RRPG91080733 (131 .P)

計畫編號：DOH91-NH-1029

中央健康保險局九十一年度委託研究計畫

建立 DRGs 實施下的品質審查模式及品質審查指標

委託研究報告

計畫委託機關：中央健康保險局

計劃主持人　：林恆慶

研 究 員　　：陳楚杰、董鈺琪

研究助理　　：許銘恭、吳貞緣

執行期間　　：91 年 08 月 16 日至 92 年 8 月 15 日

本研究報告僅供參考，不代表本署意見

計畫編號：DOH91-NH-1029

中央健康保險局九十一年度委託研究計畫

建立 DRGs 實施下的品質審查模式及品質審查指標

委託研究報告

計畫委託機關：中央健康保險局

計劃主持人　：林恆慶

研 究 員　　：陳楚杰、董鈺琪

研究助理　　：許銘恭、吳貞緣

執行期間　　：91 年 08 月 16 日至 92 年 8 月 15 日

目　錄

頁碼

目錄.....1

圖目次.....3

表目次.....4

附錄.....5

中文摘要.....6

英文摘要.....8

第一章 緒　論

第一節　研究背景與動機.....10

第二節　研究目的及重要性.....13

第二章 文獻探討

第一節　美國 DRGs 支付制度的發展.....14

第二節　各國醫療審查組織及模式.....18

第三節　國外有關前瞻性支付制度下醫療品質的實證研究.....31

第四節　國內外有關 DRGs 及論病例計酬支付制度下品質指標研究....36

第三章 研究方法

第一節　研究架構.....41

第二節　研究假說.....42

頁碼

第三節　研究對象與研究工具.....43

第四章　研究結果

第一節　描述性分析結果.....46

第二節　推論性分析結果.....52

第五章　討論

第一節　研究結果之討論.....59

第二節　研究限制.....66

第六章　結論與建議

第一節　結論.....68

第二節　建議.....70

參考文獻

中文部分.....73

英文部分.....75

圖　次

頁碼

圖一　研究架構圖.....41

表　次

頁碼

表 2-1 國內有關論病例計酬制度下醫療品質的研究.....40

表 4-1 問卷回收情形--依醫院權屬別分.....83

表 4-2 問卷回收情形-依醫院評鑑等級別分.....83

表 4-3 填答者基本資料表.....84

表 4-4 對整體論病例計酬項目疾病醫療品質的看法-依權屬別分.....85

表 4-5 對整體論病例計酬項目疾病醫療品質的看法-依評鑑等級別分.....88

表 4-6 論病例計酬實施對任職醫院醫療品質的影響.....91

表 4-7 醫療機構醫療品質審查組織模式-依權屬別分.....92

表 4-8 療機構醫療品質審查組織模式-依評鑑等級分.....94

表 4-9 對論病例計酬醫療品質審查項目重要性的看法.....96

表 4-10 論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分.....98

表 4-11 論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分.....106

附　錄

頁碼

附錄一　本研究之問卷.....114

附錄二　醫療品質審查指標之操作形定義.....119

中文摘要

中央健康保險局於民國八十四年開始實施論病例計酬支付制度，而在論病例計酬支付制度之下，醫療服務提供者必須承擔財務風險，因此，對醫療費用控制的壓力大增，醫療服務提供者為了維持或增加收入，可能採取各種因應策略，而導致醫療品質受到影響。雖然健保局已有病歷審查作業，但保險申報資料仍以費用為主，尚未考慮到醫療品質資料。因此，基於健保局、醫療服務提供者及病人三方面的利益，在未來即將全面實施 DRGs 之際，實有必要發展品質審查指標及成立專責醫療品質審核機構，以確保健保局的支出不浪費，醫療服務提供者的醫療行為適當，且民眾的權益不受影響。

本研究的目的有三：

（一）瞭解各國實施 DRGs 或類似 DRGs 支付制度的品質審查機制及品質審查指標。

（二）發展台灣全民健康保險制度實施住院 DRGs 下適合的品質審查模式。

（三）建立台灣全民健康保險制度實施住院 DRGs 下適合的品質審查指標。

本研究共發出 489 份問卷，問卷回收率 27.45%，其研究結果如下：

一、醫院評鑑等級不同對於應由何單位負責管理專責醫療品質審查組織的認知有顯著不同（$p<0.05$）。各權屬別醫院對於審查成員應包含疾病分類員的認知有顯著不同（$p<0.05$）。另外，以審查組織地區劃分方式中，各權屬別及各評鑑等級醫院皆認為以健保局目前六個分局所屬的區域來話分

之百分比最多。

二、填答者認為最重要的前十項指標依序為病歷記載完整性、院內感染率、抗生素使用不當、併發症或合併症之產生、醫療糾紛、不適當的住院天數、出院病情穩定、推趕病人、疾病分類正確性、疾病編碼取巧行為。

本研究建議衛生主管機關儘速成立專責醫療品質審查組織，以有系統、長期性及客觀性的方式推動國內醫療品質相關工作。醫療品質之推動不是只靠衛生政令之宣導，仍需專責醫療品質審查組織與健保醫療給付二者相互結合才能確保品質。

關鍵字：論病例計酬支付制度、診斷關係群組、品質指標

Abstract

The Bureau of the National Health Insurance (BNHI) initiated the case payment system in 1995. Under the case payment system, healthcare providers have to bear the financial risks. Therefore, the financial pressure was shifted to providers. In order to maintain or increase revenue, many strategies have been adopted by providers. However, these strategies might jeopardize the quality of medical care. Although the BNHI has used monitoring system, the focus is only on claimed rates rather than quality assurance. The establishment of the quality assurance system and monitoring indicators are essential for the benefits of BNHI, providers, and patients in preparation for the future implementation of diagnosis-related groups (DRGs) in Taiwan. This can ascertain to reduce unnecessary expenditures, to assure quality of medical care, and to protect patient's rights.

The three purposes of this study are following:

1. To understand the quality monitor mechanisms and review indicators for the implementation of DRGs or DRG-like systems based on literature review.
2. Develop the feasible quality monitor model for the implementation of DRGs in Taiwan.
3. Establish the inpatient quality indicators for the implementation of DRGs in Taiwan.

A total of 489 questionnaires were mailed out, and yields a response rate of 27.45%. The results are the following:

1. There is a significant relationship between hospital level and the organization in charge of the monitoring system ($p < 0.05$). Different hospital ownerships have different opinions toward whether medical recorder should be a member in monitoring system or not ($p < 0.05$). With regard to monitoring area, the majority of hospitals by level and ownership thought area could be divided based on six branches of the BNHI.
2. Respondents considered the completeness of medical record, hospital-acquired infection rate, misuse of antibiotics, occurrence of comorbidities or complications, malpractice, inappropriate length of stay, discharge status, patient dumping, correctness of coding, and coding creep as the most important indicators.

It is recommended that the health authorization should establish quality monitoring system as quickly as possible in order to assure quality of medical care by systematic, long-term, and objective methods. It is also recommended that quality monitoring system should combine reimbursement system to assure quality.

Key words: case payment system, diagnosis-related groups, quality indicators

第一章　緒論

第一節 研究背景與動機

台灣全民健康保險制度於民國八十四年開始實施論病例計酬支付制度(case payment system)，鑑於當時缺乏疾病嚴重度指標和精確的成本資料，以及不確定此前瞻性支付制度對台灣醫療生態的影響，所以中央健康保險局(以下簡稱健保局)採用漸進式的方式來推動論病例計酬制度。根據健保局的統計資料顯示，其確實可有效的控制醫療費用與縮短病人的平均住院天數（中央健康保險局，2001）。因為實施成效良好，再加上日益面臨財務壓力，因此，中央健康保險局預計民國九十四年起，全面施行住院診斷關係群(Diagnosis-related Groups, DRGs)，以疏緩日益惡化的財務狀況（行政院衛生署，2002）。

在現行健保局已推出的 50 項論病例計酬支付制度中，有 46 項屬於住院診療項目，4 項為門診診療項目。為避免醫師或醫院為降低醫療成本而減少必要的診療項目，進而影響保險對象的基本權益，健保局同時設計品質監督的配套措施，包括基本診療項目及符合出院狀態，目的在規範醫師的臨床處置。在基本診療項目方面，有規定必要執行的項目，若未執行，整筆醫療費不予給付。且基本診療項目之實施需達所定基本診療項目之 65% (含)以上，若未依規定完成治療，保險對象因故出院者，則按實際醫療費用申報；在符合出

院狀態方面，個案出院時應符合其規定的出院狀態，經審查為不當住院者，不予給付或按門診給付等。

在論病例計酬支付制度之下，醫療服務提供者必須承擔財務風險，因此，對醫療費用控制的壓力大增，醫療服務提供者為了維持或增加收入，可能採取的因應策略包括降低病人住院日、減少服務密度或項目、費用移轉等。其次，論病例計酬係採定額支付，因此，有很強的誘因鼓勵醫療服務提供者減少不必要的服務，甚至醫療服務提供者亦有可能減少必要的服務而影響醫療品質或病人的權益，使病人的出院速度加快且嚴重度增加(quicker and sicker)，此外，甚至可能導致醫療服務提供者拒收沒利潤的病人、棄重就輕(patient dumping)、故意申報錯誤的診斷(DRG creep)（李玉春，1997）。雖然健保局已有病歷審查作業，但保險申報資料仍以費用為主，尚未考慮到醫療品質資料，僅將焦點放在費用審查，並未將其與醫療品質相結合。因此，如何確保醫療品質，將是實施論病例計酬支付制度下的最大挑戰。

雖然近年來衛生署、健保局及相關單位不遺餘力地推動醫療品質提昇的各種政策與活動，如實施教學醫院評鑑、省市立醫院業務改進計畫、頒佈醫療法、實施醫院評鑑、醫療網計畫、專科醫師制度、引進美國馬里蘭州醫院協會所主導的品質指標計畫（Quality Indicator Project, QIP）、舉辦醫療品管圈競賽活動等，其對醫療品質的提昇有一定程度的貢獻，但並未就論病例計酬部

分，特別提出適用的品質監控指標，且缺乏專責管理組織，故論病例計酬支付制度下的醫療品質常為病人、專家及學者所質疑。

因此，為確保論病例計酬支付制度下的醫療品質，Lin and Amidom (2001)的研究中建議健保局可發展類似美國同儕審查組織(Peer Review Organization, PRO）以監測醫療品質；吳肖琪（1999）也於建議衛生署設立類似美國同儕審查組織的常設性機構；此外，全民健保體檢小組也提出類似的建議，希望衛生署能成立「全民健保醫療服務品質管理中心」或成立「第三者團體」來監控全民健康保險制度之下的醫療品質（辛炳隆，2001）。

隨著消費者意識的提高，民眾對醫療品質的重視日益增加。醫療品質備受重視也是全世界各國健康照護系統共同的趨勢。因此，基於健保局、醫療服務提供者及病人三方面的利益，在未來即將全面實施 DRGs 之際，實有必要發展品質審查指標及成立專責醫療品質審核機構，以確保健保局的支出不浪費，醫療服務提供者的醫療行為適當，且民眾的權益不受影響。

第二節 研究目的及重要性

一、 研究目的

本研究的目的有三：

（一）瞭解各國實施 DRGs 或類似 DRGs 支付制度的品質審查機制及品質審查指標。

（二）發展台灣全民健康保險制度實施住院 DRGs 下適合的品質審查模式。

（三）建立台灣全民健康保險制度實施住院 DRGs 下適合的品質審查指標。

二、 研究的重要性

（一）瞭解目前論病例計酬支付制度的實施，對醫療品質可能造成的負面影響，以利未來全民健康保險制度全面實施住院 DRGs 制度時，防範未然。

（二）研究結果可提供健保局在未來全民健康保險制度全面實施住院 DRGs 政策時，設計醫療品質監控系統時的參考。

第二章　文獻探討

第一節　美國 DRGs 支付制度的發展

美國國會於 1965 年通過社會安全法（The Social Security Act）第十八條及第十九條，開始實施老人醫療保險 Medicare 及貧民醫療救助 Medicaid 計畫，將醫療保險福利帶給了 65 歲以上老人、低收入者、單親家庭及末期之腎病患者。雖然 Medicare 及 Medicaid 計畫實施的立意良好，但由於對醫院的付費方式採用以成本為基礎的付費方式（cost-based reimbursement method），造成 1960 年代晚期，美國醫療費用支出開始以驚人的速度成長，其年漲幅率甚至超過 10%（藍忠孚，1990）。

有鑑於醫療費用的急速上漲，許多學者專家及政策制定者開始研擬控制醫療費用的有效方法，而 DRGs 即在此背景下應運而生。在 1960 年代晚期，耶魯大學管理學者 Robert Fetter 及公共衛生學者 John Thompson 所領導的兩個研究小組，開始著手病例分類的研究（McMahon & Smits, 1986），其目的是希望利用現存的醫院住院病人為基礎的病例分類來定義並分析醫院的服務量，以衡量病人耗用醫療資源的數量及程度，而利於醫院的管理規劃與利用審查，此即 DRGs 發展之濫觴（Vladeck, 1984）。

DRGs 是由病例組合（case mix）的概念所產生的，病例組合是一種分類體系（classification system），用來界定不同醫療照護設施的各類病人，並可具

以用來描述醫院所處置病例的類別及其數量，做為來「量化」醫療產出（output）的一套分類方法。其定義為依據每一病例的特性，將對特性相同或相近者歸於同一組合，就可得到對該特性而言有顯著差異的幾個組（藍忠孚，1990; Fetter et al., 1980; Vladeck, 1984）。病例組合至今已被醫療界廣泛應用，其功用有可被做為付費依據、院際成本比較及醫院內管理控制與預算的工具、財政規劃、資源使用審核、品質確保及技術儀器取得等方面的用途。

因此，DRGs 實際上是一種病例組合的形式，是依病例分類的精神，將住院病人就年齡、性別、診斷及治療特質相同的病例歸成一組，最後以各種不同類別出院病例的絕對數量或相對比例形成病例組合，用以代表醫療產出或資源耗用的情形（Fetter et al. , 1980; Vladeck, 1984）。

DRGs 架構的五個重要原則如下（Fetter et al., 1980）：

（一）每一分組均具有臨床處置上的意義，醫師可從分類名稱預測其處置過程。

（二）用以分類的參考資料，應可由出院病歷摘要中取得。而這些參考資料應與資源耗用及處置過程密切相關。

（三）所有病例均只能歸入唯一合適的一組，即分類須互斥而周延。

（四）每一組內病例所耗用的醫療資源數量相近。

（五）不同的分組定義必須與其代碼設計相符合。

美國 DRGs 是以國際疾病分類（International Classification of Diseases,

ICD）為病例組合基礎所建構而成（Fetter et al., 1980; McMahon & Smits, 1986）。早期使用的是 ICDA-8 碼來分類疾病，依器官系統和疾病特性分為 83 項主要診斷類別（尤之毅，1992；Fetter et al., 1980）。目前所使用的是國際疾病分類第九版臨床修正版 ICD-9-CM 碼(International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification, ICD-9-CM)，依人體器官分為 25 項主要診斷類別，510 個 DRGs，專為老人醫療保險住院費用支付而設計的，其將所有病人根據性別、年齡、疾病診斷、手術種類、有無合併症及出院狀態等分類變項分為 510 個 DRGs，每個診斷關係群內的病人特質及處置方式相近的一種病例分類系統（Centers for Medicare and Medicaid Services, 2002）。

最早試辦 DRGs 的為紐澤西州（New Jersey），其率先於 1980 年引進診斷關係群計價基礎做為醫療保險前瞻性支付制度（DRGs-based prospective payment system, DRGs/PPS），其實施經驗為日後美國 Medicare 計畫推行 DRGs 支付制度的重要參考依據（Hsiao et al., 1986; Hsiao & Dunn, 1987）。

有鑑於老人醫療保險回溯性支付制度造成醫療費用快速成長及紐澤西州推行診斷關係群前瞻性支付制度可行且有效的償付經驗（Hsiao et al., 1986），美國國會於 1982 年通過了「賦稅平等與會計責任法案」（The Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA），採用 DRGs 做為對 Medicare 病人住院的支付方式。1983 年國會更進一步通過社會安全修正法案（The Social Security Amendment of 1983），立法授權健康照護財務署（Health Care Financing

Administration, HCFA；2001 年已更名為 Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)，將所有 Medicare 病人全部納入 DRGs 為基準的前瞻性支付制度（prospective payment system, PPS），並採用診斷關係群做為預估給付價格制的付費單位，此即為 Medicare DRGs(楊哲銘，1996；藍忠孚、楊琇雯，1993)。

除 Medicare 之外，美國也有許多機構使用 DRGs，例如從 1987 年開始，紐約州也開始針對非 Medicare 的病人採用 All-Patient DRGs (AP DRGs)，AP DRGs 為紐約州衛生局與 3M 公司所共同發展出來的，於 1990 年開始，如今更加入疾病嚴重度的調整，至 1994 年止，共有 632 個 DRGs (Edwards et al., 1994)；其次，耶魯大學發展 DRGs 的原班人馬也繼續與健康照護財務署簽約，將併發症及疾病嚴重度放入 DRGs 費用的計算中，而發展出 Yale DRGs (RDRGs)，因為加入疾病嚴重度的考量，RDRGs 有 1263 個 DRGs，目前美國有些州仍在使用 RDRGs (Edwards et al., 1994)；又至 1993 年止，美國二十一個州的 Medicaid 計畫、67%的藍十字保險公司(Blue Cross/Blue Shield plans)及一半左右的健康維護組織(Health Maintenance Organizations)也採用 DRGs (Carter et al., 1994)，DRGs 已成為美國衛生輸送體系的主要支付制度之一。

第二節 各國醫療審查組織及模式

大部份實施 DRGs 或類似 DRGs 制度的國家，其醫療品質審查組織不僅只審查 DRGs 的案件，同時也肩負評鑑及審查醫院的責任。以下將先簡介美國、加拿大、荷蘭及英國等國家的醫療品質審查組織，其次再詳細介紹美國因實施 DRGs 所設立的同儕審查組織。

一、美國醫療品質審查組織

美國較有名的醫療品質審查組織包括美國醫療機構評鑑聯合委員會(the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO)，全國品質保證協會（National Committee for Quality Assurance, NCQA）及同儕審查組織（peer review organization, PRO），以下分別說明。

(一)醫療機構評鑑聯合委員會

美國醫療機構評鑑聯合委員會是一個獨立非營利性的機構，主要任務是藉由評鑑醫療機構來提昇醫療機構的醫療品質，並且與政府部門攜手合作，倡導一般性的品質評估方法，進而推展全面性的品質評估工作。到目前為止，美國醫療機構評鑑聯合委員會已評鑑超過 18,000 家醫療機構或保險公司，美國醫療機構評鑑聯合委員會的評鑑工作已為全國各醫療機構廣泛的接受。

(二)全國品質保證協會

全國品質保證協會創建於 1979 年，為私人的非營利機構，其成立的宗旨是要評估及公佈管理式醫療機構的醫療品質表現。雖然管理式醫療機構對參

與全國品質保證協會的醫療品質評估是非強迫性的，然而目前全美已有一半以上的管理式醫療機構都已參加其評比，因為保險購買者把評估結果當成選擇管理式醫療機構的依據，尤其是許多大型公司的保險購買者，更是以其所公佈的醫療品質表現來做為選擇及購買管理式醫療保險計畫的衡量標準，因此，管理式醫療機構都把其評比視為機構內最重大的年度事項。因此，全國品質保證協會的評比不但維護民眾知的權利，也提升了管理式醫療機構提供之醫療照護的品質。

全國品質保證協會評比管理式醫療機構的六個標準為品質改善(quality improvement)、醫師人員資格審核(credentialing)、投保人之權利及責任(members'rights and responsibilities)、預防醫學服務(preventive health services)、利用率管理(utilization management)及病歷(medical records)，而依評比的結果將管理式醫療機構分級為優秀(excellent)、可推薦(commendable)、審核通過(accredited)、需改善(provisional)及不合格(denied)等五個層次，此五個層次可明確的反應出管理式醫療機構所提供醫療照護的品質好壞。例如全國品質保證協會在 2001 年公佈針對 257 家管理式醫療機構所做的評比結果為 103 家被列為優秀，127 家被列為可推薦，13 家被列為審核通過，而其他則為不合格或需要改善(http://www.ncqa.org/)。

除了評比管理式醫療機構之外，全國品質保證協會也於 1991 年發展出健康計畫雇主資料及資訊庫（Health Plan Employer Data and Information Set,

HEDIS），目前已有超過 90%的保險計畫(health plan)都使用 HEDIS 來評量品質，而 HEDIS 主要用來評量品質的八個面向為醫療照護的有效性(effectiveness of care)、醫療照護的可近性(access of care)、顧客對醫療照護的滿意度(consumer satisfaction with the experience of care)、醫療照護的成本(cost of care)、保險計畫的穩定性(health plan stability)、顧客的被告知程度(informed choices)、醫療照護的使用(use of services)及保險計畫的描述(health plan description) (Tindall et al., 2000)。

(三)同儕審查組織

美國同儕審查組織（Peer Review Organization, PRO）的前身為專業標準審查組織（Professional Standards Review Organizations，PSROs），因此，以下將分別介紹專業標準審查組織與美國同儕審查組織。

1. 專業標準審查組織

美國從 1965 年開始實施 Medicare 及 Medicaid，在開始實施的前幾年，Medicare 的醫療費用上漲了兩倍，Medicaid 的醫療費用更是上漲了四倍(Hayes &Lunberg,1994)。有鑑於此，1971 年美國國會授權成立了實驗性醫療照護審查機構（Experimental Medical Care Review Organizations，EMCROs）(Bhatia, Blackstock& Ng, 2000)，主要任務是負責逐案審查醫療機構對 Medicare 及 Medicaid 受益人所提供醫療服務的適當性。因為試行效果良好，所以 1972 年依社會安全修正條款而正式成立了專業標準審查組織。

雖然專業標準審查組織的成立目的主要是為了控制 Medicare 的醫療費用，但它也被用於確保醫療機構所提供給 Medicare 受益人的醫療品質。專業標準審查組織用來維護醫療品質的方法，包括審核服務及項目是否為醫療上所必需;醫療服務是否合於公認的專業標準及這些醫療服務是否以最經濟有效的方式施行(Bhatia, Blackstock, & Ng, 2000)。為了有效確保醫療機構所提供給 Medicare 受益人的醫療品質，除了上述之審核內容外，專業標準審查組織並且發展一套完整的資訊管理系統用以記錄每一位 Medicare 受益人的入院資料(Hayes & Lunberg, 1994)，以便於完整的掌握醫療服務提供者(provider)所提供的醫療服務。

專業標準審查組織在成立之初就開始使用入院前(preadmission)、同步性(concurrent)、及前瞻性(prospective)三種方式來審查病歷(Dittman & Magee,1980)。雖然該組織旨在建立一套有系統的機制以監控醫療服務及確保醫療品質，但這套醫療品質確保機制最為人們所爭議的是：它被認為是用來控制成本和管制醫療行為的方法，而不是真正用來提昇醫療品質的工具。

在 1981 年時，全美共有 195 個區域性的專業標準審查組織，這些專業標準審查組織有些是由非營利性基金會所支持，有些則是與私人機構簽定合約經營，另外有些則為聯邦政府所支持。因為支持專業標準審查組織的機構性質不同，以致個別專業標準審查組織的表現也因機構之間的不同而顯現出很大的落差，造成彼此之間幾乎無法客觀的比較實施成果。最令人詬病的是專

業標準審查組織不但無法有效的確保醫療品質，甚至對醫療費用的不斷上漲也無法做適當的控制。

2. 同儕審查組織

(1) 同儕審查組織的建立

由於專業標準審查組織無法有效的控制醫療費用，加上專業標準審查組織的實施造成聯邦政府與美國醫學會(Americam Medical Association)之間的對立狀態，雷根政府於 1984 年開始著手廢除專業標準審查組織，取而代之的則為同儕審查組織，它是依 1982 年稅平等及財務責任法案而成立的，國會希望藉由同儕審查組織及 DRGs 的同時實施以控制 Medicare 醫療費用的上漲。

同儕審查組織不僅被用來控制 Medicare 的醫療費用，也被用來監控提供給 Medicare 受益人的醫療服務品質。美國國會希望能在同儕審查組織的監控之下，確保提供給 Medicare 受益人的醫療服務皆有其醫學上的必要性、適當性及專業性。尤其在 1983 年實施以 DRGs 為基礎的前瞻性付費制度後，提供醫療機構財務上的誘因，希望能藉由減少醫療行為的種類和數量，以獲得最大的利潤。研究顯示，因為前瞻性的支付制度容易給醫療服務提供者財務動機以提供過少的醫療資源(underuse)，而造成 Medicare 受益人的平均住院天數減少，出院狀況被形容為"quicker and sicker"。DRGs 的實施使得醫療品質有下降的情況(Kellie & Kellie,1991)，有鑑於此，同儕審查組織的存在對醫療品質的確保更有其迫切性及重要性。為了確保 DRGs 實施下 Medicare 受益人的醫

療品質，同儕審查組織主要的審核重點轉為醫院對 Medicare 受益人醫療照護的適當性及需要性。

同儕審查組織的發展初期主要希望能降低不適當及不需要的住院比例，針對出院病人的病歷（如：DRGs 案件）以隨機挑選的方式，做回溯性(retrospective)審查，如果發現不合乎專業標準的案件，則同儕審查組織（PRO）會根據其權責建議健康照護財務署拒絕給付全部或部分的費用給醫療機構。因此，同儕審查組織與醫療機構之間的關係經常是處在對立的狀況。

同儕審查組織成立的前幾年都是使用回溯性審查方式，但後來發現回溯性審查無法全面改善醫療機構所提供的醫療服務品質，且研究顯示醫師審查病歷記錄的過程中，雖然訂有明確的審查標準，但醫師本身的主觀性會影響審查結果(Weinmann, 1998)。又有文獻記載許多專家學者對同儕審查組織審查結果的可靠性及準確性存疑(Jencks & Wilensky, 1992)。因此，1989 年之後，健康照護財務署與同儕審查組織對醫療機構的審查重點由敵對狀況改為合作模式，從過去集中在發現醫療機構所產生的過失轉變為分析醫療機構所提供的照護模式和成果監測，尤其是於 1992 年開始實施的健康照護品質改善計畫(Health Care Quality Improvement Initiative, HCQII)，將同儕審查組織與醫療機構之間變成合作夥伴關係，希望藉由合作能有效的改進及確保醫療機構對 Medicare 受益人所提供的醫療品質。

(2) 同儕審查組織的作業模式

A.審查權屬單位

同儕審查組織的共同特色為皆是由醫師所贊助的獨立組織。由美國衛生部負責管理 Medicare 計畫的健康照護財務署與各地的同儕審查組織簽約，以提升對 Medicare 受益人醫療行為的經濟性、有效性和高品質。

B.審查組織地區劃分及組織包含範圍

全美目前有 50 個州及 4 個特區共 54 個同儕審查組織。

C.審查人員

美國的同儕審查組織中，其內部成員有護理人員、醫師、藥師及疾病分類人員等。醫院內由護理人員先做初評的工作，針對有品質照護問題的病歷記錄加以審查（Hayes &Lundberg, 1994）。護理人員與醫師做病歷審查，以瞭解醫療行為與護理照護過程的適當性。藥師則提供正確的用藥，因為藥物利用不當，如過度利用或利用不足，均會使病人產生醫療上治療的危險，同時也會導致不必要的醫療費用支出，所以藥物審查將影響醫療照護品質及成本控制。疾病分類人員做出正確的疾病分類碼，以防止因錯誤的疾病分類造成錯誤的醫療支出（PRONJ 網站）。美國因為醫院不正確的疾病分類及不需要的醫療服務，在 1996 年至 1997 年導致聯邦政府多支出了 200 億美元，1998 年有 130 億美元的錯誤支出（MPRO 網站）。

D.審查方式

審查方式依審查的時間，可區分為前瞻性(Prospective)、同步性(Concurrent)及回溯性（Retrospective）審查三類，分別說明如下：

(A)前瞻性審查

前瞻性醫療利用率控管的方式，一般可分為事先許可(pre-authorization)及第二外科專家意見(Second Surgical Opinion, SSO)兩種。事先許可即是醫療提供者在執行一項醫療步驟前需先取得保險公司的同意，例如：若投保人非急診疾病有住院需要時，入院前需取得內科主任或是健康維護組織內醫療利用率審核委員會的同意；若因急診住院則需於入院 24 小時內通知保險公司(Shi & Singh, 1997)。

(B)同步性審查

同步醫療利用率的控管是健康維護組織最常使用的外部控管機制(Restuccia, 1995)，它包含了病人住院天數的監視及出院計畫的安排。而在病人住院天數監視方面，通常在病人入院前，健康維護組織已訂出了病人所被許可的住院天數，若因病人的病情緣故而須延長住院，則須向健康維護組織再度提出申請，以確保醫療資源不會被濫用。一般健康維護組織決定病人住院的天數是以專業活動調查(Professional Activities Survey, PAS)中所統計出的天數為標準，或是依病人入院的國際疾病分類 ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification)來決定病人住院

的最長天數，而當病人住院天數達到標準天數的 35%至 50%時，健康維護組織便開始進行病人住院天數的監視，Hoy 等人(1991)報告中指出，實際上所有的擇優特約組織都有使用病人住院天數的監視及出院計畫的安排機制來控制住院費用。

(C)回溯性審查

指在病人接受完醫療服務之後才進行評估，以病歷記錄做為評估工具，審查醫療人員對於該病人的處理，也就是診斷與治療是否正確，對於資源的利用是否恰當，有助於問題確認及改進。回溯性審查屬於一種針對過程面與結果面的審查方式，可以從病歷中看出對病人的處理、治療、診斷之各種過程、正確性與適當性，且從病歷資料中整理出來的統計值，如各種死亡率、感染率，也可以反映出該醫院的醫療品質。

E.審查層級

同儕審查組織的審核層級，先請醫院內護理人員做初評的工作，針對有品質照護問題的病歷記錄加以審查，如果評估結果合於標準，護理人員就認可這份病歷合於品質。如果個案不合乎標準，這份病歷會交由專審醫師複審。如果複審醫師也認為品質不足，他們就轉交至所屬地區的審查組織再審，並要求醫院或醫師對審查醫師的質疑提出解釋，以瞭解醫院或醫師是否提供了合格的醫療照護品質。

對於醫療照護品質有問題的案件，同儕審查組織會依品質缺失的嚴重程

度而分為三個層級，層級一(minimal risk)是病歷上的普通記錄缺失問題；層級二(medium risk)則會對病人的健康產生負面的影響；層級三(significant risk)會導致病人永久的傷害，或甚至死亡，再依層級不同而制定不同的分數。同儕審查組織每季依醫療服務提供者所累計的分數來做為懲罰的標準，而懲罰一般可分成罰鍰或是強制退出 Medicare 計畫。

(3) 同儕審查組織的改善成效

同儕審查組織的審查計畫，很明顯的改善了病歷紀錄、醫療服務的適當性、降低了入院次數及住院天數，當然也提昇了 Medicare 受益人的醫療品質。根據美國醫療品質協會（American Health Quality Association, AHQA）於 1996 年 4 月至 1998 年 3 月之間針對 10 個同儕審查組織所做的調查發現：經同儕審查組織嚴格審查後，不適當的心臟病治療費用共減少了 400 萬美元；改善糖尿病的照護後，減少了三億五千萬美元的醫療支出(AHA News, 1999)。健康照護財務署在 1992 年的報告中也指出同儕審查組織的實施，使得 Medicare 病人的入院率從 15-20%降至 6-10%(Health Care Financing Administration, 1992)。而從 1996 年開始，健康照護財務署也藉由同儕審查組織來實施預防付款錯誤計畫(Payment Error Prevention Program, PEPP)，預防付款錯誤計畫(PEPP)的實施，可以藉由發現提供非必要醫療服務及預防編碼上的舞弊行為(DRG creep)來節省健康照護財務署不必要的醫療支出，在 1998 年時同儕審查組織發現了將近一百三十億美元的錯誤付款

(http://www.mpro.org/professional/peppoveriew.htm)。

(4) 同儕審查組織的未來研究方向

為了不斷增進對 Medicare 受益人的照護品質，目前同儕審查組織針對不同的地區及醫學領域，在進行多方面的相關研究。同儕審查組織設定未來發展的六個研究方向如下:第一，針對目前六個致死率及罹病率最高的疾病，進行醫療研究俾能改善照護品質、降低致死率及罹病率；第二，每一個同儕審查組織都要針對本身地區地緣的特性，提出醫療品質提昇計畫，並且需加強重症醫療的相關研究；第三，與其他組織共同合作研究，以使所有的病人皆得到相同的照顧；第四，研究如何針對住院病人，減少因為行政或醫療上有意或無意錯誤所造成的醫療支出（如：DRGs 案件編碼錯誤）；第五，病人抱怨的處理與評估，以保障 Medicare 受益人的權益；第六，進行其他與提昇品質有關的發展計畫(Dippe, Bell, Wells, Lyons, & Clester, 1989)。

同儕審查組織從 1997 年開始，在美國的猶他州及內華達州進行降低用藥錯誤計劃，有效的減少了 26.9%的錯誤用藥。從 1999 年開始，同儕審查組織也提供標準化的臨床治療指引(clinical practice guidelines)給醫療機構以作為提供醫療服務的依據。目前同儕審查組織對品質改善計畫的研究重點為臨床及過程面上的評估(Weinmann, 1998)。

二、加拿大醫療品質審查組織

加拿大的醫療品質審查組織為醫療設施評鑑委員會（Canadian Council on

Health Services Accreditation)，其從 1917 年起就開始對醫院進行評鑑，所執行的評鑑範圍不僅限於醫院，也擴及到長期照護、社區醫療、精神醫療、復健、居家照護與癌病照護等範圍。其醫療評鑑標準可歸納為八大類：建立策略方針、社區醫療、到院前的急診照護、住院醫療照護、執行策略方針、資訊管理、人力資源管理及實體環境設施的管理等。

三、荷蘭醫療品質審查組織

荷蘭的健康保險制度係屬多元保險人制度，在競爭性的保險市場中，各保險人為爭取較多的被保險人，除重視成本外也很重視醫療服務品質。因此，除了醫院評鑑機構會定期評鑑醫院，各醫院也有常有自發性的品質改進活動，例如召開有關照護品質的國際會議、家庭醫師學會研發常見 100 種疾病之臨床指引及院內護理人員組成品質委員會等。為避免造成刮脂效應（cream skimping）及品質縮水（quality skimping）的現象，由政府及消費團體提供資訊給被保險人，並由政府設立監督機構，督導保險人與醫療服務提供者所簽約的內容及應提供的服務項目與範圍（黃千華，1997）。

四、英國醫療品質審查組織

英國自 1991 年實施英國國民保健服務（National Health Service, NHS）改革後，至 1995 年為止共有 528 家信託醫院（hospital trusts）與 2000 家基金持有開業者（GP fundholders）加入 NHS 的營運。當 NHS 與醫院簽約時即設計

一套醫療品質評估標準，包括醫師應如何治療病人。而信託醫院也設計方法以提高服務品質，包括降低住院日數、降低就醫等候時間及消費者滿意度調查等（劉明勳，1998）。

五、日本醫療品質審查組織

日本醫院品質保證學會於 1990 年成立，著手制定標準，做為醫院評鑑之用。1995 年由政府、醫學團體與醫院共同籌資，組成財團法人日本醫療機能評鑑機構（the Japan Council for Quality Health Care），推動醫院評鑑工作（韓揆，1994）。因國民對醫療要求之高度化、多樣化及對醫療品質保證重要性之認知提高，因而對於第三者所做的醫療品質評價之關心亦不斷提高。

因此，在醫院功能評估方面，「財團法人日本醫療功能評估機構」針對診療看護體制、經營管理狀況等，以第三者的立場於 1997 年開始正式評估醫療機構。至 1999 年 2 月 15 日止已有 175 家醫院接受評定，並將此類醫院公佈在厚生省之網頁上（衛生署網站）。

在醫療行為方面，有效率的活用醫療資源，提升醫療品質與患者服務，從歐美引入「醫療技術評估」，「醫療技術評估檢討會」並於 1997 年 6 月提出報告，揭示應推動醫療技術評估之方向。於 1999 年 3 月的報告書中強調實證醫學與醫療技術評估相結合，致力於醫療環境的改善（衛生署網站）。

第三節　國外有關前瞻性支付制度下醫療品質的實證研究

前瞻性支付制度的目的是以財務誘因促使醫療服務提供者提供合乎成本效益的醫療服務，同時提昇醫療機構的服務效率。由於此制度將財務風險轉移給醫療服務提供者，使得醫療服務提供者在治療病人時，必須同時考量如何降低醫療成本，因此可能連帶影響醫療品質（Kahn et al., 1990; Stern & Epstein, 1985）。國外有數篇有關前瞻性支付制度下影響醫療品質的實證研究報告，簡略說明如下：

DesHarnais 等(1987)研究發現實施 Medicare DRGs 後，加護病房(intensive care unit, ICU）及冠心症照護病房（coronary care unit, CCU）的利用率、平均住院日、外科平均住院日均有顯著的下降，而死亡率及再住院率則無明顯變化，認為 DRGs 的實施可以減少醫院資源耗用，但不會對醫療品質造成負面影響。DesHarnais, Chesney 及 Fleming（1988）復提出老人醫療保險病人出院人次，在實施 Medicare DRGs 後呈現明顯下降，平均住院日則小幅下降，而出院後的技術性護理照護機構與居家照護則呈現顯著的增加，認為 DRGs 的實施對老人醫療保險病人的醫療品質無不良影響。Mayer-Oakes 等（1988）發現 DRGs 實施後，內科加護病房病床數減少了 31%，但病人的疾病嚴重度並無明顯改變，同時亦發現雖然整體或加護病房之平均住院日均下降，但住院死亡率及出院後 6 個月死亡率仍無明顯改變。病人出院後轉至其他技術性

護照護機構或醫療機構則顯著增加。因此，Mayer-Oakes 等（1988）認為 DRGs 的實施對醫療品質的負面影響有必要進一步觀察。

Sager, Leventhal 及 Easterling（1987）發現護理之家住民實施前瞻性支付制度後，入住急性醫院之平均住院日下降 26%，再住院率則上升 72%。並且研究亦發現護理之家住民實施前瞻性支付制度後，死亡率上升 26.2%，而同時期的急性醫院病人死亡率卻下降了 10.3%。顯示前瞻性支付制度實施後，護理之家病人有過早出院及出現病人死亡地點轉移的現象。Sager 等（1989）進一步針對全美作全國性年齡別死亡率調查，發現實施 Medicare DRGs 後，護理之家死亡率明顯上升，而醫院死亡率卻下降。顯示死亡地點有明顯轉向護理之家的現象，而死亡地點的明顯轉移亦與醫院平均住院日下降有關。此研究顯示縮短住院日數使重病病人有過早出院的現象。Sager 等（1989）同時認為健康照護財務署用住院死亡率來評估 Medicare DRGs 實施後的醫療品質有待商榷。

Kahn 等（1990）針對鬱血性心臟衰竭、急性心肌梗塞、肺炎、腦中風及髖骨骨折等五種疾病的老人醫療保險病人，進行了一項大規模的四年研究計畫，用以評估 DRGs 為基礎之前瞻性支付制度對老人醫療保險住院病人照護品質的影響。為了比較 DRGs 實施前後對照護品質的影響，此研究以 1981 年至 1982 年之研究資料代表實施前的結果，以 1985 年至 1986 年之研究資料代表實施後的結果，結果發現實施 DRGs 後，住院疾病嚴重度增加，住院率下

降，預期住院後 30 天內死亡率上升 1.0%，預期住院後 180 天內死亡率上升 1.6%，因此，必須注意 DRGs 實施後疾病嚴重度增加的現象（Keeler et al., 1990）。至於其中四種內科疾病，由於醫護照護過程的改善，平均住院日下降 24%，住院後 30 日內死亡率降低 1%（Kahn et al., 1990）。經由專家主觀審查，發現病人過早出院或出院時病況仍不穩定者有顯著增加（Rubenstein et al., 1990）。實施 DRGs 後，出院時的病情也較嚴重，有愈早出院，病情愈嚴重，即所謂 "quicker-and-sicker"的情形。出院後未直接回家的病人顯著增加，可能因病況不穩定，先轉至技術性護理照護機構之故（Kosecoff et al., 1990）。因此，實施 DRGs 後，必須加強改善此方面之品質監控。

Fitzgerald 等（1987）與 Fitzgerald, Moore 及 Dittus（1988）針對髖骨骨折的老年病人研究，發現前瞻性支付制度實施後，平均住院日數減少，住院復健治療次數減少，出院後轉移至護理之家的人數增加，一年後仍滯留在護理之家的人數比例亦增加，認為前瞻性支付制度實施後，醫療品質有惡化的現象。反之，Palmer 等（1989）同樣針對髖骨骨折的老年病人研究，發現前瞻性支付制度實施後，平均住院日數減少，住院總復健治療次數雖然減少，但是每日所接受的治療次數卻增加，出院後轉移至護理之家的人數及六個月後仍滯留在護理之家的人數並無顯著增加，認為前瞻性支付制度實施後，醫療品質並沒有明顯惡化的現象。

由於前瞻性支付制度以 DRGs 做為支付基準，因此 Simborg（1981）

首先提出可能將因而導致診斷關係群取巧行為（DRG creep）。美國 1985 年有 20.8% 醫院出現申報費用疾病診斷編碼錯誤導致必須變更診斷關係群的現象，其中有 61.6%是故意溢報所致，即所謂的診斷關係群取巧行為 (Hsia et al., 1992)，如此將造成整體醫療支出不當的增加，更將扭曲疾病分類的正確性與病歷品質（賴憲堂、韓揆、張鳳智，1996）。在一項針對全美 1124 位醫師做費用申報行為調查的研究，發現有 39% 醫師坦承過去一年內曾有為了病人的利益，而在申報動作取巧（Wynia et al., 2000）。

前瞻性支付制度下由於醫院必須分擔財務風險，造成重症病人在醫院間互相推趕的不當現象（Rose, 1989）。所謂棄重就輕（patient dumping）意指醫院基於經濟因素的考量而將病情嚴重較無利益甚至不敷成本的病人轉診至其他醫院。此種現象尤其以私立醫院轉入公立醫院為多（Kellermann & Hackman, 1988; Rose, 1989; Schiff et al., 1986），此舉造成了醫療品質的低落。為此，美國於 1985 年立法「同業和睦混合法案」(Combined Omnibus Reconciliation Act, COBRA) 規範老人醫療保險合約醫院，禁止急診病人不當轉院，又稱為「反推趕法案」（Berliner, 1988; Rose, 1989）。

由於實施 DRGs 的一個重要目的是抑制醫療照護成本，因此，可能造成醫師執業行為的改變。成本的有效率運用，並不等於醫療照護的安全。病人過早出院及醫師操作診斷，不實申報以獲取不當利益將使醫師陷於醫療糾紛的危險性增加（Zaremski & Rehm, 1985）。

綜合以上的相關報告，以 DRGs 為基礎的前瞻性支付制度可能造成的醫療品質負面影響有：

（一）平均住院天數減少，空床率提高，且病人過早出院或病情未穩定即出院（Rubenstein et al., 1990）。

（二）將一些住院病人轉為門診診療，導致門診執行高風險處置及檢查的機會增加，造成醫療費用轉移至門診（Rock, 1985）。

（三）為了節省醫院的成本，導致醫院將病人轉移至成本較低的護理照護機構，如護理之家或居家照護，因此病人提早出院的機會增加。醫療費用也因而轉移至長期照護（cost shifting）（Fitzgerald et al., 1987; Fitzgerald, Moore & Dittus, 1988）。

（四）由於住院療程縮短，可能導致併發症出現的機會增加，即愈早出院，病情愈嚴重，所謂 "quicker and sicker" discharge (Kosecoff et al., 1990)。

（五）為獲得較佳之給付，疾病診斷編碼出現取巧的不當行為(Hsia et al., 1992; Simborg, 1981; Wynia et al., 2000)。

（六）疾病嚴重度高的病人有被推趕（patient dumping and severity shifting）的現象（Rose, 1989; Schiff et al., 1988）。

（七）可能增加醫療糾紛的發生情形（Zaremski & Rehm, 1985）。

第四節 國內外有關在 DRGs 及論病例計酬支付制度下品質指標的研究

美國同儕審查組織監測醫療院所的醫療照護品質與入院的適當性，以確保 MedicareDRGs 之下所提供的服務是必須的、適當的、高品質的（Lohr & Schroeder, 1990；邱瓊萱等人，2000）。因此，同儕審查組織提供審核的內容包含承保內容的審核、醫療利用情形、照護品質、延長住院天數、不適當及不需要的住院天數，以達到醫療使用的需要性、適當性、有效性及有效率(Hayes &Lundberg, 1994；Feldman&Rundall, 1993；PRO 網站)。同儕審查組織在品質審查的程序上，由護士將出院病歷依六大分類篩選，此六大類包含（1）應有適當出院計畫：醫療服務提供者應在病人住院時就開始評估出院的計畫，安排適當的照護服務，同時尋找安置延長住院的替代機構，使病人及家屬能順利回家或轉到另一機構繼續治療；（2）出院病情穩定：病人出院時的生命徵象正常，包含體溫，脈搏、呼吸、血壓，傷口、引流管等；（3）非預期死亡：不應發生及可避免的死亡病人，如產婦死亡；（4）是否有院內感染：因為醫院是具有高度感染危險的地方，病人身體本來就虛弱抵抗力較低，在充滿感染機會高的環境裡，若無完善的預防措施，罹病率就會增高；（5）非預期手術：管理某些外科處置，以抑制不必要的手術；（6）院內意外傷害：醫療機構是否提供病人更安全的環境（Feldman, &Rundall, 1993）。

此外，同儕審查組織亦採取醫師同儕做主觀審查病歷（implicit review）

（Weinmann, 1998），及特殊處置之事前專業審查（explicit review）來監控醫療品質（Kille & Killy, 1991）。醫師同儕審查病歷記錄的過程，雖然訂有明確的審查標準，但醫師主觀的認知會影響審查結果（Weingart et al., 2001; Weinmann, 1998）。嚴重或死亡病例、技術上發生不幸及病歷記載不完整會影響審查醫師對醫療照護品質的判斷（Weingart et al., 2001）。另外，全國品質保證委員會（National Committee for Quality Assurance, NCQA）於 1991 年發展出健康計畫雇主資料及資訊庫（Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS）來評估及公佈管理式醫療計畫的醫療品質表現，其用來評比管理式醫療機構的六個標準為品質改善、醫師人員審核、投保人之權利及責任、預防醫學之服務、利用率管理及病歷記載。對於病歷記載更著重於診斷之正確性、醫療照護之適當性及持續性與預防醫學之服務（Iglehart, 1996）。

美國健康照護財務署於 1986 年針對老人醫療保險及貧民醫療救助，公布醫院死亡率作為醫療品質參考指標後，引起各界紛紛討論，究竟死亡率可否代表醫院的照護品質（Brook & Lohr, 1987; Dubois et al., 1987; Kahn et al., 1991）。Sager 等（1989）指出老人醫療保險前瞻性支付制度實施後，護理之家死亡率明顯上升，而醫院死亡率卻下降，顯示死亡地點有明顯轉向護理之家的現象，而死亡地點的明顯轉移亦與醫院平均住院日下降有關，因此，認為健康照護財務署用住院死亡率來評估前瞻性支付制度實施後的醫療品質有待商榷。如果以出院後一定時間內的死亡率做品質指標，則不論病人死於何

處，可以減少平均住院天數、轉移病人及重病病人過早出院的效應（Brook & Lohr, 1987），並且經過年齡及高風險診斷校正過的死亡率（Green, Passman & Wintfeld, 1991）及疾病嚴重度校正過的死亡率更可以較準確的反應臨床實際狀況（Park et al., 1990）。其他如非預期過早再住院（Benbassat & Taragin, 2000; Thomas & Holloway, 1991）、風險校正後死亡（DesHarnais et al., 2000; Green, Passman & Wintfeld, 1991;）、風險校正後併發症及再住院率（DesHarnais et al., 2000）均可做為診斷關係群前瞻性支付制度的品質指標。

國內論病例計酬支付制度醫療品質之研究，首先由莊逸洲及陳理（1994）提出前瞻性支付制度下建立醫療管理模式，為了控制醫療成本及維護醫療品質，將醫療處置的標準化及住院前、住院中及回溯審查、醫師檔案應用、及醫師教育訓練予以整合串連成為管理理念關聯圖。另一研究針對一般外科等十專科共 28 項疾病訂定「基本治療程序要求」，以建立一套前瞻性支付制度下的醫療審查標準模式，並可據以參考推廣診斷關係群標準（莊逸洲、吳明彥，1996）。

自從實施全民健康保險後，全民健康保險法第五十二條也賦予中央健康保險局對醫事服務機構醫療品質審查的責任（曾條昌，2000）。論病例計酬支付制度的品質監控系統，除了行政審查及專業審查外，另設計了 65% 基本診療項目、必要執行項目、出院健康狀態及 14 日再住院等品質監控指標（中央健康保險局，1999）。

Lin 等(2002)於論病例計酬支付制度實施後對 117 家醫院的品管負責人，針對 14 個品質構面：住院前事先審查、14 日內再住院或 7 日內急診再住院、65% 基本診療項目、抗生素使用、併發症或合併症之產生、住院天數、院內感染、出院健康狀態、疾病編碼正確性、申報金額、高額除外案例、轉移或推趕病人、拒收病人住院及病人滿意度予以問卷調查，結果發現醫院的品管負責人認為最重要的品質構面依序為併發症或合併症之產生、14 天內再住院率或 7 日內由急診再住院率、出院健康狀態、院內感染率及病人滿意度。而醫學中心對品質構面重要性的認知亦與區域醫院及地區醫院不同。

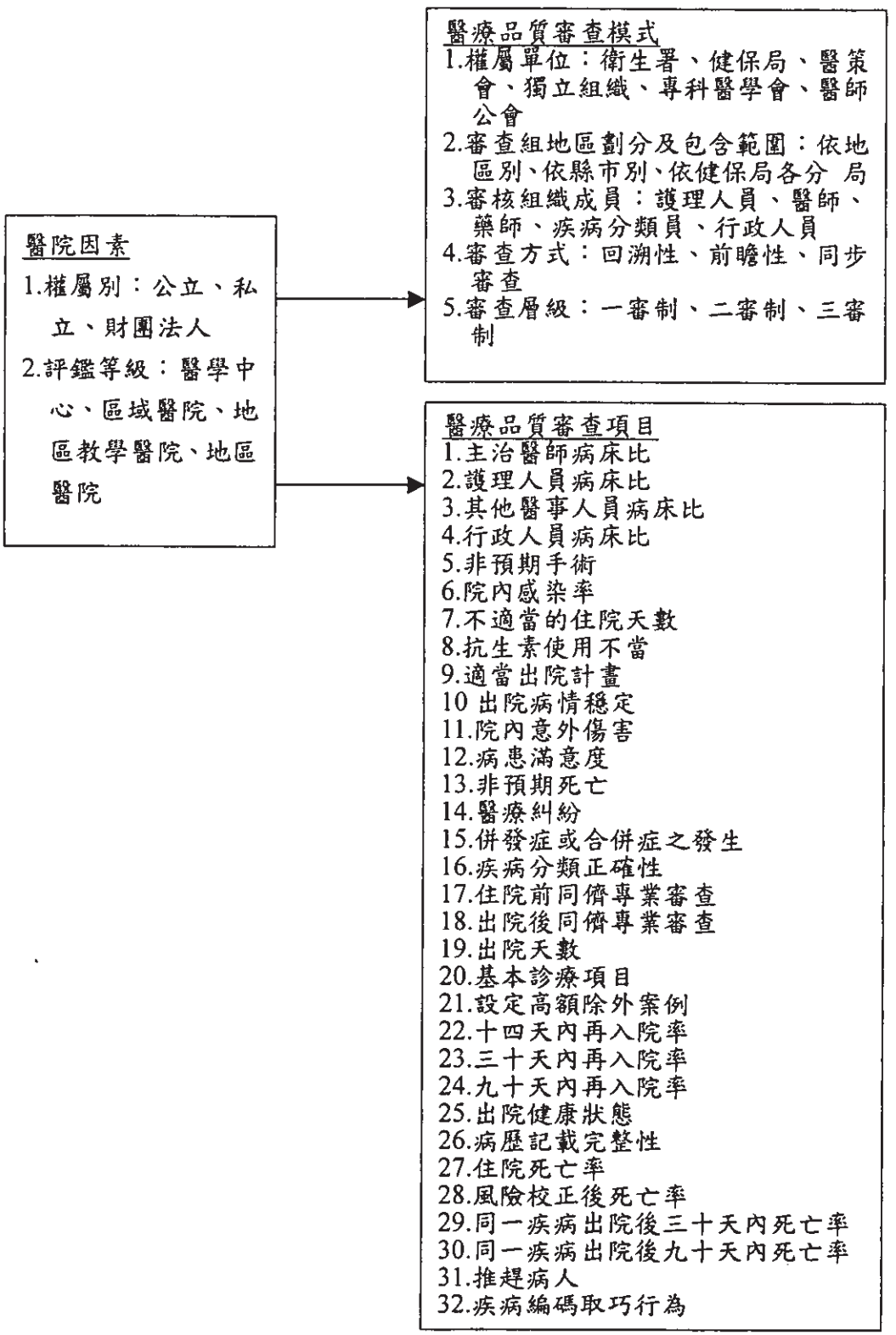
此外，國內論病例計酬支付制度下醫療品質現況的相關研究(如表 2.4.1)，亦有以住院天數、病人滿意度、併發症、臨床效果、病人轉移、術後預防性抗生素之使用、住院期間死亡率、14 天內再住院率、出院 30 日內死亡率、出院 30 日內再住院率及出院 90 日內再住院率等，做為論病例計酬支付制度之品質評估及監控指標。

表 2-1、 國內有關論病例計酬制度下醫療品質的研究

作者（年份）	論病例計酬項目	評估指標	醫療品質變化
沈希哲等（1996）	痣瘡切除術	住院天數、病人滿意度	提升
Liao et al. (1998)	前列腺切除術	住院天數、併發症、臨床效果	不影響
李瑤琴（1999）	腹腔鏡膽囊切除術	14 天再住院率、30 天再住院率、併發症	不影響
鄭滿蕙（1999）	人工全膝關節置換術	住院天數、病人滿意度	不影響
Chang et al. (1999)	腹股溝疝氣修補術 前列腺切除術	住院天數、術後預防性抗生素	提升
劉夷生（1999）	前列腺切除術	住院天數、病人轉移	下降
吳敬堂等（2000）	闌尾切除術	罹病率、死亡率、病理符合率	提升
Lin et al. (2002)	人工全膝關節置換術	住院天數、併發症、臨床效果	不影響
李芝儀 （2002）	5 項論病例計酬手術	住院天數、14 天再住院率、28 天再住院率	不影響
楊錦豐（2002）	冠狀動脈繞道手術	住院天數、住院期間死亡率、14 天內再住院率	不影響
李冬峰（2002）	冠狀動脈繞道手術	住院期間死亡率、出院 30 天內死亡率、出院 30 天內再住院率	下降
簡麗年（2002）	全股(髖) 關節置換術	住院期間死亡率、出院 30 天及 90 天內死亡率及再住院率	下降

第三章　研究方法

第一節 研究架構



圖一、研究架構

第二節 研究假說

假說一：醫院權屬別會影響醫院醫療品質管理人員對醫療品質審查組織模式的看法。

假說二：醫院等級別會影響醫院醫療品質管理人員對醫療品質審查組織模式的看法。

假說三：醫院權屬別會影響醫院醫療品質管理人員對醫療品質審查指標重要性的看法。

假說四：醫院等級別會影響醫院醫療品質管理人員對醫療品質審查指標重要性的看法。

第三節 研究對象與研究工具

一、研究對象

本研究以財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會網站公佈民國89年至91年通過醫院評鑑的 489 家地區級(含)以上醫院的院長、醫療品質管理部門的主管、專職人員或實際負責醫院品質管理工作的專職人員為研究對象（醫策會網站，2003），每家醫院寄發一份問卷，共發出489份問卷。

二、研究工具

本研究採用調查研究法（survey research），以結構式問卷收集研究所需的資料。結構式問卷乃依文獻探討及專家訪談結果設計而成。問卷內容包括四部份：

（一）對目前全民健保論病例計酬項目疾病整體醫療品質的看法

此部份計有三題，第一題為對整體論病例計酬項目疾病之醫療品質的看法；第二題為對健保局整體品質監控系統的看法；第三題為探討論病例計酬支付制度對其任職醫院醫療品質的影響，共分7小題：(1) 會提高併發症或合併症之產生（2）會提高住院死亡率（3）會提高院內感染率（4）會提高醫療糾紛發生比率（5）會造成推趕病人或拒收病人（6）會造成疾病編碼取巧行為（7）病人滿意度會提昇，以Likert五分量表評量，分為非常不同意：1分、不同意：2分、普通：3分、同意：4分、非常同意：5分。

（二）對未來 DRGs 下醫療品質審查組織模式的看法

此部份計有五題，包括醫療品質審查組織之管理單位、審查組織地區劃分、審查層級、審查成員及審查方式，目的在確認醫院認為最適當的醫療品質審查組織的模式。

（三）對未來 DRGs 下醫療品質審查指標重要性的看法

本研究依文獻探討的結果篩選出，未來 DRGs 下 32 項醫療品質審查指標，包括（1）主治醫師病床比（2）護理人員病床比（3）其他醫事人員病床比（4）行政人員病床比（5）非預期手術（6）院內感染率（7）不適當的住院天數（8）抗生素使用不當（9）適當出院計畫（10）出院病情穩定（11）院內意外傷害（12）病患滿意度（13）非預期死亡（14）醫療糾紛（15）併發症或合併症之發生（16）疾病分類正確性（17）住院前同儕專業審查（18）出院後同儕專業審查（19）出院天數（20）基本診療項目（21）設定高額除外案例（22）十四天內再入院率（23）三十天內再入院率（24）九十天內再入院率（25）出院健康狀態（26）病歷記載完整性（27）住院死亡率（28）風險校正後死亡率（29）同一疾病出院後三十天內死亡率（30）同一疾病出院後九十天內死亡率（31）推趕病人（32）疾病編碼取巧行為，請醫院品質管理人員衡量其重要性，以 Likert 五分量表評量，分為非常不重要：1 分、不重要：2 分、普通：3 分、重要：4 分、非常重要：5 分，目的在找出適當的醫療品質審查指標。

（四）醫院及填答者基本資料

此部份計有三題包括醫院權屬別、醫院評鑑等級別及填答者基本資料，填答者基本資料包括性別、年齡、服務年資、學歷、服務部門及職稱別。

三、研究工具效度檢定

本研究之測量工具係以專家效度法進行效度檢定。專家包括學者 2 位、醫院經營主管 2 位、健保局醫審會人員 1 位，針對醫療品質審查組織的模式之六個構面的重要性、適當性與明確性進行問卷效度之評定，以專家意見之 CVI(Content Validity Index)大於 0.8 者為保留題，重要性、適當性及明確性方面如未達 0.8 者，依專家意見修改或與以刪除。並進行問卷前測，先將問卷發至 14 家醫院(包括醫學中心 3 家、區域醫院 3 家及地區教學醫院 8 家)品質管理負責人，由醫院醫療品質管理人員填答，以了解本問卷內容是否為填答者了解，再依其意見修改後定稿才正式發出問卷。

四、資料處理與分析

本研究使用 SPSS11.0 進行問卷回收資料之建檔及統計分析。在描述性統計分析方面，以次數分配、百分比、平均數、標準差、最大值及最小值等描述。在推論性統計分析方面，以適合度檢定 (goodness-of-fit test) 檢定樣本的代表性，另以 Kruskal-Wallis test 來檢定不同醫院等級別、不同醫院權屬別品質管理人員的填答狀況是否有顯著差異。

第四章 研究結果

第一節　描述性分析結果

一、問卷回收情形方面

本研究採郵寄問卷的方式進行調查，問卷寄發對象為地區醫院級以上之醫院。問卷於 92 年 4 月 10 日寄出，共寄出 489 份。而後因回收率不如預期，又因本研究採不記名方式寄發，無法對未回收之問卷進行追蹤，所以第二次寄發時仍以 489 份為寄發對象。經由兩次寄發及部分電話催收之結果，總計回收之有效問卷為 134 份，回收率 27.45%。

以醫院評鑑等級別分，地區教學醫院回收率最高為 56.1%，其次為區域醫院回收率為 46.4%，醫學中心回收率為 35.3%，地區醫院為 20.2%回收率最低（表 4-1）。經由適合度檢定的結果，評鑑等級在扣除地區醫院之後未達統計上顯著差異（p=0.557）（表 4-2），而權屬別則達統計上顯著差異（p<0.005）（表 4-1）。

二、填答者基本資料方面（表 **4-3**）

（一）服務年資

在服務年資方面，以 6-10 年 34 位(25.6%)最多，5 年以內 32 位(24.1%)居次，其餘分別為 11-15 年 24 位(18.0%)，16-20 年 23 位(17.3%)，21 年以上年資者 20 位(15.0%)。

（二）學歷

在學歷方面以大學 56 位(42.4%）最多，其次為研究所以上 35 位(26.5%)，專科 30 位(22.7%)，高中 11 位(8.3%)，此結果顯示填答者的教育程度相當高。

（三）性別

在性別方面女性 81 位(60.4%)，男性 53 位(39.6%)。

（四）年齡

在年齡方面以 30-39 歲 50 位(37.6%)最多，其次為 40-49 歲 41 位(30.8%)，20-29 歲 19 位(14.3%)、50-59 歲 18 位(13.5%)，60 歲以上人員則有 5 位(3.8%)。

（五）服務部門

在服務部門方面以行政部門 90 位(67.2%)最多，其次為醫療部門 31 位(23.1%)，護理部門 13 位(9.7%)。行政部門包含企劃中心、管理部、秘書室、醫品部、行政中心、醫勤組、病歷室及院長室。醫療部門包含院長、副院長及醫師。護理部門包含護理主任、督導、護理長及護士等。

（六）職稱別

在職稱別方面，主管有 78 位(57.9%)、非主管有 56 位(42.1%)

由以上的資料可知，填答者學歷大學以上約佔 70%，服務年資 10 年以上約佔 50%，女性（60.4%）較多，約佔 60.4%，服務部門以行政部門約佔 67.2%最多，主管與非主管職稱約六比四。

三、對目前全民健保論病例計酬項目疾病整體醫療品質的看法

在對目前全民健保論病例計酬項目疾病整體醫療品質的看法方面，認為大幅提昇者只有 12 位(9.0%)，小幅提昇者有 51 位(38.1%)，不影響者有 36 位(26.9%)，小幅下降者有 28 位(20.9%)，而認為大幅下降者有 7 位(5.2%)。由上可知，有 47.1%的填答者認為醫療品質有提升的現象，而只有 26.1%的填答者認為醫療品質有下降的趨勢。其次，對於目前中央健康保險局論病例計酬支付制度的品質監測系統，認為非常好的有 3 位(2.2%)，好的有 22 位(16.4%)，普通的有 78 位(58.2%)，而認為不好的有 25 位(18.7%)，非常不好的有 6 位(4.5%)。由上可知，認為目前論病例計酬品質監控系統不好的佔 23.2%，而只有 18.6%的填答者認為是好的，詳見表 4-4 及表 4-5。

在論病例計酬支付制度對其任職醫院醫療品質的影響方面，影響最大的為會推趕病人或拒收病人（平均值＝3.50，標準差＝1.03），其次依序為會造成疾病編碼取巧行為（平均值＝3.37，標準差＝1.02）、會提高醫療糾紛發生比率（平均值＝3.03，標準差＝1.05）、會提高併發症或合併症之發生率（平均值＝2.74，標準差＝0.93）、會提昇病人滿意度（平均值＝2.55，標準差＝0.80）、會提高院內感染率（平均值＝2.41，標準差＝0.82），而認為會提高住院死亡率者最低（平均值＝2.27，標準差＝0.81），詳見表 4-6。

四、對未來 **DRGs** 下醫療品質審查組織模式的看法

1.在醫療機構醫療品質審查組織模式的管理單位方面，認為應由獨立組織負責管理的有 25 位(19.1%)最多，其次認為應由衛生署直接負責管理的有 24

位(18.3.%)，由各專科醫學會負責管理的有 23 位(17.6%)，醫策會負責管理的有 21 位(16.0%)，健保局負責管理的有 17 位(13.0%)，醫師公會負責管理的有 16 位(12.2%)，另有 3.8%的填答者勾選其他。2.在醫療品質審查組織地區的劃分方式方面，認為應依健保分區劃分的有 79 位(59.4%)最多，其次為應依行政區域劃分有 29 位(21.8%)，應依縣市地區來劃分有 25 位(18.8%)。3.在醫療品質審查組織審查層級方面，認為應分為二審制的有 71 位(53.4%)最多，認為應分三審制的有 55 位(41.4%)，認為僅需一審制的有 7 位(5.3%)。4.在醫療品質審查組織專業審查成員方面，高達 96.2%的填答者認為醫師是必然成員，78.2%認為護理人員應為成員之一，66.9%認為藥師應為成員之一，64.7%認為疾病分類員，63.9%認為行政人員，另外，亦有少數醫療機構認為成員應包含社工人員、律師、健保申報管理員及品管師等。5.在醫療品質審查方式方面，有 44 位(37.3%)認為應採行前瞻性審查方式，40 位(33.9%)認為應採行回溯性審查方式，34 位(28.8%)認為採行同步審查方式，詳見表 4-7 及表 4-8。

五、對未來 **DRGs** 下醫療品質審查指標重要性的看法

32 項醫療品質審查指標，依其重要性評分的平均值，由高至低依序為病歷記載完整性（平均值＝4.26，標準差＝0.60）、院內感染率（平均值＝4.22，標準差＝0.71）、抗生素使用不當（平均值＝4.19，標準差＝0.66）、併發症或合併症之產生（平均值＝4.18，標準差＝0.64）、醫療糾紛（平均值＝4.01，標準差＝0.80）、不適當的住院天數（平均值＝3.99，標準差＝0.74）、出院病情

穩定（平均值＝3.99，標準差＝0.67）、推趕病人（平均值＝3.97，標準差＝0.75）、疾病分類正確性（平均值＝3.96，標準差＝0.78）、疾病編碼取巧行為（平均值＝3.96，標準差＝0.71）、非預期死亡（平均值＝3.94，標準差＝0.77）、適當出院計畫（平均值＝3.92，標準差＝0.60）、出院健康狀態（平均值＝3.92，標準差＝0.67）、院內意外傷害（平均值＝3.91，標準差＝0.73）、病患滿意度（平均值＝3.90，標準差＝0.69）、基本診療項目（平均值＝3.87，標準差＝0.77）、護理人員病床比（平均值＝3.86，標準差＝0.71）、設定高額除外案例（平均值＝3.86，標準差＝0.79）、主治醫師病床比（平均值＝3.85，標準差＝0.70）、十四天內再入院率（平均值＝3.85，標準差＝0.72）、風險校正後死亡率（平均值＝3.85，標準差＝0.69）、出院後同儕專業審查（平均值＝3.84，標準差＝0.66）、住院死亡率（平均值＝3.80，標準差＝0.75）、非預期手術（平均值＝3.78，標準差＝0.72）、住院天數（平均值＝3.75，標準差＝0.67）、同一疾病出院三十天內死亡率（平均值＝3.66，標準差＝0.78）、住院前同儕專業審查（平均值＝3.59，標準差＝0.84）、其他醫事人員病床比（平均值＝3.47，標準差＝0.72）、三十天內再入院率（平均值＝3.43，標準差＝0.82）、同一疾病出院九十天內死亡率（平均值＝3.42，標準差＝0.84）、九十天內再入院率（平均值＝3.16，標準差＝0.94）及行政人員病床比（平均值＝3.05，標準差＝0.81），詳見表 4-9。

排名最重要前五名者依序為病歷記載完整性、院內感染率、抗生素使用

不當、併發症或合併症之產生及醫療糾紛；最不重要前五名則為行政人員病床比、九十天內再入院率、同一疾病出院九十天內死亡率、三十天內再入院率及其他醫事人員病床比。

第二節　推論性分析結果

醫療機構所屬特質與醫療品質審查組織模式分析當中，共分為六大類，由醫院權屬別和醫院評鑑等級兩方面分析。

（一）專責醫療品質審查組織應由何單位管理

在應由何單位負責管理專責醫療品質審查組織方面，分權屬別及等級別兩部份說明如下：

1.依權屬別分：公立醫院認為專責醫療品質審查組織管理單位，依序為衛生署 6 位（24%），醫策會與各專科醫學會 5 位（20%），獨立組織與醫師公會 3 位（12%），健保局 2 位（8%），其他 1 位（4%）；私立醫院認為專責醫療品質審查組織管理單位，依序為衛生署與獨立組織各 17 位（21.8%），醫策會 12 位(15.4%)，醫師公會 11 位(14.1%)，健保局與各專科醫學會各 10 位(12.8%)，其他 1 位（1.3%）；財團法人醫院認為專責醫療品質審查組織管理單位，依序為為各專科醫學會 8 位（28.6%），健保局與獨立組織 5 位（17.9%），醫策會 4 位(14.3%)，其他 3 位(10.7%)，醫師公會 2 位(7.1%)，衛生署 1 位(3.6%)。

卡方檢定結果顯示醫院權屬別不同與應由何單位負責管理專責醫療品質審查組織，沒有統計上顯著差異（$\chi^2=15.210$，$p=0.230$），詳見表 4-7。

2.依等級別分：醫學中心認為專責醫療品質審查組織的管理單位，依序為由衛生署直接管理 3 位(50.0%)，由醫策會管理、由各醫學會管理與由獨立組織負責管理各 1 位(16.7%)；區域醫院認為專責醫療品質審查組織的管理單

位，依序為由獨立組織負責管理 8 位(25.8%)，由各專科醫學會負責管理 6 位(19.4%) ，由健保局負責管理 5 位(16.1%)，由衛生署直接管理 4 位(12.9%) ，醫師公會負責管理及其他各 3 位(9.7%)，由醫策會管理 2 位(6.5%)；地區教學醫認為專責醫療品質審查組織的管理單位，依序為由健保局負責管理 9 位(40.9%)，由醫師公會負責管理及由各專科醫學會管理各 4 位(18.2%)，由衛生署直接管理及由獨立組織負責管理各 2 位(9.1%)，由醫策會管理 1 位(4.5%)；地區醫院認為專責醫療品質審查組織的管理單位，依序為由醫策會管理 17 位(23.6%)，由衛生署直接管理 15 位(20.8%)，由獨立組織負責管理 14 位(19.4%)，由各專科醫學會責管理 12 位(16.7%)，由醫師公會負責管理 9 位（12.5%），由健保局負責管理 3 位(4.2%)，其他 2 位(2.8%)，詳見表 4-8。

而卡方檢定的結果顯示，醫院評鑑等級不同與應由何單位負責管理專責醫療品質審查組織達統計上顯著差異（$\chi^2=37.381$，$p<0.05$），詳見表 4-8。

（二）專責醫療品質審查組織所涵蓋地區劃分方式

在責醫療品質審查組織所涵蓋地區劃分方式方面，分權屬別及等級別兩部份說明如下：

1.依權屬別分：公立醫院較支持依健保局各分局劃分 15 位（60.0%），其次為依行政區劃分 6 位（24.0%）及依縣市劃分 4 位（16.0%）；私立醫院亦較支持依健保局各分局劃分 43 位（53.8%），其次為依縣市劃分 20 位（25.0%）及依行政區劃分 17 位（21.3%）；財團法人醫院同樣較支持依健保局各分局劃分 21 位

（75.0%），其次為依行政區劃分 6 位（21.4%）及依縣市劃分 1 位（3.6%），詳見表 4-7。

而卡方檢定的結果顯示醫院權屬別不同與專責醫療品質審查組織所涵蓋地區劃分方式沒有統計上顯著差異（$\chi^2=6.842$，$p=0.144$），詳見表 4-7。

2.依等級別分：

醫學中心認為專責醫療品質審查組織所涵蓋地區劃分方式，依序為依健保局各分局劃分 5 位（83.3%）及依台灣行政區域劃分法 1 位（16.7%）；區域醫院認為專責醫療品質審查組織所涵蓋地區劃分方式，依序為健保局各分局劃分 23 位（74.2%），依台灣行政區域劃分法與依縣市區域劃分各 4 位（12.9%）；地區教學醫院認為專責醫療品質審查組織所涵蓋地區劃分方式，依序為依健保局各分局劃分 13 位（56.5%），依縣市區域劃分 7 位（30.4%），依台灣行政區域劃分法 3 位（13.0%）；地區醫院認為專責醫療品質審查組織所涵蓋地區劃分方式，依序為依健保局各分局劃分 38 位（52.1%），依台灣行政區域劃分法 21 位（28.8%），依縣市區域劃分 14 位（19.2%），詳見表 4-8。

而卡方檢定的結果顯示，醫院評鑑等級不同與審查組織所涵蓋地區劃分方式沒有統計上顯著差異（$\chi^2=9.411$，$p=0.152$），詳見表 4-8。

（三）專責醫療品質審查組織應有多少審查層級

在責醫療品質審查組織應有多少審查層級方面，分權屬別及等級別兩部份說明如下：

1.依權屬別分：

公立醫院較支持二審制 17 位（68.0%），其次為三審制 8 位（32.0%）；私立醫院亦較支持二審制 39 位（48.7%），其次為三審制 34 位（42.5%）及一審制 7 位（8.8%）；財團法人醫院同樣較支持二審制 15 位（53.6%），其次為三審制 13 位（46.4%），詳見表 4-7。

而卡方檢定的結果顯示，醫院權屬別的不同與專責醫療品質審查組織有多少審查層級沒有統計上顯著差異（$\chi^2=6.689$，$p=0.153$），詳見表 4-7。

2.依等級別分：

醫學中心較支持二審制 4 位（66.7%）及及三審制 2 位（33.3%）；區域醫院支持三審制 16 位（51.6%）及二審制 15 位（48.4%）；地區教學醫院較支持二審制 14 位（60.9%），其次為三審制 7 位（30.4%）及一審制 2 位（8.7%）；地區醫院亦較支持二審制 38 位（52.1%），其次為三審制 30 位（41.1%）及一審制 5 位（6.8%），詳見表 4-8。

而卡方檢定的結果顯示，醫院評鑑等級不同與審查組織所涵蓋地區劃分方式沒有統計上顯著差異（$\chi^2=4.967$，$p=0.548$），詳見表 4-8。

（四）專責醫療品質審查組織應包含哪些成員（表 4-2-1）

在專責醫療品質審查組織應包含哪些成員方面，分權屬別及等級別兩部份說明如下：

1.依權屬別：

以醫院權屬別區分，公立醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織應包含的人員，依序為醫師（100%），護理人員（80.0%），行政人員（76.0%），疾病分類員（72.0%），藥師（64.0%）；私立醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織應包含的人員，依序為醫師(95.0%)，護理人員(77.5%)，藥師(66.3%)，行政人員（60.0%），疾病分類員（56.3%）；財團法人醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織應包含的人員，依序為醫師(96.4%)，疾病分類員(82.1%)，護理人員（78.6%），藥師（71.4%），行政人員（64.3%），詳見表 4-7。

而卡方檢定的結果顯示，醫院權屬別不同與審查成員是否須包含疾病分類員間達統計上顯著差異（$\chi^2=6.811$，$p=0.033$）；其餘成員在各權屬別則無顯著不同（$p>0.05$），詳見表 4-7。

2.依等級別分：

依評鑑等級區分，醫學中心的填答者認為專責醫療品質審查組織應包含的人員依序為醫師（100%）、護理人員（83.3%）、行政人員（66.7%），藥師與疾病分類員（50.0%）；區域醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織應包含的人員依序為醫師（100%）、疾病分類員（87.1%），護理人員（83.9%）、藥師（80.6%）及行政人員（71.0%）；地區教學醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織應包含的人員依序為醫師（100%）、護理人員（73.9%）、疾病分類員與行政人員（65.2%）、藥師（60.9%）及；地區醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織應包含的人員依序為醫師（93.2%）、護理人員（76.7%）、藥師

（64.4%）、行政人員（60.3%）及疾病分類員（56.2%）；由回收的問卷分析，各類別人員除了疾病分類員之外，百分比都很高，詳見表 4-8。

而卡方檢定的結果顯示，醫院評鑑等級不同與審查成員是否須包含疾病分類員間達統計上顯著差異（$\chi^2=9.703$，$p=0.021$）；其餘成員在各醫院層級則無顯著不同（$p>0.05$），詳見表 4-8。

（五）專責醫療品質審查組織的審查方式

在專責醫療品質審查組織的審查方式方面，分權屬別及等級別兩部份說明如下：

1.依權屬別分：

公立醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織的審查方式在回溯性與前瞻性相同各 8 位（34.8%），其次為同步審查 7 位（30.4%）；私立醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織的審查方式依序為前瞻性 28 位（38.9%），回溯性 23 位（31.9%）及同步審查 21 位（29.2%）；財團法人醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織的審查方式依序為回溯性 9 位（39.1%），前瞻性 8 位（34.8%）及同步審查 6 位（26.1%），詳見表 4-7。

而卡方檢定的結果顯示，醫院權屬別不同與醫療品質審查組織的審查方式間，沒有統計上顯著差異（$\chi^2=0.482$，$p=0.975$），詳見表 4-7。

2.依等級別分：

醫學中心的填答者認為專責醫療品質審查組織的審查方式在回溯性、前瞻

性及同步審查皆為相同 2 位（33.6%）；區域醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織的審查方式依序為回溯性 12 位（44.4%）、同步審查 8 位（29.6%）及前瞻性 7 位（25.9%）；地區教學醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織的審查方式依序為回溯性 11 位（47.8%）、前瞻性 9 位（39.1%）及同步審查 3 位（13.0%）；地區醫院的填答者認為專責醫療品質審查組織的審查方式依序為前瞻性 26 位（41.9%），同步審查 21 位（33.9%）及回溯性 15 位（24.2%），詳見表 4-8。

而卡方檢定的結果顯示，醫院評鑑等級不同與醫療品質審查組織的審查方式間，沒有統計上顯著差異（$\chi^2=7.850$，$p=0.249$），詳見表 4-8。

（六）專責醫療品質審查組織的審查項目（表 4-2-2）

在專責醫療品質審查組織的審查項目方面，分權屬別及等級別兩部份說明如下：

1.依權屬別分：

以 Kruskal-Wallis test 檢定後，發現醫院權屬別僅與住院前同儕專業審查一項有統計上的顯著差異（KW＝8.214，$p = 0.016$），其餘 31 各項目則皆未達統計上顯著差異（$p > 0.05$），詳見表 4-10。

2.依等級別分：

以 Kruskal-Wallis test 檢定後，發現醫院評鑑等級不同在 32 個項目則皆未達統計上顯著差異（$p > 0.05$），詳見表 4-11。

第五章　討論

本章共分為兩節，第一節為研究結果之討論，第二節則為本研究之研究限制。

第一節　研究結果之討論

本節共分兩部分，第一部份針對描述性結果進行討論，第二部份就推論性結果提出討論。

一、描述性結果之討論

（一）在樣本代表性方面

本研究採用郵寄問卷的方式進行調查，共發出問卷 489 份，回收之有效問卷為 134 份，回收率 27.45%。經比較國內同樣以地區醫院級以上醫院為研究對象之研究，本研究問卷回收率比藍忠孚（2000）的 21.96%回收率高，但比勞寬（2002）的 36.7%、張文麗（2002）的 34.3%、吳肖琪（1999）的 33.91%等回收率低，推測問卷回收率偏低的原因，可能是因為本研究問卷發送期間恰巧碰上 SARS 侵襲台灣，醫院品質管理人員實在沒有多餘的時間跟心思來填寫問卷，因此，導致本研究之問卷回收率不如預期理想。

本研究統計結果發現，財團法人醫院問卷回收率超過 50%，公立醫院及私立醫院分別只有 30%及 23%，回收率偏低。若問卷回收以評鑑等級來看，僅地區教學醫院超過 50%，區域醫院則有 46%，醫學中心 35%，地區醫院只

有 20%，顯示地區醫院回收率最低。地區醫院的問卷回收率可由過去研究經驗得知，確實有偏低的現象（勞寬，2002；張文麗，2002；藍忠孚，2000；吳肖琪，1999），因此，本研究應仍有一定程度之代表性。

本研究填答者所屬之部門以行政部門 67.2%居大多數，醫療部門則有 23.1%，護理部門 9.7%，而醫療部門中真正為醫師填答者約僅有一半左右，因此，本研究結果偏向於反映醫院中非醫師人員之看法。

（二）對目前全民健保論病例計酬項目疾病整體醫療品質的看法方面

在論病例計酬支付制度下，對論病例計酬項目疾病之整體醫療品質的看法，本研究發現 47.1%的填答者認為醫療品質有提昇的現象，而有 26.1%的填答者認為醫療品質下降。Lin 等（2002）以醫院品管負責人為對象之研究，發現 59%認為論病例計酬支付制度實施後，醫療品質有提昇的現象，而認為醫療品質下降的只有 6.9%，本研究結果與其相似，皆為認為有提升者多於下降者；陳怡蒼（2003）的研究針對醫院之醫師進行問卷調查，結果發現高達 63.9%的醫師認為論病例計酬支付制度實施後醫療品質有下降的現象，而只有 19.8%的醫師認為醫療品質有提昇，顯示醫師對此項議題之看法與非醫師人員的看法有所差異。

對於目前中央健康保險局論病例計酬支付制度的品質監控系統，認為好的只有 18.6%，認為不好的有 23.2%，認為普通的有 58.2%。此結果與 Lin 等（2002）以醫院品管負責人為對象之研究結果，29.9%認為現行的論病例計酬

品質監測系統是好的，而認為不好的只有 12%，認為普通的有 58.1%相類似 。陳怡蒼（2003）的研究中，沒有一位醫師認為論病例計酬支付制度下之品質監控系統非常好，認為好的只有 6.4%，認為不好的醫師佔 55.5%，認為普通的有 38.1%，與本研究結果所差異。由此約略可以推斷，醫師對論病例計酬下的醫療品質及監測系統的看法，與醫療機構內非醫師人員相較之下，其所持負面看法之比率較高，其原因可能為醫師屬於第一線之醫療人員，並直接是受此制度影響者，所以會有較深刻的感受，而其他非醫師人員受此制度之直接影響程度相對較小，因此，持負面看法之比率較低。

論病例計酬支付制度實施下，對填答者任職醫院醫療品質的影響之看法方面，影響最大的為會發生推趕病人或拒收病人的情形，其次分居二、三者分別為會造成疾病編碼取巧行為及會提高醫療糾紛發生比率。而提昇住院死亡率最不會受影響。

所謂推趕病人係指醫療院所基於經濟因素將病情較嚴重、醫療成本較高、會造成醫療院所財務上壓力的病患推趕至其他醫療院所（Taylor, 2000）。本研究與國外報告認為前瞻性支付制度下，由於醫師必須分擔財務風險，造成重症病人不當轉院或在醫院間互相推趕的不當現象相符合（Kellermann & Hackman, 1988; Rose, 1989; Schiff et al., 1986），並且為獲得較佳之醫療給付，出現疾病診斷編碼取巧不當的行為（Hsia et al., 1992; Simborg, 1981; Wynia et al., 2000）及可能增加醫療糾紛的發生情形（Zaremski & Rehm, 1985）相符合。

醫療院所在推趕病人後，常使病人在轉院過程中，延誤了治療的黃金時期，或是未先執行處置以穩定病情，而造成不可彌補的缺撼（Lovern, 2001）；Schiff（1986）的研究亦發現被推趕的病人死亡率為 9%，是未被推趕病死亡率的兩倍。而 Assaf 等人（1993）及 Roger（1988）的研究均指出，前瞻性支付制度下，醫院為了獲得較佳之給付或較合理的資源分配，會傾向將病人疾病分類到有較高醫療給付金額之論病例計酬項目；Lai 等人（1998）的研究亦發現，63%的病歷紀錄包含一個以上的編碼錯誤。由上可知，實有必要訂定品質監控指標予以防範，以免造成醫療品質低落及醫療資源的浪費。對於可能會增加醫療糾紛的發生，也有必要進一步探討，以俾醫病關係之良性互動。

二、推論性結果討論

對於論病例計酬醫療品質審查項目重要性的看法，填答者認為最重要的十項指標為病歷記載完整性，其次依序為院內感染率、抗生素使用不當、併發症或合併症之產生、疾病分類正確性、醫療糾紛、不適當住院天數、住院病情穩定、推趕病人、疾病編碼取巧行為。重要性平均值較不重要的十項指標依序為行政人員病床比、90 天內再入院率、同一疾病出院 90 天內再入院率、30 天內再入院率、其他醫事人員病床比、住院前同儕專業審查、同一疾病出院 30 天內再入院率、住院天數、非預期手術、住院死亡率。由研究結果得知，在此 32 個項目當中，填答者認為其重要性之平均分數皆在 3 分以上，即為普通以上，亦即 32 項當中並無不重要之項目，因此。未來在建立醫療品質審查

組織時，此32項皆可以考慮列為審查指標項目，而其重要性之劃分則可以依其在本研究重要性之排序，以加權方式加以區分之。

經由卡方檢定的結果顯示，醫院評鑑等級不同與應由何單位負責管理專責醫療品質審查組織達統計上顯著差異（$p<0.05$），醫學中心認為由衛生署（50%）直接管理最多，區域醫院則是認為由獨立組織管理的百分比最高（26%），地區教學醫院認為由健保局負責管理（41%）的百分比最高，地區醫院則認為由醫策會管理及衛生署直接管理的百分比最高（24%及20%）。而醫院權屬別不同對於應由何單位負責管理專責醫療品質審查組織，各權屬別最多者分別為公立醫院由衛生署直接管理（24%），私立醫院由衛生署及獨立組織管理（21.8%），財團法人醫院由各醫學會管理（28.6%），但各權屬別在認知上並無顯著不同。

公立醫院認為醫療品質審查組織成員應包含疾病分類員的有72%，私立醫院56.3%，財團法人醫院82.1%，經由卡方檢定的結果達統計顯著差異（$p=0.033$）；其餘成員在各權屬別則無顯著不同（$p>0.05$）。而醫學中心認為醫療品質審查組織成員應包含疾病分類員的有50%，區域醫院87.1%，地區教學醫院65.2%，地區醫院56.2%，經由卡方檢定的結果亦達統計顯著差異（$p=0.021$）；其餘成員在各評鑑等級則無顯著不同（$p>0.05$）。由以上結果得知，各權屬別及評鑑等級醫院對於審查組織成員是否應包含疾病分類員的看法有所差異，顯示各醫院填答者對疾病分類員是否具有這方面之專業看法不一，

有些認為其具有評核醫療品質之專業性，有些則無；除了疾病分類員以外，各醫院對是否需要醫師、護理人員、藥師及行政人員為審查組織成員的看法是沒有差別的。若依百分比排序，依序為醫師、護理人員、藥師、疾病分類員、行政人員。

另外，在醫療機構醫療品質審查組織模式之其他選項方面，各權屬別及各評鑑等級醫院對審查組織地區的劃分方式、審查層級及審查方式之看法，經由卡方檢定結果顯示皆無顯著不同（$p>0.05$），分別為依健保分區劃分、二審制（初審及複審）及前瞻性審查方式佔最多數。審查層級之研究結果與張文麗（2002）之研究相同，皆為二審制所佔比率最高，均超過 50%。審查方式統計之結果則與目前健保局所採行之回溯性審查方式不同。在國外亦有專業標準審查組織（Professional Standards Review Ogganizations, PROs）的建立（林恆慶等，2002），其審查方式是採入院前、同步性及前瞻性三種方式來共同審查病歷，而本研究結果雖屬前瞻性方式所佔比率最高，但回溯性及同步審查方式亦佔有不小之比重，因此，建議未來在建立審查組織模式時，能仿效國外採用三者並行的審查方式來進行審查，如此或可使審查之結果更為周延及完善。

經由 Kruskal-Wallis test 檢定，醫院權屬別僅與住院前同儕審查達統計上的顯著差異。而醫院層級與 32 項指標皆未達統計上顯著差異。顯示各醫療機

構對於醫療品質審查組織審查項目重要性的看法無不同，且由前節描述性統計結果討論可知，此 32 項指標皆有其重要性存在。

第二節　研究限制

針對本研究的研究限制說明如下：

一、地區醫院問卷回收情形偏低

因為現在大家對健保制度的關心，以及研究風氣的盛行，各個醫院都會接到相當大量的問卷， 因此許多醫院在接到問卷後就感覺不勝其擾，久而久之，就採取漠視的情況，因此對於問卷回收情形不太理想，雖經過電話催收，以及再次寄發問卷，醫學中心回收率 35.3% ，區域醫院 46.4%，地區教學醫院有 56.1% 的回收率，但是所佔比率最大的區域醫院回收率卻最低，僅有 20.2% 。由於地區醫院問卷回收率僅 20.2% ，若將研究結果推論至全國的地區醫院醫療機構其樣本的代表性是不足的。另外，本研究問卷整體回收率(27.45%)與過去相同研究對象之研究進行比較，有偏低的現象，這與問卷寄發期間適逢 SARS 侵襲台灣本島不無相關，SARS 的入侵對整個台灣各行各業皆造成不同程度之負面影響，因此，回收率較低是無可避免之結果；再加上研究時間的限制，無法持續對未回收之醫院進行問卷催收工作。以上種種皆為造成整體之回收率偏低之可能原因。

二、問卷填答者可能無法代表院長或醫院

本研究問卷填答者所屬部門及職稱不一，且擔任主管職務者僅佔 57.9%，其可能無法完全代表院長或醫院的意見，因此，對研究結果的外推應

持較謹慎保留的態度。

第六章　結論與建議

第一節　結論

本節將就問卷蒐集資料經統計分析後的結果，歸納說明如下：

一、醫療機構對論病例計酬支付制度醫療品質的看法

41%的填答者認為論病例計酬支付制度下，醫療品質有所提升，26%認為有所下降，另有 27%認為不影響；僅 16.8%填答者認為目前中央健保局之品質監測系統是好的，23%認為不好，而有 58%認為普通。

二、在論病例計酬支付制度實施下，對任職醫院醫療品質的影響之看法，影響最大的是會造成推趕病人或拒收病人，其次為會造成疾病編碼取巧行為及會提高醫療糾紛發生比率。而影響最小的為會提高住院死亡率。

三、在專責醫療品質審查組織模式方面

醫院評鑑等級不同對於應由何單位負責管理專責醫療品質審查組織的認知有所不同，醫學中心認為由衛生署（50%）直接管理最多，區域醫院則是認為由獨立組織管理的百分比最高（26%），地區教學醫院認為由健保局負責管理（41%）的百分比最高，地區醫院則認為由醫策會管理及衛生署直接管理的百分比最高（24%及 20%）。而醫院權屬別不同對於應由何單位負責管理專責醫療品質審查組織在看法上則無顯著不同。

各權屬別填答者對於審查成員應包含疾病分類員的看法有所不同，公立醫

院認為醫療品質審查組織成員應包含疾病分類員的有 72%，私立醫院 56.3%，財團法人醫院 82.1%；其餘成員在各權屬別則無顯著不同。而各評鑑等級醫院對於審查成員應包含疾病分類員的看法亦有所不同，醫學中心認為醫療品質審查組織成員應包含疾病分類員的有 50%，區域醫院 87.1%，地區教學醫院 65.2%，地區醫院 56.2%；其餘成員在各評鑑等級則無顯著不同。此結果顯示，除了疾病分類員以外，各醫院問卷填答者對是否需要醫師、護理人員、藥師及行政人員為審查組織成員的看法是沒有差別的。

另外，以審查組織地區劃分方式中，以健保局目前六個分局所屬的區域來劃分之百分比最多；醫院權屬別與評鑑等級不同都認為應採二審制，與現在審查案件相同，只是現行審查制度若有需要再審議案件時，可再交由爭議審議委員會處理；同樣的，各權屬別及各評鑑等級醫院皆認為審查方式應採前瞻性審查之百分比最多，此結果則與目前健保局所採行之回溯性審查方式不同。

四、在 32 項對論病例計酬醫療品質監控指標重要性的看法方面，填答認為最重要的前十項指標依序為病歷記載完整性、院內感染率、抗生素使用不當、併發症或合併症之產生、醫療糾紛、不適當的住院天數、出院病情穩定、推趕病人、疾病分類正確性、疾病編碼取巧行為。而僅有「住院前同儕審查」一項在各權屬別醫院對其重要性的看法有所差異，其餘 31 項不論在權屬別或評鑑等級上對其重要性的看法皆無差異。

第二節　建議

本研究是針對全國地區醫院以上的醫院作問卷調查，以了解醫院對成立專責醫療品質審查組織模式及審查指標的看法。依據回收問卷資料，統計分析結果，在此分別對衛生主管、醫院經營管理者及健保局提出以下幾項建議：

一、對衛生主管的建議

（一）儘速成立專責醫療品質審查組織，以有系統的、長期性的及客觀性的推動國內醫療相關工作。醫療品質之推動不是只靠衛生政令之宣導。專責醫療品質審查組織與衛生政令二者須相互結合才能確保品質。

（二）不論由何種單位負責管理專責醫療品質審查組織，均應由衛生署負責監督，作為國內醫療品質總領導者，以有效的提升國內醫療品質。

（三）專責醫療品質審查組織地區劃分方式，可依台灣地區健保分局六個區域劃分，成立六個專責醫療品質審查組織，以審查各醫院醫療品質。

（四）審查人員應包含醫師、護理人員、行政人員、藥師及疾病分類員，對醫療品質做更專業性的審查。

（五）將醫療品質的結果和評鑑制度與支付制度相結合，且加重獎勵及懲罰措施，以更大的誘因引導醫師提升品質。

（六）發展適合國內病患統一性的臨床治療指標指引，以作為監測相關臨床結果與相關危險因子的篩檢工具，增進品質評估效率的提升。

二、對健保局的建議

（一）健保局與醫院評鑑仍應與醫療給付相結合，因為醫療給付是提升醫療品質極大誘因。

（二）醫療品質的審查作業交由其他專責單位審查，才可以被醫院及社會大眾所接受。

（三）利用現有強大電腦分析檔案，分析醫師個人之醫療行為，以了解醫院的照護品質，提供醫院改善品質的資訊。

（四）利用現有強大電腦分析檔案，分析疾病別的治療趨勢，提供治療改善的資料。

（五）利用專責醫療品質審查組織監測各醫院之醫療品質資訊，優先與高品質的醫院簽約，並逐步解除與不良醫療品質醫院的特約，以提供被保險人優質的醫療服務。

（六）未來成立專責醫療品質審查組織時，可仿效國外以前瞻性審查及同步審查先行試辦，而對於較高成本及較長住院天數之個案，則可與現行之論病例計酬配套實施來達到抑制成本之效果。

三、對醫院經營管理者的建議

（一）應定期搜集與檢討有病歷記載完整性、院內感染率、抗生素使用不當、併發症或合併症之產生、醫療糾紛、不適當的住院天數、出院病情穩定、推趕病人、疾病分類正確性、疾病編碼取巧行為等品質審查重要項目的資料，並將各指標之重要性賦予權重，以作為持續改善品質的依據。

（二）對於醫院內部品質管理或管控，及外部品質管控（如 PROs），除專業品質審查之外，亦可藉加強臨床指引、標準作業流程及臨床路徑等作業來達到控管之目的。

四、對後續研究者之建議

（一）本研究屬先導性研究，僅探討成立專責審查組織的模式及篩選品質審查的重要項目，並未進一步探討專責審查組織如何運作及可能的障礙，故建議後續研究者可針此一問題，做進一步的研究。

（二）對成立專責醫療品質審查組織，應可擴大研究層面，將醫界，學界及官方代表納入一起納入研究，將可得到各廣泛具體可行的意見。

參考文獻

中文部分

中央健康保險局：中華民國八十九年全民健康保險統計。http://www.nhi.gov.tw/00chinese/c_index.asp。2001。

李玉春：全民健康保險住院論病例計酬制度對醫院醫療行為之影響。行政院衛生署八十五年度委託研究計畫。1997。

吳肖琪：評估醫院醫療品質指標。行政院研究發展委員會。1999。

辛炳隆等：全民健保體檢小組報告書。國家衛生研究院網站。2001。

藍忠孚：勞保實施診斷關係群制度之研究（上冊）。台北：行政院勞工委員會。1990。

尤之毅：前瞻性付費制度（PPS/DRGs）美國實施九年後的回顧和展望。台灣醫界 1992；35（5）：26-30。

楊哲銘：診斷關聯群論病例計酬制度之美國立法經驗。公共衛生 1996；23（2）：79-90。

藍忠孚，楊琇雯：診斷關係群之研究與發展。勞工行政 1993；64（8）：26-31。

黃千華：荷蘭健康照護制度－健康保險市場競爭對醫療品質的效應。全民健康保險 1997；9：15-18。

劉明勳：英國國民保健制度之改革及對我國之啟示。醫院 1998；31(5)：1-10。

韓揆：醫院品質管理與門診服務定性指標。中華衛誌 1994；13(1)：35-52。

賴憲堂，韓揆，張鳳智： DRGs 償付制度與醫院疾病編碼取巧行為之可能性。醫院 1996；29（3）：31-46。

邱瓊萱，魏中仁，楊志良等：醫療產業品質保證與品質管理思潮演進-以美國與台灣為例。醫院 2000；33（2）：1-12。

莊逸洲，陳理：前瞻性付費制度之醫療管理模式研究。中華公共衛生雜誌 1994；13（6）：485-499。

莊逸洲，吳明彥：全民健康保險論病例計酬至審核模之研究。中華公共衛生雜誌 1996；15（1）：47-60。

曾條昌：全民健康保險實施現況及未來展望。醫院 2000；33（4）：12-33。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會網站：行政院衛生署 88 至 91 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑合格名單。

http://www.tjcha.org.tw/inspect/inspect04.asp。2003。

英文部分

AHA News: 1999; 135(7).

Assaf AR, Lapane KL, McKenney JL: Possible influence of the prospective payment system on the assignment of discharge diagnosis for coronary heart disease. New England Journal Medicine, 1993; 329: 31-36.

Berliner HS: Patient dumping-no one wins and we all lose. American Journal of Public Health 1988; 78(10): 1279-1280.

Bhatia AB, Blackstock SR, Ng TS: Evolution of quality review programs for Medicare：Quality assurance to quality improvement. Health Care Financing Review 2000; 22(15): 69-74.

Brook RH, Lohr KN: Monitoring quality of care in the Medicare program. Two proposed systems. Journal of American Medical Association 1987; 258(21): 3138-3141.

Carter GM, Pacobson PD, Kominski GF, et al: Use of diagnosis-related groups by non-Medicare payers. Health Care Financing Review 1994; 16(2): 127-158

Centers for Medicare and Medicaid Services, US Department of Health and Human Services: Medicare program; changes to the hospital inpatient prospective payment systems and fiscal year 2003 rates; final rule. Federal Register 2002; 67(148): 49982-50030.

DesHarnais S, Chesney J, Fleming S: Trends and regional variations in hospital utilization and quality during the first two years of the prospective payment system. Inquiry 1988; 25(3): 374-382.

Dippe SE, Bell MM, Wells MA, et al; A peer review of a peer review organization. West Journal of Medicine 1989; 151(1): 93-6.

Dittman DA, Magee RP: Optimal investigation policies under selected PSRO procedures. Medical Care 1980; 18(10): 1032-47.

Dubois RW, Rogers WH, Moxley JH, et al: Hospital inpatient mortality-is it a predictor of quality? New England Journal of Medicine 1987; 317(26): 1674-1680.

Edwards N, Honemann D, Burley D, et al: Reffinement of the Medicare diagnosis0related groups to incor. Health Care Financing Review 1994; 16(2): 45-64.

Feldman SE, Rundal, TG: PROs and the health care quality improvement initiative：insight from 50 case of serious mistake medical care. Research & Review 1993; 50: 123-50.

Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, et al: Case mix definition by diagnosis-related groups. Medical Care 1980; 18(2)(Supplement): 1-53.

Fitzgerald JF, Fagan LF, Tierney WM, et al: Changing patterns of hip fracture care

before and after implementation of the prospective payment system. Journal of American Medical Association 1987; 258(2): 218-221.

Fitzgerald JF, Moore PS, Dittus RS: The care of elderly patients with hip fracture: changes since implementation of the prospective payment system. New England Journal of Medicine 1988; 319(24): 1392-1397.

Green J, Passman LJ, Wintfeld N: Analyzing hospital mortality- the consequences of diversity in patient mix. Journal of American Medical Association 1991; 265(14): 1849-1853.

Hayes RP, Lunberg MT: Peer Review Organizations : Scientific challenges in HCFA's health care quality improvement initiative. Medical Care Research & Review 1994; 51(1):39-61.

Hsia DC, Ahern CA, Ritchie BP, et al: Medicare reimbursement accuracy under the prospective payment system, 1985 to 1988. Journal of American Medical Association 1992; 268(7): 896-899.

Hsiao WC, Sapolsky HM, Dunn DL, et al: Lessons of the New Jersey DRG payment system. Health Affairs,1986; 5(2): 32-43.

Hsiao WC, Dunn DL: The impact of DRG payment on New Jersey Hospitals. Inquiry 1987; 24(3): 212-220.

Hoy ER, Curtis D, Rice T: Change and growth in managed care. Health Affairs

1991; 10: 18-36.

Iglehart JK: The National Committee for Quality Assurance. New England Journal of Medicine 1996; 335(13): 995-999.

Jencks SF, Wilensky GR: The Health care quality improvement initiative a new approach to quality assurance in Medicare. Journal of the American Medical Association 1992; 268(7): 900-3.

Kahn KL, Brook RH, Draper D, et al: Interpreting hospital mortality data-how can we proceed? Journal of American Medical Association 1988; 260(24): 3625-3628.

Keeler EB, Kahn KL, Draper D, Sherwood MJ, et al: Changes in sickness at admission following the introduction of the prospective payment system. Journal of American Medical Association 1990; 264(15): 1962-1968.

Kellermann AR, Hackman BB: Emergency department patient 'dumping': an analysis of interhospital transfers to the regional medical center at Memphis, Tennessee. American Journal of Public Health 1988; 78(10): 1287-1292.

Kellie SE, Kellie JT: Medicare peer review organizations preprocedure review criteria. An analysis of criteria for three procedures, Journal of the American Medical Association 1991; 265(10): 1306-7.

Kosecoff J, Kahn KL, Rogers WH, et al: Prospective payment system and impairment at discharge: the 'quicker-and sicker' story revisited. Journal of American Medical Association 1990; 264(15): 1980-1983.

Lin HC, Amidon RL: Use Factor Analysis to Identify Difficulties in Implementing a Case Payment Reimbursement System in Taiwan. 中華醫學雜誌 2001; 64(1): 629-640.

Lin HC, Tung YC, Kuo NW, et al: Identifying quality dimensions for quality assurance under the case payment system in Taiwan. New Taipei Journal of Medicine 2002; 4(1): 34-43.

Lohr KN, Schroeder SA: A strategy for quality assurance in Medicare. New England Journal of Medicine 1990; 322: 707-12.

Lovern ED: Patient-safety evangelism. Allina CEO Sprenger preaches importance of executive involvement. Modern Healthcare 2001; 31(4): 34, 39.

Mayer-Oakes SA, Oye RK, Leake B, et al: The early effect of Medicare's prospective payment system on the use of medical intensive care services in three community hospitals. Journal of American Medical Association 1988; 260(21): 3146-3149.

McMahon LF, Smits HL: Can Medicare prospective payment survive the ICD-9-CM disease classification system? Annals of Internal Medicine 1986;

104(4): 562-566.

Palmer RM, Saywell RM, Zollinger TW, et al: The impact of the prospective payment system on the treatment of hip fractures in the elderly. Archives of Internal Medicine 1989; 149(10): 2237-2241.

Park RE, Brook RH, Kosecoff J, et al; Explaining variations in hospital death rates-randomness, severity of illness, quality of care. Journal of American Medical Association 1990; 264(4): 484-490.

Rock RC: Assuring quality of care under DRG-based prospective payment. Medical Decision Making 1985; 5(1): 31-34.

Roger FH; DRGs and documentation: the information problem. Health Policy 1988; 9: 193-204.

Rose C: Patient dumping: the physician's dilemma. Chest 1989; 95(3): 490-491.

Rubenstein LV, Kahn KL, Reinisch EJ, et al: Changes inquality of care for five diseases measured by implicit review, 1981 to 1986. Journal of American Medical Association 1990; 264(15): 1974-1979.

Sager MA, Leventhal EA, Easterling DV: The impact of Medicare's prospective payment system on Wisconsin nursing homes. Journal of American Medical Association 1987; 257(13): 1762-1766.

Sager MA, Easterling DV, Kindig DA, et al: Changes in the location of death after

passage of Medicare's prospective payment system: a national study. New England Journal of Medicine 1989; 320(7): 433-439.

Schiff RL, Ansell DA, Schlosser JE, et al: Transfers to a public hospital: a prospective study of 467 patients. New England Journal of Medicine 1986; 314(9): 552-557.

Simborg DW: DRG creep: a new hospital-acquired disease. New England Journal of Medicine 1981; 304(26): 1602-1604.

Stern RS, Epstein AM: Institutional responses to prospective payment based on diagnosis-related groups: implications for cost, quality, and access. New England Journal of Medicine 1985; 312(10): 621-627.

Taylor M: Hospitals Pay patient-Dumping Fines. Modern Healthcare 2000; 46(30): 14.

Thomas JW, Holloway JJ: Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. Medical Care 1991; 29(4): 377-394.

Tindall MN, Williams WC, Boltri JM, et al: A guide to managed care medicine. An Aspen Publication: Aspen Publishers, Inc.. 2000.

Vladeck BC: Medicare hospital payment by diagnosis-related groups. Annals of Internal Medicine 1984; 100(4): 576-591.

Weingart SN, Mukamal K, Davis RB, et al: Physician-reviewer's perceptions and

judgments about quality of care. International Journal for Quality in Health Care 2001; 13(5): 357-365.

Weinmann C: Quality improvement in health care. A brief history of the Medicare Peer Review Organization (PRO) initiative. Evaluation of Health Profession 1998; 21(4): 413-8.

Wynia MK, Cummins DS, VanGeest JB, et al: Physician manipulation of reimbursement rule for patients: between a rock and a hard place. Journal of American Medical Association 2000; 283(14): 1858-1865.

Zaremski M, Rehm J: Cost containment (DRGs): a new source for litigation? Health Matrix 1985; 3(2): 24-27.

表 4-1 問卷回收情形--依醫院權屬別分

醫院權屬別	總家數（%）	回收份數（%）	回收數/總家數（%）	χ^2值
公立	81（16.6）	25（18.7）	30.9	χ^2=9.703 (p=0.001**)
私立	359（73.4）	81（60.4）	22.6	
財團法人	49（10.0）	28（20.9）	57.1	
合計	489（100）	134（100）	27.4	

表 4-2 問卷回收情形-依醫院評鑑等級別分

醫院評鑑等級	總家數（%）	回收份數（%）	回收數/總家數（%）	χ^2值
醫學中心	17（3.5）	6（4.5）	35.3	χ^2=1.169 (p=0.557)
區域醫院	69（14.1）	32（23.9）	46.4	
地區教學醫院	41（8.4）	23（17.1）	56.1	
地區醫院	362（74.0）	73（54.5）	20.2	
合計	489（100）	134（100）	27.4	

表 4-3　填答者基本資料表（n=134）

填答者資料	樣本數	百分比（% ）
服務年資		
5 年以內	32	24.1
6-10 年	34	25.6
11-15 年	24	18.0
16-20 年	23	17.3
21 年以上	20	15.0
遺漏值	1	
學歷		
研究所以上	35	26.5
大學畢業	56	42.4
專科畢業	30	22.7
高中畢業	11	8.3
遺漏值	2	
性別		
女	81	60.4
男	53	39.6
遺漏值		
年齡		
20-29 歲	19	14.3
30-39 歲	50	37.6
40-49 歲	41	30.8
50-59 歲	18	13.5
60 歲以上	5	3.8
遺漏值	1	
服務部門		
醫療部門	31	23.1
護理部門	13	9.7
行政部門	90	67.2
遺漏值		
職稱別		
主管	78	57.9
非主管	56	42.1
遺漏值		

表 4-4　對整體論病例計酬項目疾病醫療品質的看法-依權屬別分

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)
對論病例計酬項目疾病之醫療品質的看法				
大幅提昇	3(12.0)	8(9.9)	1(3.6)	12(9.0)
小幅提昇	15(60.0)	28(34.6)	8(28.6)	51(38.1)
不影響	5(20.0)	21(25.9)	10(35.7)	36(26.9)
小幅下降	2(8.0)	18(22.2)	8(28.6)	28(20.9)
大幅下降	0(0.0)	6(7.4)	1(3.6)	7(5.2)
對中央健康保險局論病例計酬品質監測系統的看法				
非常好	0(0.0)	2(2.5)	1(3.6)	3(2.2)
好	5(20.0)	13(16.0)	4(14.3)	22(16.4)
普通	15(60.0)	53(65.4)	10(35.7)	78(58.2)
不好	5(20.0)	9(11.1)	11(39.3)	25(18.7)
非常不好	0(0.0)	4(4.9)	2(7.1)	6(4.5)
會提高併發症或合併症產生				
非常不同意	1(4.0)	2(2.5)	2(7.1)	5(3.7)
不同意	13(52.0)	36(44.4)	12(42.9)	61(45.5)
普通	6(24.0)	20(24.7)	10(35.7)	36(26.9)
同意	5(20.0)	20(24.7)	3(10.7)	28(20.9)
非常同意	0(0.0)	3(3.7)	1(3.6)	4(3.0)

表 4-4　對整體論病例計酬項目疾病醫療品質的看法-依權屬別分(續 1)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)
會提高住院死亡率				
非常不同意	2(8.0)	10(12.3)	4(14.3)	16(11.9)
不同意	15(60.0)	46(56.8)	18(64.3)	79(59.0)
普通	7(28.0)	18(22.2)	3(10.7)	28(20.9)
同意	1(4.0)	5(6.2)	3(10.7)	9(6.7)
非常同意	0(0.0)	2(2.5)	0(0.0)	2(1.5)
會提高院內感染率				
非常不同意	2(8.0)	7(8.6)	2(7.1)	11(8.2)
不同意	13(52.0)	41(50.6)	19(67.9)	73(54.5)
普通	9(36.0)	22(27.2)	4(14.3)	35(26.1)
同意	1(4.0)	10(12.3)	3(10.7)	14(10.4)
非常同意	0(0.0)	1(1.2)	0(0.0)	1(0.7)
會提高醫療糾紛發生比率				
非常不同意	0(0.0)	5(6.2)	1(3.6)	6(4.5)
不同意	8(32.0)	28(34.6)	7(25.0)	43(32.1)
普通	8(32.0)	16(19.8)	13(46.4)	37(27.6)
同意	8(32.0)	25(30.9)	4(14.3)	37(27.6)
非常同意	1(9.1)	7(8.6)	3(10.7)	11(8.2)

表 4-4　對整體論病例計酬項目疾病醫療品質的看法-依權屬別分(續 2)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)
會造成推趕病人或拒收病人				
非常不同意	1(4.0)	3(3.7)	1(3.6)	5(3.7)
不同意	4(16.0)	11(13.6)	7(25.0)	22(16.4)
普通	3(12.0)	18(22.2)	4(14.3)	25(18.7)
同意	11(44.0)	44(54.3)	10(35.7)	65(48.5)
非常同意	6(24.0)	5(6.2)	6(21.4)	17(12.7)
會造成編碼取巧行為				
非常不同意	1(4.0)	3(3.7)	1(3.6)	5(3.7)
不同意	5(20.0)	16(19.8)	7(25.0)	28(20.9)
普通	2(8.0)	20(24.7)	3(10.7)	25(18.7)
同意	13(52.0)	38(46.9)	14(50.0)	65(48.5)
非常同意	4(16.0)	4(4.9)	3(10.7)	11(8.2)
病人滿意度會提升				
非常不同意	2(8.0)	6(7.4)	2(7.1)	10(7.5)
不同意	10(40.0)	31(38.3)	15(53.6)	56(41.8)
普通	8(32.0)	33(40.7)	11(39.3)	52(38.8)
同意	5(20.0)	11(13.6)	0(0.0)	16(11.9)
非常同意	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

表 4-5　對整體論病例計酬項目疾病醫療品質的看法-依評鑑等級別分

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部(%)
對論病例計酬項目疾病之醫療品質的看法					
大幅提昇	0(0.0)	4(12.5)	2(8.7)	6(8.2)	12(9.0)
小幅提昇	2(33.3)	13(40.6)	12(52.2)	24(32.9)	51(38.1)
不影響	3(50.0)	7(21.9)	4(17.4)	22(30.1)	36(26.9)
小幅下降	1(16.7)	7(21.9)	4(17.4)	16(21.9)	28(20.9)
大幅下降	0(0.0)	1(3.1)	1(4.3)	5(6.8)	7(5.2)
對中央健康保險局論病例計酬品質監測系統的看法					
非常好	0(0.0)	1(3.1)	2(8.7)	0(0.0)	3(2.2)
好	2(33.3)	3(9.4)	4(17.4)	13(17.8)	22(16.4)
普通	2(33.3)	16(50.0)	11(47.8)	49(67.1)	78(58.2)
不好	2(33.3)	10(31.3)	4(17.4)	9(12.3)	25(18.7)
非常不好	0(0.0)	2(6.3)	2(8.7)	2(2.7)	6(4.5)
會提高併發症或合併症產生					
非常不同意	0(0.0)	2(6.3)	2(8.7)	1(1.4)	5(3.7)
不同意	3(50.0)	18(56.3)	10(43.5)	30(41.1)	61(45.5)
普通	2(33.3)	7(21.9)	8(34.8)	19(26.0)	36(26.9)
同意	1(16.7)	4(12.5)	2(8.7)	21(28.8)	28(20.9)
非常同意	0(0.0)	1(3.1)	1(4.3)	2(2.7)	4(3.0)

表 4-5 對整體論病例計酬項目疾病醫療品質的看法-依評鑑等級別分(續 1)

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部(%)
會提高住院死亡率					
非常不同意	0(0.0)	5(15.6)	2(8.7)	9(12.3)	16(11.9)
不同意	6(100.0)	21(65.6)	15(65.2)	37(50.7)	79(59.0)
普通	0(0.0)	4(12.5)	4(17.4)	20(27.4)	28(20.9)
同意	0(0.0)	2(6.3)	2(8.7)	5(6.8)	9(6.7)
非常同意	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.7)	2(1.5)
會提高院內感染率					
非常不同意	0(0.0)	3(9.4)	2(8.7)	6(8.2)	11(8.2)
不同意	6(100.0)	21(65.6)	14(60.9)	32(43.8)	73(54.5)
普通	0(0.0)	5(15.6)	5(21.7)	25(34.2)	35(26.1)
同意	0(0.0)	3(9.4)	2(8.7)	9(12.3)	14(10.4)
非常同意	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	1(0.7)
會提高醫療糾紛發生比率					
非常不同意	0(0.0)	1(3.1)	1(4.3)	4(5.5)	6(4.5)
不同意	3(50.0)	14(43.8)	8(34.8)	18(24.7)	43(32.1)
普通	2(33.3)	11(34.4)	6(26.1)	18(24.7)	37(27.6)
同意	0(0.0)	5(15.6)	5(21.7)	27(37.0)	37(27.6)
非常同意	1(16.7)	1(3.1)	3(13.0)	6(8.2)	11(8.2)

表 4-5 對整體論病例計酬項目疾病醫療品質的看法-依評鑑等級別分(續 2)

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部(%)
會造成推趕病人或拒收病人					
非常不同意	0(0.0)	1(3.1)	1(4.3)	3(4.1)	5(3.7)
不同意	2(33.3)	9(28.1)	3(13.0)	8(11.0)	22(16.4)
普通	1(16.7)	7(21.9)	3(13.0)	14(19.2)	25(18.7)
同意	2(33.3)	10(31.3)	12(52.2)	41(56.2)	65(48.5)
非常同意	1(16.7)	5(15.6)	4(17.4)	7(9.6)	17(12.7)
會造成編碼取巧行為					
非常不同意	0(0.0)	2(6.3)	1(4.3)	2(2.7)	5(3.7)
不同意	2(33.3)	7(21.9)	6(26.1)	13(17.8)	28(20.9)
普通	2(33.3)	4(12.5)	5(21.7)	14(19.2)	25(18.7)
同意	2(33.3)	17(53.1)	7(30.4)	39(53.4)	65(48.5)
非常同意	0(0.0)	2(6.3)	4(17.4)	5(6.8)	11(8.2)
病患滿意度會提升					
非常不同意	0(0.0)	1(3.1)	0(0.0)	9(12.3)	10(7.5)
不同意	1(16.7)	11(34.4)	12(52.2)	32(43.8)	56(41.8)
普通	4(66.7)	15(46.9)	6(26.1)	27(37.0)	52(38.8)
同意	1(16.7)	5(15.6)	5(21.7)	5(6.8)	16(11.9)
非常同意	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

表 4-6　論病例計酬實施對任職醫院醫療品質的影響

對醫療品質造成之影響	人數	平均值	標準差	最低分	最高分
會提高併發症或合併症之產生	134	2.74	0.93	1	5
會提高住院死亡率	134	2.27	0.81	1	5
會提高院內感染率	134	2.41	0.82	1	5
會提高醫療糾紛發生比率	134	3.03	1.05	1	5
會造成推趕病人或拒收病人	134	3.50	1.03	1	5
會造成疾病編碼取巧行為	134	3.37	1.02	1	5
病人滿意度會提昇	134	2.55	0.80	1	4

表 4-7　醫療機構醫療品質審查組織模式-依權屬別分

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)	$\chi^2(p)$
審查組織負責管理單位					
衛生署負責管理	6(24.0)	17(21.8)	1(3.6)	24(18.3)	15.210
健保局負責管理	2(8.0)	10(12.8)	5(17.9)	17(13.0)	(p=0.230)
醫策會負責管理	5(20.0)	12(15.4)	4(14.3)	21(16.0)	
醫師公會負責管理	3(12.0)	11(14.1)	2(7.1)	16(12.2)	
專科醫學會負責管理	5(20.0)	10(12.8)	8(28.6)	23(17.6)	
獨立組織，僅與政府簽約	3(12.0)	17(21.8)	5(17.9)	25(19.1)	
其他	1(4.0)	1(1.3)	3(10.7)	5(3.8)	
遺漏值				3	
審查組織涵蓋地區劃分方式					
依台灣行政區域劃分	6(24.0)	17(21.3)	6(21.4)	29(21.8)	6.842
依縣市地區劃分	4(16.0)	20(25.0)	1(3.6)	25(18.8)	(p=0.144)
依健保各分局所屬地區劃分	15(60.0)	43(53.8)	21(75.0)	79(59.4)	
遺漏值				1	
審查組織審查層級					
一審制（僅做一次審查）	0(0.0)	7(8.8)	0(0.0)	7(5.3)	6.689
二審制（初審、複審）	17(68.0)	39(48.7)	15(53.6)	71(53.4)	(p=0.153)
三審制（初審、複審、再審）	8(32.0)	34(42.5)	13(46.4)	55(41.4)	
遺漏值				1	
審查組織所包含織成員					
護理人員	20(80.0)	62(77.5)	22(78.6)	104(78.2)	0.073 (p=0.964)
醫師	25(100.0)	76(95.0)	27(96.4)	128(96.2)	1.320 (p=0.517)
藥師	16(64.0)	53(66.3)	20(71.4)	89(66.9)	0.370 (p=0.831)
疾病分類員	18(72.0)	45(56.3)	23(82.1)	86(64.7)	6.811 (**p=0.033**)
行政人員	19(76.0)	48(60.0)	18(64.3)	85(63.9)	2.116 (p=0.347)
遺漏值				1	

註：χ^2= 卡方檢定之檢定值

表 4-7　醫療機構醫療品質審查組織模式-依權屬別分(續)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)	$\chi^2(p)$
審查組織審查方式					
回溯性	8(34.8)	23(31.9)	9(39.1)	40(33.9)	0.482
前瞻性	8(34.8)	28(38.9)	8(34.8)	44(37.3)	(p=0.975)
同步審查	7(30.4)	21(29.2)	6(26.1)	34(28.8)	
遺漏值				16	

表 4-8　療機構醫療品質審查組織模式-依評鑑等級分

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部(%)	$\chi^2(p)$
審查組織負責管理單位						
衛生署負責管理	3(50.0)	4(12.9)	2(9.1)	15(20.8)	24(18.3)	37.381
健保局負責管理	0(0.0)	5(16.1)	9(40.9)	3(4.2)	17(13.0)	(**p=0.005**)
醫策會負責管理	1(16.7)	2(6.5)	1(4.5)	17(23.6)	21(16.0)	
醫師公會負責管理	0(0.0)	3(9.7)	4(18.2)	9(12.5)	16(12.2)	
專科醫學會負責管理	1(16.7)	6(19.4)	4(18.2)	12(16.7)	23(17.6)	
獨立組織，僅與政府簽約	1(16.7)	8(25.8)	2(9.1)	14(19.4)	25(19.1)	
其他	0(0.0)	3(9.7)	0(0.0)	2(2.8)	5(3.8)	
遺漏值					3	
審查組織涵蓋地區劃分方式						
依台灣行政區域劃分	1(16.7)	4(12.9)	3(13.0)	21(28.8)	29(21.8)	9.411
依縣市地區劃分	0(0.0)	4(12.9)	7(30.4)	14(19.2)	25(18.8)	(p=0.152)
依健保各分局所屬地區劃分	5(83.3)	23(74.2)	13(56.5)	38(52.1)	79(59.4)	
遺漏值					1	
審查組織審查層級						
一審制（僅做一次審查）	0(0.0)	0(0.0)	2(8.7)	5(6.8)	7(5.3)	4.967
二審制（初審、複審）	4(66.7)	15(48.4)	14(60.9)	38(52.1)	71(53.4)	(p=0.548)
三審制（初審、複審、再審）	2(33.3)	16(51.6)	7(30.4)	30(41.1)	55(41.4)	
遺漏值					1	
審查組織所包含織成員						
護理人員	5(83.3)	26(83.9)	17(73.9)	56(76.7)	104(78.2)	1.020 (p=0.796)
醫師	6(100.0)	31(100.0)	23(100.0)	68(93.2)	128(96.2)	4.270 (p=0.234)
藥師	3(50.0)	25(80.6)	14(60.9)	47(64.4)	89(66.9)	4.006 (p=0.261)
疾病分類員	3(50.0)	27(87.1)	15(65.2)	41(56.2)	86(64.7)	9.703 (**p=0.021**)
行政人員	4(66.7)	22(71.0)	15(65.2)	44(60.3)	85(63.9)	1.125 (p=0.771)
遺漏值					1	

表 4-8 醫療機構醫療品質審查組織模式-依評鑑等級分(續)

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部(%)	$\chi^2(p)$
審查組織審查方式						
回溯性	2(33.3)	12(44.4)	11(47.8)	15(24.2)	40(33.9)	7.850
前瞻性	2(33.3)	7(25.9)	9(39.1)	26(41.9)	44(37.3)	(p=0.249)
同步審查	2(33.3)	8(29.6)	3(13.0)	21(33.9)	34(28.8)	
遺漏值					16	

表 4-9　對論病例計酬醫療品質審查項目重要性的看法

醫療品質審查項目	人數	平均值	標準差	最低分	最高分
病歷記載完整性	134	4.26	0.60	1	5
院內感染率	134	4.22	0.71	1	5
抗生素使用不當	134	4.19	0.66	1	5
併發症或合併症之產生	134	4.18	0.64	1	5
醫療糾紛	134	4.01	0.80	1	5
不適當住院天數	134	3.99	0.74	1	5
出院病情穩定	134	3.99	0.67	1	5
推趕病人	134	3.97	0.75	1	5
疾病分類正確性	134	3.96	0.78	1	5
疾病編碼取巧行為	134	3.96	0.71	1	5
非預期死亡	134	3.94	0.77	1	5
適當出院計畫	134	3.92	0.60	1	5
出院健康狀態	134	3.92	0.67	1	5
院內意外傷害	134	3.91	0.73	1	5
病患滿意度	134	3.90	0.69	1	5
基本診療項目	134	3.87	0.77	1	5
護理人員病床比	134	3.86	0.71	1	5
設定高額除外案例	134	3.86	0.79	1	5
主治醫師病床比	134	3.85	0.70	1	5
十四天內再入院率	134	3.85	0.78	1	5
風險校正後死亡率	134	3.85	0.69	1	5
出院後同儕審查	134	3.84	0.66	1	5
住院死亡率	134	3.80	0.75	1	5
非預期手術	134	3.78	0.72	1	5
住院天數	134	3.75	0.67	1	5

表 4-9 對論病例計酬醫療品質審查項目重要性的看法(續)

醫療品質審查項目	人數	平均值	標準差	最低分	最高分
同一疾病出院三十天內死亡率	134	3.66	0.78	1	5
住院前同儕審查	134	3.59	0.84	1	5
其他醫事人員病床比	134	3.47	0.72	1	5
三十天內再入院率	134	3.43	0.82	1	5
同一疾病出院九十天內死亡率	134	3.42	0.84	1	5
九十天內再入院率	134	3.16	0.94	1	5
行政人員病床比	134	3.05	0.81	1	5

表 4-10　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)	H(*p*)
病歷記載完整性					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.753
不重要	0(0.0)	1(1.2)	0(0.0)	1(0.7)	(*p*=0.686)
普通	0(0.0)	7(8.6)	1(3.6)	8(6.0)	
重要	16(64.0)	48(59.3)	16(57.1)	80(59.7)	
非常重要	9(36.0)	25(30.9)	11(39.3)	45(33.6)	
院內感染率					
非常不重要	0(0.0)	1(1.2)	0(0.0)	1(0.7)	1.099
不重要	0(0.0)	0(0.0)	1(3.6)	1(0.7)	(*p*=0.577)
普通	4(16.0)	8(9.9)	1(3.6)	13(9.7)	
重要	12(48.0)	46(56.8)	13(46.4)	71(53.0)	
非常重要	9(36.0)	26(32.1)	13(46.4)	48(35.8)	
抗生素使用不當					
非常不重要	0(0.0)	1(1.2)	0(0.0)	1(0.7)	0.677
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	(*p*=0.713)
普通	3(12.0)	9(11.1)	1(3.6)	13(9.7)	
重要	16(64.0)	48(59.3)	15(53.6)	79(59.0)	
非常重要	6(24.0)	23(28.4)	12(42.9)	41(30.6)	
併發症或合併症產生					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.726
不重要	0(0.0)	1(1.2)	0(0.0)	1(0.7)	(*p*=0.696)
普通	1(4.0)	9(11.1)	4(14.3)	14(10.4)	
重要	12(48.0)	50(61.7)	17(60.7)	79(59.0)	
非常重要	12(48.0)	21(25.9)	7(25.0)	40(29.9)	

註：H= Kruskal-Wallis test 之檢定值

表 4-10　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分(續 1)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)	H(p)
醫療糾紛					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.435
不重要	0(0.0)	5(6.2)	0(0.0)	5(3.7)	(p=0.804)
普通	7(28.0)	12(14.8)	8(28.6)	27(20.1)	
重要	12(48.0)	40(49.4)	12(42.9)	64(47.8)	
非常重要	6(24.0)	24(29.6)	8(28.6)	38(28.4)	
不適當住院天數					
非常不重要	1(4.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.7)	1.632
不重要	0(0.0)	3(3.7)	0(0.0)	3(2.2)	(p=0.442)
普通	4(16.0)	13(16.0)	5(17.9)	22(16.4)	
重要	18(72.0)	44(54.3)	17(60.7)	79(59.0)	
非常重要	2(8.0)	21(25.9)	6(21.4)	29(21.6)	
出院病情穩定					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.383
不重要	2(8.0)	0(0.0)	1(3.6)	3(2.2)	(p=0.826)
普通	3(12.0)	12(14.8)	6(21.4)	21(15.7)	
重要	15(60.0)	54(66.7)	15(53.6)	84(62.7)	
非常重要	5(20.0)	15(18.5)	6(21.4)	26(19.4)	
推趕病人					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	1(3.6)	1(0.7)	3.717
不重要	0(0.0)	1(1.2)	1(3.6)	2(1.5)	(p=0.156)
普通	4(16.0)	20(24.7)	3(10.7)	27(20.1)	
重要	12(48.0)	46(56.8)	16(57.1)	74(55.2)	
非常重要	9(36.0)	14(17.3)	7(25.0)	30(22.4)	

表 4-10　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分(續 2)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)	H(p)
疾病分類正確性					
非常不重要	0(0.0)	2(2.5)	0(0.0)	2(1.5)	2.441
不重要	0(0.0)	2(2.5)	0(0.0)	2(1.5)	(p=0.295)
普通	4(16.0)	19(23.5)	3(10.7)	26(19.4)	
重要	16(64.0)	41(50.6)	17(60.7)	74(55.2)	
非常重要	5(20.0)	17(21.0)	8(28.6)	30(22.4)	
疾病編碼取巧行為					
非常不重要	0(0.0)	1(1.2)	0(0.0)	1(0.7)	3.842
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	(p=0.146)
普通	4(16.0)	22(27.2)	4(14.3)	30(22.4)	
重要	15(60.0)	44(54.3)	16(57.1)	75(56.0)	
非常重要	6(24.0)	14(17.3)	8(28.6)	28(20.9)	
非預期死亡					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.838
不重要	0(0.0)	4(4.9)	1(3.6)	5(3.7)	(p=0.658)
普通	6(24.0)	18(22.2)	5(17.9)	29(21.6)	
重要	11(44.0)	40(49.4)	18(64.3)	69(51.5)	
非常重要	8(32.0)	19(23.5)	4(14.3)	31(23.1)	
適當出院計畫					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.191
不重要	0(0.0)	2(2.5)	0(0.0)	2(1.5)	(p=0.334)
普通	2(8.0)	15(18.5)	7(25.0)	24(17.9)	
重要	19(76.0)	25(67.9)	17(60.7)	91(67.9)	
非常重要	4(16.0)	9(11.1)	4(14.3)	17(12.7)	

表 4-10　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分(續 3)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)	H(p)
出院健康狀態					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.621
不重要	1(4.0)	0(0.0)	2(7.1)	3(2.2)	(p=0.445)
普通	4(16.0)	16(19.8)	7(25.0)	27(20.1)	
重要	16(64.0)	51(63.0)	15(53.6)	82(61.2)	
非常重要	4(16.0)	14(17.3)	4(14.3)	22(16.4)	
院內意外傷害					
非常不重要	0(0.0)	1(1.2)	0(0.0)	1(0.7)	1.093
不重要	0(0.0)	3(3.7)	1(3.6)	4(3.0)	(p=0.579)
普通	6(16.0)	16(19.8)	4(14.3)	24(17.9)	
重要	16(64.0)	48(59.3)	18(64.3)	82(61.2)	
非常重要	5(20.0)	13(16.0)	5(17.9)	23(17.2)	
病人滿意度					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.960
不重要	1(4.0)	1(1.2)	1(3.6)	3(2.2)	(p=0.619)
普通	6(24.0)	17(21.0)	7(25.0)	30(22.4)	
重要	10(40.0)	52(64.2)	16(57.1)	78(58.2)	
非常重要	8(32.0)	11(13.6)	4(14.3)	23(17.2)	
基本診療項目					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.823
不重要	1(4.0)	3(3.7)	0(0.0)	4(3.0)	(p=0.402)
普通	5(20.0)	24(29.6)	8(28.6)	37(27.6)	
重要	14(56.0)	40(49.4)	11(39.3)	65(48.5)	
非常重要	5(20.0)	14(17.3)	9(32.1)	28(20.9)	

表 4-10　病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分(續 4)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	總數(%)	H(*p*)
護理人員病床比					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.099
不重要	0(0.0)	5(6.2)	0(0.0)	5(3.7)	(*p*=0.577)
普通	5(20.0)	17(21.0)	7(25.0)	29(21.6)	
重要	15(60.0)	48(59.3)	17(60.7)	80(59.7)	
非常重要	5(20.0)	11(13.6)	4(14.3)	20(14.9)	
設定高額除外案例					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4.008
不重要	1(4.0)	2(2.5)	2(7.1)	5(3.7)	(*p*=0.135)
普通	10(40.0)	22(27.2)	5(17.9)	37(27.6)	
重要	11(44.0)	42(51.9)	11(39.3)	64(47.8)	
非常重要	3(12.0)	15(18.5)	10(35.7)	28(20.9)	
主治醫師病床比					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.753
不重要	0(0.0)	5(6.2)	1(3.6)	6(4.5)	(*p*=0.686)
普通	5(20.0)	16(19.8)	5(17.9)	26(19.4)	
重要	16(64.0)	50(61.7)	18(64.3)	84(62.7)	
非常重要	4(16.0)	10(12.3)	4(14.3)	18(13.4)	
十四天內再入院率					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.509
不重要	0(0.0)	5(6.2)	0(0.0)	5(3.7)	(*p*=0.470)
普通	7(28.0)	22(27.2)	2(7.1)	31(23.1)	
重要	15(60.0)	38(46.9)	24(85.7)	77(57.5)	
非常重要	3(12.0)	16(19.8)	2(7.1)	21(15.7)	

表 4-10　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分(續 5)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	總數(%)	H(p)
風險校正後死亡率					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.246
不重要	0(0.0)	2(2.5)	2(7.1)	4(3.0)	(p=0.325)
普通	4(16.0)	21(25.9)	6(21.4)	31(23.1)	
重要	16(64.0)	47(58.0)	17(60.7)	80(59.7)	
非常重要	5(20.0)	11(13.6)	3(10.7)	19(14.2)	
出院後同儕專業審查					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.768
不重要	0(0.0)	3(3.7)	1(3.6)	4(3.0)	(p=0.413)
普通	4(16.0)	22(27.2)	4(14.3)	30(22.4)	
重要	18(72.0)	46(56.8)	20(71.4)	84(62.7)	
非常重要	3(12.0)	10(12.3)	3(10.7)	16(11.9)	
住院死亡率					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.606
不重要	2(8.0)	1(1.2)	2(7.1)	5(3.7)	(p=0.738)
普通	8(32.0)	25(30.9)	6(21.4)	39(29.1)	
重要	11(44.0)	41(50.6)	16(57.1)	59(50.7)	
非常重要	4(16.0)	14(17.3)	4(14.3)	22(16.4)	
非預期手術					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.704
不重要	1(4.0)	6(7.4)	1(3.6)	8(6.0)	(p=0.703)
普通	4(16.0)	19(23.5)	6(21.4)	29(21.6)	
重要	17(68.0)	46(56.8)	19(67.9)	82(61.2)	
非常重要	3(12.0)	10(12.3)	2(7.1)	15(11.2)	

表 4-10　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分(續 6)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)	H(*p*)
住院天數					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.085
不重要	1(4.0)	1(1.2)	0(0.0)	2(1.5)	(*p*=0.353)
普通	11(44.0)	22(27.2)	11(39.3)	44(32.8)	
重要	8(32.0)	49(60.5)	16(57.1)	73(54.5)	
非常重要	5(20.0)	9(11.1)	1(3.6)	15(11.2)	
同一疾病出院三十天內死亡率					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.133
不重要	2(8.0)	5(6.2)	2(7.1)	9(6.7)	(*p*=0.936)
普通	8(32.0)	26(32.1)	9(32.1)	43(32.1)	
重要	10(40.0)	42(51.9)	14(50.0)	66(49.3)	
非常重要	5(20.0)	8(9.9)	3(10.7)	16(11.9)	
住院前同儕專業審查					
非常不重要	0(0.0)	1(1.2)	0(0.0)	1(0.7)	8.214
不重要	0(0.0)	13(16.0)	1(3.6)	14(10.4)	(**p=0.016**)
普通	5(20.0)	24(29.6)	9(32.1)	38(28.4)	
重要	16(64.0)	37(45.7)	14(50.0)	67(50.0)	
非常重要	4(16.0)	6(7.4)	4(14.3)	14(10.4)	
其他醫事人員病床比					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.677
不重要	0(0.0)	9(11.1)	1(3.6)	10(7.5)	(*p*=0.713)
普通	12(48.0)	32(39.5)	15(53.6)	59(44.0)	
重要	11(44.0)	36(44.4)	10(35.7)	57(42.5)	
非常重要	2(8.0)	4(4.9)	2(7.1)	8(6.0)	

表 4-10　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依權屬別分(續 7)

變項名稱	公立醫院 (%)	私立醫院 (%)	財團法人 (%)	全部(%)	H(p)
三十天內再入院率					
非常不重要	1(4.0)	1(1.2)	0(0.0)	2(1.5)	2.635
不重要	1(4.0)	7(8.6)	3(10.7)	11(8.2)	(p=0.268)
普通	13(52.0)	31(38.3)	16(57.1)	60(44.8)	
重要	9(36.0)	34(42.0)	7(25.0)	50(37.3)	
非常重要	1(4.0)	8(9.9)	2(7.1)	11(8.2)	
同一疾病出院九十天內死亡率					
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.214
不重要	4(16.0)	9(11.1)	6(21.4)	19(14.2)	(p=0.331)
普通	8(32.0)	32(39.5)	12(42.9)	52(38.8)	
重要	(9)36.0	(34)42.0	(8)28.6	(51)38.1	
非常重要	4(16.0)	6(7.4)	2(7.1)	12(9.0)	
九十天內再入院率					
非常不重要	2(8.0)	2(2.5)	2(7.1)	6(4.5)	0.651
不重要	5(20.0)	11(13.6)	5(17.9)	21(15.7)	(p=0.722)
普通	8(32.0)	42(51.9)	13(46.4)	63(47.0)	
重要	8(32.0)	19(23.5)	6(21.4)	33(24.6)	
非常重要	2(8.0)	7(8.6)	2(7.1)	11(8.2)	
行政人員病床比					
非常不重要	0(0.0)	3(3.7)	0(0.0)	3(2.2)	0.726
不重要	8(32.0)	15(18.5)	4(14.3)	27(20.1)	(p=0.696)
普通	11(44.0)	39(48.1)	18(64.3)	68(50.7)	
重要	5(20.0)	21(25.9)	6(21.4)	32(23.9)	
非常重要	1(4.0)	3(3.7)	0(0.0)	4(3.0)	

表 4-11　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部(%)	H(*p*)
病歷記載完整性						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.243
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	1(0.7)	(*p*=0.743)
普通	0(0.0)	2(6.3)	1(4.3)	5(6.8)	8(6.0)	
重要	4(66.7)	17(53.0)	14(60.9)	45(61.6)	80(59.7)	
非常重要	2(33.3)	13(40.6)	8(34.8)	22(30.1)	45(33.6)	
院內感染率						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	1(0.7)	6.507
不重要	0(0.0)	0(0.0)	1(4.3)	0(0.0)	1(0.7)	(*p*=0.089)
普通	0(0.0)	1(3.1)	3(13.0)	9(12.3)	13(9.7)	
重要	3(50.0)	15(46.9)	11(47.8)	42(57.5)	71(53.0)	
非常重要	3(50.0)	16(50.0)	8(34.8)	21(28.8)	48(35.8)	
抗生素使用不當						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.4)	1(0.7)	3.521
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	(*p*=0.318)
普通	0(0.0)	3(9.4)	2(8.7)	8(11.0)	13(9.7)	
重要	3(50.0)	16(50.0)	15(65.2)	45(61.6)	79(59.0)	
非常重要	3(50.0)	13(40.6)	6(26.1)	19(26.0)	41(30.6)	
併發症或合併症產生						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.937
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	1(0.7)	(*p*=0.817)
普通	1(16.7)	3(9.4)	3(13.0)	7(9.6)	14(10.4)	
重要	4(66.7)	18(56.3)	13(56.5)	44(60.3)	79(59.0)	
非常重要	1(16.7)	11(34.4)	7(30.4)	21(28.8)	40(29.9)	

表 4-11 對論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分(續 1)

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部 (%)	H(*p*)
醫療糾紛						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.734
不重要	0(0.0)	2(6.3)	2(8.7)	1(1.4)	5(3.7)	(*p*=0.865)
普通	2(33.3)	9(28.1)	1(4.3)	15(20.5)	27(20.1)	
重要	3(50.0)	10(31.3)	14(60.9)	37(50.7)	64(47.8)	
非常重要	1(16.7)	11(34.4)	6(26.1)	20(27.4)	38(28.4)	
不適當住院天數						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	1(4.3)	0(0.0)	1(0.7)	0.722
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(4.1)	3(2.2)	(*p*=0.868)
普通	1(16.7)	5(15.6)	3(13.0)	13(17.8)	22(16.4)	
重要	4(66.7)	19(59.4)	14(60.9)	42(57.5)	79(59.0)	
非常重要	1(16.7)	8(25.0)	5(21.7)	15(20.5)	29(21.6)	
出院病情穩定						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.258
不重要	0(0.0)	1(3.1)	1(4.3)	1(1.4)	3(2.2)	(*p*=0.739)
普通	2(33.3)	6(18.8)	2(8.7)	11(15.1)	21(15.7)	
重要	3(50.0)	18(56.3)	14(60.9)	49(67.1)	84(62.7)	
非常重要	1(16.7)	7(21.9)	6(26.1)	12(16.4)	26(19.4)	
推趕病人						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	1(0.7)	1.766
不重要	0(0.0)	0(0.0)	1(4.3)	1(1.4)	2(1.5)	(*p*=0.622)
普通	1(16.7)	5(15.6)	3(13.0)	18(66.7)	27(20.1)	
重要	4(66.7)	19(59.4)	13(56.5)	38(52.1)	74(55.2)	
非常重要	1(16.7)	8(25.0)	6(26.1)	15(20.5)	30(22.4)	

表 4-11 論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分(續 2)

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部 (%)	H(*p*)
疾病分類正確性						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.7)	2(1.5)	1.403
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.7)	2(1.5)	(*p*=0.705)
普通	1(16.7)	5(15.6)	6(26.1)	14(19.2)	26(19.4)	
重要	4(66.7)	18(56.3)	13(56.5)	39(53.4)	74(55.2)	
非常重要	1(16.7)	9(28.1)	4(17.4)	16(21.9)	30(22.4)	
疾病編碼取巧行為						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	1(0.7)	0.892
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	(*p*=0.827)
普通	2(33.3)	7(21.9)	5(21.7)	16(21.9)	30(22.4)	
重要	3(50.0)	16(50.0)	14(60.9)	42(57.5)	75(56.0)	
非常重要	1(16.7)	9(28.1)	4(17.4)	14(19.2)	28(20.9)	
非預期死亡						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.026
不重要	0(0.0)	1(3.1)	3(13.0)	1(1.4)	5(3.7)	(*p*=0.567)
普通	0(0.0)	7(21.9)	2(8.7)	20(27.4)	29(21.6)	
重要	4(66.7)	16(50.0)	12(52.2)	37(50.7)	69(51.5)	
非常重要	2(33.3)	8(25.0)	6(26.1)	15(20.5)	31(23.1)	
適當出院計畫						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.717
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.7)	2(1.5)	(*p*=0.633)
普通	1(16.7)	4(12.5)	4(17.4)	15(20.5)	24(17.9)	
重要	5(83.3)	23(71.9)	16(69.6)	47(64.4)	91(67.9)	
非常重要	0(0.0)	5(15.6)	3(13.0)	9(12.3)	17(12.7)	

表 4-11 論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分(續 3)

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部(%)	H(*p*)
出院健康狀態						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	6.037
不重要	0(0.0)	1(3.1)	1(4.3)	1(1.4)	3(2.2)	(*p*=0.110)
普通	4(66.7)	7(21.9)	4(17.4)	12(16.4)	27(20.1)	
重要	2(33.3)	17(53.1)	15(65.2)	48(65.8)	82(61.2)	
非常重要	0(0.0)	7(21.9)	3(13.0)	12(16.4)	22(16.4)	
院內意外傷害						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	1(0.7)	3.289
不重要	0(0.0)	1(3.1)	2(8.7)	1(1.4)	4(3.0)	(*p*=0.349)
普通	0(0.0)	4(12.5)	4(17.4)	16(21.9)	24(17.9)	
重要	5(83.3)	19(59.4)	12(52.2)	46(63.0)	82(61.2)	
非常重要	1(16.7)	8(25.0)	5(21.7)	9(12.3)	23(17.2)	
病患滿意度						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.001
不重要	0(0.0)	1(3.1)	0(0.0)	2(2.7)	3(2.2)	(*p*=0.801)
普通	3(50.0)	8(25.0)	5(21.7)	14(19.2)	30(22.4)	
重要	2(33.3)	16(50.0)	15(65.2)	45(61.6)	78(58.2)	
非常重要	1(16.7)	7(21.9)	3(13.0)	12(16.4)	23(17.2)	
基本診療項目						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.708
不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(5.5)	4(3.0)	(*p*=0.635)
普通	2(33.3)	8(25.0)	9(39.1)	18(24.7)	37(27.6)	
重要	2(33.3)	16(50.0)	6(26.1)	41(56.2)	65(48.5)	
非常重要	2(33.3)	8(25.0)	8(34.8)	10(13.7)	28(20.9)	

表 4-11　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分(續 4)

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部 (%)	H(p)
護理人員病床比						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3.077
不重要	0(0.0)	1(3.1)	0(0.0)	4(5.5)	5(3.7)	(p=0.380)
普通	4(66.7)	8(25.0)	3(13.0)	14(19.2)	29(21.6)	
重要	1(16.7)	15(46.9)	18(78.3)	46(63.0)	80(59.7)	
非常重要	1(16.7)	8(25.0)	2(8.7)	9(12.3)	20(14.9)	
設定高額除外案例						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.102
不重要	1(16.7)	3(9.4)	0(0.0)	1(1.4)	5(3.7)	(p=0.992)
普通	1(16.7)	8(25.0)	6(26.1)	22(30.1)	37(27.6)	
重要	2(33.3)	13(40.6)	13(56.5)	36(49.3)	64(47.8)	
非常重要	2(33.3)	8(25.0)	4(17.4)	14(19.2)	28(20.9)	
主治醫師病床比						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.524
不重要	0(0.0)	1(3.1)	0(0.0)	5(6.8)	6(4.5)	(p=0.471)
普通	3(50.0)	6(18.8)	5(21.7)	12(16.4)	26(19.4)	
重要	2(33.3)	17(53.1)	17(73.9)	48(65.8)	84(62.7)	
非常重要	1(16.7)	8(25.0)	1(4.3)	8(11.0)	18(13.4)	
十四天內再入院率						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3.718
不重要	0(0.0)	1(3.1)	0(0.0)	4(5.5)	5(3.7)	(p=0.294)
普通	1(16.7)	4(12.5)	5(21.7)	21(28.8)	31(23.1)	
重要	4(66.7)	22(68.8)	13(56.5)	38(52.1)	77(57.5)	
非常重要	1(16.7)	5(15.6)	5(21.7)	10(13.7)	21(15.7)	

表 4-11　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分(續 5)

項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	全部(%)	H(*p*)
險校正後死亡率						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4.034
不重要	0(0.0)	0(0.0)	2(8.7)	2(2.7)	4(3.0)	(*p*=0.258)
普通	1(16.7)	5(15.6)	7(30.4)	18(24.7)	31(23.1)	
重要	5(83.3)	20(62.5)	10(43.5)	45(61.6)	80(59.7)	
非常重要	0(0.0)	7(21.9)	4(17.4)	8(11.0)	19(14.2)	
院後同儕專業審查						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.752
不重要	0(0.0)	0(0.0)	1(4.3)	3(4.1)	4(3.0)	(*p*=0.861)
普通	1(16.7)	8(25.0)	3(13.0)	18(24.7)	30(22.4)	
重要	4(66.7)	20(62.5)	17(73.9)	43(58.9)	84(62.7)	
非常重要	1(16.7)	4(12.5)	2(8.7)	9(12.3)	16(11.9)	
院死亡率						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.254
不重要	0(0.0)	1(3.1)	2(8.7)	2(2.7)	5(3.7)	(*p*=0.968)
普通	2(33.3)	11(34.4)	6(26.1)	20(27.4)	39(29.1)	
重要	3(50.0)	15(46.9)	10(43.5)	40(54.8)	59(50.7)	
非常重要	1(16.7)	5(15.6)	5(21.7)	11(15.1)	22(16.4)	
預期手術						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	6.494
不重要	0(0.0)	2(6.3)	2(8.7)	4(5.5)	8(6.0)	(*p*=0.090)
普通	0(0.0)	3(9.4)	4(17.4)	22(30.1)	29(21.6)	
重要	4(66.7)	24(75.0)	14(60.9)	40(54.8)	82(61.2)	
非常重要	2(33.3)	3(9.4)	3(13.0)	7(9.6)	15(11.2)	

表 4-11 論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分(續 6)

變項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	總數(%)	H(*p*)
住院天數						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3.483
不重要	0(0.0)	0(0.0)	1(4.3)	1(1.4)	2(1.5)	(*p*=0.323)
普通	4(66.7)	8(25.0)	11(47.8)	21(28.8)	44(32.8)	
重要	1(16.7)	21(65.6)	7(30.4)	44(60.3)	73(54.5)	
非常重要	1(16.7)	3(9.4)	4(17.4)	7(9.6)	15(11.2)	
同一疾病出院三十天內死亡率						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.818
不重要	0(0.0)	0(0.0)	2(8.7)	7(9.6)	9(6.7)	(*p*=0.611)
普通	2(33.3)	10(31.3)	8(34.8)	23(31.5)	43(32.1)	
重要	4(66.7)	17(53.1)	10(43.5)	35(47.9)	66(49.3)	
非常重要	0(0.0)	5(15.6)	3(13.0)	8(11.0)	16(11.9)	
住院前同儕專業審查						
非常不重要	0(0.0)	1(3.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.7)	0.464
不重要	0(0.0)	2(6.3)	4(17.4)	8(11.0)	14(10.4)	(*p*=0.927)
普通	2(33.3)	9(28.1)	4(17.4)	23(31.5)	38(28.4)	
重要	3(50.0)	17(53.1)	13(56.5)	34(46.6)	67(50.0)	
非常重要	1(16.7)	3(9.4)	2(8.7)	8(11.0)	14(10.4)	
其他醫事人員病床比						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.792
不重要	0(0.0)	2(6.3)	1(4.3)	7(9.6)	10(7.5)	(*p*=0.425)
普通	5(83.3)	11(34.4)	12(52.2)	31(42.5)	59(44.0)	
重要	1(16.7)	17(53.1)	8(34.8)	31(42.5)	57(42.5)	
非常重要	0(0.0)	2(6.3)	2(8.7)	4(5.5)	8(6.0)	

表 4-11　論病例計酬醫療品質審查項目重要性-依評鑑等級分(續 7)

項名稱	醫學中心 (%)	區域醫院 (%)	地區教學醫院 (%)	地區醫院 (%)	總數(%)	H(*p*)
十天內再入院率						
非常不重要	0(0.0)	1(3.1)	0(0.0)	1(1.4)	2(1.5)	0.879
不重要	0(0.0)	2(6.3)	2(8.7)	7(9.6)	11(8.2)	(*p*=0.831)
普通	4(66.7)	15(46.9)	12(52.2)	29(39.7)	60(44.8)	
重要	2(33.3)	12(37.5)	8(34.8)	28(38.4)	50(37.3)	
非常重要	0(0.0)	2(6.3)	1(4.3)	8(11.0)	11(8.2)	
一疾病出院九十天死亡率						
非常不重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1.729
不重要	1(16.7)	4(12.5)	3(13.0)	11(15.1)	19(14.2)	(*p*=0.631)
普通	3(50.0)	11(34.4)	12(52.2)	26(35.6)	52(38.8)	
重要	2(33.3)	13(40.6)	6(26.1)	30(41.1)	(51)38.1	
非常重要	0(0.0)	4(12.5)	2(8.7)	6(8.2)	12(9.0)	
十天內再入院率						
非常不重要	0(0.0)	3(9.4)	1(4.3)	2(2.7)	6(4.5)	1.964
不重要	1(16.7)	7(21.9)	3(13.0)	10(13.7)	21(15.7)	(*p*=0.580)
普通	3(50.0)	13(40.6)	12(52.2)	35(47.9)	63(47.0)	
重要	2(33.3)	6(18.8)	6(26.1)	19(26.0)	33(24.6)	
非常重要	0(0.0)	3(9.4)	1(4.3)	7(9.6)	11(8.2)	
政人員病床比						
非常不重要	0(0.0)	1(3.1)	1(4.3)	1(1.4)	3(2.2)	0.280
不重要	1(16.7)	6(18.8)	5(21.7)	15(20.5)	27(20.1)	(*p*=0.964)
普通	4(66.7)	15(46.9)	11(47.8)	38(52.1)	68(50.7)	
重要	1(16.7)	10(31.3)	6(26.1)	15(20.5)	32(23.9)	
非常重要	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(5.5)	4(3.0)	

附錄一

「論病例計酬支付制度醫療品質審查組織之可行模式」問卷

各位院長或醫療品質管理人員　您好：

健保局預計於民國九十四年起，全面施行住院論病例計酬支付制度，而在論病例計酬之下，醫療品質之審查將更為重要。為了確保醫療品質，多家醫院紛紛加入醫療品質指標的收集，但指標為各醫院自行提供，數據難免受人質疑。

截至目前為止，健保局尚無任何關於醫療品質審查之組織，僅做醫療費用的審查，且國內也無任何專責、長期的審查單位負責醫療品質的審查。有鑑於此，我們想藉由問卷調查的方式，瞭解醫院對論病例計酬支付制度下，所期望之醫療品質審查組織模式，並協助醫院、政策制定者及學界建立一個專責醫療品質審查組織參考的方向。因此我們研擬了這份「論病例計酬支付制度醫療品質審查組織建立之可行模式」的問卷，需要請教您一些與醫療品質有關的問題，懇請您撥冗回答。本問卷內容所獲得的個人資料僅做學術研究之用，且絕對保密，故敬請安心填答。

謹此致上誠摯的感謝，並祝萬事如意！

臺北醫學大學醫務管理學研究所 助理教授 林恆慶
國立台北護理學院醫護管理學系 專任講師 陳楚杰

敬上

第一部分 對論病例計酬支付制度醫療品質的看法　　編號：□□□

1、您認為論病例計酬支付制度實施，對整體論病例計酬項目疾病之醫療品質是？

□大幅提昇 □小幅提昇 □不影響 □小幅下降 □大幅下降

2、您認為目前中央健康保險局論病例計酬支付制度的整體品質監測系統如何？

□非常好 □好 □普通 □不好 □非常不好

3、論病例計酬支付制度實施後，您是否同意會對貴院的醫療品質造成以下的影響

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
1. 會提高併發症或合併症產生	□	□	□	□	□
2. 會提高住院死亡率	□	□	□	□	□
3. 會提高院內感染率	□	□	□	□	□
4. 會提高醫療糾紛發生比率	□	□	□	□	□
5. 會造成推趕病人（patient dumping）或拒收病人	□	□	□	□	□
6. 會造成疾病編碼取巧行為（coding creep）	□	□	□	□	□
7. 病人滿意度會提昇	□	□	□	□	□

第二部分 醫療品質審查組織模式

1、您認為若成立長期且專責的醫療品質審查組織，審查組織應由何單位負責管理？

□ 1.由衛生署直接負責管理
□ 2.由健保局負責管理
□ 3.由醫策會負責管理
□ 4.由各個專科醫師公會負責管理
□ 5.由各個醫學會負責管理
□ 6.獨立組織，僅與政府簽約
□ 7.其他

2、您認為若成立長期且專責的醫療品質審查組織，每一個審查組織所涵蓋的地區，應依何種方式劃分？

□ 1.依台灣的行政區域劃分法區分：
共分為北、中、南、東區，共 4 個醫療品質審查組織
□ 2.依台灣的縣市地區劃分：
共分為 24 個醫療品質審查組織（含 21 縣市、台北市、高雄市及連江縣）
□ 3.依健保局各分局所屬之地區劃分：
共分為 6 個醫療品質審查組織

3、您認為若成立長期且專責的醫療品質審查組織，應有幾級審查層級來決定是否合於品質？

□ 1.一審制（僅做一次審查）
□ 2.二審制（初審、複審）
□ 3.三審制（初審、複審、再審）

4、您認為若成立長期且專責的醫療品質審查組織，審查組織中的專業審查成員應包含哪些人？（可複選）

□ 1.護理人員　□ 2.醫師
□ 3.藥師　□ 4.疾病分類員
□ 5.行政人員（如：醫務管理師）　□ 6.其他

5、您認為若成立長期且專責的醫療品質審查組織，應以何種審查方式較適合？

□ 1.回溯性：出院後的病例審查
□ 2.前瞻性：如：論病例計酬審查方式
□ 3.同步審查：如：CT、MRI 審查方式

6、您認為若成立長期且專責的醫療品質審查組織，則下列審查項目之重要性?

	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要
1.主治醫師病床比	□	□	□	□	□
2.護理人員病床比	□	□	□	□	□
3.其他醫事人員病床比	□	□	□	□	□
4.行政人員病床比	□	□	□	□	□
5.非預期手術	□	□	□	□	□
6.院內感染率	□	□	□	□	□
7.不適當的住院天數	□	□	□	□	□
8.抗生素使用不當	□	□	□	□	□
9.適當出院計畫	□	□	□	□	□
10.出院病情穩定	□	□	□	□	□
11.院內意外傷害	□	□	□	□	□
12.病患滿意度	□	□	□	□	□
13.非預期死亡	□	□	□	□	□
14.醫療糾紛	□	□	□	□	□
15.併發症或合併症之產生	□	□	□	□	□
16.疾病分類正確性	□	□	□	□	□
17.住院前同儕專業審查	□	□	□	□	□
18.出院後同儕專業審查	□	□	□	□	□
19.住院天數	□	□	□	□	□
20.基本診療項目	□	□	□	□	□
21.設定高額除外案例	□	□	□	□	□
22.十四天內再入院率	□	□	□	□	□
23.三十天內再入院率	□	□	□	□	□
24.九十天內再入院率	□	□	□	□	□
25.出院健康狀態	□	□	□	□	□
26.病歷記載完整性	□	□	□	□	□
27.住院死亡率	□	□	□	□	□
28.風險校正後死亡率	□	□	□	□	□
29.同一疾病出院三十天內死亡率	□	□	□	□	□
30.同一疾病出院九十天內死亡率	□	□	□	□	□
31.推趕病人(patient dumping)	□	□	□	□	□
32.疾病編碼取巧行為(coding creep)	□	□	□	□	□

第三部分 基本資料

1、貴院權屬別：

☐ 1.公立 ☐ 2.私立 ☐ 3.財團法人 ☐ 4.其他

2、貴院評鑑等級：

☐ 1. 醫學中心 ☐ 2.區域醫院

☐ 3.地區教學醫院 ☐ 4.地區醫院

3、填表人資料：

(1)所屬部門：_____ 職稱：_____

(2)服務年資：

☐ 1. 5 年以內 ☐ 2. 6-10 年 ☐ 3. 11-15 年

☐ 4. 16-20 年 ☐ 5. 21 年以上

(3)學歷：

☐ 1.研究所以上 ☐ 2.大學畢業

☐ 3.專科畢業 ☐ 4.高中畢業

(4)性別：

☐ 1.女 ☐ 2.男

(5)年齡：

☐ 1. 20-29 歲 ☐ 2. 30-39 歲 ☐ 3. 40-49 歲

☐ 4. 50-59 歲 ☐ 5. 60 歲以上

問卷到此結束，再次感謝您的填答

附錄二　醫療品質審查指標之操作形定義

變項名稱	變項之操作形定義
病歷記載完整性	病歷內容記載書寫的完整性。
院內感染率	住院後才得到感染的人次除以論病例計酬病例總住院人日數。
抗生素使用不當	非侵入性診療前或診療後為預防細菌性感染而使用抗生素。
併發症或合併症之產生	住院當中所發生的併發症或合併症。
醫療糾紛發生比率	病人在醫療過程中所遭受傷害所產生的責任歸屬次數除以總住院人次。
不適當的住院天數	大於或小於平均住院天數。
出院病情穩定	生命徵象的數值在正常範圍。
推趕病人	指醫院基於經濟因素的考量而將病情較嚴重的論病例計酬病人轉診至其他醫院或雖自己能力可以收治的病人卻藉故予以轉院的人次除以論病例計酬病例總轉院人次。
病分類正確性	疾病分類編碼正確程度。
疾病編碼取巧行為	指醫院藉著技巧且有利益的選碼，不當改變申報論病例計酬病例的主、次診斷組合或疾病編碼，以謀取醫療費用償付的極大化。
非預期的死亡	非預期內之死亡個案，例如：產婦死亡。
適當出院計畫	出院病人的後續照護安排。如：出院準備服務。

變項名稱	變項之操作形定義（續 1）
出院健康狀態	病人出院時，出院狀態必須符合中央健康保險局支付標準的規定。
院內意外傷害	住院期間的意外事件。
病患滿意度	病人對整個診療過程的滿意程度。
基本診療項目	病人住院時必需接受的必要執行診療項目及至少 65% 的診療項目。
護理人員床位比	醫院總床位數與全院專任護理人員比率。
設定高額除外(outlier)案例	論病例計酬病例醫療費用超過極端值時，予以一定比例得核實申報。
主治醫師病床比	醫院總床位數與全院專任醫師比率。
十四天內同一疾病再入院率	同一疾病出院 14 天內再入院人次除以總出院人次。
風險校正後死亡率	住院後經風險校正後因同一疾病造成的死亡人數除以總出院人次。
出院後同儕專業審查	出院後由其他同一科的專科醫師就病人住院當時診療情形的事後專業審查。
住院死亡率	住院後因同一疾病造成的死亡人數除以總出院人次。
非預期手術	非預期需手術的病患。
住院天數	病人平均住院一次的住院天數。
同一疾病出院三十天內死亡率	同一疾病出院 30 天內死亡人數除以總出院人次。

變項名稱	變項之操作形定義（續 2）
住院前同儕專業審查	住院前由其他同一科的專科醫師就住院適當性的專業審查。
其他醫事人員床位比	醫院總床位數與全院專任醫療事務人員比率。
三十天內同一疾病再入院率	同一疾病出院 30 天內再入院人次除以總出院人次。
同一疾病出院九十天內死亡率	同一疾病出院 90 天內死亡人數除以總出院人次。
九十天內同一疾病再入院率	同一疾病出院 90 天內再入院人次除以總出院人次。
行政人員床位比	醫院總床位數與全院專任行政人員比率。

中央健康保險局九十一年度委託研究計畫成果報告期中審查意見修正對照表

計畫名稱及編號：建立DRGs實施下的品質審查模式及品質審查指標 DOH91-NH-1029	
審查意見	修正情形
甲審查委員： 一、主持人在文獻探討，尤其在醫療審查組織部分非常用心。唯必須注意國內目前的發展已不是停留在建立品質審查模式重要性之探討，需加強在如何建立可行有效的審查模式及指標，並將指標落實到可測量程度，並驗證指標的可用性，期望本計劃後半年重點著重在此部份。有關醫院內部品質管理或管控，及外部管控(如PROs)之配合。亦可加強Clinical guidelines, SOPs, Clinical path等。	非常感謝審查委員之建議，本研究將會加強在如何建立可行有效的審查模式及指標上，並將加入如何測量指標的操作型定義。
乙審查委員： 二、本研究之期中報告，基本上以文獻探討為主，旨在瞭解DRGs制度下之醫療品質審查機制和相關品質指標之建構。所收集之文獻，大致上與研究目的符合，研究結果（在文獻探討部分）則稍有偏重在DRBs制度發展和醫療審查組織及模式。或更切顯及對全民健保決策有用。　本研究後半段之研究，建議可著重在下列幾淺見：　全民健保實施已有八年，雖未正式採用DRGs制度，但已有相當程度的case payment支付，	

中央健康保險局九十一年度委託研究計畫成果報告期中審查意見修正對照表

計畫名稱及編號：建立DRGs實施下的品質審查模式及品質審查指標　　DOH91-NH-1029

審查意見	修正情形
在國內並有不錯的clinical paths及case managements及discharge planning之實施，本研究宜在現況及既有制度基礎上提出，若全民健保住院採DRGs制度，則品質指標、品質監控及品質審查之實際可行措施為主。	非常感謝審查委員之建議，本研究將會在現況及既有制度基礎上建議如何建立可行有效的審查模式及指標上。本研究也將參考medical errors、malpractice、medical quality management之相關文獻及政策。
醫療品質近二、三年來，有較多的medical errors、malpractice、medical quality management之相關文獻及政策，甚至有更多的patient rights法案討論，皆與DRGs及品質指標或監控有關，本研究可以上述方向當key words，充實更新報告內容及研究重點。	非常感謝內部審查委員之建議，本研究將努力尋求各國醫療審查組織及模式之文獻，但實施DRGs之國家鮮少有審查組織之英文文獻發表，所以要確切介紹各國醫療審查組織及模式恐有其困難所在。本研究將會加入如何測量指標的操作型定義。
三、內部審查委員審查意見： 本研究期中報告內容著重於各國醫療審查組織及模式之文獻探討，請計畫主持人於下階段研究方向上， 將重點著力於DRGs支付制度下有效之品質指標之建立（含指標定義、範圍、計算公式及代表意涵）及提出如何落實應用於品質審查業務之實際可行措施。	

中央健康保險局九十一年度委託研究計畫成果報告期末審查意見修正對照表

計畫名稱及編號：建立DRGs實施下的品質審查模式及品質審查指標　　DOH91-NH-1029	
審查意見	修正情形
吳肖琪老師(如期末報告評審表)。	一、已將審查委員所提之限制列於P.66研究限制二中。 二、已依審查委員之建議將表4-10及表4-11中審查指標之稅續修改使其與表4-9之順序一致 三、已依審查委員之建議將32項醫療品質審查指標之定義補列於P.119之附件二當中。

中央健康保險局 [illegible]一年度委託研究計畫
期末[illegible]告評審表

計畫名稱：建立 DRGS 實施下[illegible]質審查模式及品質審查指標	
計畫編號：DOH91-NH-1029	
計畫主持人：林助理教授恆慶	
計畫期間：九十一年八月十[illegible]至九十二年十月三十日	
審查意見：	

一、文獻部份之探討與[illegible]，有助於國內對DRGs之品質審查之瞭解。

二、P66. 問卷填答者可[illegible]代表医院的院長，確定 P(84)
會影响研究結果之[illegible]（除了回收率的问题外）

三、結果分析有的依序报[illegible]，有的依公、私、財團区分
有何特殊用意？表4-9[illegible]表4-10項目順序皆一致

四、針对審查項目(P117)([illegible]查指标)，應詳列意义，執行方式
及說明。

五、加依各國文獻審查[illegible]國內之應用與相連。

六、結果及結論不宜全致[illegible]問卷結果。

註：篇幅不足，請另紙繕印

審查人簽名：[illegible]　　日期：92.11.8

中央健康保險局九十一年度委託研究計畫成果報告期末審查意見修正對照表

計畫名稱及編號：建立DRGs實施下的品質審查模式及品質審查指標　DOH91-NH-1029	
審查意見	修正情形
藍忠孚老師(如期末報告評審表)	非常感謝審查委員之寶貴建議，已將審查委員之建議加於P.71對健保局的建議及P.72對醫院經營管理者的建議中，並於P.119, 120, 121中加入指標的操作型定義。。

中央健康保險局九十一年度委託研究計畫
期末報告評審表

計畫名稱：建立DRGS實施下的品質審查模式及品質審查指標
計畫編號：DOH91-NH-1029
計畫主持人：林助理教授恆慶
計畫期間：九十一年八月十六日至九十二年十月三十日
審查意見： 一、本研究旨在建立全民健保實施住院DRGs時，宜有的品質審查模式及指標。報告對於美國實施DRGs後，相關的醫療品質審查，在組織及作業模式上有相當不錯的review；對有關DRGs制度下，醫療品質相關之實証研究，并有相當詳細的探討。 二、由於我國全民健保於美國Medicare和Medicaid，及Blue Cross等制度和醫療環境仍有相當不同，本研究對於我國若全面實施DRGs，或可多考慮下列事項： 1. 現有醫療審查組織建構及作業方式，如何修正或加強配合DRGs支付制度。 2. 有關醫院內部品質管理或管控，及外部管控(如PROs)之配合。并可加強clinical guidelines, SOPs, clinical path等。 3. Prospective & Concurrent review，宜先試行辦理，特別是可能higher costs和較長LOS的cases，并可加case management配套。 4. 經Risk adjustment後之死亡，併發症，再住院等表現分析，并宜開始。譬如hospital profile和specialty profile之分析。 5. 醫療品質指標，可更具体。另weighting和outlier之學習，并值得更詳細探討，如初期宜較具彈性或寬鬆。

註：篇幅不足，請另紙繕印

審查人簽名：蘇史多　　日期：92.11.12.

「建立 DRGs 實施下的品質審查模式及品質審查指標」期末審查會議紀錄

三、曾主任千芳：

針對本研究計畫主題之操作變項，建議加入與 DRGs 支付制度有關變項，以深入了解與醫療品質審查指標、審查模式相互關係，作為研擬配合 DRGs 制度實施品質審查方案之參考。

有關各國醫療審查組織及模式之歷史發展狀況，文獻相當詳細，尤其對品質審查之重點、方式、內容有詳細的說明。但對各國之 DRGs 支付制度有關品質審查機制實際運作、成效比較結果略顯不足，建議加強收集相關資料研討，以利實務運作之參考。

就針對研究目的之(二)內容，請研擬設計能配合 DRGs 支付制度與臨床醫療業務有關聯且具重要性之客觀、量化的醫療品質審查指標（如以結構面、過程面、結果面指標分類並加以定義、適用範圍、計算公式、評量標準），使品質審查作業能具體可行。

就針對研究目的之(三)內容，請提出如何運用可行方法，研擬適合台灣實施 DRGs 制度之品質審查模式(組織規範、運作流程、職責單位、設置辦法、工作內容)，以落實應用於業務之實際可行措施。

中央健康保險局九十一年度委託研究計畫成果報告期末審查意見修正對照表

計畫名稱及編號：建立DRGs實施下的品質審查模式及品質審查指標　DOH91-NH-1029	
審查意見	修正情形
曾主任千芳(如期末報告評審表)	非常感謝審查委員之寶貴建議，已將指標的操作型定義加入於P.119, 120, 121中。有關各國之DRGs支付制度有關品質審查機制實際運作、成效比較結果方面，經medline及pubmed搜尋，發現除了美國有相關的文獻之外，其他國家有關的文獻則付之闕如，尤其在品質審查機制方面，或其可能以本國語言發表於國內期刊，所以以英文搜尋無法發現。已將適合台灣實施DRGs制度之品質審查模式建議於p70及71中。