

計畫編號：DOH93-CA-1002

全民健康保險醫療費用協定委員會

九十三年度委辦研究計畫

研究建立總額預算分配的優先順序原則與機制

研究報告

執行機構：台北醫學大學

計畫主持人：許怡欣 副教授

執行期間：93年4月28日至94年2月28日

本研究報告僅供參考，不代表本會意見

中文摘要

台灣目前面臨著有限醫療資源在不斷競爭環境下的分配壓力。在醫療資源有限時，明確清楚的資源分配優先順序，對於醫療消費者及醫療提供者都相當重要。比起過去，現今此種資源有限但需求日益增多的議題，尤其在分配理論與實際操作的政治面間相抵觸的高難度情況下，更需要醫療政策決策者直接面對及因應處理。本研究的目的是在於回顧比較各國資源分配優先順序經驗之相關文獻，以及建立各部門間及各部門內新增預算分配優先順序原則與機制之雛形。我們希望能從資源管理的方法中，找出能改進現行建立資源分配的方式，並嘗試建立一可能適用於台灣現況的機制。本計畫以文獻分析、專家訪談及建立多層級分析模式為規劃方法，以健保制度下之費協會、各部門之支委會之委員為主要對象，進行訪談與發放自填式多層級分析問卷。本研究透過文獻分析以及與專家學者之討論與問卷結果，建立具有一致性且客觀量化之多層級分析模式，以衛生政策、健保政策目標、與給付內容原則為主要面向，其下共有十三個次面向。藉由兩兩比較，產生出層級權重，藉以評量各欲分配資源方案之相對重要性。其中以衛生政策權重最高（0.374），健保政策目標次之（0.326），給付內容原則為三者最低（0.300）。期能藉此多層級分析模式，提供總額各部門進行資源分配，排定優先順序時之參考。

關鍵詞：醫療資源分配，總額預算制度，優先順序，多層級分析

英文摘要

Resource allocations are never easy, especially the decision making with multiple conflicting objectives is complex and difficult. Taiwan is now facing competing pressure for limited health care resources. This reflects the need for a clear function of explicit prioritisation for those who purchase and provide health care. The combination of constrained resources and increasing demands has led policy makers to address this issue more directly than in the past. One key issue is the difficulties associated with trying to set priorities in ways which are effective and politically acceptable. The purpose of this research is to review compared experience in developed countries, and thus to establish the priorities and prototype mechanisms for new added health care budget allocation in National Health Insurance. We intend to identify existing resource management techniques, to elicit ways in which the current process of setting priorities could be improved, and to determine if a mechanism would have merit in Taiwan. Literature review, face-to-face interviews, and structured questionnaires for constructing Analytical Hierarchy Process model are adopted and conducted. The outcomes of this research accomplished a multiple criteria decision-making approach, the Analytical Hierarchy Process model, as an explicit technique to assist health care resource allocation decision making.

Key words: resource allocation, global budget, priority setting, Analytical Hierarchy Process

目 錄

第一章 前言	1
第二章 文獻探討	6
第一部份、總額支付制度	6
一、德國	8
二、加拿大	11
三、荷蘭	13
四、英國	16
五、臺灣	17
第二部份、醫療資源分配與優先順序	19
一、澳洲	20
二、紐西蘭	21
三、瑞典	22
四、挪威	24
五、美國奧瑞岡州	26
六、荷蘭	28
七、學理模式	31
第三部份、台灣現行總額協商分配與運作	38
一、現行總額協商分配與運作方式	38
二、二代健保規劃	50
第三章 研究方法	57
第一部份、質性研究部分	60
一、研究對象與研究設計	60
二、資料處理與分析	60
第二部份、量性研究部分	60
一、研究對象與研究設計	60
二、資料處理與分析	61
第四章 結果與建議	62
第一部份、質性研究部分：文獻與訪談	62
第二部份、量性研究部分：多層級分析模式	66
一、多層級分析模式建立	66
二、多層級分析模式之實務運用及注意事項	72
第三部份、結論與建議	77
後記	80
參考文獻	86
附件	93

目 錄

附件一、AHP 評估準則問卷	93
附件二、AHP 權重問卷.....	97
附件三、AHP 方案選擇評比問卷.....	102

第一章 前言

醫療資源分配一直是一個嚴肅而且困難度極高的議題。有限的醫療資源必須要用於各種不同的醫療照護及健康促進計畫，為了能有效合理地分配有限的醫療資源，歷年來經濟學者提出了相當多的量化工具以協助決策者能藉此衡量每項計畫的經濟面效率，其中最常被採用的分析工具首推成本效果分析(cost-effective analysis, CEA)、成本效益分析(cost-benefit analysis, CBA)，與成本效能分析(cost-utility analysis, CUA)。這些量化技術皆企圖以經濟專業層面的考量，來提供資源分配之決策者面對此種高困難度且不可能面面俱到的議題，一些較具客觀評估的解決依據。但對於醫療資源分配中關鍵性的倫理考量議題(ethical concerns)，諸如公平性(equity and fairness)等，較難量化的層面仍只能停留在主觀層面考量。

資源分配，本就參雜著太多的決策者偏好，社會以及政治力的不穩定因子。其中唯一可藉以仰賴者，即為上述之 CEA、CBA 或 CUA 等決策輔助工具。然而，純粹依此「理性化實證主義」(rationalistic positivism)而將能分解的元素拆解成最小單位，各自分析衡量後再予以組合，有時可能會產生出一些與非經濟學專業者的整體決策判斷上相當歧異的結果。此類分析邏輯與技術有其科學性之價值，但並非能全然涵括決策判斷的全貌，以及提供資源領受者接受他所持有的分配資源是合理時的**唯一**憑據。

過去我國不論來自衛生政策、經濟或其他領域的優秀學者，皆竭盡所能，企圖要為台灣健保下的總額做一最適化的合理分配。此合理分配的源頭來自於極為數理的依據。此種最適解(optimal solution)的產生，是經濟學及作業研究、管理科學的主要精神之一。但是因為

醫療資源分配的落實，在現實面必定涉及政治。自政治的角度而言，不論如何數量或科學，此種醫療資源分配、總額預算分配，永遠是無解的兩難(dilemma)或是無解的多難(multi-lemma)。在政治考量中，在如何評定分配永遠不公平的情況下，似乎唯有結合多數才真正擁有權力，團結過半的眾數才能產生所謂的「民主主流暴力」，而能順利落實某種特殊的現實解(real world solution)。

我國在八十七開始試辦牙醫門診總額開始至九十一年辦理醫院總額，一路走來，政治力的介入不斷，對於各部門總額分配的意見正負交雜。舉例而言，在醫院總額簡單上路推行之後，健保局與醫院間維持著伙伴的正向關係，但此種關係卻讓一些醫院代表極為容易推翻或延遲議案，讓許多議案相當不易通過執行，使得健保業務推展上遇到某種程度的困難。在今年(93年)年初亦發生總額支付小組中醫院代表集體退席表達對前一年度結算結果之不滿，而延擱議案。其中，亦有醫院代表表達了對於健保局規範性質之醫療照護計畫之合理性、各部門內各計畫的優先順序、以及針對總額預算分配之原則等議題的負面意見。

以目前台灣現實狀況觀之，似乎隱藏一種，或偶而發生或經常出現，但卻相當鮮明的生物鏈：民眾影響政客(politicians)，政客要脅政府，政府擠壓資源，資源框架醫界，而醫界，宰割民眾。此種惡性循環，至目前仍無良解。若要自其中切割阻止這樣的循環，應自其中各個角色著手。但這四者間，何者應是探詢醫療資源分配優先順序意見的適合對象？對何者進行資源分配優先順序的調查才真正有助於落實總額預算之分配？

國外文獻多以調查民眾、政客，以及醫師為多(Lewis & Charny, 1989； Bjork & Rosen, 1993)，另亦有加入調查護士之研究

(Myllykangas et al., 1996)。惟以我國現今情況思考，針對民眾及政客進行醫療資源分配順序之調查，對於目前紛擾的總額預算分配狀況似無太大助益。其中，一般民眾對於醫療資源分配議題的看法太過傾向個人化，依其個人及親屬的健康情形而自然形成不同需求與要求，且因人數眾多，抽樣後的結果對一般民眾而言，並未真正具有代表性(因為自己沒有被訪問到)。在政客方面，政客的要求常永無止盡，因其自認擔負選民意向及託付之責，故對政客的評量再多，也一日數變，議題不定，態度亦不定，而且其對政府的要求是隨機產生，係因應選民及媒體需求而生。另外，若企圖探究一般醫師與護士的醫療資源分配排序的原則，雖有其正面意義，但對於解決總額問題卻無太大幫助。

但是，另外兩造，政府及醫界，卻是立場較為穩定一致。

過去研究中，竟鮮少有研究人員以此兩造人員，進行此種醫療資源分配排序的研究。亦即，並未有研究者以醫療機構代表、衛生機構長官，以及扮演幕僚與智囊角色的衛生福利政策相關學者為對象，進行此類研究。衛生機構的長官，以及衛生政策相關學者，是致力打造資源分配架構巍峨巨塔的建構者，而有為數不少的醫療機構代表，在現今伙伴關係凡事得協商的情況下，是竭力想攻倒此巨塔使不成形的主力。以醫院總額為例，雖然至今尚未能提出各層級間皆有共識的分配架構，但仍竭力阻擋他們眼中所謂不合理的醫療照護政策與計畫，使得衛生主管單位成為醫院各層級間一致的對手。

若能在此兩造間，探詢其醫療資源分配之優先順序原則，雖不能全然解決健保局與醫療機構間的爭端，但卻能相當程度地提供一些可能有一致看法的具體證據，也許可以稍減目前某些逢案必反的困境。對於一些資源分配優先順序較為一致的項目，可能可據此減少雜音，讓衛生主管單位能放手執行。

故本研究原本向費協會申請執行本計畫時，擬以醫療機構代表，衛生機構長官，以及衛生福利政策相關學者為研究對象，透過以虛擬個案(imaginary patient cases)情境決策問卷，收集整理出研究對象之醫療照護排序順位指標(indication for health care prioritization)。繼而分析各類不同研究對象間的順位指標之異同。

因我國現有健保給付決策機制尚有相當多之限制，例如，在法律上，現況對於給付範圍之定義過於廣泛，在行政上，現況對於給付原則之訂定過於抽象，細節未能真正釐清。再如付費者與醫療提供者之間之期望衝突，付費者希望保費低、給付多、部分負擔少，醫界希望擴大大餅、高支付標準、包括更多新科技、擴大專業自由。使得此問題益形嚴重的根本原因之一，係對於各項醫療服務納入健保給付的決策過程，常無符合權責單位的組織與明確的機制，使給付範圍之增減並無具體明確的規則可循。另外，除了隨著醫療技術不斷地研發，應適時加入新的醫療服務項目外，同時亦有相當多的學者專家建議排除過去給付但現今已不符合成本效益的醫療服務項目。此種給付範圍的擴大縮小，雖然明確訂定相關種機制有相當之困難度，但各界都盼望能有一明確機制以協助進行更為有效與公平之協商。

本研究依研究目的及完成之工作項目如下：

1. 資源分配優先順序之相關理論回顧：文獻回顧及探討，整理資源分配之優先順序原則與理論。
2. 建立部門間及部門內新增預算分配優先順序之客觀原則與機制：依據文獻整理，整理評估醫療照護計畫之原則與機制，並以專家學者焦點座談評估對我國的適用性與發展可能性，建立

一評估計劃之通則評量模式。

本研究在建立研究建立總額預算分配的優先順序客觀之原則與機制模式時，採取專家訪談及兩階段問卷調查，建構多層級分析模式（AHP）。先進行文獻回顧與專家訪談，目標為完成初步 AHP 層級架構面向（attributes）。初期本研究所訂定的 AHP 架構及評估準則乃擷取自楊銘欽教授之二代健保規劃報告（2003）之結果為基礎，輔以專家所建議之衛生政策白皮書及當初國家建立健康保險制度所依循的原則跟健保政策方針為衡量基礎。

兩階段問卷調查分別為進行 AHP 層級架構評估準則及權重之問卷調查。針對費協會委員及相關專家學者進行兩次之自填式問卷調查，分別建構 AHP 模式中的層級架構，以產生 AHP 層級及各評估準則，第二次再經 AHP 權重問卷，對相關專家學者進行調查，計算得到各層級架構評估準則之相對權重，建立 AHP 模式。結合問卷調查及焦點團體座談分析，呈現對醫療新增項目之資源分配優先順序及機制之建議。

第二章 文獻探討

以下分為三部份來探討相關的國內外文獻：一為總額支付制度，二為醫療資源分配與優先順序，三為台灣現行總額協商分配與運作。

第一部份、總額支付制度

總額支付制度架構設計的基本考量包括：決定總額支付範圍(即總額制度下所涵蓋醫療服務範圍)，界定總額支出上限，設計必須顧及地理分佈、人口組成或醫療提供者分配預算的機轉，需建立資源分配協商組織，以及在總額支付下醫療服務使用狀況的監控機制等(Altman & Cohen, 1993)。

總額支付制度支付之單位則可分為兩大類(李玉春，1998)：第一類為以醫療機構為支付單位，如以醫院或醫院之特殊部門為單位來訂定預算。保險機構係根據醫院之財務報表，參考醫院之類別、床數、佔床率等指標，再考慮該院過去之實際成本，直接訂定總預算金額。第二類則為針對服務類別(service type)以全包方式來訂定預算，例如依提供者型態(如門診、住院)及服務型態(如牙醫、中醫)加以區分，但個別費用之分配仍依據申報之服務量或以論人計酬決定。

實施總額預算的國家很多，但我國全民健保實施總額預算參考德國經驗良多，而加拿大實施總額預算的經驗一直是美國控制

醫療費用學習的對象(Rakich, 1991), 荷蘭則是以近年來總額預算下的制度改革著名(林芸芸, 1998; 陳宗泰、藍忠孚, 1998), 因此研究同仁針對德國、加拿大、荷蘭的總額預算制度進行簡單介紹, 並探討其經驗成效及可供台灣參考之處, 茲先將各國實施總額支付制度概況整理如表 1.1 所示。

表 1.1、各國實施總額支付制度概況一覽表

實施國家	實施部門	服務項目的價格	服務量	總醫療支出
英、法、荷、 加、瑞典	住院	訂定醫院或醫院各 部門年度預算	與服務量無關	完全在預算內
德國	門診	訂定各項服務相對 點數，價格回溯計算	以審核及同儕 制約控制	完全在預算內
加拿大	門診	預先訂定各項服務 價格	預先協定總服 務量及超出總 量之解決方式	可能超支

資料來源：中央健康保險局(1996)。全民健保執行情形報告。

一、德國

以德國為例，德國自 1883 年開始實施社會性健康保險 (Social Health Insurance)，是世界上最先實行總額預算支付制度的國家。實施後，由於醫療費用的快速膨脹，政府財政在 1910 年產生了一些困境，從那時候開始，才有類似「總額預算」的這種概念。然而，一開始也不稱為「總額預算」。這種概念是比較著重在資源的分配 (resources allocation)，因為假定衛生部門醫療費用部門支出多，其預算擴大的時候，便會排擠其他政府部門預算，對於財源籌措的相關首長形成了巨大的壓力。

德國的健康保險是以基金會的形式運作，由政府部門中

的社會服務部、衛生部、勞動部及財政部共同負責。由這四個部門先進行第一個層次的分配，此一分配是從全國的角度來作預算資源的分配；爾後再由第一層次降到第二層次再分配。在第一層次分配時，基本上四個部門會先協商，擬定腹案，討論中會特別重視由勞動部內部所提出來的問題，例如「今年我們計畫分多少錢在健保上？」此種問題。因此，這個部分原則上是先決定一個類似總額的預算，然後再降到基金會的層次，由付費者（payer）和醫療提供者（provider）去協商談判。所以第一層次是資源預算分配，第二層次為談判協商（negotiation）。第二層次強調的是談判協商的過程。基本上由供給者和消費者（被保險人）之間來談判協商，理論上還需同時備有許多的配套措施。例如：醫療利用審查、管控（management），以及相關品質監測的機制等等。德國醫療費用總額預算體系的實際運作分成『聯邦』及『地區』兩個層次；聯邦的負責組織是『醫療事務協商行動委員會』（CAHA），負責制定醫療費用上漲幅度、訂定審查範圍、修訂門診支付標準表等，預算總額則由疾病基金會及醫師工會協商訂定。預算的設定要考量物價上漲率、投保者平均薪資及其成長率、給付範圍、醫療成本的變動、經濟成長等因素。

地區性協商則在聯邦裁定之上漲範圍內，由各基金會與保險醫師公會，決定醫療費用實際支出總額的上限值。

由於德國比較著重在各個疾病基金會，所以它的財務重心也就落在個別的基金會上。保險費由雇主及勞工共同擔任，保險業務則由政府認可的『疾病基金會』來經營。政府介入，同時扮演兩種角色：一方面政府出錢，算是雇主的一部份；另一方面它又必須站在總體國家的立場，調控財務並照顧全體國民的健康。目前德國醫療費用的財源，60%來自疾病基金會的保險費收入，21%來自聯邦和地方政府的一般稅收，7%來自於私人保險的保費收入，另有11%是來自於病患的自費負擔（李卓倫，2001）。

德國門診總額預算為論量計酬基礎(fee-for-services based global budgeting)的支付上限制，各開業醫師的報酬由各地區的疾病基金會與地區醫師協會協商後，考量其醫療技術、人口組成、死亡率及行政費用等因素，再決定該地區的年度預算，並於最後回溯計算每點支付金額。因此每位醫師所獲得的報酬，將受到自己本身及同儕提供服務量的多寡所影響。

二、加拿大

以加拿大為例，加拿大的總額支付制度是指加拿大政府在每年的健康保險費用支出中，採取給每省各一個固定總額預算的醫師費及醫院費用，再讓各省去自行分配。1957 年加拿大政府通過「醫院保險與診療服務法案 (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act)」，明定各省政府若願意在相同的投保條件下，提供醫院服務給省內所有居民，則提供財務誘因。加拿大共劃分為十個省與三個自治區，行政組織方面，分為聯邦和省兩個層級，所以在健康照護醫療體系方面，加拿大是一個仰賴「各省地方自治制度」的國家」。1960 年以前，加拿大並無自己的健保體系，但在 1960 年代以後，加拿大人開始發展建立起自身的健保體系，一個普及的健康保險是加拿大人文化認同的基礎。1966 年加拿大政府不顧私人醫療保險者、醫界及若干省政府反對，通過「醫療保險法案 (Medical Insurance Act)」，提供願意加入全民健康保險 (medicare) 的各省政府大手筆的財務誘因，確立了醫療照護支出上，中央與地方「對等成本分攤的原則」，全民健康保險制度確立了四項原則，至今仍然適用，此四項原則分別是：

1. 普及性 (Universality)，健康保險須提供全方位醫療服務，

涵蓋所有醫院、醫師及任何必要之醫療費用。

2. 全民性 (Comprehensive)，每人在投保條件相同下，皆享有相同程度的醫療照護，不因性別種族等因素而有所差別。
3. 公營性 (Public Administration)，由加拿大政府或其委任政府機構負責經營。
4. 通用性 (Portability)，醫療保險收益可轉至加拿大境內各地使用。

1970 年代因為「健康不一定等於提供醫療照護」的新觀念出現，此外，聯邦政府也發現「對等成本分攤」原則，錯誤地引導地方各省將全部醫療資源投入醫院及醫師診療服務中，因為地方想獲取中央更多的補助，但卻忽略了其他增進人民健康的措施，使富有與貧窮省分的貧富差距更加擴大。因此在 1977 年新訂了「聯邦/省政府財務處理及現有施政計畫方案 (Federal-Provincial fiscal arrangement and established Program Financial Act, EPF ACT)」，此法案的特色就是中央採「整額撥款」的方式給地方，代替以前成本分攤的方法。

加拿大總額支付制度大致可分為醫院及醫師的支付兩大部分 (Raffel, 1984)：在醫院部份的總額支付制度，係根據醫

院以往的資料(例如醫院類別、病床數、佔床率等)，以三年的移動平均值趨勢，來預測下一年的預算總額。在醫師部份的總額支付制度係以開業醫師採論量計酬制，而醫院內的醫師則為薪水制。醫師所得除了總額預算之外，亦規定醫師收入上限，避免少數醫師之高收入影響其他醫師之收入，做法類似我國的合理門診量制度(李玉春、蘇春蘭，1992)。

三、荷蘭

至於在荷蘭方面，1988年時有60%的醫療費用是由強制性的醫療保險支出，由政府一般稅提供的補助款佔14%，志願性的健康保險佔15-16%，病人自費負擔佔11%。因為公務員的強制性保險視同自願性的健康保險，因此自願性的健康保險數據看來有些高。醫療費用支付方式與標準乃依據中央健康費率法(National Health Tariffs Act)制定而成，適用範圍包括社會及民間健康保險。但需由保險人協會與醫事服務團體先行協商。

中央費率機構以被保險人風險校正論人支付制度(risk-adjusting capitation payment, RACP)支付費用給各保險人；保險人再以論人計酬支付給家庭醫師，以總額預算支付

給醫院。荷蘭醫院總額預算是以醫院為單位，一家醫院一筆預算，醫院的年度預算是固定的，總額預算底下，荷蘭的醫院單位也會有提高服務量的現象產生，而使得每點單價降低，但是因為是以醫院為預算單位，較容易找出問題點。荷蘭全國醫療費用的總額係由財政長做最後決定，而醫院費、藥費、醫師費的分配額度，則由保險人與醫療服務提供者分別洽定。

保險費率可由中央費率機構依醫療費用支出額度調整，它的特別之處是很少受到政治干預。中央費率機構即中央健康費率委員會（National Health Tariffs Authority），由 18 位委員會組成。下設秘書處及五個組。當保險人與醫療服務提供者協商總額未達成協議時，可申請仲裁，交由協商委員會（Arbitration committee）協調，該委員會由三方代表組成，保險人協會、醫院協會、公正人士代表三位，但是最後仍需由中央費率機構裁決。

醫院在 1982 年以前採未預設預算的開放式財務（open-end financing），1982 年開始依歷史基礎導入預算制度（introduction budget system on historical bases）。剛開始實施總額預算時，依據的是該醫院過去的經營成本，再給予每年合理的成長率，

但因依循過去的成本資料，等於獎勵過去因經營不善而成本過高的醫院，同時懲罰有效率的醫院。於是從 1983 年開始，醫院開始實行總額預算制度，其方式為固定點數及每日住院費率，預算涵括疾病基金會與私人保險的病人在住院治療費用以及專科醫師的診察費，以取代過去論量計酬的支付制度，預算總額是一年一次由醫院與地區內的公、私保險人進行協商，再報請中央費率機關核定。協商後的總額預估了一個雙方都可接受的服務量及診療項目的支付標準，透過這一總額支付制度，任何病人接受的醫療服務不再有差別，同時也確立了醫療服務的標準價格。一年中醫院經營管理不論有盈餘或虧損，都不被列為考慮調價的因素，醫院可以爭取的是連續兩年都有比預期中更高的服務量，或可據以向保險人爭取調高總額制度。

1987 年後因為希望能變成錢跟著病人走，所以改採功能相關性預算制度 (Function-related budgeting)，從 1988 年開始，實施新的總額方案。該方案對醫院成本架構有新的評估方法，包括固定成本如利息、折舊、維護費的 20% 不再列入協商範圍內，餘下協商的成本分配方式固定為 25% 依據醫院區域人口量，35% 依據醫院病床數、專科醫師數 (需依計畫)，以及

40%依實際病人住院日數、治療日數、初診病人數。

四、英國

英國的國民保健服務（俗稱公醫制度）始於 1948 年，NHS 可視為相當成功的醫療保健制度，提供全民基本的醫療服務，防止因重大傷病造成個人或家庭財務危機、僱用有經驗且有醫德的醫師給予病人適當的醫療照護而減少醫療欺騙行為，並適度給予醫師們醫療上的自主權。

但由於病人看病不用付費，沒有誘因而減少不必要的就醫。此外，GP 常過度的將病患轉給醫院或專科醫師，以減輕負擔，然而醫院由於實施總額預算，醫師受聘薪水，看病多寡並不影響其收入（錢不跟著病人走），導致醫院醫生沒有太多的誘因而改善醫院的營運，因而產生病患長期等候住院、手術的現象。醫師雖享有醫療的自主權，但甚少參與醫院的經營管理，醫院經營管理者有醫療資源分配的權利，卻鮮能影響醫師的醫療行為。

爾後經過不斷的修正，1989 年政府發表「為病人服務之白皮書」（white paper: working for patients），期能對實施已 40 年之醫療制度進行改革。同年，也發表社區長期照護之改革。

「國民保健服務及社區照顧法」(National Service and community Care Act of 1990) 頒行後，英國社會福利工作已將「國民健保」與「社區照護」兩大服務項目相結合，使政府主導與民間私營之共同力量互相結合，此種公私混合之社會福利政策，成為今天英國推動「國民保健服務」工作之特色。

在門診部分，大部分由 NHS 家庭醫師負責，主要採論人計酬，論量計酬為輔。家庭醫師診療報酬的基準額係政府依據每年醫師及牙醫師診療報酬檢討委員會的建議而核定，與政府訂立契約。家庭醫師採總額預算；另少數由私人醫療保健服務經營的診所，採論量計酬，費用由病人自行支付，但在改革以後，則強化論人計酬為主的支付制度，並讓 GP 承擔更多的財務與品質責任。

在住院部份，在改革以前，英國的醫院大都是公立醫院，醫師受聘領薪水上班，住院部份實施總額預算，並採支出上限法。

五、臺灣

至於臺灣，我國為了提供全體國民適切的醫療保健照護，以增進國民健康，自民國八十四年三月開辦全民健康保

險。健保開辦之初為了讓醫療服務提供者易於接受且不減少必要的服務，所以採論量計酬（fee for service）為主，論病例計酬及論日計酬（精神病住院及社區服務）為輔的支付制度。由於醫事服務提供者缺乏分擔財務風險的誘因，致使醫療費用支出節節高漲，醫療資源配置也受到扭曲。全年度之健保支出總額亦從開辦之初的兩千多億上漲到現在的三千四百多億（中央健保局，2004），健保支出的成長率大於保費收入的成長率。為使健保永續經營，我國開始陸續於八十七年七月實施牙醫門診總額支付制度，之後於八十九年七月實施中醫門診總額，九十年七月實施西醫基層總額，九十一年七月實施醫院總額，至此，我國可以說全面實施上限制總額支付制度。

我國的健保制度是由中央健康保險局提出精算報告後，交付衛生署擬定醫療給付費用總額範圍後，逕付行政院核定。行政院核定後則交付費協會協定年度醫療費用總額及其分配方式，達成協定後便確定了年度醫療給付費用總額。

費協會為合議制委員會，隸屬於行政院衛生署，除幕僚人員外，由醫事服務提供者、保險付費者代表及專家學者所組成。

第二部分、醫療資源分配與優先順序

其它實施全民健康保險(NHI)或國民保健服務(NHS)的先進國家，面對資源分配的困難議題時，常見的做法為透過某專責單位組織，對各項醫療服務進行醫療資源配置(priority setting)，也就是根據該國各項客觀環境條件，訂定醫療服務給付的優先順序。雖然各國運作方式及細節或有不同，但相同的是，都有明確的專責單位及運作制度。

國內外關於醫療資源分配與優先順序的文獻可概括地分為兩類，一類是以經濟學的角度為基礎(Ham, 1997; Elbasha & Messonnier, 2004)，利用成本效果分析(cost-effective analysis, CEA)、成本效益分析(cost-benefit analysis, CBA)，與成本效能分析(cost-utility analysis, CUA)等量化分析工具來測量。另一類的學者則是以社會行為科學及倫理道德等觀點(Lewis & Charny, 1989)，以問卷調查方式來進行優先順序的調查。

行政院二代健保規劃小組所提出的二代健保報告(2003)中指出，專家學者們認為醫療資源配置應優先考量的前三項原則為「安全」、「公平」及「有效性」，並建議以此原則做為排定醫療資源優先順序之參考。其中明白建議我國全民健保

醫療資源配置原則，除考量安全性、公平性、有效性外，還須同時兼顧程序透明、公開參與、與各方的價值觀點，在客觀量化的數據分析與價值選擇下，建立其機制。

研究同仁參考整理二代健保規劃中楊銘欽教授所提及之他國資源配置之相關文獻如下：

一、澳洲

澳洲主要健康照護系統為 1984 年以來公辦單一保險人之全民健康保險（名為 Medicare），其主要負責之業務單位為 HIC（Health Insurance Commission）除了政府規定收入一定程度以上者，其餘必須加入 Medicare。Medicare 所給付之醫療項目統稱為 MBS（Medicare Benefits Schedule），給付之藥品項目統稱為 PBS（Pharmaceutical Benefits Scheme）。因此對於給付項目的變更，一律必須修改 MBS 及 PBS 之內容。

澳洲運作醫療資源配置的組織主要為 MSAC（Medicare Services Advisory Committee），主要任務為針對新出現之醫療科技進行評估（評估前須經由醫學專業團體提出申請並核可，或為部長指定之評估項目），並直接建議部長是否將該項目納入 Medicare 給付範圍。評估方式強調實證醫學之導入，

並將結論主要分為安全性 (safety)、有效性 (effectiveness) 及成本效益 (cost-effectiveness) 三方面評估是否納入給付範圍，並兼顧可近性 (access) 及公平性 (equity)。

澳洲在資源配置的決策過程中，最大的特點便是實證醫學的導入及經濟評估的重視，並建立許多經濟評估的指引，評估及決策可說相當完整。澳洲較為人所批評的便是等候時間(waiting list)，因此澳洲的私人保險相當普遍，將近 50%的民眾都有加入私人保險，而政府也補助民眾加入私人保險，以避免過多的民眾因等待公立醫院診療的時間而失去就醫的機會。

二、紐西蘭

紐西蘭主要之醫療照護為政府所提供 (New Zealand Public-Funded Health Services，類似英國之 NHS)，因此全體國民皆為政府之照護對象，其主要負責之業務單位為全國 21 個 DHBs (District Health Boards)。紐西蘭運作醫療資源配置的組織主要為 NHC (National Health Committee)。紐西蘭政府在 1991 年認為必須建立醫療資源配置的優先順序，因此在 1992 年成立 Core Services Committee (1996 年改名為 NHC)

進行有關資源優先順序的評估。再深入探討後，NHC 認為，類似美國奧瑞岡模式的配置順序並不適用於紐西蘭，因此，NHC 針對許多非必要性的醫療處置訂出準則(guidelines)，專科醫師們根據各項疾病的準則來評估每個病患是否符合給付條件。另一方面，隨著新醫療科技的不斷出現，NHC 也評估其它新醫療科技是否該納入給付範圍。

醫療資源配置順序的重點在於需求面的評估，故紐西蘭政府在一開始便認為不應該否定任何一項醫療處置的功能，而是針對病人的需求追求性進行優先順序排列。此種做法雖然對於保障民眾接受所有醫療服務的權益有一定幫助，但同時也讓一些民眾失去醫療給付。

三、瑞典

瑞典是以地方政府為主體的地方分權性的醫療照護體系，近八成的醫療服務其財源來自地方稅收，而負責醫療服務運作的民意代表則是經由地方選舉產生。公平性 (equity) 原則一向是北歐國家醫療體系的特色之一，也是推動探討醫療資源配置優先次序的重要驅力，而醫療資源配置的議題通常是在探討如何平衡因人口學因素、新興醫療科技與民眾期

待增加，所造成對於醫療資源的需求與壓力。

瑞典國會於 1992 年成立醫療資源配置委員會，包含具有投票權的委員七名，代表主要的政黨，另外尚包括九名供委員諮詢的專家學者，其領域涵蓋臨床醫療、健康經濟、醫療管理、法律與倫理。該委員會於 1995 年針對瑞典的醫療資源配置議題提出報告，並在倫理層面提出決定資源配置優先順序的原則。該原則包含三大部分：第一是「人性尊嚴」——不論個人特質及其在社會之功能為何，在健康照護上，每個人應享有同樣之尊嚴及權利；第二是「需要與社會連帶責任」——健康照護資源應給予最需要的一群人，社會連帶責任是關注這些未能體察其人性尊嚴，且沒有機會發出聲音或行使其權利者之需要；第三是「成本-效率」——在選擇治療同一疾病的不同醫療處置時，必須考量成本效率的原則，也就是在增進健康與生活品質的同時，必須維持成本與效果之間合理的平衡。

根據以上的原則，瑞典國會的資源配置委員會提出兩套資源配置優先次序表，一套針對政治/行政上決策使用，另一套則針對臨床的需要。在行政使用的優先次序配置表，將醫療照護區分為五個群組。群組一包含對於會威脅生命、導致

死亡或殘障的急性疾病醫療、臨終緩和醫療、以及對於缺乏自我照顧能力者的照護。群組二包含有文獻支持其效益的預防保健服務、及醫療健康服務法規定的復健治療。群組三的醫療服務包括嚴重度較低的急慢性疾病照護，群組四則是非典型的特殊個案，群組五是治療疾病與傷害以外的醫療照護。瑞典的地方政府（country council，通稱「郡」）在國會委員會提出的倫理原則與優先次序清單的原則性規範下，各自發展符合地方需求的資源配置原則。例如仿照美國奧瑞岡州模式，或是以實證醫學為主的資源配置原則，也有考量不同醫療部門資源投入、民眾等候服務的清單、以及治療結果的複雜資源配置表。

四、挪威

挪威是世界上最先針對醫療資源配置優先次序進行討論的國家。早在 1985 年，挪威國會即組成一個由醫療照護專家所組成的委員會來分析及發佈全國性和地區性的醫療資源配置指引，並在 1987 年公布其報告。就如同其他北歐國家的醫療照護體系的特色，挪威對於醫療資源配置優先次序的討論也是以「公平性（fairness）和「權利平等」（equal right）」為

出發點。該委員會以經由文獻探討的方式，蒐集及分析當然與醫療政策有關的文獻，藉以描繪出如何引發資源配置的議題以及期待資源配置的議題如何發展。此外，該委員會也嘗試經由探討醫療及社會因素對於不同醫療措施的影響，作為建立資源配置優先次序的基礎，這個分析模式被視為是後來「科技評估」(technology assessment) 的濫觴。

另一個資源配置次序清單的基礎，則是以疾病嚴重程度為基礎，區分為四個等級，據此歸類醫療處置的優先次序。第一級的醫療處置是「生命維持」及「不可缺少」的醫療處置。第二級醫療處置指「若拒絕提供則會造成健康傷害」的醫療處置，疾病嚴重度較第一級低。第三級醫療處置包括「經證實有效益的慢性疾患處置」，第四級（不具優先性）醫療處置則指非必須或沒有經證實的價值，因此可以被排除在國家提供的健保範圍之外。

挪威除了是第一個在國會委員會針對醫療資源配置優先次序進行探討的國家，也是唯一第二次進行同樣檢討工作的國家。1996 年挪威國會成立一個類似的委員會，藉以評估前次委員會議建議事項的執行成果，以及討論形成資源配置優先次序的相關技術。1997 年該委員會提出醫療資源配置的建

議報告，並提出新的資源配置指引。該指引將全部的醫療處置依照公共財源給付的優先次序區分為四大類。第一類是「基本醫療服務」，係考量疾病嚴重度、醫療結果與成本效益為基礎的醫療服務，應該完全由健保提供。第二類是「附加的醫療服務」，此類醫療服務包含較不嚴重的疾病與效果較不明顯的醫療服務，健康保險將盡可能提供。第三類是「低優先次序（邊緣性）醫療服務」，是在給付第一、二類服務後，尚有多餘資源才予以給付，涵蓋於此類的服務例如美容手術、試管嬰兒等，該委員會建議此類醫療服務可以將部分負擔的機制納入考量。第四類是「無優先性或健保給付範圍外」的醫療服務，包括臨床試驗等非常規的醫療服務。

五、美國奧瑞岡州

美國奧瑞岡州的醫療資源分配政策，在 1993 年通過聯邦主管機構許可，1994 年開始實施，用於美國低收入戶保險（類似臺灣以前的福保）體制中。此政策雖為州政府的政策，但仍受到聯邦政府的管制。醫療資源分配優先順序的決定程序，是由健康服務委員會負責運作，目的是在以相同資源來擴大被保險的人口數，奧瑞岡州運用給付範圍加以限制之管

理精神，優先給付給較能改善健康狀況的醫療服務項目。

奧瑞岡州決定醫療資源如何分配的基本原則，是以成本效益和公平性為主要考量，花費越少成本卻能達到改善健康及生活品質的治療方式越優先給付，並希望人人都能獲得醫療照護。訂定優先次序分配表，對於是否對服務項目加以給付的決定方式分為三個階段：經濟分析、公民價值、最後修正。在第一階段，首先以成本效益分析服務項目，包括花費的費用、效益維持的時間長度，並請醫師估計該項治療是否可能減輕症狀或預防死亡，以及民眾若未治療的嚴重性。第二階段加入了政治考量，以公民的價值觀進行優先次序的調整，採用電話調查的方式得到州民對醫療資源利用的價值觀點，同時透過舉辦一系列的社區會議、公聽會等方式，進行與民眾的雙向溝通。最後的修正，則將類似狀況的疾病放在一起，並以預防疾病的服務項目優先於治療的服務項目。美國奧瑞岡州的醫療資源分配優先次序表，總共包含了 745 個服務項目，到 1995 年為止，保險共給付了前 606 個服務項目。其給付的範圍，包括：診斷、醫師服務、健康檢查（含牙科）、家庭計畫服務、孕產婦及嬰幼兒照護、處方藥、住院、安適及安寧照護、牙科、酒精及藥物成癮治療等。不給付的

服務範圍，則包含：無須治療也會改善的病狀、不存在有效治療法的病狀、大部分沒有有效的治療、整型外科、大部分的助孕服務、疼痛治療以及減肥服務等。奧瑞岡州的醫療資源分配方式，在針對低收入戶保險族群而非全民時，用公開而外顯的方式來決定分配順序及給付範圍，強調公民的價值，所以雖然很多人提及，但因費時費力所以大家並沒有真正引用。

六、荷蘭

荷蘭政府為了提升醫療資源有效的運用於 1985 年提出了詳盡的醫療資源配置優先順序政策。1988 年，成立當尼委員會 (Dunning Committee)，負責醫療資源分配的決定。荷蘭醫療資源分配的基本原則，強調醫療資源的使用應該是讓全民皆能獲得必需且必要的醫療，而非讓部分的人獲得完整全部的醫療，因此重視沒有機會發出聲音及展現其權益的弱勢族群；在給付優先順序的設定上，則強調應該清楚詳盡、負責任的公開決定，而非以黑箱作業分配，並應該與真實可信的社會價值、專家學者和醫界代表的意見主張相結合，來確定哪些服務項目是有價值的。

荷蘭醫療資源優先順序的決定，在社會保險基本的給付內容方面，是採「漏斗模式」(見圖 2.2.1)，分四層篩選出優先給付的醫療服務項目。這四個層次分別是：必需性、有效性、效率和個人責任。第一層先以社會的觀點來看，醫療服務是否為必需的照護；若是，再經過第二層，是否經過驗證證實為有效的治療；接著下一層，是否符合成本效益；最後一層則是看此服務的花費是不是可以由病患個人來承擔。而在醫療科技的選擇上，則是另有一套醫療科技評估機制，在新技術上市前須先經過獨立機構所做的安全性和效益性評估登記。在醫療服務利用的適當性方面，醫療提供者會對於所提供的服務成本較為清楚，但是為了維護醫療的品質，服務的提供是否適當，還是讓學者專家、保險人、醫院和病患共同監督，因此印製有關醫療資源分配優先順序的易讀性報告和說明手冊，寄給醫療服務提供者，同時運用多元大眾媒體傳播管道，增加醫界、民眾之參與，積極溝通彼此觀念與建立共識。

荷蘭的漏斗模式，最後篩去了 5% 原來的服務項目給付，留下了 95%。其中刪除的項目包括，醫學上認為不被需要的外科整形手術、成人牙醫、長期物理治療、失禁照護和結腸

手術等等。

1998 年，疾病基金會的新科技監測系統共有 126 項醫療服務項目。經過宣導之後，專家和民眾對醫療服務的知識與運用也較能達到共識。荷蘭的醫療資源分配政策，用混和的策略將宏觀至微觀層級的問題同時解決，但有時對必要醫療和效率很難定義清楚。在社會保險限制給付項目的同時，荷蘭政府開放私人保險與自費項目，以補不足。

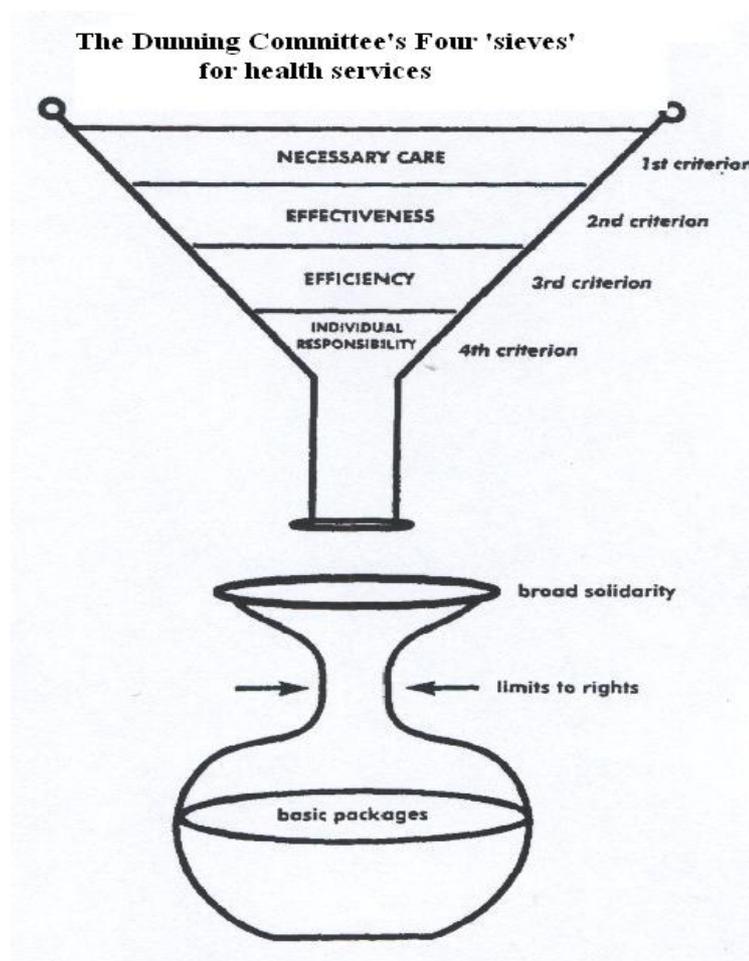


圖 2.2.1 Dunning 委員會所提出的對於健康照護的四個篩選原則

七、學理模式

除了以上以國家為單位的資源配置方法外，研究同仁也整理出許多於學理上常見的資源配置決策模式。一般常見的資源配置模式可分為兩大類，第一類為非經濟性的決策模式，一般比較常見的就是歷史資料、需求評估、定義核心服務（Mitton & Donaldson, 2004）。

(一)非經濟性的決策模式

1. 歷史資料：因為許多時候，我們並沒有一套數學公式可以去計算到底這樣的資源配置是否適當，所以我們很多時候都必須仰賴過去所發生的歷史資料來決定資源配置的問題。
2. 需求評估：需求評估是一個很常用來做資源配置的工具，首先我們必須去定義需求在個人（individual）或群體（population）的等級裡，然後我們看看若要達到這樣等級的需求需要的最少照護花費是多少。
3. 定義核心服務：第三種方式是利用一些標準（criteria）。例如：有效性、效率、必須性、公平性等，來決定是否該把這些服務納進醫療服務的配置裡。

(二)經濟性的決策模式

第二類則是經濟性的決策模式，一般比較常見的有 CEA (cost-effectiveness analysis)、CBA (cost-benefit analysis)、CUA (cost-utility analysis)、PBMA (program budgeting and marginal analysis)，以及多層級分析法 (Analytical Hierarchy Process, AHP)。

1. CEA：成本效率分析，常用來界定技術性效率的問題，它常使用在同一個目標下，最少兩個選項以上的決策時機時，也就是在固定的預算下，CEA 可以提供一個最好的方法來解決這個問題。
2. CBA：是用來衡量哪一種目標是值得我們投入有限的資源，也就是說 CBA 是用來幫助評量，在一定的機會成本下，有某一種醫療服務所得到的產出是否較多或較少於另外一種不同的醫療服務所得到的產出。
3. CUA：第三種有關的經濟評估方法就是 CUA。它常被使用在技術性或分配性的效益上。
4. PBMA：這一種經濟評估方法一般是用在較複雜的健康決策模式上。它的步驟如下，
 - 1) 指出資源配置活動的目標與範圍

- 2) 規範彙整一個計畫預算來當作經費使用的趨勢的
依據
- 3) 規範「邊際分析」顧問小組
- 4) 指出相關地決策決定準則
 - a. 決策制定者的投入
 - b. 委員會主委的投入
 - c. 大眾的投入
- 5) 顧問小組定義以下的選擇權
 - a. 服務的成長率大小
 - b. 資源分配的釋出是否產生相同等級的產出，但花費較少的資源
 - c. 是否停止或暫緩某些不適合的服務
- 6) 顧問小組推薦以下的項目
 - a. 新資源的成長率
 - b. 決定是否移動 5)b 的資源到 5)a
 - c. 如果和 5)c 相同的資源耗用過多則轉換某些資源到 5)a
- 7) 確實檢查增加的決策和變動的项目，是否已經在規劃過程中充分反應

5. AHP

層級分析法 (Analytical Hierarchy Process, AHP) 是由 Thomas L. Saaty 所發展出來的，專門設計來解複雜的多準則決策問題。AHP 要求決策者判定每個決策準則的相對重要性，然後利用這些決策準則來決定決策者判定每個決策準則的重要性，最後利用這些決策準則來決定每個決策方案的喜好程度。AHP 的輸出，是根據決策者的整體喜好，所得到的各方案的優先等級排序。有時要藉由經濟分析評估技術來評量無形效益是相當困難的，例如要評量新科技及其較難衡量的效益時，多層級分析法可以提供另外一種選擇。藉由測量兩兩比較的結果與一致性，完成之模式可以提供做為一個在集體協商討論時可以藉助的溝通工具。

AHP 發展的目的是要將複雜的問題系統化，並將問題的各個考慮面予以層級化，並利用層級分解劃分成不同的階層，讓問題更容易解決。建立層級的優點可以歸納出以下幾點：(Saaty, 1990c)

- 1) 提供一個有意義的整合系統，將複雜的系統轉換

成簡單的成分。

- 2) 清楚的說明上一層內的各因子之優先權重 (priority) 發生變動時，將如何影響下一層次內的各因子的優先權重。
- 3) 將元素分成不同層級的集合，使之更易於評估，會比直接評估整體系統有效率。
- 4) 詳細的劃分整個系統的層級結構，以便深入的瞭解層級結構的目標。
- 5) 發展自然系統以層級的方式是相當方便有效的。
- 6) 層級具有可靠性 (Reliability) 及彈性 (Flexibility)，也就是局部的改變不會影響整體的結構。
- 7) 對於人類的認知而言，階層式的關係是容易被接受的，因而具備易於溝通的特色。

整個層級是由目標、因素、子因素及方案構成，層級的數目端視問題的性質及分析深度而定，而每層要素的項目，根據 Saaty (1997) 的研究，在同一層級內的成對比較評估要素，以不超過七個為限。

另外，在進行 AHP 時有下列七項假設條件 (劉

信宏,1999)：

- 1) 整體性的模擬模型 (Integrated simulation model)，一個系統或問題可被分解成許多被評比的種類 (Class) 或成分 (Component)，形成更具方向性的網路層級架構。
- 2) 層級架構中，每一層級的要素均假設其具有獨立性 (Independence)，並且可以上一層級內的某些或所有要素為基準，來進行評比。
- 3) 評比時可將絕對數值尺度轉換成比例尺度 (Ratio scale)。
- 4) 成對比較 (Pairwise comparison) 後之矩陣倒數對稱於主對角線，可用正倒置矩陣 (Positive reciprocal matrix) 處理。
- 5) 偏好關係滿足遞移性 (Transitivity) (例如：A 優於 B，B 優於 C，則 A 優於 C)，同時捨度關係亦滿足遞移性 (例如：A 優於 B 三倍，B 優於 C 二倍，則 A 優於 C 六倍)。
- 6) 完全具遞移性不容易，因此容許不具遞移性質，但必須測試其一致性 (Consistency) 的程度，藉

以檢測不一致性的程度為何。

7) 要素的優勢比重是經由加權法則 (Weighting principle) 求得。

8) 任何因素只要出現在階層結構中，不論其優勢程度多少，均被視為其與整個評比目標結構有關。

Vargas (1990) 提出使用者在使用 AHP 方法前，應該具備以下的幾點認識：

1) 倒數對照特性 (Reciprocal comparison)：決策者進行比較時，對於元素喜愛的程度必須滿足倒數特性，例如 A 比 B 的偏好程度是三倍，則 B 的偏好需為 A 的三分之一。

2) 同質性 (Homogeneity)：元素的比較必須有意義，並且是在一個合理的範圍的評量尺度內。

3) 獨立性 (Independence)：元素間彼此的比較必須有意義，並且是在一個合理的評量尺度內。

4) 預期性 (Expectations)：為了完成決策目標，關係階層必須被完整的描述，建構關係階層及相關準則必須完整不能有所遺漏或忽略。

第三部分、台灣現行總額協商分配與運作

一、現行總額協商分配與運作方式

依全民健康保險法的規定，醫療費用總額設定流程如下：

(一) 依健保法第四十七條規定，全民健康保險每年度醫療給付費用總額，由行政院衛生署（以下簡稱衛生署）於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

(二) 衛生署依健保法第四十九條交付全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱費協會）於年度開始三個月前，就行政院核定醫療給付費用總額範圍內，協定年度醫療給付費用總額及其分配方式，報請衛生署核定。

醫療給付費用總額設定的流程，如下圖 2.3.1。

醫療給付費用總額設定流程

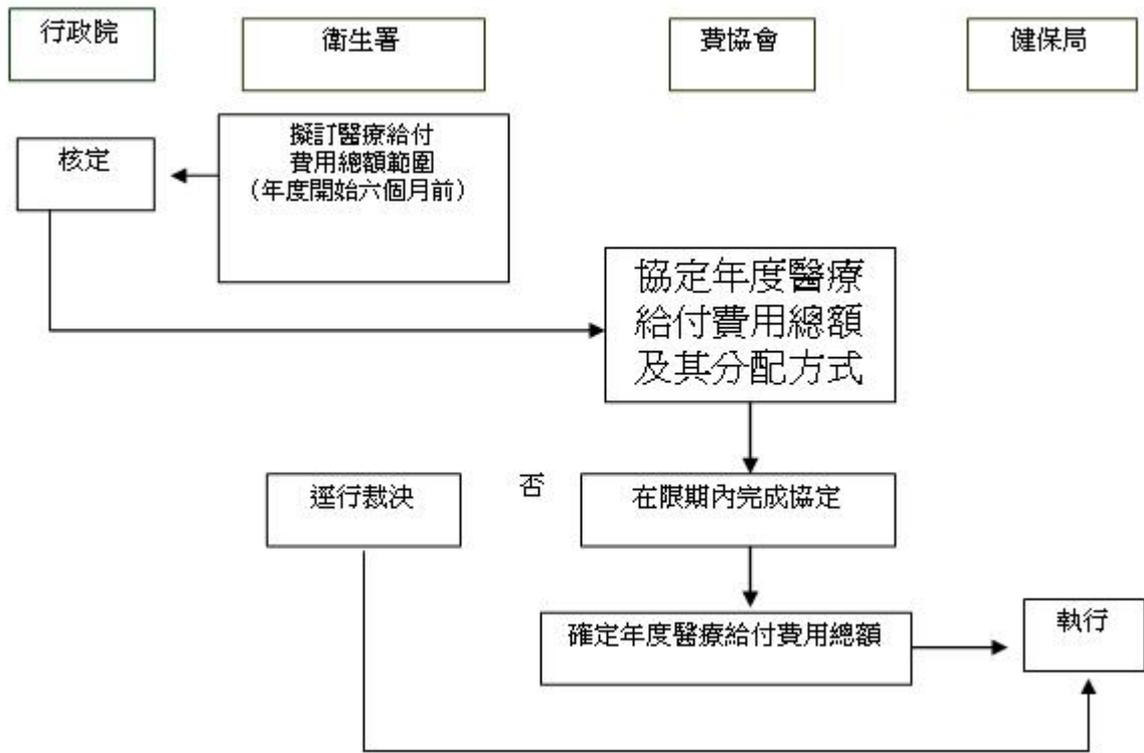


圖 2.3.1 醫療給付費用總額設定的流程

其中最主要的角色為行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會，以下簡稱費協會。費協會為合議制委員會，由醫事服務提供者代表九名、保險付費者代表與專家學者九名、相關主管機關代表九名，共二十七名委員組成，其中一名為主任委員。委員任期兩年，期滿得續聘。二十七名委員中，除主任委員及專家學者委員由行政院衛生署署長遴聘外，其餘委員由行政院衛生署分別洽請有關機關、團體推薦

後聘兼。目前委員組成情形如下：1. 醫事服務提供者代表九名，原則上由四層級醫療院所及醫師、中醫師、牙醫師、藥師、護理師護士等全國性公(協)會等推派代表。2. 保險付費者與專家學者代表九名，除專家學者外，原則上由中華民國工業總會、商業總會、工商協進會、台灣省農會、漁會、全國性工會團體及消費者團體等推派代表。3. 相關主管機關代表九名，除主任委員外，原則上由銓敘部、內政部、財政部、行政院勞工委員會、行政院主計處、台北市政府、高雄市政府及行政院衛生署等推派代表。

費協會的重要角色之一，在進行每一年度的總額預算分配及協商。其過程相當複雜冗長，以下簡單以94年度全民健保總額預算及其分配協定結果為例（全民健保總額預算及其分配協定結果說明會資料，2005），介紹我國現行總額協商分配與運作方式。

現行總額協商分配與運作方式初步可分為1.前置作業、2.協定年度總額預算及分配、3.協定結果報行政院衛生署核定、4.監控相關計畫研議情形，並進行必要之檢討或修正等四大步驟。

在前置作業方面，幕僚同仁先行檢討及改善93年度總額

協商模式，例如針對費協會委員及相關人員進行「年度醫療給付費用總額協商模式」意見調查（93年3~4月），據此製作彙編「全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽」（93年4~8月），提供必要之相關資訊以利費協會委員參考比較，包括歷年協定結果、非協商因素（人口結構與醫療服務成本指數改變率），並依付費者能力、醫療供需、利用、效率、品質，以及就醫可近與負擔、健康改善等面向彙集相關指標，以做為總額協商參考。並據此規劃94年度總額協商方法及程序。

年度總額範圍之擬定與交議則由衛生署擬定94年度總額範圍（93年4月30日），接著報請行政院核定（93年7月8日）。之後再交議費協會協定年度總額及其分配方式（93年7月13日）。衛生署並於93年8月18日函示94年度總額政策目標。（94年度總額政策目標包括以下三點：1.遵循「後SARS台灣重建計畫—醫療及公共衛生改造計畫」，落實93年各部門總額協商因素之相關措施，以促進醫療體系改革，提升效率。2.在健保財源允許下，為提昇醫療品質及保障民眾就醫權益，新醫療科技及新藥之引進仍應持續。3.以「健康投資」之思維，強化預防保健服務與公共衛生體系連結，推動整合性預防保健服務計畫，增進國人健康。）

在此同時，亦進行各部門醫療品質及總額執行績效之評核。此部分由各部門總額承辦團體報告 92 年度總額及 93 年度總額協定承諾事項執行成果（93 年 7 月 9 日）。健保局報告 92 年度與 93 年度其他部門總額執行成果，並以保險對象代理人立場分析比較各部門總額執行情形報告。除報告外，並進行「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」（93 年 7 月 21~22 日），邀請五位學者參與評核。當次的評核結果為牙醫門診總額為特優，中醫門診、西醫基層及醫院三部門為優等。此評核結果將做為協商預算時的不同程度之獎勵考量以資鼓勵。

接下來便進行 94 年總額預算之協商。94 年總額預算之協商仍分為非協商因素與協商因素。非協商因素依照過去既定之衛生署各部門非協商因素成長率計算方法，但有以下之修正(93 年 8 月 13 日 91 次會議提案通過)：因考量各部門共通性成本採用指數之一致性，修訂醫院部門基本營業費用項之參採指數，意即修正醫療服務成本指數改變率計算公式。

協商因素的確定，係經過一冗長的協商過程。自會前溝通與協調（如費協會的各次會前會）、到與總額受託單位及健保局溝通、建立協商默契，繼而由健保局及各總額部門預先

研擬協商因素(93年7月23日)、接著與總額受託單位及健保局溝通前述預擬之協商因素(93年9月7日)、並亦需與付費者及健保局溝通預擬之協商因素(93年9月16日)。繼而進行健保局會前會，與各部門總額受託單位研擬協商因素(93年8月16日)，進行正式協商。94年總額協商共識會議暨92次委員會議於93年9月17~18日舉行，敲定協商因素之內容。

94年度總額協商共識會議如何進行，一直是各界關注的部分。兩天的會議先由多邊會議進行初步協商，再進行正式委員會議，確定相關協商事項及做出正式紀錄。兩天的研討內容多是冗長的討論，往返協議，在行政院核定的總額成長下，各部門盡量爭取其最大服務空間，而消費者代表及衛生界行政代表則以全民角度檢視應否增加或刪除哪些協商內容項目，以及每一個協商因素所分配之金額。協商過程有點類似一般採購會議中的過程，一方以買方立場希望賣方能夠提供最佳的服務，一方以賣方立場提出相關資訊佐證該服務的必須性並協助買方瞭解該服務所應付出的相當金額。

94年度總額協商共識會議的重點事項包括各部門94年度總額每人醫療給付費用成長率、各部門94年度總額分配事項(含專款預算與其他計畫事項)、以及門診洗腎服務預算成長

率及相關協定事項。但是除此會議之外，仍有後續相關協商事宜，例如 93 次委員會議(93.10.18)確立門診洗腎服務預算成長率及相關協定事項、各部門地區預算分配方式、預先扣除項目、94 年度醫療給付費用總額報署決議，94 次暨 95 次委員會議(93.10.22 ,11.12)中亦決定了中醫門診總額地區預算分配方式、醫院總額門住診及其地區預算分配方式等重要議題。

等絕大部分應決議之內容確認後，即應將協定結果報請行政院衛生署核定。94 年度資料於 93.11.22 將「94 年度全民健康保險醫療給付用總額及其分配方式協定結果」報請行政院衛生署核定。之後，行政院衛生署於 93.12.29 核定同意照辦，此即為 94 年度施行總額之正式行政依據。

94 年度協定結果，簡單以表列表示。包含年度醫療給付費用總額及分配方式(表 2.3.1)、牙醫門診醫療給付費用總額及分配方式(表 2.3.2)、中醫門診醫療給付費用總額及分配方式(表 2.3.3)、西醫基層醫療給付費用總額及分配方式(表 2.3.4)、醫院醫療給付費用總額及分配方式(表 2.3.5)、門診洗腎服務預算協定相關事項、以及其他醫療給付費用總額及分配方式。

表 2.3.1 94 年度醫療給付費用總額及分配方式

部門別		牙醫門診	中醫門診	西醫基層	醫院	整體總額	
非 協 商 因 素	人口結構改變率	0.00%	0.66%	0.410%	1.80%		
	醫療服務成本指數改變率	1.63%	1.02%	0.090%	-0.23%		
	小 計	1.63%	1.68%	0.500%	1.57%		
協 商 因 素	保險給付範圍改變	0.92%	0.72%	0.510%	0.830%		
	醫療品質與保險象健康狀況提升	0.47%		0.450%	0.226%		
	其他服務利用與密集度改變	0.20%	0.39%	0.763%	0.770%		
	醫療服務效率之提升	-0.20%	-0.07%	-	-1.390%		
	其他預期法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響	-	-	-	1.700%		
	小 計	1.39%	1.04%	1.723%	2.14%		
94年每人一般服務費用成長率合計		3.02%	2.72%	2.223%	3.71%		
94年專款項目預算(百萬元)		249.8	75.0	920.0	3,734.1		
94年門診洗腎費用成長率		-	-	15.32%	4.10%		
94年每人費用成長率估計值 [含一般服務+專款項目(及門診洗腎)]		2.90%	2.51%	3.228%	3.53%		3.605%

表 2.3.2 94 年度牙醫門診醫療給付費用總額及分配方式

項 目	成長率(每人)或金額(百萬元)	
非協商因素成長率		
人口結構改變率	0.00%	
醫療服務成本指數改變率	1.63%	
小計	1.63%	
協商因素成長率		
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.47%
保險給付範圍或支付項目的改變	支付標準調整	0.40%
	兒童預防保健(五歲以下兒童塗氟)	0.20%
	提升初診照護品質計畫	0.32%
其他醫療服務利用及密集度的改變		0.20%
醫療服務效率的提升	預期醫療品質提高，減少重複診療等效益	-0.20%
小計		1.39%
一般服務成長率合計(含非協商因素+協商因素)		3.02%
專款項目(預算)		
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	牙醫特殊服務(包括：先天性唇顎裂患者和重度以上身心障礙者牙醫醫療服務)	41.5
其他醫療服務利用及密集度的改變	資源缺乏地區改善方案(包括牙醫師至無牙鄉執業及巡迴醫療服務計畫)	208.3
小計		249.8
每人費用成長率估計值(含一般服務+專款項目)		2.90%

表 2.3.3 94 年度中醫門診醫療給付費用總額及分配方式

項 目		成長率(每人)或 金額(百萬元)
非協商因素成長率		
人口結構改變率		0.66%
醫療服務成本指數改變率		1.02%
小計		1.68%
協商因素成長率		
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.42%
	門診醫療品質提昇計畫 (1)提高癌症病人生命品質 (2)特定疾病加強照護門診 (3)開辦示範教學門診 (4)針灸標準作業程序醫療品質提升計畫	0.30%
保險給付範圍或支付項目的改變	中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務	
其他醫療服務利用及密集度的改變		0.39%
醫療服務效率的提升	預期效益	-0.07%
小計		1.04%
一般服務成長率合計(含非協商因素+協商因素)		2.72%
專款項目(預算)		
其他醫療服務利用及密集度的改變	資源缺乏地區改善方案 (無中醫鄉巡迴醫療服務)	75.0
小計		75.0
每人費用成長率估計值(含一般服務+專款項目)		2.51%

表 2.3.4 94 年度西醫基層醫療給付費用總額及分配方式

項 目		成長率(每人)或 金額(百萬元)
非協商因素成長率		
人口結構改變率		0.410%
醫療服務成本指數改變率		0.090%
小計		0.500%
協商因素成長率		
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.290%
	擴大推動醫療給付改善方案(新增精神分裂、高血壓、早期療育等項目)	0.160%
保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.206%
	支付標準調整(包括放寬表別及繼續推動RBRVS、DRGs等)	0.304%
其他醫療服務利用及密集度的改變	反映慢性病人醫療服務利用及密集度的改變	0.763%
小計		1.723%
一般服務成長率合計(含非協商因素+協商因素)		2.223%
專款項目(預算)		
保險給付範圍或支付項目的改變	慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫	50.0
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	家庭醫師整合照護制度試辦計畫	770.0
其他醫療服務利用及密集度的改變	醫療資源缺乏地區服務獎勵專案	100.0
小計		920.0
門診洗腎服務新增預算(含品質保證保留款)		(總預算成長率 15.32%)
每人費用成長率估計值(含一般服務+專款項目+門診洗腎服務預算)		3.228%

表 2.3.5 醫院醫療給付費用總額及分配方式

項 目		成長率(每人)或金額(百萬元)
非協商因素成長率		
人口結構改變率		1.80%
醫療服務成本指數改變率		-0.23%
小計		1.57%
協商因素成長率		
品質保證保留款		0.155%
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	擴大推動醫療給付改善方案新增精神分裂、高血壓、早期療育等項目	0.071%
保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.830%
其他預期法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響	支付標準調整對醫療費用之影響(包括繼續推動台灣版RBRVS、DRG等)	1.700%
其他醫療服務利用及密集度的改變		0.770%
醫療服務效率的提升	預期各項支付制度改革，可減少門診量、降低住院感染、重複檢查等效益	-1.39%
小計		2.14%
一般服務成長率合計(含非協商因素+協商因素)		3.71%
專款項目(全年計畫總預算)		
保險給付範圍或支付項目的改變	慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫	1,500.0
其他醫療服務利用及密集度的改變	罕見疾病、血友病及愛滋病藥費	2,234.1
小計		3,734.1
門診洗腎服務新增預算(含品質保證保留款)		(總預算成長4.10%)
每人費用成長率估計值(含一般服務成長率+專款+門診洗腎服務預算)		3.53%

鄭守夏教授在 2005 年 1 月 7 日「健保總額預算之協定與分配—檢討與展望」演講中，提出他認為當前醫療費用協定上的問題，在於 1.協商受健保財務狀況影響之多寡、2.委員對議題熟悉度不同，涉及醫療及專業執行細節部分，參與度或達成共識難易度亦異、3.醫界與健保局資訊之對等性問題、4.預算之協定是否受衛生署政策指導或健保局之影響（中立原則）等幾個重要議題上。協商因素之評估方法包括了要考量資料期程、協商因素能否有明確客觀指標、醫療服務成本指數之適當性、權值之適當性、用預估或實際數值、反映實際成本或機會成本、藥品及醫療設備材料指數(躉售物價指數)之選擇(牙醫與中醫)等。

自牙醫總額推行至今，我國在總額協商分配與運作方式方面已經有相當之經驗，不論在前置作業、協定結果報行政院衛生署核定、監控相關計畫研議情形等部分都已經越來越上軌道，有既定之步驟流程，且時程越縮越短，越來越有效率。但是在整個協商分配方面，最為困難之處，為每年協定年度總額預算及分配方面的爭議，而此部分一直無法有個最為完善的解法。不過費協會已經逐步建立了穩健協商模式，

意即以協商(預算)、監控(計畫)、評核(成果)、回饋/獎勵、改善做為一穩健循環的協商模式。並不斷以會前會持續協商討論輔以歷史資料等方式盡量尋求其中分配之公允程度。

在歷史資料的透明化部分，費協會亦相當努力將健保及各分局部門總額之預算、利用、費用、品質指標等資料匯整成「協商參考指標要覽」提供各界參考，並舉辦說明會，將全年協商相關資料製成光碟以供各界使用，以期使協商更為透明公開。同時也希望藉由資訊的公開，使得更多社會大眾具有參與及監督的能力。並且因應社會大眾對協商過程及結果透明化之要求，舉辦「92年總額執行成果發表暨評核會議」。

另外，為使年度總額協商更和諧順暢、透明及公平，費協會也一直積極研討如何改進協商方式與內容。例如，費協會於九十三年四月對該會委員及相關人員進行「年度醫療給付費用總額協商模式」意見訪談，針對協商模式等進行意見調查，就過去協商模式與過程及對未來協商模式提供興革意見。該次調查主要以「各部門總額執行成果(含品質確保方案及總額執行績效)評核」、「總額協商程序及內容」、「衛生署擬訂報院大總額之過程需否擴大參與對象」及「應財務平衡所需之給付項目調整」為訪談課題。其中與協商最有關係的重

要結論之一，即為多數受訪者皆認可以九十三年總額協商的共識營模式來協商九十四年總額。

費協會雖然在協商部分已經有了相當豐富的經驗與深厚的努力，但是未來仍有值得繼續努力的部分。亦即，在這樣的協商過程中，更進一步地尋求協商資訊對等，尋求能讓協商兩造認為更公允的分配方式，持續維持協商過程及結果的透明化，進一步尋求讓社會大眾能更易理解掌握的資訊提供方式，藉此以提升強化社會大眾的參與。

二、二代健保規劃

本研究所訂之 AHP 架構及評估準則，係以二代健保規劃報告相關章節之資料為藍本，故其乃本研究之主要基礎之一，故於此亦回顧二代健保，以及其中楊銘欽教授主持之「建構醫療資源配置優先順序之機制」研究部分。

現制全民健康保險於八十四年三月一日實施至今，已達成全民有保、提供廣泛的醫療照護，以避免因病而貧等階段性目標，然民眾滿意度雖持續維持在七至八成間，但是當年「不浪費」與「不虧損」二大原則，或因近年來社會經濟環境的改變、或因制度設計上有待檢討，全民健康保險面臨收支短絀的壓力，現有的困境亟須突破。因此，行政院衛生署

於八十九年七月委託國家衛生研究院成立「全民健保體檢小組」，並於九十年二月底完成任務並提出報告。對於體檢小組報告所提政策建議需長期規劃者，行政院衛生署再於九十年五月報請行政院成立「行政院二代健保規劃小組」，並於同年七月一日正式成立，期以新思維方式進行長遠問題的思考與研議，希望藉由縝密規劃，重建優良體制，導正就醫行為及醫療生態，兼顧醫療科技發展，建立一個負擔公平、財務健全、品質提昇、照護適當、資源發揮最大效用，突破目前極限，建立永續經營、保障民眾醫療的全民健康保險制度。

二代健保規劃小組的主要任務包括二代健保體制改革之規劃事項、二代健保財務制度之規劃事項、二代健保支付制度之規劃事項、二代健保法令研修之規劃事項、以及二代健保政策宣導之規劃事項。

規劃小組於各階段之運作過程中，均會就整體規劃架構進行密集討論，伊始以保險人（現剩下為健保局）、醫療服務提供者（包括醫師、醫療機構等）與保險對象之三角關係為基礎，延伸考量經濟、政治、社會之外圍環境，再從全民健保制度中相關行動者出發，思索行動者之間互動現況與待解決問題，並逐步衍生相關議題以資規劃；隨後參酌世界衛生

組織（WHO）2000 年報告，依據該份報告中所提及良好的醫療照護體系評估標準與相關策略，期待二代健保之規劃能夠協助達成國家醫療體系之三項目標：回應民眾期待、財務負擔公平及增進國民健康。並依此確立本規劃小組之四大分組工作重點，分別為「促進醫界盡責並提升醫療品質」、「規劃權責相符之財務收支制度」、「建構社會參與健保政策之機制」、「研議永續經營之健保治理體制」：整體概念如圖 2.3.2。

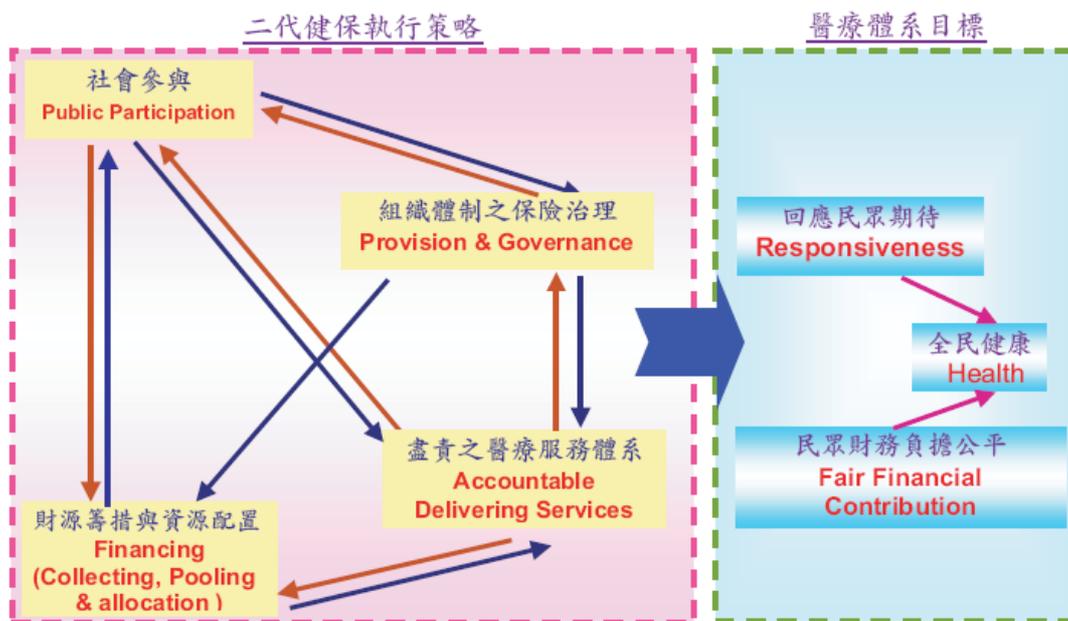


圖 2.3.2 二代健保規劃過程所依據之規劃架構

另規劃小組為確立二代健保之規劃目標，進一步以全民健保制度之總目標「提升民眾健康」、「健保永續經營」為依歸，定調二代健保之規劃目標為提升醫療品質、平衡財務收

支與擴大社會參與。

為實現上述目標，規劃小組以「權責相符」為最終理想，並且依各議題需要將規劃原則分別奠基於「建立可責信的醫療品質」、「符合社會正義之資源配置與財務分擔機制」、「民眾平等與知情的參與健保事務」、「統合主義下之政府治理」。

二代健保規劃架構與二代健保規劃架構與政策建議如圖 2.3.3

與圖 2.3.4 所示。



圖 2.3.3 二代健保規劃架構圖

楊銘欽教授主持之「建構醫療資源配置優先順序之機制」研究（2002）為本研究主要參考文獻之一，其目的在探討國內進行「醫療資源配置」優先順序之原則，可採用之方法，適當位階之專責單位組織架構及及研擬適用於國內之運作模

式。資料蒐集方法為電話民意調查、專家座談及德爾菲法。

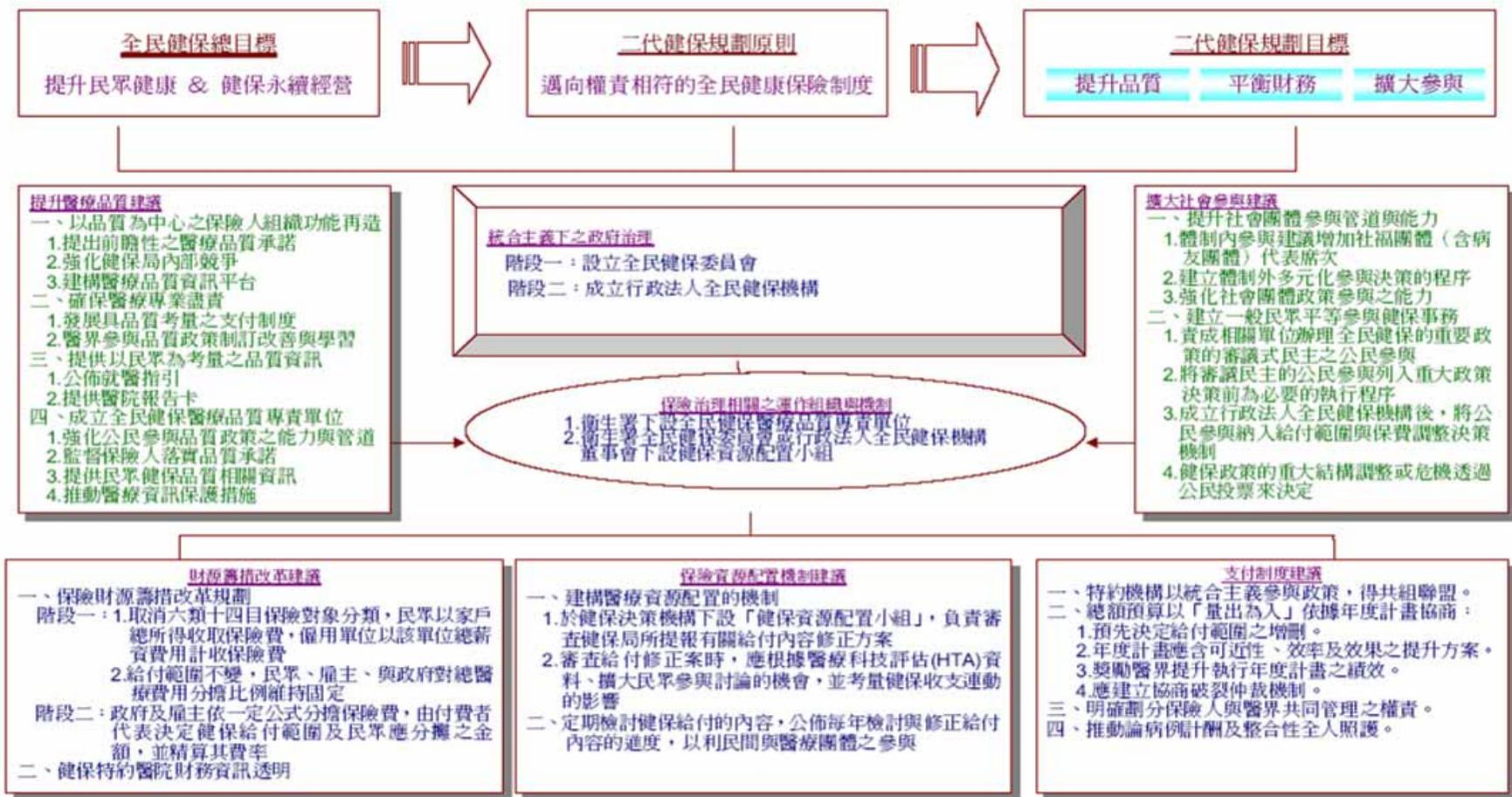


圖 2.3.4 二代健保規劃架構與政策建議

在該研究中，民意調查顯示 83.7%的民眾認同全民健保是由健康的人照顧生病者，此符合社會保險強調之社會連帶責任，而從德爾菲法亦發現，醫療資源配置較優先的前三項為「安全」、「公平」及「有效性」，故這些原則可做為排定醫療資源優先順序之參考。從醫療資源配置的機制來看，資料可得及民眾接受度分數最高的為「民意調查」及「實證醫學」二方法，但此類資料之整理分析，應有專責人員執行，方能達到預期之效果。民意調查之結果亦發現民眾同意醫療資源配置應有專責單位規劃及執行，而專家學者建議最可行及民眾接受度最高的方案為「具公法人性質之基金會」及「衛生署下設健保委員會」，但此二方案需修法，短期內要施行並不容易。多數專家學者認為「現有給付應適度檢討給付條件，新增項目則逐項審核」為最適用於國內採用之醫療資源配置模式。

其中，該研究以德爾菲法擬定醫療資源配置原則，其所指的醫療資源配置原則包括成本效益、安全、可近、公平、必需、人性尊嚴、社會連帶責任及個人責任等八項。該研究中請專家學者以成本效益為 100 參考點，分別評值其他七項原則。前三名的原則分別為安全、必需及有效性，其權值分別為 119，114 及 110。權值最小的則為個人責任，權值僅為 94。各原則在資料可得性上，專家學者認為可近性、安全性及有效性較為容易蒐集，最難獲得的資料為人性尊嚴及個人責任。眾原則中，民眾接受度以可近性最高，公平性次之，有效、安全及必需性得分相同，民眾接受度最低的為個人責任。

第三章 研究方法

本研究旨在研究建立總額預算之分配機制與原則，希望能建立一個公開且外顯（explicit）之模式以提供費協會在納入新協商因素之分配時之參考。為順利建立各部門間及各部門內之新增預算分配優先順序原則與機制之雛形，本計畫採用以下的研究方法與步驟。

本研究在建立研究建立總額預算分配的優先順序客觀之原則與機制模式時，採取專家訪談及兩階段問卷調查，建構多層級分析模式（AHP）。先進行文獻回顧與專家訪談，目標為完成初步 AHP 層級架構面向（attributes）。初期本研究所訂定的 AHP 架構及評估準則乃擷取自楊銘欽教授之二代健保規劃報告（2003）之結果為基礎，輔以專家所建議之衛生政策白皮書及當初國家建立健康保險制度所依循的原則跟健保政策方針為衡量基礎。

兩階段問卷調查分別為進行 AHP 層級架構評估準則及權重之問卷調查。針對費協會委員及相關專家學者進行兩次之自填式問卷調查，分別建構 AHP 模式中的層級架構，以產生 AHP 層級及各評估準則，第二次再經 AHP 權重問卷，對相關專家學者進行調查，計算得到各層級架構評估準則之相對權重，建立 AHP 模式。結合問卷調查及焦點團體座談分析，呈現對醫療新增項目之資源分配優先順序及機制之建議。

本研究之研究流程如圖 3.1 所示。

AHP 模式建構流程如下：

1. 應用文獻探討及專家討論方式得到初步 AHP 層級。
2. 進行第一次問卷調查，請專家選擇加入 AHP 層級分析法內之評估準則。
3. 進行第二次問卷調查，請專家評量各評估準則之權重。

4. 檢驗各問卷中的一致性，將具有一致性的權重評量整理分析。
5. 藉由 AHP 軟體，完成 AHP 模式。

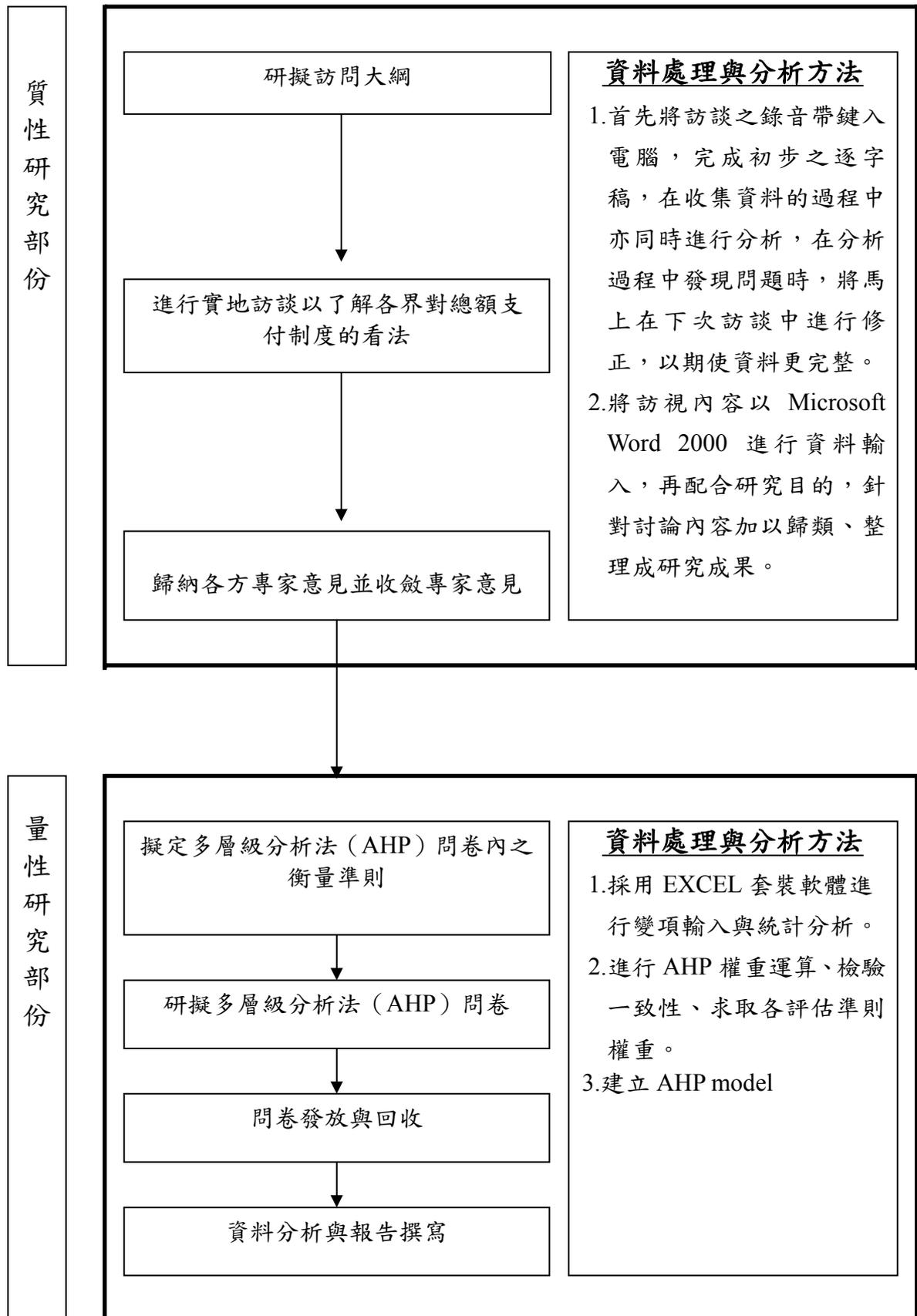


圖 3.1 研究流程

第一部份、質性研究部分

一、研究對象與研究設計

此部份研究對象以資源配置相關議題的專家學者為研究對象，以實地訪談瞭解他們對於現今總額預算分配機制之看法。

(一) 研究對象

本研究訪問部份之研究對象主要以「行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會」各委員為主，中央健康保險局內的實務專家意見及其他具有特殊代表性之專家學者意見為輔，向各位委員請教對現行總額預算分配的協商機制之意見。

(二) 研究設計

本研究主要透過公文與電話的方式與專家學者聯繫，並以面對面訪談的方式進行，以了解各界對於現行總額支付制度的看法。訪談期間為 93 年 5 月 1 日至 94 年 2 月 10 日。本研究與各關鍵人士訪談時間約 60 分鐘，並事先詢問接受錄音之意願，進行錄音，以利紀錄及進行內容分析。

二、資料處理與分析

首先將訪談之手稿記錄或錄音帶鍵入電腦，以 Microsoft Word 2000 進行資料輸入，並配合研究目的針對討論內容加以歸類、整理成研究成果。

第二部份、量性研究部分

一、研究對象與研究設計

此部份研究對象以資源配置相關議題的專家學者為研究對象，以兩次之 AHP 問卷調查，建構 AHP 模式，以做為總額預算分配之參考。

(一) 研究對象

本研究訪問部份之研究對象主要以行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會委員為主，輔以四個總額支付委員會（牙醫總額支付委員會、中醫總額支付委員會、西醫基層總額支付委員會、醫院總額支付委員會）之專家學者。

(二) 研究設計

本研究擬進行兩階段之 AHP 問卷發放。以 AHP 建構出可以衡量出各種選擇間的優先順序的數量模式。AHP 中需要先建立層級架構面向（dimensions 及 attributes）及權重（weights）。AHP 主要之 dimensions 由研究同仁參考楊銘欽教授二代健保規劃報告內容及深入訪談內容後討論決定，dimensions 之下的 attributes 選擇則對費協會委員發放自填式問卷，對象共計 27 人。

第二階段之 AHP 問卷則調查各 attributes 的權重（weights）。將第一階段所訂定出之層級架構，設計為兩兩比較之權重評比。研究對象為費協會委員及四個總額支付委員會委員，四個總額支委會中選取兩位學者代表與兩位醫界代表，對象共計 35 人。

二、資料處理與分析

回收問卷後，鍵入電腦中，鍵入資料後進行除錯，以 Expert Choice 軟體進行 AHP 模式建構。在權重的計算上，需先確認回覆者評量答案的一致性，須先計算各權重間的一致性，其中若一致性不佳者（ $r > 0.2$ ），則將之從分析中剔除。去除一致性低之專家權重評量，再採幾何平均值，進行 AHP 模式建構。

第四章 結果與建議

第一部份、質性研究部分：文獻與訪談

資源分配之優先順序原則與理論相關文獻回顧及探討，在二代健保楊銘欽教授「建構醫療資源配置優先順序之機制」計畫報告(2002)中已經多所著墨。本研究承襲楊教授該研究報告之內容，將相關文獻做一分類整理。

先進國家根據其民情及客觀環境，由專責單位決定醫療資源配置原則，歷年許多學者已經進行許多分析討論，例如澳洲以安全性(safety)、有效性(effectiveness)、以及成本效果(cost effectiveness)以為其原則，瑞典以人性尊嚴(dignity)、社會連帶責任(solidarity)、及成本效果(cost effectiveness)為原則，美國奧瑞岡州以成本效益(cost effectiveness)及公平性(equity)為原則，而荷蘭則包括必需性(necessity)、有效性(effectiveness)、效率(efficiency)、個人責任(self-responsibility)、以及社會連帶責任(solidarity)等五項原則。在決定其醫療資源配置的優先順序時各國亦有不同的做法，例如澳洲運用經濟評估(economic evaluation)及實證醫學評估(EBM evaluation)做為該國配置醫療資源之機制，瑞典以實證醫學評估(EBM evaluation)、經濟評估(economic evaluation)、公聽會(hearing)為其機制，美國奧瑞岡州則採用電話調查(telephone survey)、經濟評估(economic evaluation)、社區公民會議(community meeting)、以及公聽會(hearing)，荷蘭則用公眾溝通計畫(public campaign)、社區公民會議(community meeting)、以及公聽會(hearing)等方式。

在執行醫療資源配置的模式時，則不外乎下述三種模式：第一，例如澳洲，原則上現有給付不予刪除，而將醫療資源配置重點指向往後之醫療科技及藥品逐項審核增列。第二，如美國奧瑞岡州及荷蘭，不論是否已經納入給付，一律重新以表列方式進行醫療資源配置，包括往後之醫療科技及藥品亦逐項審核增列。第三種，例如紐西蘭，採兩方面進行；一方面將已納入給付之項目重新檢討其給付對象（例如將洗腎項目限定符合條件者才給付），另

一方面則將往後的醫療科技及藥品逐項審核增列。

我國目前採用的協商機制，基於民主共治理念，融合了德國、荷蘭、加拿大等國之優點，為一理念立意相當良好之機制。但是因我國國情文化不同於西方國家，且財團商業化管理風氣盛行於醫療事業中，促使相當多醫療單位以績效掛帥，使得民主修為因市場導向思考而接受相當大之考驗，在許多民主素養上仍有待持續提昇之空間，故協商機制下的討論議場常成為各方把持利益之角力場所。在本研究中，藉由與多位專家學者討論及深度訪談，對於各國行之有年的制度，應用於我國之後，因為在推行歷史面的討論時程短且深度淺，故必然會遇到相當之衝突及必然有一過渡時期之現象，有更多的體會與瞭解。

文化及歷史性的差異使得我國在推行總額時，遇到相當大的阻力。我國在醫院管理的效率追求上以長庚醫院等財團醫院為馬首是瞻，對於醫院營運績效的追求有相當大的企圖心，並且運用各種管理制度將資源運用至極致。此種著重績效以及市場的企業化經營方式，使得醫療機構逐漸朝向自由競爭的一端發展，也使得醫療日益商業化利潤化。但我國的醫療健康政策係朝向社會主義方向發展，全民健康保險也在此種理念方向下孕育而生，亦因而產生總額支付制度以做為平衡在醫療社會福利化過程中支出面上的配套措施，確保醫療費用的成長維持在一可控範圍。在此種背景下，不可避免地，我國醫療產業中的衝突相當易見且循環不斷，因為在醫療政策上，我國採取了相當社會主義化的立意與規範，但是在醫療提供的文化上，當前醫療機構管理的主流文化，是以過度強調市場化與績效導向為中心。

故在總額的協商上，在兩種基本價值觀理念而且不同立場不同的族群相互對談時，公共利益代表與醫療機構代表常以不同的語言陳述對於一件議題不同觀點的不同意見，要達成共識就自然成為一項極具挑戰性且相當艱難的任務。另外，在規劃面與執行面上的基本衝突可能性亦發生於操作面，例如

在衛生署中的費用協定委員會決議及健康保險局中的各總額支付委員會執行面的配合上，我們亦可見到相似的衝突。在衛生署的費用協定委員會中，以消費者代表為重，共有十八位，佔了 66.7%（其中含政府代表九人，將政府代表計算為消費者係因政府亦為民眾支付保費），醫療界的代表僅有 33.3%，故在其中所討論的議題與結果上，常呈現僅以消費者利益為出發點的決議，但這些決議將提至健保局下以醫療機構為主要組成份子的各總額支付委員會中做為政策依據並進行細節討論。以健保局下之醫院總額支付委員會為例，四十一位委員中，只有三位學者專家(佔 7.3%)，三位政府單位代表，其他均為醫療產業代表(佔 85.4%)，其中最多為醫院代表，共 28 位，就佔了 68.3%。這樣結構上的差異，使得相當多在費協會中立意良善的政策決議，常無法在支付委員會中順利協商推行。

其中的衝突性問題尤以醫院支付委員會為最。因我國醫院總額為四個總額部門（牙醫、中醫、基層與醫院四部門）中最晚成形，且有部分迫於情勢就簡單上路的環境壓力，輔以醫院型態複雜性相當高，科別組成異質性太大、疾病處置變異性差距太高等因素，所以醫院普遍對於總額的共識與接受度接不高，再輔以在總額下似乎醫院中醫學中心、區域醫院與地區醫院三層級間的利益衝突明顯浮上檯面，故絕大部分費協會所議定的原則到醫院支付委員會要付諸實行時皆遭受到相當大來自醫院代表們的障礙。

但是這些衝突，相對而言，在最早推行總額的牙醫界中卻相當少見。牙醫界推行總額的經驗堪稱相當成功，這樣正面的成果除了歸功於總額制度上本身具有的功能外，主要應歸功於牙醫界的有志之士，遠在總額推行十餘年前就開始在台灣推廣預防醫學的重要性，並具體落實，培育了約佔牙醫師數五分之一左右，具有預防概念的醫師。惟預防工作推行得越好，在論量計酬的給付結構下，相對的可能就會造成以疾病治療為主要服務內容的醫師收入日漸減少。所以牙醫界具有遠見的意見領袖們成功結合了預防善念與收入保

障：讓醫師們除了肯定預防心念外，並真正願意推展對社會有益之預防工作，因為藉由總額制度，醫師收入有一定的保障。此舉使得牙醫的總額建築在一個非常穩固，且具有社會福利、為人民福祉著想的健康基礎上，並在這基礎上有機會落實與政府攜手合作，而非全然站於敵對立場相互抗衡。可惜的是，牙醫總額的金額與醫師人數佔全國不到十分之一的總金額及總醫師人數，這樣的成功經驗仍只是總額中的某一小部分，而佔了絕大部分金額及人力的醫院總額卻是如上所述的紛擾不斷。

除了基本的價值理念不同外，另外一個使得總額難以順利協商的主因在於政治力干擾太多。民生報主編張耀茂曾對健保總額如保費雙漲等議題引發的種種爭端做了一句簡要精彩的描述(2004)：「這是一題簡單的數學題，但是卻出現在政治考卷上」。在我國幾乎年年有選舉，而且僅以民眾選票單一指標的政治文化下，在醫療健保議題上的爭端角力就不僅僅限於價值判斷上的是非不同，而是參雜了政治影響力之後的相互較勁。有不少的醫界人士有機會直接與總統、行政院長、衛生署署長等位階之對象對談討論並讓這些行政長官做出承諾，但並未直接管轄或瞭解健保業務，可能使得這些高階政府首長憑一方之言或未能清楚全盤情境下，就做出一些在執行上造成困擾的承諾，這使得某些議題變得更難處理。而只要有醫界人士曾經依循此一管道獲得對該方有利之承諾，就會引發更多醫界人士起而效尤的連鎖反應，造成原本就難以達成共識的情境更加惡化。

簡言之，文化差異、各項學習自美國的市場競爭機制，運用在來自社會福利導向歐洲體系國家之福利機制，使得效率績效之追求常凌駕於社會公平與福利之上，輔以我國政治力介入干預，使得我國的總額推行在相當艱困的環境下緩步前行。

在上述之背景情境下，對於某些具有政治或其他影響力的醫療機構領導管理者而言，對於總額預算的分配原則與機制此等重要的議題，有一制式、

公開的方式與原則，無疑是多增加他們操控此部分的難度。但也因此，數量化的客觀量化方式是另外絕大部分不具有政治或其他影響力的大眾所迫切企盼的，亦因此而有本研究主題之產生。不過，在進行本研究的過程中，藉由參與多次總額相關會議，研究同仁確實已深刻體會到此種學理上的分配原則在真正實際使用上，要在當前的大環境下發揮功效，的確有相當的困難度。

以荷蘭的漏斗式的分析方式為例，荷蘭的漏斗模式，最後篩去了5%原來的服務項目給付，留下了95%，透過客觀機制篩選後仍有九成五的部分相同。雖然有客觀機制存在，但是在其中仍存有太多的其他主觀因素，使得其中仍有相當多的彈性空間，其中決策過程的曲轉與真實面也相當難自會議記錄資料中追蹤瞭解，而最後能夠處理的就是其中較為顯而易見的小部分。

第二部份、量性研究部分：多層級分析模式

一、多層級分析模式建立

各國經驗於我國皆有其啟示，但並非全然適用。故本研究團隊思考從另一種數量化決策輔助模式來協助建立一評估計劃之通則評量模式，亦即採用群體之多層級分析法（Analytical Hierarchy Process, AHP）建立決策優先順序並進行分析討論。AHP為一具有邏輯比較性之數學模式，其主要步驟有二，一為建立所欲比較標的物之待比較架構面向（dimensions and attributes），二為建立各比較標的物之比較面向之個別權重（weights），三為對每標的物之每一面向評量分數（scores），並以之計算各標的物之總分，據以排列優先順序。

在本研究中，將發放兩次問卷調查，分別是建立所欲比較標的物之待比較面向與建立各比較標的物之比較面向之個別權重兩份問卷，如附件一及附件二所示。

在進行AHP問卷調查時，若冀求每位填答者皆針對已存在之各計畫進

行評比考量，除工程過份浩大之外，亦無法使填答者聚焦據以比較各可能之狀況。我們依據楊銘欽教授於二代健保中的建議在醫療資源配置實際運作上的建議，採用「現有檢討給付條件，往後逐項審核」模式。該研究中建議，應能針對不同時機，進行不同幅度的適當改革與調整。給付制度的大幅修改或引進新科技前，應經專業機構，嚴格審慎的評估。應考慮經濟與效益的影響，並與健保財務狀況相扣連。故本問卷設計上，並不針對現行已經在總額內之計畫進行討論，而是參考二代健保「現有檢討給付條件，往後逐項審核」結果，針對「各新增計畫分配方式」進行詢問，請教填答者在何種狀況下應新增提供納入該項醫療服務類別。

AHP 層級架構評估準則問卷的主軸係依據楊銘欽教授於 2002 年所做之調查為基礎，輔以兩次焦點團體座談及專家訪談結果，認為健保醫療經費應取之於民用之於民，亦應符合健保局及衛生署的既定目標，並考量提案之該部門過去成效。故除了楊銘欽教授所提之資源配置原則外，整理增加了健保政策目標、以及衛生政策白皮書所揭示之目標等架構(dimensions)。資源配置原則層面中包含有效性、安全性、可近性、公平性、人性尊嚴、社會連帶、必需性、個人責任等架構面向(attributes)，健保政策目標層面中包含了合理使用醫療資源、均衡健保財務、提升保險醫療品質，衛生政策白皮書層面中包含了穩健發展全民健保、推動國民保健、發展健全之醫療體系、強化防疫體系、發展醫藥衛生科技等架構。

AHP 層級架構評估準則問卷針對費協會委員發放，發放 27 份，回收 19 份，回收率 70.4%。其中，付費者代表佔 56%，醫界代表佔 44%，填答者的平均年齡為 53.7 歲。不同身分代表對於各面向與評估準則的填答結果，付費者代表及醫界代表在大多數的面向重要性上都沒有顯著差異，僅有在可近性上有顯著差異($p=0.017$)。在可近性上，醫界代表認為可近性面向的選擇重要性顯著高於付費者代表所認為的重要性。

資源配置原則層面中選出六個架構面向，分別為有效性、安全性、公平性、成本效果、必需性、個人責任等架構面向，健保政策目標層面中維持合理使用醫療資源、均衡健保財務、提升保險醫療品質三個架構面向，衛生政策白皮書層面中選出穩健發展全民健保、推動國民保健、發展健全之醫療體系、強化防疫體系等四個架構面向架構。

確定架構面向後，進行 AHP 權重問卷。AHP 權重問卷針對費協會委員，與四部門總額支付委員會學者及醫療界代表八位發放，共計發放 35 份問卷，回收 22 份，回收率 62.9%。其中，付費者代表佔 59.1%，醫界代表 40.9%。不同身分代表對於權重之填答結果，列出每一位填答者的 AHP 模式，將個人模式中所得到的各權重值進行付費者代表及醫界代表兩組之檢定。付費者代表及醫界代表在大多數的權重上都沒有顯著差異。在三個主要面向上，付費者代表及醫界代表對於衛生政策、健保政策目標、給付內容原則的權重評量無顯著差異。在各類的細項方面，只有在給付內容原則下之必須性的權重有顯著差異($p=0.016$)，醫界代表認為必須性的權重重要性顯著高於付費者代表所認為的重要性。

以 Expert Choice 軟體進行 AHP 模式建構。在權重的計算上，需先確認回覆者評量答案的一致性。在 25 位回覆者的四面面向評比中，有 29% 的回答在同一層級兩兩比較中不一致性高於 0.1，有 7% 的同一層級兩兩比較不一致性高於 0.2。在本研究中將不一致性高於 0.2 者從分析中剔除。去除一致性低之專家權重評量幾何平均值，以及 AHP 模式建構結果如表 4.2.1 及圖 4.2.1 所示。

AHP 模式建構後，可以針對各欲比較之新增計畫或既有計畫或給付進行比較給分。

以一虛擬比較為例，比較 65 歲以上施打感冒疫苗 (A 方案) 與 AIDS 療法 (B 方案)，以 AHP 中各層級架構評估準則比較兩種給付。此部分將以

問卷進行兩方案之評比，運用 AHP 方案比較問卷進行給分。加入評比給分後，可以用 AHP 模式呈現兩相比較之最後 AHP 結果。例如在虛擬比較中，以「65 歲以上注射感冒疫苗」及「AIDS 雞尾酒療法」兩案進行模擬評比，以附件三之 AHP 方案選擇評比問卷進行評比，可以整理成表 4.2.2 的分數表格。例如，在「穩健發展全民健康保險」面向上，兩者的相對重要性相同，所以在評比上為 5:5，在下一個面向「強化防疫體系、預防控制傳染病流行」上，65 歲以上施打感冒疫苗的相對重要性較強一些，與 AIDS 療法為 6:4。依此給分後，運用 AHP 模式計算，可以得到最後 65 歲以上施打感冒疫苗最後分數為 0.584，AIDS 療法為 0.416，兩者相加為 1（不論有多少個方案進行比較，各方案最後計算出的分數加總皆為 1）。可產生如圖 4.2.2 之比較結果。

表 4.2.1 AHP 模式層級面向之權重

Goal	Dimension	Weight (geomean)
資源配置評估模式	衛生政策	0.374
	健保政策目標	0.326
	給付內容原則	0.300
Dimension	Attribute	Weight
衛生政策	穩定發展全民健康保險	0.325
	發展健全之醫療體	0.284
	推動國民保健	0.199
	強化防疫體系、預防控制傳染病流行	0.192
健保政策目標	均衡健康保險財物	0.428
	提升保險醫療品質	0.297
	合理使用醫療資源	0.275
給付內容原則	必須性	0.272
	安全性	0.176
	公平性	0.169
	有效性	0.144
	個人責任	0.129
	成本效果	0.110



圖 4.2.1 AHP 資源配置評估模式

表 4.2.2 虛擬 AHP 模式比較結果

項目	65 歲以上注射感冒疫苗	AIDS 雞尾酒療法
穩健發展全民健康保險	5	5
強化防疫體系、預防控制傳染病流行	6	--
發展健全之醫療體	5	5
推動國民保健	8	--
合理使用醫療資源	7	--
均衡健康保險財務	7	--
提升保險醫療品質	--	4
公平性	7	--
必須性	--	4
安全性	5	5
有效性	--	4
個人責任	7	--
成本效果	7	--

說明：5：5 為兩方案的相對重要性相等，其餘為某一方案的重要性較強於另一個方案。

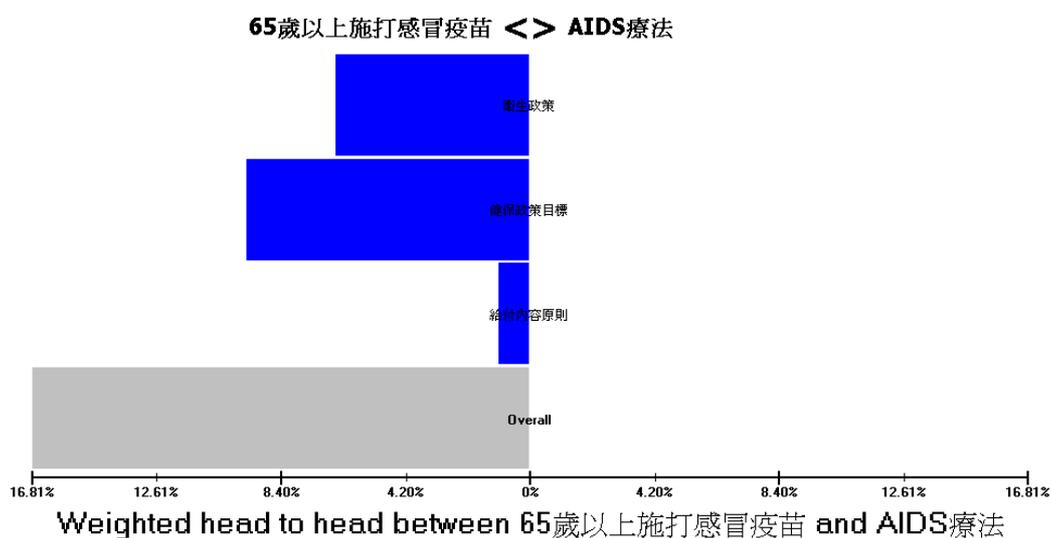


圖 4.2.2 虛擬 AHP 模式比較結果

二、多層級分析模式之實務運用及注意事項

(一) 應用 AHP 模式之前之注意事項

首先，應用 AHP 模式之前，除審慎建立 AHP 模式中各面向 (Dimensions 及 Attributes) 外，更應審慎篩選進入評比之方案。第一個原因是，資源配置原則中，安全性、有效性、公平性、必須性、成本效果、個人責任等構面雖均列為基本要件，但運用於評估各項計畫之優先順序時，應先就各構面的必要強度，選擇某些必要的要件先進行篩選評估。例如：安全性若為重要要件，則對計畫應先評估其安全性，當不安全時即可排除，就不需再進行下一層次要件之評估。當計畫具有安全時，才繼續進行下一層次的評估，例如此時才需讓具有安全性之方案進入 AHP 模式中進行評比。

故建議在應用 AHP 模式前，先討論計畫之「安全性」與「可行性」等必要之重要考量因素，若不安全或不可行則先將該方案排除。

其次，我國總額歷經七年，費協會與各部門間協商互動已經有相當之經驗與成績，故實務運用 AHP 模式時，建議以既有之總額實際協商結果與經驗為基礎，再輔以研提資源配置原則與機制。其中，牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等四部門總額，在分配上屬彼此競爭關係，四部門間預算分配多基於過去歷史事實，輔以協商討論之微調，進行優先順序排序與分配。

(二) AHP 模式之實務應用步驟

實際應用 AHP model 可簡單分成以下三步驟：

STEP 1 進行並完成 Dimensions 及 Attributes 之選定。

STEP 2 評量 Dimensions 及 Attributes 之相對權重。

STEP 3 評量各方案間的相對重要性，以 AHP 模式協助建立各方案的優先順序。

實務應用 AHP 模式的操作步驟及參與對象詳列於下表 4.2.2。

表 4.2.2 實務應用 AHP 模式的操作步驟

	步驟	內容	參與對象
AHP-DIM/ ATT-SELE	1	進行並完成 Dimensions 及 Attributes 之選定。	
	1.1	選擇目標。	
	1.1	選擇 Dimensions。	
	1.2	經由文獻回顧(reference review) 蒐集相關之 Dimensions 及 Attributes，以利後續建構模式參考。	
	1.3	以專家座談或焦點團體方式初步決定 Dimensions 及 Attributes。	外部專家 學者
	Note 1.3	在 AHP-DIM/ATT-SELE 1.2 與 1.3 中，須注意盡量不使 Dimensions 超過 7 個，以利未來進行之兩兩比較。	
	1.4	整理並確認 Dimensions 後，製作 AHP-DIM/ATT-SELE 問卷（附件一所附之 AHP 評估準則問卷）發予主要參與決策者（decision makers 或 key persons），例如費協會委員，進行評選重要性。	主要參與 決策者（如 費協會委員）
	Note 1.4.1	此時不需兩兩比較，僅需要進行篩選，確認需納入考量之 Dimensions，若 1.4 中的 Dimensions 及每一個 Dimension 下之 Attributes 多於 7 項，可於此時決定一閾值，使 Dimension 及其下之 Attributes 少於 7 個。	
	Note 1.4.2	問卷發放人數並無上下限，AHP 是數量決策模式而非統計方法，故不需要有一般有母數統計檢定之至少需要 30 或 60 個個案之限制，AHP 可由 1 人（一人時為個人主觀決定）到數十人或數百人（多人為集體/群體決策）。	
	1.5	回收問卷 key in，比較進行閾值，確認決定是否減少 Dimensions 及 Attributes。	
	Note 1.5	若希望以較為數量化方式決定，通常自刪除整體平均值兩個標準差（2SD）以外之	

		Attributes 開始。或是採用專家會議或內部研究者討論確定。	
	1.6	確認 Dimensions 及 Attributes。	
	Note 1.6	Dimensions 及 Attributes 會隨著不同目標不同評比方案而不同。每一次確認的 Dimensions 及 Attributes 僅可做為當次使用，若要做為其他目的使用需再行重新確認是否仍合宜。	
AHP-DIM/ ATT-WET	2	評量 Dimensions 及 Attributes 之相對權重。	
	2.1	依 1.5 製作 Dimensions 及 Attributes 權重問卷，進行各 Dimensions 及每一 Dimension 內容 Attributes 之比較，以 1 至 9 分之相對重要性進行比較。	主要參與決策者（如費協會委員）
	Note 2.1	問卷發放人數同前 Note 1.4，並無上下限之要求。至少一人至多可數十或數百人。	
	2.2	回收 key in，以 AHP 軟體進行計算每一個問卷中各 Dimensions 及 Attributes 比較之一致性，將一致性差的兩兩比較部分予以剔除。	
	Note 2.2.1	AHP 軟體可採用 Expert Choice，軟體可於 www.sciformosa.com.tw 購買，一人一機使用之版本為台幣 35000 元。	
	Note 2.2.2	一致性比率代表兩兩比較重要性的邏輯上的 (logic) 一致性。例如 A 比 B 好，B 比 C 好，則 A 應比 C 好，才具有邏輯一致性。因 AHP 之兩兩比較有數學倍數關係，故特別要求邏輯性比較的一致性。較為嚴謹的要求為 $CR < 0.1$ ，若寬鬆些可容忍至 $CR < 0.2$ 。CR 若 > 0.2 ，則代表一致性相當不佳，建議予以放棄 Dimensions 內之 Attributes 比較之權重分配。若某一問卷回覆者的 Dimensions 比較上已經具有嚴重的不一致性，則建議不予採用該問卷。	
	Note 2.2.3	一致性比率的公式為 CR (Consistency Ratio) $= (\lambda_{max} - n/n - 1) / RI$ 。RI 唯一隨機指標，是隨機產生配對比較矩陣的一致性指標，RI 與所比較的項目的數目有關。N	

		為要比較的項目的數目。CR 可由上述的 Expert Choice 軟體或其他 AHP 軟體直接算出。	
	2.3	將具有較佳一致性之回覆者之權重予以幾何平均，整理出代表群體意見整合之最終權重。	
	Note 2.3	進行幾何平均而非算數平均係因 AHP 為數學上之倍數等比關係。	
	2.4	進行 AHP Dimensions 及 Attributes 權重之計算。	
	2.5	建立 AHP model。	
AHP-DIM-AH-SCOR	3	評量各方案間的相對重要性，以 AHP 模式協助建立各方案的優先順序。	
	Note 3	以先決條件排除不安全不可行之方案，僅留下可行且安全之方案。盡量不使比較的方案超過 7 個，以利進行兩兩比較。	
	3.1	製作 AHP-DIM-AH-SCOR 問卷 (AHP 方案選擇評比問卷)，發予主要參與決策者 (decision makers 或 key persons)，例如費協會委員，針對不同方案進行兩兩比較。	主要參與決策者 (如費協會委員)
	Note 3.1.1	問卷發放人數同前 Note 1.4，並無上下限之要求。至少一人至多可數十或數百人。	
	Note 3.1.2	回收 key in，以 AHP 軟體進行計算每一個問卷中各比較方案之一致性，將一致性差的兩兩比較部分予以剔除。	
AHP-MODEL	4	運用 AHP 軟體運算建立 AHP 模式，計算出各方案的優先次序及優先等級分數。	
	Note 4	各方案優先權重加總為 1。	

(三)其他注意事項

AHP 模式是一非常數量基礎的決策分析工具。當然，客觀的數字極有助於協商時做為某種客觀性參考的基礎。不過，在使用數量化工具時，請使用者務必注意，純粹數量化的工具及模式極度仰賴人們給它的框架與所投入的數字。數學性操作運算的基本前提是，有清晰的目標與

正確的內涵，以及其中所應具有的邏輯性。當我們給數學模式錯誤的投入(input)時，數學模式就不可能產出對的結果(output)。故當我們要評量不同方案時，要考量其目標、應考量之面向，繼而進行 AHP 模式的建構。對於不同的方案評比，其 AHP 模式的內涵應會有所不同。以總額四部門的分配為例，故若欲以 AHP 模式評比四部門間的預算分配之優先順序原則時，應透過會議再度考量其目標與面向，待確認面向後再進行四部門間之 AHP 模式建構及評比。

第三部分、結論與建議

許多專家學者在此次深入訪談中表示，總額分配應有完整而公開的運作及決策機制。本研究同仁在多次討論後，認為此種完整公開，並不一定是透過某種制式公式，而是指過程中的步驟有經過各種不同角度的主觀討論協商，以及輔以部分客觀數量化資料，並且透過詳實的會議記錄將過程完整記錄，將結果與部分過程呈現於公共可接觸之處，則是一「完整而公開的運作及決策機制」。

依此觀看過去一年之費協會運作，則已經具有完整而公開的運作決策機制標準。每一次的費協會中皆進行會議實錄，將每一位發言人及其內容做詳實紀錄，以供日後追蹤參閱，並將各次會議記錄結果上網公布，讓相關團體可直接參閱。費協會在民主協商的機制下，的確發揮了很大的功能，達成了相當多醫療提供者與付費者間的良性協定，此部分的運作相當良好。

但在研究期間與醫療界同仁訪談時，醫療界仍有相當部分的人士常因費協會所負之高權重責，而對其有過高的評斷標準，以及前述費協會與各總額支委會間組成不同所造成之協商困境，致使部分人士仍不太瞭解費協會所做各種決策的背景動機與討論內容，所以在經營壓力下常將費協會當成攻擊的箭靶，使得費協會常遭致不必要也不應該的批評。要調整此現象需要相當多不同層面的考量與長期努力，其中一項即是建構一個客觀的決策輔助機制。

本研究初步建立一多層級分析模式，希望藉由多層級分析模式建立總額預算分配的客觀參考。AHP 資源分配決策模式運用上，可以協助區辨決策排序，分辨各計畫及各預算分配的排序，可以提供決策客觀依據，依據數量化結果有助於協商討論，並且可以提供不同層級單位使用，例如費協會處理全國總額分配及各協商計畫，健保局內處理各治療處置是否納入健保給付項目等。

但所有的數量化工具都需要隨著時間文化與環境轉變而定期進行內容與權重的調整，需要不斷進行 data cycle 去 qualify，也都有其應用時所需注意之處與限制，例如數量化模式都有其簡化性質，不能完全數量化或較難數量化的指標就不容易衡量及納入，其面向指標永遠不足，不會完全包含需要此資源之顧客面的所有他們認為需要的面向指標。另外，AHP 模式中，不論是權重設定或是給分，都需要以一至九分的強度進行兩兩比較。AHP 雖然已經應用在許多領域中，但是要一般人進行多項兩兩比較仍有其複雜性，對於一些應答者而言困難度較高。在本研究中，大多數的問卷受訪者仍能順利填答 AHP 問卷，其中雖有 29% 有不一致的情形，但不一致性嚴重的情況只佔了 7%，相當難得。

AHP 模式在現實執行操作上，受限於目前的情境，仍然相當不易。各種分配方式都希望能夠具體客觀化，希望能在各種過程中盡量依據客觀數據，依據各種公式化的處理，讓預算的分配更為客觀、公開與一致化。但是，一旦建立了一套制式化的公式或模式後，接踵而來會有以下三類的兩難情境。第一，許多的公式或模式設計，因為出自於專家學者之手，需要考量的因素相當多，而常常使得各種模式的內容有相當的複雜性。但模式過於複雜常使非該領域的其他醫療臨床界專家無法完全瞭解模式內涵，造成協商成員間較不容易完全依據客觀原則達成共識。第二，許多重要影響預算分配的因素常無法具體於總額預算分配的原則中充分彰顯，使得該原則或機制下產生的結果與現時狀況差距相當大，可能因此種下日後各種會議中採用時的紛爭。第三，若依據各部門別而有不同的原則與機制，雖然可以藉此彰顯不同部門間的差異，使分配方式得以多樣化，但各部門在短時間內都能很快地學會如何參考不同的機制原則與計算公式，試算出對自己最有利的結果，再藉之調整以及朝原則中對自己有利的方向合理化預算需求。當然，除了前述三者之外，其他諸如政治等因素的影響也相當大且不易降低。

本研究建議，未來我國各總額內涵與分配原則之協商過程，可以同時收集兩類資訊，一為由健保資料庫中收集整理相關之醫療耗用情形之客觀歷史資料，一為收集建構多層級分析之主觀判斷評估模式之面向評分資料。結合此兩種量化資料，或可稍做為協助面對相當艱難的預算分配協商決策時的一些參考。

後記

本計畫執行期間，正巧遇上健保制度上的極大轉變，以及醫療界更迭不斷的團結抗爭。所以本研究的目標與所進行之內容，經由與費協會數度溝通，不斷進行調整，以期能讓研究結果較能符合政策所需。

本計畫主持人於民國九十三年二月，以學者專家身份開始擔任醫院總額支付委員會委員。在九十三年參與期間，觀察及體會到相當多手段激烈之意見相左與衝突，故對於總額中的協商有一種初次經歷的憂心，也產生了申請費協會此總額預算分配機制計畫案的動機。自民國九十三年五月開始，佔健保總額金額最大比例的醫院總額協商中，歷經多次的變動，例如曾發生醫院代表在醫院總額支付委員會集體退席抗議，於九十三年九月十七日醫院協會年會中提議並決議，醫院會員集體不出席以抵制健保相關政策，並協議議定集體不出席九月二十四、二十五日費協會舉辦之共識營會議(該共識營為協商下年度總額預算分配事宜進行共識)等抗爭行動，使得整體總額預算的分配與執行出現了可能變動的因素。

適逢九十三年年底(十二月十日)舉行立委選舉，各種政治角力亦在此時運作並爭取各種票源。醫院界佔有一部分重要的選票及意見，故醫院團體亦善用此一有利時機，企圖進行各種遊說及抗爭活動，以進行對於醫院團體的利益保障。

對我國的各類醫院而言，許多醫院人士指稱當今是存亡之秋，許多的爭取活動是必然的手段，以確保醫院的營運及財務狀況。許多的醫院院長或行政主管表述，醫院的點值經由院內估算，回推後降至 0.7~0.4，等於收入打了七折四折，醫院根本沒有這麼多空間可以吸收這些損失。另一方面，也有許多其他產業代表或民眾代表表示，醫院仍有獲利空間，只是不若以往大。也有醫管學者指出，經營方式需要調整成不是衡量業績，而是必須要注重

單點利潤的提高，而不是如以往一直衡量。而在此段期間內成為民間代表主力的醫改會及媒體，也基於對於醫療機構以及健保局的殷切期盼，而不斷透過各種管道指出各種兩造應負的責任與可能的浪費。

醫院界的遊說與抗爭活動，使得健保局在醫院總額此塊的協商變得相當複雜及困難，立場不同使得健保局與醫院代表各執一辭，各有道理，但是絕不是同樣方向，也不易朝同一方向進行討論。此種巔簸不順的協商過程使得相當多的議案遭致延擱，也使得兩造相互間成見更深。

此種類似美蘇軍備競賽的惡性循環正上演著。如何減緩或打破這樣彼此不信任有程見的惡性循環，是目前意欲維繫整體醫療環境健康正常發展的重要步驟。

然而，如何有機會建立起兩造的共識？如何有機會讓政府代表與產業代表的交集變大？或是，能否找到兩方對於資源分配的看法，究竟在何處有差異？

當然，醫療產業界的抗爭，某些來自對政策與資源分配的認知不同，還有某些(一大部分)來自對於該機構的財務危機感。因為要保障機構的財務狀況，所以有相當多的行動出現，但是，若是醫院不做大幅度的投資，不過分地衡量，其實健保總額本身是一種保障，確保有如此多的經費可供養各醫院的生存。

目前是有部分醫院正在發展中，或是已經投資的設備人力正要靠營業量回收，所以處境特別困難。但是，對於一些醫院而言，自主管理與醫院卓越計畫是一種相當大的保障，所以，也會有接受訪談的專家學者擔心，此種保障只會讓醫院不進步，不努力，亂推病人製造人球。

牙醫中醫與基層醫療院所，此三部門對於總額的抗爭相對少很多。它們對於此一制度的接受度相對較高，但醫院總額在簡單上路後，許多部份仰賴協商，而醫院成員內又含括不同層級(地區醫院、區域醫院、以及醫學中心)，

各層級間立足點不同，收入結構不同，對於預算分配看法亦不同。故在許多議題上，此三層級就常常無法達成共識，因為所有的醫院在競爭同一個資源，所以互為敵手。例如健保局所推出的各種政策案，常會對於某些型態的醫院較為有利，對於另外一些型態的醫院較為不利，此種有利或不利純粹來自該政策所欲照顧的對象不同、區域不同、急重症程度不同等、而非政策上刻意善待某些醫院。但是此種衝突在醫院間，並不容易減少或釋懷。

所有參與醫院總額支付委員會會議的代表，若是行政同仁代替院長出席，則行政同仁的重要工作，即是爭取該醫院或該層級的最大利益。此種做法是角色及對院長所交派任務的負責，但是各自以本位主義出發時，就難以同意可以達成社會上最大的利益但卻會減少醫院內部利益的討論案。

若醫院代表的各位院長們，能夠以體懷社會整體資源最佳運用的心念，來面對與討論各種健保政策，可能會使得衝突與問題減少許多。但是，院長仍要考量如何在歸隊回到院內時，如何跟院內同仁交代，如何向大家說明營運業績或同仁薪水必須減低等等現實所需面對的問題。但是換個角度看，其實總額的餅一樣大，沒有擴大，但也沒有減少。若是大家漸次習慣自主管理或卓越計畫的醫療方式，(例如減少不必要的門診量、減少不必要的用藥、減少各種不必要的醫療支出、保障醫院有足夠的獲利空間，總而言之，改變衡量的習慣)之後醫院中醫療決策者(醫師及管理者)的醫療行為將會趨於不是競爭市場下的濫做，也藉此教育並養成民眾新的就醫習慣，則各醫院都將有一定的收入及獲利空間。

點值的變化與確認因為精算的困難，使得大家資訊獲取晚了許多，造成之前不必要的衡量行為產生遞延的影響。就像是打開熱水一陣子不熱，就將開關越轉越熱，但是最燙的水會在某一個已經將開關轉涼的時間點到達，讓當下操作的人無法忍受。對於這樣的困境，撰寫第五項修練的 Peter Sage 已經有過建議，唯一的好的解法是，吞兩顆阿斯匹靈，等大家安靜之後，風暴

才可能會逐漸消失。在當下，所有的過度行為，都只是使得局面更加混亂。

在訪談過程中，有業界專家建議撥經費支援借用醫界產業，讓有需要的醫院能順利度過此時的難關。可能在台灣的現狀，除了兩片阿斯匹靈，可能還必須加上財務上的支持，才能真的有機會讓醫院院長能回去交代，才不至於讓醫療界的失業人口暴增。例如像給企業界的紓困專案，也有給醫療界先予以融資的紓困專案。

我國的健保一直能夠維持極高的滿意度，與加拿大的健保雖然飽受學者及產業界批評，但是民眾的滿意度仍然相當高，有異曲同工之處。因為，兩者都是保障了民眾不會因病而貧，不會重複十年二十年前許多要立即割捨親人或是全家舉債度日為救某位親人的悲劇。此種印象比較，讓全國有直屬親人有過重大傷病的民眾，對於健保始終有種完全的信任和倚賴。

而今，醫院要的，也是一個過渡時期的安心。有幾位受訪人士直接表示台灣的醫院過多，可以運用此時機淘汰部分醫療院所。亦有受訪人士憂心地表示，若是會鑽縫做假的醫院，就不會倒，會關門的都是誠誠實實不懂得因應政策的善良醫院。這或許不全然為真，但也可能有一部分是事實。

醫院，究竟要當成企業體來經營，當成一個產業來看待，還是，是一個該完全保障的事業體？

健保已經提供了相當程度的保障，但是各醫院的發展擴充(不論是建設或硬體或人力)加上衡量的慣性，使得這些原本足夠的醫療預算，成為不足，這，該自哪一個環節改變起？個人認為，醫務管理的型態及走向，必須在此要負一些責任。

醫務管理者對機構效忠為其獲取最大利潤的想法與對社會的責任感間，須要有一個平衡。若我們將醫療產業至於保護傘內，即是將之當成半公益性質慈善性質，所以保障。當醫療機構在此保護下扮演著半公益慈善的角色時，也就必須更加考量對社會的責任感，而不是以業績掛帥引領醫療專業

人員成為努力不斷工作的工蟻或蜜蜂，以過度的勞力換取收入，也不是以引進更高貴的儀器設備自喜而以之招攬顧客，以過度的昂貴科技企圖創造更高貴的醫療需求。

當然，醫院在自費的範圍內可以拓展市場，為社會中財務金字塔頂端的客戶打造更不同的醫療服務。但是基本的醫療是需要靠健保保障的，就不需要打上高貴的紅漆封印，不需要加上各種稀奇的儀器設備來裝潢健康。

但是，在開放醫院自行律定自費項目的路途中，衛生署與健保局的同仁，思量著可能的危害：在一般該有的醫療中，會不會也讓醫院自行加了不必要的自費項目？因為醫療消費者是相對而言相當沒有判斷力的接受者，在醫療專業人員的專業引導下，極有可能落入因病而貧的困境中。亦即，在各種先進治療檢驗的誘惑下或是基於為了親人什麼代價都肯付的狀況下，醫療消費者可能某個程度地回到健保時代前，可能有因病而貧，或是終身陷於未能清家蕩產採用高貴處置以挽救親人性命的道德自責當中。

這些，是健保所不樂意也不願不能見到的。

所以，健保局的同仁採取了種種的限制，希望能將這種可能性降至最低。但是這樣的做法，又會讓醫療院所的同仁有更多的怨言。兩造都對，怎麼解？或這就是一個無解的社會問題？

目前狀況一日數變，醫院正面臨一個轉型的型變階段，各種變化對於其重生都有相當影響。而且，此種型變也對於醫療體系此一龐大怪物有過於震撼之效果。有許多其他產業如服務業工商業界，對於醫療界的看法是，多數仍然處於明末清初時代，不管在服務理念上，在競爭能力上，一直都處於被保護而且過度黑箱作業的狀況。訪談中亦有專家指出，若醫院能順利度過這兩年，則未來的醫療體系，將可能形成另外一種嶄新的穩定狀態。

衷心期盼，盼望，這樣的穩定，能更早來臨。

希望藉由外在的壓力，形成醫院間團結的動力。像九十三年醫界能夠聯

合共同抗爭，就是一種極為難得的團結，若是能夠彼此維持這種善意及誠意，在經營上能減少意氣之爭及放下一些身段與面子——對於某些專業人士而言，這些最不容易放下。也許，這樣的危機，真正可以變成另一種轉機。

台灣的醫療界，加油。

參考文獻

1. 中央健康保險局(1996)。全民健保執行情形報告。
2. 中央健康保險局(2001)。九十年一月份全民健康保險業務執行報告。
3. 中央健康保險局(2005)。總額支付制度。2005年4月21日查詢
http://www.nhicb.gov.tw/11_reserved/02_detail_01.php?MainID=46
4. 中央健康保險局(2005)。西醫基層總額介紹之總額研議方案。2005年4月21日查詢 http://www.nhinb.gov.tw/page42/a4_17_1.htm
5. 全民健康保險醫療費用協定委員會(2003)。全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯。
6. 行政院二代健保規劃小組(2003)。行政院二代健保規劃小組第二階段規劃報告(九十一年一至十二月)。
7. 李玉春(1998)。牙醫總額支付制度簡介。牙醫界，17(3)，46-49。
8. 李玉春、蘇春蘭(1992)。總額預算制度之設計。行政院衛生署。
9. 余序江、許志義、陳澤義 (1998)。科技管理導論：科技預測與規劃，台北：五南圖書出版
10. 吳佳容(1998)。荷蘭健康保險制度及其對我國之啟示。醫院，31(2)，24-31。
11. 林月雲(1995)。高階續承人員的甄選-分析層級程序法之應用。1995年第一屆管理學術定性研究方法研討會，台北：台灣大學管理學院。
12. 林芸芸(1998)。荷蘭健康照護民營化的省思。公共衛生，25(3)，141-151。
13. 曾幼筑(2001)。牙醫推動總額支付制度集體行動之研究。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
14. 馬培卿(1998)。德國健康保險制度及其對我國的啟示。醫院，31(1)，21-28。
15. 鄭守夏(2005)。「健保總額預算之協定與分配—檢討與展望」演講。「九

- 十四年度全民健康保險總額預算及其分配」協定結果說明會。
16. 張友珊(1999)。荷蘭總額預算醫療費用協定制度之探討。醫院，32(1)，1-6。
 17. 張加恩(1994)，加拿大全民健保借鏡。保險專刊，35，102-105。
 18. 黃千華(1997)。荷蘭健康照護制度。全民健康保險，9，15-18。
 19. 鄧振源、曾國雄(1989)。層級分析法(AHP)的內涵特性與應用(上)。中國統計學報，27(6)，13707-13724。
 20. 藍忠孚、陳宗泰(1998)。漸進式之健康照護體制改革：論荷蘭經驗對我國之啟發。公共衛生，25(3)，153-165。
 21. 謝政勳(2002)。「都市永續發展指標適用性評估－以高雄市為例」，國立中山大學公共事務管理研究所碩士論文
 22. Altman, S. H., & Cohen, A. B. (1993). The need for a national global budget. Health Affairs, 12(1), 194-203.
 23. Bishop, C. E. & Wallack, S. S. (1996). National health expenditure limits: The case for a global budget process. The Milbank Quarterly, 74(3), 361-376.
 24. Bjork, S. & Rosen, P. (1993). Setting health care priorities in Sweden: The politician's point of view. Health Policy, 26, 141-154.
 25. Bloor, K. (1996) Priority setting: The health care debate - Coast,J, Donovan,J, Frankel,S. Health Economics 5.6: 581-82.
 26. Brambleby, P. (1995) A Survivors Guide to Program Budgeting. Health Policy 33.2: 127-45.
 27. Busse, R. (1998). Financing reform in the German hospital sector- from the full cost cover principle to prospective case fees. 德國總額預算醫療費用協定制度研討會，台北。
 28. Calltorp, J. (1999) Priority-setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. Health Policy 50.1-2: 1-22.
 29. Charny, M. C., Lewis, P. A., & Farrow, S. C. (1989). Choosing who shall not

- be treated in the NHS. Social Science and Medicine, 28, 1331-1338.
30. Claxton, K. and J. Posnett. (1996) An economic approach to clinical trial design and research priority-setting. Health Economics 5.6: 513-24.
 31. Cumming, J. (1994) Core Services and Priority-Setting - the New-Zealand Experience. Health Policy 29.1-2: 41-60.
 32. Elbasha, E. H., & Messonnier, M. L. (2004). Cost-effectiveness analysis and health care resource allocation: decision rules under variable returns to scale. Health Economics, 13(1), 21-35.
 33. Ham, C. (1997). Priority setting in health care: Learning from international experience. Health Policy, 42, 49-66.
 34. Hepworth, J. (1997) Evaluation in health outcomes research: linking theories, methodologies and practice in health promotion. Health Promotion International 12.3: 233-38.
 35. Howden-Chapman, P. and T. Ashton. (2000) Public purchasing and private priorities for healthcare in New Zealand. Health Policy 54.1: 27-43.
 36. Hurley, J. & Card, R. (1996). Global budget as common-property resources: Some implications for physicians and medical associations. Canadian Medical Association Journal , 154(8), 1161-1168.
 37. Ingelstam, L. (1991) Research Foresight - Priority Setting in Science - Martin,Br, Irvine,J. Futures 23.2: 211-13.
 38. James, M. (1999) Towards an integrated needs and outcome framework. Health Policy 46.3: 165-77.
 39. Jan, S. (2000) Institutional considerations in priority setting: Transactions cost perspective on PBMA. Health Economics 9.7: 631-41.
 40. Johannesson, M., & Johanssen, P. O. (1996). The economics of ageing: On the attitude of Swedish people to the distribution of health care resources between the young and the old. Health Policy, 37, 153-161.
 41. Karbhorni, V. M. (1994). The Analytic Hierarchy Process: A viable decision

- tool for composite materials? International Journal of Technology Management, 9(1), 77-93.
42. Lancry, P. J. and S. Sandier. (1999) Rationing health care in France. Health Policy 50.1-2: 23-38.
 43. Laska, E. M., Meisner, M., Siegel, C., & Stinnett, A. A. (1999). Ratio-based and net benefit-based approaches to health care resource allocation: Proofs of optimality and equivalence. Health Economics, 8(2), 171-174.
 44. Lewis, H. S. and Butler, T. W. (1993) An Interactive Framework for Multiperson, Multiobjective Decisions. Decision Sciences 24.1: 1-22.
 45. Lewis, P. A., & Charny, M. (1989). Which of two individuals do you treat when only their ages are different and you can't treat both? Journal of Medical Ethics, 15, 28-32.
 46. Linstone, H.A. and Turoff, M. (1975), The Delphi Method: Techniques and Applications, MA: Addison-Wesley.
 47. Maarse, H. A. M. (1996). Fixed Budgets in the Inpatient Sector: The Case of the Netherlands. In Schwartz, F. W., Glennerster, H., & Saltman, R. B. (editors), Fixing Health Budgets: Experience From Europe and North America, Chapter 6. John Wiley & Sons, Chichester.
 48. Madden, L. et al. (1995) Public-Health and Economics in Tandem - Program Budgeting, Marginal Analysis and Priority Setting in Practice. Health Policy 33.2: 161-68.
 49. McDermott, R. (1997) Outcomes-based resource allocation for indigenous health services: A model for Northern Australia? Health Policy 39.1: 69-78.
 50. Ministry of Health and Social Affairs (1995), Priorities in Health Care. Ethics, Economy and Implementation, final report, Swedish Government Official Report, No. 5, The Swedish Parliamentary Priorities Commission, Stockholm.
 51. Mitton C & Donaldson C (2004). Priority setting toolkit: a guide to the use of

- economics in healthcare decision making. BMJ Publishing Group.
52. Mitton, C. and Donaldson. C. (2002) Setting priorities in Canadian regional health authorities: a survey of key decision makers. Health Policy 60.1: 39-58.
 53. Mitton, C. and C. Donaldson. (2003) Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). Health Policy 64.3: 335-48.
 54. Mooney, G. and S. Jan. (1997) Vertical equity: Weighting outcomes? Or establishing procedures? Health Policy 39.1: 79-87.
 55. Mooney, G. and V. Wiseman. (2000) Burden of disease and priority setting. Health Economics 9.5: 369-72.
 56. Mossialos, E. and D. King. (1999) Citizens and rationing: analysis of a European survey. Health Policy 49.1-2: 75-135.
 57. Myllykangas, M., Ryyanen, O. P., Kinnunen, J. & Takala, J. (1996). Attitudes toward ethical decisions concerning selected health care issues made by doctors, nurses, politicians and the general public. Journal of Health Services Research & Policy, 1, 212-216.
 58. Myllykangas, M., Ryyanen, O. P., Lammintakanen, J., Isomaki, V. P., Kinnunen, J., & Halonen, P. (2003). Clinical management and prioritization criteria. Journal of Health Organization and Management, 17(5), 338-348.
 59. Nord, E. et al. (1995) Who Cares About Cost - Does Economic-Analysis Impose Or Reflect Social Values. Health Policy 34.2: 79-94.
 60. Norheim, O. F. et al. (2001) Adoption of new health care services in Norway (1993-1997): specialists' self-assessment according to national criteria for priority setting. Health Policy 56.1: 65-79.
 61. Nutbeam, D. and M. Wise. (1996) Planning for Health for All: International experience in setting health goals and targets. Health Promotion International 11.3: 219-26.

62. O'Brien, B. J., & Sculpher, M. J. (2000). Building uncertainty into cost-effectiveness rankings - Portfolio risk-return tradeoffs and implications for decision rules. Medical Care, 38(5), 460-468.
63. Paalman, M. et al. (1998) A critical review of priority setting in the health sector: the methodology of the 1993 World Development Report. Health Policy and Planning 13.1: 13-31.
64. Pinkerton, S. D., Johnson-Masotti, A. P., Derse, A., & Layde, P. M. (2002). Ethical issues in cost-effectiveness analysis. Evaluation and Program Planning, 25(1), 71-83.
65. Raffel, M. W. (1984). Comparative health systems: Descriptive analyses of fourteen national health systems. Pennsylvania State University Press.
66. Rissanen, P. and U. Hakkinen. (1999) Priority-setting in Finnish healthcare. Health Policy 50.1-2: 143-53.
67. Sassi, F. (2003) Setting priorities for the evaluation of health interventions: when theory does not meet practice. Health Policy 63.2: 141-54.
68. Saaty, T.L., (1980), The Analytic Hierarchy Process , New York: McGraw-Hill 34.
69. Saaty, T.L. and Vargas, L.G., (1982), The Logic of Priorities , Kluwer-Nijhoff, Boston, Massachusetts 35.
70. Saaty, T.L.(1990), The Analytic Hierarchy Process, RWS Publications, Pittsburgh, PA..
71. Shani, Segev; Siebzehner, Miriam Ines; Luxenburg, Osnat; Shemer, Joshua (2000) Setting priorities for the adoption of health technologies on a national level - the Israeli experience. Health Policy 54.3: 169-85.
72. Sharpe, P. and T. Keelin. (1998) How SmithKline Beecham makes better resource-allocation decisions. Harvard Business Review 76.2: 45-+.
73. Stepan, A. and M. Sommersguter-Reichmann. (1999) Priority-setting in Austria. Health Policy 50.1-2: 91-104.

74. Tenbenschel, T. (2002) Interpreting public input into priority-setting: the role of mediating institutions. Health Policy 62.2: 173-94.
75. Terris, M. (1991). Global budgeting and the control of hospital costs. Journal of Public Health Policy, 23, 61-71.
76. Tullours, R., & Utecht, R. L. (1994). A decision support system for integration of vendor selection task. Journal of Applied Business Research, 10(1), 132-143.
77. Vargas,L.G. (1990),”An overview of the analytic hierarchy process and its applications”, European Journal of Operational Research,Vol.48, pp. 2-8.

附件

附件一、AHP 評估準則問卷

研究建立總額預算分配的優先順序原則與機制 AHP 評估準則問卷

親愛的專家，您好：

台灣目前面臨著有限醫療資源在不斷競爭環境下的分配壓力。在醫療資源有限時，明確清楚的資源分配優先順序，對於醫療消費者及醫療提供者都相當重要。比起過去，現今此種資源有限但需求日益增多的議題，尤其在分配理論與實際操作的政治面間相抵觸的高難度情況下，更需要客觀資訊與分析以提供醫療政策決策者參考。

本研究案為衛生署費協會委託之計畫案。本研究採用層級分析法 (Analytical Hierarchy Process, AHP) 為是否加入給付新進醫療服務建立一評分模式，請您根據您的專業知識、實務經驗及對於全民健康保險給付內容之瞭解，判斷各項醫療資源配置及機制，並提出修改意見或增列必要項目。所以請您本人花費一些時間填寫下列問題，只有您專注參與才能使本計畫研究結果更為客觀且具有政策上的參考價值。

本問卷採不具名方式進行，所有的資料僅供學術分析之用，只會對外提供整體的統計與分析，請依照您的專業知識安心作答。懇請您撥冗填後利用傳真傳回。非常感謝您的協助，在此致上最誠摯的謝意。

肅此 謹祝

身體健康、萬事如意

臺北醫學大學醫務管理學系暨研究所

計畫主持人：許怡欣 副教授/所長

研究 助理：林昆億 / 敬上

聯絡電話：02-27361661 ext 3610

傳真電話：02-23789788

E-mail：b8708031@tmu.edu.tw

第一部份 個人基本資料

1. 性別：男性 女性
2. 年齡：民國 _____ 年次
3. 教育程度：高中 大學（含專科） 研究所（含博士）

第二部分 您覺得新計畫引進時，所需考慮的因素

☆在各部門互相競合的狀況下，我們能找出評分模式中的重要評量項目，所以請各位專家對下列可能採用的評量項目的重要性作出衡量及區隔

	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要
I.給付內容原則層面					
1.安全性	5□	4□	3□	2□	1□
2.有效性	5□	4□	3□	2□	1□
3.成本效果	5□	4□	3□	2□	1□
4.可近性	5□	4□	3□	2□	1□
5.公平性	5□	4□	3□	2□	1□
	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要
6.必須性	5□	4□	3□	2□	1□
7.個人責任	5□	4□	3□	2□	1□
8.人性尊嚴	5□	4□	3□	2□	1□
9.社會連帶責任	5□	4□	3□	2□	1□
10.財務的衝擊	5□	4□	3□	2□	1□
11.其他：_____	5□	4□	3□	2□	1□

II.健保政策目標層面					
1.合理使用醫療資源	5□	4□	3□	2□	1□
2.均衡健康保險財務	5□	4□	3□	2□	1□
3.提升保險醫療品質	5□	4□	3□	2□	1□
4.其他：_____	5□	4□	3□	2□	1□

III.衛生政策白皮書層面					
1.穩健發展全民健康保險	5□	4□	3□	2□	1□
2.推動國民保健	5□	4□	3□	2□	1□
3.發展健全之醫療體系	5□	4□	3□	2□	1□
4.強化防疫體系、預防控制傳染病流行	5□	4□	3□	2□	1□
5.發展醫藥衛生科技	5□	4□	3□	2□	1□
6.其他：_____	5□	4□	3□	2□	1□

IV.其他					
1.	5□	4□	3□	2□	1□
2.	5□	4□	3□	2□	1□
3.	5□	4□	3□	2□	1□

謝謝您！問卷到此為結束，深深感激您的填答，祝您萬事如意！

請傳真至：02-23789788

問卷附件：問卷中各面向簡介說明

一、健康保險制度基本原則

- ☆ 安全性：是指能估算健康介入後之絕對、相對危險值及傷害之數量，且包含不良反應之資訊。
- ☆ 有效性：一般情況下，健康照護介入後所帶來預期結果之程度。
- ☆ 成本效果：簡言之，即為增加一單位效果所需之成本。在應用上，可比較不同方法治療同一疾病時所能改善的健康與生活品質。
- ☆ 個人責任：如果個人本身喜歡接觸危險因子（例如：嗜酒），則對於因此而行伸出來的疾病，個人需要負擔的責任。
- ☆ 人性尊嚴：不論個人特質及其在社會之功能為何，在健康照護上，每個人應享有同樣之尊嚴及權利
- ☆ 社會連帶責任：健康照護資源應給予最重要的一群人，社會連帶責任是關注這些未能體察其人性尊嚴，且沒有機會發出聲音或行使其權力者之需要。

二、健保政策方向：

- ☆ 健全全民健康保險制度：達成全民納保目標、健全醫療服務供給體系、研議保險人組織體制、健保 IC 卡實驗計畫
- ☆ 均衡健康保險財務：研討投保金額及負擔比率、精算保險費率維持財務平衡、調整部份負擔制度
- ☆ 合理使用醫療資源：改善醫療費用支出制度、控制醫療費用支出成長
- ☆ 提升保險醫療品質：強化預防保健服務、加強醫療服務審核制度、加強全民健康保險爭議審議功能、加強偏遠地區保險醫療服務
- ☆ 全民健保資訊制度系統：健保資訊系統架構、健保應用系統之建置、健保資訊資料庫之建立及應用

三、衛生政策白皮書：

- ☆ 穩健發展全民健康保險：維持全民健康保險財務平衡，控制醫療費用合理成長，增進弱勢團體醫療權益，建立多元化老人醫療照護支付方式及各年齡層預防保健給付，以提供全民適當的醫療保健及社會福利措施。
- ☆ 推動國民保健：加強辦理優生保健、口腔衛生、視力保健、健康體能促進、菸害防制、檳榔防制、事故傷害防制、癌症防治及中老年病防治，透過健康促進、健康維護與保健服務，以達成增進國民身心健康之目標。
- ☆ 發展健全之醫療體系：建立區域狀醫療網，普及醫療服務、加強基層保健醫療設施及落實醫藥分業制度，推動緊急醫療救護，並均衡各地醫療資源，維持醫療人力及設施

合理成長，全面提升醫療品質。

- ☆ **強化防疫體系、預防控制傳染病流行**：透過預防接種根除可用疫苗防治之傳染病，並發揮疫情監視系統效能及提升疫病檢驗體系，以達成傳染病有效控制、消除及根除之目標。
- ☆ **增進藥物食品安全**：成立藥物食品專責機構，並推展認證制度，設立認證機構，訂定認證規範，以進行驗證機構之認證，再由驗證機構辦理食品之驗證工作；以確保藥物、化粧品、食品之品質安全，因應近代藥物食品科技之快速進步及有效保護消費者之目標。
- ☆ **充實醫療設施、加強長期照護**：整合老人及殘障相關福利措施，落實「居家及社區式照護為主，機構式照護為輔」之綜合性長期照護服務，提供民眾多元化及整合性之醫療保健照顧。
- ☆ **發展醫藥衛生科技**：整合科技醫療技術研究資源，培訓專業科技人才，促進國、內外醫藥衛生科技學術交流，以提升醫療科技水準。
- ☆ **促進國際合作**：積極參與世界衛生組織之各項活動，促使我國重返世界衛生組織，提供衛生醫療或技術援助，建立世界村衛生合作交流計畫。

附件二、AHP 權重問卷

研究建立總額預算分配的優先順序原則與機制 AHP 權重問卷

親愛的專家，您好：

這是一份衛生署費協會委託計畫案的研究問卷，本研究的目的是希望能建立一套在健保總額支付制度下，新進的給付項目可適用的評估模式。希望藉由本問卷了解您對於給付新的醫療服務時各項評估準則相對重要程度的看法。

本研究採用層級分析法（Analytical Hierarchy Process, AHP）為是否加入給付新進醫療服務建立一評分模式，請您根據您的專業知識、實務經驗及對於全民健康保險給付內容之瞭解，給予各評估準則相對權重。盼望透過您寶貴意見，對於我國的總額制度能有所貢獻。

本問卷僅做為學術研究之用，不做為其他用途，敬請安心填寫。本研究的成功，端賴您的支持，敬請惠予協助，感謝您！

肅此 謹祝

身體健康、萬事如意

臺北醫學大學醫務管理學系暨研究所

計畫主持人：許怡欣 副教授/所長

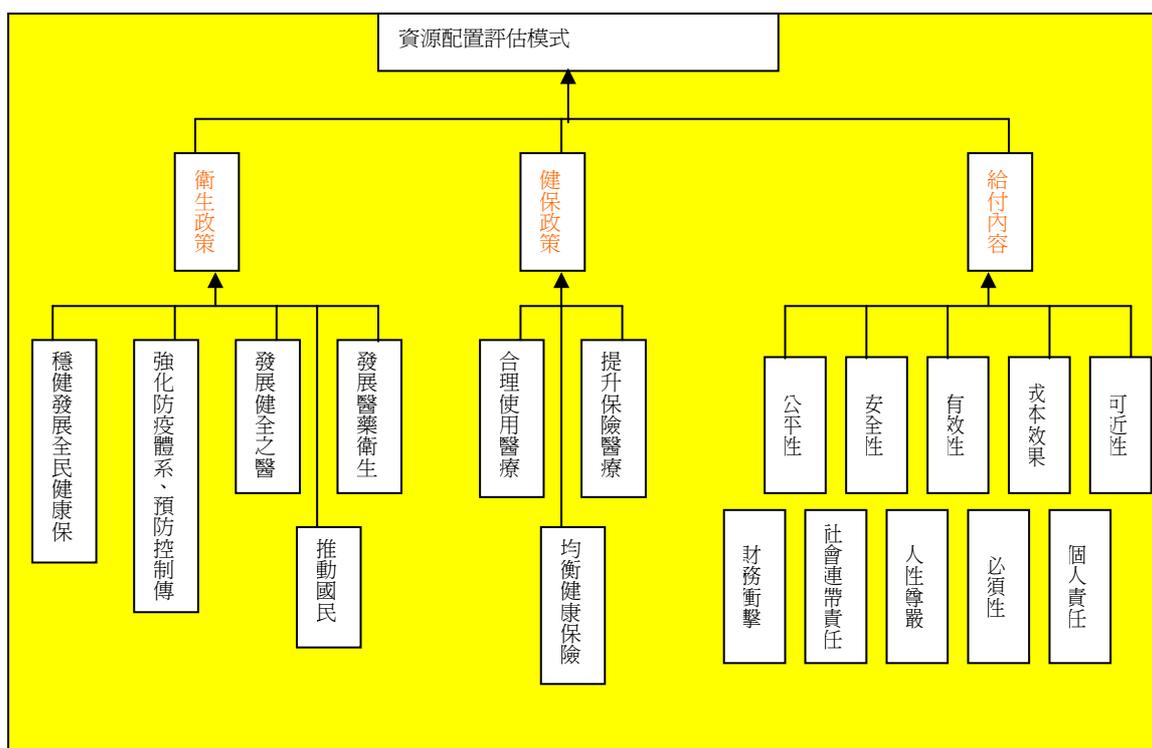
研究 助理：林昆億 / 敬上

聯絡電話：02-27361661 ext 3610

傳真電話：02-23789788

E-mail：b8708031@yahoo.com.tw

說明一：



說明二：

1. 本問卷為 AHP 第一回合問卷，已經將兩兩比較項目放在填表表格兩端，填答者只需比較左右兩項目，並將心中所作評價的相對重要性在空格中打勾即可。

範例：

在「建立新進醫療給付項目評估模式」時，您認為各層面之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強					項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9		
衛生政策				V						健保政策目標	
健保政策目標						V				給付內容原則	

說明：範例中所填比較權重的意義為：衛生政策層面的重要性稍強於健保政策目標層面，其比值約為 6:4，健保政策目標層面的重要性稍弱於給付內容原則層面，其比值約為 4:6。

A、第一階層評估模式構面比較

在「建立新進醫療給付項目評估模式」時，您認為（1）衛生政策層面（2）健保政策目標層面（3）給付內容原則層面等層面之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：

1. 衛生政策層面：主要在探討衛生署近幾年所規劃之國家衛生政策走向，包含「穩健發展全民健康保險」、「推動國民保健」、「發展健全之醫療體系」、「強化防疫體系、預防控制傳染病流行」。
2. 健保政策目標層面：著重於中央健康保險局目前所專注規劃之目標，包含「合理使用醫療資源」、「均衡健康保險財務」、「提升保險醫療品質」等項。
3. 給付內容原則層面：著重於我國開辦健保時所遵循之原則，包含「安全性」、「有效性」、「成本效果」、「公平性」、「必須性」、「個人責任」、「財務衝擊」等項。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強					項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9		
衛生政策										健保政策目標	
										給付內容原則	
健保政策目標										給付內容原則	

B、第二階層各構面要素比較

2-1 在「衛生政策層面」中，您認為（1）穩健發展全民健康保險（2）推動國民保健（3）發展健全之醫療體系（4）強化防疫體系、預防控制傳染病流行。等四項評量準則之間相對重要性為何？請在適合的比較值方格內打勾。

說明：

1. 穩健發展全民健康保險：維持全民健康保險財務平衡，控制醫療費用合理成長，增進弱勢團體醫療權益，建立多元化老人醫療照護支付方式及各年齡層預防保健給付，以提供全民適當的醫療保健及社會福利措施。
2. 推動國民保健：加強辦理優生保健、口腔衛生、視力保健、健康體能促進、菸害防制、檳榔防制、事故傷害防制、癌症防治及中老年病防治，透過健康促進、健康維護與保健服務，以達成增進國民身心健康之目標。
3. 發展健全之醫療體系：建立區域狀醫療網，普及醫療服務、加強基層保健醫療設施及落實醫藥分業制度，推動緊急醫療救護，並均衡各地醫療資源，維持醫療人力及設施合理成長，全面提升醫療品質。
4. 強化防疫體系、預防控制傳染病流行：透過預防接種根除可用疫苗防治之傳染病，並發揮疫情監視系統效能及提升疫病檢驗體系，以達成傳染病有效控制、消除及根除之目標。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
穩健發展全民健康保險										推動國民保健
										發展健全之醫療體系
										強化防疫體系、預防控制傳染病流行
推動國民保健										發展健全之醫療體系
										強化防疫體系、預防控制傳染病流行
發展健全之醫療體系										強化防疫體系、預防控制傳染病流行

2-2 在「健保政策目標」中，您認為（1）合理使用醫療資源（2）均衡健康保險財務（3）提升保險醫療品質等三項評量準則之間相對重要性為何？請

在適合的比較值方格內打勾。

說明：

1. 合理使用醫療資源：改善醫療費用支出制度、控制醫療費用支出成長。
2. 均衡健康保險財務：研討投保金額及負擔比率、精算保險費率維持財務平衡、調整部份負擔制度。
3. 提升保險醫療品質：強化預防保健服務、加強醫療服務審核制度、加強全民健康保險爭議審議功能、加強偏遠地區保險醫療服務。

項目	左 邊 項 目 較 強					右 邊 項 目 較 強					項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9		
合理使用醫療資源											均衡健康保險財務
											提升保險醫療品質
均衡健康保險財務											提升保險醫療品質

2-3 在「給付內容原則」中，您認為(1) 安全性(2) 有效性(3) 成本效果(4) 公平性(5) 必須性(6) 個人責任等六評量準則之間相對重要性為何？請在適合的比較值方格內打勾。

說明：

1. 安全性：是指能估算健康介入後之絕對、相對危險值及傷害之數量，且包含不良反應之資訊。
2. 有效性：一般情況下，健康照護介入後所帶來預期結果之程度。
3. 成本效果：簡言之，即為增加一單位效果所需之成本。在應用上，可比較不同方法治療同一疾病時所能改善的健康與生活品質。
4. 個人責任：如果個人本身喜歡接觸危險因子(例如：嗜酒)，則對於因此而衍伸出來的疾病，個人需要負擔的責任。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強					項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9		
安全性										有效性	
										成本效果	
										公平性	
										必須性	
										個人責任	
有效性										成本效果	
										公平性	
										必須性	
										個人責任	
成本效果										公平性	
										必須性	
										個人責任	
公平性										必須性	
										個人責任	
必須性										個人責任	

謝謝您！問卷到此為結束，深深感激您的填答，祝您萬事如意！

請傳真至：02-23789788

附件三、AHP 方案選擇評比問卷

以「慢性 B 型及 C 型肝炎治療」、「家庭醫師整合照護制度」及「醫療資源缺乏地區服務獎勵」三方案為例，兩兩比較後給分，

研究建立總額預算分配的優先順序原則與機制 AHP 方案選擇評比問卷

親愛的專家，您好：

這是一份衛生署費協會委託計畫案的研究問卷，本研究的目的是希望能建立一套在健保總額支付制度下，適用於決定新進給付項目或方案的優先順序評估模式。希望藉由本問卷了解您對於給付新的醫療服務時各項方案在不同的面向上相對重要程度的看法。

本研究採用層級分析法（Analytical Hierarchy Process, AHP），為加入給付新進醫療服務建立一評分模式。請您根據您的專業知識、實務經驗及對於全民健康保險給付內容之瞭解，給予各方案相對權重。盼望透過您寶貴意見，對於我國的總額制度能有所貢獻。

本問卷僅做為學術研究之用，不做為其他用途，敬請安心填寫。本研究的成功，端賴您的支持，敬請惠予協助，感謝您！

肅此 謹祝

身體健康、萬事如意

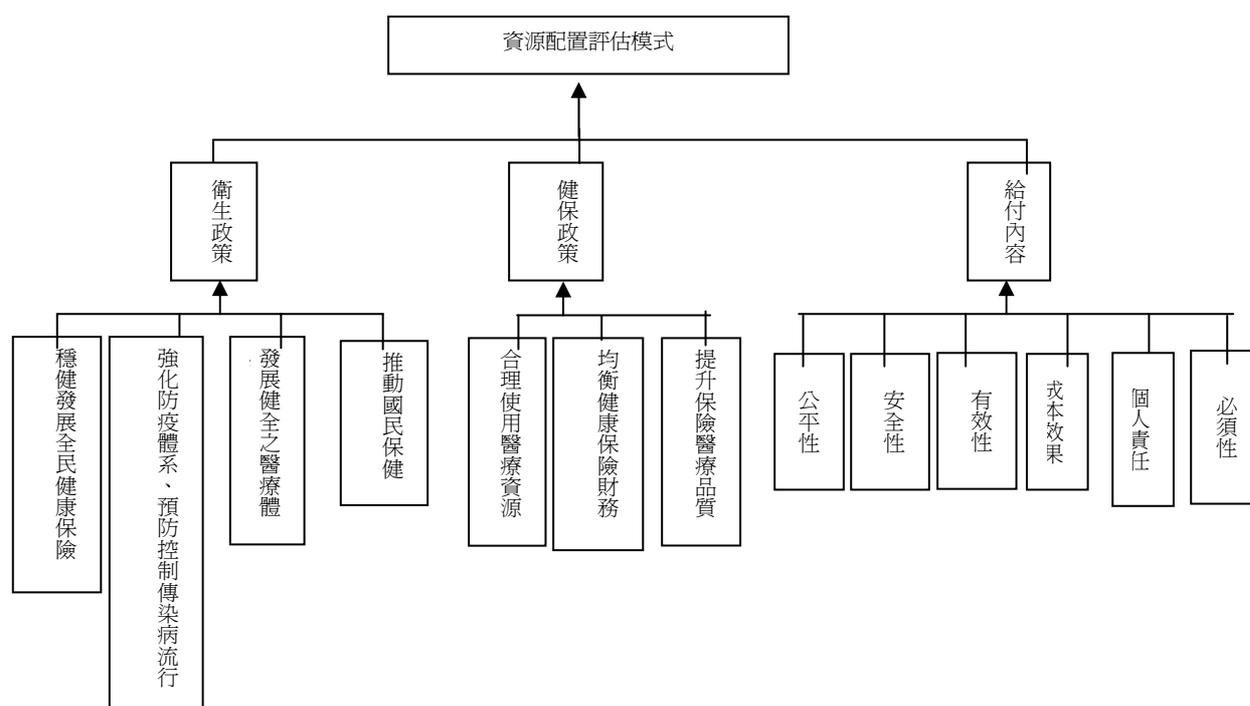
臺北醫學大學醫務管理學系暨研究所

計畫主持人：許怡欣 副教授/所長 敬上

聯絡電話：02-27361661 ext 3610

傳真電話：02-23789788

說明一：AHP 的評估模式如下圖



說明二：

本問卷為 AHP 模式建立中第三步驟的問卷。此問卷將需要進行評比的方案放在表格左右兩端，填答者只需比較左右兩項目，並將心中所作評價的相對重要性在空格中打勾即可。

範例：

以「強化防疫體系、預防控制傳染病流行」面向進行考量比較各方案時，您認為各方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強					項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療				V						家庭醫師整合照護制度	
			V							醫療資源缺乏地區服務獎勵	
家庭醫師整合照護制度				V						醫療資源缺乏地區服務獎勵	

說明：範例中所填比較權重的意義為：慢性 B 型及 C 型肝炎治療的重要性稍強於家庭醫師整合照護制度，其比值約為 6:4，慢性 B 型及 C 型肝炎治療的重要性頗強於醫療資源缺乏地區服務獎勵，其比值約為 7:3，醫療資源缺乏地區服務獎勵的重要性稍強於家庭醫師整合照護制度，其比值為 6:4。

各方案比較

- 以「穩健發展全民健康保險」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性 B 型及 C 型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「穩健發展全民健康保險」意指維持全民健康保險財務平衡，控制醫療費用合理成長，增進弱勢團體醫療權益，建立多元化老人醫療照護支付方式及各年齡層預防保健給付，以提供全民適當的醫療保健及社會福利措施。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強					項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度	
										醫療資源缺乏地區服務獎勵	
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵	

2. 以「強化防疫體系、預防控制傳染病流行」面向進行考量比較各方案時，您認為(1)慢性B型及C型肝炎治療(2)家庭醫師整合照護制度(3)醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「強化防疫體系、預防控制傳染病流行」意指透過預防接種根除可用疫苗防治之傳染病，並發揮疫情監視系統效能及提升疫病檢驗體系，以達成傳染病有效控制、消除及根除之目標。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

3. 以「發展健全之醫療體」面向進行考量比較各方案時，您認為(1)慢性B型及C型肝炎治療(2)家庭醫師整合照護制度(3)醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「發展健全之醫療體系」建立區域狀醫療網，普及醫療服務、加強基層保健醫療設施及落實醫藥分業制度，推動緊急醫療救護，並均衡各地醫療資源，維持醫療人力及設施合理成長，全面提升醫療品質。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

4. 以「推動國民保健」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「推動國民保健」意指加強辦理優生保健、口腔衛生、視力保健、健康體能促進、菸害防制、檳榔防制、事故傷害防制、癌症防治及中老年病防治，透過健康促進、健康維護與保健服務，以達成增進國民身心健康之目標。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

5. 以「合理使用醫療資源」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「合理使用醫療資源」意指改善醫療費用支出制度、控制醫療費用支出成長。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

6. 以「均衡健康保險財務」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「均衡健康保險財務」意指研討投保金額及負擔比率、精算保險費率維持財務平衡、調整部份負擔制度。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

7. 以「提升保險醫療品質」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「提升保險醫療品質」意指強化預防保健服務、加強醫療服務審核制度、加強全民健康保險爭議審議功能、加強偏遠地區保險醫療服務。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

8. 以「公平性」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強					項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9		
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度	
										醫療資源缺乏地區服務獎勵	
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵	

9. 以「必須性」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強					項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9		
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度	
										醫療資源缺乏地區服務獎勵	
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵	

10. 以「安全性」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「安全性」意指是指能估算健康介入後之絕對、相對危險值及傷害之數量，且包含不良反應之資訊。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

11. 以「有效性」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「有效性」一般情況下，健康照護介入後所帶來預期結果之程度。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

12. 以「個人責任」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「個人責任」如果個人本身喜歡接觸危險因子（例如：嗜酒），則對於因此而衍伸出來的疾病，個人需要負擔的責任。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

13. 以「成本效果」面向進行考量比較各方案時，您認為（1）慢性B型及C型肝炎治療（2）家庭醫師整合照護制度（3）醫療資源缺乏地區服務獎勵等方案之間的相對重要性為何？請在合適的比較值方格內打勾。

說明：「成本效果」簡言之，即為增加一單位效果所需之成本。在應用上，可比較不同方法治療同一疾病時所能改善的健康與生活品質。

項目	左邊項目較強					右邊項目較強				項目
	絕強 9:1	極強 8:2	頗強 7:3	稍強 6:4	相等 5:5	稍強 4:6	頗強 3:7	極強 2:8	絕強 1:9	
慢性B型及C型肝炎治療										家庭醫師整合照護制度
										醫療資源缺乏地區服務獎勵
家庭醫師整合照護制度										醫療資源缺乏地區服務獎勵

謝謝您！問卷到此為結束，深深感激您的填答，祝您萬事如意！

請傳真至：02-23789788