

醫院急診於白天、傍晚及夜間醫療利用之分析

-以健保局台北分局轄區醫院為例

張齡芝^a 詹前隆^a

元智大學資訊管理所^a

本文摘要

目標：國內、外探討急診相關議題眾多，但將就醫時段區分為白天、傍晚及夜間探討急診醫療利用的情形，台灣迄今尚無相關實證研究。本研究主要目的在瞭解急診不同就醫時段，醫療利用之影響，及就醫相關屬性探討。方法：利用 IC 卡就醫資料取得就醫時間並配合健保申報資料利用複迴歸分析法，瞭解影響急診醫療利用之相關因素。結果：研究結果顯示傍晚的人次明顯比其他時段來的多，佔 44.4%，其次依序為白天、夜間。各年齡層人次於傍晚皆有較高分佈，且以 18-44 歲之 18.3 % 居冠，但 65 歲以上老人在白天卻有較高之佔率。另在檢傷分類中以第三級傍晚之 25.2% 佔最多，但第一級中之疾患以「呼吸道疾患」最多，第二級則以「損傷及中毒」最多。複迴歸分析結果發現，男性、年齡 65 歲以上者在私立地區醫院、基隆市、白天就診、檢傷分類為第一級且為循環系統疾病者，於醫療利用有顯著較高現象。結論：急診醫療費用在不同時段確有不同程度之影響。本研究只檢驗各時段急診醫療利用之短期（一年）影響，對於急診滯留的情形及長期影響尚待後續之追蹤與監測。

關鍵詞：急診、IC 卡、醫療利用、全民健保。

1 緒論

急診部門日益擁擠(Overcrowding)的問題在世界各國皆呈現與日俱增之現象，^{5,6} 國內外亦已有多篇文獻證實急診利用確實呈現上漲趨勢。但以日、夜間的觀點來了解急診利用情形的研究仍屬少數，故本研究將利用健保 IC 卡之申報資料針對國內醫療機構，探討日、夜間急診醫療耗用狀況，進一步針對急診利用者之就醫相關屬性進行探討。為健全健康保險財務制度，中央健康保險局於 2004 年起實施健保 IC 卡，針對醫療院所每日上傳至健保局之保險對象就醫紀錄，進行合理性研判。同時與醫療院所事後申報之醫療費用資料檔進行比對稽核，防止醫療院所浮報及濫報之現象，對於遏止健保財務黑洞問題將有絕大部分的效益。^{10,14}

從資源分配的角度來看，當急診部門呈現擁擠狀況時，將會使得醫院資源無法做適當的分配，而造成醫院無法在第一時間適時提供完善的緊急救護服務給予真正需要緊急醫療的病人。故可以瞭解急診部門護士的閒置狀況與急診病患數量多寡有密切關係。⁴ 且不同的就醫時段造成病患的等候時間、留置時間及滿意度亦皆有差異。⁷ 故於探討如何降低急診部門人滿為患的前提下，對於急診各時段的醫療利用情形應有更進一步的了解，方能針對不同時段的服務量提供相同的服務品質。

在日、夜間急診之探討中，Spence, J.M. et al. 研究發現夜間的病人比其他時段少，且急診量高的時候較嚴重的檢傷分級有顯著下降之趨勢。⁸ 另外針對急診工作人員的功能性病患滿意度中，Sandovski et al. 發現無論是否有住院的患者在白天等候時間要比晚上及夜間都來的短，且傍晚及

夜間的檢驗數量明顯超過白天，整體來說白天的工作效率要比晚上或夜間來的佳。⁷

綜觀上述，無論是從降低急診部門擁擠的狀況或是資源分配的問題來看，對於各時段急診醫療利用情形及急診醫療利用者相關特質的分析實有必要進一步的探討。因目前多數的急診文獻皆以整體服務時間為基礎來分析各項問題，個別以日、夜間急診的醫療利用情形進行分析之研究仍屬少數。本研究擬利用自民國 93 年起實施之 IC 卡就醫紀錄內容，其中擷取病患實際看診時間配合醫療院所之各項申報費用進行分析。

2 相關定義與研究方法

2.1 「醫療利用」定義及其重要性

醫療利用行為相關理論眾多，大部分皆著重於個體自覺的醫療需求與人口學、社會學、經濟學、及行為科學等相關因素之探討。而 Andersen 的醫療服務利用行為模式 (1968)，¹ 是以個人的角度來研究個體的健康行為，且具可行性及完整性，整體來說其主要泛指個人在健康或疾病的狀態下，對面臨健康相關問題時所產生之認知、反應或行為。

Andersen 於 1968 年提出第一個醫療服務利用行為模式 (behavior model of health service utilization) 的架構後，後續又再與其他學者不斷修正此一架構，並於 1974 年、1995 年提出修正後的模式。^{2,3} 而 Aday & Andersen 於 1974 年所提出第二階段的醫療服務利用行為模式（健康系統模式），與第一階段的醫療服務利用行為模式不同之處在於將個人因素細分為可變與不可變因素，此一階段模式強調醫療服務利用的觀念及將健康照護提供體系的特徵因素、消費者滿意度因素、政策因素納入。本研究主要目的在於瞭解在健保制度下各醫院日、夜間急診醫療服務的利用情形，進而探討影響其利用行為之因素，故採用 Andersen 第二階段的醫療服務利用行為模式 (1974)，² 做為本研究之架構基礎。

表 1 我國急診醫療歷年給付及成長率

年度	總醫療 申請費用 (百萬點)	總醫療 年成長率 (%)	門診總人次 (千件)	平均每件申 請費用 (點)	門診人次年 成長率 (%)	急診人次	急診人次年 成長率 (%)
1999 年	291,369	8.45	322,224	588.06	3.51%	4,822,585	9.54%
2000 年	296,840	1.88	315,063	614.08	-2.22%	4,994,990	3.57%
2001 年	311,547	4.95	313,947	630.62	-0.35%	5,208,332	4.27%
2002 年	339,704	9.04	317,501	659.09	1.13%	5,570,073	6.95%
2003 年	353,286	4.00	314,849	706.59	-0.84%	5,215,338	-6.37%
2004 年	407,296	15.06	344,922	745.72	9.55%	5,850,207	12.17%

資料來源：衛生署衛生 2005 統計年報，本研究整理。

而根據表 1 衛生署於 2005 年之統計年報資料顯示，健保醫療費用支出由 1999 年之 2,913 億元成長至 2004 年之 4,072 億元，平均年成長率為 7.23%。門診總人次由 1999 年之 3.22 億人次成長至 2004 年之 3.45 億人次，平均年成長率為 1.80%。急診人次從 1999 年之 4,82 萬人次成長至

