

## 研究論文

# 台灣地區醫院的消逝對社區醫療安全網絡的影響\*

黃鴻茗\*\*

國立成功大學政治經濟學研究所博士候選人

台中榮總嘉義分院急診室主治醫師

宋鎮照

國立成功大學政治系暨政治經濟學研究所特聘教授

---

收稿日期：2013年1月7日，接受刊登日期：2013年2月27日。

\* 感謝兩位匿名評審的寶貴意見，讓本文更加成熟。

\*\*通訊作者：[sunshinekuang@hotmail.com](mailto:sunshinekuang@hotmail.com)

## 中文摘要

當住家附近的地區醫院招牌悄然消失，這現象在以前只會被當作是社會變遷的過程而已。但當不幸生病的是自己的家人，而這病人必須被後送到較遠的大醫院醫治，卻又因為大醫院常態的壅塞和沒病床問題，讓病患得在急診室等病床數天時，此時大家才會意識到地區醫院的重要，意識到地區醫院消逝的問題，與社區醫療安全網絡的重要性。本文藉由對地區醫院與大醫院的相關對象訪談、文獻回顧與分析、與急診病患、家屬的實境觀察等的研究方法，來比較地區醫院退場前後對社區住民醫療安全的重要性。特別是在地區醫院退場後，社區的急性醫療的急診、開刀、住院、檢查需求，以及日常的醫學教育、疫苗接種、與健檢等工作的推動，到日間照護、慢性、長期、在地化的醫療照護，都隨著地區醫院的退場瞬間瓦解。而接替與彌補地區醫療安全網絡的規劃，至今卻也遲遲未見，這對台灣社區的醫療安全網絡發展的威脅極大。

**關鍵字：**地區醫院、社區、醫療安全、區域醫院、醫學中心

# **The Decline of the Taiwan District Hospitals and its Impacts on the Community Health Care Safety Network**

**Hong-ming Huang**

Ph. D. Candidate, Graduate Institute of Political Economy,

National Cheng-Kung University

Attending Physician of Emergency Department of Chiayi Branch,

Taichung Veterans General Hospital

**Jenn-jaw Soong**

Distinguished Professor, Department of Political Science and Graduate Institute of

Political Economy, National Cheng-Kung University

## **Abstract**

In Taiwan, it was not worthy of you to take notice of the disappearance of the District Hospitals around until your sick family was sent to the bigger hospitals, like Area Hospitals or Medical Research Centers, far away from our community. Also it was usually predictable to stay in emergency room for waiting ward admission about several days here. All these are terribly threatening local community people's medical care right. More importantly, the community medical care safety network has come to a crisis for local people's health. By way of interviewing with the related hospital staffs and supervisors, emergency room patients and their families, in addition to using empirical observation methods, literature review and analysis, we gave the comparison before and after the disappearance of district hospital in community. There were not only emergency medical services, operation, admission, laboratory examination but also the medical education, vaccination, promotion of the community health screening work, day care, chronic and long-term medical care. However, all these cares are almost destroyed completely. And the worst, there were no responsible policies or strategies for resuming district hospitals till

now. Under such circumstances, the community health care safety network would be threatened and challenged in Taiwan.

**Keywords: District Hospitals, Community, Health Care Safety, Area Hospitals, Medical Research Center.**

## 壹、前言：研究動機與議題

急診室的緊急救護廣播網，一如往常的傳來：「某某醫院<sup>1</sup>，急診已滿載，病患請改送其他醫院」，這壅塞的現象存在已久，只是狀況卻未見改善。當大型醫院的急診室滿載時，危急病患又該往哪裡送？台灣這樣的急診醫療救護體系，是否真能保障病患的安全與健康？這情況若發生在醫學中心較遠的醫療資源匱乏社區，情況豈不更糟！想轉診到大醫院治療與住院的機會，自然比住附近的更少。對台灣的住民患者而言，大家都很好奇，以後會不會沒有大醫院可以後送！當大家再回頭向社區周遭地區醫院，或小型區域醫院求助時，才發現這些醫院大都已關門歇業，或轉型為護理之家、安養中心。這住家附近地區醫院的消逝與轉變，對原本相對穩定的社區醫療安全網絡，是否會造成極大的衝擊與威脅？尤其是家人或社區鄰里有人生病想就醫時，只能後送到距離更遙遠的區域醫院或醫學中心來尋求協助。然而這些大醫院壅塞與沒病床的問題依然存在，家屬必須陪同病患在急診室等待病床，從數天到十數天。特別是碰到晚上與假日的時間，這些問題更是嚴重。

究竟是怎樣的原因，導致台灣的醫療環境變得這般嚴峻。特別是以地區醫院與小型區域醫院為中心的社區醫療安全體系，幾乎已是面臨崩解的命運。從過去台灣醫療發展的相關研究來看，地區醫院在以往的醫療體系裡扮演著極為重要的關鍵地位，社區的演變與地區醫院的設立與發展，常常是相互依存、密不可分。這也就是地區醫院雖有著比基層診所需要承擔更高的醫療風險與設備成本的支出；相對於醫學中心與區域醫院，在提供醫療商品服務的完整性與複雜性方面，又明顯不足，特別是在專科醫師與專業人員的調度方面，更是缺乏彈性與機動性；但是過去地區醫院卻明顯主宰著台灣社區醫療安全的主體。但當下，隨著地區醫院的消逝，社區醫療安全防護原本賴已生存的支柱瞬間瓦解，社區住民與社區安全防護，將面臨如何的危機與挑戰，本文

---

<sup>1</sup> 指的是醫學中心或區域醫院。

將由社區安全防護與地區醫院的互賴與互動作爲分析的主軸，從急性醫療、醫學公衛教育、慢性長照醫療等層次作研究，以增補當前的社區安全防護與地區醫院發展等相關領域研究的不足。藉著釐清社區醫療安全網的重要性與重點，與地區醫院消逝後、政府相關單位對社區醫療安全網重建應該有的因應對策。

## 貳、台灣地區醫院的發展與功能轉變

### 一、地區醫院的定義與功能性

何謂「地區醫院」？在定義上，係指醫療院所規模大於基層診所的最小醫院等級，便可以稱爲地區醫院。而醫院與診所最主要的區別在於，診所本身不收置住院患者，只提供「門診」服務，且未提供「急診」服務。而醫院不只提供門診服務，同時也提供急性病房住院與相關之醫院專業設備，以及提供 24 小時開放的急診醫療服務。

但是近年來台灣隨著老年化社會的來臨，醫院還提供病患慢性安養、長期呼吸照護、與精神科日間病房等的新興醫療服務。以病床數量規模而言，病床數不到 250 床以下亦可以稱「地區醫院」，250 床以上的可以稱爲「區域醫院」，而醫學中心則除了要符合區域醫院規模以上，且要提供更多完整的次專科醫師，以及相關病床之醫療服務商品，還要經由評鑑通過者才可以成爲「醫學中心」<sup>2</sup>。所以就「地區醫院」的操作型定義來說：除提供門診服務，且能收置住院病患，亦能提供急診服務的小型醫院，而其提供病床數的規模一般都在數十床到一、兩百床之間，是醫院層級中規模最

---

<sup>2</sup> 衛生局登記開放之急性一般病床 20 床以上者（以下均以登記開放病床數計），得申請醫院評鑑。申請「區域醫院」評鑑之醫院，急性一般病床及急性精神病床合計應至少 250 床以上。申請「醫學中心」評鑑之醫院，應能提供家庭醫學、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（或口腔病理，具其中之一）、核子醫學、急診醫學、職業醫學、齒顎矯正、口腔顎面外科等 25 科之診療服務（行政院衛生署，2011）。

小的醫療單位。

對社區而言，地區醫院的功能性主要有三方面。首先，在急性醫療方面，它是社區內基層診所，後送住院或開刀治療病患的第一選擇，它同時也提供了社區民眾 24 小時不打烊的緊急救護管道。其次，在慢性與長期醫療方面，它對社區住民照護不易的老年病患安養、氣切、呼吸器、與氧氣依賴的病患，可以採取集中、常規的長期管理照護協助。最後，在預防醫學方面，它擔負起社區住民的健康體檢、公衛常識與一般醫學教育、相關疫苗的接種，以及衛生機關預防保健政策的相關配合措施等。因此，從社區的住民社群意識來看地區醫院的角色扮演，不只是在預防醫學、醫療保健教育、急慢性醫療照護方面有卓越貢獻。針對社區住民醫療人權中的「可近性」、「平等性」、「全人照護」的保障更是居功厥偉，不可或缺。但是當這屏障防線不見之時，對於社區居民的醫療安全將是一項嚴重的威脅。

## 二、地區醫院在台灣醫療市場中的定位

對於地區醫院的定位，要先從台灣醫療市場相關產業的發展談起。台灣醫療市場從最早的「混沌醫療期」（1864—1895 年）、「傳道醫療期」（1895—1945 年）、「殖民統治期」（1945 年—1971 年）、「制度建立期」（1971—1986 年）、「擴張成長期」（1986 年—1996 年）、「醫療網計劃期」（1996 年—2000 年），到「全民健保期」（2000 年後），整整有接近 150 年的歷史。台灣醫療市場歷經了最早的極度醫療供給匱乏期，逐漸朝醫療供給制度化的方向發展，到結合相關社會保險制度，乃至於全民健保的立法通過與實施。台灣醫療市場發展從早期的需求遠大過供給，漸漸發展到完全競爭的自由市場機制。然後，接著由相關的社會保險制度來主導，標榜著是「醫療市場需求方代理人」的角色介入（Newhouse, 1970），然後到台灣健保局藉由全民健保制度，來壟斷所有的買方市場的運作。

在 1995 年台灣當局開辦全民健康保險後，打破原來「價格—是醫療市場供需雙方產生買賣平衡的關鍵要素」的傳統。也就是說，醫療商品的「價格」與相關的「數量」因素，已不再是決定供需平衡的關鍵因素。取而代之的是，醫療商品本身的「醫療品質」與取得醫療商品的「便利性」。對醫療商品的「醫療品質」而言，要提供越高品質的醫療服務，要有越充足的更多科別專業人力、更多項的精密儀器配置、更人性化的臨床照護等。而對醫療商品市場供給方的醫院而言，則要投入更多的資本才有可能（張石柱、蕭幸金、陳美惠、王詩鳳，2008），而且更要有相對數量的病患健保費用營收才能維持。因此位居非城鎮的鄉村地區、醫院規模相形較小的地區醫院，在面對都會裡醫學中心與區域醫院等大型醫院的競爭時，自然是處處居於劣勢。再由民眾單就醫療商品的「醫療品質」考量而言，也往往會略過地區醫院不去，就往規模更大的區域醫院或醫學中心就診。也因為這些考量，往往導致區域醫院或醫學中心人滿為患、病房滿床之問題。而反觀旁邊的地區醫院，卻往往還有空床的怪異現象。

再從另個角度來看，在地區醫院面臨基層診所的競爭壓力時，它必須比診所支出更多的儀器設備成本、病房人力物力成本、與聘任更多位專科醫師的成本壓力。但來診的病患卻不見得會帶來成比例的營收利益，這是地區醫院營收經營的一大問題。所以，即便是在醫學中心與區域醫院捨棄成立的偏遠鄉村地區，地區醫院雖無須考慮更大型醫院的優勢競爭，但仍因偏遠鄉村地區的病患來診率並不高，使得地區醫院的維持更加艱辛。再加上近年來的醫院評鑑政策，更導致醫院設置與經營成本的驟升。另一方面，也因為城鄉間往來的交通建設越形便利，鄉村住民到都市就診的比例又益形增加，所以對偏遠村落的地區醫院經營，無疑是雪上加霜，這加速對偏遠的地區醫院的式微和消失。而這種發展對遠在鄉村、山地、與離島地區的台灣民眾而言，特別是在就醫平等權的保障方面上，委實說很難達成。尤其近幾年來，當地區醫院消失速度加快，更讓此問題益加凸顯和嚴重，特別是在急重症、婦、兒、外科領域，常發生跨縣市轉診現象，更突顯出這問題的嚴重性（吳肖琪、吳秋芬，2008）。



### 三、地區醫院的發展與轉變

台灣大規模的醫學中心等級與區域醫院等級的數目在增加，而地區醫院卻在持續減少中。此現象可以從表 1 的醫院等級評鑑統計表看出，這種發展趨勢，也說明了台灣醫療產業正走向大型化趨勢，甚至走向以資本高度集中化的主流發展。這也可以解釋醫學中心與大型的區域醫院，為降低營運相關單位成本創造出更多產業利潤，亦積極地推展購併各小型區域與地區醫院的政策（羅萱、鍾憲瑞，2009）。在台灣醫療市場中，地區醫院的數量從 1997 年 451（62+389）家、2000 年 375（39+336）家、2003 年 372 家、到 2006 年 359 家，減少比例已高達 23.9%，而且到目前止，尚未發現有減緩的趨勢與跡象（楊仁壽、卓秀足、俞慧芸，2009）。

表 1：醫院等級評鑑統計分析

年次	醫院級別					
	醫學中心等級		區域醫院等級		地區醫院等級	
	醫學中心	準醫學中心	區域醫院	區域教學醫院	地區醫院	地區教學醫院
1997 年	9	7	32	13	62	389
1998 年	9	8	32	16	62	398
1999 年	9	9	38	13	65	357
2000 年	20	3	59	4	39	336
2001 年	23	1	66	-	-	401
2002 年	23	-	71	-	-	385
2003 年	23	-	72	-	-	372
2004 年	24	-	72	-	-	359
2005 年	22	-	65	-	-	352
2006 年	24	-	55	-	359（344+新制 15）	
2007 年	23	-	44（20+新制 24）		365（306+新制 59）	
2008 年	24（17+新制 7）		新制 51		354（208+新制 146）	
2009 年	29（7+新制 22）		新制 67		333（112+新制 221）	

資料來源：行政院衛生署中央健康保險局（2011）。

當台灣地區醫院在面臨當前醫療市場的經營困境時，通常會透過以下的對策來因應。首先，是想辦法跟隨醫療市場主流投入更多的人力、物力、和財力，朝大型的區域醫院邁進，當然這作法要冒著擴大規模的風險，以及未來仍無法掌握健保給付支付政策的走向。再者，則是轉型為聯合診所，放棄病房的業務。這作法自然是損失先前病房設備與儀器的投資成本，以及得安排原先病房人力的轉任或資遣。最後，另一種選項則是轉型為護理之家、安養中心、或養護中心，改變原本急性病房的經營模式，以及結束與治療及醫療相關的業務往來，而原院內之醫療與相關人員，絕大部分需另尋其他醫療院所，以為出路。

部分仍想繼續經營的地區醫院經營者，為降低成本考量，常尋求與區域醫院或醫學中心合作機會。有整個地區醫院委外（區域醫院或醫學中心）經營的、有院際單科或多科間（醫學中心腦神經外科與地區醫院外科部、醫學中心心臟科心導管室與地區醫院心臟科）合作的、有相關藥品衛材（天主教與基督教的醫院聯盟）聯合採購的、有院際不同專科醫師（榮民醫院體系與榮家）相互支援開刀、看診、值班的，或者雙方醫院談妥交易條件，地區醫院（如彰基醫院鹿基分院、員生分院、佑民分院）更名為大醫院的分院。地區醫院能秉持舊有方式持續經營，而不被此波挑戰衝擊所威脅或打倒的，比例真的不高（簡聖哲，2009）。

## 參、從社區看地區醫院的發展

何謂社區？社區係指在一定地理區域中所共同生活的一群人之集合，彼此共享在地情感之意。<sup>3</sup> 而所謂的社區醫療安全，主要是指防範或去除可能發生在社區內，足以妨害社區住民健康生活的事件或行為。而主導社區醫療安全網運作的主體，往往是

---

<sup>3</sup> 根據徐震教授之歸納，社區是居住某一地理區域，具有共同利益關係，共同服務體系與共同發展能力或潛力的一群人（徐震，1992）。

社區內的衛生單位、救護單位、或醫療院所。

而地區醫院對大多數的社區而言，經常是社區內最大的醫療院所。在它規模之下的醫療院所有最基層的診所與藥局，在它之上則是社區外更大的區域醫院或醫學中心。因此，地區醫院的發展與存在，往往與社區住民的健康息息相關。依社會學學者徐震（1985）所主張，社區是居住於附近地理區域，具有共同之鄰里關係，社會互動及社會服務體系的人群。社區居民由於住在鄰接地區，常有互動往來，具有共同的社會服務，如交通、學校、市場、醫療院所等。社區居民也同時面臨許多共同問題，如經濟、衛生、教育、醫療等問題。因為這些共同生活的環境與遭遇，在社會層面、心理層面、生活層面便會產生類似的共同需要、共同利益、共生等問題。基於此，以下試從預防醫學、急性醫療、慢性長照醫療三方面，來分析社區裡地區醫院的角色扮演與其發展。

## 一、急性醫療層面

急性醫療對於社區民眾而言，指的是發生危害居民健康的事件，必須藉由醫療專業檢查治療，來阻止危害程度的擴大、以及挽回病患的健康。對醫院而言，急性醫療包含急診、急性病房（一般病房與加護病房）業務、與相關開刀房、心導管室、洗腎室、與其它的緊急檢查與治療之業務。這些醫療服務商品內容大部分是診所或藥局所無法取代的。它們的不可替代性，包括 24 小時無休的執行醫療業務時間、較基層診所深入的檢查與檢驗、跨科室的相關會診與支援、第一時間的急症處理、與後送轉院病患到區域醫院、或醫學中心之前的前期處置等。更重要的，地區醫院提供社區住民第一時間的「可近性」、「平等性」的急性醫療照護、跨科室的「全人醫療」照護，與相關醫療專業的專業諮詢。例如以年輕人較好發的急性闌尾炎、老年人冬天易發的氣喘，這些病患以往在症狀產生之初就被送到周遭的地區醫院，接受早期治療、穩定病情。所以早期在醫學中心很少見到急性闌尾炎的個案、或氣喘的初期病患，但當地區

醫院退場後，急性闌尾炎與老年人氣喘的個案只好被後送到較遠的大型醫院，患者主動的就醫意願下降，除非痛到受不了或喘到受不了。再加上大醫院的病患壅塞必須等待，往往不能立即加以處理，所以急性闌尾炎被發現時常常已經闌尾破掉演變成腹膜炎、敗血症，氣喘的初期演變成併發肺炎與急性呼吸衰竭，需要插管。諸如此類病情往惡化方向發展的病患越來越多，更嚴重的是送到大醫院時已經休克、或沒有生命徵象<sup>4</sup>，嚴重威脅到病患的生命安全。其他的急性疾病如心肌梗塞、腦中風、腦出血、心律不整、氣胸、低血糖.....相關的疾病也有增多與嚴重的發展趨勢，特別老年社會的時代已到來，這幾年情況越來越糟。

## 二、慢性長照醫療層面

在台灣社會逐漸轉變為老年化社會的過程中，非都會社區的老年化速度也同時加速，影響所及的醫療需求，便包括有慢性病患照護、失能病患照護、長期臥床照護等，這些老人醫療相關的議題在社區裡的重要性突然提升很多。再加上台灣當前的少子化、不婚和晚婚的現象愈來愈普遍，更讓台灣在老年與長期照護的議題上，面臨更嚴峻的挑戰。尤其在台灣鄉村的農業勞動人口，有明顯高齡化的現象，農牧業耕作者年齡為在 65 歲以上者高達 43.38%，高齡老農已是事實。因此傳統地區醫院與社區的相關醫療照護需求相結合，便開始設置日間照護中心、護理之家、呼吸照護病房的業務；並與社區周遭之安養中心合作，建立不中斷的老年病患後送管道。然後配合開辦訓練課程來協助相關照護員與外籍看護工的實務訓練，納入整合性「全人」醫療照護的推展。對社區住民而言，地區醫院提供「可近性」的慢性、長期醫療照護，以及家中病老無人照料的家庭，提供較為完整老年醫療照護的管道，同時也給家中的其他成員有可以隨時探視家中年老長輩的機會。但當地區醫院消失後，老年人被送到附近的私人

---

<sup>4</sup> 也就是俗稱的到院前死亡，病患到院時已量不到血壓、呼吸、心跳、脈搏，瞳孔已放大。

的安養之家或護理之家，在醫療照護上與就醫的便利性、可近性方面往往較地區醫院照護來得不足，常常有發燒、拉肚子.....家屬就得馬上跟著病患被送到大醫院急診就醫。或是有些安養中心人手不足，病患都得等到意識已經不清楚、或喘到冒冷汗、高燒到 40 度以上才後送，到院時往往已瀕臨需要立即給予急救的危殆，或已經沒有生命徵象，送醫過程中就開始急救。至於送到遠離社區的養護中心，家人則連探視的機會都很少，親情的關懷與連繫就漸漸變得遙不可及，而越來越是冷淡。

### 三、預防醫學層面

在社區住民預防醫學這個區塊，因為地區醫院位於社區裡面，不管是在規模、科別、檢查、檢驗等方面，都是最多也最齊全的醫療院所。因此它往往得擔負起社區公衛教育、基礎醫學教育、傳染病防治、及醫學新知教育的工作。此外，也須針對社區內不同社群、族群的相關疾病篩檢，或是對民間事業單位、學校與相關機關人員等進行健康檢查，乃至於疫苗接種的宣導與注射等等，這些相關醫療業務有很大的一部分都是由地區醫院來主導或主辦。甚至連政府衛生當局、健保局相關的政令宣導，也常委由地區醫院來負責與聯繫。特別是在流行病疫情的防治與監控，以及國民健康保健業務的推展，都是很直接的例證。所以在地區醫院從社區退隱以後，社區裡綜合各科別的基礎醫學教育、流行性的傳染病防治、及最近醫學新知等的教育工作已經停擺，至於基礎公衛教育更是乏人問津，儘管鄰近的醫院也有類似教育活動，但社區住民能為此前往的幾乎沒有。而對於相關疾病篩檢的工作，往往只有承包單位的檢驗，缺乏檢驗後的持續追蹤與接續的治療計畫。所以對一些新陳代謝疾病、慢性疾病的控制，在日常生活起居與飲食衛教的配合，較以往顯得不良控制率有加速上升的趨勢。例如，糖尿病的血糖控制、高尿酸的痛風飲食控制、高血脂的飲食選擇、運動健康生活

的提倡、居家意外事件<sup>5</sup>的預防與處理等。這相關的整合性教育，目前診所無法承接這業務，而大醫院協助時，成效又顯得非常有限，形同虛設。這些在地區醫院退場後，浮上檯面的「替代機制」，對社區住民疾病的預防、教育與協助，以及在新興流行病的宣導與預防的成效上，與地區醫院主導的時候作對比，有顯著的不足與落後。

## 肆、台灣醫療市場轉變與社區地區醫院的式微

對台灣醫療市場的發展而言，在當局施行全民健保制度下，台灣絕大多數的醫療院所被迫或主動與唯一代理的健保局簽約，可見健保制度的運作與規範要求，對台灣醫療院所的發展具有相當的影響力。對台灣民眾而言，法律規定全體國民都必須參加這全民健康保險和繳納保費，除了極少數的例外（如自費醫療），健保成為台灣醫療市場上的壟斷者，也就是說所有醫療需求者都得跟它買，以及所有醫療供給者都得賣給它。而原本市場機制中透過數量、價格變數的自由交換、供需均衡等機制，也因此消失（Sloan, 2000）。從醫療市場的買賣雙方角度來看，健保局既是買方壟斷<sup>6</sup>、也是賣方壟斷，讓健保局完全擁有管理醫療市場的的優勢。所以當健保局相關的政策改變時，同時會直接影響到供給者（醫療院所）的發展<sup>7</sup>，也因著它們提供的醫療商品，影響到廣大的台灣求診病患與家屬就醫權利（Richardson, 2001）。對於資本額小、獲利空間小、被壓縮的彈性空間變小的地區醫院，也因此成為健保給付支付制度緊縮下第一波被犧牲淘汰的對象，而直接跟著犧牲的是地區醫院建構下的社區住民醫療安全保障。

當台灣醫療供需市場的「價格」與「數量」被台灣政府的政治力改變時，可以觀察到台灣住民傳統的醫療思維與社會價值也正逐漸被改變。越來越多的醫師從挽救病

---

<sup>5</sup> 如燒燙傷、跌倒、切割傷、食品不衛生合併的腸胃炎、家庭暴力等。

<sup>6</sup> 指只有一個買者，而賣者很多的市場類型。

<sup>7</sup> 例如財團法人醫院與社團法人醫院，或醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所等。

患生命的第一線工作職場離開，改走時尚、自費、不受健保制度制約的科別（黃達夫，2009）。當完美的「醫療商品品質」要求，在台灣醫療市場成為惟一的「評斷標準」時，大型的醫療院所遂成為醫療供給市場「物競天擇」的唯一「合格」對象。對無法提供全部次專科服務的醫院（如地區醫院、小型區域醫院），將面臨因為民眾的主觀認知與期待<sup>8</sup>，不被滿足或達成，而隨時面臨被告訴的風險，或者向相關單位抱怨、投訴。當高規格的「醫療商品品質」，在全民健保制度施行下，成為台灣民眾的全民共識時，地區醫院與小型區域醫院被迫從這醫療市場的供給鏈上快速地消失，對社區住民而言，就醫的「可近性」最高、與提供偏遠地區醫療人權「平等性」的地區醫院，正快速從社區中引退，這相當不利於社區住民自身的醫療安全的就醫權利。

而上述的討論說明與分析，可以藉由下例的訪談資料與觀察來佐證。

### 對話場景 01：區域醫院急診室。

醫師<sup>9</sup>：我們給妳兒子做 X 光檢查、驗血作白血球（WBC）與發炎指數（CRP）的檢查，發現他白血球高到 18000，發炎指數也高到 16.8，X 光照起來在右下肺有肺炎（pneumonia），這一定要住院積極用抗生素及其他藥物治療，不然等到越來越喘，惡化成敗血症（sepsis）、肺部積水的話，就會有生命危險。可是，我們醫院只有一位兒科醫師，她只看門診，沒辦法收住院病人，所以我們要幫你轉院！

家屬：那哪裡有兒科病房？（一臉焦急疑惑），我們不想去某某醫院，上次在那醫院急診，單等醫師看診就等了一個半小時，然後住院還等了 3 天才有

<sup>8</sup> 例如心肌梗塞病患被送到地區醫院，要求立即施行緊急心導管貫通術治療，但地區醫院無此設備只能予以轉診，病患家屬控告地區醫院延誤治療，不立即施予緊急心導管貫通術治療。如果轉診過程中，病患情況有惡化，那後果將更嚴重。其他實例如主動脈瘤剝離、腦出血、急性腦中風、多重外傷病患…等，舉凡要動用大量醫護人力與 24 小時次專科團隊待命的狀況，地區醫院在這個區塊是無法跟大型醫院相抗衡的。

<sup>9</sup> 嘉義市某區域醫院急診專任醫師，該醫師任職醫院僅有兒科醫師一名，該兒科醫師只看門診，不收置兒科住院病患與看兒科急診。

病床。好多小朋友在等床，一個小朋友哭，好多小孩就跟著哭，照顧的好累啊！後來我的小孩好一點，我們趕緊辦理自動出院。

醫師：那我幫你問問其他家看看。不過現在內、外、婦、兒、急診正在鬧醫師荒，有兒科病床收住院的真的不多。

家屬：醫師那麻煩你了。

台灣當局藉由醫院評鑑制度來確保醫療品質的落實，醫院勢必將朝向大型化、集團化發展，以及運用策略聯盟強化競爭力（孫智麗、李卓倫，2007）；除此之外，醫院必須投入更多的人力物力成本來配合各式各樣的醫院評鑑。當台灣醫院評鑑成為醫院設置「門檻」，與全民健保給付的「標準」時，在原本醫療資源配置已經有「城鄉不均」（如屏東縣、嘉義縣、雲林縣、苗栗縣、澎湖縣、台東縣等無醫學中心設置）、「區域不均」（如西部遠優於東部、平地遠優於山地）、「科別不均」（如急診科、外科、兒科【如上述：對話場景 01】、婦產科住院醫師不足，眼科、皮膚科、耳鼻喉科住院醫師滿額）的地區，更形成惡性循環（范國棟，2004）。這對原本還有地區醫院、甚至小型區域醫院的地區來說，無疑地將被不斷提高的經營成本所壓垮，最後只好選擇轉型為護理之家、養護中心或關門結束營業。這結果不僅讓正當經營的醫療院所權益受損<sup>10</sup>，連相關地區病患的就醫權益都被犧牲<sup>11</sup>。很明顯地，「市場決定」被「政策偏好」取代的結果，會讓原本貧瘠的偏遠醫療更是雪上加霜。

## 伍、地區醫院的退場與社區醫療安全

台灣醫療市場的地區醫院，在 1994 年時總共有 512 家，到 2009 年時降為 333

---

<sup>10</sup> 如原應獲得的健保給付，遭折扣後給付；醫院評鑑的標準一再拉昇，導致醫療院所的非醫療專業經營成本大幅增加等。

<sup>11</sup> 如無健保空病床可住，僅剩自費空病床；社區型醫院關門，就醫需遠赴大型區域醫院、或醫學中心；重症病患、複雜疾病的開刀病患轉院率升高等。



家，而這消滅的趨勢仍在持續中。由於地區醫院的歇業或轉型，造成台灣醫療市場減少了急性病床，再加上醫學中心與區域醫院為因應健保總額支付政策的關床對策，更使得各大醫院的急診室人滿為患。待床加上因地區醫院的歇業問題相當嚴重，又要面對來診驟增的急診病患，甚至導致急診無床可施予急救與看診的窘境（黃漢華，2012）。當同地區的地區或小型區域級醫院關門或轉型時，大型醫院所提供的醫療服務商品，並無法完全補足地區醫院消失後的諸多空缺。這樣的醫療市場現況，直接衝擊到社區住民的醫療安全與就醫權益。更遑論本來只需送到原本近在咫尺的地區醫院，卻因為地區醫院歇業只得送到路途更遠的區域醫院或醫學中心，然後在壅塞的急診等待病床看病。這病情與時間的耽擱，更暴露出社區住民更大的醫療安全危機（如下述：對話場景 02，03）。

### 對話場景 02：大型區域教學醫院<sup>12</sup>急診室急救區外

醫師：病人現在已經沒有血壓、心跳、脈搏、呼吸，我們正在幫他急救。什麼時候發現的？

家屬：20 分鐘前，然後我趕緊叫 119。之前也有一次，我們就近送附近的某某醫院（地區醫院），5 分鐘後送到馬上急救，大概 15 分鐘就救回來。

醫師：我們會儘量搶救的。

### 對話場景 03：急救 35 分鐘後

醫師：我們儘量搶救，但是到目前為止，還是沒有心跳與其他生命徵象恢復，大概沒希望，我們要宣布急救無效、停止急救了。

家屬：再急救一下好嗎？（一臉悲愴無奈），拜託。我們本來要送上次那家，在家裡附近的某某醫院（地區醫院）趕快急救，可是它已經關門兩個多月。所以我們只好送這裡。拜託、拜託。.....

再從原本醫學生活教育與醫療專業諮詢的層次來看，地區醫院原本要協助社區內

---

<sup>12</sup> 台南市某區域教學醫院。

的醫學教育、與日常衛生常識教育工作，配合社區住民需求與政府的政令宣導。但當地區醫院歇業以後，居民與患者必須從原本鄰居般的親切距離，改到遙遠社區外的區域醫院或醫學中心尋求協助。單就社區民眾的參與度與相對醫療資源利用的廣度與效能，成效自然較原地區醫院所主導的時期大打折扣（如下述：對話場景 04）。這對原本社區住民慢性疾病的防治、新陳代謝性疾病的控制、健康生活習慣的促進、居民意外事件的預防、日常醫學常識的教育，有著相當大的危害，也嚴重影響到社區居民醫療安全防護網的健全架構。

#### 對話場景 04：醫學中心<sup>13</sup>門診區醫師看診診間內

醫師：阿伯，你怎麼拖到血糖 500 多才來拿藥吃？這樣很危險喔！再不控制好血糖的話，你可能會暈過去喔！

病患：平常我都有在附近的某某醫院（地區醫院）某某醫師那裡拿藥控制，那裡還有衛教師告訴我要注意甚麼。可是某某醫院（地區醫院）關門後，我就懶得再去找其他醫師拿藥吃，今天是頭很暈，我媳婦幫我用血糖量，結果血糖機顯示 High，趕緊帶我過來。

醫師：阿伯，你這血糖 500 多要住院治療幾天喔！可是我們醫院現在都全院滿床，你大概要等個 4、5 天才上得去。待會，會有人帶你到急診待床區去等床。

病患：我可不可以不要住院？要等那麼久才有病房，在急診待床都沒辦法休息，又怕被傳染，家屬也沒地方休息。我可以先拿藥回家吃嗎？或是先打胰島素？

醫師：我知道你很不願意配合，但還是要請你配合！為你好才告訴你，醫院沒床也不是我的問題、或院長的問題，而是健保的制度問題。這年頭醫生難做啊！

---

<sup>13</sup> 高雄市某醫學中心。

而針對原本地區醫院主負責的社區居民健康篩檢、流行性疾病的監控、與居民疫苗的定期接種等的醫療業務，在地區醫院撤守後，一部分的工作由衛生所與區域醫院接手，一部分由相關診所協助，但有些業務則找不到統籌與負責的單位。特別是針對不同社區有不同特色的醫療公衛需求與流行疾病。所以在相關流行疾病的控制，與社區健康生活的促進方面，只能有點與線的聯繫，較難做到地區醫院較全面的監控與預防。也因此當傳染性疾病再次流行，或地區性疾病嚴重度增加時，社區醫療安全網的防護成效堪慮，更可看出地區醫院對社區醫療安全網統籌規劃角色扮演的重要地位。面對此，政府應該正視地區醫院對地區醫療衛生、教育與醫護品質的重要性，避免地區醫院逐漸退出醫療體系。

## 陸、結論與省思

當地區醫院從台灣的醫療市場快速撤退與消逝時，社區醫療安全防護網的保障也跟著遭到破壞。不管是社區住民的急性醫療照護、慢性疾病控制與防範、長期照護病患的安置，便立即接受挑戰。而對地區醫院原本協助的社區醫療與公衛教育、醫學常識教育，也因地區醫院的歇業，面臨無以為繼的命運。對社區居民的日常健康篩檢、傳染病監測、疫苗的施打，與衛生政令的宣導，同樣也是乏人統籌規劃與系統化的統計與管理。原本建構健全的社區醫療安全防護網，彷彿於瞬間瓦解，其主要的原因正在於地區醫院的退場，醫療當局豈可不慎？

儘管在地區醫院退場後，區域醫院、醫學中心、衛生所、與基層診所的適時介入，填補了部分社區醫療安全防護網的功能扮演。但對社區而言，在醫學中心與區域醫院的支援範疇下，社區這單位被微小化，社區的主體性與特色不在，在「數大」與「量多」的衝擊下，似乎社區醫療安全防護網的重要性正逐漸的被卸下、被瓦解。而在城鄉差距日益擴大的趨勢下，越偏遠的鄉鎮醫療之「可近性」便越差，到大醫院就醫時

又往往一床難求，得留在急診室等床，這對醫療資源貧乏的偏遠地區之社區安全防護網來說，地區醫院的消逝問題，無非是對社區醫療安全防護網建構的一項嚴峻威脅與危機。

當每位社區住民都得多花上幾分鐘甚至幾十分鐘，才能到較遠的大醫院就診。但那對這多耗費時程中的人力、物力消耗，病患病情分秒變化的危殆，該又是誰的責任？當然這更遑論平日的相關醫療公衛教育、身體健康檢查篩檢監測、與健康生活的促進與社區住民慢性與長期照護機構的安置。為維護城鄉住民的平等就醫權，為保障社區醫療安全防護網的完整，地區醫院的永續經營對社區的醫療安全防護而言，確有其必要性與不可替代性。至於已歇業或轉型的地區醫院，該有怎樣的醫療政策相互配搭，則有賴台灣政府醫療當局的智慧與決心。如此方能再次建構起堅固的社區醫療安全防護網，守護台灣社區住民的健康。

## 參考書目

- 行政院衛生署（2011），《醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序》。資料檢索日期：2012.11.12。網址：<http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT0202.asp>。
- 行政院衛生署中央健康保險局（2011）。《醫療機構現況及醫院醫療服務量統計年報》。台北市：行政院衛生署中央健康保險局。
- 吳肖琪、吳秋芬（2008）。《研究跨區域緊急醫療體系之建置規劃—依問卷調查探討其現況》。衛生署醫事處委託之專題研究成果報告（編號：DOH96-TD- H-113-003）。台北：行政院衛生署醫事處。
- 范國棟（2004）。《台灣醫師執業型態變遷之分析》。國立成功大學公共衛生研究所碩士論文。台南市。
- 徐震（1985）。《社區發展—方法與研究》。台北：中國文化大學出版部。
- 徐震（1992）。《社區與社區發展》。台北：正中書局。
- 孫智麗、李卓倫（2007）。〈台灣醫療產業發展關鍵因素與趨勢分析〉。《台灣經濟研究月刊》，30（5），96-106。
- 張石柱、蕭幸金、陳美惠、王詩鳳（2008）。〈醫療品質與生產力變動之評估—以台灣醫療品質指標計畫（TQIP）為例〉。《當代會計》，9（1），1-32。
- 黃達夫（2009）。《健康照護的根本改革》。中央研究院報告（編號 003）。台北：中央研究院。
- 黃漢華（2012）。〈醫院不能說的祕密，護士荒引發減床潮，急診變成大通鋪〉。《遠見雜誌》，317，68-70。
- 楊仁壽、卓秀足、俞慧芸（2009）。《組織理論與管理：個案、衡量與產業應用》。台北：雙葉書廊。
- 簡聖哲（2009）。《地區醫院轉型策略之研究》。國立台灣大學醫療機構管理研究所碩

士畢業論文。台北市。

羅萱、鍾憲瑞 (2009)。〈模仿、資源異質性與管理創新：台灣醫療產業之實證研究〉。

《中華管理評論》，12 (3)，1-18。

Newhouse, J. P. (1970). "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital," *The American Economic Review*, 60(1), 64-74.

Richardson, P. J. (2001). Supply and Demand for Medical Care : Or, Is the Health Care Market Perverse ? West Heidelberg Vic : The Centre for Health Program Evaluation (CHPE). Retrieved Jan. 2, 2012, from <http://chpe.buseco.monash.edu.au/>。

Sloan, F. A. (ed). (2000). Not-for-profit Ownership and Hospital Behavior. *Handbook of Health Economics*. 21(1B). 1141-1174. Retrieved Jan. 4, 2012, from <http://econpapers.repec.org/>。