

新制評鑑試評後

醫院行政管理之省思

文／院長室 顧問 許國敏

自民國76年起實施的醫院評鑑制度，去年（95年）起改採新制的評鑑基準，本院也參加了試評的「白老鼠」行列。

所謂新制醫院評鑑，大體上是參考日本醫院評鑑基準的第5版（護理部門則參考第4版），惟章節順序及部份項目略有調整，如第一章「醫院經營策略及社區功能」，抄自日本第一領域病院組織之營運及社區的角色功能；第三章「病人權利及病人安全」，抄自日本第二領域患者之權利及確保安全的體制，各章節評鑑基準的中項及小項亦皆雷同。

醫策會決策者在引進日本醫院評鑑制度之際，或許認為我國醫療制度（封閉式制度）及健康保險制度（早期皆仿自日本國民保險），乃至國民就醫次數（年就診14次）、好吃藥的行為均頗為相似，故仿效日本的醫院評鑑制度乃順理成章。

同中有異，新制未必新

雖然我國醫療及健康保險制度皆源自日本，但是醫院評鑑制度，我國比日本早起步12年（我國為1987年起，日本為1997年起），並且我國醫院的層級化（地區醫院、區域醫院、醫學中心）、醫療次專科化，乃

至健保資訊化申報及檔案審查分析、總額控制等，皆超越日本。由日本患者平均住院日仍停留在30天，即可得知兩國實同中有異。

此外，日本的評鑑是自由參加，法律並未規定醫院須接受評鑑，故至去年11月止，日本9014家醫院中，僅2238家參加評鑑，占比率25%。日本的醫院層級化及次專科化較我國發展慢，評鑑項目只分「一般醫院」、「精神科」、「療養床」三類，另以附加功能方式逐步發展出「急救醫療功能」、「復健功能」、「安寧照護功能」。

所謂新制評鑑在某些專科化、層級化領域中，其實並不是「新」的，而且還在繼續分化中。我國捨棄原有的層級化、專科化評鑑制度，勢將面臨調適不良的窘境，尤其地區醫院必無法適用多達508項的評鑑項目。

重結果導向的全面品管

雖然日本的評鑑制度有其分化、專科化不足的限制，但整體而言，其以完整的系統概念，將全面品質經營管理的理念、方法融於評鑑項目與內容中，對醫院的管理方向和方法都提供了值得參考的資料。

所謂品質管理係二次大戰後興起的理論與方法，而「品質」正式在我國法規中列入醫療相關領域，在民國75年所訂立的醫療法第一條中便已言明。制訂醫療法的目的在於提升醫療品質，保障病人權益，該法62條明文規定醫院應建立醫療品質管理制度，初期品質須配合「醫療機構設置標準」，以結構面的要件為重。

行政院衛生署在制定醫療法及頒布「醫療機構設置標準」前，即以「省市立醫院業務督導考核計畫」之名進行法規制訂標準

的可行性實驗（民國73年至76年）。76年配合醫療法施行細則頒布，開始進行以結構面為主的醫院評鑑制度，接著逐年檢討改善評鑑項目內容，尤其配合醫院層級化、醫療次專科化的進展，評鑑項目及評審委員逐年增多，也增加了過程面的評價項目。

民國83年至86年，在台灣省衛生處及健保局、工業工程學界合作下，我國引進日本團結圈流程改善及TQM的管理。88年廢省，剛好醫策會成立，醫療品質提升活動即由醫策會主導，並加入美國馬里蘭州醫療品質指標TQIP的改善活動。

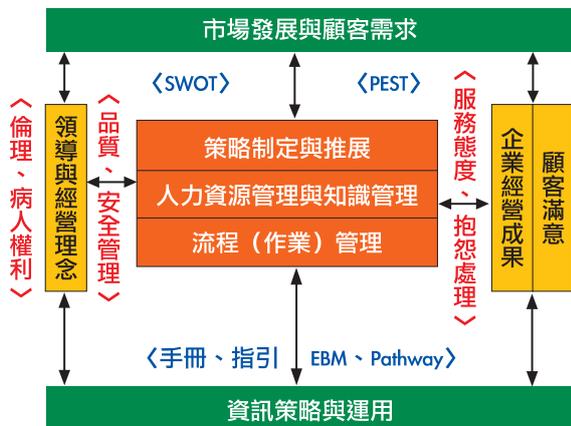
在80年代，除QCC、TQIP、5S運動以外，ISO標準化活動也盛極一時，至此品質管理由重視結構面，轉而重視過程面。民國94年修訂醫療法，施行細則42條、45條便詳訂醫療品質管理制度、病人安全制度施行細則及自主查核責任。

在本法28條及施行細則15條中，明訂醫院評鑑為法之所定，過去未列入評鑑制度的醫院從此也不得不開始接受評鑑。

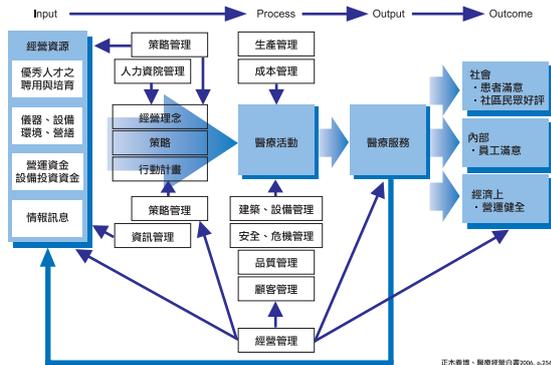
環環相扣的流程管理

筆者過去常以全面品質管理八大架構思考組織機構的經營策略與流程（圖一），但去年10月閱讀日本2006年版「醫療經營白書」，其中正木義博先生的輸入→過程→產出→結果4段簡圖（圖二），亦頗簡明扼要。

從圖一的8大架構可知彼此關係極為密切，且相互影響；圖二則可清楚了解不同階段的變項及主要管理項目亦為上下左右環環相扣，互為依賴。



圖一、全面品管八大架構



圖二、醫院管理流程模型

以比較單純的門診照護流程為例，病人自步入醫院大門起，在掛號、候診、診察、檢驗或放射線檢查、診斷、開處方、領藥等一連串過程中，即分別與院內多類、多單位的員工接觸。各員工在各不同的場所、不同的工作環境與空間，使用不同的儀器設備，依據各自的專業知識及所訂定的標準作業規範程序，提供服務。這些不同的接觸點及所接觸的人，在接觸過程中交換價值，最後獲致滿意或不滿意的結果。必須注意的是，即使所有接觸過程都很好，僅最後一個關卡的接觸令病人不舒服，先前所有的正面評價都可能被抵消。

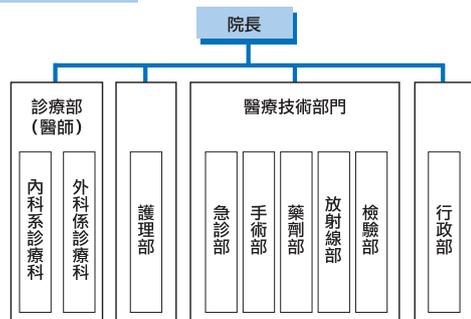
以病人為中心的有機式組織

過去品質管理的流程設計，口裡喊著以顧客為導向，以病人為中心，實際上所有流程仍然是從服務提供者的觀點及方便性來設計。

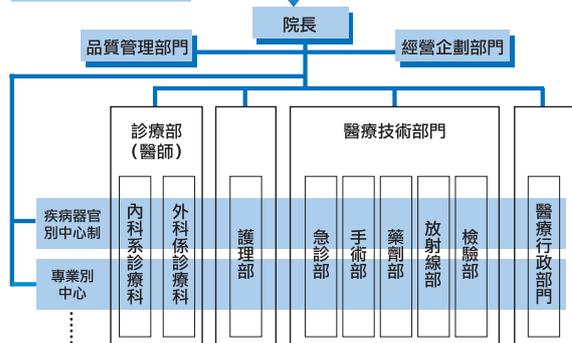
相關設計若要真正做到以病人為中心，應依病人的疾病別、症狀別、個人體質、喜好價值等，採取不同水平的串聯服務鏈。這種串聯不同科別、單位的群體，在外在環境、病人期望、品質提升的各種有利情況下，日漸形成一群群有名或無名的作業群組。

這些群組，有的依功能或業務命名，如健檢中心、美容中心；有的以器官、疾病為名，如腦中風中心、不孕症中心、糖尿病中心、癌症中心。另外，尚有以某一特定專

階層式（機械式）組織體制



矩陣式（有機式）組織體制



正木義博、醫療經營白書2006, p.255.

圖三、組織體制之變革

案為對象的任務編組（委員會），如倫理委員會、病人安全委員會、人體實驗委員會等法定編組，以及福利委員會、開刀房委員會及其他臨時性的任務編組，形成跨部、科、室，靈活運用，彈性作業的組織體，以因應不同需求（圖三，組織體制之變革）。

這種矩陣式、有機式的彈性組織，勢將成為日後醫院管理中，組織發展與管理領域的重大議題。

試煉下的省思

經過3天新制評鑑的試煉後，所有參與試評過程的管理者，必可感受到「策略性系統管理」，全面品管中管理循環PDCA的重要性。

尤其過去在實際作業上，未能將品質管理落實於日常作業，也未能將作業中的重要事項、資料予以記存、評價、檢討、改善、再評價。因此，我們似應回歸全面品管的基本步驟：

- 找出正確的方向，正確的方法（即策略管理與流程管理），予以記錄、評價和不斷改善；各位階必要的規範、程序書及作業標準書應經由合理化、標準化再制度化，並確能依規定運作。

- 檢視所有管理及作業體系，有無達到以病人為中心、安全、有效、適時、效率、公平的「六性」目標。
- 設計的體系應符合「持續性照護」、「尊重個別性之需求與價值觀」、「病人參與及主導」、「知識共有與資訊情報流通」、「依據實證之決策」、「保障安全」、「透明公開」、「預測需求」、「削減浪費」及「醫事人員之合作協力網」等10項原則。尤以整合病人健康照護網路，是未來醫院管理最重要的議題，也是實現病人為中心的必要方向。

近日醫界又如前一陣子熱中於ISO認證，興起參與JCI認證的風潮，以示品質服務與世界水平齊一。但，筆者奉勸醫界在參與JCI認證前，應先把上述三項基本體制建構好，作業規範好，將品管落實於日常作業後再去認證，始有益於病人及醫院，否則為認證而認證，將重蹈過去某些醫院花錢、花人力獲得ISO認證，認證通過後，就將ISO文件束之高閣，服務品質仍是老樣子的窠臼（註）。這樣的認證之舉毫無意義，宜慎之！

附註：筆者有一年奉命訪查中區116家醫院的病人安全作業推展，到了某一通過ISO認證的醫院，想要看看該院安全作業相關的作業指導書及程序書文件，該院院長竟答以承辦ISO人員休假，無法提供訪查委員查閱。

ISO文件程序書（二階文件）及指導書（SOP、三階文件）應該放在科室及作業人員手邊，並非讓承辦人收藏之用。由此顯示該院係為ISO認證而ISO，並非為提升品質而學習ISO。