

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別·進修)

報告題名：美國維吉尼亞大學短期進修

服務機關：國防大學國防醫學院

出國人職 稱：助理教授

姓 名：王炳龍

出國地區：美國

出國期間：民國九十年八月至九十一年一月

報告日期：民國九十一年四月三十日

J4 / C09100533

行政院及所屬各機關出國報告提要

出國報告名稱：美國維吉尼亞大學短期進修心得報告書

頁數 45 含附件

出國計劃主辦機關：國防大學國防醫學院

聯絡人：楊素足小姐 87923100 轉 18111

出國人員姓名：王炳龍

服務機關：國防大學國防醫學院

職 稱：助理教授

電 話：87924831

出國類別：進修

出國期間：民國九十年八月至九十一年一月

出國地點：美國

報告日期：民國九十一年四月三十日

分類號/目

關鍵詞：健康保險、醫療資訊、醫務管理

內容摘要：赴美國維吉尼亞大學擔任研究訪問學者。期望能藉此機會瞭解目前美國有關健康服務之研究發展方向及健康政策之制訂與評估，並於美國及各國研究者、政策制訂者、健康照護提供者、或健康照護管理者做心得之分享與交流，以提高我國醫療照護品質及相關之醫療研究水準，藉以增進民眾健康，並達成節省醫療花費的目的。本次赴美短期研究之主題及範圍分別包含三方面：一、完成多元保險人制度之探討及規劃；二、探討影響美國醫院採用醫療資訊科技之因素；三、收集相關資料並擬定疾病管理計劃書之撰寫與修訂。

目次	頁數
摘要	1
正文	2-45

美國維吉尼亞大學短期進修心得報告書

內容摘要

赴美國維吉尼亞大學擔任研究訪問學者。期望能藉此機會瞭解目前美國有關健康服務之研究發展方向及健康政策之制訂與評估，並於美國及各國研究者、政策制訂者、健康照護提供者、或健康照護管理者做心得之分享與交流，以提高我國醫療照護品質及相關之醫療研究水準，藉以增進民眾健康，並達成節省醫療花費的目的。本次赴美短期研究之主題及範圍分別包含三方面：一、完成多元保險人制度之探討及規劃；二、探討影響美國醫院採用醫療資訊科技之因素；三、收集相關資料並擬定疾病管理計劃書之撰寫與修訂。

赴美擔任訪問學者心得報告書

一、目的：

本人於西元 2001 年 8 月赴美國維吉尼亞大學擔任研究訪問學者。職奉國防部(90)易旭字第 14096 號令核准出國短期進修，期望能藉此機會瞭解目前美國有關健康服務之研究發展方向及健康政策之制訂與評估，並於美國及各國研究者、政策制訂者、健康照護提供者、或健康照護管理者做心得之分享與交流，以提高我國醫療照護品質及相關之醫療研究水準，藉以增進民眾健康，並達成節省醫療花費的目的。

二、過程：

本次赴美短期研究之主題及範圍分別包含三方面：一、完成多元保險人制度之探討及規劃，其內容是(1)多元保險人經營策略－經營模式與風險管理(Strategic Plan for Multi-Carrier Health Insurance Organization--Management Model and Risk Management)；以及(2)多元保險人經營策略－經營組織之品質保證及財務管理 (Strategic Plan for Multi-Carrier Health Insurance Organization --Quality Assurance and Financial Management)；二、探討影響美國醫院採用醫療資訊科技之因素，就現有文獻方面，我們僅知道個醫療院所對於成本會計、高科技醫療儀器以及臨床資訊系統等，但是對於採

用醫療行政、臨床以及管理醫療資訊系統之相關訊息了解有限。因此本研究之目的在於評估醫療外在市場、內部營運以及財務等因素，對於醫院採用醫療資訊科技策略之影響；三、收集相關資料並擬定疾病管理計劃書之撰寫與修訂。

三、心得：

茲將本次赴美進修所研究三方面之心得，以論文摘要方式呈現如后：在我國全民健保實施多元保險人之規劃方面；全民健康保險制度推動在減輕民眾醫療負擔、提供適切醫療照護、落實平等就醫權利等方面獲得顯著的成果。然而，近年來由於民眾對健保醫療服務利用率的提高，使醫療費用支出逐漸增加，但保費收入卻沒有同步成長，已使得健保財務逐漸吃緊。就健保制度而言，許多先進國家基於健保財務和醫療品質的考量，部分採行多元保險人制度，鼓勵保險人透過市場競爭機制，強化民眾參與經營與監督機制，提昇保險經營績效，俾確保保險財務之平衡，以奠定永續經營之基礎。當前，雖然全民健保之改革方向已暫緩實施多元保險人制度，但從整體趨勢而言，多元保險人制度仍然是未來健保改革的參考之一。本研究之目的可分為三方面來探討，第一方面探討多元保險人之經營組織型態；第二方面探討多元保險人醫療服務品質之監控；第三方面探討多元保險人經營之支付方式及財務機制。最

後，進一步透過文獻收集與分析及德菲法專家意見調查方式，規劃多元保險人組織有關品質與財務之經營策略。

在影響醫院採用醫療資訊科技之因素探討方面：在過去十多年來，醫療產業對於資訊科技投資，從 1990 年之 65 億美元竄生至 2000 之 204 億美元，成長幅度達三倍之多。就現有文獻方面，我們僅知道個醫療院所對於成本會計、高科技醫療儀器以及臨床資訊系統等，但是對於採用醫療行政、臨床以及管理醫療資訊系統之相關訊息了解有限。因此本研究之目的在於評估醫療外在市場、內部營運以及財務等因素，對於醫院採用醫療資訊科技策略之影響。本研究使用非實驗，橫貫性研究設計。本研究主要從析市場、營運以及財務三大類因素，預測分析醫院採用資訊系統之策略。其中所使用之五大資料庫包含，都瑞福斯特(Dorenfest)醫療資訊庫、美國醫院協會、美國醫療保險病歷組合資料庫、美國地區資源檔案及美國醫療財務管理組織資料庫等。本研究對象計有 1998 年 1441 家美國各主要都會區之醫院。本研究支持以下幾點研究假設，其中發現管理式醫療支付制度之實施對醫院採用醫療資訊具正面之影響。當醫院處於愈競爭之環境，其對愈醫療資訊需求愈大。醫院愈具規模，並提供較多之服務科別，其醫療資訊系統愈複雜。另外並發現當醫院行政處理流程愈複雜，醫療資訊系統愈成熟。醫院若為多體系醫院或營利醫院，對醫療管理系統愈完備。在財務面來看，醫院有較高之現金

流量、平均每床醫療收入愈高、或營運毛利率愈高，其中醫療資訊系統使用愈多。本研究證實外部醫療市場，以及內部組織複雜度，營運及財務因素等，對於醫院採用行政、管理、及臨床醫療系統策略等各方面，均有顯著之意義。本研究之除確立影響醫院採用醫療資訊之策略外，其結果可提供以下層面參考。在政策上，由於聯邦對醫療付制度之改變，實施平衡預算法案（BBA）造成醫院無法獲利，因此可能對於醫療資訊投資將會降低，對於醫療品質、服務品質、即時性、以及管理效率或效率上，都將有重大影響。

在氣喘疾病管理研究計劃撰寫方面：從 1970 年代以來，許多報告都指出，全世界氣喘病的罹病率持續在增加，病情轉趨嚴重，住院率和死亡率也隨著增高，台灣地區也不能例外。根據行政院環保署統計，台北市以 7-15 所的學童為對象。結果發現：台北市學童氣喘病發生率在 1974 年為 1.30%，然後快速增加，1985 年為 5.08%，1991 年為 5.80%，到 1994 年底高達 10.79%，20 年間增加超過八倍。環保署也曾針對國中生做統計，發現其罹患率為八.八%。世界衛生組織調查各國的平均罹患率為七%，我國學童的氣喘罹患狀況似乎比各國要嚴重。氣喘所引發的健康問題有：慢性咳嗽、夜咳、時常急性發作需要到醫院求診或掛急診。急性且中度的發作可能會造成缺氧而使腦部受損，甚至死亡。活動受到限制，影響生活品質。孕婦也較易發生氣喘，如果沒好好控制，除了會影

響自己的健康外，還可能影響您胎兒的健康。大部分兒童的氣喘病是可以根治的。對於不好治療的病人，完善的治療計劃可以控制發作到最小程度，而使病人過正常的生活。預計執行氣喘疾病管理後應可獲得顯著的改善。根據國外 Louis F 氣喘疾病管理研究的經驗顯示，可提昇生活品質，降低花費 25%。國內王維聖的論文，在三總進行氣喘病患藥事照顧的經驗顯示，可提昇氣喘病患的生活品質、服藥順從性、服藥技巧及降低治療藥物的花費，並獲得 4.92-4.02 倍的效益。疾病管理是世界的趨勢，所以氣喘疾病管理在台灣的研究與應用有其必要性。本研究計劃計畫之全程總目標；本計畫擬以三年時間規畫、執行並評估台北市內湖區「成人及小兒氣喘病人疾病管理計劃」。預期目標有下列幾項：1. 瞭解氣喘病人全年之醫療總成本，各項門、急診、住院、藥品及檢驗等醫療資源使用分布情形。2、建立社區整合性的照顧體系(integrated delivery sys.)，制定標準氣喘病患治療指南(guideline)，教育醫護人員依據指南執行照顧活動，焦點擺在病患自我照顧疾病患服藥順從性上。3、提升氣喘病人臨床治療效果(clinical outcome)，如提升服藥順從性，降低藥物交互作用。4、提升氣喘病人照顧之效益(economic outcome)，如降低病患急診及住院次數等。5、提升氣喘病人與健康有關的生活品質及滿意度(humanistic outcome)。6、瞭解內湖區氣喘病患之盛行率(prevalence)。7、瞭解實施氣喘疾病管理前後醫師執業行

為及病患就醫行為的改變(pattern)。各年具體目的如下：第一年研究目的：藉由資料分析及調查，發展內湖區氣喘病人疾病管理制度。1、分析 86、87、88、89 年度健保資料庫，探討氣喘病人在診所與醫院醫療資源使用量(門診、急診、住院)、醫療費用使用情形及氣喘病患盛行率。2、與台北市內湖區醫界溝通氣喘病人疾病管理模式，建立民眾、醫界雙贏的氣喘疾病管理制度。3、以現有醫療院所氣喘病人診療型態與美國相關胸腔醫學會及中華民國胸腔暨重症加護醫學會所制定之氣喘治療指南作比較，以瞭解理想與現實之差距，並設計改良成最先進，最適合的氣喘治療指南。4、設計適合醫師、藥師、病患參與的氣喘疾病管理教育性教材與教育計劃。5、本教育計劃分兩種，一種在診所、醫院或社區藥局進行著重在建立個別病人之教育與追蹤研究，而另一種則在社區進行團體衛教。6、設計前導式評估氣喘病患對醫療品質之滿意度與健康相關生活品質的評估測量表。第二年研究目的：執行氣喘疾病管理計畫並評估該計劃對氣喘門診病人之用藥結構、服藥技巧、服藥順從性及醫療資源使用量、醫療費用之影響。1、探討計畫前後氣喘門診病人之用藥結構、服藥技巧、服藥順從性之改變情形。2、初步探討計畫前後對醫療資源使用型態、使用量、醫療費用之改變情形。3、評估該計劃對氣喘病人之醫療品質滿意度與健康相關生活品質之影響。第三年研究目的：持續第二年計畫確立推廣教育辦法。1、依第二年試驗之氣喘

疾病管理經驗做改進並確立推廣教育辦法。2、出版適合醫師、藥師、病患的氣喘病人疾病管理教材與教育訓練計劃。3、訂定本國健保最先進，最適合之氣喘治療指南。

建議

壹、健保制度方面

一、多元保險人之經營組織型態

在多元保險人之經營組織組成方面，由中央健保局及主要醫療體系(如：以醫學中心為主之台大、長庚、退輔會、軍醫、慈濟等等醫療體系)最為適合。

二、醫療服務品質之監控

在醫療服務品質確保措施部分，實施「特約醫療院所之資格審查」、「建立臨床醫療指標」、「使用醫療處置及手術規範」、「建立醫療品質監控系統並定期公布結果」；「強化療效分析，確保治療結果」等品質保證之措施，其次為「建立預防保健指標」、「病人滿意度調查」、「執行評鑑制度」。在醫療品質之評定部分，以成立民間專責機構實施評鑑為品質保證之評定最佳方式，依序為由衛生署訂定評鑑標準委託專家評鑑、經財團法人醫療品質策進會評鑑、經由保險對象(消

費者團體)評鑑、由醫療提供者，保險對象及公正專家、衛生主管機關共同實施、服務品質可由民間專責機構實施評鑑；專業品質由醫界訂定標準實施評鑑等品質保證評定方式。

三、多元保險人經營之支付方式及財務機制之探討

在醫療服務保費訂定方面，由承攬人、被保險人、醫療提供者與政府等四邊協定來訂定。在醫療服務特約醫師之支付方式上，以論人計酬支付制度為主，其次為論人論量計酬混合制及總額支付制度。在醫療服務特約醫療院所方面，以論病例計酬支付制度之主，其次依序為論人計酬、總額預算等支付制度。在醫療保險承攬人之財務盈餘分配方式，以納入基金循環運用，但超過上限時應降低保險費分配為最重要，其次為降低保險費、納入基金循環運用等。醫療保險承攬人財務虧損之處理方式，採承攬人自行負擔、先用基金回補外，基金低至下限時，應調升保費等方式。

四、多元保險人經營模式與架構：

在經營模式上，以「醫療服務點模式 (Point of Service, POS)」以及「類健康照顧組織模式 (Health Management Organization, HMO)」為優先考量之經營模式。其次，在多元保險人「經營管理式醫療組織架構」部分，設立精算部門、理賠部門、財務部門、醫療稽核部門、品質保證部門、資訊部門、行政部門、核保部門、行銷及客服部門、法律

核約部門、教育訓練部門、企劃管理部門及研發部門等。在提供醫療服務項目中，以住院、門診、預防保健（含健檢服務）及精神醫療為主要提供之服務項目，其次是復健醫療服務、牙科及安寧照護等三項服務。

五、多元保險人經營效率及行銷策略

在如何提昇醫療服務多元保險人經營效率方面，採用應用資訊系統（MIS）監控醫療利用情形、應用資訊統計分析監控醫療品質等方式，其次依序為提供利用服務標竿（benchmarking）、提供財務激勵措施、提供臨床準則（guideline）、實施風險分攤等。在醫療服務保險承攬人之行銷策略方面，採用提高醫療給付策略、增加在職教育訓練機會、縮短付款時程、及行政管理協助等，其次，採用策略聯盟、提供資訊服務等方式實施。在醫療服務保險承攬人之行銷策略方面，提高醫療品質策略為最重要，其次依序為降低保費、輔教保險對象如何利用醫療保險服務、並提供自付額優惠措施、增加由醫療提供者提出之治療計劃、病人衛教等。除此，增加給付服務項目（如：中醫住院、另類療法等）、及提供保險對象較多之就醫選擇等措施。

六、多元保險人經營之風險管理

在經營風險管理上，就保險對象之醫療服務提供者而言，以家庭開

業醫師（診所）擔任第一線醫療服務者，透過完善之轉診制度，以最適切的成本，達到最佳之醫療服務。對醫療保險對象之管理，以部分負擔（co-payment）方式及經由轉診制度（gatekeeper）、自付額（deductible）、個案管理（case management）、輕病個人帳戶，大病個案管理等方式做最適切之照護。在對保險特約醫療機構之利用審查管理方面，以住院時立即審查、一般住院案件採事後審查，高科技案件採事前審查，特約案件可採即時審查等方式為最被推薦，其次為出院後病歷審查、視病情建立事前立即或事後審查等方式。在政府對保險承攬人之管理上，包含避免逆選擇（對象）、醫療服務項目、財務安全考量（financial solvency）、醫療品質標準為主要項目，其次為差額負擔、保險費用之訂定、保費收取應採風險標準基金之計算保險人承擔風險的分配。

貳、對衛生政策之建議：

一、政府推行各項醫療政策時，需經過審慎之計畫：經由本次短期進修期間，得知在歐美先進國家中，其在推動新的醫療政策之前，均審慎委託相關機關加以評估政策之可行性與風險性，並邀請專家學者講學及指導。因此國內無論在民間或政府機構應積極邀請國外學者專家指導，就其理論及實務等經驗之傳承，以利國內醫療制度或管理體系之規

劃與評估。

二、制訂疾病管理之研究方向：疾病管理是一種結合醫師、護士、藥師以及其他醫事人員針對疾病型態、特性而發展之一種管理方法。其目的是提高醫療照護品質，增進民眾健康，並達成節省醫療花費的目的。目前世界儘開發出心血管疾病、糖尿病、氣喘等慢性病的準則，未來將朝向各種疾病，透過教育、宣導等方式，加以精進。因此我國亦應朝此方向訂定各項研究重點，以增進國民健康。

三、加強整合型醫療照護：整合型醫療照護為世界各主要國家發展之新趨勢，惟有透過疾病的初期預防達到防範於未然，才能降低疾病的發生率，其次是整合開業醫與醫院之醫療資源，最後整合長期照護體系，以達到全面性的醫療。當前國內的醫療資源在整合上尚屬初期階段，部分醫療院所已開始注重整合所帶來之效益。在未來健保之衝擊下，勢必加強整合醫療之發展。因此必需透過先導型研究，探討整合所帶來之利弊得失加以評估，始能發揮整合型醫療之最大成效。

五、其他相關事項：隨文檢附本次研究之重點

多元保險人經營策略 – 經營組織之品質保證及財務管理

全民健康保險自八十四年三月一日實施以來，截至八十九年十二月底，參加全民健保的被保險人數已超過二千一百四十萬人，納保率由

初期的百分之九十二提高為百分之九十六，特約醫療院所一萬六千多家，占全國所有相關醫事服務機構總數的百分之九十一，普及全國各縣市；民眾對全民健保之滿意度高達百分之七十五，制度推動已獲顯著的成果。此具體成績，足以說明我國健保制度已達減輕民眾醫療負擔、提供適切醫療照護、落實平等就醫權利等目標。(中央健康保險局, 2001)。

然而，近年來由於民眾對健保醫療服務利用率的提高，使醫療費用支出逐漸增加，但保費收入卻沒有同步成長，已使得健保財務逐漸吃緊。據研究估計(行政院衛生署, 1999)，目前醫療費用年成長率介於百分之九至百分之十之間，但保費年成長率卻僅有百分之五，依此情勢發展，於民九十一年十月將會開始出現財務赤字。因此，行政院衛生署及多位立法委員草擬修法(行政院衛生署, 1997, 沈富雄, 1997.; 郝龍斌, 1997.; 劉進興; 簡錫偕, 1997)，建議未來規劃採用多元保險人制度，鼓勵保險人透過市場競爭機制，強化民眾參與經營與監督機制，提昇保險經營績效，俾確保保險財務之平衡，以奠定永續經營之基礎。多元保險人制度主要基於健保財務和醫療品質的考量，保險人採會員制同時具保險、醫療提供者雙重身分，其會員在繳納一定的年費或月費後，只需負擔很少的自付額即可使用醫療資源，但是就醫的選擇通常亦受到限制。由於其財務來源主要為會費，不必要醫療行為只會造成支出的增加，因此在經營上會消弭不必要的醫療服務 (Lee 1996)，同時會較注重預防性醫

療，如果該預防性醫療可有效減少未來的醫療支出 (Moore 1991)。因此，採多元保險人制度應會增加國民健康狀況；除此，同時引進數家保險人，經由市場競爭，當可有效利用醫療資源而導致保費合理化和醫療品質的確保 (Wholey 1995)；另外，由於採論人計酬支付制度，醫療院所保留較多的經營彈性，可能導正現制下因支付制度不合理所導致科別畸形發展的趨勢。社會菁英對此制度多持正面看法。魏中仁等 (1998) 針對 180 位社會意見領袖 (勞工代表、雇主代表、醫院管理人員、基層醫師、學者專家、民意代表) 的問卷調查結果顯示，大多數的意見領袖認為若採行多元保險人制度，對於減少民眾抱怨，提升民眾滿意度、提高全民健保的經營效率、及其可行性皆持正面評價。研究結論指出若實施此制度對增加民眾參與、提供多元選擇、醫界的專業自主、跳脫論量計酬的巢臼、及提升醫療提供者的競爭層面上都有正面的助益。然而，醫師公會及醫院協會持強烈的反對意見 (邱永仁，1997；吳運東，1997)。

簡單的說，各個保險人必需競相提升服務品質以吸引更多的被保險人登記為其服務對象。另一方面，由於健保基金會規範醫療給付的項目及內容，故保險人只得在提升被保險人健康管理及效率上努力以控制成本，多元健康保險在自由市場競爭的機制下運作，具有市場經濟的優點，即創造力與爆發力 (林芸芸，1998，楊志良，1998，張錦文、黃珣雅，1997)。雖然在民國九十年二月二十六日行政院函送立法院審議「全民

健康保險法」修正草案，並撤回八十八年四月十九日及八十九年五月十二日之「多元保險人制度」草案，全民健保之改革方向已有不同，但從整體趨勢而言，多元保險人制度仍然是未來健保改革的參考之一。

本研究之目的可分為三方面來探討，第一方面探討多元保險人之經營組織機構；第二方面探討多元保險人醫療服務品質之監控；第三方面探討多元保險人經營之支付方式及財務機制。最後，進一步透過文獻收集與分析及德菲法專家意見調查方式，規劃多元保險人組織有關品質與財務之經營策略。

研究方法

壹、研究對象

由於「多元保險人經營策略之研究」議題中，涵蓋衛生、醫療及保險等領域範圍廣泛，學者專家定位不易，而參與本研究之學者專家應具備調查研究主題領域上的專長，包括實務經驗及理論研究等二方面，並且被公認具有某方面特殊的知識或技術，享有較崇高地位，且被尊敬的專家。因此，本研究選取業界代表（保險公司、醫療機構）、政府官員及學者專家四種群體的觀點，所訂之研究對象為

（一） 業界代表

由國內醫學中心等醫療機構負責人為代表；國內主要商業保

險公司為代表；經電話徵詢後，具有參與本研究意願之菁英共二十三位（醫療機構共十六位，商業保險公司共七位）。

（二） 政府官員

由衛生單位（衛生署、中央健康保險局）中，擔任相關業務主管之政府官員，經電話徵詢後，具有參與本研究意願之菁英，共十七位。

（三） 學者專家

有國內期刊或報告發表之學者、具國外實務經驗之專家及從事醫療相關領域研究並任教於公共衛生、衛生政策、醫務管理、醫療機構等系所學術機構之學者專家，經電話徵詢後，具有參與本研究意願之菁英，共二十五位。

綜合上述，本研究在徵得業界代表、政府官員及學者專家之同意後，共選出六十五位之學者英，作為本研究之研究對象。

貳、研究工具

（一） 研究工具的設計

本研究採用德懷研究法（Delphi Technique），研究工具為多元保險人經營策略之研究問卷，共有二回合（rounds）之一系列問卷，第一回合（first round）探討規劃未來在多元保險人體制下，健保局自行經營醫療服務承攬人之策略、組織架構、支付

制度、服務項目及其限制等議題，廣泛蒐集各界對各問題之意見，作為修正下一回合德懷研究問卷之參考依據；第二回合之問卷則分別統計及摘要前回問卷之結果，以供參與研究之專家菁英們參考，期能使大部分菁英們的意見趨於一致，而每份問卷包含：

1 研究說明函

研究說明函之目的在於向研究對象說明本研究的相關事宜。第一回問卷的研究說明函，陳述本研究的背景、目的、實施的方法和程序及與研究者的聯絡方式；第二回問卷，本次研究的目的及進行情形。

2.填答說明

填答說明目的在於陳述問卷填答方法，以協助研究對象瞭解問卷的填答注意事項。

3 資料回饋

本研究的德懷研究問卷共有二回，其問卷均依照前一回菁英看法發展而來，並將簡單統計資料彙整，並於每題問卷相對呈現，方便研究對象重新參考與重新填答。

(二)實施程序

本次問卷的目的在徵詢研究對象，以其專業性判斷各項

多元保險人經營策略之研究議題，並增列項目及提出修改意見。

1.第一回問卷，於90年3月14日至3月16日寄送65份，並於寄出二週後，將未寄回者以電話催覆，或因問卷未收到或遺失，補寄2份，共寄回收53份，回收率81.54%。

2.第二回問卷於90年5月14日寄送65份，並於一週後，將未寄回者以電話催覆並於一週後，將未寄回者以電話催覆，或因問卷遺失，補寄12份，共計回收48份，回收率73.85%。

3.未研究問卷調查共實施二次，研究者於90年3月14日寄送第一回問卷，至90年7月20日第二回問卷回收完畢，前後共花費約四個多月。

三、資料處理與分析

本研究使用之統計分析電腦軟體為SAS 9.0版，進行資料之分析，結果分析所使用統計方法如下：

(一)問卷實施中的分析

第二回合問卷中呈現第一回合問卷結果，提供回饋性資料予研究對象作參考，主要統計值為各項問題勾選頻數值(frequency)及百分比(percentage)。在第二回合以後之問卷只呈現上一回合問卷結果，提供回饋性資料予研究對象作參考，主要統計值為各項問題評分之平均值(mean)、眾數(mode)及 75%(Q3，第三四分位差)-25%(Q1，第一四分位差)值等資料。

(二)問卷實施完畢後的分析

- 一、以百分比(percentage)描述第一次問卷勾選結果及各次問卷回收率。
- 二、以卡方檢定產、官、學三界在教育程度及第一次問卷勾選結果之情形差異。
- 三、以平均值(mean)呈現重要性的數值，以眾數(mode)和四分差呈現各題集中與離散的情形，並以第一四分位數(Q1)與第三四分位數(Q3)計算評定各題之結果，其結果主要分二大類，說明如下：

(1)重要程度評定

在第二回合(含)以後問卷之各項問題均請研究對象予以評分，分數範圍 1~5 分，分數愈高者，其重要程度愈高，本研究重要程度共分成二級，其標準如下：

「非常重要」($Q1 \geq 4, Q3 = 5$): $Q1 \geq 4$ (表示 75%的人評定該題分數大於或等於 4 分), $Q3 = 5$ (表示 25%的人評定該題分數滿分 5 分) 表示「非常重要」($Q1 \geq 4, Q3 = 5$), 亦即至少有 75%的研究對象評定該題的重要程度很高 (至少 4 分, 接近滿分 5 分)。

「重要」($Q1 = 3, Q3 \geq 3$): $Q1 = 3$ (表示 75%的人評定該題分數 3 分), $Q3 \geq 3$ (表示 25%的人評定該題分數大於等於 3 分) 表示「重要」($Q1 = 3, Q3 \geq 3$), 亦即至少有 75%的研究對象評定該題的重要程度高 (至少 3 分, 接近滿分 5 分)。

(2) 共識性程度

本研究共識性程度係以各題評分資料之第一四分位數 ($Q1$) 與第三四分位數 ($Q3$) 之差距除以二得到四分位差【 $Q = (Q3 - Q1) / 2$ 】, 呈現資料集中與離散的情形, 通常四分位差值愈大表示資料分布愈參差不齊, 若愈小表示資料分布愈一致。本研究之共識性, 共分成二級, 其標準如下:

「高度共識」($Q \leq 0.5$): $Q \leq 0.5$ (表示評分之資料分布中間一半變量分散情形小於 0.5 分) 表示達到「高度共識」($Q \leq 0.5$)。

「中度共識」($0.5 < Q \leq 1$): $0.5 < Q \leq 1$ (表示評分之資料分布中間一半變量分散情形介於 1 至 0.5 分間) 表示達到「中度共識」($0.5 < Q \leq 1$)。

- (3) 以 one way ANOVA 檢定產、官、學三界在各次回收問卷之年齡資料及對第二回合(含)以後問卷之各項問題重要性評定看法等是否有差異,若有差異則進一步以 Tukey 事後檢定,進一步探討。

研究結果

因受篇幅限制,本研究僅將第二回德懷研究所有精英之調查結果綜合分析如下,至於政府官員、學者專家、醫療機構及保險機構等各單項類別之分析,請參閱各表之結果:

壹、 多元保險人之經營組織機構

表 1 顯示產、官、學三方面菁英們對於我國那些團體適合組成醫療保險人的看法,在 6 個項目中,產、官、學三界之整體看法,在共識性方面,達到「高度共識」有 2 項,「中度共識」有 4 項;在

重要程度方面，達到「非常重要」有 2 項。結果說明如下：

以中央健康保險局、醫療體系（如：台大、長庚、輔委會、軍醫、慈濟等等）之共識性及重要程度均達到「高度共識」（ $Q \leq 0.5$ ）且「非常重要」（ $Q1 \geq 4, Q3 = 5$ ），其次為商業保險公司、私人企業公司、財團法人、基層醫療團體等均達「中度共識」（ $0.5 < Q < 1$ ）而未達「重要」程度。

亦即對於我國那些團體適合組成醫療保險人，以中央健康保險局、醫療體系（如：台大、長庚、輔委會、軍醫、慈濟等等）二者，大家最為認同。

以統計檢定產、官、學三界對於「我國那些組織適合組成醫療保險人」之看法是否有差異，結果各項目菁英看法均未達到統計顯著意義（ $P > 0.05$ ），亦即對經營組織模式菁英們看法無顯著不同。

貳、多元保險人醫療服務品質之監控

一、醫療品質保證之監控

表 2 顯示產、官、學三方面菁英們對於品質保證該如何監控及確保之看法，在 7 個項目中，產、官、學三界之整體看法，在共識性方面，達到「高度共識」有 5 項，「中度共

識」有 2 項；在重要程度方面，達到「非常重要」者有 4 項，「重要」者有 3 項。結果說明如下：

以特約醫療院所之資格審查、建立臨床醫療指標、使用醫療處置及手術規範、建立醫療品質監控系統並定期公布結果；強化療效分析，確保治療結果等品質保證之確保均達到「高度共識」($Q \leq 0.5$) 且「非常重要」($Q1 \geq 4, Q3 = 5$)，其次依序為建立預防保健指標達到「高度共識」($Q \leq 0.5$) 且「重要」($Q1 = 3, Q3 \geq 3$)，病人滿意度調查、執行評鑑制度等均達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 且「重要」($Q1 = 3, Q3 \geq 3$)。

亦即在品質保證該如何確保，以特約醫療院所之資格審查、建立臨床醫療指標、使用醫療處置及手術規範、建立醫療品質監控系統並定期公布結果；強化療效分析，確保治療結果等品質保證之確保為最被認同，其次依序為建立預防保健指標、病人滿意度調查、執行評鑑制度等。

以統計檢定產、官、學三界對於「品質保證該如何確保」之看法是否有差異，結果各項目菁英看法均未達到統計顯著意義 ($P > 0.05$)，亦即對經營組織模式菁英們看法無顯著不同。

二、 醫療品質保證之評定

表 3 顯示產、官、學三方面菁英們對於品質保證該如何評定之看法，在 7 個項目中，產、官、學三界之整體看法，在共識性方面，達到「高度共識」有 1 項，「中度共識」有 6 項；在重要程度方面，達到「重要」者有 6 項。結果說明如下：

以成立民間專責機構實施評鑑為品質保證之評定方式，達到「高度共識」($Q \leq 0.5$) 且「非常重要」($Q1 \geq 4$, $Q3 = 5$)，其次依序為由衛生署訂定評鑑標準委託專家評鑑、經財團法人醫療品質策進會評鑑、經由保險對象（消費者團體）評鑑、由醫療提供者，保險對象及公正專家、衛生主管機關共同實施、服務品質可由民間專責機構實施評鑑；專業品質由醫界訂定標準實施評鑑等均達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 且「重要」($Q1 = 3$, $Q3 \geq 3$)，由醫療服務提供者自行評鑑達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 而未達「重要」程度。

亦即品質保證該如何評定，以成立民間專責機構實施評鑑為品質保證之評定方式最被認同，其次依序為由衛生署訂定評鑑標準委託專家評鑑、經財團法人醫療品質策進會評鑑、經由保險對象（消費者團體）評鑑、由醫療提供者，保

險對象及公正專家、衛生主管機關共同實施、服務品質可由民間專責機構實施評鑑；專業品質由醫界訂定標準實施評鑑等品質保證評定方式。

以統計檢定產、官、學三界對於「品質保證該如何評定」之看法是否有差異，結果各項目菁英看法均未達到統計顯著意義 ($P > 0.05$)，亦即對經營組織模式菁英們看法無顯著不同。

參、多元保險人經營之財務管理

一、醫療服務價格（保費）之訂定

表 4 顯示產、官、學三方面菁英們對於在醫療服務價格（保費）應由誰訂定的看法，在 5 個項目中，產、官、學三界之整體看法，在共識性方面，達到「中度共識」有 4 項；在重要程度方面，達到「重要」者有 1 項。結果說明如下：

以承攬人、被保險人、醫療提供者與政府四邊協定來訂定之共識性及重要程度達到，「高度共識」($Q \leq 0.5$) 且「非常重要」($Q1 \geq 4, Q3 = 5$)，其次為由市場決定、承攬人與被保險人協定、承攬人與特約醫療機構協定等均達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 而未達「重要」程度，然由健

保基金會統一訂定未達「共識性」及「重要」程度。

亦即對醫療服務價格(保費)應由誰訂定，以承攬人、被保險人、醫療提供者與政府四邊協定來訂定為被大家認同。

以統計檢定產、官、學三界對於醫療服務價格(保費)應由誰訂定之看法是否有差異，結果以由市場決定、由健保基金會統一訂定等二者菁英們看法有差異($P \leq 0.05$)。

二、特約醫師之支付方式

表 5 顯示產、官、學三方面菁英們對於在採行何種支付制度給予特約醫師的看法，在 5 個項目中，產、官、學三界之整體看法，在共識性方面，達到「高度共識」者有 2 項，「中度共識」有 3 項；在重要程度方面，達到「非常重要」者有 1 項，「重要」者有 1 項。結果說明如下：

以論人計酬支付制度之共識性及重要程度達到「高度共識」($Q \leq 0.5$) 且「非常重要」($Q1 \geq 4, Q3 = 5$)，其次依序為論人論量計酬混合制及總額支付制度達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 且「重要」($Q1 = 3, Q3 \geq 3$)，論量計酬支付制度達到「高度共識」($Q \leq 0.5$) 而未達「重要」程度，論

量計酬，打折付費、薪資加抽成計酬等支付制度達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$)而未達「重要」程度。

亦即採行何種支付制度給予特約醫師，以論人計酬支付制度給序為最被認同，其次依序為論人論量計酬混合制及總額支付制度、論量計酬支付制度、論量計酬，打折付費、薪資加抽成計酬等方式。

以統計檢定產、官、學三界對於「採行何種支付制度給予特約醫師」之看法是否有差異，結果各項目菁英看法均未達到統計顯著意義 ($P > 0.05$)，亦即對經營組織模式菁英們看法無顯著不同。

三、特約醫療機構之支付方式

表 6 顯示產、官、學三方面菁英們對於在採行何種支付制度給予醫療機構的看法，在 6 個項目中，產、官、學三界之整體看法，在共識性方面，達到「高度共識」者有 1 項，「中度共識」有 5 項；在重要程度方面，達到「非常重要」者有 1 項，「重要」者有 2 項。結果說明如下：

以論病例計酬支付制度之共識性及重要程度達到「高度共識」($Q \leq 0.5$)且「非常重要」($Q1 \geq 4, Q3 = 5$)，其次

依序為論人計酬、總額預算等支付制度均達到「中度共識」
($0.5 < Q < 1$) 且「重要」($Q1 = 3, Q3 \geq 3$)，論量計酬、總額預算超額打折付費、醫院/醫師拆開給付等均「中度共識」
($0.5 < Q < 1$) 而未達「重要」程度。

亦即對於應採何種支付制度給予醫療機構，以論病例計酬支付制度為大家最認同，其次依序為論人計酬、總額預算、論量計酬、總額預算超額打折付費、醫院/醫師拆開給付等。

以統計檢定產、官、學三界對於應採行何種支付制度給予醫療機構之看法是否有差異，結果以總額預算超額打折付費、醫院/醫師拆開給付等二種支付制度，菁英們看法有差異 ($P \leq 0.05$)。

進一步以 Tukey 做事後檢定，在總額預算超額打折付費中以醫療機構代表的看法 (平均值為 4.60) 較政府官員代表看法 (平均值為 3.14) 顯著認為較重要。而醫院/醫師拆開給付以保險機構代表 (平均值為 4.33) 看法較政府官員代表 (平均值為 2.00) 看法顯著認為較重要。

四、財務盈餘之分配

表 7 顯示產、官、學三方面菁英們對於在若有財務盈餘時應如何分配的看法，在 5 個項目中，產、官、學三界之整體看法，在共識性方面，達到「高度共識」者有 2 項，「中度共識」有 3 項；在重要程度方面，達到「非常重要」者有 1 項，「重要」者有 2 項。結果說明如下：

以納入基金循環運用，但超過上限時應降低保險費分配之共識性及重要程度達到「高度共識」($Q \leq 0.5$) 且「非常重要」($Q1 \geq 4, Q3 = 5$)，其次依序為降低保險費、納入基金循環運用等均達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 且「重要」($Q1 = 3, Q3 \geq 3$)，上繳國庫達到「高度共識」($Q \leq 0.5$) 而未達「重要」程度，分配特約醫師或醫療機構達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 而未達「重要」程度。

亦即對於在若有財務盈餘時應如何分配的看法，以納入基金循環運用，但超過上限時應降低保險費分配為大家最為認同，其次為降低保險費、納入基金循環運用。

以統計檢定產、官、學三界對於「若有財務盈餘時應如何分配」之看法是否有差異，結果各項目菁英看法均未達到統計顯著意義 ($P > 0.05$)，亦即對經營組織模式菁英們看法無顯著不同。

五、財務虧損之處理方式

表 8 顯示產、官、學三方面菁英們對於若有虧損時該由誰來承擔的看法，在 6 個項目中，產、官、學三界之整體看法，在共識性方面，達到「中度共識」有 4 項；在重要程度方面，達到「重要」者有 2 項。結果說明如下：

以承攬人自行負擔、先用基金回補外，基金低至下限時，應調升保費等之共識性及重要程度均達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 且「重要」($Q1 = 3, Q3 \geq 3$)，其次為特約醫師或醫療機構、政府承擔等均達到「中度共識」($0.5 < Q < 1$) 而未達「重要」程度，其他如投保單位與保險對象共同負擔、視虧損原因而定等均未達「共識性」及「重要」程度。亦即對於若有虧損時該由誰來承擔的看法，以承攬人自行負擔、先用基金回補外，基金低至下限時，應調升保費等最被認同。

以統計檢定產、官、學三界對於「若有虧損時該由來承擔」之看法是否有差異，結果各項目菁英看法均未達到統計顯著意義 ($P > 0.05$)，亦即對經營組織模式菁英們看法無顯著不同。

討論

依據本研究結果與國內、外相關文獻作比較與探討，共分為四部分，第一為多元保險人之經營組織機構；第二節為提供保險對象服務項目之探討；第三節為提供醫療服務品質之監控；第四節為多元保險人經營之風險管理；第五節為多元保險人經營之支付方式及財務機制之探討；第六節為多元保險人經營之行銷策略之探討；第七節為研究限制與缺失。茲將各項分述如下。

壹、多元醫療保險人經營組織機構

本研究經過二回合問卷調查後，在成為多元保險人之經營組織機構中，所有精英們一致認為由中央健保局及主要醫療體系（如：以醫學中心為主之台大、長庚、退輔會、軍醫、慈濟等等醫療體系）為高度共識且非常重要，顯示菁英們均一致認為台灣地區多元保險人之經營團體，以中央健康保險局及各大醫療體系組成最為適合。由此可知，無論是政府部門、學者專家及醫療團體或保險機構均認為中央健保局及以醫學中心為主之醫療體系，無論從醫療品質或經營成本績效考量，其成立管理式醫療組織均為適切。魏中仁、鍾國彪、張睿詒等(1998)建議以醫學中心為主導成立管理式醫療組織，以及全民健康保險體檢小組(國家衛生研究院, 2001)，建議於健保改制第二階段時由中央健保局及其他非營利醫

療機構成立醫療承攬人；另外，楊志良(1998)建議將來在多元體制下，除現有中央健保局改制為僅提供醫療給付(不再承擔收取保險費)之保險人，而與各醫療院所簽約，提供保險人醫療照護。另一方面，醫療院所以可自行整合組成保險人，提供健保基金會規定之醫療服務項目，以上專家學者之建議與本研究之結果頗為一致。

另外，對於商業保險公司、私人企業、財團法人及基層醫療團體等機構，所有精英均一致認為不適合成為多元保險人之管理式醫療組織。依陳孝平等(1997)之研究發現，本國保險公司多半對承攬全民健保業務興趣缺缺持消極態度，而國外保險公司代表基於可向母公司取得經驗及技術支援，表現出較大之興趣。然而，在本研究中，各精英多數認為全民健康保險屬醫療服務非營利性質，為避免將來私人企業及商業保險公司套利行為，影響民眾基本醫療之權益。由於基層醫療機構之規模不易達成經濟規模，反而因成本之負擔而損及醫療品質，因此，上述之私人公司及基層醫療機構均屬不適當。

貳、多元保險人醫療服務品質之監控

在醫療服務品質監控與確保措施部分，以「特約醫療院所之責

格審查」、「建立臨床醫療指標」、「使用醫療處置及手術規範」、「建立醫療品質監控系統並定期公布結果」、「強化療效分析，確保治療結果」等品質保證之確保均達到高度共識且非常重要，其次依序為「建立預防保健指標」達到高度共識且重要，「病人滿意度調查」、「執行評鑑制度」等均達到中度共識且重要。依據全民健康保險體檢小組（國家衛生研究院，2001）之建議，為提升醫療品質及醫療之經濟效益，需成立第三者專業團體從事鼓勵、督促、評核醫療機構推動實證醫學、訂定醫療準則（由醫療團體擬定，而獲得政府及民眾之共識者），依此作為臨床診療指引、醫療行為及其效益評估的指引，並要求醫院從事提升醫療品質管理工作。本研究中指出在品質保證方式，以特約醫療院所之資格審查、建立臨床醫療指標、使用醫療處置及手術規範、建立醫療品質監控系統並定期公布結果；強化療效分析，確保治療結果等品質保證之確保為最為適當，其次依序為建立預防保健指標、病人滿意度調查、執行評鑑制度等。

醫療品質之評定部分，菁英們認為以「成立民間專責機構實施評鑑為品質保證」之評定方式，達到高度共識且非常重要，其次依序為由衛生署訂定評鑑標準委託專家評鑑、經財團法人醫療品質策進會評鑑、經由保險對象（消費者團體）評鑑、由醫療提

供者，保險對象及公正專家、衛生主管機關共同實施、服務品質可由民間專責機構實施評鑑；專業品質由醫界訂定標準實施評鑑等均達到中度共識且重要，由醫療服務提供者自行評鑑達到共識，本項目列為不重要。依據全民健康保險體檢小組之建議(國家衛生研究院, 2001)，修訂醫療資訊相關法令，以加強醫療資訊的流通性及公開性，並定期從事與公布病人、醫師、醫療院所之檔案分析，使其更切合行政管理、民眾、醫療提供者、和學術研究團體的需求。為確保病人權益、回應民眾需求，應建立病人投訴機制，建立評鑑機構。就美國而言，在管理式醫療機構申請州政府執照之前，必須先取得全國保險協會(National Association of Insurance Commissioners, NAIC)的品質認定。州政府再定期由其所屬機關或委託外部品管機關，如(National Committee for Quality Assurance, NCQA)審核品質。亦即品質保證之評定，以成立民間專責機構實施評鑑為品質保證之評定方式最恰當，其次依序為由衛生署訂定評鑑標準委託專家評鑑、經財團法人醫療品質策進會評鑑、經由保險對象(消費者團體)評鑑、由醫療提供者，保險對象及公正專家、衛生主管機關共同實施、服務品質可由民間專責機構實施評鑑；專業品質由醫界訂定標準實施評鑑等品質保證評定方式。

參、多元保險人經營之財務管理之探討

在醫療服務保費訂定方面，產、官、學三方面菁英們認為以承攬人、被保險人、醫療提供者與政府四邊協定來訂定達到高度共識且非常重要。然而，對於其他選項諸如個別由市場決定、承攬人與被保險人協定、承攬人與特約醫療機構協定等均認為不適當，未達重要程度。另外，由健保基金會統一訂定均未達共識性及重要程度。亦即對醫療服務價格（保費）應由誰訂定，以承攬人、被保險人、醫療提供者與政府四邊協定來訂定為被大家認同。此項結論與全民健康保險體檢小組之建議(國家衛生研究院, 2001)相同，該小組建議由付費者代表、醫療提供者、政府等代表組成全民健康保險委員會，決定保險給付內容、協定總額、依據總額訂定平衡費率及決定全民健康保險財源以支應全民健康保險所需。

在醫療服務特約醫師之支付方式上，產、官、學三方面菁英們認為以論人計酬支付制度之達到高度共識且非常重要，其次依序為論人論量計酬混合制及總額支付制度達到中度共識且重要，論量計酬支付制度達到高度共識而認為不重要，論量計酬，打折付費、薪資加抽成計酬等支付制度達到中度共識而未達重要

程度。

論人計酬支付制度為當前控制醫療成本上漲最為有效之方法之一，但是由於透過醫師及病人行為之管理，而過度限制病人醫療利用，因此，管理式醫療照護體系在病人就醫可近性方面，亦為病人所不滿意(尤之毅, 1998, Miller & Luft, 1980, Traska, 1996)。再者，論人論量計酬混合制亦為美國在管理式醫療組織中常見對專科醫師之支付方式(Alexander, 1996)，另外台灣自九十年七月一日起，針對基層診所醫師實施總額預算支付制度，實施自今尚待進一步評估。就此而論，在特約醫師之支付方式上，亦即採行何種支付制度給予特約醫師，以論人計酬支付制度給序為最被認同，其次依序為論人論量計酬混合制及總額支付制度、論量計酬支付制度、論量計酬，打折付費、薪資加抽成計酬等方式。

在醫療服務特約醫療院所方面，以論病例計酬支付制度之達到高度共識且非常重要，其次依序為論人計酬、總額預算等支付制度均達到中度共識且重要程度，論量計酬、總額預算超額打折付費、醫院/醫師拆開給付等均中度共識而未達重要程度。由文獻得之(Lee, 1996, Cook, 1999, Wholey, 1995)，在現今美國醫療市場中，除了一些州立禁止的給付方式外，有多達許數種的給付

方式，其中的許多給付方式已被發現存有某些的問題，例如某些給付方式會導致行政費用的高漲，或有些存在爭議等。對醫療機構常見之支付方式有論病例計酬支付制度，此制度類似美國 Medicare 之 DRGs，將會與醫院共同來控制醫療資源的利用，且更有效地管理費用。目前台灣實施的論病例計酬，就是以的 DRGs 精神設計而來的論人計酬。至於實施總額預算制度的優點在於它不只是個預算，而且還成功地解決了大部分保險費用上的風險，且醫院變得更會去控制醫療資源的利用。不過實施總額預算制度也有些缺點，就是此方案將無法看到加強控制醫療資源的利用後的節省下的錢；另一方面則是若醫院拒絕與控制的醫生分享其利益的話也會產生問題。目前台灣全民健保已對牙醫和中醫實施總額預算，總額預算制度是指健保局每年撥付一定給付金額給醫事團體，不論全年病患使用的醫療資源有多少，健保局均給付一筆固定預算，並由相關醫療團體訂定支付標準，使醫界專業自主，並能使費用分配合理化。實施之後，有效地控制了費用的成長，為健保局省下了不少醫療支出。

對於應採何種支付制度給予醫療院機構，以論病例計酬支付制度為大家最認同，其次依序為論人計酬、總額預算、論量計酬、總額預算超額打折付費、醫院/醫師拆開給付等。

在醫療保險承攬人之財務盈餘分配方式，產、官、學三方面菁英們認為以納入基金循環運用，但超過上限時應降低保險費分配達到高度共識且非常重要程度，其次依序為降低保險費、納入基金循環運用等均達到中度共識且達重要程度，至於上繳國庫達到高度共識均認為無此必要，其次，分配特約醫師或醫療機構亦達到中度共識而認為無此必要。當醫療保險承攬人在財務上收入大於支出時，會有盈餘產生，此盈餘之分配方式，在營利事業中會以股利方式或資本公積方式處理盈餘；但是在非營利之醫療保險事業中，基本處理方式為納入循環基金或再轉保其他保險公司，以分攤風險，其次應回饋給保險對象降低保費；本研究指出，在管理式醫療經營組織有財務盈餘時，在分配時，以納入基金循環運用，但超過上限時應降低保險費分配為各精英最為認同，其次為降低保險費、納入基金循環運用。

醫療保險承攬人財務虧損之處理方式，產、官、學三方面菁英們認為以承攬人自行負擔、先用基金回補外，基金低至下限時，應調升保費等之均達到中度共識且重要程度，其次為特約醫師或醫療機構、政府承擔等均達到中度共識而未達重要程度，其他如投保單位與保險對象共同負擔、視虧損原因而定等均未達共識性及重要性。全民健康保險體檢小組之建議(國家衛生研究院,

2001)，由全民健康保險基金會，其職掌除前述委員會功能外，並須負責與醫療給付提供者協定年度費用的總額與分配，並依此總額訂定平衡費率及收取費用。全民健康保險基金會成立後，若中央健康保險局經營欠缺效率而為各界所垢病時，建議除中央健康保險局外，亦可視需要允許各醫療院所組成多元醫療服務承攬人，保險對象依個人意願選擇承攬人，全民健康保險基金會依風險校正後論人支付醫療費用予各承攬人。即對於若有虧損時該由誰來承擔的看法，以承攬人自行負擔或先用基金回補外，基金低至下限時，應調升保費等最被認同。

肆、研究限制與缺失

由於本研究議題涵蓋範圍廣泛，於設計問卷時，由研究者依文獻獲得各題目之選項，輔以開放式問題，未直接對各單項採開放式問題，由研究對象表示意見，無法收集較具深度或廣度之意見、觀念等資料。由於採用德懷研究法，無法對民眾及基層醫院或醫師等面向提供意見，未來在規劃上，可由其他面向進行探討及進一步比較，以建構一套符合民眾需求的多元保險人制度。由於德懷研究需要充裕的時間方能進行，本研究收集資料期間自九十年三月開始至九十年七月，時間較為緊迫，因此問卷回收率未達九成以上。

結論與建議

壹、多元保險人之經營組織型態

在多元保險人之經營組織組成方面，由中央健保局及主要醫療體系（如：以醫學中心為主之台大、長庚、退輔會、軍醫、慈濟等等醫療體系）最為適合。

貳、醫療服務品質之監控

在醫療服務品質之監控與確保措施，實施「特約醫療院所之資格審查」、「建立臨床醫療指標」、「使用醫療處置及手術規範」、「建立醫療品質監控系統並定期公布結果」、「強化療效分析，確保治療結果」等品質保證之措施，其次為「建立預防保健指標」、「病人滿意度調查」、「執行評鑑制度」。在醫療品質之評定部分，以成立民間專責機構實施評鑑為品質保證之評定最佳方式，依序為由衛生署訂定評鑑標準委託專家評鑑、經財團法人醫療品質策進會評鑑、經由保險對象（消費者團體）評鑑、由醫療提供者，保險對象及公正專家、衛生主管機關共同實施、服務品質可由民間專責機構實施評鑑；專業品質由醫界訂定標準實施評鑑等品質保證評定方式。

參、多元保險人經營之財務管理

在醫療服務保費訂定方面，由承攬人、被保險人、醫療提供者與政府等四邊協定來訂定。在醫療服務特約醫師之支付方式上，以論人計酬支付制度為主，其次為論人論量計酬混合制及總額支付制度。在醫療服務特約醫療院所方面，以論病例計酬支付制度之主，其次依序為論人計酬、總額預算等支付制度。在醫療保險承攬人之財務盈餘分配方式，以納入基金循環運用，但超過上限時應降低保險費分配為最重要，其次為降低保險費、納入基金循環運用等。醫療保險承攬人財務虧損之處理方式，採承攬人自行負擔、先用基金回補外，基金低至下限時，應調升保費等方式。

參考文獻

中央健康保險局, <http://www.nh.gov.tw/> , 2001.

尤之毅：美國管理式醫療照護制度之解析，醫院，31(6)，頁 21-30，1998.

行政院衛生署：醫療法人制度解說，1999.

行政院衛生署：全民健康保險法修正草案，1997.

沈富雄：全民健康保險法修正草案，立法院，1997.

邱永仁．醫界對於「全民健保改制公辦民營及實施 HMO」應有的認識與對策，台灣醫界，40(10)，頁 47-52，1997.

吳運東：國家衛生研究院「全民健康保險公辦民營」座談會，台灣醫界，
40(12)，頁 39-49，1997.

林芸芸：全民健康保險「公辦民營」可行性方案研究 HMOs 健康照護組
織？，醫院，31(2)頁 5-23，1998.

國家衛生研究院：全民健康保險體檢小組報告，行政院衛生署國家衛生
研究院，2001.

郝龍斌：全民健康保險法修正草案，立法院，1997

張錦文、黃琬雅：全民健康保險人組織架構之展望，醫院，30(4)，頁
2-5，1997.

楊志良：全民健保保險人多元化制度之理論與規劃，醫院，31(4)，頁
1-13，1998

楊志良：健康保險，巨流圖書公司，1993.

魏中仁，鍾國彪，張睿詒：全民健保醫療照護採類似 HMO 制度之可行性
探討：(二)制度規範之偏好，醫院，31(1)，頁 1-13，1998.

劉進興；簡錫偕：全民健康保險法修正草案，立法院，1997.

Alexander, J A et al, An exploratory Analysis of Market-Based,
Physician-Organization Arrangements, Hospital & Health Services
Administration, Fall, 1996

Boland, P. Making Managed Healthcare Work A Practical Guide to
Strategies and Solutions Gaithersburg, MD.: Aspen 1993

Coile, R C The New Governance Strategies for an Era of Health Reform.

- Mich : HAP, 1996
- Cook B , Thinking First . Many Doctors Are Avoiding the Risks of Repurchasing Their Assets, Modern Physician, April 1 (62), 1999
- Kongstvedt P R. Essentials of Managed Health Care (4th ed). Gaithersburg, MD Aspen Publishers, 2001.
- Lee, L.S , The effects of HMO competition on health care costs and medical technology, Ph.D. dissertation, University of Connecticut 1996
- Moore, P, Evaluating Health Maintenance Organizations A Guide for Employee Benefits Managers, New York. Quorum Books, 1991.
- Miller RH and Luft HS : Managed care plan performance since 1980,JAMA ,271 (19) ,p 1512-1519, 1994.
- Traska, M.R Managed Care Strategies. New York, N.Y. Faulkner & Gray , 1996
- Wholey, D R., Feldman, R & Christianson, J B., The effect of market structure on health premiums, Journal of Health Economics, 14, p.81-105, 1995.

Abstract

The purposes for this study are (1) to explore the different organization types of multi-carriers system, (2) to explore the quality assurance under the multi-carrier systems, (3) to explore the financial management for multi-carrier systems. Lastly, three categories of conclusions and suggestions from this study are as follows

The Managed Care Organizations (MCOs) are the organization types for multi-carriers. The major groups consist of NHI and academic medical center (AMC) and their medical systems

In quality assurance, the top priority issues are implementing credential reviewing, setting up clinical guidelines, medical and operation standard procedures, quality assurance monitoring, and evidenced-based medicine. In addition to set up prevention and health promotion index, and patient satisfaction survey. In the evaluation, the best way is to build up a Joint Commission for quality assurance or the National Commission of Quality Assurance (NCQA). Other accreditation organizations include the Department of Health that coordinates experts as accreditation commission, well-known consumer organization, third party, or special medical group peer review committees

The premium for health insurance supposes to be set by four different groups: insurer, beneficiary, health provider, and government, in order to providing high quality and reasonable cost for each of the participants. According to the compensation for physician, one of the top payment types is capitation. Next is global payment mixed with fee for service payment system. For hospital compensation, the result showed that the main

payments could be case payment, capitation, global payment, respectively.

In the share of insurer, there are several ways to allocate the shares pooling foundation, lowering premium or raising the premium while shorting the shares

Key Words National Health Insurance, Multi-Carriers, Management Strategies