

醫療社會工作 績效評量與管理



鄒平儀

壹、前言--飛鴻踏雪話前史

臺灣醫療社會工作的發展，相較於深受其專業思潮影響的美國晚了 45 年，而 1949 年省立臺北醫院（臺北市立聯合醫院中興院區前身）社會服務部的成立，可謂正式開啓了臺灣醫療福利服務史的濫觴。由於社會工作在醫療領域中的推展，係以病患及其家屬社會心理層面之關懷為核心任務，此種運用系統性知識、方法、技巧，從生理、心理、社會、靈性等多元角度瞭解案主需求，進而完成專業評估、執行處遇計畫，以協助面臨疾病壓力之個人、家庭緩解生活危機的服務，不但可以呼應 1930 年代以來身心醫學界一再強調的「人為生理、心理、社會三者一體 (as a bio-psycho-social entity)」的身心統合觀念，亦可以實踐世界衛生組織於 1946 年所倡議的「健康」理念（生理無恙與心理、社會層面的安適狀態），以及醫療全人化照顧 (holistic care) 的精神意涵。

然而，社會工作者初入醫療體系之時

，曾因專業功能不被認同而遭致團隊中其他成員，尤其是醫師質疑與反彈的歷史經驗，則中美皆然。1970 年美國約翰霍普金斯醫院 (The Johns Hopkins Hospital) 初設社會服務部門時，就曾遭醫師強烈抵制而禁止社工員進入病房 (Bracht, 1978: 12)，研究也指出：醫師和社工人員兩者之間對於個人罹病需求認定的角度不同，且就彼此合作必要性之評價亦存有歧見，雙方因此難以協同共事 (Wilson & Setturlund, 1986: 8)。多數醫師只期待社工人員從事福利金申請及處理病患久占床位、疏導出院等「角色替代性」較高的具體服務 (concrete service) (Wilson & Setturlund, 1986: 8; Smith, 1973: 443; 蘇秋莉, 1977: 154; 金蔚如, 1988: 128; 卓春英, 1986: 114)，故未予福利服務者應有的尊重。事實上，社會工作者在以醫師為主體的醫療專業體系中，原本即為從屬和配合者的角色已早有論述可循。首先，依照醫療社會工作者功能發揮的角度而言：「僅是配合醫師作業，從事預防、治療和傷殘復健等措施，運用社

會工作專業方法來協助病人解決其有關的社會心理問題，以提高醫療效果」（姚卓英，1990: 691）；其次，「對醫療範圍內的事務，醫師有絕對的發言權和判斷權。他們在科學和個人經驗間，扮演著啓承轉合的關鍵角色，使用科學知識的抽象語言以解釋個人的不適症狀...；對大部分人而言，醫師是接觸不可及領域的唯一媒介，所提供的乃是權威性的諮詢，在醫療照護的位階結構中，自主性與地位均超越其他人員」（Starr, 1982; 張荳雲, 2005: 215-216）。

由此可知，其後數十年，國內醫療社會工作部門逐漸增置，社會工作人員員額也隨之成長的原因，與專業成效之間並無直接的關聯性，換言之，社會工作部門得以擴充，並非基於專業功勳受到肯定。根據王婉芬(1994: 60)的研究：社會服務部門在醫院組織中的設置和發展，是一種制度性接受(institutionally accepted)的過程，亦即當醫療文化認定「全人化的醫療照顧」為應然推動與實然執行的照護模式之時，設立社會工作部門則為醫院組織對此一制度性要求的必要回應。於是，省立醫院普設社會服務部（1967年），醫院社會工作者結合個體組成「中華民國醫務社會服務協會」（1983年）（1989年大會通過更名為「中華民國醫務社會工作協會」）；而為了促使社會工作部門在醫院組織結構下，受到更多體制性的保障，透過該協會極力推動，行政院衛生署公布將社會工作納入醫院評鑑項目（1985年），正式認定社會工作者為醫療組織中不可缺少的一員。其

後數年，衛生署更頒布了「綜合及專科醫院未滿100床者，應指定專業人員負責社會服務工作；100床以上者，每100床應有一位社會工作人員負責社會服務工作」之醫院評鑑專業人力配置標準，此外，亦範定了社工人員的專業任用資格，以及推展個案與團體工作所需的空間設施（1989年）。

儘管如此，在2003年修訂評鑑指標（降低「結構面」配分，增加「過程面」及「結果面」品質指標，強調「可近性」、「完整性」、「參與性」、「適切性」與「持續性」五方面執行成效的評量），以及2004年推動新制醫院評鑑之前，衛生署對「醫務社會服務工作業務」之相關評鑑項目內容，僅有「醫務社會工作」（配分5分）及「醫療品質保證--醫療關係的促進」（配分2分）兩項，而其中對於評量等級的內涵標準並不明確，由於配分比例相較於醫護主體顯然低微，因此，部分醫院並未在意社會工作專業在評鑑中的表現，當然，這也代表了社工人員在醫療體系中的專業地位、功能績效有待提升的窘境與事實。

貳、醫療社會工作服務責信、品質保證的管理趨勢

相較於以往，2010~2011年醫院評鑑賡續調整了評核面向的標準，除了明顯展現「以病人為中心」(patient-focused methodology)的思維、回歸服務品質及病人安全內控機制的精神(tracer methodology)之外，同時亦強調「持續檢討、改善、具體

作為」(Plan、Do、Check、Action)的系統迴路監控理念。換言之，現階段醫院評鑑所著重的病人安全、尊嚴、適切、周延等照護內涵，使得社工專業「以人為本」的服務，在醫療團隊運作中的重要性出現了躍進的轉機。以 2011 年醫院評鑑（共計 238 項，經營管理組 102 項、醫療照護組 136 項）為例，醫學中心之社工部門約計主責 7 項、支援 15 項受評項目（經營管理組主責 6 項、支援 4 項；醫療照護組主責 1 項、支援 11 項）的實情而論，受到重視的程度已顯然提升。據此，社工專業如何從制度性與實務性的歷史演進過程當中，檢視與反省自身之功能價值與服務績效，則應是專業發展及組織管理所須面對的必要課題。

依據國內外文獻記載以及我國社會福利施政方針所宣示之內容可以理解，近年來與社會工作相關的人群服務及非營利組織所面臨的管理趨勢，大致上可歸納為下列幾種取向：

一、責信(accountability)制度的落實推展

「責信」概念源自於 Cabot (1931)所強調之社工服務對干預策略效能(effectiveness)的檢視(Blythe & Briar, 1987: 399)，其中並蘊含了：應改善且發展不同研究方法，以評估服務成效而向公共部門、財源資助單位（董事會、經費贊助者）及案主彰顯服務責任的意涵。由於「責信」的要義，係將討論重點置於服務方法能否有效達成預期目標，因此，服務效果的

界定與測量操作，將是核心課題。儘管，實務上對於成效標準尚未清楚範定(Tropp, 1974: 145)，而測量技術、服務投入(input)與產出(output)變項，甚至於服務品質的內涵，至今依然欠缺明確定義(Newman & Turem, 1974: 13)等事實，均造成了「責信的危機」(the crisis of accountability)，然而為了尊重及保障案主權益，以及持續提升專業地位，昭信社會工作績效責任，已是此項專業在行政管理及機構評鑑上的重要任務(Sarri, 1982: 23; Wedel & Golston, 1988: 81-82; Skidmore, 1990: 80-82; Wimpfheimer, 1993: 5; Kettner & Martin, 1993: 62; 莫藜藜, 1993: 24; 秦燕, 1996: 51)。

二、理性取向(rational approach)的決策規劃

理性取向決策特色，乃立基於追求經濟效益上的最大淨值(net value achievement)，亦即注重客觀的程序，以能夠公開觀察及衡量的資料，作為分析要點(Dye, 1981: 33)。由於社會工作所隱含的價值如：服務、利他、關懷、人道精神，並不同於一般財貨，不容易從市場的供需關係中決定勞務價格。因此，通常在社會服務領域裡，討論服務品質方面的議題多於服務產量，而衡鑑服務功效(efficacy)與工作目標達成程度，亦較偏重質性(qualitative)主觀感受上的回饋。然而，在非營利組織數量不斷成長，以及福利服務民營化、資源競爭的社會脈動之下，採取以成本會計(cost accounting)為設算基礎，注重「成本

效益」(cost-benefit)與「成本效能」(cost-effectiveness)評量的理性取向分析模式，已成為服務導向部門或機構的管理、決策趨勢。1998年7月全國社會福利會議即明確宣示：我國未來推動社會福利發展須朝向「需求、積極、效率、前瞻、均衡、整合」等方針邁進，其中「重視各項政策措施的規劃、執行與考核，並提昇社會資源效用極大化」的效率原則，正是福利服務管理所持續追求的宗旨目標。

三、全面品質管理(total quality management)的監督控管

品質二字所展現的意含，常被喻為勞務的本質和精髓，在概念上與福利服務所強調的價值觀相符，所以至今依然受到社會工作實務界及非營利組織管理界的關注。有關全品質管理的意義，文獻中已多有詮釋，其要義係指：以消費者回饋為導向的品質監控系統，透過生產者的自我價值、員工間協調、團隊合作、跨部門/專業技術結合，逐漸形成一個持續評估、檢視、改善服務（生產）流程的組織文化和工作環境(Martin, 1993: 4; Edwards, Cooke & Reid, 1996: 474-475; Moore & Kelly, 1996: 34-38; Sashkin & Kiser, 1993: 39; 施怡廷、梁慧雯, 1997: 13)。易言之，全面品質管理試圖整合科學式管理(scientific management)－「以檢核管控來增加產量且促使產品零缺點」的分析觀點，並結合人群關係學派(human relation school)所著重的「組織、團體和員工個人」三者之間的關係，而發展出一套服務輸送體系，其中

各個相關人物(消費者、生產者、管理者)、過程(投入、轉換、產出)、結果(產量、品質水準、效用)為彼此密合的有機連帶系統。長久以來，全面品質管理模式受到人群服務組織青睞的原因，除了因強調「團隊合作」、「員工參與」等理念之外，其並闡明了「品質」水準須透過多元面向加以判定，而實體表現(產量)顯然也是其中的重要指標，由此可知，追求品質與提升效率之間應是「競合」(competitive-cooperative)而非「零合」(zero-sum)的關係，兩者皆為人群服務組織所重視的管理目標。

四、組織再造(reengineering)的革新檢視

“組織再造”的概念係強調：組織中之工作內容、服務流程、資訊技術、績效/責任、環境結構，藉由重新設計而賦予明確定義及規格標準，使之成為良好品管系統，以改善服務/產品的品質與成效(Hale & Hyde, 1994: 127; Mechling, 1994: 189; Linden, 1994: 150; Edwards; Cooke & Reid, 1996: 475-476)。近年來社會工作部門力求服務相關作業（例如：案主檔案資料、紀錄格式、績效報表、工作手冊，甚至於工作流程等）之標準化、規格化與電子化的作法，實為順應臨床管理風潮所趨。當然革新與再造必須仰賴行政主管的高度信心和精確設計，否則將難以應付因改革變動所引發的組織混亂和必須相對付出的機會成本。

五、全觀型治理(holistic governance)的協調整合

1990 年代後期以來，全觀型治理(holistic governance)是行政組織運作最具創新性與前瞻性的理論之一（彭錦鵬，2005；江大樹、梁鎧麟，2011：5），其源起於希克斯(Six)所建構，係為改善 2000 年以前傳統官僚和新公共管理典範之組織過度分工、欠缺協調、課責虛空、績效零散(fragmentation)等諸多缺失而創新改革的治理典範。儘管全觀型治理的觀點，是以處理政府層級內部組織之間各自侷限的碎裂化問題為論說主體，惟因所涉及的範圍相當廣泛，舉凡各不同政府層級的互動、民間企業組織、非營利組織及各種地方社團等，都已融入整體組織網絡的運作範疇中（江大樹、梁鎧麟，2011：6），因此，若以此治理典範的精神，縮影運至醫療院所等人群服務組織，強化其內部單位之間協力(collaboration)、協調(coordination)和整合(integration)的管理模式，則不但可能提升服務效能，亦足以回應眼前案主（病人）問題日漸複雜化的服務需求。

藉由前列五項非營利組織管理趨勢可以瞭解，人群服務組織諸如社會工作領域，除了應該追求“品質保證”的承諾、協調整合的工作模式之外，也必須以科學化的方法來檢視服務模式與工作成效，以促使福利及專業資源的配置達到最佳狀態。

參、醫療社會工作績效評量與管理的意涵、指標訂定、測量方法及實務應用

一、釋義績效評量與績效管理

績效意指有效率的應用資源，以提供有效益的服務或產品，一般所稱績效包涵效率、效能與滿意度，效率強調經濟效率、回應效率及生產效率；效能係指產出的品質是否良好；而滿意度則指接受服務者對服務之感覺或情感性反應。簡言之，效率強調以對的方法做事(do things right)，效能指做「對」的事(do the right things)，而績效結合了兩者的精神，即為以對的方法做「對」的事(do the right things right)（郭昱瑩，2005: 1-2）。通常績效管理強調組織管理而以績效與成果為依歸，Hatry (2002)曾定義「績效管理是使用績效資訊影響計畫、政策或組織行動以追求公共服務最大化利益」（郭昱瑩，2005: 2），據此，績效評量系統乃是績效管理事務中的關鍵環節。根據 Staw (1983: 32-34)的分析，績效評量於個人與組織各有不同的重點取向，惟組織效能(organizational effectiveness)乃以組織中之成員個體表現為基礎（見圖 1）。

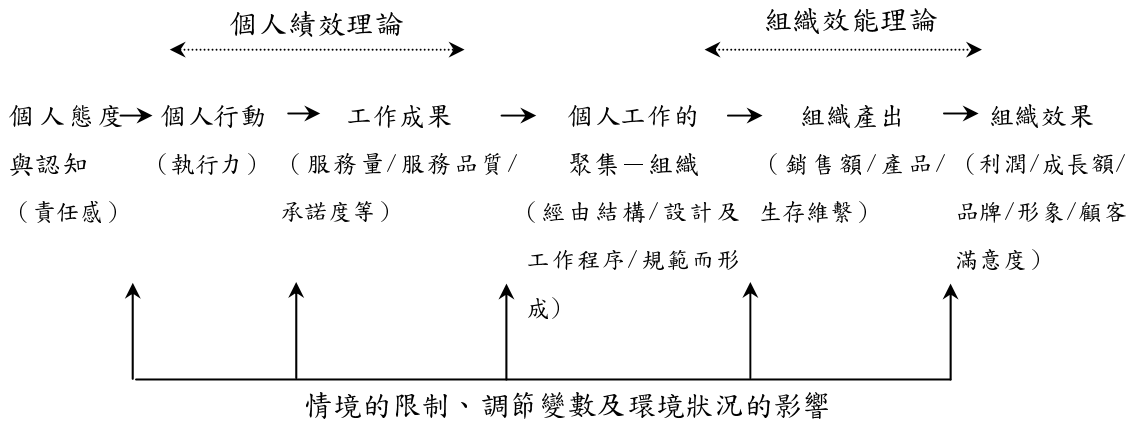


圖 1 個人及組織績效的評估構面

Hall (1991: 244)認為：個人所在組織中的位置不同，對於績效的認定則不盡相同。儘管，各個社會工作部門所設立的組織目的和功能並無太大差異，惟仍應就各種探究取向、關注重點來設定評量的指標與方法。本文所討論的績效評量主題，即是以“組織”的角度做為探究主軸。

二、訂定績效評量指標

有關醫療社會工作績效評量指標的訂定，實務研究尚不夠充分，綜合觀之以偏向質性的服務滿意度及社會心裡適應功能的衡量為主，除經會談(interview)瞭解當事者主觀感受之外，並多半藉由行為量表(scale)測量之。文獻中所提及社會工作績效評量指標，在實務操作方面，仍須面對諸多技術性問題。首先，成果或績效的定義相當困難、複雜，評量指標也因之較難設定。其次，發展一套具有信度、效度可供通用的評估工具與量表並不容易。第三，臨床上還不能確認，是否環境和心理變數，對服務成果的影響真的勝過處遇本

身(Rehr & Berkman, 1979: 101)。最後，許多社會服務的效益變項，並非實質數據，如須瞭解其市場價值，則影子價格(shadow price)的轉換亦是問題(Eastaugh, 1992: 302-303; Rossi & Freeman, 1993: 338)。

以下則就醫療體系社會工作服務績效衡量指標加以彙整說明(Frankle, 1991: 73-75; Torrance, 1986: 16; Eastaugy, 1992: 241-245; Kettner & Martin, 1993: 69-70; Rossi & Freeman, 1993: 383; Linda, 1994: 537; Banerjee, 1995: 41; Lawlor & Raube, 1995: 395)：

(一)案主角度

- 1.問題改善或解決：原本遭遇之社會心理困擾獲得程度上的減輕或不再存在。
- 2.行為功能增進：目標行為行使能力增加。如：處理困擾、人際互動、角色完成、生活自理等能力。
- 3.生活品質提升：個人重要生活層面中所感受到快樂與滿足的程度增加。

(二) 社會工作者／服務供給者角度

1. 服務產量：完成之個案(cases)、團體(groups)、方案(projects)、會談等工作的數量與頻率。

2. 服務品質／案主滿意度：服務品質的評量因構成要素的範圍設定相當困難，且基於不同立場、不同角度、不同價值而存在著相異的衡鑑結果。由於品質管理的觀念源自於企業管理，所以消費者通常被視為最終的仲裁者(趙善如譯，1999: 68)。據此，社會服務品質認定的仲裁者應是接受服務的案主。

翁崇雄(1993: 31-33)與朱永華(1995: 13-16)的研究文獻指出，服務品質決定要素，以下列五項構面的內容較為完整並廣受應用。

1. 有形性(tangibles)：提供服務所需的場所、設備及人員。

2. 可靠性(reliability)：供給正確而一致的服務能力。

3. 反應力(responsiveness)：具有敏捷且主動的服務意願。

4. 保證度(assurance)：具備服務所需的知識、親切感。

5. 同理心(empathy)：給予消費者關心、體貼和尊重。

大體而言，社會工作均以服務是否能為案主減輕困擾、解決問題，進而增進適應能力，提昇生活福祉為目標。因此，品質評量的面向也大多與專業服務內容所投入的能力、過程及結果有關。Banerjee (1995: 43)和McNeill (1998: 6)等人認為，案主在社工服務如：適時性(timeliness)、

勝任性(competence)、保證度、禮貌(courtesy)、人性化(humaneness)等方面的滿意情形，是專業品質表現的重要指標。此外，社會服務組織通常也把服務的可近性(accessibility)、一致性(consistency)、成果(outcome)和衝擊(impact)視為重要的品質要素(施怡廷等譯，1997: 47)。

(三) 機構角度

1. 目標達成：組織目標達成的程度。

2. 成本控制(cost control)：服務計畫執行之總支出未超過預算額的剩餘(surplus)程度，其中成本支出可視為負效益(negative benefits)。社會福利服務如：直接成本(專業人力、硬體設備、處遇素材、提供宿食、經費、其他資源運用)、間接成本(行政分擔費、決策之機會成本、人員訓練費、案主不事生產之社會成本等)(Kettner & Martin, 1993: 66; Volland, 1984b: 150-152; Rossi, 1993: 383; Pine, 1993: 124-125)，均為管理者所列入考慮的變項。

惟，面對績效評估指標的選擇，仍宜思考如何突破下列有關執行層面上的困境：

(一)同一組織內採用多元評估指標，而這些指標彼此之間形成衝突。例如：高品質的服務與高人事成本的支出。

(二)實際指標與理想指標之間不一致。例如：每100床應設置一名社工員(醫院評鑑之理想指標)，然，實際上社工員服務品質與所負責之病床數並無顯著關聯性。

(三)所欲評估的主題在測量技術上難以量化處理。例如：服務品質。

(四)選用指標彼此之間不全然互斥。例如：組織之員額規模與用人薪資成本支出。

(五)經由指派之既定評估指標，在現實生活中無法標識。例如：工作行為表現無法與評估量表級數水準加以對照衡量。

(六)從誰的立場來決定評估指標。例如：案主／消費者、社工師／員工、機構、資金贊助者。

三、研討績效評量方法及實務範例

由於社會工作為醫院組織中的一部分，伴隨醫院主體結構研究取向的經濟效率分析，卻常因服務屬性、資料收集與測量技術上的困難而從未被納為績效管理評量指標。本文嘗試以經濟性績效與計量分析的角度，探討醫療社會工作的成效表現，則評量方法包括：

(一)效能分析(effectiveness analysis)

1. 意義：成本效能分析（cost-effectiveness analysis，簡稱CEA）涉及服務成本金錢價值的計算，但在效益部份，則以達成目標的各種方案或方法作為比較的依據。因此，如果成本金額範圍已被設定，則選擇最能達成目標功能程度的方案執行，但倘若數種方案皆可完成解決問題的目標，則CEA判定以消耗最低成本之方案推行之（Schmaedick, 1993: 3; Rossi & Freeman, 1993: 397-400; Thompson, 1980: 221-248; Warner & Luce, 1982:

46-50; Walshe & Daffern, 1990: 41; 詹火生, 1988: 42)。例如：某醫院之減重門診成功率只有50%，故運用行為改變技巧設計了A、B兩種減重方案，欲提升成功減重比率，A方案需要5萬元成本，共輔導100名肥胖症者，最後有75名參與者達到成功減重標準。B方案需要4萬元成本，亦輔導了100名肥胖症者，結果有60名參與者達到成功減重標準，比較兩案，何者較具效能？若依CEA的原理可知，A方案的5萬元成本，其實效果增加了25名肥胖症者達到成功減重標準，故每增一名肥胖症者達到成功減重標準的單位成本為2000元，而B方案耗用了4萬元成本，僅增加了10名肥胖症者達到成功減重標準，易言之，每增加一名肥胖症者達到成功減重標準的單位成本為4000元，兩相衡量，顯見A方案達到的成本效能較佳。

2. 實務應用：依據此概念之意涵，可就社工部門現有之每月工作統計報表（最好以年報統計數據除以12個月，取其平均值較穩定）檔案資料，合併部門每月平均支出總成本，進行下列之績效評量與管理的CEA分析，這項分析上可以擴展至院際之間，比較社工部門的效能表現。

進行CEA分析，必須具備下列數據資料：

1. 部門每月平均總成本支出及每月平均個案、團體、社區工作總數。

2. 部門每月平均工作總時數及各項服務時數（直接服務：個案、團體、社區；間接服務：行政、教學訓練、研究、志工管理）所占時數比例。

3.部門各服務項目每月平均總數及不同服務項目所耗損單位時間權數（目前各醫院社工部門尚無統一標準）。

則可藉之評估部門內、院際部門之間的相關工作績效：

1.單位內工作人員各項服務的時間管理(time management)比重運算式：各項服務時數（個案、團體、社區、行政、教學） \div 月平均工作總時數

2.個案單位成本及時間單位成本運算式

(1)個案工作月平均總時數 \div 部門內月平均工作總時數=個案工作月平均時數比例

(2)部門月平均總成本支出 \times 個案工作月平均時數比例=個案工作月平均總成本

(3)個案工作月平均總成本 \div 個案月平均總數=個案單位成本（元/個案）

(4)部門月平均總成本支出 \div 部門月平均工作總時數=時間單位成本（元/小時）

上式中之個案單位成本，係以部門整體平均狀況概算之。較詳實的做法，應考慮到案主（病人）問題類型如：疾病適應、出院準備(discharge planning)、家庭、情緒、經濟等，各人承受困擾程度不一（所需花費的處遇時間成本相異），且同一案主可能出現多重問題，部份服務項目（會談、家庭訪視、電話/信件聯繫、團隊成員協調、院外機構/資源轉介、其他服務等，以下以 $S_1 \dots S_6$ 代表之）勿須重覆。因此，考量案主的個別需求及狀況，每位個案(per case)所消耗的實際成本 (C_t) 應為：

$$C_t = C_f (\text{固定成本分擔}) + \sum_{i=1}^6 NiSiCu$$

其中， C_f 為固定成本：指總薪資成本（專業人員薪資直接成本與員工福利間接成本）+設備費用[設備及消耗性材料之成本，硬體設備尚須乘以（折舊率） t ， t 表年數]兩項的部門分擔成本。

$\sum_{i=1}^6 NiSiCu$ 為專業處遇成本：指該名案主使用專業服務項目 ($S_1 \dots S_6$) 之單位成本（考量各項服務時間權數）與使用次數乘積之總和。

3.各項服務內容之單位成本運算式：

①個案工作(casework)月平均總成本 \div 〔個案工作該項服務內容月平均總次數 \times 該項服務內容時間權數（即 time value weight，以小時為衡量基數）〕=該項服務內容單位成本。

基於不同服務內容項目每次所耗時間成本不同，如三次電話聯繫相當於一次會談；八次會談相當於一次家庭訪視等，因此，①式所得之服務次數單位成本尚須乘以各服務內容之時間權數，才能確實得知各類型服務內容之單位成本。例如：一次電話協調之單位成本為 50 元，則一次會談之單位成本應為 150 元，而一次家庭訪視的單位成本則是 1,200 元。有關各項服務內容單位成本較簡易的做法，可以以②式直接概算。

②時間單位成本(cost per of hour) \times 該項服務內容時間權數=該項服務內容單位成本。

4.比較不同醫院層級（醫學中心、區

域、地區醫院)或醫院權屬(公、私立、宗教性醫院)或不同部門規模(社工人員額5名以下,6-10名、11-15名、15名以上)之個案單位成本或時間單位成本,在服務效果(產出)被假設為常數的狀態下,利用標準分數(Z score)計算其各種屬性特質下的相對位置,以評量區分出部門的效能表現。

(二)效率分析(efficiency analysis)

Gleason 與 Barnum (1982: 379-380)認為效率指標的主要目的是衡量資源被經濟性使用的程度,所以,通常採用投入和產出的比率為評估標準,而衡量效率的主要目的即在評估組織的生產力(productivity),以作為組織績效管理、改善的依據。就生產力的角度而言,效能是效率的必要條件(a social care service or activity can not be efficient if it is not effective),達到生產量(服務量)但服務內涵粗糙,沒有達成增進案主行為功能的服務目標(效能),就如同沒有提供服務,平白浪費了所投入的經濟資源(成本)。

1.意義

Charnes 等(1981)特由投入面(input orientation)及產出面(output orientation)為效率作了更完整的定義(翁興利等,1996: 67)。

(1)投入面:一個組織若能進一步減少現行某一投入項的使用量,而不以其他投入項的增加為代價,且不降低產出量時,則此一組織目前即處於缺乏效率的狀況。

(2)產出面:一個組織若能進一步增加

現行某一產出項的產量,而不以其他產出項的減少為代價,且不增加投入量時,則此一組織目前即處於缺乏效率的狀況。

上述情形乃建立於「投入與產出面所衡量出來的效率值只有在固定規模報酬(constant returns to scale)的假設下才會相等」論點之上所詮釋的意涵。至於評估效率的方法,大體上有比率分析(ratio analysis,即成本效益分析,cost-benefit analysis,簡稱CBA)、資料包絡分析(data envelopment analysis,簡稱DEA)等,由於DEA的概念應用與初步研究結果,筆者已發表於2000年「社會政策與社會工作學刊」(4卷1期,77-155),故此處僅就本益比模式及其實務應用情形說明如下。

2.實務應用:比率/成本效益分析

以貨幣價值分析付出經費與回收利潤之間的比值。只要利益高於成本,則方案計畫或政策推行,便可能提高整體福利。其中無市場交易的商品、勞務價值亦有不同的估算方式與折現率(王正、徐偉初,1993: 262-263;詹火生,1988: 33;Thompson, 1980: 37-52; Warner & Luce, 1982: 46-50; Walshe & Daffern, 1990: 17-26)。續前例(成本效能分析),倘若計算肥胖症者為社會所帶來的效益價值,假設每位肥胖症者成功減重後重返職場可增加5萬元的職業收入,而政府也可減少對每位肥胖症者1萬元的醫療保健費用支出,則每增加一位肥胖症而成功減重的產出利潤為6萬元,A方案產生150萬元的效益金額,B方案則產生60萬元的效益金額,若以其所耗成本為分母來加以設算,

則 A 方案發揮的成本效益是 B 方案的兩倍
(150/5 : 60/4 = 30 : 15 = 2 : 1)。

$$PDVR = \sum_{t=0}^T \frac{Rt}{(1+r)^t}$$

$$PDVC = \sum_{t=0}^T \frac{Ct}{(1+r)^t}$$

其中 t 表期 (年) 數

r 表折現率，通常是市場利率

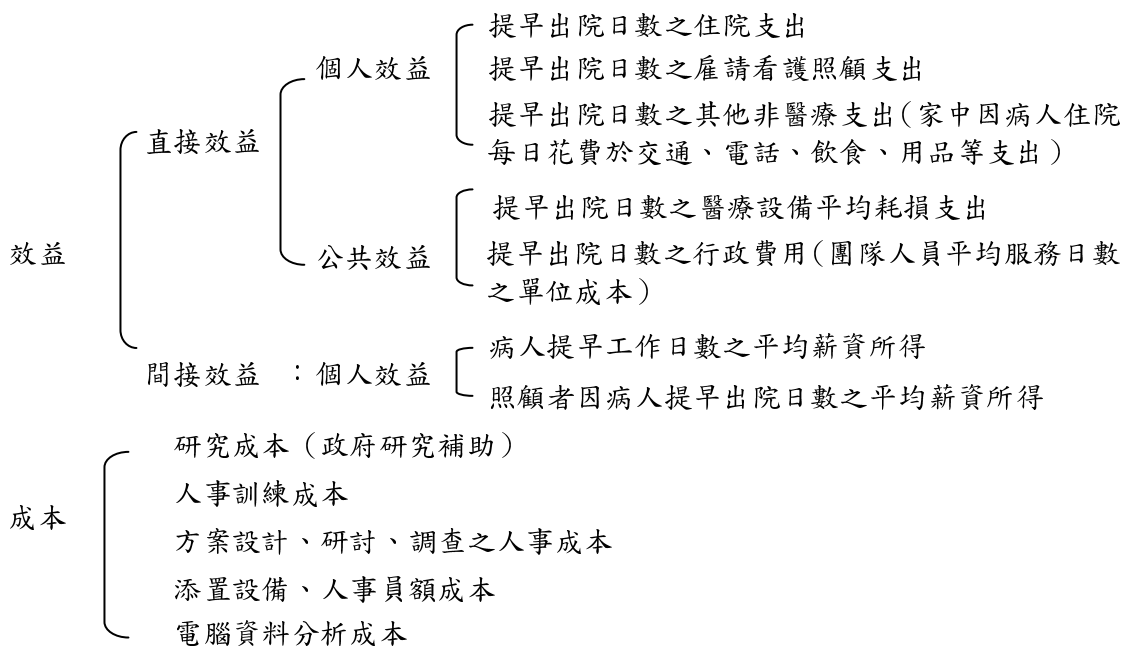
(1+r)^{-t} 表折現因子

R 表利潤，PDVR 表現值總利潤

C 表成本，PDVC 表現值總成本

當 PDVR/PDVC > 1，則計畫可行

依據此概念之意涵，以社工人員參與
出院準備服務工作 (已有標準作業程序)
為例，其成本效益分析之變項架構如下：



相關數據取得後，即可進行本益比率
評估

(三) 方案成效分析(program evaluation)

1. 意義：應用不同的研究方法，如實
驗、調查、觀察、焦點團體訪談等，以評
鑑及改善社會干預與人群服務方案的概念
形成、設計、計畫、管理、實施、效果、
效率及設施，從而促使所提供的服務得以
修訂，並獲致更大效能，即為方案評估的

意涵與目的。依照方案評量、檢視的重點，
包含三種評估形式：形成性評估 (formative
evaluation，針對方案設計與計畫，取得有
用的資訊、資料，以建構、形塑、調整、
修改方案的實施內容)、過程評估 (process
evaluation，針對方案實施之步驟程序、工
作模式或方法的優、缺點進行檢視，並提
供修訂、改進建議，以促使後續運作更臻
完善)，以及總結性評估 (summative
evaluation，針對已完成的服務方案進行成

效、結果的多面向評量)。

2.實務應用：以醫學中心配合實施發展遲緩兒「早期療育」計畫之成效評估為例，即可依據1996年通過之計畫內容設定評估指標；該案執行目標包括：「宣導與發展」、「篩檢與通報」、「鑑定與轉介」、「療育服務」、「人員培訓」及「行政組織與運作」等面向，據此，所擬訂之評量指標與方法如下：

- (1) 宣導與發現
 - ① 宣導活動量：(項目／場次)
 - ② 成長率：歷年消長情形
 - ③ 執行率：服務量/預算數
- (2) 篩檢與通報
 - ① 篩檢量 (篩檢率)
 - ② 通報量 (通報率)
 - ③ 通報來源分析 (宜加入高危險群人口資料的掌握與分析)
- (3) 鑑定與轉介
 - ① 鑑定量：包括醫療、教育及社政紀錄，並加入年齡層考量，0至3歲以下、3歲至6歲
 - ② 醫療鑑定場所分析
 - ③ 鑑定補助核銷率
 - ④ 鑑定效率
 - ⑤ 個案管理服務量
 - ⑥ 個案管理時效性
- (4) 療育服務
 - ① 服務方式及服務量
 - ② 服務適切性的評核
 - ③ 執行率：服務量/預算數
- (5) 人員培訓
 - ① 培訓方式及培訓量

② 執行率

③ 培訓學員滿意度

(6) 行政組織與運作

① 業管單位、相關部門、服務運作模式之檢討

② 早期療育之組織設計

其中，除(6)項①與②屬過程與形成性評估之外，其餘多為總結評估的概念應用。社工部門可藉由評估結果，檢討歷年執行方案的成效消長情形，亦可與其他醫院比較相同方案的實施成果，進而進行效能評比。

肆、展望--前瞻專業之路，攜手再走一程

服務績效、品質責信與專業地位奠定之間存在著環環相扣的關係，也是人群服務組織管理所必須面對的任務使命。本文聚焦於經濟性指標和評量方法來討論社會工作績效與管理課題，目的乃為擴展研討觸角，對檢視專業服務提供不同於以往的思維架構和舉證範疇。

以下即就醫療社會工作專業發展之路，以績效評量與組織管理的角度提供數點想法，以辟引後續經典之論。

一、建構全面品質管理(total quality management, TQM)的內控運作模式

有關生產效率或者生產力最適境界的討論，乃將部門組織服務運作視為一個系統模式(system model)，當資源投入經由專

業運作乃至服務供給（產出），其間係透過管理監控，以確保服務輸送品質，且與外在環境因素產生互動。圖 2「醫療社會工作績效評量與管理模式」係依據筆者 1999 年研究結果構思而成，投入與產出要項源自

原研究架構中 DEA 模型，醫院層級、醫院權屬及全面品質管理型態，則是造成部門生產效率變異的顯著因子。模式中的相關變項，均是績效管理所須考量的評核要素。

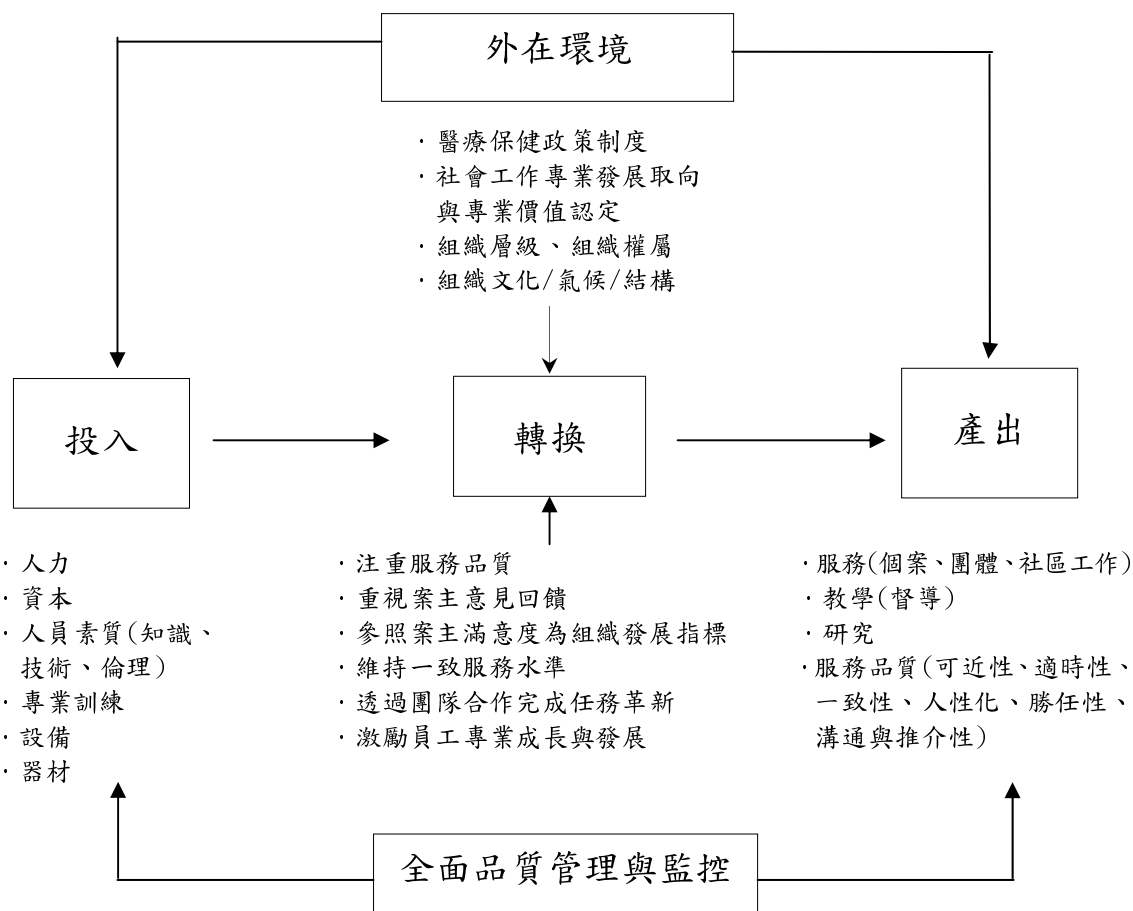


圖 2 醫療社會工作績效評量與管理模式之擬構

二、設算醫療社會工作服務與處置之市場價值

1995 年全民健康保險制度實施以來，有關服務項目支付基準究竟應以「論服務量」、「論病例」亦或「論人」計酬

(fee for service、case payment or capitation) 方式，方能達到資源配置的公平、效率目標，曾經引發多方討論。現行健保制度的給付原則，已決定採取疾病診斷關係群 (diagnosis related groups, DRGs) 的病例分類取向（即論病計酬）來訂定支付水準，

並以此控制整體醫療支出於合理範圍。

由於社會工作專業證照制度已然建立，有關專業地位與競爭力的界定，爾後很可能由市場價格加以反映。因此，研擬適當合理的專業服務收費標準，將是現階段社工專業發展所不容忽視的課題。倘若依照全民健保支付方式推衍，訂定未來醫療社會工作專業服務價格的給付原則，如採「論問題類型組合」(problem mix index, 類似論病計酬)的支付方式，則本文提及的時間單位成本與各類問題類型複雜度的時間權數(尚未訂定)作法，可以作為訂價之參準依據；若服務給付以案件(per capita, 每個個案的套裝服務，類似論人付費)方式計酬，那麼每一個案(開案)的單位成本價格(下列第2項)亦可供參酌；倘若社工服務支付選用「處置方式」(fee for treatment, 類似論服務量計酬)來反映專業價值，則本文建議參考下列5~9項數據水準予以定價。

筆者於1999年論文研究結果(成本效能分析)，曾初步設算各項服務的市場價格標準如下(詳見鄒平儀, 1999年博士論文)

1. 時間單位成本(每小時) 441 ± 86 元
2. 個案(開案)單位成本 2394 ± 163 元
3. 團體工作單位成本 8585 ± 2960 元
4. 社區工作單位成本 6677 ± 3324 元
5. 會談單位成本 135 ± 37 元
6. 家庭訪視單位成本 737 ± 104 元
7. 電話/信件連繫病家單位成本 63 ±

1 元

8. 協調醫療團隊成員單位成本 59 ± 12 元

9. 轉介社區資源機構單位成本 57 ± 12 元

由於貨幣價值在不同時空環境下，即具有相異的水準，因此，將絕對數值轉換為一般社會經濟指標的相對標準，勢必有助於現象事實的檢證與瞭解。上例資料經由分析，社會工作專業服務的時間單位成本每小時 441 元，相當於 1998 年我國『平均每人醫療及保健支出』(NT\$20,048)的 2.20%，也趨近於同年度『平均每人民間消費支出』(NT\$246,590)的 0.18%；而個案單位成本 2,394 元，相當於『平均每人醫療及保健支出』的 11.94%，趨近於『平均每人民間消費支出』的 0.97%；此外，會談單位成本則相當於前項指標的 0.67%，並趨近於後項指標的 0.05%。

上述數據資料歷經 12 年歲月已顯陳舊失準，且於信度與效度方面欠缺剖析；其雖不足以援引論證，然因係國內首度獲得的研究結果，因此，或可將之做為後續進階性研究的比較基礎。

三、推動績效評量格式標準化作業

由於公平客觀的績效評比乃奠基於資料蒐集的完整度與歸納類目的一致性，因此，建議宜由層級較高的中華民國醫務社會工作協會、社會工作師公會全國聯合會，對所屬團體會員推動一致化、資訊化的績效評量資料庫，以藉此規避實務操作層面，因資料記載內容、格式及項目累計

等差異而造成的分歧現象。如此，不但可以增進社工績效評量、管理與服務責信的信度與效度水平，並可藉此促成醫療社會工作專業水準向前邁進、更上層樓的發展

目標。

（本文作者鄒平儀現為臺北榮民總醫院社會工作室組長；陽明大學兼任臨床副教授；臺灣、東吳大學兼任助理教授）

📖 參考文獻

- 王正、徐偉初(1993)。財政學（三版）。臺北：國立空中大學。
- 王婉芬(1994)。制度學派與組織制度化的探討。臺北：國立臺灣大學社會學研究所碩士論文。
- 江大樹、梁鎧麟(2011)。長期照顧體系組織改造策略分析：全觀型治理觀點。文官制度季刊，3(1)，1-25。
- 朱永華(1995)。醫院服務知覺品質與病患滿意度之關係研究。臺南：國立成功大學企業管理研究所碩士論文。
- 卓春英(1986)。病患治療過程中非醫療問題之探討－以省立臺南醫院病患及家屬為例。臺中：私立東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 金蔚如(1988)。醫務社會工作。臺北：五南。
- 姚卓英(1990)。醫務社會工作。於蔡漢賢主編，社會工作辭典。臺北：中華民國社區發展研究訓練中心。
- 施怡廷、梁慧雯譯(1997)。社會服務機構組織與管理－全面品質管理的理論與實務。臺北：揚智。
- 秦燕(1996)。醫務社會工作。臺北：巨流。
- 翁崇雄(1993)。評量服務品質與服務價值之研究－以銀行業為實證對象。臺北：國立臺灣大學商學研究所博士論文。
- 翁興利、李豔玲、潘婉如(1996)。相對效率之衡量：DEA 之運用。中國行政評論，5(4)，63-106。
- 郭昱瑩（2005，11月25日）。施政績效評估制度之探討。施能傑（會議主持），評估理論組，績效評估之方法與工具研討會，嘉義中正大學。
- 張荳雲(2005)。醫療與社會－醫療社會學的探索（四版）。臺北：巨流。
- 莫藜藜(1993)。醫院中的社會工作評鑑。中華醫務社會工作學刊，3，23-37。
- 詹火生(1988)。社會福利工作方案評估方法概論。中華民國社區發展研究訓練中心。
- 鄒平儀(1999)。醫療社會工作績效評估模式之建構。臺中：私立東海大學社會工作學系博士論文。

- 趙善如譯(1999)。社會服務方案績效的評量－方法與技術。臺北：亞太。
- 蘇秋莉(1977)。醫師對於社會工作者的態度研究。臺北：國立臺灣大學社會學研究所碩士論文。
- Banerjee, M. M. (1995). Desired Service Outcome: Toward Attaining and Elusive Goal. *Administration in Social Work*, 19(1), 33-53.
- Blythe, B. J. & Briar, S. (1987). Direct Practice Effectiveness. In *Encyclopedia of Social Work*. (18th ed.) Vol. I , 399-407. Silver Spring , Nasw.
- Bracht, N. F. (1978). *Social Work in Health Care—A Guide to Professional Practice*. New York: The Haworth Press.
- Dye, T. R. (1981). *Understanding Public Policy* (4th ed.). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Eastaugh, S. R. (1992). *Health Economics: Efficiency, Quality, and Public Policy: Risks, Allocation, and Equity*. London: Greenwood Press.
- Edwards, R. L.; Cooke P. W. & Reid P. N. (1996). Social Work Management in an Era of Diminishing Federal Responsibility. *Social Work*, 41(5), 468-479.
- Frankel, S. (1991). Methodological Issues in Efficiency-Focused Program Evaluation: The Case of Mental Health. In Pruger, R. (ed.) *Efficiency and the Social Services*. New York: The Haworth Press.
- Gleason, J. M. & Barnum, D. T. (1982). Toward Valid Measures of Public Sector Productivity: Performance Measures in Urban Transit. *Management Science*, 28, 379-386.
- Hale, S. & Hyde, A. C. (eds.). (1994). Reengineering in the Public Sector. *Public Productivity & Management Review*, 18, 127-131.
- Hall, R. H. (1991). *Organizations: Structures, Processes, and Outcomes* (5th). New Jersey: Prentice Hall.
- Kettner, P. & Martin, L. (1993). Performance, Accountability, and Purchase of Service Contracting. *Administration in Social Work*, 17(1), 61-77.
- Lawlor, E. F. & Raube, K. (1995). Social Intervention and Outcomes in Medical Effectiveness Research. *Social Service Review*, 69(3), 383-404.
- Linda, J. J. (1994). *The Social Context of Health and Health Work*. London: The Macmillan Press LTD.
- Linden, R. M. (1994). *Seamless Government: A Practical Guide to Re-engineering in the Public Sector*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Martin, L. L. (1993). Total Quality Management: The New Managerial Wave. *Administration*

- in *Social Work*, 17(2), 1-15.
- McNeill, T.; Nicholas, D.; Szechy, K.; Lach, L. (1998). Perceived Outcome of Social Work Intervention: Beyond Consumer Satisfaction. *Social Work in Health Care*, 26(3), 1-18.
- Mechling, J. (1994). Reengineering Government: Is There a "There" There? *Public Productivity & Management Review*, 17, 189-197.
- Moore, S. T. & Kelly M. J. (1996). Quality Now: Moving Human Services Organizations toward a Consumer Orientation to Service Quality. *Social Work*, 41(1), 33-40.
- Newman, E. & Turem, J. (1985). The Crisis of Accountability. in Slavin, S. (ed.) *Managing Finances, Personnel and Information in Human Service*. New York: The Haworth Press.
- Pine, D. C. (1993). Evaluating the Cost-Effectiveness of Housing and Human Service Providers. in Schmaedick, G. L. (ed.) *Cost-effectiveness in the Nonprofit Sector*. London: Techno Serve, Inc.
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation: A Systematic Approach*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Sarri, R. C. (1982). Management Trends in the Human Services in the 1980's. In Lebowitz, M. M. (ed.) *Practice Issues in Social Welfare Administration, Policy and Planning*. New York: The Haworth Press.
- Sashkin, M. & Kisen, K. J. (1993). *Putting Total Quality Management to Work: How to Use It and How to Sustain It over the Long Run*. Francisco: Berrett-Koohlen.
- Schmaedick, G. L. (1993). Introduction: Do Nonprofit Organizations Need Cost-Effectiveness Analysis? In Schmaedick, G. L. (ed.), *Cost-Effectiveness in the Nonprofit Sector*. London: Quorum Books.
- Smith, C. R. (1973). Social Workers in Hospitals: Misplaced Intruders or Essential Experts? *British Medical Journal*, 443.
- Skidmore, R. A. (1990). *Social Work Administration: Dynamic Management and Human Relationships* (2nd). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Staw, B. M. (1983). Proximal and Distal Measures of Individual Impact: Some Comments on Hall's Performance Evaluation Paper. In Landy, F.; Zedeck, S. & Cleveland, J. (eds.) *Performance Measurement and Theory*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Thompson, M. S. (1980). *Benefit-Cost Analysis for Program Evaluation*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Torrance, G. W. (1986). Measurement of Health State Utilities for Economics Appraisal: A Re-

- view. In Culyer, A. J. (ed.), *The Economics of Health*. Brookfield, Vermont: Edward Elger Publishing Limited.
- Tropp, E. (1974). Expectation, Performance, and Accountability. *Social Work, 19*(2), 139-148.
- Volland, P. J. (1984b). Costing for Social Work Services. In Lurie, A. & Rosenberg, G. (eds.) *Social Work Administration In Health Care*. New York: The Haworth Press.
- Walshe, G. & Daffern, D. (1990). *Managing Cost-Benefit Analysis*. London: Macmillan Education Ltd.
- Warner, K. E. & Luce, B. R. (1982). *Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care: Principles, Practice, and Potential*. Michigan: Health Administration Press.
- Wedel, K. & Golston, S. (1988). Performance Contracting for Human Services: Issues and Suggestions. *Administration in Social Work, 12*(1), 73-87.
- Wilson, J. & Setturlund, D. (1986). Towards Social Work Practice in General Medical Settings. *Social Work in Health Care, 12*(2), 1-3.
- Wimpfheimer, S. (1993). Introduction to the Series on Liability. *Administration in Social Work, 17*(4), 1-9.