



計劃編號：DOH92-1D-1048

行政院衛生署九十二年度委託研究計畫

總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立
Set up the monitoring system of emergency and critical care quality
post global budgeting

委託研究成果報告

執行機構：中國醫藥大學附設醫院

研究主持人：陳維恭

研究人員：楊大淵、蔡文正、李采娟、莊錦銘、

鄭震昌、劉雅立、簡郁玲

執行期間：92年1月1日至92年12月31日

本研究報告僅供參考，不代表本署意見

摘 要

健保局於九十一年七月一日開始實施醫院總額預算制度，由於總額支付制度是以費用控制為主，消費團體擔心醫院為降低成本，而損害民眾就醫權利，所以健保局在實施醫院總額的同時要求醫院團體辦理六大具體事項，其中一項即要求訂定及實施急重症醫療支付保障方案。訂定從優支付的條件後，是否能落實提昇醫療品質，確保急重症醫療品質的保障，這對實施總額之後十分的重要。本研究的目的是了解總額支付制度實施後急重症醫療生態改變的情形，並找出可作為監測急重症醫療是否有降低服務品質的監測指標。

我們透過各層級醫院之經營管理者問卷調查與實地對急重症醫療人員及病患家屬做訪查以了解醫療服務改變的情形，同時收集作業量資料與進行專家諮詢監測適用的指標。

本研究結果發現，急重症醫療在總額實施後這一年，醫院對成本控制的可能措施，例如：醫療儀器的更新、環境設備的改善、空間的整修、環境清潔與維持、耗材的供應、醫護人員參與教學研習課程數等並沒有變壞的情形。急重症醫療單位的病患數，在總額實施後均有增加的情形，但民眾感受到醫護人員提供的照護品質並沒有降低反而有增加。對急重症醫護人員的調查中，有 70.5% 感受工作量是增加的，且有 29% 感受到薪資所得減少；民眾的問卷中也發現醫學中心有 21.4% 的急診病患家屬認為等候時間有增加、也有 26.5% 加護病房之病患家屬不滿意提供給病患家屬的照顧；作業量調查顯示 48 小時內重返加護病房病人數有增加、住院醫師數減少等狀況，都是值得關切的部分。

配合專家建議，本研究建議可朝以下方向進行總額支付制度下的急重

症醫療品質的監測：

- (1) 醫療人力的監測，例如：急診主治醫師病患人數比、專任護理人員病床比、加護病房適用專任呼吸治療師病床比等。
- (2) 教育訓練。
- (3) 各類等待時間的監測，例如：急診會診逾時率、搶救手術等待時間、應住加護病房而未能及時住進加護病房的比率。
- (4) 醫療照護品質的監測，例如醫療錯誤的發生率、重返比率、急診醫療對特殊疾病的照護品質如：心肌梗塞、胸痛和重大外傷（ISS \geq 16）之照護結果評估。

關鍵字：總額支付制度、急重症醫療、醫療品質、監測指標

Abstract

In Taiwan, global budgeting in hospitals was instituted on July 1, 2003. Because the focus of global budgeting is on the control of expenditure of medical care, medical consumers and professionals in the national health care system have expressed concerns that global budgeting would result in decreased quality of medical services. The National Health Insurance Bureau designed a policy to avoid complications. The policy involves a fixed fee rather than the conventional fee in emergency and critical services. It is very important to monitor emergency and critical care after the global budgeting. The purpose of this study was to set up a surveillance system to monitor the emergency and critical care services.

We used a questionnaire to interview ED and ICU staff, patients and their families. The content of the questionnaire determined changes of satisfaction in EDs and ICUs prior to and after implementation of global budgeting. In addition, we used a panel of experts to select the most appropriate indicators to monitor.

Our results revealed that the financial support of EDs and ICUs, such as renewal of medical equipment, the improvement of work environment, provision of new medical equipment and training of medical staff, was not significantly decreased. Though the number of patients in EDs and ICUs had increased, the patients' and families' satisfaction was still high. However, 70.5% of the medical staff in EDs and ICUs felt an increase in workload. In addition, 29% felt their salaries had declined after global budgeting. Approximately 21% of patients felt that waiting time in EDs had become longer, and 26.5% of families were dissatisfied with the ICU care. The number of patients who returned to the ICU increased. The number of applicants for residency in ED and

ICU training programs decreased.

Based on an analysis of our results, we recommend that the quality of ED and ICU after global budgeting may be monitored using the following indicators:

1. medical manpower, such as the ratio of patients to physicians, and the ratio of patients to nursing staff. 2. training program of ED's and ICU's members 3. waiting time, such as waiting time for consultation, emergency operation, admission to the ICU. 4. quality of care, such as the rate of medical error, the ratio of return rate and the outcome of special diseases such as AMI, chest pain and major trauma.

Keywords: global budgeting , emergency , critical care , quality of care

目 錄

第一章 前言	
第一節 背景分析.....	1
第二節 研究目的.....	5
第二章 文獻回顧	
第一節 急重症醫療的重要性.....	6
第二節 醫院面對總額支付制度的因應策略.....	10
第三節 台灣醫療品質的現況.....	17
第三章 研究方法.....	22
第四章 研究結果	
第一節 醫院經營管理者因應策略.....	30
第二節 急診醫護人員對急診醫療生態改變之調查.....	38
第三節 急診病患家屬感受急診醫療品質改變之調查.....	47
第四節 急診作業量調查.....	54
第五節 總額支付下急診監測指標評估.....	59
第六節 加護病房醫護人員對加護病房醫療生態改變之調查.....	64
第七節 加護病房病患之家屬滿意度調查.....	73
第八節 加護病房作業量調查.....	78
第九節 總額支付下加護病房監測指標評估.....	82
第五章 討論	
第一節 總額支付制度實施後醫療品質分析.....	86
第二節 總額支付下適用指標.....	91
第三節 研究限制.....	93
第六章 結論與建議.....	95

附錄一：經營管理人員問卷

附錄二：急診醫護人員問卷

附錄三：急診病患家屬問卷

附錄四：急診作業量調查表

附錄五：急診專家諮詢問卷

附錄六：加護病房醫護人員問卷

附錄七：加護病房病患之家屬問卷

附錄八：加護病房作業量調查表

附錄九：加護病房專家諮詢問卷

表 目 錄

表 2-3-1 國內外機構/學者對醫療品質的定義.....	20
表 3-1-1 民國九十年台灣地區醫院數.....	22
表 3-1-2 問卷設計內容.....	24
表 3-1-3 問卷調查之對象.....	26
表 4-1-1 經營管理者樣本醫院回覆情形.....	33
表 4-1-2 經營管理者執行的策略.....	34
表 4-1-3 經營管理者對急重醫療單位經營管理策略.....	36
表 4-1-4 經營管理者給單位主管可用來提昇醫療品質之建議.....	37
表 4-2-1 急診醫護人員問卷樣本回覆情形.....	38
表 4-2-2 急診醫護人員對總額實施前後醫療生態改變調查之次數分配表	42
表 4-2-3 急診醫護人員對總額支付制度實施前後生態改變之描述性統計	45
表 4-2-4 急診醫護人員問卷之醫療品質與滿意度相關變項分析.....	46
表 4-3-1 急診病患家屬對總額實施前後改善情形之次數分配表.....	49
表 4-3-2 急診病患家屬對總額實施前後生態改變之描述性統計.....	52
表 4-3-3 急診病患家屬問卷之各等級醫院與各變項變異數分析有顯著差 異者.....	53
表 4-4-1 總額實施前後急診作業量描述性統計表.....	56
表 4-4-2 總額實施前後急診醫療人力與空間描述性統計.....	58

表 4-5-1 急診指標專家諮詢對象名單.....	59
表 4-5-2 急診指標專家諮詢描述性統計表.....	61
表 4-6-1 加護病房醫護人員問卷樣本回覆情形.....	64
表 4-6-2 加護病房醫護人員對總額實施前後醫療生態改變調查之次數 分配表.....	68
表 4-6-3 加護病房醫護人員對總額支付制度實施前後生態改變之描述 性統計.....	71
表 4-6-4 加護病房醫護人員問卷之醫療品質與滿意度相關變項分析.....	72
表 4-7-1 加護病房病患之家屬滿意度調查之次數分配表.....	75
表 4-7-2 加護病房病患家屬滿意度之平均值與標準差之描述.....	77
表 4-7-3 加護病房病患家屬等級變項差異之分析.....	77
表 4-8-1 加護病房作業量描述性統計表.....	80
表 4-9-1 加護病房指標專家諮詢對象名單.....	82
表 4-9-2 加護病房指標描述性統計.....	84

第一章 緒論

第一節 背景分析

我國全民健保自八十三年開辦以來，至今已有八年多的時間，這段期間雖有一些瑕疵以及批評，但整體而言，民眾的滿意度一直高居 75% 以上（中央健康保險局，2001），而根據世界著名之經濟學人資訊部（The Economist Intelligence Unit, EIU, 2000）對全球二十七個主要國家，進行健康情形的評比，台灣被列為最健康國家之第二名。這項成就固然值得驕傲，然而政府為了維持這項成就所面臨到的壓力，恐怕也是十分的沈重。

我國健保法中明文規定，在健保施行中，要施行總額支付制度，因此現今走向總額支付乃時勢所趨。健保局於八十七年七月開始實施牙醫總額，八十九年實施中醫總額，九十年七月實施西醫基層總額，以及九十一年七月實施醫院總額，至此總額支付的制度在架構上已經全部完成。醫療總額支付制度的目的，有下列幾項：1. 合理協商並控制費用；2. 鼓勵提昇醫療效率及品質；3. 提升專業自主及尊嚴。但回顧這段實施的過程，醫療提供者對於實施前均充滿著疑慮，並儘可能的找出應變的策略來面對這些改變（李玉春，2002）。然而這些策略，對醫療生態乃至醫療品質的改變，十分值得注意及觀察。而 91 年 9 月 1 日調升費率以及加重部份負擔的部份，就在總額推行初期投下了一顆威力不小的震撼彈，不論是醫院或學會，連醫師及病患都在盤算，這波變動所可能造成的影響，以及如何將損失降到最小。

面對總額制度各醫療專科人人自危，深怕在總額下成為受害者，不僅醫療經營者擔心，連一般民間團體亦十分擔憂。這種不安絕非空穴來風，其主要的原因就是總額支付制度仍以費用控制為主（楊智良，2000），為了控制

成本，醫療院所會以減少醫療費用支出作為應變手段之一，這個方法對醫院而言幾乎是最簡單且容易達成的方法。醫院若因每點數值下降收入減少，必會降低醫療成本，其可能策略有三：一是篩選病人，將資源投入最具利潤的病類與醫療作為；二是干預醫療專業，要求醫事人員減少服務；三是精簡資源，減少醫療人力、設備、藥品與其他財務資源之投入最終預期將直接衝擊民眾就醫及醫事人員的工作。由於健保給付結構長期都向門診傾斜，醫院為了維持收入重心的門診給付，必然對病人較無自主就醫選擇權的急重病單位下手，這些病患多因緊急或意外事故被迫必須到就近的醫院就醫，因此只要醫院急診的門是開著，必然會有病患就醫。而對大醫院而言，只要醫院負責轉診部門能和基層醫療單位維持良好關係，大醫院急診的轉診病人也不會減少；至於急重症的病人，是否受到高品質的照護，可能被醫院忽略。很多大醫院強調醫療體系的整合及聯盟策略，其重點是在服務版圖的維持，而非品質的提昇，這正是令人擔憂的。

基層及醫院總額都施行之後，醫療生態的改變將逐漸發酵，以前基層醫師假日仍然開診的情形將慢慢的減少，在這種情況下，享有更多的假日卻同時領相同的給付的情形，不是不可能存在，假日病人湧到醫院急診，造成急診人力不足，或將重症病人轉診到其他醫院，這些在浮動點數的考量下，醫療品質下降的情形是可以預見的。加拿大的醫院總額支付制度，常被各國保險制度的規劃者奉為典範，然而按這套制度實施的結果，卻造成急重症醫療一些不良的後果，包括急診室病患越來越擁擠 (Robert W, 2000, 2003)，而重症病人則須長期等候治療 (郭正權, 2000)。加拿大 Toronto 在 1999 年至 2000 年急診病人成長了是 63% (Ontario Hospital Association, 2000)。急診病人越來越擁擠的結果可能造成一些不良的後果，包括 1. 錯誤的醫療越來越多；2. 病患的死亡及罹病率越來越高；3. 急診病患的擁塞，反而增加醫療

費用；4.工作壓力讓有經驗的主治醫師不願在急診工作；5.救護車花更多的時間轉送重症的病人。總額預算後急診面對越來越多複雜病患，以加拿大急診醫學會(CAEP)訂定的工作標準，每位專科醫師每年 1500 小時，服務 5000 病患的標準，尚且會面臨如此醫療品質的問題，可預見台灣走向總額的未來，急重症的醫療品質亦將逐步惡化，這種現象不見得在一年內就改變，但可預見的未來，當醫界協商的機制越來越成熟，技巧越來越熟練，急重症病患因低度就醫選擇權的特性，將成為被犧牲的第一群病人。

醫療生態在總額支付制度下，是否如專家所推斷，「醫療團體能建立品質確保方案，不但不會降低品質，反而有一些品質提昇計畫，且將病人推給其他醫院的誘因不高」(李玉春，2001)的情形現階段無法論斷。對急診及加護病房而言，我們不僅擔心病患被 dumping 我們更擔心 waiting list 的惡化，這些現象必須及早監測，除可減少對醫院的衝擊外，並可做為政策修訂的參考。我們希望，總額給予醫院急診的保障，可以直接加惠在病人身上，不要讓施行總額的結果只是讓假日、夜間急診病人的醫療品質更形下降。同樣的情形亦可能發生在地區醫院的重症照護品質上，總額支付制度為了促進各層級醫院的平衡發展，降低地區醫院的風險，考量地區醫院層級承擔風險的能力，在支付點數上有一定的保障，然而在地區醫院的經營者而言，這種保障如果轉換成輕病住院，或是將不嚴重的病人放在加護病房內，或者已無能力繼照護，卻仍留在加護病房照護，這些問題如果只靠一些過去的監測指標，恐怕很難真正的反應在提昇品質的目標上，而依照日本對必要醫療服務，採全國統一的審查是否真能有效控制則仍有待觀查，要透過什麼樣的方法監控最能達到三贏—醫療品質贏、醫院贏、健保贏，是有必要深入探討的。

健保剛開辦時，對急重症醫療並沒有特別的注意，但是病患對急重症醫療的需求以及品質的要求必然會不斷增加 (Nancy J Auer, 1998)，而不斷增

加的醫療糾紛，更讓它成為眾矢之的。在此情況下，衛生署才開始有了改善急重症醫療品質的計劃以補效這些錯誤，雖然有了初步的成效，然而真正的癥結並沒有解決。我們希望透過這次的研究，對總額支付下因應醫療生態的改變，重訂急重症醫療品質的監測指標，以達到保障有條件、錢用在刀口上的總額精神，避免重蹈過去出現問題後，才被迫花費許多的人力及金錢來導正，平白喪失改革過去偏差醫療生態的契機。

第二節 研究目的

總目標：面對總額支付制度的實施，探討急重症醫療品質在這段醫療生態不變期間，所受的衝擊及改變，依據這些改變訂定總額支付制度下，改善急重症醫療所實施的急重症醫療保障方案，合理有效之醫療作業品質監測指標及保障條件。

目標一：醫院經營管理者在總額支付制度前後，是否對提昇急重症醫療品質提出相關策略進行調查。

目標二：急重症醫療人員在總額支付制度前後，對急重症醫療品質改變之知覺問卷調查。

目標三：民眾於總額支付制度前後，對急重症醫療品質改變之知覺問卷調查。

目標四：醫院在總額支付制度前後，急重症相關作業量之調查。

目標五：根據總額實施後，各級急重症單位情況，訂定出適用於總額支付下急重症品質監測指標。

目標六：提出確保急重症醫療單位全面品質管理之方案，供衛生主管單位參考。

第二章 文獻探討

本章分急重症醫療的重要性、醫院面臨總額支付制度的因應策略、台灣醫療品質的現況共三節分別來探討。

第一節 急重症醫療的重要性

一、急診醫療照護

當人的生命安全突然受到威脅時，如：冠狀動脈阻塞、腦血管意外、糖尿病併發症、自殺、他殺、車禍、職業意外傷害、災害發生等需要緊急醫療照護的狀況，此時急診部門就提供第一線緊急醫療服務。急診的服務是全年無休，24 小時隨時待命提供所需要的醫療資源，絕大多數的病患會到急診通常是自覺身體狀況比較危急、比較痛苦，因此，不論病患是否符合需要緊急醫療照護之標準、不論傷者身分、不論傷患數量多少，急診部門扮演著需應變危急且迅速提供醫療照護的場所。

對醫院而言，急診是醫院的門戶，因急診病患大約有 30% 需要住院，急診住院病患約占醫院住院病患 40% 以上，因病患在病情急性期，使用醫院的儀器設備較多，且多數病患的醫療花費也在於治療前期，所以急診可為醫院創造相當高的收入（閻守鈞，1998），再加上總額支付制度實施後，急診的醫療費用支付有受保障，因此，急診部門對醫院營收的重要性是無庸置疑的。

會影響急診病患選擇就醫場所的主要因素包括：等候診療時間、等候檢

驗時間、醫療處置適當、醫師說明技巧、醫療服務態度、醫師的道德、尊重個人隱私、急診環境品質、治療預後情形、流程的快速、醫療費用、醫療設施、設備新穎、交通便利方便、與醫院的距離、以往就醫經驗、醫院名氣、救護車送達、病患本身或家屬是否為醫院員工等等都是影響急診醫療利用的因素。

急診醫學科的定位在衛生署承認其為主專科之後已經建立，至今已有 536 位醫師通過急診專科醫師證照。越來越多年輕的住院醫師投入急診醫療服務這一行，但因急診是醫療糾紛多、臨床工作忙碌、人才養成不易、生活作息不規律、工作時數長而無暇做研究更別說是休息等因工作狀況不穩定導致流動率高，這對需要有經驗的醫師或護理同仁駐守的急診是令人堪憂的現象。

急診在台灣兩次重大事件中扮演著火線上的尖兵：九二一地震大量傷患立即接受緊急救護、SARS 爆發時扮演守門員的角色。因此，盡醫療體系最大的能力給需要第一線緊急照護的民眾得以獲得生命安全是急診單位的超級任務。

二、加護病房的特質

1967 年馬偕醫院在國內首創設置加護病房，將重症病患集中在一起，配置臨床豐富的醫護人力（郭許達，1998）。1996 年衛生署開始對加護病房評

鑑實施分級認證與實地訪查，將加護病房分為甲、乙、丙、丁級，並依等級給予不同的健保給付，這促使醫界開始重視重症醫學急重症病患照護品質的提昇。

住進加護病房病患之特質是病人病情危急不穩定，需要生理監視、呼吸輔助、心血管藥物注射控制等必須加強照顧與治療之病患為優先考量。因此有足夠的人力與儀器進行全天候 24 小時診斷、治療及加強照護，使重症病人得有活命的機會。所以加護病房相當重視工作效率與醫療成效，其醫療設施往往是全醫院最先進的高科技儀器，醫護人員也經過特殊訓練具有專門學理技能的高度素質醫療團隊，才能幫助病人度過生命最危險、最艱苦的時期（邱豔芬，1995）。

為了解病人入加護病房時的疾病嚴重狀態、預估其預後及治療方向，已陸續發展出適用於不同狀態的重症評量表，如：GCS（Glasgow Coma Scale）評估意識狀態、Killip 評估急性心肌梗塞的嚴重度、NYHA（New York Heart Association）評估心臟衰竭的嚴重度、SAPS（The Simplified Acute Physiology Score）用於了解病患在加護病房 24 小時內之生理狀況、TISS（Therapeutic Intervention Scoring System）是依病人所接受之醫療處置項目給予點數評分、APACHE（Acute Physiology and Chronic Health Evaluation）適用於評估各種重症病患之生理現象等等評量表。

APACHE 是現今最為國內外廣用的評量表：醫政單位將 APACHE II 做為加護單位評鑑分級之參考、可用來評估加護單位護理人力之需求（邱豔芬，1995；莊玉仙，2002），也可用來判斷各醫院之加護病房照護能力之品質標準（Civetta，1989）。

APACHE 是由 Dr. Knaus 與同僚共同研發，於 1981 年第一代 APACHE 評量表提出，包括二部分（1）急性生理分數（acute physiology score APS）（2）住院前健康評估（preadmission health evaluation），系統共有 34 項生理指標，是最早被廣泛使用於加護單位重症病人嚴重度的評估方式。第二代 APACHE 評量表在 1985 年提出，包括三部份（1）急診生理分數，紀錄病人住進加護病房 24 小時內最差的生理指標值，依生理檢查值之偏差程度給予 0-4 分，其加權總分即為 APS。（2）年齡分數，依不同年齡層給予 0-6 分，是預後的獨立危險因子。（3）慢性健康分數（Chronic Health Points CHP）評估病患過去的病史，所評估的生理指標簡化成 12 項。分數範圍從 0 到 71 分，分數越高疾病越嚴重（Knaus，1985）。

加護病房的醫療成效往往代表該醫院的醫療水準，而加護病房的成效是取決於醫師專業素質、護理照護品質、儀器設備之完備性，故監控投入的資源與醫療品質是不容疏忽的。

第二節 醫院面對總額支付制度的因應策略

總額支付制度是一種前瞻性的支付制度，由付費者（保險人）與醫療提供者就特定範圍的服務，預先協定下半年度醫療服務總體支出（預算），輔以既定目標，據以提供服務，以達合理有效使用醫療資源之目的。

在醫療消費市場中，因「疾病發生之不可預測」、「醫病訊息不對等」、以及病患必需透過「醫師代理決策所需醫療資源」，因此，經由健保制度為保險人之權益做為守門員角色以期能夠以「最小」的成本讓「最多」的人民得到「最好」的醫療。但實際上「就醫可近性」、「成本」、「品質」這三者卻總是處於兩律背反的緊張關係；有鑑於醫療資源的有限性，一個務實的健康保險政策是要達到以「合理」的成本，讓「納保」的人民，得到「適切」的醫療（章殷超，2003）。

全民健康保險費用協定委員會，在協定醫院部門總額時，同時要求訂定及實施急重症醫療支付保障方案、藥費控管方案、門診與住院醫療費用結構比率調整方案、落實支付標準合理化、擴大實施論病例計酬項目、擴大論質支付制度試辦項目、研訂手術死亡率相關醫療品質監控指標，做為實施的策略。回顧這段全民健保各項策略實施的過程，醫療提供者從充滿疑慮到找出應變措施來因應環境的改變與衝擊，其策略與反應往往決定醫院未來的發展與生存。

當組織面對環境變化的反應，Miles&Snow(1978)提出四種策略類型：

1. 擴張者策略 (prospector strategy)：此類著重於創新、多元化發展，所提供的產品在市場選擇上是富變化的。
2. 防禦者策略 (defender strategy)：此類會在原來的市場追求品質及技術上之競爭，並不積極開發新市場。
3. 分析者策略 (analyzer strategy)：結合擴張者與防衛者策略，一方面準備新市場開發；一方面維持固定市場。當組織面臨危機或進行改革時，會採取成本及效率的控制。
4. 反應者策略 (reactor strategy)：該類組織缺乏完整性的策略反應，只是被動地隨環境壓力而盲目反應。

Shortell (1985) 也針對醫療環境的變化提出了三大類策略架構，並列舉出醫療組織內與組織間之反應：

1. 機構層面 (institutional level)：機構的策略隨外在環境改變做調整。醫院內部會教育員工了解狀況、主動參與訂定法規的機構；醫院與醫院間會採取加入體系、聯盟、合併、聯合抗爭。
2. 管理層面 (managerial level)：結合機構和技術層面的策略，根據環境的需要來分配適當資源。醫院內部會採取組織再造、改變原本的中央集權或分權管理制度、成立策略規劃部門、調整醫療人力；醫院間會有共享行政

管理支援。

3. 技術層面 (technical level): 著重在和顧客有直接關聯的產品或服務上的策略。醫院內部會採取開發新市場、新產品、服務精緻化、多元化經營；醫院間採取聯合檢驗、檢查、藥局及服務醫療人員交流互用。

Shortell 提出會影響醫療機構運作的環境因素，大致可分為三類：法規環境、競爭環境、社會人口環境，其中以法規環境對醫療產業所造成的衝擊及影響層面，最受醫療機構的管理者所關切 (李妮真，1995)。

莊念慈 (2002) 曾對國內醫院因應總額支付制度之策略方案及其相關因素探討中發現醫院在因應策略以機構層面最高，其次是管理層面，再其次是技術層面，這與 Cook (1985) 的研究中發現是相同的，因醫院為降低法規的不確定性會採取機構層面的策略，藉以提供明確的管理方向，隨著法規持續的影響，醫院會尋找管理層面的替代性策略，最後則採取技術層面的策略以維持組織的效能與生存。

因總額支付制度以費用控制為主，從供給面著手比較多樣化且具有經驗上的成效，其策略包括控制預算，控制人員、病床與昂貴儀器供給，控制人員薪資和藥品價格，以診斷關係群支付費用或尋求並鼓勵以類似的醫療服務來取代昂貴的服務項目等等。這些供給面的醫療費用控制策略都有一個共同的目標，就是避免供給者所引發的需求 (Abel-Smith 1992)。因此多數醫

院會採取降低成本之策略，這不僅醫界擔心，一般民間團體亦十分擔心，台灣醫療改革基金會（2003）提到醫院為降低成本可能的作為

1. 轉嫁成本給病患：不接受急、重症病患之治療、漠視病情監控之必要性，過度拉長病患回診時間、在沒有治療計劃下趕病人提早出院、誘發民眾自費診療項目、移除輕重度精神病患的住院照護。
2. 不合理緊縮成本：減少醫護人力，裁減醫護以外醫療團隊，如護士、藥師等人力、降低醫事人員薪資。
3. 行政扼殺專業：避免藥費較高的藥品，如孤兒藥、減緩引進利潤低但必要之醫療先進科技、避免藥費較高、獲利空間不大、但為治療首選的藥品、減少一般性必要檢驗、誘發提供非必要但有利潤的檢查。

也有研究提出醫院為因應總額降低成本的策略如下：

1. 嚴格控制固定成本：因總額只支付醫院的醫療服務，醫院的擴建、病床加蓋、設備儀器的更新、嶄新的醫療技術引進都不另行支付，因此醫院對固定成本的支出必須另籌財源。
2. 實驗檢查的樽節：高科技檢查必須有臨床使用標準、以普通檢查替代。
藥物的節省
3. 物料管理、降低耗材成本等。

醫院在因應總額制度實施下必須以費用控制來減少衝擊的同時，又必須

提昇競爭力招來病患得以利生存，管理層面提出醫療品質提昇的策略如下：

1. 業務及服務品質方面：

- a. 繼續推動臨床路徑，縮短住院日，提高病床週轉率，以提昇經營效率及服務品質。
- b. 繼續加強及充實住院服務項目及品質，提高顧客滿意度。
- c. 加強第一線人員與病人互動，應對禮儀及溝通技巧，以減少誤解及醫療糾紛。

2. 經營及財務方面：

- a. 落實分科經營精神，實施責任中心制，使權責相符。
- b. 繼續加強抗生素及麻醉藥品之使用管理，訂定執行藥事作業規範，提昇藥事作業品質。
- c. 加強物料管理，降低庫存，檢討高價藥品及材料政策。

3. 教育訓練與研究

- a. 整合全院住院醫師訓練計劃
- b. 鼓勵醫師出國進修、深造、參加國內外醫學會，以提昇整體醫療水準
- c. 持續推動院內各類人員在職教育，提昇專業知識及人文素養
- d. 增加研究設備，以提昇研究風氣及水準

4. 資訊方面：完成住院醫囑系統，以提昇住院作業效率

5. 加強員工對總額支付制度的了解
6. 全力準備評鑑，爭取升級
7. 標準化醫療服務的全面實施，以降低核減率
8. 展望將來：熟悉「論人計酬」的支付制度
9. 靈活運用彈性上班制度

醫院在降低營運成本及強化醫院內部運作功能後，開源是另一大資金來源，現今中外也多致力於多元化經營，開拓「非健保」的醫療市場：

1. 開設長期照護的醫療服務：護理之家、居家照護等廣泛性醫療服務。
2. 醫院轉型，提供特殊的醫療服務：空床轉型為慢性病床或急性病床（如加護病房）。
3. 對外合作方面：
 - a. 在現有的基礎上，繼續加強建教及醫療合作，以提高合作醫院轉診、以提高合作醫院轉診、轉檢之意願。
 - b. 運用社區資源並建立好關係，從事「社區健康營造」，擴展勢力範圍，與社區內其他層級醫院合作，建立整合性醫療體系，以穩定客源。
4. 積極推動各種形式的策略聯盟，擴大醫院經營的醫療網。
5. 合縱連橫：數家醫院合併聯盟組織，涵蓋離島山區及高給付的健保分局，有助醫療資源的妥善運用。

6. 樽節高科技醫療服務。
7. 急診的擴大：因非重症服務、非預約服務、即時服務。
8. 發展特色及醫院行銷工作：建立醫院醫療及服務上之經營特色、建立各項醫療或醫學中心，整合資源以發展特色、鼓勵醫師利用媒體發表醫學相關文章，以加深病患之印象。
9. 門診服務的普遍化：全年無休的門診服務、手術門診、預防保健門診、衛教門診的開設。
10. 住院設備的效率化，縮短住院平均日數，增加每日的住院人數，以占床率 100% 為目標。(以上整理至莊念慈，2003；洪純隆，顏裕庭 2002)

第三節 台灣醫療品質的現況

我國醫療環境的特色：1.就醫方便：除少數山地、離島地區、絕大多數民眾 30 分鐘車程即可找到醫院就診。2.費用相對低廉：台灣健保支出龐大，社會普遍反應費用甚高，但實質乃利用偏高，即量的濫用及醫院資源之較少節制。3.醫師自律觀念薄弱，團隊意識缺乏：台灣醫師關心的是他手頭病患的福祉，比較難以產生團隊精神及建立自律機制。4.醫院經營不透明各憑本事：醫院要賺錢，但合理的利潤、手段如何，衛生及財稅機關缺乏資料及主導。5.其他特色如：醫院大型化、超小型醫院長期掙扎於存廢邊緣、特殊醫療專科醫師不足、健保獨買獨賣、醫學及醫業團隊以聯誼爭權益為主、教育訓練功能不足等（韓揆，2002）。因此，沒有完善的監督作業來抑制醫療資源濫用、醫療機構各憑本事經營是長久令人詬病之處。

醫療品質的定義很多也很廣泛（表 2-3-1），張文麗（2002）綜合各種理論下了一個明確的定義：醫療機構或醫療人員比較強調臨床治療的適當性及其效果，政府或保險人則偏重於醫療資源的利用和分配的何宜性，病人由於較缺乏醫療專業知識，其通常較注重所經歷的醫療服務過程的品質及最終治療結果。

近年來衛生署對台灣醫療品質的提昇有諸多貢獻，如：教學醫院評鑑、醫院評鑑的舉辦、省市立醫院業務改進計劃的實施、醫療法的頒布、醫療網

的規劃、專科醫師的建立等等。自全民健保開辦以來，醫療品質更成為醫、病、和政府或民間機關團體所關注的焦點：照護品質指標系列的發展、總額支付下醫療品質確保方案提出、設立醫院審核機構模式的建立、管理式醫療的推廣等等相關增進醫療品質的方法不斷推陳出新，這對總額支付制度實施下必須將錢花在刀口上的精神可說是一大福音。

讓數字說話，指標的發展是近年來用於測量與評估醫療品質的新興管理。品質評估的目的：1.提供資料與資訊做為決策，2.做為品質改善的基礎，3.定期修正醫療照護體系的政策 (O'Leary, 1993)。「指標」本身雖無法直接測量醫療品質，但可以測量某一表現的長期趨勢，可以視為評估與改善醫療照護的適切性，所得到的數值不宜有標準值，但造成此數字的背後原因是做為評估改善的重點。

Hofer (1997) 認為好的指標必須 1.當時或事後能反映病患狀況；2.花費最少的人力、經費即可收集；3.可以發現低於照護標準的病例；4.能找出重複發生並可預防的問題。而在選取指標時應以重要性、綜合性、適當性和可靠性為考量：指標重要性與意義的代表性通常能夠直接牽涉到醫院的管理重要內涵，且獲得學術界認可，或是行政上經常使用，較適宜做為評判標準，內容應綜合各類重要的面向，以精簡、可行、階段性為適當性的考量，找到適當的指標後，數值或內容收集的可信程度也是考量的重點。(徐惠娟, 2001)

TQIP 和 THIS 是目前台灣知名的兩大醫療品質指標系統。TQIP 是由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會引進美國 QIP 系統，THIS 是由台灣醫務管理學會參照美國 QIP 功能性區分之模式為主架構，Donabedian 之評估模式—結構、過程、結果為輔所發展的指標系統。目前在台灣已有六、七十餘家分別加入協會做自我品質內控。健保局也陸續提出「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」、「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」、「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」、「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」的醫療服務品質指標對醫院進行外控監測。

同時健保局也發展全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案，用以確保保險對象的就醫權益和專業醫療服務品質，並建立持續性醫療服務品質改善計劃和醫療服務風險監測機制，進行醫院醫療服務品質的監控與輔導，以便將執行結果納入總額支付制度之協商因素之一。

現今國內醫療品質的提昇也陸續參照其他國家的經驗做改革：國際醫院評鑑聯合委員會提出以病人為中心的評鑑標準，要求醫院照護均要以保護病人及權益為出發點。多以宣示性條文，極少結構式條文規範醫院整體人員提供完整的、持續的、有品質的照護在病患的病歷、轉診作業、衛教工作、家屬參與處理過程、投訴方法等進行規範（韓揆，2002）。

美國管理式醫療結構面上著重醫療機構是否合乎聯邦或州政府的安全標準及人員資格執照，過程面發展出臨床治療指引、關鍵途徑、危機管理，結果面上除評估照護的最終面並透過病患實施滿意度調查做為調整給付的工具，以回溯性、同步性、及前瞻性三種方式進行同儕審核，醫療步驟適當性評估及報告卡來確保醫療品質。(林恆慶，2003)

醫療品質要提昇，若能有一套完善的制度，讓醫院本身有自我控管的行動，而主管機關或保險機構進行審查監控，對不足之處給予輔導，對有改善的給予鼓勵與獎賞，醫療品質雖沒有一定的標準值，但要有共識醫療品質要提昇。

表 2-3-1 國內外機構/學者對醫療品質的定義

機構 (年代)	醫療品質的定義
Donabedian (1969)	醫療品質是包含結構、過程、結果的複雜物，期能以最小的風險及成本來平衡最適狀態。
石曜堂 (1978)	醫療品質包括醫療服務技術及醫療服務藝術，前者指適切的診斷和治療，後者指病人滿意度、醫病溝通及醫護人員行為等。
Donabedian (1980)	醫療品質由技術、人際、及舒適三層面組成。簡單的說就是醫療技術加上醫療藝術及其交互作用，其結果是期望病人能有最大福利，並考量照護過程之各種利益及損失平衡。
杜異珍 (1981)	醫療品質包括病人適切的診斷與治療、滿足需求的程度、病人得到的教育、醫護人員合作程度和溝通。
美國醫學會 (1987)	醫療品質包含 1.病人健康得最大改善並符合最大利益；2.著重在健康的改善及疾病的預防；3.提供適當即時的照護；4.病人能一起參與診療過程及相關決策；5.以醫學科學為基礎的照護；6.從身心的整體觀點治療病人；7.能有效運用技術與資源；8.要有完整的病例紀錄。

美國醫學研究機構 (1990)	醫療服務是一種增加個人或群體期望的健康結果，且與現有專業知識一致的程度。
美國醫療機構評鑑 聯合委員會 (1990)	對於特定的服務、過程、診斷及臨床問題，遵守已知的良好職業標準及達到期望結果的程度。
Omachonu (1990)	醫療品質包含：實質的品質是指符合專業標準的程度；感受上的品質，指滿足消費者的期望。
Palmer (1991)	醫療品質乃是在既存科技、資源及消費環境下，健康得以促進，民眾獲得滿足之一種產值。
倪嘉慧 (1994)	醫療品質是運用現在的醫療知識及資源，結合與醫療品質相關的機構，促進結構、過程、和結果三層面的品質，以期有效率地提昇病患接受理想照顧的機會，並減少不當照護結果的發生。
韓揆 (1994)	醫療品質廣義而言，是指醫療的臨床品質加服務品質。臨床品質是以醫師為主的醫事人員對臨床作業執行的狀況，服務品質指臨床周邊設備與工作，包括硬體環境、行政手續、醫療費用及服務態度等品質，並以滿意度為依歸。對社會和政府機構而言，是醫療體系對民眾所提供的照護，包括制度、人力、設施、執行、及為病人與社會合理負擔所為安排之狀態與評價。
何宜真 (1998)	對病人及醫療機構而言，是醫院整體為使診療發揮效果，使病人方便與滿意度所做的努力。
張文麗 (2002)	醫療機構或醫療人員比較強調臨床治療的適當性及其效果，政府或保險人則偏重於醫療資源的利用和分配的何宜性，病人由於較缺乏醫療專業知識，其通常較注重所經歷的醫療服務過程的品質及最終治療結果。

第三章 研究方法

面對總額支付制度的實施，本研究是要探討急重症醫療品質在這段醫療生態丕變期間，所受的衝擊及改變，依據這些改變訂定總額支付制度下改善及監測急重症醫療之保障方案。

依據研究計畫目的針對不同層級醫院、院內顧客(醫療人員、單位主管及醫院經營者)、院外顧客(病患及家屬)進行調查，並分析資料，以做為急重症醫療指標參考。

一、抽樣方法及研究樣本

依中央健保局所劃分六個醫療行政區域(北區、台北區、中區、南區、高屏區及東區)，參考民國九十年底行政院衛生署公布之醫療院所評鑑等級作為各醫療區域內醫療院所等級的依據(見表 3-1-1)，將各區域之醫療院所分層以隨機方式分別抽出醫學中心 1 家、區域醫院 1 家及地區醫院 1 家，預計將抽出 18 家醫院作為本研究樣本。

表 3-1-1、民國九十年台灣地區醫院數—
按醫療區域別及評鑑等級別區分

醫療區域	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
中區	4	13	87	104
北區	2	10	46	58
台北區	8	22	67	97
東區	1	4	9	14
南區	3	9	75	87
高屏區	3	8	115	126
總計	21	66	399	486

※ 資料來源：行政院衛生署

二、問卷設計及問卷效度

- (1) 設計問卷：參考文獻及生態訪查急重症醫療所收集之臨床實務經驗，設計結構式問卷，並輔以部份開放式問題。
- (2) 問卷效度：邀請了中國醫藥大學醫管所蔡文正老師、李采娟老師、中國醫藥大學附設醫院莊錦銘醫師、鄭宜昌醫師、張家昇醫師五位醫院品質管理之學者與急重症醫療之資深臨床醫師評析問卷內容，進行問卷專家效度，並參考專家學者意見修正問卷。將修正過後的問卷，以立意取樣進行三家不同層級醫療院所相關研究對象進行問卷題意與填答難易度評估，做為最後修改。

三、問卷收集方法

函文告知研究受訪單位，先利用電話徵詢配合意願，再以郵寄寄發調查問卷以及實地訪查以利收集資料。

四、問卷內容與測量變項

問卷內容針對醫院管理階層人員進行因應策略訪查，分別對急診與加護病房之病患家屬問卷訪查、醫護人員生態改變訪查、總額支付制度實施前後一年之作業量收集、專家進行指標重要性與適用性諮詢，共設計出 9 份問卷，問卷設計內容如表 3-1-2，問卷調查之對象如表 3-1-3。

五、統計分析方法

以 SPSS 8.0 版作為資料整理與建檔之工具，並進行統計分析。將所收集之資料分各評鑑等級醫院及總額實施前後之差異做分析。

- (1) 各問卷變項以平均值和標準差來表現填答分佈情形。
- (2) 單因子變異數分析檢視各變項在醫學中心、區域醫院和地區醫院之差異情形，結果達顯著者再進行 Scheffe 事後檢定，進一步做多重比較，以了解各組之間有哪些組有差異。

(3) 利用 Pearson 雙因子變數分析來解釋醫護人員感受醫療品質與工作滿意度之增減與其他生態改變之變項相關情形。

表 3-1-2 問卷設計內容

	急診	加護病房
管理人員 因應策略	<p>1. 醫院的經營管理策略：</p> <p>a. 機構層面-與其他層級醫院的建教合作、加入醫療團體聯盟</p> <p>b. 管理層面-發展電子病歷、健保申報內部審查電腦化作業、資訊系統做藥物處方確認、人事故本的調整控制、訂定診療指引</p> <p>c. 技術層面-提供整合性的照護系統、強化急重症醫療的特色以利競爭、開闢自費項目之醫療</p> <p>d. 勾選「至今還未實施」、「總額前已實施」、「總額後有實施」來判定實施期間。</p> <p>2. 總額實施後急重症醫療單位經營管理的策略-儀器設備、環境設備、空間擴建、研究教學及訓練的經費、值班津貼、耗材的控管、醫療人力等成本控制上以及醫療品質改善方案，分急診與加護病房兩單位做「有增加」「不變」「有減少」勾選評估。</p> <p>3. 提昇醫療品質之建議：分「強烈建議」、「建議」、「不建議」來評估建立某些疾病癒後的監測指標、將人力配置的合理性、醫護人員參與教育訓練、安全防護管理的建立、醫療失誤通報系統的建立、疾病個案看診後的追蹤與衛教等是否建議列為總額支付下的給付參考。</p>	
民眾問卷調查	<p>1. 外在因素：受訪者身分、年齡、性別、教育程度、就診科別。</p> <p>2. 內在因素：醫護與其他人員的服務品質、等候時間、設備環境、就醫流程、耗材供應等。</p> <p>3. 研究對象：以 92 年 8 月份白班為調查訪問時間，找尋 91 年 7 月 1 日之前曾使用過該醫院急診的病患或家屬（若遇病患無法回答由家屬代答），採面訪。</p> <p>4. 採用五分法：「改善很多」、「有改善」、「沒有差別」、「變差很多」，另多加一欄「沒有接觸」方便填答。</p>	<p>1. 外在因素：受訪者之身份、年齡、性別、教育程度、入加護病房的天數。</p> <p>2. 內在因素：服務態度、病患的清潔照護、環境設備、耗材供應、病患與家屬照護狀況。</p> <p>3. 研究對象：以 92 年 8 月內外科或綜合性加護病房之病患家屬為主要訪問對象，利用家屬探訪時間進行面訪。</p> <p>4. 採用四分法：「很滿意」、「滿意」、「不滿意」、「很不滿意」。</p>

(續)3-1-2 問卷設計內容

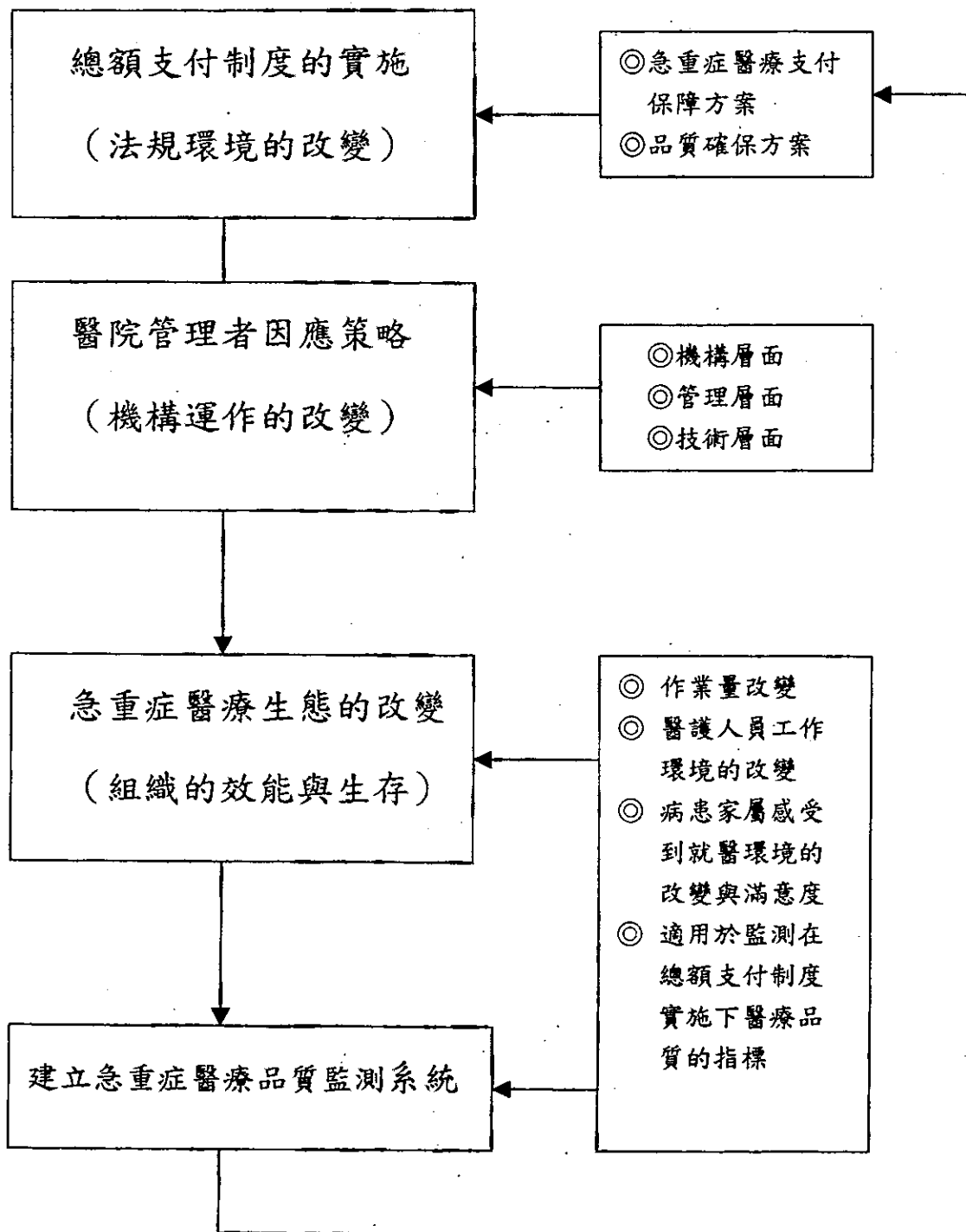
	急診	加護病房
醫護人員問卷	<ol style="list-style-type: none"> 個人基本資料：職稱、年齡、性別、年資、教育程度、其他層級醫院服務經驗。 比較實施總額前後的差異： <ol style="list-style-type: none"> 結構面：含人力資源、儀器設備、空間環境、教育訓練、待遇、品質指標。 過程面：含診療行為、照護過程、耗材使用方便性、病患等候時間、就醫流程。 結果面：工作量、品質提昇、整體滿意度。 研究對象：問卷發放時間在 92 年 6 月，故以在相同醫院之急診部門服務滿一年以上之醫護人員。 以五分法「增加很多」、「有增加」、「沒有差別」、「有減少」、「減少很多」來評估改變情形。 	<ol style="list-style-type: none"> 個人基本資料：職稱、年齡、性別、年資、教育程度、其他層級醫院服務經驗。 比較實施總額前後的差異： <ol style="list-style-type: none"> 結構面：含人力資源、儀器設備、空間環境、教育訓練、待遇、品質指標。 過程面：含查房次數、病患疾病嚴重度、耗材使用方便性。 結果面：工作量、品質提昇、整體滿意度。 研究對象：問卷發放時間在 92 年 6 月，故以在相同醫院之內外科加護病房服務滿一年以上之醫護人員。 以五分法「增加很多」、「有增加」、「沒有差別」、「有減少」、「減少很多」來評估改變情形。
作業量調查	<ol style="list-style-type: none"> 調查時間以總額實施前後一年，共計兩年（90 年 7 月-92 年 6 月）。以平均每月表現。 作業量：急診人數、檢傷類別人數、六日人數、轉入轉出、住院病患數、急診滯留人數、三日回診人數、死亡病人數、119 轉入。 人力配置：主治、住院、實習醫師數；護理、藥劑、檢驗、放射、社工、行政人員數。 空間：急診坪數、留觀病床數、診療病床數。 	<ol style="list-style-type: none"> 調查時間以總額實施前後一年，共計兩年（90 年 7 月-92 年 6 月）。以平均每月表現；內外科加護病房為主要收集對象。 作業量調查：總病患數、總病床數、總住院日數、轉出總人數、感染病人數、48 小時內重返加護病房病人數、死亡病人數、APACH II 分數評估嚴重度。 人力配置：主治醫師數、住院醫師數、護理人員數。

(續)3-1-2 問卷設計內容

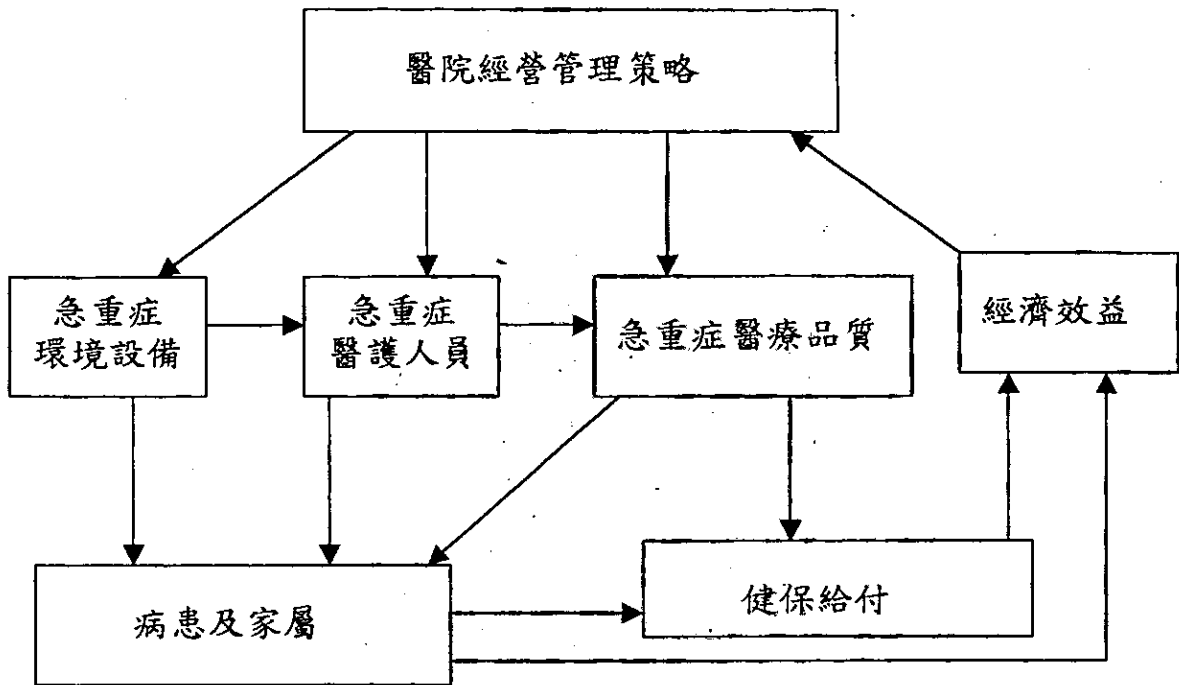
	急診	加護病房
指標評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 急診指標收集了評鑑指標、健保品質指標、TQIP、THIS、及專家諮詢建議之指標。 2. 將指標依結構、過程和結果三方面分類收集。 3. 指標依「對急診單位醫療品質的重要性」與「總額支付下做為監測品質的適用性」進行「重要—不重要」、「適用—不適用」5分到1分的評估。 4. 找出急診常見且重要的疾病：心肌梗塞、心臟衰竭、氣喘、胸痛、頭部外傷、肺炎、重大外傷 (ISS\geq16)、糖尿病併發症、精神病、敗血性休克。進行評估其在總額支付下監測其照護品質的適用性。 5. 專家諮詢對象，以資深急診臨床醫師為主要對象。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重症指標收集了評鑑指標、健保品質指標、TQIP、THIS、及專家諮詢建議之指標。 2. 將指標依結構、過程和結果三方面分類收集。 3. 指標依「對加護單位醫療品質的重要性」與「總額支付下做為監測品質的適用性」進行「重要—不重要」、「適用—不適用」5分到1分的評估。 4. 專家諮詢對象，以資深加護病房臨床醫師為主要對象。

表 3-1-3 問卷調查之對象

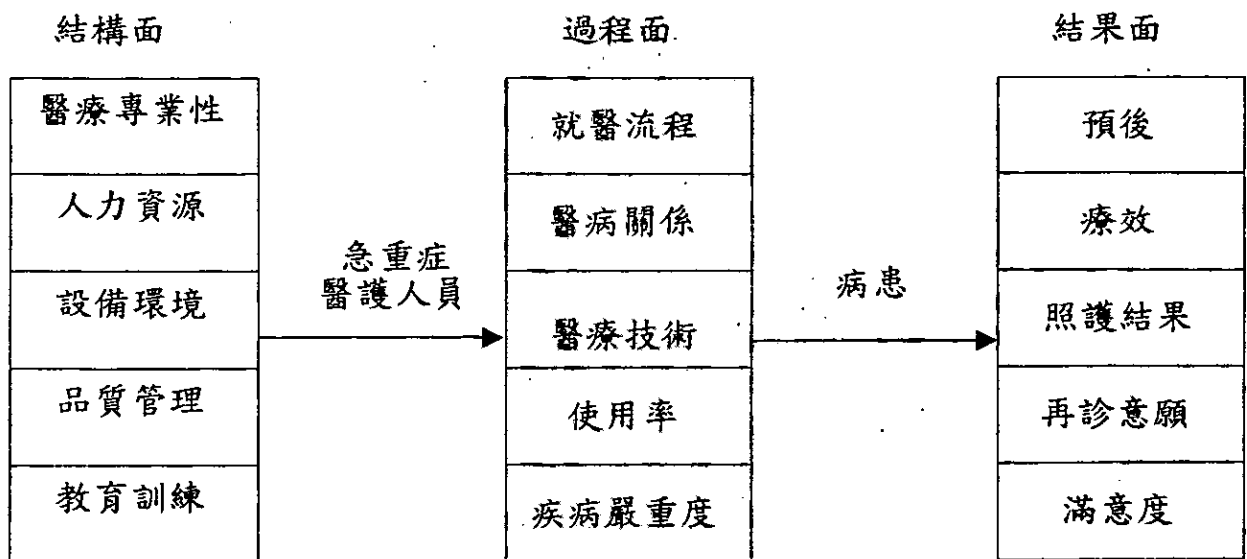
問 卷	問 卷 調 查 之 對 象
管理人員因應策略	以郵寄方式將問卷寄發至院長室，為避免經營管理者填答數量不足，問卷寄發將原定抽樣的分區分等級的 18 家醫院 (六個行政區 \times 三等級-醫學中心、區域醫院、地區醫院)比原先預估抽樣數量多三倍寄至各醫院的院長室，唯北區和東區各只有兩家和一家，故共寄出 51 份問卷。
急診民眾問卷調查	抽樣十八家醫院，每家訪查 10 \pm 2 位在總額實施前曾來過該院急診之民眾作為訪查對象。
加護病房民眾問卷調查	抽樣十八家醫院，每家訪查 10 \pm 2 位內外科加護病房之病患家屬做滿意度調查。
急診醫護人員問卷	抽樣十八家醫院，每家訪查 10 \pm 2 位在總額實施前就在急診服務的醫護人員。
加護病房醫護人員問卷	抽樣十八家醫院，每家訪查 10 \pm 2 位在總額實施前就在內外科加護病房服務的醫護人員。



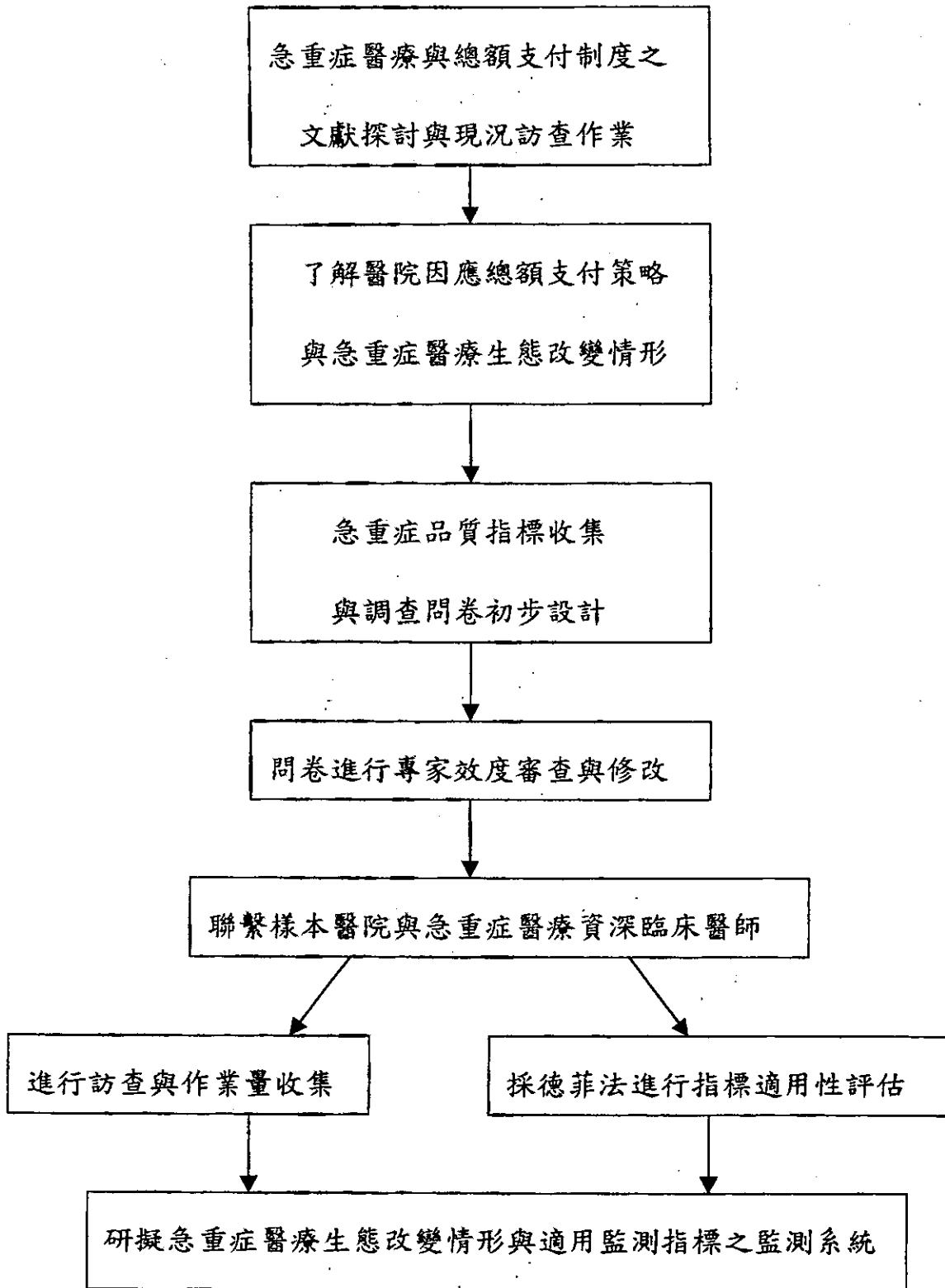
研究概念架構



急重症醫療品質概念架構 (一)



急重症醫療品質概念架構 (二)



研究計劃執行流程

第四章 研究結果

本章將針對總額支付制度實施前後醫院經營管理者因應策略、急診醫護人員對急診醫療生態改變的調查、急診病患或家屬感受到醫療品質改變的調查、急診作業量、資深臨床急診醫師對急診指標做適用於總額支付下監測指標評估、加護病房醫護人員對加護病房醫療生態改變的調查、加護病房病患之家屬做現況滿意度調查、內外科加護病房作業量、資深臨床重症醫師對加護病房指標做適用於總額支付下監測指標評估，分九節，在全面性了解生態改變後，訂定出急重症醫療品質管理之方法，供衛生主管單位參考。

第一節 醫院經營管理者因應策略

(一) 回收樣本基本資料

為避免經營管理者填答數量不足，問卷寄發將原定抽樣的分區分等級的 18 家醫院（六個行政區×三等級-醫學中心、區域醫院、地區醫院）比原先預估抽樣數量多三倍寄至各醫院的院長室，唯北區和東區各只有兩家和一家醫學中心，故共寄出 51 份，經由電話催收與二次寄發共回收 30 份，回收率 59%，其中醫學中心 5 家、區域醫院 12 家、地區醫院 13 家，樣本回覆情形參閱表 4-1-1。

(二) 醫院經營管理執行的策略（參閱表 4-1-2）

此部份分三個層面：機構層面、管理層面、和技術層面來探討。機構層

面上：「與其他不同層級醫院的建教支援合作」執行率達 96.7% ，有 76.7% 是在總額實施前就已實施。管理層面中：資訊系統以「健保申報內部審查作業電腦化」實施率達 86.7% ，但在「發展系統化的電子病歷」實施狀況卻只有其一半為 43.4% ；人事成本方面，屬對「非醫療人員」做控制最多達 93.3% ，此項在區域醫院實施狀況更達 100% ，但對「護理人員和醫療技術員的薪資計算方式」有做調整的只有一半。「制定醫療診療指引」此項在總額實施前醫學中心實施率已達 100% 。技術層面而言：「強化急重症特色以利競爭」和「開闢自費項目之醫療」執行百分比均為 82.8% ，在「提供整合性的照護系統」此項對地區醫院有 75% 是至今還未實施的。

以實施期間來看：至今還未實施屬「發展系統化的電子病歷」比率最高 56.7% 。總額實施前就已實施比率最高的是「與其他不同層級醫院的建教支援合作」有 76.7% ，其次是「對非醫療人員做人事成本控制」為 73.3% 。總額後有實施以「調整醫師薪資計算方式」最高為 24.1% 。所以多數有實施的變項多在總額實施前就已實施。

(三) 總額實施後急重症醫療單位經營管理的策略 (參照表 4-1-3)

就急診單位而言：明顯有增加的是醫療品質改善方案占 62.1% ，此項在醫學中心增加的有八成，是增加情形最明顯的；其次是環境設備的增加有 58.6% ，是區域醫院增加情形最高有 66.7% ；接著是醫療儀器的增加有 55.2

%，這在地區醫院屬增加比率最高有 66.7%；在增加耗材的控管與醫療人力上也占了四成以上。

加護病房管理策略增加的以醫療儀器 69.2% 最多，此項在區域醫院和地區醫院其增加情形是最明顯的；接著是醫療品質的改善方案 61.5%，這是醫學中心增加最明顯的；其他如環境設備和醫療單位的空間增加情形也有四成以上。

(四) 總額實施後給主管單位可用來提昇急重症醫療品質的建議 (表 4-1-4)

強烈建議 3 分、建議 2 分、不建議 1 分依此平均管理人員給予建議的分數。將急重症醫療人力配置的合理性列入給付參考與安全防護管理的建議列入審查內容是平均值最高分 2.1，其次是參與教育訓練列入審查內容 2.07 分，最低分是疾病個案看診後的追蹤與衛教 1.9 分。建議情形與樣本醫院填答者背景做變異數分析並無差異情形。

表 4-1-1 經營管理者樣本醫院回覆情形

特性	數量	百分比 (%)
醫院		
<u>評鑑等級</u>		
醫學中心	5	17
區域醫院	12	40
地區醫院	13	43
<u>權屬別</u>		
公立醫院	14	46.7
財團法人醫院	10	33.3
私立醫院	6	20.0
填寫人		
<u>單位</u>		
院長室	8	27
行政單位	12	40
醫療單位	8	27
<u>職稱</u>		
院長	6	20
單位主管	12	40
管理師	4	13.3
醫護人員	6	20
年齡分佈		
28-45 歲	14	46.7
46-60 歲	14	46.7

表 4-1-2 經營管理者執行的策略

變 項		實 施 期 間		
		至今 還未實施	總額前 已實施	總額後 有實施
一、機構層面				
與其他不同等級醫院的建教支援合作	整體而言	1 (3.3)	23 (76.7)	6 (20)
	醫學中心	0	4 (80)	1 (20)
	區域醫院	0	11 (91.7)	1 (8.3)
	地區醫院	1 (7.7)	8 (61.5)	4 (30.8)
加入醫療團體聯盟	整體而言	6 (22.2)	18 (66.7)	3 (11.1)
	醫學中心	1 (20)	4 (80)	0
	區域醫院	0	7 (77.8)	2 (22.2)
	地區醫院	5 (38.5)	7 (53.8)	1 (7.7)
二、管理層面				
發展系統化的電子病歷	整體而言	17 (56.7)	8 (26.7)	5 (16.7)
	醫學中心	2 (40)	3 (60)	0
	區域醫院	8 (66.7)	2 (16.7)	2 (16.7)
	地區醫院	7 (53.8)	3 (23.1)	3 (23.1)
健保申報內部審查作業之電腦化	整體而言	4 (13.3)	21 (70)	5 (16.7)
	醫學中心	1 (20)	4 (80)	0
	區域醫院	1 (8.3)	9 (75)	2 (16.7)
	地區醫院	2 (15.4)	8 (61.5)	3 (23.1)
資訊系統做藥物處方確認	整體而言	8 (28.6)	15 (53.6)	5 (17.9)
	醫學中心	1 (20)	4 (80)	0
	區域醫院	4 (36.4)	5 (45.5)	2 (18.2)
	地區醫院	3 (25)	6 (50)	3 (25)
調整醫師薪資計算方式	整體而言	10 (34.5)	12 (41.4)	7 (24.1)
	醫學中心	2 (40)	2 (40)	1 (20)
	區域醫院	5 (45.5)	4 (36.4)	2 (18.2)
	地區醫院	3 (23.1)	6 (46.2)	4 (30.8)
調整護理及醫療技術員的薪資計算方式	整體而言	15 (50)	10 (33.3)	5 (16.7)
	醫學中心	2 (40)	2 (40)	1 (20)
	區域醫院	8 (66.7)	3 (25)	1 (8.3)
	地區醫院	5 (38.5)	5 (38.5)	3 (23.1)

註：括號內為百分比

(續) 表 4-1-2 經營管理者執行的策略

變 項		實施期間		
		至今 還未實施	總額前 已實施	總額後 有實施
對非醫療人員做人事成本控制	<u>整體而言</u>	2 (6.7)	22 (73.3)	6 (20)
	醫學中心	1 (20)	3 (60)	1 (20)
	區域醫院	0	10 (83.3)	2 (16.7)
	地區醫院	1 (7.7)	9 (69.2)	3 (23.1)
對爭議性大或易濫用的醫療資源訂定診療指引	<u>整體而言</u>	8 (26.7)	15 (50)	5 (16.7)
	醫學中心	0	5 (100)	0
	區域醫院	3 (25)	5 (41.7)	2 (16.7)
	地區醫院	5 (38.5)	5 (38.5)	3 (23.1)
三、技術層面				
提供整合性的照護系統	<u>整體而言</u>	12 (41.4)	12 (41.4)	5 (17.2)
	醫學中心	1 (20)	3 (60)	1 (20)
	區域醫院	2 (16.7)	7 (58.3)	3 (25)
	地區醫院	9 (75)	2 (16.7)	1 (8.3)
強化急重症醫療的特色以利競爭	<u>整體而言</u>	5 (17.2)	18 (62.1)	6 (20.7)
	醫學中心	0	3 (75)	1 (25)
	區域醫院	1 (8.3)	7 (58.3)	4 (33.3)
	地區醫院	4 (30.8)	8 (61.5)	1 (7.7)
開闢自費項目之醫療	<u>整體而言</u>	6 (20)	18 (60)	6 (20)
	醫學中心	2 (40)	2 (40)	1 (20)
	區域醫院	2 (16.7)	9 (75)	1 (8.3)
	地區醫院	2 (15.4)	7 (53.8)	4 (30.8)

註：括號內為百分比

表 4-1-3 經營管理者對急重症醫療單位經營管理策略

變 項		急診單位			加護病房		
		有增加	不變	有減少	有增加	不變	有減少
研究經費	整體而言	6 (21.4)	22 (78.6)	0	6 (24)	19 (76)	0
	醫學中心	2 (40)	3 (60)	0	2 (40)	3 (60)	0
	區域醫院	2 (16.7)	10 (83.3)	0	2 (16.7)	10 (83.3)	0
	地區醫院	2 (18.2)	9 (81.8)	0	2 (20)	8 (80)	0
教學經費	整體而言	7 (24.1)	22 (75.9)	0	7 (26.9)	19 (73.1)	0
	醫學中心	2 (40)	3 (60)	0	2 (40)	3 (60)	0
	區域醫院	3 (25)	9 (75)	0	3 (30)	7 (70)	0
	地區醫院	2 (16.7)	10 (83.3)	0	2 (18.2)	9 (81.8)	0
員工訓練津貼	整體而言	6 (20.7)	23 (79.3)	0	7 (26.9)	19 (73.1)	0
	醫學中心	1 (20)	4 (80)	0	2 (40)	3 (60)	0
	區域醫院	3 (25)	9 (75)	0	3 (30)	7 (70)	0
	地區醫院	2 (16.7)	10 (83.3)	0	2 (18.2)	9 (81.8)	0
員工值班津貼	整體而言	6 (20.7)	22 (75.9)	1 (3.4)	5 (19.2)	20 (76.9)	1 (3.8)
	醫學中心	1 (20)	4 (80)	0	1 (20)	4 (80)	0
	區域醫院	4 (33.3)	8 (66.7)	0	3 (30)	7 (70)	0
	地區醫院	1 (8.3)	10 (83.3)	1 (8.3)	1 (9.1)	9 (81.8)	1 (9.1)
耗材的控管	整體而言	13 (44.8)	15 (51.7)	1 (3.4)	11 (42.3)	14 (53.8)	1 (3.8)
	醫學中心	2 (40)	3 (60)	0	1 (20)	4 (80)	0
	區域醫院	7 (58.3)	5 (41.7)	0	6 (60)	4 (40)	0
	地區醫院	4 (33.3)	7 (58.3)	1 (8.3)	4 (36.4)	6 (54.5)	1 (9.1)
醫療單位的空間	整體而言	12 (42.9)	16 (57.1)	0	12 (46.2)	14 (53.8)	0
	醫學中心	3 (60)	2 (40)	0	2 (40)	3 (60)	0
	區域醫院	4 (36.4)	7 (63.6)	0	7 (70)	3 (30)	0
	地區醫院	5 (41.7)	7 (58.3)	0	3 (27.3)	8 (72.7)	0
醫療儀器	整體而言	16 (55.2)	13 (44.8)	0	18 (69.2)	8 (30.8)	0
	醫學中心	2 (40)	3 (60)	0	2 (40)	3 (60)	0
	區域醫院	6 (50)	6 (50)	0	8 (80)	2 (20)	0
	地區醫院	8 (66.7)	4 (33.3)	0	8 (72.7)	3 (27.3)	0
環境設備	整體而言	17 (58.6)	12 (41.4)	0	13 (50)	13 (50)	0
	醫學中心	2 (40)	3 (60)	0	2 (40)	3 (60)	0
	區域醫院	8 (66.7)	4 (33.3)	0	6 (60)	4 (40)	0
	地區醫院	7 (58.3)	5 (41.7)	0	5 (45.5)	6 (54.5)	0

註：括號內為百分比

(續) 表 4-1-3 經營管理者對急重症醫療單位經營管理策略

變 項	急診單位			加護病房			
	有增加	不變	有減少	有增加	不變	有減少	
醫療人力	整體而言	12 (41.4)	16 (55.2)	1 (3.4)	11 (42.3)	15 (57.7)	0
	醫學中心	2 (40)	3 (60)	0	2 (40)	3 (60)	0
	區域醫院	6 (50)	5 (41.7)	1 (8.3)	6 (60)	4 (40)	0
	地區醫院	4 (33.3)	8 (66.7)	0	3 (27.3)	8 (72.7)	0
醫療品質改善 方案	整體而言	18 (62.1)	11 (37.9)	0	16 (61.5)	10 (38.5)	0
	醫學中心	4 (80)	1 (20)	0	4 (80)	1 (20)	0
	區域醫院	7 (58.3)	5 (41.7)	0	6 (60)	4 (40)	0
	地區醫院	7 (58.3)	5 (41.7)	0	6 (54.5)	5 (45.5)	0

註：括號內為百分比

表 4-1-4 經營管理者給主管單位可用來提昇急重症醫療品質之建議

變 項	平均值	標準差
建立某些疾病癒後的監測指標以列入品質指標做為給付參考	2.00	0.64
急重症醫療人力配置的合理性列入給付參考	2.10	0.54
急重症醫護人員參與教育訓練列入審查內容	2.07	0.78
醫護人員醫療安全防護管理的建立列入審查內容	2.10	0.48
醫療失誤通報系統的建立列入審查內容	1.97	0.55
疾病個案看診後的追蹤與衛教列入審查內容	1.90	0.54

第二節 急診醫護人員對急診醫療生態改變之調查

透過發公文與聯繫抽樣的 18 家醫院後，願意協助進行急診醫護人員問卷之醫院共計 15 家，其中醫學中心 4 家、區域醫院 6 家、地區醫院 5 家。每家醫院請 10± 2 位服務滿一年以上醫護人員填寫，共計回收 154 份問卷，有效問卷 145 份。

填寫人多為護理人員占了 88%；年齡在 21-30 歲占了 62.8%，31-40 歲占了 26.9%，年資 5 年以下有 62.8%，6-10 年 23.4%，顯示出在繁忙的急診臨床工作者多為年輕人，且因工作繁忙壓力大，對大多數的醫護人員而言並非長久性的工作環境（表 4-2-1）。

表 4-2-1 急診醫護人員問卷樣本醫院回覆情形

特性 (家數)		回收數量	百分比
醫院 (15)		145	
評鑑等級	醫學中心 (4)	39	26.9
	區域醫院 (6)	62	42.8
	地區醫院 (5)	44	30.0
填寫人			
職稱	醫師	17	11.3
	護理長	11	7.6
	護理人員	117	80.7
年齡			
	21-30	91	62.8
	31-40	39	26.9
	41-50	13	9.0
年資			
	1-5	91	62.8
	6-10	34	23.4
	11-15	12	8.4
	16-22	8	5.6

本節就依整體面、結構面、過程面和結果面來探討醫療品質改變情形，將問卷結果以次數分配於表 4-2-2，描述如下：

- 一、結構面：在整個醫療人力資源方面，N2 以上護理人力感受是增加最多的有 52.8%，這在醫學中心有 69.4%；R3 以上資深值班醫師只有在醫學中心感受增加較多有 48.8%，而主治醫師數以區域醫院增加感受最高有 50%，其次是地區醫院 40.9%。在儀器設備上，醫學中心增加的情形較多，不論在提昇 e 化（89.8%）、醫療儀器（71.8%）與耗材的供應（50%）情形都較區域醫院和地區醫院多。利用品質指標增加對醫療品質的要求，這在各層級有增加的比率都很高（醫學中心 81.6%、區域醫院 72.5%、地區醫院 77.3%）。在參與教學研習課程數數上感受到增加的人數也占半數以上（醫學中心 87.9%、區域醫院 66.1%、地區醫院 67.5%）。環境方面，環境的廣泛整修以地區醫院感受增加最多 77.3%，環境的清潔消毒以醫學中心 82.1% 感受增加的人最多，急診空間的增加以醫學中心最高 54%。
- 二、過程面：等候檢查的時間以醫學中心感覺增加最多（42.1%），病患等候住院時間以區域醫院增加的人最多（38.7%），就醫流程的順暢度以醫學中心增加最多（60.6%）。
- 三、結果面：74.3% 的醫護同仁感覺到自己的工作量是增加，卻也有 60.4

% 的人認為該醫院的醫療品質是有提昇的，此項在醫學中心更達 77 %，對自己的工作滿意度只有 36.1% 的人是增加的，且有 10.4% 的人感覺是減少的。

將改變程度給予評分：增加很多 5 分、有增加 4 分、沒有改變 3 分、變差 2 分、變差很多 1 分，將各變項之平均值和標準差描述於表 4-2-3。

得知急診醫護人員醫療生態改變增加程度排行整理如下：

排序	整體	醫學中心	區域醫院	地區醫院
1	工作量 (3.87)	提昇 e 化 (4.13)	工作量 (3.87)	工作量 (3.8)
2	品質指標 (3.77)	工作量 (3.95)	品質指標 (3.74)	環境整修 (3.8)
3	研究研習 (3.73)	環境清潔 (3.95)	研究研習 (3.63)	研究研習 (3.72)
4	環境清潔 (3.62)	品質指標 (3.89)	提昇 e 化 (3.59)	品質指標 (3.7)
5	提昇 e 化 (3.6)	醫療儀器 (3.82)	醫療儀器 (3.52)	醫療品質 (3.59)

依評鑑等級，將各種不同的變項，透過 Pearson 相關分析，來了解醫療品質的提昇和工作環境與條件整體滿意度分別與各類變項之間的關係做分析，結果發現：(表 4-2-4)

- 一、醫學中心之醫護人員在自覺該院醫療品質有提昇與等候檢查、等候住院時間的增加有顯著的負相關；而與薪資所得、就醫流程、品質指標的要求、環境的整修、空間增加、環境清潔的增加有顯著的正相關。
- 二、醫學中心之醫護人員對工作整體的滿意度與薪資所得、就醫流程、新

的醫療儀器醫療、環境的清潔、醫療品質的提昇有顯著的正相關。

三、 區域醫院之醫護人員在自覺該院醫療品質有提昇與等候檢查時間有明顯的負相關；而與就醫流程、醫療儀器、品質指標、參與教學、環境整修、空間、環境的清潔呈現明顯的正相關。

四、 區域醫院之醫護人員對工作整體的滿意度與醫療儀器、耗材使用的方便性、參與教學研究與研討、環境的整修、環境的清潔、與醫療品質的提昇有明顯的正相關。

五、 地區醫院之醫護人員在自覺該院醫療品質有提昇與主治醫師數和就醫流程的增加有顯著正相關。

六、 地區醫院醫護人員對工作整體的滿意度與主治醫師數、就醫流程、環境的整修、環境的清潔與醫療品質的提昇成呈現明顯的正相關。

表 4-2-2 急診醫護人員對總額實施前後醫療生態改變調查之次數分配表

		評鑑等級			
		總數	醫學中心	區域醫院	地區醫院
結構面	1. 每月薪資所得?	144	38	62	44
	增加很多	0	0	0	0
	有增加	11 (7.6)	4 (10.5)	5 (8.1)	2 (4.5)
	沒有差別	5 (59.0)	18 (47.4)	38 (61.3)	29 (65.9)
	有減少	43 (29.9)	15 (39.5)	17 (27.4)	11 (25.0)
	減少很多	5 (3.5)	1 (2.6)	2 (3.2)	2 (4.5)
	2. N2 以上的護理人員數	142	36	62	44
	增加很多	4 (2.8)	3 (8.3)	1 (1.6)	0
	有增加	71 (50.0)	22 (61.1)	31 (50.0)	18 (40.9)
	沒有差別	55 (38.7)	7 (19.4)	24 (38.7)	24 (54.5)
	有減少	10 (7.0)	4 (11.1)	4 (6.5)	2 (4.5)
	減少很多	2 (1.4)	0	2 (3.2)	0
	3. R3 以上資深醫生值班人數	145	39	62	44
	增加很多	1 (0.7)	1 (2.6)	0	0
	有增加	36 (24.8)	18 (46.2)	11 (17.7)	7 (15.9)
	沒有差別	86 (59.3)	19 (48.7)	41 (66.1)	26 (59.1)
	有減少	21 (14.5)	1 (2.6)	9 (14.5)	11 (25.0)
	減少很多	1 (0.7)	0	1 (1.6)	0
	4. 主治醫師人數	145	39	62	44
	增加很多	0	0	0	0
	有增加	59 (40.7)	10 (25.6)	31 (50.0)	18 (40.9)
	沒有差別	69 (47.6)	25 (64.1)	23 (37.1)	21 (47.7)
	有減少	17 (11.7)	4 (10.3)	8 (12.9)	5 (11.4)
	減少很多	0	0	0	0
5. 提昇 e-化(電子病歷、PACS)	144	39	61	44	
增加很多	12 (8.3)	9 (23.1)	1 (1.6)	2 (4.5)	
有增加	71 (49.3)	26 (66.7)	35 (57.4)	10 (22.7)	
沒有差別	56 (38.9)	4 (10.3)	24 (39.3)	28 (63.6)	
有減少	2 (1.4)	0	1 (1.6)	1 (2.3)	
減少很多	3 (2.1)	0	0	3 (6.8)	
6. 增設新的醫療儀器	143	39	62	42	
增加很多	5 (3.5)	4 (10.3)	1 (1.6)	0	
有增加	76 (53.1)	24 (61.5)	31 (50.0)	21 (50.0)	
沒有差別	59 (41.3)	11 (28.2)	29 (46.8)	19 (45.2)	
有減少	2 (1.4)	0	1 (1.6)	1 (2.4)	
減少很多	1 (0.7)	0	0	1 (2.4)	

(續) 表 4-2-2 急診醫護人員對總額實施前後醫療生態改變調查之次數分配表

		評鑑等級			
		總數	醫學中心	區域醫院	地區醫院
結構面	7. 使用耗材的方便性	144	38	62	44
	增加很多	4 (2.8)	4 (10.5)	0	0
	有增加	38 (26.4)	15 (39.5)	12 (19.4)	11 (25.0)
	沒有差別	90 (62.5)	18 (47.4)	41 (66.1)	31 (70.5)
	有減少	10 (6.9)	1 (2.6)	7 (11.3)	2 (4.5)
	減少很多	2 (1.4)	0	2 (3.2)	0
	8. 利用品質指標來增加對醫療品質的要求	144	38	62	44
	增加很多	6 (4.2)	3 (7.9)	3 (4.8)	0
	有增加	104 (72.2)	28 (73.7)	42 (67.7)	34 (77.3)
	沒有差別	30 (20.8)	7 (18.4)	15 (24.2)	8 (18.2)
	有減少	3 (2.1)	0	2 (3.2)	1 (2.3)
	減少很多	1 (0.7)	0	0	1 (2.3)
	9. 被要求參與教學或研習的課程數	143	38	62	43
	增加很多	14 (9.8)	2 (5.3)	9 (14.5)	3 (7.0)
	有增加	78 (54.5)	20 (52.6)	32 (51.6)	26 (60.5)
	沒有差別	50 (35.0)	16 (42.1)	21 (33.9)	13 (30.2)
	有減少	1 (0.7)	0	0	1 (2.3)
	減少很多	0	0	0	0
	10. 環境或空間廣泛整修	145	39	62	44
	增加很多	10 (6.9)	7 (17.9)	1 (1.6)	2 (4.6)
有增加	69 (47.6)	15 (38.5)	22 (35.5)	32 (72.7)	
沒有差別	62 (42.8)	17 (43.6)	36 (58.1)	9 (20.5)	
有減少	4 (2.8)	0	3 (4.8)	1 (2.3)	
減少很多	0	0	0	0	
11. 提昇對環境的清潔消毒	145	39	62	44	
增加很多	10 (6.9)	6 (15.4)	2 (3.2)	2 (4.5)	
有增加	81 (55.9)	26 (66.7)	33 (53.2)	22 (50.0)	
沒有差別	44 (30.3)	6 (15.4)	20 (32.3)	18 (40.9)	
有減少	10 (6.9)	1 (2.6)	7 (11.3)	2 (4.5)	
減少很多	0	0	0	0	
12. 增加空間	143	37	62	44	
增加很多	4 (2.8)	3 (8.1)	1 (1.6)	0	
有增加	47 (32.9)	17 (45.9)	15 (24.2)	15 (34.1)	
沒有差別	78 (54.5)	16 (43.2)	40 (64.5)	22 (50.0)	
有減少	12 (8.4)	1 (2.7)	5 (8.1)	6 (13.6)	
減少很多	2 (1.4)	0	1 (1.6)	1 (2.3)	

(續) 表 4-2-2 急診醫護人員對總額實施前後醫療生態改變調查之次數分配表

		總數	評鑑等級		
			醫學中心	區域醫院	地區醫院
過程面	13. 病患在等候檢查的時間	144	38	62	44
	增加很多	1 (0.7)	1 (2.6)	0	0
	有增加	40 (27.8)	15 (39.5)	14 (22.6)	11 (25.0)
	沒有差別	77 (53.5)	14 (36.8)	37 (59.7)	26 (59.1)
	有減少	24 (16.7)	7 (18.4)	11 (17.7)	6 (13.6)
	減少很多	2 (1.4)	1 (2.6)	0	1 (2.3)
	14. 病患等候住院的時間	143	37	62	44
	增加很多	5 (3.5)	1 (2.7)	3 (4.8)	1 (2.3)
	有增加	41 (28.7)	13 (35.1)	21 (33.9)	7 (15.9)
	沒有差別	78 (54.5)	15 (40.5)	33 (53.2)	30 (68.2)
	有減少	19 (13.3)	8 (21.6)	5 (8.1)	6 (13.6)
	減少很多	0	0	0	0
	15. 提昇病患就醫流程的順暢度與方便性	142	38	61	43
	增加很多	3 (2.1)	2 (5.3)	1 (1.6)	0
	有增加	73 (51.4)	21 (55.3)	29 (47.5)	23 (53.5)
沒有差別	61 (43.0)	14 (36.8)	29 (47.5)	18 (41.9)	
有減少	4 (2.8)	0	2 (3.3)	2 (4.7)	
減少很多	1 (0.7)	1 (2.6)	0	0	
結果面	16. 工作量	144	39	61	44
	增加很多	22 (15.3)	8 (20.5)	10 (16.4)	4 (9.1)
	有增加	85 (59.0)	22 (56.4)	36 (59.0)	27 (61.4)
	沒有差別	33 (22.9)	8 (20.5)	12 (19.7)	13 (29.5)
	有減少	4 (2.8)	1 (2.6)	3 (4.9)	0
	減少很多	0	0	0	0
	17. 整體而言，醫療品質的提昇	144	39	61	44
	增加很多	2 (1.4)	1 (2.6)	0	1 (2.3)
	有增加	85 (59.0)	29 (74.4)	31 (50.8)	25 (56.8)
	沒有差別	48 (33.3)	8 (20.5)	23 (37.7)	17 (38.6)
	有減少	9 (6.3)	1 (2.6)	7 (11.5)	1 (2.3)
	減少很多	0	0	0	0
	18. 整體工作滿意度有增加	144	39	62	43
	增加很多	0	0	0	0
	有增加	52 (36.1)	23 (59.0)	19 (30.6)	10 (23.3)
沒有差別	77 (53.5)	15 (38.5)	34 (54.8)	28 (65.1)	
有減少	13 (9.0)	0	9 (14.5)	4 (9.3)	
減少很多	2 (1.4)	1 (2.6)	0	1 (2.3)	

表 4-2-3 急診醫護人員對總額支付制度實施前後生態改變之描述性統計

	整體而言	評鑑等級			P-value
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	
每月薪資所得	2.70± 0.66	2.66± 0.71	2.74± 0.65	2.70± 0.63	0.826
N2 以上的護理人數	3.46± 0.73	3.67± 0.79	3.40± 0.78	3.36± 0.57	0.134
R3 以上醫生值班人數	3.10± 0.66	3.49± 0.60	3.00± 0.63	2.9± 0.64	0.000*
主治醫師人數	3.28± 0.66	3.13± 0.57	3.37± 0.71	3.30± 0.67	0.281
構 面 提昇 e-化情形	3.60± 0.75	4.13± 0.57	3.59± 0.56	3.16± 0.83	0.000*
增設新的醫療儀器	3.57± 0.62	3.82± 0.60	3.52± 0.56	3.43± 0.67	0.010*
使用耗材的方便性	3.22± 0.67	3.58± 0.72	3.02± 0.67	3.20± 0.51	0.000*
利用品質指標增加對 品質的要求	3.77± 0.59	3.89± 0.51	3.74± 0.60	3.70± 0.63	0.304
教學研究或研習	3.73± 0.64	3.63± 0.59	3.81± 0.67	3.72± 0.63	0.411
急診環境廣泛整修	3.59± 0.66	3.74± 0.75	3.34± 0.60	3.80± 0.55	0.000*
提昇對環境的清潔	3.62± 0.72	3.95± 0.65	3.48± 0.74	3.55± 0.66	0.004*
急診的空間	3.27± 0.71	3.59± 0.69	3.16± 0.66	3.16± 0.75	0.006*
過 程 面 病患在等候檢查的時 間	3.1± 0.72	3.24± 0.88	3.05± 0.63	3.07± 0.70	0.528
等候住院時間	3.22± 0.72	3.19± 0.81	3.35± 0.70	3.07± 0.63	0.120
病患的就醫流程	3.51± 0.63	3.61± 0.72	3.48± 0.59	3.49± 0.59	0.578
結 果 面 工作量	3.87± 0.69	3.95± 0.72	3.87± 0.74	3.80± 0.59	0.605
自覺醫療品質有提昇	3.56± 0.63	3.77± 0.54	3.39± 0.69	3.59± 0.58	0.013*
您對您的工作環境與 條件整體滿意度	3.24± 0.67	3.54± 0.64	3.16± 0.66	3.09± 0.65	0.040*

註：平均值± 標準差

*表變項在評鑑等級醫院有顯著差異

表 4-2-4 急診醫護人員問卷之醫療品質和滿意度相關變項分析

	醫療品質			滿意度		
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	醫學中心	區域醫院	地區醫院
薪資所得	0.417**	-0.078	-0.083	0.463**	0.060	0.243
N2 以上護理人數	0.156	-0.026	0.107	0.294	-0.129	0.039
R3 以上資深醫生 值班人數	-0.132	0.115	0.209	-0.220	-0.040	0.078
主治醫師人數	0.185	0.236	0.4237**	0.238	0.081	0.324*
提昇 e 化	0.185	0.184	0.280	0.238	0.168	0.146
新增的醫療儀器	0.195	0.359**	0.204	0.325*	0.302*	-0.040
耗材的方便性	0.291	0.058	-0.025	0.314	0.256*	-0.060
利用品質指標	0.418**	0.280*	0.295	0.429**	0.107	0.243
參予教學研究或 研習	0.143	0.372**	0.038	0.310	0.294*	-0.227
環境有廣泛整修 空間	0.372*	0.490**	0.239	0.239	0.358**	0.319*
病患等候檢查	0.396*	0.403**	0.207	0.293	0.242	0.163
病患等候住院	-0.354*	-0.270*	-0.216	-0.283	-0.019	-0.145
病患就醫流程	-0.352*	0.080	-0.177	-0.252	0.122	-0.131
工作量	0.416**	0.283*	0.328*	0.425**	0.159	0.313*
醫療品質	-0.235	-0.059	0.088	-0.109	-0.028	-0.016
工作環境與條件 整體滿意度	0.420**	0.730**	0.230	0.385*	0.544**	0.378*
				0.752**	0.586**	0.543**

註：*在顯著水準為 0.05 時（雙尾），相關顯著。

**在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著。

第三節 急診病患家屬感受急診醫療品質改變之調查

訪問時間為民國 92 年 8 月，訪問對象以 91 年 7 月以前曾來過同一家醫院急診看診或陪診的民眾為主要受訪對象，樣本醫院同急診醫護人員之抽樣醫院，共計回收 146 份，其中醫學中心 33 份，區域醫院 65 份，地區醫院 48 份。

本問卷分三大方面去探討一等候時間、環境設備和服務品質，變項內容以改善很多、有改善、沒有差別、有變差及變差很多做勾選，將次數分配結果與占總數百分比描述於表 4-3-1，討論如下：

- 一、 等候時間方面：整體而言以等候醫師看診時間改善最多，此項在區域醫院認為有改善的有占了 59.7%。有變差的部分屬醫學中心在等候醫師看診有 24.2%，等候檢查有 19.3% 與等候住院 19.3%，可能原因為較多病患接受特殊檢查且須等到報告出來，醫師再次評估過後，開立醫療處置，並觀察病患病情變化是否穩定，才能辦理住院相關事宜。
- 二、 環境設備方面：在醫學中心和地區醫院對於衛生紙和洗手乳耗材的供應是改善最多的各占 75% 與 76.7%，區域醫院急診室環境的乾淨程度有 70.8% 的民眾認為有改善且沒有人認為有變差。
- 三、 服務品質方面：整體而言，護理人員照護品質改善最多，其次是醫師看病的品質，而藥師和 X 光師改善情形較不明顯，這可能與病患就診

過程中，與醫護人員接觸時間較長，且有任何疑問也都經由他們解答處理。但醫師用較長時間看診在地區醫院和醫學中心有改善情形較其他項目少，這可能與病患人數、病情嚴重度、醫療人力、醫師看診習慣有關。

四、變異數分析：將各項變數與評鑑等級做分析，發現在等候檢查及等候領藥的時間上有顯著性的差異，再透過 Scheffe 做多重比較得知在等候檢查時間上以醫學中心和地區醫院有顯著差異 ($p=0.01$)。等候領藥以區域醫院和地區醫院有顯著差異 ($p=0.15$)。(表 4-3-2)。其餘的變項在各等級醫院之間並沒有顯著性的差異。

表 4-3-1 急診病患家屬對總額支付制度實施前後改善情形之次數分配表 (等候時間)

	評鑑等級			
	整體	醫學中心	區域醫院	地區醫院
1. 等候醫師看診時間	144	33	72	39
改善很多	14 (9.7)	3 (9.1)	8 (11.1)	3 (7.7)
有改善	64 (44.4)	12 (36.4)	35 (48.6)	17 (43.6)
沒有差別	54 (37.5)	10 (30.3)	26 (36.1)	18 (46.2)
有變差	12 (8.3)	8 (24.2)	3 (4.2)	1 (2.6)
變差很多	0	0	0	0
2. 等候檢查的時間	139	31	71	37
改善很多	7 (5.0)	0 (0.0)	4 (5.4)	3 (8.1)
有改善	56 (40.3)	9 (29.0)	30 (42.3)	17 (45.9)
沒有差別	65 (46.8)	16 (51.6)	34 (47.9)	15 (40.5)
有變差	10 (7.2)	5 (16.1)	3 (4.2)	2 (5.4)
變差很多	1 (0.7)	1 (3.2)	0	0
3. 等候領藥的時間	128	25	66	37
改善很多	14 (10.9)	3 (12.0)	4 (6.1)	7 (18.9)
有改善	48 (37.5)	9 (36.0)	25 (37.9)	14 (37.8)
沒有差別	60 (46.9)	13 (52.0)	33 (50.0)	14 (37.8)
有變差	6 (4.7)	0	4 (6.1)	2 (5.4)
變差很多	0	0	0	0
4. 等候住院的時間	104	24	53	27
改善很多	6 (5.8)	0	3 (5.7)	3 (11.1)
有改善	37 (35.6)	9 (37.5)	20 (37.7)	8 (29.6)
沒有差別	54 (51.9)	10 (41.7)	30 (56.6)	14 (51.9)
有變差	5 (4.8)	4 (16.7)	0	1 (3.7)
變差很多	2 (1.9)	1 (4.2)	0	1 (3.7)

(續) 表 4-3-1 急診病患家屬對總額實施前後改善情形之次數分配表 (環境設備)

	評鑑等級			
	整體	醫學中心	區域醫院	地區醫院
5. 洗手間提供免費的衛生紙及洗手乳	114	24	60	30
改善很多	23 (20.2)	6 (25.0)	12 (20.0)	5 (16.7)
有改善	51 (44.7)	12 (50.0)	21 (35.0)	18 (60.0)
沒有差別	30 (26.3)	5 (20.8)	19 (31.7)	6 (20.0)
有變差	5 (4.4)	1 (3.0)	3 (5.0)	1 (3.3)
變差很多	5 (4.4)	0	5 (8.3)	0
6. 病床或輪椅等相關設備的品質	134	31	67	36
改善很多 (5)	11 (8.2)	1 (3.2)	6 (9.0)	4 (11.1)
有改善 (4)	59 (44.0)	9 (29.0)	35 (52.2)	15 (41.7)
沒有差別 (3)	60 (44.8)	20 (64.5)	25 (37.3)	15 (41.7)
有變差 (2)	4 (3.0)	1 (3.2)	1 (1.5)	2 (5.6)
變差很多 (1)	0	0	0	0
7. 急診室整體環境的乾淨程度	140	32	72	36
改善很多	21 (15.0)	6 (18.8)	10 (13.9)	5 (13.9)
有改善	72 (51.4)	13 (40.6)	41 (56.9)	18 (50.0)
沒有差別	42 (30.0)	10 (31.3)	21 (29.2)	11 (30.6)
有變差	4 (2.9)	3 (9.4)	0	1 (2.8)
變差很多	1 (0.7)	0	0	1 (2.8)
8. 急診就診環境空間的寬敞度	139	32	70	37
改善很多	15 (10.8)	6 (18.8)	6 (8.6)	3 (8.1)
有改善	59 (42.4)	8 (25.0)	32 (45.7)	19 (48.7)
沒有差別	58 (41.7)	14 (43.8)	30 (42.9)	14 (37.8)
有變差	7 (5.0)	4 (12.5)	2 (2.9)	1 (2.6)
變差很多	0	0	0	0
9. 對急診部的櫃檯、洗手間、診療處、X光室、藥局等位置的安排,其可讓病患就醫流程的方便性	138	30	71	37
改善很多	16 (11.6)	6 (18.2)	7 (9.9)	3 (8.1)
有改善	55 (37.7)	8 (24.2)	31 (43.7)	16 (43.2)
沒有差別	59 (42.8)	13 (43.3)	29 (40.8)	17 (45.9)
有變差	7 (5.1)	3 (10.0)	3 (4.2)	1 (2.7)
變差很多	1 (0.7)	0	1 (1.4)	0

(續) 表 4-3-1 急診病患家屬對總額實施前後生態改變之描述性統計 (服務品質)

	整體	評鑑等級		
		醫學中心	區域醫院	地區醫院
10. 批價、掛號或轉住院等的相關行政服務品質	139	32	69	38
改善很多	15 (10.8)	4 (12.5)	6 (8.1)	5 (13.2)
有改善	65 (46.8)	15 (46.9)	33 (44.6)	17 (43.6)
沒有差別	56 (40.3)	11 (34.4)	29 (42.0)	16 (42.1)
有變差	3 (2.2)	2 (6.3)	1 (1.4)	0
變差很多	0	0	0	0
11. 醫師在看病的品質如:病情解說、服務態度	143	33	72	38
改善很多	22 (15.4)	7 (21.2)	8 (11.1)	7 (18.4)
有改善	65 (45.5)	12 (36.4)	36 (50.0)	17 (44.7)
沒有差別	52 (36.4)	13 (39.4)	27 (37.5)	12 (31.6)
有變差	3 (2.1)	1 (3.0)	1 (1.4)	1 (2.6)
變差很多	1 (0.7)	0	0	1 (2.6)
12. 醫師有用較長時間在看診上的情形	140	32	71	37
改善很多	18 (12.3)	2 (6.3)	10 (14.1)	6 (16.2)
有改善	51 (36.4)	13 (40.6)	32 (43.2)	6 (16.2)
沒有差別	61 (43.6)	13 (40.6)	25 (35.2)	23 (62.2)
有變差	10 (7.1)	4 (12.5)	4 (5.6)	2 (5.1)
變差很多	0	0	0	0
13. 護理人員提供的照護品質	142	32	72	38
改善很多	16 (11.3)	3 (9.4)	8 (11.1)	5 (13.2)
有改善	73 (51.4)	18 (56.3)	37 (51.4)	18 (47.4)
沒有差別	51 (35.9)	11 (34.4)	25 (34.7)	15 (39.5)
有變差	2 (1.4)	0	2 (2.8)	0
變差很多	0	0	0	0
14. X光師服務品質	105	24	49	32
改善很多	9 (8.6)	3 (12.5)	4 (5.4)	2 (5.1)
有改善	41 (39.0)	9 (37.5)	21 (42.9)	11 (34.4)
沒有差別	48 (45.7)	9 (37.5)	22 (44.9)	17 (53.1)
有變差	2 (4.8)	2 (8.3)	2 (4.1)	1 (3.1)
變差很多	2 (1.4)	1 (4.2)	0	1 (3.1)

15. 領藥時藥師對藥物的使用說明	130	27	68	35
改善很多	11 (8.5)	1 (3.7)	5 (7.4)	5 (14.3)
有改善	50 (38.5)	12 (44.4)	26 (38.2)	12 (34.3)
沒有差別	65 (50.0)	13 (48.1)	34 (50.0)	18 (51.4)
有變差	3 (2.3)	0	3 (4.4)	0
變差很多	1 (0.8)	1 (3.7)	0	0

表 4-3-2 急診病患或家屬對總額實施後感受改善情形之描述性統計

	整體而言	評鑑等級			P-value
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	
<u>等候時間方面</u>	3.48	3.31	3.46	3.62	
等候醫師看診時間	3.55± 0.78	3.33± 0.96	3.58± 0.73	3.67± 0.69	0.155
等候檢查時間	3.42± 0.73	3.10± 0.79	3.44± 0.66	3.61± 0.72	0.009*
等候領藥時間	3.55± 0.75	3.64± 0.70	3.33± 0.69	3.76± 0.79	0.012*
等候住院時間	3.38± 0.75	3.16± 0.85	3.48± 0.62	3.42± 0.83	0.850
<u>環境設備</u>	3.64	3.62	3.59	3.76	
洗手間提供的服務	3.72± 0.98	3.92± 0.82	3.52± 1.18	3.89± 0.68	0.116
病床輪椅設備品質	3.57± 0.69	3.35± 0.61	3.62± 0.70	3.67± 0.71	0.120
環境的乾淨程度	3.77± 0.76	3.69± 0.90	3.81± 0.67	3.78± 0.79	0.763
空間的寬敞度	3.59± 0.75	3.53± 0.95	3.52± 0.70	3.72± 0.66	0.373
就醫流程的方便性	3.57± 0.79	3.60± 0.93	3.50± 0.70	3.72± 0.66	0.677
<u>服務品質</u>	3.61	3.59	3.58	3.66	
行政服務品質	3.66± 0.70	3.63± 0.79	3.58± 0.67	3.79± 0.66	0.308
醫師看病的品質	3.73± 0.77	3.79± 0.82	3.63± 0.70	3.81± 0.82	0.446
看診時間的增加	3.55± 0.81	3.41± 0.80	3.61± 0.82	3.57± 0.81	0.498
護理人員照護品質	3.73± 0.68	3.75± 0.62	3.67± 0.72	3.79± 0.66	0.637
X光師服務品質	3.48± 0.80	3.48± 0.96	3.52± 0.74	3.42± 0.76	0.850
藥師藥物使用說明	3.52± 0.72	3.48± 0.75	3.47± 0.70	3.59± 0.73	0.695
總平均值	3.58	3.51	3.54	3.68	

註：平均值± 標準差

* 表有顯著差異

表 4-3-3 急診病患家屬問卷之各等級醫院與各變項變異數分析有顯著差異者

	多重比較	P-value
等候檢查時間	醫學中心 區域醫院	0.095
	區域醫院 地區醫院	0.452
	醫學中心 地區醫院	0.010
等候領藥時間	醫學中心 區域醫院	0.221
	區域醫院 地區醫院	0.015
	醫學中心 地區醫院	0.802

第四節 急診作業量調查

作業量收集的對象同問卷訪查的醫院，但因其中幾家醫院無人力協助作業量填寫，故再針對無法配合之區域之層級醫院，再進行抽樣，共計發出 28 份問卷，回收 17 份。其中醫學中心 4 家（仍不足 2 家）、區域醫院 7 家（較原先預估多回收一家）、地區醫院 6 家。唯地區醫院其中一家作業量無 91 年 7 月以前之資料，不予採用。

因 92 年 4 月後 SARS 肆虐，嚴重影響作業量，故將原計比較總額實施前後一年，改為比較 90 年 7 月至 91 年 6 月（總額實施前）與 91 年 7 月至 92 年 3 月（總額實施後），以平均每月表現。

比較總額實施前後，急診病患人數是增加的，這是之前就預測到的狀況。成長的幅度整體而言是 2.9%、醫學中心 4.3%、區域醫院 1.8%、地區醫院 1.9%。表 4-4-1 將各急診病患作業量變項分級呈現並與各層級病患總數以百分比來看總額實施後生態改變情形，討論如下：

- 一、檢傷分類分佈情形：檢傷一級的病患比率在醫學中心和區域醫院是沒有改變的，只有在地區醫院病患數有減少的情形；明顯增加的是檢傷二級的病患，特別是醫學中心平均每月增加 576 人，分佈比率也增加 6%，相對而言，醫學中心檢傷三級病患數平均每月減少了 258 人，分佈比率減少了 5.4%。

- 二、 假日病患數：總額實施後，各層級醫院平均每月星期六、日醫院病患數是增加的，醫學中心平均每月增加的病患數達 461 人，占總病患比率也較總額前多了 5.1%；在區域和地區醫院雖占病患總數百分比沒有太大的差別，但平均每月假日病患人數的增加也是不容忽視的現象。
- 三、 轉出、轉入、轉住院及 119 轉入之病患數：整體而言，這些變項占總病患的比率並沒有因總額支付實施而有太大的影響。這與之前所擔心醫院會做篩選將重症病患轉他院或救護車忙轉送重症病人並沒有發生在台灣。
- 四、 滯留急診、72 小時內回診、急診死亡之病患數：這些與醫療品質相關的變項，其佔總病患的比率多呈現持平甚至有減少的趨勢，可見得急診的醫療品質並沒有受到總額支付的實施而有品質低落的現象。

再透過表 4-4-2 看到急診醫療人力的部分：主治醫師與護理人員數都較總額實施前有增加，而住院醫師數卻較總額實施前少，此因素可能為資深住院醫師升等為主治醫師或於受訓期間就轉科另謀高就。

表 4-4-1 總額實施前後急診作業量描述性統計表

		家數	總額實施前	總額實施後	p-value
1.總病患數	總平均	16	4152	4272	0.417
	醫學中心	4	7209	7516	
	區域醫院	7	3790	3860	
	地區醫院	5	2212	2254	
2.檢傷一級病患總數	總平均	16	233 (5.6)	237 (5.5)	0.417
	醫學中心	4	577 (8.0)	604 (8.0)	
	區域醫院	7	151 (4.0)	155 (4.0)	
	地區醫院	5	72 (3.3)	59 (2.6)	
3.檢傷二級病患總數	總平均	16	1613 (38.8)	1796 (42.0)	0.417
	醫學中心	4	2976 (41.3)	3552 (47.3)	
	區域醫院	7	1549 (40.9)	1605 (41.6)	
	地區醫院	5	612 (27.7)	660 (29.3)	
4.檢傷三級病患總數	總平均	16	2240 (53.9)	2186 (51.2)	0.368
	醫學中心	4	3465 (48.1)	3207 (42.7)	
	區域醫院	7	2056 (54.2)	2071 (53.7)	
	地區醫院	5	1517 (68.6)	1532 (68.0)	
5.檢傷四級病患總數	總平均	16	67 (1.6)	52 (1.2)	0.368
	醫學中心	4	193 (2.7)	153 (2.0)	
	區域醫院	7	35 (0.1)	30 (0.1)	
	地區醫院	5	11 (0)	3 (0)	
6.星期六、日病患總數	總平均	10	961 (24.6)	1134 (26.3)	0.389
	醫學中心	3	1401 (22.0)	1862 (27.1)	
	區域醫院	5	771 (20.4)	804 (20.6)	
	地區醫院	2	670 (36.7)	714 (36.5)	
7.轉他院病患總數	總平均	15	45 (0.8)	43 (0.8)	0.414
	醫學中心	4	130 (1.8)	126 (1.7)	
	區域醫院	6	8 (0.1)	8 (0.1)	
	地區醫院	5	20 (0.9)	19 (0.8)	
8.外院轉入病患總數	總平均	12	116 (2.7)	116 (2.5)	0.404
	醫學中心	3	312 (6.0)	319 (5.7)	
	區域醫院	5	76 (2.0)	73 (1.8)	
	地區醫院	4	19 (1.0)	19 (1.0)	

(續)表 4-4-1 總額實施前後急診作業量描述性統計表

		家數	總額實施前	總額實施後	p-value
9.轉住加護病房病人總數	<u>總平均</u>	16	104 (2.5)	104 (2.4)	0.417
	醫學中心	4	189 (2.6)	166 (2.2)	
	區域醫院	7	107 (2.8)	120 (3.1)	
	地區醫院	5	32 (1.4)	33 (1.5)	
10.轉一般病房病人總數	<u>總平均</u>	16	781 (18.8)	802 (18.7)	0.413
	醫學中心	4	1579 (21.9)	1608 (21.4)	
	區域醫院	7	688 (18.1)	709 (18.4)	
	地區醫院	5	293 (13.2)	287 (12.7)	
11.滯留 24hr 以上病患總數	<u>總平均</u>	16	78 (1.9)	76 (1.8)	0.460
	醫學中心	4	294 (4.1)	289 (3.8)	
	區域醫院	7	10 (0.3)	8 (0.2)	
	地區醫院	5	0 (0)	0 (0)	
12.滯留 48hr 以上病患總數	<u>總平均</u>	16	30 (0.7)	33 (0.8)	0.382
	醫學中心	4	120 (1.7)	128 (1.7)	
	區域醫院	7	1 (0)	1 (0)	
	地區醫院	5	0 (0)	0 (0)	
13.72 小時內回診病患總數	<u>總平均</u>	16	127 (3.1)	125 (2.9)	0.415
	醫學中心	4	287 (4.0)	287 (3.8)	
	區域醫院	7	81 (2.1)	82 (2.1)	
	地區醫院	5	54 (2.4)	57 (2.5)	
14.急診死亡病患總數	<u>總平均</u>	16	5 (0.1)	5 (0.1)	0.320
	醫學中心	4	7 (0.1)	5 (0.1)	
	區域醫院	7	4 (0.1)	5 (0.1)	
	地區醫院	5	4 (0.2)	4 (0.2)	
15.119 轉入病患總數	<u>總平均</u>	14	183 (4.4)	196 (4.6)	0.411
	醫學中心	3	258 (3.7)	278 (3.7)	
	區域醫院	6	188 (5.0)	196 (5.0)	
	地區醫院	5	132 (6.0)	145 (6.4)	

表 4-4-2 總額支付前後急診醫療人力與空間描述性統計

		家數	總額實施前	總額實施後
1. 主治醫師數	總平均	15	7.1	8.0
	醫學中心	4	13.3	14.7
	區域醫院	7	6.21	7.1
	地區醫院	4	2.50	2.8
2. 住院醫師數	總平均	15	6.0	5.7
	醫學中心	4	17.13	16.2
	區域醫院	7	2.19	1.5
	地區醫院	4	1.5	1.3
3. 護理人員數	總平均	15	29.9	30.4
	醫學中心	4	64.4	65.2
	區域醫院	7	23.2	23.7
	地區醫院	5	11.6	11.8
4. 急診部門空間坪數	總平均	11	334.7	334.7
	醫學中心	3	588	588
	區域醫院	4	293	293
	地區醫院	4	187	187

第五節 總額支付下急診監測指標評估

本研究採用 Delphi 法，透過 11 位資深急診醫療臨床醫師（表 4-5-1）將現今常用及專家建議之急診相關指標做「對急診醫療品質的重要性」、「總額支付下做為監測指標的適用性」以 5 至 1 分，分數越高表示其越重要與越適用。

表 4-5-1 急診指標專家諮詢名單

姓名	醫院	職稱
王立敏	台北榮民總醫院	急診內科主任
張國頌	台北馬偕醫院	急診部主任
吳國隆	台北國泰醫院	急診部主任
張宏泰	台北市立中興醫院	急診部主任
蔡哲宏	台中澄清醫院	急診部主任
楊大羽	台中榮民總醫院	急診部主任
鄭宜昌	中國醫藥大學附設醫院	急診加護病房主任
阮琪文	彰化秀傳醫院	急診主任
周志中	彰化基督教醫院	急診主任
黃英傑	彰化基督教醫院	急診主任
龔嘉德	高雄長庚醫院	急診主任

將專家諮詢得分結果以平均值和標準差呈現在表 4-9-2：將 4.5 分以上視為「非常重要」與「非常適用」，4 到 4.49 分視為「很重要」與「很適用」。

將「非常重要」、「非常適用」與「很重要」、「很適用」做交叉比較得到：

一、「非常重要」且「非常適用」的指標：急診專科主治醫師比率、與急診專任主治醫師病患人數比。

二、「非常重要」且「很適用」的指標：專任主治醫師平均每班工作時數、

急診會診逾時率、搶救手術等待時間、急診處置因前後 X 光報告有差異而需做處置調整比率、應住加護病房而未能及時住進加護病房的比率。

三、「很重要」且「很適用」的指標：急診駐診資深住院醫師看診率、護理人員病患人數比、醫護人員通過 ALSs 的比率、重返急診住院率。

四、在結果面中，探討在急診若要對特殊疾病做照護結果評估，以重大外傷 (ISS \geq 16) 和心肌梗塞屬非常重要且很適用；胸痛屬很重要且很適用。

表 4-5-2 急診指標專家諮詢描述性統計表

指 標	重要性		適用性	
	平均值	標準差	平均值	標準差
1.急診專科主治醫師比率	4.73**	0.65	4.82**	0.60
2.急診駐診資深住院醫師看診率	4.27*	0.79	4.09	1.38
3.專任主治醫師平均每班工作時數	4.55**	0.69	4.36	0.81
4.急診專任主治醫師病患人數比	5.00**	0.00	4.82**	0.60
結 5.急診住院醫師病患人數比	3.45	1.44	3.36	1.50
6.護理人員病患人數比	4.27*	1.19	4.40	1.26
7.護理人員離職率	3.73	1.27	3.27	1.35
8.專任主治醫師離職率	4.09*	0.94	3.27	1.35
9.部內醫療會議次數	3.91	0.70	3.27	1.27
面 10.部內行政會議次數	3.82	0.60	3.09	1.14
11.醫護人員通過 ALSs 的比率	4.36*	0.92	4.09*	1.14
12.醫師參予相關學會舉辦之學術活動和 繼續教育比率	4.55**	0.69	3.73	1.27
13.病患可使用之空間	4.09*	0.94	3.91	1.04
1.急診檢傷分類病患數分佈	3.82	1.25	3.91	1.14
2.急診停留時間分佈	3.73	1.42	3.64	1.12
3.急診留觀時間分佈	3.73	1.10	3.55	1.04
4.急診會診率	3.27	0.79	3.00	0.89
過 5.急診會診逾時率	4.55**	0.52	4.27*	1.01
6.急診轉出院率	3.55	0.93	3.09	1.51
7.急診病人由他院轉入的比率	3.73	1.01	3.27	1.49
程 8.各級病患平均候診時間	4.09*	0.70	3.36	1.21
9.急診病歷於十分鐘內可調閱到之比率	4.09*	0.54	3.27	1.10
面 10.急診檢查平均等候時間	4.45*	0.69	3.64	1.36
11.急診檢驗報告平均等候時間	4.55**	0.69	3.64	1.36
12.急診檢驗報告30分鐘內完成報告比率	4.45*	0.69	3.70	1.25
13.急診拿藥在5分鐘內拿到之比率	3.73	0.90	3.09	1.04
14.搶救手術等待時間	4.64**	0.67	4.27*	1.27

(續) 表 4-5-2 急診指標專家諮詢描述性統計表

指 標	重要性		適用性	
	平均值	標準差	平均值	標準差
1.急診住院病患佔全院住院病患比率	4.09*	1.04	3.45	1.29
2.急診病患轉住一般病房比率	3.82	0.75	3.55	1.13
3.急診病患轉住加護病房比率	4.09*	0.83	3.82	1.25
4.急診病患實施 CPR 率	3.64	1.21	3.36	1.50
5.DOA 病患急救後心跳回復率	4.36*	0.50	3.64	1.43
6.DOA 病患急救後意識恢復清醒率	3.82	1.17	3.18	1.66
7.急診就診後死亡率	3.91	0.83	3.18	1.40
8.入院後 24 小時內死亡比率	3.82	0.87	3.18	1.33
9.重返急診率	4.09*	0.70	3.73	1.10
10.重返急診住院率	4.45*	0.52	4.18*	0.75
11.急診病患自行離院比率	3.64	0.81	3.36	1.03
12.急診病患退掛比率	3.45	1.04	2.91	1.22
13.急診病患意外及事故傷害發生率	4.18*	0.87	3.36	1.43
14.急診病患跌倒事件發生率	4.18*	0.75	3.36	1.43
15.急診病患輸錯血事件發生率	4.73**	0.47	3.91	1.45
16.急診醫師處方箋錯誤率	4.73**	0.47	3.91	1.45
17.急診處方箋調劑錯誤率	4.73**	0.47	3.91	1.45
18.急診處置因前後 X 光報告有差異需 做處置調整比率	4.73**	0.65	4.18*	1.08
19.應住加護病房而未能即時住進加護 病房的比率	4.64**	0.67	4.18*	1.08
20.應住普通病房而未能即時住進普通 病房的人數	4.09*	0.94	3.73	1.27
21.符合病歷紀錄規範比率	4.36**	0.50	3.91	1.04
22.急診病患滿意度	3.73	1.01	3.45	1.13

(續)表 4-5-2 急診指標專家諮詢描述性統計表

指 標	重要性		適用性	
	平均值	標準差	平均值	標準差
23.利用急診特殊疾病，做照護結果評估 (如：回診率、死亡率、住院率、轉出院率)				
結 23-1 心肌梗塞	4.64**	1.21	4.36*	1.21
23-2 心臟衰竭	3.91	1.38	3.55	1.21
23-3 氣喘	4.00*	1.55	3.55	1.37
果 23-4 胸痛	4.45*	1.21	4.18*	1.17
23-5 頭部外傷	4.00*	1.34	3.45	1.69
23-6 肺炎	3.82	1.25	3.09	1.45
面 23-7 重大外傷 (ISS \geq 16)	4.73**	0.65	4.27*	0.79
23-8 糖尿病併發症	3.27	1.27	3.00	1.34
23-9 精神病	3.82	1.33	3.27	1.42
23-10 敗血性休克	4.18*	1.25	3.55	1.57

註：**代表非常重要與非常適用

*代表很重重要與很適用

第六節 加護病房醫護人員對加護病房醫療生態改變之調查

抽樣的醫院同急診問卷調查之醫院，訪問對象以內外科加護病房服務滿一年以上之護理人員，共計回收 178 份問卷，有效問卷為 156 份，排除的多屬地區醫院回收之問卷，因填答者服務未滿一年，故不列入統計。

填寫人多為護理人員占了 93.5%；年齡在 21-30 歲占了 64.7%，年資在 1-5 年之間占了 61.5%，顯示出在加護病房服務的護理人員也多屬年輕人。

(表 4-6-1)。

表 4-6-1 加護病房醫護人員問卷樣本醫院回覆情形

特	性	回收數量	百分比
醫院		156	
評鑑等級	醫學中心 (4)	55	35.2
	區域醫院 (6)	77	49.4
	地區醫院 (5)	24	15.4
填寫人			
職稱	醫師	10	6.4
	護理長	14	8.9
	護理人員	132	84.6
年齡	21-30	101	64.7
	31-40	43	27.6
	41-50	7	4.5
年資	1-5	96	61.5
	6-10	38	24.4
	11-15	16	10.3
	16-30	6	3.8

將加護病房醫護人員問卷結果以次數分配呈現在表 4-6-2，描述如下：

- 一、 整體而言有 66.7% 的醫護人員認為在總額後工作量有增加，此項在醫學中心更有 70.9%、區域醫院有 66.2%、地區醫院有 58.3%。在薪資所得方面，認為有減少的比增加的還要多，醫學中心更有 38.2% 的人是減少的。
- 二、 人力資源方面，整體而言以 N2 以上的護理人力增加最多，醫學中心有 67.3% 是認同有增加的，R3 以上資深醫師值班人數減少狀況以地區醫院認同比率最高 33.4%，雖整體醫師值班人力呈現減少的趨勢，但整體醫師查房次數（23.2%）是有增加的趨勢。
- 三、 病患疾病嚴重度感受到增加的趨勢以醫學中心最高 65.5%，其次是區域醫院 40.3%，在區域醫院也有 33.3%。
- 四、 儀器設備方面屬醫學中心之醫護人員在 e-化（58.1%）、儀器設備（58.1%）、耗材使用的方便性（37.1%）上感受有增加的最多；區域醫院提昇 e-化情形感受有增加占 50.7%、新增的醫療儀器有 42.9%、在耗材使用的方便性感覺有增加的只占 20.8%；地區醫院提昇 e-化 41.7%、新增醫療儀器 41.4%、耗材使用的方便性有 29.2%。
- 五、 利用品質指標與參與教學研習在各層級醫院增加的情形，這雖然對醫護人員在臨床工作之餘是額外的事，但對加護病房醫療品質的提昇是

有益的。

六、醫護人員對加護病房醫療品質的提昇感受到增加的狀況，以醫學中心最高（58.2%），其次是地區醫院（54.2%），接著才是區域醫院（41.6%）；而對整體工作的滿意度增加的狀況以區域醫院最多（23.4%），其次是地區醫院（33.3%），醫學中心最低只占20%。

將各變項評分，增加很多給予5分、有增加給予4分、沒有差別給予3分、減少給予2分、減少很多給予1分。將結果以平均值和標準差呈現在表4-6-3。將增加狀況排名前五名表現在下：

排序	整體	醫學中心	區域醫院	地區醫院
1	工作量 (3.76)	工作量 (3.93)	工作量 (3.66)	教學研習 (3.71)
2	品質指標 (3.73)	品質指標 (3.93)	教學研習 (3.66)	工作量 (3.67)
3	教學研習 (3.71)	教學研習 (3.76)	品質指標 (3.62)	品質指標 (3.63)
4	環境清潔 (3.61)	環境清潔 (3.69)	環境清潔 (3.58)	環境清潔 (3.54)
5	病患嚴重度 (3.51)	N2 護理人員 (3.69) 病患嚴重度 (3.69)	提昇 e 化 (3.45)	醫療品質 (3.46)

再透過 Pearson 相關分析，了解各類變項與醫療品質和滿意度之間的關係，結果發現：(表 4-6-4)

- 一、醫學中心之加護病房醫護人員自覺該醫院醫療品質的提昇與 N2 護理人員的增加、利用品質指標來增加對醫療品質的要求、環境的清潔消毒有顯著的正相關。
- 二、醫學中心之加護病房醫護人員對整體工作的滿意度與工作量的增加呈

現顯著負相關，與薪資所得、利用品質指標增加對醫療品質的要求、環境的清潔消毒與醫療品質的提昇是呈現顯著的正相關。

三、區域醫院加護病房之醫護人員感受醫療品質的提昇與每日醫師查房的次數、提昇 e-化、購買新的醫療儀器、利用品質指標來增加對醫療品質的要求、參與教學或研習課程數、環境或空間廣泛的整修、環境的清潔消毒呈現顯著的正相關。

四、區域醫院加護病房之醫護人員對整體工作的滿意度與醫師查房的次數、提昇 e-化、耗材使用的方便性、利用品質指標來增加對醫療品質的要求、參與教學或研習課程數、環境或空間廣泛的整修、環境的清潔消毒與醫療品質的提昇呈現顯著的正相關。

五、地區醫院加護病房之醫護人員感受醫療品質的提昇與病患疾病嚴重度的增加、新增醫療儀器、利用品質指標來增加醫療品質的要求、環境或空間廣泛的整修、環境的清潔消毒與醫療品質的提昇呈現顯著的正相關。

六、地區醫院加護病房之醫護人員對整體工作的滿意度與每日醫師查房的次數、病患疾病嚴重度的增加、新增醫療儀器、環境或空間廣泛的整修、環境的清潔消毒與醫療品質的提昇呈現顯著的正相關。

表 4-6-2 加護病房醫護人員對總額實施前後醫療生態改變調查之次數分配表

	總數	評鑑等級		
		醫學中心	區域醫院	地區醫院
1. 薪資所得	155	55	76	24
增加很多	0	0	0	0
有增加	8 (5.2)	2 (3.6)	3 (3.9)	3 (12.5)
沒有差別	110 (71.0)	32 (58.2)	63 (82.9)	15 (62.5)
有減少	37 (23.9)	21 (38.2)	10 (13.0)	6 (25.0)
減少很多	0	0	0	0
2. 工作量	156	55	77	24
增加很多	16 (10.3)	12 (21.8)	2 (2.6)	2 (8.3)
有增加	88 (56.4)	27 (49.1)	49 (63.6)	12 (50.0)
沒有差別	50 (32.1)	16 (29.1)	24 (31.2)	10 (41.7)
有減少	2 (1.3)	0	2 (2.6)	0
減少很多	0	0	0	0
3. N2 以上的護理人員數	156	55	77	24
增加很多	3 (1.9)	1 (1.8)	1 (1.3)	1 (4.2)
有增加	74 (47.4)	36 (65.5)	31 (40.3)	7 (29.2)
沒有差別	71 (45.5)	18 (32.7)	39 (50.6)	14 (58.3)
有減少	8 (5.1)	0	6 (7.8)	2 (8.3)
減少很多	0	0	0	0
4. R3 以上資深醫生值班人數	156	55	77	24
增加很多	0	0	0	0
有增加	11 (7.1)	3 (5.5)	7 (9.1)	1 (4.2)
沒有差別	111 (71.2)	40 (72.7)	56 (72.7)	15 (62.5)
有減少	31 (19.9)	11 (20.0)	13 (16.9)	7 (29.2)
減少很多	3 (1.9)	1 (1.8)	1 (1.3)	1 (4.2)
5. 每日醫師查房的次數	155	54	77	24
增加很多	0	0	0	0
有增加	36 (23.2)	14 (25.9)	16 (20.8)	6 (25.0)
沒有差別	115 (74.2)	39 (72.2)	58 (75.3)	18 (75.0)
有減少	4 (2.6)	1 (1.9)	3 (3.9)	0
減少很多	0	0	0	0

(續) 表 4-6-2 加護病房醫護人員對總額實施前後醫療生態改變調查之次數分配表

	總數	評鑑等級		
		醫學中心	區域醫院	地區醫院
6. 每月醫師的值班人力	156	55	77	24
增加很多	0	0	0	0
有增加	10 (6.4)	5 (9.1)	4 (5.2)	1 (4.2)
沒有差別	124 (79.5)	46 (83.6)	62 (80.5)	16 (66.7)
有減少	22 (14.1)	4 (7.3)	11 (14.3)	7 (29.2)
減少很多	0	0	0	0
7. 入 ICU 之病患其疾病嚴重度	156	55	77	24
增加很多	8 (5.1)	3 (5.5)	5 (6.5)	0
有增加	67 (42.9)	33 (60.0)	26 (33.8)	8 (33.3)
沒有差別	78 (50.0)	18 (32.7)	44 (57.1)	16 (66.7)
有減少	3 (1.9)	1 (1.8)	2 (2.6)	0
減少很多	0	0	0	0
8. 提昇 e-化(電子病歷、PACS)情形	156	55	77	24
增加很多	4 (2.6)	2 (3.6)	2 (2.6)	0
有增加	77 (49.4)	30 (54.5)	37 (48.1)	10 (41.7)
沒有差別	67 (42.9)	21 (38.2)	33 (42.9)	13 (54.2)
有減少	7 (4.5)	2 (3.6)	4 (5.2)	1 (4.2)
減少很多	1 (0.6)	0	1 (1.3)	0
9. 新的醫療儀器	154	53	77	24
增加很多	3 (1.9)	1 (1.9)	1 (1.3)	1 (4.2)
有增加	71 (46.1)	30 (56.6)	32 (41.6)	9 (37.2)
沒有差別	74 (48.1)	21 (39.6)	42 (54.5)	11 (45.8)
有減少	6 (3.9)	1 (1.9)	2 (2.6)	3 (12.5)
減少很多	0	0	0	0
10. 使用耗材的方便性	155	54	77	24
增加很多	2 (1.3)	1 (1.9)	0	1 (4.2)
有增加	41 (26.5)	19 (35.2)	16 (20.8)	6 (25.0)
沒有差別	104 (67.1)	32 (59.3)	56 (72.7)	16 (66.7)
有減少	6 (3.9)	2 (3.7)	3 (3.9)	1 (4.2)
減少很多	2 (1.3)	0	2 (2.6)	0

(續) 表 4-6-2 加護病房醫護人員對總額實施前後醫療生態調查改變之次數分配表

	評鑑等級			
	總數	醫學中心	區域醫院	地區醫院
10. 利用品質指標來增加對醫療品質的要求	155	55	76	24
增加很多	7 (4.5)	6 (10.9)	1 (1.3)	0
有增加	101 (65.2)	39 (70.9)	46 (60.5)	16 (66.7)
沒有差別	45 (29.0)	10 (18.2)	28 (36.8)	7 (29.2)
有減少	2 (1.3)	0	1 (1.3)	1 (4.2)
減少很多	0	0	0	0
12. 您被要求參與教學或研習的課程數	156	55	77	24
增加很多	8 (5.1)	3 (5.5)	3 (3.9)	2 (8.3)
有增加	96 (61.5)	36 (65.5)	46 (59.7)	14 (58.3)
沒有差別	50 (32.1)	16 (29.1)	27 (35.1)	7 (29.2)
有減少	2 (1.3)	0	1 (1.3)	1 (4.2)
減少很多	0	0	0	0
13. 環境或空間有廣泛整修	156	55	77	24
增加很多	4 (2.6)	0	4 (5.2)	0
有增加	57 (36.5)	22 (40.0)	26 (33.8)	9 (37.5)
沒有差別	90 (57.7)	31 (56.4)	45 (58.4)	14 (58.3)
有減少	5 (3.2)	2 (3.6)	2 (2.6)	1 (4.2)
減少很多	0	0	0	0
14. 環境的清潔消毒	155	54	77	24
增加很多	4 (2.6)	0	3 (3.9)	1 (4.2)
有增加	91 (58.7)	37 (68.5)	41 (53.2)	13 (54.2)
沒有差別	56 (36.1)	17 (31.5)	31 (40.3)	8 (33.3)
有減少	4 (2.6)	0	2 (2.6)	2 (8.3)
減少很多	0	0	0	0
15. 提昇醫療品質	156	55	77	24
增加很多	3 (1.9)	0	3 (3.9)	0
有增加	74 (47.4)	32 (58.2)	29 (37.7)	13 (54.2)
沒有差別	70 (44.9)	21 (38.2)	40 (51.9)	9 (37.5)
有減少	9 (5.8)	2 (3.6)	5 (6.5)	2 (8.3)
減少很多	0	0	0	0
16. 整體工作滿意度	156	55	77	24
增加很多	0	0	0	0
有增加	37 (23.7)	11 (20.0)	18 (23.4)	8 (33.3)
沒有差別	100 (64.1)	37 (67.3)	49 (63.6)	14 (58.3)
有減少	17 (10.9)	6 (10.9)	9 (11.7)	2 (8.3)
減少很多	2 (1.3)	1 (1.8)	1 (1.3)	0

表 4-6-3 加護病房醫護人員對總額實施前後醫療生態改變情形之描述性統計

	整體而言	評 鑑 等 級			P-value
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	
薪資所得	2.81± 0.51	2.65± 0.55	2.91± 0.41	2.88± 0.61	0.014*
工作量	3.76± 0.65	3.93± 0.72	3.66± 0.58	3.67± 0.64	0.050*
N2 以上的護理人員數	3.46± 0.63	3.69± 0.50	3.35± 0.64	3.29± 0.69	0.003*
R3 以上醫生值班人數	2.83± 0.57	2.82± 0.55	2.90± 0.55	2.67± 0.64	0.217
每日醫師查房的次數	3.21± 0.47	3.24± 0.47	3.17± 0.47	3.25± 0.44	0.608
醫師值班人力	2.92± 0.45	3.02± 0.41	2.91± 0.43	2.75± 0.53	0.045*
入 ICU 之病患疾病嚴重度	3.51± 0.63	3.69± 0.60	3.44± 0.66	3.33± 0.48	0.024*
提昇 e-化情形	3.49± 0.66	3.58± 0.63	3.45± 0.70	3.38± 0.58	0.365
新的醫療儀器	3.46± 0.61	3.58± 0.57	3.42± 0.57	3.33± 0.76	0.157
耗材使用的方便性	3.23± 0.60	3.35± 0.59	3.12± 0.58	3.29± 0.62	0.072
利用品質指標	3.73± 0.56	3.93± 0.54	3.62± 0.54	3.63± 0.58	0.004*
參與教學或研習課程數	3.71± 0.58	3.76± 0.54	3.66± 0.58	3.71± 0.69	0.617
環境或空間廣泛整修	3.38± 0.60	3.36± 0.56	3.42± 0.64	3.33± 0.56	0.799
環境的清潔消毒	3.61± 0.59	3.69± 0.47	3.58± 0.61	3.54± 0.72	0.509
醫療品質的提昇	3.46± 0.64	3.55± 0.57	3.39± 0.67	3.46± 0.66	0.384
工作滿意度	3.10± 0.62	3.05± 0.62	3.09± 0.63	3.25± 0.61	0.432

註：平均值± 標準差

*有顯著差異

表 4-6-4 加護病房醫護人員問卷之醫療品質和滿意度相關變項分析

	醫療品質			滿意度		
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	醫學中心	區域醫院	地區醫院
薪資所得	0.256	-0.012	0.148	0.272*	0.137	0.204
工作量	0.008	-0.132	0.173	-0.282*	-0.059	0.000
N2 以上的護理人員數	0.274*	0.106	0.172	0.350**	0.179	0.233
R3 以上醫生值班人數	-0.210	0.111	-0.035	0.193	0.103	-0.225
每日醫師查房的次數	0.140	0.289*	0.187	0.081	0.258*	0.404*
醫師值班人力	0.116	0.078	-0.031	0.142	0.078	-0.336
入 ICU 之病患疾病嚴重度	-0.093	0.052	0.457*	-0.004	0.029	0.446*
提昇 e-化情形	-0.023	0.291*	-0.014	-0.083	0.293**	0.217
新的醫療儀器	0.154	0.259*	0.550**	0.091	0.222	0.470*
耗材使用的方便性	0.249	0.218	0.296	0.100	0.291*	0.029
利用品質指標	0.371**	0.236*	0.473*	0.288*	0.297**	0.279
參與教學或研習課程數	0.184	0.310**	0.403	-0.016	0.375**	0.285
環境或空間廣泛整修	0.064	0.386**	0.624**	0.263	0.265*	0.507*
環境的清潔消毒	0.430**	0.557**	0.554**	0.370**	0.437**	0.471*
醫療品質的提昇				0.436**	0.628**	0.679**

註：*在顯著水準為 0.05 時（雙尾），相關顯著。

**在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著。

第七節 加護病房病患之家屬滿意度調查

本研究於民國 92 年 8 月進行調查，訪問對象以內外科加護病房病患之家屬，樣本醫院同急診問卷調查之醫院。共計回收 183 份問卷，其中醫學中心 63 份、區域醫院 94 份、而抽樣訪問的地區醫院因病患數較少只回收 26 份。

因要尋找到總額實施前後都曾來過同一加護病房之病患如同大海撈針，因此本問卷僅對現況做滿意度調查，將結果以次數分配呈現在表 4-7-1：

整體而言，病患家屬對加護病房提供的醫療照護品質滿意度多在九成以上，護理人員的服務態度讓家屬感覺「很滿意」最多占了 35%；而滿意度未達九成的有提供給家屬的照顧其「很不滿意」有 2.8%、「不滿意」也有 23.7%，病房提供的洗手設備不滿意有 12.6% 與自費購買病患的醫材及日用品有 13.9%。

就醫學中心而言：滿意度百分比在 95 以上的包含：「被通知入院醫護人員對疑問的處理情形」(96.8%)、「護理人員的服務態度」(95.2%)、「病患的清潔照護」(96.9%)、「床單和被單的舒適乾淨度」(96.3%)、「病患使用的設備品質」(95.2%) 與「加護病房的醫療環境」(96.6%)；滿意度最低的是提供給病患家屬的照顧 (72.6%)。

就區域醫院而言：滿意度百分比在 95 以上的包含：「病患的清潔照護」

(96.8%)、「病患使用的設備品質」(96.7%)、「加護病房的醫療環境」(95.7%) 滿意度最低的是提供給病患家屬的照護 (79.1%)。

就地區醫院而言：滿意度百分比在 95 以上的包含：「被通知病患需入加護病房，醫護人員對疑問的處理」(96.1%) 與「加護病房的醫療環境」(96%)；滿意度最低的也是「提供給家屬的照顧」(54.1%)。

將滿意度程度評分如下：很滿意 4 分、滿意 3 分、不滿意 2 分、很不滿意 1 分，以平均值和標準差表現在表 4-7-2：

從各層級醫院滿意度總平均分數以醫學中心最高 3.17 分，接著是區域醫院 3.13 分，地區醫院 3.04 分。從平均分數來看，滿意度最高的是護理人員的服務態度有 3.29 分。

變異數分析：將各變項與評鑑等級做分析，只有「床被單的舒適乾淨度」在統計上達顯著的差異，再透過 Scheffe 做多重比較得知是在醫學中心和地區醫院有顯著差異 ($p=0.036$)，(表 4-7-3)。

表 4-7-1 加護病房病患之家屬滿意度調查之次數分配表

	總數	評鑑等級		
		醫學中心	區域醫院	地區醫院
1. 被通知入加護病房醫護人員對 疑問的處理情形	182	63	93	26
很滿意	44 (24.2)	14 (22.2)	23 (24.7)	7 (26.9)
滿意	128 (70.3)	47 (74.6)	63 (67.7)	18 (69.2)
不滿意	8 (4.4)	1 (1.6)	6 (6.5)	1 (3.8)
很不滿意	2 (1.1)	1 (1.6)	1 (1.1)	0
2. 醫師對病情的解說	180	63	93	24
很滿意	54 (30.0)	20 (31.7)	25 (26.9)	9 (37.5)
滿意	109 (60.6)	39 (61.9)	60 (64.5)	10 (41.7)
不滿意	15 (8.3)	3 (4.8)	7 (7.5)	5 (20.8)
很不滿意	2 (1.1)	1 (1.6)	1 (1.1)	0
3. 護理人員的服務態度	183	63	94	26
很滿意	64 (35.0)	29 (46.0)	26 (27.7)	9 (34.6)
滿意	108 (59.0)	31 (49.2)	63 (67.0)	15 (57.7)
不滿意	9 (4.9)	3 (4.8)	4 (4.3)	2 (7.7)
很不滿意	1 (0.5)	0	1 (1.1)	0
4. 病患的清潔照護	181	63	94	24
很滿意	42 (23.2)	18 (28.6)	20 (21.3)	4 (16.7)
滿意	132 (72.9)	43 (68.3)	71 (75.5)	18 (75.0)
不滿意	7 (3.9)	2 (3.2)	3 (3.2)	2 (8.3)
很不滿意	0	0	0	0
5. 床被單的舒適乾淨度	183	63	94	26
很滿意	40 (21.9)	18 (28.6)	18 (19.1)	4 (15.4)
滿意	129 (70.5)	42 (66.7)	71 (75.5)	16 (61.5)
不滿意	14 (7.7)	3 (4.8)	5 (5.3)	6 (23.1)
很不滿意	0	0	0	0
6. 病患使用的設備品質	182	63	93	26
很滿意	41 (22.5)	12 (19.0)	23 (24.7)	6 (23.1)
滿意	131 (70.0)	48 (76.2)	67 (72.0)	16 (61.5)
不滿意	9 (4.9)	3 (4.8)	3 (3.2)	3 (11.5)
很不滿意	1 (0.5)	0	0	1 (3.8)

(續) 表 4-7-1 加護病房病患之家屬滿意度調查之次數分配表

	總數	評鑑等級		
		醫學中心	區域醫院	地區醫院
7. 病房提供的洗手設備	182	63	94	25
很滿意	39 (21.3)	12 (19.0)	23 (24.5)	4 (16.0)
滿意	120 (65.9)	46 (73.0)	57 (60.6)	17 (68.0)
不滿意	21 (11.5)	4 (6.3)	13 (13.8)	4 (16.0)
很不滿意	2 (1.1)	1 (1.6)	1 (1.1)	0
8. 自費購買病患的醫材及日用品	181	63	93	25
很滿意	22 (12.2)	5 (7.9)	14 (15.1)	3 (12.0)
滿意	134 (74.0)	53 (84.1)	64 (68.8)	17 (68.0)
不滿意	24 (13.3)	5 (7.9)	14 (15.1)	5 (20.0)
很不滿意	1 (0.6)	0	1 (1.1)	0
9. 加護病房的醫療環境	182	63	94	25
很滿意	42 (23.1)	19 (30.2)	19 (20.2)	4 (16.0)
滿意	132 (72.5)	41 (65.1)	71 (75.5)	20 (80.0)
不滿意	8 (4.4)	3 (4.8)	4 (4.3)	1 (4.0)
很不滿意	0	0	0	0
10. 提供給家屬的照顧	177	62	91	24
很滿意	34 (19.2)	9 (14.5)	20 (22.0)	5 (20.8)
滿意	96 (54.2)	36 (58.1)	52 (57.1)	8 (33.3)
不滿意	42 (23.7)	17 (27.4)	16 (17.6)	9 (37.5)
很不滿意	5 (2.8)	0	3 (3.3)	2 (8.3)

表 4-7-2 加護病房病患家屬滿意度之平均值與標準差之描述

	評鑑等級				P-value
	整體而言	醫學中心	區域醫院	地區醫院	
被通知入院醫護人員對疑問的處理情形	3.18± 0.55	3.17± 0.52	3.16± 0.58	3.23± 0.51	0.851
醫師對病情的解說	3.19± 0.63	3.24± 0.61	3.17± 0.60	3.17± 0.76	0.791
護理人員的服務態度	3.29± 0.58	3.42± 0.59	3.21± 0.57	3.27± 0.60	0.093
病患的清潔照護	3.19± 0.48	3.25± 0.51	3.18± 0.46	3.08± 0.50	0.320
床被單的舒適乾淨度	3.14± 0.53	3.29± 0.53	3.14± 0.48	2.92± 0.63	0.036
病患使用的設備品質	3.16± 0.52	3.14± 0.47	3.22± 0.49	3.04± 0.72	0.287
病房提供的洗手設備	3.08± 0.61	3.10± 0.56	3.09± 0.65	3.00± 0.58	0.791
自費購買病患的醫材及日用品	2.98± 0.53	3.00± 0.40	2.98± 0.59	2.92± 0.57	0.815
加護病房的醫療環境	3.19± 0.49	3.25± 0.54	3.16± 0.47	3.12± 0.44	0.383
提供給家屬的照顧	2.90± 0.73	2.87± 0.64	2.98± 0.73	2.67± 0.92	0.168
總平均值	3.13	3.17	3.13	3.04	

註：平均值± 標準差

表 4-7-3 加護病房病患家屬問卷之各等級醫院與各變項變異數分析有顯著差異者

變 項	多重比較	P-value
床被單的舒適乾淨度	醫學中心 區域醫院	0.499
	區域醫院 地區醫院	0.176
	醫學中心 地區醫院	0.036

第八節 加護病房作業量調查

作業量的收集以內科、外科、或內外綜合科加護病房為主要收集對象，對抽樣醫院做聯繫後，共計回收 23 份加護病房作業量資料，其中醫學中心 5 份、區域醫院 14 份、地區醫院 4 份；內科有 9 份、外科 6 份，內外綜合科 8 份。

因 92 年 4 月後 SARS 肆虐，嚴重影響作業量，故將原計比較總額實施前後一年，改為比較 90 年 7 月至 91 年 6 月（總額實施前）與 91 年 7 月至 92 年 3 月（總額實施後），以平均每月表現。

表 4-8-1 將各內外科加護病房作業量變相分評鑑等級醫院來看總額實施前後生態改變情形，討論如下：

- 一、醫療人力分配情形：ICU 主治醫師、住院醫師、護理人力增減情形沒有明顯的改變，唯在醫學中心專任 ICU 護理人員數平均增加了 4 人，是人力增加最多的部分。
- 二、總病患數：入加護病房病患總數整體成長率達 4.6%，而在一床難求的醫學中心成長幅度僅佔 1.1%，在區域醫院成長幅度高達 10.1%，在地區醫院有 5.9%。因此需入加護病房的病患增加的現象。
- 三、病床數：有六家醫院所填出來的是總病床數，故將其分為病床數與總病床數表現。病床數在填答的 15 家醫院中有 7 家是在總額實施後有進

行整修增加病床數，增加加護病房病床數的現象在各層級醫院皆有。

總病床數是將病床數乘以該期間天數，所填寫的六家醫院含一家醫學中心和 5 家加護病房，也有大幅度的增加。

四、與照護品質相關數據：感染病人數與死亡病人數及粗死亡率在各層級醫院皆有小幅度的減少，但 48 小時內重返加護病房病人數在醫學中心和地區醫院卻有增加的狀況。

五、APACHE II 評估病患疾病嚴重度：因此項在某些外科加護病房並不使用或使用 APACHE III 所以回收數較少。從填答的情形發現，醫學中心和區域醫院病患多介 10 到 20 分之間，但在地區醫院卻多在大於 20 分以上，解釋此現象，可能原因如下：因醫學中心和區域醫院有多種加護病房，而內科和外科加護病房僅佔一部份，在地區醫院重症病患多集中在內外科加護病房，故嚴重度較明顯；另一原因可能為在地區醫院評判疾病嚴重度者並非專業人員，而為保障給付點值會將病患嚴重度評估提高，轉診制度並未落實也是原因之一。

表 4-8-1 加護病房作業量描述性統計表

		家數	總額實施前	總額實施後	p-value
1. 專任 ICU 主治醫師數	<u>總平均</u>	22	1.89	1.95	0.871
	醫學中心	4	2.25	2.25	
	區域醫院	14	1.89	1.92	
	地區醫院	4	1.5	1.75	
2. 專任 ICU 住院醫師數	<u>總平均</u>	23	1.99	1.95	0.964
	醫學中心	5	4.33	4.23	
	區域醫院	14	1.21	1.19	
	地區醫院	4	1.75	1.78	
3. 專任 ICU 護理人員數	<u>總平均</u>	21	32.29	33.75	0.878
	醫學中心	4	31.38	35.58	
	區域醫院	13	36.03	37.16	
	地區醫院	4	21.03	20.85	
4. 總病患數	<u>總平均</u>	22	341.54	357.33	0.947
	醫學中心	5	863.19	872.78	
	區域醫院	13	203.12	223.62	
	地區醫院	4	139.33	147.58	
5-1. 病床數	<u>總平均</u>	15	24.3	26.14	0.811
	醫學中心	3	15.3	18.67	
	區域醫院	8	32.88	35	
	地區醫院	4	13.88	14.02	
5-2. 總病床數	<u>總平均</u>	6	453.44	505.64	0.630
	醫學中心	1	417.75	444.00	
	區域醫院	5	460.57	517.96	
6. 加護病房總住院日數	<u>總平均</u>	21	688.77	715.38	0.920
	醫學中心	4	1070.09	1088.36	
	區域醫院	13	684.65	715.60	
	地區醫院	4	320.84	341.72	
7. 加護病房轉出總人次	<u>總平均</u>	22	87.79	85.43	0.941
	醫學中心	5	175.59	150.85	
	區域醫院	13	68.08	72.52	
	地區醫院	4	42.06	45.64	
8. 感染病人數	<u>總平均</u>	23	10.12	9.42	0.786
	醫學中心	5	17.62	16.32	
	區域醫院	14	8.63	8.36	
	地區醫院	4	5.96	4.49	

(續) 表 4-8-1 加護病房作業量描述性統計表

		家數	總額實施前	總額實施後	p-value
9. 48 小時內重返加護病房 病人數	總平均	22	1.28	1.67	0.570
	醫學中心	5	2.71	4.88	
	區域醫院	13	0.86	0.63	
	地區醫院	4	0.86	1.05	
10. 死亡病患數 (粗死亡率)	總平均	22	9.74	8.55	0.815
	醫學中心	5	21.32	17.74	
	區域醫院	13	7.13	6.45	
	地區醫院	4	3.74	3.89	
11. APACHE II ≤ 10 之病患數	總平均	17	34.03	33.82	0.987
	醫學中心	2	25.18	23.75	
	區域醫院	13	38.92	38.53	
	地區醫院	2	11.08	13.23	
12. $10 < \text{APACHE II} \leq 20$ 之病患數	總平均	17	47.00	50.47	0.843
	醫學中心	2	44.05	37.77	
	區域醫院	13	53.39	58.70	
	地區醫院	2	8.40	9.67	
13. APACHE II > 20 之病患數	總平均	18	17.60	20.09	0.561
	醫學中心	2	19.03	21.12	
	區域醫院	13	12.24	15.35	
	地區醫院	3	39.90	39.92	

第九節 總額支付下加護病房監測指標評估

本研究採用 Delphi 法，透過 11 位資深重症醫療臨床醫師（表 4-9-1）將現今常用及專家建議之加護病房相關指標做「對加護病房醫療品質的重要性」、「總額支付下做為監測指標的適用性」以 5 至 1 分，分數越高表示其越重要與越適用。

表 4-9-1 加護病房指標專家諮詢名單

姓名	醫院	職稱
尹彙文	台北榮民總醫院	外科加護病房主任
吳健樑	台北馬偕紀念醫院	內科加護病房主任
羅鴻舜	台北國泰醫院	內科加護病房主任
洪惠風	台北新光醫院	內科加護病房主任
呂明仁	台北新光醫院	外科加護病房主任
詹逸凌	林口長庚醫院	內科加護病房主任
簡微年	台中榮民總醫院	內科加護病房主任
王淑惠	彰化基督教醫院	外科加護病房主任
鄭高珍	台南奇美醫院	內科加護病房主任
曾進忠	台南成大附醫	內科加護病房主任
賴吾為	台南成大附醫	外科加護病房主任

由表 4-9-2 得知，重要性方面：「血液透析使用率」、「留置導尿管使用率」；適用性方面：「血液透析使用率」、「留置導尿管使用率」、「ICU 肺動脈導管使用率」、「病患實施 CPR」以及「病危自動離院率」在 3 分以下，其餘皆介於 3—5 分之間。

對加護病房醫療品質的重要性平均分數排序上，以「加護病房專任護理人員病床比」、「加護病房病患輸錯血發生率」最高分也最重要（4.73），其次

是「加護病房專任住院醫師病床比」(4.64)。在總額支付下做為監測指標的適用性排序上：以「加護病房專任護理人員病床比」「加護病房醫護人員 ACLS 受訓比率」最高分也最適用(4.45)，其次是「加護病房專任住院醫師病床比」、「加護病房病患輸錯血發生率」、「處方箋錯誤率」、「處方箋調劑錯誤率」(4.36)。

我們將各加護病房指標重要性平均分數在 4.5 分以上視為「非常重要」，4.00—4.49 視為「很重要」，將適用性平均分數在 4 分以上的「很適用」與「非常重要」和「很重要」與做比對，得到：

- 一、「非常重要」且「很適用」的指標：專任住院醫師病床比、專任護理人員病床比、專任呼吸治療師病床比、醫護人員 ACLS 受訓比率、醫護人員 PALS 受訓比率、加護病房病患輸錯血發生率、處方箋錯誤率、處方箋調劑錯誤率。
- 二、「很重要」且「很適用」的指標：專任主治醫師病床比、專科主治醫師病患人數比、住院醫師病患人數比、血液透析感染率、呼吸器感染率、氣管內管滑脫率、引流管滑脫率、24 小時內重返加護病房比率。

因此可以發現醫療人力、教育訓練、感染率、滑脫率、錯誤率與重返加護病房為可做為考量監測加護病房醫療品質的因素。

4-9-2 加護病房指標描述性統計

指 標	重要性		適用性	
	平均值	標準差	平均值	標準差
1. 加護病房專任主治醫師病床比	4.36*	1.03	4.00*	1.26
2. 加護病房專任住院醫師病床比	4.64**	0.50	4.36*	1.03
3. 加護病房專任護理人員病床比	4.73**	0.46	4.45*	1.21
結 4. 加護病房專任呼吸治療師病床比	4.55**	0.69	4.27*	1.27
5. 加護病房專科主治醫師病患人數比	4.18*	0.98	4.00*	1.34
6. 加護病房住院醫師病患人數比	4.45*	0.82	4.27*	1.27
構 7. APACHE II 分數分類病患數與護理人力	3.64	0.92	3.64	1.21
8. APACHE II 分數分類病患與住加護病房	3.64	1.03	3.64	1.09
面 9. 以 TISS 分數等級之病患來評估護理人	3.45	1.44	3.36	1.57
10. 加護病房病床配備呼吸器比	3.70	1.42	3.70	1.42
11. 加護病房醫護人員 ACLS 受訓比率	4.55**	0.69	4.45*	0.82
12. 加護病房醫護人員 PALS 受訓比率	4.55**	0.69	4.28*	0.90
1. 流動率	3.91	1.22	3.73	1.35
2. 加護病房醫師會診率	3.55	1.04	3.27	1.27
3. 加護病房中心靜脈導管使用率	3.18	0.87	3.18	0.87
4. ICU 肺動脈導管使用率	3.00	1.00	2.91	1.04
過 5. 血液透析使用率	2.82	0.60	2.91	0.54
6. 加護病房留置導尿管使用率	2.64	0.81	2.55	0.82
程 7. 加護病房呼吸器使用率	3.27	1.10	3.27	1.10
8. 加護病房中心靜脈導管相關血流感染	4.18*	0.75	3.91	0.94
9. 加護病房留置導尿管相關泌尿道感染	4.18*	0.75	3.91	0.94
面 10. 血液透析感染率	4.18*	0.60	4.00*	0.89
11. 加護病房呼吸器感染率	4.27*	0.65	4.00*	0.89
12. 加護病房中心靜脈管路意外滑脫率	4.18*	0.75	3.91	0.94
13. 加護病房留置導尿管滑脫率	4.09*	0.83	3.82	0.98
14. 病房氣管內管滑脫率	4.36*	0.81	4.09*	1.04

註：* 代表平均值達 4.5 分以上屬“非常重要”或“非常適用”

* 代表平均值達 4 分以上屬“很重要”或“很適用”

(續) 4-9-2 加護病房指標描述性統計

指 標	重要性		適用性	
	平均值	標準差	平均值	標準差
15. 引流管滑脫率	4.45*	0.69	4.09*	1.04
16. 病人自拔管成功率	3.64	0.92	3.55	1.04
17. 病患自拔管失敗率	3.45	0.82	3.36	0.92
18. 原判定合乎拔管但拔後又插回去比率	3.73	0.90	3.45	0.82
過 19. 加護病房之鎮靜止痛處治率	4.00*	1.00	3.64	1.12
20. 有血氧飽和濃度紀錄的鎮靜止痛處置率	3.55	1.13	3.36	1.12
21. 發生吸入性併發症的鎮靜止痛處置率	3.64	0.92	3.45	0.93
程 22. 發生呼吸道阻塞的鎮靜止痛處置率	3.64	0.92	3.45	0.93
23. 發生收縮壓下降的鎮靜及止痛處置率	3.55	1.04	3.27	1.01
24. 麻醉人員介入照護的鎮靜止痛處置率	3.36	1.12	3.09	1.22
面 25. 非計劃性的意識喪失的鎮靜止痛處置率	3.45	1.04	3.18	1.17
26. 營養師評估為營養不良之時間 > 七天, ≤14 天之比率	3.63	1.03	3.64	1.03
27. 營養師評估為營養不良之時間 > 14 天之比	3.55	1.21	3.55	1.21
28. 加護病房病患輸錯血發生率	4.73**	0.47	4.36*	1.03
1. 處方箋錯誤率	4.55**	0.93	4.36*	1.03
2. 處方箋調劑錯誤率	4.55**	0.93	4.36*	1.03
3. 加護病房占床率	3.82	0.98	3.82	0.87
4. 加護病房粗死亡率	3.73	1.01	3.45	1.44
結 5. 24 小時內重返加護病房比率	4.27*	0.65	4.18*	0.87
6. 48 小時內重返加護病房比率	4.00*	0.89	3.91	1.14
7. 同一病程重返加護病房比率	4.18*	0.87	3.73	1.35
果 8. 加護病房自動出院率	3.45	1.29	3.09	1.38
9. 住加護病房超過 14 天比率	3.82	1.17	3.55	1.21
10. 加護病房急救存活率	3.82	1.17	3.27	1.01
面 11. 加護病房平均住院日	4.09*	1.04	3.82	0.98
12. 加護病房病患褥瘡發生率	4.27*	0.92	3.73	1.19
13. 病患實施 CPR 比率	3.45	1.13	2.73	1.01
14. MODS 器官受損率	3.64	1.21	3.18	1.25
15. 病危自動離院率	3.45	1.21	2.82	1.17

註：* *代表平均值達 4.5 分以上屬“非常重要”或“非常適用”

*代表平均值達 4 分以上屬“很重要”或“很適用”

第五章 討 論

第一節 總額支付制度實施後急重症醫療品質分析

本節將各問卷調查結果，分急診與加護病房個別描述總額支付制度後醫療品質改變情形：

一、急診部分：

經營管理者在總額實施後對急診單位執行的策略中，對各等級醫院而言，醫學中心在增加管理上，以「醫療品質改善方案」(80%)和「醫療單位的空間」(60%)是增加管理比率最高；區域醫院是「環境設備」(66.7%)、「耗材的控管」與「醫療品質改善方案」(58.3%)，而增加比率最少的是「研究經費」(16.7%)；地區醫院增加比率最多的是「醫療儀器」(66.7%)、「環境設備」與「醫療品質改善方案」(58.3%)。就整體醫院來說，「醫療品質改善方案」增加最多(62.1%)和「環境設備」(58.6%)，增加比率最少的是「員工訓練補貼」與「員工值班津貼」(20.7%)。因此可以顯示出醫院經營管理者對軟硬體的品質，在總額實施後有更加重視，但對員工的照顧卻未有提昇的現象。

從急診醫護人員問卷看到總額實施後，醫學中心在「提昇 e-化(電子病歷、PACS)」(89.8%)、「提昇對環境的清潔消毒」(82.1%) 感受增加的情形最多；在區域醫院的護理人員，感受增加最多的是「工作量」(75.4%) 和

「醫療品質指標來增加對醫療品質的要求」(72.5)；地區醫院「環境空間廣泛整修」、「醫療品質指標來增加對醫療品質的要求」有感受增加最多(77.3%)。整體的醫護人員於「醫療品質指標來增加對醫療品質的要求」感受增加最多(76.4%)，其次是「工作量」(74.3%)；感受有減少最多的部分是「每月薪資所得」(34.4%)。顯示出各醫院利用品質指標監測醫療品質已具普遍性，醫學中心也利用 e-化提高效率，這是好現象，但醫護人員感受到工作量增加，薪水卻減少這是醫療品質提昇下的隱憂。

從急診院外顧客之問卷發現，醫學中心的病患家屬在總額支付實施後感受改善最多的是「洗手間提供免費的衛生紙及洗手乳」(75%)與「護理人員提供的照護品質」(65.7%)，但仍有兩成左右的病患家屬認為「等候醫師看診」、「等候檢查」與「等候住院」有變差；在區域醫院病患家屬感受改善最多的是「急診室整體環境的乾淨程度」(70.8%)和「醫師看病的品質」(66.1%)；地區醫院之病患家屬問卷，感受急診改善情形較其他層級醫院明顯，其改善最多的是「洗手間提供免費的衛生紙與洗手乳」(76.7%)及「急診室整體環境的乾淨程度」(63.9%)。對整體院外顧客而言「急診室整體環境的乾淨程度」與「洗手間提供免費的衛生紙及洗手乳」(64.9%)認為有改善的人最多(66.4%)。顯示總額實施後，民眾有感受到醫院在品質改善方面的努力，但對急診病患量大的醫學中心而言，在等候時間方面仍有改善的空間。

急診作業量的部分，總額實施後，急診病患數呈現成長的趨勢，成長率為 2.9%；各層級檢傷分類上，檢傷二級病患數占總病患人數比皆有增加，但三、四級卻較總額實施前有減少的趨勢，其中以醫學中心檢傷二級病患數平均每月增加了 6%，但三級病患平均每月減少了 5.4%，是檢傷分類改變最多的部分；醫學中心的假日病患數，成長率為 32.9%，顯示出假日急診會越來越擁擠的現象發生在醫學中心；看到轉診情形，轉他院與外院轉入在各層級醫院皆變動不大，甚至有減少的趨勢，可以顯示之前擔心將重症病患轉至他院的情形並未發生，但也顯示轉診制度仍未實施。醫療人力方面：主治醫師和護理人員並未有減少人力的趨勢，但住院醫師數卻呈現減少的趨勢。

二、內外科加護病房的部分：

經營管理者在總額實施後對加護病房執行的策略中，對各層級醫院而言，醫學中心在加強管理上，以醫療品質改善方案（80%）是比率最高，增加比率最少的是員工值班津貼與耗材的控管（20%）；區域醫院增加比率最多的是醫療儀器的購買（80%）和醫療單位的空間（70%），而增加比率最少的是研究經費（16.7%）。在地區醫院增加比率最多的也是醫療儀器（72.7%），增加比率最少的是員工值班津貼（9.1%），甚至也有醫院是採行減少值班津貼（9.1%）。以整體醫院而言，增加比率最高的是醫療儀器（69.2%），

其次是醫療品質改善方案(61.5%)，而增加比率最少的是員工值班津貼(19.2%)，因此可以顯示經營管理者在總額實施後，對重症單位有重視軟硬體的品质，但同對急診單位員工並未有提昇照顧。

內外科加護病房醫護人員問卷的部分，利用品質指標增加對醫療品質的要求(69.7%)，其次是工作量(66.7%)與參與教學研習(66.6%)，此三項在各層級醫院感受增加情形皆排行在前三名。看到各層級醫院加護病房醫護人員感受「減少」來看，醫學中心是薪資所得(38.2%)，區域醫院和地區醫院都是R3資深醫師值班人數(區域18.2%；地區33.4%)。感受醫師值班人力減少的情形在各等級的醫院皆有，但醫師查房皆有增加的情形。因此可以顯示出總額實施後，重症的醫療人員在醫院提昇醫療品質與的同時，卻沒增加人力且忽略了重症醫療人員所必須承受的工作量。

加護病房病患家屬滿意度調查：整體而言在總額實施後滿意度高達90%，其中以醫學中心的滿意度最高，其次是區域醫院。醫學中心病患之家屬對「病患的清潔照護」(96.9%)和「被通知入院時醫護人員對疑問的處理情形」(96.8%)滿意的比率最多；在區域醫院滿意比率最高的也是「病患的清潔照護」(96.8%)，其次是「病患使用的設備品質」(96.7%)；在地區醫院滿意比率最高的是「被通知入院時醫護人員對疑問的處理情形」(96.1%)和「加護病房的醫療環境」(96%)；而「提供給病患家屬的照顧」在各層級醫

院是佔不滿意比率最多的（醫學中心 27.4%；區域醫院 21%；地區醫院 45.8%），以上顯示出加護病房之醫護人員對病患照護有一定的品質，但是因加護病房有探病時間的限制，若能為遠道而來的家屬設想休息之處，就更完美。

加護病房作業量調查，各層級總額實施後，入加護病房的總病患數皆有增加。人力資源方面平均在總額後增加最多的是醫學中心的「專任 ICU 護理人員數」，平均增加了 4 人，有減少情形的是醫學中心和區域醫院之「專任 ICU 住院醫師數」與地區醫院的「專任 ICU 護理人員數」，而照護品質上，粗死亡率與感染病人數上皆有減少的趨勢，但醫學中心「48 小時內重返加護病房病人數」是成長的，及地區醫院 APACHE II > 20 占的人數較多不合理的狀況，顯示出對病患疾病狀況的評估仍有待商榷。

第二節 總額支付制度下的適用指標

透過急重症專家諮詢建議指標配合院內與院外的顧客問卷調查，可以歸納出以下幾個重要及適用在總額支付制度下之指標參考方向：

- 一、 醫療人力的監測：經營管理人員問卷中，最建議將急重症醫療人力配置的合理性列入給付參考；急重症專家諮詢中也認為醫護人員與病患人數比、病床比是適用在總額支付下作為監測。加拿大急診醫學會已訂定的工作標準—每年 1500 小時，服務 5000 名病患的標準，反觀國內在急重症病患與醫療品質改善方法增加的同時，醫護人員工作量的增加卻成為品質提昇下的隱憂。
- 二、 訓練與研究的監測：此項也為經管理者建議列入審查內容，專家諮詢中也認為急重症醫療人員通過 ALSs 受訓比率在總額支付制度實施下是重要且適用，因總額實施後急重症醫療人員皆感受到教育訓練課程有增加、但從經營管理者問卷看出醫院提撥教育與研究經費有增加的只占兩成，顯示出醫院並沒有把教育訓練視為成本，若能透過總額給付給予保障，對於員工再進修會是很好的鼓勵，但為避免教育研究成為醫護人員的負擔，合理的安排臨床工作時數與教育訓練時數是必要的。
- 三、 各類等待時間的監測：因急重症醫療是需要時效性，專家諮詢建議中

認為急診會診逾時率、搶救手術等待時間、應住加護病房而未能及時住進加護加護病房的比率是重要且適用。

- 四、醫療照護品質的監測：從專家諮詢中發現到醫療錯誤的發生率、重返比率：如重返急診住院率、重返加護病房比率、輸錯血、處方箋錯誤率、血液透析感染、內管滑脫率等可以避免的疏失都是適用監測於總額之下。另外專家諮詢也建議可以針對急診醫療特殊疾病的照護品質如：心肌梗塞、胸痛和重大外傷（ISS \geq 16）之照護結果做評估。

第三節 研究限制

- 1.本研究採橫斷式收集總額實施前後作業量資料，併縱斷式進行了解院內與院外顧客對總額支付前後生態改變調查，以分層隨機抽樣 18 家醫院（6 個行政區× 3 等級醫院）但因某些被抽樣的醫院無配合意願，或只能部分協助計劃所需之問卷調查及作業量收集，故導致回收情形不如理想完美。
- 2.問卷調查與作業量調查以比較總額支付制度實施日（91 年 7 月 1 日）前後一年（90 年 7 月至 92 年 7 月）為主，因 SARS 爆發導致後一年的作業量改為只比較到 92 年 3 月（共 9 個月）。因計劃屬一年期計劃，且為總額實施後半年才開始執行，故採前瞻性研究，進行院內與院外顧客對總額實施前後感受醫療品質改變情形，在填答的過程中多少會有 recall bias 的現象，其中以急診之病患家屬問卷中等候時間與服務品質方面是爭議性最多的地方，因在一年前與一年後就醫的病況、時間與這一年中是否曾到其他醫院就診經驗都會影響填答，但本研究還是認為藉由現今是「增加」或「減少」還是可以看出此間醫院品質是否有改善及是否滿意現況。
- 3.作業量因填寫品質不一，其真實性無從考查，僅能對合理性做篩選，且有些作業量數據，只有總額前或總額後因此無法採用，使有效樣本較收集樣本數少。
- 4.雖問卷結果多以評鑑等級描述，唯在專家諮詢部分，皆邀請大型醫院之資

深臨床醫師評估，忽略了中小型醫院，雖在臨床使用上仍有可看性，卻在統計上無法比較出各等級醫院之臨床資深醫師評估之差異之遺憾。

第六章 結論與建議

本研究針對急診與內外科加護病房之院內顧客（經營管理者、醫護人員）、院外顧客（病患及家屬）、作業量收集、及臨床專家諮詢進行問卷調查與收集，研究之重要結果如下：

- 一、本研究是以站在衛生主管機關立場，來了解總額支付制度實施下，急重症醫療在保障方案中，醫療生態改變情形及該以哪些監控指標作為從優支付的條件，使其為誘因而能自主管理以提昇醫療品質為目的。
- 二、本研究結果發現，急重症醫療在總額實施後這一年，醫院對成本控制的可能措施，例如：醫療儀器的更新、環境設備的改善、空間的整修、環境清潔與維持、耗材的供應、醫護人員參與教學研習課程數等並沒有變壞的情形。急重症醫療單位的病患數，在總額實施後均有增加的現象，但民眾感受到醫護人員提供的照護品質並沒有降低反而有增加。對急重症醫護人員的調查中，有 70.5% 感受工作量是增加的，且有 29% 感受到薪資所得減少；民眾的問卷中也發現醫學中心有 21.4% 的急診病患家屬認為等候時間有增加、也有 26.5% 加護病房之病患家屬不滿意提供給病患家屬的照顧；作業量調查顯示 48 小時內重返加護病房病人數有增加、住院醫師數減少等狀況，都是值得關切的部分。
- 三、配合專家建議，可朝以下方向進行總額支付制度下的急重症醫療品質的

監測：

- (1) 醫療人力的監測，例如：急診主治醫師病患人數比、專任護理人員病床比、加護病房適用專任呼吸治療師病床比等。
- (2) 教育訓練的監測。
- (3) 各類等待時間的監測，例如：急診會診逾時率、搶救手術等待時間、應住加護病房而未能及時住進加護病房的比率。
- (4) 醫療照護品質的監測，例如醫療錯誤的發生率、重返比率、急診醫療對特殊疾病的照護品質如：心肌梗塞、胸痛和重大外傷（ISS \geq 16）之照護結果評估。

根據研究成果，本研究建議將醫療人力、訓練與研究、各類等待時間、醫療照護品質等四大方向，作為在總額支付制度實施下急重症醫療品質監測指標，以確保急重症醫療品質，也建議將其列於醫院評鑑與急重症訪查重點查核項目中，應該可以避免總額實施後急重症醫療品質受到影響。

參考文獻

1. 台灣醫務管理學會，台灣醫療品質指標系列（五版）。
2. 台灣醫療改革基金會網站。<http://www.thrf.org.tw>
3. 民間監督總額預算聯盟說帖。<http://www.thrf.org.tw/activity/convince>.
4. 全民健康保險法，第五章「醫療費用支付」。
5. 行政院衛生署：改善醫院急診重症醫療計畫（草案）。1997年12月
6. 行政院衛生署：健全緊急醫療救護體系五年計畫。2000年2月
7. 行政院衛生署：醫院總額支付制度規劃草案，附錄一醫院總額Q&A。2001年7月
8. 行政院衛生署：醫院總額支付制度規劃草案。2001年7月
9. 吳重慶、葉淑娟：總額預算制度下醫療產業的因應之道。台灣醫界 2001；44(7)：55-9。
10. 李玉春：全民健保西醫總額支付制度之推動政策-基層與醫院預算之分立或統合。台灣醫院 2001;44:43-47
11. 李玉春：總額支付制度下-醫療院所生存策略。學術研討會 2002年6月。
12. 李妮真：醫院因應全民健康保險之可能策略調查研究。台灣大學公共衛生研究所醫管碩士論文,1995。
13. 李源德：醫院總額支付制度下醫療品質之確保及其監控指標之建立，行政院衛生署委託研究計劃。
14. 周志中：急診品質評估制度之建立，台灣醫界 2002,45（6）353-355。
15. 周麗芳、陳層基：探究健康保險總額預算制度。台灣醫界 1999；42(2)：57-64。
16. 林恆慶、陳楚杰：管理式醫療用來控制醫療品質的方法介紹，醫院 2002,36,1-11。
17. 林渝文：急診醫療服務人力設置與品質指標之相關性探討。長庚醫管所碩士論文。
18. 邱永仁：西醫基層總額預算制度下之醫療服務品質。台灣醫界 2001；44(7)：49-50。
19. 邱艷芬：應用 APACHE SCORE 於加護病房護理行政業務之探討,慈濟醫學 7

- (3) ,187-192,1995.
20. 洪純隆：醫院總額支付制度最新發展趨勢研討會，台北民總醫院，2002。
 21. 張黃盛、陳維恭、張宏文：急診滿意度調查表完整性之比較。中華民國急診醫學會醫誌 2002; 4(2): 91-97。
 22. 莊玉仙：加護病房病患疾病嚴重度與護理人力需求之探討，高醫公衛碩士論文 2002。
 23. 莊念慈：醫院因應總額支付制度之策略方案及其相關因素探討，台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文 2003。
 24. 郭正全：台灣全民健康保險有實施總額預算的條件嗎？醫院 2000；33(4)：2-5。
 25. 郭許達：加護病房的設計與疾病嚴重度指標,重症醫學,台北:金銘.1998.
 26. 章殷超：全民健康保險醫療服務審查問題之探討，台灣醫學 2003；7 (1) 104-113
 27. 楊志良：全民健康保險支付制度改革趨勢與醫院管理。21 世紀管理發展趨勢國際學術研討會 2000 年 1 月。
 28. 閻守鈞，急診醫療品質改善計劃實施成效評估，國防公衛研究所碩士論文 1998。
 29. 鍾國彪：全民健康保險整體醫療品質之研究---以建立指標之基本資料為主，行政院衛生署委託研究計劃。
 30. 韓揆：醫院評鑑－國際標準與本土化課題，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會網站。
 31. 顏裕庭：醫院的總額預算因應方案。台灣醫界,2002,45 (9)，56-59
 32. Access to Care : A Review of the Emergency Medicine Literature ,LYNNE D, ACADEMIC EMERGENCY MEDICIMNE ,2001;8 : 1030-1036.
 33. Civetta JM: Determination of survival in ICU. Care in the ICU II 1989; Chapter14.
 34. Knaus W.A. Draper E.A. Wagner D.P. & Zimmerman J.E., APACHE II: A severity of disease classification system. Critical Care Medicine, 1985 : 13(10) : 818-829.
 35. Miles, R. E ,& Snow, C.C. Organizational strategy,atructure,and process. New York : McGtaw-Hill , 1978.

36. Nancy J Auer. The future of Emergency Medicine. ACEP. 1998
37. Proposal for a national forum on emergency health services. Canadian Association of Emergency Physicians 2002.
38. Renewing Canada's health care system: the time to act is now. Ontario Hospital Association September 8, 2000.
39. Robert W. Derlet, MD, John R. Richards, MD. Overcrowding in the nation's emergency departments: Complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine*. 2000;35 :63-68.
40. Robert W. Derlet, MD. Overcrowding in emergency departments: Increased demand and decreased capacity. *Annals of Emergency Medicine* 2002;39 : 430-432.
41. Shortell,S.M. Strategy making in health care organizations : a framework and agenda for research. *Medical Care Review*,42 (2) ,219-266.
42. The Economist Intelligence Unit (2000). "Script-clinical economics:estimating the value of healthcare services." *Healthcare International*, 2nd quarter 2000:66-67, 72-75 .

總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立

敬愛的經營管理者,您好：

本研究是由行政院衛生署委託的計劃-總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立。91年7月1日健保局開始實施醫院總額分配，各醫院的經營在這段醫療生態丕變期或多或少都有受到衝擊及改變。

本問卷希望能透過經營管理者，了解各醫院在因應總額分配帶來衝擊的同時，做了哪些品質控管的策略，特別在急重症醫療政策上。另外，在今年3月，國內 SARS 疫情爆發，這對全國現在及未來的急診醫療政策與防疫策略上都會有影響，因此也藉問卷做了解。本問卷結果僅做研究分析並完全保密，並做為日後醫事團體與衛生主管機關協商急重症醫療品質的參考。萬分感謝您的協助與支持！
敬祝

平安 快樂

中國醫藥大學附設醫院 急診部主任
陳維恭 敬上

第一部份：貴院在經營管理執行的策略 以 91 年 7 月 1 日總額實施前後做比較	至今還未實施	總額前已實施	總額後有實施
	1. 發展系統化的電子病歷		
2. 健保申報內部審查作業之電腦化			
3. 資訊系統做藥物處方確認，如：劑量、交互作用			
4. 調整醫師薪資計算方式			
5. 調整護理及醫療技術人員的薪資計算方式			
6. 對非醫療人員如：社工、行政、清潔員的人事成本做控制			
7. 增加與其他不同等級醫院的建教/支援合作			
8. 提供整合性的照護系統，如：外傷科、中風小組、PTCA 小組			
9. 強化急重症醫療的特色以利競爭			
10. 加入醫療團體聯盟			
11. 開闢自費項目之醫療			
12. 對爭議性大或易濫用的醫療資源訂定診療指引			
13. 其他：			

第二部分：總額實施後 急重症醫療單位經營管理的策略	急診單位			加護單位		
	有增加	不變	有減少	有增加	不變	有減少
1. 貴院對急重症醫療所編列的研究經費有影響嗎？						
2. 貴院對急重症醫療所編列的教學經費有影響嗎？						
3. 貴院對急重症單位編列的員工訓練經費有影響嗎？						
4. 貴院對急重症單位編列的員工值班津貼有影響嗎？						
5. 貴院在急重症單位醫療耗材的控管有增加嗎？						
6. 貴院有擴充急重症醫療單位的空間嗎？						
7. 貴院有增加急重症醫療單位的儀器設備嗎？						
8. 貴院有增加急重症醫療單位的環境設備嗎？						
9. 貴院有增加急重症醫療單位的醫療人力嗎？						
10. 貴院有增加急重症醫療品質改善方案嗎？						
11. 其他：						

<p style="text-align: center;">第三部分：總額實施後</p> <p>您給主管單位可用來要求提昇急重症醫療品質之建議</p>	強烈建議	建議	不建議
1. 建立某些疾病癒後的監測指標以列入品質指標做為給付參考			
2. 將急重症醫療人力配置的合理性列入給付參考			
3. 急重症醫護人員參與教育訓練列入審查內容			
4. 急重症醫護人員醫療安全防護管理的建立列入審查內容			
5. 醫療失誤通報系統的建立列入審查內容			
6. 疾病個案看診後的追蹤與衛教列入審查內容			
7. 其他 a:			
8. 其他 b:			
9. 其他 c:			

第四部份：歡迎您提供提昇急重症醫療品質或總額支付相關之建議

◎填表人基本資料◎

- 1、所屬部門_____ 職稱_____ 年資_____
- 2、學歷：專科 大學 碩士 博士
- 3、性別：男 女 年齡_____
- 4、貴院是屬 公立醫院 財團法人醫院 私立醫院 其他_____
- 5、評鑑等級 醫學中心 區域醫院 地區教學醫院 地區醫院

請將填好的問卷放入回郵信封中寄回！萬分感謝您的協助！

敬愛的急診醫療先進、夥伴們您好：

本問卷為行政院衛生署委託的研究計劃---急重症醫療品質監測系統之建立。為了解自 91 年 7 月 1 日實施醫院總額支付制度後不同層級醫療院所，急診醫療生態及醫院經營型態之改變情形，需要借重您的經驗，本問卷僅供研究並完全保密，請安心作答，謝謝您的合作！

祝

平安快樂

中國醫藥學院附設醫院急診部 敬上

<p>請您比較總額支付實施前後的改變</p> <p>在合適的□內打√</p>	增加 很多	有 增加	沒 有 差別	有 減少	減 少 很多
1. 您每月薪資所得有增加嗎？					
2. 您自覺工作量有增加嗎？					
3. 貴單位 N2 以上的護理人員數有增加嗎？					
4. 貴單位 R3 以上資深醫生值班人數有增加嗎？					
5. 貴單位主治醫師人數有增加嗎？					
6. 貴單位之病患在等候檢查的時間有增加嗎？					
7. 貴單位之病患在等候住院的時間有增加嗎？					
8. 貴單位有提昇病患就醫流程的順暢度與方便性嗎？					
9. 貴單位有提昇 e-化(電子病歷、PACS)情形嗎？					
10. 貴單位有增設新的醫療儀器嗎？					
11. 您使用耗材的方便性有增加嗎？					
12. 貴單位有利用品質指標來增加對品質的要求嗎？					
13. 總額後您被要求參予教學研究或研習課程數有增加嗎？					
14. 總額後貴單位的環境有廣泛整修嗎？					
15. 總額後貴單位有增加空間嗎？					
16. 貴單位有提昇對環境的清潔嗎？					
17. 整體而言，您自覺貴單位的醫療品質有提昇嗎？					
18. 您對您的工作環境與條件整體滿意度有增加嗎？					

◎個人基本資料◎

1. 您服務的醫院屬於 教學中心 區域醫院 地區醫院
2. 您的職稱是 主治醫師 住院醫師 護理長 副護理長 護理人員
在此醫院年資：_____
3. 教育程度：高中 專科 大學 碩士 博士
4. 性別：男 女 年齡：≤20 21-30 31-40 41-50 51-60 >60

親愛的先生女士,您好:

我們正在進行行政院衛生署所委託的研究計劃—總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立。在此需要您寶貴的經驗,提供我們比較總額實施前後,民眾在使用急重症資源時所得到的照護品質。以下的問題,請您以91年7月為界分總額之前和之後您的感受,在合適的答案□打√。本問卷僅做研究統計並完全保密,請您安心作答,謝謝您的合作!敬祝 平安快樂

中國醫藥學院附設醫院急診部 敬上

請在合適的□內打√	改善 很多	有 改善	沒 有 差別	有 變 差	變 差 很多	沒 有 接 觸
1. 批價、掛號或轉住院等的相關行政服務品質有改善嗎?						
2. 等候醫師看診時間有改善嗎?						
3. 醫師在看病的品質如:病情解說、服務態度,有改善嗎?						
4. 醫師有用較長時間在看診上的情形有改善嗎?						
5. 護理人員提供的照護品質有改善嗎?						
6. 等候檢查的時間有改善嗎?						
7. X光師服務品質有改善嗎?						
8. 等候領藥的時間有改善嗎?						
9. 領藥時藥師對藥物的使用說明有改善嗎?						
10. 等候住院的時間有改善嗎?						
11. 洗手間有提供免費的衛生紙及洗手乳嗎?						
12. 急診室整體環境的乾淨程度有改善嗎?						
13. 病床或輪椅等相關設備的品質有改善嗎?						
14. 急診就診環境空間的寬敞度有改善嗎?						
15. 對急診部的櫃檯、洗手間、診療處、X光室、藥局等位置的安排,其可讓病患就醫流程的方便性,有改善嗎?						

◎填寫人資料◎

1. 填寫人: 病患本人 病患親友 其他_____
2. 性別: 男 女 年齡: ≤20 21-30 31-40 41-50 51-60 >60
3. 教育程度: 國小 國中 高中 專科 大學 碩士 博士

敬愛的急診先進,您好:

本研究是由行政院衛生署所委託的研究計劃-總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立。醫院的總額支付制度已於91年7月1日正式開跑。在這段醫療生態丕變期間,急重症醫療或多或少都受到衝擊及改變。我們希望藉由急診作業量調查來明白急重症醫療生態改變的情形,並依據這些改變訂定總額支付制度下,合理有效之急重症醫療作業品質監測指標及保障方案。

資料以總額實施日前後一年為收集對象,半年為單位,唯今年為減低SARS因素的影響,分前後三個月,若有不便敬請原諒。
般盼您能協助進行統計量調查,此問卷結果僅做研究統計用,並完全保密!

敬祝

心 怡

中國醫藥大學附設醫院 急診部
陳維恭 敬上

若貴院無統計資料請在表格中填 N/A

	調查指標	指標說明	90.7-90.12	91.1-91.6	91.7-91.12	92.1.-92.3	92.4-92.6
	1.總病患數	以半年為單位，平均每月到急診看病的病患總人數					
	2.檢傷一級病患總數	以半年為單位，平均每月到急診看病檢傷屬於一級病患總人數					
	3.檢傷二級病患總數	以半年為單位，平均每月到急診看病檢傷屬於二級病患總人數					
	4.檢傷三級病患總數	以半年為單位，平均每月到急診看病檢傷屬於三級病患總人數					
	5.檢傷四級病患總數	以半年為單位，到急診看病檢傷屬於四級病患總人數					
	6.星期六、日病患總數	以半年為單位，平均每月的星期六和星期日來診的病患總人數（日期請參考附表1）					
	7.轉他院病患總數	以半年為單位，平均每月從貴院轉診至其他院的病患總數					
	8.外院轉入病患總數	以半年為單位，平均每月從其他醫院轉診至貴院的病患總數					
	9.轉住加護病房病人總數	以半年為單位，平均每月從急診轉加護病房的病患總數					
	10.轉一般病房病人總數	以半年為單位，平均每月從急診轉住一般病房的人數					
	11.急診滯留24hr以上病患總數	以半年為單位，平均每月從掛號到離開急診部滯留時間超過24小時但未滿48小時之病患總數					
	12.急診滯留48hr以上病患總數	以半年為單位，平均每月從掛號到離開急診部滯留時間超過48小時之病患總數					
	13.72小時內回診病患總數	以半年為單位，平均每月72小時內重回急診室的病患總人數					
	14.急診死亡病人總數	以半年為單位，平均每月在急診室內接受醫療過程中死亡的病患總數					
	15.119轉入病患總數	以半年為單位，平均每月由119救護車送至醫院的病患總數					

急診
作業量

		調查指標	指標說明	90.7-90.12	91.1-91.6	91.7-91.12	92.1-92.3	92.4-92.6
急診	人力配置	16.主治醫師	以每年的四月、九月為時間點，在急診單位專任主治醫師人數（含急診部主任與小兒科主治醫師）					
		17.住院醫師數	以每年的四月、九月為時間點，在急診單位住院醫師人數（包含小兒科主治醫師）					
		18.護理人員數	以每年的四月、九月為時間點，在急診單位編制內的護理人員數，不包含實習、約聘計時的護理人員					
		19.急診坪數	屬急診單位醫療專用空間，不包括檢驗室、藥房、會議室、值班室、與辦公室					
		20.留觀病床數	以每年的四月、九月為急診留觀病床的統計時間					
	空間	21.診療病床數	以每年的四月、九月為急診診療病床的統計時間					

填表人姓名 _____

職稱 _____

聯絡電話 _____

醫院屬於 醫學中心 區域醫院 地區教學 地區醫院

敬愛的_____，您好：

本研究是由行政院衛生署所委託的研究計劃「總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立」。總額支付制度已於91年7月1日開始實施，為確保保險對象就醫的權利，健保局在「全民健康保險醫院總額支付制度醫療品質確保方案」提及將逐年發展本土化臨床專業醫療服務品質指標，做為持續改善醫療品質的機制。

本份問卷收集了急診相關的指標，包含：評鑑指標、健保品質指標、TQIP、THIS、及專家諮詢建議；資料分為結構面、過程面、和結果面三類，盼能借重您專業的臨床經驗，找出幾個簡單且易反映品質的指標，提供給健保局做為監測急診醫療品質的參考。請您在「對急診單位醫療品質的重要性」「總額支付下做為監測品質的適用性」分別勾選您認可的選項，若有新的建議或需修改的地方，歡迎您在意見說明欄中填寫。相信因有您的參與，急重症醫療品質指標可以建立的更臻完善。

定義說明：

1. 結構指標：評估醫療院所提供的軟硬體醫療照護。
2. 過程指標：偵測診療行為或提供照護的過程。
3. 結果指標：在測量接受照護後，所預期或非預期性事件發生的頻率。
4. 對急診單位醫療品質的重要性：此指標在觀察急診單位醫療照護品質表現可說是必須的、明確的、且重要的。
5. 總額支付下做為監測品質的適用性：在總額支付制度實施下，此指標在費用申報審核參考上，可明確看出急診醫療照護品質有否不當，並可透過持續監測看出品質改善情形。

敬祝

健康快樂

計劃主持人

中國醫藥大學附設醫院 急診部

陳維恭 敬上

	指 標	對急診單位醫療品質的重要性					總額支付下做為監測品質的適用性				
		重 ←————→ 不重 要 要					適 ←————→ 不 用 用				
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
結構面	1.急診專科主治醫師比率 【急診專科主治醫師人數/急診主治醫師人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.急診駐診資深住院醫師看診率 【急診資深住院醫師(≥R3)人數/急診住院醫師總數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.專任主治醫師平均每班工作時數 【急診專任主治醫師總工時/急診專任主治醫師值班次數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.急診專任主治醫師病患人數比 【平均每月急診人次/急診專任醫師數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.急診住院醫師病患人數比 【平均每月急診人次/急診住院醫師人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.護理人員病患人數比 【平均每月急診人次/急診專任護理人員*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.護理人員離職率 【離職急診護理人員數/急診專任護理人員數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8.專任主治醫師離職率 【離職急診專任主治醫師數/急診專任主治醫師數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.部內醫療會議次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.部內行政會議次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.醫護人員通過 ALSs 的比率 【通過高級救命術、外傷救命術等醫護人員數/總護理人員數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.醫師參予相關學會舉辦之學術活動和繼續教育比率 【醫師每年至少參加2次學術活動人數/編制內醫師總數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.病患可使用之空間 【扣除急診檢查室、藥房、辦公室、值班室,用於急診病患可使用坪數/平均每月病患人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過程面	1.急診檢傷分類病患數分佈 【檢傷分屬一、二、三、四級病患的人數/急診總人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.急診停留時間分佈 【急診病患停留時間≤2、2-4、4-6、>6小時之人次/急診總人次(排除DOA)*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.急診留觀時間分佈 【病患滯留在急診分24、24-48、48-72、>72小時人次/急診總人次(排除DOA)*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	指 標	對急診單位醫療品質的重要性					總額支付下做為監測品質的適用性					
		重要 ←————→ 不 重 要					適 用 ←————→ 不 適 用					
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
過 程 面	4.急診會診率 【急診會診總人次/急診總人次(排除DOA)*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5.急診會診逾時率 【急診會診超過30分鐘之人次/急診會診總人次*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6.急診轉出院率 【急診轉出院人次/急診總人次(排除DOA)*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.急診病人由他院轉入的比率 【急診由他院轉入人次/急診總人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.各級病患平均候診時間 【急診病患總候診時間/急診總人次(DOA)*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9.急診病歷於十分鐘內可調閱到之比率 【從掛號至送到單位可於十分鐘內完成/掛號病人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10.急診檢查平均等候時間 【急診檢查總等候時間/急診檢查單張總張數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11.急診檢驗報告平均等候時間 【急診檢驗報告總等候時間/急診檢驗單張張數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12.急診檢驗報告於30分鐘內完成報告比率 【開立醫囑至取得於30分鐘內完成/開立醫囑的檢驗報告數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	13.急診拿藥在5分鐘內拿到之比率 【從開處方單後至拿到藥物的時間為5分鐘內完成的比率*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	14.搶救手術等待時間 【病患等候手術總時間/急診手術人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	結 果 面	1.急診住院病患佔全院住院病患比率 【由急診住院病患數/全院住院病患總數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.急診病患轉住一般病房比率 【由急診轉住一般病房人數/急診人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.急診病患轉住加護病房比率 【由急診轉住加護病房人數/急診人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.急診病患實施CPR率 【急診病患實施CPR之人次/急診總人次(排除DOA)*100】		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

指 標	對急診單位醫療品質的重要性					總額支付下做為監測品質的適用性				
	重 ←————→ 不 要 重 要					適 ←————→ 不 用 用 適 用				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5.DOA 病患急救後心跳回復率 【DOA 病患急救後心跳回復人次/DOA 病患總人次*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.DOA 病患急救後意識恢復清醒率 【DOA 病患急救意識恢復人次/DOA 病患總人次*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.急診就診後死亡率 【急診就診後死亡總人數/急診總人次（排除 DOA）*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.入院後 24 小時內死亡比率 【病患入院後 24 小時死亡人數/急診總人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.重返急診率 【在 0-24、24-48、48-72 小時內重返急診總人次/急診總人次（排除 DOA）*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.重返急診住院率 【0-24、24-48、48-72 小時內重返急診就診後住院人次/0-24 小時內重返急診總人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.急診病患自行離院比率 【急診掛號病患未完成醫療處置即離開/急診總人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.急診病患退掛比率 【急診退掛人數/急診總掛號人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.急診病患意外及事故傷害發生率 【急診病患意外及事故傷害發生總人次/急診總人次（排除 DOA）*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.急診病患跌倒事件發生率 【急診病患發生跌倒事件總人次/急診總人次（排除 DOA）*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.急診病患輸錯血事件發生率 【急診病患發生輸錯血錯誤總人次/急診病患輸血總人次*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.急診醫師處方箋錯誤率 【急診醫師處方箋錯誤張數/急診處方箋總張數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.急診處方箋調劑錯誤率 【急診處方箋調劑錯誤張數/急診處方箋總張數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.急診處置因前後 X 光報告有差異而需做處置調整比率 【有差異的 X 光報告/急診總 X 光片數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.應住加護病房而未能即時住進加護病房的比率 【未能即時住進加護病房之人數/住加護病房的人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	指 標	對急診單位醫療品質的重要性					總額支付下做為監測品質的適用性				
		重要 ←————→ 不 重 要					適 用 ←————→ 不 適 用				
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
	20.應住普通病房而未能即時住進普通病房的人數 【未能即時住進普通病房之人數/住普通病房的人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21.符合病歷紀錄規範比率 【符合病歷紀錄規範件數/急診總案件數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22.急診病患滿意度 【急診滿意度調查各細項平均分數之加總/急診滿意度調查各細項滿分之加總*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結 果 面	23.若要利用急診特殊疾病，做照護結果評估（如：回診率、死亡率、住院率、轉出院率）您認為哪些疾病在急診是重要的且在總額支付下做監測是適用的：										
	23-1 心肌梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-2 心臟衰竭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-3 氣喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-4 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-5 頭部外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-6 肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-7 重大外傷（ISS≥16）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-8 糖尿病併發症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-9 精神病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-10 敗血性休克	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-11 建議 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23-12 建議 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

歡迎您提供合適指標及寶貴的建議

敬愛的加護病房先進您好：

我們正在進行行政院衛生署委託的研究計劃——急重症醫療品質監測系統之建立。為了解自 91 年 7 月 1 日實施醫院總額支付制度後，不同層級醫院之加護病房醫療生態及醫院經營型態之改變情形，需要借重您的經驗，本問卷僅供研究分析並完全保密，請安心作答，謝謝您的合作！

祝 平安快樂

中國醫藥學院附設醫院急診部 敬上

<p>請您比較總額實施前後加護病房的改變情形</p> <p>在合適的 <input type="checkbox"/> 內打 \surd</p>	<p>增 加 很 多</p>	<p>增 加</p>	<p>沒 有 差 別</p>	<p>減 少</p>	<p>減 少 很 多</p>
1. 您平均每月薪資所得有增加嗎？					
2. 您的工作量有增加嗎？					
3. 貴單位 N2 以上的護理人員數有增加嗎？					
4. 貴單位 R3 以上資深醫生值班人數有增加嗎？					
5. 貴單位每日醫師查房的次數有增加嗎？					
6. 貴單位每月有增加醫師的值班人力嗎？					
7. 入 ICU 之病患其疾病嚴重度有增加嗎？					
8. 貴單位有提昇 e-化(電子病歷、PACS)情形嗎？					
9. 貴單位有增設新的醫療儀器嗎？					
10. 您使用耗材的方便性有增加嗎？					
11. 貴單位有利用品質指標來增加對醫療品質的要求嗎？					
12. 總額實施後，您被要求參與教學或研習的課程數有增加嗎？					
13. 總額實施後，貴單位的環境或空間有廣泛整修嗎？					
14. 貴單位有提昇對環境的清潔消毒嗎？					
15. 整體而言，貴單位的醫療品質有提昇嗎？					
16. 您對您整體工作滿意度有增加嗎？					

◎個人基本資料◎

1. 您服務的醫院屬於 醫學中心 區域醫院 地區醫院
2. 您的職稱是 主治醫師 住院醫師 護理長 副護理長 護理人員
在此醫院年資：_____
3. 教育程度： 高中 專科 大學 碩士 博士
4. 性別： 男 女 年齡： ≤20 21-30 31-40 41-50 51-60 >60

親愛的先生女士, 您好：

我們正在進行行政院衛生署所委託的研究計劃—總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立, 在此需要您寶貴的意見, 提供我們了解在總額預算實施後, 加護病房所提供的醫療服務狀況, 本問卷僅做研究分析並完全保密, 請您放心作答, 謝謝您的合作!

敬祝

平安快樂

中國醫藥學院附設醫院急診部

敬上

請就您的觀察與感受, 在合適□中√	很滿意	滿意	不滿意	很不滿意
1. 在被通知病患需入加護病房觀察, 此時醫護人員對您的疑問處理情形, 您滿意嗎?				
2. 醫師對病情的解說, 您滿意嗎?				
3. 護理人員的服務態度, 您滿意嗎?				
4. 對於病患的清潔照護, 您滿意嗎?				
5. 病床之床單和被單的舒適乾淨度, 您滿意嗎?				
6. 對於病床、輪椅、點滴架等給病患使用設備品質, 您滿意嗎?				
7. 病房內所提供的洗手乳或擦手紙嗎, 您滿意嗎?				
8. 要求您自費購買病患的醫材及日用品之數量, 您滿意嗎?				
9. 您滿意加護病房所提供的醫療環境嗎?				
10. 醫院提供給病患家屬的照顧, 如: 家屬休息室的安排, 您滿意嗎?				

◎填表人資料◎

- 填寫人：病患的家屬 病患的朋友 其他_____
- 病患所住的加護病房：內科 外科
- 入加護病房至今的天數：1-2天 3-4天 5-6天 ≥7天
- 性別：男 女；
年齡：≥20 21-30 31-40 41-50 51-60 >60
- 教育程度：國小 國中 高中 專科 大學 碩士 博士

敬愛的加護病房醫療先進,您好:

本研究是由行政院衛生署所委託的研究計劃-總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立。醫院的總額支付制度已於91年7月1日正式開跑。在這段醫療生態丕變期間,急重症醫療或多或少都受到衝擊及改變。我們希望藉由加護病房之作業量調查來明白急重症醫療生態改變的情形,依據這些改變訂定總額支付制度下,合理有效之急重症醫療作業品質監測指標及保障方案。

資料以總額實施日前後一年為收集目標,半年為單位,唯今年為減低SARS因素的影響,分前後三個月,若有不便敬請原諒。一般盼您能協助完成統計量調查,此問卷結果僅做研究統計用,並做好保密工作!

敬祝

心 怡

中國醫藥大學附設醫院 急診部

陳維恭 敬上

若貴院無統計資料請在表格中填 N/A

指標	指標說明	90.7-90.12	91.1-91.6	91.7-91.12	92.1-92.4	92.4-92.6
1.專任ICU主治醫師數	以每年的四月、九月為時間點，固定在ICU專任主治醫師人數 (含病房主任)					
2.專任ICU住院醫師數	以每年的四月、九月為時間點，固定在ICU專任住院醫師人數					
3.專任ICU護理人員數	以每年的四月、九月為時間點，固定在ICU單位編制內的護理人員數，不包含實習、約聘計時的護理人員					
4.總病患數	以半年為單位，平均每月住進ICU的總病患人數					
5.總病床數	以每年的四月、九月為病床統計時間					
6.占床率(%)	加護病床半年總住院人數 ÷ 183 / 加護病床數 × 100%					
7.平均住院日	半年總住院人數 / 半年總出院人數					
8.感染病人數	以半年為單位，平均每月在ICU受感染的病患數					
9.48小時內重返ICU病人數	以半年為單位，平均每月48小時內以相同疾病住進加護病房病患數					
10.死亡病患數	以半年為單位，平均每月在ICU內死亡病患數					
11.APACHE II ≤ 10之病患數	以半年為單位，平均每月評估在 APACHE II ≤ 10之病患總數					
12.10 < APACHE II ≤ 20之病患數	以半年為單位，平均每月評估在 10 < APACHE II ≤ 20之病患總數					
13.APACHE I I < 20之病患數	以半年為單位，平均每月評估在 APACHE I I < 20之病患總數					

加護病房

一. 填表人姓名 _____ 職稱 _____ 聯絡電話 _____

二. 貴單位屬 內科加護病房 外科加護病房 內外科綜合性加護病房

三. 貴院屬 醫學中心 區域醫院 地區教學 地區醫院

敬愛的_____，您好：

本研究是由行政院衛生署所委託的研究計劃「總額支付後急重症醫療品質監測系統之建立」。總額支付制度已於91年7月1日開始實施，為確保保險對象就醫的權利，健保局在「全民健康保險醫院總額支付制度醫療品質確保方案」提及將逐年發展本土化臨床專業醫療服務品質指標，做為持續改善醫療品質的機制。

本份問卷收集了加護病房相關的指標，包含：評鑑指標、健保品質指標、TQIP、THIS、及專家諮詢建議；資料分為結構面、過程面、和結果面三類，盼能借重您專業的臨床經驗，找出幾個簡單且易反映品質的指標，提供給健保局做為監測重症醫療品質的參考。請您在「對加護病房醫療品質的重要性」、「總額支付下做為監測品質的適用性」分別勾選您認可的選項，若有新的建議或需修改的地方，歡迎您在意見說明欄中填寫。相信因有您的參與，急重症醫療品質指標可以建立的更臻完善。

定義說明：

1. 結構指標：評估醫療院所提供的軟硬體醫療照護。
2. 過程指標：偵測診療行為或提供照護的過程。
3. 結果指標：在測量接受照護後，所預期或非預期性事件發生的頻率。
4. 對加護病房醫療品質的重要性：此指標在觀察加護病房醫療照護品質表現可說是必須的、明確的、且重要的。
5. 總額支付下做為監測品質的適用性：在總額支付制度實施下，此指標在費用申報審核參考上，可明確看出加護病房醫療照護品質有否不當，並可透過持續監測看出品質改善情形。

敬祝

健康快樂

計劃主持人

中國醫藥大學附設醫院 急診部

陳維恭 敬上

	指 標	對加護病房醫療品質的重要性					總額支付下做為監測品質的適用性				
		重 要 5	4	3	2	不 重 要 1	適 用 5	4	3	2	不 適 用 1
結 構 面	1.加護病房專任主治醫師病床比 【加護病房專任主治醫師人數/加護病房總床數】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.加護病房專任住院醫師病床比 【加護病房專任住院醫師人數/加護病房總床數】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.加護病房專任護理人員病床比 【加護病房專任護理人員人數/加護病房總床數】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.加護病房專任呼吸治療師病床比 【加護病房專任呼吸治療師人數/加護病房總床數】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.加護病房專科主治醫師病患人數比 【領有專科醫師執照人數/加護病房人日數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.加護病房住院醫師病患人數比 【加護病房住院醫師人數/加護病房人日數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.以 APACHE II 分數分類病患數與護理人力比	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8.以 APACHE II 分數分類病患與住加護病房日數比	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.以 TISS 分數等級之病患來評估護理人力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.加護病房病床配備呼吸器比 【配備於加護病房之呼吸器總數/加護病房總床數】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.加護病房醫護人員 ACLS 受訓比率 【加護病房醫護人員 ACLS 受訓人數/加護病房醫護人員總數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.小兒加護病房醫護人員 PALS 受訓比率 【加護病房醫護人員 PALS 受訓人數/醫護人員總數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過 程 面	1.流動率 【包含轉入、轉出、入院、出院、死亡之人數/當月的人日數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.加護病房醫師會診率 【加護病房會診總人次/加護病房人日數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.加護病房中心靜脈導管使用率 【加護病房中心靜脈導管使用人日/加護病房總住院人日*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指 標	對加護病房醫療品質的重要性					總額支付下做為監測品質的適用性					
	←————→					←————→					
	重 要	4	3	2	不 重 要	適 用	4	3	2	不 適 用	
	5				1	5				1	
過 程 面	4.ICU 肺動脈導管使用率 【加護病房中心肺動脈導管使用人日/加護病房總住院人日*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.血液透析使用率 【加護病房中心血液透析使用人日/加護病房總住院人日*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.加護病房留置導尿管使用率 【加護病房留置導尿管使用人日/加護病房總住院人日*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.加護病房呼吸器使用率 【加護病房呼吸器使用人日/加護病房總住院人日】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8.加護病房中心靜脈導管相關血流感染率 【加護病房中心靜脈導管相關血流感染人次/加護病房中心靜脈導管使用人日*1000】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.加護病房留置導尿管相關密尿道感染率 【加護病房留置導尿管相關密尿道感染人次/加護病房留置導尿管使用人日*1000】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.血液透析感染率 【加護病房使用血液透析人次/加護病房血液透析使用人日*1000】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.加護病房呼吸器感染率 【加護病房呼吸器相關呼吸道感染人次/加護病房呼吸器使用人日*1000】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.加護病房中心靜脈管路意外滑脫率 【加護病房病患中心靜脈導滑脫人次/加護病房中心靜脈導管使人日*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.加護病房留置導尿管滑脫率 【加護病房病患留置導尿管滑脫人次/加護病房留置導尿管使用人日*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14.病房氣管內管滑脫率 【加護病房病患氣管滑脫人次/加護病房氣管內管使用人日*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	指 標	對加護病房醫療品質的重要性	對總額支付下做為監測品質的適用性
		重 ←————→ 不 要 重 要	適 ←————→ 不 用 用 適 用
		5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
過 程 面	15.引流管滑脫率 【加護病房引流管滑脫人次/加護病房中心引流管使用人日*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	16.病人自拔管成功率 【病人自行拔管後成功的人次/病患自拔管發生的次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	17.病患自拔管失敗率 【病人自行拔管後又插回去的人次/病患自拔管發生的次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	18.原判定合乎拔管但拔後又插回去比率 【由醫護人員判定拔管但拔後又插回去/醫護人員拔管的次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	19.加護病房之鎮靜止痛處治率 【分級各 ASA 病患的鎮靜止痛次數/鎮靜及止痛次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	20.有血氧飽和濃度紀錄的鎮靜止痛處置率 【有血氧飽和濃度紀錄的鎮靜止痛次數/鎮靜止痛次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	21.發生吸入性併發症的鎮靜止痛處置率 【發生吸入性併發症的鎮靜止痛次數/鎮靜及止痛次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	22.發生呼吸道阻塞的鎮靜止痛處置率 【發生呼吸道阻塞的鎮靜止痛處置次數/鎮靜止痛次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	23.發生收縮壓下降的鎮靜及止痛處置率 【發生收縮壓下降 \geq 20% 的鎮靜止痛次數/鎮靜止痛次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	24.麻醉人員介入照護的鎮靜止痛處置率 【麻醉人員介入照護的鎮靜止痛次數/鎮靜止痛次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25.非計劃性的意識喪失的鎮靜止痛處置率 【病人意識狀態為 Aldrete Score 0 分的鎮靜止痛次數/鎮靜及止痛次數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

	指 標	對加護病房醫療品質的重要性	總額支付下做為監測品質的適用性
		重 要 ←————→ 不 重 要 5 4 3 2 1	適 用 ←————→ 不 適 用 5 4 3 2 1
過 程 面	26.依營養師評估為營養不良之時間 > 七天， ≤14 天之比率 【依營養師評估為營養不良之時間 > 七天，≤14 天 /加護病房總病患數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	27.依營養師評估為營養不良之時間 > 14 天之 比 【依營養師評估為營養不良之時間 > 14 天/加護病房 總病患數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	28 加護病房病患輸錯血發生率 【加護病房病患發生輸錯血總人次/加護病房病患輸血 總人次*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
結 果 面	1.處方箋錯誤率 【加護病房醫師處方箋錯誤張數/處方箋總張數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2.處方箋調劑錯誤率 【處方箋調劑錯誤張數/急診處方箋總張數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3.加護病房占床率 【加護病房總住院人日/加護病房床日數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4.加護病房粗死亡率 【加護病房病人死亡數/加護病房轉出總人數*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5.24 小時內重返加護病房比率 【24 小時內重返加護病房人次/加護病房轉出總人次 (不含死亡)*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	6.48 小時內重返加護病房比率 【48 小時內重返加護病房人次/加護病房轉出總人次 (不含死亡)*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7.同一病程重返加護病房比率 【因同一病程重返加護病房之人次/加護病房轉出總人 次(不含死亡)*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	8.加護病房自動出院率 【自加護病房自動出院人次/加護病房轉出總人次*100】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	9.住加護病房超過 14 天比率 【住加護病房超過 14 天之人次/加護病房轉出總人次】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	指 標	對加護病房醫療品質的重要性					總額支付下做為監測品質的適用性				
		重 要 5	4	3	2	不 重 要 1	適 用 5	4	3	2	不 適 用 1
結 果 面	10.加護病房急救存活率 【加護病房急救存活人次/加護病房急救總人次】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.加護病房平均住院日 【加護病房轉出病人出院住院總日數/加護病房轉出總人次】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.加護病房病患褥瘡發生率 【加護病房病患褥瘡發生人次/加護病房總住院人日*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.病患實施 CPR 比率 【實施 CPR 之病患人次/總病患數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14.MODS 器官受損率 【MODS 病患器官有受損人數/加護病房總人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.病危自動離院率 【加護病房病患病危回家人數/加護病房總人數*100】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

歡迎您提供適合指標及寶貴的建議：

萬分感謝您的協助！請在 7 月 20 日前將填好的問卷放入回郵信封中寄回！