

以政策德菲法建構健保政策評估 指標之研究*

The Application of Policy Dephi Method in Constructing Evaluation Indicators of National Health Insurance Policy

◎劉宜君**、傅立葉***

I-chun Liu and Li-yeh Fu

* 本論文部分內容係改寫自行政院衛生署健保監理委員會委託計畫「從民眾觀點建構
健保評量指標」部份內容（計畫編號：97K1209）。本論文內容係研究者之觀點，
不代表委託機關之意見。

**元智大學社會暨政策科學學系副教授。通訊地址：桃園縣中壢市遠東路135號元智
大學社會暨政策科學學系。聯絡電話：(03)4638800-2153。傳真：(03)4355971。
電子郵件：chun0820@saturn.yzu.edu.tw.

***政治大學社會行政與社會工作研究所副教授。

摘要

健保開辦十餘年，向來以全世界最低廉、造福的病患最多，政府也自豪是全球最成功的社會保險制度。但健保開辦以來，在改革措施無法順利執行之下，使健保朝向不永續的途徑發展。惟政府與社會大眾均不願見到健保不永續的發展。本研究認為此一矛盾現象產生的原因，除了健保政策定位的問題外，也在於健保的永續發展評估機制未獲得普遍的共識。本研究除透過文獻探討檢視健保評估的相關研究，並透過調查專家意見建立健保評估機制。研究發現專家們對於本研究提出的評估構面與其部分指標形成高度或中度共識。其中對於「公平性」、「普及性」、「可近性」、「可付性」、「效能性」、「課責性」構面具有高度共識；對於「效率性」、「完整性」與「適足性」構面具有中度共識。此外，專家有共識的健保永續評估指標相當多元，例如「不同地區民眾的健保納保率」、「不同職業民眾的健保納保率」、「健保醫療支出佔全國醫療保健支出之比例」、「國民健康平均餘命」等，印證永續發展不僅牽涉環境資源領域，亦涉及經濟生產、資源分配、消費等社會經濟制度之變革。

關鍵字：永續發展、全民健康保險、政策評估、評估指標

Astract

In Taiwan, the national health insurance policy has been implemented for more than one decade. Although this policy seems as one of the most successful social insurance services all over the world that our government takes great pride in, failure to implement reform measures successfully has geared the development away from sustainable development. This study believes the casue of this contradictory phenomenon is attributed to the positioning of health insurance policies and the failure to obtain general consensuses of the evaluation mechanism of health insurance policies. Different from previous studies that only focuss on single or specific academic approaches such as discussion on fairness, financial design, political feasibility, etc., this study integrates studies from the aspects of mecial care management, public health, finance, administration, economics and social welfare. With this as a foundation, this study investigates the multifaceted indicator of health care evaluation empirically. In addition, this study explores the relevant evaluation indicators of health care research, as well as collects experts' views of sustainable health care evaluation mechanisms by Policy Delphi.

The study finds that the Policy Delphi experts reach a consensus of assessment indicators to a high or medium degree. Among them, they have reached a high degree of consensus on “fairness” , “distribution” , “accessibility” , “affordability” , “perfor-

mance” and “accountability” ; and a medium degree of consensus on the aspects of “effectiveness” , “integrity” and “appropriateness” . The health care sustainability indicators that expert have consensus on are very diversified, for example, " the health care insured rate of different regions," "the health care insured rate of different occupations" "the percentage of medical expenditures for health care insurance to that of national health care expenditures" , " average life expectancy" , etc. Thus the evaluation of health insurance performance is not only related to environmental resources but also the reform of socioeconomic system such as economic production, allocation of resources, consumption, etc.

Keywords : National Health Insurance, Policy Evaluation, Evaluation Indicators, Policy Dephi Method

壹、研究動機與目的

我國全民健保自1995年開辦十餘年來，無論在納保的普及性、給付的完整性，以及就醫的方便性上，都有卓越的表現，更是高滿意度的社會政策。同時向來被媒體報導是全世界最低廉、造福最多病患，在國內也是政府自豪的政策之一。但健保開辦以來，隨著人口老化加速、部分民眾偏差的就醫行為與部分醫療供給者不適當的行為，以及改革措施未如順利執行，使得財務問題日益嚴重。健保局估計財務缺口在2009年底將擴大至300億元，使健保朝向不永續的方向發展。換言之，健保改革本是希望健保能夠永續經營，但是往往動輒得咎，受到社會各界的反對，甚至發生前衛生署長曾因為健保改革措施受到社會輿論的批評而辭職求去。

政府與社會各界對於健保改革「既期待又怕受傷害」矛盾現象產生的原因，除了健保政策定位的認知問題外，也在於健保政策的評估指標未普遍獲得社會的共識。例如衛生署在2009年2月提出「健保改革方案及修法案」，即俗稱1.5代健保方案，規劃將非薪資所得也要納入健保費計算基礎。亦即衛生署在認知無法調高健保費率的政治現實下，擬採擴大費基方式，加收保費。惟該案至健保監理委員會討論時，健保監理委員會的委員在面對調整保費的必要性之下，也提出落實公平性與慎選實施改革措施時機的意見。

airiti

由此觀察，健保的永續經營雖然以財務平衡為首要考慮，但評估健保的成效不能僅以財務作為標準，其他如公平性、給付項目的完整與民眾的政治接受度也是健保永續的指標。這也是為什麼當政府以健保永續發展為前提進行的財務改革措施，社會卻會以其他理由或標準提出執行必要性的質疑。因此，健保政策改革應基於永續發展的思維，其中「保險費徵收設計」、「給付項目調整」、「就醫規定」與「醫療品質監督機制」等措施的規劃，必須依賴客觀評估，才能形成合理方案。本研究有別於過去去聚焦於單一或少數面向學術專業(如著重公平性討論、財務設計、政治可行性等)的討論，主要在於整合醫療管理、公共衛生、財務、行政、經濟與社會福利等不同面向的研究發現，並以此為基礎實證調查健保評估的多元指標。因此，除透過文獻探討檢視健保評估的相關研究，並藉由政策德菲法的專家意見調查，建立健保評估指標。此外，過去在提出評估指標時，較少討論到指標資訊揭露的問題，使得健保成效資訊的跨域討論有限，因而本研究亦針對評估資訊發佈方式提出研究。

貳、文獻探討暨評估指標構面的建構

本研究的文獻探討包括政策指標在政策評估的應用，以及對於健保評估指標的相關研究整理。

一、政策指標在政策評估的應用

指標是社會科學研究表示研究變項的一種觀察。傳統的指標法傾向以社會指標(social indicators)為主。美國在二次大戰後，政府開始使用經濟指標(economic indicators)檢視國家經濟發展趨勢。社會科學界受其影響，1960年代開始嘗試建立社會指標(Bauer, 1966)，透過量化方法或統計資料反應國家社會情勢與整體發展趨勢，之後社會指標成爲當時檢視政府政策成果有效的方法(葉俊榮，2003)。「社會指標」一般包含三種類型：描述性指標、產出敘述指標、分析性指標。由於社會指標所涵蓋的範疇相當廣泛，包括人口與家庭、經濟、就業、教育與研究、醫療保健、運輸通信、生活環境、公共安全、社會福利等，較偏重是社會整體趨勢的一種參考指數，與個別的政策措施之間未必有直接因果關係(陳恆鈞，1998)。相對於社會指標僅具有經濟意義的統計數字，個別政策的指標更能呈現該政策的成效。MacRae認爲政策指標包含淨經濟利益(net economic benefit)、主觀性福利(subjective well-being)與分配公平性(distributional equity)三種類型。首先，淨經濟效益是以貨幣性價值當作衡量的單位，最具代表性的是某一政策的成本效益分析。相較於其他效益，政策評估時常以其是否具有經濟性做爲優先考量，即效能與成本比最高，或是成本與效能比最低，多數民衆多認爲此類價值所反應的數字通常是較客觀而科學；其次，主觀性福利是衡量政策利害關係人對某一政策感到滿足或是快樂的程度。相對於經濟福利強調市場價值，主觀性福利強調利害關係人的感受或情緒；最後，分配價

值的公平性是強調福利分配的情形甚於社會福利的總和，反應在政策指標上的意義，則往往表現在對於需要者或弱勢團體的照顧 (MacRae, 1985；葉俊榮，2003)。本研究認為這三類政策指標亦適用於健保評估指標的分類，例如健保強調醫療支出佔國民生產毛額的比例、控制醫療費用於合理範圍、有效利用醫療保健資源 (淨經濟效益)，強調公平合理之保費負擔、對於弱勢團體的健康照顧 (分配價值的公平性)，以及增進民眾身心健康、民眾對於健保政策的滿意度 (主觀性福利) 等。

此外，由於不同的社會團體，對於政策議題的偏好與看法不同，因而建立一套大多數民眾能夠接受的政策指標系統，需要專家學者的專業意見，也需要民眾的參與 (李允傑、丘昌泰，2003：299-300)。因此，政策指標的價值主要來自專家社群與政策社群兩個社群的觀點，其中專家社群的意見為政策指標的重要來源，透過專家彼此之間的腦力激盪與對話，可以建立較完善、周延的政策指標 (MacRae, 1985)。惟任何政策的評估指標仍需以民眾的感受為依歸，藉以反映社會主流價值。本研究則著重在專家社群意見的蒐集與分析。

二、健保政策評估指標之相關研究

健保的永續發展是政府與民眾所期盼，一如2002年時任衛生署長的李明亮對於健保朝向永續發展改革的發言，提及「我國國民的健康，相當大的一部分是維繫在全民健保上。…而健保需要永續存在，任何一個政黨都已經無法承受這個政策的消失或中

斷。……衛生署必須負起讓健保永續經營下去的責任。」事實上，健保局的媒體文件中，常以「健保永續發展」或是「健保永續經營」作為最終的政策願景，惟並沒有對於健保永續發展的評估做明確界定，但可以從一些媒體報導觀察出衛生署長或是中央健康保險局總經理對於健保永續目標的描繪。茲舉數例說明。第一，健保局在官方網站以「健全財務 健保永續經營」作為健保永續的目標，說明健保「在民眾保費負擔和健保財務間取得平衡，化解財務危機，是全民健保永續發展的關鍵課題」。(中央健康保險局，2002)。第二，2004年10月衛生署長的陳建仁在就任典禮談話，指出「落實家庭醫師整合性照護轉診制度，有助健保永續經營。」(陳建仁，2004)。亦即健保的永續與醫療制度的資源整合相關。第三，2006年健保局朱澤民總經理在就職典禮提及「健保要能永續經營，財務平衡是首要工作」，強調財務問題是健保永續發展最迫切處理的問題(中央健康保險局，2005)。第四，衛生署在說明二代健保政策時，提及「落實健保制度的永續發展」的作法，規劃「建構收、支連動與權責相符的機制，所以健保『給付範圍』、『保費訂定』與『總額分配』將由一個包括付費者、雇主、醫療提供者、政府機關等代表共同組成的委員會討論決定，讓普受全民肯定的健保制度能穩健而永續的發展。」(劉見祥，2005)。亦即二代健保改革規劃，除了將財務問題列為首要的處理議題外，也認為健保的永續願景需要獲得民眾的認同。因此，近年，健保局屢提出以「全民參與、健保永續」為願景，強調落實健保永續需要「凝聚社會共識」。

有別於政府部門強調「財務健全」與「民眾參與」在健保永續發展的重要性，民間部門的團體提出較為廣泛的健保永續願景。例如由勞工、婦女、社會福利及病友團體的代表組成的「民間監督健保聯盟」（以下簡稱督保盟），由於多元的盟員組成，其關懷層面相當廣泛。自該團體成立以來，督保盟積極針對健保法修法、總額預算、部份負擔、有效轉診制度，以及各項與健保資源分配有關的議題提出主張，尋求與政府和醫界的對話，共同推動有利於健保永續發展的制度改革。尤其強調健保永續要落實資源合理公平分配。因此，在「二代健保」改革的議題上，督保盟提出的健保永續主張，在於確保民眾獲得普及性、完整性、可付性、責付性以及可近性的醫療服務。在此一核心價值之下，督保盟主張健保改革應以社會公平性原則為無限上綱，包括落實總額預算、公平合理之保費負擔（支持家戶總所得及支持取消六類十四目之被保險人分類）、資訊公開透明、醫療品質確保，以及健保資源之公平合理分配(民間監督健保聯盟，2005)。

至於學術界自健保開辦十餘年，累積相當多的健保政策評估的發現，雖然學者基於不同的學科與觀點，對於健保的績效評估呈現不同的詮釋。此一趨勢亦呼應Patton批判實證論的評估模式，認為政策評估中並不存在唯一的標準，而是針對特定情境和政策制定脈絡(context)，來從事評估設計與資訊蒐集(Patton, 1997: 8-9)。茲將相關評估研究發現根據淨經濟效益、分配價值的公平性、主觀性福利三類型指標的整理如后。

首先，就淨經濟效益而言。淨經濟效益可分為總體經濟效益與個體經濟效益。總體經濟效益係指健保的醫療保健支出占國內生產毛額之適當比例。學者在評估健保的總體淨經濟效益時，常與全國醫療服務制度的評估作關聯性比較，甚至是國際經驗的比較。例如江東亮(2002)提出健保財務與醫療保健支出關係的二項迷思：一是醫療保健支出越高，國民是否越長壽？；二是醫師人力越多，國民是否活得越久。相較於，OECD國家平均花7%至9%，美國接近15%，臺灣大約花6%的GDP在醫療保健。惟統計發現當醫療保健支出占GDP逾8%時，民眾沒有更加長壽，換言之，醫療保健支出的總體效益未如預期。另外，臺灣約每千人口有1.4名醫師，OECD國家至少每千人口有2名醫師，義大利與比利時每千人口有4名醫師。研究發現當醫師人力越多，國民壽命不見得越長。例如Kuttner(2000)曾以美國不但沒有普及性健保制度，且醫療費用佔GDP的14%，但美國人的平均餘命卻低於歐洲國家與日本，來說明美國的健保是不具有總體經濟效率。American College of Physicians(2008)以12個先進國家為案例，分析指出健保制度除了提供健康保障外，亦要兼顧其經濟績效。另外對於OECD國家的研究發現，普及性的健康照護有助於成本的控制，而非費用擴張(Preker, 1998: 120)。因此，總體經濟效益指標主要是指醫療保健支出的規模與提供的照顧結果的相對關係。

至於個體經濟效益是指個人有效利用健保醫療資源。例如根據江東亮的分析，健保實施後，存在醫療資源使用不具效率的現象，如民眾的門診利用量太高、醫院佔床率下降（江東亮，

2006：95）。另一方面，效率的評估除涉及醫療成本外，尤其指醫療成本相對於健康照顧結果而言。健康照顧亦是指民眾健康的促進與獲得適當的醫療照顧品質，即健保政策效能的指標。例如蕭慶倫(2005)採用國際上的評量架構，發現台灣在許多醫療品質指標與先進國家相似或更好。惟非傳染性疾病的日益增加，加上醫療照護體系強調以醫院及治療為重心，使得健保未能以最佳的成本效益，提供好的醫療品質。在實證方面，根據吳宛蕙、楊長興(2007)研究發現健保實施對於民眾的健康有正向的改善，城鄉間女性健康差距較男性小，同時對於最高、中等都市化位階平均餘命差距改善程度優於最高、最低都市化位階平均餘命差距，特別是老年人的部分。但是最高、最低都市化位階民眾平均餘命的差距並沒有顯著性的縮小，建議持續推動最低都市化位階地區的民眾婦女保健、產前照護、環境改善及教育提升，使偏遠地區民眾獲得適當照護，提升偏遠地區民眾平均餘命，以縮短城鄉間平均餘命的差距。去(2008)年，國家衛生研究院溫啓邦研究室發表「評估全民健保的十年經驗」之研究論文，該研究為評估健保實施後是否提昇全民健康，比較健保實施前十年與健保實施後十年在不同健康族群間「平均餘命」的變化。其將全國所有鄉鎮以健康狀態分為十個群組，進行各群組於健保實施前十年（自1982-1984年至1992-1994年）與實施後十年（1992-1994年至2002-2004年）平均餘命變化之比較分析研究；並衡量1995年至2004年的就醫狀況，以及死亡率最高與最低之兩組居民之健康行為，包括吸菸、嚼檳榔、飲酒、肥胖分布、車禍意外等，以瞭解其間差異之因素。研究發現健保提升經濟弱勢族群的平均餘命，

比較健保實施前後10年，經濟弱勢的人多活7個月又13天。但若擴及全民，健保對於增進健康的助益不大，全體國人平均餘命增加的速度並沒有因為健保而有明顯增加。主要原因為醫療對於健康的影響佔10%，而生活習慣對於健康的影響較大，佔60%，顯示健康飲食與生活型態的重要。例如東部男性吸煙、吃檳榔的比例比起台北居民平均高出2至5倍，因而發現台北市的人最長壽，比起東部多活10年以上，而男性抽煙喝酒的比例高於女性7倍，也反應出女性平均壽命比起男性長。研究建議健保資源多用於預防保健，而不限於疾病治療(Wen, Tsai, and Chung, 2008)。因此，平均餘命亦可以作為一個國家的社會保險制度執行成效的效能性評量。綜合言之，就健保的淨經濟效益，不但包含以較少的醫療費用與資源提供健康照護，也包括從照顧結果觀察健保的政策成效。

另外，賴美淑(2002)利用死亡率變化之結果，分析人口的投保涵蓋率為重要指標，並探討其影響的強度。針對台灣地區1990年至1999年分析施行健保前、後各五年死亡率的改變。研究發現全國疾病「標準化死亡率」的改善是與健保政策及經社環境有關，但無法顯示健康保險人口涵蓋率為變數之影響強度；但在以可避免死亡疾病的「可避免死亡率」為依變數時，發現健保使可避免死亡疾病死亡率下降。即健保人口涵蓋率愈高，可避免死亡率愈小。其他如對於風險分擔程度的評估，這是因為健保的精神之一是風險分擔，亦即由多數人繳錢，少數人利用到服務，使國民不分所得高低，不會因病而延誤醫療或放棄醫療，掃除民眾就

醫障礙(楊志良, 2003: 9-13; Donaldson and Gerard, 1993; Phelps, 2002)。但因為健保實施之後, 部分負擔制度、給付項目的調整或是海外人士回國就醫等議題均會影響當初的風險分擔設計(行政院經濟建設委員會, 2006)。因此, 風險分擔的程度亦為健保評估指標之一。

其次, 就分配價值的公平性而言。健保根據社會正義與公平的原則, 利用保險的技術與所得重分配的原理, 以達到全民共同分擔傷病帶來的財務危險的目的。也因此對於健保的評估, 最常被提及的公平性是參加健保的公平性, 即納保率提高至99.48%(2008年底)。另外一項公平性是指獲得醫療服務的公平性, 亦即新納保人口與原公勞保被保險人口, 在醫療利用水準上不分軒輊。此外, 費用的公平性亦是健保常被評估的指標。例如盧瑞芬分三年針對亞太地區國家醫療財務、醫療照護體系及民眾健康狀態的公平性實證分析, 研究發現健保實施確實降低家戶自付醫療保健支出佔家戶消費性支出的比例(盧瑞芬, 2002: 63)。另外, 提出醫療服務項目使用率的公平性意涵, 亦即健保重點給付(強調可近性)的基本醫療服務項目, 如西醫門診、急診及住院, 在健保制度下, 民眾不論收入層級, 都有相當程度的保障, 雖未完全達到「相同醫療需要者, 應獲得相同醫療照護」的公平性目標, 但收入層級低的民眾確有相當程度的就醫可近性(盧瑞芬, 2004: 22-23、50、56)。因此, 該研究不僅評估健保費負擔的公平性, 也分析獲得醫療服務便利的公平性與獲得健保給付的公平性。而根據國家衛生研究院體檢報告, 健保實施

後，財務公平性與就醫公平性顯著地提升，然對於失業者的就醫權利應給予更多的保障。此外，研究顯示，不同納保身分的被保險人，其身分間之財務負擔有水平分配之不公平的現象，弱勢團體及山地離島仍有就醫障礙。如部分負擔、時間成本、醫療資源分布不均等（楊志良，2003：221-223）。其他研究如針對健保是否使得健康照護更難負擔提出台灣的實證分析，研究發現健保增加獲得健康照護的公平性，並提供更多的風險保護，以及增進財務的平等(Hsiao, Yaung, and Lu, 1990; Lu and Hsiao, 2003: 77-78)。若比較國際的經驗，WHO於2000年出版的「The World Health Report 2000：Health Systems Improving Performance」（World Health Organization, 2000），強調「好的健康」（good health）的意義有二層，一是所能達到的最好平均程度—好（the best attainable average—goodness）；一為個人之間的最小差異—公平性（the smallest feasible differences among individuals and groups—fairness）。同時該書亦以三項指標，國民健康、對國民期望的因應程度及財務分配的公平性(World Health Organization, 2000)。近年Hanratty et al.討論普及的健康系統對於治療服務利用的公平性，針對79項研究進行系統性檢視，發現其中僅26個研究是對於不同社會經濟背景之團體提供差異化的需求服務，同時發現具有高的社會經濟地位的團體比低經濟地位較常使用專科醫師服務，另外也發現性別在使用家庭醫師服務的差異，男性較女性次數為低；以及教育程度較低的女性較教育程度為高的女性，有較少的家庭醫師服務(Hanratty et al., 2007: 104-105；Van Doorslaer, Wagstaff, and Rutten, 1992: Van Doorslaer et al.,

2000: 556)。因此，醫療資源的合理公平配置與使用也是評估的面向之一。亦即一個理想的醫療照護體系，不但應使全體國民都有選擇使用醫療資源的機會與自由，且須有一套機制使資源達到最有效率的配置，能有效控制醫療費用的合理成長。因此，就分配價值的公平性而言，納保普及性、繳費公平性、獲得醫療服務的公平性與給付與負擔的公平性指標均可視為健保在分配價值公平性指標的範圍，也是觀察健保能否永續發展的標準。

最後，就健保的主觀性福利而言。健保公平性除了透過量化模型評估外，亦可透過民眾觀點評估健保的公平性，即主觀的公平性。例如財團法人國家基金會利用抽樣電話訪問的方式，瞭解民眾對健保本質的看法，發現即使醫療費用高、治癒機會低，民眾仍認為健保應予給付，顯示健保在目前國人的心目中已被定位為「社會福利」事業，同時大部分民眾認為仍應具備公平性（林雨靜，2000）。一般而言，健保的主觀性福利是包含多元面向的指標。例如董鈺琪（2005）彙整自健保開辦之後，關於健保民意調查的報告進行內容分析及趨勢分析，發現民眾對健保滿意度直接相關的因素為對特約院所的滿意度、保費負擔重及保費計費公平性。此外，健保的主觀性福利指標與民眾對於健保的評價有關。傅立葉（2006）研究民眾對健保態度的歷史趨勢變化，以及不同社經地位與人口特徵的民眾間的態度差異，發現民眾滿意度的歷史趨勢與階層差異民眾對「健保政策」以及「醫療院所的醫療服務」有相當正面的評價，兩者呈現高度相關。其他如健保的實施降低民眾的死亡率，特別是健康弱勢的兒童族群，這也與先

前所提及的健保實施主要是對於兒童及老人所帶來的效益較大相符合(Dow and Schmeer, 2003)。近年隨著健保改革措施的逐項推動，為能獲得民眾對於健保朝向永續發展改革的支持，研究者亦從政治與行政面評估健保，如二代健保改革研究中對於社會參與、資訊公開、民主參與、行政與立法之間權責平衡的討論。例如楊志良（2003：214-216）討論健保需要行政獨立自主，建構權責相當的健保體制，以朝向永續發展改革。亦即使健保可長可久、永續發展，根本解決之道是建構權責相當之保險體制。因而，課責性亦為評估健保的面向之一。因此，健保的主觀性福利包括民眾對於醫療品質的評價、健保政策的滿意度、醫療服務利用情形、醫療支出情形等。

綜合前述，健保自實施以來，在產生的淨經濟效益、分配公平性與主觀性福利等面向均被檢視是否朝向可長可久、永續方向發展，也印證健保的評估是多元化的。因此，健保作為兼具醫療保險及社會福利性質的政策，其評估指標包括財務使用效率、民眾健康保障、醫療服務便利的公平性、醫療費用的使用、醫療服務品質、民眾滿意度、醫療給付範圍的適當性。

表1 為本研究提出的健保評估指標之構面

政策指標類型	構面	概念型定義
分配價值的公平性	公平性	健保政策設計的財務公平性
	普及性	納保的公平與普遍
	可近性	使用健保醫療服務便利性、平等性
	適足性	資源配置充足性
主觀性福利	完整性	醫療服務完整性
	課責性	制度設計的政治接受性
淨經濟效益	效率性	醫療服務具有成本效益
	可付性	醫療服務的價格對民眾是可以負擔的
	效能性	健保照顧到民眾健康
政策指標類型	構面	概念型定義
分配價值的公平性	公平性	健保政策設計的財務公平性
	普及性	納保的公平與普遍
	可近性	使用健保醫療服務便利性、平等性
	適足性	資源配置充足性
主觀性福利	完整性	醫療服務完整性
	課責性	制度設計的政治接受性
淨經濟效益	效率性	醫療服務具有成本效益
	可付性	醫療服務的價格對民眾是可以負擔的
	效能性	健保照顧到民眾健康

參、研究設計與實施

一、政策德菲法之意涵與實施步驟

由於健保政策的價值多元且具有高度專業性，其影響涉及國內健保財務利用、醫療資源的使用、配置、國民的健康維護等面向。本研究有鑑於過去以民意調查、經濟模型或計量分析方法建構健保成效評估的研究，在評估指標之應用較為集中某些面向之政策指標，故本研究以政策德菲法蒐集專家意見。

德菲法是以一群專家（通常是10-50人）利用一連串問卷調查方式，針對設定的議題，經過數回合的回答問卷，分析統計找出對特定事件的共同意見，亦即採用匿名的方式讓專家充分表達不同意見，分享共同看法，以凝聚共識（Beech, 2001；Bowles, 1999）。德菲法的特性為：(1)以問卷方式間接交換意見以達匿名性；(2)藉由反覆式循環問卷的回饋作為溝通方式；(3)以客觀統計來呈獻專家團體之意見。完整德菲法所需執行的工作內容可分為表2之五步驟（黃俊英，1996）。

表2 德菲法的工作步驟

步驟	工作內容
步驟一：選定專家	選擇各個不同領域專家，針對研究過程做詳細解說，並對研究主題做清楚溝通，使專家群了解情況，並掌握問題核心
步驟二（修正版德菲法將此步驟省略改以文獻探討取代）	第一回合問卷進行。研究者設計開放式問卷，蒐集專家們個別意見，以作為製作第二回合問卷的依據
步驟三： 第二回合問卷進行	將第一回合問卷做一整理後，提供專家群參考，作為表示第二回合意見的基礎
步驟四： 第三回合問卷進行	將第二回合問卷整理並呈現結果，接著製作第三回合問卷，分別請專家參酌答覆，補充修正
步驟五： 綜合意見形成共識	將專家意見加以彙整，成為具通盤性，而趨於一致的結果。若無法達成共識則重複步驟三、步驟四，以逐漸導出趨於一致的結果

資料來源：（黃俊英，1996）。

二、政策德菲法之間卷架構與設計

以下逐一說明政策德菲法的問卷設計、研究對象、執行過程。

本研究第一回合的政策德菲法問卷內容主要分為二個部分，第一部分是對於評估健保永續發展的構面與其指標的意見。第二部分針對健保評估指標資訊發布機制的意見。

第二回合的政策德非法問卷內容，除對於第一回合已有高度共識的意見，不再調查外，並修正部分問題的文字敘述，使語意更為明確。其中第一回合已達共識的構面為「公平性」、「效率性」、「普及性」、「效能性」；已有高度共識的指標為「全國民眾納保率」(普及性指標)、「平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例」(可付性指標)、「健保相關決策過程公開的程度」(課責性指標)等。

第二回合新增問題為「不同年齡民眾的健保納保率」(普及性指標)、「不同疾病程度民眾使用健保服務資源的可近性」(可近性指標)、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫院數之比較」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每醫療機構服務人數之比較」、「偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每醫療機構服務面積」、「平均每人掛號等候時間」、「平均每人就診等候時間」、「平均每人檢查等候時間」等(適足性指標)、「與醫療品質指標相關的決策過程公開的程度」、「與照護結果指標相關的決策過程公開的程度」、「各醫院財報的公開程度」(課責性指標)、「可避免死亡率」、「風險分擔程度」(效能性指標)。

第二回合第二部分新增問題為對於同意政府立法要求健保主管機關蒐集並公布健保政策績效評估指標的資訊之理由；不同意政府立法要求健保主管機關蒐集並公布健保政策績效評估指標的資訊之理由；對於政府公布評估指標時，對於專業人士與一般民眾分開描述資訊之意見。

三、研究對象描述與問卷發放情形

本研究對於政策德菲專家的選擇考量因素，包括(1)專業與經驗性：對健保政策相關領域有豐富經驗或專長的人。(2)代表性：須有國內健保政策相關領域工作之相關專家及實務工作的官員及專家，如此才能凝聚產生一致性的看法，建立共識以利未來實務之推行。

政策德菲法第一回合發放對象之樣本數及專業背景如下：(1)相關領域學者16人；(2)產業、勞、資、醫、藥領域相關團體、行政單位代表11人。前者分別是台灣大學公共衛生學院預防醫學研究所賴美淑教授、亞洲大學健康暨醫務管理學系楊志良講座教授、陽明大學衛生福利研究所李玉春教授、南華大學非營利事業管理學系教授鄭文輝教授、政治大學財政學系周麗芳教授、長庚大學醫務管理學系暨醫務管理研究所盧瑞芬教授、台北醫學大學護理系盧美秀教授（亦為財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會董事）、政治大學勞工研究所劉梅君教授、台灣大學公共衛生學系/醫療機構管理研究所楊銘欽副教授、政治大學公共行政學系陳敦源副教授、政治大學公共行政學系黃東益副教授、台灣大學國家發展研究所辛炳隆副教授、台灣大學社會學系林國明副教授、陽明大學公共衛生學科暨研究所楊秀儀副教授、陽明大學醫務管理研究所鄧宗業副教授、台北大學社會工作學系林昭吟助理教授。這些學者專家多數曾參與健保執行評估研究與二代健保的規劃研究，對於健保政策有相當程度的瞭解。至於產業、勞、資、醫、藥領域相關團體、行政單位代表包括台灣省漁會總幹事

陳有慶、台灣省農會理事長劉銓忠、中華民國牙醫師公會全聯會理事長蘇鴻輝、中華民國藥師公會全聯會常務理事林振順、中華民國全國總工會常務理事干文男、中華民國全國職業總工會理事長邱寶安、康復之友聯盟秘書長滕西華、行政院經建會參事劉玉蘭、前中華民國消費者文教基金會程仁宏董事長、中華民國醫師公會全聯會李明濱理事長。第一回合問卷調查從2008年7月21日開始寄發27份問卷，有兩位專家因故未能回覆問卷，為能達成規劃之25位專家數目，適時遞補備選名單，並進行參與意願的徵詢，至8月13日回收25份，回收率100%。第二回合寄出25份問卷，從2008年9月2日開始寄發，至10月16日回收25份，回收率100%。

肆、政策德菲法之結果分析

有關政策德菲法結果分析，分二個部分加以說明，包括：對於健保政策核心價值與評估指標的意見分析、健保政策績效評估資訊揭露相關的意見。

一、健保政策核心價值與評估指標的意見分析

專家們對於作為評估健保構面之意見，第一回合獲得較高度之共識為「公平性」、「普及性」兩項構面。第二回合專家們意見呈現集中趨勢，其中「可近性」、「適足性」、「效能性」的「同意程度」（含「非常同意」、「同意」）有明顯增加。且相

較於第一回合，第二回合沒有專家對於「課責性」、「可付性」表示「不同意」之意見，僅對於「完整性」、「可近性」兩項構面有專家們表示「不同意」意見，顯示第二回合經過問卷修正與構面說明之後，專家們對於評估健保永續發展構面之意見形成共識，其中以「公平性」、「普及性」、「可近性」、「可付性」、「效能性」、「課責性」之「非常同意」、「同意」較多（超過20位專家表示同意的意見）。

表3為專家們對於作為評估健保普及性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，在第一回合獲得高度共識為「全國民眾的健保納保率」指標。整體而言，專家們對於普及性指標形成同意的共識，僅「不同族群民眾的健保納保率」、「不同職業民眾的健保納保率」、「不同性別民眾的健保納保率」三項指標仍有少數專家表示不同意。第二回合增列的「不同年齡民眾的健保納保率」指標有19位專家表示同意的意見，有3位專家表示不同意的意見，顯示雖然亦獲得多數專家的認同，但仍有不一致的意見。

綜合言之，本研究提出的普及性指標中的「全國民眾的健保納保率」、「不同地區民眾的健保納保率」、「不同職業民眾的健保納保率」、「不同所得民眾的健保納保率」獲得超過20位專家以上的認同，可作為評估健保普及性的指標。

表3 對於評估健保普及性指標之意見

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
全國民眾的健保納保率	17(68.0%)	7(28.0%)	1(4.0%)	0(0%)	0(0%)	
不同地區民眾的健保納保率	12(50.0%)	5(20.8%)	5(20.8%)	2(8.4%)	0(0%)	1人未填答
	9(37.5%)	12(50.0%)	2(8.4%)	1(4.1%)	0(0%)	1人未填答
不同性別民眾的健保納保率	8(33.3%)	3(12.5%)	9(37.5%)	3(12.5%)	1(4.2%)	1人未填答
	8(33.3%)	10(41.6%)	2(8.4%)	4(16.7%)	0(0%)	1人未填答
不同族群民眾的健保納保率	8(33.3%)	5(20.0%)	8(33.3%)	2(8.4%)	1(4.2%)	1人未填答
	10(41.6%)	8(33.3%)	2(8.4%)	3(12.5%)	1(4.1%)	1人未填答
不同職業民眾的健保納保率	8(33.3%)	4(16.7%)	9(37.5%)	2(8.4%)	1(4.1%)	1人未填答
	10(41.6%)	10(41.6%)	1(4.2%)	3(12.5%)	0(0%)	1人未填答
不同所得民眾的健保納保率	11(45.8%)	5(20.8%)	6(25.0%)	2(8.4%)	0(0%)	1人未填答
	13(54.2%)	7(29.2%)	2(8.4%)	1(4.1%)	1(4.1%)	1人未填答
不同年齡民眾的健保納保率						
	10(41.6%)	9(37.5%)	2(8.4%)	3(12.5%)	0(0%)	第二回合增列問題

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

表4為專家們對於評估健保公平性指標之意見，其中「依保險對象的經濟能力收取保險費」指標在第一、二回合獲得高度共識。至於「家庭收支調查中，家戶收入五等分層級中，不同所得層級平均每戶一年健保費金額差距，與該年每戶醫療保健支出差距之比較」則獲得中度的共識意見；「不同地區民眾的健保納保率」、「不同所得民眾的健保納保率」雖然第二回合亦獲得多數專家的認同，但其意見仍有不一致。至於第一回合時，「家庭收支調查中，最富20%與最窮20%家戶的平均每戶一年健保費金額差距，與該年每戶西醫門診使用率差距之比較」、「家庭收支調查中，家戶收入五等分層級中，不同所得層級平均每戶一年健保費金額差距，與住院服務使用次數差距之比較」二項指標作為公平性衡量指標的共識程度偏低，表示「不同意」（包含「非常不同意」與「不同意」）意見的專家數超過表示「同意」（包含「非常同意」與「同意」）意見的專家數，但在第二回合時，表示「不同意」意見（包含「非常不同意」與「不同意」）的專家人數明顯減少，共識性最低的指標為「家庭收支調查中，家戶收入五等分層級中，不同所得層級平均每戶一年健保費金額差距，與住院服務使用次數差距之比較」。

綜合言之，經過二回合調查，獲得較多數專家們同意的評估健保公平性指標為「依保險對象的經濟能力收取保險費」、「家庭收支調查中，最富20%與最窮20%家戶的平均每戶一年健保費金額差距，與該年每戶健保給付金額差距之比較」。

表4 對於作為評估健保公平性指標意見

單位：次數(百分比)

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
依保險對象的經濟能力收取保險費	15(60.0%)	7(28.0%)	2(8.0%)	0(0%)	1(4.0%)	
	16(64.0%)	5(20.0%)	4(16.0%)	0(0%)	0(0%)	
最富20%與最窮20%家戶的平均每戶一年健保費金額差距，與該年每戶健保給付金額差距之比較	3(13.0%)	4(17.3%)	10(43.5%)	4(17.4%)	2(8.7%)	2人未填答
	2(8.4%)	10(41.6%)	7(29.1%)	4(16.7%)	1(4.2%)	1人未填答
最富20%與最窮20%家戶的平均每戶一年健保費金額差距，與該年每戶西醫門診使用率差距之比較*	2(8.7%)	4(17.4%)	8(34.7%)	7(30.4%)	2(8.7%)	2人未填答
	3(12.5%)	5(20.8%)	11(45.8%)	4(16.7%)	1(4.2%)	1人未填答

不同所得層級平均每戶一年健保費金額差距，與該年每戶醫療保健支出之差比較*	3(13.0%)	7(30.4%)	6(26.0%)	4(17.4%)	3(13.0%)	2人未填答
	1(4.2%)	6(25.0%)	12(50.0%)	4(16.7%)	1(4.2%)	1人未填答
不同所得層級平均每戶一年健保費金額差距，與住院服務使用次數之差比較*	1(4.2%)	5(21.7%)	7(30.4%)	8(34.8%)	2(8.7%)	2人未填答
	1(4.2%)	6(25.0%)	10(41.7%)	6(25.0%)	1(4.2%)	1人未填答

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

*依據家庭收支調查，並將家戶收入分為五等分層級。

表5為專家們對於評估健保可近性指標之意見，在第一、二回合獲得高度共識為「不同地區民眾使用健保服務資源的可近性」指標；其次是「不同所得民眾使用健保服務資源的可近性」則獲得中度的共識意見，但第二回合仍有2位專家表示「不同意」的意見；經過第二回合的調查後，專家們對於「不同族群民眾使用健保服務資源的可近性」表示同意意見有所增加，但仍有3位專家持不同意的意見。至於「不同職業民眾使用健保服務資源的可近性」、「不同性別民眾使用健保服務資源的可近性」二項指標作為可近性指標的共識程度在第二回合調查後有所增加，顯示經過第二回合調查，專家意見趨於集中。此外，第二回合依第一回合專家建議增列「不同疾病程度民眾使用健保服務資源的可近性」作為健保可近性的評估指標，經過調查後，專家們表示同意意見的共識性屬於中度，有15位專家表示同意，8位專家表示「普通」的意見，且有2位專家表示不同意，顯示共識性有限。綜合言之，專家們對於評估健保可近性指標，以「不同地區民眾使用健保服務資源的可近性」與「不同所得民眾使用健保服務資源的可近性」兩項指標獲得的共識性較高。

表5 對於作為評估健保可近性指標之意見

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
不同地區民眾使用健保服務的資源的可近性	13(52.0%)	10(40.0%)	1(4.0%)	1(4.0%)	0(0%)	
	16(64.0%)	7(28.0%)	1(4.0%)	1(4.0%)	0(0%)	
不同性別民眾使用健保服務的資源的可近性	6(25.0%)	6(25.0%)	6(25.0%)	6(25.0%)	0(0%)	
	8(32.0%)	6(24.0%)	7(28.0%)	4(16.0%)	0(0%)	
不同族群民眾使用健保服務的資源的可近性	7(29.2%)	8(33.3%)	5(20.8%)	3(12.5%)	1(4.2%)	1人未填答
	10(40.0%)	8(32.0%)	3(12.0%)	3(12.0%)	1(4.0%)	
不同職業民眾使用健保服務的資源的可近性	6(25.0%)	6(25.0%)	8(33.3%)	4(16.7%)	0(0%)	1人未填答
	7(28.0%)	9(36.0%)	5(20.0%)	4(16.0%)	0(0%)	

不同所得民眾使用健保服務的資源的可近性	9(36.0%)	13(52.0%)	1(4.0%)	2(8.0%)	0(0%)	
不同疾病程度民眾使用健保服務的資源的可近性	11(44.0%)	10(40.0%)	2(8.0%)	2(8.0%)	0(0%)	
不同疾病程度民眾使用健保服務的資源的可近性	7(28.0%)	8(32.0%)	8(32.0%)	1(4.0%)	1(4.0%)	第二回 合新增 問題

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

表6為專家們對於評估健保完整性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為標準，其中「民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用機率」、「民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用天數」二項指標在第一回合調查後，因為專家們「不同意」情形偏高，顯示其不適合作為健保完整性衡量指標，第二回合不再繼續詢問。第二回合調查結果以「健保給付項目的完整性」指標作為評估健保政策「完整性」，在第一回合獲得較多共識；其次是「每家戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例」經過第二回合的調查後，獲得多數專家的認同，且原本表示不同意見的專家減少，顯示共識性提高；而「健保醫療支出佔全國醫療保健支出之比例」在第二回合增加二位專家表示「非常不同意」的意見，顯示少數專家有不相同的意見。綜合言之，「每家

戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例」與「健保給付項目的完整性」、「健保醫療支出佔全國醫療保健支出之比例」較適合作為評估健保完整性之指標。

表6 對於作為評估健保完整性指標之意見

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
健保給付項目的完整性	6(24.0%)	10(40.0%)	6(24.0%)	3(12.0%)	0(0%)	
	8(32.0%)	7(28.0%)	7(28.0%)	2(8.0%)	1(4.0%)	
健保醫療支出佔全國醫療保健支出之比例	5(20.0%)	8(32.0%)	7(28.0%)	5(20.0%)	0(0%)	
	5(20.0%)	8(32.0%)	5(20.0%)	5(20.0%)	2(8.0%)	
每戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例	5(20.8%)	9(37.5%)	2(8.3%)	7(29.2%)	1(4.2%)	1人未填答
	5(20.0%)	13(52.0%)	3(12.0%)	3(12.0%)	1(4.0%)	
民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用天數	2(9.2%)	0(0%)	6(27.2%)	11(50.0%)	3(13.6%)	3人未填答
	1(4.2%)	1(4.2%)	8(33.3%)	11(45.8%)	3(12.5%)	1人未填答
民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用機	1(4.2%)	2(8.4%)	7(29.2%)	11(45.8%)	3(12.5%)	1人未填答
	1(4.0%)	2(8.0%)	7(28.0%)	13(52.0%)	2(8.0%)	

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

表7為專家對於評估健保適足性指標之意見，第一回合調查時，發現相較於普及性與可近性的指標，作為適足性的指標爭議較高。有一位專家表示係「上述之資料皆平均數，很難看出地區上的差異，建議應依地區別，加以分別表示上述之數字，基本上台灣分為北、中、南東及外島，如此才可更清楚顯示「適足性」的指標，且台灣醫界實施專科教育，光以醫師數也很難看出該醫生專長為民眾之所需；另有專家表示應考慮「偏遠地區醫療資源適足與否」；一位專家表示增加「醫療評鑑、醫療品質評估、醫療品質精進、waiting list、waiting time of surgery、examinations, and admission」等指標之調查；一位專家表示「醫療資源的適足性？如何適當定義慢性病床」，以及一位專家表示設計的完整性指標「不適用」，顯示應對於「適足性」加以界定，本研究於第二回合調查時，針對前述意見調整問卷內容。

經過二回合調查發現，「每千人醫師數」作為評估健保適足性獲得大多數專家的共識；其次是「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」第二回合獲得的同意意見均較第一回合增加，且表示不同意的專家減少，顯示專家意見趨於集中，認為兩個指標適合作為評估健保適足性的指標。「每醫療機構服務面積」一項指標第一回合獲得較多專家表示不適合作為健保政策適足性的衡量指標，專家意見分歧，表示同意意見的專家雖有增加，仍未形成共識。

由於第一回合專家對於適足性提供相當多的意見，因此第二回合增列問題包括「北、中、南、東部及外島等不同地區，每醫

療機構服務人數之比較」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫院數之比較」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每醫療機構服務面積」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫師數之比較」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每平方公里執業醫師數之比較」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人一般病床數之比較」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人慢性病床數之比較」、「偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較」、「平均每人掛號等候時間」、「平均每人就診等候時間」、「平均每人手術等候時間」、「平均每人檢查等候時間」等。

綜合言之，「偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較」、「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫院數之比較」、「北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫師數之比較」與「北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人一般病床數之比較」等作為評估健保政策「適足性」的指標獲得大多數專家們的認同。

表7 對於評估健保適足性指標之意見

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
每千人醫院數	5(20.8%)	5(20.8%)	5(20.8%)	7(29.2%)	2(8.4%)	1人未填答
	4(16.0%)	9(36.0%)	6(24.0%)	6(24.0%)	0(0%)	
每醫療機構服務人數	3(12.0%)	5(20.0%)	8(32.0%)	7(28.0%)	2(8.0%)	
	5(20.0%)	7(28.0%)	8(32.0%)	5(20.0%)	0(0%)	
每醫療機構服務面積	0(0%)	5(20.8%)	8(33.3%)	8(33.3%)	3(12.5%)	1人未填答
	3(12.0%)	5(20.0%)	9(36.0%)	8(32.0%)	0(0%)	
每千人醫師數	8(32.0%)	8(32.0%)	5(20.0%)	3(12.0%)	1(4.0%)	
	8(32.0%)	12(48.0%)	2(8.0%)	3(12.0%)	0(0%)	
每平方公里執業醫師數	5(21.8%)	3(13.1%)	8(34.7%)	6(26.1%)	1(4.3%)	2人未填答
	5(20.0%)	8(32.0%)	9(36.0%)	3(12.0%)	0(0%)	
每千人一般病床數	7(28.0%)	8(32.0%)	6(24.0%)	3(12.0%)	1(4.0%)	
	8(32.0%)	9(36.0%)	6(24.0%)	2(8.0%)	0(0%)	
每千人慢性病床數	4(16.0%)	7(28.0%)	8(32.0%)	5(20.0%)	1(4.0%)	
	6(24.0%)	7(28.0%)	9(36.0%)	2(8.0%)	1(4.0%)	
各地區每醫療機構服務人數之比較*						1人未填答
	5(20.8%)	6(25.0%)	7(29.2%)	6(25.0%)	0(0%)	

各地區每醫療機構服務面積*						
	4(16.7%)	4(16.7%)	9(36.0%)	7(28.0%)	0(0%)	1人未填答
各地區每千人醫師數之比較*						
	7(29.1%)	12(50.0%)	2(8.4%)	3(12.5%)	0(0%)	1人未填答
各地區每平方公里執業醫師數之比較*						
	4(16.7%)	9(37.5%)	7(29.1%)	4(16.7%)	0(0%)	1人未填答

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

*指各地區係指北、中、南、東部及外島等不同地區。

表7 對於評估健保適足性指標之意見(續前)

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
各地區每千人醫師數之比較*						
	7(29.1%)	12(50.0%)	2(8.4%)	3(12.5%)	0(0%)	1人未填答
各地區每平方公里執業醫師數之比較*						
	4(16.7%)	9(37.5%)	7(29.1%)	4(16.7%)	0(0%)	1人未填答

各地區每 千人一般 病床數之 比較*	7(29.1%)	10(41.7%)	4(16.7%)	3(12.0%)	0(0%)	1人未 填答
各地區每 千人慢性 病床數之 比較*	6(25.0%)	9(37.5%)	5(20.8%)	4(16.7%)	0(0%)	1人未 填答
偏遠地區 醫療資源 與其他地 區醫療資 源之比較	12(50.0%)	9(37.5%)	2(8.4%)	1(4.1%)	0(0%)	1人未 填答
平均每人 掛號等候 時間	2(8.4%)	10(41.7%)	9(37.5%)	2(8.4%)	1(4.2%)	1人未 填答
平均每人 就診等候 時間	5(20.8%)	8(33.3%)	7(29.1%)	2(8.4%)	2(8.4%)	1人未 填答
平均每人 手術等候 時間	8(33.3%)	6(25.0%)	6(25.0%)	3(12.5%)	1(4.2%)	1人未 填答
平均每人 檢查等候 時間	5(20.8%)	8(33.3%)	7(29.1%)	2(8.4%)	2(8.4%)	1人未 填答

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

*指各地區係指北、中、南、東部及外島等不同地區。

表8為專家對於評估健保可付性指標之意見，第一回合調查時發現，相較於普及性與可近性構面，可付性的指標爭議較高。有一位專家表示增加「掛號費」、「自費項目之多寡」兩項指標；另有專家表示應考慮「平均每人醫療支出金額係指健保支出或是自付？應先定義清楚」。此外，一位專家表示增加「個人所得、家戶所得」作為指標設計選項，以及一位專家表示「平均每人醫療支出金額？語意不明」，顯示本研究應界定「可付性」構面中部分指標之意涵，本研究於第二回合的意見調查時加以說明，並增加專家建議的指標作為調查項目。

經過二回合調查，「平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例」於第一回合獲得高度共識；第二回合增列「平均每人自付醫療支出金額」亦獲得較高度共識。至於「平均每戶健保費支出佔該戶可支配所得之比例」指標在第一回合獲得較高度之共識，第二回合調查後，同意的共識呈現下降趨勢。

表8 對於評估健保可付性指標之意見

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例	9(39.1%)	12(52.2%)	2(8.7%)	0(0%)	0(0%)	2人未填答
平均每戶健保費支出佔該戶可支配所得之比例	10(43.4%)	11(47.8%)	1(4.4%)	0(0%)	1(4.4%)	2人未填答
平均每戶醫療支出金額	4(18.2%)	7(31.8%)	4(18.2%)	6(27.3%)	1(4.5%)	3人未填答
平均每人自付醫療支出金額	7(28.0%)	11(44.0%)	5(20.0%)	2(8.0%)	0(0%)	
平均每人健保醫療支出金額	2(8.0%)	14(56.0%)	7(28.0%)	1(4.0%)	1(4.0%)	
平均每人每年掛號費用	2(8.0%)	7(28.0%)	12(48.0%)	3(12.0%)	1(4.0%)	

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

airiti

綜合言之，專家們對於「平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例」、「平均每人自付醫療支出金額」、「平均每戶健保費支出佔該戶可支配所得之比例」、「平均每人健保醫療支出金額」等較具有共識。

表9為專家對於評估健保課責性指標之意見，第一回合調查發現，相較於完整性與適足性指標的意涵不夠明確，課責性評估的指標共識較高。專家對於第一回合提出的四項指標，較少表示「不同意」的意見，其中「健保相關決策過程公開的程度」在第一回合形成高度共識。另有專家表示增加「除了資訊公開之外，還有其他可達成課責的制度」之意見；另有一位專家表示應考慮「醫療品質或照護結果指標」。其他的指標如「與健保財務相關的決策過程公開的程度」、「與醫療品質相關的決策過程公開的程度」指標作為評估健保課責性，在第一、二回合獲得大多數專家的度共識。至於「民眾對於健保政策的滿意度」指標雖然亦有多數專家表示可作為健保課責性指標，但第二回合僅10位專家表示「普通」的意見，顯示其專家普遍認同的指標。

此外，第二回合增列的「健保財務資訊的公開程度」、「與照護結果指標相關的決策過程公開的程度」、「與照護結果指標相關的決策過程公開的程度」、「各醫院財報的公開程度」、「與健保經營效率相關資訊公開的程度」等指標亦獲得大多數專家們的同意。

綜合言之，「健保相關決策過程公開的程度」、「與健保財務相關的決策過程公開的程度」、「與醫療品質相關的決策過程公開的程度」、「健保財務資訊的公開程度」、「與照護結果指標相關的決策過程公開的程度」、「與醫療品質指標相關的決策過程公開的程度」、「各醫院財報的公開程度」、「與健保經營效率相關資訊公開的程度」等均獲得大多數專家們同意作為評估健保課責性之指標。

表9 對於評估健保課責性指標之意見

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
健保相關決策過程公開的程度	12(48.0%)	10(40.0%)	1(4.0%)	0(0%)	0(0%)	2人未填答
與健保財務相關的決策過程公開的程度	11(47.8%)	10(43.5%)	2(8.7%)	0(0%)	0(0%)	2人未填答
	15(60.0%)	8(32.0%)	2(8.0%)	0(0%)	0(0%)	
與醫療品質相關的決策過程公開的程度	11(47.8%)	10(43.5%)	2(8.7%)	0(0%)	0(0%)	2人未填答
	15(60.0%)	7(28.0%)	2(8.0%)	1(4.0%)	0(0%)	

民眾對於 健保政策 的滿意度	4(17.4%)	11(47.8%)	7(30.4%)	1(4.0%)	0(0%)	2人未 填答
	7(28.0%)	8(32.0%)	10(40.0%)	0(0%)	0(0%)	
與醫療品 質指標相 關的決策 過程公開 的程度						
	11(44.0%)	10(40.0%)	4(16.0%)	0(0%)	0(0%)	
與照護結 果指標相 關的決策 過程公開 的程度						
	11(44.0%)	10(40.0%)	4(16.0%)	0(0%)	0(0%)	
健保財務 資訊的公 開程度						
	15(60.0%)	9(36.0%)	1(4.0%)	0(0%)	0(0%)	
各醫院財 報的公開 程度						
	14(56.0%)	7(28.0%)	3(12.0%)	0(0%)	1(4.0%)	
與健保經 營效率相 關資訊公 開的程度						
	12(50.0%)	10(41.7%)	2(8.3%)	0(0%)	0(0%)	1人未 填答

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

表10為專家對於評估健保效率性指標之意見，「全國醫療支出佔GDP之比例」指標在第一回合專家意見分歧，但第二回合專家們的意見呈現集中趨勢，表示同意的人數增加。「全國藥費佔GDP之比例」第二回合的意見比第一回合有明顯變化，獲得大多數專家表示可作為健保效率性的指標，且未出現不同意的意見。而「平均每人每年就醫（含健保門診與非健保門診）次數」指標在第一回合的不同意見人數高於同意意見，但在第二回合調查後，同意的人數明顯增加，僅有一位專家持不同意的意見，顯示共識性明顯提高。此外，第二回合增列問題中以「醫療機構門診處方釋出率」、「全國檢查費用佔醫療支出之比例」獲得較多數專家的認同。

綜合言之，經過二回合的調查，「全國醫療支出佔GDP之比例」、「全國檢查費用佔醫療支出之比例」、「醫療機構門診處方釋出率」、「全國藥費佔GDP之比例」、「病床佔床率」、「平均每人每年就醫（含健保門診與非健保門診）次數」等指標，獲得多數專家同意作為評估健保效率之指標，但其共識性程度不若其他指標顯著。

表10 對於評估健保效率性指標之意見

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
全國醫療支出佔GDP之比例	4(16.0%)	8(32.0%)	9(36.0%)	2(8.0%)	2(8.0%)	
	3(12.0%)	13(52.0%)	6(24.0%)	3(12.0%)	0(0%)	
病床佔床率	2(8.3%)	5(20.9%)	13(54.2%)	2(8.3%)	2(8.3%)	1人未填答
	4(16.0%)	8(32.0%)	11(44.0%)	2(8.0%)	0(0%)	
平均每人每年就醫(含門診與非門診)次數	1(4.0%)	8(32.0%)	6(24.0%)	9(36.0%)	1(4.0%)	
	5(20.0%)	9(36.0%)	10(40.0%)	1(4.0%)	0(0%)	
全國藥費佔醫療支出之比例	2(8.3%)	8(33.3%)	7(29.2%)	5(20.0%)	2(8.3%)	1人未填
	2(8.0%)	12(48.0%)	11(44.0%)	0(0%)	0(0%)	
全國藥費佔GDP之比例	1(4.1%)	5(20.8%)	11(45.8%)	6(25.0%)	1(4.1%)	1人未填
	2(8.0%)	12(48.0%)	10(40.0%)	1(4.0%)	0(0%)	

全國檢用 查費療 估醫之 支支 出出 比比例	2(8.0%)	8(32.0%)	6(24.0%)	8(32.0%)	1(4.0%)	
	5(20.0%)	10(40.0%)	10(40.0%)	0(0%)	0(0%)	
醫療機 構門診 處方釋 出率						
	8(32.0%)	7(28.0%)	7(28.0%)	1(4.0%)	2(8.0%)	
醫療機 構慢 性病 處方箋 釋出率						
	8(32.0%)	5(20.0%)	8(32.0%)	2(8.0%)	2(8.0%)	

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

表11為專家對於評估健保效能指標之意見，第一回合有專家表示增加「可避免死亡率」、「preventable mortality, risk sharing」指標之意見，本研究於第二回合增加專家建議的指標。調查發現，「國民健康平均餘命」指標獲得大多數專家們的共識。而「國民平均餘命」、「嬰兒死亡率」指標在第二回合調查後，同意意見的共識明顯增加，惟「粗死亡率」有較多位專家認為不適合作為評估健保效能之指標。此外，第二回合增加「可避免死亡率」指標，獲得大多數專家的認同意見，僅一位專家表示「不同意」的意見。

綜合言之，「國民健康平均餘命」、「可避免死亡率」、「國民平均餘命」、「嬰兒死亡率」等指標獲得大多數專家們同意作為評估健保效能之指標。

表11 對於評估健保效能性指標之意見

指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	備註
	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	第一回合	
	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	第二回合	
國民平均餘命	4(16.0%)	8(32.0%)	10(40.0%)	3(12.0%)	0(0%)	
	5(20.0%)	12(48.0%)	6(24.0%)	2(8.0%)	0(0%)	
國民健康平均餘命	7(28.0%)	12(48.0%)	5(20.0%)	1(4.0%)	0(0%)	
	7(28.0%)	15(60.0%)	1(4.0%)	2(8.0%)	0(0%)	
粗死亡率	5(20.8%)	4(16.7%)	7(29.2%)	8(33.3%)	0(0%)	1人未填答
	5(20.0%)	7(28.0%)	9(36.0%)	3(12.0%)	1(4.0%)	
嬰兒死亡率	6(25.0%)	9(37.5%)	3(12.5%)	6(25.0%)	0(0%)	1人未填答
	7(28.0%)	12(48.0%)	4(16.0%)	2(8.0%)	0(0%)	
可避免死亡率						
	9(36.0%)	13(52.0%)	2(8.0%)	1(4.0%)	0(0%)	
風險分擔程度						
	6(24.0%)	9(36.0%)	8(32.0%)	1(4.0%)	1(4.0%)	

說明：百分比係呈現回答者之百分比。

二、健保評估指標資訊揭露方式之意見分析

本研究除了調查健保政策績效評估之構面與指標意見，建立評估機制亦為本研究之目的之一，亦即詢問專家群關評估指標資訊揭露方式與時間之意見。表12為專家對於衛生署公開健保評估指標資訊管道之意見，以「衛生署網站」、「健保局網站」獲得較多專家的支持，其次是「舉行記者會」、「健保監理會會議」與「各衛生所」。調查顯示，專家們認為「衛生署網站」、「健保局網站」適合作為政府公開健保評估指標之管道，其次是利用「健保監理會會議」、「舉行記者會」，以及「各種大眾傳播媒體」。

表12 對於衛生署公開健保評估指標管道之意見（複選題）

間隔時間	次數	百分比(%)	間隔時間	次數	百分比(%)
第一回合			第二回合		
一年	24	96.0	一年	22	88.0
二年	1	4.0	二年	1	4.0
三年	0	0			
四年	0	0			
其他	0	0	其他	2	8.0
總和	25	100	總和	25	100

表13為專家們對於定期公布健保政策評估指標的間隔時間之意見，第一、二回合調查結果以間隔「一年」獲得共識（第二回合選項調整為「一年」、「二年」或「其他」），且有一位專家表示「社會經濟變化很快」，間隔時間不宜過長；二回合調查後，僅一位專家表示間隔「二年」公布，有一位專家表示「社會經濟變化很快」。

表13 對於定期公布健保評估指標的間隔時間之意見

間隔時間	次數	百分比(%)	間隔時間	次數	百分比(%)
第一回合			第二回合		
一年	24	96.0	一年	22	88.0
二年	1	4.0	二年	1	4.0
三年	0	0			
四年	0	0			
其他	0	0	其他	2	8.0
總和	25	100	總和	25	100

有關專家對於立法要求政府蒐集、公布健保評估資訊之意見，以及資訊公佈呈現之意見綜合整理在表14。第一，調查結果顯示絕大多數專家表示「非常同意」、「同意」之意見，亦有一位專家表示「不同意」。第一回合專家們贊成立法之補充意見，包括「透過法律強制之規定，讓被保險人獲得正確的健保資

訊」、「讓全民知道健保問題所在」、「透過指標公布可讓民眾清楚了解相關單位做了那些努力也惟有監督力量存在，才不致於健保機關和醫事服務提供者關係過於密切，容易犧牲民眾之權利」、「建立制度」；而亦有專家們認為「不立法就可以做」、「這應算是政府施政成效之一，本應主動公布，不需立法」。因此，專家群顯然同意健保主管機關應蒐集並公布健保政策績效評估資訊，但對於是否透過立法強制有部分不同意見。本研究斟酌專家們之意見，增列立法強制之理由選項於第二回合詢問。

第二，調查專家們對於公布健保評估指標時，針對專業人士與一般民眾分開描述之意見。結果顯示大多數專家同意公布健保評估指標時，應針對專業人士與一般民眾分開描述。惟仍有二位專家表示不同意的意見。

第三，專家對於主管機關在分析健保評估指標時，是否與其他國家的相關資訊比較之意見。第一回合調查結果顯示大多數專家表示同意之意見。專家提出之其他意見，包括：「參考及學習國際之經驗」、「國家醫療水準與國際接軌」、「但基礎要一致」、「因為就醫習慣、地理位置、醫師數及素質、所得多寡、醫院設備、保險制度、給付範圍、社會救助、社會福利、交通狀況等許多背後因素皆不相同，只拿出數據做比較，實在有違事實，建議只參考，而非盲目的使用來做為宣傳」、「讓國人知道健保政策是否還有可以改進的空間」、「建立國際指標」、「應考慮不同的醫療體制」等。顯示專家們同意主管機關在分析健保評估指標時，應比較其他國家的指標資訊。

表14 關於立法公佈、指標資訊呈現與國際比較之綜合意見

單位：次數(百分比)

項目	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	未填答
對於立法要求公布健保政策評估指標資訊之意見(第二回合)	18(72.0%)	5(20.0%)	1(4.0%)	1(4.0%)	0	0
對於專業人士與民眾分開描述健保評估指標之意見	12(48.0%)	10(40.0%)	0	2(8.0%)	0	1(4.0%)
對於在評估健保政策進行國際比較之意見	13(52.0%)	9(36.0%)	2(8.0%)	0	0	1(4.0%)

另外，第二回合增列調查專家對於同意政府立法要求健保主管機關蒐集並公布健保政策評估指標的資訊之理由。結果顯示「透過法律強制之規定，讓被保險人獲得正確的健保資訊」、「建立制度」與「有監督力量存在，才不致於健保機關和醫事服務提供者關係過於密切，容易犧牲民眾之權利」三項理由為專家們共識性較高，其他如「病人醫療資訊不對等」、「讓全民知道

健保問題所在」亦獲得部分專家們認同。因此，不論從制度面或是病患權益、民眾知的權利的角度，有必要立法要求主管機關公布健保評估指標之相關資訊。

表15 專家對於立法要求公布健保政策評估指標理由（複選題）

項 目	次數
透過法律強制之規定，讓被保險人獲得正確的健保資訊	19
建立制度	17
有監督力量存在，才不致於健保機關和醫事服務提供者關係過於密切，容易犧牲民眾之權利	15
病人醫療資訊不對等	13
讓全民知道健保問題所在	12
可讓民眾清楚瞭解相關單位的努力	7

伍、研究發現與建議

一、研究發現

健保雖然開辦十餘年，不論在納保率、民眾健康照顧、醫療品質維護方面，均獲致成效，但對於從永續經營觀點建立的評估指標仍有待釐清，需要獲得社會的共識，以免當政府提出財務改革時，社會以其他理由如公平性、政治可行性提出質疑。本研究從政策德菲調查發現，專家們對於本研究提出的評估構面與其部分指標形成高度或中度共識。其中對於「公平性」、「普及

性」、「可近性」、「可付性」、「效能性」、「課責性」構面具有高度共識；對於「效率性」、「完整性」與「適足性」構面具有中度共識，茲整理專家們共識程度較高評估構面與其指標（詳表16）。其中屬於分配價值公平性的指標中，包括對於不同社會經濟條件民眾在納保率、健保服務資源的可近性、醫師數、病床數之比較，這些指標涉及其對於健保的參與情形、對於健保的財務負擔、使用健保醫療資源的情形。至於屬於主觀性福利指標主要兩部份，一是民眾除了健保提供給付之外，其自費醫療的情形；二是政府對於健保執行的負責情形，包括政府對於健保財務的決策過程公開的程度、醫療品質決策過程公開的程度、健保財務資訊的公開程度、健保經營效率資訊公開的程度等。最後，有共識的淨經濟效益評估指標包括平均每人健保醫療支出金額、全國藥費佔GDP之比例等。

若進一步比較專家對於健保評估指標的共識程度，由於健保為兼具社會保險與社會福利性質的政策，因而專家們對於分配價值公平性、主觀性福利兩類型指標獲得的共識程度較高，但是對於經濟效益指標的共識性較低，其原因在於健保資源使用的合理性牽涉到多元的面向，除了制度本身的設計外，包括民眾的就醫行為、醫療服務的供給、保險費徵收設計與國家經濟發展等，因而部分專家認為其不適合做為健保評估指標。此一結果呼應學者對於政策評估不存在唯一標準的主張，同時認為應針對特定情境和政策制定環境，來從事評估設計與資訊蒐集。由於健保的純經濟效益成效受到國家經濟發展與國民所得的影響，使得專家將其作為評估指標的態度較為謹慎。

若再探究這些指標的實際蒐集意涵，會發現某些指標常包含一個以上構面的意涵，例如「普及性」的「不同地區民眾的健保納保率」、「不同職業民眾的健保納保率」的指標，亦包含「公平性」的意義；而「完整性」「健保醫療支出佔全國醫療保健支出之比例」，其實也帶有「效率性」的意涵；或是如「效能性」的「國民健康平均餘命」指標亦與「適足性」相關，顯示構面之間、指標之間的相互關聯性，也印證永續發展不僅牽涉環境資源領域，亦涉及經濟生產、資源分配、消費等社會經濟制度之變革。因此，健保永續發展不能偏重財務制度的改革，應從多元面向加以思考。

此外，本研究發現多數專家同意立法要求政府蒐集、公布健保評估資訊，共識性較高的理由包括「透過法律強制之規定，讓被保險人獲得正確的健保資訊」、「建立制度」與「有監督力量存在，才不致於健保機關和醫事服務提供者關係過於密切，容易犧牲民眾之權利」，其他如「病人醫療資訊不對等」、「讓全民知道健保問題所在」亦獲得部分認同。因此，不論從制度面或是病患權益、民眾知的權利的角度，有必要立法要求主管機關公布健保評估指標之相關資訊，同時以間隔一年定期公布為宜。本研究發現「衛生署網站」、「健保局網站」、「健保監理會會議」、「舉行記者會」、「各種大眾傳播媒體」適合作為發佈的管道，且針對專業人士與一般民眾分開描述。同時也發現主管機關在評估健保指標時，可以比較其他國家的指標資訊，以參考及學習國際之經驗，使國家醫療水準與國際接軌，但因為就醫習

價、地理位置、醫師數及素質、所得多寡、醫院設備、保險制度、給付範圍、社會救助、社會福利、交通狀況等許多背後因素皆不相同，除了數據比較外，亦應留意避免誤導。

表16 專具有高度共識的健保評估構面與其指標

政策指標類型	構面	指標
分配價值的公平性	普及性	<ul style="list-style-type: none"> • 全國民眾的健保納保率 • 不同地區民眾的健保納保率 • 不同職業民眾的健保納保率 • 不同所得民眾的健保納保率
	公平性	<ul style="list-style-type: none"> • 依保險對象的經濟能力收取保險費 • 家庭收支調查中，最富20%與最窮20%家戶的平均每戶一年健保費金額差距，與該年每戶健保給付金額差距之比較
	可近性	<ul style="list-style-type: none"> • 不同地區民眾使用健保服務資源的可近性 • 不同所得民眾使用健保服務資源的可近性
	適足性	<ul style="list-style-type: none"> • 偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較 • 每千人醫師數 • 每千人一般病床數 • 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫院數之比較 • 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫師數之比較 • 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人一般病床數之比較

主觀性 福利	完整性	<ul style="list-style-type: none"> · 每家戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例 · 健保給付項目的完整性 · 健保醫療支出佔全國醫療保健支出之比例
	課責性	<ul style="list-style-type: none"> · 健保相關決策過程公開的程度 · 與健保財務相關的決策過程公開的程度 · 與醫療品質相關的決策過程公開的程度 · 健保財務資訊的公開程度 · 與照護結果指標相關的決策過程公開的程度 · 與健保經營效率相關資訊公開的程度
淨經濟 效益	可付性	<ul style="list-style-type: none"> · 平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例 · 平均每戶健保費支出佔該戶可支配所得之比例 · 平均每人健保醫療支出金額
	效率性	<ul style="list-style-type: none"> · 全國醫療支出佔GDP之比例 · 全國檢查費用佔醫療支出之比例 · 醫療機構門診處方釋出率 · 全國藥費佔GDP之比例 · 病床佔床率 · 平均每人每年就醫（含健保門診與非健保門診）次數
	效能性	<ul style="list-style-type: none"> · 國民健康平均餘命 · 可避免死亡率 · 國民平均餘命

二、研究建議

關於健保成效評估的相關研究，因為研究焦點之不同，多數僅針對一個或少數面向加以討論。惟本研究與其他研究不同處，在於整合醫療管理、公共衛生、財務、行政、經濟與社會福利等不同面向，檢視健保成效評估的多元呈現。由於本研究多數指標

是根據國內外相關研究發現進行專家意見的調查，因而建議先選擇共識性較高的指標作為評估健保成效指標的架構，包括屬於分配價值公平性的指標如「普及性」（如全國民眾的健保納保率、不同地區民眾的健保納保率、不同所得民眾的健保納保率等）、「公平性」（如依保險對象的經濟能力收取保險費、家庭收支調查中，最富20%與最窮20%家戶的平均每戶一年健保費金額差距，與該年每戶健保給付金額差距之比較）、「可近性」（如不同地區民眾使用健保服務資源的可近性）、「適足性」（偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較、北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫師數之比較）；以及涉及主觀性福利的「課責性」（與醫療品質相關的決策過程公開的程度）與「完整性」（每家戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例）；至於涉及經濟效益的「可付性」（如平均每人自付醫療支出金額）、「效能性」（如國民平均餘命）與「效率性」（如全國醫療支出佔GDP之比例、全國藥費佔GDP之比例等）。

惟由於前述部份指標涉及的範圍廣泛，且並非短時期內可以蒐集到客觀的分析資料，本研究在考慮指標的可用性下，建議先針對目前已經有的指標（如健保監理會醫療業務監測指標項目、醫療業務觀察指標項目）等評估資訊整合後加以公佈，如全國民眾的健保納保率、不同地區民眾的健保納保率、全國醫療支出佔GDP之比例、全國藥費佔GDP之比例、全國檢查費用佔醫療支出之比例等，讓社會知道健保的多元績效。在公布健保政策評估指標時，建議針對專業人士與一般民眾分開描述指標意涵與內容，

使其具有可讀性。另外，部分指標如「不同所得民眾的健保納保率」、「每家戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例」、「與照護結果指標相關的決策過程公開的程度」、「可避免死亡率」並沒有現成資訊，建議進行健保評估的資訊蒐集與分析。

本研究亦建議分析健保政策評估指標時，尤其是涉及經濟效益的指標，進行國際間之比較。惟因每個國家的制度設計仍有不同，且國情、經濟發展、社會文化有所差異，建議在進行國際時，必須同時考慮整體政治經濟環境與社會發展。最後，民眾對於健保評估指標的意見，會隨著政策內容而有所調整，建議日後相關機關定期檢視評估指標內容，使指標符合實際政策內容與民眾需求。

三、研究限制

本研究從專家觀點探討健保評估指標，惟仍存在部分研究限制。首先，由於學者對於健保政策評估指標涉及相當多元的意涵討論，例如可近性可著重在方便性的討論，可近性與方便性是否要分開，在社會學領域方便性歸在可近性內，這涉及到如何界定的問題。其他如課責性可再區分為專業課責性、政治課責性、行政課責性等，調查的效度仍有改進之處，例如可近性、公平性、可付性的界定仍有可討論之處，以及定義測量資料來源及格式等。其次，不可否認有些指標，如適足性牽涉醫師與醫院的家數，其並非健保政策的權責，屬於國家整體醫療政策的範疇。亦即該評估指標呈現好的結果，亦難直接推論是因為健保政策執行之故。

參考文獻

◆中文部分

- 中央健康保險局，2002，《健全財務 健保永續經營》。http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2364&WD_ID=
- 民間監督健保聯盟，2005，〈堅持健保永續，落實健保資源合理公平分配〉。勞動者電子報，12月30日。<http://labor.ngo.org.tw/weekly/C251230.htm>。
- 江東亮，2002，〈臺灣醫療保健支出之趨勢分析〉。《臺灣衛誌》21：157-163。
- 江東亮，2006，《醫療窮人不再有》。台北：臺大出版中心。
- 行政院經濟建設委員會，2006，《台灣經濟永續成長會議背景說明會》。<http://theme.cepd.gov.tw/tesg/reports/950510%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E4%BF%9D%E8%A8%98%E8%80%85%E6%9C%83%E6%96%B0%E8%81%9E%E7%A8%BF.doc>
- 吳宛蕙、楊長興，2007，〈全民健保對健康差距之影響—以平均餘命為測量〉。《台灣公共衛生雜誌》26（3）：196-207。
- 李允傑、丘昌泰，2003，《政策執行與評估》。台北：元照。
- 林雨靜，2000，〈目前全民健保下的主流民意〉。中央日報，是非集，12月29日。
- 陳建仁，2004，《家庭醫師整合性照護制度計畫?:陳建仁：落實家醫轉診制度有助健保永續經營》。<http://www.ptcf.org.tw/ptcf2/modules/news/article.php?storyid=126>
- 陳恆鈞，1998，〈社會指標在政策分析應用之困難〉。《東海學報》39（5）：51-72。

- 陳惠珍，2004，《家庭醫師整合性照護制度計畫：陳建仁：落實家醫轉診制度有助健保永續經營》。<http://www.ptcf.org.tw/ptcf2/modules/news/article.php?storyid=126>
- 傅立葉，2006，《全民健保滿意度之各階層民眾態度分析》。中央健康保險局委託研究計畫(計畫編號DOH95-NH-1021)。
- 黃俊英，1996，《企業研究方法》。台北：東華書局。
- 楊志良，2003，《健康保險》。台北：巨流。
- 葉俊榮，2003，《永續臺灣向前指磨氏出版社》。台北：磨氏出版社。
- 董鈺琪，2005，《全民健保民意調查未來改進方式之研究》。行政院衛生署委託研究計畫(計畫編號DOH94-HI-1005)。
- 劉見祥，2005，〈改革是爲了走更遠更長的路（五）欣迎二代健保〉。
(http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2364&WD_ID=)
- 盧瑞芬，2002，《亞太地區國家醫療財務、醫療照護體系及民眾健康狀態的公平性探討》。行政院衛生署委託研究計畫(計畫編號DOH91-PL-1003)。
- 盧瑞芬，2004，《亞太地區國家醫療財務、醫療照護體系及民眾健康狀態的公平性探討》。行政院衛生署委託研究計畫(計畫編號DOH93-PL-1001)。
- 蕭慶倫，2005，《全民健康保險成本效益依國際化標準之評估計畫》。中央健康保險局委託研究計畫(計畫編號DOH92-NH-1001)。

◆西文部分

- American College of Physicians, 2008, "Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries?" *Annals of Internal Medicine*, 148(1):55-75.

- Bauer R. A., 1966, *Social Indicators*. Cambridge, Mass.: The M.I.T. Press.
- Beech, I. B., 2001, "The Delphi Approach: Recent Applications in Health Care." *Nurse Researcher*, 8(4): 38-47.
- Bowles, J. N., 1999, "The Delphi Technique." *Nursing Standard*, 13(3): 32-36.
- Donaldson, C. and K. Gerard, 1993, *Economics of Health Care Financing: the Visible Hand*. New York: St. Martin's Press.
- Dow, William H. and Kammi K. Schmeer, 2003, "Health Insurance and Child Mortality in Costa Rica." *Social Science & Medicine*, 57(6): 975-986.
- Hanratty, Barbara, Tuohong Zhang, and Margaret Whitehead, 2007, "How Close Have Universal Health Systems Come to Achieving Equity in Use of Curative Services? A Systematic Review Equity and Health." *International Journal of Health Service*, 37(1):89-109.
- Hsiao, W. C., C. I. Yaung, and J. R. Lu, 1990, "Health Care Financing and Delivery in the ROC: Current Conditions and Future Challenges." *Industry of Free China*, 73(2): 13-38.
- Kuttner, Robert, 2000, "The Efficiency of Universal Health Care." Published on Sunday, February 13, 2000 in the Boston Globe, http://www.globe.com/dailyglobe2/044/oped/The_efficiency_of_universal_health_careP.shtml
- Lu, Jui-Fen Rachel and William C. Hsiao, 2003, "Does Universal Health Insurance make health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan." *Health Affairs*, 22(3): 77-88.
- MacRae, Duncan, Jr., 1985, "Policy Indicators: Links Between Social Science and Public Debate." *Chapel Hill*, N.C.: University Press of North Carolina.

- Patton, M. Q., 1997, *Utilization-Focused Evaluation*. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE .
- Phelps, C. E., 2002, *Health Economics*. 2nd ed. New York, N.Y.: Addison-Wesley Educational Publishers, Inc.
- Preker A. S., 1998, “The Introduction of Universal Access to Health Care in the OECD: Lessons for Developing Countries,” S. Nitag-yarumphong and A. Mills ed. in *Achieving Universal Coverage of Health Care*, Bangkok: Mistry of Public Health, pp.103-124.
- Van Doorslaer, E. A. Wagstaff, and F. Rutten (eds.), 1993, *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Van Doorslaer, E. et al., 2000, “Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the U.S..” *Journal of Health Economics*, 19(3): 553-583.
- Wagstaff, Adam and Eddy Van Doorslaer, 1992, “Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons.” *Journal of Health Economics*, 11(4): 361-387.
- Wen, Chi Pang, Shan Pou Tsai, and Wen-Shen Isabella Chung, 2008, “Evaluation of National Health Insurance's 10-Year Experience in Taiwan.” *Annals Of Internal Medicine*, 148(4): 258-267.
- World Health Organization, 2000, *Health Systems: Improving Performance, The World Health Report 2000*. Geneva , Switzerland: World Health Organization.