



評鑑大不同 - 當評鑑機構被評鑑時

醫策會評鑑組 鍾翰其代理組長

「平常且真實的展現最好的成果」。這是醫策會翁執行長對本會同仁表達參與第二次ISQua評鑑所要求的精神。沒有什麼話可以比這句話更能形容本次準備評鑑的心情。

醫策會自1999年成立至今已逾11年，從最初10人左右的規模，發展至今近百人的規模，也從單純的協助衛生署執行醫院評鑑（還僅是協助執行地區醫院評鑑而已），到現今可在半年內執行超過1000家次的外部稽核，種類也擴大到醫院評鑑、教學醫院評鑑、醫院感控查核、精神復健機構評鑑、一般醫學訓練訪查、人體試驗委員會訪查、母嬰親善醫療院所認證等專業評鑑機構，因此持續追求人本、誠信、專業、創新的評鑑機構是醫策會永續進步的核心價值。

醫策會是政府與民間共同捐資成立的公益財團法人機構，每年雖透過公開招標取得衛生署或其他政府機構的委外的訪查計畫，仍有不少人對於醫策會為何有資格可以承辦感到疑惑，也會有人質疑誰來監督醫策會。其實，監督醫策會的機構很多，諸如計畫委託的主辦機關、衛生署、立法院、本會的董事會…等，這部分不在本篇文章中贅述，醫策會為了扮演好外部稽核者的角色，我們持續標準化各項作業，並不斷檢討改進，爭取外部機構的認證，從一開始到目前仍持續的ISO，以及ISQua的認證，都是為了能夠承擔所應扮演的角色。

評鑑基準引導執行方向

ISQua的評鑑模式跟大家所認識的國內各式評鑑/訪查程序相類似，最大的差別大概就是它的評鑑對象是，每一個國家專門辦理健康照護領域評鑑的「評鑑機構」，因此能夠被評鑑的機構不多，四年前醫策會第一次受評通過，當時全世界僅8個機構通過，四年後的今天也不過增加到17個機構而已，在亞太國家中也僅有澳洲、紐西蘭、馬來西亞、印度與臺灣通過評鑑。ISQua評鑑模式如表1。

ISQua的評鑑條文不多，共8章(standards)，67項基準(criteria)，ISQua全8章基準如表2，前面1至5章是評量評鑑機構的組織，而第6、7、8章則是評量一個評鑑機構如何進行評鑑作業，評量基準不多，僅31項，但已非常完整的闡述對一個評鑑機構的要求。第6章「評鑑委員的管理」，說明對評鑑委員的規劃、遴選與管理，有助於提供受評機構高品質的評鑑服務；第7章「評鑑作業的管理」，強調評鑑機構所提供之外部稽核服務，與評鑑機構之目標一致，有助於受評機構做成客觀且具一致性的決策，並能符合受評機構及其他利害關係人的需求；第8章「評鑑結果的評定與認證」說明評鑑之授予評鑑通過結果之評定、授予與維持等程式，應具客觀性、一致性，並符合評鑑機構的目標。簡單說，這3章已經充分的把一個獨立且專業的評鑑機構在執行評鑑作

業必須要達到的要求均涵蓋在內。這讓我想起陋室銘「山不在高，有仙則名。水不在深，有龍則靈」。而這31項基準未來將持續指引著醫策會如何朝著更好的評鑑機構邁進。各項條文的規範摘錄如表3-5。

ISQua的評鑑基準，為了能夠適用於每個國家不同性質的評鑑機構及其醫療照護體系，其條文的設計並不是把評量內容寫死，而是描述條文的精神與原則，並提供適當的指引(Guidance)，條例說明可以展現的具體作為可包含有哪些。這與我國醫院評鑑基準，具體規範評分說明A、B、C的要求有著文化與制度上的差異，因此我們必須在條文的規範原則下展現醫策會的努力。有些因文化上的差異或醫療制度、評鑑制度的不同所產生不同的作法，基本上都可獲得國際評鑑委於的認可，重點在於我們是否真的依據國內的需求進行調整。

從條文的內容(如附表)，亦不難瞭解到ISQua期待評一個評鑑機構(如醫策會)應與受評機構(如醫院)建立夥伴關係，彼此是平等的，醫策會所提供的評鑑服務是否有顧及醫院的需求，評鑑訊息是否完整且充分的告知等等，其精神與國內的醫院評鑑期待醫院能以病人為中心提供醫療服務是一樣的。本次來自加拿大、紐西蘭與印度的三位ISQua委員在四天查證中，不斷的從文件資料、會內員工訪談、董事會成員訪談、實際參訪一家醫院、與國內評鑑委員訪談、醫院代表、政府代表等全方位的了解醫策會的作業，最後給了我們六個改善意見(recommendation)與六個建議意見(suggestion)，其中與評鑑作業較相關的是評鑑結果與改善意見最好在評鑑結束後45天內就可以獲得，這必須改變政府目前對結果認定

的處理程序，但絕對是正確的方向，必須及早讓醫院知道評鑑結果與意見，才能夠及早進行改善；此外對於我國採用抽籤方式聘任評鑑委員的制度也認為不妥，應設計更好的方式來解決評鑑委員因未獲聘任而影響對評鑑專業能力的累積；另外也建議應該整合醫療與護理的委員，採用更直接了解醫療服務執行的評鑑方式，如Tracer等，這些醫策會都已經列入第二輪的制度中規畫了，如果順利，2011起就可以分年度、分階段實施或試行。

下一個四年

ISQua基準很清楚的指引著一個評鑑機構應該努力的方向，國內的評鑑制度歷經數十年的發展，也已經相當成熟且具規模。然而，因其本質仍然為依法執行的公務，是衛生署強而有力的政策推動及品質促進的工具，這是我們國家的制度，有好處也有壞處。每個國家的評鑑制度一定與該國家的醫療制度有絕對的關係，醫策會身為國內唯一的醫院評鑑機構，幸運的，我們很清楚自己申請ISQua評鑑的目的—希望追求更好的評鑑作業品質，而參與認證活動本身也很單純，醫策會是自己跟自己比，跟過去的四年比，追求未來的四年的進步，沒有像國內的醫院評鑑，有同儕比較及健保財務壓力，但醫策會承擔各界期待，壓力亦不小，但這是我們的使命。☺



表1. ISQua Organization Survery評鑑基本資料

項目	內容
對象	各國評鑑機構，截至2010年3月全世界共有17個評鑑機構通過評鑑，如Accreditation Canada、The Australian Council on Healthcare Standard - ACHS、Joint Commission International, USA - JCI、Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation, TAIWAN-TJCHA、Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare – NIAZ
委員數	三位（分別來自加拿大、紐西蘭與印度）
查證時間	4天
查證方式	1. 文件審查(有要求必要查證的文件與必翻譯的文件) 2. 每一個standard均進行簡報與答詢 3. 表定訪談對象包含董事會成員、國內評鑑委員、受評醫院代表、政府代表、本會員工 4. 實地查證，包含實地參訪一家醫院(亞東醫院)並與該院相關人員訪談，以從醫院角度來了解醫策會的各項評鑑作業
評鑑基準	International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Organisations (Third Edition, 2008) 共8個基準，67個評量項目
計分方式	每個評分項目以1到4分呈現(最好4分)
認證效期	4年
效期內改善計畫	合格效期的4年內必須提出2次的改善報告給ISQua總部 (分別為通過後的第1年與第3年)

表3. Standard 6.0 評鑑委員的管理(ASSESSOR MANAGEMENT)

criteria	條文精神
6.1 Assessor planning	制訂計畫以確保評鑑委員的數量和具備的技能，能提供有品質的評鑑服務。
6.2 Selection and appointment	委員的選任是經由嚴謹而透明的程序，並依據以能力為基礎的遴選標準及評鑑的需求。
6.3 Assessor contract or agreement	對評鑑委員的職責與被期待的事項有清楚規定，並由委員簽署契約書或同意書證明其接受之。
6.4 Orientation	新進評鑑委員有被適當的訓練以熟悉評鑑委員的角色。
6.5 New assessor competence	有評估新進評鑑委員之適任性，並予以協助使其可有效地執行評鑑。
6.6 Skill development	有持續增進評鑑委員的技能。
6.7 Performance review	定期評估評鑑委員的表現和適任性。
6.8 Assessor records	有關評鑑委員的適任性、經驗及績效等資料應以個人檔案保管，並運用於指派職務。
6.9 Evaluation	對評鑑委員的遴選、訓練及進修發展計畫的成效進行評估，並將結果用於後續改善。

表2. ISQua 評鑑基準表

Leadership			Support Service		Service Delivery		
Standard 1.0 Governance	Standard 2.0 Strategic, Operational And Financial Management	Standard 3.0 Risk Management & Performance Improvement	Standard 4.0 Human Resources Management	Standard 5.0 Information Management	Standard 6.0 Assessor Management	Standard 7.0 Assessment Management	Standard 8.0 Accreditation or Certification Awards
1.1 Vision and mission, values	2.1 CE responsibilities, objectives	3.1 Risk management planning	4.1 Staff planning	5.1 Planning	6.1 Assessor planning	7.1 Program Development	8.1 Entry into the program
1.2 Values	2.2 Management arrangements	3.2 Risk reporting	4.2 Recruitment and selection	5.2 Data management	6.2 Selection and appointment	7.2 Entry into the Program	8.2 Outcome of assessment, accreditation/ certification award
1.3 Ethics	2.3 Contracting	3.3 Performance improvement system	4.3 Orientation and training	5.3 Technology management systems	6.3 Assessor contract or agreement	7.3 Participating organization relationships	8.3 Accreditation certificate
1.4 Governing body responsibilities	2.4 Strategic planning	3.4 Performance monitoring processes	4.4 Training and development	5.4 Data recovery	6.4 Orientation	7.4 Client education and information	8.4 Review and appeals process
1.5 Legal entity, impartiality	2.5 Operatinn plan	3.5 Quality cycle	4.5 Performance appraisal	5.5 Design of information/ education materials	6.5 New assessor competence	7.5 Selection of assessment team	8.5 Monitoring of outcomes
1.6 Role description	2.6 Financial and resource planning	3.6 Policies and procedures	4.6 Workplace issues	5.6 Resource material accuracy	6.6 Skill development	7.6 Assessment planning	8.6 Maintenance of standards
1.7 Terms of reference, appointment and authority	2.7 Financial system	3.7 Document control	4.7 Personnel records	5.7 Defined production standards for information & education materials	6.7 Performance review	7.7 Timetable of Assessment	8.7 Follow-up of concerns, issues
1.8 Governing body orientation, education	2.8 Financial & asset control	3.8 Complaints procedures	4.8 Health work procedures	5.8 Feedback from users of materials	6.8 Assessor records	7.8 Conduct of Assessment	8.8 Use of certificate, logo
1.9 Relationships with stakeholders	2.9 Evaluation	3.9 Evaluation	4.9 Staff health and safety	5.9 Evaluation	6.9 Evaluation	7.9 Assessment reporting	8.9 Public information, certificate
1.10 Governance evaluation			4.10 Evaluation			7.10 Review processes and guidelines	8.10 Assessment records
						7.11 Evaluation	8.11 Evaluation

Reference: ISQua International Accreditation Standards for Health Care External Evaluation Organizations. 2008, June 30, Third Edition.

表4. Standard 7.0 評鑑作業的管理 (Assessment Management)

criteria	條文精神
7.1 Program Development	評鑑機構所提供的外部稽核服務，是透過一個明確的「顧客需求辨認流程」而開發出來。
7.2 Entry into the Program	對申請受評機構提供充分的相關資訊，且受評機構同意遵守評鑑關規定。
7.3 Participating organisation relationships	評鑑機構與受評機構的關係能認知到受評機構之特殊需求。
7.4 Client education and information	適當的教育和資訊可支持評鑑的目標並能符合受評機構的需求。
7.5 Selection of assessment team	為受評機構所選擇評鑑委員團隊，應考量兼具技巧與經驗，並符合該機構的需求與特性。
7.6 Assessment planning	評鑑的規劃是透明化且即時的。
7.7 Timetable of Assessment	評鑑需依據時間表進行，時間表需顯示完整的評鑑流程，且須先與受評機構達成協議並使其有足夠的時間來作安排。
7.8 Conduct of Assessment	使用適當的工具及準則來進行評量，並依循透明、有效且一致的程序。
7.9 Assessment reporting	評鑑結果之書面報告應包含評量發現的事證及受評基準的達成度評分。
7.10 Review processes and guidelines	明文規定審查的程序與準則，以確保評鑑報告是完整且正確的。
7.11 Evaluation	對外部稽核計畫及其執行情形有做評估，並將評估結果用於進行改善。

表5. Standard 8.0 評鑑結果的評定與認證 (Accreditation or Certification Awards)

criteria	條文精神
8.1 Entry into the program	申請接受評鑑或認證之機構應同意，被評鑑或認證通過後，願遵守一定之義務。
8.2 Outcome of assessment, accreditation / certification award	評量後，其結果的評定及評鑑或認證通過之授證程式應透明、具一致性且獨立於評量程式之外。
8.3 Accreditation certificate	評鑑或認證通過證明書應記載：受評醫院名稱、受評通過範圍（評鑑類別）、生效日與效期。
8.4 Review and appeals process	設有透明、明確之複查與申訴程式，處理對於評鑑結果之爭議。
8.5 Monitoring of outcomes	應持續監測評量結果是否符合評鑑機構所定政策及標準。
8.6 Maintenance of standards	評鑑機構應監測受評醫院對標準及品質促進之持續性改善。
8.7 Follow-up of concerns, issues	評鑑機構應有針對重點議題之追蹤程式（必追蹤醫院條件）
8.8 Use of certificate, logo	使用者僅於遵守評鑑或認證機構所訂書面規定時，才被允許使用或展示有關評鑑或認證通過之標記、徽章或聲明。
8.9 Public information, certificate	民眾可獲得評鑑或認證通過機構之資訊，且對於外界所宣稱之評鑑或認證結果相關資訊之正確性可以信任。
8.10 Assessment records	評量相關紀錄顯示相關程序已被有效執行，且紀錄被辨認、管理、儲存及銷毀之方式能確保該程式的完善及資料的保密。
8.11 Evaluation	對評鑑或認證的流程及結果做檢討，並參考檢討結果進行改善。