

計畫編號：97K1209

行政院衛生署九十七年度委託研究計畫

從民眾觀點建構健保評量指標

委託研究報告

計畫委託機關：行政院衛生署

計畫執行機構：元智大學

計畫主持人：劉宜君(元智大學社會暨政策科學學系副教授)

協同主持人：傅立葉(政治大學社會行政與社會工作研究所副教授)

研究助理：陳政昌(元智大學社會暨政策科學學系研究生)

執行期間：中華民國九十七年四月三十日至十一月三十日

本研究報告僅供參考，不代表本署意見

中文摘要

本研究從「民眾」觀點廣泛區分為「關注民眾」與「一般民眾」觀點，透過政策德菲法蒐集「關注民眾」對於健保政策評估指標的意見，並以電話調查法分析「一般民眾」對於健保政策評估指標的意見，且以「重要性－績效分析法」呈現一般民眾對於指標的重視度與滿意度。研究發現「關注民眾」與「一般民眾」具有高度共識的評估指標有七項，包括：「所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障來判斷」(完整性指標)、「健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務來判斷」(適足性指標)、「民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足來判斷」(適足性指標)、「民眾對於健保的滿意度來判斷」(課責性指標)、「可以用最少的錢來照顧民眾的健康來判斷」(效率性指標)、「健保能否有效提升民眾的健康來判斷」(效能性指標)、「政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解這方式來判斷」(課責性指標)。而一般民眾認為滿意度比較高的指標為「以健保能否有效提升民眾的健康」(效能性指標)、「用最少的錢來照顧民眾的健康」(效率性指標)、「民眾對於健保的滿意度」(課責性指標)、「政府討論健保事情，決定過程公開讓民眾瞭解」(課責性指標)等。研究建議除以「關注民眾」與「一般民眾」具有共識的指標作為健保政策成效評量指標外，對於公開健保評估指標之管道，建議透過「各大眾傳播媒體(如電視、報紙、電台)」、「衛生署網站」、「健保局網站」、「網站」等管道。以及建議公布健保成效評量指標之間隔時間，可以「每一年」為間隔時間，並建議在分析健保政策評估指標時，進行國際間之比較。此外，民眾對於健保政策評估指標的意見，會隨著健保政策內容而有所調整，建議日後衛生署與健保局定期檢視民眾觀點的健保政策評估指標內容，使得評估指標符合實際政策內容與民眾需求。

關鍵字：全民健康保險、政策評估、政策德菲法、評估指標

Abstract

This study discusses performance indicators of national health insurance policy from comprehensive points of view of “citizens” which includes “the attendant public” and “the general public”. For the empirical study, the study utilizes the policy Delphi method to collect the attendant public’s opinions about the performance indicators of national health insurance policy. Also, the study implements a telephone opinion survey to collect the general public’s opinions and satisfaction about the national health insurance policy implementation. In addition, the study uses “the importance and performance analysis” to display the relationship of importance and satisfaction of the general public about policy performance indicators. The study finds that “the attendant public” and “the general public” reach the consensus of several performance indicators. These indicators include “All the people can get their basic medical services which national health insurance policy can afford” (comprehensiveness indicator), “People can get basic medical care services even they live in rural or remote areas” (adequacy indicator), “People can get sufficient medical care services in corresponding to their demand”(adequacy indicator), “The satisfaction of national health insurance policy of the general public” (accountability indicator), “When the government decides health insurance issues, its decision-making process are open to the public to understand”(accountability indicator) “The national health insurance can provide necessary services in the most efficient way” (efficiency indicator) “To enhance the effectiveness of health care of the public general” (effectiveness indicator). The higher the satisfaction indicators of national health insurance policy are “To enhance the effectiveness of health care of the public general” (effectiveness indicator) and “The national health insurance can provide necessary services in the least costly way” (efficiency indicator) “. Furthermore, the research recommends that approaches of information revealed of policy performance are “the mass media (such as television, newspapers, and radio)”, “website of Department of Health” and “website of National Health Insurance Bureau”. These indicators may be carried out on basis of the international comparison. The research recommends that the performance assessment indicators ought to be examined and discussed in each two or three years in order to regularly review the public's point of view indicators. It is reasonable to make performance indicators in line with the expectation of the public general.

Keywords : National Health Insurance, Policy Evaluation, Policy Delphi method, Performance Indicators

目 錄

第一章	前言	1
第一節	計畫背景	1
第二節	研究目的	1
第二章	相關文獻與研究之探討	5
第一節	對於民眾意涵之界定	5
第二節	健保政策績效指標之分析	6
第三節	從民眾觀點評估健保政策之相關研究	8
第四節	健保政策績效評估之國際相關研究	15
第三章	政策德菲法之設計、執行與結果分析	17
第一節	政策德菲法問卷之設計	17
第二節	政策德菲法之執行	22
第三節	政策德菲法之結果分析	26
第四章	民眾電話調查問卷之設計、執行與結果分析	53
第一節	民眾電話調查問卷之設計	53
第二節	民眾電話調查之執行	55
第三節	民眾調查問卷之結果分析	58
第五章	結論與建議	85
第一節	研究結論	85

第二節	研究建議-----	90
第三節	研究限制-----	91
參考文獻	-----	93
附錄一	第一回合政策德菲法調查問卷-----	98
附錄二	第二回合政策德菲法調查問卷-----	106
附錄三	民眾電話調查問卷-----	117

圖目錄

圖 1	重要性－績效分析法 -----	3
圖 2	研究流程 -----	4
圖 3	問卷架構 -----	21
圖 4	民眾對於健保評估指標之重視性－績效分析圖 -----	73
圖 5	專家與民眾對於健保政策評估指標加權平均數之比較 --	82

表目錄

表	1	健保監理會 96 年度醫療業務監測指標項目-----	7
表	2	健保監理會 96 年度醫療業務觀察指標項目-----	7
表	3	健保監理會 96 年度健保財務指標 -----	8
表	4	政策德菲法的工作步驟 -----	18
表	5	本研究健保政策評估指標之構面 -----	22
表	6	政策德菲法施測專家學者對象及專業背景-----	24
表	7	政策德菲法問卷寄發與回收時間與份數統計一覽表-----	24
表	8	政策德菲法名單及回覆情形 -----	25
表	9	專家對於評量健保政策的核心架構面之意見-----	27
表	10	專家對於作為評量健保政策普及性指標之意見 -----	28
表	11	專家對於作為評量健保政策公平性指標意見 -----	29
表	12	專家對於作為評量健保政策可近性指標之意見 -----	32
表	13	專家對於作為評量健保政策完整性指標之意見 -----	34
表	14	專家對於作為評量健保政策適足性指標之意見 -----	35
表	15	專家對於作為評量健保政策可付性指標之意見 -----	38
表	16	專家對於作為評量健保政策課責性指標之意見 -----	40
表	17	專家對於作為評量健保政策效率性指標之意見 -----	42
表	18	專家對於作為評量健保政策效能性指標之意見 -----	43
表	19	專家對於業務監理指標作為健保評估指標之合適性意見 ---	45
表	20	專家對於財務監理指標作為健保評估指標之合適性意見 ---	47
表	21	專家對於衛生署公開健保評估指標管道之意見(複選題) ----	48
表	22	專家對於定期公布健保評估指標的間隔時間之意見 -----	49
表	23	專家對於立法要求公布健保政策評估指標資訊之意見 -----	49
表	24	專家對於立法要求公布健保政策評估指標理由(複選題) ----	50
表	25	專家對於不需立法要求公布健保政策評估指標之理由 -----	50
表	26	專家對於專業人士與民眾分開描述健保評估指標之意見 ---	51
表	27	專家對於在評估健保政策進行國際比較之意見 -----	51
表	28	專家對於健保評估指標與資訊揭露方式之其他意見整理 ---	52
表	29	調查接觸狀況表 -----	56

表	30	樣本縣市別與母體縣市別結構之差異檢定 -----	57
表	31	訪問成功樣本之性別分布 -----	58
表	32	訪問成功樣本之年齡分布 -----	58
表	33	訪問成功樣本之最高學歷分布-----	59
表	34	訪問成功樣本之職業別分布 -----	59
表	35	訪問成功樣本之家庭平均一個月收入分布 -----	60
表	36	民眾對於「所有民眾都參加全民健保」標準之意見-----	60
表	37	民眾對於「按照民眾經濟能力收取健保費」標準之意見 --	61
表	38	民眾對於「不同地區民眾的醫療服務方便性」標準之意見-	62
表	39	民眾對於「健保保障民眾需要醫療服務項目」標準之意見-	62
表	40	民眾對於「健保照顧偏遠地區民眾醫療服務」標準之意見-	63
表	41	民眾對於「健保提供醫院、醫師數量充足」標準之意見 --	63
表	42	民眾對於「每個家庭能負擔的健保費」標準之意見 -----	64
表	43	民眾對於「民眾對於健保的滿意度」標準之意見 -----	64
表	44	民眾對於「用最少的錢來照顧民眾的健康」標準之意見 ---	65
表	45	民眾對於「健保能否有效提升民眾的健康」標準之意見 ---	65
表	46	民眾對於「政府決定健保過程讓民眾瞭解」標準之意見 ---	66
表	47	民眾對於健保評估指標之綜合比較 -----	67
表	48	民眾對於健保評估指標的其他意見分類 -----	68
表	49	民眾對於評估指標評價之重要性與滿意度平均數比較-----	72
表	50	民眾對於衛生署公開健保評估指標管道之意見(複選題) ----	74
表	51	民眾年齡與衛生署公開健保評估指標管道之交叉分析 -----	74
表	52	民眾對於定期公布健保政策評估指標的間隔時間之意見 ---	74
表	53	民眾對於立法要求主管機關公布健保政策評估資訊之意見-	75
表	54	民眾對於分析健保評估指標進行國際比較之意見 -----	75
表	55	民眾對於比較健保評估指標國家之意見(複選題) -----	76
表	56	專家與民眾對於健保政策評估指標之意見比較 -----	78
表	57	專家與民眾對於政策健保評估指標加權平均數之比較 -----	81
表	58	民眾與專家對於衛生署公開健保評估指標管道之意見 -----	83
表	59	民眾與專家對於公布健保評估指標間隔時間之意見 -----	83
表	60	民眾與專家對於立法要求公布健保評估資訊之意見 -----	84
表	61	民眾與專家對於分析健保評估進行國際比較之意見 -----	84
表	62	專具有高度共識的健保政策評估構面與指標 -----	85

表	63	民眾認為高度重要性與滿意度的健保評估指標 -----	87
表	64	專家與民眾形成高度共識之健保政策評估構面與指標 -----	88
表	65	專家與民眾形成中度共識之健保政策評估構面與指標 -----	89

第一章 前言

第一節 計畫背景

全民健保自 1995 年 3 月 1 日實施已逾十年，政府除致力維持相較於世界先進國家偏低的健保費率外，醫療費用占國民生產毛額（GDP）的比重，亦明顯低於世界先進國家。此外，我國的醫療服務指標亦曾被英國經濟學人雜誌評定為全球第二名，而健保局委託研究亦發現台灣在許多醫療品質指標與先進國家相似或更好（蕭慶倫，2005）。同時在歷年的健保民眾滿意度調查中，民眾對健保的滿意度，常常高達 80%。惟近年面對健保財務的虧損日趨嚴重，為期健保永續經營，健保局除透過調整保費、部分負擔及多元微調方案，亦規劃透過制度的大幅度變革，提高健保政策品質與經營成效，但卻受到民眾對於健保政策執行成效的質疑，無法獲得民眾對於健保改革措施的認同與支持。為此，有必要建立從民眾觀點的健保政策評估的指標，以獲得民眾對於健保政策執行成效的肯定與支持。

第二節 研究目的與研究方法

本研究之研究目的包括：

1. 蒐集與分析健保政策的評估指標相關研究與學術論文，作為本研究實證調查的基礎。
2. 將「民眾」觀點廣泛區分為「關注民眾」觀點與「一般民眾」觀點，首先透過政策德菲法蒐集「關注民眾」對於健保政策評估指標的認知與意見。
3. 以電話調查法分析「一般民眾」對於健保政策評估指標的認知與意見，並以「重要性－績效分析法」呈現「一般民眾」對於健保政策評估指標的重視程度與滿意度。
4. 分析「關注民眾」與「一般民眾」對於健保政策評估指標的認知異同。
5. 根據前述研究發現，提出兼具「關注民眾」專業意見與「一般民眾」民主參與的廣義「民眾觀點」的健保政策評估指標與揭露方式，以提升民眾對健保

的支持，並作為健保改革的重要參考。

根據前述研究目的、背景說明與架構，本研究採用多元研究方法，茲將研究方法說明如下：

本研究的研究方法包含下列數項：

1. 文獻與次級資料分析：本研究檢視關於健保政策評估研究報告、學術論文、統計資料與其他相關次級資料，以整理健保政策評估使用的指標、方法與核心議題，作為建構政策德菲法與電話調查的問題基礎。
2. 政策德菲法：由於民眾的概念是具有動態性的，本研究對於民眾意見的蒐集，亦因對象不同有所區隔。本研究對於「關注民眾」的意見調查採取「政策德菲法」的專業民調（professional poll）進行，調查對象較為集中，問題也較為專業。由於健保政策評估的範圍涉及資源公平、醫療品質、財務平衡、便利性、健康促進等多元議題與牽涉公平、效率、效能等多元價值，學者專家等「關注民眾」的意見為政策指標的重要來源，同時這些健保執行成效的重大議題亦非單一領域專家能獨力解決，有必要透過專家社群間的腦力激盪、解析與對話，以匿名、重複、回饋與團體回答統計方式，建立較完善周延且具公信力的政策指標。政策德菲法可視為一種「紙上會議」(conference in paper)，是一種兼具量化與質性之科際整合研究方法，具有集思廣益、維持專家獨立判斷能力、打破時空隔離困境等優點（Lauffer, 1982）。本研究擬邀請健保議題「關注民眾」25位，就「關注民眾」的立場對於評估指標進行二回合的政策德菲法。
3. 電話問卷調查：本研究根據文獻探討與政策德菲法結果，研擬「一般民眾」對於健保政策評估指標的調查問題。由民意調查研究中心利用玉瑪科技公司的 Win-CAMI 電腦輔助市場行銷調查系統，針對台灣地區（含金門、馬祖）年滿 20 歲成年人以隨機抽樣進行調查，預計成功樣本至少為 1,100 位民眾。
4. 「重要性－績效分析法」（Importance Performance Analysis, 以下簡稱 I.P.A.）：電話問卷調查結果除以統計分析呈現外，鑑於以往滿意度分析對於

民眾偏好未能賦予重視程度，本研究擬透過「重要性－績效分析法」(Importance Performance Analysis, 以下簡稱 I.P.A.分析法)(圖 1)呈現「一般民眾」對於健保政策評估指標之重視程度與滿意度。前者是指對於政策指標的立場；後者指民眾對於政策指標應用的評價，並以指標優先順序表示民眾對於施政的重視程度。I.P.A.分析法係以民眾對健保執行評估指標之重視程度列作 Y 軸，以對於健保政策評估指標的滿意程度列作 X 軸，以重視程度總平均值與滿意程度總平均值將座標劃分為 A、B、C、D 四個象限，呈現民眾對於健保政策執行評估指標的評價及對這些指標的滿意度間之關係。其中 A 象限為「低重視」且「高滿意」；B 象限為「高重視」且「高滿意」的區域；C 象限為「低重視」且「低滿意」的區域；D 象限為「高重視」且「低滿意」的區域，為必須積極改進的區域(Chapman, 1993；Cheron at al., 1989；Martilla and James, 1977)。由於 I.P.A.分析法多應用於企業管理領域對於消費者意見的分析，本研究利用此一方法於公共政策領域，以期得知民眾對於健保政策評估指標之重視程度及指標滿意度的關係，可針對其不滿意的執行結果加強改善，提供衛生署與健保局進行政策評估的優先順序參考。

滿意程度	A 象限 不需關注區 (低重視、高滿意)	B 象限 繼續保持區 (高重視、高滿意)
	C 象限 低順位區 (低重視、低滿意)	D 象限 加強努力區 (高重視、低滿意)
	重要程度	

圖 1 重要性－績效分析法

綜合言之，本研究藉由文獻探討法、政策德菲調查與民眾意見電話調查等研究方法，並從「一般民眾」與「關注民眾」的廣義民眾觀點，建立健保政策評估指標，提供健保改革的參考依據。

本研究進行之流程如圖 2。

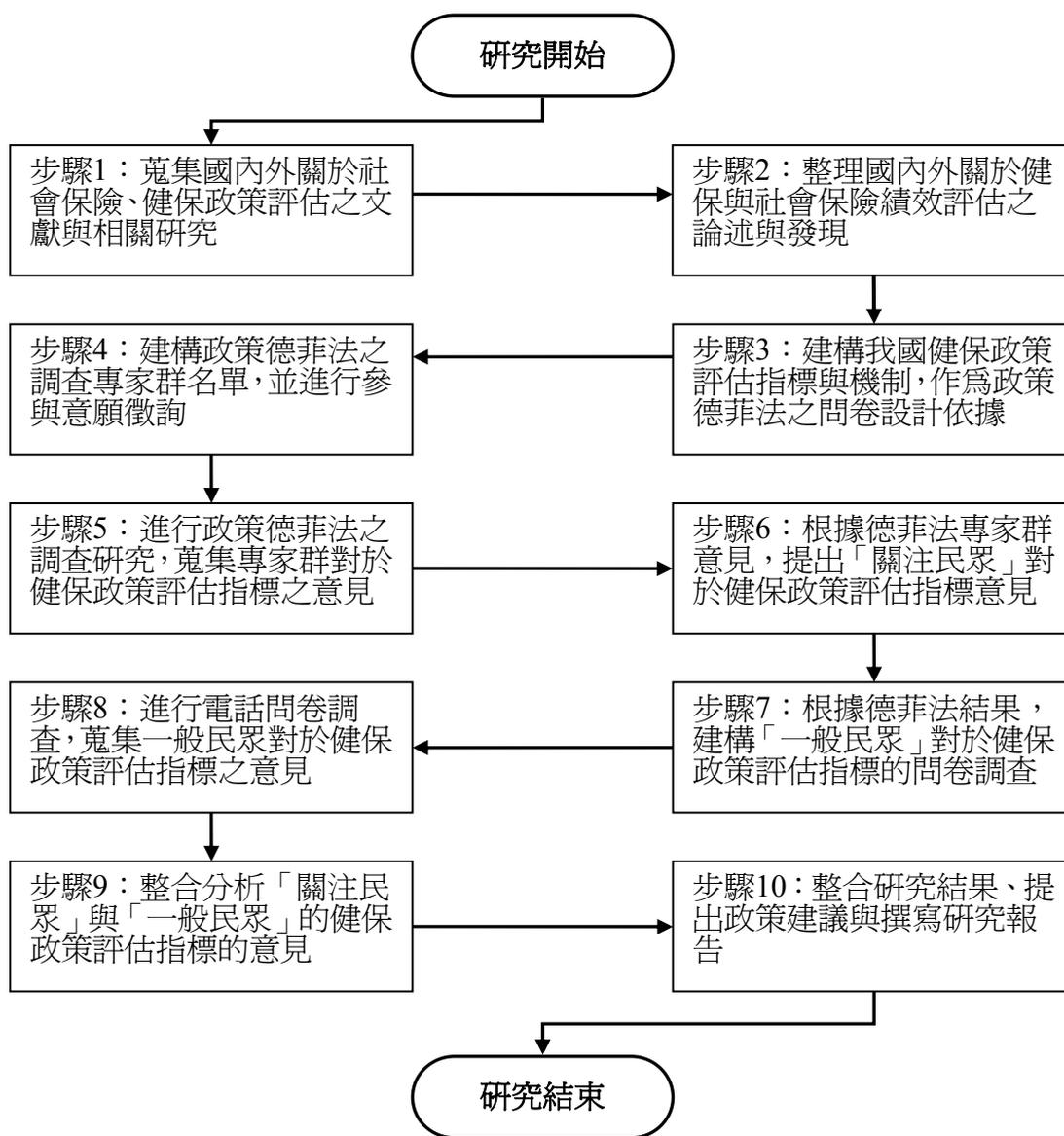


圖 2 研究流程

第二章 相關文獻與研究之探討

本研究主題相關文獻與研究分別整理如下：一、對於民眾意涵之界定；二、健保政策評估指標之分析；三、從民眾觀點評估健保政策的相關研究；四、健保成效評估之國際相關研究。

第一節 對於民眾意涵之界定

本研究焦點係從「民眾」觀點建構健保政策成效評量指標，惟相較於社會團體、企業員工、醫院病患、公務人員等群體概念，「民眾」或「公眾」(Public) 整體較缺乏顯著的描述特徵。學者試圖將民眾區隔不同的特質加以描述，例如政治學領域在探討民意 (public opinion) 的文獻中，假設「民眾」是動態的概念，依據不同議題組成不同的群體。本研究將民眾區分為一般民眾 (general public) 與關注民眾 (attentive public) 兩類 (王業立、郭應哲、林佳龍譯，1999)。一般民眾係指對於公共事務缺乏充分訊息的公民，其對於錯綜複雜的政策議題大多缺乏主見，惟此一群體往往佔所有人口中的絕大多數。相較之下，關注民眾對於公共事務保持關心與注意 (余致力，2000)。

此外，由於政策指標系統包含數項變項，例如純經濟效益、主觀性福祉、公平性三種類型的價值。而不同的社會團體，對於政策議題的偏好與看法亦必然不同，因而建立一套大多數民眾能夠接受的政策指標系統，不僅需要專家學者的專業意見，更需要民眾的參與 (李允傑、丘昌泰，2003：299-300)。學者認為政策指標的變項主要來自兩個社群的價值，包括專家社群與政策社群 (MacRae, 1985)。其中學者專家的意見為政策指標的重要來源，透過彼此之間的腦力激盪與對話，建立較完善周延的政策指標。惟任何一項政策民眾感受與意見仍是最後的裁判，民眾參與亦為政策指標建立的重要機制，並能反映社會的主流價值。因此，從「民眾」觀點建立的政策指標，必須兼顧「關注民眾」對於政策整體趨勢變化的重視，與「一般民眾」對於政策成效品

質與數量的要求。尤其「關注民眾」可作為「一般民眾」認知政策問題的「解讀員」，將政策指標顯示的數字意義，變成公共福利的內涵。

全民健保為強制性社會保險，全體國民均有加入全民健保之權利與義務，全體國民均可視為健保的政策利害關係人。若將前述「民眾」或「公眾」的動態概念應用在健保政策上，本研究將健保政策利害關係人區分為「關注民眾」與「一般民眾」。前者為對於健保具有知能與政策影響力的個人（如學者專家、民意代表、健保監理會委員）或團體（如勞工團體、雇主團體、社福團體），可視為健保的政策菁英；後者為健保政策缺乏判斷資訊與專業知能的社會大眾。

第二節 健保政策評估指標之分析

廣義而言，臺灣實施全民健保的目標與先進國家的醫療改革目標相同。根據以往經建會全民健保的規劃報告，全民健保有三個主要目標，即：（1）提供全體國民適當的醫療保健服務，以增進其身心健康；（2）控制醫療費用於合理範圍內；（3）有效利用醫療保健資源（江東亮，2006：76）。因此，全民健保的核心價值是根據社會正義與公平的精神，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。換言之，失去社會連帶責任的共識，全民健保無法建立，即使建立，亦難解決利益團體之間的相爭，且易犧牲對老人、小孩、低收入戶等弱勢團體提供尊嚴性醫療照護的理想（江東亮，2006：65）。也因此，對於健保成效評量時，最常被提及的也是全民健保最成功的地方，就是將納保率由 54% 提升至 96%，並且新納保人口與公勞保被保險人口，在醫療利用水準上不分軒輊。由此可知，普及性、公平性視為從民眾觀點評量健保成效的重要構面之一。

除了納保率、照顧弱勢族群的成效外，現行健保局對於健保經營成效的衡量指標，包括較偏重效率面的保險收支管控成效、屬於效能面的醫療品質管控成效（評核項目為病人安全、提升健康管理與疾病管理機制）、服務品質、配合年度新增政策推動成效。前述指標主要提供衛生署對於健保局的經營進行評核。另外是健保監理會的

健保醫療業務監理指標亦為目前健保政策評估的指標方式，其中包含 12 項的監測指標項目（詳表 1）、15 項的觀察指標項目（詳表 2），以及健保監理會健保財務指標（表 3）。

表 1 健保監理會 96 年度醫療業務監測指標項目

類別	指標
醫療利用管控	1.平均每人每年健保門診次數 2.高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率 3.專案稽核查獲率
醫療資源分配	1.基層慢性病案件占西醫總慢性病案件比率 2.門診部分負擔比率 3.處方箋釋出率（西醫基層） 4.慢性病連續處方箋出率（醫院）
醫療品質	1.慢性病連續處方箋開立率（西醫基層） 2.慢性病連續處方箋開立率（醫院） 3.出院後 3 日內急診/住院率 4.糖尿病試辦計畫病人完整追蹤率 5.腹膜透析占率

表 2 健保監理會 96 年度醫療業務觀察指標項目

1. 總醫療服務量之管控值
2. 區域醫院以上住診服務點數占率
3. 區域醫院以上初級門診照護率
4. 查核追回金額
5. 輔導醫療院所繳回誤報之金額
6. 藥費成長率
7. 每人每年平均藥費
8. 藥費占率（門診及住院）
9. 西醫門診每張處方箋藥品項數
10. 門診同藥理分類不同處方用藥日數重複率（西醫基層、醫院）
11. 門診注射劑使用率（西醫基層）
12. 門診抗生素使用率（西醫基層、醫院）
13. 門診手術後 2 日內急診/住院率（西醫基層、醫院）
14. 出院後 14 日內再住院率
15. 30 日以上超長住院率（醫院）

表 3 健保監理會 96 年度健保財務指標

類別	指標
財務狀況	1. 保險費率
	2. 安全準備
	3. 借款
當季保險收支情形	1. 保險收支餘絀
	2. 保險收入
	3. 保險給付
	4. 呆帳
	5. 資金運用損益
	6. 其他收支

除了前述健保局經營的自我評估指標、健保監理會的業務監理指標、醫療業務觀察指標、健保財務指標外，亦有其他對於健保政策的評估研究，例如對於聯合門診中心滿意度調查、投保單位與特約醫療院所對於各分局滿意度調查、平均餘命的變化、醫療資源的分配，或是各總額部門專業醫療服務品質指標等。這些健保政策評估運用的方法、關注面向、研究對象相當多元。

第三節 從民眾觀點評估健保政策的相關研究

壹、從民眾角度區分健保評估研究

若從「民眾」角度將這些政策評估依研究對象加以區分，可以分為兩大類。

首先，是蒐集特定群體或民眾的意見，例如張瓊文（1995）透過實地問卷訪問瞭解健保實施前後高雄病患對於醫療院所提供醫療服務品質的滿意度。涂麗萍（1998）透過專家問卷分析健保政策的成效標準，如民眾在醫療上的可接受性、整體資源利用、保費負擔公平性、健保行政體制的效率、醫療機構的可接受性。楊泰順（2000）利用文獻分析及深度訪談相關團體及學者專家對於健保政策的評估意見。洪維河（2002）分析學者對於健保醫療利用情形及醫療資源配置適當性的看法。田弘茂（2000）利用專家訪談評估健保組織的體制與運作問題。吳肖琪（1998）以問卷調查及深入訪談醫療供給者，分析健保住院醫療利用與費用結構趨勢。李妙純（2006）利用集中係數測量不同地區居民收入連動之醫療服務利用不均情形，包括西醫、牙醫、

中醫門診及住院服務的使用。綜合言之，從專家學者或特定民眾觀點評估健保政策成效，研究焦點包括對於醫療品質的評價、醫療資源的配置、醫療服務利用情形、醫療支出成長趨勢、組織運作情形、醫療給付範圍的適當性與投保規範等；研究對象包括醫院病患、專家、團體、學者、醫療供給者；研究方法包括面對面訪談、問卷調查、文獻分析、統計模型、專家訪談。

其次，以一般民眾為對象的健保評估，在健保實施初期蔡鶯鶯（1998）利用資料統計、電話訪問調查民眾知道及需要的健保資訊與政策滿意度。由於以往健保民調內容，多著重在民眾滿意度調查的部分，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，顯示全民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）。

由前述可知，不論從特定民眾或是一般民眾的觀點，研究者關注的健保成效面向相當多元，例如滿意度、醫療支出、財務負擔、服務可近性等。

貳、健保政策評估與全國醫療服務制度評估之比較研究

亦有學者將健保評估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、健保開辦前後的比較。例如江東亮（2002）對於健保財務與全國的醫療保健財務關係之研究，提到二項迷思：即醫療保健支出越高，國民越長壽；醫師人力越多，國民活越久。臺灣大約花 6% 的 GDP 在醫療保健上，OECD 有錢國家平均花 7% 至 9%，美國近 15% 最高。惟統計發現當醫療保健支出占 GDP 逾 8% 時，國民並沒有更加長壽。醫師人力供給也一樣，臺灣約每千人口有 1.4 名醫師，OECD 國家則至少每千人口有 2 名醫師，義大利與比利時甚至多達 4 名醫師。但是醫師人力越多，國民壽命不見得越長。因此，其認為國民壽命長短與全國醫療保健支出和醫師人力供給，沒有絕對關係（江東亮，2006：36）。另外，在就醫方面，江東亮在 1995 年 6 月的電話調查，發現大約有 5% 西醫門診患者為自費病人。鄭守夏、江東亮(1997)研究發現新被保險人自服西藥的機率與天數都下降不多，而舊被保險人自服西藥機率與天數反而增加。由於

全民健康保險並不給付自服西藥部分，此一發現實在令人莫解。此外，楊銘欽、洪永泰（1995）發現健保實施前後，民眾輕微不舒服（例如感冒）時以藥局為第一線就醫場所的比例變化不大。這些政策評估與國際或是健保開辦之前的社會保險制度評估的比較，以突顯健保前後或是國際之間的成效差異。

除了從醫療支出與財務觀點評估健保外，亦有研究從效率觀點評估健保成效，其又分為總體經濟效率與個體經濟效率之觀點（江東亮，2006：94-95）。前者係指醫療保健支出占國內生產毛額之適當比例。為了追求總體經濟效率，健保局推動單一支付制度，以及陸續實施牙醫、中醫與西醫基層總額預算，最後於2002年完成醫院總額預算。整體而言，全民健保在總體經濟效率上的成就值得肯定。例如1994年，亦即全民健保開辦前一年，臺灣的醫療保健支出為3,293億元，占國內生產毛額的5%（行政院衛生署，2004）。健保開辦初期，在被保險人數激增以及支付標準提高之下。醫療保健支出急遽上升，1995年與1996年之年增率分別高達16.4%和9.8%。之後醫療保健支出增加速度隨即大幅下降；1996年到2000年的平均年增率僅5.4%，比全民健保開辦前還要低。2003年，臺灣的醫療保健支出為6,173億元，占國內生產毛額的6.3%（行政院衛生署，2004）。至於個體經濟效率係指有效利用醫療資源，即追求個體經濟效率。整體而言，全民健保對醫療費用的控制似乎成功。根據江東亮的分析，健保實施後，醫療資源浪費嚴重如門診利用量太高、醫院佔床率節節下降（江東亮，2006：95）。此外，實證上也發現醫療費用支出高度集中於少數使用的人口，費用最高的5%-10%人口，可使用高達50%-70%的總費用（江東亮、文羽萃，2001）。

使用的政策評估方法，一般以量化研究為多。例如謝啓瑞（2002）利用時間數列資料，分析影響醫療支出成長的因素。董鈺琪（2005）彙整從開辦後有關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之趨勢變化，受健保財務政策、特約醫療院所服務滿意度影響，也發現與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。林進財等（2002）利用資料包絡分析法，使用可近性、醫療費用、健康、需要與供給公平性作為評估指標構面研究健保實施後，部分醫療資源缺乏地區的醫療照護情形。蕭慶倫（2005）採用國際相同

之評量架構，初步發現台灣在許多醫療品質指標與先進國家相似或更好。然而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，使得台灣的醫療體系未必能以最佳的成本效益，提供好的醫療品質。建議蒐集分析特定傳染病結構、過程及結果面的指標。繼續使用符合國際標準的民眾滿意度調查，以瞭解醫療照護體系在反映病人需求及以病人為中心的表現。其他如吳宛蕙、楊長興（2007）利用時間數列分析方法探討健保對於民眾平均餘命的影響，發現健保實施對於民眾健康有正向影響。此外，研究顯示低所得者的健保受益高，但保費負擔相對較低，符合健保照顧低所得的宗旨。惟在健保大餅擴大不易，醫療費用持續擴張的情況下，家庭非健保自付額的持續增加，亦影響低所得者就醫能力與就醫公平性（李丕準，2005：50）。另外，鄭文輝等（2002）利用保險對象的所得、承保與醫療使用相關資料檔，分析家戶健保財務與醫療使用變動情形。另根據衛生署評估健保面臨困境，包括：財務失衡問題、保費負擔不公平、健保收支缺乏連動、資源配置缺乏機制、醫療資訊不夠公開、支付標準不合理，這些均影響民眾的就醫權益。

參、健保政策評估之跨國與跨時比較研究

除了前述單一時間點的比較外，亦有研究者從事跨國與跨時之比較研究。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探討。其重點在於進行公平性實證分析，主題涵蓋財務負擔分布、醫療使用分析及健康狀況分析。其中第一年研究報告主要財務負擔分布的初步實證結果，研究發現我國家戶的財務負擔分布比例，主要仍以公部門支出為主，約 61%，而私部門支出則為 39%（2002：7-8、38）。至於第二年研究主要進行閾值分析，重點有二項，一為分析家戶自付醫療保健支出佔家戶付費能力的比例，以瞭解家戶自付醫療保健支出對家戶形成重大醫療支出負擔的程度；二為分析家戶自付醫療保健支出令家戶陷入貧窮的程度。研究發現健保的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。其次，我國家戶自付醫療保健支出佔家庭消費性支出的比例不高。例如 1994 年至 2000 年，75%至 80%以上的家戶，其家戶自付醫療保健支出佔家庭消費性支出的比例低於

5% (盧瑞芬, 2002: 27、63)。第三年研究重點在於探討醫療照護使用的公平性, 其係採取平等主義原則的水平公平性定義, 即有相同醫療需要的人, 不論社會人口經濟因素影響, 皆應得到相同醫療。在實證分析的重點可分二項, 一為探討不同收入層級民眾的醫療服務使用率分布, 即將家戶平均月收入等成人值, 分為五等份, 分析比較各項醫療照護使用率在不同收入層級的分布狀況, 探討經濟因素對醫療照護使用可能產生的影響; 二為控制醫療需要後 (以健康狀態標準化), 分析不同收入層級民眾的醫療服務使用率分布。其以三項使用率指標分析醫療服務使用在不同收入層級的分布情形。三項使用率指標包括: (1) 各項醫療服務的平均使用次數 (年平均/月平均)、(2) 各項醫療使用的平均機率、(3) 對使用任何醫療服務的人, 其平均使用次數。該研究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。至於中醫、牙醫及傳統民俗療法的偏富分布, 所造成醫療兩級化 (two-tier) 的現象 (付費能力決定使用率的多寡) (盧瑞芬, 2004: 22-23、50、56)。該研究不僅評估健保的公平性成效, 亦討論可近性與適足性, 使用多元的評估指標。

其中學者對於可近性有不同的討論, 有的認為其與就醫方便性同義 (例如蔡文正等, 2006), 有的指無論何時何處只要病人需要照護就可進入照護體系並獲取醫療服務 (Freeborn and Greenlick, 1973)。其中衛生署在二代健保政策說明的資料中提及, 「一代健保之政策目標在於確保醫療的可近性, 使全民有保、就醫無礙」。因此, 衛生署亦使用「可近性」之概念 (行政院衛生署, 2006)。Aday and Andersen (1974) 認為可近性可謂之在一個地區中有無可用之財力及健康照護資源而言。因此, 認為城鄉的居民並沒有平等的享受健康服務的可近性。部分學者認為「可近性」是進入健康體系或使用服務, 然而在這體系下卻有些特質會影響進入或使用。Penchansky and Thomas (1981) 將可近性視為一個整合性概念, 是由五個構面來描述病人和健康照護系統間的吻合度, 這些構面包括可用性 (availability)、可近性 (accessibility)、適度性

(accommodation)、負擔性 (affordability) 及接受性 (acceptability)。例如江東亮、楊志良、丁志音 (1991) 對於群體醫療執業中心對醫療可近性的影響中亦引用藍忠孚所歸納之定義，他認為可近性是指病人在接近醫療照護體系或尋找醫療照護的過程中，是否容易而言。惟可近性的達成不只是健保的影響，亦需要醫療體系資源的配置規劃，甚至包括醫療專業人力的培育與醫療機構的設置。

除了從學術研究整理民眾觀點的健保政策執行指標外，以關心民眾健康、監督健保政策為成立目的的民間監督健保聯盟。成立後，對健保以及諸多健康政策發表相關主張，並持續監督政府各項政策之規劃與實施，同時也喚起社會大眾對於健保政策的關心。例如督保盟提出的健保改革主張，包括確保民眾獲得普及性、完整性、可付性、課責性及可近性的醫療服務，以及以社會公平性原則為無限上綱，其中包括落實總額預算、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)。

近年隨著健保改革措施的逐項推動，為觀察其執行成效，亦有研究者亦對政治與行政因素對於健保成效影響加以討論。例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) 在討論全民健康保險最重要的原則，提到行政獨立自主。亦即不僅是指其營運不受外力干涉，除受主管機關之監督外，既不受制於行政部門的指令，更要隔絕來自立法部門討好選民的種種行為，政府的行政部門只負業務監督之責，國會則僅擔任立法工作及法定範圍有關政府補助預算之審查，提出建構權責相當的保險體制。亦即為使全民健保可長可久，根本解決之道是建構一權責相當之保險體制。因而，課責性亦為衡量健保成效的面向之一。

課責性除了從決策過程與民主參與的觀點外，亦有從民眾感受或評價作為健保成效的指標，亦即健保局或是衛生署均會從民意調查的結果印證民眾對於健保的成效觀點。例如傅立葉 (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。至於民眾對健保不滿意的最主要原因，與經濟負擔相關（如保險費和部分負擔）。因而，建議長期委託同一機構進行調查，邀請專家學者成立一個委員會設計題目，並且列出一套執行方法。綜合前述，以一般民眾為對象的研究焦點包括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；研究方法包括問卷調查、文獻分析、內容分析等。其他如二代健保的相關研究亦著重在財務平衡、品質提昇、社會參與的目標，對於組織體制、保費負擔、民眾參與與醫療品質進行多項研究。

此外，林昭吟等（2007）比較健保菁英（「關注民眾」）與「一般民眾」對於保費改革的意見，研究發現民眾與菁英的意見差異也可能來自於經驗的不同與關注的焦點不同，前者多從個人角度，若現行分類對受訪者較有利，也會傾向於維持現狀；而後者較從整體角度表達其對保費改革方案的意見，認為六類十四目的分類不適宜。就健保特定議題的知能而言，民眾是相關知能缺乏的利害關係人，當被問及對於保費改革方案的意見時，其回答多是維持現狀或不知道、沒意見。健保政策菁英（關注民眾）的健保知能高，且有明確政策偏好。

另外，是針對健保對於民眾健康影響的討論，即效能性的指標。根據全民健康保險法第一條：「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。」因此，「增進全體國民健康」為健保的政策目的之一。在實證方面，根據吳宛蕙、楊長興（2007）實證研究，健保實施後，並沒有顯著降低最高、最低都市化位階民眾平均餘命的差距，但是男性最高、中等都市化位階 65 歲平均餘命差距，以及女性最高、中等都市化位階 0 歲、5 歲、65 歲平均餘命差距皆顯著性的縮小。因此，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，應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，使偏遠地區民眾得以獲得適當照護，進而提升偏遠地區民眾平均餘命，以縮小城鄉間平均餘命的差距。因此，平均餘

命不僅可以用來表示國民健康及生命消長的情形，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。尤其實施健保目的不僅是要提供民眾適切的醫療服務，更要利用大眾的力量幫助真正需要幫助的民眾以獲得良好的健康照護。因而，亦有學者建議從「購買健康」的觀點分析健保成效（江東亮，2006）。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。

綜合前述，健保自實施以來雖持續有高達七成以上的民眾滿意度，但在調整保險費或是調整給付範圍時，仍受到民眾或是其他利害關係人的反對。其原因除了健保的執行評估指標尚未獲得民眾普遍認同與社會支持外，健保政策的定位亦影響民眾的評估觀點，一方面健保視為一種「以社會保險為手段，達到社會福利之目的」的社會保險制度，另一方面健保實施影響利益團體（醫療團體或勞工團體）權益，是一項具有高度政治性的政策（李玉君，2003：108；張朝琴，2007）。因此，健保政策的執行成效除了民眾滿意度外，其作為兼具醫療保險政策及社會福利政策性質的政策，國民健康、平均餘命、醫療服務可近性、醫療費用趨勢或醫療服務品質亦需納入考量。另外，是對於偏遠地區的特殊考量。亦即相較於醫療資源較豐富地區民眾逛醫院的現象，偏遠地區的被保險人則缺乏條件養成如此習性。在此情形下，要求偏遠地區的被保險人繳交和其他地區被保險人一樣的保險費，似有欠公平。所以對於偏遠地區的特殊考量亦是評估健保成效的因素（楊志良，2003：223）。

第四節 健保政策評估之國際相關研究

若從各國健康照護體系評估全民健保之成效，比較重要的指標是可近性與公平性之提升。亦即歐美先進國家在探討其醫療健康體系時，已漸漸從效率面轉移探討至健

康平等性或醫療利用的公平性兩個層面上。根據國家衛生研究院體檢報告，全民健康保險實施後，財務公平性與就醫公平性有顯著地提升，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）。另外，從國際經驗觀察，醫療資源的合理分配也是評估健保成效的面向之一。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之配置，能有效控制醫療費用的合理成長。健保實施後，大部分的醫療資源將透過健保的運作來支配，在整體資源固定的情形下，有限的醫療資源如何合理分配是一個重要的問題。

其他相關研究如 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 (各群組間可能的) 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，首度評比一國之醫療保健體系的整體表現。最後指出在 191 個會員國中，法國名列第 1，美國名列第 7。亞太國家中，新加坡名列第 6，日本名列第 10，南韓名列第 58，中國大陸則名列第 144。雖然 WHO 嘗試系統化評估各國在醫療保健方面表現的想法，值得肯定。但是此報告仍引起世界各國相當大的爭議。引起爭議的主要原因，除指標衡量方法未臻完善外，主要是開發中國家的資料不齊全，而 WHO 多以同一地區的某一國家的專家意見推估而得，未能得到多國認可（盧瑞芬，2002：10）。其他如 Dow 與 Schmeer 的研究指出，健保實施提升老年人照護的可近性及降低疾病死亡率。同時，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。綜合言之，對於健保政策評估指標的討論，包括涉及公平性、普及性、效率性、效能性、可負擔性、完整性、課責性與可近性的考慮。

第三章 政策德菲法之設計、執行與結果分析

第一節 政策德菲法之設計

壹、政策德菲法之概念與步驟

本研究主要目的之一為從「關注民眾」的專業意見觀點建立健保政策的評估指標的認知。由於健保政策的成效評估範圍複雜、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、分配、國民的健康維護與醫療市場的國際競爭力評價等面向。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量的研究，在評量指標之應用較為集中某些面向之政策指標，嘗試以政策德菲法蒐集分析「關注民眾」的意見集思廣益，以對於我國的健保政策的成效評估指標與執行機制之建構等建立具有共識性的意見，亦即在進行「一般民眾」意見調查之前，先邀請專家透過德菲（Delphi）法，建構健保政策核心價值的成效評量指標。主要問項包括受訪者認為對於健保政策核心價值與成效評量指標的意見，以及健保政策成效評估資訊揭露相關的意見。

德菲法適用於澄清未來不明情境，並針對設定的議題，利用一連串問卷調查方式，匯集專家專業知識、經驗，達成一致性具體共識，藉以提昇決策內容品質，是決定優先順序、目標設定及未來趨勢的有效方法。在國內研究中被廣泛使用於各領域，例如新政策或是計畫，涉及未來不確定現象的預測，對於計畫達成目標的程度，或在環境、資源條件及民眾參與意願等均無充分的參考資訊，故以此德菲法收集專家的專業知識或實際經驗，判斷計畫實施的可能影響、以及預測各目標達成效果，作為評估各項政策的依據（陳歆華、陳孝平，1999）。德菲法是以一群專家（10-50 人）針對特定主題提供自己意見，經過多次的回答問卷，分析統計找出對特定事件的共同看法，尤其是政策的擬定可以透過分享共同看法以凝聚共識，採用匿名的方式可以讓專家充分表達各種不同意見，並能獲知所有專家意見之回饋（Beech, 2001；Bowles, 1999）。德菲法主要有三大特性：（1）以問卷方式間接交換意見以達匿名性（anonymity）；（2）藉由反覆式循環問卷的回饋作為溝通方式（iteration with controlled feedback）；（3）

以客觀統計來呈獻專家團體之意見（statistical group responses）。完整德菲法所需執行的工作內容可分為表 4 之五步驟（黃俊英，1996）。

表 4 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（expert panel）順利了解情況，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，以「是或否」二分法，等級法（ranking），量表評分法（Likert's scale）等來呈現主題，並請專家群表示意見
步驟四：第三回合問卷進行	將第二回合問卷整理並量化後呈現，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	將專家意見加以統整，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）。

以下將逐一說明本研究政策德菲法的問卷設計、訪談對象的選擇、工作步驟與問卷結果分析與發現。

貳、政策德菲法之問卷架構與設計

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，包括對於健保政策核心價值與成效評量指標的意見、健保政策成效評估資訊揭露相關的意見（詳附錄一）。問卷的第一部分是針對健保政策核心價值與成效評量指標的意見，包括評量健保政策核心價值的構面、評量健保政策普及性的指標、評量健保政策公平性的指標、評量健保政策可近性的指標、評量健保政策完整性的指標、評量健保政策適足性的指標、評量健保政策可付性的指標、評量健保政策課責性的指標、評量健保政策效率性的指標、評量健保政策效能性的指標，健保監理委員會的業務監理指標中適合作為健保政策核心價值的評量指標。

問卷的第二部分針對健保政策成效的評量指標資訊的公開管道，健保政策評估指標的定期公布時間；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；健保主管機關在分析健保政策的績效評量指標時，應進行與國際上其他國家的指標資訊比較。此外，本研究第二回合的政策德非法問卷內容，在期中報告審核會議中，參考委託單位與專家學者意見後，增加健保監理會 96 年度健保財務指標相關問題，修正部分問題的文字敘述，使語意更為明確，並增加少數的關鍵問題（如附錄二）。

第二回合政策德非法問卷的第一部分是針對對於健保政策核心價值與成效評估指標的意見，包括對於健保政策核心價值與政策評估指標的意見、健保政策評估資訊揭露相關的意見。問卷的第一部分是針對健保政策核心價值與健保政策評估指標的意見，包括評量健保政策核心價值的構面（第一回合已有共識的「公平性」、「效率性」、「普及性」、「效能性」等項目不再詢問）、評量健保政策普及性的指標（第一回合「全國民眾納保率」已有共識不再詢問，新增項目為「不同年齡民眾的健保納保率」）、評量健保政策公平性的指標、評量健保政策可近性的指標（第二回合新增問題「不同疾病程度民眾使用健保服務資源的可近性」）、評量健保政策完整性的指標、評量健保政策適足性的指標（第二回合新增問題為「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）、評量健保政策可付性的指標（第一回合「平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例」已有共識，不再詢問；修正文字之項目為「平均每人自付醫療支出金額」；新增問題為「平均每人掛號費」、「自費項目之多寡」）、評量健保政策課責性的指標（第一回合「健保相關決策過程公開的程度」已有共識，不再詢問；新增問題為「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」）、評量健保政策效率性的指標、評量健保政策效能性的指標（第二回合新增問題為「可避免死亡率」、「風險分擔程度」），健保監理委員會的業務監理指標中適合作為健保政策核心價

值的評量指標。其他新增問題為健保監理委員會的財務監理指標中適合作為健保政策核心價值的評量指標之意見。

第二回合政策德菲法問卷的第二部分針對健保政策績效評估資訊揭露相關的意見，健保政策績效評量指標的定期公布時間；政府立法要求健保主管機關蒐集並公布健保政策績效評量指標的資訊；健保主管機關在分析健保政策的績效評量指標時，應進行與國際上其他國家的指標資訊比較。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量指標的資訊之理由；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量指標的資訊之理由；對於政府公布健保政策績效評量指標時，針對專業人士與一般民眾分開描述資訊之同意意見。

本研究將民眾觀點的健保政策績效評量指標視為依變項，其受到民眾屬性（「關注民眾」或「一般民眾」）、國際比較與否、資訊揭露方式等因素的影響，提出研究架構如圖 3。

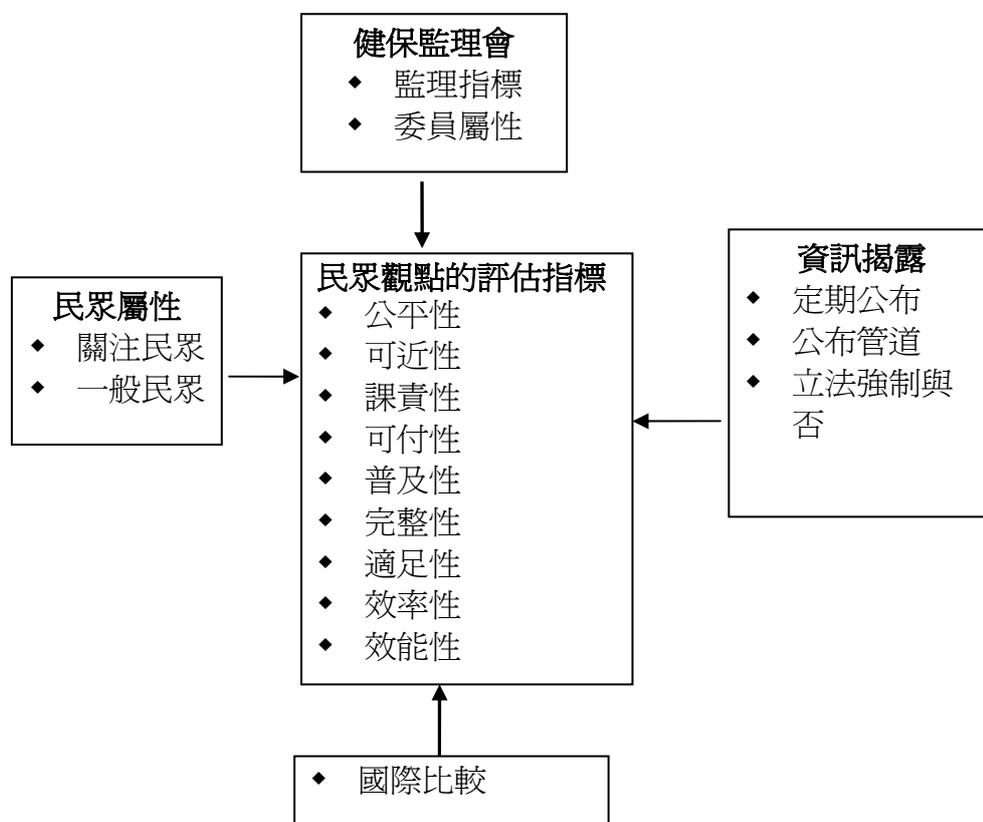


圖 3 問卷架構

表 5 本研究健保政策評估指標之構面

構面	概念型定義	參考來源或依據
公平性	健保政策設計的財務公平性	(盧瑞芬, 2003)、(楊銘欽, 2002)、(全民健康保險法, 2003)、(民間監督健保聯盟, 2005)、(Wagstaff and Van Doorslaer, 1992)
普及性	納保率	(江東亮, 1995)、(藍忠孚等, 2000)、(全民健康保險法, 2003)、(民間監督健保聯盟, 2005)
可近性	使用健保醫療服務便利性、平等性	(盧瑞芬, 2003)、(藍忠孚等, 2000)、(葉秀珍, 1999)、(楊銘欽, 2002)、(林進財等, 2006)、(Phelps, 1997)、(民間監督健保聯盟, 2005)、(楊長興、蔡尙學、楊俊毓, 2000)、(蔡文正等, 2006)、(行政院衛生署, 2006)
完整性	醫療服務完整性	(藍忠孚等, 2000)、(鄭守夏、江東亮, 1997)、(江東亮, 1995)、(民間監督健保聯盟, 2005)
適足性	資源配置充足性	(楊志良, 2003)、(鄭守夏、江東亮, 1997)、(江東亮, 1995)、(鄭文輝, 1998)、(鄭文輝等, 2002)
可付性	醫療服務的價格具有可負擔性	(全民健康保險法, 2003)、(游慧光、王漢民、鄭新慶, 2005)、(民間監督健保聯盟, 2005)
課責性	制度設計的課責性	(楊志良, 2003)、(陳敦源, 2003)、(行政院衛生署, 2004)、(傅立葉, 2006)
效率性	醫療服務具有成本效益	(鄭文輝, 1998)、(Van Doorslaer et al., 1993)、(江東亮, 1995)、(盧瑞芬, 2003)、(謝啓瑞, 2002)
效能性	健保達到效能	(江東亮, 1995)、(Chang, Hwang, and Cheng, 1995)、(Donaldson and Gerard, 1993)、(賴美淑, 2002)

第二節 政策德菲法之執行

壹、研究對象描述

德菲法在本質上是利用專家團體意見來推測不定性事件的發生，其過程是以回饋的形式進行數回合之間卷調查，以期能對目標的擬定與預測未來有所突破。在實際的執行上，本研究以專業、經驗性與代表性作為選擇專家的標準，遴選國內健保政策相關領域的產、官、學界之專家，共計 25 位為研究對象。

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。政策德菲法之樣本數及專業背景如下：(1) 相關產業團體、勞、資、醫、藥領域相關團體、行政單位代表 9 人；(2) 相關領域學者 16 人。參與第一回合德菲法問卷調查的專家學者對象及專業背景如表 6。

參與二回合政策德菲法問卷調查的專家分別是學術界的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。這些學者專家大多數均曾參與二代健保的規劃研究，對於健保政策有相當程度的瞭解。

其次，相關產業團體、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。第一回合進行時前中華民國消費者文教基金會程仁宏董事長表示因任新職，無暇協助填寫；且該會表示未有適當人選協助填寫問卷。此外，中華民國醫師公會全聯會李明濱理事長表示，希望本研究以訪談方式進行，不參加德菲調查。

本研究在邀訪專家的過程中，除了開始第一回合政策德菲法調查之前，於 2008 年 6 月 30 日以電子郵件或是電話徵詢專家參與意願，當時表示無法參與的專家有台灣大學衛生政策與管理研究所江東亮教授、陽明大學衛生福利研究所藍忠孚教授、台

灣醫院協會吳德朗理事長、台灣大學社會學系陳東升教授、台北大學社會工作學系林志鴻助理教授，為能達成規劃之 25 位專家數目，本研究適時遞補備選名單，並進行其他專家的參與意願徵詢。

表 6 政策德菲法施測專家學者對象及專業背景

類型	人數	德菲法專家學者名單
相關產業團體、勞、資、醫、藥領域相關團體、行政單位代表	9 人	孫友聯、干文男、邱寶安、陳有慶、劉銓忠、滕西華、林振順、蘇鴻輝、劉玉蘭
相關領域學者專家	16 人	楊志良、賴美淑、鄭文輝、周麗芳、盧瑞芬、盧美秀、李玉春、楊銘欽、劉梅君、辛炳隆、楊秀儀、林國明、林昭吟、鄧宗業、陳敦源、黃東益

貳、問卷發放情形

本研究的第一回合問卷調查從 2008 年 7 月 21 日開始寄發 27 份問卷，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%(詳表 7)。

在問卷施測過程中，遭遇填答者出國或公務繁忙延遲填寫、回覆問卷，或是問卷收到後對於專業名詞不瞭解等問題。本研究在積極聯絡解決與催收問卷過程中，前中華民國消費者文教基金會程仁宏董事長因新任職監察委員，表示無暇協助填寫，本計畫曾請該基金會推薦適當人選參與問卷，但該會表示無法推薦熟悉健保政策的適當人選協助填寫問卷。此外，中華民國醫師公會全聯會李明濱理事長透過蔣志中副祕書長表示，對於問卷內容有相當不同意見，例如監理會中連續處方箋的指標等，無法透過紙本問卷表示意見，希望以訪談方式進行。表 8 為政策德菲法名單及回覆情形。

表 7 政策德菲法問卷寄發與回收時間與份數統計一覽表

	寄發日期	回收日期	寄出份數	回收份數	備註
第一回合	2008 年 7 月 21 日	2008 年 8 月 13 日	27	25	遞補二位專家
第二回合	2008 年 9 月 2 日	2008 年 10 月 16 日	25	25	

表 8 政策德非法名單及回覆情形

編號	屬性	受訪者	現職	第一回合	第二回合
1	民間團體	干文男	中華民國全國總工會常務理事	✓	✓
2	民間團體	邱寶安	中華民國全國職業總工會理事長	✓	✓
3	民間團體	陳有慶	台灣省漁會總幹事	✓	✓
4	民間團體	劉銓忠	台灣省農會理事長	✓	✓
5	民間團體	滕西華	康復之友聯盟秘書長	✓	✓
6	民間團體	林振順	中華民國藥師公會全聯會常務理事	✓	✓
7	民間團體	蘇鴻輝	中華民國牙醫師公會全聯會理事長	✓	✓
8	民間團體	孫友聯	台灣勞工陣線協會秘書長	✓	✓
9	行政單位代表	劉玉蘭	行政院經建會參事	✓	✓
10	學長專家	陳敦源	政治大學公共行政學系副教授	✓	✓
11	學長專家	黃東益	政治大學公共行政學系副教授	✓	✓
12	學長專家	周麗芳	政治大學財政學系教授	✓	✓
13	學長專家	盧瑞芬	長庚大學醫務管理學系暨醫務管理研究所教授	✓	✓
14	學長專家	盧美秀	台北醫學大學護理系教授	✓	✓
15	學長專家	劉梅君	政治大學勞工研究所教授	✓	✓
16	學長專家	林國明	台灣大學社會學系副教授	✓	✓
17	學長專家	林昭吟	台北大學社會工作學系助理教授	✓	✓
18	學長專家	賴美淑	台灣大學公共衛生學院預防醫學研究所教授	✓	✓
19	學長專家	辛炳隆	台灣大學國家發展研究所副教授	✓	✓
20	學長專家	楊銘欽	台灣大學公共衛生學系/醫療機構管理研究所副教授	✓	✓
21	學長專家	楊志良	亞洲大學健康暨醫務管理學系講座教授	✓	✓
22	學長專家	楊秀儀	陽明大學公共衛生學科暨研究所副教授	✓	✓
23	學長專家	鄧宗業	陽明大學醫務管理研究所副教授	✓	✓
24	學長專家	李玉春	陽明大學衛生福利研究所教授	✓	✓
25	學長專家	鄭文輝	南華大學非營利事業管理學系教授	✓	✓

說明：”✓”表示為已回覆問卷。

第三節 政策德非法之結果分析

有關政策德非法實證結果分析，將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。

壹、健保政策核心價值與評估指標的意見分析

第一部分為健保政策核心價值與評估指標的意見分析。

表 9 為專家們對於作為評量健保政策核心價值的構面之意見，結果顯示，除了「公平性」、「普及性」二項構面，在第一回合獲得較高度之共識，不再詢問。第二回合專家們的意見呈現集中趨勢，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」之意見，顯示第二回合經過問卷修正與構面說明之後，專家們對於評量健保政策的核心架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 9 專家對於評量健保政策的核心架構面之意見

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	
公平性	18(72.0%)	5(20.0%)	2(8.0%)	0(0%)	0(0%)	
普及性	16(64.0%)	7(28.0%)	2(8.0%)	0(0%)	0(0%)	
可近性	15(60.0%)	6(24.0%)	1(4.0%)	1(4.0%)	0(0%)	2人未填答 (8.0%)
	16(64.0%)	8(32.0%)	0(0%)	1(4.0%)	0(0%)	
完整性	3(12.0%)	12(48.0%)	7(28.0%)	3(12.0%)	0(0%)	
	7(28.0%)	7(28.0%)	8(32.0%)	2(8.0%)	0(0%)	1人未填答 (4.0%)
適足性	5(20.0%)	13(52.0%)	4(16.0%)	2(8.0%)	0(0%)	1人未填答 (4.0%)
	6(24.0%)	13(52.0%)	5(20.0%)	0(0%)	0(0%)	1人未填答 (4.0%)
可付性	11(44.0%)	10(40.0%)	2(8.0%)	1(4.0%)	0(0%)	1人未填答 (4.0%)
	13(52.0%)	8(32.0%)	4(16.0%)	0(0%)	0(0%)	
課責性	15(60.0%)	5(20.0%)	2(8.0%)	1(4.0%)	0(0%)	2人未填答 (8.0%)
	15(60.0%)	5(20.0%)	5(20.0%)	0(0%)	0(0%)	
效率性	7(28.0%)	11(44.0%)	6(24.0%)	0(0%)	0(0%)	1人未填答 (4.0%)
	7(28.0%)	12(48.0%)	6(24.0%)	0(0%)	0(0%)	
效能性	10(40.0%)	9(36.0%)	6(24.0%)	0(0%)	0(0%)	
	12(48.0%)	10(40.0%)	3(12.0%)	0(0%)	0(0%)	

表 10 為專家們對於作為評量健保政策「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，除了「全國民眾的健保納保率」指標作為評量健保政策普及性，在第一回合獲得高度共識，不再詢問外；整體而言，大多數普

及性指標的「不同意」、「非常不同意」意見人數均有明顯減少，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，至於第二回合增列之「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，但其意見仍有不一致。

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，同意其可作為評量健保政策「普及性」指標之意見。

表 10 專家對於作為評量健保政策普及性指標之意見

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 (48.0%)	5 (20.0%)	5 (20.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
	9 (36.0%)	12 (48.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
不同性別民眾的健保納保率	8 (32.0%)	3 (12.0%)	9 (36.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
	8 (32.0%)	10 (40.0%)	2 (8.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
不同族群民眾的健保納保率	8 (32.0%)	5 (20.0%)	8 (32.0%)	2 (8.01%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
	10 (40.0%)	8 (32.0%)	2 (8.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
不同職業民眾的健保納保率	8 (32.0%)	4 (16.0%)	9 (36.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
	10 (40.0%)	10 (40.0%)	1 (4.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
不同所得民眾的健保納保率	11 (44.0%)	5 (20.0%)	6 (24.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
	13 (52.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
不同年齡民眾的健保納保率						
	10 (40.0%)	9 (36.0%)	2 (8.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%) 第二回合增列問題

表 11 為專家們對於作為評量健保政策公平性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，其中以「依保險對象的經濟能力收取保險費」指標作為評量健保政策公平性，在第一、二回合獲得高度共識，且第二回合沒有專家們表示「不重要」的意見；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，經過二回合的專家意見調查，「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」兩項作為評量健保政策公平性指標獲得較多數專家們的同意。

表 11 專家對於作為評量健保政策公平性指標意見

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	
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%)	
家庭收支調查中，	3 (12.0%)	4 (16.0%)	10 (40.0%)	4 (16.0%)	2 (8.0%)	2人未填答 (8.0%)

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	2 (8.0%)	10 (40.0%)	7 (28.0%)	4 (16.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
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	2 (8.0%)	4 (16.0%)	8 (32.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	2人未填答 (8.0%)
	3 (12.0%)	5 (20.0%)	11 (44.0%)	4 (16.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
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	3 (12.0%)	7 (28.0%)	6 (24.0%)	4 (16.0%)	3 (12.0%)	2人未填答 (8.0%)
	1 (4%)	6 (24.0%)	12 (48.0%)	4 (16.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
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	1 (4.0%)	5 (20.0%)	7 (28.0%)	8 (32.0%)	2 (8.0%)	2人未填答 (8.0%)
	1 (4.0%)	6 (24.0%)	10 (40.0%)	6 (24.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)

表 12 為專家們對於作為評量健保政策「可近性」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，其中以「不同地區民眾使用健保服務資源的可近性」指標作為評量健保政策「可近性」，在第一、二回合獲得高度共識，惟仍有 1 位專家表示不同意的意見；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衡量指標的共識程度在第二回合調查後有所增加，顯示經過第二回合的調查，使得專家們意見趨於集中。

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量指標，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，經過二回合的專家意見調查，專家們對於作為評量健保政策「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 13 為專家們對於作為評量健保政策「完整性」指標之意見，由於本研究第一回合調查時，未對於完整性有適當界定，有一位監理委員會的委員專家表示係「盲目判斷」；另有一位專家表示應「對於完整性要先加以定義範圍」，以及一位專家表示設計的完整性指標「不適用」，且觀察部分指標如「民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用天數」有三位專家未填答意見，因而第二回合對於「完整性」加以界定。

表 12 專家對於作為評量健保政策可近性指標之意見

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 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 資源的可 近性	6 (24.0%)	6 (24.0%)	6 (24.0%)	6 (24.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
	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 資源的可 近性	7 (28.0%)	8 (32.0%)	5 (20.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
	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 資源的可 近性	6 (24.0%)	6 (24.0%)	8 (32.0%)	4 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
	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 資源的可 近性	9 (36.0%)	13 (52.0%)	1 (4.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	
	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 服務資源 的可近性						
	7 (28.0%)	8 (32.0%)	8 (32.0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)	

調查發現，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，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，因為專家們表示「不同意」意見偏高，顯示其不適合作為健保政策完整性衡量指標的共識相當高，第二回合不再繼續詢問這兩項指標的意見。

第二回合調查結果以「健保給付項目的完整性」指標作為評量健保政策「完整

性」，在第一回合獲得較多共識，但在第二回合時，原本 16 位專家表示「非常同意」、「同意」，變成 15 位，且原本沒有專家表示「非常不同意」，但有 1 位專家在第二回合表示「非常不同意」的意見，但對於共識性影響有限；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」在第二回合的「同意」意見數量沒有改變，但增加二位專家表示「非常不同意」的意見，顯示少數專家有不相同的意見。第二回合調查時，依據第一回合專家意見增列「每人自費醫療項目之平均數量」作為調查，結果顯示，有 11 位專家表示同意的意見，8 位專家表示普通，5 位專家表示不同意，其共識性有限。

綜合言之，經過二回合之調查，「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」較適合作為評量健保政策完整性之指標。

表 14 為專家對於作為評量健保政策「適足性」指標之意見，由於第一回合調查時，發現相較於「普及性」與「可近性」構面的指標，作為「適足性」構面的指標爭議較高，有一位監理委員會的委員專家表示係「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；另有一位專家表示應考慮「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，本計畫於第二回合的調查時，已針對前述意見加以調整問卷內容。

表 13 專家對於作為評量健保政策完整性指標之意見

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%)	
每家戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例	5 (20.0%)	9 (36.0%)	2 (8.0%)	7 (28.0%)	1 (4.0%)	1 人未填答 (4.0%)
	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 (8.0%)	0 (0%)	6 (24.0%)	11 (44.0%)	3 (12.0%)	3 人未填答 (12.0%)
	1 (4.0%)	1 (4.0%)	8 (32.0%)	11 (44.0%)	3 (12.0%)	1 人未填答 (4.0%)
民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用機率	1 (4.0%)	2 (8.0%)	7 (28.0%)	11 (44.0%)	3 (12.0%)	1 人未填答 (4.0%)
	1 (4.0%)	2 (8.0%)	7 (28.0%)	13 (52.0%)	2 (8.0%)	
每人自費醫療項目之平均數量						
	4 (16.0%)	7 (28.0%)	8 (32.0%)	4 (16.0%)	1 (4.0%)	1 人未填答 (4.0%)

經過二回合的調查發現，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，「每千人醫師數」指標作為評量健保政策「適足性」，在第一、二回回合獲得大多數專家的共識，惟亦有三位專家表示「不同意」的意見；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量健保政策適足性的指標。

至於「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。本研究於第二回合調查後發現，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指標提供相當多的意見，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，經過二回合調查發現「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」等作為評量健保政策「適足性」的指標獲得大多數專家們的認同。

表 14 專家對於作為評量健保政策適足性指標之意見

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 (20.0%)	5 (20.0%)	5 (20.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	1人未填答 (4.0%)
	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 (20.0%)	8 (32.0%)	8 (32.0%)	3 (12.0%)	1人未填答 (4.0%)
	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 (20.0%)	3 (12.0%)	8 (32.0%)	6 (24.0%)	1 (4.0%)	2人未填答 (8.0%)
	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%)	
北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫院數之比較						
	5 (20.0%)	10(40.0%)	4 (16.0%)	5 (20.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
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						
	5 (20.0%)	6 (24.0%)	7 (28.0%)	6 (24.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
北、中、南、東部及外島等不同地區，每醫療機構服務面積						
	4 (16.0%)	4 (16.0%)	9 (36.0%)	7 (28.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫師數之比較						
	7 (28.0%)	12(48.0%)	2 (8.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
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						
	4 (16.0%)	9 (36.0%)	7 (28.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人一般病床數之						
	7 (28.0%)	10(40.0%)	4 (16.0%)	3 (12.0%)	0 (%)	1人未填答 (4.0%)

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	6 (24.0%)	9 (36.0%)	5 (20.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較	12(48.0%)	9 (36.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
平均每人掛號等候時間	2 (8.0%)	10(40.0%)	9 (36.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
平均每人就診等候時間	5 (20.0%)	8 (32.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	1人未填答 (4.0%)
平均每人手術等候時間	8 (32.0%)	6 (24.0%)	6 (24.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
平均每人檢查等候時間	5 (20.0%)	8 (32.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	1人未填答 (4.0%)

表 15 為專家對於作為評量健保政策「可付性」指標之意見，本研究第一回合調查時發現，相較於「普及性」與「可近性」構面的指標，作為「可付性」構面的指標爭議較高。有一位監理委員會的委員專家表示增加「掛號費、自費項目之多寡」兩項指標；另有一位監理委員會的委員專家表示應考慮「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」，顯示有必要界定「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。至於第一回合的「平均每人醫療支出金額」一項指標有較多專家表示不適合作為健保政策可付性的衡量指標，本研究於第二

回合修正題目為「自付醫療支出」與「健保醫療支出」二項指標。

經過二回合的調查，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，其中「平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例」已於第一回合獲得高度共識；第二回合增列的「平均每人自付醫療支出金額」亦獲得較高度的共識，雖然有二位專家表示不同意的意見。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，第二回合的調查後，表示「普通」意見的專家增加，其同意意見的共識呈現下降趨勢。

表 15 專家對於作為評量健保政策可付性指標之意見

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 (36.0%)	12 (48.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
平均每戶健保費支出佔該戶可支配所得之比例	10 (40.0%)	11 (44.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	1 (4.0%)	2人未填答 (8.0%)
	6 (24.0%)	10 (40.0%)	8 (32.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	
平均每人醫療支出金額	4 (16.0%)	7 (28.0%)	4 (16.0%)	6 (24.0%)	1 (4.0%)	3人未填答 (12.0%)
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%)	

綜合言之，經過二回合的調查發現，專家們對於適合作為評量健保政策「可付性」指標的意見，以「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 16 為專家對於作為評量健保政策「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」構面指標的範圍與意涵不夠明確，作為健保政策「課責性」績效評量的指標共識較高，亦即對於第一回合提出的四項「課責性」指標，表示「不同意」意見的情形較少出現。惟亦有二位專家未表示意見，且有一位專家表示增加「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」，本研究於第二回合增加專家建議的指標作為調查項目。

經過二回合調查發現，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，其中「健保相關決策過程公開的程度」在第一回合已形成高度共識，不再詢問。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」指標作為評量健保政策課責性，在第一、二回合均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」一項指標雖然亦有多數專家表示可作為健保政策課責性的衡量指標，但第二回合有 10 位專家表示「普通」的意見，沒有專家表示「不同意」的意見，顯示雖有共識性的意見，但並不是大多數專家認同的課責性指標。此外，第二回合增列的指標「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，經過二回合的德菲法調查發現，「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量健保政策「課責性」之指標。

表 16 專家對於作為評量健保政策課責性指標之意見

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 (8.0%)
與健保財務相關的決策過程公開的程度	11 (44.0%)	10(40.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
與醫療品質相關的決策過程公開的程度	11 (44.0%)	10(40.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
民眾對於健保政策的滿意度	4 (16.0%)	11(44.0%)	7 (28.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
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 (48.0%)	10(40.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)

表 17 為專家對於作為評量健保政策「效率性」指標之意見，由於本研究未於第一回合對於「效率性」構面加以說明，專家亦提出與「完整性」、「適足性」構面指標

範圍不夠明確的意見。有一位專家表示增加「健保行政支出佔健保支出之比例，效率是投入和產出的綜合評值，上述指標似乎未適當反應這方面的意義」之意見；另有一位專家表示應「定義效率整體經濟效率」。本研究於第二回合說明效率性指標之範圍。

經過二回合調查發現，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，其中以「全國醫療支出佔 GDP 之比例」指標作為評量健保政策效率性，在第一回合獲得較多的共識，但亦有九位專家表示「普通」的意見，且有四位專家表示「不同意」或是「非常不同意」的意見，顯然意見分歧，但經過第二回合的調查，專家們的意見呈現集中趨勢，表示同意的人數增加，表示不同意的人數減少。

至於「全國藥費佔 GDP 之比例」指標在第二回合的意見比起第一回合有明顯變化，亦即獲得大多數專家表示可作為健保政策效率性的衡量指標，且第一回合有專家們表示不同意的意見，第二回合調查後，不再出現不同意的意見。「病床佔床率」在第二回合的同意意見共識性提高，且反對的意見減少，但仍有二位專家表示不同意的意見。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意見人數高於同意意見，但在第二回合調查後，不但同意意見的人數明顯增加，且僅有一位專家仍持不同意的意見，顯示共識性明顯提高。

此外，第二回合增列的問題中以「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。同時增列的「健保行政支出佔健保支出之比例」指標有 11 位專家未表示意見，其原因可能是指標意義不清楚或是不適當。

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，獲得較多數專家同意作為評量健保政策「效率性」之指標，但其共識性程度不若其他指標的調查結果顯著。

表 17 專家對於作為評量健保政策效率性指標之意見

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 (8.0%)	5 (20.0%)	13 (52.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	1人未填答 (4.0%)
	4 (16.0%)	8 (32.0%)	11 (44.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	
平均每人每年就醫 (含健保門診與非健保門診) 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 (8.0%)	8 (32.0%)	7 (28.0%)	5 (20.0%)	2 (8.0%)	1人未填答 (4.0%)
	2 (8.0%)	12 (48.0%)	11 (44.0%)	0 (0%)	0 (0%)	
全國藥費佔GDP之比例	1 (4.0%)	5 (20.0%)	11 (44.0%)	6 (24.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
	2 (8.0%)	12 (48.0%)	10 (40.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	
全國檢查費用佔醫療支出之比例	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%)	
健保行政支出佔健保支出之比例						
	4 (16.0%)	3 (12.0%)	4 (16.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	11人未填答 (44.0%)
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%)	
醫療機構慢性病連續處方簽釋出率						
	8 (32.0%)	5 (20.0%)	8 (32.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	

表 18 為專家對於作為評量健保政策「效能性」指標之意見，第一回合有專家表示增加「可避免死亡率」作為評量健保政策「效能性」指標；一位專家建議增加「preventable mortality, risk sharing」指標之意見；有一位專家表示「平均餘命或死亡率的影響因素並非只有全民健保」，本研究於第二回合增加專家建議的指標。

經過二回合的調查，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，其中以「國民健康平均餘命」指標作為評量健保政策效能性，在第一、二回合調查後，獲得大多數專家們的共識，惟仍有二位專家表示「不同意」的意見。至於「國民平均餘命」、「粗死亡率」、「嬰兒死亡率」三項指標在第二回合調查後，表示同意作為健保政策效能性的衡量指標的意見明顯增加，但仍有少數專家們表示「普通」、「不同意」或「非常不同意」意見，尤其「粗死亡率」有較多位專家認為不適合作為評量健保政策效能性之指標。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。

表 18 專家對於作為評量健保政策效能性指標之意見

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 (20.0%)	4 (16.0%)	7 (28.0%)	8 (32.0%)	0 (0%)	1 人未填答 (4.0%)
	5 (20.0%)	7 (28.0%)	9 (36.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	
嬰兒死亡率	6 (24.0%)	9 (36.0%)	3 (12.0%)	6 (24.0%)	0 (0%)	1 人未填答 (4.0%)
	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%)	

綜合言之，經過二回合的調查，「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」等四項指標獲得大多數專家們同意作為評量健保政策「效能性」之指標。

表 19 為專家群對於監理會業務監理指標適合作為健保績效評量指標之意見，若以「非常適合」、「適合」之選擇次數作為同意程度的標準，在第一、二回合獲得較多的共識意見的是「出院後 14 日內再住院率」（第二回合 21 位專家們表示同意）、「30 日以上超長住院率（醫院）」（第二回合 20 位專家們表示同意）、「門診手術後 2 日內急診/住院率西醫基層、醫院）」（第二回合 19 位專家們表示同意）、「門診部分負擔比率」（第二回合 18 位專家們表示同意）、「出院後 3 日內急診/住院率」（第二回合 18 位專家們表示同意）、「藥費成長率」（第二回合 16 位專家們表示同意）等業務監理指標，多數專家表示適合作為評量健保政策核心價值的指標，但亦有少部分專家表示「不適合」的意見，顯然共識性仍待加強。至於「輔導醫療院所繳回誤報之金額」、「查核追回金額」、「腹膜透析占率」等指標雖然第一回合有較多專家表示不適合作為評量健保政策績效的指標，但經過第二回合調查後，表示「普通」、「適合」或「非常適合」意見的專家明顯增加，顯示意見有集中趨勢。至於「平均每人每年健保門診次數」指標則是第二回合表示不適合意見的專家，較第一回合的人數略有增加。

此外，第一回合調查時，有一位專家表示增加「(1) 這些大多是政策指標，而非核心價值指標、(2) 指標之可行性太受限於健保申報資料、(3) 應建立核心價值指標，然後蒐集所需資料，而不是牽就於申報資料、(4) 建議做『出院後調查』」。

綜合言之，經過二回合調查，專家們認為較適合作為健保政策評量指標為「出院後 14 日內再住院率」、「30 日以上超長住院率（醫院）」、「門診手術後 2 日內急診/住院率西醫基層、醫院）」、「門診部分負擔比率」、「出院後 3 日內急診/住院率」、「藥費成長率」等業務監理指標。

表 19 專家對於監理會業務監理指標作為健保評估指標之合適性意見

指標	非常適合	適合	無意見	不適合	非常不適合	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	
平均每人每年健保門診次數	5 (20.0%)	8 (32.0%)	5 (20.0%)	6 (24.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
	6 (24.0%)	6 (24.0%)	4 (16.0%)	7 (28.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
高診次保險對象輔導後就醫次數	8 (32.0%)	11(44.0%)	0 (0%)	5 (20.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
	4 (16.0%)	11(44.0%)	5 (20.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
專案稽查查獲率	4 (16.0%)	8 (32.0%)	4 (16.0%)	7 (28.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	5 (20.0%)	10(40.0%)	5 (20.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
基層慢性病案件占西醫總慢性病案件比率	3 (12.0%)	10(40.0%)	7 (28.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
	4 (16.0%)	8 (32.0%)	8 (32.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
門診部分負擔比率	4 (16.0%)	16(64.0%)	1 (4.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	8 (32.0%)	10(40.0%)	3 (12.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
處方箋釋出率(西醫基層)	3 (12.0%)	9 (36.0%)	7 (28.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	4 (16.0%)	10(40.0%)	8 (32.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
慢性病連續處方箋釋出率(醫院)	6 (24.0%)	7 (28.0%)	6 (24.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	7 (28.0%)	7 (28.0%)	7 (28.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
慢性病連續處方箋開立率(西醫基層)	4 (16.0%)	10(40.0%)	5 (20.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	6 (24.0%)	7 (28.0%)	8 (32.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
慢性病連續處方箋開立率(醫院)	5 (20.0%)	9 (36.0%)	5 (20.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	7 (28.0%)	8 (32.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
出院後3日內急診/住院率	8 (32.0%)	9 (36.0%)	0 (0%)	5 (20.0%)	1 (4.0%)	2人未填答 (8.0%)
	9 (36.0%)	9 (36.0%)	3 (12.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
糖尿病試辦計畫病人完整追蹤率	6 (24.0%)	11(44.0%)	2 (8.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	3 (12.0%)	8 (32.0%)	9 (36.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	3人未填答 (12.0%)

腹膜透析 占率	4 (16.0%)	6 (24.0%)	6 (24.0%)	6 (24.0%)	1 (4.0%)	2人未填答 (8.0%)
	5 (20.0%)	5 (20.0%)	9 (36.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	3人未填答 (12.0%)
總醫療服 務量之管 控值	6 (24.0%)	6 (24.0%)	6 (24.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	4人未填答 (16.0%)
	3 (12.0%)	9 (36.0%)	7 (28.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	3人未填答 (12.0%)
區域醫院 以上住診 服務點數 占率	4 (16.0%)	6 (24.0%)	8 (32.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	4人未填答 (16.0%)
	2 (8.0%)	9 (36.0%)	8 (24.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	3人未填答 (12.0%)
區域醫院 以上初級 門診照護 率	5 (20.0%)	12(48.0%)	4 (16.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
	4 (16.0%)	8 (32.0%)	8 (32.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
查核追回 金額	4 (16.0%)	3 (12.0%)	10(40.0%)	5 (20.0%)	2 (8.0%)	1人未填答 (4.0%)
	3 (12.0%)	9 (36.0%)	8 (32.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	2人未填答 (8.0%)
輔導醫療 院所繳回 誤報之金 額	1 (4.0%)	5 (20.0%)	8 (32.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	2人未填答 (8.0%)
	5 (20.0%)	6 (24.0%)	9 (36.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1人未填答 (4.0%)
藥費成長 率	4 (16.0%)	9 (36.0%)	5 (20.0%)	4 (16.0%)	1 (4.0%)	2人未填答 (8.0%)
	3 (12.0%)	13(52.0%)	5 (20.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)
每人每年 平均藥費	4 (16.0%)	10(40.0%)	4 (16.0%)	4 (16.0%)	1 (4.0%)	2人未填答 (8.0%)
	3 (12.0%)	12(48.0%)	4 (16.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
藥費占率 (門診及 住院)	2 (8.0%)	10(40.0%)	7 (28.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	1 (4.0%)	11(44.0%)	6 (24.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	3人未填答 (12.0%)
西醫門診 每張處方 箋藥品項	7 (28.0%)	6 (24.0%)	7 (28.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	5 (20.0%)	8 (32.0%)	7 (28.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
門診同藥 理分類不 同處方用 藥日數重 複率(西醫 基層、醫 院)	9 (36.0%)	6 (24.0%)	5 (20.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	8 (32.0%)	7 (28.0%)	7 (28.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
門診注射 劑使用率 (西醫基 層)	6 (24.0%)	7 (28.0%)	7 (28.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	2人未填答 (8.0%)
	5 (20.0%)	8 (32.0%)	8 (32.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1人未填答 (4.0%)

門診抗生素使用率 (西醫基層)	5 (20.0%)	5 (20.0%)	10(40.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	2 人未填答 (8.0%)
	4 (16.0%)	11(44.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	1 人未填答 (4.0%)
門診手術後2日內急診/住院率 (西醫基層、醫院)	8 (32.0%)	8 (32.0%)	1 (4.0%)	4 (16.0%)	1 (4.0%)	3 人未填答 (12.0%)
	7 (28.0%)	12(48.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	0 (0%)	2 人未填答 (8.0%)
出院後 14 日內再住院率	11(44.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	4 (16.0%)	0 (0%)	1 人未填答 (4.0%)
	8 (32.0%)	13(52.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	0 (0%)	1 人未填答 (4.0%)
30 日以上超長住院率(醫院)	10(40.0%)	9 (36.0%)	2 (8.0%)	3 (12.0%)	0 (0%)	1 人未填答 (4.0%)
	10(40.0%)	10(40.0%)	3 (12.0%)	1 (4%)	0 (0%)	1 人未填答 (4.0%)

表 20 為專家對於監理會財務監理指標作為健保政策評量指標之合適性意見，此為依期中報告審查意見之第二回合新增問題。調查結果顯示，「保險費率」(22 位專家認為適合)、「保險收入」(20 位專家認為適合)、「安全準備」(19 位專家認為適合)、「保險給付」(18 位專家認為適合)較獲得專家們認同可作為健保績效評量指標，但均有二或三位專家表示「不適合」或「非常不適合」作為健保政策評量指標。

表 20 專家對於監理會財務監理指標作為健保評估指標之合適性意見

指標	非常適合	適合	無意見	不適合	非常不適合	備註
保險費率	10 (40.0%)	12 (48.0%)	0 (0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)	1 人未填答 (4.0%)
安全準備	7 (28.0%)	12 (48.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)	1 人未填答 (4.0%)
借款	6 (24.0%)	6 (24.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	3 (12.0%)	1 人未填答 (4.0%)
保險收支餘絀	5 (20.0%)	14 (56.0%)	1 (4.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	1 人未填答 (4.0%)
保險收入	4 (16.0%)	16 (64.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)	1 人未填答 (4.0%)
保險給付	5 (20.0%)	13 (52.0%)	3 (12.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	1 人未填答 (4.0%)
呆帳	3 (12.0%)	11 (44.0%)	7 (28.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	1 人未填答 (4.0%)
資金運用損益	3 (12.0%)	5 (20.0%)	13 (52.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	1 人未填答 (4.0%)
其他收支	3 (12.0%)	2 (8.0%)	13 (52.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	3 人未填答 (12.0%)

貳、健保政策評估指標資訊揭露方式的意見分析

第二部分為健保政策評估指標資訊揭露的意見分析。

本研究除了調查健保政策績效評量之構面與指標意見，建立評量機制亦為本研究之研究目的之一，亦即詢問專家群關於健保評估指標資訊揭露方式與時間之意見。表 21 為專家對於衛生署公開健保政策評估指標資訊管道之意見，第一回合調查結果以「衛生署網站」與「健保局網站」獲得較多數專家的共識，其次是「報紙」、「健保監理會會議」、「舉行記者會」等獲得部分專家的共識。第二回合增列專家第一回合提出「其他」資訊管道的意見，包括「各衛生所或區域以上醫院」、「發行年報」、「各種大眾媒體」。第二回合調查發現，「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」。因此，二回合調查顯示，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 21 專家對於衛生署公開健保評估指標管道之意見（複選題）

資訊管道	次數	資訊管道	次數
第一回合		第二回合	
衛生署網站	22	衛生署網站	24
健保局網站	20	健保局網站	24
報紙	16	舉行記者會	17
健保監理會會議	14	健保監理會會議	16
舉行記者會	13	各種大眾傳播媒體	15
其他	3	發行年報	10
		各衛生所	5
		區域以上醫院	4
		其他	1

表 22 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」獲得大多數專家的共識（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 22 專家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

表 23 為專家對於立法要求主管機關蒐集並公布健保政策績效評量資訊之意見。第一、二回合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」（第二回合）。至於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量資訊，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。

表 23 專家對於立法要求公布健保政策評估指標資訊之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
第一回合			第二回合		
非常同意	18	72.0	非常同意	18	72.0
同意	4	16.0	同意	5	20.9
普通	2	8.0	普通	1	4.0
不同意	0	0.0	不同意	1	4.0
非常不同意	1	4.0	非常不同意	0	0
總和	25	100	總和	25	100

表 24 為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，顯示不論從制度面或是病患權益、民眾知的權利的角度，有必要立法要求健保主管機關公布健保評估指標之相關資訊。

表 24 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
其他	2

此外，第二回合亦增列調查專家們對於不需要由政府立法要求健保主管機關蒐集並公布健保政策績效評量指標的資訊之理由。表 25 顯示「為政府施政成效一，本應主動公布，不需立法」為專家們認為不須立法之理由，但其僅為極少數專家的想法（2 位）。

表 25 專家對於不需立法要求公布健保政策評估指標之理由

項目	次數
為政府施政成效一，本應主動公布，不需立法	2
不立法就可以做	0

表 26 為依據第一回合專家意見於第二回合增列之問題，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。

表 26 專家對於專業人士與民眾分開描述健保評估指標之意見

項目	次數	百分比 (%)
非常同意	12	48.0
同意	10	40.0
普通	0	0.0
不同意	2	8.0
非常不同意	0	0.0
未填答	1	4.0
總和	25	100

表 27 為專家對於健保主管機關在分析健保政策的評估指標時，應與國際上其他國家的指標資訊比較之意見。第一回合調查結果顯示大多數專家表示「非常同意」、「同意」之意見，有二位專家表示「普通」，一位未填答，沒有專家表示「不同意」的意見。專家提出之補充意見，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。顯示專家們贊成健保主管機關在分析健保政策的評估指標時，應進行與國際上其他國家的指標資訊比較。本研究認為已形成共識，沒有專家表示不同意的意見，不再於第二回合詢問，並將專家群提出的補充意見設計為第二回合增列問題。

表 27 專家對於在評估健保政策進行國際比較之意見

項目	次數	百分比 (%)
非常同意	13	52.0
同意	9	36.0
普通	2	8.0
不同意	0	0.0
非常不同意	0	0.0
未填答	1	4.0
總和	25	100

表 28 為第一回合專家對於健保政策評估指標與資訊揭露方式之其他意見整理，包括：

- (1) 「全民的享受及全民關心，永續經營」；
- (2) 「資訊呈現應有一定程度之民眾可近性及可閱讀性，專業人士與一般民眾的部分應考慮分開描述」；
- (3) 「客觀的評量，且連結至健保各部門各單位的給付獎懲及其成長率的計算公式，有助於醫療品質的提昇」；
- (4) 「每個國家健保政策，皆需因其內部之需求不斷修正，所以評量指標建立應考量此一指標是否可以真正反映事實，需資訊揭露方式可再增加以電子郵件傳送給各個投保單位，請其加以公布」；
- (5) 「健保財務資訊（各醫院財報）並應列為公開項目」；
- (6) 「應加強效率與課責度指標」。

針對前述意見，本研究擬將其部分內容設計為第二回合增列調查題目或選項。

表 28 專家對於健保評估指標與資訊揭露方式之其他意見整理

專家類別	其他意見陳述
民間團體	(1) 全民的享受及全民關心，永續經營
	(2) 資訊呈現應有一定程度之民眾可近性及可閱讀性，專業人士與一般民眾的部分應考慮分開描述
	(3) 客觀的評量，且連結至健保各部門各單位的給付獎懲及其成長率的計算公式，有助於醫療品質的提昇
	(4) 每個國家健保政策，皆需因其內部之需求不斷修正，所以評量指標建立應考量此一指標是否可以真正反映事實，需資訊揭露方式可再增加以電子郵件傳送給各個投保單位，請其加以公布
專家學者	(1) 健保財務資訊（各醫院財報）並應列為公開項目
	(2) 應加強效率與課責度指標

第四章 民眾電話調查之設計、執行與結果分析

第一節 民眾電話調查問卷之設計

壹、調查目的與對象

本研究民眾電話調查目的在透過專業調查研究方式，探討民眾對於健保評估指標之意見。調查對象之母體以居住在台灣省各鄉鎮市與離島地區，年滿二十歲以上之成年人為本次民意調查對象。本研究主要調查工作項目包括：透過問卷設計、抽樣設計與民意調查執行，瞭解民眾對於健保政策評估指標的意見及偏好與評價，以作為改進政策與擬定政策的參考。

貳、調查執行方法

本研究電話調查之執行，採用電腦輔助電話調查系統進行電話訪問，正式調查前先進行問卷測試及訪員訓練。為符合研究需求與調查目的，電話調查之實施方法與進行步驟，說明如下：

- (一) 從二回合政策德菲法的重要發現與內容等資料分析，以及參考健保民意調查相關研究報告發現，據以設計問卷，由計畫主持人服務系所之民意調查研究中心執行電話訪問。
- (二) 2008 年 10 月 18 日進行訪員調查訓練與工作講習。
- (三) 調查採用玉瑪科技公司的 Win-CAMI 電腦輔助市場行銷調查系統，所有取樣、撥號以及問卷題目都於電腦螢幕中顯示，訪員以滑鼠勾選答案，電腦系統自動將訪問結果即時寫入資料庫，避免錯誤。
- (四) 2008 年 10 月 20 日至 10 月 31 日平日為晚上(六點半至九點半)，假日為上午(九點至十二點)、下午(二點至五點)及晚上(六點半至九點半)實施電話問卷調查。
- (五) 調查前要求電話調查訪員在正式訪問前，應先熟悉問卷之內容。

- (六) 調查期間由十餘位訪員執行問卷調查，以確保獲得 1,100 份以上之有效問卷。
- (七) 每日電話調查後，進行有效問卷數之統計，以掌握調查進度。
- (八) 完成預定份數之調查後，將電腦資料轉檔為 SPSS 格式，之後以 SPSS 處理統計分析與結果整理。其中資料分析方法包含單變項統計分析、檢定分析。

參、抽樣設計

本研究電話調查在抽樣部分，電話號碼的產生方式為以全國電話用戶住宅號碼簿作為抽樣資料庫，亦即固定成功樣本數之後，依各縣市人口比例以電腦亂數隨機排之，形成抽樣架構。之後，利用系統抽樣與隨機撥號法（Random Digit Dialing）的處理程序，總計抽出 13,000 通的電話後，再以亂數重新排列，避免樣本涵蓋率不足的問題，並使調查結果可以貼近現實狀況。

肆、問卷設計與調查內容

本研究設計問卷內容分成以下三個部分：

本研究對於民眾電話調查題目之設計，除了參考過去與健保政策民意調查相關的題目內容外，主要是根據研究目的，先從本研究之政策德菲法「關注民眾」的共識性意見，例如「依保險對象的經濟能力收取保險費」、「全國民眾的健保納保率」，並將文字修正為民眾能夠理解的表達方式。

民意調查問卷的第一部分先提出「關注民眾」有高度共識的十一項評量指標，原則是每一個構面至少選取一項指標，其包括「所有民眾都參加全民健保」（普及性指標）、「按照民眾的經濟能力來收取健保費」（公平性指標）、「不同地區的民眾使用健保的醫療服務都很方便」（可近性指標）、「所有民眾需要的醫療服務項目，健保都有保障」（完整性指標）、「健保照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」、「健保提供民眾看病的醫院、醫師數量非常充足」（適足性指標）、「除了特殊情形（如失業的人、低

收入家庭)，每個家庭都負擔得起健保費」(可付性指標)、「民眾參加健保的滿意度」(課責性指標)、「健保可以用最少的錢維護民眾的健康」(效率性指標)、「健保可以有效提升民眾的健康」(效能性指標)、「政府在討論關於健保的事情，決定過程讓民眾知道」(課責性指標)。

在實際執行電話調查時，訪員針對指標內容詢問民眾兩種意見，一個是指標重要性的意見，另一是對於該指標應用於現狀的滿意度。換言之，在訊問民眾十一項指標時，先請教民眾在判斷「健保辦得好不好？」的標準，先針對這些標準回答重要性，選項從「非常重要」、「重要」、「普通」、「不重要」到「非常不重要」。之後，接著訪問民眾，如果現在用這個標準判斷「健保辦得好不好？」，其對健保的滿意度，選項從「非常滿意」、「滿意」、「普通」、「不滿意」到「非常不滿意」。

第二部分的題目則與政策德菲法的題目近似，詢問民眾對於健保政策評估指標的資訊揭露方式、管道與國際比較的必要性，題目包括：「政府最少要間隔多久時間讓民眾知道？」、「如果政府要公布健保辦得好不好的資訊，可以利用哪一種方式讓民眾知道？(複選題)」、「對於健保辦得好不好的資訊，應不應該立法要求政府定期公布這些資訊？」、「政府在公布健保辦得好不好的資訊時，需不需要與別的國家作比較？」、「認為與那些國家比較？」等。

第三部分為受訪者之基本資料調查，包括居住縣市、最高學歷、年齡、目前的職業家庭平均一個月收入(包括薪資、租金、投資所得、子女給的、退休金等)、性別等。

第二節 民眾電話調查之執行

壹、電話調查執行情形

本研究電話調查總共撥號 11,722 通，成功訪問 1,130 個有效樣本，拒答者包含「中途拒答」及「一開始就拒答」共有 2,913 個電話號碼。至於無法接觸者包含「無人接聽」、「空號」、「非住家電話/公司行號」、「答錄機」及「傳真機」等共有 5,693 個電話

號碼，扣除無法接觸者，此次調查之成功訪問率為 62.5%。詳細接觸情形如下表。在 95%的信心水準下，其最大誤差不超過±3.0%（詳表 29）。

表 29 調查接觸狀況表

調查狀況	次數	百分比(%)
成功訪問	1,103	9.41
受訪者一開始就拒答	500	4.27
中途拒訪	2,413	20.59
忙線	2,013	17.17
無人接聽	3,217	27.44
傳真機	291	2.48
答錄機	59	0.50
空號	2,004	17.10
非住家電話/公司行號	122	1.04
總計	11,722	100.0

貳、資料處理方法

調查完成後，資料處理方法以電腦處理為主，人工整理為輔，配合進行。電腦處理部分包括調查資料之轉檔、統計結果表及調查報告之編印等工作。至於人工整理部分包括資料審核檢誤更正，及以 SPSS 統計分析軟體為分析工具進行統計分析等工作。

參、樣本代表性檢定

為探討成功樣本（共計 1,103 份）是否足以代表全國各縣市民眾的意見，表 30 為樣本縣市別代表性檢定，結果顯示縣市別的樣本結構分布與母體結構（依據內政部戶政司 2008 年 10 月 7 日編製之人口分布資料）沒有顯著差異，顯示縣市別的樣本結構分布與母體結構一致。

表 30 樣本縣市別與母體縣市別結構之差異檢定

縣市別	樣本分配		母體分配(20 歲以上人口數)	
	樣本數	百分比(%)	母體數	百分比(%)
臺北縣	177	16.0	2,912,942	16.68
宜蘭縣	35	3.2	349,698	2.00
桃園縣	92	8.3	1,415,515	8.11
新竹縣	20	1.8	363,756	2.08
苗栗縣	37	3.4	422,896	2.42
臺中縣	96	8.7	1,145,015	6.56
彰化縣	92	8.3	985,745	5.65
南投縣	37	3.4	406,726	2.33
雲林縣	47	4.3	559,686	3.21
嘉義縣	45	4.1	428,673	2.46
臺南縣	53	4.8	859,360	4.92
高雄縣	46	4.2	958,610	5.49
屏東縣	44	4.0	681,281	3.90
臺東縣	3	0.3	178,053	1.02
花蓮縣	9	0.8	261,457	1.50
澎湖縣	2	0.2	73,090	0.42
基隆市	15	1.4	299,127	1.71
新竹市	20	1.8	294,062	1.68
臺中市	79	7.2	780,152	4.47
嘉義市	13	1.2	202,393	1.16
臺南市	31	2.8	583,451	3.34
臺北市	73	6.6	2,050,082	11.74
高雄市	32	2.9	1,172,767	6.72
金門縣	4	0.4	67,156	0.38
連江縣	1	0.1	7,773	0.04
總計	1,103	100.0	17,459,466	100.0
$X^2=0.004 < 17.54$ (自由度 19.71, 信心水準 95%), P 值=0.348 > 0.05 在 95%的信心水準下, 樣本與母體的縣市別分配並無顯著差異。				

第三節 民眾電話調查之結果分析

壹、有效樣本特徵描述

(一) 性別之結構分布

在有效樣本中，男性佔 45.1%，女性佔 54.9%，如表 31 所示，女性受訪者多於男性，可能是接電話的多為家中女性。

表31 訪問成功樣本之性別分布

項目	次數	百分比 (%)
男	497	45.1
女	606	54.9
總和	1,103	100.0

(二) 最高學歷之結構分布

本次調查調查之受訪民眾年齡層劃分從 20 歲至 60 歲以上，共計 5 組，每組間距 10 歲。如表 32 所示，「40 至 49 歲」的受訪人數最多，佔 27.5%；其次為「50 至 59 歲」，佔 23.0%；「60 歲以上」的受訪人數最少，佔 13.4%。

表32 訪問成功樣本之年齡分布

項目	次數	百分比 (%)
20-29歲	167	15.1
30-39歲	215	19.5
40-49歲	303	27.5
50-59歲	254	23.0
60歲以上	148	13.4
拒答	16	1.5
總和	1,103	100.0

(三) 最高學歷之結構分布

本次調查對於教育程度從國中（含）以下至研究所共劃分 5 組。在有效樣本中，如表 33 所示，受訪民眾之教育程度以高中、高職者佔人數最多，佔 33.0%；教育程度為大學者次之，佔 23.4%；教育程度為「研究所以上」所佔人數最少，佔 3.2%。

表 33 訪問成功樣本之最高學歷分布

項目	次數	百分比 (%)
國中或以下	238	21.6
高中、高職	364	33.0
專科	184	16.7
大學	258	23.4
研究所以上	35	3.2
拒答	24	2.2
總和	1,103	100.0

(四) 職業別之結構分布

本次調查對於職業別區分從軍、警、公務人員至其他共劃分 10 組。在有效樣本中，如表 34 所示，受訪民眾以民營公司員工佔人數最多，佔 22.8%；其次是家庭主婦，佔 15.6%；表示「無業」之民眾，佔 10.4%。至於表示「其他職業」包括：「打零工」、「在自家工作」、「農民」、「當兵」、「家庭手工」、「pub 彈吉他」等。

表 34 訪問成功樣本之職業別分布

項目	次數	百分比 (%)
軍公教人員	108	9.8
民營公司員工	251	22.8
公司、商店或執業場所負責人	106	9.6
領有專業證照的人員	88	8.0
參加職業工會的人員	41	3.7
漁民	12	1.1
學生	66	6.0
家庭主婦	172	15.6
無業	115	10.4
退休人員	73	6.6
其他	57	5.2
拒答	14	1.3
總和	1,103	100.0

(五) 家庭平均一個月收入之結構分布

本次調查對於家庭平均一個月收入（包括薪資、租金、投資所得、子女給的、退

退休金等)從「無收入」、「2萬元以下」到「15萬元以上」共劃分7組。在有效樣本中，如表35所示，受訪民眾以「4萬~7萬元以下」佔人數最多，佔18.6%；其次是「2萬~4萬元以下」，佔16.9%；表示「無收入」之民眾，佔9.9%。

表 35 訪問成功樣本之家庭平均一個月收入分布

項目	次數	百分比 (%)
2萬元以下	78	7.1
2萬~4萬元以下	186	16.9
4萬~7萬元以下	205	18.6
7萬~10萬元以下	104	9.4
10萬~15萬元以下	100	9.1
15萬元以上	26	2.4
無收入	109	9.9
不知道/拒答	295	26.7
總和	1,103	100.0

貳、對於各項指標之重要性與滿意度分析

第一，對於受訪民眾認為「所有民眾是否都有參加全民健保」作為判斷健保政策評估的重要性意見，結果顯示有 70.2% (774 位) 民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 12.3% (135 位) 表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有七成以上的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果顯示有 49.4% (545 位) 的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 16.7% (102 位) 的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。由此顯示對於此一標準，民眾的重要性與滿意度評價有差距。

表36 民眾對於「所有民眾都參加全民健保」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	108	9.8	非常滿意	33	3.0
重要	666	60.4	滿意	512	46.4
普通	115	10.4	普通	280	25.4
不重要	132	12.0	不滿意	179	16.2
非常不重要	3	0.3	非常不滿意	6	0.5
不知道	79	7.2	不知道	93	8.4
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第二，對於受訪民眾認為以「按照民眾的經濟能力來收取健保費」作為判斷健保政策的重要性意見，表 37 顯示有 73.2%（808 位）民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 10.3%（113 位）表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過七成三的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果顯示有 44.4%（490 位）的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 25.8%（285 位）的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。由此顯示對於此一標準，民眾的重要性與滿意度評價有相當的差距。

表37 民眾對於「按照民眾經濟能力收取健保費」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	102	9.2	非常滿意	24	2.2
重要	706	64.0	滿意	466	42.2
普通	101	9.2	普通	220	19.9
不重要	110	10.0	不滿意	264	23.9
非常不重要	3	0.3	非常不滿意	21	1.9
不知道	81	7.3	不知道	108	9.8
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第三，對於受訪民眾認為以「不同地區的民眾使用健保的醫療服務方便性」作為判斷健保政策的重要性意見，表 38 顯示有 68.4%（755 位）民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 11.1%（122 位）表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過六成三的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果顯示有 44.0%（486 位）的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 20.2%（223 位）的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。由此顯示對於此一標準，民眾的重要性與滿意度評價有相當的差距。

第四，對於受訪民眾認為以「所有民眾需要醫療服務項目，健保有保障」作為判斷健保政策的重要性意見，表 39 顯示有 82.0%（904 位）民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 5.4%（59 位）表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過八成的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，

調查結果顯示有 47.2% (521 位) 的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 22.0% (243 位) 的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。由此顯示對於此一標準，民眾的重要性與滿意度評價有相當的差距，其民眾重要性評價明顯高於滿意度。

表38 民眾對於「不同地區民眾的醫療服務方便性」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	105	9.5	非常滿意	27	2.4
重要	650	58.9	滿意	459	41.6
普通	107	9.7	普通	244	22.1
不重要	118	10.7	不滿意	206	18.7
非常不重要	4	0.4	非常不滿意	17	1.5
不知道	119	10.8	不知道	150	13.6
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

表39 民眾對於「健保保障民眾需要醫療服務項目」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	128	11.6	非常滿意	52	4.7
重要	776	70.4	滿意	469	42.5
普通	62	5.6	普通	233	21.1
不重要	56	5.1	不滿意	226	20.5
非常不重要	3	0.3	非常不滿意	17	1.5
不知道	78	7.1	不知道	106	9.6
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第五，對於受訪民眾認為以「健保照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」作為判斷健保政策的重要性意見，表 40 顯示有 76.6% (845 位) 民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 5.8% (64 位) 表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過七成六的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果顯示有 40.9% (451 位) 的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 22.2% (245 位) 的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。由此顯示對於此一標準，民眾的重要性與滿意度評價有相當的差距，其民眾重要性評價明顯高於滿意度。

表 40 民眾對於「健保照顧偏遠地區民眾醫療服務」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	141	12.8	非常滿意	42	3.8
重要	704	63.8	滿意	409	37.1
普通	68	6.2	普通	188	17.0
不重要	61	5.5	不滿意	226	20.5
非常不重要	3	0.3	非常不滿意	19	1.7
不知道	126	11.4	不知道	219	19.9
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第六，對於受訪民眾認為以「健保提供的醫院、醫師數量充足」作為判斷健保政策的重要性意見，表 41 顯示有 75.6%（811 位）民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 9.2%（101 位）表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過七成五的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果顯示有 44.8%（494 位）的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 20.4%（225 位）的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。由此顯示對於此一標準，民眾的重要性與滿意度評價有相當的差距，其民眾重要性評價明顯高於滿意度。

表41 民眾對於「健保提供醫院、醫師數量充足」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	101	9.2	非常滿意	19	1.7
重要	710	64.4	滿意	475	43.1
普通	89	8.1	普通	237	21.5
不重要	99	9.0	不滿意	213	19.3
非常不重要	2	0.2	非常不滿意	12	1.1
不知道	102	9.2	不知道	147	13.3
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第七，對於受訪民眾認為以「除了特殊情形（如失業的人、低收入家庭），每個家庭所能負擔的健保費」作為判斷健保政策的重要性意見，表 42 顯示有 77.0%（849 位）民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 8.6%（95 位）表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過七成七的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果顯示有 40.9%（451 位）的受訪者表示

「非常滿意」、「滿意」，而有 26.6%（294 位）的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。由此顯示對於此一標準，民眾的重要性評價明顯高於滿意度。

表42 民眾對於「每個家庭能負擔的健保費」標準之意見

項目	次數	百分比(%)	項目	次數	百分比(%)
非常重要	129	11.7	非常滿意	30	2.7
重要	720	65.3	滿意	421	38.2
普通	78	7.1	普通	242	21.9
不重要	92	8.3	不滿意	276	25.0
非常不重要	3	0.3	非常不滿意	18	1.6
不知道	81	7.3	不知道	116	10.5
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第八，對於受訪民眾認為以「民眾對於健保的滿意度」作為判斷健保政策的重要性意見，表 43 顯示有 76.1%（840 位）民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 7.6%（84 位）表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過七成六的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果顯示有 51.1%（563 位）的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 16.8%（185 位）的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。

表43 民眾對於「民眾對於健保的滿意度」標準之意見

項目	次數	百分比(%)	項目	次數	百分比(%)
非常重要	113	10.2	非常滿意	36	3.3
重要	727	65.9	滿意	527	47.8
普通	111	10.1	普通	259	23.5
不重要	81	7.3	不滿意	169	15.3
非常不重要	3	0.3	非常不滿意	16	1.5
不知道	68	6.2	不知道	96	8.7
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第九，對於受訪民眾認為以「用最少的錢來照顧民眾的健康」作為判斷健保政策的重要性意見，表 44 顯示有 82.4%（909 位）民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 5.6%（61 位）表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過八成的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果

顯示有 55.5% (612 位) 的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 18.4% (203 位) 的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。

表44 民眾對於「用最少的錢來照顧民眾的健康」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	142	12.9	非常滿意	65	5.9
重要	767	69.5	滿意	547	49.6
普通	71	6.4	普通	201	18.2
不重要	57	5.2	不滿意	186	16.9
非常不重要	4	0.4	非常不滿意	17	1.5
不知道	62	5.6	不知道	87	7.9
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第十，對於受訪民眾認為以「健保能否有效提升民眾的健康」作為判斷健保政策的重要性意見，表 45 顯示有 77.2% (851 位) 民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 6.6% (73 位) 表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過七成七的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿意度，調查結果顯示有 52.8% (582 位) 的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 15.5% (171 位) 的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。

表45 民眾對於「健保能否有效提升民眾的健康」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	109	9.9	非常滿意	44	4.0
重要	742	67.3	滿意	538	48.8
普通	108	9.8	普通	255	23.1
不重要	72	6.5	不滿意	166	15.0
非常不重要	1	0.1	非常不滿意	5	0.5
不知道	71	6.4	不知道	95	8.6
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

第十一，對於受訪民眾認為以「政府討論健保事情，決定過程公開讓民眾瞭解」作為判斷健保政策的重要性意見，表 46 顯示有 85.9% (947 位) 民眾表示「非常重要」、「重要」，而有 4.7% (52 位) 表示「非常不重要」、「不重要」，顯示有超過八成五的受訪民眾表示該指標具有重要性。至於民眾認為以該標準判斷目前健保政策的滿

意度，調查結果顯示有 51.9%（573 位）的受訪者表示「非常滿意」、「滿意」，而有 19.6%（216 位）的受訪者表示「非常不滿意」、「不滿意」。

表46 民眾對於「政府決定健保過程讓民眾瞭解」標準之意見

項目	次數	百分比 (%)	項目	次數	百分比 (%)
非常重要	171	15.5	非常滿意	60	5.4
重要	776	70.4	滿意	513	46.5
普通	41	3.7	普通	205	18.6
不重要	50	4.5	不滿意	196	17.8
非常不重要	2	0.2	非常不滿意	20	1.8
不知道	63	5.7	不知道	109	9.9
總和	1,103	100.0	總和	1,103	100.0

參、對於民眾重要性與滿意度的評價之綜合意見分析

表47為對於本研究提出之十一項健保政策評量指標之綜合比較，結果顯示重要性較高的指標為「以政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解」（課責性指標）（85.9%的受訪者表示重要）、「可以用最少的錢來照顧民眾的健康」（效率性指標）（82.4%的受訪者表示重要）、「所有民眾需要的醫療服務項目，健保是否都有保障」（完整性指標）（82.0%的受訪者表示重要）、「健保能否有效提升民眾的健康」（效能性指標）（77.2%的受訪者表示重要）、「除了特殊情形（如失業的人、低收入家庭），每個家庭所能負擔的健保費」（可付性指標）（77.0%的受訪者表示重要）、「民眾對於健保的滿意度」（課責性指標）（76.1%的受訪者表示重要），「健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」（76.6%的受訪者表示重要）（適足性指標）等獲得七成五以上民眾同意其作為指標的重要性。

至於滿意度比較高的指標為「健保能否有效提升民眾的健康」（效能性指標）（52.8%的受訪者表示滿意）、「用最少的錢來照顧民眾的健康」（效率性指標）（55.5%的受訪者表示滿意）、「民眾對於健保的滿意度」（課責性指標）（51.1%的受訪者表示滿意）、「政府討論健保事情，決定過程公開讓民眾瞭解」（課責性指標）（51.9%的受訪者表示滿意）等指標有超過五成以上的滿意度。

表 47 民眾對於健保評估指標之綜合比較 單位：次數（百分比%）

指標	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要	不知道
	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	不知道
所有民眾是否都有參加全民健保	108 (9.8)	666 (60.4)	115 (10.4)	132 (12.0)	3 (0.3)	79 (7.2)
	33 (3.0)	512 (46.4)	280 (25.4)	179 (16.2)	6 (0.5)	93 (8.4)
按照民眾的經濟能力來收取健保費	102 (9.2)	706 (64.0)	101 (9.2)	110 (10.0)	3 (0.3)	81 (7.3)
	24 (2.2)	466 (42.2)	220 (19.9)	264 (23.9)	21 (1.9)	108(9.8)
不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性	105 (9.5)	650 (58.9)	107 (9.7)	118 (10.7)	4 (0.4)	119 (10.8)
	27 (2.4)	459 (41.6)	244 (22.1)	206 (18.7)	17 (1.5)	150 (13.6)
所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障	128 (11.6)	776 (70.4)	62 (5.6)	56 (5.1)	3 (0.3)	78 (7.1)
	52 (4.7)	469 (42.5)	233 (21.1)	226 (20.5)	17 (1.5)	106(9.6)
健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務	141 (12.8)	704 (63.8)	68 (6.2)	61 (5.5)	3 (0.3)	126 (11.4)
	42 (3.8)	409 (37.1)	188 (17.0)	226 (20.5)	19 (1.7)	219 (19.9)
民眾到醫院看病時，健保提供的醫院、醫師數量是否充足	101 (9.2)	710 (64.4)	89 (8.1)	99 (9.0)	2 (0.2)	102(9.2)
	19 (1.7)	475 (43.1)	237 (21.5)	213 (19.3)	12 (1.1)	147 (13.3)
除了特殊情形（如失業的人、低收入家庭），以每個家庭所能負擔的健保費為基礎	129 (11.7)	720 (65.3)	78 (7.1)	92 (8.3)	3 (0.3)	81 (7.3)
	30 (2.7)	421 (38.2)	242 (21.9)	276 (25.0)	18 (1.6)	116 (10.5)
民眾對於健保的滿意度	113 (10.2)	727 (65.9)	111 (10.1)	81 (7.3)	3 (0.3)	68 (6.2)
	36 (3.3)	527 (47.8)	259 (23.5)	169 (15.3)	16 (1.5)	96 (8.7)
可以用最少的錢來照顧民眾的健康	142 (12.9)	767 (69.5)	71 (6.4)	57 (5.2)	4 (0.4)	62 (5.6)
	65 (5.9)	547 (49.6)	201 (18.2)	186 (16.9)	17 (1.5)	87 (7.9)
健保能否有效提升民眾的健康	109 (9.9)	742 (67.3)	108 (9.8)	72 (6.5)	1 (0.1)	71 (6.4)
	44 (4.0)	538 (48.8)	255 (23.1)	166 (15.0)	5 (0.5)	95 (8.6)

政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解	171 (15.5)	776 (70.4)	41 (3.7)	50 (4.5)	2 (0.2)	63 (5.7)
	60 (5.4)	513 (46.5)	205 (18.6)	196 (17.8)	20 (1.8)	109(9.9)

除了本研究提出的十一項指標外，民眾提出其他用來判斷健保政策的標準，包括「希望保費不要再提高」、「醫師資源增加」、「大醫院收費太高」、「給付範圍要廣一點」、「以醫生素質」、「以年收入計算」、「可以以盈虧狀態來評估」、「健保醫療被浪費的地方」、「民眾素質」、「服務態度」、「用藥採購問題」、「全民支出統計」、「年度生病機率是否降低」、「年終獎金太高」、「年終獎金不應該這麼高要留給需要的人」、「有沒有照顧弱勢團體」、「死亡率」、「希望和國民年金或是保險做個結合」、「希望能夠多些資源用在低收入戶或是失業的人」、「罕見疾病納入健保」、「貧富之間差距不能太多」、「使用次數」、「很多好的醫生卻沒有加入健保」、「重大疾病是否有保障」、「健保人員的服務態度」、「大醫院收費太高」、「需要有公平的第三公正機構來監督健保局」、「健保局給付藥價」、「健保的醫療技術要再提升」等，茲將其分類如表 48，也顯示民眾認為有多元化的標準可以作為評量健保政策的指標。惟這些民眾對於健保評估指標的意見，有些應為民眾對於健保政策改革的期待或是政策執行方向，可提供衛生署與健保局作為政策調整的參考意見。

表48 民眾對於健保評估指標的其他意見分類

財務與給付	<ul style="list-style-type: none"> ● 希望保費不要再提高 ● 健保局年終獎金應該要降低 ● 教學醫院和小診所的收費差別 ● 人民自費的問題 ● 大醫院收費太高 ● 大醫院和小診所的醫療是否能分配平均 ● 小孩健保費應該減半 ● 低收入戶和單親家庭需要補助 ● 給付範圍要廣一點 ● 以繳得起為準 ● 以盈虧狀態來評估
-------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● 可以讓家庭收入不好的人，健保收費可以少一點 ● 用藥採購問題 ● 全民支出統計 ● 各醫院對於申請健保費的報帳需詳細 ● 保費調太快 ● 重大疾病的補貼標準 ● 健保的虧損來判斷健保的績效 ● 健保是否有照顧到重大疾病傷患 ● 以年收入來收保費 ● 慢性病的健保醫療費用負擔太高
醫藥資源	<ul style="list-style-type: none"> ● 不要浪費資源 ● 醫藥黑洞 ● 醫師資源增加 ● 大醫院的醫療服務是否有照顧到偏遠地區的民眾 ● 不要限制藥品用量 ● 藥物濫用 ● 健保資源利用的方式之公布作為一種指標 ● 資源的利用方面評估 ● 以使用次數來計算健保費用
公平性	<ul style="list-style-type: none"> ● 不公平 ● 希望收費標準能公平 ● 北縣跟北市有差，一樣的費用，福利不同
服務	<ul style="list-style-type: none"> ● 大病沒有保障 ● 醫療人員的態度 ● 以醫生素質 ● 未保障到特殊疾病 ● 重大疾病是否有保障 ● 是否有效的宣導正確使用藥物觀念 ● 多照顧山上的民眾，偏遠地區醫療服務不夠 ● 健保的醫療技術要再提升 ● 健保費的收取，醫療品質卻沒有增加 ● 強調醫生醫德 ● 對待官員跟對待民眾的服務是否一樣 ● 醫生素質
資訊公開	<ul style="list-style-type: none"> ● 設立專門機構來公布資訊 ● 健保收支公開 ● 健保討論過程要公開化，避免黑箱作業 ● 健保資訊獲得快速與否

	<ul style="list-style-type: none"> ● 健保資源分布之評估 ● 衛生所宣導普及化 ● 藥物價格和看病的範圍不夠透明化
評鑑 機制	<ul style="list-style-type: none"> ● 需要有公平的第三公正機構來監督健保局
其他	<ul style="list-style-type: none"> ● 以病重的程度區分 ● 民眾醫療的有效性 ● 年度生病機率是否降低 ● 民眾素質 ● 有沒有照顧弱勢團體 ● 有無落實 ● 死亡率 ● 每個人都能使用健保 ● 罕見疾病納入健保 ● 到醫院調查有在看病的人，當場作問卷 ● 健保局與其他中央事務單位溝通問題 ● 健保的使用次數 ● 健保的保障還是有很多的不足 ● 健保的項目，宣傳方面，要加強 ● 健保體質本身不健全，很多事情無法徹底實施 ● 換團體來辦健保，健保局能力不夠 ● 制度有問題 ● 當月若沒使用到健保，應退保費 ● 醫生看診的時間限定病患看診的時間

肆、對於健保政策評量指標之重要性—績效分析

本研究以鑑於以往滿意度分析對於民眾偏好未能賦予重視程度，透過「重要性—績效分析法」呈現一般民眾對於健保政策指標之偏好與權重。其係以民眾對健保評估指標之重視程度列作 X 軸，以對於健保政策的滿意程度列作 Y 軸，以重視程度總平均值與滿意程度總平均值將座標劃分為四個象限。其中第一個象限為低重視且高滿意；第二個象限為高重視且高滿意；第三象限為低重視且低滿意的區域；第四象限為高重視且低滿意的區域（Chapman, 1993；Cheron at al., 1989）。

本研究以 I.P.A. 方式呈現一般民眾觀點的評估指標的「重要性」與「滿意度」（詳

表 49、圖 4)。第一，民眾對於「政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解」、「可以用最少的錢來照顧民眾的健康」、「健保能否有效提升民眾的健康」具有高的「重要性」與「滿意度」評價，表示衛生署與健保局對於此一指標繼續維持現狀。

第二，「除了特殊情形（如失業的人、低收入家庭），每個家庭所能負擔的健保費為基礎」、「所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障」、「健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」三項指標的重要性高，但相對而言，其滿意度有待提升，顯示為現階段致力改善的工作。

第三，「民眾是否都有參加全民健保」指標是民眾認為在判斷健保政策時，不是很重要的指標，但是相當滿意的指標，其可能原因在於全民健保本以「全民」維納保對象，其為既定政策，民眾不認為是健保的評估指標。

第四，「不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性」指標是民眾認為判斷健保政策不甚重要，但表示中度滿意的指標，其可能原因在於目前台灣的醫療服務方便性，除離島、山地與部分鄉村偏遠地區外，具有相當程度的方便性。

第五，「民眾的經濟能力來收取健保費」指標是民眾不認為判斷健保政策具有重要性，也不滿意其績效的指標，其可能原因在於健保兼具社會保險與福利性質，公平性為其既定政策，但對民眾而言，認為公平性仍應提升。

最後，民眾不認為以「民眾對於健保的滿意度」可做為判斷健保政策的重要性指標，但表示滿意其績效，其顯示由於長期以來，健保的滿意度始終維持七成以上，但民眾不認為其能有效呈現健保政策的成效。

表49 民眾對於評估指標評價之重要性與滿意度平均數比較

評估指標	重要度			滿意度		
	平均數	標準差	排序	平均數	標準差	排序
1.民眾是否都有參加全民健保	3.73	0.828	9	3.38	0.832	3
2.民眾的經濟能力來收取健保費	3.78	0.779	7	3.21	0.934	7
3.不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性	3.75	0.817	8	3.29	0.895	5
4.所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障	3.95	0.654	2	3.31	0.936	4
5.健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務	3.94	0.699	3	3.26	0.963	6
6.民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足	3.81	0.753	6	3.29	0.876	5
7.除了特殊情形（如失業的人、低收入家庭），以每個家庭所能負擔的健保費為基礎	3.86	0.755	4	3.17	0.934	8
8.民眾對於健保的滿意度	3.84	0.728	5	3.40	0.862	2
9.可以用最少的錢來照顧民眾的健康	3.95	0.675	2	3.45	0.918	1
10.健保能否有效提升民眾的健康	3.86	0.692	4	3.45	0.833	1
11.政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解	4.02	0.643	1	3.40	0.936	2
平均	3.86			3.33		

說明：數字越高越好，亦即重要性數字高表示越重要，滿意度數字高表示越滿意。

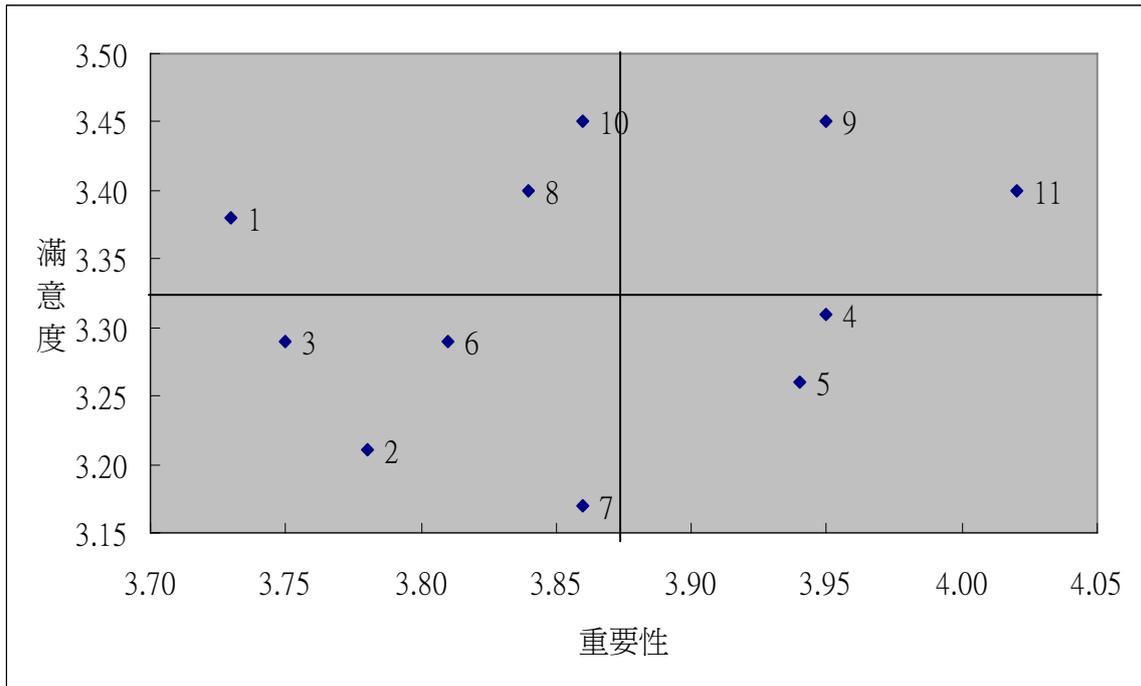


圖4 民眾對於健保評估指標之重視性－績效分析圖

伍、健保政策評估指標資訊揭露相關的意見分析

第二部分為健保政策評估指標資訊揭露相關的意見分析。

本研究除了調查民眾對於健保政策評估指標之意見外，建立評量機制亦為本研究之研究目的之一，因而亦詢問民眾對於健保政策評估資訊揭露方式與時間之意見。表 50 為民眾對於衛生署公開健保政策評估指標的資訊管道之意見，48.5%的受訪民眾表示以「各大眾傳播媒體（如電視、報紙、電台）」適合作為公開評估指標資訊的管道。其次，15.6%的受訪民眾認為「網站」適合做為公布的管道。再者，10.9%的受訪者認為以「衛生署或健保局的網站」作為公布資訊的管道。

至於民眾認為其他資訊揭露管道或相關意見，包括：「不用公布每個人都有自己的主觀意見」、「印小冊子」、「印刷起來」、「村鄰長訪問」、「每個家庭都要有書面通知較好」、「里民大會」、「固定的刊物」、「座談會」、「訪問問卷」、「地區普查方式」、「傳單」、「鄰長或是鄉長公告」、「應考慮到家裡沒有電腦設備之民眾」、「靠鄉鎮市進行地區性的宣導」等。顯示民眾提出相當多元化的評估指標資訊公布方式與意見。

若依據年齡區分資訊公布管道的差別，表 51 顯示不論那一種年齡層均偏好大眾

傳播媒體為主要方式，但是「30-39 歲」、「40-49 歲」的受訪民眾偏好網站方式。

表 50 民眾對於衛生署公開健保評估指標管道之意見（複選題）

項目	次數	百分比 (%)
定期舉辦記者會	186	9.2
衛生署或健保局的網站	220	10.9
網站	314	15.6
各大眾傳播媒體（如電視、報紙、電台）	976	48.5
各衛生所	144	7.2
公立醫院	138	6.9
其他	35	1.7
總和	2,013	100

表 51 民眾年齡與衛生署公開健保評估指標管道之交叉分析

類型	定期舉辦 記者會	衛生署或健 保局的網站	網站	各大眾傳 播媒體	各衛生 所	公立醫 院
20-29歲	35	47	68	146	20	18
30-39歲	43	54	86	190	27	25
40-49歲	45	64	93	273	45	35
50-59歲	46	37	45	222	31	35
60歲以 上	16	16	20	132	19	22

表 52 為民眾對於定期公布健保政策評估指標的間隔時間之意見，結果顯示 67.0% 的受訪民眾表示「每半年」公布，其次是 16.1% 的受訪民眾表示「每一年」公布，極少數民眾表達「每二年」公布。顯示民眾多數認為公布時間不宜間隔過長，以「每半年」為宜。

表 52 民眾對於定期公布健保政策評估指標的間隔時間之意見

項目	次數	百分比 (%)
每半年	739	67.0
每一年	178	16.1
每二年	10	0.9
每三年	6	0.5
不知道	170	15.4
總和	1,103	100.0

表53為民眾對於立法要求主管機關公布健保政策評估資訊之意見。調查結果顯示絕大多數民眾（76.9%）表示「非常同意」、「同意」之意見，僅9.0%的受訪民眾表示「非常不同意」、「不同意」之意見。

表53 民眾對於立法要求主管機關公布健保政策評估資訊之意見

項目	次數	百分比 (%)
非常同意	190	17.2
同意	658	59.7
普通	62	5.6
不同意	95	8.6
非常不同意	4	0.4
不知道	94	8.5
總和	1,103	100.0

表 54 為民眾對於健保主管機關在分析健保政策的評估指標時，應與國際上其他國家的指標資訊比較之意見。結果顯示超過五成六的民眾（56.2%）表示「非常同意」、「同意」之意見，另有 26.9%的民眾表示「非常不同意」、「不同意」之意見。顯示雖有多數民眾表示應與國際其他國家比較，但表示反對的民眾亦不在少數，意見的共識性有待提升。

表54 民眾對於分析健保評估指標進行國際比較之意見

項目	次數	百分比 (%)
非常同意	124	11.2
同意	496	45.0
普通	61	5.5
不同意	285	25.8
非常不同意	12	1.1
不知道	125	11.3
總和	1,103	100.0

表 55 為民眾對於政策評估指標與國際上國家比較之意見(複選題)。結果顯示多數民眾以「美國」（22.9%的受訪民眾）、「日本」（21.2%的受訪民眾）為比較對象，另有

7.3%的受訪民眾表示「其他歐洲國家」（除了北歐四國、英國、法國、德國）之意見。顯示多數民眾認為可以美國與日本的健保評估指標作為比較，其可能是因為民眾對於這兩個國家比較熟悉，不見得瞭解這兩個國家的健保政策。

表55 民眾對於比較健保評估指標國家之意見(複選題)

國家	次數	百分比 (%)
美國	320	22.9
加拿大	72	5.2
日本	294	21.2
韓國	56	4.0
新加坡	69	4.9
中國大陸、香港	30	2.1
其他亞洲國家	53	3.8
英國	65	4.7
德國	45	3.2
法國	34	2.4
其他歐洲國家	102	7.3
北歐四國(瑞典、丹麥、芬蘭、挪威)	73	5.2
其他	38	2.7
拒答	145	10.4
合計	1,396	100.0

陸、「關注民眾」與「一般民眾」之意見比較分析

本研究將「民眾」觀點廣泛區分為「關注民眾」觀點與「一般民眾」觀點，首先透過政策德菲法蒐集「關注民眾」對於健保政策評估指標的認知與意見。其次，以電話調查法分析「一般民眾」對於健保政策評估指標的認知與意見。茲將「關注民眾」與「一般民眾」對於健保政策評估指標的意見差異分析於表 56。

第一，「關注民眾」與「一般民眾」對於「適足性」指標之意見，民眾認為「以健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」具有重要性（76.6%的受訪民眾表示為重要的評估指標），其觀點近似第二回合德菲調查的「偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較」（84%的德菲專家表示同意作為指標）。

第二，「關注民眾」與「一般民眾」對於「效能性」指標之意見，77.2%的受訪民眾認為「以健保能否有效提升民眾的健康」為一重要的政策評估指標，而第二回合的調查有 88%的德菲專家同意「國民健康平均餘命」作為指標。

第三，「關注民眾」與「一般民眾」對於「課責性」指標之意見，85.9%的受訪民眾認為「以政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解」為一相當重要的政策評估指標，而第一回合的調查有 88%的德菲專家同意「健保相關決策過程公開的程度」作為指標。顯示「關注民眾」與「一般民眾」對於此一指標有高度共識。

第四，「關注民眾」與「一般民眾」對於績效評量「公平性」指標之意見，有 73.2%的民眾認為「按照民眾的經濟能力來收取健保費」為重要的評估指標，第二回合的德菲專家中有 84.0%表示同意「依保險對象的經濟能力收取保險費」作為政策評估指標。

第五，「關注民眾」與「一般民眾」對於「普及性」指標之意見，有 96%的專家認為「全國民眾的健保納保率」為一重要的政策評估指標，但是民眾的意見較有不同，有 70.2%的受訪民眾表示其為重要的健保評估指標。

第六，「關注民眾」與「一般民眾」對於「可近性」指標之意見，有 68.4%的受訪民眾認為以「不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性」作為評估指標具有重要性，而第二回合德菲專家中有 92%同意「不同地區民眾使用健保服務資源的可近性」作為健保可近性的政策評估指標。

第七，「關注民眾」與「一般民眾」對於「可付性」指標之意見，77.0%的受訪民眾認為「除了特殊情形（如失業的人、低收入家庭），以每個家庭所能負擔的健保費為基礎」為一重要的政策評估指標，第一回合的調查有 84%的德菲專家同意「平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例」作為指標。

第八，「關注民眾」與「一般民眾」對於「適足性」指標之意見，73.6%的受訪民眾認為「民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足」為一重要的政策評估指標，而相較於適足性指標，僅 52%的德菲專家同意「每千人醫師數」作為指標，但有 80%的德菲專家同意以「每千人醫師數」作為「適足性」指標。

第九，「關注民眾」與「一般民眾」對於「完整性」指標之意見，民眾認為以「所

有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障」具有重要性（82.0%的受訪民眾表示為重要的評估指標），但是第二回合德菲調查的「健保給付項目的完整性」對於專家而言，未形成同意的高度共識，僅 60%的德菲專家表示同意作為指標。

第十，「關注民眾」與「一般民眾」對於「課責性」指標之意見，76.1%的受訪民眾認為以「民眾對於健保的滿意度」為一重要的政策評估指標，僅 60%的德菲專家表示同意「民眾對於健保政策的滿意度」作為指標。

第十一，「關注民眾」與「一般民眾」對於「效率性」指標之意見，82.4%的受訪民眾認為以「可以用最少的錢來照顧民眾的健康」為一重要的政策評估指標，而第一回合的調查有 64%的德菲專家同意「全國醫療支出佔 GDP 之比例」作為指標。

表 56 專家與民眾對於健保政策評估指標之意見比較

指標	民眾	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要	不知道
		非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	不知道
	專家	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
		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	
以所有民眾是否都有參加全民健保	民眾	108 (9.8)	666 (60.4)	115 (10.4)	132 (12.0)	3 (0.3)	79 (7.2)
		33 (3.0)	512 (46.4)	280 (25.4)	179 (16.2)	6 (0.5)	93 (8.4)
全國民眾的健保納保率	專家	17 (68.0)	7 (28.0)	1 (4.0)	0 (0)	0 (0)	
按照民眾的經濟能力來收取健保費	民眾	102 (9.2)	706 (64.0)	101 (9.2)	110 (10.0)	3 (0.3)	81 (7.3)
		24 (2.2)	466 (42.2)	220 (19.9)	264 (23.9)	21 (1.9)	108 (9.8)
依保險對象的經濟能力收取保險費	專家	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)	
不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性	民眾	105 (9.5)	650 (58.9)	107 (9.7)	118 (10.7)	4 (0.4)	119 (10.8)
		27 (2.4)	459 (41.6)	244 (22.1)	206 (18.7)	17 (1.5)	150 (13.6)
不同地區民眾使用健保服務資源的可近性	專家	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)	

所有民眾所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障	民眾	128 (11.6)	776 (70.4)	62 (5.6)	56 (5.1)	3 (0.3)	78 (7.1)
		52 (4.7)	469 (42.5)	233 (21.1)	226 (20.5)	17 (1.5)	106 (9.6)
健保給付項目的完整性	專家	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)	
健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務	民眾	141 (12.8)	704 (63.8)	68 (6.2)	61 (5.5)	3 (0.3)	126 (11.4)
		42 (3.8)	409 (37.1)	188 (17.0)	226 (20.5)	19 (1.7)	219 (19.9)
偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較	專家						
		12 (48.0)	9 (36.0)	2 (8.0)	1 (4.0)	0 (0)	1人未填答 (4.0)
民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足	民眾	101 (9.2)	710 (64.4)	89 (8.1)	99 (9.0)	2 (0.2)	102 (9.2)
		19 (1.7)	475 (43.1)	237 (21.5)	213 (19.3)	12 (1.1)	147 (13.3)
每千人醫院數	專家	5 (20.0)	5 (20.0)	5 (20.0)	7 (28.0)	2 (8.0)	1人未填答 (4.0)
		4 (16.0)	9 (36.0)	6 (24.0)	6 (24.0)	0 (0)	
每千人醫師數	專家	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)	
除了特殊情形(如失業的人、低收入家庭)，以每個家庭所能負擔的健保費為基礎	民眾	129 (11.7)	720 (65.3)	78 (7.1)	92 (8.3)	3 (0.3)	81 (7.3)
		30 (2.7)	421 (38.2)	242 (21.9)	276 (25.0)	18 (1.6)	116 (10.5)
平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例	專家	9 (36.0)	12 (48.0)	2 (8.0)	0 (0)	0 (0)	2人未填答 (8.0)
民眾對於健保的滿意度	民眾	113 (10.2)	727 (65.9)	111 (10.1)	81 (7.3)	3 (0.3)	68 (6.2)
		36 (3.3)	527 (47.8)	259 (23.5)	169 (15.3)	16 (1.5)	96 (8.7)
民眾對於健保政策的滿意度	專家	4 (16.0)	11 (44.0)	7 (28.0)	1 (4.0)	0 (0)	2人未填答 (8.0)
		7 (28.0)	8 (32.0)	10 (40.0)	0 (0)	0 (0)	
可以用最少的錢來照顧民眾的健康	民眾	142 (12.9)	767 (69.5)	71 (6.4)	57 (5.2)	4 (0.4)	62 (5.6)
		65 (5.9)	547 (49.6)	201 (18.2)	186 (16.9)	17 (1.5)	87 (7.9)

全國醫療支出佔GDP之比例	專家	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)	
以健保能否有效提升民眾的健康	民眾	109 (9.9)	742 (67.3)	108 (9.8)	72 (6.5)	1 (0.1)	71 (6.4)
		44 (4.0)	538 (48.8)	255 (23.1)	166 (15.0)	5 (0.5)	95 (8.6)
國民健康平均餘命	專家	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)	
政府在討論關於健保的事情，決定過程公開讓民眾瞭解這方式	民眾	171 (15.5)	776 (70.4)	41 (3.7)	50 (4.5)	2 (0.2)	63 (5.7)
		60 (5.4)	513 (46.5)	205 (18.6)	196 (17.8)	20 (1.8)	109 (9.9)
健保相關決策過程公開的程度	專家	12 (48.0)	10 (40.0)	1 (4.0)	0 (0)	0 (0)	2人未填答 (8.0)

此外，本研究鑑於「關注民眾」與「一般民眾」之調查人數相差甚大，前者僅 25 位，後者有 1,103 位。為避免在政策評估意見的共識性比較時有所偏差，因而在進行比較前，先依據人數差異部分進行權重處理，以民眾的平均數(1,103 個樣本)為基準，對專家(一/二回合共 50 個樣本)採 0.95 加權，然後再以民眾與專家重新加總求平均值後，以兩方意見的平均數作為比較基礎(詳表 57)。並繪製兩種加權後的平均數分布於圖 5，並取其中平均數差異在 0.5 內者為具有高度共識；若平均數差異大於 0.5，且低於 0.7，認定「關注民眾」與「一般民眾」具有中度共識意見。

首先，研究發現「關注民眾」與「一般民眾」具有高度共識的評估指標有七項。若以「一般民眾」調查的評估指標觀之，包括：「所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障」(完整性指標)、「健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」(適足性指標)、「民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足」(適足性指標)、「民眾對於健保的滿意度」(課責性指標)、「可以用最少的錢來照顧民眾的健康」(效率性指標)、「健保能否有效提升民眾的健康」(效能性指標)、「政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解」(課責性指標)。

其次，研究發現「關注民眾」與「一般民眾」具有中度共識的評估指標有三項。若以「一般民眾」調查的評估指標觀之，包括：「按照民眾的經濟能力來收取健保費」

(公平性指標)、「不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性」(可近性指標)，以及「除了特殊情形(如失業的人、低收入家庭)，每個家庭所能負擔的健保費為基礎」(可付性指標)。

最後，「關注民眾」與「一般民眾」沒有形成共識的評估指標為「所有民眾是否都有參加全民健保」，「關注民眾」同意其作為評估指標，但是「一般民眾」不認為其適合作為評估指標。

表 57 專家與民眾對於政策健保評估指標加權平均數之比較

編號	構面	民眾	指標	專家	指標
1	普及性	3.73	所有民眾是否都有參加全民健保	4.61	全國民眾的健保納保率
2	公平性	3.78	按照民眾的經濟能力來收取健保費	4.39	依保險對象的經濟能力收取保險費
3	可近性	3.75	不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性	4.39	不同地區民眾使用健保服務資源的可近性
4	完整性	3.95	所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障	3.76	健保給付項目的完整性
5	適足性	3.94	健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務	4.33	偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較
6	適足性	3.81	民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足	3.44	每千人醫院數
7	可付性	3.86	除了特殊情形(如失業的人、低收入家庭)，以每個家庭所能負擔的健保費為基礎	4.48	依保險對象的經濟能力收取保險費
8	課責性	3.84	民眾對於健保的滿意度	3.88	民眾對於健保政策的滿意度
9	效率性	3.95	可以用最少的錢來照顧民眾的健康	3.64	全國醫療支出佔 GDP 之比例
10	效能性	3.86	健保能否有效提升民眾的健康	3.80	國民健康平均餘命
11	課責性	4.02	政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解	4.28	健保相關決策過程公開的程度

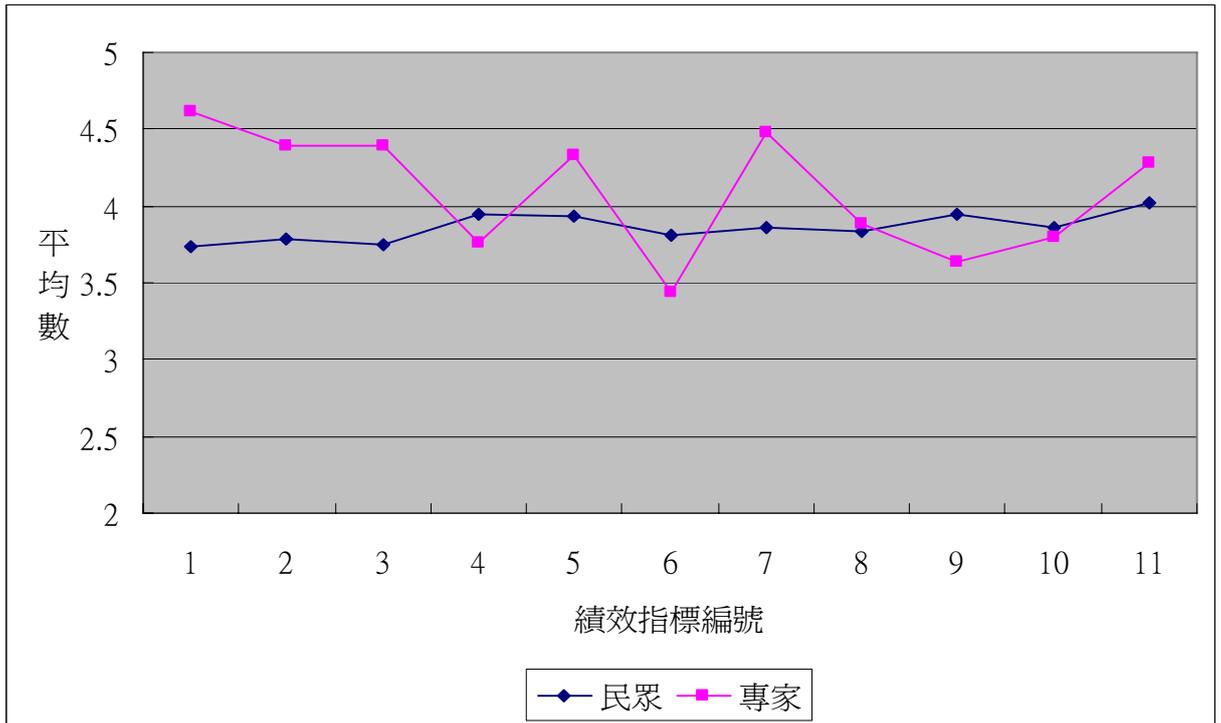


圖 5 專家與民眾對於健保政策評估指標加權平均數之比較

表 58 為民眾與專家對於衛生署公開健保政策評估指標管道之意見比較，結果顯示「衛生署網站」、「健保局網站」為專家們所偏好的資訊管道，而民眾則偏好政府利用「各大眾傳播媒體（如電視、報紙、電台）」加以公布，但亦有部分民眾認為「衛生署或健保局的網站」亦為適合的資訊公布管道。顯示「關注民眾」與「一般民眾」對於此一資訊公布管道意見差異不大。

表 58 民眾與專家對於衛生署公開健保評估指標管道之意見

民眾		第二回合專家	
項目	次數 (百分比%)	項目	次數
大眾傳播媒體 (如電視、報紙、電台)	976 (48.5)	衛生署網站	24
網站	314 (15.6)	健保局網站	24
衛生署或健保局的網站	220 (10.9)	舉行記者會	17
定期舉辦記者會	186 (9.2)	衛生署監理會會議	16
各衛生所	144 (7.2)	各種大眾傳播媒體	15
公立醫院	138 (6.9)	各衛生所	5
其他	35 (1.7)	區域以上醫院	4
		發行年報	10
		其他	1

表 59 為民眾與專家對於定期公布健保政策評估指標的間隔時間之意見比較，結果顯示民眾偏好「每半年」、「每一年」為公布健保政策評估指標的間隔時間，而專家們亦偏好「一年」為公布健保政策評估指標的間隔時間。顯示「關注民眾」與「一般民眾」對於公布健保政策評估指標的間隔時意見差異不大。

表 59 民眾與專家對於公布健保評估指標間隔時間之意見

民眾		第二回合專家	
項目	次數 (百分比%)	項目	次數 (百分比%)
每半年	739 (67.0)	一年	22 (88.0)
每一年	178 (16.1)	二年	1 (4.0)
每二年	10 (0.9)	其他	2 (8.0)
每三年	6 (0.5)		
不知道	170 (15.4)		

表 60 民眾與專家對於立法要求主管機關蒐集並公布健保政策績效評量資訊之意見。結果顯示有 76.9% 的受訪民眾同意立法要求主關機關蒐集並公布健保政策績效評量資訊，而第二回合有 92.0% 專家表示同意的意見。顯示「關注民眾」與「一般民眾」對於立法要求公布健保績效評量指標之意見趨於一致。

表 60 民眾與專家對於立法要求公布健保評估資訊之意見

民眾		第二回合專家	
項目	次數 (百分比%)	項目	次數 (百分比%)
非常同意	190 (17.2)	非常同意	18 (72.0)
同意	658 (59.7)	同意	5 (20.0)
普通	62 (5.6)	普通	1 (4.0)
不同意	95 (8.6)	不同意	1 (4.0)
非常不同意	4 (0.4)	非常不同意	0 (0)
不知道	94 (8.5)		

表 61 民眾與專家對於主管機關在評估健保政策應進行國際比較之意見。結果顯示有 56.2%的受訪民眾表示同意的意見，而第一回合有 88.0%專家表示同意意見。顯示「關注民眾」與「一般民眾」對於評估健保政策應進行國際比較之意見趨於一致。

表 61 民眾與專家對於主管機關在分析健保評估進行國際比較之意見

民眾		第一回合專家	
項目	次數(百分比%)	項目	次數(百分比%)
非常同意	124 (11.2)	非常同意	13 (52.0)
同意	496 (45.0)	同意	9 (36.0)
普通	61 (5.5)	普通	2 (8.0)
不同意	285 (25.8)	不同意	0 (0)
非常不同意	12 (1.1)	非常不同意	0 (0)
不知道	125 (11.3)	未填答	1 (4.0)

第五章 結論與建議

第一節 研究結論

本研究以文獻資料、次級資料為基礎，回顧整理我國近年來對於健保政策之評估研究，探討健保政策評估之指標與方法。本研究將「民眾」觀點廣泛區分為「關注民眾」觀點與「一般民眾」觀點，首先透過政策德菲法蒐集「關注民眾」對於健保政策評估指標的認知與意見。其次，以電話調查法分析「一般民眾」對於健保政策評估指標的認知與意見，並以「重要性－績效分析法」呈現一般民眾對於健保政策指標的偏好與重視程度。

本研究逐一說明主要研究發現，包括：「關注民眾」形成共識的健保政策評估構面與指標、「一般民眾」形成共識的健保政策評估指標、比較「關注民眾」與「一般民眾」對於健保政策評估指標之意見、比較「關注民眾」與「一般民眾」對於健保政策評估指標資訊揭露方式之意見，以及「關注民眾」對於監理會指標之意見發現。

壹、「關注民眾」形成共識的健保政策評估構面與指標

本研究從二回合政策德菲調查發現，「關注民眾」對於本研究提出的健保政策評估構面形成高度或中度之共識。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，這些構面可作為評估健保政策的主要架構。本研究整理「關注民眾」共識程度較高健保政策評估構面與指標(詳表 62)，可作為監理會未來評估健保政策的指標。

表 62 專具有高度共識的健保政策評估構面與指標

構面	指標
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

	<ul style="list-style-type: none"> ● 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
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
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
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
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
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

貳、「一般民眾」形成高度共識的健保政策評估指標

本研究利用電話調查發現，從「一般民眾」觀點，認為具有重要性的健保政策評

估指標為：

- (1) 「政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解」
- (2) 「可以用最少的錢來照顧民眾的健康」
- (3) 「所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障」
- (4) 「健保能否有效提升民眾的健康」
- (5) 「除了特殊情形（如失業的人、低收入家庭），每個家庭所能負擔的健保費」
- (6) 「民眾對於健保的滿意度」
- (7) 「民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足」。

此外，「一般民眾」表示高度滿意度的指標為：

- (1) 「健保能否有效提升民眾的健康」
- (2) 「用最少的錢來照顧民眾的健康」
- (3) 「民眾對於健保的滿意度」
- (4) 「政府討論健保事情，決定過程公開讓民眾瞭解」

將「一般民眾」認為具有高度重要性與滿意度的健保政策評估指標整理於表 63。

表 63 民眾認為高度重要性與滿意度的健保評估指標

重要性高的指標	滿意度高的指標
<ul style="list-style-type: none">● 政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解● 所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障● 可以用最少的錢來照顧民眾的健康● 健保能否有效提升民眾的健康● 除了特殊情形（如失業的人、低收入家庭），每個家庭所能負擔的健保費● 民眾對於健保的滿意度● 民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足	<ul style="list-style-type: none">● 健保能否有效提升民眾的健康● 用最少的錢來照顧民眾的健康● 民眾對於健保的滿意度● 政府討論健保事情，決定過程公開讓民眾瞭解

參、比較「關注民眾」與「一般民眾」對於健保政策評估指標之意見

本研究分析「關注民眾」與「一般民眾」具有高度共識的指標(表 64)，包括：

- (1) 「所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障」
- (2) 「健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」
- (3) 「民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足」
- (4) 「民眾對於健保的滿意度」
- (5) 「可以用最少的錢來照顧民眾的健康」
- (6) 「健保能否有效提升民眾的健康」
- (7) 「政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解」。

至於「關注民眾」與「一般民眾」形成中度共識的評估指標為(表 65)：

- (1) 「按照民眾的經濟能力來收取健保費」
- (2) 「不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性」
- (3) 「除了特殊情形(如失業的人、低收入家庭)，每個家庭所能負擔的健保費為基礎」。

最後，「所有民眾是否都有參加全民健保來判斷」指標沒有獲得「關注民眾」與「一般民眾」之共識。

表 64 專家與民眾形成高度共識之健保政策評估構面與指標

構面	民眾指標	專家指標
完整性	所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障	健保給付項目的完整性
適足性	健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務	偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較
適足性	民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足	每千人醫師數
課責性	民眾對於健保的滿意度	民眾對於健保政策的滿意度
效率性	可以用最少的錢來照顧民眾的健康	全國醫療支出佔 GDP 之比例
效能性	健保能否有效提升民眾的健康	國民健康平均餘命
課責性	政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解	健保相關決策過程公開的程度

表 65 專家與民眾形成中度共識之健保政策評估構面與指標

構面	民眾指標	專家指標
公平性	按照民眾的經濟能力收取健保費	依保險對象的經濟能力收取保險費
可近性	不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性	不同地區民眾使用健保服務資源的可近性
可付性	除了特殊情形(如失業的人、低收入家庭)，每個家庭所能負擔的健保費為基礎	依保險對象的經濟能力收取保險費

肆、比較「關注民眾」與「一般民眾」對於健保政策評估指標資訊揭露方式之意見

「關注民眾」與「一般民眾」對於健保政策評估指標揭露方式形成共識意見為：

- (1) 以「衛生署網站」、「健保局網站」為主要公布管道，其次是利用「大眾傳播媒體（如電視、報紙、電台）」公布
- (2) 以「一年」為公布健保績效評量指標的間隔時間
- (3) 立法要求主管機關公布健保政策評估之資訊
- (4) 公布健保政策評估指標時，可進行國際間之比較。

伍、「關注民眾」對於監理相關指標作為健保政策評估指標之意見

本研究發現「關注民眾」認為適合作為健保政策評估指標的業務監理指標，包括：

- (1) 「出院後 14 日內再住院率」
- (2) 「30 日以上超長住院率（醫院）」
- (3) 「門診手術後 2 日內急診/住院率西醫基層、醫院）」
- (4) 「門診部分負擔比率」
- (5) 「出院後 3 日內急診/住院率」
- (6) 「藥費成長率」。

「關注民眾」認為適合作為健保政策評估指標的監理會財務監理指標為：

- (1) 「保險費率」
- (2) 「保險收入」

- (3) 「安全準備」
- (4) 「保險給付」。

第二節 政策建議

本研究綜合分析「關注民眾」與「一般民眾」的實證調查發現，提出數項建議：

第一，建議參考本研究提出的構面作為評估健保政策的架構，包括：「公平性」（健保政策設計的財務公平性）、「普及性」（納保率）、「可近性」（使用健保醫療服務便利性、平等性）、「可付性」（醫療服務的價格具有可負擔性）、「效能性」（健保達到效能）、「課責性」（制度設計的課責性）、「完整性」（醫療服務完整性）、「適足性」（資源配置充足性）、「效率性」（醫療服務具有成本效益）等。

第二，建議以「關注民眾」與「一般民眾」具有高度與中度共識者作為健保政策評估參考，使其兼具專業知識基礎與民主參與價值，包括：

- (1) 「所有民眾其所需要的醫療服務項目，健保是否都有保障」（完整性指標）
- (2) 「健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」（適足性指標）
- (3) 「民眾到醫院看病時，其健保所提供的醫院、醫師數量是否充足」（適足性指標）
- (4) 「民眾對於健保的滿意度」（課責性指標）
- (5) 「可以用最少的錢來照顧民眾的健康」（效率性指標）
- (6) 「健保能否有效提升民眾的健康」（效能性指標）
- (7) 「政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解」（課責性指標）。

另外，「關注民眾」與「一般民眾」具有中度共識的評估指標有三項，包括：「按照民眾的經濟能力來收取健保費來判斷」（公平性指標）、「不同地區的民眾使用健保的醫療服務其方便性來判斷」（可近性指標），以及「除了特殊情形(如失業的人、低收入家庭)，以每個家庭所能負擔的健保費為基礎來判斷」（可付性指標）。

第三，建議將「關注民眾」認為適合作為健保政策評估指標的業務監理指標納入

指標的參考，包括：可歸類為「效率性」的指標有「出院後 14 日內再住院率」、「30 日以上超長住院率（醫院）」、「門診手術後 2 日內急診/住院率（西醫基層、醫院）」、「門診部分負擔比率」、「出院後 3 日內急診/住院率」、「藥費成長率」、「保險費率」、「保險收入」、「安全準備」；以及可納入「完整性」的指標為「保險給付」。

第四，建議針對「一般民眾」提出其他用來評估健保政策的標準，包括：「醫師資源增加」、「大醫院收費」、「醫生素質」、「健保醫療被浪費的地方」、「用藥採購問題」、「年度生病機率降低情形」、「弱勢團體的照顧」、「罕見疾病納入健保」、「貧富之間差距不能太多」、「使用次數」、「重大疾病的保障」、「健保人員的服務態度」等納入未來評量健保評估指標的調查。

第五，建議透過「衛生署網站」、「健保局網站」、「大眾傳播媒體（如電視、報紙、電台）」等作為公開健保政策評估指標之管道。

第六，建議當公布健保政策評估指標時，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。

第七，建議公布健保政策評估指標之間隔時間，以「每一年」為間隔時間。

第八，建議在分析健保政策評估指標時，可進行國際間之比較，但因為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。

第九，民眾對於健保政策評估指標的意見，會隨著健保政策內容而有所調整，建議日後衛生署與健保局應定期檢視民眾觀點的政策評估指標內容，使得健保評估指標符合實際政策內容與民眾需求。因而，建議主管機關每間隔二年或三年委託學者專家進行研究，進行評估指標的修正分析，使得評估指標可依據政策需求變化。

第三節 研究限制

本研究雖然致力從廣義民眾觀點建構健保政策評估指標，惟仍存在部分研究限制，茲說明如下：

第一，本研究係「由上而下」的建構民眾觀點的指標，亦即從「關注民眾」的意見作為基礎，雖然容易聚焦，但其可能使「一般民眾」的意見表現受到約束，雖然本研究在電話調查時，以設計開放題的方式減少對於一般民眾意見表達的約束，惟仍有可能一般民眾的意見會受到關注民眾的引導。

第二，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。其他如課責性仍可區分為專業課責性、政治課責性、行政課責性等，因而問卷設計內容的效度仍有可改進之處，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。

第三，本研究透過對於「關注民眾」與「一般民眾」的實證調查，發現有七項共識的指標。惟不可否認有些指標，如「適足性」牽涉醫師與醫院的家數，其並非健保政策的推動範圍，屬於衛生署的醫療政策。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，雖然一般民眾會將醫師數量與醫院數量與健保評估劃上等號，但其仍為本研究之限制。

參考文獻

一、中文部分

- 王業立、郭應哲、林佳龍譯，M. H. Levine (1999) 政治學中爭辯的議題。台北：韋伯。
- 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.12.30，<http://labor.ngo.org.tw/weekly/C251230.htm>
- 田弘茂 (2000) 全民健保改革方案的政策評估，行政院衛生署委託研究計畫（計畫編號 DOH89-HI-1013）。
- 全民健康保險法 (2003) http://www.ym.edu.tw/pnl/law8_4.htm。
- 江東亮 (1995) 第一波全民健保影響評估調查研究。行政院衛生署委託研究報告。
- 江東亮 (2006) 醫療窮人不再有。台北：臺大出版中心。
- 江東亮 (2002) 「臺灣醫療保健支出之趨勢分析」，臺灣衛誌，第 21 期，頁 157-63。
- 江東亮、文羽萃 (2001) 醫師與病床供給對醫療費用總額之影響。行政院衛生署委託研究報告。
- 江東亮、楊志良、丁志音 (1991) 「群體醫療執業中心對醫療可近性的影響」，中華衛誌，第 10 期，頁 1-9。
- 行政院衛生署 (2004) 邁權責相符的全民健康保險度：行政院二代健保規劃小組總結報告。台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署 (2006) 二代健保政策說明。
- www.nhi.gov.tw/information/second/files/二代健保政策說明.pdf。
- 余致力 (2000) 「民意與公共政策：表達方式的釐清與因果關係的探究」，中國行政評論，第 9 卷，第 4 期，頁 81-110。
- 吳肖琪 (1998) 全民健康保險住院醫療利用評估，行政院國家科學委員會補助計畫(計畫編號 NSC87-2314-B010-071)。
- 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，第 26 卷，第 3 期，頁 196-207。

- 李允傑、丘昌泰 (2003) 政策執行與評估。台北：元照。
- 李丕準 (2005) 「貧富家庭健保受益分析」，主計月刊，第 593 期，頁 38-50。
- 李玉君 (2003) 「全民健保改革之理想與實踐—若干問題之觀察與建議」，月旦法學雜誌，第 92 期，頁 101-109。
- 李妙純 (2006) 全民健保就醫公平性之研究—地區別收入連動之醫療服務利用不均情形分析，中央健康保險局委託研究計畫(計畫編號 DOH95-NH-1015)。
- 林雨靜 (2000) 「目前全民健保下的主流民意」，中央日報，十二月二十九日，「是非集」。
- 林昭吟、陳敦源、劉宜君、蕭乃沂 (2007) 「二代健保保費改革方案預評估—民眾與菁英對改革方案之認知與偏好的比較」，行政暨政策學報，第 44 期，頁 1-30。
- 林進財、陳啓斌、吳文祥、陳稚均 (2006) 「臺灣地區實施全民健康保險後醫療資源公平性之研究」，環境與管理研究，第 7 卷，第 2 期，頁 53-66。
- 洪維河 (2002) 全民健保醫療資源配置適當性之研究，行政院衛生署委託研究計畫 (計畫編號 DOH91-HS-1002)。
- 涂麗萍 (1998) 我國全民健康保險政策執行之評估研究，中山大學公共事務管理研究所碩士論文。
- 張朝琴 (2007) 「美國與臺灣健康保險改革脈絡探討」，醫院，第 40 卷，第 2 期，頁 56-61。
- 張瓊文 (1995) 民眾對全民健保特約醫療院所門診提供之醫療服務品質滿意度研究，高雄醫學院行為科學研究所碩士論文。
- 陳敦源 (2003) 「透明與課責：行政程序控制的資訊經濟分析」，發表於「反貪倡廉與行政透明」國際學術研討會，民國 92 年 4 月 11-12 日，台北：政大公企中心。
- 陳歆華、陳孝平 (1999) 「全民健保各項改革議題評析—以德菲法專家意見調查為基礎」，台大社會工作學刊，第 1 期，頁 35-75。
- 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)。

- 游慧光、王漢民、鄭新慶 (2005) 「臺灣醫療支出成長因素與其相互關係之研析」, 財稅研究, 第 37 卷, 第 1 期, 頁 81-97。
- 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。
- 楊長興、蔡尙學、楊俊毓 (2000) 就醫可近性對於國民健康之影響—「可避免死亡率」之趨勢分析。台北：王金茂醫管論文獎。
- 楊泰順 (2000) 影響健保政策之策略與途徑分析, 中央健康保險局委託研究計畫 (計畫編號 DOH89-NH-035)。
- 楊銘欽 (2002) 守護民眾健康：醫療保健政策白皮書。台北：財團法人厚生基金會。
- 楊銘欽、洪永泰 (1995) 全民健康保險系列民意調查。行政院衛生署委託研究報告 (DOH83-HI-004)。
- 葉秀珍 (1999) 全民健保健康照護服務輸送之公平性考量：台灣的實證研究, 行政院國家科學委員會專題研究計畫 (計畫編號：NSC87-2412-H194-008)。
- 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)。
- 蔡文正、龔佩珍、楊志良、李亞欣、林思甄 (2006) 「偏遠地區民眾就醫可近性及滿意度調查」, 臺灣公共衛生雜誌, 第 25 卷, 第 5 期, 頁 394-404。
- 蔡鶯鶯 (1998) 全民健康保險宣導執行成果評估調查—初探研究, 行政院衛生署委託研究計畫(計畫編號 DOH87-NH-013)。
- 鄭文輝 (1998)全民健保保險對象家庭財務負擔與醫療使用之探討, 行政院衛生署委託研究計畫 (計畫編號 DOH87-NH-046)。
- 鄭文輝等 (2002) 全民健保財務調整方案對保險對象家庭財務負擔影響之評估, 中央健保局委託研究計畫(計畫編號 DOH90-NH-001)。
- 鄭守夏、江東亮 (1997) 全民健保對民眾醫療利用影響的追蹤調查, 國科會研究計畫。
- 盧瑞芬 (2003) 「以公平性談臺灣健康體系的再造—從政經面的觀點:臺灣健康照護體系的財務公平性意涵」, 臺灣公共衛生雜誌, 第 22 卷, 第 2 期, 頁 87-88。

- 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)。
- 賴美淑 (2002) 實施全民健康保險前後對病因死亡率變化之研究，中央健康保險局委
託研究計畫(計畫編號：DOH90-NH-003)。
- 謝啓瑞 (2002) 健康保險與醫療支出：亞洲國家的比較研究，行政院國家科學委員會
補助研究計畫(計畫編號 NSC90-2415-H001-033)。
- 藍忠孚、熊惠英、胡澤芷、葉佳禧 (2000) 「臺灣地區醫療機構品質管理現況分析」，
醫療品質，第 2 卷，第 1 期，頁 5-12。

二、英文部分

- Aday, L. A. and R. Andersen (1974) "A Framework for the Study of Access to Medical
Care," *Health Services Research*, 9(3): 208-220.
- 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.
- Chang, P. L., S. N. Hwang, and W. Y. Cheng (1995) "Using Data Envelopment Analysis to
Measure the Achievement and Change of Regional Development in Taiwan," *Journal
of Environmental Management*. 43(1): 49-66.
- Chapman, R.G. (1993) "Brand Performance Comparative," *Journal of Products and Brand
Management*, 2(1): 42-50.
- Cheron, E. J., R. Mc Tavish, and J. Perrien (1989) "Segmentation of Bank Commercial
Markets," *International Journal of Bank Marketing*, 7(6): 25-30.

- Donaldson, C. and K. Gerard (1993) *Economics of Health Care Financing: the Visible Hand*. New York: St. Martin's Press.
- Freeborn, D. K. and Greenlick, M. R. (1973) "Evaluation of the performance of ambulatory care systems: Research requirements and opportunities," *Medical Care*, 11(2): 68-75.
- Lauffer, Armand (1982) *Assessment Tools: for Practitioners, Managers, and Trainers*. Newbury Park : SAGE.
- MacRae, Duncan, Jr. (1985) *Policy Indicators: Links Between Social Science and Public Debate*. Chapel Hill, N.C.: University Press of North Carolina.
- Martilla, J. A. and J. C. James (1977) "Importance-Performance Analysis," *Journal of Marketing*, 41(1): 77-79.
- Penchansky, R. and J. W. Thomas (1981) "The Concept of Access-Definition and Relationship to Consumer Satisfaction," *Medical Care*, 19(2): 127-140.
- Phelps, C. E. (1997) *Health Economics*. New York, N.Y.: Addison-Wesley Educational Publishers, Inc.
- 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.
- 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.
- World Health Organization (2000) *Health systems: Improving Performance*, The World Health Report 2000, World Health Organization.

附錄 一

「建構健保政策核心價值的評量指標」之德菲法調查

第一回合

各位先進：

您好！我們是元智大學與政治大學組成的研究團隊，目前正接受行政院衛生署委託，進行「從民眾觀點建構健保評量指標」研究計畫。本研究是從民眾觀點建構周延與具有公信力的健保制度績效的評量架構、評量指標與評量方式，以作為健保業務推動與改革之重要參考。

本次調查的主要目的，在於進行民眾意見調查之前，先邀請專家透過德菲(Delphi)法，建構健保制度核心價值的績效評量指標。素仰 您對於健保制度的專業素養，故冒昧邀請您參與本次德菲意見調查。

本調查預計分別進行二回合問卷調查，每一回合問卷將據前次問卷施測結果進行修正，並提供前次問卷之統計結果摘要，以供專家們參考，希望藉由問卷調查與結果回饋，逐步凝聚專家們對於建構健保制度的績效評量指標之共識。

您的回答將僅供學術研究與政策改革之用，不會個別對外公開，敬請依您的真實感受放心填答。為感謝您的協助，將於全部調查結束後，附上填答費與收據。

若您在填答過程中有任何問題，敬請與我們聯絡，我們會儘快地提供協助。煩請於填答完第一回合問卷後，將本問卷於 **8月1日前**，以 **回郵信封或電子郵件方式** 寄回。再次謝謝您的合作！

研究主持人：劉宜君副教授(元智大學社會暨政策科學系)

協同主持人：傅立葉副教授(政治大學社會行政與社會工作研究所)

聯絡人：陳政昌 助理

電話：0958606650

電子信箱：chen.0927@gmail.com

中華民國九十七年七月二十一日

第一部分 對於健保政策核心價值與績效評量指標的意見

1. 請問您是否同意下列構面作為評量健保政策的**核心價值**？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 公平性(equity)-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 普及性(universalness)-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 可近性(accessibility)-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 完整性(comprehensiveness)-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 適足性(adequacy)-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 可付性(affordability)-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 課責性(accountability)-----	<input type="checkbox"/>				
(8) 效率性(efficiency)-----	<input type="checkbox"/>				
(9) 效能性(effectiveness)-----	<input type="checkbox"/>				
(10) 其他(請列舉說明)_____					

2. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**普及性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 全國民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 不同地區民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 不同性別民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 不同族群民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 不同職業民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 不同所得民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 其他(請列舉說明)_____					

3. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策公平性的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 依保險對象的經濟能力收取保險費-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 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-----	<input type="checkbox"/>				
其他（請列舉說明）					

4. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策可近性的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 不同地區民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 不同性別民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 不同族群民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 不同職業民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 不同所得民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 其他(請列舉說明)					

5. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**完整性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 健保給付項目的完整性-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 健保醫療支出佔全國醫療保健支出之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 每家戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用天數---	<input type="checkbox"/>				
(5) 民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用機率-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 其他(請列舉說明)_____					

6. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**適足性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 每千人醫院數-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 每醫療機構服務人數-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 每醫療機構服務面積-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 每千人醫師數-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 每平方公里執業醫師數-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 每千人一般病床數-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 每千人慢性病床數-----	<input type="checkbox"/>				
(8) 其他(請列舉說明)_____					

7. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**可付性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 平均每人醫療支出金額-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 平均每戶健保費支出佔該戶可支配所得之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 其他(請列舉說明)_____					

8. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**課責性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 健保相關決策過程公開的程度-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 與健保財務相關的決策過程公開的程度-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 與醫療品質相關的決策過程公開的程度-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 民眾對於健保政策的滿意度-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 其他(請列舉說明)_____					

9. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**效率性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 全國醫療支出佔GDP之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 病床佔床率-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 平均每人每年就醫（含健保門診與非健保門診） 次數-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 全國藥費佔醫療支出之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 全國藥費佔GDP之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 全國檢查費用佔醫療支出之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 其他(請列舉說明)_____					

10. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**效能性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 國民平均餘命-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 國民健康平均餘命-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 粗死亡率-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 嬰兒死亡率-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 其他(請列舉說明)_____					

11. 下列指標是目前健保監理委員會的業務監理指標，您認為那些指標適合作為健保政策核心價值的評量指標？

	非常適合	適合	無意見	不適合	非常不適合
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 平均每人每年健保門診次數-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 高診次保險對象輔導後就醫次數-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 專案稽核查獲率-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 基層慢性病案件占西醫總慢性病案件比率-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 門診部分負擔比率-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 處方箋釋出率(西醫基層) -----	<input type="checkbox"/>				
(7) 慢性病連續處方箋出率(醫院) -----	<input type="checkbox"/>				
(8) 慢性病連續處方箋開立率(西醫基層) -----	<input type="checkbox"/>				
(9) 慢性病連續處方箋開立率(醫院) -----	<input type="checkbox"/>				
(10) 出院後 3 日內急診/住院率-----	<input type="checkbox"/>				
(11) 糖尿病試辦計畫病人完整追蹤率-----	<input type="checkbox"/>				
(12) 腹膜透析占率-----	<input type="checkbox"/>				
(13) 總醫療服務量之管控值-----	<input type="checkbox"/>				
(14) 區域醫院以上住診服務點數占率-----	<input type="checkbox"/>				
(15) 區域醫院以上初級門診照護率-----	<input type="checkbox"/>				
(16) 查核追回金額-----	<input type="checkbox"/>				
(17) 輔導醫療院所繳回誤報之金-----	<input type="checkbox"/>				
(18) 藥費成長率-----	<input type="checkbox"/>				
(19) 每人每年平均藥費-----	<input type="checkbox"/>				
(20) 藥費占率(門診及住院) -----	<input type="checkbox"/>				
(21) 西醫門診每張處方箋藥品項-----	<input type="checkbox"/>				
(22) 門診同藥理分類不同處方用藥日數重複率 (西醫基層、醫院) -----	<input type="checkbox"/>				
(23) 門診注射劑使用率(西醫基層) -----	<input type="checkbox"/>				
(24) 門診抗生素使用率(西醫基層) -----	<input type="checkbox"/>				
(25) 門診手術後 2 日內急診/住院率 (西醫基層、醫院) -----	<input type="checkbox"/>				
(26) 出院後 14 日內再住院率-----	<input type="checkbox"/>				
(27) 30 日以上超長住院率(醫院)-----	<input type="checkbox"/>				

第二部分 健保政策績效評估資訊揭露相關的意見

12. 請問您認為對於上述關於健保政策績效的評量指標資訊，衛生署應透過何種管道予以公開？（★可複選）
- (1) 舉行記者會 (2) 衛生署監理會會議 (3) 衛生署網站
 (4) 健保局網站 (5) 報紙
 (6) 其他（★請說明） _____
13. 請問您認為前述關於健保政策的績效評量指標，應至少間隔多少時間定期公布？
- (1) 一年 (2) 二年 (3) 三年 (4) 四年
 (5) 其他（★請說明） _____
14. 請問您是否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量指標的資訊？
- (1) 非常同意 (2) 同意 (3) 普通 (4) 不同意 (5) 非常不同意
- 理由（★請說明） _____

15. 請問您是否同意健保主管機關在分析健保政策的績效評量指標時，應進行與國際上其他國家的指標資訊比較？
- (1) 非常同意 (2) 同意 (3) 普通 (4) 不同意 (5) 非常不同意
- 理由（★請說明） _____

16. 請問您對於建構健保政策核心價值的績效評量指標與資訊揭露方式，若有其他建議，敬請不吝提供。
- _____

附錄二

「建構健保政策核心價值的評量指標」之德菲法調查

第二回合

各位先進：

您好！非常感謝您填答本研究之第一回合專家學者問卷，並提供寶貴意見。截至8月12日止，本研究所有參與者皆已回覆，其意見已統計如附件，敬請參考。

根據專家學者的意見，本研究附上修改後的第二回合問卷，煩請撥冗填答。修改之原則為凡於第一回合中有高度共識之題目(例如多數參與者回答「非常同意」與「同意」，少數回答「普通」，沒有人回答「非常不同意」與「不同意」)，則不再追問，第二回合將該題目劃上一條線，作為「不再詢問」之標記。

此外，專家學者建議本研究增列之指標與問題；經研究小組討論之後，將其增列作為第二回合之題目或選項，並於問卷內容加上說明。

為感謝您的協助，敬附德菲專家諮詢費收據，煩請於填答完問卷後，將收據與本問卷於9月14日前，一併以回郵信封寄回。本研究將儘速以現金袋寄出專家諮詢費。再次謝謝您的協助！

研究主持人：劉宜君副教授(元智大學社會暨政策科學學系)

協同主持人：傅立葉副教授(政治大學社會行政與社會工作研究所)

聯絡人：陳政昌 助理

電話：0958606650

電子信箱：chen.0927@gmail.com

中華民國九十七年九月一日

健保政策績效評量之構面

構面	概念型定義	參考來源或依據
公平性	健保政策設計的財務公平性	(盧瑞芬，2003)、(楊銘欽，2002)、(全民健康保險法，2003)、(民間監督健保聯盟，2005)、(Wagstaff and Van Doorslaer, 1992)
普及性	納保率	(江東亮，1995)、(藍忠孚等，2000)、(全民健康保險法，2003)、(民間監督健保聯盟，2005)
可近性	使用健保醫療服務便利性、平等性	(盧瑞芬，2003)、(藍忠孚等，2000)、(葉秀珍，1999)、(楊銘欽，2002)、(林進財等，2006)、(Phelps, 1997)、(民間監督健保聯盟，2005)、(楊長興、蔡尙學、楊俊毓，2000)、(蔡文正等，2006)、(行政院衛生署，2006)
完整性	醫療服務完整性	(藍忠孚等，2000)、(鄭守夏、江東亮，1997)、(江東亮，1995)、(民間監督健保聯盟，2005)
適足性	資源配置充足性	(楊志良，2003)、(鄭守夏、江東亮，1997)、(江東亮，1995)、(鄭文輝，1998)、(鄭文輝等，2002)
可付性	醫療服務的價格具有可負擔性	(全民健康保險法，2003)、(游慧光、王漢民、鄭新慶，2005)、(民間監督健保聯盟，2005)
課責性	制度設計的課責性	(楊志良，2003)、(陳敦源，2003)、(行政院衛生署，2004)、(傅立葉，2006)
效率性	醫療服務具有成本效益	(鄭文輝，1998)、(Van Doorslaer et al., 1993)、(江東亮，1995)、(盧瑞芬，2003)、(謝啓瑞，2002)
效能性	健保達到效能	(江東亮，1995)、(Chang, Hwang, and Cheng, 1995)、(Donaldson and Gerard, 1993)、(賴美淑，2002)

第一部分 對於健保政策核心價值與績效評量指標的意見

1. 請問您是否同意下列構面作為評量健保政策的**核心價值**？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 公平性(equity) (本題表示「同意」意見的共識高，無須再詢問)					
(2) 普及性(universality) (本題表示「同意」意見的共識高，無須再詢問)					
(3) 可近性(accessibility) -----	<input type="checkbox"/>				
(4) 完整性 (comprehensiveness)-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 適足性(adequacy)-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 可付性(affordability) -----	<input type="checkbox"/>				
(7) 課責性(accountability) -----	<input type="checkbox"/>				
(8) 效率性(efficiency) -----	<input type="checkbox"/>				
(9) 效能性(effectiveness) -----	<input type="checkbox"/>				
(10) 其他(請列舉說明) _____					

2. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**普及性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 全國民眾的健保納保率 (本題表示「同意」意見的共識高，無須再詢問)					
(2) 不同地區民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 不同性別民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 不同族群民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 不同職業民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 不同所得民眾的健保納保率-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 不同年齡民眾的健保納保率----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(8) 其他(請列舉說明) _____					

3. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策公平性的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 依保險對象的經濟能力收取保險費-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 其他(請列舉說明)_____					

4. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策可近性的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 不同地區民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 不同性別民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 不同族群民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 不同職業民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 不同所得民眾使用健保服務資源的可近性-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 不同疾病程度民眾使用健保服務資源的可近性 (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(7) 其他(請列舉說明)_____					

5. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**完整性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 健保給付項目的完整性-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 健保醫療支出佔全國醫療保健支出之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 每家戶自費醫療支出佔該戶總醫療支出之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用天數-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 民眾輕微不舒服時，自行購買西藥服用機率-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 每人自費醫療項目之平均數量 (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(7) 其他(請列舉說明)_____					

6. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**適足性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 每千人醫院數-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 每醫療機構服務人數-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 每醫療機構服務面積-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 每千人醫師數-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 每平方公里執業醫師數-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 每千人一般病床數-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 每千人慢性病床數-----	<input type="checkbox"/>				
★下列為第二回合新增問題					
(8) 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫院數之比較-----	<input type="checkbox"/>				
(9) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(10) 北、中、南、東部及外島等不同地區，每醫療機	<input type="checkbox"/>				

構服務面積-----					
(11) 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫師數之比較-----	<input type="checkbox"/>				
(12) 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-----	<input type="checkbox"/>				
(13) 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人一般病床數之比較-----	<input type="checkbox"/>				
(14) 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人慢性病床數之比較-----	<input type="checkbox"/>				
(15) 偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較-----	<input type="checkbox"/>				
(16) 平均每人掛號等候時間-----	<input type="checkbox"/>				
(17) 平均每人就診等候時間-----	<input type="checkbox"/>				
(18) 平均每人手術等候時間-----	<input type="checkbox"/>				
(19) 平均每人檢查等候時間-----	<input type="checkbox"/>				
(20) 其他(請列舉說明)_____					

7. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策可付性的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 平均每人自付醫療支出金額----- (★第二回合修正問題)	<input type="checkbox"/>				
(2) 平均每人健保醫療支出金額----- (★第二回合修正問題)	<input type="checkbox"/>				
(3) 平均每戶家庭健保醫療支出佔該戶可支配所得之比例 (本題表示「同意」意見的共識高，無須再詢問)					
(4) 平均每戶健保費支出佔該戶可支配所得之比例-	<input type="checkbox"/>				
(5) 平均每人每年掛號費用----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(6) 其他(請列舉說明)_____					

8. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**課責性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 健保相關決策過程公開的程度 (本題表示「同意」意見的共識高，無須再詢問)					
(2) 與健保財務相關的決策過程公開的程度-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 與醫療品質相關的決策過程公開的程度-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 民眾對於健保政策的滿意度-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 與醫療品質指標相關的決策過程公開的程度---- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(6) 與照護結果指標相關的決策過程公開的程度---- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(7) 健保財務資訊的公開程度----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(8) 各醫院財報的公開程度----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(9) 與健保經營效率相關資訊公開的程度----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(10) 其他(請列舉說明) _____ _____ _____					

9. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**效率性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 全國醫療支出佔GDP之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 病床佔床率-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 平均每人每年就醫（含健保門診與非健保門診） 次數-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 全國藥費佔醫療支出之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 全國藥費佔GDP之比例-----	<input type="checkbox"/>				

(6) 全國檢查費用佔醫療支出之比例-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 健保行政支出佔健保支出之比例----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(8) 醫療機構門診處方釋出率----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(9) 醫療機構慢性病連續處方簽釋出率----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(10) 其他(請列舉說明)_____					

10. 請問您是否同意下列指標作為評量健保政策**效能性**的指標？

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 國民平均餘命-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 國民健康平均餘命-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 粗死亡率-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 嬰兒死亡率-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 可避免死亡率(preventable mortality) ----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(6) 風險分擔(risk sharing)程度----- (★第二回合新增問題)	<input type="checkbox"/>				
(7) 其他(請列舉說明)_____					

11. 下列指標是目前健保監理委員會的業務監理指標，您認為那些指標適合作為健保政策核心價值的評量指標？

	非常適合	適合	無意見	不適合	非常不適合
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 平均每人每年健保門診次數-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 高診次保險對象輔導後就醫次數-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 專案稽核查獲率-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 基層慢性病案件占西醫總慢性病案件比率-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 門診部分負擔比率-----	<input type="checkbox"/>				

(6) 處方箋釋出率(西醫基層) -----	<input type="checkbox"/>				
(7) 慢性病連續處方箋釋出率(醫院)-----	<input type="checkbox"/>				
(8) 慢性病連續處方箋開立率(西醫基層) -----	<input type="checkbox"/>				
(9) 慢性病連續處方箋開立率(醫院) -----	<input type="checkbox"/>				
(10) 出院後 3 日內急診/住院率-----	<input type="checkbox"/>				
(11) 糖尿病試辦計畫病人完整追蹤率-----	<input type="checkbox"/>				
(12) 腹膜透析占率-----	<input type="checkbox"/>				
(13) 總醫療服務量之管控值-----	<input type="checkbox"/>				
(14) 區域醫院以上住診服務點數占率-----	<input type="checkbox"/>				
(15) 區域醫院以上初級門診照護率-----	<input type="checkbox"/>				
(16) 查核追回金額-----	<input type="checkbox"/>				
(17) 輔導醫療院所繳回誤報之金額-----	<input type="checkbox"/>				
(18) 藥費成長率-----	<input type="checkbox"/>				
(19) 每人每年平均藥費-----	<input type="checkbox"/>				
(20) 藥費占率(門診及住院) -----	<input type="checkbox"/>				
(21) 西醫門診每張處方箋藥品項-----	<input type="checkbox"/>				
(22) 門診同藥理分類不同處方用藥日數重複率 (西醫基層、醫院) -----	<input type="checkbox"/>				
(23) 門診注射劑使用率(西醫基層) -----	<input type="checkbox"/>				
(24) 門診抗生素使用率(西醫基層) -----	<input type="checkbox"/>				
(25) 門診手術後 2 日內急診/住院率 (西醫基層、醫院) -----	<input type="checkbox"/>				
(26) 出院後 14 日內再住院率-----	<input type="checkbox"/>				
(27) 30 日以上超長住院率(醫院)-----	<input type="checkbox"/>				

★第二回合新增問題

11-1. 下列指標是目前健保監理委員會的財務監理指標，您認為那些指標適合作為健保政策核心價值的評量指標？

	非常適合	適合	無意見	不適合	非常不適合
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) 保險費率-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 安全準備-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 借款-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 保險收支餘絀-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 保險收入-----	<input type="checkbox"/>				

(6) 保險給付-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 呆帳-----	<input type="checkbox"/>				
(8) 資金運用損益-----	<input type="checkbox"/>				
(9) 其他收支-----	<input type="checkbox"/>				

第二部分 健保政策績效評估資訊揭露相關的意見

★第二回合修正選項

17. 請問您認為對於上述關於健保政策績效的評量指標資訊，衛生署應透過何種管道予以公開？ （★本題為複選題）
- (1) 舉行記者會
 (2) 衛生署監理會會議
 (3) 衛生署網站
 (4) 健保局網站
 (5) 各種大眾傳播媒體
 (6) 各衛生所
 (7) 區域以上醫院
 (8) 發行年報
 (9) 其他（★請說明）_____

★第二回合修正選項

18. 請問您認為前述關於健保政策的績效評量指標，應至少間隔多少時間定期公布？
 (1) 一年 (2) 二年 (3) 其他（★請說明）_____
19. 請問您是否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量指標的資訊？
 (1) 非常同意 (續答 14-1)
 (2) 同意 (續答 14-1)
 (3) 普通
 (4) 不同意 (續答 14-2)
 (5) 非常不同意 (續答 14-2)

★第二回合新增問題（本題為第 14 題之延伸題，請仔細勾選）

- 14-1 請問您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量指標的資訊之理由為何？ （★本題為複選題）
- (1) 透過法律強制之規定，讓被保險人獲得正確的健保資訊
 (2) 讓全民知道健保問題所在
 (3) 可讓民眾清楚瞭解相關單位的努力
 (4) 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
 (5) 建立制度
 (6) 病人醫療資訊不對等
 (7) 其他（★請說明）_____

14-2 請問您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量指標的資訊之理由為何？ **(★本題為複選題)**

- (1) 為政府施政成效之一，本應主動公布，不需立法
- (2) 不立法就可以做
- (3) 其他 (★請說明) _____

★第二回合新增問題

20. 請問您是否同意政府公布健保政策績效評量指標時，針對專業人士與一般民眾分開描述資訊？

- (1) 非常同意
- (2) 同意
- (3) 普通
- (4) 不同意
- (5) 非常不同意

理由 (★請說明) _____

(本題表示「同意」意見的共識高，無須再詢問)

~~21. 請問您是否同意健保主管機關在分析健保政策的績效評量指標時，應進行與國際上其他國家的指標資訊比較？~~

- ~~(1) 非常同意 (2) 同意 (3) 普通 (4) 不同意 (5) 非常不同意~~

22. 請問您對於建構健保政策核心價值的績效評量指標與資訊揭露方式，若有其他建議，敬請不吝提供。

問卷到此結束，感謝您撥冗協助

附錄三

「建構健保政策核心價值的評估指標」之電話調查問卷

小姐（先生）您好，我們是元智大學民調中心的訪員，我們接受衛生署委託進行全民健保政策評估的研究，您的意見會作為政府改進健保的參考。請問您年滿 20 歲了嗎？（若不是，請家裡頭已經滿 20 歲的人接受訪問）

【若為合格受訪者→接下來我們想請教您一些問題，您的回答只做統計分析，沒有其他方面的用途，敬請安心作答，謝謝。】

1. 請問您居住在台灣那一個縣市？

【若受訪者質疑，請解釋→因為您的電話是電腦隨機選擇出來的，所以我們不知道您的住址，我們想知道不同地區民眾的寶貴意見】

- (1) 台北市 (2) 高雄市 (3) 基隆市 (4) 新竹市
 (5) 台中市 (6) 嘉義市 (7) 台南市
- (8) 台北縣 (9) 宜蘭縣 (10) 桃園縣 (11) 新竹縣
 (12) 苗栗縣 (13) 台中縣 (14) 彰化縣 (15) 南投縣
 (16) 雲林縣 (17) 嘉義縣 (18) 台南縣 (19) 高雄縣
 (20) 屏東縣 (21) 台東縣 (22) 花蓮縣 (23) 澎湖縣
 (24) 金門縣 (25) 連江縣

如果回答 XX 縣者（即前面（8）至（25））→進一步詢問是哪一個行政區（鄉、鎮、市）

1.1 行政區： (1) 鄉 (2) 鎮 (3) 縣轄市

※以下想請教你一些關於判斷健保辦得好不好的標準，請您針對這些標準回答他們的重要性，選項從「非常重要」、「重要」、「普通」、「不重要」到「非常不重要」，請您從五項中選擇一項

※接著請教你，現在用這個標準判斷健保辦得好不好，那你對健保的滿意度如何，選項從「非常滿意」、「滿意」、「普通」、「不滿意」到「非常不滿意」，請您從五項中選擇一項

2. 您覺得在評量全民健保辦得好不好的時候，下面這些標準重不重要？

2.1 所有民眾都參加全民健保

- (1) 非常重要 (2) 重要 (3) 普通 (4) 不重要 (5) 非常不重要

- 2.1.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.2 按照民眾的經濟能力來收取健保費
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.2.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.3 不同地區的民眾使用健保的醫療服務都很方便
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.3.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.4 所有民眾需要的醫療服務項目，健保都有保障
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.4.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.5 健保照顧到偏遠地區民眾的醫療服務
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.5.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.6 健保提供民眾看病的醫院、醫師數量非常充足
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.6.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.7 除了特殊情形(如失業的人、低收入家庭)，每個家庭都負擔得起健保費
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.7.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.8 民眾參加健保的滿意度
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.8.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.9 健保可以用最少的錢維護民眾的健康
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.9.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.10 健保可以有效提升民眾的健康
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要

- 2.10.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.11 政府在討論關於健保的事情，決定過程讓民眾知道
 (1)非常重要 (2)重要 (3)普通 (4)不重要 (5)非常不重要
- 2.11.1 如果現在用這個標準來看健保辦得好不好，您滿意健保嗎？
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
- 2.12 除了前面的標準外，有沒有其他你覺得可以用來判斷健保辦的好不好的標準？
 (1)有(★請說明)_____
- (2)沒有
3. 對於前面提到健保辦得好不好的資訊，您認為政府最少要間隔多久時間讓民眾知道？
 (1)每半年 (2)每一年 (3)每二年 (4)每三年
4. 如果政府要公布健保辦得好不好的資訊，您認為可以利用哪一種方式讓民眾知道？(★可以複選)
 (1)定期舉辦記者會 (2)衛生署或健保局的網站 (3)網站
 (4)各大眾傳播媒體(如電視、報紙、電台) (5)各衛生所 (6)公立醫院
 (7)其他(★請說明)_____
5. 對於前面提到關於健保辦得好不好的資訊，請問您認為應不應該立法要求政府定期公布這些資訊？
 (1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意
6. 您認為政府在公布健保辦得好不好的資訊時，需不需要與別的國家作比較？
 (1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意
- 6.1 回答「普通」、「同意」、「非常同意」繼續問
 您認為是那些國家？(★可以複選)
 (★答案由回答者自己說，選項不需要唸給他聽)
 (1)美國 (2)加拿大
 (3)日本 (4)韓國 (5)新加坡
 (6)中國大陸、香港 (7)其他亞洲國家
 (8)英國 (9)德國 (10)法國 (11)其他歐洲國家
 (12)北歐四國(瑞典、丹麥、芬蘭、挪威)
 (13)其他(★請說明)_____
- (99)拒答

7. 請問您的最高學歷是？
- (1) 國中或以下
- (2) 高中、高職
- (3) 專科
- (4) 大學
- (5) 研究所以上
- (99) 拒答
8. 請問您的年齡（或歲數）是？
- (1) 20-29 歲
- (2) 30-39 歲
- (3) 40-49 歲
- (4) 50-59 歲
- (6) 60 歲以上
- (99) 拒答
9. 請問您目前的職業是？
- (1) 軍公教人員
- (2) 民營公司員工
- (3) 公司、商店或執業場所負責人
- (4) 領有專業證照的人員
- (5) 參加職業工會的人員
- (6) 農漁民
- (7) 學生
- (8) 家庭主婦
- (9) 無業
- (10) 退休人員
- (11) 其他(★請說明)_____ (99) 拒答
10. 請問，您的家庭平均一個月收入(包括薪資、租金、投資所得、子女給的、退休金等)大概多少？
- (1) 2 萬元以下
- (2) 2 萬~4 萬元以下
- (3) 4 萬~7 萬元以下
- (4) 7 萬~10 萬元以下
- (5) 10 萬~15 萬元以下
- (6) 15 萬元以上
- (7) 無收入
- (99) 不知道/拒答

*** 我們的訪問就到這裡為止，謝謝您接受我們的訪問 ***

24、性別： (1) 男 (2) 女