

東海大學企業管理學系

碩士學位論文

流程再造運用於醫療與照護機構之研究

—以中部地區某醫療照護機構為例

**The Study of Business Process Reengineering**

**Apply to Medical and Care Facility**

**—Take a Certain Medical Care Facility in**

**Midland of Taiwan as T an Example**

指導教授：王本正 博士

研究生：蘇呈顯 撰

中華民國 一〇二 年 七 月

**論文名稱：流程再造運用於醫療與照護機構之研究**

**—以中部地區某醫療照護機構為例**

**校所名稱：東海大學企業管理研究所**

**畢業時間：2013 年 7 月**

**研究生：蘇呈顯**

**指導教授：王本正**

**論文摘要：**

在醫藥技術日趨進步及醫療體制健全的環境下，人口老化已經是全球的趨勢，隨著人口老化，國人平均壽命大幅延長，但出生率卻屢創新低，加上人口外移因素，台灣已逐漸步入高齡化社會，老年人口對於醫療與照護上的需求也日漸增加，但相對的對於醫療資源的應用也產生了過度及浪費的問題。

本研究首先運用文獻探討方式，了解台灣地區目前因人口老化伴隨著對醫療與照護資源的需求上升及醫療資源的浪費現況做分析與整理；接續提出相關具體評估與參考政府機關相關實行政策，依此設計訪談題目，對醫療機構、照護機構相關專業人員進行深度訪談，利用訪談意見與次級資料的蒐集與整合的結果，對文獻資料進行驗證並找出目前醫療與照護機構現有作業流程（AS-IS）的問題。

最後，應用次級資料與專家意見的歸納與分析結果配合流程再造（Process Reengineering, PR）方法，將醫療與照護機構的作業流程進行整合，以期建構出可以有效改善醫療資源過度運用且符合台灣地區醫療與照護機構的新作業流程（TO-BE）。

**關鍵詞：** 人口老化、醫療照護需求、醫療資源過度應用、流程再造

**Title of Thesis : The Study of Business Process Reengineering Apply to Medical and  
Care Facility—Take a Certain Medical Care Facility in Midland  
of Taiwan as T an Example**

**Name of Institute : Tunghai University—Department of Business Administration**

**Graduation Time : 07/2013**

**Student Name : Su, Cheng-Hsien**

**Advisor Name : Wang, Ben-Jeng**

**Abstract :**

Under the increasing advance of medical technology and complete environment for medical systems, aging of population has been a global tendency. Peoples' life expectancy has extended significantly as aging of population, but the birth rate still has been getting lower and lower; plus the emigration, Taiwan is gradually going to be an aging society. Elderly population will increasingly add medical treatments and care requirement, but it will also lead to overuse and waste problems on medical resources application.

At first, This research uses the method of literature review to do analysis and organization through figuring out aging of population in Taiwan accompanied with the increasing requirement for medical treatments and care resources, and waste situation for medical resources; then provides a related specific assessment and refers to the related policy implementation of government agencies, in order to design the interview question, which will be used in the in-depth interviews for those related professionals in medical and care institutions. And uses the opinions of the interview and the collection and integration of results for the secondary data to verify the literature and find out the problem of current existing operating procedures (AS-IS) of medical treatment and care institutions.

Finally, applying secondary data, induction and analysis results for those expert opinions with the Process Reengineering (PR) method to integrate the operating procedures of medical treatment and care institutions, in order to structure a new operating procedures(TO-BE), which can effectively improve the medical resources overuse, and apply to medical treatment and care institutions in Taiwan.

**Key words :** Aging of population, Medical treatments and Care requirement, Medical resources overuse, Process Reengineering

# 目錄

中文摘要 .....	i
英文摘要 .....	ii
目錄 .....	iv
表目錄 .....	vi
圖目錄 .....	vii
<b>第壹章 緒論 .....</b>	<b>1</b>
第一節 研究背景與動機 .....	1
第二節 研究目的 .....	5
第三節 研究流程 .....	5
第四節 研究限制 .....	7
<b>第貳章 文獻探討 .....</b>	<b>8</b>
第一節 台灣醫療資源過度運用現況 .....	8
第二節 長期照護 .....	17
第三節 企業流程再造 .....	29
第四節 醫療機構如何應用企業流程再造 .....	40
<b>第參章 研究方法 .....</b>	<b>47</b>
第一節 研究架構 .....	47
第二節 研究方法 .....	47
第三節 研究對象與範圍 .....	54

<b>第肆章 醫療與照護機構流程再造分析.....</b>	<b>55</b>
第一節 台灣醫療與照護機構作業流程現況探討 .....	55
第二節 次級資料與專家意見分析 .....	64
第三節 醫療與照護機構新流程再造 .....	80
第四節 管理意涵 .....	90
<b>第伍章 研究結論與建議.....</b>	<b>92</b>
第一節 研究結論 .....	92
第二節 研究建議 .....	96
<b>參考文獻.....</b>	<b>97</b>
<b>附錄一 個案訪談綱要.....</b>	<b>102</b>

## 表目錄

表 2-1 國民醫療保健支出最終用途配置 .....	10
表 2-2 台灣每人每年西醫門診次數與國際比較 .....	11
表 2-3 我國長期照顧服務體系及其服務模式 .....	18
表 2-3 我國長期照顧服務體系及其服務模式 (續) .....	19
表 2-4 近年來台灣長期照護政策之重要發展歷程 .....	20
表 2-5 台灣未來人口結構推估表 .....	24
表 2-6 企業流程再造定義 .....	32
表 2-6 企業流程再造定義 (續) .....	33
表 2-7 三種代表性的 BPR 程序 .....	38
表 2-8 流程再造之動機與效益 .....	40
表 2-9 國內外醫療院所實施流程再造方式 .....	44
表 3-1 訪談對象介紹 .....	51
表 3-2 訪談時間表 .....	52
表 4-1 醫療照護機構服務種類 .....	63
表 4-2 65 歲以上健保就醫比較表 .....	66
表 4-3 一般門診流程診斷彙整 .....	81
表 4-4 一般照護流程診斷彙整 .....	86
表 4-5 醫療與照護機構流程診斷 .....	87
表 5-1 醫療與照護機構現有作業流程問題 .....	94
表 5-2 建構整合醫療與照護機構新作業流程方法與目標 .....	95

## 圖目錄

圖 1-1 2010 至 2060 年台灣高齡人口結構推估 .....	2
圖 1-2 台灣人口年齡百分比推計 .....	3
圖 1-3 2011 年度台灣不同年齡層健保支出比 .....	3
圖 1-4 研究流程 .....	6
圖 2-1 台灣民眾平均每人每年看診次數 .....	11
圖 2-2 門診費用占 NHE 比 .....	12
圖 2-3 藥品消費支出占 NHE 比 .....	12
圖 2-4 NHE 占 GDP 比 .....	13
圖 2-5 各年齡別病患健保醫療利用概況 .....	14
圖 2-6 65 歲以上老年人自覺健康情形 .....	15
圖 2-7 我國老人照護體系示意圖 .....	18
圖 2-8 Hammer 對企業流程再造基本定義 .....	31
圖 2-9 四個主要影響流程再造因子 .....	32
圖 2-10 企業流程再造之實施程序圖 .....	35
圖 2-11 企業程序再造的生命週期法 .....	37
圖 3-1 本研究架構圖 .....	47
圖 4-1 一般醫療機構門診流程圖 .....	56
圖 4-2 十年長期照護服務輸送流程圖 .....	61
圖 4-3 再造後一般門診流程圖 .....	82
圖 4-4 個案管理室與整合門診之功能 .....	84
圖 4-5 再造後醫療照護機構流程整合圖 .....	88



# 第壹章 緒論

從民國 84 年台灣實施全民健保制度後，全民獲得更妥善的醫療與健康照護，健保制度更成為台灣社會安全的支柱，也因執行成效卓越，各國紛紛派員參訪、學習與交流，同時也受到國際諸多肯定與媒體正面報導。

今年年初台灣民眾最關心的議題莫過於行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）於民國 102 年元旦推行「二代健保」政策，「二代健保」實施的重點項目包括：一、節制醫療資源使用，減少不當醫療行為；二、提升政府之財務責任；三、擴大保險費費基、提升保費負擔公平性；四、納入多元計酬之支付方式；五、重要資訊公開透明，擴大民眾參與；六、保障弱勢群體權益，減輕就醫部分負擔等六大項，主要是為了改善原本的健保制度存在保費負擔未盡公平、財務收支不平衡等問題，不能符合全民健保永續經營發展的目標。

其中對於節約資源使用，減少不當醫療的部份，健保局針對保險對象有重複、多次就醫等過度使用醫療資源的情形，採取進行就醫行為的了解、提供適當醫療衛教及就醫的安排與相關的協助。

## 第一節 研究背景與動機

「到醫療院所看病一定要領藥！」這是現在多數民眾到醫院及診所就醫時的迷思，無論所領取的這些藥品是否真正被使用到，民眾都抱持著「有拿才划算」的心理，但這些藥被領回家後，是否有遵照醫生指示服用？大多數的藥品可能囤積於家中、分送給親友甚至直接被丟棄，這些現象不僅產生了用藥安全的隱憂，也造成醫療資源的嚴重浪費。

據健保局調查結果發現國人年平均就醫 16 次，於 2010 年逾三萬多人於一年就醫超過 100 次，更有民眾一年看診高達 1,078 次；另有罹患多重疾病之民眾，不斷重複領藥，一年所領取的藥超過二十二年份藥物；在健保局 2010 年「醫療服務利用分析」報告中顯示，台灣民眾檢驗、檢查的費用持續成長，包括磁振照影、電腦斷層，每項檢查費用的成長率，都比前一年成長了 6% 以上，相關檢驗費用去

年健保共給付將近一百億元。綜觀上述，國人在醫療資源的應用上出現了嚴重的問題，導致醫療資源的浪費日趨嚴重。

## 壹、人口老化對於醫療與照護資源的需求上升

隨著台灣漸漸邁入高齡化社會 (Aging society)，根據行政院經建會在 2010 年的推估，隨著國人平均壽命的延長、出生率的降低，台灣在 2017 年時老年人口比率將成長到 14 % 進入「高齡社會」(Aged society)，於 2026 年更可能達到 20 % 成為「超高齡社會」(Super aged society) (圖 1-1、1-2)，面對台灣老年人口的快速成長，促使像慢性疾病 (高血壓、高血脂、心臟病、糖尿病)、癌症等，這些應用醫療資源較多的老年相關疾病在未來幾年裡勢必快速增加，醫療與照護資源需求的上升也是無法避免的問題。

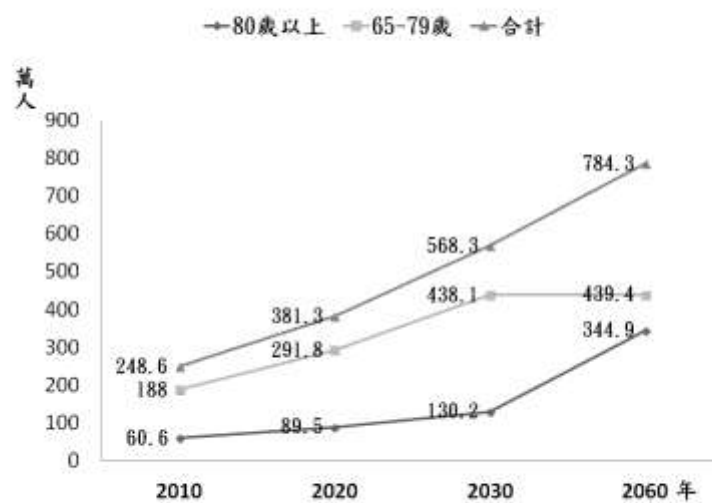


圖 1-1 2010 至 2060 年台灣高齡人口結構推估

資料來源：行政院經建會 (2010)

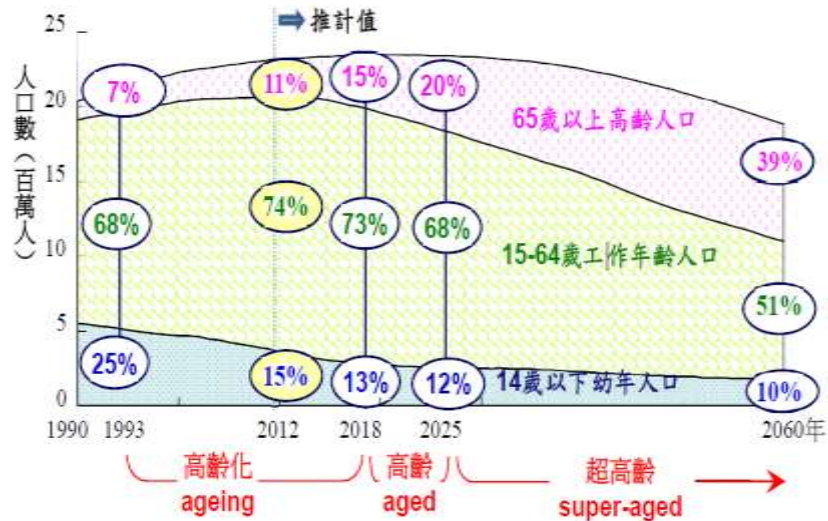


圖 1-2 台灣人口年齡百分比推計

資料來源：行政院經建會 2012 至 2060 年人口推計報告 (2010)

在經建會 2011 年度國民醫療帳中發現 (圖 1-3): 高達 43% 健保支出用於 60 歲以上老年人口, 相對於其他年齡層高出許多; 據統計台灣地區 56% 的老人罹患慢性疾病, 80% 以上的老人患有一種以上的疾病, 40% 以上的老人有兩種以上的疾病, 在台灣每位老人平均罹患 1.4 種疾病, 老年人罹病種類多且到多處醫療機構看診, 導致用藥複雜度與藥物交互作用的機率也增加許多, 如果醫療機構與病患都不謹慎應對, 往往就會有發生重複就診、過度用藥及重複開藥的情形, 造成醫療資源的虛耗。

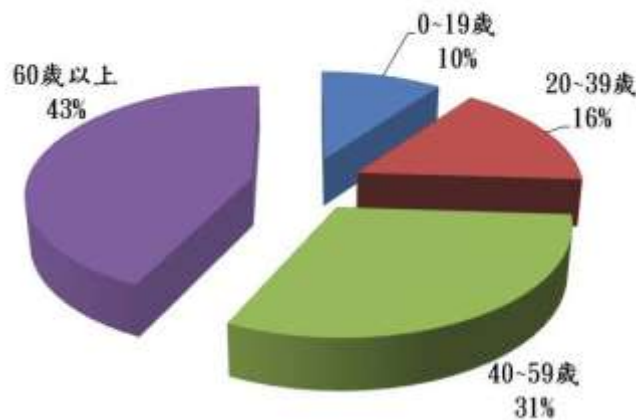


圖 1-3 2011 年度台灣不同年齡層健保支出比

資料來源：本研究整理自行政院經建會國民醫療帳 (2011)

## 貳、醫療資源浪費問題日漸嚴重

據藥師工會統計於 2012 年被丟棄的藥品總量超過 130 公噸，遭國人丟棄的藥品其中包括中藥藥粉、腸胃藥、皮膚外用藥、感冒藥、止痛退燒、保健食品、維他命及三高慢性病用藥，其中，健保局分析高血壓、高血脂及糖尿病等三高病患的用藥發現，每千名病人的處方中，平均有四到六張是醫師重複給藥；為方便照顧慢性病患，病情穩定可由醫師開立 3 個月的連續處方箋，但是有些病患不按时吃藥，導致剩藥，或重複在 2 家以上醫療院所看診拿藥，都是浪費醫療資源的主要原因，估計全年用藥浪費至少高達上億元。

人口老化的問題不僅帶來了老年人的醫療及照護需求提升，也讓醫療資源出現了嚴重浪費的情形，根據健保局北部醫學中心門診統計發現：老年人平均每人約有 1.8 到 3.14 種慢性病，平均每人就醫 1.65 至 3.31 科，平均每次用藥 3.82 顆。也就是說，每就診一科就拿 3.82 顆藥，如果看三科，則每天每次要吃 10 顆以上的藥；根據監察院的資料指出，台灣這類逛遍各大醫療院所重複拿藥的 65 歲以上老人多達 2 萬人，每人至少跑超過 6 家醫院、診所，拿 6 種類以上的藥品，光健保藥費，平均每人每年就吃掉將近 3 萬元，老年人多有病痛纏身、四處求診，所以相關單位應有完善的配套措施才可將因醫療資源浪費所帶來的損失降到最低。

綜合上述資料分析後發現，醫療支出隨著醫療科技進步和人口老化逐年攀升，台灣政府在 2013 年 1 月 1 日正式實施二代健保，主要為擬實質所得高低收費，避免財務黑洞。然而政府雖然嘗試利用增加健保費來彌補健保財務缺口，但財務缺口卻遠超過健保收入。由此可見，開源對於減少健保財務缺口的效果有限，而節流是較可行的考量，為此，政府也需提出相關的應對方案，如何有效改善醫療資源的浪費情形是相關政府機關必須努力的目標。

## 第二節 研究目的

本研究先透過文獻資料蒐集有關目前台灣地區因人口老化所面臨對醫療與照護的需求上升及醫療資源浪費問題，接著經由次級資料與專家意見訪談的歸納與分析來驗證醫療浪費情形是否與文獻資料說法一致及分析現有醫療與照護機構作業流程問題，並以流程再造的方法對於醫療機構的一般門診流程進行再造以改善重複看診、檢查、開藥及領藥情形，最後，透過整合醫療與照護機構作業流程改善目前台灣地區目前所面臨醫療資源浪費問題，期許能建構出一個可有效改善台灣地區醫療資源浪費情況的新作業流程。

- 經由次級資料與專家意見訪談驗證台灣地區目前老年人口對於醫療與照護需求的提升及醫療資源運用過度的問題。
- 診斷目前台灣地區醫療與照護機構現有作業流程（AS-IS）問題。
- 建構出可以有效改善醫療資源浪費且符合台灣地區醫療與照護機構的新作業流程（TO-BE）。

## 第三節 研究流程

本研究的流程首先確定研究背景、動機與研究目的；其次，進行相關文獻的回顧與理論基礎的探討；再者，建立概念性的研究架構，並進一步針對研究架構研擬研究方法；本研究透過次級資料蒐集及與相關專家進行深度訪談以分析並驗證相關資料；最後，根據次級資料與專家意見訪談所獲得的結果進行分析與應用並提出結論與建議，本研究的流程如圖 1-4 所示。

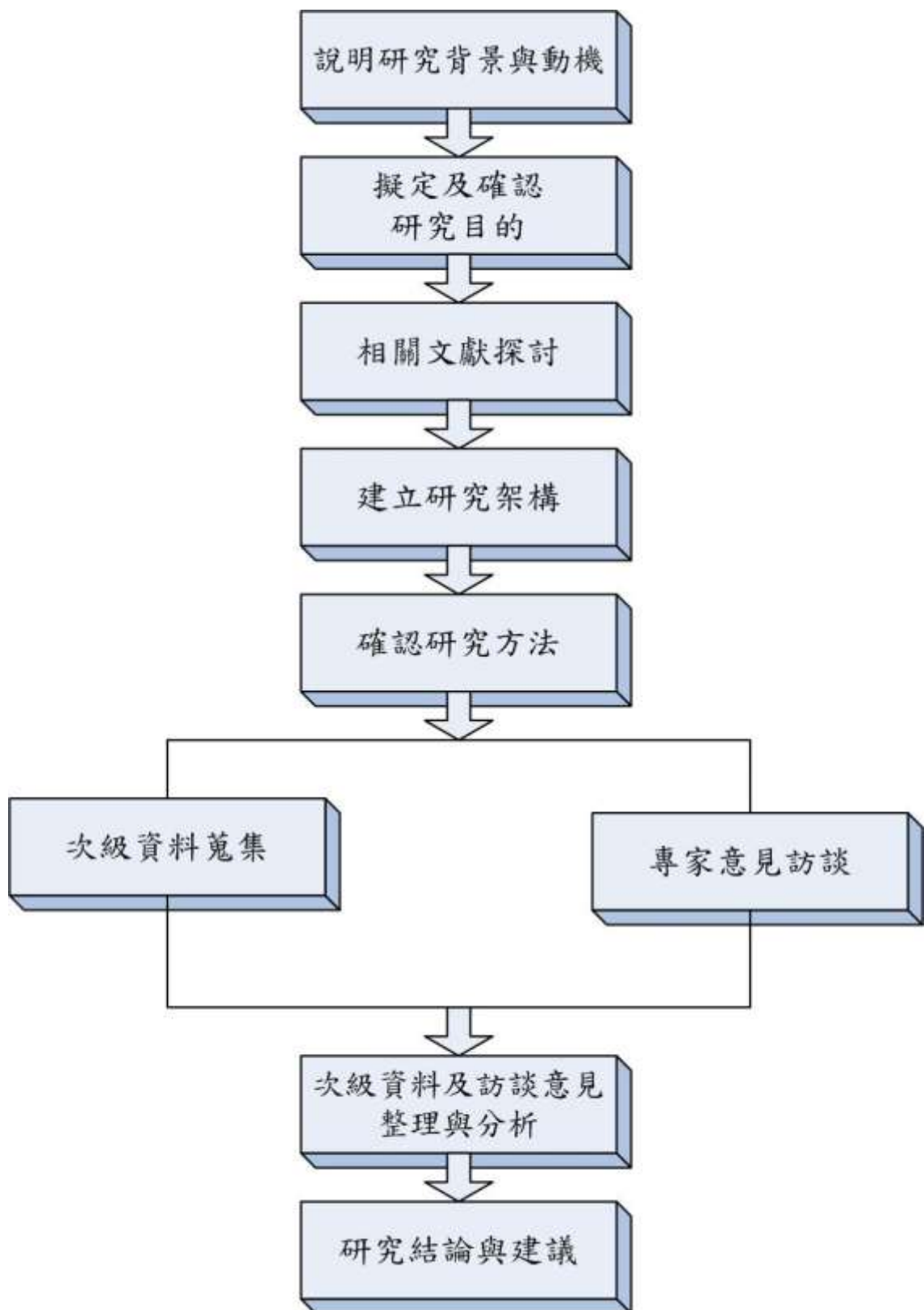


圖 1-4 研究流程

#### 第四節 研究限制

本研究之進行有下列三項限制：

- 企業流程再造是長期的績效改善活動，本研究雖然持續為期一年的探討，但是由於時間的限制，僅針對過去所得到的結果加以分析，因此本研究對之後演變的發展與結果，無法作最終之結論。
- 由於資源及專家訪談配合問題，本研究僅能以有限的專家意見進行整合與分析，推導命題，所訪談的結果深度與廣度極為有限，日後可再分別針對深度與廣度的部分蒐集更進一步的資料，強化研究結論。
- 本研究從專家訪談所得到的資料，由於各訪談者皆為機構的管理者與執行者為主，因此，訪談內容可能受到主觀看法影響而無法全面瞭解，未來可以增加相關政府單位受訪人員，以降低研究偏差。



## 第貳章 文獻探討

本研究之文獻探討內容共分為四節，第一節先探討台灣因人口老化對於醫療資源的需求與目前台灣面臨的醫療資源浪費情形及政府相關單位對於醫療資源浪費所採行的相關政策；第二節對於國內與國外長期照護現況進行了解，並探討人口老化對於照護體系的需求與影響及照護體系目前面臨的問題；第三節介紹企業流程再造的相關基本概念；第四節為流程再造如何運用於醫療機構以及將流程再造導入醫療機構應注意事項為何。

### 第一節 台灣醫療資源過度運用現況

#### 壹、醫療資源浪費種類

根據相關學者研究發現，醫療資源的浪費情形可分為三大類：一、行政上的浪費，二、營運上的浪費，三、臨床上的浪費三種型式；本研究主要探討的高診次、重複檢查與重複用藥浪費被歸類於「營運上的浪費」。

##### 一、行政浪費衡量

與交易相關的行政活動（意指申報醫療費用、採購具競爭力的產品）；另一為遵從政府（如醫事人員執證照登錄）和非政府（如台灣的醫策會）規章和認證。Kahn 等（2005）研究發現：在美國高行政支出是因遞送服務組織與多元付費者間遵循各種醫療費用申報要求，付費者按照商定規則轉撥醫療費用給提供者。而汪秀玲等（2011）研究發現：行政費用差異不能直接轉換量化行政浪費，比較不同組織某部門內管理費用可能產生誤導。

##### 二、營運浪費衡量

Bush（2007）研究指出：在遞送照護的無效率或不必要的醫療資源利用，依文獻區分為四種類型，第一，重複服務意指超過臨床需要或頻繁的檢查；第二，流程設計不良造成花費時間等待，病患或衛材不必要的移動；陳昶旭（2003）研究提到：不良的健檢流程設計將造成受檢者總檢查時間拉長，引發受檢者抱怨，



因此健檢中心欲提高其服務品質，則流程的設計便是一項重要的問題。楊基譽（2002）研究認為：排程是醫療作業管理上一重要的課題，但在醫療界相關的研究較少，也發現目前醫院健檢部門或專事健康檢查機構所使用的系統一般存在諸多問題，例如未具彈性且個人化健檢方案規劃功能及自動排程機制，以及無法正確有效掌握及分配健檢所需之資源包括儀器、設備、人員等，因此常造成健檢者間因為相互等待而造成心理不愉快及健檢流程資源管理不佳導致使用之無效率，因而也造成不必要的時間及資源使用之浪費；第三，過於昂貴的投入，當低價的資源投入就足以診斷時，卻使用昂貴設備或人員提供服務，又如學名藥能產生與品牌藥同等效益，仍使用品牌藥；第四，缺陷和醫療錯誤，包括檢測重做，存貨報廢（如：流感疫苗屆期失效），病歷筆跡不良導致患者罹病或死亡所需照護成本，病人滿意度低甚或損失工資。

### 三、臨床浪費衡量

汪秀玲等（2011）研究發現：當一項醫療服務的成本超過其價值，或與低成本替代方案相較其正面健康效用較小，亦稱為配置的浪費。臨床浪費（意指提供錯誤的服務）和營運浪費（意指無效率的服務）有重疊處，但臨床浪費主要指以超額支出提供僅具邊際效益的健康成果或低價值的醫療服務。Bentley 等（2008）研究發現，量化八種臨床程序的浪費，包括過度使用細胞病理篩檢子宮頸癌、不適當的子宮切除、不適當的脊椎融合術、過度使用無創放射影像，針對每道程序總費用減去有效率程序的費用，再乘以不必要程序的比例，即為臨床浪費估計值。汪秀玲等（2011）綜上述，一個國家醫療支出遠超過其他國家卻沒有更好健康成果，必然是生產邊際效益較少的服務，或是低效率的臨床決策，皆是浪費類型。

### 貳、台灣醫療資源浪費現況

根據衛生署民國一〇〇年統計資料顯示全民健保醫療費用支出統計表（表 2-1），門診醫療費用占總費用的 73.24%，且從民國八十五年以來有逐年上升的趨勢，數據資料結果顯示健保醫療資源大多耗費在門診醫療不當利用方面。

表 2-1 國民醫療保健支出最終用途配置

單位：億元、%

	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
總計	4,236	4,588	4,995	5,401	5,631	5,838	6,207	6,578	7,054	7,330	7,667	7,957	8,192	8,640	8,868	9,103
1. 一般行政	215	216	211	218	242	273	267	235	229	241	231	216	208	222	199	200
2. 公共衛生	106	109	150	157	208	218	211	287	288	231	296	343	280	355	389	353
3-1. 個人醫療照護服務	3,030	3,312	3,624	3,881	4,027	4,270	4,570	4,682	5,045	5,321	5,508	5,381	6,042	6,249	6,342	6,667
醫院	1,803	1,919	2,086	2,215	2,358	2,535	2,791	2,778	3,018	3,188	3,370	3,536	3,601	3,714	3,779	3,958
門診	507	589	1,093	1,141	1,227	1,324	1,468	1,471	1,555	1,559	1,663	1,873	1,938	1,980	2,036	2,109
住院	676	900	993	1,074	1,131	1,242	1,323	1,307	1,463	1,621	1,708	1,663	1,743	1,754	1,743	1,849
診所	1,090	1,235	1,386	1,483	1,470	1,539	1,550	1,626	1,683	1,781	1,830	1,900	1,947	2,035	2,052	2,101
西醫	683	767	836	883	863	880	874	902	937	1,013	1,027	1,048	1,056	1,044	1,075	1,090
牙醫	300	348	418	451	470	511	515	548	574	580	612	646	675	778	775	811
中醫	107	120	131	139	136	148	161	176	182	189	192	207	215	213	202	199
其他專業機構	138	158	152	182	199	195	227	277	301	357	304	342	411	496	508	605
全民健保境外給付	-	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3
3-2. 個人醫療醫療用品用具	431	549	583	660	742	733	789	900	999	1,067	1,037	1,070	1,099	1,240	1,353	1,286
4. 資本形成（投資）	453	482	427	445	412	343	370	474	524	531	585	548	564	574	586	596
結構比 (%)																
總計	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
一般行政及公共衛生	7.59	7.09	7.23	7.60	7.99	8.42	7.70	7.94	7.32	6.43	6.88	7.02	5.96	6.68	6.63	6.08
資本形成	10.70	8.75	8.55	8.23	7.31	5.87	5.96	7.20	7.42	7.24	7.75	6.98	6.08	6.65	6.60	6.55
個人醫療用途服務	71.53	72.20	72.56	71.86	71.51	73.15	73.64	71.18	71.10	72.59	71.84	72.96	73.75	72.33	71.51	73.24
個人醫療醫療用品用具	10.18	11.96	11.67	12.22	13.18	12.56	12.71	13.68	14.16	13.74	13.52	13.45	13.41	14.35	15.25	14.13

資料來源：行政院衛生署國民醫療保健支出（民國 101 年）

呂碧鴻（1990）研究發現：臨床顯示目前西醫門診在基層醫療機構的支出量為 5.55%，其中只有 0.64% 來自門診量的成長，由此可見有不少醫療資源浪費在非必要的醫療器材檢查及藥物濫用上。

在吳重慶和蔡淑娟（2001）研究提出：健保實施後產生所謂「台灣醫療症候群」，造成：一、重複就診情形嚴重。二、看病以器官為單位，造成多重看病之現象。三、分級醫療轉診制度名存實亡。四、醫療尊嚴喪失，賣藥取代看診。上述原因造成醫療品質日漸低下，而醫療支出卻日益提升。尤其在大型醫院（醫學中心、區域醫院）的門診平均單價是基層醫療院所的三~四倍，事實上大部分病患可在基層院所接受醫療處理，除非因重症轉介至大醫院。

根據中央健保局民國一〇〇年統計資料顯示一般民眾平均每人每年的看診次數為 16.7 次（圖 2-1）所示，以 OECD（經濟合作開發組織）國家平均看病次數 6-9 次而言我國每年每人平均看診次數僅次於日本與韓國，居全世界第三（表 2-2）所示但在門診費用支出占國家醫療保健支出（National Health Expenditure, NHE）上市遠超過其它國家排名第一（圖 2-2）所示。

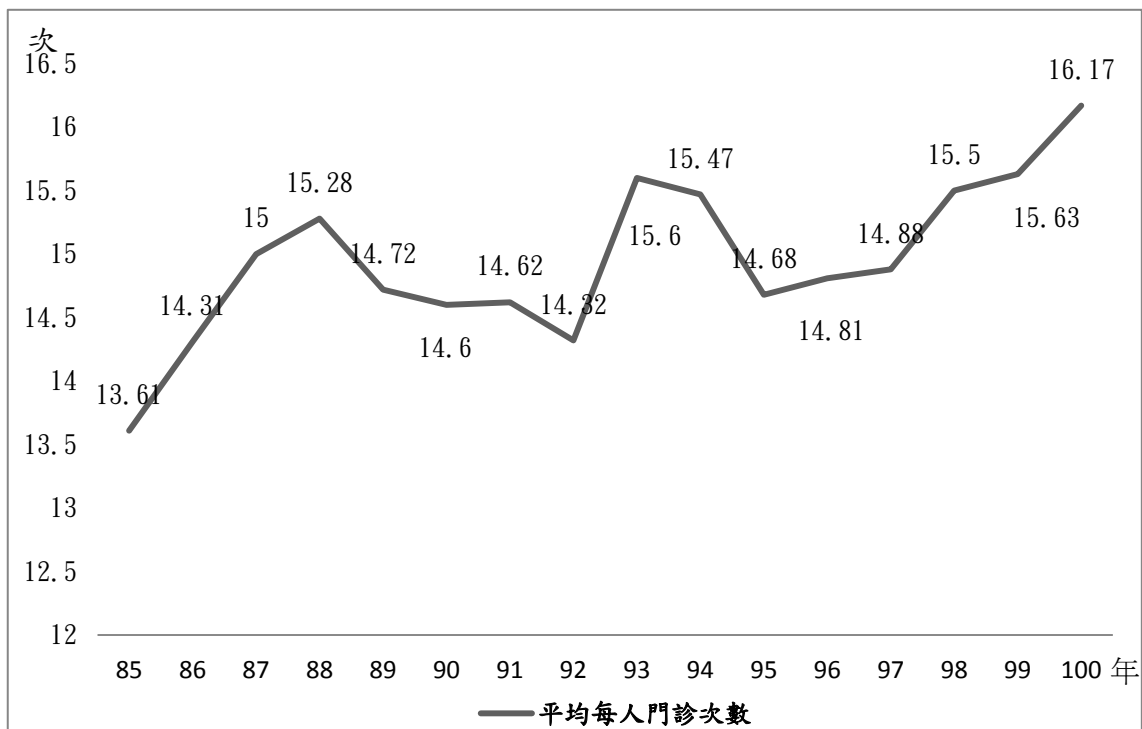


圖 2-1 台灣民眾平均每人每年看診次數

資料來源：行政院衛生署公共衛生年報（民國 101 年）

表 2-2 台灣每人每年西醫門診次數與國際比較

西元年 國家	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
澳大利亞	6.7	6.8	6.7	6.6	6.5	6.4	6.4	6.2	6.0	6.0	6.1	6.1	6.3	6.4	6.5	6.5
加拿大	6.5	6.4	6.3	6.4	6.4	6.3	6.2	6.1	6.1	5.9	5.9	5.7	5.6	5.5	5.5	..
德國	6.4	6.6	6.8	7.0	7.2	7.2	7.4	7.5	7.5	7.0	7.4	7.3	7.5	7.9	8.4	8.9
法國	6.4	6.5	6.5	6.6	6.6	6.9	7.4	7.3	7.2	7.0	7.0	6.8	6.8	6.7	6.7	6.7
荷蘭	5.7	5.4	5.9	5.6	5.8	5.9	5.8	5.6	5.5	5.3	5.4	5.6	5.7	5.9	5.7	6.6
瑞典	3.0	2.9	2.8	2.9	2.9	2.8	2.9	3.0	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.9	2.9	2.9
美國	3.3	..	3.7	3.8	3.5	3.7	4.1	4.1	3.9	3.8	4.0	3.8	4.0	3.9	..	..
日本	14.6	14.8	14.3	14.5	14.5	14.4	14.5	14.1	13.8	13.8	13.7	13.6	13.4	13.2	13.1	..
韓國	...	...	...	...	8.8	...	...	10.6	...	...	11.8	...	...	12.9	12.9	12.9
台灣 (全民健保)	...	11.1	11.9	12.5	12.8	12.3	12.0	12.0	11.7	12.7	12.7	12.0	11.6	11.6	12.0	12.2

資料來源：全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽（民國 101 年）

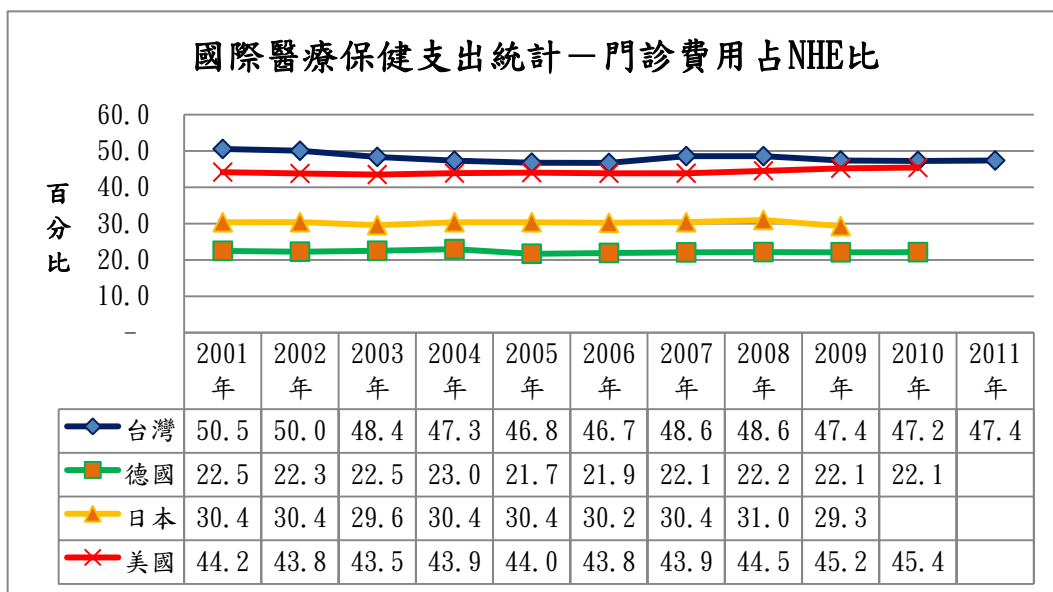


圖 2-2 門診費用占 NHE 比

資料來源：本計畫整理自行政院國民醫療帳（民國 101 年）

於民國 84 年實施全民健保制度以來，對於藥價及藥費支出的合理性一直是民眾關心的議題，全民健保開辦以來，藥費支出占整體醫療費用的 25 % 上下。相關人士認為相較於其他實施健保制度國家，仍屬於偏高，對於醫師過度開藥及民眾逛醫院拿藥等不當事件也時有所聞，衛生署在「二代健保」開始實施後，推出「藥費支出目標制試辦計畫」，由健保局進行藥價及藥費的相關管控措施。

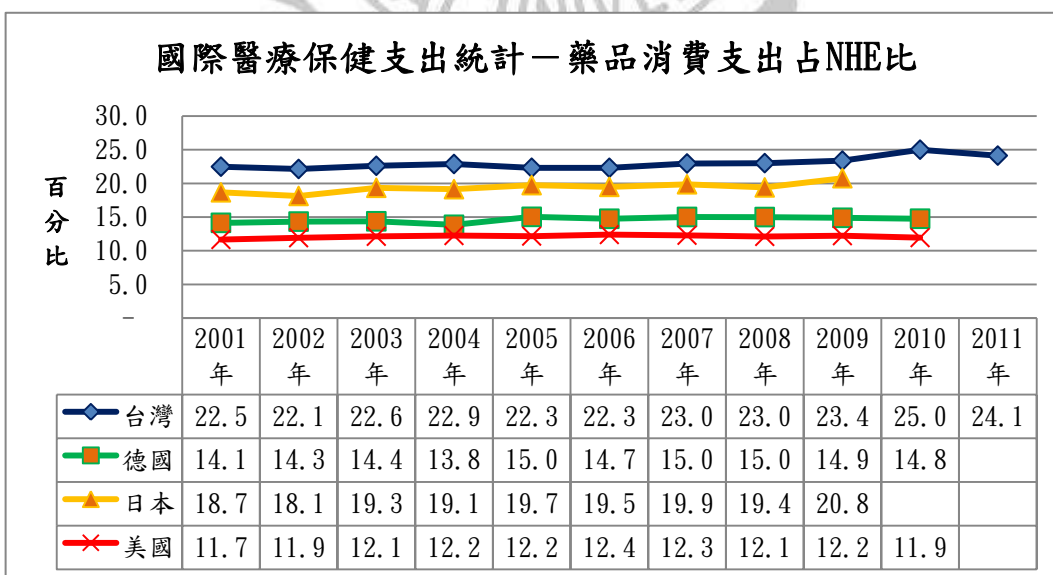


圖 2-3 藥品消費支出占 NHE 比

資料來源：本計畫整理自行政院國民醫療帳（民國 101 年）

國家醫療保健支出（National Health Expenditure, NHE）隨著人口老化和醫療科技的進步逐步攀升，根據經濟合作暨發展組織（OECD）健康資料以及我國衛生統計，擷取 2001~2010 年醫療資源利用和配置指標，如國家醫療保健支出（NHE）占 GDP 比例、藥品消費支出占 NHE 比及門診占 NHE 比（如圖 2-2、2-3、2-4 所示），間接評估他國和台灣醫療照護潛在浪費。

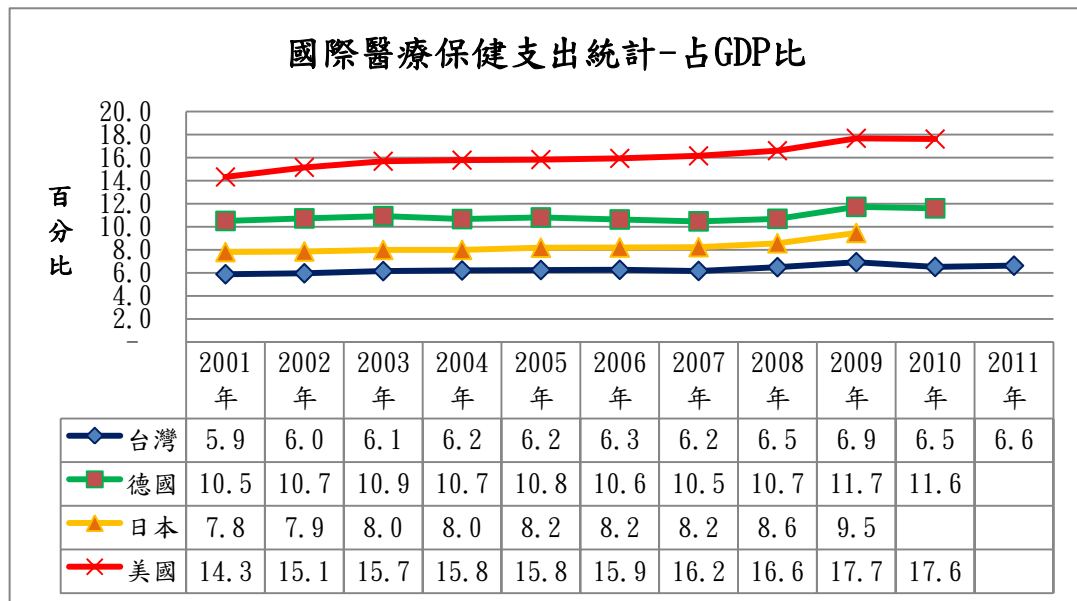


圖 2-4 NHE 占 GDP 比

資料來源：本計畫整理自行政院國民醫療帳（民國 101 年）

依據上述資料顯示，台灣的保健支出占 GDP 比例相對他國較低，但在藥物支出和門診費用部分，卻高於其他國家，顯現出台灣醫療支出中的藥物浪費和民眾的不良就醫習慣，這些問題是迫切須被改善與解決的。

## 參、人口老化對醫療資源應用的影響

### 一、老年人口對於醫療資源使用率居高不下

民國 85 年全民健保開創之初，台灣當年 65 歲以上老年人口約為 169 萬人，而該年度的健保費用約有 623 億為老年人所使用，而到了民國 97 年底，老年人口增加到 234 萬，但該年度老年人的健保費用支出約達 1700 億元。此一增加趨勢相當令人憂心，簡單估算，每增加 1% 的老年人口，健保支出增加約為 5%，而在未來的十四年間我國的老年人口將倍增至五百萬人以上，這樣的潛在健保費用

負擔已非單純的二代健保、擴大費基或是增加保費足以因應。依據 95 年全民健保資料分析發現，65 歲以上平均每人醫療利用為 15-44 歲族群的 2.8 倍。以醫療費用而言，65 歲以上者保險對象人數僅占一成，但醫療費用支出卻達該年度健保總費用的 33 %（圖 2-5）所示。尤有甚者，在民國 85 年的時候，65 歲以上人口所使用的健保費用與 65 歲以下的人群比較約為 4.9 倍，而到了民國 97 年底時此一比例擴大到 5.2 倍，這些現象都顯示了既有的醫療服務模式對於老年人而言已經面臨必須調整的階段。

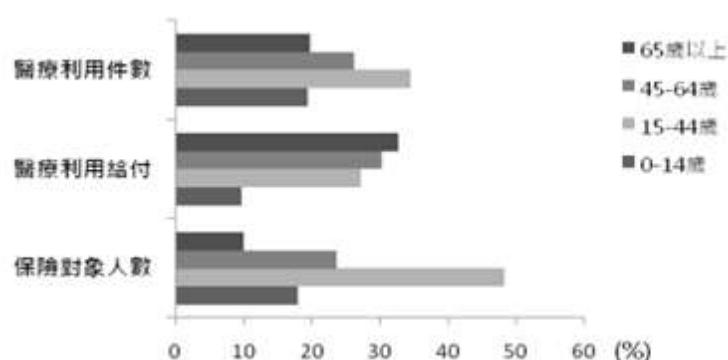


圖 2-5 各年齡別病患健保醫療利用概況

資料來源：行政院衛生署衛生統計資訊網—全民健康保險概況

老年人醫療費用的增加主要原由為慢性病的治療，由於慢性病的發生與年齡有著高度相關，加上新醫藥技術的發展，使得慢性病的治療與控制變成已開發國家的主要醫療支出，然而，慢性病的治療與控制在老年人仍有許多不明確的地方，還欠缺具有實證基礎的治療建議，因此也造成醫療體系在治療老年病患的慢性病時可能過度治療的情形發生。

隨著老年人口的比例上升，醫療資源分配及使用的問題將日漸嚴重，加上家庭結構改變，原本家庭所擔任的照顧功能逐漸喪失，對於健康照護體系的衝擊遠超出過去的推估，過去照護體系所建構的服務傳遞體系、儲備的專業相關人才與財務規劃恐怕難以因應這艱鉅的挑戰。再者，加上全球化的商業發展，未來子女與父母同住的機會將逐漸減少，在此狀況之下，社會安全穩定的發展將更需依賴政府公部門的力量，建構完整的社會安全網絡，而醫療照護體系必須以嶄新的思



維、創新的作法來提升健康照護服務，方可因應全新的健康照護需求。

## 二、老年人自覺健康狀況不佳

人口老化情形無法避免的必會增加醫療資源使用，然而，在龐大的健康照護資源使用之下，我國老年民眾的自覺健康狀況卻逐漸下滑，此一現象形成醫療照護的一個重大挑戰。根據民國 94 年內政部全國老人狀況調查報告顯示：65 歲以上老年人近三成認為自己健康與身心狀況不佳，近六成五罹患慢性疾病或重大疾病。最近一個月曾看過病者占 65.4%，過去一年內曾住過院者占 20%，平均住院次數為 1.9 次；相較於 50 歲至 64 歲的民眾，其過去一年曾看病者僅占 49.4%，住院者僅占 10.4%，高齡民眾明顯較常尋求醫療體系的照護，然而，較高的醫療資源使用卻未能對等的提升老年民眾的健康狀況，比較 89 年至 94 年之全國老人狀況調查報告發現，65 歲老年人自覺身心健康狀況良好的比率由 89 年的 41%，降至 94 年的 33%，而自覺健康狀況不良的比率，則由 89 年的 22% 驟升至 94 年的 30%（圖 2-6）。若老年病患曾跌倒、常看醫師、多有拿拐杖、慢性病數目高、服藥種類多、或身體疼痛，往往自覺健康狀態較差。亦即指出老年人自覺健康狀況的下降與醫療服務的模式相關，傳統的醫療照護模式增加老年病患的疾病診斷、就診次數與用藥數量，卻未能依據老年人對於健康的需求提供服務，因此造成醫療服務費用的上升的情形發生。

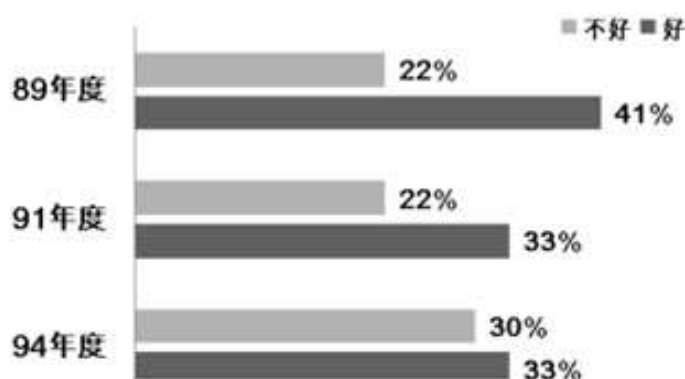


圖 2-6 65 歲以上老年人自覺健康情形

資料來源：行政院衛生署衛生統計資訊網—全民健康保險概況

## 肆、政府機關對於目前醫療資源浪費所採行政策

中央健康保險局表示：在總額支付制度之下，健保局尊重醫界專業自主，期能發揮同儕制約之效能，賦予醫師及特約醫療院所共同控制醫療費用之責任。為杜絕健保醫療資源浪費以及保障保險對象就醫品質，對於特約醫療院所違規案件與涉及違規醫療院所之查核，除基於矯正違規醫療院所之偏差行為，同時亦為建構正派經營醫療院所之優質醫療環境與反映合理而真實的醫療給付。

### 一、違規醫療院所之查核

為了保障多數守法的醫療院所及民眾的權益，健保局會不定期對健保醫療院所進行查核，並利用檔案分析及審查作業等機制，找出疑似違規的醫療院所進行查核，一旦查證屬實，立即依法處理，給予醫療院所扣減醫療費用或停約等處分。

- (一) 審查作業及檔案分析機制。
- (二) 不定期查核醫療院所。
- (三) 違規查證屬實依法處分。
- (四) 涉及刑責者函送司法偵辦。

### 二、高診次就醫民眾之輔導

為促使健保醫療資源合理運用，協助就醫次數較高的民眾能夠有正確的就醫觀念，強化民眾本身的健康管理，及整合公、私部門資源，提升醫療服務之效率，健保局每年針對前一年全年門診就醫次數超過 200 次的民眾，以及每個月門診健保 IC 卡上傳就醫次數超過 20 次的民眾進行輔導，藉由不同方式，輔導門診高利用民眾的就醫行為。

- (一) 運用健保 IC 卡篩檢高診次民眾。
- (二) 全年門診就醫  $\geq 200$  次。
- (三) 每月門診次數  $\geq 20$  次。
- (四) 專案輔導，導正就醫行為。



### 三、縮小藥價差

所謂藥價差，指健保藥品支付價格與醫療院所採購價格間之差距。當特約醫療院所採購之藥品低於健保的支付價格時，即形成一般所稱之價差。藥品只要有統一定價，經過市場自由交易競爭後，就一定會有價差之產生，國外亦是如此。為縮小藥價差，健保局自民國 85 年迄今，已進行多次藥價調查及藥價調整工作，調降約 300 多億元之藥費，大幅縮小藥價差。藥價調降之費用，則用於加速新藥之引進，放寬給付癌症治療藥物、抗病毒治療藥物、降血脂藥物等，以嘉惠病患，並減少民眾自費醫療的負擔，增進民眾用藥權益。

- (一) 至民國 85 年至今多次藥價調查及調整。
- (二) 調降約 300 多億元藥費。
- (三) 用於加速新藥引進，放寬給付癌症、抗病毒、降血脂藥物等。

### 四、實施總額支付制度

為管控健保財務，健保局推出總額支付制度，期透過訂定醫療費用成長額度上限，控制健保醫療支出的無限制成長。

- (一) 發揮醫療院所自我監控醫療品質之機制。
- (二) 達成同儕制約的效果。
- (三) 節約醫療資源，保障就醫品質。

## 第二節 長期照護

台灣過去這些年來社會與人口的急遽變遷，台灣的老年人口正在快速成長當中，國民的健康型態亦隨之轉為慢性病與慢性功能障礙盛行的時代，因此，長期照護的需求將因而快速增長，成為我國今後最重要的社會福利與衛生議題之一。

### 壹、台灣照護體系現況與政策歷史發展

台灣目前醫療體系中，急性相關的醫療照護由衛生署統籌，有其獨立的法源依據，長期照護中的生活照顧則由內政部統籌，也有其法源依據(圖 2-7)(表 2-3)。然而，病患實際的健康狀態變化與照護需求卻是一連續性的動態變化，在目前高

度片斷化的照顧服務體系之中，病患得在不同照護體系中游走；過去病患只能自行尋找照護資源，游移在醫院、長照機構及護理之家等單位，然而，醫療照護團隊對於實際執行面的認識也不夠深入，對於照護老年人的相關專業知識與技能也仍不足。即便在不同機構間接受照護，也不見得能回復到健康的狀態，因此急需創新的方法來簡化流程並達到無縫式高齡病患健康照護的目的。

急性照護	中期照護	長期照護	生活協助
醫學中心 區域醫院	居家照顧 社區醫院	護理 之家	居家照顧 長照機構 社會福利
	醫療照護 衛生署 醫師法 醫療法		社會照顧 老人福利法 內政部

圖 2-7 我國老人照護體系示意圖

資料來源：台北榮民總醫院「政府服務品質獎」申請書（民國 101 年）

表 2-3 我國長期照顧服務體系及其服務模式

內涵	醫療照護體系	社會福利體系	退輔會系統
主管機關	衛生署、衛生局	內政部、社會局	退輔會及其所屬機構
服務類型	機構式	1. 護理之家 2. 慢性病床	1. 安養機構 2. 養護機構 3. 長照機構
	社區式	日間照護	1. 日間托老 1. 外展服務
	居家式	居家護理	居家服務
	支持式	1. 機構式 2. 喘息服務	1. 問安電話 2. 醫療補助 3. 生命連線 4. 送餐服務 5. 老人保護專線 6. 居家式喘息服務

表 2-3 我國長期照顧服務體系及其服務模式（續）

內涵		醫療照護體系	社會福利體系	退輔會系統
主管機關		衛生署、衛生局	內政部、社會局	退輔會及其所屬機構
服務類型	連結式	個案管理長期照顧資源管理示範中心	居家支援中心	
	特殊照護	安寧療護機構 植物人照護機構 呼吸器依賴照護	老人失智症照護機構	失智症照護機構

資料來源：本研究整理自陳燕楨（2010）

AIHW（2009）指出，長期照護從少數貧窮老人的問題轉為一般老人的普遍議題，因而長期照護政策以大量興建機構為主要政策目標。隨著社會結構變化、醫療科技發展，老人的教育水準與經濟水平都提升，在地老化成了獨立自主的目標，導致長期照護需求持續增長；此外，過度依賴機構式照護，無視於老人想居住家庭獨立自主的心聲；社區式服務體系漸漸成為未來的趨勢。

Grabowski（2008）指出，長期護理研究重點是確定各項舉措數量和質量，並全面增加檢討這些問題，以市場為基礎設置非體制的長期護理研究，醫療費用數據標準化。

蘇惠珍（2011）研究發現，利用量化研究台灣老年人口的社會生活狀況，研究提出老人長期照顧需求是一種階層需求並分別對政府部門、提供社區式長期照護、設立長期照顧相關科系醫師，作為台灣老人社區長期照顧需求與服務模式之參考。長期照顧工作者與專家學者對社區長期照顧需求與服務型態之相關意見，作為台灣社區長期照顧服務型態與相關政策之建議。

陳雪姝等（2007）研究發現，機構組之全民健保醫療費用較非機構組（社區）高出 18%，長期照護機構老人住民醫療利用達統計上顯著性差異，在全民健保醫療給付之誘因下，的確存在較高之利用率，其中可能隱含供給誘發需求。未來台灣人口將快速老化，相關機關應及早規劃長期照護保險之給付與財務制度，使全

民健保的醫療功能更加完善。

施孟涵等（2011）研究指出：民營化趨勢下政府仍應加強長照單位之組織控管、服務內容、落實服務資源社區化、實踐評鑑制度、整合各類長照體系及訂定相關長照服務法規之規範。目前長照組織控管不良、照護體系缺乏完整性、機構品質良莠不齊等，導致政府推行老化長照機構面臨許多考驗，因此當務之急應馬上制訂標準化管理。

我國為建構長期照護制度，政府自民國 87 年起即陸續推動多項關於長期照護方案，不斷強化長期照護制度的完整性，將我國各項長照資源彙整並且以建立完備的服務機制、提高醫療資源的有效利用為最終目標。自民國 91 年起關於長期照護制度的方案，如表 2-4 所示。

表 2-4 近年來台灣長期照護政策之重要發展歷程

方案名稱	主管機構	時間	目的
照顧服務福利及產業發展方案	行政院經濟建設委員會	民國 91-96 年	促進就業並建構高齡化社會老人、身心障礙者支持系統
全人健康照護計畫	行政院衛生署	民國 94-97 年	輔導各縣市辦理「長期照護管理中心」計畫，建置資源管理實務以解決相關問題
銀髮族 U-Care 旗艦計畫	經濟部	民國 95 年	結合科技展業提升長期照護體系品質
我國長期照顧十年計畫	內政部	民國 96-106 年	整備我國各項社政、衛政之長照資源與建立完備的服務輸送機制
長期照護保險制度	行政院經濟建設委員會	民國 97 年	發展各類服務資源，提高民眾接受服務之可近性。目前政策決定以此做為我國長期照護制度之財務處理機制
健康照護升值白金方案	行政院衛生署	民國 98 年	提高醫療資源的有效利用、帶動我國科技醫藥產業之發展

資料來源：本研究整理

## 貳、國內外機構式照護介紹與比較

本研究以機構式照護服務類型作為研究對象，以下將以機構式照護服務類型為例作介紹：

### 一、機構式照護服務

機構式照護服務於國外，最常見的型態為護理之家（Nursing Home），其可供住居民眾二十四小時全天候的照護，因其提供服務的範圍最廣，包含整套的醫療、個人、社會生活與住宿照顧。因使用機構式照護者，必須離開其原來的居家環境，而集中居住於照護機構之中，另一方面機構式照護可提供最密集與技術層級較高的服務，故被稱為「最受束縛的照顧方式」。

### 二、機構式照護服務的演進

各國在機構式照顧服務的演進，可發現救濟院式的收容服務為最早期的長期照護措施，由於當時以收容低收入的功能障礙老人為目的，因此，幾乎每個國家早期均以機構式集中照護的方式，提供貧窮或生病的民眾最基本的生存照顧。當時，一般老年人的長期照護的需求，幾乎全由家庭提供，正式長期照護服務之提供十分有限，在這時期，長期照護機構可和貧民救濟劃上等號。

在 1950 年代之後，老年人長期照護需求日漸普遍，長期照護服務的提供有兩項發展：一為大量興建機構式的服務設施，如養護中心與護理之家，以提供老年人自費療養；另一為以醫院病床提供長期照護，但此種方式導致住院時間長、浪費急性醫療資源等情形，故此時長期照護著重於機構式照護的提供。然而，各國機構式服務之使用率之差異不單純的只受到民眾需要的影響，與家庭型態、社會政策、住宅政策息息相關。

### 三、各國的機構式照護發展

#### （一）美國的機構式照護

美國早期將照顧老年人的責任歸於子女、教會，在 19 世紀初開始，民眾認為政府應照顧生活無法自理的老人，於是開始開設公立的救濟院，而 1930 年代，救

濟金取代傳統機構收容的方式，此時救濟院開始沒落，取而代之的是小規模的老人院。其後陸續由醫護人員加入經營，出現較大型護理之家。1974 年，美國政府開始規定中度照護機構的安全措施、技術性護理機構及立法著重於品質提升。

1984 年開始一股社區化的風潮，但是此現象未能降低原有的醫療浪費問題，在政府支出並未降低之情形下，又回頭檢視機構內問題，於 1987 年合併技術性照護機構與中度照護機構，此刻目標著重在其生活品質與保障病人權益。

近年來美國重視成本效性，採總額預算，給予地方選擇機構與社區式照護的彈性經濟組合，以杜絕過度使用與浪費，並嚴格審核入住護理之家等機構的標準。

## （二）英國的機構式照護

英國早期將長期照護責任歸屬於宗教團體，1601 年伊莉莎白濟貧法即明定各地教區負責貧病老人的照顧，但濟貧法的實施，實是一烙印效果，接受服務者必須喪失尊嚴，為人詬病。

1948 年國民救助法內明文規定由地方政府提供老人之家的服務，但服務仍存在許多弊病，並在 1960 年喊出「社區化」的口號，開始反機構浪潮。

## （三）日本的機構式照護

日本早期以儒家、佛教及敬老觀念為其照顧理念，認為老人照顧乃是家庭的責任，1932 年公共救濟法規定照顧 65 歲以上生病、無親人照顧的老年人，並對功能障礙者提供日常生活上的協助，然而此類救濟模式的幫助仍有限，且品質低落。1963 年老人福利法立法規定各種老年人福利服務，包含社區式服務、機構式、教育、健康促進、免費健檢、娛樂等服務。而 1970 年代末，機構式照護資源快速成長，在此時，居家式的照護並不受重視。

1990 年修訂老人福利法，責任下放地方政府，老人使用護理之家與老人院等審核權移交給地方政府。目前日本機構式照護的型態如下：

1. 護理之家：屬福利體系，其收費標準低，由民眾收入而做調整，床位短缺情形普遍。
2. 健康照護機構：屬健康體系，為醫院到社區的中途站、乃復健護理機構。



3. 老人之家：屬福利體系，有自費、公費、部分自費三類，公費屬公共救濟等性質；自費之收費昂貴、由私人企業經營。

#### **(四) 台灣的機構式照護-1980 年代**

台灣早期長期照護以救濟收容機構為主，當時老年人口比在 4% 以下，而照顧責任歸屬個人與家庭，收容機構為家庭之外唯一的長照資源。

於 1980 年老人福利法明定四類老人福利機構：扶養機構、休養機構、服務機構、療養機構，其中，療養機構以罹患長期慢性病或癱瘓老人為主，可說是我國第一個法定的長期照護機構，但當時此類機構未快速發展，而是將資源投入其他三類老人福利機構。

1989 年獨立型養護中心設立（台灣省老人養護中心），而入住條件為能夠自理生活之老人。此時，長期照護和療養機構的關係為等號，所服務的對象為貧困無依的老人。

由於台灣的未立案機構最早出現於 1985 年意味著一般老人對於長期照護的需求成長，非只濟貧型態，這些未立案機構在 90 年代的發展引發出的品質、安全問題顯示決策者未能預見社會需求，及早規劃。

#### **(五) 台灣的機構式照護-1990 年代**

於 1991 年公告醫療發展基金申請作業要點，鼓勵民間設置慢性病床，1993 年公佈護理機構設置標準，法定三類長期照護相關護理機構，包含護理之家、日間照護、居家照護機構三類機構。由於小型未立案養護機構因民間大量需求而快速增加，1997 年修訂老人福利法，但品質低落，約束機構為此次修法之重點。於公佈兩年後實施。

1998 年改變機構補助政策，不再補助安養機構興建，改輔導養護機構，統籌社區資源，打破以往傳統的濟貧觀念。

## 參、人口老化對照護體系的影響

### 一、老年人口比例逐年上升

台灣 65 歲以上老年人口在民國 82 年時超過總人口的 7%，正式成為聯合國世界衛生組織所定義的「高齡化社會」。隨著出生率的下降及國人平均壽命的延長，行政院經建會推估，我國老年人口比率在民國 106 年時將達 14%，成為名符其實的「高齡社會」（表 2-5）。

表 2-5 台灣未來人口結構推估表

年別	65 歲以上人口				65-74 歲人口		75 歲以上人口	
	人數 (萬人)	占總人口(%)			人數 (萬人)	占 65 歲以 上人口(%)	人數 (萬人)	占 65 歲以 上人口(%)
		低推估	中推估	高推估				
97	239.7	10.4	10.4	10.4	103.2	43.4	136.5	57.0
107	348.0	14.4	14.6	14.7	145.2	41.7	202.8	58.3
117	536.1	21.3	22.2	22.3	221.4	41.3	314.7	58.7
145	761.6	30.8	35.0	36.0	454.7	59.7	306.9	40.3

資料來源：經建會（民國 97 年）

### 二、老年人口對健康照護的需求

老年人的健康照護具有其獨特性，無論是在疾病發生、疾病時表現出的症狀與照護需求都與一般病患不同，需要特殊的醫療與照護考量：

#### （一）老年人常常同時罹患多種慢性疾病

由於老年人時常罹患多種慢性疾病，而慢性疾病多只能倚賴長期的控制而無法完全治癒，慢性疾病的控制是全世界已開發國家的共同面臨的照護負擔。根據行政院衛生署國民健康局的調查發現，我國老年民眾平均罹患三種以上的慢性病，而慢性病的控制也造成了較高醫療資源耗用的原由。然而，對於老年人而言，罹患各式各樣的慢性病絕非他所願，而是多重複雜的因素而導致疾病發病，而老年人所罹患之慢性疾病種類相當的多樣，時常存在於不同的器官系統，也造成健康照護體系的挑戰，因為我國的醫療照護以習慣於以器官為主體的照護模式，也常



因為各專科之間的意見差異造成治療目標的落差，而近年來興盛之慢性疾病的健康管理便是為了解決此一問題。此外，若老年病患同時罹患急性疾病時，往往讓原有的慢性病況更為嚴重，也改變了急性疾病原有的症狀，增加了疾病的嚴重程度，更提升了治療的困難度。老年人的健康照護又常合併心理、生理、及社會各個層面的問題，使得老年人的疾病處理更形複雜，傳統單一器官系統的醫療思維，無法提供老年病患周全的照顧，臨床醫療人員必須具備特殊的專業訓練才能妥善的處理老年病患的健康問題。

## **(二) 老年人的身體功能及生活品質的重要性**

由於老年人常具有多重慢性病的情況，而這些慢性疾病大多是以控制為主要治療目標，因此老年民眾的健康照護不應以治癒疾病為唯一目標，而應以維持最大的獨立生活功能及生活品質為要務。根據國民健康局所做的老人健康狀況調查顯示，具有中重度失能的老年人在追蹤 4 年間，平均死亡率可達 50% 以上。目前各國對於高齡民眾健康照護的目標在於減少失能、提升身心功能，日本更在民國 94 年時制定全國性的策略預防失能的產生，而針對身心功能與生活品質為主要照護目標的話，與過去醫療照護的角度不見得完全相同，且對於老年人長期接受未具有生活品質提升意義的「無效醫療」也提出廣泛的檢討。固然失能常是由於疾病所造成，但是許多的失能狀況並非無可避免，許多老年人的失能是由於罹患急性疾病之後，未能協助其身體功能回復，使得病患未能由「疾病治癒」走向「功能自主」，進而成為永久性的失能而需要長期照護的服務。對於老年人而言，些微的功能改善往往能帶來關鍵性的生活品質提升。然而，在台灣目前高齡病患的功能障礙未獲得適當重視，使得病患過早進入失能狀態，反而引致後續長期照護更龐大的花費。

## **(三) 老年照護需要結合跨專業領域的團隊合作**

由於老年健康問題的複雜性，臨床照護人員必須具備多方面的專業知識及技能，才能提供高齡長者周全性的照護，更重要的是，對於老年人的健康照護而言，首重在於設定長期治療的目標，並非以短期的急性醫療治療成果為主要的衡量指

標，必須審酌長期健康照護的目標設定治療的方式，包括醫療、照顧、社會心理以及照顧者的負擔等等面向。這樣複雜的照護需求無法僅靠單一的專業達成目標，更突顯了跨專業領域團隊合作的必要性，此一專業團隊成員應包含高齡醫學醫師、專科護理師、物理治療師、職能治療師、營養師、藥師及社工師等等各種專業，透過跨領域的專業合作，針對高齡病患進行全面性的評估，互相溝通協調後，共同擬定治療的目標及照護計畫。

## 肆、照護機構目前所面臨的問題

### 一、片斷化醫療欠缺整合性照護

老年民眾由於身體狀況及老化速度的差別，因此需要針對不同老年病患量身訂作的照護計畫以及設定照護目標。然而，過去的醫學教育與醫事人員訓練多以器官專科為主要治療目標，對於同時罹患多種疾病且具有複雜交互作用的老年病患，依目前的醫療服務模式難以提供完整的治療。因為我國的醫療體系發展高度的專科化，往往一個疾病便需要一科的醫師處理，導致病患的醫療與照護相當的「片斷化」，而針對具有多重複雜照護問題的老年病患而言，可以預期在現有的醫療與照護模式下並無法在單次就診中給予完全所需的治療。套用單一專科對單一疾病的治療標準時，疾病的治療方針多半缺乏針對高齡複雜病患個別化的考量，其結果可能使得中風癱瘓的孱弱長者，與行動自如的健康長者套用相同的疾病控制標準。加上高齡病患照護的需求往往橫跨心理、身體、及社會各方面，需要高齡醫學專科醫師、護理師、營養師、神經、復健專科或精神專科、社工師、藥師等的共同合作以提供整合性的治療計畫。然而，由於目前的醫療傾向於高度專科化，高齡病患在各專科間，無法得到具有協調性的治療目標，甚至可能從不同醫師處服用重複或相斥的藥物，造成身體健康的危害。

目前的醫療模式對於照顧一般的老年民眾或許尚稱足夠，但是對於具有多重複雜照護需求的老年病患而言，可能需要全面的醫療服務整合，還需要跨越體系的整合服務輸送，讓高齡民眾在健康照護服務的體系上能得到完整而不間斷的整

體性照護服務，這是目前片斷化的醫療與片斷化的照護服務體系尚難以達成的目標，也是相關單位未來應思考及改善的目標。

## 二、缺乏連貫持續的照護

老年病患在疾病治療完成之後，可能需要一段復原的過程，針對疾病期間因為疾病本身或是臥床所產生的身體功能退化提供特殊的照護，此段過程是老年病患欲回復健康的關鍵步驟，其包括營養狀況調整、身體功能復健、以及認知功能回復，然而現行健保醫療體系只提供了照護的兩個極端，亦即急性期的醫療與慢性的長期照護，其他的部分則付之闕如。

除此之外，尚有許多病患因為重大失能的疾病而無法回復獨立自主生活的能力，必須要進入長期照護體系服務，在急性疾病治療之後無論是以積極治療讓功能回復至可獨立生活或是必須進入長期照護服務，兩者均需要一段過渡期，這是老年病患罹病的自然病程，我國由於老年人口速度過快，醫療與照護體系的調整的步調跟不上人口老化的程度，以致於過度強調急性醫療的服務，現階段所面臨的困境有很大一部分便是與此有關，是極需修正的方向與目標。

## 三、缺乏評估衡量的標準及標準化的服務流程

醫療體系服務人員在現有的情況之下，即使認知到老年患者的特殊需求，當需要進一步評估與處置時，在現有健康照護體系中卻缺乏評估流程及結果的衡量標準，也沒有標準化的後續轉介流程，使得高齡醫療服務概念無法轉變成確實可行的治療計畫。尤其我國現有的健康照護服務過度倚賴醫院體系，而醫院經營發展在健保偏重急重症方向之下並未能建構完善的服務流程，加以欠缺老年人專屬就醫管道，老年病患穿梭於各大醫院與醫療專科之間卻可能僅得到一堆模糊的片斷答案與可能相斥的醫療建議。而老年病患的評估需要兼顧心理、生理與社會各個綜合面向，並不是單純的醫療評估，需要定期且全面的進行周全性老年評估，並以此結果做為治療的基礎。此一周全性老年評估的優點在全世界被普遍證實，也被廣泛運用，但是我國目前尚無法系統性的全面推動以周全性評估為共同基礎的評估與服務模式，建構出標準化的服務模式與流程。

#### 四、醫療服務提供者的老年照護專業訓練不足

由於老年病患常常具有多種疾病，若器官疾病的思維來提供老年病患醫療服務，採取「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，必定無法滿足病患的需求。然而長年以來的醫療訓練偏重在各器官的專科訓練，使得目前醫療專業人員在提供高齡病患醫療服務時，即使秉持著「全人照護」的理念，卻礙於過去相關訓練不足，又不知何處尋求繼續教育的管道，而常常覺得力不從心飽受挫折，甚至避免照顧老年病患。

由於我國醫療體系的發展以專科發展為基礎，實際上各科均具有照顧老年病患的經驗，且許多慢性病基本上就是老人病，因此各科醫療團隊多半認為將原有之老人病照顧好便是好的老人照護，針對複雜的照護需求則多半受限於專科立場而無法提供適切的照護，因而造成了各科都在照顧老年病患，但都欠缺一個整體的老人照護基本訓練以及對於老年人生理與心理變化的認識，對於實際照護不僅未能針對病患需求提供服務，第一線工作者也常因為老年病患這些複雜的議題而感到困擾，過去的研究也指出急診室的工作人員普遍對於接觸老年病患感到困難，也都認為照顧老年人是工作中具有很多壓力的一環。

#### 五、醫療資訊傳遞困難

現今醫療資訊難以流通，病患可能輾轉於各醫院接受檢查、領藥，不僅浪費醫療資源，更可能因此延誤治療時機，即使醫院都有提供病歷資料的申請，然而相關資料申請對於大多數老年病患也是一筆可觀的經濟負擔，因制度設計上的缺陷所增加的民眾負擔理應盡量減輕。況且，高齡病患常具有多重疾病及心智功能障礙，容易暴露在重複檢查、多重用藥與重複用藥的風險中。因此，若能在兼顧安全又不侵犯病患隱私的前提下，讓各醫院間的醫療資訊獲得流通，必能掌握高齡病患診斷的正確性及時效性。老年病患的照護服務時常跨越不同體系，包括醫療院所、照護機構與社區，需要資訊系統提供即時的專業服務與訊息傳遞。尤其是周全性老人評估的結果，對於醫療服務具有相當重要性，而病患在不同機構間接受醫療與照護時也必須呈現評估的結果，使得長遠的照護目標與評估成果能隨著病患在各機構接受照護乃至於返家後均可以獲得適切的照顧。

### 第三節 企業流程再造

為什麼企業需要作流程再造主要是為了因應企業所屬環境面臨不斷的變遷，以及傳統企業所隱藏的相關經濟問題，須靠企業流程再造（Business Process Reengineering, BPR）以提升產業競爭力、降低營運成本、提高客戶滿意度等永續經營。

由於資訊科技的進步，大幅的增加了經營環境變遷的速度，現今全球興起了一股「再造」的熱潮，「流程再造」已經不是一個新的管理方法，在 1960 年代已開始有企業組織在機械及工程方面推行再造，而運用於企業管理方面，最早是由 Davenport & Short（1990）提出：企業流程再造是針對組織內或組織間的營運流程重新地分析與設計，且持續不斷循環；Mische（1996）提到：流程再造最吸引人之處在於它「再創新」(Reinvention)，即是將流程再造的內涵運用在不同的領域之中來創新價值。

#### 壹、企業流程再造的源起與定義

企業再造理論源起於 20 世紀 90 年代，由當時美國管理學者 Hammer and Champy（1993）在「改造企業」(Reengineering the Corporation) 一書中提出。現今，企業流程再造（Business Process Reengineering, BPR）對於學術界亦或實務界來說都是相當關心的議題；在 1970 年代企業組織重視品質的零瑕疵與產品的零缺點，1980 年代產生了全面品質管制的做法，直到市場快速變化的速度已不是傳統組織作業流程所能應變，Hammer 於 1993 年提出 BPR，以再造的觀點，以流程為基礎，顧客滿意為導向，突破部門之間的障礙，重新思考與徹底翻新作業流程的觀念，其定義為：從企業程序上做根本、重新的思考，徹底翻新作業流程，以便在現今衡量表現的關鍵上，如成本、品質、服務和速度等，獲得戲劇化的改善。

## 一、問題須從「根本」( Fundamental) 分析著手，找出企業最根本的問題

意指企業的決策者在進行流程再造時，要從最基本的問題開始探討，深入思考現行的作法與理由，藉由問題的質疑與檢討，進而找出錯誤或已不符合現況的地方。

## 二、活動須「徹底」( Radical) 翻新，從組織所有結構、程序、規則重新檢討、修正

企業必須徹底的從根本進行改造，不是表面上或形式上的改變，去除現在不合理的組織架構與流程，重新思考新的流程來完成工作，將企業做全新的規劃並找出符合企業實體需要的架構跟新的流程。

## 三、企業再造要求績效必須有「大幅度」( Dramatic) 的改進，非漸進式的修補，而是革命式的大躍進

對於企業的改造並非只求少數利潤的增加，而是大幅度利益的獲得，因此使用溫和或是漸進式的革新方式是無法達到這項要求，而且也只有當企業體陷入經營困境或是本身經營方式遇到重大困難時才會使用的手段。

## 四、企業再造以「流程」( Process) 為變革單位，範圍通常是跨部門的

這是再造過程中最重要的核心，但是企業往往都會忽略整個流程，受到亞當史密斯 (Adam Smith) 有關分工管理理論的影響，至今有許多企業著眼於流程的片斷，雖然每個片斷都可以做的很好，但是整件事卻不保證做好，原因在步驟間溝通協調不夠，沒有結合管理整個流程，因此企業在進行再造時，必須注意企業整體流程，透過流程相關部門的合作與協調，發揮最大的效益，增加顧客滿意度。

圖 2-8 是 Hammer 針對流程再造的四種基本定義整理。

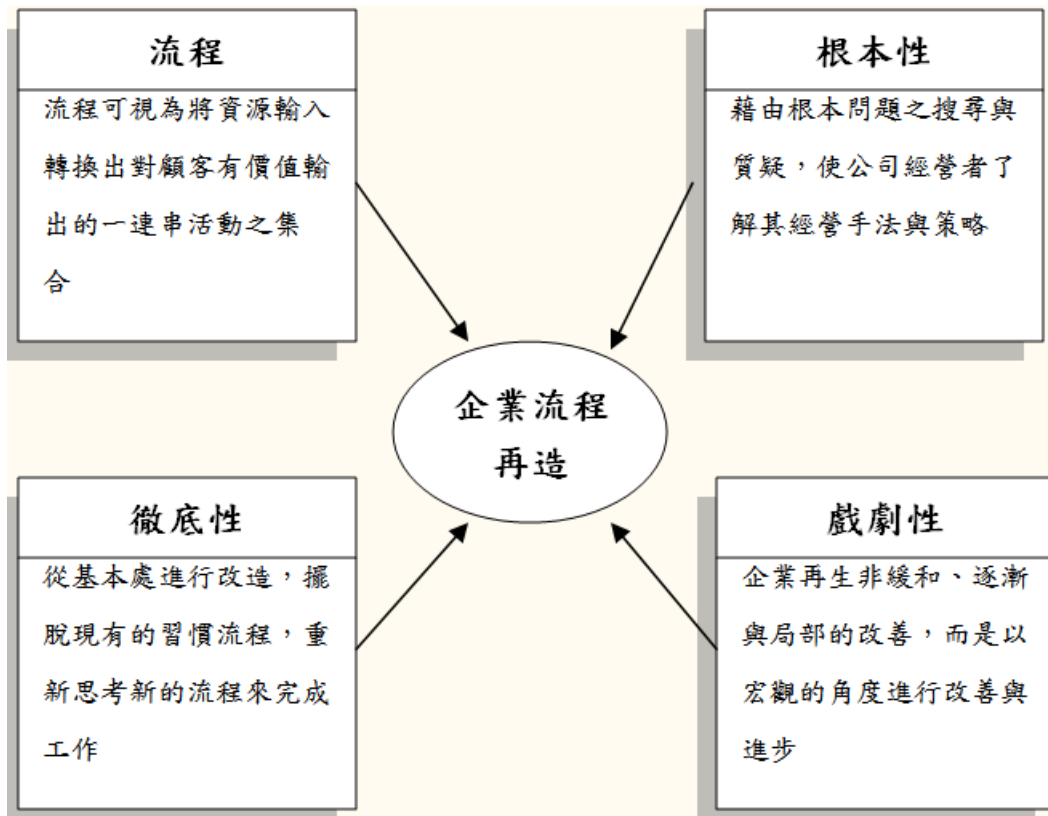


圖 2-8 Hammer 對企業流程再造基本定義

資料來源：Hammer (1993)

Davenport (1993) 進一步認為企業程序是由三種元件所組成：(一) 個體：程序所流經過的組織或部門，可以是組織內或是組織外的個體；(二) 物件：是指某一程序的產出結果，可以是組織內或是組織外的個體；(三) 活動：程序中的活動，可以分成管理活動或是一般作業。

Klein (1994) 解釋比較詳細，認為企業流程再造的定義為對組織的策略、具有附加價值的企業流程（相關的系統、政策和組織結構）做快速的、大幅的重新設計，以促使組織的工作流程和生產力達到最適水準。

Kang (1998) 認為影響流程再造的因子主要有四個（圖 2-9），其中包含顧客、員工、設備與產品。因此，當企業進行再造時，必然對此四項因子進行考量、整合，來提升產品品質與競爭力。

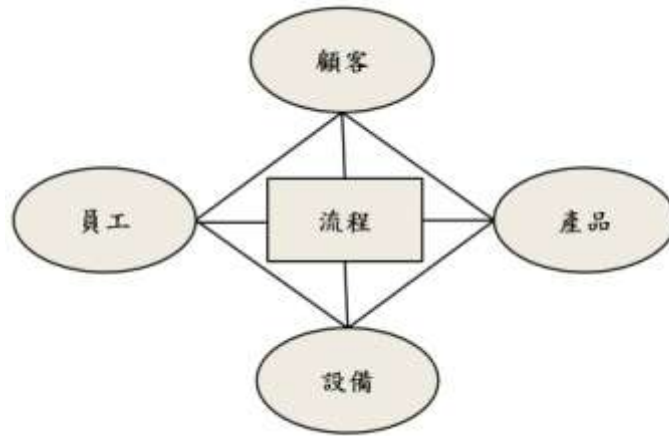


圖 2-9 四個主要影響流程再造因子

資料來源：Kang (1998)

有關企業流程再造 (Business Process Reengineering, BPR) 理論推出後，之後的學者也針對此議題進行相關的研究及討論，本研究將國內、外相關學者對於企業流程再造之定義彙整於下表 2-6：

表 2-6 企業流程再造定義

學者	發表年度	企業流程再造定義內容
Davenport & Short	1990	組織間與組織內部之工作流程與程序的分析與設計
Morrow & Hazell	1992	以簡化流程、降低成本、改進品質或增加彈性的觀點，檢討組織中關鍵企業程序之資訊與活動流程
Short & Venkatraman	1992	企業改進產品配銷、運送績效之內部作業的重整行動；與提供產品與服務的主要對象組成更大之企業網路
Davenport	1993	以新觀念結合原有管理技術，經由一次的流程創新達成企業的績效大幅增進
Loewenthal	1994	集中於組織核心能力，在作業流程與組織結構根本上重新思考與再設計，以達成組織績效的大幅增進



表 2-6 企業流程再造定義（續）

學者	發表年度	企業流程再造定義內容
Weiss	1994	企業徹底翻修其工作流程以達成品質、服務、速度與其它重要指標的大幅改進
Ettorre	1995	企業流程改造是指流程的連續改進，並整合各功能及掌握企業文化
Mayer	1996	藉由企業流程的重新設計來滿足顧客的需求
Moskal	1996	企業流程再造是簡化流程、降低成本提高生產力，與大幅的人員縮減
吳思華	1997	為了配合大環境的變化，讓組織中的核心技術能夠有效運作，所做的一種組織重新設計。
Hammer	2001	為了讓企業執行展現巨幅改進，而在企業「流程」中所做的急進變革
林志平	2004	由顧客角色思考，重新改造企業流程，使企業能夠大幅度的提升競爭力，並使流程能夠更加滿足顧客
Frank	2006	認為流程再造是找出核心流程，透過重新設計、大幅度的改善

資料來源：本研究整理

依照上述各國內外學者對於企業流程再造（Business Process Reengineering，BPR）的定義可整理歸納出流程再造主要的重點如下所示：

- （一） 分析企業核心流程為主要的改造活動項目。
- （二） 創新的思考與設計改善為企業流程再造的精神。
- （三） 經營環境的變遷與顧客需求的變化是企業流程再造的關鍵因素。

## 貳、企業流程再造之原因

組織工作流程的設計，不再只是符合內部管理的需求，也必須視外部顧客的需求而規劃，組織面臨環境的改變，使得以往經營方式受到嚴格的挑戰，以下就組織面臨的內、外部環境加以探討。

## 一、組織內部作業流程可能出現的缺失

蔣中一（1995）研究發現，過去高度成長的經濟環境下，企業採取分工方式以確保員工能正確且一致地工作，因此企業利用金字塔的組織結構來管理，但分工制度使得流程變得複雜及破碎，對企業內部而言，這種非流程導向的經營方式所可能造成流程的缺失，可歸納出幾點：

因分工越細而造成流程過長，使得生產或服務無法及時提供。

- （一） 組織內各部門經常為了自己局部的效率，而犧牲組織整體的效率，即所謂反功能決策的影響；因此，不同部門間之合作和協調，往往是問題的癥結。
- （二） 由於流程採分工的方式設計，每個人只負責其中的一部分，因此無人能了解全貌亦無人能對整個流程負責及維護。
- （三） 組織型態採金字塔型結構，使得組織在面臨環境變化時卻需層層上報而造成困擾，整個企業失去競爭優勢，組織結構日形僵化。

## 二、企業面臨的外部環境

Hammer 與 Stanton 在 1993 年提出，企業流程再造需要的原因來自外在環境的變遷，現今的顧客接收了更多的資訊，標準不斷提高，且擁有更多的選擇權；在這多變的市場下，企業組織必須改變以往強調規劃、控制、成長的傳統價值觀，轉而重視速度、服務、品質、彈性、創新，以及價格，因此環境的變遷使得需求與競爭產生變化，為了企業能永續經營、成長，做再造是必要的活動。

黃旭明（2000）研究發現：管理情報系統（Management Information System；MIS）將人為的管理控制，改為電腦的管理控制；近年來有企業使用戰略情報系統（Strategic Information System），必須從顧客的情報蒐集、分析，來重新設計企業的運作；「戰略情報系統」的意義和目標，是企業所有價值、活動的整合，或是將企業與企業間相關價值活動的整合，以創造獨占性的競爭優勢。須透過流程變革，對企業重新定位、重新組織、重建系統以及重振活力。

- (一) 流程再造改善整體品質。
- (二) 流程再造創造新的價值。
- (三) 流程再造與改善必須是持續的。
- (四) 流程再造必須與作業結合創造加成效果。
- (五) 流程再造為落實策略、實現目標的有效途徑。
- (六) 流程再造使組織重新定位。

### 參、企業流程再造的四個時期

根據 Hammer & Champy (1993) 發表的企業流程再造理論，可將企業流程再造分為下列四個階段 (圖 2-10)。在這四個階段中，都有其階段性任務：



圖 2-10 企業流程再造之實施程序圖

資料來源：Hammer & Champy (1993)

各階段之重要工作概述如下：

#### 一、準備期

成立再造工作小組，凝聚高階主管共識，針對再造小組成員及相關單位進行企業再造觀念廣宣及教育訓練課程，使專案工作小組之成員有再造知識及願景。

#### 二、評估期

了解內部與客戶需求、現行之作業流程、問題及瓶頸、資訊系統、人事組織等等。

#### 三、設計期

釐清現行流程，確認再造範圍，訂定再造目標及評量，重新審視現有流程。

#### 四、建置期

建置計劃主要依據評估、規劃階段之後，將此項專案排定時程、人員、地點、執行步驟、執行原因，並逐步實施的細部規劃。

流程的觀念是企業流程再造之重點，藉由對流程之功能、變動過程、所需的資源與對應的組織關係加以描述，以了解企業現行與未來流程及其與企業現況之相關性，並提高流程再造成功的機率。

#### **肆、企業流程再造的程序**

以上幾節說明了 BPR 的相關定義後，接著說明不同學者對於 BPR 程序的論點。Talwar (1993) 認為企業流程改善的程序可分為下列六個步驟：

- 一、願景定義 (Vision Definition)
- 二、計劃發展 (Plan Development)
- 三、流程分析 (Business Analysis)
- 四、重新設計流程 (Business Redesign)
- 五、建置 (Implementation)
- 六、評估 (Measurement)

而 Harbour (1994) 則提出改善流程的七步驟方法：

- 一、定義流程界線 (Define process boundaries)
- 二、觀察流程步驟 (Observe process step)
- 三、收集流程相關資料 (Collect process related data)
- 四、分析所收集資料 (Analyze collected data)
- 五、界定改善區域 (Identify improvement areas)
- 六、發展改善方案 (Develop improvement)
- 七、建置和監控改善 (Implement and monitor improvement)

Guha et al. (1997) 則提出企業程序再造的生命週期法，將企業程序再造方法區分為六階段實施，如圖 2-11 所示。每個階段的內涵如下述。

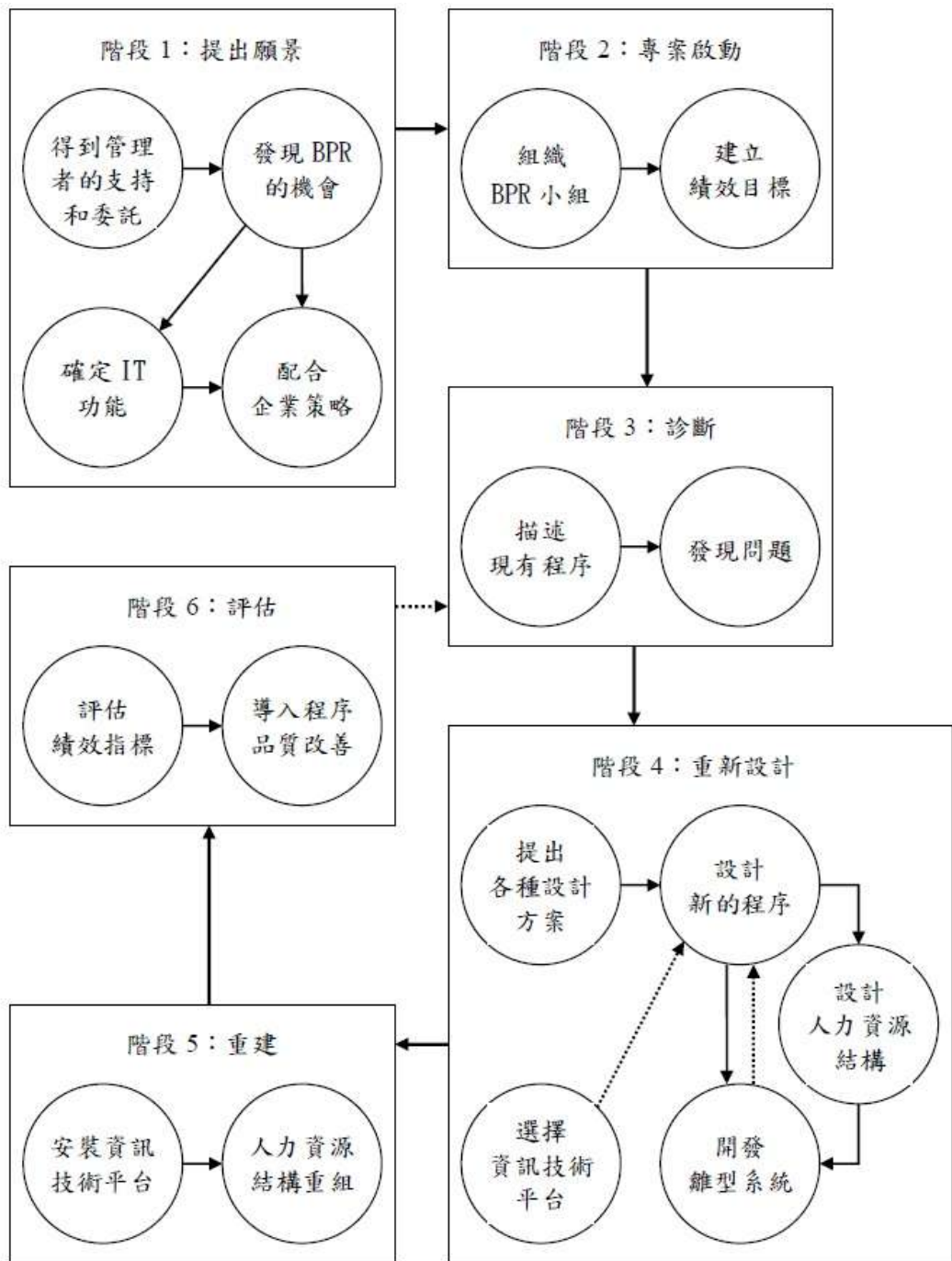


圖 2-11

圖 2-11 企業程序再造的生命週期法

資料來源：Guha et al. (1997)

### 一、提出願景

企業程序再造本質上是一項巨大的變革，因此在實施上首先要得到高階主管的支持、確定企業的核心程序，以發掘再造的機會、善用資訊科技，將企業程序

再造與企業策略相互配合。

## 二、專案啟動

企業程序再造的專案應該要有明確的目標及建立評量的標準，同時對成員進行必要的宣導以爭取員工對變革的支持。

## 三、診斷

要重新設計一個新的企業程序，必須詳細瞭解現有的作業是如何運作，分析存在的問題。

## 四、重新設計

為了達到程序改善的目標，專案小組根據問題分析的結果，採用系統性的方法對程序進行重新設計。

## 五、重建

實施階段的主要任務是開發並安裝新程序的資訊技術平台與資訊系統。

## 六、評估

此一階段是檢查與評估企業程序再造之後的成效。如果有必要則進行必要的回饋，再進行問題的診斷、重新設計、重建等步驟，以不斷的進程序改善。

Kettinger 等（1997）則針對 BPR 的方法論，訪問了 30 家以上的知名企業流程研究機構與顧問公司後，整理出三種代表性的 BPR 程序，彙整如表 2-7 所示。

表 2-7

表 2-7 三種代表性的 BPR 程序

來源	International System & Service (ISS)	Texas Instrument	Wang BPM 2000
BPR 程序	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 確認目標</li><li>2. 評估企業流程</li><li>3. 設計企業流程</li><li>4. 建置企業流程</li><li>5. 監控企業流程</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 承諾</li><li>2. 了解流程</li><li>3. 新流程設計</li><li>4. 流程改變</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 定義企業目標</li><li>2. 分析企業流程</li><li>3. 重新設計流程</li><li>4. 建置新流程</li><li>5. 評估新流程</li></ol>

資料來源：Kettinger 等（1997）；劉應詳整理（1999）

根據陳育靖（2000）研究指出：組織運作過程與企業流程開始，從根本思考每一過程活動的價值貢獻，並運用現代化的資訊科技，以期能夠在成本、品質、服務、組織運作效率與效能、競爭力，甚至企業組織與顧客需求的互動關係獲得戲劇性的改變並提出以下 4 項企業流程再造程序：

一、願景及策略的規劃

二、現況模式（AS-IS）分析

三、再設計後，產生（TO-BE）模式

四、實行

#### 伍、企業實施流程再造的時機

依據 Hammer（1990）的看法，當企業主體面臨下列 3 種狀況時，即是實施流程再造的時機：

一、組織面臨生存危機時

二、組織希望在同業中產生較多的優勢

三、組織面臨生態環境的變化時

現階段的台灣醫療與照護產業經營者，至少均面臨到上述第 2 至 3 項的狀況，因此在醫院的經營管理上，擇要的進行流程再造已是刻不容緩的事情。

#### 陸、流程再造產生的效益

Hammer & Champy 認為，企業在改造流程成功後，組織內的組織架構，企業成員的工作性質，從屬關係、獎懲制度、企業文化等全都煥然一新，組織成員的工作性質從單調、專一、重複走向複雜、多樣、多變，並擴大其獨立自主空間。

流程再造的目的是在於提升顧客的滿意度，進而提升各方面的績效，以降低成本和增強競爭力。流程再造所產生動機及所帶來的效益以下表 2-8 表示：



表 2-8 流程再造之動機與效益

動機	條件	問題點	做法	成效
競爭	滿足顧客需求	現有流程無法滿足	流程的再造	顧客滿意度的提升
顧客滿意	快速服務 迅速解決問題 服務品質好 產品品質好 價格低 受到重視 新產品上市 額外的服務	流程過長 作業時慢 無人負責 各掃門前雪 過多的監督與管制 公文往返費時 人力多、成本高 資訊傳遞慢	管理當局支持 重新設計流程 流程工作小組 組織扁平化 分權與授權 流程的多樣化 流程的彈性 工作的多樣化 團隊合作 資訊科技應用	服務流程縮短 服務時間短 顧客問題圓滿解決 服務與產品品質好 顧客受到重視 符合顧客的要求 收費具競爭力 新產品上市快

資料來源：楊錦洲（1995）

#### 第四節 醫療機構如何應用企業流程再造

##### 壹、醫療產業簡介

我國醫療機構按其業務型態分類，可分為綜合醫院、一般醫院、專科醫院、精神科醫院、特殊科醫院以及慢性醫院。綜合醫院指從事內科、外科、小兒科、婦產科、麻醉科、放射線科等六科以上診療業務，每科別均有專科醫師，且病床在 100 張以上之醫院；慢性醫院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；精神科醫院係指從事精神科診療業務之醫院。

王克捷、李慧菊（1992）指出醫療產業是典型高度專業分工的服務業，需仰賴眾多人力提供精緻、專業的服務，同時醫療院所也必須投入相當的資源在醫療設施的建置，所以與其他產業屬性最主要的不同在於醫療業屬於人力與成本皆密集的精緻服務業。

依據吳振隆（1999）提出：在我國醫療產業中居最重要地位的是醫院，其存在的本質為滿足社區民眾的一切醫療需求，主要提供四大項功能：一、預防與保健服務；二、服務病人使之恢復健康；三、教育訓練；四、研究。社會上的傳統



觀念認為醫院屬於非營利機構，認為在經營上不宜過於商業化，加上醫療服務本身的特殊性使得醫療機構基本上較不受景氣循環的影響，因此過去許多醫療機構普遍較不重視管理與經營。由於環境背景不同於其他產業，所以醫療業的產業特性與其他產業也有差異，分別就產品特性與一般特性說明如下：

## 一、產品特性

### (一) 無形性

醫療業屬於服務業，因此主要的產品是「服務」和醫療「活動」，而非具體可見的物品。

### (二) 不可分割與儲存

醫療服務的傳遞常需和服務提供者所進行的醫療活動結合在一起，所以不能分段切割，也不能像物品一樣儲存。

### (三) 品質不易掌握

接受醫療服務的對象，個別差異性和特殊性很高，使得醫療服務產生的效果與品質難以預測，也很難統一。

### (四) 不對稱性

消費者對於醫療服務這類高度專業性資訊的不足與被動，與醫療服務的供給者相對而言，有資訊上的不對稱性存在。

## 二、一般特性

### (一) 產品替代彈性小

醫療服務的對象為具有感情的人和無價的生命，因此產品的替代彈性很小。

### (二) 專業性高、風險大

醫療行為屬於精密度高且常有高困難度存在，醫療服務的結果更攸關人命，使得從業者需時常面對可能失敗的考驗，風險性高。

### (三) 需求不可預測

由於患病情況的種類、時間與人數受到相當多外在因素影響，科技只能做到合理的預測，與一般製造業相比，醫療業產品需求的不可預測性明顯高出許多。

#### (四) 產品多元化

吳振隆(1999) 醫療產業除提供醫療服務外，也強調研究和教學的重要性，更必須面對許多不同的醫療服務需求，因此產品多元化造成醫療機構在材料和藥品準備上有樣多量少的特性。

醫療產業與一般產業具有明顯之差異，其機構結構與組織分工上亦有顯著的相異。完整的醫療服務是提供從病患掛號、看診、處置、檢查、開刀、住院乃至醫材供應、保險申報、會計財務及人事管理、經營分析等醫療管理之事務，架構成一組織機能完備之醫療服務團隊組織。因醫療部門及少數行政部門(如住院、櫃台等部門)係直接與病患(顧客)接觸，故組織系統上歸屬為第一線部門。而大部份之行政部門則對第一線部門提供服務，滿足其作業需求，利於服務病患，因居於幕後作業而非直接服務病患，故歸為第二線部門。由於醫院組織以醫療部門(人員)為主體，其外在形象、聲譽與經濟命脈均來自第一線部門，故無形中，小自部門事務、獎勵考核、意見表達，大如流程再造、策略聯盟等多由第一線主管決定，所以第一線部門的管理和意見自然受到重視，又傳統醫療環境偏重醫療技術、決策管理階層大多為醫事人員。根據 Hambrick & Mason (1984) 研究認為管理者所接觸的經驗不同時，會影響其採行策略。當這種現象發生在醫療機構時，第二線部門未獲得同等標準之開發與成長，也未主動發揮其功能。隨著環境與需求改變，醫療服務業規模愈來愈大，管理層次相對亦愈來愈專業。尤其對於第二線部門之機能更需以其專業技術及常識結合醫療產業之特色，發展成為醫療產業之專業管理，如醫療供應管理、人事管理等，如此方能真正發揮管理功能與績效。

#### 貳、企業流程再造應用於醫療院所

根據國內外學者的研究顯示，醫院導入企業流程再造(BPR)可提升醫療品質與醫療資源達到有效利用。White(2002)等指出，病人等待過長的這個問題可以透過應用企業流程再造的原則改善，其中包含：溝通協調、大量個人化以及將資料數據化與普及。這些流程與技術，包含生產計劃工具、工作流程管理、供應商

的連結及規劃表等等，能夠減少病患等候時間。Bliemel (2005)，管理原則及資訊系統運用，從企業流程再造的角度來看醫療改革，能夠深入了解醫療體系運作過程並充分利用醫療資源及促進技術發展，但仍然有許多實施醫療電子化 BPR 之障礙，如：標準化、隱私權、合作及政治等問題。

余炎輝 (2004) 指出，藉由資訊系統來控管醫師開立處方的醫療行為與被濫用，杜絕醫療資源浪費，以免重蹈被核減的覆轍。廖珮宏 (2009) 等指出，藉由醫療資訊之開發提升醫療作業效率，有效的通訊系統能夠改善病人用藥安全、醫療資源之分配，進而提高醫療服務品質，達到 e 化醫護流程再造之目的。

推行方面，Walston S. L. & J. R. Kimberly (1997) 以病患為導向 (Patient Focus-care) 為目標，提出醫院的七個再造要素，其分別運用在人員的運用、流程設計及組織結構上：

### 一、人員運用

- (一) 裁員 (Downsizing layoffs)：免除組織不需要的人員以使生產力最大。
- (二) 技術混合改造 (Skill mix alterations)：調整工作人員的技術以更有效的投入運用。
- (三) 組織服務的分工 (Decentralization of organizational service)：指集中服務單位 (護理站) 的責任並授權以獲得最佳的生產工作時間。

### 二、流程再設計

- (一) 重新整合病人 (Patient aggregation)：將醫院重新配置，把相似病情的病人整合在同一區域或樓層內，可提供較佳的經濟規模，如此可減少人員的訓練成本並可提高技術層級。
- (二) 臨床科學資源管理 (Clinical resource management)：將醫生的診斷及處理方式流程化，建立標準規則，以提供醫院做管理並可使成本最小化。
- (三) 非核心成本節省的改變 (Non-core cost saving changes)：護理人員包辦所有工作，如：醫療服務、藥物配送甚至是清潔服務，因而可以減少後勤支援人員。

### 三、組織結構的再設計

管理結構的改變 (Changes in managerial structure)：將組織扁平化，消除管理幕僚，預期能提高資訊流通並幫助管理者訂立決策。

流程再造於醫療體系中已開始推行，且獲得極大的成效，但在成功例子的描述中只能看出結果或建議，如表 2-9 所述，至於實際運作過程說明的並不詳細。故本研究於第三章中提出再造的實施理論及步驟，為流程再造規劃一套完整的實行模式。

表 2-9 國內外醫療院所實施流程再造方式

醫院	目標	再造方式	成效
美國 Bishop Clarkson 紀念醫院	(1) 改善醫療品質 (2) 創造良好工作環境以吸引人才 (3) 加強醫師工作效率 (4) 降低成本	(1) 將病患族群分類別 (2) 將服務靠近病患 (3) 增加員工作業技能 (4) 簡化作業流程 (5) 利用資訊網路的整合，降低數據資料的重複處理	(1) 病患整體滿意度提高8.6% (2) 員工工作滿意度提高23.6% (3) 醫師工作滿意度提高28.6% (4) 直接照護病患時間占總工作時間之比例提高19% (5) 所需外包之清潔維護時間占總工作時間之比例降低12% (6) 員工閒置時間占總工作時間之比例降低6%
Detroit medical center	重置資訊技術 (IT) 設備	(1) 合併醫院及資料中心 (2) 簡化管理結構	(1) 成本節省了約1.3億美元 (2) 組織結構由10個階層減少為6層
澄清綜合 醫院	(1) 朝區域教學醫院的品質努力 (2) 持續提升業務量 (3) 管理制度化與電腦化	(1) 硬體空間之完全改造 (2) 提升醫療作業能力，簡化各項作業流程 (3) 聘請醫院管理專家顧問及任用醫管碩士員	(1) 最近三年門診業務量平均成長8.23% (2) 最近三年住院業務量平均成長5.67% (3) 病患整體滿意度提高11% (4) 護理人員流動率控制在12%以下

資料來源：徐儷心 (1990)

### 參、流程再造應用於醫院需注意的要點

醫院流程重組的基本要求就是以作業過程為中心，擺脫傳統觀念的束縛，根據信息系統建設目標的要求，對醫院不適應的業務流程作根本性的思考和改革，改變傳統的管理模式，其目的就是要建立現代醫院管理制度，在面向病人與社會的基礎上，謀求在醫療成本、醫院文化、醫療質量、工作效率及醫院管理等方面得到改善，充分利用現代信息技術，適應社會發展要求。

目前，我國各醫院的營運模式是在計劃經濟體制下建立起來的，很多方面不能適應市場的需求，需要實行必要的流程再造和優化，實現醫院治療過程的改善。實施流程再造的注意事項，許多企業進行流程再造時常採下列的策略：一是「賦予員工權力」，另一策略則以跨功能的團隊方式，配合資訊系統，讓每個部門皆能同步進行某項工作。至於在工作執行上，組織須注意以下事項：

#### 一、決定從何處展開

流程再造應慎選特定的領域展開。而判斷的標準，可依問題的重要性、執行的難易度，以及所產生的效用而定，組織可以優先選擇與勞力密集有關並且存在不合理現象已久的流程展開再造。

#### 二、維持企業的和諧性

流程再造是由上而下的組織活動，高階主管能否支持為其成功與否的關鍵因素之一。

#### 三、高度的溝通

在流程再造的過程中，有賴於組織成員密集並高度的溝通與協調。

#### 四、訓練及發展的程度

應將教育訓練焦點放在訓練員工及人力的發展超越目前工作所需的技能。

流程再造包含著這樣兩個基本思想：

(一) 必須識別哪些環節是流程的關鍵，並使之盡量簡潔有效。

(二) 必須提棄枝節，對於醫院的核心流程來說，包含門診、住院、檢驗檢查、護理等多方面的內容，實施這些內容的流程優化重組，工程十分浩大。

再造醫療作業流程是將任何使用資源將輸入轉為輸出的一組活動，此活動可視為一個過程。為使醫療服務組織有效運作，必須識別和管理許多相互關聯和相互作用的過程。通常，一個過程的輸出將直接成為下一個過程的輸入；因此，以過程為基礎的質量管理體系強調系統識別和管理組織所應用的過程，特別是這些過程之間的相互作用。因此，運用業務流程再造思想，再造醫療服務流程是提升醫療服務質量管理體系營運效率的有效途徑。

以醫院為例，醫院營運流程可分為管理流程和服務流程。服務流程包括醫療、護理核心流程及圍繞核心流程的各種生活性、教育性、研究性、技術性支持流程。管理流程包括行政、財務流程、人力資源，內含規劃、組織、控制流程。

流程的構成有四大要素

- 一、 人員，即活動執行者。
- 二、 活動，人在流程中做了什麼，如何去做。
- 三、 活動之間的連接模式、起點、終點、串聯、並聯與交叉，還有回饋架構。
- 四、 活動的技術模式，是否運用計算機工具及高新技術。流程的運作效果取決於流程設計、合格的執行人員與適合的運作環境。

## 第參章 研究方法

本章主要針對本研究之架構與研究方法做一完整之說明，首先以整理文獻的方式蒐集並整合與流程再造相關的理論及醫院實施流程再造的實例，加以比較探討，另外透過次級資料與深度訪談專業相關人士的意見蒐集進行歸納分析並驗證其與文獻資料之一致性，最後，進行舊有流程的修正及改善與新流程的規劃再造。

### 第一節 研究架構

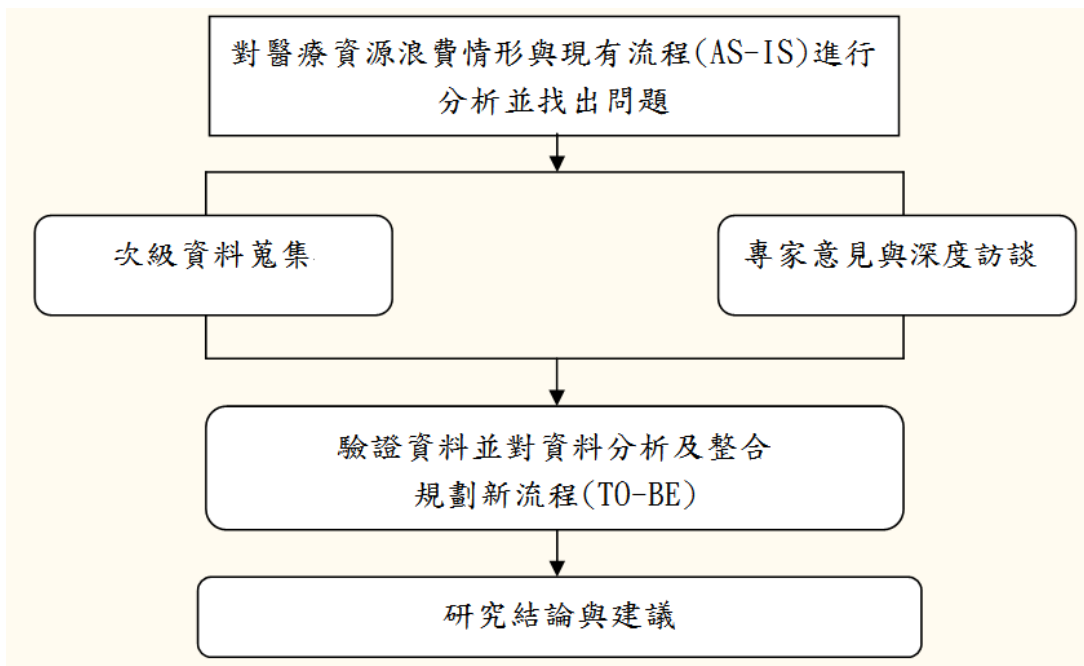


圖 3-1 本研究架構圖

### 第二節 研究方法

研究方法是指涉及研究主題資料收集與分析的程序及技術，如文獻分析法、實地實驗研究、次級資料分析、量化問卷調查法、成本效益分析、深度訪談法、個案研究法等。但不是所有研究方法都適用於任何研究背景與問題。

本研究題目為「流程再造運用於醫療與照護機構之研究—以中部地區某醫療照護機構為例」，對於醫院流程現況須深度訪談參與醫院經營者較能探究實際運作過程，因此本研究主要係採文獻分析法、次級資料分析法與深度訪談法進行企業流程再造。

## 壹、文獻分析法

葉至誠（2000）提到，文獻法亦稱歷史文獻法（Historical Analysis），是運用科學方法找尋歷史資料，檢驗歷史記錄，研究社會變遷及其規律性的方法。包括對歷史資料的搜尋、分析、檢驗等內容。對各種文獻資料進行蒐集和分析，可以探索歷史發展過程中心的社會現象產生的規律性，掌握社會在歷史時期所具有的準則和價值，獲得了解社會現象的歷史因素。

文獻資料分析旨在使研究熟悉目前知識，瞭解研究主題有關的概念、理論、重要變數、各構念（constructs）的構念型定義及操作型定義，並掌握其他人已經研究過的問題、研究假設及研究方法。

文獻資料分析的優點是省時，並可藉由查詢較多相關的資料，做綜合比較分析，然其缺點是過去的研究報告未必完全符合該研究的主題。

本研究所蒐集的文獻來源包括：

- 一、政府出版品及相關法律規章。
- 二、國內、外相關學術論著、期刊論文、研究報告及報章資訊。
- 三、相關網站上之資訊。

## 貳、次級資料分析法

Stewart & Kamins（2000）在研究中說明：次級資料包括不同的資料來源，以及由其他研究人員所蒐集的資料或不同形式的檔案。來源包括政府部門的報告、工商業界的研究、圖書館書籍與期刊、企業組織資料、文件記錄資料庫，以及獨立研究者的研究論文及網路、新聞、書籍、研究報告、論文等的觀察結果。這樣的次級資料能夠提供一個經濟及便捷的路徑來回答不同的問題。研究的產生通常是由於研究者希望回答某些問題或達成某些目的，而這個目的的達成或相關問題的答案都需要有足夠的資料來做支持，而這些資料，無論是原始資料或次級資料，只要是具有可信度且能幫助研究者回答研究問題，都是可以運用的。在次級資料研究的過程中，分析者是在原始資料已經完全蒐集到之後，設計研究的進程。使



用次級資料研究可以節省許多成本與時間，常被認為是較有效且可行的方法，除了確定必預以全新資料來解答的研究問題之外，應多採用既存的資料，否則在蒐集原始資料時將會耗費較龐大的成本。一個完整的次級資料將更能增加原始資料研究的有效性。

Stewart & Kamins (2000) 研究發現：既存的次級資料可提供發展研究問題的基本導向、新式研究設計的引導，以及分析和解釋新資訊的方向。運用次級資料研究法的優點如下：

- 省時且降低成本：蒐集次級資料不但省時且可降低研究的成本。
- 實際且高效率：當研究人員希望儘速取得研究問題的解答時，運用次級資料可以更快且有效的得到答案。
- 填補現存知識之漏洞：藉由次級資料建立新研究問題、假設等，可有效的補充既存研究的不足，提供一全新的研究方向，更能提升研究花費的最大價值。
- 有效的比較工具：為了檢驗不同時代的取向，研究者可以比較新資料與現存資料之間的差異，藉以找尋正確的結果。
- 檢驗新資料與母群體之間的關係：可藉由一些普查資料來比較樣本的個人特質與母體的特質是否有差異，如此一來便得出樣本代表母群體的程度。

Stewart & Kamins (2000) 研究發現：利用二手的資料做研究或解釋事情時可能會發生一些歧見，造成研究時產生一些限制。次級資料研究法有以下的限制：

- 資料可靠性的疑慮：有時找到的次級資料涵蓋的範圍很廣，可能會有許多不同的觀點，亦或是互相衝突的結論，因此蒐集到的次級資料，其可用性必須經過謹慎的評估。
- 失去適用性的風險：次級資料的蒐集是為了特定的研究目的，但是在變項類別的定義、特定的測量方式或研究處理上有可能會產生一些問題，而導致在一些研究目的上，次級資料失去其適用性。
- 時間問題：次級資料的定義，是指在過去完成的資料，在運用上有時會失去所要研究的問題的時效性。

## 參、深度訪談法

### 一、深度訪談目的

陳向明（2002）提出：所謂「深度訪談」就是研究者「尋訪」、「訪問」被研究對象並且與其進行「交談」和「詢問」的一種活動。「深度訪談」是一種研究性交談，是研究者通過口頭談話的方式從被研究者那裡蒐集第一手資料的一種研究方法，透過雙方相互作用、共同建構「事實」和「行為」的過程。

深度訪談（visiting survey）的「優點」在於為研究者提供了豐富詳盡的資料。Wimmer & Dominic（1995）相較於傳統的調查方法，深度訪談法能提供更深入而精確的回答。吳振宇（1998）透過深入訪談法探究問題，將使研究者較能掌握問題的焦點所在，另外也可經由受訪者豐富的回答內容，推測其邏輯和背後的語言或行動的意義，並可直接判斷其談話的可靠性。Wimmer & Dominic（1995）指出，深度訪談法具備下列特點：

- 樣本數較小，可自行控制所需之樣本數目。
- 深入訪問可允許訪問者根據每個受訪者回答問題的情況提出問題。
- 可訪問較複雜的問題，可以深入探究問題。
- 可觀察到受訪者非語言的行為，並有助於資料的研判。
- 訪問的時間通常很長，但可高度控制訪談過程與時間。
- 經訓練過的訪談者可應付各種不同狀況。
- 可能受到訪問情境的影響。

本研究訪談法採開放答項半結構式的個別訪談。據 Tomas Herzog（2004）指出，深度訪談，是未結構化訪談的一種型式，其目的在對某些主題或討論中的問題，得到比平常更為深入的了解。

## 二、訪談說明

為符合本研究所欲探討的目的，受訪對象必須對於目前台灣醫療與照護環境具有一定程度的了解並對於醫療與照護機構中的作業流程十分熟悉且可參與機構重大決策者。本論文訪談對象－邱副院長、施副院長、蕭院長、楊執行長即是在各個醫療及照護機構擔任決策者的角色，透過深度訪談方式可以較長時間面對面，了解目前台灣醫療浪費的現況以及如何改善現有流程並減少醫療資源浪費的問題；蔡經理在醫療資訊系統方面有專業的相關知識，對於目前的醫療資訊傳遞的相關問題，他能帶來詳細且完整的解說。

### (一) 訪談對象說明：

表 3-1 訪談對象介紹

邱先生	台南郭綜合醫院－副院長
施先生	台中弘光科技大學附設老人醫院－副院長
蕭先生	台中康福護理之家－院長
楊小姐	彰化順安醫院－院務執行長
蔡先生	台灣富士通股份有限公司－PBU 政府事業處資深專案經理

### (二) 訪談對象基本介紹：

邱先生－曾在 2009 年榮獲台南地區傑出經理人，現任：台南郭綜合醫院副院長、台灣醫務管理學會、全國私立醫療院所協會、台灣健康保險學會、社區醫院協會的常務理事及醫院協會法規委員會委員；他提倡「人性化」的醫療服務，強調「以客為尊、視病猶親」，建立「專業、親切、負責」和諧的醫病關係，提供患者舒適、安心的高優質醫療環境，用心企劃使郭綜合醫院深獲各界好評。

施先生－現任弘光科技大學健康事業管理系副教授兼弘光科技大學附設老人醫院副院長；施先生是將智財導入管理老人醫院的人。他由弘光科技大學老師的身份借調擔任醫院的行政副院長，施先生認為：實行智財管理對老人醫院而言，是一次組織改造的好契機。「雖然初期在理解管理規範條文上花了較多時間，但截至目前，我們算是有個好開始。」除了弘光科技大學的支持、院長力挺，而管

理代表人的層級夠高，能凝聚跨科室的共識，讓條文變成行動，在施先生的努力下讓老人醫院通過智財管理規範的認證，也代表了組織精益求精的另一個起點。

蕭先生現任康福護理之家－院長，康福護理之家是全台唯一同時通過 ISO 9001（品質管理）、ISO 14001（環境管理）、OHSAS 18001（職安衛管理）認證的照護機構；康福護理之家提供了完整的生活照顧、護理照護、醫療服務、情緒及心理輔導、復健治療、文康休閒活動、社會補助、宗教活動、日托及短期照護、喘息服務、外勞代訓服務。

楊小姐現任彰化順安醫院－院務執行長，楊小姐對於國內醫療資源浪費問題十分憂心，對院內醫師開藥及用藥的作業內容相當關注且做好嚴格把關的義務且針對相關政府措施也都相當了解，對於院內的流程控管十分重視，也非常重視病患的權益。

蔡先生現任台灣富士通股份有限公司－PBU 政府事業處資深專案經理；對於醫療機構方面台灣富士通於醫療院所電腦化專業系統整合，不斷引進先進的資訊技術及設備，對於醫療效率的管理及服務水準的提升，有顯著的效益，其中包含：一、護理系統(Nursing System)二、遠距照護支援系統(Telecare Support System)，目前台灣多家醫療機構均與富士通合作採用其資訊系統。進而提升醫院的形象與競爭力，發揮最高之經營績效。

表 3-2 訪談時間表

訪談單位	訪談對象	職稱	日期	時間
台南郭綜合醫院	邱先生	副院長	05/20	75 分
台中弘光科技大學 附設老人醫院	施先生	副院長	05/23	80 分
台中康福護理之家	蕭先生	院長	06/03	60 分
彰化順安醫院	楊小姐	院務執行長	06/05	75 分
台灣富士通股份有限公司	蔡先生	專案經理	06/10	50 分

### 三、訪談提綱

因本研究探討的是「醫療」與「照護」機構的流程再造，最後進行醫療與照護機構的作業流程進行整合，故對於兩個屬性相異的機構，本研究分別設計三種不同的訪談內容，針對訪談對象的不同及其所屬機構與其專業能力（如：醫師、專業經理人、資訊科技）做為區分，各訪談對象及訪談問題如附錄一所示。

### 四、企業流程再造

根據國內、外學者所提的流程再造理念，最重要的是將再造模式予以落實。由於流程再造是一項長期且重大工程，需遵循一定的程序與步驟並且要有控管進度的機制，才不會讓流程再造徒勞無功。據陳育靖（2000）透過文獻探討並參考Willian 等人所提之推動架構，歸納出企業流程再造的實施步驟：

- （一）願景及策略的規劃。
- （二）現況（AS-IS）模式分析。
- （三）再設計後，產生理想（TO-BE）模式。
- （四）實行。

本研究依陳育靖（2000）企業流程再造步驟前三點步驟提出比較詳盡之看法。

#### 1. 願景及策略的規劃

該階段主要是能勾畫出組織未來發展的遠景與目標，以確保組織的產品服務、內部流程等能滿足顧客的需要與創造效益。本研究依台灣地區因人口老化問題造成老年人口對於醫療與照護需求增加，但對於醫療資源的應用出現不當行為，故本研究透過將醫療與照護機構的作業流程進行整合，以期能改善目前台灣地區醫療資源浪費情形。

#### 2. 辨認並分析現有流程及選擇須再造的流程

Hammer（1993）針對企業流程，根本重新思考、徹底重新設計，以期在成本、服務、品質、速度上獲得大幅的改善。本研究透過文獻整理、次級資料蒐級與專業意見訪談整合與分析方式找出目前醫療與照護機構現有流程問題，並依其意見選擇需再造流程與再造方式。

### 3. 重新設計流程及執行並持續改善

重新設計流程的主要目的是將舊有的流程進行再造，藉以靈活運用資訊、減少組織介限的數目、刪除不必要的活動，來減少醫療資源浪費情形。

流程再造是否成功，除了流程本身運作是否流暢外，另外相關人員也必須全力配合，以導正病患的正確就醫觀念，進而減少高診次用藥問題，使得醫療資源達到充分運用。評估結果若能達到原先設定與預期之成效，則表示該流程再造具有突破性的成果；但若未能達成預期成效，則可將結果回饋，以幫助未來再造時進行參考。新的流程實施後，需要定期加以衡量及檢討，以發掘出更多的再造機會。

#### 第三節 研究對象與範圍

本研究主要是以文獻整理台灣地區 65 歲以上的老年人口對於醫療與照護上的需求與台灣地區目前對於醫療資源的過度運用與浪費現況，並以台灣中部某醫療照護機構作業流程上的可能造成醫療資源的浪費情況透過次級資料蒐級與專家意見訪談作整合及分析，建構一個整合醫療與照護機構並能夠改善台灣地區醫療資源浪費的新作業流程。

## 第肆章 醫療與照護機構流程再造分析

本章將第一節將對於台灣地區的醫療與照護機構的現有作業流程（如：一般門診流程、照護機構服務流程）進行流程的介紹，再來第二節對於經由專家深度訪談意見及建議與次級資料蒐集進行整合及分析並探究其中造成醫療資源浪費的可能原因，找出有效改善醫療資源浪費的方法，最後第三節將整合與分析的結果應用於醫療與照護機構的流程再造上，以期能建構出一個適合台灣地區醫療與照護機構的新流程並期可有效改善現有醫療資源浪費情形。

### 第一節 台灣醫療與照護機構作業流程現況探討

在台灣地區無論是在小診所或大醫院就診，作業流程不外乎是「掛號、看診、開醫囑、批價繳費、領藥、檢查、住院或轉診」，但各家醫療機構的規模和作業流程也不盡相同；圖 4-1 為台灣地區一般醫療機構的門診流程圖，以下則針對各個細節，作進一步的描述：



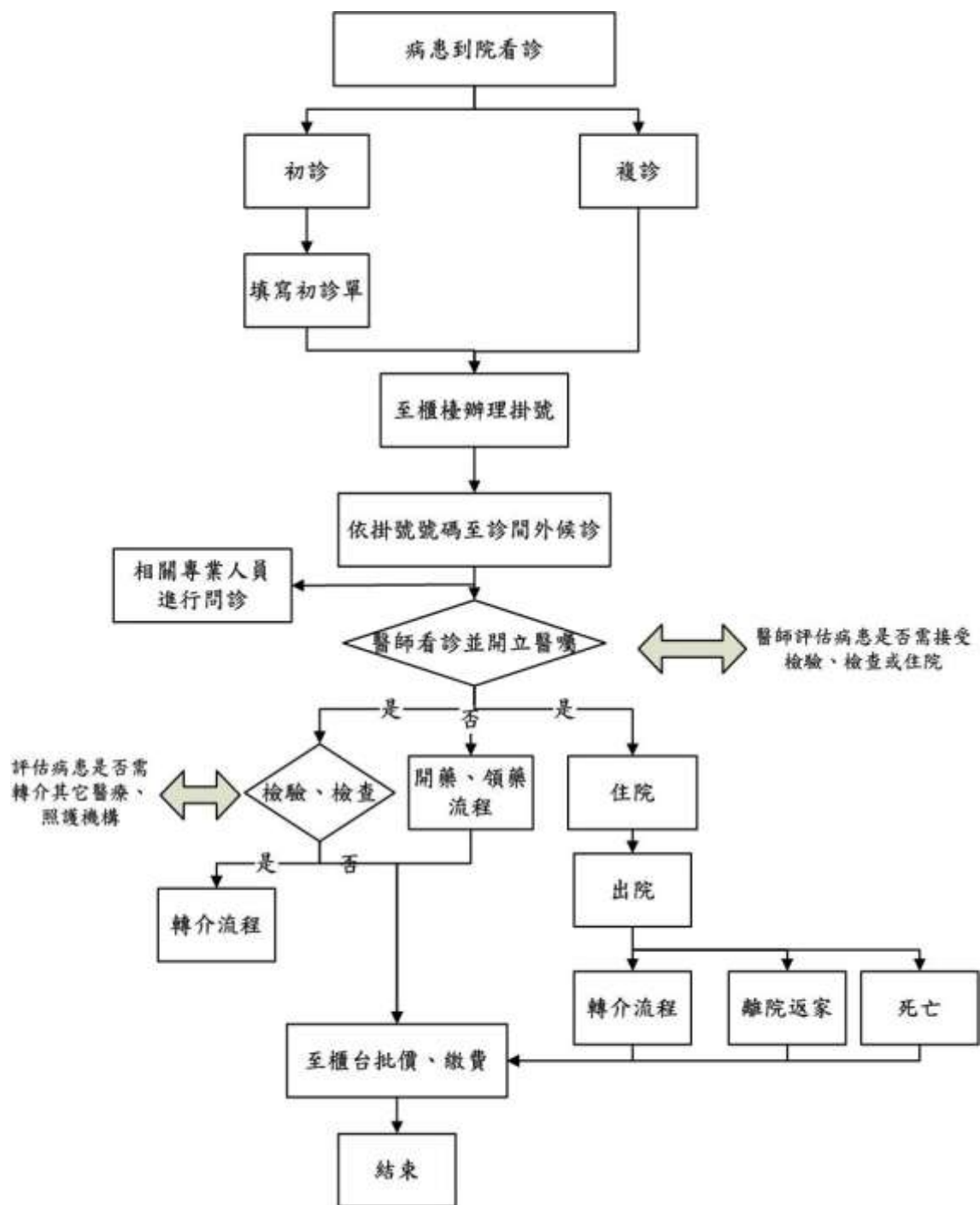


圖 4-1 一般醫療機構門診流程圖

資料來源：本研究整理繪製



## 壹、一般醫療機構門診流程介紹

### 一、病患到院看診

民眾可能因某些需求(如:接受治療、領藥、做檢查或醫療相關知識諮詢等),而到醫療機構尋求協助。

### 二、初診、複診

如果民眾是第一次在該醫療機構就診,則為「初診」病患,必須備妥戶口名簿或身分證以便核對身分,凡是初診病患,需至掛號櫃台辦理報到手續並填寫基本資料(包括姓名、出生日期、性別、地址、電話號碼、身分證字號等)後再掛號、候診;其餘的「複診」病患,可直接以健保 IC 卡進行掛號。

### 三、至櫃檯辦理掛號

掛號的方式大致可分為現場掛號、人工語音掛號、電話語音掛號、網路掛號、醫師診間預約等,患者需先查明所要掛號之科別的門診日期及預約代碼、病人的病歷號碼或生日、身分證字號,以便掛號作業;若為醫師診間預診,可直接持預約單就診,不需排隊掛號。

### 四、依掛號號碼至診間外候診

查詢各醫院之門診時刻表手冊或透過網路查詢,依照個人的需要來選擇科別。有些科別會採獨立掛號的方式,例如:精神科、中醫科、復健科、神經外科等,其他如成人健康檢查、考試或出國留學身體檢查,則可能會由其他專屬的櫃檯掛號負責。各家醫院科別的名稱和性質可能會有些許差異,可以參考院內的科部介紹、服務範疇,或至服務台諮詢。就診者依序號至診間接受醫師診察。

### 五、相關人員進行問診

由相關護理人員對病患進行相關基本檢查與問題諮詢,如:測量生命徵象(包含血壓、脈搏、呼吸、身高、體重等等)、血壓、相關用藥情形、此次看診的主要問題、旅遊史等。

## 六、醫生看診並開立醫囑

醫師看診後，可依病患病情開立現場緊急檢查、治療、住院或轉介等。醫師看診後不需緊急醫療者，可依病情開立藥物處方箋、檢驗室檢驗、治療室處理、超音波檢查、影像檢查、營養諮詢、物理治療等。

## 七、檢查、檢驗

### (一) 抽血

須注意檢驗中是否包含禁食空腹的項目，或是特定收件時間的檢驗項目、特定時間點抽血。相關的疑問可以直接向檢驗醫學部人員詢問。

### (二) 驗尿、糞便、痰

1. 驗尿：尿液至少須 10 c.c.，檢體的收集必須為「中段尿」，以減少檢驗結果的誤差。
2. 糞便：依據檢驗項目的不同，收集的方式亦有些微的差別，例如：糞便寄生蟲卵檢驗，必須採集足夠的檢體量，降低檢驗結果偽陰性的機率。
3. 驗痰：收集清晨第一口痰為佳。咳痰之前要先漱洗口腔，咳出之痰應立即送檢。

### (三) 放射線攝影

如果為一般 X 光攝影，先至櫃檯結帳後，至影像醫學部 X 光攝影登記處安排攝影室接受檢查。病患應該換上檢查的衣服，並除下所有可能影響影像判讀的遮蔽物，如鈕扣、項鍊、口袋硬幣...等金屬飾品。

如果是特殊影像學檢查，請詳讀並配合各檢查注意事項說明書（說明書請向診間相關人員領取），於指定的時間進行檢查。

### (四) 綜合診療部檢查

項目包含有各項運動心電圖、超音波檢查、內視鏡、肺功能、心電圖、腦波、神經傳導檢查、以及特殊的影像學檢查。

## 八、住院

病人的住院需要乃是按照醫師對病人的病情判斷後，由醫師主動提出，經病人同意後，醫師開立入院通知書，約定入院治療的時間，病人經床位管理作業等待床位確定後，到院辦理住院手續，並由護理站確認後入院。當醫師在診間決定病人需住院，並與病人協議時間後，透過入院預約作業，確認預約先後順序及入院之急迫性。

## 九、轉介

- (一) 病患到醫院或診所就醫，因為有限的設備和專業知識技術，無法確定病因，或無法提供完整的治療或所需要的檢查時，應該填具病歷摘要和轉診單，交給患者至更高層級的醫療院所與照護機構，或疾病相關的專科醫師，接受更詳盡的診療或更精密的檢查。患者可持轉診單至該醫院的掛號櫃檯掛號，於看診時出示轉診單和病例摘要供醫師參考，看診結束後，於結帳時將轉診單交給工作人員，以便將診療結果回覆給原轉出醫療院所。
- (二) 若經看診醫師評估，判斷其病情危急，有接受緊急診療的嚴重性和急迫性，先作適當的急救處置，再填寫轉診單將病患轉診至醫療院所的急診部門；如情況需要，可事先通知接受轉診之醫院作預先準備。
- (三) 若經判斷需轉診住院之患者，則由負責住院事宜之相關人員或醫師安排住院。

## 十、至櫃檯批價繳費

病患持醫師所開立之處方箋至批價處批價，批價人員將醫師開立之門診處方箋用藥資料輸入電腦，完成批價手續後，給予收據及門診處方箋交由病患，請求依收據上之序號向門診藥局領藥。

## 十一、開藥、領藥

- (一) 看完診後，先攜帶處方箋至繳費櫃檯結帳，再至特約藥局或醫院附屬藥局按處方箋之領藥號碼領藥；若為慢性病連續處方箋，則依照第二、三次處方的領藥日期，至藥局領藥。
- (二) 若有任何藥品服用上的問題，可以直接於藥局窗口詢問，也可以從家裡透過電話向藥局藥師諮詢。

## 貳、照護機構作業流程圖

內政部於 2004 年委託國內各學者專家進行長期照護服務輸送流程研究，為目前最完善且最貼近現今環境的流程現況；將整體服務輸送流程分為七個階段：一、申請；二、受理；三、訪視評估；四、需求分級判定；五、照顧計畫；六、服務提供；七、複評等；衛生署於 2008 年實行的十年長照計畫中提出的照護服務輸送流程入下圖 4-2。



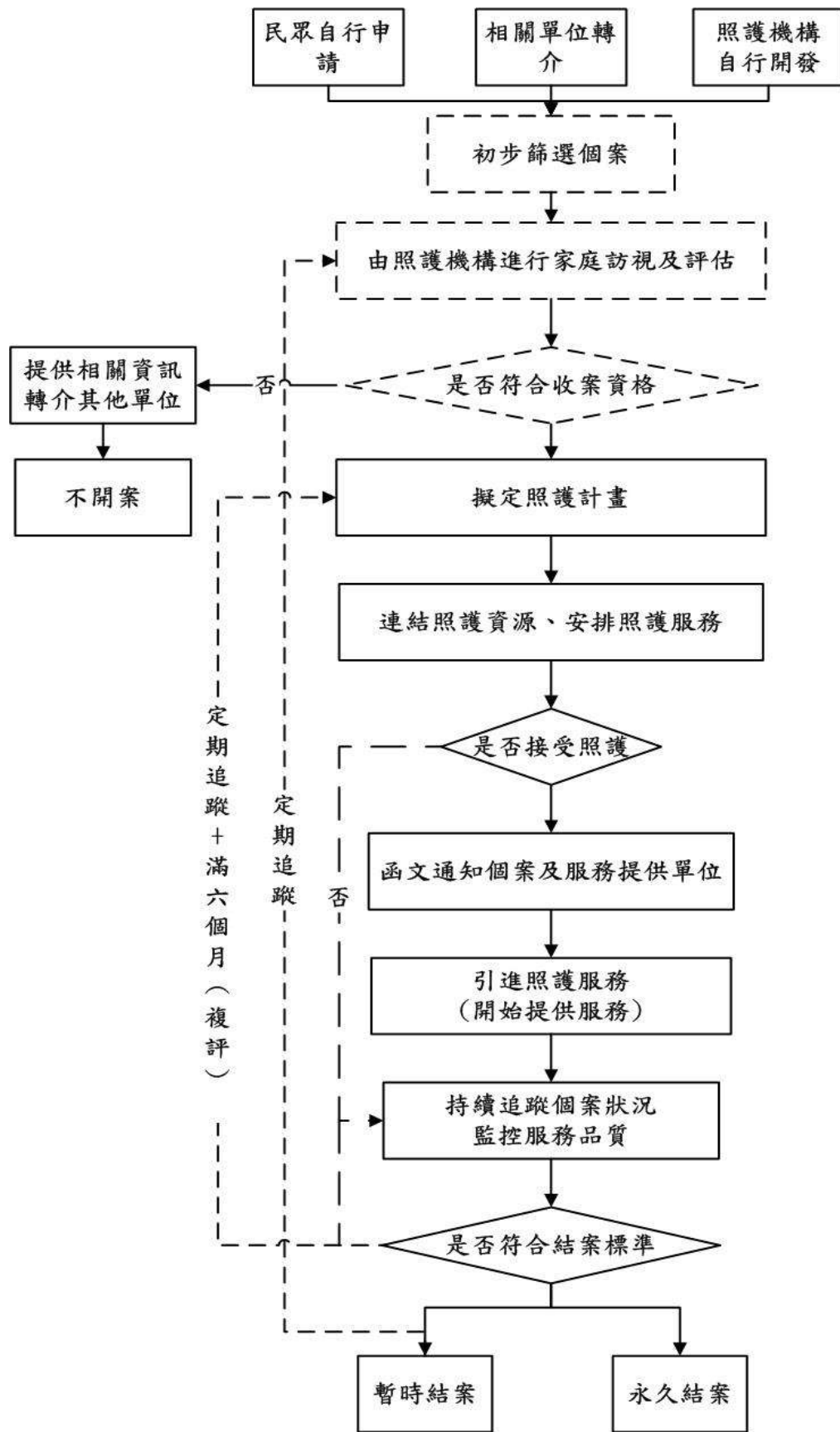


圖 4-2 十年長期照護服務輸送流程圖

資料來源：衛生署（2008）

## 一、個案來源

### (一) 相關機構轉介

個案可能由其他醫院、衛政單位、安養護中心、社政單位、長照管理等，相關單位轉介而來。

### (二) 院外民眾自行申請

個案本人（或親屬）來院了解機構相關環境、設施，並由相關專業人員給予實際作業說明及了解現場。

## 二、照護機構進行家庭訪視與評估

- (一) 個案或家屬提出床位申請後，機構可安排相關專業人員作評估，以確定個案是否符合入住機構之條件。
- (二) 個案須備妥其他機構的轉介單、診斷書或病歷摘要。
- (三) 相關專業人員完成初步身體評估，給予護理之家照護委託書，說明照護方式及家屬的義務責任。
- (四) 不符合入住條件者，則提供轉介至安養中心或適合收容之機構。

## 三、安排入住及辦理相關手續

住民在入住前應接受相關檢查、檢驗，測量體重、生命徵象、核對身分證與備妥合約書、保管住民健保卡、身分證影本、殘障手冊及重大疾病卡、填寫新病歷、安排成人健檢、核對住民藥物，編排並填寫給藥記錄、填寫入住名牌及床頭卡並記錄於入住登記本上等，完成相關手續後便可入住。

#### 四、與醫師及相關照護人員擬定照護計畫及安排照護服務

表 4-1 醫療照護機構服務種類

服務種類	服務項目
醫療服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案接收後，由機構相關專業人員予以診察</li> <li>2. 巡診服務</li> <li>3. 復健服務</li> <li>4. 喘息服務</li> </ol>
護理服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 新住民入院評估</li> <li>2. 個案個別照護計畫</li> <li>3. 每天測量生命徵象、正確給藥、管路護理、傷口換藥及執行各項護理技術</li> <li>4. 住民病情變化之評估與因應方法</li> <li>5. 與照護團隊密切溝通</li> <li>6. 執行健康評估、日常生活活動功能量表評估</li> <li>7. 指導住民與家屬正確照護與衛教知識</li> </ol>
復健服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評估新住民復健需要，提供團體或床邊治療</li> <li>2. 日常生活功能訓練，以恢復自我照顧能力</li> <li>3. 教導使用合適之輔助器具</li> <li>4. 減輕因疾病所造成之肢體疼痛</li> </ol>
飲食服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案營養生理評估</li> <li>2. 執行個案營養計畫</li> <li>3. 依住民實際飲食模式提供不同的供膳方式</li> <li>4. 提供心理諮詢服務轉介</li> </ol>
用藥服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 專業相關人員給予住民用藥諮詢及護理站用藥指導</li> <li>2. 至藥局慢性處方箋領藥服務</li> </ol>
文康服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 定期舉辦懇親慶生會及節慶活動（邀請家屬參加）</li> </ol>
臨終關懷	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供臨終關懷諮詢服務</li> <li>2. 與專業禮儀社合作協助安排處理後續事宜</li> </ol>

資料來源：本研究整理

## 五、持續追蹤個案狀況及監控服務品質

建立個案管理制度，定期或不定期追蹤服務狀況，掌握服務品質。個案管理是管理式照護的一種策略，在醫療團隊方面，個案管理驅動共同合作過程，增加團隊效能，減少重複、不必要的醫療浪費；同時將以往片斷式服務（Fragmentation of care）串連統整起來，避免個案不必要的等待，甚至延誤最佳治療時機。

## 第二節 次級資料與專家意見分析

### 壹、台灣人口老化對於醫療與照護機構的影響

#### 一、人口老化對醫療與照護需求的上升

隨著醫藥科技發展、國民營養改善、衛生環境進步與死亡率的持續下降，促使台灣老年人口比例快速上升，老年人口的快速成長帶來慢性疾病與功能障礙的盛行。老年人常患有多重慢性病，導致醫療費用高，且日常活動功能障礙率及慢性病罹病率都隨著年齡增加而急遽上升。因此，根據 Kodner & Kyriacou（2000）研究指出：已開發國家正積極試驗對衰弱老人及其他有複雜性、慢性與功能障礙群體提供照護，尋求可行有效益之模式，以解決人口快速老化所帶來醫療費用及照護需求不斷上升的壓力。

邱副院長：「50 歲以上的病患占我們醫院就診人數的 60% 左右，算蠻高的。另外，根據我們內政部資料顯示，台灣 65 歲以上的老年人口超過 250 萬人。」

蕭院長：「我們中心現在入住的大部分都超過 65 歲以上，比較多都是一些行動不方便或是無法自己吃東西、上廁所的病患，患有慢性病者也不占少數。」

施副院長：「現在我們醫院的病患年齡層都越來越高，我們到沒有很仔細的去分年齡層，但就護理之家而言，平均年齡為 7、80 歲。」



依據衛生署「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」報告中顯示，老年人在進食、洗澡、穿脫衣服、上廁所、上下床、室內走動 (Activities of Daily Life, ADLs)，至少有一項困難者占 14.5 %，二項以上有困難者占 12.8 %。在單獨進行買日常用品、處理金錢、獨自搭車、粗重工作、輕鬆工作、打電話等日常生活活動有困難者 (Instrumental Activities of Daily Life, IADLs)，至少有一項困難者占 47.6%，二項以上有困難者占 30.5 %；其中老人慢性病的控制，以及慢性病併發症的發生，是導致老人失能的主要原因。為維護老人日常生活之獨立與自主性，重要慢性病危險因子 (包括關節炎、心臟疾病、糖尿病、高血壓等) 的預防，可以透過宣導教育與健康促進活動，推動具性別友善、可近性之保健、篩檢服務，提升自我照顧能力，降低老人長期照顧需求。

邱副院長：「台灣地區因人口老化的影響，有許多醫院都發展到養生村、有的是護理之家，所以可以看到國內的醫院有很多都是發展護理之家，我們講的养老院，日本說「nursing home」，也就是有些老人需要照護的，但是家裡的人沒法照顧的，就會送到這些照護機構去了。」

蕭院長：「台灣目前人口老化的速度真的是我們要擔心的，對於人口老化的速度跟問題對我們照護機構來說有好也有壞，好處是老年人口一多，這樣說好了，台灣目前父母都生的比較少，所以孩子們平常都要工作，如果年老的父母親生病需要看病、照顧或陪伴的話，大部分都會送到類似我們這種軟硬體設備比較齊全的照護機構所以對我們中心來說也是有益。壞處是：當需求的人越多則家屬們越會比較，無論是中心裡的軟硬體設備，護理人員的素質或是專業能力都備受考驗，所以本院要先做的是加強相關專業人員的訓練以及軟硬體設備的加強才行。」

## 二、人口老化對醫療資源浪費的影響

依據行政院衛生署 2011 年調查結果發現：65 歲以上國人健保醫療費用計 1,691 億元，10 年來成長 88%，占當年總醫療費用之 34%（表 4-2）。同期間 65 歲以上人口數僅成長近 3 成。台灣人口老化且多重慢性病病患與日俱增，依健保局 2010 年統計，全國人口中有 5.3% 的民眾患有多種慢性病，且 65 歲以上老年人中有超過 247 萬人有多種慢性病（高血壓、糖尿病、關節病變、白內障、眩暈、胃腸道疾病、腦出血等）高達 26%。

表 4-2 65 歲以上健保就醫比較表

	健保就醫給付			65歲平均餘命			65歲以上人口數		
	(百萬點)	男	女	(歲)	男	女	(萬人)	男	女
89年	89,982.8	49,719.3	40,263.5	17.5	16.5	18.8	192.1	101.1	91.0
90年	93,711.2	51,281.0	42,430.2	17.7	16.6	19.0	197.3	102.7	94.7
91年	109,886.8	59,706.0	50,180.8	17.9	16.8	19.2	203.1	104.5	98.6
92年	116,083.9	62,486.3	53,597.6	18.0	16.9	19.2	208.8	106.3	102.4
93年	136,023.1	72,793.1	63,230.1	18.1	16.9	19.6	215.0	108.3	106.7
94年	141,044.1	75,113.9	65,930.2	18.1	16.9	19.6	221.7	110.5	111.1
95年	142,803.9	75,430.7	67,373.2	18.6	17.3	20.2	228.7	113.0	115.7
96年	149,924.7	78,425.3	71,499.4	18.8	17.4	20.3	234.3	114.6	119.7
97年	158,118.8	82,017.3	76,101.5	18.8	17.4	20.5	240.2	116.5	123.7
98年	164,715.3	85,102.8	79,612.5	19.2	17.7	20.8	241.3	116.9	124.4
99年	169,098.9	86,924.7	82,174.3	19.2	17.6	20.9	248.8	118.9	129.9
10年來增減	87.9%	74.8%	104.1%	1.7	1.2	2.1	29.5%	17.6%	42.7%

資料來源：行政院衛生署（2011）

邱副院長：「老年人口逐年增加，而且我們今年醫療健保總額費用大概是 5 千 3 百億左右，今年是有增加的，去年是 5 千億左右，今年所增加的 3 百億是老年人口所花費的，所以事實上健保費用有增加其實都是老年人的費用，如老年人的三高（高血壓、高血糖、高血脂）。另外年紀大了以後，所謂的無效醫療，像是植病人、RCW（Respiratory Care Ward）呼吸（慢性）照護病房還有洗腎問題，這些都是人口老化所帶來的影響。」

蕭院長：「其實大部分的老年人都有多重疾病纏身的困擾，可能同時患有三高或是心臟方面的疾病，所以才會出現你說的那些醫療資源浪費的情形，類似像高診次或重複開領藥的問題，我想政府及相關單位應該也有所因應措施才對。」

台灣社會長期存在老人愛逛醫院的問題，許多老人會將醫院當成社交場合，而重複檢查、重複開藥更造成醫療資源浪費。健保局統計發現，全台灣愛逛醫院、愛吃藥的 65 歲以上老人，約有兩萬多名。這些人每一個人，每年至少到六家醫院看病，全年就醫次數超過百次，每天吃 6 種、10 顆藥以上，每人一年平均醫療費用高達 56 萬元，其中一半用於藥費。

藥師公會全國聯合會藥事照護發展中心執行長譚延輝先生表示：老人多病纏身，到處看診，醫病雙方都不察，往往就會遇上重複開藥的情況，很容易出現藥物交互作用。藥師公會統計，最常見重複用藥，除慢性病、三高（高血糖、高血脂、高血壓）藥物外，止痛藥也不少。

根據 2010 年健保資料庫統計，國人每人每年看診次數 15.2 次，為經濟合作與發展組織（OECD，主要為歐美已開發國）國家 5.9 次的 2.6 倍；每張處方箋藥品品項數為 4.2 項，為 OECD 國家 1.9 項的 2.2 倍。健保藥品支出占健保總費用的 25 %，亦高於 OECD 國家的 15 %。

邱副院長：「所以我們台灣老年人的慢性疾病是多的，台灣 2 千 3 百萬人口，每人每年平均看診次數約 15 次左右，健保局有意思將數字壓到每人每年平均看診次數約 12 次，這方面健保局網站有 VPN，就是一年有看診超過 100 次的門診量的會列入重點管制，而醫院電腦系統都會看的到這些浪費醫療資源的人，所以醫生在開藥時，會注意到這位病人是否有在上個醫院或診所已開過了。」

施副院長：「浪費應該指的是重複開藥、領藥。可能要去了解的是，整個醫療費用中，藥費占多少的比例。有沒有可能是藥費不合理。像是國外的醫療費用，

藥費占3%，那台灣可能占8%，那就可能我們重複用藥的情形非常嚴重。台灣平均每人看診次數大概為15次，國外是6~8次。那再來是藥費佔醫療費用的比例。在調整藥的方面，不會再收掛號費。那有些是還要是收掛號費。」

楊執行長：「我們這邊有內科，而且我盯他們的藥盯得很緊，因為醫院的開藥、用藥都要很注意，以避免有重複給藥、藥性有重複或者抗生素的管制等等，再加上許多老年人有睡眠障礙，所以就不能開類似安眠藥。所以我一個禮拜就要上我的醫療系統去看開藥的狀況，這也是健保局盯健保申報這麼嚴格，由於現在醫療健保都負債累累，所以盯得很緊。相對的，其實內科常常有很多老人看診，也會出現重複看診的問題，像是早上來我們這邊看診，可能對醫生不是很相信，結果下午又跑去別的醫院看診，這樣就會開了很多藥。」

楊執行長：「我是覺得老人用藥的問題是健保的一大費用，因為用的藥太多了，也跟醫生開藥的習慣有關係，像是老人的病症多，可能同時患有多重疾病，且又有開過刀，可能也有輕微中風，所以就要開讓肢體可以較延展的，但是有些藥又會跟中風的藥相抵觸到。所以往往醫生很少會開在6顆以下的藥，往往都是5、6顆以上了。其實現在的藥價是較低的，健保也往往都會補貼比藥價還低，所以醫院是要負擔藥的成本的。」

其實事情一體兩面，老人家用藥的問題，第一是跟醫師本身用藥的習慣問題，像有些醫生就會開些維他命的藥，讓病人吃完後，3天後再來，因為他可以申報健保，健保明明規定說短效的藥可以開4天、長效的藥可以開一個月，但他就會少開天數，讓病人在回來醫院拿藥，這樣醫生就可以申報健保。其實，有些老人也知道有些藥有吃沒吃效果都一樣，但是他就是喜歡跑醫院，會跟醫生說可以幫他開維他命、軟便劑等等的，但是多攝取蔬菜水果的話，就可以不用靠軟便劑來輔助，但是老人卻會要求醫生開這些藥。所以這才是問題。」

蔡經理：「你所提及的醫療浪費行為不一定全發生在老年人身上，年輕人的活動力較強他們有比較多的機會跑遍多家醫院看診，但目前許多老年人真的把醫院當成社交場合，去那邊結交朋友聊天等，沒生病的時候都會集結在那邊聊天談話，等到真的生病了就沒出現了，這樣不是很不合乎常理嗎!？」

### 三、小結

從次級資料與各專家意見的分析及整合發現，台灣老年人口比例確實逐年上升，各相關領域專家也認同在台灣地區老年人口比率是算相當高的。且隨著年齡越大，對於醫療與照護之需求亦相對提高。且因慢性病隨著年齡增長而控制不佳為導致老人失能的主要原由。故相關預防觀念，需透過宣導教育與健康促進活動，提升自我照顧能力。

台灣人口老化且多重慢性病病患與日俱增，使得醫療資源運用過當的情形層出不窮，所以相關單位應有完善的配套措施才可將因醫療資源浪費所帶來的損失降到最低。

## 貳、台灣醫療與照護機構現有作業流程

### 一、現有作業流程問題分析

對於醫療機構門診流程在醫療系統中，是極重要的部分之一，要如何加強管理，提升醫療品質、醫療服務效率，進而節省醫療成本，減少醫療資源浪費，為目前相關單位需重視的課題。

由於台灣地區家庭醫師制度尚未健全，而就醫又具便利性，民眾生病時習慣直接至醫院就診，然而由於醫療機構的科別愈分愈細及民眾對各科診療的內容不熟悉，以至於掛錯科別的問題經常發生，這情形又特別容易發生在第一次到醫院的初診病患身上。對病人而言，除了等候時間的浪費外，嚴重者更會因延誤就醫而使病情加劇。對醫院而言，將會因為退掉掛號、改變掛號科別等造成醫療資源的浪費。

邱副院長：「醫療院所都要做一些服務指標，譬如說領藥時間的調查、病患滿意度的調查、檢查時間的調查、還有急診方面等等，另外也有些醫療業務方面的，譬如說門診量、急診量、占床率、手術、待床日數、從急診觀察床到觀察入院等等都有一系列的調查。這些都是要給健保局的病患滿意度調查。另外醫院評鑑，我們每年都要做些如病患抱怨，因為顧客有抱怨，就是表示對醫院的流程、品質或服務態度有問題。」

施副院長：「像我們醫院沒有網路掛號，也沒有接受電話初診掛號，因為來要填初診單的基本資料。因為有些醫院他在網路上就會放單子讓你填寫，但是有些醫院也不願意這樣做，因為他會怕病人填寫不完整。那像現在病歷的陳列，我們會讓病人填個資保護法的規範，就是我們之後要通知你的話，因為有個資保護法的聲明。這設計就直接讓病患同意且簽名。通常，比較沒有在櫃檯做，因為櫃檯都較屬於行政人員。像在初診會做些量血壓、量體溫、問候等等，有些醫院會在初診時後做。為什麼初診會做是因為病人是第一次來到醫院，那初診完之後，就會留下資料。有些初診，有些醫院是獨立的，有些醫院也沒有做，就是靠進去診間之後，那該診間的護理人員會問。可能會有以上這幾種方式。」

施副院長：「我們醫院會比較特別，所有進到我們醫院的病人，都會做檢查。部分的檢查會要求住院檢查。但是有很多的護理之家沒有醫師，就沒有辦法做諮詢，所以可能就只能拿報告，但有些也不一定有報告。所以有兩種可能，一個就是自行前往，另一個就是從醫院在進入照護中心。像我們醫院不會要求家屬一定要準備病史資料，因為我們都會幫病人做檢查，除非是較嚴重的，像是有照 CT、MRI，比較高階的，我們醫院沒有，才會要求家屬準備。」

## 二、現有作業流程改善分析

現今台灣地區大部分的醫療院所及照護機構的流程（一般門診流程、開領藥流程及照護流程），都已是經年累月下來固定的，如要改變其中大方向的流程是有些許難度，但可從流程中加入一些機制便可有效改善醫療資源浪費情形。

施副院長：「像這個問題，就可以用我剛剛說的模式（對病人進行相關資訊諮詢）下去走，有些是專業的人員去做、有的是門診護理人員去做，也有可能是櫃台做啦，但是櫃台做的都是基本資料。要問到比較醫療方面的，通常會到診間了，像是問藥物過敏、家屬遺傳疾病等等。那這些也會在病歷首頁那邊也會填寫。」

蕭院長：「如果說要從流程方面下去改的話，我覺得應該再掛號前。在診間外等候的時候，這個時間一定都沒有什麼事吧！醫院可請專職人員或義工志工幫忙協助，但在義工志工這一方面他們文化程度一定要高，不然就是要受過專業的訓練與標準的評估，因為這個部份可能需要看病史或是不是有跟過去哪些疾病是否相關聯，這個地方做改善後可以縮短醫生看診的時間。」

蕭院長：「例如在進醫院是可分兩邊，一邊是初診，一邊是複診，初診這邊就可以安排相關護理人員利用填問卷或是手持電腦記錄病患以前的病史或是用藥記錄，提供護理人員相關的資訊，這樣護理人員就知道該幫他掛什麼科了。那在掛號後這邊的流程可以分為兩個，一是整合型門診，二是專科門診，這樣再對於你說的高診次或用藥浪費方面就會比較有用。整合門診裡的醫師會根據患者的病去開藥，所以有重覆的話他們都會知道。」

## 三、小結

醫療院所作業流程無效率或不必要的醫療資源利用，其文獻歸類為營運浪費衡量，像是流程設計不良會造成花費時間等待、不良的健檢流程設計將總檢查時間拉長等等。所以由此可見，其目前醫療機構門診流程在醫院系統是極為重要的

部分之一，因為完善的作業流程可以提升醫療品質、醫療服務效率，進而節省醫療成本，減少醫療資源浪費。

從現有的作業流程做改善，是有困難的。故可從現有作業流程中加入一些機制或將醫療與照護機構間做整合，即可有效改善醫療資源的浪費。例如：利用等待門診的時間，投入相關專業人士對於病患進行初步評估及醫療機構與照護機構相關轉介流程以避免重複檢查及達時間有效的利用。

## 參、相關單位現行政策成效

### 一、現行政策分析

#### (一) 整合照護計畫

執行「以病人為中心之整合照護計畫」，提供多重慢性病人效率、適切、良好品質的醫療服務，避免不當、重複治療用藥或處置，來影響病患安全。參與的病患可減少部分負擔及掛號費支出，減少看診及往返交通時間，及降低重複用藥及檢查，可改善醫療資源浪費情形。

邱副院長：「每個醫院都會要求開藥不要超過8項、門診盡量不要開抗生素，盡量把病患整合為一個門診，這樣的好處就是說：像是以前沒有電腦連線，家醫科也開止痛、腎臟科也開止痛、骨科也開，所以如果這樣整合下來，胃藥也一個、止痛也一個。」

施副院長：「其實會有個案管理師，假設我是個案管理師，當病人掛完號之後，會pass到我這邊來，假設這病人是有多重疾病的，今天來可能會要開2、3個醫生。那台灣目前的作法是由個案介入的。其實他們也是有個收案的流程。有些以前是會填寫個案整合申請登記，變成個案管理師會列管，那個案管理師列管之後，就會有順序。有些到診間之後，醫生會去評估之後，就會給個案管理師做進一步的評估，由醫生去評估說這病人有多重疾病，然後給個案管理師，因為個案



管理師就像是轉診中心，比較像是多功能的中心。」

楊執行長：「我個人認為整合門診是立意很好的點子，但有個缺點就是，像我們是醫院，費用就是實報實銷，醫院就會給付。可是對診所來說，他是包裹給付，像病人來到診所看病，如果他不開藥的話，就會拿不到給付費用。他一定是包括看診跟給藥，才可以向健保局申請費用400元。但是，像我們醫院的話，如果只有幫病人看診的話，並沒有開藥的話，我們的申報點數就會變低，就等於只有一個諮詢費用，諮詢費用才216元，這樣對有些醫師來說是認為太少的。」

## （二） 健保 IC 卡—登錄藥品處方及重要檢查

健保 IC 卡除有重大傷病證明的註記，也登錄重要檢查項目及藥品處方，讓醫師在診療時可作參考，如此可避免重複用藥、檢查，避免浪費健保醫療資源，而民眾也能減少檢驗風險及排隊等待的時間，並提升就醫安全性。此外，健保卡啟用後，每次就醫紀錄可即時傳送至健保局，每天的門診與住院人次即可及時統計，針對某些異常就診的行為，健保局可提早發現而加以追蹤並協助輔導。

邱副院長：「現在健保局是看診100次為強力列管，另外30次的要醫院特別的重視，並且要輔導。像是病患今天來掛號，一次掛3科是不好的。其實立法院針對這問題也是修理健保局修理得很慘，像美國每人每年才看診3-4次，而台灣卻15次，因為有數據的比較，所以才會特別的要求。像是一位老人家來看骨科、家醫科和腎臟科就一次掛3科，要改為老人家進醫院後，他就看完骨科後，有專人電子病歷化（Electronic Patient Records），因為電子病歷醫生都看的到，所以可以避免重複開藥，不像以前骨科也開，腎臟科也開、家醫科也開，這樣就會重複開藥。」

施副院長：「其實從供給方和需求方來看，站在醫院的立場，病人要來看病，難道醫院不讓病人看嗎？就服務的立場，是要服務病人且讓病人看病的。那我們醫院較特別的是說，我們樓上就住著病人，對於高診次的病人我們自己會列管，會去觀察。那其實政府說會進行鎖卡，但是在執行上會有很大的問題，因為病人是會罵醫院裡的人，並不會罵健保局的人。那醫療資源的浪費問題是很重要的，健保局有個動作就是先去輔導，就是前置作業要做好，先對高診次的病人發出提醒，並且會到家裡進行訪查。這樣做才有意義，不是只有鎖卡的動作，要先了解病人的原因。」

楊執行長：「其實我非常贊同現在的健保資料有前六次的就診資料，這樣我們也可以看到病人如果早上有去別醫院看診的話，我們可以請他藥單來給我們看，這樣就是整合門診是很重要的。」

## 二、其它相關改善方法

### (一) 電子病歷實行

台灣地區近年來積極推行電子病歷應用，2010 年行政院衛生署更首開先例地推出了「加速醫療院所實施電子病歷系統計畫」，由政府出資補助醫院實施電子病歷，此一重大政策加速了國內醫院與資訊業者對實施電子病歷關注的熱度。

其中，2010 年度「醫院實施電子病歷及互通補助計畫」預計將優先補助醫院實施與民眾切身相關的血液檢驗、醫學影像報告、門診用藥紀錄及出院病歷摘要四大項目，希望鼓勵國內各級醫療院所實施電子病歷、推動電子病歷互通，讓醫院透過資訊科技應用，能打破時空限制、地域、資源，加速病人診療決策，提升醫療服務品質，減少醫療資源浪費，邁向促進院醫療機構間醫療資訊之整合。

邱副院長：「目前我國在電子病歷跨院交換方面仍不可行，我們開會時也是有遇到這問題，如果轉診，那資料都會被知道，那這樣會挨告，就是因為個資法的

問題。」

蕭院長：「這關係到個資法還有醫務人員的道德，並不一定每位醫療人員都可以做到，當然我也希望可以醫院間的照護系統可以互通，基本上長照機構的資訊系統沒有醫療機構這麼完整。病歷資料上的拿取到目前為止合是需要家屬或本人到醫療機構去拿取。」

楊執行長：「目前只有影像醫學才可以跨院的，但是所謂的跨院，也就是要上了雲端，若沒有上到雲端的話，也只是會 Copy 而已。像是影像是可以看到的，但是病例方面跨院就無法讀取了。但是有個前提要先知會（照會單、轉診單）另一家醫院的主治醫生後，像是如果以經照會過主治醫生的話，醫生會透過 E-mail 給我們一個號碼，就是可以登錄他們的檢驗中心看到病人的報告。其實是規定蠻嚴格的，因為會跟個資法有相關。」

蔡經理：「目前台灣地區的醫院資訊系統他們包括 HIS、HL7 之間的運用，他們只能在各個醫院間獨力運作，還無法達到跨醫療院所及照護機構間交換使用，這牽涉到個人資料保密法，但目前在電子病歷交換這方面已經開放提供研究使用。」

## （二） 相關專業人員教育訓練

醫療型態及多元文化背景的改變，以病患為中心及全人醫療，使得身心靈及社會等多重問題現象增加，讓疾病更加複雜化。若醫療服務缺乏協調整合，將造成醫療照護資源的重複與浪費，健康照護接受者滿意度低落，甚至醫病關係會連帶受影響。唯有跨專業的醫療照護，才能達到最佳團隊合作，進而提供病患完整的醫療及照護需求，並有效改善醫療資源浪費問題。

邱副院長：「其他的方法就是社區的衛教，一定要做宣導：吃藥不是好事情，然後要健康的飲食，要運動。」

施副院長：「跨專業團隊是指說，入住機構後，會有志工作基本的調查，會問說有幾個兄弟姊妹，且會啟動一個機制，會請醫師、物理治療師、復健治療師、社工、護理人院、藥師、營養師，所有人要去填寫病患的資料。就會依各個的醫師去衡量病人的病況。這是目前是護理之家評鑑之一的項目。」

楊執行長：「所以我個人認為是說，幫年長的病人做諮詢並且如何做整合用藥。那我反而是比較再想說我們應該要想出一個配套措施，就是怎麼樣給做整合的醫師們有激勵的誘因，這樣大家才不會亂開藥。像是明明可以讀到病人的前六次的資料，但是到了第三個醫生，還是開了同樣的藥的話，就可以採取以前健保局的做法就會開罰，兩倍的錢。所以反而是這樣子的要開罰。由於，健保局的審核方式是用隨機抽樣的，所以不可能看到每一家醫院的資料。」

### （三） 政府政策—小病自費

行政院長陳冲提出：「小病健保不予涵蓋」的保大不保小概念，此概念確實能有效率的節制健保支出，然而對國家整體醫療費用支出是否能有效抑制，則是說法不一，原因在於「有治療必要」的小病，如果沒有獲得謹慎處理，在沒有自費就醫的情況下，延誤病情成為重症，最後而須花大錢才可治癒；此外，部分醫師為了減輕病患的財務負擔，原本屬於可簡易處置的輕微小病，最後卻選擇健保給付的大病處置方式。故在抑制逛醫院的醫療資源浪費與增加大病處置機率的消長之間，是否有效解決醫療資源浪費，仍有待事實證明。

楊執行長：「其實要先把健保做一個定位。」

第一、現在我們的健保是要剔除重大傷病嗎？因為重大傷病耗掉健保太多資

源了。

第二、健保是要保險制度還是社會福利？要先定位清楚，像是國外就是分為國保（社會福利）保 3 分，那其他的保險可以自己保，看自己要保幾分。保 7 分的話，就是十分的保險。

第三、預防保健也要剔除在國家健保局。那漸漸已經在這部分做加強，像是子宮頸抹片檢查、長期篩檢等等項目。其實就要分類分的清楚，這樣健保才不會搖搖欲墜。」

蔡經理：「政府應該仿造大陸和其他國家實施小病自費而大病由國家照顧的這種策略，這樣才能有效喝止民眾時常因為一些小病就馬上往醫院跑，像在日本，為什麼日本的成藥這麼有名，就是因為他們民眾有一些比較輕微感冒時會到藥局找藥師買成藥，並不會直接到醫院就診，我覺得這必須透過立法修正小病自費這像是必須實行的。」

### 三、小結

由於老年民眾身體狀況與老化速度的不同，因而需要針對不同老年病患量身訂做照護計畫以及設定照護目標。而由於台灣的醫療體系發展高度為專科化，導致病患的醫療與照護相當「片斷化」，所以近來政府有推行「以病人為中心之整合照護計畫」，可透過整合照護計畫降低重複用藥、檢查與改善醫療資源浪費情形。

為了促使健保醫療資源合理運用，協助就醫次數較高的民眾能夠有正確的就醫觀念，且可以避免重複用藥、檢查，避免浪費健保醫療資源，而民眾也能減少檢驗與排隊等待的時間，並提升就醫安全性。所以有針對全年門診就醫次數超過 200 次與每月門診次數超過 20 次的高就診民眾，藉由不同方式進行輔導。

從 2010 年行政院衛生署推出了「電子病歷系統計畫」，可以讓民眾的血液檢驗、醫學影像報告、門診用藥紀錄與出院病歷摘要四大項目，鼓勵國內各級醫療院所使用電子病歷，且透過資訊科技應用可以加速醫療院所對於病人的診療決策，

並減少醫療資源浪費。

台灣醫療型態與多元文化背景的改變，使得社會多重問題現象增加，讓疾病更加複雜化。唯有跨專業的醫療照護，才能達到最佳團隊合作，並提供病患完整的醫療與照護需求。實際做法可以透過專業團隊的專業合作，共同擬定治療的目標與照護計畫。

政府曾提出「小病健保不予涵蓋」的概念，此概念確實可以能有效率的節制健保支出，但是對於國家整體醫療費用支出是否能有效抑制，則是出現說法不一的看法，而從專家意見的看法是認為是可以推行此概念，因為像是國外就是透過此方法，但在台灣是否能有效解決醫療資源浪費，能有待事實證明。

## 肆、整合醫療與照護機構作業流程

### 一、作業流程整合

在台灣人口老化問題日趨嚴重，慢性病人口增加，社會成本及健保支出勢必上升。為了減少醫療資源浪費，避免重複治療，每個人都能有專業人員負責照護，提高照護效率；整合醫療與社會福利資源，讓病人與相關專業人員共同研擬照護計畫，協調不同的專業來執行無間斷的照護，提高照護品質。整合的重點在於分享不同領域的專業資訊、標準化照護過程的意見溝通形式、照護流程的訂定、多重的評估應包容單一的評估過程等。整合性照護雖沒有固定的規則可循，但必須有創新的觀念，才能滿足民眾的需求，利用醫療與照護機構間的整合來增進醫療品質，降低醫療成本，以達民眾、健保、醫療與照護提供者三方面共贏的結果。

邱副院長：「這是雙方的需要，我們有和全人、嘉南、如新還有優南山莊這些照護機構合作。因為他們沒有醫師，他們評鑑也需要，我們就是跟健保局報備，一個禮拜去一次這些合作的護理之家，健保局也希望這樣，表示這樣會增加病患的滿意度，這樣就不用勞師動眾的來醫院求診。而這些護理之家也會標榜說是由郭綜合醫院來醫療服務的，也增加他們的賣點。而當護理之家有需要住院時，就

會將病人送至我們醫院，因為我們這邊都有紀錄病人的資料。病人好了也有護理之家可以住，因為有些病患會回家後沒人可以照護，所以就會賴在醫院。」

蕭院長：「對於高診次的問題來說，在照護中心的話到醫院看病的次數一定會比在家裡少，我們一定會做好最嚴格的把關，病患什麼時候該上醫院該掛哪科或什麼要該吃什麼藥不該吃我們都會控管，再來照護中心可能會因為配合的醫院不同，醫院那邊可能會缺什麼藥，當然像醫學中心的藥就比較多，範圍也比較廣但是他的掛號櫃就貴，你說的那些醫療次數過多的問題都是因為刷卡太多次而產生的。如果醫療機構的科別或是藥不完整的話我們會比較建議跟結構較完整的醫療機構合作才可能比較能減少刷健保卡的次數以及那些醫療資源浪費的問題。」

施副院長：「那我們的優勢是在於說，如果有需要住院就到醫院去，那除非是說病人有很嚴重的疾病，假設老人家都發燒了，那我們就會轉病房去，那用藥方面醫生就會去評估。那單純的護理之家就沒有這樣，坦白說，護理之家只有聽醫生開單，因為護理人員不行做開單的動作，他只能做判斷的動作，或者是說護理之家通常會有合作的醫療診所，會有醫師來護理之家駐點看診，有的會一個禮拜來一次等等。那我們是 365 天都有醫生在，所以對我們來說就是最大的優勢。因為在照護之家，要吃藥時，是會由我們的護理人員審查過後再拿給病人吃。那在家裡面就比較沒有辦法，不然就要用藥盒，就是要事先把藥放進去。」

## 二、小結

為了減少醫療資源浪費，避免重複檢查治療，且讓每位需接受醫療照護的民眾都能有專業人員照護，提升照護效率，將醫療與照護資源結合是必行的工作，整合的目的就是分享不同領域的專業資訊、標準化醫療照護過程的溝通方式與醫療照護流程的訂定，透過整合、創新的觀念，進而滿足民眾的需求，以降低醫療成本，達到民眾、健保、醫療與照護提供者三方面共贏的結果。

### 第三節 醫療與照護機構新流程再造

根據上一節的次級資料蒐集與專家意見訪談的整合與分析，本節將對於醫療與照護機構現有作業流程進行改善與再造，最後將醫療與照護機構的作業流程做整合建構出一套適用於台灣地區且可有效改善醫療資源浪費的新的作業流程。

#### 壹、醫療機構一般門診流程再造

##### 一、一般門診作業流程缺失

因我國的醫療體系發展高度的專科化，往往一個疾病便需要一科的醫師處理，導致病患的醫療相當的「片斷化」，而針對具有多重複雜照護問題的高齡病患而言，可以預期在現有的照護模式下並無法在單次就診中給予完全所需的治療。目前的醫療模式對於照顧一般的老年民眾或許尚稱足夠，但是對於具有多重複雜照護需求的老年病患而言，可能需要全面的醫療服務整合，還需要跨越體系的整合服務輸送，讓高齡民眾在健康照護服務的體系上能得到完整而不間斷的整體性照護服務，這是目前片斷化的醫療與片斷化的照護服務體系尚難以達成的目標，也就因此格外值得進一步推動。

在一般醫療機構的門診流程部分病患進入醫療機構時可分為初診及複診情況，此時，初診病患可能對於醫療機構的看診科別或自身病況不了解而發生掛錯科別的情形，故醫療院所應針對初診病患進行相關資訊的諮詢及調查與加強相關負責人員的教育訓練，接者，於病患至診間階段區目前台灣醫療機構大多數只有專科門診，若遇病患可能罹患多重疾病，及可能發生重複掛號、看診、醫師重複開藥、病患重複領藥的問題，故本研究將門診區分為整合門診與專科門診來區別病患的需求，如此便可有效改善病患重複掛號、醫師重複開藥與病患重複領藥情形發生。



表 4-3 一般門診流程診斷彙整

程序	問題點	BPR 目標
病患到院後	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 初診病患因不瞭解醫院科別或自身病狀而產生問題</li> <li>• 醫療機構缺乏相關專業人員協助換填寫初診單、問診作業實施衛教措施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 避免病患掛錯科別或重複掛號</li> <li>• 減低病患候診時間與醫師看診時間</li> </ul>
至櫃台掛號後	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 一般醫療院所均採專科門診，若病人有多種疾病需重複掛號多次</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 減低重複掛號率</li> <li>• 減低重複開、領藥機率</li> </ul>

經過次級資料蒐集及專家意見訪談的分析與整理後，本研究發現若想改善醫療機構的一般門診流程須從兩個地方著手：(一) 病患到院後；(二) 至櫃台掛號時，兩個地方加入相關機制與改善流程，本研究將再造後一般門診流程圖繪製成下圖 4-3。



## 二、一般門診作業流程再造

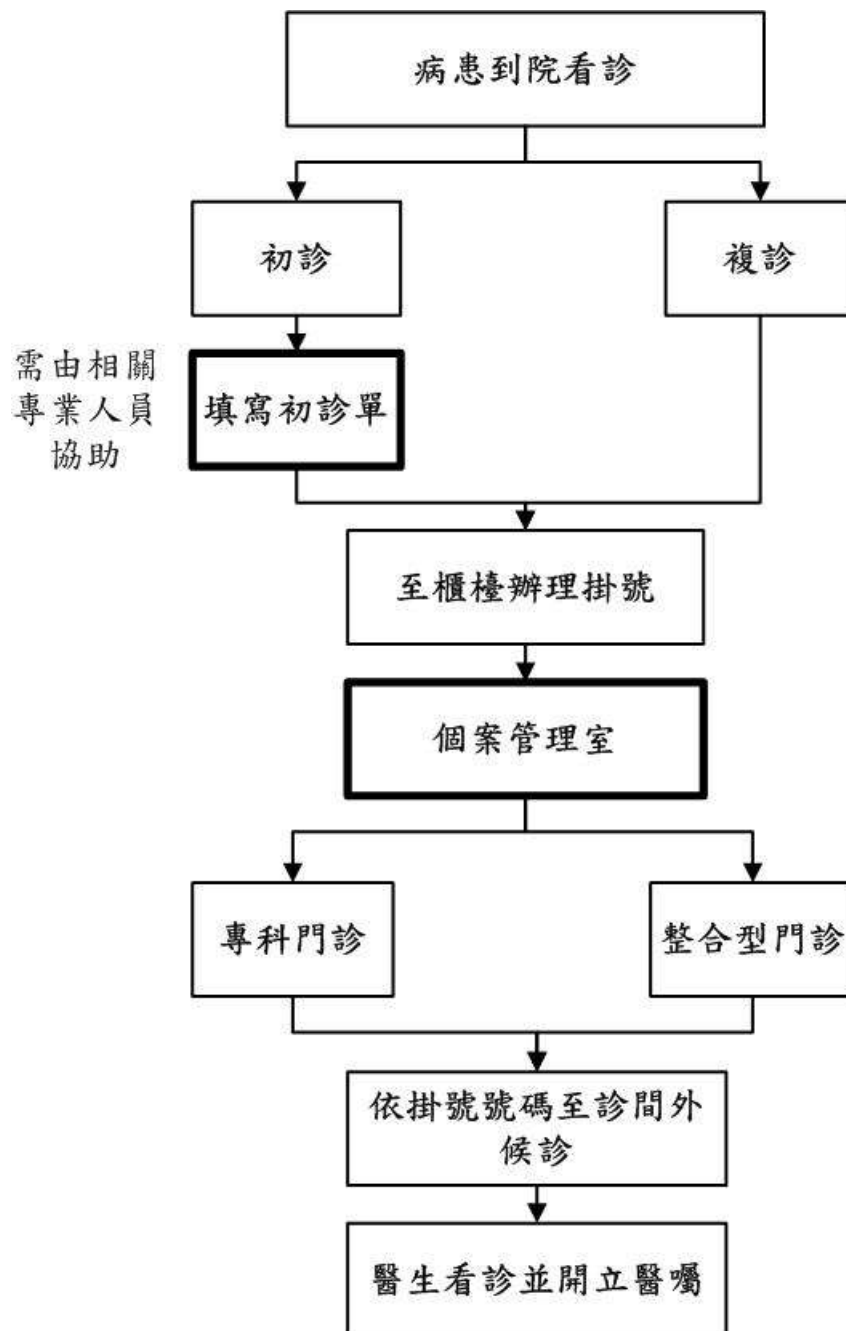


圖 4-3 再造後一般門診流程圖

### (一) 病患到院後

病患至醫療院所後，醫院應派相關人員（志工、實習生）進行引導並判別病患到院目的，如果到院目的為看診則須先詢問病患為初診或是複診，初診病患則交由醫院相關專業人員進行協助填寫初診單及教導正確就醫觀念，並就其填寫狀況進一步詢問病患相關資訊，如：過去曾患過哪些疾病，曾有哪些異常的檢驗結

果，固定的藥物服用，有無開刀經驗，有無住院病，職業工作環境情形，家族遺傳疾病，近期有無旅遊，懷孕或哺乳之情形如果有相關人員應確定填寫至初診單或病歷資料上以供醫師看診時參考，接著並引導初診民眾進行基本檢查，如：量體溫、血壓、身高、體重等，這些資料也須清楚填寫於病歷表上，如此便可有效避免醫師於看診時所需花費較長的問診時間，以可避免病患應不了解醫院科別與自身身體狀況發生掛錯科別與重複掛號的情形發生；如果病患為複診，則請病患直接到掛號櫃檯進行掛號手續。

## **(二) 至櫃台掛號時**

病患於櫃台掛號時，掛號櫃檯由醫院資訊系統直接連線至個案管理室，查詢患者相關病歷資料，如病患為初診則通知個案管理室另行建立新個案；如病患為複診，當掛號櫃台連線至個案管理室時透過醫院資訊系統可立即得知病患相關病歷，並在掛號完後由個案管理室相關人員告知病患需至專科門診或是整合門診候診。醫療機構設置個案管理室的涵義為。為避免病患應患有多重疾病而導致重複掛號、看診以及因重複看診而發生醫師重複開藥與病患重複領藥之情形發生，這樣不止導致醫療資源的浪費且對於病患的用藥安全也產生疑慮。

## **三、一般門診作業流程再造前後比較**

### **(一) 病患到院後**

以相關人員的引導替代民眾自行填寫初診單及掛號服務；醫療機構須對負責人員實行相關教育訓練，包括對於初診民眾到院時須如何進行引導工作、民眾為初診或複診病患、初診單填寫方式及詢問病患相關就診及用藥資訊等以提供個案管理室人員執行建檔作業與醫師診療所需資訊，最重要的為對病患宣導正確就醫就診之觀念並矯正民眾就醫就診的錯誤觀念，包括養成由家庭醫師看診的習慣、認識轉診制度和慢性病連續處方箋之利用、善用醫療院所提供之資訊、建立正確用藥觀念，不隨便打針吃藥、預防重於治療等正確就醫就診觀念，如此便可有效改善病患的高診次級用藥浪費相關問題。

## (二) 至櫃台掛號時

以個案管理室功能替代病歷表單；醫療院所應妥善規劃及應用個案管理室的功能，病患到院掛號時，掛號櫃檯與院內個案管理室利用院內資訊系統進行病患相關資料核對確認病患是否為多重疾病患者，如果病患管理室列檔的多重疾病個案，掛號櫃台協同相關人員引導病患至整合門診就診；整合門診優點可包括：病患只需掛一次號、只需繳納一次部分負擔費用、可享多科別共同診療、減少病人於住處與醫療院所間來回奔波、減少重複看診及用藥及提升用藥安全；醫療院所若能妥善規劃及運用個案管理室及整合門診，將可有效改善目前醫療資源浪費問題。本研究將「個案管理室」與「整合型門診」相關功能繪於下圖 4-4。

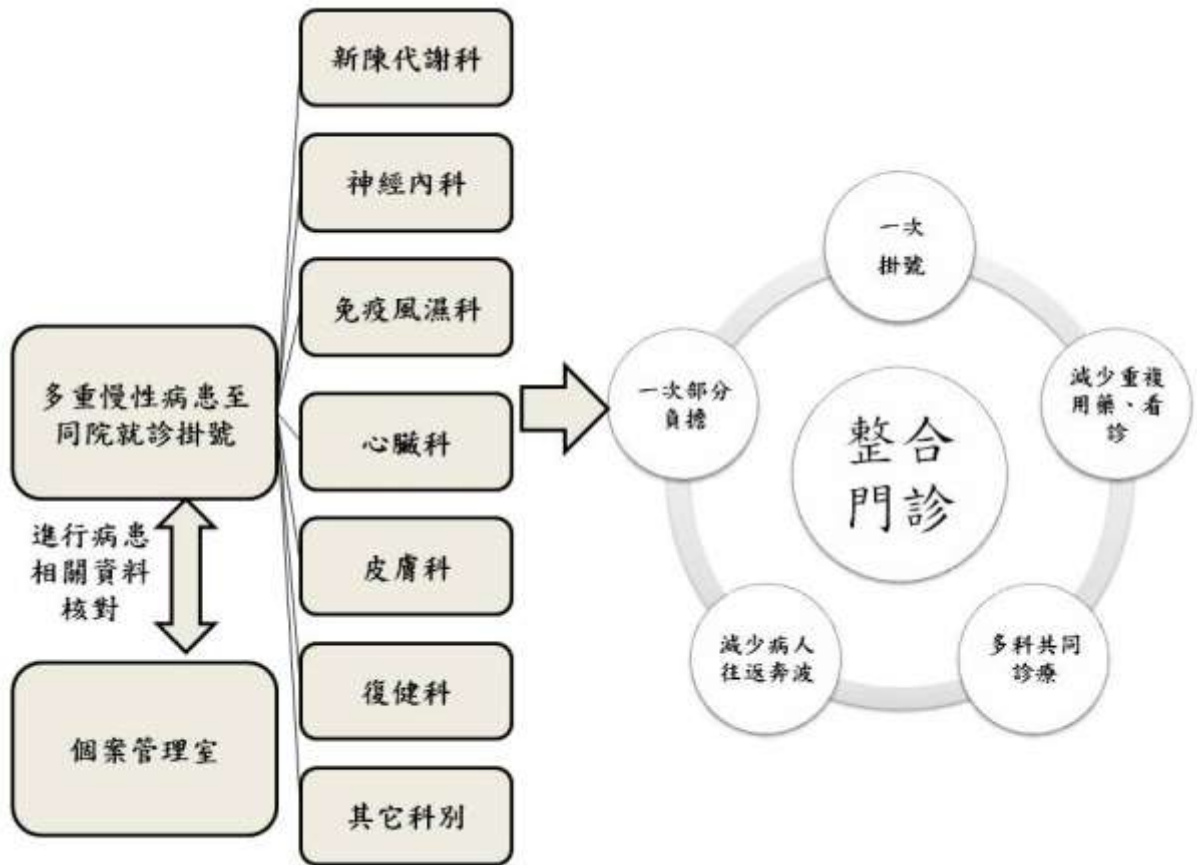


圖 4-4 個案管理室與整合門診之功能

## 貳、照護機構作業流程

### 一、照護作業流程缺失

台灣目前長期照護機構的作業輸送流程是於2008年由內政部統一公布實施，由於照護機構的作業流程運作幾乎是大同小異皆為申請照護、調查、評估、照護等級認定與核定、至照護計畫、到提供服務，要在作業流程方面進行改善實為困難，故本研究未在其作業流程上進行再造，只透過目前照護機構所面臨的問題進行分析並透過與醫療機構之作業流程進行整合，以改善流程上的作業缺失與杜絕醫療資源浪費的問題發生。

#### (一) 醫療資訊傳遞困難

由於現今就醫療資訊難以流通，病患在入住前可能輾轉於各醫療院所接受看診與檢查，即使醫院都有提供病歷資料的申請，然而相關資料申請的費用及流程過於昂貴及複雜，對於老年人及家屬也是一種負擔，因此，若能在兼顧安全又不侵犯病患隱私的前提下，讓醫療院所與照護機構間的資訊獲得流通，必能掌握高齡病患診斷的正確性及時效性，減少醫療資源浪費情形的發生。

#### (二) 照護人員專業訓練不足

由於高齡病患常常患有多種疾病，而我國醫療體系的發展是以專科發展為基礎，若以器官疾病的思維來提供老年病患醫療服務，針對複雜的照護需求則多半受限於專科立場而無法提供適切的照護，因而造成了各科都在照顧老年病患，但都欠缺一個整體的老人醫療與照護基本訓練以及對於老年人生理與心理變化的認識這樣的方式必定無法滿足病患的。教育訓練為現階段重要的工作，無論是照護機構的管理者、照顧管理人員、照顧管理督導或政府部門的人員，都應該有照護的相關知識，尤其是跨專業領域互相溝通、協助與互相替代的學習。

### (三) 片斷化醫療欠缺整合照護

高齡民眾由於彼此身體狀況及老化速度變異性的差別，因此需要針對不同高齡病患量身訂作的照護計畫以及設定照護目標，因此需要跨專業團隊的合作，團隊成員需包括醫師、護士、治療師、個案管理師、社工人員、其他臨床員工與行政人員的共同合作以提供整合性的醫療照護計畫。然而，由於目前的醫療傾向於高度專科化，高齡病患在各專科間，無法得到具有協調性的治療目標，甚至可能從不同醫師處服用重複或相斥的藥物，造成身體健康的危害。

台灣由於過度重視專科化與專業化，造成醫療服務的提供是片斷性而非持續性的，如何從有多領域專業的參與，進展到跨領域專業的參與，到一個參與長期照護的人員可以具備多個領域的基本技能，以提供完整的持續性醫療服務，是現階段應該努力的。

本研究將目前台灣照護機構所面臨之問題彙整於下表 4-4：

表 4-4 一般照護流程診斷彙整

程序	問題點	BPR 目標
照護程序	<ul style="list-style-type: none"><li>• 醫療資訊傳遞困難，造成入住病患需重複檢查或回原醫療機構申請病歷</li><li>• 在照護機構中照顧管理人力與專業化訓練不足</li><li>• 片斷化醫療欠缺整合性照護</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 減少重複開藥、領藥問題</li><li>• 降低病患重複檢查問題</li><li>• 降低高診次機率</li></ul>

### 參、醫療與照護機構整合流程

#### 一、醫療與照護獨立作業流程缺失

目前台灣地區的醫療與照護機構大部分都是獨立的，這無論是對健保資源的應用或是對於在前往醫療院所就診後需轉介至照護機構的民眾無疑是一種無形的損失，民眾在去醫療機構就診後，經過醫師指示、檢查、檢驗或是出院後如需轉介至照護機構，於入住照護時機構還是需要經過照護機構的檢查、檢驗並評估是否可以入住，因為目前電子病歷等相關資訊無法跨醫療院所使用，這樣重複的檢

查無形中造成了醫療資源的浪費，且入住照護機構後，機構內是否有完整的醫療服務或是相關專業人員服務也是一種疑慮，對於入住的民眾在看診與用藥方面可能造成不便；若國內的醫療與照護機構可以整合，則上述的問題皆可有效改善，本研究將目前醫療與照護機構現有作業流程進行診斷分析找出問題點，並利用流程再造方法欲求達到改善目標（表 4-5）。

表 4-5 醫療與照護機構流程診斷

程序	問題點	BPR 目標
轉介 流程	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫療與照護機構間資訊無法共用，造成工作重複與工作效率不高</li> <li>• 各部門人員只關心各自工作，缺乏溝通與協調</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 避免重複做檢查</li> <li>• 降低重複用藥與加強用藥安全把關</li> <li>• 加強衛教宣導效果</li> <li>• 增進跨團隊間的合作，提高工作效率</li> </ul>

## 二、整合醫療與照護流程再造

透過次級資料蒐集與專家意見訪談經過整合及分析後，若將醫療與照護機構的作業流程整合可發現病患經過醫師看診與開立醫囑後，如不須檢查、檢驗或住院及可批價、領藥後離院，如經檢查、檢驗或出院後需轉介至照護機構，此時醫療機構如有與照護機構做整合，病患在入住照護機構時可比兩者在未做整合前簡化一些流程，如：入住前的身體檢查、照護機構醫師看診與評估是否適合入住，直接進入入住手續流程，且在醫療機構所做的檢查等相關病歷與用藥情形皆可提供照護機構運用及參考，跨團隊的相關專業人員也比較容易針對入住個案擬定相關照護計畫（如：看診、用藥）與照護服務與相關衛教的宣達，並可改善目前醫療與照護機構間獨立運作對醫療資源浪費的情形。下方為本研究對於醫療與照護機構整合繪製的新作業流程圖 4-5。

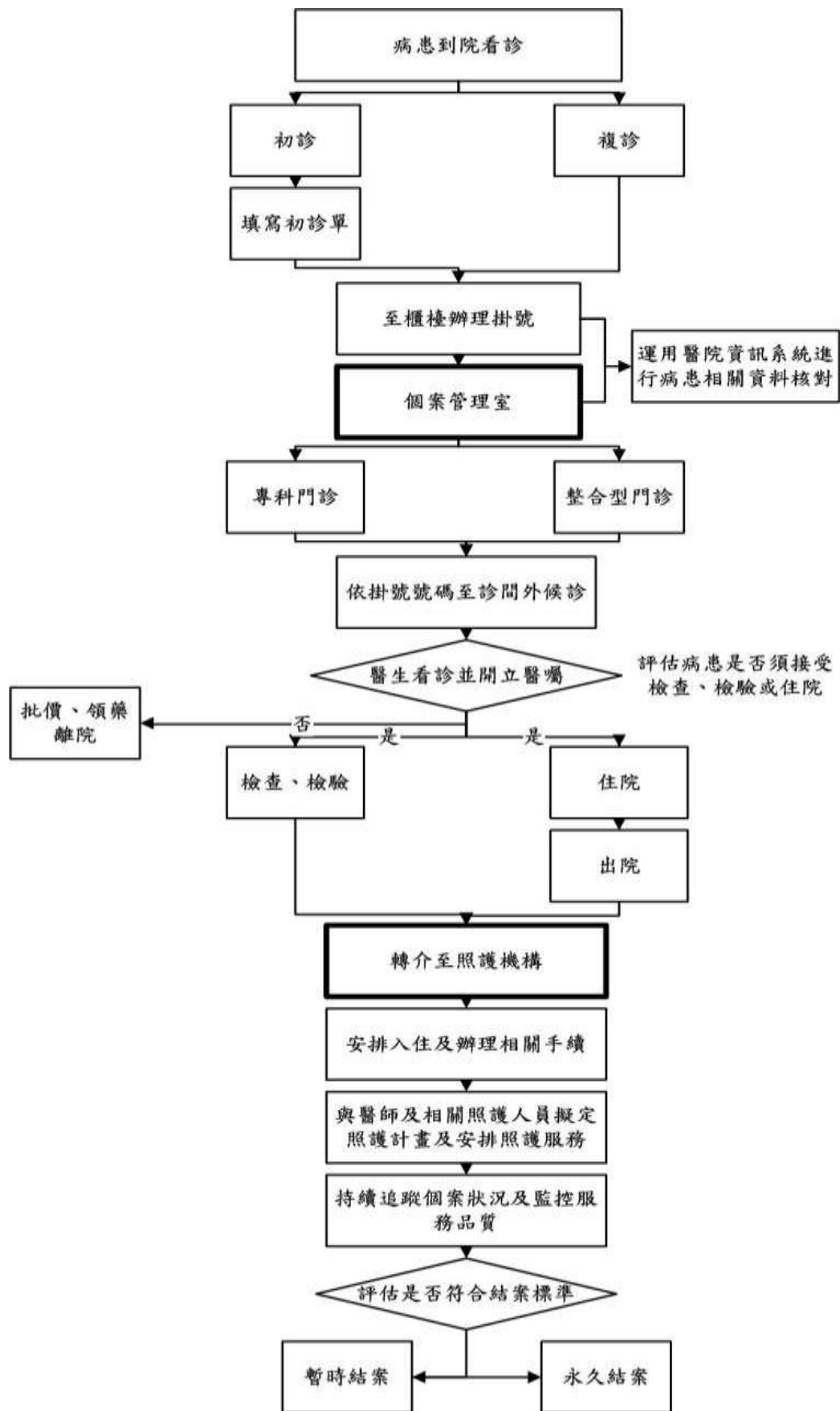


圖 4-5 再造後醫療照護機構流程整合圖



### 三、流程再造前後比較

#### (一) 醫療資訊的傳遞

目前台灣地區老年病患的醫療與照護服務時常跨越不同體系，包括醫院、照護機構與社區機構，需要資訊系統提供即時的專業服務與訊息傳遞，但目前因個資法及相關法律問題迫使醫療資訊無法跨醫療與照護機構間傳遞，這樣因制度設計上的缺陷所增加的民眾負擔理應盡量減輕。況且，高齡病患常具有多重疾病及心智功能障礙，容易暴露在重複檢查、多重用藥與重複用藥的風險之中。因此，若能在兼顧安全又不侵犯病患隱私的前提下，如可將醫療及照護作業流程做其整合，讓各醫院間的醫療資訊獲得流通，提供民眾從預防保健到疾病治療、機構照護等一系列完整的醫療照護且可改善目前問題並避免重複檢查、用藥等過度醫療行為，使醫療資源發揮最大效益。

#### (二) 無縫式接軌整合醫療與照護服務

目前在台灣地區由於大部分的醫療與照護機構均為獨立式經營，對於民眾於醫療機構就診後如經醫師診斷或出院後需轉介之照護機構，會造成跨體系之間的輸送，輸送的過程中往往會產生不必要的醫療資源浪費（如：重複檢查），為能促使醫療資源作最有效的配置、避免重疊與浪費，醫療與照護機構需做無縫接軌。

#### (三) 整合跨專業團隊合作

由於高齡病患常常患有多種疾病，而我國醫療體系的發展是以專科發展為基礎，但老年人健康問題的複雜性，臨床的醫療與照護人員必須具備多方面的專業知識及技能，方能提供高齡長者周全性的醫療與照護服務，傳統的醫療照護雖然有不同的職類人員，但只是把不同領域的人放在一起工作，醫療與照護上只有「多團隊分工」，但是沒有「跨團隊合作」。有效的跨領域團隊合作必須透過彼此協調、溝通、合作，讓病患獲得最佳的醫療與照護服務。此種團隊合作不僅能產生最佳的問題解決方法，也可以減少醫療措施的重複與浪費。

所謂的整合照護團隊成員包括老年醫學專科醫師、復健科醫師、精神科醫師、護理師、個案管理師、社工師、職能治療師、藥師、營養師以及物理治療師出院

服務與居家照護團隊等等成員，在經過個案管理師對個案進行周全性評估之後，依照評估結果所訂定的治療計畫（如：看診、醫師開藥、領藥），透過跨領域合作團隊醫療與照護之實證醫療、問題導向式學習法、以及個案研討等方式，彼此合作並發揮所長，其最終目地在於提供病患安全及最佳的照護品質與減低醫療浪費行為發生。

#### 第四節 管理意涵

以台灣醫療與照護產業而言，目前的機構多為以獨立方式經營模式，如能有效的進行整合，加強跨專業團隊間的合作、有效的運用資訊科技技術，使得病患的問題可以獲得解決且有效提升病患滿意度，將使醫療與照護產業的發展更的競爭力，也可達到減少目前醫療浪費情形的目標。

從本研究當中，其主要欲透過企業流程再造應用於醫療與照護機構，以改善目前台灣地區目前所面臨醫療與照護資源浪費問題，作為本研究要討論的核心議題。從次級資料蒐集、專家意見訪談的歸納與分析，乃至於研究結論的呈現，其本研究發現仍有值得探討的問題，值得醫療與照護機構的決策者思索及參考。僅將本研究過程中對於企業流程在造之運用於醫療與照護機構發現的三點管理意涵提出來，以供醫療與照護機構決策者參考。

##### 壹、環境面

隨著醫療技術進步以及資訊科技環境的快速發展下，老年化已成趨勢，醫療與照護產業面臨前所未有的挑戰，因此醫療與照護產業必須適應快速變遷的環境，並提出如何讓老年人口可以在醫療與照護上，獲得更佳的醫療照護服務。而現今民眾對於取得醫療照護機構的相關訊息是便利的，評量標準也不斷提高，且有更多的選擇權，使得各醫療機構院所不得不提升自己的標準。但是相對的，也讓醫療與照護機構間的競爭更為激烈，醫療與照護機構為了可以獲取更多民眾的支持與信任，可透過企業流程再造的方式，改善自身醫療與照護品質、創造良好的工作環境來吸引更多優秀人才等，也讓醫療與照護機構的門診業務量、住院業務量

都明顯成長。為了醫療院所機構能永續經營、成長，做再造是必要的活動。本研究透過整合醫療照護機構作業流程，運用「個案管理室」與「整合型門診」的功能及簡化轉介後相關流程，使得病患可節省許多就診時間、避免醫療資源使用過度及在用藥安全與相關就醫觀念上方面獲得更多的資訊，有助於醫療照護機構於病患心中觀感的導正。

## 貳、組織面

從本研究的文獻蒐集探討與專家意見分析可得知，醫療與照護機構導入企業流程再造過程中，一定要獲得醫療與照護機構決策者或執行者的支持與認同。因為企業流程再造會讓組織內的組織架構、成員的工作性質、從屬關係、獎懲制度等煥然一新，組織成員的工作性質會從單一、重複走向複雜、多樣並擴大其獨立自主空間。在組織的溝通協調方面，組織也會變得更扁平化、工作多樣化且增加了團隊合作，進而使得機構間資料數據化與普及，可以減少作業上等待的時間，而讓醫療與照護機構與病人皆能感到效率提升。本研究透過整合跨專業團隊的合作，運用各專業人員間的溝通、協調，使得病患的相關身體狀況可獲得周全性的評估並接受最合適的醫療照護計畫。

## 參、顧客面

從本研究的文獻蒐集探討與專家意見分析可以了解到，醫療機構院所應用於企業流程再造，目的在於提升顧客的滿意度，進而提升各方面的績效，以降低其成本和提高競爭力。而企業流程再造所帶來的顧客滿意，如：本研究所提及的個案管理室將來院民眾做區分，可以降低病人掛錯科別並在最短時間裡找到正確的科別就診，以及整合型門診可為病患帶來只需掛一次號、只需繳納一次部分負擔費用、可享多科別共同診療、節省病人於住處與醫療院所間來回奔波時間，這些方法對於提升病患的就醫滿意度都有正面的幫助。

綜上所述，企業流程在造可以增加病患整體滿意度、醫師與員工工作滿意度、將服務更貼近病患、提升醫療作業能力，並可簡化各項作業流程與管理制度化。

## 第五章 研究結論與建議

### 第一節 研究結論

本研究旨在探討醫療與照護機構如何進行企業流程再造來改善醫療資源浪費的情形，以台灣中部地區某醫療照護機構作分析與探討，並採用次級資料蒐集與質性的深入訪談研究方法，經由多方資料來源進行分析，探討醫療與照護機構現有作業流程之問題及其解決之道，以下歸結本研究的發現，並提出總結，並針對醫療照護機構進行流程再造作一個總結，提供給實務界一個參考。

#### 壹、台灣人口老化對醫療與照護產業的影響

本研究透過歷史文獻的整理與歸納後，發現台灣地區人口老化的情形將對醫療與照護資源的需求勢必增加且因人口老化所帶來的醫療資源的浪費問題也有明顯上升的趨勢。

##### 一、老年人口增加對醫療與照護資源需求上升

隨著醫療技術進步與科技發展人們的平均餘命延長，促使老年人口逐年增加且有急遽上升之趨勢。隨著台灣老年人口的比例上升，醫療資源分配及使用的問題將日漸嚴重，加上台灣家庭結構改變，原本家庭所擔任的照顧功能逐漸喪失，對於健康照護體系的衝擊遠超出過去的推估，此外，內政部資料也顯示，目前國內失能人口約 67 萬人，預估至 2025 年，失能人口可能突破 100 萬人，屆時健保支出約一半都用在老年人身上。由上述這些數據資料可得知老年人對於醫療與照護需求的迫切程度。

##### 二、人口老化速度與醫療資源浪費成正比

隨著台灣人口快速老化，最近幾年老年人的疾病十分盛行，且漸趨向於以慢性疾病為主，如：高血壓、心臟病、糖尿病、皮膚病、精神病等，我國平均有 56 % 的老人罹患三種以上的慢性病，而慢性病的控制也造成了較高醫療資源耗用的原由。老年人醫療費用的增加主要肇因為慢性病的治療，由於慢性病的發生與年齡有著高度相關，加上新醫藥科技的發展，使得慢性病的治療與控制變成已開發國

家的主要醫療支出，而老年人所罹患之慢性疾病種類相當多樣，且到多處醫療機構看診，導致用藥複雜度與藥物交互作用的機率也增加，也同時造成了重複就診、醫師重複開藥、病患重複領藥的浪費行為發生。

### 三、文獻資料驗證

本研究經由次級資料的蒐集與訪談相關專家意見後，經整理與歸納後發現：台灣地區目前因人口老化問題所伴隨著醫療與照護資源需求的增加及醫療資源過度應用與浪費的問題與本研究於第二章透過文獻探討所發現的情況一致。

## 貳、醫療與照護機構現有作業流程問題

本研究經文獻探討、次級資料與專家意見訪談的蒐集與分析後，找出目前醫療與照護機構相關作業流程問題，彙整於下表 5-1 所示。

### 一、一般門診流程

目前台灣地區醫療機構對於到院民眾並無特別區分為初診或複診，也沒有於掛號前安排相關專業人員協助病患填寫初診單、進行問診與實施衛教措施，對於初診病患可能因為對醫療機構的科別與自身病況不了解，導致會有掛錯科別及掛完號又退掉的情形發生，造成不必要的醫療資源浪費；此外，目前的一般醫療機構均採專科門診方式進行就診，若病患罹患有多重疾病，則須重複掛號且對於不同科別的醫生可能開相同的藥造成醫師重複開藥、病患重複領藥的問題發生，醫療資源的浪費也隨之發生。

### 二、照護輸送流程

目前由於醫療資訊無法跨院傳遞，對於入住照護機構的民眾於入住前還需經由照護機構進行相關檢查與檢驗，這些檢查、檢驗對於入住民眾可能之前於醫療機構曾經做過，若病患已做過相關檢查，照護機構此舉便是造成醫療浪費的行為，接者，目前入住照護機構的民眾，大多數都是罹患多重疾病，台灣醫療照護體系的相關人員多半是以專業科別區分來實行教育訓練，對患有多重疾病的民眾，無

法提供適切的照護；最後，因醫療與照護機構採獨立經營方式，對於照護機構內往往只有照護背景的相關人員，醫療人員占的數量微乎其微，故無法為民眾擬訂最合適的整合性醫療照護計畫，造成醫師與民眾看診及用藥間的資源浪費問題。

表 5-1 醫療與照護機構現有作業流程問題

機構	作業流程	問題點
醫療機構	一般門診流程	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 初診病患因不瞭解醫院科別或自身病狀而在掛號時相關問題</li> <li>• 醫療機構缺乏相關專業人員協助填寫初診單、問診作業及實施衛教</li> <li>• 一般醫療院所均採專科門診，若病人有多種疾病需重複掛號多次</li> </ul>
照護機構	照護輸送流程	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫療資訊傳遞困難，造成入住病患需重複檢查或回原醫療機構申請病歷</li> <li>• 在照護機構中照顧管理人力與專業化訓練不足</li> <li>• 片斷化醫療欠缺整合性照護</li> </ul>

### 參、整合再造醫療照護機構新作業流程

本研究藉由次級資料與專家意見訪談的分析與整理，對醫療與照護機構的現有作業流程進行整合與再造，並建構出符合台灣地區且期可有效改善醫療資源浪費的現況的新作業流程。

本研究將楊錦洲（1995），於品質管制月刊中所提出的再造工程之產生及其功能裡的流程再造的做法，運用於本研究的整合醫療與照護作業流程的新流程再造（表 5-2）。

#### 一、重新設計流程

運用重新設計流程方法，本研究於現有流程上加入「個案管理室」與「整合型門診」的概念及簡化了病患由醫療機構轉介至照護機構間的檢查、檢驗流程，目的在於利用「個案管理室」與「整合型門診」的功能避免民眾重複看診及掛號、降低醫師開藥、病患領藥的重複機率，減少病患因用藥複雜導致其他問題產生；整合醫療與照護機構作業流程後，病患於醫療機構直接轉介至照護機構時，因醫

療資訊得以傳遞，可避免做重複的檢查、檢驗，減少相關醫療資源浪費。

## 二、資訊科技的運用

由於目前醫療資訊無法跨院傳遞，若將醫療與照護機構整合後便無此問題發生，照護人員需要病患的身體相關檢查報告、醫師看診、開藥清單或病患的病歷資料與相關用藥情形，只要直接透過醫院的資訊系統及可查詢，此方法可有效改善病患重複檢查、檢驗、醫師開藥與病患重複領藥的問題。

## 三、團隊合作

透過團隊合作使得醫療照護機構的人員結構變得完整，包括：老年醫學專科醫師、復健科醫師、精神科醫師、護理師、個案管理師、社工師、職能治療師、藥師、營養師以及物理治療師，從醫療至照護的相關專業人員都有，可對病患的相關身體狀況作周全性的評估並擬定最合適的醫療照護計畫，包括：預防保健、安排就診、檢查、用藥、復健、照護等，提高病患醫療照護品質並有效改善相關醫療資源浪費問題。

表 5-2 建構整合醫療與照護機構新作業流程方法與目標

作業流程	再造方法	BPR 目標
整合醫療與 照護機構作 業流程	<ul style="list-style-type: none"><li>• 重新設計流程</li><li>• 資訊科技的運用</li><li>• 團隊合作</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 減少高診次問題</li><li>• 降低重複檢查、檢驗率</li><li>• 改善醫師開藥、病患領藥重複問題</li></ul>

## 第二節 研究建議

基於研究時間、醫療與照護產業相關知識、受訪者以及研究者本身的限制，本研究無法對醫療照護機構與流程再造之相關課題進行深入探討及研究。經過本研究的深入探討後，發現仍有相當多研究上的盲點有待澄清，茲將研究不足之處例舉如下，希望提供對相關議題有興趣之研究者進一步參考。

### 壹、量化研究

目前國內不少醫療與照護機構已實施流程再造，其成果也到達評估的階段，後續研究可以實證或問卷的方式，調查醫療資源浪費改善情形於流程再造實施後的績效。

### 貳、增加個案與專家訪談個數

本研究主要是針對醫療與照護產業進行研究，由於受到時間及受訪人間時間配合之問題，建議未來研究者可以增加個案機構與相關領域專家的個數，以進一步驗證在醫療與照護產業中，運用流程再造的過程與績效。



## 參考文獻

### 壹、中文文獻

1. 王克捷、李慧菊譯（1992），James L. Heskett 著，《服務業的經營策略》，天下文化出版。
2. 王貳瑞（2001），《流程管理》，台北：華泰文化事業股份有限公司。
3. 朱柔若譯（2004），Thomas Herzog 著，《第 2 章·研究的基本概念，社會科學研究方法與分析》（Research Method and Data Analyzing in the Social Science, pp19-44），台北：揚智文化事業。
4. 朱樹勳（2011），〈醫療與健康〉，《遠東 60 週年白皮書》，頁 273-288。
5. 行政院衛生署（2012），〈中華民國一〇〇年國民醫療保健支出〉，《國民醫療保健支出》，頁 03-27。
6. 行政院衛生署（2012），〈中華民國一〇一年版公共衛生年報〉，《中華民國公共衛生年報》，第 9 期，頁 14-20。
7. 行政院衛生署中央健康保險局（2012），〈經營成效與品質提升〉，《2012-2013 全民健康保險簡介》，頁 26-47。
8. 余炎輝（2004），《健保醫療費用核減分析與其 BPR 之研究—以某醫學中心為例》，國立成功大學工學院工程管理碩士在職專班之碩士論文，未出版。
9. 吳肖琪（2009），《長期照護保險法制服務輸送及照護管理之評估》，台北市，行政院經濟委員會。
10. 吳重慶、蔡淑娟（2001），〈全民健保現況與回顧〉，《台灣醫界》，頁 21-44。
11. 吳振宇（1998），《候選人競選策略之研究》，國立中正大學政治研究所之碩士論文，未出版。
12. 吳振隆（1999），《醫材專業分工管理效果之評估—以某醫學中心醫材存量管制為例》，國立陽明大學醫務管理研究所之碩士論文，未出版。

13. 汪秀玲、洪純隆、關皚麗（2011），〈健康照護系統中潛在浪費的衡量與國際比較〉，《臺灣醫學》。
14. 林芳郁、李壽東（2012），《第四屆「政府服務品質獎」參獎申請書—中期一生照護您》。
15. 范榮靖（2012），〈台灣的病人誰來醫〉，《遠見雜誌》，313期，頁192-194。
16. 徐儷心（1999），《流程再造在醫療院所之應用—以門診藥局處理流程為例》，私立東吳大學會計學系研究所之碩士論文，未出版。
17. 陳世國（1997），《企業流程再造管理策略之研究》，國立台灣大學資訊管理研究所之碩士論文，未出版。
18. 陳向明（2002），《社會科學質的研究》，台北：五南。
19. 陳昶旭（2003），《醫院健康檢查中心流程之模擬研究》，國立清華大學工業工程與工程管理學系之碩士論文，未出版。
20. 陳馨隆（1997），《企業流程改造之系統性思考模式》，私立大葉工學院事業經營研究之碩士論文所，未出版。
21. 黃旭銘（2000），《企業流程再造》，國立中山大學資訊管理學研究所之碩士論文，未出版。
22. 楊清譽（2002），《健康檢查作業排程之探討—以台大醫院健康管理中心為例》，國立臺灣大學資訊管理研究所之碩士論文，未出版。
23. 葉至誠、葉立誠（2000），《研究方法與論文寫作》，台北：商鼎文化出版社。
24. 董旭英譯（2000），Stewart, David W. and Kamins, Michael A.著，《次級資料研究法》，台北：弘智文化事業有限公司。
25. 廖珮宏、黃蔚仁、陳郁婷、顏正育、林宗輝、曾尹俊、蕭嘉宏、谷幼雄、孫吉珍、黃劍銘、黃純文、詹家泰、邱泓文、朱唯勤（2009），《行政院國家科學委員會計畫補助—改善病人用藥安全e化醫護流程再造》。
26. 劉安達（1999），《以策略觀點探討企業流程再造實施模式之實證研究》，國立雲林科技大學資訊管理研究所之碩士論文，未出版。

27. 蔣中一 (2003) , 〈企業流程再造 (一) : 企業何以須流程改造〉 , 《LAN 網路資訊》 , 頁 140-141 。
28. 盧希鵬 (1997) , 《企業文化、領導型態、與企業流程改造管理模式之研究》 (八十五年度國科會管理學門專題計劃研究成果發表會管理論文選集) , 頁 156-186 。

## 貳、網路資料

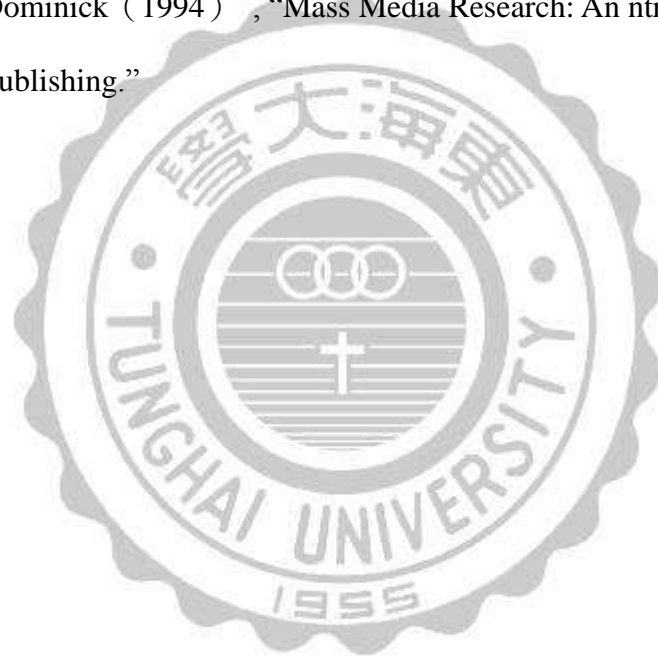
1. 中華民國內政部 (2013) , <http://www.moi.gov.tw/> , 【2013/04/07】 。
2. 中華民國藥師公會全國聯合會 (2013) , <http://www.taiwan-pharma.org.tw/> , 【2013/03/24】 。
3. 行政院經濟建設委員會 (2013) , <http://www.cepd.gov.tw/> , 【2013/03/05】 。
4. 行政院經濟建設委員會 (2013) , <http://www.cepd.gov.tw/> , 【2013/03/21】 。
5. 行政院衛生署中央健康保險局 (2013) , <http://www.nhi.gov.tw/> , 【2013/02/10】 。
6. 行政院衛生署統計公布欄 (2013) , <http://www.doh.gov.tw/> , 【2013/03/05】 。
7. 國家衛生研究院 (2013) , <http://www.nhri.org.tw/> , 【2013/04/13】 。

## 參、英文文獻

1. Bentley TGK, Effros RM, and Palar K (2008) , “Waste in the U.S. health care system: a conceptual framework.” *Milbank Q*, 86:629-59.
2. Bliemel, M., and Hassanein, K. (1997) , “E-health: applying business process reengineering principles to healthcare in Canada.” *International Journal of Electronic Business*.
3. Davenport, T. H. and J. E. Short (1990) , “The New Industrial Engineering: Information Technology and Business Process Redesign.” *Sloan Management Review*, Vol. 31, pp 11-27.
4. Davenport, T. H. and J. E. Short (1993) , “Process Innovation-Reengineering Work through Information Technology.” Harvard Business School Press.

5. Hall, G. Rosenthal, J. & J. Wade ( 1997 ) , “How the Make Reengineering Really Work.”Harvard Business Review, Vol. 71, pp 119-131.
6. Hammer, M. ( 1990 ) , “Reengineering Work: Don’t Automate, Obliterate.”Harvard Business Review, pp 104-112.
7. Hammer, M. and S.A. Stanon ( 1995 ) , “The Reengineering Revolution-A Handbook.”New York Harper Collins Publisher, Inc.
8. Hammer, M. and S.A. Stanton ( 1997 ) , “The Reengineering Revolution-A Handbook.”Harper Collins Publishers, Inc.
9. Hammer, M., and Champy, J. ( 1993 ) , “Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution.” New York, Harper Business.
10. Harbour, J. L.( 1994 ), “The Process Re-engineering Workbook.” Quality Resources, New York.
11. Kahn JG, Kronick R, Kreger M, Gans DN. ( 2005 ) , “The cost of health insurance administration in California: Estimates for insurers, physicians, and hospitals.”Health Affairs, 24 ( 6 ) 1629-39.
12. Kang, M.S. ( 1998 ), “Using genotype-by-environment interaction for crop cultivar development.”Advances in Agronomy, Vol. 62, pp 199-252.
13. Kettinger, W. L., J. T. C. Teng and S. Guha. ( 1997 ) , “Business Process Change : A Study of Methodologies, Techniques and Tools.” MIS Quarterly, March, pp 55-80.
14. Klein, M. M. ( 1994 ) , “Reengineering Methodologies and Tools.”Information Systems Management, Vol.11, No.2, pp 30-35.
15. Kodner, D., & Kyriacou, C. K. ( 2000 ) , “Fully integrated care for frail elderly: two American models.”International Journal of IntegratedCare, 1 ( 1 ) pp1-19.
16. Kotter, J.P ( 1995 ), “ Learning Change: Why Transformation Efforts fail.” Harvard Business Review, Vol.73, pp 59-67.

17. Mische, M. A. & W. Bennis (1996) , “Reinventing through Reengineering- A Methodology for Enterprisewide Transformation.” Information Systems Management, Summer, pp 58-65.
18. Talwar, R. (1993) , “Business Re-engineering – a Strategy-driven Approach.” Long Range Planning, Vol.26, No.6, pp 22-40.
19. Teng, J. T. C., V. Grover, and D.K. Fielder (1994) , “Re-designing Business Process Using Information Technology.” Long Range Planning, Vol.27, No.1, pp 95-106.
20. Wimmer & Dominick (1994) , “Mass Media Research: An ntroduction,USA : Wadsworth Publishing.”



## 附錄一 個案訪談綱要

### 1. 邱副院長、楊執行長（醫療機構－專業管理人）

- (1) 面對目前台灣人口老化的問題日漸嚴重，請問對貴院病患的年齡層是否產生影響？
- (2) 面對台灣人口老化問題，老年人對於醫療資源的應用比率逐日上升，對於醫療資源的浪費情況是否產生更大的影響？
- (3) 對於目前醫療機構的一般門診作業流程是否出現哪些缺失，導致醫療資源浪費問題無法得到有效改善？若欲想解決高診次、重複檢查與用藥浪費情況可從流程中的哪個地方做改善？
- (4) 面對目前台灣醫療資源浪費行為，健保局有提出幾項解決方案，對於這些計劃，請問身為貴院的決策人員覺得這些計劃是否有效改善目前醫療資源浪費情形？
- (5) 除了上述方法外，身為貴院的決策人員是否有其他的建議方法可改善目前醫療資源浪費情形？
- (6) 如果將醫療與照護機構做整合，請問身為貴院的決策人員會覺得他們可能可以從哪方面提供有效的方法與醫療機構做配合？以及可為改善醫療資源浪費問題帶來哪些效益？

### 2. 施副院長（醫療與照護機構－專業管理人）

- (1) 面對目前台灣人口老化的問題日漸嚴重，請問對貴院看診及入住病患的年齡層是否產生影響？
- (2) 面對台灣人口老化問題，老年人對於醫療資源的應用比率日漸上升，對於醫療資源的浪費情況是否產生更大的影響？

- (3) 對於目前醫療與照護機構的一般門診作業流程與照護流程是否出現哪些缺失，導致醫療資源浪費問題無法得到有效改善？若欲想解決高診次、重複檢查與用藥浪費情況可從流程中的哪個地方做改善？
- (4) 面對目前台灣醫療資源浪費行為，健保局有提出幾項解決方案，請問身為貴院的決策人員覺得這些計劃可否有效改善目前醫療資源浪費情形？
- (5) 除了上述方法外，身為貴院的決策人員是否有其他的建議方法可改善目前醫療資源浪費情形？
- (6) 貴院為一所醫療與照護機構整合之機構，請問貴院與一般醫療與照護機構獨立運作方式有何差異？請問在醫療與照護兩者之間該如何做配合，才能有效改善目前台灣所遇到的醫療資源浪費問題？

### 3. 蕭院長（照護機構—醫師）

- (1) 面對目前台灣人口老化的問題日漸嚴重，請問對貴中心入住病患的年齡層是否產生影響？
- (2) 面對台灣人口老化問題，老年人對於醫療資源的應用比率日漸上升，對於醫療資源的浪費情況是否產生更大的影響？
- (3) 對於目前醫療與照護機構的門診作業流程是否出現哪些缺失，導致醫療資源浪費問題無法得到有效改善？若欲想解決高診次、重複檢查與用藥浪費情況可從流程中的哪個地方做改善？
- (4) 面對目前台灣醫療資源浪費行為，健保局有提出幾項解決方案，請問身為貴中心的決策人員覺得這些計劃可否有效改善目前醫療資源浪費情形？
- (5) 除了上述方法外，身為貴中心的決策人員是否有其他的建議方法可改善目前醫療資源浪費情形？
- (6) 貴中心為一所照護機構，請問如能協同醫療機構作流程作業改善，身為貴中心的決策人員您認為在醫療與照護兩者之間該如何做整合，才能有效改善目前台灣所遇到的醫療資源浪費問題？

#### 4. 蔡經理（資訊科技專業人員）

- (1) 面對台灣人口老化問題，老年人對於醫療資源的應用比率日漸上升，對於醫療資源的浪費情況是否產生更大的影響？
- (2) 面對目前台灣醫療資源浪費行為，健保局有提出幾項解決方案，請問您覺得這些計劃可否有效改善目前醫療資源浪費情形？
- (3) 除了上述方法外，身為貴中心的決策人員是否有其他的建議方法可改善目前醫療資源浪費情形？
- (4) 貴公司為從事醫療院所電腦化專業系統整合，對於政府目前推動電子化病歷目前的成果為何？
- (5) 對於目前醫療資訊無法跨醫療院所及照護機構傳遞，有什麼解決方法嗎？
- (6) 如將醫療與照護機構的作業流程進行整合，對於醫療資訊傳遞的這個部份是否可改善醫療資源浪費問題及可能帶來哪些效益？

