

醫療品質發展趨勢探討

The Prospective of Healthcare Quality Development in Taiwan

石曜堂^{1,2,3} 張政國¹

社團法人台灣醫務管理學會¹ 國家衛生研究院衛生政策研發中心²
亞洲大學³

醫療品質提昇是廿一世紀醫務管理的主流，而醫療品質指標發展更是永無止境的追尋，放眼世界各國醫療指標發展歷程及趨勢，重點決定因素皆為醫院評鑑與醫療保險支付制度對品質之要求，國內醫療品質指標系列發展歷程自 1999 年 6 月起，由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱醫策會）針對國內 112 家地區教學以上層級之醫療院所進行品質指標相關問卷調查，結果顯示有 75% 的醫院已在進行醫療品質指標資料之收集，但是僅有 33% 的醫院有進行院際間的比較，醫策會鑒於醫院回覆予該會之醫療品質指標院際比較遭遇困難處，考量借鏡國際經驗，本著協助國內醫院提升國際觀、邁向國際化及提供國際性標竿學習途徑等促進國內醫療品質改善的宗旨，於 1999 年 8 月引進美國馬里蘭州醫院協會主導的醫療品質指標計畫（Quality Indicator Project），並以「台

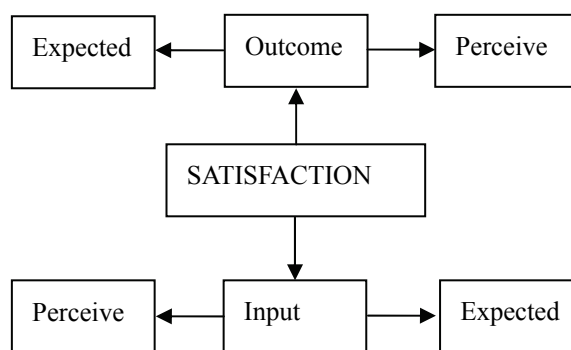
灣醫療品質指標計畫（Taiwan Quality Indicator Project）」命名，正式在國內推行醫療品質指標系列；同年，行政院衛生署亦委託社團法人台灣醫務管理學會（以下簡稱台灣醫管學會）進行本土化醫療指標系統的研究開發，台灣醫管學會整合台灣地區醫療學術界和實務界，召集各級醫院、醫院協會及十二所醫務管理相關科系所之學者專家，群策群力著手進行「臺灣醫療品質指標系統（Taiwan Healthcare Indicator Series）」開發，台灣醫療品質指標發展至今，各學、協會相繼引進國外具公信力之醫療品質指標系統或研發適合國情之醫療品質系統，與此同時，中央健康保險局於 2005 年基於「確保醫療品質、造福保險對象」、「建立醫院品質指標計畫」、「培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員」、「建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院」等目的推

動「94年醫院總額品質保證保留款」之全民健康保險支付制度預算分配，「醫療品質」議題一度蔚為風潮，然而，由於外在鼓勵政策的修訂（醫院總額品質保證保留款由2006年開始成長率為0%，自2006年品質保證保留款皆以門診透析、牙醫及西醫基層的成長為主，不再要求醫院加入全院性醫療品質指標系列）及醫療機構已持續將品質改善納入標準作業流程等因素影響，現今醫療品質議題有轉趨平緩成長之勢，未來國內醫療品質進步幅度，決定因素仍將受到衛生主管機關的醫療與健保政策走向影響。

國內醫療品質改善之方向，應朝向綜整企業社會責任（Corporate Social Responsibility）、服務流程再造、組織倫理健全等概念進行，並且整合民眾健康知識，由不同管道積極給予衛生教育，增加消費者的參與及決策權，同時建構透明、公開的醫療品質資訊資料庫，結合醫療品質監測及指標發展之生命週期，完善醫療品質持續改善機制。

由品質發展歷程觀察，長久以來，許多學者專家均嘗試界定品質，卻一直無法取得公認的定義。定義「品質」是件非常困難的事。雖然如此，目前對醫療品質的意義界定已逐漸引用工商業界的品質理念

為共識，亦即以滿足其服務顧客的需要及期望為主（如圖一）。



圖一：A model of satisfaction

許多服務品質的評估工具都強調病人尋求醫療照護的經驗，是一種較為長期的體驗，而非單僅就診一次的滿意度。

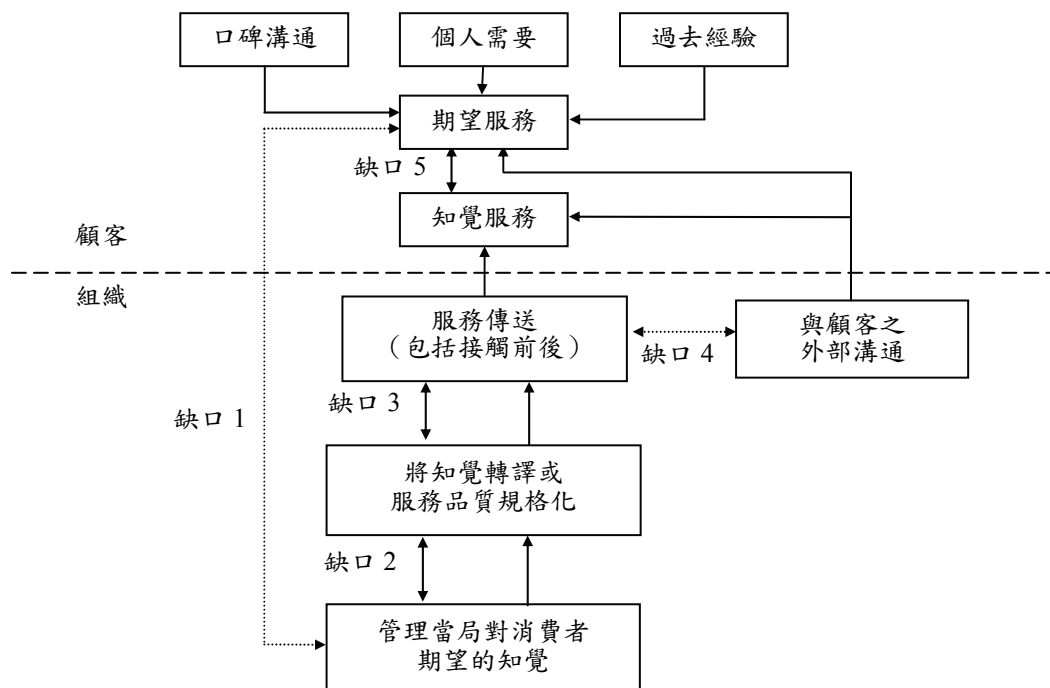
Grönroos (1984) 認為顧客是透過比較其對服務的預期 (Expectation) 和實際的知覺 (Perception) 來評估服務的品質，並將服務品質區分為技術品質 (Technical quality) 和功能品質 (Functional quality)。技術品質指的是顧客實際從服務獲得的品質，是服務「產品」的品質；功能品質指的則是顧客參與服務之遞送所獲得的品質，是服務產品「提供過程」的品質。服務品質模式最早是由 Paraouraman、Zeithaml 和 Berry 等三位學者於 1985 年提出。服務品質的知覺是由顧客經比較預期與實際感受的服務水準而產生的結果，服務品質的評估不只是依據服務的結果，亦包括對於

服務遞送過程的評估，即顧客所知覺的服務品質（Perceived service quality）是由顧客期望的服務與實際知覺服務間（Perceived service）差距的大小及方向來決定（ $Q=P-E$ ），這個由 P 和 E 差距測定品質的模式稱為服務品質缺口模式（如圖二）。

此模式將服務視為一個動態過程，服務品質決定於顧客的滿足程度，其對服務的期望會受顧客個人的需求、過去的經驗

以及口碑所影響，而顧客所感受到的服務則會受到服務提供者的影響。

良好的醫療照護必須建立在精良設備（產品導向）的前提上，但更重要的是提供以病人為服務導向的醫療服務，我們無法忽視服務創新的重要性。當感性的服務遇上理性的科學，彼此擦撞的火花，或許會點燃台灣醫療照護的下一波創新（如醫療服務國際化）。絕佳的醫病關係是醫療保



圖二：服務品質模式
資料來源：Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985)

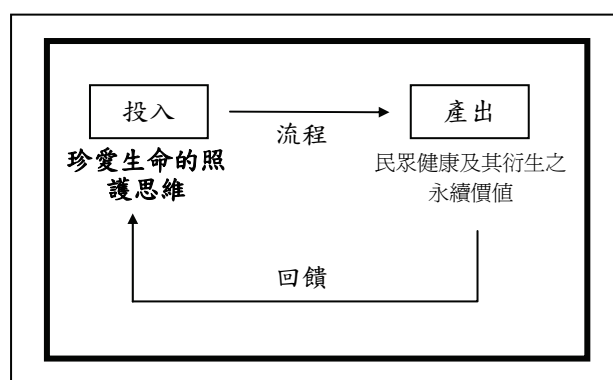
建體系運作成敗的決定因素。策略聯盟(體系整合)可能可以提供醫病關係管理解決方案,不僅讓醫療保健體系與病人間維持緊密連結,甚至在病人進入醫療體系的第一次接觸中,都能取得一致的資訊與個人化(病人中心)服務;此外,亦能將醫療保健體系中所有流程整合,提供良好的醫病關係管理,即便是廣大的服務網絡,也能輕易的加以整合,有效增進病人取得醫療服務的可近性、降低服務成本,創造更高的生產力與更多的價值(傳統與整合型醫療服務資訊系統比較如圖三)

Tradition	IDS
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Institutional patient identifier ➢ Information retrieval within "four walls" ➢ Information capture after care is delivered ➢ No sharing of data with other providers ➢ Single provider clinical pathways ➢ Episode of care ➢ Acute illness ➢ Institutional cost, quality, outcome data ➢ Patient data 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ System patient identifier ➢ Information retrieval from anywhere in the system ➢ Information capture as care is delivered ➢ Sharing of data with other system providers ➢ Multi-provider clinical pathways ➢ Customer/member ➢ Wellness and prevention of hospitalization ➢ System cost, quality, outcome data ➢ Population demographic and health status data

圖三：傳統健康資訊系統與整合醫療服務體系資訊系統之比較

從上述討論之觀點衡之,醫療品質的表現應是由系統綜效來進行評量,而非僅依賴系統中單一成員的作為即可決定。Berwick 早在 1996 年就提到 "Every system

is perfectly designed to achieve the results that it achieves" 及 "Reframes performance from a matter of effort to a matter of design"。投入(Input)、過(流)程(Process)、產出(Output)及回饋(Feedback)是系統運作四個要件(如圖四)。



圖四：價值締造體系建構

Avedis Donabedian 之結構(Structure)、過(流)程(Process)及結果(Outcome)評估醫療品質的三個構面,就是系統觀念的延伸,結果評估所得必須回饋至系統,並經由結構或流程再造,醫療品質的改善及提升才得以落實。綜之,我們試將醫療品質界定為:「以『實證醫學』為基礎,病人之價值為導向之技術整合及組織運作的體系作為(System performance)」,所以對醫療品質的要求必須奠基於組織價值體系(組織文化)之建立,進而延伸出整體品質管理(TQM)之

策略作為，並達到安全、有效（包含效果與效率）、病人中心、適時及公平的目標。基於上述理念，一切品質改善措施均應從流程中著手。

醫療照護系統再造是徹底重新思考及設計照護流程，以求大幅度改善成本、品質、服務及速度等各項之績效指標的表現。醫療照護系統再造是從照護流程開始推動，而不是從任務、工作內容、人員或結構再造下手。照護流程必須先有「投入」，方能產生對顧客有價值的「產出」。能產生附加價值的，才是有用的照護流程，光是產生內部的一些作業活動，算不上是有用的照護（如圖五）。

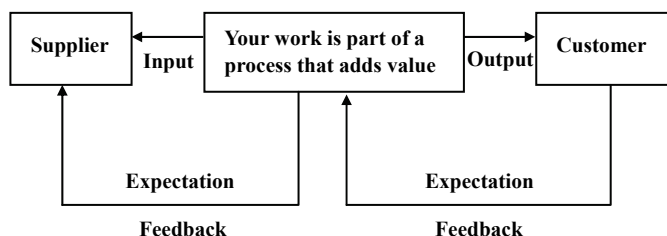
在簡要的回顧品質發展歷程及定義醫療照護品質後，展望台灣未來醫療品質發展趨勢，重點發展項目應聚焦醫療組織倫理之評測、醫療衛生系統專責及醫療品質公開透明化等機制之建立，最後經由「當責（Accountability）」的相互約定，讓全民、政府及機構間形成共同成長的約束力及環境。

醫療組織倫理之評測應以企業社會責任（Corporate Social Responsibility, CSR）為出發。企業 CSR 為廿一世紀最新且具有重要存續意義的企業治理思維，無論為營利型態或非營利型態的企業及機構為求永續

經營，皆應追求合理的利潤，以支應社會責任的達成，並與核心事業、願景及宗旨結合在一起，由此建構企業評價的新標準（社會責任的指數），即為：

- 一、公司治理
- 二、企業對員工的承諾
- 三、社會參與
- 四、環境保護

健康照護（醫療）組織亦需在健全的財務基礎上，善盡社會責任，醫療品質的評估也應納入組織倫理思維，在評鑑的機制中試圖評測出健康照護體系的組織倫理實踐情形。



圖五：Value Added Quality Process
資料來源：RX for Hospital P.44

醫療組織倫理的目的在於整合臨床、商業及專業三個面向，以促進健康照護組織中正面的倫理氛圍。組織的「倫理氛圍」就像是一個組織的性格，當面對價值衝突的課題時，組織的倫理氛圍能指引組織和其組織成員的行為模式。組織倫理實踐評

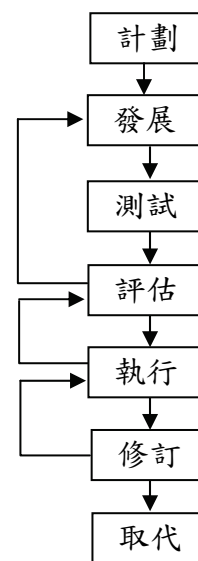
價可能之操作內涵包括：

- 一、病人中心（病人健康福祉的主觀感受）
- 二、系統作為（綜效）
- 三、全人照護
- 四、2003 年 JCAHO 醫院評鑑標準中有關「組織倫理」的項目：

- (一)組織在它的照護、治療、服務以及商業實務上的行為必須合乎倫理。
- (二)組織必須有利益衝突的處理方針及原則。
- (三)組織決策的廉正（Integrity of decisions）與否乃以病患對照護、治療及服務的需求為基礎。

當照護、治療和服務仍受到內部或外部的審查而導致拒絕照護、治療、服務或付費時，組織做出相關決定必須為基於對病患需求所做的評估。

在探討企業機構本身應具備的健全概念後，環視台灣醫療外在環境，國內醫療衛生系統必須建置專責機制，期建構資料庫並結合資訊系統的醫療品質監測及指標發展之生命週期（Life cycle of a performance measure and indicator development）。如圖六所示。

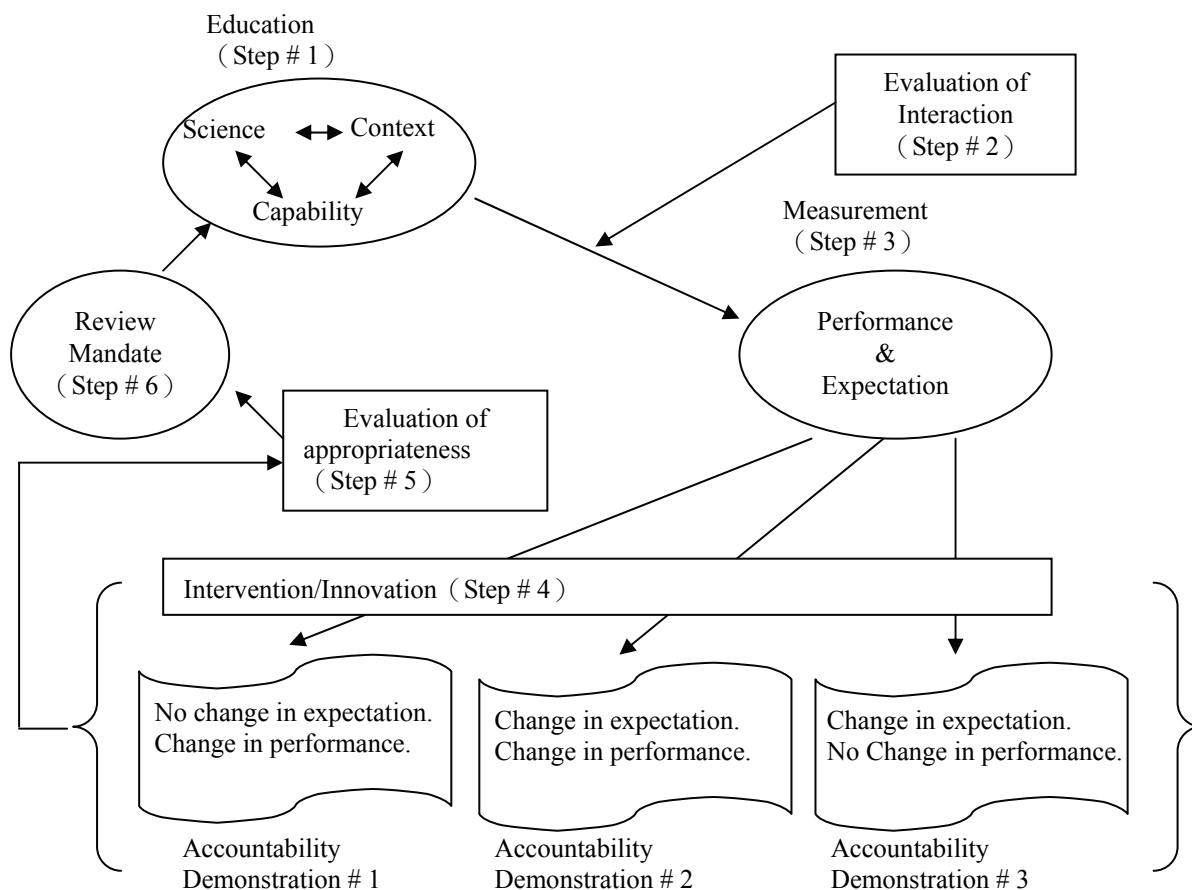


圖六：Life cycle of a performance measure and indicator development

此外，病人為醫療處置的接受者，對品質的評估有其不可替代性，應利用醫療品質公開及透明化機制之建立，藉品質資訊公開（information disclosure）來增加消費者的參與和決策權。建構品牌、創造價值，將優點明示顧客是重要的競爭策略，而「資訊透明及公開機制之建構」將有助於這個策略的落實。

最後，在政府、機構對品質改善皆有共識後，應啟動當責約定（Accountability Contract）遂行之機制，當責約定的基礎在「品質與成本」結合。在民眾、醫療提供者、健保局及衛生署對期待（expectation）、績效表現及責任凝聚共識，並透過四個核心要素落實：

- 一、清楚的角色與定位
- 二、持續的改善與學習
- 三、平衡期待與能力
- 四、成果導向的評估



圖七：Functional dimensions of the accountability paradigm.

當責約定必須具備行動、程序、產出與成果，並在組織價值與倫理、專業標準、立法與法令的要求脈絡中，執行當責約定的承諾（如圖七）。

綜合來說，從巨觀的角度，醫療品質

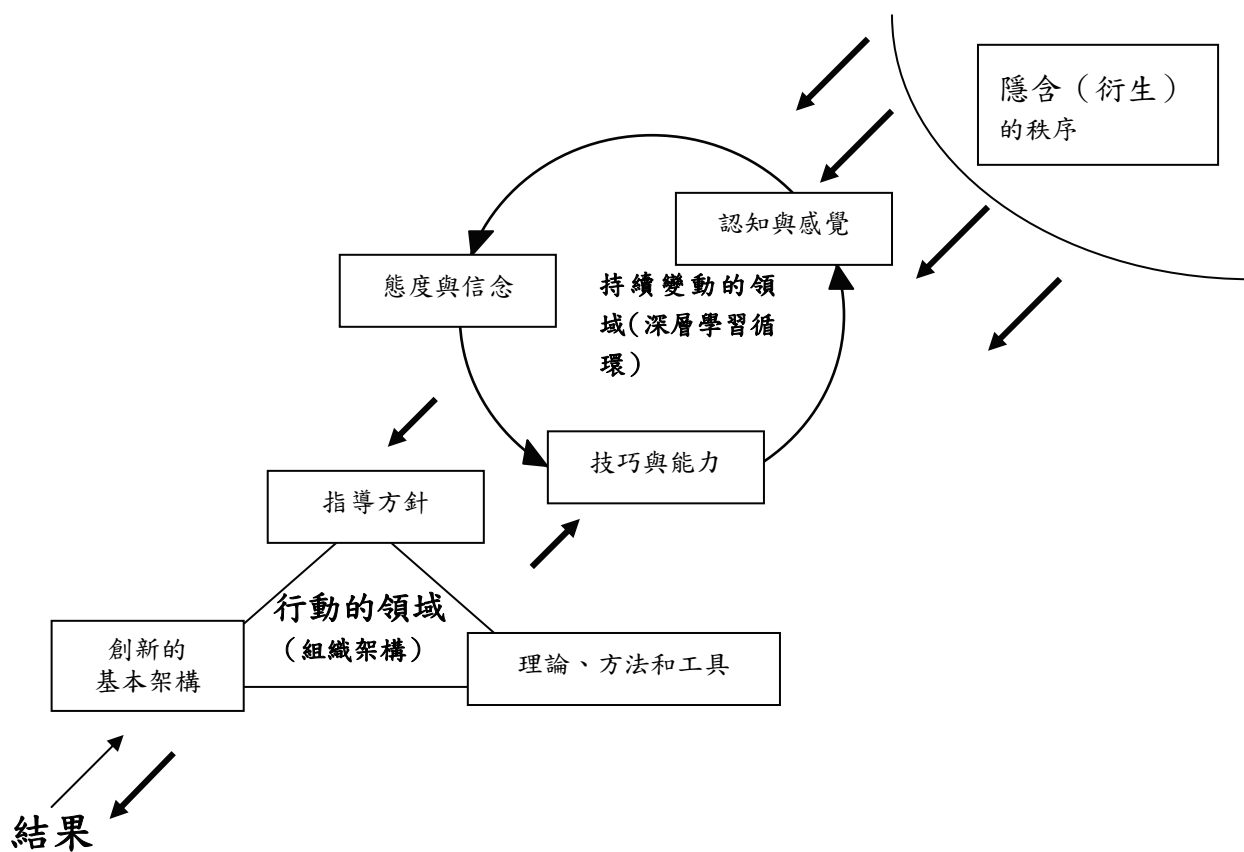
指標之發展必須：

- 一、可從事國際比較
- 二、能有系統的監測時序改變及變異，以利品質的改善與提升
- 三、能檢視重要政策改變對品質的影響

組織學習大師彼得·聖吉（Peter M.Senge）的著作「第五項修練（The Fifth Discipline）」中提到的方法，能創造一種環境，讓人們在其中真正集體地學習，思考未來應有的改變，以及改變所需的能力為何（如圖八）。

醫療品質的發展，需透過民眾、醫療

服務提供者、健保局及衛生署彼此當責約定，經由投入、過（流）程、產出及回饋的系統運作，也就是從成果導向的評估，引導流程再造，進而全面提升結合成本與品質的醫療照護所衍生價值之組織學習機制，唯有如此，才能真正達到醫療品質提升之最終追尋。



圖八：群體學習環境

參考文獻

1. Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, and L. L. Berry. : Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing* 1988;52:35-48.
2. Donabedian, A.: The Definition of Quality and Approches to Its Assessment, *Health Administration Press* 1980;1:97-124.
3. Donabedian, A.: Quality and Cost: Choices and Responsibilities, *Inquiry-Blue Cross and Blue Shield Association*, 1988;25(1): 90-100.
4. Donabedian, A.: Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means, *Inquiry-Blue Cross and Blue Shield Association*, 1988;25(1): 173-183.
5. Grönroos, C.: A service quality model and its market implications. *European Journal of Marketing*, 1984;18(4):36-44.
6. Berwick, D.: A Primer on Leading the Improvement of Systems , *British Medical Journal*, 1996, 312(7031): 619-22.
7. 邱文達、李雅榮、莊逸洲：台灣醫療品質指標系統之開發與推展。台北，衛生署，2000。
8. 林宜諄、高希均：企業社會責任入門手冊。台北，天下文化，2008。
9. 大衛·迪利、安德魯·湯瑪斯：當責式管理。台北，中國生產力中心，2008。
10. 張文隆：當責。台北，中國生產力中心，2006。
11. 彼得·聖吉：第五項修練。台北，天下文化，2007。
12. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會：台灣醫療品質指標計畫簡介。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會全球資訊網，
<http://www.tjcha.org.tw/quality.asp?catid=102>。