

## 管理學概述

管理的定義：設定目標及結合人力達成該目標的過程。(李田樹，民 85)。因此管理是人們在社會中所採取的一種具有特定意義的活動，經由群體的合作，以完成某些共同目標。因此，管理事實上就是經由他人的努力，而達成目標的過程。詳細的說，管理就是設定目標，組織各種資源以達成既定目標，及評估達成的成果，以確定未來行動方向的程序。而要做好管理必須要(1)有效的資源應用，即是效率。(2) 追求正確的目標，即是效果。

所謂「效率」，是指以有系統方式進行工作，以求取「投入」與「產出」之間的最大比值。產生最大比率的方式有二：一是在固定投入下，得到最大的產出；二是以最小的投入，得到固定的產出，這兩種方式均可顯示組織內作業的效率。

所謂「效果」，是指管理人選擇正確及達成目標的適當工具的能力。效率是把事情做對，而效果是做對的事情，且後者較前者為重要。彼得杜拉克曾說過：「根本的問題已不再是如何把事情做對，而是要找出並去做對的事情，並集中資源及力量把對的事情做好。」

管理功能的劃分，通常是採取管理程序觀點，將管理功能劃分為規畫·組織·領導與控制的四大功能。

規劃的功能為決定組織目標、決定達成組織目標的最佳途徑的一種程序，亦就是決定結果及方法的一個程序；前者在於探討要做什麼；後者則探討要如何做的問題。所以，規劃是一種針對未來所擬採取行動，進行分析與選擇的一種序。

組織的功能主要在建立一機構之內部結構，使得組織的工作、人員、資源及權責之間，能發生適當、有效的連結，以協助各項重要的組織活動順利進行，並協助組織內部有效的與組織外部進行資源的交換。

領導代表管理中一種影響力的發揮和運用，其目的激發工作人員之努力意願。引導其努力方向，以增加他所能發揮的生產力和對組織的貢獻。

控制代表一種偵察、比較和改正的程序。為求與預期目標的比較，因此須建立某種回饋(feedback)的系統，能有規則地、定期的將某種實際狀況反映給組織，並與預期狀況或標準進行比較。

在組織機構中擔負管理功能性質工作者，一般可稱之為管理者。而管理者的主要工作，就在合理的結合和協調各種資源，以完成組織的既定目標。從組織內部階層關係來看，組織管理者通常分為三個不同的層次，分別是：高階層管者、中階層管理者，

和基層的管理者。而管理人的管理能力可分為三種：技術、人性、理念。技術能力：係指運用某一領域的技術、步驟及工具的能力。人性能力：溝通、激勵與領導個人及團體的能力。理念能力：計劃、協調及整合所有組織利益及活動的能力。三種階層的管理人所具備的管理能力組合不盡相同。基層的管理人需要技術方面較高的能力；中階管理人在理念及人性能力方面，皆較基層管理人高；而高階管理人的技術能力已相當低，相對的其管理能力的組合，皆集中在人性及理念這二方面。因此我們得知，當管理者逐漸向上爬升時，技術能力的重要性逐漸減低，人性及理念的能力之重要性則逐漸增加。基層管理人必須專精於某一領域；高階管理人則需了解所有領域的大概，具備開闊、長遠的眼光。

而高階層管理者因為職務的關係，常須在不同時間從事不同的活動；閔茲伯格曾根據管理者所從事的各種活動，提出管理者的三大角色。分別是：(1) 人際關係角色，組織的代表人、領袖、聯絡人。(2) 資訊角色，監視人、傳播人、發言人。(3) 決策角色，創業家、問題處理人、協商者。

如果從組織的職權關係來看，管理者尚可依直線與幕僚的關係，而區分為兩種不同的管理者。其中直線主管的職責與各活動，對於組織的主畏產品或勞務，會發生直接的影響。而幕僚主

管的主要職責，就是在支授直線主管的各項活動。

管理者通常須要具備的技能包括技術性的技能、人際關係的技能、概念化的技能。

社會對組織的要求，造成企業不再只是個製造利潤，或製產品和勞務的機構而已。它也要負責處理生態的、道德的、政治的，乃至於社會的問題。公司面對著外在和內在的壓力，正逐漸變成一個多目標的組織。

每一個組織都有其組織文化，一個有效能的組織，可以透過組織的管理程序，來發展出企業所希望的文化觀點與價值信念；而一個無效能的組織，則只能任由組織成員隨意的塑造組織文化。

## 第二節 管理學演進

大約在西元 1700 年，工業革命發生之後，全世界都受到了工業化的衝擊；工業化來一些重要的趨勢，這些趨勢對人類的行為有相當的規範性。

科學管理學派的研究重點是在「工作」的管理，以提昇工作的效率為目的。科學管理認為任何管理問題，必須要用嚴格的分析、創新的實驗，與客觀的檢討。科學管理的主要原則有二：1. 應用科學方法以處理管理問題，以提升生產效率。2. 用工資的激勵，以提高工人的工作情緒，並提高生產效率。其中著名的一位美國科學管理者是泰勒。

管理程序創始者，為法國實業家費堯。費堯認為，企業的所有業務及管理活動，可以區分成以下六大類，分別是：1. 技術性作業（生產、製造）。2. 商業性作業（採購、銷售和交換）。3. 財務性作業（資金的取得及控制）。4. 安全性作業（商品及人員的保護）。5. 會計性作業（盤存、資產負債表、成本、統計等）。6. 管理性作業（計畫、組織、指揮、協調及控制）。

另外亦有學者正鑽研員工的行為與心理狀態，對生產力可能產生的影響。在行為學派中主要的如梅耶的研究、霍桑研究、巴納德的職權接受理論及麥克雷格的 X 理論與 Y 理論等。

科層結構模式主要由德國的現代社會學創始者韋伯(Max Weber,1864-1920)所提出。這種組織結構的設計，目的是在取代個人主觀專斷的統治；而組織的核心，則為理性的法定職權。

管理科學學派，認為計量的工具和方法，可以協助管理者作有關生產或作業的複雜決策。他們相信，如果管理或決策乃一邏輯程序，則可利用數學符號及方程式，代表特定問題內有關因素及其間關係，籍由各種數量方法以解這一模式，即可獲得最佳解答。

系統理論展於 1960 年代末期至 1970 年代初期。系統通常包括三個部分，分別是投入(input)、轉換(transformation)及產出(output)。其中「投入」指的是系統取得所需的資源；「轉換」則是一種功能或機制，以吸收投入資源，並將其轉化成另一種型態的物質或能量；這種物質或能量，就是系統的「產出」。

權變理論又稱為情境理論 (situation theory)，發展於 1970 年代，這是不同於系統理論的另一種研究方向。過去古典學派的管理理論，認為可以發展出一套管理原則，以提昇組織作業的效率；因此，它重視的正式的組織結構與作業。為了要瞭解這些管理理論的架構，分述如下：

### 理論的發源

1. 科學管理學派(Scientific Management School)：Taylor、Gilbreths、Gantt、Emerson.
2. 管理程序學派(Management Process School)：Fayol、Glueck
3. 層級結構學派(Hierarchical Structure School)：Weber、Hall.



### 理論的修正

1. 行為學派(Behavioral School)：Mayo、McGregor、Gerzberg、Likert、Schein.
2. 管理科學學派(Management Science School)：McNamara、Thornton.



### 理論的整合

1. 系統學派(Systems School)：Boulding、Barnard、Simon、Thompson、Rice、Anthony.
3. 情境學派(Contingency School)：Woodward、Burns & Stalker、Lawrence & Lorsch

### 第三節 醫院管理重要性

在早期的醫療市場，由於醫療的不足再加上知識的不足，且人民生活水準、健康情形低落。所以在過去醫療院所的管理及經營是相當的保守及落伍的，並且很少有醫院會因管理不善而虧損或倒閉。因為過去的醫療市場可用「獨占市場」模式來解釋，常有醫師會對窮人收費低、對富人收費高的情形發生。這是獨占廠商的「差別定價」、「價格歧視」，也就是說醫療提供者具有相當的市場獨占能力，可以左右整個市場，使得醫療供給者在醫療市場中始終佔著優勢的地位。

但好景不常，漸漸的各型的醫療院所紛紛成立，百家爭鳴的情況下加重了醫療市場的競爭。而近年來人民知識、所得的提昇、消費者意識抬頭，使得大家對醫療供給者品質要求之需求提高。而自民國 84 年 3 月全民健保之開辦，使得醫療供給者不能再左右醫療服務之價格，也提高了民眾就醫的可近性，促使醫療需求增加，但醫療業間的競爭力也大大加劇，自從全民健保開辦以來，已有許多中小型醫院紛紛倒閉。但是大型醫院卻不斷擴張，形成大者恆大的局面。

民眾知識、所得的成長，即便會要求醫療品質的保證。而產業的高度競爭，也需要有良好服務品質為後盾。故醫療品質在醫



院管理是相當的重要。相對的品質的另一面就是成本的增加。而處在全民健保體制下，對成本控制來說已造成一股壓力，再加上品質的要求，醫院財務管理及成本控制便顯出其重要性。

醫療產業是一個勞力密集度極高的產業，且部門與部門間的差異性極大，彼此間的業務工作都極為專業。因此人力資源管理需協調部門間的運作及互動、及人員的調派，以達到經營的最大效益。

醫療產業是一個受到政府強力干預的產業，因為醫療產業涉及民眾生命健康，政府常被民眾託付較高的期望，傳染病診療涉及消費者外部性，再加上民眾對醫療的資訊不對等，使得醫療業成為國內產業中受到政府立法規範、行政干預最深的一種產業。例如：民國 90 年 1 月 1 日健保局，為了提高醫療品質所施行的合理門診量政策，對醫療院所而言實在是一大劇變，嚴重的影響到生計。所以醫院的管理不但著重於內部，連著外在環境尤其是政府政策都需特別注意。

綜合以上所言，一個大型醫院的營運當然是需要有完善的管理體系，就算是中小型的醫院，也因處在競爭激烈的環境中，需做好醫院管理否則將會被淘汰出局！

#### 第四節 醫院管理之內容

在醫務管理方面，一般可將之分為內部管理與外部環境兩部份來探討，內部管理著重於「注動管理，強化體質」，外部環境著動於「觀察環境，掌握趨勢」。

##### 一、內部管理

##### 人事方面：

1. 組織設計：組織的設計關係著組織的運作，例如有些醫院有醫療、行政兩位副院長。
2. 人力資源管理：如任用甄選、職位分派、工作守則、敘薪報酬、考績獎懲、退休撫卹。
3. 組織行為理論：即醫院組織中的領導、激勵、溝通、衝突、因應變遷。

##### 財務方面：

1. 財務會計：資產負債表、損益表、營運資金流量表
2. 管理會計：產品成本分析、位成本分析。
3. 財務管理：良好的財務管理能為醫院節省成本，以因應健保的財務衝擊。
4. 計價收費：如醫院中的掛號費、自費項目等。

### 事物方面：

1. 醫院規劃與設計：新醫院的規劃設計已漸朝向美觀及人性化。
2. 工務管理：因醫院的建築設計非常複雜，如水、電、醫療氣體等設施，且需維持 24 小時運作，所以工務課責任重大。
3. 資材管理：其目地在做到適質、適項、適量、適時、適時。
4. 流程管理：順暢的流程能提升效率。
5. 品質管理：良好的服務品質才能建立醫院的優良形像。
6. 病歷管理：病例檔案的儲存常佔用許多的空間，但其中有不少的不活動病例，這些可用掃描或其他方式將之存放於光碟等媒體中。
7. 資訊管理：在醫院電腦化後，資訊量較以往增加許多，資訊管理能快速提供管理者所需的資料加以分析成為決策判斷的參考。

## 二、外部環境

### 法規方面：

傳播媒體的發達，觸使知識的取得容易且快速，也因消費意識的高漲，使得醫院在執行業務時需考慮到更多的法規問，如醫事法規、健保法規、環保护法規、勞工法規、消防法規等，醫療糾紛處理上需考量刑法、民法、消費者保護法。

## 保險方面：

- 1· 保險原理
- 2· 健保制度：健保制度的改變會直接影響醫院的經營方式，也會影響整個醫療環境。
- 4· 費用申報與審查：申報是醫院最大的財務來源，但常因核退而損失不少，所以申報技巧的好壞直接影響醫院的財務收入。

## 市場方面：

- 1· 市場行銷：各醫療院所為了開創顧客來源，在法規限制內利用媒體建立起良好的形像，以增加顧客信心、吸引顧。
- 2· 醫療經濟：包括醫療需求、醫療生產與成本、醫師人力市場、醫院行為、醫院市場結構、健保與醫療市場等的分析。
- 3· 公共關係：公共關係對象包括內部對象董事會、員工及質眷屬；外部對象病人、傳播媒體、社區民眾等。

## 第五節 醫院管理與一般企管有何差異

- (1) 醫療產業之業務牽涉到人的生命安全，管理者較傾向保守，所以在管理節奏上較為緩慢。
- (2) 政府干預多。因此常常因政策的改變而要對組織內部調整。
- (3) 醫療產業的產品是不可儲存，也不能大量製造，也不能誘導需求，否則有違道德原則。
- (4) 醫療服務的需求彈性小，且資訊不對等。
- (5) 醫療服務人員皆具有不同的專業能力，因此一個單位裡就有許多不同領域的人員，整合每個人的專業需要有專門的人來協調。

## 第二章 醫院制度與分類

### 一、依所有權分：

我國的醫療機構，依「所有權」可分為公立醫療機構、私立醫療機構及財團法人醫療機構三類。

#### (一) 公立醫療機構

由政府設立，沒有董事會的組織直接由上級機構監督管理，公立醫院負有照顧貧困病患之責。

醫療法第三條：「本法所稱公立醫療機構，係指由政府機關、公營事業機構或公立學校所設立之醫療機構。」

1. 國立大學醫學院附設醫院—台大醫院及成大醫院。
2. 省立醫院—如省立台北醫院，省立台中醫院及省立台南醫院。
3. 市立醫院—如台北市市立仁愛醫院、和平醫院及高雄州市立民生醫院、婦幼醫院等。
4. 縣立醫院—如台北縣立三重醫院、板橋醫院。
5. 榮民醫院—如台北榮民總醫院、台中榮民總醫院等。
6. 軍方醫院—如三軍總醫院、空軍總醫院等。

#### (二) 私立醫療機構

醫院為私人所有，該所有者為醫院的醫師也是該院院長，有時也會聘請其他醫師為助手。

醫療法第四條：「本法所稱私立醫療機構，係指由醫師或依有關法律規定辦理醫療業務之公益法人及事業單位所設立之醫療機構。」

1. 個人醫院—如台北市博仁醫院、台中市澄清綜合醫院、台南市郭綜合醫院及高雄市邱綜合醫院。
2. 私立醫學院附設醫院—如台北醫學院附設醫院、中山醫學院、中國醫藥學院附設醫院、高雄醫學院附設中和紀念醫院等。
3. 機構附設醫院—如私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院。

#### (三) 財團法人醫療機構

在政府登記為財團法人，此類醫院設有董事會來監督醫院

醫療法第五條：「本法所稱財團法人醫療機構，係指以從事醫療業務為目的，由捐助人捐助一定財產，經許可設立為財團法人之醫療機構。」

1. 企業財團捐助設立的醫院—如長庚醫院、新光醫院、國泰醫院、亞東醫院及奇美醫院等。
2. 宗教團體捐助設立的醫院—天主教耕莘醫院、聖馬爾定醫院、基督

教馬偕醫院、彰化基督教醫院、嘉義基督教醫院及佛教慈濟醫院等。

## 二、依服務項目分：

醫療法第十一條：「醫療機構設有病房收治病入者為醫院；僅應門診者為診所非以直接診治病入為目的而由醫師辦理醫療保健業務之機構為其他醫療機構。」前項診所得設置九張以下之觀察病床。醫療機構之設置標準，由中央衛生主管機關定之。

依我國「醫療機構設置標準」第二條規定，醫療機構分類如下：

### (一) 醫院

1. 綜合醫院：指從事內科、外科、小兒科、婦產科、麻醉科、放射線等六科以上診療業務，每科均有專科醫師，且病床一〇〇張以上醫院。
2. 醫院：指從事一科或數科診療業務，每科均有專科醫師之醫院。
3. 專科醫院：指專門從事特定範圍診療業務之醫院。
4. 慢性醫院：指從事平均住院日在三十日以上之長期住院病人診療業務之醫院。綜合醫院、醫院、專科醫院所設慢性病房，亦屬之。
5. 精神科醫院：指從事精神科診療業務之醫院。
6. 中醫醫院：指從事中醫診療業務之醫務。
7. 牙醫醫院：指從事牙醫診療業務之醫院。

### (二) 診所

1. 專科診所：指從事專科診療業務之診所。
2. 一般診所：指從事一般診療業務之診所。
3. 中醫診所：指從事中醫診療業務之診所。
4. 牙醫診所：指從事牙醫診療業務之診所。

### (三) 其他醫療機構

1. 捐血機構：指從事採集捐血人血液，並供應醫療用血之醫療機構。
2. 病理機構：指專門從事解剖病理或臨床病理業務之醫療機構。
3. 其他：指從事其他非以直接診治病為目的而由醫師辦理醫療保健業務之機構。

## 三、依服務功能

依據行政院衛生署醫療網計畫，將醫療機構依服務功能可分為基層醫療單、地區醫院、區域醫院與醫學中心四類。

依民國八十五年十二月行政院衛生署「醫療保健計畫—建立全國醫療網第三期計畫」，對以上各級醫療機構之任務描述如下：

### (一) 基層醫療單位

1. 基層醫療單位以鄉鎮為單位，每三千人口至少有一位執業醫師為原則。
2. 基層醫療單位係提供一般門診醫療保健服務及持續性醫療照顧之機構包括小型開業醫院、診所、衛生所（群體醫療執業中心）。

3. 基層醫療單位任務包括
  - (1) 負責第一線醫療工作。
  - (2) 緊急及嚴重病患之急救處理及後送。
  - (3) 慢性病患之居家照護及復健指導。
  - (4) 病患之早期發現及追蹤訪視。
  - (5) 住院病患之轉介。
  - (6) 辦理一般保健及公共衛生工作，以利民眾可在其社區就近取得良好服務。
4. 為使都市與鄉村地區醫療設施的差距逐漸縮短，應將鄉村地區之基層醫療列為第一優先加強辦理，尤其在農民健康保險的地區，應配合增設基層醫療單位，以利農民就醫。
5. 所有基層醫療單位應加強彼此聯繫，並與該區域之地區醫院健全良好之轉診關係。
6. 輔導推動「聯合門診」之開業模式，以有效提升開業醫師之服務品質，降低服務成本。

#### (二) 地區醫院

1. 地區醫院之規劃應以醫療次區域為考量重點，以每十萬人口有一家 100 至 200 床之地區醫院為原則。
2. 地區醫院係指能提供一般專科之門診及住院服務，並經醫院評鑑合格之醫院。
3. 地區醫院之任務為
  - (1) 負責一般住院醫療工作及專科門診醫療工作。
  - (2) 急診患者之處理。
  - (3) 接受基層醫療單位轉送之病患，支援基層醫療工作。
  - (4) 支援基層保健與公共衛生服務。
4. 地區醫院應與區域內之基層醫療單位，密切配合業務，以提昇區域醫療水準，並應與區域醫院或醫學中心建立人員建修，訓練及交流合作制度。
5. 具教學功能之地區醫院，應招收訓練住院醫師，提供教學訓練環境；提供醫療服務為主要功能之地區醫院，則應羅致受過完整住院醫師或專科醫師訓練之醫師為原則。
6. 地區醫院得視需要，請醫學中心或區域醫院代招（訓）住院醫師，以提高人員素質。
7. 地區綜合教學醫院、專科教學醫院得與醫學中心或區域醫院建立實質建教合作，提供實習醫學生社區或專科（如婦幼、結核病、精神科等）醫療之實習，但不得單獨招收實習醫學生。
8. 對於規模太小且經營效率不佳之地區醫院、輔導其調整營運型態。

#### (三) 區域醫院之任務



1. 區域醫院之規劃應以醫療區域為考量重點，以區域內每四十萬人口有一家區域醫院及每萬人口三級醫療（醫學中心及區域醫院合計）病床 12.5 床為原則。
2. 區域醫院係指一般病床 300 床以上，除具各類專科外，尚設有病理、麻醉、放射線、復健及精神科等，從事須精密診斷與高度技術之醫療工作，經醫院評鑑及教學醫院評鑑合格之醫院。
3. 區域醫院應具教學醫院功能，建立健全之住院醫師訓練制度，培育專科醫師及地區醫院所需之人力。
4. 區域醫院應協助進行區域醫療規劃工作，並對區域內地區醫院及基層醫療保健單位提供技術協助，辦理醫師繼續教育工作、區域性學術研討會及臨床病例討論等活動。
5. 區域醫院應輔導該區域內地區醫院，就其特殊醫療需要，發展不同專長之醫療業務。

#### （四）醫學中心之任務

1. 醫學中心之規劃應以大範圍之區域作整體考量，以每 200 萬人口有一家醫學中心及每萬人口有醫學中心病床 6 床為原則。
2. 醫學中心係指具有研究、教學、訓練及高度醫療作業等多種功能並經醫院評鑑、教學醫院評鑑合格之醫院。
3. 醫學中心應為醫學院之主要教學醫院，負責醫學生之臨床教學，並應與其他公私立醫院建立建教合作之關係，以提供醫學生適當充足之實習訓練。
4. 醫學中心應從事臨床及基礎醫學研究和須精密診斷及高度技術之醫療工作，引進醫療技術，開發新技術，並應協助政府辦理各項醫療品質管制工作。
5. 醫學中心至少應輔導一個醫療區域，支援該區域內之各級醫療單位作業，經常辦理各項長（短）期專業訓練及醫學研討會等繼續教育活動，以培訓區域內之醫護人員及技術人員。

#### 四、依是否具有教學功能分

醫院依是否具有教學功能分，可分為教學醫院及非教學醫院。我國醫院評鑑規定凡申請為醫學中心及區域醫院者，需同時申請為教學醫院。

醫療法第六條：「本法所稱教學醫院，係指其教學、研究、訓練設施，經依法評鑑可供醫師或其他醫事人員接受訓練及醫學院、校學生臨床見習、實習之醫療機構。」

醫療法第六十九條：「為提高醫療水準，醫院得申請評鑑為教學醫院」。

醫療法第七十一條：「教學醫院應擬具訓練計畫，辦理醫師及其他醫醫院人員訓練及繼續教育，並接受醫學院、校學生臨床見習、實習。」

醫療法第七十二條：「教學醫院應按年編列研究發展及人才培訓經費，其所

占比率，不得少於年度醫療收入總額百分之三」。

目前我國教學醫院評鑑主辦機關為行政院衛生署及教育部。

## 五、依主治醫師僱用方式分

依主治醫師僱用方式分，可分為開放性醫院、閉鎖性醫院及半開放性醫院三類。

### (一) 開放性醫院之定義

所謂開放性醫院係指院外的開業醫師可將自己的病人分別送至與其訂有合約的醫院住院，使用醫院的設備及人員（如實習醫師、住院醫師、護理人員、藥師等）來診察、治療、手術或各種處置。開放性醫院有以下特性：

1. 原則上除了住院醫師及實習醫師外，醫院沒有聘請專任的主治醫師。所有主治醫師都是合乎醫院所規定的資格與條件，而與醫院簽約使用醫院設備與人員的開業醫師。
2. 醫院不支付主治醫師薪資。主治醫師直接向病人收取醫師費（包括診察費、治療費、手術及接生等技術費）。每位住院病人需同時支付醫師費及醫院費用。在美國，藍盾(Blue Shied)醫療保險，主要就是保醫師費用，而藍十字(Blue Cross)醫療保險，主要保醫院費用。
3. 醫院費用係指醫師費之外的各種費用，包括病房費、伙食費、藥品費、檢驗費及檢查費等費用。
4. 院內醫師(House Staff)原則上係指專任住院醫師及實習醫師，他們尚在學習階段，不能獨立作業，且屬於醫院的員工，因此，由醫院支付薪資。
5. 通常醫務部主任及各科主任一般由開業醫師自行選出。
6. 主治醫師是病人的家庭醫師或專科醫師，醫師與病人的關係較密切，對病人的家境、病史都很瞭解。
7. 開業醫師能使用醫院設備及人員，整體醫療水準比較整齊也易提升。
8. 醫院的門診部、藥局及病歷室都較小。
9. 急診病人等候醫師的時間較長。
10. 主治醫師需往返於醫院與其診所間，工作效率較低。醫院對主治醫師的管理亦較困難。

### (二) 閉鎖性醫院之定義

除顧問醫師外，醫院聘用專任醫師（包括主治醫師及住院醫師）從事醫療工作，且不准院外開業醫師使用醫院設備及人員，即閉鎖性醫院。閉鎖性醫院有以下之特性：

1. 醫院聘用專任主治醫師及住院醫師。
2. 開業醫師不能使用醫院的設備及人員，工作時間長且進修機會少，導致開業醫師醫療水準與醫院醫師的醫療水準差距較大，全國的醫療水準不整齊且偏低。
3. 專任主治醫師較有時間準備教學資料，對住院醫師及實習醫師的教學比較認真。
4. 病人無法接受連續的診治，醫師與病人間較生疏，缺乏安全感。
5. 門診部很大，其他相關單位，如藥局、檢驗、病歷等業務也較開放性醫院大。
6. 醫務部的組織較健全，較容易管理，工作效率亦較高。

### （三）半開放性醫院之定義

醫院除本身擁有一定的專任醫師外，也開放部份病床或門診供開業醫師使用，即開業醫師可將在診所或醫院門診看診的自己的病患，當其需住院時，由醫院提供設備、各項專業人員的支援，特約醫師在其專業範圍內實施治療或為病患施行手術，醫師僅收取合理的醫師診療費及技術費，而其餘收入歸醫院所有。並可參與院內舉辦的各項活動，如學術研討、會議等。

半開放性醫院係以現行閉鎖性醫院既有之嚴密組織為體，再攫取開放性醫院視醫院為公共設施之經營精神為用，所融合而成。

國內實施半開放醫院的困難有三，其一為國人看病像逛菜市場一樣，經常更換看診醫師或醫院；其二為國人之民族性，喜好單打獨鬥，缺乏團隊精神，其三為國人仍缺乏「小病在小醫院看、重病到大醫院看」的觀念。

### （四）聯合門診

今日世界各國醫院之診所之發展型態，醫院漸趨向半開性醫院；診所漸朝向聯合門診方式發展。

聯合門診係指在專科醫師多之城市地區，集合數位不同專科醫師（包括一般科醫師）於同一地點內共同執業，共同使用設備、儀器及聘用人員，至於特殊設施如X光、檢驗、藥局等，則可延攬專業人員投資設立；或由各醫師共同投資設立，再僱用人員任之，稱為聯合門診。

(五) 各組織型態的優缺點：

	優點	缺點
Open system	<p>1 對醫師而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 降低設備成本</li> <li>(2) 醫院可提供 R&amp;D 予醫師，提高開業醫的素質。</li> <li>(3) 降低醫療糾紛，醫病關係良好。</li> <li>(4) 因為轉診關係不會流失病人。</li> </ul> <p>2 對醫院而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 提高設備周轉率與病床周轉率，降低平均住院日。</li> <li>(2) 降低人事成本與土地成本。</li> </ul> <p>3 對病人而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 降低重覆用藥與檢查。</li> <li>(2) 醫病關係佳。降低包紅包惡習。</li> </ul>	<p>1 對醫師而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 主治醫師無時間教學。</li> <li>(2.) 工作效率減低，工作時數提高。</li> </ul> <p>2 對醫院而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 人事管理不易。</li> <li>(2.) 醫師不關心資材使用及醫院營運狀況。</li> </ul> <p>3 對病人而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 病人之費用提高。</li> <li>(2.) 急診、手術等候時間常。</li> </ul>
Close system	<p>1 對醫師而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 增加教學時間。</li> <li>(2) 生活品質與工作效率增加。</li> </ul> <p>2 對醫院而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 分科經營，提升工作績效。</li> <li>(2) 降低資材成本。</li> </ul> <p>3 對病人需言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 降低醫療花費和等候時間。</li> <li>(2) 轉科分便</li> </ul>	<p>1 對醫師而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 重覆投資，開業醫師需自己購買設備。開業醫師品質降低。</li> <li>(2.) 開業風險高。醫療糾紛多。</li> </ul> <p>2 對醫院而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 不利轉診，平均住院日高，設備周轉率低。</li> <li>(2.) 土地成本高。</li> </ul> <p>3 對病人而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 醫病關係低，逛醫院機會高。</li> <li>(2.) 不易達到連續性治療，降</li> </ul>

		低醫療品質。
Semi-open system	<p>1 對醫師而言</p> <p>(1) 不必重覆購買設備。</p> <p>(2) 主治醫師有時間教學。</p> <p>(3) 醫師不會擔心病人流失。</p> <p>2 對醫院而言</p> <p>(1) 設備共享，提高周轉率。</p> <p>(2) 人事管理方便。</p> <p>(3) 當地開業醫師為醫院內衛星診所。</p> <p>3 對病人而言</p> <p>(1) 降低重復用藥。</p> <p>(2) 醫病關係佳。</p>	<p>1 對醫師而言：</p> <p>(1.) 減少利潤。</p> <p>2 對醫院而言：</p> <p>(1.) 分紅不易</p> <p>3 對病人而言：</p> <p>(1.) 因為醫師與病人缺乏合作誠意，所以轉診不易。</p>

## 參考文獻

張錦文、譚開元、黃佳經。(民 78)。醫院管理。台北：水牛。

蔡逸虹。(民 77)。「半開放性醫療制度」模式建立之研究。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。

蕭文。(民 82)。醫院管理。台北：書華。

陳楚杰。(民 87)。醫院組織與管理(第六版)。台北：宏翰。

## 第二章 醫院制度與分類

### 一、依所有權分：

我國的醫療機構，依「所有權」可分為公立醫療機構、私立醫療機構及財團法人醫療機構三類。

#### (一) 公立醫療機構

由政府設立，沒有董事會的組織直接由上級機構監督管理，公立醫院負有照顧貧困病患之責。

醫療法第三條：「本法所稱公立醫療機構，係指由政府機關、公營事業機構或公立學校所設立之醫療機構。」

1. 國立大學醫學院附設醫院—台大醫院及成大醫院。
2. 省立醫院—如省立台北醫院，省立台中醫院及省立台南醫院。
3. 市立醫院—如台北市市立仁愛醫院、和平醫院及高雄州市立民生醫院、婦幼醫院等。
4. 縣立醫院—如台北縣立三重醫院、板橋醫院。
5. 榮民醫院—如台北榮民總醫院、台中榮民總醫院等。
6. 軍方醫院—如三軍總醫院、空軍總醫院等。

#### (二) 私立醫療機構

醫院為私人所有，該所有者為醫院的醫師也是該院院長，有時也會聘請其他醫師為助手。

醫療法第四條：「本法所稱私立醫療機構，係指由醫師或依有關法律規定辦理醫療業務之公益法人及事業單位所設立之醫療機構。」

1. 個人醫院—如台北市博仁醫院、台中市澄清綜合醫院、台南市郭綜合醫院及高雄市邱綜合醫院。
2. 私立醫學院附設醫院—如台北醫學院附設醫院、中山醫學院、中國醫藥學院附設醫院、高雄醫學院附設中和紀念醫院等。
3. 機構附設醫院—如私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院。

#### (三) 財團法人醫療機構

在政府登記為財團法人，此類醫院設有董事會來監督醫院

醫療法第五條：「本法所稱財團法人醫療機構，係指以從事醫療業務為目的，由捐助人捐助一定財產，經許可設立為財團法人之醫療機構。」

1. 企業財團捐助設立的醫院—如長庚醫院、新光醫院、國泰醫院、亞東醫院及奇美醫院等。
2. 宗教團體捐助設立的醫院—天主教耕莘醫院、聖馬爾定醫院、基督

教馬偕醫院、彰化基督教醫院、嘉義基督教醫院及佛教慈濟醫院等。

## 二、依服務項目分：

醫療法第十一條：「醫療機構設有病房收治病者為醫院；僅應門診者為診所非以直接診治病人為目的而由醫師辦理醫療保健業務之機構為其他醫療機構。」前項診所得設置九張以下之觀察病床。醫療機構之設置標準，由中央衛生主管機關定之。

依我國「醫療機構設置標準」第二條規定，醫療機構分類如下：

### (一) 醫院

1. 綜合醫院：指從事內科、外科、小兒科、婦產科、麻醉科、放射線等六科以上診療業務，每科均有專科醫師，且病床一〇〇張以上醫院。
2. 醫院：指從事一科或數科診療業務，每科均有專科醫師之醫院。
3. 專科醫院：指專門從事特定範圍診療業務之醫院。
4. 慢性醫院：指從事平均住院日在三十日以上之長期住院病人診療業務之醫院。綜合醫院、醫院、專科醫院所設慢性病房，亦屬之。
5. 精神科醫院：指從事精神科診療業務之醫院。
6. 中醫醫院：指從事中醫診療業務之醫務。
7. 牙醫醫院：指從事牙醫診療業務之醫院。

### (二) 診所

1. 專科診所：指從事專科診療業務之診所。
2. 一般診所：指從事一般診療業務之診所。
3. 中醫診所：指從事中醫診療業務之診所。
4. 牙醫診所：指從事牙醫診療業務之診所。

### (三) 其他醫療機構

1. 捐血機構：指從事採集捐血人血液，並供應醫療用血之醫療機構。
2. 病理機構：指專門從事解剖病理或臨床病理業務之醫療機構。
3. 其他：指從事其他非以直接診治病為目的而由醫師辦理醫療保健業務之機構。

## 三、依服務功能

依據行政院衛生署醫療網計畫，將醫療機構依服務功能可分為基層醫療單、地區醫院、區域醫院與醫學中心四類。

依民國八十五年十二月行政院衛生署「醫療保健計畫—建立全國醫療網第三期計畫」，對以上各級醫療機構之任務描述如下：

### (一) 基層醫療單位

1. 基層醫療單位以鄉鎮為單位，每三千人口至少有一位執業醫師為原則。
2. 基層醫療單位係提供一般門診醫療保健服務及持續性醫療照顧之機構包括小型開業醫院、診所、衛生所（群體醫療執業中心）。



3. 基層醫療單位任務包括
  - (1) 負責第一線醫療工作。
  - (2) 緊急及嚴重病患之急救處理及後送。
  - (3) 慢性病患之居家照護及復健指導。
  - (4) 病患之早期發現及追蹤訪視。
  - (5) 住院病患之轉介。
  - (6) 辦理一般保健及公共衛生工作，以利民眾可在其社區就近取得良好服務。
4. 為使都市與鄉村地區醫療設施的差距逐漸縮短，應將鄉村地區之基層醫療列為第一優先加強辦理，尤其在農民健康保險的地區，應配合增設基層醫療單位，以利農民就醫。
5. 所有基層醫療單位應加強彼此聯繫，並與該區域之地區醫院健全良好之轉診關係。
6. 輔導推動「聯合門診」之開業模式，以有效提升開業醫師之服務品質，降低服務成本。

#### (二) 地區醫院

1. 地區醫院之規劃應以醫療次區域為考量重點，以每十萬人口有一家 100 至 200 床之地區醫院為原則。
2. 地區醫院係指能提供一般專科之門診及住院服務，並經醫院評鑑合格之醫院。
3. 地區醫院之任務為
  - (1) 負責一般住院醫療工作及專科門診醫療工作。
  - (2) 急診患者之處理。
  - (3) 接受基層醫療單位轉送之病患，支援基層醫療工作。
  - (4) 支援基層保健與公共衛生服務。
4. 地區醫院應與區域內之基層醫療單位，密切配合業務，以提昇區域醫療水準，並應與區域醫院或醫學中心建立人員建修，訓練及交流合作制度。
5. 具教學功能之地區醫院，應招收訓練住院醫師，提供教學訓練環境；提供醫療服務為主要功能之地區醫院，則應羅致受過完整住院醫師或專科醫師訓練之醫師為原則。
6. 地區醫院得視需要，請醫學中心或區域醫院代招（訓）住院醫師，以提高人員素質。
7. 地區綜合教學醫院、專科教學醫院得與醫學中心或區域醫院建立實質建教合作，提供實習醫學生社區或專科（如婦幼、結核病、精神科等）醫療之實習，但不得單獨招收實習醫學生。
8. 對於規模太小且經營效率不佳之地區醫院、輔導其調整營運型態。

#### (三) 區域醫院之任務

1. 區域醫院之規劃應以醫療區域為考量重點，以區域內每四十萬人口有一家區域醫院及每萬人口三級醫療（醫學中心及區域醫院合計）病床 12.5 床為原則。
2. 區域醫院係指一般病床 300 床以上，除具各類專科外，尚設有病理、麻醉、放射線、復健及精神科等，從事須精密診斷與高度技術之醫療工作，經醫院評鑑及教學醫院評鑑合格之醫院。
3. 區域醫院應具教學醫院功能，建立健全之住院醫師訓練制度，培育專科醫師及地區醫院所需之人力。
4. 區域醫院應協助進行區域醫療規劃工作，並對區域內地區醫院及基層醫療保健單位提供技術協助，辦理醫師繼續教育工作、區域性學術研討會及臨床病例討論等活動。
5. 區域醫院應輔導該區域內地區醫院，就其特殊醫療需要，發展不同專長之醫療業務。

#### （四）醫學中心之任務

1. 醫學中心之規劃應以大範圍之區域作整體考量，以每 200 萬人口有一家醫學中心及每萬人口有醫學中心病床 6 床為原則。
2. 醫學中心係指具有研究、教學、訓練及高度醫療作業等多種功能並經醫院評鑑、教學醫院評鑑合格之醫院。
3. 醫學中心應為醫學院之主要教學醫院，負責醫學生之臨床教學，並應與其他公私立醫院建立建教合作之關係，以提供醫學生適當充足之實習訓練。
4. 醫學中心應從事臨床及基礎醫學研究和須精密診斷及高度技術之醫療工作，引進醫療技術，開發新技術，並應協助政府辦理各項醫療品質管制工作。
5. 醫學中心至少應輔導一個醫療區域，支援該區域內之各級醫療單位作業，經常辦理各項長（短）期專業訓練及醫學研討會等繼續教育活動，以培訓區域內之醫護人員及技術人員。

#### 四、依是否具有教學功能分

醫院依是否具有教學功能分，可分為教學醫院及非教學醫院。我國醫院評鑑規定凡申請為醫學中心及區域醫院者，需同時申請為教學醫院。

醫療法第六條：「本法所稱教學醫院，係指其教學、研究、訓練設施，經依法評鑑可供醫師或其他醫事人員接受訓練及醫學院、校學生臨床見習、實習之醫療機構。」

醫療法第六十九條：「為提高醫療水準，醫院得申請評鑑為教學醫院」。

醫療法第七十一條：「教學醫院應擬具訓練計畫，辦理醫師及其他醫醫院人員訓練及繼續教育，並接受醫學院、校學生臨床見習、實習。」

醫療法第七十二條：「教學醫院應按年編列研究發展及人才培訓經費，其所

占比率，不得少於年度醫療收入總額百分之三」。

目前我國教學醫院評鑑主辦機關為行政院衛生署及教育部。

## 五、依主治醫師僱用方式分

依主治醫師僱用方式分，可分為開放性醫院、閉鎖性醫院及半開放性醫院三類。

### (一) 開放性醫院之定義

所謂開放性醫院係指院外的開業醫師可將自己的病人分別送至與其訂有合約的醫院住院，使用醫院的設備及人員（如實習醫師、住院醫師、護理人員、藥師等）來診察、治療、手術或各種處置。開放性醫院有以下特性：

1. 原則上除了住院醫師及實習醫師外，醫院沒有聘請專任的主治醫師。所有主治醫師都是合乎醫院所規定的資格與條件，而與醫院簽約使用醫院設備與人員的開業醫師。
2. 醫院不支付主治醫師薪資。主治醫師直接向病人收取醫師費（包括診察費、治療費、手術及接生等技術費）。每位住院病人需同時支付醫師費及醫院費用。在美國，藍盾(Blue Shied)醫療保險，主要就是保醫師費用，而藍十字(Blue Cross)醫療保險，主要保醫院費用。
3. 醫院費用係指醫師費之外的各種費用，包括病房費、伙食費、藥品費、檢驗費及檢查費等費用。
4. 院內醫師(House Staff)原則上係指專任住院醫師及實習醫師，他們尚在學習階段，不能獨立作業，且屬於醫院的員工，因此，由醫院支付薪資。
5. 通常醫務部主任及各科主任一般由開業醫師自行選出。
6. 主治醫師是病人的家庭醫師或專科醫師，醫師與病人的關係較密切，對病人的家境、病史都很瞭解。
7. 開業醫師能使用醫院設備及人員，整體醫療水準比較整齊也易提升。
8. 醫院的門診部、藥局及病歷室都較小。
9. 急診病人等候醫師的時間較長。
10. 主治醫師需往返於醫院與其診所間，工作效率較低。醫院對主治醫師的管理亦較困難。

### (二) 閉鎖性醫院之定義

除顧問醫師外，醫院聘用專任醫師（包括主治醫師及住院醫師）從事醫療工作，且不准院外開業醫師使用醫院設備及人員，即閉鎖性醫院。閉鎖性醫院有以下之特性：

1. 醫院聘用專任主治醫師及住院醫師。
2. 開業醫師不能使用醫院的設備及人員，工作時間長且進修機會少，導致開業醫師醫療水準與醫院醫師的醫療水準差距較大，全國的醫療水準不整齊且偏低。
3. 專任主治醫師較有時間準備教學資料，對住院醫師及實習醫師的教學比較認真。
4. 病人無法接受連續的診治，醫師與病人間較生疏，缺乏安全感。
5. 門診部很大，其他相關單位，如藥局、檢驗、病歷等業務也較開放性醫院大。
6. 醫務部的組織較健全，較容易管理，工作效率亦較高。

### （三）半開放性醫院之定義

醫院除本身擁有一定的專任醫師外，也開放部份病床或門診供開業醫師使用，即開業醫師可將在診所或醫院門診看診的自己的病患，當其需住院時，由醫院提供設備、各項專業人員的支援，特約醫師在其專業範圍內實施治療或為病患施行手術，醫師僅收取合理的醫師診療費及技術費，而其餘收入歸醫院所有。並可參與院內舉辦的各項活動，如學術研討、會議等。

半開放性醫院係以現行閉鎖性醫院既有之嚴密組織為體，再攫取開放性醫院視醫院為公共設施之經營精神為用，所融合而成。

國內實施半開放醫院的困難有三，其一為國人看病像逛菜市場一樣，經常更換看診醫師或醫院；其二為國人之民族性，喜好單打獨鬥，缺乏團隊精神，其三為國人仍缺乏「小病在小醫院看、重病到大醫院看」的觀念。

### （四）聯合門診

今日世界各國醫院之診所之發展型態，醫院漸趨向半開性醫院；診所漸朝向聯合門診方式發展。

聯合門診係指在專科醫師多之城市地區，集合數位不同專科醫師（包括一般科醫師）於同一地點內共同執業，共同使用設備、儀器及聘用人員，至於特殊設施如X光、檢驗、藥局等，則可延攬專業人員投資設立；或由各醫師共同投資設立，再僱用人員任之，稱為聯合門診。

(五) 各組織型態的優缺點：

	優點	缺點
Open system	<p>1 對醫師而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 降低設備成本</li> <li>(2) 醫院可提供 R&amp;D 予醫師，提高開業醫的素質。</li> <li>(3) 降低醫療糾紛，醫病關係良好。</li> <li>(4) 因為轉診關係不會流失病人。</li> </ul> <p>2 對醫院而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 提高設備周轉率與病床周轉率，降低平均住院日。</li> <li>(2) 降低人事成本與土地成本。</li> </ul> <p>3 對病人而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 降低重覆用藥與檢查。</li> <li>(2) 醫病關係佳。降低包紅包惡習。</li> </ul>	<p>1 對醫師而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 主治醫師無時間教學。</li> <li>(2.) 工作效率減低，工作時數提高。</li> </ul> <p>2 對醫院而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 人事管理不易。</li> <li>(2.) 醫師不關心資材使用及醫院營運狀況。</li> </ul> <p>3 對病人而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 病人之費用提高。</li> <li>(2.) 急診、手術等候時間常。</li> </ul>
Close system	<p>1 對醫師而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 增加教學時間。</li> <li>(2) 生活品質與工作效率增加。</li> </ul> <p>2 對醫院而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 分科經營，提升工作績效。</li> <li>(2) 降低資材成本。</li> </ul> <p>3 對病人需言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 降低醫療花費和等候時間。</li> <li>(2) 轉科方便</li> </ul>	<p>1 對醫師而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 重覆投資，開業醫師需自己購買設備。開業醫師品質降低。</li> <li>(2.) 開業風險高。醫療糾紛多。</li> </ul> <p>2 對醫院而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 不利轉診，平均住院日高，設備周轉率低。</li> <li>(2.) 土地成本高。</li> </ul> <p>3 對病人而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1.) 醫病關係低，逛醫院機會高。</li> <li>(2.) 不易達到連續性治療，降低醫療品質。</li> </ul>

<p>Semi-open system</p>	<p>1 對醫師而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( 1 ) 不必重覆購買設備。</li> <li>( 2 ) 主治醫師有時間教學。</li> <li>( 3 ) 醫師不會擔心病人流失。</li> </ul> <p>2 對醫院而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( 1 ) 設備共享，提高周轉率。</li> <li>( 2 ) 人事管理方便。</li> <li>( 3 ) 當地開業醫師為醫院內衛星診所。</li> </ul> <p>3 對病人而言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( 1 ) 降低重復用藥。</li> <li>( 2 ) 醫病關係佳。</li> </ul>	<p>1 對醫師而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( 1. ) 減少利潤。</li> </ul> <p>2 對醫院而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( 1. ) 分紅不易</li> </ul> <p>3 對病人而言：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( 1. ) 因為醫師與病人缺乏合作誠意，所以轉診不易。</li> </ul>
-------------------------	---	---

## 參考文獻

張錦文、譚開元、黃佳經。(民 78)。醫院管理。台北：水牛。

蔡逸虹。(民 77)。「半開放性醫療制度」模式建立之研究。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。

蕭文。(民 82)。醫院管理。台北：書華。

陳楚杰。(民 87)。醫院組織與管理(第六版)。台北：宏翰。

# 國立台北護理學院

## 人力資源管理

指導老師：張朝凱 老師

組別：第三組

學生：管二二 B 221883091 簡雀玲

管二二 B 221883067 王秀

英

管二二 B 221882964 謝瑞

嫻



管二二 C 222883523 林靜

鈺

## 大綱

第一節、人力資源管理之意義及本質

第二節、人力資源管理之角色與演變

第三節、人力資源管理策略與功能內涵

第四節、台灣企業人力資源管理之回顧

第五節、人力資源管理之爭議與未來思考

## 第一節、人力資源管理之意義及本質

### 一、人力核心資源，性質殊異

人力（manpower）是工作組織於「投入－轉化－產出」運作過程中，可資運用的投入要素，與機器（machine）、資金（money）、原料（material）及方法（或技術、method），合稱為現代企業組織之五大投入要素（5M）。而人力具有動態學習，加成精進之特質，其隱晦性（implicity）、不確定性（uncertainty）及難控性（non-controllability）更甚於物力與財力資源。

### 二、角色不當定位，功能錯置

人力資源管理（Human Resource Management, HRM）為工作組織中價值活動之一，旨在藉助「計劃、執行與考核」之管理程序運用於人力活動，發揮「適時適地、適質適量與適才適所」供應人力效果，達到提昇組織成員現有工作績效及未來發展潛力，進而強化組織核心競爭優勢。因此，人力管理活動實為構築組織價值邊際（value margin）之基礎工作。就職務範圍而言，人力資源管理不同於「人力部門管理」（Human Resource Department Management）；而就職責層次來說，亦非「人事行政」（personnel administration）之同義詞。工作組織各部門均有互動流程，而非孤立存在。

### 三、回歸原有面貌，創造能耐

人力資源管理重要性日益提昇，其學術或實務理由，可述如下：

- 1、人力為企業組織之核心資源，環境變遷愈大「人力資源」之良窳更重要。
- 2、人力資源管理為跨部門（或跨功能）之價值活動，具整合功能，為強化組織「核心能耐」之關鍵活動。
- 3、企業組織為開放系統，面臨經營環境鉅變，解決環境課題的能力，應是享資源及權力分配之主要依據。
- 4、為預防環境變遷，由組織內部建構堅實人力團隊，更能稀釋環境不確定性的衝擊，因此「內造式」人力管理比「外塑式」人力管理將更具關鍵地位。
- 5、迎向二十一世紀，企業組織朝向「共創價值、協同負責及多元技能」之方向發展，需考量「全員利益」，因「全員系統」（stakeholders system）取代「股東系統」（stockholders system），人本導向之人力管理具策略

地位。

- 6、企業組織員工之正向行為發揮，可導引「組織公民」倫範，員工自主，承諾增強。若運用及管理不當，則負面之「社會閒散」(social loafing)將造成人力負債現象，將有後續不良影響。

#### 四、策略性人力管理，應予重視

##### (一) 策略性人力資源管理之意義：

主要是強調人力資源管理策略與操作活動必須配合企業環境及企業目標而調整。因此其對人力之基本認定與管理目的，本質上與傳統人事行政有極大差異，人事功能已轉為策略性及生產性角色，其差異可歸納如下：

項別	策略性人力資源管理	傳統人事管理
基本理念	人力為資產、社會投資。	人力為變動成本。
最終目的	1、促進組織整體效能。 2、提供長期人力價值，促進員工工作生活品質。	1、增加個別功能活動效率。 2、降低短期人力費用，提高勞動效率。
運作架構	整合環境策略及情境因素。	強調人事功能變數，不關心其他因素。
層次角色	高階地位、負責策略性規劃，參與決策。	低階地位、負責日常事務性工作，幕僚配合。
利益導向	員工與股東共益。	個人利益為先。
問題處理	預應式 (proactive) 解決人力資源整體問題，重視員工諮商。	因應式 (reactive) 處理個別人事問題，注重抱怨統計。
協調態度	建立共信，促進權利均衡。	運用談判爭取權利優勢。
資訊流通	上行參與之員工導向，開放溝通管道。	下行控制之任務導向，傾向黑箱作業。
員工發展	擴張發展空間，多元發展。	員工受限較多，單元發展。
活動範圍	重視策略性人力發展活動。	傾向作業性人事事務活動。

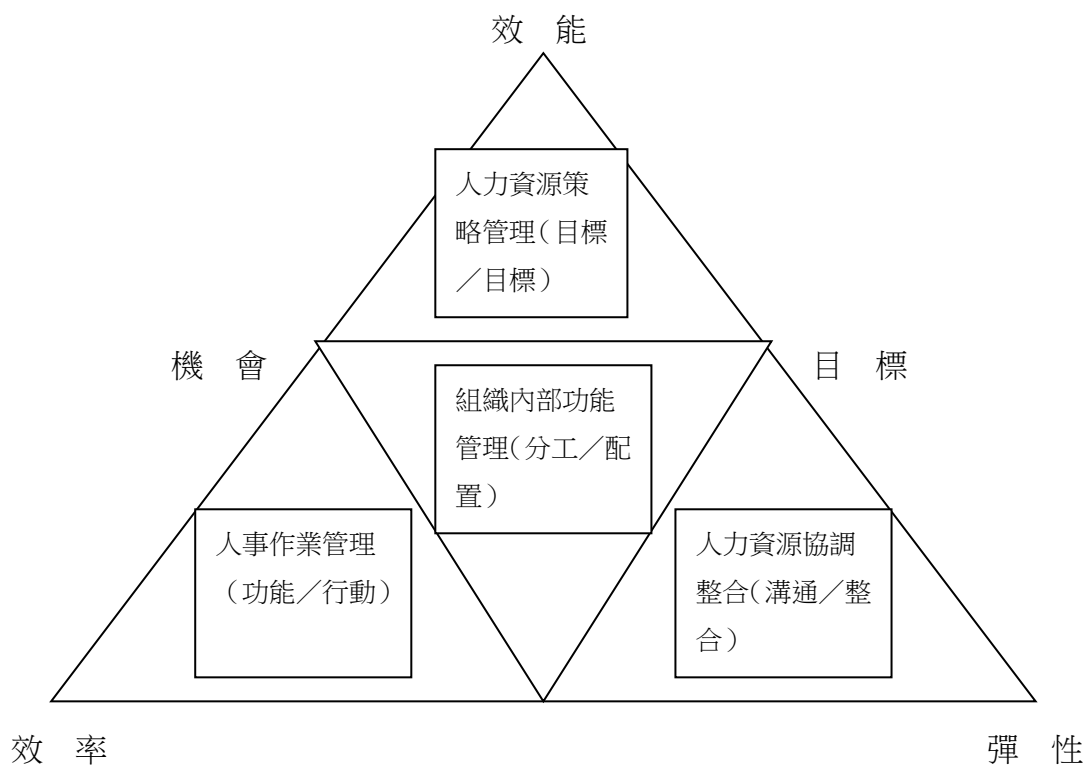
資料來源：參考 Beers & Spector (1984,pp.9-11)

由上表可知：策略性人力資源管理因參與確定目標、分配資源擬定政策等活動，負責之主管職位層位相當高；並且以企業發展為導向，重點點在於整體組織的成效，視人力為資產，較重視員工發展，權利均衡及開放作法，藉此達成企業目標；考慮的範圍較廣，以情境為基礎，重視整合。傳統的人事活動則大多負責日常事務及行政活動，主管只是中低級職位；以個別的功能成效為重點，視個人行為和態度獨立於組織之外；只單獨考慮人力資源本身的事項，對環境或其他變數較不關心；同時一般由直線經理直接決策，和「人力」有關之事務，則交給負責人事工作的行政幕僚。

##### (二) 策略性人力資源管理之內涵

策略性人力資源管理係在確認企業整體「發展目標」、掌握「市場機會」並顧

及企業「資源條件」之三大原則下，充份開發、運用及承續現有人力，以確實達到企業經營「效能」(effectiveness)、發揮人力資源之「效率」(efficiency)及適應環境變遷「彈性」(flexibility)等三大目標之過程。筆者採用吳秉恩(民國七十七年)之觀點，歸納如下圖所示，以說明策略性人力資源管理內涵要素：



策略性人力資源管理內涵要素圖

第一，人力資源策略管理旨在配合企業未來業務發展之需要，達成人力發展、提昇員工工作生活品質與核心競爭力之目的，其工作重點為對未來人力之開發，因此應厲行前瞻而主動、整體而高層之策略性活動，這些工作宜由公司「人力發展部」或「教育訓練部」負責。

第二，人事作業管理則係為達到人事穩定及工作效率之目標，工作核心強調對現有人力之維護，因此係由個體觀點出發，採取以因應現實，制定遊戲規則之事務性活動為主，這些工作可由「人事部」主其事。

因此，對於(1)人力資源規劃，(2)人力培訓活動，(3)人力生涯發展，(4)人力考核，(5)員工事業前往規劃等工作可由「人力發展部」負責；而關於(1)人事法規，(2)員工福利，(3)人事紀律，(4)人事資料，(5)勞資關係等工作則由「人事部」處理，此兩單位為人力資源管理兩大系統相輔相成。

第三，策略性工作與作業性工作能明確區分，對人事實務之推動固然極有幫助，然而部份人事工作很難涇渭分明，必須此兩單位基於分享協力理念，互相溝

通協調方能克盡全功。

第四，人力資源管理工作最終目的，在提昇企業內部員工工作生活品質及組織競爭力，除「人力發展部」對整體性發展目標及策略進行策劃，「人事行政部」對事務性人事規範與作業予以界定外，組織內部各直線及職能單位均需通力合作。

第五，公司培訓單位通常僅能對「職外訓練」予以統籌規劃及執行，而對員工最有實質助益之「職內訓練」實必須各單位直屬主管於工作內給予直接之輔助。

其他需「人力部門」與「非人力部門」合作之人力活動隨處可尋，「分享式」作法乃必然之勢。人力資源管理活動分工列述如下表：

分工項目	活動細項	職能部門職責	人力資源管理部門職責
人力活動 選才	工作分析、人力預測、人力招募、面談遴選、人力規劃。	整合策略計畫與人力計畫，協助提供分析之資料及甄才資格條件，並參與人員雇用決策。	進行各項選才活動之規劃及追蹤，並協助招募、面談與測試等工作。
用才	工作指派、溝通領導、授權協調、人力運用、指導諮詢。	實質進行工作指派、溝通協商、授權等工作。	協助建立企業內分層負責及溝通協調之規則與制度。
育才	始業訓練、職內訓練、職外訓練、教育研習、管理發展。	實際負責職內訓練及教導等活動。	負責職外訓練活動及與其他活動之配套設計。
晉才	調遷晉昇、員工輔導、前程發展、職務歷練、績效考評。	評估員工實際表現及歷練調動等工作。	建立各種與員工晉昇及考績有關之制度與協調。
留才	薪酬福利、勞資協商、任免資遣、紀律管理、內在激勵。	公平等待員工解決衝突，並實質建議薪資調整。	研議薪資福利及紀律管理之體制及檢視修正。
其他	人事行政研究、人力統計分析、人事資訊系統。	參與提供資訊及實質凝聚共識，提供願景。	協助進行人力管理研究並進行變革之前置宣導作業。

## 第二節、人力資源管理之角色與演變

### 一、重視多元特性，權變運用

如將人力資源管理視為理論而言，『HRM 係探討人力資源運用「效率」，人力與其他資源間之分配「效能」以及統合目標相對均衡之「彈性」之社會科學』。如就操作性層次，則比較以視 HRM 為組織價值活動之「實務」而論則『HRM 乃為人力運用之動態調適過程，旨在採取計劃、執行及控制上基本程序於人力活動，亦即甄選人力、運用人力、培育人力、晉昇人力及留住人力之循環，以達適才適所目的，進而創造組織競爭優勢，促成組織目標之達成』。

但就實務而論，過去已被實證之「理論」，實質亦有其實務背後涵義，兩者實為相互為用。亦即上述「效用」(utility)而言，可相互補足。如能利用「縱向研究」(longitudinal approach)，則更能了解人力資源管理演化軌跡，有更高之解釋

力，亦可補足過去多數研究僅重視「橫向研究」(cross-sectional approach)之不足。

## 二、環境變遷甚鉅，角色質變

(一) 最近數年來，人力管理之內外在條件變動甚鉅，列舉數項影響較大者說明：

1、電腦科技進步及產業結構調整，勞力性工作部份被電腦或自動化取代。因此藍領工作減少，知識性服務工作增加，而高科技產業之職務亦是從業人員爭逐之對象。

2、以「合作代替競爭」或是「既競爭又合作」之時代已經來臨。區域性經濟合作及企業策略聯盟(無論水平或垂直合作)日益蓬勃，促成人力資源非侷限於本地之流動，而是全球化之人力重新配置，國際人力資源管理及跨文化管理成為學術研究關注焦點，實務上如何有效運用更倍受重視。

3、過去購併，或多角化之擴大規模經營方式，在合作網路日受重視及創造企業核心能力之需求下，「精實經營」(小規模，強體質、高韌性)更能確保企業永續。因此，不少企業保留優質之「核心職務」，而週邊工作漸予外包。

4、資訊科技進步，增加客觀上工作地點自由化之可能性，而社會價值觀念改變也增加主觀上彈性工作意願，同時承接企業外包之「資源管理公司」紛紛設立，使得「權變工作者」遽增，因此企業工作設計方式需適度調整，甚至影響政府勞工法修訂。

5、勞動法律規定增多，對殘障工作者之保障、女性工作者之保護，將增加此類從業人員之參與率；而年齡老化之結構，銀髮工作族亦明顯增加，這些現象增大企業內部人力管理之異質化，管理制度及領導統御，溝通協調亦更複雜，諮商技巧相當重要。

6、由於企業內部員工自主意識提高，要求的多，「契約式」之勞資關係，又必要思考調為「伙伴式」「分享式」之關係，惟如何順利調適，人力資源主管應予協助。

(二) 人力資源理念與角色趨於價值導向、多元化

1、人力管理基本目的由「提昇工作生活品質」轉為「創造核心競爭力」。

2、人力理念由「成本導向」轉為「價值導向」。

3、「因應式」(reactive)解決個別人事問題轉為「預應式」(proactive)解決人力資源整體問題。

4、人力資源管理由「單一／作業」角色轉「多元／策略」角色。有下述四種主要角色：

(1) 制定組織策略及創新之角色

(2) 執行人事作業及控制角色

(3) 提供支援服務與溝通之角色

(4) 促動組織變革及宣導之角色

### 第三節、人力資源管理策略與功能內涵

#### 一、選才策略——人力規劃與招募遴選

(一) 人力規劃為人力管理之首要工作，基於「因事擇人」原則，配合組織業務發展需要，評估現有人力質量應預估未來人力需求，以期達到人力質量均衡及適才適所之目的。合理之人力規劃程序，包括下列數項：

- (1) 人力現狀評估
- (2) 未來人力預測
- (3) 人力調整計劃
- (4) 人力檢查改進

(二) 人力招募應注重內昇與外聘之均衡，主要包括採外部勞力市場策略（即外聘制）以及內部勞力市場策略（即內聘制）各有優劣。

(三) 甄選方面避免因人設事，清楚職責劃分，溝通協調，其程序更應顧及甄選之層級，工作內涵，標準宜有彈性。

#### 二、用才策略——工作教導及員工管理

(一) 授權運用貴在「職務、職權及職責」三位一體用才活動旨在如何激發員工現有工作績效及未來工作潛力，其主要角色應是組織內各單位主管應負起之責任。其重點仍在透過有效之授權方式，厲行主管工作教導之任務，以及運用各種權力來源。

(二) 員工領導重視「賦能」至於員工領導方面，除運用「法定權力」之外，更應善用「專家權威」達到指導員工成長，運用「參考權威」之身教影響力，更是實質激發員工內在潛力之「賦能」作為。

(三) 謹慎管理心態與行為特異的員工行止合乎常態之員工，其心態與行為均在掌控範圍之內，然對於特異人力，則更需以耐心應對重視過程觀察、走動管理，採取結構性機制與非正式影響力，以妥善管理之。

#### 三、育才策略——技能訓練與才能發展

(一) 人才培育應依循「目標導向」為原則合理之培訓活動，其程序應包括以下程序，以目標導向為之：

(1) 決定訓練需求；(2) 決定訓練目標；(3) 研擬訓練計劃；(4) 執行訓練計劃；(5) 訓練成效評估；(6) 檢討回饋及修正。

(二) 主管才能發展宜運用「職內訓練」為主而對於主管人員之管理才能發展，則除一般性訓練課程之外，更需配合接班計劃及前程規劃，採取更多元化之發展設計，譬如職務歷練之計劃輪調、直線與幕僚交流之雙軌制度設計以及代理制度等方式，對主管人員之才能更有實質助益。

(三) 員工培訓之趨勢朝向「整合性」、「自由化」及「協同式」基於學理上之發展及實務需要，員工培訓之未來走向已朝向下述發展：

- 第一、訓練課程從「功能性」朝向「整合性」及「人文性」。
- 第二、訓練場地「固定化」朝向「自由化」。
- 第三、終身學習觀念逐漸獲得認同。
- 第四、「下行式」訓練策略轉為「上行式」及「協同學習」方式。
- 第五、訓練為「成本」之觀念轉為「社會投資」之觀念。

#### 四、晉才策略——績效考評與晉昇調遷

##### (一) 晉才活動以績效考評為評定依據

所謂「績效考核」乃是對員工工作成果之評價，藉以作為調薪、敘獎、任免或晉昇等人事決策之「反應式」參考，然過去正因太強調上述反應式目的，反而使績效考評失之於形式或成為組織內成員爭鬥之禍源，相當可惜。應積極採「開放式」，則績效考評之正面效果更能發揮。

(二) 為達到「開放式」考績目的，應避免考評之人性困擾基於目標導向之前題，績效考評之程序，應依：

(1) 設定考績目標；(2) 定期評估績效；(3) 擬定激發策略；(4) 定期回饋調整；(5) 重新設定標準之順序行之，方屬合理。

(三) 解決考評困擾在於「考評方式多樣化」及「考評標準多元化」為解決上述問題，原則上應採取：

第一、多樣評估方式，採自我評估、複式評估、交叉評估、同僚評估、同僚評估等方式混合使用之。

第二、標準多元化，採配合工作目標之各種相關因素以為評量依據。

第三、增加考評次數，避免「一次定終身」方式，減少主觀誤差。

#### 五、留才策略——資薪福利與勞資關係

##### (一) 薪資設計應注意外部競爭性及內部公平性薪資可分三類：

(1) 直接財務性給付；(2) 間接性財務性給付；(3) 非財務性獎勵。

應注意：(1) 薪資設計之合理性；(2) 薪資水準之外部競爭性；(3) 薪資結構之內部公平性；(4) 薪資具有激勵性及彈性。其合理程序為：(1) 進行薪資調查；(2) 進行工作評價；(3) 決定給付等級；(4) 給製薪資曲線；(5) 調整薪資偏差。

##### (二) 彈性福利計劃為激勵員工之妙方

一般區分為經濟性福利措施、娛樂性福利措施及設施性福利措施。

##### (三) 塑造長期合作之伙伴關係為留才之良策

至於勞資關係，應擺脫過去企業主純為股東利益著想之觀念，而應以全員利益為考量，建立伙伴關係，勞資雙方以長期合作心態，共創價值，分享利益。

### 第四節、台灣企業人力資源管理之回顧



## 一、外商企業推力，學者努力

(一) 外商企業人事主管協助理念傳播，貢獻甚大。

(二) 民間團體與學術界亦投入心力，努力傳播擴散。國內大學及研究所有下列數項發展方向：

1、人力資源管理之涵蓋內涵有人力發展、人力規劃、人才培訓、生涯計劃、員工諮商……等，及高科技人力運用發展、人力管理資訊系統……等特定主題亦予關注。

2、人力資源有關主題之研究，以「策略性人力資源管理」為架構，了解其配合社會變遷、組織文化、企業目標等因素，人事活動如何整合。

3、人力資源管理之受重視，亦開始跨出企業管理之領域，各種不同學術領域者均努力於研究教學，善盡傳播之責任。

## 二、企業需求拉力，環境壓力

(一) 企業界不斷增加員工訓練經費，投資超過仟萬元台幣之企業已不在少數，且成立專責訓練中心。

(二) 人事單位已逐漸脫離總務系統，且開始有企業設立人力發展室，設置多元化之人力發展措施。

(三) 政府亦將有關之勞工事務之處理，提昇至「部會」層次，顯示對勞資問題之關切。

## 三、分享式人力管理，漸形興起

台灣企業人力資源管理之發展，以民國73年為分水嶺，大約可分成下列階段：

(1) 民國73年以前：為「人事行政階段」，人事功能以作業性事務為主。

(2) 民74年迄民83年：已朝向「人力資源管理」方向，人力部門地位也較提昇。

(3) 民84年迄民88年：台灣社會加速民主化、高科技產業高度發展，加強核心競爭力之人力管理活動漸被正視。

(4) 民89年以後：重視「內外一致」、「上下和諧」、「勞資合作」及「職能協力」之「分享式人力資源管理」將更受到關注。

## 第五節、人力資源管理之爭議與未來思考

### 一、人管功能分散，喪失身份地位？

基於環境變化快，為創造核心競爭力，利於適時調整產品目標，降低營運成本及提高顧客服務；逐漸由縮減「人力部門」編置，將員額分散歸建於各產品事業部，以利「直線幕僚一體」迅速作戰、避免脫節，並將週邊人力管理功能外包。人力管理功能將漸弱化、喪失身份？個人認為在多能學習之二十一世紀，部門疆

界打破，彼此協力才是正確想法。

## 二、資源效率為主，人力發展為先？

「人力」與「資源」均為一體兩面，應是體用合一，運用分享式觀點運作，才能創造企業利基。

## 三、人力發展工作，權力責任誰屬？

人力管理部門，就整體組織言，確是定位於支援、協助之幕僚角色；其參與企業策略計畫亦重在「參謀」、「諮詢」及「襄助」；著重於涉及組織績效有關之人力管理機制設計為主。

而實質各單位人力素質提昇，人力部門輔佐訓練有之，然對員工實質貼身指導與溝通激勵，仍應是各單位主管之「直線職責」。個人認為產業特質、組織文化、結構類型乃至高階理念均需納入思考之變因。而企業發展階段不同亦是可供觀察之因素。

## 第三章 醫院規劃與組織

### 醫院常見的法規

醫療產業是很受到法規限制的產業，其最主要的法規有「醫療法」、「醫療機構設置辦法」，近年來對於醫院軟硬體方面的要求愈來愈高，八十八年四月正式成立了「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」(Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation; TJCHA)，中文簡稱「醫策會」，行政院衛生署正式將地區醫院評鑑工作委託辦理，每年定期修改「醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序」；八十四年三月健保實施，八十七年七月醫院適用勞基法，此兩種政策對於醫院財務面影響甚大；「醫療行為是否適用消保法」是消保法施行以來的重大爭議，但實務見解極為有限，其中，台北地方法院於民國八十七年初首先在一件「肩難產」案例中，認定醫療行為適用消保法，判決該案需負起「無過失責任」，應賠償被害人新台幣一百萬元，在醫界引起軒然大波。

### 醫院建築規劃與管理

醫院建築規劃一般可分為三個階段說明如下

#### 一 規劃階段

- (一) 成立規劃小組: 規劃大型醫院大部分由院長或董事會顧問建築師組成規劃小組來作最初的整體規劃
- (二) 整體規劃之著眼點
  - 1 區位選擇: 需考慮基地本身的條件病患圈區位交通狀況等因素
  - 2 成本經濟與土地取得: 決定醫院規模的大小
  - 3 機能動線規劃: (包括人員及物品動線規劃)
    - (1) 人員動線規劃分為病患訪客工作人員及屍體
    - (2) 物品動線規劃分為食物消毒物品及污物等
  - 4 整體規劃之完整性及未來發展: 需考慮醫院未來擴充的問題
  - 5 營運成本: 規劃的疏忽會造成未來營運成本的增加

#### 二 設計階段

- (一) 聘請建築師
- (二) 繪製建築施工圖

#### 三 施工階段

- (一) 工程發包與工程進度
- (二) 申請使用執照

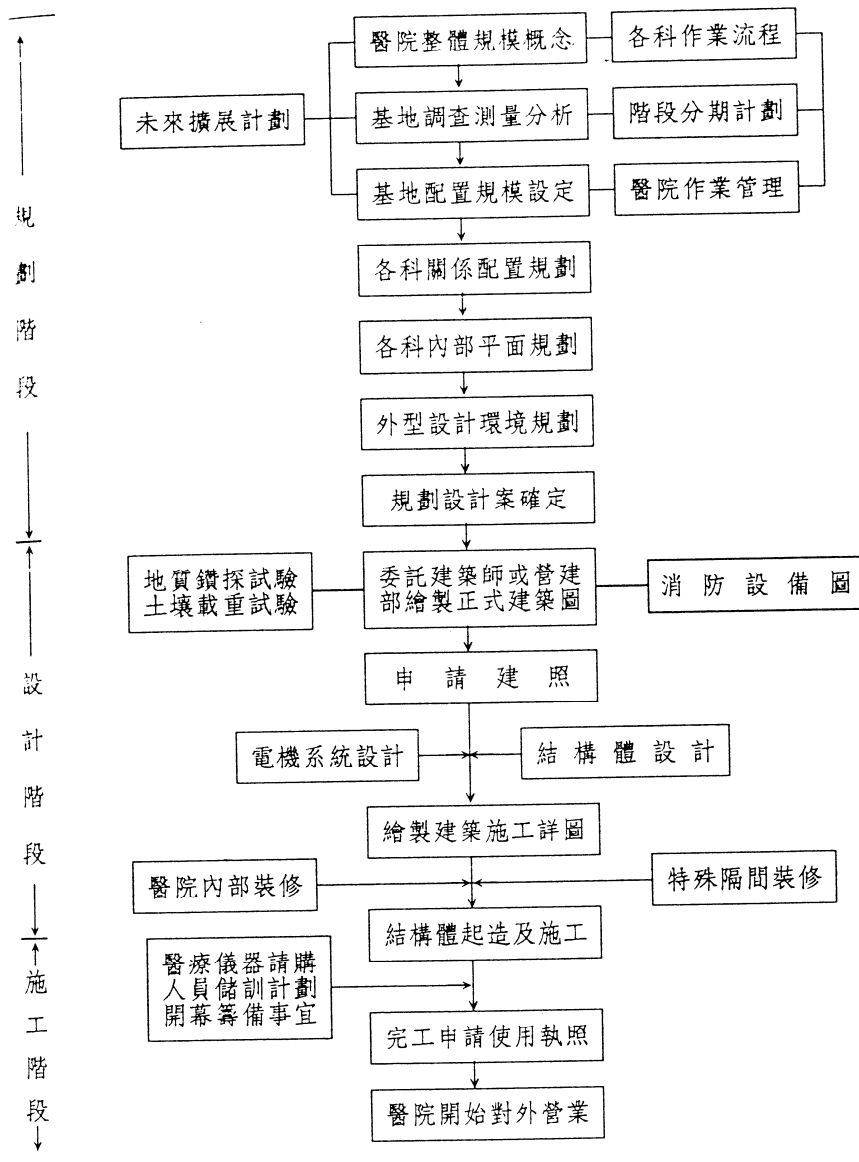


圖6-1 醫院建築規劃流程圖

資料來源：許文彬。(民74)。醫療設備與醫院建築。於醫師的市場雜誌編輯部主編。現代醫院診所設計與規劃(70-86頁)，台北：醫師的市場雜誌社，74頁。

### 醫院組織理論

醫院是所有事業中 (enterprises) 組織最複雜者，一所大型醫院可能雇用數百種不同職務的人員，其所使用的物品可能多達成千上萬種，因此醫院必須有完善的組織系統表，才能經營得更有效率。

醫院的組織系統表通常可分四類：

1. 金字塔型 (pyramid type of chart)：由上而下。
2. 水平圖 (horizontal chart)：由左而右。

### 3.圓型圖 (circular chart)

### 4.倒金字塔型 (inverted pyramid chart)：由下而上。

其中以金字塔型最為常用，可表達命令傳達的流程，以及上級對下級授權 (delegation of authority) 的關係，其缺點是對各個職位相對的高低，容易有錯誤的印象。

組織最重要的功能是部門的分化 (departmentalization)，部門的分化可使人員分工，各依專長司不同的職務，以提高生產力及效率。由於業務的高度專業化，醫院中有很多職位是專屬的很難由某一職位跳到另一職位 (例如藥師不可能變為醫師)，只有一些不須太多專業訓練的人員才可能調動。

部門分化的原則有下列數種：

- 1.依功能 (function) 分：如護理、營養等依照工作性質來分部門，為最常用的方法。其優點是最容易協調。
- 2.依產品 (product) 分：如依內、外、婦、兒等分部門，其缺點是工作易重覆，且難協調。
- 3.依地方 (territory) 分：如不同的建築、樓、翼等。
- 4.依服務對象 (customer) 分：如門診、住院。
- 5.依設備或過程 (process and equipment) 分：如放射線部。
- 6.依時間 (time) 分：早班、日班、午班、晚班。

醫院通常採用混合的原則來分化部門。組織分化的層次愈多，分工愈細，愈容易提高生產力，但分化的層次太多，不但成本高，增加溝通及協調的困難度而且不容易控制。

部門分化後，上級主管必須授權下級主管，使分層負責，增加工作的效率，但必須維護命令的一致性 (unity of command)，以免發生衝突。

醫院的組織若依工作來分可分別為兩類，其一為對病人的專業照護部門 (professional)，另一類為一般企業管理部門 (business management)。

專業照護部門又可分為四類：

- 1.醫療行政群 (medicoadministration group)：如社服、住院、醫圖等。
- 2.醫療服務群 (medical service group)：如主治和住院醫師、特約醫師、診斷、治療等醫事部門。
- 3.護理 (nursing service)
- 4.營養 (nutrition service)

一般企業管理則包含人事、會計、公關、工務、採購、環境清潔、供應、洗衣部門。

## 我國醫院組織

醫院的組織一般可分為會員組織 (committee) 及階層組織，在階層組織中醫院的部門還可分為直係組織和幕僚組織。直系組織是指上級命令可單一直線的傳達到的部門，可保證命令可以正確而迅速的被執行。幕僚人員主要是提供專業

的顧問、指導、輔佐性的服務，其與直係人員的最大差別是不能發號施令，只能被授予有限的權力，依其工作的特性又可分為個人幕僚及專業幕僚。醫院中的秘書室、人事室都是典型的幕僚組織。會員組織可分臨時性和永久性，其成員通常是兼任的，一般為 3~7 人，最好勿超過 12 人，以免影響決策的效率。我國醫院組織大部分採混合式組織，即將會員組織與階層組織一起使用，階層組織是以醫院的院長為最高主管（有的醫院在院長之上還有董事會、醫學院院長、基金會等），其職權為綜合管理全醫院之業務，院長之下設有副院長（一般可分為教學、醫療、行政副院長），其職權為協助院長處理醫院的業務，副院長之下又設有秘書，其職責為協助院長、副院長處理醫院業務，秘書一般是屬於幕僚單位的人員，其職權是提供資訊及決策方案給予管理者，基本上並沒有實際的指揮權及命令權，不過有些秘書因由於院長及副院長的授權，也可擁有極大的權力。階層組織可分為醫療及行政兩大部門，醫療部門主要包括各科醫療、護理、檢驗、放射、藥劑等與醫療有直接相關的單位；行政部門主要包括總務、人事、資材、工務、資訊、企劃、事務等與醫療為間接相關的單位。而會員組織一般也可分為醫務委員會及行政委員會（管理委員會）；醫務部分包括醫療品質管理、病理組織、病歷審查委員會、感染管制、輸血、藥事、醫務執行、醫學教育等委員會；行政部分包括醫院業務、行政執行、勞工安全管理、員工教育、職員獎懲等委員會以及院務會議。

以下將依經營主體（所有權）分類說明之。

### 一、省市立醫院

省市立醫院也屬階層與會員混合式的組織，其面臨最主要的問題在於階層上的分化不均（院長、副院長必須直接管理 20 個以上的部門），其管理幅度過高，一級單位過多，組織圖如下：（陳楚杰，民 88）

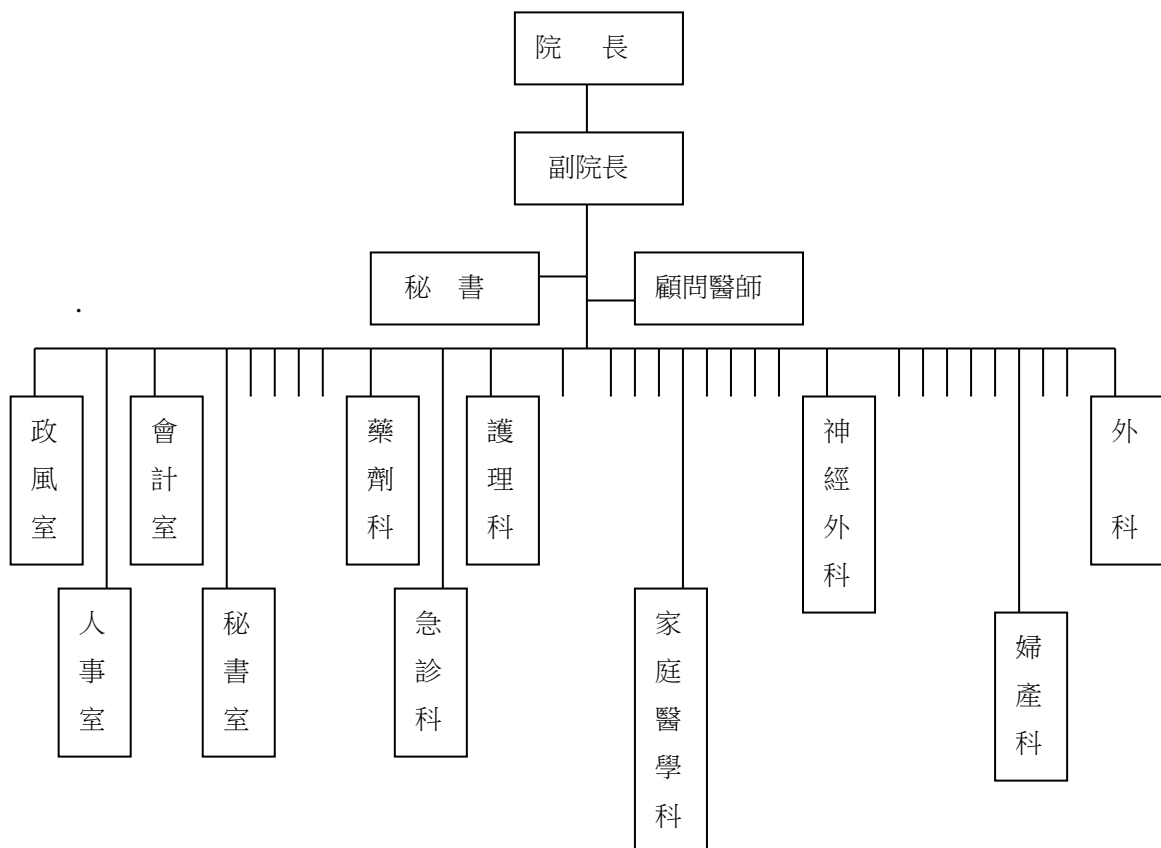


圖 1 典型的省市立醫院組織系統圖

## 二、財團法人醫院

一般企業集團所屬的財團法人醫院都設有行政副院長，聘請醫院管理專家擔任行政副院長，以協助院長管理醫院業務，由於是有專業的管理，便會使醫院管理更進一步，以新光醫院為例，屬於行政副院長所管轄的部門包括管理部、資訊部、勞工安全衛生室、人事室、企劃室、秘書室及總務部，詳如圖 2。(陳楚杰，民 88)

這類型的醫院通常會將業務性質相關的單位集合為一個部門，如管理部包括財務課、會計課、經營分析組、醫事課及病歷課，把與「錢」有關的業務統合在同一部門，以增加其彼此的溝通、協調，減少摩擦，減少一級單位的數目，減少院長的管理幅度，提高醫院營運的效能效率。(陳楚杰，民 88)

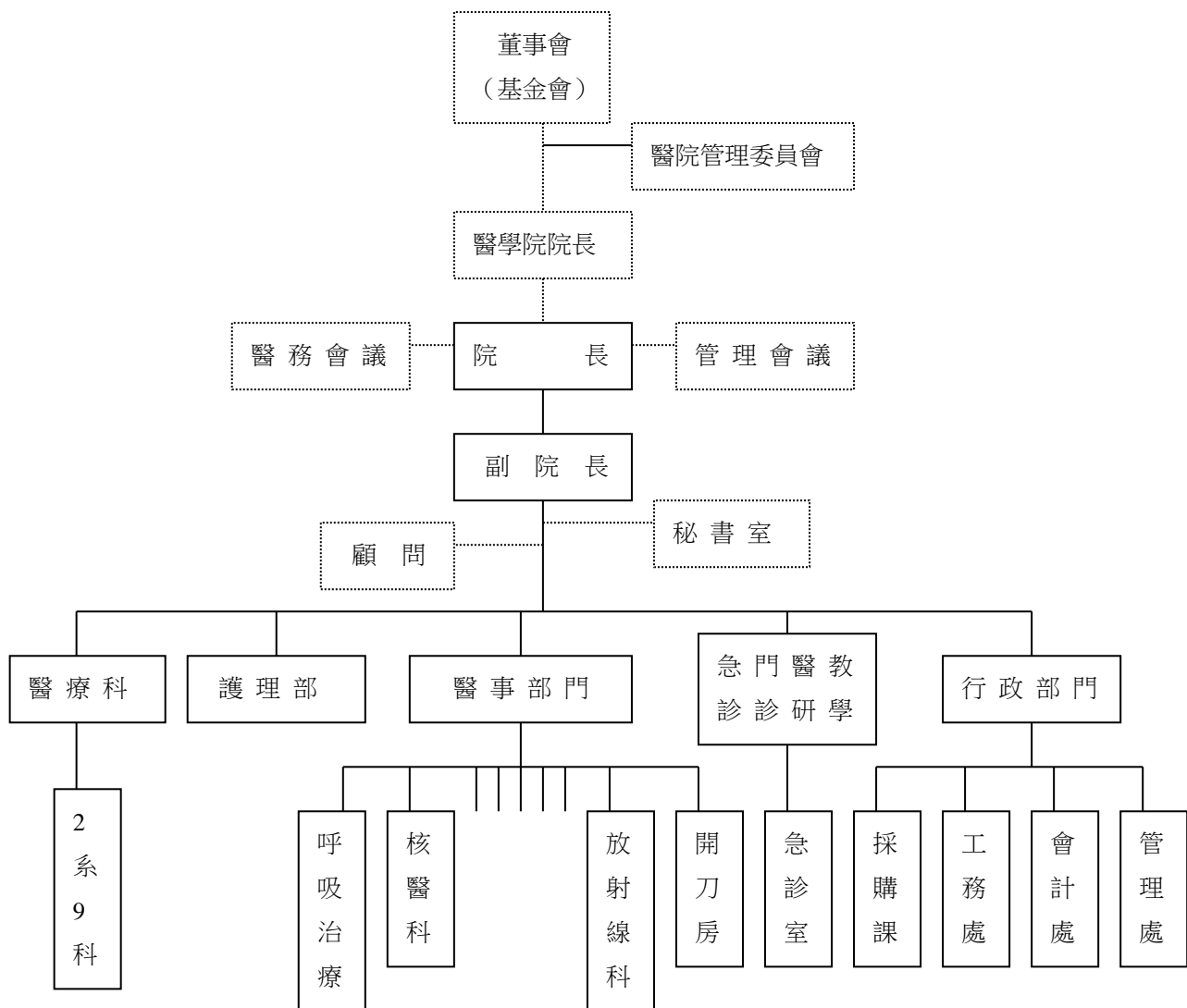


圖 2 財團法人醫院組織系統圖

### 三、一般私人醫院

一般私人醫院的組織與企業集團所屬的財團法人醫院的組織大同小異，其組織設有行政副院長，將業務相關的單位集合在同一部門，以減少一級單位的數目、減少院長的管理幅度，提高醫院營運的效能及效率，以壙新醫院說明之，其組織圖如圖 3。因壙新醫院是聯新醫療事務的主要醫院，負責輔導聯盟醫院的責任，因此在院長室下設有醫務處、秘書處、企劃處、公關處、採購處、品管處及財務處。陳楚杰，民 88)



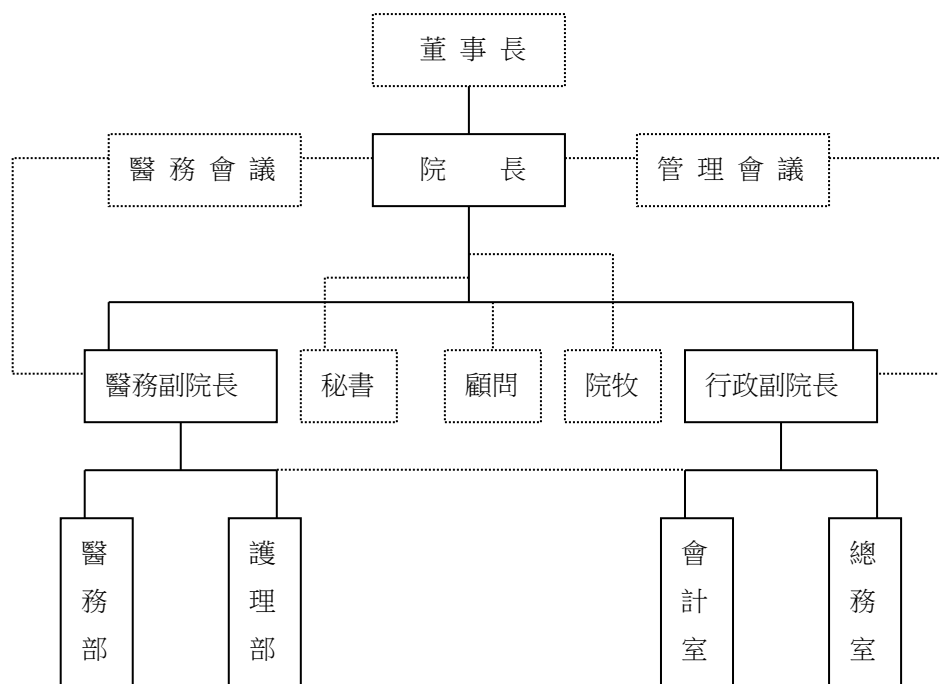


圖 3 澄清醫院組織系統圖

### 影響組織架構的因素（陳楚杰，民 88）

影響醫院組織架構的因素，主要包括：

1. 醫院的屬性：如教會醫院會設院牧部；財團法人醫院會設企劃室或管理中心。
2. 醫院的規模及服務項目：一般而言，醫院的規模愈大，服務項目愈多，醫院的組織則會愈複雜。
3. 政府法規的改變：如醫院評鑑的規定，醫院應設立病歷委員會、感染管制委員會等；勞工安全衛生法的規定，醫院應設立勞工安全管理委員會、勞工安全衛生室。
4. 醫院的經營理念：如為提高門診服務品質，增加病人滿意度，設立門診部；為提高教學研究水準，設立教學研究部。
5. 醫院正進行的重大業務：如在擴建新大樓時，設立新建工程室或院區擴建委員會。

### 參考文獻

- 1 醫院組織與管理(五版) 陳楚杰 編著 p84-86
- 2 現代化醫院診所設計與規劃「現代化醫院診所設計與規劃」研討會專輯醫師的市場雜誌秋季號專刊 醫院建築的整體規劃設計 張景文 p44-p45

## 第三章 醫院規劃與組織

### 醫院常見的法規

醫療產業是很受到法規限制的產業，其最主要的法規有「醫療法」、「醫療機構設置辦法」，近年來對於醫院軟硬體方面的要求愈來愈高，八十八年四月正式成立了「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」(Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation; TJCHA)，中文簡稱「醫策會」，行政院衛生署正式將地區醫院評鑑工作委託辦理，每年定期修改「醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序」；八十四年三月健保實施，八十七年七月醫院適用勞基法，此兩種政策對於醫院財務面影響甚大；「醫療行為是否適用消保法」是消保法施行以來的重大爭議，但實務見解極為有限，其中，台北地方法院於民國八十七年初首先在一件「肩難產」案例中，認定醫療行為適用消保法，判決該案需負起「無過失責任」，應賠償被害人新台幣一百萬元，在醫界引起軒然大波。

### 醫院建築規劃與管理

醫院建築規劃一般可分為三個階段說明如下

#### 一 規劃階段

- (一) 成立規劃小組: 規劃大型醫院大部分由院長或董事會顧問建築師組成規劃小組來作最初的整體規劃
- (二) 整體規劃之著眼點
  - 1 區位選擇:需考慮基地本身的條件病患圈區位交通狀況等因素
  - 2 成本經濟與土地取得:決定醫院規模的大小
  - 3 機能動線規劃:(包括人員及物品動線規劃)
    - (1) 人員動線規劃分為病患訪客工作人員及屍體
    - (2) 物品動線規劃分為食物消毒物品及污物等
  - 4 整體規劃之完整性及未來發展:需考慮醫院未來擴充的問題
  - 5 營運成本: 規劃的疏忽會造成未來營運成本的增加

#### 二 設計階段

- (一) 聘請建築師
- (二) 繪製建築施工圖

#### 三 施工階段

- (一) 工程發包與工程進度
- (二) 申請使用執照

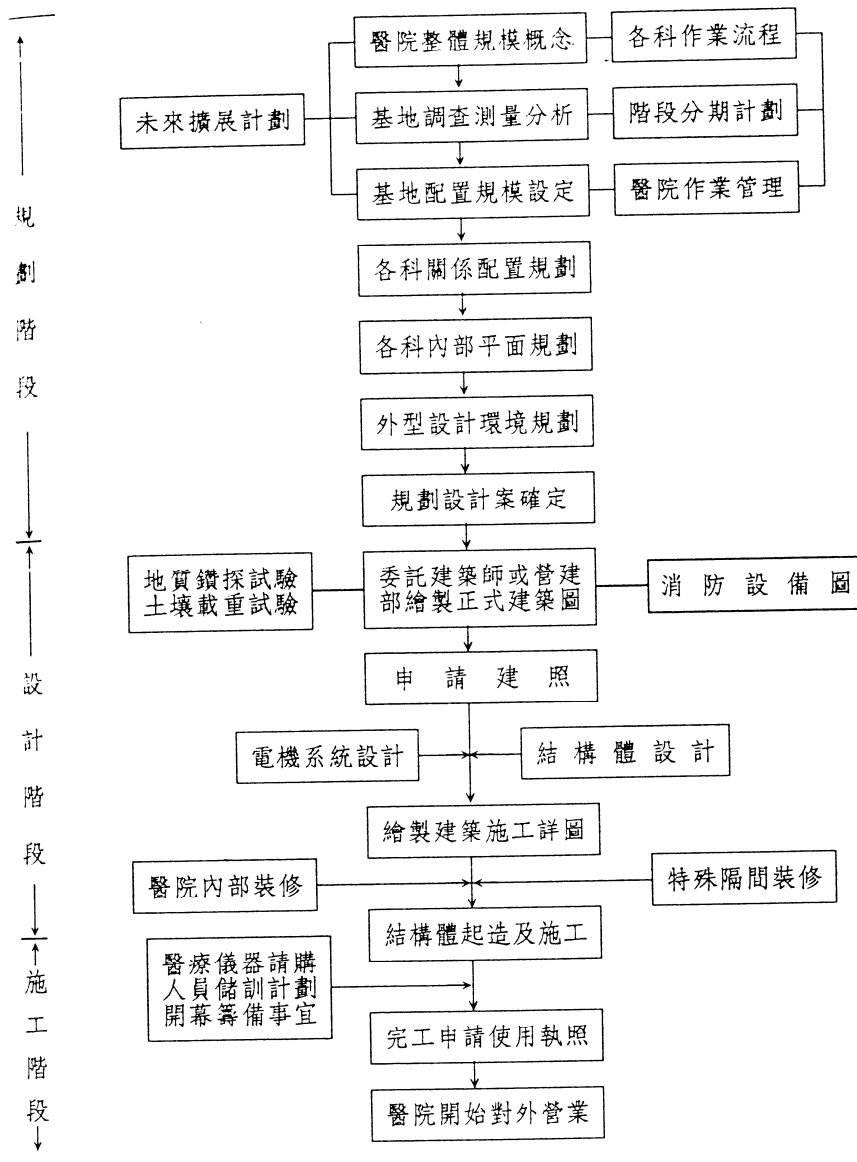


圖6-1 醫院建築規劃流程圖

資料來源：許文彬。(民74)。醫療設備與醫院建築。於醫師的市場雜誌編輯部主編。現代醫院診所設計與規劃 (70-86頁)，台北：醫師的市場雜誌社，74頁。

### 醫院組織理論

醫院是所有事業中 (enterprises) 組織最複雜者，一所大型醫院可能雇用數百種不同職務的人員，其所使用的物品可能多達成千上萬種，因此醫院必須有完善的組織系統表，才能經營得更有效率。

醫院的組織系統表通常可分四類：

1. 金字塔型 (pyramid type of chart)：由上而下。
2. 水平圖 (horizontal chart)：由左而右。

### 3.圓型圖 (circular chart)

### 4.倒金字塔型 (inverted pyramid chart)：由下而上。

其中以金字塔型最為常用，可表達命令傳達的流程，以及上級對下級授權 (delegation of authority) 的關係，其缺點是對各個職位相對的高低，容易有錯誤的印象。

組織最重要的功能是部門的分化 (departmentalization)，部門的分化可使人員分工，各依專長司不同的職務，以提高生產力及效率。由於業務的高度專業化，醫院中有很多職位是專屬的很難由某一職位跳到另一職位 (例如藥師不可能變為醫師)，只有一些不須太多專業訓練的人員才可能調動。

部門分化的原則有下列數種：

- 1.依功能 (function) 分：如護理、營養等依照工作性質來分部門，為最常用的方法。其優點是最容易協調。
- 2.依產品 (product) 分：如依內、外、婦、兒等分部門，其缺點是工作易重覆，且難協調。
- 3.依地方 (territory) 分：如不同的建築、樓、翼等。
- 4.依服務對象 (customer) 分：如門診、住院。
- 5.依設備或過程 (process and equipment) 分：如放射線部。
- 6.依時間 (time) 分：早班、日班、午班、晚班。

醫院通常採用混合的原則來分化部門。組織分化的層次愈多，分工愈細，愈容易提高生產力，但分化的層次太多，不但成本高，增加溝通及協調的困難度而且不容易控制。

部門分化後，上級主管必須授權下級主管，使分層負責，增加工作的效率，但必須維護命令的一致性 (unity of command)，以免發生衝突。

醫院的組織若依工作來分可分別為兩類，其一為對病人的專業照護部門 (professional)，另一類為一般企業管理部門 (business management)。

專業照護部門又可分為四類：

- 1.醫療行政群 (medicoadministration group)：如社服、住院、醫圖等。
- 2.醫療服務群 (medical service group)：如主治和住院醫師、特約醫師、診斷、治療等醫事部門。
- 3.護理 (nursing service)
- 4.營養 (nutrition service)

一般企業管理則包含人事、會計、公關、工務、採購、環境清潔、供應、洗衣部門。

## 我國醫院組織

醫院的組織一般可分為會員組織 (committee) 及階層組織，在階層組織中醫院的部門還可分為直係組織和幕僚組織。直系組織是指上級命令可單一直線的傳達到的部門，可保證命令可以正確而迅速的被執行。幕僚人員主要是提供專業

的顧問、指導、輔佐性的服務，其與直係人員的最大差別是不能發號施令，只能被授予有限的權力，依其工作的特性又可分為個人幕僚及專業幕僚。醫院中的秘書室、人事室都是典型的幕僚組織。會員組織可分臨時性和永久性，其成員通常是兼任的，一般為 3~7 人，最好勿超過 12 人，以免影響決策的效率。我國醫院組織大部分採混合式組織，即將會員組織與階層組織一起使用，階層組織是以醫院的院長為最高主管（有的醫院在院長之上還有董事會、醫學院院長、基金會等），其職權為綜合管理全醫院之業務，院長之下設有副院長（一般可分為教學、醫療、行政副院長），其職權為協助院長處理醫院的業務，副院長之下又設有秘書，其職責為協助院長、副院長處理醫院業務，秘書一般是屬於幕僚單位的人員，其職權是提供資訊及決策方案給予管理者，基本上並沒有實際的指揮權及命令權，不過有些秘書因由於院長及副院長的授權，也可擁有極大的權力。階層組織可分為醫療及行政兩大部門，醫療部門主要包括各科醫療、護理、檢驗、放射、藥劑等與醫療有直接相關的單位；行政部門主要包括總務、人事、資材、工務、資訊、企劃、事務等與醫療為間接相關的單位。而會員組織一般也可分為醫務委員會及行政委員會（管理委員會）；醫務部分包括醫療品質管理、病理組織、病歷審查委員會、感染管制、輸血、藥事、醫務執行、醫學教育等委員會；行政部分包括醫院業務、行政執行、勞工安全管理、員工教育、職員獎懲等委員會以及院務會議。

以下將依經營主體（所有權）分類說明之。

### 一、省市立醫院

省市立醫院也屬階層與會員混合式的組織，其面臨最主要的問題在於階層上的分化不均（院長、副院長必須直接管理 20 個以上的部門），其管理幅度過高，一級單位過多，組織圖如下：（陳楚杰，民 88）

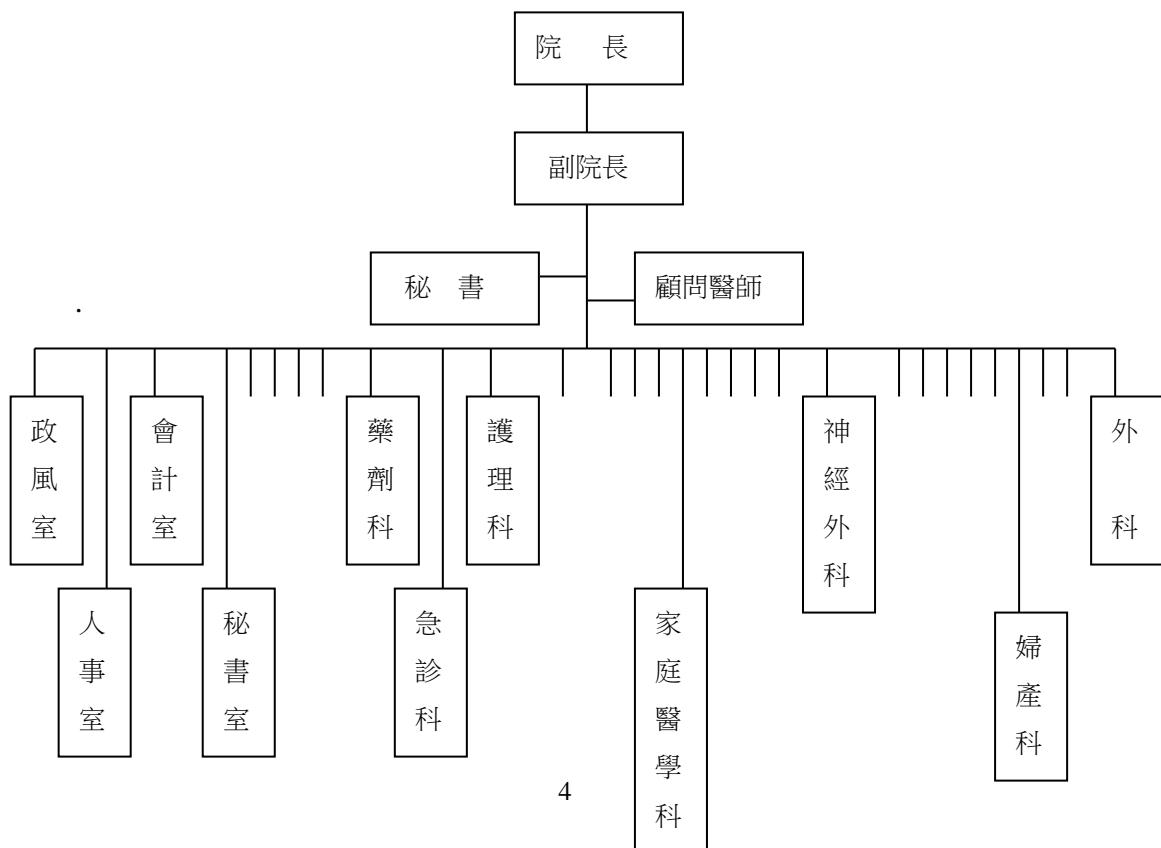


圖 1 典型的省市立醫院組織系統圖

## 二、財團法人醫院

一般企業集團所屬的財團法人醫院都設有行政副院長，聘請醫院管理專家擔任行政副院長，以協助院長管理醫院業務，由於是有專業的管理，便會使醫院管理更進一步，以新光醫院為例，屬於行政副院長所管轄的部門包括管理部、資訊部、勞工安全衛生室、人事室、企劃室、秘書室及總務部，詳如圖 2。(陳楚杰，民 88)

這類型的醫院通常會將業務性質相關的單位集合為一個部門，如管理部包括財務課、會計課、經營分析組、醫事課及病歷課，把與「錢」有關的業務統合在同一部門，以增加其彼此的溝通、協調，減少摩擦，減少一級單位的數目，減少院長的管理幅度，提高醫院營運的效能效率。(陳楚杰，民 88)

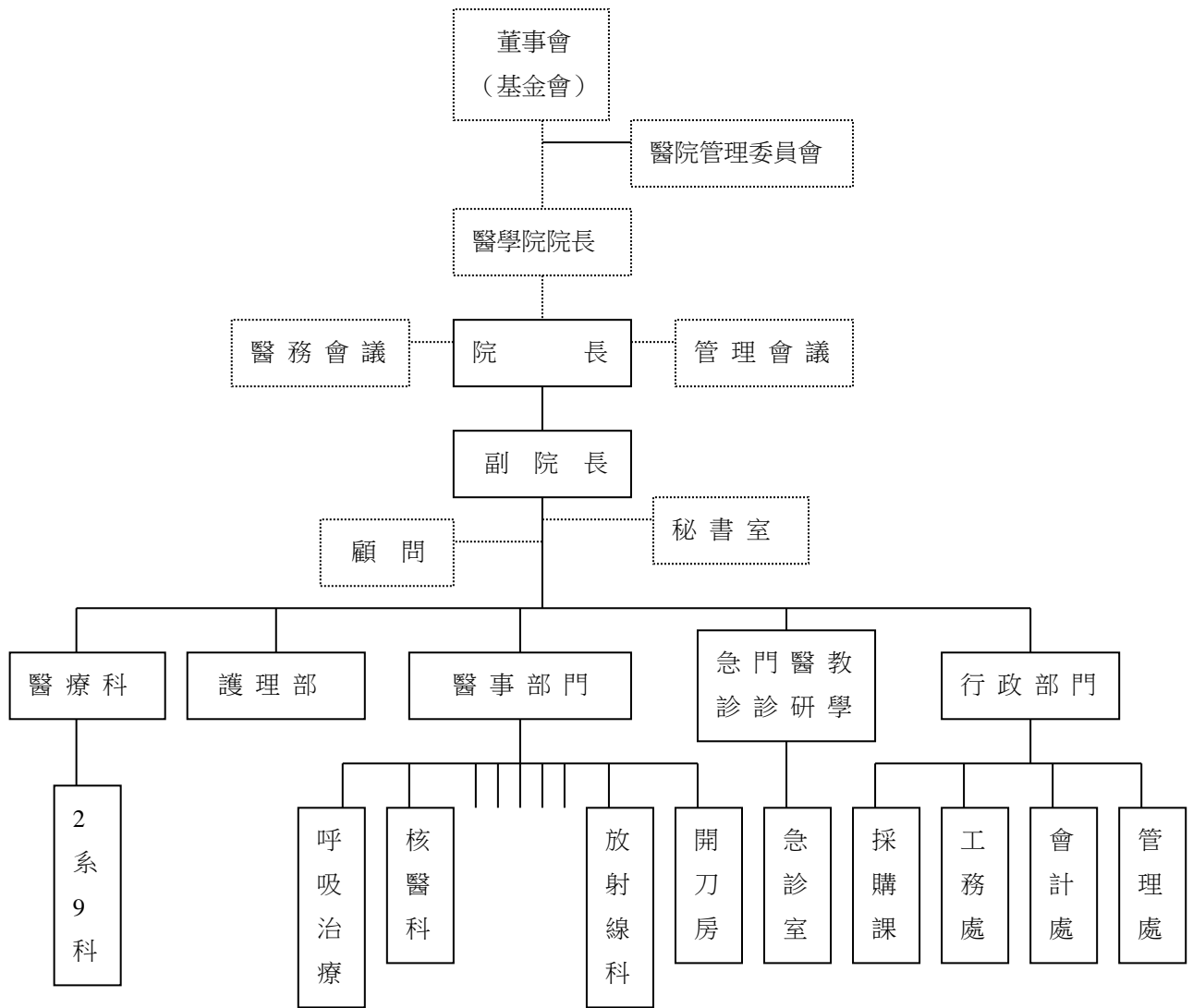


圖 2 財團法人醫院組織系統圖

### 三、一般私人醫院

一般私人醫院的組織與企業集團所屬的財團法人醫院的組織大同小異，其組織設有行政副院長，將業務相關的單位集合在同一部門，以減少一級單位的數目、減少院長的管理幅度，提高醫院營運的效能及效率，以壙新醫院說明之，其組織圖如圖 3。因壙新醫院是聯新醫療事務的主要醫院，負責輔導聯盟醫院的責任，因此，在院長室下設有醫務處、秘書處、企劃處、公關處、採購處、品管處及財務處。陳楚杰，民 88)

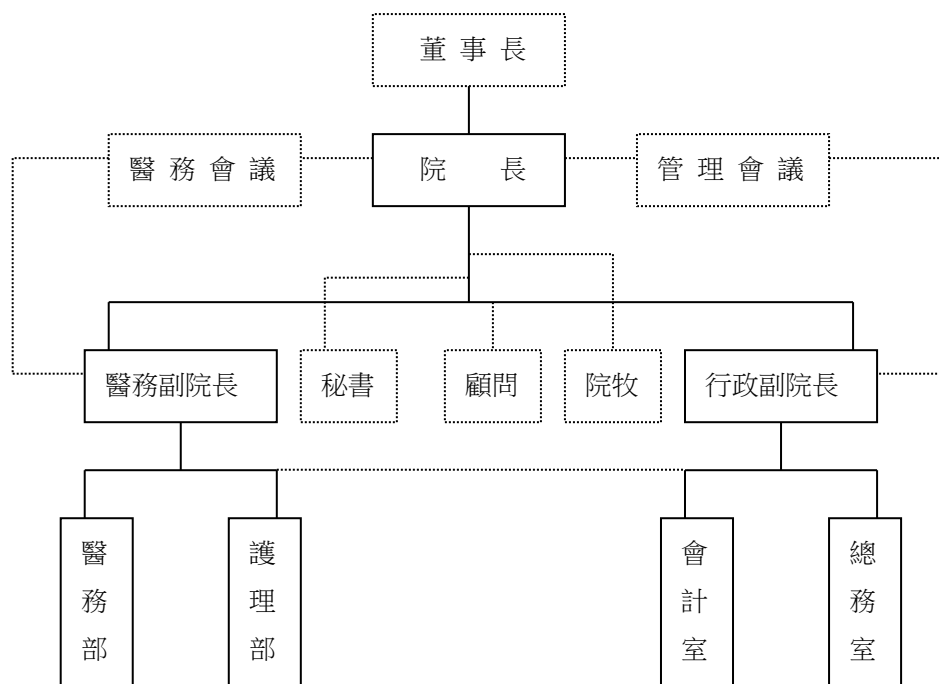


圖 3 澄清醫院組織系統圖

### 影響組織架構的因素（陳楚杰，民 88）

影響醫院組織架構的因素，主要包括：

1. 醫院的屬性：如教會醫院會設院牧部；財團法人醫院會設企劃室或管理中心。
2. 醫院的規模及服務項目：一般而言，醫院的規模愈大，服務項目愈多，醫院的組織則會愈複雜。
3. 政府法規的改變：如醫院評鑑的規定，醫院應設立病歷委員會、感染管制委員會等；勞工安全衛生法的規定，醫院應設立勞工安全管理委員會、勞工安全衛生室。
4. 醫院的經營理念：如為提高門診服務品質，增加病人滿意度，設立門診部；為提高教學研究水準，設立教學研究部。
5. 醫院正進行的重大業務：如在擴建新大樓時，設立新建工程室或院區擴建委員會。

### 參考文獻

- 1 醫院組織與管理(五版) 陳楚杰 編著 p.84-86
- 2 現代化醫院診所設計與規劃「現代化醫院診所設計與規劃」研討會專輯醫師的市場雜誌秋季號專刊 醫院建築的整體規劃設計 張景文 p44-p45



## 前言

近年來隨著經濟的發達、生活水準的提高、消費意識的覺醒，使得民眾對於深切影響生命與健康的醫療服務要求也越來越高，全民健保實施後，就醫之經濟障礙排除，病人之注意力將轉向品質訴求，不僅要求醫院能提供良好的醫療場所技術設備，更關切要有優良的醫療服務品質與態度，對於醫療品質之要求有日益增高的趨勢。品質管制在工業界，企業管理方面已有數十年的歷史；在醫療服務業對醫療品質的改進還是近幾年的事。要量度醫療服務的品質，一般而這常用的有三項指標：1.結構，2.程序，3.成果。結構包括資源設備，他們提供之醫療服務；程序包括實施步驟及方法；而成果即是實施之成效，有無合併症、副作用，以及與健康有關的生活品質改善等。成果相對而言即為計劃執行的有效性。要談到醫療照護計劃的能否有效施行，就不能不對持續品質改進（CQI）與全面品質管理(TQM)有所瞭解。惟有有效利用品質管理指標做好醫療品質管理，提升醫療服務之水準，才能在競爭激烈的醫療市場爭取病患對醫院的信賴。

### 第一節 品質的定義

我們天天在講品質，不論對人、事或物都會談到品質。所以，「品質」指的是「對人、事、物的本質或這些特質或屬性的一種評量，且是經由人們來評量的」。雖然人們常將品質這個名詞掛在嘴邊，但是

其涵意卻不明確，定義也眾說紛紜。例如生產製造者認為「品質就是符合規格」，而消費者者卻認為「品質就是適用」，以下略述幾位品管大師的品質理念：

1. 裘蘭 (J.M.Juran)：品質是「使顧客適合於使用的」，目的並非僅是將產品銷售出去而已，其在於使產品在使用期間能滿足使用者的需要。

2. 費根堡 (A. V. Feigenbanum)：品質不是最好，它只是在某些條件的最好，這些條件指的是產品的價格以及實際的用途，也就是「使顧客滿意的產品」。

戴明 (W. E. Deming)：品質是「由顧客的觀點來看，任何能增加滿意程度的事物」。

3. 石川馨 (Kaoru Ishikawa)：品質是「會讓顧客滿意的去購買的產品」。

4. 蕭德華 (Walter A. Shewhart)：品質是「製造出來的，而非檢驗出來的」。

這幾位品管大師對「品質」的定義與見解非常相似，那就是「能夠滿足顧客的需求，讓顧客滿意的品質才是好品質」。此道理很簡單，我是要把東西賣給消費者，要他們自願的拿錢出來買。因此，唯有生產出符合顧客的需求，能讓他們滿意的產品，他們才會自願掏腰包來買，所以，戴明博士特別強調「品質是由顧客的觀點來看的」，也就

是說品質是由顧客來評量的。

讓顧客滿意的先決條件是產品或服務要能符合顧客的需求，所以日本工業規格協會就定義品質為「合乎買方要求的產品」。因此，要做好品質，一定要能做到下面兩點：

- 1.了解顧客的真正需求。
- 2.提供顧客所需要的，能符合他們需求的產品或服務。

## 第二節 醫療品質的定義

嚴格界定醫療品質範圍者排除醫師行為以外的任何事物、均不認其為醫療品質，而擴大定義者又將與醫療有關萬事萬物都納入範圍，以致定義醫療品質至為困難。品質是一個靜態的東西，而且一直存在，但一般都看不見也感覺不到，須有人提出，才會被注意到，才有品質問題的發生。品質有廣義的解釋，也有整個體系（國家醫療設施，社會醫療活動等）的品質。在機構內，狹義的品質指醫療機構提供之服務品質，廣義的品質指國家社會對於醫療人力，設施及工作安排與執行之品質。

醫療品質包括兩方面：

- 1.醫療服務的技術：為技術性的品質，指適切的診斷與治療。
- 2.醫療服務的藝術：為人際互動的品質，指病人的滿意程度、醫療人員和病人之間的合作程度及溝通、醫護人員的行為、醫護人員與病人

討論問題、病人所獲得的衛生教育。

### 第三節 醫療品質管理之名詞變革與含義

自從 1931 年 Shewhartk 在文獻中正式使用品質控制（quality control, QC）一詞後，各界耳熟能詳，在醫療事物上也曾使用了感染管制（infection control）一詞。大概講名詞的人不願將控制二字用在與人有關的事情上，因而由醫師主動提出“保證”（quality assurance, QA）一詞並沿用迄今。這名詞固然含意崇高，但也有“品質是我的事，由我給你保證，你不要管”的意味。也有人認為意義偏狹，會產生不良後果。1992 年衛生署在台北舉行之醫療品管會上，外聘專家 appiello 表示此一用語有可能成為病人不當要求，刺激醫院提供不當診療，濫用資源之誘因。美國是一個喜歡新奇，常常創造名詞的國家：1983 年 Feigenbaum 提出全面性品質控制（total quality control, TQC）（品質管理 中華民國品質管制學會 民 85 2 p60-62）一詞後，陸續有 quality improvement（QI），continuous quality improvement（CQI），total quality management（TQM），及 total quality management（TQM）等說法出現，使 QA 一詞在尚未完成其使命之前，就顯得有正要過時之感。保證一詞在含意上確有資訊不對等，欠缺溝通意念及僅由提供者單方面打算盤，接受服務者只能憑運氣的缺點；所以不憚改革的美國醫界在醫病業務處理上乃有謂“informed consent”之出

現。尊重病人參與甚至監督的權益，應比單方面的仰仗“保證”好些，“管理”一詞因而被引用。但管理就是管理，個別管好了全面的也就好了，反過來說，管全面當然也及於管個體，不必再分什麼全部或非全部，用簡單明瞭的詞語 quality management (QM) 代表即可。

#### 第四節 醫療品質之歷史沿革

在西元 1966 年 Donabedian 提出一種醫療照護品質的整合規範亦即結構－程序－成果的三元素模式，並用此來評估醫療照護的品質。其後又有所謂持續品質改進與全面品質管理之理念，在近幾年來美國各大醫院之經營管理上形成一般改革的風潮。要探討這股浪潮的起源，就不能不對西方之管理科學有所瞭解。西方的管理科學本身即是一種哲學、知識和技巧。在本世紀初，早期的管理理論為理性、封閉模式以科學管理之父泰勒 (Frederick Taylor) 與官僚體系(bureau-cracy) 的韋柏 (Max Weber) 為代表。其後人們有怠於科學管統一亦即所謂人群關係學派 (human relations school)，一般又稱人性管理的行為學派。在 60 年代又演化成理性、開放的系統，即所謂「權變理論」(coningency theory, simon & laurence)，一直發展到今日，經營管理所強調的是：組織能否有效的發展其潛能而能夠適應生在於目前多變的環境。TQM 與 CQI 即是在現有的大環境下為促進組織的表現與生存，而引起大家進一步的思考。

## 第五節 醫院品質的分類

醫院品質可分為三個方向來探討，即醫護人員、管理人員、就醫病患。

### 一、針對醫護人員

(一)由於國內各醫院的醫療品質指標大多缺乏一致性的定義、收集、計算方法，有鑑於此，臺灣省政府衛生處在民國八十七年五月間，就以研討會的方式，針對國內醫療院所介紹在美國馬里蘭州醫院協會的醫療品質指標計劃(Quality Indicator Project；QIP)，其 QIP 從 1985 年開始至今，參加此計劃的醫院已由原來的七家增到現今的一千八百多家，且該計劃為目前在國際間擁有最多醫院參與的計劃，並有強大的資料庫進行高信度的指標值比較的基礎，由於 QIP 可提供國際性的標竿學習，其服務的內容也具備一定的信度與效度，所以醫策會在八十八年八月正式簽約成為 QIP 台灣地區的區域性代表，並以 TQIP (Taiwan Quality Indicator Project)的名稱致力於品質指標計劃的推，而醫策會所引進的指標是以住院、急門診等急性照護指標為主，目前共計有十九大類(住院十四類，急門診五類)，請見表 5-1，其總計有二百五十細項指標，其指標數會隨新指標的發展而增加。而加入計劃的醫院可依本身的需求，選定需要改善的品質指標，並藉由定期之統計資料的報告呈現，作為醫院提昇品質的參考方向。

表 5-1 TQIP 的指標項目

排序	指標項目
1	住院死亡率
2	剖腹產率
3	有記錄的跌倒
4	初次剖腹產率
5	重覆剖腹產率
6	剖腹產後自然產
7	非計劃性重返加護病房
8	因病患病情因素所致有記錄跌倒
9	造成傷害的有記錄跌倒
10	十五天非計劃性的再入院
11	因環境因素所致有記錄跌倒
12	因手術、藥物或麻醉反應所致有記錄跌倒
13	因其它因素所致有記錄跌倒
14	體重大於 1801 公克之直接入院新生兒死亡率
15	七十二小時內非計劃性的急診覆返
16	完成處置前即離開急診室之掛號病患
17	手術死亡率
18	非計劃性重返手術室
19	二十四小時非計劃性的急診返診

## (二)臨床路徑

### 1.臨床路徑的定義與內容

臨床路徑的定義初時是“列表的關鍵性護理及醫療過程，及相對應的時間表，以便在 DRG 規範的住院日裏達成標準的醫療後果”，慢慢變成是“健康照護小組共同發展，認為是最佳照護管理、過程的假說”。目前的定義裏強調：(1).不同專科背景的人員來共同合作發展(2).目前認為的最佳過程,以後可能不斷更新改進，故只能說是假設。

臨床路徑是組合提供醫療照護的成員，包括：醫師、藥師、護理師、營養師、檢驗師、健師、社工師及個案管理師等，針對某一特定診斷，參考臨床實務流程、相關研究結果、保險給付規定、成本分析資料及專家意見等，共同發展一個從入院到出院過程的照護指引，除可引導醫療照護小組成員每天的工作外，也是個案管理的基本工具。

其內容包括兩部份，第一部份為提供照護的預期目標及出院時的成果指標。第二部份為手術、治療、檢驗、活動、藥物、護理、飲食及出院計畫等項目預定執行的時間及預期住院天數。

## 2.臨床路徑的建立及施行原則

如何建立及施行臨床路徑呢？由於臨床路徑是某些疾病或典型情況，大多數專家公認的最有效率的處理方式。首先是某些疾病被候選來建立臨床路徑；成立一個工作小組或委員會來運作，建立目標，選定臨床路徑的疾病，經由下列原則達成目標：

### (1).發展

醫師主導及路徑協調者實際工作，收集工作小組各種專家背景者的意見，定義典型病人典型疾病目前的照護過程，照護所需資源、時間；參照古今中外文獻資料等，以製定屬於自己醫院的臨床路徑。臨床路徑如何被登錄，其範圍為何、由那些人登錄等也都要考慮。

### (2).施行



對於選擇使用臨床路徑於其病人的主治醫師，臨床路徑幫助他處理病人，但絕不是就此約束他任何對病人的處置，對於處置和路徑上不同者主治醫師可註明理由。對於住院醫師等，臨床路徑是一種教學指引，提醒什麼是現時對此病況重要而適當的步驟。護士經由臨床指引可以知道對病人預期的服務及醫療後果，並做日後實際與預期後果之比較評估。

### (3).評價

經由路徑變異記錄及分析，病患醫療結果、資源耗用等之檢討、分析可使路徑設計再改進得更完美。

## 3.臨床路徑的好處

(1).臨床路徑可以降低成本。

(2).臨床路徑可以影響醫師的醫療模式，減少不必要的處置及降低醫師間的變異。

(3).臨床路徑的實施並不會降低醫療的成效及品質。

(4).臨床路徑可以增強醫療團隊間的互動及合作。

## 4.推行臨床路徑應注意事項

臨床路徑的實施也並不都是順利的，失敗的例子也是有的，原因有下列的一些情形：

(1).準備期缺乏醫師的參與

- (2).缺乏教育訓練
- (3).不切實際的目標
- (4).增加臨床工作人員過多的負擔
- (5).缺乏全員的共識與參與
- (6).沒有高階領導
- (7).登錄要求界定不明

#### 5.推行臨床路徑應注意下列事項

- (1).必需取得醫師及其他人員的認同、參與及共識。
- (2).實施完整的教育訓練過程。
- (3).訂定實際的目標。
- (4).簡化、合併相關工作及表單，以減少臨床工作人員的負擔。
- (5).透過各種管道建立全員的共識。

## 二、針對醫院管理人員

醫院內部管理人員可藉由 ISO 9000 系列、TQM、QCC、環境 5S 活動及品管七大手法，來提升與維持改善醫院的品質，其介紹如下：

### (一)ISO 9000 系列

#### 1.何謂 ISO 9000？

ISO 是國際標準組織(International Organization for Standardization)之簡稱，於 1946 年成立，總部設於瑞士日內瓦。而 ISO 9000 系列是

國際標準組織公佈之「品質保證與品質管理系統」，其在於提供相關機構一套包括了設計、製造、安裝、測試及售後服務之品保模式，其目的在透過有系統的程序使得公司的品質系統能符合標準，以達到顧客滿意的目標。ISO 9000 的基本精神是「規定如何做事，並檢查是否依照規定做事」，而其確保品質的基礎便是一套標準化的品保制度。

ISO 9000 系列包含了 ISO 9000、9001、9002、9003、9004，其可以分為兩大類：

(1).指導綱要(ISO 9000 及 9004)

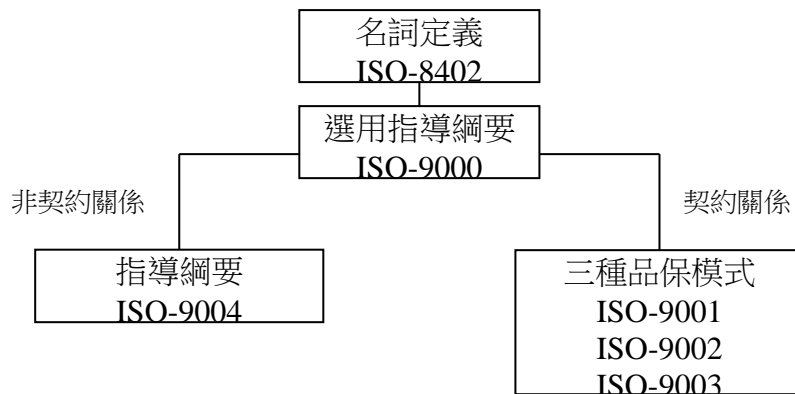
這類的條文提供執行機構在品管制度上品保模式的選擇及申請。ISO 9000 為如何選擇品保模式的指導綱要；ISO 9004 是品質管理與品質制度要項的指導綱要，說明供應商如何做才能符合 ISO 9001 至 9003 的要求。

(2).認證模式(ISO 9001、9002、9003)

a.ISO 9001：品質系統-產品設計、研發、製造、組裝和售後服務之品質保證模式。

b ISO 9002：品質系統-產品製造、組裝和售後服務之品質保證模式。其少了產品設計與研發，故適用於醫院。

c. ISO 9003：品質系統-產品最後檢驗暨測試之品質保證模式。



圖一 ISO 9000 架構

## 2. ISO 9000 品質管理系統建立步驟

### (1).第一階段：醫院全身檢查

- a.確定醫院申請之品質系統範圍：服務類別、地點、醫療品質管理系統標準選定。
- b.管理層品質管理系統實施之教育：ISO 9000 的介紹及醫院推行之注意事項。
- c.成立 ISO 9000 推動小組。
- d.醫院品質系統評核：檢討現況與品管系統要求的差異。
- e. 訂定品質系統改善計畫：需考慮現行系統的成熟度及員工日常工作安排。

### (2).第二階段：改善品質系統

- a.管理責任檢討：組織調整，成立品管委員會，確立各部門職掌。
- b.確定文件體系、格式。

- c.品質手冊大綱擬定：提供原則性指導供各部門遵守及推展。
- d.建立系統文件：程序書、工作說明書、舊文件修改、新制度訂定且書面化、進行文件審核以確保不違反 ISO 9000 要求。
- e.醫院 ISO 9000 宣導活動辦法訂定。

(3).第三階段：全面實施新品質系統

- a.ISO 9000 品質系統訓練。
- b.內部稽核人員訓練。
- c.執行新的醫療品質系統。
- d.實施內部稽核。
- e.醫療品質手冊修訂完成。

(4).第四階段：預評與改善

- a.第一次預評：院內人員熟悉情況，掌握答問技巧。
- b.及時改正缺點。
- c.第二次預評。

(5).第五階段：正式評審

表 5-2 醫院實施 ISO 的效益

病患方面	醫院方面
病患可以在合格的醫療人員及標準的服務程序下接受醫療服務。	從病患的角度建立合理的工作流程，增加病患對醫院的認同。
免除因醫護人員不同而產生不同的服務。	落實醫院的品質政策及目標，可有效稽核品質系統的有效性及合理性。
在有效且合理的品質系統下接受醫療服	建立有效的品質文件系統，來建立標準

務，可以增加其治療的信心。	化的工作程序。
由公正的驗證公司評估醫院的服務，對病患而言是具有公信力。	經由內部稽核，以確實執行標準化的工作程序。

## (二)全面品質管理 (TQM)

### 1.何謂 TQM 呢？

何謂 TQM 呢？其是一種新的企業文化的塑造過程，透過全面且有系統的管理方式來創造一個較容易達成共識的工作環境，此管理方式是以品質為中心，以組織的所有成員參與為基礎，且藉由顧客滿意、組織成員和社會獲益來達成目標。TQM 是追求持續性改進組織的策略，它應用數理方法及人力資源來改善本身所提供的物料和服務，以及組織內的所有流程，來符合顧客目前和未來的需求。

戴明博士是推動 TQM 及建立 TQM 理論基礎最重要的代表人物。他的管理理念以「十四點原則」為核心，其認為，要挽救逐漸衰退的產業，達成品質、生產力和競爭優勢的目標，必須將管理模式徹底的改變，而其轉變的基礎在於是否能確實採行「十四點原則」。

而這十四點原則包括：1.建立堅信不移的目標。2.採用新的經營哲學。3.停止依賴檢驗以獲得品質。4.停止僅以價格作為考量交易的基礎。5.不斷改進生產與服務系統。6.進行在職訓練。7.建立領導風格。8.排除恐懼。9.消除各部門間的藩籬。10.避免向員工喊口號、說教或訂目標。11.以領導方式達成工作要求。12.讓員工都享有以工作

為榮的權利。13.擬定有活力的教育與自我改進計畫。14.讓企業組織內每一分子都投入工作，以完成心態上的轉變。

## 2.全面品質管理的特質

依照 Westbrook 所提出來的模式，TQM 的重要特質可以分為下面六項：

### (1).組織文化(organizational culture)

一個以企業要有一個正面且積極的組織文化，能夠與顧客互動，並且必須了解他們的需求；能夠強調解決問題，且能夠認知持續改善的重要性。為了達到上述的組織文化，必須對員工充分的授權。組織文化很難量測其是正面或反面，但是從 TQM 的角度來看，如果不是正面且助於全面品質管理推行，則當然是負面的。因此，若一個企業希望以 TQM 為準則，管理階層要先營造一個正面且支持 TQM 的組織文化，如此才有利於 TQM 的推行。

### (2).顧客導向(customer oriented)

首先分為內部及外部顧客。內部顧客為同儕和員工，因為要達成既定目標要靠員工的努力，要提高生產力或推行任何政策也要靠他們，故滿足他們的需求和傾聽他們的心聲是很重要的。外部顧客是指顧客者而言，若無法真正掌握顧客的心聲，則不容易成功，也就是，企業要時時刻刻的知道顧客需求。故企業要有一個很重要的體驗，內

部和外部顧客都是同等重要，且要時時掌握他們的脈動。

### (3).團隊(team)

要使員工們組成工作團隊，因為每個個人的貢獻都相當有限；但對於團隊，其對企業的貢獻比個人要來的多。

### (4).解決問題(problem solving)

其不能夠依據我想(I think)或是我覺得(I feel)的方式來做，而是要依據事實，也就是數據。解決問題可以分為五個步驟，第一、選擇要改善的製程；第二、組成一個團隊，2-25 人之間，解決此問題；第三、認知目前的製程；第四、試著找出變異因素；第五、解決問題並執行改善後的製程。解決問題是持續不斷的，不是改善後可以立即停止，而是要一直照這些步驟，直到消除所有問題。

### (5).持續改善(continuous improvement)

要發揮 TQM 的功效，是企業對其產品、服務與製程不斷的加以改進，這需要持續努力的減少缺點、削減成本、縮短生產與運輸時間，並且提供顧向創新性的產品。

### (6).衡量(measurement)

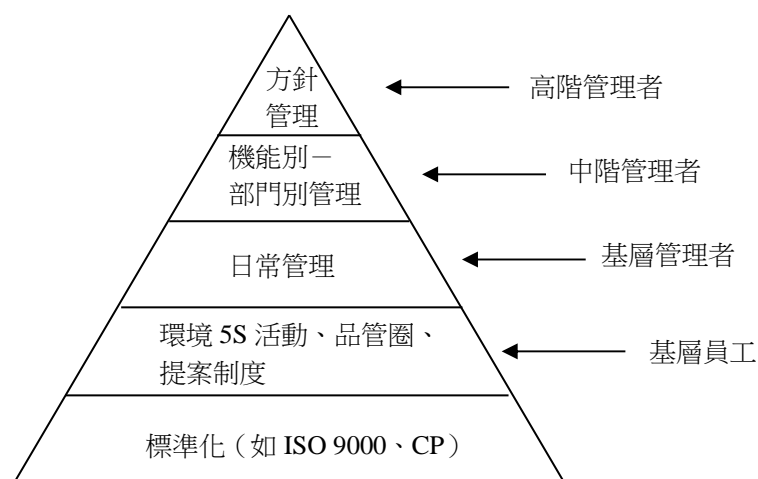
可分為兩大類，一為製程導向，其是與製程相關的一切，只要能為企業帶來成功，如時間管理、技巧發展、參與投入、士氣及溝通。另一為結果導向，其為企業為自己所定下的數字目標，如銷售、產量



和利潤。不能只從結果來當做唯一的衡量標準，因為數字可以做假且在製程及品質還未改善前，其銷售、產量和利潤的目標是可以達成的，故必須製程導向和結果導向要同時考慮進去，因為當製程方面有顯著改善時，所呈現的結果進步才有意義。

### 3.全面品質管理的經營管理架構

TQM 架構的內容包括：方針管理、機能別—部門別管理、日常管理、環境 5S 活動、品管圈、提案制度及標準化等。



圖二 TQM 之經營管理架構圖

· 方針管理：導入 TQM 時，最重要的是要明確導入目的，而與導入目的有直接關係的就是方針管理，其就是把物、人、錢的經營資源投入，為的是要打破現狀向更高的目標前進。

· 機能別管理：為了有效的達成對品質、成本、數量的各經營基本要素，所制定的全公司目標，各部門間的業務分擔要適正化，且個部門要互相支援及協調的活動。

· 日常管理與標準化：日常管理即是對各部的擔當業務，為達到

有效率的目的，而非做不可的日常實施的一切活動。而標準化是方針管理或日常管理都需要依據一套標準的品質管理方法，才能使品質能夠持續地符合顧客的需求。

- 環境 5S 活動：指整理、整頓、清掃、清潔、教養。
- 品管圈：即在同一工作現場的人員，自動自發的進行品質管理活動所組成的小組。

提案改善制度：每位員工能隨時注意所有可能改善的大小事情，目的在落實持續改善的理念，以滿足顧客的需求。

#### 4.醫院全面品質管理的目標

在臨床醫療上是要減少成本及改善病患的滿意度；在行政管理上是要改善作業流程，以減少醫療服務不必要的浪費。

#### 5.醫院推展 TQM 的四個步驟

##### (1).引進 TQM 的理念

a.決策階層積極參與：實施 TQM 最需要醫院領導階層的認同與投入，參與熱忱，故是推展 TQM 成功的關鍵因素。

b.教育有關 TQM 理念：首先讓熟悉 TQM 理念的人員，把他們的知識推

廣至主管階層，也讓主管熟悉 TQM。

##### (2).設立 TQM 組織架構

a.成立一推行委員會：

(a).負責全院有關 TQM 的活動以及協調各個功能性管理小組。

(b).其主要的成員包含 TQM 主任、院長、醫療及行政副院長、公共關係室主任、人事室主任、醫師及護理人員。

b.聘請專任的 TQM 主任：

主要的職務在於負責院內所有的 TQM 活動以及專業的諮詢。

c.成立部門內管理小組：

(a).協調解決部門內所產生的問題。

(b).其成員是由部門主管指派約 3-5 人組成。

d.成立部門間管理小組：

協調解決部門間所產生的問題。成員則是根據不同的功能，由不同的部門代表組成。

e.設定 TQM 評估制度：

確認醫院員工以及外來顧客的需求與期望。

(3).推行 TQM 教育

a.由推行委員會將最新的文獻、院內品質評估結果等，提供給各單位。

b.將 TQM 的理念整理成課程，在新進人員職前教育時講授。

(4).實施 TQM 評估工作

a.將所收集的調查及問卷的資料，利用甘特圖、流程圖、柏拉圖等各種統計品管方法來分析監控院內的工作品質是否持續的改進。

b.利用各種獎勵的辦法，鼓勵並且認同所有員工所做的努力。

## 6.國內醫療業推行 TQM 的困難

在醫療業推動 TQM，並不像製造業或某些服務業那麼的順利及成功，這是為醫療機構在傳統的組織文化，權威而專業的領導方式及醫生傳統的觀念等等，有許多地方和 TQM 理念和作法相違背。故研究發現醫療界在推動 TQM 過程中會遇到下列幾個較為重要的障礙：

1.組織結構 2.領導方式 3.組織文化 4.專業自主欠缺共識 5.醫生參與度

6.顧客需求 7.顧客參與 8.效率導向 9.人力不足 10.害怕改變。

表 5-3 TQM 與 ISO 9000 比較分析

要素	TQM	ISO 9000	說明
產生背景	企業競爭 1980 年(美)	企業合作 1987 年(英)	ISO 9000 的制定為增進國際合作所需的共同標準。
屬性	策略性	制度性	
組織	機能別組織	部門別組織	機能別組織以委員會型態出現。
管理	(1)方針管理 (2)領導型	(1)目標管理 (2)監督型	經營者設計遠景、方針，由各部門以目標管理達成。
作業重點	(1)策略規劃 (2)團隊形成 (3)統計方法應用	(1)文件化 (2)品質稽核 (3)系統認證	
稽核	高階管理者	高階管理者及第三者	
動機	(1)改變企業文化 (2)爭取競爭優勢	(1)維持工作紀律 (2)符合合約需要 (3)獲得國際認證	
關心對象	(1)企業與非企業顧	(1)企業與非企業顧客	

	客 (2)全體員工	(2)人員、過程、設備	
目的	結合團隊力量改善品質	建立顧客對公司的管理信心	
工具與方法	強調	不強調	TQM 常用的工具與方法包括品管手法、競爭標準。
評價指標	管理成熟度	是否獲得驗證登錄資格	
獲得方式	依指導原則自行實施	經第三者認證	
參考標準	美 DOD5000.51G TQM Guide 英 BS 7850 TQM	ISO 9000 系列標準	
優勢	具選擇性與擴張性	具主控性與一致性	
期望利益	顧客滿意	國際承認	

### (三)QCC

為了使我國能成為亞太營運中心及進入 WTO 組織，製造更多的商機。相對的，我獨占或寡占的事業在自由化下開放，各企業均面對競爭。在各企業面臨競爭下，為確保永續經營，無不著手強化企業體質。“品質”是企業永續經營的命脈，維持及改善是確保品質的不二法門，尤其改善是企業升級的原動力。

#### 1.品管圈及品管圈活動的意義

品管圈是同一工作現場的人員，自動自發的進行品質管理活動所組成的小組。這些小組在自我啟發、互相啟發的原則下，活用各種統計方法，以全員參加、全員發言的方式，來不斷的進行維持及改善自己工作現場的活動，稱為品管圈活動。品管圈對於基層員工的意義是

改善其“工作生活品質”。

## 2.推行品管圈的步驟

一般而言，推行品管圈有下列十三個步驟：

(1).組成品管圈：由具有管理職位者擔任圈長，組成品管圈。

(2).品管圈的命名：在第一次圈會上，選擇一個圈名。

(3).掌握工作現場的問題點：討論工作現場的問題，進而掌握工作現場的問題點。

(4).主題的決定：選擇大家關心，自己又有能力解決的主題。

(5).設定目標：設定能做到且該做到具有挑戰性的目標。

(6).設定活動計畫：包括工作分配、工作方法及完成期限等。

(7).現況調查：先瞭解作業的現況，有助於問題的掌握。

(8).追究原因：運用資料，活用品管手法，找出問題的原因。

(9).研擬解決方案：解決方案的選擇以經費少、效果大、有可資遵循的規則且容易做原則。

(11).執行解決方案並評估成果：將解決方案付諸實施，並評估成果，如成果不佳，則應對解決方案重新檢討，或再回到追究原因的步驟。

(12).維持成果，將作業標準化：如解決方案成果良好，則應將其納入標準化作業。

(13).檢討反省並著手規畫下一個主題：檢討本次工作的優缺點，並著手規劃下一個主題。

(14).整理與發表：將品管圈的資料整理並發表。

### 3.訂定品管圈計劃的注意事項

(1).確實掌握相關商業資訊

- 內部資訊
- 外部資訊

(2).再確認目標與基準

- 財務性或業務性
- 一般性或特殊性
- 固定性或彈性

(3).與公司的發展方向密切結合

- 品質性目標的具體性
- 成本性目標的理解度
- 其他綜合性目標的完整性

(4).創造教育與訓練並重的學習、成長環境

- 成立圈自學計畫
- 多方學習工作技能
- 不斷自我充實

- 請外界專家指導

#### (四)環境 5S 活動

所謂 5S 係指整理、整頓、清掃、清潔、教養，由於其頭一個日語的羅馬拼音全都是 S，因此，簡稱為「5S」。其定義如下：

- 1.整理(Seiri)：清楚區分出要與不要之事物，凡不需要之事物則從其場所去除之。
- 2.整頓(Seiton)：必要之物能於必要之時，有效率地取出之狀態。
- 3.清潔(Seiso)：職場必須為無垃圾、無髒污之乾淨狀態。
- 4.清掃(Seiketsu)：經常維持整理、整頓、清潔之狀態。
- 5.教養(Shitsuke)：養成習慣，使職場之規律及規則能正確施行。

透過 5S 活動的推行，醫院能有效使用有限的空間，節省尋找或調歸病歷及檔案文件的時間，減少職業傷害的發生及創造優良的工作環境，進而提升醫院形象及員工滿意度。

#### 1.目的

- (1).改善企業體質基礎的關鍵。
- (2).為獲得適當的利益，要以降低成本、提高生產力、提高產品品質、減少生產故障等目的作為實現利潤前提。
- (3).透過 5S 運動讓組織內承擔不同職務的人，擁有共同的目標奮鬥，以形成共同的行動準則。



## 2. 5S 之推行政序及步驟程序

PDCA 之管理循環是實施 5S 之不二法門，5S 是基本改善活動之一，但越是容易的事越不易做，如何能持之以恆、永續改善，有賴制度之建立。因此如何做好計劃，使之能據以執行、查核及採取改正行動，設立一個簡而易行之檢查表就有其必要了，請見表 5-4。

透過 5S 活動的推行，醫院能有效使用有限的空間，節省尋或調歸病歷及檔案文件的時間，減少職業傷害的發生及創造優良的工作環境，進而提升醫院形象及員工滿意度。

表 5-4

計畫(Plan)	1.情報收集 2.計畫訂立 3.方針明確化 4.組成組織運動 5.教育/宣導
實施(Do)	實施
審核(Check)	評估與表彰
操作方式(Action)	標準化

### (五)新 QC 七大手法

#### 1.新 QC 七大手法內容

(1).圖形表現整理後語言資料：親和圖法、關聯圖法、系統圖法、矩陣圖法、箭頭圖法、PDPC 法。

(2).以數據分析：矩陣數解析法

#### 2.新 QC 七大手法詳細內容

### (1).親和圖法

主旨：整理混沌複雜狀態以尋找問題，定出解決對策。

優點：

- a.模糊不清狀態中釐清語言資料、歸納整理發現問題癥結。
- b.打破現狀，獲得新思考方向。
- c.正確找出問題本質，使有關人員得到更明確認識。
- d.彙整他人與自我意見，提高全員參與意識與活性化。

### (2).關聯圖法

主旨：整理鮮明錯綜複雜之因果關係(原因—結果、目的—手段)問題，以理論方式串聯其相互關係之解決問題方式。

優點：

- a.整理錯綜複雜問題，自計劃階段能以寬廣視野，觀察全貌。
- b.容易得到各成員意見。
- c.不拘泥形式，有益想法轉變或展開。
- d.正確把握重點，明確規範各種原因相互關聯性(特性要因圖)，使有關人員易於獲得共識。

### (3).系統圖法

主旨：先設定目的、目標與結果，以系統方法追，求完成最終結果的手段與策略。

優點：

- a. 易於將事件以系統理論方式展開，減少遺漏。
- b. 易於統一成員意見。
- c. 易於整理手段，使其一目了然，加強對相關人員說服力。

#### (4).矩陣圖法

主旨：多元思考使問題點明確化。

優點：

- a. 經長期經驗，彙整相關數值資料，所獲得創意資料能發揮較數據更佳之效果。
- b. 要素關係明確化，易於構成全貌。
- c. 可結合 2-4 種圖表，迅速呈現問題點。

#### (5).箭頭圖法

主旨：利用 PERT（Program Evaluation & Review Technique）製作日程計劃表，以網路圖推行計劃與管理。

優點：

- a. 把握作業全貌，作業之初即可掌握問題點。
- b. 利用網路圖，發現改善策略。
- c. 易於查核工作狀況，當變更計劃時，使其認同與接受。

#### (6).PDPC 法

主旨：事前預測各種結果，儘可能將程序進行導向符合期望之方法。

優點：

- a.活用經驗，可預測未來，訂定對策。
- b.確認問題所在與重要事項。
- c.表現出決策者將事態導向結果本意，使負責人員一目了然。
- d.容易收集全員意見並加以修正。
- e.PDPC 圖表易於理解，得到他人協助與相互聯繫。

#### (7).矩陣數據解析法

意義：就是矩陣圖與要素間的關連，在可以定量的情況（可以獲得交點的數據），由此計算使更易於整理的方法。此方法是新 QC 七大手法的唯一數據解析法，結果還是以圖來表示。此方法的主要手法也稱之為主成分分析法。是多變量解析法的一種手法。主要是要使僚或管理者對於多變量解析法，能更經常的加以利用。

主要用途：

- a.對複雜的要因相互交絡重疊的工程解析。
- b.由多量的數據作不良原因的解析。
- c.從市場調查資料中把握要求品質。
- d.官感特性的分類體系化。

e.複雜的品質評價。

f.曲線對應數據的解析。

### 三、針對病人

現今的醫療行業，已經由傳統以技術為主的權威模式，轉變為以「顧客導向」及「病患至上」的服務事業。近來許多學者指出，要提昇服務品質須以顧客需求為基礎，尤其在現在競爭越來越激烈，加上顧客對於品質的期望也越高的情況之下，顧客的導向更顯其重要性。而病患對於醫療品質的期望，不外乎是對於醫療機構的環境、醫護人員的服務態度、就醫後的療效。以下為針對病患期望的三個醫療品質，作進一步的分析。

#### 1.醫療機構的環境

當病患選擇就醫的醫院時，一定最先從醫院的外觀上來作為第一印象的評估，而所謂的外觀例如是醫院內、外部的裝潢、顏色或是內部設計的擺飾、隔局。若醫院的建築外觀上呈現老舊，且院內的環境設備如洗手間、後診區或是走道較為不清潔的情形下，則病患對其醫院之視覺評估上，就大大降低前來就診意願，畢竟會吸引病患前往的就醫環境，最基本的就是要達到視覺上的舒服，而且使病患能夠在就醫環境中感到舒適，才是病患所追求的品質。

#### 2.醫護人員的服務態度

病患之所以會前來就醫，其身心上一定具有相當程度的不適，所以身為醫護人員，在服務態度上應該更加地體貼病患，而且在問診的過程中，必須悉心的聆聽病患所敘述的健康問題，且也要有充分時間的與病患談論其健康上的困擾，不可在服務過程中，只花費短短的幾分鐘就換下一位病人，如此敷衍的看診方式，只會使病患滿意度降低，不願再次前來就醫。因此，醫護人員在服務態度上應更加的用心，並且在就醫的過程中，能夠與病患之間有相當時間的接觸和溝通，對於病患來說，其看診的品質滿意程度自然就會提升，並且在醫護人員的服務親切下又能達到病患滿意的互動，相信更能提升良好的醫病關係。

### 3.就醫療效

隨著現代醫療技術日益先進，病患的意識覺醒之下，就醫的病患除了重視在診療過程中是否得到適切的照護外，也希望醫療照護的結果符合自己的期望，因而達到恢復身體健康或是減低病痛的就醫目的。

## 第六節 結論

實施全民健康保險以來，如何以最少的成本來達到最佳的醫療品質是各家醫療院所一直在思考的問題，尤其，以顧客(病患)為導向的時代已經來臨，醫院不論是內部或外部都應不斷地改善及維持其醫療

品質，並且讓病患對全程的就醫服務感到滿意，才能在醫療市場的環境中生存與競爭。因此，如何為台灣的醫療品質升級，是現今醫務管理所該努力的方向。

## 第五章 醫療品質管理

### 前言

#### 第一節 品質定義

#### 第二節 醫療品質定義

#### 第三節 醫療品質管理之名詞變革與定義

#### 第四節 醫療品質歷史沿革

#### 第五節 醫療品質分類

#### 第六節 結論

### E-Mail

羅怡琳 b2288327@ntcn.ntcn.edu.tw

許秀青 b2288331@ntcn.ntcn.edu.tw

黃茹鎂 b2288333@ntcn.ntcn.edu.tw

陳靜誼 b22883604@ntcn.ntcn.edu.tw



## 參考文獻

于國弼、方友仁 (民 85) · 醫療機構對 ISO 9000 系列品保制度所應有的認識 · 醫院，29(4)，27-30。

王世仁、雷永耀 (民 88) · 淺談 ISO 9000 的品質標準在醫療單位之應用 · 醫院，32(1)，53-57。

李玉華 (民 88) · ISO-9000 在醫院管理上的應用 · 醫院，32(3)，10-16。

李正宗 (民 88) · 如何好現場 5S · 現場與管理，27(3)，13-16。

李成崇 (民 80) · 如何有效的導入與落實品管圈活動 · 勞工研究，102，77-112。

吳信宏 (民 88) · 全面品質管理之探討 · 品質管制月刊，35(7)，44-46。

林公孚 (民 85) · TQM 之標準與模式 · 台北：中華民國品質管制學系，294。

林正明 (民 86) · 訂定圈活動計畫的注意事項 · 現場與管理，25(1)，20-24。

林祥明 (民 87) · 落實 QCC 活動提昇善意識 · 現場與管理，26(4)，8-11。

洪正芳、王麗菁、曹淑珍、石錦鑾 (民 88) · 全面品質管理對員

工工作滿足感、組織認同感與組織管理原則認知之探討·醫院，  
32(4)，41-54。

馬震中 (民 83)·如何在醫院推展整體的品質管理·醫院，27(6)，  
19-23。

陳楚杰 (民 88)·醫院組織與管理·台北：宏翰文化事業。

張麟烽 (民 88)·順利推展 5S 活動的秘訣—經營者的決心、全員  
的同心協力及執行的熱誠毅力·現場與管理，27(3)，17-20。

黃佳經 (民 89)·全面醫療品質系統的建立-一個醫學中心以 ISO  
9002 建立全面品質管理醫療系統的經驗·醫院，33(3)，47-50。

黃佳經 (民 84)·醫院服務品質之探討·醫院，28(1)，27-30。

曾倫崇 (民 89)·淺談醫院全面品質管理·品質管制月刊，36(4)，  
64-67。

廖兆旻 (民 85)·5S 整理整頓活動之意義與管理功效·品質管制  
月刊，32(12)，78-79。

廖薰香、楊漢泉 (民 89)·淺談台灣醫療品質指標計劃·醫院，  
33(4)，7-11。

熊惠英、侯雅菁、張煥禎、鄭秀玲 (民 87)·醫療品質管理的新  
視野-ISO 9002 在壟新·醫療品質，1(1)，13-23。

蔡武德 (民 87)·全面品管·台南：復文。

鄭雪容、陳清軒、賴美嬌、蔡武德 (民 88) · ISO 9002 在醫院通過認證之探討 · 醫院 , 32(6) , 46-53 。

劉典嚴 (民 89) · 執行 TQM 的八正道 · 品質管制月刊 , 36(12) , 47-50 。

劉競明 (民 88) · 二十一世紀精緻化醫療之使命 · 台灣醫界 , 42(11) , 57-59 。

韓睽 (民 83) · 醫療品質管理及門診服務品質定性指標 · 中華公共衛生 , 13(1) , 35-53 。

Westbrook, J. D. (1993). Taking A Multivariate Approach to Total Quality Management. Industrial Management,( pp. 2-3).

Weinheimer, C. F., (1993). Total quality management is here to stay. Journal of Healthcare Financial Management, 47(9), 10.

# 臨床醫護概論

之

## 醫療資材管理報告

國立台北護理學院

指導老師：張朝凱

班級：管二二 C

組別：第五組

組員：

葉舒瑜(222883387)

張家瑜(222883395)

葉淑芳(222883515)

吳雅玲(222883599)

中華民國八十九年一月九日

## 一、醫院資材的定義

依一般定義而言，資材乃指為維持業務之進行而應儲存之物品，所謂業務係包括一切與貨品及勞動之產銷分配有之活動。而醫院資材便是指為提供病患完整醫療服務，所必須使用到的藥品、衛材、醫療儀器、器械、布類品、文具、印刷品、食品及其他清潔、維修、油品、醫用氣體等供應品。資材可說是醫院內部的一樣資產，資產的投資都有一最佳的投資水準，過多或過少都會影響到醫院營運。

## 二、醫院資材管理的重要性

目前台灣地區的醫療機構，一般員工薪資及福利成本，約佔醫院營運總成本的 40%~50%，但從整個醫療服務的結構上來看，除了人力醫護外，資材對其醫療服務之品質及相關影響程度也愈來愈大。據統計，醫院每增加 10% 的人力成本，相對地會伴隨著增加 15% 的非人力成本，表示醫院不僅為採購資材付出大量資金，因為醫院的業務活動過程，是使用和消耗各種資材的過程，若醫院的每一項業務活動沒有資材做基礎的話是很難以順利推展的。

另外，由於現代醫院診所的數量與病床數快速成長，再加上大中型醫療機構正不斷地擴建，醫院已屬今日最龐大複雜之企業。再加上我國自八十四年實施全民健康保險，致使台灣地區醫療市場掀起空前未有的競爭高潮；全民健保支付制度的改變更加重醫療院所對醫療品質與財務責任的承擔。因此在如此競爭激烈的情況下，醫療院所面臨開源不易的困境，唯有自我「節流」，來有效地降低醫院營運資材成本，以增強醫院的競爭能力。

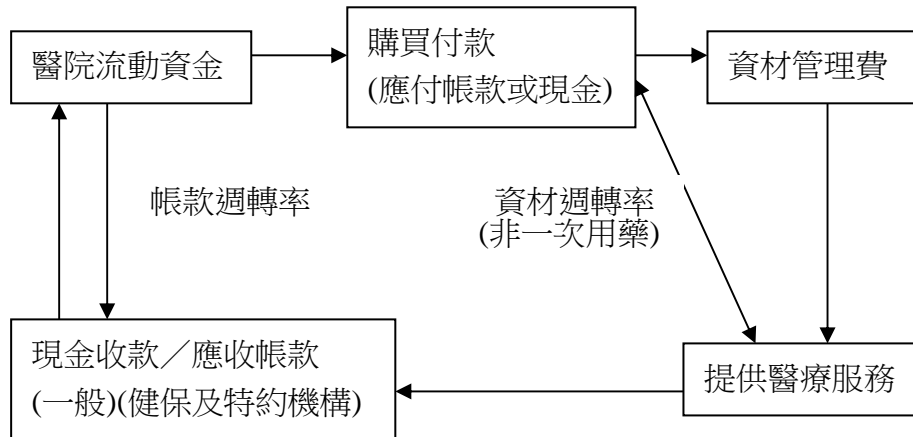
更由於現代醫療科技的進步，許多昔日必須由人工處理的事物，已逐漸由嶄新的設備和衛材所取代，且醫療品質的問題也越來越被重視。在對病人的醫護上，直接或間接的需要更多或更新的藥品、儀器設備、衛材等，醫院資材管理的好壞不但影響醫院經營的成本、醫事人員及病患使用的便利性，同時更影響醫療品質及病患安全，可預期的，資材管理對醫療服務的重要性將與日俱增，不可忽視。

### 三、 醫院資材管理的意義及目的

「資材管理」在醫院經營管理上的意義，是以經濟與合理的方法，適時、適地、適質、適量、適價供應醫院各部門因醫療及管理所需要之各種資材，預期能使醫療業務作業能夠順利進行，並降低醫院營運成本。

而醫院資材管理之目的，即為「用最少的金錢，發揮最大的供應效力」，所謂「最大供應效力」，可由兩方面加以討論：

1. 從金錢上而言：據估計，醫院資金每年平均可週轉六次以上，若只為了達成發揮最大供應效力而大量儲存資材，則可能會損失每年六次以上資金週轉利益，並且積壓醫院流動資金。因此在醫院資金方面，最好能不積壓資金週轉，並設法儘量減少醫院之成本費用。以下為資材管理與醫院資金循環的關係圖。



資材管理與醫院資金循環的關係圖

2. 從供應效力而言：所謂最大供應效力，即在使資材供應工作達到適時、適地、適量、適質、適價五個原則，使醫療服務作業順暢，並且保持一定水準的醫療服務品質。

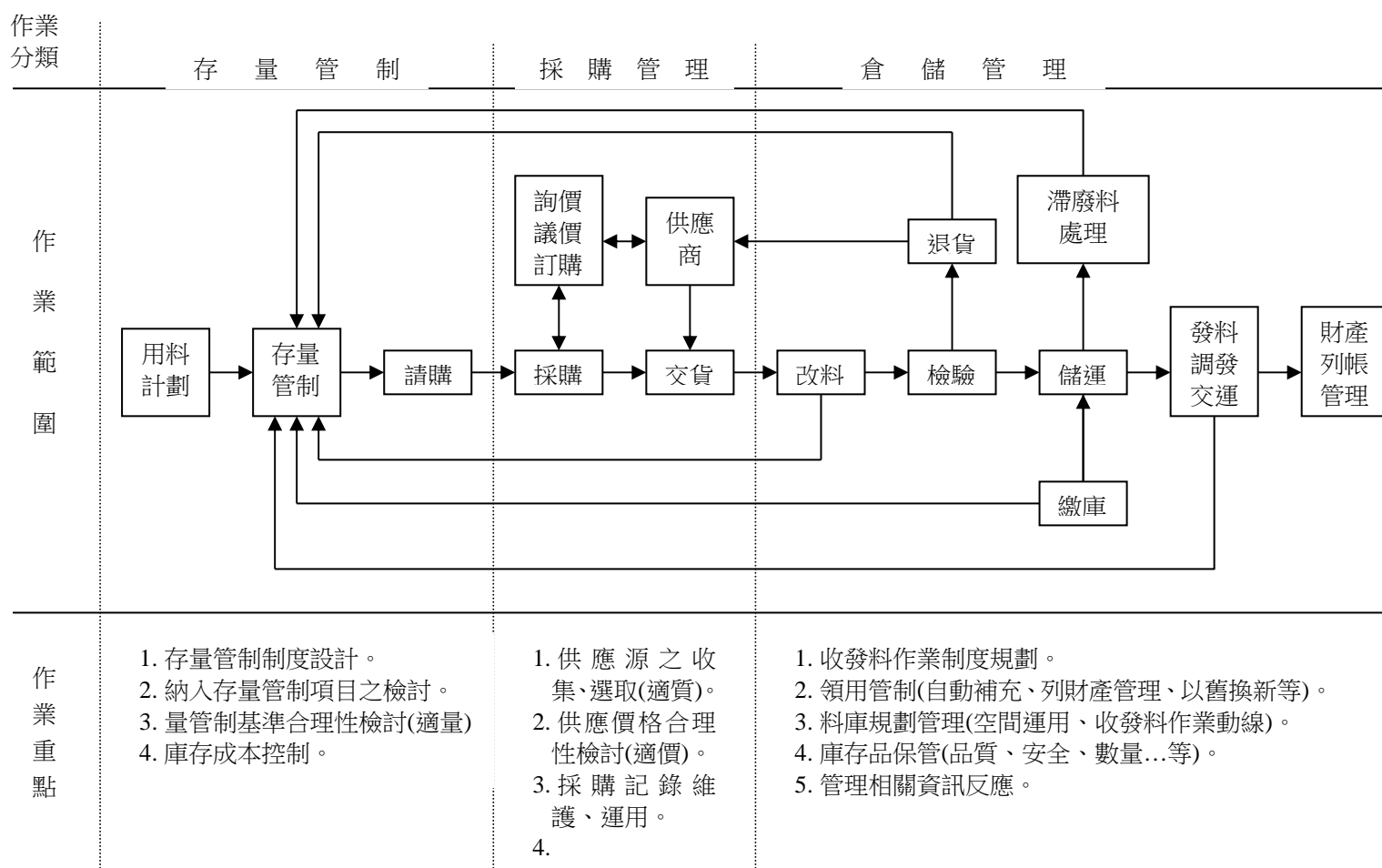
滿足最大的供應力的五大原則：

- (1) 適當的時間(Right Time)－能適時足各部門的需求。
- (2) 適當的地點(Right Place)－依照各單位所需供給。
- (3) 適當的品質(Right Quality)－確保資材之品質及醫療作業之成效。
- (4) 適當的數量(Right Quantity)－防止盲目採購，並以提高資材使用率及週轉率為要點。
- (5) 適當的價格(Right Price)－減少損失、浪費，並降低營運資材成本。

#### 四、醫院資材管理之作業範圍：

觀看現今，我們可知醫院資材管理的範圍與牽涉的問題甚為廣泛，從用料計劃到資材的請購、採購、運輸、驗收、儲存、領用、盤點與用料控制、分析、檢討及改善等有關政策、制度均為醫院資材管理之作業範圍。

其作業範圍更可用下列簡單又明瞭之圖型來顯示，其圖為：



## 五、醫院資材管理的重點

### 5-1 資材的分類與編號

在醫院內，所使用到的醫療用品或一般事務性用品，種類繁多各項資材的性質和用途分類非常細。所以要做好醫院的資材管理工作，且使資材管理達到科學管理的效果，首先就要把醫院內各科是日前使用，以及未來將會使用到的資材，予以分類，並將它們個別編號。

資材分類編號之原則，就是盡可能將醫院內所有使用到的資材規格予以簡單化與標準化。「簡單化」就是說，使醫院內資材項數減至最低限度的一種措施。而「標準化」，係依據目前環境，所列出之客觀條件，如環境改變，則所列出之條件，自應適當作若干變更，為此項變更應極為慎重，以維持建立標準之本意。如此分類編號之後，就可以將醫院複雜的資項目化繁為簡，便於應用。

而分類是編號之基礎，分類後再一一將各類別予以編號，用簡單的文字、數字或符號等代表資材類屬、品名、規格及其他有關事項的一種管理工具。詳細將各項目編號後，就易納入電腦管理，此時有關資材之採購、存量管制、料帳紀錄等工作均可藉著電腦的功能，使得資材管理部門的工作效率提高。

分類與編號是資材管理的基石，缺一不可，且要相互配合。分類與編號的方法眾多，標準各不同，各有優缺點，選用時就要看看是否適用於該醫院，要能適用於醫院為前提，而輔以最低成本原則為依從，如此才能達到最好的管理效率。

### 5-2 醫院資材的採購

採購的定義，狹義來說是「購買」的意思；廣義的說是包含了購買、組賃、交換的意思。醫院資材採購管理的原則就是要以最適當的錢，於最適當的時間，以高度的效率，獲得適當的品質及最適當數量的資材。如此才能使醫院在不失品質又能節省醫療成本，不會造成無謂的浪費，因此而提高醫院之競爭力。

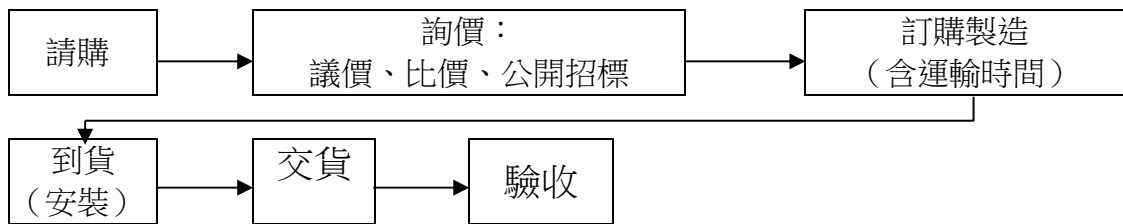
以下則依序簡單介紹採購的方式、採購程序、醫院採購設備的考慮及採購合約。



## 1. 採購的方式：

購買資材的方式有議價、比價、公開招標及購買國外資材等幾種較普遍的方式。各醫院可依該院當時的需求狀況而作選擇，如公開招標的方式，可減少弊端，但會增加採購成本，而議價的方式則會有弊端，但可以減少採購成本。

## 2. 採購的程序：



【採購作業流程圖】

①請購：依資材類別分，如需補充「非常備材料」(例如 A 類之材料)，得由所屬部門之單位主管填寫請購單，經直接主管或職務代理人簽核，送至採購部門辦理；若是「常備材料」(例如 B 類之材料)，由保管部門視庫存量多寡自動請購。

②選擇廠商：選擇廠商有下列四大點原則。

1. 能提供最高品質 (最重要)。
2. 合理的產品價格
3. 選擇當地的廠商。
4. 提供售後服務。

③訂購：經過請購程序後，則選定供應廠商，即可訂購貨品，再驗收貨品，入帳後，採購程序即完成。

## 3. 購買儀器設備應有的考慮：

醫院經營管理者，再決定是否購置醫療昂貴儀器錢，通常必須考慮下列幾項因素：人力來源、每月最大診療人次、醫療儀器的價格、設備使用條件等。也就是說，作投資前要先做好實用性與相關成本的分析。

#### 4. 採購合約：

為確保雙方在價格、品質及簡化採購流程，對買賣雙方構成約束作用，其功能如下。

- ①買賣雙方履行條款之依據。
- ②爭執時，獲得保障。
- ③防止買賣雙方爭端。

### 5-3 存量管制

資材管理中，存貨管理佔了大部分的成本，存貨太多將會積滯大量資金，導致週轉困難、損失投資機會；而存貨太少會使得醫院有斷料的危機產生，重者會延誤病患的病情，更嚴重甚至會導致醫療糾紛。因此，選擇適合醫院的存量管理方法及存量基準確實是相當重要之工作。

存量管制 (Inventory Control) 係以最佳的方法控制藥品、衛材、器械、一般用品和其他供應品之種類與數量，一方面指導採購人員何時訂購，一方面經常保持適當的存量，以順利供應醫院內之醫療服務作業，確保醫院營運所需資材，提供病患滿意的醫療服務並設立存量管制基準，以最經濟的訂購方法和存量管制方法對醫院內部所有的醫療服務作最佳的供應。

#### \* 存量管制的中心問題

- (1) 應維持多少存量？—即決定存量水準 (Inventory Level) 的問題。
- (2) 何時必須補充存量？—即決定訂購點 (Reorder Point) 的問題，不過早或過晚。
- (3) 必須補充多少存量？—即決定訂購量的問題，不過多或過少。

#### \* 常見存量管制方法

存量管制的方法很多，在此舉以下幾種最常見者為例：

##### A、A B C 分析法：

存量管制第一步是先將所有存貨項目建立詳細的資料。每種資材之重要性並不相同，因此所採取的管制程度也應該有所不同。所有存貨將其歸為 A B C 三類。

### A類存貨－

項目少但金額大，存貨項目約佔總存貨項目5%~20%，金額高達60%~70%。A類資材價值高項目少，需要積壓大量的資金，故A類資材之存量管制要嚴格正確，並需要一套完整的紀錄，以分析其需要型態、需要數量與需要時間，善加利用購備時間，適時提出請購，盡量降低存量，避免大量之存貨儲備成本與積壓大量資金。

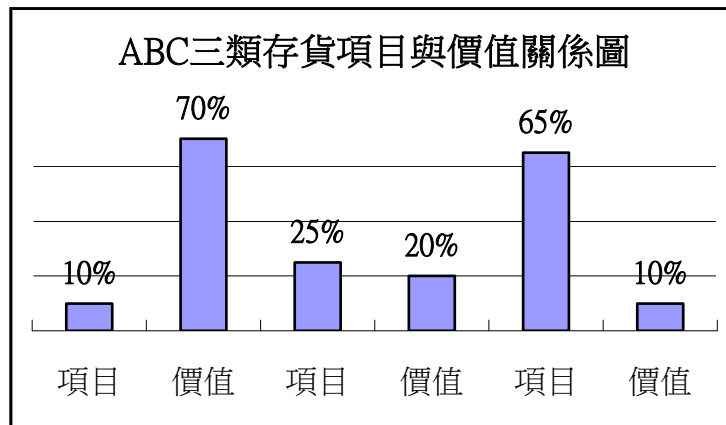
### C類存貨－

項目多但金額小，存貨項目佔總存貨項目50%~60%，而金額卻僅有10%~15%。C類存貨價值低項目多，資金小可保持較高的安全存量，無須經常訂購，以節省訂購成本。例如文具表單等，各使用部門可以實際作業需要設固定數目，定期自動補充到家，免除領料之麻煩。

### B類存貨－

存貨項目與價值均介於A類C類之間。對於B類資材之未來需要量不作太詳細的預測，只要每日對存量之增減加以紀錄，到達請購點時，以經濟訂購量加以採購即可。

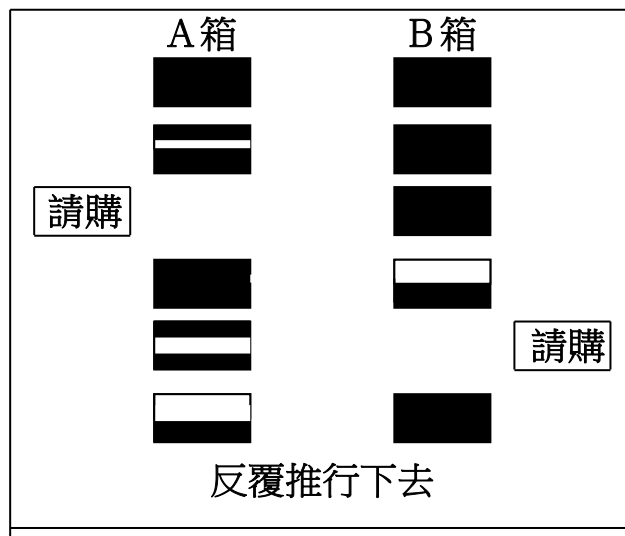
ABC分析法並不表示放棄C類不予管理，而是採取差別性的管理，以獲得更好、更有效率的成果，而加強A、B兩類的管理。



### B、複倉制 (Two-Bin System):

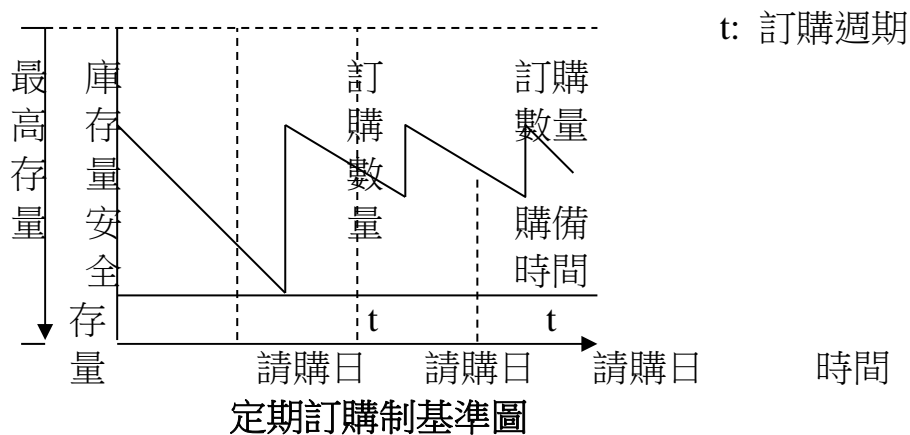
複倉制適用於ABC分析法中的C級資材，即價格低廉而使用量多的文具、表單、事務用品等消耗品。方法是當資材進貨時，將資材分成兩箱，並在每個箱底放置請購單。領用時，先從第一箱領取，當第一箱領完後，再從第二箱開始使用。而此時亦開始請購，等

到第二箱用完時，第一箱已補滿，再改由第一箱出貨，如此循環不已，醫院中的「藥品單一劑量車」、「手術個案車」及「衛材交換車」即是複倉制的改良應用。



C、定期訂購制 (Fixed Period Ordering System):

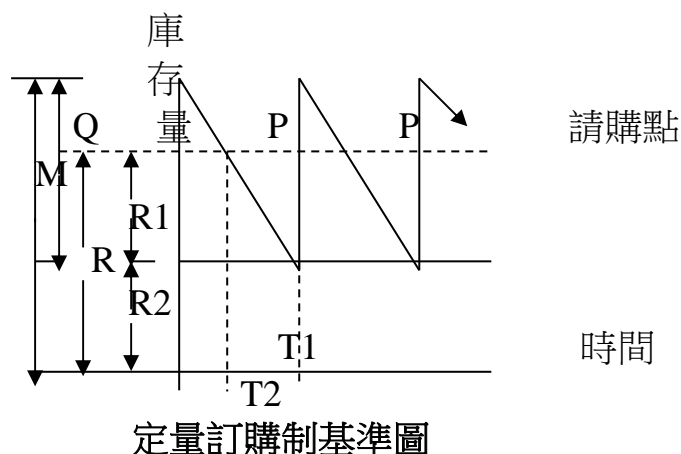
每次訂購均隔相同期間的存貨管制系統。(適用A級物料) 即事先決定固定之期間，進行補充庫存量，此種方式稱為定期訂購制。意級訂購週期一定而訂購量係當時之存量與最高存量之差額，故訂購量不一定。



D、定量訂購制 (Fixed Quantity Ordering System):

指在存貨總成本最低情況下，每次訂購相同數量的存貨管制

系統，(適用B級材料)當存量到達某一既定之水準(即訂購點)，變開始發出訂購單，訂購一定數量(經濟訂購量)的存貨，已著手補充庫存量，這種訂購量一定而訂購時期不一定之存量管制法即稱之。



#### 5-4 儲運管理

儲運管理是資材管理中極為重要的一環，其目的除了要達到妥善保護資材，避免遭受損失，更要存放整齊，以便於收發點計。

良好的儲運管理必須考慮下列幾項因素：

- (一) 便於收發與盤點作業。
- (二) 倉庫區域與標示應劃分明確，以便於資材儲存與取用。
- (三) 庫存資材應做好防護措施，以免變質或遭蟲害。
- (四) 便於進行驗收。
- (五) 依資材之特性，規劃適當儲存場所。
- (六) 應有適當之消防及其他安全措施。

良好的儲運管理不但要善盡保管責任，尚須追求合理之儲存成本，並作為用料與備料計畫間之橋樑。而在收發作業上，應配合醫療部門之需要，以「服務到家」為原則，減少醫療單位領用之困擾。

#### \* 資材驗收

對外採購之資材在決定是否付款前，對此項新購資材之品質、規格、數量或其他條件與既訂合約、訂購單或規格清單核對，以查驗(Inspect)其能否允收(Accept)或拒收(Reject)所需之各項程序作業稱為「驗收」(Receiving)。

驗收工作包括品質的檢驗和數量的點收雙重任務，其為買賣雙方權利義務之分界點，也是採購品質之接收鑑定歷程。驗收工作所耗費之時間是購備時間的一部份，且牽涉醫院各部門，所以其對資材庫存量及供應能力頗有影響。

醫院內一般資材驗收程序如下：

#### 1、收貨

- (1) 負責單位：一般由保管組主辦。
- (2) 業務內容：倉庫主辦人員找出訂購資料，再依送貨者送來之發票、送貨單核對名稱與點收外型、數量，無誤後於送貨單上簽收，並填製驗收單。

#### 2、確定點收數量與檢驗品質

- (1) 負責單位：保管組負責確實點收數量，使用部門負責檢驗品質。如屬儀器設備，一般會會同醫工部門驗收。
- (2) 業務內容：倉庫主辦人員打開包裝，確實點清數量，並將清點結果註明於驗收單上。使用部門或相關單位人員依資材檢辦法檢驗，並將檢驗結果書寫於檢驗單上，並在驗收單上註明檢驗結果。

#### 3、判定允收或拒收

- (1) 負責單位：保管組。
- (2) 業務內容：保管組人員依據數量之點收與品質之檢驗結果來判訂允收或拒收，當兩者都合格後及判訂允收，若有不合格則保管組需通知採購組，由採購組依合約規定與供應商洽談補救辦法。將允收結果通知財物部門，作為付款之依據。

#### 4、資材歸位與建立資料

- (1) 負責單位：保管組。
- (2) 業務內容：保管組人員將資材依據儲存規定擺置於正確位置，並將資料登記於卡片上或電腦中。

## \* 盤點

由於資材庫存的實際數量與帳目上的數量難免有所出入，所以資材人員常須將庫存的實際數量作定期的清點，使存量管制更為正確、有效率。盤點工作不但可確定資材數量，亦可藉此了解儲存及保養工作是否得當、料帳是否相符，並採取適當因應措施。

盤點方法大致上可分為兩類：一為定期盤點制，乃選擇某一定日期將所有資材全面加以盤點。一為永續盤點制，即將資材逐區逐項永續盤點，或某項資材達到最低存量時，即機動予以盤點。這種聯合定期與永續盤點法的聯合盤點制，若與 ABC 分析法配合使用，則效益更為顯著。

## \* 滯廢料處理

資材管理的目的就是要物盡其用，而要做到物盡其用，就必須將在醫療服務過程中，所產生之滯料、廢料、或廢棄之儀器設備，作進一步的利用或出售，使他的效用能完全產生，此即稱之為滯廢料處理。

## \* 醫材供應方式探討

醫材供應的方式依使用單位是否須派員到倉庫領料，可分為到庫領料及自動補充兩大類。另有一種於手術室使用的供應方式稱為手術個案車。

### (一) 到庫領料

此為最早之醫材供應方式，優點為可隨時領到單位所須之資材，缺點為：1、使用部門等候領料之時間過長及無法使用現代化機械來搬運；2、倉庫管理人員每日工作負荷不平均且無法規劃自己的工作；3、整體而言，工作效率較低。如改進為各使用部門有固定之領料時間（緊急狀況除外），雖可改善部分缺點，整體而言，工作效率仍低。

### (二) 自動補充

自動補充可分為衛材交換車即基準量撥補兩種，簡述如下：

#### 1、 衛材交換車 ( E x c h a n g e C a r t )

乃是以定時、定點、定量自動補充一般單位（以病房為主）所需經常使用且用量穩定的計價衛材為主。其作業方式為倉庫依

使用部門別將其再一定期間所需使用之衛材項目、數量，規劃、安排於交換車固定的位置與空間，定期事先由倉庫依規劃項目、數量補充，然後與使用部門直接以「以車易車」的方式供應。

衛材交換車的優點主要包括：

- (1) 可降低庫存成本及節省儲存空間。
- (2) 可事先規劃撥補動線，節省人力及時間，提高工作效率。
- (3) 可提高資材的流通性，減少滯廢料的產生。
- (4) 可減少漏帳，提高料帳的一致性。

衛材交換車的缺點主要包括：

- (1) 衛材交換車的空間有限，無法完全滿足使用部門的需求。
- (2) 須反覆盤點、入帳及轉帳，事務性作業較多。
- (3) 不易靈活調度運用。

## 2、 基準量 ( P a r L e v e l ) 撥補

各使用單位依過去的耗用紀錄來預估一定期間各項衛材的使用量，稱為基準量。衛材依是否向保險人申報或病患收費可分為單獨計價材料與不單獨計價材料兩種，前者通常依實際使用量定期補充；後者則一設定基準量定期補充，補充數伺候，應進行盤點，再調整該次補充量，然後下次補充時再依原基準量補充，反覆進行。

### (三) 手術個案車 ( S u r g i c a l c a s e c a r t )

以往手術進行之前，須於手術室或準備室中，將手術所需醫材依序排列在工作檯上，再將工作檯移至適當位置進行手術。而今日，因資材改採集中管理、儲存及分配的方式，手術個案車因而產生。手術個案車可分為開放式及密閉式兩種，是一種有輪子的醫材車，內裝有適用於各種手術個案所使用的一切醫材。手術個案車依照事先安排的手術種類及時間，送達各手術室。



## 六、醫院資材管理的未來發展趨勢

醫院資材管理的未來發展趨勢主要有下列六項：

### 一、 聯合採購：

聯合採購是指一集合許多醫院的購買力來與廠商議價，對常備的供應品、藥品、以及採購量小但單價高的醫療器材和設備，均可藉著聯合採購來降低營運成本，並提高醫院的競爭能力。

聯合採購之型態可分為下列幾種：

1. 地區性醫院的聯合—本地區各醫院的聯合。
2. 同性質醫院或連鎖醫院的聯合。Ex.公立醫院的聯合(如省聯標、市聯標)；本院、分院的聯合(如長庚醫院醫院群的聯合，榮總與榮民醫院的聯合等)
3. 宗教團體醫院的聯合—如基督教或天主教醫院的聯合。
4. 同一基金或財團法人下醫院之聯合。
5. 國內醫院和國外醫院的聯合。

聯合採購之優點：

1. 可集合許多家醫院的購買力，便可獲得最大的折扣，並降低醫院的採購成本。
2. 因長期合約採購，所以不會因物價的波動而影響醫療成本。
3. 容易做好存量管制的工作和降低安全存量。
4. 可促進更多採購工作的互相協助。
5. 易於使醫療資材規格化和標準化。

健保民營多元化是未來我國全民健康保險未來的改革趨勢，此一改革將加重醫療院所對醫療品質與財務責任的承擔，促進醫療體系的整合，進而促使聯合採購的盛行。

### 二、 外包或租賃：

為了要節省空間、減少設備投資、解決基層員工招募不易以及因應勞動基準法的實施，管理者可能將布類品及營養等業務或是非醫院專業項目而採取外包或租賃的方式辦理。

### 三、 移動式儲櫃的採用：

為了減少院內的感染、確保資材品質及方便計價與管理，未來手術個案車及衛材交換車將逐漸被引進醫院。

#### 1. 手術個案車—

供應人員針對不同手術種類，預先將手術施行時所必須使用到的器械包盤，縫線，衛材，藥品等，全都放在一部車上，待手術進行時送至手術房間。

#### 2. 衛材交換車—

倉庫依使用部門別，在一定期間內將所需使用之衛材，項目、數量及規劃，安排於交換車位置與空間，與使用單位”以車易車”方式供應。

#### 四、 拋棄式組合包採用：

隨著時代的轉變以及國民所得的提高、醫療知識的普及，國民對醫療品質的要求也日益提高，為了吸引病患來院就診，未來醫院將引進更多的拋棄式組合包。

#### 五、 物流觀念的引進：

引進物流的觀念，可簡化採購作業、減少倉儲空間及減少資金積壓利息，未來醫院將逐步引進。

醫院物流—是專業物流公司和醫療院所專業分工的結果，醫療院所將其所承購醫材品項，指定供應商交至專業醫療物流中心集中暫存，再由醫療院所依據醫內各使用單位一定期間的各別品項需求量分包，並一次直接送達院內各使用單位。

#### 六、 業務管理全面電腦化：

資材管理的業務甚為繁雜且對時效性要求高，想要在有限人力配置之下，提高資材管理的整體績效，唯有將業務管理全面電腦化才能有所成功。

## 參 考 文 獻

陳楚杰(民 81 年)·醫院資材管理(第二版)·台北：宏翰。

陳楚杰(民 87 年)·醫院組織與管理·台北：宏翰。

張有恆(民 87 年)·物流管理·台北：華泰。

張福榮(民 89 年)·物流管理·台北：五南。

# 內容大綱：

- 一、 前言
- 二、 文獻查證及內容
  - 1、 行銷及行銷管理的定義
  - 2、 行銷的發展
  - 3、 觀念架構
  - 4、 行銷策略
  - 5、 行銷的困難
  - 6、 行銷的優缺點
  - 7、 如何評值行銷的技巧
- 三、 結論及建議
- 四、 參考資料

## 一、前言：

隨著時代的進步，社會環境不斷的變遷，消費者的意識提升，影響病患的就醫選擇，而醫院為了社會環境的壓力，必須從過去以產品為主的型態轉變為以行銷為導向的型態(E.Jose Proenca,1996)。

全民健保實施後，醫療市場的競爭日趨激烈，迫使醫院需要不斷的改善服務及流程，做為資源的有效運用，以降低成本，減少浪費，並藉由醫療服務品質的提升增強競爭力（江瑞清、楊靜倪，民 86）。所以行銷的過程及技術上的使用是一個重要的角色。也是醫院經營管理者對醫院行銷管理重視的問題。

而行銷的重要性在於，〈一〉醫院需要求生存：病人的來源是醫院求生存的根本。〈二〉醫院環境改變：近年來病床數的增加如雨後春筍，除大醫院外，一床難求的情形已漸減少，甚至專家預測臺灣將步入醫療戰國時代（陳楚杰，民 81），所以醫院如何運用適當的行銷手法提升醫院的行象，才能應變未來多變的醫療市場。（曾倫崇，民 88）

故行銷的目的即在於滿足病人及其家屬的需求，提供市場消費者高品質的醫療照護，充份地瞭解與認識行銷的對象或目標（張正二，民 80），以維持醫院的生存與發展，達到永續經營的理念。

## 二、文獻探討及內容

### 行銷及行銷管理的定義

〈一〉行銷之定義：行銷是企業機能之一，主要活動是提供產品的與勞務、定價、推廣與配銷，以激發與促進消費者或使用者完成交易，其目的一方面在滿足消費者與使用者的欲望，另一方面在達成企業經營的目標（陳楚杰，民 81）。美國行銷學會對行銷學的定義為「行銷為引導產品及勞務從生產者流向使用的企業活動。」

（蕭文，民 87）。張正二，於民國 80 年曾提到行銷係指讓組織及企業導向於滿足市場消費者或買主的需求、需要及慾望的一連串活動。在醫療市場，病人是主要的消費者及買主，病人的需求包括：把疾病治癒、付合理的費用換取身心的健康、受照顧、受重視等。如何滿足病人的需求，是行銷工作所欲達成的主要目標。行銷有別於廣告及促銷活動，可以加速達成行銷的目標。

〈二〉行銷的管理之定義：行銷管理乃是分析、策劃、執行與控制各種行銷方案的過程，以有效促成交易，滿足交易雙方的需要與目標（陳楚杰，民 81）。

### 行銷的發展：

行銷使用的技巧及觀念，於目前健康照顧體系大多數的行銷者而言，已有大體上的了解。在 1979 年以前，行銷在健康照顧領域中仍是處於未知之狀態。隨著時代的演進行銷使用的技巧及觀念易被廣泛地討論及使用。故行銷觀念的演進，一般而言，可分為四個階段：（菲利浦寇勒、葛雷阿姆斯特壯，民 81\民 86）

#### （一）生產觀念：

生產觀念（production concept）乃是最古老的一種經營哲學念。「生產觀念」是假設消費者會接受任何讓他買得到並且買得起的產品，因此管理的主要任務是改善生產及分配之效率。

生產觀念的假設在兩種情況下才成立，第一種情況是需求大於供給，管理當局應集中精力來增加生產；第二種情況是產品的成本相當高，必須不斷的改良生產效率以求降低成本。

#### （二）銷售觀念：

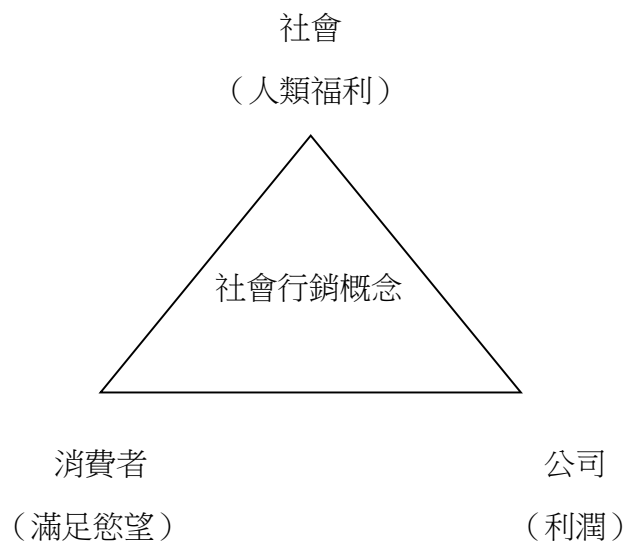
許多組織機構奉行銷售觀念（selling concept），銷售觀念是認為除非公司極力銷售及促銷，否則消費者將不會購買公司的產品。大多數的公司生產過多時會採用銷售觀念；此時他們的主要目標是「銷售其所能製造的，而不是製造市場所需要的」。如此一來，行銷若基於強迫的銷售觀念，將有可能會帶來很高的風險。

#### （三）行銷觀念：

行銷觀念（marketing concept）是較新的一種經營哲學。「行銷觀念」是認為欲達成公司目標，關鍵在於探究目標市場的需求及慾望，然後使得公司能較其競爭者更有效果且更有效率地滿足消費者的需求。

(四) 社會行銷觀念：

社會行銷觀念 (societal marketing concept) 認為公司的要務是決定目標市場的需要、慾望以及利益，使能較競爭者更有效能且更有效率地提供市場想要的滿足，同時能兼顧消費者及社會的福祉。此觀念要求公司在決定行銷政策時，必須同時考慮公司利潤、消費者慾望和社會利益三方面的平衡。



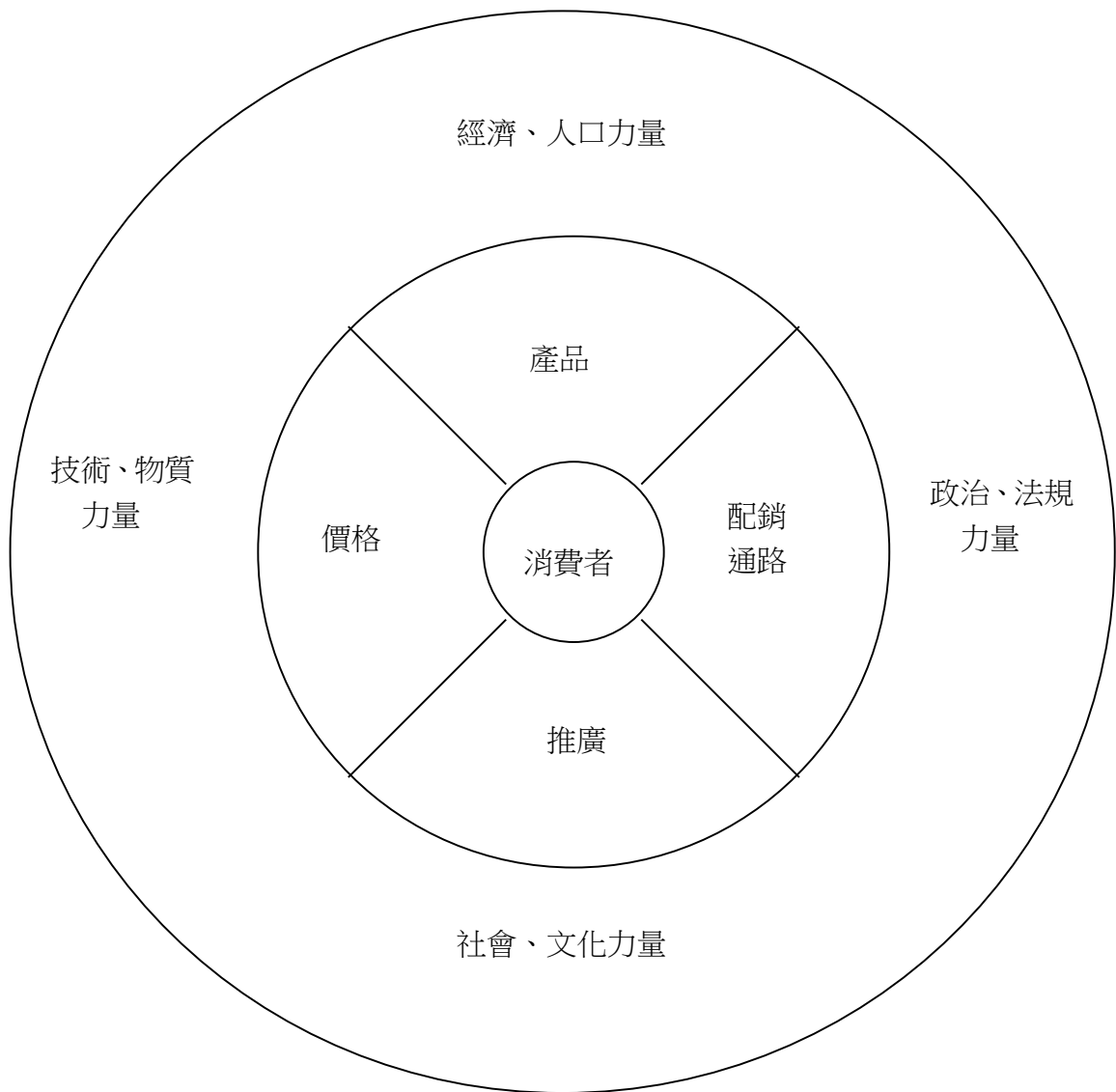
圖一：社會行銷觀念下的三方面考慮

資料來源：菲利浦寇勒、葛雷阿姆斯特壯 (民 81)

**行銷管理的觀念架構：**

由圖一中可得知行銷環境圍繞著消費者與行銷組合，因此，行銷環境可透過三個途徑來影響行銷人員完成交易：

- ◇ 行銷環境影響消費者的生活方式、生活水準、生活型態。
- ◇ 行銷環境直接影響行銷人員執行各種行銷活動。
- ◇ 行銷環境間接影響行銷人員的決策與行動，即經由影響消費者對企業行銷組合的反映來影響行銷人員的決策(陳楚杰，民 81)。



圖二：行銷環境與行銷組合變數

資料來源：何雍慶編著(民 79)·實用行銷管理·P28·華泰書局。



(一)行銷環境的四個變數(EPST)：

EPST 代表整個大環境，是多變化的，不可控制的，一般人無法控制，只能預測其趨勢加以配合，能配合者，策略才易發揮出來。

1、經濟、人口力量：

經濟、人口力量決定了對某種產品的消費型態與需求量。例如：為什麼以前我們不談全民健康保險、環境保護等問題，那是因為經濟發展、國民所得水準尚未達到某一特定水準。

2、政治、法規力量：

政府所創造的環境是否保護消費者以及企業間競爭的公平性，也影響行銷活動。例如：醫療法的公佈、政府推動的醫療網計劃…等。同時，政府也是大型的採購組織，當然對行銷活動具有影響力。

3、社會、文化力量：

行銷活動若不符合一個社會的文化標準，則將導致失敗。不同的社會文化，對生活水準與生活品質有不同的期望。

4、技術、物質力量：

科技已對消費型態、工作方式與行銷活動造成衝擊。而科技的發展，也引起有識之士日益關切對自然物質環境的影響(陳楚杰，民 81)。

(二) 消費者消費行為(即 40's)：

在面對行銷照護產業的動盪環境，管理的基礎必須要理解消費者的行為 (Frankly & Philip & Walter,1996)，所以在研擬策略時，行銷人員宜研究消費者的消費行為，即：

1、物品(Objects-what):

在顧客(病患)眼中對於所願意購買之物品是屬於何種類別，有何特性?(醫院形象、聲譽及收費標準等。

2、動機(Objective-why):

此市場內顧客(病患)購買之動機，目的為何?購買後其滿意度為何?

3、組織(Organization-who):

此市場內購買之組織成員為何?即何種人對購買有影響力?

#### 4、作業(Dperations-how):

即購買作業方法之內容為何?顧客(病患)透過何種方式購買?

(陳楚杰, 民 81)。

### (三) 行銷組合變數(即 4P's):

#### 1、產品(Product):

醫院提供給顧客(病患)的診療服務即為產品，而醫院必須瞭解它目前提供的醫療服務以及它還能提供那些醫療服務(蕭文, 民 87)，如:診斷性的服務—檢驗科、放射科的服務項目;治療性的服務—各種醫療行為、給藥等(張正二, 民 80)。在擴充其服務項目時，管理者必須要考慮到醫院財務狀況、病人的來源、醫護人員培訓與招募、同等級競爭醫院的經營狀況等問題(曾倫崇, 民 88)。並且利用市場的調查，來發展新的醫院服務(David & Earl,1995)。

#### 2、售價(Price):

David and Earl (1995)表示售價會影響醫院市場行銷，而(張正二, 民 80)認為醫療市場具有獨佔的特性，消費者比較沒有選擇的自由。病人很少去比較醫療費用的多寡來決定其就醫的醫院，一般常考慮到方便性、可近性的因素。因此，長久以來，醫療的服務價格主要由供給者一方來決定，很少由市場的機能及供需調節，但是(曾倫崇, 民 88)表示在實施全民健康保險後，醫療機構的收費標準也受到更多的限制，加上現今消費者意識高漲，醫療市場的競爭激烈等情況下，醫院只有調整經營策略及改革管理績效才能在競爭中求生存與發展。(張正二, 民 80)提出醫院可以藉著低售價的行銷方式，以爭取更多的病患的目的，但要如何維持一定的醫療品質，也就相當重要。

### 3、行銷地點的分析(Place)：

人們尋求醫療服務的便利性，與醫療服務的地點與分佈有關(蕭文，民 87)。而中、小型醫院應加強與其行銷範圍內私人診所及大型教學醫院的良好關係，建立轉診的服務系統，以廣佈行銷點(張正二，民 80)。

### 4、促銷(Promotion)：

針對醫院所預先設定的行銷服務範圍，加強促銷的活動。例如；舉辦義診等公益活動，刊登新聞媒體有關本院新的醫療服務項目…等，以增加醫院的知名度。藉由促銷活動，可以增加行銷的效果(張正二，民 80)。

總之，行銷組合的四個 P 行銷管理者較能掌握，稱為可控制變數(Controllable Variable)，而行銷環境行銷管理者較難控制，稱為不可控制變數(Uncontrollable Variabe)(陳楚杰，民 81)。

## 行銷策略

行銷策略可由以下幾點來探討：(陳楚杰，民 81)

### 一、克服無形性之行銷策略

大多數的服務是無形的，所以當消費者在購買之前，很難去蒐集到完整且有用的「服務」資訊，而且消費者通常沒有具備充分的知識及能力去判斷服務品質的好壞，因此行銷者對於服務方面必須更加注意。

- (1) 醫療服務供給者可運用一些輔助事物，來促成服務之有形性。例如整形醫師可以使用掛圖來說明手術後的結果。
- (2) 創造良好之醫院形象及重視公共關係。醫院的形象在病患之購買決策中深具影響力，所以服務業者應該盡力將資源投注於醫院形象的建立，這樣對於產品品牌形象的塑造是有益的。
- (3) 刺激顧客作口碑的宣傳。
- (4) 可與接受過服務之病患建立溝通之管道。醫院若能與病患建立溝通管道，如此一來就可從病患反應之意見中，蒐集到有關於醫療服務品質的資訊，以作為改進之參考。

## 二、克服不可分割性之行銷策略

提供醫療服務時，病患與醫療服務人員必須都在場，因此醫院服務量有其一定之限制。以下的策略則可打破這個限制：

- (1) 服務供給者對「個人」服務者，可改成「群體」服務。例如每次心理治療可針對團體來作治療。
- (2) 服務供給者可將工作速度加快。例如每次醫生看診約二十分鐘可改為十分鐘，如此一來所看的病患人數就會增加。
- (3) 醫院可訓練更多服務供給者。

## 三、克服異質性的行銷策略

醫療服務會因個人及人性因素而有所差異，醫院為保持高度及一致的服務品質時，常會採取兩個步驟，第一是訂定良好的人員選用及訓練方案，第二則是訂定「病患滿意監視系統」，例如意見箱等。

## 四、克服不可儲藏性的行銷策略

此項可由需求面及供給面兩方面著手。

### (1) 從供給面著手的策略

1. 利用兼差人員，以因應尖峰時刻之需求。例如兼任之護理人員。
2. 推行尖峰時段高效率使用之服務方式。例如某些門診會先由實習醫師、住院醫師問診後再由主治醫師看診。
3. 可運用提高消費者自行參與的方式。例如藥局各窗口放置大藥袋讓病患自行取用。
4. 建立「共用服務」的方式。例如某些醫院協商使用彼此的醫療設備。
5. 有關設施預留擴充餘地。例如放射線部門是可能擴充的單位。

### (2) 從需求面著手的策略

1. 利用「差別訂價」。例如特殊部門醫師的診察費較高。
2. 開發非尖峰時段的其他需求，以增加設備及資產使用率。例如可利用早晨門診前做各種檢查。
3. 在尖峰時段，增設「輔助服務」之項目，減少病患等待之時間。例

如撥放衛教錄影帶。

4. 建立預約制度，以便掌握需求量及調整工作分配。例如預約掛號。

而根據 Hugh B. McSurely, PhD 及 Sam Fullerton, PhD 在一九九五所做的一個研究結果顯示，當行銷者想要針對不同的主題去尋找相關的資訊時，他們會透過不同的管道來尋找他們所要的資訊。其中表一就是此研究的結果，結果顯示各種不同主題的資訊來源會經由不同的管道得來。例如結果顯示，對於「促銷」這個主題的資訊多從雜誌得來。而對於「產品」這個主題的資訊則多從期刊而得。如此一來，行銷者若要尋找「促銷」的相關資訊時，就可從雜誌著手。而如果行銷者想要宣傳有關「促銷」的資訊時，就可利用雜誌來宣傳。此研究結果可提供行銷者在尋找資訊時的參考，也可提供行銷者再他們想要推銷自己時，可針對欲推銷的主題來選擇利用何種管道來宣傳。

表一 觀察與期望頻率之間的差異 (Fo-Fe)

來 源	源				
	期刊	雜誌	書籍	會議/研討會	顧問
地區	-3.13	+0.72	+2.18	-1.26	+1.49
主 產品	+9.67	-8.83	-0.33	+2.83	-3.33
價格	-1.13	+0.78	-0.82	-0.26	+1.49
增進	-7.72	+15.33	-9.79	-4.96	+7.14
題 行銷計劃	+0.54	+2.98	-1.96	-0.09	-1.47
行銷研究	+1.77	-10.91	+10.72	+3.74	-5.33

Hugh B. McSurely, PhD & Sam Fullerton, PhD , 1995

## 行銷推行的困難

O'Connor 再 1982 年提出醫院及健康照顧產業於一班行銷原則的應用並沒有經營上活動的考慮。在健康照顧產業中；有許多行銷失敗的例子；然而最困擾的趨勢是針對嚴格的工作說明來描述行銷活動對於更多功能相關的領域（例如：行銷、行銷的提升、服務病患、行銷的廣告、民眾的公共關係）。健康照護管理人可能誤解行銷的特質產生誤解而表現出勉強接受行銷是一個營運策略的重要構成要素。在 1983 年，Witt and McRoberts 發現在他們的調查報告中，醫院有僱用缺乏經驗人士，行銷部門資源不充分，及管理人員本身是勉強來從事行銷。在 1988 年，Robbins、Kane 和 Sullivan 也記載了在美國東南部醫院行銷計劃研究中指出，早期的醫院缺乏行銷知識技術及許多管理者不理解或支持行銷，缺乏行銷活動結果的評估和缺乏經過培訓的專業醫院行銷人員，以上都是引起行銷失敗的相關原因。另外，在 1996 年，Franklyn 等人在巴爾的摩地區的健康照顧組織，對其研究委員會的高級官員總計 100 人所做的調查顯示，不當的預算、組織的官僚形式主義，及最高管理者行銷的知識，亦是妨礙行銷最重要的問題。

自健保實施後，因為全民納保，致使醫療機構不單只是具有基本的醫療功能，還必須兼具教學研究、配合政府衛生政策多重目標，及面對保險機構、衛生主管和內部醫護人員等，因而使醫院行銷受到多重限制，且醫療機構不可刊登廣告，或經審核才準廣告，亦增加行銷的困難。（魏美珠，民 88）

為了因應管理化的照顧，充分的醫療設備，以及知識水準提昇的消費者，這樣的新理念醫院而言雖然合理，但在實際的施行上卻有相當的困難，這中間主要的原因是醫院中不同專業人員原有的既得利益以及醫療服務的本質任是以人為所致。（Shortell, Morrison, & Friedman, 1990）

## 行銷的優缺點

優點：1977 年，Ireland 指出行銷能幫助醫院對市場更深的理解，並提高競爭力，且有效地分發資源，為他們的市場，發展適當的服務。（Frankly et al, 1996）

缺點：在我們的社會中，健康照顧的收費高，健康照顧管理者認為其他的活動將會更進一步的增加費用。且行銷是既耗時又耗金錢的活動。（Peter M. Sanchez ,

1995)

### 如何評值行銷的技巧

可經由以下幾點來評估行銷的技巧：(1)病人的滿意度、(2)行銷策略的可行性、(3)行銷技巧的分割分析、(4)病患人口統計的描寫、(5)醫院形象測量、(6)行銷完整的活動情形、(7)醫生及全體人員的調查。(Peter M. Sanchez, 1995)

### 結論及建議：

當前醫界最大的困境，在於醫療環境的高度競爭性，為了突破此類經營瓶頸與困境，必須採行新的策略與方法。首先，機構文化在建立醫院行銷導向上所扮演的重要角色，了解兩者之間的關係可以幫助經營者找出建立行銷導向的因子，同時也提供線索，讓他們能夠有效地施行行銷導向的理念，為了建立行銷導向的行為、信念、和價值觀，必須好好的經營文化和高層管理行動，人際關係和機構組織系統之間的交互關係。而管理者及其他最高管理的人事部門將必須理解行銷過程的性質及有關健康照護組織管理的職責，這是個成功地執行一個有效的行銷計劃的必要條件。另一方面，要適當地和客觀地評估行銷活動的衝擊。且照護必須特別強調行銷，但是卻較少注意行銷觀點在其他方面做廣告和促銷，尤其在應繼續注意的方面，必須放在需要估價、計劃、產品及服務的發展。若行銷人員沒有健康照護的經驗就應該花時間來了解所要挑戰的領域，如：內部管理的工作。言而總之，唯有藉著良好的醫院行銷，才能建立並鞏固醫療的市場範圍。

參考資料：

David P.Paul III & Earl D.Honeycutt,Jr. (1995). Journal of Hospital Marketing., 10(1)(pp.35-49).

E.Jose Proenca.(1996) Market Orientation and Organizational Culture in Hospitals. Journal of Hospital Marketing,11(1):3-18.

Franklyn A. Manu ,PhD & Philip D. Cooper ,PhD & Walter Reinhart ,PhD(1996).The Status of Marketing in the Health Care Industry :Perspectives of Marketing Practitioners . Journal of Hospital Marketing , 10(2),11-24.

Hugh B. McSurely, PhD & Sam Fullerton, PhD.(1995).Health Care Marketing Information:An Assessment of Past and Future Utilization Patterns.Health Marketing Quarterly,13(1),63-73.

Peter M. Sanchez, DBA. ( 1995 ) .Hospital usage of Marketing Research over a Ten Year Period.Journal of Hospital Marketing ,19 ( 2 ) : 113-120.

江瑞清、楊靜倪(民 86) • 醫院管理改革趨勢 • 護理雜誌 • 275 , 78-81 。

菲利浦寇勒、葛雷阿姆斯特壯 ( 民 86 ) • 行銷學原理 ( 方世榮譯 ) • 台北：東華書局。(原著發表於民 81)

張正二 ( 民 80 ) • 醫院行銷與公共關係 • 衛生行政學刊 , 11(3) , 7-11 。

陳楚杰 ( 民 81 ) • 談醫院行銷管理 • 醫院 , 25 ( 3 ) , 205-214 。

曾倫崇 ( 民 88 ) • 從行銷觀點談門診顧客就診考慮因素 • 醫療科技學刊 , 1 ( 1 ) , 59-74 。

蕭文(民 87) • 醫院行銷 • 台灣醫界 , 41(2) , 85-87 。



# 臨床醫護概論

## 醫院行銷

交稿日期：**90.01.09**

班 級：**管二二 B**

組 員：**李秀慧**

**221882841**

**黃瓊琳 221882914**

**施逸如 221882922**

**郭慧華 221882956**

# 內容大綱：

- 一、 前言
- 二、 文獻查證及內容
  - 1、 行銷及行銷管理的定義
  - 2、 行銷的發展
  - 3、 觀念架構
  - 4、 行銷策略
  - 5、 行銷的困難
  - 6、 行銷的優缺點
  - 7、 如何評值行銷的技巧
- 三、 結論及建議
- 四、 參考資料

## 一、前言：

隨著時代的進步，社會環境不斷的變遷，消費者的意識提升，影響病患的就醫選擇，而醫院為了社會環境的壓力，必須從過去以產品為主的型態轉變為以行銷為導向的型態(E.Jose Proenca,1996)。

全民健保實施後，醫療市場的競爭日趨激烈，迫使醫院需要不斷的改善服務及流程，做為資源的有效運用，以降低成本，減少浪費，並藉由醫療服務品質的提升增強競爭力（江瑞清、楊靜倪，民 86）。所以行銷的過程及技術上的使用是一個重要的角色。也是醫院經營管理者對醫院行銷管理重視的問題。

而行銷的重要性在於，〈一〉醫院需要求生存：病人的來源是醫院求生存的根本。〈二〉醫院環境改變：近年來病床數的增加如雨後春筍，除大醫院外，一床難求的情形已漸減少，甚至專家預測臺灣將步入醫療戰國時代（陳楚杰，民 81），所以醫院如何運用適當的行銷手法提升醫院的行象，才能應變未來多變的醫療市場。（曾倫崇，民 88）

故行銷的目的即在於滿足病人及其家屬的需求，提供市場消費者高品質的醫療照護，充份地瞭解與認識行銷的對象或目標（張正二，民 80），以維持醫院的生存與發展，達到永續經營的理念。

## 二、文獻探討及內容

### 行銷及行銷管理的定義

〈一〉行銷之定義：行銷是企業機能之一，主要活動是提供產品的與勞務、定價、推廣與配銷，以激發與促進消費者或使用者完成交易，其目的一方面在滿足消費者與使用者的欲望，另一方面在達成企業經營的目標（陳楚杰，民 81）。美國行銷學會對行銷學的定義為「行銷為引導產品及勞務從生產者流向使用的企業活動。」

（蕭文，民 87）。張正二，於民國 80 年曾提到行銷係指讓組織及企業導向於滿足市場消費者或買主的需求、需要及慾望的一連串活動。在醫療市場，病人是主要的消費者及買主，病人的需求包括：把疾病治癒、付合理的費用換取身心的健康、受照顧、受重視等。如何滿足病人的需求，是行銷工作所欲達成的主要目標。行銷有別於廣告及促銷活動，可以加速達成行銷的目標。

〈二〉行銷的管理之定義：行銷管理乃是分析、策劃、執行與控制各種行銷方案的過程，以有效促成交易，滿足交易雙方的需要與目標（陳楚杰，民 81）。

### 行銷的發展：

行銷使用的技巧及觀念，於目前健康照顧體系大多數的行銷者而言，已有大體上的了解。在 1979 年以前，行銷在健康照顧領域中仍是處於未知之狀態。隨著時代的演進行銷使用的技巧及觀念易被廣泛地討論及使用。故行銷觀念的演進，一般而言，可分為四個階段：（菲利浦寇勒、葛雷阿姆斯特壯，民 81\民 86）

#### （一）生產觀念：

生產觀念（production concept）乃是最古老的一種經營哲學念。「生產觀念」是假設消費者會接受任何讓他買得到並且買得起的產品，因此管理的主要任務是改善生產及分配之效率。

生產觀念的假設在兩種情況下才成立，第一種情況是需求大於供給，管理當局應集中精力來增加生產；第二種情況是產品的成本相當高，必須不斷的改良生產效率以求降低成本。

#### （二）銷售觀念：

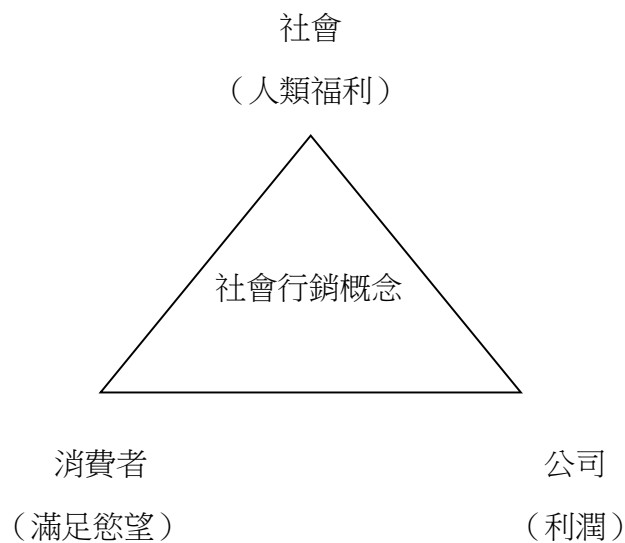
許多組織機構奉行銷售觀念（selling concept），銷售觀念是認為除非公司極力銷售及促銷，否則消費者將不會購買公司的產品。大多數的公司生產過多時會採用銷售觀念；此時他們的主要目標是「銷售其所能製造的，而不是製造市場所需要的」。如此一來，行銷若基於強迫的銷售觀念，將有可能會帶來很高的風險。

#### （三）行銷觀念：

行銷觀念（marketing concept）是較新的一種經營哲學。「行銷觀念」是認為欲達成公司目標，關鍵在於探究目標市場的需求及慾望，然後使得公司能較其競爭者更有效果且更有效率地滿足消費者的需求。

(四) 社會行銷觀念：

社會行銷觀念 (societal marketing concept) 認為公司的要務是決定目標市場的需要、慾望以及利益，使能較競爭者更有效能且更有效率地提供市場想要的滿足，同時能兼顧消費者及社會的福祉。此觀念要求公司在決定行銷政策時，必須同時考慮公司利潤、消費者慾望和社會利益三方面的平衡。



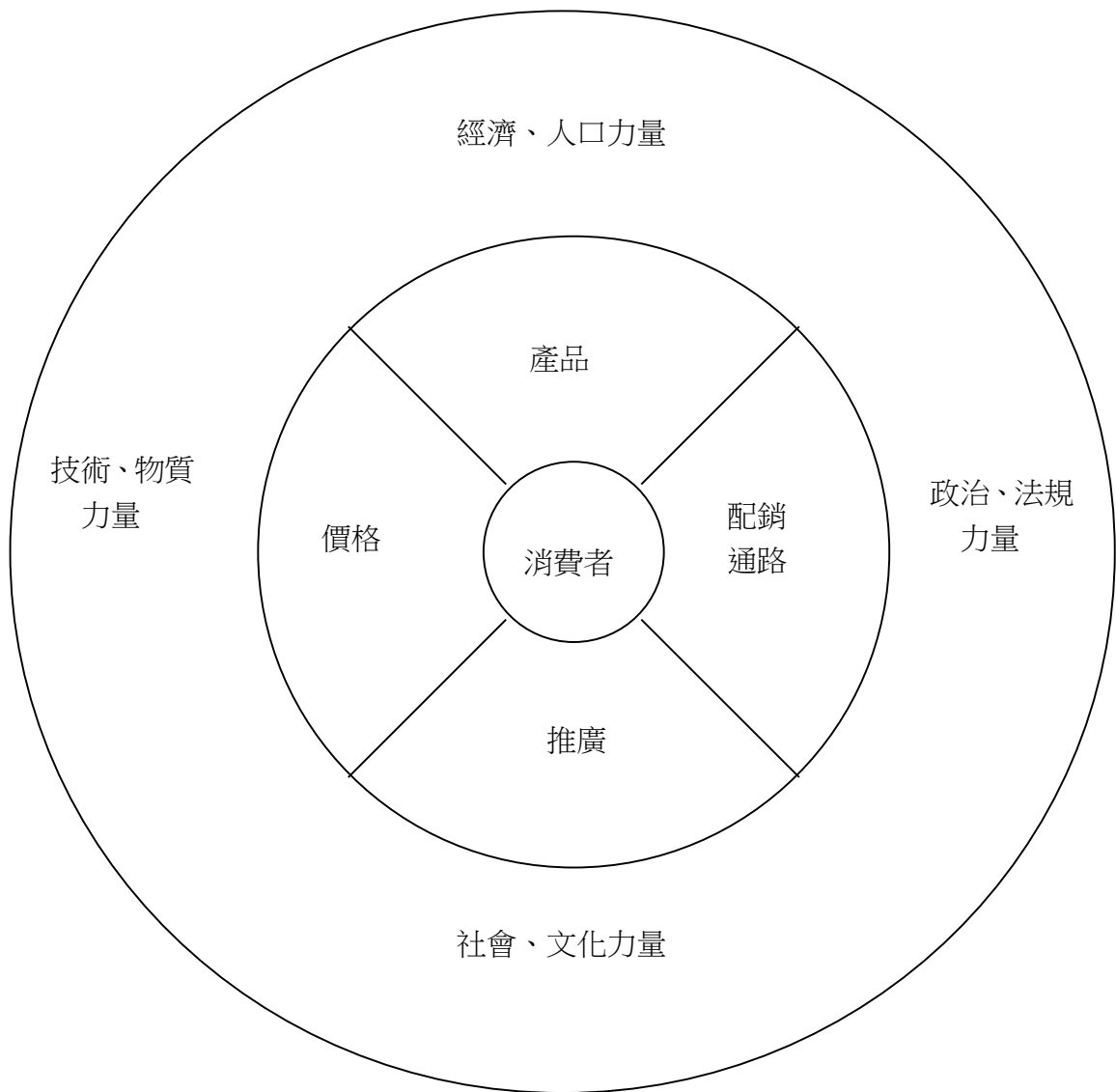
圖一：社會行銷觀念下的三方面考慮

資料來源：菲利浦寇勒、葛雷阿姆斯特壯 (民 81)

**行銷管理的觀念架構：**

由圖一中可得知行銷環境圍繞著消費者與行銷組合，因此，行銷環境可透過三個途徑來影響行銷人員完成交易：

- ◇ 行銷環境影響消費者的生活方式、生活水準、生活型態。
- ◇ 行銷環境直接影響行銷人員執行各種行銷活動。
- ◇ 行銷環境間接影響行銷人員的決策與行動，即經由影響消費者對企業行銷組合的反映來影響行銷人員的決策(陳楚杰，民 81)。



圖二：行銷環境與行銷組合變數

資料來源：何雍慶編著(民 79)·實用行銷管理·P28·華泰書局。

(一)行銷環境的四個變數(EPST)：

EPST 代表整個大環境，是多變化的，不可控制的，一般人無法控制，只能預測其趨勢加以配合，能配合者，策略才易發揮出來。

1、經濟、人口力量：

經濟、人口力量決定了對某種產品的消費型態與需求量。例如：為什麼以前我們不談全民健康保險、環境保護等問題，那是因為經濟發展、國民所得水準尚未達到某一特定水準。

2、政治、法規力量：

政府所創造的環境是否保護消費者以及企業間競爭的公平性，也影響行銷活動。例如：醫療法的公佈、政府推動的醫療網計劃…等。同時，政府也是大型的採購組織，當然對行銷活動具有影響力。

3、社會、文化力量：

行銷活動若不符合一個社會的文化標準，則將導致失敗。不同的社會文化，對生活水準與生活品質有不同的期望。

4、技術、物質力量：

科技已對消費型態、工作方式與行銷活動造成衝擊。而科技的發展，也引起有識之士日益關切對自然物質環境的影響(陳楚杰，民 81)。

(二) 消費者消費行為(即 40's)：

在面對行銷照護產業的動盪環境，管理的基礎必須要了解消費者的行為 (Frankly & Philip & Walter,1996)，所以在研擬策略時，行銷人員宜研究消費者的消費行為，即：

1、物品(Objects-what):

在顧客(病患)眼中對於所願意購買之物品是屬於何種類別，有何特性?(醫院形象、聲譽及收費標準等。

2、動機(Objective-why):

此市場內顧客(病患)購買之動機，目的為何?購買後其滿意度為何?

3、組織(Organization-who):

此市場內購買之組織成員為何?即何種人對購買有影響力?

#### 4、作業(Operations-how):

即購買作業方法之內容為何?顧客(病患)透過何種方式購買?

(陳楚杰, 民 81)。

### (三) 行銷組合變數(即 4P's):

#### 1、產品(Product):

醫院提供給顧客(病患)的診療服務即為產品,而醫院必須瞭解它目前提供的醫療服務以及它還能提供那些醫療服務(蕭文, 民 87),如:診斷性的服務—檢驗科、放射科的服務項目;治療性的服務—各種醫療行為、給藥等(張正二, 民 80)。在擴充其服務項目時,管理者必須要考慮到醫院財務狀況、病人的來源、醫護人員培訓與招募、同等級競爭醫院的經營狀況等問題(曾倫崇, 民 88)。並且利用市場的調查,來發展新的醫院服務(David & Earl, 1995)。

#### 2、售價(Price):

David and Earl (1995)表示售價會影響醫院市場行銷,而(張正二, 民 80)認為醫療市場具有獨佔的特性,消費者比較沒有選擇的自由。病人很少去比較醫療費用的多寡來決定其就醫的醫院,一般常考慮到方便性、可近性的因素。因此,長久以來,醫療的服務價格主要由供給者一方來決定,很少由市場的機能及供需調節,但是(曾倫崇, 民 88)表示在實施全民健康保險後,醫療機構的收費標準也受到更多的限制,加上現今消費者意識高漲,醫療市場的競爭激烈等情況下,醫院只有調整經營策略及改革管理績效才能在競爭中求生存與發展。(張正二, 民 80)提出醫院可以藉著低售價的行銷方式,以爭取更多的病患的目的,但要如何維持一定的醫療品質,也就相當重要。



### 3、行銷地點的分析(Place)：

人們尋求醫療服務的便利性，與醫療服務的地點與分佈有關(蕭文，民 87)。而中、小型醫院應加強與其行銷範圍內私人診所及大型教學醫院的良好關係，建立轉診的服務系統，以廣佈行銷點(張正二，民 80)。

### 4、促銷(Promotion)：

針對醫院所預先設定的行銷服務範圍，加強促銷的活動。例如；舉辦義診等公益活動，刊登新聞媒體有關本院新的醫療服務項目…等，以增加醫院的知名度。藉由促銷活動，可以增加行銷的效果(張正二，民 80)。

總之，行銷組合的四個 P 行銷管理者較能掌握，稱為可控制變數(Controllable Variable)，而行銷環境行銷管理者較難控制，稱為不可控制變數(Uncontrollable Variable)(陳楚杰，民 81)。

## 行銷策略

行銷策略可由以下幾點來探討：(陳楚杰，民 81)

### 一、克服無形性之行銷策略

大多數的服務是無形的，所以當消費者在購買之前，很難去蒐集到完整且有用的「服務」資訊，而且消費者通常沒有具備充分的知識及能力去判斷服務品質的好壞，因此行銷者對於服務方面必須更加注意。

- (1) 醫療服務供給者可運用一些輔助事物，來促成服務之有形性。例如整形醫師可以使用掛圖來說明手術後的結果。
- (2) 創造良好之醫院形象及重視公共關係。醫院的形象在病患之購買決策中深具影響力，所以服務業者應該盡力將資源投注於醫院形象的建立，這樣對於產品品牌形象的塑造是有益的。
- (3) 刺激顧客作口碑的宣傳。
- (4) 可與接受過服務之病患建立溝通之管道。醫院若能與病患建立溝通管道，如此一來就可從病患反應之意見中，蒐集到有關於醫療服務品質的資訊，以作為改進之參考。

## 二、克服不可分割性之行銷策略

提供醫療服務時，病患與醫療服務人員必須都在場，因此醫院服務量有其一定之限制。以下的策略則可打破這個限制：

- (1) 服務供給者對「個人」服務者，可改成「群體」服務。例如每次心理治療可針對團體來作治療。
- (2) 服務供給者可將工作速度加快。例如每次醫生看診約二十分鐘可改為十分鐘，如此一來所看的病患人數就會增加。
- (3) 醫院可訓練更多服務供給者。

## 三、克服異質性的行銷策略

醫療服務會因個人及人性因素而有所差異，醫院為保持高度及一致的服務品質時，常會採取兩個步驟，第一是訂定良好的人員選用及訓練方案，第二則是訂定「病患滿意監視系統」，例如意見箱等。

## 四、克服不可儲藏性的行銷策略

此項可由需求面及供給面兩方面著手。

### (1) 從供給面著手的策略

1. 利用兼差人員，以因應尖峰時刻之需求。例如兼任之護理人員。
2. 推行尖峰時段高效率使用之服務方式。例如某些門診會先由實習醫師、住院醫師問診後再由主治醫師看診。
3. 可運用提高消費者自行參與的方式。例如藥局各窗口放置大藥袋讓病患自行取用。
4. 建立「共用服務」的方式。例如某些醫院協商使用彼此的醫療設備。
5. 有關設施預留擴充餘地。例如放射線部門是可能擴充的單位。

### (2) 從需求面著手的策略

1. 利用「差別訂價」。例如特殊部門醫師的診察費較高。
2. 開發非尖峰時段的其他需求，以增加設備及資產使用率。例如可利用早晨門診前做各種檢查。
3. 在尖峰時段，增設「輔助服務」之項目，減少病患等待之時間。例

如撥放衛教錄影帶。

4. 建立預約制度，以便掌握需求量及調整工作分配。例如預約掛號。

而根據 Hugh B. McSurely, PhD 及 Sam Fullerton, PhD 在一九九五所做的一個研究結果顯示，當行銷者想要針對不同的主題去尋找相關的資訊時，他們會透過不同的管道來尋找他們所要的資訊。其中表一就是此研究的結果，結果顯示各種不同主題的資訊來源會經由不同的管道得來。例如結果顯示，對於「促銷」這個主題的資訊多從雜誌得來。而對於「產品」這個主題的資訊則多從期刊而得。如此一來，行銷者若要尋找「促銷」的相關資訊時，就可從雜誌著手。而如果行銷者想要宣傳有關「促銷」的資訊時，就可利用雜誌來宣傳。此研究結果可提供行銷者在尋找資訊時的參考，也可提供行銷者再他們想要推銷自己時，可針對欲推銷的主題來選擇利用何種管道來宣傳。

表一 觀察與期望頻率之間的差異 (Fo-Fe)

來	源				
	期刊	雜誌	書籍	會議/研討會	顧問
地區	-3.13	+0.72	+2.18	-1.26	+1.49
主 產品	+9.67	-8.83	-0.33	+2.83	-3.33
價格	-1.13	+0.78	-0.82	-0.26	+1.49
增進	-7.72	+15.33	-9.79	-4.96	+7.14
題 行銷計劃	+0.54	+2.98	-1.96	-0.09	-1.47
行銷研究	+1.77	-10.91	+10.72	+3.74	-5.33

Hugh B. McSurely, PhD & Sam Fullerton, PhD , 1995

## 行銷推行的困難

O'Connor 再 1982 年提出醫院及健康照顧產業於一班行銷原則的應用並沒有經營上活動的考慮。在健康照顧產業中；有許多行銷失敗的例子；然而最困擾的趨勢是針對嚴格的工作說明來描述行銷活動對於更多功能相關的領域（例如：行銷、行銷的提升、服務病患、行銷的廣告、民眾的公共關係）。健康照護管理人可能誤解行銷的特質產生誤解而表現出勉強接受行銷是一個營運策略的重要構成要素。在 1983 年，Witt and McRoberts 發現在他們的調查報告中，醫院有僱用缺乏經驗人士，行銷部門資源不充分，及管理人員本身是勉強來從事行銷。在 1988 年，Robbins、Kane 和 Sullivan 也記載了在美國東南部醫院行銷計劃研究中指出，早期的醫院缺乏行銷知識技術及許多管理者不理解或支持行銷，缺乏行銷活動結果的評估和缺乏經過培訓的專業醫院行銷人員，以上都是引起行銷失敗的相關原因。另外，在 1996 年，Franklyn 等人在巴爾的摩地區的健康照顧組織，對其研究委員會的高級官員總計 100 人所做的調查顯示，不當的預算、組織的官僚形式主義，及最高管理者行銷的知識，亦是妨礙行銷最重要的問題。

自健保實施後，因為全民納保，致使醫療機構不單只是具有基本的醫療功能，還必須兼具教學研究、配合政府衛生政策多重目標，及面對保險機構、衛生主管和內部醫護人員等，因而使醫院行銷受到多重限制，且醫療機構不可刊登廣告，或經審核才準廣告，亦增加行銷的困難。（魏美珠，民 88）

為了因應管理化的照顧，充分的醫療設備，以及知識水準提昇的消費者，這樣的新理念醫院而言雖然合理，但在實際的施行上卻有相當的困難，這中間主要的原因是醫院中不同專業人員原有的既得利益以及醫療服務的本質任是以人為所致。（Shortell, Morrison, & Friedman, 1990）

## 行銷的優缺點

優點：1977 年，Ireland 指出行銷能幫助醫院對市場更深的理解，並提高競爭力，且有效地分發資源，為他們的市場，發展適當的服務。（Frankly et al, 1996）

缺點：在我們的社會中，健康照顧的收費高，健康照顧管理者認為其他的活動將會更進一步的增加費用。且行銷是既耗時又耗金錢的活動。（Peter M. Sanchez ,

1995)

### 如何評值行銷的技巧

可經由以下幾點來評估行銷的技巧：(1)病人的滿意度、(2)行銷策略的可行性、(3)行銷技巧的分割分析、(4)病患人口統計的描寫、(5)醫院形象測量、(6)行銷完整的活動情形、(7)醫生及全體人員的調查。(Peter M. Sanchez, 1995)

### 結論及建議：

當前醫界最大的困境，在於醫療環境的高度競爭性，為了突破此類經營瓶頸與困境，必須採行新的策略與方法。首先，機構文化在建立醫院行銷導向上所扮演的重要角色，了解兩者之間的關係可以幫助經營者找出建立行銷導向的因子，同時也提供線索，讓他們能夠有效地施行行銷導向的理念，為了建立行銷導向的行為、信念、和價值觀，必須好好的經營文化和高層管理行動，人際關係和機構組織系統之間的交互關係。而管理者及其他最高管理的人事部門將必須理解行銷過程的性質及有關健康照護組織管理的職責，這是個成功地執行一個有效的行銷計劃的必要條件。另一方面，要適當地和客觀地評估行銷活動的衝擊。且照護必須特別強調行銷，但是卻較少注意行銷觀點在其他方面做廣告和促銷，尤其在應繼續注意的方面，必須放在需要估價、計劃、產品及服務的發展。若行銷人員沒有健康照護的經驗就應該花時間來了解所要挑戰的領域，如：內部管理的工作。言而總之，唯有藉著良好的醫院行銷，才能建立並鞏固醫療的市場範圍。

參考資料：

David P.Paul III & Earl D.Honeycutt,Jr. (1995). Journal of Hospital Marketing., 10(1)(pp.35-49).

E.Jose Proenca.(1996) Market Orientation and Organizational Culture in Hospitals. Journal of Hospital Marketing,11(1):3-18.

Franklyn A.Manu ,PhD & Philip D. Cooper ,PhD & Walter Reinhart ,PhD(1996).The Status of Marketing in the Health Care Industry :Perspectives of Marketing Practitioners . Journal of Hospital Marketing , 10(2),11-24.

Hugh B. McSurely, PhD & Sam Fullerton, PhD.(1995).Health Care Marketing Information:An Assessment of Past and Future Utilization Patterns.Health Marketing Quarterly,13(1),63-73.

Peter M. Sanchez, DBA. ( 1995 ) .Hospital usage of Marketing Research over a Ten Year Period.Journal of Hospital Marketing ,19 ( 2 ) : 113-120.

江瑞清、楊靜倪(民 86) • 醫院管理改革趨勢 • 護理雜誌 • 275 , 78-81 。

菲利浦寇勒、葛雷阿姆斯特壯 ( 民 86 ) • 行銷學原理 ( 方世榮譯 ) • 台北：東華書局。(原著發表於民 81)

張正二 ( 民 80 ) • 醫院行銷與公共關係 • 衛生行政學刊 , 11(3) , 7-11 。

陳楚杰 ( 民 81 ) • 談醫院行銷管理 • 醫院 , 25 ( 3 ) , 205-214 。

曾倫崇 ( 民 88 ) • 從行銷觀點談門診顧客就診考慮因素 • 醫療科技學刊 , 1 ( 1 ) , 59-74 。

蕭文(民 87) • 醫院行銷 • 台灣醫界 , 41(2) , 85-87 。

# 臨床醫護概論

## 醫院行銷

交稿日期：**90.01.09**

班 級：**管二二 B**

組 員：**李秀慧**

**221882841**

**黃瓊琳 221882914**

**施逸如 221882922**

**郭慧華 221882956**

# 臨床管理學報告

## —醫院資訊管理系統—

班級：管二二 C

組員：

晏海惠 (222883329)

陳慧絨 (222883549)

張惠美 (222883557)

蔡淑菁 (222883565)

指導老師：張朝凱老師

日期：八十九年十二月二十五日



# 目錄

第一節	緒論 . . . . .	01.
第二節	國內外醫院資訊系統的發展方向與差異 . . .	04.
第三節	網際網路與醫院管理 . . . . .	06.
第四節	未來醫院管理資訊系統設計的重點 . . . . .	08.
第五節	未來國內資訊系統的發展目標與遠景 . . . . .	09.

## 第一節 緒論

### 一、前言

社會上任何一個人都離不開資訊，一個人從早上起床至晚上睡覺間會透過各種途徑（如電視、報紙、廣播、雜誌、書籍、電腦及其他的人等）接觸各種的資訊，缺乏這些資訊，很多的事情就無法完成。個人如此，醫院也是如此，醫院正常營運需要有外在環境變遷的資訊（如全民健康保險的法規及醫院評鑑的標準等）、病人醫療需求的資訊、資材管理的資訊、醫護人員專長的資訊、檢驗檢查的資訊及財務狀況的資訊等，隨著科技的進步、市場的競爭及消費者需求的多樣化、資訊管理已成為醫院生存及競爭的不二法寶，因此可以說，醫院管理管理水準的高低、醫院經營績效的優劣，取決於他（它）掌握資訊的能力。

醫院的資訊可分為醫療資訊及管理資訊兩類，沒有醫療資訊（如病史、檢驗、檢查等資訊），醫護人員無法進行診斷治療；沒有管理資訊（如門診人數、員工技術檔案、院內感染率及財務狀況等資訊），醫院管理者也無法進行管理的工作。

不正確的醫療資訊可能會使醫療人員做出錯誤的診斷，危害病人的安全；不正確的管理資訊可能使醫院管理者做出錯誤的管理決策，造成醫院的財務損失或聲譽的破壞。由上可知，醫院在醫療經營管理過程中，一切活動都需要資訊的支持，資訊管理是醫院管理的基礎。

### 二、醫院資訊系統的應用範圍

由於目前企業界普遍蘊藏利用資訊化來提高企業內外資料溝通效率的趨勢，因此醫院在資訊系統的應用上，也朝向全方位資訊化的目標進行；但一般企業運用資訊系統的概念與範圍，依據行業別之不同而有所差異並均有其特殊之資訊專業領域，然而，醫院資訊系統的複雜程度卻是有過之而無不及。由於以服務患者為前提，因此必須彙集不同的醫療、研究、企業管理、財務、會計、社會服務等相關資料，而形成所謂「醫院企業化社區資訊」；也就是說，醫院已形成對外企

業營運與對內社會運作的格局，所以，利用病患管理、設備管理、醫療應用與行政管理等方向，彙整成為整合性醫院資訊系統(Integrated HIS)為目前醫院資訊化之主要模式。

整體而言，為了滿足醫院的業務經營與作業流程需求，茲將主要的醫院資訊系統項目依照門診、住院、急診與行政管理的應用範圍與功能說明闡述如下：

#### (一)、門診

1. 掛號系統：執行患者基本資料建立與掛號新增／修改／刪除／查詢作業、醫師排班時間維護等功能。
2. 病歷系統：實體病歷管理、病歷內容管理、疾病分類，及病歷首頁、病歷調閱單與報表列印作業。
3. 診間醫令系統：協助醫師看診時，執行掛號資料查詢、SOAP 問診、藥物查詢、檢驗申請、診斷組套使用、前次或歷史病歷查詢、詞庫選用等功能，以增進醫師診斷之便利性與正確性。
4. 批價系統：將診間醫令看診資料直接傳輸至批價系統，以執行收費、印發收據、回帳批價的功能。
5. 藥局系統：藥品基本資料維護、病患用藥諮詢、列印藥袋等功能。
6. 門診健保申報系統：執行門診申報線上作業（含資料收集、線上更新、資料檢查、產生媒體檔、重編流水號等）、申復作業、申報報表作業等。

#### (二)、住院

1. 住院管理系統：含入院管理作業（住院登錄／住院通知單轉媒體檔／病患資料異動／轉身份重批價）、出院管理作業（出院登錄／出院知會、出院清床）、收費管理、報表列印功能。
2. 護理站系統：醫囑輸入、檢驗報告查詢、衛材申請、住院管理、住院批價資料查詢。

3. 單一劑量處方系統：執行劑量登入、公藥請領／查詢、病人用藥諮詢、藥袋／標籤列印等作業。
4. 檢驗管理系統：檢驗申請作業、病理細胞作業、解剖病理作業、臨床病理作業、檢驗報告新增／修改／刪除／查詢等功能。
5. 放射線管理系統：執行排程、檢查申請、診斷報告、影像片管理功能。
6. 手術室管理系統：含護理人員排班、手術排班作業、手術前置作業、手術後置作業、計價資料、麻醉作業等相關功能。
7. 血庫管理系統：執行血袋入出庫維護、備血／領血／退血作業、庫存管理等功能。
8. 供膳系統：飲食管理、飲食基本資料／份量限制／禁忌維護、配膳作業與食品材料管理、餐卡列印。
9. 住院健保申報系統：執行住院申報線上作業（含資料收集、線上更新、資料檢查、產生媒體檔、重編流水號等）、申報報表作業（住院總表、費用清單、醫令清單）、申復作業等。
10. 住院批價系統：批價登錄／回帳／補帳作業、費用明細批次執行作業、帳務核算、預繳款繳費作業、轉身份重批價作業、論病計酬明細核檢作業。
11. 供應中心管理系統：含衛材申請／入庫作業、月結／盤點作業、報表列印。
12. 健檢系統：健檢掛號、醫令、報告、統計報表作業。

### （三）急診

1. 急診系統：含病歷調閱、檢驗申請作業、放射檢查申請作業、檢傷分類、住院病床查詢、血庫、手術排程／通知等相關功能。

### （四）、行政管理

1. 人事薪資管理系統：人事資料與異動處理、考勤差假、薪資計算與發放作業、

查詢與報表作業。

2. 會計系統：含參數與基本資料設定、傳票處理、帳務查詢、立沖帳處理、預算作業、成本會計、會計報表等。
3. 採購管理系統：廠商基本資料維護、請購單／採購單／驗收單維護與確認作業。
4. 庫存管理系統：品項資料／安全量／基準量維護／、盤點、退貨／轉貨處理。
5. 財產管理系統：申請、異動、盤點、折舊、維修作業。
6. 醫師提成管理系統：以計算醫師醫療獎金提成為目的。含資料抽檔、計算醫療總合、提成比例參數維護等功能。
7. 主管資訊系統：整合醫療、服務、品質、會計、財務、成本等相關資訊的統計分析作業。
8. 圖書館管理系統：線上編目、線上檢索、出納流通、期刊管理。

## 第二節 國內外醫院資訊系統的發展方向與差異

在國外醫院資訊電腦化的沿革過程中，由於醫療環境變遷、專業知識導入、資訊技術提昇與專業品質要求等前題下，使醫院資訊系統的發展過程，歷經四大步驟分別為第一階段的作業化系統導向（Operation Level）、第二階段的決策性系統支援（Decision Support）、第三階段的品質性系統提昇（Quality Improvement）、第四階段的專業化系統分工（Specific Field）等步驟，並利用階段性產物與區域網路的快速發展，聯合形成區域性整合醫療資訊網路（Community Health Information Network, CHIN），例如 Metro Chicago CHIN 即是美國一區域型醫療資訊網路的實例。

因此，目前國外醫院資訊系統的發展方向，可謂是朝著作業管理整合、電子病歷/檢驗結果/影像片整合與交換傳輸、顧客服務與品質管理彙整，及醫療資訊網路等方向快速前進，並且將重點置於區域性整合的目標上，以達成協助醫療院

間從事更有效率的醫療資訊交換 (Exchange)、醫療服務溝通 (Communication)、外界資訊接受平台 (Platform)、降低管理成本 (Saving)、增進醫療品質 (Quality) 等目的。

反觀國內醫院資訊系統的發展過程上，由於整體性起步較晚，目前仍著重於作業化系統整合階段；然而在管理層面上，也逐漸朝強調決策支援性系統重要性的輔助指標邁進。但是，國內醫院資訊系統的發展遠景上卻有著潛在危機，多數醫院的資訊化結果，卻仍停留於作業系統為主導的概念中。

由於醫療資訊業是屬於服務業中的一環，而在國內醫院型消費者的認知上，也是偏向於資訊廠商為醫院量身訂做的模式。若資訊廠商無法為本身已開發的醫院資訊系統，提出一套合理流程規劃或作法理論，則在醫療專業的領域上，就只能淪為替醫院撰寫資訊系統程式的大型「軟體工作室」(Software House)，將會使得資訊廠商面臨「人力成本遠高於實際收入」、「做一套、賠一套」、「專案接或不接」等經營窘態。所以這些因素也是目前國內醫療資訊領域無法突破現況，而僅能一直停留於作業系統發展層面上的主要原因。

參考國外醫院資訊系統採購的進行方向與模式，在專案進行開始，雙方即直接針對醫療資訊專業顧問所提出的醫院資訊系統作業流程進行協調，並且彼此擁有將系統修改幅度降至最低點的共識；醫院方面，參考現有醫院資訊系統所提供較優良的作業模式，而適度或大幅度地修改醫院既有醫務流程。不但降低醫院資訊系統的採購價格成本、提昇系統運作的穩定品質、促進專業醫療資訊領域的快速成長，而且整體性醫院與醫療領域整體資源共享、服務溝通、降低成本、增進品質的醫療整合崇高目標。

所以在瞭解國外資訊系統發展快速的重要因素後，在醫院方面，除了降低本身流程的需求特異性外，更應根據醫院規模型態，鼓勵採行現有的醫院套裝軟體作業系統；而資訊廠商方面，也應該快速提昇自身的專業知識與價值，以流程規劃合理性與理論概念完整性的型態，主導醫院資訊系統的建置開發。如此才能讓醫院在信任專業主導大力推動改革的基礎上，採用資訊廠商所提供的已開發完成

醫院資訊系統；並且也能快速朝向高價值醫療資訊領域邁進，以創造整體醫療水平的有利局面。

### 第三節 網際網路與醫院管理

網際網路(Internet)係指一群互相連結的電腦，經由一致的通訊協定(Protocol)以互相交換資訊。(郭旭崧，民87)網際網路具有下列四種特性即1·互動性：網際網路使用者可以和醫院進行互動溝通，如提供給醫院改善的建議或醫院亦可在網路上進行滿意度調查；2·整合性：隨著資訊科技的進步，可將文字、影像、聲音整合於單一媒體；3·資訊共享：資訊的使用者也可能是資訊的製造者，且同時可由多人共享資訊及4·縮短時間及距離感：透過網際網路，不但所需時間短暫同時亦可不受距離的限制。

#### 一、網際網路在醫療衛生上的應用

網際網路在醫療衛生上的應用領域包括：1·醫療知識的提供；2·醫療諮詢；3·研究；4·教學；5·行政等。分別說明如下：(郭旭崧，民87；陳佳莉，民86)

##### (一) 醫療知識的提供

全球資訊網(World Wide Web, WWW)是一個新興的搜集醫療關知識的途徑，其可不受時空的限制，病人可透過這種方式搜集與疾病相關的資訊。

##### (二) 醫療諮詢

在網際網路上，病人可透過電子郵件信箱告訴醫師病情，醫師可將諮詢結果同樣透過電子郵件信箱回答病人的問題。有些網站會把常被問到問題，整理歸納以常見的問題集呈現。

##### (三) 醫學文獻檢索 (Medical Literature Analysis and Retrieval System, MEDLARS)

MEDLARS 系統是世界上最具權威性的醫學文獻系統，由美國國家醫學圖書

館(National Library of Medicine, NLM) 所研發。MEDLARS 是將龐大的紙本資料經過整理、分析之後發展出來的一套線上檢索系統。

#### (一) 虛擬醫院

為愛荷華大學放射醫學部門所設立的，內含豐富的衛生醫療資訊，其內容乃針對醫療照護提供者及病人的需要而加以分類。有放射學多媒體教科書(Radiology Multimedia Textbooks)、多媒體教學檔案(Multimedia Teaching Files)、模擬病人(Patient Simulations)、臨床執業指引(Clinical Practice Guidelines)等。以數位化及多媒體的形式，提供專業醫療人員有關病人醫療照護的支援與基層醫師的再教育，網址為 <http://vh.radiology.uiowa.edu/>。

#### (二) 遠距醫療

遠距醫療為透過電腦網路，將醫療服務延伸到偏遠地區與離島，以照顧醫療資源缺乏地區的民眾。在進行遠距醫療會診時，醫師可直接在電腦螢幕上判讀 X 光片、心電圖、電腦斷層掃描，透過視訊會議系統給予病人最佳的醫療建議，更可模擬手術過程，以降低危險性，且同時提供當地醫護人員的在職教育機會，有助於醫療水準的提升。民國八十四年，行政院衛生署為了配合國家資訊基礎建設(Information Infrastructure, NII)的推動，主導遠距醫療先導實驗，規劃了台大醫院連接金山衛生所，成大醫院連接省立澎湖醫院、台北榮總連接金門花崗石醫院及三總醫院連接馬祖四個實驗據點。

#### (三) 遠距教學

透過全球資訊網可將專業的醫學知識傳授給醫學生、醫護人員及社會大眾，這種方式可突破時空的限制，且可重複學習或選擇適合自己的內容。

#### (四) 傳染病通報系統

衛生署防疫處與資策會合作開發此一系統，使連線的衛生所、檢疫總所及預防醫學研究所能將疫情的資訊立刻傳至衛生署，以供制定決策之參考。

## 二、網際網路對醫院的功能



醫院透過網際網路可以：

(一) 取得各種資訊

醫院過網際網路可以取得各種資訊，如醫療關法規健保相關的統計資料、醫療資源的數量與分佈等。

(二) 發揮連繫的功能

醫院透過網際網路可與分院或合作醫院、關係企業、供應商及消費者，進行資訊的交流或共享，以發揮連繫的功能。

(三) 對外發佈訊息

醫院過網際網路可以對外公告資材採購、員工招募、醫學研討會、健康講座及門診時間表等資訊。

(四) 提供消費者新的服務方式

消費者透過網際網路，可以自由上網瞭解醫院的服務項目、查詢醫師的門診時間、進行預約掛號作業、接收檢驗檢查的報告及向醫院提出改善的意見等，這種方式可減少消費者等待的時間及來回奔波的次數，可以提升消費者的滿意度。

#### 第四節 未來醫院管理資訊系統設計的重點

未來醫院管理資訊系統設計的重點，分以下三方面說明之。(張文信，民87)

一、在提升醫療品質方面

- 1.減少醫療人員的文書作業。
- 2.提高醫令的正確性
- 3.提高醫療資訊的適時性

二、在提升行政服務品質方面

改善三長兩短缺失。

- 1.增加病人就醫的方便性

2.增加照護病人的時間

三、在降低營運成本方面

1.減少資料重複輸入的時間。

2.減少人工溝通、聯絡的工作。

## 第五節 未來國內資訊系統的發展目標與遠景

觀察我國醫療的環境與現況，我們可從三方面來討論未來國內資訊系統的發展目標與遠景，分別為醫療環境的改變、醫院管理的改革與資訊技術的提昇等方向來討論。

### 一、醫療環境的改變

雖然全民健保是目前國內由中央政府統籌與承辦健保業務的唯一單位，但是未來為了確保健保業務獨立與經營自主化，並且避免健保長期呈現財務赤字的危機，所以健保未來的業務會朝向「公辦民營」的形式，由政府立法並嚴格監督承辦健保業務的民營保險公司，在公平合理的原則下競爭，提昇健保業務的效率，這是全民健保未來的發展趨勢。

未來全民健保公辦民營的發展方向，將參考目前美國健保業務的發展型態，利用管理照護（Managed Care）方式達到人民健康的社會福利政策。所以未來以醫療照護組織（Health Maintenance Organization, HMO）為主要結構的健保型態，其架構的中心為民營保險公司，外圍廣佈加盟的醫院及診所，並且強制執行醫院的分級與病患轉診制度，進而達到充分利用醫療資源的目的。在健保開放民營及自由競爭的體制下，保險公司對於服務、品質及成本將會極為重視，因此將會引發多元化的醫療保險服務模式；被保險人可根據自身的情況，加入最適合自己的HMO組織，並挑選該組織中最符合自己或家庭的保險組合，以達到「保險適當、保費經濟」的目的。

若健保採行 HMO 的型態，則國內醫療資訊系統的發展方向將會有所影響。因為目前中央健保局為唯一的健保單位，各醫院的醫療資訊系統是根據健保局所提供的給付標準與制度規範來規劃；但未來若面臨民營多元化的健保型態，醫院的醫療資訊系統也必須跟著所屬的保險機構來更改原本的保險計算方式或申報原則。因此未來的醫院資訊系統必須非常強調模組化的方式來靈活運用，而不像現在死板的套裝應用軟體而已。

## 二、醫院管理的改革

從醫院管理企業化的經營角度來觀察，為了革新傳統老舊的醫院服務觀念，倡導醫院現代化商業服務的經營理念，應運用在造工程及全面品質管理的方法，朝向開創醫院作業流程效率化、品質管理標準化、工作態度服務化為主要目標邁進。因此醫院面臨醫療環境的變革，必須清楚釐清醫院的經營方向及定位，找出現有潛在的優勢、劣勢與病患的需求及滿意度調查，在醫院整體的改革上，運用最新的資訊系統來建立一套最有效率、降低成本及提高病患滿意度的作業流程，以在此多變與競爭激烈的醫療環境裡創造自己的一片天空。

醫療資訊系統的未來發展就醫院管理改革的角度而論，在現今醫療院所競相通過 ISO 國際標準品質保證及品質模式的情形下，應該嘗試以流程標準化的方式，縮短作業溝通上的時間，採用可提高品質的統計方法之重視，進而滿足病患需求與服務理念；因此藉以利用資訊主導的模式，輔助落實管理理論的施行，並開創醫院管理革新的契機。

## 三、資訊技術的提昇

現今的環境是個資訊爆炸的時代，事事講求效率與速度，藉者網路的蓬勃發展，可蒐集最好的想法、概念，創造全新的集體智慧，再透過電腦科技加以數位化，建構所謂的「數位神經網路」之概念，在商業界的期盼下開始發展。而這些資訊科技的創造與提昇將衝擊著醫院的資訊管理系統。

為因應科技突飛猛進的到來，醫院傳統的服務觀念，必須跟著資訊發展的腳步，快速將醫院資訊系統不斷朝快速、精簡、有效率及人性化的方向發展，因此醫院資訊系統的生命週期相對的縮短，如何能在滿足病患滿意度及作業流程精簡標準化的前提之下，將醫療資訊系統運用的恰到好處，才能提高醫院績效與競爭力。

整體而言，未來國內醫院資訊系統發展的潛在方向為系統模組化、思想管理化、行為人性化、連線社區化。並且廣泛運用國外醫療先進國家的經營管理方式及資訊系統發展上的應用，以提昇我國的醫療品質水準，與世界的先進國家能夠並駕齊驅。總之，資訊科技日益發達，醫療院所必須跟上資訊的腳步來服務民眾，才能使民眾就醫有效率並提昇就醫品質。

# 臨床路徑建構與推展策略

國立台北護理學院醫護管理系

『臨床護理概論』分組研究報告

指導老師：張朝凱

醫務管理組 二一 C 班

陳佩雯(222883400)

楊如芳(222883426)

蕭智月(222883468)

陳穎儀(222883492)

中華民國九十年一月二日

# 目錄

<u>內容</u>	<u>頁碼</u>
中文摘要	i
目錄	ii
第一章：前言	1
第二章：發展歷史	2
第三章：臨床路徑之定義	4
第四章：臨床路徑的目的與範疇	6
第五章：臨床路徑的步驟	7
第六章：實施臨床路徑的流程	10
第七章：臨床路徑的建立及施行	12
第八章：臨床路徑和連續性品質改善	14
第九章：臨床路徑與醫療成本之關係	16
第十章：路徑變異	17
第十一章：實施臨床路徑之優缺點	18
第十二章：結論	20
參考文獻	21

## 中文摘要

研究主題： 臨床路徑是組合提供醫療照護的成員，包括：醫師、藥師、護理師、營養師、檢驗師及個案管理師，針對某一特定診斷，參考臨床實務流程、相關研究結果、保險給付規定、成本分析資料及專家意見等，共同發展一個從入院到出院過程的照護指引。

關鍵詞：臨床路徑

# 第一章

## 前言

臨床路徑 (Clinical Path) 為管理醫療品質與效率的主要工具，也是反映各種醫療專業人員對病患照護活動的主要方法，醫院導入臨床路徑的動機，不外乎有經濟的效果、保證醫療品質、提昇病人及工作滿意度，透過個案管理與臨床路徑的推行，醫院可以達成確定照護品質及成本的目的。自八十四年實施全民健康保險以來，醫療費用有節節高漲的現象，為控制醫療費用的浪費，並且提昇照顧病人的品質，醫院通常都會有很多組織及措施來達成醫院管理的目標。臨床路徑的施行就是在病人住院後依照臨床路徑的建議治療病人，然後由專科護理師每天對照實際的治療程序和臨床路徑的差異，直到病人出院。最後再由特定的組織人員分析及評估差異的原因，作為以後修改臨床路徑的參考及避免不必要的醫療浪費。



## 第二章 發展歷史

臨床路徑(Clinical path)這個名詞最早是由新英格蘭醫學中心(New England Medical Center)的護理個案管理中心主任 Karen Zander 所提出，1985 年正式於醫學領域中運用。以下為臨床路徑的發展歷史：

1971年 美國健康、教育及福利部贊助了 SITO (Services Interaction Targets for Opportunities) Program，包括在 SITO 的就是病例管理 (Case management)，做為整合社會及衛生服務人員的方法。

1974年 有一位醫師針對病危病人，認為應發展一套治療程序，以防範照護者遺漏或沒注意到這些病人的問題，但大部份醫師對這項醫療議程並不感興趣，再加上這項治療程序缺乏財務誘因，反而被臨床醫師視為限制自由的規範，因此在當時的推行宣告失敗。

1980年 前瞻式支付制度的推行，造成醫療環境的改變，刺激醫院重新使用醫療程序的興趣。新英格蘭醫學中心(New England Medical Center)的 Zander 便在這個時期提出以臨床路徑 (clinical

path) 做為個案管理的指引。

- 1981年 美國各醫療機構面對以疾病診斷關係群為基礎的給付制之衝擊，紛紛發展以臨床路徑來管理醫療照護品質與醫療成本。
- 1990年 美國波士頓之新英格蘭醫學中心 (New England Medical Center) 率先發展臨床路徑的管理策略。當時是以護理部為發展中心，結合醫師及護理人員共同制訂。
- 1995年 國內由某家醫學中心率先成立臨床路徑管理體系，並將臨床路徑應用於施行尿道前列腺切除之病患，結果發現，病患平均住院日及醫療費用均減少。

### 第三章

#### 臨床路徑之定義與特徵

目前臨床路徑的定義有很多種，而醫療管理人員以及護理人員較普遍使用的定義：

Ibarra(1997)指出臨床路徑可以反映各種醫療專業人員對「特定病患群」的照護活動。它將醫療照護的目標透過關鍵性的醫療與護理項目，以最適當的介入順序與時程，按住院天數表格化的過程。

臨床路徑是一種照護藍圖 (care map)，它不是絕對的標準，而是提供大部分病人可接受的治療過程。可以用來控制成本、改善照護品質，是成果管理 (outcome management) 的工具之一 (Giuliano and Poirier 1991)。

臨床路徑是個案管理的基本工具是臨床上的一種可以導引醫療團隊成員知道病人照護進程的指引 (Ferguson, 1993; Newell, 1996; Zander, 1988)。

臨床路徑的特徵應具有下列要項：

- 完整性：臨床路徑不僅由醫師作決定，而是在臨床路徑中提供病人照護的所有提供者來做決定、服務及互動。
- 時效：臨床路徑強調在特定時間內指明介入的發生。
- 合作：由各種醫療專業共同合作來發展。
- 個案經理人：臨床路徑有一位個案經理人或協調者，通常是護士，負責協調監督與評估病人治療的進展。

## 第四章

### 臨床路徑的目的與範疇

臨床路徑的目的為改善醫療照護品質、減少不必要的檢查、醫療照護及轉診，以減少病人的住院天數；透過書面的紀錄方式，減少治療效果上無法預期的差異；採用醫療品質審議標準，降低醫療成本；推廣正確使用醫療科技與方法；找出最有成本效益的治療模式；使病患更了解其真正的醫療需要；減少醫療糾紛的產生，並將醫學研究結果融入臨床路徑中。

而臨床路徑的範疇是指一般常用在下列情況：住院照護的應用、照護的完整事件、特殊的應用、生活／健康管理。

臨床路徑的組成內容應包含：醫師、護士及其他醫療專業人員對於病患之照護計劃表、醫師醫囑單、差異分析表，以及對病人解說時所用的“病患之照護計劃表”。

## 第五章

### 發展臨床徑的步驟

要落實個案管理計畫，必須發展臨床路徑的推行步驟。

Ferguson(1993)依據其在美國約翰霍浦金斯醫院推展臨床路徑的經驗，提出十項基步驟：

1. 確認病人的群體：選擇數量較多、又比較容易預測醫療成效的群體，例如髖關節置換手術的病人，即屬此類。而不能明確預測、差異性又大的群體則不宜做為優先試行的群體，例如腸阻塞患者。我國發展臨床路徑亦是依此原則，因此最初均選擇在外科及產科推行。
2. 成立臨床路徑小組：臨床路徑小組的成員不應只有醫師護士而已。醫師、復健師、臨床護理專家、營養師、社工人員其他相關醫事專業人員凡是與病人照護工作相關的均應參與合作或成為諮詢對象。而參與臨床路徑的各科專家，在組成團隊發展個案管理照護模式之初同時亦應接受教育訓練，以確定具備一致的臨床路徑發展概念。

3. 邀請醫師全程參與發展臨床路徑：醫師的參與可以確保臨床路徑的資訊是完整的、正確的、及實際可行的。在約翰霍浦金斯醫院，病房的臨床路徑是由該單位的護理人員發展出來的，但是她們會邀請主治醫師及臨床路徑小組成員每個月定期召開會議，以維持持續性的溝通及教育訓練，這種合作關係同時可以降低實務上的差異。
4. 收集資料：個案管理師應回顧病歷上的檢查、治療等時間的安排，以及利用的資源種類等相關資料，作為執行臨床路徑時必須具備的資料。
  - (1)依過去某診斷群病人之平均住院日，訂定該診斷臨床路徑之住院天數。
  - (2)預測最急切的、可能優先發生的護理問題。
  - (3)訂定病人照護之目標成果：訂定每一個護理診斷應達成的照護目標成果，這個成果必須是實際可行的、可測量的、以病人為中心考量的。

(4) 確認重要的照護活動：重要照護項目的確立是為了使病人朝向預期的照護結果發展，因此定出下列八項重要的照護活動：評估、照顧目標的確立、會診、診斷、出院後的需求、相關配備、護理指導、及治療。

5. 制定臨床路徑之文件格式：上述重要事件應列舉在臨床路徑表的適當住院日中。至於要訂在住院期程中哪一天較為適當，則要依據步驟4所收集到的資料為標準。
6. 請所有臨床路徑小組審視臨床路徑的初稿。
7. 修正臨床路徑初稿，必須直到所有小組成員都同意這套文件內容為止。
8. 將臨床路徑送相關委員會審查，並依建議修正後實施。由於醫院組織結構是臨床路徑是否成功的影響因素之一，所以送醫院相關委員會審查、使能成為醫院的政策，這是絕對不可省略的一個步驟。
9. 匯整審查意見，持續建構臨床路徑，直到它成為醫院正式的組織運作。
10. 以三個月時間先行試用：試行滿三個月後重新檢討臨床路徑，再



作必要的一些修正。

## 第六章

### 實施臨床路徑的流程

臨床路徑的組織成員在發展臨床路徑期間，必須得到充分的說明並接受教育訓練。包括臨床醫師護理人員及其他相關醫事人員，都須清楚了解臨床路徑實施的流程。因此，臨床路徑工作小組完成前述的發展步驟之後，便應著手於教育臨床護士、醫師及相關醫事人員，內容必須包括推行臨床路徑的目的、目標、推行原則、文件填寫方法等，如此才能使醫療提供者方面清楚了解實施臨床路徑之流程。

不只是醫療提供者需要教育，相對的在醫療接受者方面，臨床路徑推行的對象亦應有妥善的輔導，並配合護理照護計畫給予相關的護理指導，使病人及家屬能夠充分了解及配合這種照護方式。這是臨床路徑的流程中絕對不可缺少的一環，也是以病人為中心的照護理念的展現。

上述的準備工作都完成之後，臨床護士便能夠依設計回顧病患在接受臨床路徑期間每日的照護活動，再由主護護士記錄執行情形，是否按照原先的計畫，或是有變異存在。變異的原因必須確實收集分析並反映給醫師知道以作為檢討之依據。

在臨床路徑中，總共有幾個步驟或幾天的治療程序對於整個路徑成敗順利與否影響是很大的，如果這幾項步驟有差錯或治療程序有延誤，就會延長整個臨床治療過程的日數，而這些步驟或程序亦稱之為臨床路徑。在指導醫院中實際治療或照顧病人的臨床醫師及護理專家時，要特別強調臨床路徑的重要性，因為臨床路徑是影響病人的住院日數及醫療費用最大的所在。

## 第七章

### 臨床路徑的建立及施行

如何建立及施行臨床路徑呢？由於臨床路徑是某些疾病或典型狀況，大多數專家公認的最有效的處理方式。首先是某些疾病被候選來建立臨床路徑，成立一個工作小組或委員會來運作，建立目標，選定臨床路徑的疾病，經由訂定原則達成目標。

臨床路徑透過醫師主導，及臨床路徑協調者實際工作，收集工作小組各種專家背景者的意見，定義典型病人典型疾病目前的照護過程，照護所需資源、時間；參照古今中外文獻資料等，以製定屬於自己醫院的臨床路徑。臨床路徑如何被登錄，其考慮範圍為何、由哪些人登錄等也都要考慮，製定臨床路徑設計有四個過程：1. 資料研究及編輯 2. 病歷複習 3. 訂定所期望的各項臨床後果 4. 手冊正式書寫。

對於選擇使用臨床路徑於其病人的主治醫師，臨床路徑幫助他處理病人，但絕不是就此約束他任何對病人的處置，對於處置和路徑上不同者主治醫師可註明其理由。對於住院醫師等，臨床路徑是一種教學指引，提醒什麼是現時對此病況重要而適當的步驟，護士經由臨床指引可以知道對病人預期的服務及醫療後果，並做日後實際與預期後果之比較評估。

施行過程必需要每日持續的監測，察覺差異。如果差異小且不影響臨床路徑施行的結果，只需記錄檢討。但是，如果差異會影響臨床路徑的結果，可作必要的修正。如果差異會影響整個臨床路徑的結果且不能修正，則需檢討整個過程及發生原因，進而修正臨床路徑標準。

## 第八章

### 臨床路徑和連續性品質改善

連續性品質改善是使過程改善，對整個系統有更好與全價控制的長遠目標，臨床路徑的發展是由於對特殊能源控制的較立即與直接的需要；兩者合而為一則能加成發揮最大的力量。品質改善的精神是將過程中例行性的部分找出來分析、了解、改進。

過程分析的品質改善原則四項為：

1. 過程選擇：選擇對任務、績效最重要的影響過程，了解醫病關係，培養共同視野。
2. 過程描述：描述過程發生順序、參與者與其他過程關係以求了解過程。
3. 過程測量：對關鍵性步驟及結果測量以決定變異原因。
4. 過程再造：了解過程錯誤、無效率原因、設計方法。

關於過程的測量其表現方式有好幾種，有一種為控制。隨著時間變化可以發現變異雖然存在但會在一個範圍裡，這是一般原因引起的變異，但是如果變異有一趨勢且漸超出上下限範圍，這就是特殊原因變異，需要好好研究。

將品質改善原則運用於臨床路徑：

1. 過程選擇：選取在機構裡對病患照護重要的項目，各方面領導者加入路徑的選擇。
2. 過程描述：允許格式彈性化，所有參與者一起來討論顧客－供給者期望。
3. 過程測量：只測量關鍵步驟或後果，使用控制圖看過程變異，對後果的效應要測量登錄進去。
4. 過程再造：發展共識，運用業務指引，檢討現行醫囑或檢驗需要。

## 第九章

### 臨床路徑與醫療成本之關係

1. 療程標準化，便於精確計算出每一診斷或手術之成本。
2. 整合與簡化多種專業對文書記錄，減少不必要的文書作業，提高工作效率及生產力。
3. 有效管理並降低平均住院日，降低病患之住院成本。

## 第十章

### 路徑變異

所謂臨床路徑變異是指這病程進行中每一階段的立即目標、預期出院日期、預期花費、預期後果等等條列於臨床路徑上有偏差者。

變異的定義：「任何條列於臨床路徑上病患照護活動的偏差而能變預期出院日或預期醫療後果者」負變異指住院日延長或預期後果變差者。

臨床變異有下列四種：

- 一、 操作變異：機器損壞、延遲檢查。
- 二、 社區變異：例如無護理之家可住、無法提供家庭訪視、無家人可以陪伴出院，家中無可用的設備。
- 三、 工作人員變異：工作人員可能給錯藥物，遺漏某些檢查。
- 四、 期望照護結果：期望照護結果，通常也就是病人的出院指標，這些指標包括住院的合併症、住院日數、病人出院時的功能狀態，以及對住院的滿意度等。

收集變異的資訊加以顯示及評估，找出缺失，加以改進是很重要的項目。為使變異記載簡化且更具效率，許多醫療機構也都設計了變異鍵入系統。



## 第十一章

### 實施臨床路徑之優缺點

優點：

1. 降低平均住院日。
2. 減少花費、降低成本。
3. 提高團隊精神。
4. 精簡作業程序。
5. 做為登錄及評價工具，有助品質改善。
6. 固定治療流程。
7. DRG 給付項目增加 CP 項目也跟著增加。
8. 減低核減率。
9. 住院管理系統故障系統易被發現及排除。
10. 病歷管理功能改善。

缺點：

1. 降低醫生專業性—因為治療內容皆已經固定化，醫師無法再增減療程，因而使醫師的專業性降低。
2. 缺乏多方專業人員參與—臨床路徑實施初期沒有其他專業人員牽涉其中，使得非醫療人員的接受程度較差而成了臨床路徑施行第二個最大的阻礙。
3. 不適當的變異路徑—常見床邊護士負責登錄所有大小的變異，事實上找出、記錄所有每一路徑的變異很花時間且沒有顯著好處。
4. 設計階段缺乏醫師參與。
5. 缺乏領導者教育訓練，中層行政及醫療主管沒有積極參與或受訓練。
6. 未能說服醫療照護者認清臨床路徑和變異分析是照護過程的必要部分而非只是毫無價值的附加。
7. 缺乏互動，醫師怕受到控制—護理推動的努力常使臨床路徑偏重於護理方面的臨床照護過程，只測量到護理照護目標的達成。

## 第十二章

### 結論

臨床路徑的實施對於提昇醫療照護品質與控制醫療成本是有功效的。由於臨床路徑之發展與執行，必須是由照顧病患的所有不同專業背景人士組合、集思廣義的參與與共識，並建立以臨床路徑為基礎的管理體系，並透過持續性品質改善，才得以發揮其最大之成效，所以溝通協調、合作是建構臨床路徑最重要的策略，且可總結臨床路徑變異找出系統故障並謀改善之道，分析以求最佳照護策略。

## 參考文獻

醫院雜誌，(5)，20-31

榮總護理，16(3)，227-234

護理雜誌，44(5)，29-35

陳楚杰(民 88)，181-183

## 壹、前言

網路在現今各企業中日受重視，「企業 e 化」已不只是個口號，而是一項企業界全面的趨勢。「網站」則普遍為各企業在網路應用上，與外界作接觸的第一線。而醫療產業也逐漸導入網路，以增加其經營管理上的效率。醫院因法令規範，在行銷方面受到相當大的限制，為了能有更好的推廣，符合世界潮流並在法令規範內，網站已成為醫院在競爭上不可或缺的重要地位，再則由於網路的方便性、普及性、無區域性，且時間不受限制，在使用上已漸漸被社會大眾所接受。現今較大型之醫院幾乎都已建構其醫院之網站，以推廣其之業務與知名度，方便民眾在網路上進行網路掛號等事宜。從一家醫院網站所能提供之資訊與服務，可看出這家醫院經營之方向、所提供之服務、醫院規模…等，甚至可瞭解此醫院之經營管理者對就醫民眾之重視程度，因此醫院網站所呈現之風貌，可說是此家醫院經營管理之縮影，故本組以「醫院網站」作為探討之中心，針對醫療院所為何建置網站加以討論，並醫療院所 e 化有何成效及可能產生的成果，以及醫療院所未來如何利用網際網路，此新興的通路可能帶來的新型態經營方式，藉以了解此醫院經營管理之好壞與方向。

## 貳、各醫院簡介（背景、文化、願景、未來發展）

### 台大醫院：

台大醫院創建於西元 1895 年，院址初設於台北市大稻埕，1898 年遷至現址（現稱為西址）；當時為木造建築，1912 年開始進行整建為文藝復興風格之熱帶式建築，於 1921 年完工，是當時東南亞最大型、最現代化之醫院。

1991 年新院區（現稱東址）整建完成，兩院區間由景福地下通過貫連。現今全院有員工四千餘人，病床二千張，每日門診服務量逾六千人次。創建迄今百餘年來，台大醫院培育醫界人才無數，包括醫學生、專科醫師、藥師、護理人員及技術人員等，分佈全球各地，頭角崢嶸，表現優異。在醫療服務上，台大醫院的臨床醫療品質更是名聞遐邇，備受國人信賴。

而台大醫院在肝炎、器官移植、鼻咽癌、及癌症治療（特別是胃癌及肝癌）及蛇毒血清上的先鋒研究成就，亦獲得國際的肯定而享負盛名。

身為國家級教學，台大醫院肩負著教學、研究、服務三大任務。今後仍將秉承優良的傳統，繼續在上述三大領域中，努力奮進。

教學方面：持續配合醫學院的課程設計，培育醫學人才，並繼續培訓各類專科醫學人才。

研究方面：加強研究資源，成立核心研究室，提供同仁最好的研究設備與研究環境。目前以癌症、免疫疾病、心臟血管疾病與器官移植醫學為研究焦點。

服務方面：特別強調以病患為中心的服務導向，強化行政管理，並以人性化的關懷照顧為基礎，針對各項服務設施及工作流程，進行檢討與重新設計，以提供高品質的精緻醫療服務。

除了上述三大領域外，台大醫院亦將致力推動國際合作，以擷取各先進國家醫療發展的經驗與知識，促進我國醫療的蓬勃發展。

### **長庚醫院：**

民國六十年初，我國的經濟正突飛猛進，人民的生活水準也逐漸提升，然而在醫療品質方面卻仍十分匱乏，致使病患無法獲得良好的照顧，不但國內醫學院畢業生欠缺適當的實習場所，國外進修的優秀醫師學成後，亦苦無回國服務的機會。臺塑關係企業董事長王永慶先生有鑑於此，不惜鉅資創設了財團法人長庚紀念醫院，以提升國內醫療水準、培育卓越的醫護人員、提供病患最佳之醫療服務，並兼具服務、教學、研究功能的綜合教學醫院。長庚醫院規劃時係以國際大型醫院標準設計，除了購置各種精密儀器外，並細分各專科，從事更專業的醫療服務，此外更強調團隊醫療照顧，由醫師、護理人員、社會工作員、營養師、復健師等共同提供服務，以達到全人照顧的理念，兼顧病患之生理、心理、社會各層面的照顧。為了順應國人對醫療服務之殷切需求，長庚醫院先後成立台北、林口、基隆、高雄等院區，並因應社會需要，於林口及高雄院區成立兒童醫院，以提供各地和各年齡層病患完整的醫療照顧。同時為培育醫護人才，長庚護專及長庚大學於 76 年及 77 年相繼招生，在教學相長之下，臨床醫學、基礎醫學研究、護理教學及實務必能進一步結合，使長庚醫院成為一流的醫學中心，不斷向前邁進。

未來展望：長庚醫院自創院二十餘年，在不斷求新、求進的理念下，已有國際性之水準，展望未來，仍秉持「明日的我，超越今日的我」的精神，繼續簡化工作程序，增加工作效率，以提升服務品質。服務社會、增進全民的健康福祉。

### **尊重生命 Respectful to life**

生命是可貴的，從誕生到死亡，每一個階段都值得用心關懷、細心照顧，本院除最先進的醫療設備及完整的照顧外，同時也持續推動尊重生命，讓服務延伸為全程的照顧。

### **朝向科技的尖端 Toward the peak of technology**

在科技日新月異的時代，引進最新、最優的科技設備，從電腦化醫囑至志工作業流程，採行全面電腦化，結合醫療與科技，簡化工作程序，增加工作效率，以提升服務品質。

### **醫院最優化、邁向國際舞台 Best medical treatment, on the top of world stage**

不斷的進步是本院的期許，不論是服務、教學，研究，本院皆本著醫院最優化的目標發展，讓各項技術達到國際水準，往世界的尖端邁進。

### **醫療、養生、復健、文化 Medical care, Health living, Rehabilitation, Culture**

為因應高齡化社會的來臨，且達到從兒童到老年完整的照顧，本院籌建復健分院，依老人、慢性病患生活與醫療照顧、住院長久需求，將機構分類為慢性醫院、中醫藥醫學中心、護理之家、養生文化村，致力發展老人醫學、復健醫學及醫學工程。

## 馬偕醫院：

馬偕紀念醫院隸屬台灣基督長老教會，是紀念馬偕博士（Dr. George Leslie, Mackay）跟隨耶穌基督腳蹤，以「基督救世之精神，醫治病患之肉體、精神及靈魂」為宗旨而設立。

馬偕博士於西元 1844 年 3 月 21 日誕生在加拿大·安大略省牛津郡左拉村，在十歲以前，已常聞上帝之名，頗覺美妙和神聖，即決志成為十字架的戰士，並立志要做傳道士。

1872 年 3 月 9 日馬偕博士由加拿大長老教會遣派來台灣宣教，並於 1880 年在淡水創建台灣北部第一所西醫院「偕醫館」，以醫療傳道之精神，展開身心醫治及傳福音的事工。

馬偕醫館設立二十年間，得到當時洋行歷任侍醫之協助，診治黎民病症無數，其中尤以瘡疾為最。

馬偕博士除了在醫館為病患診治疾病，也常帶領門徒四處醫療傳道，他們的足跡遍行北台灣，「一手聖經，一手鉗」即為當時的寫照。馬偕博士在台三十年間，為病患拔牙達二萬顆以上。

馬偕博士在台灣傳教不辭辛勞，於台灣居民、漳、泉、客家、平地、高山之間，宣講上帝救世福音，共設立教會達六十餘所，施洗信徒幾達四千人。

1901 年 6 月 2 日馬偕博士因喉癌病逝淡水寓所，偕醫館亦告停診。

### 院牧事工文化

本院是奉基督的名所設立的醫院，對於求診病患，不僅在醫療上給予全力地診治，在心理及心靈上，更是重視及關懷，期使病患能得到身、心、靈的「完整醫治」。

院牧事工的任務不僅關懷病患心靈的需要，而且關心職員的靈性生活。就此兩方面略述於下：

### 病患關懷

帶著上帝的救恩與賜福探訪病患，對於每一位住院病患給予關心與輔導，讓病患在治療當中得到信心、勇氣、平安與喜樂，有心慕道的病患出院後給予轉介教會，繼續追蹤培育信仰。

### 職員關懷

參與新進職員面談，介紹本院宗旨與工作精神，透過各團契與增長小組之聚會，關懷職員的信仰生活，並舉辦各種宗教性活動，以培養職員信仰。

### 協談中心

協談中心以服務社會之宗旨而設立，推展協談事工、服務人群為目標。主要功能係負責家庭協談和電話協談（平安線）之計劃、督導和輔導運作。服務對象包括職員、病患和家屬，以及一般民眾。

### 未來展望

當今的馬偕紀念醫院歷經多年來的慘澹經營，不能因已成為現代化的準醫學中心而自滿，相反的全體馬偕人更應負時代的重任，因應社會之需求，配合全民

健康保險制度之實施，提高醫療服務之品質，使來院就診就醫的病患能獲得真正身、心、靈三方面的醫治。

首先為能擴大服務的效能與服務量、提昇醫療品質、改善急診擁擠現況、強化醫療研究環境、加強緊急醫療救護、復健醫療及其他相關之特殊醫療服務，規劃完善的動線且傳承馬偕歷史任務，正積極興建地上十六層、地下五層之第三期工程，將於 1997 年完成啟用。

護專安寧示範教育中心的籌設已著手進行整地規劃中，相信在不久的將來會呈現在社會面前並培育更多之護理人才回饋社會，造福鄉里。

馬偕紀念醫院另一項期盼能達成的目標是建立一所醫學院，培育更多優秀的人才，使本院的醫療人力資源系統更完備。

展望未來，馬偕紀念醫院期能在上帝的保守下，成為更健全、更理想的教會醫院，以醫學中心的品質服務人群，以醫療傳道的宗旨見證主愛。

#### **慈濟醫院：**

截至 87 年 3 月 26 日為止，慈濟醫院外科病理討論會(Surgical Pathological Conference)累計已達 326 次，各科臨床醫師藉由對外科病理討論的積極參與，將臨床診斷結果與病理切片做縝密的比對，對醫療水準的提升確有顯著的效果。

慈濟醫院一本尊重生命，以人為本的精神，對醫療品質的管理向來不遺餘力，每週四下午 5:00~6:00 皆於主治醫師討論室，針對該週所做的 200 餘例病理切片，擇最特殊且具教學價值的三例，進行研討。會中由該例的主治醫師主講介紹臨床症狀及表徵，並由病理科許永祥主任及科內主治醫師介紹病理變化，多位相關科別的醫師參與討論，此舉不但可嘉惠患者，對醫師學術風氣的維繫亦厥功甚偉。

慈濟醫院與慈濟功德會的慈善網有著緊密的結合，當院內發現有需急難救助，或遭逢重大變故的病患時，便將個案轉介給功德會，透過功德會的緊急（物質、醫療或精神上）支援而渡過難關。

#### **年度目標**

- 一、新醫療資訊系統全面上線使用。
- 二、申請 ISO9002 認證。
- 三、申請評鑑—醫學中心。
- 四、加強公共關係、加強與社會的關係、加強與社區的關係。

#### **五年目標**

- 一、大林醫院 2000 年啟業。
- 二、新店、潭子動工，2001 年完成。
- 三、護理之家、長期照護體系的建構。

#### **行政管理**

提供良好的工作環境，積極朝向資訊化、數據化，簡化工作、加速時效，加強溝通管道，以便及時照應，及時服務醫療同仁及病患；加強國際網路的運用，使行政管理多元化，並朝向辦公室自動化，服務人性化的多元管理目標。



## 人員素質

積極選送同仁出國進修，並加強國際間的建教合作，希望除了與加拿大國立中央醫學院的另類醫療研究合作外，並預定與美國、日本等醫學院建立建教合作關係，促使雙方互相選送人員、互為進修學習，藉此使慈院的醫療水平，可隨著國際間醫學的脈動而動，如此才不愧為國際間所肯定的慈濟。

## 醫療網

- (一) 花蓮玉里分院及關山分院成立啟業
- (二) 嘉義大林綜合醫院的六百床急性、四百床慢性病房成立啟業。
- (三) 台中潭子分院及護理之家的設置。
- (四) 台北分院及兒童發展復健中心的設置。
- (五) 與各地區之醫師結合為人醫會，連成服務網路，造福基層的病患。

## 教學研究

在教學方面：

- (一) 配合醫學院、護專的需要，參加基礎理論及臨床教學。
- (二) 擴大與其他醫學院的合作、提供各大醫學院及其他院校學生實習。
- (三) 住院醫師、護理人員、醫技、行政同仁在職進修、在職教育的加強。
- (四) 配合教學的需要，加強同仁取得教育部定的教員資格，並與醫學院合作，設置臨床教師辦法，使醫療服務同仁在服務及教學兼備的雙軌制度下，推動臨床教學工作。
- (五) 成為東部地區各醫學、護理、醫技、行政類之在職訓練及教育中心。

在研究方面：

配合醫療服務的發展，成立各類實驗室，加強基礎與臨床結合之各類研究，期能創造新療法，提升醫療品質。

## 奇美醫院：

奇美醫院民國 57 年成立，當時只有內、外、婦、兒、牙、耳鼻喉等六科，病床 66 床。民國 75 年遷至永康。總床數 500 床。民國 77 年經衛生署評鑑為區域暨教學醫院。民國 85 年 2 月擴建完成，病床 1,311 床、醫療科 36 科、員工將近 2,400 位(醫師 300 位)，其中 114 床的重症加護中心、109 床的洗腎中心及獨立規劃的急診室，在雲嘉南地區綜合醫院中均為創舉。目前為雲嘉南地區床數最多的醫院。奇美醫院本著專業，人性及效率之精神，一路走來始終如一。今已順利踏入第三十一年頭了，從逢甲到奇美這段期間，雖經歷若干衝擊與挫折，所幸在最危險的時候，遇到了貴人，即得到奇美文化基金會適時之介入及許董事長正確之領導下，醫院得以繼續成長茁壯。更由於全體員工之努力加上很多正確的新觀念帶領下，奇美醫院已成為多數人誇讚之醫院，固然除了感謝各界支持外，更不敢掉以輕心的堅持奇美文化精神，繼續在服務病人方面精益求精，期能達到高品質服務之境界。

本院設有醫療研究基金，專款獎勵教學研究及鼓勵醫師繼續進修。另與台大、榮總、長庚、高醫、成大及陽明大學等各單位進行學術交流，以提高醫療學術水準，並接受院際間病患互相會診或轉院診療。

### **展望**

1. 朝醫學中心之路邁進。
2. 強化全面性醫令傳輸電腦化作業。
3. 加強學術交流。
4. 設立慢性病醫院，提供病患更多服務。
5. 設立護專，以服務、教學、研究為目標。

為提高醫療品質，本院設有醫療品質委員會、病歷管理委員會、感染管制委員會等，對本院各項醫療、醫務決策工作進行審核與管制。其中醫療品質委員會曾於醫院行政協會作專題報告，獲衛生署肯定。

### **社會服務**

秉持著回饋社會的信念，本院對社會服務工作一直不遺餘力。除關懷並輔導病患因疾病所導致之社會、家庭、心理等適應問題外，更積極籌辦各項義診、社區巡迴服務、肝炎免費篩檢、濟助貧苦民眾等公益活動。85 年更將一部全功能型之捐血車捐贈給中華捐血中心。

### **宗旨**

1. 醫療品質、醫學倫理、經營效率並重。
2. 加強服務、教學、研究。
3. 民國 77 年經衛生署評鑑為區域暨教學醫院。
4. 動醫界與民眾，共同重視生命尊嚴、關心生活品質。

參、評估醫院網站的項目說明及各醫院在項目上的比較優劣

本組是以下列項目做為評估醫院網站之優劣基準，收集資料方式，是以實際到該網站瀏覽，比較結果列於下表。

**醫院組織圖：**方便訪客能清楚的了解該醫院的組織圖及人力資源配置。

**醫院網站導覽圖：**指醫院的網站的基本組織架構。

**醫院訪客流量統計：**可了解到已有多少訪客連至該網站觀看，並從中得知該網站的被使用程度。

**分科訪客流量統計：**可了解到該分科網頁已有多少訪客連至該網站觀看，並從中得知該網站的被使用程度。

**衛生教育：**讓訪客能依照自己需要，去找尋自己想了解的衛生資訊。

**線上掛號：**讓民眾二十四小時都能方便掛號。

**虛擬醫療：**遠距離的線上醫療，讓非急性重症病人能隨時上網查詢自己想得知的醫療訊息。

**分科數：**清楚了解該醫院有無自己所需的科別。

**院區數：**方便民眾了解醫院的規模和分佈及就醫可近性。

**附設教育單位：**可提供醫療界人力的供需和提升社會責任。

其它語言版本：提供非中文語系人士的閱讀方便性。

床數：方便該地區居民能清楚得醫院的規模和醫療資源的可用性程度。

員工數：了解醫院員工的多寡。

醫師數：讓訪客能得知該醫院的各科別醫師總人數。

門診人數：

網站特殊功能：各醫院網頁特殊功能包含留言版、交通車時刻表、搜尋引擎、論文搜尋引擎、供應鏈資訊、供應鏈資訊、教學搜尋等特殊功能，使訪客能多使用該網站。

醫學中心比較表

	奇美醫院	馬階醫院	長庚醫院	台大醫院	慈濟醫院
醫院組織圖	無	有	有	無 (有組織表)	無
網站導覽圖	無	無	無	有	無
醫院訪客流量統計	無	無	無	無	有
分科訪客流量統計	無	有	有	有	有
衛生教育	有	有	有	有	有
線上掛號	有	有	有	有	有
虛擬醫療	無	無 (建構中)	無 (無法連結)	無	有
分科數	36	32	42	22	26
院區數	3	3	6	2	6
附設教育單位	無	1	2	1	2
其它語言版本	無	英文	無	無	英文
床數	1300	2763	6400	2000	897
員工數	2400	3094	12000	4000	1365
醫師數	300	566	1904	網站未提供	179
門診人數		9301	25406	6000	1200
網站特殊功能	無	交通車時刻表	搜尋引擎 論文搜尋引擎 供應鏈資訊 教學搜尋 交通通車	無	無

統計資料至民國八十九年十二月十九日

#### 肆、分析

首先我們感謝以上各大醫院的網站，能提供我們相關的評比資料，在經過本組「收集」(Input)、「整理」(Process)最後得到以上的「醫學中心比較表」。

以站在民眾的角度，我們可以發現「衛生教育」、「線上掛號」、「虛擬醫療」、「分科數」以及「院區數」與民眾的需要最有切身關連性，所以我們以此幾項內容做最後的總結分析，首先從「衛生教育」來說，我們所找的五家醫院網頁均有「衛生教育」的功能和內容，可見國人對醫療衛生相關知識有逐漸重視的趨勢，做好「預防勝於治療」的宣導，其次為「線上掛號」，為了方便民眾的醫療可近性，已提供了二十四小時線上掛號功能，其唯一小小的缺點則是並非所有的網站都有清楚的說明是否也可以「線上初診掛號」，由衛生教育和線上掛號這二項來

看，因為各醫院都有做到，可見它們是最受重視的。再來則是目前網路醫療最熱門的「虛擬醫療」功能，由表中可發現，只有慈濟醫院已完成建置，且內容相當的完備，其餘四家醫院則是尚在建構中或者還未提供此項功能。而「分科數」可以讓民眾在線上查詢或線上掛號時，得知該醫院有那些科別可提供診療服務，最後在「院區數」這項資料，則可讓民眾得知該醫院的地區可近性，若民眾有醫療需要時，可以就近到該院所看診或住院，而不用大老遠非得到總院不可。另外，在網站特殊功能方面，唯有長庚提供較多特殊功能：搜尋引擎、論文搜尋引擎、供應鏈資訊教學搜尋、交通車時刻表，其它醫院則因為沒有設置這些特殊功能，所以希望各家醫院能夠設置這些功能，以供訪客更加容易使用該醫院網站。

#### 4. 總結

在以上五家醫院中，台大醫院的歷史較其它四家為久，且本身是屬於大學醫學院的附設醫院，學術氣息相當濃厚。由於是公家醫院，經營管理也受到政府的影響，其營收也受到中央政府的預算補助，因此在網站的設計上，所提供的學術資源相當的多，像學術論文搜尋引擎，可方便學生或研究人員做資料搜尋。

長庚醫院乃是由企業捐助而成立的財團法人醫院，其經營管理也受到其捐助企業之影響，以長庚而言，其風格較平民大眾化，其網站所提供之資訊與服務也最多，也有介紹其醫院所提供的特殊服務，如交通車的時間及路線，民眾在其網站所能取得的資訊，可說是相當的多，但可惜的是未能提供像慈濟醫院的線上虛擬醫療，這是可以加強的地方。

與長庚相比，同樣都是企業捐助的奇美醫院，感覺上就顯得有些遜色，其網站所提供的功能，相較之下少了許多，可說是五家醫院中較差的一家，但需加以說明的是，五家醫院中，只有奇美醫院是區域級醫院，其餘四家皆為醫學中心，如此比較並不是相當公平，平心而論，奇美醫院所建置之網站與相同等級之醫院相比，可說是其中的佼佼者，其網站所提供功能也相當不錯。

馬階醫院可說是國內教會醫院中的代表者，其醫院網站也有著相當程度的基督教色彩。其首頁所提供之資訊相當之完善，幾乎可藉由首頁連結至網站中的任一頁，就連醫院的最新消息也都放在首頁上，其首頁的功能詳細程度可說是首區一指。

慈濟醫院乃是由全球知名的慈濟功德會所創立之醫院，其網站有著濃濃的佛教色彩，由於慈濟功德會本身乃是著名的公益團體，因此其創立的慈濟醫院也以會回饋社會、救助貧病弱勢團體為其醫院主要目的，其醫院網站所提供之功能也相當完備，其中較值得一提的是其網站有提供線上醫療說明，也就是「網路小診所」，可方便病患在就診之前，就可得知對其所患之病症相關資訊。

各網頁有其各自的優缺點，若能截取各方優點，在版面繁而不亂的情況下，提供更多更好的功能，相信將會更加符合民眾的需求。

## 第一節 健康保險概論

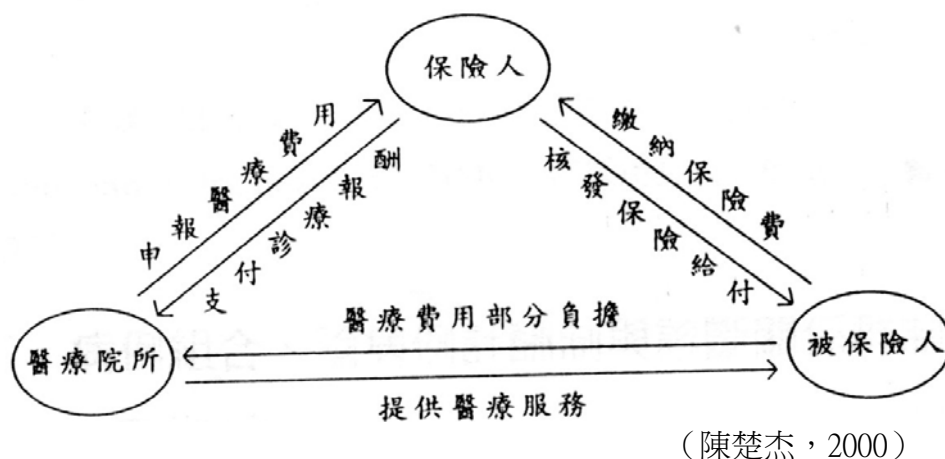
### 一、健康保險的意義

健康保險依經營主題可分為商業性及社會性二大類，我國現行的全民健康保險係屬社會性健康保險，為避免逆選擇的產生，採強制投保方式辦理。社會性健康保險是國家基於社會政策，應用保險技術與方法，對全民或特定階層的國民，於遭遇生育、疾病、傷害等事故時，保障其經濟生活與身心健康的一種保險制度。(吳，1994)

### 二、健康保險的基本原則

- 危險共同分擔
- 大數法則
- 避免引導道德危險。(楊，1993)

### 三、健康保險的基本架構



### 四、健康保險的沿革

健康保險是社會安全制度中的一環，最早開始於 1883 年，推動的原因，是由於工業革命帶來社會經濟結構的改變，產生龐大的勞工階層。許多知識份子便積極推動社會安全制度，而健康保險厥為其中重要的一環。繼德國之後，許多歐洲國家相繼跟進，及至二次大戰之後，各種健康照護制度在世界各地萌芽，國民的健康照護，已被視為人民的權利與國家的責任。(徐，1995)

我國的社會保險制度可說是逐步發展而成的。在民國 39 年的時候，開辦了勞保，隨之在 47 年開辦公務人員保險，並逐漸擴大保險對象及給付範圍，之後，農民健康保險、低收入戶健康保險...相繼實行，在民國 81 年底時，全國已有 54.1% 的人，享有健康保險。可是這些健康保險制度，基本上都存在以下幾個問題：

- 仍有近半數的人口沒有健康保險的保障，據統計，14 歲以下的孩童及 60 歲

以上的老人佔大多數，這些人也是最需要健康保險的人口。

- 虧損的情形相當嚴重
- 醫療浪費與濫用時有所聞，增加醫療服務的支出，成本轉嫁到其他保險人身上，不符合公平原則。(徐，1995)

## 五、全民健康保險的簡介

在民國 84 年開始全民健康保險，消極的意義是要免除人民因疾病所形成的財務威脅；積極的意義，則是要使社會成員能平等地享用基本的醫療服務(徐，1995)。其目標是：

- 全民納保，平等就醫。
- 財務平衡，永續經營。
- 提升醫療品質，促進國民健康。(宋，2000)

其基本架構要約如下：

- 統合公勞農保醫療給付，建立單一體制的全民健康保險。
- 統一事權，建立低成本、高效率的行政體制。
- 採行單一的支付管道，實施總額支付制度。
- 醫療供需雙方共同承擔節制醫療費用的責任。
- 建立獨立自主的保險財務責任制度。
- 合理分布醫療資源，提供全民適當的醫療保健服務。
- 加強教育宣導及培訓人才。(楊，1993)

## 第二節 健康保險支付制度

支付標準可針對服務項目訂定支付標準或以住院日、病例、人做為支付單位。支付標準的分類單位越小(如論量計酬)則會鼓勵醫療院所提供過多的不當服務，以增加收入。當支付標準的分類單位增大(如論日、論病例計酬)則會增強醫療院所節省醫療資源治療方式的誘因。而當支付標準的分類單位太大與是否提供服務無關時(如論人計酬)則鼓勵醫療院所減少必須服務的提供。當支付標準很小保險人將擔心醫療服務的浪費；支付標準很大時，保險人將擔心醫療品質因服務不足而受損。有關醫療提供者之費用控制措施為了因應社會需求及其與保險單位間財務平衡而有不同的方式：

- 論量計酬制：即保險單位依照醫療服務數量給付醫療提供者之醫療費用。此種方式基本上無節制成本的誘因，並傾向於多提供服務量。然而在醫療保險財務不虞匱乏且醫療資源有限時，此一方式可刺激醫療進步，同時也改善民眾醫療照護品質。我國健保給付制度論量計酬，對於重大疾病、慢性病等高成本支付項目，不得不重點抽檢，以杜絕浪費。
- 論人計酬制：是有些國家為因應日益高漲的醫療費用所發展出來，就是某一

醫療團隊包辦某一群民眾的所有健康問題，比如以一年為單位，健保局撥交一定錢款給此團隊，一年內這些民眾無論有無生病、看幾次門診、住院，都由此團隊包辦，但盈虧自負，健保局不過問。其好處就是醫院不再是「做越多治療，申報費用越多」，總醫療預算可以有效控制，而醫院集團為節省開支或增加盈餘，勢必儘量對民眾做好預防健康指導工作，以減少他們生病、減少看病。在固定時間內依照一定人數額，予以醫療人員固定報酬，而不論某段期間內病人看病次數多寡。此種方式有節制成本的誘因，不論醫療人員多看或少看病，其支領的費用是一定的，而醫療人員會傾向於少提供服務量以提高其報酬，通常這種制度施行於醫療的門診部份。論人計酬是一種依保險對象之人數及其醫療需求（如年齡、性別、健康狀況等）事先決定當年度支付之費用，而不考慮被保險人實際醫療利用情形的一種支付制度，費用之支付由於與醫療服務提供量無關，可提供強烈經濟誘因使醫療院所提供較有效率之服務類型，例如增加預防保健服務之提供，若病人向其他醫院就診，該費用就由此管理承擔金額中扣除。

- 論病例計酬制：即把治療及耗用資源相似者歸為一類，同一病例給予相同價格，也就是所謂的同病同酬的給付方式。此一方法被認是較公平的給付方式，由於醫療費用給付是依照當時經濟狀況，每年計算出的平均醫療費用，一方面給與醫療人員理性的報酬，一方面病人也得到一平均水準的照護。目前論病計酬制較為廣泛被注意的即 DRGs 制度，其運用範圍主要在於住院部份，因醫療費用以一平均值計算，醫療提供者在面對需要多於平均值醫療的病人，常會為了利潤而讓病人出院，而危害病人的權益。
- 總額預算制度：是指健康保險團體預先在開始前針對某類的醫療服務或醫院的支出，設定年度預算總額，再由上而下分配費用。重點在於年度總預算如何計算出來，預算如何分配各醫療提供者之給付公平性的問題。目前健保局的總預算制度是採「設定支出上限」方式，是預先設定年預算，而支付價格是由總預算除以總醫療服務量而定，當年支付費用絕不會高於原先的預算。
- 合理門診量：所謂「醫院合理門診量」是指醫院由健保局所營收之診療費，按單一醫師每月「實際門診日數」之「日平均病患數」來分級給付、譬如 30 人以下為每人次 220 元，30-50 人為 180 元，50 人以上 120 元。其目的在（1）導正醫院原應以教學、研究、服務三者並重，並為醫學之承先敵後及負擔重病雜症後送支援之大任。（2）小病紛看大醫院，有如殺雞用牛刀，門診費用由平均 300-500 元躍升至千餘元，不只浪費醫療費用，更使重症病患受到不當排擠，形成一診難求之假象。

### 第三節 現行健保支付制度下對於醫療品質的影響

現行的支付制度仍以論量計酬為主，醫療提供者易以量取勝，並無誘因去節制費用，健保局只能消極的採取核減、不予給付的手段。在缺乏提升效率與品質管理的誘因下，醫療費用快速成長，造成醫療支出平均年成長率高達 11.2%(健保保費的年平均成長率僅 3.33%)，每人每年平均就醫次數增加至 87 年的 15.1 次。此外，由於目前的支付標準缺乏全盤性、系統性規劃，致無法引導醫療生態之均衡發展，醫療資源之有效的利用，反而形成科別、門住診及層級間失衡及扭曲的現象。在轉診制度名存實亡下，大醫院門庭若市，小診所門可羅雀、病患視分次或多次就診為常態，在此種醫療照護下，醫療品質如何得以提昇？

隨著消費者意識的抬頭，醫療服務的提供不再只是量的提供而已，民眾對於醫療品質的重視日益增加，不但要求醫療服務者能提供良好的醫療服務、場所、技術、設備，更要求要有良好的服務效果和服務態度。

### 一、健保支付制度下醫療品質

在目前的健保支付制度下，醫師以健保給付與否來做為診斷與治療的準則，忽視既有醫療準則。如此，我們的醫療品質該如何提昇呢？而且在實施總額預算制，在總額制度下，擴大支付單位為論並支付及論人支付，使醫療提供者承擔更多之財務及品質責任。

為了控制醫療費用及健保能永續經營，健保局急著推展多元化支付制度。健保局只求目前財務的平衡，而不反映於實質的醫療品質及促進全民健康，乃是醫界最大的隱憂。

以民眾的角度而言，醫院能重視醫療服務品質是值得稱許的，但從現實面而言，醫院控制其品質的動機，完全是因應健保政策施壓而來的，換句話說，醫院提昇服務品質的意願是被動性而非主動性的，此外，醫院對品質提昇所做的努力，多半是民眾就診時的行政作業及服務流程上，對於純專業的臨床照護服務品質，則幾乎是以健保審核作業與關卡為導向。若能藉由健保政策的推行，使醫療提供者自主性的負起品質控制的責任，才是全民之福。

### 二、健保政策對醫院的衝擊

全民健康保險對醫療診所經營之影響

- 1.全民納保，民眾醫療需求增加：
- 2.全面特約，醫療診所競爭增加
- 3.部分負擔，醫療診所分級轉診
- 4.總額支付，成本意識逐漸加強
- 5.資訊處理，作業效率化電腦化

由以下觀點來看健保對醫院的影響

關於規劃實施的醫院合理門診量，並未限制醫院每診的人數，而是由現行原本齊頭式的給付（每人次 207 元），改變為合理量內的診察人次給予較高給付



(每人次 225 元)，並減低超量人次的給付(每人次 137 元)，日後各家醫院的門診收入將繫於其門診量是否合理，原本門診量穩定的醫院可能因此增加收入，而門診量一直不斷擴張的醫院，才可能因超量的門診反使收入受到影響。該項制度的施行，是希望醫院醫師能減輕超時超量的門診工作，轉而投注更大心力在照護重症、住院病人及教學研究工作上，同時對於醫院看診品質的提升，及民眾獲得較佳的門診醫療服務，均將有所助益。所謂門診合理量係強制將各醫院看診數減至過去一半以下，會損害民眾就醫權益的說法，恐非事實。

在健保藥價調整方面，依健保法第 50 條規定，保險醫事機構依「藥價基準」向健保局申請藥品費用，而醫事機構依其議價能力，可在藥價基準與實際採購成本間賺取利潤，此即藥價差的來源，由於藥費支出均來自於保險費收入，本局為維護保險對象權益，及合理運用醫療資源，自然須使醫事機構因議價所得利潤(差價)維持在合理的範圍之內。又本局係依「全民健康保險藥價基準」及「全民健康保險藥品支付價格調整作業要點」辦理藥價調查，並依各項藥品之「市場平均交易價格」調整藥價，而非依各醫院的「採購成本」調整藥價，在此制度下，議價能力好的醫院，仍可獲得相當大的藥品價差(利潤)，這是民眾、醫院雙贏的作法，面對外界杜絕醫療資源浪費之呼聲，健保局如坐視鉅額藥價差不予理會，如何獲得社會各界認同？

在總額支付制度方面，依健保法第 47 條至第 50 條明訂，「應由主管機關擬訂年度醫療給付費用總額，並由醫療費用協定委員會協定及分配醫療給付費用」，因此，實施總額支付制度，是建立全民健保財務責任制、合理控制醫療費用成長及達成財務收支平衡的有效機制。由於該制度於國內尚屬首創，為期穩健施行，故採漸進方式，由主管機關於 87 年 7 月 1 日公告實施牙醫門診總額支付制度試辦計畫，兩年來除醫療給付費用得成功控制外，牙醫專業自主性之提升、保險對象良好的就醫可近性及品質滿意度，均已證明牙醫門診總額支付制度創造了三贏局面。基於牙醫實施總額支付制度之顯著成果，中醫門診部門方於 89 年 7 月 1 日起開始實施，綜此，整體總額支付制度推動過程至為審慎。

此外，行政院衛生署已依據健保法第 47 條規定，擬訂全民健康保險 90 年度醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定，並交由全民健康保險醫療費用協定委員會協定總額及分配方式，而「全民健康保險醫療費用協定委員會」係由醫事服務提供者、保險付費者、相關主管機關代表及專家學者組成。是以，全民健保醫療給付費用總額之協定及分配係透過法定之組織、公開程序及公平的協商機制進行，並非如王先生所言由健保局將全面醫療給付費用先行扣除牙醫、中醫及西醫基層總額後，再將所剩餘額分配予醫院，此點必需予以澄清。

三、「提升看診品質—實施醫院合理門診量的期望」

自全民健保開辦後，民眾就醫的方便性獲得明顯改善，而全國的醫療資源及服務量隨之大幅增加。然而根據全民健保民眾滿意度調查的分析發現，民眾對於醫師看診時間過短是最不滿意的地方，且依學者研究，百分之六十以上的病患獲得診察的時間在五分鐘以內。事實上，全民健康保險自開辦以來，即設計有基層診所及醫院的門診合理量的醫療費用支付方式，也就是隨看診的人數增加，到達一定限度時，健保局支付的門診診察費則隨之遞減，以降低醫療服務機構超量服務的誘因；但若保持在合理門診量範圍內，則有提高診察費之機制。這種支付方式，目的在於提高醫師在門診的看診品質，使民眾得到更細心的照護。

基層診所因計算因子較為單純，自健保開辦起即已實施門診合理量，將支付點數依人次分為五段遞減。至於醫院門診合理量之計算，因需要以前一年度的門診量為基礎，再加算其主治醫師人數、急性病床數等因素，所以只能暫時先以每人平均金額二〇七元支付門診診察費，並沿用至今。但鑑於醫院門診量每年不斷擴增一成以上，健保局為因應民眾及基層醫療人員之訴求、減少大醫院因擴充門診量而影響民眾診療權益之情形，以及塑造轉診環境、落實分級醫療制度，自八十八年以來陸續七次和醫界代表討論與協商修正醫院門診合理量的計算公式，經考量實際成長情形及採納醫界代表所提建議，考量個別層級醫院前一年所得門診量平均數、醫院規模及專任醫師數三者加權合計，得到了下列的計算公式草案：「(前一年門診平均量×折扣比率÷全年工作天數)÷3 + (急慢性床數×估算係數)÷3 + (專任醫師數×估算係數)÷3」，在此精神下，如醫院將其門診量控制在前一年門診量八成五以內者，將可獲得較高的診察報酬。

依此公式初步試算，未來門診量控制合理之醫院，每一診合理量可達二十五人，如以每日三個時段計算，醫院每診每日合理門診量即為七五人次。由於醫院主要業務包括住院服務，並非所有的醫師均看門診，也不是所有的門診醫師都每天看診，所以門診合理量的公式並非用來計算個別醫師每日之看診量，更未限制醫院門診的人次，而是以醫院全院診次為基礎，依據每診的人次計算，改變原本齊頭式的給付（每人每次二〇七元），給予合理量內的診察人次較高的支付點數（每人每次二二五元），並減低超量人次的支付點數（每人每次一三七元），期待以此二段式的診察費支付方式，提升醫院達成門診合理量的誘因。

此外，如開立慢性病處方箋之門診、急診、預防保健、洗腎、居家照護、精神病社區復健、老人流感疫苗的接種等不列入門診量計算，所以民眾就醫權益將不受影響。反是各家醫院依其門診量的高低而對收入有不同的影響，對於原本門診量穩定的醫院可能因此而增加給付收入，而門診量一直不斷擴張的醫院才有可能因其超量的門診而減低給付。配合醫院門診合理量的實施，健保局也計畫調高部分項目的支付點數，並輔導醫療院所對於病情穩定的慢性病患開立慢性病連續處方箋等配套措施。

民眾的自我健康管理、醫事服務機構的服務提供及健保局財務的收支平衡是維持我國健康照護系統正常運作的三大元素。本項制度之推動，醫療院所的配合和了解甚為重要，又基於目前仍屬協商期間，如何詳細討論和建立合理支付方式，相信不論是各層級醫院和診所與健保局均會努力追求的。

#### 四、收入面

未來健保財務在開源部分，除了透過修法提高投保金額上限、軍公教投保金額改以八折計算。其他可能的開源措施尚包括爭取部分社會福利彩券收益，以及爭取 70%菸品社會健康附加捐收入等。此外，持續辦理各項輔導納保、投保金額查核及開計中斷投保保險費等措施，期使收入能穩定成長。

#### 五、支出面

健保財務的節流面需考量醫療服務的供需因素，由保險人、醫療院所及保險對象等三管齊下，藉由合理支付制度、提昇醫事服務機構自主管理、提高保險對象個人責任及醫療消費成本意識等，採取相關管控措施。

目前健保局研擬個人醫療費用帳戶(MEA, Medical Expense Account)將個人醫療費用經由 IC 卡的機制，可以了解自己花費的醫療總費用。期藉由醫療費用資料的透明化提高個人責任及醫療消費的成本意識，加強自我保健，減少門診醫療需求，以達到節省醫療資源的目的，同時民眾就醫時，基於個人責任及成本意識的考量，會更慎選醫師並監督其診療行為，間接可促進醫療照護效率與品質的提昇。(賴，2000)

### 第四節 健保支付制度下醫療診所的因應方式

針對健保實施後對醫療診所所造成的影響，我們根據組織內、組織外及組織間，這三方面來說明我們的因應方式。

#### 一、組織內：

1. 企業化管理明定經營方針
2. 加強成本控制及財務管理
3. 加強員工團隊意識及溝通
4. 建立醫療資訊系統
5. 實施品質改革制度
6. 加強醫療行銷策略
7. 加強便民服務
8. 加強發展門診作業
9. 實施住院日控制
10. 訓練醫管及健保之專業人才
11. 建立標準化流程
12. 強化醫師保險審查觀念

13. 減少易被核減之不當醫療
14. 加強費用申報之控管
15. 整合批價與後線請款作業
16. 改用開放式櫃台及服務台
17. 採取專科經營、加強特定科別的醫師陣容

二、組織間：

1. 參與他院之在職訓練或繼續教育
2. 加強與開業醫之聯繫
3. 加強與其他醫院的醫療人員交流
4. 與各類醫療機構建立合作關係
5. 建立社區醫病關係
6. 建立轉介系統
7. 觀察同地區之醫療資源消長情形、訂定市場區隔

三、組織外：

1. 爭取支付標準之合理修定
2. 積極參與全民健保法的檢討會議（林，1997）

## 第六節 結論

全民健康保險關係到二千一百多萬人口的保健及就醫之權利，也關係到一萬五千家醫療診所及數十萬醫療人員的發展，故醫療診所應該積極關心和全民健康保險有關的內容，一方面不但可提升本身的服務品質，爭取對病人服務的機會，另一方面也可提高本身經營與管理的能力，增加競爭的能力。

### 參考資料

宋瑞樓（2000）· 健保政策制定的省思 · 公共衛生，(27) 2，81-86。

吳凱勳（1994）· 健康保險概論，台北：中國社會保險學會。

徐立德（1995）· 全民健康保險面面觀，台北：行政院新聞局。

陳楚杰（2000）· 醫務管理與健康保險· 醫院組織與管理，台北：宏翰。

楊志良（1993）· 健康保險· 台北：巨流。

林湘婷（1997）· 台北市五家醫學中心在全民健康保險制度下服務量變化情形之探討· 中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文

王珍惠 221882304      朱英綺 221882443

容文貞 221882419      徐鉅美 221882524

## (十二) 各國醫療保健制度之概述：

### 前言

醫療是高度專業的行業且加上整個醫療體系屬於封閉體系，所以醫療服務價格的決定，絕非同於其他的自由市場。在第三人付費的健保制度下，醫療價格的爭議性不減反增。他山之石，可以攻錯。借讀他國的健康保險制度及實施經驗，不僅可以了解國際間健康保險制度實施的情況及面臨的問題，正可以以他國的經驗，運用在我國的健保制度實施上。以避免閉門造車所衍生的問題。本章節根據美國、英國、德國及新加坡四國，健康保險制度實施的情況及面臨的問題，一一分析。

### 美國健康保險制度

#### 概論

美國沒有以全民為對象的醫療保險制度，有的只是以老人與殘障者為對象的 Medicare 和以低收入者為對象的 Medicaid，剩下的一般國民則是自由加入民間的醫療保險，在此 Medicare 分為醫院保險與輔助醫療保險；民間健康保險包含藍十字會、藍盾會、健康維護組織（HMO）等提供的醫療服務。

## 制度

### 醫院保險

#### 適用對象

- 一、六十五歲以上的人。
- 二、鐵路員工根據退休制度，每個月有年金給付受給資格者。
- 三、連續二十四個月有殘障年金給付受給資格且未滿六十五歲的殘障者。
- 四、慢性腎臟病中有並要接受血液透析或腎臟移植的被保險勞工及其扶養的家屬。

#### 給付內容

給住院患者的醫療服務，看護設施及其他出院後專門療養設施的出院後療養設施，特別條件的服務有出院後居家服務的給付。

#### 財務來源

被保險人不用負擔保費，財源由年金制度等社會保險制度的保費支出，由勞資各負擔一半。

### 輔助醫療保險

#### 適用對象

- 一、六十五歲以上每月繳納保費。
- 二、因社會保障年金給付或鐵路員工退休給付而有 Medicare 醫

院保險給付的人。

三、美國市民並住在美國的人。

四、居住美國並有合法永住權的外國人。

五、申請前居住美國連續達五年者。

六、沒有因不良行為被定罪的人。

### 給付內容

各種醫療服務，由醫師及醫師服務相關的項目所提供的服務，門  
患患者醫院服務及補助居家保健服務標準費用的 80% 。

### 財務來源

由投保人每個月繳一定的保費與聯邦政府一般財源的一定預算  
共同分擔。

### 民間健康保險

#### **HMO**

定義：是醫療保險的一種，最大特徵是在於保險人將醫療直接給  
付給被保險人，而非經過第三者支付機構，參加者需事先繳納一  
定額的會費，而免費接受醫院或其他醫療供給者的醫療服務。

### 適用對象

HMO 採會員制，被保險人（本人和眷屬）稱會員，HMO 只對  
會員提供服務的封閉系統，非會員則不予提供服務。

### 給付內容



住院時的醫療費用，回診時的醫院費用，主治醫師的診療報酬，專科醫師的診療報酬，短期復健，物理治療費用，精神科診斷，治療費用，臨床檢驗費用（血液、尿、心電圖等），放射線醫療費用等。

### 財務來源

每月向會員增收固定金額成立共同基金，另以每月定額之給付方式給付所有與 HMO 訂有契約的職業醫師或醫院。

### 特點

1. 非強制性健康保險。
2. 提供綜合性醫療服務，包括健康管理。
3. 由醫療單位向家保人徵收定額預繳費用。
4. 保險給付方式乃按人計費，非論量計酬；提供固定門診醫療群之醫療服務。
5. 由醫院群在醫院、醫療中心、或其他醫療場所提供醫療服務。

### **Blue Cross（藍十字），Blue Shield（藍盾）**

Blue Cross 和 Blue Shield 不是單一組織，是指在各地從事非營利醫療保險業務團體與其聯合會的總稱。Blue Cross 是住院保險，一般是實物給付，一定期間的住院費用，各種檢驗費用，手術房費用及藥劑費用，而 Blue Shield 是診療保險，實物給付醫師的

診療報酬，檢驗費用等，給付內容隨各地的政策而有所不同。(表一)

(表一) Blue Cross 與 Blue Shield 比較表

	Blue Cross (藍十字)	Blue Shield (藍盾)
自付款	一年為限，但如最後一季沒達到自付款，一到下年度；年度自付款有彈性。	當年度為限。
收費基準	夫妻一起保，以較年輕者為基準；小孩則另外計價。	夫妻一起保，以受保人為基準；如一個大人和一個小孩承保，則以兩個大人計。
兒童保費	一至十八歲小孩可單獨承保，享有優惠價。	一至四歲、五至十八歲分兩級單獨承保，保費比 Blue Cross 便宜。
醫療費用分擔	有契約的醫院、醫師，公司付 80%；無契約的醫院、醫師，則公司只付 70%	有契約的醫院、醫師，公司付 80%；無契約的醫院、醫師，則公司付 50%。承保人分攤款較高。
藥處方費用分擔	一百元的自付款，超過百元部份公司付 80%；郵購處方則每次需付六元。	一百元的自付款，超過百元部份公司付 80%；郵購處方則每次需付九元。

## 英國健康保險制度 (National Health Service ; NHS)

### 概論

英國的國民保健服務制度 (俗稱公醫制度)，其醫療體系主要是由中央政府主導，所以也可以稱為中央集權制度。其財源主要來自一般稅收，用來支付全體國民之醫療費用，原則上保障所有居民 (包括外國人) 免費的醫療。而住院及社區醫療服務主要由公立醫院提供，

其醫師為受薪醫師。而門診醫療服務則是由家庭醫師（**General Practitioner ; GP**）提供，並與政府簽約，其醫療費用採論人計酬為主，論量計酬為輔。

## 制度

國民保健服務制度的基本觀念是，只要資源許可，任何人都可以有接受最完美醫療的權利。因此只要是英國國民，原則上都可以免費得到大部分的保健服務，是由國家直接提供醫療服務的體系。

國民保健制度（**National Health Service ; NHS**）的組織分為國家（保健部） $\leftrightarrow$ 地方保健當局（**Regional Health Authority ; RHA**） $\leftrightarrow$ 地區保健當局（**District Health Authority ; DHA**），而實際的保健服務是在地區保健當局的監督下執行。

因為醫療機關及醫師等醫療供給者的結構，是採用保健服務的方式，所以和其他採用社會保險的國家大不相同，自由診療是不被許可的。

國民保健服務的特徵，可以由下列四點說明：（1）保健醫療供給為國營，經費的大部分由國庫提撥；（2）以全國國民為對象，原則上免費；（3）是所謂綜合的醫療保障，包含預防、治療及復健等；（4）對於醫療，國家為了提供有計劃且公平的給付，因此對於醫療供給面課以相當大的限制是必然的。

國民保健服務大致分為：(1) 家庭醫師服務；(2) 醫院及專科醫師服務；(3) 社區保健服務 (Community Health Service)。

家庭醫師服務是國民保健服務中的基層照顧 (primary care)，由一般家庭醫師、牙醫師、眼科醫師及藥劑師等負責。制度上，16 歲以上的國民，可依選擇家庭醫師並登錄 (牙醫師及眼科醫師沒有採用登錄制，患者可經由家庭醫師的轉介或自行至和國民保健 (NHS) 當局訂訂契約的牙科或眼科就診)，之後生病時，首先在其所登錄的家庭醫師處接受治療。一般家庭醫師不得診療不在登錄下的患者，而一般家庭醫師的報酬是由論量計酬 (為輔) 及論人計酬 (為主) 混合而成，論人計酬的比例較大。此外一般家庭醫師不得擁有住院設施，住院治療是由醫院負責。

而醫院及專科醫師服務是，綜合醫院、專科醫院中的所有門診及住院服務。醫院及專科醫師服務，必須經由家庭醫師轉介，患者不得直接至醫院就診。作為第二次診療機構的醫院，通常是指地區人口在十五萬至三十萬時，所設置的綜合醫院，當一般家庭醫師判斷患者有必要住院治療或給予專科治療時，患者才得以持其轉介單至醫院就診。在國民保健 (NHS) 的制度下，醫院和開業醫的責任分擔，有相當明確的區分。

社區保健服務 (Community Health Service) 則是由地方自治體負

責。包含妊娠分娩、兒童保健、學校保健、老人及殘障者福利服務、預防接種及其他預防服務、急救服務以及環境衛生等。

國民保健服務（NHS）的支付制度大致可分為以下三大部分：

（1）門診：大部分由國民保健服務（NHS）的家庭醫師負責，主要採論人計酬，論量計酬為輔。家庭醫師診療報酬的基準額市政府根據每年醫師及牙醫師診療報酬檢討委員會的建議而核定，與政府訂立契約。家庭醫師採總額預算；另少數由私人醫療保健服務經營的診所，採論量計酬，費用由病人自行支付。

（2）住院：英國的醫院大都是公立醫院，醫師受聘領薪水上班，住院部分實施總額預算，並採支出上限法。

（3）藥品：在 1997 年患者每項藥品費需自行負擔 £5.65，而老年人、青少年及兒童，以及慢性病患者免除自負額。

## 現行問題

醫療費用的高漲是先進各國共同的問題，先進各國的國民醫療費用都急遽上漲的原因是在於，老年人口的增加、疾病結構的變化，以及高水準的醫療等。而英國亦由於人口老化增加醫療之需求，新式醫療技術造成昂貴的成本，民眾對國民保健服務（NHS）的高度依賴及期望，加上專科醫師及住院等候名單的增長，以及改善醫療服務需要大量資源等，都使得國家的衛生經費不符所

需。

英國的國民保健服務（NHS）的財務拮据，尤以醫院為最明顯，其所衍生出的問題包括：暫緩非急性病患之治療、臨時縮減病床以及職員遇缺不補。國家衛生經費預算的不足普遍為國民所詬病，英國國民對醫療體系的滿意度，亦低於歐洲其他國家。民眾對國民保健服務（NHS）常發生的抱怨包括：就醫等待的時間過長、就診不方便、預約制度不足，以及看診的時間太短等。此外英國醫療體系的缺失還包括以下五點：

（1）病人由於是接受免費的醫療，自己不需付費，因此缺乏節制醫療需求的誘因；而醫療供給者則是受制於嚴格的經費預算，如：家庭醫師的論人計酬制、醫院醫師的領薪制（領薪水上班），以及醫院與社區保健服務（Community Health Service）的整體預算制（block budget），造成供需雙方都缺乏醫療成本的意識，以及節省醫療資源的誘因，結果導致醫師總是想盡辦法將病人轉介出去，而民眾就醫需要長期等待的困境更加惡化。

（2）醫院的整體預算制（block budget）與醫師的領薪制都無法讓醫療經費跟著病人走，亦無法適當地獎勵優良的醫療提供者或處罰劣質者。服務表現良好的醫師反而會因為等待的名單過長而被攻擊，但是又無法向醫院或地區保健當局（District Health

Authority ; DHA) 爭取更多的經費；而服務表現差的醫師反而工作較輕鬆，且不會影響其收入。

(3) 引用醫院管理者 (general manager) 經營醫院、掌控醫院經費以及資源的運用，因而影響醫師的專業自主權。

(4) 成本效益的資訊，往往付諸闕如或是未充份的利用，且現存臨床的醫療環境中缺乏市場的競爭，因而常依據非價格的合理化 (non-price rationing)，如：以等候作為醫療提供合理化的依據，導致生產力的低落。

(5) 消費者無法有效選擇醫療照護，醫療的提供又以醫師為主導，缺乏彈性、過於權威、缺乏人性，以及常無法及時反應病人的需求。

### 國民保健服務的民營化－「內部市場」的改革

國民保健服務 (NHS) 在政治及財政的的雙重壓力下，除了透過政策鼓勵私人健康照護部門的成長之外，改善國民保健服務

(NHS) 的經營效率便成為控制醫療經費的主要策略，「內部市場」因而被導入國民保健服務 (NHS)。

在民營化的趨勢下，英國國民保健服務制度 (公醫制) 的改革傾向混和市場模式，在原中央集權、政府干預及計劃經濟的公醫制度之內，人為的注入市場機能，實施「內部市場」。將醫療供給

者和購買者分開，病人可以自由得選擇家庭醫師—「錢跟著病人走」，增加民眾的參與。並建立家庭醫師擁有基金制（GP fundholder；GPFH），允許由家庭醫師組成的聯合中心向地方保健局（RHA）申請基金，代其登記的病人購買醫院服務，在家庭醫師（GP）聯合中心和醫院之間創造市場競爭，增加家庭醫師（GP）和醫院醫師權利分配之平衡。同時設立醫院信託基金（hospital trust），增加醫院處理資產、人事以及預算等的彈性和自主性，提昇醫院競爭病人的能力。並鼓勵民眾參與補充型的商業保險，以彌補醫療福利不足的部分。

基本上，「內部市場」是將競爭導入國民保健服務（NHS）之中，透過獨立自主的運作和市場誘因，增加病人選擇的機會，提昇經營的效率；是市場重於官僚、競爭重於保護財富及福利的政治產物。其主要的特色如以下五點：

- （1）國民保健服務（NHS）由原階層垂直整合的組織，轉向以契約關係為基礎的準市場型態，將醫療的供給者及購買者分離。
- （2）在內部市場中，醫師及醫院成為醫療市場的經營者，具經營及成本意識，並具善用醫療資源的誘因。
- （3）重分配家庭醫師和醫院醫師的醫療資源。
- （4）增加消費者選擇權，病人可自由選擇或改換家庭醫師，促



使醫療提供者改善醫療服務態度以及提昇醫療品質。

(5) 邁向醫療市場「民營化」，鼓勵國民保健服務（NHS）向私人購買服務，並以保費免稅鼓勵老人購買私人健康保險。

## 德國健康保險制度

### 概論

德國的健康保險制度已有一百多年的歷史，於 1883 年俾斯麥時期便立下基礎。在 1883 年，德國政府就要求雇主提供現金給付照顧員工的健康，規定產業勞工強制加入保險，支給實物給付及傷病補助金，但真正擴充發展還是在第二次世界大戰之後。在 1980 年時由於石油危機發生，健康保險也受到影響，導致藥費及醫院費用看漲，之後德國進行一連串的改革計劃，方使醫療費用的成長受到了控制。其中最著名的是實施總額預算制度，以及 1994 年立法創辦長期照護保險。住院方面，德國一向採取論日計酬制（per diem）。而在此制度下，使得平均住院日數增加，且對於醫院而言，缺乏提昇品質及效率的動力。而於 1993 年起，實施總額預算制（Total Budget），但還是無法有效的抑制醫院費用不斷上漲的問題。故於 1996 年時實施論醫療處置計酬及論病例計酬二種支付制度。且鼓勵醫院從事門診手術。

### 制度

(1) 對象：

德國幾乎全民納保，其健保制度分為法定保險及私人保險二種。

- 1、 年收入在 68000 德國馬克以下（約 450000 元）的藍領工人及領取州政府養老金的老年人，強制加入法定保險。
- 2、 受僱者的年收入超過 68000 德國馬克，則可以自由選擇加入法定保險或私人保險。大約有 90% 的民眾加入法定健康保險；有 8.7% 的民眾參加私人保險；另有人同時加入法定保險及私人保險。（吳、林，1998）

(2) 給付項目及給付額：

德國支付制度的協商是在協定行動委員會決定醫療費用成長率的原則下進行。

在門診部分，支付開業醫師的報酬是由地區的疾病基金會與地區的醫師公會討價還價，已決定支付該地區的預算。每個地區的疾病基金會，預算總額轉給地方的醫師公會，地方醫師公會付給私人開業醫師則是依協定的相對點數，論量計酬來支付。如果實際服務超過協定總額，則每點支付金額會下降，因此每位醫師所獲得的報酬，受自己及同儕提供服務量的多少影響。

在住院方面，醫院設定總額預算，由疾病基金會的代

表和醫院的代表洽定給付醫院的費率，如果兩個團體無法達成協商，則轉由中立的非政府機構來協商。在總額預算下，如果實際住院人數超過協定，對於超過的部分僅能獲得的每日費率的 25% ；如果實際較協定為低，則醫院仍然可以獲得空床部分每日費率的 75% ；對於比較複雜，成本比較高的案例，如器官移植，則按病例計酬（Cost per case）。

為控制日益成長的住院費用，德國住院費用支付制度大幅改革，分為論件計酬、特別計酬、科別論日計酬及基本費用四類。其中論件計酬與特別計酬依主要診斷

（ICD9-CM-CODE）及高度手術治療的組合論病例計酬，支付點數全國適用，但每點單價則由個邦自行協定。除論件計酬以外的診療及護理費用，則採論日計酬，由醫院分別訂定每日定額費用。其他包括病房費、膳食費、人事等非醫護性費用屬於基本費用，由各邦自定各科統一適用的每日定額費用。住院費用的醫療費用支付是依住院病人接受醫療服務的情況，包括是否手術、與論件計酬及特別計酬是否有關、是否超過住院期限等，設定不同的組合來計算。例如只有住院未進行手術，則其費用計算以科別論日計酬及基本費用為主。

## 財務來源

德國醫療費用的財務來源，60% 來自疾病基金會的保險費收入，21% 是來自聯邦和地方政府的一般稅收，7% 是來自私人保險的保險費收入，另外，大約有 11% 是保險不給付，需要病人自付費用。而由以上的數字我們不難發現，德國醫療費用最主要的來源不外乎疾病基金會。而什麼是疾病基金會呢？以下為疾病基金會的概述：

## 疾病基金會

截至 1996 年 9 月，德國有 748 個疾病基金會，其成員屬強制加入的有 85% ，自願加入的有 15% 。基金會大致可分為地區疾病基金會及職業疾病基金會兩種。

地區疾病基金會：1、參加對象：有地區限制，以無工作或自營作業人士為主。

職業疾病基金會：1、參加對象：為有工作者。

可區分為（1）疾病基金會：透過企業組織及職業工會參加。

包括企業疾病基金會、同業疾病基金會、農業疾病基金會、礦工疾病基金會以及海源疾病基金會五類，其中企業疾病基金會擁有最大數量（629 個）的保險人。在這五個基金會中，除了農業疾病基金會

外，民眾可自由選擇加入各類基金會。但各類疾病基金會卻只接受自己員工加入為主。各基金會依法自行決定保險費率，不同基金會有不同費率，1996 年費率由 8% 至 16% 之間，平均為 13.5%。(馬，1998)

(2) 補充基金會：屬個人加入。包括職員補充基金會及勞工補充基金會兩類。

### 長期照護制度

德國長期照護制度，為 1994 年立法所創辦的長期照護保險。基於 1993 年時德國 65 歲以上老年人口占總人口的 15%。需長期照護的人口占總人口的 2%，預計 2020 年老年人口達 20.9%。而又因依賴人口數的比例逐漸下降。需長期照護者自身無法負擔所需費用，逐漸轉移至社會救助承擔，此一趨勢很顯然地有違德國與維護社會安全的基本原則，於是制定此法案。

德國長期照護保險有四個等級，並分為現金給付及有限制醫療給付兩種，給付必須提出申請與醫療審查局之評估鑑定核可。德國健康保險費率約為 13.5%，長期照護費率約為 1.7%，兩者比例約為 8:1。

(吳，林，1998)

此法案強調預防保健與復健服務，重視個人責任，設立照護基金

會，賦予全體國民投保的義務，對需要照護者提供保險給付。需要照護者乃指：因傷病或殘障事故，致在日常生活上，所從事日常性及規律性運動，需要接受他人持續（最低六個月）或更長時間的援助者而言。給付內容分為居家照護、部分機構照護及機構照護三種，採取現金及實務給付方式，並優先考慮居家照護。對照護者則依照護度及工作量提供不同程度之照護津貼。（馬培卿，1998）

## 現況問題

在德國醫療體系強調病人的選擇及醫師自主權下，提供了高品質的醫療照護品質。但面對現今環境，仍存有一些問題。

1、從病患滿意度方面：民眾對於醫療體系的滿意度較其他 OECD 國家高，並認為其醫療體系只須些許改變即可。

2、從健保層面：

（1） 醫療費用約佔 GDP 的 10.5% 雖與其他西歐國家相近，但每人每年醫療費用高於多數 OECD 國家醫療費用，保險費率亦已由 11.5% 上升到 13.5% 。

（2） 德國醫療供給充沛，幾為 OECD 國家之首，惟每人每年門診就醫次數為 12.8 次；開業醫師人數成長迅速，均較 OECD 其他國家為高；在住院方面，每人年平均急性住院日數為 13.5 天，亦是 OECD 國家中最長的，這些都會促進醫療費用的成

長。

- (3) 老年人口比例達 15% ，人口老化使長期照護需求殷切，雖然德國政府在 1994 年制定第五種社會保險－長期照護保險法，但仍然面臨人口依賴比明顯下降，如果不謀求對策，長期照護需求所衍生的照護問題，將超越醫療照護系統所能負擔的能力。

### 新加坡健康保險制度

新加坡政府認為醫療保健是基本人權，故致力其國民不會因無力負擔醫療費用而無法接受醫療服務。新加坡的醫療照護財源除了現款自付，還包括醫療儲蓄（Medisave）、醫療共同基金（Medishield）以及醫療救助（Medifund），分述如下：

#### (一) 醫療儲蓄（Medisave）

實施時間：1984 年 4 月。

性質：強制性個人儲蓄帳戶。

對象：涵蓋所有的工作人口，包括受雇者及自營業者。

財務來源：

1. 受雇者 35 歲以下存入薪資的 6%，每月不得超過 360 元新幣，由雇者及受雇者共同分擔。

2. 35~45 歲存入 7%，每月不得超過 420 元新幣，由雇者及受雇者

共同分擔。

3.45 歲以上存入 8%，每月不得超過 420 元新幣，由雇者及受雇者共同分擔。

4.自營業者提存年收入的 3%，每月最低 20 元新幣，最高 180 元新幣。

給付內容：

本人及直系血親的住院醫療及一些特定且較昂貴的門診醫療項目，包括手術、放射治療、化學治療、愛滋病藥物、洗腎、人工受孕及 B 行肝炎預防注射。至於一般的門診服務是被排除在外。

就醫負擔：高自負額。

特色：以個人責任為基礎的制度，年度的餘額可以累積，以支應未來的醫療需要，過世時方可贈與子孫或他人。帳戶中的金額屬於免稅的範圍。

## (二) 醫療共同基金 (Medishield / Medishield Plus – A、B)

實施時間：1990 年。

性質：自願性重大傷病保險。

對象：以 Medisave 會員為主但可自由參加。

財務來源：由 Medisave 帳戶扣除，年齡愈高，保險費也愈高。

且 Medishield Plus A 的保費大於 B 的保費。見表一。



表一 醫療共同基金投保年齡及金額

年齡 (下次生日記)	Medishield	Medishield Plus	
		A	B
30 歲以下	\$12	\$60	\$36
31~40 歲	\$18	\$90	\$54
41~50 歲	\$36	\$180	\$108
51~60 歲	\$60	\$300	\$180
61~65 歲	\$96	\$480	\$288
65~70 歲	\$132	\$660	\$396
年齡限制	70 歲		

給付內容：費用超過一高額自負額才可使用（住院及昂貴門診）。

Medishield Plus 是針對使用醫院中較高級病房者，提供

較高上限給付；且 A 給付多於 B 給付。見表二。

表二 給付金額及項目

項 目	Medishield	Medishield Plus	
		A	B
給付金額			
住院費（每日）	\$120	\$500	\$300
加護病房（每日）	\$240	\$800	\$500
手術費（依手術 種類分七類）	\$100~600	\$400~5500	\$300~4500
移植手術藥品費 （每年）	\$1,500	\$3,500	\$2,500
門診治療			
癌症放射線治療 （每日）	\$40	\$100	\$80
癌症化學治療 （每週）	\$75	\$200	\$150
洗腎（每月）	\$700	\$2,000	\$1,600
洗腎藥物（每 月）	\$200	\$500	\$400

項 目	Medishield	Medishield Plus	
移植器官藥物 (每月)	\$200	\$500	\$400
每年最高可領金額	\$20,000	\$70,000	\$50,000
終身最高可領金額	\$80,000	\$200,000	\$150,000
部份負擔	20%		

就醫負擔：高自負額（相當額度的自負額、20%的定率負擔、同時還有給付上限）。

特色：共同分散嚴重疾病可能造成的財務風險，為了避免道德危機的產生，給付上也搭配了自負額以及部分負擔的設計。

### （三）醫療救助（Medifund）

實施時間：1993年4月

性質：公共救助

對象：無法支付醫療費用的低收入者

財務來源：由政府存入的捐贈基金利息來支付

給付內容：住院費用

就醫負擔：與醫院的醫療救助委員會申請

新加坡政府雖然表示已經成功地控制了醫療費用的成長。但因其制度是配合醫療儲蓄（Medisave）、醫療共同基金（Medishield）、醫

療救助 (Medifund) 實施，並且掌控大部分醫療資源，80%之住院照護為公立醫院所提供，才能維持目前的醫療保險制度。

新加坡其醫療支出佔 GDP 的比重 (3.1%)，一直是先進國家中最低，不過其每人每年的平均醫療支出上漲率還是超過 10%。

## 參考文獻

李易駿 (1993)·美國健康保險制度之沿革與未來·美國月刊，8 (2)，98-109。

黃淑華 (1995)·美國醫療保險制度簡介·中信通信，197，35-39。

楊全斌 (1994)·美國醫療保險制度 (續)·牙醫界，13 (3)，44-58。

林芸芸 (1999)·從管理式競爭到管理式合作－英國的「內部市場」對臺灣全民健康保險公辦民營的鑑戒·公共衛生，26 (1)，1-11。

黃源協 (1996)·由「總體經營」到「內部市場」－1990 年代英國健康體系的改革·公共衛生，23 (1)，1-14。

楊全斌 (1994)·英國全民健保之概況·牙醫界，13 (6)，49-58。

楊全斌 (1994)·英國全民健保之概況 (二)·牙醫界，13 (7)，49-58。

楊全斌 (1994)·英國全民健保之概況 (三)·牙醫界，13 (8)，49-58。

劉明勳 (1998)·英國國民保健制度之改革及對我國之啟示·醫院，

31 (5), 1-10。

吳運東、林忠劭 (民 87) · 考察荷蘭、德國健康保險制度觀感 · 台灣醫界，41 (12)，59-65。

馬培卿 (民 87) · 德國健康保險制度及其對我國的啟示 · 醫院，31 (1)，21-28。

陳拱北預防醫學基金會 (民 86) · 公共衛生學 (修定二版) · 台北：巨流。

周麗芳、陳曾基 (民 89) · 德國健康保險門診醫療費用支付與審查制度 · 台灣醫界，43 (2)，49-55。

顧長永 (1996) · 新加坡的社會福利政策 · 社會建設，96，35-44。

羅紀瓊、邱瑜瑩 (1997) · 新加坡健康照護制度在我國實施之可行性探討 · 衛生報導，7 (9)，2-10。

陳孝平 (1999) · 新加坡模式與美國醫療專用儲蓄帳戶對我國全民健保改革的啟示 · 社會政策與社會工作學刊，3 (2)，14-33。

Singapore ministry of Health(2000)<http://www.gov.sg/moh/mohiss/hlthfin.html>