

立法院第 8 屆第 1 會期
社會福利及衛生環境委員會第 20 次全體委員會議

「急診困境—暴力事件、醫療糾
紛、人力不足等問題及解決方案」
書面報告

報告人：行政院衛生署署長 邱文達
報告日期：中華民國 101 年 5 月 17 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第 8 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 20 次全體委員會議，文達承邀列席報告，深感榮幸。

急診是醫療機構中，唯一對外提供 24 小時服務的醫療單位，攸關民眾發生緊急傷病時之生命與健康。今天本署就有關「急診困境—暴力事件、醫療糾紛、人力不足等問題及解決方案」，提出專案報告。敬請各位 委員不吝惠予指教：

壹、背景

民國 84 年由 大院通過總統發布緊急醫療救護法，奠定台灣緊急醫療體系發展之藍圖，又於民國 87 年衛生署通過急診醫學科專科醫師為第 22 個西醫專科醫師，促進緊急醫療之專業發展與人力素質；96 年修訂「緊急醫療救護法」，明定醫療指導醫師制度，及急救責任醫院緊急醫療能力分級評定，以進一步完備「就急從優」之緊急醫療體系。

貳、建置緊急醫療救護體系

為均衡醫療資源分布，自民國 74 年起實施醫療網計畫，並考量生活圈與交通動線之變化，於民國 100 年將全國依行政區域重新劃分為 6 個一級醫療區域（健保分區），之下再細分成 17 個二級醫療區域（縣市為單位）及 50 個次醫療區域（鄉鎮市為單位）。另為強化緊急醫療照護能力與品質，本署於 98 年起實施醫院緊急醫療能力分級制度，依其提供之緊急醫療種類、人力設施、作業量能，區分為重度級、中度級、及一般級。截至 100 年 12 月底為止，全國 50 個醫療次區域均指定有急救責任醫院，共計 190 家，其中各縣市均有中度級急救責任醫院共 57 家，一級醫療區域則皆有重度級急救責任醫院，透過前述醫院之佈建，負責於各區域提供

全年、全日、全天候，無休的緊急傷病患醫療照護，並於發生災難時，接受衛生主管機關指派之臨時緊急救護等業務。

急救責任醫院於緊急醫療網之定位，一般級急救責任醫院提供 24 小時全年無休之急診服務，包括一般性急症初步處置與急救措施，並安排適切之轉診；中度級急救責任醫院提供特殊急症（如急性心肌梗塞、急性腦中風、多重創傷、高風險妊娠等）之評估、急救、緊急處置與必要時之轉診安排。重度級急救責任醫院則提供完整全面性之照護。

參、急診困境

一、急診暴力問題

（一）原因分析：

1. 急診室多為開放式空間設計。
2. 急診病人之背景複雜，不乏藥酒癮病患或危險份子。
3. 因病情關係情緒不穩易生爭執。
4. 環境嘈雜醫病關係不易建立。
5. 急診看病方式不同，期待落差導致不滿。
6. 過度壅塞等候過久感覺被忽略。

（二）對策措施：

1. 100 年 5 月 6 日，邀請內政部警政署、地方縣市衛生局、專業團體、各醫院相關學會代表、專家學者與消費者團體等，召開「醫院急診服務模式及安全強化之研商會議」，決議採以下五項安全措施：(1)急診門禁管制，限制進出人數。(2)裝設警民連線電話。(3)急診室應配置 24 小時保全人員。(4)配合張貼反暴力海報。(5)急診

室診療區與候診區作業空間應明顯區隔。

2. 目前全國設有 24 小時急診室之醫院共 203 家，衛生局已完成全面稽查，符合率為 98.7%。此外，前開安全措施亦納入醫院緊急醫療分級評定作業規範與醫療機構設置標準，以落實推動執行。
3. 通函要求全國各衛生局，凡轄內有發生急診暴力（滋擾）等案件，除須於第一時間通報本署，對滋事者應依醫療法 24 條予以裁罰併移送警察機關處理。

二、急診壅塞問題

（一）問題解析：

我國醫學中心、區域醫院、地區醫院各層級醫院總床數分別為 32,015(21,764)、56,221 (31,371)、43,974 (17,962) 床。依據健保局統計資料，2011 年醫學中心、區域醫院、地區醫院各層級醫院占床率分別約為 82%、68%、53%，平均住院日分別為 8、10、19。

另據本署緊急醫療管理系統統計資料，每日急診病人滯留超過 48 小時以上人數，達 5 人以上者約有 12 家醫院，均為醫學中心。

（二）原因分析：

發生急診壅塞情形之醫院，探究其原因可能如下：

1. 急診病人人數眾多，且多數約為自行就醫（非轉診）。
2. 重症病人比例較高。
3. 病房占床率高，住院困難。
4. 滯留病人多數為老病人，轉院意願低。

5. 缺乏到院前分流機制。

(三) 對策措施：

1. 賡續辦理醫院緊急醫療能力分級評定：

透過急救責任醫院分級，建構以區域為基礎的急重症照護網絡，落實分級醫療。評定重點分為急診醫療品質、重症加護照護能力、特殊疾病之照護能力與品質、緊急事件處置能力與區域網絡之建立。查 98 年經評定重度級醫院 16 家、中度級 18 家。100 年已成長為重度級 24 家、中度級 57 家，顯示各地區之急重症處置能力逐年提升。

2. 獎勵醫院提升急診效率及品質：

本署全民健康保險局於 101 年 5 月 1 日正式實施「急診品質提升計畫」，編列 3.2 億餘元。獎勵內容：提升急診重大疾病照護品質（0.64 億）、加強適當轉診（1.4 億）、提升急診處置效率（1.16 億）與提供地區醫院之當年急診服務人次較上年增加者給予獎勵，每增加 1 人支給 500 點。

3. 建立急診轉診平台：

辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，成立急診暨轉診品質促進小組，定期開會檢討，提升急診品質效率。透過建立院際緊急傷病患轉診登錄平台，整合各區緊急醫療轉診網絡，以協助各醫院執行緊急傷病患轉診作業。另一方面，則監控各急救責任醫院轉診情形，以落實分流及急重症分級醫療制度。

4. 宣導民眾分級醫療觀念

辦理民眾教育宣導，強調分級就診的觀念。為使民眾易於瞭解當地醫院能力及評級（包括醫院評鑑及緊急醫療評

級)，業於本署網站公布醫院資訊專區，提供前揭資訊。
另，本署於 100 年委託製作「分級醫療」廣告宣導帶，將持續透過媒體宣導播放，以強化民眾分級醫療之意識。

三、急診醫療糾紛問題

（一）問題解析：

本署醫事審議委員會接受司法檢察機關委託之醫療糾紛鑑定案件分析(91-100 年)，急診醫學科約占 9%，如依每千名專科醫師人數計算，約為 143 件，位居第十。惟因緊急醫療具急迫性與救命性，醫療風險亦較高，近年不時傳出因醫療糾紛引發之社會事件或高額賠償事件。醫療訴訟案件日增，導致防禦性醫療與急重症人才之流失。

（二）因應策略：

1. 研擬「醫事爭議處理及醫事事故救濟法（草案）」，目前規劃內容以建立醫事爭議調解制度，並配套輔以醫事事故救濟措施。預計本（101）年底前完成。
2. 辦理生育事故爭議事件試辦計畫，改善婦產科執業環境，提供孕產婦多一層保障，並可作為逐步擴大辦理之先驅計畫。
3. 推動醫療法修法，使醫療過失刑事責任合理化。

四、急診人力問題

（一）人力現況：

查目前急診專科醫師領證人數為 1,248 人，統計 96-100 年專科證書領證人數成長率為 23 % (各科總平均為 15%)。次查，95-99 年急診醫學科住院醫師招收率平均為 101% (容額 100 名)。至，急診醫學科醫師 87% 於醫院執業，平

均執業年齡為 42 歲(各科總平均為 48 歲)。

(二) 問題解析：

1. 急診專科醫師多集中於大型醫院、都會地區，偏遠地區人才羅致困難。
2. 工作負荷重，消費者意識高張，執業環境惡化，影響留任意願。
3. 急診醫療壓力大。
4. 急診暴力頻傳，缺乏工作安全感。

(三) 對策措施：

1. 改善急診工作環境：

持續落實查核急診暴力防範五大措施。修正醫院評鑑基準之急診人力配置要求，提升急診就醫(包括留觀病人)之品質與安全。推動修法明定急診暴力事件為非告訴乃論罪。

2. 促進醫病關係減少醫療糾紛：

逐步推廣醫療事故救濟計畫。推動醫療法修法，使醫療過失之刑事責任合理化。另一方面則加強急診團隊合作訓練，強化醫病溝通能力。

3. 急診人力多元化發展：

持續發展急診專科醫師制度，深化次專長領域，如到院前救護、急救醫學、災難醫學、臨床毒物學、野外醫學等。並鼓勵其他科醫師投入急診醫療服務，及發展急診專科護理師或醫師助理之輔助人力。

4. 偏遠地區緊急醫療之挹注：

獎勵辦理「觀光地區急診醫療站」21處、「夜間假日救護站」10處與「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」8處。另，辦理「提昇（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」，提供24小時生產及兒科急診服務。醫學中心評鑑基準要求輔導偏遠地區醫院提升緊急醫療能力與品質。

5. 健保給付加成及點值保障：

位於緊急醫療資源不足地區之醫院，給予急診診察費按支付點數加成，急救責任醫院加成30%，夜間、例假日者，加成50%-80%（依檢傷分類）。偏遠地區之急救責任醫院或地區醫院提供24小時急診服務，給予點值保障。101年度預計有80多家醫院符合申請資格。

肆、總結

急診暴力事件、急診壅塞、醫療糾紛、與人力不足等問題環環相扣，原因複雜，須從法規面、制度面、人力面及給付面進行全面檢討。法規面，擬推動修法增強對暴力行為之嚇阻作用，同時研議推動救濟制度與刑責合理化；制度面，則落實分級醫療與轉診制度，紓解急診壅塞情形；人力面，朝向急診人力多元化發展及改善執業環境；給付面，調整急重症給付，確保偏遠地區急診醫療服務不中斷。

本署承 大院各委員之指教及監督，文達在此敬致謝忱，並祈 各位委員繼續予以支持。



急診困境—暴力事件、醫療糾 紛、人力不足等問題及解決方案 專案報告

行政院衛生署署長 邱文達

101.5.17



大 綱

壹、背景

貳、緊急醫療體系

參、急診困境

一. 急診暴力問題

二. 急診壅塞問題

三. 急診醫糾問題

四. 急診人力問題

肆、總結



壹、背景

- 急診為醫療機構中唯一對外提供24小時服務之單位，守護民眾緊急傷病時之生命與健康。
- 民國84年通過緊急醫療救護法，奠定台灣緊急醫療體系發展之藍圖。
- 民國87年衛生署通過急診醫學科專科醫師為第22個西醫專科醫師，促進緊急醫療之專業發展與人力素質。
- 民國96年修訂「緊急醫療救護法」，明定醫療指導醫師制度，及急救責任醫院緊急醫療能力分級評定，進一步完備「就急從優」之緊急醫療體系。



貳、緊急醫療體系





緊急醫療網

- 為均衡醫療資源分布，將全國依行政區域劃分為6個一級醫療區域（健保分區）、17個二級醫療區域（縣市為單位）、50個次醫療區域（鄉鎮為單位）。
- 自98年起實施醫院緊急醫療能力分級制度，依其提供之緊急醫療種類、人力設施、作業量能，區分為重度級、中度級、一般級，提供全年24小時無休之緊急醫療服務。
- 緊急醫療網
 - 一級醫療區：均有重度級醫院，共24家。
 - 二級醫療區：各縣市均有中度級醫院，共57家。
 - 次醫療區域：均有24小時急救責任醫院，共190家



醫院緊急醫療能力分級制度

- 急救責任醫院於緊急醫療網之定位：
- ✓ **一般級**：提供24小時全年無休之急診服務，一般性急症初步處置與急救措施，並安排適切之轉診。
- ✓ **中度級**：可提供**特殊急症**（如急性心肌梗塞、急性腦中風、多重創傷、高風險妊娠等）之評估、急救、緊急處置與必要時之轉診安排。
- ✓ **重度級**：提供完整全面性之照護。



參、急診困境

- 一. 急診暴力問題
- 二. 急診壅塞問題
- 三. 急診醫療糾紛問題
- 四. 急診人力問題





一、急診暴力問題-原因分析

- 急診室多為開放式空間設計。
- 急診病人之背景複雜，不乏藥酒癮病患或危險份子。
- 因病情關係情緒不穩易生爭執。
- 環境嘈雜醫病關係不易建立。
- 急診看病方式不同，期待落差導致不滿。
- 過度壅塞等候過久感覺被忽略。



急診暴力問題-對策措施

- 100年5月6日，邀請內政部警政署、地方縣市衛生局、專業團體、各醫院相關學會代表、專家學者等，召開「醫院急診服務模式及安全強化之研商會議」，決議採以下五項安全措施：
 1. 急診門禁管制，限制進出人數。
 2. 裝設警民連線電話。
 3. 急診室應配置24小時保全人員。
 4. 配合張貼反暴力海報。
 5. 急診室診療區與候診區作業空間應明顯區隔。



急診暴力問題-實施情形

- 衛生局稽查結果：目前全國設有24小時急診室之醫院203家，完成率為98.7%。
- 已納入醫院緊急醫療分級評定作業規範與醫療機構設置標準。
- 要求通報並移送警察機關：通函全國各衛生局，凡轄內有發生急診暴力（滋擾）等案件，除須第一時間通報本署，並應依醫療法24條裁罰併移送警察機關。



二、急診壅塞問題-問題解析

- 我國醫學中心、區域醫院、地區醫院各層級醫院總床數分別為32,015(21,764)、56,221(31,371)、43,974(17,962)床。
 - 依據健保局統計資料，2011年醫學中心、區域醫院、地區醫院各層級醫院占床率分別約為82%、68%、53%，平均住院日分別為8、10、19。
 - 本署緊急醫療管理系統資料，每日急診病人滯留超過48小時以上人數，達5人以上者約有12家醫院，均為醫學中心。
- 註：（）內為急性一般病床數



急診壅塞問題-原因分析

- 壅塞醫院之原因分析如下：
 1. 急診病人人數眾多，且多數為自行就醫（非轉診）。
 2. 重症病人比例較高。
 3. 病房占床率高，住院困難。
 4. 滯留病人多數為老病人，轉院意願低。
 5. 缺乏到院前分流機制。



急診壅塞問題-對策措施1

(一) 賡續辦理緊急醫療能力分級評定

- 透過急救責任醫院分級，建構以區域為基礎的急重症照護網絡，落實分級醫療。
- 評定重點分為急診醫療品質、重症加護照護能力、特殊疾病之照護能力與品質、緊急事件處置能力與區域網絡之建立。
- 98年經評定重度級醫院16家、中度級18家。
- 100年已成長為重度級24家、中度級57家，顯示各地區之急重症處置能力逐年提升。



急診壅塞問題-對策措施2

(二) 獎勵醫院提升急診效率及品質

- 本署全民健康保險局於101年5月1日正式實施「急診品質提升計畫」，編列3.2億餘元。
- 獎勵內容：
 1. 提升急診重大疾病照護品質。(0.64億)
 2. 加強適當轉診。(1.4億)
 3. 提升急診處置效率。(1.16億)
 4. 地區醫院之當年急診服務人次較上年增加者給予獎勵，每增加1人支給500點。



急診壅塞問題-對策措施3

(三) 建立急診轉診平台

- 辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，成立急診暨轉診品質促進小組，定期開會檢討，提升急診品質效率。
- 建立院際緊急傷病患轉診登錄平台，整合各區緊急醫療轉診網絡，以協助各醫院執行緊急傷病患轉診作業。
- 監控各急救責任醫院轉診情形，落實分流及急重症分級醫療制度。



急診壅塞問題-對策措施4

(四) 宣導民眾分級醫療觀念

- 辦理民眾教育宣導，強調分級就診的觀念。
- 於本署網站公布醫院資訊專區，提供資訊使民眾易於瞭解當地醫院能力及評級。（包括醫院評鑑及緊急醫療評級）
- 本署100年委託製作「分級醫療」廣告宣導帶，將持續透過媒體宣導播放，以強化民眾意識。



三、急診醫療糾紛問題-問題解析

- 本署醫事審議委員會接受司法檢察機關委託之醫療糾紛鑑定案件分析(91-100年)，急診醫學科約占9%，如依每千名專科醫師人數計算，約為143件，位居第十。
- 惟因緊急醫療具急迫性與救命性，醫療風險亦較高，近年不時傳出因醫療糾紛引發之社會事件或高額賠償事件。
- 醫療訴訟案件日增，導致防禦性醫療與急重症人才之流失。



急診醫療糾紛問題-對策措施

- 一. 研擬「醫事爭議處理及醫事事故救濟法（草案）」，目前規劃內容以建立醫事爭議調解制度，並配套輔以醫事事故救濟措施。預計本（101）年底前完成。
- 二. 辦理生育事故救濟試辦計畫，改善婦產科執業環境，提供孕產婦多一層保障，並可作為逐步擴大辦理之先驅計畫。
- 三. 推動醫療法修法，使醫療過失刑事責任合理化。



四、急診人力問題-人力現況

- 專科證書領證人數：1,248人
- 96-100年專科人數成長率：23 %（各科總平均15%）
- 95-99年住院醫師招收率：101%（容額100名）
- 執業機構：醫院87%。
- 平均執業年齡：42歲。（整體平均48歲）



急診人力問題-問題解析

- 急診專科醫師多集中於大型醫院、都會地區，偏遠地區人才羅致困難。
- 工作負荷重，消費者意識高張，執業環境惡化，影響留任意願。
- 急診醫療壓力大。
- 急診暴力頻傳，缺乏工作安全感。



急診人力問題-對策措施1

(一)改善急診工作環境

- 持續落實查核急診暴力防範五大措施。
- 修正醫院評鑑基準之急診人力配置要求，提升急診就醫(包括留觀病人)之品質與安全。
- 推動修法明定急診暴力事件為非告訴乃論罪。



急診人力問題-對策措施2

(二)促進醫病關係減少醫療糾紛

- 逐步推廣醫療事故救濟計畫。
- 推動醫療法修法，使醫療過失之刑事責任合理化。
- 加強急診團隊合作訓練，強化醫病溝通能力。



急診人力問題-對策措施3

(三)急診人力多元化發展

- 持續發展急診專科醫師制度，深化次專長領域，如到院前救護、急救醫學、災難醫學、臨床毒物學、野外醫學等。
- 鼓勵其他科醫師投入急診醫療服務。
- 發展急診專科護理師或醫師助理之輔助人力。



急診人力問題-對策措施4

(四)偏遠地區緊急醫療之挹注

- 獎勵辦理「觀光地區急診醫療站」21處、「夜間假日救護站」10處與「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」8處。
- 辦理「提昇（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」，提供24小時生產及兒科急診服務。
- 醫學中心評鑑基準要求輔導偏遠地區醫院提升緊急醫療能力與品質。



急診人力問題-對策措施5

(五)健保給付加成及點值保障

- 位於緊急醫療資源不足地區之醫院，給予急診診察費按支付點數加成，急救責任醫院加成30%，夜間、例假日者，加成50%-80%（依檢傷分類）。
- 偏遠地區之急救責任醫院或地區醫院提供24小時急診服務，給予點值保障。
- 101年度預計有78家醫院符合申請資格。



肆、總結

- 急診暴力事件、急診壅塞、醫療糾紛、與人力不足等問題環環相扣，原因複雜，須從法規面、制度面、人力面及給付面進行全面檢討。
- 法規面：修法增強對暴力行為之嚇阻作用，同時研議推動救濟制度與刑責合理化。
- 制度面：落實分級醫療與轉診制度，紓解急診壅塞情形。
- 人力面：急診人力多元化發展改善執業環境。
- 給付面：調整急重症給付，確保偏遠地區急診醫療服務不中斷。



敬請支持，
並惠予指教！