

國立台灣大學社會科學院政治學系

政府與公共事務碩士在職專班

碩士論文研究計畫書

論醫院評鑑制度在解決急診壅塞現象時可扮演之角色

蔡光超

P03322016

指導教授：蘇彩足 教授

目 錄

第一節 研究背景與動機	3
第二節 急診壅塞之定義、成因與解決之道	6
壹、急診壅塞的定義	6
貳、急診壅塞的原因	8
參、改善急診壅塞的手段	12
第三節 我國醫院評鑑制度之發展與評價	17
壹、我國醫院評鑑制度之發展	17
一、醫院評鑑制度之源起	17
二、醫院評鑑制度之法源依據	17
三、評鑑專責機構「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」之成立	18
四、新制醫院評鑑之改革	18
五、「緊急醫療救護法」與「急救責任醫院緊急醫療處理能力分級評定」	19
貳、醫院評鑑之評價	19
一、醫院評鑑制度之正面評價	19
二、醫院評鑑制度之質疑與批評	21
三、評鑑制度與急診壅塞之關聯性	25
第四節 研究設計	27
壹、研究架構	27
貳、研究方法	29
一、文獻分析法	29
二、深度訪談法	29
參考文獻	32

第一節 研究背景與動機

急診壅塞(Overcrowding)是台灣醫療環境中一個長期存在一直難以解決的現象，不僅造成民眾就醫的不便，也造成醫院經營的困境，更造成醫護工作的過度負荷與嚴重人才流失，已經成為社會問題。急診壅塞一般的表現就是在醫院急診求醫的病人過多，超過該急診所能提供的常態醫療服務能量，如果只是輕微的或暫時性的壅塞，可能會影響就醫時效，這時可以靠加速急診流程或增加急診人力來加以因應，但如果壅塞者持續的話，就會形成病人滯留，病人之間相互競爭有限的醫療資源，從而可能影響到每位病人所需足夠的醫療照顧，嚴重時可能危害病人安全(Shih 1999；紀志賢等 2011；胡勝川 2015；方震中 2016；陳維恭 2017)。

急診壅塞並非只存在於台灣，國際文獻中提到急診壅塞現象與解決方法的資料很多，但都與台灣不盡相同(江旺財、李衛華、廖芝倩 2015；陳子立等 2016)。美國大多數的急診壅塞的醫院都是公立醫院，因為醫療費用相當昂貴，無力負擔高額保險的民眾只能集中至提供社會救助的公立醫院尋求急診，私立的各型醫院急診壅塞情況很少發生。日本有完整的轉診系統，民眾急診時需先至社區醫院就醫，有必要時再由醫師轉診至大醫院，因此大型醫院作為後送中心，一般不接受自行求醫的民眾，因此急診很少壅塞。英國有完善的家庭醫師制度，民眾想掛急診之前需先徵詢自己的家庭醫師，家庭醫師可以篩選掉許多不需要看急診的情況，因而可以大大減少民眾使用急診的機會。澳洲有強制住院機制，明定病人不可以在急診停留超過 24 小時，一旦可能超過時，醫院就必須強制讓病人住院，離開急診的範圍，讓急診空間空出來接收新的病人。香港則有強制轉院的機制，如果病人需要住院，而醫院一時之間沒有空床的話，民眾必須接受安排轉到其他醫院住院，不得拒絕也不能挑選醫院。台灣因為花費相對低廉與就醫方便，急診壅塞多發生在大型醫院，不管是公立還是私立，而且越大的醫院越容易壅塞，小醫院的急診反而服務量下降，形成和世界各國極為不同的現象(Bayley et al. 2005； Braitberg et al. 2007； Bernstein et al. 2009； Sprivulis et al. 2006； Trzeciak et al. 2003)。

形成台灣急診壅塞特殊現象的成因，一般認為和兩個重大變革有關。因為台灣急診壅塞現象約從 2000 年左右開始受到關注，幾乎與這兩個重大變革同步發展。第一個重大變革就是全民健康保險的實施，1995 年 3 月 1 日實施的全民健保，由原本只限於公務人員與勞工的身分才享有的保險擴及全民，讓民眾就醫的花費降低，就醫門檻下降，民眾到大醫院看急診和到小醫院花費差別不大，間接提高民眾直接到大醫院看急診的意願(胡勝川 2015、方震中 2016、陳維恭 2017)。

第二個重大變革則是急診專科的誕生，1995 年 1 月 17 日，日本發生阪神大地震，緊急醫療救護開始受到重視，同年 7 月立法院三讀通過我國的「緊急醫療救護法」，奠定了緊急醫療的法源基礎，之後當時的衛生署於 1998 年 1 月認定急診科為署定醫療主專科之

一，在此之前，各醫院的急診室都是由不同科別的醫師輪流值班，品質無法穩定，但在急診專科成立之後，開始有一群醫師以急診醫學為專業，大大提升了急診的服務品質，許多大醫院的急診室紛紛升格成為急診醫學部，擴充設備，加強人員訓練，民眾的信賴度提高，反而吸引更多人來看急診，有可能因此間接加重了急診壅塞(張靜慧，2011)。

在探討台灣急診壅塞的問題時，較少人注意到我國醫院評鑑制度與急診壅塞的相關性，由於台灣急診壅塞嚴重的醫院，都是評鑑結果優良的醫院，其中所有所謂的醫學中心幾乎都在名單之列，因此我國醫院評鑑制度與急診壅塞具有相關性是值得討論的。

和急診有關的醫院評鑑主要有三項。第一項評鑑是衛生福利部委託醫策會辦理的「醫院評鑑」，約每 3-4 年進行一次；第二個評鑑則是由各縣市政府衛生局每年主辦的「醫政督考」。這兩項評鑑的法源依據為醫療法和緊急醫療救護法。依據醫療法第 28 條的規定：「中央主管機關應辦理醫院評鑑。直轄市、縣(市)主管機關對轄區內醫療機構業務，應定期實施督導考核。」緊急醫療救護法第 11 條也規定：「中央衛生主管機關應將醫院緊急醫療業務及協助到院前緊急醫療業務納入醫院評鑑。直轄市、縣(市)衛生主管機關對轄區內醫療機構之緊急醫療業務，應定期實施督導考核。」。

和急診有關的第三項評鑑是由衛生福利部委託醫策會辦理的急救責任「醫院緊急醫療處理能力分級評定」，約每 3 年評定一次，但必要時可申請提前(陳維恭 2015)。根據「緊急醫療救護法」第 38 條的規定：「中央衛生主管機關應辦理醫院緊急醫療處理能力分級評定；醫院應依評定等級提供醫療服務，不得無故拖延。前項分級標準，由中央衛生主管機關依緊急醫療之種類定之。」

上述三項不同的評鑑，對於醫院帶來不同的影響。「醫院評鑑」的評鑑結果，將醫院分成醫學中心(含準醫學中心)、區域醫院與地區醫院三種等級。「醫院緊急醫療處理能力分級評定」則將醫院分成重度級、中度級、與一般級三種等級。至於「醫政督考」則只看符合或不符合督考項目要求，其結果只提供醫院做為改進之參考，並不影響醫院的等級(李志宏、施肇榮 2012a, 2012b)。

「醫院評鑑」與「醫院緊急醫療處理能力分級評定」的立意良善，目的都是在鼓勵醫院提升能力，提升品質，讓用心經營的醫院被肯定，也提供民眾就醫時選擇的依據。然而由於評定的結果大大影響了民眾的觀感，認為「醫學中心」或「重度級」醫院就是政府背書的好醫院，誤以為其他等級的醫院品質上不如「醫學中心」或「重度級」醫院，因此在就醫時傾向選擇「醫學中心」或「重度級」醫院，尤其是在需要急診的時候更是如此。長此以往的結果，民眾逐漸失去對「地區醫院」或「一般級」醫院的信心，形成目前台灣緊急醫療體系頭重腳輕的不均衡現象，也因此形成了台灣特殊的急診壅塞現象。相較其他先進國家各階層醫院均衡發展，各有特色，各司其職，分工合作，共同分擔整個社會的各種醫療需求，沒有一個階層被刻意凸顯，或刻意忽略，台灣醫院評鑑制度的

結果已經某種程度被扭曲解讀，悖離了原始的立意。這樣的現象正是本文所要研究探討的(謝武吉 2008、方震中 2016)。

急診壅塞問題困擾台灣醫界與民眾近 20 年，其間雖然政府曾提出多項措施，諸如補助 17 家醫院成立 23 個急重症特殊照護中心、102 年持續辦理 19 家醫學中心支援 17 家偏遠地區醫院達到中度級以上之急重症照護能力、辦理急診轉診品質提升計畫、健全急診轉診網絡、落實醫院緊急醫療分級制度、健保局全民健保急診品質提升方案以提升醫院急診處置效率(許銘能 2013)、全國重度級急救責任醫院急診即時訊息揭露等等，問題始終存在，甚至更形嚴重(胡勝川 2015、方震中 2016、陳維恭 2017)。

身為急診醫療工作參與者，投身急診工作 20 年，每天都與壅塞的工作環境為伍，感受最為深刻，20 年來想方設法用盡心思想要解決這個困境，因為急診壅塞問題不是單一醫院問題，不是單一地區問題，是全國各地的普遍現象，因此一定是系統性的問題，我們的社會居然可以允許一個系統性的問題存在 20 年，而無法解決，想必這個問題的解決方案既複雜又困難，改革工程浩大，不是簡單幾個方案就能處理，必須從根本去挖掘，從源頭去下手，方能一勞永逸，徹底解決。

評鑑是除了全民健保之外，政府對醫院以及醫療體系最有影響力的手段之一，我國實施醫院評鑑制度多年來，並非沒有碰觸急診壅塞議題，但總是沒有擊中要害，總是在一些指標上打轉，無法直指問題的核心。相反的，甚至有人質疑評鑑制度導致我國基層醫療的衰微，地區醫院的消失(謝武吉 2008)，果真如此，是否原意在提升醫療品質的評鑑制度，反而意外的引發了資源排擠的效應，間接成了急診壅塞的幫兇？值得吾人省思。

就算評鑑制度並未直接導致急診壅塞，但彼此之間存在高度的相關性，已是客觀存在的事實，評鑑制度在某種層面上，想必是缺少了某些元素，才讓急診壅塞這個影響就醫品質的現象持續存在，這些元素究竟是什麼？是否評鑑制度在補充了這些元素之後，可以讓急診壅塞獲得紓解？在解決急診壅塞這個課題上，評鑑制度可以幫上什麼忙？扮演甚麼角色？這正是本文所要深入探討的主要目標。

第二節 急診壅塞之定義、成因與解決之道

壹、急診壅塞的定義

根據加拿大急診醫學會與美國急診醫學會的定義，急診壅塞可以簡單描述成「對急診即時與有品質服務的需求超過該急診的實際提供能力」- (the demand for emergency services exceeds the ability of an emergency department to provide quality care within appropriate time frames. – ACEP and CAEP Statement)(Rowe, B.H. 2015)，就是一個需求超過供給的概念，這樣的情況如果發生在災難等特殊時空之下，很容易理解，但如果變成每天都在發生的常態，就需要好好的加以探討與解決。

事實上，急診壅塞的現象很難被量化定義，因為各個地區各個醫院的壅塞成因不盡相同(紀志賢等 2011)，而且壅塞的面相十分複雜，所以很難用一套系統或一個數字，就可以簡單說明或一體適用地代表急診壅塞。

然而沒有定義就無法測量，沒有測量就無法管理，2004 年美國加州 University of California Davis Medical Center 的學者群，率先提出一個複雜的多變項計分系統，用以測量急診壅塞(Weiss 2004)，稱之為 National ED Overcrowding Study，後來廣被學界引用，成為 National Emergency Department Overcrowding Score(簡稱 NEDOCS)。NEDOCS 的計分方法十分複雜，並不是非常直觀，必須佐以計算器方能使用。下表即為 NEDOCS 計算器之內容。

Special Feature:

NEDOCS CALCULATOR

INSTITUTIONAL CONSTANTS	Number of ED Beds <input type="text"/>	Number of Hospital Beds <input type="text"/>	
COMMON ELEMENTS	Total Patients in the ED <input type="text"/>	Number of Respirators in the ED <input type="text"/>	Longest admit time (in hours) <input type="text"/>
MODEL SPECIFIC	Total Admits in the ED <input type="text"/>	Waiting room wait time for last patient called (In hours) <input type="text"/>	
NEDOCS SCORE-		Compute	<input type="text"/>
Clear Fields			
Interpretation of results:			

表一： NEDOCS 計算器

(http://www.calhospital.org/sites/main/files/file-attachments/ed_overcrowding_1.pdf)

將以上數字分別填入表一相應空格後，即可得到最終的壅塞指標分數(NEDOCS Score)。

此一壅塞指標分數介於 0-200 之間，共可分為不壅塞(N)、忙碌(B)、壅塞邊緣(B+)、壅塞(O)、嚴重壅塞(S)、以及危險級壅塞(D)等六級¹。壅塞指標分數的觀念是急診壅塞是動態的變化，隨時可能變化，所以必須可以隨時更動，重新計算。然而由於所採用的某些參數並不是急診所能立即取得的，而且參數過多，所以使用起來並不是非常方便，雖在學術上廣被引用，但臨床上並不實用。此外，國內急診壅塞現象幾乎都是常態性的，不太會隨著時間有大幅度的變動，壅塞指標分數不論什麼時候計算，數字都很大，介乎 S 與 D 等級之間，如此一來，壅塞指標分數的實用性就相對不高了(Weiss et al 2004)。

國內學者基於國情不同，也曾想建立適用於我國的急診壅塞指標(紀志賢等 2011)，並曾取得衛生福利部委託研究計畫補助，最終也是因為急診壅塞過於複雜，並不是單一指標所能夠涵蓋，而改建議以一組各自獨立的指標，從各個面向來評估急診阻塞的嚴重度。這些建議指標下列 8 項指標，紀志賢(2011)並建議當時的衛生署考慮將這些可行的急診壅塞測指標與緊急醫療管理系統結合，監控急診實際情形，以即時介入改善問題。

1. 二級病人所占比率
2. 急診病人住院比
3. 由急診住院占全院住院比率
4. 急診病人的停留時間
5. 急診住院病人在急診停留時間
6. 病人停留急診超過 6 小時的比率
7. 病人停留急診超過 24 小時的比率
8. 病人停留急診超過 48 小時的比率

衛生福利部在後來的醫院緊急醫療能力分級評定、以及縣市衛生局醫院督導考核訪查標準中，皆明訂醫院急診部門必須例行性監測並提供上述各項指標，並上傳至衛生福利部緊急醫療管理系統網站。(衛生福利部 2016)

在這 8 項指標中，並沒有任何一項可以單獨完整描述或定義急診壅塞，衛福部為了便於民眾認知與方便管理，特別將第 8 項「在急診停留超過四十八小時的比率」單獨提出，並訂出<5%的閾值（臨界值）作為改善目標，超過百分之五者，稱為急診壅塞(胡勝川 2015)。

胡勝川（2015）並不滿足於這個定義，該研究認為其實它們應該稱做超壅塞（overcrowding）。因為依據上述衛福部的定義，國內符合急診壅塞定義的醫院會只有四

¹ 壅塞指標分數的六個等級和對應分數如下：
0-20：不壅塞(N)
21-60：忙碌(B)
61-100：急忙碌，壅塞邊緣(B+)
100-140：壅塞(O)
140-180：嚴重壅塞(S)
180-200 以上：危險級壅塞或災難型壅塞(D)

家醫學中心，似乎急診超壅塞並不是想像中的那麼嚴重。然而事實上急診室留滯的病人數每天總在十幾人到數十人之間，這樣的醫院為數不少，幾乎所有的醫學中心和重度級醫院都有這樣的情形，也對急診的人力運作和品質造成影響，是值得吾人關心的問題，因此，該研究主張將這些醫院的情形定義為已達壅塞(crowding)(胡勝川 2015)，換言之，以「在急診停留超過四十八小時的比率<5%」作為急診壅塞的定義，顯然是過於嚴格且不足的，無法處理我國相當普遍的急診壅塞的問題。

壅塞會造成人力相對缺乏，會增加醫護人員的工作壓力，甚至有可能引發急診暴力，影響到急診病人的照護品質，故而衛福部和急診醫學會對此議題相當重視，雖曾多次開專案會議商討解決之道，可是到目前都無有效的解決方法，值得一再集思廣益，共謀最佳方案，以嘉惠急診病人(胡勝川 2015)。

貳、急診壅塞的原因

國際上討論急診成因的文獻很多，2014年美國加州醫院協會(California Hospital Association)整理了歷來文獻的各家研究，整理出急診壅塞的 11 大原因(Weiss et al 2004)，原因如下：

1. 急診病人數增加(Increases in ED patient volumes)-增加急診負擔
2. 疾病複雜度增加(Increased complexity of diseases and associated evaluations)-須做更多檢查
3. 住院病床資源不足(Lack of inpatient hospital beds and resources)-住院困難導致病人滯留急診等住院
4. 全國性的醫護人力短缺(National shortage of nursing and other hospital staff)-無法以充足的人力處理急診病人的問題
5. 支援醫師屬於待命性質(On-call physician issues)-無法及時處理急診病人的問題，更多等待時間
6. 基層醫療服務減少(Reduced primary care services)-病人無處可去，只好上大醫院掛急診
7. 醫療照護障礙(Managed care barriers)-急診所能做的處置有限，病人需要高階處置時，需要其他單位配合，增加等待時間。
8. 給付不夠(Inadequate funding)-急重症給付不足，導致資源投入不足
9. 外行人規範(Prudent layperson standard)-許多急診相關規範並未切種核心問題，治標不治本
10. 急診濫用(Non-urgent use of the ED)-過多不需要急診的病人來耗用急診資源
11. 無保險者(The uninsured)-沒有保險的人，不易住院，只能滯留急診

以上幾項，道盡急診壅塞的成因複雜，面向多元，因此難以用單一方法所能解決。其中有些項目並不適用於我國，如第 11 項，我國全民健保普及，無保險者在急診壅塞所

佔的角色微乎其微，反倒是許多健保病人由於堅持等待健保床，拒絕住較貴的差額病房，所以會在急診滯留更久(Moskop et al. 2009；Nugus et al. 2014)。

Asplin et al. (2003)最早提出急診壅塞 input-throughput-output 模型，他將急診的成因歸類成輸入面(input)、流程面(throughput)、輸出面(output)等三大面向，「輸入面」指的是來急診求診的病人數，包含了「轉院而來」、「救護車送來」、及「自行就醫」等病人，病人數增加就容易壅塞；「流程面」指的是病人到急診之後的各種處理流程，包含了「檢傷(Triage)」、「診斷」、「檢查」、「檢驗」、「會診」、「治療」與「排程」等等，流程越繁複耗時就越容易壅塞；「輸出面」指的是急診完成處理之後病人的流向，包含了「離院」、「住院」、「死亡」、「轉院」、「自動出院」、及「不告而別」等等，流向遲滯不順暢就容易造成急診壅塞，其中又以「住院」及「轉院」為最重要因素，也最難解決(Bond et al. 2007；Rowe,B.H. 2015)。

我國學者胡勝川（2015）詳列了國內急診壅塞的十大原因，他認為引起急診壅塞的最大原因是，太多的病人住不進醫院，故而在急診留觀室待床，而不是急診來太多不危急的病人，這些病人大多在急診看診完就可以回去，不會增加急診留觀的人數。換言之，他認為我國急診壅塞的主因，在輸出面，而不輸入面或流程面。他並進一步將造成急診壅塞的原因大致歸類為以下十種：

1. 醫院縮床—為了因應護理人力的不足，醫院只好縮床，一則是為了評鑑的需求，一則是為了品質，原也無可厚非，就是苦了急診醫護人員。應該住院的病人不會因為醫院縮床而減少，故而會有更多的病人在留觀室待床。這是造成急診壅塞最主要的原因之一。既然根本的問題在於護理人力不足，此問題在可預見的將來還是無法解決。
2. 病人迷信大醫院—國人普遍有迷信大醫院的心態，跟崇拜大廟的迷信有關，所以不管任何病都往大醫院跑，造成大醫院人滿為患，一床難求。雖然政府有祭出以價制量的策略，將急診的自付額高出門診的甚多，但是收效仍然有限。再者，在急診留觀等住院的病人中，有很多都是其它鄰近較小的醫院可以處理的，只因病人迷信大醫院，對小醫院的信心不足，故而任憑醫師怎麼勸說，都無法「下轉」成功，有些家屬甚至撂下狠話：「死也要死在這裡」，直令醫師無言以對。迷信跟文化有關，要改變中華文化簡直是不可能的任務，即使要透過教育來改變，也需要數十年漫長的歲月，所以此一問題也等於無法解決。
3. 醫院經營管理的策略—有些醫院的統計報表顯示，住院病人中從急診上來的只佔百分之二十幾，但急診卻是超級的壅塞，問他們的急診主管為何不多從急診收住一些病人呢？他們回答了一句很富有哲理的話，因為院長說：「寧可一家哭，也不要見到每家都哭。」這個該哭的單位自然就是「急診」。它在醫院內部形成一種文化，連院長都在包容，肯定是目前造成急診壅塞的主要原因之一。站在本位主義的立場，院長的想想法似乎沒有錯，然而人生而平等，急診病人的人權一定要顧，這是牽涉到大是大非的醫療倫理的議題。另一與醫院經營策略有關

的造成急診壅塞的因素，明明樓上有很多空床，卻不能盡收急診留觀的病人，乃因留觀病人要住的科別與樓上空床的科別不同之故，有的醫院很堅持這一點，就是不給可以挪床的彈性，事實上他們所持的理由，所謂專科護理特性之故，並非那麼絕對，是可以討論的。其實醫師不願意收外圍的病人，也是一個因素，造成病人留滯在急診，這些部份均屬醫院管理的範籌，只要院長把急診病人的權益放第一位，所有的問題都好解決。

4. 健保和轉診制度間接造成一因為健保制度會影響到醫師的行為，形成所謂「斷頭」、「人球」事件，同時養成區域醫院醫師普遍的一個心態，只要是不想看的病人、稍微複雜一點的病人、沒有利潤的病人、怎麼看也不會好的病人，就將它們上轉到醫學中心，心想醫學中心也不敢拒絕他們，所以大多數醫學中心的急診都壅塞，少數還達到超壅塞的程度。
5. 關說文化一國人的關說文化由來已久，無時無刻無處沒有關說，急診自無例外。常見有些病人明明不需住院，只要門診繼續追蹤或尋求第二意見即可，病人家屬總會找一些人來強烈要求住院，這些關說之人包括：醫師自己的親朋好友、同事或長官的請託、民意代表的施壓，諸多因素讓急診醫師在良心與現實之間陷入兩難。
6. 急診醫師的抗壓能力不足一有的病人一心想要住院，可是經急診醫師評估又不須住院，病家雖提不出有力的關說人士，但只要他夠兇、夠大聲，都足以令抗壓性不足的急診醫師為之膽怯。急診醫師擔心的問題很多，擔心病人施暴，擔心病人投訴，故而不得不屈服，簽了不該住院的病人到留觀室等住院。這與個人的人格特質有關，也是無法改變的因素。
7. 急診醫師心態的問題一有的醫師「防衛性醫療」心態太重，做了很多不該做的檢查，只為了要防範那千萬分之一的機會，致使病人的處置流程延長。這類醫師對病人的處置動態大都不夠明快，換句話說就是不敢放病人回去，甚至不須住院的也給病人簽住院，因此留觀病人人滿為患。如果隔天負責留觀的醫師也是同一類型的醫師，肯定沒多久急診留觀就會塞暴。
8. 急診醫師訓練不足或沒有經驗的問題一愈資淺的醫師對病人做的檢查愈多，流程就變慢，因為他們沒有經驗，自信心不足，所以什麼都做。在處置病人的時候，常會把不須住院的病人簽住院，造成床位排擠作用，使得後面真正須要住院的病人無床可用，必須在急診留觀待床。這是急診醫師養成過程中必經之路，可謂是「成長之痛」，也是不可能消失的問題。
9. 醫院醫師心態問題一因為個人曾擔任過某醫學中心的部總醫師，負責過簽床的任務，對於樓上次專醫師想要收住院病人的心態甚為了解。他們最想收住的病人是有研究價值的病人，其次是「有關係」的病人，最不想收的就是那些慢性病又得了併發症的病人。所以在急診等床待住院的大多是這一類病人。此一心態與「人性」有關，既為人性，就無法違背。
10. 不危急的病人爭相到急診等住院的問題一急診醫師大多熟悉這樣的景象，每到中午時分和下五至六點之間，急診病人來診量就會增多一些，因為有很多人是

從門診轉來住院的，雖然這些病人多不危急，但門診醫師的想法是「到急診住院較快些」（也許有一些正確），所以就轉來急診待床。急診留觀室有不少是屬於這一類的病人。此亦與「人性」有關，所以大多數醫師都有這樣的想法，此問題將來亦不可能改善。

胡勝川（2015）的看法非常精闢深入，其所提出的 10 大壅塞原因中，第 1、3、5、9、10 項都涉及「輸出面」的問題，果然是急診壅塞的主因。至於其他面向，除了檢討急診部門的效率與醫師心態之外，胡勝川（2015）也點出健保、評鑑等制度對急診壅塞的影響，另外醫院經營管理者的心態更是左右急診是否獲得資源支持的重要因素。

國內急診壅塞最嚴重的台大醫院則是觀察到以下的現象，臺大醫院永遠是人滿為患，沒有一刻是不塞「床」的，只是以前跟現在塞床的原因有所不同(方震中 2016)，主要的原因是：

1. 基於民眾對於臺大醫院的品牌與名聲：許多患者仍會優先選擇到臺大醫院，來急診的人數也加倍成長。包括原本台北市的患者、各院轉出的患者、甚至中南部的病人，都希望來臺大醫院就診，每月轉進臺大醫院的患者高達 400~500 人，病床相對之下仍是不足。
2. 照顧人力不足：近年來醫界持續呼籲要處理「五大皆空」的窘境。所謂五大皆空是指內科、外科、婦科、兒科、急診五大科招募不到醫師。年輕醫生多選擇輕鬆、較不會有醫療糾紛的科別，辛苦、風險愈大的科別愈缺人。近十多年來，許多中型醫院因招收不到足額的醫護人員，導致人手不足、經營困難而紛紛關閉。這跟五大皆空、醫護人員工時長、壓力大、薪水不成比例有很大的關係。
3. 目前台灣醫療型態變成上有很好的醫學中心，下有遍佈在住家附近的開業診所，但中間的中型醫院卻一家一家關，形成「葫蘆型」醫療生態：民眾在住家附近的診所就醫，當醫師覺得是他無法處理的疾病或症狀，就會請病人轉診至大型醫院（上轉），但病人沒有中型醫院可選擇，或對中型醫院信心不足，這些須轉診的患者多半選擇到醫學中心來就診等候住院。醫學中心無法有足夠的病床收治這些等待住院的病人，而形成急診壅塞的狀況。
4. 健保制度加重了醫學中心急診壅塞：目前健保制度下，輕症與重症的給付沒有太大的差異。以急診 5 級檢傷為例，第一級重症急救的病人健保給付 1652 點醫師診察費，最後一級(5 級)如門診的病人給付 358 點，二者差距不到 5 倍。若你是醫師，你會選擇去做看門診的開業醫師，還是去急救病患，隨時擔心有醫療糾紛找上門的急診醫師呢？住院一般病人的每日診察費是 300 多點，加護病房的每日診察費是不到 900 點。在照護病人的心力上的差距與醫糾風險上的不平衡，使得醫師寧願看門診、看輕病，不願意照顧重症病人。

方震中(2016)觀察到的現象和胡勝川(2015)不謀而合，「輸出面」仍是台大醫院經常性壅塞的主因，背後的因素有健保的給付不公，評鑑與健保共同造成的中型醫院萎縮與全國醫護人力流失等等，當然病人端、醫師端與醫院經營管理端都扮演部分的角色，都必須加以解決(方震中 2016)。

參、改善急診壅塞的手段

澳洲學者們運用 Meta-analysis 方法歸納出文獻中常見解決急診壅塞的手法，並整理成下表(Yarmohammadian et al 2017)：

Strategies	Patient characteristics	Responsible practitioners	Coverage	Advantages	Challenges
Streaming	For minor injuries, especially those patients discharged home ^[22]	ED clinicians	All patients	Reducing crowding Improve the efficiency Groups of patients co-located to discrete areas to provide care with resources according to patients' needs ^[23]	Streaming creates the potential for one stream to be under pressure with treatment delays while another is quiet ^[24] Misallocation of patients ^[25]
Fast track	Nonemergency patients with uncomplicated diseases ^[26,27]	Nurse practitioner and doctors ^[28]	10% and 30% of total patients are seen in the ED ^[29,30]	Reducing the total number of patients staying in the ED Improving patient satisfaction and patient safety Patients received high quality of care ^[28,31]	Usually more applicable during peak hours, i.e., not during nights ^[32]
Team triage	Most significant in complex situations	A team with administration of a senior physician/nurse, a nurse initially evaluates the patient (spot check) and a receptionist or a nurse assistant ^[24,33,34] /physician-MDRNSTAT* ^[35,36] /TLPs* role ^[37]	Not found	Increasing accuracy and efficiency in the initial process of patient evaluation ^[35] as all of the team members received the same information simultaneously, thereby allowing them to work in a more coordinated manner ^[38] Patient examinations and diagnostic measures would be initiated earlier ^[39] Reduce LOS* for low-acuity patients ^[40] Improving teamwork within hospitals ^[34]	Handling time per patient is essential to define the tasks of a team indirectly Team triage is not implementable if sick patients are waiting at the expense of minor injuries and for 24 h because of the insufficient resources ^[24]
POCT/ POC-US*	For high-risk patients suspected to have HIV or other dangerous communicable disease/ dyspnea patients whose laboratory, radiology and ultrasound tests were ordered by the ED ^[41-43]	POCT-trained nurses	About 30%-66% of all patients at an ED ^[6,44]	Improvement of nurses' ability to incorporate testing into their existing clinical care ^[45] Positive effects on LOS or waiting times ^[46,47]	Increased costs POCT effect only on patients discharged home, and no significant impact on patients admitted to hospital The limited impact can be expected if many patients need central laboratory analyses in addition to POC ^[48]
Ideal ED patient journey models (within EDs) ^[51]	Acute care of complex, nonambulatory, high-acuity patients Lower acuity, complex, nonambulatory patients Noncomplex, ambulatory patients	Early senior medical assessment Clinical initiatives nurse Clerical officer co-located with the triage nurse	Not found	Providing multiple MOC* options to assess and treat patients Allowing local health facilities have access to appropriate MOC depending on their ED Ensuring tasks are performed by the provider who can most efficiently perform the task Eliminating duplication of processes Reducing unproductive waiting periods	A direct referral to another provider for those patients who need care, but do not require emergency care Mental health Dental Sexual assault without injuries requiring ED management Early pregnancy assessment service Palliative care Aged care assessment and rehabilitation Specialist referral (rooms or direct to inpatient ward) Hospital in the home and postacute care services Outpatient's clinic referral Urgent care center Medical assessment unit Surgical assessment unit Postoperative review patients Drug and alcohol patients Fracture reviews

*MDRNSTAT = Physician-nurse supplementary team at triage; MOC = Models of emergency care; TLPs = Triage liaison physicians' role; POC-US = Point-of-care-ultrasonography; LOS = Length of stay; POCT = Point-of-care testing; EDs = Emergency departments

表一、文獻中常見解決急診壅塞的手法 (Yarmohammadian et al 2017)

可惜的是，國際學者多注重在「流程面」的加速，而非「輸出面」的擴張及順暢，對解決我國以「輸出面阻滯」為主的壅塞而言，幫助並不大。主要的原因，是國際上仍有許多急診的處理效率偏低，急診效率成了急診壅塞的決定步驟，所以只要能提高急診效率，就能大幅解決急診壅塞，反觀我國急診效率已經被急診壅塞問題逼到極致，表一中所列舉的幾項手法均已在國內行之有年，能夠再改進的空間有限。

反之，國內學者就有較為宏觀的觀點，畢竟要解決的是我們自己的問題，胡勝川(2015)提出七大方向，涵蓋制度、流程等各個層面，其中第一、二項直接提到醫院評鑑所可以扮演的角色。

1. 評鑑控管：既然急診有那麼多人在等床住院，卻將床位給了並不危急的門診病人，這是醫院的策略問題，一定有醫院長官在縱容，用評鑑的手段可幫忙解決一部份的問題，可在條文中規範，壅塞醫院的全院住院病人來自急診的比率必須大於 50%，如未達到則列入改進事項。此外，可看另一指標，如果醫院的佔床率不高度（低於 80%），卻有高比率的留滯率，表示醫院的床位管理不善，可在評鑑時提出糾正。
2. 轉診指標可以利用：民國一〇四年衛福部網絡轉診計畫，有一措施謂「如達所有指標，給該區獎勵金」，其中一個指標是「非特定疾病上轉率下降 10%」。可將此精神延伸到評鑑條文上，規定區域級醫院每年的非特定疾病轉出率必須下降 10%，如連續二年沒有達到要求，可給予降級處份。此措施雖然激烈，對於遏止不當轉院，緩解醫學中心的壅塞，自有一定的幫助。
3. 利用健保給付落實雙向轉診：既有大量等住院的病人，只因迷信大醫院而對小醫院的不信任，故而堅持不轉院。這時政府必須祭出公權力，只要急診醫師判定該病是鄰近醫院可以處理的，就要強迫病人轉院，如果病人堅持不轉院，則停止健保給付。一旦決定實施，一些配套不可少，例如：給轉出醫院一點誘因、轉院的交通費由健保給付等，以減少一些可能的阻力。此措施的困難點在於，必須獲得立法委員的認同，然而在現今民粹當道，政治駕凌專業的社會氛圍之下，要獲得立委諸公的同意，簡直比登天還難(李佳欣 2015)。
4. 以價制量提高病人的部份負擔：政府非常重視急診壅塞的問題，曾經提出一個方案「提高急診檢傷四、五級病人的自付額」。此措施的立意良善，可以減少急診不危急病人的來診量，但是對於急診壅塞的減緩卻無助益，因為此措施減少的既是不危急的病人，他們是不會被處置留觀或住院的，頂多是讓人感覺急診室比較忙碌而已，不過此措施可以節省健保資源。
5. 增加護理人力：理論上它就是解決問題的方法，然而實際上做不到就是做不到，除非政府拿出大魄力，給護理人員一筆令她們「有感」的獎金，或者改變傳統的護理文化，否則護理人力荒會永久的存在下去。
6. 限制輕病住院：所謂輕病是指診斷已經清楚，治療也很單純，而且是短時間內就會好的，讓這些病人在急診治療到出院或轉院，使樓上病床可以獲得更好的

利用。至於「輕病」的拿捏，則需要教育我們的急診醫師，院方也需要給予急診人力上的支援。

7. 提升留觀病人照護品質：他提出的方案是「雙專科主治」的概念。亦即急診留觀病人的主治醫師有二位，一位當然是急診醫師，另一位則是留觀等住院病人的該科主治醫師。如果等住院的病人，在急診等了二天還住不上去，該科主治醫師就要下來看病人，給予病人專業的建議，可使病人更早接受到專科的照護，專科醫師也可評估病人是否可以回去，對於提升照護的品質或減緩急診壅塞都有幫助。這樣的制度之下，急診醫師並非就沒事，他每天還是要將病人巡視一遍，針對病人的緊急狀況做立即的處理。因為急診醫師的所學是有關疾病的最初期間的評估、治療與處置，至於病人中長期的治療方略，急診醫師並不專精，故而請該科的專科醫師下來主治，品質較佳，其理至為明顯。

紀志賢(2011)基於健保資料庫研究與問卷調查的結果，做出以下幾點建議：

1. 相關單位需依照不同規模層級醫院訂定急診設置標準，明訂急診醫療人力與空間配置。
2. 台灣急診醫學會擬定與醫院之挪床協定書，取得急診病人住院優先協議。
3. 各醫院應制訂本身相關配套措施，例如加快檢驗流程與設置急診專用路徑，以減緩急診壅塞情形。
4. 建議應各別訂定符合各縣市院前救護車流與繞道機制的標準作業流程，建立到院前救護車分流與繞道的定義與策略，進行民眾衛教工作 提升醫療救護員專業能力且需要明訂相關法規，以保障民與醫療人員權益。
5. 使床位資訊透明並且提升占床率。
6. 強化轉診法律制度並提升轉診機制之成效。
7. 醫學中心與中小醫院結盟，以分散非重症之住院病人。
8. 政府應強力宣導並確實執行依照檢傷分級類別決定病人看診時間
9. 政府以應透過電子媒體教育民眾正確就醫觀念。
10. 在評鑑時應重視各醫院如何建立彈性急診醫療人力調度機制，因應急診量幅成長。
11. 應由建築設計專業與各科別醫療人員共同規劃醫療空間之設計。
12. 提供數位化醫療共享資訊系統，提升醫療資源運用效率。
13. 持續追蹤出院病人預後情況，減少急診病人再就醫率。

他們強調區域的差異化，許多手段必須因地制宜，甚至量身訂做，當然有一些面向是屬於全國性的，就要由中央單位出面協助解決。

陳維恭(2017)的觀點更為特別，他認為我國的急診壅塞就是一種急診的病態，已經超越生理所能負荷的正常範圍，台灣的大醫院幾乎都患有「壅塞症」，所以需要治療，而且

由於因素過於複雜，單一藥方不足以治癒，必須採用雞尾酒療法，多款手段同時進行：

1. 建立人潮分流的機制：不論是情理或法規上，要「限制」急診病人就醫的自由選擇權難度相當地高。但想辦法「分流」，卻是保障大家都能安全就醫的必要之舉。利用價格上的差異一直是適度分散人潮的方法之一。由於目前大小醫院的掛號費或部分負擔上差異不大，民眾自然不加思索就會往大醫院跑，所以放寬及加大掛號費的區間及上限，才可活化分流的機制。由此可見，制度上應該多給醫院一些自我調控的空間，否則醫院只會把責任或怨氣推給政府。對那些「急診壅塞症」經常發作的醫院，應開放醫院壅塞到影響病人安全時可以調高掛號費用，特別是針對那些非緊急的病人，將調控權下放給醫院自主管理，讓應變的機制及權利回到醫院手中。而這對病人來說也未必不利，因為輕症到小醫院所省下的錢，用於大病到大醫院，說不定還更有利。整體來說，人會生小病的次數總是比大病多，況且治療一般小病時，醫師經過病史詢問就能知之八九，也未必非到大醫院不可。
2. 以人力與科技加速急診流程：現代急診要處理的是複雜的病人與疾病，在此高時間壓力之下必須把握「快、狠、準」的準則。而要達到這個目標，充足的人力、先進快速的檢驗檢查儀器以及精實管理的流程，絕對是必要的條件。現今保險制度最被詬病的，就是每年動輒花上好幾百億的錢在小病上，但對又急又重、費心又費時的急重症病人，卻宣稱苦無財源可以支持。在此氛圍下，許多制度或醫院精打細算下所謂「剛剛好」的人力配置，對急診這種無法掌控病人量的單位而言，就是時時刻刻出現「剛剛不好」的窘境。急診的處境就是經常接收醫院老舊的儀器，不僅無法滿足急診醫師做到「快、狠、準」的需求，也危害到許多病人的安全。所以，任何可以加快急診醫師診斷速度及品質的儀器或技術，都應該優先提供給急診做為第一時間救治與診斷病人的工具。
3. 增加急診住院比率及向下轉診疏通待床：壅塞的急診經常來自於壅塞的醫院，而壅塞的醫院經常源自門診量太大。在醫院病床有限下，來自門診病人住院比率只要上升，就會壓縮到急診病人住院的比率，進而讓急診壅塞的風險上升。而且病房專科醫師通常比較喜歡收治自己在門診看過的病人，而不喜歡來自急診複雜陌生的病人。所以，如果醫院或醫師，為了應付醫院評鑑降低住院日的要求、DRG 制度或總額制度下最大獲益的考量等等，而向門診病人傾斜時，急診出現壅塞的機會自然大大提高。台灣幾家患有「壅塞症」的醫院，急診住院占全院住院比率可以相差到 10-20%。
4. 活化下轉的機制：所謂下轉，顧名思義就是將較不複雜或困難的待床病人，轉至有能力照護的醫院。經驗上，下轉政策所碰到最大的阻力是來自於病人對接收醫院的信賴度不足以至於意願下降。然而，以現代台灣醫院的平均水平來看，要處理一般性的疾病絕對是駕輕就熟。因此，問題又回到「價格影響選擇」的心理因素！只是從被保險人的立場與權益而言，要推動下轉只能「利誘」不能「強迫」。轉往小醫院可減少其住院部分負擔，達到有感的程度時，或許就容易

觸動病人要求下轉的念頭(李佳欣 2015)。

他認為任何制度都不可能有絕對的好或絕對的壞,但我國的問題在於制度過於僵化,不論健保或是評鑑,改革談何容易。但制度越僵化,適應力就會被鈍化,到最後又回頭被制度所害。所以,制度保持越多彈性空間,越能利用市場機制來調節併發症。台灣醫療制度在面對新時代的挑戰下,必須勇於改變(陳維恭 2017)。

台灣急診醫學會則做出以下的建議,認為推動分級醫療雙向轉診,從系統根本解決「輸出面」的龐大需求,才是長治久安、一勞永逸的解決之道(方震中 2016)：

1. 推動分級醫療雙向轉診改善醫學中心急診壅塞：衛福部一直希望改善醫學中心急診壅塞的情況,推動分級醫療雙向轉診因此設置了轉診協調師,負責協調轉院事宜。由於患者或其家屬無法分辨輕重症,當病人來到醫學中心急診後,先由醫師診斷並初步處理,若醫師判斷此患者適合到中型醫院住院,可透過轉診協調師聯繫接洽,下轉至合適的醫院,希望藉此給予患者一個安心的轉院機制(Cha 2009)。
2. 健保制度應對就醫行為適度加以限制：我國健保制度給予患者便宜、便利的服務,對於有病直接到醫學中心急診或是到中型醫院急診所負擔的費用差異不大。從基層醫療轉診到大醫院門診或是直接到大醫院的門診,所負擔的費用差異也不大。因此造成了民眾習慣於大醫院就醫,而不能接受分級醫療雙向轉診。
3. 給予願意下轉病人誘因：方便的下轉流程及不用有額外的負擔是第一步,如果能給同意下轉病人減少病人的健保部分負擔費用,對病人接受下轉的動力就更大(李佳欣 2016)。
4. 提昇中型醫院的服務品質：例如下轉到北市聯醫病人覺得他們醫療品質不錯,使得北市聯醫形象提升,逐步使得患者下轉意願提升。
5. 健保給付制度改革：提高急重症及住院給付,改善醫護人員就業環境,以提升人才留置率。當有意願有能力照護急重症的醫護人員增加後,中型醫院才有照顧病人的能量,提中型醫院的形象,才能說服病人安心的下轉。民眾對中型醫院的信心不足、認為下轉無法達到所需的醫療服務與資源;這些觀感都需要一段時間才能改變。
6. 讓全民了解下轉的優點,了解轉診不是踢人球,只有適合轉診的患者醫院才會建議轉診。以全民達成分級醫療雙向轉診的共識為目標。
7. 法律層面的改變,將強制下轉列入法律當中,讓醫院有法源依據,可「根據規定」將病人下轉至適合的醫院。

總之,所有的學者共同的結論就是,大醫院急診的壅塞不是單純的急診問題,也不是單一醫院能解決的,這是一個醫療體系制度面上的問題。要解決急診的壅塞需要政府、全民及醫界共同努力,形成推動分級醫療雙向轉診的共識,才有可能處理這長久以來的問題。

第三節 我國醫院評鑑制度之發展與評價

壹、我國醫院評鑑制度之發展

一、醫院評鑑制度之源起

我國「醫院評鑑」的建立，應歸功於曾任新光醫院顧問的張錦文，他於 1962 年到美國學習「醫院管理」，對美國(JCAH; Joint Commission on Accreditation of Hospitals)已施行多年的醫院評鑑制度有極深的體驗，回台後，他組織「中華民國醫院行政協會」，大力鼓吹醫院評鑑，成為推動建立我國醫院評鑑制度的開端(廖慧娟 2007)。

我國醫院評鑑制度，最早實施的是「教學醫院評鑑」。目的是為醫學院的學生指定合格的實習場所，確保實習醫師訓練品質，也首開醫療界同儕審查制度(Peer Review)的先河。當時第七年的醫科學生必須到醫院實習一年，當年沒有硬性規定實習場所，實習的品質並沒有一定的要求與標準，久而久之產生了一些瑕疵。當時的教育部高教司醫教會，認為醫科生應該在一個具有規模與品質的醫院，完成實習與醫學教育；因此從為醫學院學生挑選合適教學的醫院為角度，由教育部會同衛生署攜手建立一套「教學醫院評鑑」制度。國內教學醫院評鑑從 1976 年籌備、1977 年進行第一次評鑑，當時評鑑是由教育部高教司主辦，由 6 位評鑑委員選定適合承擔醫學生實習的醫院，並在 1978 年公佈第一批評鑑合格的教學醫院，約有 40 幾家(林四海 1988；楊漢淙、王美芳，1992；廖慧娟 2007)。

二、醫院評鑑制度之法源依據

教學醫院評鑑，是教育部對教學醫院的一種自律行為，並沒有任何法源，衛生署也僅因身為醫院的主管機關，以協辦的角色參與。直到 1986 年 11 月醫療法頒佈施行，其中第 7 條明訂：「本法所稱教學醫院，係指其教學、研究、訓練設施，經依本法評鑑可供醫師或其他醫事人員之訓練及醫學院、校學生臨床見習、實習之醫療機構。」並在第 23 條、第 70 條，分別將醫院評鑑及教學醫院評鑑作業納入條文規定，使評鑑工作有正式法源依據(醫療法 1986、廖慧娟 2007)。

由於法源確定，1988 年醫院評鑑工作正式移交由行政院衛生署醫政處接手，編列預算，首次辦理「台灣地區醫院評鑑暨教學醫院評鑑」，擴大教學醫院評鑑為醫院評鑑，將一般醫院及教學醫院都納入評鑑，也就是進入了現今所謂「舊制醫院評鑑」的階段。舊制醫院評鑑基準中，取消分級制，而是比照配合 1985 年、1986 年衛生署積極推動的醫療網計畫，採用「醫學中心」、「區域醫院」、「地區醫院」等名稱來分等級，再依其評鑑分數，列出「準」級，總共有 6 個等級，部份的地區醫院也兼具教學醫院資格，除提供診療服務外，尚需兼具教學訓練及研究功能(林四海 1988；廖慧娟 2007)。

在兩次評鑑中間，或還沒列入評鑑項目的部份，則以訪查代替。例如醫院檢驗室、精神科醫院等專業訪查，等進行到一定程度，才慢慢併入評鑑；因此，評鑑工作從最初的「管理」、「醫療」、「護理」等 3 組，擴張到 10 個科目，包括檢驗、急診、精神科等(廖慧娟 2007)。

三、評鑑專責機構「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」之成立

1988 年舊制醫院評鑑正式實施時，台灣有近千家的醫院，依規定每家醫院 3 年得接受一次評鑑，由衛生署醫政處負責。當時平均一年要評 300 多家醫院，還得兼顧其它醫政業務，醫政處人力調派非常吃緊，所以 1998 年 8 月衛生署依「醫療網第三期計劃」捐助基金，聯合「中華民國醫師公會全國聯合會」、「中華民國醫院協會」、「中華民國私立醫療院所協會」等單位，成立一個類似美國醫療機構評鑑聯合會(JCAHO; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)的客觀民間機構，設置「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)」，以社會專業公信力，承接每 3 年舉辦一次的醫院評鑑。1999 年 1 月核准醫策會成立，3 月 8 日向台北地方法院完成財團法人登記，4 月 12 日舉行揭幕儀式，成為我國第一個由政府與民間醫事團體共同捐助設置的衛生財團法人機構，主要的任務是提昇醫療品質與執行醫院評鑑工作(廖熏香、楊漢淙，2000；醫策會 2018)。

四、新制醫院評鑑之改革

2001 年初期，美國 IOM 出版 *To Err is Human* 一書，引起各界的注目及醫療的省思。以病人為中心的醫療理念，逐漸拓展開來，醫院評鑑標準的內容開始作較大幅度的改革。2002 年發生一連串打錯針給錯藥的嚴重醫療疏失事件，造成國人相當大的震撼，也引發各界質疑醫療機構的評鑑成效。2003 年 SARS 風暴後，醫界開始反省，認為舊制醫院評鑑以推動醫院設備、人力結構改善為評鑑基準，在過去數年的確大幅提升醫院的品質，使醫院設備新穎，民眾受益良多，但也由於過度重視結構面，造成醫院間的「軍備競賽」，競相在設備器材、人力管控上著墨，衍生不少弊端，例如在 SARS 期間，因應評鑑而培育出過度專科化的醫生，不會為病人插管、甚至自己遭到感染，可謂到了必須改變的時候。衛生署委託醫策會開始研擬新制醫院評鑑基準。新制醫院評鑑除了參考美國 JCAHO，也向鄰近的日本取經，納入以病人安全、團隊醫療及社區民眾健康需求為主的各種醫療評鑑趨勢與核心價值，建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正優質的評鑑機制(張云嫻、許怡欣、薛亞聖 2006；廖慧娟 2007)。

在當時的衛生署主導下，「新制醫院評鑑」於 2005 年正式上路，經過五年逐年實施，終於 2009 年完成歷史性的任務：新制醫院評鑑基準共計有 508 項，包括管理、醫療以及護理 3 大領域。在實施第 1 年後，各界即提出不少檢討聲浪，尤其針對 49 床以下甚至 99 床以下之醫院是否能一體適用？最後在台灣地區醫院協會及諸多團體的努力下，終於與衛

生署取得共識，除一般可選項目 80 項外，49 床以下醫院可選擇免除最多 114 項基準，而 50 床至 99 床醫院則可選擇免除 194 項評鑑基準。總計至 2007 年止，參加之 249 床以下醫院共計 136 家，佔所有醫院約 3 成(醫策會，2008『94-96 新制醫院評鑑平均水準參考表』)(林淑綿 2009、2010；鍾翰其，2015)。

五、「緊急醫療救護法」與「急救責任醫院緊急醫療處理能力分級評定」

「緊急醫療處理能力分級評定」是另一項與急診相關的評鑑制度，所有所謂的急救責任醫院都必須接受評定，其背景可追溯至 2005 年發生的「邱小妹事件」。在當時，整個事件反應出台灣即便擁有一個自認可以傲視全球的健保制度，一旦面對到又急又重的弱勢病人時，就淪落到不堪一擊，因此整個制度建立的精神，無非就是希望所有又急又重的病人，都能得到一個有品質的緊急照護。分級標準完成後，2007 年便開始進行試辦計畫。緊接著在同年的 7 月，正式公告修正後的緊急醫療救護法。其中第 38 條明文規定，「中央衛生主管機關應辦理醫院緊急醫療處理能力分級評定，醫院應依評定等級提供醫療服務，不得無故拖延」。本項評鑑仍委由醫策會承辦，2009 年第一次正式評鑑，許多醫學中心在第一次評鑑都慘遭滑鐵盧。而透過評定的深入了解，不僅反映出許多大醫院在緊急醫療處置上的弱點，更震撼了醫院管理高層(陳維恭 2015)。

「緊急醫療處理能力分級評定」六大章節，分別是急診、急性冠心病、急性腦中風、重大外傷、高危險妊娠與新生兒、以及加護病房，以條文符合及不符合加以評分，最終將急救責任醫院分為「重度級」、「中度級」、「一般級」等三個等級，並允許部分「重度級」或部分「中度級」醫院的存在。「緊急醫療處理能力分級評定」不全然等同於醫院評鑑結果，許多「區域醫院」符合「重度級」標準，某些「地區醫院」符合「中度級」標準，但也有部分「區域醫院」僅達一般級標準。唯「醫學中心」必須一定要是「重度級」醫院(衛生福利部 2017)。

貳、醫院評鑑之評價

一、醫院評鑑制度之正面評價

研究顯示，我國醫院舊制評鑑可使醫院「結構面」品質獲得改善，但「結果面」之品質改善程度則並不顯著，具體而言，醫院評鑑在內科外科以及護理品質上都有提升的效果，且三個部門的主管也對醫院評鑑持有正向的看法，甚至高達九成的護理部門主管認為醫院評鑑有助於提升護理品質(陳玉寧 1997；王俊文、葉德豐、曾坤儀 2003；許士軍、廖慧娟，2008)。

有關舊制評鑑的問卷研究發現有八成五的區域或地區醫院認為評鑑對提升醫療品質有幫助，六成的區域及地區醫院認為現行醫院評鑑能夠反映醫院的品質(黃雅娟 2002；王

俊文、葉德豐、曾坤儀 2003；許士軍、廖慧娟，2008)。

新制醫院評鑑實施以來，帶給國內醫療界許多世界公共衛生發展新趨勢及醫院管理新知識，如新制醫院評鑑最大特色之一：專責專章要求「病人安全與病人權利」(第三章)，第一輪實施下來幾乎全國醫院都可達到一般水準以上，平均達成率有 93.90%；另外，第一章所強調之醫院經營策略及社區功能，平均達成率亦有 94.01%，此有助於強化醫院體質並與社區結合(林淑綿 2010)。

醫院評鑑所帶來的正向效應，可從上一輪評鑑循環(2010 至 2013 年)醫院評鑑及教學醫院評鑑，受評院所回饋的意見調查結果來瞭解：一、有 89.4%受評醫院認同評鑑委員建議意見可作為醫院改善之參考。二、有 81.3%受評醫院認為醫院評鑑能促使醫院關心並推動醫療品質、病人安全活動。三、有 80.2%受評醫院認為醫院評鑑能促使院內各部門之合作。四、有 77.9%受評醫院認為醫院評鑑能夠提供醫院瞭解自我能力並設定學習標竿。五、有 77.1%受評醫院認為醫院評鑑能凝聚院內共識及向心力(醫策會 醫院評鑑組 2014)。

自 2007 至 2010 年的資料顯示，醫院評鑑的初評合格率、各章 C 以上達成率均呈現出逐步提升之趨勢，可代表醫療照護品質的提升，對於新制醫院評鑑所重視的「以病人為中心」、「病人權利與病人安全」等核心精神在各醫院已逐步落實。2010 年起並透過衛生署網頁之「醫院評鑑資訊公開專區」提供相關資訊供各界參考比較，希望能提供民眾就醫時之參考(黃莉蓉 2011；周美儀等 2012)。

胡勝川(2012)也肯定院評鑑有助提升急診品質，認為因評鑑規定，可以從以下幾個地方看出品質明顯提升：

1. 急性心肌梗塞導管黃金時間內血管打通率提升：大多數醫院的 STEMI (ST 上升型急性心肌梗塞) 病人的阻塞血管都能在 90 分鐘內打通、心電圖都能在 10 分鐘內完成，這在「醫院緊急醫療能力分級評定」的規定規範以前是不可能的事情。現在大多數醫院都可以達到此二個指標，甚且許多醫院的達成率達 90%，這無不是拜此評鑑規定之賜(李彥範、胡勝川、賴惠玲 2013)。
2. 重大創傷病人第一時間有創傷小組協助處理：當重大創傷病人到來，急診醫師必須盡快啟動「創傷小組」，該小組的值班醫師必須在 10 分鐘內抵達急診室，主導重大創傷病人的急救進行，並決定盡快進入手術室和區分該病人的歸屬科別，衛生署這項明智的決定，解決了急診醫師長久以來對重大創傷病人的無奈，當然也因而拯救了不少重大創傷的病人。
3. 發作在 3 小時內的缺血性腦中風病人接受血栓溶解劑治療的比率增加：缺血性腦中風病人如能在發作後 3 小時內接受血栓溶解劑治療，病人的預後會有較大的改善。2005 年健保局也已通過健保給付 tPA (血栓溶解劑的藥物)，可是統計資料顯示有使用 tPA 的病人非常少，固然病人本身的耽誤是原因之一，神經內

科醫師的保守心態也是重要的因素。自從「醫院緊急醫療能力分級評定」裡規定，必須提出有缺血性中風病人接受血栓溶解劑治療的個案，「醫院評鑑」條文 2.4.4 更規定，急性缺血性腦中風個案，有 0.5% 以上給予血栓溶解劑治療，才可得到「A」級。從此神經內科醫師的心態不再保守，受惠的病人相對多了起來，再度證實了評鑑帶來的威力。

4. 急診暴力的因應措施：2011 年前半年是急診暴力最喧囂塵上的時期，常是報紙社會版的頭條新聞，在這樣的氛圍之下，造成很多急診醫師離開，也影響到新進的住院醫師不敢投入急診的行列，在接下來的急診住院醫師招生中明顯的看出此一趨勢，原來是青年學子申請的熱門醫院也都招不足急診醫師。衛生署也早已看出事態的嚴重性，規定各醫院要有門禁管制，並納入「醫院緊急醫療能力分級評定」中急診醫療的章節裡，從此對急診醫護人員的安全又多了一層保障。
5. 增加急診醫護人力，院方不再刁難：每當急診主任向院方要求增加急診醫師或護理人員時，院方總會以各種理由予以婉拒，最常提出的理由就是「急診是虧錢的單位，一定要開源節流」。自從「醫院緊急醫療能力分級評定」裡規定，急診醫師的所需人數必須達到規定，而此人數的規定比「醫院評鑑」的 C 等級規定要高出甚多，院方對此規定是照單全收，因此急診主任增加了人手，何嘗不是評鑑之功勞。急診護理人力亦然，自從「醫院緊急醫療能力分級評定」裡規定每日急診量，每 10 名病人即須有一名護理人員，再加上留院觀察病床的一半人數，這樣的算法比原先的人力要多出甚多。為了達到「重度級」，院方一定會要求護理部補足人力。

評鑑對小型地區醫院來說雖然有許多衝擊與困難，新制評鑑仍帶給小型地區醫院甚多正面的意義及鼓勵，並對提升醫療品質方面有一定程度的肯定。首先，由於新制評鑑重視管理制度的建立，使得多數以家族式經營管理模式的醫療院所，開始建立各種制度化的管理機制，雖然離現代化管理仍有一段距離，但卻是一個好的起步。包括人事制度、財務制度、人員再教育制度、全院性管理理念等多數一般小型醫院較難制度化的部分，此正是舊制評鑑中所缺乏；其次，因評鑑的準備工作繁多，使得許多小型醫院已開始進行管理資訊化的規劃，透過資訊設施簡化作業流程、加強管理機制；再者，標準作業程序的落實，由於人力的限制，小型醫院工作人員容易仰賴個人經驗作業，而不重視標準化之文書作業，新制評鑑促使醫院進行各類標準化作業，至於遴選或合作之外包承辦公司負責人或機構，亦應與該合作醫療院所所有統一且相同之概念。最後，評鑑制度帶來品質正面提升的意義是無庸置疑的，長期依循著八大章基準落實評鑑準備作業於日常工作中，將是很好的醫院管理方向(謝博生等 2008；謝武吉 2008)。

二、醫院評鑑制度之質疑與批評

鑑於 4 年 1 次的評鑑方式，使得醫院與委員僅能以片段性、回溯性的方式，審查某

一時點之醫療品質，未能經常性、即時性的掌握醫療品質狀況。另外，新制醫院評鑑因強調評量過程與結果面，為能確實呈現，部分受評醫院反應評鑑準備過程過於繁瑣、文件紙張作業太多，評鑑委員亦因花費相當比例時間於書面審閱，反讓評鑑過程失焦。此外，每年度受評醫院於準備佐證文件資料時，多呈現「軍備競賽」的狀態，讓各家醫院同仁頗受「資料收集和彙整」之擾，相對影響病人接受醫療照護的時間比例，而忽略了院內還有許多實質的做法需要改善。(醫策會 醫院評鑑組 2014)。

評鑑對小型醫院與大型醫院之間的關係並不對等，臺灣醫務管理學會理事長謝武吉就曾經提到 99 床以下醫院全面採用新制醫院評鑑制度，雖然大多數的醫院都仍順利通過合格醫院的門檻，然而在整個準備過程中仍遭遇許多困難與衝擊(謝武吉 2008)，包括：

1. 醫管人才缺乏：由於大多數小型醫院在人事成本的考量下，無法聘請專才或專司行政管理之人員，醫院評鑑事務多由護理主任、督導或由未接受院外教育訓練的醫管行政人員負責，然而新制醫院評鑑中所重視之「以病人安全為中心」的臨床照護品質，已成為護理主管優先關心之重點，導致部分醫院在評鑑文書作業上缺乏統整作業。其可能造成：評鑑作業程序不清楚、填表資料不正確、實地評鑑過程缺乏整體性等等之問題。
2. 會議多，人員少：由於新制評鑑著重過程面之評值，因此對於各類管理及品質會議皆要求能有完整紀錄。雖然評鑑委員多能接受會議整併方式進行，然而仍須備有十數種委員會或小組之討論紀錄，且須按月或按季進行。依照準備經驗而言，不含評鑑準備會議，各類品質和管理會議平均每週須進行 1-2 次會議方能滿足各種議題討論之需求。這還不包含教育訓練的時間。
3. 教育訓練成本高：由於新制評鑑要求各類全院性教育訓練之進行，對於組織發展是有正向的意義。然而在小型地區醫院中，由於人數較少，故平均教育成本較高。此僅能有賴未來網路數位學習的普及，方能解決小型地區醫院在教育訓練上的人力、物力的問題。
4. 委員的觀點與地區醫院實際作業的落差：由於部分評鑑委員來自於區域或醫學中心，在排名競爭的情形下，多數服務大型醫院的委員已被要求以 B 或 A 作為努力的目標，在實地評鑑過程中或不經意要求地區醫院也須達到此類水平，導致受評醫院的挫折感。

地區醫院對醫院評鑑的感受最為深刻，曾有地區醫院院長提出以下的觀點(黃素雲 2007；謝文仁 2010)，指出評鑑不合理之處：

1. 未能以「疾病治療成效」和「病患之觀感」為中心和前提，然後再依據此結果延伸出不同的量表項目：病患進到醫療院所，就是單純尋求「疾病治療」，因此，病患就是要他們的疾病受到妥善的照顧，和疾病被治癒。醫療院所為了要達到病患滿意的要求，自然就會提供合乎要求的醫療品質與服務。我們若由病患的角度來看，病患會在乎醫院的願景是什麼，是否有長期計劃，醫院是誰在作營

運管理，護士的離職率和薪水是多少，是不是有藥事委員會，是不是有召開感控會議，有沒有 H1N1 國內外的疫情報告……等等嗎？這麼繁多的項目！評鑑作業卻反而相當注重且給予計分。退一萬步說，是不是醫院完全按照評鑑評分量表項目一一達到，病患的疾病即可得以痊癒嗎？病患的觀感就會滿意嗎？所以我們是不是以「病患疾病治療結果的狀況」和「病患觀感」為出發點和前提，然後再定出評鑑評分量表項目，這才能符合「以病患為中心」的原則。

2. 醫院行政管理的評分比重反而高過於醫療成效：這將會錯誤地將台灣醫療院所的主力由醫療導向行政管理。於大型醫院和醫學中心，可能較需行政管理專業人才以便醫院營運順暢，但對於小型 50 床以下的醫院，專職醫院管理人員和高規格醫院行政企劃，對於醫院的運作是否會有實質性的幫助呢？是否會造成不必要的人力和財力浪費呢？這都是醫療評鑑工作尚需研究的課題。
3. 沒有充分的彈性：未依據個別醫院實際醫療狀況之差異，而有不同的評鑑量表之項目和標準（不只是只依醫院大小等級之差異）。由於醫學中心和財團法人支持的大型醫院的醫療型態大都完全相同，也就是都具備所有醫療的各專科和次專科，且再加上負有醫療教學和訓練專科醫師的任務，所以其醫院經營管理模式和評鑑量表項目，則較有固定的標準，因此在評鑑作業上，個別醫院的差異性就相當小。但是在公立的大型醫院，現有的醫院管理模式與同等級財團法人經營的醫院，就會在醫院管理方面出現有較大的差異，在這一塊也正是最需要評鑑作業的彈性化，才能針對個別醫院制定出有實用效果的評鑑量表項目和標準，才能夠實質地改善公立醫院的營運狀況，難道這不就是醫院評鑑制度所應追求的目標嗎？至於小型的醫院，其個別醫院之間的醫療狀況和型態的差異就相當大了，和大型醫院與醫學中心相較則更是不同，所以評鑑評量表的制定則需有更大的彈性空間，才能符合評鑑制度實質的意義。
4. 未考慮「自然存在的評鑑作業」：即是不合格的醫院若仍不自我尋求改進，在市場淘汰機制下，自然就會遭受到淘汰而關門，如此評鑑作業就得以簡化。在本院評鑑作業的開場發言，我就提出一個問題讓大家思考一下，即是「誰是最好的評鑑委員？」——就是病患。病患最能直接且切身體驗到疾病是否有被妥善治療和醫院的醫療服務品質如何…等評鑑作業最重要的課題，所以每一個醫療院所，從開業以來就每一天每一分鐘，都持續在接受每一個病患最直接的「評鑑」，除此之外尚有司法制度的約束和「醫療糾紛」的警戒，以及衛生局和十幾年來的健保局的經常性審查和稽核作業，所以醫療院所已經被這些「自然存在的評鑑機制」天羅地網地監控和篩選著，所以沒有被這些自然存在的機制所淘汰，而仍能順利運作的醫療院所是必然有一定程度的醫療成效和品質的，若是再加以複雜且無實用效果的評鑑量表項目和冗長且擾民的實地評鑑工作，則會有「疊床架屋」之感。
5. 未參照健保給付之實況，而有不同程度的計評分標準。一昧高標準的人力和物力的要求，對醫療院所是相當不公平的，甚至有些醫療院所會因此被逼上「梁山」或「黃泉路」。目前的醫界團體均發出強烈抗議醫院評鑑與健保局「掛鉤」，

但本人卻認為此二者更須密切地「結合」，且需「同步」，以免此二者背道而馳，而又造成台灣醫療生態的「怪象」。醫院評鑑和健保制度均是台灣政府的醫療政策，一者是掌管醫療費用的給付，另一者是負責醫療品質的驗收。有多少的要求，就需有多少的費用，反之付出多少的費用，就會有等值的服務，此乃民主法治社會中基本的「自然法則」和「比例原則」。台灣的衛生署正以「夾鉗」的方式由兩邊一起來擠壓醫院，一頭是由健保局以壓低支付醫院醫療費用為目標，而另一頭則是由授權的醫策會，以提高醫院開銷和支出為任務的醫院評鑑，所以台灣的醫院「沒死的」也「只剩半條命」了。因此本人相當地期望，衛生署能夠將這兩項重要的「醫療政策」合併考量。在健保經費短絀的情況下，和不得損及病患「基本的」醫療權益的前提下，應根據「比例原則」訂出不同程度的評鑑作業。

6. 未尊重醫療院所的財務會計的隱私。我們可由「法」、「理」、「情」三個層面來探討這項原則。就「法」而論，「醫策會」這個民間法人的組織是否有合法地被授權地去要求醫療院所呈報其財務狀況，尤其是私人的醫療院所。其法源根據又是為何呢？反觀之，我國的憲法卻有明確地規定人民財產隱私權需受到保障。再來就從「理」這方面來看，請問醫療評鑑基於什麼實質的「理由」要明確詳細地知道醫療院所之所有收支狀況呢？是不是有了盈餘就會加分，賺越多就加越多分，反之則扣分。若是醫療院所有虧錢，醫策會是否會有義務或責任來資借呢？若是賺錢，醫策會是不是也要分紅呢？若前述之答案皆是否定，那醫療評鑑哪有什麼「理」來要求醫療院所需要製作出財務會計報告，以供閱覽呢？

針對評鑑所衍生的諸多副作用，當代醫學雜誌則曾有以下的論述，認為醫院評鑑制度，應該重新評估了(當代醫學社論，2012)！

1. 醫院評鑑的目的，應重新界定：醫院評鑑的建立和實施，應是 74 年十大建設中為達到建立醫療網的過程手段之一。由於當時的醫療，大多數醫院的硬、軟體設施皆不盡理想，且差異性極大，因此，才開始三年一次的評鑑，希望藉此協助難以上軌道的醫院，提升其應有的品質。衛生署採取主動的態度，鼓勵各級醫院參與，並主動聘請專家依其狀況給予建議及協助改進，也成功的促成了台灣醫療水準的不斷提升。換句話說，醫院評鑑的目的，在於協助各級醫院，依自身狀況，從事符合基本品質要求的醫療處置。醫院既存有主、客觀環境和條件的差異，理應容許各種不同情況存在。除非 要求的是醫療品質的最基本條件，否則，任何相信或企圖以一套制式表格，即可提升醫療水準的想法，是不切實際的。尤其，當醫院評鑑成為掌控醫院生死的關鍵，不但具有強制性，甚至受評醫院又必須付出不小的費用給予評鑑機構時，整個制度的原意，已被扭曲了。醫院既已訂有應有的設置標準，問題應僅剩下醫院如何運用現有資源，以發揮功能而已。醫院評鑑若具有強制力，也就是具有公權力的性質，即不應收費，其要求亦不應超出設置標準太遠；若僅純粹站在協助醫院改善現有狀況的立場，醫院基於自身利益，相信應樂於主動付費接受或尋求專家們的診斷和改進建議。

目前醫策會的性質，究竟是屬於前者，或者後者，應重新釐清、界定。醫院等級和存廢的認定，屬衛生署系統的職權，應由衛生署直接主導，而不能僅接受評鑑機構的建議，即遂行處置，因為，醫策會並不等於衛生署，它並無主權去主導或制定醫療的走向。

2. 評鑑的內容應避免單一和制式化：現行的醫院評鑑，應以協助醫院有效發揮本身主、客觀條件，並尋找出讓其營運和醫療流程，更加合理、順暢為主。醫院（合法且被核准設立）既存在著各種條件上的差異，評鑑機構，如何能用單一或制度方式，來面對各種不同的問題？例如，A 醫院認為自己的問題，在財務處理方面；B 醫院認為，在護理人力的過度流動上；C 醫院在於醫師人力的調配上等。醫院需要評鑑機構協助的是找出癥結及改善之法，而不是由它來指出缺點，並加懲罰，因為，醫院的缺點自己最清楚，問題只在於不知如何改善而已，醫策會應像是“抓漏”的專家，而不應代衛生署執行其該負的職責。現行醫院評鑑的繁複和年年修訂、增厚，已怨聲載道，且被指為造成血汗醫院的元凶之一。尤其，過多的書面資料和過多的所謂 SOP，已明顯的忽略醫療人員的專業能力且加重他們的額外負擔，連帶的，也侵蝕了病人的醫療權益。醫院評鑑的需要性，是無庸置疑的，只是，它應具有階段性任務的取向，而隨主、客觀條件的改變而調整。當初評鑑所欲達成的硬、軟體基本要求已完成了，醫療已是一個相對成熟的行業，在一般的醫療流程上，需要時時創新的機會並不多。過度的創新化、制式化和書面化，除了玩弄文字遊戲外，並無益於實際醫療的進行，也可能妨害了應有的合理醫療，並造成醫療人員和病人雙輸的局面，不得不慎。

三、評鑑制度與急診壅塞之關聯性

可惜的是，在現有可查找得到的文獻中，並沒有任何文獻直接提到評鑑制度與急診壅塞之間的相互關聯性，僅能看出間接相關性。例如評鑑可以讓急診醫護人力受到較多保障、加速部分重大急症之處理流程、加速部分會診的即時性、讓醫院雖不願意卻仍投注更多資源給急診(胡勝川 2012)，還有即時資訊公開透明、轉診網絡資訊化等等(陳維恭 2015)，這些相信都有助於改善急診壅塞。

但因為評鑑過度傾向大型醫院的設計思維、缺乏彈性以及未實際考量接受評鑑所需花費的成本等因素，令中小型或地區型醫院成為評鑑制度的弱勢者，不願參與軍備競賽、沒有擴張企圖心的醫院只能在評鑑制度中，逐漸被邊緣化，加上評鑑結果被簡化解讀甚至被誤導，民眾開始出現大醫院大品牌的迷思，中小型或地區型醫院只能黯然退出台灣的急性醫療市場，轉型為慢性長照機構(謝武吉 2008、謝文仁 2010、當代醫學 2012、衛福部 2014)，這種葫蘆型的醫療供應導致院際轉診困難，民眾直接到大醫院就醫，間接惡化了急診壅塞(方震中 2016)。

此外評鑑要求醫院要全面性的品質提升，在每一方面都要兼顧，造成醫院必須面面

俱到，將資源平均分配到各個領域，不僅不可能獨厚急診，甚至在某些利益衝突的場合選擇犧牲急診(胡勝川 2015)。

再來就是評鑑要求不夠徹底，例如對會診時效性、檢查報告時效性、以及候床時效性等對改善急診壅塞有幫助的做法，評鑑都只有點到為止，沒有嚴格要求，更沒有所謂的待床留觀雙主治醫師共同照護制度，導致急診壅塞一直在原地打轉，無法突破(胡勝川 2015、陳維恭 2015)。

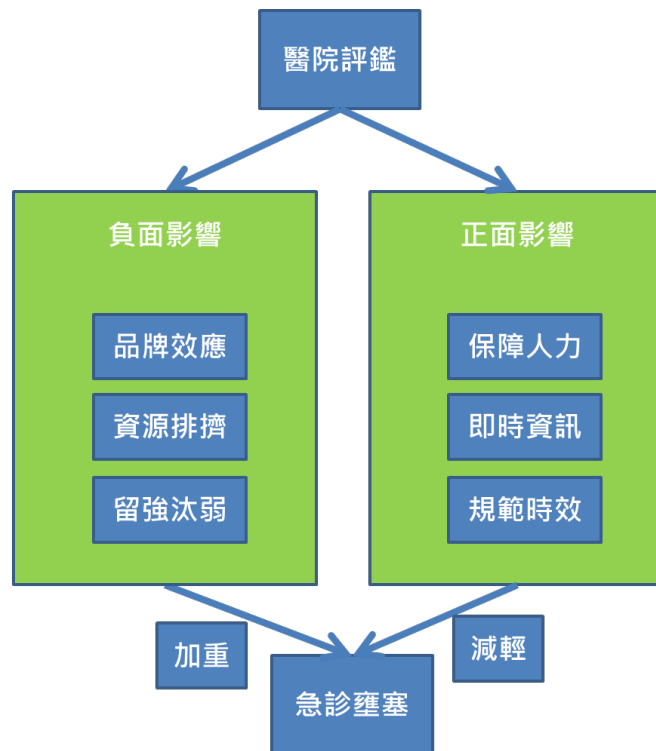
最後是評鑑框架過於僵化，缺乏因地制宜及因規模制宜的彈性，更致命的是評鑑只看單一醫院的經營，缺乏區域觀、社會觀、整體觀，因此常看到某家醫學中心一枝獨秀，周邊醫院卻倒的倒、關的關，區域網絡破洞百出，最終病人只好都被塞在急診(謝文仁 2010、紀志賢 2011)。

第四節 研究設計

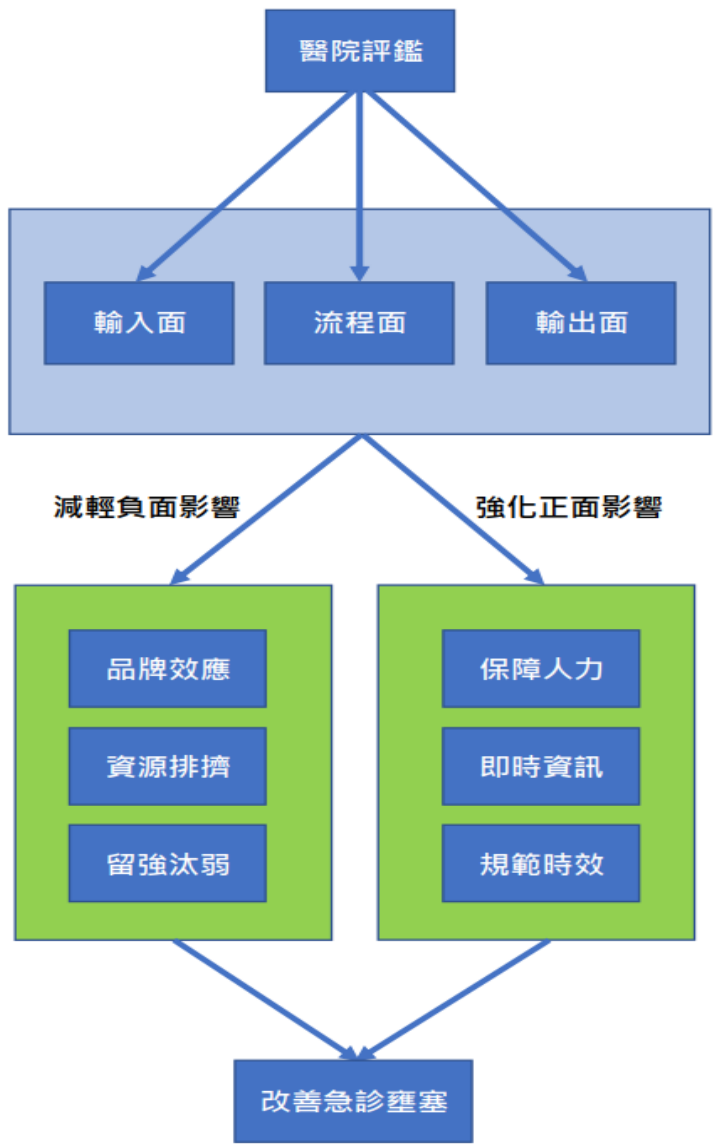
壹、研究架構

我國醫院評鑑制度對於急診壅塞可能造成的影響彙整如圖一。基本上，我國現行醫院評鑑可能帶來品牌效應、資源排擠和留強汰弱等惡化急診壅塞的負面影響，但若實施得宜，亦有保障人力、即時資訊和規範時效等正面效應。

本研究結合圖一和 Asplin et al. (2003) 的急診壅塞成因的輸入、流程、輸出理論，共同形成本文的研究架構（如圖二）。具言之，本研究將在深入了解我國醫院評鑑所造成的各項正面與負面效應之後，進一步分析如何調整評鑑制度之內容和執行，以介入影響輸入、流程和輸出構面，從而降低評鑑之負面影響和強化其正面影響，以達到紓解急診壅塞之現象。



圖一：醫院評鑑與急診壅塞間之關係



圖二：研究架構圖

貳、研究方法

本研究主要採質性研究方法，包括文獻分析法與深度訪談法。但因政府公開資料中，有部分資料庫可以進行量化分析，因此亦將使用「資料庫分析法」作為輔助。

一、文獻分析法

文獻分析旨在瞭解前人對於相關主題已做過的研究結果，經歸納分析以整理出本領域之現況，並對先前研究做比較分析，瞭解過去文獻不足之處，而有助於本研究主題之建構。文獻來源則包括專書、博碩士論文、研討會論文、專案研究報告、專業期刊、雜誌專欄、報紙等，及全球資訊網之官方文件、智庫研究資料、Google 或奇摩搜尋引擎蒐獲之文章或評論等資料。

本研究亦同時透過搜尋包括衛生福利部醫事司及健保署之政府公開資訊，以及醫策會之歷年統計資料，進行深入的數據分析，諸如歷年「醫事機構現況及服務量統計」、歷年「全民健康保險監理指標監測結果報告」、「全國重度級急救責任醫院急診即時訊息總覽」等等，釐清醫院評鑑結果與急診壅塞之間的相關性，試圖以統計方法找出相關因子，作為深度訪談時的提問參考，期望提出可行的改進建議。

二、深度訪談法

訪談是針對研究主題而有目的性的談話過程，透過訪談可進一步瞭解受訪者對於本主題之認知、看法、感受與意見。因此透過訪談相關特定人士，可獲得較為詳盡之第一手資料，並藉由不同利害關係人從不同角度透析對於本研究之觀點，而能獲得較完整之全貌。

為求客觀性與全面性，訪談對象必須涵蓋各相關領域各階層方具有足夠的代表性。有鑑於此，本研究規劃訪談的對象，將包括下列各個主要的利害關係人（stakeholders）：衛生福利部醫事司官員、衛生福利部健保署官員、立法委員、醫院評鑑暨醫療品質策進會代表、台灣急診醫學會代表、台灣急診管理學會代表、台灣醫療改革基金會代表、台灣醫療品質學會代表、台灣醫院協會代表、台灣醫務管理學會代表等，以傾聽各種不同立場專家對本議題之看法，提供更豐富多元的分析材料。

本研究擬採半結構式訪談，預先準備訪談題綱，以利受訪者掌握訪談主題，但實地訪談時則隨受訪者的談話內容而變動，題綱僅作為一種提示，並視受訪者身分不同而有不同提問。以下列出本研究之訪談題綱：

一、關於急診壅塞方面：

(一) 您認為我國急診壅塞的問題嚴重嗎？相較於其他重大的醫療困境，急診壅塞的重要性為何？有迫切解决的必要性嗎？

(二) 您認為急診壅塞可能導致甚麼樣的後果？短期影響？長期影響？除了醫療層面，是否還有社會面甚至文化面的影響？

(三) 您認為我國急診壅塞的成因可能有哪些？近因為何？是否有背後更深的因素潛藏其中？

(四) 學者認為急診壅塞的成因可以分為輸入面、流程面與輸出面等三個面向加以分類，您的看法如何？有更多的面向存在嗎？

(五) 您認為急診壅塞可能被解決嗎？如果不能，為什麼？如果可以，有哪些解決的辦法？

(六) 過去許多嘗試過的解決方案，失敗的原因為何？有哪些方面沒有注意到？還需要考慮哪些相關因素？

(七) 您建議的解決方法估計會動用多大的資源？改革的幅度有多大？需要多久的時間？

(八) 在這些解決方案中，政府部門應該扮演甚麼角色？可以使用的手段有哪些？

(九) 在這些解決方案中，醫院可以扮演甚麼角色？可以使用的手段有哪些？

(十) 在這些解決方案中，NGO(如醫策會)可以扮演甚麼角色？可以使用的手段有哪些？

(十一) 在這些解決方案中，民間團體(如各學會、協會、基金會)可以扮演甚麼角色？可以使用的手段有哪些？

二、關於評鑑制度方面：

(一) 您認為我國醫院評鑑制度有哪些優點？帶來哪些正面效益？

(二) 您認為我國醫院評鑑制度是否也仍有缺點？可能導致哪些負面效應？

(三) 您認為我國醫院評鑑制度的設計上，是否存有某些盲點？有哪些層面沒有被

考慮到？

（四）學者說我國醫院評鑑的制度是專為大醫院設計的，不利於小醫院的生存，基本上是一場不公平的競賽，您認為是否合理？原因為何？

（五）我國醫院評鑑的制度對於急診的影響，是有助急診進步？還是反而限制急診發展？為什麼？

（六）您認為我國醫院評鑑的制度和急診壅塞問題有關嗎？關係有多密切？這樣的相關性原因何在？

（七）您會認為我國醫院評鑑的制度直接或間接導致急診壅塞問題，或是導致急診壅塞問題無法解決嗎？理由是？

（八）您會認為我國醫院評鑑的制度在解決急診壅塞這個課題上，可以扮演甚麼角色？可以提供什麼樣的協助？

（九）您會認為我國醫院評鑑的制度目前發展的方向，有朝向這些方向進行嗎？如果有，有哪些面向？如果沒有，為什麼？

（十）您認為我國醫院評鑑的制度還有哪些其他值得關注的問題？它們所代表的意義是什麼？令您關心的原因為何？您的主張是？您的建議作為是？

（十一）文獻提到，我國醫院評鑑的制度造成品牌效應、資源排擠、留強汰弱的效應，導致急診壅塞的問題？您同意這樣的說法嗎？您的主張是？您的建議作為是？

（十二）文獻提到，我國醫院評鑑的制度可以從保障人力、即時資訊、規範時效各方面，改善急診壅塞的問題？您同意這樣的說法嗎？您的主張是？您的建議作為是？

上述問題旨在以結構式的題綱、循序漸進的方式，從各領域代表人物口中，引導出他們對於本文議題的看法，從而了解他們的重視程度、立場差異、以及對解決方案的建議。由於結構式的提問，可以將每個人的訪談內容依題綱加以條列，以利彼此之間的相互參照與比較。從比較中，我們可以整理出當今國內對此議題最具影響力的團體或人士，見解之間共同點與差異性，從而可以歸納出一些具體的想法與做法，進而衍生出理論，以及未來建議作為。

參考文獻

- 方震中，2016，〈急診壅塞解決之道〉，《健康世界》，472:12-17。
- 王俊文、葉德豐、曾坤儀，2003，〈台灣醫院評鑑趨勢之探討〉，《中山醫學雜誌》，14(4)：513-522。
- 江旺財、李衛華、廖芝倩，2015，〈台灣急診室壅塞的初探〉，《輔仁醫學期刊》，13(4)：223-231。
- 行政院衛生署，2006，〈95年新制醫院評鑑暨教學醫院評鑑基準〉。
- 行政院衛生福利部健保署，2013，〈健保署「急診壅塞及轉診」專案報告〉，(<http://www.mohw.gov.tw/>)。
- 李志宏、施肇榮，2012a，〈醫事法律案例解讀系列(36)醫院評鑑與健保支付(上)：醫院評鑑的發展與醫院分類〉，《臺灣醫界》，55(6)：36-41。
- 李志宏、施肇榮，2012b，〈醫事法律案例解讀系列(37)醫院評鑑與健保支付(下)：新制與新版醫院評鑑〉，《臺灣醫界》，55(7)：24-30。
- 李佳欣，2015，〈解決急診壅塞最該做的3件事〉，《康健雜誌》，198:144-148。
- 李佳欣，2016，〈強制病人轉院，是急診壅塞解決方法〉，《康健雜誌》，209:100-102。
- 李彥範、胡勝川、賴惠玲，2013，〈比較急性冠心症之急救能力於評鑑前後的品質指標變化〉，《志為護理》，12(3)：66-76。
- 周美儀、林淑美、黃莉蓉、趙子傑，2012，〈2011年「醫院評鑑持續性監測制度」試辦作業成果分享〉，《醫療品質雜誌》，6(2)：58-63。
- 林四海，1988，〈台灣地區醫學中心暨區域醫院評鑑之研究〉，《中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文》。
- 林淑綿、邱聖豪、程瑞婷、鍾翰，2009，〈2007年至2008年新制醫院評鑑“平均水準參考表”分析初探〉，《醫療品質雜誌》，3(4)：59-64。
- 林淑綿、邱聖豪、鍾翰其，2010，〈「新制醫院評鑑」第一輪結果分析初探(2005~2009)〉，《醫療品質雜誌》，4(3)：61-67。
- 紀志賢、吳尚琪、石富元、張文瀚、顏瑞昇、蕭政廷、林志豪、莊旺川、范渚鑫，2011，〈急診壅塞之成因與探討與解決之道〉，《台灣醫學會年會「台灣急重症醫療挑戰與契機」》，(<http://www.fma.org.tw/2011/S-24-5.html>)。
- 胡勝川，2012，〈評鑑對急診醫療品質的影響〉，《醫療品質雜誌》，6(2)：96-100。
- 胡勝川，2015，〈如何因應急診壅塞〉，《醫改會深度論壇》。
- 徐慧娟、薛亞聖，2001，〈醫院管理指標的性質與應用〉，《醫院雜誌》，34(1)：29-40。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會網站，<http://www.tjcha.org.tw>。

- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會醫院評鑑組，2014，〈104年版醫院評鑑基準之精神與內涵〉，《醫療品質雜誌》，8(6)：74-76。
- 張云嫻、許怡欣、薛亞聖，2006，〈新制醫院評鑑推行現況之探討〉，《醫護科技學刊》，8(4)：287-297。
- 張靜慧，2011，〈急診改革啟動〉，《康健雜誌》，155:144-145。
- 許士軍、廖慧娟，2008，〈2008年台灣健康照護聯合學術研討會報導如何藉由評鑑提升機構效能？自一管理系統觀點〉，《醫療品質雜誌》，2(4)：20-22。
- 陳子立、吳怡瑾、馮嚴毅、楊昌倫，2016，〈基於急診滯留時間探勘醫療行為之實證研究〉，《管理與系統》，23(4)：527-561。
- 陳維恭，2015，〈急救責任醫院分級評定的過去、現在、未來〉，《台灣醫界》，58(1)：39-42
- 陳維恭，2017，〈急診壅塞的雞尾酒療法〉，《台灣醫界》，60(3)：39-41。
- 游淑敏、詹尚易、璩大成、陳永泰，2017，〈「臺北市醫學中心急診待床轉院計畫」實施成效與滿意度報告〉，《北市醫學雜誌》，14(2): 171-177。
- 黃素雲，2007，〈沒有風就用力划—地區醫院參與新制醫院評鑑心得分享〉，《醫療品質雜誌》，1(2)：61-64。
- 黃莉蓉，2011，〈2007-2010年新制醫院評鑑結果初探〉，《醫療品質雜誌》，5(2)：62-70。
- 黃莉蓉、吳堯達、施韋婷，2012，〈2007-2011年醫院評鑑結果分析〉，《醫療品質雜誌》，6(3)：65-71。
- 楊漢淥、王美芳，1992，〈我國醫院評鑑工作之回顧與展望〉，《醫院雜誌》，25(1)：19-43。
- 當代醫學社論，2012，〈醫院評鑑制度，應該重新評估了！〉，《當代醫學》，(465)：487。
- 廖熏香、楊漢淥，2000，〈淺談台灣醫療品質指標計畫〉，《醫院雜誌》，33(4)：7-11。
- 廖慧娟，2007，〈我國醫院評鑑之起源〉，《醫療品質雜誌》，1(1)：15-18。
- 衛生福利部，2016，〈105年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明〉
- 衛生福利部，2017a，〈106年度醫院評鑑基準（區域醫院、地區醫院適用）〉
- 衛生福利部，2017b，〈106年度醫院評鑑基準（醫學中心適用）〉
- 衛生福利部，2017c，〈106年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明與評量方法〉
- 衛生福利部，2017d，〈106年醫事機構現況及服務量統計分析〉
- 衛生福利部，2018，〈107年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序〉
- 衛生福利部中央健康保險署，2015，〈103年全民健康保險監理指標監測結果報告〉
- 衛生福利部中央健康保險署，2017，〈105年全民健康保險監理指標監測結果報告〉
- 謝文仁，2010，〈對醫院評鑑作業的建言〉，《臺灣醫界》，53(11)：46-49。

- 謝武吉，2008，〈新制醫院評鑑對小型醫院之影響〉，《醫療品質雜誌》，2(2)：72-74。
- 謝博生、陳慶餘、邱泰源、廖慧娟，2008，〈基層醫療未來之發展〉，《醫療品質雜誌》，2(2)：32-35。
- 鍾翰其，2015，〈104年版教學醫院評鑑修訂精神與內容〉，《醫療品質雜誌》，9(1)：4-10。
- 醫策會，2010a，〈醫院評鑑基準-2010 試評版(草案)〉，醫策會網站
<http://www.tjcha.org.tw/NewsDetail.asp?NewsId=790>，2010。
- 醫策會，2010b，〈99年新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑說明會講義手冊〉。
- 行政院衛生署，2005a，〈94年新制醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序〉。
- 行政院衛生署，2005b，〈94年新制醫院評鑑暨教學醫院評鑑基準〉。
- 行政院衛生署，2009，〈98年新制醫院評鑑暨教學醫院評鑑基準〉。
- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. II, Lurie, N., Camargo, C. A. Jr., 2003, A conceptual model of Emergency Department crowding, *Annals of Emergency Medicine*, 42: 173-80。
- Bayley, M. D., Schwartz, J. S., Shofer, F. S., Weiner, M., Sites, F. D., Traber, K. B., & Hollander, J. E. (2005). The financial burden of emergency department congestion and hospital crowding for chest pain patients awaiting admission. *Annals of Emergency Medicine*, 45(2), 110-117.
- Braitberg, G. (2007). Emergency department overcrowding: dying to get in? *Medical Journal of Australia*, 187(11-12): 624-625.
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., ... Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force. (2009). The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16(1), 1-10.
- Bond, K., Ospina, M. B., Blitz, S., Afilalo, M., Campbell, S. G., Bullard, M., & Rowe, B. H. (2007). Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey. *Healthcare Quarterly*, 10(4), 32-40.
- Cha, W. C., Shin, S. D., Song, K. J., Jung, S. K., & Suh, G. J. (2009). Effect of an Independent-capacity Protocol on Overcrowding in an Urban Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 16(12), 1277-1283.
- Moskop, J. C., Sklar, D. P., Geiderman, J. M., Schears, R. M., & Bookman, K. J. (2009). Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences. *Annals of Emergency Medicine*, 53(5), 605-611.
- Nugus, P., Forero, R., McCarthy, S., McDonnell, G., Travaglia, J., Hilman, K., & Braithwaite, J. (2014). The emergency department “carousel”: an ethnographically-derived model of the dynamics of patient flow. *International Emergency Nursing*, 22(1), 3-9.

- Rowe, B.H. (2015) Addressing ED Overcrowding: Experience with throughput interventions *Tier I Canada Research*
- Shih, F. Y., Ma, M. H., Chen, S. C., Wang, H. P., Fang, C. C., Shyu, R. S., ... Wang, S. M. (1999). ED overcrowding in Taiwan: facts and strategies. *The American Journal of Emergency Medicine*, 17(2), 198–202.
- Sprivulis, P. C., Da Silva, J.-A., Jacobs, I. G., Frazer, A. R. L., & Jelinek, G. A. (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *The Medical Journal of Australia*, 184(5), 208–212.
- Trzeciak, S., & Rivers, E. P. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 402–405.
- Weiss, S. J., Derlet, R., Arndahl, J., Ernst, A. A., Richards, J., Fernández-Frackelton, M., Fernández-Frankelton, M. (2004). Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Academic Emergency Medicine*, 11(1), 38–50.
- Yarmohammadian, M. H., Rezaei, F., Haghshenas, A., & Tavakoli, N. (2017). Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *Journal of Research in Medical Sciences*, 22, 23.