

壹、案由：105年流感疫情爆發壅塞各大醫院急診室，致使其他就診病患陷於感染風險，究衛生福利部等權責機關對於大規模突發性疾病爆發之預防及處理情形為何？是否瞭解急診室長年壅塞問題及提出具體改善措施？衛生福利部疾病管制署面對流感疫情掌握及實際作為？相關權責機關於突發性疾病爆發之處理是否得宜？如何解決第一線醫護人員因疫情嚴重、急診爆量造成壓力與照護品質之問題？均有深入探討之必要案。

貳、調查意見：

為調查「民國（下同）105年流感疫情爆發壅塞各大醫院急診室，致使其他就診病患陷於感染風險，究衛生福利部（下稱衛福部）等權責機關對於大規模突發性疾病爆發之預防及處理情形為何？是否瞭解急診室長年壅塞問題及提出具體改善措施？對於流感疫情之掌握及實際作為？以及如何解決第一線醫護人員因疫情嚴重、急診爆量造成壓力與照護品質之問題」等情案，經向衛福部、各縣市（政府）衛生局（下統稱各衛生局）、衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）調閱卷證資料，並於105年7月22日及8月11日辦理諮詢，同年9月5日詢問衛福部何次長○○及醫事司石司長○○、衛生福利部疾病管制署（下稱疾管署）周署長○○、健保署醫管組龐組長○○及相關主管人員後，業調查竣事。茲綜整調卷¹、諮詢、詢問所得，提出調查意見如下：

- 一、衛福部於105年2月流感疫情及重症病患高峰期間前，未確實評估流感與其他病症同時發生對醫療資源造成之負荷，亦未於重度級急救責任醫院醫療量能不足應付疫情高峰時，適時介入並啟動應變機制，故未能有效將急診部門之類流感病患進行輕重症分流，並使部分緊急需要加護病房收治之民眾滯留於急診室，該部對於流感高峰期之應變作為流於形式，啟動調度時機亦有貽誤，應確實檢討改進：

- (一) 流感有明顯季節性特徵，每年12月至隔年3月為流行高峰。衛福部於104年11月20日流感疫情尚未增溫時，核定「流感疫情高峰期應變作戰計畫」，計畫目標包括：「紓解流感高峰期急診壅塞，確保民眾就醫權益」，應變策略為：「衛福部醫事司責成縣市

¹ 衛生福利部 105 年 5 月 19 日部授疾字第 1050002908 號函、同年 9 月 9 日衛部醫字第 1051666254 號函；衛生福利部中央健康保險署 105 年 9 月 21 日健保醫字第 1050011525 號函。

衛生局督導所轄各急救責任醫院急診及特別門診，於農曆春節期間務必維持緊急醫療服務，避免急診壅塞……」；另疾管署104年9月修訂之「季節性流感防治工作手冊」載明流行高峰期之防治作為中，醫療院所應加強分工之事項包括「維持緊急醫療網轉診管道之通暢，提供加護病房等醫療照護支援，並掌握全國嚴重併發症患者加護病房使用狀況，俾便跨區調度運用。」可見，衛福部及疾管署均已將急診之疏解及加護病房之調度運用列為高峰期之防治策略，且因事涉醫療院所對病床、設備及醫護人力之規畫，需仰賴各衛生局、醫事司及健保署共同協助或督導，方能整合資源，有效配置，以妥適因應流感高峰期疫情。

- (二)查疾管署據各項傳染病監視系統資料，104年12月即預估流感疫情將與往年相同，於農曆春節前後達高峰，以及流感併發重症個案受病程影響，高峰約晚輕症患者1週出現。該署於104年12月7日函請各衛生局於農曆春節期間，督導轄區醫療機構開設類流感特別門診。又衛福部於105年1月13日函²請各衛生局督導轄區急救責任醫院強化春節應變機制，增加急診人力調度，並對加護病床與急重症科別人力預先規劃，確保急診量能；衛福部再於春節前之2月5日函各衛生局轉知轄區醫院加強寒流與春節應變機制，妥善規劃連續假期之醫療照護與應變，並要求6區區域緊急醫療應變中心（下稱區域應變中心，或稱REMOC），加強監控與資料蒐集。
- (三)依據疾管署監測資料顯示，104年7月至105年6月之流感季（下稱104-105年流感季）疫情，係自105年第3週（1月17-23日）起，呈明顯上升趨勢，急診類

²衛福部 105 年 1 月 13 日衛部醫字第 1051660269 號函。

流感就診病例及百分比於第6週農曆春節（2月7-13日）達高峰，併發重症確定病例數於第7週（2月14-20日）及第8週（2月21-27日）達發病高峰。在春節連續假期至2月15日間，新增65例併發重症病例、9例經審查與流感相關死亡病例；另截至105年2月底，國內流感疫情累積 1,109例重症病例，光是2月最後1星期即增加 338 位重症患者，當時已有84名民眾不幸死亡。

(四)醫學中心於春節期間之急診人次，因多數診所休診，農曆正月初二（2月9日，星期二）時達約12,448人次最高，較104年初二（2月20日，星期五）約6,600人次、103年初二（2月1日，星期六）約9,700人次明顯增加，且105年初三（2月10日，星期三）、初一（2月8日，星期一）之急診亦分別達11,262人次、11,180人次。迄2月15日連續假期結束、正常上班後，每日急診流感人次才逐漸回復至春節前之狀況約2,500至3,000人次，但仍有急診壅塞甚至發生無葉克膜可用情形。至於各醫學中心105年2月之急診人次（如附表1、附圖1）及與去年同期相較，變化情形如下（104年之春節假期為當年2月18日【星期三】至23日【星期一】，計6天）：

- 1、除新光醫院成長4.42%較少外，其他醫學中心急診人次成長至少均超過12%，其中國泰醫院增加20.66%、臺北榮總20.94%、林口長庚21.32%、臺中榮總23.34%、中國附醫25.50%、高雄醫大26.09%、高雄榮總30.55%、高雄長庚更增加32.71%。
- 2、林口長庚每日平均急診人次由104年之682人增為799人，增加117人；高雄長庚381人增為488人，增加107人；中國附醫484人增為586人，增加102

人；臺北馬偕578人增為648人，增加70人；高雄榮總271人增為342人，增加71人；高雄醫大305人增為371人，增加66人。

- 3、最高峰出現在2月8-14日間，多數醫學中心急診人次以2月9日（初二）時最高，林口長庚於2月8-11日，分別為1,198、1,361、1,329及1,101人次，連續4天超過千人；臺北馬偕2月8-10日，分別為1,090、1,120及1,056人次，連續3天超過千人；中國附醫在初二當天亦達1,081人。
- 4、各醫學中心2月7日至14日之急診量均大於105年2月之平均人次，臺大醫院當月每日急診平均373人次，2月9日初二更達649人次；臺中榮總平均238人次，初二為410人次；高雄長庚平均489人次，初二達923人次、初三為797人次、初一為759人次。

(五)醫學中心急診壅塞之原因，與急診人次或等候病床病患數顯著增加有關。春節期間，本係心血管疾病、腦中風、慢性阻塞性肺病、甚至腸胃疾病好發時節，加上流感病患紛至醫學中心急診室求診，有限之醫師、護理人員人力及醫療儀器量能，絕難於短期間因應急診人次快速增加；另病患需住院或入住加護病房，但院內已無病床可供使用，病患只能留在急診室等候病床，後到之病患，甚至尚需等待推床；加上等候急診及病床之人數眾多，而急診室空間不足，急診即可能發生壅塞現象。本案為調查春節前後醫院病患等待加護病床情形，經函衛福部提供自105年2月6日起急診待床之人數資料，惟該部無法提供資料。但該部於3月3日至31日間曾請各衛生局通報轄內重度級急救責任醫院等待加護病床之人數資料（如附表2、附圖2），顯示在3月上旬

時，每日等待加護病床人數均在60人以上，其中3月4日及7日衛福部雖已介入加護病床之調度，卻仍分別有91人及99人等待加護病床，且3月6日當天即有15人因流感重症等待加護病床救治，可見3月上旬時重度級急救醫院能提供之加護病房等醫療照護支援不足。況衛福部雖無法提供105年2月中下旬等待加護病房人數資料，但當時流感重症病例處高峰期，且衛福部尚未啟動應變醫院機制協助對輕重症病患進行分流，等待加護病床情形恐更為嚴重。惟衛福部於3月3日始指定33家流感應變醫院，每日於監測轄區醫學中心加護病床待床數大於5床時，啟動流感應變醫院機制，由相關衛生局通知轄區流感應變醫院接收轉診病患，協助醫學中心加護病房待床民眾快速轉診。

(六) 疾管署周署長志浩於本院接受詢問時表示，原本即預測流感病例數在春節期間將達最高峰，之後即會呈現持續下降趨勢，但今年與往年疫情相較，疫情下降速度較緩慢等語；另據衛福部醫事司石司長○○說明以：今年春節期間流感病例數與往年相較，未有明顯增加，但疫情流行期間較往年長，過去在春節後1星期，流感病例會慢慢減少，但今年流行期間較長，且到2月下旬時，流感重症病患又較往年多，當重症病患開始明顯增加時，就造成對加護病床之需求增加，惟往年均係經由醫院內部機制進行床位調度，故衛福部較缺乏加護病房床位的調度機制之監測等語。

(七) 105年2月之流感疫情及重症病例達高峰之時點，符合疾管署先前之預測，足供衛福部在高峰期前，評估流感與其他病症同時發生對醫療資源造成之負荷，並依流感疫情高峰期應變作戰計畫及季節性流

感防治工作手冊，適時協助醫院調整急重症醫療人力，調度病床、葉克膜、藥物等。惟衛福部於105年春節前後，僅循往年作法函各衛生局督促轄內醫院啟動假日類流感特別門診開設機制，但開設特別門診機制在春節期間卻未達到病患分流至門診就醫之效果，各醫學中心急診人次仍顯著增加；復因流感併發重症病患數多於往年，造成對重度級急救責任醫院加護病床之需求增加，詎衛福部忽視跨院醫療資源調度之重要性，僅賴醫院自行透過院內機制協調加護病床，因此在105年2月下旬流感重症病例出現高峰時期，重度級急救責任醫院之急診病患待床人數及期間增加，甚至因無法入住而滯留急診室。迨衛福部於3月3日啟動流感應變醫院機制後，始漸獲得紓緩。

- (八)綜上所述，衛福部對於流感疫情之嚴峻程度缺乏警覺性，疏忽春節假期長達9日，民眾又會返鄉過年，群聚感染機率提升，加以氣候多變，國人又有春節期間儘可能不就醫之禁忌，恐將使重症病例增加，且衛福部對疾管署評估結果未予重視，因此於105年2月流感疫情及重症病患高峰期間前，對於年年發生之流感疫情雖有防疫措施之規劃，卻僅按例行常規發函各衛生局，而未確實評估流感與其他病症同時發生對醫療資源造成之負荷，並對醫療資源是否充足進行有效監測，亦未於重度級急救責任醫院醫療量能不足應付疫情高峰時，適時介入並啟動應變機制，故未能有效將急診部門之類流感病患進行輕重症分流，並使部分緊急需要加護病房收治之民眾滯留於急診室，顯見衛福部於流感高峰期之應變作為流於形式，啟動調度時機亦有貽誤，錯失對醫療資源及早規劃調度之時機，致流感疫情爆發壅塞各

大醫院急診室，應確實檢討改進。

二、衛福部建置之「緊急醫療資訊管理系統(EMS)」及「全國重度級急救責任醫院急診即時資訊」，無法有效作為病患或醫院選擇急診或轉診之運用；另公布加護病床空床數之資訊過於簡化且不明確，凸顯對於加護病床等後勤支援之盤點粗率；又疫情資訊與急重症醫療資源量能資訊分散，未能有效整合，難以對醫療資源進行預警及調控，均應檢討改進：

- (一)衛福部自92年起透過緊急醫療資訊管理系統（或稱EMS）掌握全國加護病房空床資訊，該部區域應變中心(REMOC)亦每日24小時監測轄區內醫院急診量，蒐集每日加護病房空床數、重度級急救責任醫院急診求診狀況等緊急醫療資源與評估醫療需求。各醫療機構均可於EMS系統查詢各醫院、各專科加護病房之空床數，作為病患轉診後送醫院之參考。
- (二)衛福部於103年1月1日起，要求全國重度級急救責任醫院公布「是否已向119通報滿床(載)」、「等待看診人數」、「等待推床人數」、「等待住院人數」及「等待加護病床人數」等急診即時資訊，並請各衛生局輔導所轄重度級急救責任醫院於急診室出入口明顯處及醫院網頁公布前開5項即時資訊，該急診即時資訊亦已與各衛生局及衛福部「全國重度級急救責任醫院急診即時訊息」網頁連結，以供民眾查詢參考。
- (三)衛福部於105年2月流感疫情流行期間發布相關新聞稿時，同步公布全國加護病房空床數，2月28日發布之新聞稿公布截至當日上午9時EMS之統計資料，全國加護病房空床有1,010床，包括：臺北區297床、北區124床、中區229床、南區132床、高屏區

177床、東區61床；2月29日公布空床減少61床，有949床；3月1日公布空床增加52床，有1,001床。且衛福部表示上開加護病房之床位，包括不同科別之空床，彼此可適度調整，在新聞稿資訊上無法完整呈現，但醫院使用時可視需要調度。

(四) 惟查：

- 1、各醫院急診室要將病患轉診至其他醫院加護病房，雖可經由衛福部全球資訊網入口進入查詢，但進入網頁後需再逐一點選並進入各醫院網頁，始能分別查詢到各醫院之即時急診資訊。在緊急狀況下，仍需花費若干時間，查詢作業不便民。
- 2、重度級急救責任醫院急診即時訊息僅提供各醫院連結，訊息未經統整，且無人監控，查閱不便，加護病房亦無分科，無法呈現實際狀況。
- 3、EMS所提供之各醫院加護病房空床數，係由各醫院系統上傳，為動態資訊，隨時會有變化，雖可作為病患就醫與轉診之參考，但無法得知所呈現之空床數實際使用之狀況，各衛生局調度或各醫院轉診前仍須事先聯繫病患病況，並去電呈現有空床位之醫院，詢問病床預約、醫療人力等配合條件。
- 4、國內加護病房床數約7千餘床，衛福部每日均統計各區、各類加護病房空床數等項目。105年2、3月流感流行期間於發布新聞稿時附帶公布全部及各區加護病房空床數，但未公開各類病床數。至於2月28日公布全國加護病房空床1,010床、2月29日949床、3月1日1,001床。惟依據衛福部醫事司石司長○○表示，扣除無法收治成人或流感的兒科、新生兒及燒燙傷加護病床，以3月2日上

午為例，可收治重度流感患者之加護病房空床數為469床，但當時的司長王○○沒有看細項資料就公布最後的合計數，過於簡化等語。

- 5、另衛福部醫事司石司長○○於本院詢問時表示，目前健保署資料庫有建置急診人次資料，但無即時資訊；疾管署有統計類流感病患通報之變化資料，卻無總數變化資料，上述急診人次及類流感重症通報資料之變化情形，會影響急診之壅塞及量能，但現分散在不同資料庫等語。
- 6、此次流感併發重症而真正需要入住加護病房之病人，多數為老人或具有慢性病病史之中壯年人，若要協助其等於就醫之醫院加護病房滿床無法收治時，轉診至其他醫院就醫，關鍵在於需建立其對於其他醫院救護能力之信心。若病人對其他醫院無信心，不同意轉診，病床調度效果有限。

(五)綜上，衛福部建置之EMS系統及全國重度級急救責任醫院急診即時資訊，所提供之資訊與各醫院加護病房之即時動態有所落差，在緊急狀況下仍無法透過簡易之查詢功能迅速獲得所在或臨近地區符合條件、且有可運用床位之醫院及空床數等已統整之資訊，而需耗費若干時間逐一去電系統上呈現有空床之醫院查詢，未符民眾之緊急醫療需求；加以衛福部在流感高峰期間之105年2月，原先未協助或督導各醫院加護病房之調控，均使得EMS及全國重度級急救責任醫院急診即時資訊無法有效作為病患或醫院選擇急診或轉診之運用；另衛福部公布流感疫情流行期間加護病床空床數之資訊過於簡化且不明確，未能完整公開可收治重症流感病患之加護病房床數，亦未能公布有空床之醫院之醫師、護理

人員及相關設備之量能是否得以收治流感重症病患，故前述資訊對於加護病床調度運用之效果有限，更凸顯衛福部對於傳染病流行期間可運用加護病床數等後勤支援之盤點能力不足及盤點結果粗率；又目前可運用於疫情緊急應變之相關資料，分散於健保署、衛福部醫事司及疾管署，相關即時及定期資料未能統整運用於醫療資源之調控，使105年2月之流感疫情資訊與急重症醫療資源量能資訊分散，未能有效整合，難以對醫療資源進行預警及調控，均應檢討改進。

三、衛福部現行之緊急醫療應變機制，對於大規模突發疾病爆發有必要進行院際間加護病床調度時，僅將區域應變中心（REMOC）作為蒐集資訊之平台，對發揮協助醫院緊急應變功能不足；且對輕症病患轉診等涉及病人就醫權益事項之處理機制未盡妥切，應予檢討改進：

- （一）按緊急醫療救護法第9條規定，衛福部應依緊急醫療救護區域協調指揮體系，委託醫療機構於各區域內組成區域應變中心（REMOC），辦理下列業務：「一、即時監控區域內災害有關緊急醫療之事件。二、即時掌握區域內緊急醫療資訊及資源狀況。……六、跨直轄市、縣（市）之災害發生時，協助中央衛生主管機關調度區域內緊急醫療資源，進行應變工作。七、協助中央衛生主管機關指揮區域內急救責任醫院派遣相關人員，協助處理大量緊急傷病患。八、其他有關區域緊急醫療災害應變事項」。衛福部已設置臺北、北區、中區、南區、高屏及東區6個REMOC，委託醫學中心負責蒐集災情、緊急醫療資源與評估醫療需求，協助醫療支援調度及相關醫療資源整合彙整及溝通等事項，為重要之傷情資訊

收集據點，另發生跨直轄市、縣（市）之災害、或發生大量緊急傷病患，亦協助調度區域內緊急醫療資源，進行應變工作。

- (二)查衛福部於春節前之2月5日函請6區REMOC加強監控與資料蒐集；2月25日再邀集6區REMOC執行長召開會議，討論急重症醫療現況與改善方式，並於次（26）日通知各區REMOC於228連假期間加強注意各大醫院急診及加護病房收治情形，如有壅塞或停止收病患等特殊狀況，務必立即回報衛福部。即衛福部於105年2月流感高峰期間，仍將REMOC定位為傷情資訊收集據點，未賦予進行應變之權限，REMOC自無法依事件程度，於必要時介入區域內、甚至跨區醫療資源之調度，或進行緊急後送。
- (三)依據衛福部答復：醫療法、緊急醫療救護法相關規定，並未賦予衛福部統一調度醫院病床之權力³。即使本（105）年流感疫情蔓延，民眾就醫需求遽增，造成部分醫學中心之急診壅塞，衛福部雖指定流感應變醫院，以利病患分級分流就診，但仍無法源在未經醫院同意下調度病床，或強制病患轉診。惟衛福部於疫情稍歇後，因考量民眾普遍轉診意願不高，爰於105年3月15日及30日召開專家會議研商修正醫療法及緊急醫療救護法，將病患轉診強制性規定法制化之可行性。然強制輕症病患轉診，涉及病患就醫權益，且影響層面甚廣，尚需審慎研議等語。
- (四)本案諮詢專家表示，衛福部建置之系統無法掌握各科別加護病房即時狀況，並讓第一線急重症醫護人

³ 僅醫療法第27條規定於重大災害發生時，醫療機構應遵從主管機關指揮、派遣，提供醫療服務及協助辦理公共衛生，不得規避、妨礙或拒絕。另，災防法第31條第1項第5款規定各級政府成立災害應變中心後，指揮官於災害應變範圍內，得徵用、徵購民間搜救犬、救災機具、車輛、船舶或航空器等裝備、土地、水權、建築物、工作物。

員快速知悉，造成重症病患轉診的困難，常需花費許多時間逐家詢問醫院有無空床，沒有效率。惟衛福部醫事司石司長○○於本院詢問時表示：過去REMOC沒辦法調度地方的病床，目前規劃要把6個REMOC轉移到6都，附屬於衛生局，具有區域醫療資源調度的權力，另外於中央成立戰情中心負責資料的分析、解讀及應變作為決策的提供等語。

(五) 衛福部於105年3月3日啟動流感應變醫院機制後，所屬醫院於次(4)日即接受各壅塞醫院轉診之流感重症個案計14人，分別為嘉義醫院收治嘉義基督教醫院4人、聖馬爾定醫院1人、新樓醫院1人；臺南醫院收治成大醫院轉診病患7人；屏東醫院收治安泰醫院轉診病患1人；3月6日成大醫院轉診2人至柳營奇美醫院與臺南新樓醫院，高雄長庚轉診1人至國軍高雄總醫院。可見在流感併發重症高峰期間，即使醫療法及緊急醫療救護法未賦予衛福部統一調度醫院病床之權力，但透過衛福部與各衛生局考量醫院收治現況及病患轉診意願後，啟動應變機制，亦能達到加護病床調度之效果。

(六) 在平常時期，中重度急救責任醫院得依醫院內部床位調度機制調度病床，或依病患轉院機制將緊急傷病患轉診，且應建立緊急傷病患或大量傷病患事故之人力、設備或設施調度原則之機制。因此，醫護人員於一般時期，若行有餘力，或可逐一與各醫院聯繫確認其他醫院加護病房有無再收治病患之量能。但今年流感疫情高峰期間，急診室出現大量病患，醫護人員及院內加護病房量能已無法透過院內機制調控，在緊急情況下，尚需逐一去電其他醫院確認病床，恐不利於醫院之緊急救護。惟應作為緊急醫療應變之REMOC，係委託醫療機構設置執行，

非行政機關，被定位為蒐集訊息供決策之幕僚機構，不具公權力，故105年2月流感疫情高峰期間，REMOC僅係作為衛福部蒐集資訊之平台，未協助加護病床之調度；又當時國內中、重度急救責任醫院之加護病房空床數尚能因應流感重症病患之需求，但因病患集中於重度級急救責任醫院，需透過輕重症分流機制由應變醫院接受轉診病患，方能紓緩重度級急救責任醫院急診病患等候加護病床而連帶使急診壅塞之狀況，不過仍需病患同意轉診，方能為之。

(七)綜上，衛福部現行之緊急醫療應變機制，對於大規模突發疾病爆發有必要進行院際間加護病床調度時，將REMOC作為蒐集資訊之平台，對發揮協助醫院緊急應變功能不足；且對輕症病患轉診等涉及病人就醫權益事項之處理機制未盡妥切，在疫情高峰期時又未能適時對於加護病床進行跨院際之調度及整合，故國內醫院加護病房空床數尚能因應流感重症病患住院之需求，但因病患集中，致重度級急救責任急診室人滿為患，加護病床一床難求，衛福部應確實檢討改進。

四、衛福部對於部分鄉鎮僅有衛生所，無其他西醫基層診所，以及部分鄉鎮在星期日無西醫基層診所開診等情況，允應協助並健全該等鄉鎮之基層醫療服務制度；另對於連續假期或星期日國內多數基層診所休診期間，病患仍需就診，亦應研議提供簡易、便利之查詢工具，供民眾選擇就醫院所時運用：

(一)依據衛福部提供資料，基層診所105年2、3月類流感門診各約365,335人次及412,628人次，已分攤一定之類流感初級照護門診人次。惟在春節連續假期多數基層診所休診期間，醫學中心於105年2月份急診

人次發生下列情形：

- 1、最高峰出現在2月8-14日間，多數醫學中心急診人次以2月9日（初二）時最高，林口長庚於2月8-11日，分別為1,198、1,361、1,329及1,101人次，連續4天超過千人；臺北馬偕2月8-10日，分別為1,090、1,120及1,056人次，連續3天超過千人；中國附醫在2月9日當天亦達1,081人。
 - 2、2月15日起，各醫學中心急診人次均呈現大幅度下降，但2月21日星期日之急診人次，相對於平日或星期六，則明顯增加。
 - 3、急診人次之另一高峰出現在2月28日，當日為星期日，林口長庚為907人次、臺北馬偕742人次、中國附醫689人次，但急診人次低於春節假期期間。
 - 4、各醫學中心2月7日至14日之急診量均大於105年2月之平均人次，以平時急診即常擁擠之醫學中心為例，臺大醫院當月每日急診平均373人次，2月9日初二達649人次；林口長庚每日平均799人次，初二為1,120人次、初一為1,090人次、初三為1,056人次；臺中榮總平均238人次，初二為410人次；高雄長庚平均489人次，初二達923人次、初三為797人次、初一為759人次。
- (二) 依據衛福部提供資料，國內基層院所105年1-3月假日開診率，週六約為83%，週日約為25%；1-3月星期六之開診率各為79.33%、83.66%及86.63%，星期日之開診率各為22.09%、32.12%及21.40%，即全國約10,250家之基層診所，1至3月之星期日各有2,845家、4,465家及2,581家看診。另春節期間（2月8-14日）當週之開診率則約為34%，但其他週西醫基層診所之開診率則介於82.78%至85.85%間。

(三)按衛福部提供健保特約西醫基層診所104年12月之家數資料，本島地區當地僅有衛生所，而無其他西醫基層診所之鄉鎮，除屏東縣牡丹鄉、霧臺鄉衛生所已執行山地離島地區醫給付效益提升計畫，能提供門、急診及夜間醫療服務；嘉義縣大埔鄉衛生所提供假日醫療服務；高雄市桃源區及茂林區涵蓋於高雄市山地區醫療給付益提升計畫，提供24小時急診及夜間門診服務外，其他包括新北市石碇區、坪林區、新竹縣峨眉鄉、橫山鄉、苗栗縣獅潭鄉、臺南市龍崎區、高雄市田寮區、花蓮縣富里鄉⁴、豐濱鄉、台東縣延平鄉、海端鄉、達仁鄉等，當地僅有衛生所，而無其他西醫診所，一旦夜間或假日休診，民眾只能至鄰近鄉鎮之醫療院所就醫。

(四)據衛福部醫事司石司長○○於本院詢問時表示：初二為流感疫情最高峰，一方面可能是除夕或初一時，民眾已生病但不去就醫，另一方面醫療院所門診開始看診與否，影響亦大。今年春節假期期間，一般診所最早於初三開始看診，較晚的則在年初六開始。所以流感就診之高峰與往年類似，出現在初二，但因今年假期稍長，初三、初四開診後，又因診所於初六時假日休診，所以又出現一個高峰。而急診病人可區分兩類，一類是真正有急診需求者，檢傷分類一、二級之病人屬之；另一類是因門診未看診而至急診就醫，例如檢傷分類四、五級之急診病患，是可以在門診處理的等語。另據健保署醫管組龐組長一鳴於詢問時稱：若遇到4天以上的連假，健保署都會與醫師公會合作，統計連假期間開診之診所並將名單上網公告，今年春節、清明節連假皆有實施等語，又表示健保署已推出「全民健保

⁴ 查詢健保署健保特約醫事機構，富里鄉除衛生所外，另有富里診所1家西醫診所。

行動快易通」App供民眾免費下載，透過「健保便利搜」之「院所查詢」功能，查詢特約醫院所在地、掛號費、服務項目、看診時段、電話等資訊參考運用，未來將推出醫療諮詢專線，民眾可查詢醫療相關需求等語。

(五)國內部分醫學中心急診室於平日即常發生病患滯留情形，連假期間或假日急診病患人次更呈現週期性增加，而急診壅塞則常發生在夜間及例假日，即基層診所及醫院門診休診(如週日、國定假日及年假)期間，常見輕症病患至醫學中心急診情形，除未能妥適運用急診醫療資源外，更可能延誤其他重症病人之救命時間，惟此與病患於假日時不清楚可到何處看門診，而將急診當成門診去看診有關。國內基層診所1-3月星期日之開診率各為22.09%、32.12%及21.40%，即星期日時多數之基層診所休診。目前在連假前，健保署會與醫師公會合作將有看診之診所名單公布於網頁上，惟僅於網頁上公布相關訊息，獲悉此資訊之民眾有限。

(六)綜上，國內西醫基層診所能力分攤一定之類流感初級照護門診人次，但因春節假期期間多數診所休診，病患乃至重度級急救責任醫院急診。且部分鄉鎮除當地衛生所外，無其他西醫基層診所，又非屬山地離島或偏鄉地區，於假日或夜間只能至鄰近鄉鎮之醫療院所就醫；部分鄉鎮在星期日無西醫基層診所開診，衛福部允應研議協助並健全該等鄉鎮之基層醫療服務制度，使當地民眾於假日或夜間亦可於所在地區獲得適切之初級照護；且對於連續假期或星期日國內多數基層診所休診期間，病患仍需就診，應研議提供簡易、便利之查詢工具，或運用村(里)長、村(里)幹事在社區直接第一線接觸民眾

之功能，更普遍、有效傳達相關醫療資訊予不使用電腦或行動裝置之民眾，以利民眾選擇就醫院所。

五、衛福部對於改善醫學中心門診擁擠所提之措施，至今實施成效不彰；且對於轉診制度之推動進程遲緩，分級醫療之目標多年來未確實達成，均應檢討改進，並強化相關措施之推動：

- (一)健保法第43條第3款暨同法細則第61條規定：保險對象應自行負擔門診或急診費用之20%，但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其30%、40%及50%，主管機關於必要時，得依各級醫療院所前1年平均門診分項費用，依所定比率，以定額方式收取。現行保險對象應自行負擔金額，由原行政院衛生署於94年6月17日公告，其中西醫急診部分負擔費用，醫學中心450元、區域醫院300元、地區醫院及基層醫療單位為150元。整體急診部分負擔占醫療費用之比率僅10.7%，至於醫學中心、區域醫院、地區醫院及西醫基層之部分負擔占率分別為11.7%、11.2%、6.8%及12.1%，低於法定比率下限之20%。
- (二)國內目前有194家急救責任醫院，緊急醫療能力分級為重度級、中度級及一般級者分別有36家、82家及76家。今年年初流感疫情高峰期間，許多病患至重度級急救責任醫院急診，致部分醫學中心急診壅塞。惟以105年2月為例，醫學中心急診類流感重症病例占率為20.13%⁵。
- (三)原衛生署於99年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務。惟103年全國醫

⁵ 衛福部說明以：「重症病例」臨床定義上較不明確，經統計醫學中心檢傷分類第1-2級類流感急診比例占率。

學中心急診病人五級檢傷分布，為一級3.47%、二級17.4%、三級64.95%、四級12.94%、五級1.24%，可知醫學中心檢傷一、二級病人約占20%⁶。

- (四) 依據衛福部之說明，該部分析急診病患來源，75%為民眾自行就醫、10%救護車後送、15%曾先就診而由其他不同醫療院所轉入，民眾就醫自由度高及至醫學中心就醫之迷思，乃為大型醫院急診壅塞之主因。另依健保署之統計，104年醫學中心之急診總計184萬4,383人次，其中41,926人次係經由轉診，僅占2.27%。
- (五) 衛福部104年起，運用醫療發展基金獎助臺大醫院、林口長庚、臺中榮總、高雄長庚等4家醫學中心，增設1至2名「急診轉診個案管理師」，負責協調並完成該院傷病患下轉事務及與配合下轉之合作基地醫院或網絡醫院進行溝通協調，讓病人在最短時間內轉診。又衛福部自104年起，就病患生活圈、就醫流向與醫院緊急醫療能力等級，將全國194家急救責任醫院規劃為14個急診轉診網絡，以重度級急救責任醫院為各網絡之基地醫院，整合網絡內中度級、一般級急救責任醫院，提供特定緊急傷病患之急診病人向上、平行、向下無縫接軌之急診轉診服務，透過此機制，105年1月協助4間急診壅塞之醫學中心356人轉診、2月則協助352人轉診。
- (六) 依據衛福部之說明，造成105年2月流感季醫學中心急診壅塞、加護病床滿床之主因為流感輕、重症未分流，此又與民眾就醫自由度高及未經轉診逕至醫學中心就醫之迷思有關。且按衛福部或健保署之統計，醫學中心急診類流感重症病例占率為20.13%，

⁶ 詳見立法院第8屆第7會期社會福利及衛生環境委員會第24次全體委員會議「如何改善急診壅塞、重症病人滯留無法於6小時內轉入加護病房、各醫學中心住院床位管控調度制度、國內急重症醫護人力短缺及關床現況」專案報告

檢傷分類一、二級病人約占20%，即多數至醫學中心急診之病患，在中度級急救責任醫院即可處理，但經由轉診而至醫學中心急診之病患，僅占2.27%。又因民眾在全民健保實施後，至醫學中心急診需自付450元僅較門診360元，多出90元，急診部分負擔之金額尚不致構成民眾至醫學中心急診之障礙。甚有部分民眾到醫學中心急診，係因對其他層級醫院之醫療品質未具信心，或不知除到醫學中心急診外，尚可至何家醫療院所獲得適切之醫療。

- (七)依據健保法第43條第3款暨同法細則第61條規定，保險對象應自行負擔急診費用之20%，但以104年急診為例，部分負擔占醫療費用之比率僅10.7%，其中醫學中心、區域醫院、地區醫院及西醫基層之部分負擔占率分別為11.7%、11.2%、6.8%及12.1%，低於法定比率下限之20%，與健保法規定不符；另國內交通便利，民眾至醫學中心急診之部分負擔尚不致構成就醫上之經濟障礙，可近性高，故至醫學中心急診者，確有為數不少之非緊急醫療需求者，惟醫院常發生急診壅塞情形之可能原因，包括：急診病人人數眾多，且多數為自行就醫；重症病人比例較高；病房占床率高，住院困難；滯留病人多數為老病人，轉院意願低；缺乏到院前分流機制等⁷，恐非端賴提高急診部分負擔即可處理，更應持續提升區域內醫院之急診能力，降低中度級醫院急診轉診（轉出）情形；另國內民眾對於就醫地點之選擇具備高度自主性，除提供便民之資訊系統供民眾選擇就醫地點外，亦應有效教育民眾及救護人員並非特

⁷詳見104年6月8日立法院第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

定醫院始具備救治能力，且應建立民眾對國內急救責任醫院救護能力之信心。但衛福部多年來對於分級醫療之建構徒留空名，未能提出具備實質內涵之具體措施，對於轉診制度之落實亦年年蹉跎，使國內應承擔急重症治療責任之醫學中心，門診日日門庭若市，近年來更常發生急診壅塞情況。為緩解急診壅塞，衛福部自104年起獎助臺大醫院、林口長庚、臺中榮總、高雄長庚等4家醫學中心增設急診轉診個案管理師，亦規劃14個急診轉診網絡，但對於急診轉診率之提升，仍未見具體明顯成效。綜上，衛福部對於改善醫學中心門診擁擠所提之措施，至今實施成效不彰；且對於轉診制度之推動進程遲緩，分級醫療之目標多年來未確實達成，均應檢討改進，並強化相關措施之推動。

六、疾管署對於我國自87年起即實施公費流感疫苗接種計畫，但迄今國人疫苗接種率約僅13%，且國內流感重症65歲以上老人接種率亦不到4成，接種率偏低之問題，應予檢討改進：

- (一)依據衛福部之說明：流感疫苗之保護力因年齡或身體狀況不同而異，平均約可達30-80%，對健康的成年人有70-90%的保護效果。對老年人則可減少50-60%的嚴重性及併發症，並可減少80%之死亡率。而施打流感疫苗之重要性係在於降低重症及死亡個案之發生，該部以本年3月底流感併發重症確定及死亡病例人數進行流感疫苗效益之評估，接種疫苗可以降低罹患流感後7-9成演變為嚴重併發症與死亡之機會。
- (二)復依季節性流感防治工作手冊之說明：施打流感疫苗為全球公認流感防治最有效之方法，衛福部傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）亦建議，於每年

流感流行季來臨前建議接種流感疫苗者包括，年滿6個月至18歲者，尤其未滿5歲幼兒為高危險群；50歲以上成人；具有慢性肺病（含氣喘）、心血管疾病、腎臟、肝臟、神經、血液或代謝疾病者（含糖尿病）免疫功能不全者；任何孕程懷孕婦女；居住於安養、養護等長期照護機構之受照顧者；肥胖者（身體質量指數body-mass index \geq 35）；醫療照顧者；與 $<$ 5歲幼兒、 \geq 50歲成人或其他流感高危險族群同住或其照顧者，尤其6個月以下嬰兒之接觸者。

(三)我國自87年起，依據ACIP建議之接種對象優先順序及每年預算等狀況訂定計畫實施對象，至104年流感疫苗接種計畫實施對象如下：

- 1、65歲以上老人、安養養護機構等對象、罕見疾病患者。
- 2、年滿6個月以上至國小六年級學童【104學年度註冊為小一至小六學童】。
- 3、醫事及衛生等單位之防疫相關人員。
- 4、禽畜養殖等相關行業工作人員、動物園工作人員及動物防疫人員。
- 5、重大傷病患者【健保IC卡具重大傷病註記或領有重大傷病證明紙卡】。
- 6、50-64歲具高風險慢性病患。
- 7、孕婦。

(四)惟104年年底至105年6月30日止，公費流感疫苗接種計畫之實施對象接種率，以機構內工作人員89.0%最高，其次為禽畜等養殖防疫相關人員87.1%，另醫事防疫人員為72.8%、國小學童為72.0%，65歲以上老人為39.6%。若計算至105年4月13日止，接種人數為307萬7,979人，以105年4月人口數2,349萬9,404人計算，接種率為13.10%。另與疾管署105年5

月訂定之「衛生福利部疾病管制署補助地方政府衛生局辦理流感疫苗接種工作計畫作業手冊」附件三-1之105年度接種率參考表相較，65歲以上老人之接種率目標為60.4%，但高危險群之65歲以上老人接種率不到4成，有檢討及強化空間。

(五)另依據衛福部答復說明：

- 1、105年2月流感季重症個案數及死亡數較往年增加，主要係因流行病毒型別以A型H1N1病毒為主，此型病毒是引起98年H1N1新型流感大流行的病毒株，且因最近一次H1N1流感病毒在國內發生流行係在99-100年間，在101-104年間之H1N1流感病毒流行情形低，導致可感宿主累積較多。
- 2、依據各國監視資料顯示H1N1流感病毒好發於64歲以下族群，該族群除高風險慢性病患、罕見疾病患者及重大傷病患等具有潛在疾病者外，多數不屬於近幾年季節流感疫苗接種計畫之施打對象，故多不具有H1N1流感病毒抗體。
- 3、過去流行的流感病毒大多侵襲老年人及幼童，但今（105）年流行的H1N1病毒卻主要影響的是40歲以上的民眾，特別容易讓50至64歲族群感染者演變成重症。自104年7月1日起累計共2,005例確定病例，各年齡層病例數以50-64歲為多，年齡別發生率則以65歲以上族群為高；各年齡層重症發生率為近3年來最高，並以中壯年族群上升較多，確定病例中有95.1%病患未接種流感疫苗，經審查與流感相關死亡者163人（95.1%未接種流感疫苗）。

(六)流感疫苗是全球公認預防流感最安全、有效的方法，當疫苗涵蓋率高時，可產生群體保護效應，除保護自身外，亦可保護周遭之人，故國家應編列足

夠經費擴大公費疫苗實施對象，而未納入公費疫苗實施對象之一般民眾亦儘量能自費接種疫苗。惟我國自87年起即實施公費流感疫苗接種計畫，但迄今國人疫苗接種率約僅13%，且國內流感重症65歲以上老人個案持續增加且多數都具有慢性疾病，該族群流感疫苗接種率亦不到4成，接種率偏低，而104-105年流感季之重症病例亦有95.1%以上未接種流感疫苗；另流感併發重症或死亡之中壯年病人，雖多數為高風險慢性病患，然非高風險性之流感病人亦有併發重症之風險，若過分強調慢性病患之風險，恐將誤導一般民眾輕忽流感之威脅，甚至成為民眾不接種流感疫苗之理由，爰疾管署對於上開現象，應予檢討改進。

七、疾管署對於公費抗病毒藥劑配置點不足地區，應加強輔導並鼓勵基層院所加入抗病毒藥劑合約院所；且應將公費流感抗病毒藥劑及其合約配置點之相關資訊，透過多元管道宣導，使民眾易於取得相關資訊，以作為選擇基層診所就醫之參考：

(一) 流感抗病毒藥劑為因應流感大流行之重要策略，可治療或預防流感，且流感大流行初期，疫苗恐尚未量產完成，因此以流感抗病毒藥劑作為介入，以延緩疫情之爆發。公費流感抗病毒藥劑係配置於全國約3,200家合約醫療機構，涵蓋醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所及衛生所，民眾至合約醫療機構就醫，凡經醫師診察研判符合公費藥劑使用條件者，醫師即可開立公費藥劑予病人使用。另衛福部為因應流感疫情高峰期之防治需求，擴大公費藥劑使用條件，增加「高燒持續48小時之類流感患者」及「家人/同事/同班同學有類流感發病者」為公費藥劑適用對象，並於105年3月11日起將適用對

象「高燒持續48小時之類流感患者」修正為「出現發燒等症狀之類流感患者」。

- (二)目前流感抗病毒藥劑未納入健保常態給付項目，疾管署係透過各衛生局將公費抗病毒藥劑配送於合約配置點，故民眾若於非合約配置點就醫或非屬公費流感抗病毒藥劑使用對象之輕症患者，須由民眾自行負擔藥費。民眾如欲前往「合約配置點」就醫，可洽詢各衛生局或上網查詢，且診所若非屬公費藥劑合約醫療機構，請轉介病患至合約醫療機構就醫，俾利民眾取得公費流感抗病毒藥劑。
- (三)以花蓮縣為例，轄內有13鄉鎮市，105年合約配置點有56家，其中衛生所11家、醫院10家、基層診所35家，花蓮市及豐濱鄉境內有醫院為配置點，而富里鄉、新城鄉、瑞穗鄉、萬榮鄉除衛生所為配置點外，前述鄉、市轄內其他基層診所均非配置點，春節期間因衛生所未開業，基層診所又非流感抗病毒藥劑之配置點，當地民眾取得公費流感抗病毒藥劑之可近性即受到限制；再以彰化縣為例，於春節長假前已調查及協調轄區合約機構服務據點看診情形，該縣8大生活區於春節期間每日至少有1家合約機構看診，惟查該縣二水鄉、大村鄉、永靖鄉、田尾鄉、芳苑鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、福興鄉、線西鄉合約配置點僅有當地少數之基層診所或衛生所，各診所在初一至初三全數休診，前述地區之民眾於該期間內若要獲得公費流感抗病毒藥劑治療，恐需至醫院急診。
- (四)目前公費流感抗病毒藥劑係配置於全國約3,200家合約醫療機構，涵蓋國內所有醫院及部分基層診所，醫院部分，全數可提供公費流感抗病毒藥劑，多數診所則未配置，配置比率有待提升，或雖有配置，但春節假期初一至初三期間未看診，凡此均可

能成為病患捨基層診所而至醫院就醫之可能原因，疾管署對於公費抗病毒藥劑配置點不足地區，應加強輔導並鼓勵基層院所加入抗病毒藥劑合約院所。疾管署及各縣市衛生局雖已將合約配置點公布於網頁，但民眾因流感就醫前，未必會查詢所在地最近之合約配置點，若僅於網頁上公布相關訊息，獲悉此資訊之民眾有限，爰疾管署應將公費流感抗病毒藥劑及其合約配置點之相關資訊，透過多元管道宣導，使民眾易於取得相關資訊，以作為選擇基層診所就醫之參考。

調查委員：尹祚芊

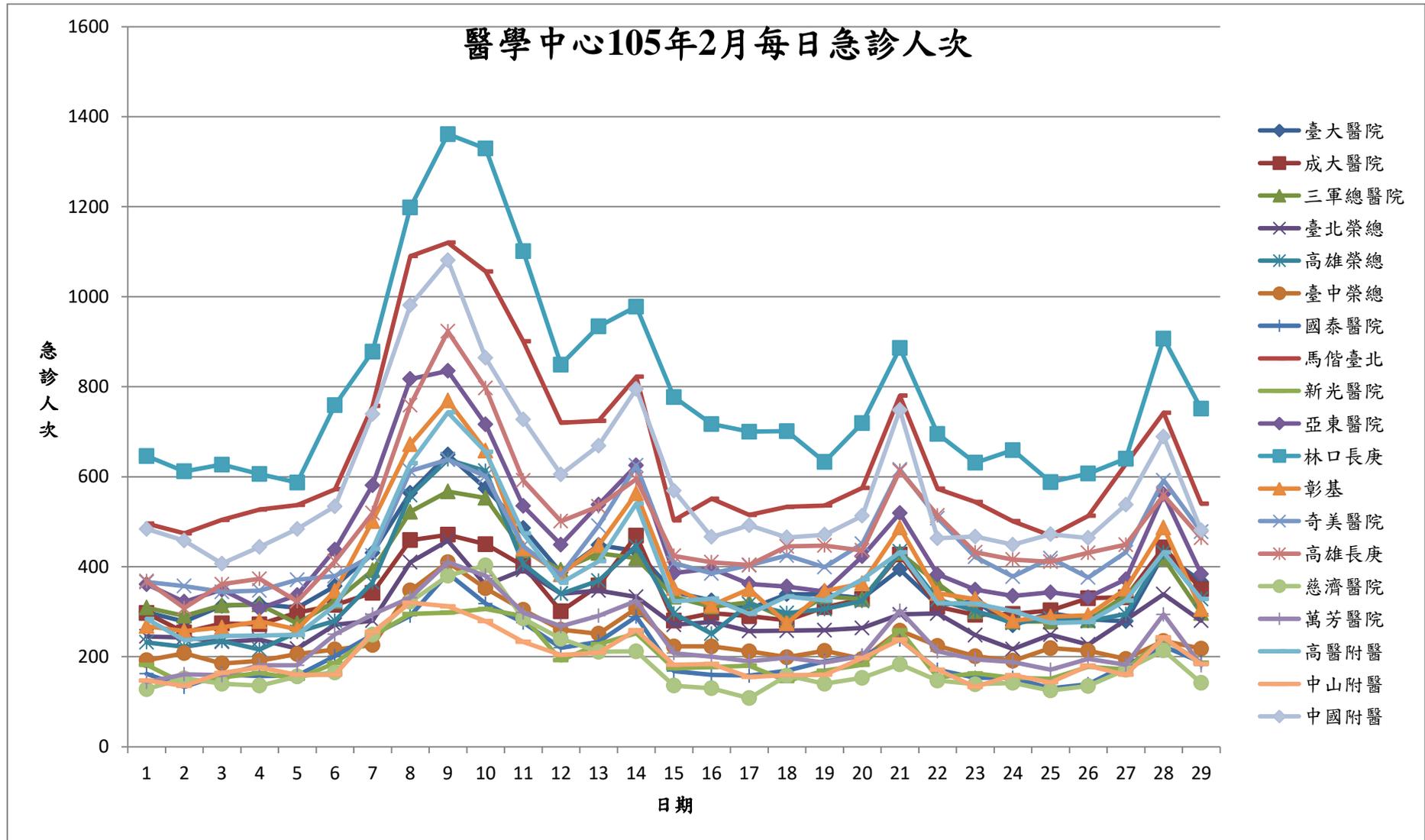
蔡培村

附表1 醫學中心105年2月每日急診人次

單位：人次

日期	臺大醫院	成大醫院	三軍總醫院	臺北榮總	高雄榮總	臺中榮總	國泰醫院	臺北馬偕	新光醫院	亞東醫院	林口長庚	彰基醫院	奇美醫院	高雄長庚	慈濟醫院	萬芳醫院	高醫附醫	中山附醫	中國附醫
1	299	297	309	245	232	192	162	496	182	361	646	268	366	368	128	144	284	147	484
2	278	254	291	243	222	208	133	474	140	322	612	257	357	308	152	161	237	135	458
3	313	274	314	233	235	185	161	504	154	349	627	265	344	361	140	159	246	164	407
4	317	272	316	238	216	191	157	527	164	307	606	279	347	373	136	181	247	176	444
5	309	298	274	218	255	206	158	537	151	337	587	261	371	323	156	181	249	160	484
6	357	315	323	271	280	216	201	572	186	438	759	346	379	412	165	250	314	160	534
7	431	342	392	280	365	226	249	757	246	581	878	501	425	519	249	294	440	255	739
8	564	459	522	410	559	347	291	1,090	295	817	1,198	672	613	759	322	331	630	320	981
9	649	471	567	458	638	410	385	1,120	298	835	1,361	769	638	923	380	410	743	312	1,081
10	574	450	553	359	613	352	318	1,056	306	716	1,329	658	601	797	403	380	655	279	864
11	486	402	436	393	406	304	276	901	290	535	1,101	440	446	592	285	298	474	233	727
12	387	301	393	340	340	260	220	720	192	449	849	383	382	501	240	268	364	204	605
13	448	358	430	347	369	251	233	724	228	538	934	447	491	534	211	291	412	209	669
14	435	469	419	333	445	307	289	822	252	625	978	563	625	595	212	324	540	259	795
15	343	280	333	271	296	223	168	503	174	386	777	352	408	424	136	208	323	182	569
16	325	297	311	277	251	223	160	551	177	396	717	314	385	410	130	200	329	184	466
17	306	290	321	257	317	212	158	515	180	362	700	350	403	404	108	190	295	155	492
18	339	281	284	258	297	199	169	533	146	356	701	274	425	445	158	198	334	159	465
19	339	310	334	259	306	213	190	536	169	345	633	346	399	447	140	187	325	160	471
20	330	328	328	264	324	195	202	575	182	423	719	363	451	436	153	202	372	197	513
21	394	427	431	294	434	258	238	780	259	519	886	487	616	613	183	302	432	238	748
22	315	311	363	296	327	224	171	573	154	383	695	341	508	514	147	212	319	171	463
23	323	293	301	248	302	201	153	544	163	349	631	328	422	432	139	194	318	133	467
24	270	295	278	217	275	191	153	501	153	335	659	280	378	416	142	188	301	159	449
25	297	303	278	249	285	219	130	469	151	343	588	289	419	411	125	171	275	143	472
26	283	330	281	227	279	213	139	513	178	332	607	292	376	431	135	195	277	180	464
27	279	332	336	282	295	195	181	628	172	372	640	351	432	449	171	182	325	160	538
28	428	443	419	339	432	235	223	742	240	561	907	487	592	559	214	294	432	243	689
29	367	350	297	280	328	218	188	540	187	384	751	306	478	464	142	181	328	184	481

附圖1 醫學中心105年2月每日急診人次



附表2 重度級急救責任醫院105年3月每日等待加護病床人數

單位：人

日期	等待加病人數	流感等加病人數	等待住院人數	日期	等待加病人數	流感等加病人數	等待住院人數
0303	84	0	1,202	0318	43	0	1,013
0304	91	0	1,467	0319	37	2	1,112
0305	65	7	1,202	0320	32	0	836
0306	63	15	1,467	0321	60	3	1,149
0307	99	5	1,469	0322	54	1	1,162
0308	80	7	1,495	0323	58	2	1,137
0309	69	5	1,424	0324	40	4	1,132
0310	64	3	1,335	0325	43	3	1,135
0311	45	2	1,218	0326	21	0	1,059
0312	44	4	969	0327	36	0	670
0313	47	4	817	0328	59	1	1,054
0314	73	2	1,116	0329	51	1	1,142
0315	57	2	1,137	0330	64	1	1,236
0316	54	4	1,079	0331	47	0	1,241
0317	45	1	1,112				