113 年度中央政府總決算審核報告整體評估報告

三四、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 小時時間則長於 112 年度，急診壅塞尤以醫學中心較為嚴重，亟待妥謀善策

醫院急診為處置緊急傷病患之第一線，係重要醫療資源，113 年度全民健康保險醫療給付費用總額經衛生福利部(下稱衛福部)核定 8,755.35 億元，雖較 112 年度之 8,364.24 億元增加 391 億元(增幅 4.67%)，惟 113 年度醫院急診壅塞現象仍待解決。經查：

(一)辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，期解決醫院急診壅塞，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

依衛福部醫事機構服務量統計年報資料，108 年度醫院平均每日急診 2 萬 933 人次，相較於 106 年度 1 萬 9,672 人次，急診人次明顯增加。為解決醫院急診壅塞，衛福部 110 至 113 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，嗣後經費呈增加趨勢，113 年度決算數合共 3 億 2,671 萬元(詳表 1)。

表 1　衛福部暨所屬辦理急診壅塞相關計畫預、決算概況表

單位：新臺幣百萬元

計畫名稱	經費來源		110 年	111 年	112 年	113 年
提升急重症及加護病房轉診品質計畫	醫療發展基金	預算數	27.00	28.00	28.00	28.00
		決算數	27.11	27.22	27.98	28.61
全民健康保險急診品質提升方案	健保基金	預算數	246.00	300.00	300.00	300.00
		決算數	178.40	300.00	300.00	298.10
小計		預算數	273.00	328.00	328.00	328.00
		決算數	205.51	327.22	327.98	326.71

說　　明:1.表列預算數為法定預算數，決算數為審定決算數。
2.「全民健康保險急診品質提升方案」110 年度因 COVID-19 疫情，故預算執行率為 72%。

資料來源:衛福部及中央健康保險署提供。

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)。

表 2 「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」指標表 單位：%

績效指標	衡量基準	年度	111 年	112 年	113 年
建立特定重症轉診快速通道完成比率	急性腦中風之轉診快速通道使用率	目標值	60	1 小時達成率	70
		實際值	70	84	97
	急性冠心症之轉診快速通道使用率	目標值	60	1 小時達成率	70
		實際值	81	84	95
	緊急外傷之轉診快速通道使用率	目標值	建立模式	建立模式	70
		實際值	已建立	已建立	82

資料來源：衛福部中央健康保險署提供。

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，按每人次給予健保點數獎勵，未設定目標值，惟該比率自 111 年度 61.9%、112 年度 60.6%，降至 113 年度 59.5%，顯示急診病人須等待更長時間方能轉入病房。

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

衛福部中央健康保險署(下稱健保署)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[1]，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)，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%)；113 年度各層級醫院急診總件數降為 728 萬 1,960 件，惟醫學中心反增為 191 萬 3,390 件(占醫院總急診件數

[1]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。

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)。

表 3　112 及 113 年度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；%

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
區域醫院	112	98,189	3,644,995	2.69
	113	107,040	3,472,336	3.08
地區醫院	112	19,565	2,013,455	0.97
	113	13,015	1,896,234	0.69
小計	112	248,378	7,477,235	3.32
	113	267,960	7,281,960	3.68

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：健保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%，處理量能不及 112 年度

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%;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 4)；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 4　112 及 113 年度各層級醫院「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	17,381	37,754	46.04
	113	19,342	42,261	45.77
區域醫院	112	37,757	55,962	67.47
	113	35,398	53,460	66.21
地區醫院	112	15,810	19,654	80.44
	113	15,461	18,893	81.83
小計	112	70,948	113,370	62.58
	113	70,201	114,614	61.25

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：健保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)有關專業團體對解決急診壅塞問題提出之建議，宜審酌考量

由於 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，以及檢傷一級急診病人轉入病房小於 8 小時比率低於 112 年度等，顯示 113 年度醫院急診處置效率未及 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」[2]，表示急診壅塞若持續將引發急診醫護大規模離職；據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[3]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。

綜上，醫院急診壅塞若持續而未緩解，恐引發急診醫護人員大規模離職，影響病人安全與醫療品質。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。

（分機：1925 賴欣憶）

[2]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9月4日)」。

[3]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9月4日)。