

出國報告（出國類別：開會）

參加 2023 年「健康照護品質與安全亞太年會（BMJ Asian）」

服務機關：衛生福利部(全民健康保險會)

姓名職稱：張靈科員

派赴國家/地區：澳大利亞/墨爾本

出國期間：112 年 10 月 28 日至 11 月 3 日

報告日期：112 年 12 月 25 日

摘要

健康照護品質與安全年會(International Forum on Quality and Safety in Healthcare)由英國醫學期刊(British Medical Journal, BMJ)及美國健康照護促進協會(Institute for Healthcare Improvement, IHI)共同舉辦，為國際間交流醫療品質提升及健康照護轉型策略之重要平台，其歐洲地區年會及亞太地區年會分別於每年春季及秋季舉辦，除展現區域觀點、聚焦區域需求外，並將國際間重要及新興之健康照護策略及研究成果帶入該區域，促進國際間交流。本次參加於澳洲墨爾本召開之 2023 年亞太年會(以下稱 BMJ Asian)，為期 3 天(10 月 30 日至 11 月 1 日)，共有 1,300 名分別來自 26 個國家之醫療服務提供者、醫院管理者、專家學者、政策制定者、衛生從業人員、病友及消費者代表與會。

本次大會主題為「群眾驅動改變」(People Powered Change)，聚焦於消費者及社區參與(Consumer and Community Engagement)，並重視所有參與者的實際經驗(Live Experience)，倡議唯有健康照護體系中的所有利害關係人共同改變，方能實現健康照護體系之轉型與變革。會議中探討 8 大主題，包括：群眾驅動的改變及流程(People powered change and process)；多元、公平、共融(Diversity, equity and inclusion, DEI)；組織文化中的勞動力、福祉及員工參與(Workforce, wellbeing and engaging staff across the organization and culture)；病人安全及與服務使用者共創之照護模式(Patient safety and co-creating care with service users)；永續發展、氣候及環境變遷對健康照護體系之影響(Sustainability, climate change and environmental impact on health)；新興科技與數位醫療(Emerging technologies and digital health)；流程與安全(Flow and safety)；健康照護創新策略(Innovation in health)。透過工作坊(Workshops)、實地體驗課程(Experience Day)、大會演講(Keynotes)、研討課程(Symposiums)、小型論壇(Microforums)、電子海報展及廠商展覽等多元活動，讓與會者均能充分進行交流。

藉由本次研討會，可瞭解國際間最新的健康照護轉型策略及研究成果，及各國如何提供以人為中心、高品質的健康照護服務，可作為健保會年度總額評核及業務監理之參考。另外，亦可學習澳洲如何辦理公民參與活動，蒐集相關利害關係人對於各類醫療照護模式之看法及優先順序選擇，相關經驗可作為未來健保會辦理公民參與活動之參考。

目次

壹、目的.....	3
貳、過程.....	4
一、會議議程.....	4
(一)會議主題.....	4
(二)議程安排.....	5
(三)大會提升會議效率之亮點.....	6
二、會議紀要.....	7
(一)實地體驗課程(Experience Day).....	7
(二)大會演講(Keynotes).....	9
(三)其他重要研討課程(Symposiums).....	14
參、心得及建議.....	20
肆、附錄.....	23
一、大會議程.....	23
二、研討會照片.....	28

壹、目的

健康照護品質與安全年會(International Forum on Quality and Safety in Healthcare)由英國醫學期刊(British Medical Journal, BMJ)及美國健康照護促進協會(Institute for Healthcare Improvement, IHI)共同舉辦，為國際間交流醫療品質提升及健康照護轉型策略之重要平台，期能針對健康照護品質與病人安全之知識、觀點及經驗，進行討論與交流，以激勵健康照護體系中的所有參與者(包括：領導者、醫療從業者及病人)，共同邁向更安全、高品質的健康照護模式，最終提升病人及社區之健康照護成果。

健康照護品質與安全年會自 1996 年首次召開，已有超過 25 年歷史，每年約有 80 多個國家、4,700 多人參與，來自世界不同地區之健康照護體系參與者(包括：專家學者、病人及其家屬、醫療服務提供者、管理者、學生等)聚集在一起，建立長期夥伴合作關係，並針對現行及未來之健康照護挑戰，持續研議改進與創新之照護模式。其歐洲地區年會及亞太地區年會分別於每年春季及秋季舉辦，除展現區域觀點、聚焦區域需求外，並將國際間重要、新興之健康照護策略及研究成果帶入該區域，促進國際間交流。

本次參加於澳洲墨爾本召開之 2023 年亞太年會(以下稱 BMJ Asian)，為期 3 天(10 月 30 日至 11 月 1 日)之研討會議，主題為「群眾驅動改變」(People Powered Change)，邀請與會者共同探索健康照護體系之最新進展及創新策略，聚焦於消費者及社區參與(Consumer and Community Engagement)，與健康照護體系中所有參與者感受的實際經驗(Live Experience)，倡議唯有健康照護體系中的所有利害關係人都參與進來，並共同努力改變，方能實現健康照護體系之轉型與變革，以提供人們更健康的生活、更公平的健康照護體系及可永續發展的未來。

衛生福利部全民健康保險會(以下稱健保會)為落實二代健保「擴大社會參與」精神所設立，由各界代表(包括付費者、醫療服務提供者、專家學者及公正人士)組成，作為健保業務的政策諮詢及民意溝通平台，期藉由參與本次年會，汲取各國經驗及策略，省思如何促進全民健康保險制度中相關利害關係人之參與，並瞭解國際間最新的健康照護轉型趨勢、策略及研究成果，及學習各國如何提供以人為中心、高品質且安全之健康照護服務，可作為健保年度總額評核及業務監理之參考。



貳、過程

一、會議議程

(一)會議主題

本次 BMJ Asian 於澳洲墨爾本之墨爾本會展中心(Melbourne Convention and Exhibition Centre, MCEC)召開，研討會以「群眾驅動改變」(People Powered Change)為題，並訂有 8 大主題，各項主題探討重點摘要如下：

- 1.群眾驅動的改變及流程(People powered change and process)：**探討如何跨越國界及組織，支持個人及社區共同創造有意義的改變，並納入意見領袖及與問題切身有關者，共同參與改變、激發靈感及創新，實現對病人有意義，且永續發展之健康照護轉型。
- 2.多元、公平、共融(Diversity, equity and inclusion, DEI)：**探討如何增進健康公平(Health Equity)，及降低不同族群間健康照護、醫療品質及健康知能之差距，如：強化與偏鄉及原住民社區之合作、確保提供具多元性、多樣性及包容性之服務，並思考相關策略如何使體系中的利害關係人受益。
- 3.組織文化中的勞動力、福祉及員工參與(Workforce, wellbeing and engaging staff across the organization and culture)：**探討如何促進組織內員工之健康，如何以需求為導向，建立員工支持、健康及幸福的組織文化。
- 4.病人安全及與使用者共創之照護模式(Patient safety and co-creating care with service users)：**探討如何將服務使用者(包含：病人及其家屬)之實際經驗納入考量，以提升病人安全及照護結果，包括：建立病人與醫療服務提供者間之夥伴合作關係、病友同儕團體及社區支持網絡、建構以病人需求為導向的健康照護創新模式、流程和改進策略。

5. **永續發展、氣候及環境變遷對健康照護體系之影響(Sustainability, climate change and environmental impact on health)**：探討氣候與環境變遷對健康照護體系所帶來的挑戰，及如何從病人及社區觀點思考，持續建構可永續發展的健康照護體系。
6. **新興科技及數位醫療(Emerging technologies and digital health)**：探討新興科技及數位醫療，如何加速健康照護模式轉型及創新，並透過實證資料，評估其對照護結果與病人安全之影響。
7. **流程與安全(Flow and safety)**：探討健康照護提供的流程及安全議題，包括：照護提供者工作中面臨之挑戰、不斷演進的照護模式，及 COVID-19 疫情對於醫療品質的影響。
8. **健康照護創新策略(Innovation in health)**：創新不等同高科技，它可以是社會、數位、流程或設備之創新，本主題探討各項創新的健康照護策略與模式，如何提升健康照護結果，並擴及社區中的弱勢族群。

(二)議程安排

本次研討會為期 3 天(10 月 30 日至 11 月 1 日)，共有 1,300 名來自 26 個國家之醫療服務提供者、醫院管理者、專家學者、政策制定者、衛生從業人員、病友及消費者代表等共襄盛舉，議程摘要如下(詳附錄一)：

1.10 月 30 日為工作坊(Workshops)及實地體驗課程(Experience Day)：

大會安排 4 個工作坊及 4 個體驗課程，內容涵蓋：資料視覺化(Data Visualization)、病人經驗分享(Patient Live Experience)、偏鄉醫療照護(Rural Health Service)、初級照護改革(Primary Care Reform)、墨爾本大學科學畫廊(Science Gallery)參訪、澳洲國家數位健康組織(ANDHealth)參訪、維多利亞州原住民社區健康組織(VACCHO)參訪等，透過互動式的體驗課程及實地參訪，促進與會者之經驗交流及夥伴關係建立。

2.10 月 31 日至 11 月 1 日為主要會議：

(1)大會演講(Keynotes)計 4 場，主題分別為：第 1 場次「鼓勵文化價值及優勢」(Promoting cultural values and strengths)、第 2 場次「2 位蘇格蘭人談健康照護」(Twa Scots blether about the state of healthcare)、第 3 場次「《腰帶之下》紀錄片：揭露醫療體系中的普遍問題」(Below the Belt Documentary: Exposing widespread problems in healthcare systems)、第 4 場次「病人經驗、病人安全及醫療服務提供者福祉：相關性及提升品質之途徑」(Patient experience, patient safety, and provider wellbeing: Associations and paths for quality improvement)。

(2)依 8 大主題分別舉辦研討課程(Symposiums)：大會每時段同步安排 4 種主題之研討課程，每次課程有 2~3 位講者進行簡報分享，近有 50 場次不同議題之研究成果、照護模式與策略發表。另有小型論壇(Microforums)計 5 場，會場中並有電子海報展及廠商展覽攤位。

(三)大會提升會議效率之亮點

- 1.設有自助報到機台：與會者透過自助報到機台，可快速搜尋姓名，並自助列印會議名牌，減少報到之等候時間。
- 2.引進電子海報機台：有別傳統研討會張貼實體海報，海報張貼的時間及空間受限，本次會議採用電子海報機台，與會者可隨時檢索及查閱有興趣的投稿海報，便於投稿者和與會者進行討論及交流。
- 3.建置大會專屬 APP(圖 1)：(1)與會者可從手機快速查詢各場次資訊(包括：內容、講者、時間及地點等)，並事先預約課程，APP 將於活動開始前發送提醒。(2)每個課程介面均有問與答(Q&A)、筆記(Note)及滿意度調查等功能，與會者可於課程中即時發問及反饋，增加互動性。(3)收錄本次會議所有投稿海報之電子檔供瀏覽及下載，並設有關鍵字搜尋功能，便於快速檢索。(4)提供社交網路功能，與會者可以搜尋所有講者及參與者，透過聊天(Chat)功能進行交流，也設有社交動態(Social Feed)功能，讓與會者即時分享會議心得及照片。
- 4.善用民意調查工具聚焦討論(圖 2)：本次會議之課程安排十分注重與會者的想法及經驗分享，課程中時常運用民意調查工具(如：Slido、SurveyMonkey 等)，線上蒐集聽者意見，快速聚焦與會者之想法及觀點，使會議討論更有效率。

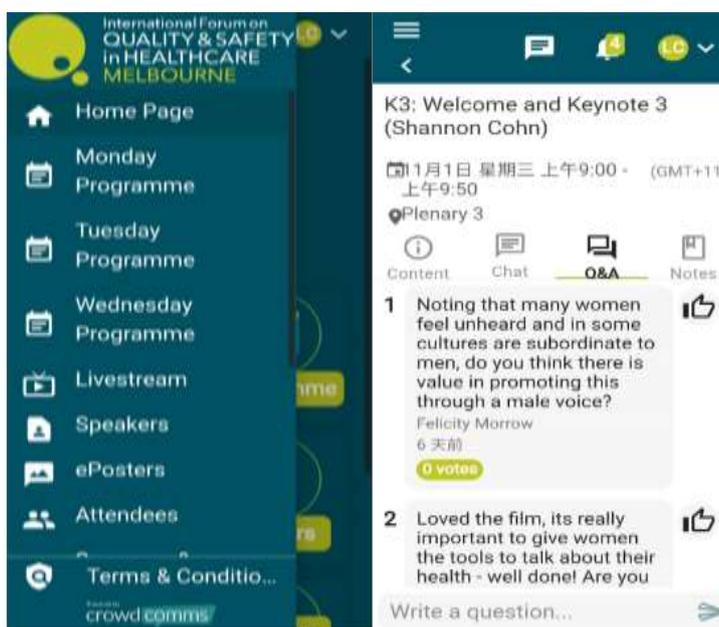


圖 1：大會專屬 APP



圖 2：運用民意調查工具聚焦意見及觀點

二、會議紀要

歷史悠久的原住民文化是澳洲珍貴的人文資產，澳洲對於原住民文化的尊重，也體現於本次會議安排，開幕當天邀請 Wurundjeri Woi Wurrung Cultural Heritage(原住民文化遺產團體)代表，為大會進行燻煙儀式(Smoking Ceremony)，當地原住民相信焚燒植物產生的煙霧，能驅趕惡靈及淨化心靈，短短的儀式讓所有與會者均充分沉浸於當地文化。

接著由澳洲衛生部長 Mary-Anne Thomas 致歡迎詞，其表示澳洲政府十分關切原住民健康議題，持續致力於降低原住民族群之健康差距(Health Gap)。此外，現今澳洲健康照護體系也面臨許多問題，包括：COVID-19 對醫療體系的衝擊仍然存在，一般科醫師(General Practitioners)人力缺乏等，如何確保 Medicare 持續提供具可近性的初級照護為衛生部門面臨之一大挑戰，未來將積極推動健康照護改革，持續增進健康公平(Health Equity)及健康照護體系之永續發展，期待所有與會者共同分享經驗，為期 3 天的會議就此揭開序幕。

因大會安排之議題與課程場次眾多，基於業務需要，選擇與「偏鄉醫療照護」、「醫療照護模式轉型」、「數位醫療」相關之課程參與，以下就所參加之實地體驗課程、大會演講、部分主題課程摘錄重點如下：

(一)實地體驗課程(Experience Day)

主題：「遙遠的西部：WWHS 偏鄉醫療照護小兵立大功」(Way Out West: a small rural health service doing big things(West Wimmera Health Service, WWHS))

內容摘要：

West Wimmera 地區位於澳洲維多利亞州西部，距離首府墨爾本約 6~8 小時車程，當地偏鄉醫療照護(West Wimmera Health Service，以下稱 WWHS)涵蓋 9 個農村小鎮，橫跨 2 萬平方公里，為西部地區主要照護提供者，照護內容包含：急性及慢性醫療照護(含住院及手術)、長者健康照護(住宿型及居家照護)、社區健康照護(如：慢性病衛教、健康促進、心理健康、戒菸服務等)、牙醫照護、社區照護計畫(如：急性後期照護、居家護理、家庭醫師管理照護計畫)，WWHS 包括 5 家醫院、診所、住宿型的老人照護機構及社區健康中心，為該地區最大的雇主之一，因此 WWHS 也是社區的一員，以提供切合社區需求之健康照護為目標。

本次實地體驗課程，以影片帶領與會者前往西部地區，透過 WWHS 工作者、病人及家屬之觀點，讓與會者身歷其境地瞭解 WWHS 執行情形，課程中分享 3 個執行案例：

1. Nhill 小鎮的眼科照護(Ophthalmology)：由於 Nhill 小鎮缺乏眼科專科醫師，此計畫由

南澳最大的醫院(Royal Adelaide Hospital)眼科部醫師定期巡診，每月至 Nhill 醫院提供 5 天照護，配合當地的麻醉醫師及護理團隊，提供眼球內注射(Intravitreal Injection)、眼科手術及諮詢等服務，提升偏鄉地區病人眼科專科照護之可近性。

2.1 個特殊的居家照護計畫(Mat's Program)：照護對象為 1 位 55 歲的四肢癱瘓男性，與妻子同住於偏鄉小鎮並經營農場，WWHS 提供每週 7 天，每天 24 小時的全天候居家照護，照護團隊包括 24 小時的照顧服務員(Support Worker)、護理師、個案管理師等 9 位工作人員，除了個人護理(每日 2 小時)、管路護理、肌力維持等複雜的臨床照護需求外，還提供增進病人生活品質的各項服務(如：透過輔具協助個案外出、維持農場管理及社會支持)。

3.建置「城鎮健康及福祉概況」(Community Health and Wellbeing Town Profiles)：由於 WWHS 服務範圍涵蓋 9 個小鎮，每個小鎮的大小、人口組成、健康狀況有極大的差異，沒有任何計畫能同時適用於 9 個小鎮，因此 WWHS 針對 9 個小鎮分別製作健康概況檔案，內容包括：小鎮之地理位置、人口學特徵、疾病負擔(Burden of Disease)、已提供之照護，及未來應加強的照護及優先順序，2023 年 WWHS 已正式公開第 1 版資料，相關數據將會每年更新，不僅能讓當地居民有組織的瞭解潛在健康風險並採取行動，也可以讓 WWHS 持續監測及評估照護結果，提供更有效率的照護策略。

於案例分享後，與會者分 15 張圓桌進行小組討論，由 WWHS 在地工作人員擔任桌長，引導與會者討論未來 WWHS 可能面臨之挑戰，最終彙集各桌關注重點，與會者票選出 4 大挑戰：第 1 名為「員工招募及留任」(Staff Recruitment and Retention)，偏鄉醫療照護團隊中，不僅需要一般科醫師(Generalists)，也需要特殊專科醫師(Specialists)，員工招募及留任需兼具兩者間的平衡，建立高度混合技能組合(Skill-mix)的照護團隊，有助於確保醫療團隊能夠因應各種醫療需求，使偏鄉醫療照護更有效率；第 2 名為「與消費者共創之照護模式」(Consumer Co-design)，將病人、家屬及社區觀點納入照護模式建構，提供以病人為中心的偏鄉醫療照護，為照護轉型之重點；第 3 名及第 4 名分別為「資金與財務」(Funding and Finance)及「提升技能及教育訓練」(Upskilling and Education)，WWHS 將納為未來提供偏鄉醫療照護的實踐重點。

(二)大會演講(Keynotes)

演講 1：「鼓勵文化價值及優勢」(Promoting cultural values and strengths)

講者：Pat Dudgeon Professor, Poche Centre for Aboriginal Health and the School of Indigenous Studies at UWA; Australia

內容摘要：

澳洲原住民為世界上最古老的文化之一，大約在 200 年前殖民時期，殖民者與當地原住民因土地、資源、文化發生衝突，導致原住民被強迫遷徙、剝奪土地及文化侵犯等，目前澳洲原住民人口約 81 萬餘人，僅占澳洲人口之 3.2%，他們面臨許多健康不平等的問題，Pat Dudgeon 主要介紹澳洲原住民自殺議題及防治策略：

- 1.澳洲原住民自殺率(每 10 萬人口有 27.9 人)為整體自殺率(每 10 萬人口有 12.1 人)之 2.3 倍，自殺為 5~17 歲原住民死因第 1 位，並分別占男性及女性原住民死因之第 2 位及第 10 位，近 2/3 的原住民曾經歷負向生命事件(Adverse Life Events)，近 1/3 原住民青少年曾遭遇種族歧視。造成原住民自殺之相關危險因子，除與社經條件、文化、歷史及政治情境有關，也與原住民接受健康照護的可近性有關，約 34.5%的原住民曾有心理困擾，但在尋求健康照護的過程中面臨障礙。
- 2.原住民自殺防治評估計畫(Aboriginal and Torres Strait Islander Suicide Prevention Evaluation Project, ATISISPEP)於 2015~2017 年啟動，目標為提出能尊重及回應原住民文化之策略及工作方式。計畫回顧國內外文獻，並諮詢澳洲國內 69 個社區自殺防治諮詢會，及 12 個原住民社群組織等，最終建議應透過原住民領導，增進個人及社區的治癒(Healing)、賦能(Empowerment)及自主權(Self-Determination)，改善健康之社會決定因素，提高文化敏感度及理解(Cultural Competence)，並針對原住民經歷的創傷提供照護(Trauma-Informed Care)。
- 3.2017~2023 年澳洲政府提出「國家心理健康和社會情緒福祉框架」(National Mental Health and Social and Emotional Wellbeing Framework)，所謂「社會與情緒福祉」(Social & Emotional Wellbeing, SEWB)為描述澳洲原住民身體、心理等各面向之整體健康(Holistic Health)概念，SEWB 受個人與土地、文化、家庭、社區等影響，和社會、政治及歷史情境中感受的經驗有關，進而影響心理健康及其尋求健康照護的決策、接受程度及遵循性，並決定預防及健康促進策略是否能成功。
- 4.不同原住民族群文化及歷史脈絡不同，相關心理健康策略須依照當地需求制訂，在此

框架下，澳洲政府成立了許多由原住民領導的決策組織，並在 2020 年發布國家協議 (National Agreement on Closing The Gap)，確保政府部門與原住民組織建立夥伴合作關係並共享決策，持續推動以原住民觀點出發之策略及模式。

演講 2：「2 位蘇格蘭人談健康照護」(Twa Scots blether about the state of healthcare)

講者：Derek Feeley Former CEO and President, Institute for Healthcare Improvement (IHI);
Scotland

Euan Wallace Secretary, Victorian Department of Health; Australia

內容摘要：

由於過去英國殖民的緣故，許多澳洲人為蘇格蘭裔，而墨爾本是 1 座非常具有蘇格蘭特色的城市，許多機構是由蘇格蘭醫學院所創立。因此，大會的第 2 場演講，安排 Derek Feeley 及 Euan Wallace 兩位蘇格蘭裔的講者，身著蘇格蘭特色服飾，一邊喝著蘇格蘭飲品，用 blether(蘇格蘭語，意指閒聊)的方式談健康照護體系。

首先談到醫療人力問題，健康照護體系需要足夠的勞動力，而且這些勞動力需要具有參與力，且自身足夠健康。然而世界各國都面臨醫療人力缺乏的問題，有些人認為問題源自於職場過勞(Burnout)，有些人認為或許是個人面對工作的倦怠感所導致，而 COVID-19 疫情可能使這些問題更為嚴重。美國健康照護促進協會(Institute for Healthcare Improvement, IHI)出版的 IHI 促進職場愉悅感框架(IHI Framework for Improving Joy in Work)，提出能增進員工的工作愉悅感、減少職業倦怠的方法，期望增進醫護人員福祉的工作文化能夠被落實，重點包括：評估及診斷員工的問題、領導階層承諾改善、團隊參與、資源投入、測量及反饋，IHI 和維多利亞州的員工福祉促進團隊合作的結果令人振奮，計畫結束時，回報職場過勞的比率已有明顯下降。

和世界各國一樣，維多利亞州的健康照護體系也面臨財務困境，COVID-19 疫情使得醫療照護成本增加，照護成本和 Medicare 支付價格的落差逐漸擴大，因此，澳州政府正在全面盤點 Medicare 支付標準的合理性，同時，維多利亞州也正在研究如何定價以更好地反映成本，以及如何更明智的投資健康照護，並提供具成本效益的服務，這些都是政府面臨的重要課題。有人評論維多利亞州有 70 幾個健康照護服務組織，但卻沒有 1 個完整的健康照護體系，講者引用英國國家健康醫療服務(NHS)的報告強調，「沒有任何 1 個醫院應該成為 1 座孤島」，因此，維多利亞州政府正在積極鼓勵醫院間建立夥伴關係，為居民建立緊密、更具功能性的健康照護體系。

維多利亞州近期推動許多成功的健康照護模式轉型，講者分享 2 個例子：

- 1.由於疫情及人口高齡化影響，維多利亞州非緊急手術等待時間很長，因此政府部門推動「非緊急手術改革計畫」(The Planned Surgery Recovery and Reform Program)，計畫內容包括：投資公立醫院擴建手術中心、與私立醫院合作治療公立醫院等待名單上的病人、投資新的診斷及手術設備、培訓及招募醫護人員、提供病人資訊共享及選擇，已大幅提升非緊急手術的量能及效率。
- 2.在維多利亞州，救護車及急診等待時間過長也是個嚴重的議題，講者認為不完全是因為急診量能不足，而是醫療體系並沒有提供民眾其他緊急照護的就醫途徑。因此，政府設立「優先初級照護中心」(Priority Primary Care Centres, PPCCs)做為另一種緊急就醫途徑，該中心與附近的醫院急診合作，由一般科醫師為主要照護者(GPs-Lead Care)，為有急症照護需求，但還不需要急診處置的病患提供免費諮詢及照護，包括：輕微感染、燒傷、疑似骨折等情況，並提供病理學及影像服務。PPCCs 每天運作長達 16 小時，每週服務 7 天，可接受臨時、轉診及預約服務，不僅幫助民眾快速獲得急症處置，同時可保留醫院急診量能給較危急的病人。

最後，Derek Feeley 請所有與會者一起思考，你的組織正在「轉型」(Transformation)，或只是被迫「演化」(Evolution)，他認為「轉型」是有計畫的、有預期終點、被強烈目的所驅使、是由人們驅動的主動改變機制；「演化」則是被迫的、無法預期終點、受外部環境影響、是受外在因素驅動的被動改變。他認為維多利亞州的健康照護體系需要真正的「轉型」，必須訂定堅定的目標，將病人的需求放在驅動改變的核心位置，所謂轉型不僅止於發生改變，它是有計畫性的，一旦人們有明確的方向和目標，轉型就能無縫接軌地發生。

演講 3：「《腰帶之下》紀錄片：揭露醫療體系中的普遍問題」(Below the Belt Documentary: Exposing widespread problems in healthcare systems)

講者：Shannon Cohn, Producer & Director, Project Endo; USA

內容摘要：

Shannon Cohn 是美國導演兼製片人，也是 1 位社會運動者，她致力於提升大眾對於女性健康議題的認識，並希望帶來社會環境及醫療體系的變革。她所製作的紀錄片《腰帶之下》(Below the Belt)，歷時 10 年製作，於 2023 年上映，以女性視角探討子宮內膜異位症(Endometriosis)對女性生命歷程的影響，及她們尋求醫療照護過程中面臨的阻礙。

本次 Shannon Cohn 帶來這部紀錄片中的精彩片段，並和與會者分享製作的心路歷程。

子宮內膜異位症影響全球約 2 億名女性，儘管這種疾病普遍存在，但平均需要 10 年、8 位醫師才能確診。紀錄片中透過多位不同年齡的女性病人觀點，說明子宮內膜異位症的症狀及所帶來痛苦，但女性卻因為社會禁忌、性別偏見、專業知識不足的醫師，及醫療體系中眾多其他障礙，她們的需求時常被忽視、低估和不信任。子宮內膜異位症對女性的人際關係、工作及學業造成廣泛影響，然而醫生或親人時常告訴她們，妳必須堅強地忍受疼痛，或告訴她們這些症狀是心理的，甚至這些本來就是女性的一部分，由於陳舊的觀念，她們常接受一系列無效的藥物和手術治療。Shannon Cohn 想透過紀錄片呼籲，這種讓女性被誤解，且具毀滅性的疾病確實普遍存在，以及它對女性生命歷程的影響，如果繼續忽視女性的聲音，會帶來什麼樣的風險。

Shannon Cohn 分享她對於提倡女性健康及推動社會變革的熱情，源自於自身經歷，她在 16 歲時首次出現症狀，花了 13 年的時間，最終在 29 歲時才被診斷罹患子宮內膜異位症。因此，她認為唯有將這個被視為禁忌的女性疾病議題，透過紀錄片讓大眾認識，才能喚醒大家對於子宮內膜異位症的覺醒，進而共同努力尋求改變。她認為真正的變革要發生，需要你、我及每個人，共同發揮經驗及專業知識，引領自己的國家、社區、政府及媒體共同關注，她希望這部電影可以促使醫療體系及社會環境有所改變。

Shannon Cohn 也以自身電影從業經驗分享，她認為「有志者事竟成」(Where there's a will, there's a way)，電影製作不見得需要高級的設備，只要有想問的問題，有想探究的想法，就可以行動，即使只有 1 隻 iPhone 手機，也能夠述說動人的故事，她認為推動任何的變革也是如此，皆源自於起心動念。另外，她也強調擁有志趣相投的合作夥伴，可以讓你獲得各種技能及專業知識，耶魯大學全球衛生研究所的 Gregg Gonsalves 教授曾告訴她：「要創造巨大的變革，你不需要 1 千個人，你只需要 10 個正確的人」。因此，Shannon Cohn 呼籲與會者，對於關注的議題，試著找到有興趣的夥伴，並開始行動，透過共創(Co-creation)來尋求改變的契機。

演講 4：「病人經驗、病人安全及醫療服務提供者福祉：相關性及提升品質之途徑」(Patient experience, patient safety, and provider wellbeing: Associations and paths for quality improvement)

講者：Donald M. Berwick President Emeritus and Senior Fellow, Institute for Healthcare Improvement(IHI); USA

內容摘要：

Donald Berwick 指出「品質」(Quality)不是 1 種方法，它是 1 個結果，是 1 種意圖 (Intention)，它的結果並非偶然，而是反映著人們的意圖，及人們決定怎麼去做。演講一開始，他邀請所有與會者和鄰座的人一起討論及思考 3 個問題，當談論到你自己的健康及健康照護時，「你想要什麼？」、「你『真的』想要什麼？」、「你『真的』、『真的』想要什麼？」 Donald Berwick 認為每個人的答案可能不同，對他而言，和家人一起過「感恩節」(Thanksgiving)的溫馨氛圍是浮現在他腦海的答案，當他在加護病房裡，或是需要急救時，他希望醫護人員能記得，他想要的是感恩節的氛圍。他認為要探索「品質」的本質，必須深入挖掘人性的更深層次，及病人真正想要的照護。

雖然「醫療品質」和病人需求有關，但是最初並未從這裡開始，Donald Berwick 帶領與會者回顧「醫療品質」(Quality of Care)在美國演變的歷史。1998 年美國醫學研究院 (Institute of Medicine，以下稱 IOM) 圓桌會議，將醫療品質分為 3 個面向：「過度使用」(Overuse)、「使用不足」(Underuse)和「錯誤使用」(Misuse)。美國國家醫學院(The Legacy National Academy of Medicine)進一步將醫療品質定義為「對個人和群體提供的醫療照護，增加期望健康結果的可能性，並與當前的專業醫學知識接軌」(The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.)。當時，醫療品質聚焦於醫療專業，基於醫療專業是 1 種社會契約(Social Contract)，醫師必須將病人的利益置於自己之前 (Beneficence)、須具備高度知識及專業(Technical Mastery)，並有責任自律和自我管理 (Self-Regulation)，基於社會契約的信任前提，人們認為醫療專業人員能夠自我評估醫療照護的品質。

然而，20 世紀末開始有證據顯示，在健康照護體系中，社會契約並未真正奏效，Beneficence、Technical Mastery、Self-Regulation 等假設並未被落實，人們開始思考「醫療品質」聚焦於醫療專業，是否過於技術性，是否還有不足？在 2001 年，美國 IOM 針對「醫療品質」提出新的 6 大目標：「安全」(Safety)、「效果」(Effectiveness)、「以病人為中心」(Patient-Centeredness)、「及時性」(Timeliness)、「效率」(Efficiency)、「公平」(Equity)。即使如此，Donald M. Berwick 認為目前的醫療體系未完全具備相應的能力來達到目標，「醫療品質」主要仍以專業角度出發，要開始改變評估醫療品質的權力結構，必須假設「醫療品質」的 6 大目標是獨立存在的維度，「以病人為中心」是重要的，與其他期望的目標(如：安全、效果)相關，但它也有獨立存在的價值。

Donald Berwick 對「以病人為中心」提出自己的定義：「在健康照護中，與個人、環境及互動關係有關的所有事物，都能提供透明化、個人化、認同、尊重、尊嚴的選擇」(The experience of transparency, individualization, recognition, respect, dignity, and choice in all matters, without exception, related to one's person, circumstances and relationship in healthcare)，例如：在醫院中誰來探病不受限制、病歷紀錄屬病人所有、病人可以決定自己要吃什麼、穿什麼。當然也有人質疑，「以病人為中心」是否造成醫療過度使用、臨床醫生不堪負荷、甚至削弱實證醫學，Donald Berwick 認為答案是否定的，證據顯示提高病人的自主權並不會導致問題，它取決於醫療人員如何與大眾進行成熟地討論，讓病人瞭解如何做能夠緩解病痛或延長生命，病人其實和醫療人員一樣聰明，能做出正確的選擇。他強調醫療照護品質的核心是聚焦於人道(Humanity)及個人化(Individualization)，建議醫療人員不要把「以病人為中心」只當作達成目標的途徑，而要把它當作目標本身。

(三)其他重要研討課程(Symposiums)

主題 1：「健康照護替代模式之優先順序選擇及效應」(Prioritisation and effects of alternative healthcare models for a sustainable health system)

講者：Jason Wallis, Monash University; Australia

Denise A O'Connor, Monash University; Australia

Liesl Nicol, Monash University; Australia

內容摘要：

Jason Wallis 認為由於人口高齡化、慢性病增加，及新醫療科技引進等因素，已開發國家之醫療費用支出勢必不斷增加，在這種情境下，需要政府部門、政策制定者、醫療服務提供者和研究人員共同努力，建構可永續發展的醫療體系。目前大部分的系統性文獻回顧，主要對各類替代的醫療照護(Alternative Healthcare Models)模式進行盤點，較缺乏符合澳洲本土情境，可決定照護模式優先順序之研究，故 Jason Wallis 的團隊分享澳洲如何透過線上德菲法(e-Delphi)蒐集利害關係人(Stakeholders)意見，凝聚資源配置之共識，並進一步探討實施相關替代照護模式應考量的關鍵因素：

- 1.透過範籌界定文獻回顧(Scoping Review)，檢視 531 個系統性文獻回顧(Systematic Reviews)，以蒐集各類替代的醫療照護模式之實證資料。
- 2.使用 e-Delphi 蒐集利害關係人意見：此種方式可促進參與者討論及交換意見，並完善觀點，同時防止個人操控討論的進行。

- (1)參與者來自 5 類團體，包括：州政府或聯邦政府之政策制定單位、醫院部門、初級照護部門、消費者團體、學術及研究組織，共 149 位參與者(學術研究人員 32%、管理者 40%、政策制定者 31%、臨床人員 31%、消費者 2%)。
- (2)e-Delphi 分兩輪進行(第 1 輪 82 人；第 2 輪 72 人)，第 1 輪自文獻回顧中選出 84 種照護模式，參與者並提出 265 項建議，接著有 106 種照護模式進到第 2 輪繼續討論。最終參與者達成共識，有 14 種照護模式被評為高度優先順位(High Priority)，例如：改進老年機構的醫療照護(與醫院及初級照護結合)、遠距醫療(Telehealth)、居家的醫院照護(Hospital at Home)等。
- 3.專家諮詢小組進一步討論這些照護模式實施的指導原則，包括：是否較常規照護有較好的成效、對於健康照護體系的負擔、潛在及可測量的費用節省、是否具可行性及可推廣等。
- 4.以居家的醫院照護(Hospital at Home，以下稱 HaH)為例，在澳洲，過去 10 年間 HaH 僅占住院次數之 3.7%，諮詢小組檢視實證資料及相關影響因素，歸納實施 HaH 可能遇到的阻礙，包括：對於醫院而言，財務影響及成本難以測量、如何確認病人適合 HaH、病人安全(非 24 小時的照護)；對於主要照顧者而言，照顧者認為自己並非醫療專業、沒有能力判斷病情變化、不知道該如何做。建議未來實施 HaH 時應考慮的關鍵策略，包括：在計畫早期將相關利害關係人納入、加強員工培訓並建立團隊合作、電子病歷共享及有效率的溝通、提供病人及主要照顧者積極信念、以病人為中心的照護模式，及強化轉診途徑等。

Jason Wallis 指出，為了提升健康照護體系之效率及永續發展，可蒐集相關利害關係人的意見並凝聚共識，但是在替代的照護模式實施前，必須依循實證資料評估，確保其安全性、效果、成本、可接受性，在缺乏實證的情形下，必須非常謹慎的評估是否實施替代的照護模式，以免反而造成資源浪費。

主題 2：「改變的時刻：聯邦政府及州政府共同挹注經費提升照護結果」(Time for change: co-funding Commonwealth and state providers leads to improved outcomes)

講者：Allan Pelkowitz, WA Country Health Service/ Australia Kirra Pallant WA Country Health Service; Australia

內容摘要：

在澳洲急性照護主要由醫院急診部門提供，醫院急診量增加、救護車轉送急診壅塞、

住院病床滿載等問題日益嚴重，Allan Pelkowitz 介紹西澳鄉村衛生部門(WACHS)推動的避免入院計畫(Hospital Avoidance Program，以下稱 HAP)，目的為減輕 Geraldton Hospital 的急診壓力，同時減少潛在可避免住院情形。

HAP 計畫由州政府及聯邦政府共同挹注經費，支付社區中的一般科醫師(General Practitioners，以下稱 GPs)提供急性照護，將非必要急診或住院之急性照護，由醫院急診部門轉至社區內執行：

- 1.與當地診所與住宿型老人機構(Residential Aged Care Facilities, RACF)結盟，由社區 GPs 評估並提供 65 歲以上(原住民 55 歲)住民緊急照護需求，而非直接轉送到醫院急診。GPs 也提供機構住民全面的老年醫學綜合評估、例行護理評估、用藥評估，HAP 使 GPs 更主動地提供機構住民初級照護，以減輕醫院急診負擔。另外 HAP 團隊還包括物理治療師、職業治療師、社工等，可協助住民出院準備及轉銜等照顧，降低住院日數及再住院率。
- 2.HAP 透過支付提供改變照護模式的誘因，除論人計酬(Capitation)外，對於 GPs 至機構提供緊急照護，採論次計酬(Fee-for-Service)，Allan Pelkowitz 認為這種混合支付模式，可鼓勵醫療服務提供者提供全人照護，並同時彌補其因外出取消約診的財務損失。
- 3.Allan Pelkowitz 指出 HAP 已帶來立即且持續的成效：
 - (1)減少機構住民 50%的急診次數(每月減少 23 次急診、46 趟救護車)，每年減少約 1,500 小時急診時間，節省超過 120 萬美元。HAP 計畫每個月支出約 16,000 美元支付 GPs 費用，但可節省救護車成本約 55,000 美元。
 - (2)降低住院次數(每月減少 12 次住院)。
 - (3)增進 GP 與機構照護團隊及住民的關係，對住民而言，可於社區中獲得照護，病人滿意度高；對機構而言，比起住民到醫院急診、出院後返回社區，持續於社區中照顧，整體照護連續性較好。

Allan Pelkowitz 指出 HAP 計畫成功執行的關鍵，在於所有利害關係人的參與，對於機構或是 GPs 都要轉變觀念，正視初級照護及 GPs 的價值，扭轉遇到緊急需求第 1 件時間叫救護車的習慣，GPs 並非只有諮詢的角色，而是能夠依病情決定住民於機構內照護或需要轉診。另外，透過支付制度的變革，跨越傳統照護模式之框架，能使健康照護模式運作更有效率。

主題 3：「健康照護體系革命：香港醫院管理局推動智慧醫院」(Revolutionizing healthcare:

the implementation of smart hospitals in Hospital Authority)

講者：Anna Tong, Hospital Authority; Hong Kong

內容摘要：

香港醫院管理局負責管理公立醫院的醫療服務，香港共有 43 家公立醫院，90% 的住院服務由公立醫院提供，每年營運預算約 910 億元港幣(約 3,640 億元台幣)，每年住院次數約 176 萬人次、急診次數約 184 萬人次。Anna Tong 引用管理學大師 Peter Drucker 的名言「如果你無法衡量它，你就無法管理它」(IF you can't measure it, you can't manage it)，因此香港醫管局致力於應用臨床實證資料庫，監測病人安全及降低風險，如：以電子郵件警示醫護人員潛在風險個案，包括：病人置入導尿管超時、B 肝患者接受化療後未接受適當抗病毒治療等。

「智慧醫院」的概念是將建築物及設施、數位科技及裝置、資訊系統及數據結合，推動高品質、高效率、以病人為中心及永續經營的醫療照護，Anna Tong 介紹了幾項香港「智慧醫院」的特色項目：

1. 「eAED 急診室電子系統」：從急診檢傷分類開始，醫護人員利用臨床資訊管理系統輸入病人資料及病歷，取代傳統手寫方式，並建置視覺化急診數據儀表板，使醫護人員能夠掌握即時數據，瞭解急診病人的整體分佈及危急程度，加速分流處置，減少急診等候時間。
2. 「維生指數應用程式」(e-Vital)及「電子床頭顯示板」(Smart Panel)系統：e-Vital 可以連接病人生理監測裝置，透過臨床醫療管理系統，提供自動製圖、產生工作清單及異常警示，可分享病人血壓、血液含氧量、心律及體溫等醫療數據，提醒臨床人員採取必要處置。醫師也可以透過 Smart Panel，電子化進行病人評估及無紙化巡房。
3. 「醫院指揮中心」(Hospital Command Centre)：配備多部電腦及大螢幕，為醫院的「大腦」，負責指揮及統籌資源配置，透過大數據進行醫療服務之管理，如：使用電子儀表板協調病人入院、出院及病床分配；善用網際網路裝置，透過即時定位系統，追蹤醫療設備及用品之庫存及供應情形，便於醫院即時調控資源。Queen Elizabeth Hospital 試辦的經驗，「醫院指揮中心」可減少 20% 的急診等候時間、加速 29% 的出院流程、增加 47% 轉診至復健醫院件數。
4. 「HA Go」：由醫院管理局開發的手機應用程式，病人可預約看診、繳費、查閱用藥紀錄及醫療紀錄、提供復健指引，使病人與醫院更緊密聯繫，強化病人參與，促使其

更積極進行自我健康管理。

5. 「Clinical AI」：運用 AI 技術檢視病人胸腔 X 光片，協助診斷異常的腫塊及結節，早期發現高危險個案，也運用在自動探測及標示陽性化驗結果，輔助醫師診斷肝炎，以便即早治療。

Anna Tong 表示，香港醫院管理局正在積極籌備大數據分析平台(Big Data Analytics Platform)，將允許學術研究人員利用醫院管理局的臨床數據，並提供相關培訓，促進合作的研究計畫，並善用創新科技，提供民眾更好的醫療照護品質。

主題 4：「AI 應用於手術安全管理：日本大型眼科手術中心的前瞻性研究」(Surgical safety management with AI: a prospective study in a large-scale ophthalmic surgery centre)

講者：Hitoshi Tabuchi, Hiroshima University; Japan

Masahiro Akada, Tsukazaki Hospital/ Kyoto University; Japan

Yasuyuki Nakae, Tsukazaki Hospital; Japan

內容摘要：

2015 年，每年全球約執行 2 千萬件白內障(Cataract)手術，日本約執行 150 萬件。美國執行白內障手術的醫療錯誤發生率為每 10 萬件發生 7 件，68% 為人工水晶體裝置錯誤、29% 為開錯左、右眼、10% 為開錯病人。Hitoshi Tabuchi 介紹日本的 1 項前瞻性研究，於日本大型眼科手術中心導入 AI 安全管理系統(Surgical Safety Management with AI)，運用深度學習模型(Deep Learning)訓練 AI，確認病人身分(Face Check)、識別手術執行之左、右眼(R/L Check)及驗證人工水晶體規格(IOL Check)，以強化白內障手術安全。

Tsukazaki Hospital 於 2022 年 3 月 4 日至 6 月 18 日，嘗試將 AI 安全管理系統導入白內障手術例行程序中，由門診護士、手術室護士、視力矯正師或醫師執行，透過平板拍攝病人臉部、人工水晶體外盒、手術執行部位等，由 AI 進行 3 重驗證。剛開始醫護人員未執行 AI 驗證的比率，以左、右眼驗證未執行率最高(26.4%)，人工水晶體驗證次之(11.9%)，臉部辨識最低(0.8%)，但 3 個月後未執行率均降到 1% 以下；AI 驗證的成功率，一開始以左、右眼驗證最低(72.2%)、人工水晶體驗證次之(84.5%)、臉部辨識最高(98.8%)，但 3 個月後成功率均大於 95%。3 個月期間，1,940 例白內障手術中，有 2 例醫療錯誤發生、2 例錯誤被 AI 阻止，整體醫療錯誤發生率為 0.21%(4/1,940)。2022 年 5 月 19 日至 2023 年 5 月 18 日持續執行 1 年，3 種驗證的執行率均接近 99.5%，9,021 例

白內障手術中，有 1 例醫療錯誤發生(左、右眼錯誤)、19 例錯誤被 AI 阻止 (6 例左右眼錯誤、13 例人工水晶體錯誤)，整體醫療錯誤發生率為 0.22%(20/9,021)。

講者認為 0.22%的醫療錯誤發生率並不算低，必須審慎探討數字背後的原因，有些時候，即使 AI 提示錯誤但醫護人員未發現，或即使發現 AI 指出錯誤也未互相提醒，導致錯誤未被即時更正。另外，醫療體系是否建立「不責備犯錯」的文化，也與病人安全息息相關，要提升病人安全，就必須提升錯誤事件的正確回報，醫護人員可能害怕承認錯誤，或怕被同儕責備，而隱匿回報錯誤事件。透過 AI 輔助回報的醫療錯誤發生率，超過傳統人工報告的 2 倍，表示 AI 確實能協助醫護人員即時、確實地回報錯誤事件。

講者強調 AI 確實能夠協助提升白內障手術安全，但它並不能解決所有病人安全的問題，唯有第 1 線的醫護人員必須理解 AI 輔助的必要性，並從根本克服害怕犯錯的心理障礙，誠實的回報醫療錯誤事件，才能共同提升病人安全。

參、心得及建議

(一)心得

2023年BMJ Asian以「群眾驅動改變」(People Powered Change)為題，大會演講者的4位講者，都對「群眾」如何驅動「改變」提出精彩的分享，Pat Dudgeon 分享澳洲原住民自殺防治如何逐步納入原住民觀點制訂策略，並與原住民組織建立夥伴合作關係及決策共享；Derek Feeley 提到醫療人力缺乏及過勞問題，如何透過醫院管理者落實員工福祉的工作文化來改善；Shannon Cohn 則以子宮內膜異位症病友的觀點提出倡議，希望扭轉社會環境及醫療體系對女性疾病的不友善；Donald Berwick 則指出以病人為中心評估醫療品質表現之重要性，並呼籲醫療品質應聚焦於人道及個人化的選擇。從本次研討會，能夠深刻理解所謂「群眾」(People)，係涵蓋健康照護體系中的所有利害關係人，包括：醫療服務提供者、醫院管理者、病人及社區中的參與者，也需要留意偏鄉及弱勢族群的文化或在地需求，所有利害關係人都應該被納入參與及討論。而所謂「改變」(Change)，Derek Feeley 的詮釋也發人深省，他指出健康照護體系需要主動的「轉型」(Transformation)，不僅止於受外在環境影響而被迫發生改變，它必須有計畫性，必須能讓所有利害關係人明確瞭解方向和目標，人們對於改變的渴望及意圖，才是促成健康照護體系轉型的關鍵。

另外，在本次研討會學習到各國對於健康照護轉型的最新進展及策略，重點包括：

1.辦理公民參與活動，蒐集利害關係人對於醫療資源配置之意見

由於人口高齡化、慢性病增加，及新醫療科技引進等因素，各國都面臨醫療費用支出不斷增加的壓力，澳洲透過線上德菲法(e-Delphi)進行公民參與活動，蒐集利害關係人意見，瞭解其對各類醫療照護模式之看法及優先順序，改進老年機構的醫療照護(與醫院及初級照護結合)、遠距醫療(Telehealth)、居家的醫院照護(Hospital at Home)等均被評為具高度優先順位。而實施新的醫療照護模式前，需確保安全性、效果、成本及可接受性，以居家的醫院照護(Hospital at Home, HaH)為例，實施時需考量相關因素(財務影響及成本估算、界定適合的病人、病人安全問題、非醫療背景之照顧者該如何做)，在計畫早期將相關利害關係人納入、加強員工培訓並建立團隊合作、電子病歷共享及有效率的溝通、提供病人及主要照顧者積極信念、以病人為中心的照護模式及強化轉診途徑等。

2.強化居家及社區照護，解決醫院急診擁塞問題

與台灣相同，澳洲醫院急診擁塞問題嚴重，由於人口老化，社區及老人機構中的照護需求也備受關注，澳洲嘗試透過混合支付模式(論人合併論次計酬)，由社區中一般科醫師至老人機

構提供初級照護及急性照護，除減輕醫院急診壓力，也能增加病人照護連續性。另外，維多利亞州設立 1 週營運 7 天(每天 16 小時)的「優先初級照護中心」(Priority Primary Care Centres)，由一般科醫師為有急症照護需求但還不需急診處置的病人(如輕微感染、燒傷、疑似骨折等)，提供免費諮詢、病理、影像檢查及處置，以保留醫院急診量能。

3.發展數位醫療，提升醫療效率

來自香港及日本的講者，也分享如何利用數位科技、資訊系統、大數據結合等智慧化方式，提升急診分流處置、住院病床管理及醫院營運之效率，甚至透過各種 AI 工具，輔助醫師精準診斷，或協助確保眼科手術執行安全。

整體而言，本次研討會致力於實踐所有利害關係人的參與，在大會議程及流程安排上，能深刻感受主辦單位的用心，相關課程安排強調互動性及參與性，演講者時常透過「問與答」、「小組討論」、「邀請與會者上台經驗分享」、「線上民意調查或投票」等方式，即時蒐集及凝聚與會者看法，也安排海報投稿者依主題進行簡短報告，再由與會者線上評選優勝者。有別於傳統研討會，與會者不只有單向聆聽及學習，會中善用各類科技工具(如：線上民意調查工具等)，讓與會者即時分享經驗及協作，在各類議題研討均能擦出不同火花。此外，也於展覽大廳設置「互動式留言板」，與會者能分享彼此面臨的挑戰、研討會中獲得的想法及技巧，互相給予反饋，也可以透過「共同藝術創作」將想法圖像化，激盪想像力。本次研討會期望所有與會者回到各自的工作場域中，不論在臨床照護之流程、病人安全及醫療品質提升，或是健康照護模式轉型之政策制定，均能傾聽所有利害關係人的聲音，並致力推動以人為中心的健康照護模式。

(二)建議：

綜合以上心得，建議未來健保會可持續辦理以下事項：

1.汲取澳洲健康照護轉型經驗，於健保年度總額評時，審慎評估試辦新照護模式的執行成效，做為未來推動照護模式轉型之基礎。

與澳洲相同，我國也面臨人口高齡化、慢性病增加、醫療支出不斷增加的情況，如何建構有效、可永續的醫療照護體系，推動照護模式轉型及發展各類替代照護模式是現階段重要課題。我國近年來已著手建置遠距醫療相關基礎法規及實施計畫，並於 113 年度健保總額首度納入在宅急症照護服務，於其他預算居家醫療照護專款項下，新增「在宅急症照護試辦計畫」(2 億元)，提供居家醫療個案出現感染症時在宅住院服務；也於醫院總額新增「地區醫院全人全社區照護計畫」(5 億元)，提升地區醫院深入社區提供全人照護的功能。於實施新

的照護服務模式之際，可參考澳洲經驗，收集實證數據及推動經驗，評估其安全性、效果、成本、可接受性及財務影響。未來可於健保年度總額評核時，檢視此 2 項新照護模式計畫試辦結果的實證資料，審慎評估替代醫療照護模式之成效，以作為未來推動相關照護模式轉型之基礎。

2.持續運用公民參與模式，探討健保資源配置議題

健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成，為二代健保擴大社會參與全民健保事務之溝通平台，可對健保政策提供重要政策建言。未來健保會依法定任務蒐集民意，及辦理健保業務公民參與活動時，可汲取澳洲經驗，嘗試運用科技工具蒐集相關利害關係人意見，並發展多元公民參與模式，以凝聚民眾對於健保資源配置及照護模式之共識，並持續增進健保制度中相關利害關係人之參與，精進健保會政策諮詢及業務監理之功能，敦促健保制度更符合民意需求。

肆、附錄

一、大會議程

PROGRAMME Monday 30 October			
10:00-10:10		Welcome to the conference Jane Burns Safer Care Victoria; Australia	Plenary 3 Live stream 
10:10-10:40	O1	Welcome to Country and Opening Address Welcome to Country & Smoking Ceremony: Wurundjeri Woi Wurrung Cultural Heritage Aboriginal Corporation Opening address: The Hon. Mary-Anne Thomas Minister for Health, Minister for Health Infrastructure and Minister for Ambulance Services; Australia	Plenary 3 Live stream 
11:00-16:00	X1	Way Out West: a small rural health service doing big things (West Wimmera Health Service)	Room 219+220
11:00-16:00	X2	The art and science of interprofessional team-based debriefing in health care: an immersive experience day visit (Science Gallery at Melbourne Connect, The University of Melbourne)	Off-site
11:00-16:00	X3	The Digital Health Opportunity - Identifying Hospital Ready Innovations (ANDHealth)	Off-site
11:00-16:00	X4	Beyond diversity - yarning about cultural safety with Indigenous health care leaders, Victorian Aboriginal Community Controlled Health Organisation (VACCHO)	Off-site
11:00-15:00	W1	Using Data for Improvement - advanced concepts Alison Starr Institute for Healthcare Improvement (IHI); USA Lloyd Provost Associates in Process Improvement; USA	Room 212
11:00-12:30	W2	Strengthening Medicare Taskforce Report Angelene True Prestantia Health; Australia Loanne Wells Formerly with the Consumers Health Forum of Australia; Australia Paresh Dawda Prestantia Health; Australia Walid Jammal Hills Family General Practice; Australia	Room 213
12:30-13:30		Lunch break	Level 2 Foyer 2.6 & 2.8
13:30-15:00	W3	Co-design for Impact: utilising consumers' lived experience to improve quality and safety Bernie Harrison ACHS Improvement Academy; Australia Shelley Thomson Experience 360; Australia	Room 213
15:00-16:30		Refreshment Break and Meet-and-Greet Networking Time	Level 2 Foyer 2.6 & 2.8
15:00-16:30	W4	Patient representation and lived experience - Breaking down barriers Alison Coughlan Health Issue Centre (HIC); Australia Laila Hallam Health Consumer Leader, NSW; Australia Sophy Athan Euroforce Music; Australia	Room 213
16:45-17:00		Opening address and acknowledgement to country Mike Roberts Safer Care Victoria; Australia	Plenary 3 Live stream 
17:00-17:40	O2	Opening presentation Classical guitar virtuoso Slava Grigoryan in conversation with Ed Le Brocq	Plenary 3 Live stream 

PROGRAMME

Tuesday 31 October

09:00-09:10		<p>Welcome and introduction</p> <p>Lisa McKenzie Institute for Healthcare Improvement (IHI); Australia</p>	<p>Plenary 3</p> <p>Live stream ▶</p>
09:10-10:00	K1	<p>Keynote: Promoting cultural values and strengths: Pat Dudgeon</p> <p>Pat Dudgeon Professor, Poche Centre for Aboriginal Health and the School of Indigenous Studies at the University of Western Australia (UWA); Australia</p>	<p>Plenary 3</p> <p>Live stream ▶</p>
10:00-10:30		Morning refreshments	Exhibition Hall
10:05-10:25	M1	<p>Microforum: Clinical Governance and Quality Improvement. A training partnership.</p> <p>Bernie Harrison ACHS Improvement Academy; Australia Beverly Sutton Health Education Australia; Australia</p>	Exhibition Hall
10:30-12:00	S1	<p>Patient Safety and co-creating care with service users</p> <p>Foundations of quality improvement in healthcare</p> <p>Donald M. Berwick Institute for Healthcare Improvement (IHI); USA Lisa McKenzie Institute for Healthcare Improvement (IHI); Australia Lloyd Provost Associates in Process Improvement; USA</p>	<p>Plenary 3</p> <p>Live stream ▶</p>
10:30-12:00	S2	<p>Diversity, equity and inclusion (DEI)</p> <p>Part 1: Medical misogyny – how is healthcare blind to sex and gender</p> <p>Christobel Saunders The University of Western Australia; Australia Susan Midkee Dental Health Services Victoria; Australia Zoe Wainer Victorian Government Department of Health; Australia</p> <p>Part 2: Using Improvement Science to end homelessness: one year on</p> <p>David Pearson CEO Australian Alliance to End Homelessness; Australia Hannah Neven-Gorr Institute for Healthcare Improvement (IHI); USA</p>	Room 219+220
10:30-12:00	S3	<p>Innovation in health</p> <p>Part 1: inTouch – a holistic, person-centred and flexible approach to improve care and outcomes</p> <p>Graeme Loy University of New South Wales; Australia Joanne Medline University of New South Wales; Australia Kathy Eljiz University of New South Wales; Australia</p> <p>Part 2: Time for change: co-funding Commonwealth and state providers leads to improved outcomes</p> <p>Allan Pelkowitz WA Country Health Service; Australia Kirra Pallant WA Country Health Service; Australia</p> <p>Part 3: Patient Reported Measures (PRMs) – measuring what matters</p> <p>Aeron Hall Agency for Clinical Innovation; Australia</p>	Room 212
10:30-12:00	S4	<p>People powered change and process</p> <p>Part 1: Session being confirmed</p> <p>Part 2: Improving the mental health of Victorians</p> <p>Anna Love Safer Care Victoria (SCV); Australia Jezwyn Lapham Safer Care Victoria (SCV); Australia Julie Anderson Safer Care Victoria (SCV); Australia Kate Thwaites Safer Care Victoria (SCV); Australia Michael Jones Safer Care Victoria (SCV); Australia</p> <p>Part 3: Towards a regional primary care learning health system: from crisis response to resilience</p> <p>Bianca Forrester Western Victoria Primary Health Network; Australia</p>	Room 213
12:00-13:00		Lunch break	Exhibition Hall
12:15-13:00	M2	<p>Microforum: If only my system was a little more flexible...how software can help healthcare providers in the future of tomorrow</p> <p>Benjamin Edwards GE Healthcare</p>	Exhibition Hall

15:00-17:00	S10	<p>Diversity, equity and inclusion (DEI)</p> <p>Part 1: What matters in healthcare for people experiencing homelessness? Claire Doherty St Vincent's Hospital Melbourne; Australia James Morrow St Vincent's Hospital Melbourne; Australia Matthew Scott St Vincent's Hospital Melbourne; Australia</p> <p>Part 2: People aren't hard to reach, services are: improving healthcare through lived experience Emit Taylor Cohealth; Australia Malik Abdurahman Cohealth; Australia</p> <p>Part 3: How community paramedicine is bridging the health equity rural divide Simone Heald Sunraysia Community Health Service (SCHS); Australia</p> <p>Part 4: Asking the community to design the future of HIV care Katrina Lewis Alfred Health; Australia Max Niggel Alfred Health's Consumer Advisory Committee & the HIV Services Advisory Group; Australia</p>	Room 212
15:00-17:00	S11	<p>Innovation in health</p> <p>Part 1: Utilising data as a catalyst for improvement Kate Bones Institute for Healthcare Improvement (IHI); USA Lloyd Provost Associates in Process Improvement; USA</p> <p>Part 2: Counting what matters and making what matters count in NSW's maternity hospitals Felicity Gallimore Clinical Excellence Commission; Australia Steve Bowden Clinical Excellence Commission; Australia</p> <p>Part 3: Revolutionizing healthcare: the implementation of smart hospitals in Hospital Authority Anna Tong Hospital Authority; Hong Kong</p>	Room 213
15:00-17:00	S12	<p>People powered change and process</p> <p>Part 1: Implementing age friendly healthcare system in primary care for housebound people Paresh Dawda Prestantia Health; Australia</p> <p>Part 2: Elevating lived experience: safety, power and consumer stories in quality improvement Alana Donaldson Safer Care Victoria; Australia Kristina Siiankoski Safer Care Victoria; Australia Nami Nelson Safer Care Victoria; Australia Simon Waring Safer Care Victoria; Australia</p> <p>Part 3: Healthcare culture change at the system level – Sisyphus had it easy Jillann Farmer Royal Australasian College of Medical Administrators; Australia</p>	Room 219+220
17:15-18:00	K2	<p>Keynote: Two scots blether about the state of healthcare</p> <p>Derek Feeley Former CEO and President, Institute for Healthcare Improvement (IHI); Scotland Euan Wallace Secretary, Victorian Department of Health; Australia</p>	Plenary 3 Live stream 
13:00-14:30	S7	<p>Innovation in health</p> <p>Part 1: Session being confirmed</p> <p>Part 2: Achieving meaningful outcomes through innovative digital consumer engagement Kristy Sealby QEC; Australia Lisa Mulvogue QEC; Australia</p> <p>Part 3: Bridging the urban and regional divide in stroke care (BUILDG) – a novel Tele-Stroke Unit Care model for regional Australia Lauren Arthurson Echuca Regional Health; Australia Philip Choi Echuca Regional Health; Australia</p>	Room 219+220
13:00-14:30	S8	<p>People powered change and process</p> <p>Part 1: Re-imagining consumer engagement: health system resilience & the COVID-19 pandemic Anthony Brown Health Consumers New South Wales; Australia Laila Hallam Health Consumer Leader, NSW; Australia Patti Shah University of Wollongong; Australia</p> <p>Part 2: Speaking "truth to power": how a rural town saved their medical workforce, their patients, their lives Sue Velovski Northern Rivers Surgical Group; Australia</p> <p>Part 3: Working together to embed virtual care in NSW: the value of partnering with consumers Karol Petrovska NSW Health; Australia Laila Hallam Health Consumer Leader, NSW; Australia Shannon Nott NSW Health; Australia</p>	Room 213
14:30-15:00	Afternoon refreshments		Exhibition Hall
14:35-14:55	M3	Microforum: IHI	Exhibition Hall
15:00-17:00	S9	<p>Patient safety and co-creating care with service users</p> <p>Part 1: Consumer partnerships to drive quality improvement in an acute paediatric outpatient population Anna Young Queensland Children's Hospital; Australia Damian May Queensland Children's Hospital; Australia Katherine Dalton Queensland Children's Hospital; Australia Megan Simons Queensland Children's Hospital; Australia Sarah Lyall-Watson Queensland Children's Hospital; Australia Stephen Butler Queensland Children's Hospital; Australia Stuart Bode Queensland Children's Hospital; Australia</p> <p>Part 2: Co-designing a family support structure for families affected by paediatric sepsis Alana English Queensland Paediatric Sepsis Program, Queensland Health; Australia</p> <p>Part 3: Northern Territory patient stories Verity Powell Department of Health; Australia</p>	Plenary 3 Live stream 

PROGRAMME

Wednesday 1 November

09:00-09:05		Welcome and recap Karen Luxford Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); Australia	Plenary 3 Live stream 
09:05-09:50	K3	Keynote: Below the Belt Documentary: Exposing widespread problems in healthcare systems Shannon Cohn Producer & Director, Project Endo; USA	Plenary 3 Live stream 
10:00-11:00	S13	Workforce, wellbeing and engaging staff across the organisation and culture Kindness in action Uncle Alan Parsons Elder, artist, activist and storyteller; Australia Catherine Crock Hush Foundation; Australia Chris Turner University Hospitals of Coventry and Warwickshire; England Göran Henriks Region Jönköping County; Sweden	Plenary 3 Live stream 
10:00-11:00	S14	Patient safety and co-creating care with service users Part 1: Impacting 100,000 lives Jane Burns Safer Care Victoria; Australia Part 2: Creating age friendly health systems in Victoria: Breakthrough series collaborative Katerina Yakimov Safer Care Victoria (SCV); Australia Veronica Hope Safer Care Victoria (SCV); Australia	Room 212
10:00-11:00	S15	New emerging technologies and digital health Part 1: Artificial intelligence (AI) expedites patient throughout and accelerates growth in Hospital-in-the-Home Bede McKenna St Vincent's Hospital Melbourne; Australia Corinne Howell St Vincent's Hospital Melbourne; Australia Part 2: Surgical safety management with AI: a prospective study in a large-scale ophthalmic surgery centre Hitoshi Tabuchi Hiroshima University; Japan Masahiro Akada Tsukazaki Hospital / Kyoto University; Japan Yasuyuki Nakae Tsukazaki Hospital; Japan	Room 219+220
10:00-11:00	S16	Flow and safety Part 1: Embedding a safety culture: from theory to practice Brigitte Sigl NSW Clinical Excellence Commission; Australia Susan Sims NSW Clinical Excellence Commission; Australia Part 2: Reducing same day cancellations of surgery in a large hospital system David Brouhard Kettering Health Network; Australia Jill Waters Kettering Health Network; Australia	Room 213
11:00-11:30		Morning refreshments	Exhibition Hall
11:00-11:20	M4	Microforum: Publishing healthcare improvement and innovation - top tips from editors Ashley McInim BMJ; England	Exhibition Hall
11:30-13:00	S17	Workforce, wellbeing and engaging staff across the organisation and culture Taking action at Victoria's frontline: addressing our healthcare professional wellbeing challenges Briana Bass Safer Care Victoria (SCV); Australia Derek Feely Institute for Healthcare Improvement (IHI); Scotland Fiona Herco Institute for Healthcare Improvement (IHI); USA	Plenary 3 Live stream 
11:30-13:00	S18	Patient Safety and co-creating care with service users Part 1: 'Making it Meaningful': co-designing a medication safety intervention with service users Ashfaq Chauhan Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University; Australia Part 2: Building a transformative Community Advisory Committee through a robust evaluation process Jenny Barr Royal Melbourne Hospital; Australia Margaret Burdeu Royal Melbourne Hospital; Australia Part 3: How to avoid four deep clinical governance rabbit holes Cathy Balding Australian Institute of Clinical Governance and Qualityworks P/L; Australia	Room 212

11:30-13:00	S19	<p>Sustainability and environmental impact of health</p> <p>Part 1: Workplace sustainability and environmental reform, be the change Roslyn Morgan ANMF (Victoria Branch); Australia</p> <p>Part 2: Prioritisation and effects of alternative healthcare models for a sustainable health system Denise O'Connor Monash University; Australia Jason Wallis Monash University; Australia Liesel Nicol Monash University; Australia</p> <p>Part 3: Healthcare's carbon addiction: it's time to quit Kate Charlesworth NSW Ministry of Health; Australia</p>	Room 219+220
11:30-13:00	S20	<p>Flow and safety</p> <p>Part 1: You are the cavalry – improving patient flow in Victoria Jon Scott Institute for Healthcare Improvement (IHI); Australia Shane Robertson Department of Health Victoria; Australia Stephanie Easthope Institute for Healthcare Improvement (IHI); Australia</p> <p>Part 2: Planned surgery reform: driving a patient centred approach to planned surgery waitlist management Ben Thomson Victorian Department of Health; Australia Naomi Bromley Victorian Department of Health; Australia</p>	Room 213
13:00-14:00	Lunch break		Exhibition Hall
13:10-13:55	M5	<p>Microforum: Singapore's journey toward high reliability – from external to self-driven improvements Chi Hong Hwang Ministry of Health; Singapore</p>	Exhibition Hall
14:00-14:45	S21	Rapid fire poster presentations: Poster finalists	Plenary 3 Live stream 
14:45-15:15	K4	<p>Keynote: Donald. M Berwick Donald M. Berwick President Emeritus and Senior Fellow, Institute for Healthcare Improvement (IHI); USA</p>	Plenary 3 Live stream 
15:15-16:00		<p>Conference wrap up and close</p> <p>Thank you and e-Poster winners announced: Mike Roberts Safer Care Victoria; Australia</p> <p>ePoster presentations: what are their aspirations for 2024: The ePoster winners</p> <p>Breaking down barriers - Patient representation Forum round up: Alison Coughlan Health Issue Centre (HIC); Australia</p> <p>Agenda for action: What is Melbourne's event legacy? Helen Brown Clinical Excellence Queensland; Australia</p> <p>See you in Brisbane 2024: Mike Roberts Safer Care Victoria; Australia</p>	Plenary 3 Live stream 

二、研討會照片



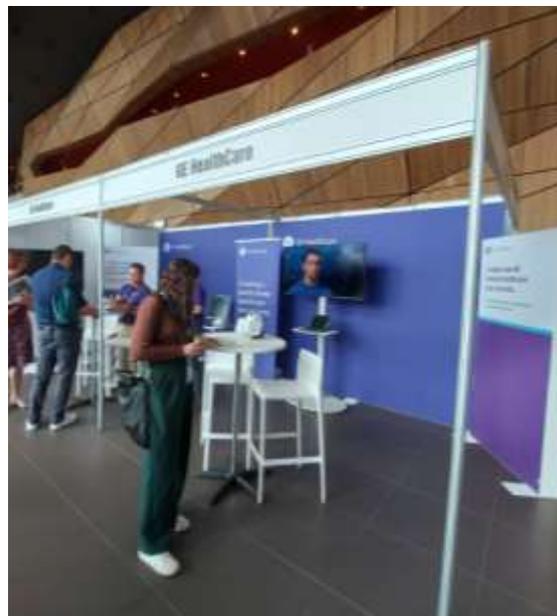
▲會場入口



▲電子海報展覽



▲自助報到機台



▲廠商展覽



▲開幕活動：原住民傳統煙燻儀式



▲實地體驗課程：分組討論



▲大會演講：Derek Feeley 及 Euan Wallace 談健康照護



▲大會演講：Shannon Cohn 分享《腰帶之下》紀錄片



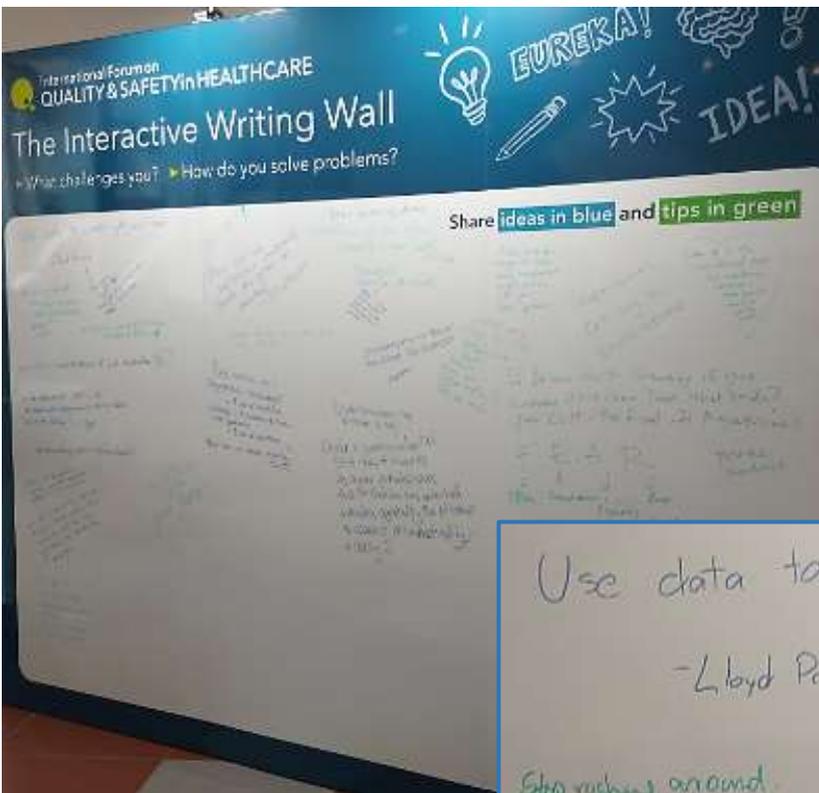
▲小型論壇



▲海報發表



▲大會共同藝術創作



Use data to create light, not heat
 -Lloyd Provest
 Stop rushing around
 think through the problem
 both wicked/complex
 Keep it simple
 Be fearless with bringing change
 in Patient Safety
 ↑ thank you Lloyd! @LloydProvest
 loved your linked top too
 @LloydProvest - SWH LHD

▲大會互動式留言牆