

## 近年我國實施分級醫療、醫護留任與減緩急診壅塞成效之初探

三、113 年度一至三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率低於 112 年度，急診病人留置急診室逾 24 小時時間長於 112 年度，醫學中心急診壅塞仍待解決

醫院急診為處置緊急傷病患的第一線，乃重要醫療資源。據健保署資料，114 年第 1 季醫院(包含醫學中心、區域醫院及地區醫院)急診件數達 205 萬 9,154 件，相較於 112 及 113 年度醫院急診件數最高 747 萬 7,235 件而言，急診量大幅增加。經查：

(一)為解決醫院急診壅塞辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，惟 113 年度一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率低於 111 及 112 年度

為解決醫院急診壅塞，衛福部 110 至 114 年度辦理「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」及「全民健康保險急診品質提升方案」2 項計畫，該 2 計畫 110 年度決算數合計 2 億 551 萬元，嗣後經費逐年遞增，113 年度決算數合共 3 億 2,861 萬元(詳表 2-3-1)。

前述「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」績效指標計有「急性腦中風之轉診快速通道使用率」、「急性冠心症之轉診快速通道使用率」與「緊急外傷之轉診快速通道使用率」，該 3 項指標 113 年度實際值各為 97%、95%及 82%，尚優於目標值之 70%、70%及 70%(詳表 2-3-2)。

至於「全民健康保險急診品質提升方案」則以「一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時之比率」為衡量指標，按每人給與健保點數獎勵，未設定目標值，惟該比率自 111 年度 61.9%降至 113 年度 59.5%，114 年度第 1 季更僅 56.29%(詳表

3-3-1)，顯示急診病人須等待更長時間方能轉入病房。

**表 3-3-1 全民健康保險急診品質提升方案指標表** 單位：%

績效指標(實際值)	111 年度	112 年度	113 年度	114 年 1-3 月
一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時之比率	61.90	60.60	59.50	56.29

資料來源：中央健康保險署醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1342(資料擷取日期：114 年 5 月 7 日)。本項指標未訂定目標值。

### (二)112 年 7 月調高醫學中心及區域醫院急診部分負擔，惟 113 年度醫學中心急診件數不減反增

健保署於 112 年 7 月 1 日將醫學中心、區域醫院急診部分負擔各調升至 750 元及 400 元<sup>1</sup>，然據衛福部資料，112 年度各層級醫院急診合計 747 萬 7,235 件(詳表 3-3-2)，其中醫學中心 181 萬 8,785 件(占醫院總急診件數 24.32%)、區域醫院 364 萬 4,995 件(占醫院總急診件數 48.75%)；至於 113 年度各層級醫院急診總件數降為 728 萬 1,960 件，惟醫學中心反增至 191 萬 3,390 件(占醫院總急診件數 26.28%)、區域醫院降為 347 萬 2,336 件(占醫院總急診件數 47.68%)。以上顯示調高醫學中心急診部分負擔，並未達到病患轉往區域醫院或地區醫院急診就醫之效果。

### (三)113 年度急診病人留置急診室超過 24 小時比率高於 112 年度

關於近 2 年醫院急診壅塞情形，觀察醫院急診室留置超過 24 小時之件數與比率，112 年度留置醫院急診室超過 24 小時共計 24 萬 8,378 件、占醫院急診總件數之 3.32%，113 年度增至 26 萬 7,960 件、占比提高為 3.68%，113 年度急診病患留滯醫院急診室時間反較 112 年度增加(詳表 3-3-2)。

**表 3-3-2 近 3 年各層級醫院急診病人留置急診室超過 24 小時之件數及比率一覽表** 單位：件；%

<sup>1</sup> 醫學中心由 450 元調升至 750 元，增加 300 元；區域醫院由 300 元調升至 400 元，提高 100 元。

項目	年度	留置急診室超過24小時之件數(A)	急診總件數(B)	比率(A/B)
醫學中心	112	130,624	1,818,785	7.18
	113	147,905	1,913,390	7.73
	114 第1季	41,448	530,394	7.81
區域醫院	112	98,189	3,644,995	2.69
	113	107,040	3,472,336	3.08
	114 第1季	30,881	981,625	3.15
地區醫院	112	19,565	2,013,455	0.97
	113	13,015	1,896,234	0.69
	114 第1季	4,900	547,135	0.90
小計	112	248,378	7,477,235	3.32
	113	267,960	7,281,960	3.68
	114 第1季	77,229	2,059,154	3.75

說明：留置急診室超過24小時之件數係指急診留置時間(急診治療迄日減急診治療起日)>24小時之件數總計，至於急診總件數(B)係指急診之案件數(含職災急診)。

資料來源：中央健康保險署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1336(資料擷取日期：114年5月7日)。

#### (四)檢傷一級急診病人轉入病房小於8小時113年度比率為61.25%，尚低於112年度之62.58%

依衛福部公告「急診五級檢傷分類基準」，急診檢傷分為五級，第一級最嚴重，需復甦急救、第五級最輕微，屬於非緊急。

112年度各級醫院檢傷一級急診病人於8小時內轉入病房件數計7萬948件，占檢傷一級急診病人轉入病房11萬3,370件之62.58%；至113年度各級醫院檢傷一級急診病人於8小時內轉入病房件數計7萬201件，占檢傷一級急診病人轉入病房11萬4,614件之61.25%(詳表3-3-3)；其中醫學中心與區域醫院113年度急診檢傷一級病患於8小時內轉住院比率各為45.77%與66.21%，均低於112年度之46.04%與67.47%，顯示該二層級可提供急診患者轉住院治療之量能不及112年度。

表3-3-3 近3年各層級醫院檢傷一級急診病人轉入病房小於8小時

之比率一覽表

單位：件；%

項目	年度	檢傷一級急診病人轉入病房小於8小時之件數(A)	檢傷一級急診病人轉入病房件數(B)	比率(A/B)
醫學中心	112年	17,381	37,754	46.04
	113年	19,342	42,261	45.77
	114年第1季	3,985	10,131	39.33
區域醫院	112年	37,757	55,962	67.47
	113年	35,398	53,460	66.21
	114年第1季	7,921	13,086	60.53
地區醫院	112年	15,810	19,654	80.44
	113年	15,461	18,893	81.83
	114年第1季	3,422	4,706	72.72
小計	112年	70,948	113,370	62.58
	113年	70,201	114,614	61.25
	114年第1季	15,328	27,923	54.89

說明：檢傷一級急診病人轉入病房小於8小時之件數係指(急診治療迄日-急診治療起日)<8小時之件數總計。至於檢傷一級急診病人轉入病房件數係指當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日且急診後有轉住院(限同院)之案件數總計，以急診診察費醫令或住院診察費醫令(急診後轉住院未申報急診診察費者)判斷其檢傷分類，判斷後只留檢傷分類一級的案件為分母。

資料來源：中央健康保險署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1342(資料擷取日期：114年5月7日)，健保署提供。

#### (五)宜參酌考量專業團體對於解決急診壅塞問題提出之建議

從113年度一、二、三級急診病人轉入病房小於8小時比率低於112年度、急診病人留置急診室超過24小時比率高於112年度等，顯示113年度急診處置效率未及112年度。

針對急診壅塞現象，台灣急診醫學會於114年2月提出「急診壅塞改善建議」<sup>2</sup>，說明114年急診壅塞達前所未有嚴重，若持續將引發急診醫護大規模離職。該學會說明急診壅塞本質為急診住院待床壅塞，原因係可利用住院床位不足，急診住院配

<sup>2</sup> 急診壅塞改善建議，台灣急診醫學會，參考台灣急診醫學會網站，<https://www.sem.org.tw>(最後瀏覽日114年7月14日)。

床比例失衡，並建議短期應變措施包括提高急診住院配床比例、增加壅塞所需急診醫護人力及強化加護病房資源調控；至長期改革則建議建立急診緊急應變機制、調整健保支付、推動急診住院替代選項及設立監測機制。

另台灣神經學學會及台灣腦中風學會於 114 年 6 月發布聯合聲明<sup>3</sup>指出腦中風急性診療大量消耗神經科醫師資源，呼籲保障神經科醫師權益，檢討制度與給付。

針對上述醫療團體之建言，衛福部允宜審慎回應，通盤考量，以解決急診壅塞與避免醫療崩壞。

---

<sup>3</sup> 台灣神經學學會及台灣腦中風學會聯合聲明 20250610，參考社團法人台灣腦中風學會網站，<https://www.stroke.org.tw>(最後瀏覽日 114 年 7 月 14 日)。