

計畫編號：102K6185

衛生福利部 102 年度委託研究計畫

建立全民健康保險業務
重要監理指標之研究

全程研究報告

計畫委託機關：衛生福利部

計畫執行機關：國立台灣大學

計畫主持人：鍾國彪教授

協同主持人：董鈺琪副教授、鄭凱文助理教授

研究人員：游宗憲專案助理教授

研究助理：呂虹霈、彭瑄、梁竣傑

執行期間：102 年 5 月 7 日至 102 年 12 月 10 日

本研究報告僅供參考，不代表本部意見

【依合約規定：如對媒體發布研究成果應事先徵求本部同意】

文目錄

摘要.....	1
Abstract	3
第一章 前言	5
第一節 背景概述.....	5
第二節 研究目的.....	6
第二章 文獻探討.....	7
第一節 各國醫療體系與健康保險評估架構與指標.....	7
(一) NHS Compliance Framework 2013	7
(二) NHS Performance Framework 2013	15
(三) WHO Monitoring and evaluation framework 2010	16
(四) WHO world health report 2000.....	20
(五) M.E. Kruk et al., 2008.....	22
(六) Lu Ann Aday et al., 2004.....	23
(七) Rifat Ali Atun et al., 2006	26
(八) IOM 1999	28
(九) Commonwealth fund 2004.....	29
第二節 國內相關文獻.....	31
(一) 台灣健保評估架構現況.....	31
(二) 國內研究回顧.....	38
第三節 小結.....	40
第三章 研究方法.....	43
第一節 以概念圖示法建構架構雛形.....	43
第二節 以修正型德菲法與分析層級程序法選取最重要的評估構面.....	46
第三節 中選指標試算.....	47
第四節 利害關係人會議與指標權重.....	47
第四章 結果.....	50
第一節 健保評估架構研擬.....	50
(一) 專家座談會意見收集.....	50
(二) 架構雛形.....	53
(三) 第一階段問卷分析結果.....	56
(四) Go-zone	60
(五) 第二階段德菲法問卷設計.....	63
(六) 第二階段第一回合問卷分析結果.....	65
(七) 德菲法問卷專家會議.....	77
(八) 第二階段第二回合問卷分析結果.....	79

第二節 指標試算.....	89
(一) 平均餘命.....	89
(二) 未滿月新生兒死亡率.....	90
(三) 孕產婦死亡率.....	91
(四) 乳癌五年觀察存活率.....	92
(五) 對醫療院所整體醫療品質滿意度.....	93
(六) 急性一般病床平均住院天數.....	93
(七) DRG 案件三天內重返急診率.....	94
(八) 癌症病人轉介安寧照護比率.....	96
(九) 高診次病患門診用藥日數重複率.....	96
(十) 手術傷口感染.....	96
(十一) 加護病房呼吸器相關肺炎發生密度.....	99
(十二) 在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率.....	99
(十三) 急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案.....	100
(十四) 冠狀動脈繞道術死亡率.....	105
(十五) 急性中風死亡率.....	106
(十六) 左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB).....	107
(十七) 肺炎死亡率.....	108
(十八) 保險收支餘絀—權責.....	109
(十九) 家戶保費支出占家戶所得之比例.....	111
(二十) 保險費率合宜率.....	111
(二十一) 保費成長率與 GDP 成長率比值.....	113
(二十二) 全民健保醫療支出占 GDP 比例.....	114
(二十三) 國民醫療保健支出占 GDP 比例.....	115
(二十四) 重大傷病醫療支出比例.....	116
第三節 利害關係人會議.....	120
第四節 構面與指標權重分析.....	122
第五章 討論.....	126
第一節 醫療面.....	126
(一) 指標發展過程.....	126
(二) 指標選取.....	128
第二節 財務面.....	132
(一) 指標發展過程.....	132
(二) 指標選取.....	133
第三節 研究限制.....	137
第六章 結論與建議.....	139

第一節 結論.....	139
第二節 建議.....	139
(一) 對主管機關的建議.....	139
(二) 對後續研究的建議.....	140
參考文獻.....	146
附錄.....	155
附錄一 期中審查意見修正對照表.....	155
附錄二 Kruk 架構指標整理.....	157
附錄三 6/27 專家座談會會議紀錄.....	161
附錄四 7/4 專家座談會會議紀錄.....	182
附錄五 第一階段問卷—監理構面評選.....	190
附錄六 不同條件下各構面之子構面中選情形一覽表.....	196
附錄七 9/16 專家會議記錄.....	202
附錄八 第一回合德菲法問卷—醫療版.....	209
附錄九 第一回合德菲法問卷—財務版.....	229
附錄十 德菲法問卷醫療版專家提出修改意見（依推薦順位排序）.....	238
附錄十一 德菲法問卷財務版專家提出修改意見（依推薦順位排序）.....	243
附錄十二 10/17 德菲法問卷財務版專家會議紀錄.....	246
附錄十三 10/18 德菲法問卷醫療版專家會議紀錄.....	255
附錄十四 第二回合德菲法問卷—醫療版.....	268
附錄十五 第二回合德菲法問卷—財務版.....	283
附錄十六 11/28 利害關係人會議記錄.....	291
附錄十七 AHP 問卷.....	303
附錄十八 通過臺大醫院研究倫理委員會審查之公文.....	313
附錄十九 健康統計資料申請內容與費用明細.....	315
附錄二十 醫療面指標試算定義與詳細診斷代碼.....	316
附錄二十一 期末審查意見修正對照表.....	319

圖目錄

圖 1 Monitor 的監管制度.....	8
圖 2 監督與風險評估程序.....	8
圖 3 介入調查與執行措施程序.....	9
圖 4 前瞻性財務指標.....	9
圖 5 財務風險等級的推導.....	10
圖 6 各財務風險等級對應監管方式.....	11
圖 7 治理風險等級對應監管方式.....	12
圖 8 治理風險等級的推導.....	13
圖 9 NHS performance framework.....	15
圖 10 Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework.....	17
圖 11 醫療體系中系統執行功能與系統執行目標關係圖.....	21
圖 12 Framework for health systems performance measures.....	23
圖 13 Aday 等人醫療體系評估架構.....	24
圖 14 A Framework for health systems analysis.....	27
圖 15 IOM 六大目標.....	29
圖 16 CIHI Performance Framework.....	30
圖 17 點群聚圖(Point-Cluster Map).....	44
圖 18 重要性與可行性之類型配對圖(pattern match).....	45
圖 19 重要性與可行性之二維最適改善區域圖(Go-zone plot).....	45
圖 20 台灣健保監理架構草案.....	54
圖 21 各子構面適當性與重要性分布.....	60
圖 22 「平均餘命」趨勢圖.....	90
圖 23 「未滿月新生兒死亡率」趨勢圖.....	91
圖 24 「孕產婦死亡率」趨勢圖.....	92
圖 25 「乳癌五年觀察存活率」趨勢圖.....	93
圖 26 「急性一般病床平均住院天數」趨勢圖.....	94
圖 27 「DRG 案件三天內重返急診率」管制圖.....	95
圖 28 「論病例計酬案件三天內重返急診率」管制圖.....	96
圖 29 「手術傷口感染—廣義」管制圖.....	98
圖 30 「手術傷口感染—狹義」管制圖.....	99
圖 31 「在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率」管制圖.....	100
圖 32 「18 歲以上急性心肌梗塞死亡率」管制圖.....	101
圖 33 「40 歲以上急性心肌梗塞死亡率」管制圖.....	102
圖 34 「18 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率」管制圖.....	103
圖 35 「40 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率」管制圖.....	104

圖 36 「冠狀動脈繞道術死亡率」管制圖.....	106
圖 37 「急性中風死亡率」管制圖.....	107
圖 38 「左心室收縮功能不全病患住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)」管制圖.....	108
圖 39 「肺炎死亡率」管制圖.....	109
圖 40 「保險收支餘絀—權責」趨勢圖.....	110
圖 41 「家戶保費支出占家戶所得之比例」趨勢圖.....	111
圖 42 「保險費率合宜率」趨勢圖.....	113
圖 43 「保費成長率與 GDP 成長率比值」趨勢圖.....	114
圖 44 「全民健保醫療支出占 GDP 比例」趨勢圖.....	115
圖 45 「國民醫療保健支出占 GDP 比例」趨勢圖.....	116
圖 46 「重大傷病醫療支出比例」趨勢圖.....	117
圖 47 「保費收繳率」趨勢圖.....	118
圖 48 「民眾自費占總醫療保健支出之比例」趨勢圖.....	119
圖 49 「自付費用占私部門醫療保健支出比例」趨勢圖.....	120
圖 50 修正後台灣健保監理架構.....	141

表目錄

表 1 治理面的國家指標.....	14
表 2 指標與資料來源.....	18
表 3 各構面之準則與指標.....	25
表 4 台灣健保業務監理指標.....	32
表 5 台灣健保財務指標之燈號公式及標準.....	32
表 6 業務指標歷史沿革.....	33
表 7 財務指標歷史沿革.....	37
表 8 國內文獻關注構面回顧.....	38
表 9 評估架構構面比較.....	42
表 10 不同專家人數一致與不一致的定義.....	47
表 11 AHP 評估尺度意義及說明.....	48
表 12 第一場出席專家背景分析.....	50
表 13 第二場出席專家背景分析.....	52
表 14 構面推薦結果—全體.....	56
表 15 構面推薦結果—依背景.....	56
表 16 各構面評比結果.....	57
表 17 各構面適當性評比結果—依背景.....	58
表 18 各構面重要性評比結果—依背景.....	59

表 19	不同標準下中選題數一覽表.....	61
表 20	中選子構面清單.....	63
表 21	指標評估面項定義.....	63
表 22	醫療面指標討論專家背景分析.....	64
表 23	第一回合問卷子構面指標數.....	64
表 24	不同專家人數一致與不一致的定義.....	65
表 25	第一回合醫療面指標統計結果.....	66
表 26	第一回合醫療面指標中選結果.....	70
表 27	第一回合醫療面指標中選數.....	72
表 28	第一回合財務指標中選數.....	72
表 29	第一回合財務指標統計結果.....	73
表 30	第一回合財務指標中選結果.....	76
表 31	德菲法問卷專家會議出席專家背景分析（醫療場次）.....	77
表 32	德菲法問卷專家會議出席專家背景分析（財務場次）.....	77
表 33	第二回合德菲法問卷新增指標.....	78
表 34	第二回合醫療面指標選取標準.....	79
表 35	第二回合醫療面指標統計結果.....	80
表 36	第二回合財務面指標統計結果.....	83
表 37	第二回合醫療面指標中選結果.....	85
表 38	第二回合財務指標選取標準.....	86
表 39	第二回合財務指標中選結果.....	86
表 40	健保評估架構最終中選指標.....	87
表 41	「平均餘命」指標資料.....	89
表 42	「未滿月新生兒死亡率」指標資料.....	90
表 43	「孕產婦死亡率」指標資料.....	91
表 44	「乳癌五年觀察存活率」指標資料.....	92
表 45	「急性一般病床平均住院天數」指標資料.....	93
表 46	「DRG 案件三天內重返急診率」試算資料.....	94
表 47	「論病例計酬案件三天內重返急診率」試算資料.....	95
表 48	「手術傷口感染—廣義」試算資料.....	97
表 49	「手術傷口感染—狹義」試算資料.....	98
表 50	「在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率」試算資料.....	99
表 51	「18 歲以上急性心肌梗塞死亡率」試算資料.....	100
表 52	「40 歲以上急性心肌梗塞死亡率」試算資料.....	102
表 53	「18 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率」試算資料.....	103
表 54	「40 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率」試算資料.....	104
表 55	「冠狀動脈繞道術死亡率」試算資料.....	105

表 56 「急性中風死亡率」試算資料.....	106
表 57 「左心室收縮功能不全病患住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)」試算資料.....	107
表 58 「肺炎死亡率」試算資料.....	108
表 59 「保險收支餘絀—權責」指標值.....	110
表 60 「家戶保費支出占家戶所得之比例」指標值.....	111
表 61 「保險費率合宜率」指標值.....	112
表 62 「保費成長率與 GDP 成長率比值」指標值.....	113
表 63 「全民健保醫療支出占 GDP 比例」指標值.....	114
表 64 「國民醫療保健支出占 GDP 比例」指標值.....	115
表 65 「重大傷病醫療支出比例」指標值.....	116
表 66 「保費收繳率」.....	117
表 67 「民眾自費占總醫療保健支出之比例」指標值.....	118
表 68 「自付費用占私部門醫療保健支出比例」指標值.....	119
表 69 利害關係人會議出席專家背景分析.....	120
表 70 構面間權重分析.....	122
表 71 效果構面下之子構面權重分析.....	122
表 72 效率構面下之子構面權重分析.....	123
表 73 醫療品質構面下之子構面權重分析.....	123
表 74 財務與財源籌措構面下之子構面權重分析.....	123
表 75 健康狀態子構面下之指標權重分析.....	123
表 76 資源的價值子構面下之指標權重分析.....	124
表 77 安全子構面下之指標權重分析.....	124
表 78 效能子構面下之指標權重分析.....	125
表 79 財務收支平衡子構面下之指標權重分析.....	125
表 80 醫療保健支出水準子構面下之指標權重分析.....	125
表 81 修正後財務面指標列表.....	136
表 82 整體監理架構與指標監測值.....	142

摘要

背景：臺灣全民健康保險實施近二十年來，未能建立健保監理架構，過往各項健保業務監理指標皆由各權責單位自行訂定，除完整性不足，其發展過程亦以協商居多。自 2013 年起，健保監理會與費協會兩會合一，該單位亦負責健保監理之最主要業務，因此在此時空背景下，以嚴謹的科學方法，發展健保監理架構與指標，實為刻不容緩之議。

目的：本研究之目的為二，第一，收集國外內醫療體系評核架構，並進行比較。第二，依據國內外之經驗，建立臺灣健保監理架構與指標。

方法：依據研究目的，本研究實施方法如下：1、透過文獻與網站搜尋，瞭解各國健康保險與醫療體系評核架構，並收集相關指標。2、參考國內外之經驗，以三階段方式建立臺灣健保監理架構與指標，分別為第一階段以概念圖示法收集國內各界對於監理架構的概念；第二階段則是透過修正型德菲法，運用重要性、可行性與能用性之標準，搭配 RAND Appropriateness Method 的方法（中位數、一致性、不一致性等）、選取指標當切割點，來選取各子構面下之指標；第三階段運用分析層級程序法與專家共識取得構面、子構面與各指標間之相對與絕對權重；本研究亦透過指標試算以去除無鑑別度的指標，並召開利害關係人會議，從次級資料與相關來源取得指標之試算結果，以對監理架構與指標進行檢討與修正。

結果：本研究透過文獻收集與整理，並經由研究團隊討論與彙整，產生台灣健保評估架構之雛型。經由專家會議豐富其內容後，再經由 58 位專家以概念圖示法，選出效果、效率、醫療品質（以上為醫療面）、以及財務與財源籌措（財務面）四項評估構面。在效果構面下，包含健康狀態與病人對照護結果的滿意程度兩項子構面。在效率構面下，包含宏觀效率與資源價值。在醫療品質構面下，包含安全與效能兩項子構面。在財源與財務籌措構面下，包含財務收支平衡、醫療保健支出水準與財源籌措/分配的公平性三項子構面。研究團隊並依子構面之結果，進行國內外指標搜尋與整理，共選出醫療面 76 支與財務面 23 支候選指標，再經修正型德菲法選取後（醫療部份問卷版第一回合 44 支、第二回合 28 支，財務部分第一回合 21 支、第二回合 12 支），本計畫共選出 26 支指標（醫療面 17 支及財務面 9 支）。其中 14 支醫療面指標與 7 支財務面指標，可以從健保資料庫與相關來源，得到試算的結果，並就閾值或觀測值之參考數值進行討論。在構面與子構面的相對與絕對權重之次序大致相同，但組成百分比之高低，在相對權重的差異較大。第一層子構面以效果之相對權重最高、醫療品質其次。

結論：透過概念圖示、修正型德菲法與分析層級程序法等系統化方法，來建立監理架構、發展監測指標與相對權重等，是為凝聚多種利害關係人共識的嚴謹與可行之作法。本研究結合多層次的專家意見交流互動，面對面或直接表達意見之交錯運用，完成監理架構

(構面與子構面)之選取，更參照國內外建立核心指標之經驗，應用於子構面下監理指標的發展；未來還需要考量資料來源以及後續的應用，例如國際比較、內部改善、外部課責、資訊公開、或是評鑑等；指標的應用上更應該納入使用者(例如付費者)之觀點，在實務之應用上能提供更有用之結果。後續研究可繼續邀集多元利害關係人，採用名目團體技巧、公民會議、利害關係人回饋或其他共識建立之作法，進行深入討論，搭配多元資療來源之資料佐證，定期審視與持續監控評估，讓評估架構之建立與後續之應用得以與國際上之做法與內涵接軌，產生實質之中長期成效。

關鍵字：健保監理架構、指標發展、概念圖示法、修正型德菲法、分析層級程序法

Abstract

Background The National health Insurance has been initiated for almost 20 years, but still did not develop a framework for monitor and evaluation. In the past, experience-based indicators were developed by different unit in charge of specific tasks. Facing organizational rearrangement by merge two committees into a new one, it is essential to provide sound supervision framework with specific monitoring indicators developed by method from rigorous and scientific basis.

Purpose There are two research purposes for this study. First, to understand the operation of health care system in different countries and their measuring indicators from references. Second, to develop a framework for monitor and evaluation the operation of health care insurance based on experience from domestic and developed countries.

Method The prototype of framework was developed by reach team from synthesizing available reference and literatures. Three stages of developing process were done. In the first stage, two expert meetings were held to know the scope and boundary of the study. One questionnaire was mailed to 58 experts and analyzed by concept mapping method. Key dimensions and sub-dimensions were chosen based on survey result for choosing dimension and sub-dimensions. In the second stage, modified Delphi Technique was conducted for developing monitoring indicators. Three inclusion criteria cover importance, feasibility and usability of indicators. The cut-off point was based on RAND Appropriateness Method. In the third stage, the relative weight of dimension, sub-dimension and different indicators was obtained from Analytical Hierarchy Process and expert consensus. We also provide empirical result of chosen indicators in the last stakeholder meeting and get comments from experts.

Result We propose a framework for monitor and evaluation the performance of the National Health Insurance. From survey and concept mapping, we choose four dimensions including effectiveness, efficiency, quality and financial fund raising. Two sub-dimensions were covered by effectiveness (health status, satisfaction), efficiency (macro efficiency, value of resources) and quality (safety, efficacy). Three sub-dimensions were covered by financial fund raising (financial balance of income and expenditures, level of health care expenditures, fair financing). We founded 76 indicators for the six sub-dimensions of medical part and 23 indicators for financial part. In Delphi questionnaire of medical part, 44 indicators and 28 indicators for the first round and second round respectively. In Delphi questionnaire of financial fund raising part, 21 indicators and 12 indicators for the first round and second round respectively. Finally, we chose 26 indicators out of nine sub-dimensions. 21 of them can have empirical data for further discussion about threshold or just for observation.

Statistical process control chart was applied to demonstrate results of indicator trend. Weight result can show consistent finding in AHP and expert consensus, but the difference was bigger from AHP. Effectiveness has higher weight than quality of care.

Conclusion It is feasible to apply systematic methods such as concept mapping, modified Delphi Technique as well as Analytical Hierarchy Process to develop a sound monitor and evaluation framework, developing monitoring core indicators and provide a platform for communication among different stakeholders. In this study, we combine face-to-face discussion and virtual meeting to collect opinions from experts with different backgrounds to develop dimension, sub-dimensions and indicator as well. It is important to consider data collection while developing indicators. In the future, application of framework and indicators might fit different purpose such as international comparison, internal improvement, public reporting, accountability or accreditation, etc.. Practical application to payer might be essential, too. We recommend that research might apply nominal group technique, civil meeting, stakeholder feedback or other methods of consensus building to review and update current results. It would be helpful to catch up with international trend and obtain middle-term to long-term impacts.

Key words: Monitor and evaluation framework for the National Health Insurance, indicator development, concept mapping, Modified Delphi Technique, Analytical Hierarchy Process

第一章 前言

第一節 背景概述

台灣自 1950 年起陸續推出數種社會保險方案，主要的包括 1950 年推行的勞保、1958 年公保及 1985 年農保。1995 年所有的各類健康保險方案，涵蓋了 56% 的人口，然而這些保險方案主要是針對有勞雇關係的民眾，而 14 歲以下的孩童、65 歲以上老年人和無工作者，以及大多數婦女則無任何社會保險方案予以保護。二十世紀後期，Health for All 是各國政府努力追求的目標，唯有健康的國民，才能奠定國家發展的基礎[1]。而台灣的醫療資源自 1985 年所推動的醫療網計畫後，在經過十年的努力後，已達到均衡各地區醫療資源分布，縮短城鄉差距，以及提高醫療服務可及性的初步目標。在各方條件齊備的情形下，為了進一步保障國民的健康，避免民眾因病而貧或因貧而病，方於 1995 年實施全民健康保險，將各種不同社會保險中的健康保險從原有體系中移出，再納入未涵蓋在保障範圍中的其他人口，形成一個單一保險人的全民健康保險制度，將全國 99% 以上的民眾納入全民健康保險的保護傘下，保障範圍擴及全民的整合性健康保險體系，由中央健康保險局負責經營，期望可以達到以下三個重要的目標：第一，提供人人公平就醫的機會（accessibility）；第二，全國醫療費用在合理的範圍達到宏觀的效率（macro efficiency）；第三，全國民眾能有效利用醫療資源達到微觀的效率（micro efficiency）[2]。自此，台灣民眾可以有更公平的機會來獲取醫療服務，並享有更好的財務風險保障及財務公平性[3]，此係為台灣醫療史上的一個重要里程碑。

國內外對於健康保險評估的研究不少，然而大多屬於零星與片段。以國內相關研究為例，在健保開辦初期，多數研究著重於健保實施前後的比較，藉此了解在實施健保前未納入社會保險的群眾，在健保實施後的就醫可近性是否獲得提升[4]。又如部分負擔的調整，對於民眾的就醫行為[5-7]、醫療費用[8]以及就醫權[9]是否有影響。隨著健保財務日益窘迫，健保署也開始推出各項管控措施（如總額預算）或試辦計畫，試圖藉此抑制醫療費用的成長。學界在這段期間的研究方向也開始轉向管控措施以及試辦計畫的成效，例如實施後醫療利用[10-15]、醫療資源分布情形[16, 17]、醫療提供者行為[14, 18, 19]、醫療品質[11, 20-25]的改變。近年來，論質計酬是健保署推行的一項重點，因此在推行論質計酬後，參與和未參與計畫之病患的利用[26-33]、醫療品質[34, 35]、病患滿意度[36-38]則是當今的研究重點，國外的研究同樣也相當豐富。由上述整理可以發現，現有的研究較缺乏對於醫療體系、乃至於保險監理架構的整體評估。近十年來，各國積極發展醫療院所的評估指標，如世界衛生組織的 PATH 計畫[39]、歐洲經濟合作組織的 HCQIP[40]、歐洲的 EFQM[41]、美國 JCAHO 的 ORYX 核心測量組合[42]、CMS 的 PQRI[43, 44]以及 Rand 品質評估工具[45]。至於醫療體系，甚至是健康保險的監理業務評估，相對來說不如醫療院所評估架構的蓬勃發展。以下將就幾個較具代表性的醫療體系評估架構，如 Aday 的三 E（Effectiveness, Efficiency, and Equity）[46]、Kruk 的 Health

Systems Performance Framework[47]、WHO 的 Monitoring and Evaluation Framework[48] 以及英國 NHS Compliance Framework[49]等做簡單介紹。

第二節 研究目的

隨著世界衛生組織新普遍主義 (new universalism)，健康權已經正式被確認為基本人權，這項基本人權應受執政當局所保障。所謂新普遍主義的概念，是指提供全民符合成本效益、社會價值及社會倫理的健康照護，而不是提供全部的服務。而健全的照護體系，正是提供健康的唯一路徑。過去曾有學者提出評估醫療體系的架構，例如 Aday 的三 E (Efficiency, Effectiveness, Equity)。此外，其他如世界衛生組織的 PATH 計畫[39]、歐洲經濟合作組織的 HCQIP[40]、歐洲 EFQM[41]、美國 JCAHO 的 ORYX 核心測量組合[42]、CMS 的 PQRI[43, 44]、Rand 品質評估工具[45]、IOM 六大目標[50]以及英國 Performance Assessment Framework (PAF) [51]等等，皆為世人所熟知。

然而，台灣不論是在實施全民健保之前的多元體系，抑或實施健保近 20 年後的現在單一體系，皆未能提出一套屬於台灣健保所獨有的評估系統。雖然過去諸如全民健康保險監理委員會針對財務狀況、當季保險收支情形，及醫療利用管控、醫療品質等面向，建立計 14 項監理指標；醫療費用協定委員會也就總額協商的角度，每年評估各部門總額於一般服務及專款項目之執行成果。然而由於相互獨立之故，所提出之各項指標是否能作為評估全民健保政策的依據亦不無疑問，而早在二代健保規劃案時，學界也提出監理與費協兩會應儘速合一的倡議[52]，也隱含建立完整評估體系的意涵。

自 102 年 1 月 1 日實施所謂二代健保後，監理會及費協會整併為全民健康保險會，此為建立全民健保評估架構之正確時機。因此本研究之目的在於：1、收集國外內醫療體系評核架構，並進行比較。2、依據國內外之經驗，以三階段方式建立臺灣健保監理架構與指標，分別為第一階段以概念圖示法收集國內各界對於監理架構的概念；第二階段以修正型德菲法與分析層級程序法選出最重要的監理架構；第三階段則是透過指標試算以去除無鑑別度的指標，並召開利害關係人會議，針對監理架構與指標進行檢討與修正。

第二章 文獻探討

第一節 各國醫療體系與健康保險評估架構與指標

(一) NHS Compliance Framework 2013

英國的國民健保制度 (National Health Services, 簡稱 NHS) 為一由英國政府設立且資助的公醫制度, 而 NHS 信託基金會 (NHS foundation trusts) 則是非營利且具有公益性質的機構, 屬於 NHS 的一部分, 並且對於英國衛生部門 (Department of Health) 有一定程度的獨立性, 它提供了超過 NHS 半數以上醫療院所、精神健康方面以及救護的服務。NHS 信託基金會的主要功能為將決策從中央下達至地方組織和社區, 並根據 NHS 的核心原則提供和發展健康照護服務, 其核心原則為: 提供需求導向而非支付能力導向的免費照護。

負責監督與管理英國國民健保制度 (National Health Services, 簡稱 NHS) 的獨立機構 Monitor 在 2012 年 3 月公佈了新版的遵從架構 Compliance Framework[49], 此一架構是從品質、服務提供以及財務的角度來確保英國 NHS 信託基金會 (NHS foundation trusts) 體制的健全, 更進一步達到保障及增進病人福利的目的。

圖 1 為 Monitor 監管制度的流程, 主要由四個環節所組成, 依序是監督 (Monitoring)、風險評估 (Risk Assessment)、介入調查 (Investigation) 與最後的強制執行 (Enforcement)。Monitor 透過 NHS foundation trusts 定期遞交的前瞻計畫 (forward plan)、年度報告 (in-year submission) 以及異常報告 (exception reports) …等資料進行監督, 並進一步利用這些資訊進行風險的評估和風險等級的發布, 根據評估的結果, 若風險等級低於一定標準值, 則需介入調查, 甚至是採取後續的強制執行措施。圖 2 為前半段的監督與風險評估程序, 圖 3 則為後半段的介入調查與執行措施程序。

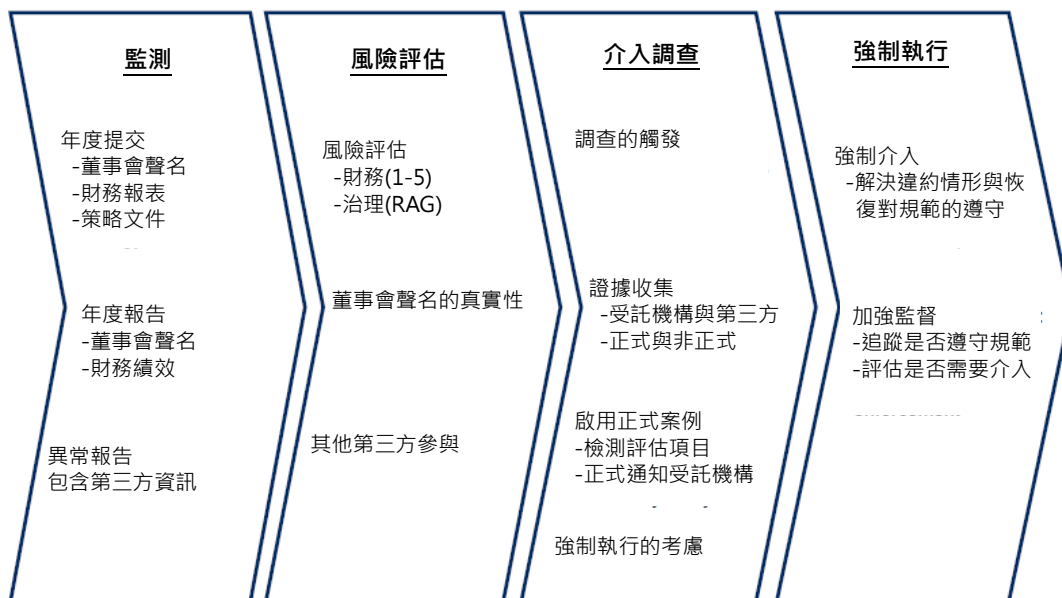


圖 1 Monitor 的監管制度

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

Monitor 在進行監督與評估風險時主要從兩大面向來看，分別是財務（financial）與治理（governance），這兩大構面的資訊分別會被利用在決定財務面及治理面的風險等級，圖 2 清楚表示出了 Monitor 的監督與風險評估程序。從遞交財務與治理的年度報告、前瞻計畫以及異常報告，一直到風險的評估、風險等級的劃分，甚至是啟動後續的治理能力審查。

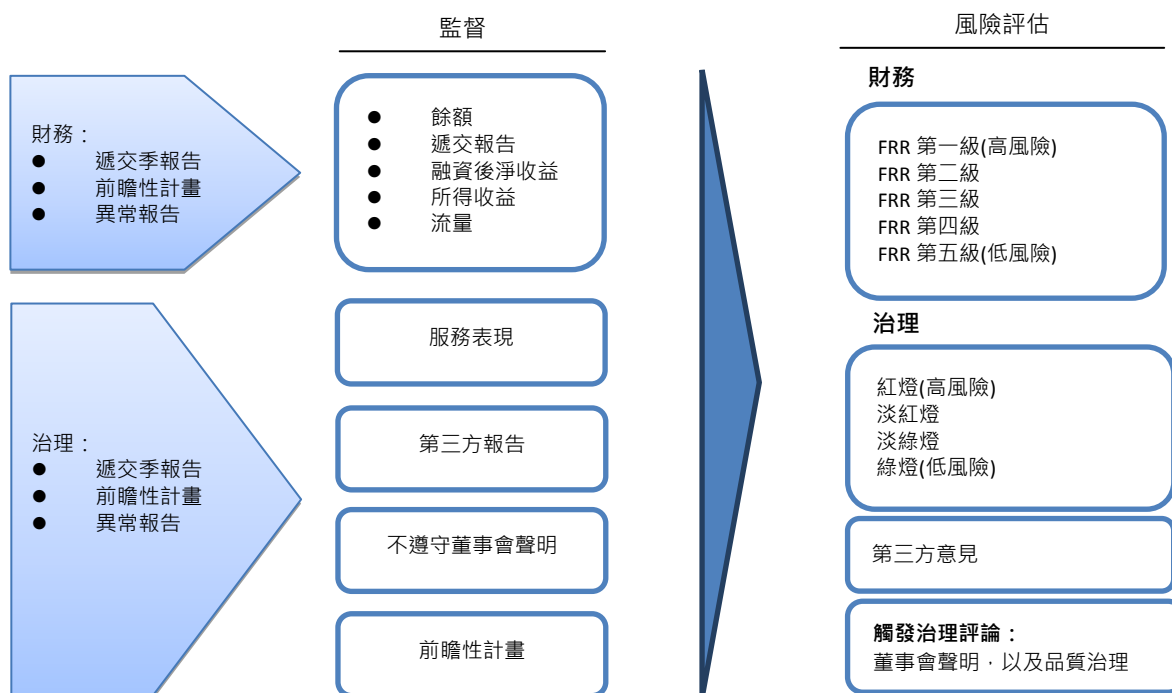


圖 2 監督與風險評估程序

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

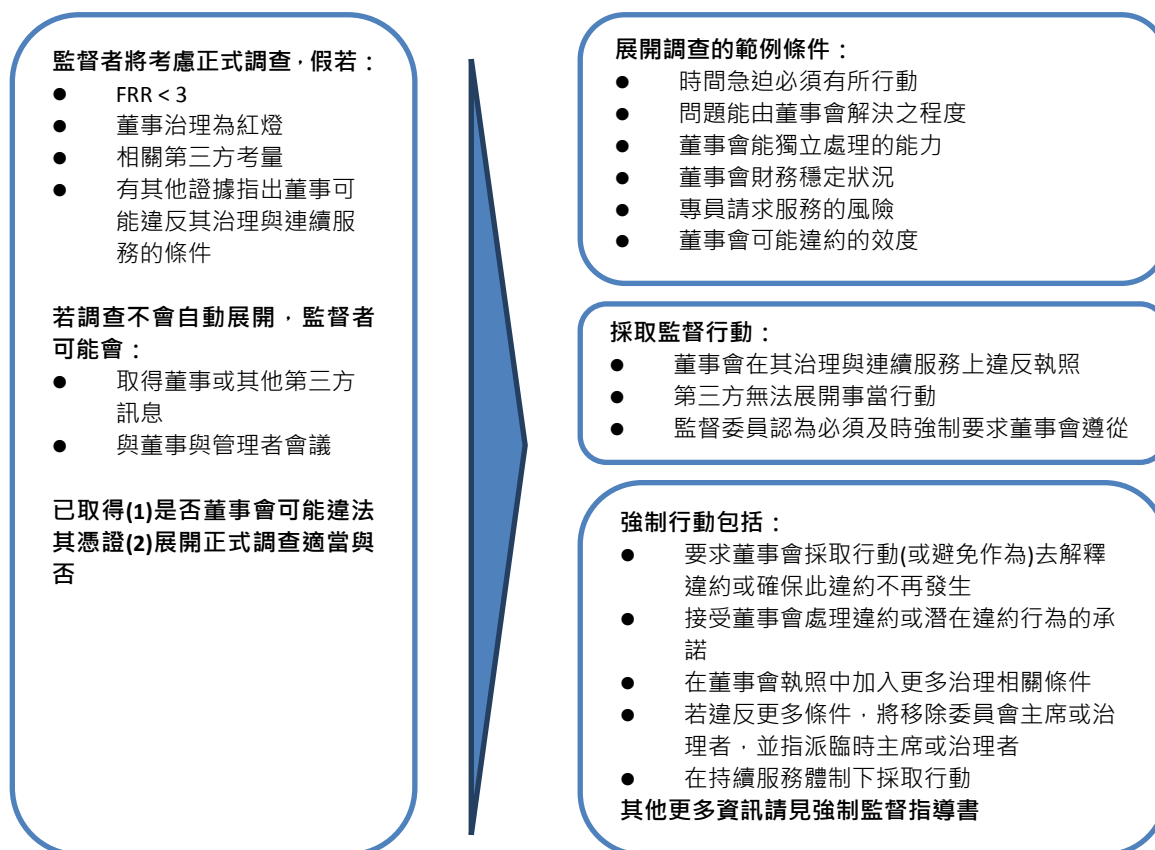


圖 3 介入調查與執行措施程序

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

圖 4 是 NHS 信託基金會年度報告裡關於財務面需遞交的前瞻性指標資訊，如：連續兩季攤銷前利潤率（EBITDA margin）無預期下滑、未來 12 個月內 FRR 有低於 3 可能性、逾期 90 天以上的應收帳款占應收帳款總結餘的百分之五以上、逾期 90 天以上的應付帳款佔應付帳款總結餘的百分之五以上…等。以下將就財務面和治理面的風險評估模式來進行簡單介紹。

- 連續兩季攤銷前利潤率無預期下滑
- 未來 12 個月內 FRR 有低於 3 的可能性
- 上一季使用融資營運資金
- 逾期 90 天以上的應收帳款占應收帳款總結餘的百分之五以上
- 逾期 90 天以上的應付帳款占應付帳款總結餘的百分之五以上
- 財務總監在 12 個月中已更換 2 次或以上
- 臨時財務總監任期超過一季
- 季中現金結餘僅能維持少於 10 天的營運費用
- 從年初至今·資金支出的變化是計畫的 15%上下


圖 4 前瞻性財務指標

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

在進行財務風險的評估時，Monitor 會利用在各個 NHS 信託基金會間有共通準則的記分卡來推算並發布財務風險等級，風險由高至低分別為 1~5，風險等級是由四個主要準則經加權後的分數推導而出，這四個準則分別是：計畫達成 (achievement of plan)、基本績效 (underlying performance)、財務效率 (financial efficiency) 以及流動性 (liquidity)。分數計算的過程為：透過計分卡比較主要的財務度量標準來計算各準則的初步分數，當各個準則的初步分數產生出來後，便可套用對應的權重計算出加權平均數，此數字即為最終的財務風險等級，圖 5 為財務風險等級推導的過程，其中 EBITDA 代表稅息折舊及攤銷前利潤 (Earnings before interest, taxes, depreciation and amortisation)。

以圖 5 的風險等級 4 計算為例，先算出各準則的初步分數，也就是在計畫達成 (achievement of plan) 項目裡，利用稅息折舊及攤銷前利潤 (EBITDA) 乘上計畫達成比率得到的分數為 85，再將 85 乘以對應的權重值 0.1 (10%) 得到 8.5，以此類推計算出所有準則的初步分數後，再將所有的分數加總並除以 5 (準則內的項目數) 得到加權平均後的平均數 3.56，四捨五入後得到 4，此即為最後推算出的財務風險等級。

財務準則	權重(%)	評分方法	等級分類				
			5	4	3	2	1
計畫達成	10	EBITDA*計畫達成比率 (%)	100	85	70	50	<50
基本績效	25	EBITDA*邊際利潤 (%)	11	9	5	1	<1
財務效率	40	20 融資後淨收益 (%)	>3	2	-0.5	-5	<-5
		20 扣除股息後淨邊際盈餘 (%)	3	2	\$	-2	<-2
流動性	25	流動資產比率 (天數)	60	25	15	10	<10



財務風險等級是財務準則加權平均之分數

圖 5 財務風險等級的推導

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

依據不同的財務風險等級，Monitor 將會採取不同的監管方式，如圖 6 所示，當風險等級為 5，也就是可能存在的財務風險最小時，Monitor 在財務方面只做每季的例行監督，並不採取任何其他的監管措施，但當風險等級低於 3 時，就會介入調查可能存在的風險，甚至是採取一些執行措施。

	說明和重新定義	財務監測	監管活動
等級 5	財務準則之加權平均為 5 分	每季監測	無
等級 4	財務準則之加權平均為 4 分 <u>重新定義</u> 若在授權前 12 個月內，最大的財務風險等級=4	每季監測	無
等級 3	財務準則之加權平均為 3 分 <u>重新定義</u> 財務風險等級=3，當 <ul style="list-style-type: none"> • 一個財務準則評分為 2 • 計畫未及時提交計畫，或計畫有不完整、有錯誤 • 預測未來兩三年計畫赤字 	每季監測，若趨勢變差或從等級 2 恢復，則以每月監測 補充資料視需求而定 若當流動性<15 天，則監測將要求一個提前的流動性分析	若績效顯著低於計畫(財務風險等級至少下降 2 級)，則要求分析
等級 2	財務準則之加權平均為 2 分 <u>重新定義</u> 財務風險等級=2，當 <ul style="list-style-type: none"> • 預測未來兩三年計畫赤字 • 公共股息資本股息未繳足 • 兩個財務準則評分為 2 • 一個財務準則評分為 1 	每月監測 監測可能需要之資訊 <ul style="list-style-type: none"> • 補充性的財務資訊 • 服務線之資訊(前年度與當年度) • 補救計畫與更新 • 恢復流動性的計畫 	潛力調查
等級 1	財務準則之加權平均為 1 分 <u>重新定義</u> 若有兩個財務準則評分為 1 者，其財務風險等級=1	每月監測 監測可能需要之資訊 <ul style="list-style-type: none"> • 補充性的財務資訊 • 服務線之資訊(前年度與當年度) • 補救計畫與更新 	潛力調查 計畫失敗前潛力之啟發

圖 6 各財務風險等級對應監管方式

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

在治理面，風險等級由高至低分成紅燈、黃紅燈、黃綠燈和綠燈等四種燈號，當治理風險等級越低時，採取管制措施的可能性就越高，甚至需要介入調查或啟動後續的強制執行機制（詳見圖 7）。

	說明	監測	監管
綠燈	<p>無重大關注</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理分數小於 1 者 董事會聲明完整且令人滿意 	<p>每季監測 異常報告</p>	<p>無</p>
黃綠燈	<p>有限的關注，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 有潛在監管含意的第三方資源關注。(例如，為 CQC 所關注但卻未反映在 Compliance Framework 中的問題) 董事會聲明關注 <p>監管分數 ≥ 1.0，< 2.0。(例如：有限的服務績效關注)</p>	<p>取決於風險的種類，一些額外的工作或補充的訊息可能會被要求以問題呈現議題範圍，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> 品質管制審查 CQC 的投入 	<p>下一步驟取決於這項工作的進展情形和管理意涵之確認：</p> <ul style="list-style-type: none"> 若無重大關注事項或已回應關注 → 恢復為綠燈 若信任持續失敗 (e.g. 違反相同的 1.0 加權指標)，監測將決定公布該議題
黃紅燈	<p>重大的監管關注，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> 多種的服務績效關注 未達到 CNST 等級 1.0 CQC 對病患造成重大影響之行動 有潛在監管含意的第三方資源關注。 <p>監管分數 ≥ 2.0，< 4.0，例如：違反多種服務績效</p> <p>監管者未採行強制之行動之處，信託將考慮進行調查</p>	<p>監督者未對信託採取強制行動但符合本調查準則，可能被要求訂出一個回復到符合標準之計劃</p>	<p>當信託符合調查準則但並不違反管理的情形下，可再次進行監測調查評估是否有持續符合準則</p>
紅燈	<p>下列任何一項：</p> <p>潛在可能違反的，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 在 CQC 審查中發現重大的監管議題，例如：強制行動 監管分數 ≥ 4.0 連續三季無法達到權重為 1.0 之衡量指標 或 信託違反其監管許可條件 	<p>對於潛在可能導致違反許可證之正式調查，監管者可能需要更進一步的資訊。此外，監管者可能要求信託開始實施第三方資源的審查或會見監管者以探索違反之種類。</p> <p>後續必備條件取決於上述的結果或其他相關證據，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> 詳細行動計畫之準備 交付更新 	<p>若追蹤更進一步的資訊與調查，發現有違反證照許可，監測委員會將考慮是使用強制力量</p> <p>監測將隨時公布任何實施</p> <p>若調查發現沒有違反 → 恢復黃紅燈或基本管理分數值到狀況被滿足</p>

圖 7 治理風險等級對應監管方式

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

推導治理風險等級所需的項目主要為下列五項：服務表現 (service performance)、第三方資訊 (third parties)、委員要求服務 (commissioner requested services, CRS)、其他認證失敗 (other certification failures) 以及其他因素 (other factors)。

治理風險等級的及燈號的推導方式是先將各監測項目的分數加總後，分數小於 1.0 歸類為綠燈，介於 1.0 到 2.0 為黃綠燈，介於 2.0 到 4.0 為黃紅燈，大於 4.0 則屬於紅燈，至於各監測項目的計分方式在圖 8 中有詳細說明，以服務表現分數的計算為例，裡面採納了下列四項內容：

- I. 國家指標 (National indicators) (詳如表 1)：表格中的治理指標分為可近性 (access) 與結果 (outcomes) 兩個範圍，範圍內列舉的所有指標皆可對應到一組門檻值 (threshold)、權重 (weighting) 以及監督期 (monitoring period)，透過這些指標可計算出一個全國性指標的總分數。
- II. 適用於所有信託基金會委託提供的服務 (applicable to all foundation trusts commissioned to provide services)
- III. 當宣告有可能無法滿足指標要求的風險，或宣告已有實際無法達成指標要求之情形時，服務表現分數必須加上 0.5 到 1.0。
- IV. 連續三季無法達到任一權重為 1.0 之衡量指標時，即發佈其燈號為紅燈並介入調查。

監測項目	服務表現分數	治理風險等級
1. 服務表現	國家性指標(詳如表 1) 適用於所有信託基金會委託提供的服務 宣布未能達到一項指標之風險或宣告實際未能達到一項指標之情形=+0.5-1.0 連續三季無法達到任一權重為 1.0 之衡量指標：紅燈等級和潛在調查	服務表現分數 < 1.0 綠燈 ≥ 1.0 } 黃綠燈 < 2.0 } ≥ 2.0 } 黃紅燈 < 4.0 } ≥ 4.0 紅燈 風險等級應用於每季或更新的實際時間 ----- 風險等級重新定義之應用 • 重新定義的種類或時間由監督者自由裁決
2. 第三方資訊	照護品質委員會 不符合基本標準 <ul style="list-style-type: none"> ● 對病患具有重大影響=+2.0 ● 強制行動=+4.0 	
3. 委員要求服務	宣告未提供委員要求服務之風險或宣告實際未提供委員要求服務之情形=+4.0	
4. 其他認證失敗	未能提供或未能遵從後續董事會每年度或每季之報告	
5. 其他因素	在監督者非直接監督區域，未能遵從重要責任 <ul style="list-style-type: none"> ● 包括異常事件或第三方資訊 ● 代表遵從一個重大風險 	

圖 8 治理風險等級的推導

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

表 1 治理面的國家指標

領域	指標	閾值(A)	權重	監測週期
可 近 性	1 治療轉診時間合計最大18週-有治療轉診路徑 (B)	90%	1.0	每季
	2 治療轉診時間合計最大18週-無治療轉診路徑 (B)	95%	1.0	每季
	3 治療轉診時間合計最大-18週不完整的治療轉診路徑 (B)	92%	1.0	每季
	4 A&E：入院、轉院或出院等待時間合計最大4小時 (C)	95%	1.0	每季
	5 全癌別：首次治療等待62日 (D)： -GP針對疑似癌症者轉診 -NHS的癌症篩檢服務轉診	85% 90%	1.0	每季
	6 全癌別：後續治療等待31日 (E)·包括： -手術 -抗癌藥物治療 -放射治療	94% 98% 94%	1.0	每季
	7 全癌別：診斷至首次治療等待31日 (F)	96%	0.5	每季
	8 癌症：初次就醫至轉診兩週等待期 (G)·包含： -所有緊急轉診(疑似癌症病患) -有症狀的乳癌病人(不只是最初的懷疑)	93% 93%	0.5	每季
	9 CPA病人 (H)·包括： -在出院後七天內接受後續聯繫 -12個月內有正式審查	95% 95%	1.0	每季
	10 住院病人得到危機處理/居家治療團隊 (I)	95%	1.0	每季
	11 符合由早期療育團隊提供新精神個案服務之義務 (J)	95%	0.5	每季
	12 Category A來電-8分鐘內緊急回應 (K)·包括： Red 1 calls Red 2 calls	75% 75%	0.5 0.5	每季
	13 Category A來電-19分鐘內救護車抵達 (K)	95%	1.0	每季
結 果	14 困難腸梭菌-符合困難腸梭菌的目標 (L)	DM*	1.0	每季
	15 抗藥性金黃色葡萄球菌 (MRSA) 菌血症-符合 MRSA 的目標 (M)	DM*	1.0	每季
	16 減少心理健康照顧轉移的延遲 (N)	≤7.5%	1.0	每季
	17 心理健康資料完整性：標識者 (O)	97%	0.5	每季
	18 心理健康資料完整性：CPA病人的結果 (P)	50%	0.5	每季
	19 符合針對學習障礙者之醫療照護可近性需求的認證 (Q)	N/A	0.5	每季
	20 數據完整性：社區服務 (R)·包括： -治療轉診資訊 -轉診資訊 -治療活動資訊	50% 50% 50%	1.0	每季

*DM-a de minimis applies

資料來源：Monitor Compliance Framework 2013/14[49]

(二) NHS Performance Framework 2013

英國的衛生部門在 2009 年 4 月提出了 NHS 績效評估架構[53]，要給 NHS 提供者一個動態評估的方法來達到績效最低標準。這個績效評估架構確立了年評估的機制，當組織無法達到最低標準時，衛生策略機構及初級保健信託會對其採取對應的行動，在這種方式中，NHS 信託和委員們將支持當地社區提供高品質的服務。他們專注於改善健康和減少健康照護的不平等現象，以下有五個管理 NHS 的績效框架的發展的總體原則，以確保健康照護體系的正常發展，分別為：

- I. 透明性 (Transparent)：清楚和預先確定的績效評估與干預措施。
- II. 一貫性 (Consistent)：在橫跨不同層次的系統、不同類型的供應商使用一個統一的方法。
- III. 主動性 (Proactive)：設立干預的閾值，用於辨識在早期階段表現不佳的可以迅速處理。
- IV. 均衡性 (Proportionate)：干預是有風險的，需要配合當地的情勢。
- V. 著重在恢復 (Focused on recovery)：最初的干預措施將重點放在恢復和行動，從根源上解決問題，包括系統級的風險。

架構的開發是由 NHS 和其他的利害關係人做意見的結合，決定要評估哪些方面的績效以及如何做評估，該框架會隨著每年的 TFA (三方正式協議 Tripartite Formal Agreement)、RAG (燈號訊息 Red/Amber/Green) 變動而調整，以達最佳評估功能。本篇文獻提出的架構主要是要評估服務品質 (Quality of service) 和財務面 (Finance) 的績效 (如圖 9 所示)，每個面向的基礎是由一系列的加權指標與相關的績效閾值，來評定系統各個面向的績效。

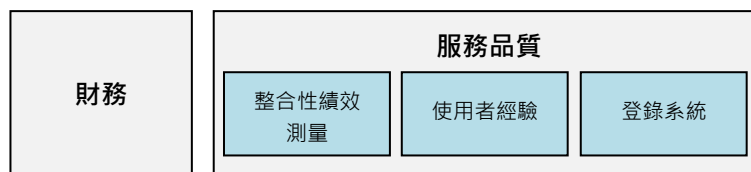


圖 9 NHS performance framework

資料來源：NHS performance framework 2013/14[53]

在服務品質的部分，它清楚定義了安全、病人經驗、照護的有效性這三個細部面向是包含在品質之中，因此，品質是 NHS 績效評估架構的核心，而他的績效評估由三個部分來看，這是結合各個面向的總得分，此三個部份分別為：整體性的績效測量、使用者經驗及 CQC (照護品質委員會 The Care Quality Commission) 登記狀態。

在財務的部分，有一個專門的小組訂定 NSH 的財務指標，指標涵蓋了在 2011/12 年度的工作框架中所訂定的主要財務指標，其數據的來源是由以季為單位的財務信息管

理系統 (FIMS) 而來。績效評估包含五個部分的指標，分別為初步規劃、年初至今的財務表現、預測結算、相關財務狀況、財務流程及資產負債表結算效率，整體財務評分是每個組織的加權指標得分總和，然而，所有組織的首要規則就是要盡可能地達到他們所能得到的最高分。

(三) WHO Monitoring and evaluation framework 2010

世界衛生組織 (World Health Organization, 簡稱 WHO) 在 2010 年提出了一個名為 Monitoring and evaluation of health system strengthening[48] 的運作框架，其主要目的在監測與評估 (Monitoring and evaluation, M&E) 強化衛生體系 (Health system strengthening, HSS)，並探討此 Monitoring and Evaluation 架構如何在國家層級上進行運作，以及與國際夥伴之間要如何共同合作來支持此架構的執行。

Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework 是建立在巴黎宣言 (Paris declaration) 中的援助合諧性、效率與 IHP+¹ 原則上，並適用於國家甚至是國際健康夥伴、捐助者或機構，不僅可以監測 HSS 的聯合計劃，也可適用於追蹤特定方案。

運作 Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework 的策略應符合下列三個標準：

- I. 以國家為主要重心，但亦提供了全球監測的基礎。
- II. 滿足不同使用者與用途的監測評估需求，包括監控程序輸入、過程與結果；追蹤健康體系的表現；以及評估。
- III. 有利於指標與資料來源的辨別；提供指標分析的工具與準則；以及顯示了資料如何傳遞並應用於決策上。

此監測和評估架構以一個具邏輯性和結果鏈 (result chain) 的方式呈現，圖 10 顯示了 Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework 由四個主要的指標範圍所組成：(1) 系統輸入與過程；(2) 輸出；(3) 結果；(4) 影響。其中系統輸入與過程以及輸出反映了健康體制的產能，而輸出、結果與影響為投資的成效，並反映了健康體系的整體表現。從架構圖可以看出系統的輸入和過程 (如：財務和基礎建設) 是如何影響在產出上 (如：服務的可及性、品質、安全和效率)，甚至反映在下一階段的結果 (如：干預措施涵蓋率和患病風險) 一直到最後的影響與衝擊 (如：健康結果的改善與回應性...等)。此一結果鏈導向的架構不僅可以顯示一般健康系統干預措施的表現，也可顯示針對特定疾病干預措施的結果。

Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework 不僅有利於在結果鏈各環節中核心指標的辨別，也有助於指標與資料收集方法的連結。此架構亦強調需

¹ IHP+ (The International Health Partnership) 是由一群致力於改善開發中國家國民健康的合作伙伴所組成的團體。合作夥伴間共同合作，將有效援助與合作發展的國際原則實行於健康部門中。

要取得來自不同來源的分析與綜合資料，包括資料品質評估，並闡釋了為什麼資訊需要在不同的層級內流通及使用以利決策的產生。

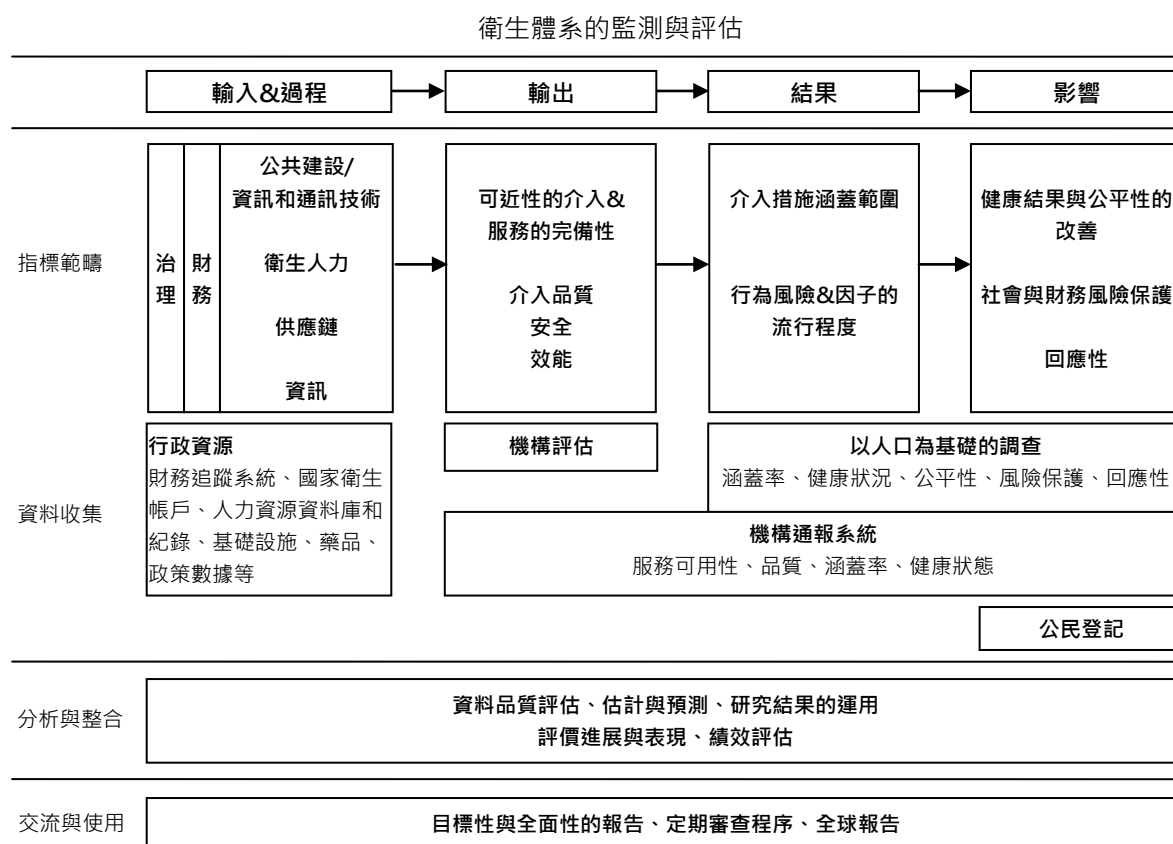


圖 10 Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework

資料來源：WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework

以下將就核心指標 (core indicators)、資料來源 (data sources)、資料分析與綜合 (data analysis and synthesis) 以及資料的傳遞、交流和使用 (data dissemination, communication and use) 這四方面來介紹架構的組成。

- I. 核心指標：此部分最主要的議題是指標如何均衡選取，以涵蓋框架裡的各個範圍；如何辨別可測量指標和順應目標設定的指標；以及如何連結到適切於指標 (或是符合國際標準更佳) 的後設資料 (metadata)。表 2 描述了各結構範圍的中選指標與其資料來源，而其核心指標是根據下列準則所選取出來的：
 - (1) 滿足所有健康體制表現的領域，且涵蓋所有結果鏈中的環節。
 - (2) 利用現有的指標清單，包括衛生部門表現與照護品質的千禧年發展指標 (MDGs)、Countdown 指標、計劃指標 (HIV, TB, malaria, MCH)、OECD 和 EUROSTAT 指標。
 - (3) 指標具以下性質：有科學根據、有效、可取得、可理解以及 SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound)。

表 2 指標與資料來源

指標	額外構面	資料來源
投入		
健康財務		
1 平均每人總健康支出		國民健康帳戶、費用審查
2 政府支出占總健康支出百分比		國民健康帳戶、費用審查
醫療人力		
3 每萬人醫療人員數	醫師、護士 / 助產士、城鄉	行政資料、人口普查、設施評估
資訊		
4 死亡統計百分比		行政資料
治理		
5 全國健康策略包含主要屬性		審視全國健康策略
產出		
服務能用性與可近性		
6 每萬人醫療設施	醫院病床數	行政資料
7 追蹤醫療之能用性	公立- 私立	設施評估
8 追蹤醫療的中位價格比	公立- 私立	設施評估
9 每人每年門診次數	住院率	設施報告、設施評估
服務品質與安全		
10 結合病治療成功率		設施報告
11 急性心肌梗塞 30 日死亡率	中風	醫院記錄
12 白內障手術等後時間	氣球擴張術、股關節置換術	醫院記錄
13 手術傷口感染率		醫院記錄
結果		
醫療介入涵蓋情形		
14 新生兒照護涵蓋率(4+)	一歲以上	調查、設施報告
15 有技術的專業人員生產	機構生產率	調查、設施報告
16 三合一疫苗涵蓋率	麻疹、B 肝	調查、設施報告
17 家庭計畫需求滿意度	避孕藥盛行率	調查
18 急性呼吸道感染就診率	給予抗生素	調查
19 兒童腹瀉接受口服葡萄糖電解質液治療	持續餵食	調查
20 兒童使用蚊帳比率	孕婦使用、家戶使用	調查

資料來源：WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework[48]

表 2 指標與資料來源 (續)

21 感染 HIV 病毒接受抗逆轉錄病毒療法(ART)		設施報告
22 孕婦染愛滋接受抗愛滋病毒藥物		設施報告
23 子宮頸癌篩檢率(20-64 歲)	乳癌篩檢率(50-69 歲)	調查、設施報告
危險因子與行為		
24 高風險性行為使用保險套 (15-24 歲)	成人(15-49 歲)	調查
25 引用清潔飲水人口	城市—鄉村	調查
26 人口就醫可近性	城市—鄉村	調查
27 吸菸人口(成人)	年輕人、孕婦	調查
28 新生兒低出生體重		設施報告、調查
29 純母乳哺餵率	開始的第一小時	調查
30 成人肥胖	過重	調查
31 五歲以下孩童 人體測量學	體重不足、瘦弱、過重	調查
32 酗酒人口		調查
影響		
33 平均餘命	65 歲的平均餘命	死亡登錄；調查、普查
34 兒童死亡率(5 歲以下)	新生兒、嬰兒、出生前後的	死亡登錄；調查、普查
35 產婦死亡率		死亡登錄；調查、普查
36 主要死因(年齡別、性別)	前 20 主要死因 以國際死因分類為基礎	調查、普查
37 結核病盛行率	發生率、通報率	調查、設施報告
38 愛滋病盛行率	15-49 歲發生率	崗哨設施、調查
39 法定傳染病(通報)		疾病監測報告
財務風險預防		
40 自付費用占總醫療費用比率	低收入戶自費比率	全國醫療帳戶、調查

資料來源：WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework[48]

- II. 資料來源：此階段為檢視產生數據的資料來源。對於每一個指標，都必須判定出首選資料來源以及最佳備選方案。健康資料的來源可分為兩大類：一為產生與全體人口相關的資料，一為產生與健康行政與業務活動結果相關的資料。目前的挑戰在於確保資料來源的適當組合，以確保能夠產生符合品質與效率高標準的資料集合和核心指標。
- III. 資料分析與綜合：此步驟涉及了系統資料的品質評估，必要時必須進行調整，並牽涉到資料的綜合、比較與分析，以及利用核心指標和目標，總結成一個關於衛生現狀與趨勢一致的評估。這可輔之以更複雜的分析來提供估計，例如：疾病負擔、風險行為模式、醫療服務給付、指標趨勢與健康體系的表現。
- IV. 資料傳遞、交流與使用：最後的這個步驟是將數據轉化成與決策相關的資訊。其資訊可被應用在健康體系的不同層級上，如：醫療服務管理、醫療體系管理，或是規劃、宣傳和政策的制定上。根據以往的經驗，最有效的機制涉及了將數據/資訊連結到實際的資源分配（預算）上，以及發展以指標為導向的計畫，而關鍵就在於利用資料的處理過程中加強其可用性、品質與用途，而不是一味提出新的。

（四）WHO world health report 2000

本篇報告是以 2000 年 5 月在日內瓦舉行的第 53 屆世界衛生大會期間，由各國的衛生部長們參與名為「處理衛生制度的主要挑戰」的圓桌會議後所制定出來，提出國家的衛生系統要努力去達到三個總體目標：改善健康、滿足需求、財務的公平性。若要實現這些目標，國家衛生系統需要發揮四項重要功能：服務提供、資源開發、融資及監控，由於衛生系統績效評估的問題很多都沒有明確或簡單的解答，所以本篇報告將過去的工作做為基礎，發展出 WHO 評估國家衛生系統績效的框架[54]，透過對國家衛生系統最終目標的定性與定量分析，並將目標和功能做串連，讓使用此框架的 WHO 會員國可以評估自己國家內部的衛生系統效能，以做出相對應的措施和改善達到當初所建構的目的。達到「改善績效」為本報告的目的，WHO 的總體任務就是要盡可能的讓所有人擁有最高的衛生水平，尤其注重在消弭各國之間的差距。WHO 能否達到此目標取決於其會員國對於衛生系統的執行能力，所以強化衛生系統就成為 WHO 達成目標的四項策略之一，另外三項為：減少貧困和過多的邊緣化人口（marginalized populations）死亡、有效的處理導致風險的因素及將健康放在發展議程的中心。此外，本篇報告認為，衛生系統組織和財務的效率程度的不同，會反應在該國人口上，間接說明了富人和窮人之間死亡率的差異，即使在收入水準類似的國家，健康照護結果也存在著相當大的差異。預期壽命的不平等持續的存在，且與社經地位有著密切的關係，即使是在健康水平相當不錯的國家也是如此，當人們把預期壽命分為健康年與殘疾年時，富人和窮人的差距將更為增加，不僅是窮人的壽命相較於富人來的短，且其壽命中有更長的時間會處於殘疾狀態。

本篇報告指出要評估衛生系統是否有良好的運作需要處理兩個問題：第一，如何測量出感興趣的結果，即判定實現改善健康、滿足需求及財務的公平性三項目標是否達成；第二，如何將已經達成的目標與系統被期望達到的目標做比較，雖然衛生系統的發展可以解決許多健康方面的問題，但像財務分配的公平性或是社會的風氣並無法透過改善衛生系統而改變，所以衛生系統就必須專注在能達成的方面做努力，衛生系統與其他社會系統不同，在財務公平性及滿足需求尤其重要，醫療保健的需求難以預測且可能會帶來災難性的花費，所以財務風險的分攤與提供財務保障是相當重要的，所以人們一般都會要求衛生系統要具有可負擔性、公平性、可近性、持續性及品質良好，然而，當系統中的其中一項功能越好時，人們就越會使用它來得到健康，相反的，在沒有降低其他功能的情況下，提高功能可被視為一種進步。

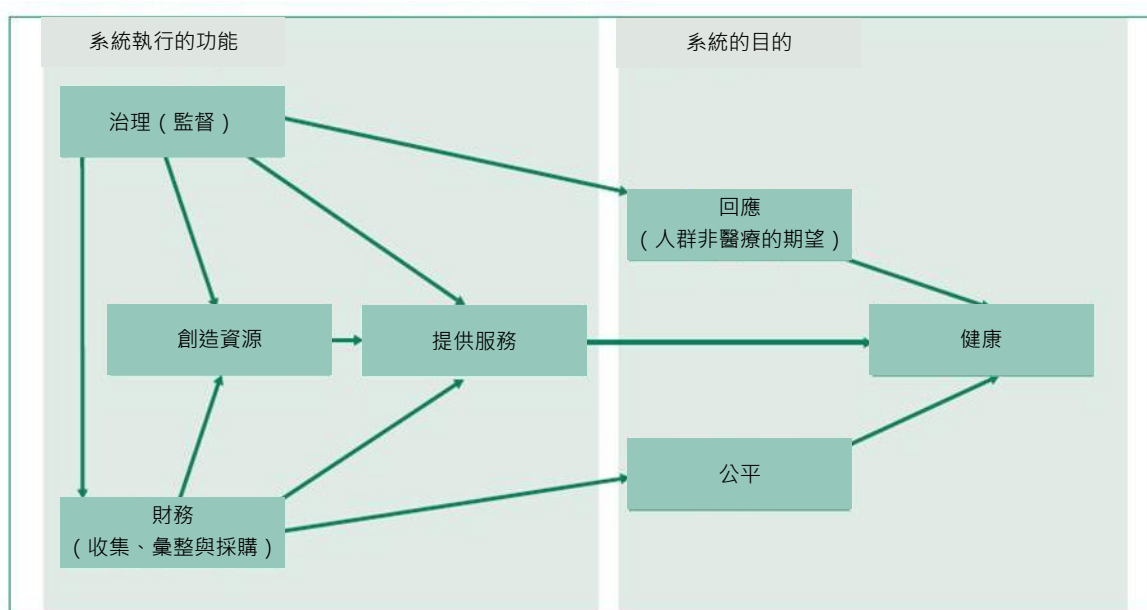


圖 11 醫療體系中系統執行功能與系統執行目標關係圖

資料來源：WHO world health report (2000)[54]

本篇報告將架構分為系統執行功能（Functions the system performs）和系統執行目標（Objectives of the system）兩個區塊（如圖 11），報告在功能面提出了四個健康照護系統應該具備的基本功能，分別為：監控者（Stewardship）、融資（Financing）、創造資源（Creating resources）、提供服務（Delivering services），為個人或非個人的方式提供健康照護服務，蒐集、彙整和分配用來購買服務的稅收；對人員、建設和設備進行投資；擔任起被委託管理資源、職權和期望的監督者角色，監督者是一個特殊的位置，它需要監督其他的功能以維持系統的運作，並且會直接或間接地對系統產生影響，而健康照護系統執行的目標為：

- I. 回應性（Responsiveness）：回應人們對於非醫療照護的期待。
- II. 公平性（Fair）：公平的資源和資金分配。

III. 健康 (Health): 考慮早產死亡和殘疾後，盡可能地將人們的健康狀況終身維持在良好的狀態。

(五) M.E. Kruk et al., 2008

過去的十年來，開發中國家的衛生系統隨著政策的對話與學術的論述而逐漸興起，以社區為單位的小規模項目及捐助者特殊主題性的健康投資為主，本篇文獻的研究起始於 WHO 對衛生系統的定義：「所有的活動，其主要目的是促進、恢復或維持健康」，其活動需要受到政府的監控，因為在許多發展中的國家，政府為衛生服務提供主要的資助者，其活動的範圍從這些公立的診所和醫院到公共衛生的活動和社區級的衛生教育皆是；而在私人的機構方面，政府也必須擔任監督者的角色以維護衛生系統的發展。

本篇文獻是著重在對開發中國家的衛生系統績效指標或措施進行系統性的回顧，有鑑於衛生系統的複雜性和當地地方特性需要制定不同的指標，提出在衡量衛生系統的性能時最常見和最常運用的指標。研究的方法是使用文獻回顧的方式進行研究，使用 1995 年以來的資料進行研究，搜索的條件有：衛生系統的效果、衛生系統的公平、結合衛生系統的效率與指標、辦法和制度 (measures and metrics)，搜索了下列的資料庫：PUBMED、Medline、ELDIS、the World Bank library、WHO library、ID-21、EMBASE、the Cochrane library，還有回顧關鍵文章 (Key articles)、出版物、會議和文本，透過與專家的諮詢與討論製作出參考的文獻列表。有兩種類型的文章會被提出討論，首先，是對衛生系統績效測量的概念性文章，這是用來協助制定概念的框架；再來，是討論實際運用在開發中國家的指標，用來衡量衛生政策改革的影響。圖 12 為 Kruk[47]等人提出的架構；本研究參考 Kruk 等人所提出的指標所做的指標整理請見附錄二。

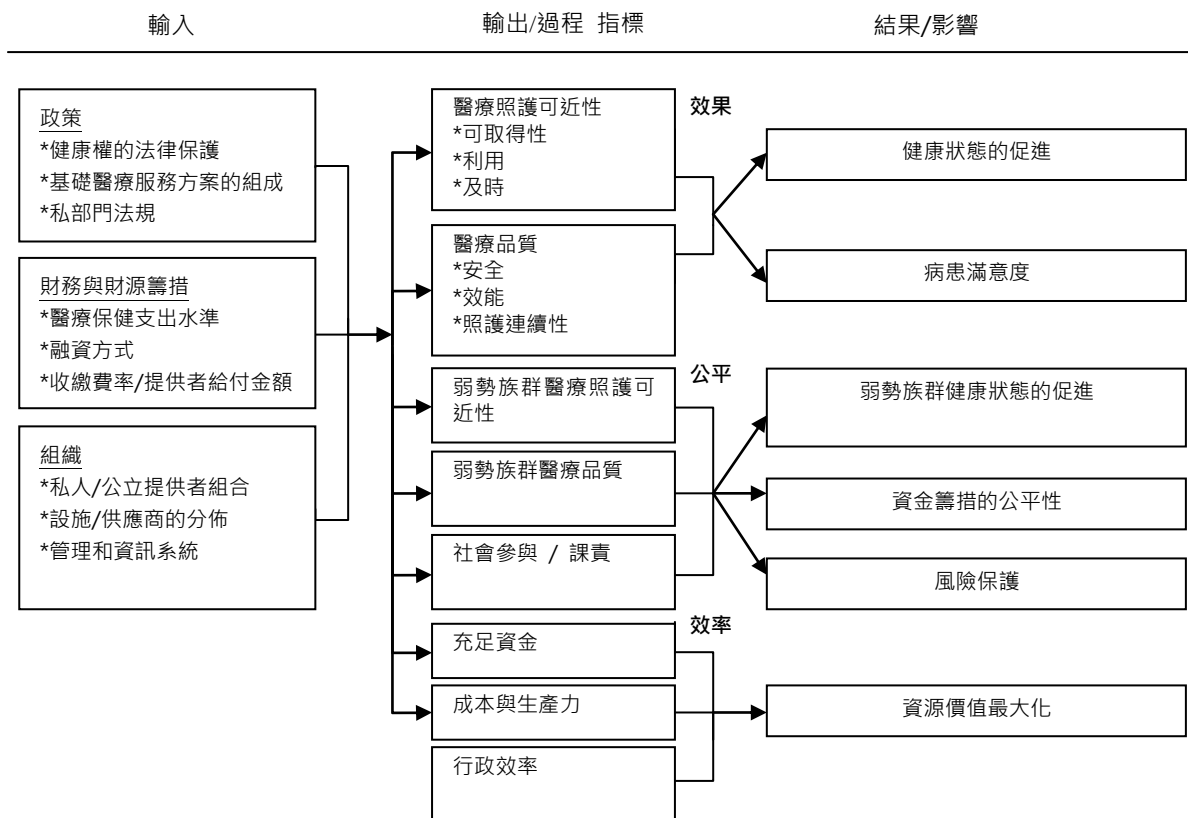


圖 12 Framework for health systems performance measures

資料來源：Health Systems Performance Framework[47]

Kruk[47]提出的架構分為三個主要構面，分別為效果(Effectiveness)、公平(Equity)、效率(Efficiency)，依照時間序列分為投入面(Input)、過程/產出面(Process/Output)、結果/影響面(Outcomes/Impact)，其中在投入面的方面，有政策(Policies)、資金財務(Funding/Finance)、組織(Organization)，在過程/產出面中，屬於效果的部分有就醫可近性(Access to care)、照護品質(Quality of care)；屬於公平的部分有對弱勢族群的就醫可近性、對弱勢族群的照護品質、民眾參與以及課責性；屬於效率的部分有財源的充足、投資報酬率、行政效率，在結果/影響面中，屬於效果的部分有健康狀態改善、病患滿意度，屬於公平的部分有對於弱勢族群的健康狀態改善、財務公平、風險保護，屬於效率的部份為資源運用的價值最大化。過去的文獻多著重在討論對衛生系統影響的指標(產出/結果面)，Kruk 此篇文章主要著重於衛生系統的過程/產出面及結果/影響面的指標。

(六) Lu Ann Aday et al., 2004

Lu Ann Aday[46]等人的所提出之評估架構是以三 E (Effectiveness、Efficiency、Equity) (效果、效率、公平) 為評估基準，用以評估醫療體系中的結構、過程與結果三構面。這三項評估標準又可以各自分為臨床觀點(微觀)與人口觀點(宏觀)兩個面項。Aday 等人並再依據結構面(structure)、過程面(process)、結果面(outcome)列出各

項評估標準。此三E架構（如圖 13）之內涵簡述如下：

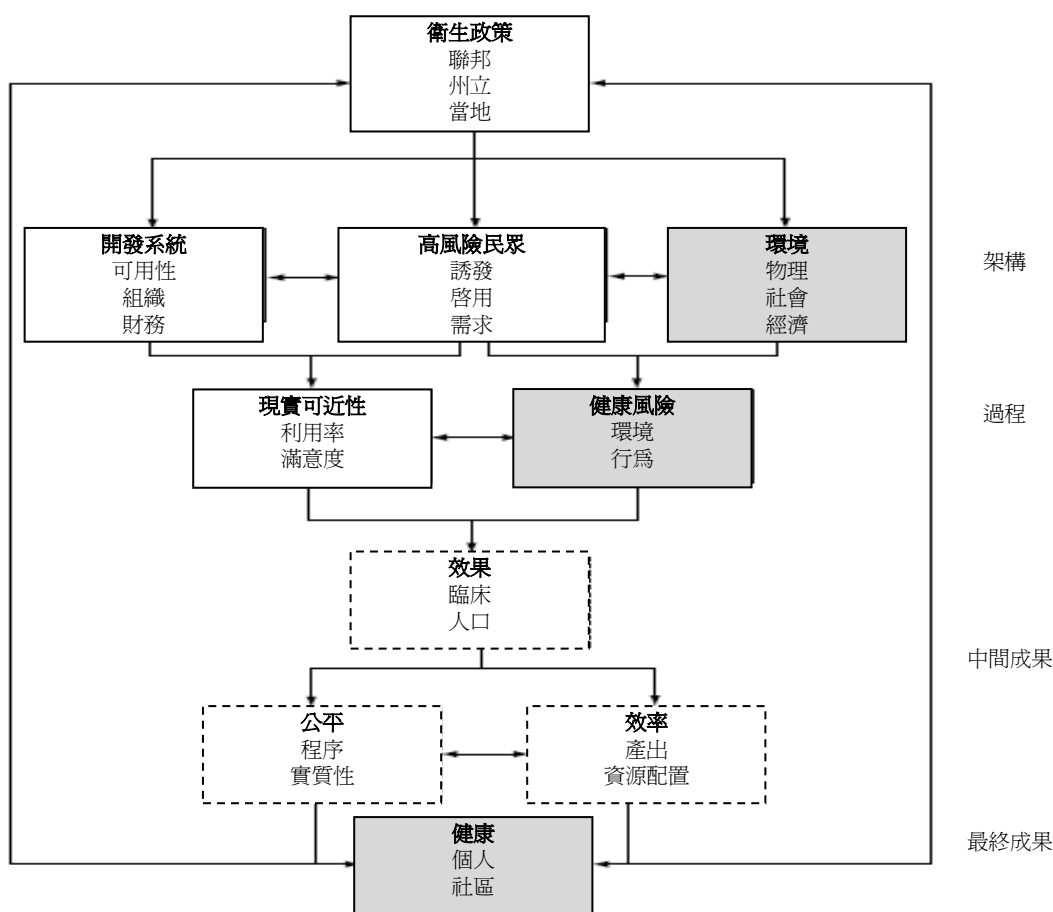


圖 13 Aday 等人醫療體系評估架構

資料來源：Evaluating the Healthcare System[46]

- I. Effectiveness：可分為宏觀層次與微觀層次兩類，宏觀層次為人口觀點（population perspective），微觀層次為臨床觀點（clinical perspective）。人口學觀點所考量的因素包含醫療與非醫療的因素，而臨床觀點則只著重在醫療的因素。在人口觀點部分，又可分為需求為基礎與完整性兩部分，所包含的準則則為社區需求評估與連續性的適當關係。而在臨床觀點則著重於準確與成效，例如臨床照護指引與成效監測系統則為其指標。Aday 等並將測量的層級分為社區（人口觀點）、系統、組織、病患（以上為臨床觀點）四個層級進行測量。其中，社區層級的測量包含人口與環境兩類，體系的測量則是關注醫療體系中的資源（人力、物力及設備技術）與組織相關因素。

- II. Efficiency：所包含的內容包含宏觀的成本控制、分配效率（Allocative efficiency）、生產效率（Production efficiency）與動態效率四部分。宏觀的成本控制的內涵為醫療支出所佔的比例，分配效率為提供最有效的醫療組合，生產效率為每單位成本所提供的服務，動態效率則為新技術的採行。分析的方法可

分為微觀面與宏觀面，微觀面的方法包含成本效果分析（cost effectiveness analysis, CEA）、成本效益分析（cost benefit analysis, CBA）與成本效用分析（cost utility analysis, CUA），宏觀的方法為國際比較。

III. Equity：所探討的議題包含分配正義（Distributive justice）、社會正義（Social justice）與審議正義（Deliberative justice）。分配正義討論的重點在於危險人口與醫療服務提供系統（delivery system）的互動，社會正義則為環境與危險人口的互動關係，審議正義則是綜合考量分配正義與社會正義所涵蓋的因素。Aday 等人再將公平分為程序上的公平與實質上的公平。在程序上的公平部分，內容包含審議正義(如受影響的族群是否參與政策制定)、分配正義(如醫療服務提供系統的可及性、機構種類與財源籌措等，以及醫療利用的可近性與滿意度)、分配正義與社會正義(如風險族群是否獲得相同的治療)、社會正義(如物理、社會與經濟的環境因素，以及健康風險的因素)。至於實質上的公平則為病人與社區的需求。

各構面之準則與指標如表 3。

表 3 各構面之準則與指標

構面	子構面	標準	指標
效果	群體效果		
	需求基礎	社區健康需求評估	人口健康資訊系統
	完整性	連續性的適當關係	服務的完整性
	臨床效果		
	準確	在結構與過程面的特定指引	臨床指引
	成效	結果的監督	成效監督系統
效率	巨觀成本控制	健康部門的支出占州內生產總值適當比例	健康支出成長的速度應快於收入的成長
	分配效率	確保服務的綜合性可以提供最佳的照護結果與滿意度	新的與主要的醫療支出應直接與疾病預防、健康促進與改善社會與物理環境，使人們可從中獲益
	生產效率	最小成本健的康服務	醫療服務的成本比國家認可標竿標準還低
	動態效率	在限定資源下，尋求科技與組織的進步，並提高生產力	鼓勵新的健康服務項目的研究與發展，並有效的提供服務
公平	程序公平		
	審議正義		
	健康政策	參與	受影響群體參與政策研擬與執行的種類與方式
	分配正義		
	服務系統 -可得性 -組織 -資金籌措	選擇自由	-提供者的分佈 -設施的型態 -支付的來源

實際可近性 -利用 -滿意度	成本效果	-類型與使用量 -公眾意見 -病人意見
分配與社會正義		
風險人口 -傾向 -能用 -需要	相同處置	-年齡、性別、種族、教育等 -常規的來源、保險、收入 -自覺、評價
社會正義		
環境 -生理 -社會 -經濟	共同利益	-毒物、環境的危害 -社會資本 -人力資本
健康風險 -環境相關 -行為	需求	-毒物與環境的暴露 -生活型態、健康促進
實質公平		
健康 -病患 -社區	需求	-臨床指標 -人口比率

資料來源：整理自 Aday[46]

(七) Rifat Ali Atun et al., 2006

從蘇聯的解體和在東歐和中亞的國家 (ECA) 從計劃經濟轉向市場經濟，衛生系統面臨了重大的轉變，許多東歐和中亞的國家試圖加強初級衛生保健系統作為衛生部門改革的一部分，並採用新的融資計劃，以及現代化的組織方法、保健服務，藉以提高照護品質，提高衛生系統效率。Rifat Ali Atun 等人[55]提出了衛生系統分析的架構 (如圖 14) 來評估愛沙尼亞 (原蘇聯共和國之一) 的初級衛生保健 (PHC) 改革，採用多元評估的方法，包括相關的數據分析、文獻的搜尋、政策的報告、法規的回顧及利害關係人的訪談，並參考 Hsiao (2003) 及 WHO (2000) 的報告所製作出來的。

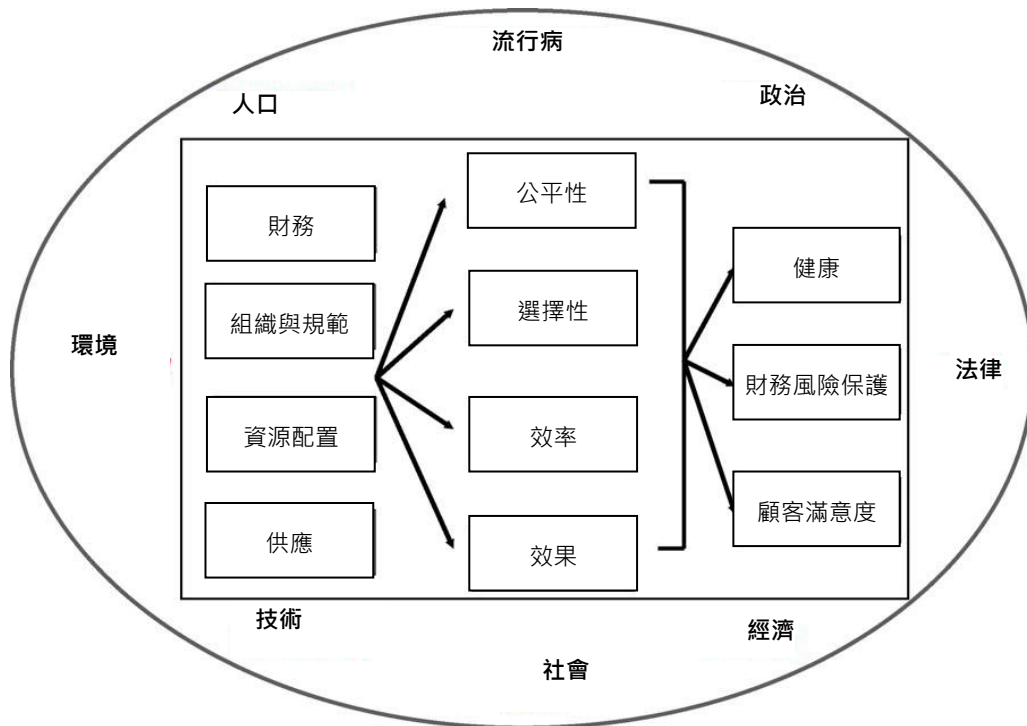


圖 14 A Framework for health systems analysis

資料來源：Rifat Ali Atun et al.[55]

而本文獻的架構的發展過程，最初是由 WHO 過去所做的研究架構延續下去做變化與改革，目標是要提高健康水平、健康資源合理的分配、平均回應性、健康照護系統財務貢獻評估的回應性及公平性；在整合其他框架，將用於衛生系統的分析著重於效率、公平可近性的或財務的持續性納入其中，這些框架具有各自的優點和限制，因為他們強調衡量衛生部門的投入、資源和運作流程，後續是要得到產出和結果，以及衛生系統的要素之間交互影響的關係。他定義了四個 levers (段落)，分別為融資 (Financing)、組織與規範 (Organization and regulation)、資源分配 (Resource allocation)、提供的服務 (Service provision)，根據這四個段落可依照時間的順序分為中階目標及最終目標，在中階目標中可以衍生出公平 (Equity)、選擇 (Choice)、效果 (Effectiveness)、效率 (Efficiency)；在最終目標則有健康 (Health)、財務風險保護 (Financial Risk Protection)、消費者滿意度 (Customer Satisfaction)。其中，作者針對四個段落提出了各別的思考方向：

- I. 融資：資金是如何蒐集和匯總？
- II. 組織與規範：在消費者、提供者、監測者三方間建立制度、監測的環境、管理者的功能及結構的安排。
- III. 資源分配：匯集而來的資金是如何在健康照護提供者間作分配與其分配的標準。
- IV. 提供的服務：衛生部門提供什麼樣的服務內容，而不是應該提供什麼服務。

Kutzin 提出了三步驟的方法來評估醫療改革：

- (1) 關鍵環境因素改革 (key contextual factors driving reform)
 - (2) 改革本身和它的目標 (the reform itself and its objectives)
 - (3) 改革過程的實施 (the process by which the reform was (is being) implemented)
- 除了，上述這些方法還可以加入另外三個步驟：

- (1) 描述改革引入的變化 (describing the changes introduced by the reforms)
- (2) 分析這些變化對衛生系統的影響，如公平、效率、效益、健康狀況、選擇 (水平和分佈)、財務風險保護和病患滿意度 (analyzing the impact of these changes on health system objectives and goals-such as equity, efficiency, effectiveness, choice, improved health (level and distribution) ,financial risk protection and user satisfaction)
- (3) 確定改革已經取得了政府的政策目標 (establishing whether the reforms have achieved the policy objectives set by the Government)

本篇文獻還提到，改革不是清晰可辨的干預或控制設置的隔離實驗，是多方面的且複雜的變化方案，是遵從著一個連續性的時間軌跡做出逐漸的改變。

(八) IOM 1999

自從美國醫學研究所 Institute Of Medicine (IOM) 在 1999 年發表《To err is human: building a safer health system》[56]，引起美國以及全世界對於醫療體系崩壞的關注。一年之後，IOM 則再發表《Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century》一書[50]，書中對於 21 世紀的醫療體系應著重於：安全 (Safety)、有效 (Effectiveness)、病人為中心 (Patient-centeredness)、及時 (Timeliness)、效率 (Efficiency) 以及公平 (Equity) 等六大面項進行改善。嚴格說來，這六大目標並非架構，而是點出美國醫療體系當時所存在的問題，在迎接新世紀到來時，應該如何改善，使得醫療服務可以更符合民眾的期望。IOM 認為，新世紀的醫療體系在追求有效、及時、效率以及公平的同時，也應該注意病人安全，最終是以提供以病人為中心為醫療服務的終極目標。其概念圖如圖 15。



圖 15 IOM 六大目標

資料來源：IOM[56]

(九) Commonwealth fund 2004

多數的現代化國家都在醫療照護品質指標測量、報告及品質改善上都有極大的興趣，但是大家都有共同的限制——缺乏品質指標的國際比較，特別是在醫療照護介入行為這個領域。所以在 1999 年時，由 Commonwealth Fund[57]從澳、加、紐、英、美五國政府中召集品質測量專家與學者、機構代表組成工作小組，想要了解為何某些國家在某些領域有著好成效、某些則否，並且想帶起國家衛生政策及施政順序的討論；為了達到這樣的目的，工作小組採行了以下一些步驟：

- I. 品質概念領域的比對：工作小組從眾多的醫療品質定義中選定由 IOM (2000) 所定義，所謂的品質即是「一種增加個人或群體預期照護結果可能性的程度，且與現有專業知識一致」作為本次研究的定義，採用這個定義的原因在於此定義並不偏向任何一種品質量測的方法。
- II. 比較各國品質架構，並將各領域之指標予以分類：工作小組在此階段先收集各國所採行的品質架構，經過比較加拿大 CHIH 所制定的架構完整性是各國架構最好的，所以工作小組採用 CHIH 架構為該計畫之架構，如圖 16。

健康狀態			
健康條件	人類功能	安適	死亡
非醫療之健康決定因素			
健康行為	生活與工作條件	個人資源	環境因素
健康體系成效			
可接受性	可近性	適當	能力
連續性	效果	效率	安全
社區與健康體系特性			
社區	健康體系	資源	

↑ 公平性
↓

圖 16 CIHI Performance Framework

資料來源：Canadian Institute for Health Information[57]

加拿大的品質架構共包含四個構面，分別為：

- (1) 衛生狀況：包含衛生條件、人體功能、安寧及死亡等四項次領域。
- (2) 非醫療相關的衛生狀態：包含健康行為、人力資源、環境因素及生活及工作條件等四項次領域。
- (3) 衛生體系的成效：包含可接受性、可近性、適當性、能力、持續性、效益、效率及安全性等八項次領域。
- (4) 社區及衛生體系特徵：包含社區、衛生體系、資源等三項次領域。

由於 1、2、4 三面向可以於 WHO、OECD 等機構中收集到相關資料，唯獨衛生體系的成效是目前最缺乏的資料，所以工作小組便將工作重點聚焦於發展適合測量衛生體系的成效指標。

III. 設定國際指標選取的標準：由於各國皆有進行品質指標測量工作，指標內容眾多，為了有效的找出所需要的指標，工作小組在指標的選取上採用了以下的標準，以求可以忠實的反應出醫療服務體系的各個面向：

- (1) 可行性 (Feasibility)：所選取指標必須在五個候選國家中，是至少有一個或一個以上的國家所正在收集的指標資料。
- (2) 科學上的成熟度 (Scientific soundness)：指標必須是有效的及受人信賴的，且必須具有足夠的科學證據力，並且是被一個或一個以上的國家所採認的。
- (3) 理解力 (Interpretability)：指標必須有清楚的定義。
- (4) 行動力 (Actionability)：照護過程或結果的測量必須是能直接影響衛生政策或者是醫療服務體系的介入。
- (5) 重要性 (Importance)：指標必須能反應各種衛生狀況，如疾病負擔、醫療花費、政策制定者的優先順序等等。

IV. 指標評估：選定指標後，並採用下列五步驟進行指標篩選：

- (1) 收集各國指標：經過初步收集，共收集超過 1000 個以上的品質指標
- (2) 回顧這些指標是否符合科學證據、政策相關、行動力、理解力及重要性等，一共找出 100 左右的指標符合以上的條件。
- (3) 評估國際比較的可行性：需要釐清指標的地亦為何、分子分母的敘述為何，收集的時期及各國如何收集資料等等，如果這些指標不屬於國家層級的指標則予以刪除，共刪除了 50 個指標。
- (4) 改善跨國的比較能力：工作小組進行了指標內容的評估以及修正，例如年齡標準化、修正分類標準等等，以增進指標在五國間的比較能力。
- (5) 信度確認：工作小組比較了初級資料各面向的校度以及調查是否有異常的差異來增加指標的信度。而最後所選出的 40 個指標也與各個國家的專家進行審查。

最後所篩選出的 40 個指標共涵蓋了效益性、適當性、可近性、持續性及可接受性五個面向，能力、效率及安全性指標則未包含在內，這部份也是日後須再繼續進行的部份。此外，這五面項指標中，也存在著相當大的差異，例如有部分與疾病負擔有關的指標並未涵蓋在內，包含心臟疾病及心理衛生疾病，又如與整型外科、產科等高醫療花費的科別也未包含在內。雖然如此，所選出的指標也提醒了現有指標系統的一些限制，例如特定狀況的死亡率，像是氣喘死亡率、自殺死亡率等等，如果疾病管理得宜，這些特定狀況的死亡率應該可以更低一些才是。雖然還有許多領域的指標尚未被選取，但是並不是只有一種因素可以影響醫療結果，如何讓指標及更加的完整則是必須再努力的方向。

第二節 國內相關文獻

(一) 台灣健保評估架構現況

台灣健保現行的評估指標每年略有變動，以 101 年評估指標為例，醫療面的業務監理指標共包含 5 支監測指標與 20 支觀察指標，如表 4；財務面則包含了 3 支財務狀況指標，與 6 支當季保險收支情形指標，並以紅、黃、綠燈表示指標狀況。財務指標之燈號公式及標準如表 5。業務指標與財務指標的歷史沿革請參考表 6 及表 7。

表 4 台灣健保業務監理指標

業務監理指標	監測指標	觀察指標
	1. 高診次保險對象人數占率 2. 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率 3. 專案稽核查獲率 4. 西醫基層慢性病連續處方箋開立率 5. 醫院慢性病連續處方箋開立率	1. 平均每人每年健保門診次數(西醫) 2. 平均每人每年健保門診次數(中醫) 3. 平均每人每年健保門診次數(牙醫) 4. 區域醫院以上住診服務點數占率 5. 區域醫院以上初級門診照護率 6. 處方箋釋出率(西醫基層) 7. 慢性病連續處方箋釋出率(醫院) 8. 每人每年平均藥費 9. 門診手術後2日內急診/住院率 10. 出院後3日內急診率 11. 出院後14日內再住院率 12. 部分負擔占健保費用支出之比率 ……共20項

表 5 台灣健保財務指標之燈號公式及標準

項目	燈號公式	燈號標準
財務狀況	保險費率 (精算保險費率前五年平均值-當年保險費率)/當年保險費率	綠燈： $x \leq \pm 5\%$ 紅燈： $x > \pm 5\%$
	安全準備 季末「安全準備」/最近12個月醫療費用月平均數	綠燈： $x \geq 1.5$ 黃燈： $1 \leq x < 1.5$ 紅燈： $x < 1$
	借款 季末「短期借款」總金額	綠燈： $x = 0$ 黃燈： $x > 0$ ，但 $<$ 上季(100年第2季為985億元) 紅燈： $x > 0$ ，且 \geq 上季
當季保險收支情形	保險收支餘絀-權責 本季保險總收入-本季保險總支出	綠燈： $x > 0$ 黃燈： $x \leq 0$ ，但 $>$ 去年同季(99年第3季為78.39億元) 紅燈： $x \leq 0$ ，且 \leq 去年同季
	-- 保費收入 (本季「保費收入」-去年同季「保費收入」)/去年同季「保費收入」	綠燈： $x \geq$ 精算成長率(100年為5.25%) 黃燈： $0 < x <$ 精算成長率 紅燈： $x \leq 0$
	-- 保險給付 (本季「保險給付」-去年同季「保險給付」)/去年同季「保險給付」	綠燈： $x \leq$ 總額協定成長率(100年為2.692%) 黃燈：總額協定成長率 $< x \leq$ 總額協定成長率+0.5% 紅燈： $x >$ 總額協定成長率+0.5%
	-- 呆帳 累計至本季「各項提存」/累計至本季「保費收入」	綠燈： $x < 1.5\%$ 黃燈： $1.5\% \leq x \leq 2\%$ 紅燈： $x > 2\%$
	-- 資金運用損益 本季保險資金運用損益/本季平均保險資金	綠燈： $x \geq$ 指標利率(100年第3季為033%) 黃燈： $0 \leq x \leq$ 指標利率 紅燈： $x < 0$
	-- 其他收支 本季「其他金融保險收入」-本季「其他金融保險成本」 ※其他金融保險收入=公益彩券+菸品捐+逾二年未兌現支票轉入數+保險費小額(10元以內)溢繳數+過期帳 ※其他金融保險成本=逾二年未兌現支票重開數+保險費小額(10元以內)短繳數+過期帳	綠燈： $x > 0$ 黃燈： $x \leq 0$ ，但 $>$ 去年同季(99年第3季為60.97億元) 紅燈： $x \leq 0$ ，且 \leq 去年同季

表 6 業務指標歷史沿革

業務監理指標	94上	94下	95上	95下	95全	96上	96下	96全	97上	97下	97全	98上	98下	98全	99上	99下	99全	100上	100下	100全	101上	
醫療利用管控																						
1. 平均每人每年門診次數	●	●																				
2. 醫療費用點數成長率	●	●	●																			
3. 醫院西醫門診重複就診率	●	●																				
4. 西醫基層門診上呼吸道感染病人複診率。	●	●																				
5. CT 重複執行率	●	●																				
6. MRI 重複執行率。	●	●																				
7. 醫院門診同一處方開立制酸劑重複率。	●	●																				
8. 醫療院所訪查家數	●	●																				
9. 查核違規院所追回金額(億)	●	●	●	●	●	●	●	●														
10. 總醫療服務量之管控值			●	●	●	●																
11. 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比例			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
12. 門診重複就診率			●	●	●																	
13. 每張處方箋藥品項數			●	●	●	●	●	●										●	●	●	●	
14. 門診用藥日數重複率(基層)			●	●	●																	
15. 門診用藥日數重複率(醫院)			●	●	●																	
16. 30 日以上超長住院率 (醫院)			●	●	●	●	●	●							●	●	●	●	●	●	●	●
17. 專案稽核查獲率			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
18. 平均每人每年健保門診次數						●	●	●														
19. 輔導醫療院所繳回誤報之金額						●	●	●														
20. 門診同藥理分類不同處方用藥日數重複率(西醫基層、醫院)						●	●	●														
21. 高診次保險對象人數占率									●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
22. 平均每人每年健保門診次數(西醫)									●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
23. 平均每人每年健保門診次數(中醫)									●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

表 6 業務指標歷史沿革 (續 1)

業務監理指標	94上	94下	95上	95下	95全	96上	96下	96全	97上	97下	97全	98上	98下	98全	99上	99下	99全	100上	100下	100全	101上	
24. 平均每人每年健保門診次數(牙醫)									●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
25. 每張處方箋藥品項數(<65)																						●
26. 每張處方箋藥品項數(>=65)																						●
27. 未納保率																●	●	●				
28. 健保署的網站強化公開資訊透明度																●	●	●				
醫療資源分配																						
1. 醫院住診服務點數占率	●	●																				
2. 西醫門診人次基層占率	●	●																				
3. 西醫慢性病案件基層占率	●	●																				
4. 藥費占率	●	●																				
5. 基層門診人次占西醫總門診人次比率			●	●	●																	
6. 基層慢性病案件占西醫總慢性病案件比率			●	●	●	●	●	●														
7. 門診部分負擔比例			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●								
8. 轉診接受率			●	●	●																	
9. 處方箋釋出率(基層)			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
10. 處方箋釋出率(醫院)			●	●	●																	
11. 藥價調整節餘金額			●		●																	
12. 西醫藥費成長率			●		●	●	●	●														
13. 腹膜透析占率			●	●	●				●													
14. 慢性病連續處方箋釋出率(基層)									●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
15. 慢性病連續處方箋釋出率(醫院)						●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
16. 區域醫院以上住診服務點數占率						●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
17. 區域醫院以上初級門診照護率						●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
18. 每人每年平均藥費(元)						●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●	●
19. 藥費占率(門診)						●	●	●														
20. 藥費占率(住院)						●	●	●														

表 6 業務指標歷史沿革 (續 2)

業務監理指標	94 上	94 下	95 上	95 下	95 全	96 上	96 下	96 全	97 上	97 下	97 全	98 上	98 下	98 全	99 上	99 下	99 全	100 上	100 下	100 全	101 上
21.部分負擔占健保費用支出之比率(門診)															●	●	●	●	●	●	●
22.部分負擔占健保費用支出之比率(住院)															●	●	●	●	●	●	●
23.部分負擔占健保費用支出之比率(合計)															●	●	●	●	●	●	
醫療服務品質																					
1.西醫基層處方箋釋出率	●	●																			
2.門診開立慢性病連續處方箋比率(基層)。	●	●																			
3.門診開立慢性病連續處方箋比率(醫院)。	●	●																			
4.門診注射劑使用率(基層)	●	●	●	●	●	●	●	●													
5.門診注射劑使用率(醫院)	●	●																			
6.門診抗生素使用率(基層)	●	●	●	●	●																
7.門診抗生素使用率(醫院)	●	●	●	●	●																
8.住診出院後 3 日內再急診率。	●	●				●	●	●													
9.慢性病連續處方箋釋出率(基層)			●	●	●	●	●	●													●
10.慢性病連續處方箋釋出率(醫院)			●	●	●	●	●	●													●
11.上呼吸道感染 7 日內複診率(基層)			●	●	●																
12.門診同藥理類固醇重複使用率(醫院)			●		●																
13.糖尿病患醣化血色素(HbA1c)年執行率			●		●																
14.糖尿病患空腹血脂檢查年執行率			●	●	●																
15.高血壓併氣喘病患不適當降壓藥(β-blocker)處方率		●	●	●																	
16.出院後 14 日內再住院率			●	●	●	●	●	●													

表 6 業務指標歷史沿革 (續完)

業務監理指標	94 上	94 下	95 上	95 下	95 全	96 上	96 下	96 全	97 上	97 下	97 全	98 上	98 下	98 全	99 上	99 下	99 全	100 上	100 下	100 全	101 上	
17.糖尿病試辦計畫病人完整追蹤率						●		●														
18.腹膜透析率						●		●	●	●	●	●	●	●								●
19.門診手術後 2 日內急診/住院率 (西醫 基層、醫院)						●	●	●	●	●	●	●	●	●								
20.門診手術後 2 日內急診率															●	●	●	●	●	●	●	●
21.門診手術後 2 日內住院率															●	●	●	●	●	●	●	●
22.出院後 3 日內急診率									●	●	●	●	●	●								
23.出院後 3 日內急診率(DRG)															●	●	●	●	●	●	●	●
24.出院後 3 日內急診率(非 DRG)															●	●	●	●	●	●	●	●
25.出院後 14 日內再住院率(DRG)															●	●	●	●	●	●	●	●
26.出院後 14 日內再住院率(非 DRG)															●	●	●	●	●	●	●	●
27.急診轉住院暫留急診區 2 日以上案件 比率																		●	●	●	●	●
28.轉診率																		●	●	●	●	●
29.新增洗腎病患腹膜透析占率															●	●	●	●	●	●	●	●

表 7 財務指標歷史沿革

財務指標	97_Q1	97_Q2	97_Q3	97_Q4	98_Q1	98_Q2	98_Q3	98_Q4	99_Q1	99_Q2	99_Q3	99_Q4	100_Q1	100_Q2	100_Q3
財務狀況															
保險費率-百分比	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
安全準備-比值	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
借款-總金額	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
當季保險收支情形															
權責-金額	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
保費收入-成長率	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
保險給付-成長率	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
呆帳-呆帳率	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
資金運用損益-收益率	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
其他收支-金額	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

(二) 國內研究回顧

台灣健保開辦至今，尚未有一個屬於健保的評估架構。早在 2004 年時，行政院二代健保規劃小組就已提出二代健保的治理架構規劃[52]，但無評估架構的具體規劃。而全民健保監理會與費協會，也各自就其業務提出許多指標，這些指標用以評估醫療提供者，並作為總額預算協商時的重要依據之一。雖然略具雛形，但由於是各自發展，故尚不完備。2012 時，衛生福利部療品質政策諮詢委員會曾發表 2012 品質白皮書[58]，文中即利用健保 VPN 系統之指標，挑選出 35 項指標，其屬性分屬醫療利用（8 項）、結構（1 項）、過程（5 項）與結果（21 項），測量面向包含有效性（21 項）、安全（5 項）與效率（9 項）。醫策會也為促使醫院持續監控內部醫療品質，並追蹤瞭解內部運作現況及制定改善策略，另一方面藉由瞭解同儕之整體表現狀況，進而設定目標達成值，達到品質有效提升之目的，亦於 2010 開始試辦醫院評鑑持續性監測系統[59]，監測項目從原先 69 項演變為 12 大類 40 項指標[60]，然而該系統雖有進行指標分類，但卻無系統性評估架構。

此外，過去衛生福利部亦曾委託學界發展醫療品質指標加值平台[61]，該項計畫以及結構、過程、結果、效果、病人安全以及病人為中心等六個構面發展出 40 組醫療品質核心測量指標、風險校正模式、指標驗證機制與回饋機制。學界亦曾向民眾收集意見[62]，甚至近來也有研究同時收集民眾與專業人士的觀點進行評估[63, 64]。劉宜君的研究是近年來研究中較為完整之作[64]，該研究有別於過去以專家或民眾為單一研究對象的健保政策評估研究，結合「由上而下」與「由下而上」方式蒐集實證資料。先利用政策德菲法蒐集專家對於健保政策評估指標的意見，並以專家共識高的指標作為民意調查問卷的基礎，再利用電話調查法蒐集民眾對於健保政策評估指標的意見。研究發現，菁英與民眾具有高度共識的評估面項包含完整性、適足性、課責性、效率性以及效能。其中，完整性面項的指標為民眾需要的醫療服務項目，健保保障的程度；適足性面項的指標為健保照顧到偏遠地區民眾的醫療服務；課責性面項的指標為民眾對於健保的滿意度、政府討論健保公開讓民眾瞭解的程度；效率性面項的指標為以最少的錢來照顧民眾健康的程度；效能性面項的指標為提升民眾健康的程度。國內文獻關注構面的回顧如表 8。

表 8 國內文獻關注構面回顧

構面	作者
公平性	盧，2003；楊，2002
可近性	盧，2003；藍等，2000；葉，1999；楊，2002；林等，2006；楊等，2000；蔡等，2006；江，1995；藍等，2000
完整性	藍等，2000；鄭等，1997；江，1995
適足性	楊，2003；鄭等，1997；江，1995；鄭，1998；鄭等，2002
課責性	楊，2003；陳，2003；傅，2006
效率性	鄭，1998；江，1995；盧，2003；謝，2002
效能性	江，1995；Chang et al., 1995；賴，2002

雖然該研究已提出指標的概念，但並未真正進入指標發展階段。總體來說，國內對於健保評估架構仍不完備，監理會與費協會所建立之指標，其發展過程未明，且無實證依據；學界所發展的評核架構，其目的為品質確保，而非健保監理，同時亦無納入民眾之觀點，因此結合國際經驗提出適合台灣健保所用之評估架構，乃為刻不容緩之議。

在指標發展的部分，品質指標有長足的發展歷史，工業界是很早就開始利用品質指標，來進行品質管理活動。但在醫療界則是在近三十年間已有長足的發展。在過去的二、三十年之間，醫療品質指標被大量的應用在品質監測、品質改善、甚至近年來的醫療保險給付[65-72]、醫療品質資訊公開/報告卡[73-79]、評鑑[79-81]等各項領域。然而醫療照護不同於工業，並無法將流程完全予以標準化，即便罹患同樣疾病的病人，使用相同的療法，仍然可能有不同的醫療結果，也由於疾病的複雜性與不確定性，使得醫療提供者對於品質測量仍有疑慮；而當今最被廣泛使用的品質指標，是否真能測量出醫療提供者的成效，學界也多有討論[82-89]，但這仍不減研究者對於開發醫療品質指標的動力。

關於指標建構方法學的文章有很多，每篇文章的步驟、手法各有不同，Campbell 依據前人的研究在 *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care*[90]一文中以宏觀的角度將指標發展的方法歸類為下列四種：

1. 非系統性之方法：他們根據資料和真實生活重要事件的可及性(they are based on the availability of data and real life critical incidents)。常應用於品質改善計畫內的個案研究。
2. 以證據為基礎之系統性方法：指標應建構在科學證據之上並且經過嚴謹實證研究確認後，越強的證據力越能應用在降低罹病率、死亡率或是改善照護品質。
3. 以證據為基礎並結合共識之系統性方法：在醫療領域中，並不是所有的事情都有充足的科學證據，所以必須要藉由近似於證據力的方法來發展指標(family of evidence to develop quality indicators)，包括利用專家意見來尋求共識。
4. 以指引為導向之系統性方法：指標也可以建構在臨床照護指引之上，英國的 NHS 曾就糖尿病、冠狀動脈心臟病、氣喘與憂鬱症四項重要的臨床症狀發展指標，美國的 AHCPR(AHRQ 的前身)也曾利用此方法發展指標。

在上述方法中，以證據為基礎並結合共識之系統性方法是最常被使用來發展指標，其中專家共識的方法又以德菲法或修正型德菲法為多[91]，有些研究[92-94]甚至還輔以 RAND/ UCLA appropriateness method (RAM) [95]來挑選指標。而台灣在使用醫療品質指標的歷史較歐美國家來得晚，在 2000 年前後，才有財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會引進 International Quality Indicator Project 所成立的「台灣醫療品質指標計畫」(Taiwan Quality Indicator Project, TQIP)[96] (現更名為 TCPI)，及由台灣醫務管理學會所建立的本土性醫療品質指標：「台灣醫療照護指標系列」(Taiwan Healthcare Indicator Series, THIS)[97]等大規模的指標系統出現。而中央健康保險局為了相關業務所需，也建立了總

額品質指標、論質計酬試辦計畫各項疾病成效指標、醫療機構 VPN(Virtual Private Network)、各分局資訊公開指標等等，除了健保署之外，其他如國民健康局也委託學者建立癌症核心測量指標[92, 98, 99]，衛生福利部全民健保爭議審議委員會也自 2008 年開始陸續公布六項疾病 23 項指標品質資訊，其他各相關單位透過獎補助所建立的指標更是不勝枚舉。有研究也指出，台灣醫療品質指標的發展已經到了必須重新檢視的時期，包含指標的發展程序是否完備、數量是否過多、指標資料如何強化、指標如何進行後續應用以及指標汰換的程序，都必須重新檢討與省思。特別像是各總額部門的指標更應該對此進行檢視，這些指標所產生的程序並不清楚，應為由保險人與提供者協商所得，由健保署網頁中公布的資料中，有許多指標各季的數據幾乎未曾有較大幅度的改變，幾乎各部門都有為數不少的指標有同樣的狀況。

第三節 小結

從上述本研究所收集的各項評估架構中，可從下列四項進行討論：

I. 架構的形成機制：

本研究所收集到的架構，可分為三種類型，第一種為由機構所訂定的架構，例如美國醫學研究所 (IOM) [56]、英國 NHS[49, 53]、世界衛生組織[54]、歐洲經濟合作組織的 HCQIP[40]等等所研擬的架構，這類的架構大多透過專家共識來進行。又譬如 Commonwealth Foundation 的 IQI 計畫[57]，則是以澳、加、紐、英、美五國的架構為基礎，經過專家共識後，以加拿大的評估架構進行修正而得。第二類則為由學者群以專書或專文所倡議，例如 Aday 等人以及 Atun 等人的架構。第三類則是透過文獻回顧來研擬評估構面，例如 Kruk 等人[47]的架構即是如此，這是一個很特別的例子，有別於前面兩種以前瞻性的觀點提出評估架構，本篇文章係以回顧式的做法來歸納出學界的意見。由上述的整理可以發現，在評估架構的形成過程中，專家的共識是目前最常被使用的做法，這與醫療品質指標的發展有異曲同工之妙[90, 91]，因此專家群的多元性與代表性就極為重要。而在邀請專家參與之前，評估的對象與目的就必須先有清楚的釐清，這些都是過往在醫療品質指標發展的經驗中，學者不斷的提出與提醒的部分 [87, 89]。

II. 架構的評估對象：

本次所收集到的架構中，本研究發現，除了英國之外，多數的架構都是針對醫療體系進行設計。而在本次所收集到的架構中，除了英國之外，加拿大也是單一保險人的國家。加拿大的做法是將健康保險評估架構整合至更全面的架構之中。這讓國家進行國民健康之監控時，可以有更全面的思維將醫療與非醫療的因素都納入考量。而這樣的特性在 Aday 等人[46]的架構之中也可以找得到一些蛛絲馬跡。在 Aday 的架構之後，除了醫療的因素之外，也將環境的因素、

政策的因素等納入。而全民健保設置的目的是否僅針對疾病的治療?是否要包含國民健康的提升?如果社會大眾對此有所期待,那麼全民健保的監理架構就應該更全面,而非僅止於醫療本身。這部分也是本研究在執行時,需要詳加考量之處。

III. 架構的形式：

從上述的文獻中,本研究可將評估架構分為兩種,一種是未包含時間因素的架構,像是 World Health Report 2000[54]、美國醫學研究所的六大目標[50]、Atun 等人[55]的架構,以及英國 NHS 的兩項架構[49, 53]等等,都是未將時間因素納入的架構。而另一種架構形式則是將時間因素納入,此種架構的好處除了原本所關心的構面之外,還可以觀察各構面在資源投入、過程、到短期的結果以及長期的影響等的表現,也可以幫助使用者了解問題的所在。而在世界衛生組織的監督與評估 (Monitor and Evaluation) 架構中,更加資料的取得,如何進行分析與整合,以及後續的改善與應用行動都納入考量,讓架構的本身以三維的面向呈現,更可提供改善指引。

IV. 評估構面的層次與內涵：

從本計畫所收集到的評估架構中,我們發現評估架構的內涵相當多元(詳如表 9)。也由於關心的面項不同,因此構面之間的層次相當不一致。以 Commonwealth Fund[57]與 Aday 等人[46]的架構為例,我們可以發現這兩項架構所包含的元素十分相似,但 Commonwealth Fund 部分元素從 3E 架構之中抽離,另外獨立成為一個新構面。這突顯出來評估架構之間進行比較的困難之處。造成此現象的原因為各個架構的關心重點不同,以及架構發展當下醫療界所重視的議題不同所致。以 Aday 的架構為例,在此架構發展之初,病人安全議題並未獲得重視,直至 1999 年 IOM 發表《To err is human: building a safer health system》[56]後,才引領全世界開始注意病人安全議題。而後來的評估架構也多有特別關注此構面。但在 Aday 等的架構之中,病人安全議題的概念是被 Effectiveness 所包含在內。因此,構面之間的層級問題,須依據架構設置之目的而定,研究者反而更需注意的重點在於構面之間的兼容性。此外,本計畫在 Commonwealth Fund 的評估架構發展歷程上可以發現,架構的本身與最後指標的產出可能會因為資料不足或是未獲專家青睞。因此,可能出現有架構但卻沒有指標的情況。即便如此,架構本身的完整性仍需優先考量。

表 9 評估架構構面比較

出處	NHS Compliance Framework[49]	IOM[50]	Kruk et al. [47]	Aday et al. [46]	Atun et al. [55]	WHO world health report [54]	NHS Performance Framework[53]	Commonwealth Fund[57]
年份	2013	2002	2008	2004	2006	2000	2013	1999
發展目的	健保管理	醫療體系改善	N/A	醫療體系改善	醫療體系改善	醫療體系改善	健保成效評估	國際比較
構面								
財務	V						V	
治理	V							
效果		V	V	V	V			V
效率		V	V	V	V			V
公平		V	V	V	V	V		
安全		V						V
以病人為中心		V						
及時		V						
醫療品質							V	
適當性								V
可近性								V
可接受性								V
專業能力								V
連續性								V
回應性/盡責					V	V		

資料來源：本研究整理

第三章 研究方法

此部分將分三階段進行之，第一階段為使用概念圖示法 (Concept Mapping) 收集各界意見，建立評估架構雛形。第二階段則透過修正型德菲法，並搭配 RAND/ UCLA appropriateness method (RAM) 選出最重要的評估指標。第三階段為中選指標試算。第四階段為召開利害關係人會議討論中選指標，並以分析層級程序法 (Analytic hierarchy process, AHP) 對中選指標進行權重比較。

第一節 以概念圖示法建構架構雛形

概念圖示法是由 Trochim 發明的質性研究技術[100, 101]，早期 Trochim 稱此技術為結構性的概念化過程，是一個將個體或群體意見或概念，具體化成圖形表達的方法，整合腦力激盪、非結構性排序、多元尺度分析和階層式群聚分析、此法亦稱為想法圖、或認知地圖[101]，具有極高的信度[102]，並有如下的優點，如使用實證的方法，去定義不清楚或混淆的問題；合併複雜的意見，運用多變項統計技術和意見投票；團體人數不必太大，及約 1 天的工作坊即可達到目的[103]；及有效組織個體的想法，以迅速做成決策行動，因為用視覺化的方式展現想法[104]。在健康照護領域，也廣泛地應用在多種的目的與計劃，包括發展複雜的概念架構[105]，照護的理論[106]、生活品質[107]、照護品質[108]、指明不同利害關係人的觀點[109]、以及健康計畫與評估[110]等。對於健康照護而言，概念圖示法具以下特徵，適用於健康照護相關的問題：其目的在於整合不同來源，且具不同內容專長與興趣的投入；可運用複雜且嚴謹的多變項分析以建構圖示；可創造一系列圖示以描述群體的組合想法；圖示可以立刻形成架構或構念，用於指引行動計畫，計劃發展評估與測量[101]。執行步驟如下：

第一步驟準備期：此期將針對健保評估架構，分別邀請醫院、健保署與衛生福利部、學界、民間團體等相關專家各 5-7 人，以焦點團體舉行兩次會議，進行意見交換與收集。

第二部份則進入概念圖示法之第二步驟「敘述產生期」(generation of statements)：在腦力激盪的過程中，請大家敘述「健保評估架構的內涵」。所有的聲明或敘述之問題都記錄下來，並加以編號。

第三步驟結構化敘述期(structuring statements)：首先將所有得到的敘述歸類，之後將所有的敘述記錄在卡紙上，郵寄給與會的專家，並擴大民間團體、學者專家、衛生福利部健保署等政策制定者，共計約五十人，針對每個敘述之問題評比重要性(1~5 分，五分為最重要)；以及改善之可能性(1~5 分，五分為最可能)。同時請各位專家與各類利害關係人，嘗試將所彙整的問題陳述加以歸類與命名。

第四步驟找出代表性敘述(representation of statements)：採用軟體 triadne [103]或 Concept System[105] 軟體的運作，在多元尺度分析方面，主要以類別尺度(non-metric multidimensional scaling)為主[111]，期望將資料經群聚(cluster)後且命名過的群組，以 two-dimension 的軸繪出，也就是以點陣圖(point map)轉換成群組圖(cluster map) (如圖 17)。

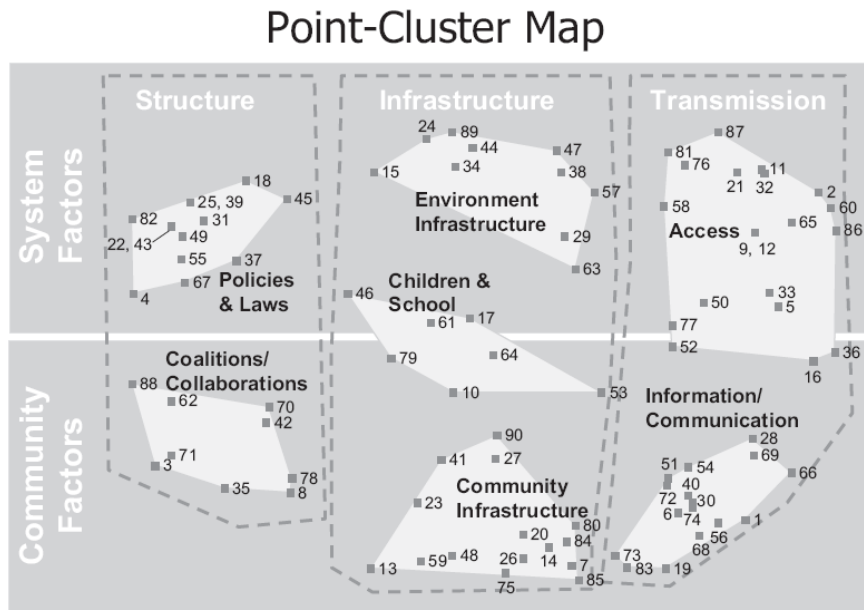


圖 17 點群聚圖(Point-Cluster Map)

第五步驟、圖形解釋(Interpretation of the maps)：在討論期間，邀集專家學者以及各種利害關係人一起討論、命名且解釋各群組。所有的參與者皆有群組圖的拷貝，並顯示每個群組所包含的詳細項目。

第六步驟圖形利用(utilization map)：將各群組的發現，按照其重要性與可改善性之優先順序(如圖 18)，針對 GO ZONE，係指重要性高且可改善性高的部份(圖 19)，作為改善之優先考量問題，其他部份的問題，也可以成為未來改善之參考。

Importance vs. Feasibility

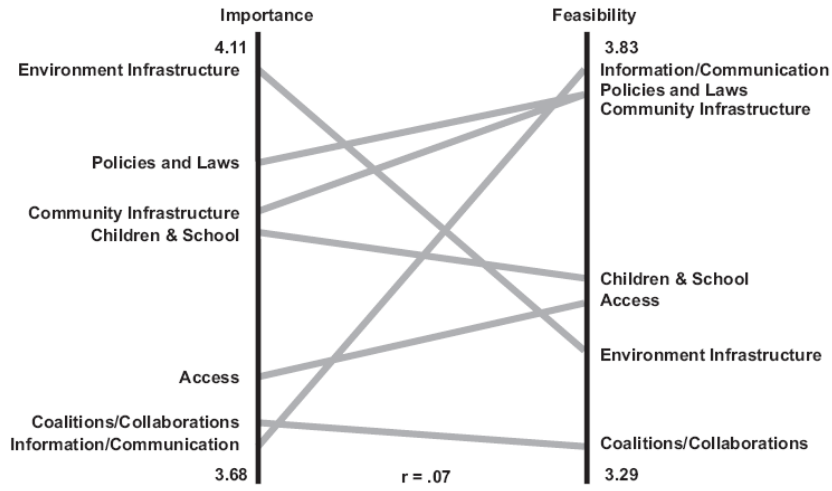


圖 18 重要性與可行性之類型配對圖(pattern match)

Feasibility vs Importance

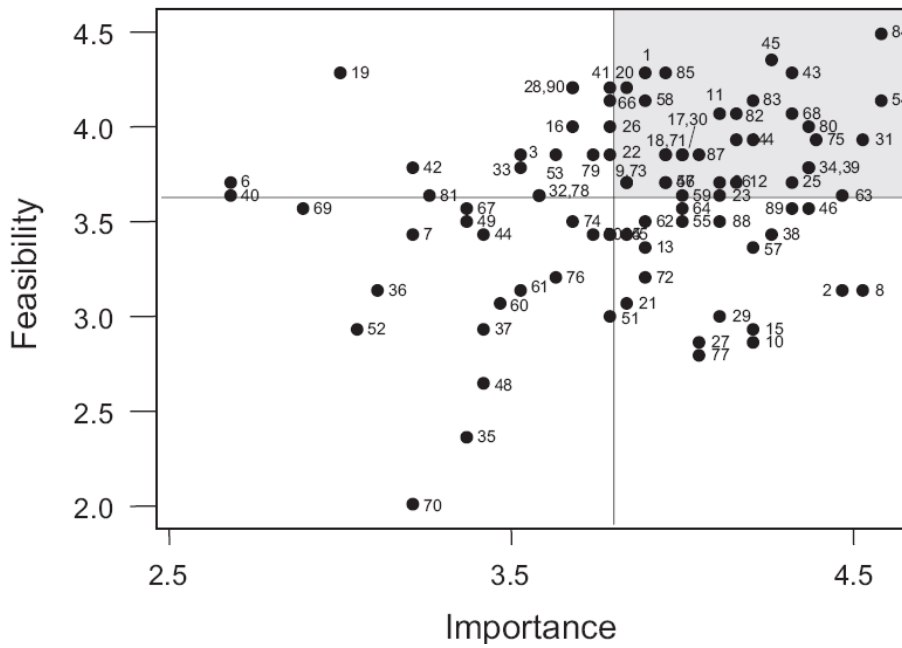


圖 19 重要性與可行性之二維最適改善區域圖(Go-zone plot)

第二節 以修正型德菲法與分析層級程序法選取最重要的評估構面

經過前一階段以概念圖示法，歸納出數個大家所關心的評估構面與子構面後，本研究將採用修正型德菲法搭配 RAND appropriateness method 進行重要評估指標的選取。

德菲法則是一種經由一連串特定的程序和步驟，整合群體專家的專長和意見，而獲得共識的方法[112, 113]。藉由問卷方式收集彙整各方的意見，採用書面溝通，發現存在的問題、可行的方案、或產生共識，以作為規劃未來的參考。是一種兼具量化與質性之科技整合研究方法[114, 115]。德菲法包含以下特色：1.匿名性(anonymity)：經由不具名的問卷方式來獲得專家意見，可使個人自由的表達意見，而不會受到團體壓力或為主流意見所支配。2.意見反芻且有控制的回饋(iteration and controlled feedback)：回收問卷後將團體意見的統計資料呈現在下一回合的問卷中，並持續的進行數個回合，可使專家參考這些回饋資料後，重新考慮他人的意見，最後取得一致的意見。3.團體意見統計(statistical group response)：問卷回收後均進行團體意見的統計，可作為專家們意見集中程度的指標[115]。成功的德菲法，需要參與者熟稔的書面閱讀與表達能力、高度的參與動機，再配合完整的實行步驟及充裕的時間等條件。對不明確性、複性度高、具爭論性之議題，可應用德菲法尋找出專家之共識，德菲法具有集思廣益、維持專家獨立判斷能力、打破時空隔離困境及不需要複雜統計等之優點，但也具有不能考慮不可預料事件、對模稜兩可問題難劃分、專家代表性質疑、耗費時間等之缺點[114-116]。

詳細步驟包括：1. 建構評估指標選取問卷的內容：主要針對評估構面之重要性與可行性來進行評估，評分從 1-9 分；2.決定專家清單及邀請專家參與研究；3.寄出第一次問卷；4.統計問卷的結果，及準備第二次的問卷：包含個人第一次的答案與整體結果統計及會議相關資料，並設計不同的回饋內容，例如民間團體組僅回饋民間團體組的統計，其他人員則回饋整體的結果等的設計；5.舉行共識會議，討論第一次德菲法問卷以及分析層級程序法的結果；6.寄出第二次問卷；7.統計問卷的結果並作初步結論。[114-117]，指標挑選的方式將參照 RAND appropriateness method 的作法進行（表 10）[117, 118]，其方法為將 1-9 分區分為 1-3 分、4-6 分、7-9 分等三組。若在 15 人專家小組中，將分數評為 1-3 分或 7-9 分超過 5 位（含）以上，則該項目表示專家意見不一致；反之，如果小於（含）4 位的專家所評的分數未落在中位數所包含的區域中（如：7-9 分），則該項目可視為一致。假若該指標之重要性與可行性皆達到一致性意見，則該項指標將進行後續分析與討論。

表 10 不同專家人數一致與不一致的定義

專家人數	不一致 在兩極端評分的專家人數 (1-3 and 7-9)	一致 在包含中位數之外區間(三分的) 專家人數 (1-3;4-6; 7-9)
8-10	≥ 3	≤ 2
11-13	≥ 4	≤ 3
14-16	≥ 5	≤ 4

(Source: The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual)

第三節 中選指標試算

經過上述程序所產生之指標，本研究將進行試算，並剔除無鑑別度之指標。資料分析期間為 2007-2011 共計五年資料。資料來源將依照指標屬性之不同而向不同權屬機關分別取得，例如收支平衡指標則向健保署取得。品質相關指標將可能使用全民健保申報資料，死因檔等相關健康資料庫進行試算。

第四節 利害關係人會議與指標權重

在完成指標試算後，本研究將召開利害關係人會議，同樣預計邀請民間團體、學者專家、健保署代表，人數則約為 7-9 人，進行指標分析結果討論，以及訂定各項指標之閾值。會議的結論亦將會用來修正指標定義以及選取理由。此外，由於每項構面所中選指標可能不只一項，因此本研究對利害關係人會議與會專家，以分析層級程序法來瞭解其對各構面、同一構面下之子構面、以及同一子構面下指標間之權重意見。

分析層級程序法是 Saaty 於 1971 年所發表出來的決策方法，主要應用在不確定情形下及具有多數個評估準則的決策問題，適合應用在規劃、決策的順序、替代的方案與績效評估準則等方面，並且可以解決層級性問題的系統過程，它把問題一層層的解開後再合理性的組織起來，讓決策者透過配對式的比較，以判斷問題的權重進而決定順序[119]。

分析層級程序法之步驟如下：

- (1) 第一階段：為評估建立層級：AHP 是層級架構無一定建構程序，但建構時最高層級為評估的最終目標，最低層級為替代方案，重要性相近的要素儘量放在同一層級，層級內要素最好不超過 7 個，且層級內各要素需獨立。
- (2) 第二階段：各層級要素間權重計算，此階段主要用來計算各層級中各要素間的相對權重，共分成 3 個步驟：

- i. 建立成對比較矩陣：評估項目是以上一層級評估項目的評估基準下，以名目尺度與同一層級內其他評估項目做成對比較，各尺度意義如表 11 所示。

表 11 AHP 評估尺度意義及說明

評估尺度	定義	說明
1	同等重要	兩比較方案的貢獻程度具同等重要性
3	稍重要	經驗與判斷稍微傾向喜好某一方案
5	頗重要	經驗與判斷強烈傾向某一方案
7	極重要	實際顯示非常強烈傾向某一方案
9	絕對重要	有足夠證據肯定絕對喜好某一方案
2, 4, 6, 8	相鄰尺度之中間值	需要折衷值時

- ii. 計算特徵值與特徵向量：將最大特徵值（ λ_{max} ）所對應的特徵向量標準化後，即各評估準則間的相對權重。Saaty(2001)提出 4 種計算特徵向量方法：

a. 行向量平值的標準化，計算方法如下：

$$W_i = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n \frac{a_{ij}}{\sum_{i=1}^n a_{ij}}, i = 1, 2, \dots, n$$

b. 列平均值的標準化，計算方法如下：

$$W_i = \frac{\sum_{j=1}^n a_{ij}}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n a_{ij}}, i = 1, 2, \dots, n$$

c. 列向量和倒數的標準化，計算方法如下：

$$W_i = \frac{1}{\sum_{j=1}^n a_{ij} \left(\frac{1}{\sum_{i=1}^n a_{ij}} \right)}, i = 1, 2, \dots, n$$

d. 列向量幾何平均值的標準化，計算方法如下：

$$W_i = \frac{\left(\prod_{j=1}^n a_{ij} \right)^{\frac{1}{n}}}{\sum_{i=1}^n \left(\prod_{j=1}^n a_{ij} \right)^{\frac{1}{n}}}, i = 1, 2, \dots, n$$

- iii. 一致性檢定：決策者（填問卷者）前後判斷（準則兩兩比對）是否一致，可以用一致性指標（Consistency index, C.I.）來衡量，其中 $C.I. = (\lambda_{max} - n) / (n-1)$ ，當 $C.I.=0$ 時表示受訪者前後判斷完全具一致性，Saaty(2001)建議 C.I. 時在小於 0.1 時為可容許的偏誤，而在不同 n 值下，產生不同的 C.I. 值，稱為隨機指標 (Random Index, R.I.)。在相同 n 值的矩陣下，C.I. 值與 R.I. 值的比率稱為一致性比率 (Consistency Ratio, C.R.)，即 $C.R. = C.I. / R.I.$ ，若 $C.R. \leq 0.1$ 時，則矩陣的一致性令人滿意。
- (3) 第三階段：整體層級權重計算：各層級要素間權重計算後，再進行整體層級權重的計算。最後依各替代方案的權重，決定最終目標的最適替代方案，若為群體決策時，各替代方案的權重可以加以整合。

第四章 結果

第一節 健保評估架構研擬

(一) 專家座談會意見收集

在經過國內外醫療體系評核架構的收集與比較後，於6月以及7月舉辦了兩場次的專家座談會，期望透過這兩場的專家會議收集各界專家學者的意見加以歸納與分類，進而建立評估台灣健保監理架構的雛形。

第一場：6/27 (四) 評估構面選取與建議專家座談會 (會議紀錄詳如附錄三)

第一場座談會所邀請的專家共有11位，其背景分析如表12所示。

表 12 第一場出席專家背景分析

領域	專家姓名	單位	職稱	背景
學界	蔡文正	中國醫藥大學醫管所	教授兼所長	公共衛生
學界	湯澡薰	台北醫學大學醫管所	教授	公共衛生
學界	郎慧珠	陽明大學醫管所	教授	公共衛生
學界	楊銘欽	台灣大學健管所	副教授	公共衛生
學界	楊秀儀	陽明大學公衛所	副教授	公共衛生
學界	林昭吟	台北大學社會工作系	副教授	社會
醫界	林水龍	衛生福利部臺北醫院	院長	醫界
醫界	楊育正	馬偕紀念醫院	院長	醫界
民眾	蔡素玲	國泰綜合醫院	顧問	公共衛生
民眾	滕西華	民間監督健保聯盟	秘書長	公共衛生
政界	沈茂庭	中央健康保險署醫審及藥材組	組長	衛生經濟

第一場專家座談會討論題綱

題一：從您的觀點來看，您認為現有的監理指標提供了什麼樣的訊息？

- (1) 過去的財務指標多是屬於政策主導，跟健保署或是醫療機構的財務指標並無直接關聯。
- (2) 過去的醫療業務監理指標多半都屬於醫療行為的表徵，對於醫療體系是否有效率較無直接關聯。
- (3) 目前指標大多為醫療品質方面的項目，可看出一般民眾對品質議題的接受度比較高。
- (4) 過去到現在累積太多的監理指標，有簡化的必要。
- (5) 目前的健保雖然有大量的指標但卻缺乏完整的監理架構。

題二：就現有指標而言，在監理架構上有哪些不足之處？

- (1) 缺乏財務公平性的指標。
- (2) 現有的指標多半與後續應採取的行動無連結性，建議指標建立後預設一個門檻達到預警的機制，並與後續應採取的措施連結起來。
- (3) 現有指標在過去缺少對於健全醫療體系發展監測的功能，缺少醫療提供者所提供的效率，以及對民眾正面效果反應的指標。
- (4) 目前監理指標最大的問題就是缺乏一個全面性的架構。
- (5) 構面與指標建立後應進行指標的診斷與評論。
- (6) 目前二代健保的目標、提升品質與平衡財務都有涵蓋到，唯讀擴大參與這項仍較缺乏。
- (7) 現有監理項目較缺乏監測醫療體系內資源分配議題的指標，如：科別的不均勻、人力的轉移…等。

題三：為了兼顧公平、宏觀效率與微觀效率，以及健保的永續經營，您認為健保監理架構應包含哪些構面？

- (1) 應包含財務公平性的構面，如：fair financing。
- (2) 台灣健保在財務方面惡化的情形較嚴重，應該多著重在財務構面與其指標的發展。
- (3) 為了健保的永續經營，應該著重於宏觀效率而不是微觀效率，因此應刪除民眾滿意度與公衛等指標，僅保留政策面的指標，針對台灣的現狀發展前瞻性的監理項目。
- (4) 除了客觀的指標之外，也可參考民眾的意見加入主觀意見的指標。
- (5) 目前許多指標是針對保健制度，但醫療體制的核心應為救命而不是保健，因此要健保永續經營，必須刪除保健類的指標。

題四：您認為哪些構面可以整併？

- (1) 目前有許多指標與構面都偏向行政管理，這種較細項目應刪除，採納大方向的構面如簡報中 3E 的架構。
- (2) 滿意度的項目與指標可刪除，原因同上題的第 3 點。

題五：請選出您認為最重要的五個構面。

- (1) 公平性、效率、效能、適足性、可近性。
- (2) 應包含行政、財務（包含公平性與效率性）、品質（如：醫療服務品質與病人滿意度）…等構面。
- (3) Aday 等人的 3E 構面（效率、效能、公平）再加上財務構面。
- (4) 公平、效率、可近性、及時性和醫療資源與人力的分配。

第二場：7/4（四）評估構面選取與建議專家座談會（會議紀錄詳如附錄四）

第二場座談會所邀請的專家共有 10 位，其背景分析如表 13 所示。

表 13 第二場出席專家背景分析

領域	專家姓名	單位	職稱	背景
學界	郭乃文	台北醫學大學醫管所	教授	公共衛生
學界	李玉春	陽明大學衛生福利研究所	教授	公共衛生
學界	陳孝平	中正大學社會福利學系	副教授	財稅
學界	劉宜君	元智大學社會暨政策科學系	副教授	社會
學界	王惠玄	長庚大學醫管系	助理教授	公共衛生
醫界	洪冠予	台大醫院	副院長	醫界
醫界	陳雪芬	台北榮民總醫院醫務企管部	高級分析師	公共衛生
民眾	孫友聯	台灣勞工陣線協會	秘書長	公共衛生
民眾	廖熏香	醫策會品質促進組	組長	公共衛生
政界	梁淑政	衛生福利部社會保險司	組長	公共衛生

第二場專家座談會討論題綱

題一：從您的觀點來看，您認為現有的監理指標提供了什麼樣的訊息？就現有指標而言，在監理架構上有哪些不足之處？

- (1) 二代健保的財務機制與一代不同，需要調整監理的項目；另外，二代健保的財務繫於健保會，在過去概念上健保財務是自動評比，應採主動式評比，才能將二代健保後的指標反映其精神。
- (2) 費率方面，安全準備指標的額度需要重新考慮。
- (3) 這個計畫是要修正錯誤還是提供前瞻性的指引？建議可以提供前瞻性的看法。
- (4) 當前指標比較偏向醫療行為，多元利害關係人的部分可以納入，擴大參與面相。
- (5) 擴大參與的指標不足。
- (6) 現有的監理架構缺乏前瞻性的指標。
- (7) 收支不宜以季為單位，且保費收入不應以精算水準為導向，因為精算報告從未被採行。

題二、題三：為了兼顧醫療面的公平與效率，以及健保的永續經營，您認為本研究提出的醫療面評估架構(3E)草案中，有無任何需要增刪的構面、子構面或指標？

- (1) Aday 等人所提出的架構很不錯，大部份的監理項目都有涵蓋，值得參考，但可在加入財務使其成為一個獨立的構面。
- (2) 目前的指標應配合資料可及性，除了量化的指標外建議可加入質化的指標。
- (3) 建議保留安全準備款指標，取消借款指標，因其為一體兩面。
- (4) 建議保留呆帳的指標，可與二代健保實施以後的控卡問題做一併考量（二代健保對控卡的規定較嚴，呆帳可能會升高）。
- (5) 建議可加入社會參與的面向。

- (6) 目前較缺乏財務方面的指標，建議可加入 WHO (2000) 裡提到有關財務方面的構面與指標。
- (7) 可加入時間面向，做為後續觀察比較。
- (8) 建議加入有關監測行政效率的指標。
- (9) 當前社會提倡高齡友善，可以針對特定族群做指標監測。
- (10) 在財務面建議加入收支連動指標。
- (11) 財務指標建議在總額和專業核銷程度方面做監測。
- (12) 在醫療品質部分建議加入：三班護理比、針對醫療照護提供者和收入面做監測。
- (13) 對高風險及弱勢族群增加就醫的可近性的監理指標。
- (14) 建議加入人員適足率的指標。
- (15) 針對醫療機構建議加入指標：無效醫療佔率、健保臨時加保率、輕症在急診就醫率、區域醫院接受醫學中心轉診率。
- (16) Efficiency 可由微觀面及宏觀面來看：微觀面建議加上 burden of disease 做為效率提升之目標；宏觀面則可加入個別醫院／門診效率指標。

(二) 架構雛形

經過文獻搜尋與整理，在健康保險評估架構部分，本研究僅發現英國有針對 NHS 提出評估架構，其餘皆為醫療體系的評估架構。本計畫工作小組參考學者 Lu Ann Aday[46]等人所提出的 3E—Effectiveness (效果)、Efficiency (效率) 與 Equity (公平)，並且搭配台灣健保之現況，另外再增加財務 (Finance) 構面，成為 3E1F 的評估架構草案。經過兩次專家會議的討論，與會專家對於此架構來做為台灣健保評估架構多表認同。如前所述，與會專家在會議中也提出多項子構面、評估指標甚至是指標之定義。本研究再依據會議內容以及參考 Rifat Ali Atun 等人 (2006) [55]，WHO world health report 2000[54]，英國 NHS 2013 Performance framework[53]，WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework (2010) [48]與學者 Kruk 等人 (2008) [47]的研究，提出台灣健保監理架構草案 (如圖 20)。本架構之內容從資源投入與過程、產出、到短期的醫療結果與長期的健康影響，也設想本架構之各項資料來源以及後續監測與評估。而監測與評估的層面則除了健保署業務之外，也將擴及至醫療院所、被保險人以及其他相關單位。

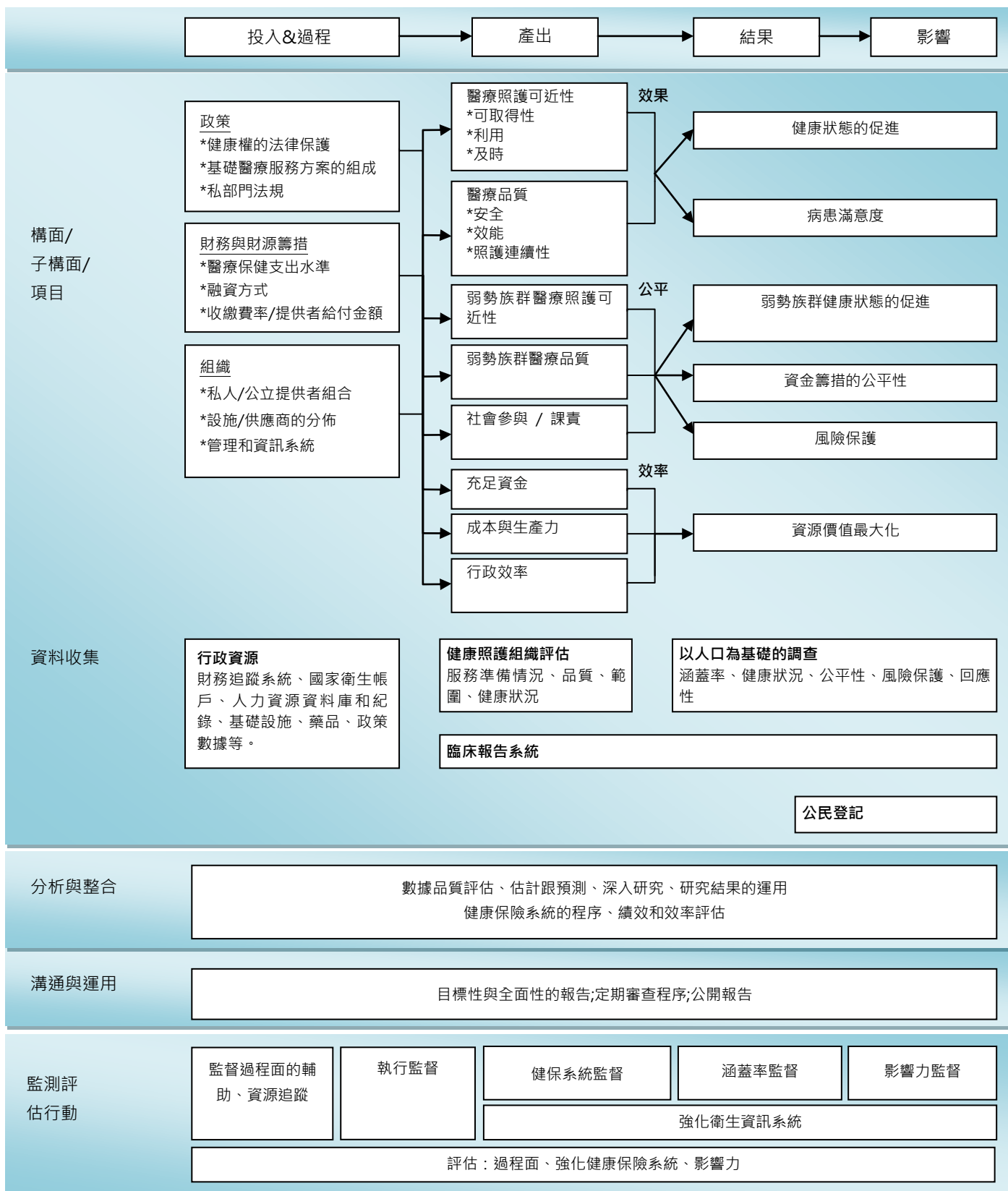


圖 20 台灣健保監理架構草案

資料來源：本研究整理

另由於與會專家所提建議中仍有部分項目被特別強調或無法完全整合至 3E1F 之架構中，因此本研究另再提出可近性、適當性、醫療品質、回應與課責等四構面，結合原來的 3E1F，並將財務構面擴充財務與財源籌措，邀請國內相關領域之專家學者，針對此四構面再度進行評選，評估標準為適當性與重要性，採李克氏七分量表，1 分為最不適當/不重要，7 分為最適當/重要。人員組成包含政府官員 (6)、財經學者 (6)、公衛學者 (21 名)、醫界代表 (17)、公共行政與社會學學者 (3)、民間團體代表 (5) 共計 58 位，其中有 21 位 (公 8 民 3 社 2 政 3 財 1 醫 4) 曾出席前兩次專家會議。各構面所包含之子構面內容簡介如下：

- I. 效果 (Effectiveness) :包含健康狀態 (如新生兒死亡率、癌症存活率等)、機構層級效果 (健保所帶來的照護結果品質的影響)、社區層級效果 (健保所帶來的國民健康改善)、病人對照護結果的滿意程度 (如病人滿意度) 等。
- II. 效率 (Efficiency) :包含微觀效率 (如疾病負擔等)、宏觀效率 (醫療費用成長、自費比例等)、資源的價值 (資源投入與健康結果的比值)、充足的資金 (如每人國民醫療保健支出金額)、成本與生產力 (如點值等)、行政效率 (如被保險人申辦業務滿意度、對醫療機構管理的資源投入與產出比例、員工訓練時數)、研究發展的資源投入 (如案件數或金額趨勢) 等。
- III. 公平 (Equity) :包含資源分配的公平 (如縣市、照護層級、照護型態等)、弱勢族群的健康狀態 (如低收入戶或偏遠地區死亡率等)、資金籌措的公平性 (如低收入戶保費佔率)、風險保護 (如災難性醫療支出/自付醫療費用超出負荷的人口比例)、弱勢族群醫療資源可近性 (如醫療利用、可利用之醫療資源)、弱勢族群醫療品質 (如安全、效能、照護連續性等)。
- IV. 財務與財源籌措 (Finance and financing) :包含收支情形 (如收入成長趨勢、支出成長趨勢、餘絀趨勢、欠費比例與金額趨勢等)、財務狀況 (如安全準備等)、醫療保健支出水準 (如醫療保健支出占 GDP 比例)、財源籌措能力與效率 (財源結構的多元以及募集財源所投入之成本)、支付制度設計 (以達成健康提昇、合理資源分配等)。
- V. 可近性 (Accessibility) :包含可取得性 (如人力資源投入的程度)、利用 (如服務使用的程度)、及時 (如及時提供服務的程度)。
- VI. 醫療品質 (Quality of care) :包含安全 (避免從照護過程中發生傷害)、效能 (提供具有證據能力之醫療服務)、連續性 (提供在不同照護計畫、醫療提供者、機構以及照護/服務層級間整合、不間斷的能力)。
- VII. 適當性 (Appropriateness) :包含預防保健資源的投入與結果 (如疫苗注射等)、衛生教育資源的投入與結果 (如戒菸衛教等)、癌症防治資源的投入與結果 (如乳房攝影、癌症存活率等)。
- VIII. 回應與課責 (Responsiveness and accountability) :包含民眾參與程度 (民眾參與各類健保事務的程度)、民眾利益的保護 (政策制定、資源取得等服務之提供皆以民眾利益為優先考量)、資訊揭露程度。

(三) 第一階段問卷分析結果

本研究第一階段之專家問卷（問卷內容請參考附錄五）於 102 年 7 月 19 日寄發 58 份問卷，截至 8 月 7 日為止，共計回收 37 份，分別為公衛學者 12 份、民間團體 2 份、社會與公行學者 2 份、政府人士 6 份、財務學者 5 份與醫界人士 10 份，回收率為 63.8%。截至 8 月底為止，共計回收 46 份，分別為公衛學者 15 份、民間團體 4 份、社會與公行學者 3 份、政府人士 6 份、財務學者 5 份與醫界人士 13 份，回收率為 79.3%。通過臺大醫院研究倫理委員會審查之公文請見附錄十八。

首先在推薦構面的部份，結果顯示醫療品質為應答者最推薦新增的構面（詳表 14），其次則為可近性。在不同背景的分層分析下（表 15），本研究也發現除了社會與公行學者外，其餘各領域之專家，最推薦的仍是醫療品質。而社會與公行學者最推薦的是適當性，其次為可近性。

表 14 構面推薦結果—全體

構面	平均數	標準差
可近性	2.457143	1.038745
醫療品質	1.742857	0.81684
適當性	2.6	1.005865
回應與課責	3.114286	1.157366

註：平均數越小表示越推薦

表 15 構面推薦結果—依背景

	公衛	民間團體	社會與公行	政府人士	財務學者	醫界
可近性	2.25	2.50	2.00	2.40	2.00	3.00
醫療品質	1.92	1.50	3.00	2.20	1.40	1.40
適當性	2.83	3.00	1.00	2.80	3.00	2.10
回應與課責	3.00	3.00	4.00	2.60	3.60	3.20

註：平均數越小表示越推薦

而在子構面評選的部分，從回收的 37 份問卷中，我們可以發現在各構面整體評價的部分（如表 16），適當性的評價序位分別為效果、財務與財源籌措、醫療品質、公平、可近性、效率、回應與課責及適當性。重要性的的評價序位分別為醫療品質、財務與財源籌措、效果、回應與課責、公平、效率、可近性及適當性。此外，我們也發現重要性的評價分數比適當性來得高。

表 16 各構面評比結果

構面	適當性	重要性
效果 [#]	5.49(1.05)	5.59(1.02)
效率 [#]	5.11(0.76)	5.31(0.81)
公平 [#]	5.16(1.11)	5.35(1.17)
財務與財源籌措 [#]	5.41(1.10)	5.69(1.03)
可近性 [#]	5.14(1.26)	5.27(1.20)
醫療品質 [#]	5.38(1.16)	5.69(1.04)
適當性 [#]	4.92(1.48)	5.04(1.43)
回應與課責 [#]	5.06(1.20)	5.45(1.12)

[#]平均數(標準差)

而填答人的背景不同，所關心的面項也不同(詳表 17 與表 18)。公衛背景的填答人，在適當性部分，最關心的前兩項分別為財務與財源籌措與效果；民間團體最關心的為醫療品質、公平、適當性及回應與課責；社會與公行學者最關心的為財務與財源籌措及醫療品質；政府人士最關心的財務與財源籌措、公平及可近性；財務專家最關心的是效果與適當性；醫界人士最關心醫療品質與效果。而在重要性部分，公衛人士最關心的是財務與財源籌措及醫療品質；民間團體最關心的是回應與課責及適當性；社會及公行學者關心的是財務與財源籌措及可近性；政府人士最關心的是財務與財源籌措及公平；財務專家關心的是效果及可近性；醫界人士關心的是醫療品質及財務與財源籌措。

表 17 各構面適當性評比結果—依背景

	公衛	民間團體	社會與公行	政府人士	財務學者	醫界
效果 [#]	6.06 (0.80)	5.38 (0.53)	5.50 (0.71)	5.40 (1.01)	4.75 (1.75)	5.25 (0.89)
效率 [#]	5.28 (0.66)	5.21 (0.10)	5.36 (0.30)	5.23 (0.59)	4.54 (1.31)	5.06 (0.73)
公平 [#]	5.50 (1.07)	5.67 (1.41)	5.58 (0.82)	5.60 (0.90)	4.57 (1.57)	4.70 (0.94)
財務與財源籌措 [#]	6.11 (0.59)	5.00 (0.28)	6.10 (0.42)	5.80 (0.77)	4.52 (1.05)	4.82 (1.31)
可近性 [#]	5.72 (0.96)	4.50 (1.18)	5.67 (0.47)	5.60 (0.98)	4.20 (1.71)	4.73 (1.32)
醫療品質 [#]	5.64 (1.19)	5.83 (1.18)	5.83 (1.65)	5.40 (1.23)	4.53 (1.43)	5.30 (0.95)
適當性 [#]	5.00 (1.71)	5.67 (0.00)	4.00 (0.00)	5.00 (0.94)	4.73 (2.19)	4.91 (1.48)
回應與課責 [#]	5.61 (0.85)	5.67 (1.41)	5.67 (0.00)	5.27 (0.72)	4.27 (1.44)	4.52 (1.40)

[#]平均數(標準差)

表 18 各構面重要性評比結果—依背景

	公衛	民間團體	社會與公行	政府人士	財務學者	醫界
效果 [#]	6.02 (0.71)	5.63 (0.18)	5.38 (0.88)	5.60 (1.18)	5.10 (1.78)	5.39 (0.92)
效率 [#]	5.48 (0.63)	5.43 (0.40)	5.57 (0.40)	5.40 (0.57)	4.91 (1.60)	5.21 (0.76)
公平 [#]	5.69 (1.06)	5.42 (1.53)	5.58 (0.35)	5.77 (0.97)	4.87 (2.20)	4.94 (0.74)
財務與財源籌措 [#]	6.18 (0.66)	5.30 (0.42)	6.10 (0.14)	6.04 (0.73)	4.80 (2.01)	5.40 (0.77)
可近性 [#]	5.64 (1.08)	4.83 (0.71)	6.17 (1.18)	5.40 (0.86)	4.93 (1.83)	4.88 (1.22)
醫療品質 [#]	6.08 (0.94)	5.67 (0.94)	6.00 (1.41)	5.73 (0.92)	4.47 (1.57)	5.76 (0.58)
適當性 [#]	5.09 (1.70)	5.83 (0.71)	4.33 (0.47)	5.00 (1.11)	4.60 (2.05)	5.18 (1.30)
回應與課責 [#]	5.83 (0.90)	6.67 (0.47)	6.00 (0.47)	5.53 (0.51)	4.73 (1.85)	5.00 (1.04)

[#]平均數(標準差)

(四) Go-zone

經過專家評選後，本研究以各子構面適當性與重要性平均值之平均數、中位數、60百分位、66百分位、70百分位與75百分位做為切點。其數據分別為適當性：5.21、5.22、5.22、5.30、5.30、5.33。重要性：5.42、5.42、5.48、5.55、5.58、5.64。本研究再依此共產製36種標準組合，作為Go-zone的設定標準。中選題數為10-15題不等，其中共有9-14題落在3E1F與專家們最推薦的構面中。各項子構面評估分數散佈圖如圖21，36種指標篩選標準與中選題數如表19，其餘不同條件下各構面之子構面中選情形請見附錄六。另考量計畫要求每項構面指標約2-3項，總數為20項之要求，故本計畫選定以75百分位作為標準，共選出效果2項、效率2項、財務與財源籌措3項、醫療品質2項共計9項子構面作為評估架構之構面，所選指標詳如表20。至於公平構面下無任何子構面中選，推測原因可能為台灣健保在公平性的問題上並不嚴重，抑或其他子構面亦有包含公平性的問題，因此公平構面未有任何子構面被選入。

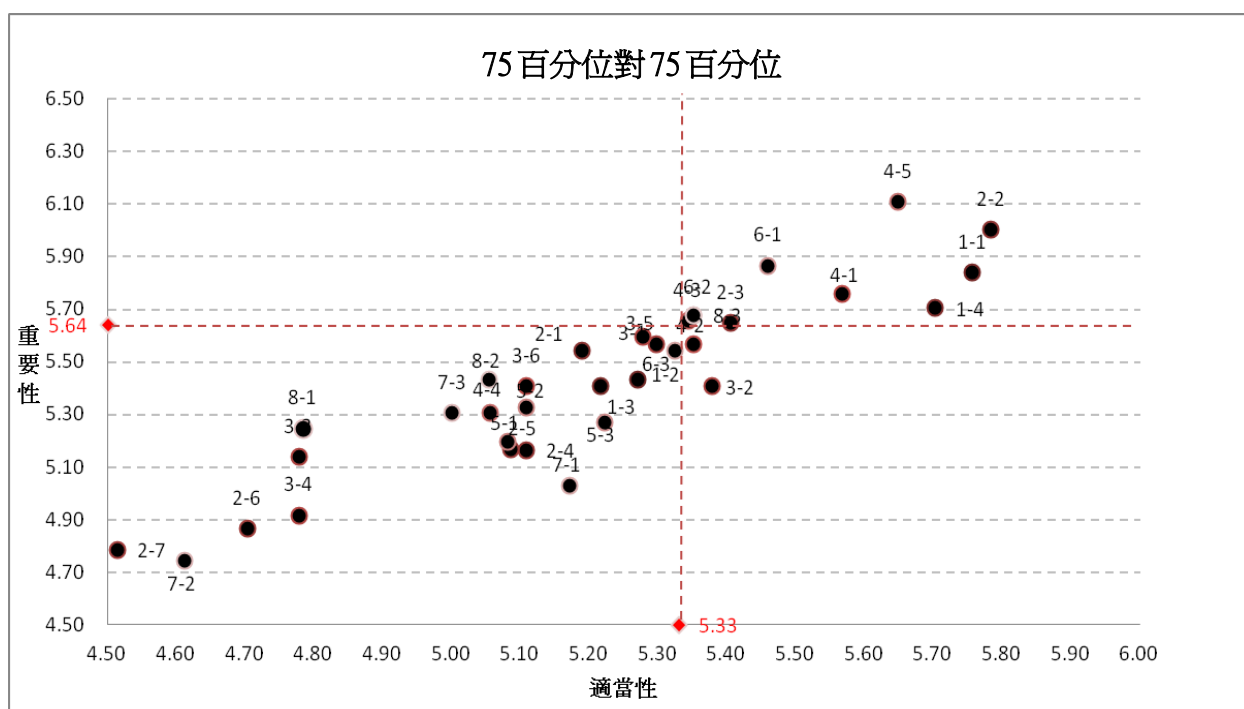


圖 21 各子構面適當性與重要性分布

資料來源：本研究整理

表 19 不同標準下中選題數一覽表

	效果	效率	公平	財務與財 源籌措	可近性	醫療品質	適當性	回應與課責	中選題數 1	中選題數 2
原題數	4	7	6	5	3	3	3	3		
平均數 vs 平均數	3	2	2	4	0	3	0	1	15	14
中位數 vs 平均數	3	2	2	4	0	3	0	1	15	14
75%vs 平均數	2	2	0	4	0	2	0	1	11	10
70%vs 平均數	3	2	2	4	0	3	0	1	15	14
60%vs 平均數	3	2	2	4	0	3	0	1	15	14
66%vs 平均數	2	2	2	4	0	2	0	1	13	12
平均數 vs 中位數	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
中位數 vs 中位數	3	2	2	4	0	3	0	1	15	14
75%vs 中位數	2	2	0	4	0	2	0	1	11	10
70%vs 中位數	2	2	2	4	0	2	0	1	13	12
60%vs 中位數	3	2	2	4	0	3	0	1	15	14
66%vs 中位數	2	2	2	4	0	2	0	1	13	12
平均數 vs75%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
中位數 vs75%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
75%vs75%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
70%vs75%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
60%vs75%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
66%vs75%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9

表 19 不同標準下中選題數一覽表 (續)

	效果	效率	公平	財務與財 源籌措	可近性	醫療品質	適當性	回應與課責	中選題數 1	中選題數 2
平均數 vs70%	2	2	0	4	0	2	0	1	11	10
中位數 vs70%	2	2	1	4	0	2	0	1	12	11
75%vs70%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
70%vs70%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
60%vs70%	2	2	0	4	0	2	0	1	11	10
66%vs70%	2	2	0	3	0	2	0	1	10	9
平均數 vs60%	2	2	2	4	0	3	0	1	14	13
中位數 vs60%	2	2	2	4	0	3	0	1	14	13
75%vs60%	2	2	0	4	0	2	0	1	11	10
70%vs60%	2	2	0	4	0	3	0	1	12	11
60%vs60%	2	2	2	4	0	3	0	1	14	13
66%vs60%	2	2	0	4	0	3	0	1	12	11
平均數 vs66%	2	2	2	4	0	2	0	1	13	12
中位數 vs66%	2	2	2	4	0	2	0	1	13	12
75%vs66%	2	2	0	4	0	2	0	1	11	10
70%vs66%	2	2	0	4	0	2	0	1	11	10
60%vs66%	2	2	2	4	0	2	0	1	13	12
66%vs66%	2	2	0	4	0	2	0	1	11	10

註：(1)適當性 vs 重要性 (2)中選題數 1：八項構面之中選題數 (3)中選題數 2：3E1F 加醫療品質五構面之中選題數

資料來源：本研究整理

表 20 中選子構面清單

構面	子構面
效果	健康狀態 病人對照護結果的滿意程度
效率	宏觀效率 資源的價值
財務與財源籌措	收支情形 醫療保健支出水準 支付制度設計
醫療品質	安全 效能

資料來源：本研究整理

(五) 第二階段德菲法問卷設計

經過第一階段的架構建立之後，第二階段將跟據中選構面的內容，收集並篩選出重要的候選指標進行問卷設計。此階段的問卷分成醫療面與財務面，其中醫療面內容包含效果、效率與醫療品質三構面的指標；財務面則是單就財務與財源籌措下的候選指標進行評比。在問卷發放名單的選擇上，醫療版問卷是針對公衛、醫界背景的專家進行寄送，而財務版主要是針對財政與公衛方面背景的專家進行發放，並以參與過第一階段專家會議與第一階段構面評選問卷的專家為優先發放對象。

指標評選標準以核心指標為考量，分別從重要性（importance）、可行性（feasibility）及能用性（usability）等三個面向，做為評估全民健康保險業務的準則，評估尺度共分為 9 個等級，1 分代表此指標作為評估健保監理架構非常不重要/不可行/不能用；5 分代表中立意見或不確定；9 分代表此指標非常重要/可行/能用。各面向的定義說明如表 21。

表 21 指標評估面項定義

評估面向	定義說明
重要性	本指標用來評估健保監理架構具有重要性與適用性。包括有實證或指引，或是符合全民健保的三大規劃目標 ² 。
可行性	包括指標數據可從健保申報資料以及其他官方資料收集得知，且資料的數據是可靠的、正確的，做為評估健保監理架構的指標是合理的。
能用性	本指標的結果有助於改善全民健保業務項目的制定、執行或成效。

資料來源：本研究整理

² 二代健保的三大目標分別為「提升醫療品質」、「平衡財務收支」與「擴大社會參與」。

(1) 醫療面

醫療版問卷在進行候選指標的收集與整理時，由於蒐集範圍涵蓋了 OECD[40]、AHRQ、Kruk(2008)[47]與 CIHI 等各國架構，因此指標數量非常龐大，為了有效的篩選出重要且適切的指標，本研究於 9 月 16 日邀請了四位醫界與公衛背景的專家（專家背景分析如表 22；會議紀錄請參考附錄七）協助進行指標的篩選及定義的釐清，將原先的 76 支候選指標精簡成 44 支指標，各構面下的指標數請參考表 23，問卷完整內容請參考附錄八。

表 22 醫療面指標討論專家背景分析

專家姓名	單位	職稱	背景
鄭之勳	臺灣大學附設醫院品管中心	副執行長	醫界
張必正	張必正家庭醫師診所	院長	醫界
范傑閔	亞東紀念醫院	醫師	醫界
廖熏香	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	主任	公共衛生

表 23 第一回合問卷子構面指標數

構面	子構面	指標數
效果	健康狀態	8
	病人對照護結果的滿意程度	5
效率	宏觀效率	8
	資源的價值	6
醫療品質	安全	6
	效能	10
總計		44

(2) 財務面

在進行第二階段問卷內容的設計時，為了增加財務與財源籌措構面的完備性，以及將健保資金來源的公平性納入，本研究透過工作小組會議的討論，將第一階段財務與財源籌措構面下中選的三個子構面：收支情形、醫療保健支出水準與支付制度設計增修為：財務收支平衡、醫療保健支出水準、資金籌措的公平性與支付制度設計。

在進行財務構面下各子構面指標的選取時，除了參考現有的健保財務指標之外，也納入了 WHO Report 2000[54]、Kruk (2008)[47]…等文獻資料，並針對第一階段專家會議中之專家建議整理篩選出 21 支候選指標，問卷完整內容請參考附錄九。

(六) 第二階段第一回合問卷分析結果

指標以 RAND/UCLA appropriateness method 修正型德菲法進行篩選 (如表 24)，各評估面向的一致性判別程序如下：

- (1) 分別計算各面向分數落在 A 區(1-3)、B 區(4-6)及 C 區(7-9)的人數。
- (2) 計算各面向之中位數。
- (3) 判別一致性與不一致性。

以回覆人數 24，且中位數為 8 落在 C 區為例：

- 判別一致性時，若 A 區和 B 區的人數加總小於或等於 7，則此面向達到一致性；反之，若 A 區和 B 區的人數加總大於 7，則此面向未達一致性。
- 判別不一致性時，若兩個極端區域 A 區和 C 區的人數皆大於或等於 8，則此評估面向達到不一致性；反之，若 A 區和 C 區任一區的人數不超過 8，則此面向的不一致性不成立 (即沒有不一致)。

表 24 不同專家人數一致與不一致的定義
(Definitions of Agreement and Disagreement for Different Panel Sizes)

專家人數	不一致 在兩極端評分的專家人數 (1-3 and 7-9)	一致 在包含中位數之外區間(三分)的 專家人數 (1-3; 4-6; 7-9)
8-10	≥ 3	≤ 2
11-13	≥ 4	≤ 3
14-16	≥ 5	≤ 4
17-19	≥ 6	≤ 5
20-22	≥ 7	≤ 6
23-25	≥ 8	≤ 7

資料來源：The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual[95]

(1) 醫療面指標分析結果

第一回合醫療版問卷於 102 年 9 月 18 日寄發 28 份，截至 10 月 18 日為止，共計回收 24 份，其中公衛學者 4 份、醫界人士 15 份、民間團體 1 份與政府人士 4 份，回收率為 85.71%。

在三個評估面向中，指標的重要性為優先考量，其次是能用性，最後才是可行性，因此在指標選取的標準上，以三個面向皆達一致性為第一順位，重要與能用達一致性為第二順位，重要與可行達一致為第三順位，最後則是重要達一致性。

表 25 第一回合醫療面指標統計結果

編號	指標名稱	I 重要性					II 能用性					III 可行性					選取標準達成情況				推薦 順位	
		中位 數	≥ 7 之 比例 (%)	≤ 3 之 比例 (%)	一致 性	不一 致性	中位 數	≥ 7 之 比例 (%)	≤ 3 之 比例 (%)	一致 性	不一 致性	中位 數	≥ 7 之 比例 (%)	≤ 3 之 比例 (%)	一致 性	不一 致性	中位 數≥ 7 之項目數	重要 能用 可行	重要 能用	重要 可行		重要
1	平均餘命	8	75%	8%	1	0	8	71%	17%	1	0	8	88%	4%	1	0	3	◎				1
2	未滿月新生兒死亡率	8	71%	8%	1	0	8	71%	8%	1	0	8	88%	4%	1	0	3	◎				1
3	孕產婦死亡率	8	88%	0%	1	0	7	75%	4%	1	0	8	79%	0%	1	0	3	◎				1
4	肺癌死亡率	7	75%	0%	1	0	7	54%	8%	0	0	7.5	75%	4%	1	0	3			◎		3
5	可避免死亡率	8	75%	0%	1	0	6	46%	13%	0	0	6	29%	21%	0	0	1				◎	5
6	乳癌五年觀察存活率	8	79%	0%	1	0	8	79%	0%	1	0	8	88%	0%	1	0	3	◎				1
7	乳癌五年相對存活率	7	79%	0%	1	0	7	67%	4%	0	0	7	67%	0%	0	0	3				◎	4
8	透析病人脫離率	7	58%	4%	0	0	6	46%	13%	0	0	7	54%	17%	0	0	2					5
9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	8	75%	0%	1	0	7	63%	4%	0	0	7	71%	8%	1	0	3			◎		3
10	對醫療院所治療效果滿意度	7	71%	4%	1	0	7	58%	8%	0	0	7	63%	8%	0	0	3				◎	4
11	對醫療院所的服務態度滿意度	7	67%	4%	0	0	7	54%	8%	0	0	7	71%	8%	1	0	3					5
12	對醫療院所醫療設備(診療環境)滿意度	7	54%	8%	0	0	6	33%	17%	0	0	6	46%	13%	0	0	1					5
13	對等候診療時間滿意度	7	71%	4%	1	0	6.5	50%	13%	0	0	6.5	50%	13%	0	0	1				◎	5
14	就醫人數成長率	6	38%	8%	0	0	6.5	50%	17%	0	0	8	75%	8%	1	0	1					5
15	自費比率	7.5	67%	4%	0	0	6.5	50%	13%	0	0	6.5	50%	8%	0	0	1					5
16	平均住院天數	8	83%	4%	1	0	7	79%	4%	1	0	8	88%	4%	1	0	3	◎				1

表 25 第一回合醫療面指標統計結果 (續 1)

17	生命末期病患死亡前最後一個月入住 ICU 比率	7	67%	4%	0	0	6	46%	17%	0	0	6	46%	21%	0	0	1					5
18	臨終時施行心肺復甦術之病患比率	6	42%	4%	0	0	6	38%	17%	0	0	6	42%	17%	0	0	0					5
19	40 歲以上成人健康檢查普及率	7	71%	4%	1	0	6.5	50%	8%	0	0	7	71%	8%	1	0	1			◎		5
20	乳癌篩查：40-69 歲的女性，每兩年進行一次乳房攝影篩檢乳癌的比率	7	71%	4%	1	0	7	71%	13%	1	0	7	75%	8%	1	0	3	◎				1
21	50-74 歲大腸民眾，每兩年進行一次大直腸癌之大便潛血篩檢的比率	7.5	75%	4%	1	0	7	71%	8%	1	0	7.5	75%	4%	1	0	3	◎				1
22	30 歲以上，一年一次子宮頸癌篩檢的比率	7	63%	4%	0	0	7	63%	8%	0	0	7	67%	8%	0	0	3					5
23	平均每人健保醫療費用對平均餘命之貢獻	7	54%	8%	0	0	6	42%	17%	0	0	6	46%	17%	0	0	1					5
24	平均國民醫療保健費用對平均餘命之貢獻	7	58%	4%	0	0	6.5	50%	13%	0	0	7	54%	8%	0	0	2					5
25	DRG 案件三天內重返急診率	8	71%	4%	1	0	7	63%	8%	0	0	8	75%	8%	1	0	3			◎		3
26	DRG 案件十四天內再住院率	8	63%	4%	0	0	7	63%	13%	0	0	7	67%	8%	0	0	3					5
27	高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	7	83%	8%	1	0	7	67%	13%	0	0	7	75%	8%	1	0	3			◎		3
28	高診次病患門診用藥日數重複率	7.5	88%	8%	1	0	7	71%	13%	1	0	7	71%	13%	1	0	3	◎				1

表 25 第一回合醫療面指標統計結果 (續 2)

29	醫療照護相關感染比率	8	83%	4%	1	0	6	46%	8%	0	0	6	42%	8%	0	0	1				◎	5
30	傷口感染	8	83%	4%	1	0	7	58%	4%	0	0	7	58%	4%	0	0	3				◎	4
31	呼吸器引起之肺炎比率	8	79%	4%	1	0	7	58%	8%	0	0	7	54%	13%	0	0	3				◎	4
32	麻醉合併症比率	8	88%	0%	1	0	7	67%	13%	0	0	7	58%	17%	0	0	3				◎	4
33	術後髖關節骨折發生率	7.5	58%	8%	0	0	6.5	50%	13%	0	0	7	54%	8%	0	0	2					5
34	6 個月內·加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	8	92%	0%	1	0	7	67%	8%	0	0	7	67%	8%	0	0	3				◎	4
35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	8	71%	0%	1	0	7	58%	4%	0	0	7	63%	4%	0	0	3				◎	4
36	氣喘住院病患出院時開立吸入型消炎藥物	7	63%	4%	0	0	6.5	46%	8%	0	0	7	63%	4%	0	0	2					5
37	氣喘病人出院後 1 至 6 個月返診率	7	67%	0%	0	0	7	58%	0%	0	0	7	67%	0%	0	0	3					5
38	氣喘病人三十天再住院率	7	71%	0%	1	0	7	67%	0%	0	0	7	67%	0%	0	0	3				◎	4
39	20 歲以上經年齡標準化後急性心肌梗塞發生率	7	63%	4%	0	0	6.5	50%	4%	0	0	7	63%	4%	0	0	2					5
40	急性心肌梗塞死亡率:排除轉院個案	8	75%	0%	1	0	8	75%	0%	1	0	8	75%	0%	1	0	3	◎				1
41	冠狀動脈繞道術死亡率	8	83%	4%	1	0	8	75%	4%	1	0	8	83%	4%	1	0	3	◎				1
42	急性中風死亡率	8	88%	4%	1	0	8	67%	8%	0	0	8	83%	4%	1	0	3			◎		3
43	心臟衰竭死亡率	8	71%	4%	1	0	7	54%	8%	0	0	7	67%	8%	0	0	3				◎	4
44	肺炎死亡率	8	75%	4%	1	0	7	63%	8%	0	0	7	71%	8%	1	0	3			◎		3

表 25 第一回合醫療面指標統計結果 (續完)

註：

1、問卷評選標準：重要性、可行性、能用性 (1-9 分)；分數越高代表越重要 / 可行 / 能用

2、指標選取標準：以 RAND/ UCLA appropriateness method 修正型德菲法進行

※A 區 (1-3 分)；B 區 (4-6 分)；C 區 (7-9 分)

※一致性：當樣本數介於 23-25，分數落在中位數區域以外之人數 ≤ 7 時，達到一致性 (中位數=6.5 視為落在 C 區)

※不一致性：當樣本數介於 23-25，分數落在兩極端區域(A 與 C)的人數各 ≥ 8 時 (即比例 $\geq 33\%$)，達到不一致性

3、符號說明：◎代表達成一致性標準

4、推薦順位：

※順位 1：每一評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性、能用性、可行性皆達一致性標準

※順位 2：每一評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性、能用性達一致性標準

※順位 3：每一評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性、可行性達一致性標準

※順位 4：每一評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性達一致性標準

※順位 5：其他未達以上條件者

表 26 第一回合醫療面指標中選結果

推薦 順位	編號	指標名稱	構面	子構面	選取標準達成情況	
					中位數>=7	一致性
1	1	平均餘命	效果	健康狀態	3 項	重要、可行、能用
	2	未滿月新生兒死亡率	效果	健康狀態	3 項	重要、可行、能用
	3	孕產婦死亡率	效果	健康狀態	3 項	重要、可行、能用
	6	乳癌五年觀察存活率	效果	健康狀態	3 項	重要、可行、能用
	16	平均住院天數	效率	宏觀效率	3 項	重要、可行、能用
	20	乳癌篩查：40-69 歲的女性，每兩年進行一次乳房攝影篩檢乳癌的比率	效率	宏觀效率	3 項	重要、可行、能用
	21	50-74 歲大腸民眾，每兩年進行一次大直腸癌之大便潛血篩檢的比率	效率	宏觀效率	3 項	重要、可行、能用
	28	高診次病患門診用藥日數重複率	效率	資源的價值	3 項	重要、可行、能用
	40	急性心肌梗塞死亡率:排除轉院個案	醫療品質	效能	3 項	重要、可行、能用
	41	冠狀動脈繞道術死亡率	醫療品質	效能	3 項	重要、可行、能用
3	4	肺癌死亡率	效果	健康狀態	3 項	重要、可行
	9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	效果	病人對照護結果的滿意程度	3 項	重要、可行
	25	DRG 案件三天內重返急診率	效率	資源的價值	3 項	重要、可行
	27	高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	效率	資源的價值	3 項	重要、可行
	42	急性中風死亡率	醫療品質	效能	3 項	重要、可行
	44	肺炎死亡率	醫療品質	效能	3 項	重要、可行

表 26 第一回合醫療面指標中選結果 (續)

推薦 順位	編號	指標名稱	構面	子構面	選取標準達成情況	
					中位數>=7	一致性
4	7	乳癌五年相對存活率	效果	健康狀態	3 項	重要
	10	對醫療院所治療效果滿意度	效果	病人對照護結果的滿意程度	3 項	重要
	30	傷口感染	醫療品質	安全	3 項	重要
	31	呼吸器引起之肺炎比率	醫療品質	安全	3 項	重要
	32	麻醉合併症比率	醫療品質	安全	3 項	重要
	34	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	醫療品質	安全	3 項	重要
	35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	醫療品質	效能	3 項	重要
	38	氣喘病人三十天再住院率	醫療品質	效能	3 項	重要
43	心臟衰竭死亡率	醫療品質	效能	3 項	重要	

因醫療版問卷回收數量為偶數（24份），中位數會有小數點的產生，在判別指標面向的一致性與不一致性時，需計算中位數所在區間的人數，若剛好介於兩區間之間，本研究則以分數較高的區間計算。以中位數 6.5 分為例，位於 B 區(4-6)與 C 區(7-9)之間，則視為落在分數較高的 C 區。

依據各面向中位數與一致性達成情形的醫療面指標統計結果如表 25。

依據推薦順位的排序，本研究優先選取順位一至順位四為醫療面中選指標，指標中選結果及構面、子構面分配情形如表 26；各順位的指標數統計如表 27。

表 27 第一回合醫療面指標中選數

推薦順位	中位數	一致性	指標中選數
第一順位	三項標準中位數 ≥ 7	重要、可行、能用達一致性	10
第二順位	三項標準中位數 ≥ 7	重要、能用達一致性	0
第三順位	三項標準中位數 ≥ 7	重要、可行達一致性	6
第四順位	三項標準中位數 ≥ 7	重要達一致性	9
總計			25

(2) 財務指標分析結果

第一回合財務版問卷於 102 年 9 月 17 日寄發 9 份，9 月 27 追加寄出 8 份，總計 17 份，截至 10 月 17 日為止，共計回收 15 份，其中公衛學者 6 份、財政學者 6 份、醫界人士 2 份與政府人士 1 份，回收率為 88.24%。

依據財務指標各評估面向中位數與一致性達成情形的統計結果如表 29。

依據推薦順位的排序，本研究優先選取順位一至順位四為財務中選指標，指標中選結果及構面、子構面分配情形如表 30；各順位的指標數統計如表 28。

表 28 第一回合財務指標中選數

推薦順位	中位數	一致性	指標中選數
第一順位	三項標準中位數 ≥ 7	重要、可行、能用達一致性	3
第二順位	三項標準中位數 ≥ 7	重要、能用達一致性	3
第三順位	三項標準中位數 ≥ 7	重要、可行達一致性	0
第四順位	三項標準中位數 ≥ 7	重要達一致性	1
第五順位	兩項標準中位數 ≥ 7	重要、能用達一致性	2
總計			9

表 29 第一回合財務指標統計結果

編號	指標名稱	I 重要性					II 能用性					III 可行性					選取標準達成情況				推薦 順位	
		中位 數	≥ 7 之 比例 (%)	≤ 3 之 比例 (%)	一致 性	不一 致性	中位 數	≥ 7 之 比例 (%)	≤ 3 之 比例 (%)	一致 性	不一 致性	中位 數	≥ 7 之 比例 (%)	≤ 3 之 比例 (%)	一致 性	不一 致性	中位 數≥ 7 之項 目數	重要 能用 可行	重要 能用	重要 可行		重要
1	保險收支餘絀— 權責	9	82%	0%	1	0	8.5	73%	0%	1	0	8.5	82%	9%	1	0	3	◎				1
2	保險收支季餘絀— 權責	7	55%	18%	0	0	6.5	36%	18%	0	0	8	73%	9%	1	0	2					6
3	保費收入季成長率	7	45%	9%	0	0	7	45%	9%	0	0	8	73%	0%	1	0	3					6
4	保險給付季成長率	7	55%	18%	0	0	7	55%	18%	0	0	8	73%	9%	1	0	3					6
5	保險收支年成長率差距	7	64%	9%	0	0	7	55%	9%	0	0	7	64%	9%	0	0	3					6
6	呆帳率	7.5	64%	9%	0	0	7	55%	9%	0	0	8	64%	9%	0	0	3					6
7	資金運用損益率	6	36%	9%	0	0	6.5	45%	18%	0	0	7.5	64%	9%	0	0	1					6
8	保險費率合宜率	8	82%	9%	1	0	7	82%	9%	1	0	7.5	73%	9%	1	0	3	◎				1
9	安全準備支付保險給付 總額倍數	7	45%	9%	0	0	7	55%	9%	0	0	8	55%	9%	0	0	3					6
10	借款	7	64%	18%	0	0	7	64%	18%	0	0	7	82%	0%	1	0	3					6
11	其他收支	6	45%	18%	0	0	6	36%	18%	0	0	7.5	73%	9%	1	0	1					6
12	保費實際收繳率	7.5	73%	9%	1	0	7	64%	9%	1	0	8	64%	9%	0	0	3		◎			2
13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	8	73%	0%	1	0	7	73%	0%	1	0	7.5	73%	0%	1	0	3	◎				1
14	公部門醫療保健支出占 總醫療保健支出比例 (% General government expenditure on health)	6.5	55%	9%	0	0	6.5	55%	9%	0	0	7.5	55%	0%	0	0	1					6

表 29 第一回合財務指標統計結果 (續 1)

15	自付醫療保健支出占私部門醫療保健支出比例 (Out of pocket expenditure as % of private expenditure on health)	7.5	82%	0%	1	0	7	73%	0%	1	0	7.5	64%	9%	0	0	3		◎			2
16	新增保險給付之支付比例	8	64%	0%	0	0	7.5	55%	9%	0	0	7.5	36%	27%	0	0	3					6
17	非論量計酬之支付比例	6	27%	9%	0	0	5.5	18%	9%	0	0	6.5	45%	9%	0	0	0					6
18	財務公平指數 (Fairness of Financial Contribution Index, FFC)	8	73%	9%	1	0	7	73%	9%	1	0	6.5	45%	9%	0	0	2		◎			5
19	民眾自費占總醫療保健支出之比率 (Out of pocket as % of total health expenditure)	8	82%	0%	1	0	7	73%	9%	1	0	6	45%	0%	0	0	2		◎			5
20	重大傷病醫療支出比例 (Proportion of population with catastrophic health expenditures)	7	82%	0%	1	0	7	82%	0%	1	0	7.5	64%	0%	0	0	3		◎			2
21	財源籌措方法之累進性 (Progressivity of financing method)	7.5	73%	0%	1	0	7	64%	0%	0	0	7	55%	9%	0	0	3				◎	4

表 29 第一回合財務指標統計結果 (續完)

註：

1、問卷評選標準：重要性、可行性、能用性 (1-9 分) ；分數越高代表越重要 / 可行 / 能用

2、指標選取標準：以 RAND/ UCLA appropriateness method 修正型德菲法進行

※A 區 (1-3 分) ；B 區 (4-6 分) ；C 區 (7-9 分)

※一致性：當樣本數介於 11-13，分數落在中位數區域以外之人數 ≤ 3 時，達到一致性 (中位數=6.5 視為落在 C 區)

※不一致性：當樣本數介於 11-13，分數落在兩極端區域(A 與 C)的人數各 ≥ 4 時 (即比例 $\geq 36\%$)，達到不一致性

3、符號說明：◎代表達成一致性標準

4、推薦順位：

※順位 1：每一評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性、能用性、可行性皆達一致性標準

※順位 2：每一評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性、能用性達一致性標準

※順位 3：每一評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性、可行性達一致性標準

※順位 4：每一評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性達一致性標準

※順位 5：兩項評選標準之中位數 ≥ 7 ，且重要性、能用性達一致性標準

※順位 6：其他未達以上條件者

表 30 第一回合財務指標中選結果

推薦 順位	編號	指標名稱	子構面	選取標準達成情況	
				中位數>=7	一致性
1	1	保險收支餘絀-權責	財務收支平衡	3 項	重要、可行、能用
	8	保險費率合宜率	財務收支平衡	3 項	重要、可行、能用
	13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	醫療保健支出水準	3 項	重要、可行、能用
2	12	保費收繳率	財務收支平衡	3 項	重要、能用
	15	自付醫療保健支出占私部門醫療保健支出比例	醫療保健支出水準	3 項	重要、能用
	20	重大傷病醫療支出比例	資金籌措的公平性	3 項	重要、能用
4	21	財源籌措方法之累進性	資金籌措的公平性	3 項	重要
5	18	財務公平指數	資金籌措的公平性	2 項	重要、能用
	19	民眾自費占總醫療保健支出之比率	資金籌措的公平性	2 項	重要、能用

(七) 德菲法問卷專家會議

本研究分別於 102 年 10 月 17 日與 18 日舉辦兩場次的專家會議（兩場會議紀錄請參考附錄十二、十三），針對第一回合德菲法問卷之統計結果以及專家提供的修改意見（醫療版請參考附錄十、財務版請參考附錄十一），進行面對面討論，以釐清定義模糊或意見分歧之指標。邀請對象為參與第一回合德菲法問卷填寫的專家，18 日醫療場次的 7 位出席專家背景分析如表 31；17 日財務場次的 6 位出席專家背景分析如表 32。

表 31 德菲法問卷專家會議出席專家背景分析（醫療場次）

領域	專家姓名	單位	職稱	背景
學界	楊哲銘	台北醫學大學醫管系	教授	公共衛生
學界	鄭守夏	台大健康政策與管理研究所	所長	公共衛生
學界	簡國龍	台大流行病學與預防醫學研究所	所長	醫學
政府	李懋華	衛生福利部醫院管理委員會	執行長	醫學
醫界	張必正	張必正家庭醫師診所	院長	醫學
醫界	賴超倫	台大附醫新竹分院內科部	副主任	醫學
醫界	鄭之勛	台灣大學附設醫院品管中心	副執行長	醫學

表 32 德菲法問卷專家會議出席專家背景分析（財務場次）

領域	專家姓名	單位	職稱	背景
學界	陳孝平	中正大學社會福利學系	副教授	財稅
學界	周穎政	陽明大學公衛所	所長	公共衛生
學界	郎慧珠	陽明大學醫管所	教授	公共衛生
醫界	陳雪芬	台北榮民總醫院醫務企管部	高級分析師	公共衛生
民間	蔡素玲	國泰綜合醫院	顧問	公共衛生
學界	朱澤民	景文科大理財與稅務規劃系	副教授	財稅

本研究依據兩場與會專家的意見，將第一回合問卷中選指標進行內容、定義的修正，以及計算與分析方式的補充，並在第二回合問卷中各增加 3 支候選指標，醫療面及財務面新增指標請見表 33。

表 33 第二回合德菲法問卷新增指標

構面	子構面	指標名稱	定義		選取理由
			分子	分母	
效率	資源的價值	癌症病人轉介安寧照護比率	分母中，轉介安寧照護之病人數	所有癌症病人數	安寧共照除可提升病人及其家屬的生活品質外，亦可縮短住院時間與降低醫療成本，達到間接減少醫療資源浪費的效果。
		磁振造影 90 日內重複執行率	90 日內相同診療部位重複執行磁振造影檢查或電腦斷層掃描檢查的病人數	申報磁振造影檢查病人數	病人接受「電腦斷層掃描」檢查及「磁振造影」檢查後，通常短期（90 日）內不需再重複施作，雖然部分病人病情仍有短期內追蹤治療的需要，但如果醫院對同一病人 90 日內重複執行「電腦斷層掃描」檢查及「磁振造影」檢查的案件比率過高，就值得進一步瞭解醫院處置內容的適當性。
		門診降血糖藥物不同處方醫療院所給藥日數重複率	同一位病患在同一家醫事機構的不同處方，開立同一種藥理分類之口服降血糖藥物，重複給藥日份加總	開立「口服降血糖藥物」案件的給藥日份加總	病患若誤食二倍或過高劑量的「降血糖藥物」，可能造成血壓過低的危險，而重複拿藥也容易造成醫療資源的浪費。此指標可兼顧民眾的用藥安全及品質，並避免此類重複拿藥的情形。
財務與財源籌措	財務收支平衡	保費成長率與 GDP 成長率比值	$(\text{本年保費收入} - \text{去年保費收入}) / \text{去年保費收入}$	$(\text{本年 GDP} - \text{去年 GDP}) / \text{去年 GDP}$	可了解保費收入的成長速度是否與 GDP 成長速度一致
		家戶保費支出占家戶所得之比例	家戶保費支出	家戶所得	可瞭解每家戶健保保費支出對於家戶經濟狀況的負擔程度
	醫療保健支出水準	全民健保醫療支出占 GDP 比例	全民健保醫療支出總額(百萬元)	國內生產毛額(百萬元)	可了解我國健保支出水準之適當性

(八) 第二階段第二回合問卷分析結果

第二回合醫療版問卷（請參考附錄十四）於 102 年 10 月 28 日寄發 28 份，寄送對象皆為參與第一回合問卷填答的專家，截至 11 月 26 日為止，共計回收 25 份，分別為公共衛生學者 5 份、民間團體 2 份、政府人士 3 份以及醫界人士 15 份，回收率為 89.3%。

第二回合財務版問卷（請參考附錄十五）於 102 年 10 月 28 日寄發 17 份，寄送對象與第一回合問卷相同，截至 11 月 26 日為止，共計回收 15 份，回收對象分別為：公衛學者 8 份、財稅學者 6 份與政府人士 1 份，回收率為 88.2%。

此回合的選取標準比照第一回合，先計算三個評估面向的中位數，並依據中位數判別一致性與不一致性。唯第二回合的中位數較上回合高，三個評估面向的平均數均達到 7 分以上，故此回合中位數的選取標準提高為需大於或等於 8 分才列為入選，再依據各面向中位數大於或等於 8 的達成情形，判別指標的推薦順位。

在一致性的表現上，第二回合醫療版問卷各面向皆達成一致性，僅編號 10 的「對醫療院所治療效果滿意度」指標在能用性評估面向未達一致性，以及編號 32 的「麻醉併發症」比率在可行性面向未達一致性；財務版問卷則是有超過半數以上的指標在三面向皆達成一致性，因此第二回合指標的選取標準修正為三評估面向（重要性、可行性、能用性）皆需達到一致性。

依指標面向一致性與中位數達成情形的統計結果分別如表 35 與表 36。

第二回合醫療面指標的選取標準請參考表 34。

表 34 第二回合醫療面指標選取標準

推薦順位	中位數	一致性	指標中選數
第一順位	重要、可行、能用 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	7
第二順位	重要、能用 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	0
第三順位	重要、可行 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	2
第四順位	重要 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	7
第五順位	可行、能用 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	0
第六順位	第一回合為第一順位未中選者		3
總計			19

表 34 中推薦順位一至順位五的選取標準是依據各面向中位數的達成情形所排序出，第六順位入選的指標則是在第一回合問卷中，屬於第一順位指標但在第二回合未入選者，分別是「乳癌篩查：45-69 歲的女性，每兩年進行一次乳房攝影篩檢乳癌的比率」、「50-74 歲民眾，每兩年進行一次大直腸癌之大便潛血篩檢的比率」與「高診次病患門診用藥日數重複率」。

表 35 第二回合醫療面指標統計結果

編號	指標名稱	I 重要性						II 能用性						III 可行性						選取標準達成情況						推薦 順位
		中位 數	A 區 人數	B 區 人數	C 區 人數	一致 性	不一 致性	中位 數	A 區 人數	B 區 人數	C 區 人數	一致 性	不一 致性	中位 數	A 區 人數	B 區 人數	C 區 人數	一致 性	不一 致性	一致 性 項目 數	重要 能用 可行	重要 能用	重要 可行	重要	能用 可行	
1	平均餘命	8	21	4	0	1	0	8	21	3	1	1	0	8	23	2	0	1	0	3	◎					1
2	未滿月新生兒死亡率	8	23	2	0	1	0	8	21	3	1	1	0	8	24	1	0	1	0	3	◎					1
3	孕產婦死亡率	8	25	0	0	1	0	8	23	1	1	1	0	8	25	0	0	1	0	3	◎					1
6	乳癌五年觀察存活率	8	25	0	0	1	0	8	24	1	0	1	0	8	25	0	0	1	0	3	◎					1
16	平均住院天數	8	25	0	0	1	0	7	25	0	0	1	0	8	25	0	0	1	0	3			◎			3
20	乳癌篩查：40-69 歲的女性，每兩年進行一次乳房攝影篩檢乳癌的比率	7	22	3	0	1	0	7	20	5	0	1	0	7	19	6	0	1	0	3						6
21	50-74 歲大腸民眾，每兩年進行一次大直腸癌之大便潛血篩檢的比率	7	24	1	0	1	0	7	21	4	0	1	0	7	22	3	0	1	0	3						6
28	高診次病患門診用藥日數重複率	7	23	2	0	1	0	7	19	6	0	1	0	7	20	5	0	1	0	3						6
40	急性心肌梗塞死亡率:排除轉院個案	8	25	0	0	1	0	8	24	1	0	1	0	8	25	0	0	1	0	3	◎					1
41	冠狀動脈繞道術死亡率	8	24	1	0	1	0	8	22	3	0	1	0	8	23	2	0	1	0	3	◎					1
4	肺癌死亡率	7	24	1	0	1	0	7	20	3	2	1	0	8	22	3	0	1	0	3						7
9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	8	22	3	0	1	0	7	20	4	1	1	0	7	20	4	1	1	0	3				◎		4
25	DRG 案件三天內重返急診率	8	24	1	0	1	0	7	22	3	0	1	0	8	25	0	0	1	0	3				◎		3
27	高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	7	22	3	0	1	0	7	19	6	0	1	0	7	20	5	0	1	0	3						7

表 35 第二回合醫療面指標統計結果 (續 1)

42	急性中風死亡率	8	25	0	0	1	0	8	25	0	0	1	0	8	25	0	0	1	0	3	◎					1
44	肺炎死亡率	8	24	1	0	1	0	7	20	5	0	1	0	7	21	4	0	1	0	3				◎		4
7	乳癌五年相對存活率	7	22	3	0	1	0	7	21	4	0	1	0	7	22	3	0	1	0	3						7
10	對醫療院所治療效果滿意度	7	18	7	0	1	0	7	16	9	0	0	0	7	18	7	0	1	0	2						7
30	傷口感染	8	24	1	0	1	0	7	20	5	0	1	0	7	19	6	0	1	0	3				◎		4
31	呼吸器引起之肺炎比率	8	25	0	0	1	0	7	22	3	0	1	0	7	21	4	0	1	0	3				◎		4
32	麻醉合併症比率	8	24	1	0	1	0	7	18	6	1	1	0	7	16	7	2	0	0	2						7
34	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	8	24	1	0	1	0	7	19	6	0	1	0	7	21	4	0	1	0	3				◎		4
35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	8	24	1	0	1	0	7	21	3	1	1	0	7	22	2	1	1	0	3				◎		4
38	氣喘病人三十天再住院率	7	22	3	0	1	0	7	20	5	0	1	0	7	21	4	0	1	0	3						7
43	心臟衰竭死亡率	7	24	1	0	1	0	7	18	7	0	1	0	7	22	3	0	1	0	3						7
N1	癌症病人轉介安寧照護比率	8	22	3	0	1	0	7	22	2	1	1	0	7	22	2	1	1	0	3				◎		4
N2	磁共振造影 90 日內重複執行率	7	20	5	0	1	0	7	19	6	0	1	0	8	22	3	0	1	0	3						7
N3	門診降血糖藥物不同處方醫療院所給藥日數重複率	7	18	7	0	1	0	7	17	8	0	0	0	7	19	5	1	1	0	3						7

表 35 第二回合醫療面指標統計結果 (續完)

註：

1、問卷評選標準：重要性、可行性、能用性 (1-9 分)；分數越高代表越重要 / 可行 / 能用

2、指標選取標準：以 RAND/ UCLA appropriateness method 修正型德菲法進行

※A 區 (1-3 分)；B 區 (4-6 分)；C 區 (7-9 分)

※一致性：當樣本數介於 23-25，分數落在中位數區域以外之人數 ≤ 7 時，達到一致性 (中位數=6.5 視為落在 C 區)

※不一致性：當樣本數介於 23-25，分數落在兩極端區域(A 與 C)的人數各 ≥ 8 時，達到不一致性

3、符號說明：◎代表其評選標準之中位數 ≥ 8

4、推薦順位：

※順位 1：三項評選標準皆達一致性，且重要性、能用性、可行性之中位數 ≥ 8

※順位 2：三項評選標準皆達一致性，且重要性、能用性之中位數 ≥ 8

※順位 3：三項評選標準皆達一致性，且重要性、可行性之中位數 ≥ 8

※順位 4：三項評選標準皆達一致性，且重要性之中位數 ≥ 8

※順位 5：三項評選標準皆達一致性，且能用性、可行性之中位數 ≥ 8

※順位 6：第一回合為第一順位但未中選者

※順位 7：其他未達以上條件者

表 36 第二回合財務面指標統計結果

編號	指標名稱	I 重要性						II 能用性						III 可行性						選取標準達成情況						推薦 順位
		中位 數	A 區 人數	B 區 人數	C 區 人數	一致 性	不一 致性	中位 數	A 區 人數	B 區 人數	C 區 人數	一致 性	不一 致性	中位 數	A 區 人數	B 區 人數	C 區 人數	一致 性	不一 致性	一致 性項 目數	重要 能用 可行	重要 能用	重要 可行	重要	能用 可行	
1	保險收支餘絀- 權責	9	15	0	0	1	0	9	14	1	0	1	0	9	14	1	0	1	0	3	◎					1
8	保險費率合宜率	8	14	1	0	1	0	8	13	2	0	1	0	8	13	2	0	1	0	3	◎					1
13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	8	12	3	0	1	0	7	12	3	0	1	0	7	13	2	0	1	0	3				◎		4
12	保費實際收繳率	8	12	3	0	1	0	7	9	6	0	0	0	8	11	4	0	1	0	2						7
15	自付醫療保健支出占私部門醫療 保健支出比例 (Out of pocket expenditure as % of private expenditure on health)	7	15	0	0	1	0	7	13	2	0	1	0	7	12	2	1	1	0	3						7
20	重大傷病醫療支出比例 (Proportion of population with catastrophic health expenditures)	7	12	3	0	1	0	7	10	5	0	0	0	7	11	4	0	1	0	2						7
21	財源籌措方法之累進性 (Progressivity of financing method)	7	13	2	0	1	0	7	11	4	0	1	0	7	11	3	1	1	0	3						8
18	財務公平指數 (Fairness of Financial Contribution Index, FFC)	8	14	1	0	1	0	7	11	3	1	1	0	6	6	8	1	0	0	2						8
19	民眾自費占總醫療保健支出之比 率 (Out of pocket as % of total health expenditure)	8	15	0	0	1	0	7	12	2	1	1	0	7	9	6	0	0	0	2						8
N1	全民健保醫療支出占 GDP 比例	8	13	2	0	1	0	8	13	2	0	1	0	8	13	2	0	1	0	3	◎					1
N2	保費成長率與 GDP 成長率比值	8	13	2	0	1	0	7	11	4	0	1	0	8	12	3	0	1	0	3				◎		3
N3	家戶保費支出占家戶所得之比例	8	14	1	0	1	0	8	13	2	0	1	0	8	12	3	0	1	0	3	◎					1

表 36 第二回合財務面指標統計結果 (續)

註：

1、問卷評選標準：重要性、可行性、能用性 (1-9 分)；分數越高代表越重要 / 可行 / 能用

2、指標選取標準：以 RAND/ UCLA appropriateness method 修正型德菲法進行

※A 區 (1-3 分)；B 區 (4-6 分)；C 區 (7-9 分)

※一致性：當樣本數介於 23-25，分數落在中位數區域以外之人數 ≤ 4 時，達到一致性 (中位數=6.5 視為落在 C 區)

※不一致性：當樣本數介於 23-25，分數落在兩極端區域(A 與 C)的人數各 ≥ 5 時，達到不一致性

3、符號說明：◎代表其評選標準之中位數 ≥ 8

4、推薦順位：

※順位 1：三項評選標準皆達一致性，且重要性、能用性、可行性之中位數 ≥ 8

※順位 2：三項評選標準皆達一致性，且重要性、能用性之中位數 ≥ 8

※順位 3：三項評選標準皆達一致性，且重要性、可行性之中位數 ≥ 8

※順位 4：三項評選標準皆達一致性，且重要性之中位數 ≥ 8

※順位 5：三項評選標準皆達一致性，且能用性、可行性之中位數 ≥ 8

※順位 6：第一回合為第一順位但未中選者

※順位 7：第一回合為第二順位但未中選者

※順位 8：其他未達以上條件者

由於前幾次舉辦的專家會議中，與會專家建議加入關於無效醫療與醫療資源濫用相關的指標，因此經本研究討論結果，選定「高診次病患門診用藥日數重複率」做為入選指標。第二回合醫療面指標中選結果與構面及子構面分配情形如表 37，最終中選的指標數為 17 支。

表 37 第二回合醫療面指標中選結果

推薦 順位	編號	指標名稱	構面	子構面
1	1	平均餘命	效果	健康狀態
	2	未滿月新生兒死亡率	效果	健康狀態
	3	孕產婦死亡率	效果	健康狀態
	6	乳癌五年觀察存活率	效果	健康狀態
	40	急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案	醫療品質	效能
	41	冠狀動脈繞道術死亡率	醫療品質	效能
	42	急性中風死亡率	醫療品質	效能
3	16	急性一般病床平均住院天數	效率	宏觀效率
	25	DRG 案件三天內重返急診率	效率	資源的價值
4	9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	效果	病人對照護結果的滿意程度
	N1	癌症病人轉介安寧照護比率	效率	資源的價值
	30	手術傷口感染	醫療品質	安全
	31	加護病房呼吸器相關肺炎發生密度	醫療品質	安全
	34	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	醫療品質	安全
	35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	醫療品質	效能
	44	肺炎死亡率	醫療品質	效能
6	28	高診次病患門診用藥日數重複率	效率	資源的價值

第二回合財務指標的選取標準請參考表 38。

表 38 第二回合財務指標選取標準

推薦順位	中位數	一致性	指標中選數
第一順位	重要、可行、能用 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	4
第二順位	重要、能用 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	0
第三順位	重要、可行 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	1
第四順位	重要 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	1
第五順位	可行、能用 ≥ 8	重要、可行、能用達一致性	0
第六順位	第一回合為第一順位未中選者		0
第七順位	第一回合為第二順位未中選者		3
總計			9

因第一回合入選的財務指標在此回合皆中選，因此第六順位中並無任何中選指標，故增加第七順位的選取標準，將第一回合的第二順位指標納入，這三支指標分別是：「保費收繳率」、「自付費用占私部門醫療保健支出比例」與「重大傷病醫療支出比例」。其中除了「重大傷病醫療支出比例」屬於資金籌措的公平性子構面外，其餘中選的 8 支指標皆為財務收支平衡與醫療保健支出水準子構面，因此考量到增加入選子構面的完整性，本研究選定「重大傷病醫療支出比例」為入選指標。

第二回合財務指標中選結果與構面及子構面分配情形如表 39，最終中選的指標數為 7 支。

表 39 第二回合財務指標中選結果

推薦順位	編號	指標名稱	構面	子構面
1	1	保險收支餘絀— 權責	財務與財源籌措	財務收支平衡
	8	保險費率合宜率	財務與財源籌措	財務收支平衡
	N3	家戶保費支出占家戶所得之比例	財務與財源籌措	財務收支平衡
	N1	全民健保醫療支出占 GDP 比例	財務與財源籌措	醫療保健支出水準
3	N2	保費成長率與 GDP 成長率比值	財務與財源籌措	財務收支平衡
4	13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	財務與財源籌措	醫療保健支出水準
7	20	重大傷病醫療支出比例	財務與財源籌措	資金籌措的公平性

表 40 健保評估架構最終中選指標

構面	子構面	編號	指標名稱	定義	
				分子	分母
效果	健康狀態	1	平均餘命	定常人口累積數	生存數
		2	未滿月新生兒死亡率	出生一個月以內之嬰兒死亡數*1,000	活嬰數
		3	孕產婦死亡率	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數*100,000	一年內之活產總數
		6	乳癌五年觀察存活率	在被診斷為乳癌後存活了五年的女性病人人數	被診斷為乳癌的女性病人
	病人對照護結果的滿意程度	9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數
效率	宏觀效率	16	急性一般病床平均住院天數	急性一般病床住院日數	急性一般病床住院申請件數
	資源的價值	25	DRG 案件三天內重返急診率	三日內重返急診的案件數	DRG 個案出院案件數
		N1	癌症病人轉介安寧照護比率	分母中·轉介安寧照護之病人數	所有癌症病人數
		28	高診次病患門診用藥日數重複率	按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶, 計算每個 ID 的重複給藥日份加總	給藥案件之給藥日份加總
醫療品質	安全	30	手術傷口感染	次診斷碼為 996.6,998.1,998.3,998.5 的病人	所有住院手術病人數
		31	加護病房呼吸器相關肺炎發生密度	使用呼吸器而引起肺炎之住院病人數	加護病房使用呼吸器人日數
		34	在 6 個月內·加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	在 6 個月內·ICU 新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療相關感染的總數	6 個月內·ICU 總住院人日

表 40 健保評估架構最終中選指標（續）

構面	子構面	編號	指標名稱	定義	
				分子	分母
醫療品質	效能	40	急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案	分母中之死亡個案數	18 歲以上，且主診斷為急性心肌梗塞之病患
		41	冠狀動脈繞道術死亡率	分母中之死亡個案數	40 歲以上住院手術碼為冠狀動脈繞道術患者數
		42	急性中風死亡率	分母中死亡個案數	18 歲以上主診斷碼為中風之患者數
		35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)人數	18 歲以上左心室收縮功能不全心臟衰竭病患
		44	肺炎死亡率	分母中之死亡個案	18 歲以上肺炎患者
財務與財源籌措	財務收支平衡	1	保險收支餘絀－權責	年初至本季保險總收入 - 年初至本季保險總支出	
		N3	家戶保費支出占家戶所得之比例	家戶保費支出	家戶所得
		8	保險費率合宜率	當年保險費率 - 當年精算保險平衡費率	當年精算保險平衡費率
		N2	保費成長率與 GDP 成長率比值	(本年保費收入 - 去年保費收入) / 去年保費收入	(本年 GDP - 去年 GDP) / 去年 GDP
	醫療保健支出水準	N1	全民健保醫療支出占 GDP 比例	全民健保醫療支出總額 (百萬元)	國內生產毛額 (百萬元)
		13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	國民醫療保健支出總額 (百萬元)	國內生產毛額 (百萬元)
	資金籌措的公平性	20	重大傷病醫療支出比例	重大傷病患者醫療費用總額 (百萬元)	全民健保醫療支出總額 (百萬元)

第二節 指標試算

經過第一階段構面評選與第二階段指標評選的過程，以及兩階段共計五場的專家會議，本研究最終篩選出 24 支健保評估架構指標，其構面、子構面的分配以及指標定義如表 40 所示。

指標資料的分析期間為最近一次可取得資料之年度往前回推至少五年，醫療面指標部分，共有 4 支指標的資料來源為政府現有公開資料，1 支滿意度指標需以問卷調查方式統計，其餘指標皆使用衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料試算。財務部分則是使用家庭收支調查與政府公開資訊。除試算資料之外，其餘指標資料因配合政府以年調查單位，因此若使用五個年度資料點，恐無法看出長期趨勢，因此本研究亦盡量將收集更早期的資料，以為輔助。另外在資料呈現的部分，由於試算資料的資料點數足夠，因此本研究在此部分將以統計製程管制圖 (statistical process control, SPC) 予以呈現，其餘非試算指標則以趨勢圖方式呈現。試算醫療面指標時所用之詳細診斷代碼請參考附錄二十。

(一) 平均餘命

資料分析期間為 2006-2012 共計七年，資料來源為內政部統計處之「簡易生命查詢」，以年度為單位，計算國人 0 歲之平均餘命，各年度資料如表 41，指標資料之趨勢如圖 22。

表 41 「平均餘命」指標資料

平均餘命	
年度	單位：歲
2006	77.90
2007	78.38
2008	78.57
2009	79.01
2010	79.18
2011	79.15
2012	79.51

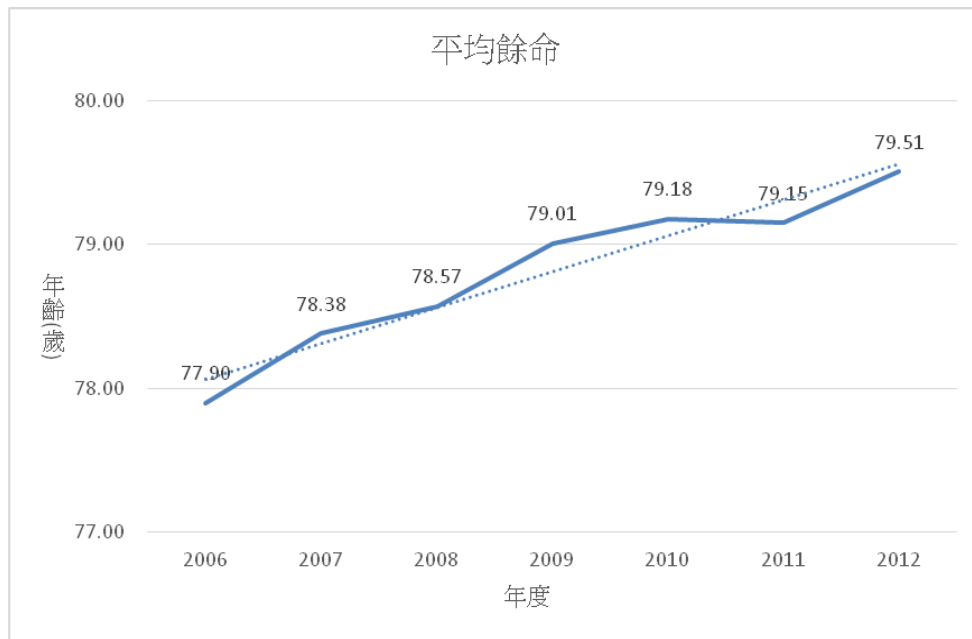


圖 22 「平均餘命」趨勢圖

(二) 未滿月新生兒死亡率

資料分析期間為 2006-2012 共計七年，資料來源為衛生福利部統計處，以年度為單位，計算一年中未滿四週之嬰兒死亡數之於一年內之活產總數的千分率，各年度資料如表 42，趨勢圖如圖 23。

表 42 「未滿月新生兒死亡率」指標資料

未滿月新生兒死亡率	
年度	單位：千分率(‰)
2006	2.7
2007	2.9
2008	2.7
2009	2.7
2010	2.6
2011	2.7
2012	2.3

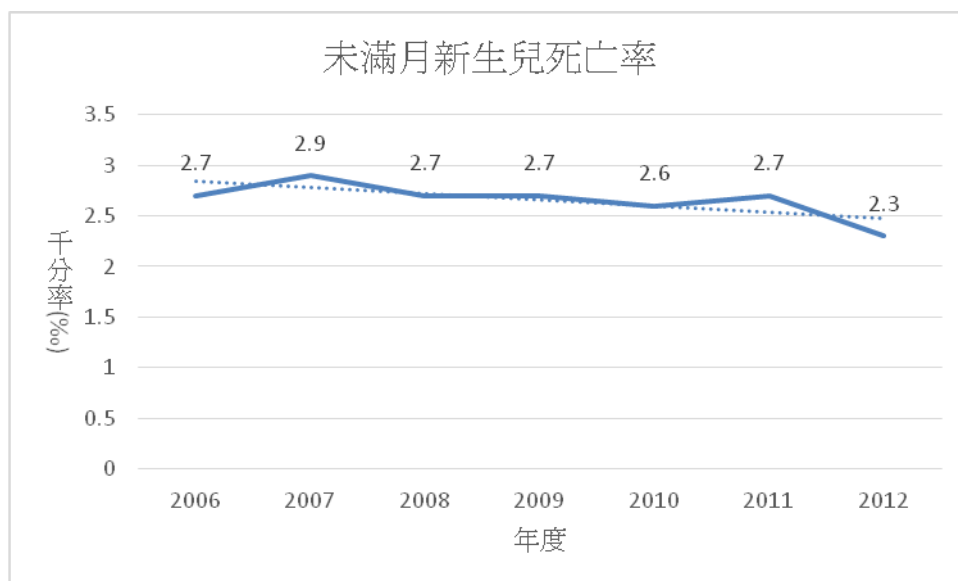


圖 23 「未滿月新生兒死亡率」趨勢圖

(三) 孕產婦死亡率

資料分析期間為 2006-2012 共計七年，資料來源為衛生福利部統計處，以年度為單位，計算孕產婦死亡數之於活產嬰兒數的十萬分率，各年度資料如表 43，趨勢圖如圖 24。

表 43 「孕產婦死亡率」指標資料

孕產婦死亡率	
年度	單位：十萬分率(0/0000)
2006	7.3
2007	6.9
2008	6.6
2009	8.3
2010	4.2
2011	5.0
2012	8.5

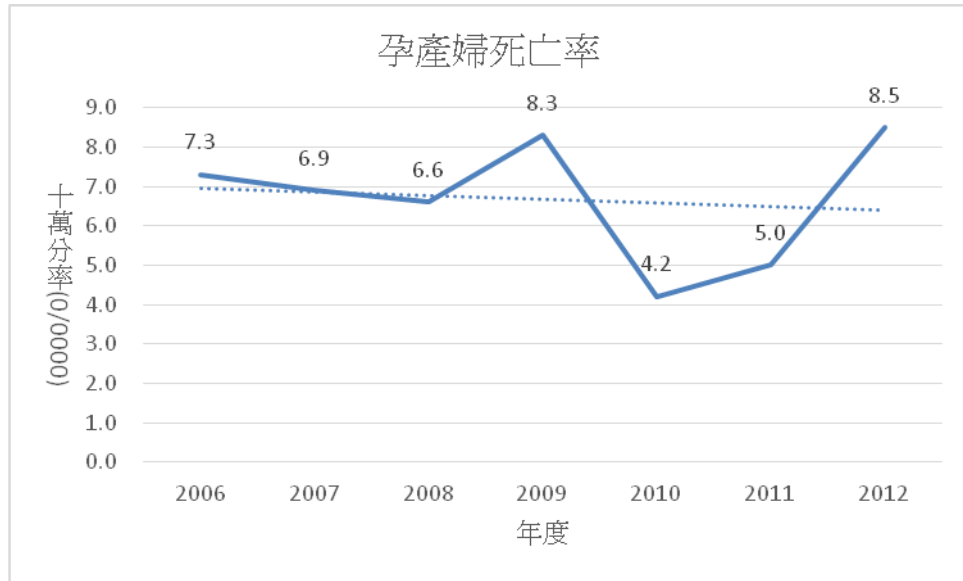


圖 24 「孕產婦死亡率」趨勢圖

(四) 乳癌五年觀察存活率

資料分析期間為 2005-2009 共計五年，資料來源為衛生福利部國民健康署，以年度為單位，計算被診斷為乳癌後存活了五年的女性病人數比率，各年度資料如表 44，趨勢圖如圖 25。

表 44 「乳癌五年觀察存活率」指標資料

乳癌五年觀察存活率	
年度	單位：百分率(%)
2005	81.1
2006	81.6
2007	82.1
2008	82.5
2009	82.8

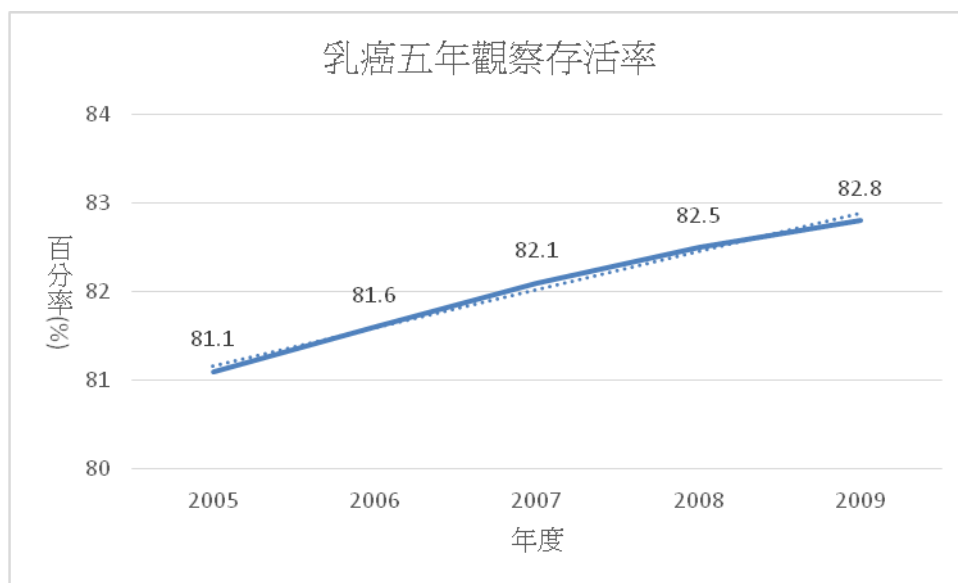


圖 25 「乳癌五年觀察存活率」趨勢圖

(五) 對醫療院所整體醫療品質滿意度

資料來源為衛生福利部中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」，以年度為單位，將醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算，滿意度百分比為「非常滿意」加上「滿意」占所有表示意見百分比。

(六) 急性一般病床平均住院天數

資料分析期間為 2006-2012 共計七年，資料來源為衛生福利部統計處「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」，以年度為單位，各年度資料如表 45，趨勢圖如圖 26。

表 45 「急性一般病床平均住院天數」指標資料

急性一般病床平均住院天數	
年度	單位：日
2006	7.22
2007	7.03
2008	7.06
2009	6.85
2010	6.79
2011	6.78
2012	6.77

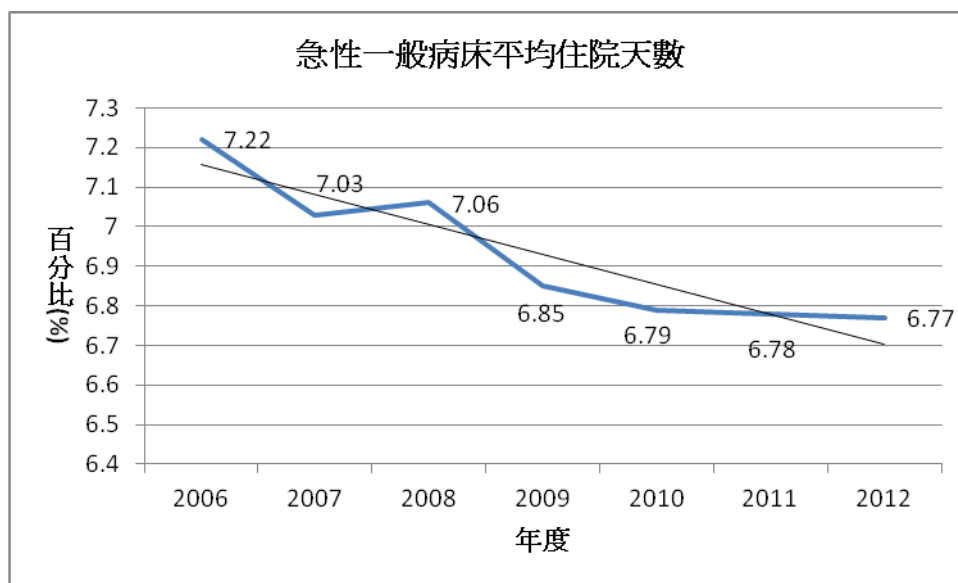


圖 26 「急性一般病床平均住院天數」趨勢圖

(七) DRG 案件三天內重返急診率

因 DRG 開辦時間為 2010 年，故資料分析期間僅 2010-2011 共計兩年，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以季為單位，計算三日內重返急診的案件數之於 DRG 個案出院案件數之比率，為一負向指標，各季試算資料如表 46，指標試算資料管制圖如圖 27。

表 46 「DRG 案件三天內重返急診率」試算資料

DRG 案件三天內重返急診率	
年度	單位：百分率(%)
2010Q1	1.19
2010Q2	1.05
2010Q3	1.02
2010Q4	1.03
2011Q1	1.05
2011Q2	0.90
2011Q3	0.92
2011Q4	0.93

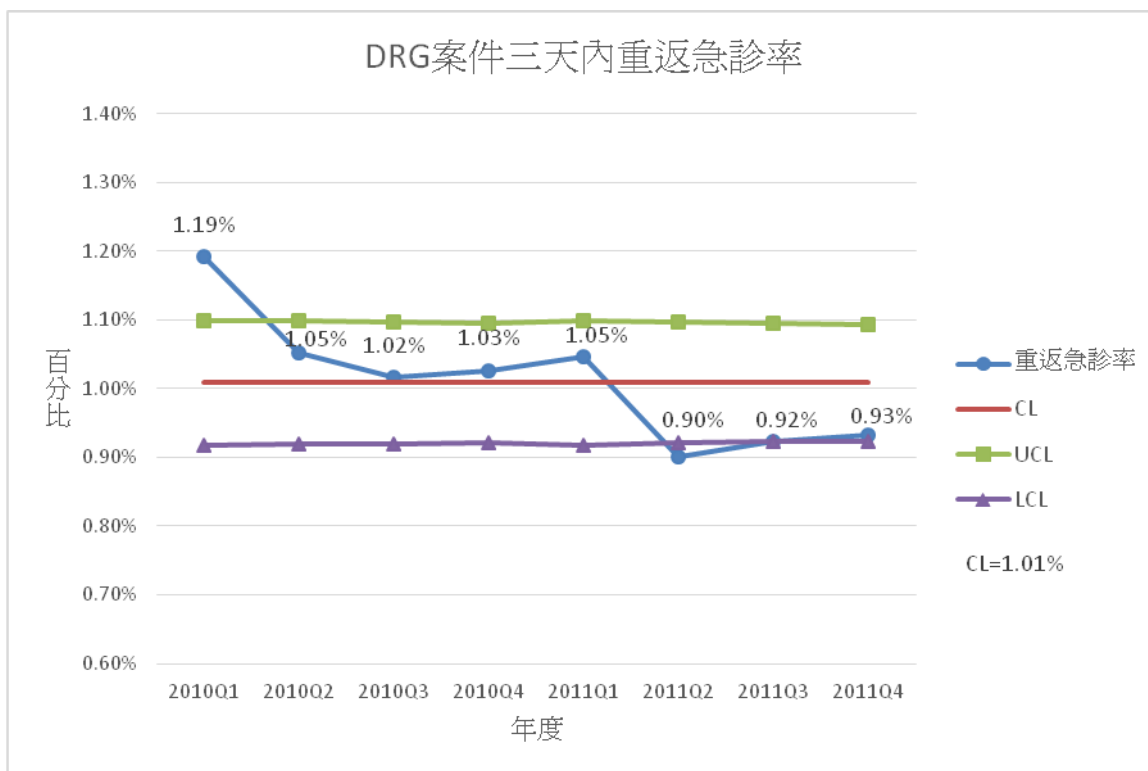


圖 27 「DRG 案件三天內重返急診率」管制圖

除了原指標定義的 DRG 案件三天內重返急診率之外，本研究另外提供了論病例計酬案件三天內重返急診率（未計 DRG）做為參考，計算論病例計酬個案出院案件數中，三日內重返急診的病例數所占的比率，其試算資料如表 47，趨勢圖如圖 28。

表 47 「論病例計酬案件三天內重返急診率」試算資料

論病例計酬案件三天內重返急診率	
年度	單位：百分率(%)
2007Q1	0.51
2007Q2	0.64
2007Q3	0.60
2007Q4	0.60
2008Q1	0.67
2008Q2	0.67
2008Q3	0.62
2008Q4	0.64
2009Q1	0.69
2009Q2	0.65
2009Q3	0.65
2009Q4	0.59
2010Q1	0.31
2010Q2	0.22
2010Q3	0.18

2010Q4	0.24
2011Q1	0.38
2011Q2	0.22
2011Q3	0.27
2011Q4	0.25

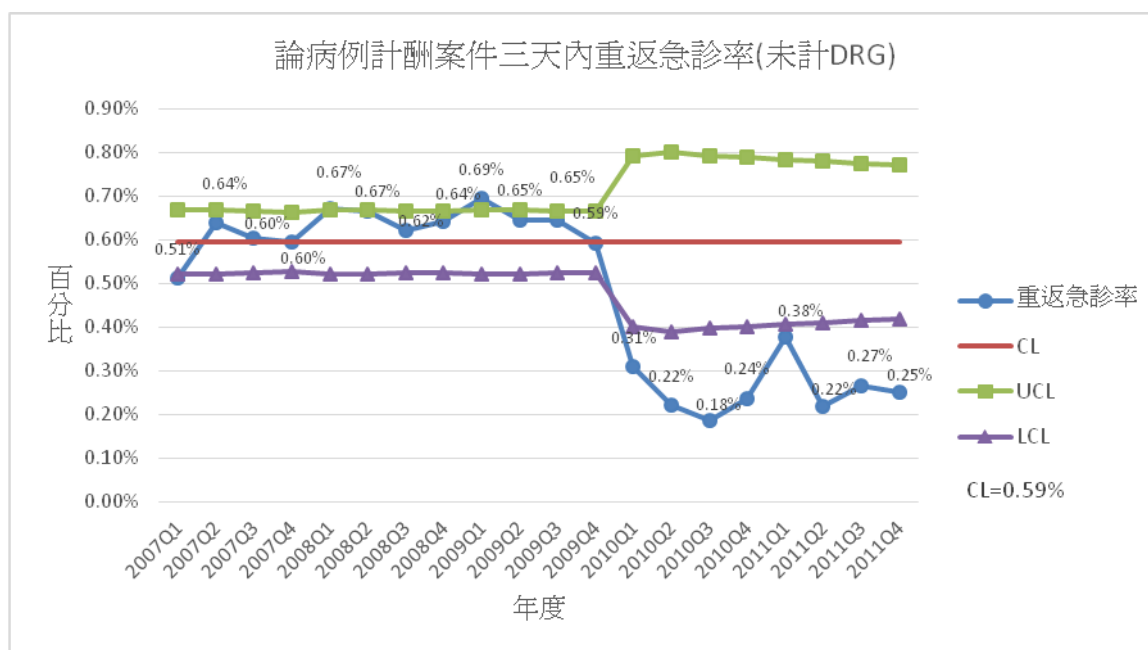


圖 28 「論病例計酬案件三天內重返急診率」管制圖

(八) 癌症病人轉介安寧照護比率

此為 10 月 18 日之專家會議中，與會專家提出建議新增之指標，有鑑於近年來醫療資源濫用的情況日趨嚴重，安寧共照除可提升病人及其家屬的生活品質外，亦可縮短住院時間與降低醫療成本，達到間接減少醫療資源浪費的效果。指標資料來源為衛生福利部中央健康保險署「安寧共同照護個案登錄系統(VPN)」，以年度為單位計算，計算所有癌症病人中轉介安寧照護病人數之比率。

(九) 高診次病患門診用藥日數重複率

高診次保險對象係指每季健保 IC 卡門診上傳就醫次數 ≥ 50 次之保險對象，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以年度為單位計算，按「總額部門、特約類別、院所、ID」歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總之於給藥案件之給藥日份加總之比率。

(十) 手術傷口感染

資料分析期間為 2007Q1-2011Q4 共計五年，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以季為單位，計算所有住院手術病人中手術傷口感染的發生率，納入條件分為廣義與狹義國際疾病分類代碼，各季資料分別如表 48 及表 49，圖 29 與圖 30

為試算資料管制圖。

表 48 「手術傷口感染—廣義」試算資料

手術傷口感染—廣義	
年度	單位：百分率 (%)
2007Q1	28.61%
2007Q2	31.84%
2007Q3	34.46%
2007Q4	30.93%
2008Q1	28.24%
2008Q2	29.86%
2008Q3	32.55%
2008Q4	29.48%
2009Q1	26.59%
2009Q2	27.02%
2009Q3	31.27%
2009Q4	27.95%
2010Q1	26.68%
2010Q2	27.73%
2010Q3	30.01%
2010Q4	25.89%
2011Q1	23.84%
2011Q2	25.55%
2011Q3	28.35%
2011Q4	24.74%

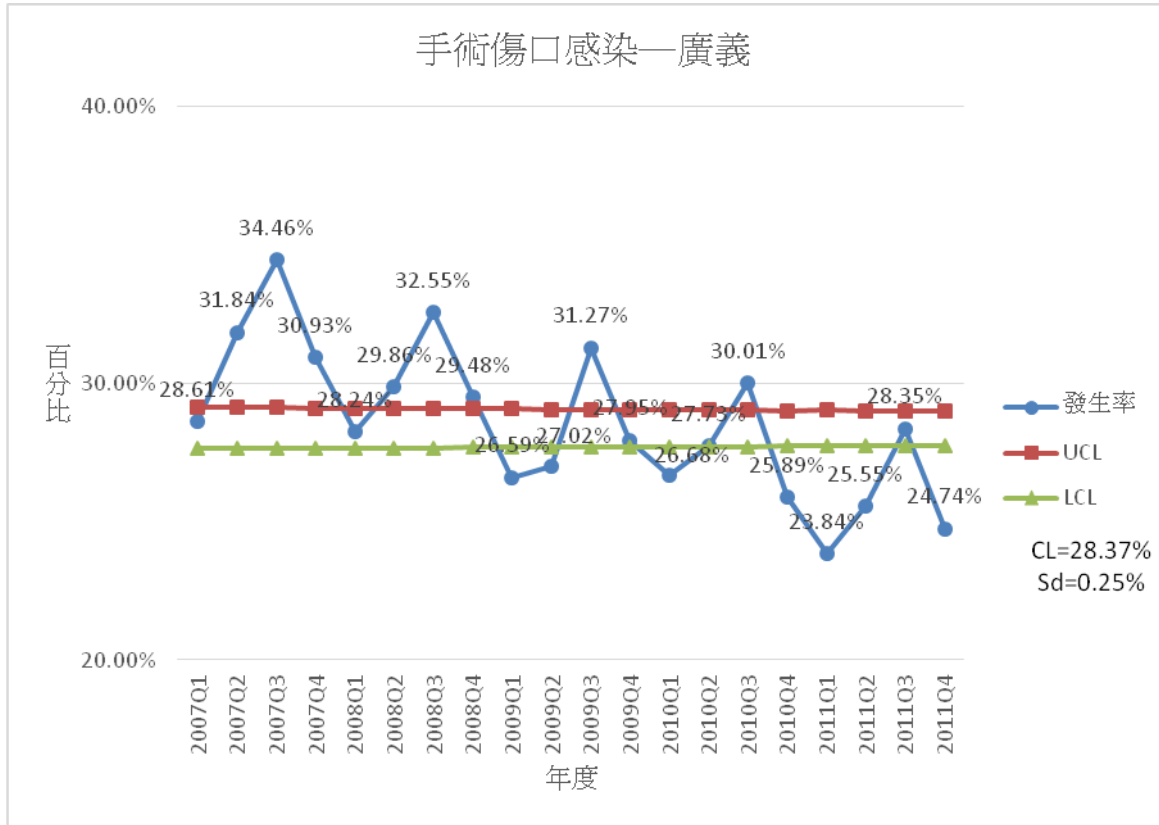


圖 29 「手術傷口感染—廣義」管制圖

表 49 「手術傷口感染—狹義」試算資料

手術傷口感染—狹義	
年度	單位：百分率 (%)
2007Q1	0.82
2007Q2	0.85
2007Q3	0.98
2007Q4	0.79
2008Q1	0.72
2008Q2	0.71
2008Q3	0.70
2008Q4	0.63
2009Q1	0.64
2009Q2	0.77
2009Q3	0.78
2009Q4	0.76
2010Q1	0.71
2010Q2	0.70
2010Q3	0.67
2010Q4	0.61
2011Q1	0.61

2011Q2	0.59
2011Q3	0.62
2011Q4	0.58

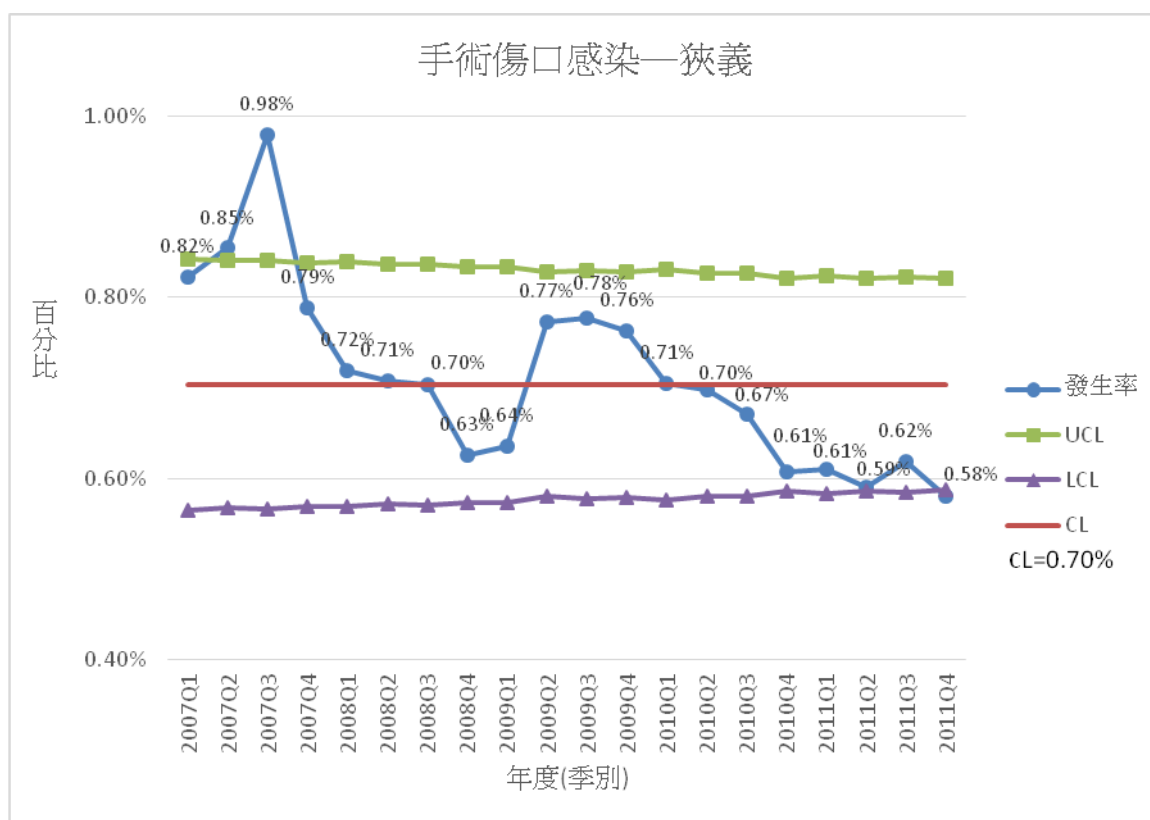


圖 30 「手術傷口感染—狹義」管制圖

(十一) 加護病房呼吸器相關肺炎發生密度

資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以年度為單位，計算加護病房使用呼吸器人日數中引起肺炎之住院病人數之比率。

(十二) 在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率

資料分析期間為 2007-2011 共計五年，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以半年度為單位，計算 ICU 新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療相關感染的總數之於 ICU 總住院人日之比率，指標試算資料如表 50，管制圖如圖 31。

表 50 「在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率」試算資料

在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	
年度	單位：百分率(%)
2007 上半年	0.033
2007 下半年	0.036

2008 上半年	0.034
2008 下半年	0.037
2009 上半年	0.033
2009 下半年	0.036
2010 上半年	0.034
2010 下半年	0.036
2011 上半年	0.035
2011 下半年	0.036

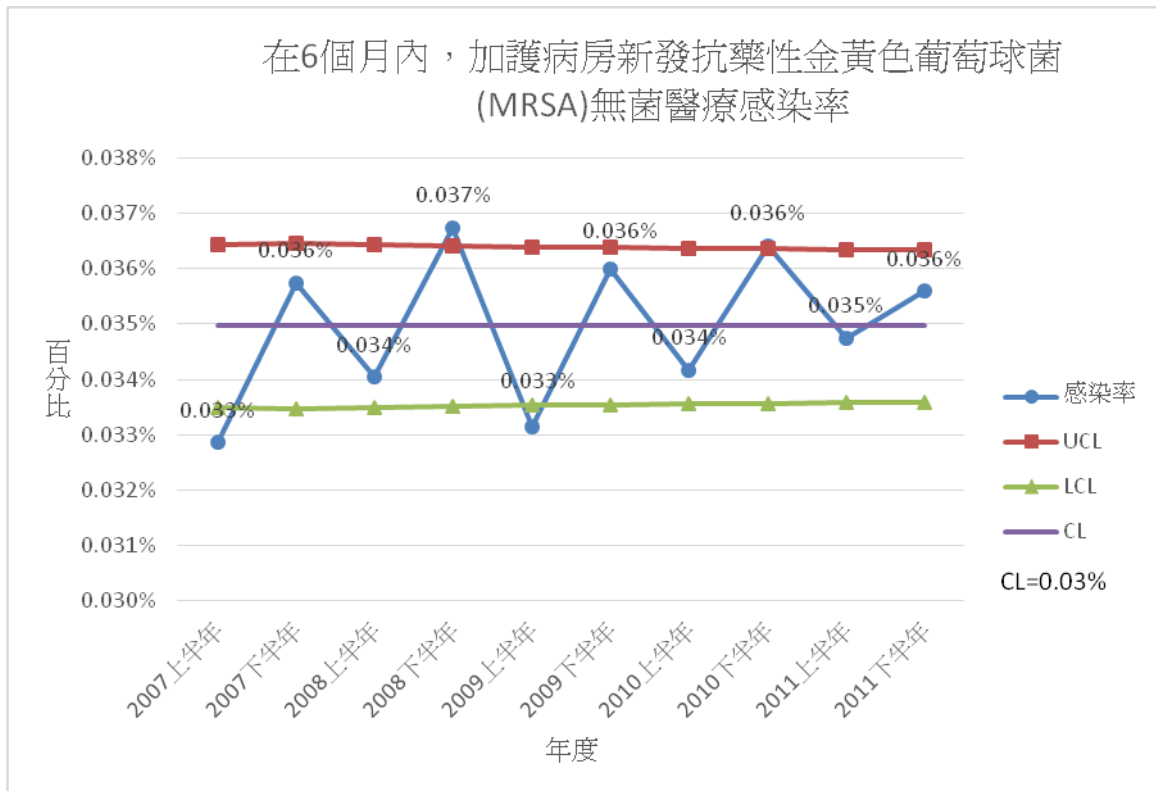


圖 31 「在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率」管制圖

(十三) 急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案

計算期間為 2007-2011 共計五年，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以季為單位，計算 18 歲以上主診斷為急性心肌梗塞病患之死亡率，指標試算資料如表 51，管制圖如圖 32。

表 51 「18 歲以上急性心肌梗塞死亡率」試算資料

18 歲以上急性心肌梗塞死亡率	
年度	單位：百分率(%)
2007Q1	0.041
2007Q2	0.026
2007Q3	0.050

2007Q4	0.020
2008Q1	0.033
2008Q2	0.050
2008Q3	0.022
2008Q4	0.048
2009Q1	0.056
2009Q2	0.049
2009Q3	0.058
2009Q4	0.045
2010Q1	0.059
2010Q2	0.042
2010Q3	0.052
2010Q4	0.053
2011Q1	0.061
2011Q2	0.044
2011Q3	0.044
2011Q4	0.055

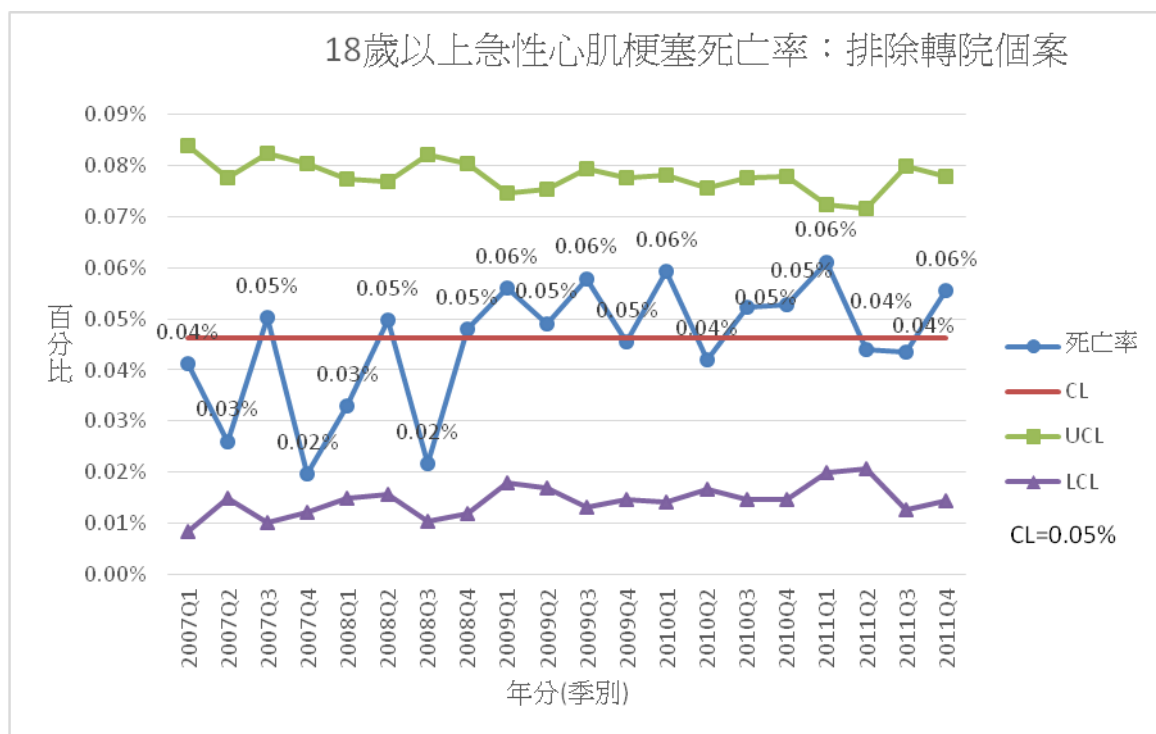


圖 32 「18 歲以上急性心肌梗塞死亡率」管制圖

除了原指標定義的 18 歲以上之外，本研究另外提供了三種納入方式做為參考，分別為：40 歲以上急性心肌梗塞死亡率、18 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率以及 40 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率。其試算資料如表 52、表 53 及表 54 所示，趨勢圖如圖 33、圖 34 及圖 35。

表 52 「40 歲以上急性心肌梗塞死亡率」試算資料

40 歲以上急性心肌梗塞死亡率	
年度	單位：百分率(%)
2007Q1	0.085
2007Q2	0.070
2007Q3	0.078
2007Q4	0.056
2008Q1	0.083
2008Q2	0.082
2008Q3	0.089
2008Q4	0.094
2009Q1	0.099
2009Q2	0.077
2009Q3	0.101
2009Q4	0.092
2010Q1	0.091
2010Q2	0.079
2010Q3	0.078
2010Q4	0.110
2011Q1	0.101
2011Q2	0.091
2011Q3	0.091
2011Q4	0.100

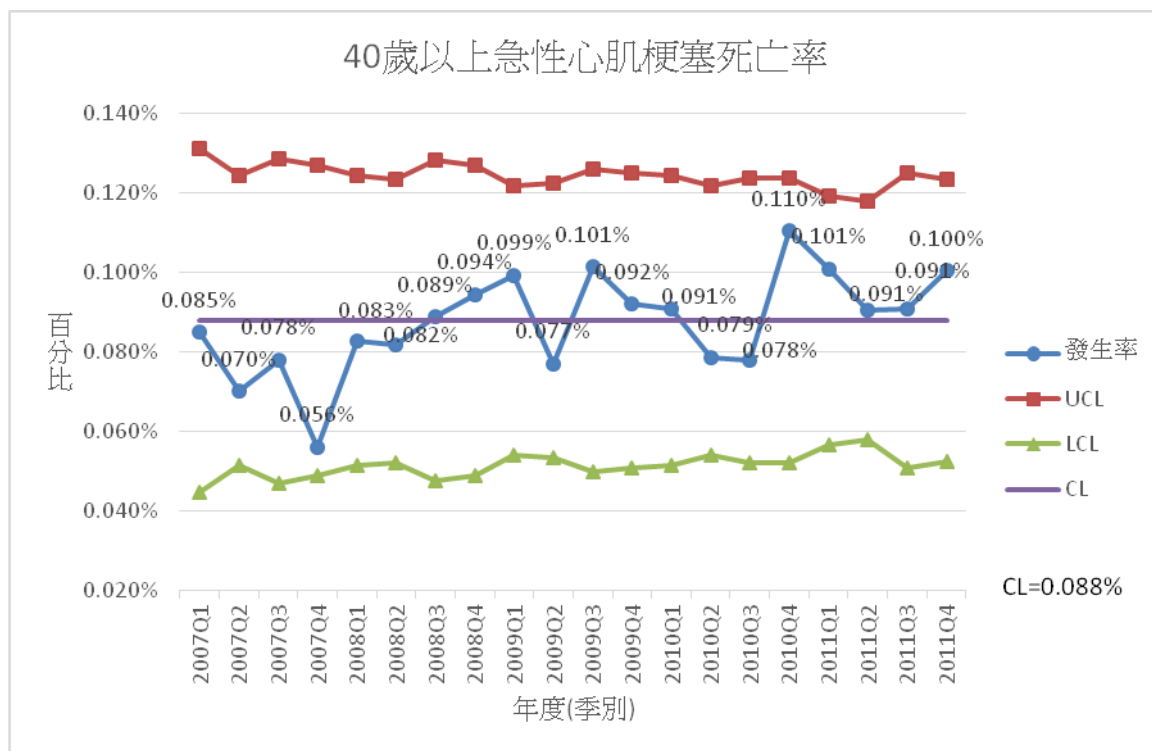


圖 33 「40 歲以上急性心肌梗塞死亡率」管制圖

表 53 「18 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率」試算資料

18 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率	
年度	單位：百分比(%)
2007Q1	1.08
2007Q2	0.52
2007Q3	1.26
2007Q4	0.90
2008Q1	1.54
2008Q2	0.92
2008Q3	1.27
2008Q4	1.13
2009Q1	0.45
2009Q2	0.50
2009Q3	1.15
2009Q4	0.94
2010Q1	0.78
2010Q2	0.68
2010Q3	1.01
2010Q4	1.57
2011Q1	0.74
2011Q2	0.97
2011Q3	1.27
2011Q4	0.57

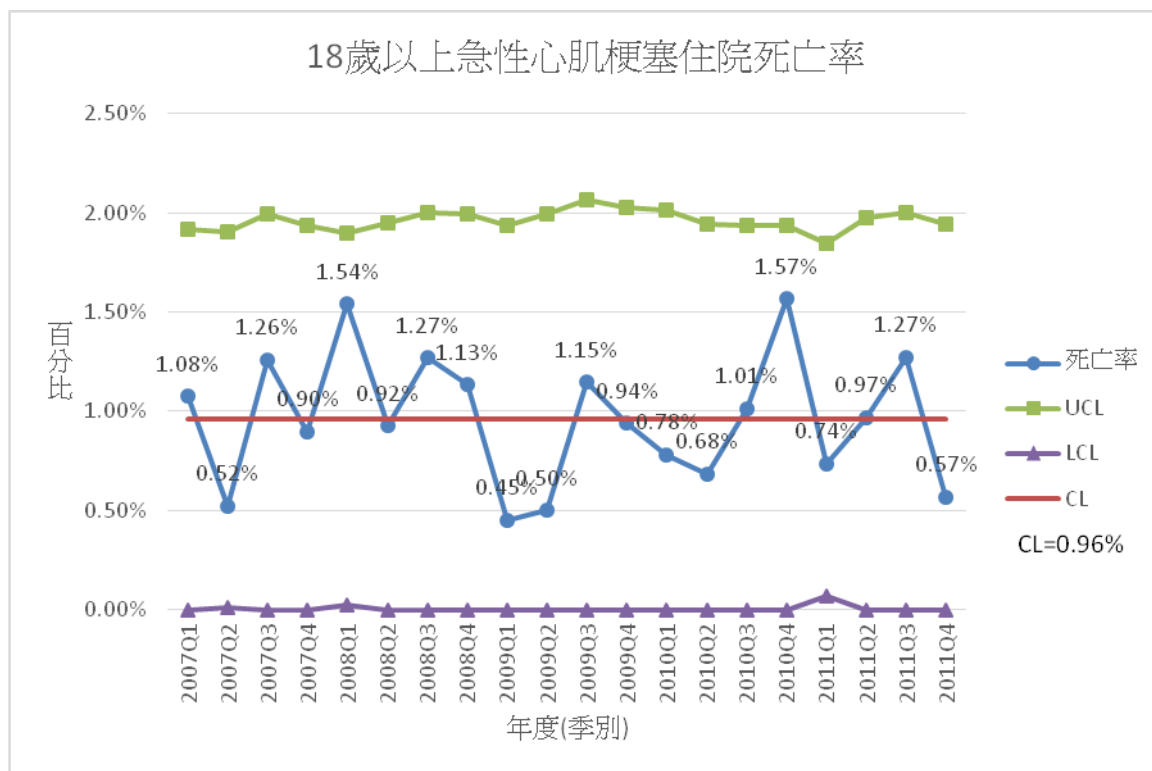


圖 34 「18 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率」管制圖

表 54 「40 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率」試算資料

40 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率	
年度	單位：百分比(%)
2007Q1	1.20
2007Q2	0.58
2007Q3	1.40
2007Q4	0.88
2008Q1	1.71
2008Q2	1.05
2008Q3	1.44
2008Q4	1.32
2009Q1	0.40
2009Q2	0.57
2009Q3	1.30
2009Q4	1.11
2010Q1	0.89
2010Q2	0.79
2010Q3	1.14
2010Q4	1.70
2011Q1	0.78
2011Q2	1.11
2011Q3	1.49
2011Q4	0.66

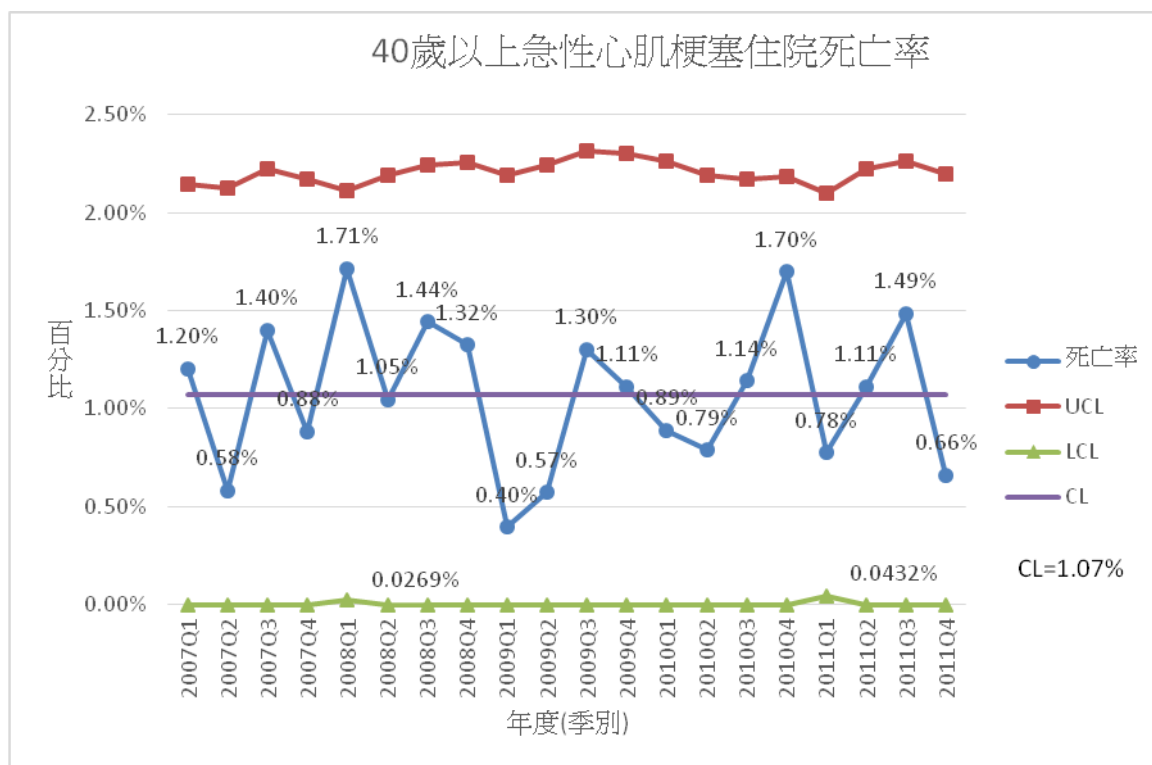


圖 35 「40 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率」管制圖

(十四) 冠狀動脈繞道術死亡率

資料計算期間為 2007-2011 共計五年，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以季為單位，計算 40 歲以上住院手術碼為冠狀動脈繞道術患者之死亡率，指標試算資料如表 55，趨勢圖如圖 36。

表 55 「冠狀動脈繞道術死亡率」試算資料

冠狀動脈繞道術死亡率	
年度	單位：百分率(%)
2007Q1	10.31
2007Q2	8.21
2007Q3	9.65
2007Q4	7.94
2008Q1	10.12
2008Q2	8.37
2008Q3	8.58
2008Q4	8.35
2009Q1	8.93
2009Q2	7.34
2009Q3	9.74
2009Q4	7.19
2010Q1	7.70
2010Q2	7.02
2010Q3	8.02
2010Q4	7.03
2011Q1	8.05
2011Q2	8.73
2011Q3	6.00
2011Q4	9.99

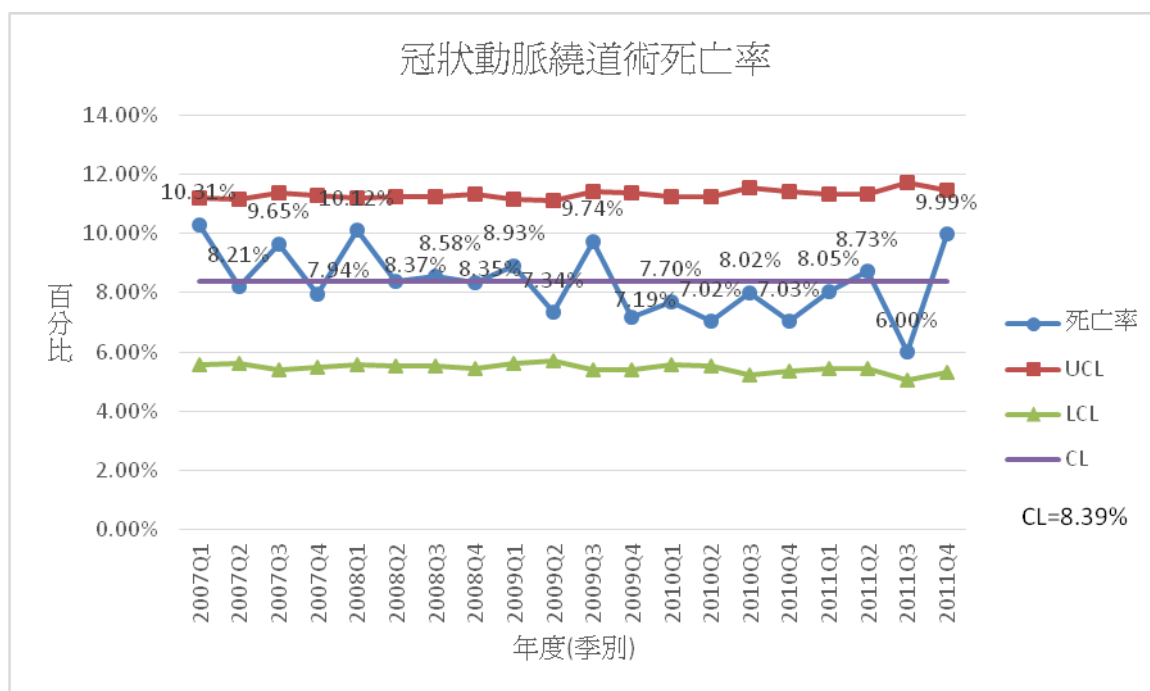


圖 36 「冠狀動脈繞道術死亡率」管制圖

(十五) 急性中風死亡率

資料計算期間為 2007-2011 共計五年，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以季為單位，計算 18 歲以上主診斷碼為中風患者數之死亡率，試算資料如表 56，趨勢圖如圖 37。

表 56 「急性中風死亡率」試算資料

急性中風死亡率	
年度	單位：百分率(%)
2007Q1	0.73
2007Q2	0.63
2007Q3	0.59
2007Q4	0.67
2008Q1	0.75
2008Q2	0.57
2008Q3	0.57
2008Q4	0.65
2009Q1	0.67
2009Q2	0.57
2009Q3	0.51
2009Q4	0.59
2010Q1	0.65
2010Q2	0.55
2010Q3	0.51
2010Q4	0.58
2011Q1	0.70

2011Q2	0.56
2011Q3	0.48
2011Q4	0.59

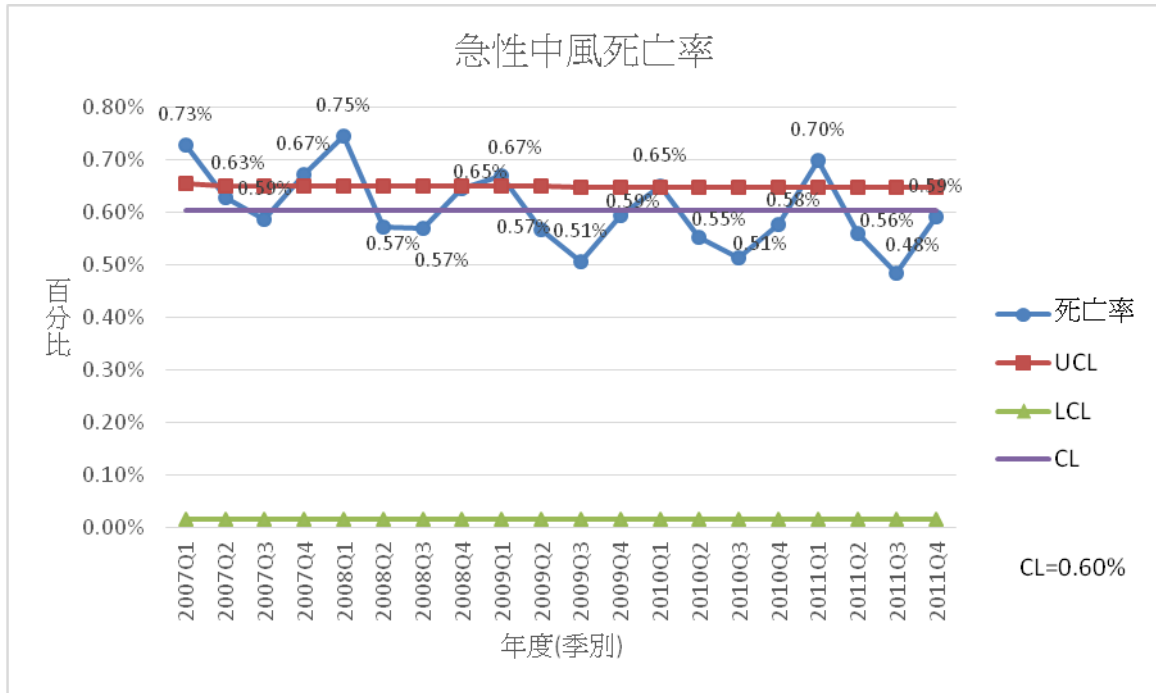


圖 37 「急性中風死亡率」管制圖

(十六)左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)

資料計算期間為 2007-2011 共計五年，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以季為單位，計算 18 歲以上左心室收縮功能不全心臟衰竭病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑人數之比率，試算資料如表 57，趨勢圖如圖 38。

表 57 「左心室收縮功能不全病患住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)」試算資料

左心室收縮功能不全病患住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	
年度	單位：百分率(%)
2007Q1	51.51
2007Q2	51.17
2007Q3	49.78
2007Q4	50.29
2008Q1	54.09
2008Q2	51.05
2008Q3	51.65

2008Q4	53.26
2009Q1	53.75
2009Q2	53.03
2009Q3	50.01
2009Q4	52.43
2010Q1	55.39
2010Q2	52.35
2010Q3	51.15
2010Q4	53.91
2011Q1	57.29
2011Q2	53.17
2011Q3	53.20
2011Q4	53.40

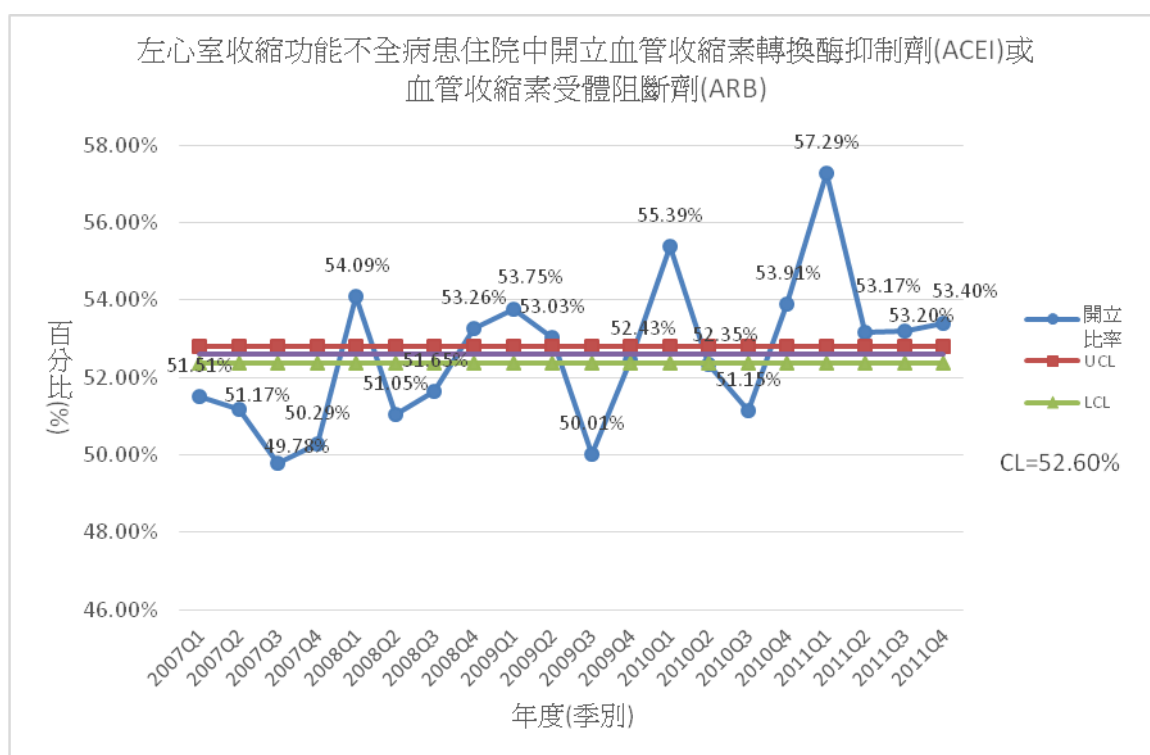


圖 38 「左心室收縮功能不全病患住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)」管制圖

(十七) 肺炎死亡率

資料計算期間為 2007-2011 共計五年，資料來源為衛生福利部健康資料加值應用協作中心資料，以季為單位，計算 18 歲以上肺炎患者之死亡率，指標試算資料如表 58，管制圖如圖 39。

表 58 「肺炎死亡率」試算資料

肺炎死亡率	
年度	單位：百分率(%)

2007Q1	3.70
2007Q2	2.72
2007Q3	3.85
2007Q4	3.91
2008Q1	3.58
2008Q2	3.60
2008Q3	4.56
2008Q4	4.27
2009Q1	3.28
2009Q2	3.83
2009Q3	4.84
2009Q4	4.61
2010Q1	5.03
2010Q2	4.20
2010Q3	4.94
2010Q4	4.66
2011Q1	3.77
2011Q2	3.33
2011Q3	4.72
2011Q4	5.14

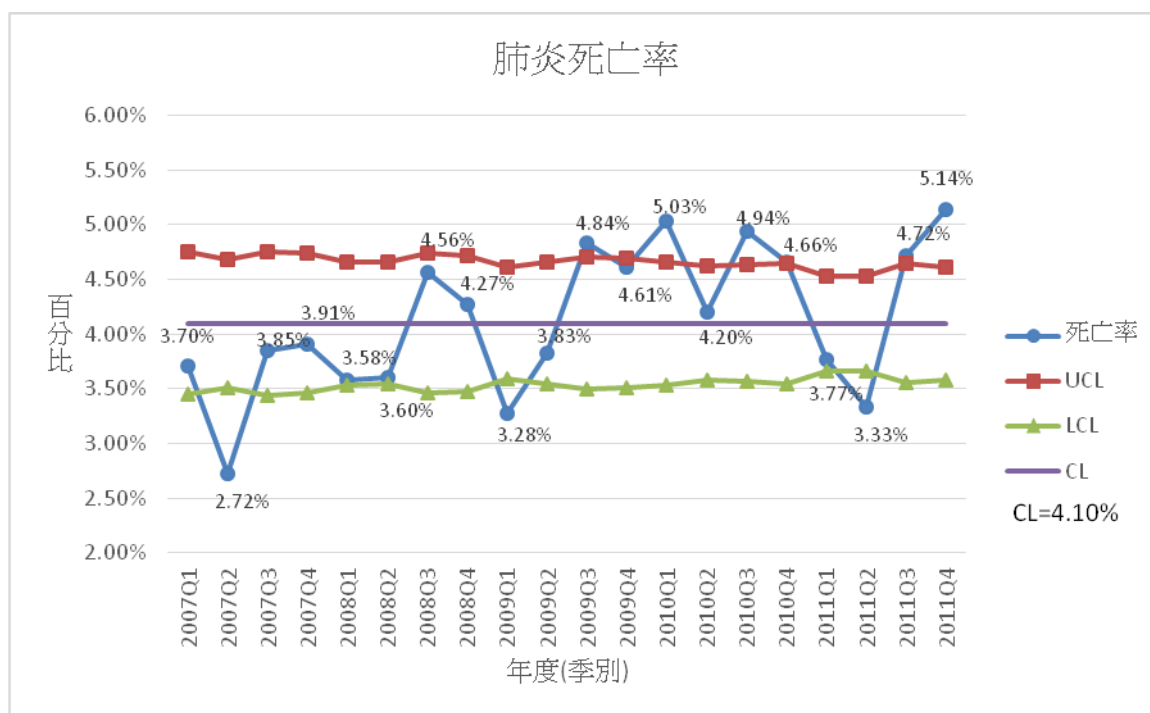


圖 39 「肺炎死亡率」管制圖

(十八) 保險收支餘絀—權責

資料收集期間為 2009Q1 至 2013Q3，資料來源為全民健康保險署業務執行報告，以季為單位，在權責基礎上計算年初至本季收支餘絀，各季資料如表 59，指標值趨勢圖如圖 40。

表 59 「保險收支餘絀—權責」指標值

保險收支餘絀—權責	
年度	單位：億元
2009Q1	(29.93)
2009Q2	(124.93)
2009Q3	(227.25)
2009Q4	(322.61)
2010Q1	(21.91)
2010Q2	9.90
2010Q3	88.30
2010Q4	179.30
2011Q1	117.76
2011Q2	168.56
2011Q3	257.84
2011Q4	334.79
2012Q1	102.06
2012Q2	150.06
2012Q3	214.28
2012Q4	260.91
2013Q1	207.45
2013Q2	332.76
2013Q3	506.86

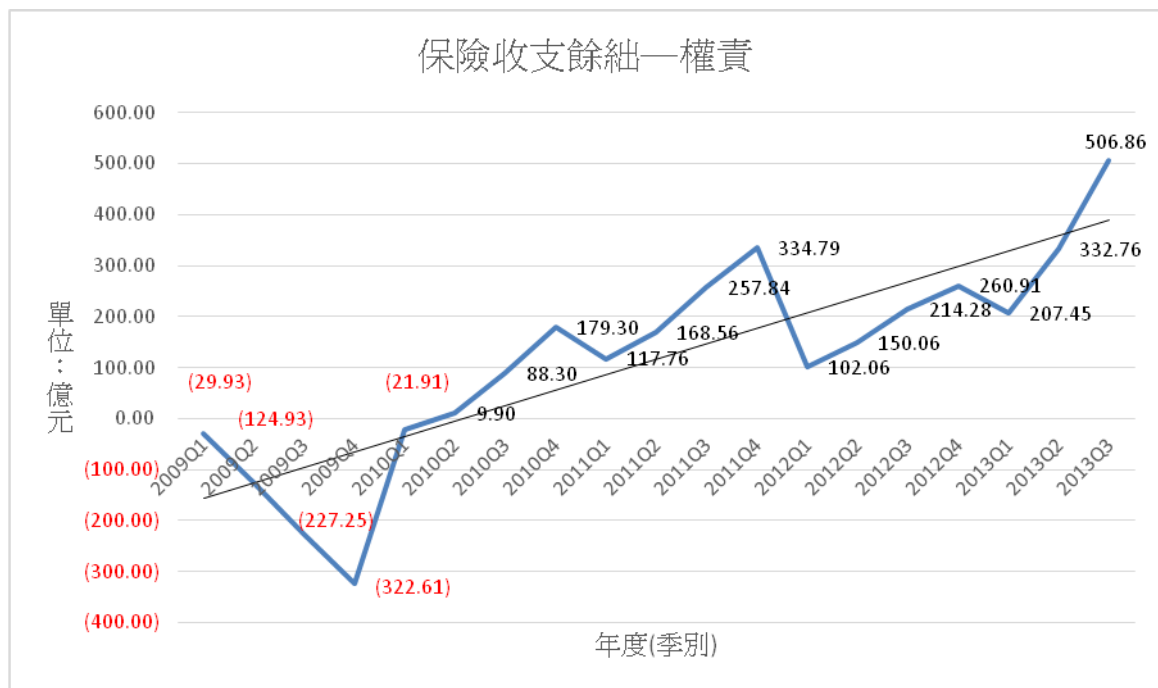


圖 40 「保險收支餘絀—權責」趨勢圖

(十九) 家戶保費支出占家戶所得之比例

資料計算期間為 2001 至 2011 共計 11 年，資料來源為行政院主計處家庭收支調查，以年度為單位，計算家戶保費支出占家戶所得之比例，指標試算資料如表 60，趨勢圖如圖 41。

表 60 「家戶保費支出占家戶所得之比例」指標值

家戶保費支出占家戶所得之比例	
年度	單位：百分比(%)
2001	4.38
2002	4.45
2003	4.63
2004	4.67
2005	4.68
2006	4.7
2007	4.61
2008	4.81
2009	4.76
2010	5.33
2011	5.47

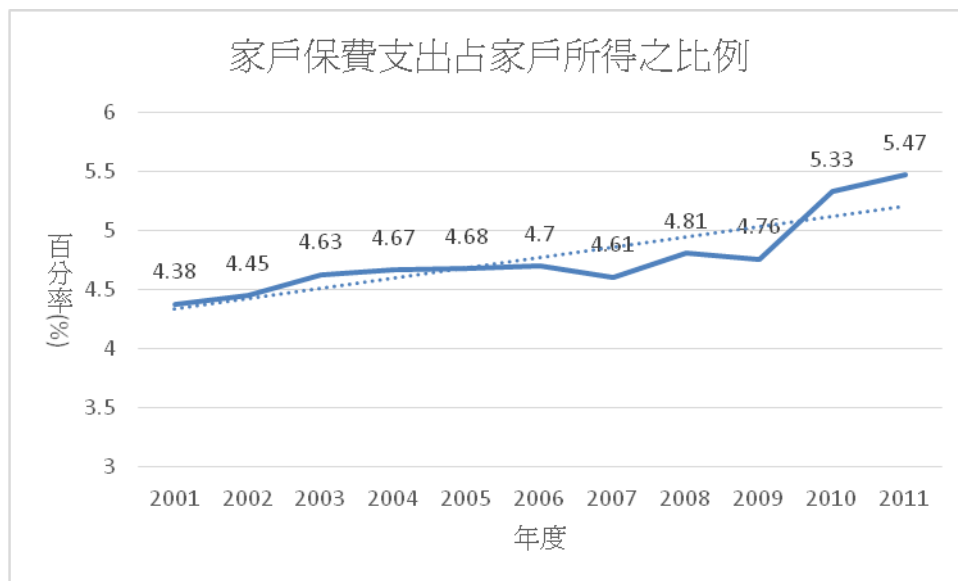


圖 41 「家戶保費支出占家戶所得之比例」趨勢圖

(二十) 保險費率合宜率

資料計算期間為 2006Q1 至 2012Q3，資料來源為全民健康保險費率精算報告，以季為單位，定義中之精算保險平衡費率以最近一年度精算報告中的平衡費率為依據，計算實際保險費率與精算費率的相符程度，指標試算資料如表 61，趨勢圖如圖 42。

表 61 「保險費率合宜率」指標值

保險費率合宜率	
年度	單位：百分率
2006Q1	0
2006Q2	0
2006Q3	0
2006Q4	0
2007Q1	(16.26)
2007Q2	(16.26)
2007Q3	(16.26)
2007Q4	(16.26)
2008Q1	(20.44)
2008Q2	(20.44)
2008Q3	(20.44)
2008Q4	(20.44)
2009Q1	(9.89)
2009Q2	(9.89)
2009Q3	(9.89)
2009Q4	(9.89)
2010Q1	(42.20)
2010Q2	(25.15)
2010Q3	(25.15)
2010Q4	(25.15)
2011Q1	(2.71)
2011Q2	(2.71)
2011Q3	(2.71)
2011Q4	(2.71)
2012Q1	(8.12)
2012Q2	(8.12)
2012Q3	(8.12)
2012Q4	(8.12)
2013Q1	(11.41)
2013Q2	(11.41)
2013Q3	(11.41)

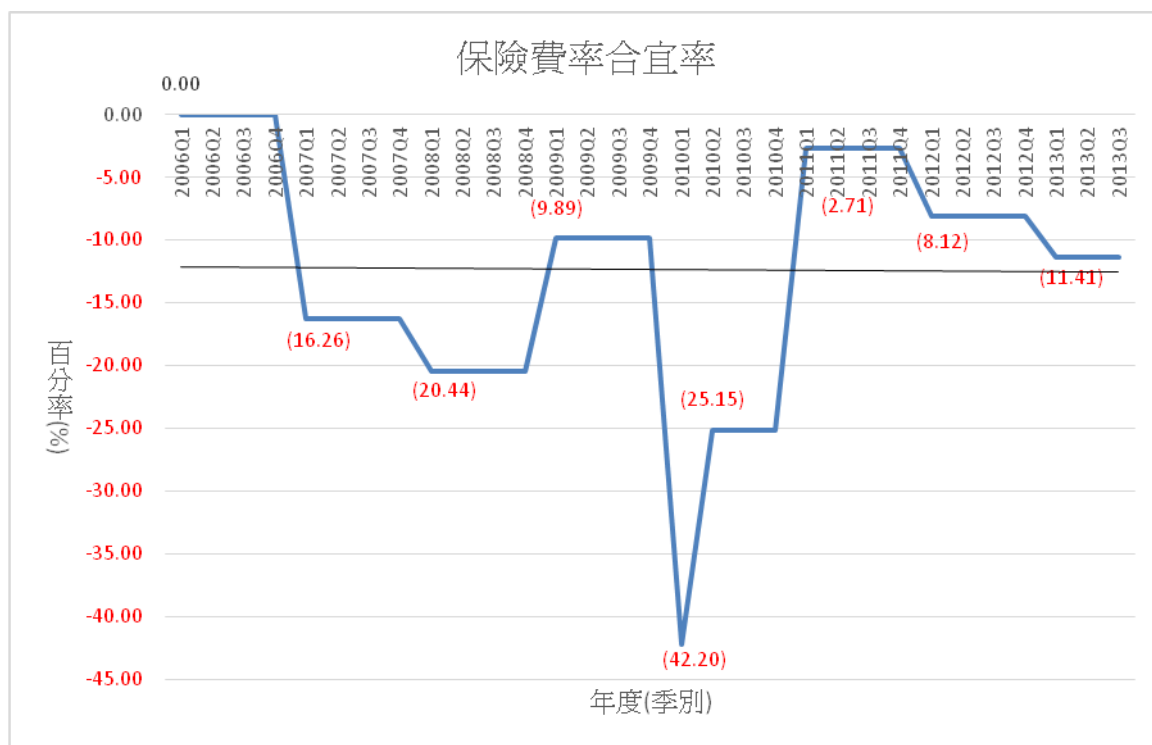


圖 42 「保險費率合宜率」趨勢圖

(二十一) 保費成長率與 GDP 成長率比值

指標計算期間為 2006 至 2012 共計七年，資料來源為健保業務執行報告與行政院主計處的國民所得統計常用資料，以年度為單位，計算保費成長率與 GDP 成長率之比值，指標試算資料如表 62，趨勢圖如圖 43。

表 62 「保費成長率與 GDP 成長率比值」指標值

保費成長率與 GDP 成長率比值	
年度	單位：比值
2006	0.99
2007	0.31
2008	(0.99)
2009	0.33
2010	1.49
2011	10.88
2012	3.45

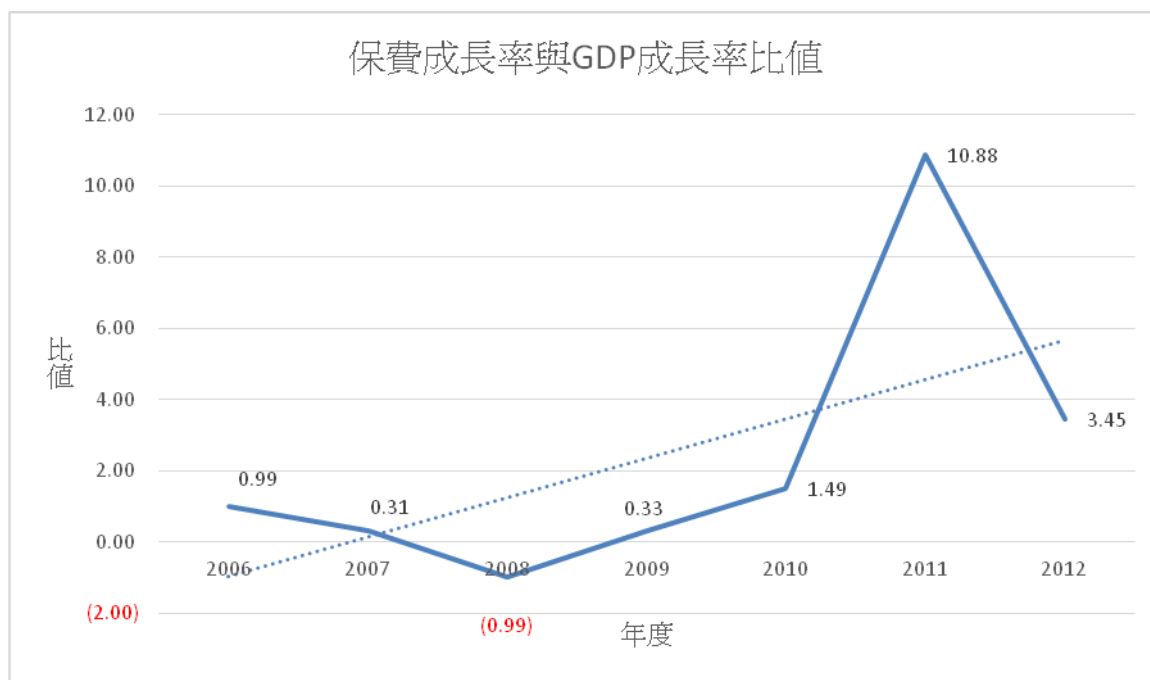


圖 43 「保費成長率與 GDP 成長率比值」趨勢圖

(二十二) 全民健保醫療支出占 GDP 比例

資料計算期間為 2005 至 2011 共計七年，資料來源為健保業務執行報告與行政院主計處國民所得統計常用資料，以年度為單位，計算健保醫療給付費用總額占 GDP 之比例，試算資料如表 63，趨勢圖如圖 44。

表 63 「全民健保醫療支出占 GDP 比例」指標值

全民健保醫療支出占 GDP 比例	
年度	單位：百分率(%)
2005	3.48
2006	3.46
2007	3.42
2008	3.65
2009	3.83
2010	3.63
2011	3.61

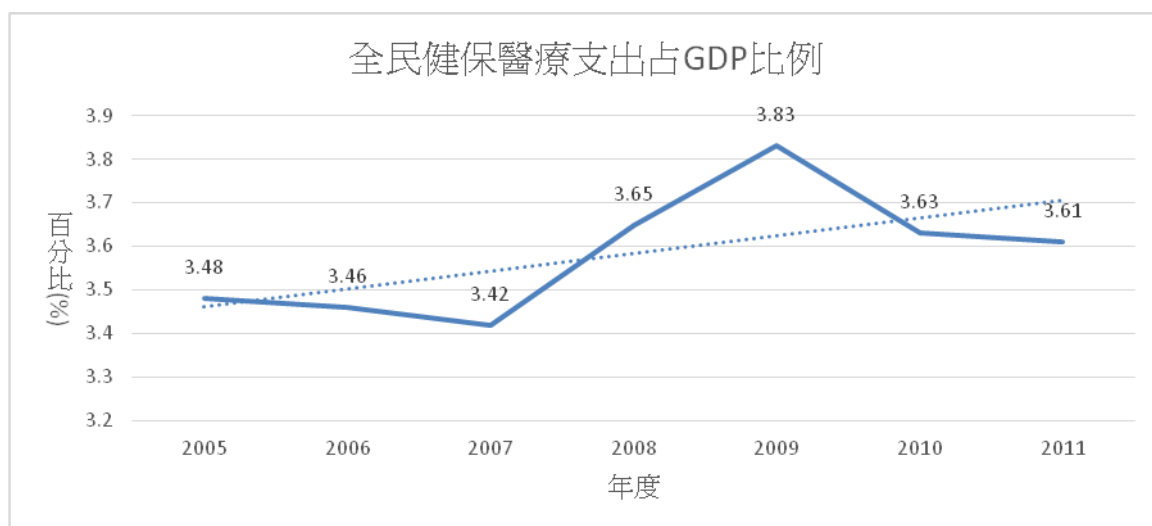


圖 44 「全民健保醫療支出占 GDP 比例」趨勢圖

(二十三) 國民醫療保健支出占 GDP 比例

資料計算期間為 2004 至 2011 共計八年，資料來源為衛生福利部統計處與行政院主計處國民所得統計常用資料，以年度為單位，計算國民醫療保健支出總額占 GDP 比例，試算資料如表 64，趨勢圖如圖 45。

表 64 「國民醫療保健支出占 GDP 比例」指標值

國民醫療保健支出占 GDP 比例	
年度	單位：百分率(%)
2004	6.2
2005	6.24
2006	6.26
2007	6.16
2008	6.49
2009	6.92
2010	6.51
2011	6.62

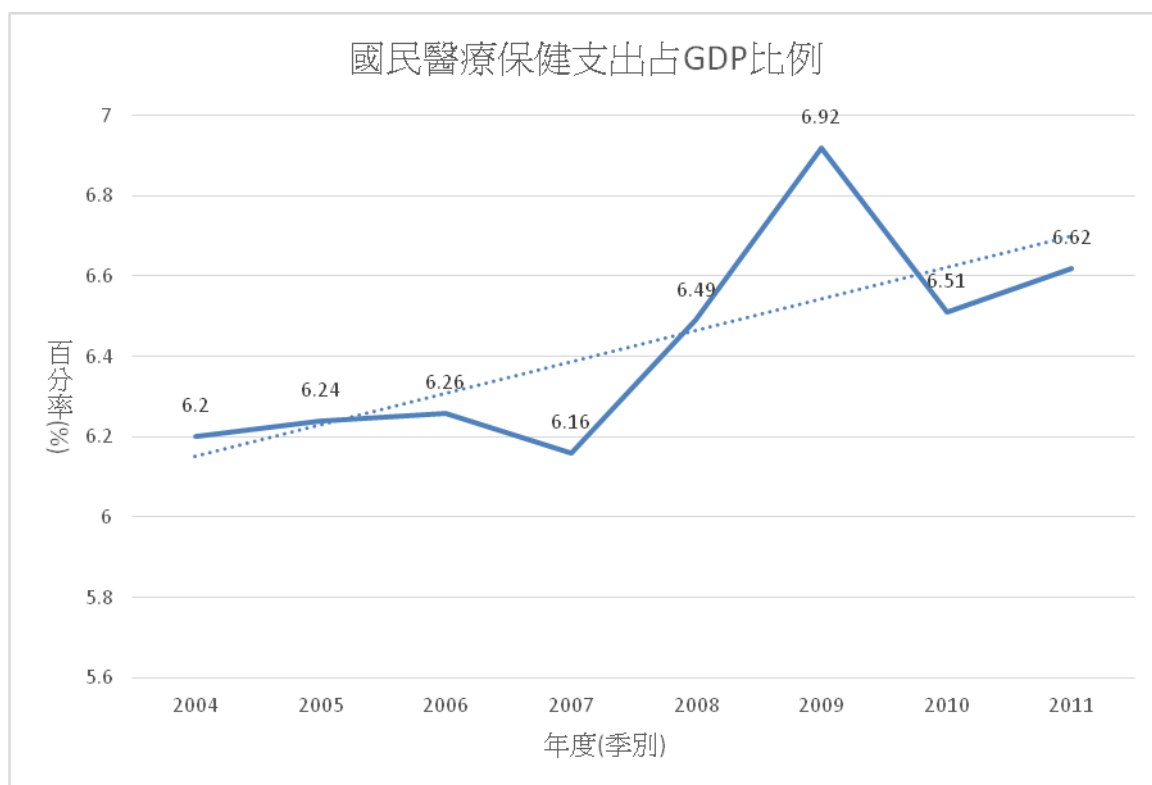


圖 45 「國民醫療保健支出占 GDP 比例」趨勢圖

(二十四) 重大傷病醫療支出比例

指標計算期間為 2004 至 2012 共計九年，資料來源為全民健康保險會總額支付制度協商指標要覽，以年度為單位，計算重大傷病總費用點數占西醫醫療總費用點數之比例，指標試算資料如表 65，趨勢圖如圖 46。

表 65 「重大傷病醫療支出比例」指標值

重大傷病醫療支出比例	
年度	單位：百分率(%)
2004	29.2
2005	29.8
2006	30.9
2007	29.3
2008	30.1
2009	30.4
2010	30.5
2011	29.9
2012	31.6

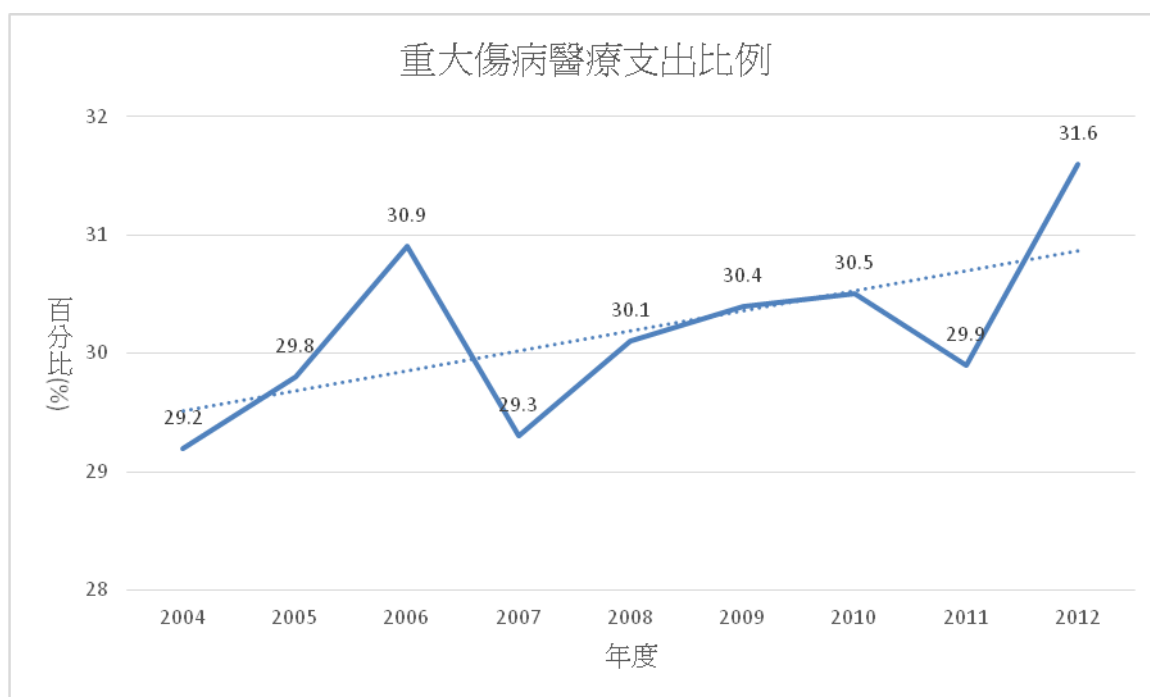


圖 46 「重大傷病醫療支出比例」趨勢圖

其他財務參考指標：

(1) 保費收繳率

資料計算期間為 2009Q1 至 2013Q2，資料來源為全民健康保險署業務執行報告，以季為單位，計算投保單位及投保對象實收保險費占投保單位及投保對象應收保險費之比例，僅計算已開單之保費，資料收集期間為保險費在 5 年請求權期限內實際收繳狀況，指標試算值如表 66，趨勢圖如圖 47。

表 66 「保費收繳率」

保費收繳率	
年度	單位：百分率(%)
2009Q1	95.82
2009Q2	95.69
2009Q3	95.71
2009Q4	96.04
2010Q1	96.28
2010Q2	96.63
2010Q3	96.78
2010Q4	96.78
2011Q1	96.92
2011Q2	96.93
2011Q3	96.99
2011Q4	96.96

2012Q1	96.97
2012Q2	96.99
2012Q3	96.85
2012Q4	96.88
2013Q1	96.65
2013Q2	96.57

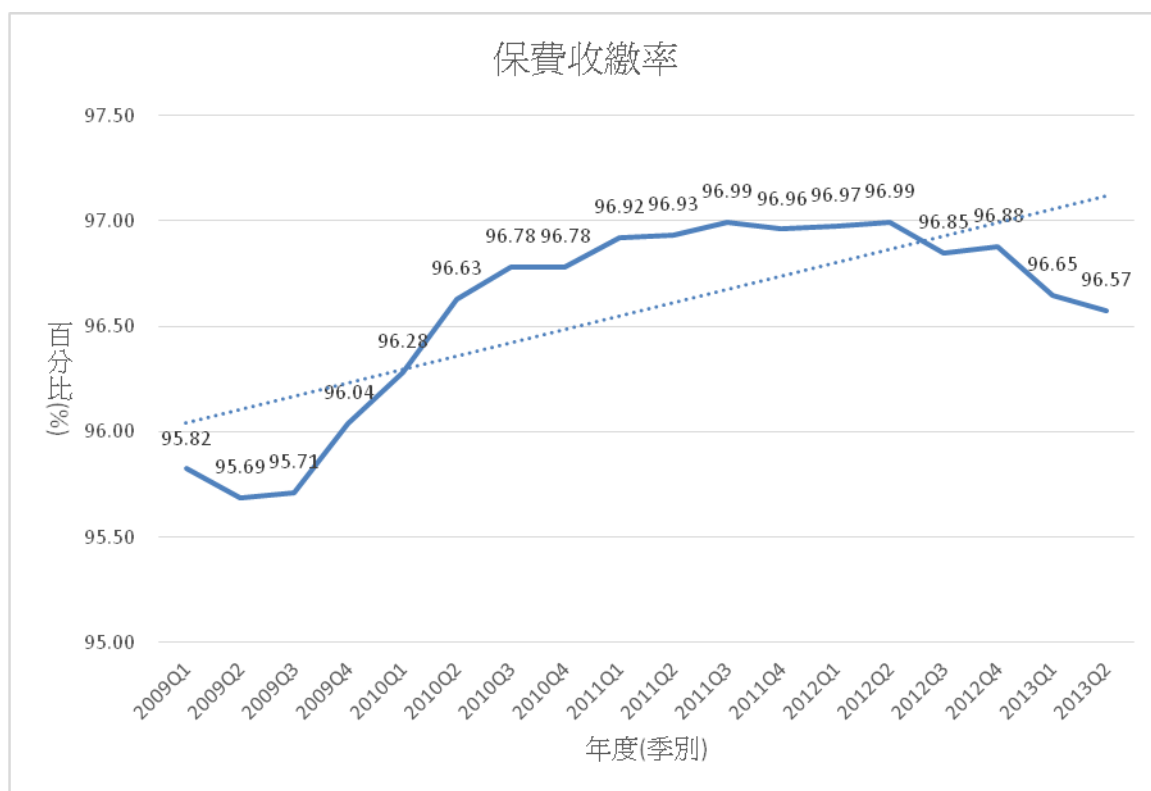


圖 47 「保費收繳率」趨勢圖

(2) 民眾自費占總醫療保健支出之比例

資料計算期間為 2005 至 2011 共計七年，資料來源為衛生福利部統計處與行政院主計處國民所得統計常用資料，以年度為單位，計算家庭自付占醫療保健支出之比例，指標資料如表 67，趨勢圖如圖 48。

表 67 「民眾自費占總醫療保健支出之比例」指標值

民眾自費占總醫療保健支出之比例	
年度	單位：百分率(%)
2005	35.4
2006	34.3
2007	34.9
2008	35.7
2009	35.4

2010	36.2
2011	36.3

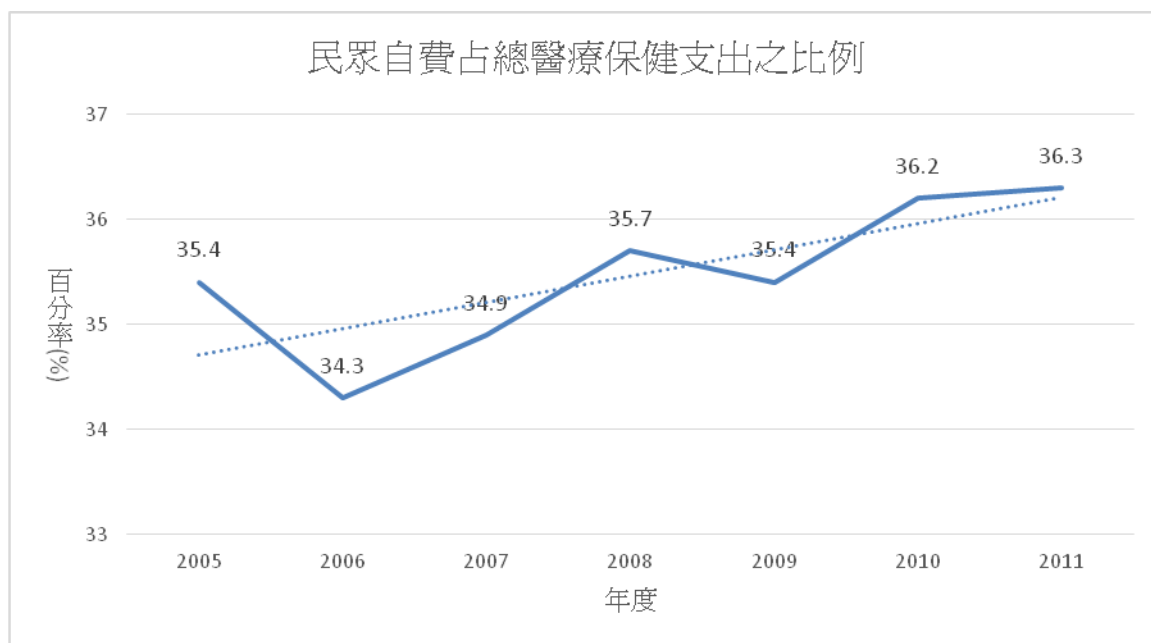


圖 48 「民眾自費占總醫療保健支出之比例」趨勢圖

(3) 自付費用占私部門醫療保健支出比例

資料計算期間為 2005 至 2011 共計七年，資料來源為衛生福利部統計處國民醫療保健支出統計，以年度為單位，計算家庭自付費用占私部門醫療保健支出經費之比例，試算資料如表 68，趨勢圖如圖 49。

表 68 「自付費用占私部門醫療保健支出比例」指標值

自付費用占私部門醫療保健支出比例	
年度	單位：百分率(%)
2005	82.13
2006	80.37
2007	82.69
2008	83.44
2009	83.3
2010	84.12
2011	84.44

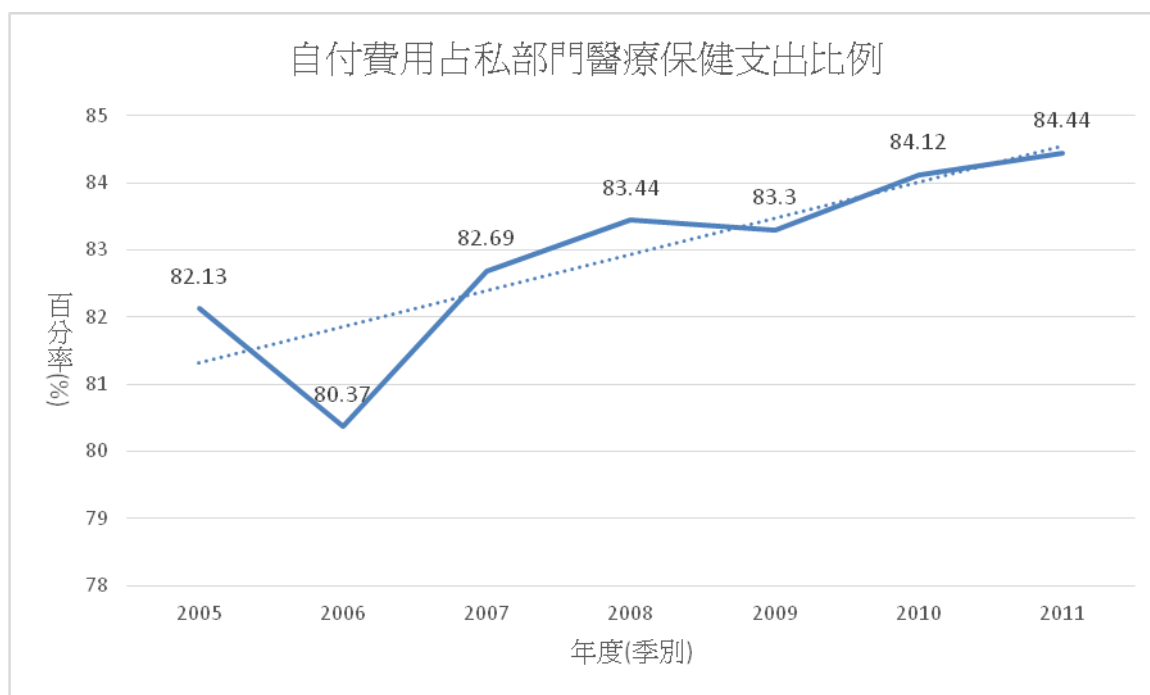


圖 49 「自付費用占私部門醫療保健支出比例」趨勢圖

第三節 利害關係人會議

完成指標試算後，本研究於 11 月 28 日召開利害關係人會議（會議紀錄請參考附錄十六），邀請民間團體、專家學者、健保會意見領袖與委託單位代表，進行指標分析結果討論，以及訂定各項指標之閾值，並在會中邀請與會專家針對 AHP 問卷進行填答（問卷請參考附錄十七），問卷分析結果請見第四節構面與指標權重分析。當天 8 位出席專家的背景分析如表 69。

表 69 利害關係人會議出席專家背景分析

領域	專家姓名	單位	職稱	背景
民間	李永振	中華民國工商協進會	委員	財務
民間	何語	中華民國全國工業總會	委員	財務
學界	鄭守夏	台大健康政策與管理研究所	所長	公共衛生
學界	郎慧珠	陽明大學醫管所	教授	公共衛生
學界	王惠玄	長庚大學醫管系	助理教授	公共衛生
醫界	鄭之勛	台灣大學附設醫院品管中心	副執行長	醫學
醫界	陳雪芬	台北榮民總醫院醫務企管部	高級分析師	公共衛生
醫界	郭靜燕	衛生福利部桃園醫院醫務行政室	主任	公共衛生

與會專家意見整理：

- (1) 指標「急性中風死亡率」的分母定義需再與鄰床專家或學術文獻確認，避免因一次門診就納入使分母數膨脹而低估指標值。
- (2) 指標「急性一般病床平均住院天數」的試算值皆超過 10 天似乎偏高，跟據衛生福利部的統計資料，急性一般病床住院天數約為 6 至 7 天，指標定義需再確認是否納入了慢性病床，若要與國際接軌，是否應只考慮計算急性病床。
- (3) 指標「保險收支餘絀—權責」的計算方式看不出趨勢比較的意義，是否用安全準備作為監測指標較具代表性，或是考慮當期現金流量，這類監測方式對一般民眾來說比較像是有感指標。
- (4) 有些為健保會現有指標，應與現行指標定義做確認，避免試算值與健保會的數字產生出入，並且應與國際指標接軌。建議研究團隊，若要做國際比較，需確定分子分母定義方式要一致，以及資料來源和計算方法。
- (5) 指標「保險費率合宜率」定義中的精算平衡費率可考慮修正為當年應計收支平衡費率，會較五年一次的精算平衡費率能夠反映現況。修正後定義： $(\text{當年實際保險費率} - \text{當年應計收支平衡費率}) / \text{當年應計收支平衡費率}$ 。
- (6) 指標「保險收支餘絀—權責」建議修改成兩支指標來觀察，一支為當季餘絀，另一支為從二代健保開辦以來累計的收支餘絀。當季餘絀可以長條圖表示，累計餘絀可用折線圖表示。
- (7) 建議新增指標：將預估數和實際數（安全準備）之差額做比較，觀察是否達成目標。
- (8) 建議新增指標：安全準備月數。閾值設定：大於 1.5 為綠燈；介於 1 至 1.5 為黃燈；小於 1 則為紅燈。
- (9) 指標「家戶保費支出占家戶所得之比例」、「保費成長率與 GDP 成長率比值」建議當觀察指標。
- (10) 「全民健保醫療支出占 GDP 比例」與「國民醫療保健支出占 GDP 比例」做為國際比較指標。
- (11) 指標「平均餘命」、「未滿月新生兒死亡率」、「孕產婦死亡率」與「乳癌五年觀察存活率」不設定閾值，當成監測值。
- (12) 指標「急性心肌梗塞死亡率」指標值有上升的趨勢，是否與未作年齡風險校正有關？
- (13) 在指標的設計上，建議選擇較客觀、較不易被醫療院所調整的資料，可使指標不偏頗且增加可信度。
- (14) 除了在醫療技術上有重大突破外，指標值長期觀察下應趨近於穩定，當指標開始出現變動時，可當作檢視的機制。
- (15) 因指標數量太多，應以可做國際比較的指標為優先考量。
- (16) 由於許多專家學者不清楚行政部門的作業方式，以及有哪些資料、實際運作方式是如何…等，如果可以做詳細的資訊揭露，在填答時較有幫助。
- (17) 每個指標的解讀與運用方式都不同，建議研究團隊把指標的使用或歸責對象表

列出，避免使用者對指標的期待有落差。

- (18) 醫療院所對滿意度調查類型的資料較沒有操作的空間，可考慮加入。例如：醫療院所被投訴個案數。

第四節 構面與指標權重分析

除透過利害關係人會議討論本研究所挑選之指標與其適用性外，本研究亦藉此進行分析層級程序法調查各構面、子構面與指標之權重，為了讓更多專家學者參與，對於無法參加利害關係人會議的專家學者，本研究亦對其發放問卷。進行的方式為第一層構面的相互比較，同一構面下第二層子構面的相互比較，以及同一子構面下的指標進行相互比較。傳統上，分析層級程序法使用的是相對權重，本研究另在進行絕對權重的評比。其結果如下：

首先在第一層的權重判斷部分（請參考表 70），本研究發現效果這項構面在不論在相對權重或絕對權重上都取得第一順位的排序，但其他三構面的權重排序則相當不一致。此外，本研究亦發現在相對權重的部分，第一名與第二名的權重比例相對突出，但在絕對權重部分則前三名皆十分接近。

表 70 構面間權重分析

構面項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
效果	52.9	1	28.7	1
效率	7.5	3	18.3	4
醫療品質	32.5	2	25.7	3
財務與財源籌措	7.1	4	27.4	2

在第二層的權重判斷部分。首先在效果構面下的兩項子構面（如表 71），不論相對或絕對權重，都是由健康狀況取得第一順位。但在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

表 71 效果構面下之子構面權重分析

子構面項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
健康狀態	66.0	1	59	1
病人對照護結果的滿意程度	34.0	2	41	2

而在效率構面下的兩項子構面（如表 72），不論相對或絕對權重，都是由資源的價值取得第一順位。但在權重比例上，本研究在此則發現反而絕對權重在項目之間的差距較大些。

表 72 效率構面下之子構面權重分析

子構面項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	權重%
宏觀效率	47.6	2	46.8	2
資源的價值	52.4	1	53.2	1

在醫療品質構面下的兩項子構面（如表 73），不論相對或絕對權重，都是由安全取得第一順位。在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

醫療品質

表 73 醫療品質構面下之子構面權重分析

子構面項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
安全	62.0	1	56.0	1
效能	38.0	2	44.0	2

在財務與財源籌措構面下的三項子構面（如表 74），不論相對或絕對權重，順序皆為財務收支平衡、資金籌措的公平性、以及醫療保健支出水準。在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

表 74 財務與財源籌措構面下之子構面權重分析

子構面項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
財務收支平衡	63.7	1	40.8	1
醫療保健支出水準	10.5	3	27.2	3
資金籌措的公平性	25.8	2	32.0	2

在第三層各子構面下的指標權重部分，健康狀態下的四支指標權重結果（請參考表 75），在相對權重與絕對權重的排序相當不一致。在相對權重的部分，排序依序為未滿月新生兒死亡率、孕產婦死亡率、平均餘命、以及乳癌五年觀察存活率。在絕對權重部分，排序依序為平均餘命、孕產婦死亡率、未滿月新生兒死亡率、以及乳癌五年觀察存活率。在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

表 75 健康狀態子構面下之指標權重分析

指標項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
平均餘命	15.8	3	32.8	1
未滿月新生兒死亡率	47.5	1	25.0	3
孕產婦死亡率	27.5	2	25.1	2
乳癌五年觀察存活率	9.2	4	17.1	4

在資源的價值下的三支指標權重結果（如表 76），在相對權重與絕對權重的排序相當不一致。在相對權重的部分，排序依序為高診次病患門診用藥日數重複率、DRG 案件三天內重返急診率、以及癌症病人轉介安寧照護比率。在絕對權重部分，排序依序為 DRG 案件三天內重返急診率、高診次病患門診用藥日數重複率、以及癌症病人轉介安寧照護比率。在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

表 76 資源的價值子構面下之指標權重分析

指標項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
DRG 案件三天內重返急診率	32.3	2	39.0	1
癌症病人轉介安寧照護比率	11.0	3	30.2	3
高診次病患門診用藥日數重複率	56.7	1	30.8	2

在安全下的三支指標權重結果（如表 77），在相對權重與絕對權重的排序則略微相似。在相對權重的部分，排序依序為手術傷口感染、在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率、以及加護病房呼吸器相關肺炎發生密度。在絕對權重部分，第一名同樣為手術傷口感染，第二名與第三名則分別為加護病房呼吸器相關肺炎發生密度，以及加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率。在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

表 77 安全子構面下之指標權重分析

指標項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
手術傷口感染	75.3	1	39.8	1
加護病房呼吸器相關肺炎發生密度	6.3	3	30.2	2
在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	18.4	2	30.0	3

在效能下的五支指標權重結果（如表 78），在相對權重與絕對權重在前三名排序不太一致。在相對權重的部分，排序依序為冠狀動脈繞道術死亡率、急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案、肺炎死亡率、急性中風死亡率、以及左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)。在絕對權重部分，排序依序為急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案、肺炎死亡率、冠狀動脈繞道術死亡率、急性中風死亡率、以及左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)。在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

表 78 效能子構面下之指標權重分析

指標項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案	26.9	2	23.1	1
冠狀動脈繞道術死亡率	48.6	1	21.9	3
急性中風死亡率	8.0	4	19.9	4
左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	5.0	5	12.6	5
肺炎死亡率	11.4	3	22.5	2

在財務收支平衡下的四支指標權重結果（如表 79），不論相對或絕對權重排序都相當一致。排序依序為保險收支餘絀—權責、家戶保費支出占家戶所得之比例、保險費率合宜率、以及保費成長率與 GDP 成長率比值。在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

表 79 財務收支平衡子構面下之指標權重分析

指標項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
保險收支餘絀—權責	57.6	1	32.0	1
家戶保費支出占家戶所得之比例	25.8	2	24.3	2
保險費率合宜率	11.5	3	23.7	3
保費成長率與 GDP 成長率比值	5.2	4	20.0	4

在醫療保健支出水準構面下的兩項指標（如表 80），不論相對或絕對權重，都是由全民健保醫療支出佔 GDP 比例取得第一順位。在權重比例上，本研究同樣發現相對權重在項目之間的差距較大。

表 80 醫療保健支出水準子構面下之指標權重分析

指標項目	相對權重		絕對權重	
	權重%	排序	權重%	排序
全民健保醫療支出佔 GDP 比例	53.68	1	50.5	1
國民醫療支出佔 GDP 比例	46.32	2	49.5	2

第五章 討論

第一節 醫療面

本研究透過文獻收集與整理，並經由研究團隊討論與彙整，產生台灣健保評估架構之雛型。經由專家會議豐富其內容後，再經由 58 位專家以概念圖示法，選出效果、效率、醫療品質（以上為醫療面）、以及財務與財源籌措（財務面）四項評估構面。在效果構面下，共包含健康狀態與病人對照護結果的滿意程度兩項子構面。在效率構面下，共包含宏觀效率與資源價值。在醫療品質構面下，共包含安全與效能兩項子構面。在財源與財務籌措構面下，共包含財務收支平衡、醫療保健支出水準與資金籌措的公平性三項子構面。研究團隊並依子構面之結果，進行國內外指標搜尋與整理，從初步的指標加以精簡，第一回合共選出 44 支醫療面和 21 支財務面候選指標，再經修正型德菲法選取後，本計畫共選出醫療面 17 支及財務面 7 支，共 24 支指標。本計畫構面、子構面與指標選取及試算結果，並經由利害關係人會議進行討論，最後，總計醫療面 17 支及財務面 9 支，共計 26 支指標。同時亦採用層級分析程序法進行構面與子構面間之權重計算。

本計畫之討論分別從醫療面與財務面的指標發展與指標選取兩方面進行。

（一）指標發展過程

本計畫原訂之發展程序為(1)以概念圖示法收集利害關係人對健保評估架構的看法，並建構架構雛形；(2)使用修正型德菲法以及 RAND/ UCLA appropriateness method (RAM)來選擇各子構面之評估指標。然而，在第一階段時，本計畫並無法從與會專家中，收集到更多的評估構面與子構面。因此，在評估構面項目不足的情況下，原本欲進行的構面群聚與重命名的過程便予以省略，直接以問卷進行 go-zone 的選取，以挑選較具有共識的評估構面與子構面。至於分析層級程序法的部分，則改至利害關係人會議中執行，並輔以未出席者之意見收集。

過去有許多學者提出指標發展的要素與程序，例如 McGlynn[120]等認為指標發展應該有四個步驟，包含(1)選擇要測量的臨床領域(choosing clinical areas to measure)，(2)在每個領域中選擇成效指標(selecting performance indicators within each area)，(3)設計可以讓指標持續執行的內容規格(designing specifications for consistent implementation of a measure)，(4)評估指標的科學強度(evaluating the scientific strength of a measure)。而 Ashton 等[121]認為，品質指標的建構應該有六個步驟，分別為找出現有文獻中的可作為指標的指標清單(Derivation of Criteria)、透過專家挑選指標(Refinement of Criteria)、對於候選指標予以權重(Weighting the Criteria)、挑選出不重要的指標(Flagging of Low-yield Criteria)、選擇計分方式(Selection of a Scoring Method)、訓練病歷審查員進行效度確認(Training of Chart Reviewers)。

Rubin 等[122]則是提出七步驟的指標建立流程，包含(1)確認指標的使用者；(2)選擇待評估的臨床領域(Choose clinical area to evaluate)；(3)組織評估團隊(Organize assessment team)；(4)選擇測量的構面或準則(Select aspect of care or process criteria to be measured)；(5)撰寫指標測量內容規格(Write measure specifications)；(6)執行前測(Perform preliminary tests)；(7)撰寫指標計分結果與分析規格(Write scoring, analytical specifications)。

而 Campbell[90]更將各學者所提出指標發展方法，再區分為下列四種：(1)非系統性之方法(Non-systematic methods)：他們根據資料和真實生活重要事件的可及性。常應用於品質改善計畫內的個案研究。(2)以證據為基礎之系統性方法(evidence based)：指標應建構在科學證據之上，並且經過嚴謹實證研究確認後，越強的證據力越能應用在降低罹病率、死亡率或是改善照護品質。(3)以證據為基礎並結合共識之系統性方法(evidence combined with consensus)：在醫療領域中，並不是所有的事情都有充足的科學證據，所以必須要藉由近似於證據力的方法來發展指標，包括利用專家意見來尋求共識。(4)以指引為導向之系統性方法(guideline driven indicators)：指標也可以建構在臨床照護指引之上，英國的國民健康服務曾就糖尿病、冠狀動脈心臟病、氣喘與憂鬱症四項重要的臨床症狀來發展指標，美國的 AHCPR (AHRQ 的前身)也曾利用此方法發展指標。

由上述的整理看來，本研究的發展過程，比較貼近以證據為基礎，並結合共識之系統性方法。這也是國際上較為常見的建構方法。正因為這個方法需要結合專家共識，因此多元背景的專家小組，在發展過程中就十分重要。在本研究之中，也相當注重各方專業人士的平衡。然而，在研究初期財務專家部份的邀請，遭遇較多之困難。因此原訂舉行一場之焦點團體座談會，也因此改為兩場，希望能擴大財務專業人士的參與。也由於本計畫持續的邀請參與，原本因故無法出席的財務專家，也大多能協助各種問卷之填寫。因此，即便無法親自參與座談會之討論，同樣能藉由問卷填答，來協助本計畫進行，提供寶貴的專業意見。雖然本計畫研究團隊對財務議題涉獵不多，但在不同階段中，本計畫亦邀請到具有財務管理背景，及曾任健保署要職經歷之專家與會討論，藉由這幾位專家的參與，加上健保會的付費者代表，可以讓財務評估構面的考量更趨完整及實用性。

然而，本研究也發現在本研究所提出的評估架構中，”公平”這項構面在以適當性和重要性以 75 百分未作為切割標準時，並未被納入最後的指標選取過程。會有此結果，由於研究團隊希望選出有限數量的最具優先次序性之子構面與構面，所以採用比較嚴格的標準，如果將篩選標準放寬到 70%百分比或 60 百分比，則可以納入公平的子構面與構面，如此會增加整體的構面、子構面以及指標的總數目；也可能與台灣所實施的為全民健康保險有關，因為填答問卷之專家並不認為公平在台灣的健保體系中，需要特別關注的順位，沒有比其他子構面或構面更高，此議題重要，但未獲中選。然而，總體來說台灣的健保或許並未存在公平的議題，可是在特定的子議題上，公平仍需要被關注。例

如不同區域間的醫療資源分配不均、城鄉之間是否具有照護品質不相等，這些議題並未隨著全民健保的實施而有所不同。相反的，近來甚至有惡化的狀況。例如婦產科醫學會曾於今年統計，全台鄉鎮有 156 個鄉鎮（43%）沒有婦產科醫師執業，且成長率遠低於內科外科和兒科，目前執業人數只有兩千多人，醫師平均年齡 53 歲，人才還在不斷外流。

計畫的進行還是要忠於所運用之方法，在有限的時間內，完成該有的計畫項目，否則無法繼續，總之，計畫也不可能重新來過，因此本計畫並調整評估架構，以效果、效率與財源與財務籌措，再加上經由專家所推薦的醫療品質，至於公平在台灣健保中，仍可能是需要加以評估的項目，只是目前尚未有合適的子構面與指標，這也是後續研究可以努力的方向，在適當時機檢討評估架構時，再增加此構面、子構面與相關指標入架構中。此外，在德菲財務問卷中，研究團隊已經納入公平性中的 risk protection & fair financing 等子構面，與相關指標進入指標評選。雖然，公平構面未納入，但在財務面中包含相關子構面，也有至少一個指標，也算是保留原始架構公平的考量。

最後，雖然本計畫為建立台灣健保評估架構，然而經過第一階段焦點團體法與會專家討論，由於健保為國家政策，健保所提供之服務所涵蓋之範圍極大，影響亦鉅。因此不應僅侷限在健保本身，本研究所發展之評估架構，在定位上更可視為台灣醫療體系評估架構。因此，在候選指標的選取上，除收集國內外的醫療品質指標系統外，也參考如 OECD、WHO 等國際組織所關心的衛生指標，因此所涵蓋之範圍較健保署本身業務為大，也因此可能出現評估指標與健保關聯性較低的狀況。

（二）指標選取

在指標選取結果的部分，由於候選指標大多來自於國內外現有的指標，所以這些指標的背後，都具有重大的意義。譬如健康狀態下的四支指標，以及宏觀效率下的平均住院天數，這些都是國際上常見的衛生指標。這五支指標的良莠，可以反應出台灣在健康照護上的水準，而這些也都是國內衛生機關長期在收集與監測的指標。雖然這些指標並不一定可以歸責於健保，但在國際比較上仍具有其意義。而在資源的價值部分，所要反應的是資源是否有效被利用。在 DRG 案件三天內重返急診率部分，其指標涵意為由於 DRG 在相同診斷群組下為固定給付點數，因此，不希望病人在未完全康復時就辦理出院。由於 DRG 於 2010 年上路，在本次試算資料中僅有兩年。而 DRG 與論病例計酬為相似之概念，因此本計畫額外試算論病例計酬案件中，出院三天內重返急診率。從資料上發現，論病例計酬案件的出院三天內重返急診率約為 0.6%，但在 DRG 實施初期，出院三天內重返急診率則在 1% 左右，明顯高於論病例計酬。這表示此項指標有變差的趨勢，這值得主管機關注意。而在癌症病人轉介安寧照護比率以及高診次病患門診用藥日數重複率部分，其背後的意涵所代表的是資源錯用(misuse)與濫用(over-use)。這也是美國醫學研究所 IOM 在跨越品質鴻溝報告中[123]，所提及的美國醫療所面臨的問題。在近年來有關於健保的議題，資源的分配逐漸被社會所重視。在黃煌雄監委在完成我國全

民健保總體檢報告書後，與學界共同所發起的第三波健保改革系列座談會中，資源分配的正義便是其主軸。在本研究中，雖然這兩項資料未進行試算，但仍建議主管機關日後可以持續關注此議題。至於醫療品質項下兩項子構面所屬指標，本研究也發現在手術傷口感染率的部分，呈現日益減少的趨勢，顯見國內近年來在手術感染的控制上具有相當之成效。但肺炎死亡率似乎出現越來越高的走向，這值得探究其原因。至於其他指標則多呈現穩定的狀態。

另外，在指標試算結果部分，除政府公開資料外，本計畫所使用的資料來源為全民健保資料庫以及死因檔。這兩類資料都屬於行政資料，前者為健保申報之用，後者為死因統計之用。利用行政資料的好處是所需的資料是醫院日常所收集的資料，不需再額外投入資源。而行政資料最常用的國際疾病分類系統 (International Classification of Diseases)，更是自 1950 年代以來被良好的建構[124]，也被廣泛應用在醫療品質指標的計算[125-127]。因此利用方便可得的行政資料，就成為人工篩選個案之外的另一個更具經濟效益的選擇[128, 129]。所以許多大型研究便偏好利用行政資料來進行資料分析。

Iezzoni 曾經就使用醫院行政資料(administrative data)來評估照護品質有深入的評論[125]，她指出用來評估照護品質的資料，其自身的品質應涵蓋多種層面的考量：(1)臨床意涵 (clinical content)：僅以疾病診斷碼 (即國際疾病分類標準編碼) 是否足以涵蓋臨床上狀況需要；(2)疾病分類的正確性；(3)疾病分類的完整性：申報資料的格式是否限制了可以登錄的疾病診斷編碼個數；(4)跨醫院間的資料品質差異：因為不同醫院間的資料品質存在差異，因此難以判斷疾病診斷資訊的差異是否反應了病患組成的差異，或僅是肇因於資料品質的良莠。Tang 等人在探討應用行政資料於評估院內感染的研究亦指出，由於行政資料中的疾病診斷編碼存在一些缺點，諸如 1.疾病分類人員人為的簡化編碼；2.診斷碼無法直接反應症狀；3.臨床醫師與疾病分類人員對於疾病分類認知的差異。導致使用行政資料進行院內感染個案篩選的正確性受到影響[130]。

然而，這些行政資料的設置都有其目的，例如申報資料，其主要目的是費用申報，並非設計用來作為感染監測之用，如果使用申報資料進行感染個案的判定或是感染率的監測，可能造成部分具有臨床意義，但卻無申報價值的診斷碼，不會被申報人員所申報[124, 130]，以致於低估感染率。又或如實施 DRGs 之後醫院易有 up-coding 的行為，而導致感染率高估的狀況。

因此，在使用行政資料庫進行指標試算時，所得到之數據可能與實際的狀況並不完全一致。以本研究所試算的醫療面指標來看，除手術死亡率因標的較為明確，分子與分母較不易受到其他因素影響，其餘指標都可能因為分子或分母的正確性而受影響。舉例來說，在本研究中，中風病人的定義為主診斷碼為 430-437。實際上可能發生醫師為了開立某些藥物或檢查，而下了相關診斷，而事後卻排除為中風個案。但也可能發生病患過去毫無中風病史，但發生中風後卻不治的情況。本研究所試算之指標多為急性病症，

因此，較不適合用診斷出現的次數，來予以判斷是否為研究對象。

雖然利用行政資料有此限制，但有研究也指出，行政資料所得之結果，或許不適合進行比較，但可以作為趨勢觀察之用[131]。而本研究之目的乃為建構健保監理指標，目的在於瞭解各項指標之發展趨勢，並觀察有無發生可歸屬原因的變異(assignable cause of variation)的發生。因此本研究大量導入統計製程管制圖(Statistical Process Control, SPC)作為趨勢觀察之用。統計製程管制圖的基本原理和方法是上世紀30年代由Shewhart博士為了有效地對生產過程中產品品質進行監測控制而提出的，至今已有70多年的歷史。自創立以來，它就在工業和服務等行業得到了推廣和使用。二戰時期美國將其制定為戰時品質管理標準，為保證軍工產品的質量和及時交付起到了重要作用。戰後的日本從1950-1980年在工業界廣泛推廣和應用統計製程管制圖，使日本躍居世界產品質量和生產率的領先地位。從上世紀80年代起，統計製程管制圖在許多工業發達國家復興，世界很多大公司也紛紛在自己內部積極推廣和應用統計製程管制圖。雖然，統計製程管制圖是從產品的品質監控開始的，但經過70多年實踐和發展，尤其是與電腦技術的緊密結合，其原理和方法現已廣泛應用於設計、銷售、服務、管理等過程。而台灣的醫界則是在醫策會於2005年前後開始導入之後，便開始大量使用。統計製程管制圖在使用時，以下常見的法則來判斷變異是否發生：(1)單點在管制界限外，可偵測非常大突然地平均值或標準差改變。(2)連續9點以上點在管制中心線的同一邊，可偵測較小的平均值或標準差改變或趨勢。(3)連續 ≥ 6 點穩定地上升或下降，方向一致可偵測平均值或標準差上強的趨勢。(4)連續 ≥ 14 點一上一下，可偵測系統性的影響。(5)連續3點中的2點，超過同一邊2個標準差以上，可偵測平均值或標準差較大的改變。(6)連續5點中的4點超過同一邊一個標準差以上，可偵測製程平均值或標準差中等程度的改變。(7)連續 ≥ 15 點在一個標準差內，可偵測出製程變異的下限。(8)連續 ≥ 8 點在管制中心線兩邊，且不在一個標準差內，可偵測出變異的增加[132]。

而在本研究所試算的表格中，本研究亦發現急性中風死亡率、左心室收縮功能不全病患住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)、及肺炎死亡率等三支指標的資料點，大多落在上下管制線之外，經檢視結果，發現其可能的原因為各點之分母數大(大樣本)又保持恆定、但分子相當稀少(罕見事件)所造成上下管制線的範圍相當狹窄。因此，本研究所使用之 p-chart 便不適用。建議可以改用 T-chart，觀察隨時間推移的發生狀況。但囿於時間限制，此三張圖無法再重新至加值中心進行處理。

在本次選取的指標中，有許多指標也是國際上所關注的項目，除了個別國家進行資料收集之外，也常用於國際比較。例如平均餘命、平均住院天數、乳癌五年存活率等。以平均餘命來說，台灣的平均餘命相較於 OECD 國家並不遜色，女性的平均餘命高達82歲，與英、美等國相當；男性的平均餘命也達到76歲，同樣也與英、美相當。在鄰近國家中僅輸日本。當然平均餘命與健保之間的相關性為何，值得深入探究。依據 Wen

et al.[133]的研究顯示全民健康保險的實施，對於台灣國民的健康有正面的助益，在實施全民健康保險十年後，不但平均餘命約提升三歲，城鄉差距也降低，但區域間的不公平性仍然存在。然而其研究也顯示，平均餘命的增加，並未因為健保的實施而顯著的加快。又如平均住院天數，台灣的表現大約位於第七名（愛爾蘭，6.3 天）與第八名（斯洛維尼亞，7.3 天）的中間，這樣的表現也優於鄰近的亞太國家。至於乳癌五年存活率，台灣的表現約和英國相當，大約位於所有會員體的中段班。雖然這些指標可能和健保並非十分密切，可能亦非委託單位的權責所屬。然而，在單一保險人的現況下，健保的任何政策對任何醫療相關指標都有動見觀瞻的影響力。建議委託單位在後續使用時，可以將非權責相關的指標納入參考。

此外，依據規格書之建議，各項指標建議設定閾值以作為日後決策之參考。然而，在利害關係人會議中，與會專家除對財務收支平衡下之指標，認為可以依據健保法之規定設定閾值之外，其餘指標並無設置閾值之必要，只要長期觀察這些指標的變動狀況即可。也因為如此，本研究所產製之各項指標，可以藉由統計製程管制圖來設定各項閾值。由於統計製程管制圖的上下限，是由歷史資料點的平均值、標準差以及各資料點背後的分母，這三項元素所計算出來。常見的上下限都是使用平均值加減三個標準差而得出。因此後續使用時，可以藉由平均值與標準差的組合來設定閾值。這會使閾值的設定較具有學理上的依據。至於上下限的寬窄程度，主管機關可以視指標的情況而酌予調整，例如用兩個標準差（95%信賴區間）亦可，亦可以標竿學習來取得適當之閾值當參考。

至於分析層級程序法的結果部分，首先本研究發現相對權重法，可以將特別重要的項目給凸顯出來，產生明顯的對比差異，因此相較於絕對權重法，相對權重法排名較前面項目的權重，通常與排名較後面的項目，有較大的差距。雖然兩種方法在排序上的結果不盡相同，但也鮮少出現兩者截然不同的情況，會有此一結果純屬計算方法上的不同所產生的結果。而相對權重法在操作時，填答人必須逐一比對，假設資料相互矛盾時，例如項目 $A > B$ 且 $A < C$ ，則 $B < C$ 須成立，否則將導致該份問卷無效。在此條件下，填答人的思考將更為深入，因此相對權重法有其方法學上的優勢。所以，本研究之結果仍以相對權重法為主要參考。而在後續應用時，由於已經得到各構面、子構面以及指標之權重。因此若能得到各項指標的成效，主管機關可以藉由各構面的得分，來對健保進行總體評價，此亦為本研究導入分析層級程序法的主要用意。

最後，本研究由利害關係人會議中也發現，本研究所選出之部分指標，可能在實務上較缺乏應用的可能。這因與參加指標選取的專家組成有關。雖然本研究在醫療面與財務面指標挑選時，已經廣納各界人士，但本研究的指標選取專家群仍大多來自於學界，因此，判斷指標適用與否乃依照學理或是國際上的使用經驗。故本研究所產生的指標有可能遇到在實務上解讀或操作不易的情況，此為本研究的限制之一。

第二節 財務面

(一) 指標發展過程

為了解台灣全民健保財務健全與否，監理會訂定健保財務指標，由健保局(現為健保署)定期提報及公布。當前使用之財務指標多著重在監測財務狀況與當期之保險收支狀況。監測財務狀況使用的指標如：保險費率、安全準備、借款;當季保險收支狀況使用的指標如：保險收支餘絀權責、保險收入、保險給付、呆帳、資金運用損益、其他收支。儘管目前使用的財務指標能多少反映健保之財務狀況。實有需要將目前所使用的財務指標重新定義、組織、甚至縮減，或追加其他必要之財務指標。

由於現有財務指標僅在反映健保當期之收支狀況，本研究在選取財務構面上，期望除能反應健保之財務與財源籌措的完整性外，亦能考量整體醫療保健支出狀況與健保資金來源之公平性。

有鑑於此，本研究在財務面，除了將第一階段問卷中選的三個子構面：分別為收支情形、醫療保健支出水準考量進來外，更增加資金籌措公平性之子構面。在會議小組討論財務面子構面之增修過後，本研究之財務面共包含三個子構面，其分別為：財務收支平衡、醫療保健支出水準、資金籌措的公平性。

本研究依據 WHO report (2000), Kruk (2008)之架構與概念，並參考目前衛生福利部健康保險署既有之財務指標，並針對第一階段專家會議中專家之建議，整理出對應各項財務子構面總共 21 支候選指標，並進行第一回合財務版財務專家問卷填答(指標統計結果請見表 29)。問卷結果依修正型德菲法分別依指標之重要性、可行性、能用性進行選取，依照篩選標準，在子構面為財務收支平衡、醫療保健支出水準、資金籌措的公平性下共中選 9 支指標(中選結果請見表 30)。

此外，本研究針對第一回合財務版德菲法問卷之統計結果進行一次專家會議，目的在釐清定義模糊與意見紛歧之指標，並請專家提供對指標及其定義之修改意見(專家名單如表 32)。經由專家建議，本研究將定義模糊之指標釐清定義並修正。另外，依專家建議在財務收支平衡與醫療保健支出水準子構面下總共增加 3 支新的指標，分別為保費成長率與 GDP 成長率比值、家戶保費支出占家戶所得之比例、與全民健保醫療支出佔 GDP 比例共 12 支指標，並進入第二回合問卷寄送，與德菲法分析結果。

依照第二回合財務版德菲法之分析結果，並考量必須納入資金籌措的公平性之子構面，最後選取 7 支中選指標，指標分別歸類於財務收支平衡、醫療保健支出水準、以及資金籌措的公平性三項子構面(如表 39 所示)。經專家建議之 3 支新增指標：家戶保費支出佔家戶所得之比例、全民健保醫療支出佔 GDP 比例、以及保費成長率與 GDP 成長率比值皆在第二回合財務版德菲法中入選。

最終版財務面 3 項子構面與所對應之 7 支指標如表 39 所示。

(二) 指標選取

(1) 財務收支平衡

經德菲法問卷分析結果，在財務收支平衡子構面，共有 4 項指標中選，分別為保險收支餘絀—權責、保險費率合宜率、家戶保費支出占家戶所得之比例、保費成長率與 GDP 成長率比值，再經利害關係人會議，健保會委員仍想瞭解保險收支季餘絀—權責、安全準備金額及其支付保險給付總額倍數，以及健保會新增保險收支餘絀實際數與預估數之差異百分比，因健保會委員希望有多項指標以瞭解財務收支是如何，進而決定下年保險費率是否需要調整，若盈餘夠多，或許可調降費率；若有短絀，可能需調升費率。

今(2013)年至第三季保險收支季餘絀為 506.86 億元，相較 2012 年同期為 214.28 億元、2011 年為 257.84 億元，今年保險收支盈餘大幅增加，主要原因在於政府增加負擔的部分。二代健保實施後，除調降一般保險費率至 4.91%，也增加補充保險費之收取，並規定政府負擔不得低於健保保險經費扣除法定收入後的 36%，因調降費率與增加補充保費，已增減抵銷，今年保險收支盈餘增加的主因即政府負擔增加，故今年截至第三季之保險盈餘尚可支付一個多月之保險給付金額。再搭配安全準備金額及其支付保險給付總額倍數，以及保險收支餘絀實際數與預估數之差異百分比，可讓健保會委員能全面及時瞭解健保財務收支平衡情形、掌握健保財務收支未來走勢，進而提供下年是否需調整保險費率之決策參考。

保險費率合宜率被列為觀察指標，以瞭解實際保險費率與應計收支平衡費率之差異百分比。2006 年保險費率合宜率為 0%，表示當年保險費率與精算費率一樣，2010 年保險費率合宜率差距最大為-25.15%。至二代健保於 2013 年實施之後，費率改為年度應計之收支平衡費率，故保險費率合宜率之計算改成實際保險費率與年度應計收支平衡費率之差異百分比。

家戶保費支出占家戶所得之比例亦被列為觀察指標，以瞭解家戶保費支出負擔之程度，2001 年為 4.38% 至 2003 年些微增加至 4.63%，因 2002 年 9 月一般保險費率從健保開辦 4.25% 第一次調升至 4.55% 之故，2010 年 4 月一般保險費率第二次調升至 5.17%，故 2010 年家戶保費支出占家戶所得之比例增至 5.33%，今年一般保險費率降為 4.91%，因收取補充保費，補充保險費率為 2%，因此，推估今年家戶保費支出占家戶所得之比例可能會比往年較高。本指標經期末審查委員建議，應為公平性指標，故將此指標移到另一子構面「財源籌措/分配的公平性」中。

保費成長率與 GDP 成長率比值亦被列為觀察指標，以瞭解保費成長速度是否與 GDP 成長速度相近，若比值低於 1，表示保費成長緩慢，恐危及健保財務平衡，2006 年為 0.99，但 2007 年至 2009 年低於 0.5，且 2008 年為負值，至 2010 年才開始大於 1，

因 2010 年 4 月保險費率調升之故。

(2) 醫療保健支出水準

總和專家學者座談討論與德菲法分析結果，在醫療保健支出水準子構面下，最終選取 2 支指標：分別為國民醫療保健支出占 GDP 比例、以及全民健保醫療支出占 GDP 比例。這 2 個指標內容相似並能相輔，可以看成是一組衡量台灣整體醫療支出水準的指標，主要意圖除能反應國家整體醫療保健與照護支出水準外，能針對台灣具單一保險人擁有全民健保制度之獨特性，進而加入全民健保醫療支出占 GDP 比例之指標，用以了解公部門(即全民健保)支付之醫療支出整體態樣。

國民醫療保健支出占 GDP 比例是一個廣為各國使用以衡量國家醫療保健支出水準之指標。國內生產毛額(GDP)是在衡量一個國家整體商品與勞務的經濟產出，而醫療保健支出占 GDP 的比例，是反映醫療保健照護占整體國家經濟產出之份額，此份額也反映醫療保健照護對一國經濟產出的重要性。

過去幾十年來，各國皆面臨醫療保健支出占 GDP 比例節節上升。過去學者也指出有諸多因素會促使醫療保健支出占 GDP 份額上升，例如人民所得的增加、人口老化、健康保險擴充、以及醫療科技進步。更有學者指出醫療科技進步是促使醫療保健支出提高的主要因素。因此，此指標不僅能反映台灣目前醫療保健支出之水準，更能做國際間的比較，以確定支出水準在合理之範圍內。

而全民健保醫療支出占 GDP 的比例即在反映由健保給付的醫療支出占 GDP 的份額。此指標相對於整體醫療保健支出占 GDP 的比例，即能說明醫療支出分別由公部門相較於私部門給付的相對強度。

試算結果顯示，國民醫療保健支出占 GDP 比例約為 6.5%，且在試算期間內(2004-2011)，比例從 2004 年 6.2% 約略上升至 2011 年 6.62%。這個指數與 OECD 國家相比，處於各國比例之下界，比例與土耳其(6.2%)、韓國(6.9%)、墨西哥(6.4%)等國相近。

根據試算結果，全民健保醫療支出占 GDP 比例約為 3.5%，在試算期間內(2005-2011)，比例約略上升，從 2005 年 3.48% 上升至 2011 年 3.61%。這個比例約為國民醫療保健支出比例之 1/2，表示整體國家之國民醫療保健支出，約有二分之一由全民健保給付。國民醫療保健支出，支出來源分別由公部門(全民健保)與私部門(自費)給付約占一半一半。此比例反映了全民健保旨在保障國民基本醫療項目，而另一部份的醫療支出由私部門(自費)支應。

(3) 財源籌措/分配的公平性

依照德菲法的分析結果，在資金籌措公平性子構面下，本研究選取重大傷病醫療支

出比例的指標。此指標是指重大傷病患者醫療費用總額占全民健保醫療支出總額之比例。尤其照顧弱勢、發揮互助精神、避免因病而貧，是全民健保的主要功能與核心價值，而此項指標即能反映健保在保護弱勢之功能與公平性。經期末審查會意專家的建議與研究團隊的再檢視，將此子構面更名為「財源籌措/分配的公平性」，其實原文是 fair financing 應該可以包含籌措甚至分配，也可以讓所中選的指標，更貼近構面意涵與實用。

根據試算結果，重大傷病支出比例約為 30%，比例從 2004 年 29.2% 約略上升至 2012 年 31.6%。此比例表示，全民健保醫療支出約有 1/3 用在重大傷病上。衛生福利部健康保險署統計報告指出，101 年領有重大傷病證明人數約占投保人口之 3.86%，但其醫療費用卻占全民健保總醫療費用近 30%。這表示 4% 的重大傷病患者使用 30% 的健保費用，換言之，國人所繳保費每 100 元即有 30 元是幫助重大傷病患者。這也確實發揮保險互助的精神並彰顯健保核心之價值。

然而，依據健康保險署統計，截至 2012 年底共有 96 萬多人領有重大傷病卡，相較於 2011 年增加 4 萬多人，領卡人數快速增加的幅度必然成為全民健保沉重的負擔。儘管保護弱勢是全民健保之核心價值，但應避免發卡浮濫之情事而造成健保財務之沉重負擔。未來應針對重大傷病卡發卡制度、核發機制、及有效年限加以檢討並調整，期望能將健保資源提供給真正需要之人。

本研究根據修正型德菲法，財務構面共有三個子構面(財務收支平衡、醫療保健支出水準、財源籌措/分配的公平性)，財務收支平衡子構面有 4 項指標，包括保險收支餘絀—權責、保險費率合宜率、家戶保費支出占家戶所得之比例、保費成長率與 GDP 成長率比值；醫療保健支出水準有 2 項指標，包括國民醫療保健支出占 GDP 比例、全民健保醫療支出占 GDP 比例；財源籌措/分配的公平性有 1 項指標，為重大傷病醫療支出比例。最後，再經利害關係人會議，成員包括健保會委員消費者代表，經會議討論後，為利健保會委員能完整瞭解健保財務收支平衡，故新增兩項指標，包括安全準備金額及其支付保險給付總額倍數、保險收支餘絀實際數與預估數之差異百分比，然因計畫時間有限，故本研究計畫針對新增兩項指標，無法提供試算結果。因此，財務構面共有 9 項指標，以監測健保的財務收支平衡、支出水準之適當性，以及財源籌措/分配的公平性。財務面原中選指標與新增指標列表請參考表 81。

表 81 修正後財務面指標列表

構面	子構面	編號	指標名稱	定義	
				分子	分母
財務與 財源籌措	財務收支平衡	1	保險收支餘絀－ 權責	年初至本季保險總收入 - 年初至本季保險總支出	
		8	保險費率合宜率	當年實際保險費率 - 當年應計收支平衡費率 ^{註 1}	當年應計收支平衡費率 ^{註 1}
		N2	保費成長率與 GDP 成長率比值	(本年保費收入 - 去年保費收入) / 去年保費收入	(本年 GDP - 去年 GDP) / 去年 GDP
		新增	安全準備金額及其支付保險給付總額倍數	安全準備金額	保險給付總額
		新增	保險收支餘絀實際數與預估數之差異百分比	保險收支餘絀實際數 - 保險收支餘絀預估數	保險收支餘絀預估數
	醫療保健 支出水準	N1	全民健保醫療支出占 GDP 比例	全民健保醫療支出總額 (百萬元)	國內生產毛額 (百萬元)
		13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	國民醫療保健支出總額 (百萬元)	國內生產毛額 (百萬元)
	財源籌措/分配 的公平性 ^{註 2}	20	重大傷病醫療支出比例	重大傷病總費用點數 ^{註 3}	西醫醫療總費用點數 ^{註 3}
		N3	家戶保費支出占家戶所得之比例 ^{註 4}	家戶保費支出	家戶所得

註： 1. 原指標定義中的精算平衡費率經利害關係人會議專家意見修改為當年應計收支平衡費率，較五年一次的精算平衡費率能夠反映現況。

修正後定義：(當年實際保險費率 - 當年應計收支平衡費率) / 當年應計收支平衡費率。

2. 原子構面名稱為「資金籌措的公平性」，經審查會議修正後，更名為「財源籌措/分配的公平性」。

3. 修正前指標定義為：重大傷病患者醫療費用總額 (百萬元) / 全民健保醫療支出總額 (百萬元)。

4. 原位於財務收支平衡子構面下，經審查會議修正後，調整至財源籌措/分配的公平性子構面。

第三節 研究限制

本研究主要的限制來自於時間的緊迫性，本研究執行七個多月，但所需完成的工作事項相當繁重。因此在執行層面的廣度與深度，面臨相當程度的挑戰。在此限制之下，本研究有以下幾點限制：

- (1) 各界意見的完整性：本研究執行過程中，需要收集多元的看法，因此各界意見的完整收集，即為本研究最主要的工作之一。然而，健保議題所涵蓋層面相當廣泛，不論是政府單位、醫界、學界、民眾、勞方、資方等皆為此議題之利害關係人。然而，除主管機關外，其餘各界的代表人，其實相當難以確定，當然就不容易邀請參與研究；應可更多邀請健保會的委員。本研究雖然在各階段都盡量邀請相關人士參與，但終究無法收集到完整的各方意見。因此，在時間的因素下，本研究在各界意見的收集上，仍有不足之處。
- (2) 評估架構與指標的完整性：此外，在評估構面與指標的選取上，本研究採用量化的方式，使用整體的資料以概念圖示法，用重要性與適當性當標準，選出各評估子構面，並進而進行指標選取。在進行的方式上，本研究之作法符合文獻中所提及的指標發展程序。如上所述，雖然本研究在各項會議人數以及問卷發放的對象，已經遠超出原本計畫所設定之人數。然而，本研究也注意到本研究所產製之架構與指標，可能無法滿足所有利害關係人的觀點。這部分的問題，可能來自於部分指標無法從健保資料所得（如急診候診時間、自費的比例），或者定義不清（如無效醫療）。在時間與資源的限制下，本研究仍可能面臨評估架構的廣度與指標的深度，仍有與時俱進的修正空間。
- (3) 試算資料的正確性：如前所述，本研究之試算指標資料多來自於次級資料分析。以健保資料來說，可能因為申報策略、欄位限制等多重因素影響，以致於資料所描述之現象與現實狀況可能存有落差，此為資料來源之限制。此外，本研究也發現在急性心肌梗塞與中風死亡率的數據上，有偏低的傾向。這部分可能與分母的定義有關，然而囿於時間因素，無法再進行後續的分析。
- (4) 指標實用性的限制：本研究由利害關係人會議中也發現，本研究所選出之部分指標，在實務的應用上仍待加強。因為與參加指標選取的專家組成有關。雖然本研究在醫療面與財務面指標挑選時，已經廣納各界人士，但本研究的指標選取專家群，仍多來自於學界為主，因此判斷指標適用與否乃依照學理或是國際上的使用經驗。故本研究所產生的指標，有可能遇到在實務上解讀或操作不易的情況。

- (5) 本研​​究所得到的醫療面與財務面指標監理，皆屬於平衡計分卡中之落後指標，亦即都是事後才知道得結果，無法預測未來以級及作必要的防範，加上受限於可用的資料與產製指標的時間遞延，均屬後見之明。

第六章 結論與建議

第一節 結論

透過概念圖示、修正型德菲法與分析層級程序法等系統化方法，來建立監理架構、發展監測指標與相對權重等，是為凝聚多種利害關係人共識的嚴謹與可行之作法。在評估架構的部分，根據本研究之結果，本研究提出效果、效率、醫療品質（以上為醫療面）、以及財務與財源籌措（財務面）四項評估構面，共包含九項子構面，在效果構面下，包含健康狀態與病人對照護結果的滿意程度兩項子構面；在效率構面下，包含宏觀效率與資源價值；在醫療品質構面下，包含安全與效能兩項子構面；在財源與財務籌措構面下，包含財務收支平衡、醫療保健支出水準與財源籌措/分配的公平性三項子構面。本計畫共選出 26 支指標（醫療面 17 支及財務面 9 支）。其中 14 支醫療面指標與 7 支財務面指標，可以從健保資料庫與相關來源，得到試算的結果，並就閾值或觀測值之參考數值進行討論。在構面與子構面的相對與絕對權重之次序大致相同，但組成百分比之高低，在相對權重的差異較大。第一層子構面之相對權重以效果最高、醫療品質其次。最後經審查會議修正後，本研究提出之修正後健保評估架構請參考圖 50，整體監理架構與指標監測值請參考表 82。

第二節 建議

（一）對主管機關的建議

1. 在評估架構部分：建議主管機關可參考本研究所提出之評估架構，另行舉行公聽會或公民會議，廣納社會多元的意見。並與本計畫所提出之架構進行修正或整併。雖然公平構面在選取時，並未有任何子構面納入。但本研究認為提供國民均等的就醫機會是健保設置的目的，因此公平這一項構面，仍建議納入評估架構之候補構面，以提醒後續使用時，仍應注意公平的議題是否被滿足。
2. 在指標選擇的部分：本計畫所選出之指標，係經過一連串科學化的方法所建立。然而，在指標的使用上，或許在實務上仍存有調整空間。建議主管機關可邀集使用者進行討論及適當的修正，以符合使用者的需求。此外，透過分析層級程序法之結果，主管機關可依此結果來瞭解健保目前的執行狀況。此外，本研究所產製之指標，部分無法從健保資料中進行試算。建議主管機構可以從其他政府現有資料中取得，或進行常規的資料收集與分析。
3. 在指標後續的應用部分：本研究除建立評估架構外，亦參考世界衛生組織 Monitoring and evaluation of health system strengthening[48]，提出後續應用與評估的機制。一個完整的監測與評估架構，應該包含從投入與過程、產出、結果與影響等成分。還有

從構面與子構面、資料收集、分析與整合、溝通與運用、監測與評估行動(圖 50)。其中構面與子構面的投入與過程，應包含政策、財務與財源籌措以及組織面等部份。資料的收集包含來自行政資源、機構評估、人群調查以及臨床報告系統。分析與整合包含重視資料品質、估計與預測、深入研究、運用研究結果、評估健康保險制度之過程、機校與效率。溝通與運用包含針對特定目標與全面性報告、規律評估過程與公開報告。監測與評估行動包含協助過程監控與資源追蹤、執行監控、健康保險制度監控、涵蓋率監控、影響監控、以及強化健康資訊系統等。可以得知構面子構面與指標之選取並不完整，還需要考量資料來源以及後續的應用，例如國際比較、內部改善、外部課責、資訊公開、或是評鑑等；指標的應用上更應該納入使用者(例如付費者)之觀點，在實務之應用上能提供更有用之結果。包含整合分析與各種對外的運用與持續之行動，方能從短期的產出，到中期的結果以及長期的影響。

4. 健保會監理的目的，至少可以包含財務面的收支平衡與醫療面的盡責，是否買到正確有效率價值之服務與結果，範疇不應只限於健保署，還有醫療機構與被保險人等，所以能從其他資料來源，取得相關重要資訊並無不妥，當然就可行性而言，要優先取自健保申報資料，但不需設限；從修正後的評估架構中(圖 50)可以得知，資料來源的多元性非單一性，不僅要有次級資料；初級資料、甚至全國調查，都有其重要性，當發覺到需要改善的問題，後續的行動則需要啟動健保署、國民健康署、疾病管制署等衛福部之協助與合作，方能達成監理的考量，發揮更大的效果。

(二) 對後續研究的建議

健保實施十餘年來，迄今仍未有評估架構，以供主管機關、各界人士瞭解其運作狀況。本研究雖已建立架構雛形，但囿於時間之不足，在深度與廣度仍有精進之空間。後續研究可參照本研究之基礎，繼續邀集多元利害關係人，採用名目團體技巧、公民會議、利害關係人回饋[98, 134]或其他共識建立之作法，進行深入討論，搭配多元資療來源之資料佐證，定期審視與持續監控評估，讓評估架構之建立與後續之應用得以與國際上之做法與內涵接軌，產生實質之中長期成效。

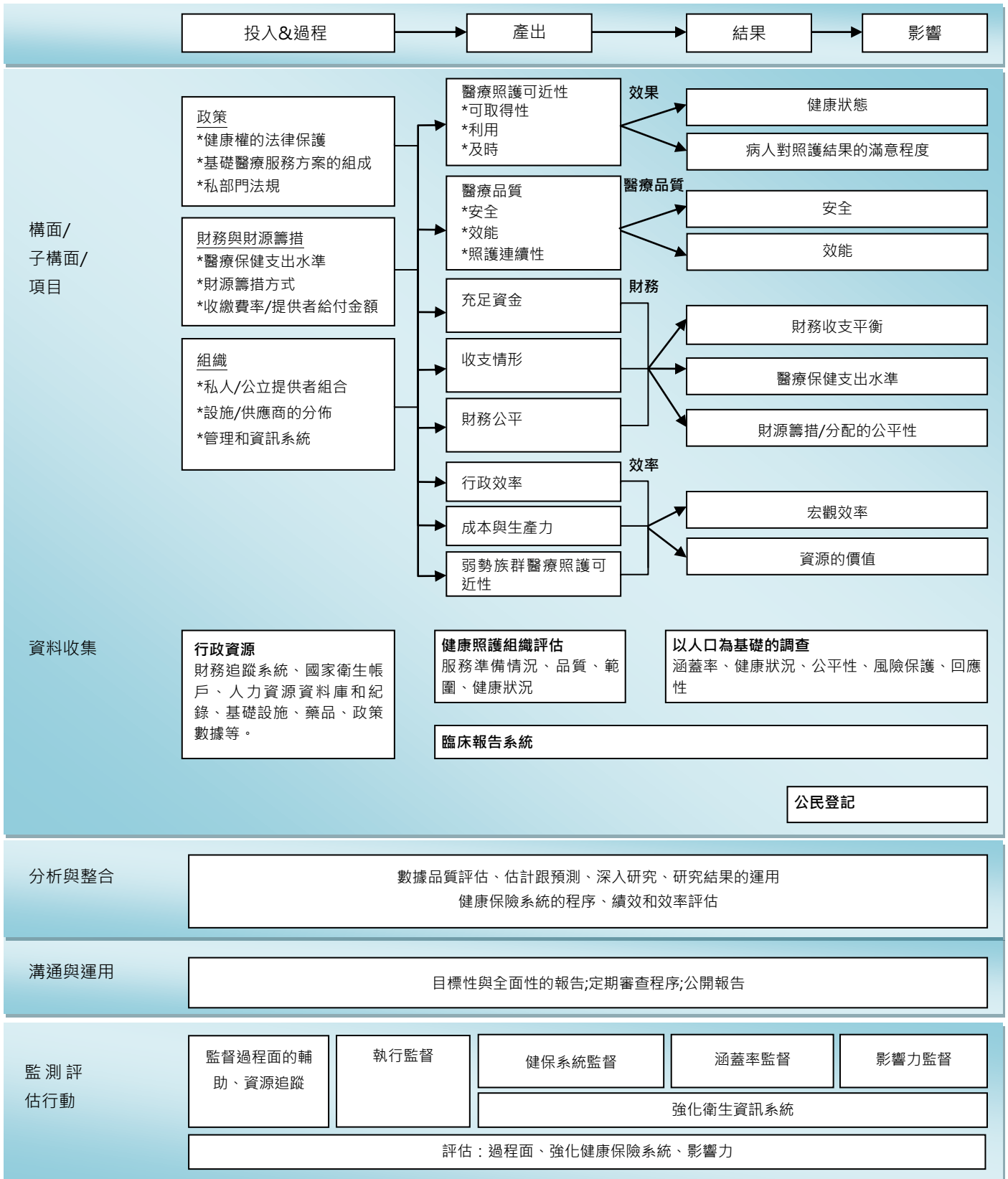


圖 50 修正後台灣健保監理架構

資料來源：本研究整理

表 82 整體監理架構與指標監測值

監理構面	監理子構面	監理指標	監理時程	計算方式	監測值 [#] /燈號	資料來源	
整體監理架構	健康狀態	平均餘命 ^{註1}	年	定常人口累積數/生存數	OECD 前 10%	內政部統計處	
		未滿月新生兒死亡率 ^{註2}	年	(出生一個月以內之嬰兒死亡數/活嬰數)*1,000	OECD 前 10%	衛生福利部統計處	
		孕產婦死亡率 ^{註3}	年	(一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產總數)*100,000	OECD 前 10%	衛生福利部統計處	
		乳癌五年觀察存活率	年	在被診斷為乳癌後存活了五年的女性病人人數/被診斷為乳癌的女性病人	OECD 前 25%	衛生福利部國民健康署	
	病人對照護結果的滿意程度	對醫療院所整體醫療品質滿意度 ^{註4}	年	將「顧客服務滿意度調查」中，醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算	95% CI / UCL-LCL	衛生福利部中央健康保險署	
	效率	宏觀效率	急性一般病床平均住院天數	年	急性一般病床住院日數/急性一般病床住院申請件數	OECD 前 25%	衛生福利部統計處
		資源的價值	DRG 案件三天內重返急診率 ^{註5}	季	三日內重返急診的案件數/DRG 個案出院案件數	95% CI / UCL-LCL	衛生福利部健康資料增值應用協作中心分析資料
			癌症病人轉介安寧照護比率	年	轉介安寧照護之病人數/所有癌症病人數	95% CI / UCL-LCL	衛生福利部中央健康保險署「安寧共同照護個案登錄系統(VPN)」
			高診次病患門診用藥日數重複率	年	按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶,計算每個 ID 的重複給藥日份加總/給藥案件之給藥日份加總	95% CI / UCL-LCL	衛生福利部健康資料增值應用協作中心分析資料

醫療品質	安全	手術傷口感染	季	次診斷碼為 996.6,998.1,998.3,998.5 的病人/所有住院手術病人數	95% CI/ UCL-LCL	衛生福利部健康 資料加值應用協 作中心分析資料	
		加護病房呼吸器相關肺炎 發生密度	年	使用呼吸器而引起肺炎之住院病人 數/加護病房使用呼吸器人日數	95% CI/ UCL-LCL	衛生福利部健康 資料加值應用協 作中心分析資料	
		在 6 個月內,加護病房新發 抗藥性金黃色葡萄球菌 (MRSA)無菌醫療感染率	半年	在 6 個月內 ICU 新發抗藥性金黃色 葡萄球菌(MRSA)無菌醫療相關感 染的總數/6 個月內 ICU 總住院人日	95% CI/ UCL-LCL	衛生福利部健康 資料加值應用協 作中心分析資料	
	效能	急性心肌梗塞死亡率:排除 轉院個案	季	分母中之死亡個案數/18 歲以上且 主診斷為急性心肌梗塞之病患	95% CI/ UCL-LCL	衛生福利部健康 資料加值應用協 作中心分析資料	
		冠狀動脈繞道術死亡率	季	分母中之死亡個案數/40 歲以上住 院手術碼為冠狀動脈繞道術患者數	95% CI/ UCL-LCL	衛生福利部健康 資料加值應用協 作中心分析資料	
		急性中風死亡率	季	分母中死亡個案數/18 歲以上主診 斷碼為中風之患者數	95% CI/ UCL-LCL	衛生福利部健康 資料加值應用協 作中心分析資料	
		左心室收縮功能不全病患 出院時開立血管收縮素轉 換酶抑制劑(ACEI)或血管 收縮素受體阻斷劑(ARB)	季	出院時開立血管收縮素轉換酶抑制 劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑 人數/18 歲以上左心室收縮功能不 全心臟衰竭病患	95% CI/ UCL-LCL	衛生福利部健康 資料加值應用協 作中心分析資料	
		肺炎死亡率	季	分母中之死亡個案/18 歲以上肺炎 患者	95% CI/ UCL-LCL	衛生福利部健康 資料加值應用協 作中心分析資料	
	財務與財 源籌措	財務收支平衡	保險收支餘絀—權責 ^{註6}	季	年初至本季保險總收入-年初至本 季保險總支出		全民健康保險署 業務執行報告
			保險費率合宜率	季	(當年實際保險費率-當年總額應計		總額應計收支平

				收支平衡費率)/當年總額應計收支平衡費率		衡費率報告
		保費成長率與 GDP 成長率比值	年	分子：(本年保費收入-去年保費收入)/去年保費收入 分母：(本年 GDP-去年 GDP)/去年 GDP		健保業務執行報告、行政院主計處國民所得統計常用資料
		安全準備金額及其支付保險給付總額倍數	季	安全準備金額/保險給付總額	綠燈： $x \geq 1.5$ 黃燈： $1 \leq x < 1.5$ 紅燈： $x < 1$	健保業務執行報告
		保險收支餘絀實際數與預估數之差異百分比	季	(保險收支餘絀實際數-保險收支餘絀預估數)/保險收支餘絀預估數		健保業務執行報告
	醫療保健支出水準	全民健保醫療支出占 GDP 比例	年	全民健保醫療支出總額(百萬元)/國內生產毛額(百萬元)		健保業務執行報告、行政院主計處國民所得統計常用資料
		國民醫療保健支出占 GDP 比例 ^{註7}	年	國民醫療保健支出總額(百萬元)/國內生產毛額(百萬元)		衛生福利部統計處、行政院主計處國民所得統計常用資料
	財源籌措/分配的公平性	重大傷病醫療支出比例 ^{註8}	年	重大傷病總費用點數/西醫醫療總費用點數		為全民健康保險會總額支付制度協商指標要覽
		家戶保費支出占家戶所得之比例	年	家戶保費支出/家戶所得		行政院主計處家庭收支調查

監測值說明：在監測值的部份，醫療面的指標非常不容易訂定出來，從國際比較的經驗，在正向品質指標部分多以 75-90% 為閾值，滿意度指標教主觀缺少比較基礎，結果面(死亡率)的指標需要有風險較正之考量，過程面的指標則以文獻中實證結果為參考，但有定義出入或不完全一致之疑慮。故本研究從資料面提出 95% 信賴區間(CI)，加減兩個標準差作參考值，超過則需注意，更嚴格則是以 SPC 管制圖的加減三個標準差作為管制上下限，來判斷隨機變異與特殊原因變異。財務面則看增減趨勢來判斷，並無特定可參考資料。

註：

1. 重覆指標：平均餘命。出處：衛生福利部全民健康保險會「總額支付制度協商參考指標要覽：二、醫療供需參考指標」。
2. 相似指標：嬰兒死亡率。出處：衛生福利部全民健康保險會「總額支付制度協商參考指標要覽：二、醫療供需參考指標」。
3. 重覆指標：孕產婦死亡率。出處：衛生福利部全民健康保險會「總額支付制度協商參考指標要覽：二、醫療供需參考指標」。
4. 相似指標：對醫院整體醫療品質滿意度。出處：衛生福利部全民健康保險會「總額支付制度協商參考指標要覽：柒、醫院總額支付制度：六、民眾滿意度變化情形」。
5. 相似指標：住院案件出院後 3 日內急診率。出處：衛生福利部全民健康保險會「總額支付制度協商參考指標要覽：柒、醫院總額支付制度：五、醫療品質指標」。
6. 相似指標：全民健保收支餘絀。出處：衛生福利部全民健康保險會「總額支付制度協商參考指標要覽：貳、付費能力與醫療供需：一、付費者能力參考指標」。
7. 重覆指標：國民醫療保健支出占 GDP 比率。出處：衛生福利部全民健康保險會「總額支付制度協商參考指標要覽：貳、付費能力與醫療供需：一、付費者能力參考指標」。
8. 重覆指標：重大傷病占率。出處：衛生福利部全民健康保險會「總額支付制度協商參考指標要覽：壹、全民健保醫療給付費用配置：一、醫療費用支出及醫療服務利用概況」。

參考文獻

1. Yach, D., 'Health-for-All' in the twenty-first century: a global perspective. *Natl Med J India*, 1997. **10**(2): p. 82-9.
2. Cheng, S.H. and T.L. Chiang, *The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan. Results from a natural experiment.* *JAMA*, 1997. **278**(2): p. 89-93.
3. Lu, J.F.R. and W.C. Hsiao, *Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan.* *Health Affairs*, 2003. **22**(3): p. 77-88.
4. Chen, L., et al., *The effects of Taiwan's National Health Insurance on access and health status of the elderly.* *Health Economics*, 2007. **16**(3): p. 223-242.
5. 辛炳隆 and 薛立敏, 全民健保部分負擔新制之評估, 2000, 行政院研究發展考核委員會.
6. Chen, L.C., E.I. Schafheutle, and P.R. Noyce, *The impact of nonreferral outpatient co-payment on medical care utilization and expenditures in Taiwan.* *Res Social Adm Pharm*, 2009. **5**(3): p. 211-24.
7. Huang, J.H. and C.M. Tung, *The effects of outpatient co-payment policy on healthcare usage by the elderly in Taiwan.* *Arch Gerontol Geriatr*, 2006. **43**(1): p. 101-16.
8. Lee, Y.C., et al., *Impacts of cost containment strategies on pharmaceutical expenditures of the National Health Insurance in Taiwan, 1996-2003.* *Pharmacoeconomics*, 2006. **24**(9): p. 891-902.
9. 蔡貞慧, 張鴻仁, and 王本仁, 2002 年調整保費及部分負擔對全民健康保險財務公平性之影響. *人文及社會科學集刊*, 2005. **17**(1): p. 1-31.
10. 張佳琪 and 黃文鴻, 健保支付制度對全髖及全膝關節置換手術療利用情形之影響. *臺灣公共衛生雜誌*, 2001. **20**(6): p. 440-450.
11. Chen, B.H., et al., *Comparison of appendectomy medical expense and clinical outcome between fee for service and prospective payment system.* *Kaohsiung J Med Sci*, 2000. **16**(6): p. 293-8.
12. Tsai, W.C., P.T. Kung, and W.C. Chang, *Influences of market competition on dental care utilization under the global budget payment system.* *Community Dent Oral Epidemiol*, 2007. **35**(6): p. 459-64.
13. Chen, F.J., et al., *Providers' responses to global budgeting in Taiwan: what were the initial effects?* *Health Serv Manage Res*, 2007. **20**(2): p. 113-20.
14. Cheng, S.H., C.C. Chen, and W.L. Chang, *Hospital response to a global budget program under universal health insurance in Taiwan.* *Health Policy*, 2009. **92**(2-3): p. 158-64.
15. Cheng, S.H., I.S. Jan, and P.C. Liu, *The soaring mechanic ventilator utilization under a universal health insurance in Taiwan.* *Health Policy*, 2008. **86**(2-3): p. 288-94.

16. Hsueh, Y., S. Lee, and Y. Huang, *Effects of global budgeting on the distribution of dentists and use of dental care in Taiwan*. Health Services Research, 2004. **39**(6 Pt 2): p. 2135.
17. Lee, M.C. and A.M. Jones, *How did dentists respond to the introduction of global budgets in Taiwan? An evaluation using individual panel data*. Int J Health Care Finance Econ, 2004. **4**(4): p. 307-26.
18. 黃國哲, et al., 總額支付制度實施後醫院的適應策略分析. 臺灣公共衛生雜誌, 2007. **26**(4): p. 283-291.
19. Lin, H.C., S. Xirasagar, and C.H. Tang, *Costs per discharge and hospital ownership under prospective payment and cost-based reimbursement systems in Taiwan*. Health Policy Plan, 2004. **19**(3): p. 166-76.
20. 莊逸洲, 盧成皆, and 陳理, 論量計酬與論病例計酬之支付制度對費用結構與品質之影響：以長庚醫院之剖腹生產與陰道分娩為例. 中華公共衛生雜誌, 1997. **16**(2): p. 149-159.
21. 李冬峰 and 吳肖琪, 論病例計酬實施前後冠狀動脈繞道手術病患死亡情形. 臺灣公共衛生雜誌, 2004. **23**(4): p. 305-315.
22. Tsai, Y.W., et al., *The effect of changing reimbursement policies on quality of in-patient care, from fee-for-service to prospective payment*. Int J Qual Health Care, 2005. **17**(5): p. 421-6.
23. 簡麗年 and 吳肖琪, 論病例計酬實施前後全股（髖）關節置換術病患出院後 30 日內的再住院情形. 臺灣公共衛生雜誌, 2003. **22**(1): p. 69-78.
24. Lin, H.C., S. Xirasagar, and S. Kao, *Association of hospital ownership with patient transfers to outpatient care under a prospective payment system in Taiwan*. Health Policy, 2004. **69**(1): p. 11-9.
25. 錢慶文 and 邱瓊慧, 醫院因應外在環境變化之能力研究：以闌尾切除術實施論病例計酬制度為例. 中華公共衛生雜誌, 1999. **18**(6): p. 432-444.
26. 許惠恒, 糖尿病醫療給付改善方案在某醫學中心實施成效探討, 2002, 台灣大學醫療機構管理研究所 碩士論文.
27. 林紹雯, et al., 糖尿病共同照護網實施成效：中部某區域醫院為例. 健康促進暨衛生教育雜誌, 2003(23 期): p. 12.
28. 徐慧君, et al., 糖尿病患介入疾病管理在經濟面、臨床面及滿意度成效評估之初探－以南部某區域醫院糖尿病病患為例. 醫務管理期刊, 2004(5 卷 2 期): p. 21.
29. 賴美月, 探討糖尿病論質計酬改善方案對於中部某醫學中心糖尿病病患之實施效果, 2005, 中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文.
30. 林佳樺, 加入論質計酬之糖尿病病患其遵醫性與照護結果之相關性, in 中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士班學位論文 2006, 中國醫藥大學. p. 118.
31. 李待弟, 全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案初步影響評估, in 臺灣大學衛生政策與管理研究所學位論文 2007, 臺灣大學. p. 138.

32. 李玉春, 陳珮青, and 郭年真, 台灣地區醫療院所糖尿病照護品質之監控及比較研究, 2005, 行政院衛生署國民健康局.
33. Lee, T.T., et al., *A pay-for-performance program for diabetes care in Taiwan: a preliminary assessment*. *Am J Manag Care*, 2010. **16**(1): p. 65-9.
34. 林文德, et al., 以傾向分數配對法評估糖尿病論質計酬方案之成效. 臺灣公共衛生雜誌, 2010. **29**(1): p. 54-63.
35. 賴美淑, et al., 乳癌試辦方案五年效益評估, 2008, 中央健康保險局.
36. 翁慧卿, 全民健保連續性完整照護氣喘病患之疾病管理模式先導研究(行政院衛生署96年度委託研究計畫), 2003年.
37. 劉慧俐;黃明賢;王鴻昌, 全民健保各層級醫療院所氣喘疾病管理模式之質性探討—以高屏分局為例, 2006, 醫務管理期刊, 7卷1期.
38. Li, Y.H., et al., *The effects of pay-for-performance on tuberculosis treatment in Taiwan*. *Health Policy Plan*, 2010.
39. Veillard, J., et al., *A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project*. *Int J Qual Health Care*, 2005. **17**(6): p. 487-96.
40. Mattke, S., A.M. Epstein, and S. Leatherman, *The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background*. *Int J Qual Health Care*, 2006. **18 Suppl 1**: p. 1-4.
41. Vallejo, P., et al., *A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework*. *Int J Qual Health Care*, 2006. **18**(5): p. 327-35.
42. 鍾國彪, 品質指標的發展與應用----以JCAHO的Core measure為例. 景福醫訊, 2005.
43. Harolds, J.A. and J.K. Merrill, *The physician quality reporting initiative: what is it, will it increase health care quality, and should wide participation be encouraged?* *Clin Nucl Med*, 2011. **36**(2): p. 118-20.
44. Stulberg, J., *The physician quality reporting initiative--a gateway to pay for performance: what every health care professional should know*. *Qual Manag Health Care*, 2008. **17**(1): p. 2-8.
45. McGlynn, E.A., et al., *The quality of health care delivered to adults in the United States*. *N Engl J Med*, 2003. **348**(26): p. 2635-45.
46. Aday, L.A., *Evaluating the healthcare system : effectiveness, efficiency, and equity*. 2nd ed. 1998, Chicago: Health Administration Press. xvii, 334 p.
47. Kruk, M.E. and L.P. Freedman, *Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature*. *Health Policy*, 2008. **85**(3): p. 263-76.
48. WHO, et al., *Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework.*, 2010.
49. Monitor (UK), *Compliance Framework 2013/14*, 2013.

50. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America., *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*. 2001, Washington, D.C.: National Academy Press. xx, 337 p.
51. Department of Health, *The NHS performance assessment framework*, 1999.
52. 行政院二代健保規劃小組, *行政院二代健保規劃小組總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度*, 2004.
53. Department of Health, NHS Finance, and Performance & Operations Directorate. *NHS Performance Framework 2012-13: Implementation Guidance*. 2012/3/30]; To support the application of the NHS Performance Framework. To inform Strategic Health Authorities (SHAs) as the regional system managers and when they should intervene to address poor performance. To inform NHS organisations of the criteria against which performance will be assessed.]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-performance-framework-2012-13>.
54. World Health Organization, *The world health report 2000 - Health systems: improving performance.*, 2000.
55. Atun, R.A., et al., *Introducing a complex health innovation--primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation)*. Health Policy, 2006. **79**(1): p. 79-91.
56. Kohn, L.T., J. Corrigan, and M.S. Donaldson, *To err is human : building a safer health system*. 2000, Washington, D.C.: National Academy Press. xxi, 287 p.
57. The Commonwealth Fund, *First report and recommendations of the commonwealth fund's international working group on quality indicators :A Report to Health Ministers of Australia, Canada, New Zealand, the United Kingdom, and the United States*, 2004.
58. 行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會, *2012 醫療品質政策白皮書*, 2012.
59. 江筱薇, *醫院評鑑持續性監測制度介紹*. 醫療品質雜誌, 2010. **4**(5): p. 57-60.
60. 周美儀, et al., *2011 年「醫院評鑑持續性監測制度」試辦作業成果分享*. 醫療品質雜誌, 2012. **6**(2): p. 58-62.
61. 鍾國彪, et al., *發展臺灣醫療品質指標共同加值平台先驅計畫*, 2011, 行政院衛生署 100 年委託研究.
62. 劉宜君, *從民眾觀點建立健保政策績效指標：「重要性－績效分析法」之應用*. 社會政策與社會工作學刊, 2009. **13**(2): p. 143-186.
63. 林昭吟, et al., *二代健保保費改革方案預評估－民眾與菁英對改革方案之認知與偏好的比較*. 行政暨政策學報, 2007(44): p. 43-78.
64. 劉宜君, *菁英與民眾對於政策意見之一致性研究：健保政策評估指標之案例分析*. 臺大社會工作學刊, 2011. **24**: p. 1-37.
65. Schatz, M., et al., *Pay for performance for the allergist-immunologist: Potential promise and problems*. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2007. **120**(4): p. 769-775.
66. Scott, I.A., *Pay for performance in health care: strategic issues for Australian*

- experiments*. Medical Journal of Australia, 2007. **187**(1): p. 31-5.
67. Pierce, R.G., K.J. Bozic, and D.S. Bradford, *Pay for performance in orthopaedic surgery*. Clinical Orthopaedics and Related Research, 2007(457): p. 87-95.
 68. Gonzalez, C.M., et al., *Pay for performance: Rationale and potential implications for urology*. Journal of Urology, 2007. **178**(2): p. 402-408.
 69. Berven, S., et al., *Pay-for-performance - Considerations in application to the management of spinal disorders*. Spine, 2007. **32**(11): p. S33-S38.
 70. Bozic, K.J., A.R. Smith, and D.R. Mauerhan, *Pay-for-performance in orthopedics - Implications for clinical practice*. Journal of Arthroplasty, 2007. **22**(6): p. 8-12.
 71. Doran, T., et al., *Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom*. New England Journal of Medicine, 2006. **355**(4): p. 375-384.
 72. Rosenthal, M.B., et al., *Employers' use of value-based purchasing strategies*. Jama-Journal of the American Medical Association, 2007. **298**(19): p. 2281-2288.
 73. Josephson, M.A., et al., *Performance measurement in pneumonia care: Beyond report cards*. Mayo Clinic Proceedings, 1998. **73**(1): p. 5-9.
 74. Ullman, M., et al., *Performance measurement in prostate cancer care: Beyond report cards*. Urology, 1996. **47**(3): p. 356-365.
 75. Nelson, E.C., et al., *Performance-Measures and Measurement - Report Cards or Instrument Panels - Who Needs What*. Joint Commission Journal on Quality Improvement, 1995. **21**(4): p. 155-166.
 76. Jordan, H.S., J.H. Straus, and M.H. Bailit, *Performance-Measures and Measurement - Reporting and Using Health Plan Performance Information in Massachusetts*. Joint Commission Journal on Quality Improvement, 1995. **21**(4): p. 167-177.
 77. Tu, J.V., et al., *Problems for clinical judgement: 4. Surviving in the report card era*. Canadian Medical Association Journal, 2001. **164**(12): p. 1709-1712.
 78. Mannion, R. and M. Goddard, *Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2003. **9**(2): p. 277-286.
 79. Omalley, C., *Quality measurement for health systems: Accreditation and report cards*. American Journal of Health-System Pharmacy, 1997. **54**(13): p. 1528-1535.
 80. Collopy, B.T., *Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care*. International Journal for Quality in Health Care, 2000. **12**(3): p. 211-216.
 81. Houghton, G., *General-Practitioner Reaccreditation - Use of Performance Indicators*. British Journal of General Practice, 1995. **45**(401): p. 677-681.
 82. Feinstein, A.R., *Is "quality of care" being mislabeled or mismeasured?* American Journal of Medicine, 2002. **112**(6): p. 472-478.
 83. Heath, I., J. Hippisley-Cox, and L. Smeeth, *Measuring performance and missing the point?* British Medical Journal, 2007. **335**(7629): p. 1075-1076.
 84. McKee, M., A.M. Rafferty, and L. Aiken, *Measuring hospital performance: are we*

- asking the right questions?* Journal of the Royal Society of Medicine, 1997. **90**(4): p. 187-191.
85. Appleby, J. and A. Thomas, *Measuring performance in the NHS: what really matters?* British Medical Journal, 2000. **320**(7247): p. 1464-1467.
86. Gibberd, R.W., *Performance measurement: is it now more scientific?* International Journal for Quality in Health Care, 2005. **17**(3): p. 185-186.
87. Eddy, D.M., *Performance measurement: Problems and solutions.* Health Affairs, 1998. **17**(4): p. 7-25.
88. Thompson, B.L. and J.R. Harris, *Performance measures - Are we measuring what matters?* American Journal of Preventive Medicine, 2001. **20**(4): p. 291-293.
89. McGlynn, E.A., *Six challenges in measuring the quality of health care.* Health Affairs, 1997. **16**(3): p. 7-21.
90. Campbell, S.M., et al., *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care.* Quality & Safety in Health Care, 2002. **11**(4): p. 358-364.
91. 游宗憲 and 賴美淑, *建構醫療品質指標方法文獻之回顧.* 台灣醫學, 2009. **13**(2): p. 174-180.
92. Chien, C.R., et al., *Quality of care for lung cancer in Taiwan: a pattern of care based on core measures in the Taiwan Cancer Database registry.* J Formos Med Assoc, 2008. **107**(8): p. 635-43.
93. Chung, K.P., et al., *Is quality of colorectal cancer care good enough? Core measures development and its application for comparing hospitals in Taiwan.* BMC Health Serv Res, 2010. **10**: p. 27.
94. Chung, K.P., et al., *Organization-based performance measures of cancer care quality: core measure development for breast cancer in Taiwan.* Eur J Cancer Care (Engl), 2008. **17**(1): p. 5-18.
95. Brook, R.H., et al., *A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies.* Int J Technol Assess Health Care, 1986. **2**(1): p. 53-63.
96. 廖熏香, *台灣醫療品質指標計畫介紹*, in *醫療品質指標理論與應用*. 2003, 合記: 台北. p. 31-51.
97. Chiu, W.T., et al., *Development and implementation of a nationwide health care quality indicator system in Taiwan.* International Journal for Quality in Health Care, 2007. **19**(1): p. 21-28.
98. Chung, K.P., et al., *Organization-based performance measures of cancer care quality: core measure development for breast cancer in Taiwan.* European Journal of Cancer Care, 2008. **17**(1): p. 5-18.
99. 行政院衛生署國民健康局. *發展核心測量指標成果摘要*. 2009/02/10]; Available from:
http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250034&Class=2&No=200802140004.

100. Trochim, W., *Outcome pattern matching and program theory. Evaluation and program Planning*,. Vol. 12. 1989.
101. Trochim, W. and M. Kane, *Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care*. Int J Qual Health Care, 2005. **17**(3): p. 187-91.
102. Marshall, M.N., et al., *Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom*. Health Aff (Millwood), 2003. **22**(3): p. 134-48.
103. Nabitz, U., W. van Den Brink, and P. Jansen, *Using concept mapping to design an indicator framework for addiction treatment centres*. Int J Qual Health Care, 2005. **17**(3): p. 193-201.
104. Burke, J.G., et al., *An introduction to concept mapping as a participatory public health research method*. Qual Health Res, 2005. **15**(10): p. 1392-410.
105. L. Graham, et al., *Translating Cancer Control Research Into Primary Care Practice: A Conceptual Framework*. . American Journal of Lifestyle Medicine, 2008. **2**(3): p. 241 - 249.
106. Valentine, K., *Contributions to the theory of care*. . Eval Program Plann 1989. **12**: p. 17-24.
107. van Nieuwenhuizen, C., et al., *The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2001. **36**(1): p. 36-44.
108. van der Waal, M.A., A.F. Casparie, and C.J. Lako, *Quality of care: a comparison of preferences between medical specialists and patients with chronic diseases*. Soc Sci Med, 1996. **42**(5): p. 643-9.
109. Southern, D.M., et al., *Integration of primary health care services: perceptions of Australian general practitioners, non-general practitioner health service providers and consumers at the general practice-primary care interface*. Eval Program Plann, 2002. **25**: p. 47-59.
110. Johnsen, J.A., D.E. Biegel, and R. Shafran, *Concept mapping in mental health: uses and adaptations*. Eval Program Plann, 2000. **23**: p. 67-75.
111. Barr, J.K., et al., *Methodological issues in public reporting of patient perspectives on hospital quality*. Jt Comm J Qual Saf, 2004. **30**(10): p. 567-78.
112. Holm, T., et al., *Influence of hospital- and surgeon-related factors on outcome after treatment of rectal cancer with or without preoperative radiotherapy*. Br J Surg, 1997. **84**(5): p. 657-63.
113. Chocholik, J.K., et al., *The determination of relevant goals and criteria used to select an automated patient care information system: a Delphi approach*. J Am Med Inform Assoc, 1999. **6**(3): p. 219-33.
114. Simoens, S., *Using the Delphi technique in economic evaluation: time to revisit the oracle?* J Clin Pharm Ther, 2006. **31**(6): p. 519-22.
115. Campbell, S.M., et al., *How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about*

- primary mental health care and what factors influence their ratings?* Qual Saf Health Care, 2004. **13**(6): p. 428-34.
116. Telford, R., J.D. Boote, and C.L. Cooper, *What does it mean to involve consumers successfully in NHS research? A consensus study.* Health Expect, 2004. **7**(3): p. 209-20.
 117. Campbell, S.M. and J.A. Cantrill, *Consensus methods in prescribing research.* J Clin Pharm Ther, 2001. **26**(1): p. 5-14.
 118. Singh, K., B.L. Lee, and M.R. Wilson, *A panel assessment of glaucoma management: modification of existing RAND-like methodology for consensus in ophthalmology. Part II: Results and interpretation.* Am J Ophthalmol, 2008. **145**(3): p. 575-581.
 119. Saaty, T.L. and L.G. Vargas, *Models, methods, concepts & applications of the analytic hierarchy process.* International series in operations research & management science ;, 2001, Boston: Kluwer Academic Publishers.
 120. McGlynn, E.A. and S.M. Asch, *Developing a clinical performance measure.* American Journal of Preventive Medicine, 1998. **14**(3): p. 14-21.
 121. Ashton, C.M., et al., *A Method of Developing the Weighting Explicit Process of Care Criteria for Quality Assessment.* Medical Care, 1994. **32**(8): p. 755-770.
 122. Rubin, H.R., P. Pronovost, and G.B. Diette, *From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator.* International Journal for Quality in Health Care, 2001. **13**(6): p. 489-496.
 123. Institute of Medicine (U.S.) and ebrary Inc., *Crossing the quality chasm*, in *Richard and Hinda Rosenthal lectures 2001.2003*, National Academy Press: Washington, D.C. p. vii, 38 p.
 124. Jhung, M.A. and S.N. Banerjee, *Administrative Coding Data and Health Care-Associated Infections.* Clinical Infectious Diseases, 2009. **49**(6): p. 949-955.
 125. Iezzoni, L.I., *Assessing quality using administrative data.* Ann Intern Med, 1997. **127**(8 Pt 2): p. 666-74.
 126. Katz, A., et al., *Can the quality of care in family practice be measured using administrative data?* Health Serv Res, 2006. **41**(6): p. 2238-54.
 127. Wray, N.P., et al., *Using administrative databases to evaluate the quality of medical care: a conceptual framework.* Soc Sci Med, 1995. **40**(12): p. 1707-15.
 128. Hirschhorn, L.R., J.S. Currier, and R. Platt, *Electronic surveillance of antibiotic exposure and coded discharge diagnoses as indicators of postoperative infection and other quality assurance measures.* Infect Control Hosp Epidemiol, 1993. **14**(1): p. 21-8.
 129. Lindsay, M.P., et al., *Validation of administrative databases using a registry data source: Implications for research on quality of stroke care.* Stroke, 2005. **36**(2): p. 477.
 130. Tang, P.C., et al., *Comparison of methodologies for calculating quality measures*

- based on administrative data versus clinical data from an electronic health record system: implications for performance measures.* J Am Med Inform Assoc, 2007. **14**(1): p. 10-5.
131. Stevenson, K.B., et al., *Administrative coding data, compared with CDC/NHSN criteria, are poor indicators of health care-associated infections.* American journal of infection control, 2008. **36**(3): p. 155-64.
 132. Marilyn K. Hart and R.F. Hart 原著, 陳宗泰譯 鍾國彪審閱; *健康照護的統計流程管制.* 2007, 臺北市: 商湯姆生.
 133. Wen, C.P., S.P. Tsai, and W.S. Chung, *A 10-year experience with universal health insurance in Taiwan: measuring changes in health and health disparity.* Ann Intern Med, 2008. **148**(4): p. 258-67.
 134. Chung, K.P., et al., *Is quality of colorectal cancer care good enough? Core measures development and its application for comparing hospitals in Taiwan.* BMC Health Services Research, 2010. **10**.

附錄

附錄一 期中審查意見修正對照表

項目	期中審查意見	修正情形
一、 綜合 審查 意見	<p>1. 國內外文獻部分：</p> <p>(1) 國外文獻資料整理完備，值得肯定。請將原文部分（如第 3-27、36、50-53、92 頁等）於期末報告翻譯成中文，以利參考。</p> <p>(2) 相關文獻蒐集完整，對我國健保監理指標具高度參考價值，建議於期末報告重新整理、論述，並強化評析部分，以利未來政策參採時引用。</p> <p>(3) 整理國外文獻作為國內監理指標之參考時，其立論理由及價值應更具體、明確，並提出具體建議。</p> <p>2. 專家會議與問卷：為研擬國內健保評估架構，已舉辦兩次座談會，符合預定進度；除第二次座談會紀錄逐字稿待補齊外，發放專家問卷 59 份(回收率 62%)，建議持續催收。</p> <p>3. 構面建立：</p> <p>(1) 第 35 頁之子構面，請於期末報告呈現具體測量方式。</p> <p>(2) 評估架構之建立與監理指標之選定，都與評估和監理之目的息息相關，故釐清全民健保業務之主要目的至為重要，建議對此能多著墨。</p> <p>(3) 參與者之關心構面與對健保業務目標之認定，可能有極大差異，故進而所選取之構面與指標，可能有相當差距；研究中將不同背景理念之專家學者所選取之指標混合評比，以平均值最高之適當性及重要性為選擇基準，此做法可能有現實處理上不得不然之處，惟應於期末報告對此種研究方法之缺失加以討論。</p> <p>4. 內容勘誤及其他：</p> <p>(1) 第 41 頁圖表「75%對 75%」應改為「75 百分位對 75 百分位」。</p> <p>(2) 第 15 頁第 2 段第 3 行至第 11 行，</p>	<p>(1) 已將本研究草擬的監理架構（請見圖 20）以及數個重要參考文獻之架構及表格中文化。</p> <p>(2) 已於討論、結論與建議中提出相關內容。</p> <p>(3) 已於討論、結論與建議中提出相關內容。</p> <p>2. 由於 7/4 專家座談會後半場的錄音檔遺失，因此在彙整了本計畫人員的筆記後，以條列方式呈現會議紀錄。第一階段問卷截至 8 月底為止，共計回收 46 份，回收率已提高至 79%。</p> <p>(1) 其中選四項子構面下的指標定義與具體測量方式請參考內文第 87 頁表 40「健保評估架構最終中選指標」。</p> <p>(2) 雖然本計畫為建立台灣健保評估架構，然而經過第一階段焦點團體法與會專家討論，由於健保為國家政策，健保所提供之服務所涵蓋之範圍極大，影響亦鉅。因此不應僅侷限在健保本身，故本研究所發展之評估架構，在定位上更可視為台灣醫療體系評估架構。</p> <p>(3) 本研究已於研究限制第 1、2 點說明不同背景專家混合評比的缺失，並於後續建議中提出相關建議。</p> <p>(1)已修正</p> <p>(2)已修正</p>

	<p>與第 4 段第 1 行至第 9 行，文字完全相同，請修正。</p> <p>(3) 內容進度適切，惟計畫期程已過半，預算僅使用 15%，請加強。</p>	<p>(3)截至 102 年 11 月底，總計支出總預算之 63.7%。</p>
<p>二、未來研究方向建議</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 期許重要監理指標應朝可測量、易測量、可歸因、敏感性之指標努力。 2. 可稍加論述國際指標間及跨國指標間異同的觀點與背景。 3. 可利用架構圖呈現所選定指標之定位與意涵，並將問卷結果做系統性歸類，使對改善現有指標具參考價值。 	<p>依據規格書要求，本研究尚須以健保資料進行試算。因此本研究在評估構面確定後，後續於候選指標選取時，大量參考國內外既有之指標。因此指標多具可測量、易測量、可歸因之特性。所得之試算資料，本研究再輔以統計製程管制圖，因此可呈現相當豐富之資訊。評估架構與所屬指標如表 40 所示。</p>

附錄二 Kruk 架構指標整理

構面	子構面	基準/監測項目	監測指標
效果	結果面	健康狀態	嬰兒死亡率
			產婦死亡率
			新生兒死亡率
			低出生體重發生率
			肺癌存活率
		病人滿意度	照護時得到尊重
			醫師與病人溝通的品質
			等候照護的時間
			行政程序簡單
			得到專科醫師照護的感受
	產出面	照護可近性	能用性
			每千人醫師護士醫院數
			每 50 萬人口的基礎與全面性照護的急診婦科設施
			診所 10 公里內的人口
			婦科併發症轉診率

附錄二 Kruk 架構指標整理 (續 1)

構面	子構面	基準/監測項目	監測指標
效果	產出面	照護可近性	利用率
			結核病人發現率
			感染 HIV 病毒接受抗逆轉錄病毒療法比率
			五歲以下有蚊帳比率
			避孕藥使用率
			孕婦接受產前檢查
			助產士協助生產
			基本疫苗完全注射率
			乳癌子宮頸癌篩檢
			及時性
		瘧疾 24 小時內接受有效治療	
		併發症發生時快速處理	
		可避免住院	
		醫療品質	效力
			使用以實證為基礎的診斷治療
			正確處方(劑量、時間)
			再入院率

附錄二 Kruk 架構指標整理 (續 2)

構面	子構面	基準/監測項目	監測指標
效果	產出面	醫療品質	30 日內重返急診率
			可避免住院率
			安全
			手術感染與併發症比率
			致死率
			設施內髖骨骨折率
			持續性
			門診追蹤的頻度與比例
			結核完治率
公平	結果面	弱勢族群健康狀態	最低收入者的死亡率(五歲以下、15-49 歲、癌症)
			婦女移民特殊種族偏遠地區民眾的死亡率
		財務公平	政府財務補助最低收入百分比的分率
			財源收集之累進性
			必要服務自給付費的程度
		風險保護	大宗健康支出人口比率
			因病而破產的發生率

附錄二 Kruk 架構指標整理 (續完)

構面	子構面	基準/監測項目	監測指標
公平	產出面	弱勢族群可近性	弱勢族群到診所之距離
			弱勢族群基本必要照護的利用率
		弱勢族群品質	弱勢族群之效力、安全與持續性指標分析
		參與與盡責	納入與排除在健康照護體系之感受
效率	結果面	資源的價值	每元投入醫療照護之死亡率
			不同財務結構之死亡率
	產出面	資金適當性	每人健康照護支出(政府、私人、整體)
			成本與生產力
		不同層級照護每個案成本	
		平均住院日	
		每日查房次數	
		特定服務的成本效果比例(相較於替代服務)	
		行政效率	醫療工作者流失率
			醫療工作者士氣
			營運計畫之更新
			監督、訓練的頻率
	門診等候時間		

附錄三 6/27 專家座談會會議紀錄

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

建立全民健康保險業務重要監理指標之研究

評估構面選取與建議專家座談會會議紀錄

主 席：鍾國彪教授

出席人員：蔡文正所長、楊銘欽副教授、郭乃文教授、湯澡薰教授、林昭吟副教授、楊秀儀副教授、林水龍院長、楊育正院長、蔡素玲顧問、滕西華秘書長、沈茂庭組長

請 假：董鈺琪副教授

列席人員：鄭凱文助理教授、張友珊組長、曾幼筑小姐、游宗憲研究員

記 錄：呂虹霈、彭瑄

時 間：102 年 6 月 27 日（星期四）下午 3:00 ~ 5:00

地 點：台大公共衛生學院（台北市中正區徐州路 17 號）6 樓 601 討論室

會議議程：

一、主席致詞

二、介紹與會人員

三、計畫簡介

四、國內外架構介紹

五、討論事項

1、從您的觀點來看，您認為現有的監理指標提供了什麼樣的訊息？

2、就現有指標而言，在監理架構上有哪些不足之處？

3、為了兼顧公平、宏觀效率與微觀效率，以及健保的永續經營，您認為健保監理架構應包含哪些構面？

4、您認為哪些構面可以整併？

5、請選出您認為最重要的五個構面。

六、臨時動議

七、散會

會議紀錄逐字稿：

主：代表主持人；A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L：為各專家代號

主：感謝大家百忙之中來參加這次的專家座談會，簡單介紹今天與會的成員（略）。

大家首先看到我們的議程，我先花一點時間介紹一下，這個計畫是健保會新接的計畫，所以麻煩大家幫點忙，我花個二十分鐘的時間把計畫的內容做一點介紹，報告裡面包含了我們收集到國內外其他國家或是其他系統裡面評估健保的架構，之後我們從四個項目，從第一提到第四題討論的項目，所以在我簡報完之後就交給各位，從簡報的內容跟所附的檔案內容當中，請大家給我們一些意見參考，今天出席的還有委託單位健保會的張友珊組長還有一位曾幼筑小姐。

我們來看一下簡報的內容，這個計畫稱之為「建立健保業務重要監理指標之研究」，他是由我跟董鈺淇教授和鄭凱文教授，所接下的計畫，這個計畫有兩個主要的目的，第一個是蒐集國內外體系評核的架構及比較，這其實是對我們比較不困難也比較容易蒐集的資訊，特別是過去也對於健保議題的關心；第二個目的，蒐集這些經驗之後，我們建立起台灣健保監理架構的指標，我們希望透過一個科學的程序及資料驗證的方法，這計畫包含到監理構面項目及指標的評選甚至於進行一些次級資料的驗證，這就是兩大指標研究的目的。在 request for proposal 的時候，委託單位希望我們有一個像這樣子的一個 framework，看整個健保裡面有哪些重要的監理構面，構面底下會談到醫療跟財務，在每一個構面下有一些監理的項目，更 specifically 有一些監理的指標，這些指標過去大家都很熟悉的醫院有各式各樣利用率的指標、資源耗用的指標、生產力的指標或是品質的指標，並找到他的監測值，這是大致上整個架構的需求。更進一步把這些構面分成兩大類，一大類是財務面，財務包含整個健保的收支，建立健保的安全準備，看能不能找到一些基本的參考。另外在醫療面也提到可近性、公平性、服務效率等等。所以這是兩大方向。

我們可以想像到在兩大構面下會有一些子構面，在子構面下會有一些項目跟指標，這是我們在進行計畫之前從委託單位提供的大框架，也希望我們在監理平面得到兩三項的監理項目找到 10 到 20 項的原則，也不要太多，因為每增加一個監理的項目就會增加健保署或是增加醫療院所準備相關的可能性，另外就這五年的資料進行指標的試算，找到監測值，或是每月每季監測的目標，所以看起來是要有一個指標的發展跟指標的驗證，包含醫療面跟財務面，因此我們蒐集到 WHO 或是 OECD 這些國家，也希望找到一些財務面的部分。

在建構指標的時候，我們用的一套方法就是希望能夠藉助 concept mapping 能夠把意見彙集跟統整，接著我們希望找到重要的評估構面，我們希望用 AHP 跟 Delphi 做一個 close comparison 的 double check，AHP 可以做一個 weighting，那我們可以配合德菲法兩個搭配使用。另外我們使用常用的 RAND 方法來評選每一個構面下面的指標呈現。Concept mapping 簡單來講，就是建立起一個共識，包含他的準備期、產生期跟結構化期。我們今天不會接觸到這部份，這是我們的下一個階段，今天我們大概在這個地方產出他的框架，產出框架之後會透過他的重要性跟可行性形

成一個 Go-zone，可以看各位專家所提出來的項目當中，這些數字可以是監理的項目或是監理的指標，這些指標重要性的程度如何，當然越高的就越偏右，便可以看出指標本身的可行性如何，Go-zone 的概念是我們找到可行性高重要性大的地方，在這裡會有幾個 Cluster 的聚集，可以借助軟體的幫忙或是藉助分析的方法產生。

接著，在 Go-zone 的背後包含了一些 item 項目或是指標，看能不能建立他的 weighting，我們使用常用的德菲法進行一到兩回合的呈現，當然我們在評選指標的時候也會用一致性和不一致性的高低做為評選的標準，這是過去個人所參與的很多計畫裡很熟悉也很常用的一些方法。

剛說過德菲法我們會請 15 位專家評估他的重要性跟可行性，接著我們會進行指標的試算，其實指標裡也呈現到有一些指標在過去的監理指標裡會有一些是較穩定也沒有太大的變化。最後在得到結果跟驗證完之後，我們最後會再召開一個利害關係人的會議能夠讓相關的利害人員參與指標的意見表現，我們甚至會用 Composite score 的方法進行指標的運算跟運用。

下面簡單提出我們看到國內外評估醫療體系保險體系的一些架構的呈現，首先是一個 Aday 的模式，他的結構、過程、結果主要是從三大構面：Effectiveness、Equity、Efficiency 的角度作為 outcome 評量的部份。另外在加拿大 Commonwealth foundation 裡面提出來說 health status 和 dimension 之外，有一個 system performance 的地方提到 Acceptability、Accessibility、Appropriateness、Competence、Safety、Efficiency、Effectiveness 跟 Continuity，這邊的可近性、可接受性、適當性、能力、持續性、效果、效率跟安全是 system performance 的 8 個 dimension。

另外看到 Institute of Medicine，美國的 IOM 也提出品質的六大目標：patient-centered、safety、effectiveness、efficiency、equity 跟 timeliness，這是另外一個談到品質裡六大 dimension 的部份。另外在英國的 NHS 有一個 Performance Assessment Framework，這裡也提到了一些比方說 health improvement、fair access、patient experience 跟 health outcome... 等等，這是 98 年 NHS 的 framework。

OECD 跟剛剛的加拿大很類似，他提出來的 quality 裡面包含 effectiveness、safety、access 跟 cost，這是另外一個 system performance 裡面 dimension 的呈現。美國的 national health care quality framework 也提到 effectiveness、safety、timeliness 跟 patient-centeredness，把 IOS 的六大目標再經過精簡之後保留了四個：病人導向、及時性、安全跟效果。另外一個是 WHO 所提出來的 core indicators，也就是健康體系核心指標的呈現，從投入、產出、結果、衝擊跟影響，這裡也提到 financing、人力、基礎結構、資訊和治理，怎麼樣提到 service access and readiness（服務的提供和可近性的程度）、服務的品質、治理的介入、風險行為和風險因子所帶來的健康狀態、財務的 protection 跟回應性，這其實提供了一個持續性且全面性架構的呈現。

另外 AHRQ 也把兩千多個指標作了一個過程的分類，包含 input、output、outcome，並包含了效果、公平跟效率，這每一個下面都會有細項，達到投入資源的價值呈現，這是另外一個從 3E 的呈現，可以看到所謂的 output。這些項目就會是大家等一下在選取監理項目或指標時重要的參考。另外一個 health policy 裡提到，從 ecological

system 裡面提到怎麼看 health、risk protection、consumer satisfaction 受到 equity、efficiency、effectiveness 跟 responsiveness and choice 這些 inputs 的影響，從 input 到結果帶來的整個過程，這是另外一個評估 health system 跟 program 的一個 framework。

我們查到了一個最近的報告裡提到 foundation trust 的一個遵從架構，這個架構提出了 patient-led 以病人為主導的 NHS，針對 local people、patients and staff 為主要的治理架構，在這裡提到了幾個 diagram，第一個是它提供了 regulatory regime，也就是管制的部分提供 monitor、risk assessment、investigation 跟 enforcement，怎麼樣從監測一些每年的監控報告找到風險評估的地方，進行深入的調查，必要的時候採取強制的執行跟介入，這裡從兩大角度來看，第一個是 financial 的角度，另外一個是從治理的角度，financial 的角度他從每一季的 submission 像是 forward plan、exception reports 去監測一些 margin，從 finance 的地方找到 financial risk rating，得知某些項目是屬於 low risk 或 high risk，另外從 governance 的 quarterly submission、forward plan 找到 service performance、third party reports 以及 failures to comply with board statements，進行像是 red、amber-red、amber-green、green 等 high risk 到 low risk 結果的呈現。

從 finance 跟治理的角度提出了一個很清楚的架構，在每一年度當中會定期提出資訊的呈現，在背後有一些很細的項目，像做到策略的評估、治理跟 finance 的後面就會有比較詳細的指標像是 membership report，這裡也提出 financial risk 運用 EBITDA（稅前折舊及攤銷前利潤）或是 financial risk rating，這裡會有一些特定的指標，到一定的程度以上後就要進行調查，看是否有達成計畫、是否有達成基本績效、是否有達成財務的效率及流動性的程度，利用 1 到 5 的 rating 可看到 overall 的 financial risk rating，也就是他從 financial criteria 經過加權，利用 weighting 的概念得到 rating 的結果，當 rating 的分數達到越高，就不需要採取管制的措施，但當 rating 分數很低時，就需執行 investigation 甚至進行後續的 enforcement，這是從財務監控的角度納入監督及確保的機制。同樣的在治理的部分，分成 performance against national measures、third parties，這裡的 rating 是從綠到紅、1 分到 4 分的呈現，這就是整個 monitor 的架構。

除了美國、英國、加拿大、OECD 或是 WHO 所提到的架構呈現之外，在國內有幾位學者像是盧瑞芬教授、B 也有提到公平性、可近性、comprehensiveness、adequacy、accountability、efficiency 跟 effectiveness，國內的研究裡學者也有提出評估健保體系的績效可從這些構面進行相關的評估。

在二代健保裡從 access 納入了 accountability 的概念，希望在品質、財務跟擴大參與達到永續經營。二代健保開始上路之後，有黃煌雄監委與江東亮教授等人推動的第三波健保改革，其中提到了 justice、資源配置、成立獨立機構以及九四共識和配套的措施。另外還有一些國內的結構，像是去年賴美淑教授提出來的品質白皮書裡面也提到用健保的 VPN 指標，提出有效、安全跟效率這三個構面，這裡是有一些指標的呈現。另外還有醫院的持續性監測指標，分成 12 大類 40 項，但這背後沒

有比較明確的評估架構。我個人過去也針對結構、過程、結果、效果、病人安全以及病人為中心的六個構面 40 組醫療品質核心測量指標，跟 risk adjustment 的模式。

總括來說，劉宜君教授跟林昭吟教授有作了一些比較完整的架構，我們今天也有請到林教授一起來幫忙，他們是透過專業跟民眾的方法，透過德菲跟電話訪談，找出完整性、適足性…等評估構面，發展完指標後，其實後續還有進一步調整的空間。

有了這些 framework 之後，我們來看一下國內的監測情況，其實在過去監理會跟費協會已經有一些業務的監控，財務有三項業務有五項，分別用紅藍綠這三種燈號表示指標的情況，相較於英國有個分四類有的分五類。這裡提到的五項業務指標有高診次、稽核查獲率…等，而監理的指標有 20 項比較細項的部份。另外我們可以看到從 94 年到 101 年的指標沿革，早期是以利用率的指標居多，後來慢慢做了一些修正，到後來維持了五項的監測指標、20 項的觀察指標以及三項的財務指標，後面是歷屆的監測情況，這個趨勢圖在各位的附件裡有比較詳細的呈現。

從剛剛的報告中我們可以看到，對於健保評估的架構並不是相當的多，很多學界做的研究都是對品質的確保，品質的確保大多是從機構內部管理的角度，未必是健保的監理所需。透過費協會以及監理會（現合併為健保會）的運作，背後其實是有一個框架，但我們官方的框架其實欠缺了科學化發展的過程。從國際間得到的架構看起來公平、效率、效益與財務是與我們比較接近的，因此我們先提出了一個架構的草案，我們先用 Aday 的 3E 方法 equity、efficiency、effectiveness，再增加一個財務，3E 代表醫療利用的部份，接著下面會有一些子構面的呈現，選取的理由為提供人人公平就醫的機會、達到宏觀的效率以及醫療利用率達到圍觀的效率。

第一個我們談到 effectiveness，這可視為是醫療下面監測的子構面，下面就是監理的項目如 access to care，再次之就是細項的監理指標，這裡我們找到了很多指標的樣本。另外其他項目還包括 quality of care、efficacy、safety、continuity、health status、patient satisfaction 等。Equity 下我們找到五個監理構面如 health status、fair financing、risk protection、access、quality 以及下面的一些 sample indicators。Efficiency 則提到 value of resources、adequacy of funding、costs and productivity、administrative efficiency，最後就是 finance 這部份。

今天我們就幾個大的架構像是醫療面及財務面來討論，醫療面下應有哪些子構面，子構面下應有哪些監理的項目，至於監理的指標大家也可以提出，整個框架先做這樣的呈現，我們做了四個討論的提綱，第一：就您的觀點，您認為現在的監理指標提供了什麼訊息？有哪些不足之處？第二：在兼顧健保宏觀的效率及永續經營的概念下，就我們提出的 3E1F 是否有需要增刪的監理項目或指標？第三：是否需要增加哪些構面、項目或指標？最後也希望能夠評選子構面下的監理項目。下面就請各位專家就提綱的部份表達一下自己的看法。

A：目前費協會與監理會合併為健保會，建立監理指標我覺得是必要的，因為過去兩會累積十幾年來指標愈來愈多，每屆新的委員會有自己想看的指標，但當舊的指標提出要刪除時，現有委員卻希望能保留，因此累積很多指標，而且有時兩個指標間會

有衝突在，所以簡化是有必要的。第二點，現在很多指標都偏向行政管理，比如稽查率（稽查了幾家院所的比例），像這種比較細項的應該刪除，採納比較大的方向如 53 頁到 58 頁，對於這 3E1F 我有一個建議，就是在財務的公平性是比較缺乏的，就是 56 頁所提到的 fair financing，這是在目前現有指標中比較不足的，過去健保署剛開辦時有請鄭文輝老師分析，到底我們保費來自於經濟收入分成五等分類從最低的百分之二十來的是多少，從最高的百分之二十來的是多少，實際上都有在比較保費是從窮人來的多還是富人來的多，但是後期就沒有在做這種比較了，因此上面提到的 progressivity of financing methods 是很需要的，必須要結合健保的保費收入與財政部的財稅資料，因此這在實際上的執行很困難，早期有委託研究經費時有在做這方面的研究，這其實不需要每年分析，因為每年的變動量不大，因此大約五年分析一次即可，尤其現在二代健保號稱這樣的作法是比以前來的公平，這比較屬於社會研究的部份，我的建議到這邊，謝謝。

主：謝謝 A 的拋磚引玉，他提到過去不斷的加入指標，變成是委員個人的意見為主，沒有一個共識或是退場進場的機制，另外還有財務的部份。

B：從剛的介紹裡看到目前的監理指標太多，需要有些架構的取捨，我想一個大原則是我們監理的對象主要是健保署本身的行政跟他的健保業務都要兼顧，這兩部分是不是應該有些區隔，還有監理的目的是什麼，如果說是要達到效率，請問是健保署本身的 efficiency 還是健保制度的 efficiency，這兩者是不一樣的，健保署本身的 efficiency 是指行政效率或是財務運用的效率，另外一個是健保業務本身伍仟多億花下去到底得到什麼效益。至於這些剛提到的指標，比較難連結到後面的 action，比方說一個比較大的目標是希望民眾比較健康，當我們看到這麼多的指標，如果他與我們預設的目標值不合時，那 action 會是什麼？應該要有一個大 picture，讓我們建立的這些指標有可以達成的目的，當沒有達到目標值時，就要啟動一些行動，才能改善目前的監理狀況。

C：我大致上先把自己做的功課跟各位報告。第一，關於過去的財務指標多是屬於政策主導，跟健保署或是醫療機構的財務指標並無直接關聯，甚至 accountability 沒有辦法下達。第二，過去的醫療業務監理指標多半都屬於醫療行為的表徵，對於醫療體系是否有效率較無直接關聯。第三，這些指標在過去缺少對於健全醫療體系發展監測的功能，缺少醫療提供者所提供的效率，以及對民眾正面效果反應的指標，民眾的健康對於這樣的監控有沒有 improve，缺乏這方面的指標。不過今天的資料看起來對於公平性、有效率、效能、適足性、可近性都已經補上去了。我在這裡特別提出保險給付跟保費收入之間的比率的差，這其中的差異就是本身健保署在行政管理上的費用，這指標應該要加進來。再來就是關於經濟效益的部份，醫療支出佔全國 GDP 的比例，這是不是也可以做一個考慮。再來對於藥費佔 GDP 的比率，目前也缺乏這樣的指標。還有國民平均的餘命是不是會隨著我們的制度有所改變。疾病別的死亡率是不是也可以當作一個指標。最後是適足性分配議題，每千人醫師數有多少，還可以分區來看，每千人的病床數。還有可近性問題，不同的地區，跟不同的所得，民眾使用醫療的可近性如何。另外，每家戶的自費醫療支出金額佔總醫療支

出的比例是多少。還有全國醫療支出的部份，健保醫療支出佔多少，這也可以作為一個指標。每家戶的健保醫療支出佔每戶可支配所得的比例，最後一個是每年健保醫療支出的金額。

D：上次監理指標的研究最大的問題就是缺乏一個架構，那時把很多的構面提出來，也有請很多專家寫了相關的指標，不過他的優點在於有做民意調查，對於民眾所期待的監理指標跟專家所想的監理指標之間共同性與差異性有做相關的比較。我們會比較期待看到一個符合台灣的架構或是指標，這些評估架構可以看出每個國家偏重不同的面向，目前比較大的問題是我們應從哪個角度出發，是從整個 overall 的體系，還看把它看成一個保險體系，就目前的指標看起來比較像是 medical indicators，但全民健保他本身也是一個保險。我看到參考資料裡英國的資料裡面，他第一句話就是講到這個 monitor 的監理目的就是在 protect 跟 promote patients` interests，他的出發點就是從 patients` interests 的角度來看，所以我們需要先確定我們的立場。第二個部份是，這些國外的架構雖然都很完善，但會有不同的 focus，而且各個體系也是不太一樣的，例如英國比較屬於公益制度，所以他的預算就來自公益預算，因此他比較注重在 quality 醫療品質的部份，像是 waiting hours 等待期就是一個非常核心的指標。我想在台灣比較嚴重的問題是在財務面，也許我們可以多著重在財務的指標，因為其實從品質的角度來看民眾的接受度蠻高的，但是在財務面惡化的情況蠻嚴重的，在保險支出跟收入之間的落差可以成為一個很重要的指標，然後設立一個預設的門檻達到預警的機制，因此希望指標做出來之後可以跟後面的行動作一個連結。從國外來看，他不是只有指標而已，他的指標完成後還會有一些專家就指標提出評論，所以我們比較缺乏的除了就指標的搜集之外，還有就指標的診斷和評論的部份，甚至是採取一些行動去減少可能的風險。以上是我在這些簡報和資料上看到的一些想法。

主：謝謝 D，E 您對健保也有長期的關心，是不是能從民眾或是您的角度針談談對評估架構的一些建議或想法。

E：從這個指標上來看，我大概從民國 95 年左右開始去監理會擔任委員一直到去年底。其實這指標裡面有非常多的變化，有點像 A 講的，每個監理委員，特別是監理會的，他們對指標修改蠻多次的，而且這些修改都是點式的修改，也就是增刪或是整併，而其實這些增刪或整併也都沒有道理。我在擔任委員的七年裡也至少提出三次需要重新修正這些指標。也所以才會有剛剛 D 講的委託案，不過那個案子因為錢太少時間又匆促，所以有點可惜，但基本上已經有做出一些比較。這幾年也有包括鄧宗業老師的研究，民眾要看甚麼醫療面指標？因為其實監理的指標非常混亂，裡面也有一部分聲稱是醫療面的指標，但其實裡面只是醫療服務的表徵，像是抗生素使用率、牙體復行率以及一些給藥的東西，或是舉例來說，台灣現在的剖腹產率，但這個指標是要告訴民眾甚麼樣的意義？中間的比較意涵？其實都沒有。所以現在雖然有監理的指標，但那些效果非常有限，因為它牽涉到後面的解讀跟評論，所以比較像是資料的蒐集。因此我也呼應剛剛 D 講的，我們應該要有一些結論，像是施政報告，要告訴我們一年裡得到的結論、趨勢、解讀是甚麼，然後應該怎麼在之後的制

度或其他方面做一些努力。接下來我要從幾個構面來看，因為今天主要談的是架構。主持人在醫療品質是專家，我們的問題是，國家要醫療院所提非常多的資料，這些資料都沒有 format，就是醫院評鑑要提供的資料、提供給健保的資料、提供各個醫療面指標的回報資料，格式都不一樣，造成填寫、比較時都非常混亂。

第一個問題：從目的來看究竟要做甚麼？這個東西究竟是要做給健保會那些委員看得而已，還是衛生福利部作為整個未來發展、趨勢、政策面要參考的，還是 report 給民眾看，還是健保署內部要做的一些管理用的指標？也就是說有些指標可能要做，但不一定是要公布到怎麼樣的程度，但總之這些目的都不夠清楚。如果目的不清楚，醫院填出來的結果也是會很混亂的。

第二個：我們要達到甚麼樣的效益？第二個部分從性質來看，這指標要作為一種手段，支付制度的手段，還是一個趨勢的觀察？因為支付制度可能是可以很立即性的，長遠性的效應可能沒有辦法等待。從指標的內涵來看，也就是構面，有幾種可以考慮：

一、行政構面：保險收支的公平性、適足性（收跟付、收錢收得好不好、花錢花得對不對、合不合理）。

二、財務構面：公平性與效率性的問題。

三、品質構面：品質包括效能，一個是醫療服務的品質，另外一個是人的滿意度（包括就醫可近性、平均餘命、得到健康 outcome 的程度）。從不同品質面出發得到的指標也會不一樣，一個是服務本質，一個是病人的角度。例如剛剛林教授提到，NHS 他就是以病人角度出發，因此當然覺得病人的死亡率非常重要。但如果從健保署的角度，他想知道的就是行政給付裡，如何用最簡單的行政成本得到最好的醫療給付方式。

最後就是，要不要比較？

我們現在其實是沒有比較的，比較包括不同的服務總額、不同的層級，如果這是我們將來支付制度要做參照的，要給政府看的，或給醫療院所看的讓他們做良性競爭的，他如果有汰劣的效果，或導向正向的意涵，那要步要做比較？要如何做比較？這就會影響到指標將來要怎麼填。

F：主持人的研究本身有一些計畫需求，是最終要跟委託單位交代達成的項目，主持人對國內外的一些整體性評估架構做了清楚的整理，對於主持人提出的 3E1F 基本上我是贊成的。在縱向與橫向的方向上都有提到的一些架構，是國外有國內勢必也會有的方向。要不要把 access 獨立出來當作一個 dimension，或是 safety 獨立出來，我想這些就是大家可以共同討論的。我看委託單位有特別點到可近性的問題，也許大家很在意的話可以把它獨立出來，國外也有些架構特別把它獨立出來當成一個構面。我比較 concern 的是 finance 方面，在過去現有的指標看起來都偏向保費的部分，保費的收支問題等等，但主持人提供的比較偏向於機構內部自己的財務評估，這方向跟我們過去看到的指標是不太一樣的。這樣提出來的指標我認為會比較不像是健保會要看的，健保會要看的應該比較像是經濟的變動的關係、大家就業上的問題、所得高低的變化等等所影響到保費的收入。其他像是其他出席專家也有提到保費收入

來自於不同收入所得高低的族群，他們的百分比，不同 group 所要繳的錢所造成的公平性問題等等。這可以當作財務面比較細的一個指標，可以把他歸類在 equity 或是效率，但是要不要把它獨立出來，我想這是以後可以在慢慢討論的。以上這些財務部分是我個人看到跟以往有所不一樣或許之後可以再做調整的地方。

G：對不對，所以這個，我是覺得，在今天的 presentation 裡面比較少看到這方面的 indicator，那其實這方面的 indicator 是我覺得我們非常擔心的，怎麼樣在這個計畫裡面能夠呈現，不要扭曲民眾的就醫行為，不要扭曲醫療體系的發展，這是要很小心的，另外就是，剛剛在報告二代健保的目標，提升品質，平衡財務，這些大概都有 cover 到，那唯一一個第三個目標擴大參與，我是比較看不到，這個擴大參與我們將來要回頭檢視二代健保到底成功不成功，所以是不是在我們設計這指標的時候，也要去兼顧二代健保他原來提出來的三個 strategies，那我們怎樣去 modify？覺得這是可以再去思考的地方，其實真的很難，那但是又不能多，必須要兼顧很多的構面，所以我覺得要弄清楚，健保署他就是要監督各醫院，他要求醫院報指標，這個監理指標的數字絕對不是從醫院直接報來，他有些東西是從健保來，有些東西是從醫策會來，有些東西是從健康局來，所以他應該是更 macro 的東西，所以我覺得我們常會混淆到說如果各醫院的指標，衛生福利部醫師處也在監督，健保署下也搞一堆指標，所以應該是跳躍那個層級，譬如說我們要看 CKD，那看 CKD 他最重要的指標是甚麼？所以我覺得這個真的是要很小心的事情，所以只能提問題，謝謝。

主：OK，好，謝謝，我想蔡顧問有提到一些概念，我也有找到國外有人在談到 country report card，是講更大，在講一個國家的報告卡，看的是一個整體面的東西，當然我們的委託單位是健保會，健保會是費協會跟監理會的合併，所以剛剛看的很多都是業務的監理，跟醫療跟利用會有一些關係，沒關係我們還有費協會另外一個角度，而且我們是不是也聽一聽那個 J 跟 L 還有 H，在第一回合還沒有發言的專家，我們請 H 先。

H：首先，先謝謝主持人的邀請，第一個我們還是認為說基本上這個研究的目的是甚麼，因為如果目的確定的話我們才知道要做甚麼？我看指標還是我們平常在填的指標，這些都是平常我們在填的資料，那我比較擔心是說，以我們醫院端來看，住院時實施的再住院率或急診的轉診率，因為有的醫院根本就沒有病人，所以他轉診率很多，但事實上搞不好醫院比較好，所以數字出來的解讀就很麻煩，像我以前在美國的醫院，他資料都能給我們，但事實上他都沒半個病人，所以這數字算出來解讀就很麻煩，另外有關於 access，access 好是好但是浪費怎麼辦？有些很容易去看，但是根本不需要看，這個根本看不出來阿！所以這個就是要知道目的是做甚麼，剛剛委員講的很好，到底是要做甚麼？是 financial 還是甚麼，這個就會決定我們指標要怎麼做，那因為我常在住院管理經營指標資料看到指標這麼多，蒐集起來其實每個醫院都不一樣，像我們醫院蒐集資料起來也都不一樣，那個定義定出來的道理是甚麼，第一個資料的關聯性，醫院層級都是不一樣，每個人定義都差很多，所以那個蒐集資料到底能夠幫我們甚麼，那就不要原來的，這個計畫提到的是甚麼？那如果說財務的話，在健保署那邊可能會比較舊有的，那如果從醫院的話那個楊院長品質可以講一堆跟事情，所以還是要確認計畫到底要做甚麼，就比較容易提供，那些指標都老生

常談，可是事實上運作在醫院端的時候，他到底是甚麼意思？這是我這次來開會提出的問題，我們從醫院端來看這個，到底是甚麼意思？剛才素玲顧問也提到，在醫院裡面是你訂甚麼我就按照去做，但做到最後答案是甚麼我並不太清楚，所以就是說我還是要問，目的到底是？健保署要把財務弄好還是要給讓人家提出動作，剛才委員講得很好，要提出讓人家有動作，如果提不出來要給人家一些 action，要不然這個洗腎那麼多年也提不出來，用藥那麼多也沒提出來，這個計劃的目的、動機還是我個人看法是要弄清楚，後面的話才會比較順利。

主：這個要不要請 I 來回應一下，我想是不是可以在 elaborate 更仔細一點，整個背景名單幫我們解釋一下。

I：好，其實剛剛主持人那邊已經講得滿清楚，那我可能再跟幾個專家學者再解釋一下原來我們的委託目的是甚麼？那其實我們的目的也很單純，就是說健保會在二代健保裡面他的法裡面有要進行業務監理這個法定任務，那就像剛大家提到的過去監理和費協有就不同的任務去訂一些指標，那在我們 review 過去的一個指標的情況下，就像大家提的，是比較零散的，可能我們也不知道他的目的是甚麼，我們就有一個想法就可以有一個委託單位來幫我們建立一個比較完整的就像剛剛主持人有在投影片裡有提到的整個監理指標架構，那我們會知道說從大的面向做切入，譬如像公平性的部分，就醫可近性的部分，有沒有幾個比較重要的、比較可以預測性的指標可以提出來，他的後續作為，我們可以在健保會裡依據這個監理架構乃至建立的監理項目跟指標或者是他建議的一個監測值或者他的監測模式，我們可以在委員會議裡面去做討論，委員也認同以後，以後我們就根據這個監理架構做 follow，那 maybe 就是請健保署有一個定期的報告，像剛剛 A 也有提到譬如像公平性的部分，可能會有一些保費收取上我們原來健保期待的任務，收入高的人付多一點，收入低的人付少一點，那是不是有一個只要項目是針對財務保費項目收取的公平性來做監測，根據這個監測結果，健保會可以提出來大概在怎麼樣的狀況下或許我們可以提高最高層級的保費收入，這一群的人口，就是說在後續健保會可以根據這個指標的監測結果去提出監理事項，或者是在醫療資源分布的公平性的部份我們認為可能在某些地區他的分部人力、或是科別、或是機構的部分，分布比較不均，我們可以針對總額的那端去搭配，因為健保會的任務除了業務監理以外還有總額費用的協商，還有保費設定的部分，整個可以一起來看，可以讓委員或是委員會議可以提出一些建議，後面 maybe 有一些政策性的建議可以提給署裡， maybe 有一些是健保署在執行上可以做一些修正或調整或他有一些作為的部分可以提供給健保署作為後續執行上的一個參考。大概就是有這樣的一個方向，健保會的委員會有各方的代表，有付費者有醫界，所以原先我們期待說在醫療及財務，這是我們 focus 的，用民眾的觀點及醫療院所的觀點作切入，所以剛有一些委員提到說，健保署行政上的監控的部分，因為我們又希望他是有一些比較關鍵性的指標，指標的項目又不要太多，所以在行政面的部分，可能就不在我們預期委託的需求範圍裡面。

主：好，所以簡單的聽起來，我想我們找到一些監理的構面或項目或指標，可以對於過去來講可以偵測或反映問題，對於未來可以預測或看到一些趨勢或看到一些可能潛

在的變化，筆就有點像是 leading，對未來的前瞻跟預估，像經濟預測的紅藍燈指標，他一方面可以反映過去什麼地方有問題，有問題的地方必須採取一些行動，另外就是未來會不會在財務上需要安全準備或是利率調整，或整個波動上能夠透過這個警訊看到一些趨勢。採取一些適當的行動，聽起來有這兩個大的方向，接下來請 A。

A：這個計畫看起來是對於健保制度的監督，剛剛 B 有提到是對於健保制度的監督還是健保署的監督是不一樣的，應該是對整個制度會比較大，健保署因為很多人事、會計、命令行政機會就那麼多，人就那麼多，人不夠也不能增加，人太多也不能減少，那個比較意義就比較小，應該對整個制度，那對整個制度要不要對醫療體系？剛剛 C 跟 G 都有提到，那可能也是必要的，到底醫療體系像 G 講的要垮了，要不要一些指標？因為健保會是在做費用分配，如果指標顯現出來醫療體系快垮了，那個總額應該成長略高一點，所以可能還是要有一些對醫療體系的指標，那應該是總體的而不是個別醫院的，那我剛想到一個問題是說，這個計畫是不是有要訂個紅綠燈或目標值？我們最困難就是訂目標值，我們訂一些指標，然後監理會、費協會都叫我們訂一個目標值要達到呀！但是我也不知道那個合理值是多少？譬如說抗生素使用率，我們從百分之三十幾，一直壓到現在百分之十，我不知道十是太多還太少？因為一些醫生跟我說健保署已經壓到很多人都用了不敢報了，所以那個數字已經是造假了，我不曉得說合理值是多少，所以我們訂指標的時候要不要跟國外有一些 match，因為如果國際上都用這個指標，你就可以說人家國外 OECD 組織多少，我們跟他比，大概比較知道我們指標值太高還太低，如果訂一個台灣特有指標，我們就不知道合理值在哪裡？這個就會很困擾，所以我不曉得這個計畫有沒有要主持人訂出說合理值在哪裡？什麼時候紅燈、綠燈那個就很難訂了。

E：你應該先問人家給人家多少錢？如果是六十萬主持人就聽聽就好了。

主：接下來請 J。

J：第一個就是委託計畫的委託單位很厲害，就找到主持人來做，就是找到行家來做，那我們就提供一些其他的。這研究計畫題目就寫得很清楚，全民健康保險業務的“重要”監理指標，並非監理指標，監理指標很多，所以既然是重要的，“重要”這個字其實是一個不確定的法律概念，他必須呼應到你的政策目標，這裡我先馬上回應沈經理講的，當然你用國際的指標很好，可是其實國際的指標其實無法反映我國健保制度政策目的的專特性，剛剛我很快看一下指標，有一些是不需要的很多是已經有的，二方面，其實我們要很珍惜，健保未來能不能 sustain 不知道，但以過往在國際的標準上認為還算是做的不錯，所以我們必須 based 在我們現在健保已經實施十幾年以後，再來的二代健保監理的時候，有什麼政策目標的專特性，找出重要的是什麼？這裡重要的我的想法是，從健保一開始他是一個互助的概念，可是在過去的實行起來，全民健保開始變成是慷他人之慨的一個制度，每個人都希望別人多出一點自己多做一點，所以威脅到我們的永續是這樣的問題。所以回到討論事項一，從您的觀點來看，您認為現有的監理指標提供什麼訊息？有哪些不夠？現有的監理指標可能太多，我們剛剛講的，我認為指標的目的，你有一個指標才會蒐集資訊，有了指標以後，就要像 C 說的，後續也要採取行動，目前講到監理指標一定跟細項指標

不一樣，他的上位目標一定是我們大家應該有共識要健保永續，無論如何台灣不能在 afford 沒有健保，所以這健保一定要永續，可是永續的健保一定有一些 trade out 有一些取捨，大家用甚麼錢買甚麼樣的健保，好的保險是以後自費出的，因為自費市場已經慢慢出來了，所以健保一定是保一個東西，後面還有一個更大的，自費市場提供一些其他的醫療保健，當你更成熟的時候，所以大家願意有甚麼樣的人？出多少的錢？買甚麼樣的東西？所以健保的制度持續會有關於政策取捨的對話，那個指標就提供我們重要的資訊，讓我們作 trade out，大家都想要更好的，那你保費願意再多出一點？然後由誰多出一點？現在價值是有哪些人？中產階級是不是負擔太重？人力表現在那？所以這個重要一定要針對我們的上位概念，就是這個健保制度要能永續，而這個健保制度的核心是甚麼？有一個清楚的一個認知，大家才能在這裡，過去的健保制度有什麼問題？我覺得過去就是在健保下大家都太貪婪了，每個人都無止盡的要無窮的東西，那現在我們用 TW-DRG 我們無止盡的跟醫療院所要，他們就不要，他們又向民眾的口袋要，民眾又跟我們要，這是台灣現在健保真正的問題，所以我覺得滿意度那個指標不用做，那些東西都不要，我剛看有很多是公衛指標，全部都不要，我們一定要很政策，我剛一直講的 specific to 台灣的 status quo 或者未來的十年，projects 未來的前瞻性的東西要甚麼？所以我說找主持人就對了！他是指標的專家，哪些指標做甚麼的他已經知道了，有些是比較成熟的，那 OECD 我剛看有一些台灣已經超越了那我們也不需要看了，所以第一個我覺得指標的目的，就是要確保健保永續，然後可以對未來健保政策重要的關於保費的收跟 coverage 跟要提供什麼樣的服務，能夠引導社會大眾的共識與對話，幫助政策的決定，這是監理指標的重要目的，現在監理會本身就是濃縮擴大參與民意以後對話，所以他必須要有這個東西，所以第二個，我覺得他沒有微觀效率這件事，只有宏觀效率，所以你第二題已經回答你第一題，我們的上位目標就是公平（Equity）、效率（Efficiency）、永續，永續就是大概跟財務有關，所以我覺得微觀效率要拿掉，微觀效率是其他的做，其實他們都有，那應該不是健保要看的，應該包含哪些？那要從 53-59 去刪，53-59 有些需要有些不需要，那我自己覺得關於保費繳納一開始沈經理講的我覺得很通，保費繳納的部分有錢人要多繳，那窮人要少繳，那誰多繳誰少繳？這些指標其實不必要重要，如果沒有一個健保制度有錢人也受害，所以有錢人一定願意多繳一點，但他也不知道自己在哪裡？所以那個保費的繳納，這個 Equity 指的是保費繳納的公平，但是什麼又是 Equity？並不是每個人的 percentage 都一樣叫 Equity，關於什麼是 Equity 這也有政策辯論的地方，number 或指標出來我跟就可以看了，那第二個 Efficiency，或者說 Accessibility，我覺得自費還有 timeliness 也是很重，還有我覺得醫療人力的分布，不是每一百床有多少醫師？是有什麼年齡層的醫師在哪些科別提供哪些服務？未來我們會不會遇到斷層？大家現在都預估會有這樣的問題，哪些醫生在撐下來？哪些結構的？所以我覺得再提供面的話，這是現在指標沒有的，但是我覺得這個是重要的，我們就可以了解到未來會有產生什麼樣的問題？現在看起來沒有問題，你們也不可能會有問題，那當然你們是專家就知道有其他問題，但我自己在增審或什麼就覺得自費是個大問題，因為病人就自己簽自費

同意書，回頭來跟健保申訴說這是健保的，引發非常多的一個糾紛，那老百姓為什麼這麼貪心？是老百姓貪心？還是醫院在 TW-DRG 之下走偏風？我們得要系統性的蒐集指標才能了解，引導大家公平的對話，這個是目前沒有的資訊。

主：好，謝謝 J，是不是請 K 也講一下。

K：我想剛剛的學者專家都談了很多，我有很多不清楚的地方，經由這個對談也慢慢的清楚，這個監理指標的目的到底是做什麼？是行政管理還是健保業務管理？我一開始也搞不清一開始要 monitor 是哪一個部分，藉由這樣慢慢的對談我也慢慢被引導到，我覺得大家都講得非常 go to the point，對於今天的這個議題有越來越清楚的一個趨勢，大家都比我更有經驗我沒有要補充很多，目的越來越清楚，接下來因為指標不能太多，所以我也是希望架構能夠出來，這個 3 個 E 加上 1 個 F 的這個架構是不錯的一個架構，在這裡面比較少看到是資源分配的問題，剛剛署裡面有提到資源分配的問題，因為這個健保制度的實施整個醫療體系有了一個質變的問題存在，這個科別的不均勻，人力的 shift，以及科別的萎縮或是哪些科別的茁壯，在指標的部分比較少看到資源分配的討論，那也不太清楚資源分配在這 3E1F 的情況下怎麼把資源分配放進去？我一時之間也沒有一個很好的想法，我拋出這個議題希望大家也能夠針對健保實施之後整個醫療體系質變的問題也能夠關注，是不是也能把醫療資源 resource allocation 這個放進來。

主：好，謝謝 K，是不是也請 L，最後到的可以參與討論。

L：抱歉，我剛兩點半就到了，只是因為隱形眼鏡破了所以跑回家換，報告還有一些討論沒有參與到，不過自從我坐下來以後，我看到大家一些意見，我是覺得也是一樣像 K 所說的，我本來也是不知道 monitoring 的指標不知道該怎麼訂，當然有一些學者的發言我都滿同意的，這應該會是一個比較 macro 的指標，在 go into detail 到個別的醫院，這必須要重要的指標，因為指標實在太多了，那我剛才趕緊看了一下這些東西，也回想一下我之前看過一些相關的東西，我講一點點可能是大家剛剛講過的東西，或是事實上已經有包含的，就請大家多多包涵，在剛才蔡教授也提到說，在我們醫療機構體裡面，他在講指標的時候有特別提到說主觀指標或客觀指標，所以我現在有個面向除了有一些客觀數據之外，有些是從民眾的 survey 當中得到的 formation，這是重要的，我希望有些面向可以從民眾主觀角度來看整件事情，再來就是說討論很多指標的時候看得是一些平均值，可是像在 co-system 的那些跨國評比當中也很重視的去討論到說除了平均值之外，族群跟族群之間的離散度非常重要，那就像是我們在講公平性的東西，所以不止要看監控的平均值是不是越來越好，而且我們還要顧慮族群和族群之間，比如說：社經地位高跟低之間的人，他的差異性有沒有隨著年度而言，漸漸差距有沒有越來越小，像這樣的方向，也希望能夠放在資料中去看，我目前看到的是這個樣子。

主：大家第一段看起來比較有增加構面的部分，應該是剛剛 F 有提到 safety、patient-centered、timeliness，大家提到比較是 macro 的，比較宏觀的，目標的聚焦可以參考 J 談到的 sustainability 健保永續的架構，當然這邊還有一塊比較困難的是說，這個重要的這一塊，我們沾到政策的實施，因為健保會的位階畢竟是在過去跟

費協跟監理的對象跟主軸會受看待健保署業務的呈現，會不會得到來自衛生福利部或是衛生福利部裡面其他單位，像國民健康局、CPD、護照處等等的其他健保署相關業務的影響，他的對口若只能透過健保署去影響醫療院所，可是如果整個運作很多東西是跟制度的運作有關，可能又是一個衛生福利部本身署內的改變，所以從一個健保會的立場來看待這個角也有他的權限跟他的不足的地方，因為它就算發現一些問題，有些問題是要透過署裡，他沒有一個管道跟一個機制，所以他只能透過這個會監督健保署，而健保署在去監督醫療院所，他對上面沒有一個的平台去影響，所以不曉得 B 過去的經驗來看看說，假設在這個框架下面的話那我們講重要的時候，好像我們有沒有什麼更聚焦的，更看待這個目的或是構面的地方，是 3E1F 或是說 Patient safety、Patient center、Patient involvement 要不要把 engagement 這種民眾更多的參與，民眾為中心的納入考量，問問 B 的意思。

B：我想先回到剛剛 A 有講到說目標值那個部分，找指標的話後面應該要有目標值，剛剛主持人的意思是講說，你的計畫裡面是不是要訂目標值？

主：那個是第二、第三段之後可以的話，期望能夠達到一個段落，當然這也是另外一個挑戰。

B：所以我想目標值很難訂，可是如果沒有目標值，這個指標就只是看看而已。

F：目標值到底事後還是要專家學者，尤其是專家，審核。

主：很多時候是 data driven，那個目標值如果是從 data 裡面可能舉一個 Q2、Q3 或者是一個跟文獻當中的 trade off 之後，他並沒有辦法有很嚴謹的過程，只是一個經驗值。

B：如果說有少數幾個，假設說二十個指標，而且都有目標值，這樣監理的時候就比較容易知道現在狀況是怎麼樣，還有什麼地方可以再努力？有些是健保署，有些不是健保署的業務範圍，譬如民眾健康狀況健保是不是能改善？周產期死亡率可能就是一個很重要的指標，那健保能夠扮演的角色到哪裡？還有一些可能是婦產科醫學會或是衛生福利部國民健康署可以來想一想的，可以有一個機制。那健保會是衛生福利部內部的一個單位，是常設性的任務編組，像是部長幕僚，他所得到的資訊提供給部長，部長才去發動後續。

I：後續可能就是衛生福利部底下的社保司，建議提供給他們，他們可能就變成主導單位，可能在跟其他司，做後續部層級的討論。

B：這套監理指標它的重要性在於說他可以提供給部長一個很重要的施政方向，定期開顧問會議的時候內部再做分工或是自己請外面醫學會來看看怎麼樣做比較好，但前提是說總是要有個目標值，那目前離目標值多遠？那有沒有可能是採許行動，也可能是要修法，也可能要編預算，也可能只是做一些 promotion 就可以，那程度上不一樣，所以剛剛講到說架構上，像剛剛 I 講的很清楚，就是健保會討論這些東西將來就是司長那邊整理完報告到部長，部長搞不好報告到行政院去。

I：其實是看哪個議題。

E：社會保險司是管全民健康保險，可是健保會不在社會保險司下，健保會是在衛福部下。

I：剛剛其實有些專家有點到一個問題，其實他就是擴大參與的一個機制，就是說他透

過健保會有各方代表的組成，透過這個代表組成去蒐集大家意見，然後提供給政府那邊做參考。

E：可是我的想法跟你不一樣，那回答剛剛主持人的問題，這個全民健保會已經失去監督的功能了，就是它的組織問題，所以它變成一個類似幕僚單位，但是他組成又不是幕僚單位的性質，他是一個代議正職，這是一個先天不良後天又失調的組織，回到剛剛主持人請教 B 的問題，這個報告誰寫的決定這個報告的重要性到什麼程度，解讀到什麼程度，剛剛 J 也有講，這個重要的指標意涵是什麼？相對應的 action 是甚麼？我舉個例子來說，以往健保署單純呈現他所得到的數字，目標值是什麼燈？抗生素或什麼保費的公平性，對不起！沒有公平性的解讀只有告訴你 ABC，就是這樣子，剛剛不是說要評論嗎？要解讀這個報告代表什麼意義？譬如說我收了之後各個不同投保分級表裡面，他繳的保費和保費的效益之間，我給付之間或是佔可支配的所得，假設有這樣的東西出來之後，那我就要去解讀說 ok，那這樣子是代表公平程度有別嗎？就是一個數字的呈現，那大部份的解讀或報告撰寫是由健保署同仁撰寫，你覺得健保署會對政策有 comment 嗎？我的意思就是說他不會有 comment，或是 trend 的一些，甚至不會建議總額是不是要調，或者是說這個點值是還是不好？他只會告訴你洗腎線在點值點 8 啦！他們要點 8 的意思是太低還是太高？我的計劃就是說這個東西就涉及到健保會多元參與之下的會產生非常不同的意見，是好還是不好我們不知道，這個都在總額協商裡面才会有拉鋸戰，但當然結果是非常慘澹，這個東西將來寫報告的人的觀點是會影響到健保會委員的看法，健保會的委員出來之後，對不起我要說部長會採納到什麼程度，其實我們也沒有辦法從這個指標裡面去知道，那都是一種政治的選擇，但是如果這個指標裡面要確定一個項目是說，根據第五條裡面，健保會的職責有那五大項，如果我的職責就要看那些東西，而我的權限裡面就只能對五大項的任務裡面提出建言，如果範圍是這樣子，那我們就鎖定這樣子，我只是就法定的五大項目責任監督政府，我只是針對五個項目裡面我告訴你我看到的政策的反映、法規的反映、費率的變化、總額協商的變化，That's all，因為剛剛講報告不是健保會寫的，報告其實是健保署或是其他寫的，所以他其實它角度就會不一樣，他同樣一份報告，我跟 D 來寫，我跟 A 來寫看法可能不一樣，可是我們講的都是事實，就是真相只有一個，事實各自表述，就會出現這種情況，現在也是，同樣一份報告，醫界代表看得跟我們看的差很多，剛剛講自費比例，我們覺得自費怎麼這樣？醫界就說本來就是健保少所以才需要自費提高，他們覺得是理所當然的 trend，當然！我可以理解不同的 position 有不同的看法，可是如果就一份報告而言，我們可以接受嗎？署裡面要這個報告，我可以出現健保會三十五個委員裡面，不要說三十個觀點，三個觀點就好了，那要怎麼送上去讓部長做政策的參照跟取捨？我覺得這個 comment 跟 risk assessment 是很沒有標準的，這就是目標直吵來吵去一樣，像慢性病連續處方簽釋出率就有這樣子的一個問題，一下太高一下太低，被保險人說不夠，醫界說太高了，但 concern 都是病人安全喔！同樣一個 concern！

主：我補充報告一下，因為健保會的性質他已經不是一個獨立機構，這些指標出來在健保會上討論的時候，主席做的決議到底會是甚麼？是屬於備查還是通過還是其他

的？這些都會影響到後續的。

- I：還是應該回到我們是委託一個計劃，我們使用上可以根據或是參考主持人給我們的監理架構，委員會上的運作可能會是會提案做討論，如果委員們有同意這樣子的一個方式的話，那或許我們就是可以用這些指標或者主持人這邊一些根據試算的結果去建議一些監測值讓我們去做 follow，那 follow 不可能一開始就馬上有，他是監測一段時間才會根據他的監測值去看他的狀況，然後之後才會有所謂的採取行動的這個後續的動作，所以不是說這研究計畫整個就是帶健保會去做所有後續的動作，現在只是說請主持人這邊幫我們建立一個指標，這個指標會包括我們剛剛提到的包含整個監測的模式，然後再提到委員會上面去，委員們如果覺得這個是有個實務的基礎，那一方面主持人確實是這方面的專家，他也有邀請各位專家來，所以他有一些理論上的共識，提出來以後如果委員覺得同意，那我們就會用這個架構去做 follow，我們比較擔心的是說，事實上監理的業務是包山包海，那即使是某一個個案也可以請委員們提出來做討論，我們是比較想要一個理論和實務上的東西出來，然後我們再根據這個東西去做 follow，那 follow 一陣子以後才會有一些行動的產生，我想後續的程序大概會是這樣子的一個方式。
- J：我剛剛就是因為新的二代健保以後健保會現在很龐大來的又很多，所以如果你沒有一個指標來指引的話，健保會不會變得真的很沒有效率，自己都經不起任何的事，所以我才說為什麼他要發展出一些重要監理指標，指標如果選得不好那大家都被引導到不好的，亂討論、各取所需，那到底甚麼是重要那當然就很困難，作為政策的制定者一定有你們施政的重點，專家學者藉由長時間觀察台灣醫療體系也可以彙整出一些認為台灣醫療體系的弱點，過去大家知道黃監委在走台灣醫療體系的時候，他的口號是健保的永續，人人有責，跟他在走的時候，我看到了幾個情形：人力資源配置的問題，會不會有五大皆空？後來他又走了一個議題叫三多：用藥多、門診多跟檢查多，剛剛 K 有講到資源配置的一個扭曲，可能一些重要的、關鍵的核心醫療已經沒有 provision，這根本沒有一個可講，timeliness 沒有人要提供了！偏鄉只剩人苦守了，那另外一個是不需要的醫療可能過甚了，這就是民眾還有坊間在過去立法院一直不願意給我們漲保費的原因，因為你浪費了，那這是台灣獨特的一些問題，要因應這些問題應該能找到甚麼指標來監測或觀察，這是一個，另外我上一次在北區聽到新竹馬偕分院的院長他講了一個很好的，他覺得從一開始就應該定義全民健保應該是一個救命而不是保健，所以有一些指標是保健用的，是 prompt health 是無止盡的，是社會的、心理的、健康的，那有一些是國健局的責任，有些是其他的責任，未必是健保的責任，我們得從新再來對話一下，健保到底是甚麼？所以你會看到現在健保又去提供了一些長照，一些保健，一些預防醫學，每個人都想健保為他做一些事，可是健保核心的那塊可能已經不做了，比如說他從 TW-DRG 裡面廬走了，我關心一個醫療體制的問題就是這樣，如果他的核心是救命，不是保健，那救命的指標又是哪幾個？這個應該還做得不錯，那保健呢？保健是不是健保的任務？如果是，那保費又要繳到多少去？這個是不一樣的，所以回到剛剛甚麼叫重要的監理指標，第一個我們在選重要的時候就已經進入了某種程度的政治辯論，那這個辯論在

全民之前當然是專家的，專家彼此的共識先是甚麼？這樣子再到健保會去他們能達成共識，如果這個共識有指標出來，那討論有效率一點，那不然這麼大一個會怎麼開阿！

主：好，謝謝 J，那我們看看其他專家學者有沒有，從剛剛談到的比如說目的的釐清，到健保會的立場，從指標的目標值設定，我們今天大概太細的沒有辦法，我們後續會再做一些指標的歸納和整理，那個框架上今天有談到的 3E1F 然後其實在嚴格的講，在分類的部分其實有包含到一些值的供給，像 Effective 下面其實還有：Access、Quality 跟 Status 如果把這個當成一個 dimension 的話，這就是我們講的 category，那在 Equity 的地方又分成幾大塊，那 Effective 有剛提到的四大塊，剛剛的資料都有談到不只是在機構內部還有一些體系的東西，好！所以在我們慢慢往前推的時候，我在想大家手上是不是還有一張像這樣子的一張單子喔？恐怕今天大概沒辦法做具體的東西，大家看能不能幫我們去看是圈或者是想到 dimension 的東西的話，大家可以是不是幫我們就 3E1F 裡面呢，提一個你去想像當中的一個 dimension 或至少到 item 就可以了，細的東西我想比較難找，哪幾個 dimension 譬如像說：大的就是醫療跟財務，財務下面應該包含哪一些 sub-dimension 或 category，用我們今天提供的會議資料還有一些我們剛剛的交換對話之後呢！各位專家至少提出一個你們心目中想像的一個 framework，那目前我想這個部份我們沒辦法有一個共識，可是這是我們初步的意見的交流，那如果我們蒐集彙整之後，下一步就是把大家看起來初步的一些交集，我們在往下面從 dimension、sub-dimension、到 item 再到後續的指標，那指標的這一塊我覺得是不缺的，如果我們項目出來的話，我們後面有一些比較 Overuse、Under-use、Misuse、Safety、Effective、Equity、Access、或者是 finance 不管是體系的、機構的，那在我的心目當中，看起來有一個剛剛說過的 Country Reporter Card 的概念可能更接近我們今天討論的東西，就是用一個監理的角度來看整個國家在某些層面上面表現得多好？那這個一部分是來自健保署監督醫院帶來的影響，另一個部分是來自醫療機構和民眾的共同參與，另外我想是不是在我們結束這一塊的時候呢！我們先把大家的意見跟想法變成 dimension、sub-dimension、或到 item，不用再細細地下去，還有一點時間我想也再聽聽大家對於這個計畫的一些建議，所以我想我們等一下蒐集完這個呢！下一步就是把大家的意見簡單做個彙整，我們再往下面去走到比較細項的 indicator 的地方去蒐集，接著我們要進行框架下面的三、四十個或四、五十個 indicator 的一些 grouping 或是歸類，那 grouping 或是歸類的時候我相信又會再彙整到剛剛大家所分類的那些東西，好！所以如果我們從四、五十個到五、六十個很細的 item 裡面我們再變成幾個項目或幾個 sub-dimension、Dimension 這樣子的話到過來在彙整下去，我們剛剛那個 Go-zone 可能陸續的就會出來我們再進行後續 dimension、sub-dimension 和 item 的 weighting，我想這樣子看看可不可以得到一部分這樣子的指標呈現，那至於目標值的部分，我想除了從實際上的 data 之外還可以從國外，比方說：國外剖婦產率都二、三十而我們是三、四十，那一樣，這個目標值還是要考量到我們國內本土的情形，所以我們可以找一些特別的專家或一些會議我們再提供比較具體的部分，下面是不是請大家報告一下給我們一個從今天

得到的會議資料裡面，你們之後想像當中的一個 dimension、sub-dimension、或是項目的部分，那有其他的意見我們也請專家們提出你們的一些想法。

F：主持人，有些事我想再跟你建議，在你目前構思裡面有沒有幾個架構？因為我只看到四個 dimension，比較模糊帶過比較沒架構，但是過去一般相關的文獻裡面有舉到一些架構，我會這樣提的原因是說，我們在說 Input、Process 或者是最後的 Outcome 的時候，因為在講 3E1F 的時候往往不會特別去注意 Outcome 這個部分，Outcome 這部分事實上有幾位我們專家有提到說，終究健保還是專注於 health，那這個 health 的部分呢！要有一個很明確的 Outcome 不論我們怎麼去 monitor 這個 Equity、Efficiency 或者是 finance 還是終究於看到 Outcome 裡面健康怎麼樣？我的意思是說，主持人有沒有這樣想法？假設如果有的話，是不是這樣子？假設沒有的話，未來是不是在會議裡討論？還是國外的？不知道主持人的意思是？

主：好！我想如果 F 一定要問我一個框架的話，我覺得剛剛在這個第 24 頁裡的 framework 事實上是從 AHRQ，實際上他們把所有的 national guideline clearinghouse 裡面三千多種的指標裡面可以產生指標 medical measure clearinghouse 裡面經過 grouping 經過歸類之後這個框架我覺得還是不錯，可以看到從單元式的影響到 organization 的影響，這些東西有組織面的、有財務面的，到 Equity、Efficiency，當然這個大的框架下也有他的過程面的影響，所以如果你要問一個單純的影響，剛剛那個 A-day 的模式我看起來想到的還算接近的，有政策面的影響當然包括衛生福利部，然後財務可能是來自我們收保費的彙整加上來自組織的呈現，那這個東西會反映在 Access、Quality 然後 Equity 這個地方，那這個框架是 long-term，那其實這個模式真之前 A-day 的模式有點接近，那剛剛那個結合這個東西那差不多在我心中我覺得是一個還算不錯你可以看到很多的 intermeddler 跟 long-term 的一個影響，這個 WHO 的 Country Reporter Card 跟剛剛的那兩個架構是我目前看起來是一個比較 systematic 的 framework，大概也很適合我們剛剛的對話當中，健保會談到的架構可能是一個 policy 很 systematic，跟之前兩個很類似，當然沒有一個是很 overall 或很完整的，當然兩個是滿接近我想像當中的那個樣子的一個運作的部分。

F：我會這樣問的原因是因為說，上面要我們寫出一些建議、dimension、監理項目我看到的是 3E1F 裡面是要我們補一點東西還是架構都有了是要我們改，像我們是想到這樣不同的架構，會不會假設不只 3E1F 可能有不同的東西，可能是 3E 下面的東西要不要特別去點明出來，因為我們剛剛 L 也提到說 resource allocation 的問題，那問題可能是我們可以去呈現的，3 個不管怎麼樣我還是把他當作 3 個 E，E 的部分還是比較像 process 的部分，input 的部分看是不是還要再看看？

主：所以說您看這個架構的話，effectiveness 這個地方它就會是 quality 下面的一個 sub-dimension，所以這時候我們把 access to care 下面這個地方會是他的 indicator，後面那邊 outcome 也是 indicator 的東西，所以相較之下 equity 的地方可能就沒有這麼多，這個東西可能就已經到像指標或只 item 的東西，可以更 specific 的延伸下去，那這樣子的框架跟前面的搭配起來我覺得已經有某種程度的意涵出現，那當然我們把好多的架構跟指標 grouping 進去，這個部份我想大家可以當成一個參考，這個

rating 可以當成一個切入點讓大家表達自己的想法，這裡當然有一些誰比誰大或是 dimension 的東西在 framework 裡面，指標裡面也有一些誰包誰，誰比誰大的一些 group，不過沒關係後面這個地方我們提出來以後再去做更多的文獻的佐證或資料的呈現，那現在請 L。

L：我們現在是不是要寫下一些大架構的項目跟細項，我又想回來，再回到說因為這個架構下的指標比較像制度的，而不是 specific to the 健保，也就是 B 有說到，其實是國健局的業務或疾管局業務，那因為回到這話其實是在講重要業務監理指標，我覺得我們委員是不是先有一點共識是說，我們要把不是健保署的業務拿來當作這個指標，這個要先講，否則我們意見會很分歧，拿不到東西。

G：其實我覺得剛剛 L 講的是對的，要聚焦，所以是不是請健保會同仁跟大家簡報健保業務到底是什麼？剛剛我看了五大項，他其實就是鎖定費率、給付範圍、還有總額，第四個法規政策，第五個為其他監理指標，真的是要聚焦，所以我會期待說將來監理會開會的時候，健保署 routine，像我們醫療院所開院務會議的時候，經營管理的一些指標他就會拿出來稍微報，做一些解釋，所以說哪些會變成我們健保會要去關心的東西，回頭來講太多，每個指標他 fit 到什麼東西？所以我想如果可以的話是不是可以打破今天這個思維？如果說費率要看哪？費率夠不夠、公不公平？一個費率他可能有兩個到三的變項，總額有沒有可能也三個變項，這樣從新思考，因為要我這樣寫我寫不出來。

主：所以剛剛提到的費率、給付、總額、法規政策、其他。

I：我今天的研究計畫只是五項當中 for 其中的一項，業務監理，這個指標的建立去 echo 到我們原來其他四項的業務，包括費率審議、總額協定、其他政策諮詢，但是我們今天的主軸是在業務監理的這方面，要不然就會擴太大了！

A：有時候看起來五項業務很簡單而且很明確，那因為委員三十幾個每個都會提自己想要看的，監理會也無法一時就說那個不是我想要看的，所以很難。

I：可能他有接觸到身旁一些看病的朋友，其實都可以提出來變成一個監理的事項，這就太散了沒辦法去找，所以回到我們今天的研究目的。

A：除非以後健保用的是一個多數決，以前都是只要有一個委員提出來就讓它當成指標加上去，以後除非說要半數以上同意才納入，那會討論很久。

G：我覺得他應該要變成經常性，要長期性的去蒐集，然後變成監理會每次開會最基本的資料，因為每個委員們的特殊要求它變成是專案調查，他應該是鎖定在經常性的，長期的。

I：原來我們的需求其實也是這些資料其實都是可以從健保的資料去取得的。

A：我覺得不要去做這個限制，這樣會限制了指標的發展，像剛剛提到了很多那個自費材的發展，有些是要靠調查。

G：有些是要去做社會調查的得到的。

A：所以我剛剛本來是要建議說，這個經費要每年編，因為很多是要健保去做調查的抽樣拿來的，你如果只限於健保資料。

I：其實是我們經費有限。

- E：我聽 A 的意思不是你這些研究經費，而是你健保會每年要編列一些經費去調查，發包研究。
- A：比如我剛剛講的財務公平性，你要去拿一些財稅資料，你會想健保署可以分析給我們，現在運用公家的資料很麻煩，你還要符合個資法跟原先業務的需要和用途，所以那有一些問題要克服。
- G：我們應該要把一些指標整理出來後，在看他的資料從哪裡來？有些指標可能是三個月一次有些可能是一年一次，有些是家戶調查裡面可以得到，有些是從財稅調查裡面就可以取得，有些是健保署現在現有的，我覺得那個 resources 是需要去思考的，那應該先思考符合目的的品質指標應該有哪些？因為他現在講的都是 health care system。
- E：他很多查的到，現在已經有的，主持人的三個表裡面很多現有的指標其實都已經有了，剛剛看得幾乎都其實拿的到。
- 主：好那我想我是有不盡的討論跟有待釐清的這個部分，剛才大家交換意見之後，有一些方向是說還有很多業務的這個部分要去釐清，希望有些地方能忠實地去呈現，如果有不能得到的地方，會另外想辦法去取得，那是不是大家還是給我們一個框架的部分，給我們的一個參考，那等到我們蒐集完之後在整理看看，看能不能釐的更清楚，包含聚焦的這個部分，跟業務的部分，或是一些簡單地歸納跟整理，不知道大家最後還有沒有對於這個計畫的建議也好，質疑也好。
- B：想請問主持人有機會去參觀健保會會議去旁聽一下？去一下會知道說將來你這份報告進去會是甚麼情形。
- 主：有機會應該去那邊感受這個實地的情境。
- B：去了會比較抓得清楚報告的方向。
- I：明天去，每個月都有，每個月第四個禮拜五，這個月正好就是明天。
- F：還有很重要的，指標訂的很少他就會有他的爭議，他的 dimension，你認為比較重要的也只能放三五個，唯一能解決的就是看要不要把 access 把某些抓出來，相對你需要多元一點就把一些細部的抓出來，後面才可以在加東西，如果藏在下面的話可能加的有限，我想看看後來跟你自己參考國內外文獻以後的意見，看看是不是只有 3E 還是有多個構面，然後剛剛有提到要進委員會可能每個人的意見都不一樣，有可能你的指標到最後會被加東加西，如果能看得多一點到時候反應可能會比較少。
- 主：我想我會試試看以我的經驗，就是說我倒過來看，如果我目標二十個指標，我怎麼去配？dimension 也好，還會融入我一些自己的想法，還有剛剛大家有一點共識的地方，搭配過去指標選取的經驗的部分，到這個部分我覺得還 OK，那我們是不是講一下後續的部分可能會請大家出席或是書面的意見，到時候如果大家收到 rating 或是評分的部分，還請大家撥個空參與一下，作為一個意見的表達。
- C：我想最後有沒有可能把監理會的工作範圍跟我們想要的 3E1F，變成 2E1F 變成一個 matrix 的排列，必定能夠兩個指標兩邊都能滿足，就像剛剛 G 提到，醫院的管理。
- B：我要講其實只有一項，就是業務監理。
- I：我想如果大家有需要其實健保法的很多條，除了第 5 條是我們的法定職掌外，還有

第 24、26 條，對費率審議，對保險給付範圍的部分，第 61、62 條就是對於總額協定的區塊，後來我們有另外的多看第 72、73 條一些品質指標，一些財報討論或是抑制資源不當利用，那個也都算我們的工作內容裡面，只是說第 5 條是最大的一個規範，有需要當然我們可以提供給各個專家做參考。

E：他就是包含在保險政策，他只是更把他更細項的去分布，事實上剛剛提到醫療品質資訊公開，裡面有一些 indicator，就是我們這個國家很妙啊！我們要醫院不同的單位提供明明是同一種東西卻要不同的資訊，醫院他品質公開，財報公開，跟我們這邊討論一點關係也沒有，其實有機會他們應該要朝整合去發展，我拿到很好的資料其實要怎麼去公布，其實有非常多不同的面相，其實跟我們監理會要提到的品質事實一點關係也沒有，這其實就很有趣，可是那是 for public，跟一些 access to care，跟醫療服務品質、效果、效率有關的，那為什麼這邊跟那邊要不一樣呢？你以為健保會委員的學問就比較好嗎？NO，不一定的！很多可能是民間的他可能會看不清楚，看不懂沒有辦法理解這個指標，他不是醫療體系出來的很多他是沒有辦法解讀的，跟他笨不笨聰不聰明沒有關係，其實他就非常多元應該這麼說，所以剛剛講財務面的也是一樣，他要看是整個法人機構的分布，還是健保的校編，我舉個例子：當初要求醫院公布財報的時候，我有說健保應該公布對個別醫院的健保給付，有的時候他很難拆開，雖然我們相信拆的開會計室也說拆的開，但也可能拆不開的，所以最後做 outcome 的時候他有一些分別公告的困難，他可以做整體的公告解決這例子來說，那很好啊！假設長庚醫院公布他今年收入百億，健保就公布我今年給他五百億，那剩下一百億就是業務收入，就是類似這種功能，那回到個指標來，我們是要健保署公布甚麼樣的財務指標？是公布他行政效率有多好？像沈經理講的，錢拿的少行政效率真好，還是說我要公布給醫療院所經費的變化？就是我付給台大多少錢，付給長庚多少錢，付給童綜合醫院多少錢，這是一個財務指標，還是你要公布他的財務效率，比如說我五千億我要延長平均餘命兩個月或者是每個人多看病一次就好，這叫好還是較少？就是這在財務的構面還是跟 I 講到的其實上沒有甚麼不一樣的，那我們要不要這樣的東西？那在醫療法裡面健保要不要有固定？這不只是保費公平性的問題他跟將來他要調保費的時候就會被問到，你要調費率他就會被問到那中產階級負擔會不會太重？中產階級的負擔最重你為什麼不去調？結論就是不能調，因為結構上的問題，比如說這樣，可是這個指標在 finance 上我們有辦法反映結構面的問題嗎？我這其實是一個問題並不是說會不會，要不要去反應其實是跟健保會未來的權責是有關的，反正財務面的構面那麼多，他的 category 可能很多，我期待鍾教授今天給我們的是說他反映財務收支率公平性我要說他很困難，但他也許可以告訴我們他不同的投保層級裡面他的保費的收取程度跟他的效益比，這只有健保署撈得出來，就是甚麼樣的投保級距裡面他用掉多少的醫療費用，這個其實是重要的我們認為他是財務指標，那就把他放進去，那其解讀的結果才會回到我們保險費率的公平性，要不要看投保級距公平性的問題，所以我才要說解讀背後的意義很重要，這個目標是要達到財務公平性的解讀。

主：好，差不多了，我想時間也差不多，謝謝大家今天的參與跟幫忙，謝謝。——散會——

附錄四 7/4 專家座談會會議紀錄

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

建立全民健康保險業務重要監理指標之研究計畫

評估構面選取與建議專家座談會會議紀錄

主 席：鍾國彪教授

出席人員：洪冠予副院長、郭乃文教授、李玉春教授、陳孝平副教授、劉宜君副教授、
王惠玄助理教授、陳雪芬高級分析師、廖熏香組長、孫友聯秘書長、梁淑
政組長

列席人員：董鈺琪副教授、鄭凱文助理教授、張友珊組長、顏銘燦視察、曾幼筑小姐

紀 錄：呂虹霈、彭瑄

時 間：2013年7月4日（四）下午4:00~6:00

地 點：台大公共衛生學院（台北市中正區徐州路17號）6樓601討論室

會議議程：

一、主席致詞

二、介紹與會人員

三、計畫簡介

四、國內外架構介紹

五、草案提出

六、討論事項：

1、從您的觀點來看，您認為現有的監理指標提供了什麼樣的訊息？就現有指標而言，在監理架構上有哪些不足之處？

2、為了兼顧醫療面的公平與效率，您認為本研究所提出的醫療面評估架構（3E）草案中，有無任何需要增刪的構面、子構面或指標？

3、為了健保的永續經營，您認為本研究所提出財務面的評估架構，有無任何需要增刪的構面、子構面或指標？

七、臨時動議

八、散會

會議紀錄逐字稿：

主：代表主持人；A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L：為專家代號

主：各位專家好，非常感謝大家在忙碌的工作及夏天來參加這個午後的專家會議，開始時在座的專家們可能也彼此不認識，我想我們就簡單的介紹一下，今天與會的專家（略）。這個計劃的背景是健保署的兩個單位，一個是監理會、一個是費協會，在統整之後成立了健保會，那目前由鄭守夏教授擔任健保會的主任委員，那健保署希望由他們的業務發展一套重要業務的監理指標，陰錯陽差我們就去投標了這個半年多到年底前要完成的計劃，那因為這樣的事情茲事體大，牽涉到監理的業務及費協的業務很多相關的部分，就教於各位在座的產官學界的學者專家們請你們給我們一些意見，那為了要讓大家能比較快的進入情況，我先做二十五分鐘到半小時的簡介，大家可以進入我們目前準備的一些資料，然後我們所準備的議程裡面有三個提綱，然後依序的就教於大家希望大家能給我們建議，以下，我就花點時間幫大家做一個 briefing 的地方。

這個計畫是我擔任 PI，CO-PI 是董鈺琪教授跟鄭凱文教授，這個計畫事實上有兩個目的，第一個是做文獻的搜尋，比較一下國內外的醫療體系評核架構，這個架構不一定只是針對健保，還是更大範圍的架構，第二個是經由科學化及嚴謹的方法進行資料的驗證建立健保監理架構跟指標。在過去的研究可能有一部分被達到，但還有一些考量的空間，那因此在 RFP 的 request for proposal 裡面能找出來這樣子的組成，監理的架構圖有包含到一些構面，那這個構面就是我們今天要討論的一個主軸，在這下面會有一些 item，那在這些陳述的背後是不是會有一個更特定的指標，那當然更進而我們能找到這些監測值，所以這個架構是對我們委託單位健保會希望完成跟執行的內容，整個業務可以分成兩大塊，可分為醫療面：整個廣泛的醫療品質裡面，有一些 dimension 跟他的 item 跟指標，另外一個就是財務面：包含整個財務的風險，這些的範疇可以就健保法的內容去獻說，不會太廣泛沒有聚焦，每個 dimension 下兩到三項，希望總體來說有二十到三十個指標，同時還要納入健保的試算，建立起監測範疇及監測值等，這個是計畫的背景，我們被要求計畫完成的內容，因此我們就開始蒐集一些國外的 WHO、OECD，從美國、英國等，透過學者專家們的意見交流，建構架構的部分，我們希望用到一些方法學的東西：Concept Mapping, Delphi 的 AHP, RAM 的一些方法去進行指標的發展，開始的時候請專家進行意見的交換，希望進行開放性的討論，討論完後加上一些文獻的搜尋進行評數，評數的過程中我們會運用 cluster，希望可以找到一些重要且可行的 item，希望進行 two-dimension 的 grouping，接著進行一些選擇，甚至做一些 weighting 的地方，利用 Delphi 的方法進行一些程序，RAM 有一個 appropriateness method 的方法進行一些一致性與不一致性的 cut-off，setting 符合可行性及重要性的考量範疇，在來進行一些指標的精選建構起資料的回饋，可能的話還希望在進行一些指標的 pop out 的部分，某些業務面指標沒有變化的是不是要討論 pop out 的部分，使用 Composite score 的方法進行精簡，這是我們希望額外做的部分。接下來我們幫大家做的一些

briefing 是說我們看到的國內外體系的架構，首先是在 Access 的附近，Aday 提出一個從結構、過程到結果，他提出了一個 effectiveness、Equity、Efficiency 的一個呈現那這個架構對我們評估一個健保體系有某種程度的參考價值，另外在加拿大 Commonwealth Foundation 裡面提出一個 health system performance，他提出一些 dimension，包含 safety、efficiency、effectiveness、competence、accessibility、acceptability 等，IOM 也提出六大目標，英國的 PAF 也提出一些架構，還有 OECD 提出來的架構，提到從 quality，access，在美國的架構提到從安全、及時跟以病人為中心，那這些 dimension 可以讓我們在思考 quality 的時候變成一些 sub-dimension 的東西，那 WHO 也有一些我們覺得很重要的架構，看到一個 health sector review 的一個投入面 financing 的地方，人力、基礎結構、資訊到他的治理、短程結果，帶來的影響，反映在他 long-term 的 impact，另外還有提出一個 country report 的架構，還有 AHRQ 的指標 grouping 分類成 input、output 跟 outcome，那這個架構就有一個時間性的看待，可以看更長期的結果，另外一個也有提到從 financing 到 equity，efficiency 的一個從健康到財務的地方，另外也看到一個 circa 的角度是從區域到國家來看到很多的角度，有很多支付制度的觀點，績效的考量，或者 framework 的呈現，還有 Conrad 提出來的 framework，提到關於 outcome 可以參考的部分，另外最近在 NHS 的文獻裡面找到的 trust 他裡面提出一個 compliance 的 framework，談到病人為中心的部分，在這些架構裡面畫了一些 diagram，建構了一些管制的圖形，包含從前端的監控做資料的呈現，年度的報告，進行風險評估必要的時候介入調查及強制改善，他就分成在財務面及治理面的，在財務的部分有 FRR 的高低，在治理的部分，從服務績效，董事會的呈現看他的治理裡面看到景氣徵象的燈號是如何，定期會有一個資料的填報，後進行指標的監控。

討論事項第一題：

A：我想第一輪的發言，就是就一些原則性的發表我的成見，二代健保後的財務機制跟一代健保有很大的變化，這勢必得有一些調整，二代健保的健保法裡面關於財務的健全在一些法的程序上面還沒釐清，也就是說二代健保財務的平衡，其實是繫於健保會每年的審議，在過去的概念上健保財務的健全是自動評比機制，雖然說自動評比是有一些政治的黑手讓他不能浮動產生真正的評比，但是二代健保之後，要看健保會怎麼去決定，要主動式的去評比，所以這點在後續討論的時候，我們需要做一些比較細膩的思考，才能讓二代健保的指標真正反映二代健保的精神，還有，我們在選用指標的時候，因為目前監理的對象應該是健保署，當然要選健保署能夠負責的項目，例如說費率，過去也不是健保署能負責的，他只能根據每兩年的財務精算報告告訴當局是什麼情況，有些指標是有需要斟酌的地方，類似的邏輯舉安全準備來說，因為財務平衡的機制已經不同，現在是不是也該要重新考量，再來關於支出面，我比較關心 out of pocket 的比例是多少，因為這是牽扯到健保合法性的問題，如果說有了健保他還是出很多錢 out of pocket 的話，這樣可能會動搖健保的基礎，所以待會也許可以就具體的指標再表示意見。

B：監理指標的目的今天大家或許可以先討論，在過去我們知道在這是有些嚴格，比較早期的監理指標我記得是著重在對健保署的監理，那些指標好像並沒有出現在這裡，我不知道有沒有搞錯，有一陣子是去看健保署有沒有努力的工作、有沒有努力的控制費用，他的整個績效指標，那個也是一類，畢竟健保署是 single payer，我們一方面是要去監理健保署本身，那績效當然是各方面的，不管是財務或是他的行政執行能力、程度，那行政面就會看他是否有努力改善公平性、提升效率、控制費用、改善就醫的效果，這是一個層面的，那第二個層面才是說那整體的對健保制度，這個部分可能就不是只有健保署的，像 A 剛剛提到，可能是健保署、衛生福利部還是我們全民共同的，因為制度最後是透過健保會協商，那付費者其實也要負一部分責任，不是說只有政府，所以我們今天可以先討論監理指標裡的對象大概是什麼？然後再過來配合幾個 dimension，那另外我想就我剛才談到的這些資料裡面，兩個來源加進來，一個是之前大家用的滿多的 WHO(2000)用的 framework，就是 World Health Report 事實上那就是在評估 healthcare system performance，另外一個就是費協會每年為了要協商和要看健保執行的狀況，那會編一本其他參考資料要覽，那裏面的指標其實是非常廣泛，不管是從費用、利用、品質和可近性的指標，第一個，在 review 的立場或許有些資料可以先看一下現有什麼？第二個再來是說我們要 focus 的對象是什麼？那現在談的第一個主題講的是過去的，那過去我想會著重在大家比較常見的，可能是利用、品質、照護的結果、財務的方向這些，那就照護結果那塊，我稍微提供一些建議就是說我們提的一些指標也許跟健保的政策或執行有關，有些並不一定完全，那我會建議說未來在做這些篩選的時候可能對健保的品質跟照護結果 effectiveness 的部分，能夠更 focus 在跟醫療提供有關的，我舉個例子像說我們會用可避免住院或可避免死亡來反應健康照顧的結果，在過去有篇文章在探討可避免死亡的影響，用這來看健保的效益，用這指標是說我們有適當的照護可避免死亡，那這個是直接跟醫療是有關的，那有些不完全跟醫療有關的，因為大家知道還有很多其他的影響因素，那如果我們用太多死亡率的指標，那些指標不一定跟醫療完全相等的時候，那我們會太過膨脹醫療跟健保的功能，我們應該把未來在擬的指標方向更 focus 在跟健保或醫療提供服務有關的部分，這樣在做監理的時候才能更直接的去反應健保的效果，那至於 dimension 我想握自己因為上課就是用 Aday 的書，我覺得那架構其實還不錯，因為大部分的東西都可以涵蓋在裡面，如果要把財務加入我覺得會涉及到另外一個構面，我們今天談的是 system 的 performance，那另外一個是 manage 的層面，就不只是財務的部分，就是說我看到一個很嚴重的問題是我們現在健保的行政費用是非常嚴重的不足，那他會反應在哪裡？這其實是整個 operation 的問題，那這個的不足會讓整個健保的 R&D 越來越不足，其實你看早期健保署其實很有活力，但現在會受到資源的限制，我還記得 1996 年 Mora 老師來做評估的時候他就提出這一點，就是我們自己很自傲說我們行政費用很低，但那其實是一個缺點，因為你根本沒有辦法在做甚麼。他應該有不同層面的指標，那才能把整個比較是在整體健康的 operation 的部分納進來，那我想我今天先講到這裡好了，我們今天很多人要這樣太多時間。

- C：這個研究是在做一個調整和改革的部分，而且當然也是呼應健保會這個二代健保的改革和健保會的調整，我們確實也要對於指標它監理的目的是要修正錯誤還是前瞻性的指引，現在的指標比較像是對於錯誤的解釋，那我覺得說可以有比較前瞻性的看法，那第二個其實是這邊的研究架構也可以來看一下現在的指標比較偏某一些利害關係人，像一些醫療機構的部分，在民眾和被保險人的部分其實也可以納入，包括像健保署的業務或改革之後的財政上健保會的部分，建議可以把多元利害關係人都納進來看，不只是參與面向的擴大，那另外現在的指標我覺得在時間面向也是可以在多元一點，譬如說有月的、有季的、有半年、有一年的，讓它在不同的時間上有些呼應這樣，那二代健保有一個任務是擴大參與那包括財務的收支，現在擴大參與在指標上看起來相對是比較不足的，可以再有一些系統的績效加入，另外指標權重的部分也滿重要，其實可以區分一下所謂核心的指標有哪些？其中可以代表某些政策績效或系統績效？那最後，目前指標的設定滿符合資料可及性，所以比較偏重在業務方面，我覺得除了量化的指標以外我們是不是也可以加入一些質化的部分，看是從目的、利害關係人、時間性還有核心指標的擬定來做基礎。
- D：主持人我可以講十分鐘嗎？我會這樣提並不是說我會真的講十分鐘，我意思是我看完主持人的計畫和報告後覺得很好，大家共同來診斷或思考讓健保能夠永續，健保畢竟是照顧國人健康很重要的工具，重點我們是先講健保能夠永續，但這句話的前提是醫療機構能夠永續，如果沒有醫療機構那其實不用談健保，我們都希望健保照顧國人健康 but 如果沒有醫療機構就沒有健保，所以我到覺得如果以主持人第三張 slide 這樣子看，我回應一下其他老師講的，我們過去有一些計畫需求要看這些東西，那我就這就醫性、可近性掛在下面還有財務，這看的是過去，那以現在來講健保的 standard 是多少？but 前瞻性要怎麼去看？健保面臨比較大的問題是，我個人其實講簡單的三個小故事，這三個問題如果沒有解決的話那後面問題很大，而且很謝謝主持人提這樣一個架構，如果我們在這裡在前瞻性或後面研究的 limitation，或者 future perspective 可以加上什麼？如果可以把這三個問題解決，主持人這研究的 value 很夠但 impact 就可以更高，那三個小故事是這樣，第一個是每天到台大醫院急診處都躺著 150 個病人以上，每到禮拜天的下午五點以後，就躺到 180 個病人，然而臺大醫院的占床率已經到 92% 以上，有些如果會說那為什麼不是百分之百，這必須要有個輪動空間，不可能一個人剛走一秒鐘就住進來另外一個，還有幾個床是 ICU 床，總不可能每次得跑到 ICU 去住，燙傷也不可能沒事跑進去住，所以百分之九十幾對知道的人來說已經是滿了，就已經爆掉了，那我們在急診抱怨最大的事情是病人沒有枕頭可以躺，還有是病人沒有躺椅可以躺，所以到急診來你能坐著打點滴已經是不錯了，我們接著再來可能就要站票了，可是你的門面已經弄到這樣大了，那我們其實也不讓救護車送來，我們卻有一段事情在做，相對的我在台北市立醫療監督的 board，看他的 management 好不好，我在裡面看到一些數字，四月佔床率只有百分之七十幾，他有很多病床甚至住院率是下降的，那我們不免會問道的第一個問題是如果這樣的結果醫療機構是撐不住的，你在嚴重的病人到急診來床都沒有，為什麼？因為他床滿的時候送來一個 AMI 的病人，你不能叫另外一個人起來

讓他躺，全院的床都下去了，全部從倉庫裡出來了，這個人我不曉得可以擺到哪裡去，所以這個部分我們可不可以從指標裡面去看，去看到一個合理性是說，這是一個負向的，造成這樣的行為，我們是不是能夠調節他，這是第一個要講的事情。第二個事情是我們以骨科為例，上一次黃煌雄委員來台大醫院裡面，我們也報了這個 data 給他看，我們沒有精確的 data，but 這個 train 還是對的，在十年前我們台灣的骨科本來還有 87% 都在 medical center 只有 1、7% 在開業，也就是有一些骨科醫師出去開業但他們能開甚麼？大概不能夠開刀，但我們有很多民中關節疼痛他能夠給予一些處置，但在四年前到五年前，這個百分比到 17%，到了中南部有些甚至超過 50%，那我們最近有一些 fellow，有五到六位的總醫師在 training 完畢以後說他們要出去開業，他們這輩子不再開刀了，因為開刀對他來講太難賺了，我們不能 criticize 他們草莓族還豆腐族，他有他的價值觀，也就是說我今天在醫院裡面開刀開的這麼辛苦給付又很低，然後又要看一大堆的指標，甚至看到病人十四天以後再住院我要寫檢討報告，我的感染率、抗生素要被管制，那甚至我做不好還要被開檢討會，更不要談醫療糾紛那一塊還有打架，那如果把這些都不算，我出去外面開業，我不用開刀，我開一次到膝關節我要念多少書，要多少技術，可是開了我不可能百分之百，他的後續還要照顧在我們醫院給的再多，一個私人醫院開個刀給你一萬塊，更別說公立醫院只有兩千塊，可是我去外面開業，我結合看鐵打損傷和物理治療的 pay 還比較好。

以下紀錄採條列式

討論事項第一題

專家代號	會議紀錄內容
A	<ol style="list-style-type: none"> 1. 二代健保的財務機制與一代不同，要有調整。 2. 財務健全的規定在法的層次上並沒有釐清。 3. 二代健保的財務繫於健保會，在過去概念上健保財務是自動評比，應採主動式評比，才能將二代健保後的指標反映其精神。 4. 費率方面，安全準備指標的額度需要重新考慮。 5. Out of pocket 的比例是多少？會牽扯到健保的基礎。
B	<ol style="list-style-type: none"> 1. 先考慮監理指標的目的(績效指標-行政面努力程度、公平性、行政效率) 2. 監理指標監理的對象為何？ 3. WHO(2000)提出的 framework 很常被使用，可以加入。 4. 評估 healthcare system performance。 5. 先觀察現在情況，在考慮想要 focus 的對象。 6. 照護結果的指標可以 focus 在醫療提供的部分(用可避免住院、可避免死亡來反映)。 7. Aday 的架構不錯，大部分都能涵蓋，若加了財務其實變成另一個構面。 8. 目前健保的行政費用嚴重不足，會讓健保的 R&D 越來越不足，資源受限制。

C	<ol style="list-style-type: none"> 1. 這個計畫是要修正錯誤還是提供前瞻性的指引？建議可以提供前瞻性的看法。 2. 當前指標比較偏向醫療行為，多元利害關係人的部分可以納入，擴大參與面相。 3. 時間面相也可多元，時間呼應。 4. 擴大參與指標的不足。 5. 指標的權重很重要，核心指標有哪些？可以代表某些政策的績效。 6. 當前指標配合資料可及性，除了量化的指標建議可加入質化的指標。
D	<ol style="list-style-type: none"> 1. 希望健保能夠永續，前提是醫療機構永續。 2. 計畫需求看得是目前健保的 status quo，但我們前瞻性怎麼去看？ 3. 急診人數過多，占床率 92%，醫療撐不住，若有 AMI 沒有地方去，從指標看合理性並調節(負向指標)。 4. 骨科醫師十年前 87% 在醫學中心、1、7% 開業，四五年前，17% 開業，在鄉下地方甚至到 50% 以上，開刀太難賺，有醫糾，打架，造成人才流失問題。 5. 建議指標觀察分級醫療是否有運作。 6. 設立指標避免 near miss，adverse event 走向非醫療。
E	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本研究目的係在滿足評核會議？ 2. 要確立目標。
F	<ol style="list-style-type: none"> 1. 設立指標的功能為何？ 2. Accountable to whom？ 3. 指標是給誰看的？要釐清對象。 4. 建議增 provider 的指標。 5. 對內部監控及外部 direct outcome。 6. 監理與被監理的對象？權責？ 7. 全民健保是全民“參與”的保險 (single buyer)。 8. 供給者的角色可能有管理者也有醫療人員。 9. 建議加入 affordable 的指標。
G	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用者和 provider 是誰？ 2. 計畫要參與到的程度到哪？ 3. 在監理時配合 payment 可以影響醫療行為。 4. 希望增加 continuity 方面的指標。 5. 是否會給予 decision maker 做為政策考量？
H	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議加入質的指標，例如：人員適足率。 2. 指標監測財務負擔 out pocket。
I	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議 Equity 包含 Access 的構面。 2. 覺得 Aday 的 3E1F 相當適合。

討論事項第二、三題：

專家代號	會議紀錄內容
A	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議保留安全準備款指標，取消借款指標，因為是一體兩面的，但安全準備整個水準可考慮下降，因二代健保的財務平衡機制不同。 2. 加入一些務實的指標。 3. 收支不宜以季為單位，且保費收入不應 geared to 精算水準，因為精算報告從未被採行。 4. 調整燈號的算法，配合當前時勢，使有些紅燈可以轉為綠燈。 5. 建議保留呆帳的指標，可與二代健保實施以後的控卡問題做一併考量（二代健保對控卡的規定較嚴，呆帳可能會升高）。
B	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議加入社會參與的面向。 2. WHO(2000)提到有關 Finance 的部分可以加入，目前缺乏 Finance 指標。 3. 建議分兩個方向： <ol style="list-style-type: none"> a. Health System Performance b. Management(健保署經營管理)(例：財務狀況) 4. 建議依照 Aday 書中的 sub-dimension 整理再補充。 5. Effectiveness 可分成 community(population)和 institution 兩個 level，建議增加 volume 及 appropriateness 兩個 sub-dimensions。 6. Equity(包含 access)分成 distributive justice、social justice 和 procedural justice，sub-dimension 則可以加入 fairness in financial contribution 及 catastrophic cost。 7. Efficiency 可由微觀面及宏觀面來看：微觀面建議加上 burden of disease 做為效率提升之目標；宏觀面則可加入個別醫院/門診效率指標(是否因制度而改變)。
C	<ol style="list-style-type: none"> 1. 加入時間面向，可以做後續觀察比較。 2. 建議加入有關監測行政效率的指標。 3. 當前社會提倡高齡有善，可以針對特定族群做指標監測。 4. 建議提供前瞻性的指標。 5. 在財務面建議加入收支連動指標。
D	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保 drift 醫療而不要 drift provider，所有人都不希望健保倒，事實上健保也不會倒 2. 建議加入指標： <ol style="list-style-type: none"> a. 無效醫療佔多少？ b. 健保臨時加保率？(人員及設備適足率多少？是否需要關床？) c. 輕症在急診就醫率？(否則會排斥真的需要的人) d. 區域醫院接受醫學中心轉診率？(健保應提供補償)
F	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informative 指標不要多，而是要關鍵。 2. 財務指標建議總額和專業核銷程度方面做監測。 3. 在醫療面部分，建議加入三班護理比，及針對醫院 provider 和收入面做監測。 4. 公平性：對高風險及弱勢族群增加就醫的可近性。

附錄五 第一階段問卷—監理構面評選

專家您好

我國全民健保在 1995 年開辦迄今，即將邁入二十個年頭。經過二十年的努力，臺灣推動健保的經驗，已成為國際上的典範。然而，雖然健保的推行經驗，獲得國際上的一致推崇，但我國健保體系的監理架構至今仍然付之闕如。雖然過去衛生署全民健保監理委員會（現為衛生福利部健保會）曾提出財務與業務構面的監理指標，但不論是架構或是指標形成的過程，缺乏系統性的發展。因此，隨著衛生福利部全民健保委員會（由全民健保監理委員會與費用協定委員會合併）成立之後的今日，發展全民健保監理架構乃為勢在必行的趨勢。

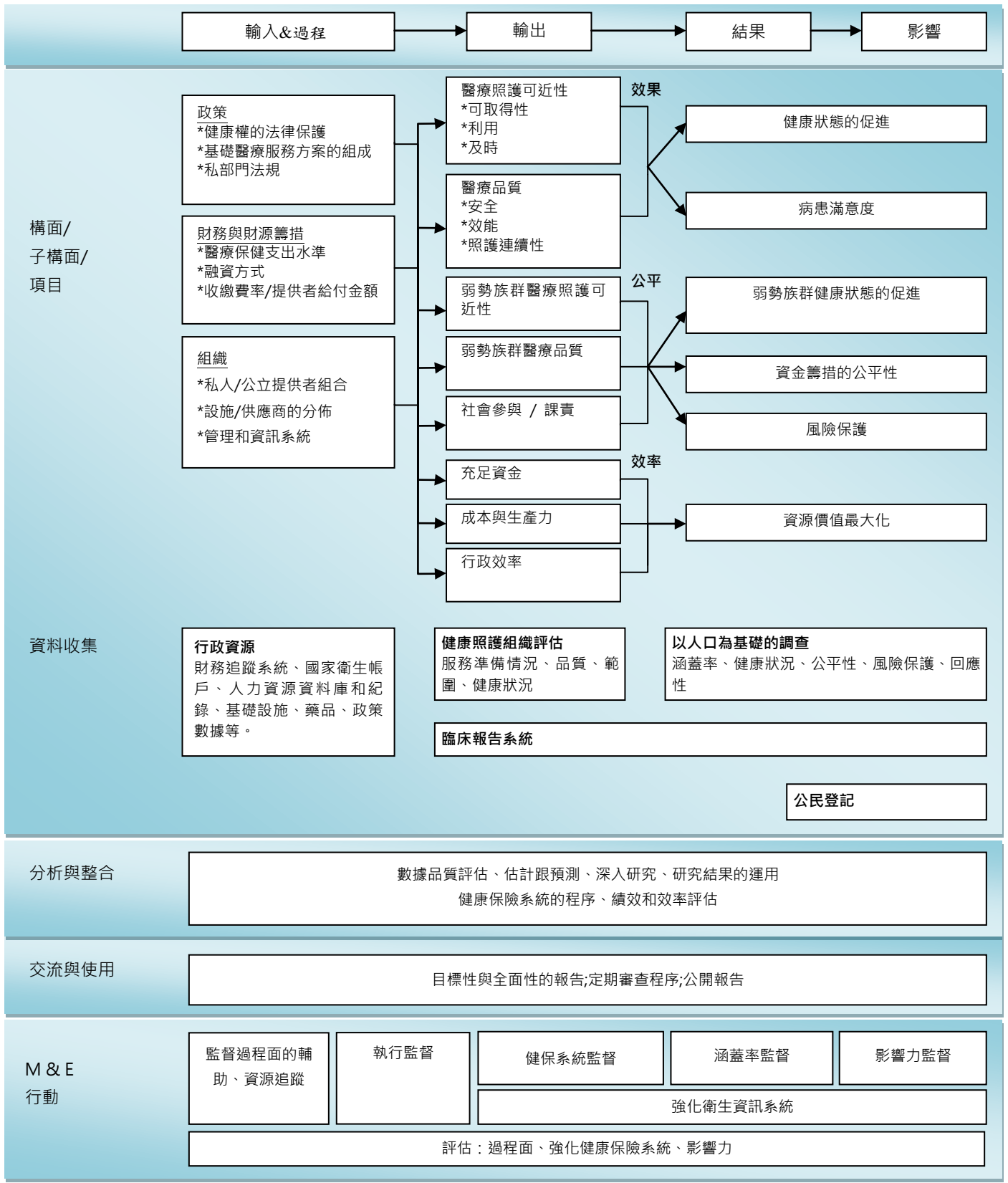
本研究團隊接受衛生福利部全民健保委員會的委託，預計以收集國內外監理與評估架構，以及收集專家意見、建立共識，並進而發展於臺灣健保的監理架構，以及建立指標並進行指標試算。本計畫參考了學者 Lu Ann Aday (2004)、Rifat Ali Atun 等人 (2006)、WHO world health report 2000、英國 NHS 2013 performance framework、WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework (2010) 在評估醫療體系的架構，並且結合學者 Kruk 等人 (2008) 的研究，以及 6 月 27 日與 7 月 4 日兩次專家會議中專家之意見，提出臺灣健保監理架構草案（如附件一）。本架構之內容從資源投入與過程、產出、到短期的醫療結果與長期的健康影響，也設想本架構之各項資料來源以及後續監測與評估。而監測與評估的層面則除了健保署業務之外，也將擴及至醫療院所、被保險人以及其他相關單位。主要之監理項目則至少包含效果 (Effectiveness)、效率 (Efficiency)、公平 (Equity) 與財務與財源籌措四項。而在專家會議中，本計畫也所蒐集到之部分資訊，請您協助評估是否需要再增加 1-2 項主構面。

由於評估架構需要多方參與，因此希望能借重您的專長，協助我們進行專家所提供的主構面評選（評選標準為適當性與重要性，七分量表，分數越高表示越適當/重要）以及推薦（由 1 開始，分數越小越推薦），以及各主構面下子構面的評選（評選標準為適當性與重要性，七分量表，分數越高表示越適當/重要）。此外，計畫時程較為緊湊，希望您能撥冗填寫，並於 7 月 31 日前將問卷與領據以回郵信封寄回。最後，由於衛生福利部預算縮減之故，本計畫之經費亦受影響，因此僅能致送微薄之審查費，尚祈海諒與支持。

敬頌

時祺

計畫主持人 鍾國彪敬上
國立臺灣大學健康政策與管理研究所
聯絡人 呂虹霽
聯絡電話: (02)3366-8065



台灣健保監理架構圖

問卷一：除了效果(Effectiveness)、效率(Efficiency)、公平(Equity)以及財務與財源籌措(Finance and financing)四項主構面，請您就以下主構面進行評選與新增推薦

主構面新增參考項目	適當性 (分數越高表示越適當)	重要性 (分數越高表示越重要)	推薦序位 (1 為最推薦)
1.可近性(Accessibility)：民眾接受醫療服務的程度	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
2.醫療品質(Quality of care)：一種增加個人或群體預期照護結果可能性的程度，且與現有專業知識一致	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
3.適當性(Appropriateness)：提供給病患及民眾符合標準的照護與服務	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
4.回應與課責(Responsiveness and accountability)：回應民眾的需求，並從民眾的感受、評價與需求進行回應、改變與提供選擇	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	

問卷二：請您就各主構面下的子構面項目進行適當性與重要性評選

主構面項目	子構面項目	適當性 (分數越高表示越適當)	重要性 (分數越高表示越重要)
效果 (Effectiveness)	健康狀態(Health status)：如新生兒死亡率、癌症存活率等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	機構層級效果(Institutional level)：健保所帶來的照護結果品質的影響	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	社區層級效果(Community level)：健保所帶來的國民健康改善	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	病人對照護結果的滿意程度(Satisfaction level of health care)：如病人滿意度	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	其他：_____	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
效率 (Efficiency)	微觀效率(Micro efficiency)：如疾病負擔等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	宏觀效率(Macro efficiency)：醫療費用成長、自費比例等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	資源的價值(Value of resources)：資源投入與健康結果的比值	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	充足的資金(Adequacy of funding)：如每人國民醫療保健支出金額	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	成本與生產力(Costs and productivity)：如點值等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	行政效率(Administrative efficiency)：如被保險人申辦業務滿意度、對醫療機構管理的資源投入與產出比例、員工訓練時數	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	研究發展的資源投入(Inputs on R&D)：如案件數或金額趨勢	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	其他：_____	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7

公平(Equity)	資源分配的公平(Distributive justice)：如縣市、照護層級、照護型態等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
公平(Equity)	弱勢族群的健康狀態(Health status for disadvantage)：如低收入戶或偏遠地區死亡率等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	資金籌措的公平性(Fair financing)：如低收入戶保費佔率	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	風險保護(Risk protection)：如災難性醫療支出/自付醫療費用超出負荷的人口比例	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	弱勢族群醫療資源可近性(Accessibility for disadvantage)：如醫療利用、可利用之醫療資源	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	弱勢族群醫療品質(Quality of care for disadvantage)：如安全、效能、照護連續性等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	其他：_____	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
財務與財源籌措(Finance and financing)	收支情形(Balance of income and expenditure)：如收入成長趨勢、支出成長趨勢、餘絀趨勢、欠費比例與金額趨勢等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	財務狀況(Financial status)：如安全準備等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	醫療保健支出水準：如醫療保健支出占 GDP 比例	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	財源籌措能力與效率(Ability and efficiency of financing)：財源結構的多元以及募集財源所投入之成本	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	支付制度設計(Payment system)：以達成健康提昇、合理資源分配等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	其他：_____	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
可近性(Accessibility)	可取得性(Availability)：資源投入（如人力）的程度	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	利用(Utilization)：服務使用的程度	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7

	及時(Timeliness)：及時提供服務的程度。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	其他：_____	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
醫療品質(Quality of care)	安全(Safety)：避免從照護過程中發生傷害	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	效能(Efficacy)：提供具有證據能力之醫療服務	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	連續性(Continuity)：提供在不同照護計畫、醫療提供者、機構以及照護/服務層級間整合、不間斷的能力	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	其他：_____	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
適當性 (Appropriateness)	預防保健資源的投入與結果(Inputs and outputs on preventive health care)：如疫苗注射等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	衛生教育資源的投入與結果(Inputs and outputs on health education)：如戒菸衛教等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	癌症防治資源的投入與結果(Inputs and outputs on cancer prevention)：如乳房攝影、癌症存活率等	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	其他：_____	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
回應與課責 (Responsiveness and accountability)	民眾參與程度(Public involvement)：民眾參與各類健保事務的程度	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	民眾利益的保護(Public interest protection)：政策制定、資源取得等服務之提供皆以民眾利益為優先考量	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	資訊揭露程度(Information disclosure)：	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	其他：_____	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7

~本問卷到此結束，請您將問卷與領據置入回郵信封寄回至研究團隊，再次感謝您的協助~

附錄六 不同條件下各構面之子構面中選情形一覽表

構面	效果				效率						
子構面	健康狀態	機構層級效果	社區層級效果	病人對照護結果的滿意程度	微觀效率	宏觀效率	資源的價值	充足的資金	成本與生產力	行政效率	研究發展的資源投入
平(適當)vs平(重要)	V	V		V		V	V				
中 vs 平	V	V		V		V	V				
75vs 平	V			V		V	V				
70vs 平	V	V		V		V	V				
60vs 平	V	V		V		V	V				
66vs 平	V			V		V	V				
平 vs 中	V			V		V	V				
中 vs 中	V	V		V		V	V				
75vs 中	V			V		V	V				
70vs 中	V			V		V	V				
60vs 中	V	V		V		V	V				
66vs 中	V			V		V	V				
平 vs75	V			V		V	V				
中 vs75	V			V		V	V				

附錄六 不同條件下各構面之子構面中選情形一覽表 (續 1)

構面	公平						財務與財源籌措				
	資源分配的公平	弱勢族群的健康狀態	資金籌措的公平性	風險保護	弱勢族群醫療資源可近性	弱勢族群醫療品質	收支情形	財務狀況	醫療保健支出水準	財源籌措能力與效率	支付制度設計
75vs75							V		V		V
70vs75							V		V		V
60vs75							V		V		V
66vs75							V		V		V
平 vs70							V	V	V		V
中 vs70						V	V	V	V		V
75vs70							V		V		V
70vs70							V		V		V
60vs70							V	V	V		V
66vs70							V		V		V
平 vs60	V				V		V	V	V		V
中 vs60	V				V		V	V	V		V
75vs60							V	V	V		V
70vs60							V	V	V		V
60vs60	V				V		V	V	V		V

附錄六 不同條件下各構面之子構面中選情形一覽表 (續 2)

構面	公平						財務與財源籌措				
子構面	資源分配的公平	弱勢族群的健康狀態	資金籌措的公平性	風險保護	弱勢族群醫療資源可近性	弱勢族群醫療品質	收支情形	財務狀況	醫療保健支出水準	財源籌措能力與效率	支付制度設計
66vs60							V	V	V		V
平 vs66	V				V		V	V	V		V
中 vs66	V				V		V	V	V		V
75vs66							V	V	V		V
70vs66							V	V	V		V
60vs66	V				V		V	V	V		V
66vs66							V	V	V		V

附錄六 不同條件下各構面之子構面中選情形一覽表 (續 3)

構面	可近性			醫療品質			適當性			回應與課責		
	可取得性	利用	及時	安全	效能	連續性	預防保健 資源的投入 與結果	衛生教育 資源的投入 與結果	癌症防治 資源的投入 與結果	民眾參與 程度	民眾利益 的保護	資訊揭露 程度
平(適當) vs 平(重要)				V	V	V						V
中 vs 平				V	V	V						V
75vs 平				V	V							V
70vs 平				V	V	V						V
60vs 平				V	V	V						V
66vs 平				V	V							V
平 vs 中				V	V							V
中 vs 中				V	V	V						V
75vs 中				V	V							V
70vs 中				V	V							V
60vs 中				V	V	V						V
66vs 中				V	V							V
平 vs 75				V	V							V
中 vs 75				V	V							V

附錄六 不同條件下各構面之子構面中選情形一覽表 (續 4)

構面	可近性			醫療品質			適當性			回應與課責		
	可取得性	利用	及時	安全	效能	連續性	預防保健 資源的投入 與結果	衛生教育 資源的投入 與結果	癌症防治 資源的投入 與結果	民眾參與 程度	民眾利益 的保護	資訊揭露 程度
75vs75				V	V							V
70vs75				V	V							V
60vs75				V	V							V
66vs75				V	V							V
平 vs70				V	V							V
中 vs70				V	V							V
75vs70				V	V							V
70vs70				V	V							V
60vs70				V	V							V
66vs70				V	V							V
平 vs60				V	V	V						V
中 vs60				V	V	V						V
75vs60				V	V							V
70vs60				V	V	V						V
60vs60				V	V	V						V
66vs60				V	V	V						V

附錄六 不同條件下各構面之子構面中選情形一覽表（續完）

構面	可近性			醫療品質			適當性			回應與課責		
子構面	可取得性	利用	及時	安全	效能	連續性	預防保健 資源的投入 與結果	衛生教育 資源的投入 與結果	癌症防治 資源的投入 與結果	民眾參與 程度	民眾利益 的保護	資訊揭露 程度
平 vs66				V	V							V
中 vs66				V	V							V
75vs66				V	V							V
70vs66				V	V							V
60vs66				V	V							V
66vs66				V	V							V

附錄七 9/16 專家會議記錄

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

建立全民健康保險業務重要監理指標之研究計畫

德菲法問卷指標選取專家會議

主 席：鍾國彪教授

出席人員：鄭之勳副執行長、張必正院長、范傑閔醫師、廖熏香組長

列席人員：游宗憲專案助理教授

紀 錄：呂虹霈

時 間：2013 年 9 月 16 日（一）下午 4:30~5:30

地 點：台大公共衛生學院（台北市中正區徐州路 17 號）6 樓 646 討論室

會議議程：

一、主席致詞

二、介紹與會人員

三、計畫簡介

四、監理架構草案

五、討論事項：

1、問卷指標篩選（附件 1 第一回合德菲法問卷—醫療版）

2、建議新增指標

六、臨時動議

七、散會

會議逐字稿

※主為主持人；A-B-C-D 為專家代號

計畫簡介(略)

主	謝謝游老師的報告，我們今天時間沒有非常的多，先讓大家看一下我們手上的內容。第一部份的效果有兩個子構面，叫做健康狀態與病人對照護結果的滿意程度，從第一頁到第八頁共有 16 個指標，我們最後最終產出的部分沒辦法保留這麼多，所以是不是請大家幫忙建議做一些修正，刪減到大約 7 個或 8 個左右。一樣個概念在滿意度的地方，我們從 7 個指標做一些酌量的刪減，希望從現在全部的 76 個指標，刪減到 40-50 個左右的範圍，然後再請專家在從這些範圍中選出大約 20 多個。因為時間很有限，我們恐怕要用分工的方式進行，因為通通一起看的話勢必是沒有辦法，那我們是不是可以請 A 幫我們先看安全部分 11 支的指標，然後 efficacy 那一塊...，我們也請 A 幫我們一起看好了，看完之後做一點建議，效果這
---	---

	邊是不是請 B 先幫我們看一下，那宏觀效率和資源的價值這兩塊，是不是請 C 看宏觀效率，D 那邊看資源的價值，另外也幫忙看一下效能的部分，先讓大家看個幾分鐘，希望能幫我們做一個 downsize，你覺得如果這裡面如果要保留一半的話，你會優先推薦的是哪些，這樣子可能會比較有效率。
主	不知道大家看的怎麼樣了，我想那個背景我再做多一點點的說明(略)。是不是先請 B 先從第一個效果的 health status 跟滿意度來討論，其中我們先從 health status 的 16 題，你覺得看你是要從推薦的角度或是不推薦的角度，怎麼樣把這 16 個題目做精簡的建議或想法。
B	是大約一半嗎？
主	對，差不多一半。
B	那個第 1 個指標跟第 2 個指標我會推薦，這個大概跟我們醫療系統的效果應該是還蠻有關聯性的。第 3 個指標的孕產婦死亡率，現在目前這個指標可能死亡率應該是不高，所以不知道說去用這個指標會不會有幫助。然後有三個癌症指標，應該是第 4 跟第 7，還有一個是 12，一個是肺癌兩個是乳癌，看的是五年的存活率，那乳癌有一個是觀察應該是絕對的存活率，還有另外一個是跟一般人口的相對存活率，我是覺得這三個是比較大的東西，可能還是可以建議保留，我看到說有專家建議要分期，如果要做就等於四個期都要了，我是覺得乳癌應該只能選一種，不知道大家覺得是一般學術上那個觀察會比較適合，還是相對的，就是純粹如果是一般大眾和醫界的話，常用的是觀察存活期，如果是用大眾的角度看，用觀察存活期四個去區分可能會比較容易瞭解，所以我比較推薦的是 1、2、4、7、12，那至於乳癌那個 1234 期要用 13-16 還是 8-11 可能就看大家的想法。
主	好，剛剛是不是那個 C 有稍微看了一下。
C	我是覺得 3 跟 5 一般在做公共衛生裡面，看是要選周產期死亡率其他的是有議定的意義存在，有一定的效果，或許台灣之前沒有但未來可能會有影響，所以 3 跟 5 還是要選一個留著，如果過去都用 3 的話是不是保留 3 比較好，可以做統計得比較或追蹤，6 是不是也要留因為我覺得在醫療面的部分也有一定的重要性，至於 7 跟 12 我是同意 B 的說法。
主	相對死亡率我記得是有一年品質政策辦公室在做國際比較時好像有用相對死亡率，當成一個跨國比較的參考，不知道 A 跟 D 的看法是如何，目前好像有一個交集，聯集是 1、2、3、4、6、7、12。
A	那 6 收集上比較不可行，可能性比較低，會有爭議。
主	因為可行性未來會變成一個選取的參考，現階段如果大家覺得可以保留反映一個健保整體的貢獻，是否就先保留用這 7 個，至於用了之後，取肺癌跟乳癌相對的高低，分期的部分另外在做就可以，是不是接下來請 B 就滿意度的地方在做精簡。
B	如果挑 3、4 個的話我會建議 17、18、20 跟 22，等候時間如果太久對醫療面還是會有影響，有些項服務的過程得不一定可以談。
主	好，謝謝那請 C 從基層的角度來看。
C	其實都接近啦!不過我一直想 17，因為他是 18-21 的總和，我本來是把它拿掉把 18、19、20、21 留著，不過我比較有疑問是等候時間是效率還是效能?就是看要留 17 還是留 19，這兩個我感覺上是差不多。
主	請問 D 覺得如何?
D	這裡只對診所還是醫療院所?
主	醫療院所。
D	如 C 所言，17 是後面的總和，有些病人對某些滿意而已，總體看不出來。

主	滿意度應該是醫院、診所都有，所以我們說醫療院所的有包含醫院跟診所。
研	這部份我們還要再做修正，變成只有醫療院所，我們只要看大的 item 就好。
A	那寫醫療機構嘛!
主	請問 A 覺得是否 OK?在態度的部分呢?
A	我是覺得 21 比 22 明確一點，不知道大家覺得怎麼樣?接受度會有個人的差異，不過滿意度也是啦!
主	所以就是候診時間的滿意度喔?如果是 22 就是對診療時間之滿意度，就這整個大方向就已經是講滿意度了。
B	第 21 會比較困難，看得快不知道是醫師成效不好還是效率好，等候治療可能跟很快得到治療可能跟病人預期的結果有關，早點看到醫師就早點治好，跟 outcome 相關性會比較大。
A	22 的解釋度可能會高一點，因為 21 可能會出現有的人喜歡看得慢；有些人喜歡看得快。
主	應該不會有人願意多等的，那我們目前保留 17、18、20 跟 22，那 19 的部分?
C	是不是可以先留下來?
A	我也覺得可以留下來。
B	我也認為。
主	好，那就保留這五個，謝謝大家!那請大家幫我們看看第 12 頁，C 的意見是如何?
C	我還是第 24、27、30 要保留，還有 36 這四個，我覺得都是自費部分健保不會管理的內容，有很多預防保健的，如第 30 個，不用拆成勞健跟成健，我在想 34 是否要保留?我把比較多預防保健的拿掉，留下一個第 30 號，我建議改成 40 歲以上，那如果要保留 34 我覺得要符合台灣的建議，所以這樣會留下 5 個。
主	5 個，精簡得非常徹底，那 D 覺得呢?
D	我覺得後面的分得太細了!不知道 35 是算財務還是?是不是應該放在財務那邊看。
主	歷年來的業務 GDP 的比率是這樣看，是五個，那個醫療費用支出占 GDP 應該不是在這裡，是不是要該要改去那。還有上次那無效醫療，先前的專家提出來的，有沒有甚麼案例可以討論的?
D	我是寫不可行，要怎麼定義是重點，雖然我覺得這是很重要的指標。
主	那可不可以幫忙做定義?
研	下一個比較特定的 case?比如癌末的病人做什麼事然後屬無效醫療。
D	看新聞報導有說，個人覺得是例如:有呼吸器了還在洗腎，他不是個單一的東西而是綜合的，還有癌末一年內做什麼事這樣。
主	癌末半年內或三個月內還在做積極性治療這種，當然這是比較籠統一點的。
D	可能要去找到定義，這指標其實是有意義的。
主	可能要查一下這叫 aggressiveness of care，我記得唐教授在做這個，可以從這方面著手找些資料來看，試著釐清一些部分，自費的部分呢?
A	能不能真的收到自費的資料有很大的疑問。
D	你的醫療支出就是包含健保跟自費的部分，是混在一起的。
B	自費的金額越來愈高有可能是醫療的效率不好所以需要自費，但也可能是健保給付的開放跟不上醫療的發展，會有自費項目一直增加。
D	這可能會每年變動的。
主	醫改會會注意不是沒道理的，C 談到民眾可能需要得但健保涵蓋不到，對公眾來講是否需要，但健保的開放怎麼跟上醫學的進步是要考慮的，現在就考慮要把自

	費的加進來，另外，部分負擔這個 26 不知道有人對他有沒有意見?
D	這個現在都在往上調了。
C	但也不能隨便調，免部分的都免部分，需要部分負擔的還是會影響。
主	剛剛 35，是 C 有建議?
C	沒有!
主	剛剛總結一下可能有好幾個，但我想討論乳癌這部分能否加進來呢?
C	我看到後面有幾個如做糖化血色素的部分，其實跟做 screen 是一樣的道理，只是特定某個族群而已。
主	他的效率是在反映 saving。
C	有些特定的會有重複性問題。
主	我們是不是把 32、33 放進來，現在有 24、25、27、29、30、32、33、34，這樣是 8 個好不好?
A	36 先不要。
C	如果是 32、33、34 要放，可能要跟台灣的年齡層範圍建議量的值一樣。
主	好，選取理由可能是從國外找的，國內的還要再一些搜尋，好我們繼續下去，資源的價值。
D	我選的是 39、40、42、43 還有 45、46 不知道放這裡還後面。
主	如果 37，我記得 Michael Porter 有提過一個概念，若是每人的健康支出變成一個分母看他能買到什麼，變成一個 improvement 的概念，有沒有這樣的可能?per dollar spend to buy the health 這樣的概念。
研	分子是放平均餘命這種是可以測量到的東西?像有些品質是無法測的。
主	過去 15 年間，投資對平均餘命的影響，這種 value of resource 的概念，這或許是可以思考的概念，不知道 B 有沒有補進來或建議的?
B	42 的指標名稱，是要寫 3 天內?
主	選取重要理由有沒有辦法再多點陳述?
A	一個是 DRG；一個是 case payment。
主	39 跟 42 我會覺得有某種程度的重疊
C	39、41 跟 42、43、44 有分成 DRG 跟 case payment 是一樣的。
主	44 是他目前已有的業務監測指標，是不是合宜?高診次、高利用這塊。
C	他當然健保署會去管做得好不好。
D	他目前作法是好的，會打電話或致公文，提醒他高就診還有輔導，這指標後續他會放到行政審查裡面，超過某個範圍會變不給付，如果政策有要求達成率就會相當容易，目前輔導好像沒有很積極。
C	太高好像會鎖卡這樣。
A	安眠藥那個會輔導方案，會跟案主聯絡，會警告其他給藥的人。
D	現在要連上 VPN，不然會計點，所以醫院都改自費。
主	有些重複的部分，我們要做點調整，有一個 C 提到的 47、49 是否考慮納進來?
C	我先說 49 最近健保署針對這兩個在修正，重複率只要是 3% 還 5% 就直接核減掉，我是不知道還要不要做監測，不過 49 只包慢性病患而已，即興的不再裡面，他原本是 7 天後來可以拖延到 3.5 天，現在超過太多(如 13 天)就會斷頭不給付，如果已經實施了就沒意義在監測，因為大家都會一樣，47 也是這樣，超過太多會斷頭，不給給付。
主	這樣指標會偏少。

A	我覺得 45 可以放後面。
D	46 在後面也出現過。
主	OK! 那目前只有 4 隻。
A	還有 48。
主	48 好像比較偏 effectiveness 跟 efficacy。
C	我建議 49 我們如果可以大膽去改一個東西，他認為是同一院所，但如果是論人，跟著病人走，如果他重複用藥，不限定在同一院所的話好像沒甚麼意義?這是個比較大的問題，同一個人在不同醫院的狀況這樣，這可能早上看一家、中午看一下、晚上看一下，我覺得這是很有挑戰空間的。
主	好啊!我覺得這好的，這指標怎麼改?算的算不出來?統一病人嗎?
C	這其實是健保署可以做的，目前當然就是在健保沒有連線的狀況下醫生會有些反彈，覺得有困難。
A	統一病人門診用藥日數重疊。
D	那要限定是慢性病還是開多少錢以上的刀。
A	有些是不同級的人，可以從高診次的著手。
D	高診次的都比較多疾病這樣。
主	這好像有點 doctor shopping。
A	把同一院所改成同一病人門診用藥日數重複率。(一次以上就算重複)
C	日數重複，是 3 天內就不能重複是吧?用藥會比較複雜吧?
A	重複藥很難，光要分類別就很難，要看 coding 也不太準。
主	同一病人門診用藥日數重複率(高診次病患)這樣。
D	可以不然要定義部分還太多了。
主	安全的部分交給 A。
A	好，我是用刪去法，感染是蠻多的，是 50、51，那 52 是建議不要，因為台灣還沒系統，在 ICD 也沒有，輸血協會也還在說，輸血反應是異常事件，所以我刪 52，53 跟 51 是重複所以我刪，54 留著，55 麻醉也留著，那 56 我是建議刪掉，因為他重點在髖關節比較窄，57 台灣資料很少，研究是東方人比較少 DVT，所以刪掉，術後敗血症這是建議可以討論一下，59 是兒童氣喘是可避免住院日不容易去看，如果不用可避免，可能會沒意義所以刪掉。
主	好，現在先看到 safety 就好其他等等，所以現在有 60、55、54、53、51 加 58 討論，請 C、D 做增減補充了，先從 58 開始好了。
D	58 術後敗血症這個我不確定，其實跟術後感染很像，進入到敗血症的 coding 會比較難，因為 pay 沒有比較高，我們醫院申報敗血症就是看有沒有做 CVP，所以做很多但沒有 coding 所以抓很少，都是跟感染有關，會有問題，可能會就直接抓大一點的術後感染。
主	51、53 比起來，53 比較完整一點。
D	53 也是 coding 他的傷口感染
A	這應該可以 co 的到，這是感控會收。
D	就要看醫院會不會 co 了。
A	所以不考量可行性就是 53 比較好。
D	56 算是反映術後照護的品質，蠻重要的。
A	我們只能抓到髖關節骨折嗎?
D	品質指標公告好像沒有做這一項，他們其實只是用 hip fetcher 來做。

A	這是要嚴重的，沒跌倒那邊就看不到，還是要擴大一點，這是可以留下來。
主	好，因為這部分已經蠻精簡了，只有三個，所以目前有 50、53、54、55、56、60 這樣六個，好!那這邊差不多，最後 Efficacy 的地方。
A	這邊可能要就教兩位醫師，63 這個我是把他刪掉，不知道間是這個意義是?
D	比如上氣喘是就是類固醇。
A	他一定會開嗎?
D	如果是氣喘的話他一定會開。
A	所以留著，那 64 這裡的話他看的是氣喘，建議留一個就好，這裡只要看就含所以跨診所跟醫院。
D	其實 63 是出院住院之後，64 是看氣喘照護這每半年要追蹤一次，如果一年沒追蹤就結案，還要看氣喘指標。
A	這邊是看滿六個月定期追蹤這樣。
C	這邊是氣喘照護計畫的看的。
D	他這是期待醫生可以遵照這公約在走。
A	好!那都蠻重要，所以氣喘的部分有兩隻。
主	好!那 DM 的部分。
A	DM 目前這四隻建議選不要超過兩隻這樣，HbA1c 是看他有沒有做而不是看執行成效。
D	HbA1C 這個很重要吧!一定要吧!
A	這個 HbA1C 是看他有沒有做而不是看執行成效。
主	我這邊看是 control 會比較重要，因為他這是 Efficacy 的東西了，這比起執行會比較前端了，所以這我覺得看控制會比執行好。
A	這些都是做不做而已，結果看不到，已經有欄位，但醫院要把 data 弄上來，目前沒有人丟。
主	現在做不到，那希望未來能放進來。
D	那我們要看訂 HbA1C 是多少，不但有做而且小於多少。
主	那像 P4P 概念是不是就訂 7.5，這邊呢?
D	這邊糖尿病共照好像是訂 7.0，目前歐洲是 8.0 所以這裡有個範圍這樣，應該說大於 9 是不良率這樣。
A	所以用大於 9 抓壞的就好。
C	LDL 應該是用 130 以下。
D	其實糖尿病應該是 100 以下。
A	目前是 130 開藥標準這樣，所以 66 刪掉，留 LDL 跟 HbA1C 這樣，那 67、68 要討論一下。
C	我覺得 CAD 可以放後面，因為下那診斷很簡單，臨床下就可以下了，不需要證實，不像 MI。
A	設那個 CV，因為我們後面有 MI，我們建議看 MI 是多少這樣?
主	看啦!如果診斷上 CAD 簡單而 MI 複雜，MI 能夠治療的人比較少，那是不是就 MI 留 1 個，然後 CAD 多留一些?
C	其實看他下面解釋，其實會開跟他 heart failure 比較有關係，因為 CAD 的治療裡面 ACI 並不是一定要的東西。
A	後面有 heart failure。
主	後面氣喘又出現一次了，應該要歸回去，剛剛沒有 64。

B	這是再住院。
D	這是另外一回事了，而且這是出院。
A	這後面應該可以看他的持續照顧這樣子，69 可以，但 67、68 就不建議。
D	我是覺得 67、68 是可以不要，因為這是跟他下面寫起來有點怪怪的。
主	MI，請 D 來看能不能建議或討論。
D	70 我剛是有勾，他前面做得好不好?就不落入 MI，比較前端這樣。
A	比較預防的部分。
D	71 有沒有做 CAB，現在越來越少，其實有些 70 早就先導管所以也不會 MI，再來是 72 是看他住院的照顧了，然後 73 我是把他勾起來是可以，看他做的到，74、75、76 這邊死亡率要訂好是住院還是什麼期間這樣。
主	這應該是要看 in patient 的。
A	這邊是重點照護的 heart failure 這樣。
主	所以是從重症下去選幾個這樣，這樣一共 10 個留著，我們來算一下現在結算的結果，這邊有一共 39 個，這邊請研趕快改一改，我希望禮拜三能出去，後續還要麻煩看 C 跟 D 能不能在文字的地方給點意見，然後希望已經納入的指標能夠做一點國際比較，那就先到這邊，謝謝大家。

附錄八 第一回合德菲法問卷—醫療版

「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」健保評估構面指標選取— 醫療面

第一回合德菲法問卷

專家您好：

我國全民健保在 1995 年開辦迄今，即將邁入二十個年頭。經過二十年的努力，臺灣推動健保的經驗，已成為國際上的典範。然而，雖然健保的推行經驗，獲得國際上的一致推崇，但我國健保體系的監理架構至今仍然付之闕如。雖然過去衛生署（現衛生福利部）全民健保監理委員會曾提出財務與業務構面的監理指標，但不論是架構或是指標形成的過程，缺乏系統性的發展。因此，隨著衛生福利部全民健保委員會（由全民健保監理委員會與費用協定委員會合併）成立之後的今日，發展全民健保監理架構乃為勢在必行的趨勢。

本研究團隊接受衛生福利部全民健保委員會的委託，預計以收集國內外監理與評估架構，以及收集專家意見、建立共識，並進而發展於臺灣健保的監理架構，以及建立指標並進行指標試算。本計畫參考了國內外學者之研究以及計劃之要求，先行提出效果（Effectiveness）、效率（Efficiency）、公平（Equity）與財務與財源籌措四項評估構面，並依此舉行專家會議進行討論。此外，本計畫也依據兩次專家會議的討論內容，再另行提出包含醫療品質在內的四項構面，以問卷方式於今年七月底時邀請專家們進行主構面與子構面的選取。經統計後共計有效果、效率、財務與財源籌措以及醫療品質等四項主構面以及十項子構面中選，財務與財源籌措構面已另行寄送財務版問卷進行調查。現階段將邀請您協助本計畫進行效果、效率與醫療品質等三構面下的指標選取，以核心指標為考量，希望優先推薦 15-20 個指標，各構面 5-7 個。本調查以修正型德菲法進行兩回合，第一回合問卷回收後，研究人員將進行統計與修正。之後將邀請所有專家舉行會議，針對第一回合結果進行討論。最後，再將修正後問卷進行第二次調查。本問卷可能會耽誤您 20 至 30 分鐘時間，採匿名方式，您所提供的資料僅做學術研究之用，請安心填答，並請於 102 年 9 月 30 日前將本問卷及專家諮詢費收據放入回郵信封寄回，謝謝您的支持與協助。

國立台灣大學健康政策與管理研究所

鍾國彪 教授 敬上

聯絡人：呂虹霽 (02)33668065 / Fax: (02)23581541

填寫說明

下列共計 44 題，係用來作為評估全民健保業務的指標，請就重要性(Importance)、可行性(Feasibility)及能用性(Usability)等三面向，依據您的專業意見或醫院管理者、認證委員角度，於每題圈選合適的分數。各面向定義說明如下：

- (1) 重要性：本指標用來評估健保監理架構具有重要性與適用性。包括有實證或指引，或是符合全民健保的三大規劃目標^{註1}。
- (2) 可行性：包括指標數據可從健保申報資料以及其他官方資料收集得知，且資料的數據是可靠的、正確的，做為評估健保監理架構的指標是合理的。
- (3) 能用性：本指標的結果有助於改善全民健保業務項目的制定、執行或成效。

註 1：二代健保的三大目標分別為「提升醫療品質」、「平衡財務收支」與「擴大社會參與」。

※ 分數：本問卷每題項評估尺度由左至右共分為 9 個等級，最左邊 1 分最弱，最右邊 9 分為最強，1 分代表此題項作為評估健保監理架構非常不重要/不可行/不能用；5 分代表中立意見或不確定；9 分代表此題項非常重要/可行/能用。

※ 證據等級：參考 Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009)分類建議，I、隨機控制試驗(Randomized controlled trial, RCT)；II、世代研究(cohort studies)或結果研究；III、病例對照研究(case-control studies)；IV、系列病例報告 (Case Series Study)；V、專家意見。

(<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>)

※ 各指標之參考文獻請參考第 19 頁。

縮寫說明

OECD：Organization for Economic Co-operation and Development

AHRQ：Agency for Healthcare Research & Quality

SlmPatIE：Safety Improvement for Patients in Europe

表 1 各子構面下指標數統計

構面	子構面	指標數
效果	健康狀態	8 (編號 1-編號 8)
	病人對照護結果的滿意程度	5 (編號 9-編號 13)
效率	宏觀效率	8 (編號 14-編號 22)
	資源的價值	7 (編號 23-編號 28)
醫療品質	安全	6 (編號 29-編號 34)
	效能	10 (編號 35-編號 44)

效果(Effectiveness)構面－健康狀態(Health status)子構面

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母	證據等級	1分-不重要(不可行、不能用) 5分-不確定或有歧見 9分-重要(可行、能用)									
					重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	平均餘命	定常人口累積數	生存數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：OECD Statistics[1]、專家建議				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可瞭解國人平均壽命				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位，計算0歲之平均餘命。 資料來源：內政部統計處「簡易生命表提要分析」[39]														
修改意見：														
2	未滿月新生兒死亡率	出生一個月以內之嬰兒 死亡數*1,000	活嬰數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Kruk (2008)[2]、OECD Statistics[1]、專家建議				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：新生兒死亡率代表一個國家公共衛生與醫藥進步的最敏感指標，因為未滿月新生兒的嬰兒抵抗力較差，易受傳染病的入侵。同時嬰兒死亡率也可以視為評估婦幼衛生保健工作實行成效的最佳指標				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位計算，死因分類為ICD-10。 資料來源：衛生福利部統計處														
修改意見：														
3	孕產婦死亡率	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數 *100,000	一年內之活產總數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Kruk (2008) [2]、OECD Statistics[1]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：孕產婦死亡率為國際間常用的公共衛生指標，也				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

可代表一個國家公共衛生的進步，以及評估衛生保健工作實行成效的最佳指標															
計算與分析方式：以年度為單位計算，死因分類為 ICD-10。															
資料來源：衛生福利部統計處															
修改意見：															
4	肺癌死亡率	分母人數中，5 年後仍存	活人數	肺癌病人數	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Kruk (2008) [2]					可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：自民國 71 年，癌症即為國人十大死亡原因之首，肺癌高居癌症死亡原因的首位。					能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位計算															
資料來源：衛生福利部國民健康局															
修改意見：															
5	可避免死亡率	超過 75 歲以下死於可治	療疾病之死亡人數	75 歲以下年中總人口數	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Canadian Institute for Health Information (CIHI) [37-38]					可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可避免死亡率監測旨在通過減少可預防疾病的發病率或透過預防工作減少死亡率。透過疾病篩檢及有效治療方法，及側重預防勝於治療之概念，以改變人口生活方式等初級預防方式以減少死亡率。					能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位計算															
資料來源：健保資料															
修改意見：															

6	乳癌五年觀察存活率	在被診斷為乳癌後存活了五年的女性病人人數	被診斷為乳癌的女性病人(Diagnostic code: ICD-9 C:174.xx, ICD 10: C50.x)]	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：OECD 2 [5]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：與其他 19 個 OECD 國比較，台灣乳癌五年觀察存活率的排名為第 6(79.2%)[2];國人十大死因裡，惡性腫瘤為首位(1991-2008)，女性乳癌為所有癌症的第 6-4 名之間(行政院衛生署,2010)[4]				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位計算														
資料來源：國民健康局資料庫														
修改意見：														
7	乳癌五年相對存活率	在被診斷為乳癌的女病人的五年觀察存活率(Diagnostic code: ICD-9 C:174.xx, ICD 10: C50.x)]	從一般性人口的可比較族群之預期存活率	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：OECD 2 [5]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：與其他 18 個 OECD 國比較，台灣乳癌五年相對存活率的排名為第 14(82.2%)[5];國人十大死因裡，惡性腫瘤為首位(1991-2008)，女性乳癌為所有癌症的第 6-4 名之間(行政院衛生署,2010)[4]				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位計算														
資料來源：國民健康局資料庫														
修改意見：														
8	透析病人脫離率	包含血液透析與腹膜透析病人中腎功能回復以及腎移植的總人數	透析總人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：本研究自訂				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：在重大傷病中除癌症之外，以定期透析的占率 11.9%為次高，且在總醫療費用的利用與支出中，案件數、透析費用點數與就醫病人數的成長率偏高，需要加以重視其照護成效				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：每半年度計算一次														
資料來源：健保資料、全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫														

修改意見：

效果(Effectiveness)構面－病人對照護結果的滿意程度子構面

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母	證據等級	1分-不重要(不可行、不能用) 5分-不確定或有歧見 9分-重要(可行、能用)									
					重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽[14]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可瞭解民眾在就醫時的整體感受				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位，將醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算。														
資料來源：中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」[15]														
修改意見：														
10	對醫療院所治療效果滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽[14]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可瞭解民眾對治療效果的滿意度				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位，將醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算。														
資料來源：中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」[15]														
修改意見：														
11	對醫療院所的服務態度滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽[14]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可瞭解民眾對醫師及醫護人員服務態度的滿意度				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位，將醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算。														
資料來源：中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」[15]														
修改意見：														

12	對醫療院所醫療設備(診療環境)滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源:全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽[14]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由:單獨就院所的醫療設備或診療環境方面,來瞭解民眾滿意度				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式:以年度為單位,將醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算。

資料來源:中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」[15]

修改意見:

13	對等候診療時間滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源:全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽[14]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由:可瞭解民眾在就醫時,對等候診療或預約看診時間的滿意度				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式:以年度為單位,將醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算。

資料來源:中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」[15]

修改意見:

效率(Efficiency)構面—宏觀效率(Macro efficiency)子構面

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母	證據等級	1分-不重要(不可行、不能用) 5分-不確定或有歧見 9分-重要(可行、能用)									
					重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	就醫人數成長率	當季就醫人數-去年同季	去年同季就醫人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源:衛福部中央健康保險署	就醫人數			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由:可瞭解整體就醫人數的變化趨勢				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式:將各分區各季就醫人數加總計算

資料來源:衛福部中央健康保險署

修改意見:

15	自費比率	民眾自費醫療支出	國民總醫療保健支出		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：台灣醫療改革基金會				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：可瞭解民眾所需的醫療服務被健保涵蓋的比率				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：以年為單位計算															
資料來源：衛生福利部中央健康保險署「重要財務資訊」[42]															
修改意見：															
16	平均住院天數	住院日數	住院申請件數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：Kruk (2008)[1]、專家建議				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：平均住院天數為常做為衡量營運效率的指標之一，在相同條件下，平均住院天數越短，代表營運效率越高。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：以季為單位計算															
資料來源：衛福部中央健康保險署															
修改意見：															
17	生命末期病患死亡前最後一個月入住 ICU 比率	入住 ICU 病患人數	所有生命末期病患人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：Earle CC, Tsai JS, Gelber RD, et al. [40]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：在健保資源有限下，可瞭解無效醫療對於醫療資源耗用的情形				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：1.以季為單位;2.臨床定義中，「生命末期」之認定為在兩位專科醫師的判斷下，在正常的醫療介入之下，預期病人將在六個月內死亡者[41]。在實際計算中，須以回溯性分析方式往前回推生命末期病患人數。															
資料來源：健保資料															
修改意見：															
18	臨終時施行心肺復甦術之病患比率	臨終時施行心肺復甦術之病患人數	所有死亡之病患人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：Earle CC, Tsai JS, Gelber RD, et al. [40]、楊克平(2007)[39]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

	選取理由：在健保資源有限下，可瞭解無效醫療對於醫療資源耗用的情形				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：1.以季為單位;2.排除家屬堅持進行心肺復甦術之臨終病患人數														
資料來源：醫療院所提供														
修改意見：														
19	40歲以上成人健康檢查普及率	分母之病患中，40-64歲	病患於該診所就醫次數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：醫療品質白皮書	於三年內曾做過成人預	≥ 6次之40-64歲以上成		可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：預防醫學 21 世紀是疾病預防與健康促進的世紀，人類希望獲得真正的健康，就必需培養正確的預防醫學觀念。定期接受健康檢查之目的在於早期發現早期治療，降低罹患疾病機率及防止疾病惡化。藉由健康檢查能獲得重要的健康資訊，但真正能讓民眾更健康則需要以預防醫學的觀念進行完善的健康管理。希望未來民眾在健康檢查的同時能夠應用預防醫學的觀念關心自身的健康，不但能延長個人健康生命、延後生病年齡並確保家庭健康、快樂。	防保健的人數，加上 65 歲以上今年曾做過成人預防保健的人數	人		能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以季為單位計算，40-64 歲以上每三年一次，65 歲以上每年一次。														
資料來源：衛生福利部中央健康保險署西醫基層總額指標														
修改意見：														
20	乳癌篩查：40-69 歲的女性，每兩年進行一次乳房攝影篩檢乳癌的比率	在檢測年度或檢測年度	在檢測年度的 12/31 前達		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：National Committee for Quality Assurance [16-19]	前一年進行一次或多次	42-69 歲之女性		可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：乳癌是常見之癌症類型，好發於 50 歲以上女性，早期篩檢可以提供給罹癌女性更多更好的治療選擇機會。乳房攝影有效判讀癌症機率達 85-90%，為有效之篩檢方法之一	乳房攝影篩檢			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：以年為單位														
資料來源：國民健康局														
修改意見：														
21	50-74 歲大腸民眾，每兩年進行一次大直腸癌之大便潛血篩檢的比率	50-74 歲具一次或多次追蹤篩檢病人數	50-74 歲病人數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Institute for Clinical Systems Improvement [20]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：大腸直腸癌為國內十大癌症死因之一，較易發生於年紀大者。一般而言從 40-45 歲開始隨年紀增加而增加，由篩檢發現的大腸直腸癌，早期癌之比率較高，預後也較良好				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年為單位														
資料來源：國民健康局														
修改意見：														
22	30 歲以上，一年一次子宮頸癌篩檢的比率	篩檢人數	30 歲以上女性		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Physician Consortium for Performance Improvement [21-24]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：多數子宮頸癌的癌前病變發展緩慢，定期的子宮頸癌篩檢可以早期發現病變，並給予治療。對於曾發生性行為的女性進行子宮頸癌抹片篩檢結果有助於發現人類乳突病毒(HPV)感染與病變。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年為單位														
資料來源：國民健康局														
修改意見：														

效率(Efficiency)構面－資源的價值(Value of resources)子構面

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母	證據等級	1分-不重要(不可行、不能用) 5分-不確定或有歧見 9分-重要(可行、能用)	
23	平均每人健保醫療費用對平均餘命之貢獻	每人平均健保支出醫療費用五年平均值	第五年的平均餘命-第一年的平均餘命		重要性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	參考來源：Michael Porter speech in 2010 TSMC, per dollar spend to buy health				可行性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	選取理由：可瞭解醫療保健資金投入對平均餘命的影響				能用性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
計算與分析方式：以年度為單位 資料來源：內政部統計處「簡易生命表提要分析」、衛生福利部統計處「國民醫療保健支出統計」[32] 修改意見：						
24	平均國民醫療保健費用對平均餘命之貢獻	每人平均國民醫療保健費用五年平均值	第五年的平均餘命-第一年的平均餘命		重要性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	參考來源：Michael Porter speech in 2010 TSMC, per dollar spend to buy health				可行性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	選取理由：可以進行國際比較				能用性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
計算與分析方式：1.以年為單位;2.每花費一元醫療費用所買到的健康，用平均餘命作為測量的 PROXY 資料來源：內政部統計處「簡易生命表提要分析」、衛生福利部統計處「國民醫療保健支出統計」[32] 修改意見：						
25	DRG 案件三天內重返急診率	DRG 個案出院案件數	三日內重返急診的案件數		重要性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	參考來源：健保署				可行性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	選取理由：代表照護結果之良莠，避免未完成治療而請病人離院				能用性	1 2 3 4 5 6 7 8 9
計算與分析方式：負向指標，以季為單位計算 資料來源：健保資料 修改意見：						

26	DRG 案件十四天內再住院率	DRG 個案出院案件數	十四日內再住院的案件數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：健保署				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：代表照護結果之良莠，避免未完成治療而請病人離院				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：負向指標，以季為單位計算														
資料來源：健保資料														
修改意見：														
27	高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	輔導後相同期間平均就醫次數－輔導前相同期間平均就醫次數	輔導前相同期間平均就醫次數		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健保醫療業務監理指標				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：減少醫療資源浪費				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：1.以年為單位;2.高診次保險對象係指每季健保 IC 卡門診上傳就醫次數≥ 50 次之保險對象														
資料來源：健保署														
修改意見：														
28	高診次病患門診用藥日數重複率	按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總	給藥案件之給藥日份加總		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：本研究自訂				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：減少醫療資源浪費				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：1.以年為單位;高診次保險對象係指每季健保 IC 卡門診上傳就醫次數≥ 50 次之保險對象														
資料來源：健保署														
修改意見：														

醫療品質(Quality of care)構面— 安全(Safety)

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母	證據等級	1分-不重要(不可行、不能用) 5分-不確定或有歧見 9分-重要(可行、能用)									
					重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29	醫療照護相關感染比率	每一百個出院病人在任何次級診斷有 ICD-9-CM 碼 999.3 及 996.62 者	所有內外科出院病人	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：OECD 4 (AHRQ Safety Indicators-PSI7) [3]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：與醫療照護有關的感染是一個很嚴重的問題，甚至有些個案會導致死亡。通常病人經歷了疼痛和其他的不適。過程和結果的確認也為品質的問題：像是醫院的感染通常可以避免，所以在醫療照護程中發生的感染是一個重要的品質照護的指標[3]。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：季報 資料來源：健保資料 修改意見：														
30	傷口感染	次級診斷為 ICD-9 998.51 及 998.52 的病人	所有住院病人數	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：OECD4 [3]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：傷口的感染發生可能從小範圍傷口導致敗血症，甚至死亡等嚴重臨床症狀。往往需要進行手術或延長住院時間。可以作為過程/結果構面的品質監測指標：透過洗手等必要的預防方法可以減少其發生[3]。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：季報 資料來源：健保資料 修改意見：														

31	呼吸器引起之肺炎比率	使用呼吸器而引起肺炎 之住院病人數	住院病人 (加護病房或非 加護病房) 使用呼吸器日 數	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：OECD 4 (JCAHO ISystem: Infection Control) [3]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：在加護病房呼吸器相關肺炎是一個主要造成病態和死亡的主要原因。呼吸器相關肺炎的發生率差異性很大，跟據病人風險因素，範圍是從 6-52%的插管病人會發生。平均呼吸器相關肺炎與可歸咎到達 30%的死亡率相關[3]				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：季報															
資料來源：健保資料															
修改意見：															
32	麻醉合併症比率	出院病人次診斷碼為麻 醉併發症診斷	手術出院病人(18 歲以上)	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：OECD3,4 [6,3]; AHRQ-PSI [7]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：由於麻醉造成的死亡變得相當罕見(例如和其他高危險產業如航空的安全紀錄相比是有達到的)。但相對的造成病態的事件例如麻醉照護相關的合併症是很普遍的，從術後噁心感到設備故障(例如造成導致換氣過度合併著潛在性嚴重的病態例如中風或是心肌梗塞)。許多這樣的事件也許很難被分類為可預防的。在政策的重要性上，在美國 1996 起，病人安全已經變成一個主要的品質議題，雖然臨床的廣泛的問題已經在 1991 年被哈佛醫療研究所指出[8]。相似的國家組織，像是澳洲的意外監控系統和英國的國家病人安全機構也反映了相同的議題。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：季報															
資料來源：健保資料															
修改意見：															

33	術後腕關節骨折發生率	每一百個外科出院病人，有任何次級診斷 ICD-9-CM 碼為腕關節骨折	所有外科出院病人當次住院。排除有骨骼肌肉和結締組織疾病。排除病主診斷碼為痙攣、暈厥、中風、昏迷、心臟驟停、中毒、外傷、譫妄和其他精神病、或缺氧性腦損傷。排除病人有任何診斷為轉移性的癌症、淋巴惡性腫瘤或骨惡性腫瘤、自我傷害。排除小於 17 歲的病人	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：OECD4 (AHRQ/CIHI Safety Indicators-PSI8) [3]、SImpatIE				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：這個指標捕獲了術後腕關節骨折的發生率(如同和非外科的設置下所發生的腕關節骨折的區別)，它也試圖的反應術後照護的品質。當腕關節骨折可以有毀滅性的結果，包含了疼痛、喪失功能，有時候造成死亡，它具有重大的臨床意義。當腕關節骨折發生在術後期間，可以反映出不適當的照護(例如使用長效性的鎮靜劑)或是不適當的護理程序(如缺乏了病人監控和床欄的使用)[3].				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：季報															
資料來源：健保資料															
修改意見：															
34	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	在 6 個月內，ICU 新發抗藥性金黃色葡萄球菌 (MRSA)無菌醫療相關感染的總數	6 個月內，ICU 總住院人日	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：Australian Council on Healthcare Standards - Health Care Accreditation Organization [25]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：MRSA 可能引起繁殖性或侵襲性感染，並藉由接觸方式造成廣大的傳播。MRSA 致病率是有效監測醫護人員於手術或無菌醫療相關護理是否遵循醫療指引的良好指標。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：季報															
資料來源：健保資料															
修改意見：															

醫療品質(Quality of care)構面—效能(Efficacy)

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母	證據等級	1分-不重要(不可行、不能用) 5分-不確定或有歧見 9分-重要(可行、能用)									
					重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑人數	18歲以上左心室收縮功能不全心臟衰竭病患	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Centers for Medicare & Medicaid Services/The Joint Commission [26]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)有助於減少心臟衰竭或左心室收縮功能不全病患發生率及死亡率				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：季報														
資料來源：健保資料														
修改意見：														
36	氣喘住院病患出院時開立吸入型消炎藥物	開立吸入型消炎藥物之氣喘病人數	住院主診斷為氣喘之病人	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Institute for Clinical Systems Improvement [27]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：吸入型消炎藥物有助氣喘病人舒緩症狀。配合支氣管擴張劑緊急使用，可以減少死亡率。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：季報														
資料來源：健保資料														
修改意見：														
37	氣喘病人出院後1至6個月返診率	1至6個月返診之氣喘病人數	受到控制之氣喘病人數	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Institute for Clinical Systems Improvement [28]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：氣喘可能延伸之慢性下呼吸道疾病包含肺氣腫等，定期返診控制病情有助於避免症狀惡化或發生併發症，造成緊急醫療知發生。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：季報														
資料來源：健保資料														
修改意見：														
38	氣喘病人三十天再住院率	氣喘病人出院 30 天後，因氣喘相關原因再入院之病人數	住院主診斷為氣喘之病人	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Institute for Clinical Systems Improvement [29]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：氣喘病人若未受到控制，可能造成呼吸急促等症狀而影響日常生活或工作，並且增加緊急醫療費用支出。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：季報														
資料來源：健保資料														
修改意見：														
39	20 歲以上經年齡標準化後急性心肌梗塞發生率	20 歲以上新發急性心肌梗塞病人數	20 歲以上之年中人口數	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：Canadian Institute for Health Information (CIHI)[30]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：急性心肌梗塞為發生疾病及死亡的重要原因之一，監測其發生率可作為疾病預防的規劃及評估、醫療資源分配及費用估計。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：季報														
資料來源：健保資料														
修改意見：														
40	急性心肌梗塞死亡率:排除轉院個案	分母中之死亡個案數	18 歲以上，且主診斷為急性心肌梗塞之病患	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：AHRQ QI [31]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：及時與有效率的治療有助於提升心肌梗塞患者存				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

活率，良好的照護過程有助於降低急性心肌梗塞病人的死亡率，此指標有助於監控心肌梗塞患者照護品質。														
計算與分析方式：季報														
資料來源：健保資料														
修改意見：														
41	冠狀動脈繞道術死亡率	分母中之死亡個案數	40 歲以上住院手術碼為冠狀動脈繞道術患者數	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：AHRQ QI [33]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：冠狀動脈繞道術(CABG)是一項重大手術，國際間經常使用它來監測醫療品質之良莠。冠狀動脈繞道術需要使用複雜設備輔助，在技術上略有失誤即可能造成副作用的產生，諸如心肌梗塞、中風、甚至死亡。透過此指標，可用來促進醫療品質之提升。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：季報														
資料來源：健保資料														
修改意見：														
42	急性中風死亡率	分母中死亡個案數	18 歲以上主診斷碼為中風之患者數	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：AHRQ QI [34]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：急性中風引起國人死亡的重大急症之一，我國因腦血管疾病死亡個案數，近年來僅次於癌症與心臟疾病。急性中風死亡率亦為國際間常見的急重症照護品質指標之一。透過監測此指標，可了解急重症照護之概況。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：季報														
資料來源：健保資料														
修改意見：														

43	心臟衰竭死亡率	分母中之死亡個案數	所有 18 歲以上，主要診斷碼為心臟衰竭之病人	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：AHRQ QI [35]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：心臟衰竭可用於短期死亡風險預測，加入合併症及一些臨床因素，可以預測死亡風險，用於風險校正。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：季報															
資料來源：健保資料															
修改意見：															
44	肺炎死亡率	分母中之死亡個案	18 歲以上肺炎患者	III	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	參考來源：AHRQ QI [36]				可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	選取理由：肺炎是一項常見的疾病，好發於老人與小孩等免疫力較弱之個體。一般來說，治療肺炎大多投以抗生素治療；醫生會就肺炎的類型及病人的免疫力來評估用量。少數病患需要進行手術以緩解病徵。透過本指標可以監控病患是否完成治療後方才出院。				能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
計算與分析方式：季報															
資料來源：健保資料															
修改意見：															

Reference

1. OECD Statistics. <http://stats.oecd.org/>
2. Kruk, M.E. and L.P. Freedman, Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. Health Policy, 2008. 85(3): p. 263-76.
3. OECD4: Millar, J. et al.(2004), "Selecting Indicators for Patient Safety at the Health systems Level in OECD Countries", OECD Health Technical Papers, No.18, OECD Publishing.
4. 行政院衛生署(2010). 97 年度死因統計. http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10642&class_no=440&level_no=3. Access in May 2010.
5. OECD2: Armesto, S. G. et al.(2007), "Health Care Quality Indicators Project 2006 Data collection Update report", OECD Health Working Papers, No.29, OECD Publishing.
6. OECD3: DrÖsler, S. et al.(2009), "Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009", OECD Health Working Papers, No.47, OECD Publishing.
7. AHRQ(2007). Guide to patient safety indicator V3.1. Available from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf. Access in 29 Sep 2010.
8. BRENNAN, T.A., LEAPE, L.L., and LAIRD, N.M. (1991), "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I" New Engl J Med.324 : 370-6.
9. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2006) International Quality Indicator Project <http://www.tjcha.org.tw/quality.asp?catid=104>
10. Commonwealth2: The commonwealth fund(2008), "Why not the best? Results from the National Scorecard on U.S. Health system Performance, 2008", The commonwealth fund Publishing.
11. Gadomski A, Jenkins P, Nichols M. (1998). Impact of a Medicaid primary care provider and preventive care on pediatric hospitalization. Pediatrics; 101: el-10.
12. Hakim RB, Bye BV.(2001) Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. Pediatrics, 108: 90-7.

13. 陳麗光. (2007) 台灣兒童預防保健服務之品質以及小兒科醫師對於兒童預防保健服務有效性與合理給付水準之看法的研究. 台北: 行政院國家科學委員會.
14. 全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽 http://www.mohw.gov.tw/cht/NHIC/DM1_P.aspx?f_list_no=516&fod_list_no=3953&doc_no=29875
15. 中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&webdata_id=3338&WD_ID=693
16. AAFP periodic health examinations: summary of AAFP policy recommendations & age charts. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2007. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2007. 52 p.
17. Ferrini R, Mannino E, Ramsdell E, Hill L. Screening mammography for breast cancer: American College of Preventive Medicine practice policy statement. Am J Prev Med. 1996 Sep-Oct;12(5):340-1.
18. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2013: Healthcare Effectiveness Data and Information Set. Vol. 1, narrative. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2012. various p.
19. US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for breast cancer. [internet]. 2002 Feb [accessed 2005 Jun 24].
20. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Hayes R, Johnson K, Maciosek M, McKeon K, Milteer L, Morgan J, Rothe P, Snellman L, Solberg L, Storlie C, Vincent P. Preventive services for adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Sep. 96 p.
21. American Cancer Society (ACS). Cancer facts & figures 2008. Atlanta (GA): American Cancer Society (ACS); 2008. 72 p.
22. Physician Consortium for Performance Improvement® (PCPI). Preventive care & screening physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA); 2008 Sep. 34 p.
23. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, Cohen C. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. CA Cancer J Clin. 2002 Nov-Dec;52(6):342-62.
24. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for cervical cancer: recommendations and rationale. Vol. 03-515ARockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2003 Jan 22. 21 p.
25. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ACHS clinical indicator users' manual 2012. ULTIMO NSW: Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); 2012 Jan. various p.
26. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 4.1. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2012 Jul. various p.
27. Sveum R, Bergstrom J, Brottman G, Hanson M, Heiman M, Johns K, Malkiewicz J, Manney S, Moyer L, Myers C, Myers N, O'Brien M, Rethwill M, Schaefer K, Uden D. Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Jul. 86 p.
28. Sveum R, Bergstrom J, Brottman G, Hanson M, Heiman M, Johns K, Malkiewicz J, Manney S, Moyer L, Myers C, Myers N, O'Brien M, Rethwill M, Schaefer K, Uden D. Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Jul. 86 p.
29. Sveum R, Bergstrom J, Brottman G, Hanson M, Heiman M, Johns K, Malkiewicz J, Manney S, Moyer L, Myers C, Myers N, O'Brien M, Rethwill M, Schaefer K, Uden D. Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Jul. 86 p.
30. Health indicators 2012: definitions, data sources and rationale. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information (CIHI); 2012 May. 93 p.
31. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #32: technical specifications. Acute myocardial infarction (AMI) mortality rate, without transfer cases [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 1 p.
32. 衛生福利部統計處「國民醫療保健支出統計」http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/中文/NHE2011_0000711000.pdf
33. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #12: technical specifications. Coronary artery bypass graft (CABG) mortality rate [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 1 p.
34. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #17: technical specifications. Acute stroke mortality rate [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 1 p.
35. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #16: technical specifications. Heart Failure Mortality Rate [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 1 p.
36. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #20: technical specifications. Pneumonia mortality rate [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 2 p.
37. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Health indicators 2012. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information (CIHI); 2012. 110 p.
38. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Health indicators 2013
39. 楊克平。安寧與緩和療護學：概念與實務。台北：華杏。2007
40. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC : Trends in the Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life. J Clin Oncol, 22:315-321, 2004
41. Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS, End of life Care. New York: McGraw-Hill;2002:29-46.
42. 衛生福利部中央健康保險署「重要財務資訊」[http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/19230_2_重要財務資訊_102Q1\(1020527\).pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/19230_2_重要財務資訊_102Q1(1020527).pdf)

* ~ 問卷到此結束，謝謝您的填答。 ~ *

附錄九 第一回合德菲法問卷—財務版

「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」健保評估構面指標選取—財務面

第一回合德菲法問卷

專家您好：

我國全民健保在 1995 年開辦迄今，即將邁入二十個年頭。經過二十年的努力，臺灣推動健保的經驗，已成為國際上的典範。然而，雖然健保的推行經驗，獲得國際上的一致推崇，但我國健保體系的監理架構至今仍然付之闕如。雖然過去衛生署全民健保監理委員會曾提出財務與業務構面的監理指標，但不論是架構或是指標形成的過程，缺乏系統性的發展。因此，隨著衛生署全民健保委員會（由全民健保監理委員會與費用協定委員會合併）成立之後的今日，發展全民健保監理架構乃為勢在必行的趨勢。

本研究團隊接受衛生署全民健保委員會的委託，預計以收集國內外監理與評估架構，以及收集專家意見、建立共識，並進而發展於臺灣健保的監理架構，以及建立指標並進行指標試算。本計畫參考了國內外學者之研究以及計劃之要求，先行提出效果（Effectiveness）、效率（Efficiency）、公平（Equity）與財務與財源籌措四項評估構面，並依此舉行專家會議進行討論。此外，本計畫也依據兩次專家會議的討論內容，再另行提出包含醫療品質在內的四項構面，以問卷方式於今年七月底時邀請專家們進行主構面與子構面的選取。經統計後共計有效果、效率、財務與財源籌措以及醫療品質等四項主構面以及十項子構面中選。現階段將邀請您協助本計畫進行財務與財源籌措構面下選取指標，本調查以修正型德菲法進行兩回合，第一回合問卷回收後，研究人員將進行統計與修正。之後將邀請財務專家舉行會議，針對第一回合結果進行討論。最後，再將修正後問卷進行第二次調查。本問卷可能會耽誤您 20 至 30 分鐘時間，採匿名方式，您所提供的資料僅做學術研究之用，請安心填答，並請於 **102 年 10 月 7 日**前將**本問卷**及**專家諮詢費收據**放入回郵信封寄回，謝謝您的支持與協助。

國立台灣大學健康政策與管理研究所
鍾國彪 教授 / 董鈺琪 副教授 / 鄭凱文 助理教授 敬上
聯絡人：呂虹霏 (02)33668065 / Fax: (02)23581541

填寫說明

下列共計 21 題，係用來作為評估全民健保業務的指標，請就重要性(Importance)、可行性(Feasibility)及能用性(Usability)等三面向，依據您的專業意見，於每題圈選合適的分數。各面向定義說明如下：

- (4) 重要性：本指標用來評估健保監理架構具有重要性與適用性。包括有實證或指引，或是符合全民健保的三大規劃目標^{註1}。
- (5) 可行性：包括指標數據可從健保申報資料以及其他官方資料收集得知，且資料的數據是可靠的、正確的，做為評估健保監理架構的指標是合理的。
- (6) 能用性：本指標的結果有助於改善全民健保業務項目的制定、執行或成效。

※ 分數：本問卷每題項評估尺度由左至右共分為 **9 個等級**，最左邊 1 分最弱，最右邊 9 分為最強，1 分代表此題項作為評估健保監理架構非常不重要/不可行/不能用；5 分代表中立意見或不確定；9 分代表此題項非常重要/可行/能用。

※ 各指標之參考文獻請參考第 10 頁。

※ ^{註1} 二代健保的三大目標分別為「提升醫療品質」、「平衡財務收支」與「擴大社會參與」。

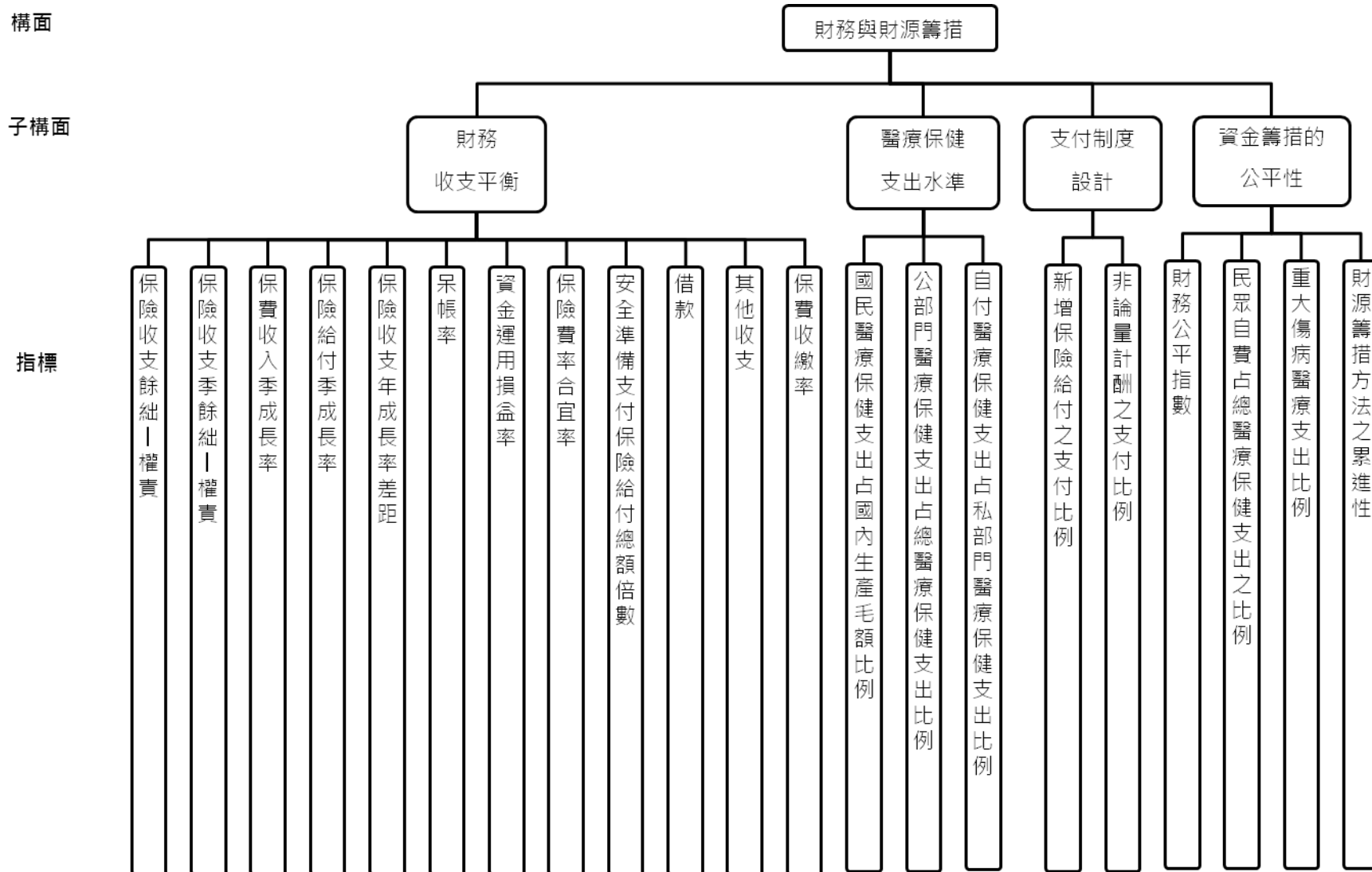


圖 1 財務評估架構

※ 構面-財務與財源籌措(Finance and financing) — 子構面-財務收支平衡(Balance of income and expenditure)

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母	1分-不重要(不可行、不能用) 5分-不確定或有歧見 9分-重要(可行、能用)									
				重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	保險收支餘絀-權責	年初至本季保險總收入-年初至本季保險總支出		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：本研究自訂			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：根據全民健康保險法第 24 條[1]，保險費率為一年度收支平衡費率，故會出現保險費率上半年收大於支，下半年支大於收之變異，故計算年初至本季之保險收支餘絀，以減少此變異之發生。			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：綠燈： $x > 0$ ；黃燈： $x \leq 0$ ，但 $>$ 去年同期；紅燈： $x \leq 0$ ，且 \leq 去年同期													
資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]													
修改意見：													
2	保險收支季餘絀-權責	本季保險總收入-本季保險總支出		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險會「健保財務指標」[3]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可了解本季財務收支餘絀情形			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：綠燈： $x > 0$ ；黃燈： $x \leq 0$ ，但 $>$ 去年同季；紅燈： $x \leq 0$ ，且 \leq 去年同季													
資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]													
修改意見：													
3	保費收入季成長率	本季「保費收入」-去年同季	去年同季「保費收入」	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險會「健保財務指標」[3]	「保費收入」		可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可監控保費收入之變化趨勢			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：綠燈： $x \geq$ 精算成長率；黃燈： $0 < x <$ 精算成長率；紅燈： $x \leq 0$													
資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]													
修改意見：													

4	保險給付季成長率	本季「保險給付」-去年同期 「保險給付」	去年同期「保險給付」	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險會「健保財務指標」[3]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可監控保險給付之變化趨勢			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：綠燈： $x \leq$ 總額協定成長率(100年為 2.692%)；黃燈：總額協定成長率 $< x \leq$ 總額協定成長率+0.5%；紅燈： $x >$ 總額協定成長率+0.5%													
資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]													
修改意見：													
5	保險收支年成長率差距	年初至本季保費收入成長率-年初至本季保險給付成長率		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：本研究自訂			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：鑒於保險財務為達收支平衡，故收支成長率應趨近於保險給付成長率			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：綠燈： $x \leq \pm 1\%$ ；黃燈： $1\% < x \leq 3\%$ ；紅燈： $x > \pm 3\%$													
資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]													
修改意見：													
6	呆帳率	累計至本季之呆帳金額	累計至本季之保費收入(含 滯納金收入)	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險會「健保財務指標」[3]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可了解健保財務權責收支情形中，預期不可回收之資金占保費收入之比例			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：計算期間為自健保開辦起累計至本季，以呆帳之預估值計算；綠燈： $x \leq 1.5\%$ ；黃燈： $1.5\% < x \leq 2\%$ ；紅燈： $x > 2\%$													
資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]													
修改意見：													
7	資金運用損益率	本季保險資金運用損益	本季平均保險資金	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險會「健保財務指標」[3]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可用來衡量健保資金管理水平和資金運用效益			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：綠燈： $x \geq$ 指標利率*；黃燈： $0 \leq x \leq$ 指標利率；紅燈： $x < 0$													

【*指標利率為當年五大銀行(台銀、合庫、彰銀、一銀、華銀)活期儲蓄存款年平均利率】

資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]

修改意見：

8	保險費率合宜率	精算保險費率前五年平均值-	當年保險費率	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險會「健保財務指標」[3]	當年保險費率		可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可瞭解保險費率的制訂是否達到理想之收支平衡狀態			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：綠燈： $x \leq \pm 5\%$ ；紅燈： $x > \pm 5\%$

資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]

修改意見：

9	安全準備支付保險給付總額倍數	季末「安全準備」	最近 12 個月醫療費用月平均數	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：本研究修正自健保財務指標			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可用來評估健保財務對於支付保險給付的能力及穩定性			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：綠燈： $x \geq 1.5$ ；黃燈： $1 \leq x < 1.5$ ；紅燈： $x < 1$

資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]

修改意見：

10	借款	季末「短期借款」總金額		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險會「健保財務指標」[3]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可用來監控健保財務資金流量情形			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：綠燈： $x = 0$ ；黃燈： $x > 0$ ，但 $<$ 上季(100年第2季為985億元)；紅燈： $x > 0$ ，且 \geq 上季

資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]

修改意見：

11	其他收支	本季「其他金融保險收入*」-本季「其他金融保險成本**」		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：全民健康保險會「健保財務指標」[3]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可用來監控健保財務資金流量情形			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：【*其他金融保險收入 = 公益彩券 + 菸品捐 + 逾二年未兌現支票轉入數 + 保險費小額(10 元以內)溢繳數 + 過期帳

**其他金融保險成本 = 逾二年未兌現支票重開數 + 保險費小額(10 元以內)短繳數 + 過期帳】

資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]

修改意見：

12	保費實際收繳率	投保單位及投保對象應收保	投保單位及投保對象實收	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：本研究自訂	險費 (億元)	保費 (億元)	可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可瞭解保費之收繳狀況			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：計算期間為保險費在 5 年請求權期間資料

資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]

修改意見：

※ 構面-財務與財源籌措(Finance and financing) — 子構面-醫療保健支出水準

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母	1 分-不重要(不可行、不能用) 5 分-不確定或有歧見 9 分-重要(可行、能用)									
				重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	國民醫療保健支出總額(百萬	國內生產毛額 (百萬元)	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：專家建議、WHO Global Health Expenditure Database [4]	元)		可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可作國際比較，以了解我國健保支出水準之適當性			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：以年度為單位計算

資料來源：衛生福利部統計處網站— 衛生統計指標[5]

修改意見：

14	公部門醫療保健支出占總醫療保健支出比例 (% General government expenditure on health)	公部門醫療保健支出總額(百萬元)	國民醫療保健支出總額 (百萬元)	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：專家建議、WHO Global Health Expenditure Database [4]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可作國際比較，以了解我國公部門健保支出比例的適當性			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：以年度為單位計算

資料來源：衛生福利部統計處網站— 衛生統計指標[5]

修改意見：

15	自付醫療保健支出占私部門醫療保健支出比例 (Out of pocket expenditure as % of private expenditure on health)	國民自付醫療保健支出總額 (百萬元)	私部門醫療保健支出總額 (百萬元)	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：WHO Global Health Expenditure Database [4]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可作國際比較，以了解我國私部門醫療保健支出水平的適當性			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：以年度為單位計算

資料來源：衛生福利部統計處網站— 衛生統計指標[5]、行政院主計總處「家庭收支調查報告」[7]

修改意見：

※ 構面-財務與財源籌措(Finance and financing) — 子構面-支付制度設計(Payment system)

編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母		1 分-不重要(不可行、不能用)	5 分-不確定或有歧見	9 分-重要(可行、能用)						
16	新增保險給付之支付比例	本年度新增保險給付項目點數	本年度保險給付總點數	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：本研究自訂			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可了解總額支付制度實施後，新醫療科技或新藥的採用對醫療給付支出的影響			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：以年度為單位，將本年度所有保險給付範圍或支付項目的新增點數加總計算

資料來源：健保申報檔													
修改意見：													
17	非論量計酬之支付比例	本年度非論量計酬之支付總	本年度保險給付總點數	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：本研究自訂	點數		可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：希望擴大支付單位/基準，以控制成本與提升醫療品質			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位計算													
資料來源：健保申報檔													
修改意見：													
※ 構面-財務與財源籌措(Finance and financing) — 子構面-資金籌措的公平性(Fair financing)													
編號	指標名稱、參考來源及選取理由	分子	分母		1分-不重要(不可行、不能用) 5分-不確定或有歧見 9分-重要(可行、能用)								
18	財務公平指數 (Fairness of Financial Contribution Index, FFC)	$1 - 4 \frac{\left(\sum_{i=1}^n HFC_i - \overline{HFC} ^3 \right)}{0.125n}$		重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：WHO Report 2000 [6]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可了解健保財源籌措之公平性			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：0 → 1：極不公平 → 極公平；其中·HFC=家戶實際健保保費支出/家戶可支配所得=(家戶實際健保一般保費+家戶實際健保補充保費)/家戶可支配所得；n=總家戶數；i代表第i戶													
資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」[7]													
修改意見：													
19	民眾自費占總醫療保健支出之比率 (Out of pocket as % of total health expenditure)	自費總額 (百萬元)	國民醫療保健支出總額 (百萬元)	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：專家建議、WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening (2009)[8]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可瞭解民眾自費費用的收取是否合宜，有助於醫療項目收費項目的制訂			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9

計算與分析方式：以年度計算															
資料來源：衛生福利部統計處「國民醫療保健支出統計」[9]															
修改意見：															
20	重大傷病醫療支出比例 (Proportion of population with catastrophic health expenditures)	重大傷病患者醫療支出總額 (百萬元)	國民醫療保健支出總額 (百萬元)	重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
	參考來源：專家建議 / Kruk (2008)[5]			可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
	選取理由：可瞭解重大傷病的醫療費用支出比重			能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
計算與分析方式：以季為單位計算															
資料來源：衛生福利部中央健康保險署「重要財務資訊」[10]															
修改意見：															
21	財源籌措方法之累進性 (Progressivity of financing method)	$\frac{\sum_g (\text{家戶健保一般保費} + \text{家戶健保補充保費})}{\sum_g \text{家戶可支配所得}}$				重要性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考來源：專家建議、Kruk (2008)[11]					可行性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	選取理由：可瞭解每家戶健保保費支出對於家戶經濟狀況的負擔程度					能用性	1	2	3	4	5	6	7	8	9
計算與分析方式：以年度為單位，按家戶所得五等分位計算；其中，g 代表第 g 分位；g=1,2,3,4,5															
資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」[7]															
修改意見：															

Reference

- [1] 全國法規資料庫「全民健保法第 24 條」(<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0060001>)
- [2] 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告 (http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=4351)
- [3] 全民健康保險會「健保財務指標」(http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIC/DM1_P.aspx?f_list_no=515&fod_list_no=4050&doc_no=30305)
- [4] WHO Global Health Expenditure Database-Health expenditure indicators (<http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1>)
- [5] 衛生福利部統計處－衛生統計指標 (http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2220&doc_no=13670)
- [6] WHO Report 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>)
- [7] 行政院主計總處「家庭收支調查報告」<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb/Dialog/statfile9L.asp>
- [8] WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening (2009) (http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf)
- [9] 衛生福利部統計處「國民醫療保健支出統計」http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/中文_NHE2011_0000711000.pdf
- [10] 衛生福利部中央健康保險署「重要財務資訊」[http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/19230_2_重要財務資訊_102Q1\(1020527\).pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/19230_2_重要財務資訊_102Q1(1020527).pdf)
- [11] M.E. Kruk, L. P. Freeman /Health Policy 85 (2008) 263-276

* ~ 問卷到此結束，謝謝您的填答。請於 10 月 7 日前將本問卷及專家諮詢費收據裝入回郵信封寄回，謝謝您的協助 ~ *

附錄十 德菲法問卷醫療版專家提出修改意見（依推薦順位排序）

推薦 順位	編號	指標	修改意見	專家 代號
1	1	平均餘命	可列長期監控，如五年一次	C
			1.無法完全歸因於健保，其他包括環境、就業、公衛、健促的影響 2.短期難見成效	K
	2	未滿月新生兒死亡率		
	3	孕產婦死亡率		
	6	乳癌五年觀察存活率	建議區分不同期別之乳癌存活率作指標	C
			分子是否要分期別	K
	16	平均住院天數	建議可區分急慢性病床	C
			要搭配再住院率	K
	20	乳癌篩查：40-69 歲的女性，每兩年 進行一次乳房攝影篩檢乳癌的比率	依現行規定，每兩年進行一次免費篩檢	B
			最新 evidence 不見得支持做乳房攝影	E
			指標名稱：40-69→45-69；分母：42-69→45-69	F
			應將自費做檢查的病患亦計算為分子	G
			1.分子應加上對象、年齡 2.民眾檢測地點太多不易收集	I
		實證研究為 50 歲以上，建議指標採 50 歲以上，民眾不篩檢不能完全歸因於健保	K	
	21	50-74 歲大腸民眾，每兩年進行一次 大直腸癌之大便潛血篩檢的比率	應將自費做檢查的病患亦計算為分子	G
			取決於「大便潛血 Screening」的 sensitively/specific 及配套搭配(EA 或 colonofiberoscopy)，因為大便潛血 Screening 本身 false(+)rate 就比較高	H
1.指標名稱有誤，何謂"大腸民眾" 2.分子：篩檢什麼項目? 3.分母：對象是一般民眾還是病人? 病人定義為何?			I	
實證研究為 50 歲以上，建議指標採 50 歲以上，民眾不篩檢不能完全歸因於健保			K	

附錄十 德菲法問卷醫療版專家提出修改意見 (依推薦順位排序) (續 1)

推薦 順位	編號	指標	修改意見	專家 代號
1	28	高診次病患門診用藥日數重複率	分母應按總額別區分	C
			只對日數加總，對不同種類不同疾病用藥在日份上重疊是必然的	C
			不知由哪一 hospital 來改善(eg. Pt 到 A,B,C,三家醫院重覆 OPD 加取藥)，則 Q.「哪家醫院要改善?」，所以重要，但不易改善	H
			何謂用藥日數重覆?	I
	40	急性心肌梗塞死亡率:排除轉院個案	分母應列出 ICD code	C
	41	冠狀動脈繞道術死亡率	分母應列出 ICD code	C
			要分 category，因為 1.有些困難，年長、多重疾病者要另行考量 2.可以分 elective 及 emergent op 兩科嗎?(因為 prognosis 差很多)	H
為何定 40 歲?			I	
3	4	肺癌死亡率	指標名稱是肺癌死亡率，但分子計算的是存活人數	A
			肺癌罹病率與健保業務無直接關係 (健保業務無法改變致病原因)	B
			分子應排除非因肺癌死亡人數	B
			指標名稱與分子分母相除之意義不同，或應稱肺癌五年存活率	C
			計算存活率或死亡率，若要成為監理指標，建議再細分不同期別更佳	C
			分子與指標不符，存活或死亡率可再確認	E
			定義有很大問題，分子不應是 5 年後仍"存活"人數! Outcome 面指標仍須考量分級(Stage)，否則很容易忽略嚴重度	J
			分子應分期	K
	9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	宜盡量用客觀的數據，避免主觀意見	G
			1.所有醫療院所都要使用共同問卷測量 2.滿意度很主觀不易跨院比較	I

附錄十 德菲法問卷醫療版專家提出修改意見（依推薦順位排序）（續 2）

推薦 順位	編號	指標	修改意見	專家 代號
3	25	DRG 案件三天內重返急診率	分子分母互換	A
			分母：三日內重返急診的案件數→DRG 個案中三日內重返急診的案件數	A
			指標為 DRG 案件出院後三日返診率，但分子計算卻為三四內反診中 DRG 案件占率，意義完全不同；且 DRG 案件是逐步上路，占率亦無法隨 DRG 擴大而上升，非指標之意義	C
			分子分母互換	F
			影響因素很多，宜有規範來界定	G
			應為同疾病(或同 DRG)，非預期	H
			1.分母要加 DRG 個案，分母:DRG 個案三日內重返急診的案件數 2.分子、分母是否顛倒?。3.泛指所有 DRG 個案?太多	I
	27	高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	本指標重點在確有經"輔導"，該輔導對象受限於健保署之人力及時間，每年均會檢討係針對就醫次數多少次以上進行輔導，故為變動的	C
			輔導的方式會影響此條是否可以下降比率	G
			何謂輔導?	I
	42	急性中風死亡率	分母應列出 ICD code	C
			1.含各類型的中風? 何謂"急性"? 2.分母：18 歲以上主診斷碼為"急性"中風之患者數	I
			與 p't 嚴重度有關	K
	44	肺炎死亡率	分母應列出 ICD code	C
			因部分肺炎個案是使用 PAC，而非完成治療後出院，若 p't late 就醫，與公衛有關，而非健保	K
4	7	乳癌五年相對存活率	#6 #7 選一個即可	A
			建議區分不同期別之乳癌存活率作指標	C
			與指標 6 有重覆之虞	J
			同一 stage	K

附錄十 德菲法問卷醫療版專家提出修改意見（依推薦順位排序）（續3）

推薦 順位	編號	指標	修改意見	專家 代號
4	10	對醫療院所治療效果滿意度	醫療過程中變異很多，民眾對治療效果之滿意程度可能因人而異	B
			宜盡量用客觀的數據，避免主觀意見	G
			1.所有醫療院所都要使用共同問卷測量 2.滿意度很主觀不易跨院比較	I
			與指標 9 重覆，可 2 選 1	J
	30	傷口感染	分母應為接受手術的病人	B
			「傷口感染」改為「手術部位感染」較為恰當	B
			在台灣 ICD9 的診斷碼常被濫用及亂用	G
			是否第一階段僅納入 op 後 p't(非全部病人)，因為會比較好改善，或以 SPC 控制圖分析時較易知道 trend 及是否 need intervention	H
			何時的傷口感染？住院期間？出院後？多久？何種傷口？	I
		分母要限定某些手術	K	
	31	呼吸器引起之肺炎比率	分子的操作型定義尚須明確化	A
			在台灣 ICD9 的診斷碼常被濫用及亂用	G
	32	麻醉合併症比率	ICD-9-CM?	A
			在台灣 ICD9 的診斷碼常被濫用及亂用	G
			在定義，complication 的 scope 多大？其中愈大，涉及須 volunteer 通報就大，不可靠率也會放大，但太小範圍，那「何謂 major complication？」也需定義明確	H
			很少出院診斷會有"麻醉併發症"，不易收集，定義不明	I
			依賴次診斷是否看得出來？	J
			建議名稱改為「麻醉併發症比率」；此指標恐會有低報情形	K

附錄十 德菲法問卷醫療版專家提出修改意見（依推薦順位排序）（續完）

推薦 順位	編號	指標	修改意見	專家 代號
4	34	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	資料來源?	A
			列出分子相關感染之 ICD code	C
			是否會將 MRSA 的檢查列為 ICU 的常規檢查	G
			1.何謂"無菌醫療"感染率? 2.為何期間定 6 個月?	I
			會低報，恐認真報的反而被監督	K
	35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	列出相關診對及藥物之 code	C
			key factor 在"多久內之 cardiac echo 檢查"才算? if 未做 ehco 者會不會被 miss 掉?	H
	38	氣喘病人三十天再住院率	列出氣喘之 ICD code	C
			分子：氣喘病人出院 30 天"內"，因氣喘相關原因再入院之病人數	K
	43	心臟衰竭死亡率	分母應列出 ICD code	C
			須做「死因分類?」，例如：有人 heart failure 死於 any thing 合理；或 heart failure 死於 interfection?(要列入?) 這段涉及「改善性」(能用性)	H
			心臟衰竭需要 PAC 整合性照護	K
其他修改意見				專家 代號
1. 題目 1-8 我較不建議採用，理由是無法即時回應 2. 會更希望減少無效醫療之指標呈現				K

附錄十一 德菲法問卷財務版專家提出修改意見（依推薦順位排序）

推薦 順位	編號	指標	修改意見	專家 代號
1	1	保險收支餘絀-權責	就可行性來看，支出的資料至少延後一個月，尚需考慮核減，申付與點值等問題。因此，有兩個問題： 1.此處收支是指應收應支，或現金呢？ 2.«本季»是及時當下，數月後的«該季»?就健保會而言，年度資料可協助費率與給付範圍的決定	G
	8	保險費率合宜率	1. 分母考慮是否改為"精算保險費率前五年平均值" 2. 是否考慮與其他指標相似，有三種燈號	L
	13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	此非健保署職責，列為其監控指標不合理，健保支出雖占 NHE 相當比例，但仍有諸多內涵非健保署政策能掌控，應為衛福部職責	K
2	12	保費收繳率	與#6.呆帳率的區隔是什麼? 1.本項與指標 6 (呆帳) 之關聯宜建立或整併 2.建議徵詢承保組意見，實務上，由於投保單位及被保險人均有一定比例流動，該指標之 validity 恐需耗費不少行政成本	G K
	15	自付醫療保健支出占私部門醫療保健支出比例	分子與分母的定義是否誤植?此處資料來源是否來自主計處更直接?自付費用是否包含部分負擔? 公部門支出來源分別來自公務領導、健保營收及自費收入，應為衛福部職責	G K
	20	重大傷病醫療支出比例	此項置於「資金籌措的公平性」子構面有待商榷。可考慮「支付制度設計」子構面 目前重大傷病的行政規範是否反映指標監控目的，validity 恐受限制	G K
	21	財源籌措方法之累進性	如何取得「家戶健保補充保費»?「家庭收支調查報告」以增加補充保費的資料嗎? 建議與指標 18 並列，對其說明比較	G K
5	18	財務公平指數	個別家戶的資料是否可取得? 或者「家庭收支調查報告」已有計算完成的指標值呢?	G
	19	民眾自費占總醫療保健支出之比率	分個總額部門計算(分列)	A
			是否與編號 15 指標的性質相似，只是分母不同?自費費用的定義是否包含部分負擔?	G
			宜確認「國民醫療保健支出統計」對自費之定義與其涵蓋範圍，才能達到有助於醫療項目制訂之目標 1.NHE，民眾自費皆包含諸多非健保項目，雖然占比有限，但浮動相當大，且非健保署所能控制 2.建議改為專業醫療費用，民眾自費比例	J K

附錄十一 德菲法問卷財務版專家提出修改意見（依推薦順位排序）（續1）

推薦 順位	編號	指標	修改意見	專家 代號
5	4	保險給付季成長率	給付金額已被總額框定，應為「申報費用季成長率」較妥當	E
			當季的呈現有申報、核減、申付與點值結算等問題待克服	G
			所謂之給付所指為何？其定義？就目前全民健保法之設計，因健保係採"給"付醫療服務或藥品，對費用而言，係以"支"付給醫療院所，如所指為費用，建議名稱改為支付成長率，其單位為元非為點數	J
	10	借款	應先界定健保"借款"之管理目標及實質作為 1. 若理念上不認同借款，但實質上有/需借款，則應調整燈號區間 2. 建議視管制目標，建立以"比率"為原則之監控指標，如：借款（流動負債）占資產比率	K
	2	保險收支季餘絀-權責	就可行性來看，支出的資料至少延後一個月，尚需考慮核減，申付與點值等問題。因此，有兩個問題： 1. 此處收支是指應收應支，或現金呢？ 2. 「本季」是及時當下，數月後的「該季」？就健保會而言，年度資料可以協助費率與給付範圍的決定	G
	3	保費收入季成長率	建議加註說明「精算成長率」之來源	J
	11	其他收支	本項占保險收入比率大至一定額度，才需特定列指標監測，否則季（月）現金流量表即可得知	K
	5	保險收支年成長率差距	當季的呈現有申報、核減、申付與點值結算等問題待克服	G
			選取理由中的保險給付成長率是指總額成長率嗎？	J
			搭配指標4、3，建立"季"成長率差額，並觀其趨勢	K
			計算與分析方式應修正為：綠燈 $X > 3\%$ ；黃燈 $0\% \leq X \leq 3\%$ ；紅燈 $X < 0\%$	L
	6	呆帳率	呆帳的操作型定義與判斷標準是什麼？且如何決定呢？若事後呆帳問題解決，如何呈現？	G
			1. 呆帳逾一定年度應列入費損（非本業費用），不宜累計 2. 呆帳若追討成功（可能數年），但未由歷年呆帳扣除，則可能高估 3. 建議分被保險人類/目，計算季別呆帳率，則可針對被保險人特性，瞭解呆帳結構，制訂對應政策	K
14	公部門醫療保健支出占總醫療保健支出比例	此指標可協助健保會執行何種決策？或是只提供參考資訊？	G	
		公部門支出來源分別來自公務領導、健保營收及自費收入，應為衛福部職責	K	

附錄十一 德菲法問卷財務版專家提出修改意見（依推薦順位排序）（續完）

推薦 順位	編號	指標	修改意見	專家 代號
5	9	安全準備支付保險給付總額倍數	最近 12 個月醫療費用的取得，會有實務上的困難。因為資料還沒蒐集到。	G
			1. 本指標建議改為月指標（分子） 2. 且健保通常申報一給付有時間差（7-30 天），應明確界定"最近 12 個月"之起迄計算方式 3. 安全準備通常以平均月支出的 2 倍為基礎，綠燈應為 $X \geq 2.0$ ，黃燈 $1.5 \leq X < 2.0$	K
	16	新增保險給付之支付比例	同一年度內，無法取得當年度完全的申報資料，至少延後一個月，或許上一年度會可行些	G
			1.說明與名稱不符 2.建議具體定義"新醫療科技/新藥"，不必然等同新增給付項目，或原項目之增高點數	K
	7	資金運用損益率	分母定義不夠明確，何謂"資金" (v.s. 基金)	K
	17	非論量計酬之支付比例	本指標若是轉化成論量與非論量的成長趨勢，可提供兩者的費用控制程度比較	G
			1.分子、分母均需具體定義 2.非論量計酬，就特定服務方式而言，或可減少成本，提升效率/品質，但整體支出非論量計酬占比高等同整體支出效率提升尚缺共識/實證基礎	K

附錄十二 10/17 德菲法問卷財務版專家會議紀錄

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

建立全民健康保險業務重要監理指標之研究計畫

修正型德菲法問卷專家會議（財務面）

主 席：鍾國彪教授

出席人員：陳孝平副教授、周穎政所長、郎慧珠教授、陳雪芬高級分析師、蔡素玲顧問、
朱澤民副教授

列席人員：董鈺琪副教授、鄭凱文助理教授、游宗憲專案助理教授

紀 錄：呂虹霈、彭瑄、梁竣傑

時 間：102 年 10 月 17 日（四）下午 6:30~8:30

地 點：台大公共衛生學院（台北市中正區徐州路 17 號）6 樓 646 討論室

會議議程：

一、主席致詞

二、介紹與會人員

三、計畫簡介及第一階段結果呈現

四、討論事項：

1、針對第一回合德菲法問卷中專家提出之修改意見進行討論。

2、針對專家提出定義模糊或意見分歧之指標逐項討論。

3、針對專家建議加入的指標進行討論。

五、臨時動議

六、散會

會議逐字稿

※主為主持人；協為協同主持人；A-B-C-D-E-F 為專家代號

計畫簡介(略)

協	那就先謝謝各位專家出席，首先就針對附件一的順序，保險收支餘絀來討論，針對已經彙整的意見，不知道大家有何建議？因為這是健保署財務報表裡出來的，他是權責基礎，意見是寫應收/應支或現金。這是以最近的一季做為資料蒐取的範圍。
A	因為這個是之前監理會所使用的，每個月都會有月報表，那些可能就會是 final 的數字。
協	這個指標其實現在健保會本身也有在監控，主要他們是以季我們是以累計這樣，針對這個指標的定義或說明需要修改的？
E	那個應收應支的 time-lag 是多久？
協	兩個月。
E	所以用累計的話，到年底應收會短兩個月。
F	其實支出的那個權責基礎是估出來的，所以他會拖很久。
B	不過我想要釐清一個東西，有些是很技術性的，就算是我 consist 估出來的，某個程度上那是 OK 的。
F	其實你們問卷那個專家 E 是我，我只表示一個意見，收支差距，給付的成長率因為總額決定以後，就是最後有多少結果是靠收入，總額框住了，那個支出都是估的，按照以往的，用申請量的去估，總額是訂好就攤到各月去，其實閉著眼睛就知道會有多少錢，哪天會有赤字都知道，健保署已經算到每天現金流會多少，所以收支餘絀是可以弄，我倒覺得那專家意見因為一定是應收/應支，這題目好像是從年初到本季為止，是一個蠻好的指標，當季我覺得若只是一個月又一個月比較沒意義，累計的保留著是可以的。
D	其實我有點意見，這裡面有些指標是在監理會就有，我覺得定義不會被修改，我覺得有些專家有意見，但只要照以前定義就好，因為一直以來都是這樣定義，我覺得是不是過去有的可以不需要太討論，新的比較需要討論。
協	這個指標是我們新修改的，以前是看一季一季，這是看累計的，像現在補充保費七、八月股利會飆高，因為調整季節波動所以從年初看到年底這樣，D 的意思是不是要再指標公式說明的地方多寫出來？
D	我覺得是需要，舊的就按照它既有的這樣進行。
A	鍾老師我想請教這委託單位是要您去檢討還是照舊的？
主	這其實他給予很大的彈性，檢討、新增甚至是有些汰換這樣。這當然還是要經過健保會最後的決定。
F	我覺得這指標蠻好的因為可以知道健保到底是要倒還是沒有？我覺得現金是沒有意義的，現金還有操縱的空間，那個沒有意義。
協	第二個保險費率合宜率的部分，有位專家建議是要把分母改成“前五年平均值”，大家覺得？因為以前是(O-E)/E。
F	每年都會有前五年的平均值嗎？我現在是每年都做一次才會有前五年平均值，因為減當年費率，我們假定最後五年減那個當年，你知道那個 cycle 在那循環週期裡面最後一年的那五年減當年，那個五年的平均值是不是每年在變，還是那東西就連續放兩年？
A	第一個就是說不是每年，現在二代以後五年才做一次。第二個就是說分母如果改這樣，那就要看他的意思了，就我的了解，因為過去就已經過去了，就這個目的

	是在於說，除了之後是不是倍率過大，那至於倍率過不過大應該是在於說看現在然後未來看，如果你說跟過去比倍率大不大，比這意義是不大的，所以應該是跟現在的倍率比，現在的這個基礎上，如果說倍率過大是不是要調整?跟過去的比不是很重要的。
F	我覺得這個保險費率合宜率是很好，就是那個算要怎麼算?
協	就是未來五年平均值。
A	未來還不知道是多少。
協	他會有個精算這樣子。
F	那個精算現在是五年才算一次，那個費率我也不好意思說，離開以後也不好意思批評太厲害，那個你一按下去就馬上出來了!算那個很快，反而是精算小組亂七八糟意見很多。
A	那個officially是五年才算一次。
協	可是這樣我們要找一個比較值變成比較難。
F	對啊!你那個當年保險費率就是說要用怎麼樣的平均值，又要有能用性?就是要有資料，那就是要精算報告了。就只能夠用精算報告了，你不相信精算報告你相信甚麼?
協	那就是要前五年了。
F	他不一定是前五年了，你應該要最近一次精算報告的精算保險費率值，你沒有前五年，你知道我意思?你每年沒有當年的前五年，因為他五年才算一次，你要將來可行的話只能是說，那個精算費率就只有精算報告的，否則就沒有了。
A	不過我在這裡還是提醒一下是說，因為二代健保之後他的財務平衡機制跟一代的精神有很大的不同，在這當然是要看委託單位他要做什麼?就是只能遷就，二代之後平衡的責任在健保會，那你現在要監理健保署說你財務怎麼樣?這是有點不合乎邏輯，所以就是說精算報告已經改成五年才精算一次代表他的重要性已經降低很多了，按理來說健保會他應該要每年去看個東西，他能不能平衡是要看他的決定，當然這只是題外話，當然是要看他們委託的時候要求是要看什麼東西?
協	他們當初是要求，監督健保署的業務，這樣聽起來就像A講的如果費率調整是健保會那邊去做的。
A	我是覺得說二代健保在修財務的方面有很多不合乎邏輯的地方，也就是說他現在平衡財務的責任已經跟一代不一樣了，很多條文沒有把它改掉，那有改變的，例如精算兩年變五年，那算是有回應那個精神的改變，但很多其他的都沒有，但其他的就好像是說最少改變最好，所以就給他留著，譬如說條文一個月到三個月之間，不能低於一個月不能高於三個月，像這個也是一代的觀念但與二代的觀念是不一致的，有很多這樣子的問題。
協	那我們這邊指標是不是要寫說主要誰負責來調整費率?讓專家參考比較知道說健保署可控制的範圍有多大。
A	這個可以寫在報告裡面，但我只能說是上一次的精算是多少然後當年是這樣，你越寫越多越難解釋。
協	那分母呢?現在要改成是?
主	那這樣的改是一個很大的改，你把我們的分母整個改掉了。
協	沒有!他現在只是健保最近一次精算費率減到當年保險費率這樣。
主	那他那個本來是除以當年，現在改成是五年。
協	喔!就是要改成最近一次的精算費率，還是就維持它的實際數字?那如果他算偏離值的話?

主	如果這樣子一改的話，我們整個指標分母就不同了，所以？
F	實際執行會有困難啦！你最近一次的報告，大家有做過實際精算就知道，以前精算他會有一個假設，如果有以前的虧損要不要把它彌補？那如果要把它彌補的話那個費率就會變得很高，所以他精算出來的費率他會有好幾種，有要彌補過去虧損的，一個是合法的，看是不是現在健保法的三個月安全準備的，所以你是要一個月、兩個月、三個月那個費率都是不一樣的，所以我現在的想法是這是一個很好的指標，但是他這個情況會差很多，一個是以前是年度的虧損有沒有彌補，一個是你的安全準備到底有沒有依法提到一個月、兩個月、三個月？那個費率有時候差到 1% 都有可能，所以以前那個侯勝茂問我說多少比較好？我都說隨便拉！因為精算報告中又沒有提到說是那一個費率。
B	所以說鍾老師，這個很特別的是說，現在是單一指標這個前端要有很多的東西，是定義清楚的，我是在怎樣條件下的平衡費率，這個前提你要寫清楚才有辦法算呀！
F	我的意思是說，這個保險費率應該是要說這維持安全準備是一個月之前五年還是什麼的，因為規定安全準備是要最少一個月，就是要加一個條件啦！因為精算費率的條件不同會一樣，而且精算小組他也不會跟你說是要用那一個費率，因為最後要用哪一個是要署長去訂的，當然，那現在是要由那個健保會去訂，那健保會會訂嗎？
B	人這麼多怎麼定呀？一定是計算者訂！
F	所以說你要加一個維持安全準備一個月精算保險費率，否則那個算出來費率的差異蠻大的。
協	好！那就是維持安全準備一個月之精算保險費率，那分母就還是維持當年保險費率？
F	分母也要改前五年，分子也就是前五年減當年保險費率這樣。這樣才能說他的費率是採用什麼費率，不曉得還有沒有其他意見？
E	那個合宜率我覺得其他專家提出來的那個建議也還不錯，他認為分母是要用精算值而不是現況值，因為他是減了以後在除，精算就是要看那個 gap 的比例，所以分母是精算值比較恰當，因為他是理想值跟現況值的差異。
協	因為合宜率我們給他改的。
A	因為他實際費率都會比理精算要低，我覺得前面那前後減向要反過來，所以要當年，實際費率就是每年都有，這個來減去精算的費率，那分母在是精算的。
F	國民醫療保健支出占 GDP 部分，如果真的要放，國民醫療保健支出一定跟健保脫離不了關係，所以分子要放全民健保醫療支出。
H	國民醫療保健支出占 GDP 比例要改成全民健保醫療支出占 GDP 比例，那這題還有甚麼問題？
E	問卷上有說要做國際比較，你這樣能做國際比較嗎？
F	國際比較是衛生福利部的事情，每年 NHE 報告上都有
H	不要做國際比較，就在講醫療保健支出的適當性。
B	現在要釐清一個問題，我們現在是要針對檢視整個健保的收支，還是針對檢視健保署的營運，這是很不同的一套架構，如果這個沒有釐清，我們這樣討論起來就會這插進去那插進去，那有些是跟他完全無關的，那會牽扯到這健保費下的健保署到底是怎樣一個角色
F	我覺得他是整個健保，因為你如果是說是健保署他那財務公平、籌措方法... 等都與他無關

B	第二部分，我比較在意的一點有些指標是一定要，不是我們在這裡篩篩篩，我可能是在這一群指標中挑一個相對比較好的，不能說這有缺點那有缺點，就把整個排除掉，再來是那主指標格是一個群組的指標的概念，我們現在看起來每個指標都是獨立的，像我看的出來，大家所關心的是醫療總支出占 GDP 跟國民健康的總支出占 GDP 的比重是大家在測，可是當然我們健保在這裡扮演一塊很重要的比例，有自付醫療費用(outpocket)還有公部門的支出，這是一個連動的關係，你當然今天健保做大一點的時候會影響到你的最後國民保健支出，不過在切割的時候，你必須是一個系列的指標下去處理的，否則你只是單單看一個指標，在看另一指標的時候會導致 misleading 的結果，我是說得非法是我們一個一個逐一討論是可以處理我們現在問題，但到最後他應該要有一個主要指標，群組的指標
G	概念上 B 提的是可以新增一群組的指標、新的指標，我們可以在今天這樣機制，在第二回合德菲法時候新增一些指標，有些指標加總起來可能看到一些不同效果，其實我們可以用新增的概念，那大家對剛剛那一指標有甚麼新想法？
H	所以 B 的意思再新增另一個指標
B	我好奇是你們看過那麼多架構，我那時候就好奇說會找出這些系列，一種方法是人家有的都列出來，請專家來勾選，或者你可以形成一個概念或主題，例如說第一個我要財務平衡，收支部分，第二個我要公平，你會最後形成幾個大的主題說，你是不是中間要先有那幾個公式，在財務我要達到這三大目標然後，我下面有幾個東西能去測量到，那你現在提的是平衡、公平，公平有幾個子構面，這個是大家已很強的共識
G	B 提到一個很重要的概念，我們在五六十位專家幫我們選這些子構面的時候，這些專家的背景有財務、公衛、社會，其實他們非常異質性的背景，會產生比如我們看到的公平卻沒選進來，這可能後面的解釋是說我們過去做得還不錯，所以整個相對來講，在問卷沒有凸顯出來，可是在公平放在財務裡面另外一個子構面，用財務公平性來看公平這部分，所以在問卷分析後的結果公平沒進來讓我們有點驚訝，其實這方法是有一點取巧
F	我覺得剛這個國民醫療支出占 GDP 的比例與全民健保醫療支出占 GDP 比例都還蠻重要的
B	兩個放在一起就有意義
H	再來是保費收繳率，有專家提問此指標與呆帳率的差別是甚麼，還有會不會耗費很多的行政成本。先釐清一下此指標與呆帳率之不同，呆帳率是預估數，收繳率是實際收繳情形，這在健保署的報告中是會有這指標，所以不會造成多餘的行政成本增加
F	這個收繳率要特別注意，其實是可以收到 99%，因為如果過期未繳交，會進行催繳，所以你那收繳率，時間點就很重要，那個時間點可以參考業務報告，一定要找一個時間點
E	那這個指標的意義在哪裡
F	這是大家認為很重要，我一點也認為不重要，因為只是比較晚交而已，可是社會上覺得很重要
A	如果時間點的話就等於 1-呆帳率，第二個問題就是沒有時間的介入，沒有時間的介入不能回答說妳到底要選哪一個；還有分子跟分母可能可以反過來
F	我覺得重要的點是在訴追以前，重點要如鍾老師所講達到一致性
H	那如果新增一個訴追的指標呢
E	那好像也沒甚麼意義

H	下一個指標是自付醫療保健支出占私部門醫療保健支出的比例
E	我們看不踏懂這定義，甚麼是私部門醫療保健支出
F	我比較偏向於自付醫療費用(outpocket)佔健保的支出
B	分子分母要區分清楚，自付醫療費用(outpocket)包含做美容，要釐清是健保底下的自付醫療費用(outpocket)，那如果那數字是總自付醫療費用(outpocket)那就配對到一個分母是不是他的那個
F	那不就是私部門兩個相等了嗎？
E	私部門是指甚麼
B	所以就是那私部門怎麼定義嗎，他可能有一個想像是說有一個公部門，健保就叫公部門，其他的可能就是私部門的支出。自付醫療費用(outpocket)的醫療保健有點一點複雜，這要寫清楚定義喔，否則這會看不懂
H	因為這個是從衛生福利部統計，衛生福利部的統計處，他們提供的資料，所以我們會再去問他們說詳細的定義是甚麼
B	理論上私部門醫療保健包含私人保險與自付醫療費用(outpocket)，所以他等於要看那相對的比重，重點是私人保險到底要怎麼估，很沒有定論
E	可是無論如何，這跟健保沒有一點關係
B	我覺得大家在關心一個問題是說，風險保障多少，變則你要自己去負擔
E	那就是自付醫療保健支出占全部醫療保健支出的比例
F	就像鍾老師剛講的有一些是私部門保險單位區涵蓋的
B	那這部分我們算不出來，因為民眾都付了錢才去找保險公司請領，因此很難算
F	如果你們要做國際比較就要用這指標，如果是站在健保會立場，他應該是說從我自付部分占全部醫療費用
D	那好像是第十九
F	以後最好是把分子分母要搞清楚，項目也要寫清楚
H	理論上是不包含負分負擔，如果要算的話
B	自付是包含部分負擔
F	可是如果他這邊分母是私部門的話，那個就沒有部份負擔，你不能說我私部門的醫療支出健保的部分負擔去除，這兩個性質是不同的，這就沒有意義了
B	所以做那個的人是一掛的人要下去做，那統計處真的要委託一個計畫去做，那工程是很浩大的
F	可是如果你要做國際比較，你就不能改
E	但是我們這是要做國際比較嗎
D	他可能是當時摘入時摘錯，我覺得這不是原來的定義
F	不會！
B	確定自付醫療費用(outpocket)是一定要監控的，只是你今天這個指標要怎麼產生
E	那這是第 19，等再來討論
H	再來是看重大傷病醫療支出比例
D	這個很明確阿
H	專家有意見，是說是否要放在支付制度，因為重大傷病的規範會影響到計算
F	重大傷病你要把它降低，就把某些重大傷病取消，我要擴大就把他的範圍擴大，我覺得重大傷病卡快 100 多人的，比全國低收入戶還高
B	大家會對這個指標會有興趣，但是這指標意義會有很多種解讀，有些重大傷病不是醫療費用很多，也不是很可憐

B	但是我現在想講看這個多，你是怎麼解讀他，其實我們現在技術會把它變成很多錢，這比例越高，你保險的價值是越高，是可以這樣解讀，但是這是一個很粗糙的指標
H	當初是看有專家建議，所以才把他放進來
E	可以放，這定義很明確
D	這是常常在被看的
F	重大傷病這個是可以擺，但你分母是要放健保醫療支出
H	那是要放在公平性還是支付制度
E	公平性，這與支付制度沒有有甚麼太大關係
H	那就維持在公平性
B	這個指標可以各自解釋
H	那就是說重大傷病可以得到醫療保障
H	下一個就是財源籌措方法的累進性
D	甚麼叫累進性
B	應該是 Kakwani 指數(Kakwani Index)，但是那更複雜，哪有很多種指標來算，那公式是
H	就是占家戶可支配所得的，用所得分為五等分來計算
F	你們不要用累進性
B	這不是累進性
H	所得五分為是那高所得的人保費越高
A	這是經營係數，他是希望完全公平化
F	這只能前後期比較，否則沒有甚麼意義
B	依時間性來看，單一時間點沒有意義
F	家戶健保一般保費要用主計處家庭收支調查報告
H	對，財務公平指數的話一樣我們的資料也是來自主計處家庭收支調查報告
F	公平指數是甚麼
H	就是 WHO 的算法，就是健保保費支出，占家戶可支配所得的比例，差異性越小的話，就代表差不多了，就是在財務負擔上是公平
F	那也是經營係數，那就擺著
H	第 19，剛剛已經討論是要就是定義的，改成占健保醫療支出總額。有專家建議改為專業醫療費用民眾自費比例
F	甚麼叫專業醫療費用
H	還是我們改成健保醫療支出，因為他這邊還有說要分總的計算
D	如果是這樣子，分子要改成民眾健保自費部分，那你怎麼去界定
F	那個不是民眾自費，我覺得民眾自費應該是去醫院的時候叫人家自費，這個指標是你們新想的嗎，還是原來就有
H	這個是專家建議且 WHO 也有這個指標
F	如果是我我會看這指標為健保不給付的自費，我不是說部分負擔的自費
H	所以自費就是不給付項目的自費
E	我覺得都有，加起來
H	這有資料嗎
F	不會有資料的
E	他這個是主計處的調查

H	主計處就是剛剛講的那個
B	統計室有，因為現在統計室有壓力因為他們要做國際比較時候在全世界的保險比較裡面都有這個項目，如果我沒記錯的話，他們應該是家庭收支調查在做時候找一個 SUBSAMPLE，家庭收支調查是做一萬三千戶，他們是找一個 SUBSAMPLE 在下去再問得比較細，再用回過來推，所以可能 F 你講的是那一兩千戶就是那 SUBSAMPLE 去分配
F	我知道，我想他這個字彙，他以這樣去定義的話，這個自費比例應該不低，大概是多少
A	現在大概 40 幾
F	所以它是包括買四物湯也是
E	這個跟健保有關嗎
F	我覺得如果醫療保健支出統計裡面有就留著，這個反正跟健保署如果健保署有擺就擺
H	那就維持是民眾自費佔總醫療保健支出比例，所以那分母還是國民醫療保健支出
F	我覺得自費蠻重要的，因為最近一直在增加，那個增加，你要說是好還是不好，有些人說是不好，但是有人會認為說也健保後就可以買買其他東西
G	所得效果
F	我覺得這擺著可以
H	下一個是保險給付季成長率，第 4 個指標
F	這是怕他醫療費用一直成長
D	不會，總額預算
F	已經公定，這有甚麼意義，如果真到要要改成申報費用
B	支出是被框住的
D	那個還是沒意義，申報費用太高，點值就很低
F	我覺得申報費用成長率有它的意義，第一他就是說是不是虧待醫院，第二那個才是真正代表醫療費用的實質，他就是代表民眾就是要看那麼多，我覺得申報費用還是有他的意義
B	我也在想一個問題，那申報是否有辦法還原到原來，申報會成長，是因為支付制度調整，他就會成長，其實我們想看到實質上用的東西
F	那個沒有辦法，因為沒有一個衡量標準
H	那還是新增一個指標，新增健保申報費用季成長率
F	這個保險給付季成長率就不要
H	下面都是財務收帳平衡指標
F	呆帳率是甚麼，很多人認為重要還是不重要？
B	下面都是沒共識的
E	那就可以不用討論了
F	那個呆帳率我可以跟各位講，那是可以操作的。有一年那個健保剛開始辦的時候，他安全準備超過三個月，按照規定是要降保費的，那我就多提呆帳，因為呆帳就像你講的本來就是估的，那我就多提呆帳，等審計部查到就說我估計錯誤，那個是可以操作的啦！但是社會上的呆帳率認為是收不回來的比例啦，跟沖銷的比例啦！我覺得這個就不要了啦！
協	有沒有其他要再新增甚麼指標？

F	那個第 14，公部門的醫療保健支出，為什麼大家覺得不重要？
E	1 減掉那個私人的是不是就是公部門了？
B	我覺得那是一組的指標裡面，其實應該是看其中幾個，只是怎麼挑的問題而已。欸我隨便想啦，你們就當作我胡思亂想，我們現在在收的時候，level 的 income 裡面，例如說我現在在收這個保費從這一快我可以抽到多大的 percentage，那你 GDP 在成長薪資在成長的時候，你相對的比重，在這個制度下，有沒有跟著往上跑，那當然你補充保費跟這個 capital 的 income 是有關的，有沒有人去定那樣的指標，我的想法是說，我們以前設計這個跟著薪資幾趴在收錢，就是期盼說，我這個所得在成長的時候我收進來的保費會增加，這個增加是一個相對速度的增加，這是比較重要的，你這個保費成長的速度比起薪資所得的成長速度或是 GDP 成長速度慢的話，這其實相對是比較不好的一個現象，你至少要想辦法收到跟你在 GDP 成長的速度。
F	家戶個人所得除以家戶所得，也是一個指標
H	好
G	第二回合問卷會把第一回合選出來問卷與今天討論的指標放入，大家覺得有要強力保哪一指標

附錄十三 10/18 德菲法問卷醫療版專家會議紀錄

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

建立全民健康保險業務重要監理指標之研究計畫

修正型德菲法問卷專家會議（醫療面）

主 席：鍾國彪教授

出席人員：楊哲銘教授、鄭守夏所長、簡國龍所長、李懋華執行長、張必正院長、賴超倫副主任、鄭之勛副執行長

列席人員：游宗憲專案助理教授

紀 錄：呂虹霈、彭瑄、梁竣傑

請 假：董鈺琪副教授、鄭凱文助理教授

時 間：102 年 10 月 18 日（五）下午 4:00~6:00

地 點：台大公共衛生學院（台北市中正區徐州路 17 號）6 樓 601 討論室

會議議程：

一、主席致詞

二、介紹與會人員

三、計畫簡介及第一階段結果呈現

四、討論事項：

1、針對第一回合德菲法問卷中專家提出之修改意見進行討論。

2、針對專家提出定義模糊或意見分歧之指標逐項討論。

3、針對專家建議加入的指標進行討論。

五、臨時動議

六、散會

會議逐字稿

※主為主持人；助為計畫研究人員；A-B-C-D-E-F-G 為專家代號

計畫簡介(略)

主	指標的內容在很多專家提寫的時候，有些修改意見，接著我們能不能在有限的時間內把這 25 個指標瀏覽一邊在發展成第二回合的德非法問卷，在就教於大家，一個是修正另一個是有沒有要必要的新增。 大家很有疑問我們是看健保署、健保署還是其他部分？我們是看比較整體的部分，大範疇的範圍裏面進行細的討論，我們是不是從第一個指標部分開始，第一個指標是在第 3 頁，一方面看專家意見也看內容再做意見交換，各位專家覺得有需要做修改或是修正嗎？
B	好像沒有人提出修正，只有是不是適合列入這樣。
主	因為這些是已經有大家的意見選出來的，大家的意見裡面如有名稱、定義或是甚麼特殊部分需要修改的話再做討論，不然我們就先以這個樣子，不做修改。第 2 個、第 3 個指標都在同一列，沒有修正意見，在第 6 個指標，五年觀察存活率，有專家們提到說分子的期別還有不同期別存活率的指標，不知道大家對於這個有沒有甚麼意見或想法？
B	我們這個是要跟國際比較嗎？
主	我們可以把這個當作目的跟考量之一。
B	所以有一個無論是 OECD 或是其他國家的你參考的資表庫，如果地役都依樣我們沒有理由弄一個跟人家不一樣的，但如果都不一樣我們就要討論出台灣應該要怎麼做這樣是不是比較快？就是他們有分期嗎？如果他們有分期那我們可以分幾期？如果這些指標庫沒有分歧我們就不用多此一舉。
C	以臨床醫師的觀點當然不同期別跟他癒後差別很大，我 recall 剛剛 B 的意見，如果全世界都沒有特別要分我們就不分就好。
主	我想我們意涵上知道說期別對以後影響差很多，在應用的部份我們就納入這樣的思維，但我們指標就國際比較來講就先維持這樣。 接下來是第 8 頁的指標，平均住院天數，有修正意見要不要搭配住院率跟急慢性病床，大家覺得呢。
D	在我們本部裡面現在已經沒有再看所謂慢性病床這塊，現在是看急性一般病床，評鑑也是這樣看急性一般病床占床率，現在問題是慢性很少醫院，這是未來對全國醫院分析是嘛？
主	對，我們拿到健保資料庫後應該是做全國性的分析。
C	我經驗很粗淺，但我知道以前對於這種平均住院會做一個 risk adjust，因為不同層級的醫院不一樣，只是就我知道台大醫院好像沒有分所謂急性慢性，不知道 G 有甚麼看法？因為慢性比較看的是所謂長期照顧那一塊的。
G	都是急性的。
D	現在慢性病床是沒有的，十幾年來，現在一般醫院給付有收慢性的，健保會不划算，所以我們評鑑都是看一般病床的，一個急性精神、一個急性一般兩個，這裡應該要改成急性一般病床的平均住院天數。
主	那我們要強調是急性一般病床的平均住院天數，讓指標更清楚，那搭配住院率，是要增加指標了？
A	這是應該不用再增加吧！因為已經經過選取過程所以不用再增加吧？
主	昨天的討論專家們認為選取過程，因為選是一個一個，那有些指標會有 a set 的

	東西，若專家覺得有必要或是合理的時候，昨天在財務的就有增加兩、三個指標，我們當初在工作小組思考的時候可能會有 miss 或是不周延的地方，這可以作為一個補強的機制。
B	有專家提再住院率，不是住院率。
C	是多久不知道，是不是相同疾病也不知道，這樣講再住院率太廣泛了。
B	在國際上我也沒看過再住院變成一個 regular 的指標，很像不常見吧!要有特殊的才會看。
D	他應該要有個特殊的再住院要有個期間或是特殊疾病或是相同疾病比較合理。
主	我想大家有共識這個意見比較不必要性，那我們就在看到第 20 號指標，在第 10 頁，這個好像是我們 E 跟 G 我們在討論有討論過年齡層別，那他的修正意見哪一個是比較符合現實的?
E	目前乳癌篩檢年齡層別(公費)好像是 45-69 歲，那 40-45 歲的必須要有條件的必須要有乳癌家族史，所以比較明確情況的話要看 45-69 歲的兩年一次篩檢比較符合目前國家的政策。
主	好吧!那我們是不是跟著實際國家的情況，因為國際指標在我們國內運用比較不同，我們是不是請教其他專家們有沒有看法。我們看到專家 F 的意見，實際的運作是 45-69 歲。
C	我覺得他這是 20 跟 21 都跟 30 有關，因為這是以醫院為主的篩檢，所以每個醫院都在衝這個量，不過一個問題是說，他的 catchment area 要怎麼去切?舉例來講，台大醫院怎麼樣是他的分母?如果是社區，可能就是看衛生局或是衛生所，那到底這些怎麼才算他好不好這樣?
B	不是跨院比較，是醫策會，今天這是健保會看比較大。
主	對!這應該是從整個健保署去看，整個健保的業務這樣。變成說這個指標可以反映出健保署做得好不好，當然健保署做得好不好是來自醫院做得好、做不好的組合，表示我們這個業務的部分有沒有特定做一個成效的好壞這樣子，這可以做一個監控，那他可能會跟這整個乳癌或是一些存活率會有些影響這樣子，從 40-69 歲改成 45-69 歲比較符合實際情況。 好，那其他還有一些在第 20 個指標裡面，其他意見請 E 看一下是不是有還要考量的?除了名稱上的年齡改變之外，還有沒有甚麼意見或是考慮的部分?
E	我記得國健署規定的大腸癌篩檢年齡範圍是 50-70 歲，沒有到 74 歲，也是兩年一次。
主	好，那就把名稱上面的大腸民眾改成民眾還有改成 50-74 歲，所以我們的分母應該是一般民眾的部分。
E	抱歉，是 74 歲 sorry 我記錯是 74 歲。
主	好那我們就還是維持 74 歲的民眾，然後 20 題是 45-69 歲。 接下來看到題號 28 的部分，指標在第 12 頁，高診次病患門診用藥次數重複率，大家有沒有甚麼統整的意見。
D	這個健保現在有定義嗎?
主	我們好像是從協商要領績效指標，參照那邊做修正的。
D	那裏面應該會有按照健保的才有辦法蒐集資料不然怎麼規定?
C	對!他在第 12 頁這個地方有說明，以年為單位，高診次保險對象是指那一季健保 IC 卡使用紀錄 ≥ 10 次，只是這個問題我的想法是說好像只有台灣會有吧!那這個指標有甚麼意義啦?我想知道的是這個樣子，只有台灣病人才有這麼方便的醫療資源，其他國家應該不會有這種情形發生，我不清楚目的是?

主	當然有些是可以做國際比較，也不是每個指標都能做國際比較，當然這個指標是屬於台灣比較特有的部分，所以也沒有全部指標都要做國際比較的，因為這是台灣醫療的特性，會有高診次、高利用的部分，所以會有產生 overuse 的情況，在某種意義上有實際需要的考量這樣。
A	所以健保每年你說好像是有，有的話那就用他的定義好了。
B	他這個指標可以挑啊!那就用他的定義好了，就是要看要不要分區那如果不分區要看全國那就要看他是不是越高還是越低那我們就是挑指標，挑出來應該就搞定了。
主	好，OK!那我們就謝謝B的建議是說，我們先不用分析，就先呈現這樣的部分，這樣的趨勢可以提供健保署做監控。
A	他們都有建議要不要看分區，我覺得我們都可以不用我們這邊考慮，他們到時候會自己決定該怎麼看他們會再做轉換。
主	可能在他的選取理由或應用上面分區或總額會有他們的一個考量，我們不用特別的加以回應，謝謝大家的意見。那我們是不是看到第 40、41 的指標，第 17 跟 18 頁，要請麻煩 C 跟 F。
C	我剛剛也在看這個指標，我自己也看不懂說為什麼分母要加個 ICD code 我看不懂專家的想法是甚麼?可能要請教 F
F	這個不是我寫的，分母他這裡只有寫說 18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞，其實急性心肌梗塞主診斷有一些很模糊的空間，就是大家 ICD41 以後就有甚麼 ST 上升，也有 ST 下降的，有 intermediate 的，有急性冠心症比較模糊地段的，當然定義比較細就會比較 specific，就會看得比較準確，甚至有些會比較看 sub-type 的有些只有 ST 上升那個就可以一清二楚，不知道他原先 define 的時候是甚麼樣子，冠心症也可以弄進來這樣子。
C	這兩個指標在 healthcare 也都是很重要的指標，是說需要弄得這麼細嗎?我實際上在醫院 coding 都不知道是不是能看的這麼細，所以我不知道這個專家是怎麼思考，是說心肌梗塞一般 ST 甚麼都一起看的。
F	管理人員可能沒有要分的這麼細的必要。
主	如果是以一個大的 scope 來講，那個細的部分是重點，那個大範疇呢?
A	我覺得那個是定義啦!你在計算他是不是要列，不然你沒辦法算，因為 ICD 他是抓的，你到時候一定要說這是包含的那些，操作型定義上是必要的!
C	可以鬆可以緊，但是要有。
主	所以看來我們修正上還是可以不用在這裡增加，只是說在操作上我們要知道有甚麼特定的情況(如上升或下降的定義)，所以在操作蒐集資料的時候我們要注意這個問題，那 41 題是有些類似的對不對?
F	41 號這個用的是冠狀動脈繞道手術的術式，ICD 是很簡單的，用健保碼也可以(健保治療手術的代碼)。
B	這兩個的那個名稱，比方我們說死亡率的時候分母是 at risk，所以這裡我不知道是上面好幾個有一些是要得病的人裡面死掉的，還是 population 裡面死掉的，死亡率這個 term，要不要統一一樣的用法，我覺得這是要討論的，因為死亡率跟致死率是不一樣的，一年裡面會因為多少人這個死掉，死亡率是一年有多少人會死掉，這裡比較像致死率，有這種診斷的人一年會多少死掉，所以我不曉得這個 term 可能可以去 check 一下這個 AHRQ 用的是甚麼，如果 AHRQ 這樣定那我們是不是要照他的，我們請流病的專家幫我們講說是如何。
主	對阿!這個如果在 publication base 跟 organization base 會有一些落差。
B	落差非常多，一個是得病的人，一個是千萬人口當分母，這個 rate 會差到不行。

C	如果照他上面說的，AHRQ 裡面的定義應該是指說，有接受那道手術之後，他發生因為失誤而產生的副作用，嚴重造成死亡，他把冠狀動脈繞道首四的死亡率當成他的 indicator，所以這個我也不太清楚，因為現在很多 20-30 歲也要去做繞道手術，所以我也不曉得。
主	所以說年齡層越來越下降，41 歲比較像剛剛談到 case 的部分，40 歲的話就會有一個 concern。
B	這個應該給研究團隊決定，不是這麼清楚為什麼分母是這個樣子。
主	對!他這個比較像是 case 的 mortality，是個案的部分不是 publication 的部分，C 跟 F 覺得這個指標在 40 歲跟 41 歲之間該怎麼修正?
C	會做繞道手術的應該全部都是 CAD 的病人，不用限年齡。
G	應該不用限年齡，因為主要看的是 mortality，那個年齡都是一樣的。
主	那我們第 41 的指標，在年齡 40 歲沒有太大的意義的時候，我們把它放寬，改成 18 歲以上?
A	那就看 AHRQ，參照他的嘛!
B	我覺得不會差太多啦，40 歲以下就一點點，如果可以，我會建議跟隨 AHRQ 的方式，然後做比較。
主	好那我想，第一段的 10 個指標的討論先進行到這邊，那我們是不是接著看第二段的指標數目 4 的部分，肺癌的死亡率在第 4 頁，這個指標好像大家都有滿多的想法，在定義上好像有點落差。
B	到底是死亡率還是存活?這是要定義一致。
G	一定是存活。
B	肺癌患者五年存活率。
D	幾年存活率這樣。
G	之前 breast cancer 那邊是存活率。
主	這個，Irene 去 check 一下，上一次文獻部分是怎麼寫的，要變得一致，不論是存活還是，分子分母的定義變成一致。
G	死亡率會像鄭所長說的是說，一般民眾有死亡最高的是肺癌，有幾個死掉有死亡率，但如果是對得病人來說的話，在臨床是講存活率。
主	好，我想這個指標我們就是看五年存活率還是存活率?
G	應該要有一個期限，要有一個時間。
B	對我們剛剛定義到乳癌五年觀察存活率，那已經有一個乳癌觀察存活率那這個肺癌，是不是也等同叫五年觀察存活率?那個推薦順序的差別是?
主	那個 1 跟 3 的差別是，他的能用性、一致性的部分差了一點，乳癌比較高，所以在第一點。
C	原來專家意見的裡面，第 5 頁，關於乳癌跟肺癌的部分，至少乳癌他的證據本質是 3 嘛!在座 case-control study 的時候，肺癌的部分是顯然都沒有，所以才會有專家提到，肺癌罹病率與健保業務之間的關係齣?我自己是說，因為乳癌積極治療可以當成指標，因為現在肺癌，可能就要強調早期治療之類的，可以說是對健保的幫忙這樣。
G	也有可能是當初我們那個定義有瑕疵才會有這樣情況，如果定義改成跟乳癌一樣，或許應該是不一樣的重要。
主	好，這個指標我們就朝向做五年觀察存活率，我們就看背後一些選取的理由，跟相關的一些東西，那我想這個指標我們就做這樣的調整。好，那接著我們看第 9 個指標，對醫療院所整體品質滿意度，這事實上是一個健保署定期的都會做一些

	滿意度的調查，這裡面包含滿多的項目，我們當時討論有那進滿多項目來，他是屬於共同問卷的部分，那我們有需要做甚麼回應或處理嗎？
B	應該沒有問題，他的重點不是在做跨院比較。
A	這個健保署自己在做的，所以是現成的。
B	現在美國那個 CAPs 系列也都在做。
主	好，OK，那第 9 個就我們就不做修正，那請大家看到的 25 個指標，在問卷的第 11 頁，他講說我們分子、分母寫反了，那這是我們事前疏忽的一部份，那除了分子分母互換之外，有沒有其他意見？
B	還 OK 吧！看起來都是分子跟分母放反的問題。
主	好那看來除了分子跟分子就沒有其他問題，我們就看到第 27 個，高診次就醫次數輔導後下降的比例，有專家提了意見，這應該是有健保署人員去做訪視，然後把輔導講清楚，就是各分局的人員對高診次就醫民眾訪視或是訪談，把指標的內容裡面講得比較清楚一些。
B	應該沒有關係，沒有別人會去輔導的！只要他 list 出來，各分局業務組就會拚命去，他會 general 在一個 list 上面一但在 list 上面他們就會去輔導，那個輔導，我覺得還 OK。
主	OK！那我想適當的應該是知道該怎麼做，好那我們接下來看到，那第 42 個指標在的 18 頁，急性中風死亡率，有專家認為我們定義不清楚，不曉得那個 F 或 G 的意見是？
F	比較還是要看 ICD，要去抓。
B	急性中風下有慢性中風這個是？
C	這次你看他已經有病，但不是中風這個主診斷這樣。
B	他這個 term 是 OK 的。
主	那年齡呢？重不重要？
C	小孩子也會中風啦！只是說多少這樣子。
助	C 那我們在抓主 CODE 是抓中風就是急性中風這樣？
C	那我現在不清楚，那個疾病規定現在是怎麼弄，因為急性中風可能會有醫些 conclusion，所以他搞不好他主要會寫到別的去，那我們要關心是這種情況多不多，是急診或是 ICU，因為我們現在是很多 stroke center 所以 stroke 的診斷跟治療有一個 standard，所以用 acute stroke 是沒問題的，只是我擔心在抓的時候，因為他住院的時候就很多問題了，會不會有其他情況我不知道。
F	因為健保現在住院的時候是抓五碼，所以如果他申報會用呼吸衰竭要使用呼吸器那個他可以申報到比較多點值，會放在前面，所以一般以一個就應該要算是了，因為只算第一個那急性中風的點值比較低的話，就會抓到呼吸器，可能五碼都要算都要有這樣，只要是住院那一次有都可以算這樣。
A	這如果次診斷要放可能會抓到不是當次中風，不是當次剛好當次中風的案子，還是有可能，所以這個到時候還要再看看，原則是第一碼比較準，但是大說會不會有些是掉出去。
F	大部分都會寫一些呼吸衰竭之類的，因為那個點值差很多，那如果不把那個放前面的話那個醫院會虧損差很多。
C	所以會有這個問題，是不是做一個敏感度分析。
主	所以在操作型定義跟實際運作上，因為有 up coding，那種 coding 考量的時候，會導致我們分母情況會有些改變，這在操作、運作的時候可能看看真的碰到問題的時候再加以克服好了，那是不是最後一個肺炎的死亡率。

G	第 42、44 個都是當次住院，那次申報住院的意思。
C	G 請問那個 44 號，專家說 PAC，如果就醫，會有到公衛這麼可怕嗎？那個 PAC 是甚麼啊？
G	應該是甚麼簡稱。
A	PAC 應該是甚麼藥物吧，然後還沒治療完讓他帶回家去繼續治療，不能怪醫院的意思啦！我覺得可以不用再細了。
主	好，那這個部分提醒我們在操作的時候要注意，那我們就進入到第四大類了，最後一個掛，第 7 個指標裡面的專家修正意見了，乳癌五年相對存活率。(42:34)
B	Case-payment 存活率
C	對！那邊 4 到 6，case-payment 存活率
主	請 Irene 檢查一下用字文獻部分，要把它弄成一致，不管是用存活還是死亡，我們的定義要一致
B	你這邊是寫存活
G	死亡率會感覺像鄭所長所說的一般民眾的死亡最高的時間點，例如：一年有幾個死掉才會寫死亡率，如果是定義成肺癌，在臨床則是存活率
主	我想我們這個指標我們就看要用五年存活率還是存活率
G	應該要有一個期限下去測
B	我們剛第一大部份第 6 頁乳癌五年觀察存活率，這裡叫做五年觀察存活率，那肺癌是不是改成肺癌五年觀察存活率，為什麼這屬第一類，推薦順序三
主	一跟三的差別在能用性部分一致性差一點，乳癌的比較高肺癌的比較低一點
C	不過從原來專家意見第 5 頁裡面，乳癌與肺癌，至少乳癌證據等級是 3，他是有 case control study 支持，可是肺癌的部分可能都沒有，所以才有專家特別提到肺癌的罹病率與健保業務之關係，我不踏清楚乳癌積極治療或者可能可以當作一個指標，肺癌可能要早期治療之類，我不踏清楚說反映這個指標對健保有甚麼幫忙也有可能當初我們的定義寫的不清楚，如果定義改成跟乳癌一樣應該會有不一樣的結果
主	我想這個確認指標我們就朝向五年觀察存活率，我們下次也看一些背後選取的理由跟他相關一些東西，那我們這個指標就做這樣一個調整，我們就進入第九個指標，第九個指標是對醫療院所整體醫療品質滿意度，這個實際上是因為健保署定期會做一些滿意度調查，他會包含蠻多項目，我們討論時候選幾個項目來，他實際上是用的共同的問卷，所以這意見部分需要做甚麼回應或處理
B	應該沒有問題，他的重點不是在做跨院比較
A	他這是健保署自己做的，還是
B	是，健保署自己做的，他是現成的，現在美國 Hcase 也都在做
主	所以我們估計不是為了做跨院比較，而是反應醫院情況，我們就不多做修正，我們看到第二十五個指標，在問卷第 11 頁，他講錯了，他分子分母寫反了，事前準備疏忽部分，所以除了分子分母互換之外，其他的一些意見？
B	除分子分母互換外沒有其他特別意見
主	好我們就進入第二十七，第十二頁，高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率，有三個專家給意見，這個輔導是指健保署分局的人員去做被保險人的訪視
B	對
主	那我們就把輔導本身在講清楚，實際上是各分局的人員對高診次就醫民眾各別訪視或說明，指標裡面的內容再講得比較清楚一點
B	應該沒有關係，不會有別人去輔導，只要健保署列名單出來，各分局會拼命去做，

	所以他會做一個名單，一旦在名單上面他們就會去輔導，所以輔不輔導我覺得還 ok，因為他們現在在監控
主	ok，知道怎麼了就知道怎麼做，下一個第四十二個指標，第十八頁，急性中風死亡率，有人認為我們的定義不清楚，請賴醫師與鄭醫師對這題目可以怎麼
F	將來勢必就是要來提我想就是要減輕症狀
B	急性中風請問一下，有慢性中風嗎？
D	也就是說成就性中風，已經中風過了
C	就是做檢查的時候有 older intouch 可是並不是這次他主要的主診斷，那是有慢性中風是沒問題，只是主要診斷要到第幾次
主	年齡
C	小孩子會中風，只是說很少
助	主 code 是中風就是急性中風
C	因為我現在不是很清楚，我對哪個疾病診斷在裡面的規定怎麼弄，因為急性中風可能會有一些 contention，所以搞不好他的診斷費會減，可是搞不好又寫到別的去，那我不清楚這個機會多不多，因為他如果是急診或 ICU，因為我們現在都有中風照護中心，所以中風的診斷還有一些比較技術面的 data 的流程，所以用急性中風是沒問題的，只是說我擔心在 coding 的時候會不會有其他，例如說他在住院的時候就有很多問題，會不會寫到其他情況就不知道
F	因為現在健保住院的時候只抓五碼放在檔裡，那個如果五碼如果醫院要申報會用呼吸衰竭放在前面，用呼吸器放在前面，這樣他可以申報較多點值，所以五個裡面有一個就要算是，如果只算第一個，那幾乎，如果急性中風點值較低的話就會抓到呼吸器使用，所以五個裡面有一個就要算是，主要是住院那一次，所以 ICD 要定義一下
A	如果次診斷要放進去，可能會抓到一些不是當次中剛好，所以到時候要再看看，原則是第一碼比較準
F	第一碼是比較準是對的，但是我們現在都會寫呼吸衰竭之類，因為那點值差很多
D	如果他中風太嚴重就會有很多併發症
F	如果你不把點值放在前面其實還有很多東西可以寫
B	如果是兩碼
主	可以在操作型定義與實行的運作上會特別注意到，在這個情形可能就是有 up coding 考量，所以導致我們的分母情況會有一些會有誤差，這個在操作上運作時候能不能碰到問題的時候再去克服。最後一個，肺癌死亡率
G	42 與 44 都是當時狀況，那次申報住院的死亡比率
C	鄭醫師，那 44 肺癌死亡率專家提的 PAC 會如果病人延遲就醫與公衛有關，這是甚麼意思？
F	PAC 是甚麼意思？
A	應該是使用藥物，帶回家，或者是治療完怪醫院
C	怪醫院嗎，我們這個是健保，那這應該就沒關係
主	那這個部分就提醒我們在操作時候 code 部分，那我們就進入第四大類，第七指標，乳癌五年相對存活率
G	(這一段真的聽不到)
主	這看起來的意涵上並沒有甚麼特別去改的部分
B	他跟前面那五年存活率有甚麼差別

D	就是我們都已經很認真注意健康，本來就可以活得更好，比如十年後我們國民一般健康救活得更久，當然我們不能對照，可是這個應該不容易，整個國民健康狀態已經差不多，跟自己比語跟其他國家比
C	我們在公衛上有這指標嗎
主	這個在國際比較上才有，在 OECD 國家有特別講到這個，這是黃主任幫我們算出
A	他如果可以算他現在不是應該是第四類，如果我們要調甚麼，那就放著
主	那內容與名稱上沒有太大的調整，我們就進入第十個指標滿意度，看起來跟剛剛類似，修正上面差不多，第十個那個定義上差不多，那我們看第三十個指標，在第 13 頁，傷口感染，有專家建議為手術部位感染 surgical infection 是這個嗎
G	是感控術語，就是 surgical site 才行，就做 SSI，一般常用的時候都較 SSI，如果要改要改成這樣
B	算法不一樣
G	不一樣
C	不過如果是 CVP 那種是有算還是不算
G	看切開
A	我覺得是可以比如說感控，你將來會產生問題你勢必要有管道把資料拿到，你如果你要透過感控是各院感控才有可能拿到，可能要他同意
G	那就是要用 SSI
主	SSI 專家接受的幅度比較
A	那如果要光靠健保資料庫可能辦不到
G	感控師
主	它的重要性大，可是它的可行性不高
G	tnics(台灣感控學會)有年報
A	那個也是各院報上去，可是他們要一致
B	如果用分子的定義，大概是不準確的，非常少醫院的醫師會 code 這個碼，所以是要靠院內感控小組去認定
F	有感控判定，但是一般認定又不一樣
主	所以在資料部分不能寫健保，大家會以為健保不可行，要寫 tnics(台灣感控學會)如果有的話，第 13 頁，如果 tnics(台灣感控學會)有這樣的資料的話，可能會讓可行性提升，所以健保資料來講是不準的，那三十一呼吸器引起的肺炎，請鄭醫師
G	那跟三十是一樣，也是感控最大，感控的意思就是，通常我們的桿菌室，臨床人於覺得是，感控人員覺得不是。我們認為是 BMT，他們覺得不算是，他說一整年都沒有，但是我們覺得不少，不過他說那是國際公認的定義，所以可行性是如果是感控提數據給官方，都是從健保來。
主	tnics(台灣感控學會)那邊可以拿的到嗎?
G	可以
主	所以我們指標的名稱不動，資料來源部分改成 tnics(台灣感控學會)
A	我們改成跟他一樣就好
主	那我名稱上就做一點調整，名稱改為呼吸器引起的肺炎
F	再確定一下
主	那我們就用這英文中文文化，再把這指標變更明確，那就把指標來源改一下，讓這指標更完整一點，第三十二個指標，麻醉合併症比率，要看專家意見之後，這指

	標有甚麼要修正,有專家建議成麻醉併發症比例,是 Complications 還是 cobility
C	他們這些專家的問題都不在於說這個比例好不好,是在於說這 codeing 對不對問題,這些專家都在懷疑說答案是 icd 的診斷裡面,在 Complications 診斷要怎麼定義,他們的問題在這裡,他不是說這個不好,是說這個你怎麼找到正確,又可以在 Complications 裡面
G	出院的時候幾乎沒有人寫,即便麻醉的護士疏失對醫療糾紛,所以幾乎不會在出院時候寫,在台大醫院裡面是有把麻醉的異常事件裡面,他們從低體溫如果你要很認真從低體溫到血壓低到過來都算,到急救、休克,麻醉科醫師盡量甚麼都不寫,他們如果寫都會有責任,所以以往只能內部看
A	如果你真的要去收,我為什麼要是這麼覺得說我不確定他 icd9 有,你也大概只能從 icd9 這裡,那你就全包,那你也可能叫大家報這個,我是覺得可能可以找用,也許哪就 AMP,也許大家沒有在意 code 上去,如果他真的有 code 你真的會抓到,我不確定 code 是什麼
助	這個在 AHRQ PSI 手冊有著個 code,問題就是在於老師講的有沒有人報這個 code,沒有報就會很低
A	你大概也只能靠這個,你為了這個讓大家收網,那不可能
G	我們可以想是如果有光明正大的 code,大概他已經表面是醫療糾紛,如果沒有醫療糾紛,他不會 code 上去
B	建議這個不要放上去,因為這個期望太高
主	因為他可行性不高,他到到最後造成這種懸河,在那邊最後進到推薦的機會不高,我們現在就是修正,看看這個是要維持合併症,還是要增加為併發症,還是就維持這個現況
B	直接看你引用的 AHRQ 還是 Complications
A	應該是併發症
主	名稱我們就改成併發症,所以 32 我們就這樣作修正,我們進入最後一頁,34,MRSA,有專家質疑我們資料分子無菌感染六個月,這個指標上我們要不要做甚麼調整,鄭醫師那邊有甚麼想法
G	無菌理論上實務上感控人員聯繫,如果他們如果他們這個常態都有
C	不然你拿不到
G	他們最難的就是說培養出來不等於他們判定案件,所以他們都要感控人員認定才算
D	鄭醫師請教一下,他這個開頭說 MRSA 他後面寫無菌醫療感染是什麼較無菌
G	比如說她拿一 sample 來或者說他從婦產科裡面拿出來,不是從甚麼地方培養,他來的時就是一個
C	在 ICU 裡面發生,應該是在無菌醫療環境下產生才算
G	那有的時候 Staphylococcus site 才去,他那應該不會是無菌的
C	不應有的地方自己跑出來的,那本身自己有不算
主	所以我們指標有甚麼需要做調整,名稱,定義
C	資料來源
主	資料來源改成 tnic(台灣感控學會),35,心臟,許醫師
C	35,這邊之前鍾老師有做過 AMI 的 P4P 品管的系列,如果真的要講 failure,這叫左心室收縮功能不全,他用 ARBACI,現在有一個麻煩就是其他都不要講
G	這一些品質指標還蠻常被提到,那大家的爭議是向那個有些意見是怎樣才算左心衰竭,因為好像醫師認為有衰竭就算就給藥

C	其實只要是衰竭給藥，即使是打 disportion，也可以留下，只要病人意思碰到他有，其實給這類藥就算好的，如果他不給，一定有他的理由，這理由是，他 quality 是 case care，這個就很難講，那就說 ACEI 跟 ARB 在使用這種病人就是夠的，這選取理由是建議用，現實上考量他是 or，所以還好，ACEI 的很容易 casult(不確定)，所以很多醫師不太常用 ACEI，因為前面很多 ARB 所以看這個是沒有問題，可是說專家裡面提到診斷的 code 要 record，這都到還好，只是說他這裏面並沒有說要做超音波，只是說有的專家說多久要做心臟超音波才算，這個議題重要嗎，第一個這裡是要出院，到時候要從出院時候當一個指標，我想像裡面它可以寫心臟衰竭，一樣的問題，跟剛剛中風一樣，他搞不好不會寫到第一個，但那個很不準，每個病人進來都寫心臟衰竭，所以我很擔心說定義的那個母群體好不好找
G	在臺大醫院是人工，電腦抓的心臟衰竭，再把給心臟科醫師看，心臟科醫師看有沒有，那如果分母就可以拿來選擇，他有的時候確定都是已經還沒開單那就看有沒有怎麼選擇，那分子的話就是因為在一些國家像美國醫院都有發布品質指標，他可以醫院跟醫院病人應該差不多，這個醫院 70%，怎麼樣 70，我們是 40，應該就有點怪
C	那我們醫院是多少
G	我們醫院應該是不錯，沒有吃的都有理
C	只是我知道當初過程是找，一個一個清掉，分母輕很多掉，才會得到那麼好的結果，如果你現在不做，數字就沒有那麼好看
G	我們醫院是用人工把分母清比較乾淨，如果健保實施 up failure，量就非常多
A	這我看你的資料來源是(聽不清楚)，可是他是不是已經空，因為我沒回去看，所以他的 codeing 有是有 codeing，還是他給各院報
助	有
A	也許有可能是為準，但是有 code 還是可以抓
D	95%收縮功能不全，不全的定義到什麼程度
C	其實臨床上可以抓，剛剛講的心臟超音波、核醫檢查、心導管檢查都可以出來
G	出院病歷有一個診斷有規定寫 up failure，其實沒有證明是
主	所以我們指標有沒有做名稱或理由的補強地方
A	如果你參考他的又可以抓，他很明確，那就原封不動，那如果大家認為不準就拉掉
主	那就維持住，那我們就看到第三十八個指標，第 17 頁，氣喘病人三十天再住院率，所以有人認為分子三十天，要改掉改成三十天內，第四十三個，第 19 頁，code 可以再查，要做死因分類
C	這個我覺得是一個大問題，心臟衰竭死亡率，我不踏清楚台灣醫師們在做死亡診斷的時候，是常寫心臟衰竭或心肺衰竭，因為我在抓心臟的死亡檔，那個資料很多都寫心臟衰竭與心肺衰竭，那個跟把沒辦法確定死因碼，那這裡提的說分母的方式說 18 歲主要診斷為心臟衰竭病人分母中的死亡率，那這個住院還是所有病人還是怎麼樣，因為只要他心臟不好，都會寫心臟衰竭，最保險，我不踏清楚
主	這個應該是住院病人
C	那他是住院期間死掉，還是出院後死掉，照理講是住院的時間死掉
G	臨床經驗，心臟衰竭是住院病人很重要的 corebalilty，就是說他肺炎甚麼甚麼病，他常有花費，他出院後會增加死亡機會，他是個重要造成死亡的助手
B	AHRQ 他寫的很明確，寫的是主診斷，最怕在台灣他如果有用呼吸器他就不會寫主診斷

G	不過你反過來想，這樣的案件會比較乾淨，他不是說臨床是心臟衰竭，來一個肺炎，從頭到尾都是肺炎，如果那個住院醫師寫心臟衰竭，這樣會比較乾淨但是量就會比較少
C	因為心臟衰竭進來，常常會有合併症，因為他的用藥或者是肺炎，感染甚麼之類的，其實進來不太容易，住院不踏容易，很難有單純心臟衰竭
主	那我想看起來 10 個 6 個 9 個 25 個指標剛剛意見交換之後有初步的呈現，那我想下面的工作就是把大家的意見彙整，彙整之後把指標進行修正，進行第二回合時候，我們會把指標做 grouping，就變成這一類，這一類 25 指標是大家的共識跟個人的意見，後面的另外 19 個我們就放在後面，這是我們從 25 個裡面進行一些陳述，看看有每有翻轉，那我們也能把選取部分讓大家知道，我想這大範圍裏面會有很多爭議，到底要看的課責的對象是甚麼，是只看健保署更大的，還是有健保延伸出來的東西，昨天在財務部分比較有聚焦，今天醫療部分非常非常的大，從內科外科甚麼科範疇，牽扯的又非常的廣，重要的又不一定有資料，重要又有資料又造成一些損失，看起來我們當初所涵蓋部分會是不是這麼理想到幾個有中選獲入選，也不是我們安排或設定的，就目前所討論的內容，不曉得在座專家學者對這計畫有甚麼建議或想法，特別是委託單位的頭兒
B	很感謝鍾老師幫忙這個計畫，現在到底要看甚麼，每次開會 35 個委員，愛講甚麼就一直講，那個都不重要，這是一個很重要的計畫，我個人看法是在國外尤其是歐盟或美國可近性是個大問題，偏偏在台灣不是，所以他們非常多，那個就是保險，我有保險就很容易看到醫師，可是他們等愛時間一蹋糊塗，所以他們可歸責與保險要觀察醫療，可近性是一大塊，那個 outcome 其實沒有那麼大，我們這邊的可近性根本不用監視，只好重點放在醫療成效與品質，他們 outcome 歸責健保體制有限，所以有沒可能醫療浪費可以多放一兩個，我們這邊可近性太好其實是浪費，浪費指標剛剛比較明確只有高診次，好像只有一個，我覺得該多幾個，那個好像是健保署要去盯，然後我自己是覺得醫界算是在這個制度痛苦很久了，再來要砍應該是浪費的地方，而不是衡量還被扣口，這個撐了差不多了，有沒有辦法多一兩個醫療浪費指標
主	有，第 17、18，其實那個時候我們有應大家要求，我不知道現在分數，第 17、18 是看無效醫療概念，但看起來大家中選意願不高，我想這一塊也是一個重點，其他專家還有甚麼意見
E	我是覺得能參加這個計畫討論是一種學習，那你我專家擔心是臨床上 coding 時候，就近有沒有我們想像的東西做 coding，有些部分會有關健保申報部分
主	謝謝，鄭醫師可不可以再給我們一些意見
G	我們要把品質歸成健保制度的話，有些概念，我今天看到能夠在住院方面，因為住院方面費用還是很高
主	那 DRG 實施對費用沒有影響
B	會有影響，DRG 不要那麼樂觀，只是還需再觀察
主	張醫師提到 coding，鄭醫師提到住院部分，不知道楊教授那邊有沒有甚麼建議
A	因為這個業務監理指標是全國性的，所以有時候很難，你又不想選太多，太多討論起來有很困難，太少哪幾個是重要，我在填問卷時候覺得都可以用，你也選選蠻困難，我覺得說大家只能透過這個形式選幾個，這變成代表性意義，因為面向很廣，那看大家共識，因為只能選幾個，這樣才能跟大家說才有辦法討論，來把指標選出來
主	時間上太有限，更長時間會做更好，但長痛不如短痛

C	這還蠻困難，因為現在都可以公開發表，我蠻擔心問題，我不是很專家，但是很多在座老師都是專家，那我擔心專家來決定事情對一般民眾，如我今天有一個記者與消基會或民間團體在長邊會怎麼樣，那個會很複雜，但是這個可以多溝通多談，舉例來說我是一位心臟科醫師，我在看這東西，心導管正常比例要不要當成指標，如果我贊同我可能會被打死，我看過很多有些不該做的事情，站在同業立場，我不可能說那醫師怎麼怎麼，但是他確實是浪費，可是我不能講，如果我放一個心臟科再者邊，你知道我意思的嗎，那我想這個東西要怎麼反映出來，這個是蠻困難
主	我們這個機制，遠專家時候，有一些代表是民間角度，他們角色是有的，但是不能佔很多，大該是選擇性有些人參與，那我講利害關係人會涵蓋到，但沒辦法很多，在前半段作共識時候，從那 21 到 60 個我們有考慮到這一塊，民眾意見，納入考量會成為很大聲音，那取決於我們專家組成這一塊，當然該談到 PCA 其實有一些文獻談到，是陸續再出現，這個也呼應到過度使用，過度使用真的是我們台灣體系現在情形，那現在是要怎麼反應他，看起來指標不售大家青睞，是不重要還是不易測量，還是不可行至些問題
B	因為這些專家，因為專家，如果你真的有寫，在期末報告是不擔心，委託單位會請你家，因為會在健保會引起辯論，在醫療品質大家比較沒有概念，醫界代表也不會去加東西，付費會希望知道濫用，健保署能也會有興趣，品質部分已經夠多，可近性也不需要，太方便，可是沒有太方便指標，那就變成浪費跟無效，人家會重視，在財務那邊就是收支連動率，醫療方面我是覺得簡老師講的是對的，這些專家偏臨床，真正站在病人端，不要增加那個錢，然後看的到醫師就好，尤其是在台灣浪費與無效增加一兩個，對委託單位才會有些交代
主	可以，因為我們實際上這個機制，我們試試看，我們在對無效與浪費在做一些功課，多花一些時間，在座如果張醫師或鄭醫師在臨床上有看到無效部分舉些例子，洪副也很推這一塊
G	癌症品質有一個指標，癌症病患死亡前有正是會診安寧療護比例，他說要 50% 以上，他其實背後也是批評那無效醫療，那就說醫院，知道他沒希望，就要照會安寧照護，如果安寧照護發揮功能，他就不會進主 CU，或拼命做化療或開刀，但是它的指標是安寧照護，但他不能強迫病人，要去做照會
主	在我們 17、18 裡面她是住 ICU 或 CPR
G	住 ICU 是要救，安寧照護要有那個責任，民眾接受多少，就看民眾，用這想法，醫院會盡量做，例如：糖尿病個案管理師有測糖化血色素，但是他不吃藥，糖化血色素還是高不是都醫院責任，如果沒去量測是醫院責任，健保如過去的醫院大家都不測糖化血色素，那是我們健保沒做好，但是病人糖化血色素不好，可能是病患沒吃藥，這樣就不能怪醫院
主	那跟我們 17、18 相呼應，換一種方式，他是可行、重要，可是可行性方面
G	癌症評鑑好像都有
B	健保有 code，他是照護的，安寧共照，他是有支付代碼的，那個 17 是難定義，18 是好一點，安寧共照，他那個指標是蠻正面
主	所以剛剛 C 提到 PCA，類似過度使用，這個也有文獻，過度使用也算品質這一塊，嚴重到無效，我們可以再試試看，再加 1、2 個，我們朝向無效、過度使用去努力
C	因為鄭醫師是管品質管理，我記得 JCI 有提到過度使用這一塊，可以請鄭醫師與洪副討論看看

附錄十四 第二回合德菲法問卷—醫療版

「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」健保評估構面指標選取—醫療面

第二回合德菲法問卷

專家您好：

我國全民健保在 1995 年開辦迄今，即將邁入二十個年頭。經過二十年的努力，臺灣推動健保的經驗，已成為國際上的典範。然而，雖然健保的推行經驗獲得國際上的一致推崇，但我國健保體系的監理架構至今仍然付之闕如。雖然過去衛生署（現衛生福利部）全民健保監理委員會曾提出財務與業務構面的監理指標，但不論是架構或是指標形成的過程，缺乏系統性的發展。因此，隨著衛生福利部全民健保委員會（由全民健保監理委員會與費用協定委員會合併）成立之後的今日，發展全民健保監理架構乃為勢在必行的趨勢。

本研究團隊接受衛生福利部全民健保委員會的委託，預計以收集國內外監理與評估架構，以及收集專家意見、建立共識，並進而發展於臺灣健保的監理架構，以及建立指標並進行指標試算。本計畫參考了國內外學者之研究以及計劃之要求，先行提出效果（Effectiveness）、效率（Efficiency）、公平（Equity）與財務與財源籌措四項評估構面，並依此舉行專家會議進行討論。此外，本計畫也依據兩次專家會議的討論內容，再另行提出包含醫療品質在內的四項構面，以問卷方式於今年七月底時邀請專家們進行主構面與子構面的選取。經統計後共計有效果、效率、財務與財源籌措以及醫療品質等四項主構面以及十項子構面中選，財務與財源籌措構面已另行寄送財務版問卷進行調查。現階段將邀請您協助本計畫進行效果、效率與醫療品質等三構面下的指標選取，本調查以修正型德菲法進行兩回合，第一回合問卷回收後，研究人員將進行統計與修正。第一回合之指標選取標準如表 1、表 2 所示，從原先 44 支指標中篩選出 25 支指標（詳如表 3）。本研究並於 10/18 舉辦一場專家會議，邀請填答專家針對第一回合中定義模糊及意見分歧之指標進行面對面討論，本研究亦根據會中專家意見再新增 3 項指標。最後，再將修正後問卷進行第二次調查（修正與新增處已加註網底），而本研究之目的為監理健保全國以及區域之執行概況，並不適合、亦不進行個別醫院比較。根據計畫需求，預計從問卷內 28 個指標中選取 13-18 個指標做為評估健保業務之監理指標。本問卷可能會耽誤您 20 至 30 分鐘時間，採匿名方式，您所提供的資料僅做學術研究之用，請安心填答，並請於 **102 年 11 月 8 日前**將本問卷及專家諮詢費收據放入回郵信封寄回，謝謝您的支持與協助。

國立台灣大學健康政策與管理研究所

鍾國彪 教授 敬上

聯絡人：呂虹霏 (02)33668065 / Fax: (02)23581541

填寫說明

下列共計 28 題，係用來作為評估全民健保業務的指標，請就重要性(Importance)、可行性(Feasibility)及能用性(Usability)等三面向，依據您的專業意見或醫院管理者、認證委員角度，於每題圈選合適的分數。各面向定義說明如下：

- (1) 重要性：本指標用來評估健保監理架構具有重要性與適用性。包括有實證或指引，或是符合全民健保的三大規劃目標^{註 1}。
- (2) 可行性：包括指標數據可從健保申報資料以及其他官方資料收集得知，且資料的數據是可靠的、正確的，做為評估健保監理架構的指標是合理的。
- (3) 能用性：本指標的結果有助於改善全民健保業務項目的制定、執行或成效。

- ※ 分數：本問卷每題項評估尺度由左至右共分為 **9 個等級**，最右邊 1 分最弱，最左邊 9 分為最強，1 分代表此題項作為評估健保監理架構非常不重要/不可行/不能用；5 分代表中立意見或不確定；9 分代表此題項非常重要/可行/能用。
- ※ 證據等級：參考 Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009)分類建議。I、隨機控制試驗(Randomized controlled trial, RCT)；II、世代研究(cohort studies)或結果研究；III、病例對照研究(case-control studies)；IV、系列病例報告 (Case Series Study)；V、專家意見。(http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025)
- ※ 經修正之內容皆以網底標示出。
- ※ 各指標之參考文獻請參考第 14 頁。

註 1：二代健保的三大目標分別為「提升醫療品質」、「平衡財務收支」與「擴大社會參與」。

縮寫說明

OECD：Organization for Economic Co-operation and Development

AHRQ：Agency for Healthcare Research & Quality

SlmPatIE：Safety Improvement for Patients in Europe

CMS：Centers for Medicare & Medicaid Services

表 1 指標選取標準

Definitions of Agreement and Disagreement for Different Panel Sizes

Panel Size	<i>Disagreement</i> Number of panelists rating in each extreme (1-3 and 7-9)	<i>Agreement</i> Number of panelists rating outside the 3-point region containing the median (1-3;4-6; 7-9)
8-10	≥ 3	≤ 2
11-13	≥ 4	≤ 3
14-16	≥ 5	≤ 4

(Source: The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual)

表 2 第一回合問卷指標中選數

推薦順位	中位數	一致性	指標中選數
第一順位	三項標準中位數>7	三標準達一致性	10
第二順位	三項標準中位數>7	重要與能用達一致性	0
第三順位	三項標準中位數>7	重要與可行達一致性	6
第四順位	三項標準中位數>7	重要達一致性	9
新增			3
總計			28

表 3 第一回合問卷指標選取結果

推薦 順位	編號	指標名稱	構面	子構面	選取標準達成情況	
					中位數>7	一致性
1	1	平均餘命	效果	健康狀態	3 項	重要、可行、能用
	2	未滿月新生兒死亡率	效果	健康狀態	3 項	重要、可行、能用
	3	孕產婦死亡率	效果	健康狀態	3 項	重要、可行、能用
	6	乳癌五年觀察存活率	效果	健康狀態	3 項	重要、可行、能用
	16	平均住院天數	效率	宏觀效率	3 項	重要、可行、能用
	20	乳癌篩查：40-69 歲的女性，每兩年進行一次乳房攝影篩檢乳癌的比率	效率	宏觀效率	3 項	重要、可行、能用
	21	50-74 歲大腸民眾，每兩年進行一次大直腸癌之大便潛血篩檢的比率	效率	宏觀效率	3 項	重要、可行、能用
	28	高診次病患門診用藥日數重複率	效率	資源的價值	3 項	重要、可行、能用
	40	急性心肌梗塞死亡率:排除轉院個案	醫療品質	效能	3 項	重要、可行、能用
41	冠狀動脈繞道術死亡率	醫療品質	效能	3 項	重要、可行、能用	

表 3 第一回合問卷指標選取結果(續)

推薦 順位	編號	指標名稱	構面	子構面	選取標準達成情況	
					中位數>7	一致性
3	4	肺癌死亡率	效果	健康狀態	3 項	重要、可行
	9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	效果	病人對照護結果的滿意程度	3 項	重要、可行
	25	DRG 案件三天內重返急診率	效率	資源的價值	3 項	重要、可行
	27	高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	效率	資源的價值	3 項	重要、可行
	42	急性中風死亡率	醫療品質	效能	3 項	重要、可行
	44	肺炎死亡率	醫療品質	效能	3 項	重要、可行
4	7	乳癌五年相對存活率	效果	健康狀態	3 項	重要
	10	對醫療院所治療效果滿意度	效果	病人對照護結果的滿意程度	3 項	重要
	30	傷口感染	醫療品質	安全	3 項	重要
	31	呼吸器引起之肺炎比率	醫療品質	安全	3 項	重要
	32	麻醉合併症比率	醫療品質	安全	3 項	重要
	34	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	醫療品質	安全	3 項	重要
	35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	醫療品質	效能	3 項	重要
	38	氣喘病人三十天再住院率	醫療品質	效能	3 項	重要
	43	心臟衰竭死亡率	醫療品質	效能	3 項	重要

編號	指標名稱	指標定義		參考來源	據證強度	第一回合統計		第二回合意見											
		分子	分母			中位數	您的意見	非常同意<----->非常不同意											
1	平均餘命	定常人口累積數	生存數	OECD Statistics[1]、專家建議		8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
						8		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
						8		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
	資料來源：內政部統計處「簡易生命表提要分析」[39]					構面			子構面										
	計算與分析方式：以年度為單位，計算0歲之平均餘命					效果			健康狀態										
選取理由：可瞭解國人平均壽命																			
2	未滿月新生兒死亡率	出生一個月以內之嬰兒死亡數 *1,000	活嬰數	Kruk (2008)[2]、OECD Statistics[1]、專家建議		8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
						8		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
						8		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
	資料來源：衛生福利部統計處					構面			子構面										
	計算與分析方式：以年度為單位計算，死因分類為 ICD-10 codes O00-O99					效果			健康狀態										
選取理由：新生兒死亡率代表一個國家公共衛生與醫藥進步的最敏感指標，因為未滿月新生兒的嬰兒抵抗力較差，易受傳染病的入侵。同時嬰兒死亡率也可以視為評估婦幼衛生保健工作實行成效的最佳指標。																			
3	孕產婦死亡率	一年內因為各種產褥原因所致 孕產婦死亡數*100,000	一年內之活產總數	Kruk (2008)[2]、OECD Statistics[1]		8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
						8		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
	資料來源：衛生福利部統計處					構面			子構面										

計算與分析方式：以年度為單位計算，死因分類為 ICD-10 codes O00-O99						效果		健康狀態								
選取理由：孕產婦死亡率為國際間常用的公共衛生指標，也可代表一個國家公共衛生的進步，以及評估衛生保健工作實行成效的最佳指標。																
6	乳癌五年觀察存活率	在被診斷為乳癌後存活了五年的女性病人人數	被診斷為乳癌的女性病人 (Diagnostic code: ICD-9 C:174.xx, ICD 10: C50.x)]	OECD 2 [5]	III	8	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛福部國民健康署資料庫						構面		子構面								
計算與分析方式：以年度為單位計算						效果		健康狀態								
選取理由：與其他 19 個 OECD 國比較，台灣乳癌五年觀察存活率的排名為第 6(79.2%)[5];國人十大死因裡，惡性腫瘤為首位(1991-2008)，女性乳癌為所有癌症的第 6-4 名之間(衛生福利部,2010)[4]																
16	急性一般病床平均住院天數	急性一般病床住院日數	急性一般病床住院申請件數	Kruk (2008)[2]、 專家建議		8	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛福部中央健康保險署						構面		子構面								
計算與分析方式：以季為單位計算						效率		宏觀效率								
選取理由：平均住院天數為常做為衡量營運效率的指標之一，在相同條件下，平均住院天數越短，代表營運效率越高。																
20	乳癌篩查：45-69 歲的女性，每兩年進行一次乳房攝影篩檢乳癌的比率	在檢測年度或檢測年度前一年進行一次或多次乳房攝影篩檢	在檢測年度的 12/31 前達 45-69 歲之女性	National Committee for Quality Assurance [16-19]		7	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛福部國民健康署						構面		子構面								
計算與分析方式：以年為單位						效率		宏觀效率								

選取理由：乳癌是常見之癌症類型，好發於 50 歲以上女性，早期篩檢可以提供給罹癌女性更多更好的治療選擇機會。乳房攝影有效判讀癌症機率達 85-90%，為有效之篩檢方法之一。																	
21	50-74 歲民眾，每兩年進行一次大直腸癌之大便潛血篩檢的比率	50-74 歲具一次或多次追蹤篩檢病人數	50-74 歲病人數	Institute for Clinical Systems Improvement [20]		7.5		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7.5		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛福部國民健康署						構面		子構面									
計算與分析方式：以年為單位						效率		宏觀效率									
選取理由：大腸直腸癌為國內十大癌症死因之一，較易發生於年紀大者。一般而言從 40-45 歲開始隨年紀增加而增加，由篩檢發現的大腸直腸癌，早期癌之比率較高，預後也較良好。																	
28	高診次病患門診用藥日數重複率	按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總	給藥案件之給藥日份加總	本研究自訂		7.5		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛福部中央健康保險署						構面		子構面									
計算與分析方式：以年為單位；高診次保險對象係指每季健保 IC 卡門診上傳就醫次數≥ 50 次之保險對象						效率		資源的價值									
選取理由：減少醫療資源浪費																	
40	急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案	分母中之死亡個案數	18 歲以上，且主診斷為急性心肌梗塞之病患	AHRQ QI [31]	III	8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：健保資料						構面		子構面									
計算與分析方式：季報						醫療品質		效能									
註：原出處有提供相關代碼，因篇幅過長，故不於本問卷內呈現。																	

選取理由：及時與有效率的治療有助於提升心肌梗塞患者存活率，良好的照護過程有助於降低急性心肌梗塞病人的死亡率，此指標有助於監控心肌梗塞患者照護品質。																
41	冠狀動脈繞道術死亡率	分母中之死亡個案數	40 歲以上住院手術碼為冠狀動脈繞道術患者數	AHRQ QI [33]	III	8	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：健保資料						構面		子構面								
計算與分析方式：季報						醫療品質		效能								
註：原出處有提供相關代碼，因篇幅過長，故不於本問卷內呈現。																
選取理由：冠狀動脈繞道術(CABG)是一項重大手術，國際間經常使用它來監測醫療品質之良莠。冠狀動脈繞道術需要使用複雜設備輔助，在技術上略有失誤即可能造成副作用的產生，諸如心肌梗塞、中風、甚至死亡。透過此指標，可用來促進醫療品質之提升。																
4	肺癌五年觀察存活率	分母人數中，5 年後仍存活人數	肺癌病人數	Kruk (2008) [2]	III	7	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7.5	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛生福利部國民健康署						構面		子構面								
計算與分析方式：以年度為單位計算						效果		健康狀態								
選取理由：自民國 71 年，癌症即為國人十大死亡原因之首，肺癌高居癌症死亡原因的首位。																
9	對醫療院所整體醫療品質滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數	全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽 [14]		8	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛福部中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」[15]						構面		子構面								

計算與分析方式：以年度為單位，將醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算。						效果		病人對照護結果的滿意程度									
選取理由：可瞭解民眾在就醫時的整體感受																	
25	DRG 案件三天內重返急診率	三日內重返急診的案件數	DRG 個案出院案件數	健保署		8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：健保資料						構面		子構面									
計算與分析方式：負向指標，以季為單位計算						效率		資源的價值									
選取理由：代表照護結果之良莠，避免未完成治療而請病人離院。																	
27	高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	輔導後相同期間平均就醫次數 － 輔導前相同期間平均就醫次數	輔導前相同期間平均就醫次數	全民健保醫療業務監理指標		7		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛福部中央健康保險署						構面		子構面									
計算與分析方式：以年為單位；高診次保險對象係指每季健保 IC 卡門診上傳就醫次數≥ 50 次之保險對象						效率		資源的價值									
選取理由：減少醫療資源浪費																	
42	急性中風死亡率	分母中死亡個案數	18 歲以上主診斷碼為中風之患者數	AHRQ QI [34]	III	8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						8		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：健保資料						構面		子構面									

計算與分析方式：季報 註：原出處有提供相關代碼，因篇幅過長，故不於本問卷內呈現。					醫療品質			效能									
選取理由：急性中風引起國人死亡的重大急症之一，我國因腦血管疾病死亡個案數，近年來僅次於癌症與心臟疾病。急性中風死亡率亦為國際間常見的急重症照護品質指標之一。透過監測此指標，可了解急重症照護之概況。																	
44	肺炎死亡率	分母中之死亡個案	18 歲以上肺炎患者	AHRQ QI [36]	III	8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：健保資料						構面			子構面								
計算與分析方式：季報 註：原出處有提供相關代碼，因篇幅過長，故不於本問卷內呈現。					醫療品質			效能									
選取理由：肺炎是一項常見的疾病，好發於老人與小孩等免疫力較弱之個體。一般來說，治療肺炎大多投以抗生素治療；醫生會就肺炎的類型及病人的免疫力來評估用量。少數病患需要進行手術以緩解病徵。透過本指標可以監控病患是否完成治療後方才出院。																	
7	乳癌五年相對存活率	在被診斷為乳癌的女病人的五年觀察存活率 (Diagnostic code: ICD-9 C:174.xx, ICD 10: C50.x)	從一般性人口的可比較族群之預期存活率	OECD 2 [5]	III	7		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛福部國民健康署資料庫						構面			子構面								
計算與分析方式：以年度為單位計算					效果			健康狀態									
選取理由：與其他 18 個 OECD 國比較，台灣乳癌五年相對存活率的排名為第 14(82.2%)[5]；國人十大死因裡，惡性腫瘤為首位(1991-2008)，女性乳癌為所有癌症的第 6-4 名之間(衛生福利部,2010)[4]																	
10	對醫療院所治療效果滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數	全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽 [14]		7		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1

資料來源：中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」[15]						構面		子構面								
計算與分析方式：以年度為單位，將醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算。						效果		病人對照護結果的滿意程度								
選取理由：可瞭解民眾對治療效果的滿意度																
30	手術傷口感染	次 診 斷 碼 為 996.6,998.1,998.3,998.5 的病人	所有住院手術病人數	OECD4 [3]	III	8	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：健保資料						構面		子構面								
計算與分析方式：季報						醫療品質		安全								
選取理由：傷口的感染發生可能從小範圍傷口導致敗血症，甚至死亡等嚴重臨床症狀。往往需要進行手術或延長住院時間。可以作為過程/結果構面的品質監測指標：透過洗手等必要的預防方法可以減少其發生[3]。																
31	加護病房呼吸器相關肺炎發生密度	使用呼吸器而引起肺炎之住院病人數	加護病房使用呼吸器人日數	OECD 4 (JCAHO IMSystem: Infection Control) [3]	III	8	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：疾病管制署院內感染監視年報[44]						構面		子構面								
計算與分析方式：以年度為單位						醫療品質		安全								
選取理由：在加護病房呼吸器相關肺炎是一個主要造成病態和死亡的主要原因。呼吸器相關肺炎的發生率差異性很大，跟據病人風險因素，範圍是從 6-52%的插管病人會發生。平均呼吸器相關肺炎與可歸咎到達 30%的死亡率相關[3]																
32	麻醉併發症比率	出院病人次診斷碼為麻醉併發症診斷	手術出院病人(18 歲以上)	OECD3,4 [6,3]; AHRQ-PSI [7]	III	8	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7	能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1

資料來源：健保資料					構面			子構面									
計算與分析方式：季報					醫療品質			安全									
註：原出處有提供相關代碼，因篇幅過長，故不於本問卷內呈現。																	
選取理由：由於麻醉造成的死亡變得相當罕見(例如和其他高危險產業如航空的安全紀錄相比是有達到的)。但相對的造成病態的事件例如麻醉照護相關的合併症是很普遍的，從術後噁心感到設備故障(例如造成導致換氣過度合併著潛在性嚴重的病態例如中風或是心肌梗塞)。許多這樣的事件也許很難被分類為可預防的。在政策的重要性上，在美國 1996 起，病人安全已經變成一個主要的品質議題，雖然臨床的廣泛的問題已經在 1991 年被哈佛醫療研究所指出[8]。相似的國家組織，像是澳洲的意外監控系統和英國的國家病人安全機構也反映了相同的議題。																	
34	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	在 6 個月內，ICU 新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療相關感染的總數 (041.11,041.12,482.41,482.42,038.11,038.12,V09.0)	6 個月內，ICU 總住院人日	ACHS[25]	III	8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：健保資料					構面			子構面									
計算與分析方式：季報					醫療品質			安全									
選取理由：MRSA 可能引起繁殖性或侵襲性感染，並藉由接觸方式造成廣大的傳播。MRSA 致病率是有效監測醫護人員於手術或無菌醫療相關護理是否遵循醫療指引的良好指標。																	
35	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑人數	18 歲以上左心室收縮功能不全心臟衰竭病患)	CMS[26]	III	8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
						7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：健保資料					構面			子構面									
計算與分析方式：季報					醫療品質			效能									
選取理由：血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)有助於減少心臟衰竭或左心室收縮功能不全病患發生率及死亡率。																	
38	氣喘病人三十天再住院率	氣喘病人出院 30 天內，因氣喘	住院主診斷為氣喘之病人	Institute for	III	7		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1

	相關原因再入院之病人數		Clinical Systems Improvement [29]		7		可行性	9 8 7 6 5 4 3 2 1		
					7		能用性	9 8 7 6 5 4 3 2 1		
資料來源：健保資料					構面		子構面			
計算與分析方式：季報					醫療品質		效能			
註：原出處有提供相關代碼，因篇幅過長，故不於本問卷內呈現。										
選取理由：氣喘病人若未受到控制，可能造成呼吸急促等症狀而影響日常生活或工作，並且增加緊急醫療費用支出。										
43	心臟衰竭死亡率	分母中之死亡個案數	所有 18 歲以上，主要診斷碼為心臟衰竭之病人	AHRQ QI [35]		III	8	重要性	9 8 7 6 5 4 3 2 1	
							7	可行性	9 8 7 6 5 4 3 2 1	
							7	能用性	9 8 7 6 5 4 3 2 1	
資料來源：健保資料					構面		子構面			
計算與分析方式：季報					醫療品質		效能			
註：原出處有提供相關代碼，因篇幅過長，故不於本問卷內呈現。										
選取理由：心臟衰竭可用於短期死亡風險預測，加入合併症及一些臨床因素，可以預測死亡風險，用於風險校正。										
新增 1	癌症病人轉介安寧照護比率	分母中，轉介安寧照護之病人數	所有癌症病人數	專家建議			N/A	N/A	重要性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
							N/A	N/A	可行性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
							N/A	N/A	能用性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
資料來源：衛生福利部中央健康保險署「安寧共同照護個案登錄系統(VPN)」					構面		子構面			
計算與分析方式：以年度為單位計算					效率		資源的價值			
選取理由：安寧共照除可提升病人及其家屬的生活品質外，亦可縮短住院時間與降低醫療成本，達到間接減少醫療資源浪費的效果。										
新	磁共振造影 90 日內重複執行率	90 日內相同診療部位重複執行	申報磁共振造影檢查病人數	專家建議、			N/A	N/A	重要性	9 8 7 6 5 4 3 2 1

增 2	磁振造影檢查或電腦斷層掃描 檢查的病人數			健保署醫院 總額指標 [43]	N/A	N/A	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	能理性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	資料來源：保險醫事服務機構醫療服務點數申報資料				構面			子構面								
	計算與分析方式：季報。1.醫院指標值≤分區指標值或全署指標值：表示該院在使用「磁振造影」檢查較為慎重，有助減少醫療資源浪費。2.醫院指標值>分區指標值或全署指標值：表示較其他院所為高，健保署會針對醫院對病人處置內容的適當性加以檢討。				效率			資源的價值								
選取理由：病人接受「電腦斷層掃描」檢查及「磁振造影」檢查後，通常短期（90日）內不需再重複施作，雖然部分病人病情仍有短期內追蹤治療的需要，但如果醫院對同一病人90日內重複執行「電腦斷層掃描」檢查及「磁振造影」檢查的案件比率過高，就值得進一步瞭解醫院處置內容的適當性。																
新 增 3	門診降血糖藥物不同處方醫 療院所給藥日數重複率	同一位病患在同一家醫事機構 的不同處方，開立同一種藥理分 類之口服降血糖藥物，重複給藥 日份加總	開立「口服降血糖藥物」案件的 給藥日份加總	專家建議、 健保署醫院 總額指標 [43]	N/A	N/A	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	能理性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	資料來源：保險醫事服務機構醫療服務點數申報資料				構面			子構面								
計算與分析方式：季報；降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。				效率			資源的價值									
選取理由：病患若誤食二倍或過高劑量的「降血糖藥物」，可能造成血壓過低的危險，而重複拿藥也容易造成醫療資源的浪費。此指標可兼顧民眾的用藥安全及品質，並避免此類重複拿藥的情形。																

Reference

1. OECD Statistics. <http://stats.oecd.org/>
2. Kruk, M.E. and L.P. Freedman, Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. Health Policy, 2008. 85(3): p. 263-76.
3. OECD4: Millar, J. et al.(2004), "Selecting Indicators for Patient Safety at the Health systems Level in OECD Countries", OECD Health Technical Papers, No.18, OECD
4. 衛生福利部統計處(2010). 97年度死因統計. http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2281.
5. OECD2: Armesto, S. G. et al.(2007), "Health Care Quality Indicators Project 2006 Data collection Uptdate report", OECD Health Working Papers, No.29, OECD Publishing.
6. OECD3: DrÖsler, S. et al.(2009), "Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009", OECD Health Working Papers, No.47, OECD Publishing.
7. AHRQ(2007). Guide to patient safety indicator V3.1. Available from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf. Access in 29 Sep 2010.
8. BRENNAN, T.A., LEAPE, L.L., and LAIRD, N.M. (1991), "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I" New Engl J Med.324 : 370-6.
9. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2006) International Quality Indicator Project <http://www.tjcha.org.tw/quality.asp?catid=104>
10. Commonwealth2: The commonwealth fund(2008), "Why not the best? Results from the National Scorecard on U.S. Health system Performance, 2008", The commonwealth fund Publishing.
11. Gadowski A, Jenkins P, Nichols M. (1998). Impact of a Medicaid primary care provider and preventive care on pediatric hospitalization. Pediatrics; 101: el-

12. Hakim RB, Bye BV.(2001) Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. *Pediatrics*, 108: 90-7.
13. 陳麗光. (2007) 台灣兒童預防保健服務之品質以及小兒科醫師對於兒童預防保健服務有效性與合理給付水準之看法的研究. 台北: 行政院國家科學委員會.
14. 全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽 http://www.mohw.gov.tw/cht/NHIC/DM1_P.aspx?f_list_no=516&fod_list_no=3953&doc_no=29875
15. 衛生福利部中央健康保險署「顧客服務滿意度調查」 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&webdata_id=3338&WD_ID=693
16. AAFP periodic health examinations: summary of AAFP policy recommendations & age charts. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2007. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2007. 52 p.
17. Ferrini R, Mannino E, Ramsdell E, Hill L. Screening mammography for breast cancer: American College of Preventive Medicine practice policy statement. *Am J Prev Med*. 1996 Sep-Oct;12(5):340-1.
18. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2013: Healthcare Effectiveness Data and Information Set. Vol. 1, narrative. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2012. various p.
19. US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for breast cancer. [internet]. 2002 Feb [accessed 2005 Jun 24].
20. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Hayes R, Johnson K, Maciosek M, McKeon K, Milteer L, Morgan J, Rothe P, Snellman L, Solberg L, Storlie C, Vincent P. Preventive services for adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Sep. 96 p.
21. American Cancer Society (ACS). Cancer facts & figures 2008. Atlanta (GA): American Cancer Society (ACS); 2008. 72 p.
22. Physician Consortium for Performance Improvement® (PCPI). Preventive care & screening physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA); 2008 Sep. 34 p.
23. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, Cohen C. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin*. 2002 Nov-Dec;52(6):342-62.
24. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for cervical cancer: recommendations and rationale. Vol. 03-515ARockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2003 Jan 22. 21 p.
25. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ACHS clinical indicator users' manual 2012. ULTIMO NSW: Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); 2012 Jan. various p.
26. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 4.1. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2012 Jul. various p.
27. Sveum R, Bergstrom J, Brottman G, Hanson M, Heiman M, Johns K, Malkiewicz J, Manney S, Moyer L, Myers C, Myers N, O'Brien M, Rethwill M, Schaefer K, Uden D. Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Jul. 86 p.
28. Sveum R, Bergstrom J, Brottman G, Hanson M, Heiman M, Johns K, Malkiewicz J, Manney S, Moyer L, Myers C, Myers N, O'Brien M, Rethwill M, Schaefer K, Uden D. Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Jul. 86 p.
29. Sveum R, Bergstrom J, Brottman G, Hanson M, Heiman M, Johns K, Malkiewicz J, Manney S, Moyer L, Myers C, Myers N, O'Brien M, Rethwill M, Schaefer K, Uden D. Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Jul. 86 p.
30. Health indicators 2012: definitions, data sources and rationale. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information (CIHI); 2012 May. 93 p.
31. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #32: technical specifications. Acute myocardial infarction (AMI) mortality rate, without transfer cases [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 1 p.
32. 衛生福利部統計處「國民醫療保健支出統計」http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/中文_NHE2011_0000711000.pdf
33. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #12: technical specifications. Coronary artery bypass graft (CABG) mortality rate [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 1 p.
34. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #17: technical specifications. Acute stroke mortality rate [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 1 p.
35. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #16: technical specifications. Heart Failure Mortality Rate [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 1 p.
36. AHRQ QI. Inpatient quality indicators #20: technical specifications. Pneumonia mortality rate [version 4.4]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. 2 p.
37. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Health indicators 2012. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information (CIHI); 2012. 110 p.
38. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Health indicators 2013
39. 楊克平。安寧與緩和療護學：概念與實務。台北：華杏·2007
40. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC : Trends in the Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life. *J Clin Oncol*, 22:315-321, 2004
41. Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS, End of life Care. New York: McGraw-Hill;2002:29-46.
42. 衛生福利部中央健康保險署「重要財務資訊」[http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/19230_2_重要財務資訊_102Q1\(1020527\).pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/19230_2_重要財務資訊_102Q1(1020527).pdf)
43. 衛生福利部中央健康保險署—全民健康保險醫療品質資訊公開網「醫院總額指標」<http://www.nhi.gov.tw/AmountInfoWeb/TargetItem.aspx?rtype=2>
44. 衛生福利部疾病管制署—院內感染監視通報系統統計分析「院內感染年報」<http://www.cdc.gov.tw/professional/list.aspx?treeid=BEAC9C103DF952C4&nowtreeid=ECDDD4FBA932D996>

* ~ 問卷到此結束，謝謝您的填答。請於 **11月8日** 前將本問卷及專家諮詢費收據裝入回郵信封寄回，謝謝您的協助 ~ *

附錄十五 第二回合德菲法問卷—財務版

「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」健保評估構面指標選取—財務版

第二回合德菲法問卷

專家您好：

我國全民健保在 1995 年開辦迄今，即將邁入二十個年頭。經過二十年的努力，臺灣推動健保的經驗，已成為國際上的典範。然而，雖然健保的推行經驗，獲得國際上的一致推崇，但我國健保體系的監理架構至今仍然付之闕如。雖然過去衛生署（現衛生福利部）全民健保監理委員會曾提出財務與業務構面的監理指標，但不論是架構或是指標形成的過程，缺乏系統性的發展。因此，隨著衛生福利部全民健保委員會（由全民健保監理委員會與費用協定委員會合併）成立之後的今日，發展全民健保監理架構乃為勢在必行的趨勢。

本研究團隊接受衛生福利部全民健保委員會的委託，預計以收集國內外監理與評估架構，以及收集專家意見、建立共識，並進而發展於臺灣健保的監理架構，以及建立指標並進行指標試算。本計畫參考了國內外學者之研究以及計劃之要求，先行提出效果（Effectiveness）、效率（Efficiency）、公平（Equity）與財務與財源籌措四項評估構面，並依此舉行專家會議進行討論。此外，本計畫也依據兩次專家會議的討論內容，再另行提出包含醫療品質在內的四項構面，以問卷方式於今年七月底時邀請專家們進行主構面與子構面的選取。經統計後共計有效果、效率、財務與財源籌措以及醫療品質等四項主構面以及十項子構面中選，其中，效果、效率與醫療品質構面已另行寄送醫療版問卷進行調查。現階段將邀請您協助本計畫進行財務與財源籌措構面下選取指標，本調查以修正型德菲法進行兩回合，第一回合問卷回收後，研究人員將進行統計與修正。第一回合之指標選取標準如表 1、表 2 所示，從原先 21 支指標中篩選出 9 支指標（詳如表 3）。本研究並於 10/17 舉辦一場專家會議，邀請填答專家針對第一回合中定義模糊及意見分歧之指標進行面對面討論，本研究亦根據會中專家意見再新增 3 項指標。最後，將修正後問卷進行第二次調查（修正與新增處已加註網底），而本研究之目的為監理健保全國以及區域之執行概況，並不適合、亦不進行個別醫院比較。根據計畫需求，預計從問卷內 12 個指標中選取 4-6 個指標做為評估健保業務之監理指標。本問卷可能會耽誤您 15 至 20 分鐘時間，採匿名方式，您所提供的資料僅做學術研究之用，請安心填答，並請於 **102 年 11 月 8 日前**將本問卷及專家諮詢費收據放入回郵信封寄回，謝謝您的支持與協助。

國立台灣大學健康政策與管理研究所

鍾國彪 教授 / 董鈺琪 副教授 / 鄭凱文 助理教授 敬上

聯絡人：呂虹霏 (02)33668065 / Fax: (02)23581541

填寫說明

下列共計 12 題，係用來作為評估全民健保業務的指標，請就重要性(Importance)、可行性(Feasibility)及能用性(Usability)等三面向，依據您的專業意見，於每題圈選合適的分數。各面向定義說明如下：

- (1) 重要性：本指標用來評估健保監理架構具有重要性與適用性。包括有實證或指引，或是符合全民健保的三大規劃目標^{註 1}。
- (2) 可行性：包括指標數據可從健保申報資料以及其他官方資料收集得知，且資料的數據是可靠的、正確的，做為評估健保監理架構的指標是合理的。
- (3) 能用性：本指標的結果有助於改善全民健保業務項目的制定、執行或成效。

註 1：二代健保的三大目標分別為「提升醫療品質」、「平衡財務收支」與「擴大社會參與」。

- ※ 分數：本問卷每題項評估尺度由左至右共分為 **9 個等級**，最右邊 1 分最弱，最左邊 9 分為最強，1 分代表此題項作為評估健保監理架構非常不重要/不可行/不能用；5 分代表中立意見或不確定；9 分代表此題項非常重要/可行/能用。
- ※ 經修正之內容皆以網底標示出。
- ※ 各指標之參考文獻請參考第 7 頁。

表 1 指標選取標準

Definitions of Agreement and Disagreement for Different Panel Sizes

Panel Size	<i>Disagreement</i> Number of panelists rating in each extreme (1-3 and 7-9)	<i>Agreement</i> Number of panelists rating outside the 3-point region containing the median (1-3;4-6; 7-9)
8-10	≥ 3	≤ 2
11-13	≥ 4	≤ 3
14-16	≥ 5	≤ 4

(Source: The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual)

表 2 第一回合問卷指標中選數

推薦順位	中位數	一致性	指標中選數
第一順位	三項標準中位數>7	三標準達一致性	3
第二順位	三項標準中位數>7	重要與能用達一致性	3
第三順位	三項標準中位數>7	重要與可行達一致性	0
第四順位	三項標準中位數>7	重要達一致性	1
第五順位	兩項標準中位數>7	重要與能用達一致性	2
新增			3
總計			12

表 3 第一回合問卷指標選取結果

推薦 順位	編號	指標名稱	子構面	選取標準達成情況	
				中位數>7	一致性
1	1	保險收支餘絀-權責	財務收支平衡	3 項	重要、可行、能用
	8	保險費率合宜率	財務收支平衡	3 項	重要、可行、能用
	13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	醫療保健支出水準	3 項	重要、可行、能用
2	12	保費收繳率	財務收支平衡	3 項	重要、能用
	15	自付醫療保健支出占私部門醫療保健支出比例	醫療保健支出水準	3 項	重要、能用
	20	重大傷病醫療支出比例	資金籌措的公平性	3 項	重要、能用
4	21	財源籌措方法之累進性	資金籌措的公平性	3 項	重要
5	18	財務公平指數	資金籌措的公平性	2 項	重要、能用
	19	民眾自費占總醫療保健支出之比率	資金籌措的公平性	2 項	重要、能用

編號	指標名稱	指標定義		參考來源	第一回合統計		第二回合意見									
		分子	分母		中位數	您的意見	非常同意<----->非常不同意									
1	保險收支餘絀- 權責	年初至本季保險總收入-年初至本季保險總支出		衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]	9		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					8.5		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					8.5		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	資料來源：本研究自訂							子構面								
計算與分析方式：綠燈： $x > 0$ ；黃燈： $x \leq 0$ ，但 $>$ 去年同期；紅燈： $x \leq 0$ ，且 \leq 去年同期							財務收支平衡									
選取理由：根據全民健康保險法第 24 條[1]，保險費率為一年度收支平衡費率，故會出現保險費率上半年收大於支，下半年支大於收之變異，故計算年初至本季之保險收支餘絀，以減少此變異之發生。																
8	保險費率合宜率	當年保險費率-當年精算保險平衡費率	當年精算保險平衡費率	全民健康保險會「健保財務指標」[3]	8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7.5		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]、全民健康保險費率精算報告[12]							子構面								
計算與分析方式：綠燈： $x \leq \pm 5\%$ ；紅燈： $x > \pm 5\%$ ；精算保險平衡費率是假設在填補歷年保險收支累計短絀金額暨維持安全準備餘額達一個月以上之保險給付情況所計算出。							財務收支平衡									
選取理由：可瞭解保險費率的制訂是否達到理想之收支平衡狀態																
13	國民醫療保健支出占 GDP 比例	國民醫療保健支出總額（百萬元）	國內生產毛額（百萬元）	專家建議、WHO Global Health Expenditure Database[4]	8		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7.5		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	資料來源：衛生福利部統計處網站— 衛生統計指標[5]							子構面								
計算與分析方式：以年度為單位計算							醫療保健支出水準									

選取理由：可作國際比較，了解我國醫療保健支出水準之適當性。																
12	保費收繳率	投保單位及投保對象實收保險費 (億元)	投保單位及投保對象應收保險費 (億元)	本研究自訂	7.5		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					8		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]							子構面									
計算與分析方式：資料計算期間為保險費在5年請求權期限內實際收繳狀況，此可使現有訊息(健保署公開資料僅提供從開辦迄今之保費累計收繳率)更能反映實際情況。							財務收支平衡									
選取理由：可瞭解健保開辦迄今保費實際收繳狀況																
15	自付費用占私部門醫療保健支出比例 (Out of pocket expenditure as % of private expenditure on health)	家庭自付醫療保健支出總額 (百萬元)	私部門醫療保健支出總額 (百萬元)	WHO Global Health Expenditure Database [4]	7.5		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7.5		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛生福利部統計處網站—衛生統計指標[5]、行政院主計總處「家庭收支調查報告」[7]							子構面									
計算與分析方式：以年度為單位計算； 「家庭自付費用」包含民眾所有自付費用(含部分負擔，與所有健保不給付之費用) 「私部門醫療保健支出」=「家庭自付費用」+「商業保險之行政管理費用」+「民間非營利團體支出」							醫療保健支出水準									
選取理由：可作國際比較，以了解我國私部門醫療保健支出水平的適當性																
20	重大傷病醫療支出比例 (Proportion of population with catastrophic health expenditures)	重大傷病患者醫療費用總額 (百萬元)	全民健保醫療支出總額 (百萬元)	專家建議 / Kruk (2008)[5]	7		重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7.5		可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					7		能用性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
資料來源：衛生福利部中央健康保險署「重要財務資訊」[10]							子構面									
計算與分析方式：以季為單位計算							資金籌措的公平性									
選取理由：可瞭解重大傷病的醫療費用支出比重																

21	財源籌措方法之累進性 (Progressivity of financing method)	$\sum_g (\text{家戶健保一般保費} + \text{家戶健保補充保費})$		專家建議、Kruk (2008)[11]	7.5	重要性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
		$\sum_g \text{家戶可支配所得}$			7	可行性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
					7	能用性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」[7]						子構面	
計算與分析方式：以年度為單位，按家戶所得五等分位計算；其中，g 代表第 g 分位；g=1,2,3,4,5						資金籌措的公平性	
選取理由：可瞭解各所得分級之家戶健保保費支出對於其經濟狀況的負擔程度							
18	財務公平指數 (Fairness of Financial Contribution Index, FFC)	$1 - 4 \left(\frac{\sum_{i=1}^n HFC_i - \overline{HFC} ^3}{0.125n} \right)$		WHO Report 2000 [6]	8	重要性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
					6.5	可行性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
					7	能用性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」[7]						子構面	
計算與分析方式：0 → 1：極不公平 → 極公平； 其中，HFC=家戶實際健保保費支出/家戶可支配所得=(家戶實際健保一般保費+家戶實際健保補充保費)/家戶可支配所得； n=總家戶數；i 代表第 i 戶						資金籌措的公平性	
選取理由：可了解健保財源籌措之公平性							
19	民眾自費占總醫療保健支出之比例 (Out of pocket as % of total health expenditure)	自費總額 (百萬元)	國民醫療保健支出總額 (百萬元)	專家建議、WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening (2009)[8]	8	重要性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
					6	可行性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
					7	能用性	9 8 7 6 5 4 3 2 1
資料來源：衛生福利部統計處「國民醫療保健支出統計」[9]						子構面	
計算與分析方式：以年度計算						資金籌措的公平性	

選取理由：可瞭解民眾自費費用的收取是否合宜																
新增 1	全民健保醫療支出占 GDP 比	全民健保醫療支出總額 (百萬 元)	國內生產毛額 (百萬元)	專家建議	N/A	N/A	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	能性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	資料來源：衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]							子構面								
計算與分析方式：以年度為單位計算							醫療保健支出水準									
選取理由：可了解我國健保支出水準之適當性																
新增 2	保費成長率與 GDP 成長率比 值	(本年保費收入 - 去年保費收 入) / 去年保費收入	(本年 GDP - 去年 GDP) / 去年 GDP	專家建議	N/A	N/A	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	能性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	資料來源：行政院主計總處、衛生福利部中央健康保險署業務執行報告[2]							子構面								
計算與分析方式：以年為單位計算							財務收支平衡									
選取理由：可了解保費收入的成長速度是否與 GDP 成長速度一致																
新增 3	家戶保費支出占家戶所得之 比例	家戶保費支出	家戶所得	專家建議	N/A	N/A	重要性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	可行性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
					N/A	N/A	能性	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」[7]							子構面								
計算與分析方式：以年度為單位計算							財務收支平衡									
選取理由：可瞭解每家戶健保保費支出對於家戶經濟狀況的負擔程度																

Reference

- [1] 全國法規資料庫「全民健保法第 24 條」(<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0060001>)
[2] 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告 (http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=4351)
[3] 全民健康保險會「健保財務指標」(http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIC/DM1_P.aspx?f_list_no=515&fod_list_no=4050&doc_no=30305)
[4] WHO Global Health Expenditure Database-Health expenditure indicators (<http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1>)
[5] 衛生福利部統計處－衛生統計指標 (http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2220&doc_no=13670)

[6] WHO Report 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>)

[7] 行政院主計總處「家庭收支調查報告」<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb/Dialog/statfile9L.asp>

[8] WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening (2009) (http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf)

[9] 衛生福利部統計處「國民醫療保健支出統計」http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/中文_NHE2011_0000711000.pdf

[10] 衛生福利部中央健康保險署「重要財務資訊」[http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/19230_2_重要財務資訊_102Q1\(1020527\).pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/19230_2_重要財務資訊_102Q1(1020527).pdf)

[11] M.E. Kruk, L. P. Freeman /Health Policy 85 (2008) 263-276

[12] 衛生福利部中央健康保險署「全民健康保險費率精算報告」http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=3565

* ~問卷到此結束，謝謝您的填答。請於**11月8日**前將將**本問卷及專家諮詢費收據**裝入回郵信封寄回，謝謝您的協助~ *

附錄十六 11/28 利害關係人會議記錄

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

『建立全民健康保險業務重要監理指標之研究計畫』

健保監理指標利害關係人會議

主 席：鍾國彪教授

邀請名單：謝天仁委員、何語委員、李永振委員、楊哲銘教授、劉宜君副教授、李玉春教授、吳志雄院長、林水龍院長、徐永年院長、郭守仁院長、楊育正院長、沈茂庭組長、李懋華執行長、滕西華秘書長、廖熏香主任、洪冠予副院長、鄭守夏教授、楊銘欽副教授、鄭之勛副執行長、陳孝平副教授、朱澤民副教授、陳欽賢教授、連賢明教授、蔡文正教授、周穎政所長、郎慧珠教授、王惠玄助理教授、陳雪芬高級分析師、蔡素玲顧問、梁淑政組長

出席人員：何語委員、李永振委員、郭靜燕主任（代理徐永年院長出席）、鄭守夏教授、鄭之勛副執行長、郎慧珠教授、王惠玄助理教授、陳雪芬高級分析師

列席人員：董鈺琪副教授、鄭凱文助理教授、游宗憲專案助理教授、張友珊組長、顏銘燦視察、曾幼筑小姐

請 假：謝天仁委員、劉宜君副教授、孫友聯秘書長、楊育正院長、李懋華執行長、蔡淑鈴主秘

紀 錄：呂虹霈、彭瑄、梁竣傑

時 間：102 年 11 月 28 日（四）下午 6:00~8:00

地 點：台大公共衛生學院（台北市中正區徐州路 17 號）6 樓 601 討論室

會議議程：

- 一、主席致詞及與會人員介紹
- 二、計畫簡介（簡報）
- 三、醫療品質指標及財務指標的中選結果與資料呈現（請參考附件）
- 四、討論事項：
 - 1、針對醫療品質與財務中選指標進行微幅修正。
 - 2、中選指標燈號閾值擬定。
 - 3、對於中選指標之其他建議。
- 五、評估構面及子構面權重—「層級分析法專家問卷」填寫
- 六、臨時動議
- 七、散會

會議紀錄逐字稿

※主為主持人；協為協同主持人；助 A、助 B 為計畫研究人員；A-B-C-D-E-F-G-H-I 為專家代號

計畫簡介(略)

主	謝謝鈺琪老師的報告，聽完我們的簡報之後，是不是進入到議程的討論，有沒有大家覺得可以討論的地方。
A	醫療品質急性中風的死亡率這個部分，分母指的是門診或住院主診斷為中風？應該是有歸人了吧！那歸人是用住院嗎？還是？
助 A	都有，有急診進來也有住院進來。
A	那這個是不是有跟腦中風學會或是腦神經科醫師諮詢過，或是可以再看一下那個數據嗎？因為最近國際期刊對於台灣用全民健保資料庫投國際期刊有點質疑，那個中風個案數有點太多，我最近在清健保裡面中風的資料其實也發現，有些民眾一整年裡面也只有一次的中風門診，那這個從臨床看來，有可能是要 justify 某一些處置或用藥，而 coding 為中風，從全民健康保險資料庫裏面去界定臨床個案會牽涉到 validity 的問題，所以剛剛鍾老師 show 的急性中風死亡率不好意思我沒有很深刻的記憶，這可能要再跟臨床專家或是學術文獻在確認一下，因為以這個分母來看，只要一次門診就納入，那這可能會大幅膨脹而 underestimate。
主	好，我想我們在會議當中提到的是問卷內容的一小部分，這邊提到的是主診斷的納入標準，是在門診還是住院這都是有可能，時間如果允許我們會再跟中風的專家們做意見交換，不知道還有沒有其他的意見或想法。
B	類似的急性病床平均住院天數我印象是沒有到 11 天，有一點太高，我不曉得？
主	好，指標 16 的急性病床平均住院天數的部分。
B	還有到 12 天，我印象中健保署自己公布的已經少於 10 天了，可能要把急性床、慢性床要考慮，如果是跟國際(OECD)比的話是不是只算急性？如果慢性都算的話是一定會比較高，這定義可能要再考慮。
主	這邊是不是有納入超長住院的也有納入了，我們是要在試算看看是不是有一些 outliers 的納入了，謝謝 B 的建議。
C	財務指標的第一個表喔！保險收支餘絀，這一個是累積還是每一季？
協	累積，從年初開始累積的，到現在第三季，以一年為單位。
主	委員有甚麼想法？是不是有甚麼擔心或是覺得沒有考量到的？有任何的建議？
C	這樣比較的話好像那個趨勢看不出來，你這樣結果比較看不出來，是要一個年度一個年度去比較嗎？
協	一個年度一個年度比較？
C	因為你是季這樣累積上來的。
協	變成你可以跟其他同期比較可以知道說這一年累積餘絀是多少。
A	所以這會是一個每一年有收支餘絀的資料。
協	他應該要呈現的是一年一條線這樣可以比較有一個比較，就變成趨勢圖每年是一條線這樣子。
C	上個禮拜委員會有討論到這個，如果這樣一年一條線的趨勢，是不是改成安全準備會比較好？
B	其實 C 是精算師，我們健保會在討論的時候其實非常重要有些真正 to the point 的指標健保署不願意讓我們知道，這是權責基礎，其實有一堆人還是欠錢，最主要是政府，所以他真正的現金流量還是不足，說不定還要跟銀行借錢這樣，但這

	資料健保會從來沒有公布過，那這邊要不要講我沒有太多意見，這是研究，可以給與會的幕僚同仁參考，比如當期現金流量，以前的朱澤民副總進出股市是大戶，那現在借錢大戶，那我們要不要看，或是那就是他的執行面，用這個趨勢看不出所以然來。
C	你現在如果收支連動的話，他是在你那個 1 到 3 個月，那如果是 1 到 3 個月，你就看那一季都出來那樣的狀況是不是會比較敏感？
協	1 到 3 個月那時候那個指標也有放進去，只是後來專家還是選到這個指標。
A	現金基礎？那是權責相對於現金基礎，你說另外一個備選的是嗎？
協	你剛剛說權責基礎是按季的嘛！那個指標也有我們做德菲法，專家是選到這個指標，所以我們就放了這個指標。
C	過去權責基礎跟現金基礎是，主委剛剛有提到過是過去在監理會的時候我們追過，但後來發現，這兩個基礎，除了縣市欠費之外，另外那個期間是虧本嘛！所以要借錢來給付，所以那兩個加起來最高到快 1500 億。
協	那可能就是要看現金基礎才是，是嗎？
C	不過那個問題現在應該比較改善了，因為現在縣市保費補助是直接撥了，是要去追以前的舊債，我記得最近還 464 億嘛！那只是拍賣沒有拍，如果拍了就要回來了！有政治因素所以不太好去處理，所以這個地方在未來應該影響會比較小，你說是整個目前收支是正的，所以借錢應該比較少，沒有像以前這麼多吧！
B	應該快不用借了吧！
D	現在已經不用借了。
C	現在只要還那 464 億吧！就在沒有還的。
D	對！那是從以前到現在的。
C	那你今年就有 506 億嘛！在家去年底就是 200 多億吧！我們算出來是 738 億吧！差不多有兩個多月的安全準備在那邊。
協	其實當時我們有把安全準備放進去，但專家沒選到。
C	當然這是專家選出來的，我想說這是一種感覺，一般民眾沒有概念，你給他這個去看，沒有 feel 啊！我們安全準備是一個月還是超過三個月。
協	那委員你建議甚麼樣的指標？
C	就是存糧多少嘛！還是安全準備那種相對的概念，會比較有感覺。
D	那我試著從執行上面提出我一點個人淺見，就是像 C 講的說，這個指標看起來沒有 feel 那我們試著讓他有點感覺，就是說最近剛談定明年的健保費率，那在談定的健保費率之下，一定會有一套財務的預估數字出來，這套預估的數字也會變成未來的健保預算，我覺得我們可以把保險收支的餘絀這是一個實際數，把這個實際數的累積數去跟他的預算的累積數做比較，這樣民眾就可以知道預期的財務收支狀況跟實際落差有多少。
協	對！就是預期數跟實際數的落差有多少。
C	有一個相對的才有知道落差有多少，知道有沒有達成目標或是沒達成。
主	好！那我們就可以作為一個補充的資料，作為額外的指標呈現，展現出民眾期望的部分，針對這種其他還有沒有什麼意見。
A	這個資料會有補充保費的問題存在，因為補充保費跟一般的民眾繳的保費，原來就是薪資基礎的保費，需要分兩個實收保費和預期保費的差距嗎？需要子群體嗎？因為補充保費這個部分是比較不穩定的。
C	有那個月分跟季節性啦！

A	所以剛才說預期保費受入跟實際收入，你的預期保費收入有分兩部分，一個是補充保費基礎、一個是實際現金基礎，在補充保費的部分浮動性是比較大的，所以我們要分兩個指標觀察還是合併？
D	在目前健保署提供的會計帳上，他是沒有區分兩種保費的。
C	應該是不用分，是看結果看你要不要調保費這樣。
B	另外，建議鍾老師這個試算非常多，是不是給健保委員的期末報告用舉例的方式挑幾個很有把握的就好了！剛剛幫忙試算的這些我擔心，如果這邊的定義跟現在健保署他們例行性在算的還有品質政策的會定義不同時會有問題，因為他們現在也弄了兩套指標，都有在看，所以兩邊定義不一樣只會徒增困擾，挑幾個重點的，其他當作參考用這樣，因為我們的定義不一定能跟他們的直接做比較這樣。
A	但是計畫需求好像是有要求要試算。
B	那可能要去確認一下，他們現在固定在算的那些因為超過 400 多個，那真正品質指標應該會有幾十個，應該要確定一下分子/分母的定義完全一樣，因為我們在上次那個委員會，算出來真的是不一樣。
主	他那個東西是 VPN 為主，我們這是到統計處弄出來的東西。
J	所以一定要在過他們那端跟他們 confirm 一下。
主	政策上他們沒必要跟我們配合不配合，這個是研究的部分。
B	因為這個指標到後來是來監控健保的表現好不好，如果是這樣那就寫清楚就好了。
主	我們有給一些我們指標建立過程的說明。
B	選出指標是 OK，是那個指標的定義過程一定是要非常清楚，比方你這裡是用 AHRQ，他那是用 OECD 就會不一樣，這是以防萬一，不要最後如果是我來看我就會把數字拿起來看，如果很明顯不一樣，就會比較討厭。
主	好，謝謝 B，剛剛那個 G 來到現場，我們請他從臨床的角度看品質指標的部分有甚麼特別建議或是需要呈現的，現在，我們是不是換一個方向，剛剛是對我們選出的指標做一個微幅的調整、修正，對於這個指標的定義或是需要再進一步釐清，再來跟過去的定義或是國外的做比較，需要做一個接軌不要太多出入，接下來是不是進入討論事項的第二點，重點指標的燈號或是閾值的設定，這邊過去有紅藍燈的設計會有在財務的指標部分比較有，所以我們是不是先看看燈號在我們既有的指標當中已有或是這七、八個指標中去界定範疇？是不是請協老師。
協	有關燈號或是閾值的話，大家可能還是要搭配趨勢圖來看，所以像剛剛提到第一個指標要做補充，不知道 D 有什麼建議？
D	這部分我還沒有什麼比較好的可以做參考或是標準。
協	如同你剛才說的跟預算數的比較，那個應該要呈現百分比還是應該有燈號？
D	因為過去我們有做燈號的時候，不是這樣子去算的，那如果現在是跟預算數做比較的話，那這個落差是在幾個百分比，這個部分好像比較沒有大家通用的標準。
協	所以就是呈現跟目標數差百分之多少這樣，那目前大概就是百分比呈現這樣，還是我們要不要先設閾值？針對保險收支餘絀的部分，要不要針對保險收支餘絀設燈號或是閾值？請問 C。
C	你如果要設閾值，就設一到三這個標準。
協	你說就是一季一季的？
C	你累積的餘絀，看有幾個給付的月數阿！跟那個標準是一到三。
協	就是跟安全準備除以保險成本那個的是一樣的，那 OK 阿，那是之前就有的。
C	看用 1.5 還怎樣，高於的就是綠燈，就是 OK 的；那如果低於，就已經開始警示

	要出來了，那少於 1 就是紅燈了。
協	好，那其他人有沒有問題？沒有的話就按照 C 剛剛講的。好，完成兩個指標，那接下來第三個指標，是保險費率合宜率，那這個指標的話是不是請 D，因為上次有些建議是不是可以說明一下。
D	因為過去在一代健保的時候，是因為有五年精算，我們會說費率調整是跟精算的費率相差五個百分點上下，我們會去做費率調整的動作，那二代健保之後每一年年底委員們就要去談隔年的平衡費率，所以這部分合宜率如果完全照健保法來做的話似乎沒有合宜的問題，當然我們可以去考量說萬一費率的調整如果沒有去按照應計的平衡費率來做調整的時候，那我們還可以說留著這個合宜率，去顯示說費率應該要這樣調，結果實際上因為什麼政治因素考量而沒有調，然後呈現給委員和民眾看。
協	然後現在是平衡費率是要照二代健保每年年底訂定的平衡費率還是健保的精算報告中的平衡費率來呈現？
D	因為現在的費率精算報告已經從以前的兩年便五年，如果用五年的精算報告裡面的資料來預測四、五年後的費率意義可能不是這麼大，但或許可以用所謂的當年的應計的平衡費率，可以用這樣的字眼，當年的應計收支平衡費率。
協	你是說就是從你們那個每一年會算的那個出來？
C	對！第一個指標累積的餘絀要讓他出來，在標他是幾個月這樣。
D	那今天我們是說指標都是專家選出來的，這個項目要留著那分子/分母可以做這樣子的修這樣。
協	那建議是怎麼修改？
D	就是當年實際保險費率減掉當年應計收支平衡費率。
協	好！那 OK！比較符合現況，還要除以當年應計收支平衡費率。
B	應計會有高有低、有正有負，可能會預期但沒有收這麼多，跟現在一樣。
C	這樣每一個月預算要抓得很準。
協	這跟他當年應計收支平衡費率做比較嗎？那這樣的話，百分之五就是都符合嘛！
B	因為這個比較麻煩是現在花多少錢是用協商的，所以那個精算不一定有辦法算這麼準，但收入的部分也許精算還可以算，收入面我們不考慮是因為有太多的政治因素考量，但現在所謂的平衡費率是一個月到三個月剛好差兩個月的安全準備，兩個月比如說 900 億好了，我們所謂的平衡費率，一大塊都叫做平衡，一到三個月內都是平衡，我是覺得在二代健保這個第二個指標相比之下重要性比較不是這麼夠，反而是剛剛 C 提到，累積餘絀呈現是 OK 的，比較可以看出一個大的趨勢，然後當季的安全準備或是預估，我們剛剛是預期跟事實的 difference，或是直接列安全準備真的剩多少，這個是權責基礎是 OK 的，只是說我們暫時不要去看他是不是真的有借錢，畢竟他是保險公司，要給他有操作的空間，不要說管到借錢都要去管這樣子。
協	好！如果說以二代健保之後，總額之後，這個指標我們可以換成就是累計的安全準備的數就好了，然後再加上跟預估數的比較，這樣就是三個指標了，就是你剛剛說的累積餘絀跟預算數的比較
D	如果是這樣的話第一個就直接改成他，實際跟累計的比較，不是另外在新列指標這樣。
協	可是 C 的意思是這個可以留著。
C	收支餘絀你要留著的話，我是建議一個是當季的是多少，另一條線是一直累積的。
協	所以另一條是從健保開始就累積的到當季？

C	對!不過現在出來不會到 84 年嘛!就是最近幾年,比如說從二代健保開始,二代健保今年開始,就一直累積下去啊!但是每一個單季的話,有一個季變化的比較,你這季變化的出來以後累計剩下多少你也有了,那這個相對的觀念就在第二條,就是安全準備一到三個月究竟是甚麼燈,那是不是這樣在這塊就比較周全了,看你要哪個資料都有,等於是三個指標。
B	對!圖應該是很清楚是累計,那中間可以那個 bar 是當季的,那上面可以是安全準備,那這個表就用真正的還剩多少錢這樣子,這樣也許就很夠了吧!
C	主委講得很好,當季做一個 bar,這樣也不會混淆兩條線,那妳高高低低就知道了,那如果這 bar 一直在掉下來就是要小心了,大概就是走下坡了,那天討論我們是希望說三年以後到頂端嘛!兩年之後下來之後五年就不會動嘛!
協	好再確認一下,就是在財務收支平衡總共就是第一個指標是安全準備餘額那個一定要放,然後收支餘絀的話是?
C	那餘額是累計的,不要用一年現在這樣,如果你這樣一年累積這樣兩年比較起來好像沒很好。
協	然後收支餘絀的話是不是放百分比就好?然後放當季的收支餘絀,這樣委員們也比較好看?就是這三個指標。
C	也可以啦!因為你最重要還是那幾個安全準備月數,那個一到三個月可以把敏感度加大一點,不然你有時候一到三畫起來會很平。
E	我有一個建議,因為老師們在填寫的時候對實際政府部門的預算跟資料都不是很清楚,所以是根據學理上的判斷,來做這樣的建議,而且也經歷過一次、兩次的修正跟問卷,所以我是覺得如果要更改還是要通知大家一次是不是要這個樣子,因為當初既然是共識,在一夕之間又改了可能比較不妥。
B	沒有問題,這個都可以不要動,送到他們那邊,最後會到健保會,健保會的委員就像立法院一樣,這個好這個不要,讓他們去挑。
主	E 這邊提的是一個程序上的問題,因為我們經過蠻多回合,兩位數以上的專家協議的共識,今天這個定位上是做小幅的修正跟補充,怎麼樣的呈現會讓結果更完整這樣,所以今天基本上不是百分之百去否決掉前面的共識,而是用補充的方法增加一些考量反映直接的需求,專家們在選擇可能沒有像委員們這麼多部分還有大家可以去了解的部分,是沒有考慮進去的,所以說增加補充是有道理是因為,不同的 stable 會有不同的幫助,同時也 maintain 我們選取的結果,增加說明跟補充的方法讓結果更有實用上的參考價值是重要的。
F	我想以付費者的觀點,我們比較在意的是實際的指標數字,比較希望是說你在每一季的收支的平衡點、結餘是不是可以呈現出來,還有每一季、每一季累積到一年的收支平衡情形,因為我們健保會會在十月份去討論明年度要不要調動,那我們要去看到十月份之前以來預測的收支平衡如何?還有他整個一到三個月的儲備金夠不夠這樣,那我們現在已經有一個共識是只要低於一個月以下明年就調費率,只要超過三個月以上明年就降低費率,所以我們要很清晰的知道十月份的時候我們隔年要調還是要降,那當然這個平常的預測值可以作為學術上的研究,還可以做政府的判斷,因為整個醫療的支出雖然有一個總額,但每一季他一直在變動,但保費的收入實際上在第一季一定會最多,因為補充保費有年終獎金跟其他費用,再來就第三季因為有股票發放的 2%的補充保費,一般第二跟第四季的補充保費會比較低,因為補充保費的浮動率會比較大,也會影響到儲備金的變動,如果收入很理想的話也會有接近一個月的安全準備費用,所以在整個過程付費者也不是學者專家,沒有辦法去看很多那種四季的變化,最重要就是看你一年來的

	累積，還有每一季的變動這樣子，所以我們剛剛 C 講到如果你可以把每個月收支平衡的表弄出來，一年累積的表也出來，那我們就看得很清楚。
協	OK!好!我們當初也是經過兩論的專家學者共識，所以委員就建議我們當成新增指標，那剛剛就是提到一組，那現在財務收支平衡還有一組是比較看各家戶的負擔性跟相對於 GDP 成長的比值，那個委員專家有什麼建議要設閾值還是?還是當觀察指標就好?
J	這應該只有紅藍燈。
協	好，那這就當一個觀察指標，那保費成長率跟 GDP 成長率的比值?
B	參考就好了。
協	好，OK!那就當參考指標，那就等於把財務收支平衡討論完，那在進入醫療保健支出水準，當初在專家會議是有討論要監控健保業務還是監控整個健保的在國家扮演的角色跟還需要達到什麼樣的功能，但後來因為專家們覺得健保是國家很重要的一個政策，所以也要看他整個醫療保健支出的水準，所以我們就選出這個構面跟下面兩指標，這可能又牽涉到衛福部也是有關的，還是也是當監測指標提供委員們做參考不設閾值這樣?
E	那整個醫療經費明年度 5700 多億，佔國家 GDP 比重已經非常高了，但這不是全部從稅收來的，是大部分從保費來的，但是保費過來的就牽涉到大眾，稅是你有得到多少高的收入才要繳稅，但保費不是，他不管高低薪資比較就是拿多少交多少，但未來兩兆八的預算跟五千七是很大的比重，從這個資料可以看出來這個國家的人民的健康度，醫療太高的話會影響國家的經濟發展，代表人民一直在生病嘛!
協	也不一定耶!
E	那是勞動力的負擔很大嘛!國家的包袱很大嘛!老百姓的負擔也越來越大，如果以後六口之家，四個老人生病，兩個人要怎麼賺錢來支付?這比重就很嚴重!
協	所以委員的意思是?
E	所以這樣評估是對的，只是比重是要調到多少才合理?
協	其實我們是參考日本，他的人口老化已經佔了四分之一，他現在已經到百分之久久了。
E	所以他的經濟也是卡很久爬不起來，所以老人太多影響國家競爭力。
協	也是老人多會影響到生產力，但也有很多是產業外移到其他地方去，所以我們就把他當成一個監測指標去觀察他的趨勢就可以吧!還有資金籌措的公平性，重大傷病的支出比例這個只要做監測還是要做閾值?那現在他佔健保支出比例有 30% 左右。
B	太難了，這當參考。
A	我想問資金籌措的公平性，最後只剩下這個指標嗎?
協	對。
A	因為如果要國際比較的話資金籌措的公平性不應該只有一個而已。
協	對!這是因為專家選取的結果。
主	助 B 那是不是還有另外兩隻?因為那是在比較後面的順位了，在簡報黨的最後一頁的兩個。
E	請問國民醫療保健的支出是指醫療還是指保健也有?
協	保健也有包含。
A	含公部門、健保還有私部門跟保健都有。
C	我們那地方有這麼高嗎? 3%耶!

協	你說全民健保嗎?全民健保只有全民健保，你如果說上面的這個圖是差不多。
B	全民醫療保健支出九千億差不多啊!健保才五千五百億阿!
協	像那個 OECD，他們大概七成都來自公部分，我們大概五成，主要是以健保保費。
C	所以醫療保健是含整個健保是吧?
協	對!是含健保。
主	是不是我們比照一樣方式，我們前面還有一些醫療品質指標部分，是不是我們很快掃過一遍，這些指標需不需要，應該是大家建議，原則上以觀察為主，指標需不需要設定閾值，我們就帶過去，因為以前 G 有參加討論，平均餘命，未滿月新生兒死亡率，死亡率，這三個指標有沒有甚麼特別的，平均餘命應該還好，應該觀察一下就好。
A	死亡率是不是會有 benchmark
主	OECD 國家是有一些，我們這樣算差的，這個部份我想時間如果我們還允許的話，我們可以增加國際比較部分
F	我想請問一下孕產婦死亡率那麼高，以台灣醫療
A	十萬分
主	他有一點波動
A	因為這個 scale 波動很大
主	對對對，因為這個關係波動很大，請大家翻下一頁，乳癌五年觀察存活率
A	存活率理論上只會增加不會減少，所以應該不會有閾值出現
主	那麼就當成監測部分，後半段那個畫的出管制圖指標監控部分，基本上我們可以用中央平均值地方，與 OECD 國家或亞洲國家參照比較，慶容許我們在這邊用文獻呈現，基本上都用
A	在這邊提醒鍾老師研究團隊，如果要跟其他國家比較的話，要很確定分子分母，資料來源，定義方式要很一致，因為剛剛看到中風死亡率，那個數字有點怪怪，這當然與資料來源與計算方式有關係，如果要用國際資料做一個比較的基準，要確定一下
主	謝謝 A 建議，G 對於這個指標結果，有任何指標需要一些說明
G	雖然說是用控制圖，急性心肌梗塞死亡率這個趨勢有逐漸上升，所以大家會對於這樣影響指標會比較注意，所以剛剛是要跟國際比，但是這個趨勢越來越高是不是要提醒注意這個指標，做一些閾值監測
主	G 是說哪一個，還是都有
G	18 歲以上急性心肌梗塞死亡率，還有 40 歲以上 AMI 死亡率，感覺那格趨勢是往上提
A	這個沒有做風險校正，這個沒有做年齡校正，因為這個可能上升是人口老化因素
主	因為這是用控制圖監控，其實我們看的時候沒有 special cost 這一塊，如果是它存在 over control 之間跳動，除非我們用更嚴格標準去監測說在這個大家線裡面有沒有一個趨勢出現，像醫策會用一個尼爾森 principle 監測部分，我們試試看，如果可以的話，如果們點數眾多的時候有沒有一個特殊趨勢，如果有反應出來連續幾個點上升或下降這樣一個趨勢，才能從旁得到一些訊息，我們會再做更細緻分析，我們想時間關係，我們就先停在這邊，下面的話，Irenev 問卷在哪邊，大家手上是不是有拿到問卷，是不請大家先，我們先看到這個，請大家看到問卷的第二頁，我先跟大家說明一下，那我們問卷總共分為兩部分，第一部分稱為相對權重，相對權重分為三個層次比較，第一個層次，我們選出四個構面包含效果、效率、醫療品質、財源籌措所以大家幫忙用打勾方式，比方說效果與效率，

	<p>您覺得相對重要性來講，在我們監控健保會時候，是效果比較重要還是效率比較重要，這邊效果與效率意涵，會在問卷第9頁，第9頁有寫到效果其實包含需要包含一些狀態，效率是，請大家看到第9頁部分做一格相對勾選，像你覺得效果相較於效率，效果比效率重要，就在百分比那打勾，效果相較於醫療品質，效果相較於財源籌措，效率相較於醫療品質，一共有7次，有六個大家需要填部分，一樣的概念，效果下面有一些健康狀態與相對滿意度，大家勾選，效率也一樣要勾選，財務籌措有3個題目請大家勾選，那第三層就是說在構面下有一些指標，請大家覺得說請大家用專業判斷，誰比較重要，一個相對強度地方，從資源籌措到安全，到效能，最多第5頁，一共10項多一點，第6頁財務公平與水準，這是在第一段，兩兩相比結果。到第二部分，請大家給一百分比，如果說每一塊為100分為總和，你會改效果、效率與醫療品質或籌措一樣權重，各25分或4321還是1234還是20、30、20、30相對比例你會給他多少，一樣概念從第6頁~第8頁，請大家借助大家頭腦給一個相對權重，當然你在填絕對權重，你已經忘記剛剛填甚麼，這沒關係這是您的判斷，這件事情借助大家力量試試幫我填填看，大家填一下，如果有甚麼問題，再提出來討論</p>
B	你的權重是要算 compact score 嗎?目的是種甚麼
主	對，我們希望做 weighting
B	那品質與收入面能直接評，比如說收支平衡表現與品質表現，這兩個會放在一起比
主	這個只有在第一個層次會出現，其他層次他會穩定比，在第一格個次會用大的角度去想
B	好，考倒我們，好，努力
A	鍾老師如果做出來無效
主	做出來不可能無效
A	你剛剛說層級，A大於B，B大於C，理論要A大於C，如果不小心出現C大於A
主	至少在絕對權重不會錯亂
B	相對重要是站在國家觀點，還是健保會，好吧，我們憑自己的想像
主	不好意思，最後在講一件事情，大家在填最後，借用幾分鐘，等一下用一分鐘對我們研究建議與想法，留給我們在寫結案跟期末報告的時候給我們一點建議，等一下前H、G與其他老師，給我們研究建議與意見部分
主	我們想時間差不多，就從我左手邊開始，請大家給我們研究最後建議與想法
H	各位先進好，其我來學習，在實務上負責健保相關業務，我覺得在實務上選擇指標是非客觀，醫療院所比較不容易去講，調整，這些指標確實是醫療院所為了拿到健保署的品質指標的獎勵，是可以去調整，那這個部分對於整個資料庫而言是不客觀有偏剖
G	今天有看到這些指標初步試算數據，的確有一些是一直在成長，就是一直在改善，那些我想應該有一些要校正以外，應該是預期要看到的內容，那些都是在健保業務有它的效果，我想應該這些指標拿來長期觀察應該是推動健保業務是重要數字，我會覺得那些數字是長期觀察資料，至於說像是疾病結果，可能用那麼大資料庫結果，看到那個變動不會有甚麼大變化，理論上他都很穩定，除非健保財務投入無法支撐才会有變差現象，我的預期，除非醫療有甚麼突破，不然都是穩定的，當她開始不穩定，表現在變差，可能就是我們檢討健保支持是不產生有困難，那個時候有幫助
主	就是說當這個指標預期大規模看是偏穩定，他一定發生甚麼狀況，他還會看甚麼

	變動或起伏，如果你看趨勢圖的時候，如果看控制圖，控制圖是比較沒有彈性，是不是請 E 給我們研究一點寶貴建議
E	我是非常佩服做這樣研究，要花那麼多時間，聚集這麼多人來做是很不容易，所以我是非常佩服研究團隊做到這個程度，我唯一感想是指標這個部份太多，我是希望最好是有和國際相同定義的指標，這樣在做比較上會比較，最好是能國際接軌，這樣會比較有意思，如果是我們國內獨特的指標的話，我是覺得說，國內獨特性這部分的話，那最好是讓我們先知道，很多學者對行政部門不是那麼清楚，行政部門有哪些資料，實際是怎麼運作也不是那麼清楚，如果沒有參與行政部門，長期當他們的委員的話並不是很清楚，如果能把資訊揭露更清楚，在填答時候較容易作答
主	謝謝 E，是不是請 A 也給我們一些建議
A	我也覺得研究團隊很辛苦很厲害，佩服他們，那真的是收集整很多資料，還要綜合平衡大家意見，我比較在意是說這些指標解讀與應用，就像剛剛兩位健保會委員對健保會要去討論今年度一個現象，以至於要討論明年費率或者是調整時候，所需要資訊跟我們要做系統績效，或者是說要研究從效果面、效能面；效率面、品質面怎麼樣找出漏洞，和可改進空間目標，這些其實都不同，每一個指標它的意義，誰可能是使用者，誰可能是為這個指標做甚麼，我這可能建議團隊列出來，不然現在指標滿天飛，有的時候不同使用者，對指標解讀與期待都不一樣，就會變成說指標很多，大家壓力很大，解讀時候各唱各的調，又大家又不滿意，那這樣就委屈研究團隊花這麼多時間這麼辛苦整理這些資料
主	請 B 也給研究一些建議
B	應該先感謝研究團隊，不是很佩服，是有人願意做就要偷笑了，鍾老師的風格就是這樣子，要把東西做到非常完美，比較實務面來講，剛剛惠玄老師有講到一點，這個指標背後誰該負責，收支連動那一塊，除了政治干預以外，照講部長與健保署署長要負責，醫療品質/表現那一塊健保是有限責任，那一大塊整個醫界或者是體系或者是法規或者是評鑑或者是醫事處，就不知道，那一塊要歸責是不容易，倒是有一些舊的指標，董老師有報告，以前監理會用的指標，有一些是不苛求，或者是在評估架構可以放進去，比如說民意調查，例如說健保有一個滿意度調查，有一個四項還是五項，剛好是楊銘欽老師接一個計畫案會做三年，那邊會有一些東西醫療院所是沒有操作空間，比如說我知道可以歸到醫院，被投訴比例，的個案數，可以歸回每一家醫院，那再去把它分類，類似那種東西就是非常明確，那對監理會委員，你健保就是該去管好一點，你看某一些醫院被投訴越來越多，都是錢，假設，類似這樣子，也許他不具有學理，但是還蠻到位的，好用，投訴另外一種，比如說還沒好就被趕出院，這個比例，對醫院來講，或者怎麼分析，這是非常有用指標，對健保去看醫療這一面表現好不好，會比較直接，可歸責性較強，剛剛跟惠玄在講，平均餘命，要讓他下降也不容易，光靠健保，所以他成也不是健保，敗其實也不是健保，可能是戰爭或疫病，所以也許可以考慮舊的一些指標，可能可以在報告建議說不是在你的大架構裡面，某一些實用性可能還蠻不錯，這是我簡單建議，再次感謝你願意幫忙
主	請 C 給我們一些建議
C	我其實接到厚厚一份報告，看到之後真的很感佩，誠如裡面提到以前大概一些指標，感覺上出來了，但是這個研究參考那麼多文獻與國外資料，用心良苦，剛剛有很多教授提到說可能跟實際沒有了解的情況之下，要實際來運用的話可能會有一些距離，如果以後有機會的話，這個會議能提前說不定，實際運用的人跟學者

	專家，最後結論不會兩個都憂鬱，那效果可能會好一點
主	我們也嚐試早一點，請 F 給我們一些意見
F	你們研究團隊也很辛苦，表示敬意，但是我們社會大眾比較希望了解，就是很明確實務，比如說乳癌五年觀察存活率 82.8，社會上要知道一百個女孩子幾個得到乳癌，你這裡寫到 18 歲以上急性心肌梗塞住院死亡率，另一個 18 歲以上急性心肌梗塞死亡率，又一個 40 歲以上死亡率，我們現在社會上是不是把心肌梗塞列為優先選項，是不是唯一優先選項，那你因為這樣子要做的話，是不是 18 歲以上到 40 歲有多個有心肌更塞，發生多少個心肌梗塞，發生多少心肌梗塞裡面有多少人死亡，發生心肌梗塞是不相對的，40 歲以上，像我昨天坐計程車，那計程車司機跟我說他最近一個月有兩位朋友心肌梗塞死亡，那如果 40 歲以上到 65 歲也好這一段心肌梗塞比例佔多少，如果能把這些數字做出來做一個預警，那也包括死亡率有多少，譬如說 40 歲到 65 歲有多少人發生心肌梗，有多少人死亡，那如果能做一些數字出來，對國人有一些實質感受，對於未來健保支付制度包括整個保費變動支持度會有不同看法，那站在我們付費者立場，我剛才才提到整個醫療品質付出，因我們在我們健保收支連動之下，我怎麼能夠去讓付費者支持我們做收支連動，降費率會高興一下子，提高費率會罵一輩子，今天降個匯率只是高興幾天而已，過幾天就忘了，忘了我們幫他們爭取降低費率，如果調高費率是罵到年底罵到選舉，一路一直罵下去，所以我們是很希望說收支連動讓民眾清楚，支持到健保這一塊，是國家很大推動一個老百姓福利設施；社會保險，但是政府推動健保是照顧大多數基層民眾，能讓他們支持才是最重要，社會上是這樣，你們做出來這些指標非常好，可以做預警可以觀察，那可能使很多專家學者還有醫學文獻，或者是我們政府做判斷比較好，老百姓是很少看到這些指標，因為老百姓一般來講只在意付多少錢，得到多少服務，因為目前整個健保推動到現在，一般來講很讚健保百分之 90 幾就很讚，少數因為病房每次疾病發生去醫院找不到病房，如果可以研究出來我們在都會區裡面應該有多少病房可以容納可預測疾病範疇，那如果這樣的話，我們可以平移觀點去看，這個整個健保可以把它做得更好更重要，我只是感覺到你們花了很多心血很辛苦在做這研究工作，研究結果對我們健保會委員很多幫助與參考空間，謝謝你們
主	麻煩委託單位給我們一些意見
I	剛剛主委已經代表我們謝謝鍾老師，但是其實我們這個計畫也要謝謝研究團隊這邊，因為一開始預算就被會計處砍了一大筆，經費真的很有限，原先我們的需求又變得蠻多的，就是說除了要探討各國文獻，又希望老師幫我們建立監理指標架構，還希望就健保指標去跑健保資料庫，整個涵蓋面我們希望說透過這樣研究，那當作我們之後，因為其實健保會委員對於監理業務需要再去做加強，我們也希望不是個案個案的監理事項，而是有理論基礎的底下東西，根據這些基礎指標去做監理業務，包括醫療部分與財務部分，這是我們原先希望的，也謝謝老師幫我們建立這樣的研究結果，納希望在這樣基礎底下，可以提到會裡面上，去做討論，或許可以做一個長期監測，或許這些東西在實務上會做一些修改，或許會依當時狀況做修改，但是也是謝謝老師幫我們建立一個很好基礎
主	反正在怎麼樣也就是這樣子，我們要在 12/10 將報告送入委託單位，我們在期中報告就已經感受到委員們火力沒有比較客氣，連回收率都要要求我們到 7 成 8 成以上，我們追很多東西，時間非常有限，這麼重大事情我們也很惶恐，因為特別是財務那一塊，我們已經看到就害怕，就是這樣規劃，應該有更寬裕時間，還有很多指標其實還有很多機會可以跟委員們溝通與互動，在很多選取過程當中會有

更大意涵，那品質這一塊也是一樣，跟醫界包含醫院代表、院內主管或品管相關人員，如果能有更多互動，當然這個背後也有很重大意涵，我們也看到一些議題，例如無效醫療，但是很多議題無法在一個計劃完成，計畫要求我們都相對完成，很感謝很多專家讓我們不分其擾的三次五次，不是基於同學、朋友感情，不會這樣，感謝大家!

附錄十七 AHP 問卷

「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」評估構面及指標權重 層級分析法問卷

專家您好：

為執行衛生福利部「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」計畫，希望藉由此份問卷，瞭解您對中選之健保監理指標的看法，同時檢視指標間的重要性序位。本問卷純屬學術性質的調查，不作其他用途或公開始用，請您放心填答。

國立台灣大學健康政策與管理研究所

鍾國彪 教授 / 董鈺琪 副教授 / 鄭凱文 助理教授 敬上

聯絡人：呂虹霏 (02)33668065 / Fax: (02)23581541

填寫說明

層級分析法(Analytical Hierarchy Process, AHP) 為評估相對權重方法之一，藉由兩兩成對比較，建構各變項之階層關係。

- (1) 同一組指標間之邏輯一致性是填寫 AHP 問卷之必要條件，若指標項目 $A > B$ 且 $A < C$ ，則 $B < C$ 須成立，否則將導致該份問卷無效。
- (2) 重要程度之中文說明(絕強、極強...等)係以 X 指標項為基準來對照 Y 指標項，「9:1」等數字係表示 X 與 Y 指標項之重要程度比值。當勾選越靠近 X 指標項者，表示其較 Y 指標項越重要；反之，勾選越靠近 Y 指標項者，表示其較 X 指標項越重要。

※本問卷共分成兩部份，第一大題為相對權重的判斷，第二大題為絕對權重的判斷。

※兩大題下各分成三層級，第一層級為「構面」權重的比較、第二層級為「構面下子構面間」權重的比較、第三層級為「子構面下指標間」權重的比較。

※第一層級、第二層級權重的判斷為必填項目，第三層級分為醫療面及財務面，此部分可皆填或擇一填寫。

※指標定義、構面與子構面歸屬請參考第 9-10 頁之附錄。

問卷範例說明

如下表，假設您認為「效果」較「效率」重要，且其相對重要程度為 4:1，請於 4:1 之空格內打「√」；若「效果」較「醫療品質」不重要，且其相對重要程度為 1:3，請於 1:3 之空格內打「√」；則「效率」與「醫療品質」相比較時，相對權重必然為「效率」小於「醫療品質」。

X 構面項	重要程度																	Y 構面項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱	
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
1. 效果 (Effectiveness)						√												2. 效率 (Efficiency)
1. 效果 (Effectiveness)											√							3. 醫療品質 (Quality of care)
2. 效率 (Efficiency)														√				3. 醫療品質 (Quality of care)

一、相對權重判定

(一) 第一層級的權重判斷

請判斷下列四項主構面之相對重要性 (※各構面包含之子構面與指標請參考第 9-10 頁附錄)

X 構面項	重要程度																	Y 構面項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱	
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
1. 效果 (Effectiveness)																		2. 效率 (Efficiency)
1. 效果 (Effectiveness)																		3. 醫療品質 (Quality of care)
1. 效果 (Effectiveness)																		4. 財務與財源籌措 (Finance and financing)
2. 效率 (Efficiency)																		3. 醫療品質 (Quality of care)
2. 效率 (Efficiency)																		4. 財務與財源籌措 (Finance and financing)
3. 醫療品質 (Quality of care)																		4. 財務與財源籌措 (Finance and financing)

(二) 第二層級的權重判斷

1. 請就「效果」下判斷兩項子構面之相對重要性

X 子構面項	重要程度																	Y 子構面項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱	
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
1. 健康狀態 (Health status)																		2. 病人對照護結果的滿意程度

2. 請就「效率」下判斷兩項子構面之相對重要性

X 子構面項	重要程度																	Y 子構面項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱	
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
1. 宏觀效率 (Macro efficiency)																		2. 資源的價值 (Value of resources)

3. 請就「醫療品質」下判斷兩項子構面之相對重要性

X 子構面項	重要程度																Y 子構面項	
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱			絕弱
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8		1:9
1. 安全 (Safety)																		2. 效能 (Efficacy)

4. 請就「財務與財源籌措」下判斷三項子構面之相對重要性

X 子構面項	重要程度																Y 子構面項	
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱			絕弱
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8		1:9
1. 財務收支平衡																		2. 醫療保健支出水準
1. 財務收支平衡																		3. 資金籌措的公平性
2. 醫療保健支出水準																		3. 資金籌措的公平性

(三) 第三層級的權重判斷

1. 請就「健康狀態」子構面下判斷四項指標之相對重要性

X 指標項	重要程度																Y 指標項	
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱			絕弱
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8		1:9
1. 平均餘命																		2. 未滿月新生兒死亡率
1. 平均餘命																		3. 孕產婦死亡率
1. 平均餘命																		4. 乳癌五年觀察存活率
2. 未滿月新生兒死亡率																		3. 孕產婦死亡率
2. 未滿月新生兒死亡率																		4. 乳癌五年觀察存活率
3. 孕產婦死亡率																		4. 乳癌五年觀察存活率

2. 請就「資源的價值」子構面下判斷三項指標之相對重要性

X 指標項	重要程度																		Y 指標項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱		
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9		
1. DRG 案件三天內重返急診率																			2. 癌症病人轉介安寧照護比率
1. DRG 案件三天內重返急診率																			3. 高診次病患門診用藥日數重複率
2. 癌症病人轉介安寧照護比率																			3. 高診次病患門診用藥日數重複率

3. 請就「安全」子構面下判斷三項指標之相對重要性

X 指標項	重要程度																		Y 指標項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱		
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9		
1. 手術傷口感染																			2. 加護病房呼吸器相關肺炎發生密度
1. 手術傷口感染																			3. 在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率
2. 加護病房呼吸器相關肺炎發生密度																			3. 在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率

4. 請就「效能」子構面下判斷五項指標之相對重要性

X 指標項	重要程度																		Y 指標項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱		
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9		
1. 急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案																			2. 冠狀動脈繞道術死亡率
1. 急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案																			3. 急性中風死亡率
1. 急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案																			4. 左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)
1. 急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案																			5. 肺炎死亡率
2. 冠狀動脈繞道術死亡率																			3. 急性中風死亡率
2. 冠狀動脈繞道術死亡率																			4. 左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)
2. 冠狀動脈繞道術死亡率																			5. 肺炎死亡率
3. 急性中風死亡率																			4. 左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)
3. 急性中風死亡率																			5. 肺炎死亡率
4. 左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)																			5. 肺炎死亡率

5. 請就「財務收支平衡」子構面下判斷四項指標之相對重要性

X 指標項	重要程度																		Y 指標項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱		
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9		
1. 保險收支餘絀— 權責																			2. 家戶保費支出占家戶所得之比例
1. 保險收支餘絀— 權責																			3. 保險費率合宜率
1. 保險收支餘絀— 權責																			4. 保費成長率與 GDP 成長率比值
2. 家戶保費支出占家戶所得之比例																			3. 保險費率合宜率
2. 家戶保費支出占家戶所得之比例																			4. 保費成長率與 GDP 成長率比值
3. 保險費率合宜率																			4. 保費成長率與 GDP 成長率比值

6. 請就「醫療保健支出水準」子構面下判斷兩項指標之相對重要性

X 指標項	重要程度																		Y 指標項
	絕強		極強		強		稍強		等強		稍弱		弱		極弱		絕弱		
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9		
1. 全民健保醫療支出占 GDP 比例																			2. 國民醫療保健支出占 GDP 比例

二、絕對權重判定

(一) 第一層級的絕對權重

請判斷下列四主構面之絕對權重

構面	效果 (Effectiveness)	效率 (Efficiency)	醫療品質 (Quality of care)	財務與財源籌措
絕對權重(四項主構面之權重加總為 100%)				

(二) 第二層級的絕對權重

1. 請就「效果」下判斷兩項子構面之絕對權重

子構面	健康狀態 (Health status)	病人對照護結果的滿意程度
絕對權重(兩項子構面之權重加總為 100%)		

2. 請就「效率」下判斷兩項子構面之絕對權重

子構面	宏觀效率 (Macro efficiency)	資源的價值 (Value of resources)
絕對權重(兩項子構面之權重加總為 100%)		

3. 請就「醫療品質」下判斷兩項子構面之絕對權重

子構面	安全 (Safety)	效能 (Efficacy)
絕對權重(兩項子構面之權重加總為 100%)		

4. 請就「財務與財源籌措」下判斷三項子構面之絕對權重

子構面	財務收支平衡	醫療保健支出水準	財源籌措的公平性
絕對權重(三項子構面之權重加總為 100%)			

(三) 第三層級的絕對權重

1. 請就「健康狀態」子構面下判斷四項指標之絕對權重

子構面	平均餘命	未滿月新生兒死亡率	孕產婦死亡率	乳癌五年觀察存活率
絕對權重(四項指標之權重加總為 100%)				

2. 請就「資源的價值」子構面下判斷三項指標之絕對權重

子構面	DRG 案件三天內重返急診率	癌症病人轉介安寧照護比率	高診次病患門診用藥日數重複率
絕對權重(三項指標之權重加總為 100%)			

3. 請就「安全」子構面下判斷三項指標之絕對權重

子構面	手術傷口感染	加護病房呼吸器相關肺炎發生密度	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率
絕對權重(三項指標之權重加總為 100%)			

4. 請就「效能」子構面下判斷五項指標之絕對權重

子構面	急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案	冠狀動脈繞道術死亡率	急性中風死亡率	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	肺炎死亡率
絕對權重(五項指標之權重加總為 100%)					

5. 請就「財務收支平衡」子構面下判斷四項指標之絕對權重

子構面	保險收支餘絀－權責	家戶保費支出占家戶所得之比例	保險費率合宜率	保費成長率與 GDP 成長率比值
絕對權重(四項指標之權重加總為 100%)				

6. 請就「醫療保健支出水準」子構面下判斷兩項指標之絕對權重

子構面	全民健保醫療支出占 GDP 比例	國民醫療保健支出占 GDP 比例
絕對權重(兩項指標之權重加總為 100%)		

【問卷到此結束，謝謝您的填答！】

【問卷附錄】指標定義

構面	子構面	編號	指標名稱	定義	
				分子	分母
效果	健康狀態	1	平均餘命	定常人口累積數	生存數
		2	未滿月新生兒死亡率	出生一個月以內之嬰兒死亡數*1,000	活嬰數
		3	孕產婦死亡率	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數*100,000	一年內之活產總數
		4	乳癌五年觀察存活率	在被診斷為乳癌後存活了五年的女性病人人數	被診斷為乳癌的女性病人
	病人對照護結果的滿意程度	—	對醫療院所整體醫療品質滿意度	填答「非常滿意」與「滿意」之總人數	所有表示意見人數
效率	宏觀效率	—	急性一般病床平均住院住院天數	急性一般病床住院日數	急性一般病床住院申請件數
	資源的價值	1	DRG 案件三天內重返急診率	三日內重返急診的案件數	DRG 個案出院案件數
		2	癌症病人轉介安寧照護比率	分母中，轉介安寧照護之病人數	所有癌症病人數
		3	高診次病患門診用藥日數重複率	輔導後相同期間平均就醫次數 - 輔導前相同期間平均就醫次數	輔導前相同期間平均就醫次數
醫療品質	安全	1	手術傷口感染	次診斷碼為 996.6,998.1,998.3,998.5 的病人	所有住院手術病人數
		2	加護病房呼吸器相關肺炎發生密度	使用呼吸器而引起肺炎之住院病人數	加護病房使用呼吸器人日數
		3	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	在 6 個月內，ICU 新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療相關感染的總數	6 個月內，ICU 總住院人日

【問卷附錄】指標定義 (續)

構面	子構面	編號	指標名稱	定義	
				分子	分母
醫療品質	效能	1	急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案	分母中之死亡個案數	18 歲以上，且主診斷為急性心肌梗塞之病患
		2	冠狀動脈繞道術死亡率	分母中之死亡個案數	40 歲以上住院手術碼為冠狀動脈繞道術患者數
		3	急性中風死亡率	分母中死亡個案數	18 歲以上主診斷碼為中風之患者數
		4	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)人數	18 歲以上左心室收縮功能不全心臟衰竭病患
		5	肺炎死亡率	分母中之死亡個案	18 歲以上肺炎患者
財務與財源籌措	財務收支平衡	1	保險收支餘絀－ 權責	年初至本季保險總收入 - 年初至本季保險總支出	
		2	家戶保費支出占家戶所得之比例	家戶保費支出	家戶所得
		3	保險費率合宜率	當年保險費率 - 當年精算保險平衡費率	當年精算保險平衡費率
		4	保費成長率與 GDP 成長率比值	$(\text{本年保費收入} - \text{去年保費收入}) / \text{去年保費收入}$	$(\text{本年 GDP} - \text{去年 GDP}) / \text{去年 GDP}$
	醫療保健支出水準	1	全民健保醫療支出占 GDP 比例	全民健保醫療支出總額 (百萬元)	國內生產毛額 (百萬元)
		2	國民醫療保健支出占 GDP 比例	國民醫療保健支出總額 (百萬元)	國內生產毛額 (百萬元)
	資金籌措的公平性	—	重大傷病醫療支出比例	重大傷病患者醫療費用總額 (百萬元)	全民健保醫療支出總額 (百萬元)

附錄十八 通過臺大醫院研究倫理委員會審查之公文

正本

發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：10002臺北市中山南路7號
承辦人：呂芷茵
電話：02-23123456#63998
傳真：02-23951950
電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立臺灣大學公衛學院公共衛生學系鍾國彪教授

發文日期：中華民國102年9月20日

發文字號：校附醫倫字第1023704395號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

主旨：有關 台端所主持之「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究/A study of developing auditing indicators for National Health Insurance」（本院案號：201307082RINA）臨床試驗/研究案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，通過本院A研究倫理委員會審查，同意核備，並提第46次會議報備追認，請 查照。

說明：

- 一、本會同意免除書面知情同意，但需提供受試者研究說明書。
- 二、本會同意之文件版本日期如下：
 - (一)臨床試驗/研究計畫書：第一版 102/04/02。
 - (二)問卷(含說明書)：第二版 102.09.05。
- 三、本臨床試驗核准之有效期限為1年，計畫主持人應於到期前3個月至6週向本會提出持續審查申請，本案需經持續審查，方可繼續執行。
- 四、本臨床試驗計畫若需變更、暫停執行、中途終止或結束時，主持人應向本會提出審查申請；並須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題。
- 五、本院研究倫理委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。
- 六、計畫主持人及研究團隊應遵循之相關研究倫理規範，請參閱研究倫理委員會網頁<http://www.ntuh.gov.tw/RECO>，並遵照執行；臨床試驗執行期間，請確實依據「人體研究法」之相關規定辦理；並請計畫主持人保存所有文件備查。
- 七、依據赫爾辛基宣言、世界衛生組織及International Committee of Medical Journal Editors(ICMJE)的規定，所有”臨床試驗案”應於公開網站登錄。且ICMJE規定，完成登錄者才能發表研究結果。



(一)計畫主持人請於招募第一位受試者前，在本院研究倫理委員會Protocol Tracking and Management System (PTMS)系統之”新案申請書”，點選”產生XML”，即可自動下載XML檔案；並連結美國National Institutes of Health網站<https://register.clinicaltrials.gov>，使用本院專用帳號，進行上傳登錄。(登錄步驟指引請見本院研究倫理委員會行政中心網站>教育訓練>臨床試驗計畫案登錄；登錄所需時間約60分鐘。)

(二)本院已向美國National Institutes of Health(NIH) ClinicalTrials.gov網站申請本院專用帳號，供本院計畫主持人(PI)登錄所主持之臨床試驗研究計畫，登入網頁之帳號及密碼如下列：

- 1、Organization：NTaiwanUH
- 2、User Name：NTUH
- 3、Password：99NTUH99

八、若屬介入性臨床試驗計畫，請於納入第一個個案(已簽署受試者同意書)時，於本會PTMS系統登錄第一位個案收案時間(操作步驟請詳臨床研究重要訊息通知單)，填入後PTMS系統將自動通知本院研究倫理委員會、藥劑部及臨床試驗中心。若非介入性臨床試驗計畫，於填報持續審查/結案報告前亦須先至研究倫理委員會PTMS系統登錄第一位個案收案時間，列印前述報告時方會呈現該時間資料。

九、請研究人員在邀請可能參加試驗/研究之病友、家屬或民眾時，先分發給予「臺大醫院臨床試驗/研究參與者須知」單張(如附件，請自行影印使用)，並依單張內容詳細說明參加本院之試驗或研究將受到之保護，上述給予單張之過程請記錄於病歷。

十、隨函檢附「嚴重不良事件及非預期問題通報須知」、「臨床研究重要訊息通知單」各乙份，請依計畫需要辦理應辦事宜。

正本：國立臺灣大學公衛學院公共衛生學系鍾國彪教授

副本：本院研究倫理委員會

院長黃冠棠

附錄十九 健康統計資料申請內容與費用明細

申請單位	國立臺灣大學健康政策與管理研究所	
目的及用途	執行「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」計畫	
資料內容	<p>1. 2006 至 2011 年全民健保處方及治療明細檔_門急診 (2006 至 2010 年, 共 5 年, 每年各 18 欄位, 2011 年, 19 欄位)。</p> <p>2. 2006 至 2011 年全民健保處方及治療明細檔_住院 (2006 至 2010 年, 共 5 年, 每年各 26 欄位, 2011 年, 28 欄位)。</p> <p>3. 2006 至 2011 年全民健保處方及治療醫令明細檔_門急診 (共 6 年, 每年各 8 欄位, 未滿 12 欄位以 12 欄位計費)。</p> <p>4. 2006 至 2011 年全民健保處方及治療醫令明細檔_住院 (2006 至 2010 年, 共 5 年, 每年各 11 欄位, 2011 年, 12 欄位, 未滿 12 欄位以 12 欄位計費)。</p> <p>5. 2007 至 2012 年死因統計檔 (2007 年, 5 欄位, 2008 年至 2012 年, 共 5 年, 每年各 6 欄位, 未滿 12 欄位以 12 欄位計費)。</p>	
獨立作業區 申請作業天數	20 日	
費用 (新臺幣)	資料編輯下載費	<p>1. $\\$250 \times 18 \times 5 \text{ 年} = \\$22,500$ $\\$250 \times 19 \times 1 \text{ 年} = \\$4,750$</p> <p>2. $\\$250 \times 26 \times 5 \text{ 年} = \\$32,500$ $\\$250 \times 28 \times 1 \text{ 年} = \\$7,000$</p> <p>3. $\\$250 \times 12 \times 6 \text{ 年} = \\$18,000$</p> <p>4. $\\$250 \times 12 \times 6 \text{ 年} = \\$18,000$</p> <p>5. $\\$250 \times 12 \times 6 \text{ 年} = \\$18,000$</p> <p>1~5 共 $\\$120,750 \text{ 元}$</p>
	設備使用費	$\$1,800 \times 20 \text{ 天} = \$36,000 \text{ 元}$
	資料代處理分析費	無
	合 計	$\$156,750 \text{ 元}$
核准期間	繳費日起二年	

附錄二十 醫療面指標試算定義與詳細診斷代碼

子構面	指標名稱	定義	
		分子	分母
資源的價值	DRG 案件三天內重返急診率	三日內重返急診(門診案件分類=02)的案件數	DRG 個案(住院案件分類=5)出院案件數
安全	手術傷口感染	定義一：次診斷之國際疾病分類為 994.2, 996.61, 996.62, 996.63, 996.66, 996.67, 996.71, 996.72, 998.0, 998.31, 998.32, 998.51, 998.59, 998.6, 999.83, 99.3, 320.81, 320.82, 320.89, 320.0, 320.1, 320.2, 320.3, 320.7, 320.9, 321.0, 321.1, 321.2, 321.3, 321.4, 321.8, 322.0, 322.1, 322.2, 322.9, 324.0, 324.1, 324.9, 420.90, 420.91, 420.99, 421.9, 422.90, 422.91, 513.1, 519.2, 682.1, 682.2, 682.3, 682.4, 682.6, 682.7, 682.9, 728.0, 730.00, 730.01, 730.02, 730.03, 730.04, 730.05, 730.06, 730.07, 730.08, 730.09, 730.20, 730.21, 730.22, 730.23, 730.24, 730.25, 730.26, 730.27, 730.28, 730.29, 730.30, 730.31, 730.32, 730.33, 730.34, 730.35, 730.36, 730.37, 730.38, 730.39, 730.90, 730.91, 730.92, 730.93, 730.94, 730.95, 730.96, 730.97, 730.98, 730.99, 890.0, 890.1, 890.2, 891.0, 891.0, 891.1, 891.2, 894.0, 894.1, 894.2	所有住院手術病人數
		定義二：次診斷之國際疾病分類為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5	所有住院手術病人數
	在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)無菌醫療感染率	在 6 個月內，ICU(醫令代碼=03010E、03011F、03012G)新發抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)(MRSA 國際疾病分類代碼為=03812、04112)無菌醫療相關感染的總數	6 個月內，ICU 總住院人日(出院日期-入院日期，算進不算出)
效能	急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案	18 歲以上，且診斷中(主診斷、次診斷)為急性心肌梗塞(國際分類代碼前三碼=410)之病患死亡個案數，包含門診、急診、住院(排除轉院個案)	18 歲以上，且診斷中(主診斷、次診斷)為急性心肌梗塞(國際分類代碼前三碼=410)之病患，包含門診、急診、住院(排除轉院個案)
		18 歲以上，且主診斷為急性心肌梗塞(國際分類代碼前三碼=410)之病患死亡個案數，包含門診、急診、住院(排除轉院個案)	18 歲以上，且主診斷為急性心肌梗塞(國際分類代碼前三碼=410)之病患，包含門診、急診、住院(排除轉院個案)

附錄二十 醫療面指標試算定義與詳細診斷代碼 (續 1)

子構面	指標名稱	定義	
		分子	分母
效能	冠狀動脈繞道術死亡率	40 歲以上住院手術碼為冠狀動脈繞道術 (主手術 (處置) =3610,3611,3612, 3613,3614,3615,3616,3617,3619,361,362)之死亡人數	40 歲以上住院手術碼為冠狀動脈繞道術 (主手術 (處置) =3610,3611,3612, 3613,3614,3615,3616,3617,3619,361,362)患者數
	急性中風死亡率	18 歲以上，且診斷中(主診斷、次診斷)為急性中風(國際分類代碼=430,431,432,433,434,435,436,437,438)之病患死亡個案數，包含門診、急診、住院	18 歲以上，且診斷中為急性中風(國際分類代碼 =430,431,432,433,434,435,436,437,438)之病患，包含門診、急診、住院
		18 歲以上，且主診斷為急性中風(國際分類代碼 =430,431,432,433,434,435,436,437,438)之病患死亡個案數，包含門診、急診、住院	18 歲以上，且主診斷為急性中風(國際分類代碼 =430,431,432,433,434,435,436,437,438)之病患，包含門診、急診、住院
	左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)	住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)(ATC 藥理分類代碼前五=C09AA)或血管收縮素(ARB) (ATC 藥理分類代碼前五=C09CA 受體阻斷劑人數	左心室收縮功能不全病患(主診斷) (國際分類代碼 =402.01,402.11,402.91,404.01,404.03,404.11,404.13,404.91,404.93,428.0,428.1,428.20,428.21,428.22,428.23,428.30,428.31,428.32,428.33,428.40,428.41,428.42,428.43,428.9)住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI) (ATC 藥理分類代碼前五=C09AA)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB) (ATC 藥理分類代碼前五=C09CA)
		住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)(ATC 藥理分類代碼前五=C09AA)或血管收縮素(ARB) (ATC 藥理分類代碼前五=C09CA 受體阻斷劑人數	左心室收縮功能不全病患(主診斷、次診斷) (國際分類代碼 =402.01,402.11,402.91,404.01,404.03,404.11,404.13,404.91,404.93,428.0,428.1,428.20,428.21,428.22,428.23,428.30,428.31,428.32,428.33,428.40,428.41,428.42,428.43,428.9)住院中開立血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)

附錄二十 醫療面指標試算定義與詳細診斷代碼（續完）

子構面	指標名稱	定義	
		分子	分母
效能	肺炎死亡率	18 歲以上，且診斷中(主診斷、次診斷)為肺炎(國際分類代碼為=481,482,483)之病患死亡個案數，包含門診、急診、住院	18 歲以上，且診斷中(主診斷、次診斷)為肺炎(國際分類代碼為=481,482,483)之病患，包含門診、急診、住院
		18 歲以上，且主診斷為肺炎(國際分類代碼為=481,482,483)之病患死亡個案數，包含門診、急診、住院	18 歲以上，且主診斷為肺炎(國際分類代碼為=481,482,483)之病患，包含門診、急診、住院

附錄二十一 期末審查意見修正對照表

項目	期末審查意見	修正情形
一、 文獻 探討	<p>(1)本章係以單篇文獻作為各節節名，與一般研究計畫的文獻探討體例不盡相符，請參考一般體例，予以調整與統整，並盡量中文化(含圖表部分)，以利閱讀；另請於小結補強文獻探討的綜整結果，使內容更完整，或可另以表格方式整理呈現。</p> <p>(2)請補充過去國內相關文獻，及所建立的監理指標與機制的探討分析。</p>	<p>(1)(2) 已經將文獻探討分為三小節包含各國醫療體系與健康保險評估價構及指標、國內相關文獻(包含評估架構與監理指標)、小結等。文獻探討、研究方法、結果與附錄等內容中圖表的英文內容，已盡量中文化。</p>
二、 研究 結果 與 討論	<p>(1)有關指標試算結果，建議依委託單位的需求，除以圖示呈現監測值、監測模式外，另以文字說明該監測值在不同時間點的變化意涵，及如何進行監管。另，若各指標試算採用的資料，受限於型態、來源，致終止年度未能一致，則建議資料的起始年度，可以盡量齊一，以利檢視。雖研究過程中，部分專家認為無需建立監測值，然就部分財務指標，仍有建立必要，以落實收支連動政策的警訊功能。</p> <p>(2)所提指標，有部分與衛福部依法需公開的品質指標有重複，本研究係認為所建議的指標均須在本監理架構呈現，使更完整？或可將現有依法公開的指標於架構中刪除，以免重複，請考量。</p> <p>(3)部分監理指標的試算資料，例如「急性一般病床平均住院天數」係源自統計處，與健保的資料會不同，請說明採用其他資料庫的原因，因就監理健保業務的立場，宜優先採用健保資料庫可產出的指標。另部分指標的資料來源為「衛生福利部健康資料」，若係指該部健康資料加值應用協作中心分析的資料，應請敘明。</p> <p>(4)有關「對醫療院所整體醫療品質滿意度」指標，引述資料來源為健保署「顧客服務滿意度調查」，該調查係健保署顧客對該署的滿意度，與各總額部門的滿意度調查不同，請查明或予以區隔。</p>	<p>(1) 已於討論中，加入相關內容之補充說明(見 P.129-131)；財務部份的監測值，部份已經加入可參考之內容請見 P.142 表 82；並於研究限制中說明財務監測之潛在問題(P.138)。</p> <p>(2) 為使監理架構完整呈現，本研究在斟酌相關指標後，決定以加註方式，將與現行公開指標重覆或類似之監理指標，於 P.142 表 82 中標示出。</p> <p>(3) 監理的目的至少可以包含財務面的收支平衡與醫療面的盡責，是否買到正確有效率價值之服務與結果，範疇不應只限於健保，還有醫療機構與被保險人等，所以能從其他資料取得相關重要資訊並無不妥，當然就可行性而言，要優先取自健保，但不需設限；已於報告中加註相關資料來源。見 P.142 表 82；P.139-140。</p> <p>(4) 已於報告中加以說明(見 P.142 表 82)。是指該調查中醫院西醫基層牙醫門診中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算。</p>

	<p>(5)有關「家戶保費支出占家戶所得比例」指標，係為瞭解家戶保費支出對於該家戶經濟狀況的負擔程度，爰不宜納入「財務收支平衡」子構面，而宜納為「公平性」指標；另財務面監理，建議未來可考量納入高、低所得家戶間的保費負擔公平性、民眾自付費用比例是否有提高趨勢等相關指標。</p> <p>(6)有關「保險費率合宜率」指標，由於總額支付制度實施後，費率精算的功能已有改變，或可考量納入總額運作的相關指標。</p> <p>(7)新增之「安全準備金額及其支付保險給付總額倍數」指標，依據健保法第 78 條規定，安全準備總額以相當於最近精算一至三個月的保險給付支出為原則，而該指標的評定基準是依健保法規定，或另有考量，請予敘明。</p> <p>(8)有關「重大傷病醫療支出比例」指標，不宜納入「資金籌措的公平性」子構面，其較屬資源分配的公平性指標，若能增列「資源分配的公平性」子構面並將之納入，則較合宜。另「資金籌措」建議修改為「財源籌措」。</p> <p>(9)第 124 頁描述，2013 年至第 3 季保險收支餘絀相較去年同期及前年高，主要是因開始收取補充保險費之故。惟二代健保實施後，除調降一般保險費率至 4.91%，及增加補充保險費之收取外，並規定政府負擔不得低於健保保險經費扣除法定收入後的 36%。因調降費率與增加補充保費，已增減抵銷，爰今年保險收支盈餘增加的主要原因在於政府增加負擔的部分，請修正相關文字。</p>	<p>(5) 依照委員建議內容，修改於報告內容中。財源籌措方法之累近性、民眾自費占總醫療保健支出比率等指標，在第一回合德菲法中出現第 4-5 順位，卻在第二回合中未中選，會於討論中納入說明。依照委員建議與如下(8)之回應，將此指標移到「財源籌措/分配的公平性」子構面中。見 P.136 表 81。</p> <p>(6) 謝謝審委的建議。我們在利害關係人會議，已有專家建議，故將精算之費率改為總額運作後之下年應計收支平衡費率，以瞭解實際費率與總額應計收支平衡費率之差異百分比。我們也修正表 82 的該指標說明。</p> <p>(7) 謝謝審委的建議。我們是根據利害關係人會議，因有專家建議，該指標對於健保會委員瞭解是否需調整費率之重要參考指標，故沿用之前的監測值(綠燈：$x \geq 1.5$；黃燈：$1 \leq x < 1.5$；紅燈：$x < 1$)。我們也於表 82 加入該指標的監測值。</p> <p>(8) 首先「資金籌措的公平性」先照委員意見改為「財源籌措的公平性」其實原文是 fair financing 應該可以包含籌措甚至分配，所以再修正為「財源籌措/分配的公平性」，便能納入委員的建議。</p> <p>(9) 已將委員建議內容，修改報告討論內容(P.133-135)。</p>
三、結論與建議	請將研究結果以表格彙整呈現，包括「監理構面」、「監理項目」、「監理指標」、「監測值(計算方式、資料來源)」、監理時程(月、季、半年或年)等資料，使能完整呈現所建議的整體監理架構，以利委託單位運用。	已於結論中呈現彙整表格(P.142 表 82)。
四、	(1)衛生署自 102 年 7 月 23 日配合組織調整，已改制為「衛生福利部」，請配合	(1)已修改相關文字內容

<p>其他意見</p>	<p>修改文內相關單位及附屬機關的名稱，例如健保局應改為健保署、衛生署健保小組應改為衛福部社會保險司等。</p> <p>(2)文內呈現出席專家會議或參與德菲法專家問卷的個人姓名，所揭露部分宜請確認獲相關人員同意後，再予列入。</p> <p>(3)歷來健保評估架構與指標中，皆有納入「公平性」構面，且健保已實施 18 年，外界亦有反映財務、醫療面有不公平的現象，亟待改善，本研究初始有考量納入「公平性」，惟經專家會議及問卷後，未能中選，建議研究團隊若認可公平性指標的重要性，仍可對研究結果提出主張。</p>	<p>(2) 已將出席專家會議或參與德菲法專家問卷的個人姓名，刪除或加以處理。</p> <p>(3) 計畫中研團隊已經有這部份的考量與安排了。本計畫在進行架構發展時，即發現公平這項構面未入選。但研究團隊仍認為公平構面相當重要，因此在討論部分，第一節醫療面之指標發展過程段 (P.127-128) 中，即有討論公平作為評估構面之陳述，當成未來建議之研究方向。此外，在德菲財務問卷中已經納入公平性中的 risk protection & fair financing 等子構面，與相關指標進入指標評選。至於公平性之另一子構面健康狀態，則已於討論中說明增加收入別、年齡、城鄉之差距等之內容，即有主張，已於研究限制與建議中加以說明(見 P.137-140)。</p>
-------------	--	---