

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署、台北市政府。

貳、案由：為台北市立聯合醫院仁愛院區之醫師未落實執行急診會診規定致發生重大醫療轉診處理不當事件；台北市政府衛生局災難應變指揮中心之標準作業程序有欠週妥，實務運作尚有瑕疵；又該局稽核市立醫院登錄資料不實，且台北市政府對於所屬機構之調查能力、危機處理機制未臻完善；而行政院衛生署對於急重症病床之通報及聯繫，未能積極任事，迄未建置全國性轉診通報及處理體系等，洵有違失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

台北市 4 歲女童邱○○（下稱邱童），因遭家暴導致嚴重顱內出血，於民國（下同）94 年 1 月 10 日凌晨 1 時 55 分由 119 救護車送入台北市立聯合醫院仁愛院區（下稱仁愛醫院）急診室救治，惟該院以加護病床已滿床，經該院及台北市政府衛生局（下稱衛生局）災難應變指揮中心（Emergency Operations Center；簡稱 EOC）遍尋北部各大醫院一床難求，最後轉至 140 公里以外之台中縣梧棲童綜合醫院緊急開刀治療不治，於 94 年 1 月 23 日死亡，鑑於大台北地區整體醫療資源豐沛，竟然發生此一跨區轉診事件，舉國為之震驚。案經本院調查委員自動調查，並實地赴仁愛院區現場履勘，諮詢台灣顱底外科醫學會理事長即台大神經外科教授杜永光、台大急診部主任陳文鍾及台灣神經外科醫學會理事長黃俊一等 3 位醫療專家之專業意見；並約詢台北市長馬英九、副市長葉金川、衛生局長張珩、台北市立聯合醫院（

下稱市醫) 副院長吳振龍、市醫仁愛院區主治醫師劉奇樺、住院總醫師林致男、急診室主任李彬州暨行政院衛生署(下稱衛生署) 署長陳建仁、中央健康保險局(下稱健保局) 總經理劉見祥等人釐清案情，茲經調查竣事，爰將台北市政府、行政院衛生署所涉違失部分臚列如次：

一、台北市立聯合醫院仁愛院區之醫師未落實執行急診會診規定致發生重大醫療轉診處理不當事件、新生兒加護病房病床登錄不正確、病歷補填管理鬆散等缺失，肇致醫療作業流程之嚴重疏失，該院督導醫療與行政業務不周，顯有違失。

(一)仁愛院區 91 年全年度急診會診共 1,479 件，平均等候時間為 17 分，逾時 30 分鐘次數為 162 次；92 年全年度急診會診共 1,200 件，平均等候時間為 13 分，逾時 30 分鐘次數為 75 次。93 年度 1 月份急診會診共 125 件，平均等候時間為 6 分。惟自 93 年 2 月份起，由於電腦系統更換為大同系統，無法提供該項功能，吳振龍迄未促請資訊部門重新建置此項功能，足見吳振龍對於該院急診會診之管理鬆散，查核不周，顯有違失。

(二)林致男與劉奇樺醫師未依急診會診相關規定辦理，率爾決定轉診嚴重顱內出血病患邱童，殊有未當。按完整之醫療流程，應包括必要之會診工作，本案急診醫師雖已執行緊急醫療處置，惟神經外科專科醫師未會診，林致男、劉奇樺醫師亦未盡力積極調度病床，且於急診科主任提出可在急診加護病房增加 1 床時，亦未到急診室瞭解加床之可行性，林致男、劉奇樺即以院內無神經外科加護病床，無法提供手術之後續照護，且未先調整院內病床，便決定建議轉院，顯示該院對急診會診及調床制度均未落

實。

(三)該院於衛生署「緊急醫療管理系統」中「責任醫院加護病床空床通報維護」項下進行相關加護病床數之登錄，由於該院原始登錄設定為小兒加護病房 4 床，致護理人員於登載時亦無疑予以輸入，導致 EOC 之急救責任醫院加護病床空床數清冊上呈現有 4 床小兒加護病房病床，而與實際所有之新生兒加護病房 4 床（病床設於嬰兒室內，係為專門收治早產兒呼吸窘迫症、新生兒敗血症、新生兒腦膜炎、新生兒痙攣、嚴重之新生兒先天性心臟病…等小於 3 個月之新生兒內科病房）不符，依據 94 年 1 月 10 日凌晨 1 點至 6 點衛生署緊急醫療管理系統資料顯示，市立仁愛醫院當日通報資料為小兒加護病床空床 4 床；惟該院於嗣後說明該 4 床為新生兒加護病床誤植，經該署實地查證該 4 床確為新生兒加護病床；足見仁愛醫院對於加護病床登錄張冠李戴，卻未適時予以更正，影響緊急醫療病床調度至鉅。

(四)林致男醫師實際未到急診室會診，亦未調閱邱童頭部電腦斷層 X 光片，吳振龍為市醫仁愛院區考績委員會主席，竟未詳查事證，由考績委員輕率建議林致男依該院既定照會相關作業規定，事後補填不實之病歷，核與「台北市政府衛生局所屬市立綜合醫院病歷管理作業規定」欠符，顯見該院病歷補填管理制度之鬆散。

二、台北市立聯合醫院仁愛院區未能適切處理邱童轉診事宜，將其遠送至台中梧棲童綜合醫院之決定，顯有未當。

(一)依據緊急醫療救護法 35 條規定：「醫院對緊急傷病患應即檢視，並依其醫療能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；其無法提供適切治療時，應

先做適當處置，並協助安排轉診至適當之醫療機構或報請救護指揮中心協助。」另據醫療法第 60 條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」同法第 73 條規定：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第 60 條第 1 項規定，先予適當之急救，始可轉診。」

- (二)有關市醫仁愛院區借床及緊急或意外事件之處理原則，詢據督導仁愛院區之副院長吳振龍表示，該院區各專科均由主治醫師擔負被照會之責任，若有住院醫師擔任第 1 線之被會診醫師時，應安排主治醫師當為第 2 線支援並負醫療全責，以維持急診病患之醫療品質。各專科醫療及行政作業，由各科主任擔任負責人，處理各項緊急或意外事件。護理長則協助各醫療科處理行政作業。並在下班後，由值班護理長擔任夜間之行政總值，處理各項緊急或意外事件。
- (三)邱童於 94 年 1 月 10 日凌晨 1 時 55 分送達仁愛院區，2 時 25 分電腦斷層攝影檢查結果證實邱童為硬腦膜下腔出血，已如前述，當時市醫仁愛院區急診科主任李彬州即建議神經外科緊急手術，惟該院區之加護病房業已滿床，經渠與林醫師聯絡後，林醫師認為邱童應另覓適合醫院照顧，遂聯絡 EOC，請其協助聯絡其他醫院加護病床床位。仁愛院區急診室於凌晨 3 時 30 分已考慮在急診加護病房加床救治邱童，且 3 時 37 分與 EOC 再次聯繫時已知台北市已無病床而請求 EOC 聯繫桃竹地區醫院；EOC 於凌晨 4 時 20 分回復仁愛院區急診室時，亦告知桃竹地區亦

無病床；嗣於凌晨 4 時 27 分始確認梧棲童綜合醫院可收治。經李彬州醫師確認「梧棲童綜合醫院可以立即開刀及術後照顧、評估病患應立即手術，但台北縣市可能在 8 時前皆無加護病床、決定轉送」；遂於清晨 5 時許，在急診室護理同仁隨同照護下，以加護型救護車轉送至梧棲童綜合醫院救治。

(四)惟據台北市政府專案小組於 94 年 1 月 15 日凌晨、同(15)日晚上、翌(16)日下午 3 次調查，其調查結論略以「發生事件當時，仁愛醫院 2 處加護病房，確實無空床可供使用。惟若經協商努力調度，應可加設或挪出 1 張病床收治邱童。」茲分述如下：

- 1、仁愛院區 1 樓急診室加護病房共設有 6 床之空間，實際設置 4 床。當時全部滿床，其中尚未使用 1 個空間，如放置病床，須加裝呼吸器、監視器、顱內壓監視器等必要器材始可使用。
- 2、仁愛院區 3 樓加護病床共有內科 17 床、外科 5 床、神經外科 8 床。其中神經外科第一床病患當日上午十點預計轉床，並預計收治上午 8 時開刀之腦瘤病人使用，此病床如欲使用，必須徵商該腦瘤病人及其家屬同意暫緩開刀，始可順利挪出使用。

(五)按醫師對於病患之處置，需隨著病患病情之發展，針對其利益做最大考量，而非毫無彈性或不知變通。邱童在 1 時 55 分送達仁愛院區急診室，2 時 25 分診斷為硬腦膜下腔出血，急需開刀，仁愛院區急診室於 2 時 5 分即照會神經外科醫師林致男，林致男醫師於 4 時 10 分始與劉奇樺醫師聯繫，惟林、劉 2 位醫師均未曾親自至急診室診視，即一再建議轉院。仁愛院區在診斷出邱童病情至確認梧棲童綜合醫院有床，時隔 2 個小時，期間李彬州醫師曾建議

在急診加護病房加床，惟林致男及劉奇樺醫師未親至急診室診治邱童即以翌日有開刀而作相同之轉院建議，急診室在無床位但可加床及會診醫師未到現場可能對病患病況瞭解有限及台北縣市及桃竹均無醫院可收治之緊急情況下，仍以將邱童轉出為唯一考量，而未啟動仁愛院區之「醫療危機處理標準流程（夜間、假日）」，請值班護理長協助各醫療科處理各項緊急或意外事件，或通知部主任、副院長及院長協助解決問題，而在3小時後始將邱童遠送至台中梧棲童綜合醫院之決定。市醫仁愛院區未能適切處理邱童轉診事宜，將其遠送至台中梧棲童綜合醫院之決定，顯有未當。

三、台北市政府衛生局災難應變指揮中心之標準作業程序有欠週妥，通話內容過於草率，聯絡醫院之順序缺乏準則，實務運作尚有瑕疵，核有未當。

(一)按台北市政府衛生局災難應變指揮中心(EOC)係於92年12月15日在台北市立中興醫院以市醫補助款建置完成，該中心有專業人員24小時待命執勤，協助平日該市各醫療院所緊急傷病患轉診業務，並於該市災難事故發生時，提供醫療資訊整合作業、平衡大量傷病患所需之醫療負荷資訊，亦隨時監控該市疫情及防疫物資儲備狀況，加強該市緊急醫療應變能力，其為全國首創以醫療體系為災難應變指揮中心之首例，作為醫療機構間及消防緊急救護體系與緊急醫療網之多面向溝通資訊平台。

(二)EOC當時聯絡加護病房之詳細情形：

1、EOC值班專科護理師陸○○於94年1月10日凌晨2時45分接獲仁愛院區通報需要1張神經外科加護病床，由於當時正協助衛生署台北醫院轉出1名肺炎病患，復因該時段查詢衛生署線上通報

系統得知國泰綜合醫院尚有 1 床神經外科加護病床，爰請仁愛院區先行聯繫國泰綜合醫院。當日凌晨 3 時 37 分，EOC 再次接獲仁愛院區急診室曾○○醫師聯繫，通報內容為：病患年約 4 至 5 歲、家暴女童、經診斷為硬腦膜下出血，仁愛院區已自行聯繫台北市多家醫院，惟仍無神經外科加護病床，因急需開刀，故請 EOC 協助詢問台北市以外地區是否仍有神經外科加護病房空床可供開刀使用。

2、EOC 值班陸護理師於凌晨 3 時 37 分至 4 時 23 分間，詢問 19 家醫院，包括：中興院區、台安醫院、新竹國泰、桃園敏盛、桃園榮民醫院、新竹馬偕、中壢天晟、基隆長庚、林口長庚、和信、恩主公、楊梅天晟、國軍桃園總醫院、內湖三總、台大、忠孝院區、台北榮總、新光及梧棲童綜合醫院，僅台中梧棲童綜合醫院表示當時有神經外科加護病房空床，且可接受該家暴女童。

(三) 詢據 EOC 值班護理師陸○○，如何決定應聯絡那些醫院詢問病床及聯絡之順序，又是否知悉仁愛院區曾與那些醫院聯繫過，據表示詢問醫院之名單及順序，係依據 EOC 值班人員之經驗而定，其並未紀錄仁愛院區曾與那些醫院聯絡過。

(四) 至於台北市之急救責任醫院計 23 家，EOC 僅與中心診所醫院、西園醫院、萬芳醫院、國泰綜合醫院、台北馬偕醫院、中興院區、忠孝院區、台大醫院、三軍總醫院、台北榮民總醫院、台安醫院、新光醫院等 12 家醫院聯繫。查 EOC 於 2 時 14 分至 5 時之通話紀錄，均未與陽明院區、婦幼院區、和平院區、國軍松山醫院、台北長庚醫院、宏恩醫院、康寧醫院、振興醫院、台北醫學大學附設醫院、博仁醫

院聯繫，前開醫院在 94 年 1 月 10 日凌晨可能無病床可收治邱童，惟 EOC 之聯絡名單，若完全憑值班護理師之經驗或習慣，隨機決定與那些醫院聯繫，未與全部之台北市急救責任醫院聯繫，即直接聯繫台北縣市以外之醫院，除捨近求遠外，亦可能錯失在台北市為病患找到床位之機會。又 EOC 值班人員詢問各醫院的方式係憑其個人經驗逐家聯絡，並未慮及「其是否具神經外科專科醫師、神經外科之加護病床」，實無法達成最佳之「找床」效果。

- (五) 綜上，EOC 及緊急醫療體系過分專注於某類特定病房（小兒神經外科加護病床）之需求，詢問「空床」的方式失諸簡略草率，而讓人感覺不出傷患病情之嚴重度與緊急開刀之急迫性，因而產生聯繫方面之偏差，實有積極檢討改進之努力空間。另 EOC 與醫院聯絡之順序、名單及聯絡過程中斷線之處理，全憑值班人員之經驗，聯絡病床方式出現瑕疵，肇致台北市急重症病患遠送台中縣的跨區轉診情況，實有未當。

四、台北市政府衛生局未能確實稽核市立醫院登錄資料不符實情，顯有欠當。

- (一) 查台北市立聯合醫院於 94 年 1 月 1 日核准開業，其仁愛院區加護病床登記開放數 40 床，其中 3 樓加護病房 30 床（內科 17 床、外科 5 床、神經外科 8 床）、新生兒加護病床 4 床、急診室加護病房有 6 床空間，但因該院急診室空間及設施不理想（醫院評鑑亦希望檢討），為確保加護照護品質前提下，在 93 年 5 月份之院務會議決議急診室加護病房僅開放 4 床，故全院迄今實際開放 38 床。
- (二) 依據醫療法第 15 條規定：「醫療機構之開業，應向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請核准登記，

經發給開業執照，始得為之；其登記事項如有變更，應於事實發生之日起 30 日內辦理變更登記。」

(三)綜上，市醫仁愛院區登記開放加護病床數為 40 床，然實際開放數為 38 床，依據醫療法第 15 條之規定，應於事實發生之日起 30 日內辦理變更登記，惟仁愛院區於 93 年 5 月即經院務會議議決正式開放 4 床使用，台北市政府衛生局半年來未能確實稽核市立醫院登錄資料不符實情，顯有欠當。

五、台北市政府對於所屬機構之調查能力、危機處理機制未臻完善，亟應檢討改進。

(一)該府對所屬機構危機處理之監督，有待加強：

- 1、本案之調查，第 1 次係由仁愛院區在 94 年 1 月 11 日所作，當時認定劉奇樺醫師之疏失為「轉院作業未透過主管之奧援以尋求更適切之處理模式」。此一認定，市立聯合醫院及衛生局均未變更。
- 2、第 2 次調查係由市府成立調查小組進行，重點在於有無病床，結果仍認定「仁愛院區確無現成之空床，但需努力協調始得加床或挪床」，並未推翻第 1 次調查之認定。而第 2 次調查在報告出爐前，調查小組又適時發現林致男醫師涉嫌陳述不實與病歷登載不實。顯見仁愛院區第 1 次調查確實不夠週延，故該府應加強所屬機關之危機處理（含調查）能力，以免類似事件之發生。

(二)該府未落實多層次之督導機制，本身之危機處理方式，仍有可改進之空間：該府在第一時間雖然掌握邱小妹妹轉診之全程資訊，並對外公開，但對仁愛院區林致男、劉奇樺等兩位醫師當時之行蹤及處置瞭解不足。仁愛院區之報告對此亦未深入調查，繼而市立聯合醫院、市府衛生局亦未善盡調查職責，

喪失層層節制、逐級監督之功能，以致該府未能在第一時間對外一次說明清楚，造成外界誤會，傷害市立醫院及該府形象，亟應檢討改進。

六、行政院衛生署對於急重症病床之通報及聯繫，未能積極任事，迄未建置全國性轉診通報及處理體系，洵有違失。

- (一)詢據衛生署，對於急重症醫療所需病床之調度，是否應以公權力介入，據表示：依據緊急醫療救護法第 36 條第 1 項規定，直轄市及縣（市）衛生主管機關應依轄區內醫院之緊急醫療設備及專長，指定急救責任醫院。第 37 條第 2 款則規定急救責任醫院應「接受醫療機構間轉診之緊急傷病患」，違者應依第 44 條規定處新臺幣 5 千元以上 2 萬 5 千元以下罰鍰。因此，各地方衛生主管機關，依法即可指定並指揮急救責任醫院接受轉診病患。
- (二)復詢據衛生署，現行之法令規定是否已強制醫院公布實際之病床使用情形，據表示醫療法尚無前開規定。惟健保局為保障民眾就醫權益，已要求各醫院於明顯處，公布各類病床使用情形，包括已使用病床、空床、差額病床等資料，俾使住院保險對象了解是否仍有健保病床，故保險對象於住院時，即了解是否有空床及自付差額費用等事項，惟該資訊僅公布於個別醫院，對於急需住進病床之病患或轉診之醫院，並無實質助益。
- (三)次詢據台北市政府，如 EOC 急需病床，卻難以調度，是否可以公權力介入，據表示該府將研議強制執行以調度緊急病床之可行性，惟需符合比例原則及該當一定要件之前提下，始能依行政執行法第 36 條之規定，賦予 EOC 公權力，然其適用之必要性及可行性，尚待研議。

- (四)查台北市成立之 EOC 或衛生署按健保分局地理分布所成立之 6 個 EOC，均係依據緊急醫療救護法而成立之重大傷病及災難醫療應變機制，惟依該法第 2 條之規定，該法所稱緊急醫療救護，包含緊急傷病或大量傷病患之現場醫療處理、送醫途中之緊急救護、離島、偏遠地區重大傷病患之轉診及醫療機構之緊急醫療，故並未涵蓋急重症之緊急醫療或病床調度。
- (五)國內常見醫院急診室人滿為患，或急診病患於留觀床一待數日等待床位之情形，部分病患雖可藉由醫師間之私誼及病患或家屬之社會關係立即找到病床，但部分病患卻無法成功找到適當之床位收治，且醫院急診室醫護人員亦有反映要將病患轉診治療，卻不知轉往何處之問題，單以台北市 EOC 提供之資料，93 年度有轉院之需求數為 2,748 件，故建立全國性之急重症病床資源通報及轉診之處理機制，有其必要性。惟衛生署之緊急醫療管理系統，其通報資料每小時更新 1 次，且無法稽核醫院有無隱匿病床不報之情事，而民眾或醫院亦不能進入該系統瞭解何處有合適之病床可收治病患，健保局雖已要求各醫院公布床位資料於明顯處，但對於急重症緊急協尋病床之功能有限，現行之法令又無強制要求醫院公布實際空床數之規定，修法又曠日廢時，衛生署應儘速研議透過健保機制建置全國性轉診通報及處理體系，整合醫院提供之病床資料，要求醫院即時、透明、正確地公開病床資訊，並有效查核醫院通報資訊之真實性，以因應急重症傷患之醫療需求。

綜上所述，台北市立聯合醫院仁愛院區之醫師未落實執行急診會診規定致發生重大醫療轉診處理不當事件；台北市政府衛生局災難應變指揮中心之標準作業程序有欠週妥，實務運作尚有瑕疵；又該局稽核市立醫院登錄資料不實，且台北市政府對於所屬機構之調查能力、危機處理機制未臻完善；而行政院衛生署對於急重症病床之通報及聯繫，未能積極任事，迄未建置全國性轉診通報及處理體系等，洵有違失，爰依監察法第 24 條提案糾正，送請行政院轉飭所屬確實檢討並依法妥處見復。

提案委員：

中 華 民 國 94 年 1 月 28 日