

配合二代健保之論質計酬

Second Generation National Health Insurance "Pay for Performance" Initiatives

行政院衛生署全民健康保險醫療品質委員會

中文摘要

「論質計酬」是一種新的醫療費用支付制度概念，以購買健康及提升醫療服務品質為導向，透過調整支付醫療費用的方式，引導醫療服務提供者朝向提供整體性醫療照顧，並以醫療品質及結果為支付費用的依據。

中央健康保險局為提升醫療照護品質，於90年11月陸續推出論質計酬方案，先針對「子宮頸癌」、「乳癌」、「肺結核」、「糖尿病」及「氣喘」等五種慢性病列為試辦條件，由於成效不錯及為擴大照護更多的保險對象，健保局於92年10月又陸續推出其他試辦計畫。

健保局推動論質計酬方案試辦計畫對於早期發現、早期正確治療、控制及改善慢性病病情已顯現初步成果，各界多給予正面肯定與支持，然而論質計酬的理念雖好，外界仍有部分期待改善的聲音出現，茲整理如下：1.轉診制度尚未建構完全及配合。2.選擇病患的效應。3.新療法之使用產生問題。4.跨院治療問題。5.人力成本過高。6.病患配合度不佳。7.病患流失率高、追蹤困難。8.未執行照護過程、結果面的監控與支付之配合。9.行政程序繁瑣、誘因不足等。

依據二代健保的規劃，有關醫療品質部分則強調：協助醫療專業於全民健保體制下盡責、強化公民參與醫療品質決策之能力與管道及提供醫療品質資訊等。我們期望二代健保之論質計酬制度能導正支付誘因，使醫療院所願意主動提升服務效率及療效，以達到維護被保險人醫療照護品質之目的，茲彙整各界之建議如下：1.支付制度應朝向論質計酬等前瞻性支付方向改革。2.落實家庭醫師及轉診制度。3.強化基層之競爭力。4.簡化行政作業、增

加誘因，擴大參與。5.避免“雙軌制”支付制度之現象。6.標準化疾病管理標準照護內容。7.執行照護過程及結果面的監控。8.建立回饋點值與獎懲制度。9.改進自我照護手冊。10.加強宣導病患正確就醫觀念及衛教常識。11.建立醫療品質監督及管理機制等。

前言

「論質計酬」是一種新的醫療費用支付制度概念，其不再只是以服務量來計算醫師的報酬，而是將醫療品質與醫療財務連結，將財務誘因由數量轉到醫療照護的品質，並以購買健康及提升醫療服務品質為導向，透過調整支付醫療費用的方式，提供適當的誘因，引導醫療服務提供者朝向提供整體性醫療照顧，並以醫療品質及結果（outcome）為支付費用的依據。而其主要目的也是以鼓勵醫療院所彼此合作共同照護病患，使病患能夠在各層級醫療機構的合作中達到既有的品質又能節約醫療費用的支出，更能夠實施類似「家庭醫師」的個案管理制度，鼓勵醫療提供者確實擔負個案管理照護及衛教之責任。

健保開辦時，其醫療費用支付標準是延續公、勞、農保的「論服務量計酬」為主，而醫療費用總額預算制度下，醫療費用支付制度仍多數以論量計酬為主，因此導致部分醫療院所在醫療費用支付單價相同之情形下，必須仰賴醫療服務量，以確保其期望收入，故而形成衝量或過度使用檢驗、藥品資源，這不但使醫療費用總額支付制度下，醫療支付點數的每點點值下降，甚或過度提供醫療服務，而有浪費之嫌，同時也未能真正反應醫療品質，同時

醫療院所如仍持續擴張服務量，則會與醫療費用總額支付制度擲節醫療資源之理想正好相反，因此若僅靠醫療費用總額支付制度之點值降低維繫醫療費用總額之控制，醫療費用支付制度仍繼續採論量計酬，而醫療行為也維持不改變，多年的經驗印證，要能達到合理及符合醫療品質要求的醫療費用支付制度將是緣木求魚。另外論量計酬並未直接鼓勵提供整合性全人照護，診療模式也有缺乏標準化的情形，而使醫師注重醫療而不易重視預防或衛教，形成醫病而非醫人，再加上缺乏個案管理制度，造成有部分病人到處逛醫院以自求多福的現象。

以糖尿病為例，糖尿病是高發生率及高醫療費用之疾病，很多係因照護不足或不當，導致併發症或合併症而使用甚多資源，依據醫療經濟模式預測，只要將控制欠佳及病情最嚴重的病人比例，調降三分之一，便可減少20% 糖尿病醫療費用總支出。而國外研究已證實若能提供糖尿病完整之疾病照護，將有助於減少或延緩併發症或合併症之發生，提升病人健康生活品質。因此若能藉由疾病管理或健康管理制度，改變論量計酬斷裂式醫療服務提供模式，而以整合性全人照護取代之，整合醫療照護體系，以提供最佳的醫療資源，對病患進行持續性的高品質服務，運用臨床或治療指引的建立、醫療資訊的分享、轉診制度的建立及資源管理的技巧等，藉醫療及病人自我健康管理之加強，以提升醫療品質及療效。

上述所列論量計酬支付制度的缺失及無法約制醫療資源浪費的情形，中央健康保險局（以下簡稱健保局）多年來也已著手改善，例如在部分服務試辦論病例、論日及論人計酬，並於90年11月推動試辦論質計酬方案，健保局推動論質計酬方案試辦計畫對於早期發現、早期正確治療、控制及改善慢性病情已顯現初步成果，各界多給予正面肯定與支持，然而論質計酬的理念雖好，外界仍有部分期待改善的聲音出現，究竟現行論質計酬制度在設計上與執行上出現了什麼問題？是否有值得檢討與改進使它更好的努力空間？本文希望由健保論質計酬方案實施情形、執行之問題及全民健康保險醫療品質委員會推動情形，分析目前論質計酬制度之問題，以提供未來制度設計與執行規劃時之參考。

全民健保論質計酬方案實施情形

健保局為提升醫療照護品質，於90年11月陸續推出論質計酬方案，先針對「子宮頸癌」、「乳癌」、「肺結核」、「糖尿病」及「氣喘」等五種慢性病列為試辦條件，依疾病之特性及照護所需的步驟和項目加以設定，並設計不同之支付誘因，以引導醫療服務提供者提供疾病必要的醫療照顧項目，由於成效不錯及為擴大照護更多的保險對象，健保局於92年10月又陸續推出「高血壓」、「B肝C肝治療」、「早期療育」、「精神分裂症」及「第二階段子宮頸癌」的試辦計畫。

健保局表示會優先選擇五項疾病推動，是因為乳癌及子宮頸癌名列女性十大死因前茅，而這兩項癌症最容易藉由檢查早期發現、治療，可有效降低惡化或死亡的機率。而每年約有1,500名肺結核病新病例，其中約4,000例具傳染性，每年約1,500人死於肺結核病，對國人健康的威脅與日俱增，肺結核也可在早期確定診斷，病患確實按時服藥，就可根治。至於糖尿病及氣喘兩項，是高發生率且高費用的慢性疾病，透過疾病管理計畫可有效降低或延緩併發症或合併症的發生，也可節省許多醫療費用。而醫院、醫師可能在有「誘因」的情況下，會更主動提醒女性做子宮頸抹片；或更願意花時間叮嚀氣喘、糖尿病患要如何避免氣喘發作、血糖上升；或更細心照顧乳癌病患，提高她們的存活率，因此更願意對病人衛教，或更努力將病人的疾病從頭到尾治癒。

依健保局資料顯示，五項疾病實施醫療給付改善方案一年的初步成果如下：1.子宮頸癌：照護人數達94萬人，全國有862家醫療院所參加試辦，透過子宮頸抹片檢查，發現子宮頸病變個案中，良性病變個案比例有增加之趨勢，而惡性腫瘤個案比例也逐漸下降，且子宮頸癌每10萬人死亡率也逐年下降。2.乳癌：參與照護之人數975人，其收案之照護患者一年存活率均達100%，較試辦前的97%為高，對於試辦醫院的專業能力、工作人員態度、資訊獲得等的整體滿意度亦高達96%。3.肺結核：照護人數1,772人，有54家醫療院所參加試辦，患者完成全程治療的比率為47%，較試辦前之30%提高不少，完治個案平均治療天數206天。4.糖尿病：照

護人數36,940人，有689家醫療院所參加試辦，患者之部分重要指標，如糖化血色素及飯前血糖，均有明顯改善。5.氣喘：照護人數5,164人，有194家醫療院所參加試辦，患者不僅在急診次數減少，住院次數也減少20%，顯示氣喘急性發作之控制已漸趨改善，另外在氣喘治療、醫療衛教團隊及醫師看診態度的整體滿意度亦高達80%。

另依其他相關資料顯示，在糖尿病方面，李玉春（2003）指出實驗組病人在加入後一年比未加入前一年醫療資源使用上增加13.89%~39.79%，總醫療費用增加37.33%；在氣喘方面，翁慧卿（2004）發現加入試辦計畫完整一年的病人，住院及急診的醫療資源使用下降頗多（30.90%~51.74%），但門診費用與總費用各增加14.35%及9.17%，惟許多研究皆發現在實驗組病人的醫療服務滿意度、醫囑遵循行為、知識及自我照顧行為上，皆比一年以前的狀態以及對照組要來的好。

全民健保論質計酬方案執行之問題

疾病管理政策實施五年來，所投入之人力、物力及其他社會成本相當多的資源，多方對疾病管理期待甚多，因此抱怨及期待改善之聲音時有所聞，有關全民健保論質計酬方案執行之問題，經彙整各界意見後整理如下：

1.轉診制度尚未建構完全及配合：

無論是糖尿病、氣喘或癌症初期的發現及追蹤，不能只靠大醫院，試辦計畫應考慮基層醫療的重要性及病患轉診的需要，惟參與計畫的醫療院所大多為大型醫院，基層醫療礙於規模（人力、器材）故參與率偏低，亦因轉診制度不完全，無配套計畫之下基層醫療無法扮演第一線防線主力，勢必將此類病患導入較大型醫院，製造更大級距差別。

2.選擇病患的效應：

由於論質計酬試辦計畫之實行採取鼓勵方式進行，並未強制實施，因此醫療院所或醫師對於比較不配合或是治療上困難度比較高的患者，會將其排除於論質計酬制度以外，並依照一般論量計酬方式申報醫療費用，而失去論質計酬疾病管理的目的。

3.新療法之使用產生問題：

以末期癌患為例，癌症轉移、擴散後，治療可以「且戰且走」，亦可嘗試各種新藥，延長病患壽命，但新療法必須經嚴謹的臨床試驗證實，成效和投注的心力和費用也不一定成比例，依病患存活率和治病率訂定給付標準，讓多數醫院不願意進行此種吃力不討好的工作，不僅影響病患權益，也壓縮醫界研發的空間。

4.健保醫療費用總額支付制度之影響：

部分醫院會訂醫師可用的費用額度，一旦配額用完，醫師可能就不收住院病人，減少看診，這種影響在癌症治療上尤其明顯，由於目前新的抗癌標靶藥物多半非常昂貴，有的一年療程就得上百萬元，醫師為一個病患開藥，就會用掉別科幾十個病患的額度，也會耗用醫院較多額度，醫師恐難逃少開藥的壓力。

5.跨院治療問題：

中、南部病患常會北上求醫，類此跨院治療的病患個案管理加成給付如何「拆帳」，也是一大問題。北部某醫學中心，該院區逾半數癌症病患都來自中南部，病患往往在治療告一段落即出院返家，屆時病患在其他醫院接受追蹤治療，「成績」究竟該如何歸屬？醫療成果的認定成為兩難，甚至造成彼此醫院間的困擾。

6.人力成本過高：

醫療院所必須不斷改善照護管理及經營模式，以因應符合健保的要求及滿足患者的需要，所以在整體成本考量上必須透入更多成本，醫療院所在整個疾病管理方案的實施上為主要執行者，若因成本考量無法配合時，將無法達到疾病管理推廣到普及化的效益目標。

7.病患配合度不佳：

病患不配合吃藥、回診及飲食控制，醫學常識不足等，其行為並非在短時間可以改善。

8.病患流失率高、追蹤困難：

(1)由病患對單一醫療機構的選擇性，可看出是否接受連續性的照護，國內照護流失率與國外比較有偏高之情形，可能因國外是單一院所就醫的健康保險制度限制民眾的就醫選擇，相對幫助疾病管理的效益，而國內健保特約醫療院所眾多，提供民眾就醫的便利性，因此照護流失

率有偏高之情形，且並不是所有醫療機構皆加入試辦計畫，所以國內在照護達成率上，無法呈現出完整的數據，也無法從單一醫療院所看出執行疾病管理在照護達成率上的效益。

- (2)民眾就醫部分負擔因就醫層級不同而有差異，部分患者可能認為負擔很重，因此影響患者固定於同一家院所治療的意願，以肺結核為例，研究結果顯示，以醫學中心的完治率最低。
- (3)疾病管理雖可藉由早期發現與治療來降低未來的疾病惡化與死亡率，但從某些試辦計畫加入個案的高流失率來看，由於大量病患中途離開照護計畫，早期費用的增加已經無法在後期成為降低醫療資源的使用或提升醫療服務品質的投資。

9.未執行照護過程、結果面的監控及支付之配合：

- (1)部分醫療院所未實施醫療準則、臨床路徑、住院及出院計畫必要的品質管理配套措施，其實行結果令人存疑。
- (2)有監控才有品質，健保局未能提出獎勵方案，對認真執行照護者未有鼓勵，對借由試辦計畫領取管理費，而實質上卻未能進行實質照護者無管控機制，使各層級醫療院所提供的疾病管理照護服務內容不同，但所得到的支付點數卻一樣。

10.行政程序繁瑣、誘因不足：

健保局自 90 年起實施論質計酬方案，某些計畫醫院參與意願不高，顯然誘因仍不足，另外行政程序繁瑣亦是主因之一，如何提高醫療院所參與之動機及讓試辦計畫推廣為全面實施，值得考量。

健保醫療專業審查制度與品質確保

「就醫可近性」(accessibility)、「成本」(cost)、「品質」(quality)向為國家醫療衛生政策上的三大考量點，理論上希望能夠以「最小」的成本讓「最多」的人民得到「最好」的醫療。有鑑於醫療資源的有限性，一個務實的健康保險政策是要達到以「合理」的成本，讓「納保」的人民，得到「適切」的醫療。所以全民健保實施以來便訂定醫療服務支付標準及審查制度以達成上述之任務，對特約醫療院所所提供之醫療給付進行審

查，就成本控制上而言，不但能消極地避免健康保險的詐欺與濫用，更能積極地提升醫療利用的效率；就醫療品質而言，不但能消極地減少醫療錯誤，避免醫療傷害，更能積極地提升醫療實效、促進品質。

由全民健康保險爭議審議委員會(以下簡稱爭審會)所受理的醫療爭議案件可知，許多醫療院所未能依循「實證醫學」的原則實施診療，有少數醫院呈現基於營利動機而創造需求的情況，由爭議案件中亦可看出不少醫療品質相關的問題，例如診斷之準確性不足、檢驗之必要性或用藥之妥適性不夠等，有些案件更反映出少數醫師在醫德方面及守法方面有問題，這類案件會侵蝕健保資源而影響醫療資源分配之公平性及醫療品質。

然而健保局對於比專業審查更上游的追查稽核詐欺之醫療申報行為與避免浮報、濫報所進行的醫療單位營運成本稽核尚不足夠，造成以專業審查的核扣動作來進行健保醫療資源維持的現象。另外電腦檔案分析的審查效能亦未能彰顯，未以適當的指標執行電腦檔案分析，因此無法呈現醫療機構整體的表現及找出異常或偏差之醫療行為。依照爭審會的資料，大量的專業審查，特別是「個案病歷審查」，不但在審查的公平性上常發生專科間、區域間、層級間差異，甚至連區域內同儕間的審查尺度差異都難以避免，醫療爭議不斷產生。

要解決這類的問題，首先應建立及加強查核醫療機構營運成本機制，以消弭不當之藥價黑洞，與醫療服務機構浮報、虛報、以低價藥報高價藥或以少報多的醫療詐欺行為，並加強利用電腦檔案分析，透過適當之評估醫療利用與醫療品質之相關指標建立，來呈現醫療機構之整體醫療表現，以發現異常之醫療機構，並達到專業審查減量的目的。另應加強對特約醫療院所、特約醫師與病患之總歸戶資料分析，並佐以個案審查與實地審查的證據，方能有效找出異常或偏差之醫療行為，醫療服務審查並非不能做為健保確保醫療品質的利器，但必須在制度設計與執行上適當調整，方能達到預定的目標，而審查的主要目的應該以醫療品質的保障為主，醫療費用的控制為輔。

以美國同儕審查組織 (Peer Review Organization, PRO) 而言, 1989 年之後, 其對醫療機構的審查重點由敵對改為合作模式, 從過去集中在發現醫療機構所產生的過失轉變為分析醫療機構所提供的照護模式和成果監測。對於醫療照護品質有問題的案件, 同儕審查組織 (PRO) 會依品質缺失的嚴重程度而分為三個層級, 層級一 (minimal risk) 是病歷上的普通記錄缺失問題; 層級二 (medium risk) 則會對病人的健康產生負面的影響; 層級三 (significant risk) 會導致病人永久的傷害, 或甚至死亡, 再依層級不同而制定不同的分數。同儕審查組織 (PRO) 的工作重點由以前著重在發現個案的臨床缺失, 調整為以分析照護模式及照護結果來做為改善醫療照護的方法, 亦即由發現個案的臨床缺失調整成幫助醫療服務提供者主動的參與醫療品質的改善。

總結來說, 進行回溯式的個案審查並無助於品質的提升甚至確保, 醫療品質需要積極、主動、且前瞻的規劃管理介入。

全民健康保險醫療品質委員會 推動概況

全民健保已達到提升民眾醫療可近性、掃除就醫經濟障礙的目標, 所以預定96年上路的二代健保, 首要重點即在提升醫療品質。依據二代健保的規劃, 有關醫療品質部分則強調: 協助醫療專業於全民健保體制下盡責、強化公民參與醫療品質決策之能力與管道及提供醫療品質資訊等。因此衛生署積極推動提升醫療品質之計畫, 於94年12月15日在行政院衛生署侯署長主持下, 宣布成立了「全民健康保險醫療品質委員會」, 以作為實踐二代健保醫療品質改善的先驅規劃編組和改善全民健保醫療品質的政策擬訂幕僚, 其主要任務為建構醫療專業、病友團體及健保局之溝通平台; 針對疾病提出具體方案, 以協助改善健保醫療品質相關問題; 提供全民健保醫療品質相關資訊; 以及提供民眾參與醫療品質決策的適宜管道; 並將各項研議結果, 協助健保局繼續接辦, 以達到加速改革的目的。

全民健康保險醫療品質委員會之成員係由

醫療品質、品質資訊、衛生教育、消費者及病友團體等領域之專家及學者組成, 於運作期間先後成立「醫療品質改善專案小組」、「國民就醫行為改善專案小組」及「醫療品質改善評估暨資訊公開小組」, 以重要疾病之品質改善為目的, 其執行流程為: 邀請病友參與座談會, 彙集病友意見; 以「論質計酬」的支付制度設計並提出疾病照護結果的測量項目和標準, 以促使醫療品質與醫療給付或審查結合, 整合醫療品質各項議題, 研議完整的醫療照護改善方案, 並與相關單位合作, 共同落實改善方案; 強化健康支持網絡, 實施多元衛教, 以強化改善方案之執行; 以及建構客觀的方式和技術執行成效評估與研發資訊公開模式。

目前全民健保醫療品質委員會中的「醫療品質改善專案小組」已完成「糖尿病醫療照護品質改善方案」、「膝關節炎人工關節置換治療品質改善方案」及「慢性腎臟病與透析治療品質改善方案」, 並分別於95年3月、4月及9月間奉行政院衛生署署長核定後, 正式函交辦各相關單位研議辦理, 另為週延起見也已擇區試辦中。而全民健保醫療品質委員會中的「國民就醫行為改善專案小組」則透過向日葵志工、病友團體及運用家庭醫師第一年的訓練, 結合家人的關懷和社政系統的支援, 建構健康支持網絡模式, 加強家人親友、學校及社區參與, 提供其必要的支持網絡以共同提升病患及家屬的自我照護技能並落實在生活中, 使區域共同照護網發揮更大更好的功能。而全民健保醫療品質委員會中的「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組」今年預計進行「糖尿病醫療照護品質改善」、「慢性腎臟病與透析治療之品質改善」2項方案之過程指標與結果指標之評估及疾病分類與資源耗用情形分析, 並藉由建構資訊公開模式, 完成各項論質計酬制度之模擬與設計。另有關「膝關節炎人工關節置換治療品質改善方案」, 中央健康保險局中區分局依據該方案之核心指標與計畫內容, 業已擷取健保申報資料及研擬分級審查辦法, 希望以照護之結果呈現績效, 落實以醫療品質為導向之審查機制 (醫療照護品質改善運作模式及全民健康保險醫療品質委員會工作架構如圖一及圖二)

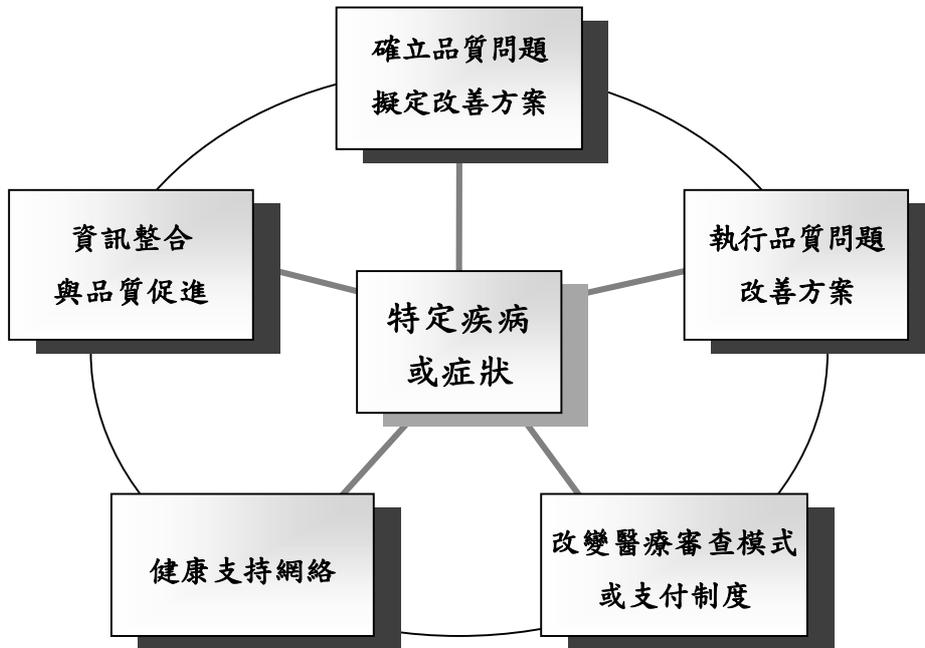
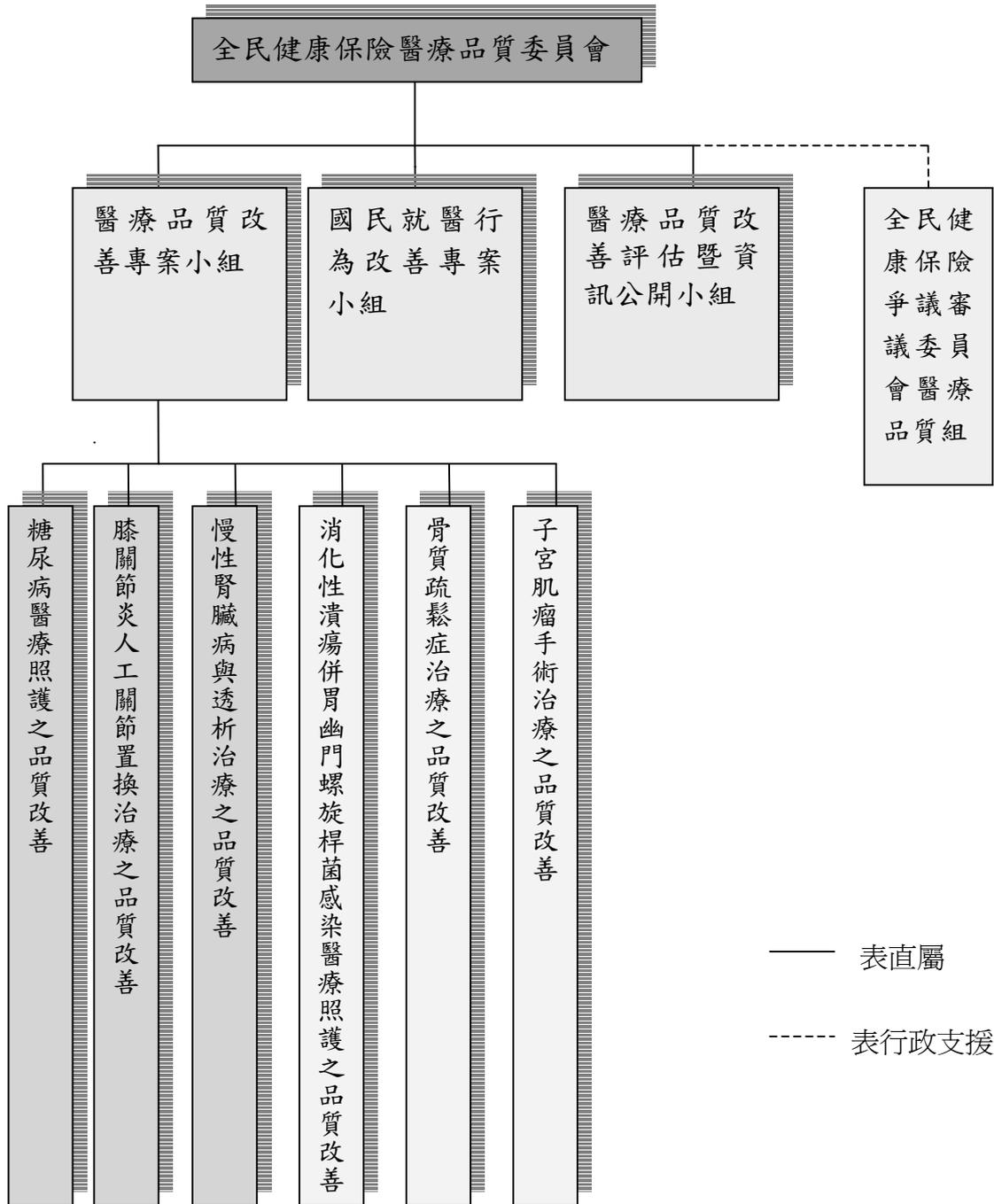


圖 1 醫療照護品質改善運作模式



結語及建議

全民健保醫療費用總額預算支付制度須透過醫療費用支付基準等改革配套策略，才能確實有效減少浪費，達到改變診療行為的目的，對衛生主管機關來說，設計一個良好的照護計畫，可以提供病患良好的照護品質，而對醫療院所來說，執行照護計畫，更可整合院內的醫療團隊提供病患面向的照護，可達到病患、醫療、保險三贏的局面，我們期望二代健保之論質計酬制度能導正支付誘因，協助醫療專業於全民健保體制下盡責，使醫療院所願意主動提升服務效率及療效，以達到維護被保險人醫療照護品質之目的，茲彙整各界針對全民健保論質計酬方案之建議如下：

1. 支付制度應朝向論質計酬等前瞻性支付方向改革：
為反映合理醫療費用給付，支付制度應朝給付與品質相關聯的支付制度方向規劃，支付制度應以現行論量計酬方式朝向論質計酬等前瞻性支付方向改革。
2. 落實家庭醫師及轉診制度：
落實家庭醫師及轉診制度將有助於提升醫療品質及減少醫療浪費，於推動轉診制度時，應對「論質計酬制度」有詳盡規劃及配套措施。
3. 強化基層之競爭力：
基層醫療的重要性及病患轉診的需求不論是糖尿病、氣喘或癌症初期的發現及追蹤，中、小型醫院、基層診所應受到重視，方能發揮預防醫學的目的，為強化基層之競爭力，診所醫師應遵循診療指引，並透過必要的轉診（檢）以確保病患照護之適當性，醫師公會及衛生主管機關宜主動聯合診所，促成診所與醫院、檢驗所、衛生所合作網路之建立，以利轉診（檢）之推動，建立完整的照護網。
4. 簡化行政作業、增加誘因，擴大參與：
檢討現行之試辦計畫，使作業更簡化、更具誘因，並增加對醫院及醫師有關論質計酬制度之說明，使其能充分瞭解並配合實行，及與醫學會廣泛宣導並多舉辦專業課程，另廣納醫

師之意見改善申報或治療過程相關規定，讓更多的醫療院所願意加入試辦。

5. 避免“雙軌制”支付制度之現象：
由於論質計酬試辦計畫之實行採取鼓勵方式進行，並未強制實施，醫療院所或醫師仍可依照一般論量計酬方式申報醫療費用，失去論質計酬疾病管理的目的，應避免出現“雙軌制”支付制度之現象。
6. 標準化疾病管理標準照護內容：
「疾病管理」必須包括以下六個要素：(1) 確認目標人口的過程(2) 實證醫學的指引(3) 醫師與其他支援性醫療服務的提供者(4) 病人自我健康管理的教育(5) 例行性的報告或回饋(6) 強調照護過程與照護結果的測量、評估與管理。政府相關單位可從費用支付上進行調整與修正，使試辦內容修正，加強院所對疾病判定的專業要求、照護水準的管控。
7. 執行照護過程及結果面的監控：
在監控上有以下指標供參：(1) 結構性指標：進行照護醫師、衛教師及營養師之資格審核。(2) 過程面指標：病患追蹤率、該做的檢查、臨床指標、診斷正確性等。(3) 效率面指標：指醫療資源在介入後所省下的費用，但需考慮疾病嚴重度與不同院所層級的關係。其他指標如病患滿意度、知識、生活品質等亦可加入。以上指標，以結構面、過程面計算較容易，而效率面之指標計算要在短時間提出並不容易，因此建議第一階段進行結構面與過程面的指標比較，至少在品質上可達監控的效果。
8. 建立回饋點值與獎懲制度：
獎勵提供優質照護的院所供同儕學習，並建立回饋點值與獎懲制度，進行疾病管理的評估，依疾病嚴重度改善程度與醫療費用減低幅度訂定計酬回饋標準。
9. 改進自我照護手冊：
將自我照護手冊的版本統一，增加其實用性，使病患能善用手冊來監控自己的病情，並提醒病患定期紀錄及攜帶就醫。
10. 加強宣導病患正確就醫觀念及衛教常識。
11. 建立醫療品質監督及管理機制：
醫療品質應由健保局之外的單位獨立監

控，政府應每年定期公開全民健保的品質資訊，公開的資訊內容應考量民眾可閱讀性及可近性，確保民眾知的權益。

12. 對醫療院所的建議：
 - (1)應建立合適之作業申報與管理流程。
 - (2)與相關醫學專科學會共同建立實用之疾病管理標準程序。
 - (3)推動治療準則。
 - (4)提供醫師、衛教師的訓練、審核及輔導。
 - (5)各層級院所與相關政府衛生單位之功能垂直整合：如某縣市衛生局提供營養師與衛教師給基層進行病患的衛生教育，或醫學中心派遣相關人員定期至基層診所對病患衛教、追蹤。
 - (6)鼓勵醫師將患者納入論質計酬制度內：決定患者是否加入試辦計畫之關鍵人物是醫師，醫療院所面對可能全面推廣實施的論質計酬制度，應鼓勵醫師儘可能將患者納入論質計酬制度內。
13. 對醫師的建議：
 - (1)確實遵循診療指引。
 - (2)加強患者之追蹤與聯繫。
 - (3)增進與患者之溝通並提高服務品質，以提高其滿意度。
 - (4)加強對於患者之心理建設以提高患者配合治療之意願。(本文為全民健康保險爭議審議委員會技正陳玉靜所撰寫)

參考文獻

1. 中央健康保險局。中央健康保險局電子報。
2. 行政院(2004)。邁向權責相符的全民健康保險制度。台北市:行政院二代健保規劃小組總結報告。
3. 行政院衛生署。行政院衛生署健康報。
4. 行政院衛生署(2004)。全民健保與醫療品質(初版)。台北市:行政院衛生署。
5. 行政院衛生署(2004)。全民健保醫療資源配置與合理使用(初版)。台北市:行政院衛生署。
6. 章殷超(2003)。全民健康保險醫療服務審查問題之探討。台灣醫學, 7(1),104-114。
7. 翁慧卿、李玉春(2005)。中央健保局論質計酬疾病管理政策實證研究之統合分析。台北市:行政院衛生署科技研究計畫(編號:DOH94-TD-M-113-049)。
8. 楊秀儀、賴美淑。(2003)。醫療專業審查和醫療品質之關連性研究：美國經驗比較。台灣醫學,7(5),726-735。
9. 蔡文正(2003)。全民健康保險肺結核病患醫療改善方案試辦計畫之評估。台北市:行政院衛生署委託研究計畫(編號:DOH91-NH-1020)。
10. 劉慧俐(2004)。全民健保連續性完整照護氣喘病患之自我照顧效果評估。台北市:行政院衛生署國民健康局科技研究發展計畫(編號:DOH93-HP-1109)。
11. 謝啓瑞(2003)。健保支付制度改革與醫療支出成長。台北市:行政院國家科學委員會專題研究計畫(編號:NSC-91-2415-H-001-027)。
12. 謝博生(2003)。醫療爭議審議與醫療品質改善。台灣醫學,6(6),915-919。
13. 謝博生(2006)。健康藍圖(初版)。台北縣:財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

Abstract

Pay for Performance, a recently developed concept of reimbursement in health insurance, aims to purchase health and promote the quality of medical service through a system of different levels of reimbursement in accordance with the outcome and quality of treatment. Hopefully, the reimbursement system could provide the incentive to the health care providers to offer an integral and holistic medical care.

To upgrade the quality of medical care, the Bureau of National Health Insurance (NHI) has continued implementing pilot reimbursement programs according to the concept of pay for performance since November of 2001, which initially covered five chronic diseases including cervical cancer, breast cancer, pulmonary tuberculosis, diabetes mellitus, and asthma. Due to the convincing

results, the Bureau extended the coverage and had added more pilot programs since October of 2003.

These pilot programs have demonstrated the preliminary achievement, including appropriate diagnoses and treatment in early stage, adequate control and improvement in chronic disease management. There is still much room for improvement in the reimbursement programs, such as 1) the incomplete establishment in patient referral system, 2) the tendency of patient selection by physicians, 3) the controversy in using new treatment modalities, 4) the behavior of hospital shopping, 5) the excessively high expense in manpower, 6) the inadequacy of patient's cooperation, 7) the high percentage of patients who were in loss of follow up, 8) lack of continuous monitoring in the aspects of process and outcome, 9) the complex of administration procedures and shortness of incentives.

Based on the design of second-generation NHI, the emphases on the quality of medical care are as followings: supporting the commitment from the health care professionals under the system of NHI; strengthening the ability of general public in participating the determination of medical care quality; and providing information on medical care

quality. The reimbursement system of second-generation NHI which incorporates the concept of pay for performance is expected to rectify the incentives to the care providers, so that the medical institutions are willing to improve the outcome of treatment and the efficiency of services. In order to achieve the goal listed above, the recommendations according to experts from different fields were as followings: 1) the reimbursement system should be gradually modified toward those prospective way, such as pay for performance; 2) the family physician and referral system should be fully implemented; 3) the competitiveness of primary care system needs increasing; 4) the administrative procedures should be simplified and the level of participation needs to be extended; 5) the dual tract systems of reimbursement should be avoided; 6) the standardized content in the disease management is required; 7) the processes and outcome of care should be monitored appropriately; 8) the system of awarding and bonus should be established; 9) the self-care manual needs revising; 10) the patient's correct concept in visiting a physician should be disseminated widely; 11) the mechanism of monitoring quality and management should be established.