

東 海 大 學

工業工程與經營資訊學系

高階醫務工程與管理碩士在職專班

碩士論文

從新制醫院評鑑制度探討

醫療服務模式價值鏈之創新

研 究 生：林哲民

指 導 教 授：洪堯勳 教授

中 華 民 國 一〇一 年 七 月

**The Value Chain Management Innovation of Pharmacist  
Service Model from the Perspective of Hospital  
Accreditation System**

By  
Che-Min Lin

Advisor: Dr. Jau-Shin Hon

A Thesis  
Submitted to Tunghai University  
in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Health Administration

July 2012  
Taichung , Taiwan

# 從新制醫院評鑑制度探討醫療服務模式價值鏈之創新

學生：林哲民

指導教授：洪堯勳 教授

東海大學工業工程與經營資訊學系

## 摘 要

臺灣是少數依醫院評鑑結果用以決定醫療保險給付的國家，也因此醫院評鑑對醫院的醫療服務模式產生了重大的影響。而臺灣自1978年開始實施教學醫院評鑑以來，歷經舊制醫院評鑑及新制醫院評鑑等時期。醫院的醫療服務模式亦隨著醫院評鑑制度的改變而逐漸產生角色價值上的變化。本研究從價值鏈管理的角度，探討新舊制醫院評鑑制度的變遷對醫院醫療服務模式附加價值的變化。

研究結果顯示，目前全民健康保險依門診、急診、住院等的服務量的方式予以給付，但醫院醫師在醫療照護品質面的價值卻難以量化的方式評量。在臺灣，醫院評鑑結果會影響醫院全民健保的給付，而醫院評鑑制度以提升醫療照護品質為目的，亦間接地影響了醫院醫師在醫療照護服務上的附加價值，使得醫院評鑑制度平衡了健保以量化的方式評量醫院醫師在醫療照護服務上的價值。隨著醫院評鑑對於「以病人為中心」及「病人安全」的治療過程面及結果面愈來愈重視下，相較於舊制醫院評鑑，醫院醫師在研究教學及醫療管理、衛教服務的附加價值亦隨著醫院評鑑制度改變而逐漸提升。

**關鍵字：**醫院評鑑、價值鏈、附加價值、以病人為中心、病人安全

# **The Value Chain Management Innovation of Hospital Service Model from the Perspective of New Hospital Accreditation System**

Student: Che-Min Lin

Advisor: Dr. Jau-Shin Hon

Department of Industrial Engineering and Enterprise Information  
Tunghai University

## **ABSTRACT**

In Taiwan, the result of the hospital accreditation can determine the amount of hospital remuneration. The hospitals in Taiwan have been using various styles of hospital accreditation since 1978, when the teaching hospital accreditation was first introduced. Hospital accreditation and new hospital accreditation followed. Therefore, the hospital accreditation system has deeply influenced the development of regulations inside hospitals, from lower to higher levels, as well as the role values of medical personnel, including the in-hospital physicians . This research explores in detail, from the perspective of the value chain concept, how the hospital accreditation system has impacted the value added of in-hospital physicians throughout the changes adopted within the hospital accreditation over the years.

According to this research, it is shown that the amount of remuneration awarded for the medical services in a hospital follows a quantitative setup under the current health care regulations. However, it is difficult to apply the same setup to measure the value of medical care and services provided by in-hospital physicians. Presently in Taiwan, the result of the hospital accreditation of a hospital alone directly impacts the total amount of remuneration it receives. Aiming to improve the quality of health care services provided by the hospitals, the implementation of the hospital accreditation on each hospital has indirectly increased the value added of in-hospital physicians. Consequently, the value of medical support provided by in-hospital physicians become subjected to the quantitative setup utilized by the current evaluation regulations. As the hospital accreditation system places more and more emphasis on the aspects of “patient center” and :”patient safety”, it is evident that the added value of care and services, particularly in the areas such as health research and hospital management, health education, provided by in-hospital physicians also become more considerable.

**Keywords: Hospital Accreditation, Value Chain, Value Added, Physician**

## 誌謝

二年的研究所生涯隨著論文之付梓已近尾聲，回顧過去，能在這個優良的環境中學習，心中充滿了喜悅與感激。本論文得以順利完成，首先要感謝指導教授洪堯勳博士的砥礪督促。從論文題目、架構建立、觀念澄清、乃至初稿完成後的潤飾與指正，均費恩師甚多時間與精力。在求學期間的鼓勵，使我在學業上與職場上接皆獲益良多，在此獻上最深的感謝。

另外在論文口試期間，感謝口試委員周瑛琪博士及陳建良博士於百忙之中撥冗指導，提供許多寶貴意見及教導，使論文更趨完整嚴謹。在學期間，也承蒙陳譚博士、黃欽印博士在學業上提供寶貴意見，使我更能順利完成論文。

最要感謝我的賢內助-芳如，求學期間在生活上及精神上的支持，並幫我校稿、聽我報告，多虧她的幫助才能達成目標。現在回想起來要完成一篇論文實在不容易。從研究題目、構思方法、文獻探討、資料收集到報告的完成，等於是把東海大學求學兩年的總整理。在這兩年中，經常在醫院和學校來回奔波，雖然辛苦，但是在醫務管理的知識上的增長，也是一種收穫。另外，也要感謝兩年的研究生涯裡，同窗好友在課業上的照應與關懷，寶貴的情誼讓我銘記在心，最後祝大家健康、平安、幸福。

林哲民 謹誌於  
東海大學工業工程與經營資訊學系  
高階醫務工程與管理碩士在職專班  
中華民國一〇一年七月

# 目錄

摘要.....	I
ABSTRACT.....	II
誌謝.....	III
目錄.....	IV
圖目錄.....	VI
表目錄.....	VII
<b>第一章 緒論.....</b>	<b>1</b>
1.1 研究背景與動機.....	1
1.2 研究問題與目的.....	1
1.3 研究流程.....	2
1.4 研究方法.....	3
1.4.1 個案研究法.....	3
1.4.2 訪談法.....	5
1.4.3 訪談對象.....	6
1.4.4 訪談內容整理.....	7
1.5 研究範圍與限制.....	7
1.5.1 研究範圍.....	7
1.5.2 研究限制.....	7
<b>第二章 文獻探討.....</b>	<b>8</b>
2.1 醫院評鑑制度.....	8
2.1.1 醫院評鑑之法源.....	8
2.1.2 醫院評鑑之沿革.....	10
2.1.3 醫院評鑑制度與醫療保險給付.....	12
2.2 價值鏈管理分析.....	13
2.2.1 價值鏈定義.....	13
2.2.2 價值鏈管理.....	14
2.3 微笑曲線理論.....	15
2.3.1 微笑曲線的由來及定義.....	15
2.3.2 微笑曲線與苦笑曲線.....	16

<b>第三章 醫師的服務模式.....</b>	<b>17</b>
3.1 醫師在醫療界中的角色.....	17
3.1.1 醫師的角色演進 .....	17
3.2 臺灣醫師的執業型態與價值鏈 .....	21
3.2.1 臺灣醫師的執業型態 .....	21
3.2.2 醫師的價值鏈.....	21
3.3 醫院醫師的服務模式.....	22
3.3.1 醫院醫師的角色 .....	22
3.3.2 醫院醫師的服務對象 .....	23
3.3.3 以病人為中心的醫療照護模式 .....	24
3.3.4 醫院醫師的苦笑曲線 .....	25
<b>第四章 醫院醫師的價值分析 .....</b>	<b>26</b>
4.1 醫院的架構與組織.....	26
4.1.1 醫院的基本編制 .....	26
4.1.2 醫院組織架構變化 .....	28
4.2 醫療服務模式與醫師價值鏈變化 .....	28
4.2.1 新、舊制評鑑之介紹與比較 .....	30
4.2.2 舊制醫院評鑑制度實施期 .....	31
4.2.3 新制醫院評鑑制度實施期 .....	32
4.2.4 醫院醫師價值鏈的變化 .....	34
4.3 醫院評鑑對醫師附加價值的影響 .....	35
4.3.1 舊制醫院評鑑對醫師附加價值的影響 .....	36
4.3.2 新制醫院評鑑對醫師附加價值的影響 .....	36
<b>第五章 結論與建議.....</b>	<b>38</b>
5.1 結論.....	38
5.2 未來研究與建議.....	39
<b>參考文獻.....</b>	<b>41</b>

## 圖目錄

圖 1.1 研究流程圖.....	3
圖 2.1 臺灣醫院評鑑之沿革(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會).....	11
圖 2.2 一般價值鏈(Porter, 1985).....	14
圖 2.3 微笑曲線(施振榮, 1996).....	15
圖 2.4 微笑曲線與苦笑曲線(劉常勇, 2007).....	16
圖 3.1 醫師在醫療界的角色.....	19
圖 3.2 台灣醫療發展史.....	20
圖 3.3 醫師的執業型態與相關功能.....	21
圖 3.4 醫師的價值鏈.....	22
圖 3.5 舊制醫院評鑑時期的醫療照護模式(馮文中, 2009).....	24
圖 3.6 以病人為中心的醫療照護模式(馮文中, 2009).....	25
圖 3.7 醫院醫師的苦笑曲線.....	25
圖 4.1 某署立醫院的組織架構.....	26
圖 4.2 新制醫院評鑑之核心價值-以病人為中心的優質醫療.....	28
圖 4.3 醫院角色功能.....	29
圖 4.4 急性照護體系的轉變.....	30
圖 4.5 舊制醫院評鑑制度實施期醫療流程.....	32
圖 4.6 手術病人安全之流程-安全辨識.....	33
圖 4.7 手術病人安全之流程-Time out.....	33
圖 4.8 新制醫院評鑑制度實施期醫療流程.....	34
圖 4.9 醫院醫療服務的價值鏈變化.....	35
圖 4.10 2005 年前舊制醫院評鑑時期醫師的附加價值.....	36
圖 4.11 2005 年後新制醫院評鑑醫師的附加價值.....	37

## 表目錄

表 1.1 個案研究之研究階段(Benbasat，1987).....	5
表 1.2 訪談形式(Minichiello V.，1995).....	6
表 1.3 訪談名單資料來源.....	7
表 3.1 醫師宣言(日內瓦宣言，世界醫學協會).....	17
表 4.1 行政院衛生署苗栗醫院編制表(行政院衛生署人事室).....	27

# 第一章 緒論

本章節針對本研究的緣起動機與研究目的來進行說明。最後將針對本研究的問題進行分析及討論。

## 1.1 研究背景與動機

臺灣為少數將醫院評鑑結果用以做為全民健康保險給付依據的國家，而中央健保局依醫院評鑑等級來決定各醫院所分得給付的點數多寡，使得醫院評鑑的結果與醫院的所得息息相關，因此醫院評鑑制度成了督促醫療院所提升醫療照護服務品質的手段，也影響了於醫院執業之醫療專業人員角色及價值的變化，醫院醫師的角色價值也隨著民眾對醫療照護品質提升的要求及醫院評鑑制度對「病人安全」的重視，而逐漸轉變，不再只是看門診、收住院、開刀等的醫療工作，更成為醫療品質把關的重要角色。

醫院評鑑制度的改變也同時影響了醫院醫師的價值變化，卻少有人對醫院醫師的價值做一探討，過去關於醫院醫師的研究，多半侷限於所提供的醫療專業服務及臨床醫療服務的滿意度等部份加以討論。本研究期能以價值鏈的角度，解析醫院醫師從新舊醫院評鑑制度中，因應制度的改變而產生價值的改變及延伸。

## 1.2 研究問題與目的

醫院評鑑結果會影響健保的給付的點數，因而使得醫院莫不對醫院評鑑全力以赴，希望能以優等的評鑑結果爭取到最佳的健保給付點數。因此醫院評鑑制度的方向對醫院管理制度及策略的改變，在醫院評鑑制度實施前、舊制醫院評鑑制度、及新制醫院評鑑制度實施，對醫院醫師的角色價值改變有何影響？

本研究試圖以Porter(1985)提出對企業分析其競爭優勢所使用之價值鏈及施振榮(1992)提出微笑曲線分析產業附加價值，應用於醫療產業的分析，探討在醫院評鑑制度的變遷下，對醫院醫師的價值角色是否有所改變？影響為何？從過去舊制醫院評鑑前至現在已進入2012年新制醫院評鑑制度，醫院醫師的附加價值隨著制度變遷所受到的影響與改變。

故本文的研究問題與目的為：

1. 探討新制醫院評鑑制度變遷對醫療服務模式價值鏈的改變，醫院如何提升附加價值並發展對應的服務策略模式。

2. 對有志從事醫療工作的人，幫助其瞭解醫療服務的營運服務模式的重心為何，提供為將來執業時的參考。

### 1.3 研究流程

本研究包含五個部分，如圖1.1。

第一部分. 瞭解及界定主題，自觀察到的現象歸納出研究背景、動機及目的。

第二部分. 以文獻探討作為歸納架構之依據，探討臺灣的醫院評鑑制度、價值鏈管理及微笑曲線(附加價值)理論應用，並將其概念應用於醫療產業。

第三部分. 分析醫師在醫療界角色的變遷及臺灣醫師執業及服務模式，並分析醫院醫師的角色及服務模式。

第四部分. 分析醫院評鑑制度的實施與變革對醫院組織及作業流程的改變及對醫院醫師的價值鏈變化分析其附加價值變化。

第五部分. 依據本研究之結果提出結論及建議。

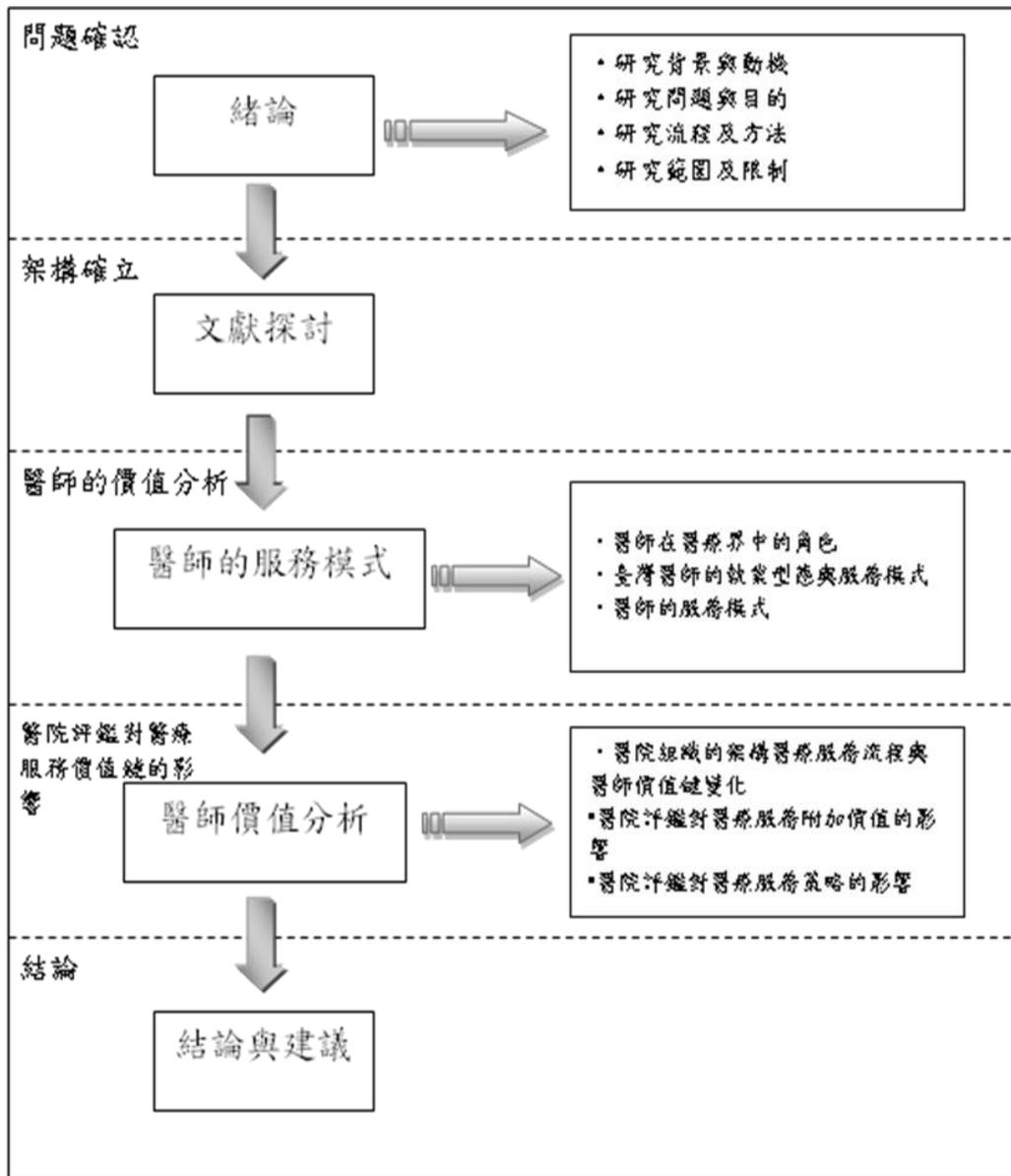


圖1.1 研究流程圖(本研究整理)

## 1.4 研究方法

### 1.4.1 個案研究法

進行社會科學實證研究較為研究者所用的方法有五種，包括實驗法、調查法、內容分析法、歷史考察法和個案研究法。其中的個案研究法是一種實證研究的研究策略，在於處理現象和情境中複雜的交互作用；也是一種經驗探究，在真實的生活脈絡裡，探究個案當時的現象，特別是現象與脈絡間連結不是很清楚的時候，運用技術性處理現場，依賴各種證據從中彙整，這是

獲致真相所不能疏忽之處(鍾聖校，1999)。

本研究採個案研究的方法，仍因個案研究為一種實證調查法，講究實際的例證，為針對少數案例進行深入解析事件形成過程(How)和原因(Why)的理想方法。因此個案研究法較注重少數事件、狀況或交互關係的完整脈絡分析，因著重實際問題之詳細分析，故易於接近事實而便於進行因果關係分析，且容易掌握過程和歷史脈動變化現象，較適用於定性的分析。個案研究為一種質化的研究，其目的不在操作變數或驗證假設，來回答問題；主要是探討問題中的複雜性，從研究對象本身來了解事件的因果關係。

根據吳琮璠(1996)所整理Bonoma(1985)及Yin(1989)之定義，「個案研究」方法包括以下幾項特色：

1. 研究的環境為天然的而非操縱的環境；
2. 可使用多種資料蒐集方法；
3. 研究對象可能為一個或多個(例如公司、公司次級單位、團體或個人)；
4. 就每個研究對象均深入瞭解其複雜性；
5. 「個案研究」較適合運用在對問題仍屬探索性階段，尚未有許多前人研究可循之情況下，或者是在假說衍生之階段，但亦可用在否定或確定假說之階段；
6. 研究中的操控變數；
7. 研究重點為當前的問題；
8. 「個案研究」對「為什麼」以及「如何做」的研究問題較有用，可作為追蹤未來相關研究變數之基礎；
9. 研究結論與研究者整合能力有極大的關係。(吳琮璠，1996)

從以上各點來檢視本研究之特性及環境，各項與本研究條件相符合。從整體來看，運用「個案研究」方法可以現場蒐集到實際運作的資料，特別是在管理的相關領域。

表1.1 個案研究之研究階段(Benbasat，1987)

傳統研究階段	Yin(1989)架構	Bonoma(1989)架構	個案數目
探索階段	敘述階段	瞭解階段	一個或多個
假說衍生階段	探索階段	設計階段	多個
證實	解釋階段	測誦階段	多個
質疑	解釋階段	否定階段	單一關鍵個案

表1.1顯示「個案研究」方法可以適用於各種階段，只是在各階段之中，運用的方法不同。對照本研究之狀況，其內容屬於傳統探索階段之研究，因此採敘述與瞭解階段的架構。一般而言，概念式的理論建構，適合在模式或架構建立後，採用個案研究以補充理論未臻之處。

#### 1.4.2 訪談法

個案研究的證據可能有六種來源：文件、檔案紀錄、訪談、直接觀察、參與觀察、以及實體的人造物。此六種證據來源各有其優點及缺點，因為大部份的個案研究，研究的都是與人相關的事務，而訪談就成為個案研究證據的基來來源，利用訪談法雖然有可能因回應的偏見或無法回憶而產生不正確性等缺點，但訪談法可透過特定受訪者的眼睛來報導並詮釋，有充分資訊的回答者可以提供對於研究情境深刻的見解，也可以提供解過去歷史背景的捷徑(Yin，1994)。

訪談法依其型式可分為結構式訪談、半結構式訪談及非結構式訪談(表1.2)。結構式訪談通常被用來做調查或民意測驗，此方式有一致性的問題及依序訪問，主要以事先設定題目順序且是封閉性問題，但由於為封閉性問題缺點為可能使問題變得沒有彈性；半結構式訪談可以是量化導向或為質化導向，訪談者可利用較寬廣的研究問題作為訪談的依據，通常在訪談前會先設計訪談大綱，做為訪談的架構，並採用開放式問題以較具彈性的方式進行，雖然會在量化的可比較性降低，優點是可提供受訪者較深入的看法；非結構式訪談主要著重在訪談者和受訪者之間的互動情形，如同平時對談型式一樣，不事先預設答案，主要以知情人士及專家為訪談對象，以取得研究資料(林金定，2005)。

深入訪談法為質化研究中經常採行的方式之一，為利用訪談者與受訪者之間的口語交談來達成意見交換與建構，希望在實際的工作場域中，發現事實的真相。在執行面上，深度訪談法通常以非隨機性、具代表性的小樣本進行研究，以較長的時間進行訪談，並以不干擾、不引導為原則，鼓勵受訪者發表意見。

表1.2 訪談形式(Minichiello V.，1995)

結構式訪談	半結構式訪談	非結構式訪談
標準式訪談 (standardized interviews)	深入訪談 (in-depth interviews)	深入訪談 (in-depth interviews)
調查式訪談 (survey interview)	調查式訪談 (survey interview)	臨床面談 (clinical interview)
臨床歷史紀錄 (clinical history taking)	團體訪談 (group interview)	口頭或生牘歷史訪談 (oral or life-history interviews)

本研究採用深度訪談法作為資料的蒐集方式，訪談的對象屬在醫界之專業人士與具實務工作經驗者，考量到非結構式訪談在蒐集資料上可能有缺乏一致性及不易就訪談所得結果進行比較的缺點，因此本研究採半結構式訪談法，依研究目的之所需先擬訂訪談大綱及題目，避免是非題式問題，且為保持訪談的彈性與深度，在過程中仍可根據擬好之大綱，臨時決定發問的順序及用詞語法，亦視訪談之情形適時追加問題，以做更深一層的探討。

### 1.4.3 訪談對象

本研究訪談對象為一家區域級的署立醫院院長、醫務秘書以及兩位醫療科主任。訪談的目的仍用以瞭解該層級的醫院對醫院評鑑造成的影響、醫院醫師在醫院內的功能及角色在不同時期評鑑下的改變等，訪談名單如表1.3：訪談名單資料來源下：

表1.3 訪談名單資料來源(本研究整理)

人員	醫院層級	職位
A君	區域醫院	院長
B君	區域醫院	醫務秘書
C君	區域醫院	醫療科主任
D君	區域醫院	醫療科主任

#### 1.4.4 訪談內容整理

- 1.舊制醫院評鑑實施時期，貴院的醫療服務模式和作業流程為何？
- 2.當新制醫院評鑑開始實施後，對貴院醫療服務模式的影響為何？醫師的工作型態有何改變？醫院編制有何改變？對醫療作業的影響？
- 3.新、舊制醫院評鑑對醫療服務模式影響的差異為何？
- 4.新、舊制醫院評鑑如何影響貴院醫療服務的提供？

### 1.5 研究範圍與限制

#### 1.5.1 研究範圍

本研究主要以價值鏈角度，探討服務臺灣的區域級署立醫院的醫師，在經過舊制醫院評鑑及新制醫院評鑑時期，醫療服務模式附加價值的變化。

#### 1.5.2 研究限制

本研究雖已盡可能尋找資料，並盡力審慎地進行分析與推論，但因研究主題與個人能力、時間、人力等資源上的限制，仍存在以下限制：

- 1.本研究的範圍亦限於服務於醫院之醫師，對於診所及服務於其他機構的醫師，未加以探討。
- 2.本研究訪談對象雖均為在醫界具10年以上服務資歷之先進，但由於台灣實施醫院評鑑時日已久，評鑑制度幾經更迭，可能有敘述不完整之處，雖已盡力以文獻加以補充，仍不免有遺漏、疏失之憾。

## 第二章 文獻探討

### 2.1 醫院評鑑制度

我國醫院評鑑制度的建立，僅次於美國、加拿大、荷蘭、澳洲，為全球第五，亞洲第一個實施醫院評鑑的國家。評鑑係藉由外部稽核方式，來提升醫療服務品質，而醫療照護品質國際協會(The International Society for Quality in Health Care)對「醫院評鑑」的定義為：「醫院評鑑係指醫療健康照護機構的自我評值和外部同儕審查的過程，根據既定的標準來精確評值自我的表現，並訂出執行方案持續改進健康照護制度」(林淑綿，2010)。在臺灣實施「醫院評鑑」起始的目的為：1.確保醫療品質、2.奠定分級醫療基礎、3.指定醫學院校學生及住院醫院臨床訓練場所、4.平衡醫療資源發展(廖慧娟，2007a)。

醫院評鑑實施至今，若以教學評鑑時期自1987年算起已超過三十年，自1986年「醫療法」公布後全面實施醫院評鑑也超過二十年，其間歷經了新、舊制醫院評鑑、主辦單位也在1999年由行政院衛生署轉移至「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」，醫院評鑑所重視的層面也逐漸由重視設備規模、人力科別的結構面進而走向以流程面及結果面為導向。希望打破病床規模越大越好，科別設置越多越好的醫療品質分級的迷思，而以社區民眾的健康需求為導向，鼓勵發展不同類型之特殊功能醫院，好壞不在大小，而在品質，以醫療品質及醫療服務的成效為評核的標的。

在多次的改革之下，並參考多國的醫療評鑑制度，「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」在2006年通過國際醫療照護品質協會的「評鑑機構」國際認證(International Accreditation Program; IAP)；並於2007年通過「評鑑基準」之國際認證。這代表了臺灣實施多的醫院評鑑已完全和國際評鑑方向接軌，醫院評鑑也確為評斷醫院醫療品質的最佳工具。

#### 2.1.1 醫院評鑑之法源

醫院評鑑的歷史可追溯至1978年教育部與衛生署共同舉辦第一次的「教學醫院評鑑」，原目的是為醫學院的學生指定合格的實習場所。「教學醫院評鑑」為教育部對教學醫院的一種自律行為，當初並沒有任合法源依據，直到1986年11月醫療法頒佈施行，其中第7條明訂「本法(醫療法)所稱教學醫院，

係指其教學、研究、訓練設施，經依本法鑑定可供醫師或其他醫事人員之訓練及醫學院、校學生臨床見習、實習之醫療機構。」並在第二章第28條、第七章第94、95條，分別將醫院評鑑及教學醫院評鑑作業納入條文規定，使評鑑工作有正式法源依據，至此進入全面性醫院評鑑制度時代(廖慧娟，2007a)。

1. 我國全面性醫院評鑑制度始於1986年11月公佈之「醫療法」，其相關法規依據如下：

(1)醫療法第28條

中央主管機關應辦理醫院評鑑("醫療法"，1986)。

(2)醫療法施行細則第15條

中央主管機關依本法第二十八條規定辦理醫院評鑑，應訂定醫院評鑑基準及作業程序，並得邀請有關學者、專家為之。

(3)醫療法施行細則16條

中央主管機關依本法第二十八條規定辦理醫院評鑑，應將評鑑結果，以書面通知申請評鑑醫院，並將評鑑合格之醫院名單與其合格有效期間及類別等有關事項，以公告方式公開之("醫療法施行細則"，1987)。

2. 我國自1994年開始實施全民健保，故健保特約醫事服務機構依下列相關法規應參加醫院評鑑：

(1)全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第18條

醫院、診所得申請為本保險之門診特約醫院、診所。但同時申請住院診療者，應經由中央衛生主管機關醫院評鑑合格。前項申請住院診療之醫院因新設立未及參加評鑑時，由保險依醫院評鑑標準專案認定之。

(2)全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條

特約醫院加護病房之設置，應符合醫療機構設置標準及醫院評鑑之規定。

由前述二項相關法源依據，臺灣為少數將醫院評鑑制度與保險給付做連結的國家，也因此醫院評鑑成為一種強制性行為，而非如其他國際醫院評鑑(如：Joint Commission International, JCI)為醫院本身主動申請接受評鑑。也因此從當初1978年教育部剛辦理教學醫院評鑑時僅40幾家接受教學醫院評鑑，至今全國接受醫院評鑑的醫院已超過四百多家。

## 2.1.2 醫院評鑑之沿革

我國評鑑之沿革可分為幾個時期，教學醫院評鑑時期、醫院評鑑時期、委託民間團體辦理時期及新制醫院評鑑時期：

### 1. 教學醫院評鑑時期

始於1978年由教育部會同衛生署辦理，受評醫院依據成績分為一級、二級及三級教學醫院。

### 2. 醫院評鑑時期

於1987年11月公佈醫療法後施行，將醫院評鑑及教學醫院評鑑皆納入條文規範，使評鑑工作有了法律依據。受評醫院分為下列三類：

- (1) 醫學中心(含準醫學中心)，亦為教學醫院。
- (2) 區域醫院(含準區域醫院)，亦為教學醫院。
- (3) 地區醫院，又分為一般地區醫院及教學地區醫院。

並於1988年年度首度辦理台灣地區醫院評鑑，同時，會同教育部辦理教學醫院評鑑，頒訂「醫院評鑑與教學醫院評鑑標準暨有關作業程序」，邀請資深醫師、護理師、藥師及醫院管理專家，組成評鑑小組，設計詳細之評鑑資料表及評量表，赴各受評醫院就醫院之「人員、設施、醫務管理及社區服務」、「內外科醫療服務品質」、「放射線診療品質」、「檢驗醫療品質」、「護理作業品質」、「藥事作業品質」、「急診及感控醫療品質」及「精神醫療品質」實地評估個別品質成果。依醫療法規定，經評鑑合格之醫院，其資格有效期限為三年，期滿醫院需重新申請評鑑，評定其資格。

### 3. 委託民間團體辦理時期

行政院衛生署於1999年1月核准並捐助成立「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」，自此醫院評鑑進入委託民間團體辦理時期，評鑑方式及受評醫院分類承襲既往模式。

### 4. 新制醫院評鑑時期

有鑑於我國醫院評鑑工作自1987年施行以來，主要都圍繞著醫療作的結構面為主題，對於過程面及結果面較無要求，以致形成醫院間的軍備競賽現象，但對於醫療品質卻不定有等比的助益。於2005年正式修改評鑑模式為新

制醫院評鑑，採用新訂之評鑑基準並整合評鑑作業為醫管、醫療及護理三大組；受評醫院依成績僅分優等與合格兩類(黃松共，2007)。(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會)

## 5. 2012年醫院評鑑

在經過了一次新制醫院評鑑試評及二次的新制醫院評鑑後，負責醫院評鑑相關事務的「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」提出了下一階段的評鑑改革方向，並於2010年12月4日公佈「醫院評鑑基準-2011年版」。2011年版的醫院評鑑將條文整合，除了延續之前新制醫院評鑑強調「以病人為中心」的精神外，並將其落實在日常的醫療照護中，並在2012年起開始實施、如圖 2.1 臺灣醫院評鑑之沿革。

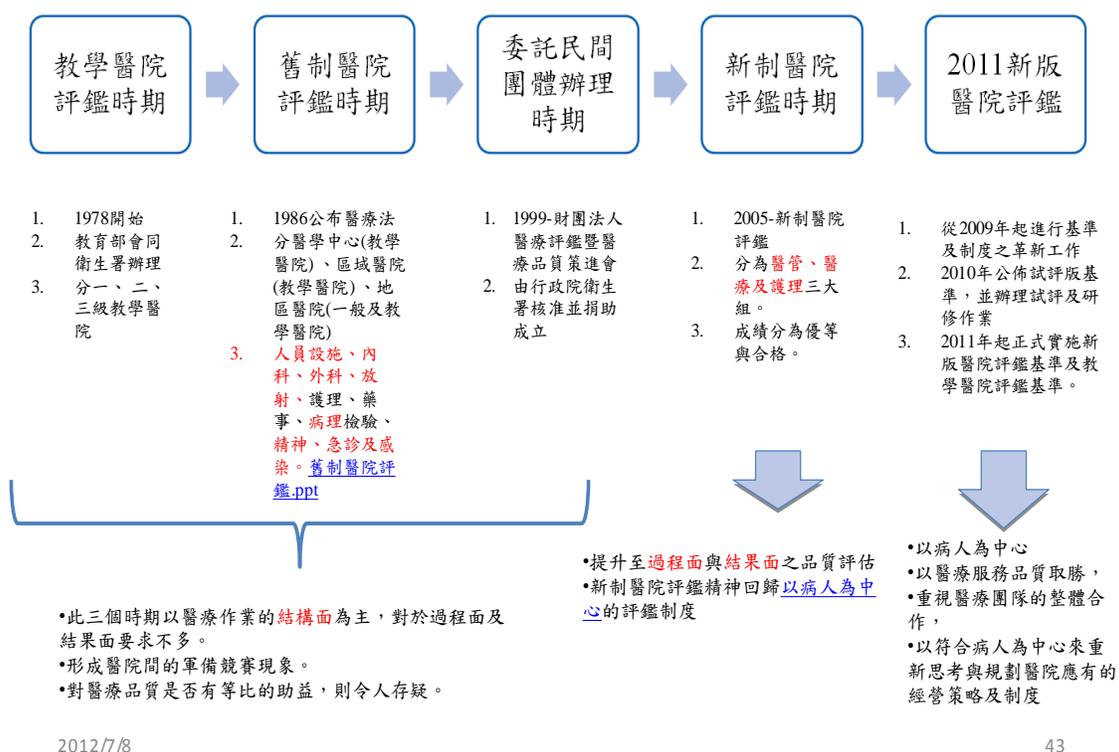


圖 2.1 臺灣醫院評鑑之沿革(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會)

Avedis Donabedian(1982)將醫療品質指標分為三類：結構面指標(structural indicators)為評估組織是否具備充足資源以提供良好品質的醫療照護；過程面指標(process indicators)為偵測診療行為活動或提供照護的標準；結果面指標(outcome indicators)為測量接受醫療照護後，所發生預期性或非預期性的事件發生頻率(Donabedian，1982；廖繼洲，1990)。醫院評鑑是追求醫療品質提升

需要的手段，而醫療品質提升則應是醫院評鑑主要目的。但在2003年陸續發生了幾起重大的醫療疏失，使得醫界開始反省醫院評鑑制度有改善之必要，進而有了新制醫院評鑑的推動。

自1978年始於教學醫院評鑑至2005年開始推行新制醫院評鑑之前，被統稱為舊制醫院評鑑，在此時期著重於「結構面」的品質提升，以推動醫院設備、人力結構改善為評鑑基準，各醫療機構在接受醫院評鑑時，莫不致力於提升醫療設備，雖然醫療品質亦隨著醫院設備更新有所提升，但卻造成醫院間的「軍備比賽」，競相在設備器材、人力控管上加以著墨(林淑綿，2010；廖慧娟，2007a)。

2005年起開始的新制醫院評鑑制度期能建立安全、有效、以病人為中心的評鑑機制，在評鑑相關條文中將醫院應具備的各項功能及條件，逐一列出，明訂每一項的合標準，企圖從結構面的評估進入醫療過程面與結果面的評量。不論在管理、醫療或護理等各方面，要求以病人為中心，更須以病人安全為重。除了重視病人跌倒的防範、藥物交互作用的監視、藥物異常的通報、意外事件通報、病人辨識等。新制醫院評鑑在執行時觀察的即為醫護人員是否切實做到將病人視為獨立的個體、依每一位病人的情況予以不同的照護(過程面)，而以後病人的病情是否得到改善(結果面)(廖慧娟，2007b)。

### 2.1.3 醫院評鑑制度與醫療保險給付

在臺灣開始有醫院評鑑之初，僅以教學醫院評鑑為主，目的是為了協助醫學院的學生有合格的實習場所，目的僅為確保實習醫師的訓練品質。主辦單位以教育部為主，為站在教育學生的立場，除在當時尚未有任何法源支持外，衛生署也僅因為醫療院所的主管單位擔任協辦角色。在當時除了教育部的補助外，於醫院的收入所得並無直接的關聯性，評鑑結果也未公布於民眾所知。

在1986年公布「醫療法」、1987年公布「醫療法施行細則」明令規定中央機關需執行醫院評鑑，使醫院評鑑有了法源的依據，也有了強制性。且在衛生署1988年推動第二次醫院評鑑後，1989年的勞保局之勞保醫療給付制度更結合醫院評鑑制度，採用甲、乙、丙表三種支付標準，據以支付不同等級醫院之醫療費用；同時公保處亦跟進(陳金鐘，2002)。此為臺灣醫院評鑑制度

與保險給付制度掛勾之濫觴。

全民健康保險自1995年開辦以來除了沿襲公、勞保時期以醫院評鑑等級作為給付條件，更在相關的「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」中明訂醫院評鑑結果為中央健保局與醫療院所簽訂合約之重要依據。雖然2008年正式開始實施的新制醫院評鑑對醫院評等方式與舊制醫院評鑑不同，不再評等醫學中心、區域、地區醫院，僅區分「特優」、「優等」、「合格」三類結果；但限於醫院評鑑等級與健保給付之相關規定，新制評鑑，最終仍將分為三個層級類別，在醫療院所申請醫院評鑑前即決定申請的層級類別，即醫學中心、第一類、第二類，再以最終結果決定總額給付點數標準。

正因醫院評鑑結果與健保給付息息相關、密不可分，所以醫院為了爭取更高的健保給付而致力於準備醫院評鑑進而提升醫療品質，這樣的結果促進我國醫療環境更進步(林淑綿，2010)。也因此醫院評鑑等級結果成為各醫療院所極力爭取，也直接、間接地影響了在醫院執業的各專業醫療人員角色價值的變化。

## 2.2 價值鏈管理分析

### 2.2.1 價值鏈定義

波特(Michael Porter)在1985年於「競爭優勢(Competitive Advantage)」一書中提出價值鏈(value chain)的觀念。波特指出若一企業要發展其獨特競爭優勢，或是為股東創造更高附加價值，策略即是將企業的經營模式(流程)解構成一系列的價值創造過程，而此價值流程的連結即是價值鏈。

價值鏈所呈現的總體價值，是由各種「價值活動」(value activities)和「利潤」(margin)所構成。價值活動是企業進行的各種物質上和技術上具體的活動，也是企業為客戶創造有價值產品的基礎。價值活動可分為「主要活動」和「輔助活動」，「主要活動」為涉及產品實體的生產、銷售、運輸、及售後服務等方面的活動；「輔助活動」則藉由採購、技術、人力資源、及各式整體功能的提供，以支援主要活動，並互相支援，解構價值鏈的目的是為了檢視企業內的主要活動及支援活動(Porter，1985)，如圖2.2 一般價值鏈。

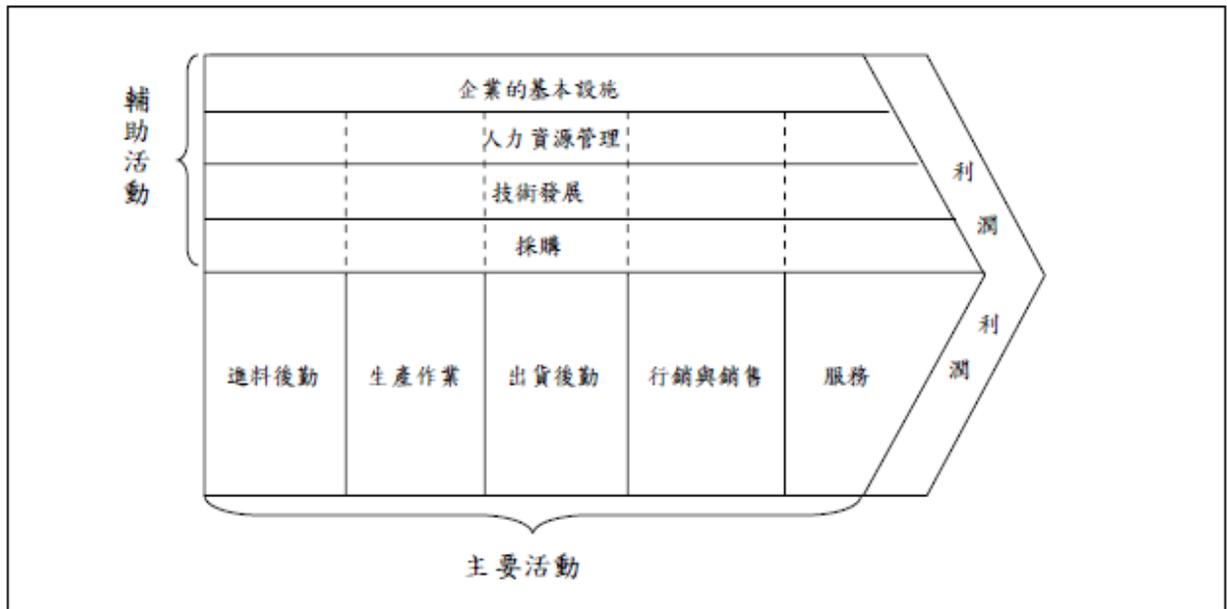


圖2.2 一般價值鏈(Porter，1985)

### 2.2.2 價值鏈管理

根據波特的競爭優勢分析，欲達到價值創造的最大，不外採用成本優勢(Cost advantage)與差異化(Differentiation)兩大策略，其中成本優勢其實就是在每一價值鏈環節中，要診斷競爭優勢，必須針對所屬產業的競爭特性界定價值鏈，不同的企業具有不同的價值鏈，分別反映出各自的歷史、策略、與成就。Porter認為公司在確定了價值鏈之後，有助於其定位與策略擬定上之配合，界定價值鏈，就能將成本與資產分配至各價值活動，以分析其成本，並和競爭者相比較，然後修正其成本或重組其價值鏈，創造出差異化競爭，獲得競爭優勢。

價值鏈除了是分析競爭優勢的基本工具及幫助企找出如何創造和保持競爭優勢的途徑外，對企業組織結構的設計也具有很大的功用。企業的組織結構將各種價值活動分類組合，分別歸屬不同的組織單位；而價值鏈提供有系統的方法，將企業分解成各種獨立價值活動。企業可根據競爭優勢的來源，釐定適當的單位界限。能夠因應價值鏈需要的組織結構，有助於形成企業創造並保持競爭優勢的能力。

Porter認為組織能成功的關鍵在能夠對顧客創造價值，同理醫療機構的成功也在於能對病人、醫生及其他利害關係者創造價值。建構價值鏈模型分析

應用於醫療界來自於一般產業價值鏈的修正。價值可由服務提供次系統及支援性活動次系統所創造。

## 2.3 微笑曲線理論

### 2.3.1 微笑曲線的由來及定義

宏碁集團創辦人施振榮先生於1992年為「再造宏碁」提出了有名的“微笑曲線”(Smiling Curve)理論，以作為宏碁的策略方向。微笑曲線理論雖然簡單，卻很務實的指出臺灣產業未來努力的策略方向。在附加價值的觀念指導下，企業體只有不斷往附加價值高的區塊移動與定位，才能持續發展與永續經營，如圖2.3 微笑曲線。

微笑曲線是以「附加價值」的高低來看待企業的競爭力，兩端朝上，在產業價值鏈中，附加價值更多體現在兩端，設計和銷售，處於中間環節的製造附加價值最低。曲線中間是製造；左邊是研發，屬於全球性的競爭；右邊是營銷，主要是當地性的競爭。當前製造產生的利潤低，全球製造也已供過於求，但是研發與營銷的附加價值高，因此產業未來應朝微笑曲線的兩端發展，也就是在左邊加強研究發展創造智慧財產權，在右邊加強客戶導向的營銷與服務。

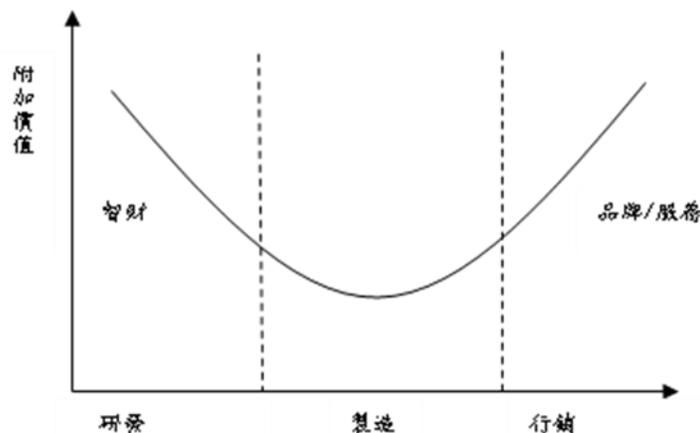


圖2.3 微笑曲線(施振榮，1996)

微笑曲線理論的產生雖然是施振榮(1992)為了「再造宏碁」的目標而定下的策略，其理論的形成背後存在一些因素，如：全球化的競爭壓力、產品生命周期的壓力、企業生存的壓力、附加價值的壓力、產業發展的趨勢、產業發展環境的需要。而企業面臨這種種的壓力下，必需不斷地往附加價值高的

區塊移動與定位，才能持續永續經營。在過去以重視成本及產量、製造能力為關鍵；現在和未來則要重視顧客導向與需求、專利技術及行銷服務為關鍵(施振榮，1996)。

### 2.3.2 微笑曲線與苦笑曲線

在劉常勇的苦笑曲線理論中提到，先進地區的微笑曲線對應後進地區而言，呈現卻是相反的苦笑曲線。以資訊業為例，先進地區資訊廠商在系統組裝的製造功能上不具有競爭優勢，因此趨向發展微笑曲線兩端的行銷與研發功能。進地區資訊廠商由於在行銷與研發不具有競爭優勢，因此曲線兩端的附加價值反而不如居中的製造功能為高，而此呈現一種與微笑相反的苦笑曲線(劉常勇，2007)，如圖2.4 微笑曲線與苦笑曲線。

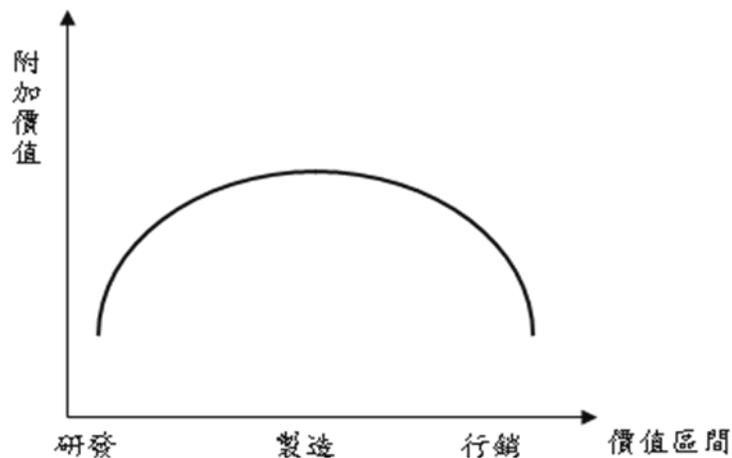


圖2.4 微笑曲線與苦笑曲線(劉常勇，2007)

企業運用微笑曲線附加價值的意涵去建構營運方針，朝向微笑曲線兩端前進。然而，品牌的經營需以高品質的產品做後盾，必預強而有力的研發團隊支援。由製造端切入微笑曲線，並樹立競爭規模為產業進入模式第一步，如何往附加價值高的微笑曲線兩端前進則是一重要課題。

## 第三章 醫師的服務模式

### 3.1 醫師在醫療界中的角色

#### 3.1.1 醫師的角色演進

約在西元前3000年左右的埃及大祭司印何闐(電影神鬼傳奇系列的靈感來源)，是埃及醫學的奠基人。他被譽為歷史上第一位留下姓名的醫師，成為醫學的祖師爺，被奉為醫學之神。他並成立了歷史上第一所醫學院，活躍的時間整整比希臘的醫學之父希波克拉底要早上兩千年。當埃及的文化傳播到歐洲時，希臘人原本接受印何闐與其所代表的醫學知識，但歐洲本位運動興起之後，印何闐便被徹底抹消，由身為希臘人的希波克拉底取而代之成為醫學之神。《艾德溫·史密斯紙草文稿》(Edwin Smith Papyrus)一般認為應該是後人根據印何闐所留下的文獻，是人類史上第一部醫學著作。

希波克拉底為古希臘之醫師，約生於西元前460年，後世人普遍認為其為醫學史上傑出人物之一。在其所身處之上古時代，醫學並不發達，然而卻能將醫學發展成為專業學科，使之與巫術及哲學分離，對古希臘之醫學發展貢獻良多，故今人多尊稱之為「西方醫學之父」。對臨床醫學貢獻甚多，並總先世醫學之大成，堪稱古醫師之典範。而其所訂立之醫師誓言，更成為後世醫師之道德綱領，直至今日，如表3.1 醫師宣言。

表3.1 醫師宣言(日內瓦宣言，世界醫學協會)

<p>准許我進入醫業時：</p> <p>我鄭重地保證自己要奉獻一切為人類服務。</p> <p>我將要給我的師長應有的崇敬及感戴；</p> <p>我將要憑我的良心和尊嚴從事醫業；</p> <p>病人的健康應為我的首要的顧念；</p> <p>我將要尊重所寄託給我的秘密；</p> <p>我將要盡我的力量維護醫業的榮譽和高尚的傳統；</p> <p>我的同業應視為我的手足；</p> <p>我將不容許有任何宗教，國籍，種族，政見或地位的考慮介於我的職責和病人間；</p> <p>我將要盡可能地維護人的生命，自從受胎時起；</p> <p>即使在威脅之下，我將不運用我的醫學知識去違反人道。</p> <p>我鄭重地，自主地並且以我的人格宣誓以上的約定。</p>
--

在西元前三世紀，羅馬帝國初期，醫生的地位是很低的。行醫是有損羅馬公民尊嚴的，因羅馬早期的醫生是希臘血統的奴隸。到了西元二世紀是瘟疫流行的時代，專門的行醫布道方式促進了基督教會的發展。西元四世紀末，基督教被定為羅馬帝國的官方宗教。行醫的權力便落入教會手中，教士與醫生合而為一，護理病人、教會施藥所成為它生活中的一個基本組成部分。此種行醫布道的模式到了十九世紀也影響到台灣醫療的發展。

中國的中醫在遠古時代，也如同其他的民族一樣，為了對抗疾病而發展出來一套運用草藥的經驗，而中國最古老的醫學典籍，是黃帝內經(中醫原理)、神農百草經(中藥原理)。然而不同的是中醫又有本質的改變，就是有理論的指導，根本原因可能是巫、醫分業。在周朝時醫師的官制脫離巫師的系統而獨立出來，由醫療專業人士擔任衛生工作，而且脫離神權的控制，可以專心一意不受怪力亂神干擾；雖然漢代的獨尊儒家，和後來的科舉所帶來的桎梏，壓抑了民族的創造力，中醫也不例外，歷代以來名醫輩出迭有創見，但是仍脫不出這一時期的範圍。

張仲景(約西元150)嗜好醫學，廣泛收集其他醫家的治療方法，結合個人臨床診治疾病的豐富經驗和心得體會，並使之提高到一定的理論高度，創造性地著成《傷寒雜病論》這樣一部劃時代的實證醫學名著。使張仲景成為一位傑出的實證醫學家，被後人尊稱為「醫聖」(維基百科)。

華佗(西元208)是醫史上公認第一位使用麻醉藥來麻醉病人，然後進行外科手術的醫師(維基百科)。

李時珍(約西元1518)編寫《本草綱目》，是中國明朝最著名的醫學家及藥學家之一(維基百科)。如圖3.1 醫師在醫療界的角色。



圖3.1 醫師在醫療界的角色(本研究整理)

至於台灣醫療發展史，早期的台灣社會是原住民的居住地，醫療行為的進行以醫巫相混的方式為主，以民俗療法為主。在漢人陸續移居台灣之後，各種醫療方法與醫療體系遵循中國傳統。

1865年以後，傳教士開始持續地來到台灣，台灣第一家西醫醫院是台南市東門路鬧區的「新樓基督教醫院」，它比台北馬偕醫院早成立7年，更比台大醫院早興建30年，創立者馬雅各醫師，是天津條約開放台灣府(台南)與淡水港後，英國長老教會在1865年所指派第一位來台的海外醫療宣教師。傳教士馬偕(George Leslie Mackay, 1844-1901)在1872年來到台灣北部的淡水傳道行醫。他以台灣為家，為台灣人奉獻一生。他一手創辦的「偕醫館」至今還可以在淡水街頭看見，以他為名的「馬偕紀念醫院」已成為台灣最重要的教會醫療中心。中部的彰化基督教醫院，也是一百多年前英國來的蘭醫生在彰化從事醫療工作而創立的，這些醫院有一個共同的特點就全部都是教會醫院。

而台灣歷史上最早的醫學院是由萬巴德在旗津所設立的。萬巴德被西方醫學界稱為熱帶醫學之父，他以台灣熱帶疫病為題材，寫了很多醫學研究論文，而且會加註福爾摩沙。後來他到香港設立醫學院，這間醫學院就是香港醫學院，就是孫中山就讀的學校。在日本殖民之前，他們帶來了現代醫療，並從事已具雛形的臨床醫學教育，成為台灣現代醫學的先驅。

1895年中國將台灣割讓給日本。日本人台北設立「大日本台灣病院」，也就是台大醫院的前身。1896年改名為「台北病院」，開始逐漸邁進現代化醫院的管理和經營的基礎。1897年在台北病院內設立「醫學講習所」(土人醫師養成所)，也就是台大醫學院的前身，是台灣公設近代醫學教育之濫觴。些本土的台灣醫生，對台灣有很大的影響。出社會後，不但照顧國民的健康，也做了很多文化工作跟政治改革。第二次世界大戰後，國民政府跟美國結盟，美援一進到台灣，台灣醫療開始邁向美國系統。很多台灣醫生，開始到美國留學、進修，慢慢的，教科書都是英文；醫生的訓練，也都採取美國式的醫療制度(陳永興，1997)，如圖3.2 台灣醫療發展史。

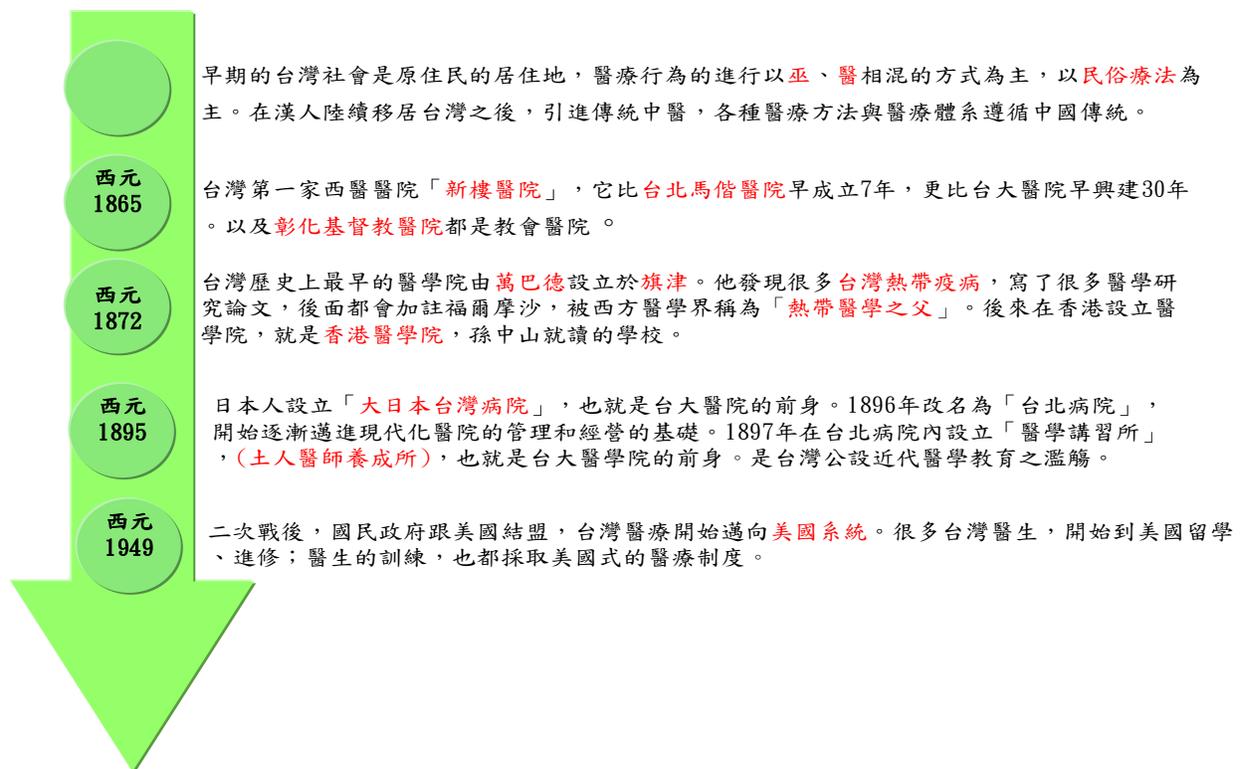


圖3.2 台灣醫療發展史(本研究整理)

## 3.2 臺灣醫師的執業型態與價值鏈

### 3.2.1 臺灣醫師的執業型態

台灣醫師的分佈以醫院及診所佔大多數，但是因為醫療環境的改變以及健保總額的限制，有一部分的醫師轉換跑道到醫學美容或自費健檢。其實還有些醫師待在醫學院或其他學術單位從事基礎研究及教學活動；也有一些醫師在製藥廠的研發部門從事臨床研究及新藥的開發；還有一少部分的醫師進一步學習法律的第二專長，從事法律諮詢及理賠等事務或是法醫的工作。因此服務的對象已經不限於病人而已，拓展至想要更美麗的人或想要更健康的人或需要法律解決的人，如圖3.3 醫師的執業型態與相關功能。

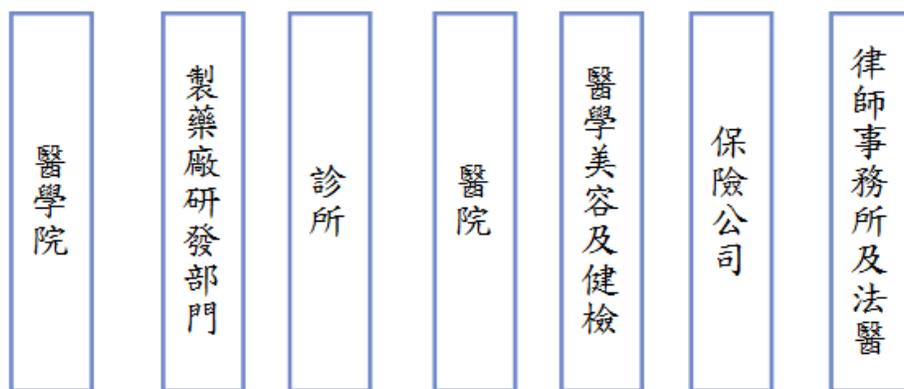


圖3.3 醫師的執業型態與相關功能(本研究整理)

### 3.2.2 醫師的價值鏈

在執業型態和執業場所的多元化之下，醫師的角色可能是教育家、研究者、經營者、美麗健康照護者、法律資訊提供者等，提供了從醫療的研究教學及臨床健康照護及各種衛教等服務。醫師所服務的項目包含了所有醫療供應鏈可及的範圍，從源頭的基礎研究，中間的臨床醫療服務，至終端的健康諮詢、衛教等服務，甚至於醫學知識的傳承、醫學知識的傳播，皆為醫師醫療服務的範圍，如圖3.4 醫師的價值鏈。

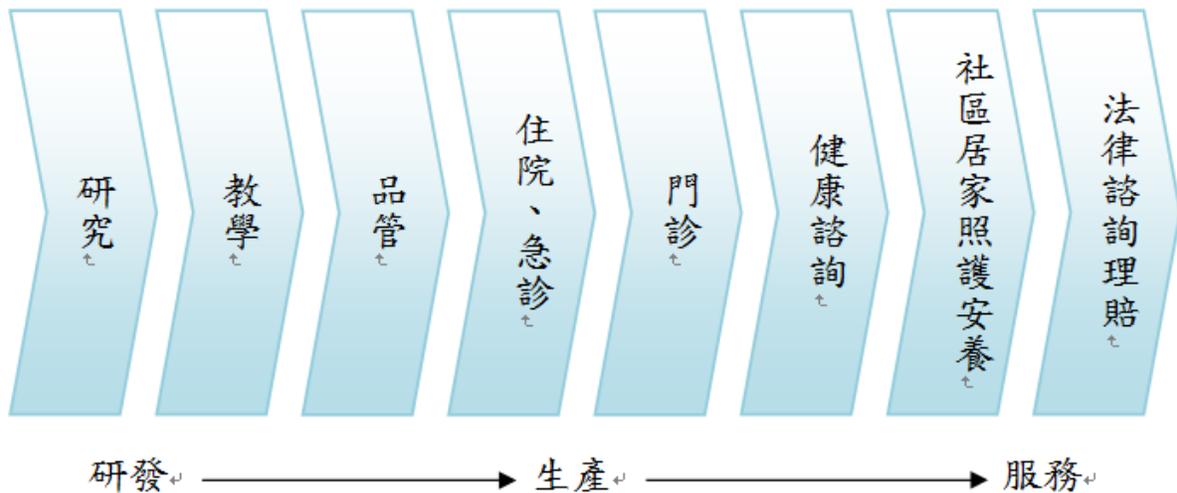


圖3.4 醫師的價值鏈(本研究整理)

### 3.3 醫院醫師的服務模式

由於「醫療機構設置標準」的相關設備及人力設置規定，及為了使醫師能專注於醫學本業，有最多醫療專業人員輔助醫師。所以醫院可說是在整個醫療體系中有最多醫療專業人員的地方。但還是以醫師為主體。

而與西方醫療體系不同的地方是臺灣的醫院不論醫院規模多大、等級多高，除急診及住院醫療服務外，仍有設立門診醫療服務。而在西方醫療體系中，醫院以住院病人為主，醫院醫師只需為住院病人擔負起醫療照護的責任；而在臺灣的醫院醫師除了住院病人外，亦需負責龐大的門診病人。

而且醫院醫師除了受到「醫療法」、「醫師法」二項的法律規範外，因為身為醫院的一員，無可避免的亦必須接受醫院評鑑，負責醫療科相關的評鑑事宜。因此醫院醫師除了參與臨床醫療服務等工作外，亦需負責與醫療行政的相關工作。

#### 3.3.1 醫院醫師的角色

##### 1. 研究教學

醫院醫師需負責與醫學教育相關的工作，特別是在教學醫院中，除了負責最基本的新進醫師的教育訓練、在職訓練並研究新的醫療方法。因為醫師的養成教育中臨床教學佔了很大的比重，例如一個外科醫師的養成，除了教科書以外，一定是要有一位資深醫師帶領，因為有很多技巧不是從書本裡可以得到的。當然也需要對其他醫療專業人員提供教學服務，如手術病人的術

前準備及術後衛教等，抗生素的使用準則等。

## 2. 臨床醫療服務

臨床醫療服務包括門診、急診、住院、檢查、手術等，是醫院最主要的業務。也是和全民健保給付最相關的。

## 3. 醫療管理

醫院可說是在整個醫療體系中有最多醫療專業人員的地方。會面臨到的許多行政事務，從選人、用人、育人、留人等，到單位成本及財務的管控、作業流程的設計、參與院內與病人安全相關的委員會、參與院內與病人安全相關的委員會、甚至於醫院的軟、硬體規劃及未來藍圖等。

## 4. 衛教服務

對病人及民眾需提供醫療相關的衛生教育，包括各種疾病的衛教或各種手術的衛教，提供居家照護及長期照護；並對其他專業醫療人員提供教學服務，如抗生素的使用等。

### 3.3.2 醫院醫師的服務對象

醫院醫師除了面對病人外，尚需對醫院內的各醫事人員、護理人員。所服務的對象若以病人及家屬而言，屬外部顧客；醫師及護理人員等為內部顧客，而醫師為兩者之間所提供的服務略有不同。

#### 1. 病人及其家屬

醫院醫師主要對病人及家屬提供的服務為相關的衛生教育，包括各種疾病的衛教或各種手術的衛教。在醫院，醫師與病人及其家屬接觸的地點為門診及病房，在大多數區域級以上的醫院在病房會另設有諮詢室，提供病人隱密且較完整的諮詢服務；在資訊及網路發達的現代，另外提供線上的衛教資訊，甚至有些醫院提供線上諮詢服務。除了給予衛教外，並製作用教單張，有些醫院會提供線上衛教供病人下載。

#### 2. 醫事人員及護理人員

醫院醫師對醫護人員提供的是更深入的醫療資訊，從疾病的預防、治療、併發症到衛教等，讓整個治療團隊都了解疾病的來龍去脈，更能提高照護品質。

### 3.3.3 以病人為中心的醫療照護模式

在舊制醫院評鑑時期的醫療服務模式還是以醫師、醫療為中心，若有病情複雜的病人需要多位次專科醫師照會時，在專業分工的思維下，由被照會醫師安排照會時間，一科接一科的照會。其缺點是各科依照本科的專業判斷來開立醫囑，可能無法兼顧到其他科的問題，或是造成重複用藥以至於造成傷害。而在新制醫院評鑑時期以病人為中心的醫療照護模式是強調「以病人為中心」的管理思維，這樣的思考模式是人為中心，把病人的安全放在第一位，進而體現在醫療、護理及行政上，各部門緊密結合、各司其職，提供最高品質的醫療服務。當遇到病情複雜的病人需要多位次專科醫照會時，由主治醫師通知各個被照會的醫師，約定同一時間來討論病人的病情，然後根據各照會醫師的集體會診，再經過重整的成序，後才開出對病人最佳的醫囑單。其優點是經過集體會診後，會減少重複用藥而造成的傷害。或是有一些盲點經過討論後會豁然開朗而找到解決之道。如圖3.5 舊制醫院評鑑時期的醫療照護模式及圖3.6 以病人為中心的醫療照護模式。

國內健保醫療常被詬病為缺乏完善之醫療品質、缺乏流程監控及管理、缺乏科際整合、溝通及協調合作，缺乏第三者公正機構的完整監督品質之機制，缺乏人性化與溫馨，缺乏病患隱私、病人及家屬權益、病患安全的醫療照護環境；面對健保總額預算形塑下的經營困境，也缺乏一套基於實證醫學、以病人為中心導向之照顧，因此新制醫院評鑑正好可以提供醫院領導與經營管理的新典範。

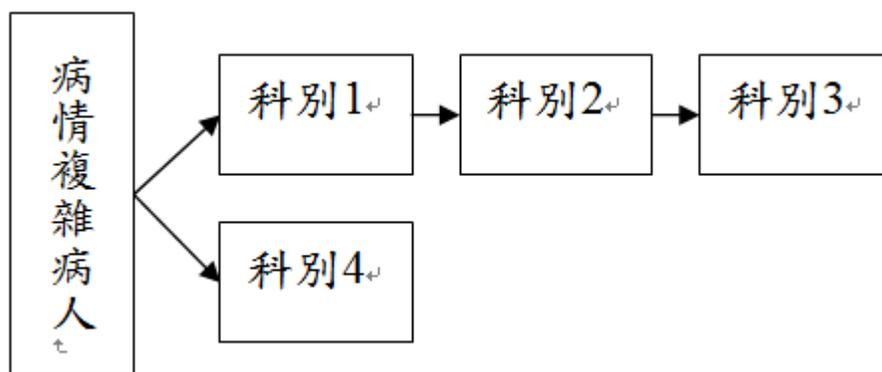


圖3.5 舊制醫院評鑑時期的醫療照護模式(馮文中，2009)

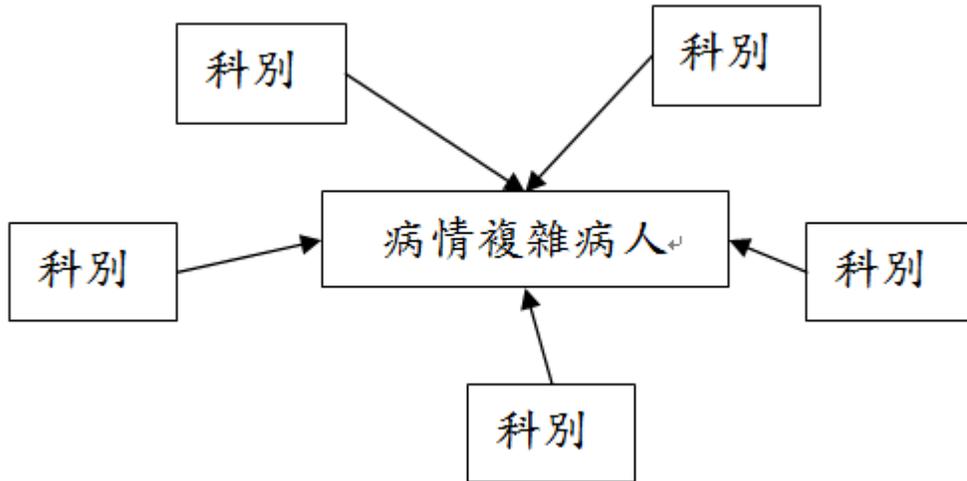


圖3.6 以病人為中心的醫療照護模式(馮文中，2009)

### 3.3.4 醫院醫師的苦笑曲線

雖然醫院評鑑在評鑑基準的關係文中，一再地強調管理上對整體的病人的重要性，但相對於醫院評鑑對醫療品質的強調，全民健康保險給付給以臨床醫療服務包括門診、急診、住院、檢查、手術等數量為給付標準，無法依醫療服務的品質予以適當的給付。這使得醫院醫師的附加價值呈現苦笑曲線，而臨床醫療服務仍為其主要的附加價值，如圖3.7 醫院醫師的苦笑曲線。

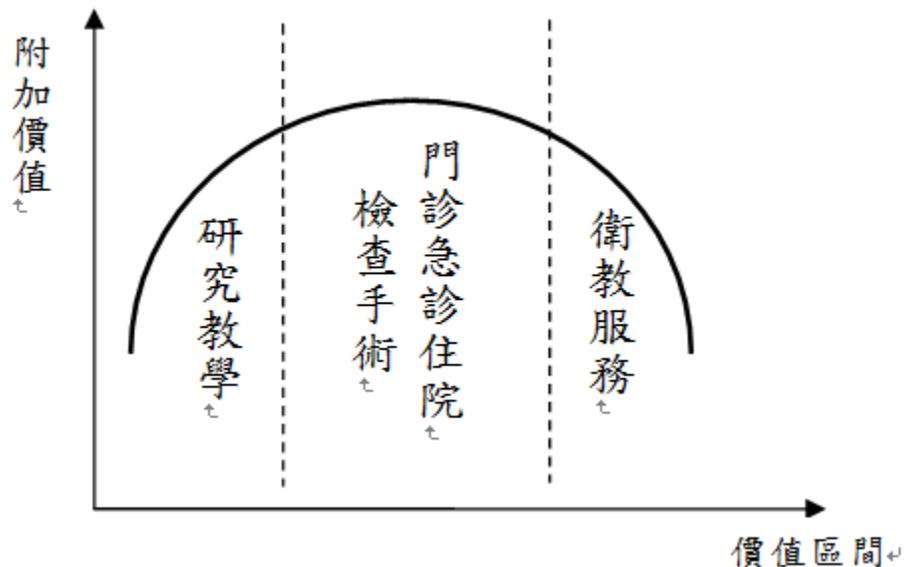


圖3.7 醫院醫師的苦笑曲線

## 第四章 醫院醫師的價值分析

### 4.1 醫院的架構與組織

在臺灣，醫院如同整個醫療大體系的小縮影，在其中為病人服務者，有各式各樣的醫療專業人員從醫師、護理人員、藥師、醫檢師、營養師、放射師，到行政人員等，每個醫療專業人員分工合作、各司其職，而醫療部則是在這個醫療架構之下不可或缺的重要部門，負責醫療與行政相關的各項事務。

#### 4.1.1 醫院的基本編制

臺灣的醫院中多屬綜合醫院，服務包括了門診、急診、住院等。以署立醫院為例：院長、副院長為醫院的首長及副首長。但是有行政院衛生署醫院管理委員會為上級督導。院長下設秘書及管理中心負責管理全院等有關事項。

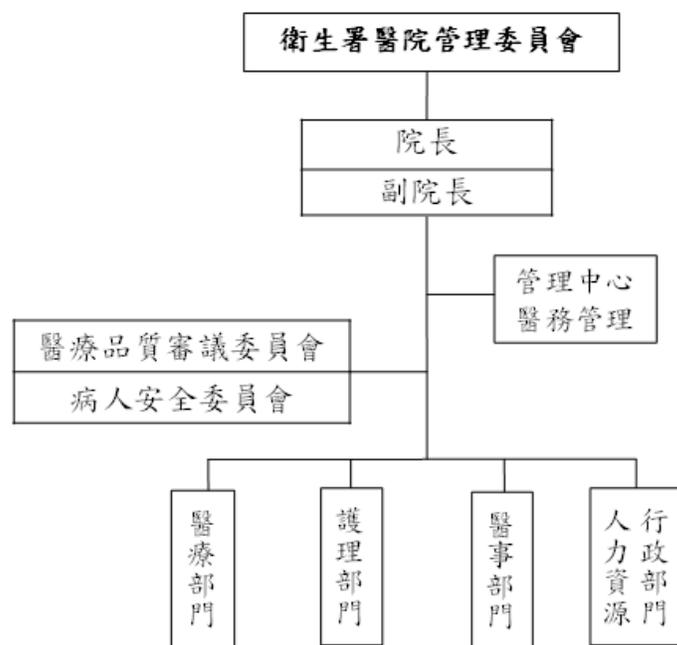


圖4.1 某署立醫院的組織架構

行政院衛生署並訂定「行政院衛生署所屬醫院組織準則」及二十九家醫院編制表。如表4.1 行政院衛生署苗栗醫院編制表

第三條：醫院掌理民眾衛生醫療保健、醫務人員實習訓練、教學研究及醫院管理等有關事項。

第四條：醫院置院長一人，副院長一人或二人，均由師(一)級之醫事人員兼任。

第五條：醫院得依業務需要，置秘書，職務列薦任第八職等。但床數在三百床以上之醫院，秘書職務列薦任第八職等至第九職等。

從第三、四、五條準則明訂醫院功能及院長、副院長及秘書等管理中心的資格。

表4.1 行政院衛生署苗栗醫院編制表(行政院衛生署人事室)

職稱	官等或級別	職等	員額	備考	
院長			(一)	由師(一)級之相關醫事人員兼任，	
副院長			(一)	由師(一)級之相關醫事人員兼任，	
秘書	薦任	第八職等至第九職等	—	一、病床三百床以上， 二、本職稱之官等職等暫列，	
科主任			(十八)	由師(二)級或師(三)級之醫事人員兼任，	
室主任	薦任	第八職等	三	本職稱之官等職等暫列，	
醫師	師級		四十三	醫師、中醫師、牙醫師之員額，其中師(一)級人員之員額不得高於百分之十，師(三)級人員之員額不得低於百分之二十五，	
中醫師					
牙醫師					
護理督導長			(一)	由護理師兼任，	
護理長			(十四)	由護理師兼任，	
藥師	師級		五十八	藥師、醫事檢驗師、護理師、營養師、物理治療師、職能治療師、醫事放射師、臨床心理師、呼吸治療師之員額，其中師(二)級人員之員額不得高於百分之二十，其餘為師(三)級，	
醫事檢驗師					
護理師					
營養師					
物理治療師					
職能治療師					
醫事放射師					
臨床心理師					
呼吸治療師					
科員					委任或薦任
技術員	委任	第四職等至第五職等	三	本職稱之官等職等暫列，	
護士	士(生)級		五十九		
辦事員	委任	第三職等至第五職等	二	本職稱之官等職等暫列，	
書記	委任	第一職等至第三職等	—	本職稱之官等職等暫列，	
人事室	主任	薦任	第八職等	—	本職稱之官等職等暫列，
	科員	委任或薦任	第五職等或第六職等至第七職等	—	本職稱之官等職等暫列，
會計室	會計主任	薦任	第八職等	—	本職稱之官等職等暫列，
	科員	委任或薦任	第五職等或第六職等至第七職等	二	本職稱之官等職等暫列，
政風室	主任	薦任	第八職等	—	本職稱之官等職等暫列，
	科員	委任或薦任	第五職等或第六職等至第七職等	—	本職稱之官等職等暫列，
合計			一七九 (三十五)		

### 4.1.2 醫院組織架構變化

署立醫院的組織架構是由行政院衛生署所訂定，沒有太大的變動。但是因應醫院業務量的逐漸擴充，及醫院評鑑及教學的需求，因此增設許多委員會，如醫教會、醫學倫理委員會、人體實驗委員會、病人安全暨醫療品質審議委員會，輸血、護理、手術、麻醉等作業之病人安全管理委員會等，逐漸加強研究教學、醫療管理、衛教服務的比重。

## 4.2 醫療服務模式與醫師價值鏈變化

舊制醫院評鑑主要作業區分為人員設施、內科、外科、放射、護理、藥事、病理檢驗、精神、急診及感染管制等十組分別進行。實地評估個別品質成果。依醫療法規定，經評鑑合格之醫院，其資格有效期限為三年，期滿醫院需重新申請評鑑，評定其資格。

而新制醫院評鑑於2005年正式的評鑑模式為「以病人為中心」，採用大幅修改之評鑑基準並整合評鑑作業除維持原有的結構面評核外，增加「醫療過程面」及「結果面」的要求，分為醫管、醫療及護理三大組進行評核；受評醫院依成績僅分優等與合格兩類。

因此新制醫院評鑑「以病人為中心」的概念完全發揮，保證病人安全、確保病人權利和服務品質等，此為最終的評鑑目標。這樣的思考模式是以人為中心，把病人的安全放在第一位，醫療、護理及行政上，各部門緊密結合、各司其職，提供最高品質的醫療服務。不僅全面提升了病人的醫療服務品質，更與國際醫院評鑑接軌。因此以病人為中心的優質醫療須要團隊合作提昇醫療的深度與廣度，強調實證醫學的重要性並且廣範利用電腦資訊，達到品質促進的目的，如圖4.2 新制醫院評鑑之核心價值-以病人為中心的優質醫療。

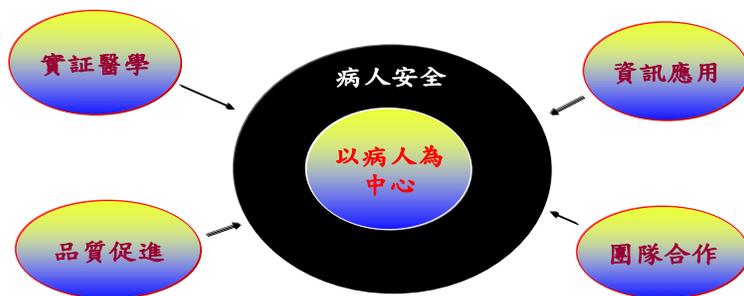


圖4.2 新制醫院評鑑之核心價值-以病人為中心的優質醫療

因而醫院的角色功能會有所改變，以往醫院的臨床服務如一般醫學、家庭醫學、急診醫學、老人醫學、精神醫學、職業醫學等是最重要的，但是在社區化的醫學訓練之下，傳染疾病、災難應變、慢性疾病、癌症篩檢、健康營造、學校保健等功能會逐漸提高，尤其是傳染病的防疫，在2003年SARS事件後觀念有極大的改變，把台灣本島運用防火牆的概念以縣市為單位區隔開。因為SARS事件發生後，台北市立和平醫院被封院，衛生署為了要安頓因為封院而被隔離的病人及其家屬，沒有疫情的署立竹東醫院也封院，將署立竹東醫院的病人清空，再將和平醫院的病人及其家屬轉送過去隔離。為了這次的轉院，耗費的成本相當大，曝露的風險更大，因為只要稍有疏失，整個北台灣就淪為疫區。至於災難應變也強調社區化、地區化，當地發生緊急災害時，先由當地的醫院做緊急處理，過於嚴重的或過多的病人再經過緊急醫療網的安排至其他醫院治療，如圖4.3 醫院角色功能。

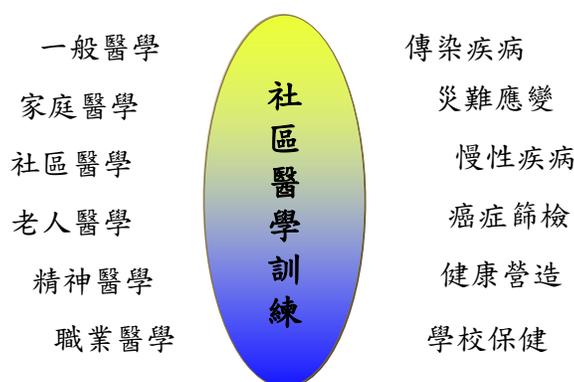


圖4.3 醫院角色功能

因此醫療照護體系也會逐漸改變，由原本以急性照護為主的體系逐漸加重社區照護的體系如加強預防醫學、健康促進，以減少疾病的產生，推廣慢性照護的體系如長期照護、居家照護的比重。以求對病患的照護達到深度與廣度、預防與治療兼顧的境界。除了原本生命週期中生、老、病、死過程的照顧以外，還要包含身、心、靈以及家庭等各個層面照顧，也就是全人照護的目標，如圖4.4 急性照護體系的轉變。

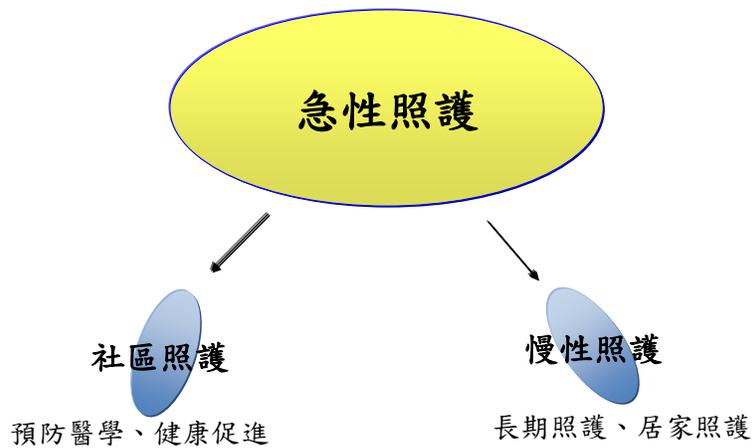


圖 4.4 急性照護體系的轉變

#### 4.2.1 新、舊制評鑑之介紹與比較

##### 1. 以病人為中心的思考方式：

舊制醫院評鑑主要著眼於專業分工，偏向「結構面」的評鑑；而新制醫院評鑑除維持原有的結構面評核外，增加「醫療過程面」及「結果面」的要求，分為醫療、護理及管理三組進行評核；同時強調醫院自評，透過自評表傳達醫院的現況，委員可透過自評的結果來查核，給予肯定及改善的建議，是一種「以病人為中心」的思考方式。

##### 2. 重視醫院未來的策略及規劃：

舊制醫院評鑑僅針對醫療院所的管理及醫療執行進行評核；而新制評鑑除原有的評核標準外，新增加第一章「醫院經營策略及社區功能」，了解醫院未來發展的方向及與社區之互動；在第八章「人力素質及品質促進」中，將散落在各章的人力素質規範，改採專章方式敘述，使醫院有系統的針對人員素質，進行盤整及提昇。

##### 3. 強調病人權利：

舊制醫院評鑑是以醫療院所為出發點，針對硬體設備、專業分工等項目進行評分；而新制醫院評鑑則是以病人觀點為中心，強調病人有「知」的權利，配合衛生署「病人安全」政策，要求在執行任何醫療處置行為前，都必需讓病人了解相關的資訊。更在第三章「病人權利與病人安全」中，以專章方式明訂需建立維護病人安全的機制，並確保機制運作的順利。

新制醫院評鑑是「以病人為中心」，在評核上更能貼近病人的感受及需

求。從醫院管理的角度來看，接受新制醫院評鑑，一方面可提供安全的醫療行為；一方面也符合ISO系統「說、做、寫一致」的精神，讓所有的行為都具有可追溯性，管理上也更為方便及容易，而最重要的是透過新制醫院評鑑的評核，建立一個提供全人照護的優質醫療團隊。

#### 4.2.2 舊制醫院評鑑制度實施期

1987年因有法源(醫療法)的依據開始全面實施醫院評鑑，在2005年評鑑制度改制之前被稱之為舊制醫院評鑑時期，自1987年至2005年之間臺灣的醫療及制度有許多改變，例如：1995年臺灣實施全民健康保險、1997年實施醫藥分業、2002年實施醫院健保總額支付制度。每一個制度的實施或改變，或多或少都影響了醫院的醫療專業人員的角色價值。在舊制醫院評鑑實施的近二十年期間，醫院的醫療服務模式及組織制度已經建立，並朝向醫院設備規模化、醫療次專科化等專業分工、及企業化的醫療為主，著重在臨床醫療服務科別的完整性。尤其在健保總額給付下，醫療服務流程上必須重視績效、節制成本。病人從門診開始要辦理住院及手術時，只須病情解釋即可、在什麼環境下解釋並不是很重要，也就是說病人隱私並不重要，住到病房以後，手術病人會先有「手術病患安全查核表」，以確定病人及手術部位，病人進入手術房後由麻醉醫師進行麻醉再下刀，手術結束後回到病房再由護理人員安排手術後的衛教，然後出院回家療養。

整個住院及手術的流程有手術前的「病情解釋」、手術中的「手術病患安全查核表及麻醉」、手術後的「術後衛教」。但是解釋不清、給錯藥、打錯針甚至嚴重到開錯刀或術後病人恢復不如預期等糾紛還是時有所聞。例如為最近一次台大醫院、成大醫院行器官移植時誤植愛滋病人的器官，這是在專業分工下卻缺乏流程監控及管理所造成的醫療疏失，如圖4.5 舊制醫院評鑑制度實施期醫療流程。

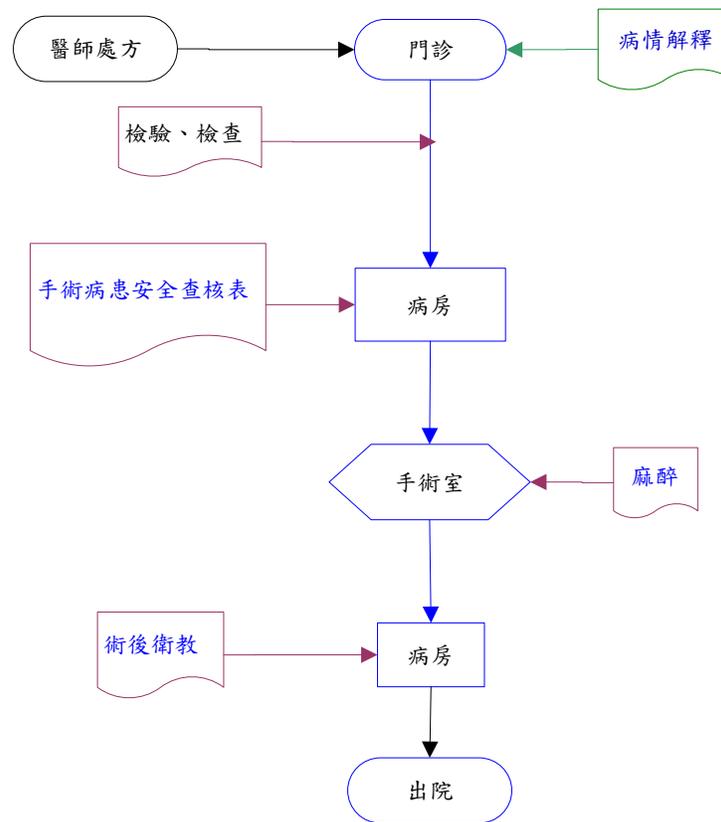


圖4.5 舊制醫院評鑑制度實施期醫療流程(本研究整理)

### 4.2.3 新制醫院評鑑制度實施期

新制醫院評鑑對整體的醫院醫療服務模式的架構雖然並無太大影響，但相較與舊制醫院評鑑對醫療作業管理及臨床醫療服務上有更明確的要求，以病人為中心的安全管理是一大重點，且在醫院健保總額給付實施後，醫院評鑑結果與健保總額給付點數掛勾，因而醫療服務在新制醫院評鑑的推波助瀾下必須建立更多的跨團隊醫療照護。若舊制醫院評鑑對醫院醫療服務模式的價值鏈影響為建立，則新制醫院評鑑則可被認為是深耕化，希望能藉由醫院評鑑制度提升醫院的醫事管理及服務品質；新制醫院評鑑不再像舊制醫院評鑑時只在於點對點的觀察，而著重在於整個醫療照護流程與照護病人的結果並強調「病人安全」、「以病人為中心」，因此新制醫院評鑑採用的是“循跡追蹤法”(tracer.methodology)，從系統性思考著手，即對醫療過程的各個環節進行全方位的追蹤檢查，尤其關心那些嚴重影響病人安全與醫療服務質量的流程。故自病人從門診開始，醫院有病情解釋、病人隱私等強調病人的權利與義務；住院後除了原本手術病患安全查核表外還增加手術部位標記、麻醉前

評估單、Time out-確定病人、部位、術式等維護手術病人安全的措施；而手術病人安全辨識的流程包括：1.核對手術排程。2.核對病歷、姓名。3.核對手圈。4.核對手術標示。就是為了完全確定病人及術式，如圖4.6 手術病人安全之流程-安全辨識。

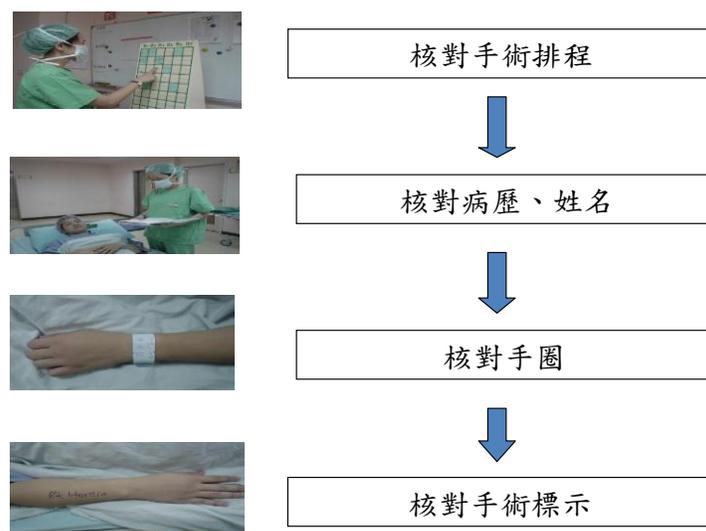


圖4.6 手術病人安全之流程-安全辨識

至於Time out的措施更是一項很大的改變，它的精神是雖然之前以經有多次的手術前的確認，但是在最後要劃下第一刀之前，參與這次手術的醫護、麻醉等人員全部放下手的工作，再一次做最後的確認，包括確認病人、確認手術部位、確認手術方式，見圖4.7 手術病人安全之流程。

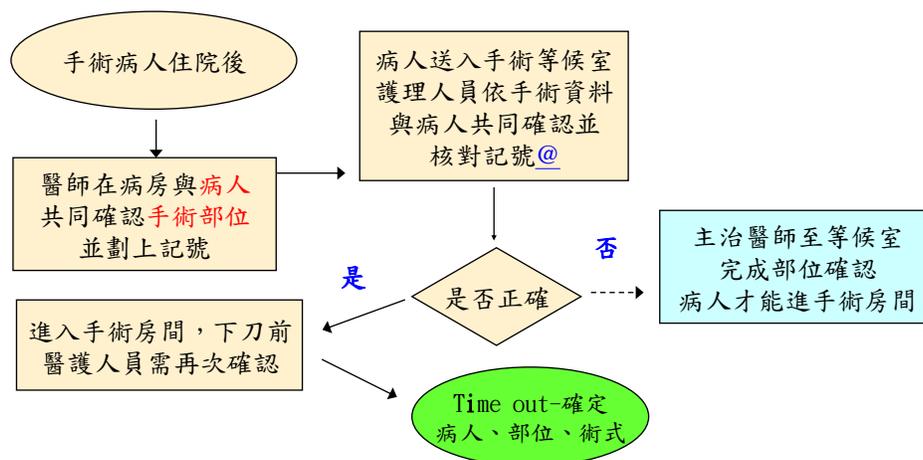


圖4.7 手術病人安全之流程-Time out

回到病房有術後衛教促進病人康復、感染控制以減少病人的併發症；出院後更須要有以病人為中心的思考給予出院後續照顧計畫書，若是出院安置有問題者須轉介至長期照護相關機構或主動安排居家訪視，希望醫院能以病人為中心，用團隊照護的觀念給予病人最完整的醫療，如圖4.8 新制醫院評鑑制度實施期醫療流程。

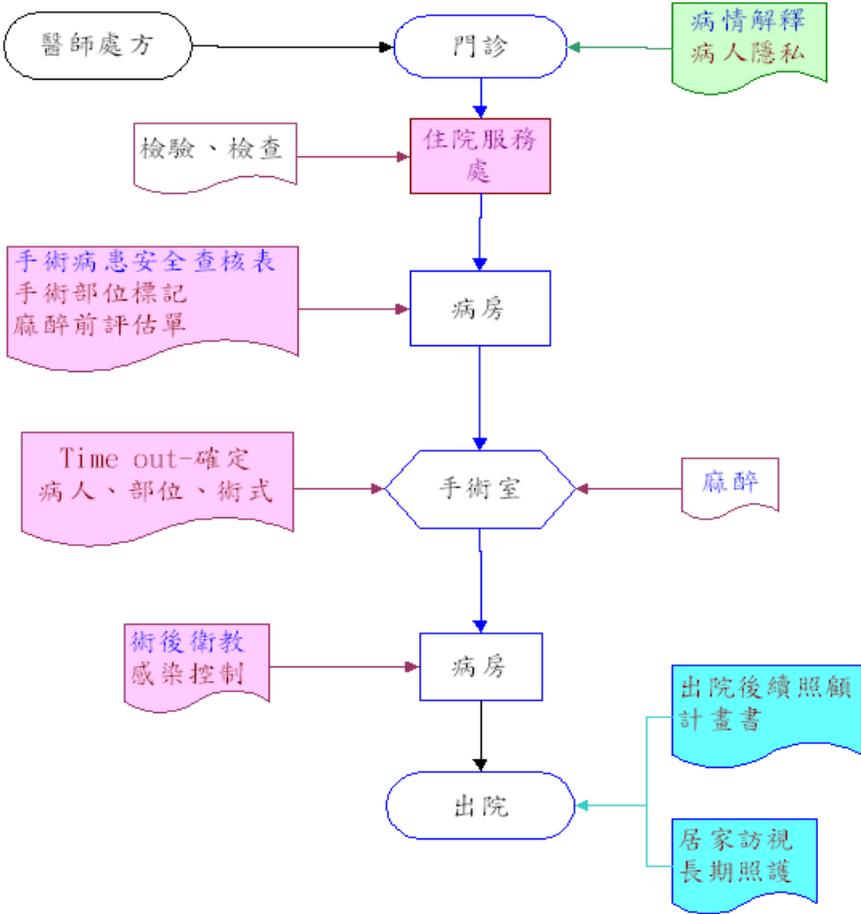


圖4.8 新制醫院評鑑制度實施期醫療流程(本研究整理)

#### 4.2.4 醫院醫師價值鏈的變化

在舊制醫院評鑑制度實施時期的醫師價值鏈中，研究教學只有醫教會負責論文寫作或實習學生的督導。但是到了新制醫院評鑑制度實施時期、除了醫教會以外，還有「病人安全暨醫療品質審議委員會」、「醫學倫理委員會」、「人體實驗」等委員會負責病人隱私及病人安全的規劃，而支援活動為疾病預防、規劃臨床教學。至於醫院的臨床醫療服務中，從原本簡單的病情解釋

及原本就很重視的手術病患安全查核表之外，還增加病人隱私、手術部位標記、麻醉前評估單、Time out-確定病人、部位、術式等「病人安全」、「病人隱私」的規劃，其支援活動為相關醫學臨床服務教育。而醫院的醫療管理衛教服務中，從原本的醫療諮詢之外，還增加出院準備服務、長期照護、居家照護等「以病人為中心」的服務項目，其支援活動為衛教資訊、出院照護，如圖4.9 醫院醫療服務的價值鏈變化。



圖4.9 醫院醫療服務的價值鏈變化

### 4.3 醫院評鑑對醫師附加價值的影響

「醫院評鑑」在臺灣實施已有三十餘年，歷經了多次的改革與變化，從無任法源依據至「醫療法」中明確地規範醫療院所必須接受評鑑。在這改變與改革大約可分為幾個時期，一般以2005年當作分界點，從1977年至2005年醫院評鑑改制之前，被稱為「舊制醫院評鑑」；2005年後，則稱為「新制醫院評鑑」時期，新舊醫院評鑑制度方式參考了當時多國的做法而逐漸有了改變。新舊醫院評鑑制度也對醫院的組織架構、設施、管理及醫療專業人員的價值影響甚鉅，醫院醫師在經過了舊制及新制的醫院評鑑之後，角色價值也有了極大的改變，本節意在探討醫院醫師受到新舊醫院評鑑的影響而產生附加價值的變化。

### 4.3.1 舊制醫院評鑑對醫師附加價值的影響

舊制醫院評鑑時期對醫院是極重要的時期，其影響為建立研究教學、臨床醫療服務及醫療管理、衛教服務的架構。舊制醫院評鑑時期開始至邁向新制醫院評鑑時期共有近二十年的時間，此一時期也是世界的資訊業從開始發展至成熟的階段，因此在醫院的醫療作業管理如門診、急診、住院等管理陸續引進以資訊化管理(HIS系統)；特別是在1995年實施全民健康保險制度之後，因為全民健康保險承襲公、勞保時期依醫院評鑑結果決定保險給付，特別在2002年實施醫院總額給付後，使得評鑑結果更形重要。臨床醫療服務包括門診、急診、住院、手術、檢查等佔整體健保給付點數的極大部分。而研究教學、醫療管理及衛教服務只佔整體健保給付點數的一小部分，使得此一時期的醫院醫師的附加價值呈現極度下垂的苦笑狀態，價值區間亦集中在臨床醫療服務工作上。如圖4.10 2005年前舊制醫院評鑑時期醫師的附加價值

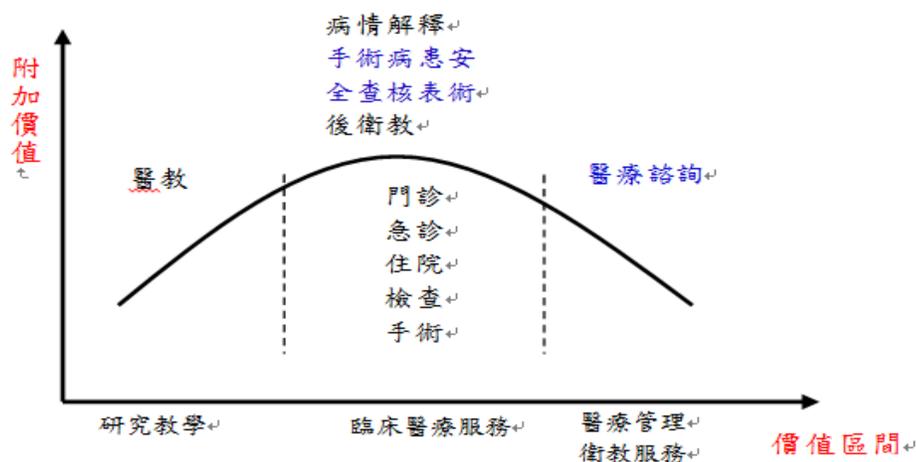


圖4.10 2005年前舊制醫院評鑑時期醫師的附加價值

### 4.3.2 新制醫院評鑑對醫師附加價值的影響

2005年後的新制醫院評鑑改革緣起於在舊制醫院評鑑後期幾件重大的醫療疏失，使得衛生署及負責醫院評鑑作業的醫策會思考改變醫院評鑑舊有的方式而促使新制醫院評鑑制度的產生，新舊醫院評鑑制度最大的不同在於評鑑方式，舊制醫院評鑑時期著重在醫療結構面，使得醫院不斷地在設備及人力上提升，而忽略了醫療照護的過程面與呈現的結果面，為了能有效地評核出醫院在醫療過程面及結果面是否達到預期的成效，自2001年起行政院衛生署就已經開始進行醫院評鑑及教學醫院評鑑的改革，參考美國The Joint

Commission(JCI)ORYX系統運作方式，發展「以病人為中心」及「重視病人安全」之新制醫院評鑑，強調病人整體照護過程面與結果面之評核，以確保各級醫院能提供民眾安全、可近、適切之醫療照護服務。新制醫院評鑑將原本的評鑑時間由一天延長至三天。並採用循跡追蹤法，對醫療過程的各個環節進行全方位的追蹤檢查，這樣的評鑑方式不再如舊制醫院評鑑時的來去匆匆，更能深入各醫療單位瞭解其作業情形。在此類的評鑑方式下，醫療的實際運作面無所遁形，以往可能具良好的書面作業即可通過評鑑的方式不再可行，而必須著重在平時整個醫療作業流程面的實際執行。新制醫院評鑑帶來的改變，在研究教學方面，對於除了原有的醫教會外，還增加醫學倫理委員會、人體實驗委員會等考量病人隱私及病人權利下規範研究教學，在臨床醫療服務方面，除了原有的病情解釋、手術病患安全查核表，也增加手術部位標記、麻醉前評估單、Time out-確定病人、部位、術式來維護病人安全，尤其是Time out，一定要在下前再次確定病人、手術部位、手術方式。以避免一時的疏忽而開錯病人或開錯部位。至於醫療管理及衛教服務方面，除了原有的醫療諮詢外，更增加病人安全暨醫療品質審議委員會，輸血、護理、手術、麻醉等作業之病人安全管理，並以病人為中心的思考提供出院準備服務、長期照護、社區居家照護。新制醫院評鑑時期醫院醫師的附加價值儘管已呈現較為平緩的曲線，卻仍以苦笑曲線呈現，但在新制醫院評鑑對病人強調病人知的權利以及「以病人為中心」的思考下，醫院醫師的價值區間往研究教學及衛教服務左右兩端更加的延伸，如圖4.11。

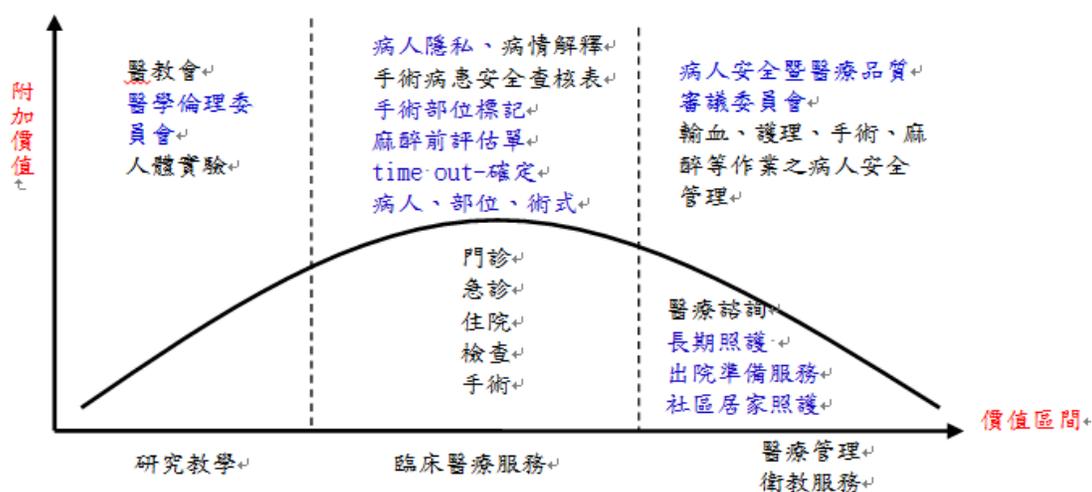


圖4.11 2005年後新制醫院評鑑醫師的附加價值

## 第五章 結論與建議

### 5.1 結論

臺灣自開始實施醫院評鑑制度至今經過三十多年，其中更歷經了幾次的評鑑制度改革及國家醫療政策的改變。相較於其他國家最為不同的是，臺灣將醫院評鑑的結果做為醫療保險給付的依據，自公、勞保時代至進入全民健保時代均是如此，2002年開始的總額給付制度更依評鑑的等級決定給付點數，這也促使醫院對於醫院評鑑莫不全力以赴，因為醫院評鑑結果不單對醫院的口碑及風評產生影響，更關係著最終的醫療保險給付。在醫院評鑑制度與全民健康保險給付相勾結的情形下，醫院評鑑制度成了監督醫療院所的照護病人品質的方法，並進而影響了醫院制度變化及專業醫療人員的價值角色，醫院醫師的角色價值亦隨著醫院評鑑制度對醫療制度的改變而逐漸轉變。

本研究試圖以價值鏈的角度來探討醫院醫師從以往到現今，因為醫院評鑑制度的改變而產生的價值變化。價值鏈的觀念被應用於許多業界，價值鏈所呈現的總體價值，仍由各種價值活動及利潤構成；相對於醫療界價值活動中的主要活動為各種醫療的服務提供，輔助活動為各種資訊的支援及提供。將之運用於解析醫院醫師的價值鏈，對病人的臨床服務提供可分為臨床醫療服務包括門診、急診、住院、手術、檢查等；支援活動則包括研究教學、醫療管理及衛教服務等。

雖然醫院醫師提供的服務涵蓋了臨床醫療服務及研究教學、醫療管理及衛教服務，但因全民健康保險給付的方式以臨床醫療服務總點數為付費的基準，使得醫院醫師仍以臨床醫療服務來呈現其主要的附加價值，雖然在醫院評鑑對研究教學、醫療管理及衛教服務上，一再地強調其對病人的重要性，但健保對於研究教學、醫療管理及衛教服務的給付方式，卻無法呈現其價值，這亦使得醫院醫師的附加價值呈現苦笑的曲線。

全民健康保險將臨床醫療服務的點數以量化的方式用以評量醫院醫師的價值，然而卻難以評量醫院醫師在臨床醫療服務照護上的品質。醫院評鑑制度是為了評鑑醫療院所的醫療照護品質而實施；在臺灣，自舊制醫院評鑑時期起，醫院評鑑結果即左右了醫院所能獲得的相關醫療保險給付，意即醫院

評鑑制度試圖以醫療照護品質的結果來決定醫院整體醫療照護的價值。也因此，醫院評鑑制度亦間接地影響醫院醫師在臨床醫療服務上的附加價值。

醫院評鑑制度實施至今，經過了舊制醫院評鑑時期、新制醫院評鑑時期；1987年於醫療法明定醫院均需接受評鑑，故舊制醫院評鑑時期之後又被稱為全面醫院評鑑時期；新制醫院評鑑改革緣起於2003年幾件重大醫療疏失，醫院評鑑開始著重於醫療照護的過程面與結果面，強調病人安全及團隊醫療照護。

不同時期的醫院評鑑對於醫院醫師的附加價值變化產生不同的影響，在舊制醫院評鑑時期長達二十年時間，因應醫院評鑑要求對臨床醫療服務來呈現其主要的附加價值，雖然在醫院評鑑對研究教學、醫療管理及衛教服務上的附加價值有明顯地提升。

醫院評鑑制度的幾經變遷，對於「病人安全」、「以病人為中心」等過程面及結果面愈來愈重視，醫院醫師的附加價值亦逐漸提升。醫院評鑑制度以提升醫療照護品質為目的，評鑑結果直接影響醫院的總額給付，間接影響了醫院醫師的價值，平衡了健保以量化的方式評量醫院醫師在醫療照護服務上的價值。雖然醫院醫師的附加價值仍呈現苦笑曲線，但相較於舊制醫院評鑑期間，醫院醫師在研究教學、醫療管理及衛教服務上的價值漸被肯定，使得醫院醫師的附加價值更往左右兩端延伸。而醫院評鑑制度對醫療品質的要求與健保量化的方式形成互補，進而提升醫療照護服務的品質及醫院醫師的附加價值。

## 5.2 未來研究與建議

對醫院而言，醫院評鑑制度為外部稽核的機制，也可為醫療品質提升及醫院管理改善的工具，而臺灣自實施醫院評鑑以來，確實為臺灣醫療品質的提升有所助益，相對地亦影響了在醫院服務的醫療專業人員的角色價值提升。雖然醫院評鑑制度對醫院醫師的影響層面甚廣，但絕非單一制度即可決定其專業價值。而本研究僅針對於醫院評鑑制度對醫院醫師的影響加以分析，無法全面性地探討其他醫療政策及制度對於醫師價值的改變與影響。

在本研究的範圍亦限於服務於區域級醫院之醫師，對於診所及服務於其他機構的醫師，未加以探討，然在全民健康保險以總額制度給付後，全民健

康保險以總額制度給付後，許多醫院面臨轉型，因此服務於醫院之醫師也需要根據不同的價值區間提供不同的醫療服務模式，以因應社會快速的變遷。

## 參考文獻

- [1] 行政院衛生署醫事處(2009)。醫院評鑑結果與健保給付之搭配規劃。取自 [http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=114&now\\_fod\\_list\\_no=4116&level\\_no=1&doc\\_no=38042](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=114&now_fod_list_no=4116&level_no=1&doc_no=38042)
- [2] 吳琮璿(1996)。資訊管理個案研究分析。《資訊管理學報》，4(1)，7-12。
- [3] 林金定(2005)。質性研究方法:訪談模式與實施步驟分析。《身心障礙研究》，3(2)，122-136。
- [4] 林淑綿(2010)。台灣醫院評鑑制度運作之研究(碩士論文)。國立台北大學，台北縣。
- [5] 施振榮(1996)。再造宏基。《天下雜誌》，118。取自 [http://www.gvm.com.tw/Boardcontent\\_2220.html](http://www.gvm.com.tw/Boardcontent_2220.html)
- [6] 洪堯勳(2000)。從交易成觀點探討價值鏈管理創新(博士論文)。國立交通大學，桃園縣。
- [7] 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2008)。新制醫院評鑑基準及評分說明。取自 [http://60.248.196.52/FrontStage/simplyhistory\\_2008.aspx](http://60.248.196.52/FrontStage/simplyhistory_2008.aspx)
- [8] 陳永興(1997)。台灣醫療發展史。臺北市：新自然主義出版社。
- [9] 陳金鐘(2002)。醫院評鑑制度對醫院建立制度化管理之影響(碩士論文)。高雄醫學大學，高雄市。
- [10] 黃松共(2007)。醫院策略管理。台北市：設團法人台灣醫務管理學會。
- [11] 馮文中(2009)。從交易成本探討台灣專科醫療院所營運模式(碩士論文)。東海大學，台中市。
- [12] 楊雅婷(2011)。從醫院評鑑制度探討藥師服務模式之價值鏈管理創新(碩士論文)。東海大學，台中市。
- [13] 廖慧娟(2007a)。我國醫院評鑑之起源。《Journal of Healthcare Quality》，1，15-18。
- [14] 廖慧娟(2007b)。醫院評鑑制度之革新。《醫療品質雜誌》，1(1)，26-29。
- [15] 劉常勇(1999)。後進地區科技產業的苦笑曲線。《能力雜誌月刊》，517，118-120。
- [16] 鍾聖校(1999)。質性研究方法論的認識與再議。《國立台北師院學報》，12，259-284。
- [17] 行政院衛生署(1986)。醫療法。取自 <http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013534>
- [18] 全國法規資料庫(1987)。醫療法施行細則。取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=L0020023>
- [19] 維基百科(2003)。取自 <http://zh.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:%E9%A6%96%E9%A1%B5>
- [20] Abood.(1989). Physician Dispensing: Issues of Law Legislation and Social Policy, *American Journal of Law & Medicine*, 14(4), 312.
- [21] Benbasat, I., D. K. Goldstein, and M. Mead.(1987). The Case Research Strategy in Studies

of Information System, *MIS Quarterly*, 11, 369-386.

[22] Donabedian, A. (1982). The Criteria and Standards for Quality, *Explorations in quality*, 2.

[23] Minichiello V., A. R., Timewell E. & Alexander L. (1995). *In-depth Interviewing*. South Melbourne: Longman ed.

[24] Porter, M. E. (1985). *Competitive Advantage: Creating and sustaining superior performance*. New York: Free Press.

[25] Yin, R. K. (1994). *Case Study Research*: Sage Publications.