

全民健保「論人計酬試辦計畫」執行經驗與省思

文、圖 / 周思源 林哲鈺* 張金堅** 林高德***

台中澄清綜合醫院外科
台中澄清醫醫院中港分院老人醫學科* 外科**
台中澄清醫院外科***

前言

這是一個保險領導醫療的時代！台灣醫療環境是單一保險人專買的社會保險制度，有極高的民眾納保率，大多數診所和醫院參與保險服務。保險支付制度與醫療資源利用息息相關，支付制度會影響醫療和週邊產業發展趨勢，影響各層級醫療機構醫務管理模式，影響醫師行為和民眾就醫習慣，進而決定醫療資源的供需（圖1）。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)在西元1999年就開始呼籲醫療提供與國家財政危機的相關性，西元2000年提出醫療服務系統提升績效的必要性，後續更強調整合性管理照護(managed care)的需求。所以就有效醫療財政運作角度，提升有效率的醫院運作和提升有效益的醫療服務管理是不可或缺的。

中央健康保險署（健保署）為解決資源耗用的問題，推動擴大支付單位、執行分項總額和指標監測管控，並同時進行論質計酬(pay for performance)獎勵等措施，而二代健保政策提倡支付單位擴大和試辦論人計酬支付。鄭守夏教授曾提及論人計酬支付制度的核心概念是醫療團隊要把重點放到如何保持或促進民眾的健康，民眾醫療利用越少，則醫療團隊所剩餘的收入越多，健康保險設計的最高理想是為民眾買健康而不是買醫療⁽¹⁾。論人計酬是前瞻性醫療保險支付制度(prospective payment system)，楊志良教授等則指出「論人計酬」是屬於包醫制⁽²⁾，係建構在整合性醫療體系(integrated delivery system, IDS)中⁽³⁾，強調以社區民眾為中心，從健康促進(Health Promotion)，到預防保健(prevention care)和疾病管理(disease management)的全程健康照護模式，是解決目前國內全民健康保險財務責任和分級醫療的可行模式。

管理式照護組織的作業責任是要改變醫療提供者和被保險人的行為，控制單位醫療照護成本，安排整合性跨院際醫療照護，承受被保險人的直接財務風險，當就醫選擇性越多，則成本控制能力越差。醫療保險支付制度由論量計酬、論病例計酬到論人計酬，保險人介入程度漸漸減少，醫療提供者的管理需求和費用控制效果應更顯著⁽⁴⁾。研究顯示論人計酬制度確實減少了部分醫療服務的提供，特別是住院率及住院天數的減少。此外，給藥成本及數量和轉診次數也有明顯的下降^(5,6)。

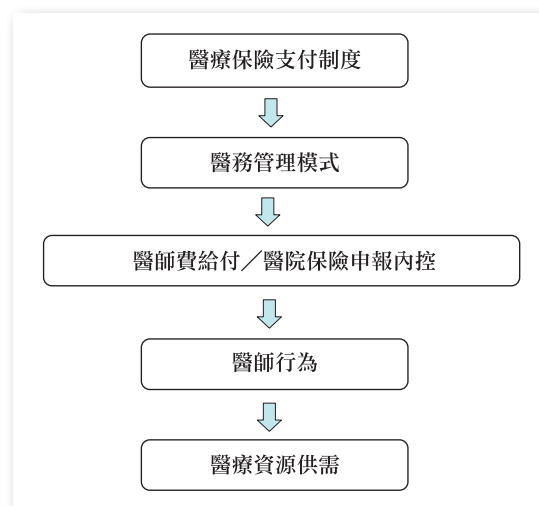


圖1 支付制度與醫療資源利用。

表1 論人計酬試辦計畫照護團隊與照護人數

試辦模式	試辦團隊	照護對象	照護人數
區域整合	彰濱秀傳醫院	彰化縣線西鄉戶籍人口	14,799
	臺大金山分院	新北市金山區合理現住人口	15,614
	澄清綜合醫院	台中市東區戶籍人口	61,923
社區醫療群	樂樹醫療群	團隊忠誠病人	5,976
醫院忠誠病人	天主教耕莘醫院	醫院忠誠病人	20,094
	彰化基督教醫院	醫院忠誠病人	30,014
	屏東基督教醫院	醫院忠誠病人	8,664
	署立金門醫院	金門縣合理現住人口	49,951

備註：健保署於100年7月依計畫規範及團隊照護模式，排除「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」及「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」之照護對象。

論人計酬的試辦背景與照護團隊

健保署於99年總額制度下提出「論人計酬試辦計畫」，促進體系中基層醫療與醫院的整合，減少醫療浪費，藉著試辦方案進行成果分析與檢討，提出修訂措施。該計畫由健保署遴選學者專家組成評選小組，由25個團隊中選出7個試辦團隊（表1），輔導試辦團隊以健康促進為目標，透過組織變革有效導入新照護模式，全面提供有實證、有計畫且具協調性的三段五

表2 論人計酬試辦計畫指定指標

指標類別	指標項目	占率	閾值
組織指標 (10%)	照護對象於院所團隊(區)內固定就診率	10%	該年度於院所團隊(醫院)內固定就診率與前一年固定就診率同期比較,成長率大於-5%(含)
臨床指標 (40%)	糖尿病人加入照護方案	8%	高於全國平均值
	糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	8%	
	糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	8%	
	糖尿病病患眼底檢查執行率	8%	
	糖尿病病患尿液微量白蛋白檢查執行率	8%	
民眾感受 指標 (10%)	社區照護對象滿意度	10%	1.80%(含)以上,即得10% 2.70%-79%,即得5% 3.小於70%,則未達成此項
其他政策 鼓勵指標 (20%)	子宮頸抹片檢查率	10%	不低於全國平均值
	65歲以上老人流感注射率	10%	



圖2 論人計酬試辦計畫試辦模式。

級預防與全人照護計畫。

此試辦計畫期間從101年至103年,各參與計畫院所之試辦期間為3年,預算來源由執行期間之全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應計畫之回饋金,採1年半結算1次,期中結算如有短絀,可選擇3年期滿再辦理期末總結算。

美國 Medicare 以人口因子校正平均每人費用,做為健康維護組織(Health Maintenance Organization, HMO)保險對象的論人計酬費用計算基礎,人口因子包括年齡、性別、福利身份等,主要是因資料取得與行政執行最為簡便,且不易受人為操弄⁽⁷⁾。健保署以本計畫試辦前一年所涵蓋範圍之醫療點數為基準,經

過性別和年齡校正後,並考慮當年全民健康保險醫療給付費用總額協議結果之西醫部門成長率,設定虛擬總額點數,以虛擬總額點數為目標,辦理年度結算,於醫療服務點數外,另加給回饋金。參與之醫療團隊費用申報和審查作業不變,除牙醫、中醫和器官移植外,所有全民健保給付項目均包含在計畫範圍,且民眾就醫權益不變,尊重就醫習慣,不需登記或簽署同意文件,不限制就醫地點。

論人計酬的試辦模式與成效評估

論人計酬試辦模式分為3類:區域整合模式、社區醫療群模式、醫院忠誠病人模式(圖2)。區域整合模式以選定行政區域之醫院和診所組成院所團隊,提供所有戶籍人口民眾整合照護;社區醫療群模式強調邀請「家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群參與,擴展至合作醫院為團隊,並擴大範圍到住院服務,提供整合服務;忠誠病人型以參與醫院「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」所收之忠誠病人為對象,並擴大包含住院服務。區域整合模式和醫院忠誠病人模式強調由上而下整合,社區醫療群模式則由下往上整合。

計畫中設定指標作為主要執行方向和執行結果評估,並作為試辦院所團隊財務費用結算之依據。指標含兩部分,1.指定指標(表2):有4大類9項佔80%,包含組織指標、臨床指標、民眾感受指標和其

他政策鼓勵；2.自選指標：佔20%，由試辦團隊自選一個組織指標和一個臨床指標。

費用的結算依3年執行計畫期間分期中結算與期末結算。以全體服務民眾實際醫療費用支付點數和試辦區域虛擬總額之醫療點數比較，若有盈餘稱為團隊回饋金，沒有盈餘則由團隊負擔財務風險費用；回饋金撥付試辦醫院或院所團隊之主責院所，財務風險則由試辦院所團隊自行負擔。其計算方式一若有結餘，將其中60%稱為基本回饋金撥付團隊，其餘40%稱為醫療品質回饋金，依團隊評核指標達成比率撥付；若結算之醫療支出費用超出虛擬總額，則超出點數的50%依表2「未達閾值指標項目」的占率加總，進行核扣。虛擬總額費用龐大，且結算期長達1年半，所以執行初期財務風險可能造成試辦團隊的壓力。

社區健康管理運作

考量社區民眾健康管理新照護模式的開發，健保支付制度發展趨勢的因應和醫院對在地社區的社會責任，論人計酬試辦計畫的執行模式以社區醫療發展為導向，提供病人為中心的持續性醫療服務，依循社區脈動共同成長。

健保署在92年推出「家庭醫師整合照護計畫」，98年推動「醫院以病人為中心的整合照護計畫」，和其後中區業務組推出的「醫院住院全人整合性照護計畫」，提供了醫院與基層診所寶貴的互動經驗。尤其是早期「家庭醫師整合照護計畫」A型一基本型支付方案，規劃基層醫師在醫院兼任門診、轉診住院病患的查房制度和開業醫師與服務醫師間的定期教育交流課程，對目前封閉式醫療體系的病患就醫環境和分級醫療與轉診制度的困境，提供了交流模式。

近年來國民健康署和地方衛生局推動一系列的「社區健康營造」、「健康生活方案」、「社區公衛防疫群」、「社區健康認證計畫」、「健康促進醫院認證」、「醫療職場員工健康促進」和「高齡友善健康照護機構認證」等方案；而健保署推動的「糖尿病醫療給付改善方案」、「氣喘醫療給付改善方案」、「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」和「加強慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」等論質計畫，提供承辦醫院必須具備的管理照護基礎。

論人計酬計畫的執行策略，首先要結合社區在地組織、提升社區民眾健康意識，接著整合衛生所和基

層診所，提供多層次、有效率的連續性照護服務。在醫院則強化管理式醫療，提供全方位照護，達成資源有效利用，提升社區民眾健康的最終目的。社區民眾的健康照護，從健康的生活習慣與正確的日常行為，到重點疾病的預防與篩檢，從急性、亞急性到慢性的疾病照護，進入安寧緩和醫療，是連續性的全人全程整合照護與疾病管理，是從全人進展到全家全社區的管理式照護，文獻甚至將居家環境清潔和交通安全也納入其中，更考量身心靈等種種健康因素。

社區健康管理的運作，本院從下列的幾個面向著手規劃並執行

一、計畫初期從建構論人計酬工作小組做起，面對不同社區人文特性與論人計酬要項的執行規劃，從無到有，每2週一次會議，3年計畫時間共召開64次會議，由院長親自主持，小組成員包含社區醫學科主任、醫務行政部主任、醫事部主任、營養課暨衛生教育組課長、轉診服務課課長、社會服務課課長和社區個管師。

二、分析照護區域人口特性和民眾就醫習慣，並進行醫療院所家數、層級、分佈情形與健保資源利用現況調查，期許整合基層醫療網和架構健康照護平台，進而規劃各項可行策略，檢討執行成效。

三、同時向當地主管機關請益，拜訪在地社團組織、院校，舉辦記者會和當地基層醫療院所座談宣導。

四、從與社區民眾最熟悉的里辦公室、社區關懷協會、社區守望相助隊和環保志工隊4個基層組織做起，建立基礎執行單位「健康管理站」。

在服務區域的17個里設立了21個管理站，里健康管理站視社區民眾特性需要，選定時段或一星期2次和兩星期1次，各項主題進行問題分析、教材收集、衛教師培訓和資訊化檔案建立等作業（圖3）。執行架構分兩個部份：

1. 健康管理：設定自我健康管理手冊、家戶健康管理檔案、健康生活型態、社區特性與家庭生活環境和基層診所資源整合等主題。

2. 疾病管理：設定疾病預防篩檢與早期診斷、慢性病衛教管理、高資源耗用輔導，高風險疾病管理與高齡友善關懷等主題。

每次活動由社區護理師、社區志工和社區醫師進行健康促進、急性疾病緊急處置、慢性病預防與照



圖3 論人計酬試辦計畫辦理概況。

表3 論人計酬試辦計畫各類活動服務概況

項目與統計量/ 年度	里健康管理站			小型健康促進活動		大型健康促進活動		住院訪視
	場次	服務人次	轉介人次	場次	參加人次	場次	參加人次	人次
101年 Q1~Q2	178	7789	286	10	543	1	312	342
101年 Q3~Q4	191	8364	298	8	237	1	629	288
102年 Q1~Q2	173	7221	251	7	779	1	1054	540
102年 Q3~Q4	175	8164	242	18	615	1	1143	373
103年 Q1~Q2	191	7395	244	8	347	2	1721	373
103年 Q3~Q4	217	9061	262	10	356	2	1803	325

護教育、宣導自我健康管理開始，接著進行預防保健常識有獎徵答，血壓、血糖、體脂肪檢測和體適能量測，最後是個別健康諮詢。為配合社區需求，服務對象有清晨6時開始的運動團體，有配合節慶的夜間活動民眾，這些均需要有效的組織動員。

多元的健康促進活動，民眾熱烈參與（表3），社區民眾健康、知識、態度、行為轉變，民眾感受指標達成提升，符合深耕社區與在地資源共享的理念。

五、在社區重要據點設立大型看板，每季於當地廟宇廣場和公園舉辦大型健康促進活動。由健保署中區業務組、區長辦公室和衛生局所協助，辦理健走、騎鐵馬、高齡趣味競賽、體適能檢測等活動，並以有獎徵答方式，鼓勵民眾參與。

六、在醫院內設立24小時健康諮詢專線，並定期

召開基層診所和社區醫師共同推動協調會議。

保險人資訊回饋與費用成效

健保署每季提供照護對象醫療利用檔案，包括個人醫療利用、整體照護醫療利用（含院內、團隊內與團隊外）、門住診十大疾病別醫療利用及團隊內外之科別醫療利用等資料，以使試辦團隊可儘速檢討與分析執行對策之成效，並進行實施方向修正。

照護對象在計畫實施3年的實際醫療費用均控制在虛擬總額內，每半年的統計分析，最高結餘比率為7.31%，最低為1.22%，平均為3.86%（圖4）。

社區醫療資訊的開發與應用

論人計酬試辦計畫有系統的執行需要多元的醫

療資訊傳輸和檔案管理，主辦醫院可以視同一個保險人。醫療資訊在社區醫學的發展扮演重要的角色，各類檢驗/檢查數據呈現、資訊傳遞與結果分析在病患解說的應用，基層醫療院所醫師的查詢，診療計畫的擬定和治療效果的執行追蹤，是專業且必要的；而個人資料保護法也考驗著我們的社區民眾健康檔案管理。

本院設計「自我健康管理手冊」，手冊的封底印有條碼，並架設專屬網站，建立家戶資料檔案。社區民眾輸入個人帳號和密碼可逐一查詢個人歷次生理數值，醫療團隊可根據民眾檢驗/檢查結果的管制圖和趨勢圖進行衛教指導，並引導民眾進行電子書面衛教資料的應用，也發展出社區民眾的「e-learning」、護理師和社區醫學科醫師的「e-education」（圖5）。

社區醫師和護理師在社區進行抽血檢驗，除了有法規限制外，亦受到社區環境的限制，常發生檢體溶血或凝固，檢體和檢驗結果的錯置。本院應用健康手冊的條碼進行身份辨識，採行乾式檢驗法，檢驗結果的數據應用藍牙和路由器迅速傳回健康資訊平台的伺服器，進行登錄與分析。社區醫療團隊將各式檢查儀和試劑，妥善固定於硬式堅固的手提箱（圖6），共有7組手提箱應用於各健康管理站。遠距儀器測量包括體溫、血壓、脈搏、血紅素、血糖、膽固醇和尿酸等；將來若能配備血氧值、呼吸次數量測、再加上尿量的記錄，將具備類加護病房的生理監測。試辦團隊內的基層醫療院所醫師也可以在本院社區醫療資訊平台特定資料庫中，進行線上查詢民眾檢驗與檢查報告，達到資源共享和連續性社區民眾照護。這項系統的開發與應用取得了經濟部中央標準局的專利，給予團隊很大的鼓舞。

為了社區特殊醫療需求和高醫療資源耗用管理，也開發外型輕巧的緊急壓扣，訂定使用辦法定期維護與回收，透過鄰里行政系統調查，無償發放給社區重大手術後、重症加護出院後、老弱獨居民眾，設定操作容易，只要一次按壓不用撥號，可以直接對話，也提供清晰的撥號地點背景聲音和民眾所在位置定位，以利24小時諮詢專線提供緊急救援。

論人計酬試辦計畫的綜論與建議

論人計酬試辦計畫3年執行期間，給予保險人和試辦醫療團隊很多寶貴的經驗。健保署舉辦了多場學

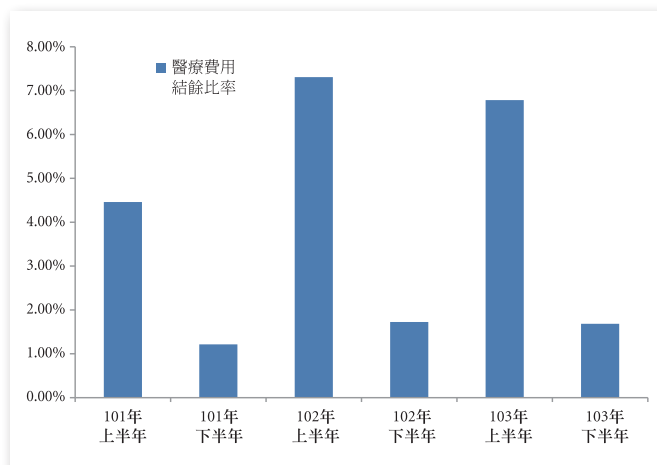


圖4 台中市東區照護對象醫療費用結餘比率。



圖5 社區醫療遠距照護。

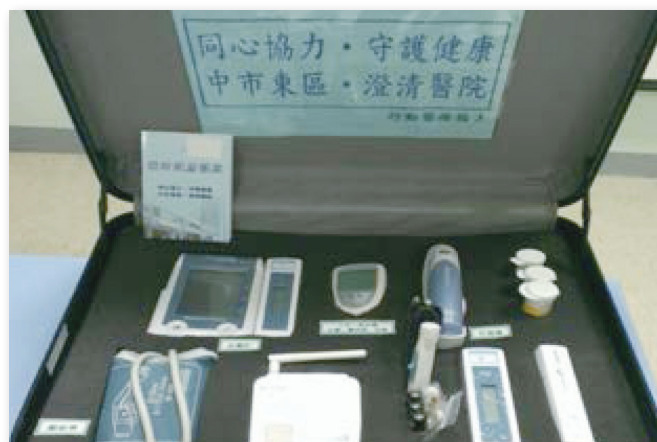


圖6 遠距行動醫療箱。

者、專家社區參訪、現場輔導和試辦團隊討論會議，近期更匯集學者、專家和試辦團隊舉辦了第二期計畫修訂諮詢討論會議，邀請國內各醫事團體和層級醫院代表研議下階段執行方向之諮詢會議。國內的全民健康保險定位為社會保險，醫療保險的財務責任由社區民眾轉變為「保險人—國家、健保署」，在供給引導需求和追求醫療保險資源有效分配與應用下，財會責任也將由健保署轉移至醫療提供者和社區民眾⁽⁸⁾。保險人可藉著論人計酬的辦理，引導各層級醫療機構對民眾的水平和垂直整合照護。以本院3年試辦經驗提供下列意見與建議：

一、論人計酬的定義和目的

論人計酬試辦計畫是在全民健保辦理20年的基礎上進行，有民眾就醫習慣、健保醫療費用管理和醫院醫務操作模式的問題；論人計酬的全人照護應該是健康促進、預防醫學和管理式照護三者齊頭並進⁽⁹⁾，成果不是一蹴可及，不同階段執行權重應該不一樣；初期強調社區和民眾的認知、執行團隊的建構、執行模式的有效性和重要的執行流程，對健康促進可有較多的耕耘。下階段可加強多元模式的有效執行和執行成果與整合照護下資源利用。如果執行初期以財會為導向，而急於操作指標節省費用，會影響執行成效。

二、執行模式

社區醫療群型主導的群組是醫療群的社區民眾，以健康管理為主，無法審核民眾住院，但需承擔民眾住院費用責任，少數高費用個案的財務風險難以評估。忠誠病人型著重在照護品質和費用的控制，是住院和門診的論件計酬總和，以醫院內的照護為主。區域整合型涵蓋醫院和基層院所的照護，比較有全人全程社區醫學導向之基層醫療照護(Community-Oriented Primary Care, COPC)理念，可惜基層診所的參與要求不夠嚴謹，且排除對健康照護最有概念的「家庭醫師整合照護計畫」基層診所醫師的參與乃是美中不足之處。

三、照護團隊

不同層級醫院有經營規模和管理能力特性，主責醫院需要社區照護行政資訊系統的建構、民眾的家庭與健康檔案管理與基層醫療的垂直整合照護組織。論人計酬是一整合性服務醫療團隊，在主責醫院領導下對特定區域民眾進行照護，專業醫療需要有專科和層

級間的互補。

健保署為了對參與團隊的課責和改善分級醫療，要求「照護對象於團隊內的就醫費用佔照護對象整體就醫費用」及「照護團隊門診醫療費用來自照護對象門診費用」至少佔一定比例，強調照護率來提升團隊照護責任。每個區域的醫療機構有它的發展背景，同一區域的機構間有一定的競爭合作關係，何種規模的醫院層級最適合進行社區社團組織交流和社區民眾的整合，或有不同的看法。全民健保總額預算支付制度下，論人計酬試辦計畫的推出，無法解決目前健保醫療所有健保資源分配與耗用的問題，但應該在全國照護人口有適當的涵蓋率，藉此來改變民眾就醫習慣。若對照護試辦團隊過度財務責任的要求，是否會造成論人計酬給付制度只能在特殊區域片段執行，或朝小型多元保險人之方向發展，而影響論人計酬計畫的初衷，值得探討。

四、照護對象

區域整合型以最小單位鄉鎮市區的所有戶籍人口為照護範圍，試辦計畫中，最多照護人數的團隊有6萬餘人，最少的團隊近1萬5千人，在籍地人口或投保地人口醫療資源耗用情形是不難比較分析。為什麼照護對象不採登記制？考量病人就醫權益，在目前的社會環境是難以執行的。不同的行政區域有不同的人口特性和疾病分佈，為方便主管機關與在地團體的溝通協調，和醫療院所層級家數與健保資源分析，並整合醫療網路建構，可以進行單一或相鄰行政區域社區民眾的照護模式規劃。

照護對象人數的考量，目前台灣地區每1位國民每年健保醫療費用支出平均約2萬餘元，1萬人口數區域的費用總額約2億多元，10萬人口區域的費用總額是20餘億元；小規模運作對於提供照護對象服務確實有其極限，而照護人數過少，財務風險自然增加；最適照護對象人數的多寡，最近健保署試辦計畫已由諮詢討論會議提出10萬人以上的草案。

五、指標管理

不論組織指標、臨床指標、結果指標和滿意度管理指標，是為重要執行項目進行持續性監測而設立，關係著試辦團隊執行結果評估和團隊財務風險，是品質績效的計算基礎。不同的執行區域和辦理階段是否要有不同的指標；不同照護團隊同一指標監測，是否

可以單一閾值進行評量；閾值的設定是以全國值百分比或執行區域自我前後值比較；是否有全面性的評估指標引導照護團隊階段執行方向，進行有效成果評估，都是指標運作的重要課題。

六、財會責任

健保支付制度引導醫務管理模式，政治似乎也影響著醫療保險。若保險人有效資源分配，醫療提供者用心個案管理照護，但被保險人的責任在哪裡？執行論人計酬試辦計畫時，深覺如何發展出有效可行的機制，如減免部份負擔或差額負擔，以引導不必要的醫療浪費，是值得面對的。

七、其他建議

以下建議，提供主管機關和學者專家參考。

1. 有保險管理就有風險校正，如照護對象認定的時點、照顧的人數規模、費用極端值固定比率個案的處理。

2. 醫院與基層院所分屬不同總額的費用分擔和合作關係，其費用支出可否以絕對值攤提，需要溝通協調。

3. 社區健康醫療網路的基礎建構，是考量本土社區文化的多元工程，初期需要極大的人力、物力，是否就照護團隊初期實務作業規劃進行專家審查輔導，給予實支實付費用補助，引導正確執行方向。

4. 健保署分區總額管理操作模式不同，照護團隊面對當地健保費用醫院總額自主管理參加家數與費用佔率的變動，和照護區域新增大型醫院急性病床，致供給引導需求的資源耗用，可有校正機制。

5. 論人計酬是醫療機構照護模式和社區民眾就醫模式的調整工程，對全民健保改革有著重要的使命，辦理經費的來源可考慮以專款外加型編列，而不佔用總額減少爭議。

6. 為迎合健保法第44條—家庭責任醫師制度，在下階段的論人計酬，除在基層診所門診就醫人次數佔率規範外，可融合執行中的「家庭醫師整合照護計畫」，引導現行封閉式醫療體系中醫院和基層診所有效率的垂直整合。

結語

全民健康保險實施屆滿20週年，對台灣地區民眾醫療照護的可近性和公平性有卓越貢獻！論人計酬試

辦計畫執行3年來確有很多的學習和成長的機會；在試辦期間承蒙陽明大學郭博昭教授熱心提供社區醫療資訊管理需求的專業技術指導；陽明大學李玉春教授對醫療保險服務傳遞鏈和長期照護管理的指導。

藉著照護團隊內部的自主整合，改變照護模式；藉論人計酬支付方式調整誘因，進行醫療體系和社區照護的整合，正向改變全民健保的生態。在試辦計畫期末報告書的最後一段，我們寫著—「全民健康保險論人計酬試辦計畫的參與，確實有效的節省醫療資源。更可貴的，在執行過程中讓社區民眾體認健康行為與自我健康管理的重要，讓醫療機構同仁走入社區與接觸民眾生活環境。國家健保資源有限，社區民眾與醫療機構潛能無窮。就國內現今的醫務管理模式與民眾的就醫習慣下，論人計酬是一項值得記取試辦團隊經驗，穩定漸次推展的全民健保支付制度。因為我們真的盡心盡力的投入試辦！」

（編者註：本文為該醫院執行之經驗，不代表全聯會立場）

參考資料

1. 鄭守夏：全民健保向論人支付邁進，台灣衛誌，2011;30:1-4。
2. 楊志良、宋菁玲：未來健保政策趨勢與國際經驗分析，醫療品質雜誌，2009;3:46-51。
3. 許銘恭：基層醫師對國內實施論人計酬制度可行性認知調查研究，台灣家醫誌，2003;13:157-170。
4. 李玉春、黃昱瞳、黃光華：全民健保支付制度改革之回顧與展望，台灣醫學，2014;18:53-63。
5. Baldor RA: Managed Care, 2nd ed, Worcester, Blackwell Science 1998.
6. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, et al.: Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. Int J Qual Health Care, 2000;12: 133-142.
7. Lichtenstein R, Thomas JW: Including a measure of health status in medicare's health maintenance organization capitation formula: reliability issues. Med Care 1987;25:100-110.
8. 葉壽山、楊志良：台灣醫療支付制度沿革與未來改革方向，醫護科技學刊，2000; 2: 65-81。
9. Enthoven AC, Vorhaus CB: A vision of quality in health care delivery. Health Aff 1997; 16: 44-57.