

出國報告（出國類別：開會）

國際健康照護品質協會第 30 屆年會
(The International Society for
Quality in Health Care, 30th
International Conference)
出國報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：彭美熒 專員

派赴國家：英國

出國期間：102 年 10 月 10 日至 19 日

報告日期：102 年 12 月 11 日

摘要

國際健康照護品質協會(The International Society for Quality in Health Care, ISQua) 是全世界主要負責認證各國醫院評鑑機構的組織，自 2006 年起成為世界衛生組織 (WHO) 之正式 NGOs 團體，今年年會於英國蘇格蘭的愛丁堡舉行，自 102 年 10 月 13 日至 16 日共 4 天。大會主題為全人健康及健康照護的品質及安全(Quality and Safety in Population Health and Healthcare)，主要會議 3 天，共有主場(plenary session) 專題演講、論壇 6 場次，分場 (Concurrent Session) 專題演講、座談、教育課程共 59 場次、口頭報告 (oral presentations) 16 場次，以及海報展示 (poster display) 等。

大會所安排的會議場次甚多，議題相當廣泛，包括病人安全、病人健康、評鑑及外部評估系統、安全及品質教育、健康資訊科技等。所獲心得及建議如下：

- 一、於評核全民健保各部門總額執行成果時，應檢視醫事人力的城鄉差距是否擴大，並瞭解醫療資源不足地區民眾的醫療服務是否改善等議題。
- 二、在確保病人隱私下有效利用相關醫療資料庫，提供學術界研究或政策參考。目前政府衛生部門有各種醫療衛生資料庫，例如衛生福利部有國人癌症、死亡等相關資料檔，中央健康保險署有國人的承保、健保就醫資料檔，建議在保障個人隱私的前提下，能有效運用、串連這些資料庫，進行整合分析，提供學術界研究或政策參考。
- 三、提供以病人為中心的全人照護服務為政策目標，所以醫療院所應該以病人為中心提供照護，除了病人的疾病治療要加以整合外，病人的心理及社會層面問題也要納入考量，建議全民健保應逐步朝向以鼓勵醫療院所提供以病人為中心的服務方式來支付。

目次

壹、前言與目的.....	1
貳、過程.....	2
參、會議重點摘要.....	4
肆、心得與建議.....	10

壹、前言與目的

國際健康照護品質協會(The International Society for Quality in Health Care, ISQua)成立於 1985 年，為會員超過 70 國之非營利性獨立組織，是全世界主要負責認證各國醫院評鑑機構的組織，自 2006 年起成為世界衛生組織(WHO)之正式 NGOs 團體，世界衛生組織經常透過其年會與合作關係，宣導及推廣有關醫療照護與病人安全之相關計畫，每年的年會都有一千多位來自七十餘國代表出席。今年大會主題為全人健康及健康照護的品質及安全(Quality and Safety in Population Health and Healthcare)。

本次係本人第一次參加國際性會議，由於所負責業務與全民健康保險相關，全民健保實施至今已超過 18 年，今(2013)年邁入二代健保。全民健保除了關切財源籌措及費用控制外，對醫療品質也十分重視，各部門醫療給付費用總額中均設有「品質保證保留款」，依照各部門前一年度總額執行情形的評核結果給予 0-3%的醫療費用成長額度。此外，國內醫療院所大部分都屬全民健康保險之特約院所，所以醫院評鑑等級可能影響健保醫療費用之支付，期待參與這次 ISQua 年會，可以汲取相關最新知識，吸取他國經驗，做為業務改進之參考。

貳、過程

今年年會於英國蘇格蘭的愛丁堡舉行，自 102 年 10 月 13 日至 16 日共 4 天。大會主題為全人健康及健康照護的品質及安全(Quality and Safety in Population Health and Healthcare)，主要會議 3 天，共有主場(plenary session)專題演講及論壇 6 場次，分場 (Concurrent Session) 專題演講、座談、教育課程共 59 場次、口頭報告 (oral presentations) 16 場次，以及海報展示 (poster display) 等。會議議題共分 9 大類：

- 一、統御、領導與衛生政策(Governance, Leadership and Health Policy)
- 二、病人安全(Patient Safety)
- 三、改善病人健康(Improving Population Health)
- 四、病人及家庭經驗、參與及合作(Patient and Family Experience, Engagement and Coproduction)
- 五、評鑑及外部評估系統(Accreditation and External Evaluation Systems)
- 六、安全及品質教育(Education in Safety and Quality)
- 七、轉型和發展中國家照護品質和病人安全(Quality & Safety in Transitional and Developing Countries)
- 八、健康資訊科技(Health Information Technology)
- 九、服務執行及成果的測量(Measuring Service Performance and Outcomes)

台灣今年共有八十餘位代表出席，是僅次於地主國英國的最大代表團，同時有七十多篇論文被接受 poster 展示，口頭報告有 3 位。此外，醫策會連續第二年在會場設置攤位，並且以多媒體方式介紹台灣的優質醫療，與成功導引資通科技到醫療，以提升醫療服務效率與品質。又，今年適逢理事會 2 年 1 次的改選，衛生福利部李偉強司長在競爭激烈的投票中，獲選為新任理事，是亞洲地區唯一的代表，同時負責該協會的國際教育及訓練課程委員會，及代表期刊 International Society for Quality in Health Care (SCI IF 1.89)。

本次會議主辦國英國假地利之便，在會議中不時有代表介紹其國家特色，包括人口、地理、政經、文化、國民保健制度(NHS)與醫療制度等，口頭報告篇數數量也令人印象深刻，讓人瞭解會議外交有助於國家行銷。



在我國醫策會設攤宣導我國醫療品質攤位前合影



在會場內會議室門口與台灣代表合影

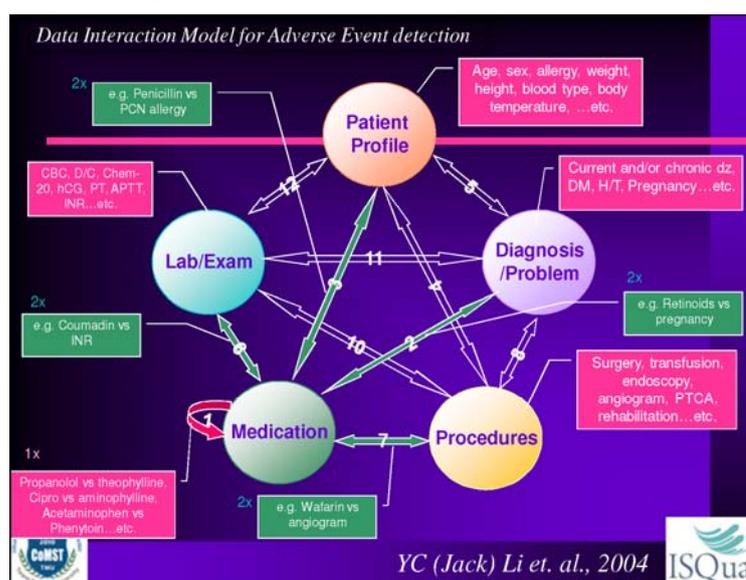
參、會議重點摘要

由於大會所安排的會議場次甚多，且有許多場次同時舉行，因此，僅能挑選與業務相關或有興趣的場次參加，重要內容摘述如下：

一、台灣代表台北醫學大學李友專教授及香港代表 NT Hheung 關於利用醫療電子資料庫提升品質及效率的經驗分享

台灣代表李教授和大家分享其利用醫院內所蒐集的醫療資料，進行巨量資料分析，提升醫療照護品質的經驗分享。李教授表示，目前健康照護的資料庫複雜且缺乏整合，當需要時無法取得資訊，其結果是病人不僅無法得到需要的照護，且得到不需要的照護。不良照護品質讓 45%的病人沒有得到最適合的照護。

經由整合病人資料庫、檢驗及檢查資料庫、治療資料庫、醫療處置資料庫、診斷及問題清單資料庫等巨量資料，進行交互分析。其中一維交互作用有：藥物間的交互作用、多餘藥物、每日最大劑量(孩童及成人)、異常頻率、不一致的路徑及劑量、高度警覺的診療。二維交互作用有：藥物及病人資料，年齡、性別、懷孕限制，藥物與病史，禁忌/處方藥物不一致，偵測藥物過敏，藥物與實驗，肝腎功能限制，治療劑量，藥物與處置，血管厚度的影像。還有手術病人安全系統，可避免病人、手術部位錯誤，於術前挑出 15%的不一致。研究結果證實，巨量資料分析確實有助改善醫院醫療品質，一家醫院一年可擷取 2 萬件高風險事件，從干擾轉移到預防、預測。



香港於 1990 年代開始推行(eHealth)健康照護資訊化, 1991 年引進 Patient administration + Departmental systems, 1995 年導入 Clinical Management

System (CMS)，2000 年進入 CMS Phase II，2003 年實施 eSARS，2004 年實施 ePR Image Distribution，2006 年實施 PPI ePR sharing，2008 年邁入 CMS Phase III，2009 年實施 Filmless HA，2010 年進入 Inpatient MOE。

實施 CMS 可提升效率及安全，個案平均治療時間由 348 秒降為 170 秒，治療錯誤率由 9.4%降為 2.9%。臨床上，Clinical Management System (CMS)是最優先也最重要的臨床工具，不一定需要無紙化，也不需要昂貴且先進的裝置，只需要建置一個可分享的醫療紀錄及可行的技術即可。最重要的是工作整合。CMS 也可應用在藥物治療管理。資訊化也可應用於傳染病及突發疾病的管理，像是 2003 年的 SARS、2005 年的 Flu, NDORS(Notifiable Outbreak & Reporting System)，2008 年的 Milk(melamine tainted milk tracking)、2012 年的 MDRO(multi-drug resistant organism)。

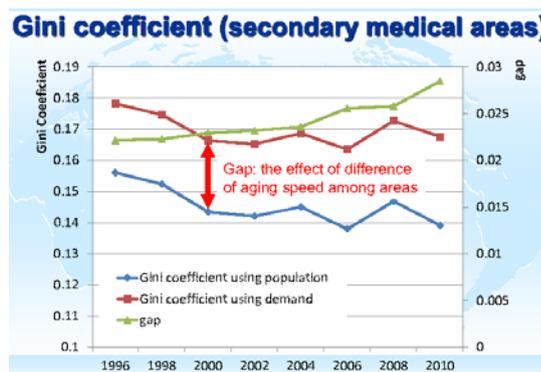
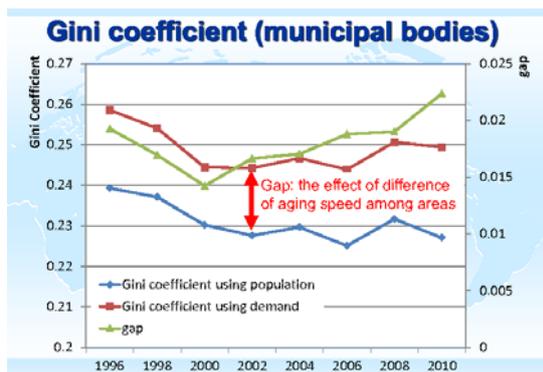
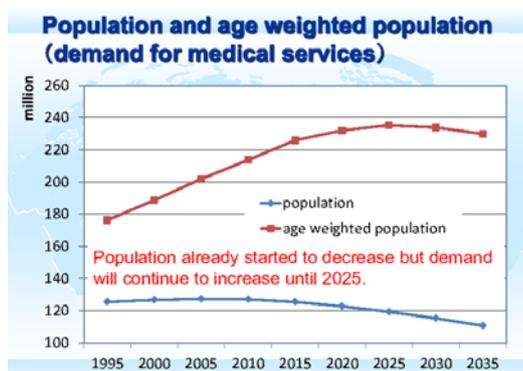
二、日本人口老化及醫師分布不均的長期趨勢影響(The aging of population and physician mal-distributing: a longitudinal study in Japan)

日本人口老化問題嚴重，由於地區別的老化速度不一，有些地區可能面臨突增的需求及供給，造成民眾需求與醫師供給不吻合的情況。該研究目的是測量醫師分布不均的地區差異，並把人口快速老化的因素納入考量。

研究方法係依照自治區(n=1,865)及次醫療區(n=348)調查牙醫師及醫師數。計算兩者的醫師數及人口之累積百分比，由於許多自治區在近 20 年間有被整合，因此用 2010 年的資料為基礎，利用加權人口(依照年齡的醫療花費，0-64 歲為 1，65-74 歲為 3，75 歲以上為 5)計算修正後的吉尼係數，以反映醫療服務的需求。

研究結果發現，自治區及次醫療區吉尼係數持續下降，2002 年之後維持穩定，但修正後吉尼係數則比吉尼係數高，且 2002 年後持續增加。

研究結論如下：人口老化速度較快的地區，其醫師人力不足的問題更嚴重，因此，規劃醫療人力政策時應將人口老化引起的需求改變納入考量。



三、各國醫療機構評鑑的經驗

機構評鑑是 ISQua 的重要議題，今年年會有許多國家代表分享經驗，有些國家的評鑑已實施多年，評鑑對象不限於醫院，有些國家則才開始發展，不過，大家都不約而同的肯定評鑑制度對提升醫療品質的成效。

(一)澳洲人力資源管理評鑑

澳洲代表 David Greenfield 研究分析，2007-2011 年間 389 家接受評鑑的機構，從 (1)Workforce planning；(2)Recruitment, selection and appointment；(3)Continuing employment and performance development；(4)Learning and development；(5)Employee support systems and workplace relations 等 5 項指標進行評估，結果發現健康照護機構的人力資源管理評鑑有助於內部激勵，使人力有更良好的表現，有助機構的維持。結論認為評鑑是給機構一個機會檢視其內部及外部的執行成效，評鑑過程可以反映學習及回饋，正向回饋可激勵機構維持或改善目前的作業情形。

(二)非洲喬丹的醫院評鑑經驗

來自非洲喬丹的 Edward Chappy 分享喬丹實施醫院評鑑的經驗，喬丹從 2004 到 2013 年分三階段導入評鑑制度，希望能持續改善健康照護品質，

提供病人安全的環境，增進健康照護工作者的滿意度，及增加醫療觀光客的數量，改善醫院服務品質，並留住當地的醫師及護理人員，提升病人的滿意度。

第一階段(2004-2007年)的目標是建立國家標準，讓17家前期醫院(8家公立醫院，5家私人醫師，2家軍醫院，2家大學附設醫院)符合標準。第二階段(2007-2011年)是成立健康照護評鑑委員會，協助符合ISQua的標準，建立全國品質目標的系統，每2年舉辦區域品質會議。第三階段(2011-2013年)的計畫經費2百萬美元，規劃5家公立醫院評鑑，建立新的標準，給予專業人員認證(風險管理人員、感控人員等)，提供健康照護評鑑委員會財務及組織管理支持。

制度推行的結果，25%醫院接受評鑑，50類健康照護專業人員接受認證，並建立醫院評鑑、器官移植、糖尿病、心臟病照護…等標準，每2年評鑑1次，健康照護評鑑委員會在未來數年財務可自給自足。

(三)印度的評鑑經驗

印度是世界最大的民主政體，第四大經濟體，世界上最大的英語系國家，將於2050年超越中國大陸而成為世界上人口最多的國家。健康照護是印度最大的服務部門，健康照護之費用年成長率約15%，約占GDP的6.1%，相關人員有900萬人，是世界上醫學院數量最多的國家(300家)，也是發展中國家培育最多醫師(一年約4萬8千名)與最多醫療觀光客的國家，更是世界上第四大藥品製造國。

2006~2007年開始建立評鑑機構，2007~2008年完成血庫評鑑，並成為ISQua會員。2010~2011年開始辦理牙醫評鑑，第3版標準獲ISQua認可。NABH評鑑適用於醫院(一、二、三級)、血庫、檢驗中心、牙醫中心、診所及日間照護中心等。

病人是評鑑制度最大的受益者，評鑑可提升照護品質及病人安全，病人得到經驗證過的醫事人員服務，權益可獲得保障，並定期評估病人滿意度。對醫院而言，評鑑可激勵醫院持續改善，促使醫院對品質照護有使命感，提升社區對醫院的信任度，提供標竿學習的目標，且對醫院管理、醫療紀錄管理、感染控制、降低醫療失誤、人員訓練與專業人員專業提升及品質監控都有幫助。

(四)日本的專業自主經驗

為提升專業自主，必須瞭解社會、文化及政治背景的社會期望，從第三者及結果來看專業課責。日本自 1961 年實施全民健康保險後，促使醫療低成本、高成效。然而，預算有限的情況下，需面對人口快速老化、經濟成長緩慢等問題，許多已開發國家也面臨同樣問題，因此，有必要建立專業自主。日本醫療機能評價機構(Japan Council for Quality Health Care, JCQHC)成立於 1995 年，屬非營利的非政府組織，負責提升日本的健康照護品質，除了負責評鑑，還負責許多品質及安全計畫。

四、處理複雜病人—加拿大多倫多的經驗

加拿大的 Marian Walsh 女士分享處理複雜病人的經驗。在加拿大，大部分 65 歲以上民眾有 2 種以上慢性病，四分之一以上老人有 4 種或更多慢性病。這不只是老年人的問題，年輕族群也有，他們每次看診的醫療費用是沒有慢性病病人的三倍。5%的病人使用 70%以上的醫療預算，1%的病人平均每年使用 55,000 加幣，但結果不一定好，隨著人口老化，問題會更嚴重。

多倫多的 Bridgepoint Active Healthcare 包含醫院、居家照護團隊及基金會，Marian Walsh 女士在 15 年前開始領導 Bridgepoint Active Healthcare，病人被轉介到符合需求的慢性病醫院接受治療，這些病人通常具有多重疾病、同時在多家藥局拿藥、接受片段治療等問題，還有社會層面的問題，像社會性脆弱(如貧窮及失業)、沮喪、成癮、社會隔離…等。

Bridgepoint Active Healthcare 會評估每位病人的血栓風險、出血風險與如何降低風險，如果病人出現抗藥性就要隔離。對於複雜病人，該計畫提出安全風險、心理健康衝擊及身體狀況與就診的適當時間等因素，而導致接受到較少的照護，往往會產生負面結果。Bridgepoint Active Healthcare 也讓病人參與團隊合作，與他們共同討論照護方式，並提供家屬支持及教育。

肆、心得與建議

- 一、於評估全民健保各部門總額執行成果時，應檢視醫事人力的城鄉差距是否擴大，並瞭解醫療資源不足地區民眾的醫療服務是否改善

日本代表的研究發現，地區別的人口老化程度會影響醫療人力需求，我國人口老化速度更甚於日本，宜檢視地區別的醫事人力分配問題是否有惡化。

衛生福利部全民健康保險會每年舉辦的全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議時，會計算西醫師、中醫師及牙醫師人力地理分布之吉尼係數(鄉鎮市區別)，以評估各總額部門的就醫公平性有無改善。以牙醫師分布為例，今年的評核委員指出，農業鄉鎮之每萬人口牙醫師數雖有上升，惟和一般鄉鎮仍有差距，另牙醫師人力分布之吉尼係數雖有降低趨勢，但城鄉差距卻有擴大的現象。

農業鄉鎮之人口老化程度通常較都會區高，若將民眾需求納入考量，城鄉差距可能導致醫師人力不足的問題更嚴重。全民健保各部門總額一般服務費用分配時，逐步朝按保險對象人數分配預算，讓錢跟著人走，並於各部門總額設定「醫療資源不足地區改善方案」專款，利用經費誘因，促使醫事人員逐漸往資源不足地區執業。建議未來進行全民健保各部門總額執行成果評核時，應檢視醫事人力的城鄉差距是否擴大，並瞭解醫療資源不足地區民眾所獲醫療服務是否改善。

- 二、在確保病人隱私下有效利用相關醫療資料庫，提供學術界研究或政策參考

台北醫學大學及香港的經驗，讓大家瞭解醫院如何運用既有的醫療資料庫進行分析，改善醫療服務品質，降低醫療失誤及提升效率，還可以用於傳染病防治。

目前國內的醫院資訊部門都有各種醫療資料庫，可以進一步分析運用，提升醫院管理效率及品質。又，目前政府衛生部門有各種醫療衛生資料庫，例如衛生福利部有國人癌症、死亡等相關資料檔，中央健康保險署有國人的承保、健保就醫資料檔，建議在保障個人隱私的前提下，有效運用、串連這些資料庫，進行整合分析，提供學術界研究或政策參考。

- 三、提供以病人為中心的全人照護服務為政策目標

加拿大 Marian Walsh 女士的報告，提醒我們病人不應該被切割為無數個單

位，應該以病人為中心提供照護，除了病人的疾病治療要加以整合外，病人的心理及社會層面問題也要納入考量。建議全民健保應逐步朝向以鼓勵醫療院所提供以病人為中心的服務方式來支付。