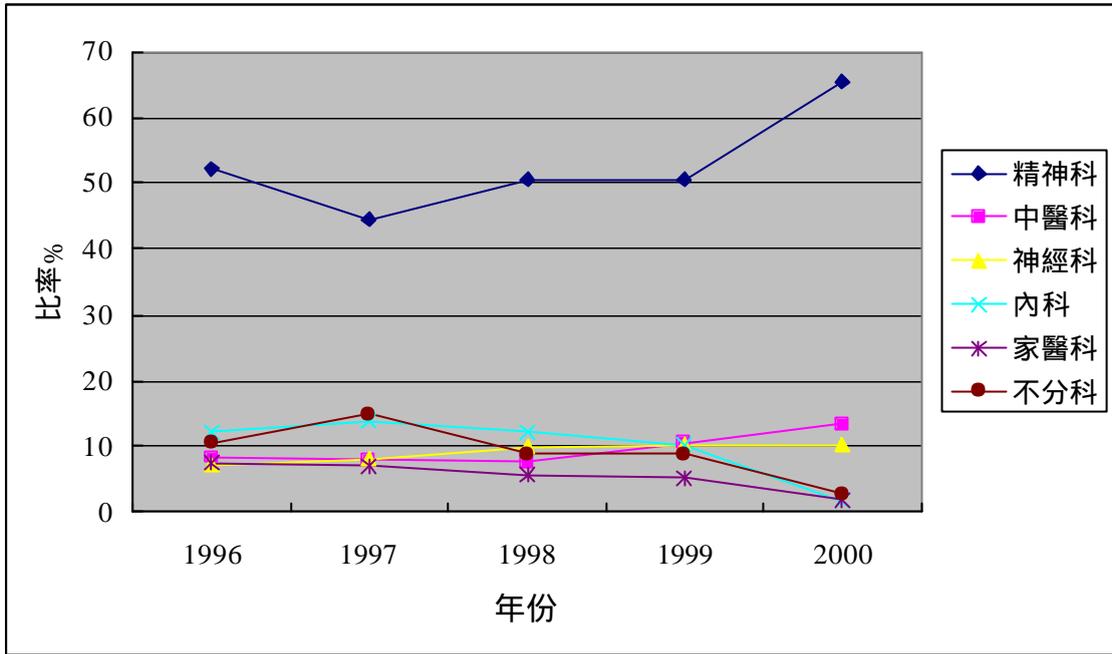
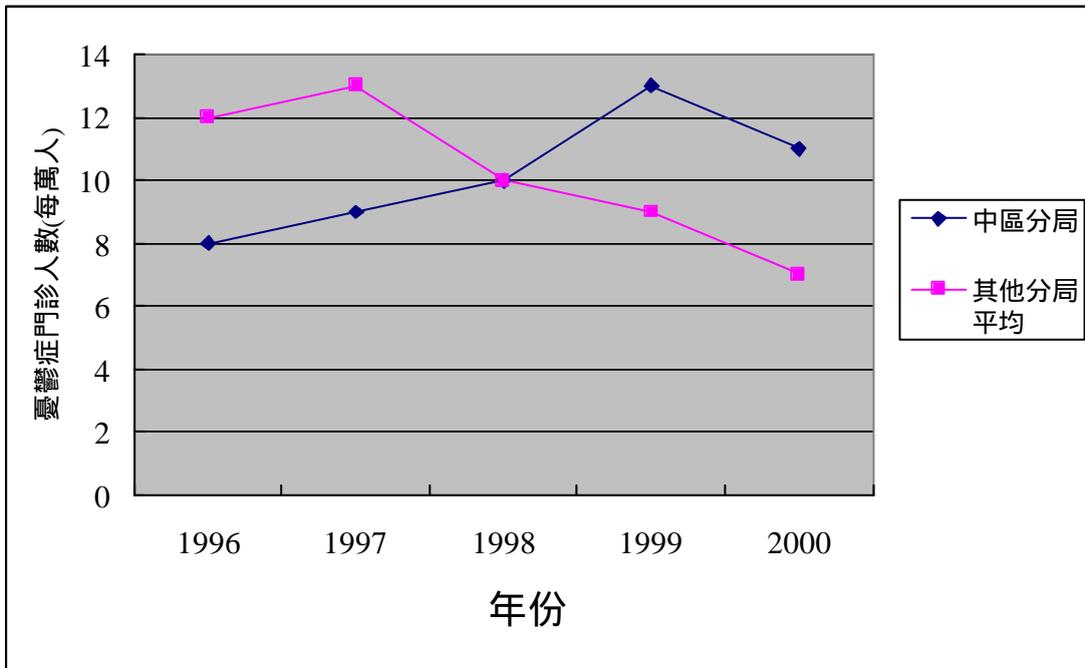
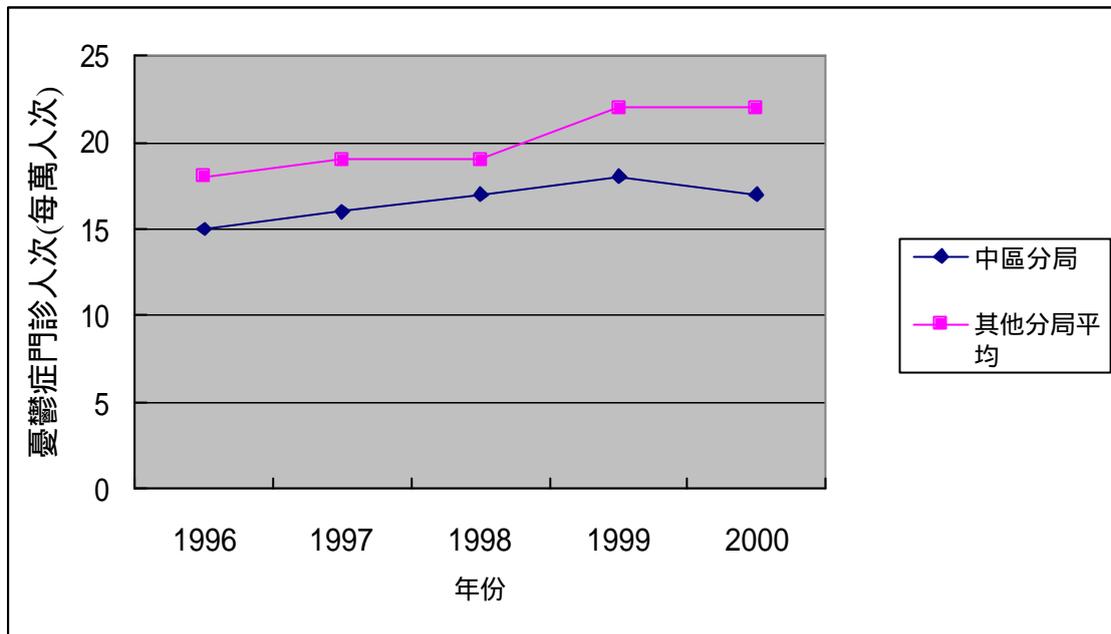


圖 5-2-6 1996-2000 年憂鬱症疾病門診人數(每萬人)趨勢圖
(中區分局與其他分局比較)



註：其他分局不包括東區分局(因樣本數太少)。

圖 5-2-7 1996-2000 年憂鬱症疾病門診次數(每萬人次)趨勢圖
(中區分局與其他分局比較)



註：其他分局不包括東區分局(因樣本數太少)。

圖 5-2-8 1996-2000 年基層診所憂鬱症疾病門診人次診斷碼變化趨勢圖

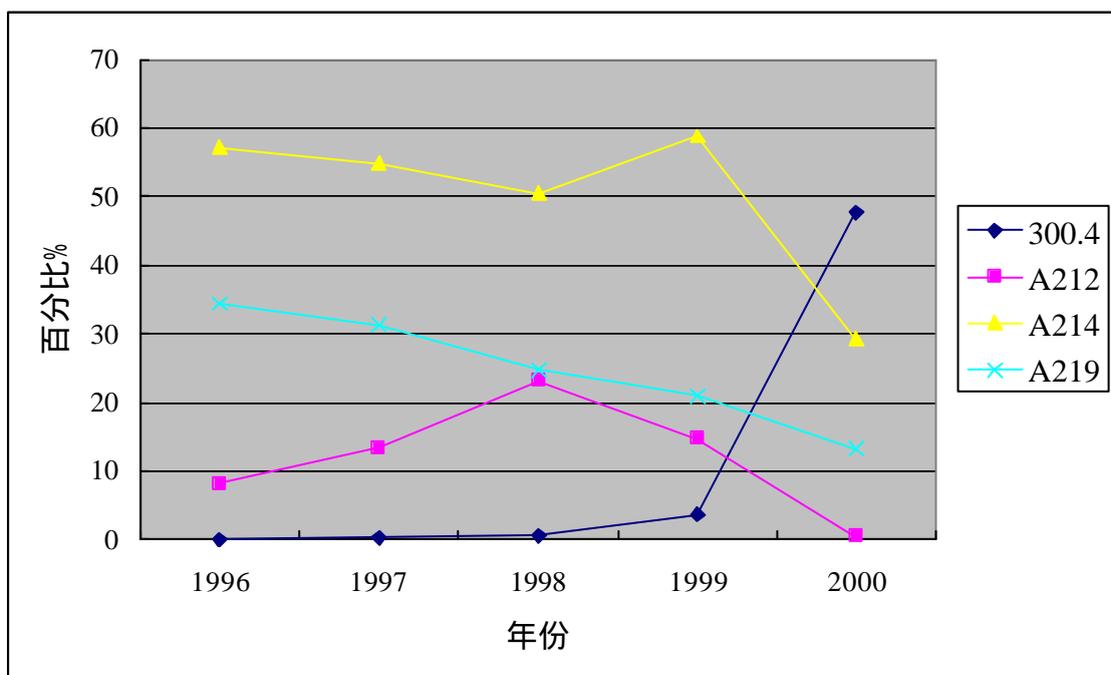


表 5-1-1 十萬人之研究對象特性分析

		人數	百分比
總計		100000	100%
傾向因素			
性別	女性	49227	48%
	男性	50762	51%
		99989	99%
資料庫遺漏個數		11	1%
年齡			
	14 歲以下	19624	19.6%
	15-24 歲	18861	18.9%
	25-34 歲	21150	21.2%
	35-44 歲	16182	16.2%
	45-54 歲	9581	9.6%
	55-64 歲	6090	6.2%
	65 歲以上	8287	8.3%
投保類別			
	第一類	60986	61.0%
	第二類	16538	16.5%
	第三類	8078	8.1%
	第四類	586	0.6%
	第五類	456	0.4%
	第六類	13356	14.4%
投保身分別			
	雇主	1036	0.1%
	受雇者	55366	55.4%
	榮民	1367	1.4%
	眷屬	162	0.2%
	Missing	42069	42.1%
投保金額別			
	15840 元以下	60444	60.4%
	15841-28800 元	29826	29.8%
	30300-45800 元	6939	6.9%
	48200-87600 元	2791	2.9%

表 5-1-2 十萬人之研究對象投保縣市分布

	人數	百分比
總計	100000	100.00%
投保地區別		
台北市	28078	28.08%
基隆市	2172	2.17%
台北縣	16860	16.86%
宜蘭縣	2378	2.38%
金門縣	99	0.10%
連江縣	15	0.02%
新竹縣	1185	1.19%
桃園縣	7110	7.11%
新竹市	1298	1.30%
苗栗縣	1198	1.20%
台中市	5407	5.41%
台中縣	4249	4.25%
彰化縣	3107	3.11%
南投縣	1253	1.25%
台南市	3706	3.71%
嘉義市	769	0.77%
雲林縣	1755	1.76%
嘉義縣	1173	1.17%
台南縣	3202	3.20%
高雄市	8131	8.13%
高雄縣	3734	3.73%
屏東縣	1836	1.84%
澎湖縣	200	0.20%
花蓮縣	648	0.65%
台東縣	437	0.44%

表 5-1-3 民國 89 年憂鬱症患者特性分析

			門診		急診		住院	
			人數	%	人數	%	人數	%
個人特質	年齡	16 歲以下	33	4.7	1	16.7	0	0
		17-29	95	13.5	0	0	2	28.5
		30-40	140	19.9	2	33.3	0	0
		41-50	158	22.6	3	50	2	28.5
		51-64	165	23.4	0	0	2	28.5
		65 歲以上	112	15.9	0	0	1	14.5
	性別	男	301	42.8	2	33.3	6	85.7
		女	402	57.2	4	66.7	1	14.3
就醫習慣	醫療院所層級 (人次)	醫學中心	694	25.9	3	42.9	1	12.5
		區域醫院	892	33.3	3	42.9	5	62.5
		地區醫院	288	10.8	1	14.2	2	25
	就診科別	基層診所	805	30	0	0	0	0
		精神科	98	13.9	1	16.7	6	75
	投保類別	其他	605	86.1	5	83.3	2	25
		第一類	408	59	1	16.7	4	57.1
		第二類	109	14.9	3	50	1	14.3
		第三類	59	8	1	16.7	1	14.3
		第四類	7	1	0	0	0	0
第五類		5	0.7	0	0	1	14.3	
	第六類	115	16.4	1	16.6	0	0	

表 5-1-4 民國 89 年憂鬱症患者門診次數與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	2.3	77	6.67*	(1,6)
	2 = 17-29 歲	2.4	217		(2,6)
	3 = 30-39 歲	3.2	596		(3,6)
	4 = 40-50 歲	3.7	655		
	5 = 51-64 歲	4.2	619		
	6 = > 65 歲	5.4	515		
性別	1 = 男	3.8	1055	0.29	
	2 = 女	3.7	1624		
重大傷病	1 = 有	4	79	0.08	
	2 = 無	3.7	2600		
低收入	1 = 有	4	10	0.006	
	2 = 無	4.2	2669		
分局別	1=台北分局	7.16	725	14.4*	
	2=北區分局	7.95	343		
	3=中區分局	10.29	481		(3,1)(3,2)
	4=南區分局	9.48	561		(4,1)
	5=高屏分局	8.85	532		(5,1)
	6=東區分局	7.92	37		
慢性病	1 = 有	8.77	1589	1.693	
	2 = 無	8.39	820		
年度	1 = 85	3.5	7432	0.8	
	2 = 86	3.75	8368		
	3 = 87	3.7	7459		
	4 = 88	3.6	4032		
	5 = 89	3.8	2679		

*:P < 0.05

表 5-1-5 民國 89 年憂鬱症患者門診費用與年齡、性別、重大傷病、
低收入、分局別、慢性病年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	769.4	77	21.8*	(1,3)(1,4)(1,6) (2,6) (3,6) (4,6) (5,6)
	2 = 17-29 歲	1080.1	217		
	3 = 30-39 歲	1243.4	596		
	4 = 40-50 歲	1175.3	655		
	5 = 51-64 歲	1129.7	619		
	6 = > 65 歲	1546.4	515		
性別	1 = 男	1291.9	1055	6.79*	
	2 = 女	1197.4	1624		
重大傷病	1 = 有	1578.1	79	11.59*	
	2 = 無	1227.7	2600		
低收入	1 = 有	673.8	10	3.26	
	2 = 無	1240.2	2669		
分局別	1=台北分局	1511.8	725	30.58*	(2,4)(2,5) (3,1)(3,2) (4,1) (5,1)
	2=北區分局	1352.6	343		
	3=中區分局	970.2	481		
	4=南區分局	1102.9	561		
	5=高屏分局	1114.1	532		
	6=東區分局	1156.5	37		
慢性病	1 = 有	1448.3	1589	462.93*	(1,2)
	2 = 無	717.5	820		
年度	1 = 85	913.1	7432	87.9*	(1,3)(1,4)(1,5) (2,3)(2,4)(2,5) (3,5) (4,5)
	2 = 86	919.6	8368		
	3 = 87	1056.3	7459		
	4 = 88	1070.3	4032		
	5 = 89	1238.4	2679		

*:P < 0.05

表 5-1-6 民國 89 年憂鬱症患者門診藥費與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	345.5	77	21.7*	(1,3)(1,4)(1,5)
	2 = 17-29 歲	606.7	217		(1,6)
	3 = 30-39 歲	834.6	596		(2,3)(2,6)
	4 = 40-50 歲	804.6	655		(3,6)
	5 = 51-64 歲	778.1	619		(4,6)
	6 = > 65 歲	1117	515		(5,6)
性別	1 = 男	878	1055	3.37	
	2 = 女	815.9	1624		
重大傷病	1 = 有	1143.4	79	10.1*	
	2 = 無	833.3	2600		
低收入	1 = 有	397.6	10	2.3	
	2 = 無	844.3	2669		
分局別	1=台北分局	1103.6	725	28.85*	(1,2)
	2=北區分局	920.4	343		
	3=中區分局	616.5	481		(3,1)(3,2)
	4=南區分局	727.1	561		(4,1)(4,2)
	5=高屏分局	699.2	532		(5,1)(5,2)
	6=東區分局	872.4	37		
慢性病	1 = 有	1038.6	1589	447.77*	(1,2)
	2 = 無	358.3	820		
年度	1 = 85	515.7	7359	127.9*	(1,3)(1,4)(1,5)
	2 = 86	527.8	8305		(2,3)(2,4)(2,5)
	3 = 87	642.5	7380		(3,4)(3,5)
	4 = 88	691.9	3884		(4,5)
	5 = 89	842.8	2679		

*: P < 0.05

表 5-1-7 民國 89 年憂鬱症患者門診給藥日份與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病、年度、醫院層級之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	9.1	77	34.14*	(1,3)(1,4)(1,5)
					(1,6)
	2 = 17-29 歲	12.4	217		(2,3)(2,4)(2,5)
					(2,6)
	3 = 30-39 歲	16.3	596		(3,6)
	4 = 40-50 歲	17.8	655		(4,6)
	5 = 51-64 歲	17.4	619	(5,6)	
	6 = > 65 歲	20.7	515		
性別	1 = 男	18.4	1055	20.3*	
	2 = 女	16.6	1624		
重大傷病	1 = 有	23.5	79	29*	
	2 = 無	17.2	2600		
低收入	1 = 有	20.9	10	0.96	
	2 = 無	17.3	2669		
分局別	1=台北分局	21.2	725	54.12*	(1,3)(1,4)(1,5)
	2=北區分局	19.4	343		(2,3)(2,4)(2,5)
	3=中區分局	14	481		(3,6)
	4=南區分局	14.2	561		(4,6)
	5=高屏分局	15.9	532		(5,6)
	6=東區分局	23.5	37		
慢性病	1 = 有	20.8	1589	1027.7*	(1,2)
	2 = 無	9.2	820		
年度	1 = 85	11.5	7359	245.1*	(1,3)(1,4)(1,5)
	2 = 86	11.9	8305		(2,3)(2,4)(2,5)
	3 = 87	14	7380		(3,4)(3,5)
	4 = 88	14.9	3884		(4,5)
	5 = 89	17.4	2679		
醫院層級	醫學中心	22.9	702	303*	全都顯著
	區域醫院	20.1	845		全都顯著
	地域醫院	16.3	301		全都顯著
	基層診所	9.9	831		全都顯著

*: P < 0.05

表 5-1-8 民國 89 年憂鬱症患者急診次數與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	1	1	0.58	
	2 = 17-29 歲	0	0		
	3 = 30-39 歲	1	2		
	4 = 40-50 歲	1	4		
	5 = 51-64 歲	0	0		
	6 = > 65 歲	0	0		
性別	1 = 男	1	2	0.58	
	2 = 女	1	5		
重大傷病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	1	7		
低收入	1 = 有	0	0		
	2 = 無	1	7		
分局別	1=台北分局	4	2		
	2=北區分局	1	1		
	3=中區分局	0	0		
	4=南區分局	7	3		
	5=高屏分局	2	1		
	6=東區分局	0	0		
慢性病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	4.71	7		
年度	1 = 85	1.06	54	1.57	
	2 = 86	1.13	45		
	3 = 87	1.21	52		
	4 = 88	1	14		
	5 = 89	1	7		

*: P < 0.05

表 5-1-9 民國 89 年憂鬱症患者急診費用與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	124	1		
	2 = 17-29 歲	0	0		
	3 = 30-39 歲	234.1	2		
	4 = 40-50 歲	419.3	4		
	5 = 51-64 歲	0	0		
	6 = > 65 歲	0	0		
性別	1 = 男	458.2	2	0.12	
	2 = 女	419.3	5		
重大傷病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	419.3	7		
低收入	1 = 有	0	0		
	2 = 無	419.3	7		
分局別	1=台北分局	450.5	2		
	2=北區分局	533	1		
	3=中區分局	0	0		
	4=南區分局	1097.7	3		
	5=高屏分局	2963	1		
	6=東區分局	0	0		
慢性病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	1098.6	7		
年度	1 = 85	1095.5	54	0.8	
	2 = 86	1287.8	45		
	3 = 87	1207.5	52		
	4 = 88	762.4	14		
	5 = 89	419.3	7		

*: P < 0.05

表 5-1-10 民國 89 年憂鬱症患者急診藥費與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	45.7	1		
	2 = 17-29 歲	0	0		
	3 = 30-39 歲	33.5	2		
	4 = 40-50 歲	69.8	4		
	5 = 51-64 歲	0	0		
	6 = > 65 歲	0	0		
性別	1 = 男	45.3	2	0.33	
	2 = 女	69.8	5		
重大傷病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	69.8	7		
低收入	1 = 有	0	0		
	2 = 無	69.8	7		
分局別	1=台北分局	124.5	2		
	2=北區分局	161	1		
	3=中區分局	0	0		
	4=南區分局	36.7	3		
	5=高屏分局	322	1		
	6=東區分局	0	0		
慢性病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	120.3	7		
年度	1 = 85	118.6	54	0.65	
	2 = 86	126.1	45		
	3 = 87	91.6	52		
	4 = 88	81.2	14		
	5 = 89	69.8	7		

*: P < 0.05

表 5-1-11 民國 89 年憂鬱症患者 急診給藥日份與年齡、性別、
重大傷病、低收入、分局別、慢性病、年度、醫院層級之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	1	1		
	2 = 17-29 歲	0	0		
	3 = 30-39 歲	0.5	2		
	4 = 40-50 歲	0.75	4		
	5 = 51-64 歲	0	0		
	6 = > 65 歲	0	0		
性別	1 = 男	0.5	2	0.1	
	2 = 女	0.65	5		
重大傷病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	0.75	7		
低收入	1 = 有	0	0		
	2 = 無	0.75	7		
分局別	1=台北分局	1	2		
	2=北區分局	7	1		
	3=中區分局	0	0		
	4=南區分局	0.67	3		
	5=高屏分局	7	1		
	6=東區分局	0	0		
慢性病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	2.57	7		
年度	1 = 85	1.87	54	0.96	
	2 = 86	1.8	45		
	3 = 87	1.8	52		
	4 = 88	1.86	14		
	5 = 89	0.75	7		

*: $P < 0.05$

表 5-1-12 民國 89 年憂鬱症患者住院次數與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病、年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	0	0		
	2 = 17-29 歲	1	2		
	3 = 30-39 歲	0	0		
	4 = 40-50 歲	1.1	3		
	5 = 51-64 歲	1	2		
	6 = > 65 歲	1	1		
性別	1 = 男	1.2	7	0.47	
	2 = 女	1	1		
重大傷病	1 = 有	1	1		
	2 = 無	1.12	7		
低收入	1 = 有	0	0		
	2 = 無	1	8		
分局別	1=台北分局	1.2	4		
	2=北區分局	0	0		
	3=中區分局	1.5	2		
	4=南區分局	1	1		
	5=高屏分局	1	1		
	6=東區分局	0	0		
慢性病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	1.33	8		
年度	1 = 85	1	3	1.03	
	2 = 86	1.5	3		
	3 = 87	1.33	8		
	4 = 88	1.33	4		
	5 = 89	1	8		

*: P < 0.05

表 5-1-13 民國 89 年憂鬱症患者住院費用與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病、年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	0	0	0.31	
	2 = 17-29 歲	32213	2		
	3 = 30-39 歲	0	0		
	4 = 40-50 歲	19401.7	3		
	5 = 51-64 歲	4992	2		
	6 = > 65 歲	14258	1		
性別	1 = 男	19082	7	0.31	
	2 = 女	5478	1		
重大傷病	1 = 有	16141	1		
	2 = 無	19817.3	7		
低收入	1 = 有	0	0		
	2 = 無	19082	8		
分局別	1=台北分局	20907.8	4		
	2=北區分局	0	0		
	3=中區分局	11591.5	2		
	4=南區分局	19799	1		
	5=高屏分局	16141	1		
	6=東區分局	0	0		
慢性病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	17844.3	8		
年度	1 = 85	38064	3	0.37	
	2 = 86	30614	3		
	3 = 87	30766	8		
	4 = 88	25550	4		
	5 = 89	19082	8		

*: P < 0.05

表 5-1-14 民國 89 年憂鬱症患者住院藥費與年齡、性別、重大傷病、低收入、分局別、慢性病、年度之變異數分析

研究變項	變項內容	Mean	N	F 值	Scheffe 事後檢定
年齡	1 = < 16 歲	0	0	0.66	
	2 = 17-29 歲	2212	2		
	3 = 30-39 歲	0	0		
	4 = 40-50 歲	2533.3	3		
	5 = 51-64 歲	200	2		
	6 = > 65 歲	456	1		
性別	1 = 男	2002.4	7	0.66	
	2 = 女	1254	1		
重大傷病	1 = 有	1679	1		
	2 = 無	2083.3	7		
低收入	1 = 有	0	0		
	2 = 無	2002.4	8		
分局別	1=台北分局	1897.3	4		
	2=北區分局	0	0		
	3=中區分局	2597.5	2		
	4=南區分局	1938	1		
	5=高屏分局	1679	1		
	6=東區分局	0	0		
慢性病	1 = 有	0	0		
	2 = 無	2050.1	8		
年度	1 = 85	3293.3	3	0.37	
	2 = 86	1483.7	3		
	3 = 87	2108.5	8		
	4 = 88	2532	4		
	5 = 89	2002.4	8		

*: P < 0.05

表 5-1-15 民國 89 年憂鬱症患者醫療利用次數情形

	總人數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	661	3.76	4.23	1	36
急診	4	1	0	1	1
住院	5	1	0	1	1

表 5-1-16 民國 89 年憂鬱患者平均醫療次數分佈情形

	門診		急診		住院	
	人	百分比	人	百分比	人	百分比
1 次	278	42.1	4	100	5	100
2 次	110	16.6	0	0	0	0
3 次	56	8.5	0	0	0	0
4 次	38	5.7	0	0	0	0
5 次	27	4.1	0	0	0	0
6 次	22	3.3	0	0	0	0
7 次	31	4.7	0	0	0	0
8 次	18	2.7	0	0	0	0
9 次	13	2	0	0	0	0
10 次+	68	10.3	0	0	0	0

表 5-1-17 民國 89 年憂鬱患者醫療費用情形

	總人次數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	2485	1238.4	885.45	157	6266
急診	4	419.25	151.41	280	621
住院	5	19082	10041.77	4992	32213

表 5-1-18 民國 89 年憂鬱患者醫療費用分佈情形

	門診		急診		住院	
	人	百分比	人	百分比	人	百分比
0-1000	478	72.31	4	100	0	0
1001-10000	183	27.69	0	0	1	20
10001-30000	0	0	0	0	3	60
30001 以上	0	0	0	0	1	20

表 5-1-19 民國 89 年憂鬱患者藥費利用情形

	總人次數	Mean	S.D.	Min.	Max.
門診	2485	842.82	837.66	0	5776
急診	4	69.75	120.33	0	249
住院	5	2000.4	1837.9	200	4995

表 5-1-20 民國 89 年憂鬱患者藥費分佈情形

	門診		急診		住院	
	人	百分比	人	百分比	人	百分比
0-1000	435	65.8	4	100	2	40
1001-2000	148	22.3	0	0	1	20
2001-3000	55	8.3	0	0	1	20
3001 以上	23	3.6	0	0	1	20

表 5-1-21 民國 89 年憂鬱患者平均住院日數

	總人次數	Mean	S.D.	Min.	Max.
醫學中心	1	4	0	4	4
區域醫院	4	9.25	5.12	2	14
地區醫院	0	0	0	0	0

表 5-1-22 民國 89 年憂鬱患者平均每次門診給藥日數

	總人次數	Mean	S.D.	Min.	Max.
醫學中心	652	22.986	8.843	0	30
區域醫院	811	20.104	9.69	0	60
地區醫院	270	16.3	9.43	0	30
基層診所	752	9.9	7.04	0	30

表 5-1-23 民國 89 年憂鬱門診患者投保薪資狀況

投保薪資所得分類	金額	門診人次數	患者數目	百分比
高所得	45841 以上	88	25	3.78
中所得	15841-45800	1029	281	42.51
低所得	15840 以下	1368	355	53.71

表 5-1-24 1996-2000 年憂鬱症患者不同疾病代碼(含 ICD-9 及 A-code)門診人次數及百分比

年份		296.2	296.3	296.5	300.4	309	311	A212	A214	A219	總計
1996 年	人次數	5	18	0	114	5	73	1286	4295	1636	7432
	百分比(%)	.07	.24	.00	1.53	.07	.98	17.30	57.79	22.01	100.00
1997 年	人次數	34	19	0	228	4	63	1874	4340	1806	8368
	百分比(%)	.41	.23	.00	2.72	.05	.75	22.39	51.86	21.58	100.00
1998 年	人次數	47	38	4	418	8	79	2096	3390	1379	7459
	百分比(%)	.63	.51	.05	5.60	.11	1.06	28.10	45.45	18.49	100.00
1999 年	人次數	186	111	10	1301	29	148	395	1349	503	4032
	百分比(%)	4.61	2.75	.25	32.27	.72	3.67	9.80	33.46	12.48	100.00
2000 年	人次數	168	141	20	1779	11	194	9	240	117	2679
	百分比(%)	6.27	5.26	.75	66.41	.41	7.24	.34	8.96	4.37	100.00

表 5-2-1 民國 89 年憂鬱症患者年齡別門診次數對性別的交叉表

		女	男	總和	卡方值
16 歲以下	門診次數	38	26	64	P < 0.001
17-29 歲	門診次數	99	120	219	
30-39 歲	門診次數	274	149	423	
40-50 歲	門診次數	350	220	570	
51-64 歲	門診次數	372	285	657	
65 歲以上	門診次數	274	278	552	
總和	門診次數	1407	1078	2485	

表 5-2-2 民國 89 年憂鬱症患者年齡別門診次數對就診其他科的交叉表

		精神科	其他科	總和	卡方值
16 歲以下	門診次數	61	584	645	P=0.4
17-29 歲	門診次數	218	1805	2023	
30-39 歲	門診次數	1388	2880	3268	
40-50 歲	門診次數	603	4095	5198	
51-64 歲	門診次數	657	5361	6018	
65 歲以上	門診次數	558	4352	4904	
總和	門診次數	2485	19577	22062	

表 5-2-3 1996-2000 年不同科別憂鬱症門診次數及百分比統計

	1996		1997		1998	
	門診次數	百分比	門診次數	百分比	門診次數	百分比
精神科	3293	44.7	3701	44.6	3732	50.6
中醫科	670	9.1	659	7.9	564	7.6
神經科	570	7.7	667	8	732	9.9
不分科	992	13.5	1244	15	653	8.8
內科	1069	14.5	1161	14	905	12.3
家醫科	593	8.1	589	7.1	423	5.7
其他科	172	2.4	284	3.4	371	5.1
總計	7359	100	8305	100	7380	100

	1999		2000	
	門診次數	百分比	門診次數	百分比
精神科	1990	51.2	1749	65.3
中醫科	407	10.5	359	13.4
神經科	394	10.1	275	10.3
不分科	338	8.7	76	2.8
內科	391	10.1	51	1.9
家醫科	198	5.1	54	2
其他科	166	4.3	115	4.3
總計	3884	100	2679	100

表 5-2-4 1996-2000 年憂鬱症患者不同層級 A-code 碼就醫人次及百分比統計

年份	就醫層級	A212人次	百分比	A214人次	百分比	A219人次	百分比
1996	醫學中心	468	36.4	598	13.9	224	13.7
	區域醫院	473	36.8	1312	30.5	197	12
	地區醫院	104	8.1	706	16.4	205	12.5
	診所	241	18.7	1679	39.1	1010	61.7
	總計	1286	100	4295	100	1636	100
1997	醫學中心	634	33.8	852	19.6	273	15.1
	區域醫院	602	32.1	772	17.8	248	13.7
	地區醫院	189	10.1	875	20.2	236	13.1
	診所	449	24	1841	42.4	1049	58.1
	總計	1874	100	4340	100	1806	100
1998	醫學中心	667	31.8	898	26.5	290	21
	區域醫院	620	29.6	690	20.4	239	17.3
	地區醫院	253	12.1	594	17.5	258	18.7
	診所	556	26.5	1208	35.6	592	42.9
	總計	2096	100	3390	100	1379	100
1999	醫學中心	0	0	2	0.1	0	0
	區域醫院	11	2.8	49	3.6	19	3.8
	地區醫院	114	28.9	215	15.9	97	19.3
	診所	270	68.3	1083	80.3	387	76.9
	總計	395	100	1349	100	503	100
2000	醫學中心	0	0	5	2.1	0	0
	區域醫院	0	0	0	0	10	8.5
	地區醫院	5	55.6	0	0	0	0
	診所	4	44.4	235	97.9	107	91.5
	總計	9	100	240	100	117	100

表 5-2-5 1996-2000 年憂鬱症疾病不同健保分局門診人次及百分比統計

	1996		1997		1998	
	門診人數	百分比	門診人數	百分比	門診人數	百分比
台北分局	540	25.6(0.13)	572	25.8(0.16)	545	27.3(0.15)
北區分局	221	10.4(0.1)	274	12.4(0.09)	222	11.1(0.08)
中區分局	369	17.5(0.08)	404	18.2(0.09)	371	18.6(0.1)
南區分局	463	21.9(0.11)	480	21.7(0.12)	415	20.8(0.11)
高屏分局	450	21.3(0.12)	456	20.6(0.1)	393	19.7(0.07)
東區分局	65	3.3(0.06)	29	1.3(0.03)	54	2.5(0.05)
總計	2108	100	2215	100	2000	100
		0.12*		0.13*		0.1*

	1999		2000	
	門診人數	百分比	門診人數	百分比
台北分局	273	24.9(0.12)	210	29.8(0.1)
北區分局	133	12.1(0.09)	89	12.6(0.04)
中區分局	213	19.5(0.13)	101	14.4(0.11)
南區分局	234	21.4(0.09)	155	22(0.08)
高屏分局	223	20.4(0.06)	136	19.3(0.07)
東區分局	19	1.7(0.02)	12	1.9(0.01)
總計	1095	100	703	100
		0.09*		0.07*

註一：括弧內數字表憂鬱症門診人數佔該分局當年全部疾病門診人數之百分比。

註二：* 號數據表示排除中區分局及東區分局以外，其餘四分局之憂鬱症門診人數佔總門診人數平均百分比。

表 5-2-6 1996-2000 年憂鬱症疾病不同健保分局門診次數及百分比統計

	1996		1997		1998	
	門診次數	百分比	門診次數	百分比	門診次數	百分比
台北分局	1891	25.7(0.16)	2226	26.8(0.17)	2015	27.3(0.14)
北區分局	773	10.5(0.13)	1013	12.2(0.14)	819	11.1(0.12)
中區分局	1273	17.3(0.15)	1495	18(0.16)	1365	18.5(0.17)
南區分局	1619	22(0.21)	1777	21.4(0.22)	1535	20.8(0.26)
高屏分局	1575	21.4(0.22)	1686	20.3(0.23)	1454	19.7(0.24)
東區分局	228	3.1(2.5)	108	1.3(2)	199	2.6(0.2)
總計	7359	100	8305	100	7380	100
		0.18*		0.19*		0.19*

	1999		2000	
	門診次數	百分比	門診次數	百分比
台北分局	1002	25.8(0.16)	725	27.1(0.18)
北區分局	466	12(0.17)	343	12.8(0.19)
中區分局	746	19.2(0.18)	481	18(0.17)
南區分局	820	21.1(0.29)	561	20.9(0.28)
高屏分局	781	20.1(0.25)	532	19.9(0.23)
東區分局	69	1.8(0.16)	37	1.4(0.12)
總計	3884	100	2679	100
		0.22*		0.22*

註一：括弧內數字表憂鬱症門診次數佔該分局當年全部疾病門診次數之百分比。

註二：* 號數據表示排除中區分局及東區分局以外，其餘四分局之憂鬱症門診次數佔總門診次數平均百分比。

表 5-2-7 1996 年憂鬱症各診斷碼門診就醫人次及人數統計表(依醫院層級別)

		296.2	296.3	296.5	300.4	309	311	A212	A214	A219	總計
就醫 人次	年就醫人 次	5	18	0	114	5	0	1286	4295	1636	7359
	醫學中心	5	16	0	31	0	0	468	598	224	1342
	百分比	0.4	1.2	0	2.3	0	0	34.9	44.6	16.7	100
	區域醫院	0	0	0	15	0	0	473	1312	197	1997
	百分比	0	0	0	0.8	0	0	23.7	65.7	9.9	100
	地區醫院	0	2	0	64	3	0	104	706	205	1084
	百分比	0	0.2	0	5.9	0.3	0	9.6	65.1	18.9	100
	基層診所	0	0	0	4	2	0	241	1679	1010	2936
	百分比	0	0	0	0.1	0.1	0	8.2	57.2	34.4	100
就醫 人數	年就醫人 數	2	9	0	26	2	0	275	1185	609	2108
	醫學中心	2	6	0	7	0	0	102	172	90	379
	百分比	1	1.6	0	1.8	0	0	26.6	45.3	23.7	100
	區域醫院	0	0	0	5	0	0	66	401	78	550
	百分比	0	0	0	1	0	0	12	72.9	14.1	100
	地區醫院	0	3	0	12	1	0	35	197	67	315
	百分比	0	1	0	4	0.3	0	11.1	62.5	21.1	100
	基層診所	0	0	0	2	1	0	72	415	374	864
	百分比	0	0	0	0.2	0.1	0	8.3	48	43.4	100

表 5-2-8 1997 年憂鬱症各診斷碼門診就醫人次及人數統計表(依醫院層級別)

		296.2	296.3	296.5	300.4	309	311	A212	A214	A219	總計
就醫 人次	年就醫人 次	34	19	0	228	4	0	1874	4340	1806	8305
	醫學中心	14	18	0	50	1	0	634	852	273	1842
	百分比	0.8	1	0	2.7	0.1	0	34.4	46.3	14.8	100
	區域醫院	18	1	0	108	0	0	602	772	248	1749
	百分比	1	0.1	0	6.2	0	0	34.4	44.1	14.2	100
	地區醫院	0	0	0	60	3	0	189	875	236	1363
	百分比	0	0	0	4.4	0.2	0	13.9	64.2	17.3	100
	基層診所	2	0	0	10	0	0	449	1841	1049	3351
	百分比	0.1	0	0	0.3	0	0	13.4	54.9	31.3	100
就醫 人數	年就醫人 數	7	9	0	73	2	0	667	999	458	2215
	醫學中心	4	8	0	11	1	0	252	201	66	543
	百分比	0.7	1.4	0	2	0.1	0	46.4	37	12.4	100
	區域醫院	2	1	0	43	0	0	198	186	52	482
	百分比	0.4	0.2	0	8.9	0	0	41	38.6	10.9	100
	地區醫院	0	0	0	15	1	0	84	278	79	457
	百分比	0	0	0	3.2	0.2	0	18.3	61	17.3	100
	基層診所	1	0	0	4	0	0	133	334	261	733
	百分比	0.1	0	0	0.4	0	0	18.1	45.6	35.8	100

表 5-2-9 1998 年憂鬱症各診斷碼門診就醫人次及人數統計表(依醫院層級別)

		296.2	296.3	296.5	300.4	309	311	A212	A214	A219	總計
就醫											
人次	年就醫人次	47	38	4	418	8	0	2096	3390	1379	7380
	醫學中心	5	25	1	72	3	0	667	898	290	1961
	百分比	0.3	1.3	0.1	3.7	0.2	0	34	45.8	14.8	100
	區域醫院	24	2	3	236	3	0	620	690	239	1817
	百分比	1.3	0.1	0.2	13	0.2	0	34.1	38	13.2	100
	地區醫院	2	6	0	95	1	0	253	594	258	1209
	百分比	0.2	0.5	0	7.9	0.1	0	20.9	49.1	21.3	100
	基層診所	16	5	0	15	1	0	556	1208	592	2393
	百分比	0.7	0.2	0	0.6	0.1	0	23.2	50.5	24.7	100
就醫											
人數	年就醫人數	15	11	2	121	5	0	501	920	425	2000
	醫學中心	3	5	1	23	2	0	177	222	77	510
	百分比	0.5	0.9	0.1	4.5	0.2	0	34.7	43.5	15.6	100
	區域醫院	6	1	1	60	1	0	135	167	64	435
	百分比	1.4	0.2	0.2	13.8	0.2	0	31	38.4	14.8	100
	地區醫院	1	3	0	33	1	0	77	101	68	284
	百分比	0.3	0.9	0	11.6	0.3	0	27.1	35.6	24.2	100
	基層診所	5	2	0	5	1	0	112	430	216	771
	百分比	0.6	0.2	0	0.6	0.1	0	14.5	55.8	28	100

表 5-2-10 1999 年憂鬱症各診斷碼門診就醫人次及人數統計表(依醫院層級別)

		296.2	296.3	296.5	300.4	309	311	A212	A214	A219	總計
就醫											
人次	年就醫人次	186	111	10	1301	29	0	395	1349	503	3884
	醫學中心	71	33	2	494	9	0	0	2	0	611
	百分比	11.6	5.4	0.3	80.9	1.5	0	0	0.3	0	100
	區域醫院	106	49	7	482	11	0	11	49	19	734
	百分比	14.4	6.7	1	65.7	1.5	0	1.5	6.7	2.6	100
	地區醫院	6	7	1	257	1	0	114	215	97	698
	百分比	0.9	1	0.1	36.8	0.1	0	16.3	30.8	13.9	100
	基層診所	3	22	0	68	8	0	270	1083	387	1841
	百分比	0.2	0.4	0	3.7	0.4	0	14.7	58.8	21	100
就醫											
人數	年就醫人數	61	33	5	311	9	0	88	463	125	1095
	醫學中心	35	16	1	112	3	0	0	1	0	168
	百分比	20.8	9.5	0.6	66.7	1.8	0	0	0.6	0	100
	區域醫院	23	9	3	99	3	0	3	8	9	157
	百分比	14.6	5.7	2	63.1	2	0	2	5.1	5.7	100
	地區醫院	2	2	1	78	1	0	29	70	22	205
	百分比	0.9	0.9	0.45	38	0.5	0	14.1	34.1	10.7	100
	基層診所	1	6	0	22	2	0	56	384	94	565
	百分比	0.1	0.6	0	3.9	0.2	0	9.9	67.9	16.6	100

表 5-2-11 2000 年憂鬱症各診斷碼門診就醫人次及人數統計表(依醫院層級別)

		296.2	296.3	296.5	300.4	309	311	A212	A214	A219	總計
就醫											
人次	年就醫人次	168	141	20	1779	11	194	9	240	117	2679
	醫學中心	80	38	10	514	5	42	0	5	0	652
	百分比	11.5	5.5	1.4	74.1	0.7	6.1	0	0.7	0	100
	區域醫院	70	83	10	633	5	81	0	0	10	811
	百分比	7.8	9.3	1.1	71	0.6	9.1	0	0	1.1	100
	地區醫院	12	4	0	248	1	18	5	0	0	270
	百分比	4.2	1.4	0	86.1	0.3	6.3	1.7	0	0	100
	基層診所	6	16	0	384	0	53	4	235	107	752
	百分比	0.7	2	0	47.7	0	6.6	0.5	29.2	13.3	100
就醫											
人數	年就醫人數	41	35	6	505	4	38	4	44	25	703
	醫學中心	22	10	3	135	1	9	0	1	0	181
	百分比	12.1	5.5	1.6	74.6	0.5	4.9	0	0.5	0	100
	區域醫院	13	19	3	203	1	14	0	0	4	257
	百分比	5	7.3	1.2	78.9	0.4	5.4	0	0	1.6	100
	地區醫院	4	2	0	79	1	4	2	0	0	92
	百分比	4.3	2.1	0	85.8	1.1	4.4	2.2	0	0	100
	基層診所	2	4	0	88	0	11	2	43	21	171
	百分比	1.2	2.4	0	51.5	0	6.4	1.2	25.1	12.3	100

第六章 討論

第一節 重要研究結果之討論

一、 憂鬱症疾病的就診人口特質

本研究發現年女性因憂鬱症疾病就診門診次數高於男性，且在各年齡別均有統計上的顯著差異。

二、 憂鬱症疾病的就醫科別

1996-2000 年憂鬱症疾病就醫科別中，到精神科就診的門診次數佔率依序為 44.7%、44.6%、50.6%、51.2%、65.3%，呈現上升的趨勢。另依憂鬱症疾病的門診就醫人數及人次統計，就診科別依序為精神科、中醫科、神經科、內科、不分科及家醫科，其中百分之五十以上比率集中於精神科及中醫科。

三、 921 地震前後憂鬱症疾病醫療利用的差別

民國 88 年台灣 921 地震及後一年(民國 89 年)憂鬱症疾病的門診、急診、住院醫療利用量均較民國 85 年至 87 年大幅下降，以門診次數為例，1996-2000 年依序為 7359 人次、8305 人次、7380 人次、3884 人次及 2679 人次。

民國 89 年之憂鬱症門診平均次數以中區分局最高(10.29 次)。

四、 憂鬱症疾病就醫醫療費用的成長

不管在門診、急診或住院方面，所耗費醫療費用均逐年成長，

以門診平均費用為例，1996-2000年依序為 913.1 元、919.6 元、1056.3 元、1070.3 元及 1238.4 元。

五、憂鬱症疾病的就醫層級

憂鬱症疾病的就醫層級在各年都以基層診所的比率最高。

六、平均每診給藥日份

民國 89 年醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所平均每診給藥日份依序為 22.98 天、20.10 天、16.30 天、9.90 天。

七、憂鬱症首選用藥「百憂解」使用情形探討

嘗試以憂鬱症首選用藥「百憂解」(Prozac,學名 fluoxetine)使用情形進行統計，發現百憂解被使用於精神科佔 21.20%、非精神科佔 60.90%、資料遺漏佔 17.90%。

在憂鬱症疾病治療中，使用百憂解比率為 1.5%，沒使用百憂解比率為 98.50%，比率不高的原因是否因健保支付規定過嚴或因藥價過高等因素所致，有待繼續研究。

八、不同分局憂鬱症門診人數佔總門診人數比率

921 地震當年(1999 年)及次年(2000 年)，中區分局所申報之憂鬱症門診人數佔總門診人數比率分別為 0.13%及 0.11%，高於其他四分局(東區分局除外)之平均值(0.09%及 0.07%)。

九、憂鬱症診斷碼的變化情形

健保局規定健保申報統一由 A-code 碼改為 ICD-9 碼之後, 2000 年的憂鬱症診斷碼大部分集中在 300.4(官能性憂鬱症), 依門診人次申報比率分別為醫學中心 74.1%、區域醫院 71%、地區醫院 86.1%、基層診所 47.7%。

第二節 研究限制

一、憂鬱症病患的盛行率無法確知

本研究僅針對健保申報資料中憂鬱症疾病相對診斷碼加以分析，無法確知憂鬱症病患的醫療利用情形，研究對象僅及於已就醫之投保對象，不包含未就醫之憂鬱症患者。

二、憂鬱症治療藥物的健保給付規定

憂鬱症治療藥物主要以 SSRI(選擇性血清素再回收抑制劑)：如 Fluoxetine, Sertraline, Fluvoxamine, Paroxetine, Citalopram 及 SNRI(選擇性血清素及去甲基腎上腺素再回收抑制劑)：Venlafaxine 為主。

中央健保局八十九年八月二十九日健保醫字第八九〇二八三八五號公告：「全民健康保險藥品給付規定」精神治療劑中，選擇性血清素再回收抑制劑(SSRI)及選擇性血清素及去甲基腎上腺素再回收抑制劑(SNRI)，需經精神科專科醫師診斷為憂鬱症之病患使用，申報費用時需檢附六個月內之精神科專科醫師診斷紀錄。

因應健保局此一規定，一般醫師對憂鬱症之診斷、給藥趨於保守，對研究結果造成某種程度之影響。

三、921 地震的影響

民國 88 年 9 月 21 日發生 921 地震後，健保局針對就醫民眾就

醫採取許多非常措施，例如「凡遭受地震災害之民眾赴特約醫療院所就診，無論是否持有健保卡，均免部分負擔外，必須之醫療費用及住院膳食費，一律由健保局先行支付。為及時提供醫療服務，受災民眾之身分認定，授權由各特約醫療院所為之。」等之措施是否對本研究之分析帶來變異，仍待進一步釐清。

四、創傷後壓力疾患(post-traumatic stress disorder, PTSD)影響

根據 Loughrey 等人的研究發現創傷倖存者會有精神方面的症狀，其中主要是以憂鬱及焦慮症狀最多，其中較嚴重的焦慮症即是創傷後壓力疾患(post-traumatic stress disorder, PTSD)，其研究也顯示 PTSD 患者日後罹患憂鬱症的機率較一般人為高。

另 Sharan 在西印度 Marathwada 地震(芮氏 6.8 級)後四週的研究發現有 59%的居民符合精神疾病的診斷。其中最多為創傷後壓力疾患 23%，其次為憂鬱症有 21%。

依此推論，因本研究係採主診斷為憂鬱症為主，故在民國 88 年及 89 年(921 地震後)之資料分析是否受到 PTSD 影響抑或同時受到健保申報規定之影響，仍待更進一步研究。

五、健保統計資料及申報碼規定的限制

中央健保局規定自民國八十九年一月起西醫申報醫療費用一律由 A-Code 碼改為 ICD-9-CM 碼，原 A-Code 碼中，本研究所定義之

A214、A216、A219 疾病碼中原包含許多非屬憂鬱症之疾病，故改以分類較細之 ICD-9-CM 碼申報之後，可能造成病患數減少的現象。

以表 5-2-3 之統計資料觀察顯示，憂鬱症疾病碼 A214、A216、A219 在民國 88 年及 89 年急遽減少，甚或申報數為 0，民國 89 年的憂鬱症診斷碼大部分集中在 300.4(官能性憂鬱症)，依門診人次申報比率分別為醫學中心 74.1%、區域醫院 71%、地區醫院 86.1%、基層診所 47.7%，除了 300.4，其餘憂鬱症的 ICD-9 診斷碼比率不增反減，推測診治醫師因不清楚憂鬱症的 ICD-9 診斷碼而集中鍵 300.4 診斷碼或誤鍵入其他疾病 ICD-9 診斷碼，造成 921 地震當年及次年憂鬱症疾病年就診人數及人次下降之現象。

第七章 結論與建議

第一節 結論

一、研究對象民國 85 年至 89 年曾因主診斷為憂鬱症就醫者門診人次為 29413 筆(8105 人)，住院人次為 23 筆(19 人)，急診人次為 169 筆(152 人)，共 8276 人；自民國 85 年至 89 年因憂鬱症就醫比率依序為 2.2%(2157 人)、2.3%(2255 人)、2.0%(2042 人)、1.1%(1110 人)、0.7%(712 人)。

二、憂鬱症疾病每年平均門診醫療費用自民國 85 年至 89 年依序為 913.1 元、919.6 元、1056.3 元、1070.3 元、1238.4 元，平均門診醫療費用逐年升高。

憂鬱症疾病每年平均急診醫療費用自民國 85 年至 89 年依序為 1095.5 元、1287.8 元、1207.5 元、762.4 元、419.3 元，平均急診醫療費用逐年下降。

憂鬱症疾病住院申報每年平均住院醫療費用自民國 85 年至 89 年依序為 38064 元、30614 元、30766 元、25550 元、19082 元，平均住院費用逐年下降。

三、憂鬱症疾病民國 85 年至 89 年平均每年門診給藥日數依序為 11.5 天、11.9 天、14 天、14.9 天、17.4 天；89 年門診給藥

日數依醫院層級分別為醫學中心 22.9 天、區域醫院 20.1 天、地區醫院 16.3 天、基層診所 9.9 天。

憂鬱症疾病民國 85 年至 89 年平均每年急診給藥日數依序為 1.87 天、1.80 天、1.80 天、1.86 天、0.75 天。

四 1996 年到 1998 年憂鬱症疾病門診人次分別為 7432 次 8368 次、7459 次，而 921 地震當年(1999 年)及次年(2000 年)則分別降為 4032 次及 2679 次，此與本研究之假設不同，推測 1999 年及 2000 年以憂鬱症為診斷碼申報案件數減少之原因可能是健保局申報規定一律由 A-code 改 ICD-9 診斷碼申報，因基層診所不熟悉 ICD-9 診斷碼，而以其他不同診斷碼申報，致產生憂鬱症門診人次下降之假象。



第二節 建議

一、 健保局於審查申報案件時，應嚴格要求各醫療機構申報

ICD-9-CM 碼的正確性，避免混淆疾病的相關統計。

二、 憂鬱症患者就醫比率偏低

本研究統計民國 85 至民國 89 年憂鬱症疾病接受醫療服務的比率，最高只佔十萬人中的 2.3%，此數據與 WHO 所公佈的憂鬱症盛行率 3% 仍有很大的差距。

三、 建議健保局制訂醫師開立憂鬱症治療藥物規定時，應廣泛採

納精神科專科醫師的建議，適時加以修正。

參考文獻

英文部分

- Aday, L.A. and Shortell S.M. (1988). "Indicators and Predicators of Health Service Utilization, Edited by Williams, S.J. and Torrents, P.R, Introduction to Health Services, 3 rd Ed". , : 51-81.
- American Psychiatric Association. (1993). "Practice Guidelines for Major Depressive Disorder in Adults." American Journal of Psychiatry 150: 1-26.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : primary care version, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: Author.
- Aronson SC, Ayres VE(2002): "Depression: A treatment algorithm for the family physician." Hospital Physician 2002,10-30.
- Asarmoe, J., Glynn, S., Phnoos, R. S., Nahum, J., Guthrie, D., Cantwell, D. P., & Franmin, B. (1999). " When the earth stop shaking: Earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology.' Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1016-1023.
- Attikson,C.C.,and J.M.Zich.(1990). "Depression in Primary Care. Screening and Detection.' New York: Routledge.
- Bland, S. H., O' Leary, S. E., Farinaro, E., Jossa, F. & Trevisan, M. (1996). "Long-term psychological effects of natural disasters." Psychosomatic Medicine, 58, 18-24.
- Bloon Joan R., Hu The-wei, Wallace Neal, et al (2002): " Mental Health Costs and Access Under Alternative Capation Systems in Colorado." Health Services Research, 37 (2), 315-340.
- Bradley Elizabeth H., McGraw Sarah A., Curry Leslie, et al (2002). "Expanding the Anderson Model: The Role of Psychosocial Factors in Long-Term Care Use." Health Services Research, 37(5), 1221-1242.
- Broadhead, W.,D.Blazer,L.George,and C.Tse.(1990). "Depression, Disability Days and Days Lost from Work in a Prospective Epidemiologic Survey." Journal of the American Medical Association 264(19): 2524-8.
- Carr, V.J., Lewin, T. J., Webster, R. A., Kenardy, J. A., Hazell, P. L., & Carter, G. L. (1995). "Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: disaster.' Psychological Medicine, 25, 539-555.
- Cheng S.H., Chiang T.L. (1990). "The Effect of Universal Health Insurance on Health Care Utilization in Taiwan - Results from A Natural Experiment.' JAMA 278 (2) : 89-93.

- Cuffel Brian J., Bloon Joan R., Wallace Neal, et al (2002): “ Two-Year Outcomes of Fee-for-Service and Capitated Medicated Programs for People with Severe Mental Illness. ” *Health Services Research*, 37(2), 341-360.
- Gordon Parker(2001): “Depression in the planet’ s largest ethnic group: The Chinese.” *American Psychiatric Association* 158(6),857-864.
- Frankfort-Nachmias C.,and Nachmias D.(2000). “Secondary Data Analysis and Sources.” *Research Methods in the Social Sciences*, 275-302.
- Fuente RDL(1985): “The mental health consequences of the 1985 earthquakes in Mexico.”*Int.J. Mental Health*,9:21-29.
- Hargraves,J.L., Cunningham,P.J. and Hughes,R.G.(2001). “Racial and Ethnic Differences in Access to Medical Care in Managed Care Plans” *Health Service Research* , 36(5) : 853-867.
- Kato H.,Asukai N.,Miyake Y.,Minakawa K.,Nishiyama A.(1996). “Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan.” *Acute Psychiatric Scand*,93:477-481.
- Katon,W., and H.C.Schulberg. (1992). “ Epidemiology of Depression in Primary Care.” *General Hospital Psychiatry* 14(4): 237-47.
- Koff,E , Rierdan ,J. & Stubbs, M.L.(1992). “Sex Roles,Occupational Roles, and Symptom-Reporting : A Test of Competing Hypotheses on Sex Differences”*Journal of Behavioral Medicine* , 15 : 355-364.
- Leon C. Andrew , Solomon A. David, Mueller I. Timothy , Endicott Jean, Rice P. John , Master D. Jack , Coryell William, and Keller B. Martin .(2003). “A 20-Year Longitudinal Observant Study of Somatic Antidepressant Treatment Effectiveness.” *American Journal of Psychiatry* 160:727-733.
- Loughrey GC,Bell P., Kee M., et al: “Post-traumatic stress disorder and civil violence in northern island” *British J. Psychiatry* 1988;153:554-560.
- Murray,C.J.,and A.D.Lopez.(1996). “ The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment Of Mortality and Disability from Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020.’ Boston, MA:Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- National Institute of Mental Health (2003). *Depression Research at the National Institute of Mental Health*. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depresfact.cfm>
- Oquendo A. Maria , Friend M. Jeff , Halberstam Batsheva, Brodsky S.Beth, Burke K. Ainsley , Grunebaum F. Michael, Malone M. Kevin ,and Mann J. John.(2003). “Association of Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression with Greater Risk for Suicidal Behavior” *American Journal*

- of Psychiatry 160:580-582.
- Papadatos Y., Nikou K., Potamianos G.(1990). "Evaluation of psychiatric morbidity following an earthquake." *Int. J. Soc. Psychiatric* 36:131-136.
- Practice Management Information Corporation (1992). "Mental Disorders." *International Classification of Diseases 9 TH REVISION, 4 TH EDITION Clinical Modification*, 59-71.
- Robins LN, Regier DA (Eds)(1990). "Psychiatric Disorders in America." *The Epidemiologic Catchment Area Study, 1990*; New York: The Free Press.
- Schoenbaum Michael, Unutzer Jurgen, Zwanziger Daniel, et al (2002). "The Effect of Primary Care Depression Treatment on Patients' Clinical Status and Employment." *Health Services Research*, 37(5), 1145-1158.
- Sharan, P., Chaudhary, G., Kavathekar, S. A., & Saxena, S. (1996). "Preliminary Report of Psychiatric Disorders in Survivors of a Severe Earthquake." *American Journal of Psychiatry* 153, 547-549.
- Shi, Leiyu (1997). "Secondary Analysis". *Health Services Research Methods*, 114-123.
- World Health Organization (2001). "Burden of Mental and Behavioural Disorders." *The World Health Report 2001*, 2.
<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter2/index.htm>
- Wald David (2002). "Depression" *National Institute of Mental Health*,
<http://www.nimh.nih.gov/publicat/depressionmenu.cfm>
- Wayne W. Daniel(1991). "Hypothesis Testing." *Biostatistics: a Foundation for Analysis in the Health Sciences*, 191-272.

中文部分

- 王作仁 (民 89)。週年將至---921 瓦礫下的向日葵。
- 孔繁鐘、孔繁錦譯 (民 88)。DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊。台北：合記。
- 孔繁鐘編譯 (民 88)。DSM-IV 精神疾病的診斷與統計。台北：合記。
- 石富元 (民 88)。從集集大地震談如何改善災難醫療。 *健康世界* , 167 , 111-114 頁。
- 全民健康保險統計，中央健保局編印，民 90 年。
- 何維德(民 90)。糖尿病病人醫療利用分析與疾病管理可行性之初探，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。
- 李明濱(民 91)。憂鬱防治，人人有責。台灣省憂鬱症防治協會通訊。第 1 頁。
- 李明濱、林令世、李宇宙 (民 79)。慮病症：與廣泛性焦慮症之臨床比較研究。*中華精神*
- 李明濱、廖士程、吳佳璇(民 89)。臺灣憂鬱症防治運動。臺大醫學院社區醫療通訊第十三期。<http://hs.mc.edu.tw/paper/13-05 paper.htm>。

邱南英(民 92)。使用抗憂鬱劑治療憂鬱症的新趨勢。財團法人彰化基督教醫院。

邱南英(民 92)。憂鬱症，財團法人彰化基督教醫院。

林玉梅、李麗傳、吳聖良、陳慶餘(民 89)。應用個案管理模式於髖關節置換術病人的照護成效。國防醫學，30(2)，178-184。

郝宏恕(民 89)。921 震災對中區醫療機構健保醫療服務之影響評估。中央健保局委託研究計劃。

胡海國(民 83)。精神科診斷問卷所標認之精神疾病盛行率：國際間比較。台灣精神醫學期刊，8：230-250。

胡海國(民 80)。精神科診斷問卷表。精神醫學診斷手冊。國立台灣大學醫學院。142-145。

洪國翔、馮煥光(民 90)。成年人廣泛性焦慮症之診斷與治療。臨床醫學，47(1)，44-50。

翁瑞宏(民 88)。全民健康保險中醫門診醫療利用之研究。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。民 88 年。

陳玉枝、邱台生、劉曉梅、劉春菊、陳雪芬(民 84)。個案管理模式之建立與評價。榮總護理，20(4)，30-35。

陳音潔(民 91)。病患多次利用急診醫療之影響因素探討—以中部某醫學中心為例。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。

曾美智、李宇宙、李明濱(民 88)。憂鬱症與焦慮症之共患現象。台灣精神醫學，13(2)。

黃昱瞳(民 90)。全民健保實施牙醫總額預算制度對醫療資源分布的影響評估。國立臺北護理學院醫護管理研究所碩士論文。

葉德豐(民 88)。健保新時代醫療產業之生態與因應。醫院，32(2)，30。

廖士程、李宇宙、劉絮愷等(民 89)。震災後緊急醫療站所見之急性壓力症候群。台灣精神醫學。14：31-40。

盧美秀、林秋芬、魏玲玲(民 86)。個案管理與臨床路徑。護理雜誌，44(5)，23-27。

鍾偉恩(民 90)。走出憂鬱。<http://www.femh.org.tw>。

榮泰生(民 89)。企業研究方法。五南圖書出版公司。277-296 頁。

蔡崇煌(民 91)。台中市 921 地震災民創傷後壓力症狀。台灣醫界第 45 卷第 8 期，438-441。

蔡崇煌、陳宇嘉、范世華等(民 88)。921 地震創傷後壓力疾患—以台中縣某地區醫院門診病人為例。中華家醫誌，9：103-112。

憂鬱症(民 92)。台灣禮來公司。http://www.lilly.com.tw/health_b.htm。