

出國報告（出國類別：考察）

美國保險對象就醫權益 長期監測發展模式

服務機關：台灣公共衛生學會

姓名職稱：楊銘欽副教授

服務機關：行政院衛生署中央健康保險局

姓名職稱：王復中科長

派赴國家：美國

出國期間：100年10月25日至10月31日

報告日期：101年01月31日

摘 要

透過實地參訪考察美國相關機構，瞭解 Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)調查病人就醫經驗之方法，蒐集有關保險對象就醫權益長期監測模式之規劃、運作及管理機制等相關資訊，做為我國保險對象就醫權益長期監測發展模式之參考。

本考察報告除說明各考察機構的參訪內容與心得外，也針對國內整體醫療品質發展及保險對象就醫權益長期監測發展模式分別提出建議，期望能對後續政策規劃與執行有所貢獻。

目 次

壹、緣起與目的	1
貳、過程與內容	2
一、參訪機構及過程	2
二、考察內容	5
參、心得與建議	10
一、參訪心得	11
二、結論與建議	13
附錄一、參訪機構資料表	16
附錄二、NCQA 與 HEDIS 簡介	17
附錄三、CAHPS 計畫簡介	33
附錄四、參訪過程剪影	41

美國保險對象就醫權益長期監測發展模式

壹、緣起與目的

美國健康照護研究及品質署(Agency for Health Research and Quality, AHRQ)為美國衛生及人力資源部(Department of Health and Human Services, HHS)之附屬機關，成立於1989年，負責醫療品質提升及醫療照護政策評估等業務，並定期出版國家照護品質之報告，而該單位之研究成果，向為美國境內及國外從事相關工作機構之重要參考。行政院衛生署過去亦曾與該機構多次交流，並於99年12月派員前往洽談雙邊合作計畫後，建議我國現階段可積極向其學習 Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)計畫中調查病人就醫經驗之方法。

台灣全民健保實施已超過17年，行政院衛生署中央健康保險局過去每年均辦理民眾就醫經驗調查，以評估特約醫療院所在各項支付制度實施後，醫療品質與可近性的變化，惟此調查係因應總額實施而辦理，國內尚未建立類似英美等先進國家所採用之科學及標準化大規模民眾就醫權益監測系統。長期而言，為增進保險給付效益，確保民眾得到符合需要且滿意的醫療服務，有必要以保險人角度蒐集國內外相關調查機制，並逐步發展本土化之就醫權益監測問卷、監測架構及指標，建立評估全民健保施政成果實證基礎資料，以利未來政策推動的執行成效檢討，強化國人健康權益保障。

因此，本次考察以CAHPS計畫為主要目標，希望能透過實地參訪，瞭解國外調查病人就醫經驗之方法。由於CAHPS計畫發展初期亦曾大量委託學界進行規劃與執行，目前仍有部分業務採與學界合作模式辦理，故本次考察亦包括CAHPS計畫相關執行機構、合作研究單位，以利完整蒐集有關保險對象就醫權益長期監測模式之規劃、運作及管理機制的相關資訊，提

供國內發展此模式之參考。並希望藉由此次的考察，帶回國外的寶貴經驗，建立相關專業人士的交流網路，使得國內未來在業務推動時，除以本土化角度思考外，也能朝向可與國際比較的模式發展，以利國際接軌。

本次考察主要目的如下：

- (一) 瞭解CAHPS計畫調查病人就醫經驗之方法。
- (二) 蒐集美國有關保險對象就醫權益長期監測模式之規劃、運作及管理機制等相關資訊。

貳、 過程與內容

為進行本考察案，經洽詢美國執行 CAHPS 計畫之相關機構聯繫安排考察之可行性，除獲主管機關 AHRQ 同意參訪外，亦獲得協助調查執行及負責資料庫管理的 Westat、協助發展問卷及調查方法的 American Institutes for Research (AIR)，以及審核 CAHPS 調查的 National Quality Forum (NQF) 同意。此外，為充份蒐集相關資訊，再洽詢協助 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)發展保險計畫評估工具 Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)的國家品質保證委員會(National Committee for Quality Assurance, NCQA)，獲同意參訪，考察過程與內容分述如后。

一、 參訪機構及過程

本次考察包括交通往返時間共計七日，各機構參訪時間安排如下：

10/26 (三)：National Committee for Quality Assurance

10/27 (四)：Agency for Healthcare Research and Quality 及 Westat

10/28 (五)：American Institutes for Research 及 National Quality Forum

各機構之地址、主要接待人員詳見附錄一。由於這些參訪機構對本局來訪均相當重視，除行前溝通考察議題外，當天均以簡報或會議方式，為參訪者提供詳盡的說明，並回答相關問題。各機構簡介說明如下：

(一) National Committee for Quality Assurance (NCQA)

NCQA 成立於 1979 年，屬私營的非營利組織，以改善健康照護品質為宗旨。其主要計畫與服務為評鑑保險計畫(Health Plans)及公布 HEDIS 的測量結果，並將這些結果提供給購買保險計畫的被保險人與雇主。NCQA 目前員工人數約 250 人，其中負責 HEDIS Performance Measure 的小組人數約占 10 分之 1 (20~25 人)，該組織收入主要來自 CMS 等機構的業務委託或研究經費。目前美國各州的保險計畫均由 NCQA 進行評鑑，這些保險計畫包括大約 1 億以上人口，70% 的美國民眾。本次考察主要接待者為該機構副總及 HEDIS Performance Measure 部門主管。

(二) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

AHRQ 前身為 1989 年成立的醫療照護政策及研究機關(Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR)。AHCPR 的主要任務為透過研究健康照護結果及發展臨床指引，報告醫療不當利用及醫療行為的差異情形，並提出改善方法。1999 年 12 月，美國通過醫療照護研究及品質法案(Healthcare Research and Quality Act of 1999)，要求 AHRQ 負責此項工作，向總統及國會報告國家整體醫療照護品質趨勢。新的機構延續 AHCPR 所扮演的角色及責任，同時強調醫療品質的重要性，故更名為 AHRQ。AHRQ 的事務目前分別由 3 個辦公室(Offices)與 5 個中心(Centers)負責，CAHPS 計畫屬於其中的 Center for Quality Improvement and Patient Safety

(CQuIPS)主管。AHRQ 的員工數約 300 人，財源則由政府編列預算支應，每年大約 4 億美金。CAHPS 等計畫係以透過經費補助 (Grant)、合作協定 (Cooperative Agreements) 或契約 (Contract) 等方式執行，無論其組織是否為公立或私立，只要是非營利組織均有資格申請 AHRQ 經費補助，而營利組織則只適用於合作協定或契約。本次考察主要接待者為該機構 CQuIPS 部門主管及其他相關同仁。

(三) Westat

Westat 成立於 1963 年，為美國知名的研究與統計調查機構，員工數約 2,000 人，年收益約 4 億美金。本次考察主要接待者為該機構負責執行 CAHPS 與 Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) 的所有主管，CAHPS 與 SOPS 均為 AHRQ 的委辦業務，在 Westat 屬同一團隊負責執行，該團隊人數約 30 人。

(四) American Institutes for Research (AIR)

AIR 成立於 1946 年，為知名的非營利組織，研究領域廣泛且多元，在美國及海外均設有辦公室或據點，成員人數約 1,650 人，年收益約 3 億美金。在健康政策與研究方面，其中一項重要研究計畫就是發展 CAHPS 的問卷及調查方法，該計畫目前與 AHRQ 的合作已暫告一段落，該機構刻正另行發展癌症等特定疾病別的 CAHPS 調查。本次考察主要接待者為該機構健康政策與研究部門主管及參與 CAHPS 的同仁。

(五) National Quality Forum (NQF)

NQF 成立於 1999 年，雖然名為 National Quality，其主要目的在建立健康照護的標準。該組織為委員會性質，由不同的利害關係團體所組成，目前共有 8 個委員會，約 430 位委員。所有關於健康

照護績效衡量的工具，如 CAHPS 調查，在發展成熟後都需要獲得 NQF 的認可，才能進行正式的調查，NQF 的執行情形亦需向國會報告。本次考察主要接待者為 Performance Measures 資深副總。

二、考察內容

(一) CAHPS 計畫的發展過程

AHRQ 於 1995 年開始執行 CAHPS I 計畫(1996~2001)，主要目的希望由消費者來評估保險計畫，除傳統的病人滿意度指標外，CAHPS 更強調病人報告的就醫經驗，原因是醫療照護品質除了專家的觀點外，也應該從消費者觀點來評估，但滿意度是較為主觀的評估標準，所以透過就醫經驗，可以得到較為客觀的照護品質資訊。CAHPS I 計畫根據上述的目的，發展出 CHAPS 調查 1.0 版本，1998 年更進一步將 CHAPS 1.0 與 NCQA 原先的 HEDIS 內容結合，發展出 CAHPS 調查的 2.0 版本。

CAHPS I 計畫結束後，AHRQ 開始進行 CAHPS II 計畫(2002~2007)，整個計畫目的擴大到保險計畫以外的範圍，AHRQ 將計畫名稱修正為 Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems 並沿用至今。在這個階段中，CAHPS 計畫陸續針對團體(醫院、居家照護等)及個別(如洗腎病人)發展不同的評估工具，調查並進展至 CAHPS 調查的 3.0 版本，同時也開始發展 CAHPS 資料庫，並針對 CAHPS 資料的報告、使用情形對品質改善的影響進行相關研究。

目前 CAHPS 已進入 CAHPS III (2007~2012)，此階段的重點已不再強調調查工具及方法的發展，而強調其對品質改善的影響，以及資訊的使用。目前 CAHPS 調查的最高版本是 4.0，依照發展的

先後順序不同，有些目前仍在 1.0 版本，有些則進入 3.0 版本，主要分為兩大類，一類是 Ambulatory Care，例如 Health Plan Survey、Home Health Care Survey 等均屬之；另一類則為 Facility Care，包含 Hospital Survey、Nursing Home Resident Surveys 等，詳見表 1。AIR 發展中的 CAHPS Survey for Cancer Care 是少數仍在研究發展的調查。AHRQ 另外也建置了 TalkingQuality 網站，做為 CAHPS 推動 Report Card System 的策略工具。

表 1：CAHPS Surveys(本考察報告整理)

Family of Surveys	Sub Domains	Version
Ambulatory Care	Health Plan Survey	4.0、3.0
	Clinician & Group Survey	1.0
	ECHO Survey (Behavioral Health Care)	3.0
	Home Health Care Survey	1.0
	Adult Dental Care Survey	1.0
	Additional Item Sets，包含殘障者、健康知能等多項內容	-
Facility Surveys	Hospital Survey	1.0
	In-Center Hemodialysis Survey	1.0
	Nursing Home Resident Surveys (Long Stay and Short Stay)	1.0
	Nursing Home Family Survey	1.0
Supplemental Item Sets	包含 Adult、Children with Chronic Conditions 能等多項	-

(二) 以 CAHPS 進行病人就醫經驗調查之方法

AHRQ 將 CAHPS 的問卷及調查方式委由研究機構研發後，必須送交 NQF 審查通過，才能進行病人就醫經驗調查。CAHPS 計畫中發展了許多不同類型的問卷，這些問卷可能同時也有其他的學術機構或團體在研發，由 NQF 審查通過成為國家共通的標準，才能解決使用時的一致性問題。CAHPS 調查時是由醫療院所個別進行，問卷內容通常包含兩個部分，一是 CAHPS 的核心問項，一是補充問項，可以方便採用的院所依其各別需要決定問卷合適的內容，CAHPS 也發展多國語言的問卷版本(包括中文)，方便不同就醫族群填答。AHRQ 並會提供合格的廠商名單，提供院所選擇合作夥伴來執行調查或上傳調查結果至 Westat，再由 Westat 將資料彙整後提供給 CMS 及公眾。

(三) HEDIS 指標的發展及使用

HEDIS 是由美國 HCFA(CMS 的前身)與 NCQA 在 1991 年共同發展建立的指標蒐集系統，並自 1997 年起發展為全國性調查包括商業、Medicare 與 Medicaid 等保險計畫的醫療照護品質指標，其測量面向(Domain)包括醫療照護有效性(Effectiveness of Care)、可近性(Access)、醫療利用情形(Use of Services)、照護成本(Cost of Care)、照護經驗(Experience of Care)、保險計畫的基本資料(Health Plan Descriptive Data)等，這些指標並非不會改變。指標的發展有其固定的生命週期(詳如附錄二)，依據 NCQA 的說明，由選取到的正式使用的時間大約為 28 個月，所有的指標在開始使用後都會經過不斷的檢討，有需要的就會進行修正、退場，以 2012 年的版本來說，共有 43 項指標在使用中，而這些指標並非所有保險計畫都會使用，有些只適用於 Medicare 或 Medicaid，有些只適用於商業保險。表 2 為依 2012 年版分類的指標類別及數量，各年度詳細

的指標內容，NCQA 均公布在 Internet 上供各界查詢。

表 2：HEDIS Measures 2012 版(本考察報告整理)

Domains	Sub Domains	Measures
Effectiveness of Care	Clinical	42
	Survey Based Clinical	
Access	-	8
Use of Services	-	18
Cost of Care	-	6* ^{註 2011 年版}
Experience of Care	以 CHAPS 為主	3
Health Plan	-	7
Descriptive Data		
Summary		78* ^{註不含 Cost of Care}

HEDIS 已實施多年，做為提供被保險人與雇主選擇保險計畫的重要參考資訊而言，過去仍有些缺點：包括指標大多是過程面而非結果面，使得 HEDIS 較難協助消費者做選擇；其次是指標項目過多，需花費較高的費用蒐集；第三是 HEDIS 的指標沒有經過風險校正及標準化，較難進行各保險計畫間的比較。這些問題透過指標甚至測量面向的檢討，以及提供更便捷使用與查詢的個人化 Report Card System，已讓上述的缺點逐步獲得改善。例如，過去 HEDIS 採用滿意度的測量面向，目前已更改為照護經驗的測量面向，內容並以 CAHPS Health Plan Survey 4.0 為主，以期得到病人的直接經驗，並能進行跨保險計畫比較，如下業頁 1 所示。

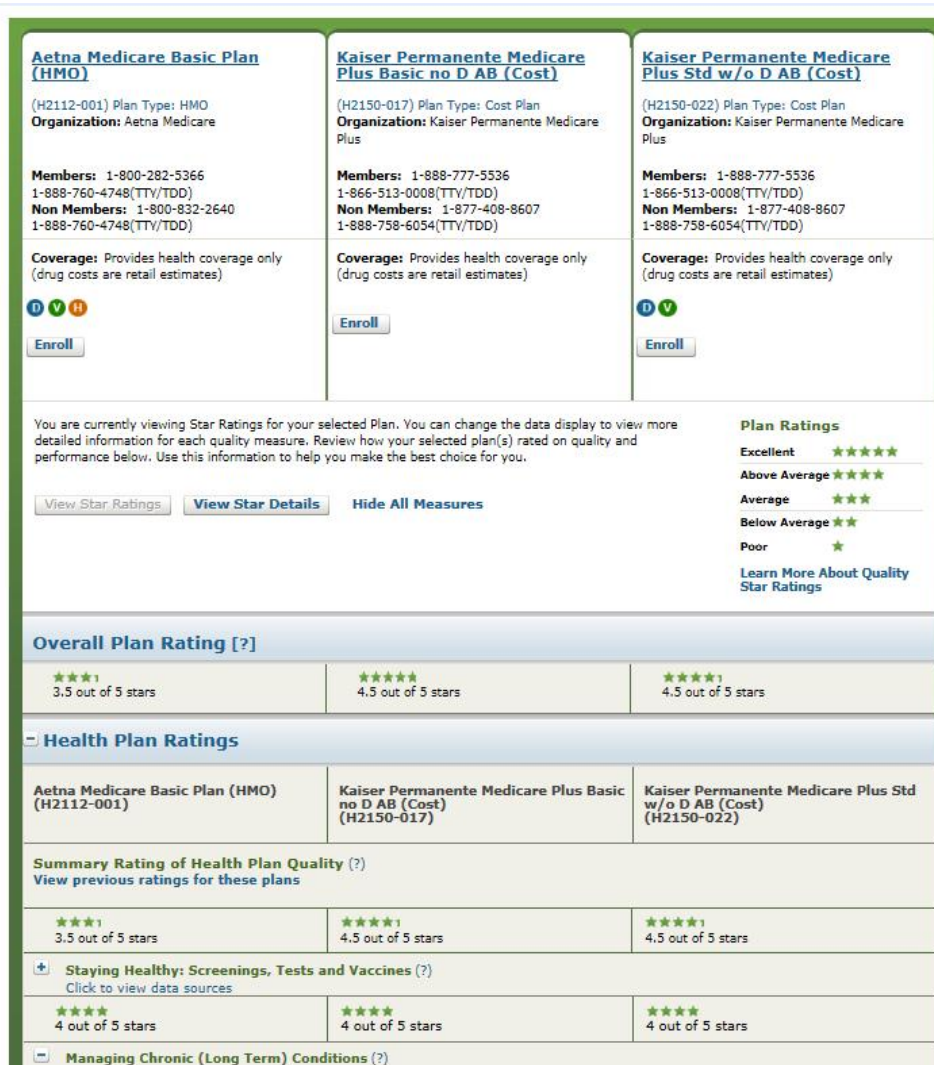


圖 1：Medicare Plan 以星等呈現的比較

(四) 保險對象就醫權益長期監測模式之規劃、運作及管理機制

CAHPS 與 HEDIS 在進行調查前的問卷、指標的發展，投入相當多的人力、經費及時間以取得嚴謹的結果，但 CMS、AHRQ 或 NCQA 均不直接進行調查，僅提供合格廠商名單(例如 Hospital CAHPS 是由 CMS、Health Plan 及 Clinician-Group 是由 NCQA、Home Health Care 是由 AHRQ)，並由院所自己辦理，故調查內容與方式能獲得醫療院所的認同。在執行時，不論 HEDIS 或 CAHPS 都會有給付上的誘因，或是合約上的要求，藉以鼓勵或強迫院所進行調查並提供資料。

經檢視 CAHPS 各調查的內容，不論是問卷或調查的方式，都有詳盡的指引(Guidance)與標準(Protocol)。對 AHRQ 與 CMS 等政府機關來說，就醫權益監測模式的發展，有很大部分的成果來自於學界的貢獻。善用委外服務有助於提升整體計畫成效，但委外服務品質的確保並非根基於採購法令，而是因為 AHRQ 與 CMS 也有相當專業及有豐富經驗的執行人員，故能具體提出研究需求並與學界良性互動。

CAHPS 調查是被設計來給消費者使用，所以必須包含病人經驗這個很重要的面向，提供選擇保險計畫或是醫療照護提供者，所以在監測模式的運作、管理階段，必須有效的將調查資料收集彙整並以容易理解的方式提供給民眾參考使用(詳附錄三)。另一方面，針對外界常質疑與品質改善的關連性，AHRQ 也同意對醫療品質較佳的醫療服務提供者較難顯現效果，但對對醫療品質較差的醫療服務提供者則有其效果。

就醫權益長期監測模式的發展，最後仍應該要能與給付結合，但在進入這個階段前，需要與各界充份溝通，溝通時需要的實證資料主要是 CAHPS 與 HEDIS 的測量結果，而這些內容必須是可信賴的，故從獲得 NQF 的認可、調查執行的標準化到進入 Quality Report，乃至將調查資料建置資料庫開放供外界使用，都有助於提高就醫權益監測模式的信效度。

參、心得與建議

此次順利赴美國考察，除主動與該國相關之機構聯繫外，亦因過去行政院衛生署曾與 AHRQ 建立交流管道，從開始即得到該機構友善地回應並樂於協助與其他機構聯繫有密切相關，其後的行程安排及接待縝密而慎重，

參訪單位均派出相關業務主管簡報或與談，因此收穫良多。各參訪單位對我國健保制度及現行就醫權益監測方式亦感高度興趣，紛紛要求參訪人介紹說明，提供地主單位可參考之經驗。較為可惜的是，限於聯絡時間限制，無法與 CMS 取得聯繫，在參訪的過程中少了最後的一塊拼圖，甚為遺憾，只能留待後續者的努力。參訪心得及結論與建議分述如下：

一、參訪心得

提升醫療品質一向是各國健康照護的重要施政目標。然而，在各界共同為醫療品質而努力的同時，卻發現民眾很難感受得到，究其原因，主要是評估醫療品質的工具多屬專業、管理目的的指標，與民眾實際經驗難以結合。本次考察美國所推動的 CAHPS 計畫，目的即以醫療服務品質及醫療照護品質的角度，提供民眾選擇保險計畫及醫療服務提供者，而進行的病人就醫經驗調查發展計畫。透過瞭解民眾實際的經驗，能反映保險計畫、醫療服務提供者在民眾經驗中遇到的問題，進而促進其改善。對於各參訪機構的心得分述如下：

(一) NCQA 發展 HEDIS 指標有其嚴謹的步驟，對外公佈後(第四階段)，仍需花費一年的時間收集各界意見後，才會正式使用，這樣的程序有利整合不同利害關係人的意見。作為評估保險計畫的工具，HEDIS 與 CAHPS 的結合已成為未來的趨勢，意味者醫療品質應該將過程面(例如醫療利用)、結果面(30 日再住院)等專業品質指標與病人就醫經驗結合，在 NCAQ 目前的保險計畫評鑑作業中，主要包含 HEDIS 的績效、CAHPS 的病人就醫經驗以及整體保險計畫內容(結構、過程面向)三個部分，前兩者的比重合計佔 45.68%。

(二) AHQR 發展 CAHPS 計畫的方式是在各階段依目的進行不同的專業委託，在執行 CAHPS 調查時，也是由各保險計畫、醫療服務提供者各自辦理，提供的誘因是給付時給予不同的調整比率(如

Hospital Survey)。CAHPS 調查以病人經驗取代簡單的滿意度，是因為病人回報的經驗內容比滿意度更易理解、特定與客觀且可處理，只是給予一個五分位的評價(Rating)，這在品質改善實務上較難產生具體意義，雖然調查是個人的認知，但經驗調查較滿意度調查相對客觀，回答滿意與否與回答醫師花多少時間在照顧病人，對於醫療服務提供者或民眾而言，後者顯然較具意義。這些調查結果整理後，為了讓民眾易於使用，仍然要轉換為較易理解的評分系統(如圖 1 所示)，目前 AHRQ 發展 CAHPS 計畫已轉移至這個重點。

(三)Westat 負責協助調查的執行及資料庫的管理，在 CAHPS 的角色將會越來越重要，CAHPS 調查結果均會傳送至 Westat，目前資料庫已收集歷年民眾的健康保險調查資料約 5 百萬筆，醫療專業人員調查資料約 33 萬筆，透過免費開放給保險業者、醫療服務提供者及學界進行評估、比較與研究，有助於整體照護品質的提昇。另一方面，為了回應 Institute of Medicine (IOM) Report，在照護組織中建立病人安全的文化，AHRQ 在 1991 年開始發展 SOPS 計畫並委託 Westat 執行。在 Westat 的參訪過程中，除了與負責 SOPS 計畫的主管晤談，也巧遇 AHRQ SOPS Survey 的主要負責人，透過他們的說明，瞭解醫療品質、病人安全與就醫經驗三者是環環相扣的。SOPS 與國內的病人安全通報系統(Patient-Safety Reporting System, TPR)最大的差別在 SOPS 要瞭解的是醫療服務提供者組織內部的病人安全文化，透過這樣的調查，可以協助評估通報系統的真實性以及組織間的差異，更重要的是透過改善組織內部的病人安全文化，才能真正減少病人安全問題的發生，這套調查系統目前已有國內學者引進並推廣中。

(四)由於 AIR 參訪的主管是從 CAHPS I 就開始參與，對 CAHPS 計畫

的發展過程非常瞭解，透過他的說明，可以得知 CAHPS 計畫的發展有其嚴謹的步驟與進程，病人經驗調查應該要能評估與回饋給不同的主體，為了達到這樣的目的，CAHPS 的調查依其難易與重要性，陸續在不同的階段被發展出來。而基於這樣的概念，不同的需求者也可自行發展 CAHPS 調查，例如目前 NCQA Supplemental items for Adult Questionnaire 及 Home Health Care Survey 即分別屬 NCQA 與 CMS 所主管。AIR 發展中的 CAHPS Cancer Care Survey 則是將同一份問卷設計成 Cancer Surgery、Drug Therapy 及 Radiation Therapy 三個版本，題項、題數完全相同，只有醫療照護提供者的不同，故這份問卷發展成功後，調查資料可分別或合併統計，以瞭解醫院、醫師乃至癌症照護團隊中的問題癥結，這樣的設計方式頗為巧妙，有助於評估整個治療過程中的不同照護方式、照護系統，較其他 CAHPS 調查更符合以病人為中心的調查概念。

(五) NQF 主要職責是建立健康照護的標準，其績效衡量的標準也屬於其中，NQF 將審查並為符合四個準則(Criteria)的績效衡量工具、實務及架構給予背書(Endorsement)，這四個準則分別為 Important to measure and report、Scientifically acceptable、Useable and relevant 以及 Feasible to collect。根據過去的經驗顯示，審查約需費時 8~9 個月，通過審查的比率約在 1/3~1/2 左右，通過後則每 3 年仍要 Review 一次。

二、結論與建議

藉此次雙方之交流，除獲得美國寶貴與重要的第一手資訊外，也促進雙方友誼，為後續合作及資訊交流建立了良好的溝通網絡。最後針對國內整體醫療品質發展及保險對象就醫權益長期監測發展模式分別提出建

議，以供後續政策規劃與執行參考：

(一) 針對健康照護標準發展類似美國 NQF 的審核機制

NQF 是這次參訪印象最深刻的組織，目前國內並無類似的機構，可以協助將同一目的而各自發展的調查，經過審查後成為一個單一調查的國家標準。國內為了建構以品質競爭及縮小落差的健康照護體系，行政院衛生署已於 99 年 3 月成立醫療品質政策辦公室，並分四組分別進行「醫療品質指標」、「全民健康保險品質指標」、「其他醫療品質指標」及「醫療品質政策研議」等工作。其中醫療品質政策研議小組討論中的「病人住院經驗調查」，就是參考美國 CAHPS Hospital Survey 的調查模式。然而，不論是研議中的「病人住院經驗調查」或是其他績效衡量工具，通常由單一團隊發展，AHRQ 則是同時委託給三個不同的團隊各自發展相同的調查，再透過 NQF 的審查取得統一的標準，依國內現行採購法規定，是可以採取複數決標的方式，委託給不同的競爭團隊進行相同的研究，然而，這個作法還是需要一個類似 NQF 的機構進行後續的審查與認可。

(二) 以保險人角度發展我國保險對象就醫權益長期監測發展模式

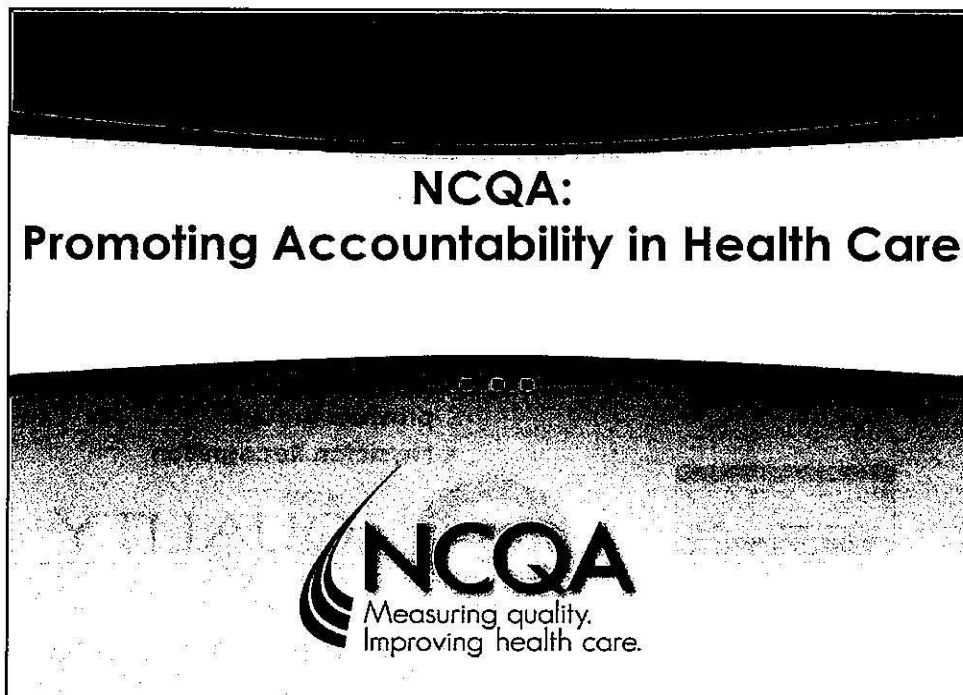
整體來說，不論是 CAHPS 或 HEDIS，其問卷及調查方法的發展、執行及資料收集式內容皆有值得國內借鏡之處。然而，就醫權益監測模式應該是一種漸進式的發展模式，以 Hospital Survey 的演進為例，過去是由 CMS 集中模式改變為各保險計畫乃至目前的各醫院自行調查的分散模式，最終目的是要能進行 Individual 或 Unit 的測量。台灣與美國有制度與文化上的差異，如要朝 Individual 或 Unit 的測量發展，除需建立 NQF 審核機制，還必須發展各種團體或個別的調查，在法令面強制或財務面提供誘因，並提供合

格的協作廠商名單協助醫療院所委託調查，這樣的發展模式顯然不是一蹴可及；而如採集中式的作法，依據 Hospital Survey 的經驗，CMS 建議每家醫院收集 300 個樣本，國內完成一次調查的樣本數約在 15 萬筆左右，若再加上 AIR 所提供的每家診所收集 45 筆的經驗值，國內完成一次調查的總樣本數將超過 100 萬筆，這樣的調查執行成本顯然過高。因此，建議應先將過去執行多年的總額別醫療品質與可近性調查，逐步朝向提供民眾就醫選擇，進而促進醫療品質改善的目標轉型，並參考 CAHPS 的做法，先將不同總額別的調查整合發展為全民健保就醫權益監測所需的共通性標準化問卷，可整體或針對各總額檢視保險對象就醫權益，然後再進一步將調查結果建立資料庫，鼓勵院所採用自行進行調查，並與健保局的醫療品質資訊結合，以擁有 Population-based 全民健保資料庫的優勢代替 Individual 或 Unit 的測量，提供醫療服務提供者整體或個別的品質資訊，以促進品質競爭導向的健康照體系發展。

附錄一、參訪機構資料表

參訪機構	地址	主要會談代表	職稱
National Committee for Quality Assurance (NCQA)	1100 13th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20005	Sarah Thomas	Vice President, Public Policy and Communications
Westat	1600 Research Blvd, RA 1110 Rockville, MD 20850-3129	Joann Sorra, PhD	Project Director Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) & Surveys on Patient Safety Culture (SOPS)
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	AHRQ Eisenberg Building Room 3345 540 Gaither Road Rockville, MD 20850	Judith A. Samgl, Sc.D.	Health Scientist Administrator & AHRQ CAHPS Project Officer
American Institutes for Research (AIR)	1000 Thomas Jefferson Street NW, Washington, DC 20007	Steven A. Garfinkel, Ph.D.	Managing Director
National Quality Forum (NQF)	1030 15th Street NW, Suite 800, Washington, DC 20005	Helen Burstin, MD, MPH	Senior Vice President, Performance Measures

附錄二、NCQA 與 HEDIS 簡介



NCQA: Mission and Vision

Mission
To improve the quality of health care.

Vision
To transform health care through
quality measurement, transparency,
and accountability.

NCQA
Measuring quality.
Improving health care.

2

The image shows a slide with a white background. The title 'NCQA: Mission and Vision' is centered at the top. Below it, the 'Mission' and 'Vision' sections are listed. The 'Mission' section states 'To improve the quality of health care.' and the 'Vision' section states 'To transform health care through quality measurement, transparency, and accountability.' At the bottom left is the NCQA logo, and at the bottom right is the number '2'.

NCQA: Committed to Measurement, Transparency, Accountability

Quality measurement means:

- Use of objective measures based on evidence
- Results that are comparable across organizations
- Impartial third-party evaluation and audit
- Public Reporting

NCQA's quality programs include:

- Accreditation of health plans using performance data
- HEDIS clinical measures
- CAHPS consumer survey
- Measurement of quality in provider groups
- Physician Recognition

Measure	Score	Target	Weight	Impact
HEDIS A1C	95%	90%	10%	High
HEDIS BP	85%	80%	10%	High
HEDIS LDL	75%	70%	10%	High
HEDIS Diabetes	80%	75%	10%	High
HEDIS Depression	90%	85%	10%	High
HEDIS Asthma	85%	80%	10%	High
HEDIS COPD	80%	75%	10%	High
HEDIS Cancer	90%	85%	10%	High
HEDIS Heart Disease	85%	80%	10%	High
HEDIS Stroke	80%	75%	10%	High



NCQA's
**QUALITY
COMPASS**



3

What is Quality?

- Definition of Quality (IOM)
“The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”

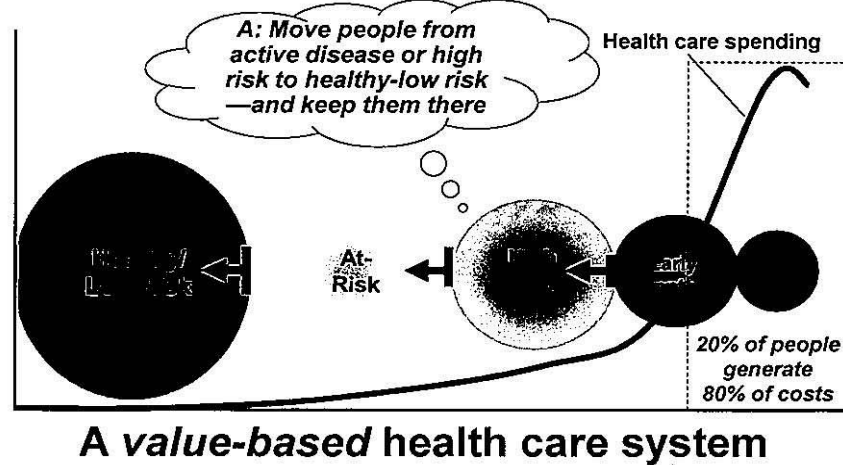


4

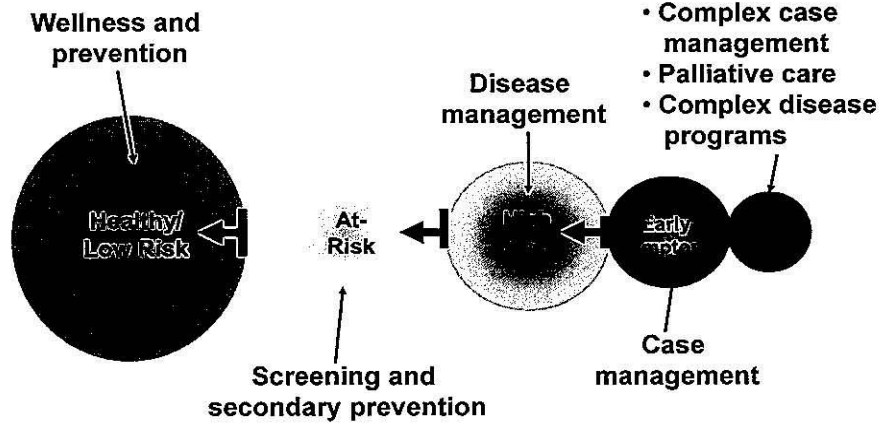
Domains of Quality

- Safe
- Timely
- Effective
- Efficient
- Equitable
- Patient Centered

What Should a "Value Based" Health Care do?



What Interventions are Useful?



Quality measures

Desirable Attributes for Measures

- **Relevance**
 - Meaningful to all key stakeholders
 - Important to enhanced health
 - Financial impact of improvement
 - Controllable
 - Potential for improvement-substantial variation
- **Scientific Soundness**
 - Based on best available evidence
 - Process or structural measures are linked to outcomes
 - Accurate-reliable-valid (face/content/construct)
- **Feasible**
 - Precisely specified
 - Needed data available
 - Cost of data collection is reasonable
 - Auditable



Domains of HEDIS® Measures

- **Effectiveness of Care** (approx 40 measures)
 - **Clinical Measures**
 - historical focus on underuse
 - *breast cancer screening*
 - More recently some overuse-misuse measures
 - *use of antibiotics in acute bronchitis*
 - **Survey based clinical measures**
 - HEDIS CAHPS (adult, child)
 - *Counseling for smoking cessation*
 - Health Outcomes Survey (HOS)-Medicare only
 - *Risk Assessment for falls*

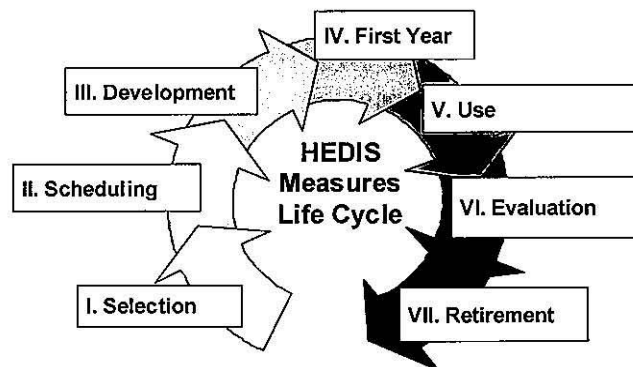


10

Domains of HEDIS® Measures

- **Access**
 - Prenatal-post partum care visits
- **Use of Services**
 - Well child visits
- **Cost of care**
 - Total standardized cost of care for diabetes
- **Experience of Care (CAHPS®)-adult, child, child with chronic illness**
 - Level of satisfaction with plan customer service
 - Physician provides appropriate information
- **Health plan descriptive data**

HEDIS Measure Life Cycle



Americans Pay a High Price for Variations in Quality



13

Closing These Gaps Would Save Lives

MEASURE	AVOIDABLE DEATHS
Breast Cancer Screening	500 – 1,400
Cervical Cancer Screening	700 – 900
Cholesterol Management	12,000 – 26,000
Colorectal Cancer Screening	6,000 – 11,000
Controlling High Blood Pressure	18,000 – 49,000
Diabetes Care – HbA1c Control	4,000 – 13,000
Persistent Beta-Blocker Treatment	200 – 1,400
Prenatal Care	1,000 – 1,600
Smoking Cessation	7,000 – 11,000
TOTAL 49,400 – 115,300	

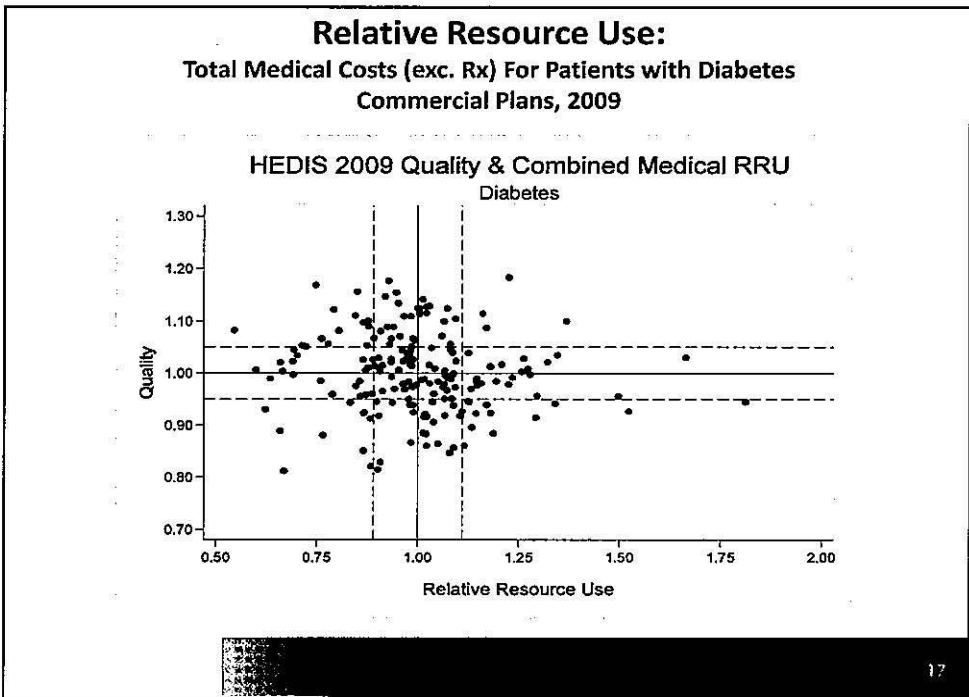


14

Value

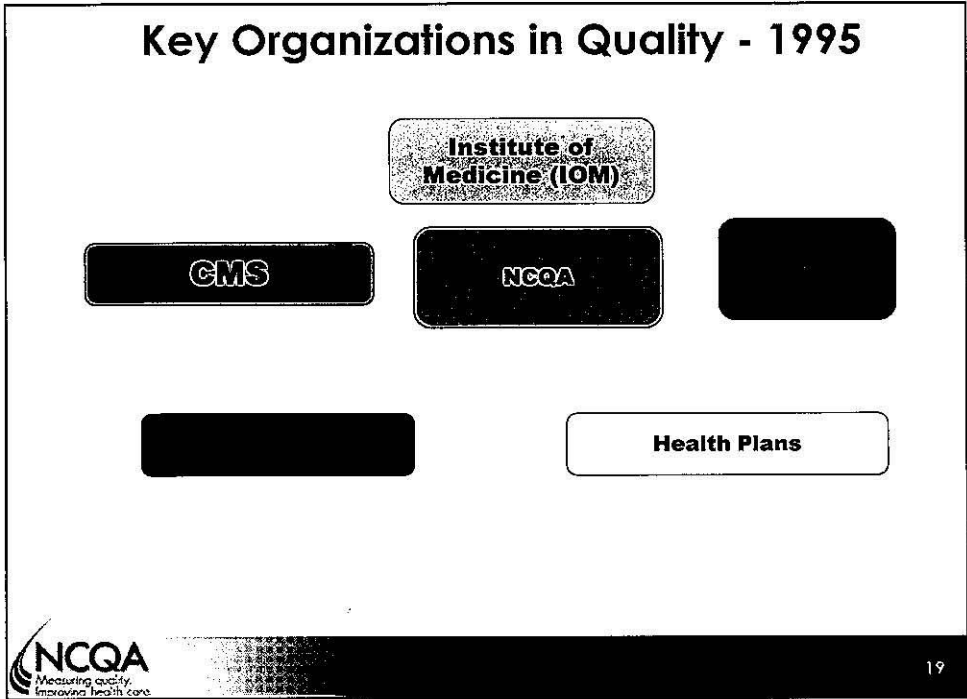
Relative Resource Use Measures Assess the Value of Care

- Plans report resource use across various service categories
- Plans report on six conditions
 - Diabetes, asthma, low back pain, COPD, hypertension, cardiovascular disease
- Plans compared to one another on *relative* resource use
 - Costs are standardized, data are risk-adjusted
- In concert with quality measures, can assess relative health plan value (e.g., quality + resource use)



The Evolving Quality Measurement Environment

18



HEDIS Measurement: Past

- **Traditional HEDIS:**
 - Plan level focus
 - Largely claims data used
 - Disease process/intermediate outcomes related
 - High impact, high prevalence diseases



21

HEDIS Measurement Present

- **Level**
 - Physician practice (group-site-?individual) as well as health plan focus.
- **Content**
 - Less common diseases (ADHD, Rheumatoid Arthritis)
 - Beginning emphasis on overuse-misuse
 - Plunge into resource use measures
- **Joint measure development collaborations most notably with AMA-Physician Consortium for Performance Improvement**
- **Adjusting to multiple players and processes in measurement (NQF, AQA, QASC and beyond).**



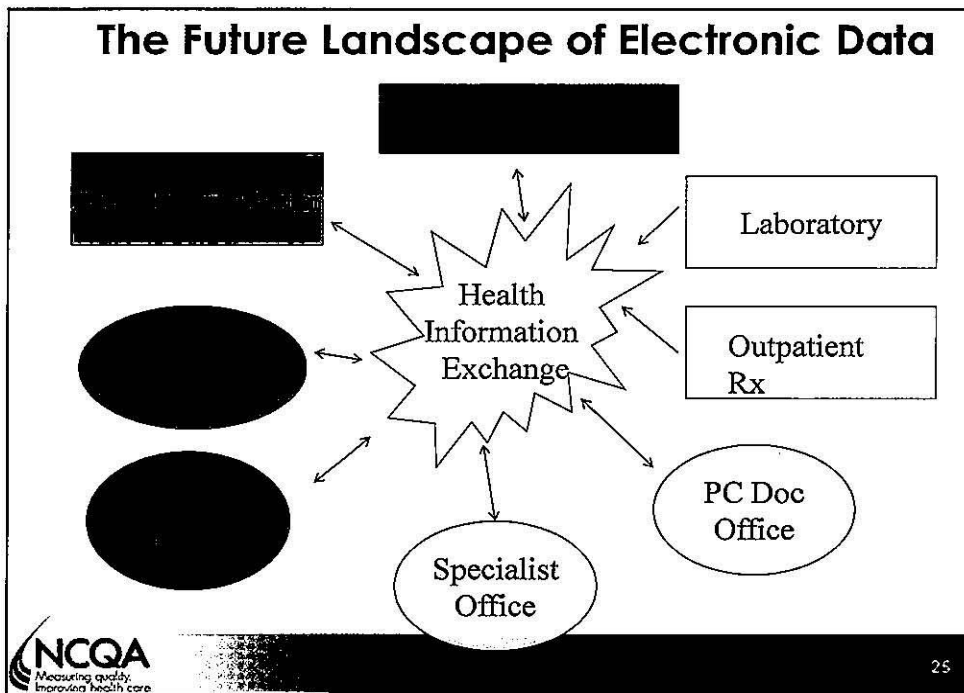
22

Performance Measurement Future

- **Setting strategic direction**
 - Strategic plan by government under health care reform
 - Many agencies, private entities will want to shape
- **Areas under development/consideration**
 - Measures for EMR and EHR environment
 - Appropriateness
 - Physician Behaviors-propensity to treat (or not)
 - Patient centeredness

IOM Priority Areas-Gaps

- Diabetes
- Cancer Screening
- Asthma
- Hypertension
- Ischemic CVD
- Immunizations
- Tobacco dependence
- Stroke
- Depression
- Medication Mgt
- Pain Control
- Noscomial Infection
- Frail Elderly
- Obesity
- *End of Life Care*
- *Pregnancy-childbirth*
- *Severe Mental Illness*
- *Children with Special Needs*
- *Care Coordination*
- *Self management support*



- ### Data, Data Everywhere-but...
- **What new types of measures are possible (and desirable) with full electronic data?**
 - Linking guidelines, decision support and measures in a single process
 - Continuous monitoring
 - Actual interval versus thresholds (screening measures)
 - **What are the “best” data sources for what measures?**
 - **And a lot more questions**
- The NCCA logo is visible in the bottom left corner, and the number '26' is in the bottom right corner.

Quality programs

NCQA Assessment Programs

- Health Plans
- Physicians and Physician Groups
- Managed Behavioral Healthcare Organizations
- Disease Management Organizations
- Physician Organizations
- Credentials Verification Organizations
- HEDIS Auditors and Software Vendors
- Accountable Care Organizations

NCQA Health Plan Accreditation: Based on Performance

Clinical Performance (HEDIS) + **Patient Experience (CAHPS)** = 45.86%

Health Plan Systems = 54.14%
Areas of structure and process that are critical to accountable healthcare delivery:
Quality Improvement, Utilization Mgmt, Credentialing, Member Rights & Responsibilities

Health Plan Accreditation is Performance-based:
NCQA Accreditation is the only health plan Accreditation that
requires reporting on clinical performance



29

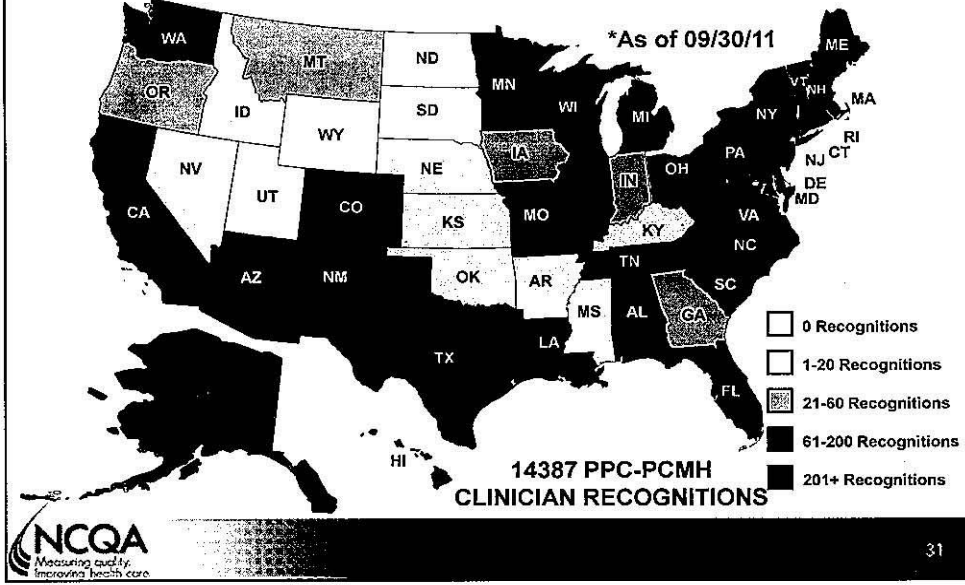
Physician/Practice Level Evaluation: Why is it important?

- Go where the money is (or at least where the control of spending is)
- Plans and purchasers need objective data to make decisions on:
 - Networks
 - Pay for performance programs
 - Helps eliminate perverse financial incentives for bad care
- Consumers want reliable and valid information to inform choice of physicians

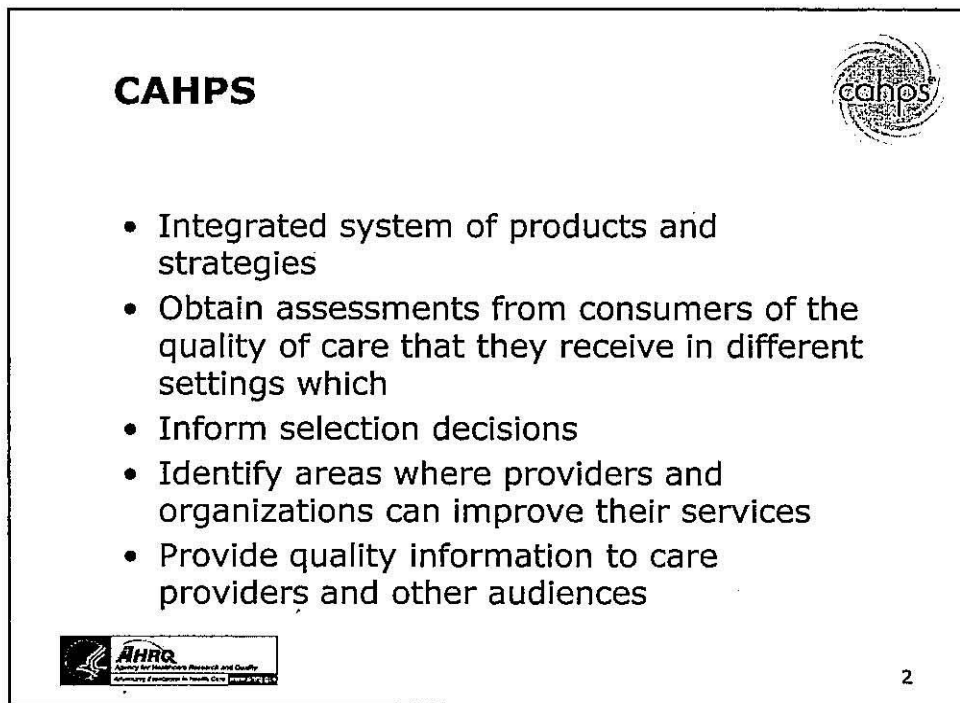
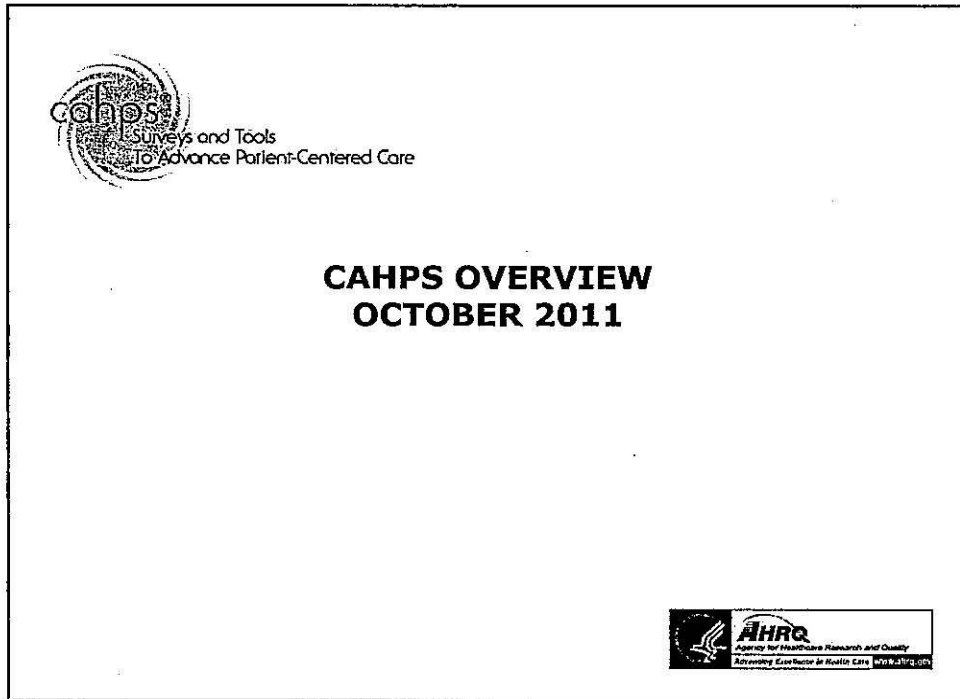


30

NUMBER OF PPC-PCMH CLINICIAN RECOGNITIONS BY STATE



附錄三、CAHPS 計畫簡介



The CAHPS Team



- Grantees, currently RAND and Yale
- User Network Contractor, currently Westat
- AHRQ staff
- Stakeholders from other government agencies, such as CMS, NIDDR, CDC
- Stakeholders from other private organizations, non-profits and advocacy groups



3

CAHPS Surveys



- Ambulatory Care
 - Physician offices, behavioral health care
- Care received in facilities
 - Hospitals, nursing homes, ICH facilities
- Supplemental item sets
 - People with mobility impairments, health information technology



4

Principle 1: Emphasis on Patients



CAHPS surveys ask about aspects of care:

- For which patients are the best or only source
- Which patients have identified as important



5

Principle 1: Emphasis on Patients



Only the patient knows:

- How well their pain was controlled during a hospital stay
- Whether a provider explained things in a way that was easy to understand
- How often the provider's office staff treated him or her with courtesy and respect.



6

**Principle 2:
Reporting About Actual Experiences**



HOW OFTEN SOMETHING HAPPENED

Survey focus =

Patient experience of care
rather than simple satisfaction.



7

**Principle 2:
Reporting About Actual Experiences**



How satisfied were you?

vs.

How often did this provider:

- Explain things in a way you could understand?
- Treat you with courtesy and respect?
- Listen carefully to you?
- Spend enough time with you?
- See you within 15 minutes of appointment time?



8

Principle 2: Reporting About Actual Experiences



Reports of experience are more:

- **Actionable**
- **Understandable**
- **Specific**
- **Objective**

than general ratings.



9

Principle 3: Standardization



Instrument

- Every user administers items the same way

Survey administration

- Sampling, communicating with potential respondents, and data collection procedures are standardized



10

Principle 3: Standardization, cont'd



Analysis

- Standardized programs and procedures

Reporting

- Standard reporting composites and presentation guidelines



11

Principle 4: Multiple Versions for Diverse Populations



Designed for all types of users

- Medicare
- Medicaid
- Commercial population

In English and Spanish



12

**Principle 5:
Extensive Testing with Consumers**



Cognitive testing

- Confirms that items, response options are understood as developer intended
- Is conducted in iterative rounds
- In English and in Spanish



13

**Principle 5:
Testing with Consumers, cont'd**



Cognitive testing

- Participant 'thinks out loud' while completing the questionnaire
- Participant is interviewed in detail after completing the questionnaire



14

Principle 5: Testing with Consumers, cont'd



Field testing

- To assess the effectiveness and feasibility of survey administration procedures and guidelines

- To determine validity, reliability and other psychometric properties



15

Obtaining technical assistance



Free!

- Products
 - Surveys and Instructions (www.cahps.ahrq.gov)

- CAHPS Technical assistance
 - Help Line (1.800.492.9261)
 - E-mail Help (cahps1@ahrq.gov)



16

附錄四、參訪過程剪影



與 National Committee for Quality Assurance 主管合影



與 Westat 主管合影



與 Agency for Healthcare Research and Quality 代表合影



與 American Institutes for Research 同仁合影



與 National Quality Forums 主管合影