

七十九年度暨八十年台灣地區醫院評鑑結果之分析

蘇 喜 戴 政¹

我國醫院評鑑制度肇始於民國67年，當時教育部及衛生署為了有客觀標準選定教學醫院，以為醫學生實習之場所，辦理第一次的教學醫院評鑑。75年醫療法實施後，衛生署期藉擴大醫院評鑑的範圍，提昇整個醫療服務水準，以保障病患之權益。本研究旨在比較衛生署接辦醫院評鑑工作以來之民國79年及80年二次之評鑑結果。

分析結果顯示：

1. 在總得分方面，醫學中心及區域醫院二個年度平均分數相近而地區教學及地區非教學醫院則達顯著差異。
2. 二評鑑年度之床位配置水準，醫學中心、區域醫院、地區教學醫院均未達顯著差異，而80年地區非教學醫院之各類床數(洗腎及嬰兒床除外)數目大於79年。
3. 二評鑑年度之人員配置上，80年醫學中心之病歷人員配置較79年多，80年區域醫院之核醫技術人員比79年多。80年地區教學醫院之藥劑、放射技術及病歷管理人員均較79年增加，而80年地區非教學醫院除住院醫師、復健及社服人員外，其餘之專業人員均較79年多。
4. 業務量方面，醫學中心及區域醫院二評鑑年度之業務量大致相同，地區非教學醫院之急診人次顯著減少，其餘業務量均增加或顯著增加。

目前評鑑表之設計對於品質項目之量化及測定不易，故只能注重硬體設施及人力配置之結構面，導致醫院群往人員、設備方面下具體可見之投資。結構面的充裕，雖不能保證醫療服務之品質，但至少是優良品質的根本。由此研究中發現，政策對醫療營運方向可能是頗具影響的，故屬醫療過程及結果面的可量化指標應是努力發展及期待的目標。(中華衛誌 1994；13(2)：183-201)

關鍵詞：評鑑、醫院評鑑

前 言

所謂“評鑑”(Accreditation)係指由一專門之機關或組織，依事先擬定之基準或標

台大公共衛生研究所

¹ 中央研究院統計研究所

聯絡人：蘇 喜副教授

聯絡地址：台北市仁愛路一段1號1539室

準，對某些特定機構或研究計畫予以審核，並評定其合格等級或不合格之過程[1]，與發照(Licensure)及給證(Certification)之涵義略有不同，評鑑之對象為機關或事，受評者乃志願參與，而發照或給證是強迫性質(mandatory)，就醫院而言，需先有照(license)，即登記為醫療機構方可營業。

“評鑑”可說是針對特殊活動之現象及歷程的價值評定，是一種有系統地去尋找並蒐集資料、分析資料，將表現之內部事實現

狀與所列之詳細外在標準目標，利用所有可行評價技術加以比較評量，確定資料以決定事物價值而提供有效決策的歷程[2]。

所謂“醫院評鑑”乃是透過評鑑的過程，協助醫院發掘，瞭解其本身的問題，並指導，督促其謀求改善，以符合評鑑標準，進而達到提昇醫療服務品質，保障病患權益的目的[3]。

我國醫院評鑑制度肇始於民國67年，當時教育部及衛生署為了指定教學醫院，以為醫學生實習之場所，辦理第一次的教學醫院評鑑[4]。此後，教育部會同衛生署每二年辦理一次教學醫院評鑑，當時教學醫院評鑑對象僅限於少數大型且具有訓練、教學能力的醫院。甲、乙、丙表實施以前，勞保局對醫學中心級的教學醫院的醫療給付採個別給定，普遍優厚於一般給付，而占大多數的非教學之地區醫院則受到較嚴格的給付限制[1]，發展因而受限，使得醫療資源更加集中於大型醫院，大型醫院受惠於個別給定之給付條件，更有能力競相擴建、新建；購買更新、更進步之儀器、設備，但負責第一線醫療之地區醫院則因醫療水準參差不齊，對病患權益的保障及整體醫療資源平衡來說有不利的影響。有鑑於此，75年醫療法實施後，衛生署期藉擴大醫院評鑑的範圍，提昇整個醫療服務水準，以保障病患之權益。

因此衛生署會同教育部於77年辦理第一次全國性醫院評鑑，期藉評鑑達到下列目的：

- (一)確保醫療服務品質：由於病人權利意識抬頭，接受適切的醫療服務是病人的權利，而提供適當的醫療服務則是醫院的義務與責任，醫院評鑑則是以積極的態度輔導醫院提昇其醫療服務水準與品質。
- (二)奠定分級醫療之基礎：醫院評鑑為配合醫療網規劃之原則，將全國評鑑合格之醫院依其功能分為「醫學中心」、「區域醫院」及「地區醫院」三級，用以區分不同層級之醫療任務，奠定分級醫療之基礎。
- (三)平衡醫療資源發展：依據醫療網計畫，

將台灣地區分為十七個醫療區，透過評鑑可了解各醫療區現有各評鑑評定等級醫療機構之分布及功能，作為區域內醫療資源規劃之參考，對醫療資源不足區之具有潛力的醫院輔導其通過評鑑或提昇服務功能，以均衡各醫療區之發展。

- (四)指定教學醫院：透過教學醫院評鑑，了解各醫院之教學師資、設備及教學功能，以提供醫學院校之見、實習學生及住院醫師良好之學習環境，以確保臨床訓練品質。

醫院評鑑對病患而言是醫療品質的確保，對醫院來說間接的是醫療收入的保障(評鑑等級愈高，給付標準較高)，而對衛生主管機關—衛生署而言則是促進全國醫療服務水準之提昇。民國77年辦理的第一次醫院評鑑中，大多數醫院對政府之施政方針未十分瞭解，對評鑑仍存觀望態度，故只有170家醫院(約占全國1/5之醫院數)提出申請而僅122家評鑑合格[5-10]，評鑑有效期間為三年。為了貫徹既定之醫療政策及給予第一次未提出評鑑申請之醫院有進一步參與之機會，衛生署特於79年度又舉辦了一次評鑑，此次評鑑有503家醫院受評。原77年合格之醫院至80年效期已到，故於80年再辦了一次評鑑，以讓效期已屆之醫院有再次被驗證等級之機會。

本研究原欲比較自衛生署接辦醫院評鑑工作以來之過去三次之評鑑結果，但遺憾的是77年度之原始資料取得有困難，故僅能就77年度之次級資料，79年、80年度之評鑑成績作分析。更確切的說本研究旨在：

1. 比較77、79及80年度各層級醫院評鑑合格率，評鑑合格醫院之總分及分項分數之最低標準及得分分布情形。
2. 比較79及80年度同一等級醫院的業務、病床及人員配置情形。

研究材料及方法

材料：以79及80年度之醫院評鑑資料為本研究之資料來源。內容包括評量表

(實地評鑑所用之評估表，評鑑等級乃據此評量表得分評定)及資料表(各院之病床資料、人員配置及業務資料)，其中評量表由評鑑委員評分，資料表一由受評醫院填寫。79年度受評醫院有503家，80年度受評醫院有217家，共計720家醫院為分析對象醫院。

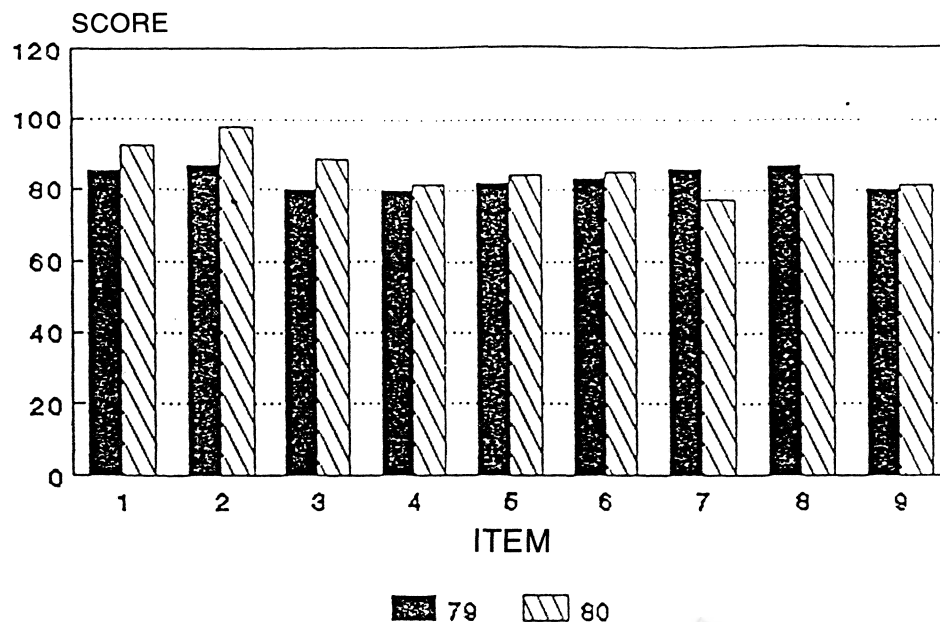
- 方法：1. 以79年度及80年度衛生署核定之評鑑等級名單及各醫院之評量表得分及77年度之次級資料，嘗試分析二年度各層級醫院之合格率及總分及各項得分之最低通過標準。(77年度資料不足者，則作兩年度之分析)
2. 以頻數分布圖(Frequency Distribution)及t-檢定分析不同年度、同級醫院之病床數、業務量、人員配置之水準是否具有同質性分析評量表各項得分分布。(圖1-1、1-2、1-3、1-4)

結 果

(一)表1顯現過去三次評鑑各層級醫院之評鑑合格率，除地區教學醫院外79年度各層級醫院之合格率均為三次評鑑中之最高；80年度除地區教學醫院之合格率为三次評鑑中之最高外，其餘各層級醫院之合格率均為三次評鑑之次高；77年度之評鑑合格率最低。

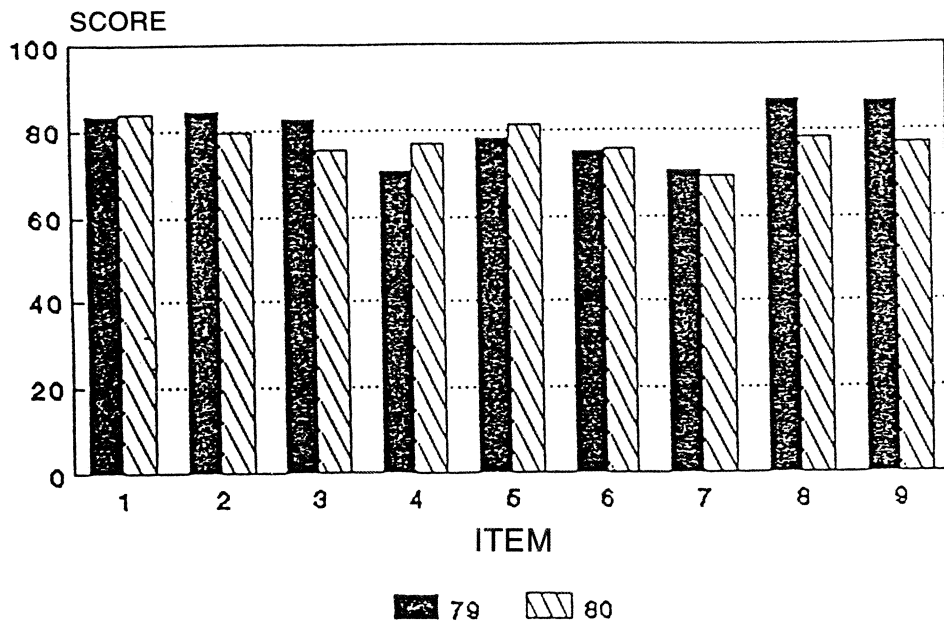
(二)表2至表6為各級醫院評鑑大項得分比較表，其結果如下：

1. 醫學中心、區域醫院、地區教學醫院及地區非教學醫院在人員設施、醫務管理及社區服務項之得分分布，顯現醫學中心80年度的人員設施項平均分數與79年度相比，並無顯著差異，因79年樣本數少(僅1家)，區域醫院及地區非教學醫院在此項上無顯著差異，地區教學醫院則79年之此項得分顯著高於80年度($P < 0.01$)。
2. 四層級醫院在外科系醫療品質及內科系



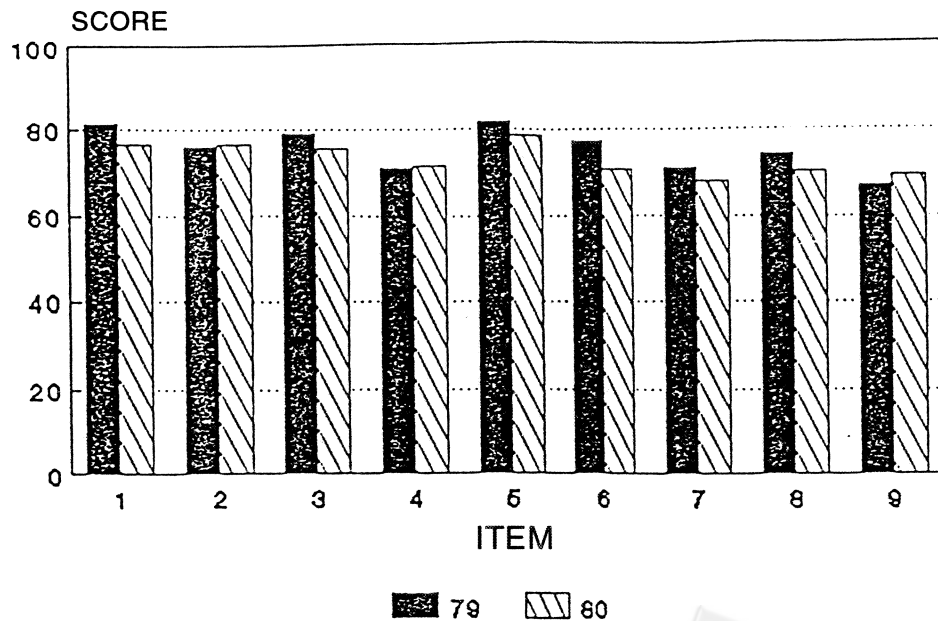
Medical Center

圖 1-1. 醫學中心79、80年各大項得分比較



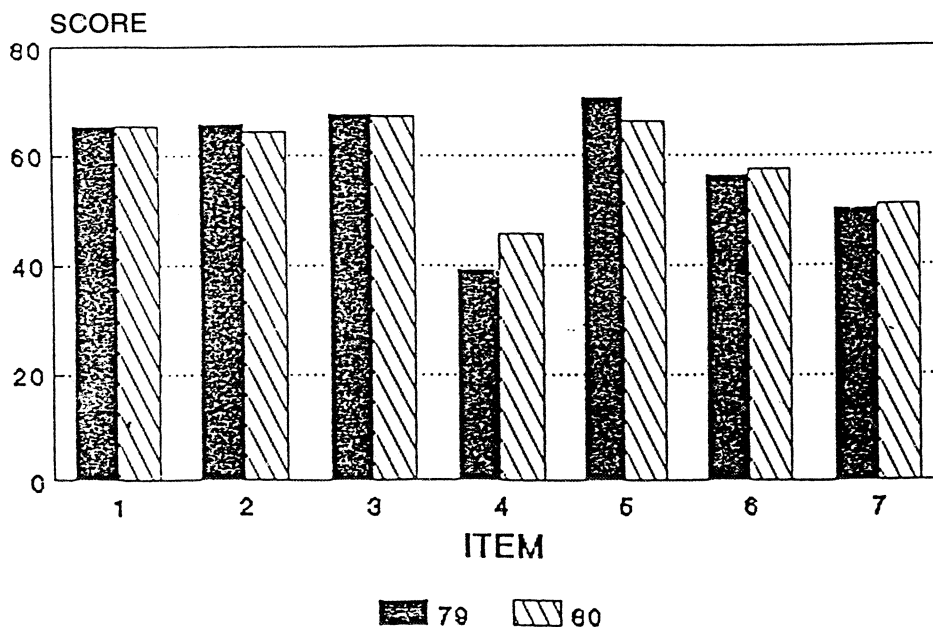
Reginal Hospital

圖 1-2. 區域醫院79、80年各大項得分比較



District Teaching Hospital

圖 1-3. 地區教學醫院79、80年各大項得分比較



District Nonteaching Hospital

圖 1-4. 地區非教學醫院79、80年各大項得分比較

醫療品質二項在兩個年度得分情形無顯著差異。

3. 四大層級醫院在臨床檢驗品質項的得分情形，80年度區域級醫院以上的臨床檢驗均有低分的極端值(46.6及42.8)出現(表3、表4)，79年度地區非教學醫院的臨床檢驗的平均得分偏低(39.9) (表2)，79年度四個層級醫院中僅地區非教學醫院在此項得分顯著低於80年度。由於79年度之偏低值，地區非教學醫院在80年度之該項得分顯得“進步”許多。
4. 四大層級醫院在放射線部門品質項的得分情形，79年度地區非教學醫院的放射線部門得分有一些相較於平均值之極低值，且此層級醫院79年度與80年度間達顯著差異($P<0.01$) (表2、表6)。
5. 四大層級醫院在護理作業品質項的得分情形，79年度地區教學醫院的護理作業品質明顯的超過80年度($P<0.01$)其餘三層級醫院則未達顯著差異。
6. 各級醫院在藥事作業品質項的得分分布情形，80年度區域醫院及地區教學醫院

在藥事作業品質得分分布極廣，最高分與最低分的差異竟達50分之多(表4、5)。而在79年度地區非教學醫院最高分與最低分相差達70分之多(表6)，除了最高及最低分數差異大外，四個層級醫院在二年度之評鑑的藥事作業品質方面均沒有太大之差異。

7. 地區教學醫院以上之三層級醫院在教學設備及活動項和住院及實習醫師二項的得分情形，除區域醫院79年度之教學設備及活動和住院及實習醫師之得分顯著優於80年度者外，醫學中心及地區教學醫院則未達顯著差異(表2)。
8. 由總分來看，醫學中心於二個年度之平均分數相近，其他區域醫院、地區教學醫院及地區非教學醫院之80年度平均分數則低於79年度，其中地區教學醫院及地區非教學醫院則達顯著差異($P<0.01$)，是否意謂著評鑑標準降低呢？容後討論。

總括來說各級醫院總分及各大評鑑項目的得分比較，申請醫學中心級醫院者在總分

表一、各級醫院於不同年度合格率分析表

類 別	申院數 (1)			合格家數 (2)			合格總數 (3)			暫准合格 (4)			不合格 (5)			合格率** (2)/(1)		
	77	79	80	77	79	80	77	79	80	77	79	80	77	79	80	77	79	80
醫學中心	11	1	12	8	1	10	8	1	10	0	0	0	0	0	0	72.72%	100%	83.33%
區域教學	38	3	45	34	3	39	37	3	41	0	0	0	0	0	0	89.47%	100%	86.67%
地區教學	44	21	44	30	17	28	30	17	34	0	0	0	0	0	0	68.18%	80.95%	63.64%
地區非教學	77	478	116	35	360	77	47	364	93	0	94	30	23	24	9	45.45%	76.15%	66.38%
合 計	170	503	217	109	381	154	122	385	178	0	94	30	23	24	9	* 71.76%	* 76.54%	* 70.97%

*其總合格率为(2)/(1)

** 77、79、80三年度各層級醫院之合格率均有顯著差異(P<0.05)。

[註]77年資料來自於參考文獻[2]。

因79年度醫學中心僅一家，故未對此二年度作測試。

表二、各級醫院評鑑大項得分比較表

醫院級別 評鑑項目	醫學中心			區域醫院			地區教學醫院			地區非教學醫院		
	79	80	平均值	79	80	平均值	79	80	平均值	79	80	t 值
	平均值	平均值		平均值	平均值		平均值	平均值		平均值	平均值	
人員設施、醫務管理及社區服務	85.49	92.19	83.77	83.80	-0.010	81.40	76.42	76.42	2.617**	65.30	65.26	0.036
外科系醫療品質	87.01	97.67	84.33	79.40	1.624	76.00	76.42	76.42	-0.201	65.60	64.27	0.824
內科系醫療品質	79.99	88.71	82.67	79.59	0.777	79.00	75.42	75.42	1.898	67.60	67.30	0.231
臨床檢驗品質	80.01	81.28	70.37	76.92	-1.070	70.98	71.47	71.47	-0.175	39.90	45.72	-3.011**
放射線部門品質	82.01	84.13	78.33	81.51	-0.674	81.62	78.61	78.61	1.085	70.50	65.99	3.440**
護理作業品質	83.01	84.50	74.93	75.59	-0.186	77.40	70.56	70.56	3.051**	56.46	57.44	-0.686
藥事作業品質	85.70	76.98	70.50	69.23	0.207	70.90	67.66	67.66	1.091	50.40	51.16	-0.542
教學設備及活動	86.89	83.87	87.17	78.30	2.105*	73.96	70.23	70.23	1.297	—	—	—
住院及實習醫師	80.60	81.23	86.60	76.89	2.986**	66.80	69.40	69.40	-0.787	—	—	—
總分	83.63	84.65	81.44	78.42	1.357	81.40	72.62	72.62	5.302**	68.80	59.84	9.849**

經t-test後 *表P<0.05 ** P<0.01

表三、醫學中心各大項得分比較表

醫院級別	醫學中心							
	79				80			
	分 數	通過最低標準	通過率	最高分	最低分	平均值	通過最低標準	通過率
人員設施、醫務管理及社區服務	85.49	85.49	100%	99	85.2	92.19 (3.72)	85.2	100%
外科系醫療品質	87.01	87.01	100%	94	79	97.67 (5.61)	79	100%
內科系醫療品質	79.99	79.99	100%	96	75	88.71 (7.03)	75	100%
臨床檢驗品質	80.01	80.01	100%	95.3	46.6	81.28 (13.1)	72.7	91.7%
放射線部門品質	82.01	82.01	100%	95.5	61.5	84.13 (11.8)	61.5	100%
護理作業品質	83.01	83.01	100%	94.5	73	84.50 (5.94)	77	95.8%
藥事作業品質	85.70	85.70	100%	90.8	61	76.98 (8.69)	72	83.3%
教學設備及活動	86.89	86.89	100%	98	59	83.87 (11.5)	59	100%
住院及實習醫師	80.60	80.60	100%	97.6	62.4	81.23 (9.47)	62.4	100%
總 分	83.63	83.63	100%	93.7	74.5	84.64 (6.05)	79.86	83.3%

[註] ()表標準差

因79年度醫學中心僅一家，故未對此二年度作測試。

及各大項之得分二年度間皆未達顯著差異；區域醫院則在教學設備及活動和住院及實習醫師訓練上有差異；地區教學醫院在人員設施、護理作業品質及總分項目上有顯著差異(八十年度顯著低於七十九年度之得分)，地區非教學醫院在臨床檢驗、放射線部門品質及總分三項有顯著差異，且差異方向並不一致。

(三)表7為各層級醫院在二年度評鑑中病床資料上的比較，醫學中心、區域醫院、地區教學醫院在各種病床資料上均未達

顯著差異。其中醫學中心、地區教學醫院80年度除加護病床、手術後恢復病床平均值低於79年度外，其餘病床資料皆增加，此現象亦或因重症醫療成本高而保險給付偏低醫院投資於重症醫療意願不高。地區非教學醫院除洗腎治療床、嬰兒床無明顯增加外，其餘床數(一般病床、急診觀察床、加護病床、手術後恢復床)，均有顯著增加；亦即地區非教學醫院在設備各種床位的擴增方向反應最明顯，雖然不能武斷地說完全是評

表四、區域醫院各大項得分比較表

醫院級別	區域醫院										
	79						80				
	最高分	最低分	平均值	通過最低標準	通過率		最高分	最低分	平均值	通過最低標準	通過率
評鑑項目											t 值
人員設施、醫務管理及社區服務	94.7	74.3	83.77 (0.28)	74.3	100%		95	67	83.80 (4.83)	74.2	98.8%
外科系醫療品質	87	83	84.33 (2.31)	83	100%		92	70	79.40 (5.18)	70	100%
內科系醫療品質	90	78	82.67 (6.43)	78	100%		89	60	79.59 (6.65)	60	100%
臨床檢驗品質	79.6	61.5	70.37 (9.06)	61.5	100%		98.6	42.8	76.92 (10.3)	42.8	100%
放射線部門品質	79	77	78.33 (1.15)	77	100%		93	58	81.51 (8.08)	63	97.7%
護理作業品質	80.2	71	74.93 (4.74)	71	100%		88.5	60	75.59 (6.07)	60	100%
藥事作業品質	72.5	68	70.50 (2.29)	68	100%		91	41	69.23 (10.5)	51	95.3%
教學設備及活動	91.3	81.2	87.17 (5.29)	81.2	100%		93.1	62.7	78.30 (7.13)	66.6	97.7%
住院及實習醫師	89	84.3	86.60 (2.35)	84.3	100%		89.5	63.5	76.89 (5.55)	63.5	100%
總分	82.65	79.69	81.44 (3.42)	79.69	100%		86.5	69.8	78.42 (3.74)	72.5	93%

[註] () 表標準差, *表 $P<0.05$ **表 $P<0.01$ 。
因79年度區域醫院僅三家, 故對此測試結果應持較保留態度。

表五、地區教學醫院各大項得分比較表

地區教學醫院												
醫院級別	79						80					t 值
	最高分	最低分	平均值	通過最低標準	通過率		最高分	最低分	平均值	通過最低標準	通過率	
評鑑項目												
人員設施、醫務管理及社區服務	95.4	66.5	81.4 (6.62)	76.5	85.7%		93	51.1	76.42 (7.42)	67.2	93.2%	63 2.617*
外科系醫療品質	94	62	76.0 (8.56)	62	100%		93	51.1	76.42 (7.42)	65	92.9%	61 -0.201
內科系醫療品質	90	65	79.0 (5.73)	65	100%		88.9	53.8	75.42 (7.67)	62	95.5%	63 1.898
臨床檢驗品質	93.8	46.8	70.98 (12.1)	61.6	85.7%		90.1	49.9	71.47 (9.71)	55.3	97.7%	63 -0.175
放射線部門品質	94	51	81.62 (11.6)	51	100%		96	56	78.61 (9.89)	58	97.7%	63 1.085
護理作業品質	93.3	69	77.40 (6.22)	69	100%		94	53	70.56 (9.31)	56.5	95.4%	63 3.051**
藥事作業品質	91.6	50.7	70.90 (10.5)	58.1	95.2%		98	48.6	67.66 (11.5)	41	100%	63 1.091
教學設備及活動	89.5	47.1	73.96 (10.5)	67.5	85.7%		88.1	30.5	70.23 (11.0)	52.7	95.5%	63 1.297
住院及實習醫師	85	32.5	66.80 (11.7)	32.5	100%		88.6	24.2	69.40 (12.8)	43.1	97.7%	63 -0.787
總 分	95.4	66.5	81.40 (6.62)	76.5	80.95%		84.2	58.5	72.62 (6.06)	65.4	84.1%	63 5.302**

[註] () 表標準差, *表P<0.05 **表P<0.01。

表六、地區非教學醫院各大項得分比較表

醫院級別	地區非教學醫院											
	79						80					
	最高分	最低分	平均值	通過最低標準	通過率	最高分	最低分	平均值	通過最低標準	通過率	d.f	t 值
評鑑項目												
人員設施、醫務管理及社區服務	94.3	29.3	65.3 (10.9)	41.1	97.9%	85.5	40.3	65.26 (9.69)	51.3	91.4%	592	0.036
外科系醫療品質	97	10	65.6 (14.2)	40	98.1%	97	3	64.27 (13.9)	42	94.9%	438	0.824
內科系醫療品質	88	2	67.6 (11.6)	37	99.6%	86	46	67.30 (8.52)	59	91.1%	467	0.231
臨床檢驗品質	88.7	1.5	39.9 (18.8)	7.4	97.9%	85.9	5	45.72 (17.8)	16.8	94.8%	591	-3.011**
放射線部門品質	98	15	70.5 (12.8)	44	98.1%	90	28	65.99 (10.9)	40	95.7%	576	3.440**
護理作業品質	86.5	1	56.46 (14.4)	22.5	98.1%	81.1	21	57.44 (10.6)	35.3	97.4%	591	-0.686
藥事作業品質	84.9	10.3	50.4 (13.6)	18.2	99.4%	85	20.4	51.16 (13.3)	28.1	97.4%	592	-0.542
總分	94.3	29.3	68.8 (8.83)	41.1	76.15%	76.6	31.1	59.84 (8.62)	58	62.9%	592	9.849**

[註] () 表標準差, *表P<0.05 **表P<0.01。

表七、各級醫院病床資料比較表

醫院級別	醫學中心			區域醫院			地區教學醫院			地區非教學醫院		
	79 平均值	80 平均值	79 平均值	80 平均值	79 平均值	80 平均值	79 平均值	80 平均值	79 平均值	80 平均值	79 平均值	80 平均值
病床項目							t 值				t 值	
一般病床數	515	1234.1	269.67	316.39	0.586	14.71	133.50	1.510	41.58	54.51	5.075**	
急診觀察床數	12	41.9	13.33	10.68	-0.622	7.13	7.21	0.049	2.61	3.70	3.514**	
加護病床數	75	67.5	11.00	14.18	0.561	6.75	5.12	-1.464	2.82	4.85	2.206*	
洗腎治療床數	9	26.9	5.67	10.33	1.152	6.23	9.73	1.842	4.06	7.00	1.852	
手術後恢復床數	25	20.6	3.33	5.20	0.975	3.14	2.59	-1.011	1.61	2.07	3.542**	
嬰兒床數	64	69.3	19.33	29.90	0.918	16.88	24.41	1.154	7.12	8.83	1.066	

經t-test後 *表P<0.05 ** P<0.01

鑑帶來的衝激，但至少評鑑是重要的影響因素。

(四)表8為各級醫院在二個評鑑年度中人員配置上的比較，80年度各層級醫院在各種人員項目之平均配置人數均高於79年度。其中醫學中心之病歷管理人員數顯著優於79年度($P<0.01$)，顯示醫學中心對病歷管理專業人才之日趨重視。區域醫院之核醫技術人員顯著多於79年度($P<0.01$)。地區教學醫院之藥劑人員、醫用放射線技術人員及病歷管理人員三項達顯著增加。地區非教學醫院除住院醫師數、復健技術人員數及社會服務人員數三項外，其餘皆達顯著差異，可見人員配置之擴張反應最明顯的仍為地區非教學醫院。

(五)表9是各級醫院在二年醫院評鑑年度中業務資料上比較，醫學中心80年度之業務量平均大於79年度，但未達顯著差異。區域醫院80年度之業務量亦大於79年度，但僅剖腹產人次達顯著增加($P<0.05$)。地區教學醫院之急診人次則顯著減少($P<0.01$)，手術人次、病理解剖數則顯著增加。地區非教學醫院除住院人日數、接生人次、平均每日住院人數未達顯著差異，急診人次顯著減少外，其餘之業務項目均有顯著增加。

討論與建議

(一)信度方面：評量表之信度和效度是評量結果是否讓人信服之根本要素，衛生署基於經費的考量，絕大多數的醫院之十大分項均只分別派一位評審委員前往評鑑，僅在醫學中心之五個分項—1. 人員設施、醫務管理及社區服務，2. 護理作業，3. 急診醫療品質，4. 教學設備及活動，5. 住院醫師及實習醫師訓練及區域醫院之三個分項(上所列五項之前三項)，念及由一位評審委員恐無法在短暫的時間之中作好觀察(事實上目前所安排之時間仍嫌不足)，而安排二位評審委員。研究者趁此之便將有二位評鑑

委員之醫院及部門作一嘗試性之信度分析，發現除醫學中心之人員設施和護理作業和區域醫院之急診醫療品質項目外其餘並未令人滿意[1]。再者目前評量表所用之指標多為結構性指標，容易為了應付評鑑而增加設備，增聘人員，評鑑過後人員往往可以「自動流失」，故如何加強不定期考核，以掌握「常態」而非看到醫院為了評鑑而表現的暫時的「異態」，是政策規劃當局應審慎考量的。

79及80二年度之醫院評鑑暨教學醫院評鑑所沿用之評量表、資料表大致相同，各評鑑項目之配分亦大致相同，所聘用之評審委員，80年度依評鑑項目沿用79年度評審委員之比率分別為教學及臨床訓練組5/11 (45.5%，即80年度該組之11位評鑑委員中有5位亦為79年度之委員)；人員設施醫務管理及社區服務組10/16 (62.5%)，內科醫療品質組6/13 (46.2%)，放射線診療品質組9/11 (81.8%)，外科醫療品質組10/11 (90.9%)，檢驗醫療品質組11/11 (100%)，藥事作業組7/14 (50%)，護理作業組17/21 (81.0%)，整體說來80年之108位評審委員(急診部門評鑑未包括在內，因僅80年才加入此評鑑項目且係單獨評鑑)中有75位沿用79年度之評審委員(約70%)，那麼是否沿用同一批評審委員之比例愈高，評審委員間之信度就愈高呢？依蘇氏等[11-12]對80年度評鑑所作之信度分析，就醫學中心之人員設施、護理作業、教學設備及活動和住院醫師及實習醫師訓練四項來說，其沿用舊委員比例依大小排序為2、1、3、3 (62.5%, 81.0%, 45.5%, 45.5%)，而其信度排序為2、1、3、4 (0.72, .88, .51, .24)，一致性非常高，也就是說若延用愈同質性族群之評審委員，則評審委員間之信度愈高，此點似乎可供下次延聘之參考[10,11,12]。

二個評鑑年度分數之差異，原因可有許多：如評審委員評量尺度不一、參與之醫院水準不一、業界或為接受評鑑或為滿足民眾之需求，或為提高市場競爭力而極力提高醫療水準等。

表八、各級醫院人員配置資料比較表

醫院級別	醫學中心			區域醫院			地區教學醫院			地區非教學醫院		
	79	80		79	80	t	79	80	t	79	80	t
	平均值	平均值	值	平均值	平均值	值	平均值	平均值	值	平均值	平均值	值
人員項目												
主治醫師以上人數	88	226.40	0.477	43.00	47.78	0.477	18.65	20.72	1.041	4.49	6.82	6.771**
住院醫師數	194	241.10	0.114	45.33	47.70	0.114	6.13	12.70	2.040	3.17	5.69	1.838
護產人員數	491	1035.4	0.568	162.00	195.15	0.568	65.76	76.91	0.971	16.37	25.32	5.508**
藥劑人員數	43	60.20	0.688	13.67	17.15	0.688	6.06	8.66	2.352*	2.33	3.24	4.144**
醫事檢驗人員數	60	73.90	0.639	12.67	16.54	0.639	5.35	6.88	1.256	1.82	2.35	3.253**
醫用放射線技術員數	31	41.30	0.457	7.33	8.76	0.457	2.94	4.16	1.958*	1.59	1.85	2.200*
復健技術人員數	4	22.30	0.600	4.67	6.49	0.600	2.20	4.16	0.991	1.57	1.94	0.483
核醫技術人員數	5	12.44	4.600**	0.00	2.00	4.600**	0.00	2.00	—	0.37	6.00	3.652**
病歷管理人員數	7	36.33	0.691	9.00	12.66	0.691	3.82	6.77	2.158*	2.59	2.98	2.950**
社會服務員數	4	11.40	0.198	4.00	4.30	0.198	2.29	2.44	0.246	1.70	2.94	1.872
營養人員數	8	25.40	0.747	3.33	6.98	0.747	3.00	3.80	0.776	1.55	2.22	2.339*
其他技術人員數	66	190.50	1.003	12.67	30.08	1.003	8.33	10.72	0.676	4.45	6.27	2.359*
其他行政人員數	194	372.50	0.673	68.00	96.45	0.673	24.18	35.41	1.702	6.27	11.2	4.161**

經t-test後 *表P<0.05 **表P<0.01

表九、各級醫院業務資料比較表

醫院級別	醫學中心			區域醫院			地區教學醫院			地區非教學醫院		
	79	80	平均值	79	80	平均值	79	80	平均值	79	80	平均值
業務項目	平均值	平均值		平均值	平均值		平均值	平均值		平均值	平均值	
主門診人次	250599	1049122.9	253775.7	253775.7	315585.37	0.714	106124.5	145904.69	1.822	42986.73	59922.80	3.809**
急診人次	28851	72840.00	15085.33	15085.33	25111.73	1.131	7140.00	794.87	-8.871**	1959.20	0.45	-7.877**
住院人日數	128454	428982.40	57481.67	57481.67	103147.80	1.680	35284.59	38469.50	0.351	13987.83	16436.99	0.590
手術人次	9509	24766.20	3596.00	3596.00	6126.12	1.061	1194.59	2349.27	2.210*	443.69	644.46	2.149*
接生人次	813	3444.40	462.00	462.00	1222.61	1.344	489.47	906.18	1.193	204.19	287.77	1.301
剖腹產人次	208	868.80	104.33	104.33	346.37	1.705*	132.00	245.43	1.182	45.09	95.22	2.459*
剖腹產率	25.50	26.80	26.27	26.27	27.93	0.285	24.85	29.48	1.054	17.21	24.96	2.347*
平均每日門診人次	928.14	3896.51	939.91	939.91	1147.23	0.646	393.11	519.05	1.614	158.96	220.02	3.718**
平均每日急診人次	106.86	203.26	55.87	55.87	70.23	0.583	25.58	31.15	0.948	7.26	11.50	2.832**
平均每日住院人數	475.76	628.14	212.89	212.89	250.87	0.436	123.53	156.08	0.342	51.62	45.83	-0.392
病床利用率	85.00	87.35	77.00	77.00	79.76	0.354	69.02	70.64	0.298	58.26	64.53	1.964*
平均住院日	10.60	11.55	9.20	9.20	9.43	0.161	10.07	9.77	-0.112	9.36	25.43	3.966**
粗死亡率	2.10	2.85	2.30	2.30	2.17	0.099	2.15	1.84	-0.350	0.63	2.69	5.064**
病理解剖數	21.00	39.70	1.00	1.00	3.89	1.483	0.00	1.67	6.729**	1.27	314.82	8.566**

經t-test後 *表P<0.05 **表P<0.01

評審委員之評量尺度，主辦單位已藉著評鑑前之說明會及初步評鑑分數之調整，力求提昇測試者間信度，故在此不擬作更深入之討論，至於參與醫院水準是否一致，因各家醫院在提出評鑑之初，已由衛生署醫政處根據醫療機構設置標準作過初步之篩檢，合於某層級方得以加入該層級之評鑑。79年與80年之受評醫院並非同一族群(Group)醫院，而理論上只要同一層級醫院雖可視為無太大之結構及結果之差異，但二年度評鑑結果之差異，是否足以反應業界為因應醫療環境之需求，而於執行其醫療業務時所呈現出之品質的改變，本研究認為仍值得作後續之探討。

(二) 評量標準(通過最低標準)：前文所描述通過最低標準是指將目前評量表成績算出後由決策小組成員(評審委員所互選出)，參考評量表成績排名，再依據政策之考量決定通過各級評鑑之醫院名單，而評鑑通過最低標準乃是這批通過名單中各分項上之最低得分，所以是事後的認定，而非事前所建立的各科最低標準。縱使各科事前有所謂「合格最低標準」也可能只是參考性質，並未做政策性之宣佈，故並非絕對的依據。

再就評鑑通過最低標準明顯降低是否意謂評鑑標準降低而合格率升高呢？由表1. 分析不同年度之合格率檢定結果，醫學中心、區域醫院、地區教學醫院在三個年度之合格率均無顯著差異，僅地區非教學醫院任何二年之合格率均有顯著之差異，另由表3、4、5、6看來，因各層級醫院80年度之合格率均較79年度低；在各分項79及80年度最低標準之通過率間，區域醫院僅教學設備及活動、住院及實習醫師二項達顯著差異，地區教學醫院僅人員設施、護理作業品質及總分達顯著差異，地區非教學醫院則臨床檢驗品質、放射線部門品質及總分達顯著差異。那麼是品質降低？還是評鑑尺度變嚴了呢？如前所述，同質性愈高之評鑑委員，所評之分數可信度愈高，以國內目前並無常設之評鑑單位，要求委員之高同質性(或具有一批訓練

良好之委員)似有困難，如此自然難以區分是品質之降低亦或是評鑑尺度變嚴。另外，由於79年在從事評鑑時，並未事先設定通過標準，80年雖有設訂通過標準，但卻是由衛生署內部訂定，且最後通過與否，並非以評鑑分數滿60分為及格方式。故此一通過標準之公信力仍有待商榷。

目前之評鑑程序是在籌備階段即由各分項之籌備委員訂定各層級醫院之標準，此以文字敘述，而不一定有數量化之評分標準[13]。例如人員方面對醫師總數各層級醫院之標準為醫學中心標準—1. 專任主治醫師人數(包括主任在內)每八床應有一名，2. 科主任均應具相關專科醫師資格，專科主治醫師至少四分之三具相關專科醫師資格；區域醫院標準：1. 專任主治醫師人數(包括主任在內)每九床應有1名，2. 科主任均應具相關專科醫師資格，專任主治醫師至少三分之二具相關專科醫師資格；地區醫院標準：1. 專任主治醫師人數(包括主任在內)每十床應有1名，專任主治醫師人數(包括主任在內)至少二分之一具相關專科醫師資格。

如上所列，各層級醫院雖有不同之標準但此標準如何轉換成客觀之分數卻易引進許多變數，例如評量表上就上列人員標準相對應之評量指標(如在第壹大分項人員設施、醫務管理及社區服務項之第三中項人員數量及醫師素質之第二小項醫師及牙醫師共配有10分，分別是專任主治醫師數目占四分，科主任所具相關專科醫師資格占二分，專任主治醫師占有所有醫師比為四分，但在此三個向度上各有六個等級，即特優、良、符合標準、待改進、差、極差[14]。但何種情況下算特優，何種情況下算差，卻無客觀標準，易因評審委員間每因個人衡量尺度之寬嚴，而有不同之結果。更有甚者，委員根本不理此套評量表之各中項之配分，只在整個大分項上很主觀地給予一個總的「印象」分數，因此某些受評醫院之主管人員即曾批評要通過臺灣之評鑑最容易致勝之道，已不在於如何努力「作假」，而在如何幸運地選個好評審委員。

要預防上述之弊端，加強評鑑信度，研

究者認為在無專責評鑑單位之現況下應只要求醫院填寫客觀數據，而評審委員負責驗證，給分的工作由全部資料回收後，在同一申請等級中跑出其分佈，此分佈加上政策的考量(如要求提高標準，可將及格點置於平均值之上幾個標準差)即可公平、正確地給予每一客觀數據計分，如此評量表之信度將大大地提高。

(三)評鑑對醫院之潛在衝激：醫療給付制度採行甲乙丙表支付制度以前，給付標準乃個別與勞保局洽定，此情況下醫學中心級醫院有較優勢之洽定籌碼，甲乙丙表給付制度之實施原本欲落實同工同酬及分級醫療之理念，使小病看小醫院，大病看大醫院，然由於小醫院所能處理之約1000種處置之給付並非反應小醫院之成本，而是以大醫院在執行該項處置之成本為標準給付，使得大醫院執行丙表之處置也同樣合算，如此，轉診之理念無法落實，醫院還是以求得被評鑑為更高層級為目標[15]。因此每屆醫院評鑑之時，各醫院無不卯足全力，以期通過評鑑，成為更高等級之醫院。

如由人員配置方面來說，各層級醫院80年度各類人員之平均配置均高於79年度。醫學中心、地區教學醫院及地區非教學醫院之病歷管理人員數則顯著增加，此也許說明了各醫院因應未來全民健保之實施將依診斷關係群(DRGs, Diagnosis Related Group)予以給付，醫院勢必要有懂得診斷關係群譯碼之病歷人員，故加強病歷人員數，以免不懂申報而無法配合。區域醫院則在核醫技術人員數呈顯著增加。地區教學醫院亦加強了藥劑、放射、病歷之專業人員，以提昇醫療專業水準。由地區非教學醫院各類醫事人力均普遍增加應可瞭解醫院評鑑對人力要求可能產生良好回響，但仍待79及82年度之比較結果以下適當之結論。

再由病床資料來說，醫學中心及地區教學醫院80年度平均值除加護病床、手術後恢復床低於79年度外，其餘皆增加。保險單位對加護病床住院費診療費之無利可圖或不敷成本也許能部份解釋醫院之不熱衷此類床位

之擴增。區域醫院除急診觀察床之平均值80年低於79年外餘皆增加，此與急診醫療經常發生醫療糾紛，且保險給付又偏低，為避免醫療糾紛所導致之醫療成本，故縮減或無意願增加急診觀察數是否有關連，也值得進一步研究。另八十年度地區非教學醫院病床數一般均較79年增加，與勞保甲乙丙表同工同酬之給付原則普遍對地區醫院有利，促使地區非教學醫院增加床數以因應業務量增加或有關係。

(四)樣本：本研究以二個年度參與評鑑之醫院均納入分析，並無所謂樣本之選擇。而是否要加入評鑑，決定權在於醫院；但是否評鑑合格及合格等級與其能得到的醫療給付是息息相關的，如在甲、乙、丙表實施以前，醫院評鑑等級影響到個別洽定的籌碼，甲、乙、丙表實施後則與其能依那一種表給付有關，故雖說是自願參與，但事實上已約有百分之八十之地區級以上醫院均已加入評鑑[16]。

本研究所採用樣本實為79及80年度參與評鑑之所有醫院，其樣本數難免會有偏差，如79年醫學中心僅一家，區域醫院僅三家，故79、80年度之醫學中心不予作測試比較，區域醫院級雖作比較但對結論採較保留態度而外，其地區教學和地區非教學醫院之數目均已達統計上所要求之有效樣本，故仍具比較價值。因每次評鑑其效期即為3年，故除了因不及格需一年內再審之少數幾家外，根本不可能有醫院同時參加79及80年度之評鑑。至於為何79年度與80年度參加評鑑之醫院特質分佈如此懸殊(地區非教學醫院在79年度比80年度多許多)，可能與勞委會及衛生署於76年所公佈之「勞工保險特約醫療院所特約及管理辦法」第六條「私立醫療院所，經中央主管機關評定合格，得申請為特約醫療院所」及第七條「公立醫療院所符合規定標準者得申請為特約醫療院所」有關。當75年醫療法授權衛生署舉辦醫院評鑑後，衛生署於77年第一次辦理醫院評鑑，此次參加者有170家，大型醫院參加比率很高，而地區級醫院多存觀望態度，迄78年勞保局規

定給付標準需依據評鑑結果方能決定適用乙或丙表，方有許多未加入77年評鑑者要求衛生署再辦理評鑑，故衛生署於79年又辦了一次評鑑，故基本上參加此次評鑑者多為地區級醫院，少數之醫學中心乃因新成立未及參加77年度評鑑故只好參加79年度之評鑑。80年度參加評鑑者基本上是77年度參加評鑑之族群，由於評鑑效期已到，故重新申請評鑑；此乃79年度與80年度參加評鑑醫院特質不同之原因；也可以說大型醫院對評鑑較積極，小醫院則較存觀望態度，導致兩年度樣本之差異。

82年度與79年度之同一族群醫院評鑑結果之比較亦是研究者之下一研究方向，本研究之結果屆時將可與之對照。

(五)其他：目前評鑑之過程指標由於缺乏具公信力且客觀之標準且量化及測定不易，因而難免只能注重結構面的硬體設施及人力配置，故導致醫院群往人員、設備方面下具體可見之投資。結構面的充裕，雖不能保證醫療服務之品質，但至少是優良品質的根本，畢竟工欲善其事必先利其器。故衛生主管機關除要求醫院具備起碼的結構面之品質外應致力於發展過程及結果面的具公信力的客觀標準及可量化的指標，如此方能將全國之醫療方向帶往更務實而美好的明天。

致 謝

本研究蒙行政院衛生署經費支持，使本研究得以順利進行，在此特致最真摯的謝意，同時在資料的收集、電腦資料的處理等方面，衛生署蔡素玲科長、石美春小姐、王

美芳小姐、中央研究院戴政研究員在統計方法上之諮詢及台大公衛所潘大永先生、邵愛鳳、潘珍伶、蕭淑純小姐等人的大力協助，鄭志貞小姐的幫忙校稿，在此亦一併致謝。

參考文獻

1. 楊漢泉、王美芳：我國醫院評鑑工作之回顧與展望，*醫院*，25(1)：19-43。
2. 林四海：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，77年6月。
3. 張錦文：醫院評鑑應有之觀念與態度，*醫院*，20(6)：294。
4. 譚開元、張正二：我國教學醫院現況及評鑑，*醫學研究*，六卷二期P115-148。
5. 范碧玉：精神科醫療品質保證之研究，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1980；6。
6. 張曼釗：七十七年度醫院暨教學醫院評鑑藥事作業組專題報告，*醫院*，二十二卷一期，P29-38。
7. 陳玉枝：七十七年度醫院評鑑中護理作業評鑑之探討，*榮總護理*，七卷二期，P181-192。
8. 行政院衛生署：醫院評鑑暨教學醫院評鑑標準，八十年台灣地區醫院評鑑暨教學醫院評鑑。
9. 行政院衛生署：醫療機構設置標準，八十年台灣地區醫院評鑑暨教學醫院評鑑。
10. 行政院衛生署：七十九年度台灣地區醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序。
11. 蘇 喜：An Overall Review of the 1991 Hospital Accreditation Survey in R.O.C. (在119th American Public Health Association Annual Meeting中發表)。
12. 蘇喜：八十年度臺灣地區醫院評鑑工作之研究，1991；8。
13. 行政院衛生署：八十二年臺灣地區醫院及教學醫院評鑑相關規章。
14. 行政院衛生署：八十二年臺灣地區醫院及教學醫院評鑑評量表。
15. 張錦文：醫界聯盟之全民健保討論會記錄，1992；10。
16. 衛生署：歷年醫院評鑑暨教學醫院評鑑結果統計報告，1992；6。

COMPARISON STUDIES OF 1990 AND 1991 HOSPITAL ACCREDITATION IN TAIWAN

SYI SU, J.J. TAI¹

The Hospital accreditation program in Taiwan was launched first time in 1978 for the purpose of assigning teaching hospitals as practice site for medical students.

The enactment of the Medical Law authorizes the Health Department to be responsible for supervising the hospital accreditation program in coorepration with the Ministry of Education. Since then the database are available.

This research aims at comparing the evaluation data of the two accreditation programs.

The findings are as follows:

1. The total scores of medical centers and regional hospitals between the two accreditation runs are not significantly different, while those of district teaching and district non-teaching hospitals differ significantly.
2. The facility installment levels of medical centers, regional hospitals and district teaching hospitals between the two accreditation runs are not different while that of district non-teaching hospital has significant progress in installment level (kidney dialysis and infant bed are exceptions).
3. The medical related personnel staffing level of district non-teaching hospital has significant increase between the two accreditation

programs, except residents, physical therapists, and social workers. Medical Centers have significant increase in the medical record management personnel while regional hospitals recruit more nuclear technologists significantly.

4. The productivity of medical centers and regional hospitals do not differ significantly between two accreditation runs while district non-teaching hospital has significant lower productivity amount in emergency care services but has significant higher amount in other services.

Owing to the difficulty in quantifying services, the current accreditation program focus mainly on structural exploratory investigation. The facility installment level, personnel staffing level and productivity amount seem all have progressed as were expected by the Health Department. In terms of the findings, the district non-teaching hospitals seem to reflect the most satisfactory result toward what are expected. The guiding power of policy are shown meaningful. The development of objective process and outcome indicators are thus highly recommended. (*J Natl Public Health Assoc (ROC)*: 1994; **13**(2): 183-201)

Key words: *Accreditation, Hospital Accreditation*

Department of Family Medicine, National Cheng Kung University Hosital, Tainan, Taiwan, R.O.C.

¹ Department of Public Health, College of Medice, National Taiwan University and Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipaei, Taiwan, R.O.C.