

111 年公務人員高等考試試題

類 科：衛生行政

科 目：醫療制度與品質管理

一、有關我國之醫院評鑑，試說明我國醫院評鑑制度之變革，包括：

- (一)辦理評鑑機構(單位)之變革。(4 分)
- (二)評鑑委員專業類別組成之演變。(5 分)
- (三)醫院評鑑評定合格醫院名稱之演變。(6 分)
- (四)請敘述醫學中心任務指標基準之五大任務。(10 分)

1. 《考題難易》：★★★。

2. 《解題關鍵》：(一)~(三)評鑑制度機構、委員組成、合格名稱變革細節。(四)醫學中心任務，講義中都有提到。

【擬答】

(一)辦理評鑑機構(單位)之變革。

臺灣醫療品質的確保始於 1978 年，可分為三個時期：

1. 1978-1987 教學醫院評鑑時期

由教育部和衛生福利部(時稱行政院衛生署)共同主辦教學醫院評鑑，目的為提升醫療服務品質，奠定分級醫療之基礎並提供醫學院校學生及住院醫師良好之臨床訓練場所。

2. 1988-1998 醫院評鑑時期。

1986 年由衛生福利部依據「醫療法」之規定，於 1988 年度首度辦理臺灣地區醫院評鑑。

3. 1999 迄今，委託民間機構辦理時期。

1999 年正式將醫院評鑑工作委由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下簡稱醫策會)執行與策劃，其目的為透過外部專家針對其醫療服務品質進行客觀且深入的評估，做為醫療照護品質之依據與分級醫療之基礎，藉以平衡醫療資源發展，建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正優質的醫療服務體制，並提供民眾就醫參考。

(二)評鑑委員專業類別組成之演變。

一開始為醫學中心有關專家、行政院衛生署相關業務主管。現在根據衛生福利部訂定之「醫院評鑑及教學醫院評鑑委員遴聘要點」，醫院評鑑委員，分為管理、醫療、護理三大領域；教學醫院評鑑委員，分為醫學教育、醫事教育兩大領域。

(三)醫院評鑑評定合格醫院名稱之演變。

1. 1978-1987 教學醫院評鑑時期，分為一級(含準一級)教學醫院、二級(含準二級)教學醫院、三級(含準三級)教學醫院。

2. 1988-1998 醫院評鑑時期，依醫療網規劃，分為醫學中心(含準醫學中心)，亦為教學醫院；區域醫院(含準區域醫院)，亦為教學醫院；地區醫院，分為一般地區醫院及地區教學醫院。

3. 1999 迄今，委託民間機構辦理時期。起初依照醫院評鑑時期分類，2006 年新制後，分成新制評鑑特優/優等/合格；教學醫院另有新制評鑑基準。

(四)請敘述醫學中心任務指標基準之五大任務。

任務一：提供重、難症醫療服務，並具持續性品質改善成效

任務二：肩負社會公益責任，提升區域醫療水準

任務三：落實全人照護之醫學教育

公職王歷屆試題 (111 高考三級)

任務四：創新研發提升醫療品質，帶動醫療健康科技發展

任務五：積極配合國家衛生醫療政策，參與國際衛生活動

二、我國及加拿大之醫療體系均具有全民健康保險，英國則是稱為 National Health Service (NHS)，美國在醫療保險方面則主要為私人商業醫療保險及兩個公辦保險（聯邦之 Medicare 與州政府之 Medicaid）。請問：

(一)請依下列各點比較，敘述我國全民健康保險、英國 NHS 與美國之私人商業醫療保險：(15 分)

- 1.保險人性質（含數量）
- 2.保險財源
- 3.民眾可近性
- 4.優缺點

(二)加拿大與我國均採行總額預算制度（global budget）以抑制醫療費用，為何加國民眾部分手術等待時間長，我國卻無此一問題？（4 分）

(三)請說明社會醫療保險與商業醫療保險之異同。（6 分）

- 1.《考題難易》：★★★★。
- 2.《解題關鍵》：(一)台灣英國美國醫療制度比較(二)加拿大部分手術等候時間與台灣比較、(三)社會/商業醫療保險比較。

【擬答】

(一)台灣全民健康保險、英國 NHS 與美國之私人商業醫療保險各點比較如下表：

	台灣全民健康保險	英國 NHS	美國之私人商業醫療保險
保險人性質 (含數量)	單一保險人	單一保險人	私人商業公司(多元)
保險財源	社會保險保費。採薪資稅設計，由被保人、雇主與政府依職業類別不同比例負擔。	一般稅	商業保險保費。有工作者，國家強制規定要透過雇主加保（學生透過學校）
民眾可近性	可自由選擇就醫，且可負擔。	公醫制度，需透過全科醫師(GP)轉診，才能獲得醫院服務。	對無保險者形成就醫不公平。
優點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保險分擔風險之效率最高（大數法則） 2. 保險對象就醫可近性獲充分之保障，弱勢團體逆選擇問題不存在 3. 可充分發揮獨買（Monopsony）之力量協商有利之支付標準 4. 保險及醫療所之行政成本通常較低（來自行銷以及單一制度之節省） 5. 保險費率及享受的醫療 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不論個人支付能力多少，都可得到國家服務體系提供的免費醫療服務。 2. GP 能夠與個人及家庭建立起密切的關係。 3. 轉診制度可合理使用醫院門診、避免不必要之浪費。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自由市場競爭 2. 選擇性多

	<p>水準不因保險對象身分別而異</p> <p>6. 對醫療院所之管理及稽核更容易</p> <p>7. 較易配合區域醫療體系作整體醫療資源規劃</p>		
缺點	<p>1. 保險內容包含過細，例如感冒等小病</p> <p>2. 患者分攤費用比例過低</p> <p>3. 缺乏彈性（給付範圍、醫療水準、財務負擔）</p> <p>4. 較難滿足不同人口群之特殊需求（如：高收入者）</p> <p>5. 公營機構常缺乏提昇效率之動力</p> <p>6. 若採集權決策較難抵擋政府機關、保險對象及醫療供給者之壓力</p>	<p>1. 醫療服務效率較為低下。</p> <p>2. 私人醫療衝擊國家醫療。</p> <p>3. 醫院設備相對老舊。</p> <p>4. 醫院轉診等待（queuing）時間過長，某些「非緊急」的處置，等待可長達 18 週（甚至更久）。</p>	<p>1. 醫療費用高，保險覆蓋面不全</p> <p>2. 醫療公平性等問題嚴重</p> <p>3. 醫療服務品質下降</p>

(二)加拿大與我國均採行總額預算制度（global budget）以抑制醫療費用，而加國民眾部分手術等待時間長，台灣卻無此一問題之原因可能是台灣醫療的高度可近性，醫院密集度高，交通時間短，且就醫自由，通常可以很快找到專科醫師看診，接受手術。

(三)社會醫療保險與商業醫療保險之異同製表如下：

項目	商業醫療保險	社會醫療保險
目的性	追求利潤	社會安全
公平性	講求個人的公平，危險性高者，保險費高；理賠水準高者，保險費也高。	講求的是社會的公平，同樣所得者，負擔相同的保險費（水平的公平）；富有者相較於貧者，負擔較高的保險費（垂直的公平）。而在患病就醫時，享受相同的醫療照護。
保險人對被保險人之選擇性	由於是商業行為，將本求利，因此對高危險性者，加以拒保或收取極高的保險費	目的為增進社會安全，且採行社區費率，故只要合乎保險身份資格者，只要身份合乎規定，一律納保。
被保險人投保之自由性	可以自由選擇購買哪一家或哪一種保險	必須強制投保，必須依賴法律的強制性，因此社會保險應於立法後方得實施。
保費計收的基礎	個人危險性及理賠水準（經驗費率）	依流行病學方法推算各類疾病罹病率，依群體風險估算大約須多少醫療費用，再由被保險人共同負擔（community rate）
政府的責任	訂定規章與監督，確保公平的理賠	<p>1. 因強制投保及政府籌措財源之因，高度介入或直接辦理</p> <p>2. 對公務人員及無一定雇主者，擔任雇主角</p>

三、我國衛生福利部中央健康保險署自民國 99 年開始導入以診斷關聯群 (Tw-DRGs) 作為住院給付制度之一，請問：

- (一)何謂診斷關聯群 (Diagnosis-Related Groups, DRGs)？以 DRGs 作為給付標準有何優點？又有那些可能的缺點？(10 分)
- (二)美國之老人健康保險 (Medicare) 自 1984 年起採用 DRGs 作為住院醫療費用給付標準，請問其政策背景與政策目的為何？(5 分)
- (三)請舉出我國全民健康保險除了 DRGs 外之兩種支付制度 (政策)，請加以解釋並說明其優缺點。(10 分)

1. 《考題難易》：★★★。
2. 《解題關鍵》：支付制度。(一) DRGs (三)其他支付制度之內容與優缺點講義有。(二)難。制度產生的背景較細。

【擬答】

(一)

- 1. 診斷關聯群 (Diagnosis-Related Groups, DRGs) 為利用疾病診斷、手術處置、併發症/合併症之有無、年齡、性別、出院狀況等作為分類變項，將臨床處置類似且資源耗用相近之病例歸類分組。具周延性與互斥性，設定一個相對權值 RW(定額)，由醫院自行負責盈虧。
- 2. 以 DRGs 作為給付標準之優缺點，如後說明：
 - (1)優點：不會多住院。減少不必要的用藥和檢查。門診手術就能完成的問題，門診就完成。減少院內感染的風險。
 - (2)缺點：輕症重報，醫院藉此獲得較多健保給付。重症人球，醫院傾向拒收複雜病患。帶病出院，病還沒有治好，就被轉(趕)出醫院。配套不足：轉介居家護理、社區護理的照護資源不足。

(二)美國之老人健康保險(Medicare) 採用 DRGs 作為住院醫療費用給付標準

- 1. 政策背景：由於 1980 年代早期，每年用於老人健康保險的費用明顯增加，且現有的給付方式和資金安排較為慷慨，故著重於透過限制與減量來控制費用。
- 2. 政策目的：使醫院和醫師提供較少的服務以及縮減或限制提供服務的次數，以減少支付

費用。

(三)台灣全民健康保險除了 DRGs 外，舉兩種支付制度（政策），其內容與優缺點說明如後：

1. 論人計酬(capitation)：依據被保險人之人數及其醫療需要(如被保險人的年齡、健康狀況、性別或是標準化死亡比等)，事先決定該年度支付給醫療提供者之費用，而不考慮被保險人實際醫療服務之利用，故又稱為預付制度(prepayment)。此制度由於與醫療服務提供量無關，可提供強烈經濟誘因，促使醫療院所提供較有效率之服務類型，如增加提供預防保健服務以減少疾病之發生，降低醫療服務利用和費用，或以低成本服務取代高成本服務。美國健康維護組織即屬之(HMOs)。缺點為醫師可能會選擇較健康的被保險人(selection risk)。嚴格的控制醫療服務利用，因此保險人審核或監控重點在醫療品質及就醫可近性。
2. 論質計酬(pat for performance)：以財務誘因鼓勵醫療院所依當代醫學實證提供服務，藉以改善醫療品質或照護，可與其他制度如論量、論日、論病例、總額預算或論人計酬搭配，鼓勵醫療服務提供者提昇服務品質，如糖尿病醫療給付改善方案。優點可提昇照護品質。缺點為若誘因不良或設計不良，易造成選擇偏差(挑輕病人)。

四、對醫療品質進行評估是醫療品質改善不可或缺的基礎，目前國內外一般在評估醫療品質時均採用醫療品質專家，生前任教於美國 University of Michigan-Ann Arbor 的 Prof. Avedis Donabedian 所提出的醫療品質評估架構。請問：

(一) Donabedian 的醫療品質評估三大構面為何？(3 分)

(二)請敘述上列三大醫療品質評估構面之涵義。(9 分)

(三)請依 Donabedian 之醫療品質評估三大構面，各舉三個品質指標為例。(9 分)

(四)何謂瑞士乳酪論 (Swiss Cheese Model)？其如何應用於病人安全議題上？(4 分)

1. 《考題難易》：★★★。

2. 《解題關鍵》：醫療品質三構面與(四)乳酪理論講義中都有提到。

【擬答】

(一)Donabedian 的醫療品質評估三大構面為「結構—過程—結果」(Structure-Process-Outcome, SPO) 架構

(二)上列三大醫療品質評估構面之涵義分別說明如下：

1. 結構：呈現出是否具備此項設備或人力。包括組織架構、空間結構、人力編制、職務結構、規章制度、財力、物力、設備、規格等。
2. 過程：呈現出作業過程的效率。包括服務的方法、流程(工作手冊、月財務報表、健康檢查、教育訓練)、人員執行作業方式、技術、態度、及時間等。
3. 結果：呈現出醫療照護的結果。包括目標與活動結果的差異程度、利潤、績效、品質、成本、滿意度等。

(三)此三大構面，各舉三個品質指標如後說明：

1. 結構：門診每診次人數超過 30 人的比率、護病比、核磁共振設備數量。
2. 過程：緊急手術等候時間、檢查排程的時間、護理技術標準作業流程文件。
3. 結果：30 天內再入院率、病人滿意度、人員流動率。

(四)

1. 瑞士乳酪理論 (Swiss Cheese Model) 為是形容意外事件能夠被發生，只是湊巧同時穿過每一道防護措施的漏洞，有如層層乳酪中湊巧有一組孔洞的集合，能讓一束光線直接穿過。

2. 應用於病人安全議題上，認為只要當時任何一個環節做對，事件就不會發生。導致嚴重事故發生的從來都不是因為某個單獨的原因，而是多個問題同時出現。因此可在各環節中設下屏障，在事故可能發生的情況下，就算第一屏障未能擋下，也有後續屏障可以阻擋，減少嚴重事件發生的機率。

公
職
王