

# 我們要往哪裡走？

## — 健康照護再造的前瞻思維 —

Where Should We Head To ?

Foresighted Thinking for the Reshape of Health Care

石曜堂

台北醫學大學講座教授、台灣醫務管理學會理事長

「富有與和諧」是每個社會追求的目標。我們堅定承諾一個美滿的願景：「健康生活，美麗人生」。從一個全民福祉、國家進步的倫理制高點出發，健康照護體系應脫離自我渺小化所造成的那種筋疲力竭的糾纏，用更宏大的器宇去開創歷史的未來，從這個觀點出發，本文順次提出對衛生資源配置、健康照護產業化（服務創新、品質提升及流程再造）、健康體系再造及國家發展等思維的論述。

### 一、衛生資源配置

台灣自從民國四十二年實施第一期經濟建設四年計畫以來，經濟快速成長，社會安定繁榮，不僅國民所得逐年增加，社會物價持續穩定，經濟自由亦不斷擴大，然而，以上指標多以經濟發展中「量」的成長與「量」的分配作為衡量的基礎。近幾年經濟學者除了重視國家經濟發展中「量」的成長之外，業已開始重視經濟發展與國民所得「質」的關係。他們認為：努力提高國民所得並不代表國民福利已經增加，亦即這些事實不能完全代表國家經

濟福利的指標，因為在提高國民生產與所得的過程中，伴隨而來的許多問題如資源不當配置、生活環境汙染、人口過度集中、交通意外頻傳、老年人口遽增、精神病及慢性退化性疾病增加等，實際上相對的減低國民生活的素質。因此，較能反映一個國家國民的經濟福利指標，應是在其國民生產毛額中，減去為防治上述問題的支出成本費用，以作為新的國民生活福利指標，或可稱之「經濟福利的淨值（Net Economic Welfare(NEW)，或稱為 Gross National Happiness(GNH) )」。根據此論點，經濟發展只是國家發展的手段，社會發展才是國家發展的目標，經濟與社會發展應同時規劃，一方面加強經濟發展中所給予國民的正向生活素質，一面減低經濟發展中所帶給社會的負面生活問題，這正向的生活素質及負向的生活問題都涵括健康照護的層面。

台灣已邁入已開發國家，粗死亡率持續下降，但因老年人口於總人口中所佔比率快速增加，所以今後的粗死亡率可能不

會再下降，甚至會回升，嬰兒死亡率也可能低到不能再突破的瓶頸、其他的健康指標也可能到達無法再改善的極限，但無可懷疑的，我們仍有實質的潛力來改善或縮短地區間的差別。在資源有限的限制下，政策或社會制度如何確立照護系統的資源分配可達平等的公義思考，對於照護系統能否獲得合理實踐當是至為關鍵的問題，然此種努力是否可達成目標，則端視我們的社會持何種觀點：

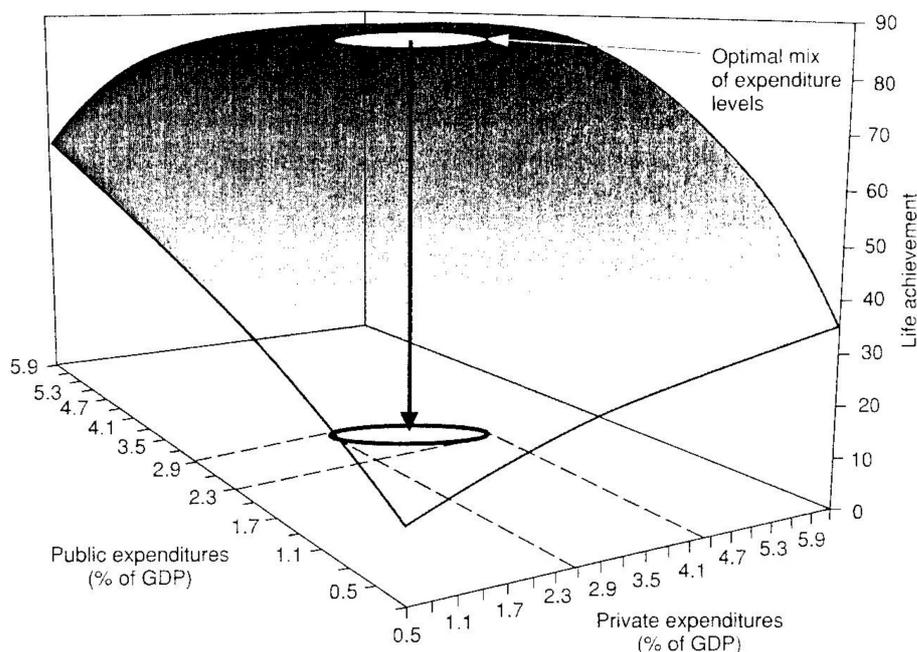
- 醫療衛生政策投資報酬率的評估（問題的解決效能）
- 如何有效運用資源，以達到社會、經濟、道德及政治上多贏的成本效益（資源運

用、全民健康保險與全民健康促進的關係）

- 在資源競爭的狀況下，尋求彼此角色的定位及資源整合的方式
- 如何有效運作健康決定因素的改善方案
- 如何透過改善方案提升國民正確的健康價值觀

從微觀的角度，我們必須改善公共財的規劃與供給：

- 不要低估私有財與公共財之間的邊際替代率
- 提昇公共財供給之效率－慎選保健與醫療投資間的邊際替代率（圖一、圖二、表一、表二）。

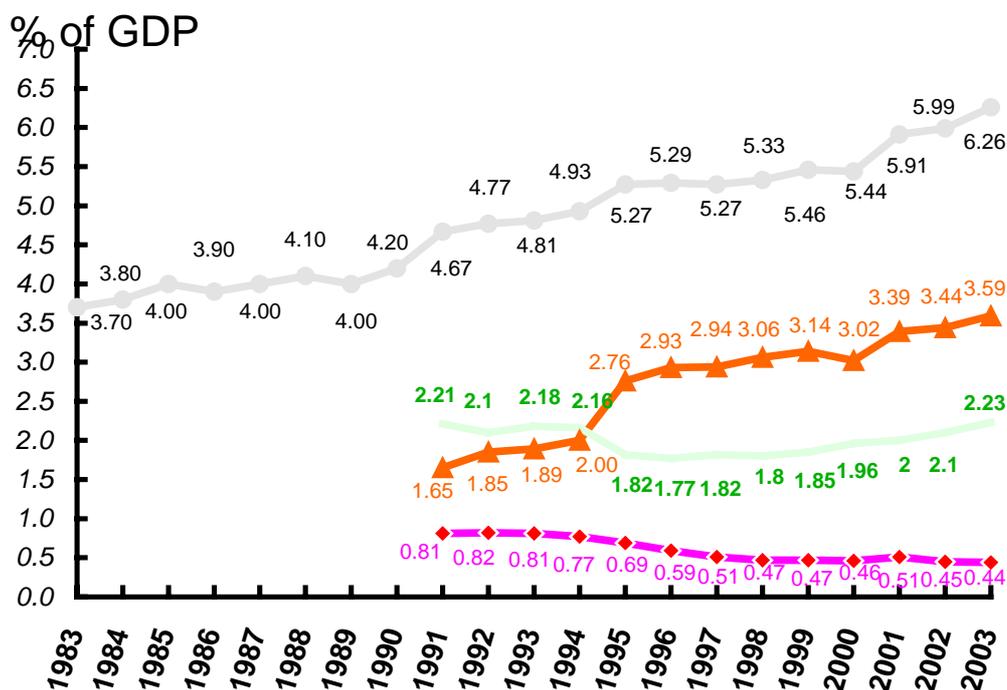


圖一 Effects of Public and Private Expenditures on Health Outcomes

\* The equation for life achievement is as follows:

$$\text{Life Achievement} = 1/(\text{Max Years} - e(x)), \text{ where } e(x) \text{ is life expectancy at birth } (x = 0).$$

Max years can be chosen as the life expectancy of the country in the sample + 1 with the highest life expectancy. This way, the life achievement variable would be normalized to 1 [0,1].



圖二 Total Health Expenditures as % of GDP, 1983-2003

表一 Health Expenditure, Selected Years, 1991 to 2004

Unit : NT dollars

Year	Total	Per Capita Health Expenditure	Health Expenditure as% of GDP
1991	222,016	10,828	6.62
1992	259,791	12,548	4.87
1993	293,668	14,052	4.96
1994	326,188	15,469	5.05
1995	385,047	18,105	5.49
1996	428,557	19,987	5.39
1997	465,050	21,496	5.40
1998	506,291	23,186	5.48
1999	546,820	24,844	5.67
2000	569,236	25,659	5.67
2001	589,170	26,372	5.97
2002	612,103	27,249	6.00
2003	639,675	28,351	6.20
2004	664,698	29,351	6.17

Source : Health and Vital Statistics 2004, Department of Health

表二 Health Expenditure, Selected Years, 1996 to 2004, by Financial Allocation

Unit : NT dollars

Year	Public Health	General Administration	Capital Formation	Personal Health Care
1996	8,188	16,131	36,211	368,027
1997	8,829	14,823	31,745	409,654
1998	12,695	13,463	33,751	446,382
1999	17,369	14,077	33,594	481,781
2000	18,482	14,145	30,534	506,074
2001	19,860	16,691	22,599	530,019
2002	20,732	16,386	22,502	552,482
2003	30,451	15,134	26,429	567,661
2004	28,211	15,216	27,825	593,445

Source : Health and Vital Statistics 2004, Department of Health

## 二、健康照護產業化（服務創新、品質提升及流程再造）

熊彼得(Joseph A. Schumpeter)說：「將已發明的事物，發展為社會可以接受並具商業價值的活動」，健康（醫療）照護應以這樣的觀念突破非營利的「緊箍咒」。近年來，隨著知識經濟的演進，知識與創新逐漸取代資本與勞力，成為產業向前推進的驅力，而且製造業與服務業的比重逐漸在改變，近幾年服務業已成為經濟發展的主力。台灣的服務業在 1987 年產值達到 GDP 比例 47% 之後，超越製造業一路成長，2008 年以後服務業占 GDP 比例更高達七成以上，目前很多企業推動服務發展的計畫，為的是希望能將其服務相關活動科技化且系統化，以提升服務所帶來的價值。不論是學術界或業界，服務創新的議題備受關注，也是產業推進的下一波助力。服務的本質是為顧客創造價值，而服務創新即為

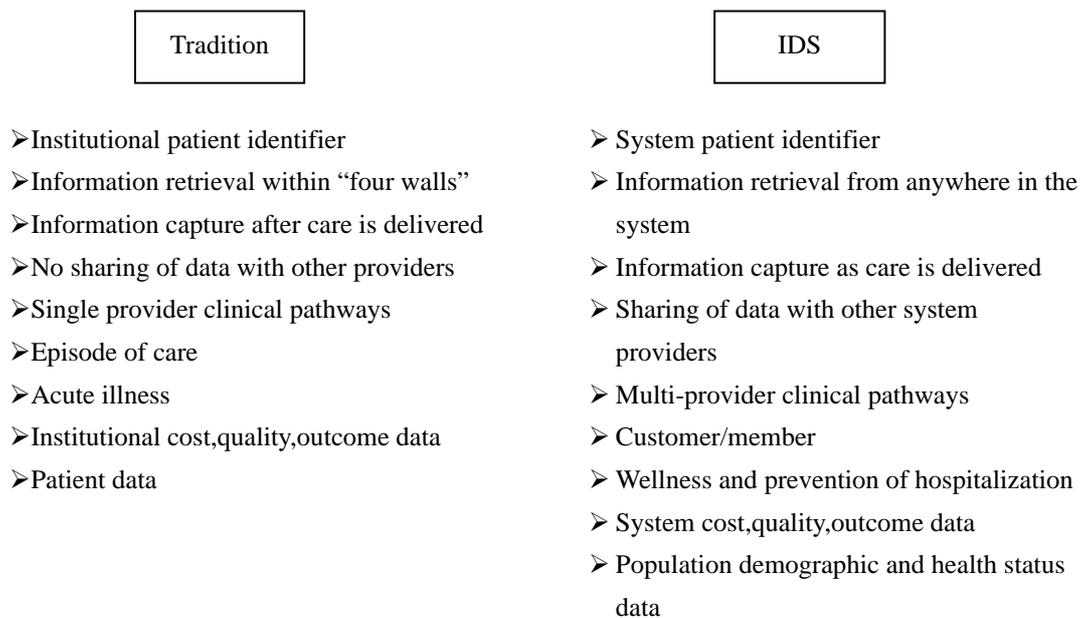
透過有系統的管理活動，結合新興的科技、效率的流程與優質的人力素質，創造出差異化與附加價值高的服務內容。

國內健康照護（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、公開的健康照護品質資訊資料庫，結合健康照護品質監測及指標發展之生命週期，完善健康照護品質持續改善機制。

服務是一個動態過程，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。良好的健康照護必須建立在精良設備（產品導向）的前提下，但更重要的是提供以病人為服務導向的健康

照護服務，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，或許也會點燃台灣健康照護的下一波創新（如醫療服務國際化）。絕佳的醫病關係是健康照護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，不僅讓健康照護體系與病人間維持緊密連結，甚至在病人進入健康照護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，亦能將健康照護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路，也能輕易的加以整合，有效增進病人取得健康照護服務的可近性、降低服務成本，創造更高的生產力與更多的價值（傳統與整合型健康照護服務資訊系統比較如圖三）。從上述討論之觀點衡之，健康照護品質的表現應由系統綜

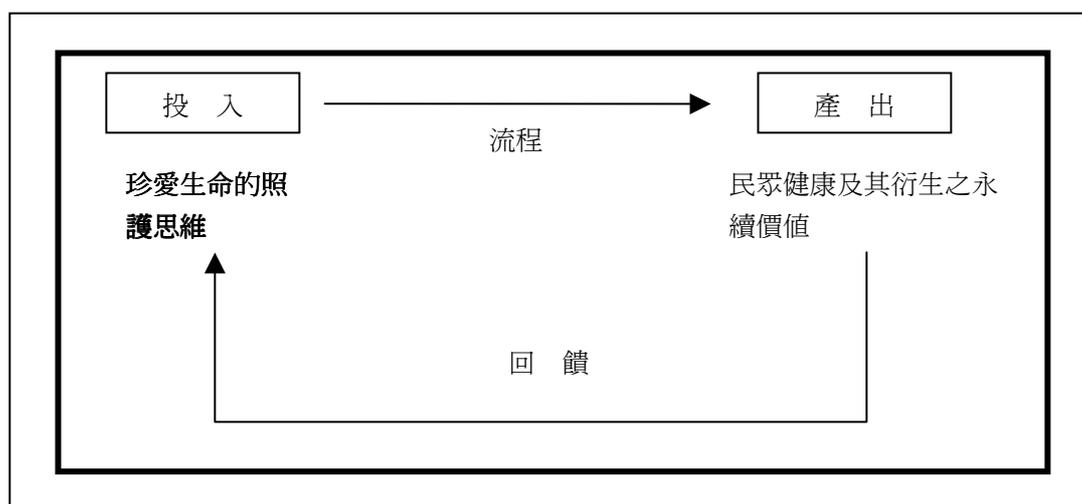
效來進行評量，而非僅依賴系統中單一成員的作為即可決定。Berwick 早在 1996 年就提到”Every system is perfectly designed to achieve the results that it achieves”及”Reframes performance from a matter of effort to a matter of design”。投入（Input）、過（流）程（Process）、產出（Output）及回饋（Feedback）是系統運作四個要件（如圖四）。Avedis Donabedian 之結構（Structure）、過（流）程（Process）、結果（Outcome）評估健康照護品質的三個構面，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，健康照護品質的改善及提升才得以落實，一切品質改善措施均應從流程中著手。健康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。



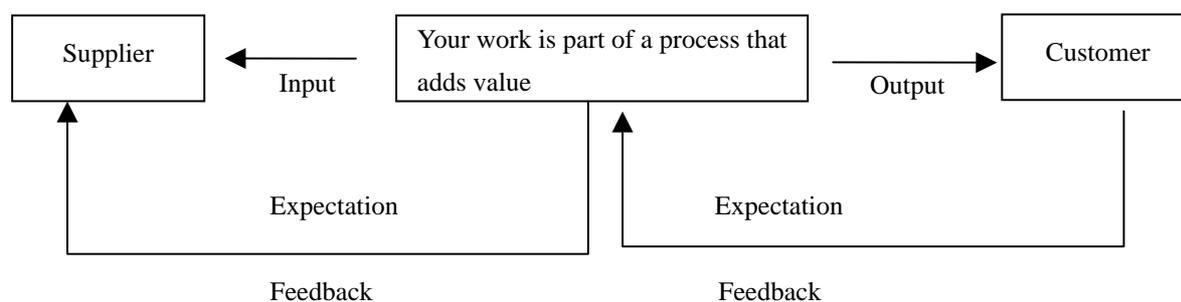
圖三 傳統健康照護資訊系統與整合健康照護體系資訊系統之比較

健康照護系統再造是從照護流程開始推動，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)。



圖四 價值締造體系建構



圖五 Value Added Quality Process

資料來源：RX for Hospital P.44

我們必須「深化服務管理」，海斯科特 (James L. Heskett) 於 1994 年提出「服務利潤鏈 (Service Profit Chain)」模型，指出企業利潤是由客戶忠誠度所決定。隨著服務業成為經濟發展的主軸，當所有企業已成為或逐漸走向服務業之際，服務管理

模式有必要予以精進與深化，必須從「服務利潤鏈」走向服務資本鏈 (Service Capital Chain)，服務資本鏈強調將「服務管理」與「服務導向」整體融合，將服務導向的思維與做法灌注於企業每項活動與環節中，涵蓋組織層級、策略層級、個人

層級。從確定願景與使命、擬定策略與政策、制定流程與程序、組織運作及團隊合作、企業文化的塑造、人才的選、訓、育、留等，皆由服務導向出發；行銷策略也需從顧客導向出發，滿足顧客的「需要（Need）與想要（Want）」，挖掘未被滿足及供需不足之處。

服務文化的建立及服務氛圍的塑造，重要的關鍵是激發並培育員工身為組織公民的自覺，從而進行自發性的利他行為，由內部服務品質驅動外部服務品質，配合環境品質與互動品質的提升，在服務的設計及過程中，加入體驗的概念與元素，達到讓顧客感動的境界。無論是「顧客滿意」或「顧客感動」，都不能與重購意願及回購率劃上等號，唯有得到「顧客信任」與「顧客承諾」，方能保證「顧客忠誠」。建立與提升「顧客信任」與「顧客承諾」，強化「關係品質」是服務資本鏈的關鍵環節。服務資本鏈除財務面獲利提升與營收成長外，同時也重視非財務的企業價值創造與提升（如企業形象、企業品牌權益、社會觀感等）。

展望台灣未來健康照護品質發展趨勢，重點發展項目應聚焦健康照護組織倫理之評測、健康照護系統專責及健康照護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，形塑讓全民、政府及機構間共同成長的約束力及環境。健康照護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

二十一世紀最新且具有重要存續意義的企業治理思維，無論是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，健康照護（醫療）組織亦須在健全的財務基礎上，善盡社會責任，健康照護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。

病人為健康照護處置的接受者，對品質的評估有其不可替代性，應利用健康照護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、健康照護提供者、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：

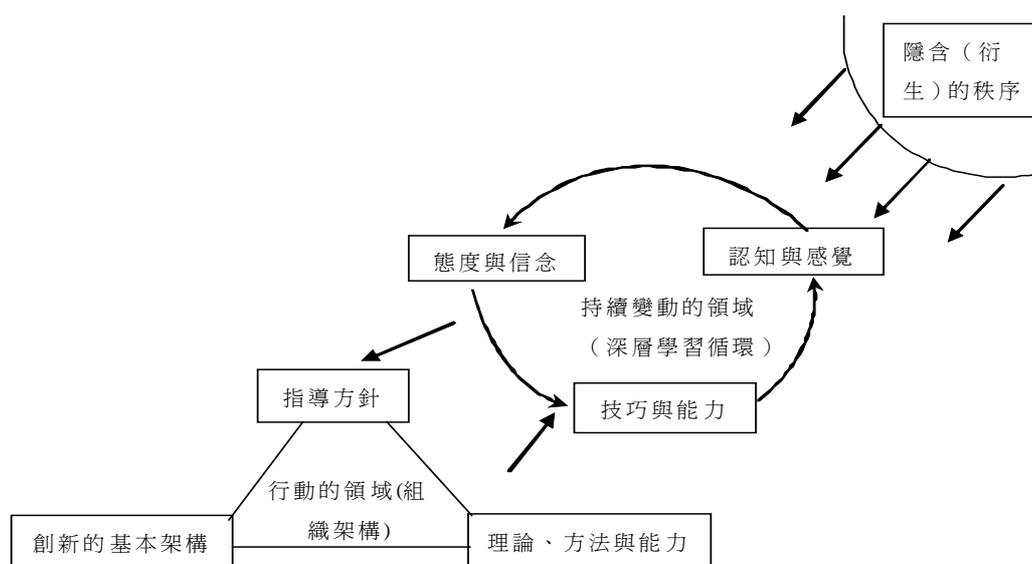
1. 清楚的角色與定位
2. 持續改善與學習
3. 平衡期待與能力
4. 成果導向的評估

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。綜合來說，從巨觀的角度，健康照護品質指標之發展必須：

1. 可從事國際比較。
2. 能有系統的監測時序改變及變異，以利品質的改善及提升。
3. 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（如圖六）。



圖六 群體學習環境

健康照護品質的發展，需透過民眾、健康照護服務提供者、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健康照護所衍生價值之組織學習機制，唯有如此，才能真正達到健康照護品質提升之最終追尋。

### 三、健康體系再造與國家發展

健康照護體系是以全民健保為基礎，透過財務機制追求全民健康的體系作為。這個財務機制並不是單以現行的大總額去規範各個次體系的組織行為，而應該是以

誘發各次體系特殊功能的總額設計，並輔以上限與下限的附帶限制保障各次體系的財務健全及抑制超量營運，最後具成本效益地促進全民健康。

健康照護體系因錯誤的競爭而亂成一團，在競爭層面錯誤的情況下，所有體系參與者，包括被保險人、服務提供者、僱主及保險人的行動，都反生產之道而行。改革之努力必須在特定疾病與健康狀況層面上導以有意義的競爭--而這種層面正是健康照護價值賴以創造的所在。

現有的衛福安全體系與應該可以擁有的衛福安全體系之間的差距相當大，其中

的原因不是缺少金錢、技術、資訊或者是人力，而是缺少一個有系統的組織來結合這些金錢、技術、資訊跟人力；以及缺少一個可以讓整個服務遞送系統更具有成本效益的創意思考。而這個整合系統（組織）所有參與服務提供的成員間必須建立一致的財務誘因，而這些財務誘因才能將整個健康及健康照護服務制度導向全人的照護分級概念。

爲了提升民眾健康，保障就醫機會，使民眾不因病而窮，或是因窮而病，世界各國莫不致力於健康照護或相關健康之財務或健康照護制度之改革，全民健康保險就是其中一種改革的方向。因人口老化、疾病型態改變，加上健康照護科技日新月異以及蛻變中的醫病互動關係，其衍生的問題已不單單是目前眾所關切的健康照護費用上漲的問題，就在這樣的切入點中，健康保險的財務成了各國最重要的議題。事實上，以社會保險方式經營之健康保險乃關乎總體經濟，除了健保財務與國家預算息息相關外，如上所述，其體制運作與國家整體經濟架構與發展有間接的關係。總而言之，健康、健康照護、保險與國家經濟發展有密不可分的關係。因此，在思考未來全民健康保險改革方向時，不宜再侷限於保險或健康照護之框架內，而應以較宏觀之角度來評估整個體系，以求取適合台灣之改革方向：

- 建構社區層次健康管理之永續機制：基層健康照護
- 從個人、家庭及社區提升民眾對自我價

值之意識與社會參與

- 建構全方位之健康資訊系統
- 將健康體系再造之方向提升至國家發展之整體層次: GNP vs. NEW (GNH)

任何體系之再造均應回歸問題思考的源點，在此我們必須考量健康體系的基本理念爲何？此一思考路徑，得以幫助人們跳脫人云亦云的思維範疇，繼以較爲宏觀的思考邏輯探索問題的核心。簡單來說，此基本理念即是探討如何將「健康」的概念有效落實於個人、家庭及社會上。建構健康體系之基本理念應以提昇生命（或人生）品質爲依歸，而非僅僅著重於生存的品質或生活的品質而已。在此論及生命的品質之所以不同於生存或生活的品質，實際上在於生命的品質除了包含人類生存方面的物質獲取以及人類生活方面的主觀感受外，還涵括人類的觀念、思維方式、智慧以及理念，而此一概念不僅與世界衛生組織對健康之定義相契合，亦與公共衛生「三段五級」的概念不謀而合。世界衛生組織所強調之身體、心裡與社會三層面完整健全的狀態分別意涵生存品質、生活品質與生命品質。而以醫療爲主的次級預防與三級預防乃是藉由改善及提昇個人的生理及心理狀態，並進而參與社會活動以提昇生存與生活的品質；而初級預防與三級預防之概念乃著重於提升個人之心理及社會層次，利他成分則多於利己。在對於這個基本理念有深入了解後，探討健康體系之再造始具有意義。

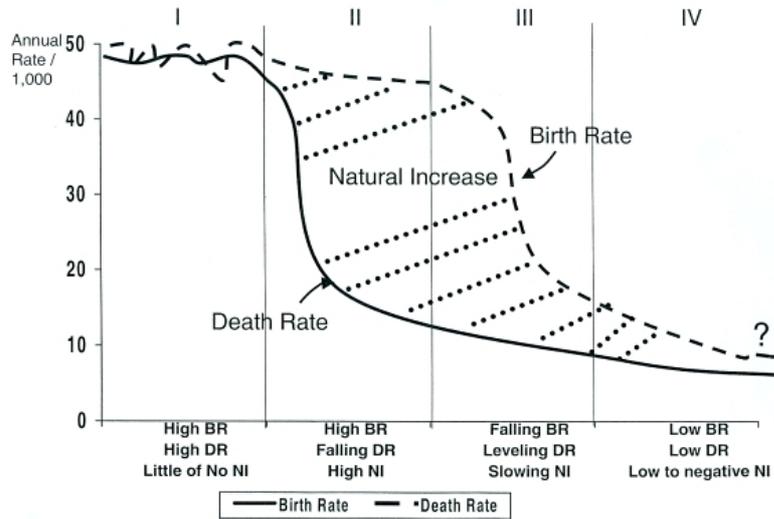
藉由基本概念的釐清，本文提出健康

體系再造四大方向，以提供台灣未來實施健康體系再造之參考依據：

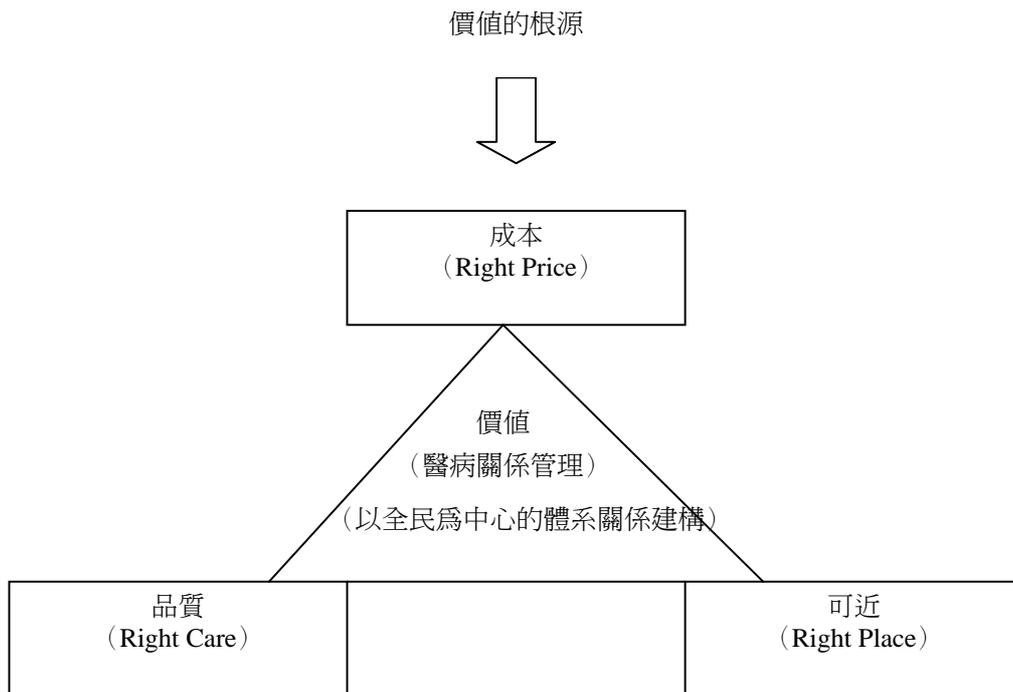
1. 以民眾為中心，建立以社區層次為基礎之「健康管理」機制，滿足民眾對健康的需求，並加強與凝聚社區層次之健康危機意識。為能落實以人為本之健康體系，應針對個人之健康狀態，規劃具廣度之健康照護。台灣未來可透過衛生所組織與功能之改造，賦予衛生所公共衛生護士扮演健康層次與疾病層次之健康諮詢與居家照護管理之角色，並輔以適當之科技，以有效控管慢性疾病，且佈建社區有效因應健康危機之機制。
2. 以政府建構之開放性對話與溝通平台為體，透過提供有效及良好之財務誘因，整合健康及健康照護服務遞送體系。為尋求能以有效及符合經濟效益之方式運用健康照護資源，政府應適時介入以建立個人或團隊間之溝通管道，促進垂直策略性聯盟以逐步整合專業之健康照護服務團隊，其加乘作用將提昇民眾健康及照護品質，並達到提供民眾具深度的健康照護服務之目標。
3. 以國家社會整體再造為目標，協調與促進各層面與各種體系間之整合，立意在於提昇國家整體資源運用之效率與效益，並創造最大價值。任何體系再造並不能單靠其單一體系之運作與改變而達到社會國家整體福利最大化之目標，因此，必須藉由各體系間有組織之運作與整合，始能為人民創造最大之福祉。
4. 以國際觀全球化的角度審視健康體系，

以契合整體人類健康與未來永續發展的不可分割性。開拓衛生政策之國際觀，掌握與促進資訊之交流。全球化之結果已將各國或民族間連結成一網絡式的全球共同體，單一國家雖有其政策的優先順序目標，惟面臨重大健康危機時，應秉持著提升整體人類健康的理念，加入國際社會，群力發揮「生命共同體」之精神並吸取與分享經驗，建立互信互賴之機制，共同化危機於無形。

綜之；健康體系再造是國家發展過程中的衍生作為（圖七）。台灣社會歷經人口、流行病學、政治及經濟轉型，當所建置的全民健保架構健康照護體系，不僅需面對「量」的成長，更被要求應重視「質」的改善，同樣的面對跨越醫療、健康與社會服務領域多元化的長期照護政策規劃時，期能就系統整合概念，發展以個案為中心，以家庭為單位，以社區為基礎的連續性全人照護，建構民眾成功老化的價值體認，並能進而推動健康產業的品質與內涵。台灣健康照護（含長期照護）體系的整合和轉診制度的建構不是簡單的「策略選擇」問題而已，更是「歷史選擇」的重大問題。健康體系再造不僅是針對全民健保做出改革與反省，我們應該運用人類特有的創造力與想像力，善用與珍惜目前所擁有的種種資源，以正確的觀念與思維方式切入問題。「建立三段五級不同健康照護次體系功能互補作為之機制」是我們無可逃避之選擇。這項機制的建立才能整合：



圖七 The Theory of Demographic Transition by Stages



醫病關係管理(以全民為中心的體系關係建構)是在生活圈內(可近性之提高)為病人(民眾)創造價值(健康福祉)

- In the community (生活在社區中與社區共同生存)
- By the community (由社區來提供各種醫療保健長期照護所需)
- For the community(共同打造並維護社區品質)
- Of the community(從生態、環境)

圖八 啟動「以病人為中心的成長」人際互動引擎

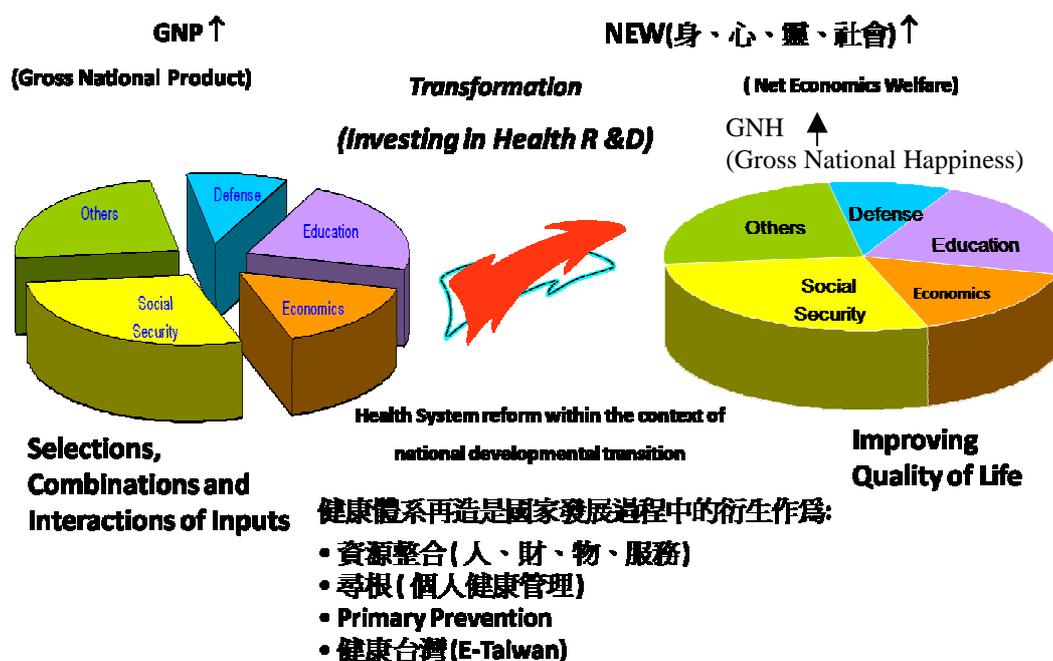
- 不同知識和經驗
- 各種健康產品與服務
- 內部有關部門
- 外部合作夥伴

如此，才能從「病人中心的醫病關係管理」思維出發，最後落實「全民中心的體系關係建構」之宏觀作為；進而生活圈內（可近性之提高）為病人（民眾）創造價值（健康福祉）（圖八）。

健康照護工作是「經由有組織的社區行動，以預防疾病、延長壽命、增進健康及效率為目的的一種藝術和科學，其內容包括環境保護、傳染病管制、個人衛生教育、組織醫療與護理事業，使疾病得以早期診斷及治療、發展社會機構，以保證每個人均有足以促進及維護健康的生活水準」。政府必須發展這些有益的事業，使得每一位國民均能實現「天賦的健康與長壽

的權利」。我們對健康照護這樣的界定，幾乎包括了社會服務與社會發展的每一件事，更具體的說，健康照護的工作乃是國家追求經濟發展之過程中，於「量」不斷成長之同時，致力於「質」的改善，有意義的生活是「質」、「量」的齊頭並進。

為了提高生活素質，我們應該將世界衛生組織對健康所下的定義：「健康是身體、心理及社會的完全安寧」作為目標，藉著健康的身心，去從事有意義的活動，亦即把我們國家帶到更高的發展層次。總之，醫療衛生是經濟建設中重要的一環，所有衛生計畫必須謀求與經建計畫的密切配合，台灣地區必須有衛生資源區域配置之大體構想，在全國社會經濟建設的運作體系中，建構一個合理和諧的「最適健康產出次體系」（如圖九）。



圖九 Health and National Development and Advancement

#### 四、改變的根源—善念不間斷好事日日做

我們誰都不能立刻解決人類的貧困與健康問題，但我們每個人都可以對我們週遭的人多多少少表示一份關懷，多做一些溫暖他們心靈的事，我們如此做，最後得益的不僅是接受我們幫助的人，也包含我們自己，因為只有這樣做，我們才能得到心靈上的平安。

想像力在人類生命中佔有極重要的地位。因為想像力，你才能回憶過往、思考當下、預測未來及發揮創意。人之所以為人的獨特之處，就是來自於想像力。它催生了語言、藝術、科學、哲學及浩瀚繽紛的人類文化。想像力是價值的來源，它比知識來的重要。去提出新的問題、新的可能性；從另一個新的角度去關切舊的問題；便是在科學中要求創造性的想像力和追求真正的進步。

世界永遠在變，許多新現實、新要求必然使過去證明有效的方法完全逆轉，人口的問題，另外，不一定是經過自由市場、經濟理論或經濟政策可以解決的問題也會相繼出現。這些問題只有透過人的管理與承諾，由知識工作者、專業人士和經營者等跨功能組織與團隊才能處理，任何「進步」過程必經「改變」，但是「改變」卻不一定導致「進步」，如何在瞬息萬變中帶給社會安寧與人民福祉，值得深思。

#### 參考資料

1. 石曜堂：前瞻未來-健康政策研究與發展。承諾與挑戰：國家衛生研究院醫療保健政策研究組七年回顧研究成果與政策建言，2005：163-166。
2. 石曜堂：全民健康新主張：健康管理—兼談衛生所功能之改造。國家衛生研究院簡訊 2000；5：19-21。
3. 石曜堂、施淑芳：健康體系再造—從基本理念談起。台灣衛誌 2003,Vol.22,No.2：79-81。
4. 石曜堂、高森永：全民健康保險之契機與展望。健康保險四版/楊志良主編：巨流 2003。
5. 石曜堂：以病人為中心的倫理體系建構：互動中創價值。台灣醫學 2007,11卷3期：294-298。
6. 石曜堂、張政國：醫療品質發展趨勢探討。台灣醫學 2008,12卷6期。
7. Yaw-Tang Shih,M.D., Dr.P.H., Measurement from GNP(Gross National Product)to New(Net Economic Welfare)：Health Investment Within Context of National Development Transition –A Study Taiwan and International comparitions.2004：1-5(Unpublished)。
8. Yaw-Tang Shih,M.D.,Dr.P.H.,Investing in Health：Resource Allocation and National Advancemet.2006：1-14(Unpublished)。
9. Yaw-Tang Shih,M.D.,Dr.P.H.,Allocation of Health Resources Within the Rapid Socioeconomic Development Context, The 14<sup>th</sup> Congress confederation of medical Association in Asia and Oceania,

Sydney,Austria,10-14 November,1985 °

10. Parasuraman A,Zeithaml VA,Berry LL :  
Communication and Control Processes  
in the Delivery of Service Quality. J  
Marketing 1988 ; 52 : 35-48 °
11. Donabedian A : Quality and Cost :  
Choices and Responsibilities.  
Inquiry-Blue Cross and Blue Shield  
Association,1988 : 25 : 173-83 °
12. Gronroos C : A service quality model and  
its market implications. European J  
Marketing 1984 : 18 : 36-44 °
13. Berwick D : A Primer on Leading the  
Improvement of Systems. Br Med J  
1996.