

醫學中心評鑑：所爭為何？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

112年度醫學中心醫院評鑑^①結果，臺北區（臺北市、新北市、基隆市及宜蘭縣）評定醫學中心10家，增額評定2家，分別為佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院及衛生福利部雙和醫院。北區（桃園市、新竹市、新竹縣及苗栗縣）則因為區域人口數增加，新增國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院1家醫學中心。醫學中心評鑑^②目的，是為了提升醫學中心服務品質，並使其配合政策發展。申請醫學中心評鑑之醫院，須先達到醫院評鑑優等、教學醫院評鑑合格、醫中任務指標審查合格之門檻，再依醫院評鑑成績占40%、教學醫院評鑑成績占20%、醫學中心任務指標審查成績占40%之比例，核算總成績。醫院評鑑制度原來並非因應排序成績設計，各醫院接受醫院實地評鑑，由不同委員評量，評分標準難以齊一認定，且制度已近20年未進行大幅度修正，又因嚴重特殊傳染性肺炎疫情影響，上一次醫學中心評鑑為7年前，在未能適當調整制度情形下，各醫院評鑑成績持續進步，差異逐漸縮小。醫院評鑑及教學醫院評鑑結果，由衛生福利部依據醫療法相關規定公告。衛生福利部表示，臺北區申請醫學中心評鑑之11家醫院，成績均達醫學中心評鑑標準；且排序第7-10名醫院成績相近^③，排序前10名之醫院，均已具有醫學中心或準醫學中心資格。增額評定之2家醫學中心位於新北市，將有助於均衡新北市醫療資源。且以111年全民健康保險醫療費用推估，新增2家醫學中心支出約為1億6千萬點，佔該分區總點數之0.09%，對健保

財務影響尚屬輕微。北區則因人口數已近400萬，依人口成長之醫療需求，增加1家醫學中心。113年度醫院評鑑如遇有相同情形，將比照辦理。衛生福利部去(112)年12月已成立醫院評鑑改革小組^④，就醫院評鑑制度進行盤點及全面檢視，研修重點著重醫療服務品質之主軸，提升評鑑基準鑑別度，研擬專任評鑑委員制度，加強評鑑基準與持續性監測指標連動。預計2年內訂出醫院評鑑基準初稿，並進行試評，3年後下一輪醫學中心評鑑正式上路，不影響進行中之醫院評鑑。衛生福利部將持續調整及研修醫院評鑑制度，讓醫院評鑑結果更貼近醫學中心應有之高度醫療及急重症病人醫療照護、教學訓練、醫學研究等功能，期許所有醫學中心均能發揮其功能角色。（「衛福部發布112年醫學中心評鑑結果，同步啟動醫學中心評鑑改革」焦點新聞，醫事司，民國113年2月6日。）

「恭喜副座，貴院通過醫學中心評鑑！」醫師在電梯中巧遇鄰居的談話。

「謝謝！醫院評鑑工作真的很累人…」鄰居醫師的回應。

「貴法人醫院首個評鑑為醫學中心吧？」醫師問。

「是啊！」鄰居醫師露出榮耀的表情。

「不簡單！可以當成其他院區的標竿！」醫師誠心地稱讚。

「你的母校也不簡單啊！通過第二家醫學中心評鑑。」

「哎！如果是母校自己的附設醫院通過評

鑑，才是天大喜事！」醫師回應。

「委託經營的醫院通過醫學中心評鑑，一樣不簡單！」

「一起加油繼續努力爭取吧！」二位醫師互相鼓勵後，鄰居醫師先下電梯。

「你們在說什麼醫院評鑑？」醫師夫人在鄰居醫師下電梯後問。

「從去年年底到今年鬧得沸沸揚揚…醫學中心的評鑑的家數！」醫師說。

「知道！聽你講過N次，聽到耳朵都長繭…」醫師夫人最常抱怨的話，但是還是不免好奇地問：「○醫師還在那家宗教醫院嗎？」

「什麼還在…早從外科部長高升副院長，剛才妳沒聽到我尊稱他副座？」

「你們男人的談話，我哪會注意聽、還要聽得懂？」雖然醫師夫人如此講，但是醫師心裡知道她鐵定在…注意聽。

「臺北醫療區在新北市增加兩家醫學中心，分別在新店區、中和區。」醫師聽到夫人講「聽不懂」時，就更要講清楚。

「所以是副座的那家宗教醫院及你們◎醫委託經營的部醫院嗎？」夫人問。

「對！妳反應真快！」醫師不敢怠慢地回答。

「那麼…文山區那家委託經營的醫院還是醫學中心嗎？」夫人問到重點。

「當然！它是第一家，所以○醫師才說現在是第二家通過評鑑。」

「附設醫院怎麼不是？我覺得他們也經營

得不錯。」夫人因為曾跟隨到該醫院探望醫師法律研究所手術後的同學，留下不錯的印象。

「因為醫學中心評鑑是很深奧的學問。元照出版社似乎有先見之明，去年下半年就跟我邀稿，上個月已經在月旦醫事法報告刊出。」醫師小心翼翼地回答。

「就是你趕在12月初交稿、結果Delay一天的那篇？」夫人問。

「是的…」此時電梯已經到住家樓層，醫師去開門。

「稿費收到後，記得請我們吃飯，讓我可以免煮一餐。」夫人進門後仍不忘嘮叨，因為醫師在截稿前近乎廢寢忘食。

「一定！」醫師覺得夫人此時心情不錯，接著說：「一開始給我的子題是：健保特約之違約處置及違憲爭議—以釋字第753號為核心。我本想這個已經投過稿了，不方便一稿二投，所以有些遲疑。」

「後來怎麼又答應邀稿？」夫人問。

「可能他們查到過去投稿題目？後改成：醫院評鑑結果之法律定性與救濟途徑，題目由我自訂。」醫師注意到夫人的不解，接著解釋：「邀稿方向說明指出：為確保『病人權益』與『醫療服務品質』，我國設有醫院評鑑制度，且隨環境變遷，評鑑工作已從過去對醫院基礎建設結構面的要求，提升至過程面與結果面之品質評估，至2007年，我國已正式施行新制醫院評鑑與新制教學醫院評鑑。基於此，子題係為讀者先說明醫院評鑑制度之法規依據

與其發展進程、評鑑制度如何進行、評鑑結果對醫療院所之影響，後再析論評鑑結果之法律性質及其救濟途徑。」

「好像懂、又好像不懂…」

「好啦…我的題目是：醫院評鑑、健保合約與支付制度的糾葛。這樣懂了嗎？」醫師知道夫人不少聽過自己抱怨健保的缺失及改進方向。

「懂了！醫院評鑑與健保掛勾。」夫人真是慧心靈性。

「那妳知道臺北市醫學中心有幾家嗎？」醫師問。

「我們這附近就有台大、馬偕；往東有國泰、往北有新光、三總…還有你的娘家：北榮，對吧？」

「差不多了…妳漏了剛提到文山區的市立萬芳醫院，共7家。」醫師先補正，接著再問：「臺北市有多少人口？衛生福利部預設多少人口設立一家醫學中心？」

「臺北市…250萬左右吧？若是7家…不到40萬可以設立一家嗎？」

「是200萬人口一家！」

「啥？就是預設2家、結果是7家！難怪一般診所不好經營。」夫人一直知道醫師經營診所的難處，所以能夠體諒。

「新北市呢？有多少人口？幾家醫學中心？」醫師繼續問。

「我只想到小台大的亞東醫院！人口數嘛…鐵定超過臺北市！」

「400萬左右。照規定應該有2家…」醫師停頓一下，接著說：「因為一直只有亞東一家，這次把原來2家『準』醫學中心…扶正！我想絕不是官方所稱：分數差距太小？想當年聯考，差0.5分就是建中附中、台大北醫之別…」

「你真的年紀大了！已經是英雄，還在提當年勇？」

「現代醫師哪有英雄？在健保制度下都被折磨成…狗熊！」醫師長嘆一聲，接著問：「妳知道『準』與扶正有什麼差別嗎？」

「哈！絕對不同於…小三扶正！」夫人哈哈大笑，接著說：「你的健保小三是：補充保險費。」

「健保小三是楊前署長的禁燴！不可奪人所愛…」

「那就是健保給付的不同！正如你投稿的題目：一種…糾葛。」

「正確！『準』醫學中心只有虛名、沒有實益！健保支付給『準』醫學中心的點數比照區域醫院，差一級。健保制度厲害之處就是將醫療機構…分級，讓機構間互相爭名、奪利！」

「因為有實益！難怪剛才副座眉開眼笑。」夫人回想剛才電梯內那一幕。

「結果還是肥了醫療機構、瘦了醫療人員！我的預估：這樣無上限擴增，病人濫用健保資源會愈趨嚴重，健保點值將越來越低…」
(全文完)

問題①：簡介「112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」。

解 答：台灣自1988年全面實施醫院評鑑，依不同規模，分為醫學中心、區域醫院及地區醫院，每4年須評鑑1次，而每200萬人口地區可設置1家醫學中心。原本依規定每4年執行1次醫院評鑑，因COVID-19（2019冠狀病毒疾病）疫情影響暫緩實施至2023年恢復。本作業程序是衛生福利部依據《醫療法》第28條規定為辦理醫院評鑑，並依據《醫療法》第95條規定，會同教育部辦理教學醫院評鑑所訂定。

（註：《醫療法》第28條：「中央主管機關應辦理醫院評鑑。…」、第95條第一項：「教學醫院之評鑑，由中央主管機關會商中央教育主管機關定期辦理。」）所以，醫院評鑑作業由衛生福利部主辦，教學醫院評鑑作業由衛生福利部會同教育部主辦（簡稱主辦機關），得每年辦理之，並得由衛生福利部委託協辦單位辦理相關事務。另評鑑時之醫療法、醫療機構設置標準等查證作業，由直轄市、縣（市）衛生局（簡稱衛生局）配合辦理。主辦機關得聘請專家及相關業務主管擔任評鑑委員，分領域進行評鑑。評鑑申請類別計有：（一）醫院評鑑：含「醫學中心」、「區域醫院」及「地區醫院」等三類。（二）教學醫院評鑑：含「醫師及醫事人員類教學醫院」及「醫事人員類（非醫師）教學醫院」等二類。

評鑑申請資格：（一）於當年度醫院評鑑申請期限截止前領有開業執照之綜合醫院或醫院（包括私立醫院因故歇業，由另位負責醫師

於原址重新開業者，即俗稱變更負責醫師），並有登記開放急性一般病床，經審查符合醫療法及醫療機構設置標準規定者，始得申請評鑑。私立醫院提出申請後，因故歇業由另位負責醫師於原址重新開業者（俗稱變更負責醫師），得於原申請醫院排定實地評鑑日期前，提出申請以變更後負責醫師接受評鑑，惟應經衛生局查證符合醫療法及醫療機構設置標準規定。（二）申請教學醫院評鑑之醫院，應符合下列規定：1. 於醫院評鑑之合格效期內或同時申請醫院評鑑，且符合以下條件之一者：（1）急性一般病床與精神急性一般病床（以下稱急性病床）登記開放床數合計一百床以上，且能提供內、外、婦產、兒、麻醉、放射及病理等七科之診療服務；但急性病床合計二百四十九床以下者，其病理科專科醫師得為兼任。（2）本次申請教學醫院評鑑時，已具教學醫院評鑑合格之資格。（3）一百床以上專科醫院。2. 申請「醫師及醫事人員類教學醫院」評鑑者，應至少申請一類醫師職類及三類醫事人員（非醫師）職類，且其中須包含護理職類。3. 申請「醫事人員類（非醫師）教學醫院」評鑑者，應至少申請四類醫事人員（非醫師）職類，且其中須包含護理職類。（註：教學醫院評鑑包含西醫師、中醫師、牙醫師等醫師職類，以及藥事、醫事放射、醫事檢驗、護理、營養、呼吸治療、助產、物理治療、職能治療、臨床心理、諮商心理、聽力、語言治療、牙體技術等醫事人員（非醫師）職類。）

醫院有下列情形之一者，應申請「區域

醫院」評鑑：1.急性一般病床登記許可床數二百五十床以上，但有下列情形之一者不在此限：(1)評鑑前四年（即一百零八年一月一日至一百一十一年十二月三十一日期間），平均每月申報全民健康保險醫療服務點數一億點以下者。(2)首次申請評鑑之新設立醫院。2.急性一般病床登記許可床數二百四十九床以下，且評鑑前四年（即一百零八年一月一日至一百一十一年十二月三十一日期間），平均每月申報全民健康保險醫療服務點數二億點以上者。強制申請「區域醫院」評鑑的條件除了醫院床數外，居然與「平均每月申報全民健康保險醫療服務點數」掛勾，不知目的何在：醫療品質優先？抑或是健保服務優先？

問題②：「醫學中心」醫院評鑑。

解答：申請「醫學中心」評鑑之醫院，應符合下列規定：1.急性病床登記開放床數合計二百五十床以上，且精神急性一般病床登記開放床數二十五床以上。2.「重度級急救責任醫院」及「癌症診療品質認證」合格效期內。3.應提供家庭醫學、內、外、婦產、兒、骨、神經外、整形外、泌尿、耳鼻喉、眼、皮膚、神經、精神、復健、麻醉、放射診斷、放射腫瘤、臨床病理、解剖病理、核子醫學、急診醫學、職業醫學等二十三科之專科診療服務；但於同一基地另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院者，得免設兒科診療科別。4.應提供牙醫專科醫師分科及甄審辦法所定之專科分科至少三科之診療服務。5.應同時申請教學醫院評鑑（醫師及醫事人員類），且至少包含西醫師及

【2016~2022年醫院評鑑結果（以醫院初評結果統計）】

年度	受評醫院	初評結果											
		醫院評鑑優等				醫院評鑑合格				重點 複查	複查	不合 格	合格 率 (%)
		醫學 中心	區域 醫院 — 準醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	區域 醫院 — 準醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院					
2022	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	100	
2021	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	100	
2020	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	100	
2019	101	—	—	—	—	—	19	81	—	—	1	99.0	
2018	58	—	—	—	—	—	20	37	—	—	1	98.3	
2017	128	10	—	—	—	1	22	93	1	—	1	98.4	
2016	151	9	2	15	6	—	—	103	1	15	—	89.4	

備註：

1. 重點複查：係指醫院評鑑基準之必要條文均合格，為第一篇及第二篇有任一篇未達合格基準者。
2. 複查：係指醫院評鑑基準之必要條文均合格，惟重點條文中有任一條未合格者。（自 2013 年起新增）

圖一 2016~2022年醫院評鑑結果（圖片來源：醫策會）



牙醫師二類醫師職類之實習醫學生、畢業後一般醫學訓練學員、住院醫師，及藥事、醫事放射、醫事檢驗、護理、營養、呼吸治療、物理治療、職能治療、臨床心理等九類醫事人員職類之實習學生、新進醫事人員。6.須接受「醫學中心任務指標審查」。7.申請本院與分院或不相毗鄰院區合併評鑑者，急性病床及診療服務得合併列計，且至少一處具備「癌症診療品質認證」合格效期；分院或不相毗鄰院區如為衛生局指定之急救責任醫院者，應具備「中度級急救責任醫院」以上合格效期。合併評鑑之分院或不相毗鄰院區如位於緊急醫療資源不足地區者，得為一般級急救責任醫院，惟須與本院間訂有遠距照會作業流程，且能提供通訊診察、治療服務。前述緊急醫療資源不足地區，為「醫院緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導作業程序」之附件、緊急醫療資源不足地區一覽表」所列次醫療區域。擬於一百二十年至

一百十五年間申請「醫學中心」評鑑之醫院：
1.應於一百十二年依本作業程序提出申請，另依受評當年度之作業程序規定，繳交評鑑審查費及評鑑資料。2.應依協辦單位通知，於限期前繳交「醫學中心任務指標」相關審查資料，並配合出席審查會議。相關規定參閱協辦單位公布之審查注意事項。

醫學中心評定原則如下：（一）以每二百萬人口數得評定一家醫學中心，估算全國及各一級醫療區域醫學中心家數；如現有醫學中心家數高於前述由人口數所估算之家數者，則以現有醫學中心家數為全國及各一級醫療區域得評定之上限家數。（二）申請「醫學中心」評鑑之醫院，符合下列各款規定者，始得進行評定：1. 醫院評鑑優等（申請醫學中心評鑑者適用）。2.教學醫院評鑑合格（申請醫學中心評鑑者適用）。3. 醫學中心任務指標審查合格。4.受評必要條文（人力配置）之實地評鑑年度

前四年（即自一百零八年一月起）平均人力，達「醫院評鑑優等」（申請醫學中心評鑑者適用）之合格基準。（三）如當年度評定家數超過第一項規定之上限家數，則以醫院評鑑成績占百分之四十、教學醫院評鑑成績占百分之二十及醫學中心任務指標審查成績占百分之四十，**核算總成績**，並依高低排序，擇優評定為「醫學中心」。總成績相同者，優先依醫學中心任務指標審查成績、次依醫院評鑑成

112年度評定醫學中心12家

● 臺北醫療區（臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣）評定10家，增額評定2家

- ◆國立台灣大學醫學院附設醫院
- ◆臺北榮民總醫院
- ◆亞東紀念醫院
- ◆新光吳火獅紀念醫院
- ◆三軍總醫院
- ◆國泰綜合醫院
- ◆馬偕紀念醫院及淡水馬偕紀念醫院
- ◆臺北市立萬芳醫院
- ◆臺北慈濟醫院
- ◆衛生福利部雙和醫院

● 北區（桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣）評定2家，新增1家

- ◆林口長庚紀念醫院及台北長庚紀念醫院
- ◆新竹臺大分院新竹醫院

各區人口數及醫學中心家數		
醫療區	人口數	醫學中心
臺北區	752萬	8+2
北區	390萬	1+1

圖二 112年度北部評定醫學中心12家（圖片來源：衛福部提供）

績、再其次依教學醫院評鑑成績，擇優評定。

(四)符合「醫院評鑑優等(申請醫學中心評鑑者適用)」、「教學醫院評鑑合格(申請醫學中心評鑑者適用)」及「醫學中心任務指標審查合格」等合格基準，如依前項規定未能排序評定為「醫學中心」者，或不符本點第二項第四款規定者，評定為「區域醫院」，惟得加註為「準醫學中心」；至全民健康保險醫療費用支付範圍，依「區域醫院」等級辦理。(參考112年3月15日衛部醫字第1121660961號公告之「評鑑作業程序」如上一題解答)

問題③：「成績相近」就不須排序嗎？全國19家醫學中心何時定案與維持？

解答：此次申請醫學中心評鑑競爭激烈，以台北區為例，共有11家醫院提出。全台目前有19家醫學中心，其中，台北區醫學中心包括台大、北榮、三總、馬偕(台北及淡水院區)、新光、國泰、萬芳、亞東，**雙和、台北慈濟等**兩家準醫學中心。衛福部長薛瑞元表示，醫學中心評鑑標準已經20年未修，受疫情影響，最近一次評選更是在7年前，今年每一家醫院明顯都有進步，最高分95.52分，最低91.92分，而第7名到第10名之間差距更僅0.4。經過專家討論之後，認為排序前10名的醫院，均已具醫學中心或準醫學中心資格，「同燈同分難分優劣」，所以決定增額。…113年度醫院評鑑如遇有相同情形，將比照辦理。(參考「『看病要貴180-350元』這3家大型醫院升格醫學中心！為何本次醫院評鑑是史上最難評？」，黃

明惠整理，健康/今周刊資料庫，2024-02-06)

自民國77年起正式開始實施醫院評鑑，並於**96年開始限制醫學中心之家數維持19家**，即使有符合醫學中心標準者，因家數限制之規定，分數較低者只能評為區域醫院，然而各地縣市首長為保障地區民眾就醫的品質，來函要求設置能處理急重難症的醫學中心，也有多位立法委員發言或提案，多次強力要求設置醫學中心。經過多次評估及討論，於本年度醫院評鑑程序公告，開放醫學中心家數之限制，醫院評鑑結果如符合醫院評鑑醫學中心標準，即可評定為醫學中心。緣因全國仍有14縣市尚無有醫學中心，縣市首長及民意代表均多次積極爭取設置醫學中心，立法院社會福利及衛生環境委員會亦於102年4月1日之提案決議，醫院評鑑結果如有通過醫院評鑑醫學中心合格標準之醫院，即應評定為醫學中心；後因立法院該委員會另於5月9日再次作成決議，要求本署(註：前衛生署，今衛生福利部)應於3個月內提出配套措施，並考量對健保財務及分級醫療之可能影響。爰依據上開決議，決定本年度醫學中心評鑑，**仍維持以往家數限制為原則**，俟研議配套措施後，再決定醫學中心家數之相關規範。(參考「維持醫學中心評定家數限制規範」焦點新聞，衛生福利部，102-05-12)

根據衛生福利部2020年(109年度)單位決算評估報告資料(註：「我國醫療體系呈兩極化發展，醫學中心與區域醫院及西醫診所家數增加，惟地區醫院萎縮，不利醫療在地化，亟待研謀對策」)：1995年底醫學中心、區

	醫學中心	區域醫院	地區醫院
1995年	13	48	568
2000年	22	71	484
2005年	21	73	417
2010年	23	81	378
2015年	26	83	370
2017年8月	26	84	366

資料來源：衛福部 整理：記者林惠琴、吳亮儀

圖三 健保特約醫療機構家數變化（圖片來源：自由時報2017/10/04）

域醫院、地區醫院及西醫診所分別有13家、48家、568家及6,912家，至2019年底止，醫學中心、區域醫院及西醫診所之家數均呈成長趨勢，分別增至25家、82家及1萬166家，但是地區醫院家數滑落至366家，減少202家。醫學中心的數量，究竟是1995年底的13家、2014年至2018年底的26家、2019年底的25家，還是新冠疫情前的19家、疫情後的22家，甚至以評定原則所規定的「每二百萬人口數得評定一家醫學中心」，何者合理？

問題④：醫院評鑑改革小組何時成立、任務為何？

解答：衛生署（今衛福部）自2003年著手進行新制醫院評鑑改善作業，邀請專家學者組成「新制醫院評鑑改善小組」研擬「新制醫院評鑑標準（草案）」，即為現行新制醫院評鑑基準之前身。該基準依規劃期程分階段正式上路，於2005年度先採以急性病床250床以上醫院為第一階段適用對象，2006年以急性病床100床以上醫院為第二階段適用對象，並自

2007年全面實施於全國醫院。

根據2017年6月衛福電子報季刊，第13期「享新知專欄」報導內容：衛生福利部推動醫院評鑑改革，回歸以醫療品質與病人安全為核心價值，於2016年5月20日邀集專家成立「醫院評鑑改革小組」，確立醫院評鑑改革方案，秉持前開核心價值，簡化、明確化醫院評鑑條文，優化以病人臨床照護為焦點的系統性查證方式，及持續性指標監測系統，尊重醫院自訂之醫療品質與病人安全作業程序，目標為有感革新，降低醫院受評壓力。醫院評鑑基準之簡化研修作業，經密集召開7次改革諮詢會議，4場交流會議、8次研修會議，於2016年12月7日公告修正之**2017年度醫院評鑑基準**（區域醫院、地區醫院適用），保留病人安全、醫療品質之內容，並能符合以病人為焦點之查證方式邏輯與國際趨勢，刪減非醫療核心的內容，如法令規範、教育訓練學分、公部門原該執行的事項等，與其他認證訪查重複之基準或評量項目，予以刪除或改為免評。自2017年起，區域醫院及地區醫院適用之評鑑基準，已進行大幅度簡化，由188條1,297項評量項目簡化為122條550項評量項目，減少58%。此外，醫療衛生評鑑作業，總項目則由40項減少為24項，簡化幅度達40%，應可確實降低醫院醫護人員準備評鑑之負擔，並能兼顧醫療品質。

衛生福利部去(2023)年12月再度成立「醫院評鑑改革小組」，距離上次2016年5月不長不短的7年半，中間還跨越新冠疫情，期待大步向前行？！