

行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書
(出國類別：考察)

赴加拿大考察衛生醫療體系之改革 暨公立醫院經營與評鑑制度

行政院研考會/省(市)研考會

編號欄

J0/
C08907145

服務機關：行政院衛生署

出國人職稱：簡任十一職等副處長

姓名：李懋華

出國地點：加拿大

出國期間：89年11月15日至89年11月24日

報告日期：90年2月5日

目 錄

壹、前言-----	1
一、緣起-----	1
二、任務-----	1
貳、行程-----	2
參、內容重點-----	3
一、加拿大衛生醫療制度之現況及改革-----	3
二、加拿大英屬哥倫比亞省健康照護體系制度之改革-----	8
三、加拿大健康照護機構（醫院）評鑑制度-----	9
肆、心得與建議-----	13
伍、結語-----	15
陸、參考資料-----	16

壹、前言

一、緣起

隨著我國醫療網第三期計劃時程之結束，我國醫療照護體系已逐步建構完成，同時我國醫療資源分佈漸趨平均，近十年來強調經營管理績效之大型財團法人醫院相繼設立，醫療市場競爭空前激烈，加以民國 84 年我國全民健康保險制度之開辦，醫療生態與醫病關係產生了極大的變化，由於醫療可近性之增加，民眾對醫療品質之要求也日益殷切。為了有效提升我國醫政管理之水準，職因此前往加拿大蒐集並考察該國之衛生醫療體系現況及改革，公立醫院經營管理，醫院評鑑制度，並順道訪問醫事服務機構，實際了解其運作情形。

二、任務

- (一)瞭解加國的衛生醫療制度之改革。
- (二)考察英屬哥倫比亞省之衛生醫療制度現況。
- (三)了解英屬哥倫比亞省之醫院經營及醫院評鑑制度等。

貳、行程

日期			預定行程	任 務
月	日	星期		
十一	十五	三	台灣→加拿大	啟程
十一	十六	四	加拿大渥太華	拜訪聯邦政府衛生部（衛生醫療制度簡報）
十一	十七	五	加拿大渥太華	拜訪聯邦政府衛生部（醫療保險制度簡報）
十一	十八	六	加拿大蒙特婁	參訪蒙特婁大學及醫學研究部門
十一	十九	日	加拿大蒙特婁→維多利亞	行程
十一	二十	一	加拿大維多利亞	拜訪英屬哥倫比亞省衛生廳聽取簡報
十一	二十一	二	加拿大溫哥華	參觀英屬哥倫比亞省之健康照護董事會
十一	二十二	三	加拿大溫哥華	考察醫院評鑑制度
十一	二十三	四	加拿大→台灣	返程
十一	二十四	五	加拿大→台灣	返程
合 計				十天

參、內容重點

一、加拿大的醫療衛生制度現況與改革

加拿大的醫療衛生制度以公費醫療為主，即由政府出資、由私營醫院／醫師提供醫護服務。這種制度的特點，是在全國十個省份和三個地區實行一整套相互關連的醫療保險計劃，加拿大人稱之為「醫療保健」(“Medicare”)。醫療保健制度使所有加拿大居民都可享受全面的公費醫療，包括醫院和私人醫師為患者提供的住院及門診醫療。

根據加拿大憲法，醫療保健工作主要是由省政府管轄。所有省份和地區的醫院和醫師都必須遵循聯邦政府制定的全國性醫療保健原則。

聯邦政府制定並實施一套全國性醫療衛生原則或標準（即加拿大衛生法），並以撥款方式為各省醫療衛生事業提供資金。此外，聯邦政府還要履行憲法所規定的各項有關職責，包括為幾類特殊民眾提供醫療保健服務，如退伍軍人、居留地生活的加拿大原住民、軍事人員、聯邦監獄的在押人員以及加拿大皇家騎警等等。聯邦政府的其他有關職責還包括保護和促進公眾健康及預防疾病等工作。

（一）醫療保健制度的運作方式

加拿大人看病時通常是先找家庭醫師和普通醫師（約佔全國醫師之 51%），然後根據這些醫師的建議，患者才能得到絕大多數專科醫師以及許多輔助性專科醫護人員的服務。

絕大多數加拿大醫師無論是單獨行醫還是合伙開業，都屬於私營

行醫性質，因此享有很大的自主權。有些醫師在社區醫療中心工作，有些以醫院為基地與其他醫師合伙行醫，或在醫院門診部工作。私人醫師一般以看病收費為工作報酬，他們將醫療服務記錄直接寄給該省醫療保健機構，並從該處得到酬金。

在大多數情況下，加拿大人都可以到自己選擇的醫師就醫，看病時只需出示醫療保險卡。居民均不必直接向醫院或醫師交納診治費，也不用填寫任何表格。對上述醫療服務費用政府既不規定最高限額，也不要求病人及其單位支付部分費用。

有些專科醫護工作者也從事基本的醫療服務。除住院手術外，看牙醫一般不屬於公費醫療，但患者需要在醫院做牙科手術的情況除外。護理人員一般受雇於醫院，但他們也可提供社區醫護服務，藥劑師的主要工作是按處方配藥，但也可以藥物專家的身份提供獨立的諮詢服務。

加拿大 95% 以上的醫院都屬於非營利性私營機構，由社區管理會、志願組織或市政府管理。各地醫院對其日常財務資源可自行分配，經費開支不能超過本地區或省衛生主管機關規定。醫院主要是對所在社區負責，不是對省政府部門負責。

除了國家醫療保險計劃所規定的公費醫療項目之外，省和地區政府還為幾種加拿大居民（如年滿 65 歲的老年、兒童和領取福利的人）提供額外的公費醫療項目。補充性福利通常包括憑處方購買的藥物、牙醫和眼醫服務、幫助人們恢復生活自理能力的輔助器械（如假

肢和輪椅等等），以及足病醫師和按摩師等專科／輔助醫療護理人員提供的服務。

雖然和省／地區政府可提供一些額外醫療福利，但保險項目之外的補充性醫療服務須自費，因此須由加拿大人自掏腰包。加拿大個人和家庭均可由私營保險公司保險，或在工作單位加入集體保險計劃，這樣，補充性醫療服務的大部分費用便可由公司和工作單位負擔。

（二）發展全民醫療保險的重要步驟

加拿大目前實行的醫療保險制度，是在過去五十年的漫長發展形成的。

1947 年，薩斯喀省與溫尼伯省率先建立了醫院就醫保險制度。到 1961 年時，加拿大所有十個省份和兩個地區都已先後簽訂了建立公費醫療保險計劃的制度。

1977 年實行年度固定撥款以後，各省只要遵守聯邦政府公費醫療保健法（包括住院和私人門診）的有關規定，便可得到聯邦政府的撥款。

最重要的是加拿大國會於 1984 年通過了加拿大衛生法。該法重申了聯邦政府在醫療衛生方面的承諾，即政府決心建立一種全面的公費醫療保險制度。

（三）經費來源

加拿大醫療保健事業的經費主要依靠稅收，即聯邦政府與省政府徵收的個人及企業所得稅。有些省份還通過其他方式集資，如銷售

稅、工資扣減額以及彩券收益等。

自 1996-97 年起，聯邦政府開始實行一種新的年度固定撥款形式，按照以往的撥款規定，各省的醫療保險計劃必須遵守加拿大衛生法的各項原則，才能得到聯邦政府的全額資助。

（四）醫療衛生開支

1998 年，加拿大的醫療衛生總開支（以現值加元計算），為 825 億加元，個人平均 2694 加元（約合 1785 美元）。上述開支占 1998 年國內總產值的 9.3%，醫療衛生開支約占各省所有計劃項目開支的三分之一。

醫療衛生總開支的大約 68.7% 由各級政府承擔，其餘的 31.3% 來源於私營保險公司、雇主提供的醫療福利，或直接由就醫者掏腰包。加拿大近年來在節制醫療衛生費用方面頗有成效，其主要原因就在於加拿大實行的單一支付醫療保險制度。各省各地區政府實際上對醫療衛生開支擁有很大的管理權。例如，醫院的運作經費出自該院與省衛生部協商並經衛生部批准的年度開支。

各省政府還負責與該省醫療協會進行談判協商，根據醫療費及設備使用費增長情況，在不超過各種最高限額（包括個別醫師費用限額及總體限額）的前提下，確定對醫師的補償金。護士的工資一般通過有關工會與雇主進行談判來確定。

（五）醫療保健制度的好處

1997 年出生的加拿大人的預期壽命為 78.6 歲（女性為 81.4

歲，男性為 75.8 歲），在工業化國家中加拿大屬於人口預期壽命最高的國家；而 1996 年加拿大新生嬰兒死亡為千分之五點六，是世界上嬰兒死亡率最低的國家之一。在聯合國人類發展指標中，加拿大名列第一，而加拿大的醫療保健制度則被視為是取得這一成就的重要因素。

根據加拿大醫療保險計劃，只要是加拿大居民，便可享受公費醫療。加拿大衛生法還規定，醫療保險可隨住址或工作變動而轉移。這一原則使加拿大居民在遷居外省或短期離開所在省份時仍可享受公費醫療。這樣，工人就不必擔心自己和家人會因為工作調動或到外省尋找工作而失去醫療保險。

（六）加拿大醫療保健制度的改革更新

八十年代初期，醫療保險計劃所需要的經費在各省財政開支中所占的比例很大，以致高達省政府各項計劃總開支的百分之二十八至百分之三十六。因此大多數省份都把控制醫療經費和提高醫療系統的效率當作首要目標。

如今，各省已不再單純地討論醫療制度問題，而是把重點放在整體衛生制度上，因為人們已經認識到，衛生事業並不僅僅局限於醫療保健。

衛生工作必須考慮對健康有影響的各種因素，這樣才能使醫療系統發揮其適當的職能。醫療保健工作的重點也有所轉移，即傳統的醫療護理形式（醫療及醫院診治），轉變為以社區整體衛生工作為主，

將重點放在促進健康、改善衛生環境以及預防疾病等工作。

二、加拿大英屬哥倫比亞省健康照護體系改革

於該省健康照護體系改革過程中，除了遵循聯邦衛生部訂定之原則進行外，較值得一提的是成立區域性健康照護董事會組織(Regional Health Board)及社區健康照護諮議會(Community Health council)，此二機構之成立主要是為有效管理及整合醫療資源，包括醫院之急性醫療，社區照護、居家照護、長期照護、精神醫療及公共衛生之防治等。各董事會及諮議會，均須對其所管轄之醫事服務機構作有效的財務控管及品質保證。分述其職權及特性如下：

(一)區域性健康照護董事會(RHBs)

- 1.成立於人口稠密之地區。
- 2.提供醫院之醫療照護、居家照護、社區照護及公共衛生之預防及促進等服務。
- 3.經由直接（醫療機構之員工），或間接（委託私人機構）提供護理之家及居家護理之服務。
- 4.經由與衛生廳特約之機構提供某些三級醫療。
- 5.全省共有 11 個 Board。
- 6.每個 Board 服務人口由 115,000 到 700,000 不等。
- 7.照護面涵蓋全省 85%之人口。
- 8.溫哥華區域有一掌控 4 個醫院之專屬董事會(Board)。

(二)社區健康照護諮議會(CHCs)：

- 1.設立鄉村人口稀少地區
- 2.掌理小型醫院及居家照護事務
- 3.全省有 35 個 CHCs
- 4.每一諮議會服務人口由 10,000 到 60,000 人不等
- 5.服務人數約佔總人口之 15%
- 6.服務面積佔全省之 75%

RHB 及 CHCs 任務主要是監督其所屬醫事服務機構之運作

- 1.董事及諮議員均由省衛生廳指派
- 2.董事會及諮議會所管轄醫事服務機構主管由該董事會及諮議會任命
- 3.董事會成員來自社區，包括醫師，當地居民並代表社區利益
- 4.選擇指派 CEO（院長）來管理醫事服務機構
- 5.管理其所屬醫事服務機構之業務發展及認定該等機構三年之發展計劃
- 6.管理其所屬醫事服務機構之業務發展及認定該等機構三年財務控管計劃
- 7.管理並維護其所屬醫事服務機構之醫療照護品質

三、加國健康照護評鑑制度(Canadian Health Service Accreditation)

- (一)範圍：包括醫院及健康照護計畫(Hospital and health program)、社區健康門診(Community Health Center)、長期照護機構(Long-term Care Facility)等。

(二)開始：於 1920，制度化：1970。

(三)目的：使受評醫療機構維持高品質(high standard of quality)之醫療
照護。

(四)主辦單位

1.名稱：Canadian council on Health Service Accreditation
(CCHSA)

2.性質：由衛生部(Health, Canada)所出資成立的非政府機構，非
營利之全國性組織(National, non-government, non-profit-
organization)。

3.成員：含醫師、護士、社區照護(community care)，健康照護
(Health care)之主管專業人員，均為義務職。

4.功能：訂定全國性一致之評鑑標準指標(National health
standards)，此指標為經由與不同之健康服務組織研商後訂定
之。

5.經費：一年約 300 萬加幣（約 6300 萬台幣）：來源為醫療機構
入會之年費及評鑑費。

6.派出評鑑小組(Survey team)：每 team 有 5 位專家，含醫療
(medical director)、管理(Hospital CEO)、護理(patient care
manager)、財務等專業人員。每家醫院受評時間約 3~5 天，長
短視醫院規模大小而定，專家(surveyors)由不同的省份選派，並
由人才庫中挑選。每位專家一年只參加 1~3 次評鑑，以求公

正。

(五)協辦機構：Canadian advanced medical service international

(CAMSII)，由省府補助經費（如 BC 省），功能為提供各參加評鑑之醫院教育訓練，及專業諮詢，以協助其達到評鑑標準。

(六)強制性：教學醫院是強迫參加，非教學醫院採志願的，但因加國幾全是公立醫院(public sector)，因此政府會要求醫院都參加。如醫院通不過評鑑，則通常會找不到醫師願前往服務使得醫院將難以經營，而只有教學醫院可收實習醫師及住院醫師。

(七)效期：分為一、二及三年，一般而言如通過即 3 年有效，但評鑑小組可視受評醫院之水準，只核可給予一或二年不等之效期，時間到了再複評。

(八)評分標準：N： (Non-compliant)不通過

M：minimal

P：partial

S：substantial（通過）

(九)費用：視醫院規模大小及參與科別而定（含 Annual accreditation fee 及 survey fee）。

(十)如何準備評鑑：

1.評鑑內涵：包含品質改善(Quality improvement)，並重視過程面(procedure)與結果面(outcome)。過程面是讓所有同仁了解評鑑意義並參與，結果面是由指標(performance indicator)來評定。

以顧客(client)為中心之照護及治療：包含病人及家屬。

醫院各級人員之角色、責任及專業能力。

醫院之組織架構是否能支持配合行政作業。

持續性之品質改善作業之有無。

2.填表：受評醫院資料（Hospital profile 及 guideline）通常一年前須送到 CCHSA 組織。

3.醫院開始成立自我評估小組(self-assessment teams)，依其標準(standards)作自我評估及改善作業。

4.自我評估(self assessment)：

標準(standards)：分 5 大類

(a)顧客(client centre)為中心之照護及治療。

(b)資訊管理(Information management)。

(c)人力資源開發與管理(Human resource development and management)。

(d)環境管理(Environment management)。

(e)領導統御(Leadership partnership)。

●client centre：含有 9 個 care groups：門診(ambulatory care)、癌症照護(cancer patient care)、長期照護及老人病(continuing care and specialized geriatrics)、緊急外傷照護(emergency/trauma care)、婦幼照護(maternal/child care)、內科(medical care)、精神科(mental health care)、重症加護

(specialized/intensive care)、外科(surgical care)

●各院至少有 30 個 team 以上。

成員：醫院內、外之專家及社區人士，病人或家屬代表組織。

6 星期前須將自我評估之結果送到 CCHSA。

5.評鑑小組(survey team)：5 位由他省派來的專家，每家受評期

間：3~5 天，須由各 team 向專家簡報，評鑑委員會約見各

team 之代表，病人、家屬、社區代表，及參閱各部門資料及訪視。

肆、心得與建議

職於民國89年11月15日經由我外交部駐加國辦事處之安排下前往加國考察其衛生醫療體系之改革，暨公共醫院經營，評鑑制度以作為我國制定政策參考。

心得及感想如下：

一、加國之醫療衛生制度係依照其1984年通過之衛生法之精神，由聯邦政府制定一套全國性醫療照護(medicare)原則或標準，各省及地區的醫院及醫師必須遵循此原則提供醫療及保健服務，其原則如下：

- 1.全民原則：保險計劃必須對所有加拿大合法居民都提供同樣的全面公費醫療；
- 2.全面原則：保險計劃中保險項目必須包括醫院及院外醫師提供的所有必要醫療服務；
- 3.便利原則：保險計劃必須使就醫者得到合理的便利服務（包括醫院和

- 院外醫師提供的各種公費醫療護理服務），不得對患者設置費用方面的障礙，不得因其收入、年齡或健康狀況等方面的情況而區別對待；
- 4.隨人轉移原則：保險計劃須確保加拿大居民離家旅行或從加拿大的一個地區遷居到另一個地區時，仍然可以享受醫療保險
- 5.公費管理原則：保險計劃必須遵循非營利原則，由省政府的有關部門管理和經營。

以上原則人性化，合理化值得參考。

二、英屬哥倫比亞省的健康照護體系改革計劃中，值得參考的是為整合醫療照護資源，1997年於都市人口稠密區設立11個區域性健康照護董事會（RHBs）及於人口稀少之鄉村設立35個社區性健康照護諮議會（CHCs），主要目的為以此等組織來有效控制其所轄之醫服務機構，使之達成財務平衡，品質保證之預期目標。此與本署呈報行政院之新世紀醫療網計劃中，所擬議之成立與健保局各分局結合之各區醫療網醫療資源整合委員會，有異曲同工之處。

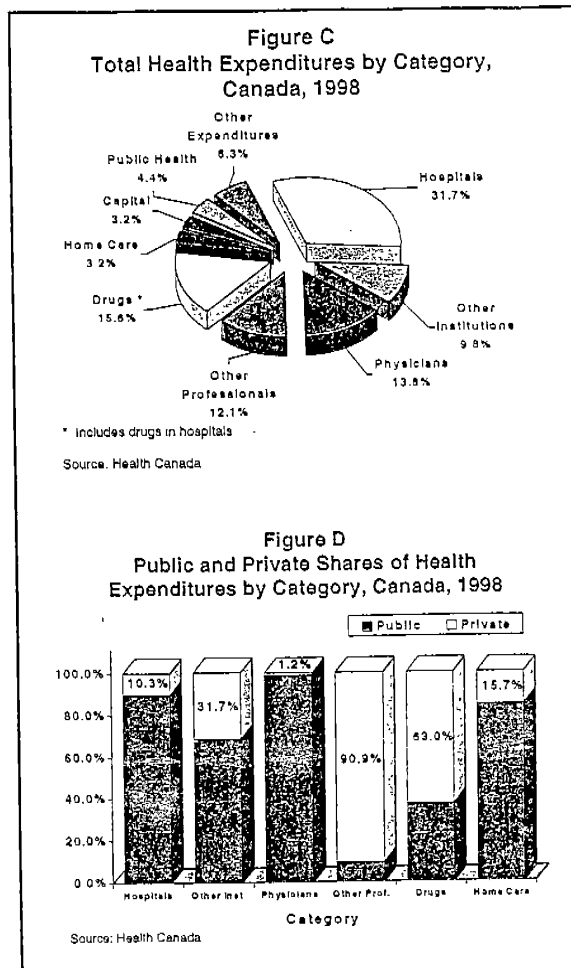
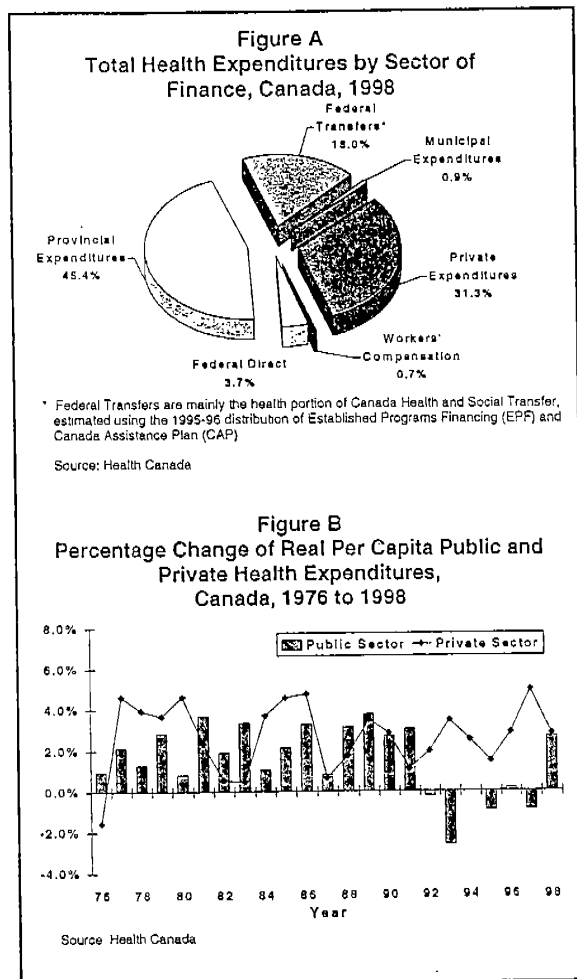
三、加國醫院評鑑制度，為由政府出資成立之非營利性董事會，負責全國醫院評鑑工作，收費依醫院規模之大小而不同。正式接受評鑑前，醫院須先成立自我評估小組，成員除了醫療及管理專業人士外，亦包括了社區人士及病患家屬，每家醫院受評須3、5天，比我國之評鑑每家醫院只4~6小時，長得多。主要目的是要作到真正的符合社區化醫院及讓委員能深入了解受評之醫院是否合乎要求。此種作法，正是目前我國醫院評鑑希望改革之方向。

伍、結語

為因應近年我國醫療生態及環境之快速變化，加國之衛生醫療政府改革過程中尤其是醫師與醫院之關係，而為整合醫療資源所成立之健康照護董事會、社區健康照護諮議會及醫院評鑑制度都頗值得我國借鏡。

※加國 1998 衛生總開支比例圖（以經費來源區分）

※加國 1998 衛生總開支比例圖（以支出類別區分）



Capital Health Region Budget Process

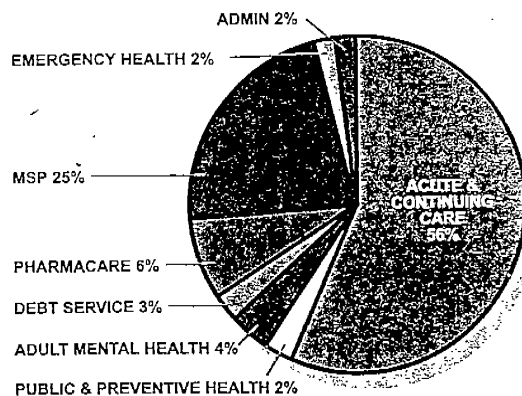
※維多利亞市健康照護董事會財務結構

This special bulletin explains the Capital Health Region's budget. As the CHR works through the challenges of a new organization, the budget process is constantly refined, moving from a budget based on the previous year's spending to one which uses data and CHR strategic planning to guide decisions.

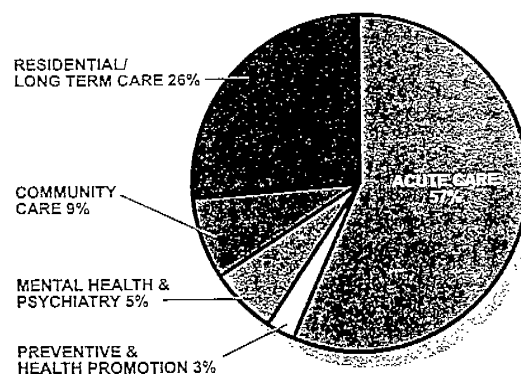
Budgets and the Ministry Of Health

Each year the CHR submits a budget to the Ministry of Health, based on the amount of funding allocated to the CHR by the Ministry for that year. The 1998/99 budget was submitted in August 1998. Although a balanced budget was submitted, senior staff of the CHR will be discussing with Ministry staff "pressure" areas that require additional funding. If no additional funds are approved, the CHR risks ending the fiscal year in a deficit position (meaning we will have spent more money than we were given).

Ministry of Health's Provincial Budget \$7.0 Billion



Capital Health Region 98/99 Budget \$ 515 Million



※健康照護董事會（長期照護機構主管）



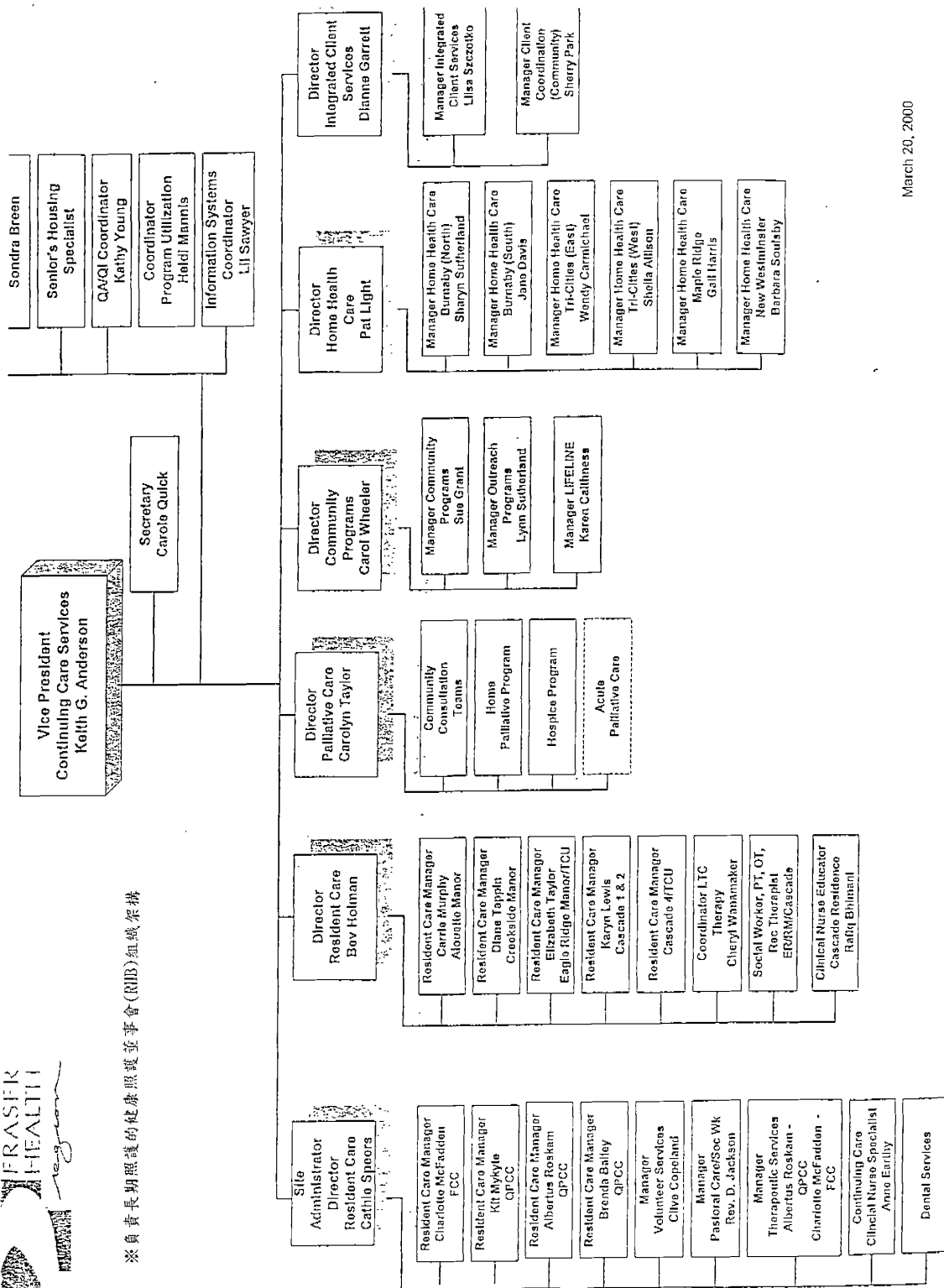
*Choosing A
Residential Care Facility*
in the Simon Fraser
Health Region

A CONCISE GUIDE FOR CLIENTS AND THEIR FAMILIES





※負責長期照護的健康照護並事會(RIB)組織架構



March 20, 2000



※圖左：作者 中：護理之家負責人 右：英屬哥倫比亞省健康保健公司執行長

※蒙特婁大學醫學研究部組織架構



Board of Directors ✓

Executive Director



Director of Research

Executive Committee

Assembly of Researchers

Associate Director
Academic Affairs

Associate Director
Clinical Research

Associate Director
Basic Research

Associate Director
Public Health Research

Associate Director
Administration

Coordinator
Clinical Research

Coordinator
Laboratory Management

Coordinator
Animal Facilities

Coordinator
Finance

Coordinator
Human Resources

Dr Pavel Hamet

Mr Jacques Girard

Dr Jean Léveillé

Dr. Eugenio Rasio

Mrs. France Boulianne

Mr André Bisson
Mr Yvon Turcot

Mrs. Lucie Poirier

Dr. Pierre Larochelle

Mr. Régis Tremblay

Mrs. Cécile Clérout

Mr. Pierre Martin

Dr. Pierre Chartrand

Mrs. Suzanne Carioto

Mr. Patrick Molinari

Mrs. Danielle Paiement

Dr. Raynald Pineault

Mrs. Sylvie Monier

Dr Jean-Gilles Guimond
Mrs. Louise Deschênes

Mr. Jean-François Racine

Mrs. Francine Dubé

Mr. Pierre Giroux

Replaced by
Mrs. Esther Laclerc
since November 25, 1997
Mr. Marc Laviolette

Replaced by
Dr. Guy Roberge
since November 25, 1997

Dr. Denis Gravel

Dr. Patrick Vinay