

計畫編號：98K6187

行政院衛生署九十八年度委託研究計畫

從民眾觀點建構健保評量指標第二年研究

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)

洪婉嬪(政治大學社會行政與社會工作研究所研究生)

執行期間：中華民國九十八年四月二十七日至十一月二十七日

****本研究報告僅供參考，不代表本署意見****

中文摘要

本研究從多元面向進行廣義民眾觀點的評估指標建構，透過二次座談會討論第一年研究發現，據以進行二回合政策德菲法調查，以及執行民眾電話調查。研究發現為提出健保政策績效評量構面為「納保普及性」、「財務公平性」、「就醫可近性」、「保障完整性」、「資訊公開性」、「服務效率性」、「制度課責性」、「政策效能性」、「財務合理性」。研究綜合政策德菲法與民意調查之發現，提出健保政策評量構面、指標、操作性定義、國際比較與否、資訊蒐集方式、資訊揭露方式等。

本研究提出的構面與指標建議配合政策執行重點，而有不同階段的領先指標。例如在納保擴張期強調就醫可近性、納保普及性、保障完整性構面與其指標，成本節制期與支付改革期，以財務公平性、政策效能性與服務效率性為領先構面與指標，成熟整合期以制度課責性、資訊公開性與財務合理性為領先構面與指標，使指標具有動態性。研究建議將從「民眾觀點」建構指標，解釋為「對民眾有利」的觀點，而非純粹用民眾的想法建構指標。亦即以民眾利益為主的觀點，包括在內容對於民眾是友善的、易理解的，以及接近民眾關心的內容。關於健保評量構面、指標的落實，本研究建議除由健保監理會負責執行指標的監測外，由於健保政策評量構面與指標會隨著政策執行重點與問題有所調整，並非一層不變，可能三至五年需要修正一次，因而也建議由國家衛生研究院或是其他適當機構定期檢視與分析指標的適當性，以使指標符合政策發展需求。為能有效落實指標內容，且配合健保局近期組織性質調整工作，本研究建議衛生署對於指標的落實訂定獎懲配套措施，例如對於未能符合預期執行進度者，予以懲罰，而執行進度超過指標的目標值者，予以獎勵。最後，研究建議定期公布構面與指標相關資訊，讓民眾知道健保的執行情形，而非僅強調滿意度調查。

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”. For the empirical study, the study utilizes the policy Delphi method to collect the 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 to understand satisfaction about the national health insurance policy implementation.

This study proposed recommendations with the dimensions and indicators focus on policy implementation, while the leading indicators of different stages. For example, in the stage of enrollment expansion, the government emphasizes the indicators of universality, the integrity of the dimensions and their indicators. In the stage of cost containment and the payment reform period, the government emphasizes financial equity, service efficiency performance and integration period to maturity of the system accountability, information openness and financial rationality as the leading dimensions and indicators. Research proposals from the "popular view" can be interpreted as "for the benefit of the people" point of view, rather than purely the idea of construction of indicators of people. That is, the people's interest and point of view, including the content for the people is friendly, easy to understand, as well as closer to the people concerned about the content. Finally, the study recommends dimensions and indicators regularly publish relevant information so that people know that the implementation of health care situations, including the good the bad information, not just stressed satisfaction survey.

These indicators may be carried out on basis of the international comparison. The research recommends that the performance assessment indicators ought to examine and discuss 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 Indictors

目 錄

目錄	III
表目錄	V
圖目錄	IX
第一章 緒論	1
第一節 研究背景、目的與範圍	1
第二節 研究方法與步驟	2
第二章 相關文獻與研究之探討	5
第一節 第一年研究之主要發現與檢討	5
第二節 健保政策評量指標之國內相關研究	8
第三節 健保政策評量指標之國際相關研究	12
第三章 政策德菲法之設計、執行與結果分析	18
第一節 政策德菲法問卷之設計	18
第二節 政策德菲法之執行	31
第三節 政策德菲法之結果分析	33
第四節 小結	69
第四章 民眾電話調查之設計、執行與結果分析	73
第一節 民眾電話調查問卷之設計	73
第二節 民眾電話調查之執行	75

第三節 民眾電話調查之結果分析	79
第五章 結論與建議	100
第一節 研究結論	100
第二節 建議事項	118
參考文獻	121
附錄	130
附錄一 第一次焦點團體座談會討論重點	130
附錄二 第二次焦點團體座談會討論重點	136
附錄三 第一回合政策德菲法調查問卷	142
附錄四 第二回合政策德菲法調查問卷	152
附錄五 民眾電話調查問卷	165

表 目 錄

表 1	第一年研究提出健保政策評量指標的構面	5
表 2	第一年研究「一般民眾」對於健保評量指標的其他意見分類	7
表 3	德菲法的工作步驟	18
表 4	本研究第一年與第二年構面之比較	26
表 5	本研究第一年與第二年德菲問卷指標之比較	26
表 6	邀請參與本研究政策德菲法之對象及專業背景	31
表 7	政策德菲法問卷寄發與回收時間與份數統計一覽表	32
表 8	政策德菲法名單及回覆情形	32
表 9	對於作為評量健保政策構面之同意程度	34
表 10	對於作為評量健保納保普及性指標之同意程度	35
表 11	對於評量健保財務公平性指標之同意程度	37
表 12	對於作為評量健保保障完整性指標之同意程度	38
表 13	對於作為評量健保就醫可近性指標之同意程度	40
表 14	對於作為評量健保服務效率性的指標之同意程度	44
表 15	對於作為評量健保資訊公開性指標之同意程度	47
表 16	對於作為評量健保制度課責性指標之同意程度	49
表 17	對於作為評量健保政策效能性指標之同意程度	52
表 18	對於作為評量健保納保普及性指標需要國際比較之意見	53

表 19	對於作為評量健保財務公平性指標需要國際比較之意見.....	55
表 20	對於作為評量健保保障完整性指標需要國際比較之意見.....	56
表 21	對於作為評量健保就醫可近性指標需要國際比較之意見.....	58
表 22	對於作為評量健保服務效率性指標需要國際比較之意見.....	62
表 23	對於作為評量健保資訊公開性指標需要國際比較之意見.....	65
表 24	對於作為評量健保政策效能性指標需要國際比較之意見.....	67
表 25	調查接觸狀況表	76
表 26	樣本縣市別與母體縣市別結構之差異檢定(加權後).....	77
表 27	樣本性別與母體性別結構之差異檢定(加權後).....	78
表 28	樣本年齡與母體年齡結構之差異檢定(加權後).....	78
表 29	樣本教育程度與母體教育程度結構之差異檢定(加權後).....	79
表 30	訪問成功樣本之性別分布	79
表 31	訪問成功樣本之年齡分布	80
表 32	訪問成功樣本之教育程度分布	80
表 33	訪問成功樣本之職業情況分布	81
表 34	訪問成功樣本之家庭平均一個月收入分布	81
表 35	受訪民眾最近一次看病之間隔時間分析.....	82
表 36	民眾對於上次看病經驗的服務滿意度分析.....	83
表 37	民眾對於上次看病不滿意之原因分析(複選題).....	83

表 38	民眾上次看病經驗對於健保滿意度之影響分析	84
表 39	民眾對於上次看病會影響其健保滿意度之原因分析 (複選題)	84
表 40	民眾對於上次看病不會影響其健保滿意度之原因分析 (複選題)	84
表 41	民眾對於健保滿意度評價之關連性分析 (複選題).....	85
表 42	民眾對於健保滿意度評價之關連性分析 (單選題)	86
表 43	民眾對於瞭解健保政策的資訊管道分析 (複選題).....	87
表 44	民眾對於政府宣導資訊之印象分析	88
表 45	民眾對於健保財務資訊的公開程度滿意度分析	88
表 46	民眾對於目前健保虧損金額的認知分析	89
表 47	民眾對於健保財務虧損可能影響對於民眾照顧之意見分析 ...	89
表 48	民眾對於健保財務虧損問題可能會讓健保辦不下去之意見分析	92
表 49	民眾對於與健保相關事務煩惱問題之意見分析(複選題)	94
表 50	民眾對於政府調漲高收入人健保費政策之意見分析	95
表 51	民眾對於調整高收入保費作法與調整健保滿意度關係之意見分 析.....	95
表 52	民眾對於看病常必須另外花錢之意見分析	96
表 53	民眾對於看病需要自費會影響健保滿意度之意見分析	96
表 54	民眾對於尚有 1%的人未加入健保之瞭解度分析.....	97

表 55	民眾對於政府幫助沒有加入健保者納保之同意度分析.....	97
表 56	民眾使用健保局申訴情形之意見分析.....	97
表 57	民眾對於健保人員申訴事件處理之滿意度分析.....	98
表 58	民眾對於健保三個委員會之認知意見分析.....	98
表 59	民眾對於知道三個委員會的認知分析(複選題).....	99
表 60	民眾對於政府公開三個委員會開會資料之意見分析.....	99
表 61	民眾對於想瞭解三個委員會會議紀錄之意見分析.....	99
表 62	健保評量指標與相關資料.....	105
表 63	健保政策評量指標的資訊蒐集與揭露方式.....	114
表 64	各健保時期之基本指標與績效評量指標.....	119

圖 目 錄

圖 1 研究步驟與流程	4
-------------------	---

第一章 緒論

第一節 研究背景、目的與範圍

壹、研究背景

本研究係延續性的第二年研究，第一年研究是從廣義民眾觀點建構健保政策的評量指標與資訊揭露方式，惟因為時間與經費限制，有必要繼續深入探討指標的適當性與操作性。為此，第二年研究除針對第一年的評量構面與指標進行修正外，並增加詢問民眾對於健保政策評價不佳之原因。

本研究整理第一年研究發現、缺失、專家學者建議意見與委託單位需求如下：

- (1) 對於第一年提出九個構面(包括「公平性」、「可近性」、「完整性」、「可付性」等)與「關注民眾」、「一般民眾」有共識指標(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」、「健保是否有照顧到偏遠地區民眾的醫療服務」、「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」、「民眾對於健保的滿意度」、「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」、「政府在討論關於健保的事情，其決定過程公開讓民眾瞭解」等)之意涵、指標之間彼此相關性，逐一進行檢視與分析，以釐清健保政策評量構面與其指標之意涵。
- (2) 對於健保政策評量指標的資料與測量來源，與目前健保統計資料庫之內容進行檢視，提出指標在可操作、可測量與可管理之根據。例如有哪些指標可以從現成資料庫取得資料加以分析？有哪些指標在目前的資料庫無法取得資料？或是有哪些指標需要透過問卷調查始能取得資訊？
- (3) 對於從「一般民眾」觀點分析健保政策評量指標之調查，增加其對於自費議題之觀點調查(例如經常自費的項目、負擔額度，民眾對健保的滿意度與是否自費之間的關係等)。

貳、研究目的

本研究目的是從民眾角度提出重要且具體可操作、可管理之健保政策評量指標，以作為相關單位未來定期監測，並進行資訊公開之參考依據，進而提供健保政策改革的參考。

參、研究範圍

各國政府在推動社會保險政策時，是在有限的醫療資源下以自身的能力與偏好規劃適合該國國情與社會發展的社會保險政策。我國全民健保自 1995 年 3 月 1 日開辦已逾十年，在各階段有不同的政策推動重點，例如開辦時期強調全國民眾都能參加全民健保，以及獲得健保服務的保障，之後則以制度設計完善作為目標。依據鄭文輝、朱澤民(2008：9)對於健保階段之界定，可分為「納保擴張期」(1995-1998 年)、「成本節制期」(1999-2001 年)到「支付制度改革期」(2002-2006 年)。而現階段可視為「成熟整合期」(2007 年後至今)。本研究提出的健保政策評量指標以適用「成熟整合期」為主，例如強調制度課責、資訊公開、服務效率等目標。

第二節 研究方法與步驟

壹、研究方法

為能分析前述議題，研究方法包括：

- (1) 文獻與相關資料的檢視與分析：由於第一年研究提出的構面與其指標仍有不清晰之處，本研究持續對於健保政策的評量指標進行相關文獻資料的蒐集，以及進行國際經驗比較的資料蒐集。
- (2) 焦點團體座談法：由於第一年在進行政策德菲法的過程中，未能邀集相關學者與團體代表進行面對面的溝通與腦力激盪，未能對於本研究提出的構面與指標、資訊揭露等議題做深入互動討論。為此，本研究以焦點團體座談法，對於構面與其指標意涵，彼此之間相關性、適當性與操作性等議題進行專家學者與相關團體的面對面的討論。焦點團體座談法作

為一種質化的諮詢方法，焦點團體主要是由共同經歷某些事物的一個或多個同質性團體組成，目的在讓研究者了解參與者對這些事物的主觀經驗與感受(黃東益等，2006：18)。本研究以參與第一年政策德菲法的專家學者、社會團體代表為邀請基礎，舉辦座談會，討論健保政策評量指標，並作為政策德菲法與民眾調查項目之設計依據。

(3) 政策德菲法：由於健保政策評量構面與指標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、效能與回應性等多元價值。本研究認為有必要透過不同領域專家社群間的腦力激盪與對話，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。因此，本研究以政策德菲法蒐集不同專業領域專家的觀點，由於第二年研究著重在操作化與落實階段，因而邀集監理委員會之委員進行二個回合的腦力激盪與「紙上會議」對話。

(4) 電話調查法：以全國二十歲以上民眾為母體，電話調查全國 1,068 位以上之民眾，詢問其對於健保政策評量指標、健保業務與財務監理指標、健保的自費議題、健保知能、資訊揭露內容與方式等相關問題的意見。

綜合前述，本研究藉由多元研究方法，以建立「對民眾有利」的可測量、可管理的健保政策評量構面、指標與其資訊揭露方式。

貳、研究步驟

由於健保政策影響層面廣泛，本研究仍從多元面向進行廣義民眾觀點的評估指標建構，茲將研究步驟與流程繪製如圖 1。由圖 1 可知，本研究先透過第一次座談會討論第一年研究發現，進而設計政策德菲法的調查問卷，並進行二回合的調查；之後舉辦第二次座談會討論政策德菲法的發現，以及設計民眾電話調查的問卷內容，並執行電話調查；在綜合不同調查發現後，以訪談執行人員確認指標的操作化定義與現行健保資料庫的連結，期以提出進而提出可操作化、可測量與可管理的健保政策評量指標與資訊揭露方式。

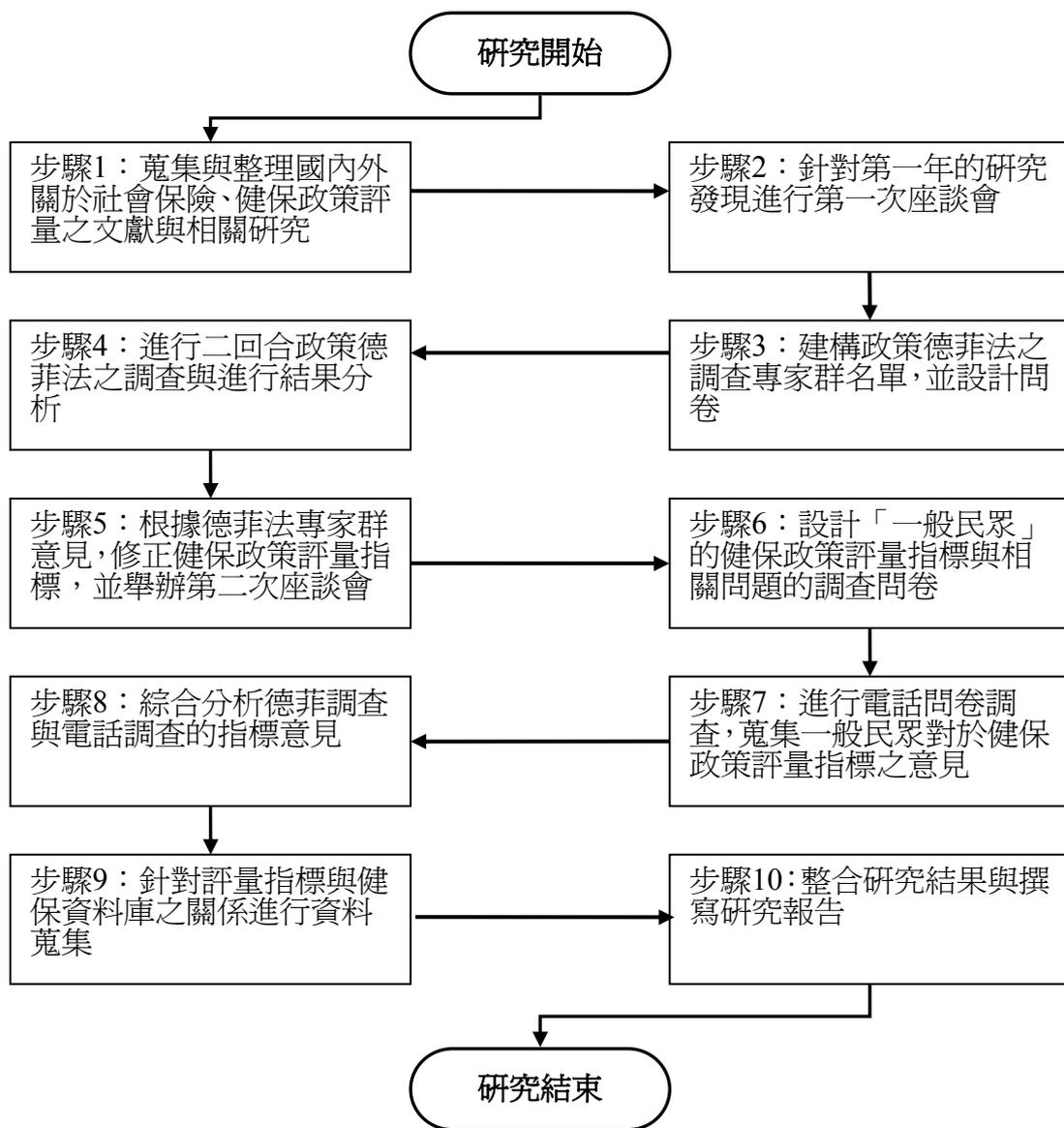


圖 1 研究步驟與流程

第二章 相關文獻與研究之探討

第一節 第一年研究之主要發現與檢討

本研究第一年的主要工作是將「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。主要研究發現為提出九項健保政策評量構面，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(健保達到政策效能)、課責性(制度設計的課責性)、效率性(醫療服務具有成本效益)、完整性(醫療服務完整性)、適足性(資源配置充足性)(詳表 1)。本研究依據九項構面提出約五十項指標，作為政策德菲法之問卷設計基礎。

表 1 第一年研究提出健保政策評量指標的構面

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、蔡尚學、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)、(謝啟瑞, 2002)
效能性	健保達到政策效能	(江東亮, 1995)、(Chang, Hwang, and Cheng, 1995)、(Donaldson and Gerard, 1993)、(賴美淑, 2002)

第一年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量構面形成高度或中度的共識。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。本研究進一步根據政策德菲法的部分共識性意見，並將文字修正為「一般民眾」能夠理解的表達方式，作為對於民眾電話調查題目之設計根據。電話調查後將「關注民眾」與「一般民眾」的意見進行比較，具有高度共識的評量指標有七項，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)。表 2 為「一般民眾」對於健保評量指標的其他意見分類。

本研究綜合「關注民眾」與「一般民眾」的實證調查發現，提出數項研究建議。主要建議包括：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量參考，使其兼具專業知識基礎與民主參與價值；建議將「關注民眾」認為適合作為健保政策評量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」。

此外，本研究對於健保政策評量指標之資訊揭露方式，建議可透過「衛生署網站」、「健保局網站」、「大眾傳播媒體」等作為公開健保政策評估指標之管道；同時公布健保政策評估指標時，可針對專業人士與一般民眾分開描述指標意涵與內容，使其具有可讀性。另外，本研究亦建議在分析健保政策評量指標時，可進行國際間之比較，惟因每個國家的制度設計仍有不同，且國情、經濟發展、社會文化有所差異，在進行國際比較時，同時考慮整體政治經濟環境與社會發展。

表 2 第一年研究「一般民眾」對於健保評量指標的其他意見分類

財務與給付	<ul style="list-style-type: none"> ● 人民自費的問題 ● 大醫院收費太高 ● 給付範圍要廣一點 ● 以繳得起為準 ● 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
醫藥資源	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 藥物濫用 ● 多照顧山上的民眾，偏遠地區醫療服務不夠
公平性	<ul style="list-style-type: none"> ● 希望收費標準能公平 ● 有沒有照顧弱勢團體 ● 罕見疾病納入健保
服務	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫療人員的態度 ● 是否有效的宣導正確使用藥物觀念 ● 醫生醫德、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 ● 健保資源分布之評估 ● 藥物價格和看病的範圍不夠透明化
其他	<ul style="list-style-type: none"> ● 以病重的程度區分 ● 民眾醫療的有效性

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">● 年度生病機率是否降低● 民眾素質● 健保局與其他中央事務單位溝通問題 |
|--|

第二節 健保政策評量指標之國內相關研究

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

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

至於個體經濟效益是指個人有效利用健保醫療資源。例如根據江東亮的分析，健保實施後，存在醫療資源使用不具效率的現象，如民眾的門診利用量太高、醫院占床率下降(江東亮，2006：95)。另一方面，效率的評估除涉及醫療成本外，

尤其指醫療成本相對於健康照顧結果而言。健康照顧亦是指民眾健康的促進與獲得適當的醫療照顧品質，即健保政策效能的指標。例如蕭慶倫(2005)採用國際上的評量架構，發現台灣在許多醫療品質指標與先進國家相似或更好。惟非傳染性疾病的日益增加，加上醫療照護體系強調以醫院及治療為重心，使得健保未能以最佳的成本效益，提供好的醫療品質。在實證方面，根據吳宛蕙、楊長興(2007)研究發現健保實施對於民眾的健康有正向的改善，城鄉間女性健康差距較男性小，同時對於最高、中等都市化位階平均餘命差距改善程度優於最高、最低都市化位階平均餘命差距，特別是老年人的部分。但是最高、最低都市化位階民眾平均餘命的差距並沒有顯著性的縮小，建議持續推動最低都市化位階地區的民眾婦女保健、產前照護、環境改善及教育提升，使偏遠地區民眾獲得適當照護，提升偏遠地區民眾平均餘命，以縮短城鄉間平均餘命的差距。2008年，國家衛生研究院溫啟邦研究室發表「評估全民健保的十年經驗」之研究論文，該研究為評估健保實施後是否提昇全民健康，比較健保實施前十年與健保實施後十年在不同健康族群間「平均餘命」的變化。其將全國所有鄉鎮以健康狀態分為十個群組，進行各群組於健保實施前十年（自1982-1984年至1992-1994年）與實施後十年（1992-1994年至2002-2004年）平均餘命變化之比較分析研究；並衡量1995年至2004年的就醫狀況，以及死亡率最高與最低之兩組居民之健康行為，包括吸菸、嚼檳榔、飲酒、肥胖分布、車禍意外等，以瞭解其間差異之因素。研究發現健保提升經濟弱勢族群的平均餘命，比較健保實施前後10年，經濟弱勢的人多活7個月又13天。但若擴及全民，健保對於增進健康的助益不大，全體國人平均餘命增加的速度並沒有因為健保而有明顯增加。主要原因為醫療對於健康的影響占10%，而生活習慣對於健康的影響較大，占60%，顯示健康飲食與生活型態的重要。例如東部男性吸煙、吃檳榔的比例比起台北居民平均高出2至5倍，因而發現台北市的人最長壽，比起東部多活10年以上，而男性抽煙喝酒的比例高於女性7倍，也反應出女性平均壽命比起男性長。研究建議健保資源多用於預防保健，而不限於疾病治療(Wen, Tsai, and Chung, 2008)。因此，平均餘命亦可以作為一個

國家的社會保險制度執行成效的效能性評量。綜合言之，就健保的淨經濟效益，不但包含以較少的醫療費用與資源提供健康照護，也包括從照顧結果觀察健保的政策成效。

另外，賴美淑(2002)利用死亡率變化之結果，分析人口的投保涵蓋率為重要指標，並探討其影響的強度。針對台灣地區 1990 年至 1999 年分析施行健保前、後各五年死亡率的改變。研究發現全國疾病「標準化死亡率」的改善是與健保政策及經社環境有關，但無法顯示健康保險人口涵蓋率為變數之影響強度；但在以可避免死亡疾病的「可避免死亡率」為依變數時，發現健保使可避免死亡疾病死亡率下降。即健保人口涵蓋率愈高，可避免死亡率愈小。其他如對於風險分擔程度的評估，這是因為健保的精神之一是風險分擔，亦即由多數人繳錢，少數人利用到服務，使國民不分所得高低，不會因病而延誤醫療或放棄醫療，掃除民眾就醫障礙(楊志良，2003：9-13；Donaldson and Gerard, 1993；Phelps, 2002)。但因為健保實施之後，部分負擔制度、給付項目的調整或是海外人士回國就醫等議題均會影響當初的風險分擔設計(行政院經濟建設委員會，2006)。因此，風險分擔的程度亦為健保評估指標之一。

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

的公平性目標，但收入層級低的民眾確有相當程度的就醫可近性（盧瑞芬，2004：22-23、50、56）。因此，該研究不僅評估健保費負擔的公平性，也分析獲得醫療服務便利的公平性與獲得健保給付的公平性。而根據國家衛生研究院體檢報告，健保實施後，財務公平性與就醫公平性顯著地提升，然對於失業者的就醫權利應給予更多的保障。此外，研究顯示，不同納保身分的被保險人，其身分間之財務負擔有水平分配之不公平的現象，弱勢團體及山地離島仍有就醫障礙。如部分負擔、時間成本、醫療資源分布不均等（楊志良，2003：221-223）。其他研究如針對健保是否使得健康照護更難負擔提出台灣的實證分析，研究發現健保增加獲得健康照護的公平性，並提供更多的風險保護，以及增進財務的平等（Hsiao, Yaung, and Lu, 1990; Lu and Hsiao, 2003: 77-78）。

最後，就健保的主觀性福利而言。健保公平性除了透過量化模型評估外，亦可透過民眾觀點評估健保的公平性，即主觀的公平性。例如財團法人國家基金會利用抽樣電話訪問的方式，瞭解民眾對健保本質的看法，發現即使醫療費用高、治癒機會低，民眾仍認為健保應予給付，顯示健保在目前國人的心目中已被定位為「社會福利」事業，同時大部分民眾認為仍應具備公平性（林雨靜，2000）。一般而言，健保的主觀性福利是包含多元面向的指標。例如董鈺琪（2005）彙整自健保開辦之後，關於健保民意調查的報告進行內容分析及趨勢分析，發現民眾對健保滿意度直接相關的因素為對特約院所的滿意度、保費負擔重及保費計費公平性。此外，健保的主觀性福利指標與民眾對於健保的評價有關。傅立葉（2006）研究民眾對健保態度的歷史趨勢變化，以及不同社經地位與人口特徵的民眾間的態度差異，發現民眾滿意度的歷史趨勢與階層差異民眾對「健保政策」以及「醫療院所的醫療服務」有相當正面的評價，兩者呈現高度相關。近年隨著健保改革措施的逐項推動，為能獲得民眾對於健保朝向永續發展改革的支持，研究者亦從政治與行政面評估健保，如二代健保改革研究中對於社會參與、資訊公開、民主參與、行政與立法之間權責平衡的討論。例如楊志良（2003：214-216）討論健保需要行政獨立自主，建構權責相當的健保體制，以朝向永續發展改革。因而，課

責任亦為評估健保的面向之一。因此，健保的主觀性福利包括民眾對於醫療品質的評價、健保政策的滿意度、醫療服務利用情形、醫療支出情形等。

綜合前述，健保自實施以來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，健保政策的評量指標除了民眾滿意度外，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）。

第三節 健保政策評量指標之國際相關研究

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。American College of Physicians(2008)以 12 個先進國家為案例，分析指出健保制度除了提供健康保障外，亦要兼顧其經濟績效。另外對於 OECD 國家的研究發現，普及性的健康照護有助於成本的控制，而非費用擴張(Preker, 1998：120)。

若比較國際的經驗，WHO 於 2000 年出版的「The World Health Report 2000：Health Systems Improving Performance」(World Health Organization, 2000)，強調「好的健康」(good health)的意義有二層，一是所能達到的最好平均程度—好(the best attainable average—goodness)；一為個人之間的最小差異—公平性(the smallest feasible differences among individuals and groups—fairness)。同時該書亦以三項指標，國民健康、對國民期望的因應程度及財務分配的公平性(World Health Organization, 2000)。近年 Hanratty et al.討論普及的健康系統對於治療服務利用的公平性，針對 79 項研究進行系統性檢視，發現其中僅 26 個研究是對於不同社會經濟背景之團體提供差異化的需求服務，同時發現具有高的社會經濟地位的團體比低經濟地位較常使用專科醫師服務，另外也發現性別在使用家庭醫師服務的差異，男性較女性次數為低；以及教育程度較低的女性較教育程度為高的女性，有較少的家庭醫師服務(Hanratty et al., 2007: 104-105；Van Doorslaer, Wagstaff, and Rutten, 1992: Van Doorslaer et al., 2000: 556)。因此，醫療資源的合理公平配置與使用也是評估的面向之一。亦即一個理想的醫療照護體系，不但應使全體國民都有選擇使用醫療資源的機會與自由，且須有一套機制使資源達到最有效率的配置，能有效控制醫療費用的合理成長。因此，就分配價值的公平性而言，納保普及性、繳費公平性、獲得醫療服務的公平性與給付與負擔的公平性指標均可視為健保在分配價值公平性指標的範圍，也是觀察健保能否永續發展的標準。

另外加拿大實施健康保險的經驗也常為國際研究之焦點，Debber(2003)對於

加拿大健康照護的研究發現，雖然存在財務危機，但是在服務提供管道、品質、滿意度方面仍獲得相當高的評價，同時醫療費用的成長在控制之中。提到加拿大的健康保險模型是建立在分配必要照護市場的限制之認知上，加拿大健康保險系統主要困境在於聯邦與省政府之間對於組織健康照護是有爭議的，以及給付範圍(即廣泛性)，以及付費制度提供誘因結構。至於對於美國而言，加拿大的健保普及性、單一付費制度與組織的分層負責是值得學習的，且具有行政效率。加拿大的單一附費制度具有相當共識，但問題在於核心服務的內涵與需要的經費。因此，作者提出全民健保的原則，包括：(1)公共行政(public administration)：係指由政府提供健保制度設計，雖然多數照護由私立機構提供，但由公部門擔負起責任，以確保制度的責任；(2)廣泛性(comprehensiveness)：包含範圍係指所有保險的健康服務是由醫院、診所與牙醫所提供；(3)普及性(universality)：應該要百分之百的納保；(4)可攜帶性(portability)：指不同省之間，健康保險保障是可以攜帶的，亦即在省之間，健保保障是可以轉換的；(5)可近性(accessibility)：提供服務是在一致條件下，不能直接或間接的排斥或阻礙被保險人獲得健保服務(Debber, 2003: 20-21)。加拿大系統目前遇到的問題是財務問題，尤其是聯邦與省政府之間的財務分工，另外的困境是廣泛性議題，亦即如何界定服務範圍與項目，其他如建立具有市場導向的分配機制，試圖鼓勵競爭。

Ginsburg et al.(2008:60-64)提到促進美國健康照護的方式，採取廣泛的觀點，從促進服務管道、品質與效率加以說明。過去所謂的高品質服務一般是指短時間內獲得健康照護服務，但是花費較高的成本。但是在美國越來越多的窮人和少數族群沒有能力負擔高額保險費，亦致於無法獲得健康照護服務，使得健康狀況不佳，某些情況甚至不如開發中的國家。他們提出在 2005 年國協基金委員會(Commonwealth Fund Commission)提出高績效健康照護系統之指標，包括：(1)長期、健康和有意義的生活：提供一個高性能的衛生保健系統，儘可能協助所有人獲得長期、健康與具有生產力的生活。具體的指標包括：生存餘命、可避免死亡率、嬰兒死亡率。(2)品質：指提供高品質的預防保健服務、慢性疾病管理、護理

協調、提供以病人為中心的保健、養老院等。(3)管道：指所有人可以獲得需要的保健服務，包括醫療保險的納保率、有能力看醫生及獲得所需的醫療服務、家庭支出的自付醫療費用和保險費低於 10%、短的看病等待時間，以及極少數人有高額的醫療負債。(4)效率：包括低的過度使用服務或不當使用或是浪費，極少的行政費用、以資訊工具來支持有效率的照護。(5)公平：係指沒有服務管道或是品質之間的差異，以及降低因為收入、人口群體間的年齡、性別、種族和民族的差異而導致的不公平，例如降低高收入與低收入團體之間獲得服務機會與品質的不公平。(6)創新能力和改進的能力：健康照護系統創新與改進的能力有助於達成高的效能，該指標可以包括有助於創新的基礎建設和工作團隊的規劃能力，以獲得充份數量的醫生和其他專業保健人員。以上的指標可以提供美國的健康照護系統改革之參考。

Birch and Maynard (1986: 150-153)討論英國的全國健康服務(National Health Service)的績效指標與評估。他們提出英國的績效指標發展包括比較不同醫院之間骨科服務等等候時間、針對特定疾病的住院時間，之後發展比較財務與不動產的管理、人力資源、急診服務與洗衣服務等。惟之後發現這些資料的呈現無助於績效的改進，尤其過度重視資源的投入與對病患的影響，似乎與績效評估的目標與改進目的不一致。因此，他們提出促進績效指標之建議，認為指標應展現四項特質，包括與醫院或健康照護系統有關、呈現不模糊的績效資訊、指標意涵要明確，以及具有敏感度。所謂與醫院或健康照護系統目標相關是指醫療照顧服務產生的社會價值與其他社會活動的價值不同，應予以澄清；而指標的不模糊是指要考慮到投入與產出的關係，例如減少術後感染的發生可以降低住院天數，表示醫療機構績效的改進，但另一方面也可能因為尚未康復而太早出院造成回院率的增加，因而必須注意到醫療照護服務的機會成本。至於指標的明確性是指指標價值是從全國分配的環境加以考慮，但必須思考醫療機構因環境、病患組成與提供服務不同而有差異，因此必須界定醫療機構與其提供服務的特質。而指標的敏感性是指讓指標的價值對於外在影響因素保持敏感性。

而針對醫療品質方面的研究，例如美國國家醫學研究院(Institute of Medicine，簡稱 IOM)的品質委員會針對二十一世紀的新健康系統提出分析觀點。認為美國的健康照護系統因為組織不良，同時也太複雜與協調不良，以致於服務品質不佳與浪費資源。因而提出以病患為中心的改革思考，並提出六項改進的目的，包括：(1)安全：避免對照顧的病患產生傷害；(2)效能：以科學知識為基礎提供照顧服務，避免產生沒有益處的服務；(3)以病患為中心：尊重與回應個別病患的偏好、需要、價值提供服務；(4)即時性：減少病患的等候時間，避免發生有害的延誤；(5)效率：避免浪費，包括設備、供給與能源的浪費；(6)公平性：不因病患的性別、種族、地區、社會經濟地位而提供差別服務。而當健康照護系統實現六項目的，病患會經驗到更安全、更可信賴、更具回應性、更有整合與更具有可近性的健康照護服務，更能促進健康與長壽。此外，該委員會提出達到目的的十項原則，包括：(1)根據持續復原關係提供照護；(2)根據病患需求與價值提供客製化的服務；(3)病患是控制的來源；(4)知識應被分享與資訊應自由流動，醫師與病患進行有效地資訊溝通；(5)決策應以證據為基礎；(6)安全是照護系統的資產；(7)資訊透明對病患做決策是必要的；(8)病患的需求應被預期；(9)持續降低資源的浪費；(10)醫療人員之間的合作視為優先條件(Institute of Medicine, 2008)。

針對實施結果的評估指標，如 Dow and Schmeer(2003)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。

關於健康系統的績效衡量指標，Smith et al.(2008)提出過去經驗、現況與未來前景的觀察，其中特別提到績效指標應作為促進決策品質的參考依據，並留意到績效指標蒐集與公布的政治環境與執行組織層級，同時指出績效指標應該要界定清楚、具有一致性，而且要能定期監測以確保其維持適當的功能。另外也提到績效指標的資料蒐集方式，包括全國性民意調查、針對病患的調查、相關行政機關的資料庫、定期蒐集臨床資訊等，並應組合不同型態的資訊。例如當衡量回應性

時，透過家戶或個人調查可以獲知病患的經驗與觀點，而當要蒐集臨床資訊時，則應透過臨床相關機構蒐集成本效能方面的資訊。而他們提出的健康績效評量面向包括：人口健康(整體健康之評量，如生存餘命、可避免死亡率)、個人健康結果(如特定疾病的問卷調查)、臨床品質與照護適當性(如手術後再住院率、血壓值等)、健康系統的回應性(如病患經驗調查、病患滿意度調查等)：公平(如利用率調查、服務管道、費用支出)與生產力(如勞動生產力、成本效能評量、技術效率與分配效率)等。

綜合言之，對於健保政策評量指標的討論，包括涉及公平性、普及性、效率性、效能性、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 政策德菲法問卷之設計

本章內容為以第一年政策德菲法結果為基礎，從「對民眾有利」的觀點利用政策德菲法建構健保評量指標。

壹、政策德菲法之意涵

本研究以第一年研究發現作為基礎，針對構面與其指標的適當性，以政策德菲法蒐集意見。政策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)。德菲法主要特性：(1)以問卷方式間接交換意見以達匿名性；(2)藉由反覆式循環問卷的回饋作為溝通方式；(3)以客觀統計來呈獻專家團體之意見。完整德菲法所需執行的工作內容可分為表一之德菲法工作五步驟(黃俊英，1996)：

表 3 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
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，收集專家們個別意見，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)。

貳、第一次座談會之討論內容與結果

為了針對第一年提出之構面與指標加以修正，本研究於問卷設計之前邀請學者專家參與座談會，針對健保評量構面與指標提出討論。

本研究於 2009 年 7 月 24 日在政治大學舉辦學者專家座談會，邀請陽明大學衛生福利研究所吳肖琪教授、亞洲大學榮譽教授吳凱勳教授、台北大學社會工作學系林昭吟助理教授、政治大學公共行政學系陳敦源副教授、台北大學社會工作研究所曾敏傑副教授、南華大學非營利事業管理學系鄭文輝教授等學者專家參加。會中先說明第一年研究主要發現，以及第二年研究目的。座談會主要討論事項：對於第一年研究提出健保政策評量「構面」，是否應增刪調整？對於本研究第一年提出健保政策評量之各「構面」的各「指標」，是否應增刪調整？對於本研究第一年提出健保政策評量之各「構面」的各「指標」，應採用何種資料蒐集蒐集方式（例如民意調查、健保資料庫分析）？其他對於評估健保政策績效「指標」之建議。

座談會主要討論內容與結果：

- (1) 全民健保實施十餘年，仍缺乏一個超然的、客觀的評核標準，亦即對於執行好或不好，應有評核的標準，提供主管機關、業務的諮詢單位作為改善的參考。
- (2) 建議本研究提出指標的執行主體可以透過行政管道，由衛生署去考量，例如由國家衛生研究院承接執行業務。尤其這些評量指標並非一層不變，需要三、五年修正或檢視一次。因此，應有一個機構能夠長期將指標的修正作為業務重心之一。
- (3) 對於指標執行的好或不好，可建立績效考評方式，並有獎懲制度，作為執行的政策工具。
- (4) 「從民眾觀點」可界定為從「對民眾有利的觀點」，或是「對民眾友善的觀點（可讀性）」。因此，政策德菲法扮演的功能，為從專家對一個制度平衡的角度，知道對民眾有利的，建構以民眾關心為核心的

指標。例如 IOM 提出的即時性、安全性、效率性等。因此，「從民眾觀點」不是民眾的觀點，不是純粹民眾的觀點，而是以民眾的利益為主的觀點。

- (5) 建議普及性構面的指標針對未納保，尤其低收入戶未納保比例，或是未納保人口的特性。
- (6) 建議公平性與可付性構面的指標一併作調整，其有部分內容是重疊的。
- (7) 建議修正可近性構面的部分指標的用字，例如指標不能再出現可近性字眼，應將其化為具體可以量化的文字。此外，可近性構面的指標係針對不同地區民眾使用醫療服務的便利，例如經濟障礙或財務障礙，以及地理空間的障礙、文化的障礙等。
- (8) 完整性構面的部分指標建議與可付性構面指標合併調整，甚至作反面思考，例如什麼才會構成健保的不完整？
- (9) 課責性構面的指標係指弊端申訴的管道、案件與回覆情形等，第一年提出的課責性指標應為資訊公開層面，和課責性沒有關係，建議修正。

參、德菲法問卷架構與設計

本研究第一回合的政策德菲法問卷，將從民眾觀點定位為「對民眾有利」的觀點來建構健保評量的指標，內容主要依據相關文獻與第一次專家學者座談會之意見，修正第一年研究之問卷內容，主要分為二個部分，包括對於健保評量構面與其指標的意見，以及對於指標進行國際比較的意見(如附錄三)。問卷的第一部分對於評量健保構面的意見；問卷的第二部分對於評量健保指標的意見，包括評量健保納保普及性的指標、評量健保財務公平性的指標、評量健保保障完整性的指標、評量健保就醫可近性的指標、評量健保制度課責性的指標、評量健保資訊公開性的指標、評量健保服務效率性的指標、評量健保政策效能性的指標，以及該指標在公布讓民眾知道時，需要進行國際比較之意見。表 4 為整理本研究第一

年與第二年構面之比較，本研究之健保政策評量構面修正為「納保普及性」、「財務公平性」、「保障完整性」、「就醫可近性」、「制度課責性」、「資訊公開性」、「服務效率性」、「政策效能性」等八個構面。表 5 為依據相關文獻、第一年期末報告審查意見、本研究第一次座談會討論結果調整之指標，並比較本研究第一年與第二年指標之異同。

第二回合政策德菲法問卷的第一部分是依據第一回合結果進行修正，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、對於指標進行國際比較的意見(如附錄四)。

本研究均試圖加入第一回合關於指標的修正意見於第二回合問卷意見調查，主要內容如下：

- (1) 保障完整性的「醫療院所加入健保特約之比例」、「健保病床占全國總病床之比率」、就醫可近性的「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、服務效率性的「健保局行政費用占健保總支出之比例」、制度課責性的「民眾對於健保制度的滿意度」等，其他指標需待問卷回收後，做整體之分析。
- (2) 對於指標的國際比較部分，極少數指標是目前獲得所有政策德菲專家之認同，如就醫可近性指標的「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」、政策效能性的「嬰兒死亡率」、保障完整性指標的「健保病床占全國總病床之比率」，其他指標需待問卷全部回收後，做整體之分析。
- (3) 「納保普及性」構面建議思考「受刑人尚未納入」之議題，以及「納保與參與不應為相等條件」。另外有專家學者提出針對健保法納保界定之意見：「非國民」納保之醫療給付應有與所繳保費相當之「範圍」：「全民健康保險法」第 10 條第 2 項雖規定：不具中華民國國籍，而在台灣地區領有居留證明文件，並符合同法第 8 條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在台居留滿四個月時起，亦得參加本保險

為保險對象。但符合第 8 條第 1 項第 1 款第 1 目至第 3 目所定被保險人資格者，不受四個月之限制。然全民健保就非本國籍人士加入全民健保後之給付範圍，是否應與本國籍人民相同，應可再檢討。全民健保應為持續性之保險，因出國而中斷保險達一定期間者，即應不允其加入保險：「全民健康保險法」第 10 條第 1 項雖規定：曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者，得參加本保險為保險對象。惟就因出國而中斷保險已達相當期間(如數年)者，如僅因其曾有參加本保險紀錄，仍允許其得再為加入本保險，則恐形成對長期持續加保且未因出國而中斷者之保障完全一致之不合理情形。

- (4) 「財務公平性」構面建議思考「負擔差異性(富者多負，貧者少負)」、「不公平無法確保社會公正」、「應釐清公平有社會性公平及風險分擔的公平」、「分級給付來誘導民眾付較高保費」。
- (5) 「保障完整性」建議「以健保基本保障，而非全部」、「保障適當性(有限資源，如何完整)」應加強醫療品質方面，以及「依全民健康保險法第 60 條規定，健保所提供的是「適當醫療服務」，亦有認為指標仍不夠充分之意見。
- (6) 「就醫可近性」建議「須兼顧成本效益」，以及「全世界第一！幾乎毫無障礙！」，亦有認為指標仍不夠便利。
- (7) 「制度課責性」構面之指標『外部監督嚴重不足』，建議增加「制度誘導性」(違反人性設計，終將難以防止浪費，不如制度誘因)，以及必須有課關的內容稽核機制，「嚴重缺乏對『保險對象的監督機制』，亦是造成健保財務陷入困境因素之一；應落實全民健康保險法第 34 條規定之連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度。」
- (8) 「資訊公開性」構面之指標仍不夠公開。

- (9) 「服務效率性」無成本效益概念，以及「上限制」總額支付制度早已與所稱「成本效益」脫鉤，造成總額長期缺口，缺口部分完全由醫療提供者承擔，實屬不公。建議修正為「目標制」總額支付制度，落實總額決定後「量入為出」之精神，才符合有多少保費提供多少醫療服務。以及依「全民健康保險法」第 51 條第 1 項規定，醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。又全民健康保險藥品給付規定係由中央健保局「全民健康保險藥事小組」研擬，依據其設置要點四規定，該小組成員包含基本成員及機動成員，其中基本成員為專家學者代表十五至二十人，均由中央健保局自行聘任之；惟全民健康保險藥價基準牽繫全民健保支付之藥品，重要性自不言而喻，建請廣納多方意見，擴大協商機制，以保障保險對象用藥權益。」
- (10) 「政策效能性」建議「以 DRG 推動而言，似以將民眾健康放第二位，反而節約醫療資源排第一位」，以及不夠周延，而問卷第一項與第二項擇一即可。

因此，第二回合的評量構面，除包括納保普及性、財務公平性、保障完整性、就醫可近性、制度課責性、資訊公開性、服務效率性、政策效能性，新增財務合理性構面，即要做多少事就要準備多少預算（量入為出），或有多少錢做事（量入為出）。同時依據專家意見，保障完整性構面的意涵於第二回合問卷修正，為「依全民健保法提供被保險人適當範圍之醫療服務項目與數量」。

評量健保政策納保普及性的指標，第一回合有共識之指標「全國民眾的納保率」、「不同投保職業類別民眾的未納保率」不再詢問。評量健保政策財務公平性的指標，第一回合的「依保險對象的經濟能力收取保險費」已有共識，不再詢問，以及依據第一回合委員意見新增項目為「民眾對於健保財務社會性公平之感受」、「對於『非國民』納保之醫療給付與繳交保費範圍之界定程度(即關於風險分擔的公平)」。

評量健保保障完整性的指標中第一回合已達共識的「醫療院所加入健保特約之比例」、「健保病床占全國總病床之比率」、「每人每年自費醫療費用之平均金額」，第二回合新增「政府醫療支出全國醫療支出之比例」，以及新增自效率性構面的三項指標為「平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配所得之比例」、「健保費支出占家戶所得之比例」、「健保醫療支出占全國醫療費用支出之比例」。

評量健保服務效率性的指標，有部分指標(「平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配所得之比例」、「健保費支出占家戶所得之比例」、「健保醫療支出占全國醫療費用支出之比例」)移至保障完整性構面；新增「健保局之人事費用占健保費用之比例」、「急性病床平均天數」、「出院後十四日內再住院率」、「全國藥費占 GDP 之比例」、「醫療院所處方箋釋出比例」、「醫療院所慢性病連續處方箋的開立率」、「醫療院所第二、三次的處方箋釋出率」、「長期住院案件之改善率」、「重複用藥率」、「特定疾病每年平均門診次數」、「高診次占率」、「高診次輔導率」、「醫院門診占率」、「醫院門診用藥占率」、「家庭醫師門診占率」等。評量健保制度課責性的指標，「民眾對於健保制度的滿意度」已達共識，無需詢問；新增「保險人與被保險人間之制約機制」。

評量健保就醫可近性的指標，第一回合已達共識之指標「每千人醫師數」、「每千人醫院數」、「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」、「民眾對於就醫經濟障礙的感受」、「民眾對於就醫交通障礙的感受」，無需詢問。但依據專家意見新增指標包括：「每十萬醫院數」、「申請偏遠地區巡迴醫療服務之案件數」、「偏遠地區巡迴醫療之巡迴日數」、「偏遠地區巡迴醫療之就診人次」、「偏遠地區巡迴醫療之就診人數」、「全國民眾平均每人手術等候時間」、「不同縣市每千人醫師數之比較」、「不同縣市每十萬人區域以上醫院數之比較」、「不同縣市每十萬人地區教學以上醫院數之比較」、「全國民眾平均每人就診等候時間」、「全國民眾平均每人掛號等候時間」、「民眾持處方箋到社區健保藥局調劑之比」、「民眾對於醫療院所交付處方箋自行選擇調劑處所的感受」、「醫療院所釋出處方箋的比率」等。

評量健保資訊公開性的指標，第二回合修正指標的文字敘述，如「健保費用

協定委員會之委員會會議記錄上網公開的平均時間」、「健保監理委員會之委員會會議記錄上網公開的平均時間」、「健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布的會議紀錄內之形式」；第二回合新增「健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布之詳細度」、「健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布之形式」、「健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布之詳細度」、「健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布形式」、「健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布之詳細度」、「健保局的網站強化公開資訊便捷性」、「健保局的網站強化公開資訊透明度」、「健保藥事審查小組會議記錄公布的平均時間」、「健保藥事審查小組會議記錄公布的内容詳細度」、「民眾對於健保局宣導工作之滿意度」、「民眾對於醫療院所用藥說明服務之滿意度」、「民眾對於醫療院所服務之滿意度」。

評量健保政策效能性的指標，「嬰兒死亡率」已達共識，無需詢問；新增「癌症五年或十年存活率」。

評量健保保障完整性的指標，「醫療院所加入健保特約之比例」、「健保病床占全國總病床之比率」、「每人每年自費醫療費用之平均金額」已達共識；第二回合新增「政府醫療支出全國醫療支出之比例」；自效率性構面新增「平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配所得之比例」、「健保費支出占家戶所得之比例」、「健保醫療支出占全國醫療費用支出之比例」

表 4 本研究第一年與第二年構面之比較

第一年研究問卷評量構面	第二年研究問卷評量構面	備註
普及性	納保普及性(universality)	
公平性	財務公平性(equity)	
完整性	保障完整性 (comprehensiveness)	
可付性	無	與保障完整性構面合併調整
可近性	就醫可近性(accessibility)	
適足性	無	與就醫可近性構面合併調整
課責性	制度課責性 (accountability)	
無	資訊公開性(openness)	調整新增自制度課責性構面，將資訊面指標歸屬為資訊公開性構面
效率性	服務效率性(efficiency)	
效能性	政策效能性(effectiveness)	
合理性	財務合理性(reasonable)	

表 5 本研究第一年與第二年德菲問卷指標之比較

構面	第一年研究德菲共識指標	第二年研究的第一回合德菲問卷指標	備註
納保普及性	(1) 全國民眾的健保納保率 (2) 不同地區民眾的健保納保率 (3) 不同職業民眾的健保納保率 (4) 不同所得民眾的健保納保率	(1) 全國民眾的未納保率 (2) 全國民眾的中斷投保率 (3) 不同健保分局民眾的未納保率 (4) 不同健保分局民眾的中斷投保率 (5) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島)民眾的未納保率 (6) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島)民眾的中斷投保率 (7) 不同投保職業類別民眾的未納保率 (8) 不同投保職業類別民眾的	依座談會討論，考慮納保率已經很高，從反向思考，修正為針對未納保作為評估指標

		中斷投保率	
財務公平性	(1) 依保險對象的經濟能力收取保險費 (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	(1) 依保險對象的經濟能力收取保險費 (2) 家庭收支調查中，最富 20% 與最窮 20% 家戶的平均每戶健保費金額倍率，與健保醫療給付(不含部分負擔)金額倍率之對比	第二項指標之用字修正
就醫可近性	(1) 不同地區民眾使用健保服務資源的可近性 (2) 不同所得民眾使用健保服務資源的可近性	(1) 每千人醫師數 (2) 每千人醫院數 (3) 每千人一般病床數 (4) 每千人慢性病床數 (5) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫師數之比較 (6) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫院數之比較 (7) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人一般病床數之比較 (8) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人慢性病床數之比較 (9) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人掛號等候時間 (10) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人就診等候時間 (11) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人每年就診次數 (12) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人手術等候時間 (13) 平均每人每年就醫(含健保門診與非健保門診)次數	(1) 與適足性構面之指標合併調整 (2) 增加民眾就醫障礙之主觀感受指標

		<p>(14) 民眾對於就醫經濟障礙的感受</p> <p>(15) 民眾對於就醫交通障礙的感受</p> <p>(16) 民眾對於就醫社會文化障礙的感受</p> <p>(17) 民眾對於就醫性別障礙的感受</p>	
適足性	<p>(1) 偏遠地區醫療資源與其他地區醫療資源之比較</p> <p>(2) 每千人醫師數</p> <p>(3) 每千人一般病床數</p> <p>(4) 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫院數之比較</p> <p>(5) 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人醫師數之比較</p> <p>(6) 北、中、南、東部及外島等不同地區，每千人一般病床數之比較</p>	無	與就醫可近性構面之指標合併調整
保障完整性	<p>(1) 每家戶自費醫療支出占該戶總醫療支出之比例</p> <p>(2) 健保給付項目的完整性</p> <p>(3) 健保醫療支出占全國醫療保健支出之比例</p>	<p>(1) 醫療院所加入健保特約之比例</p> <p>(2) 健保病床占全國總病床之比率</p> <p>(3) 部分負擔占健保費用支出之比例</p> <p>(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例</p> <p>(5) 每人每年自費醫療費用之平均金額</p> <p>(6) 每家戶每年自費醫療費用之平均金額</p> <p>(7) 每家戶自費醫療支出占家戶總醫療支出之比例</p>	與可付性構面合併調整
可付性	<p>(1) 平均每戶家庭健保醫療支出占該戶可支配所得之比例</p>	無	與保障完整性構面合併調整

	<ul style="list-style-type: none"> (2) 平均每人自付醫療支出金額 (3) 平均每戶健保費支出占該戶可支配所得之比例 (4) 平均每人健保醫療支出金額 		
資訊公開性	無	<ul style="list-style-type: none"> (1) 民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度 (2) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布的平均時間 (3) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布的平均時間 (4) 健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布的平均時間 (5) 民眾對於各醫院財報公開情形的滿意度 	新增自課責性構面之指標
制度課責性	<ul style="list-style-type: none"> (1) 健保相關決策過程公開的程度 (2) 與健保財務相關的決策過程公開的程度 (3) 與醫療品質相關的決策過程公開的程度 (4) 健保財務資訊的公開程度 (5) 與照護結果指標相關的決策過程公開的程度 (6) 與醫療品質指標相關的決策過程公開的程度 (7) 各醫院財報的公開程度 (8) 與健保經營效率相關資訊公開的程度 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 民眾對於健保制度的滿意度 (1) 民眾對於健保局提供申訴管道的服務滿意度 (2) 健保局提供申訴管道的案件數量 (3) 健保局提供申訴管道的案件類型 (4) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件數量 (5) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件類型 (6) 訴願會提供申訴管道的案件數量 (7) 訴願會提供申訴管道的案件類型 (8) 健保局提供申訴管道的案件處理結果 (9) 爭議審議委員會提供申訴 	新增申訴管道相關指標

		管道的案件處理結果 (10) 訴願會提供申訴管道的案件處理結果 (11) 健保局提供申訴管道的案件處理平均時間 (12) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件處理平均時間 (13) 訴願會提供申訴管道的案件處理平均時間	
服務效率性	(1) 全國醫療支出占 GDP 之比例 (2) 全國檢查費用占醫療支出之比例 (3) 醫療機構門診處方釋出率 (4) 全國藥費占 GDP 之比例 (5) 病床占床率 (6) 平均每人每年就醫(含健保門診與非健保門診)次數	(1) 全國醫療支出占 GDP 之比例 (2) 全國藥費占 GDP 之比例 (3) 全國藥費占全國醫療支出之比例 (4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例 (5) 平均每人每年醫療支出金額 (6) 平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配所得之比例 (7) 健保費支出占家戶所得之比例 (8) 健保醫療支出占全國醫療費用支出之比例 (9) 健保局行政費用占健保總支出之比例	(1) 與可付性構面指標合併調整 (2) 增加行政效率指標
政策效能性	(1) 國民健康平均餘命 (2) 可避免死亡率 (3) 國民平均餘命	(1) 國民平均餘命 (2) 國民健康平均餘命 (3) 嬰兒死亡率 (4) 可避免死亡率	

第二節 政策德菲法之執行

壹、研究對象描述

本研究第二年主要是從執行面與管理面進行指標修正，故以監理會委員為政策德菲法之調查對象，共計邀請 28 位參加。監理會委員之專業背景與人數如下：相關領域專家代表 5 人、被保險人代表 6 人、雇主代表 5 人、醫事服務機構代表 5 人與政府代表 7 人，詳表 6。

本研究邀請參與第一回合德菲法問卷調查的監理會委員包括：國立政治大學財政學系周麗芳教授、國立陽明大學衛生福利研究所教授李玉春教授、長庚大學醫務管理學系暨醫務管理研究所盧瑞芬教授、國立台北醫學大學名譽教授暨護理講座教授盧美秀教授、國立臺北大學法律學系郭玲惠教授、台灣省農會常務監事蕭景田、台灣省漁會總幹事林啟滄、中華民國消費者文教基金會董事長謝天仁、中華民國全國工業總會理事長陳武雄、中華民國全國商業總會常務監事葉宗義、中華民國工商協進會會員代表李永振、財團法人中華民國中小企業協會常務監事賴永吉、中華民國工業協進會理事長李成家、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副理事長邱寶安、民間監督健保聯盟發言人滕西華、行政院衛生署參事兼健保小組副召集人曲同光、行政院經建會參事劉玉蘭、銓敘部退撫司司長呂明泰、內政部社會司專門委員陳素春、財政部國庫署主任秘書柯綉絹、行政院勞工委員會勞保處處長石發基、行政院主計處科長鍾美娟等。

表 6 邀請參與本研究政策德菲法之對象及專業背景

代表身分別	人數	政策德菲法參與名單
專家代表	5 人	周麗芳、李玉春、盧瑞芬、盧美秀、郭玲惠
被保險人代表	6 人	干文男、邱寶安、蕭景田、林啟滄、謝天仁、滕西華
雇主代表	5 人	陳武雄、葉宗義、李永振、賴永吉、李成家
醫事服務機構代表	5 人	李明濱、林振順、廖敏榮、林永農、吳德朗
政府代表	7 人	曲同光、呂明泰、陳素春、柯綉絹、石發基、鍾美娟、劉玉蘭

貳、問卷發放情形

第一回合寄出 28 份問卷，從 2009 年 7 月 31 日開始寄發，至 8 月 19 日回收 24 份，回收率 85.7%。第二回合寄出 24 份問卷，從 2009 年 8 月 31 日開始寄發，至 9 月 14 日回收 24 份，回收率 100%。表 7 為政策德菲法問卷寄發與回收時間與份數統計一覽表。表 8 為政策德菲法名單及回覆情形。

在第一回合問卷調查過程中，在積極聯絡解決與催收問卷過程中，婉拒的有中華民國全國職業總工會副理事長邱寶安、內政部社會司專門委員陳素春、國立臺北大學法律學系郭玲惠教授與國立陽明大學李玉春教授。

表 7 政策德菲法問卷寄發與回收時間與份數統計一覽表

類型	寄發日期	回收日期	寄出份數	回收份數	備註
第一回合	2009 年 7 月 31 日	2009 年 8 月 19 日	28	24	李玉春委員、郭玲惠委員、邱寶安委員、陳素春委員、因故婉拒參與問卷調查
第二回合	2009 年 8 月 31 日	2009 年 9 月 14 日	24	24	

表 8 政策德菲法名單及回覆情形

編號	代表身分表	姓名	現職	第一回合	第二回合
1	專家	周麗芳	國立政治大學財政學系教授	✓	✓
2	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	✓	✓
3	專家	盧美秀	國立台北醫學大學名譽教授暨護理講座教授	✓	✓
4	被保險人	干文男	中華民國全國總工會常務理事	✓	✓
5	被保險人	蕭景田	台灣省農會常務監事	✓	✓
6	被保險人	林啟滄	台灣省漁會總幹事	✓	✓
7	被保險人	謝天仁	中華民國消費者文教基金會董事長	✓	✓
8	被保險人	滕西華	民間監督健保聯盟發言人	✓	✓
9	雇主	陳武雄	中華民國全國工業總會理事長	✓	✓
10	雇主	葉宗義	中華民國全國商業總會常務監事	✓	✓

11	雇主	李永振	中華民國工商協進會會員代表	✓	✓
12	雇主	賴永吉	財團法人中華民國中小企業協會 常務監事	✓	✓
13	雇主	李成家	中華民國工業協進會理事長	✓	✓
14	醫事服務機構	李明濱	中華民國醫師公會全聯會理事長	✓	✓
15	醫事服務機構	林振順	中華民國藥師公會全聯會常務理事	✓	✓
16	醫事服務機構	廖敏熒	中華民國牙醫師公會全聯會常務理事	✓	✓
17	醫事服務機構	林永農	中華民國中醫師公會全國聯合會理事 長	✓	✓
18	醫事服務機構	吳德朗	台灣醫院協會理事長	✓	✓
19	政府	曲同光	行政院衛生署參事兼健保小組副召集 人	✓	✓
20	政府	呂明泰	銓敘部退撫司司長	✓	✓
21	政府	柯綉絹	財政部國庫署主任秘書	✓	✓
22	政府	石發基	行政院勞工委員會勞保處處長	✓	✓
23	政府	鍾美娟	行政院主計處科長	✓	✓
24	政府	劉玉蘭	行政院經濟建設委員會參事	✓	✓

說明：”✓”表示為已回覆問卷。

第三節 政策德菲法之結果分析

有關政策德菲法調查結果，將分二個部分加以說明，包括：對於健保政策評量構面與指標的意見分析、健保政策評量指標進行國際比較的意見。

壹、對於健保政策評量構面與指標的意見分析

表 9 為專家們對於作為評量健保政策構面之意見，在經過第一回合德菲調查意見的分析後，於第二回合增加「財務之合理性」構面，理由為「要做多少事就要準備多少預算（量入為出），或有多少錢做事（量入為出），不能打腫臉充胖子，把財務問題完全由醫界承擔」。

若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，其中「納保普及性」（第二回合所有專家都同意作為構面）、「就醫可近性」、「資訊公開性」、「制度課責性」五項構面，獲得高度共識。至於「政策效能性」、「保障完整性」、「財務公平性」、「服務效率性」等構面僅一或兩位專家表示不同意，其他專家以表示同意或普通意見為多。而第二回合新增的「財務之合理性」構面，除二位專家表

示不同意的意見外，也獲得相當程度的共識。

表 9 對於作為評量健保政策構面之同意程度

單位：次數(%)

評量健保政策構面	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
(1) 納保普及性	17 (70.8)	6 (25.0)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
	17 (70.8)	7 (29.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(2) 財務公平性	12 (50.0)	8 (33.3)	0 (0)	4 (16.7)	0 (0)
	13 (54.2)	9 (37.5)	0 (0)	2 (8.3)	0 (0)
(3) 保障完整性	9 (37.5)	9 (37.5)	6 (25.0)	0 (0)	0 (0)
	9 (37.5)	13 (54.2)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0)
(4) 就醫可近性	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
	11 (45.8)	12 (50.0)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(5) 制度課責性	7 (29.2)	10 (41.7)	5 (20.8)	2 (8.3)	0 (0)
	6 (25.0)	14 (58.3)	3 (12.5)	1 (4.3)	0 (0)
(6) 資訊公開性	8 (33.3)	12 (50.0)	3 (12.5)	0 (0)	1 (4.2)
	9 (37.5)	13 (54.2)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(7) 服務效率性	9	11	2	2	0

	(37.5)	(45.8)	(8.3)	(8.3)	(0)
	10 (41.7)	11 (45.8)	2 (8.3)	1 (4.3)	0 (0)
(8) 政策效能性	9 (37.5)	7 (29.2)	7 (29.2)	0 (0)	1 (4.2)
	9 (37.5)	8 (33.3)	7 (29.2)	0 (0)	0 (0)
(9) 財務合理性 (第二回合新增)					
	9 (37.5)	9 (37.5)	4 (16.7)	2 (8.7)	0 (0)

表 10 為專家們對於作為評量健保政策納保普及性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之選擇次數作為同意程度的標準，「全國民眾的納保率」、「不同投保職業類別民眾的未納保率」指標在第一回合獲得高度的共識；至於「全國民眾的未納保率」第二回合亦獲得共識，其他如「全國民眾的中斷投保率」、「不同健保分局民眾的未納保率」獲得大多數專家的認同，但有一位專家表示不同意的意見。此外，有專家提出「全國民眾的納保率」、「全國民眾的未納保率」擇一作為評量指標即可。

表 10 對於作為評量健保納保普及性指標之同意程度

單位：次數(%)

納保普及性指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	未填答
	第一 回合	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	第二 回合
(1) 全國民眾的 <u>納保率</u>	15 (62.5)	7 (29.2)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(2) 全國民眾的 <u>未納保率</u>	9 (37.5)	7 (29.2)	3 (12.5)	4 (16.7)	1 (4.2)	0 (0)

	7 (29.2)	10 (41.7)	6 (25.0)	0 (0)	0 (0)	1 (4.2)
(3) 全國民眾的中斷投保率	7 (29.2)	9 (37.5)	5 (20.8)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	5 (20.8)	13 (54.2)	5 (20.8)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(4) 不同健保分局民眾的未納保率	6 (25.0)	5 (20.8)	8 (33.3)	4 (16.7)	0 (0)	1 (4.2)
	2 (8.3)	7 (29.2)	10 (41.7)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(5) 不同健保分局民眾的中斷投保率	6 (25.0)	7 (29.2)	8 (33.3)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	2 (8.3)	8 (33.3)	11 (45.8)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
(6) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島)民眾的未納保率	7 (29.2)	7 (29.2)	7 (29.2)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	1 (4.2)	9 (37.5)	12 (50.0)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(7) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島)民眾的中斷投保率	5 (20.8)	7 (29.2)	9 (37.5)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	1 (4.2)	9 (37.5)	12 (50.0)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(8) 不同投保職業類別民眾的未納保率	8 (33.3)	7 (29.2)	8 (33.3)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(9) 不同投保職業類別民眾的中斷投保率	6 (25.0)	9 (37.5)	7 (29.2)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
	3 (12.5)	13 (54.2)	6 (25.0)	1 (4.2)	0 (0)	1 (4.2)

表 11 為專家們對於作為評量健保政策財務公平性指標之意見，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」指標在第一回合獲得較高度共識；至於第二回合以「民眾對於健保財務社會性公平之感受」獲得高度共識。

表 11 對於評量健保財務公平性指標之同意程度

單位：次(%)

財務公平性指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	未填答
	第一 回合	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	第二 回合
(1) 依保險對象的經濟能力收取保險費	8 (33.3)	12 (50.0)	1 (4.2)	2 (8.3)	1 (4.2)	0 (0)
(2) 家庭收支調查中，最富20%與最窮20%家戶的平均每戶健保費金額倍率，與 <u>健保醫療給付(不含部分負擔)金額倍率</u> 之對比	5 (20.8)	8 (33.3)	7 (29.2)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
(3) 民眾對於健保財務社會性公平之感受(第二回合新增)	2 (8.3)	17 (70.8)	5 (20.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(4) 對於「非國民」納保之醫療給付與繳交保費範圍之界定程度(第二回合新增)	5 (20.8)	9 (37.5)	6 (25.0)	3 (12.5)	0 (0)	1 (4.2)

表 12 為專家們對於作為評量健保政策保障完整性指標之意見，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「醫療院所加入健保特約之比例」、「健保病床占全國總病床之比率」指標作為評量健保政策保障完整性，在第一回合獲得較多專家的同意。至於「部分負擔占健保費用支出之比例」、「政府醫療支出全國醫療支出之比例」、「健保費支出占家戶所得之比例」指標在第二回合也獲得大多數專家的共識，僅有一位專家表示不同意的意見。

表 12 對於作為評量健保保障完整性指標之同意程度

單位：次數(%)

保障完整性指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	未填答
	第一 回合	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	第二 回合
(1) 醫療院所加入健保特約之比例	7 (29.2)	15 (62.5)	0 (0)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(2) 健保病床占全國總病床之比率	8 (33.3)	14 (58.3)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(3) 部分負擔占健保費用支出之比例	6 (25.0)	11 (45.8)	4 (16.7)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	7 (29.2)	14 (58.3)	2 (8.3)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例	8 (33.3)	9 (37.5)	2 (8.3)	4 (16.7)	0 (0)	1 (4.2)
	8 (33.3)	9 (37.5)	5 (20.8)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(5) 每人每年自費醫療費用之平均金額						
	6 (25.0)	10 (41.7)	6 (25.0)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(6) 每家戶每年自費醫療費用之平均金額	6 (25.0)	9 (37.5)	5 (20.8)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
	4 (16.7)	13 (54.2)	3 (12.5)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
(7) 每家戶自費醫療支出占家戶總醫療支出之比例	5 (21.7)	13 (56.5)	2 (8.7)	3 (13.0)	0 (0)	0 (0)
	5 (20.8)	14 (58.3)	2 (8.3)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)

(8) 政府醫療支出全國醫療支出之比例(第二回合新增)	10 (41.7)	6 (25.0)	6 (25.0)	1 (4.2)	0 (0)	1 (4.2)
	11 (45.8)	6 (25.0)	3 (12.5)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
(9) 平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配所得之比例(新增自效率性構面)	4 (16.7)	13 (54.2)	5 (20.8)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
	10 (41.7)	6 (25.0)	4 (16.7)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
(10) 健保費支出占家戶所得之比例(新增自效率性構面)	5 (20.8)	13 (54.2)	5 (20.8)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
	10 (41.7)	6 (25.0)	5 (20.8)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
(11) 健保醫療支出占全國醫療費用支出之比例(新增自效率性構面)	7 (29.2)	12 (50.0)	3 (12.5)	1 (4.3)	0 (0)	1 (4.2)

表 13 為專家們對於作為評量健保政策就醫可近性指標之意見，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「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」、「每千人醫院數」、「民眾對於就醫交通障礙的感受」指標作為評量健保政策的就醫可近性，在第一回合獲得較高度共識；其次「不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫師數之比較」、「不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人一般病床數之比較」、「不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人慢性病床數之比較」、「不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人每年就診次數」、「全國民眾平均每人手術等候時間」指標在第二回合也獲得大多數專家的共識，僅有一位專家表示不同意的意見。

表 13 對於作為評量健保就醫可近性指標之同意程度

單位：次數(%)

就醫可近性指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	未填答
	第一 回合	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	第二 回合
(1) 每千人醫師數	10 (41.7)	13 (54.2)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(2) 每千人醫院數	10 (41.7)	10 (41.7)	2 (8.3)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(3) 每千人一般病床數	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(4) 每千人慢性病床數	10 (41.7)	10 (41.7)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(5) 不同居住地區(北、中、南、 東部及外島等)每千人醫師 數之比較	10 (41.7)	10 (41.7)	2 (8.3)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
	5 (20.8)	15 (62.5)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(6) 不同居住地區(北、中、南、 東部及外島等)每千人醫院 數之比較	10 (41.7)	9 (37.5)	0 (4.2)	4 (16.7)	0 (0)	1 (4.2)
	6 (25.0)	11 (45.8)	5 (20.8)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(7) 不同居住地區(北、中、南、 東部及外島等)每千人一般 病床數之比較	8 (33.3)	11 (45.8)	2 (8.3)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	6 (25.0)	13 (54.2)	5 (20.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

(8) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人慢性病床數之比較	8 (33.3)	10 (41.7)	1 (4.2)	5 (20.8)	0 (0)	0 (0)
	5 (20.8)	13 (54.2)	5 (20.8)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(9) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人掛號等候時間	5 (20.8)	8 (33.3)	5 (20.8)	4 (16.7)	1 (4.2)	1 (4.2)
	1 (4.2)	14 (58.3)	5 (20.8)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0)
(10) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人就診等候時間	7 (29.2)	8 (33.3)	5 (20.8)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0)
	2 (8.3)	12 (50.0)	6 (25.0)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0)
(11) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人每年就診次數	6 (25.0)	8 (33.3)	5 (20.8)	5 (20.8)	0 (0)	0 (0)
	4 (16.7)	13 (54.2)	6 (25.0)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(12) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人手術等候時間	5 (20.8)	11 (45.8)	3 (12.5)	4 (16.7)	0 (0)	1 (4.2)
	3 (12.5)	12 (50.0)	7 (29.2)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(13) 平均每人每年就醫(含健保門診與非健保門診)次數	8 (33.3)	6 (25.0)	6 (25.0)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
	9 (37.5)	9 (37.5)	4 (16.7)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(14) 民眾對於就醫經濟障礙的感受	4 (16.7)	13 (54.2)	4 (16.7)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
(15) 民眾對於就醫交通障礙的感受	3 (12.5)	14 (58.3)	5 (20.8)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(16) 民眾對於就醫社會文化障礙的感受	3 (12.5)	10 (41.7)	6 (25.0)	4 (16.7)	0 (0)	1 (4.2)
	2 (8.3)	9 (37.5)	8 (33.3)	3 (12.5)	2 (8.3)	0 (0)
(17) 民眾對於就醫性別障礙的感受	4 (16.7)	9 (37.5)	5 (20.8)	5 (20.8)	0 (0)	1 (4.2)

	2 (8.3)	9 (37.5)	7 (29.2)	5 (20.8)	1 (4.2)	0 (0)
(18) 每十萬醫院數(第二回合新增)	2 (8.3)	13 (54.2)	6 (25.0)	2 (8.3)	1 (4.2)	0 (0)
(19) 申請偏遠地區巡迴醫療服務之案件數(第二回合新增)	3 (12.5)	9 (37.5)	8 (33.3)	2 (8.3)	2 (8.3)	0 (0)
(20) 偏遠地區巡迴醫療之巡迴日數(第二回合新增)	2 (8.3)	10 (41.7)	8 (33.3)	2 (8.3)	2 (8.3)	0 (0)
(21) 偏遠地區巡迴醫療之就診人次(第二回合新增)	2 (8.3)	10 (41.7)	8 (33.3)	2 (8.3)	2 (8.3)	0 (0)
(22) 偏遠地區巡迴醫療之就診人數(第二回合新增)	2 (8.3)	10 (41.7)	8 (33.3)	2 (8.3)	2 (8.3)	0 (0)
(23) 民眾對於醫療院所交付處方箋自行選擇調劑處所的感受(第二回合新增)	4 (16.7)	9 (37.5)	8 (33.3)	2 (8.3)	1 (4.2)	0 (0)
(24) 醫療院所釋出處方箋的比率(第二回合新增)	4 (16.7)	13 (54.2)	5 (20.8)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0)
(25) 民眾持處方箋到社區健保藥局調劑之比率(第二回合新增)	4 (16.7)	10 (41.7)	9 (37.5)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)
(26) 全國民眾平均每人掛號等候時間(第二回合新增)	3 (12.5)	9 (37.5)	10 (41.7)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)

(27) 全國民眾平均每人就診等候時間(第二回合新增)						
	3 (12.5)	10 (41.7)	9 (37.5)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(28) 全國民眾平均每人手術等候時間(第二回合新增)						
	3 (12.5)	11 (45.8)	9 (37.5)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(29) 不同縣市每千人醫師數之比較(第二回合新增)						
	4 (16.7)	10 (41.7)	9 (37.5)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)
(30) 不同縣市每十萬人地區教學以上醫院數之比較(第二回合新增)						
	4 (16.7)	10 (41.7)	7 (29.2)	2 (8.3)	1 (4.2)	0 (0)
(31) 不同縣市每十萬人區域以上醫院數之比較(第二回合新增)						
	3 (12.5)	12 (50.0)	7 (29.2)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0)

表 14 為專家們對於作為評量健保政策服務效率性指標之意見，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「長期住院案件之改善率」、「健保局行政費用占健保總支出之比例」、「全國醫療支出占 GDP 之比例」、「急性病床平均天數」、「出院後十四日內再住院率」指標作為評量健保政策的服務效率性獲得較多的共識，但亦有專家表示「普通」的意見，且有少數專家表示「不同意」的意見。

表 14 對於作為評量健保服務效率性的指標之同意程度

單位：次數(%)

服務效率性指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	未填答
	第一 回合	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	第二 回合
(1) 全國醫療支出占 GDP 之比例	11 (45.8)	8 (33.3)	1 (4.2)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0)
	11 (45.8)	7 (29.2)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)	3 (12.5)
(2) 全國藥費占 GDP 之比例	11 (45.8)	8 (33.3)	1 (4.2)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0)
	10 (41.7)	8 (33.3)	1 (4.2)	4 (16.7)	0 (0)	1 (4.2)
(3) 全國藥費占全國醫療支出之比例	12 (50.0)	7 (29.2)	0 (0)	4 (16.7)	1 (4.2)	0 (0)
	9 (37.5)	9 (37.5)	2 (8.3)	3 (12.5)	0 (0)	1 (4.2)
(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例	11 (45.8)	6 (25.0)	1 (4.2)	5 (20.8)	1 (4.2)	0 (0)
	4 (16.7)	14 (58.3)	2 (8.3)	3 (12.5)	0 (0)	1 (4.2)
(5) 平均每人每年醫療支出金額	10 (41.7)	7 (29.2)	3 (12.5)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0)
	8 (33.3)	10 (41.7)	3 (12.5)	2 (8.3)	0 (0)	1 (4.2)
(6) 平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配所得之比例 (移至保障完整性)	/					
(7) 健保費支出占家戶所得之比例 (移至保障完整性)	/					

(8) 健保醫療支出占全國醫療費用支出之比例 (移至保障完整性)						
(9) 健保局行政費用占健保總支出之比例	9	8	6	1	0	0
	(37.5)	(33.3)	(25.0)	(4.2)	(0)	(0)
(10) 健保局之人事費用占健保費用之比例(第二回合新增)	5	14	4	1	0	0
	(20.8)	(58.3)	(16.7)	(4.2)	(0)	(0)
(11) 全國藥費占 GDP 之比例(第二回合新增)	4	10	8	1	1	0
	(12.5)	(41.7)	(33.3)	(4.2)	(4.2)	(0)
(12) 急性病床平均天數(第二回合新增)	11	7	1	2	0	3
	(45.8)	(29.2)	(4.2)	(8.3)	(0)	(12.5)
(13) 出院後十四日內再住院率(第二回合新增)	5	12	6	1	0	0
	(20.8)	(50.0)	(25.0)	(4.2)	(0)	(0)
(14) 醫療院所處方箋釋出比例(第二回合新增)	5	12	6	1	0	0
	(20.8)	(50.0)	(25.0)	(4.2)	(0)	(0)
(15) 醫療院所慢性病連續處方箋的開立率(第二回合新增)	5	11	6	2	0	0
	(20.8)	(45.8)	(25.0)	(8.3)	(0)	(0)
(16) 醫療院所第二、三次的處方箋釋出率(第二回合新增)	6	9	6	2	1	0
	(37.5)	(37.5)	(25.0)	(8.3)	(4.2)	(0)
(17) 長期住院案件之改善率(第二回合新增)	5	9	6	4	0	0
	(20.8)	(37.5)	(25.0)	(16.7)	(0)	(0)
(17) 長期住院案件之改善率(第二回合新增)	8	11	5	0	0	0

	(33.3)	(45.8)	(20.8)	(0)	(0)	(0)
(18) 重複用藥率(第二回合新增)	9 (37.5)	9 (37.5)	4 (16.7)	0 (0)	2 (8.3)	0 (0)
(19) 特定疾病每年平均門診次數(第二回合新增)	3 (12.5)	12 (50.0)	8 (33.3)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)
(20) 高診次占率(第二回合新增)	8 (33.3)	9 (37.5)	6 (25.0)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)
(21) 高診次輔導率(第二回合新增)	5 (20.8)	12 (50.0)	6 (25.0)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)
(22) 醫院門診占率(第二回合新增)	5 (20.7)	13 (54.2)	5 (20.8)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)
(23) 醫院門診用藥占率(第二回合新增)	6 (25.0)	9 (37.5)	8 (33.3)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)
(24) 家庭醫師門診占率(第二回合新增)	4 (16.7)	11 (45.8)	8 (33.3)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)

表 15 為專家們對於作為評量健保政策資訊公開性指標之意見，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「民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度」、第二回合新增的「健保局的網站強化公開資訊透明度」、「健保局的網站強化公開資訊便捷性」、「民眾對於健保局宣導工作之滿意度」、「民眾對於醫療院所服務之滿意度」指標作為評量健保政策的資訊公開性，獲得高度共

識。

表 15 對於作為評量健保資訊公開性指標之同意程度

單位：次數(%)

資訊公開性指標	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
(1) 民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度	11 (45.8)	10 (41.7)	2 (8.3)	1 (4.2)	0 (0)
	12 (50.0)	9 (37.5)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
(2) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄上網公開的平均時間(第二回合修正)	5 (20.8)	7 (29.2)	10 (41.7)	2 (8.3)	0 (0)
	5 (20.8)	5 (20.8)	11 (45.8)	2 (8.3)	1 (4.2)
(3) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布的平均時間	5 (20.8)	7 (29.2)	10 (41.7)	2 (8.3)	0 (0)
	6 (25.0)	4 (16.7)	12 (50.0)	1 (4.2)	1 (4.2)
(4) 健保監理委員會之委員會會議記錄上網公開的平均時間(第二回合修正)	5 (20.8)	9 (37.5)	8 (33.3)	2 (8.3)	0 (0)
	5 (20.8)	5 (20.8)	11 (45.8)	2 (8.3)	1 (4.2)
(5) 民眾對於各醫院財報公開情形的滿意度	6 (25.0)	11 (45.8)	3 (12.5)	2 (8.3)	2 (8.3)
	8 (33.3)	9 (37.5)	5 (20.8)	2 (8.3)	0 (0)
(6) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布的會議紀錄內之形式(第二回合新增)					
	3 (12.5)	7 (29.2)	12 (50.0)	2 (8.3)	0 (0)
(7) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生					

署版本)公布之詳細度 (第二回合新增)	3 (12.5)	7 (29.2)	12 (50.0)	2 (8.3)	0 (0)
(8) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之形式 (第二回合新增)	4 (16.7)	6 (25.0)	11 (45.8)	3 (12.5)	0 (0)
(9) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之詳細度(第二回合新增)	4 (16.7)	7 (29.2)	10 (41.7)	3 (12.5)	0 (0)
(10) 健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布形式(第二回合新增)	5 (20.8)	6 (25.0)	11 (45.8)	2 (8.3)	0 (0)
(11) 健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之詳細度(第二回合新增)	3 (12.5)	8 (33.3)	10 (41.7)	3 (13.0)	0 (0)
(12) 健保局的網站強化公開資訊透明度(第二回合新增)	9 (37.5)	11 (45.8)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
(13) 健保局的網站強化公開資訊便捷性(第二回合新增)	9 (37.5)	11 (45.8)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
(14) 健保藥事審查小組會議記錄公布的平均時間(第二回合新增)	6 (25.0)	8 (33.3)	7 (29.2)	2 (8.3)	1 (4.2)
(15) 健保藥事審查小組會議記錄公布的内容詳細度(第二回合新增)	6 (25.0)	7 (29.2)	9 (37.5)	2 (8.3)	0 (0)
(16) 民眾對於健保局宣導工作之滿意度(第二回合新增)	8 (33.3)	11 (45.8)	5 (20.8)	0 (0)	0 (0)

(17) 民眾對於醫療院所用藥說明服務之滿意度(第二回合新增)					
	11 (45.8)	4 (16.7)	8 (33.3)	1 (4.2)	0 (0)
(18) 民眾對於醫療院所服務之滿意度(第二回合新增)					
	9 (37.5)	8 (33.3)	7 (29.2)	0 (0)	0 (0)

說明：本問項沒有「未填答」情形。

表 16 為專家們對於作為評量健保制度課責性指標之意見，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「民眾對於健保制度的滿意度」、「爭議審議委員會提供申訴管道的案件數量」、「爭議審議委員會提供申訴管道的案件類型」、「訴願會提供申訴管道的案件處理結果」、「訴願會提供申訴管道的案件處理平均時間」、「民眾對於健保局提供申訴管道的服務滿意度」、「健保局提供申訴管道的案件處理平均時間」指標作為評量健保政策的制度課責性，獲得高度共識。

表 16 對於作為評量健保制度課責性指標之同意程度

單位：次數(%)

制度課責性指標	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	未填答
	第一回合	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	第二回合
(1) 民眾對於健保制度的滿意度	10 (41.7)	12 (50.0)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(2) 民眾對於健保局提供申	7	12	2	3	0	0

<u>訴管道的服務滿意度</u>	(29.2)	(50.0)	(8.3)	(12.5)	(0)	(0)
	6 (25.0)	10 (41.7)	7 (29.2)	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)
(3) 健保局提供申訴管道的 <u>案件數量</u>	3 (12.5)	7 (29.2)	9 (37.5)	5 (20.8)	0 (0)	0 (0)
	4 (16.7)	8 (33.3)	9 (37.5)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
(4) 健保局提供申訴管道的 <u>案件類型</u>	2 (8.3)	9 (37.5)	9 (37.5)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
	2 (8.3)	12 (50.0)	8 (33.3)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
(5) 爭議審議委員會提供申 <u>訴管道的案件數量</u>	3 (12.5)	9 (37.5)	9 (37.5)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	3 (12.5)	10 (41.7)	11 (45.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(6) 爭議審議委員會提供申 <u>訴管道的案件類型</u>	3 (12.5)	9 (37.5)	10 (41.7)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
	3 (12.5)	11 (45.8)	10 (41.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(7) 訴願會提供申訴管道的 <u>案件數量</u>	2 (8.3)	8 (33.3)	11 (45.8)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	3 (12.5)	9 (37.5)	11 (45.8)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(8) 訴願會提供申訴管道的 <u>案件類型</u>	2 (8.3)	9 (37.5)	10 (41.7)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	2 (8.3)	11 (45.8)	10 (41.7)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(9) 健保局提供申訴管道的 <u>案件處理結果</u>	5 (20.8)	7 (29.2)	8 (33.3)	4 (16.7)	0 (0)	0 (0)
	6 (25.0)	10 (41.7)	7 (29.2)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(10) 爭議審議委員會提供申 <u>訴管道的案件處理結果</u>	5 (20.8)	8 (29.2)	9 (37.5)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
	7 (29.2)	9 (37.5)	7 (29.2)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(11) 訴願會提供申訴管道的 <u>案件處理結果</u>	5 (20.8)	7 (29.2)	10 (41.7)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
	5	11	8	0	0	0

	(20.8)	(45.8)	(33.3)	(0)	(0)	(0)
(12) 健保局提供申訴管道的 案件 <u>處理平均時間</u>	5 (20.8)	10 (41.7)	7 (29.2)	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)
	4 (16.7)	10 (43.5)	9 (37.5)	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)
(13) 爭議審議委員會提供申 訴管道的案件 <u>處理平均 時間</u>	4 (16.7)	10 (41.7)	7 (29.2)	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	5 (20.8)	9 (37.5)	10 (41.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(14) 訴願會提供申訴管道的 案件 <u>處理平均時間</u>	4 (16.7)	9 (37.5)	8 (33.3)	3 (12.5)	0 (0)	4 (16.7)
	4 (16.7)	9 (37.5)	11 (45.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
(15) 保險人與被保險人間之 制約機制(第二回合新 增)	/					
	4 (16.7)	10 (41.7)	8 (33.3)	1 (4.2)	0 (0)	1 (4.2)

表 17 為專家們對於作為評量健保政策效能性指標之意見，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「國民健康平均餘命」、「嬰兒死亡率」、「國民平均餘命」指標作為評量健保政策的效能性，獲得較多的共識，僅少數專家表示「不同意」的意見，顯然意見較為集中。

此外，有一位專家表示增加「以上並不能代表健保政策效能性，此部分確實不易測量」之意見。

表 17 對於作為評量健保政策效能性指標之同意程度

單位：次數(%)

政策效能性指標	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
(1) 國民平均餘命	12 (50.0)	7 (29.2)	4 (16.7)	1 (4.2)	0 (0)
	11 (45.8)	7 (29.2)	4 (16.7)	2 (8.3)	0 (0)
(2) 國民健康平均餘命	11 (29.2)	9 (37.5)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0)
	13 (54.2)	5 (20.8)	5 (20.8)	1 (4.2)	0 (0)
(3) 嬰兒死亡率	12 (50.0)	7 (29.2)	4 (16.7)	1 (4.2)	0 (0)
(4) 可避免死亡率	9 (37.5)	9 (37.5)	4 (16.7)	2 (8.3)	0 (0)
	8 (33.3)	13 (54.2)	1 (4.2)	2 (8.3)	0 (0)
(5) 癌症五年或十年存活率(第二回合新增)					
	9 (37.5)	9 (37.5)	4 (16.7)	2 (8.3)	0 (0)

說明：本問項沒有「未填答」情形。

貳、對於健保政策評量指標進行國際比較的意見分析

由於第一回合多數專家與期中報告專家認為，因為各國組織制度不同，難以國際比較，因而關於評量健保制度課責性的指標之國際比較問題，第二回合不再詢問。

表 18 為專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，對於納保普及性指標需要與國際上其他國家比較之意見。調查結果顯示「全國民眾的納保率」有超過六成專家表示「是」之意見。

表 18 對於作為評量健保納保普及性指標需要國際比較之意見

單位：次數(%)

納保普及性指標	是	否	未填答
	第一 回合	第一 回合	第一 回合
	第二 回合	第二 回合	第二 回合
(1) 全國民眾的 <u>納保率</u>	16 (66.7)	5 (20.8)	3 (12.5)
(2) 全國民眾的 <u>未納保率</u>	12 (50.0)	8 (33.3)	4 (22.2)
	13 (54.2)	9 (37.5)	2 (8.3)
(3) 全國民眾的 <u>中斷投保率</u>	12 (50.0)	7 (29.2)	5 (27.8)
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)
(4) 不同 <u>投保職業類別</u> 民眾的未納保率	6 (25.0)	13 (54.2)	5 (27.8)
(5) 不同 <u>投保職業類別</u> 民眾的 <u>中斷投保率</u>	5 (20.8)	14 (58.3)	5 (27.8)

(6) 不同 <u>健保分局</u> 民眾的未納保率	3 (12.5)	16 (66.7)	5 (27.8)
(7) 不同 <u>居住地區(北、中、南、東部及外島)</u> 民眾的未納保率	3 (12.5)	16 (66.7)	5 (27.8)
(8) 不同 <u>居住地區(北、中、南、東部及外島)</u> 民眾的中斷投保率	2 (8.3)	17 (70.8)	5 (27.8)
(9) 不同 <u>健保分局</u> 民眾的中斷投保率	2 (8.3)	16 (66.7)	6 (25.0)

表 19 為專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，對於財務公平性指標需要與國際上其他國家比較之意見。調查結果顯示「依保險對象的經濟能力收取保險」獲得大多數專家的認同應做國際比較。至於超過五成專家表示「是」之意見，有、「家庭收支調查中，最富 20%與最窮 20%家戶的平均每戶健保費金額倍率，與健保醫療給付(不含部分負擔)金額倍率之對比」、「民眾對於健保財務社會性公平之感受」、「對於「非國民」納保之醫療給付與繳交保費範圍之界定程度」。

表 19 對於作為評量健保財務公平性指標需要國際比較之意見

單位：次數(%)

財務公平性指標	是	否	未填答
	第一 回合	第一 回合	第一 回合
	第二 回合	第二 回合	第二 回合
(1) 依保險對象的經濟能力收取保險費	21 (87.5)	1 (4.2)	2 (8.3)
(2) 家庭收支調查中，最富 20%與最窮 20%家戶的平均每戶健保費金額倍率，與 <u>健保醫療給付(不含部分負擔)金額倍率</u> 之對比	16 (66.7)	5 (20.8)	3 (12.5)
	12 (50.0)	8 (33.3)	4 (16.7)
(3) 民眾對於健保財務社會性公平之感受(第二回合新增)			
	13 (54.2)	10 (41.7)	1 (4.2)
(4) 對於「非國民」納保之醫療給付與繳交保費範圍之界定程度(第二回合新增)			
	13 (54.2)	10 (41.7)	1 (4.2)

表 20 為專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，對於保障完整性指標需要與國際上其他國家比較之意見。調查結果顯示，「健保病床占全國總病床之比率」、「醫療院所加入健保特約之比例」、「每家戶自費醫療支出占家戶總醫療支出之比例」、「民間醫療支出占全國醫療支出之比例」、「每人每年自費醫療費用之平均金額」、「每家戶每年自費醫療費用之平均金額」、「健保費支出占家戶所得之比例」獲得多數專家的認同，應做國際比較。

表 20 對於作為評量健保保障完整性指標需要國際比較之意見

單位：次數(%)

保障完整性指標	是	否	未填答
	第一 回合	第一 回合	第一 回合
	第二 回合	第二 回合	第二 回合
(1) 醫療院所加入健保特約之比例	17 (70.8)	3 (12.5)	4 (16.7)
(2) 健保病床占全國總病床之比率	18 (75.0)	2 (8.3)	4 (16.7)
(3) 部分負擔占健保費用支出之比例	12 (50.0)	6 (25.0)	6 (25.0)
	16 (66.7)	5 (20.8)	3 (12.5)
(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例	14 (58.3)	5 (20.8)	5 (20.8)
	18 (75.0)	3 (12.5)	3 (12.5)
(5) 每人每年自費醫療費用之平均金額	15 (62.5)	6 (25.0)	3 (12.5)
(6) 每家戶每年自費醫療費用之平均金額	15 (62.5)	6 (25.0)	3 (12.5)
	14 (58.3)	9 (37.5)	1 (4.2)
(7) 每家戶自費醫療支出占家戶總醫療支出之比例	17 (70.8)	4 (16.7)	3 (12.5)
	16 (66.7)	7 (29.2)	1 (4.2)

(8) 政府醫療支出全國醫療支出之比例(第二回合新增)	15 (62.5)	8 (33.3)	1 (4.2)
	17 (70.8)	4 (16.7)	3 (12.5)
(9) 平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配所得之比例(新增自效率性構面)	15 (62.5)	7 (29.2)	2 (8.3)
	17 (70.8)	4 (16.7)	3 (12.5)
(10) 健保費支出占家戶所得之比例(新增自效率性構面)	16 (66.7)	7 (29.2)	1 (4.2)
	18 (75.0)	3 (12.5)	3 (12.5)
(11) 健保醫療支出占全國醫療費用支出之比例(新增自效率性構面)	16 (66.7)	5 (20.8)	3 (12.5)

表 21 為專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，對於就醫可近性指標需要與國際上其他國家比較之意見。調查結果顯示，「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」、「每千人醫院數」獲得大多數專家的同意。至於「民眾對於就醫經濟障礙的感受」、「全國民眾平均每人掛號等候時間」、「平均每人每年就醫(含健保門診與非健保門診)次數」亦獲得超過 50% 的專家的同意。

表 21 對於作為評量健保就醫可近性指標需要國際比較之意見

單位：次數(%)

就醫可近性指標	是	否	未填答
	第一 回合	第一 回合	第一 回合
	第二 回合	第二 回合	第二 回合
(1) 每千人醫師數	21 (87.5)	0 (0)	3 (12.5)
(2) 每千人醫院數	18 (75.0)	3 (12.5)	3 (12.5)
(3) 每千人一般病床數	21 (87.5)	0 (0)	3 (12.5)
(4) 每千人慢性病床數	18 (75.0)	2 (8.3)	4 (16.7)
(5) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫師數之比較	8 (33.3)	12 (50.0)	4 (16.7)
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)
(6) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫院數之比較	8 (33.3)	12 (50.0)	4 (16.7)
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)
(7) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人一般病床數之比較	8 (33.3)	13 (54.2)	3 (12.5)
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)

(8) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人慢性病床數之比較	7 (29.2)	14 (58.3)	3 (12.5)
	10 (41.7)	12 (50.0)	2 (8.3)
(9) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人掛號等候時間	7 (29.2)	13 (54.2)	4 (16.7)
	6 (25.0)	16 (66.7)	2 (8.3)
(10) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人就診等候時間	8 (33.3)	13 (54.2)	3 (12.5)
	7 (29.2)	15 (62.5)	2 (8.3)
(11) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人每年就診次數	9 (37.5)	11 (45.8)	4 (16.7)
	9 (37.5)	13 (54.2)	2 (8.3)
(12) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人手術等候時間	11 (45.8)	8 (33.3)	5 (20.8)
	8 (33.3)	14 (58.3)	2 (8.3)
(13) 平均每人每年就醫(含健保門診與非健保門診)次數	16 (66.7)	5 (20.8)	3 (12.5)
	13 (54.2)	9 (37.5)	2 (8.3)
(14) 民眾對於就醫 <u>經濟障礙</u> 的感受	12 (50.0)	8 (33.3)	4 (16.7)
(15) 民眾對於就醫 <u>交通障礙</u> 的感受	10 (41.7)	10 (41.7)	4 (16.7)
(16) 民眾對於就醫 <u>社會文化障礙</u> 的感受	10 (41.7)	10 (41.7)	4 (16.7)
	8 (33.3)	13 (54.2)	3 (12.5)

(17) 民眾對於就醫 <u>性別障礙</u> 的感受	10 (41.7)	10 (41.7)	4 (16.7)
	7 (29.2)	14 (58.3)	3 (12.5)
(18) 每十萬醫院數(第二回合新增)	/		
	12 (50.0)	9 (37.5)	3 (12.5)
(19) 申請偏遠地區巡迴醫療服務之案件數(第二回合新增)	/		
	8 (33.3)	14 (58.3)	2 (8.3)
(20) 偏遠地區巡迴醫療之 <u>巡迴日數</u> (第二回合新增)	/		
	8 (33.3)	14 (58.3)	2 (8.3)
(21) 偏遠地區巡迴醫療之 <u>就診人次</u> (第二回合新增)	/		
	9 (37.5)	13 (54.2)	2 (8.3)
(22) 偏遠地區巡迴醫療之 <u>就診人數</u> (第二回合新增)	/		
	9 (37.5)	13 (54.2)	2 (8.3)
(23) 民眾對於醫療院所交付處方箋自行選擇調劑處所的感受(第二回合新增)	/		
	9 (37.5)	13 (54.2)	2 (8.3)
(24) 醫療院所釋出處方箋的比率(第二回合新增)	/		
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)
(25) 民眾持處方箋到社區健保藥局調劑之比率(第二回合新增)	/		
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)

(26) 全國民眾平均每人掛號等候時間(第二回合新增)	/		
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)
(27) 全國民眾平均每人就診等候時間(第二回合新增)	/		
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)
(28) 全國民眾平均每人手術等候時間(第二回合新增)	/		
	13 (54.2)	9 (37.5)	2 (8.3)
(29) 不同縣市每千人醫師數之比較(第二回合新增)	/		
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)
(30) 不同縣市每十萬人地區教學以上醫院數之比較(第二回合新增)	/		
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)
(31) 不同縣市每十萬人區域以上醫院數之比較(第二回合新增)	/		
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)

表 22 為專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，對於服務效率性指標需要與國際上其他國家比較之意見。調查結果顯示，「健保局行政費用占健保總支出之比例」、「全國醫療支出占 GDP 之比例」、「全國藥費占 GDP 之比例」、「全國藥費占全國醫療支出之比例」、「民間醫療支出占全國醫療支出之比例」、「出院後十四日內再住院率」等服務效率性指標獲得超過七成專家的同意進行國際比較。

表 22 對於作為評量健保服務效率性指標需要國際比較之意見

單位：次數(%)

服務效率性指標	是	否	未填答
	第一 回合	第一 回合	第一 回合
	第二 回合	第二 回合	第二 回合
(1) 全國醫療支出占 GDP 之比例	19 (79.2)	2 (8.3)	3 (12.5)
	18 (75.0)	4 (16.7)	2 (8.3)
(2) 全國藥費占 GDP 之比例	19 (79.2)	2 (8.3)	3 (12.5)
	18 (75.0)	4 (16.7)	2 (8.3)
(3) 全國藥費占全國醫療支出之比例	19 (79.2)	2 (8.3)	3 (12.5)
	19 (79.2)	3 (12.5)	2 (8.3)
(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例	17 (70.8)	4 (16.7)	3 (12.5)
	17 (70.8)	5 (20.8)	2 (8.3)
(5) 平均每人每年醫療支出金額	17 (70.8)	4 (16.7)	3 (12.5)
	15 (62.5)	7 (29.2)	2 (8.3)
(6) 平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配所得之比例 (移至保障完整性)	/		
(7) 健保費支出占家戶所得之比例 (移至保障完整性)	/		
(8) 健保醫療支出占全國醫療費用支出之比例 (移至保障完整性)	/		
(9) 健保局行政費用占健保總支出之比例	19 (79.2)	3 (12.5)	2 (8.3)
	17	6	1

	(70.8)	(25.0)	(4.2)
(10) 健保局之人事費用占健保費用之比例(第二回合新增)	13 (54.2)	9 (37.5)	2 (8.3)
(11) 全國醫療支出占 GDP 之比例(第二回合新增)	16 (66.7)	3 (12.5)	5 (20.8)
(12) 急性病床平均天數(第二回合新增)	16 (66.7)	7 (29.2)	1 (4.2)
(13) 出院後十四日內再住院率(第二回合新增)	17 (70.8)	6 (25.0)	1 (4.2)
(14) 醫療院所處方箋釋出比例(第二回合新增)	12 (50.0)	11 (45.8)	1 (4.2)
(16) 醫療院所慢性病連續處方箋的開立率(第二回合新增)	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)
(17) 醫療院所第二、三次的處方箋釋出率(第二回合新增)	8 (33.3)	14 (58.3)	2 (8.3)
(18) 長期住院案件之改善率(第二回合新增)	16 (66.7)	6 (25.0)	2 (8.3)
(19) 重複用藥率(第二回合新增)	15 (62.5)	7 (29.2)	2 (8.3)

(20) 特定疾病每年平均門診次數(第二回合新增)			
	13 (54.2)	9 (37.5)	2 (8.3)
(21) 高診次占率(第二回合新增)			
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)
(22) 高診次輔導率(第二回合新增)			
	9 (37.5)	13 (54.2)	2 (8.3)
(23) 醫院門診占率(第二回合新增)			
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)
(24) 醫院門診用藥占率(第二回合新增)			
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)
(25) 家庭醫師門診占率(第二回合新增)			
	10 (41.7)	12 (50.0)	2 (8.3)

表 23 為專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，對於資訊公開性指標需要與國際上其他國家比較之意見。調查結果顯示，「民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度」、「民眾對於各醫院財報公開情形的滿意度」、「健保局的網站強化公開資訊透明度」獲得較多專家的同意進行國際比較。

表 23 對於作為評量健保資訊公開性指標需要國際比較之意見

單位：次數(%)

資訊公開性指標	是	否	未填答
	第一 回合	第一 回合	第一 回合
	第二 回合	第二 回合	第二 回合
(1) 民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度	14 (58.3)	8 (33.3)	2 (4.2)
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)
(2) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄上網公開的平均時間(第二回合修正)	7 (29.2)	15 (62.5)	2 (4.2)
	6 (25.0)	16 (66.7)	2 (8.3)
(3) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本) 公布的平均時間	7 (29.2)	15 (62.5)	2 (4.2)
	6 (25.0)	16 (66.7)	2 (8.3)
(4) 健保監理委員會之委員會會議記錄上網公開的平均時間(第二回合修正)	7 (29.2)	15 (62.5)	2 (4.2)
	6 (25.0)	16 (66.7)	2 (8.3)
(5) 民眾對於各醫院財報公開情形的滿意度	12 (50.0)	9 (37.5)	3 (12.5)
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)
(6) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布的會議紀錄內之形式(第二回合新增)	/		
	5 (20.8)	17 (70.8)	2 (8.3)
(7) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之詳細度(第二回合新增)	/		
	7 (29.2)	14 (58.3)	3 (12.5)

(8) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之形式(第二回合新增)			
	7 (29.2)	15 (62.5)	2 (8.3)
(9) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之詳細度(第二回合新增)			
	7 (29.2)	15 (62.5)	2 (8.3)
(10) 健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布形式(第二回合新增)			
	8 (33.3)	14 (58.3)	2 (8.3)
(11) 健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之詳細度(第二回合新增)			
	6 (25.0)	15 (62.5)	3 (12.5)
(12) 健保局的網站強化公開資訊透明度(第二回合新增)			
	12 (50.0)	10 (41.7)	2 (8.3)
(13) 健保局的網站強化公開資訊便捷性(第二回合新增)			
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)
(14) 健保藥事審查小組會議記錄公布的平均時間(第二回合新增)			
	8 (33.3)	14 (58.3)	2 (8.3)
(15) 健保藥事審查小組會議記錄公布的内容詳細度(第二回合新增)			
	8 (33.3)	14 (58.3)	2 (8.3)
(16) 民眾對於健保局宣導工作之滿意度(第二回合新增)			
	10 (41.7)	12 (50.0)	2 (8.3)

(17) 民眾對於醫療院所用藥說明服務之滿意度 (第二回合新增)			
	9 (37.5)	13 (54.2)	2 (8.3)
(18) 民眾對於醫療院所服務之滿意度(第二回合 新增)			
	11 (45.8)	11 (45.8)	2 (8.3)

表 24 為專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，對於政策效能性指標需要與國際上其他國家比較之意見。調查結果顯示，五項指標均獲得多數專家的同意進行國際比較。

表 24 對於作為評量健保政策效能性指標需要國際比較之意見

單位：次數(%)

政策效能性指標	是	否	未填答
	第一 回合	第一 回合	第一 回合
	第二 回合	第二 回合	第二 回合
(1) 國民平均餘命	22 (91.7)	1 (4.2)	1 (4.3)
	18 (75.0)	3 (12.5)	3 (12.5)
(2) 國民健康平均餘命	20 (83.3)	1 (4.2)	3 (12.5)
	19 (79.2)	2 (8.3)	3 (12.5)
(3) 嬰兒死亡率	22 (91.7)	0 (0)	2 (8.3)

(4) 可避免死亡率	19 (79.2)	3 (12.5)	2 (8.3)
	18 (75.0)	3 (12.5)	3 (12.5)
(5) 癌症五年或十年存活率(第二回合新增)			
	18 (75.0)	3 (12.5)	3 (12.5)

參、其他意見

本研究整理參加政策德菲專家對於建構評量健保指標、資料蒐集方式與進行國際比較之其他意見，包括：

- (1) 評量指標在與國際比較時，不是只憑量化數據，必需進一步考量文化差異及國民對於醫療品質的認知，避免失之偏頗。
- (2) 資料蒐集時，調查對象最好採用全國人口數做基礎再按比例，分區分層取樣。避免選取特殊族群，才能符合「從民眾觀點」。
- (3) 增加「醫療院所處方箋釋出比例」、「診所以門診處方之箋釋出比例」、「醫院以慢性病連續處方箋的開立率及第二、三次的處方箋釋出率」等指標。

第四節 小結

本節針對政策德菲法二回合結果提出健保政策評量構面、指標與進行國際比較的共識意見之整理。

壹、對於健保政策評量構面之共識意見

綜合前述，經過二回合分析，專家們對於健保政策評量構面共識意見整理如下：

- (1) 所有專家都同意「納保普及性」、「財務公平性」作為健保政策評量構面。
- (2) 大多數專家同意「就醫可近性」、「保障完整性」作為健保政策評量構面，有一位專家表示「普通」的意見。
- (3) 大多數專家同意「資訊公開性」、「服務效率性」作為健保政策評量構面，有二位專家表示「普通」的意見。
- (4) 大多數專家同意「制度課責性」作為健保政策評量構面，有三位專家表示「普通」的意見。
- (5) 多數專家同意「政策效能性」作為健保政策評量構面，有七位專家表示「普通」的意見。
- (6) 第二回合新增的「財務合理性」構面，除二位專家表示不同意的意見外，也獲得相當程度的共識。

貳、對於健保政策評量指標之共識意見

經過二回合分析，專家們對於健保政策評量指標的共識意見整理如下：

- (1) 專家們對於作為評量健保政策納保普及性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之次數作為選擇標準，「全國民眾的納保率」、「不同投保職業類別民眾的未納保率」、「全國民眾的未納保率」、「全國民眾的中斷投保率」、「不同健保分局民眾的未納保率」。有專家提出「全國民眾的納保率」、「全國民眾的未納保率」擇一作為評量指標即可。
- (2) 專家們對於作為評量健保政策財務公平性指標之意見，若以「非常同意」、

「同意」次數作為選擇標準，其中以「依保險對象的經濟能力收取保險費」、第二回合新增的「民眾對於健保財務社會性公平之感受」獲得高度共識。

- (3) 專家們對於作為評量健保政策保障完整性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之次數作為選擇的標準，其中以「醫療院所加入健保特約之比例」、「健保病床占全國總病床之比率」、「部分負擔占健保費用支出之比例」、「政府醫療支出全國醫療支出之比例」、「健保費支出占家戶所得之比例」指標獲得大多數專家的共識。
- (4) 專家們對於作為評量健保政策就醫可近性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之次數作為選擇的標準，其中以「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」、「每千人醫院數」、「民眾對於就醫交通障礙的感受」指標獲得較高度共識；其次「不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫師數之比較」、「不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人一般病床數之比較」、「不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人慢性病床數之比較」、「不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人每年就診次數」、「全國民眾平均每人手術等候時間」指標也獲得大多數專家的共識，僅有一位專家表示不同意的意見。
- (5) 專家們對於作為評量健保政策服務效率性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之次數作為選擇的標準，其中以「長期住院案件之改善率」、「全國醫療支出占 GDP 之比例」指標獲得全部專家的共識。至於「健保局行政費用占健保總支出之比例」、「急性病床平均天數」、「出院後十四日內再住院率」指標作為評量健保政策的服務效率性獲得較多的共識，但亦有專家表示「普通」的意見，且有少數專家表示「不同意」的意見。
- (6) 專家們對於作為評量健保政策資訊公開性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之次數作為選擇的標準，其中以「民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度」、第二回合新增的「健保局的網站強化公開資訊透明度」、「健

保局的網站強化公開資訊便捷性」、「民眾對於健保局宣導工作之滿意度」、「民眾對於醫療院所服務之滿意度」指標作為評量健保政策的資訊公開性，獲得高度共識。

- (7) 專家們對於作為評量健保制度課責性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之次數作為選擇的標準，其中以「民眾對於健保制度的滿意度」、「爭議審議委員會提供申訴管道的案件數量」、「爭議審議委員會提供申訴管道的案件類型」、「訴願會提供申訴管道的案件處理結果」、「訴願會提供申訴管道的案件處理平均時間」、「民眾對於健保局提供申訴管道的服務滿意度」指標作為評量健保政策的制度課責性，獲得高度共識。
- (8) 專家們對於作為評量健保政策效能性指標之意見，若以「非常同意」、「同意」之次數作為選擇的標準，其中以「可避免死亡率」、「嬰兒死亡率」、「國民平均餘命」指標作為評量健保政策的效能性，獲得較多的共識，僅少數專家表示「不同意」的意見，顯然意見較為集中。有一位專家表示增加「以上並不能代表健保政策效能性，此部分確實不易測量」之意見。

參、對於健保政策評量指標進行國際比較的共識意見

經過二回合分析，專家們對於健保政策評量指標進行國際比較的共識意見，整理如下：

- (1) 由於第一回合多數專家與期中報告專家認為，因為各國組織制度不同，難以國際比較，健保制度課責性指標的國際比較問題，第二回合不再詢問。
- (2) 專家們對於納保普及性指標需要與國際上其他國家比較之意見，以「全國民眾的納保率」較有共識。
- (3) 專家們對於財務公平性指標需要與國際上其他國家比較之意見，以「依保險對象的經濟能力收取保險」獲得大多數專家的認同。
- (4) 專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，保障完整性指標需要與國際上其他國家比較之意見，以「健保病床占全國總病床之比率」、「醫療院所加入健保特約之比例」、「民間醫療支出占全國醫療支出之比例」、「每家戶

每年自費醫療費用之平均金額」、「每人每年自費醫療費用之平均金額」獲得多數專家的認同。

- (5) 專家們對於就醫可近性指標需要與國際上其他國家比較之意見，以「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」、「每千人醫院數」獲得大多數專家的同意。
- (6) 專家們對於服務效率性指標需要與國際上其他國家比較之意見，以「健保局行政費用占健保總支出之比例」、「全國醫療支出占 GDP 之比例」、「全國藥費占 GDP 之比例」、「全國藥費占全國醫療支出之比例」、「民間醫療支出占全國醫療支出之比例」、「出院後十四日內再住院率」等服務效率性指標獲得超過七成專家的同意進行國際比較。
- (7) 專家們對於資訊公開性指標需要與國際其他國家比較意見，以「民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度」、「民眾對於各醫院財報公開情形的滿意度」、「健保局的網站強化公開資訊透明度」獲得較多位專家的同意。
- (8) 專家們對於健保主管機關在評量健保政策時，政策效能性指標需要與國際上其他國家比較之意見，五項指標均獲得多數專家的同意進行國際比較。

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「對民眾有利」觀點的健保政策評估指標之意見。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。

貳、第二次座談會之討論內容與結果

為了針對第一年提出的構面與指標加以修正，本研究於電話問卷調查之前邀請相關團體代表參與座談會，討論從「民眾有利」觀點建構的健保評量指標。本研究於2009年9月18日在政治大學舉辦相關團體座談會，邀請中華民國殘障聯盟王幼玲秘書長、台灣勞工陣線孫友聯秘書長、財團法人伊甸社會福利基金會高珮瑾執行長特助、財團法人罕見疾病基金會陳冠如副執行長、康復之友聯盟黃政偉社工專員、台灣女人連線蔡宛芬秘書長。會中先說明第一年研究案中，民眾電話調查之目的與主要發現，以及第二年的民意調查目的與進行方式，並討論為民眾電話調查之問卷內容。

座談會主要討論內容：

- (1) 民眾多半是由其就醫習慣來分析回答問卷，要以持平的觀點來問，會比較好。
- (2) 建議面訪或許會比較可以問出東西。
- (3) 建議可加入用藥的障礙指標。
- (4) 建議可以將確定的健保政策納入題目之內，例如保費部分調整。
- (5) 建議在詢問的時候，可以給民眾一些資訊，來增加民眾對於健保的敏感度。譬如可近性不是空間的障礙，而是社會障礙。

- (6) 事實上，對於健保很多民眾不是很了解。
- (7) 建議對於特殊族群應該要做專門的調查。
- (8) 由於民眾多半還是選用自身就醫經驗來回答，無法從客觀的角度來回答問題，如果可以由閱讀測驗的方式來問或許會好一點。
- (9) 建議問卷架構可以分為三個層面，包括：健保的目的、制度的設計、行政的效率與效能。

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。

肆、問卷設計與調查內容

本研究設計問卷內容分成以下四個部分：

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、本研究之政策德菲法的共識性意見、第一次相關團體代表座談會等意見，整理為問卷調查題目，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詢問受訪民眾的就醫經驗與健保滿意度之關係，包括：多久之前到醫院或診所看過病，與對其看病服務滿的意度、不滿意當時看病經驗的原因、當時看病經驗對於健保滿意度的影響，與其影響的原因，個人對於健保滿意度的評價受到的影響因素。

問卷的第二部分為調查受訪民眾的健保知能與資訊與健保滿意度，包括：平時對於健保瞭解的資訊管道、對於政府對於健保宣導資訊的印象、對於政府健保財務資訊公開的滿意情形、對於目前健保虧損金額的瞭解情形，對於健保財務虧損影響到健保對民眾照顧的意見，對於與健保相關的事情，曾經或現在煩惱過的

事情。

問卷的第三部分為調查受訪民眾對於健保措施的認知與其與健保滿意度之關係，包括對於政府調漲高收入人的健保費政策之認知、該政策與健保滿意度的關係、對於自費廢議題的意見，對於自費影響健保滿意度的意見、對於未納保議題的意見，以及對於健保局提供申訴方式之經驗與滿意度，對於健保三個委員會的認知與開會情形公開的意見。

問卷的第四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。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、第一次相關團體代表座談會等資料分析，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) 2009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) 2009年10月21日至25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 1,068 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。

本研究電話調查總共撥號 9,536 通，有效接通訪問樣本為 3,183 個，占 33.4%，經排除訪問失敗（如中途拒答、一開始就拒答及其他因素等，共有 2,109 通）後，共計訪問成功 1,074 個樣本，訪問成功率為 33.7%。¹在 95%的信心水準下，抽樣誤差約正負 2.99%。²另外，由於本次電話訪問使用的電話號碼簿年代較舊，未及採購更新，因而非人為因素無法訪問的樣本(如無人接聽、電話中、停話、空號、改號、故障、及傳真機、答錄機等)計有 6,353 通，占 66.6%。此亦為本研究之限制之一。表 25 為調查接觸狀況表。

表 25 調查接觸狀況表

調查狀況	次數	百分比 (%)	
成功訪問	1,074	33.7	
受訪者一開始就拒答	1,632	51.3	
中途拒訪	477	15.0	
小計	3,183	100.0	33.4
非人為因素統計表			
無合格受訪者	135	1.4%	
忙線	657	6.9%	
無人接聽	3,113	32.6%	
傳真機	257	2.7%	
答錄機	52	0.5%	
空號	1,914	20.1%	
非住家電話/公司行號	225	2.4%	
小計	6,353	100.0	66.6
總計	9,536		100.0

貳、資料處理方法

¹成功訪問率為成功完成人數除以電訪完成人數加上電訪未完成人數之總和。

²本研究針對全國 20 歲以上民眾約 17,660,593 人進行抽樣，設定在 95%的信心水準下，抽樣誤差在正負 2.99 個百分點以內，至少需要 1,074 位樣本。

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

為探討成功樣本是否足以代表全國各縣市民眾的意見，表 26 為樣本縣市別代表性檢定，結果顯示縣市別樣本結構加權後的分布與母體結構（依據內政部戶政司 2009 年 9 月編製之人口分布資料）沒有顯著差異。

表 26 樣本縣市別與母體縣市別結構之差異檢定(加權後)

縣市別	樣本分配		母體分配(20 歲以上人口數)	
	樣本數	百分比(%)	樣本數	百分比(%)
臺北縣	178	16.57	2,970,872	16.82
宜蘭縣	20	1.86	352,936	2.00
桃園縣	79	7.36	1,443,929	8.18
新竹縣	16	1.49	371,662	2.10
苗栗縣	33	3.07	427,180	2.42
臺中縣	93	8.66	1,159,300	6.56
彰化縣	81	7.54	993,172	5.62
南投縣	32	2.98	409,457	2.32
雲林縣	25	2.33	562,212	3.18
嘉義縣	41	3.82	430,679	2.44
臺南縣	50	4.66	866,909	4.91
高雄縣	61	5.68	965,478	5.47
屏東縣	39	3.63	684,807	3.88
臺東縣	4	0.37	179,109	1.01
花蓮縣	12	1.12	262,584	1.49
澎湖縣	3	0.28	75,568	0.43
基隆市	12	1.12	301,552	1.71
新竹市	21	1.96	300,592	1.70
臺中市	60	5.59	792,434	4.49
嘉義市	9	0.84	203,916	1.15
臺南市	21	1.96	590,060	3.34
臺北市	127	11.82	2,051,399	11.62
高雄市	54	5.03	1,183,535	6.70

金門縣	3	0.28	73,432	0.42
連江縣	0	0.00	7,819	0.04
總和	1,074	100.00	17,660,593	100.00
$X^2=0.004 < 17.54$ (自由度 24, 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。				

為探討成功樣本是否足以代表全國各縣市民眾的意見, 表 27 為樣本性別代表性檢定(加權性), 結果顯示性別的樣本結構分布與母體結構(依據內政部戶政司 2009 年 9 月編製之人口分布資料)沒有顯著差異, 顯示性別的樣本結構分布與母體結構一致。

表 27 樣本性別與母體性別結構之差異檢定(加權後)

性別	樣本分配		母體分配(20 歲以上人口數)	
	樣本數	百分比(%)	樣本數	百分比(%)
男	461	42.92	8,800,906	49.83
女	613	57.08	8,859,687	50.17
總計	1,074	100.00	17,660,593	100.00
$X^2=0.56$ (自由度 1, 信心水準 95%), P 值=0.234 > 0.05 在 95% 的信心水準下, 樣本與母體的性別分配並無顯著差異。				

為探討成功樣本是否足以代表全國各縣市民眾的意見, 表 28 為樣本年齡代表性檢定(加權性), 結果顯示年齡的樣本結構分布與母體結構(依據內政部戶政司 2009 年 9 月編製之人口分布資料)沒有顯著差異, 顯示年齡的樣本結構分布與母體結構一致。

表 28 樣本年齡與母體年齡結構之差異檢定(加權性)

年齡	樣本分配		母體分配(20 歲以上人口數)	
	樣本數	百分比(%)	樣本數	百分比(%)
20-29 歲	164	15.57	3,567,042	20.20
30-39 歲	174	16.52	3,771,187	21.35
40-49 歲	255	24.22	3,769,677	21.35
50-59 歲	267	25.36	3,220,737	18.24
60 歲以上	193	18.33	3,331,950	18.87
總和	1,053	100.00	17,660,593	100.00
$X^2=0.29$ (自由度 9, 信心水準 95%), P 值=0.214 > 0.05 在 95% 的信心水準下, 樣本與母體的年齡分配並無顯著差異。				

為探討成功樣本是否足以代表全國各縣市民眾的意見，表 29 為樣本教育程度代表性檢定(加權後)，結果顯示教育程度的樣本結構分布與母體結構（依據內政部戶政司 2008 年 12 月編製之人口分布資料）沒有顯著差異，顯示教育程度的樣本結構分布與母體結構一致。

表 29 樣本教育程度與母體教育程度結構之差異檢定(加權後)

教育程度	樣本分配		母體分配(20 歲以上人口數)	
	樣本數	百分比(%)	樣本數	百分比(%)
國中或以下	240	23.60	6,488,845	37.02
高中、高職	372	36.58	5,633,696	32.15
大專	367	36.09	4,819,078	27.50
研究所以上	38	3.74	584,257	3.33
總計	1017	100.00	17,525,876	100.00

$X^2=8.95 < 9.488$ (自由度 7，信心水準 95%)，P 值=0.114 > 0.05
 在 95% 的信心水準下，樣本與母體的教育程度分配並無顯著差異。

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，男性占 45.1%，女性占 54.9%，如表 30 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 30 訪問成功樣本之性別分布

項目	次數	百分比 (%)
男	461	42.9
女	613	57.1
總和	1,074	100.0

二、最高學歷之結構分布

本次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 31 所示，「50 至 59 歲」的受訪人數最多，占 24.9%；其次為「40 至 49 歲」，占 23.7%；「20-29 歲」的受訪人數最少，占 15.3%。

表 31 訪問成功樣本之年齡分布

項目	次數	百分比 (%)
20-29 歲	164	15.3
30-39 歲	174	16.2
40-49 歲	255	23.7
50-59 歲	267	24.9
60 歲以上	193	18.0
拒答	21	2.0
總和	1,074	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 32 所示，受訪民眾之教育程度以高中、高職者占人數最多，占 34.6%；教育程度為大學者次之，占 34.2%；教育程度為「研究所以上」所占人數最少，占 3.5%。

表 32 訪問成功樣本之教育程度分布

項目	次數	百分比 (%)
國中或以下	240	22.3
高中、高職	372	34.6
大專	367	34.2
研究所以上	38	3.5
拒答	57	5.3
總和	1,074	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 33 所示，受訪民眾以民營公司員工占人數最多，占 21.5%；其次是家庭主婦，占 20.5%；表示「無業」之民眾，占 11.7%。

表 33 訪問成功樣本之職業情況分布

項目	次數	百分比 (%)
軍公教人員	69	6.4
民營公司員工	231	21.5
司、商店或執業場所負責人	76	7.1
領有專業證照的人員	40	3.7
參加職業工會的人員	29	2.7
農漁民	35	3.3
學生	54	5.0
家庭主婦	220	20.5
無業	126	11.7
退休人員	116	10.8
其他	59	5.5
拒答	19	1.8
總和	1,074	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、退休金等）從「無收入」、「3萬元以下」到「15萬元以上」共劃分7組。在有效樣本中，如表34所示，受訪民眾以「3萬~6萬元以下」占人數最多，占24.4%；其次是「3萬元以下」，占12.6%；表示「無收入」之民眾，占11.5%。

表 34 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 (%)
3萬元以下	135	12.6
3萬~6萬元以下	262	24.4
6萬~9萬元以下	117	10.9
9萬~12萬元以下	76	7.1
12萬~15萬元以下	14	1.3
15萬元以上	38	3.5
無收入	124	11.5
不知道/拒答	308	28.7
總和	1,074	100.0

貳、對於就醫經驗與健保滿意度之關係分析

第一，對於受訪民眾最近一次看病之間隔時間，結果顯示有 28.1% (302 位) 民眾表示「半年以上未曾看過病」；有 17.5% (188 位) 表示「一週內」看過病；有 15.9% (171 位) 表示「二個月至半年內」看過病。結果顯示有三成七的受訪民眾一個月內有看病經驗。至於表示「其他」意見者為「忘記了」、「有 5、6 年沒看過病了」。

表 35 受訪民眾最近一次看病之間隔時間分析

項目	次數	百分比 (%)
一週內	188	17.5
一週至二週內	110	10.2
二週至一個月內	104	9.7
一個月至二個月內	164	15.3
二個月至半年內	171	15.9
半年以上未曾看過病	302	28.1
從未看過病	32	3.0
其他	3	0.3
總和	1,074	100.0

第二，對於受訪民眾上次看病經驗的滿意度意見，結果顯示有 60.6% (651 位) 民眾表示「非常滿意」、「滿意」；有 3.7% (40 位) 表示「非常不滿意」、「不滿意」上次看病經驗。顯示多數受訪民眾滿意其看病經驗。表 37 為民眾不滿意之意見分析，以「候診時間長」、「醫院服務態度差」、「醫師看診時間短」為前三項主要的原因。至於表示「其他」意見者包括：「不知道」、「因為診所和藥局分開，所以押金壓兩次，感到相當不公平」、「看病時間太短，病人還沒講清楚情況，醫師就開藥單」、「要自費 300 元」、「健保的限制太多」、「檢查過頻繁，同樣的事情一直在重複」、「醫生看診服務不錯，但護士之類的人員服務不佳」、「醫院動線不良、檢查不立即」。

表 36 民眾對於上次看病經驗的服務滿意度分析

項目	次數	百分比 (%)
非常滿意	29	2.7
滿意	622	57.9
普通	383	35.7
不滿意	38	3.5
非常不滿意	2	0.2
總和	1,074	100.0

表 37 民眾對於上次看病不滿意之原因分析 (複選題)

項目	次數	百分比 (%)
候診時間長	16	17.2
醫院服務態度差	14	15.1
醫師看診時間短	12	12.9
掛號排隊長	10	10.8
除了掛號費、部分負擔外，還必須另外自費	10	10.8
掛號費太高	9	9.7
領藥時間長	7	7.5
醫院環境擁擠	7	7.5
其他	8	8.6
總數	93	100.0

第三，受訪民眾上次看病經驗與健保滿意度之意見關係，結果顯示有 77.3% (830 位) 民眾表示「不會」影響；有 22.7% (244 位) 表示「會」。

第四，受訪民眾上次看病經驗會其影響對於健保滿意度評價之原因(複選題)，以「這是健保的服務範圍」占 33.4%，為主要原因；其次是「健保與民眾看病權益息息相關」占 28.7%；第三是「繳了健保費就是為了看病」占 28.7%。表示「其他」意見者，包括：「不知道」、「中醫收費不同，健保制度沒有明確規範」、「收費太高」、「掛號費太貴」、「看內科外科要收兩次錢，覺得不公平」、「只是配合政府來做」、「看醫品質問題」、「核子共振的排程太久(其他如等待時間)」、「醫院是收了健保費，才把服務做好」、「藥品開的天數太長」、「藥開的不清不楚」等。

表 38 民眾上次看病經驗對於健保滿意度之影響分析

項目	次數	百分比 (%)
會	244	22.7
不會	830	77.3
總和	1,074	100.0

表 39 民眾對於上次看病會影響其健保滿意度之原因分析 (複選題)

項目	次數	百分比 (%)
這是健保的服務範圍	128	33.4
健保與民眾看病權益息息相關	110	28.7
繳了健保費就是為了看病	65	17.0
繳的健保費就是用在付錢給醫院	61	15.9
其他	19	5.0
總數	383	100.0

第五，受訪民眾上次看病經驗不會影響其對於健保滿意度評價之原因(複選題)，以「健保滿意度與看病經驗無關」為主要原因，占 38.1%；其次是「對於健保的滿意度是根據其他原因」，占 29.1%；再者是「看病經驗與醫院服務有關」，占 25.3%。至於表示「其他」意見者包括：「不知道」、「時間過太久沒有印象」、「本身就不喜歡健保」、「因為小診所沒有什麼感覺」、「因為個人的態度吧，也許護士對人都一樣，但我卻不喜歡」、「因為健保辦好差」、「有病就去看」、「服務都差不多」、「看診和健保是分開的」、「對醫生的服務滿意，但對開的藥不滿意」、「可以」、「沒有關聯」。

表 40 民眾對於上次看病不會影響其健保滿意度之原因分析 (複選題)

項目	次數	百分比 (%)
看病經驗與醫院服務有關	223	25.3
健保滿意度與看病經驗無關	335	38.1
對於健保的滿意度是根據其他原因	256	29.1
其他	66	7.5
總數	880	100.0

第六，受訪民眾對於健保滿意度評價之關連性因素分析(複選題)，以「繳健保費的公平程度」為主要評價因素，占 18.2%；其次是「醫院服務的效率程度」，占 12.3%；再者是「就醫的方便程度」，占 11.8%；第四是「健保保障的完整程度」，占 11.5%；第五是「健保對於弱勢民眾的照顧程度」，占 8.7%。至於表示「其他」意見者包括：「不滿意有關健保種種事宜，覺得不繳保費會被催討，不想參加也不行」、「太貴（其他如健保一直漲價、健保費太貴、自費負擔很重、到大醫院需要支付更多的掛號費、部分負擔很重）」、「牙醫為何大多都不給付，還要額外再多付很多錢，像老年人有很多牙齒問題該怎麼辦」、「台北市欠繳保費」、「本身並無收入，又患有重大殘疾，繳不出保費，又該怎麼辦？」、「看同一家醫院的兩個門診，收兩次門診費」、「有病就去看」、「服務都差不多」、「看診和健保是分開的」、「對醫生的服務滿意，但對開的藥不滿意」、「保費給付項目」、「國外華僑繳費問題，有些人生了病才想回台灣醫治只為了花費較少的金額」、「都不重要」、「利益為目標」、「跟健保局的行為比較有關」、「跟繳交健保費的次數有關」、「對於沒有收入很麻煩和拿藥」、「給藥的品質」、「滿意度跟健保局本身比較有影響」、「對重病患者用藥有太多限制，耽誤了他們醫病的時間」、「跟健保費比較有關係」、「醫療資源的浪費」。

表 41 民眾對於健保滿意度評價之關連性分析 (複選題)

項目	次數	百分比 (%)
繳健保費的公平程度	531	18.2
醫院服務的效率程度	359	12.3
就醫的方便程度	343	11.8
健保保障的完整程度	334	11.5
健保對於弱勢民眾的照顧程度	254	8.7
政府對於健保的負責程度	233	8.0
民眾的健康改善程度	214	7.3
加入健保的普及程度	206	7.1
健保對於偏遠地區民眾的照顧程度	203	7.0
政府對健保資訊的公開程度	198	6.8

其他(請說明)	41	1.4
總數	2,916	100.0

第七，受訪民眾對於評價健保滿意度之最關鍵因素意見(單選題)，與複選題之結果近似，以「繳健保費的公平程度」為最主要評價因素，占 28.5%；其次是「就醫的方便程度」，占 12.2%；再者是「醫院服務的效率程度」，占 10.1%；第四是「健保保障的完整程度」，占 8.5%；第五是「健保對於弱勢民眾的照顧程度」，占 4.1%。至於表示「其他」意見者包括：「照顧弱勢和偏遠地區同等重要」、「看病的品質」、「健保局領很多年終獎金，為什麼？」、「重大疾病較有幫助」、「都很重要」、「都要兼顧」、「跟健保局的行為比較有關」、「跟健保費比較有關係」、「繳小錢看大病」、「醫院的服務人員，醫療品質比較重要」。

表 42 民眾對於健保滿意度評價之關連性分析 (單選題)

項目	次數	百分比 (%)
繳健保費的公平程度	306	28.5
就醫的方便程度	131	12.2
加入健保的普及程度	43	4.0
政府對健保資訊的公開程度	31	2.9
醫院服務的效率程度	108	10.1
健保保障的完整程度	91	8.5
政府對於健保的負責程度	33	3.1
民眾的健康改善程度	24	2.2
健保對於弱勢民眾的照顧程度	44	4.1
健保對於偏遠地區民眾的照顧程度	24	2.2
其他	44	4.1
遺漏值或跳答	195	18.2
總和	1,074	100.0

參、健保知能資訊與健保滿意度之意見分析

第一，受訪民眾對於瞭解健保政策的資訊管道分析意見(複選題)，以「大眾傳播媒體」為最主要資訊管道，占 54.0%；其次是「不關心」，占 12.1%；再者是「親戚朋友」，占 11.0%；第四是「網站」，占 9.9%；第五是「醫師」，占 6.9%。而「醫師」與「其他醫護人員」合計占 11.3%，顯示也是主要的瞭解健保政策資

訊管道。至於表示「其他」意見者包括：「工會」、「公司」、「保險業務得知」、「重大疾病較有幫助」、「政府宣導」、「健保局」、「健保局寄的資料」、「寄宣導信」、「勞工教育課」、「區公所」、「課堂上」、「自己本身了解」、「親身體會」、「依自己的經驗了解」、「沒有地方了解」。

表 43 民眾對於瞭解健保政策的資訊管道分析 (複選題)

項目	次數	百分比 (%)
親戚朋友	151	11.0
醫師	94	6.9
其他醫護人員	60	4.4
大眾傳播媒體	741	54.0
網站	136	9.9
不關心	166	12.1
其他	23	1.7
總數	1,371	100.0

第二，受訪民眾對於政府對於健保宣導資訊的印象，表示沒有印象的占多數(意見「否」)，占 56.7%；表示有印象的(意見「是」)，占 43.3%，顯示超過半數的受訪者對於宣導資訊沒有印象。

至於受訪民眾表示有印象的內容是「重大疾病」、「財務虧損」、「醫療濫用，沒有分期」、「50 歲以上每三年免費健檢一次，65 歲以上每年免費健檢一次」、「9 月 1 日健保新制要實施」、「H1N1 的宣導」、「一些基本資訊(其他如小孩幾歲加入健保、照顧弱勢團體和民眾、各種疾病的介紹、宣導看病的健保使用規定、加入健保有保障、投保薪資要加大、重大疾病是健保有給付的)」、「大病到醫院，小病到診所，不浪費醫療資源」(有 3 位民眾有此意見)、「子宮頸」、「不夠詳細，需要多加宣導」、「只看到有關漲價的資訊」、「內容有漸漸變好」、「用藥資訊」、「不要隨便領取慢性藥」、「流感用藥的領取資訊」、「有關於健保的制度」、「多洗手」、「老人注射流感」、「自己會上網看，看了很多」、「政府在改保險制度」、「政府的政策太過正面，應該將健保能夠支付的金額明定，不要開空泛的支票，參考各國醫療

的做法」、「要漲價高收入人民的稅收」、「疾病方面的，流行什麼病」、「要去藥局自己拿藥」、「健保公平制度」、「健康檢查的資訊」、「監督醫師看病的額外收費」、「慢性病要到健保局領藥」、「慢性疾病的藥品」、「健保費」、「虧損太嚴重會影響其他人的權益」、「醫療浪費」、「國民年金」。

表 44 民眾對於政府宣導資訊之印象分析

項目	次數	百分比 (%)
是	465	43.3
否	609	56.7
總和	1,074	100.0

第三，受訪民眾對於政府健保財務資訊的公開情形之滿意度意見，表示「非常不滿意」、「不滿意」的占較多數，占 39.0%；表示「非常滿意」、「滿意」占 19.1%；表示「不知道」占 16.3%；表示「不關心」占 9.3%。顯示有近四成的受訪民眾不滿意健保財務資訊的公開程度。

表 45 民眾對於健保財務資訊的公開程度滿意度分析

項目	次數	百分比 (%)
非常滿意	14	1.3
滿意	191	17.8
普通	175	16.3
不滿意	328	30.5
非常不滿意	91	8.5
不關心	100	9.3
不知道	175	16.3
總和	1,074	100.0

第四，受訪民眾對於目前健保虧損金額之認知意見，表示「知道有虧損，但不知道金額」占較多數，占 71.7%；表示「不知道健保虧損」占 18.2%；表示健保虧損「300 多億」占 1.9%。至於表示「其他」意見的二位民眾，意見分別是「沒有虧錢」、「覺得有賺錢」。顯示有超過七成的受訪民眾知道健保虧損，但不知道金

額；有近二成民眾不知道健保財務有虧損；只有極少數民眾(占 1.9%)講對健保虧損金額。

表 46 民眾對於目前健保虧損金額的認知分析

項目	次數	百分比 (%)
100 億以下	14	1.3
100 多億	21	2.0
200 多億	3	0.3
300 多億	20	1.9
400 多億	9	0.8
500 多億以上	28	2.6
1000 多億以上	11	1.0
不知道健保虧損	196	18.2
知道有虧損，但不知道金額	770	71.7
其他	2	0.2
總和	1,074	100.0

第五，受訪民眾對於健保虧損影響到政府對民眾照顧的意見(表 47)，表示「會」擔心占較多數，占 68.6%；表示「不會」擔心占 24.2%；表示「不關心」占 7.2%。顯示有近七成的受訪民眾表示擔心健保虧損會影響到政府對於民眾的照顧。

表 47 民眾對於健保財務虧損可能影響對於民眾照顧之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
會	737	68.6
不會	260	24.2
不關心	77	7.2
總和	1,074	100.0

第六，受訪民眾表示會擔心健保財務虧損而影響民眾照顧的理由，可分為幾類：

- (一) 擔心醫療品質降低，如「降低用藥的品質」、「醫生看診數會減少」、「醫生的素質降低」、「就醫會不方便」。

- (二) 擔心健保服務品質降低，如「一些好處會減少」、「效率會降低」、「影響人民福利」、「偏遠地區人民較有影響」、「財務虧損會造成行政上的困難」、「聽到各國健保資訊，很怕臺灣也因為健保政府因此垮台」。
- (三) 擔心給付、保費方面問題，如「保費的提高」、「自費額度提高」、「嚴重的虧損」、「對於一些可以補助的項目變成無法補助」、「重大疾病不補助」、「財務破洞要儘快處理」、「北高兩市欠費問題」、「影響人民的權益」、「工人的負擔很重」、「保障減少」、「繳不出健保費」、「民眾的負擔增加」、「窮人付不起」、「增加企業主的負擔」。
- (四) 其他不與財務虧損相關的意見如「財務不公開，沒辦法對大眾照顧到」、「沒有檢討，弊案很多」、「貪污問題」、「人口增加，便無法承擔財務」、「人工薪水提高」、「大陸回來台看病很便宜」、「不要浪費資源，政府應該嚴格把關醫院部分」、「因為大醫院可能有不肖業者趁機賺錢」、「台北市都不還錢要讓全民買單」、「民眾過度濫用醫療民眾濫用藥品」、「財務狀況有問題，不應該針對高收入的人拿，有需求的人，付才對」、「醫療資源的不公！他要開肝的手術，為了等三等病房，等 40 天才能開刀，而有些人卻不用等床位」、「外國華僑回來只支付部分費用即可享用健保，覺得不公平」、「取消健保，增加健康捐」、「怕給醫院的錢比較少」、「老人年輕時，有繳保費，也不會有什麼病，但老的時候，沒錢繳保費，但又一堆病纏身不給就醫，實在非常的不合理」、「怕罹患重大疾病，無力負擔」、「政府制度建立不明確，品質不佳，官員官官相護，建議可設立獎金或其他制度讓民眾有檢舉管道」、「政府都沒有將健保的問題透明化，明明打官司決定由北市負擔費用，馬英九自己本身是法律系畢業的卻不遵守判決，要全民一起負擔實在不公平」、「住院不能超過 45 天，超過要換醫院」、「健保的問題，間接影響到對民眾的照顧，如台北市的問題」、「擔心退休領不到錢」、「虧損的制度要改進、醫生詐領健保費也要改掉」、「容易生病的人收多一點錢，身體健康的少收一點」、「常常會因

為有人一直去看病，而影響到其他病人的權益，浪費資源」、「醫生亂開藥」、「跟藥廠的給付制度」、「醫院醫療人員薪水過高」。

第七，受訪民眾表示不會擔心健保財務虧損而影響民眾照顧的理由，可分為幾類：

- (一) 沒有感覺財務虧損或是擔心沒有用，如「一般民眾感覺不出來」、「擔心也沒用」。
- (二) 認為是政府要解決，如「因為是政府自己的問題，要自己把財務問題處理好，不要一直調漲保費，增加民眾的負擔」、「虧損是內部問題，卻要人民負擔」、「因為這是國家的東西」、「有政府會負責、有政黨監督」、「政府不會讓健保倒掉」、「政府可以用其他費用補足」、「政府本來就有稅金要補健保不足政府的政策」、「政府要去擔心」、「政府要保障民眾的福利」、「政府負責」、「相信政府會處理」、「相信政府會想出解決辦法」、「健保本身經營就有問題，政府應該要檢討自己，而不是讓民眾買單」、「健保的方向應由政府負責」。
- (三) 其他不易歸類的理由，如「大醫院沒什麼差」、「民眾多負擔一些錢就好了」、「希望把虧損的相關問題透明化」、「因為這樣就不需要繳健保費了」、「有些縣市沒有交健保費」、「有繳費的沒有被真正照顧，要有公平性」、「人民無能為力，政府很黑暗」、「民眾都不了解實情」、「病人浪費醫療資源」、「健保垮了，台灣也垮了」、「廢掉健保，用公辦民營的方式會比較好」、「還有勞保可看」、「醫生開的藥物或是用品不清楚，有時認為是醫生浪費資源」、「醫院比較有差，對民眾根本無影響，都醫院賺走了」。

第八，受訪民眾對於健保虧損會讓健保辦不下去之意見分析(表 48)，相較於對於民眾權益影響的擔心意見，受訪民眾表示「會」擔心辦不下去雖然亦占較多數，占 46.1%，但會擔心的人數比較少；表示「不會」擔心辦不下去的占 43.8%；表示「不關心」占 10.1%，人數比會影響民眾權益的較多些。顯示對於健保財務

虧損問題，民眾比較擔心權益受到影響，而比較不擔心健保辦不下去。

表 48 民眾對於健保財務虧損問題可能會讓健保辦不下去之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
會	495	46.1
不會	470	43.8
不關心	109	10.1
總和	1,074	100.0

第九，受訪民眾對於健保虧損問題，會擔心健保辦不下去之理由：

- (一) 擔心對於弱勢團體的照顧，如「窮人不會去看病，會變成大病」、「不能辦不下去，還有弱勢族群要照顧、很窮的人沒辦法負擔或者真正需要的人沒辦法用」、「生病有健保比較有保障，擔心健保虧損會沒辦法照顧好民眾」、「重大疾病沒有給付」、「看慢性病、癌症的一些人負擔會很重」、「補助會減少」、「對於重大病患以及小康家庭影響很大」、「對窮人比較有影響，要花比較多的錢」。
- (二) 財務方面，如「一直提高健保保費不是辦法，會惡性循環」、「擔心保費又要增加」、「健保黑洞越來越大」、「健保虧損嚴重」、「繳費的公平性有待加強」。
- (三) 民眾負擔增加，如「人民負擔加重」、「自費額度增加」、「人民權益會損失、保障會減少」、「若無健保，沒有足夠的錢看病」、「會對於人民有影響，因為會沒有錢，可以去幫民眾分攤」。
- (四) 醫療品質，如「醫療品質降低」、「沒有健保看病會很麻煩」。
- (五) 其他意見，如「不是天天看病，卻要繳健保費，也有人繳了健保費之後，沒什麼大病就常跑醫院，這樣當然會辦不下去」、「內部有漏洞」、「太嚴重會影響到大家的生活」、「只要政府透明化，好好負責任，就不會有這些問題」、「台灣民眾用藥習慣不好，健保給付對於慢性病民眾還重要」、「台灣的健保辦的不錯，但仍然有許多改進空間」、「官員領少一點錢，健保

就辦的下去」、「健保在未來是無可或缺的」、「別的国家沒有這麼好的制度」、「虧損的制度要改進、醫生詐領健保費也要改掉」、「更擔心保費不斷的調漲，又沒實際的應用到人民身上」。

第十，受訪民眾認為健保虧損不會擔心健保辦不下去之理由，主要有幾種意見，第一種是認為政府會處理，如「政府會接手」、「政府會支撐」、「選票需求，會有人處理」；第二種認為不辦也沒關係，如「以前沒有健保，也還是過的很好」、「以前有勞保制度，沒有健保，也服務不錯，現在勞健保加起來變多錢，制度還反而比較差」、「希望健保停辦，民眾自費還比較好」、「沒健保也沒關係，只是這樣對弱勢團體不好」、「停辦最好，就不需要繳健保費」、「認為健保本來就不該存在，所以不擔心會不會停止健保」、「停辦也無所謂」；第三種是認為會向民眾多收錢或是找其他財務或是改變服務內容，如「一定會再向民眾收錢」、「找其他方面填補」、「不至於停辦，保費收的夠多」、「不會辦不下去，但服務內容會變少」、「有高收入的人繳費就夠」、「中央有錢可以幫忙」；最後是不直接相關之意見，如「大醫院有政府保障」、「只要台北市、高雄市還錢就夠用」、「可以慢慢改進」、「目前台灣的健保制度算是完善的」、「目前有很多人動不動就去看病，繳交的健保費都被他們花走，所以自己權益會受損」、「因為是退役軍人有補助，所以不會感受到差別」、「因為現在民眾繳納健保的費用很高」、「因為還有保險」。

第十一，受訪民眾對於與健保相關的事情，曾經或現在煩惱之意見分析(複選題)(表 49)，表示「從未擔心過」者占較多數，占 30.9%；其次是「要另外花錢，買更有效的藥」，占 12.6%；再者是「繳不出健保費」，占 11.9%；第四是「看一次病要，花很多時間」，11.0%；第五是「付不起自費的醫藥費」，占 10.7%。表示「其他」意見者，以保險費或財務相關者，如「除了健保之外還要繳勞保，負擔較大」、「各家醫院的掛號費標準都不同」、「有的項目健保不給付」、「擔心保費提高」、「財務虧損問題」、「藥價黑洞」、「自付額還是很高」、「公司沒有繳所有人的健保費，導致無法使用健保，又不能自己去繳健保費」、「我很少看醫生，還要我繳健保費，很浪費錢」；或是與看病拿藥有關的事情，如「大醫院弊病很多，等很

久，醫生態度不佳，不會積極救人，會讓人質疑健保真的有保障人民嗎?」、「只能拿三天的份藥量」、「看診時間太短」、「疾病特殊，常被當成教學範本，會造成不願意複診」、「常常在假日時找不到醫生，有時小孩子要看病都沒有地方可以看，假日也應該要有醫院開放醫生看病，不要讓小孩子再生病時竟然還沒有醫生可以看，有些醫院就算拿了健保卡也要付高額醫藥費」；與政府相關的意見，如「政府是有意將健保政策導向虧損的」、「政府需做好把關」；其他如「管理醫院的收費制度」、「制度不好，有需要的人才應該要繳多點錢」、「擔心健保停辦」、「沒辦法幫助真正需要幫助的人」、「社會福利與醫療保險合一不好，應該要分開權責，特定弱勢團體，政府應該補助金額，不應該拿人民所繳交的錢來支付」、「擔心到了老年無法受到健保的完整照顧」。

表 49 民眾對於與健保相關事務煩惱問題之意見分析(複選題)

項目	次數	百分比 (%)
從未擔心過	532	30.9
繳不出健保費	205	11.9
治不好病	84	4.9
付不起自費的醫藥費	184	10.7
住家附近沒有好醫院	69	4.0
沒有住院病床	101	5.9
要另外花錢，買更有效的藥	217	12.6
看一次病要，花很多時間 (交通、候診時間)	189	11.0
聽不懂醫師說的話	37	2.2
不知道如何跟醫師開口	27	1.6
其他	74	4.3
總數	1,719	100.0

肆、健保措施與健保滿意度

第一，受訪民眾對於政府為處理健保財務虧損問題，打算調漲高收入人健保費作法的意見分析(表 50)，結果顯示受訪民眾表示「非常同意」、「同意」的占 57.9%；表示「不同意」、「非常不同意」的受訪民眾人數占 26.9%。顯示約六成民眾同意政府以調高高收入人健保費來減緩健保財務虧損之政策。

表 50 民眾對於政府調漲高收入人健保費政策之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
非常同意	104	9.7
同意	496	46.2
普通	185	17.2
不同意	242	22.5
非常不同意	47	4.4
總和	1,074	100.0

第二，受訪民眾對於政府調漲高收入人健保費來處理健保財務虧損問題之作法，與健保滿意度關係之意見分析(表 51)，結果顯示受訪民眾表示「非常同意」、「同意」會增加健保滿意度者，占 34.8%；若加上意見「普通」者，合計占 66.5%；表示「不同意」、「非常不同意」會增加健保滿意度者，占 33.5%。的受訪民眾人數占 26.9%。顯示六成左右民眾認為政府調高高收入人健保費來減緩健保財務虧損之政策，會增加其對於健保的滿意度。

表 51 民眾對於調整高收入保費作法與調整健保滿意度關係之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
非常同意	41	3.8
同意	333	31.0
普通	340	31.7
不同意	322	30.0
非常不同意	38	3.5
總和	1,074	100.0

第三，受訪民眾對於現在看病時，除了繳交掛號費、部分負擔費、差額負擔外，常必須另外花錢，例如醫師指示用藥、指定醫師費、病房費差額等之意見分析(表 52)，結果顯示受訪民眾表示「有這種感覺」者，占 62.4%；表示「沒有這種感覺」者，占 24.0%；表示「沒有特別注意」者，占 10.8%。顯示超過六成民眾對於現在看病時，除了繳交掛號費、部分負擔費、差額負擔外，常必須另外花錢感到憂慮。

表 52 民眾對於看病常必須另外花錢之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
有這種感覺	670	62.4
沒有這種感覺	258	24.0
沒有特別注意	116	10.8
不知道	30	2.8
總和	1,074	100.0

第四，受訪民眾對於現在看病時需要自費會影響健保滿意度之意見分析(表 53)，結果顯示受訪民眾表示「非常同意」、「同意」者，占 59.3%；表示「不同意」、「非常不同意」者，占 19.5%；表示「普通」者，占 21.1%。顯示近六成民眾認為看病常需額外付費之情形，會影響其對於健保滿意度之評價。

表 53 民眾對於看病需要自費會影響健保滿意度之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
非常同意	134	12.5
同意	503	46.8
普通	227	21.1
不同意	200	18.6
非常不同意	10	0.9
總和	1,074	100.0

第五，受訪民眾對於瞭解目前健保尚有 1%的人未加入的意見分析(表 54)，結果顯示受訪民眾表示知道意見者(即「是」者)，占 48.0%；表示不知道者(即「否」

者)，占 44.9%；表示「不關心」者，占 7.1%。顯示近五成民眾知道目前尚有 1% 的人未加入健保。

表 54 民眾對於尚有 1% 的人未加入健保之瞭解度分析

項目	次數	百分比 (%)
是	516	48.0
否	482	44.9
不關心	76	7.1
總和	1,074	100.0

第六，受訪民眾對於政府應幫助沒有加入健保者納保之同意度分析(表 55)，結果顯示受訪民眾表示「非常同意」、「同意」者，占 65.7%；表示「非常不同意」、「不同意」者，占 7.4%。顯示超過六成五民眾認為政府應幫助沒有加入健保者納保。

表 55 民眾對於政府幫助沒有加入健保者納保之同意度分析

項目	次數	百分比 (%)
非常同意	111	10.3
同意	595	55.4
普通	99	9.2
不同意	72	6.7
非常不同意	8	0.7
沒有意見/視情況	189	17.6
總和	1,074	100.0

第七，受訪民眾使用健保局申訴情形的意見分析(表 56)，結果顯示受訪民眾表示使用過的(即意見「是」者)，占 2.6%；表示未使用過者(即意見「否」者)，占 82.0%；而有 15.4%的受訪民眾表示「不知道有這種申訴」。顯示使用過健保局申訴服務之民眾占極少數，且有近二成民眾不知道認為健保局的申訴服務。

表 56 民眾使用健保局申訴情形之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
是	28	2.6
否	881	82.0

不知道有這種申訴	165	15.4
總和	1,074	100.0

第八，受訪民眾對於健保人員申訴事件處理的滿意度分析(表 57)，結果顯示使用過申訴服務的受訪民眾表示「非常滿意」、「滿意」者，占 46.5%；表示「不滿意」、「非常不滿意」者，占 32.2%。顯示使用過申訴的民眾滿意度與不滿意度是接近的，但滿意度略高。

表 57 民眾對於健保人員申訴事件處理之滿意度分析

項目	次數	百分比 (%)
非常滿意	5	17.9
滿意	8	28.6
普通	6	21.4
不滿意	5	17.9
非常不滿意	4	14.3
總和	28	100.0

第九，受訪民眾對於健保三個委員會之認知意見分析(表 58)，結果顯示受訪民眾表示知道的(即意見「是」者)，占 3.7%；表示不知道者(即意見「否」者)，占 96.3%。顯示大多數的民眾不知道健保的三個委員會。

表 58 民眾對於健保三個委員會之認知意見分析

項目	次數	百分比 (%)
是	40	3.7
否	1,034	96.3
總和	1,074	100.0

第十，本研究進一步詢問受訪民眾是否能說出三個委員會(複選題)(表 59)，結果顯示受訪民眾能說出「健保監理會」者，僅 4 位；能說出「健保爭審會」者，僅 2 位；能說出「健保費協會」者，僅 2 位；有 33 位表示「知道，但說不出來」。顯示大多數民眾對於健保委員會認知有限。

表 59 民眾對於知道三個委員會的認知分析(複選題)

項目	次數	百分比 (%)
健保監理會	4	9.8
健保爭審會	2	4.9
健保費協會	2	4.9
知道，但說不出來	33	80.5
總數	41	100.0

第十一，本研究詢問受訪民眾對於政府應該將三個委員會開會情形公開的意見分析(表 60)，結果顯示受訪民眾大多數認為應該公開三個委員會的開會情形，占 78.8%；認為不應該公開三個委員會的開會情形者，占 8.7%；有 12.6%的受訪民眾表示「不關心」。顯示近八成民眾表示政府應該將三個委員會開會情形公開。

表 60 民眾對於政府公開三個委員會開會資料之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
是	846	78.8
否	93	8.7
不關心	135	12.6
總和	1,074	100.0

第十二，受訪民眾對於想瞭解三個委員會會議紀錄的意見分析(表 61)，結果顯示受訪大多數民眾會想去瞭解三個委員會會議紀錄，占 70.4%；認為不會想去瞭解三個委員會會議紀錄者，占 18.7%；有 10.9%之受訪民眾表示「不知道」。顯示超過七成民眾表示會想去瞭解三個委員會會議紀錄。

表 61 民眾對於想瞭解三個委員會會議紀錄之意見分析

項目	次數	百分比 (%)
會	756	70.4
不會	201	18.7
不知道	117	10.9
總和	1,074	100.0

第五章 結論與建議

第一節 研究結論

本研究係延續性的第二年研究，繼續從「對民眾有利」的角度，除針對第一年的評量構面與指標進行修正外，並增加詢問民眾對於健保政策評價不佳之原因，進而提出可操作化、可測量與可管理的健保政策評量指標。

由於健保政策影響層面廣泛，本研究仍從多元面向進行廣義民眾觀點的評估指標建構，先透過第一次座談會討論第一年研究發現，設計政策德菲法的調查問卷，並進行二回合的調查；之後舉辦第二次座談會討論二回合政策德菲法的發現，以及設計民眾電話調查的問卷內容，並執行電話調查。

本研究逐一說明主要的研究發現，包括：

壹、政策德菲法的研究發現

第一，參與政策德菲法專家們具有高度共識的構面為「納保普及性」、「財務公平性」、「就醫可近性」、「保障完整性」、「資訊公開性」、「服務效率性」、「制度課責性」；其次是「政策效能性」；第二回合新增的「財務合理性」構面，有二位專家表示不同意的意見，共識程度相對較低。

第二，由於健保已開辦十餘年，專家們認為除「全國民眾的納保率」外，亦應反向思考至目前仍未加入健保的民眾權益，因而「不同投保職業類別民眾的未納保率」、「全國民眾的中斷投保率」、「不同健保分局民眾的未納保率」適合作為評量健保政策納保普及性指標。

第三，「依保險對象的經濟能力收取保險費」、「民眾對於健保財務社會性公平之感受」適合作為評量健保政策財務公平性指標。

第四，「醫療院所加入健保特約之比例」、「健保病床占全國總病床之比率」、「部分負擔占健保費用支出之比例」、「政府醫療支出全國醫療支出之比例」、「健保費支出占家戶所得之比例」適合作為評量健保政策保障完整性指標。

第五，「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」、「每千人醫院數」、「民眾對於就醫交通障礙的感受」適合作為評量健保政策就醫可近性指標。

第六，「長期住院案件之改善率」、「全國醫療支出占 GDP 之比例」適合作為評量健保政策服務效率性指標。至於「健保局行政費用占健保總支出之比例」、「急性病床平均天數」、「出院後十四日內再住院率」指標因為有少數專家表示「不同意」意見，其作為評量健保政策的服務效率性指標的共識性較低。

第七，「民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度」、第二回合新增的「健保局的網站強化公開資訊透明度」、「健保局的網站強化公開資訊便捷性」、「民眾對於健保局宣導工作之滿意度」、「民眾對於醫療院所服務之滿意度」適合作為評量健保政策資訊公開性指標。

第八，「民眾對於健保制度的滿意度」、「爭議審議委員會提供申訴管道的案件數量」、「爭議審議委員會提供申訴管道的案件類型」、「訴願會提供申訴管道的案件處理結果」、「訴願會提供申訴管道的案件處理平均時間」、「民眾對於健保局提供申訴管道的服務滿意度」適合作為評量健保制度課責性指標。

第九，相較於其他構面的指標，健保政策效能性的共識性較低，其確實不易測量，以「可避免死亡率」、「嬰兒死亡率」、「國民平均餘命」指標獲得較多的共識，仍有少數專家表示「不同意」的意見。

第十，專家們對於健保政策評量指標進行國際比較的共識意見，研究發現因為各國組織制度不同，對於評量健保制度課責性的指標不進行國際比較。其他可進行國際比較的包括：「全國民眾的納保率」、「依保險對象的經濟能力收取保險」、「健保病床占全國總病床之比率」、「醫療院所加入健保特約之比例」、「民間醫療支出占全國醫療支出之比例」、「每家戶每年自費醫療費用之平均金額」、「每人每年自費醫療費用之平均金額」、「每千人醫師數」、「每千人一般病床數」、「每千人慢性病床數」、「每千人醫院數」、「全國藥費占 GDP 之比例」、「全國藥費占全國醫療支出之比例」、「民間醫療支出占全國醫療支出之比例」、「國民平均餘命」、「國

民健康平均餘命」、「嬰兒死亡率」。

貳、民意調查的主要發現

第一，受訪民眾中有 60.6% 表示「非常滿意」、「滿意」上次看病經驗，有 3.7% 的民眾表示「非常不滿意」、「不滿意」上次看病經驗。不滿意原因以「候診時間長」、「醫院服務態度差」、「醫師看診時間短」為前三項主要的原因。77.3% 的民眾表示上次看病經驗「不會」影響健保滿意度。

第二，受訪民眾上次看病經驗會其影響對於健保滿意度評價之原因，以「這是健保的服務範圍」為主要原因，二是「健保與民眾看病權益息息相關」，三是「繳了健保費就是為了看病」。受訪民眾上次看病經驗不會影響其對於健保滿意度評價之原因，以「健保滿意度與看病經驗無關」為主要原因。

第三，受訪民眾對於健保滿意度評價之關連性因素分析，以「繳健保費的公平程度」為主要評價因素，二是「醫院服務的效率程度」，三是「就醫的方便程度」，四是「健保保障的完整程度」，五是「健保對於弱勢民眾的照顧程度」。

第四，受訪民眾對於評價健保滿意度的最關鍵因素意見，與複選題結果近似，以「繳健保費的公平程度」為最主要評價因素，二是「就醫的方便程度」，三是「醫院服務的效率程度」，四是「健保保障的完整程度」，五是「健保對於弱勢民眾的照顧程度」。

第五，受訪民眾以「大眾傳播媒體」為主要瞭解健保政策的資訊管道，惟超過半數的受訪者對於宣導資訊沒有印象。

第六，有 39.0% 的受訪民眾表示「非常不滿意」、「不滿意」政府健保財務資訊的公開情形，表示「非常滿意」、「滿意」，占 19.1%，表示「不知道」占 16.3%，表示「不關心」占 9.3%。顯示有近四成的受訪民眾不滿意健保財務資訊的公開程度。另外，有超過七成的受訪民眾知道健保虧損，但不知道金額；有近二成民眾不知道健保財務有虧損；只有極少數民眾(1.9%)講對健保虧損金額。

第七，超過六成民眾對於現在看病時，除了繳交掛號費、部分負擔費、差額負擔外，常必須另外花錢感到憂慮。有 59.3% 的受訪民眾「非常同意」、「同意」

現在看病時需要自費會影響健保滿意度；表示「不同意」、「非常不同意」者，占19.5%。

綜合前述發現，民眾對於健保在乎的仍是財務負擔，其包括自己負擔的合理性，以及他人比較的負擔公平性，尤其是認為有錢人應該多繳保險費。從質化意見觀察出，受訪民眾不認為現在的財務制度設計已經達到公平的績效，其還有改進空間。

第二，民眾也在乎就醫的經濟負擔問題，包括部分負擔、自費額與自費問題，尤其感覺到繳了保險費之後，因為給付制度的設計，常必須負擔其他費用或是自費，這對於民眾而言，似乎較難接受。

第三，民眾對於醫療品質問題的重視，亦即醫師的服務、醫院其他醫護人員的服務等，尤其感受到看病時間短，但是等候時間長。

第四，民眾認為健保的永續發展是政府的事，亦即不認為是全民的事情，也缺乏社會保險應有的互助意識，也因而認為財務虧損是政府的事情或是認為是大醫院賺錢之故，或是認為是台北市政府欠費之故。不過對於這是調整高收入被保險人的保險費以減緩健保財務虧損的問題，超過半數民眾是認同的。

第五，大多數民眾對於健保委員會認知有限，但多數表示政府應該將三個委員會開會情形公開，且表示會想去瞭解三個委員會會議紀錄。

第六，民眾極少利用健保局申訴管道，甚至不知道有此一管道，而使用過此一服務管道的民眾不見得都滿意其服務，可見健保局有改善服務的空間。

第七，民眾對於政府健保政策宣導內容，印象不但有限，且呈現的內容是偏離健保的，可見政府的健保宣導成效十分有限。

最後，民眾的看病經驗並非與健保滿意度直接與密切相關，部分民眾將就醫與健保視為同樣範圍的概念，但多數民眾仍能理性地加以區隔，顯示民眾對於健保的政策內容仍有強理解的必要。尤其由民眾提出的質化意見，可發現民眾對於健保的認知是有限且十分片段的，甚至受到新聞媒體或是網際網路對於單一事件的報導所影響。

參、綜合分析

本研究綜合政策德菲法與民意調查之發現，提出表 62 的健保政策評量構面、指標、操作性定義與國際比較與否之建議。至於健保政策評量的資訊蒐集方式、資訊揭露方式與對象建議，整理在表 63。惟因未績效評估指標不宜過多，因而本研究提出以目前成熟整合期的構面與指標為主。

第二，本研究提出的構面與指標建議應配合政策執行重點，而有不同階段的領先指標。例如在納保擴張期強調就醫可近性、納保普及性、保障完整性構面與其指標，成本節制期與支付改革期，以財務公平性、政策效能性與服務效率性為領先構面與指標，成熟整合期以制度課責性、資訊公開性與財務合理性為領先構面與指標，亦即領先指標具有動態性。

表 62 健保評量指標與相關資料

構面	定義	指標	國際比較	操作性定義	現值	備註	
納保普及性	民眾參與健保制度的普遍程度	全國民眾的納保率	是	分子：全國納保人數 分母：全國法定應納保人數	99.48%	考量國防機密，第四類的投保類別人數軍職人員資料不宜納入統計	
		不同投保類別民眾的未納保率	否	分子：各投保類別未納保人數 分母：各投保類別總人數	無	第一類到第六類不同投保類別納保人數	單位：人
						第一類	11,865,000
						第二類	3,993,000
						第三類	2,945,000
第四類(不含軍職)	162,000						
第五類	247,000						
第六類	3,722,000						
		全國民眾的中斷投保率	否	分子：全國中斷投保人數 分母：全國法定應納保人數	0.301‰ (2009年3月)	因轉換工作、身分變更、地址遷移等原因，曾經有段時日未加入全民健保，也沒有繳納健保費，造成投保紀錄不銜接者	
		不同健保分局民眾的未納保率	否	分子：各分局未納保人數 分母：各分局法定應納保人數	無	目前有各分局第一類到第六類保險對象人數	

財務 公平性	民眾負擔 健保經費 的公平程 度	專家對於健保 財務社會性公 平之感受	是	分子：回答保費繳納公平之 專家人數 分母：參與保費繳納公平性 調查之專家人數	無 滿意程度： 非常滿意+滿意 =44.4%	
		民眾對於健保 財務社會性公 平之感受	否	分子：回答保費繳納公平之 民眾人數 分母：參與保費繳納公平性 觀感調查之民眾人數	該選項有 531 位 民眾勾選，占 18.2%	
保障 完整性	依全民健 保法提供 被保險人 適當範圍 之醫療服 務項目與 數量	醫療院所加入 健保特約之比 例	是	分子：加入健保特約醫療院 所數 分母：全國醫療院所總數	93.33% (2008 年)	資料來源：衛生署、中央健康 保險局
		特約醫療機構 之保險病床占 率	是	分子：保險病床總數 分母：特約醫事服務機構總 病床數	81.04% (2009 年 9 月)	資料來源：中央健康保險局
		健保病床占全 國總病床之比 率	是	分子：保險病床總數 分母：全國總病床數	75.52% (2008 年)	資料來源：衛生署、中央健康 保險局
		部分負擔占健 保費用支出之 比例	否	分子：部分負擔總金額 分母：健保費用支出總金額	無	
		政府醫療支出	否	分子：政府部門醫療支出(不	5.94%(2008 年)	資料來源：衛生署

		占全國醫療支出之比例		含健保支出) 分母：全國醫療支出										
		健保費支出占家戶所得之比例	否	分子：平均各家戶之健保費支出 分母：全國平均家戶所得	無									
制度 課責性	健保制度設計受到外部監督的程度	民眾對於健保制度的滿意度	否	分子：回答滿意健保制度之民眾人數 分母：參與健保制度滿意度調查之民眾人數	79.3% (2008年6月)	資料來源：中央健康保險局								
		爭議審議委員會提供申訴管道的案件數量	否	每年到爭議審議委員會申訴案件的總數量	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">受理案件</td> </tr> <tr> <td>權益案數</td> <td>857</td> </tr> <tr> <td>醫療案數</td> <td>59,419</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>60,276</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(2009年9月)</td> </tr> </table>	受理案件		權益案數	857	醫療案數	59,419	合計	60,276	(2009年9月)
受理案件														
權益案數	857													
醫療案數	59,419													
合計	60,276													
(2009年9月)														

		爭議審議委員會提供申訴管道的案件類型	否	每年到爭議審議委員會申訴案件之類型與數量(包含保險對象資格及投保手續事項、關於被保險人投保金額事項、關於保險費、滯納金及罰鍰事項、關於保險給付事項、關於特約管理事項，以及其他關於保險權益事項)	未公開	無
		訴願會提供申訴管道的案件處理結果	否	分子：民眾表示滿意向訴願會申訴結果的數量 分母：每年到爭議審議委員會申訴案件的總數量	未公開	
		訴願會提供申訴管道的案件處理平均時間	否	分子：每年到爭議審議委員會申訴案件的總花費時間 分母：每年到爭議審議委員會申訴案件的總數量	未公開	

		民眾對於健保局提供申訴管道的服務滿意度	否	分子：回答保費繳納公平的民眾人數 分母：參與保費繳納公平性觀感調查的民眾人數	使用過申訴服務的受訪民眾表示滿意者，占46.5%；表示不滿意者，占32.2%	本研究第二年調查民眾對於健保人員申訴事件處理之滿意度
資訊公開性	健保相關資訊的公開程度	民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度	是	分子：回答滿意健保財務資訊公開之民眾人數 分母：參與健保財務資訊公開滿意度調查之民眾人數	重要程度： 非常重要+重要=85.9% 滿意程度： 非常滿意+滿意=51.9%	第一年研究報告詢問民眾對於「政府決定健保過程讓民眾瞭解」標準之意見 第二年研究報告詢問關於政府對健保資訊公開之滿意度調查
					受訪民眾對於政府健保財務資訊公開滿意度，表示不滿意者，占39.0%	

		健保局的網站強化公開資訊透明度	是	分子：回答滿意健保局網站資訊透明之民眾人數 分母：參與健保局網站資訊公開調查之民眾人數	該選項有 198 為民眾勾選，占 6.8%	受訪民眾對於瞭解健保政策的資訊管道分析意見(複選題)
		健保局的網站強化公開資訊便捷性	否	分子：回答滿意健保局網站資訊便捷之民眾人數 分母：參與健保局網站資訊便捷調查之民眾人數	無	
		民眾對於健保局宣導工作之滿意度	否	分子：回答滿意健保局宣導工作之民眾人數 分母：參與健保局宣導工作滿意度調查之民眾人數	受訪民眾對於政府對於健保宣導資訊的印象，表示沒有印象的占多數，占 56.7%;表示有印象的，占 43.3%	第二年研究調查民眾對於政府宣導資訊之印象
		民眾對於醫療院所服務之滿意度	否	分子：回答滿意醫療院所服務之民眾人數 分母：參與醫療院所服務滿意度調查之民眾人數	表示滿意者，占 79.5%;表示不滿意者，占 19.0%	行政院研考會 2008 年 10 月調查民眾對於「到公立醫療院所就醫或門診」的服務滿意度

就醫 可近性	民眾使用 健保制度 提供醫療 服務資源 的便利程 度	每千人醫師數	是	分子：年底全國執業醫事人員數 分母：年底戶籍登記人口數 /1,000	2.24 人(2008 年)	資料來源：衛生署
		每千人一般病床數	是	分子：年底全國一般數床數 分母：年底戶籍登記人口數 /1,000	4.24 床(2008 年)	資料來源：衛生署
		每千人慢性病床數	是	分子：年底全國慢性病床數 分母：年底戶籍登記人口數 /1,000	0.18 床(2008 年)	資料來源：衛生署
		每千人醫院數	是	分子：年底全國醫療院所總家數 分母：年底戶籍登記人口數 /1,000	0.87	
		民眾對於就醫交通障礙的感受	否	分子：滿意就醫交通便利性之民眾人數 分母：參與就醫交通便利性調查之民眾人數	無	

服務效率性	健保制度提供的醫療服務具有成本效益	30 日以上長期住院案件之改善率	否	分子：(去年底 30 日以上長期住院案件數－當年底 30 日以上長期住院案件數) 分母：30 日以上長期住院案件數	無	30 日以上超長住院率 2.08%(醫院) 資料來源：衛生署
		全國醫療支出占 GDP 之比例	是	分子：全國醫療支出 分母：GDP	6.13(2007 年)	國民醫療保健支出占 GDP 資料來源：衛生署
政策效能性	健保制度提供的醫療服務在落實照護民眾健康的程度	嬰兒死亡率	是	分子：嬰兒死亡數 分母：一年內之活產嬰兒總數/1,000	4.69‰ (2008 年)	資料來源：行政院內政部、行政院衛生署、行政院主計處
		國民平均餘命	是	e_x ：年滿 x 歲者平均尚可望生存之年數 計算式為： $e_x = \frac{T_x}{l_x}$ 分子：由 0 歲至所有以後各歲之定常人口總數 分母：一定之出生人數（通常為 100,000 人），到達某年齡時尚生存的人數	兩性：76.53 歲 男性：73.72 歲 女性：79.79 歲 (2008 年)	資料來源：行政院內政部、行政院衛生署、行政院主計處

財務 合理性	要做多少 事，就要準 備多少預 算，或有多 少錢做多 少事	健保財務合理 程度	否	分子：回答表示健保財務合 理之專家人數 分母：參與健保財務合理性 調查之專家人數	無	
-----------	--	--------------	---	---	---	--

表 63 健保政策評量指標的資訊蒐集與揭露方式

構面	指標	資料蒐集方式	資料公布頻率	公布方式	專業人士或一般民眾是否區分呈現內容
納保普及性	全國民眾的納保率	健保局統計	每月	網站、媒體	不區分
	不同投保職業類別民眾的未納保率	健保局統計	每季	網站、媒體	區分
	全國民眾的中斷投保率	健保局統計資料	每季	網站、媒體	區分
	不同健保分局民眾的未納保率	健保局統計資料	每季	網站、各健保分局	不區分
財務公平性	專家對於健保財務社會性公平之感受	委託研究	每年	網站	區分
	民眾對於健保財務社會性公平之感受	民意調查	每年	網站	區分
保障完整性	醫療院所加入健保特約之比例	健保局統計資料	每年	網站、媒體、	不區分
	健保病床占全國總病床之比率	健保局統計資料	每年	網站、媒體	不區分
	健保病床占全國總病床之比率	衛生署、健保局統計資料	每年	網站、媒體	不區分
	部公負擔	委託研究	每年	網站、	區分

	占健保費用支出之比例			媒體	
	政府醫療支出全國醫療支出之比例	委託研究	每年	網站、媒體	區分
	健保費支出占家戶所得之比例	委託研究	每年	網站、媒體	區分
就醫可近性	每千人醫師數	衛生署統計資料	每年	網站、媒體	區分
	每千人一般病床數	衛生署統計資料	每年	網站、媒體	區分
	每千人慢性病床數	衛生署統計資料	每年	網站、媒體	區分
	每千人醫院數	衛生署統計資料	每年	網站、媒體	區分
	民眾對於就醫交通障礙的感受	民意調查	每年	網站、媒體	區分
制度課責性	民眾對於健保制度的滿意度	民意調查	每年	網站、媒體	不區分
	爭議審議委員會提供申訴管道的案件數量	爭議審議委員會統計資料	每年	網站、媒體	區分
	爭議審議委員會提供申訴管道的案件類型	爭議審議委員會統計資料	每年	網站、媒體	區分
	訴願會提	訴願委員會統計資	每年	網站、媒體	區分

	道的案件處理結果	料			
	訴願會提供申訴管道的案件處理平均時間	訴願委員會統計資料	每年	網站、媒體	區分
	民眾對於健保局提供申訴管道的服務滿意度	民意調查	每年	網站、媒體	不區分
資訊公開性	民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度	民意調查	每年	網站、媒體	區分
	健保局的網站強化公開資訊透明度	委託研究	每年	網站、媒體	區分
	健保局的網站強化公開資訊便捷性	委託研究	每年	網站、媒體	區分
	民眾對於健保局宣導工作之滿意度	民意調查	每年	網站、媒體	不區分
	民眾對於醫療院所服務之滿意度	民意調查	每年	網站、媒體	區分

服務效率性	長期住院案件之改善率	健保局統計資料	每年	網站、媒體	區分
	全國醫療支出占GDP之比例	健保局統計資料	每年	網站、媒體	區分
政策效能性	嬰兒死亡率	衛生署統計資料	每年	網站、媒體	不區分
	國民平均餘命	衛生署統計資料	每年	網站、媒體	不區分
財務合理性	健保財務合理程度	委託研究	每年	網站、媒體	區分

第二節 建議事項

根據研究發現，本研究提出下列建議事項：

第一，研究建議將從「民眾觀點」建構指標，解釋為「對民眾有利」的觀點，而非純粹用民眾的想法建構指標。亦即以民眾利益為主的觀點，包括在內容對於民眾是友善的、易理解的，以及接近民眾關心的內容。

第二，由於政府的資源有限，因而健保政策的推動也有不同時期的執行重點，以將有限資源做最大效用的配置。因此，本研究提出的構面與指標建議應配合政策執行重點，除了納保率、特約率等基本指標外，配合健保不同執行階段應有領先指標(詳表 64)。例如在「納保擴張期」強調就醫可近性、納保普及性、保障完整性構面與其指標，「成本節制期」與「支付改革期」，以財務公平性、政策效能性與服務效率性為領先構面與指標，現階段的「成熟整合期」以制度課責性、資訊公開性與財務合理性為領先構面與指標，亦即使績效評量指標具有動態性。

第三，由於健保開辦已逾十年，且獲得國際與民眾肯定的成效，因而在擬定限階段指標時，建議可以反向思考，例如除了納保率、財務公平性等指標外，亦應思考未納保的區域差別性、未納保的職業差別性，或是思考財務的合理性指標。

第四，關於健保評量構面、指標的落實，本研究建議除由健保監理會負責執行指標的監測外，由於健保政策評量構面與指標會隨著政策執行重點與問題有所調整，並非一層不變，可能三至五年需要修正一次，因而也建議由國家衛生研究院或是其他適當機構定期檢視與分析指標的適當性，以使指標符合政策發展需求。

第五，為能有效落實指標內容，且配合健保局近期組織性質調整工作，本研究建議衛生署對於指標的落實訂定獎懲配套措施，例如對於未能符合預期執行進度者，予以懲罰，而執行進度超過指標的目標值者，予以獎勵。

第六，研究發現民眾對於健保的認知仍有不足與偏差，例如認為健保政策與國民年金政策相關，或是認為大醫院賺許多健保費用，或是認為健保維繫是政府的事情，或是認為因為用不到所以不需要有健保政策等。本研究建議定期公布構

面與指標相關資訊，讓民眾知道健保的執行情形，包括好的不好的資訊，而非僅強調滿意度調查。

第七，建議衛生署責成有關單位執行指標之評估與監測，以落實研究發現。

表 64 各健保時期之基本指標與績效評量指標

時期	評量構面	績效評量指標	基本指標
納保擴張期	納保普及性	不同投保類別民眾的未納保率	全國民眾的納保率
		不同健保分局民眾的未納保率	全國民眾的中斷投保率
	保障完整性	健保病床占全國總病床之比率	醫療院所加入健保特約之比例
		部分負擔占健保費用支出之比例	特約醫療機構之保險病床占率
		健保費支出占家戶所得之比例	政府醫療支出占全國醫療支出之比例
	就醫可近性	民眾對於就醫交通障礙的感受	每千人醫師數
			每千人一般病床數
每千人慢性病床數			
每千人醫院數			
成本節制期與支付改革期	財務公平性	專家對於健保財務社會性公平之感受	
		民眾對於健保財務社會性公平之感受	
	政策效能性		嬰兒死亡率
			國民平均餘命
服務效率性	長期住院案件之改善率	全國醫療支出占 GDP 之比例	
成熟整合期	制度課責性	訴願會提供申訴管道的案件處理平均時間	民眾對於健保制度的滿意度
		訴願會提供申訴管道的案件處理結果	
	爭議審議委員會提供申訴管道的案件類型	民眾對於健保局提供申訴管道的服務滿意度	

	爭議審議委員會提供申訴管道的案件數量	
資訊公開性	民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度	民眾對於醫療院所服務之滿意度
	健保局的網站強化公開資訊透明度	
	健保局的網站強化公開資訊便捷性	
	民眾對於健保局宣導工作之滿意度	
財務合理性	健保財務合理程度	

參考文獻

壹、中文文獻

- 中央健康保險局（2009）全民健康保險醫療品質指標。2009年11月24日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_14560_2_173次表8_94-98第2季品質指標.pdf
- 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。
- 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（2009）全民健保及各總額部門醫療服務品質滿意度。2009年11月24日，取自：
<http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=72251&s=1>
- 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。
- 林雨靜（2000）「目前全民健保下的主流民意」，中央日報，12月29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、陳啟斌、吳文祥（2002）「臺灣地區實施全民健康保險制度後醫療資源公平性之研究」，實踐大學管理學院第三屆學術暨實務研討會，2002年6月9日，台北：實踐大學，頁I-B₂₋₁—I-B₂₋₁₄。
- 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）。
- 國家衛生研究院（2009a）全民健康保險研究資料庫代碼說明。2009年11月24日，取自：http://w3.nhri.org.tw/nhird/file_date/en_codedescribe.pdf
- 國家衛生研究院（2009b）全民健康保險研究資料庫資料描述。2009年11月24日，取自：http://w3.nhri.org.tw/nhird/file_date/en_codeformat.pdf
- 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。

- 許碩芬、楊雅玲、陳和全 (2007)「社會困境？—全民健保總額預算制下醫療提供者策略的均衡分析」，管理學報，第24卷，第2期，頁155-166。
- 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)。
- 楊志良 (2003) 健康保險。台北：巨流。
- 楊長興、蔡尚學、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。
- 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、朱澤民 (2008)。「Health Care Insurance in Taiwan」，台灣社會福利學會舉辦第八屆台灣社會福利學會年會暨「新世紀社會保障制度的建構與創新：跨時變遷與跨國比較」國際學術研討會。嘉義：中正大學
- 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」, 台灣公共衛生雜誌, 第22卷, 第2期, 頁87-88。
- 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)。
- 謝啟瑞 (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。

貳、英文文獻

- American College of Physicians (2008) “Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries.” *Annals of Internal Medicine*, 148(1): 55-75.
- Arah, O. A. and G.P. Westert (2005) “Correlates of Health and Healthcare Performance: Applying the Canadian Health Indicators Framework at the Provincial-territorial Level.” *BMC Health Services Research*, 5(76): 1-13, from the World Wide Web: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1325226>
- Barker D. and K. Knight (2000) “Political Talk Radio and Public Opinion.” *The Public Opinion Quarterly*, 64(2): 149-170.
- Becker H. S., H. J. Gans, K. S. Newman and D. Vaughan(2004) “On the Value of Ethnography: Sociology and Public Policy, a Dialogue.” *Annals of the American Academy of Political and Social*, 595: 264-276.
- Bergh, A. (2004) “The Universal Welfare State: Theory and the Case of Sweden” *Political Studies*, 52(4): 1-36.
- Birch, S. and A. Maynard (1986) “Performance Indicators and Performance Assessment in the UK National Health Service: Implications for Management and Planning.” *International Journal of Health Planning and Management*,

1(2):143-156.

- Blendon, R. J., R. Leitman, I. Morrison and K. Donelan (1990) "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations." *Health Affairs*, 9(2): 185-192.
- Buck, D., G. Christine and M. Antony (1996) *Performance Indicators and Health Promotion Targets*. The University of York Center for Health Economics, from the World Wide Web:
<http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/3C61AC6FF241EC5F4C2565D7000DF9B3?OpenDocument>
- Burstein P. (2003) "The Impact of Public Opinion on Public: A Review and an Agenda." *Political Research Quarterly*, 56(1): 29-40.
- 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.
- Cheng, T. M. (2003) "Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis and Experience So Far." *Health Affairs*, 22(3): 61-76.
- Cheng, T.Y. et al. (2005) "Reducing Health Disparity in Taiwan: Quantifying the Role of Smoking." *Tob Control*, 14 (Suppl 1): i23-i27.
- Cook F. L., J. Barabas and B. I. Page (2002) "Invoking Public Opinion: Policy Elites and Social Security." *The Public Opinion Quarterly*, 66(2): 235-264.
- Deber, R. B. (2003) "Health Care Reform: Lessons from Canada." *American Journal of Public Health*, 93(1): 20-24.
- Dobbelsteyn, C. J., M. R. Joffres, D. R. MacLean, G. Flowerdew and The Canadian Heart Health Surveys Research Group (2001) "A Comparative Evaluation of Waist Circumference, Waist-to-hip Ratio and Body Mass Index as Indicators of Cardiovascular Risk Factors. The Canadian Heart Health Surveys." *International*

Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 25: 652 - 661.

Donaldson, C. and K. Gerard (1993) *Economics of Health Care Financing: the Visible Hand*. New York: St. Martin's Press.

Elola, J. (1995) "Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe." *American Journal of Public Health*, 85(10): 1397-1401.

Fuchs, V. R. (1991) "National Health Insurance Revisited." *Health Affairs*, 10(4): 7-17.

Gissler, M., A. Dumitrescu and V. Addor (2006) *Improving the Performance of National Health Information Systems*. World Health Organization, from the World Wide Web: <http://www.euro.who.int/Document/E88075.pdf>

Ham L. (2001) "Consulting on Health Policy in Canada." *OECD*, 85-106, Organisation for Economic Co-operation and Development. from the World Wide Web: <http://www.oecd.org/dataoecd/53/43/2536423.pdf>

Hanratty B., T. Zhang and M. Whitehead (2007) "How Close Have Universal Health Systems Come To Achieving Equity in Use of Curative Services? A Systematic Review." *International Journal of Health Services*, 37(1): 89-109.

Hanratty, M. J. (1996) "Canadian National Health Insurance and Infant Health." *The American Economic Review*, 86(1): 276-284.

Hermann R., S. Mattke and Members of the OECD Mental Health Care Panel (2004) *Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development from the World Wide Web: <http://www.oecd.org/dataoecd/28/32/33865630.pdf>

Karen, D. and T. H. Andrew (2008) "Learning from Taiwan: Experience with Universal Health Insurance." *Annals of Internal Medicine*, 148(4): 313-314.

Kelley E. and J. Hurst (2006) *Health Care Quality Indicators Project Conceptual*

Framework Paper, Organisation for Economic Co-operation and Development
from the World Wide Web: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>

Langlands, A. (1999) *Quality and Performance in the NHS: Clinical Indicators*. from
the World Wide Web:
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicy
AndGuidance/DH_4005470](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005470)

Lauffer, Armand (1982) *Assessment Tools: for Practitioners, Managers, and Trainers*.
Newbury Park : SAGE.

Lu Jui-Fen R. and William C. H. (2003) “Does Universal Health Insurance Make
Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan.” *Health Affairs*, 22(3): 77-88.

Marjolein, D. and J. W. Harnmeijer (2006) *Improving Health Worker Performance: in
Search of Promising Practices*. World Health Organization, from the World Wide
Web: http://www.who.int/entity/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf

Marshall M., S. Leatherman, S. Mattke and the Members of the OECD Health
Promotion, Prevention and Primary Care Panel (2004) *Selecting Indicators for the
Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems
Level in OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and
Development from the World Wide Web:
<http://www.oecd.org/dataoecd/27/52/33865865.pdf>

Martin, J. P. and M. D. Deputy (2007) “Better healthcare.” OECD, 1-8, Organisation for
Economic Co-operation and Development. from the World Wide Web:
<http://www.oecd.org/dataoecd/1/51/38484880.pdf>

Matthias, W., K. Ernst, D. Srivastava and R. Busse (2006) “Health Targets and (Good)
governance.” *Euro Observer*, 8(1): 1-8.

Mattke S., E. Kelley, P. Scherer, J. Hurst, M. L. G. Lapetra and the HCQI Expert Group

Members (2006) *Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report*,
Organisation for Economic Co-operation and Development from the World Wide
Web: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>

Organisation for Economic Co-operation and Development (2001) *OCED Health at a
Glance – How Canada Compares*, Organisation for Economic Co-operation and
Development from the World Wide Web:
<http://www.oecd.org/dataoecd/5/25/2465559.pdf>

Organisation for Economic Co-operation and Development (2002) *Measuring Up*,
Organisation for Economic Co-operation and Development

Organisation for Economic Co-operation and Development (2003a) *Health at a
Glance – OECD Indicators 2003 Briefing note (Canada)*, 1-3, Organisation for
Economic Co-operation and Development. from the World Wide Web:
<http://www.oecd.org/dataoecd/20/2/16494895.pdf>

Organisation for Economic Co-operation and Development (2003b) *Sustainable
Development Indicators for Sweden*, Organisation for Economic Co-operation and
Development from the World Wide Web:
<http://www.oecd.org/dataoecd/18/55/2713868.doc>

Organisation for Economic Co-operation and Development (2007) *Health Care Quality
Indicators*, Organisation for Economic Co-operation and Development from the
World Wide Web: <http://www.oecd.org/dataoecd/12/4/38705981.pdf>

Patton, M. Q. (1997) *Utilization-Focused Evaluation*. 3rd ed..California: SAGE .

Phelps, C. E. (1997) *Health Economics*. New York, N.Y.: Addison-Wesley Educational
Publishers, Inc.

Robine, J. M. and K. Ritchie (1991) “Healthy Life Expectancy: Evaluation of Global
Indicator of Change in Population Health.” *British Medical Journal*, 302(6775):

457-460.

- Schroeder, S. A. (2007) “We Can Do Better—Improving the Health of the American People.” *New England Journal of Medicine*, 357(12): 1221-1228.
- Smith, P. C. and E. Mossialos and I. Papanicolas (2008) *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. WHO European Ministerial Conference on Health System: “Health Systems, Health and Wealth”, Tallinn, Estonia, from the World Wide Web:
http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_eBD2.pdf
- Spiegel, J. M., M. Bonet, A. Yassi, E. Molina, M. Concepcion and P. Mast (2001) “Developing Ecosystem Health Indicators in Centro Habana: A Community-based Approach.” *Ecosystem Health*, 7(1): 15 – 26.
- Trevor, S. (1998) “Promoting Health Care Quality: What Role Performance Indicators?” *Quality in Health Care*, 7: 45-50.
- 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.
- Vayda, E. (1979) “Universal Health Insurance in Canada History, Problems, Trends.” *Journal of Community Health*, 4(3): 217-231.
- Wagstaff, Adam and Eddy Van Doorslaer (1992) “Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons,” *Journal of Health Economics*, 11(4): 361-387.
- Wen, C. P., P. S. Tsai and I. W. S. Chun (2008a) “A 10-Year Experience with Universal Health Insurance in Taiwan: Measuring Changes in Health and Health Disparity,” *Annals of Internal Medicine*, 148(4): 258-267.
- Wen, C. P., P. S. Tsai and I. W. S. Chun (2008b) “Evaluation of National Health Insurance's 10-Year Experience in Taiwan.” *Annals of Internal Medicine*, 148(4):

258-267.

World Health Organization (2001) *Health Systems Performance Assessment*, Report of a Regional Consultation and Technical Workshop WHO/SEARO, from the World Wide Web:

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Meetings_SEA-HSD-252ND18-21Jun01.pdf

World Health Organization (2003) *Social Health Insurance*, Report of a Regional Expert Group Meeting New Delhi, India, 13-15 March 2003, World Health Organization. from the World Wide Web:

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Meetings_SEA-HSD-26513-15Mar03.pdf

附錄一

第一次焦點團體座談會討論重點

壹、時間：中華民國九十八年七月二十四日(週五) 下午 2 點至 4 點

貳、地點：政治大學綜合院館南棟 14 樓社工 271446 教室

(台北市文山區指南路 2 段 64 號)

參、主持人：元智大學社會暨政策科學系 劉宜君 副教授

政治大學社會行政與社會工作研究所 傅立葉 副教授

肆、出席者：(依姓氏筆劃排列)

陽明大學衛生福利研究所 吳肖琪 教授

亞洲大學榮譽教授 吳凱勳 教授

台北大學社會工作學系 林昭吟 助理教授

政治大學公共行政學系 陳敦源 副教授

台北大學社會工作研究所 曾敏傑 副教授

伍、列席者：研究團隊助理 陳政昌

研究團隊助理 洪婉嬪

陸、會議重點：

1. 瑞典對健保的一套評估的制度，成立一個第三者的專門機構，在執行如何因應，他是全民健保與公醫兩種制度的混合並存的狀況，政府和民間共同形成的機構，這個錢有三分之一來自於政府，三分之一來自於投信，三分之一來自於民間的捐助成立，那裡面的研究人員所從事的就是有關學處的研究、制度的平衡，還有就是主管機關和保險單位他們有什麼困難或者重大的議題、重大政策的改變，全民健保實施也有十幾年，到現在為止沒有一個超然的、很客觀的這種評核的結果出來，好，怎麼好法？不好，有改善的空間，要如何改善？
2. 研究成果透過行政的管道，由衛生署去考量，往後讓整個衛生研究院去承接

這項業務，因為這個指標不是一層不變，往往都三、五年就要修正一次，也不希望三、五年又找學界來研究的方式繼續又一次，所以要一個機構很長期長遠的把這項當作是他的業務重心之一。

3. 民眾觀點跟學者觀點是不一樣的，所以學者觀點覺得應該怎麼樣去做什麼什麼，有時候民眾根本不在乎，他只要有沒有醫療、費用有沒有低。
4. 現在主要的訪談對象都是專家，但是如果這個研究計畫是需要把民眾觀點當作是主要指標建構的一個主體的時候，其實是運用專家的角度跟一些訓練，但是其實還是想扣緊民眾那塊對健保的看法，所以這個時候還是有可能可以建構出比較傾向於民眾觀點的指標，那些指標事實上是要在思考的方式把它調整一下，就可以想像設身處地作為一個民眾跟病患的時候，但是專家有比較敏感的一些學術訓練，比較知道一些指標的意涵的時候，還是有可能把這兩個角色做一些結合，所以現在的重點還是在於說，這個研究計畫的名稱從民眾觀點建構健保指標這個東西，到底這個研究計畫本身對民眾端那塊東西要賦予他多大的一個份量，如果要賦予民眾這個主體性是有非常強的份量的時候，那專家學者的腦袋就必須要轉移到真的是很民眾觀點的指標上面。
5. 這個資訊本身的提供可以允許讓不同的使用者去解讀他的一些意涵，這個指標本身比較是中性的，是沒有那個很強的價值規範性的東西，那第二個就是要不要要拉回來民眾這一塊，如果覺得真的是要拉回來民眾這一塊，要花很多腦筋去想民眾的觀點，但是其實最後是一個四平八穩，從一個比較嚴謹的角度全面性去檢視健保的話，那很可能民眾觀點的指標是一部分，但是不會是全部的主體。
6. 民眾在乎的是錢、時間、品質、滿意度，指標很可能都是另外一個向度的東西，還是說現在是把民眾當作是被保險人，要從那個被保險人的角度去看這個制度的好或不好，可能有跟他是一個病患的角度又有一些落差。
7. 民眾觀點有兩個解釋，將來報告裡頭最好能夠把它解釋，研究的時候所謂的

民眾觀點指的是側重在哪裡？你如果純粹用民眾是怎麼想的，以這個來設定指標，我看那個指標很多東西都不能用，當然對民眾了解他們心裡在想什麼，之外，還是透過專家學者來判斷，怎麼判斷呢？要對民眾有利的，對民眾的利益，從這個觀點來衡量，不是民眾的觀點，不是純粹民眾的觀點，而是以民眾的利益為主的觀點，這樣才行，所以規劃全民健保，有類舉幾個指標，第一個就是要老百姓可以承擔能力的範圍，不用最少這個字，老百姓可以承受得了的，經濟能力可以承受得了的，來辦健保，絕對不是一味就是普羅化，普羅化就是說以老百姓為主，老百姓他要什麼，就給他什麼，這個天下會大亂，我們也做過民意的調查，不是只有這個德菲法的研究法而已，然後拿去了資料以後，專家學者再評估一下，哪一些是和民眾的利益有關的？那就拿來做，如果對民眾不利的，當然也不願意把它當作指標，用這種方法去處理，的確除了這個是一個問題，從民眾觀點。

8. 專家就是對一個制度比較平衡的角度，知道對民眾有利的，不是說越少錢越好，乾脆不要辦，這樣就沒有負擔，要在這樣一個框架之下認為合理的地方，如果要因應那個監理會的，是不是你看一下他們有沒有監理會開會的那個紀錄？看看委員是比較就這裡面關心他們提出問題的，就那幾個指標需要做什麼樣的一個建議或者改善，只是那個評估說他反正每一次就要看，要那些安全準備多少、借款多少，那個除非是他們有關心說健保方面怎麼樣，有需要去探討，所以那個問題再去找、再去了解那個監理委員會委員關心的到底是什麼，這些項目他們訂的，除非是說我們建議說監理委員會還可以放哪些，這比較技術層面的，監理業務，業務上的。
9. 考慮到對民眾友善的指標，就是說其實很多的指標大概都是有，但是民眾他並沒有辦法去理解或者是了解這個指標他的用意是什麼地方，所以就是民眾觀點的話其實也要考慮到民眾友善這個部分，這個也像資訊不對稱，因為民眾本來就不了解這些指標，所以就怎麼樣去包裝，然後變成是一種可讀性或

可閱讀。

10. 九個構面彼此之間的關聯性就是說並不太能夠去理解，加拿大健保制度有五個原則，譬如說有 universal 等，然後從這樣五個原則衍生這些構面或在這個指標，所以可以去對應到說，去評估說到底健保執行有沒有對應到他原始的目標，那或者是說怎麼樣把這些構面再做一個 organize，這個構面跟指標做出來他是要回應什麼樣的問題或是他要對應什麼樣的目標？如果這個地方清楚的話，可能就比較能夠去評估到底這個構面適不適合或是這種指標他適不適合這個問題。
11. 民眾意見是蠻重要的，叫專業不對稱，當專業不對稱的時候，怎麼講都不會懂，在審議民主的概念之下，甚至不承認專業不對稱的概念。為什麼產生專業不對稱，是因為專家自己都沒有搞得很清楚，他沒有辦法跟一般的民眾講清楚，所以在民眾觀點這個東西，他不但是是政治的很重要的一環，另外專家如何藉由他比較優勢的知識管理的能力，跟民眾更多的去溝通，那我覺得從這塊的角度來看的話，這個報告要做的這些指標，他絕對不是給專家看的，他絕對是要能夠拿到外面，他能夠拿出去讓大家溝通，這溝通有好多層次，比方說在監理委員會裡面，有一些人他並不是醫界的，如果能夠弄一套指標出來，看到這個指標，大概就可以抓到幾個大方向，也可以跟一般的民眾講清楚，這種指標，所以感覺就是說，在專業上可以有認知，可是問題在現在這個民主時代，我覺得有很多時候為什麼要從民眾的觀點出發，專業的人他要負擔更多的責任，就是做溝通。
12. 健保相關決策過程公開程度，那個課責性，這好像是一個大標題，下面有各式各樣有不同的，而不是一個統一的一個 item，所以像費協會的公開，還有什麼的公開，有哪些的那個點他只要一公開，好像就讓這個監理委員會的委員，他雖然不是醫療專業的人員，他可以馬上抓到一些重點，那個東西是什麼，我覺得這個可能會比較重要，還有一些 data，很多人都想拿到，可是沒

有，平均每人自付醫療支出金額，要花很多的精神去調查。

13. 全民健保的這個評量指標到最後有數據，然後就可以產生出有意涵的解釋，是一個漫長過程，這只是一個起點是在於說先思考有哪些重要的向度跟重要的指標，至於這個指標可不可期？或者哪些指標現有的統計或是哪些 data 是可以去計算出來的？
14. 納保率現在變成 99% 以上，不是沒有意義，萬一做到 99 以下，監理會就要課責，但是像這個那個普及性來講，構面三個在 99% 以上，這下面就比較不重要，而且各分局有一個問題，他那個納保率會跑來跑去，所以我就建議說總局全國性的，可以監測這個，的確可能不需要，地區反過來講，各分局根據轄區內有重大變動的來監控，所以只是講說有這個指標，要怎麼資料可取得的來源性衡量可近性、普及性、適足性。對台灣來講，應該是可能就差不多完整的，第一個階段像公平性、可付性，民眾很關心，那個負得起負不起。還有一個第三階段，知道課責性，像這個都一直還不知道怎麼樣那個，這樣一個議題，像那個什麼效率性、效能性，尤其那個是效能還效率？平均餘命的延長，這個是一個很重大的，建議這個是本土性的一個階段性的發展，第一個任務、最基本的任務就是要消除民眾那個就醫的障礙，適當到什麼程度？當然是因為有動態性的，像自費。第一個議題是從國際的角度、從本土性發展的角度，可以分成幾個層面，第二個議題就建議從那個資料的來源的可取得性，其實重要的是，這到底誰來做？誰來發佈？
15. 普及性應該做一些質化資料，比方說如果是 1% 的，有多少人為什麼沒納保？
16. 抱怨弊端申訴的指標要建立起來，健保抱怨申訴或是弊端或是一些爭議案件。
17. 如果從地理的可近性，一般來講就是說你去看門診大概需要多少時間，就是你可能要花多少時間去一個醫院，或者說多少時間去一個診所，就是他在地理上的可近性，是可以看的，那還有財務可近性，那財務可近性應該就是比較沒有什麼問題，那個可能有可以跟財務障礙... 去除財務障礙做比較，或者

從地理可近性。

18. 通常可近性的衡量，可以分成財務上面有障礙的，那麼這點可能其他的構面又會重疊了，你繳了保險費，繳得起繳不起，還有看病的時候繳得起繳不起，這個與財務方面的可近性有關的。

附錄二

第二次焦點團體座談會討論重點

壹、時間：中華民國九十八年九月十八日(週五) 上午 9：30 至 11：30。

貳、地點：政治大學綜合院館南棟 14 樓社工 271446 教室

(台北市文山區指南路 2 段 64 號)

參、主持人：元智大學社會暨政策科學系 劉宜君 副教授

政治大學社會工作研究所 傅立葉 副教授

肆、出席者：(依姓氏筆劃排列)

中華民國殘障聯盟 王幼玲 秘書長

財團法人罕見疾病基金會 林雅玲 組長

台灣勞工陣線 孫友聯 秘書長

財團法人伊甸社會福利基金會 高珮瑾 執行長特助

康復之友聯盟 黃政偉 社工專員

台灣女人連線 蔡宛芬 秘書長

伍、列席者：研究團隊助理 陳政昌

研究團隊助理 洪婉嬪

陸、會議討論重點：

1. 庶民的這個概念應用在裡面，說如果要問民眾對健保的看法的話，要在十招以內就把這個東西解決掉，只能問十題。民眾很容易跟自己就醫習慣跟就醫經驗連結再一起；所以只要有一點，只要有一點事讓他們感受到不悅，整個就把健保的那個東西基本上就否定了，那或許問卷能夠有一些設計，就是想說讓他可以重回到一個，重回到某個點上去，比較持平的去思考這個問題。
2. 如果說是現在設計第二年的問卷是以第一年的電話調查問卷為雛形的話，其實坦白講不建議把那個所謂的用什麼樣的標準來判斷健保好不好，就是重要性的這個東西拿掉，因為這個其實對於很多人來講，其實我在一個空白的想

像裡面他都是重要的，而且這些題目其實某種程度都很大，比較擔心的是滿意度，因為滿意度就像剛剛有人提到那個牽涉到對現實資訊的掌握。可能有的人可以接受百分之一，可是有的人可能不能接受，因為百分之一等於二十萬人，好像沒有人幫助他們。所以滿意度問題的落差，按照民眾的經濟能力來收取健保費的話，這個部分會牽涉到一個事實的那個部分，就是在現在的框架上，會造成林志玲跟那個失業勞工是繳一樣的健保，這個問題也沒有解決，可是問了民眾的話，他回答那個他不一定知道這些。可是覺得這些東西都好處理，比較擔心的是健保可以用最少的錢維護民眾的健康，什麼叫最少的錢？那最少的錢是說比如說我們如果指的是說他在整個縮減預算規模的話，這會不會直接扣連到，就是說比如說我們新的藥就不審了、就不給付了，還是說整個總額要再限縮？就是大家對那個最少的錢的想像是不同的。所謂就是維護民眾健康，有效提升民眾健康，民眾認為什麼叫做一個健保給付的合理的醫療品質？這個東西其實不是那麼具體的，而且醫療的範圍太大。

3. 有一些技術上就是有關於技術公開的部分，我覺得技術公開的部分的話其實現在已經有政府資訊公開法，那當然就是說醫療資訊他有他的那個特殊性，那所以也有很多學者會主張說醫療資訊其實它應該要，還有環境資訊這些東西是應該要比政府資訊公開法現在公開的那些東西，那些項目更多更細，因為這兩個事情有特殊性，所以有朝向說這兩個事情其實應該要立專法，可是要立專法的內容其實不是說像...他是處理整個的醫療資訊，他可能重點是在於比如說醫院的財務報表的訊息的揭露，那還有醫院他現在提供的一個醫療的品質，其實重點已經不是在健保；所以如果說問項是說只問說那政府要不要立法，那只處理醫療方面有關於健保的資訊的話，這個東西就是好像有一點就是脫離現在已經有政府資訊公開法的這樣子的一個架構。因為健保按照政府資訊公開法，他已經有一些應該要揭露的事項，其實已經在做了，那可是現在還要問說你覺得要不要立法，這樣他會覺得說，現在是不是沒有這個

法，就是會有一點小落差，這樣子。

4. 身心障礙者就醫行為特殊性，就是其實現在健保有給付，好像是一定年齡以上的身心障礙者的健康檢查，那但是健康檢查這個東西的話，好像在過去幾年預算編列中有時候是健保付，有時候是國健局的一個預算，切割不是那麼清楚。所以但是對於身心障礙者來講的話呢，有沒有獲得免費健康檢查，搞不清楚是健保來擔的還是政府的其他預算來擔。會直接扣連到我覺得健保好不好，會有這樣子的狀況，所以可能提醒就是說在身心障礙者的這個部分的話，是會有誘惑一些特殊性的，比較沒有去處理他的特殊社會，就是把他當成是一般民眾的狀況。身心障礙者看到有人的話其實是健保的高度使用者，那高度使用是高度滿意，還是他因為高度使用。其實這幾年其實一直有一個刻板的印象就是說認為老人有逛醫院的習慣，那甚至會去報導會某種程度把它污名化，覺得它是健保的那個資源的浪費者，可是這是不是一個事實？
5. 建議監理會去做面訪而不是做電訪，四千六百多億的一個規模的制度，面訪其實是可以比較容易把一些那個不建議性或者說一些因素排除。其實一般民眾對於健保，因為其實很容易連結到那種政治語言。譬如說藥價黑洞，帶病投保，或者是浪費，其實這都已經變成是一個先入為主的，如果說其實如果面訪一接到電話馬上問健保，就會影響到他的回答。如果能夠做面訪的話，其實是可以把這個部分作一些排除，就是做一些比較好的澄清，或比較好的一些釐清，就是說這樣的話得到的資訊會比較正確。
6. 有一些指標可以不用問民眾，比如說納保普及性。有些是用政府的一些統計數字就可以知道，就是健保提供的，關連性沒那麼高的，像大家可能會認為納保普及性很重要，這個指標很重要，但是不要去問民眾說對這個滿意度高不高，那個是沒必要問。因為從數字就很清楚，就是對健保局來說你從你的數字就很清楚的知道說，現在納保的人數是多少，這個普及性是不是需要做檢討的，問民眾滿意度，如果看到都是 95% 的話，大部分的民眾都說他是滿

意的。或者是說去檢討說是不是在整個執行過程當中的問題出現在哪裡，有他的價值，只是說在問的時候你要怎麼問，比如說，如果是問他說你對於台灣現在健保的普及前提是先跟他說目前台灣就是依照健保局的資料，有百分之九十九的這個普及率，請問一下你對目前這樣的一個普及率你滿不滿意？因為你有告訴他一個資訊，這個資訊有可能就會讓他想到，好像跟我的經驗不太一樣，那會產生一些影響，而去想說他對這個答案的一個選擇。所以說其實是在是說你要有些資訊，去避免掉說他用他自己本身的經驗就去做一個回答，但是當然有些人他就是不管你的資訊，他就是就很不爽然後他還是回答不爽。如果他這樣還是選擇他是不高興或者他是不滿意的，這些人的意見的確是很重要，你也要去了解必要性。

7. 問題設計的比較有敏感度的時候，其實是比較容易，就是說它可能從整體的滿意度，但總是有某一個構面，或某一個面向是它滿意度是比較低的。比如說現在可能大家都對那個保障完整性它的滿意度就會很低，但是對於就醫可近性，就是城市跟那個...都會區跟那個...就是會不一樣。
8. 民眾搞不清楚自己拿到多少，對那個是最大的問題，所以他只能就每個月固定會扣的保費來回答。
9. 因為你去問健保，而且如果是去問民眾的話，他一定是從他的自身經驗的的感覺去，來評量這件事情，那因為沒有辦法讓他那麼理性或是說他有足夠那麼多的資訊去所謂的客觀去評斷說這個政策的壞，他一定是從自身經驗去出發啦，得一個政策的好壞其實，也是要看那個民眾的感覺，你不能官員自己感覺良好，但是你的基層民眾就覺得你不好。那但是從自身經驗出發的結果，就是一定有利他跟利己的這個，他一定是從對我有利的那個面向去出發，所以就要改變一個方式就是那個所謂的閱讀測驗，就是你能用電訪，要用閱讀測驗，這一段前面有一段的，有一段的論敘是說，那健保現在目前有多少人參加，現在還有多少人沒參加，大概有一個...一些好的資訊跟一些...然後再

來問他，也就是說他反而還不知道的時候自己的感覺跟他知道了之後他的感覺，那這樣子才有可能去分辨出他自身經驗對於健保的這個認知啦。

10. 與其去問滿意度，有一個觀念是更重要的，就是說民眾在現在這樣的一個，台灣這樣的一個條件之下，要的到底是什麼，就是說其實一個制度常常是不同價值的平衡，比如說這邊談到的，醫療可近性，公平性質。那我們把這些價值擺在民眾前面去問他們說，從公平性、可近性這些東西，你覺得哪個是最重要的，或是說現階段你覺得哪個對你來講是最重要的。如果比如說 OK 現在這個健保制度大家都說其實是一個很廉價的東西，但是就因為他廉價所以品質什麼的各方面沒辦法去顧及，那你覺得這樣是 OK，還是你覺得你付多一點點錢可是如果品質好一點，這樣是不是可以。一樣的道理是那一個，對你而言醫療品質、公平性、可近性這些價值在你面前，你覺得最重要的是那一個。對我覺得與其去問他說哪一個，還不如問他說，在這些價值體系裡面，你覺得哪一個對你而言才是最重要的，就是擺在第一個，那其他是可以捨棄的。我去了解說民眾現在對他們而言他們比較看重的是什麼價值，因為如果去問他說公平性重要嗎?重要阿!那可近性也很重要阿，那負擔呢?也非常重要，那得下的結論是大家都覺得這些很重要，。
11. 北部的民眾他其實對醫療的要求是比較高一點的，那南部的民眾或者東部的民眾，他可能覺得醫師好關心我，問我家的人好不好阿，還是問我說最近怎麼樣就好了；可是北部其實他的要求是不一樣的，問題裡面可能或許可以再加一些就是一些城鄉差距的一些問題。
12. 民眾的版本不需要問他們要不要做國際比較，因為這還是會回到一個能不能做出比較的問題，其實問題在專家問卷已經跑出來，就像所謂要評量健保資訊公開性。就是民眾對於財務資訊公開滿意度或醫院滿意，這個是這個可以跟國際比較。可是之外其他沒辦法做國際比較，因為其他國家不一定有費協會跟真審會跟監理會的，就是對應上是有困難，所以建議就是說，其實國際

比較這個東西不需要問民眾，那以後問專家的話可能就會把它濃縮成...就是說比如說是大項，這一項要不要做國際比較，那可能國際比較這個框架跟國際比較幾個項目跟哪些國家比。因為不是每個國家都有健保，那所以沒有辦法用台灣的，因為它的整個體系的不同，比較出來的結果就不一樣。所以建議就比較具體就是說固定每年去比那幾項，也就比那幾個國家就是制度相近那幾個國家，那如果說健保局，不是健保局，如果衛生署要進行更廣泛的國際比較，那應該就是更超脫健保框架的，是民眾整體醫療水準的一個比較，那個又是另外一個事情。

13. 一般民眾比較想要知道的資訊，如果以問卷問出他們比較想要迫切了解的資訊。比如說，假設民眾很想知道的是說像監理會的那個什麼會議紀錄，那個不可能一定是只能透過網站阿，所以其實是資訊內容是什麼，才重要。
14. 健保局現在有一些是對某些醫療院所的醫療品質那個監控指標，那他可能覺得對民眾來說他覺得這個醫院他的監控品質的指標，是什麼它就覺得可能可以公布在那個醫院裡面。所以哪個是你要，那個資訊內容是，揭露的資訊內容是什麼，會影響到那個傳播的管道是什麼。
15. 有些 information 對民眾是沒有意義的，對 agent 是有意義的。譬如說什麼叫 agent，就是在各位可能就是 agent，就是說有些 information 是針對 agent 的，民眾最想知道的是哪個醫生是最好的。
16. 民眾會想到他的繳多少錢，焦點都是在保費上。
17. 健保因為財務的問題將預防公共衛生一直在切出去，公共衛生本來就是要固定做預算編列。在研究呈現的是這個也不需要問民眾，就直接把這個的指標做國際比較。
18. 對於民眾來講，健保對他的幫助不完全是在健康，不一定是在健康。很多都是關於經濟安全，然後還是一些是跟生活品質有關。

附錄三

「從民眾觀點建構健保評量指標第二年研究」之德菲法調查

第一回合

健保監理會的委員：

您好！我們是元智大學與政治大學組成的研究團隊，目前接受衛生署監理會委託，進行「從民眾觀點建構健保評量指標第二年研究」研究計畫。

本次調查目的，在於延續第一年研究發現(以第一年政策德菲法結果為基礎)，從「對民眾有利」的觀點建構可操作、可測量與可管理的健保評量指標，以作為健保業務推動與改革之參考。

素仰 委員對於健保監理工作之熟悉與專業，故冒昧邀請您參與本次德菲意見調查。本調查預計進行二回合，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，以供委員們參考，希望藉由問卷調查與結果回饋，逐步凝聚委員們對於從「對民眾有利」的觀點建構健保評量指標之共識。

您的回答將僅供學術研究之用，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10日前**，以回郵信封寄回或是電子郵件方式或是傳真回覆。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：0958-606650

傳真：03-4355971

電子信箱：s977704@mail.yzu.edu.tw

中華民國九十八年七月三十一日

第一部分 對於評量健保構面的意見

1. 請問您是否同意下列構面可作為評量健保的核心價值？

	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非常 不 同 意
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(1) 納保普及性(comprehensiveness)-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 財務公平性(equity)-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 保障完整性(comprehensiveness)-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 就醫可近性(accessibility)-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 制度課責性(accountability)-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 資訊公開性(openness)-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 服務效率性(efficiency)-----	<input type="checkbox"/>				
(8) 政策效能性(effectiveness)-----	<input type="checkbox"/>				
(9) 其他(請列舉說明) _____					

對於構面意涵說明如下表，若有修正意見，請填入表右方欄位：

指標名稱	定義	修正意見
納保普及性	民眾參與健保制度的普遍程度	
財務公平性	民眾負擔健保經費的公平程度	
保障完整性	健保制度提供醫療服務在項目、數量與金額上的充分程度	
制度課責性	健保制度設計受到外部監督的程度	
資訊公開性	健保相關資訊的公開程度	
就醫可近性	民眾使用健保制度提供醫療服務資源的便利程度	
服務效率性	健保制度提供的醫療服務具有成本效益	
政策效能性	健保制度提供的醫療服務在落實照護民眾健康的程度	

第二部分 對於評量健保指標的意見

以下有一些關於從「對民眾有利」觀點建構健保評量指標的問題，每一題有兩個子題。第一個子題是請教您對於該指標的同意度，您可以回答「非常同意」、「同意」、「普通」、「不同意」、「非常不同意」。第二個子題是請教您認為該指標在公布讓民眾知道時，是否需要進行國際比較？您可以回答「是」或「否」。

2. 請問您是否同意下列指標作為評量健保納保普及性的指標？

2-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	2. 同意度					2-1. 是否需 進行國 際比較	
	非 常 同 意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 全國民眾的 <u>納保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 全國民眾的 <u>未納保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 全國民眾的 <u>中斷投保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 不同 <u>健保分局</u> 民眾的 <u>未納保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 不同 <u>健保分局</u> 民眾的 <u>中斷投保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 不同 <u>居住地區(北、中、南、東部及外島)</u> 民眾的 <u>未納保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 不同 <u>居住地區(北、中、南、東部及外島)</u> 民眾的 <u>中斷投保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 不同 <u>投保職業類別</u> 民眾的 <u>未納保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 不同 <u>投保職業類別</u> 民眾的 <u>中斷投保率</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 其他(請列舉說明)	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/>						

3. 請問您是否同意下列指標作為評量健保財務公平性的指標？

3-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	3. 同意度					3-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 依保險對象的經濟能力收取保險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 家庭收支調查中，最富 20%與最窮 20%家戶的平均每戶健保費金額倍率，與 <u>健保醫療給付</u> (不含部分負擔)金額倍率之對比	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3)其他(請列舉說明)	<hr/> <hr/> <hr/>						

4. 請問您是否同意下列指標可作為評量健保**保障完整性**的指標？

4-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行**國際比較**？

	4. 同意度					4-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 醫療院所加入健保特約之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 健保病床占全國總病床之比率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 部分負擔占健保費用支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 每人每年自費醫療費用之平均金額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6) 每家戶每年自費醫療費用之平均金額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(7) 每家戶自費醫療支出占家戶總醫療支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(8)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就醫可近性的指標？

5-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	5. 同意度					5-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 每千人醫師數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 每千人醫院數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 每千人一般病床數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 每千人慢性病床數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫師數之比較	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫院數之比較	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(7) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人一般病床數之比較	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(8) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人慢性病床數之比較	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(9) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人掛號等候時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(10) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人就診等候時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(11) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人每年就診次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(12) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人手術等候時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(13) 平均每人每年就醫(含健保門診與非健保門診)次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(14) 民眾對於就醫經濟障礙的感受	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(15) 民眾對於就醫交通障礙的感受	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(16) 民眾對於就醫社會文化障礙的感受	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

(17) 民眾對於就醫性別障礙的感受	<input type="checkbox"/>						
(18)其他(請列舉說明)							

6. 請問您是否同意下列指標可作為評量健保服務效率性的指標？

6-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	6. 同意度					6-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 全國醫療支出占 GDP 之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 全國藥費占 GDP 之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 全國藥費占全國醫療支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 平均每人每年醫療支出金額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6) 平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配 所得之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(7) 健保費支出占家戶所得之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(8) 健保醫療支出占全國醫療費用支出之 比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(9) 健保局行政費用占健保總支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(10)其他(請列舉說明)							

7. 請問您是否同意下列指標可作為評量健保制度課責性的指標？

7-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	7. 同意度					7-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 民眾對於健保制度的滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 民眾對於健保局提供申訴管道的 <u>服務滿意度</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 健保局提供申訴管道的案件 <u>數量</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 健保局提供申訴管道的案件 <u>類型</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件 <u>數量</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件 <u>類型</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(7) 訴願會提供申訴管道的案件 <u>數量</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(8) 訴願會提供申訴管道的案件 <u>類型</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(9) 健保局提供申訴管道的案件 <u>處理結果</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(10) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件 <u>處理結果</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(11) 訴願會提供申訴管道的案件 <u>處理結果</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(12) 健保局提供申訴管道的案件 <u>處理平均時間</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(13) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件 <u>處理平均時間</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(14) 訴願會提供申訴管道的案件 <u>處理平均時間</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(15)其他(請列舉說明)	<hr/> <hr/> <hr/>						

8. 請問您是否同意下列指標可作為評量健保資訊公開性的指標？

8-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	8. 同意度					8-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布的平均時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布的平均時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布的平均時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 民眾對於各醫院財報公開情形的滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6)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能性的指標？

9-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	9. 同意度					9-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 國民平均餘命	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 國民健康平均餘命	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 嬰兒死亡率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 可避免死亡率(preventable mortality)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5)其他(請列舉說明)							

10. 您對於建構評量健保指標、資料蒐集方式與如何進行國際比較，若有其他意見或想法，敬請不吝提供。

問卷到此結束，感謝您撥冗協助

附錄四

「從民眾觀點建構健保評量指標第二年研究」之德菲法調查

第二回合

健保監理會的委員：

您好！謝謝您參與「從民眾觀點建構健保評量指標第二年研究」研究計畫進行的第一回合問卷調查，本次調查係第二回合。此一回合問卷內容係針對第一回合專家意見進行部分題目與選項的調整。

此外，本研究提供第一回合問卷之統計結果摘要，讓您做為填答第二回合問卷之參考，希望藉由二回合的問卷調查與結果回饋，逐步凝聚委員們對於建構健保制度的績效評量指標之共識。

為感謝您的協助，敬附德菲專家諮詢費領據(二千元)，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。本研究將以支票寄出德菲專家諮詢費。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：0958-606650

傳真：03-4355971

電子信箱：jcchen.yzu@gmail.com

中華民國九十八年八月二十六日

第一部分 對於評量健保構面的意見

1. 請問您是否同意下列構面可作為評量健保的核心價值？

	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非常 不同 意
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(1) 納保普及性(universality)-----	<input type="checkbox"/>				
(2) 財務公平性(equity)-----	<input type="checkbox"/>				
(3) 保障完整性(comprehensiveness)-----	<input type="checkbox"/>				
(4) 就醫可近性(accessibility)-----	<input type="checkbox"/>				
(5) 制度課責性(accountability)-----	<input type="checkbox"/>				
(6) 資訊公開性(openness)-----	<input type="checkbox"/>				
(7) 服務效率性(efficiency)-----	<input type="checkbox"/>				
(8) 政策效能性(effectiveness)-----	<input type="checkbox"/>				
(9) 財務合理性(reasonable)(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>				
(10) 其他(請列舉說明) _____					

對於構面意涵說明如下表，若有修正意見，請填入表右方欄位：

構面名稱	定義	修正意見
納保普及性	民眾參與健保制度的普遍程度	
財務公平性	民眾負擔健保經費的公平程度	
保障完整性	<u>依全民健保法提供被保險人適當範圍之醫療服務項目與數量(第二回合修正)</u>	
制度課責性	健保制度設計受到外部監督的程度	
資訊公開性	健保相關資訊的公開程度	
就醫可近性	民眾使用健保制度提供醫療服務資源的便利程度	
服務效率性	健保制度提供的醫療服務具有成本效益	
政策效能性	健保制度提供的醫療服務在落實照護民眾健康的程度	
財務合理性 (第二回合新增)	要做多少事就要準備多少預算(量入為出)，或有多少錢做事(量入為出)	

第二部分 對於評量健保指標的意見

以下有一些關於從「對民眾有利」觀點建構健保評量指標的問題，每一題有兩個子題。第一個子題是請教您對於該指標的同意度，您可以回答「非常同意」、「同意」、「普通」、「不同意」、「非常不同意」。第二個子題是請教您認為該指標在公布讓民眾知道時，是否需要進行國際比較？您可以回答「是」或「否」。

第一回合有共識之指標不再詢問，並依據第一回合委員意見進行指標增修。

2. 請問您是否同意下列指標作為評量健保納保普及性的指標？

2-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	2. 同意度					2-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 全國民眾的納保率 (已達共識，無需詢問)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(2) 全國民眾的未納保率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 全國民眾的中斷投保率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 不同健保分局民眾的未納保率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 不同健保分局民眾的中斷投保率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島)民眾的未納保率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島)民眾的中斷投保率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 不同投保職業類別民眾的未納保率 (已達共識，無需詢問)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(9) 不同投保職業類別民眾的中斷投保率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 其他(請列舉說明)	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/>						

3. 請問您是否同意下列指標作為評量健保**財務公平性**的指標？

3-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行**國際比較**？

	3. 同意度					3-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 依保險對象的經濟能力收取保險費 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 家庭收支調查中，最富 20%與最窮 20%家戶的平均每戶健保費金額倍 率，與 <u>健保醫療給付</u> (不含部分負擔) <u>金額倍率</u> 之對比	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 民眾對於健保財務達成社會性公平之 感受(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 對於「非國民」納保之醫療給付與繳 交保費範圍之界定程度 (風險分擔的公平)(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5)其他(請列舉說明)	<hr/> <hr/>						

4. 請問您是否同意下列指標可作為評量健保**保障完整性**的指標？

4-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行**國際比較**？

	4. 同意度					4-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 醫療院所加入健保特約之比例 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 健保病床占全國總病床之比率 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 部分負擔占健保費用支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 每人每年自費醫療費用之平均金額 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6) 每家戶每年自費醫療費用之平均金額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(7) 每家戶自費醫療支出占家戶總醫療支 出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(8) 政府醫療支出全國醫療支出之比例 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(9) 平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配 所得之比例(新增自效率性構面)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(10) 健保費支出占家戶所得之比例 (新增自效率性構面)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(11) 健保醫療支出占全國醫療費用支出之 比例(新增自效率性構面)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(12)其他(請列舉說明)	<hr/> <hr/> <hr/>						

5. 請問您是否同意下列指標作為評量健保就醫可近性的指標？

5-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	5. 同意度					5-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 每千人醫師數 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 每千人醫院數 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 每千人一般病床數 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 每千人慢性病床數 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫師數之比較	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人醫院數之比較	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(7) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人一般病床數之比較	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(8) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)每千人慢性病床數之比較	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(9) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人掛號等候時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(10) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人就診等候時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(11) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人每年就診次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(12) 不同居住地區(北、中、南、東部及外島等)民眾平均每人手術等候時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(13) 平均每人每年就醫(含健保門診與非健保門診)次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

(14) 民眾對於就醫經濟障礙的感受 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>						
(15) 民眾對於就醫交通障礙的感受 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>						
(16) 民眾對於就醫社會文化障礙的感受	<input type="checkbox"/>						
(17) 民眾對於就醫性別障礙的感受	<input type="checkbox"/>						
(18) 每十萬醫院數(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(19) 申請偏遠地區巡迴醫療服務之案件數 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(20) 偏遠地區巡迴醫療之巡迴日數 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(21) 偏遠地區巡迴醫療之就診人次 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(22) 偏遠地區巡迴醫療之就診人數 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(23) 民眾對於醫療院所交付處方箋自行選擇調劑處所的感受(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(24) 醫療院所釋出處方箋的比率 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(25) 民眾持處方箋到社區健保藥局調劑之比率(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(26) 全國民眾平均每人掛號等候時間 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(27) 全國民眾平均每人就診等候時間 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(28) 全國民眾平均每人手術等候時間 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(29) 不同縣市每千人醫師數之比較 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(30) 不同縣市每十萬人地區教學以上醫院數之比較(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(31) 不同縣市每十萬人區域以上醫院數之比較(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(32)其他(請列舉說明)							

6. 請問您是否同意下列指標可作為評量健保服務效率性的指標？

6-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	6. 同意度					6-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 全國醫療支出占 GDP 之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 全國藥費占 GDP 之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 全國藥費占全國醫療支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 民間醫療支出占全國醫療支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 平均每人每年醫療支出金額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6) 平均每戶家庭醫療支出占家戶可支配 所得之比例 (移至保障完整性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(7) 健保費支出占家戶所得之比例 (移至保障完整性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(8) 健保醫療支出占全國醫療費用支出之 比例 (移至保障完整性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(9) 健保局行政費用占健保總支出之比例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(10) 健保局之人事費用占健保費用之比例 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(11) 全國醫療支出占 GDP 之比例 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(12) 全國藥費占 GDP 之比例 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(13) 急性病床平均天數(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(14) 出院後十四日內再住院率 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(15) 醫療院所處方箋釋出比例 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

(16) 醫療院所慢性病連續處方箋的開立率 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(17) 醫療院所第二、三次的處方箋釋出率 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(18) 長期住院案件之改善率 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(19) 重複用藥率(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(20) 特定疾病每年平均門診次數 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(21) 高診次占率(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(22) 高診次輔導率(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(23) 醫院門診占率(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(24) 醫院門診用藥占率(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(25) 家庭醫師門診占率(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(26)其他(請列舉說明)							

7. 請問您是否同意下列指標可作為評量健保制度課責性的指標？

(第一回合詢問之國際比較問題，因為各國組織制度不同，難以國際比較，因而不再詢問。)

	7. 同意度				
	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(1) 民眾對於健保制度的滿意度 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>				
(2) 民眾對於健保局提供申訴管道的服務滿意度	<input type="checkbox"/>				
(3) 健保局提供申訴管道的案件數量	<input type="checkbox"/>				
(4) 健保局提供申訴管道的案件類型	<input type="checkbox"/>				
(5) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件數量	<input type="checkbox"/>				
(6) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件類型	<input type="checkbox"/>				
(7) 訴願會提供申訴管道的案件數量	<input type="checkbox"/>				
(8) 訴願會提供申訴管道的案件類型	<input type="checkbox"/>				
(9) 健保局提供申訴管道的案件處理結果	<input type="checkbox"/>				
(10) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件處理結果	<input type="checkbox"/>				
(11) 訴願會提供申訴管道的案件處理結果	<input type="checkbox"/>				
(12) 健保局提供申訴管道的案件處理平均時間	<input type="checkbox"/>				
(13) 爭議審議委員會提供申訴管道的案件處理平均時間	<input type="checkbox"/>				
(14) 訴願會提供申訴管道的案件處理平均時間	<input type="checkbox"/>				
(15) 保險人與被保險人間之制約機制 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>				

8. 請問您是否同意下列指標可作為評量健保資訊公開性的指標？

8-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	8. 同意度					8-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 民眾對於健保財務資訊公開情形的滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄上網公開的平均時間 (第二回合修正)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布的平均時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 健保監理委員會之委員會會議記錄上網公開的平均時間(第二回合修正)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 民眾對於各醫院財報公開情形的滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布的會議紀錄內之形式(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(7) 健保費用協定委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之詳細度 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(8) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之形式 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(9) 健保爭議審議委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布之詳細度 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(10) 健保監理委員會之委員會會議記錄(陳報衛生署版本)公布形式 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

(11) 健保監理委員會之委員會會議記錄 (陳報衛生署版本)公布之詳細度 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(12) 健保局的網站強化公開資訊透明度 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(13) 健保局的網站強化公開資訊便捷性 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(14) 健保藥事審查小組會議記錄公布的平均時間(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(15) 健保藥事審查小組會議記錄公布的内容詳細度(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(16) 民眾對於健保局宣導工作之滿意度 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(17) 民眾對於醫療院所用藥說明服務之滿意度(第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(18) 民眾對於醫療院所服務之滿意度 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>						
(19)其他(請列舉說明)							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							

9. 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？

9-1 請問您認為該指標公布時，是否需進行國際比較？

	9. 同意度					9-1. 是否需 進行國 際比較	
	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意	是	否
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(2)	(1)
(1) 國民平均餘命	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(2) 國民健康平均餘命	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3) 嬰兒死亡率 (已達共識，無需詢問)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(4) 可避免死亡率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(5) 癌症五年或十年存活率 (第二回合新增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(6)其他(請列舉說明)							

11. 您對於建構評量健保指標、資料蒐集方式與如何進行國際比較，若有其他意見或想法，敬請不吝提供。

問卷到此結束，感謝您撥冗協助

附錄五

「從民眾觀點建構健保評量指標」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，進行民眾對於全民健保評價的調查，您的意見將作為政府改進健保的重要參考。

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，您所回答的內容僅供統計分析之用，不做其他方面的用途，敬請安心作答，謝謝。】

一、就醫經驗與健保滿意度之關係

1.1 請問您多久之前到醫院或診所看過病？

- (1) 一週內
- (2) 一週至二週內
- (3) 二週至一個月內
- (4) 一個月至二個月內
- (5) 二個月至半年內
- (6) 半年以上未曾看過病
- (7) 從未看過病
- (8) 其他(請說明)_____

1.2 就您的印象，請問您是否滿意當時(或那一次)看病的服務？

- (1) 非常滿意
- (2) 滿意
- (3) 普通
- (4) 不滿意
- (5) 非常不滿意

1.3 請問您不滿意當時(或那一次)看病經驗的原因為何？(可複選)

- (1) 掛號排隊長
- (2) 候診時間長
- (3) 領藥時間長
- (4) 醫師看診時間短
- (5) 掛號費太高
- (6) 除了掛號費、部分負擔外，還必須另外自費
- (7) 醫院環境擁擠
- (8) 醫院服務態度差
- (9) 其他(請說明)_____

1.4 您是否同意當時(或那一次)的看病經驗，會影響您對於健保的滿意度？

- 會(續答 1.4.1)
- 不會(續答 1.4.2)

1.4.1 請問您認為這一次看病的滿意度，為什麼會影響到您對於健保的滿意度？(可複選)

- (1) 這是健保的服務範圍
- (2) 健保與民眾看病權益息息相關
- (3) 繳了健保費就是為了看病
- (4) 繳的健保費就是用在付錢給醫院
- (5) 其他(請說明)_____

1.4.2 請問您認為這一次看病經驗的滿意度，為什麼不會影響到您對於健保滿意度？(可複選)

- (1) 看病經驗與醫院服務有關
- (2) 健保保險度與看病經驗無關
- (3) 對於健保的滿意度是根據其他原因
- (4) 其他(請說明)_____

1.5 請問您個人對於健保的滿意度評價，與下列哪些事情相關？(可複選)

- (1) 繳健保費的公平程度
- (2) 就醫的方便程度
- (3) 加入健保的普及程度
- (4) 政府對健保資訊的公開程度
- (5) 醫院服務的效率程度
- (6) 健保保障的完整程度
- (7) 政府對於健保的負責程度
- (8) 民眾的健康改善程度
- (9) 健保對於弱勢民眾的照顧程度
- (10) 健保對於偏遠地區民眾的照顧程度
- (11) 其他(請說明)_____

1.6 如果只能由前一題選擇一項，請問您個人認為健保的滿意度與下列哪些事情最相關？(限單選)

- (1) 繳健保費的公平程度
- (2) 就醫的方便程度
- (3) 加入健保的普及程度
- (4) 政府對於健保資訊的公開程度
- (5) 醫院服務的效率程度
- (6) 健保保障的完整程度
- (7) 政府對於健保的負責程度
- (8) 民眾的健康改善程度
- (9) 健保對於弱勢民眾的照顧程度
- (10) 健保對於偏遠地區民眾的照顧程度
- (11) 其他(請說明)_____

二、健保知能與資訊與健保滿意度

2.1 請問您平時對於健保的瞭解是來自哪些資訊管道？(可複選)

- (1) 親戚朋友
- (2) 醫師
- (3) 其他醫護人員
- (4) 大眾傳播媒體
- (5) 網站
- (6) 不關心
- (7) 其他(請說明)_____

2.2 您是否曾經看到政府對於健保的宣導資訊？

(1)是(續答 2.2.1) (2)否

2.2.1 內容(請說明)_____

2.3 您是否滿意政府健保財務資訊的公開情形？

(1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意
 (6)不關心 (7)不知道

2.4 請問您知道目前健保虧損金額大約多少錢？

(1)100 多億 (2)200 多億 (3)300 多億 (4)400 多億
 (5)500 多億以上 (6)1000 多億以上 (7)不知道健保虧損
 (8)知道有虧損，但不知道金額
 (9)其他(請說明)_____

2.5 請問您會擔心健保因為財務虧損問題，影響到健保對民眾的照顧嗎？

(1)會 2.5.1 原因(請說明)_____

(2)不會 2.5.2 原因(請說明)_____

(3)不關心

2.6 請問您會擔心健保因為財務虧損問題，而辦不下去嗎？

(1)會 2.6.1 原因(請說明)_____

(2)不會 2.6.2 原因(請說明)_____

(3)不關心

2.7 對於與健保相關的事情，您曾經或現在煩惱過什麼問題？(可複選)

(1)從未擔心過 (2)繳不出健保費 (3)治不好病
 (4)付不起自費的醫藥費 (5)住家附近沒有好醫院
 (6)沒有住院病床 (7)要另外花錢，買更有效的藥
 (8)看一次病要，花很多時間(交通、候診時間)
 (9)聽不懂醫師說的話
 (10)不知道如何跟醫師開口
 (11)其他(請說明)_____

三、健保措施與健保滿意度

3.1 近來媒體報導，政府為處理健保財務虧損問題，打算調漲高收入人的健保費，估計可以增加 13 億元收入，請問您同意這項作法嗎？

(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意

3.2 您是否同意前項的保費調整方式，會增加您對於健保的滿意度？

(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意

3.3 您是否覺得現在看病時，除了繳交掛號費、部分負擔費、差額負擔外，常必須另外花錢，例如醫師指示用藥、指定醫師費、病房費差額等？

(1)有這種感覺
 (2)沒有這種感覺
 (3)沒有特別注意
 (4)不知道

3.4 您是否同意這種看病時，需要自費，會影響到您對於健保的滿意度？

(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意

3.5 您是否知道健保開辦 15 年，納保率達到 99%，但是仍有 1%(約 23 萬人)民眾沒有加入健保？

(1)是 (2)否 (3)不關心

3.6 您是否同意政府要想辦法幫助那些沒有加入健保的民眾納保？

(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意

3.7 您是否曾經利用過健保局提供申訴方式？

(1)是(續答 3.7.1) (2)否 (3)不知道有這種申訴

3.7.1 您是否滿意健保局人員對於您申訴的處理？

(1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意

3.8 您是否知道健保有三個委員會與我們參加健保的權益息息相關？

(1)是(續答 3.8.1) (2)否

3.8.1 您知道是那三個委員會？(請說明)_____

提示：(不要唸出來)

(1)健保監理會 (2)健保爭審會 (3)健保費協會
 (4)知道，但說不出來 (5)都知道

3.9 您是否同意政府應該將這三個委員會的開會情形公開讓我們知道？

(1)是 (2)否 (3)不關心

3.10 如果政府公開這三個委員會的會議記錄，您會想去瞭解嗎？

(1)會 (2)不會 (3)不知道

四、基本資料

4.1 請問您的居住在台灣的那一個縣市？

【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】

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

4.2 請問您目前的職業是？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1) 軍公教人員 | <input type="checkbox"/> (2) 民營公司員工 |
| <input type="checkbox"/> (3) 公司、商店或執業場所負責人 | <input type="checkbox"/> (4) 領有專業證照的人員 |
| <input type="checkbox"/> (5) 參加職業工會的人員 | <input type="checkbox"/> (6) 農漁民 |
| <input type="checkbox"/> (7) 學生 | <input type="checkbox"/> (8) 家庭主婦 |
| <input type="checkbox"/> (9) 無業 | <input type="checkbox"/> (10) 退休人員 |
| <input type="checkbox"/> (11) 其他 | <input type="checkbox"/> (12) 拒答 |

4.3 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？

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1) 3萬元以下 | <input type="checkbox"/> (2) 3萬~6萬元以下 | <input type="checkbox"/> (3) 6萬~9萬元以下 |
| <input type="checkbox"/> (4) 9萬~12萬元以下 | <input type="checkbox"/> (5) 12萬~15萬元以下 | <input type="checkbox"/> (6) 15萬元以上 |
| <input type="checkbox"/> (7) 無收入 | <input type="checkbox"/> (8) 不知道/拒答 | |

4.4 請問您的最高學歷是？

4.5 請問您的年齡(或歲數)是？

(如說不出則改問：請問您是20多歲、30多歲、40多歲、50多歲，還是60歲以上)

*** 我們的訪問就到這裡為止，謝謝您接受我們的訪問 ***

4.6 性別：