

2013 清華先進醫院管理論壇致詞

很歡迎大家來參加 2013 清華先進醫院管理論壇，當初我接到邀請致詞時略感納悶，因為辦理先進醫院管理論壇在新竹清華是首次，而清華雖經努力，放棄開辦醫學院也超過了十年，似沒有充分條件主辦先進醫院管理論壇；後來知道本論壇是由兩岸清華合辦，而本校生物醫學科技中心與先進製造與服務管理研究中心參與協辦，工業工程與工程管理系參與執行，才了解是一個適切組織與堅強團隊的組合，同時也要感謝國科會工業工程與管理學門北京清華長庚醫院、長庚紀念醫院、新竹馬偕紀念醫院、台大附設醫院新竹分院等重量級單位協辦、中華卓越經營決策學會協助執行，讓論壇得以順利舉辦。

論壇專題演講，包括北京清華長庚醫院的管理與特色、台灣醫院評鑑制度、台灣醫院醫療供應經驗分享、大陸醫院 DRGs-PPS (Diagnosis Related Groups-Prospective Payment System) 經驗分享、以病人為安全的評鑑模式、一個醫學中心搬遷的經驗分享等，內容非常豐富，切中現時先進醫院管理關心議題，而排在最後的兩岸先進醫院管理模式標竿學習綜合座談，更提供一個絕佳交流機會，精彩可期。

最近馬英九總統出訪中南美，在巴拉圭指出，全球 200 大醫院中，台灣就有 14 家，僅次於美國與德國；2000 年英國經濟學人雜誌評比，台灣在健康指標、醫療保健支出、醫療資源品質各方面成就，全球排名第 2，僅次於瑞典；近年來國際醫療觀光或跨國醫療，在全球各地都非常盛行，台灣許多醫療機構擁有夠水準的設施提供這樣的服務，每年都有超過 11 萬外國人士到台灣接受治療，是非常重要的肯定。

另一方面，八月八日出版的天下雜誌，以「大陸重金挖角 我的醫生不見了?!」為封面故事，文中指出「台灣病人，找不到權威醫師看病、開刀的現象，已拉起警報。台灣醫院最缺的外科、婦產科醫師，大陸正夯。對岸高薪挖角，愈來愈多醫生登陸賺人民幣，變身「假日飛刀手」。台灣為什麼留不住好醫生？該如何挽救缺醫師、醫生外流造成的醫療崩壞？」「對於醫師荒，大家已知：台灣 368 個鄉鎮，66% 沒有急診醫師；47% 沒有外科醫師；43% 沒有婦產科醫師；36% 沒有兒科醫師。還有，每四個醫師中，就有一個做醫美。監委黃煌雄等人在《全民健保總體檢》中調查，更發現每年內、外、婦、兒四大專科醫師都缺額，外科平均每年短少 37%、婦科每年短少 31%。」

則是很不一樣的景象；而「全民健保」自 1995 年上路以來，一方面獲得相當的國際肯定，民意滿意度居高不下，但「民眾因為負擔減輕導致增加醫療需求，醫院因為以量計酬而導致增加醫療開支，所以現行全民保險本身就有傾向過度成長的誘因。而由於保費的調漲又受到非經濟的政治力左右，而非常困難，不能迅速反應醫療開支的增長。這兩個結構性的因素致使全民健保的財務問題始終在難以永續執行的破產邊緣徘徊」，可謂前途堪慮，先進醫院管理更形重要。

成功學大師史蒂芬科維 (Stephen R. Covey) 在第三選擇 (Third Alternatives) 一書中，曾就已開發國家不斷爆漲的健康照護支出提出看法：他引用了健康照護的一句老格言：「你可以有廣泛的涵蓋率、高品質，或者是低成本——只是，都不能同時擁有」；他認為，真正要完成的工作，是預防疾病，而不是治療疾病，當今已開發國家中的問題是所謂的「生活型態的疾病」，如心臟病、癌症與糖尿病，這些疾病在拯救生命與經費上非常昂貴，但常可透過生活型態的改變，加以預防；但目前整個醫學體制都是以治療疾病為考量，而非預防疾病，而幾乎全部資源都用於急性照護，而讓健康照護成為一項昂貴的商品，醫生忙著拍蒼蠅，而沒有時間修理紗窗上的破洞，結果便是在醫院急診室擠滿原本不應生病的許多人；科維舉了一個不斷跳下河去救人直到精疲力竭的醫學生例子，如不阻止不斷推人下水的人，終歸無濟於事，又如處理洪水，應將爭論處理辦法，轉移焦點到停止或減緩洪水上漲的選擇。在人口老化，健康照護支出節節高生而缺乏足夠資源下，也可看到一些成功的嘗試；

一是設於美國田納西州 Gallatin 市的「健康生活中心」(Living Well Health Center)，擁有人稱為「以病人為中心的醫療診所」，診所像老年市民聚集場所，設立宗旨為了顧客的健康，醫生了解每個病人，而且發展出彼此間的信任聯結；「健康生活中心」的一項關鍵目標，是讓病人有需要時才到醫院看病，每一件工作都以慢性疾病的預防和管理為目標，所產生的成本節省，則以健康和品質方式與醫生共享；醫生的薪酬是根據把需要完成的工作做好，協助人們在生活的各層面維持健康，根據美國國家品質標準，「健康生活中心」的績效水準，比起「老年醫學照護」(Medicare) 的平均水準，要高出 55%，意味著：顧客要健康許多，而顯著的節省醫療及社會成本。另一方面，趨勢學家 Chris Anderson 在「免費」(Free) 一書中，提到大陸某

地有類似的努力，如果有與會嘉賓了解概況，相信必是大家同感興趣的議題。

二是「山際健康照護聯盟」(Intermountain Healthcare, IHC) 範例，IHC 是一家由 15 間醫院所組成的連鎖體系，在 1980 年代末期，一位生物統計學家及外科醫師 Brent James 說服醫院主管，跟他花幾天時間學習如何以科學方法改善流程，醫院主管階層最後讓 James 進行一項實驗，測量一個外科小組所照護的病人所發生的所有事情：從診斷、入院、術前準備、麻醉、手術本身、護理、復原、飲食、醫藥、出院，一直到後續追蹤，再與涉及的各部門開會，展示蒐集的資料，並徵詢改善意見，而得到熱烈回應，大家把這些想法凝聚起來，進一步實行到工作上。醫院主管對成果相當滿意，而要求 James 把他的「科學專案」轉變成管理照護的完整體系，最後，超過 50 項重要的臨床程序都經歷同樣的徹底檢查與改進。最後的結果可以傑出來形容，醫院感染事件，顯著的下降，藥物不良事件的數量少了一半，住院肺炎死亡率少了 40%，心臟手術死亡率從全國平均的 3% 降到 1.5%，同時大幅度降低成本，「山際健康照護聯盟」的醫院向病人的收費，相較於美國一般醫院，平均要減少 30%。

以上兩例，是在一片唱衰全民健保前景聲中值得觀摩學習的範例，而可供今天論壇與會先進討論分享，最後祝論壇圓滿成功。