

IHVI參訪心得~談醫療機構之未來發展趨勢

此次十分榮幸能代表萬芳醫院參加北美臺北醫大校友2010年會。此行於8月14日上午參觀華府地區鄰近的Inova Fairfax Hospital，係經過第14屆校友潘楨祥學長（Jeff Pan）的安排。IHVI（Inova Heart and Vascular Institute）是在2004年新建，當初只想要成為一個單獨有特色的心臟血管中心，結果十分成功。



筆者於1993年在Washington, D.C進修，曾參觀過這家醫院，當時並沒有感受這間機構這麼樣的大或是先進，只是覺得在外傷方面作的還不錯。現就其硬體、醫務、人力及個人心得幾個層面分享參訪見聞：

■硬體：

整個IHVI之硬體設備，在心導管室共有11台，專作冠心病有5台，心臟電生理（EP, Electrophysiology）有4台，另有2台是週邊血管及6間開刀房。目前共有CVSICU（心臟外科加護病房）、CCU（心臟內科加護病房）與胸腔加護病房各25床，以及38床心導管準備室（pre-cath. unit）同時兼作病床過度擁擠之調節（overflow unit）。而IHVI之硬體架構，一樓是以心導管為主，二樓為開刀房跟CVSICU；三樓是CCU（心臟內科加護病房）跟CV step-down unit（觀察單位，比加護病房次一級），這間醫院並沒有一般病房，僅有step-down unit；四樓則是呼吸衰竭的ICU病房。

■醫務：

整個治療版圖，包含心臟血管的非侵入性診斷與治療（noninvasive treatment），以及從心臟冠狀動脈繞道手術（CABG, Coronary Artery Bypass Graft）及心臟瓣膜置換或修補手術（Valvular Replacement），越來越多手術都是採用非侵入性的方法（non-invasive approach）。專科業務



中含血管擴張手術 (PCI, Percutaneous Coronary Intervention) , 一年共可以做到1萬9千台, 每月約為1,600台。由IHVI之經驗得知, 必需先有足夠接受一般心導管診斷與治療的病人, 才會衍生出金字塔更上方需要心臟手術, 或是需要心室輔助器 (VAD) 之病人。也唯有專門的心內醫師在發展與治療心臟衰竭 (heart

failure) , 才有可能去累積出心臟移植 (heart transplantation) 之需求。【圖：用於病情說明與教學的心臟血管模型】



■人力：

人員方面心臟內科主治醫師 (VS) 總共有150位, 心臟外科VS有9位, 比平常的5:1, 比例上少了許多, 應是心臟內科醫師有相當比率之兼任, 而外科則為專任所致。美國加護病房的護理人力白班是1:1 (1位護士照顧1個病床) , 小夜班與大夜班分別為1:1.5與1:2; step-down unit的白班是1:4, 小夜班是1:6, 大夜班是1:8; 台灣一般病房的護理人力則是白班的1:8, 到小夜班為1:13, 大夜班為1:18。其差別在於醫療給付, 以及臺灣則將家屬列入病房之照護人力, 但也創造臺灣醫界的看護業。

■效率：

一樓心導管準備室有38床是準備作心導管, 這單位所有的病人都是由急診或是當天報到的病人或是手術時直接由這裡進來, 移轉得非常快速。一般EP的病例是23小時內就會離開, 若需要待久一點, 就會轉到三樓的ICU, 以平常的心導管大概是24-36小時出院, 最多是48小時, 除非出現心臟衰竭。以外科的CABG, 住院的天數大概是5~7天, 辦膜置換術大概是10~12天住院, 所以是在住院診斷關係群 (DRG, Dignosis Related Group) 非常嚴格的要求下, 人員的效率與治療品質執行非常好。在一樓另一區, 有54間的門診手術室, 大概1年可以開19萬台門診手術, 平均每間每日手術室需要完成13台門診手術或處置。

■心得：

◎醫管走入前線, 服務內外顧客：這次負責帶領參觀的director, 是具有護理背景, 由CV開刀房出身的Patricia Knowles。在整個過程講解的非常完整, 她也提到在美國越來越多護理人員轉行進入醫院管理, 比起單純醫院管理人員更能夠了解整個醫療作業, 更能深入整個醫療。【圖：每個病房單位的每月品質看版, 提供給家屬與病患參考】



◎優厚員工, 告知目標：另外還有一個特色, 就是在每一間病房有做品質

版, 不僅有顯示服務量與成長、感染率、人員變化等總共有十項。另外有專屬醫師餐廳, 裡面餐飲免費, 環境相當好, 醫師在醫院裡在任何時間可去裡面休息, 看雜誌或是作功課, 或是大家聚在一起討論case。在足夠的空間下, 應是非常好的福利設施。這間醫院在發展到一定的規模後開始有自己的醫學院, 有點像當年長庚, 當醫院發展到一個程度發現沒有自己的人才, 或是無法讓醫師參與教學, 恐怕會讓醫生大量成為開業醫。以目前本校三院更應積極地教導同仁機構目標, 檢視員工績效並即時回饋。

◎本校醫療後發先至的發展策略：雖然本校發展由小而大，先虛後實。但在臺灣高度醫界高度競爭之下，仍然必須將近中期發展整合。建議各院先找出五項有足夠的病患量的疾病，可採用門診處置治療為主的項目（out-patient及procedure-base），積極培育極招募人才，迅速累積足夠質量，建立國內領先或是發言地位。再衍生出兩項高難度尖端高門檻的領域，配合基礎研究全力發展，才能可長可久。

■結論：

在IHVI的參觀可以讓我們看到在整個醫療服務型態在保險改革與DRG的壓迫下之可能變化。只是，美國先DRG再health reform，台灣先health reform（global budget）再DRG，加上醫療科技的發展之下，有競爭力之醫療機構的藍圖，雖然台灣目前排名前面醫學中心均以住院病患為主，IPD:OPD=55:45，且床位多超過1200床。



【左圖：手術室的各種手術作業可於二樓教學示範教室直接觀摩】

【右圖：本次參訪人員，左起：林元清董事、李祖德董事長、洪奇昌董事、曾啟瑞院長、陳瑞杰副院長、吳志雄院長、葉健全副院長、李友專副校長、潘楨祥學長合影】

本校三院目前，均屬急性床500床上下之醫院，且未來建築用地有限（雙和除外），但如何強化門診之醫療服務，包含更複雜檢查與困難手術，應該及早建立。透過無併發症手術及處置，高效率的管理和高品質的服務，讓病人在醫院待的時間越短，再加上非常好的出院服務。也就是所謂出院1~3天內就會接到醫院的詢問，以及對醫生與醫療機構作滿意度調查。所以這間醫院在過去幾年內已經爬到 Top 5 CV Institute，並且而且不斷在投資（已有4家醫院，目前即將買第5家）。

Inova Fairfax Hospital應是在2005年以後與UPMC是走同樣的模式，在整個效率的驅使之下，開始積極的成長。所以這種模式值得北醫大在後續發展成為重要的借鏡。李董事長也指示將於邀請潘楨祥學長於9月底返臺到北醫大演講，與北醫大附設醫院的醫師及工作同仁，分享美國行醫之心路歷程以及美國醫療發展之趨勢。（文/陳瑞杰，臺北醫學大學外科教授，兼管理發展中心主任及萬芳醫院副院長）

由 joycechin 發表於 September 27, 2010 04:51 PM

收藏此文： BOOKMARK

◀ 臺灣首次醫學系新生的「始業典禮」~你為榮耀而來Come For the Glory | 回到電子報首頁 | 國際醫療菁

英培訓課程，廣獲一校三院同仁回響！ »