

行政院衛生署補助專案計劃出國報告書

(出國類別：考察)

## 加拿大健康照護系統之治理與課責機制

出國單位：台灣健康保險學會

出國人員：辛炳隆等十人

出國地點：加拿大

出國期間：民國九十一年九月二十九日至十月六日

報告日期：民國九十一年十二月

10 / C09104095

公務出國報告提要

頁數: 115 含附件: 是

報告名稱:

加拿大健康照護系統之治理與課責機制

主辦機關:

行政院衛生署中央健康保險局

聯絡人/電話:

劉彥秀/27029959

出國人員:

高世豪 行政院衛生署中央健康保險局 稽核室 稽核  
楊慧芬 行政院衛生署 健保小組 組長

出國類別: 考察

出國地區: 加拿大

出國期間: 民國 91 年 09 月 29 日 -民國 91 年 10 月 06 日

報告日期: 民國 91 年 12 月 31 日

分類號/目: J0/綜合(醫藥類) J0/綜合(醫藥類)

關鍵詞: 加拿大,健康照護,健保,全民健康保險之課責機制

內容摘要: 本次考察目的主要在於瞭解加拿大健康照護系統之治理與課責機制的運作成效,以供我國研擬全民健保相關措施之參考。摘要考察心得與建議如下:一、資訊公開方面 1.資訊質與量的提昇:資訊的質而言,應加強資訊的信度與效度,務求資訊的正確性;就資訊的量而言,可於衛生署與健保局網頁或其他宣傳品上增加醫療品質資訊的揭露與傳播,落實資訊公開要求。2.資訊傳播管道的多元化:可透過多元管道,增加醫療品質資訊的揭露與傳播。公佈委員會會議記錄、網頁佈告、公聽會、與專家輯利害關係人座談、與各利益團體進行圓桌論壇等各種方式,不斷提供資訊給所有可能的資訊接受者。3.資訊可及性的提昇:為求資訊可讀且易讀,資訊揭露與傳播應儘量使用淺顯易懂的字彙,以增加資訊的可及性與可接受度。4.籌設醫療品質委員會或加強醫策會功能:籌設醫療品質委員會或補助經費給醫策費,要求其於現有功能外,進一步提供如同加拿大CIHI與CCHSA的功能與任務。5.設置醫療衛生科技評估團體:如預算許可,可補助經費成立類似加拿大CCOHTA機構,公正客觀評鑑健康技術與藥品,協助釐定給付項目與優先順序。二、課責機制方面 1.對社會大眾有所交代,就是課責精神全民健保的每一分錢以及國家公務員薪資,幾乎都來自人民的口袋,在一個民主社會中,受人民付託處理公眾事務者都應建立課責精神,有義務主動向人民(包括國會、中介團體與一般社會大眾)公開資訊、展現績效。2.建構台灣全民健保的課責機制高效能的課責關係包括以下五項核心要素:(1)清楚的角色與責任;(2)明確的預期績效;(3)平衡期待與能力;(4)成果導向的績效測量與報告;(5)持續的改善與學習。加拿大的經驗給我們的啟示是,台灣要建構健保體系的課責機制,首先應確認與健康保險相關的利益關係人,確立外部課責與內部課責對象;其次,應依相關法令釐

清各利益關係人之間的角色與責任，以提出具體施政承諾或建立預期績效的協議書；第三，健保局應致力於發展兼具信度與效度的成果導向績效測量的指標，系統化蒐集相關的、即時的與精確的資訊；第四，根據績效指標向相關利益關係人提出報告，展現健保制度及其管理的績效。最後，也是課責機制最核心的意義，在於組織本身持續的改善與學習。3.政府決策應以實證導向原則，及早而頻繁地進行政策行銷本諸課責精神，政府公務員有義務將政策及所依據之資訊，從具高度專業性的轉化為受眾能懂的文字與語言，及早、頻繁且主動地與利益關係人—長官、民意機關、政黨、中介團體、一般社會大眾溝通，以獲得回饋和爭取支持。4.建立內部風險管理機制應以策略規劃的視野與思維，建立組織與制度的風險管理機制，有系統、有步驟地進行定期的組織（制度）診斷與策略規劃，根據風險評估規劃內部的稽核重點，再以稽核報告為本，擬定管理行動策略。5.檢證統計數據的品質衛生署與中央健保局要向民意機關、中介團體與社會大眾展現健保的績效，應先建立所有提供數據的單位之共識，建立機制確保數據的品質。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

行政院衛生署補助專案計劃出國報告書

(出國類別：考察)

## 加拿大健康照護系統之治理與課責機制

出國單位：台灣健康保險學會

出國人員：辛炳隆等十人

出國地點：加拿大

出國期間：民國九十一年九月二十九日至十月六日

報告日期：民國九十一年十二月

## 摘要

本次考察目的的主要在於瞭解加拿大健康照護系統之治理與課責機制的運作成效，以供我國研擬全民健保相關措施之參考。摘要考察心得與建議如下：

### 一、資訊公開方面

1. **資訊質與量的提昇：**資訊的質而言，應加強資訊的信度與效度，務求資訊的正確性；就資訊的量而言，可於衛生署與健保局網頁或其他宣傳品上增加醫療品質資訊的揭露與傳播，落實資訊公開要求。
2. **資訊傳播管道的多元化：**可透過多元管道，增加醫療品質資訊的揭露與傳播。公佈委員會會議記錄、網頁佈告、公聽會、與專家輯利害關係人座談、與各利益團體進行圓桌論壇等各種方式，不斷提供資訊給所有可能的資訊接受者。
3. **資訊可及性的提昇：**為求資訊可讀且易讀，資訊揭露與傳播應儘量使用淺顯易懂的字彙，以增加資訊的可及性與可接受度。
4. **籌設醫療品質委員會或加強醫策會功能：**籌設醫療品質委員會或補助經費給醫策費，要求其於現有功能外，進一步提供如同加拿大 CIHI 與 CCHSA 的功能與任務。
5. **設置醫療衛生科技評估團體：**如預算許可，可補助經費成立類似加拿大 CCOHTA 機構，公正客觀評鑑健康技術與藥品，協助釐定給付項目與優先順序。

### 二、課責機制方面

#### 1. 對社會大眾有所交代，就是課責精神

全民健保的每一分錢以及國家公務員薪資，幾乎都來自人民的口袋，在一個民主社會中，受人民付託處理公眾事務者都應建立課責精神，有義務主動向人民（包括國會、中介團體與一般社會大眾）

公開資訊、展現績效。

## 2. 建構台灣全民健保的課責機制

高效能的課責關係包括以下五項核心要素：(1)清楚的角色與責任；(2)明確的預期績效；(3)平衡期待與能力；(4)成果導向的績效測量與報告；(5)持續的改善與學習。

加拿大的經驗給我們的啟示是，台灣要建構健保體系的課責機制，首先應確認與健康保險相關的利益關係人，確立外部課責與內部課責對象；其次，應依相關法令釐清各利益關係人之間的角色與責任，以提出具體施政承諾或建立預期績效的協議書；第三，健保局應致力於發展兼具信度與效度的成果導向績效測量的指標，系統化蒐集相關的、即時的與精確的資訊；第四，根據績效指標向相關利益關係人提出報告，展現健保制度及其管理的績效。最後，也是課責機制最核心的意義，在於組織本身持續的改善與學習。

## 3. 政府決策應以實證導向原則，及早而頻繁地進行政策行銷

本諸課責精神，政府公務員有義務將政策及所依據之資訊，從具高度專業性的轉化為受眾能懂的文字與語言，及早、頻繁且主動地與利益關係人—長官、民意機關、政黨、中介團體、一般社會大眾溝通，以獲得回饋和爭取支持。

## 4. 建立內部風險管理機制

應以策略規劃的視野與思維，建立組織與制度的風險管理機制，有系統、有步驟地進行定期的組織（制度）診斷與策略規劃，根據風險評估規劃內部的稽核重點，再以稽核報告為本，擬定管理行動策略。

## 5. 檢證統計數據的品質

衛生署與中央健保局要向民意機關、中介團體與社會大眾展現健保的績效，應先建立所有提供數據的單位之共識，建立機制確保數據的品質。

# 目 錄

摘 要	
壹、考察目的	1
貳、考察人員名單	1
參、考察行程	2
肆、考察內容	3
一、聯邦政府健康照護治理	3
二、加拿大卑詩省健康照護系統之治理初探	14
三、加拿大聯邦政府衛生行政部門課責機制之設計與運作	21
四、加拿大卑詩省健康保險課責機制	37
五、資訊揭露與傳播	47
伍、心得與建議	57
一、考察心得	57
二、政策建議	60
參考文獻	63
附錄一	64
附錄二	65
附錄三	66
附錄四	67
附錄五	68
附錄六	69
附錄七	72
附錄八	74
附錄九	85
附錄十	89
附錄十一	94
附錄十二	98
附錄十三	106
附錄十四	112

## 圖目錄

圖一：「醫療部門聯邦/省府/地區聯合會議」架構圖.....	12
圖二：加拿大醫療衛生財務結構圖.....	13
圖三：公部門課責鏈.....	13
圖四：主要策略變遷圖.....	18
圖五：加拿大卑詩省健康照護系統組織圖.....	19
圖六：MSC 組織圖.....	20
圖七：加拿大審計總署、國會與行政部門間關係示意圖.....	25
圖八：加拿大衛生部組織圖.....	31

## 表目錄

表一：CIHI 所提供資訊內容.....	49
表二：CCHSA 所採用之品質面向與指標 .....	55



## 壹、考察目的

瞭解加拿大健康照護系統之治理與課責機制的運作成效，以供我國研擬全民健保相關措施之參考。

## 貳、考察人員名單

姓名	服務單位	職稱	考察單位及職稱
賴美淑	台灣大學預防醫學研究所	教授	行政院二代健保規劃小組 執行長
辛炳隆	台灣大學國家發展研究所	副教授	行政院二代健保規劃小組 政策評估組兼任主持人
張苙雲	中央研究院社會所	研究員	行政院二代健保規劃小組 政策評估組兼任協同主持人
郭昱瑩	世新大學行政管理學系	助理教授	行政院二代健保規劃小組 政策評估組兼任研究員
劉淑瓊	台灣大學社會工作學系	助理教授	行政院二代健保規劃小組 政策評估組兼任研究員
林昭吟	台北大學社工系	助理教授	行政院二代健保規劃小組 政策評估組兼任研究員
陳敦源	世新大學行政管理學系	副教授	行政院二代健保規劃小組 政策評估組兼任研究員
張四明	台北大學公共行政學系	副教授	行政院二代健保規劃小組 政策評估組兼任研究員
楊慧芬	行政院衛生署健保小組	組長	行政幕僚
高世豪	中央健康保險局稽核室	稽核	中央健康保險局稽核室稽核

## 參、考察行程

出國期間：民國九十一年九月二十九日至九十一年十月六日

日期	內容	拜會機構
9/29 (星期日)	啟程	搭機
9/30 (星期一)	1. 加拿大醫療衛生制度簡介 2. 加拿大醫療衛生制度聯邦/省/地區的權限 3. 加拿大健保制度之治理與課責機制介紹 (包括醫院服務、醫師服務、藥品服務三層面)	卑詩省醫療衛生產業發展處 (BC Health Industry Development Office)
10/1 (星期二)	圓桌討論：政府部門公費管理面臨的課題	卑詩省醫療衛生產業發展處 (BC Health Industry Development Office)
10/2 (星期三)	圓桌討論：衛生經濟與財務	卑詩大學 (University of BC)
10/3 (星期四)	1. 聯邦/省/地區之責任 2. 政府部門間之課責機制與加拿大衛生法之介紹 3. 政策發展與決策過程之回顧 4. 稽核課責局、內部審計過程與結果、處理、績效指標之介紹 5. 拜會加拿大醫療衛生研究院	1. 加拿大衛生部(Health Canada) 醫療衛生政策與溝通處、稽核課責局 2. 加拿大醫療衛生研究院 (Canadian Institute of Health Research)
10/4 (星期五)	1. 結果測量(result measurement)之介紹 2. 拜會加拿大醫療衛生科技評估中心 3. 拜會加拿大醫療服務評鑑審議會	1. 加拿大審計總署 (Office of the Audit General of Canada) 2. 加拿大醫療衛生科技評估中心(Canadian Coordination Office of Health Technology Assessment, CCOHTA) 3. 加拿大醫療服務評鑑審議會 (Canadian Council of Health Services Accreditation, CCHSA)
10/5 (星期六)	返台	搭機
10/6 (星期日)	抵台北	

## 肆、考察內容

### 一、聯邦政府健康照護治理

#### (一)政府組織與健保政策

一國的公共治理最基本的架構，就是該國憲法當中關於政府體制設計的部份，這一方面是該國的「權力地圖」(power map)，一方面也是各項公共政策運作的制度性環境(institutional environment)，這環境包括選舉制度(廣義的民眾授權結構)、行政與立法關係、及中央與地方關係等三方面，而加拿大健保政策制度環境中的「行動者」(actor)，大約可以分為一般民眾、民選政治人物、行政官僚、及醫療專業人員等。一般而言，加拿大民眾關心健保政策對自己醫療權利的影響，但是也願意付出相當的成本，將健保建構成為社會安全網的一環；再者，政治人物因為選票的需要，通常會主動提出許多健保政策的興革意見，最近爭議較大的問題，是加拿大聯邦政府是否已經盡力提供地方政府夠財源支持健保，是否在財政上有增加的空間；接下來，加拿大的健保行政官僚在聯邦層級約有 2500 員工，正努力從績效管理與政策分析的層面，在現有的法令範疇限制之下，提升加拿大人民的健康水平。最後，加拿大的醫事人員(醫生、護理、藥師、檢驗)若是與鄰國美國比較起來待遇較差，也就是說，加拿大醫療專業人才有被美國醫事環境「磁吸」(brain drain)的可能，目前加拿大的確有醫事人員短缺的問題，尤其是護士。

#### 1. 健保政策憲法法源

加拿大憲法對於中央與地方政府在健保相關政策上的「付託」(mandate)，有明確的規定。加拿大 1867 聯邦憲法對聯邦政府在對加拿大人民健康照護的要求上，只有第 91 條當中規定聯邦政府應該「建立並維護防疫與海軍醫院」(11 項)，與「關於原住民及其保護區」事務(24 項)等兩方面，由於加拿大憲法對於聯邦政府應負

責事項，有「除了在憲法當中條列出來的項目之外，其他都是各省立法機關的職權」的規定(29 項)，因此關於健保政策的制定與執行，都是省級政府的工作，依照憲法第 92 條關於省議會權力的項目當中，省議會在省內應「建立、維繫、並管理除了海軍醫院之外所有的醫院、避難所、慈善與救助機構」(7 項)。

## 2. 行政立法關係與健保立法

從行政立法的角度來看，加拿大憲法在中央與地方都選擇近似於英國的內閣制，內閣制最大的特色就是國會多數黨(或是多數黨聯盟)掌握執政權，也就是所謂行政立法融合(fusion)的設計，這種安排與美國憲法總統制將行政立法機關從制度上分離的方式明顯不同，在內閣制的政治體制之下，執政者的政治責任較易釐清，比較總統制國家發生「分立政府」的狀況(divided government：行政立法機關分屬不同政黨、或是沒有任何一個政黨可以同時掌控行政立法部門，就如今天台灣的政局)，行政部門執政者與立法部門共同負擔政策責任，政策責任因而較難釐清。然而，加拿大選舉制度是採單一選區相對多數決制(single member district-first past the post)，較利於製造多數政府，但是，如果政黨體系有超過兩個以上有實力贏取政權的政黨，則非常容易會產生執政黨議員的總得票率可能未過半，或是明顯低於反對黨得票率的狀況，比較不利於政策共識的形成。

## 3. 中央地方關係與健保執行

加拿大聯邦包括聯邦政府、十個省政府與三個地方，中央與地方政府之間，存在明確的分權規定，中央政府統理全國性的事務(包括稅收、國防、原住民事務等)，地方政府負責地方性的事務(地方稅收、教育、財產與民權事務等)，這種聯邦分權的設計，在健保

政策上，最主要有下列三點：

- (1) 公民健康照護主要是省政府的工作。
- (2) 除了原住民醫療照護的工作是憲法規定之外，中央政府不負責規劃、執行一般人民健保政策的任務，但是具有提供移轉性財源的義務，引導地方政府依照各自地域特性，進行最適於地方人民健康照護機制的建構工作，就形成財政學上的一種健保體制的「財政聯邦主義」(fiscal federalism)，這是財政學者所追求的一種兼顧效率與公平、集權與分權的聯邦主義概念。
- (3) 中央地方對於健保工作的協調、溝通、協商機制，是由中央/省/地方各級醫療衛生單位主管所組成的「醫療部門聯邦/省府/地區聯合會議」來進行(組織請參見圖一)，許多關於中央與地方關於健保政策的爭議(尤其是財政負擔比例問題)，都是在這樣的架構當中尋求解決的。

## (二) 政策宣示與立法緣起

「加拿大健康法」開宗名義指出加拿大國家健保系統的五項原則，這些原則讓加拿大醫療保險系統可以一方面維持它的自主性，但是另一方面又有全國一致的特色，尤其中央政府藉此五項原則來檢視地方健保系統，並與中央移轉性支付的決策掛鉤，在「財政聯邦主義」的效用之下，有效地整合加拿大的健保系統，這五項原則分述如下：

### 1. 政策目標

- (1) 公共運作(public administration)：各省的健保體系，必須是以非營利組織形態、以公權力機關為主的體系，而且該體系必須對地方政府(議會)負責。
- (2) 完整服務(comprehensiveness)：加拿大健保所負擔的範圍，應該包括一切必要的醫生與醫院服務。在住院醫療方

面，應包括病房、藥品、檢驗等內容，範圍可擴大到門診病人的需要，另外關於慢性病人的照護方面也應是需要加以列入。

(3)全民納保(universality)：對於加拿大國境內所有合格公民，都應享有健康保險的照應，並且每個人的納保條件都是相同的。

(4)服務無礙(accessibility)：對於各項在健保政策之下的醫師與醫院服務，必須無障礙地對每一位加拿大公民提供服務，也就是說，額外費用的收取將會妨礙這項目標的達成，沒有任何人可以因為年齡、收入、健康程度而受到不同的健康照護待遇。

(5)可移動性(portability)：加拿大公民不回因為在境內或是境外移動，而產生醫療照護的區別，然而所有的省政府對於加拿大公民出國的醫療保險都有一些限制，也可能要求在非急診門診項目上，人民應事先報備。

## 2. 「加拿大健康法」立法緣起

加拿大的健保系統歷經 50 年的轉變，大約在 1940 年代，加拿大醫療照護體系主要是以私部門提供為主，該機制運作主要是以個人或家庭的支付能力為核心。1947 年由 Saskatchewan 省所開始的一個只包含醫院服務的公共健保計畫，是加拿大公共健保的先河。接著在 1956 年，聯邦政府提出中央地方「50/50」成本負擔的公共健保計畫，主要是應用財政力量，試圖鼓勵各省依照聯邦政府的某些條件，建構各省的公共健保計畫；到了 1961 年，全部的省政府與兩個地方都與聯邦政府簽訂建構全民加保的公共健保計畫，初期大部份只包括住院的部份，而這些地方政府都因此得到聯邦健保經費的支援。

至於包含更廣的醫療保險(public medical care)也是起源於 Saskatchewan 省，包括在醫療院所以外的醫療服務，在 1968 年，聯邦政府正式提出醫療保險的法案，也是提供各省政府「50/50」成本分享的承諾，其背後的理由是地方政府無法獨立負擔健保的財務，必須由聯邦政府來支援，但是，聯邦政府也有義務，要在大原則上統一加拿大的健保體系，以節省整體運作成本。到了 1972 年，全國各地方政府都將醫師服務納入其公共健保體系，因此，這一年加拿大已經建構起全國醫療保險照護體系的雛形。

加拿大健保的前 20 年，中央與地方政府分擔成本的方式一直是「50/50」的方式，但是這種方式一方面對聯邦預算造成排擠壓力，另一方面有變相鼓勵地方儘量提出沒有成本觀念的健保政策的問題，因此，聯邦政府在 1977 年，將這種定比例的移轉性支付方式，改成以人口計算的「專款」(block funding)的方式從事移轉性支付，1981 年時，大約平均每位加拿大公民，獲得聯邦政府 448 加幣的補助(約台幣一萬元左右)。從 1977 年到 1996 年，加拿大聯邦政府對地方政府健保的移轉性支付，都是以人口為計算單位的權益(entitlement)支付，其方式可能包括稅額的移轉或是現金的移轉，稱為 EPF (Established Program Financing)。

這其中也包含中等教育經費的部份。最後，由於社福支出不擴大，甚至超越 GDP 的成長，加拿大政府於 1996 年將 EPF 改為 CHST(Canada Health and Social Transfer)，進一步減少聯邦政府的直接現金支付額度，轉以移轉稅收額度的方式進行。

1977 年之後，由於聯邦政府對地方政府專款式移轉性支付，讓

地方政府開始在聯邦政府要求的原則之下，進行健康服務提供制度的創新實驗，以求能做到更好的成本控制與全民醫療照護，例如加強社區醫療體系的建構，對於老人醫藥費的補助與孩童牙醫的補助等。

1979年由聯邦政府所組成的特別委員會(Hall Commission)，對加拿大健保體系進行體檢，雖然發現加拿大的健保體系在世界名列前茅，但是，該委員會也發現在加拿大健保的運作當中，地方上醫師或是醫院，在健保給付的範圍之外，仍然有收取病人額外費用的情況，這將危及加拿大健保系統最核心的「服務無礙」原則，而轉向以支付能力決定的架構。為了回應這種警告，聯邦政府於1984年以正式立法的方式，通過了「加拿大健康法」，明確表達加拿大健康保險系統的五項基本原則(如前述)，並清楚訂立罰則，讓不遵守這些原則的省或地方政府，受到一定聯邦言轉性支付的扣減，以達全國健保運作一致的原則。

加拿大聯邦政府至今仍然以這五項原則為基礎，來推動加拿大的健保政策，但是，近來也有學者與專家提出「永續經營」(sustainability)與「政策透明」(transparency)的呼聲，由Roy J. Romanow在2001年所組成特別委員會，正在進行加拿大健保政策的檢視工作，該委員會目前期中報告已經出爐，主要是從下列四方面，對加拿大健保體系進行全面評估：(1)人民價值、(2)財務與永續經營、(3)品質與接近程度、(4)領導、夥伴與責任，這其中加拿大人民對於二十一世紀加拿大健保，有下列四點期許，(1)增加健保公共投資，(2)健保成本與責任的分享、(3)健保私人選擇範圍的擴大、與(4)醫療提供系統的組織再造等方面。



由上可知，加拿大的健保體系以府際關係(intergovernmental relations)的制度環境為基礎，在「財政聯邦主義」的帶動之下，由醫院保險逐漸擴大到社區與藥品給付，並在一次又一次的改革當中，以漸進主義(incrementalism)的方式，不斷「修正」(fine-tuning)其健保政策，為加拿大人提供其歷史、價值、與政策焦點互相平衡之下，最好的健康照護服務。

### (三)政策執行

#### 1. 財務配置方面

加拿大健保維繫永續經營的治理結構，就是其財務，依據 Romanow 特別委員會的整理，我們可以分為公民、聯邦政府、省/地方政府等三方面來說明(如圖二)。

##### (1)公民方面：共有四方面的貢獻

- ①繳交聯邦稅
- ②繳交地方稅
- ③購買私人保險
- ④購買醫療服務

##### (2)聯邦政府方面：

- ①對地方政府的移轉性支付
- ②對弱勢地方政府的特別平衡補助
- ③建構國家級的健保與國民健康研究機構
- ④直接提供原住民、退伍軍人與軍人的醫療服務

##### (3)地方政府方面：

- ①在加拿大健康法之下，直接提供醫療院所與醫師的經費
- ②提供加拿大健康法並未提供的部份，包括家庭照護、長期照護、老年人藥品等
- ③建構地方層級的健保與國民健康研究機構

## 2. 聯邦衛生部的組織 (Health Canada)

### (1) 組織體制與權限

加拿大衛生部是一個包括六個部門的龐大單位，主要辦公地點是在首邑渥太華之外，在地方上也有六個地區分支機構。衛生部主要的工作有三個方面：①制定聯邦衛生暨健康政策，建立醫療照護系統；②健康維繫工作，包括疾病管制及傷害預防等全國性的工作；③原住民健康照護的所有議題。

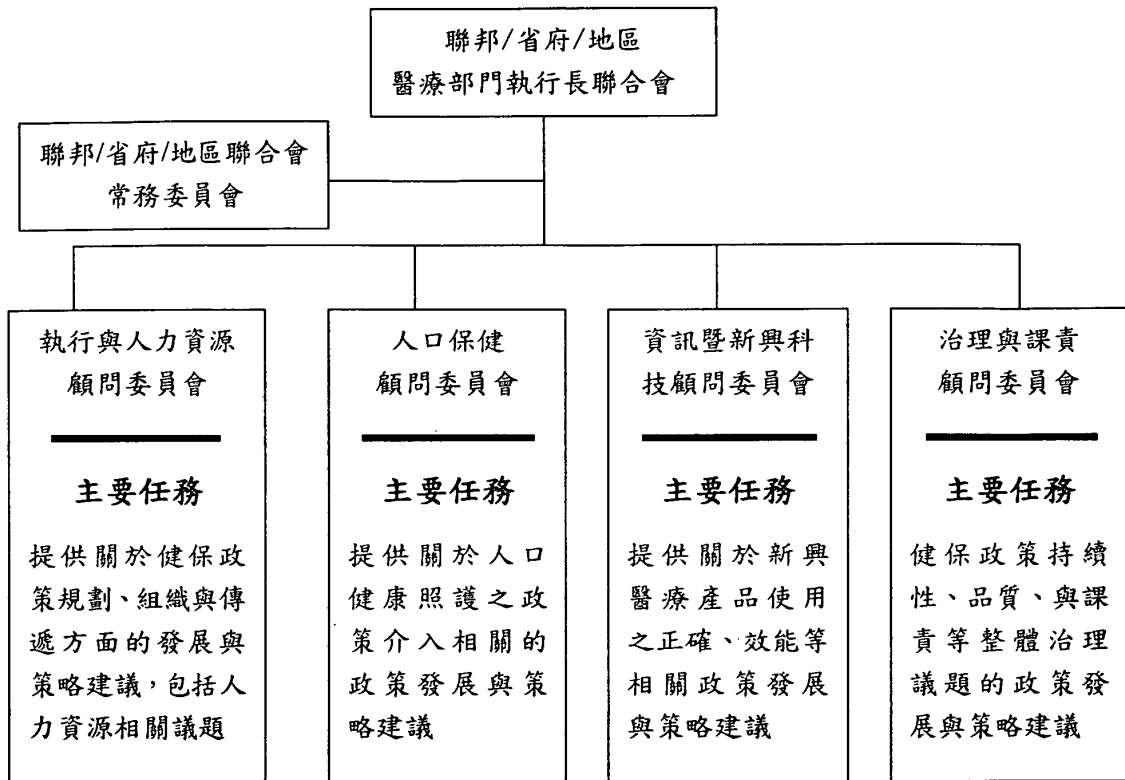
如果以部內的組織架構來看，共包括八個主要工作單位：①人口及公共健康部門，②食品及藥品管制，③環境及產品安全，④原住民健康事務，⑤資訊與統計部門，⑥管理服務部門，⑦健康政策及溝通部門，⑧病蟲害管制部門等，再加上六個地方分支辦公署，及一個「健康政策首席科學家」(chief scientist)的建置。

### (2) 中央與地方協力

中央與地方的政策溝通與連絡機制方面，由於加拿大的聯邦體制現狀，地方政府擁有絕大部份推行健保的責任，兩級政府對於健保政策最大的衝突點來自於 1. 加拿大健保五大原則的維繫級執行議題，該議題牽涉到地方政府間的競爭與平等問題，主要的監控與執行單位依然是聯邦政府的責任，2. 健保財務中央與地方負擔比例的問題，尤其後者，是近年來加拿大健保政策爭議的焦點，而民眾對於兩級政府每每無法達成協議感到不安，也是未來加拿大健保體制改革的重點。上述的政策爭議協調機制，通常是藉由「醫療部門聯邦/省府/地區聯合會議」(圖一)的機制來解決，充分展現聯邦主義相互協商的夥伴精神。

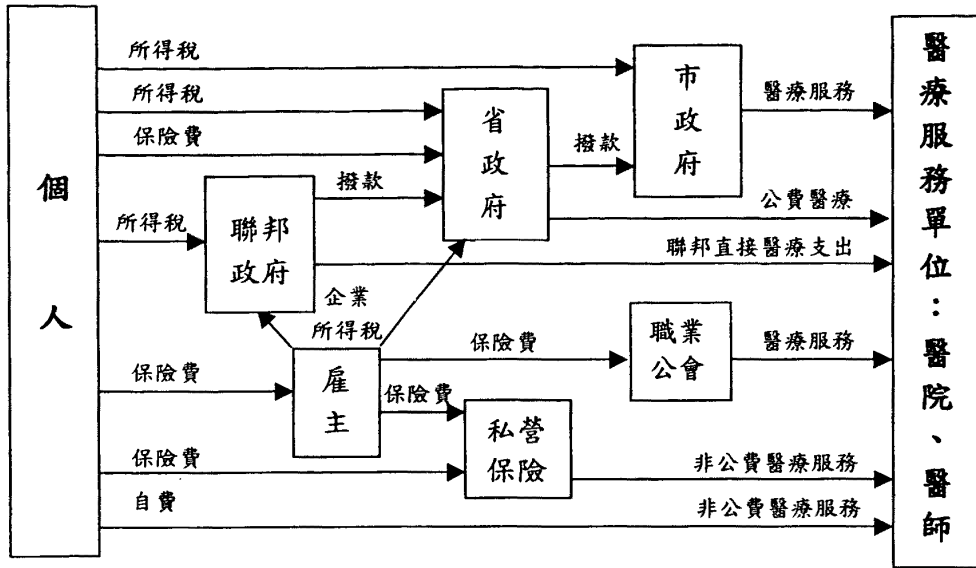
### (3)內部審計制度

加拿大衛生部門依照加拿大財政部「內部審計政策」(Policy on internal Audit)，制定一套完整的內部審計制度，依照財政部們「為人民爭取績效」(Results for Canadians)及「稅金換價值」(Money for Value)的概念影響之下，加拿大衛生部門的內部審計方向，以下列四方面為主，①以人民為本的審計，② 依循一套明確的公共服務價值的審計，③與績效管理配合的審計，④保障責任支出的審計。這種內部審計制度的設計，目的是要推動下面公部門「課責鏈」(the Accountability chain)的最起頭的部份(如圖三)。

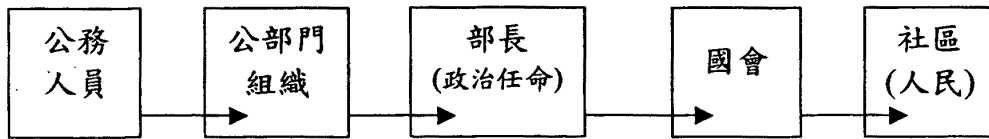


- 其他參與會議團體**
1. 加拿大器官捐贈與移植委員會(Canadian Council on Donation and Transplantation; CCDT)
  2. 加拿大健康資訊公司(Canada Health Infoway Inc; *Infoway*)
  3. 加拿大健康資訊中心(Canadian Institute for Health Information; CIHI)
  4. 加拿大健康科技評估中心(Canadian Coordinating Office on Health Technology Assessment; CCOHTA)

圖一：「醫療部門聯邦/省府/地區聯合會議」架構圖  
(Conference of F/P/T Ministers of Health)



圖二：加拿大醫療衛生財務結構圖



圖三：公部門課責鏈(——> 代表負責關係)

## 二、加拿大卑詩省健康照護系統之治理初探

(本文的撰寫以組織結構與參與者的描述，彼此之間的關係與動態性為主軸)

加拿大健康照護系統是一個由聯邦與各省的政府共同參與，但是主要的組織與服務輸送的責任是落在 10 個省和 3 領地之上。卑詩省的醫療服務大致提供給 99% 居住在該省的民眾，月繳保費若單身為 54 元加幣，一個家庭為 108 元加幣，政府並對於低收入家庭提供 20-100% 的保費補助。整體而言，每個省有自己獨特的健康照護系統，然而在聯邦政府律定的原則規範下<sup>1</sup>，所有省的計畫都具有相同的基本標準和特徵。由於本次地方政府層級的考察重點以卑詩省為主，因此以下的討論將著力於卑詩省健康照護系統的治理經驗。

### (一) 健康治理系統改革的背景

在 2001 至 2002 年間，卑詩省健康照護系統的管理進行一系列重大的改革。制度的背景大致出於三項因素。其一，由於人口成長、高齡化社會來臨、新的科技和藥品、疾病型態不斷推陳出新，卑詩省居民對醫療服務的需求也隨之升高。其二，許多結構上的障礙因素也不利於支持高品質及永續性的病人照護；例如，急診室被用在別處可以廉價提供的服務用途之上，傳統的給付制度鼓勵醫師擴大門診量而非持續的照護，過多的地區管理機構非常不易協調且流於僵化。其三，有關人力資源的長程策略、資本設備的長程規劃以及資訊科技需求等議題，整個治理系統的關注程度明顯不足，再者地方健康機構與政府的課責關係也顯得薄弱。有鑑於上述多層次的挑戰，唯有積極推動治理制度的變革，才可能達成健康照護系統永續經營的目標。

---

<sup>1</sup> 1984 年加拿大健康法(Canadian Health Act)揭示的五項基本原則包括：普遍性(Universality)、完整性(Comprehensiveness)、接近性(Accessibility)、可攜帶(Portability)以及公共行政(Public Administration)，這些原則即成為加拿大醫療照護系統的重要規範。

## (二)治理系統改革的主要策略

經過核心評估(Core Review)過程的結果，卑詩省政府採取三項主要的策略來追求高品質、病患中心的照護，並冀望能建立一個永續性的健康照護系統。這些策略環繞於：1. 更好的規劃與管理、2. 符合病人的健康需求、以及 3. 長期的永續性等三個主軸，各個面向策略變遷的重點，參見圖四。

## (三)省級健康治理系統的組織型態、功能區分

在 2001 年 6 月時，原有健康與老人照顧廳(Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors)重組為兩個部門：健康規劃廳(Ministry of Health Planning)和省衛生服務廳(Ministry of Health Services)。其中，健康規劃廳旨在於針對健康服務提出長程的規劃，分別設置策略變遷動議科 (Strategic Change Initiatives Division)負責特定方案的設計，以便改善醫療服務的品質、接近性和效率；另成立規劃、政策與立法科 (Planning, Policy and Legislation Division)針對健康照護系統，發展出長程的計畫、標準與一個廣泛的課責架構；還有將省級的健康官員辦公室(Office of the Provincial Health Officer)移到健康規劃廳之下，職司疾病預防的策略發展工作。相對的，健康服務廳負責執行醫療績效的期望，監測地方管理機構的成果，辦理醫療服務計畫、藥局管理及緊急服務等事項，分別由醫療院所服務與課責(Corporate Services and Financial Accountability)、績效管理與改進(Performance Management and Improvement)、醫療與製藥服務(Medical and Pharmaceutical Services)等部門負責推動，此一層級都設有助理副廳長(Assistant Deputy Minister)的職位。特別值得一提的，在健康規劃廳與健康服務廳之間並建置一個副廳長(Deputy Minister)的協調聯繫職位，來從事類似於「跨域管理」的整合工作，其下並設有

執行總長(Executive Director)協助各種溝通事項的進行；再者，除了健康醫療服務的功能之外，新的治理架構更強調和中長期與居家照護(Intermediate, Long Term and Home Care)、精神健康業務(Mental Health)的整合。參見圖五加拿大卑詩省健康照護組織系統圖。

醫療服務委員會(Medical Services Commission)是根據醫療保護法(Medicare Protection Act)而創設，代表卑詩省政府來管理醫療服務計畫(Medical Services Plan)<sup>2</sup>。醫療服務委員會的目標在於：一方面要確保所有卑詩省居民享有接近醫療資源的合理管道，另一方面要確保醫療服務的條款與給付是以有效果而且經濟的方式運用。醫療服務委員會的成員九人，三位代表來自政府部門，三位來自卑詩省醫療協會，還有三位是由政府與醫療協會聯合推薦的民間代表，這種組合方式是為了確保政府、醫師和民眾的代表，對於醫療服務計畫的運作都有參與機會和發言的權利。委員皆由副省長任命，並對卑詩省的衛生服務廳來負責，其下並設置各作業單位和資源管理單位，如圖六醫療服務委員會組織圖所示。

#### (四)地區健康管理機構的分佈、治理觀點與組織型態

為了化解許多結構上的障礙問題，區域性治理結構也進行大幅重組改革，稍候在 2001 年 12 月間，地方管理機構由 52 個大幅整併為 6 個。依照地理特性、病人求醫和醫師的轉診型態，卑詩省大致被劃分為 15 個醫療服務區，並分別由 5 個管理機構來規劃、協調各地區的健康服務，這五個單位分別是：西北管理機構(Northern Health Authority)、內地管理機構(Interior Health Authority)、溫哥華管理機構(Vancouver Health Authority)、溫哥華海岸管理機構

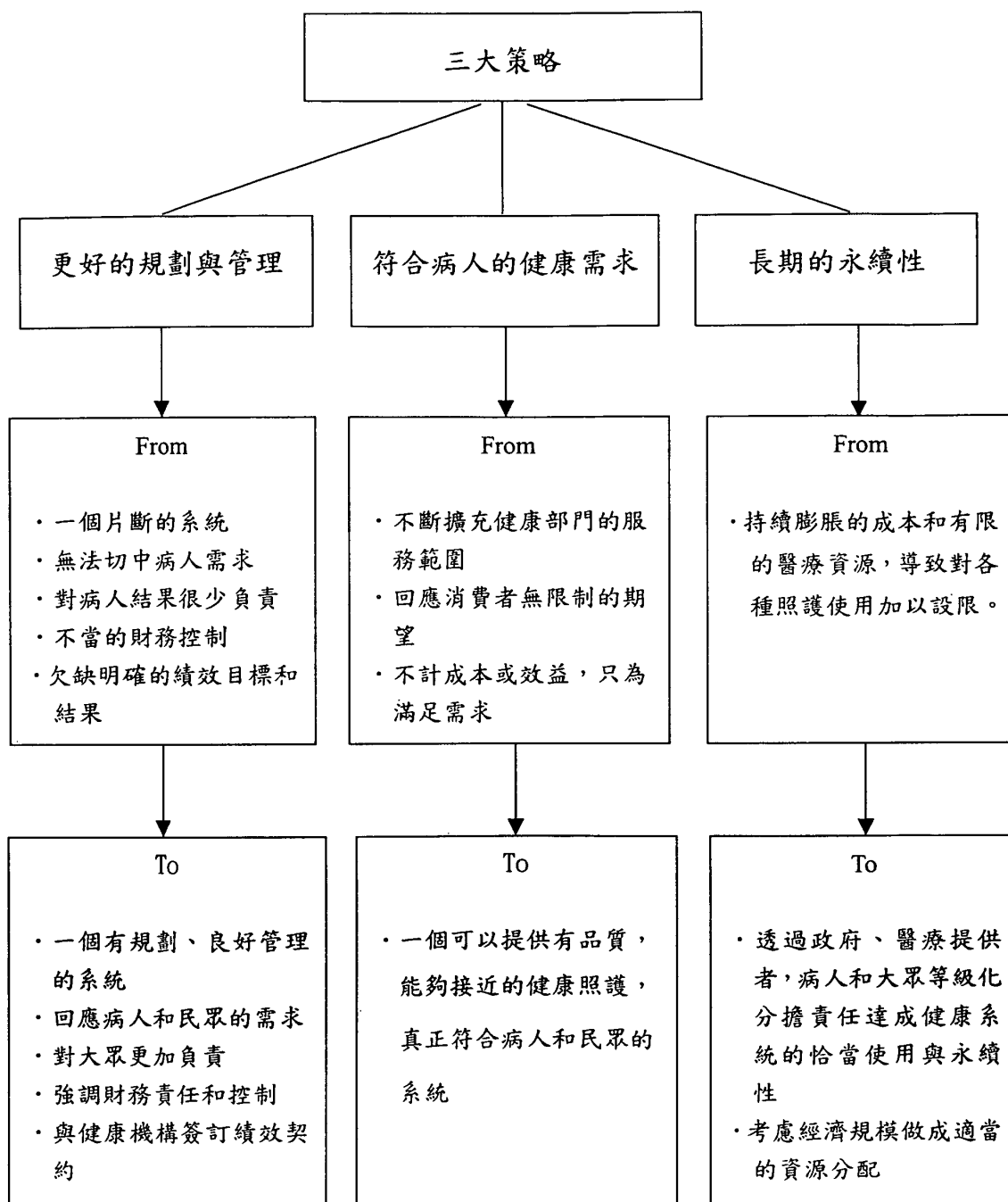
---

<sup>2</sup> 卑詩省的醫療服務計畫創立於 1965 年，是一個由政府資金支持的醫療和健康照護計畫，給付項目包含醫療所需的一般科別及專科服務，實驗室檢驗及診斷程序，如 X 光、超音波檢查，醫院實施的牙齒或口腔手術。醫療服務計畫的努力目標包含：提供公平的醫療及健康照護服務，確保所有合格的卑詩省居民享有醫療保障，確保服務輸送的品質，以及確保醫療資源的有效利用等。



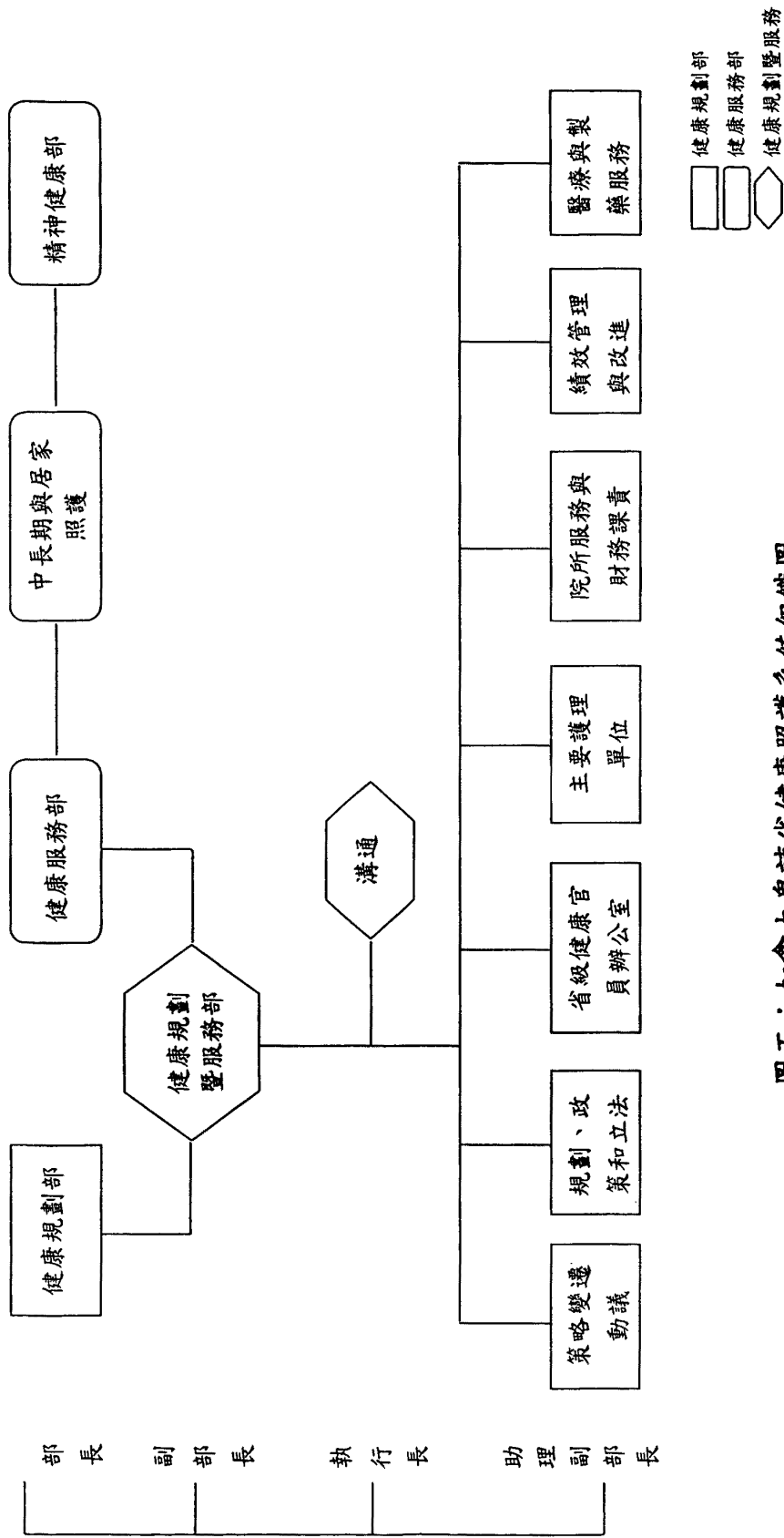
(Vancouver Coastal Health Authority)、福瑞塞管理機構(Fraser Health Authority)。另外，在健康部之下建置一個省級的健康服務管理機構(Provincial Health Services Authority)，來填補各區域無法提供的某些特殊服務，還有促進各省對於改善服務輸送的協調整合工作。

健康治理系統的改革不僅止於組織結構的重組，同時也擴及預算資源的配置由單一年度改為三個會計年度，以便讓各區域管理機構可以預先對資源的運用進行規劃。更重要的是，對各區域管理機構並設定有省的課責機制，包括預定在 2002 至 2003 年開始實施的服務標準和績效協議制度。這個治理系統將地區人口的特徵及相關的健康需求納入考慮，並希望能達成醫療服務的公平性與透明化的目標，在在顯示一個能夠規劃與被課責的系統，是新治理制度優先考慮的重點。各地區管理機構設置區域醫療理事會(Regional Board)和醫療諮詢評議會(Medical Advisory Council)，理事會之下分別設置：財務委員會、品質委員會及資本委員會，理事(Boards of Trustees)是由衛生服廳長直接任命而非選舉產生，衛生服廳長通常會從各社區代表中選任來並提名 12-18 人；理事的工作為無給職，任期為 2-3 年，理事代表須向所服務的社區來負責，主要的職責包含：針對地區健康服務的任務與願景、策略規劃、組織績效做成重要的政策決定，還有選任理事會的執行長(CEO)和管理幕僚人員，理事會執行長的職責在於：  
1. 領導和發展策略規劃、2. 解釋和執行理事會的政策決定、3. 針對重要議題向理事會提出報告、4. 建立基本操作政策與程序、5. 維持理事會主席與管理幕僚的關係。卑詩省的健康治理系統趨向地方分權化、區域化的型態，威信有助於針對地方民眾需求做成更佳的決策，醫療服務可以達成更佳的整合與協調，以致於實現用相似中央系統的成本獲得更有價值服務的理想。



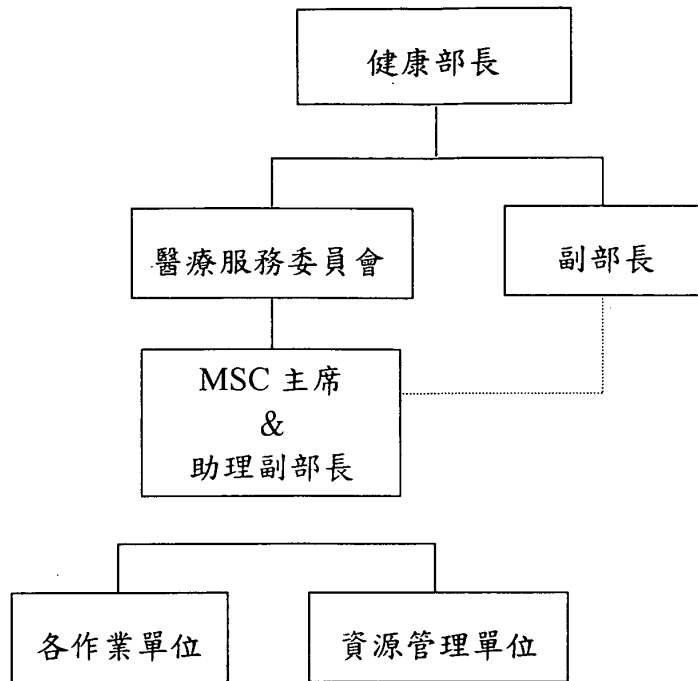
圖四：主要策略變遷圖

資料來源：British Columbia Ministry of Health Service, YEAR-AT-A-GLANCE HIGHLIGHTS.



圖五：加拿大卑詩省健康照護系統組織圖

註：本圖省略助理副部長所轄之分支單位  
資料來源：British Columbia Ministry of Health Service, 2001/02 Annual Report



圖六：MSC 組織圖

資料來源：British Columbia Ministry Industry Development Office.

### 三、加拿大聯邦政府衛生行政部門課責機制之設計與運作

#### (一)前言：醫療衛生公共管理新趨勢—課責制度

加拿大聯邦政府近年面臨十分戲劇性的變革，傳統管理方式與公共服務輸送模式受到民眾對服務品質期待之升高、財務短絀、聯邦政府與省政府間關係的改變、人口快速老化的挑戰、資訊科技一日千里、經濟與政治的全球化以及公民參與的呼聲等因素的挑戰，執政的自由黨提出「新治理」(“New Governance”)主張，展開若干變革。這些變革包括 (Health Canada, 2002:2):

1. 公部門更倚重另類的服務輸送 (alternative delivery approaches)，責任可能因此移轉到第三部門，然而課責仍歸屬於原有的機關。
2. 最近聯邦政府的行動包括「為人民爭取績效」(Results for Canadian) 與國庫委員會的評估政策 (Treasury Board's Evaluation Policy) 都聚焦在成果導向的管理 (result-based management)，或稱實證導向的實務運作 (“evidence-based practice”)，這也是近年加國政府革新的中心議題。
3. 在管理上有必要賦予更大的彈性與自主性，並且在此同時對公部門賦予更高的課責要求，以實質提高聯邦服務方案輸送的效率與效能。
4. 加拿大社會大眾要求提高政府支用公帑的透明度 (transparency) 的呼聲越來越大。
5. 資訊科技改變了業務的執行，創造了新的夥伴關係之可能性以及新的服務輸送機制。
6. 逐步成形的聯邦主義 (federalism) 顯示政府不能無視於民眾的需求而運作。和省政府及特別行政區政府合作的 The Social Union Framework Agreement (SUFA)，就是不同層級政府之間新型態的夥伴關係，基本上已改變了傳統課責關係。

為回應這些變革，加拿大政府提出「現代治理與管理原則」，重申公部門內建構健全的課責機制（accountability mechanisms）之重要性，並從而發展出一套方法學（methodology）以實際落實課責的評估。

在醫療衛生領域，加國執政的自由黨政府在九月三十日發表的一項重要施政報告中指出：即將在十一月由前 Saskatchewan 省省長 Roy Romanow 主持的委員會提出對未來加拿大醫療保健規劃的報告後，由總理 Jean Chretien 於 2003 年初召開一項部長級會議，討論加拿大醫療保健體系全面改革計畫，該計畫除承諾聯邦政府將對省政府做必要的長期資源投入外，該報告特別強調執政的自由黨政府要加強對加拿大人民的課責（<http://ca.news.yahoo.com/020930/6/paxx.html>）。加拿大助理審計長 Dr. Maria Barrados（2002）在台灣一項由審計部與衛生署合辦的研討會中也指出課責制度為加拿大健保未來的七大主流趨勢之一<sup>3</sup>。

質言之，課責機制及其運作在醫療衛生行政部門，乃至於整個聯邦政府，重新受到重視，究其因在於它創造了一個以結果為導向、透明的管理文化（transparent management culture），將政府與社會大眾之間的關係緊密聯結在一起。

## （二）加拿大聯邦政府衛生行政部門的課責機制

### 1. 課責的精神與意義

在聯邦政府層級，審計總署（Office of the Auditor General, OAG）被賦予對行政部門外部稽核的重任，它定義課責是（Health

---

<sup>3</sup>加拿大助理審計長 DR. Maria Barrados 在台北的一場「醫療保健績效管理」研討會中指出，當前加拿大健保的七大主要趨勢分別為：現行制度的永續發展（sustainability of current system）、專業人才（professional human resources）、科技（technology）、課責制度（accountability）、藥學（pharmaceuticals）、病患安全（patient safety）、錯誤管理回饋資訊系統（system error-management）。

Canada, 2002:3):

「一種依照共識的期待，建立在呈現績效的義務，以及對績效負起責任之上的關係。課責需要具備行動 (actions)、程序 (processes)、輸出與成果 (outputs and outcomes)，並在組織價值與倫理、專業標準、立法的與法令的要求之脈絡中，執行課責的承諾。」

由於政府的每一分錢幾乎都來自人民的稅收，因此形構出所謂的「課責鏈」。公部門機關及其中的工作人員有義務向國會與社會大眾提供相關的、精確的、堅實的與即時的資訊，交代公帑如何被支用與管理，提出成果績效報告，對其決定與行動負起責任，並且服從適度的外部監督。

加拿大聯邦政府在過去幾年為支持各部門達成更好成果管理及改善課責，曾採取若干行動（參附錄一），國庫委員會也要求各部門個別發展一套工具——「以成果為基礎的管理與課責架構」（Results-Based Management and Accountability Framework, RMAF），旨在透過促成所有的夥伴對他們的個別的角色與職責，行動的目標，所欲達成的成果，以及完成目標之測量與報告的方法等，建立一個共同的瞭解，以達成高效能的課責（附錄二與附錄三）。

由以上的資料以及在加拿大的訪談中，訪查團的成員從不同層級的政府部門、政府的不同單位，均一再地感受到加拿大政府在這一波行政革新中課責精神的再強調，並非只停留在執政政黨的宣示性政治修辭語言，而是在國會部門的審計總署與行政部門的國庫委員會，在聯邦政府的每一部門，有層次地在部門與方案的層次發展與使用「績效架構」；增加更多的工作人員，對各部門管理者提供績效測量上量身訂做的訓練，以厚植落實績效測量所需的文化與能量，強化部門的評估功能，並對方案管理者提供即時的回饋；他們也積極發展工具與程序，以期對績效加以測量、評估、報告及改善；

撰擬鎮密作業規定與操作手冊等等。

以健保為例，儘管衛生行政次長會議 (Conference of Deputy Ministers of Health) 方才依 2000 年 9 月第一次部長協議，於 2002 年 9 月提出 67 個聯邦政府、省政府與特別行政區政府彼此同意的有關健康狀況、健康成果與服務品質上建構可比較之健保醫療指標，但我們看到的是加拿大政府的課責機制已啟動，政府部門組織內的自我檢視 (self-examining)、組織間的相互評比，以及對人民的課責承諾正逐步落實當中，可說是向所有的加拿大人民展現其課責精神邁出一大步。

## 2. 課責制度的實務運作

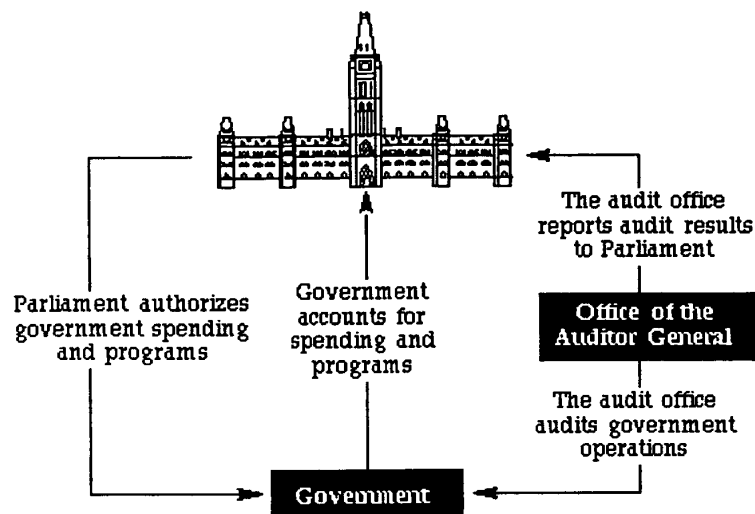
### (1) 外部課責機制—加拿大審計總署

#### ① 組織簡介

加拿大審計總署是一聯邦層級機關，法定職掌係針對各聯邦部門 (包括衛生部) 之組織與支出進行稽核，以協助政府更有效地管理。組織上它是隸屬於國會的一個獨立運作機關，其願景在促成「一個承諾永續發展的負責任的、誠實的與具有生產力的政府」，承諾讓加拿大人民耳目一新。該署執行獨立的稽核與檢視，對國會提供客觀的資訊、建議與保證，致力於促成政府運作的課責與最佳的實務運作 (參圖七)。為達成使命，審計總署的具體作為包括：

- a. 對政府財政與其他資源做到公平而誠實的會計；
- b. 提升公共服務的效能與生產力；
- c. 提高政府活動的成本效能；
- d. 在令人滿意與令人不滿意的施政作為上做目標的確認；
- e. 服從上級主管權威；
- f. 制止欺騙與不誠實。





圖七：加拿大審計總署、國會與行政部門間關係示意圖

在機制設計上，1977年訂頒的「審計長法」清楚規範審計長的職責（附錄四），審計制度透過以下安排來落實課責精神（Barrados, 2002）：

- a. 審計總署為國會議員提供必要資訊，以確保政府對國會負責。
- b. 審計長率審計團隊出席「國家決算委員會」發表審計報告，該委員會由反對黨的議員擔任主席，以發揮立法與行政的制衡功能。
- c. 在聽證會上對受審核部門的首長進行質詢，審計長列席說明。
- d. 受審核部門必須向「國家決算委員會」報告針對審計總署所提建議的改善措施及其執行進度。

## ②聯邦層級審計實務運作

在此次加拿大審計總署的訪查中，有以下幾項重點：

#### a. 課責機制的最終目的在現況改善與問題解決

在審計總署的訪問中，成果管理主任 Mr. Barry Leighton 特別說明，由於審計部門批評聯邦各部門的目的不在於為難或羞辱任何一個組織與個人，而是著眼在實務運作的改善與問題的解決，因此，從啟動稽核到完成報告定稿長達 6 到 18 個月，過程中有鑑於各政府部門政務之專業性，多科際的稽核團隊會在稽核流程中與一群由專家組成的顧問委員合作無間，檢視稽核結果，並提供建議。

審計總署對聯邦各部門內的稽核單位（如：加拿大衛生部的稽核與課責局即為審計總署的對口單位）之基本態度為禮貌卻堅定，各部門除透過部內稽核單位與審計總署團隊保持密切而流暢的溝通，以確定審計官對問題的瞭解正確無誤外，對於審計總署所做的審計報告初稿也要提出回應，通常各部門會遵從審計總署的建議，並在結論報告定案之前主動採取改善措施，因此在報告公諸社會大眾時，多半審計總署提出的質疑與問題，行政部門均已有具體回應，觸發媒體或政治人物攻訐的可能性就較低，產生的政治衝擊也較小，不失是一個務實的做法。

Mr. Leighton 也強調，另一方面，審計總署對於她們和由反對黨國會議員擔任主席的「國家決算委員會」間關係界限審慎以待，對於提出審計報告的時機、方式與措詞也相當注意，以免審計報告以制衡之名淪為政黨之間的攻訐工具，扭曲審計制度設計的原意。

#### b. 文化共識與制度設計共同支撐審計長之獨立性

審計長執行獨立聯邦政府運作之稽核工作，協助落實課責精神。這些稽核提供國會議員—尤其是反對黨的議員，客觀的資訊，以協助他們檢視政府施政，並要求行政部門負責。為使審計長有效能，客觀為首要原則，為此，國會採取各種措施，以維護審計長不受政治力之左右與政府之支配。目前審計長不受政府或執政政黨的支配，而且指派的任期是十年。行政運作上，該總署可自行招募工作人員，並自行設計雇用任期與工作條件。審計長有權利要求各政府部門與機構提供任何依照審計法規定執行其工作所需的各種資訊。

在實務運作上，審計長如何維持其獨立性是訪查團成員相當關心的議題。Mr. Barry Leighton 表示，一則在加拿大的組織設計與政治文化中，審計長本身即是一專業而尊榮的職位；二則審計總署的年度經費預算是由整體國會所決定，非個別組織或個人所能左右；三則加拿大朝野及人民都深信，維護一個獨立行使職權的審計總署是一件好事，任何政黨、國會議員或政府部門意圖破壞審計總署的獨立性而被揭露，將是十分困窘的事，這些信念與共識正是支撐加拿大審計制度運作的重要基石。

### **c. 確保統計數據的品質是績效審計的先決條件**

此次在加拿大拜訪的各部門均不斷強調「實證導向」。本身主責加拿大統計局審計工作的 Mr. Leighton 在訪談中，特別提醒：確保統計數據的品質是績效審計的基礎，所謂統計資料的品質包括精確度、即時性與關聯性三個面向。一個組織所生產出來的統計數據品質，直接關乎該組織的公信力，也牽動該組織的決策品質與管理績效，不夠精確的數據將誤

導決策者的決策基礎，也不能真實呈現組織的運作績效，並據以採取改善行動。不僅聯邦政府各部門如此，各醫療院所都不應該只是不斷地製造與提供數據，而應先致力於數據品質的提升。

### ③2002 年審計總署對衛生部的審計報告

加拿大審計長 Ms. Sheila Fraser 於今年 10 月 8 日在一份提交國會的報告（“2002 Reports of the Auditor General Canada”）中，批評衛生部的表現整體而言令人失望。她表示衛生部雖然以「醫療保健的捍衛者」自居，卻未能積極以實際行動解決問題，以致於未依法（即：加拿大衛生法，Canada Health Act）行政，此一問題審計長在三年前即已提出，惟進展有限，步調不夠快，力道不夠強。在這份審計報告中，審計長直言衛生部的缺失如下：

- a. 由於聯邦政府無從追查省政府如何支用聯邦補助款，因此它事實上無法掌握在省政府層級，經費是否依法被真正用在醫療保健之上。Ms. Sheila Fraser 認為政府有義務提供充分的資訊，如此國會議員才能做明智的決策，也才有可能在具備知識的基礎上，就未來醫療保健制度的規劃進行討論與對話。
- b. 聯邦政府在制度設計上是以整筆撥款移轉由省政府自主支用在醫療保健、社會救助與教育等施政項目之上，這使得加拿大人民無從得知其中經費支用的細節。無法知悉聯邦政府究竟挹注多少經費到醫療保健之上。
- c. 聯邦政府在確保省政府遵從健保法規（rules of medicare）之上做得不盡理想。
- d. 對社會保險人數的估算，未經身份與公民權認證即提出，

數據品質欠佳，失之草率。2001年的普查統計加拿大二十歲以上的人口數為二千二百萬人，但衛生部的統計卻顯示社會保險人數高達二千七百萬，顯然其中有誤。

- e. 衛生部監控疾病不力。衛生部對於過去的審計建議雖試圖改善但成效不彰。Ms. Sheila Fraser 乃希望透過每年針對一個過去提出的建議進行追蹤審計 (follow-up auditing)，有助於推促各行政部門針對審計建議採取具體行動。
- f. 審計長所提的年度審計報告，經常成為萬方矚目之焦點，經由媒體大幅報導，牽動社會大眾廣泛而熱烈的討論，形成另一種課責的壓力 (<http://www.theglobeandmail.com/>)。

## (2) 內部課責機制—衛生部稽核與課責局

### ① 組織簡介：「稽核課責局」與「稽核與評鑑委員會」

加拿大衛生部宣示做為一個對人民負責的公部門組織，將持續地致力於讓加拿大民眾知悉政府的相關政策與方案及其對他們健康的影響。它也透過運用品質最佳、可取得之實證證據，將決策重點放在健康成果之上。因此，該部規劃以下三個主要的行動：

- a. 改善課責的測量 (improve accountability measures) ；
- b. 推動以結果為基礎的管理原則；
- c. 培養一個變型為「成果導向的決策與績效管理」之持續文化轉變 (culture shift) 。

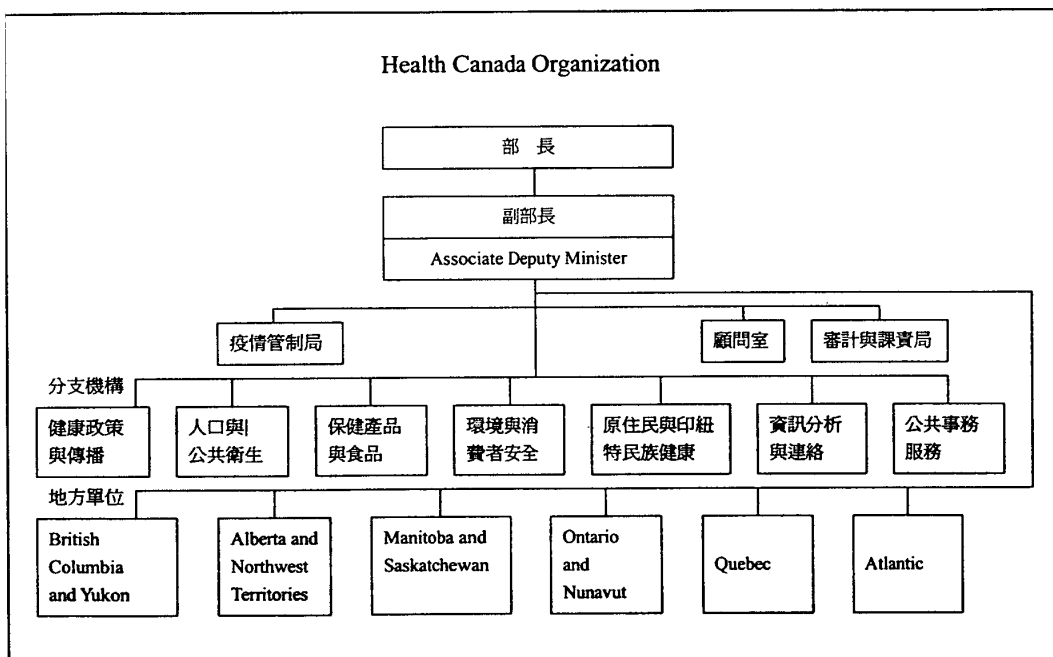
在衛生部內的課責機制除了層級節制課責 (hierarchical accountability) 或所謂管理課責 (management accountability) 由部內既有的行政命令連鎖關係所節制之外，加拿大衛生部之

下設有部門管理與行政業務 (Departmental Management and Administration)，其目標在為加拿大衛生部的方案，以及跨部門間良善的管理實務，提供有效的支持。該業務部門設有「稽核課責局」(參圖八)，是衛生部內執行獨立稽核的權責單位，監督部門落實有關價值與倫理的職責，並直接對衛生部次長負責，再由該次長對國庫委員會提出相關報告，衛生部的稽核課責局與聯邦政府層級的審計總署並無行政上的從屬關係。

簡言之，該局扮演組織內的內部稽核、風險管理 (risk management) 及與部內審計總署連繫的角色。反映在組織設計上，稽核課責局之下設有四個科，職掌分別為：倫理與價值 (ethical and value disclosure)、法庭稽核 (forensic auditing，處理公務員違法情事)、稽核操作 (audit operations) 與規劃和聯繫 (planning and liaison)，各科依協議之服從稽核行使職權，除依國庫委員會的內部稽核準則之外，加拿大衛生部由於主管業務使然，在不違反該原則下，也要符合相關的專業標準。

國庫委員會的準則中規定，為落實聯邦部門內部稽核政策，部門內應組織一個「內部稽核委員會」(Internal Audit Committee)，其組成成員人數在三至五人之間，視部會組織規模而定，層級上不低於助理次長，挑選具有能力、經驗與興趣者參與，以期做出高效能的貢獻。該委員會原則上由次長或助理次長召集並主持，儘可能賦予該委員會獨立性與客觀性(參附錄五)。加拿大衛生部因應此一規定，在部下成立「稽核與評鑑委員會」(Audit and Evaluation Committee, A & EC)，處理高層次的策略議題，以及在稽核、課責、績效測量、評鑑，

價值和倫理上持續的議題，兼具監督稽核與評鑑兩大功能。該委員會由次長擔任主席，成員包括：助理次長、資深助理次長、地區主任、國庫委員會秘書處代表、稽核課責局的主管，以及部門方案評估組主任，另，審計總署指派一位代表前來擔任觀察員。此委員會每雙月開一次會，由課責稽核局與部門方案評估組擔任幕僚作業，所有的稽核報告都必須要經過委員會核定通過。



圖八：加拿大衛生部組織圖

## ②加拿大衛生部的內部稽核政策與運作

在衛生部訪查行程中，有以下幾項重點：

### a. 政策的發展與制定應尊重專業幕僚，以實證導向資訊做為決策基礎

訪查行程安排加拿大衛生部之下的健康政策與溝通處 (Health Policy and Communication Branch) 中政策、規

劃與優先性部門 (Policies, Planning and Priorities Directorate) 政策科主任Ms. Phyllis Colvin，向成員詳細說明加拿大衛生部、內閣的與國會之間的協調與互動關係及公共政策的決策過程。

Ms. Phyllis Colvin指出，每一重大醫療保健政策（例如：人工生殖）從擬議到轉化成執行，有其生命週期，做為一個決策者與專業政策分析團隊都瞭解政治在當中可能產生的左右力量，但仍謹守實證導向原則，提供充分而精確的科際整合資訊，進行風險—效益及倫理評估，將相關議題與檔案做橫向連結統整，提出各種可能的選項及其分析，以善盡支援決策的幕僚職責。

在加拿大衛生部中政策發展與形成過程中，還要致力於將政策分析的結果轉化成 (translate) 各利益關係人能夠理解的語言，及早而且頻繁地 (come early, come often) 以各種公共論壇的形式，與各相關人士、委員會進行「政策對話與辯論」(policy dialogue and debate)，以提高政策勸服力與社會接納度。

#### **b. 應建構內部稽核政策**

加拿大衛生部的稽核政策主要是依國庫委員會2001年7月所頒訂的「內部稽核政策」發展出來。聯邦政府的內部稽核政策重點在於根據組織的需求，鎖定的風險範圍，針對發掘的問題向部門資深管理階層（部會級的次長或助理次長在加拿大被賦予主導內部稽核之責任）提出報告，並擬定補救行動之建議。



為使內部稽核行動獲致有意義的結論，提供有意義的資訊給次長及資深管理階層，國庫委員會認為各部門有必要先建立一套適切的標準。設定標準的原則為信度、中立性、可理解與周延性。國庫委員會進一步指出在聯邦政府層級一般可接受的標準應根據：a) 法案與規章；b) 政府政策，指導原則或標準；c) 風險管理、管理控制架構、績效資訊，以及其他由加拿大政府所提供的指導原則；d) 專家意見；e) 次長的指示。

### c. 定期進行部內稽核與風險因子分析

根據加拿大國庫委員會之「內部稽核政策」，內部稽核不同於評鑑，旨在提供部門次長專業的保證服務（professional assurance services）。所謂的「專業的保證服務」是針對事實證據進行客觀的檢視，其目的在：提供一個風險管理策略與實務運作、管理控制架構與實務運作，及支援決策與報告所需的資訊之獨立評估。衛生部次長是內部稽核結果的主要使用者，其他聯邦機關、國會及一般社會大眾則是潛在使用者。

透過內部稽核可協助次長及資深管理階層：

- a) 先期確認組織的哪些部門運作曝露在高風險之下；
- b) 追蹤掌握組織內真正的實務運作；
- c) 評估可及與適當的補救行動；
- d) 襄助決策者客觀地評估方案或政策的成果；
- e) 將內部稽核結果整合到優先性的設定、規劃與決策程序之中。

「風險管理」是現代企業管理實務中普遍而重要的技術，積極目的在保護、善用與增加組織的資產，所謂的資產包括有形與無形資產，例如：組織公眾形象、社會聲望等；消極目的則在早期發現與評估組織管理與發展的潛在問題，並研擬對策因應，以期組織的損失降到最低。運用到公部門風險評估，是在組織內建立一套診斷與預警制度，微視面關注個別公務員之健康、安全等人力資源管理議題，宏觀面則以策略思考進行組織與制度診斷，早期發現問題、預防問題，針對高風險因子提出相應的管理作為。

加拿大衛生部的稽核與課責局擔負評估、示警與建議的責任。他們引導次長及資深管理階層確定組織最大的風險源，並建議可及與適當的補救措施。在實務運作上，Mr. Lacasse舉例說明，助理次長、主任與地區主任進行組織診斷，共同研判鎖定衛生部的高風險議題（High Risk Issues, HRIIs），在2002年被認為是衛生部風險因子者包括：a)課責策略；b)契約委託稽核；c)契約委託評估；d)追蹤稽核；e)人力資源策略規劃等，稽核與課責局隨後即根據這些部門高風險議題規劃稽核計畫。Mr. Lacasse特別強調，組織的內部稽核與風險管理的運作，能否充分發揮功能，除了要有一個高素質、立場公正、獨立運作、積極主動的稽核與課責單位之外，主管此一業務的次長之重視、信賴與大力支持，更是不可或缺的要素。

### **(三)政策建議**

#### **1. 對社會大眾有所交代，就是課責精神**

課責精神不應只是政治修辭。全民健保的每一分錢以及國家公

務員薪資，幾乎都來自人民的口袋，在一個民主社會中，受人民付託處理公眾事務者都應建立課責精神，有義務主動向人民（包括國會、中介團體與一般社會大眾）公開資訊、展現績效。

## 2. 建構台灣全民健保的課責機制

高效能的課責關係包括以下五項核心要素：(1)清楚的角色與責任；(2)明確的預期績效；(3)平衡期待與能力；(4)成果導向的績效測量與報告；(5)持續的改善與學習。

加拿大的經驗給我們的啟示是，台灣要建構健保體系的課責機制，首先應確認與健康保險相關的利益關係人，確立外部課責與內部課責對象；其次，應依相關法令釐清衛生署與中央健保局之間，以及個別和各利益關係人之間的角色與責任，在法令規章前導下，提出具體施政承諾，或建立預期績效的協議書；第三，中央健保局應致力於發展兼具信度與效度的成果導向績效測量的指標，系統化蒐集相關的、即時的與精確的資訊；第四，根據績效指標向相關利益關係人提出報告，展現健保制度及其管理的績效，用以補強過去僅以「民眾滿意度」正當化健保效益之不足。

最後，卻也是課責機制最核心的意義，在於組織本身持續的改善與學習。換言之，前述一整套的程序與投入，行政部門的態度不應該只是埋首於形式要件的完成，應付民意機關或民間中介團體的要求而已，更重要的是以誠實和正直的態度「把事情做好！」（“Get Jobs Done!”），組織確實因為課責制度的建立與運轉，不斷回饋修正，因而提高營運的效能與效率，並向社會大眾呈現成果，做為一個國家公務員庶幾無愧於人民的付託！

### 3. 政府決策應以實證導向原則，及早而頻繁地進行政策行銷

醫療保健事務具有兩極性：一方面具高度的專業性，另一方面又與庶民百姓的健康與權益息息相關，尤以全民健保為然。因此做為一個國家衛生行政高階公務員，更應該在重大政務的決策上，尊重專業幕僚周延地蒐集精確、即時與相關的資訊，做為決策之依據。本諸課責精神，政府公務員有義務將政策及所依據之資訊，從具高度專業性的轉化為受眾能懂的文字與語言，及早、頻繁且主動地與利益關係人—長官、民意機關、政黨、中介團體、一般社會大眾溝通，以獲得回饋和爭取支持。相反地，政府部門擺出「政策已定」的態勢，蓄意隱藏與操縱資訊，或動輒以專業用語製造知識鴻溝，都是嚴重違反現代課責精神的。

### 4. 建立內部風險管理機制

做為一個有為的國家公務員，一個具課責精神的公部門行政管理與事涉民眾權益的健保制度經營者，絕不能只是被動回應、因應外界的刺激，動輒在問題發生時以遮掩淡化或公關操作，當做所謂的「危機處理」；而應以策略規劃的視野與思維，建立組織與制度的風險管理機制，有系統、有步驟地進行定期的組織（制度）診斷與策略規劃，根據風險評估規劃內部的稽核重點，再以稽核報告為本擬定管理行動策略。

### 5. 檢證統計數據的品質

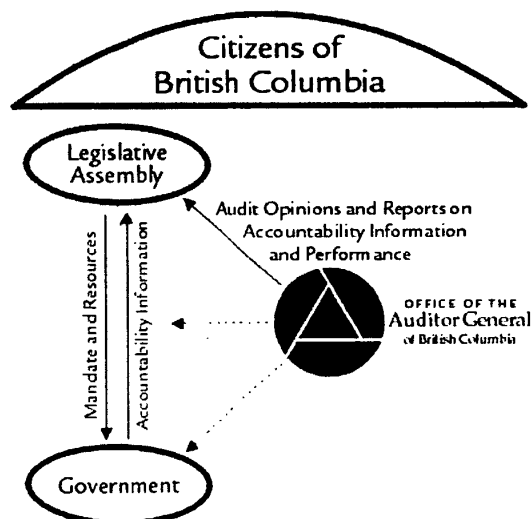
以成果為導向、實證導向的績效測量是當前醫療保健乃至行政管理領域甚為流行的語詞。但要使這些測量對各類資訊消費者有意義，有助於支援正確決策，亟需建構清楚、明確而一致的統計基準，定期蒐集兼具精確性、即時性與相關性的資訊。衛生署與中央健保局要向民意機關、中介團體與社會大眾展現健保的績效，應先建立所有提供數據的單位之共識，建立機制確保數據的品質。

#### 四、加拿大卑詩省健康保險課責機制

##### (一)卑詩省審計制度的基本精神<sup>4</sup>

卑詩省審計長室提到，有關課責的涵義，事實上是政府與民眾兩造之間的契約關係。民眾賦予政府責任去治理公共事務，而政府相對必須透過立法部門對民眾負責。此概念乃民主制度的基礎，其使民眾有權知道政府的施政目標及其達成目標的程度如何。

今日政府透過各項社會及經濟方案，影響民眾生活甚鉅。據此，民眾有權瞭解政府企圖做些什麼，而又完成了什麼。換言之，政府必須對其民眾負責(accountable to citizens)。然而，政府組織龐雜、事務繁多，且某些方案的成果不易衡量及說明。雖然政府部門定期公布施政報告，但多數民眾仍無法清楚瞭解政府的施政效能。因此，審計長室便扮演一個連結的功能，其角色定位在於透過獨立的評估，協助立法部門監督公務預算(public money)的流向，並提供政府相關的建議，其最終目的在於促進政府的課責與績效(accountability and performance)。有關民眾、立法部門、行政部門、及審計長室的關係可參考下圖。



<sup>4</sup> 因訪問行程未安排參訪卑詩省審計長室，故此處相關資料主要來自其網站，<http://www.bcauditor.com>。

## (二)卑詩省健保審計制度的內容

加拿大醫療保健制度基本上是一個權力分散的組織架構。其行政組織可分為三層，依次為聯邦政府、省政府及地方(共含十個省，三個地方)、地區(方)衛生主管部門(Regional Health Authorities, 共約一百三十個)。依據憲法，加拿大健康照顧的提供主要為省政府的責任，而聯邦政府透過經費的補助，要求各省遵守醫療保健制度的五大基本原則，以維持各省在健康照顧服務上的一致性。

由於省政府是主要負責健康照顧服務的行政單位，而其層級又界於聯邦政府與地區衛生單位之間；故在課責方面，省政府衛生服務廳不僅需要接受聯邦及省審計長室的監督，亦需要監督其下六個地區衛生單位的績效。此外，由省政府所提供的服務項目，如醫院服務、醫師服務、藥品服務等，亦分別有組織內委員會與組織外專業團體的評鑑與考核，茲分述如下。

### 1. 行政組織間的課責機制

#### (1)聯邦審計長室對各省衛生部之課責

加拿大總理及各省省長於 2000 年同意針對各省健康狀況及健康照顧制度進行全面性評估，並預訂於 2002 年公佈衛生指標報告。聯邦及省審計長室首先核證指標的正確性，最後選擇 67 個指標，包含醫療效果、醫療制度績效、非醫療因素等指標。而相關指標資訊的取得，則來自加拿大統計局、衛生醫療資訊所、衛生部、省衛生部、及地區衛生單位等。

聯邦審計長室的加拿大健康報告於 2002 年 9 月 30 日出版，並希望各省能將該省的報告內容公佈於網站上，且預定類似的報告將於今後每兩年出版一次。卑詩省相關健康報告的名稱為 How Healthy Are We?<sup>5</sup>。報告結果內容顯示卑詩省民眾的預期壽命為

<sup>5</sup> 有關報告全文 PDF 檔，可參考網頁  
[http://www.healthplanning.gov.bc.ca/cra/publications/how\\_healthy\\_sept2002.pdf](http://www.healthplanning.gov.bc.ca/cra/publications/how_healthy_sept2002.pdf)

八十歲，是該省歷年來最佳紀錄。此外，超過百分之九十以上的民眾有固定的家庭醫生，而嬰兒死亡率與癌症治癒率的表現也相當不錯。然而值得注意的問題是該省 HIV 感染人數於 2001 年出現正成長，而婦女罹患肺癌的比例也在增加中。

除了官方報告及網站的呈現外，加拿大著名雜誌 Macleans 已連續三年於每年六月出版健康議題專刊，列舉 54 個地區衛生單位(涵蓋將近 87%的總人口)在 15 個績效指標(performance indicators)上的比較。他們希望透過大眾雜誌的傳播，能讓民眾瞭解其所在地的健康狀況及醫療保健制度。

## **(2)卑詩省審計長室對該省衛生部之課責**

前述提過卑詩省審計長室的主要目的在於促進公部門的課責與績效，基本上可分為財務(Financial)與績效(Performance)兩個層面。有關其工作方法及手冊，可參閱網站(<http://www.bcauditor.com/AboutOffice/WorkMethod/WMContents.htm>)。卑詩省審計長室針對該省政府各部門進行評估調查，衛生部門當然也不例外。然而不同於聯邦政府的審計，省審計長室所調查的議題更具體、更細緻。例如其在早期即針對省衛生部的醫療服務計畫(Medical Services Plan)提出一份物有所值的審計報告(Value-for-Money Audits)。而在 2001 至 2002 年度，省審計長室也曾針對省衛生部是否妥善運用資訊，作為區域健康照顧體系之資源分配的決策依據，進行調查。省審計長室主要針對省衛生服務廳提出三個問題：①省衛生服務廳對於區域健康照顧體系(regional health care system)，是否有具體明確的方向；②省衛生服務廳是否適當地使用資訊，以支援其區域健康照顧體系；③省衛生服務廳是否適當地提出區域健康照顧體系的績效報告。不同於一般量化的指標或問題，省審計長室就其提出的三個行政

管理方面問題，進行相關資料的收集及分析，並提出報告<sup>6</sup>。

### (3)省衛生部對地區衛生單位之課責

卑詩省衛生服務廳的三個主要功能是設定目標、分配資源、與監督回饋。這三項功能是環環相扣的；透過經費的分配，促使地區衛生單位達成省設定的目標，並且以績效監測(performance monitoring)方式，對地區衛生單位加以課責。

卑詩省衛生服務廳將預算分配給六個地區衛生單位，由其直接支付給該區域的服務提供者，例如醫院、社區健康中心、急診服務等等。因此，省衛生服務廳會與各地區衛生單位分別簽定正式的績效契約(Performance Agreement)<sup>7</sup>，上面註明地區衛生單位應提供的服務項目及預定達成目標。例如在其 2002/2003 年的績效契約中，即註明應在三年內縮短精神病患、酒癮、藥癮者的住院天數、增加居家照顧的比例、提出原住民保健計畫、減少 7% 的行政管理費用，但資訊系統費用不在減少範圍內。

省衛生服務廳對於地區衛生單位的課責，主要建立在上述的績效契約，該契約效期為三年，但每年會檢討一次。每年二月底前，省衛生服務廳會將經費撥給地區衛生單位，地區衛生單位在收款後的一個月內，必須提出健康服務修正方案及預算管理方案，經由省衛生服務廳認可後，即可執行。省衛生服務廳對於地區衛生單位的績效監測可分為短期與長期。短期的監測為每個月一次，重點為財務收支方面。而長期的監測則為每三個月或每年一次，重點為是否達到績效契約上所設定的目標，這些目標亦包含測量的指標。除了這些健康指標外，省衛生服務廳也以一些非明確列於績效契約的指標，用以評估地區衛生單位的表現。因

<sup>6</sup> 有關報告全文 PDF 檔，可參考網頁 <http://www.bcauditor.com/PUBS/2001-02/Report6/HealthCare.pdf>

<sup>7</sup> 各地區衛生單位與省衛生部簽定的績效契約不儘相同，詳細內容可參考網站：  
<http://www.healthservices.gov.bc.ca/socsec/performance.html>



此，省衛生服務廳企圖發展一套完整的指標，以含蓋所有主要的服務方案及領域，而且每一個指標也都有其預計達成的標準。因此，如果地區衛生單位一直無法達到某些績效指標的要求，則在下次重新訂定績效契約時，必須將相關改善計畫列進契約中。

## 2. 健康服務部門的課責機制

### (1) 醫院服務

卑詩省約有 120 家醫院，但醫院委員會由 1992 年的 110 個縮減至 2002 的 6 個，其主要原因為管理策略的改變。醫院委員會的基本架構類似前述的地區衛生單位，同樣由委員會、執行長、與管理部門三者所構成。委員會必須向其所服務的社區負責，執行長向委員會負責，管理部門向執行長負責。

就財務課責而言，主要議題一為內部預算問題，例如必須在認可的預算範圍內執行、服務的合理分配、使用水準的控制、以及與其他服務提供者的協調。另一為成本控制的措施，例如病床數的控制、將住院服務轉移至門診服務、基礎設施成本 (infrastructure costs) 的控制、以及醫療科技的評估等<sup>8</sup>。

就品質課責而言，主要為照顧標準設定、醫院評鑑、以及醫師管理。所謂照顧標準 (Standards of Care) 包含臨床準則、人力配置標準、服務流程標準等。而醫院評鑑部份，主要由加拿大醫療服務評鑑審議會 (Canadian Council on Health Services Accreditation)<sup>9</sup> 來執行。這個委員會是一個全國性、非營利、非政府的組織，有其獨立的管理委員會，以及 1500 個會員組織。因此，卑詩省的醫院評鑑和其他地區一樣，也是由此全國性組織

<sup>8</sup> 有關醫療科技的評估，可參考加拿大衛生科技評估中心 (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment) 的運作。其網站為 <http://www.ccohta.ca>。

<sup>9</sup> 加拿大醫療服務評鑑審議會 (Canadian Council on Health Services Accreditation) 的網站為：<http://www.cchsa.ca>。

來負責評鑑其醫療照顧品質。有關醫師管理方面，則由醫師學會(College of Physicians and Surgeons)負責<sup>10</sup>，例如建立證照制度、核發證照、檢視醫師的繼續教育、檢視醫師的執業行為是否符合醫學專業或醫學倫理的要求，若醫師有重大違規事件，該學會亦可採取懲戒行動。

## (2) 醫師服務-醫療服務委員會(Medical Services Commission)

自 1993 年起，卑詩省在省衛生部下設一醫療服務委員會，其成員分別由政府部門、卑詩省醫師公會、以及一般大眾各三名代表所組成。醫療服務委員會成立的宗旨是希望由利害關係人(stakeholders)共同管理醫療服務計畫，以確保服務的公平性、可近性，與資源的妥善分配。若將醫療服務輸送分為三個層次，醫療服務委員會著重於給付與支出，省衛生服務廳人員在於方案管理，而醫師及其他照顧提供者則負責服務輸送與費用申報。因此，醫療服務委員會的工作任務包含預算管理、決定給付範圍與項目、決定病人身份資格、調查醫師執業與申報費用行為等等。醫療服務委員會的優點在於透過公共代表的加入，避免政府部門或省衛生服務廳長的個別決策模式；同時也改善政府決策者與醫療專業的合作關係。但其潛在問題為缺乏實質的預算管控工具，受到其他健康決策體系的影響，以及委員會中公共利益與個人立場的衝突。

## (3) 藥品服務

一般而言，加拿大的健保制度並不給付藥品，然而卑詩省於 1974 年實施該省的藥品保險方案，協助其居民取得處方藥及必要的醫療器材。這項方案名稱為 Pharmacare，由藥師學會負責專業

---

<sup>10</sup> 醫師學會(College of Physicians and Surgeons)與醫師公會(British Columbia Medical Association)的性質不同。前者為基於醫師法(Medical Practitioner's Act)，負責醫師的專業證照制度(licensure)、專業標準設定、與專業自律，以保障公共利益。而後者則為醫師經濟利益的結合，負責協商健保支付標準與給付範圍等。

標準的訂定，並由省衛生服務廳負擔一部份經費。Pharmacare 主要照顧的對象為老人、居住於長期照顧中心者、社會福利案主、需負擔高額藥品費的一般大眾，以及患有特殊疾病的個人。

在卑詩省，只有藥師才能調配處方箋，藥師學會(College of Pharmacists)的工作為藥師專業認證、教育、執業等規範的訂定。藥品政策議題包括日常運作問題、新藥審核、低價替代藥品(Low Cost Alternative)、限制藥品的使用、以及參考藥品方案(Reference Drug Program)。在藥品審核過程中，卑詩省衛生部強調獨立及實證導向，專家的投入，以及藥品給付委員會的參與。藥品給付委員會(Drug Benefit Committee, DBC)的成員包括 PI(Pharmacoeconomics Initiative)及 TI(Therapeutics Initiative)專家及 Pharmacare 人員，他們會先審查 PI 和 TI 的研究發現，最後交由 Pharmacare 主任做決定，之後藥品廠商會接獲決定的通知。

卑詩省的藥品課責機制強調實證導向，藥品給付的審查逐漸由當地專家的共識轉移至以證據為基礎的決策過程，同時儘量使用最新及無偏誤的資訊。為了促使藥品的適當使用(appropriate drug use)，必須使醫師、藥師、民眾都對用藥有正確且豐富的知識(knowledgeable physicians, pharmacists and patients)。因此，在醫師及藥師用藥知識的增強上，強調 TI、處方箋審查、繼續教育、社區藥品使用方案等。而在民眾用藥知識的增強上，則有藥品線上諮詢專線(B.C. Seniors Medication Information Line)。此外，卑詩省亦建立 PharmaNet 系統來處理每一張處方箋的申報。PharmaNet 是即時的、線上的、全省性的，能得知每位病人的用藥情形，因此可以避免藥品的交互作用或劑量問題，也可以偵測藥品的浮報濫報情形。

### (三)小結

由上述卑詩省健保審計制度精神及內容的探討，可得到以下幾點結論：

1. 卑詩省的健保課責機制建基在其民主化基礎，民眾賦予政府治理權力，政府向民眾負責。
2. 加拿大的健康制度為權力分散化，不同層級的行政組織有其相對權力與責任，並需接受授權者（如由上而下或由外而內）的監督。
3. 醫療專業的課責，主要透過專業團體的自律，例如醫院評鑑、醫師學會、與藥師學會等。這些專業團體不同於因為經濟利益而結合的公會或協會，其目的在於發展專業及維護公共利益。
4. 政府部門的資訊相當透明化，並且簡單易懂，例如大量使用圖表及簡易文字，使一般民眾瞭解政府的作為及成果。此外，宣傳管道亦相當多元，例如網站或大眾雜誌等。政府資訊的大量釋出，不僅在於強調對民眾的負責，也具有教育民眾的意含，因為政府部門認為，好的政策需要有智識的民眾配合。
5. 對於審計監督單位的調查報告及意見，通常會公佈於網站上，或供民眾索取。而對於報告內容的呈現，也是採取兩面俱呈方式，不會刻意突顯政府的施政成績，而隱藏施政不足或無效能之處。事實上，對於後者的處理態度，反而是採取更積極的改善措施。

基於上述結論，欲針對台灣健保制度之課責機制提出幾點建議：

#### 1. 制度的建立或落實。

就卑詩省之課責機制而言，可分為外部課責（審計單位對行政單位）與內部課責（省衛生部對地區衛生單位）。基本上，這

是一種外部對內部、上層對下層的課責機制。因此，負責課責的單位必須具有課責的正當性，例如藉由權力或經費的授予；其次，其層級必須獨立且不得過低。反觀我國健保課責機制，外部課責約可對應於監察院審計部，內部課責約可對應於健保局稽核室，而二者之課責正當性與行政層級是否清楚適當，值得再討論。而若二者無法做為監督健保的單位，也可以考慮重新設計相關課責制度及負責單位。

## 2. 方法的運用

由卑詩省課責經驗來看，無論是外部課責或內部課責都相當強調方法嚴謹與證據導向。研究方法的運用可分為兩個層次，一為行政程序，例如工作手冊；另一為資料收集及分析，例如量化或質化方法。據此，我國在發展健保課責機制時，亦應強調科學研究方法的運用，例如發展指標及測量方法、確認資料的可靠性、採取嚴謹的分析方法、及做出合理的結論及建議。另應加強審計人員的訓練，擬定儘可能明確的工作流程，以確保課責的品質。誠如一位卑詩省衛生部報告者所言，好的課責機制，應該建立在合理可靠的資訊上。

## 3. 資訊的公開及使用

資訊的公開不僅在於展現政府負責任的態度，也具有教育民眾的意義。然而我國民眾對於健保知識一知半解，對於健保資訊取得也不容易，更不用說解讀及判斷這些資訊。以卑詩省的經驗為例，政府部門主動或被動地釋放健保資訊，使民眾能瞭解，因此健保議題成為民眾相當關注的民生議題之一。此外，卑詩省衛生部亦與該省大學合作，分析健保的行政資料，因此，行政部門人員得以專注於政策的發展，而大學研究人員則提供資訊，供行政部門做為決策依據。

#### 4. 權力的分散

卑詩省將服務的提供交由六個地區衛生單位負責，而地區衛生單位亦必須提出服務計畫與預算計畫，經由省衛生部認可後，即可執行。因此，基層的衛生單位不僅提供服務，也負責規劃當地的服務計畫。在我國，相對於地區衛生單位的行政部門可能是健保局的分局或各地區的衛生局，若欲賦予其更多自主管理責任，則必須考慮將經費與權力同時下放至這些單位，再由中央部門負責這些單位的績效考核。

#### 5. 民眾的參與

卑詩省的健保決策行政體系的特色之一，是各種委員會的成立，例如醫院服務有地區醫院委員會、醫師服務有醫療服務委員會、藥品方面有藥品給付委員會等等。這些委員會基本上由政府、專業代表、與民眾代表三方所組成。而所謂民眾代表不見得是工會、農漁會等職業團體的代表，而是社區內對健康議題有興趣及願意投入的一般民眾。他們通常以團體推薦或毛遂自薦的方式向省衛生部提出自己的履歷，省衛生部便將這些人置於委員會代表的考慮名單中。這些民眾代表通常是有智識的退休人員，強調社區利益與公共利益。此外，委員會代表也是一種志願服務、無給職。因此，此種民眾代表產生方式，值得我國做為參考。

#### 6. 觀念的改變

卑詩省的課責精神為建基於其民主化的基礎，而上述建議如資訊公開、民眾參與、權力分散等等，亦與民主化制度相呼應。我國公民社會在這部份的成熟度可能尚未及歐美國家，雖然此為其課責制度的精髓，然觀念的改變非一蹴可及，故將之列於建議的最後一項，但並非最不重要一項。期望在建立或落實我國健保課責制度時，能時時留意課責的精神與基本原則。

## 五、資訊揭露與傳播

本節主要分三部分，第一部分探討加拿大政府於資訊揭露與傳播所扮演的角色；第二部分說明加拿大負責揭露與傳播醫療品質資訊的主要機構；第三部分則提供政策建議。

### (一)政府角色

加拿大政府於資訊揭露與傳播所扮演的角色可由積極主動提供與消極被動回應兩面向說明，就積極主動提供面而言，為達成分享一致 (consistent)、可比較 (comparable) 與即時 (timely) 有關健康成果的資訊並促進課責精神，加拿大政府主動傳遞有關納稅人健康服務所有基礎權利 (fundamental rights) 的資訊，所有可能上網的資訊皆上網，其資訊提供的原則包含：

1. 使用通俗語言讓所有加拿大人了解相關議題並參與討論；
2. 使資訊提供過程與每位加拿大人有關 (relevant) 並具可及性 (accessible)；
3. 積極邀請利害關係人與專家團體參與重要議題的界定並提供意見；
4. 反應其他顧問或其他國家實施某政策之結果給所有大眾；
5. 平衡長期視野與短期解決實務問題之需求。

相關的具體作法則包括：

1. 以廣播或帶狀節目進行政策論壇；
2. 定期公佈委員會的工作簿 (workbook)；
3. 網頁佈告 (web postings)；
4. 召開公聽會；
5. 專家與利害關係人的討論會；
6. 省與地方的圓桌論壇。

主動積極的資訊提供，主要的目的在於確保資訊可近性 (accessibility)，所有大眾、利益團體、利害關係人、研究者等都可獲取資訊。

然就消極被動回應面來看，加拿大設置有「資訊自由與隱私保護法案」(Freedom of Information and Protection of Privacy Act)，任何民眾或利益團體只要想獲得某項資訊，皆可向地方、省或聯邦政府提出，而政府也有義務回答，此為政府被動面的資訊提供，也呼應民主政府該有的回應性 (responsiveness)。

## (二)揭露與傳播醫療品質資訊的主要機構

近幾年來，加拿大負責提供政府單位與一般大眾有關健康資訊與健康成果指標 (health outcome indicators) 的機構主要包含：加拿大健康資訊機構 (Canadian Institute of Health Information, CIHI)、加拿大醫療服務評鑑審議會 (Canadian Council of Health Services Accreditation, CCHSA)、加拿大衛生科技評估中心 (Canadian Coordinating Office For Health Technology Assessment, CCOHTA)，其中，CIHI 主要提供有關健康成果與整個體系的相關訊息，可用來作跨省比較；CCHSA 藉由與全國標準 (national standards) 比較，提供有關健康服務與照護品質的資訊；CCOHTA 則提供有關健康服務之新技術或新藥品效能評估的資訊，以下將分別介紹此三機構所提供資訊內容。

### 1. 加拿大健康資訊機構 (Canadian Institute of Health Information, CIHI)

Canadian Institute for Health Information (CIHI) 是一獨立的非營利組織，由聯邦與州政府共同出資贊助，委任其必須編纂並分享有關健康成果的資訊，換言之，CIHI 的任務主要在提供優良、可靠與即時的健康資訊，來改善加拿大國民的健康及健康照護



系統。

CIHI 的任務為協調加拿大健康資訊途徑的發展與維持，而正確、即時資訊的提供需要(1)建立健全的健康政策；(2)有效管理加拿大的健康體系；(3)形成影響健康因素的公共知覺。

而 CIHI 的核心功能為(1)確認與促進國家健康指標；(2)協調與促進國家健康資訊標準的發展與維持；(3)發展與管理健康資料庫和資料登記；(4)指導分析與特別研究的工作以及研究的參與；(5)出版報告並傳播健康資訊；(6)協調、指導教育課程與研討會。

於此，資訊提供者(who)為 CIHI，資訊接收者(audience)包含社會大眾、醫界等相關利害關係人，資訊提供(how)方式主要係研究報告、公報期刊、網站資訊公開等，資訊提供時機(when)即為不定期的研究報告、公報，不斷即時更新的網站資訊等，而資訊內容(what)如下表所示：

表一：CIHI 所提供資訊內容

Research & Reports	Canadian Population Health Initiative (CPHI)	What's New Research & Infrastructure Policy Analysis Reporting About CPHI About Population Health
	Health Indicators	Comparable Health Indicators Health Indicators E-publication Health Indicators Development Sector-specific Indicators
	Analytic Reports	Health Conditions Health Human Resources Health Services Health Spending Health System Performance Infostructure Standards Population Health

	Adverse Events	Rationale Deliverables Expert/Advisory Group Document Data sources Questions
Data Collection	Health Human Resources Databases	Nurses Physicians Health Professions
	Health Spending Databases	Macro-level Health Spending Hospital Spending Physician Services Spending
	Health Services Databases	
	Bulletins	
	Data Quality	
Standards	Case Mix Tools	Grouping Methodologies Cost Weights License Agreements
	Coding/Classification	
	MIS Guidelines	
	Partnership for Health Information standards	
	Infostructure Standards	Available Standards Standards in Development Standards Education and Promotion
About CIHI	CIHI Profile	Mandate Core Functions History Board of Directors Management Structure Finances Roadmap Initiative International Involvement Brochure
	Education	
	News & Events	
	Publications & Products	Analytic Reports General Reports Resources

資料來源：[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=home\\_e](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_e)

其中，就健康指標(Health Indicators)來看，可分下列四大項：(詳細內容參考附錄六)

### **(1)可比較的健康指標(Comparable Health Indicators)**

依照健康情形、健康結果和健康照顧服務品質發展出 14 項指標，2002 年 9 月 30 日出版一份根據這 14 項指標所做的報告。

#### **①健康情形(Health Status)：**

預期壽命(Life Expectancy)、嬰兒死亡率(Infant Mortality)、低出生重量(Low Birth Weight)、自我報告健康(Self-reported Health)。

#### **②健康結果(Health Outcomes)：**

預期壽命的改變(Change in Life Expectancy)、生命品質的改善(Improved Quality of Life)、疾病與傷害負擔的減低(Reduced Burden of Disease, Illness and Injury)。

#### **③服務品質(Quality of Service)：**

重要診斷與治療服務的等待時間(Waiting Times for Key Diagnostic and Treatment Services)、病人滿意度(Patient Satisfaction)、特定狀況之回診(Hospital Re-admissions for Selected Conditions)、特定健康服務之可近性(Access to 24/7 First Contact Health Services)、家庭與社區照護服務(Home and Community Care Services)、公共健康監督與保護(Public Health Surveillance and Protection)、健康促進與疾病預防(Health Promotion and Disease Prevention)。

### **(2)健康指標線上資料庫搜尋 (Health Indicators E-publication)**

### (3)健康指標發展(Health Indicators Development)

健康指標計畫(The Health Indicators Project)旨在支持地區健康局監督該地區人口的健康，以及執行地方健康系統，包括：

- ① 照護所有人民的健康 (the overall health of the population served)
- ② 地區內健康的非醫藥決定因素 (the major non-medical determinants of health in the region)
- ③ 地區居民所獲得的健康服務 (the health services received by the region's residents)
- ④ 地區或健康體系提供有用資訊的特性 (characteristics of the community or the health system that provide useful contextual information)

### (4)部分特定指標(Sector-specific Indicators)

- ① 持續照護 (continuing care)
- ② 藥物使用 (drug utilization)
- ③ 家庭照護 (home care)
- ④ 心理健康與服務 (mental health and addiction services)
- ⑤ 復健服務 (rehabilitation services)

此外，就標準 (Standards) 而言，包含有「MIS 指引」(MIS Guidelines) 一項，全名為「加拿大健康服務組織管理資訊系統指引」(The Guidelines for Management Information Systems in Canadian Health Service Organizations)，其為一套全國標準 (national standards)，用來說明資料蒐集與處理的標準 (gathering and processing data)，並設立標準要求每一健康服

務組織報導每天運作的財務與統計資料，另外，也設計一套架構供每一健康服務組織於服務接受者成本計算後，統整診斷的、財務的、與統計的資料。此「MIS 指引」希望藉由診斷、財務、與統計資料的彙整，可確切衡量資源使用情形，並且為了達成管理加拿大健康服務組織的目的，「MIS 指引」可協助蒐集及時 (timeliness) 與可比較性 (comparability) 的資料。此套資訊管理系統的運作規定醫院必須每月定時報告，醫院透過「自我報告系統」(Self-reporting System)，自動將包含活動層次 (activity levels) 與病患為基礎 (patient based) 的資訊報導給 CIHI。

有關資訊的使用者，主要為各健康服務組織第一線管理者與高階管理者，各組織的委員 (board of directors) 亦使用此資訊系統了解其職責所在。此外，各省與各領地的衛生廳 (Ministries of Health)、加拿大統計部 (Statistics Canada)、研究者、與一般大眾皆為資訊使用者，藉由此資訊揭露，傳達資訊給各利害關係人，是達成課責的一項作法，也可藉此比較省與省之間醫院品質的差異。

然而，此制度本身對醫院可能是耗時費力的工作，增加其負擔，尤有甚者，報告不僅沒有呈現標竿學習的效果，有時往往引起大眾針對弊病不斷攻訐。

## 2. 加拿大醫療服務評鑑審議會 (Canadian Council of Health Services Accreditation, CCHSA)

CCHSA 的使命是提升加拿大所有健康組織的健康醫療品質及資源使用的效率，其提供直接顧客和健康服務組織自願參與由國家標準評鑑的機會，此工作的最最終受益者是所有加拿大人民。有關 CCHSA 的介紹，將由 What、Who、Why、How 等面向切入，並說明其用以衡量醫療品質的面向與指標(參考附錄七)。

### (1)CCHSA 是什麼 (What) ?

- ①為自願、非營利、非政府組織
- ②與健康服務社群與利害相關人共同設立國家標準
- ③幫助健康服務組織檢驗其醫療服務品質
- ④幫助這些組織找到改進服務品質的方法
- ⑤提供特定評鑑給社區健康服務、家庭照護、緊急照護、長期醫療照護、心理健康、復健、第一國家評鑑服務 (First Nations and Inuit addictions services)、癌症照護中心和地方性健康組織

### (2)CCHSA 由誰組成 (Who) ?

- ①超過 1,495 個加拿大健康服務組織加入 CCHSA
- ②CCHSA 擁有 300 個專業調查員

### (3)CCHSA 為何設立 (Why) ?

- ①評鑑過程是藉由提供一個或幾個最有效能的測量工具使健康服務組織可以正確衡量其績效
- ②評鑑是一個同儕間評論和自我評估的過程，此方法著重在於持續改進健康照護和傳遞的體系

### (4)CCHSA 如何運作 (How) ?

- ①每一個健康服務組織運用恰當的標準來自我評估
- ②健康服務體系的評估著重於過程、結果和結構以求持續的改進
- ③CCHSA 的專業調查員執行實地調查 (on-site survey)
- ④調查員訪談顧客服務團隊、支援團隊、領導團隊和顧客、非正式的照護提供者和他們的支援網絡
- ⑤訪談期間調查員討論組織中照護與支援的過程並了解品質改進的誘因

### (5)品質面向與指標 (Quality Dimensions and Descriptors)

表二：CCHSA 所採用之品質面向與指標（詳細定義參考附錄七）

面向	指標
回應性 (Responsiveness)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可取得性 (Availability)</li> <li>2. 可及性 (Accessibility)</li> <li>3. 時效性 (Timeliness)</li> <li>4. 延續性 (Continuity)</li> <li>5. 公平性 (Equity)</li> </ol>
體系勝任度 (System Competency)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 適當性 (Appropriateness)</li> <li>2. 勝任度 (Competence)</li> <li>3. 效能 (Effectiveness)</li> <li>4. 安全 (Safety)</li> <li>5. 合法性 (Legitimacy)</li> <li>6. 效率 (Efficiency)</li> <li>7. 體系調和度 (System Alignment)</li> </ol>
顧客/社區焦點 (Client/Community Focus)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 溝通 (Communication)</li> <li>2. 保密 (Confidentiality)</li> <li>3. 參與及夥伴關係 (Participation and Partnership)</li> <li>4. 尊重與關懷 (Respect &amp; Caring)</li> <li>5. 組織責任與社區參與 (Organization Responsibility and Involvement in the Community)</li> </ol>
工作生活 (Work Life)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 公開溝通 (Open Communication)</li> <li>2. 角色界定清楚程度 (Role Clarity)</li> <li>3. 決策參與 (Participation in Decision-Making)</li> <li>4. 學習環境 (Learning Environment)</li> <li>5. 福利 (Well-being)</li> </ol>

### 3. 加拿大衛生科技評估中心 (Canadian Coordinating Office For Health Technology Assessment, CCOHTA)

CCOHTA 設立於 1989 年，其經費由聯邦、省與領地支付（聯邦約 30%、省與領地約 70%，每年經費約 4 百 3 千萬加幣），主要係對所有副廳長 (Deputy Ministers) 與聯邦、省、領地所組之委員會 (Board of Directors) 負責。CCOHTA 的主要任務係評估健康技術

(Health Technology Assessment) 的成本效能，並於預算額度內推薦決策者是否採行此項技術。更明確來說，CCOHTA 為一獨立資訊提供者，提供決策者、行政主管與實務者有關健康技術的品質 (quality) 與經濟 (economy) 等相關資訊，且這些資訊是可靠的 (reliable)、有用的 (useful)、且具實證基礎 (evidence-based) 的。

### (三)政策建議

鑑於上述加拿大經驗，提出下列政策建議：

1. 資訊質與量的提昇：我國醫療服務與醫療品質相關資訊的質與量有待加強，以資訊的質而言，應加強資訊的信度與效度，務求資訊的正確性；就資訊的量而言，可於衛生署與健保局網頁或其他宣傳品上增加醫療品質資訊的揭露與傳播，落實資訊公開要求。
2. 資訊傳播管道的多元化：可透過多元管道，如政策論壇、定期公佈委員會會議記錄、網頁佈告、公聽會、與專家與利害關係人座談、與各利益團體進行圓桌論壇等各種方式，不斷提供資訊給所有可能的資訊接受者。
3. 資訊可及性的提昇：為求資訊可讀且易讀，資訊揭露與傳播應儘量使用淺顯易懂的字彙，以增加資訊的可及性與可接受度。
4. 籌設醫療品質委員會或加強醫策會功能：籌設醫療品質委員會或補助經費給醫策費，要求其於現有功能外，進一步提供如同加拿大 CIHI 與 CCHSA 的功能與任務。
5. 設置健康技術評鑑團體：如預算許可，可補助經費成立類似加拿大 CCOHTA 機構，公正客觀評鑑健康技術與藥品，協助釐定給付項目與優先順序。



## 伍、心得與建議

### 一、考察心得

經參訪加拿大聯邦政府與卑詩省相關政府單位和學術機構，並以座談會方式交換意見之後，對加拿大健康照護系統的治理與課責機制有下列心得：

- (一)加拿大的健保體系，以府際關係的制度環境為基礎，在「財政聯邦主義」的帶動之下，由醫院保險逐漸擴大到社區與藥品給付，並在一次又一次的改革當中，以漸進主義(incrementalism)的方式，不斷「修正」(fine-toning)其健保政策，為加拿大人提供其歷史、價值、與政策焦點互相平衡之下，最好的健康照護服務。
- (二)中央與地方的政策溝通與連絡機制方面，由於加拿大的聯邦體制現狀，地方政府擁有絕大部份推行健保的責任，兩級政府對於健保政策最大的衝突點來自於：加拿大健保五大原則的維繫級執行議題，該議題牽涉到地方政府間的競爭與平等問題，主要的監控與執行單位依然是聯邦政府的責任；健保財務中央與地方負擔比例的問題，尤其後者，是近年來加拿大健保政策爭議的焦點，而民眾對於兩級政府每每無法達成協議感到不安，也是未來加拿大健保體制改革的重點。上述的政策爭議協調機制，通常是藉由「醫療部門聯邦/省府/地區聯合會議」的機制來解決，充分展現聯邦主義相互協商的夥伴精神。
- (三)卑詩省的健康治理系統趨向地方分權化、區域化的型態，其具體改革措施包括成立醫療服務委員會，增加民眾與醫療服務提

供者的參與，以及提高地方管理機構之決策自主性。受訪之官員或專家學者大都認為這些改革有助於針對地方民眾需求做成更佳的決策，醫療服務可以達成更佳的整合與協調，以致於實現用相似中央系統的成本獲得更有價值服務的理想。

(四)加拿大聯邦政府在過去幾年<sup>④</sup>為支持各部門達成更好成果管理及改善課責，曾採取若干行動，包括實施現代化課責實務，列出高效能的課責之主要原則；採行財務資訊策略，試圖透過財務資訊的策略性運用以促進決策。國庫委員會也要求各部門個別發展一套工具——「以成果為基礎的管理與課責架構」，旨在透過促成所有的夥伴對他們的個別的角色與職責，行動的目標，所欲達成的成果，以及完成目標之測量與報告的方法等，建立一個共同的瞭解，以達成高效能的課責。

(五)加拿大聯邦政府對健康照護體系的課責可分為外部與內部機制。外部課責機制是由加拿大審計總署負責，其實務運作的主要原則有：課責機制的最終目的在現況改善與問題解決；文化共識與制度設計共同支撐審計長之獨立性；確保統計數據的品質是績效審計的先決條件。內部課責機制是由衛生部稽核與課責局負責，其實務運作的主要原則有：政策的發展與制定應尊重專業幕僚；以實證導向資訊做為決策基礎；建構內部稽核政策；定期進行部內稽核與風險因子分析。

(六)卑詩省的健保課責機制建基在其民主化基礎，民眾賦予政府治理權力，政府向民眾負責。政府部門的資訊相當透明化，並且簡單易懂，例如大量使用圖表及簡易文字，使一般民眾瞭解政府的作為及成果。對於審計監督單位的調查報告及意見，通常

會公佈於網站上，或供民眾索取。而對於報告內容的呈現，也是採取兩面俱呈方式，不會刻意突顯政府的施政成績，而隱藏施政不足或無效能之處。事實上，對於後者的處理態度，反而是採取更積極的改善措施。此外，宣傳管道亦相當多元，例如網站或大眾雜誌等。至於醫療專業的課責，則主要透過專業團體的自律，例如醫院評鑑、醫師學會、與藥師學會等。這些專業團體不同於因為經濟利益而結合的公會或協會，其目的在於發展專業及維護公共利益。

- (七)加拿大政府於資訊揭露與傳播所扮演的角色可由積極主動提供與消極被動回應兩面向說明，就積極主動提供面而言，為達成分享一致 (consistent)、可比較 (comparable) 與即時 (timely) 有關健康成果的資訊並促進課責精神，加拿大政府主動傳遞有關納稅人健康服務所有基礎權利 (fundamental rights) 的資訊，所有可能上網的資訊皆上網，其資訊提供的原則包含：使用通俗語言讓所有加拿大人了解相關議題並參與討論；使資訊提供過程與每位加拿大人有關 (relevant) 並具可及性 (accessible)；積極邀請利害關係人與專家團體參與重要議題的界定並提供意見；反應其他顧問或其他國家實施某政策之結果給所有大眾；平衡長期視野與短期解決實務問題之需求。然就消極被動回應面來看，加拿大設置有「資訊自由與隱私保護法案」(Freedom of Information and Protection of Privacy Act)，任何民眾或利益團體只要想獲得某項資訊，皆可向地方、省或聯邦政府提出，而政府也有義務回答，此為政府被動面的資訊提供，也呼應民主政府該有的回應性 (responsiveness)

## 二、政策建議

基於上述考察心得，欲針對台灣健保制度之資訊公開與課責機制分別提出提出下列政策建議：

### (一) 資訊公開

1. 資訊質與量的提昇：我國醫療服務與醫療品質相關資訊的質與量有待加強，以資訊的質而言，應加強資訊的信度與效度，務求資訊的正確性；就資訊的量而言，可於衛生署與健保局網頁或其他宣傳品上增加醫療品質資訊的揭露與傳播，落實資訊公開要求。
2. 資訊傳播管道的多元化：可透過多元管道，如政策論壇、定期公佈委員會會議記錄、網頁佈告、公聽會、與專家與利害關係人座談、與各利益團體進行圓桌論壇等各種方式，不斷提供資訊給所有可能的資訊接受者。
3. 資訊可及性的提昇：為求資訊可讀且易讀，資訊揭露與傳播應儘量使用淺顯易懂的字彙，以增加資訊的可及性與可接受度。
4. 籌設醫療品質委員會或加強醫策會功能：籌設醫療品質委員會或補助經費給醫策費，要求其於現有功能外，進一步提供如同加拿大 CIHI 與 CCHSA 的功能與任務。
5. 設置健康技術評鑑團體：如預算許可，可補助經費成立類似加拿大 CCOHTA 機構，公正客觀評鑑健康技術與藥品，協助釐定給付項目與優先順序。

## (二)課責機制

### 1. 對社會大眾有所交代，就是課責精神

課責精神不應只是政治修辭。全民健保的每一分錢以及國家公務員薪資，幾乎都來自人民的口袋，在一個民主社會中，受人民付託處理公眾事務者都應建立課責精神，有義務主動向人民（包括國會、中介團體與一般社會大眾）公開資訊、展現績效。

### 2. 建構台灣全民健保的課責機制

高效能的課責關係包括以下五項核心要素：(1)清楚的角色與責任；(2)明確的預期績效；(3)平衡期待與能力；(4)成果導向的績效測量與報告；(5)持續的改善與學習。

加拿大的經驗給我們的啟示是，台灣要建構健保體系的課責機制，首先應確認與健康保險相關的利益關係人，確立外部課責與內部課責對象；其次，應依相關法令釐清衛生署與中央健保局之間，以及個別和各利益關係人之間的角色與責任，在法令規章前導下，提出具體施政承諾，或建立預期績效的協議書；第三，中央健保局應致力於發展兼具信度與效度的成果導向績效測量的指標，系統化蒐集相關的、即時的與精確的資訊；第四，根據績效指標向相關利益關係人提出報告，展現健保制度及其管理的績效，用以補強過去僅以「民眾滿意度」正當化健保效益之不足。

最後，卻也是課責機制最核心的意義，在於組織本身持續的改善與學習。換言之，前述一整套的程序與投入，行政部門的態度不應該只是埋首於形式要件的完成，應付民意機關或民間中介團體的要求而已，更重要的是以誠實和正直的態度「把事情做好！」（"Get Jobs Done!"），組織確實因為課責制度的建立與運轉，不斷回饋修正，因而提高營運的效能與效率，並向社會大眾呈現成果，做為一個國家公務員庶幾無愧於人民的付託！

### 3. 政府決策應以實證導向原則，及早而頻繁地進行政策行銷

醫療保健事務具有兩極性——一方面具高度的專業性，另一方面又與庶民百姓的健康與權益息息相關，尤以全民健保為然。因此做為一個國家衛生行政高階公務員，更應該在重大政務的決策上，尊重專業幕僚周延地蒐集精確、即時與相關的資訊，做為決策之依據。本諸課責精神，政府公務員有義務將政策及所依據之資訊，從具高度專業性的轉化為受眾能懂的文字與語言，及早、頻繁且主動地與利益關係人——長官、民意機關、政黨、中介團體、一般社會大眾溝通，以獲得回饋和爭取支持。相反地，政府部門擺出「政策已定」的態勢，蓄意隱藏與操縱資訊，或動輒以專業用語製造知識鴻溝，都是嚴重違反現代課責精神的。

### 4. 建立內部風險管理機制

做為一個有為的國家公務員，一個具課責精神的公部門行政管理與事涉民眾權益的健保制度經營者，絕不能只是被動回應、因應外界的刺激，動輒在問題發生時以遮掩淡化或公關操作，當做所謂的「危機處理」；而應以策略規劃的視野與思維，建立組織與制度的風險管理機制，有系統、有步驟地進行定期的組織（制度）診斷與策略規劃，根據風險評估規劃內部的稽核重點，再以稽核報告為本擬定管理行動策略。

### 5. 檢證統計數據的品質

以成果為導向、實證導向的績效測量是當前醫療保健乃至行政管理領域甚為流行的語詞。但要使這些測量對各類資訊消費者有意義，有助於支援正確決策，亟需建構清楚、明確而一致的統計基準，定期蒐集兼具精確性、即時性與相關性的資訊。衛生署與中央健保局要向民意機關、中介團體與社會大眾展現健保的績效，應先建立所有提供數據的單位之共識，建立機制確保數據的品質。

## 參考文獻

1. Barrados, Maria (2002) . “Auditing and Medicine: Both care about health,” in Conference on Performance Management in Health Care Taiwan. Taipei, Oct. 3.
2. Health Canada (2002.) . Health Canada Accountability Assessment Methodology, Sep. 3.
3. Health Canada (2002) . Health Canada Audit Policy, June 20.
4. Health Canada’ (2002) . Health Canada’ s Audit Guidelines.
5. Treasury Board’ s Policy on Internal Audit.
6. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. 2002. (Presentation and handouts).
7. Canadian Council on Health Service Accreditation. 2002. (Presentation and handouts).
8. Canadian Institute of Health Information.  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=home\\_e](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_e)
9. Commission on the Future of Health Care in Canada. 2002. *Shape the Future of Health Care.*

## 附錄一

加拿大聯邦政府在過去幾年為支持各部門達成更好成果管理及改善課責，曾採取以下幾項行動 (Health Canada, 2002:6)：

- ◇ 國庫委員會的「為人民爭取績效：加拿大政府的管理架構」(Results for Canadian: A management framework for the government of Canada)：要求聯邦政府各部門界定其預期的施政成果，重點在成果的達成，定期而客觀地測量績效，學習並改善效率與效能。
- ◇ 在公部門中現代化課責實務 (Modernizing Accountability practice in the Public Sector)：列出高效能的課責之主要原則。
- ◇ 財務資訊策略 (Financial Information Strategy)：試圖透過財務資訊的策略性運用以促進決策。相關的、可信賴的與經過稽核的財務報表是健全治理與課責的關鍵因素。
- ◇ 提交國庫委員會報告的指引：特別要求聯邦各部門陳述預期的成果，監督與評估成果的計畫，並發展一個涵蓋績效測量、報告與評估的績效與課責架構 (performance and accountability framework)。
- ◇ 藉由國庫委員會要求的報告，聯邦各部門規劃與報告的焦點係依據「規劃、報告與課責結構」(Planning, Reporting and Accountability Structure, PRAS)，要求各部門清楚地列出他們對加拿大人民所承諾要達成的共同成果。
- ◇ 審計的現代化先導計畫 (Modernization of Comptrollership pilot projects)：旨在連結績效資訊與財務資訊，以促進在成果達成上兼具效率與效能的管理決策。

「現代審計機制」的建構，是加拿大這一波行政革新中的主要行動，也是聯邦課責體制的重心之一，其目的在營造一個良善的管理實務運作，重點在有效率的資源管理與有效能的決策。其目標在提供管理者：

- ◇ 整合財務與非財務的績效資訊；
- ◇ 一個成熟的風險管理方法；
- ◇ 由策略性的領導、激勵士氣與共享的一組價值與倫理所支持適當的控制系統；
- ◇ 建立在一個良善管理實務的強有力根基之上，現代審計將使得決策者得以做出更適當的選擇，從而導向更好的服務與更好的公共政策。

加拿大衛生部在2000-2001年初被指定為「現代審計」的先導部門，因此完成了以下的工作：

- ◇ 建構一個現代審計秘書處做為與國庫委員會及其他先導部門接觸的單一窗口。
- ◇ 在現代管理實務範疇中，透過電子化政府 (GOL)、課責、績效測量、價值與倫理及現代審計等主要行動上的合作厚植能力。
- ◇ 創造一個現代審計網站以溝通資訊。
- ◇ 在現代審計的脈絡中建構一個文件審查 (document review)，並透過一連串的工作坊與訪談蒐集資訊，以評估部門內既有現代管理之實際運作狀況。

為支援現代審計，加拿大衛生部助理次長辦公室兼稽核與課責局稽核操作的主任 Mr. Pierre Lacasse 在此次訪查中也介紹了加拿大行政部門最新發展出來的行動，包括：財政資訊策略 (FIS)、風險管理架構 (RMF)、價值與倫理行動 (VEI)、財務管理執行計畫 (FMIP)、整合資源管理架構 (FIRM) 等。



## 附錄二

RMAF (「以成果為基礎的管理與課責架構」, Results-Based Management and Accountability Framework) 的要素與目標 (Health Canada, 2002:9) 如下:

- ◇ 需要清晰地描述參與執行政策、方案或行動的各主要夥伴之角色與職責。
- ◇ 以成果為基礎的邏輯模型必須清楚而具邏輯性地將資源 (resources) 與預期的成果 (expected outcomes) 相連結。
- ◇ 適切的績效測量與一個理想的績效測量策略, 可以讓管理者得以追溯進展的脈絡, 測量成果, 支持日後的評鑑, 學習, 以及持續地調整改善。
- ◇ 視評鑑為促成持續改善與學習的努力。
- ◇ 確保對成果有周詳的報告。

### 附錄三

課責核心元素與 RMAF 的五個組成要素之間的對照表

課責要素 (Accountability element)	以成果為基礎的課責管理架構 (RMAF Component)	敘述 (Description)
1. 清楚的角色與責任	大綱： 輸送取向 治理結構 邏輯模型： 活動 產出	<ul style="list-style-type: none"> <li>★清楚陳述參與其中的各主要合作伙伴的角色與責任。</li> <li>★確認重要利益關係人 (stakeholders) 及其主要的角色與責任。</li> <li>★確認重要活動與其負責人員。</li> <li>★瞭解這些活動如何促成預期成果。</li> <li>★瞭解關鍵產出應由特定活動產生。</li> </ul>
2. 清楚的預期績效	大綱： 來源 資源 欲達成的主要效益 規劃的成果 最終成果 邏輯模型： 成果 測量策略： 確認績效指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>★清楚的陳述與瞭解目標及預期成果。</li> <li>★各相關部門之間對於各自將對最終的結果達成何種貢獻建立共識與協議。</li> <li>★成果所要造福的標的人口群。</li> <li>★部門將提供的預期效益，以及對預期成果的協議。</li> <li>★提供預期成果或效益。</li> <li>★清楚瞭解短、中、長期的預期成果。</li> <li>★發展 KPIs—清楚連結到所欲達成的目標，並清晰地測量預期成果。</li> </ul>
3. 平衡期待與能力	大綱： 資源 邏輯模型： 活動與產出 測量策略： 測量策略	<ul style="list-style-type: none"> <li>★同時考量可得資源與欲達成的結果（如何充份發揮資源效能以達成目標）。</li> <li>★確認達成目標所需的重要活動，以及兼具效率與效能地完成活動所需的資源。</li> <li>★考量建構重要績效指標與進行相關資料分析方法，所需的資料蒐集之可得性與成本效能。</li> <li>★考量所需資料本身及來源的可得性，以及掌握必要資訊的時機（包括重要的資料與關鍵的流程點）。</li> </ul>
4. 績效測量與報告	邏輯模型： 產出 測量策略： 確認績效指標 測量策略 報告策略：	<ul style="list-style-type: none"> <li>★確認欲達成的成果。</li> <li>★發展可清楚展現達成目標的績效指標。</li> <li>★考量用以支持重要績效指標的相關、精確與即時資料的可得性。</li> <li>★發展可在具時效性基礎上，完成相關報告的資料分析方法。</li> <li>★發展可滿足管理及利益關係人需求，且清楚地將成果與目標相連結的報告。</li> <li>★發展可以回應所有潛在使用者（包括管理者、主要的利益關係人與一般社會大眾在內）的託付與需求的報告策略。</li> <li>★發展符合課責要求/承諾，同時可以促成對結果有效負責的報告（亦即，所提出的報告對最適決策而言是相關、精確且即時的）。</li> <li>★確認管理當局應對於提報與課責和角色/責任相一致的績效資訊與評估結果負起責任。</li> </ul>
5. 持續的改善	測量策略： 確認績效指標 評估策略： (所有次元素)	<ul style="list-style-type: none"> <li>★對於需要不斷修正的流程/實務運作，應發展具有預警作用的績效指標，以改善課責效能。</li> <li>★確認資料來源與發展方法學，以針對朝向達成目標/成果之進展進行評估。</li> <li>★方法學應能同時呈現期中評估與總結評估，以確保在合宜的時間做出必要的調整來增進效能。</li> </ul>

## 附錄四

1977 年的審計長法規範審計長的職責在回答以下三個主要問題：

- ◇ 政府是否保存適當的帳目與記錄，並精確地呈現其財務資訊？  
這稱之為「證明」稽核 ("attest" auditing)。稽核工作旨在證明或證實財務報告的精確性。
- ◇ 政府是否在達成國會所要求的目標之下，依規定得到或支用被授權的預算金額，這稱之為「服從」稽核 ("compliance" auditing)。稽核工作要問的是政府是否遵守國會的決議和期許。
- ◇ 方案是否以經濟而有效率的方式在運作？各政府部門與機構是否已建構有效測量其成效之工具？此稱之為「物有所值」 ("value-for-money") 或績效稽核 (performance auditing)。稽核工作要問的是納稅人是否得到繳交的稅金之價值。

所謂的「物有所值」是一種稽核的方法，檢視管理的運作實務、控制與報告系統。除了在前述證明稽核與服從稽核報告中的資訊之外，立法委員還需要有關「政府如何執行其政策與方案」的資訊。「物有所值」稽核有時稱之為績效稽核，並非質疑政府政策之價值，而是協助國會議員判斷「政策與方案如何被良善執行」。

「證明」稽核、「服從」稽核與「物有所值」稽核三者連結起來形成一個稽核架構 (audit framework)，長期以來提供對一個組織的全面觀察，又稱之為「綜合稽核」 ("comprehensive auditing")。

1995 年審計長法的修正案課以審計長向下議院就：1. 有關「各部門達成在其永續發展策略與行動計畫中所設定的目標之程度」，以及 2. 所有其他與環境和永續發展等被認為下議院會關注的議題等進行報告的責任。

## 附錄五

「內部稽核委員會」的角色如下：

- b. 提供建議與諮詢意見，以協助次長執行其內部稽核之各種職責；
- c. 確保內部稽核的結果被整合到部門的優先性設定，規劃與決策過程；
- d. 強化內部稽核功能的獨立性與效能性；
- e. 強調管理階層的課責；
- f. 針對政府整體改善管理實務運作之行動所造成的衝擊，提供次長若干建議；
- g. 促進資深管理階層、內部稽核功能、其他聯邦機關與審計總署之間的溝通。

「內部稽核委員會」的職責包括：

- a. 核定內部稽核政策；
- b. 核定年度內部稽核計畫與預算；
- c. 核定與年度內部稽核計畫相關的整體風險之年度評估；
- d. 核定內部稽核報告，以及用以回應該報告建議的管理行動計畫（management action plans）；
- e. 核定用以回應審計總長審計報告建議的管理行動計畫；
- f. 監督依據管理行動計畫所採取行動的精確性與適時性；
- g. 確認與稽核相關的議題及優先性的意涵；
- h. 監督部門內部稽核功能之表現。

## 附錄六

### 加拿大健康資訊機構 (Canadian Institute of Health Information, CIHI) 之健康指標 (Health Indicator)

1. a. **Life Expectancy**  
1979-1999. At birth and at age 65, by sex, Canada, provinces and territories
- b. **Disability-free Life Expectancy**  
1996. At birth and at age 65, by sex, Canada, provinces and territories
2. **Infant Mortality**  
1979-1999. By sex and birth weight, Canada, provinces and territories
3. **Low Birth Weight**  
1979-1999. By sex, Canada, provinces and territories
4. **Self-reported Health**  
household population aged 12 and over, 2000/01. By age group and sex, Canada, provinces and territories  
household population, 1994/95-1998/99. By age group and sex, Canada and provinces  
household population aged 12 and over, 1994/95-1996/97. By age group and sex, territories
5. **Change in Life Expectancy**
  - a. Mortality Rates for Cancer, AMI, Stroke \*  
age-standardized rate per 100,000 population, 1979-1999. By sex and by selected causes of death, Canada, provinces and territories
  - b. Relative Survival Rates for Cancer \*  
population aged 15 to 99, 1997. By sex and cancer cases, Canada and provinces
  - c. 30-day AMI In-hospital Mortality  
(Download Excel spreadsheet)  
30-day Mortality Interpretive Notes
  - d. 30-day Stroke In-hospital Mortality  
(Download Excel spreadsheet)  
30-day Mortality Interpretive Notes
  - e. 365-day Relative Survival Rate for AMI \*  
population aged 45 and over, 1997 and 1998. By sex, selected provinces
  - f. 180-day Relative Survival Rate for Stroke \*  
population aged 45 and over, 1996, 1997 and 1998. By sex, selected provinces
6. **Improved Quality of Life**
  - o Joint Replacement Interpretive Notes  
Total hip replacement rate: Age-standardized rate of total unilateral or bilateral hip replacement surgery performed on in-patients in acute care hospitals.
  - b. Total Hip Replacement Rate (Download Excel spreadsheet)
  - c. Total Knee Replacement Rate (Download Excel spreadsheet)
7. **Reduced Burden of Disease, Illness and Injury**
  - b. Incidence Rates for Cancer \*  
age-standardized rate per 100,000 population, 1976-1997 and estimates 1998-2002. By sex and selected sites of cancer, Canada, provinces and territories
  - c. Potential Years of Life Lost due to Cancer, AMI, Stroke, Injury, Suicide \*  
\*

population aged 0 to 74, 1979-1999. By sex and selected causes of death, Canada, provinces and territories

d. Incidence Rates of Selected Vaccine-Preventable Diseases

i. Invasive Meningococcal Disease

- [Cases and Rates, Aged < 20 years: 1990 - 1998 \(Download Excel spreadsheet\)](#)
- [Cases and Rates, Aged < 20 years: 1999 - 2001 Preliminary Data \(Download Excel spreadsheet\)](#)

ii. Measles

- [Cases by Age and Province - 1980 to 1989 \(Download Excel spreadsheet\)](#)
- [Cases by Age and Province - 1990 to 2001\\* \(Download Excel spreadsheet\)](#)
- [Cases and Rates \(Per 100,000\) - 1980-2001\\* \(Download Excel spreadsheet\)](#)

iii. Invasive Haemophilus Influenzae B (Hib)

- [Cases by Age and Province - 1980 to 1989 \(Download Excel spreadsheet\)](#)
- [Cases by Age and Province - 1990 to 2001\\* \(Download Excel spreadsheet\)](#)
- [Cases and Rates \(Per 100,000\), Aged <5 years, 1990-2000\\* \(Download Excel spreadsheet\)](#)

d. Diabetes

- [Prevalence Aged 20 years and older \(Download Excel spreadsheet\)](#)
- [Prevalence By Province Aged 20 Years and older \(Download Excel spreadsheet\)](#)
- [Prevalence By Province, and Sex Aged 20 Years and older \(Download Excel spreadsheet\)](#)
- [Prevalence By Province, Sex, and Age Group Aged 20 Years and older \(Download Excel spreadsheet\)](#)

**8. Waiting Times for Key Diagnostic and Treatment Services**

- Cardiac Surgery
- Hip and Knee Replacement Surgery
- Radiation Therapy
- Reported Wait Times for Health Services \*

Median waiting times for specialized services, by type of service, household population aged 15 and over, Canada and provinces

Specialist visits for a new illness or condition, distribution of waiting times, household population aged 15 and over, Canada and provinces

Non-emergency surgeries, distribution of waiting times, household population aged 15 and over, Canada and provinces

Selected diagnostic tests, distribution of waiting times, household population aged 15 and over, Canada and provinces

**9. Patient Satisfaction \***

Patient satisfaction with health care services received in past 12 months, household population aged 15 and over, 2000/01. By age group and sex, Canada, provinces and territories

Patient satisfaction with most recent hospital care received in past 12 months, household population aged 15 and over, 2000/01. By age group and sex, Canada, provinces and territories

Patient satisfaction with most recent family doctor or other physician care received in past 12 months, household population aged 15 and over, 2000/01. By age group and sex, Canada, provinces and territories

Patient satisfaction with most recent community-based health care received in past 12 months, household population aged 15 and over, 2000/01. By age group and sex, Canada, provinces and territories

- o Overall Health Care Services
- o Hospital Care
- o Doctor and Other Physician Care

- o Community-Based Health Care
10. Hospital Re-admissions for Selected Conditions
- a. AMI Readmission Rate Notes  
Risk adjusted rate of unplanned readmission following discharge for Acute Myocardial Infarction (AMI) (ICD-9 410). A case is counted as a readmission if it is for a relevant diagnosis and occurs within 28 days after the index AMI episode of care.
    - o AMI Readmission Rates (Download Excel spreadsheet)
  - c. Pneumonia Readmission Rate Notes  
Risk adjusted rate of unplanned readmission following discharge for Pneumonia (ICD-9 481, 482, 485, 486). A case is counted as a readmission if it is for a relevant diagnosis and occurs within 28 days after the index episode of care.
    - o Pneumonia Readmission Rates (Download Excel spreadsheet)
- Readmission Rate Interpretive Notes  
Re-admission rate for acute myocardial infarction: Risk adjusted rate of unplanned re-admission following admission for acute myocardial infarction (AMI). A case is counted as a re-admission if it is for a relevant diagnosis or procedure and occurs within 28 days after the index AMI episode of care. An episode of care refers to all continuous acute care hospitalizations including transfers.
11. Access to 24/7 First Contact Health Services \*  
Barriers to accessing routine or on-going care, by time of day, household population aged 15 and over, Canada and provinces  
Barriers to accessing health information or advice, by time of day, household population aged 15 and over, Canada and provinces  
Barriers to accessing immediate care for a minor health problem, by time of day, household population aged 15 and over, Canada and provinces
12. Home and Community Care Services
- a. Admissions to Home Care (Download Excel spreadsheet)
  - b. Admissions to Home Care 75+ (Download Excel spreadsheet)
  - c. Utilization of home care services \*
  - d. Ambulatory Care Sensitive Conditions Interpretive Notes  
Ambulatory Care Sensitive Conditions (Download Excel spreadsheet)
13. Public Health Surveillance and Protection
- a. Tuberculosis
  - b. HIV
  - c. Verotoxogenic *E. coli*
  - d. Chlamydia
  - e. Exposure to Environmental Tobacco Smoke \*
14. Health Promotion and Disease Prevention
- a. Smoking \*  
household population aged 12 and over. By age group and sex, territories
  - b. Physical Activity \*  
household population aged 12 and over. By age group and sex, Canada, provinces and territories
  - c. Body Mass Index \*  
household population aged 20 to 64 excluding pregnant women. By age group and sex, Canada, provinces and territories
  - d. Immunization for Influenza for 65+ \*

附錄七


加拿大醫療服務評鑑審議會 (Canadian Council of Health Services Accreditation, CCHSA) 之品質面向與指標

Dimension	Descriptors
<p><b>Responsiveness</b> The organization anticipates and responds to changes in the needs and expectations of the (potential) client and/or community population(s), and to changes in the environment.</p>	<p><b>Availability</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• service(s) and resources (e.g. financial, human, information, equipment) are available to meet the needs of the client and/or community population(s)</li> </ul> <p><b>Accessibility</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the client and/or community easily obtains required or available services in the most appropriate setting</li> </ul> <p><b>Timeliness</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• services are provided and/or activities are conducted to meet client and/or community needs at the most beneficial or appropriate time</li> </ul> <p><b>Continuity</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• coordinated services are provided across the continuum, over time</li> </ul> <p><b>Equity</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• decisions are made and services are delivered in a fair and just way</li> </ul>
<p><b>System Competency</b> The organization consistently provides service(s) in the best possible way, given the current and evolving state of knowledge. The organization achieves the desired benefit for clients and/or communities, with the most cost-effective use of resources.</p>	<p><b>Appropriateness</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• services meet the needs of the client and/or community population(s), achieve the organization's goals, are proven(evidence-based) to produce benefits, and are based on established standards</li> </ul> <p><b>Competence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• an individual's knowledge, skills, and attitudes are appropriate to the service provided</li> </ul> <p><b>Effectiveness</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• services, interventions, or actions achieve optimal results</li> </ul> <p><b>Safety</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potential risks and/or unintended results are avoided or minimized</li> </ul> <p><b>Legitimacy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• services and/or activities conform to ethical principles, values, conventions, laws, and regulations</li> </ul> <p><b>Efficiency</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• resources(inputs) are brought together to achieve optimal results(outputs) with minimal waste, re-work, and effort</li> </ul> <p><b>System Alignment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The mission, vision, goals and objectives are clear, well-integrated, coordinated and understood both internally and externally. These are reflected in organization plans, delegations of authority, and decision-making process.</li> </ul>
<p><b>Client/Community Focus</b> The organization</p>	<p><b>Communication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• all relevant information is exchanged with the client,</li> </ul>




<p>strengthens its relationship with the client and/or community. The organization does this by encouraging community participation and partnership in its activities.</p>	<p>family and/or community in a manner that is ongoing, consistent, understandable and useful</p> <p><b>Confidentiality</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• information to be kept private is safeguarded</li> </ul> <p><b>Participation and Partnership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the client and/or community actively participates as a partner in decision-making, and in service planning, delivery, and evaluation</li> </ul> <p><b>Respect &amp; Caring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• politeness, consideration, sensitivity and respect are incorporated into all interactions with the client and/or community</li> </ul> <p><b>Organization Responsibility and Involvement in the Community</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the organization supports and strengthens the community and its development, and contributes to its overall health</li> </ul>
<p><b>Work Life</b> The organization provides a work atmosphere conducive to performance excellence, full participation, personal/professional and organizational growth, health, well-being, and satisfaction.</p>	<p><b>Open Communication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the organization fosters a climate of openness, free expression of ideas, and information sharing</li> </ul> <p><b>Role Clarity</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• staff have clearly defined job scope and objectives, and these are aligned with team and organization goals</li> </ul> <p><b>Participation in Decision-making</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• staff input is encouraged and used in decision-making</li> </ul> <p><b>Learning Environment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Staff creativity, innovation, and initiative is encouraged. The necessary training and development, to attain organizational goals and personal/professional development objectives, is provided.</li> </ul> <p><b>Well-being</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the organization provides a safe, healthy, and supportive environment, recognizes staff contribution, and links staff feedback to improvement opportunities</li> </ul>

## Federal Provincial Division of Powers and Responsibilities In Health Care




**Federal Provincial  
Division of Powers and  
Responsibilities In Health Care**

Presented by  
Steve Kenny  
September, 2002




**Agenda**



- Division of Responsibilities in Health Care
- Financing Health Care
- Health Canada
- Provincial Health Programs


British Columbia Health Industry Development Office



**Division of Powers  
in the Federation**

- By definition, a federation involves the division of powers between the national government and the provincial governments.

British Columbia Health Industry Development Office




**Composition of the Federation**

**14 Governments in Canada**

- The Federal or National Government
- 10 Provincial Governments
- 3 Territorial Governments


British Columbia Health Industry Development Office



**Government Structure**

- Political Party - most elected.
- Leader= Prime Minister / Premier
- Cabinet= 18/25 Ministers
- Ministry of Health
  - Deputy Minister
  - Assistant Deputy Ministers
  - Executive Directors
  - Directors

British Columbia Health Industry Development Office



## Government Taxation

- Federal
  - Personal Income Tax
  - Excise Taxes
  - Sin Taxes
  - Goods and Services Tax
- Provincial
  - Personal Income Tax
  - Sin Taxes
  - Goods and Services Tax
- Municipal
  - Residential/Commercial Property

British Columbia Health Industry Development Office



## Section 91: Key National Powers

- "All matters not coming within the Classes of Subjects by this Act assigned exclusively to the Legislatures of the Provinces"

British Columbia Health Industry Development Office



## Division of Powers in the Federation

- Division of Powers are set out in the Constitution Act: Particularly Sections 91 and 92
- Division of Powers initially defined in 1867, over 100 years ago.

British Columbia Health Industry Development Office



## Section 92 Key Provincial Powers

- Direct Taxation within the Province
- The Establishment, Maintenance and Management of Hospitals & Asylums
- Property and Civil Rights in the Province
- Generally all matters of a merely local or private nature in the province
- Section 93: Education.

British Columbia Health Industry Development Office



## Section 91: Key National Powers

- Unemployment Insurance (added in 1937)
- Military and Defense
- Seacoasts and Inland Fisheries
- Indians and Land Reserved for Indians
- Criminal Law
- Quarantine, and the Establishment and Maintenance of Marine Hospitals
- and ....

British Columbia Health Industry Development Office



## Effects of the Division of Powers on Health Care:

- Financial Effects
  - Provinces have primary responsibility for health care and social services (high costs)
  - Federal Government contributes to costs with transfer of funds
- Result: fiscal federalism.

British Columbia Health Industry Development Office



### Organizational/Administrative Effects:

- System of Federal/Provincial/Territorial Committees & Working Groups
- F/P/T and P/T Ministers of Health Committees
- F/P/T and P/T Deputy Ministers of Health Committees
- Advisory Committees, e.g., on health human services
- Regional Committees, e.g., Western Ministers of Health.

British Columbia Health Industry Development Office



### Historical Perspective

- 1968: Medical Insurance (Medical Doctors)
- Introduced as a national program: conditional funding by the federal government - 50% by the federal government
- Rationale: provinces alone could not "afford" to support medicare; federal participation required to fund
- National standards.

British Columbia Health Industry Development Office



### Agenda



- Division of Responsibilities in Health Care
- Financing Health Care
- Health Canada
- Provincial Health Programs

British Columbia Health Industry Development Office



### Evolution of the Financing of Health Care

#### Key Issues/Problems that lead to change:

- 50% federal funding and size of funding meant pressure on budgets
- limited incentive by provinces to control expenditures when 50% covered by the federal government.

British Columbia Health Industry Development Office



### Historical Perspective

- 1957: Beginning of Hospital Insurance in Canada
- Introduced as a national program and partially funded by the national government
- Provinces administer; federal government provides conditional funding - 50% by federal government.

British Columbia Health Industry Development Office



### Evolution of the Financing of Health Care - Issues

#### Growing cost pressures

- expansion of health program beyond hospital and medical care, e.g., drug coverage, home care, long term care, mental health care
- wage and salary demands; new technology.

British Columbia Health Industry Development Office



## Evolution of the Financing of Health Care - Issues

- Concerns from provinces that the “conditions” involved in the hospital and medical funding limited their flexibility in directing funding to other health care areas.

British Columbia Health Industry Development Office



## Modifications to EPF

### Provincial concerns with EPF

- inadequacy of escalator - health and post-secondary education costs have grown more rapidly than the economy overall
- as a result, EPF, was a restraint program.

British Columbia Health Industry Development Office



## Established Program Financing 1977, Health and Post Secondary Education

- Block funding arrangement, i.e., unrelated to provincial program costs
- Transfer of tax points to provinces equal to approximately 1/2 of its cost shared contribution
- Cash grant equal to the other 1/2 of its contribution escalated annually tied to GNP.

British Columbia Health Industry Development Office



## Canada Health and Social Transfer (CHST)

- EPF replaced with CHST in 1996
- Single block transfer to the provinces for health, post secondary education and social services
- Replaced earlier conditional cost shared programs.

British Columbia Health Industry Development Office



## Established Program Financing

### 1977, Health and Post-Secondary Education

- Block funding designed to have an “equalizing effect”, i.e., to bring poorer provinces close to equal level in funding per capita (in 1981 this was about \$448/capita including cash and tax points)
- conditions: broad principles only.

British Columbia Health Industry Development Office



## Canada Health and Social Transfer (CHST)

- Grant reduced to \$12.5 billion by 1997 or 33% less than funding for health, post secondary education and social services had been in 1994
- Reduced federal contribution to health care to approximately 13% of provincial spending from 50% in earlier years.

British Columbia Health Industry Development Office



## The Canada Health Act, 1984

- Arose out of concerns respecting extra billing
- 1983: extra billing charges equaled approximately \$100 million (2% of physician service costs)
- Rapid increase in number of opted-out physicians, for example, from 10% to 18% in Ontario from 1972 to 1977.

British Columbia Health Industry Development Office



## The Canada Health Act

- Provided financial penalties, i.e., reduced transfer payments
- Has been widely accepted
- Currently facing some questions.

British Columbia Health Industry Development Office



## The Canada Health Act

- Prevent extra billing and user charges and two-tier Medicare
- Strong negative reaction by provincial governments.

British Columbia Health Industry Development Office



## Agenda

- Division of Responsibilities in Health Care
- Financing Health Care
- **Health Canada**
- Provincial Health Programs

British Columbia Health Industry Development Office



## The Canada Health Act - Key Elements

### Enshrined principles of Medicare:

- universality
- comprehensiveness
- accessibility
- portability
- public administration.

British Columbia Health Industry Development Office

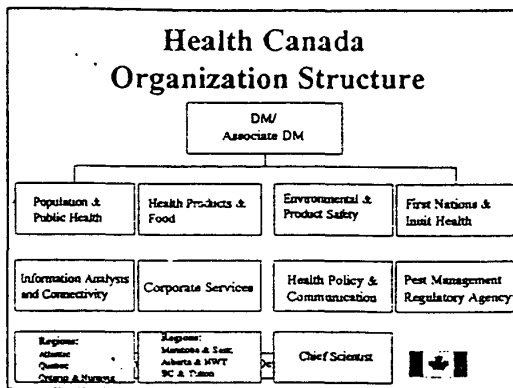


## Health Canada Organization

Programs delivered through offices/programs in Ottawa and through six regional offices

British Columbia Health Industry Development Office





### Population and Public Health Branch

**Health promotion, injury prevention and disease surveillance, including**

- Laboratory Centre for disease control
- Laboratory Centre for Enteric and Zoonotic disease
- Centre for Surveillance Coordination and Public Information
  - data collection, risk assessment, field epidemiology.

British Columbia Health Industry Development Office

### Health Canada Mandate

**Covers three broad areas**

- National health policy and systems
- Health promotion and protection including disease, illness and injury prevention
- First Nations and Inuit health.

British Columbia Health Industry Development Office

### Population and Public Health Branch

- Centre for the Promotion of Healthy Families and Social Environment
  - prenatal and perinatal health, healthy families, rural health
- Centre for Chronic Disease Prevention
- Centre for Communicable Disease Prevention.

British Columbia Health Industry Development Office

### Health Canada

**Major Programs**

### Health Products and Food Branch

**Food and drug safety, and promotion of good nutrition and informed use of drugs, including**

- therapeutic products (medical devices, drugs, etc.)
- natural health products regulation
- biologics and genetics, including blood and blood products, viral and bacterial vaccines.

British Columbia Health Industry Development Office

## Environmental and Product Safety Branch

Promotes safe living, working and recreational environments, including

- Occupational Health and Safety Agency - provides services to federal, provincial, and municipal governments
- quarantine services
- Environmental Health programs
- tobacco
- public health inspection on common carriers (cruise ships, etc.).

British Columbia Health Industry Development Office



## Health Policy and Communications Branch

### Roles

- Intergovernmental Affairs
- Policy and Planning
- Communications
- International Affairs.

British Columbia Health Industry Development Office



## Office of the Chief Scientist

Leadership and expertise to Department's scientific responsibilities

British Columbia Health Industry Development Office



## Information, Analysis and Connectivity Branch

### Roles

- applied research and analysis
- information management
- supplies information technology services to Regional Operations.

British Columbia Health Industry Development Office



## First Nations and Inuit Health Branch

- Formerly known as Medical Services Branch
- Support First Nations communities in developing, planning, delivering and evaluating their programs
- Includes: Non-insured health benefits.

British Columbia Health Industry Development Office



## Corporate Services Branch

### Roles

- financial planning administration
- human resources planning and operations
- assets management.

British Columbia Health Industry Development Office





## Pest Management Regulatory Agency

### Role

- Protect health and environment by minimizing the risks of pest control products.

British Columbia Health Industry Development Office



## Other Roles and Functions

- Support for and involvement in federal/provincial planning and policy activities, for example, health human resources planning
- Funding of health care for military personnel, members of the RCMP, and prisoners in federal prisons.

British Columbia Health Industry Development Office



## Regional Directors General

Provide and coordinate Health Canada's services in six regions of Canada

- Six regions are:
  - BC and Yukon
  - Alberta and NWT
  - Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nunavut
  - Quebec
  - Atlantic Canada.

British Columbia Health Industry Development Office



## Agenda



- Division of Responsibilities in Health Care
- Financing Health Care
- Health Canada
- Provincial Health Programs

British Columbia Health Industry Development Office



## Other Roles and Functions of Health Canada and the Federal Government

### Health Research

- funding basic and applied scientific, medical and health services research
- Canadian institutes of Health Research.

British Columbia Health Industry Development Office



## Provincial Government's Role in British Columbia

- Ministry of Health is the government organization responsible for the planning, designing, funding and operation of our healthcare system
- Serves a population of 4 million
- Publicly managed health services are provided to all residents of the province.

British Columbia Health Industry Development Office



### Provincial Government's Role in British Columbia

- Services are comprehensive in scope and are universally available
- Includes health promotion and prevention services for the population
- A full emergency medicine response system is available through the British Columbia Ambulance Service
- Acute care services are delivered through approximately 100 hospitals

British Columbia Health Industry Development Office



### Ministry of Health (Continued)

- Fund and direct health authorities
- Monitor health authority performance
- Evaluate their performance
- Take action on non-performance
- Operate the two provincial service plans (Medical Services Plan and Pharmacare)
- Manage and deliver provincial emergency services through the BC Ambulance Service.

British Columbia Health Industry Development Office



### Provincial Government's Role in British Columbia

- Medical Services are offered through a system of 8,000 physicians funded by the Ministry of Health
- Continuing Care Programs provide home based services and community based services for disabled and elderly people.

British Columbia Health Industry Development Office



### Regional Health System

#### Responsibilities of Ministry of Health

- Overall system management
- Policy, legislative and organizational framework
- Standards re: core programs; information planning
- Funding the health system
- Monitoring and auditing of Health Authorities quality, accessibility of care. Reporting requirements; measures and indicators.

British Columbia Health Industry Development Office



### Ministry of Health

- Plan the System
- Develop legislation, policy, standards and other performance management tools
- Report on the health of our population (Provincial Health Officer).

British Columbia Health Industry Development Office

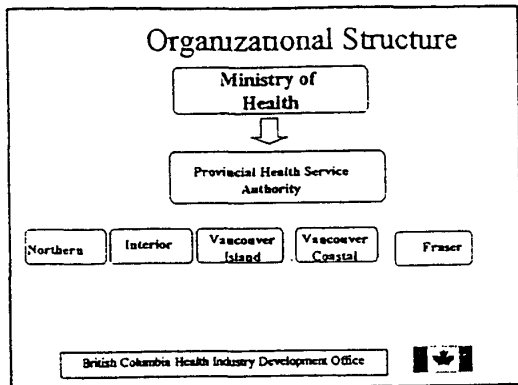


### British Columbia Health Governance

- Ministry of Health
- Six Governing Health Authorities
  - Provincial Health Services Authority
  - 5 Geographic Health Authorities.

British Columbia Health Industry Development Office





### Regional Health System

#### 5 Regional Health Boards (RHBs)

- Provide Hospital Care, Residential Care, Community Care, Public Health (Prevention/Promotion) and Mental Health
- Services provided directly (by staff) or through private agencies - nursing homes, home care, etc
- One Regional Health Authority provides the Provincial tertiary care under contract with Ministry.

British Columbia Health Industry Development Office

### Provincial Health Services Authority

- Oversee coordination & delivery of provincial and highly specialized health care services
- Directly govern and manage:
  - BC Cancer Agency
  - BC Provincial Renal Agency
  - BC Transplant Society
  - BC Drug & Poison Information Centre
  - BC Centre for Disease Control
  - Children's and Women's Health Centre
  - Riverview Hospital (Psychiatric)
  - Forensic Psychiatry.

British Columbia Health Industry Development Office

### Regional Health System

#### Governance

- Boards and Councils are appointed by Minister of Health- Not elected
- Boards include representatives from the local communities
- Board members are not paid.

British Columbia Health Industry Development Office

### Geographic Health Authorities

British Columbia Health Industry Development Office

### Regional Health System

#### Governance (cont'd)

- Responsibility of Board members to represent the public interest and to act as part of a system
- Select/appoint CEO/President to manage
- Oversee development and approve 3 year plan
- Oversee development and approve budget
- Responsible for quality of care matters..

British Columbia Health Industry Development Office

## Regional Health System

### Funding and Budgeting

- Funding for Health Authorities (HAs) 85+% from government
- Funding is by formula - a population/needs-based methodology
- Ministry must approve budget allocation plans of Health Authorities
- Emphasis on integration of services across the program lines.

British Columbia Health Industry Development Office



## Regional Health System

### Summary

- The regionalization of health care has resulted in better local decision making on needs .
- Services are better integrated and coordinated so clients/patients receive better service
- Costs are similar to a central system but more value is received for the costs.

British Columbia Health Industry Development Office



## *DISCUSSION*


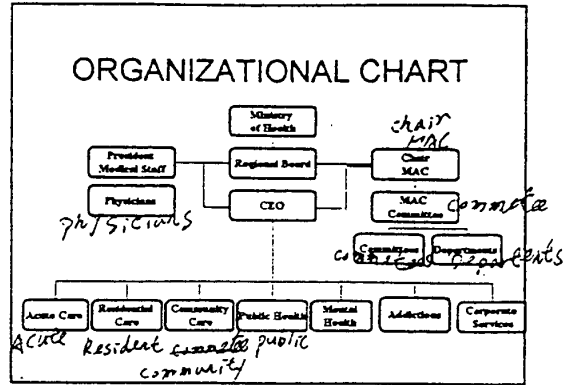
British Columbia Health Industry Development Office



# 附錄九

## Hospital Services in British Columbia

HOSPITAL SERVICES  
in  
British Columbia

**PRESENTATION OUTLINE**

- Governance
- Accountability: Finance
- Accountability: Quality
- Conclusion

**Board Of Trustees**

- Boards of Trustees appointed by Minister of Health
- Normally between 12-18 members
- Boards representative of Communities served
- Board members are volunteer, unpaid
- ✓ • Until 1995, all hospitals had their own boards
- Recently, governance provided by Regional Health Authorities.

**Hospital Boards**

Year	Hospital Sites	Hospital Boards
1992	120	110
1997	120	42
2002	120	6

**Board Of Trustees**

- Typically a Board will meet monthly for two hours
- Board committees include:
  - Finance Committee
  - Quality Committee
  - Capital Committee
- Committees will usually meet for an hour before each general board meeting
- Board meetings are often open to public.

## Board Of Trustees

- **Accountability**
  - accountable to the community served.
- **Responsibilities**
  - Major policy decisions
    - Strategic Planning
      - Mission, vision, values
      - strategic directions
      - external communications
      - associated Governance Policy
    - Organisational Performance
      - Financial/Human Resource Mgt.
      - Continuous Quality Improvement
      - Continuous Board Improvement
    - Operational Leadership
      - Select, appoint & evaluate the CEO
      - Medical Staff Appointments

## PRESENTATION OUTLINE

- Governance
- **Accountability: Finance**
- **Accountability: Quality**
- Conclusion

## CEO

- **Accountability**
  - accountable to the Board of Trustees.
- **Responsibilities**
  - Guide & develop strategic planning.
  - Interpret, apply & assist in the formulation of board policies.
  - Provide leadership & overall management.
  - Provide reports to the Board on key issues.
  - Establish basic operating policies & procedures.
  - Maintain continuing relationship with Board Chair and Medical Staff.
  - Evaluate activities.

## GLOBAL FUNDING

- Global Budgets from Province based on:
  - Population demographic profile, age/sex
  - Referral patterns in and out of region
  - Socio-economic factors
  - Complexity of care, MRI, CT, organ transplant.

## Management

- **Accountability**
  - accountable to the CEO
- **Responsibilities**
  - Establish & undertake processes:
    - to identify and respond to client needs;
    - to provide leadership, organisation, monitoring and communication of quality monitoring & improvement activities;
    - to evaluate the performance of management;
    - to address patient/client rights & responsibilities;
    - to address ethical issues & concerns;
    - to counsel aggressive behaviour;
    - to review the conduct of research;
    - to integrate the organisation with the community;
    - for strategic planning & implementation;
    - for development of goals & objectives;
    - for development of organisation policies;
    - for allocation of resources & financial viability;
    - for organising staff, physicians & volunteers;
    - to comply with laws & regulations;

## FUNDING ISSUES

- Other sources of Revenue:
  - Parking, Cafeteria
  - Non medically required services (private room, telephone, television, etc)
  - Foundations and volunteer services
  - Out of Country Patients
  - Some Fee for Service Opportunities.

## FUNDING ISSUES

- Internal Budget Issues
  - Hospital and regions must manage within approved budgets
  - Rationalize services
  - Control utilization levels
  - Coordinate services with other providers.

## Accountability- Quality

- Standards of Care
- Physicians
- Accreditation

## FUNDING ISSUES

- Cost Control Measures
  - Control bed numbers such as seasonal closures
  - Move inpatient activity to outpatient
  - Control of infrastructure costs
  - Technology assessment.

## STANDARDS OF CARE

- Clinical Guidelines
- Care Maps/Protocols
- Staffing standards
- Access standards.

## PRESENTATION OUTLINE

- Governance
- Accountability: Finance
- **Accountability: Quality**
- Conclusion

## MEDICAL STAFF CREDENTIALLING PROCESS

- Determine Need, Analyse Impact
- Recruiting
- Review Applications
- Shortlist, Interview
- Selection
- Application for Membership to Credentials Committee, MAC. Board.



### Health Care Accreditation

- National system for assessing quality in health care organizations
- Voluntary system
- Comprised of self-assessment and peer review using pre-established standards
- Covers all aspects of the health care system

### College of Physicians and Surgeons

The College is an organization with authority provided by legislation to:

- Establish licensure requirements for physicians
- License individual physicians
- Review continuing education requirements
- Review physician practice for ethical, professional and good medical practice.
- Take action as required.

### Canadian Council on Health Services Accreditation

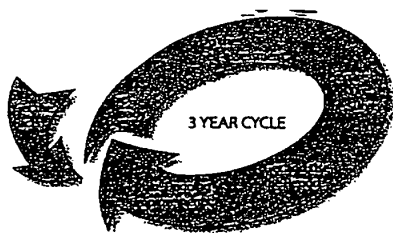
- National, non-profit, non-government organization
- Independent Board
- 1500 member organizations

### Accountability

- Reliable information is critical
- Hospital reporting requirements
  - Financial (National Standards) (MIS Guidelines)
  - Activity Levels (CIHI)
  - Patient Based (CIHI)
- Basis for funding model
- Basis for quality processes at all levels.

### The Accreditation Process

A continuous learning and improvement cycle



### PRESENTATION OUTLINE

- Governance
- Accountability: Finance
- Accountability: Quality
- **Conclusion**





## 附錄十

### British Columbia Pharmacare

British Columbia Pharmacare



Governance and Accountability in  
Pharmacy

Steve Kenny  
Executive Director,  
BC Health Industry Development Office  
Province of British Columbia, Canada




### Governance

- British Columbia Ministry of Health provides certain levels of coverage
- Managed through Pharmacare
- College of Pharmacists are responsible for professional practice standards
- Most pharmacy costs are private.




### Pharmacare

- British Columbia's drug insurance program
- Effective January 1, 1974
- Assists residents in paying for eligible prescription drugs and designated medical supplies
- Integral component of the BC's health care system.




### Pharmacare Beneficiaries

- 4 million British Columbia residents
- Annual budget of \$660 million (2000/01)
- Seniors/ Long Term Care residents
- Human Resources clients
- General public with high drug costs
- Individuals with specific diseases (e.g. cystic fibrosis)




### Mandate

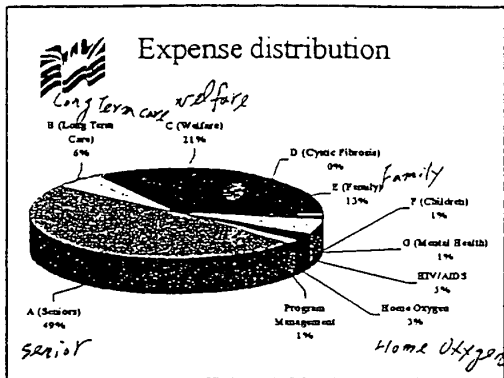
"To promote better health care, by ensuring access to effective drug therapy that is not impeded by personal financial circumstances."



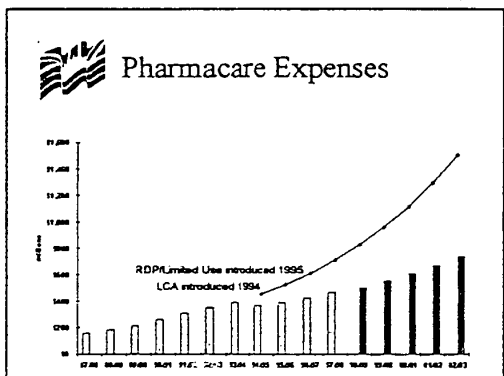
### Pharmacare Benefits

- Eligible drugs prescribed by a physician, dentist, or podiatrist
- Insulin, needles and syringes for diabetics
- Blood glucose monitoring strips
- ostomy supplies
- permanent prosthetic appliances and children's orthotic devices





- ### Policies and Programs
- Operational issues
  - New drug reviews
  - Low cost alternative (LCA)
  - Limited use drugs
  - Reference drug program (RDP)
- 



- ### Drug Supply Limits
- 30 days limit for short term medications (e.g. antibiotics, sleeping pills) and first time prescriptions
  - 100 day limit for medications used for chronic diseases (e.g. thyroid medications, diabetes)
- 

- ### College of Pharmacists
- Enabled through provincial legislation
  - Only Pharmacists may dispense prescriptions
  - Responsible for
    - Licensure,
    - Education,
    - Professional practice.
- 

- ### Drug Supply Limits
- Trial Prescription Program
- for designated drugs
  - trial period of 14 days
  - determine if drug is effective and tolerated
  - Reduces waste
  - Reduces cost



### Drug review process

- Independent and evidence-based
  - Therapeutics Initiative
  - Pharmacoeconomics Initiative
- Specialist input
- Drug Benefits Committee.



### Low Cost Alternative

- Established April 21, 1994
- Limits coverage to the cost of the lowest cost alternative.
- Patient may choose to pay the difference.
- Saves Pharmacare approximately \$20 M annually.



### Drug Benefit Committee (DBC)

- Reviews the findings of the PI and TI
- Members include TI, PI and Pharmacare staff
- Final decision made by the Director of Pharmacare
- Drug manufacturers promptly notified of decision



### Reference Drug Program

- Therapeutically equivalent drugs
- Class of drugs used to treat the same condition
- May be chemically unrelated
- Only the most therapeutically and cost effective drugs are covered i.e. reference drug
- Encourages the use of less expensive drugs



### Evidence-Based Decisions

- used to guide decisions in many Canadian jurisdictions
- Pharmacare is moving away from local expert consensus to an evidence-based decision making process
- uses current, unbiased information

*Appropriate drug use* means the right drug is administered in the right dose for the right duration for the right patient for the right reason via the right route in a cost effective manner.

### Factors Influencing Appropriate Drug Use

- Knowledgeable physicians and pharmacists
- Knowledgeable patients
- Complete prescription data (PharmaNet)
- Managing high cost/limited use drugs
- Clinical policy research



- Computer network, linking all community pharmacies in the province
- Every prescription processed on PharmaNet
- Identifies drug interactions and dosage errors
- Detects drug fraud and abuse

### Knowledgeable Physicians and Pharmacists

- Therapeutics Initiative
- Prescription Review Program
- Continuing Medical & Pharmacy Education
- Community Drug Utilization Program

### PharmaNet Objectives

- Prevent overconsumption of Rx drugs:
  - Unintended duplication
  - Fraud / double doctoring
- Prevent inappropriate therapies:
  - Drug interaction checking
  - Dosage range checking
- Cost effective usage:
  - Therapeutic alternatives



### Knowledgeable Patients

- B.C Seniors Medication Information Line
- Therapeutics Initiative

### PharmaNet Objectives

- Improved standards of practice:
  - Comprehensive drug ~~information~~
  - Complete patient information
- Streamlined claims payments:
  - Immediate adjudication
  - Claims for public covered at point of sale
  - Third party claims processing
- Updated business infrastructure:
  - Enable business / policy changes.

### Characteristics of the Network

- Drug usage profiles
- On-line, real-time
- Province-wide
- Drug interactions / information
- Immediate eligibility / adjudication.

### Characteristics of the Network

- Immediate claims processing:
  - Working poor
  - Pharmacies
  - Elderly
- Communications connecting:
  - All pharmacies
  - Pharmacare
  - College of Pharmacists

*DISCUSSION*

## Medical Services Commission


# Medical Services Commission

September 30, 2002

 British Columbia  
Health Industry  
Development Office

## B.C.'s Medical Services

- Canadian citizens residing in BC
- 99% of BC residents covered
- Monthly premiums
  - \$54 single
  - \$108 family
  - 20 - 100 % subsidy for low income groups

 British Columbia  
Health Industry  
Development Office


## Presentation Outline

- Background
- Medical Services Commission
- Services Provided
- Governance Issues

 British Columbia  
Health Industry  
Development Office

## Presentation Outline

- Background
- *Medical Services Commission*
- Services Provided
- Governance Issues

 British Columbia  
Health Industry  
Development Office

## Background

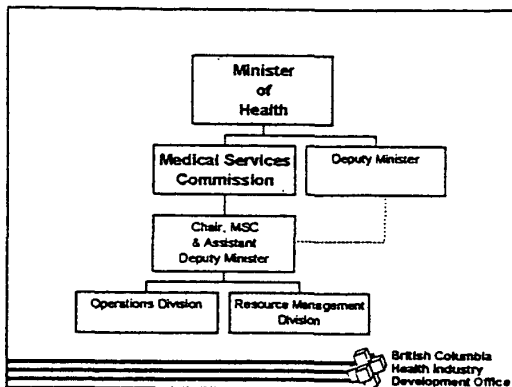
- Canada Health Act
  - Universality
  - Comprehensiveness
  - Accessibility
  - Portability
  - Public Administration
- Federal contribution to funding

 British Columbia  
Health Industry  
Development Office

## Medical Services Commission

- Created by legislation
- Members appointed by Cabinet
- Responsible to the Minister of Health

 British Columbia  
Health Industry  
Development Office



### Medical Services Commission Mandate

- Provide equitable access to medical & health care services for BC residents
- Manage the expenditures within the budget provided by Government
- Ensure the delivery of quality services in an effective and efficient manner
- Support of the principles of Medicare

British Columbia Health Industry Development Office

### Medical Services Commission

- Tripartite Commission appointed by the Lieutenant Governor in Council
- Three members are appointed from each of:
  - Government
  - BC Medical Association
  - Public.

British Columbia Health Industry Development Office

### Presentation Outline

- Background
- Medical Services Commission
- *Services Provided*
- Governance Issues

British Columbia Health Industry Development Office

### Medical Services Commission Mission

In partnership with stakeholders, manage the Medical Services plan to provide equitable access to medical/health care services for eligible residents of B.C. while ensuring optimal use of resources.

British Columbia Health Industry Development Office

### Services Provided

- All medically required services of a physician
- Services of a specialist
- X-ray, ultrasound & laboratory procedures
- Oral surgery medically required to be performed in a hospital

British Columbia Health Industry Development Office

### Services Provided (cont'd)

- Supplementary Benefits of Optometry and Surgical Podiatry
- Low- income patients receive a total of 10 visits per year from any combination of physiotherapy, chiropractic, naturopathy, massage therapy and non-surgical podiatry

### Medical Service Commission Governance

- Manage the budget
- Determine what is a benefit
- Approve new applications for diagnostic facilities and services
- Determine patient eligibility
- Investigate practioner's patterns of practice or billing

### Service Delivery

- Medical Services Commission
  - Benefits and Payment
- Ministry of Health staff
  - Administer the programs
- Physicians & Health Care Providers
  - Deliver the service
  - Bill the Ministry

### Medical Service Commission Governance

- Approves additions, changes, & deletions to benefits
- Hears appeals
- Advises Government on budget matters

### Presentation Outline

- Background
- Medical Services Commissio
- Services Provided
- *Governance Issues*

### Medical Service Commission Governance Strengths

- Removes the Minister and Government from decisions
- Public representation add patient perspective
- Improved collaboration between medical profession and gov't policy makers



## Medical Service Commission Governance Issues

- Few real budget management tools
- Impact of other health system decisions
- Common good vis a vis member positions

Questions?

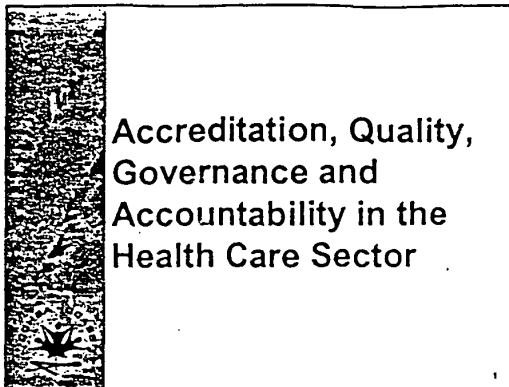
## College of Physicians and Surgeons

- Medical Practitioner's Act
- Licensure
- Self-regulation and professional standards
- Protection of the public

## British Columbia Medical Association

- Economic interests of physicians
- Negotiate fees and benefits
- 3 members on Medical Service Commission
- Advance physicians' perspective on health policy issues

## Accreditation, Quality, Governance and Accountability in the Health Care Sector



### Accreditation in Canada

- National system for assessing quality in health care organizations
- Voluntary system
- Comprised of self-assessment and peer review
- Covers all aspects of the health care system

4

### Presentation Outline

- What is Accreditation?
- How long has Accreditation been around?
- What difference does it make?
- What is CCHSA's accreditation program?
- What role does governance have in accreditation?
- What is accountability?
- What is the link between accreditation, quality, governance and accountability?

2

### CCHSA Historical Overview

1920 – Accreditation introduced to Canada and conducted by J.C.A.H. with Canadian representation

1958 – The Canadian Commission on Hospital Accreditation is given responsibility for accrediting Canadian hospitals and developing Canadian standards

1995 – Name changed to the Canadian Council on Health Services Accreditation to reflect the move beyond institutional-based care to community-based care

5


### What is Accreditation?

Accreditation is a process that organizations use to measure and improve the quality of their services based on national standards of quality.

3

### What is the Value of Accreditation?

- Effective self-assessment
- Valuable advice/external validation
- Positive improvements
- Public and client recognition
- Credibility



## What is CCHSA's Accreditation Program

- ### CCHSA Standards: AIM Defined
- Builds on successes of Client-Centered Program
    - ◆ Team focus
    - ◆ Client focus
    - ◆ Quality Improvement
    - ◆ Processes and outcomes
- 10

### CCHSA Mission

*The mission of the CCHSA is to promote excellence in the provision of health care and the efficient use of resources in health organizations throughout Canada.*

*Council recognizes that the ultimate beneficiary of its work is the people of Canada.*

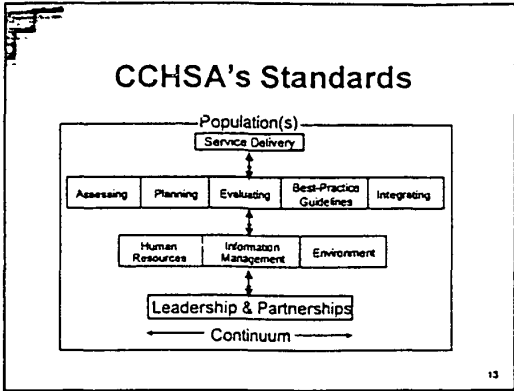
- ### What does AIM emphasize?
- Population Health, Continuum
  - Quality, Quality Improvement and Risk
  - Continuous Assessment
  - Indicators
- 11

### CCHSA Vision

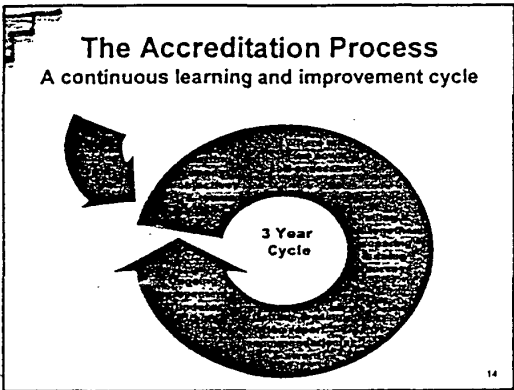
*The Vision of CCHSA is to be a world leader in accreditation to improve health care services.*

9

- ### AIM Population Health Focus
- Moves from "illness" to include more aspects of "health and wellness"
  - Planning and resource allocation based on health status and health needs
  - Community involvement and empowerment
  - Integration across the continuum
  - Outcomes-based decision making
- 12



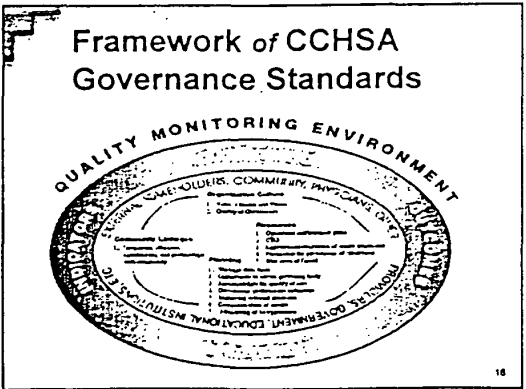
- ### Challenges Facing Governing Bodies
- Health Care Issues/Forces
- Health sector trends
  - External environment
  - Economic environment
  - Social environment
  - Information technology
  - Equipment technology
  - Interfacing with alternative medicines
  - Networks
- 16



- ### Role of Accreditation in Facing Challenges
- Accreditation plays a role in assisting health service governing bodies to:
    - ◆ Address strategic governance issues
    - ◆ Meet governance responsibilities
    - ◆ Address the issue of effective governance
    - ◆ Identify the information required to fulfill accountabilities and responsibilities
    - ◆ Monitor performance
    - ◆ Commit to and foster an environment of continual quality improvement
- 17

### What Role does Governance have in Accreditation?

15



## How Governance and Management Activities are Addressed

### Leadership & Partnership

- Standards relate to:
  - ◆ Organizational Culture
  - ◆ Governance
  - ◆ Planning
  - ◆ Allocating and Managing Resources
  - ◆ Evaluating Quality
  - ◆ Establishing Linkages and Partnerships
    - > contracts and agreements
  - ◆ Conducting Research

19

## Governance's Role in Quality Monitoring

### Providing direction:

- Where to focus
- What should be monitored corporate-wide
- Where the information should go
- How the information should be used

22

## Governance Role in Quality Monitoring

- ◆ ensure relevance of policies and appropriateness of programs and services that are provided
- ◆ ensure capacity to implement policy and manage affairs
- ◆ ensure affairs are managed with appropriate care and control
- ◆ ensure an appropriate framework of ethics and values

20

## Governance's Role in Quality Monitoring

The Board works with management to set up an accountability framework to:

- ◆ Ensure that there is a reporting system
- ◆ Ensure that there are adequate information systems

23

## Governance Role in Quality Monitoring (cont'd)

- ◆ understand risks of services provided
- ◆ ensure means are in place to manage risks
- ◆ explain organizational accomplishment

21

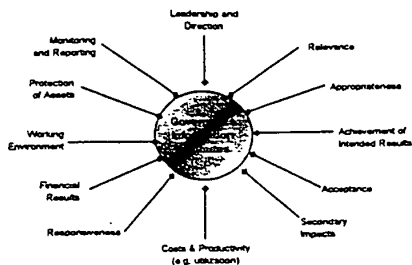
## Governance Information

### Three Critical Questions:

- What *kind* of governance information is needed?
- What *quality* of information is needed?
- What *conditions* need to be in place to get this information?

24

## Governance Information: Performance Attributes



25

## Governance Information Assessment and Use

- ◆ What kind of information do you receive?
- ◆ What's your assessment of the pertinence of this information to your role and responsibilities as a governing body member?
- ◆ What is your assessment of the quality of this information?
- ◆ What steps have you taken to ensure you are getting the information you need?
- ◆ How are you using the information you receive to make decisions, to plan, to improve performance and to report to your stakeholders?
- ◆ What is the information and the indicator data telling you?
- ◆ What are you currently measuring?
- ◆ Why and how did you choose your indicators?

26

## Governance Performance Information (Example)

Issues	Information Type	Performance Information	Examples of Information Required for Compliance
Community Usage	Accountability Stewardship Advocacy	Appropriateness Responsiveness Resource	Knowledge of stakeholders Stakeholder needs and expectations Organisational performance Valid and objective information
Organisational Culture	Stewardship Accountability	Leadership and Direction Responsiveness Working Environment	Stakeholder needs and expectations Objectives and valid information Key knowledge of mission, vision, values
Planning	Accountability Stewardship Disseminating Stewardship	Cost and Productivity Financial Results Leadership and Direction Monitoring and Reporting Responsiveness Working Environment	Stakeholder needs and expectations Appropriateness Resource availability Organisational structure Objectives and valid information Plans and opportunities

26

## What are the Conditions for Success?



27

## Governance Performance Information (Example) (cont'd)

Standards	Information Type	Performance Information	Examples of Information Required for Compliance
Resource	Accountability Disseminating Stewardship	Cost and Productivity Financial Results Leadership and Direction Protection of Assets	Stakeholder needs and expectations Resource availability Appropriateness Objectives and valid information
Quality Monitoring and Improvement	Stewardship Disseminating Accountability	Achievement of Intended Results Appropriateness Leadership and Direction Monitoring and Reporting	Plans and opportunities Performance of all running body Performance of organisation Objectives and valid information

27

## Implementation Strategies

- Promote the accreditation process
- Create the governance information agenda
- ~~Ensure accountability to stakeholders~~
- Initiate and sustain progress

28

## Promoting *the* Accreditation Process

- Promote the accreditation process by:
  - ◆ Committing to meet/exceed national standards
  - ◆ Establishing strategic direction
  - ◆ Identifying the organization's accreditation objectives
  - ◆ Preparing for accreditation

31

## Creating *the* Governance Information Agenda

- Conditions for Success
  - ◆ Incentives
  - ◆ Organizational arrangements
  - ◆ Continuity
  - ◆ Regular assessment and review
  - ◆ Responsiveness
  - ◆ Validation
  - ◆ Building on existing base

(cont'd)

34

## Promoting *the* Accreditation Process

(cont'd)

- Promote the accreditation process by:
  - ◆ Promoting a CQI philosophy throughout the organization
  - ◆ Responding to recommendations
  - ◆ Reporting accreditation results to stakeholders
  - ◆ Committing to ongoing quality improvement initiatives

32

## What is Accountability ?

Accountability is... the obligation to answer for, explain or report back for responsibility, assigned mandate or delegated authority based on

- agreed upon expectations
- both conferred (given) and accepted (taken)

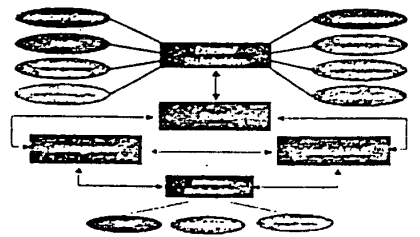
35

## Creating *the* Governance Information Agenda

- Conditions for Success
  - ◆ Knowledge of the health service industry/ organization
  - ◆ Leadership
  - ◆ Governing body capacity
  - ◆ Governing body/management agreement
  - ◆ Appropriate reporting principles
  - ◆ Planned achievement
  - ◆ Appropriate use of information/confidentiality

33

## What are the Accountability Relationships?



36

## What are the Key Accountability Challenges?

- State of flux
- Diversity in number and nature of stakeholders
- Congruence of accountability versus authority
- Shared accountability
- Communication

37

## Ensuring Accountability to Stakeholders

- Understand the nature of key stakeholder accountability relationships and perspectives
- Ensure that information supports and sustains accountability relationships
- Understand how stakeholders view/use this information
- Review the basis for, and operation of, key accountability relationships

40

## Accountability and Accreditation

How can accreditation help?

- Standards
  - ◆ national
  - ◆ goal (outcome) oriented
  - ◆ based on specifically defined dimensions of quality
  - ◆ comprehensive
  - ◆ patient, client focus

38

## What is the link between Accreditation, Quality, Governance and Accountability?

- Accreditation:
  - ◆ Organization-wide assessment or compliance with national standards accreditation.
- Quality:
  - ◆ Based on specifically defined dimensions of quality assessment, indicators, measurement, outcomes and risk assessment

41

## Accountability and Accreditation

- Survey process:
  - ◆ Self-assessment
  - ◆ On-site survey
- Measurement of results: (the report)
  - ◆ compliance with standards
  - ◆ risk
  - ◆ indicators

39

## What is the link between Accreditation, Quality, Governance and Accountability?

- Governance:
  - ◆ Standards address key governance functions
- Accountability:
  - ◆ Standards provide the framework for responding to accountability requirements

42



**For further information, please contact:**  
CCHSA  
1730 St. Laurent Blvd, Suite 100  
Ottawa, ON Canada K1G 5L1  
Tel.: (613) 738-3800  
Fax: (613) 738-1244  
Web-site: [www.cchsa.ca](http://www.cchsa.ca)  
Email: [tayb@cchsa.ca](mailto:tayb@cchsa.ca)

© 2000 CCHSA

---

---

---

---

---

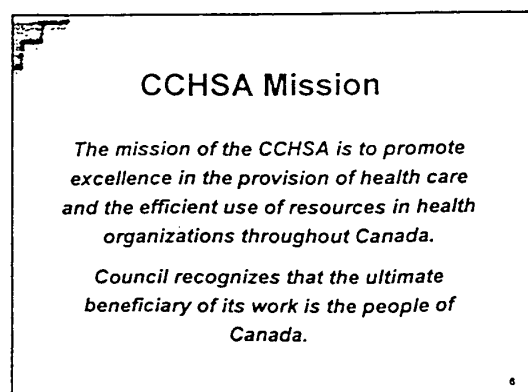
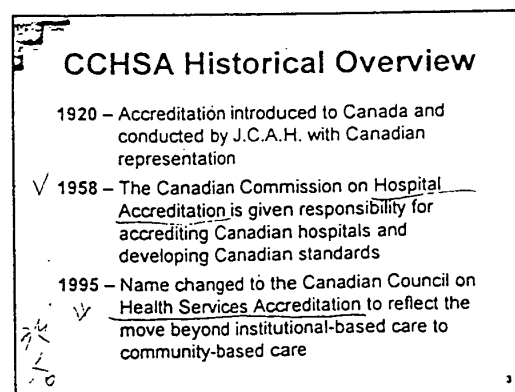
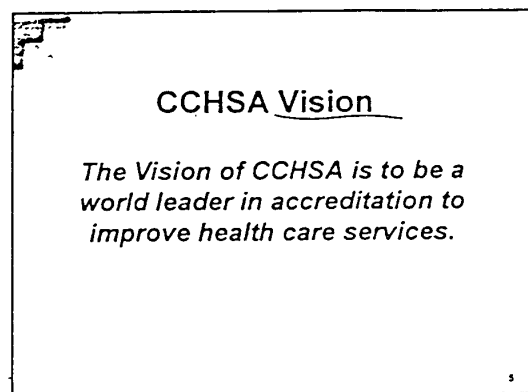
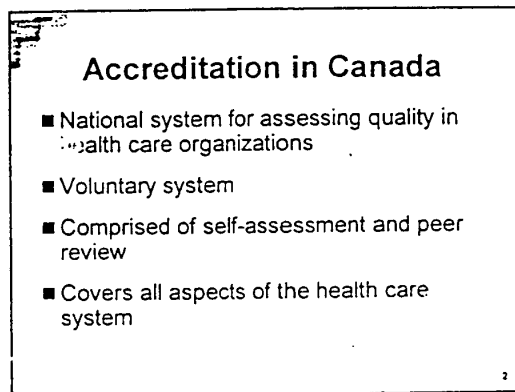
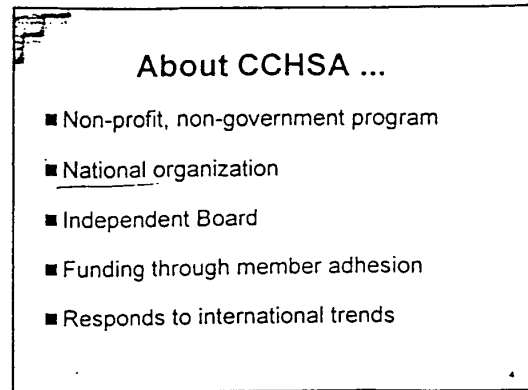
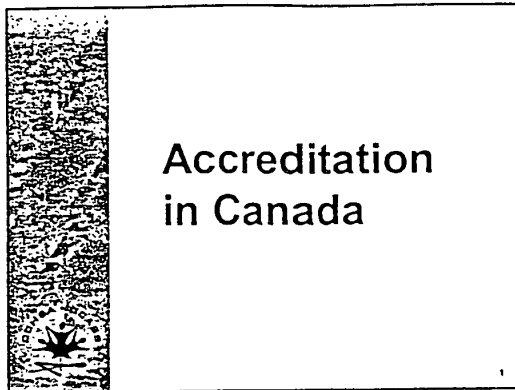
---

---

---

附錄十三 .

Accreditation in Canada



## CCHSA's Approach and Principles

- Stakeholder involvement
- Field driven
- Consultative and educational
- National approach
- Research
- Continuous evaluation and improvement
- International recognition

7

## How has CCHSA responded to Stakeholders?

- Evolution of the accreditation standards (*structure, process, outcome*)
- Standards that challenge organizations to improve
- Quality Assurance, Quality Improvement, Indicators, Outcomes
- Hospital-based – continuum of health care services
- Accountability mechanism

10

## Who are the Stakeholders?

- Participating health care organizations
- Public/consumers
- Provincial Organizations
- National Health Care Organizations
- Professional Organizations
- Federal and Provincial Governments

8

## How has CCHSA responded to stakeholders? (cont'd)

### Achieving Improved Measurement Accreditation Program (AIM)

- A response to health sector reform
- A tool for health care organizations to demonstrate accountability
  - ◆ health care organizations have to be more precise and improve outcomes measurement
  - ◆ AIM helps organizations respond to improved outcomes measurement

11

## What is their involvement?

- Consultation on
  - ◆ trends and their impact on accreditation
  - ◆ development/revision of standards and survey process
  - ◆ directions of CCHSA
- Implementation of
  - ◆ accreditation program

9

## What is the role of the government in accreditation?

- Indirectly supports accreditation (*provide funds to accredited organizations*)
- Maintains an "arms length" relationship with CCHSA
- Funds CCHSA for development of new accreditation programs (*e.g. First Nations program*)

12

## National Role in Quality Monitoring

Organization	Activities Monitored	Type of Standards	Membership	Outcome
Government	- security - use of resources - appropriate use of resources	Essential	MANDATORY	Licence
Professional Learning Bodies	- standards of practice - level of compliance - performance	Essential towards Excellence	MANDATORY	Licence
University Teaching Programs	- continued educational development	Excellence	VOLUNTARY	Recognition
CCHSA	Official Recognition of Best Practice	Excellence	VOLUNTARY	Official Recognition of Best Practice

13

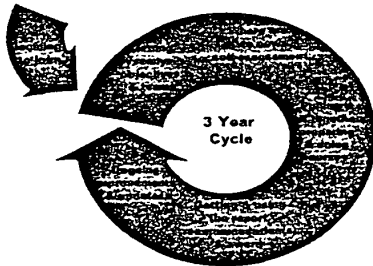
## How Do We Accredite?

- Self-assessment
- Peer review process
- Underlying concepts
- Report on compliance
- Recognition

16

## The Accreditation Process

A continuous learning and improvement cycle



14

## Standards Sections Client Services

- Types:
  - ◆ Acquired Brain Injury
  - ◆ Acute Care
  - ◆ Ambulatory Care
  - ◆ Assisted Reproductive Technology
  - ◆ Cancer Care
  - ◆ Critical Care
  - ◆ Community Health Services

17

## CCHSA's AIM Program

- AIM: Achieved Improved Measurement
- Based on:
  - ◆ Client centered approach
  - ◆ Outcomes measurement and indicators
  - ◆ Continuous quality improvement and risk management
  - ◆ Comparative reporting using quality dimensions
  - ◆ Population health
  - ◆ Continuum
  - ◆ Aligned with the international community
  - ◆ Accountability

15

## Standards Sections Client Services (cont'd)

- ◆ First Nations and Inuit Addiction Services
- ◆ First Nations and Inuit Community Health Services
- ◆ Home Care
- ◆ Long Term/Continuing Care
- ◆ Maternal/Child
- ◆ Mental Health
- ◆ Rehabilitation
- ◆ Substance Abuse and Problem Gambling

18

### Underlying Principles

- Quality monitoring and improvement
- Clients and families are the focus of accreditation
- Population Health
- Continuum
- Accreditation is valuable to funders, providers and clients/consumers
- Improved Measurement
- Risk Management

19

### AIM Quality Dimensions

Each Dimension Has Descriptors

22

### Quality Monitoring and Improvement

20

### Standards, Quality Dimensions and Indicators

23

### Clients and Families are the Focus of Accreditation

21

### CCHSA's Standards

24

## Peer Review Process

- Surveyors representing health disciplines
  - ◆ Physicians
  - ◆ Nurses
  - ◆ Administrators
  - ◆ Community health providers
  - ◆ Home Care providers
  - ◆ Other health service professionals
- Assessed against a competency model
- Actively working in a senior capacity in health services organizations

25

## Recognition

- Accreditation status:
  - Accreditation
  - Accreditation with report
  - Accreditation with revisit
  - Non-accreditation

## Surveyors Approach

During the course of the survey, surveyors will provide:

- Assessment
- Validation
- Education
- Consultation

26

## Accreditation is valuable to funders, providers and clients/consumers

Funders:

- ◆ Benchmarking ✓
- ◆ Health services follow national standards for care/services
- ◆ Indication that health services are committed to improving on an ongoing basis
- ◆ value for money

Providers:

- ◆ Seal of good quality in health services
- ◆ Commitment to quality and to excellence
- ◆ Organization's competency
- ◆ Promote effective use of resources

29

## Survey Report

- Provides feedback
  - ◆ entire organization
  - ◆ each team
- Creates a roadway for QI
  - ◆ through recommendations, commendations, suggestions
- Provides public information
  - ◆ may be distributed
- Is a source of data for CCHSA
  - ◆ for trending and analysis

27

## Accreditation is valuable to funders, providers and clients/consumers (cont'd)

Client/Consumers:

- ◆ Accountability to all stakeholders
- ◆ Reassurance that health services authorities are open to assessment by external reviewers
- ◆ Consumer input into the assessment

30

**Accreditation...an international perspective**

International Society for Quality in Healthcare (ISQua)

- Accreditation sub-group (since 1994) : The Wellington Group
- Activities
  - Federation of Accrediting Organizations (1999)
  - International Principles
  - Accrediting the Accreditors
  - CCHSA accredited in 1998 and 2002 by international peers

31

---

---

---

---

---

---

---

---

**For more information...**

CCHSA  
1730 St. Laurent Blvd., Suite 100  
Ottawa, ON Canada K1G 5L1  
Tel: (613) 738-3800  
Fax: (613) 738-1244  
[www.cchsa.ca](http://www.cchsa.ca)

32

---

---

---

---

---


---

---

---

## Health Technology Assessment and CCOHTA


CANADIAN COORDINATING  
OFFICE FOR HEALTH  
TECHNOLOGY ASSESSMENT



OFFICE CANADIEN DE  
COORDINATION DE L'ÉVALUATION  
DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ


### Health Technology Assessment and CCOHTA

Hussein Noorani, MSc  
Research Officer, Medical Devices & Health




### A Time of Rapid Change in Health Care

- "This is the time of the most rapid technological change in health care in history." – *World Health Organization*
- Between 1950 and today, number of diagnostic tests increased from 100 to more than 1000
- 50% of all diagnostic and treatment methods used today did not exist 10 years ago
- More than 20,000 pharmaceutical products in Canada; 450 new ones every year
- An estimated 490,000 medical devices




### Technology and health care costs

- Total public spending on health care in Canada:
  - 1991: \$49.4 billion = \$1,760 per capita
  - 2001: \$75 billion = \$2,395 per capita
- 50% to 60% of health cost inflation is attributable to advances in technology – *EBRI (Washington, DC public policy research organization)*




### A question of balance

- Health care administrators must:
  - ensure that residents have access to effective technologies that will improve outcomes,
  - manage within a budget.
- To strike a balance between access and fiscal realities, decision-makers must select and fund the most clinically effective and cost-effective technologies



### Decision-makers need

- Information that is rigorous, impartial, reliable and timely
- Information that synthesizes and analyzes major studies on a technology
- Information that compares competing technologies
- Information that provides evidence of value for money



### HTA Delivers

- Reliable, impartial, understandable information that
  - Makes complex research accessible
  - Cuts through information overload to provide the relevant information
  - Is scientifically rigorous
  - Provides the basis for informed decisions





### What is health technology?

"Health technology" includes interventions for the prevention, treatment, and maintenance of health.

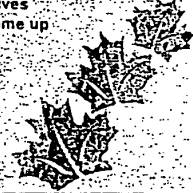
"Health technology" covers the spectrum of health practices.

*This encompasses drugs (including vaccines), devices, medical and surgical procedures, and health systems.*



### What is health technology assessment?

Health technology assessment involves use of all available information to come up with "the truth" about a technology.



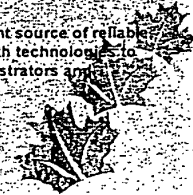
### CCOHTA: who we are (1)

- established in 1989
- publicly funded by all levels of government: federal, provincial and territorial (30:70)
- reports to the Conference of DMs of Health responsive to the priorities of the DMs through ministry personnel (board and advisory committees)



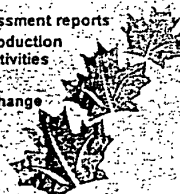
### CCOHTA: who we are (2)

- Annual budget of \$4.3 million
- About 30 staff
- Mandate is to provide an independent source of reliable, evidence-based information on health technologies to health care decision-makers, administrators and practitioners

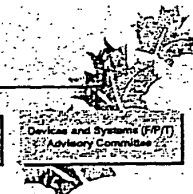
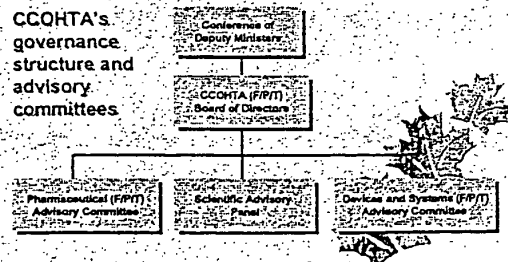


### CCOHTA: who we are (3)

- CCOHTA's role is to:
  - Produce health technology assessment reports
  - Collaborate with others in the production of HTA reports and other HTA activities
  - Teach and mentor
  - Assist with HTA information exchange within Canada.



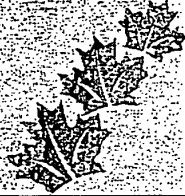
### CCOHTA's governance structure and advisory committees





### An overview of the assessment process

- Assessment topics are approved by the CCOHTA board
- Feasibility workup
- Project team assembled
- Literature search and retrieval
- Interpretation and synthesis
- Review
- Final Product



### Choosing CCOHTA's projects

- Significant impact on the publicly funded health care system?
- Impact on health care decision-making?
- High-quality information available?
- Recent assessment(s) done by others?
- Within the scope of CCOHTA's mandate?



### Feasibility work-up

- Assess feasibility
- Define research question(s)
- Specify report components (e.g. clinical/economic aspects)
- Conduct preliminary literature search
- Outline proposed search protocol, methodology and resource needs
- Capture in a "pre-assessment" document



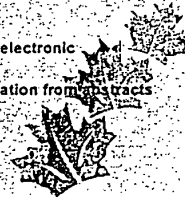
### Project Team

- Most projects are performed "in house" (lead researcher is from CCOHTA)
- External clinical experts recruited
- Some projects involve national or international collaborations



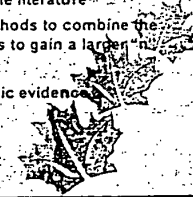
### Gathering Literature

- Systematic and exhaustive search for relevant documents
  - No language restriction
  - Comprehensive sweep of many electronic databases
  - Grey literature, including information from abstracts and other HTA agencies
  - Information from industry



### Interpretation and synthesis

- Systematic review: transparent, reproducible methods to identify, assemble and synthesize the literature
- Meta-analysis: use of statistical methods to combine the findings of multiple research studies to gain a larger "n"
- Economic evaluation may include
  - A systematic review of economic evidence
  - Budget impact analysis
  - Full economic analysis





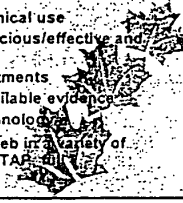
### Review cycle

- Guidelines supplied for reviewers
- Review panel includes:
  - Clinical experts
  - Statisticians/methodologists
  - +/- Health economists
  - Scientific Advisory Panel advisors
  - Industry representatives



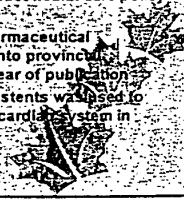
### The final product

- CCOHTA publishes a synthesis of relevant literature that tells decision makers:
  - About the technology and its clinical use
  - Whether the technology is efficacious/effective and for whom
  - How it compares with other treatments
  - Gaps and deficiencies in the available evidence
  - +/- economic aspects of the technology
- Available for free on the worldwide web in a variety of formats (report in brief, overview, CETAP, full assessment)



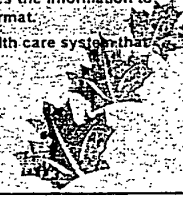
### Do Decision Makers use HTA?

- Yes. CCOHTA's reports directly impact health care policy in Canada:
  - The majority of CCOHTA's pharmaceutical evaluations have direct input into provincial formulary decisions within a year of publication
  - CCOHTA's report on coronary stents was used to establish policy on integrated cardiac system in Ontario



### Conclusions

- HTA compiles and evaluates the evidence relating to health care technologies and provides the information to decision-makers in a clear, useful format.
- HTA is an essential element of a health care system that strives for quality and economy.



[www.ccohta.ca](http://www.ccohta.ca)

955 Green Valley Crescent  
(613) 226-2553

