

執行期間： 91 年 01 月 01 日至 91 年 12 月 31 日

計畫主持人：陳俞成 副教授

中 華 民 國 92 年 2 月 28 日

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

醫療品質相關問題之探討

On Related Problems of Medical Care Quality

計畫編號：CNHA-91-07

執行期限：91 年 01 月 01 日至 91 年 12 月 31 日

主持人：陳俞成 嘉南藥理科技大學醫務管理學系

Email:ycchen@mail.chna.edu.tw

一、中文摘要

隨著台灣經濟起飛，在競爭激烈、環境巨變的壓力下，唯有不斷學習與創新，才能擁有新生與活力，進而建構足以永續經營之機構。國人對就醫選擇朝著醫療品質更好，更有效率及花費少、就醫障礙少的趨勢發展。品質上的要求亦越來越高，然而醫療費用的支出日益高漲，不論是政府或是民間的醫事團體，對於如何適當使用醫療資源及增進民眾福祉都給予高度的關切。

在社會開放與民主改革的風潮下，民眾教育水準大幅提升，消費意識抬頭，因此我們提供的醫療服務不僅僅只是單純的服務，而是需追加更多更好的品質保證，但醫療品質的特性與一般的服務業或生產業所制定的品質有所差異，因此要如何清清楚楚的定出一套適合醫療服務品質的方案，是值得我們加以討論的課題。

然而，品質的定義實在難以用隻字片語去涵蓋所有層面的內容，它可依界定者觀察層面而定。如在服務面上，品質是顧客的滿意程度；在決策面上，品質是有效的解決問題，達成預期的目標；在管理面上，品質就是持續將對的事做好；就人而言，品質就是顧客對供給者有強烈的信賴感。品質的內涵是隨時在改變的，而且要看什麼時候和品質如何被評估，即今天所謂好的品質，到明天可能就變成與新的規定不合了。所以品質的定義必須考慮其前瞻性、價值與目的，再者，品質的定義是動態的，它會隨著知識，價值與資源的改變而改變。而醫療品質通常是一種由社會界定的價值，其治療措施的期望並由輿論所決定。因此，醫療品質是會依病人、社會、經濟特質的不同而有不同的內涵。

關鍵詞：醫療、品質

Abstract

With the economies taking off in Taiwan, the Taiwanese society is under enormous pressure associated with intense competitions and rapid changing environment. It becomes inevitable that people have to keep updated with new knowledge and be innovative in order to produce a new and better life and thus build medical care system that prospers.

Nowadays, Taiwanese people expect better quality, higher efficiency, less cost and less red tapes when seeking the required medical treatment. However, comes with better medical treatments are the high costs and expenses, both the government and the civil bodies are showing high degrees of concern on this matter.

While people are becoming more open minded and the society more democratic, the general public are better educated and are more understanding of the consumers' rights. The medical service has a quality distinctive from that of the general servicing and production industry. Because of that, we need not only to improve the quality of medical service provided but also that of all the related entities mentioned earlier while trying to improve the medical care system. Therefore, identifying clearly a set of procedures and regulations suitable for defining the medical care quality is a topic worthwhile discussing.

It is difficult to define quality with few words while encompassing all its perspectives. The definition of quality can vary according to viewers from different perspectives. In terms of services, quality means customer satisfaction; in terms of decision-making, quality means effectively solving a problem and achieving the anticipated goal; in terms of management, quality means keeping the right things right; from the patient's perspective, quality means reliability of the health care professional. The definition of quality changes under different circumstances and depends on how it is evaluated, thus, a quality deemed superior today may not comply with the new regulations set in the near future. Therefore, when defining quality, one must consider the prospective, significance and intention of the definition. Furthermore, the definition of quality is dynamic; it changes as public knowledge, significance of the definition and available resources change. The quality of the medical service and expectation of the medical care system are normally defined by the general public. In conclusion, the definition of quality of the medical care system will vary as the patient group, society, economical characteristics vary.

二、緣由與目的

製造業與服務業在市場上失利的根源問題是許多產品的低品質與高成本問題作祟。問題的重點是經理人需要負起責任來，改善整個「系統」中人員及機器造成的品質與生產力。隨著國民的經濟富足，全民醫療服務普及，以及科技之發達，民眾就醫習慣已從診所慢慢躍進至大醫院，也經由各種不同的健保措施開辦，慢慢將台灣的醫療產業調整到最適的狀態，但基於每次開辦新措施一定都會接收到醫界的大反彈，雖知醫界是為了本身的利益著想，不過要避免健保局的盈虧過大，在協商後依舊硬性實施，但其中仍涵蓋了不少的問題，然而，每換一種政策除了避免健保虧損太嚴重，醫療資源過於浪費外，真的有兼顧到品質，且對民眾是好的嗎？

自古至今有很多學者對品質下過定義，但因醫療與生產業，服務業性質不同，所以有些針對醫療品質並沒有定義的很清楚，所以我們對醫療品質重新省思，討論而下了定義，並針對健保局、醫院及民眾不同的角色對醫療品質的概念闡述，並針對「合理門診量」政策實施之成效做討論，最後我們分別對健保局、醫院及民眾給予建議，使之在面對醫療品質的課題時，供之參考。

三、結果與討論

醫療服務的品質是難以界定或衡量的，通常對於醫療品質的定義，是指醫療照護服務所擁有的各種不同程度的特性(文化、習俗)，因為品質沒有一定的標準，學界或行政需轉成基準(criteria)和標準(standards)才好判斷依據，但醫療本身價值與觀念又會因環境而異(共同原因)不易訂出真正的常規模式(只能就現有的條件與合理的成本為前題，不損及病患利益下所能提供最適境界)，所以不單單只看醫療結果就能決定，故對醫院推展出對提供醫療的各類人員，不同的場所及醫療服務體系類型，各自討論其影響醫療品質好壞的標準與判斷。

在對品質的定義中，整理出知名學者對品質的定義：

(一)戴明(Deming)認為「品質是一種以最經濟的手段，製造出市場上最有用的產品。」及「品質是由顧客來衡量的，是要滿足顧客需求，讓顧客滿意的」。

(二)裘蘭(Juran)認為「品質就是合用(fitness for use)，而所謂合用又可分為二大方向，即沒有瑕疵與符合使用者的需要」。

(三)克勞斯比(Crosby)認為「品質就是符合要求的標準(conformance to requirement)」。

(四)費根堡(Feigenbaum)認為「品質不是最好的，它只是在某些條件下的最好，這些條件指的是產品的價格以及實際的用途」。

(五)石川馨認為「品質是一種能令消費者或使用者滿足，並且樂意購買之特質」。

(六)伯霍(Broh)從價值的角度來定義品質為「品質是在可接受價格下的優越程度，以及在可接受的成本下變異控制性」。

七)日本工業標準(JIS 28101)定義品質為「品質是所有能決定商品或服務是否能滿足使用者目的績效特性」。

(八)ISO 8402 也定義品質為「品質是商品或服務所具備能滿足明確或隱含需要之能力的特質」。

在醫療服務方面對品質的定義較少，有如下的定義：

(一)納貝帝恩(A. Donabedian, 1980)「一個人在醫療照護的過程，中考量醫療服務與處置的預期厲害與得失的平衡之後，可以將病患的整體福利最大化的醫療照護，就是高品質的醫療照護」。

(二)美國醫師協會(AMA, 1986)「可以持續致力於品質的改善或維護以及增加生命期限的醫療照護」。

(三)美國醫療機構聯合評鑑委員會(JCAHO, 1991)「在現今的醫學知識條件下，對病患所提供的醫療服務，會增加病患有利結果的可能性，同時降低不利病人結果可能的程度」。

(四)美國國家醫學研究院(Institute of Medicine, 1992)「在現在的醫學專業知識下，增加個人或人群所想要健康結果可能性的程度」。

(五)王永慶(1997)「追求人、事、物的品質。人的品質是指員工的專業能力與知識，敬業精神及對醫院的向心力；事的品質是指工作流程的標準化，管理規章的合宜性及工作簡化等；物的品質是指儀器設備的校正與保養，藥品與醫材的品質等。」

我們對於醫療品質所下的定義為「在現有的醫學知識及有限的資源下，持續使得病患得到醫療服務成果達到或超乎其預期水準」。

二、醫療品質發展史：

(一)工業革命時期(1800年代~1900年代)及第一次世界大戰時期(1900年代~1920年代)

1. 美國：醫療品質之觀念被提出，舊有之醫療服務水準開始受到質疑，進而發展出新制度以追求醫療品質之提升，民間團體更有自發性的舉辦醫院評鑑活動，政府也配合做出政策，此期可謂美國醫療品質之萌芽期。

2. 台灣：在第一次世界大戰時期，依然以中醫為醫療服務之主幹，但此期已有西方醫學之引進，日本政府也在重要地區設立醫院，此時台灣還在努力提升醫師及醫療院所之數目，對醫

療品質尚未重視。

（二）第二次世界大戰時期（1930 年代~1940 年代）

1. 美國：持續第一階段的任務，由當時數據顯示有證照醫療服務人員的比率大幅提升，政府對品質標準也做了些設定，專科醫學會對評鑑工作之項目亦有所增加。

2. 台灣：此時期公布了醫師法，藥師法及助產士法，日本政府改由台灣之國民政府接管後，各家公立醫院變更名稱。但此時仍努力提升醫師及醫療院所之數目，對醫療品質也尚未重視。

（三）戰後時期（1950 年代~1970 年代）

1. 美國：醫院評鑑協會正式成立，由民間團體負起評鑑工作，雖然將來採自願方式，但仍受到許多醫療院所的重視，以殘障為主的醫療保險（Medicaid）及老人醫療保險（Medicare）立法通過並實施，此時期因有社區醫院發生醫療糾紛，結果為醫院敗訴，由此事件導致醫療院所建立醫療責任制度，也開始注意到品質的重要性，簡言之，此期美國由品質評估轉移到品質保證的階段，更積極提升品質的層次。

2. 台灣：公，勞保實施，配合地方自治之實施，衛生體制有所改變，此時的衛生行政組織體系已具有雛形，新醫師法通過並正式施行，醫療院所設置標準通過，首次定義醫療機構設置的最低標準，總合來說，此期台灣繼續擴張醫療服務市場，並由政府訂定醫師執業及醫療院所設置標準，開始執行醫院評鑑的工作。

（四）第三波時期（1980 年代~現在）

1. 美國：許多的支付制度改變，使許多醫院倒閉，醫院為了持續生存，被迫重新檢討成本。故在這時期已將成本與品質連接在一起，注重的不只是如何降低成本，還要在降低成本的同时，思考如何提升醫療品質，且此時期已開始運用 TQM 等新方法在醫院管理上。

2. 台灣：因此期醫療擴張相當快速，所以導致醫療資源分布不均，故開始擬定許多醫療計劃以期改善。且醫療法、專科醫師制度、醫院評鑑制度、全民健保…等，都於此時期內實施，目的是希望能規範及促進醫療事業之健全發展，並期能提高醫療品質，進而保障病人權益。而在醫院方面，由於醫院競爭劇烈及經營環境的改變，在院內推行品管活動的比例越來越高，在品質保證的活動方面越來越多。

從整體醫療資源的觀點來看，醫學中心與區域醫院的任務是醫學研究、教學與重症醫療，相對醫療成本也高，大量門診病患使得醫師無法兼顧臨床與教學研究工作，在大醫院看小病也造成醫療資源的浪費與無效率。實施醫院門診誘因，並發展急重症醫療，整體醫療資源利用朝正確方向發展。（李明亮，90）。

在一代品管大師戴明的最新著作中曾經提到：“顧客滿意—品質的最終鑑定者”，若要提供讓顧客滿意的服務，就得抱持著“維持現狀即是落

伍”的理念，隨時調整及創新觀念，停滯不前或是不能帶給消費者驚奇的服務逐漸不能稱得上品質，那麼，如何使消費者滿意必然是維持品質的基本要求，現今雖然消費者意識抬頭，對品質的要求變高，但是隨著時代的進步及市場競爭壓力變大，供給者（醫院）所能提供的品質自然會有向上提升的動力存在，而且也有許多完善的指標（TQIP）等，來輔助醫院追求更好的品質，故求新求變就成了現在品質管理的中心目標。

總而言之，要有好的醫療品質，是無法單靠健保局一方所擬定的種種制度，還得要靠醫院本身對醫療品質的重視及管控才能做到持續性且完善的醫療品質。

以下各項為我們所提出之建議：

（一） 健保局：

1. 成立如美國 JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Hospitals

Organization；美國醫院評鑑協會) 之組織，因現今之醫院評鑑所任用之評審委員仍以現仍在醫療行業中工作難免不公，且是“免費制”，而又無追蹤，所以效果不彰，而 JCAHO 其人員組成則是由資深退休之人員組成，其公平性較高，且為“付費制”，並對其尚待改善部份做追蹤改善，因此比較起來會比台灣目前由“醫策會”所辦之醫院評鑑要來的佳。

2. 鼓勵醫院加入現有之 TQIP (Taiwan Quality, 台灣醫療品質指標) 計劃，目前雖有不少醫院加入制定，但仍有不少醫院尚未加入，所以針對這部份，希望能藉由共同討論，研擬出一套屬於台灣醫療品質，使大家能有共識，以提昇整個醫療品質相信，這也是在建立院間合作關係的第一步。

3. 發展預防保健之措施，畢竟在疾病未發生前做預防之成本，比在疾病發生後進而需醫療花費時的成本為低，換言之，在最少的成本下，使得疾病得到改善或回復病患的健康狀況，就是好的品質。

4. 加強民眾的衛教，前二項皆是針對醫療提供者來做改善，但最重要的還是民眾對醫療資源濫用的觀念要加強，以更切身方式教育民眾，珍惜醫療資源而使健保能永續經營。

5. 發展家庭醫師制度，此制度可使整個死灰復燃之“轉診制度”再度復活，由家庭醫師成為民眾健康的守門員，由於家醫制度可使得醫療資源的利用更有效益，且符合原本醫院分層級的主旨，能真正落實轉診制度。

（二） 醫院：

1. 建立更多標準化的臨床路徑(Clinical

Pathway)，此方式是在院內被認為可控制醫療成本，並兼顧到醫療品質的措施，所以希望對此可以擴大其範圍以使病患能得到一致性的醫療服務品質。

2. 以合作方式共同創造更好的醫療品質，此即為希望可以積極加入醫策會之TQIP計劃，共同營造一個更完善的醫療體制，使不同功能醫院皆能發揮其最大效用，重點在“相互合作”而非惡性競爭，藉以提升醫療品質。

3. 若能持續推動轉診制度與建立或轉型成半開放制度，讓基層醫師直接利用醫院內的軟硬體設施與資源，才有可能存在良好的轉診管道，進而有效提升基層醫療院所的效益。

(三) 病人：

1. 改變自身就醫習慣，即是“小病看小醫院，大病看大醫院”不一味的往大醫院跑，減少醫療資源的浪費。

2. 注重預防保健，在疾病未發生前即做預防，即是有“健康是權利，保健是義務的觀念”即為以最少的資源，達到最好效果的最佳途徑。

3. 習慣家庭醫師制度，即每人都有自己的家庭醫師，在疾病初生時由其做守門員，若疾病較嚴重時，再由家庭醫師轉介至大醫院治療。

四、計畫成果自評

本研究內容與原計畫相符程度大約為百分之八十五左右，達成預期目標情況約為百分之八十左右，於應用上提出一個實務可行之解。

五、參考文獻

1. 戴明著，鍾漢清等譯，轉危為安：戴明管理十四要點的理念與實踐，天下文化，1997.7.10
2. 戴明著，戴久永譯，戴明的新經濟觀，天下文化，86.6
3. 全民健康保險統計，中央健保局編印，91.6
4. 陳楚杰編著，醫院組織與管理（六版），宏翰文化事業有限公司，89.8
5. 陳拱北預防醫學基金會主編，公共衛生學（上、下冊 二版），1999.3
6. 邱瓊萱、魏中仁、楊志良、鍾國彪著，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33卷2期2000年（p.1~p.11）
7. 楊錦洲著，何謂「品質」，品質管制月刊（2000.8 p.52~p.56）
8. 楊志良主編，健康保險（三版），巨流圖書公司，1998.9
9. 莊逸洲、楊漢源、朱樹勳等著，藍忠孚總校

- 閱，醫療品質管理學，華杏出版，2001.5
10. 合理門診量上路，大醫院人潮未減，自由電子新聞網，民國90.1.3
www.libertytimes.com.tw/2001/new/jan/3/today-c6.htm
11. 醫院因應總額預算各有門道病人應改就醫習慣，奇摩新聞2002.6.9
www.news.yahoo.com/2002/06/09/health/cna/3289588.html
12. 合理門診量，台北市忠孝醫院：院長的話，2000.12.26 www.tmcsh.gov.tw/huword
13. 楊志良著，合理門診量之爭議，國政評論，89.10.13
14. 醫院實施門診合理是成效有待加強，台北市基層醫療協會劉家正理事長
www.dryahoo.org.tw
15. 曾文秀 胡煒明，“健保醫院合理門診量”之爭議，醫院Vol.34 2001
16. 醫院生財有逆，民眾荷包縮水，yam新聞2000.10.8
17. 合理門診量引發大醫院小診所對立，yam健康生活家2002.7.31
18. 合理門診量醫界大反彈上百醫院揚言退出健保，中時晚報2000.12.29
19. 王英明，合理門診量有助於醫療品質
www.dryahoo.org.tw/2002/6/6
20. 黃達夫，三分鐘的門診是全民期待的醫療嗎？，www.kfsyscc.org/new/2002/6/6
21. 全民健康保險特約醫院及診所辦理醫療業務須知（修訂本），中央健康保險局南區分局，2001.5.5
22. 李明亮，醫院門診合理量之實施，立法院院聞，第29卷第2期 p.32-38
23. 周麗芳，合理門診量...又見戒急用忍，國家政策論壇，第一卷第一期 p.151-152
24. 曾文秀、胡煒明，健保醫院「合理門診量」之爭議，醫院Vol.34 No.6 p.7-13
25. 醫院門診合理量，健保局醫務管理處，全民健康保險，p.12-20
26. 李玉春，全民健保醫院合理門診量政策之影響，國家政策論壇，第一卷第三期 p.135-137
27. 實施醫院合理門診量對醫師勞動供給之影響，台灣醫務管理學會會刊2001 vol.2 no3 P60~70