

醫改季刊



溫和、堅定做醫改 請您一起來

www.thrf.org.tw



台北郵局許可證
台北字第1224號
雜誌
若無法投遞請退回

Vol. 62

2015 · 第三季

中華郵政北台字第7607號執照登記為雜誌交寄

出版：財團法人台灣醫療改革基金會 榮譽發行人：張笠雲、劉梅君 發行人：劉淑瓊 總編輯：金志善 主編：李芸婷 執行編輯：朱顯光、陳昭燕、沈珮涵、辜智芬、余天佑、潘伯翰 美編：宇川廣告設計 印刷：新巧設計印刷
會址：106台北市復興南路二段151巷8號3樓之5 電話：02-2709-1329 傳真：02-2709-1540 網址：www.thrf.org.tw e-mail：thrf@seed.net.tw 郵政劃撥捐款帳號：19623875 戶名：財團法人台灣醫療改革基金會

醫學中心急診不醫急?! P.3-5

四千位最緊急的一級病人滯留急診苦等床



該住院， 卻“上不去”？ Why？

住院收床
潛規則

不定期抽查
病房運用

醫護不足
關病床

6小時進
加護病房

區域網絡
難成形

1級病人
1日內清空



線上閱讀

本期重點

- 醫改會董事長交棒 P2
- 醫·改·看·世·界 P6
- 火·線·話·題 P7
- 聰·明·就·醫 P8下
- 破解「拒絕末期無效醫療，選擇安寧善終」的九大迷思 P9
- 深·度·論·壇 P11
- 火·線·話·題 P13
- 醫·改·會·聲·明·稿 P14
- 如何因應急診壅塞（慈濟大學胡勝川醫師） P11
- 醫療事故補償與醫療專業：兩條平行線？（中研院吳全峰副研究員） P12
- 醫糾法應首重預防及除錯 P13
- 立法讓「調解取代訴訟」，平撫醫病共同的痛苦 P14

醫改會董事長交棒

4年前，政大劉梅君教授接下董事長重任，然而，身為醫改會創始者之一的她，前後默默為了醫療改革志業奉獻14年的時光。如今，草創的高教工會急需梅君老師經營醫改會的經驗，因此卸下醫改會董事長退居二線，由執行長台大劉淑瓊副教授接棒，再次無縫接軌。淑瓊老師同為醫改會的創會元老之一，相信必能帶領醫改會開創一個嶄新的局面。

《前任董事長劉梅君感言》

一個人40歲以後，還能有多少個14年？

這段與醫改相伴的14個歲月，堅毅篤定的時刻多，但緊張焦躁挫折氣餒的時刻也不少。能夠堅毅篤定，是因為有一群相同理念的夥伴及醫界圈內人的鼓勵與支持，這段寶貴且美好的經驗，讓我受益無窮--「施比受更有福」，誠哉斯言！也讓我心裡洋溢著滿滿的感激；然而外界斷章取義的誤解與攻擊，的確也令人灰心，不過，醫改會就像百折不撓的鬥士，愈挫愈勇，在艱困的環境下更加謹慎惕勵，這過程是難得的淬練，無論是專業上及方法上，於我是豐盛的學習。

從首任董事長苙雲老師手上接下棒子，如履薄冰！幸而在所有董事及夥伴們的支持協助下，又走了4年，如今交棒，甚是歡喜，但一日醫改人，終身醫改魂！在這條荊棘大道上，我不會缺席，也沒有缺席的權利。

▼前排依序為前任董事長劉梅君、創會董事長張苙雲、董事翁玉榮、董事梁永煌，後排左五為前任執行長、現任董事長劉淑瓊、後排右二為現任執行長王梅影

《現任董事長劉淑瓊感言》

臨淵履薄。任重道遠。

從醫改會成立的第一天到現在，轉眼已經14個年頭，儘管，醫改會一直是我生活中重要的一部分，也是生命中的重要印記，但突然因梅君老師接了高教工會理事長而「受命」接下董事長職務，心中仍然忐忑惶恐。

醫改會在苙雲老師和梅君老師多年的用心經營下，已經成為守護台灣醫療環境的指標性團體，現在棒子交到我的手上，如何謹守創會理念與組織使命，承續「溫和堅定·證據說話」的組織文化，強化醫改會的議題敏銳度、政策論述實力與社會行銷能力，並串連更多有志一同的個人與組織，齊力投入醫改的行列，將是我和團隊努力的方向。

用「百衲成服」來形容醫改會這14年以來的倡議成果，再貼切不過。醫改會點出的每一個問題、提出的每一個主張，背後都有許多兼具專業與熱血的前輩，不計名份，貢獻所學、傾囊相授，每每讓我們感動又感謝。未來台灣要面對的醫改議題只會更嚴峻，謹衷心期盼認同理性改革、希望台灣更好的朋友們，都能持續地給我們支持、鼓勵和指導！



醫學中心 急診不醫急？！

全年四千位最緊急的一級病人滯留急診苦等床

文/辜智芬（醫改會研究員）

政府編列11.2億元預算搶救急診壅塞，但日前臺大、中榮的急診醫護卻陸續發出「求救」訊息，透露政府方案失靈，急診越來越塞。醫改會於4月15日召開記者會，從急診即時監測數據、健保統計報告分析後，揭露醫學中心急診壅塞的三大真相：

真相 1

急診壅塞的問題在滯留急診室苦等住院病房

醫改會監測全國19家醫學中心急診即時訊息發現，平均各監測時段（例如早上九點）全國醫學中心總計只有48人在急診候診，卻高達810人滯留急診等住院床、32人苦等加護病房。顯見急診塞車最關鍵問題是，該住院的病人等不到病房而滯留於急診。

真相 2

滯留急診超過二天的比率，最高的竟是最緊急的檢傷一級（5.4%）

國際研究顯示當急診壅塞時，檢傷一級病人可能增加的風險最高，因此都優先確保一級病人不受延誤或滯留。但台灣的急診滯留率卻呈現扭曲的趨勢，總計全年有3742位最緊急的一級病患在急診待上2天。

真相 3

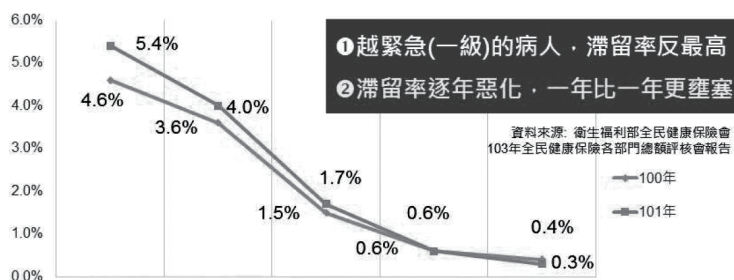
三成應轉入ICU的急診病人無法於6小時內入住，死亡率恐由8.4%增至10.7%

台灣加護病房密度為全球第一，但三成醫學中心急診應轉入ICU的病人卻有30%未能於六小時內入住，平均每月有56位。依據美國急診重症專家 Chalfin 之研究(2007)¹，

¹ Chalfin et al., Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. Crit Care Med. 2007 Jun;35(6):1477-83(9)

扭曲/反轉的急診滯留率

醫學中心急診滯留超過48HR的百分比



- ① 越緊急(一級)的病人，滯留率反最高
- ② 滯留率逐年惡化，一年比一年更壅塞

資料來源：衛生福利部全民健康保險會103年全民健康保險各部門處額評核會報告

一級 甦醒急救	二級 危急	三級 緊急	四級 次緊急	五級 非緊急
心跳停止 意識不清 如車禍大 出血，需 立即急救	重大創傷出 血但無立即 生命危險， 建議等候時 間為10分鐘	明顯不適 如呼吸窘 迫，建議 等候再評 估時間為 30分鐘	整傷或無傷 口的組織發 炎，建議等 候再評估時 間為60分鐘	非緊急狀 況，可轉介 門診，建議 等候時間為 120分鐘

加護病房密度世界第一

但三成應轉入ICU的急診病人，無法於6小時內入住



資料來源：有關加護病房密度之數據參考自393公民平台
(<http://www.393citizen.com/medical/endoflife/report.php>)
發表之「臨終前無效醫療研究報告書」



依據健保101/5至103/3期間的資料
每10位應轉入ICU的急診病人中
有3位無法在6小時的標準內入住
平均每月有56位病人被延誤

資料來源：103醫院總額評核會議報告資料

如果無法在六小時內入住加護病房，結果不僅死亡率會從8.4%上升至10.7%，住院天數也會拉長，實讓人擔憂延遲入住所造成死亡率上升、住院延長、資源更耗用等惡性循環。

醫改會認為，急診壅塞是整個醫療體系運作失靈的縮影，這結果卻推給急診醫護人員承擔並不公平，單從急診室這個單位下手，或限制急診量，也無法對症下藥。



三、區域網絡難成行

以大台北為例，多家醫學中心在同時段等待加護病床人數落差極大，凸顯同區各院間加護病房的調度失靈，錯失搶救機會。醫改會呼籲別讓醫學中心各顯神通，而應由健保署針對等待加護病床的滯留病患，主動建立即時調度、協助入院的機制。

醫改追追追 鄉親評評理

衛福部唬弄立委沒有<急診護病比>規範，不願公開人力評鑑資訊

有鑑於急診與重症人力不足，常是導致急診滯留的原因，因此田秋堇委員、劉建國委員、趙天麟委員於104年6月8日立院衛環委員會提案，要求衛福部公布急診護病比等資料。沒想到官員當場竟說評鑑條文並沒有急診護病比的規範，要求立委修正提案內容。事實的真相卻是，評鑑條文明明就有規範急診護病比，不知官員是搞錯，還是唬弄立委以掩蓋急診人力吃緊問題，請大家來評評理。

急診滯留的三大關卡

一、住院收床潛規則

醫學中心存在各種不同的住院收床潛規則，未必會把住院病床優先留給急診最緊急的病人或由急診安排調度。醫改會歸納為住院標準向錢看、多重共病沒人要、專科大老握病床及院內協調不到位等因素。

二、醫護不足關病床

依據醫改針對醫事人員進行「搶救急重症、醫護人力吃緊現況」網路調查發現，高達八成醫護人員指出因加護病房技術性關床，而導致病人滯留急診。



▲醫改會沈珮涵研究員出席6/8立院衛環會「如何改善急診壅塞」專案報告，列席說明急重症病人該住院卻上不去滯留急診的嚴重問題。

政府回應	醫改再回應
醫改訴求1 「一級病人一日內清空」、「加護病房六小時入住」列醫學中心評鑑重點項目	
<p>已訂下急診48小時滯留率三年下降的目標，2017年可達零滯留的目標(104.04.16自由時報「九成最急重症患者 住病房要等兩天」)</p>	<p>別再拖3年！針對最緊急的一級病人，或6小時內應該要進入ICU的急診重症病人，應該立即訂出更積極的目標。</p>
醫改訴求2 公開「急轉診登錄系統」監測值、醫學中心病床運用標準、急診收治住院比例	
<p>6月8日立院衛環委員會經本會遊說後，召開急診專案討論，並要求衛福部於7月8日前公布以下資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 比照《提升住院護理品質方案》，公布《急診品質提升方案》計畫實施各年度各領取獎勵金醫院相關指標數據成績。 2. 急診壅塞前五名醫院「病房床位運用原則」、「全院急診壅塞緊急應變方案」、「急診病人收治住院比例」、「急診住院佔全院住院比例」、「檢傷一、二級病人處理時效」等數據。 3. 重度級急救責任醫院的「急診人力評鑑成績」、「加護病房床位調度機制」、「在急診等候入加護病房超過6小時以上的人次、月平均於急診等候轉入加護病房時間、月平均急診停留」等數據。 (104.06.08立院衛環會會議紀錄) 	<p>這樣還不夠，醫改會主張應進一步公開各家醫學中心急診之平轉率，並對收治急重症比例過低、急重症平轉率過高者進行專案查訪。</p>

臨時提案

根據台灣醫療改革基金會調查顯示，九成以上急診及加護病房的基層醫護人員均反映實際照護護理人力，根本不符合現行醫院評鑑規定，且八成以上有實際遇過或聽聞過醫學中心加護病房技術性「關床」作為；且健保署 103 年度醫院總額核報告《急診品質提升方案》中亦顯示，醫學中心有三成重症病患應該入住加護病房而無法於 6 小時內入住。考量延遲入住恐造成病患死亡率上升，爰請衛福部應於一個月內將重度級急救責任醫院的急診人力評鑑結果、~~急診及加護病房護~~ ~~病比~~以及近兩年〈緊急醫療能力分級評定作業自評資料表〉的「6.2 加護病房床位調度機制」、「6.3.1 在急診等候入加護病房超過 6 小時以上的人次、月平均於急診等候轉入加護病房時間、月平均急診停留」等數據，上網公開，並將紙本資料送至立法院社會福利及衛生環境委員會。

提案人：劉建國

劉建國 趙之麟

連署人：

楊振雄 田欣堃

真相是

以衛福部官員說，目前並無規範急診及ICU護病比!!

103 年度醫院緊急醫療能力分級評定作業申請中度級急救責任醫院具備部分重度級章節能力適用版-103.09 核定

<p>條號</p> <p>1.1.3</p>	<p>自評我評量結果-中度級</p> <p><input type="radio"/>符合 <input type="radio"/>不符合</p>	<p>自評我評量結果-重度級</p> <p>【本欄免評】</p>
<p>評定基準</p> <p>人力配置，急診部門應配置足夠之醫師及護理人員，24小時在急診室值班</p> <p>【重度級】</p> <p>1.應有 5 名以上專任醫師，其中一半以上需具有急診醫學科專科醫師資格。如前 3 年急診病人就診人次年平均大於 2 萬人次，則每增加 5 千人次應增加 1 名專任醫師。</p> <p>2.前 3 年每月平均留觀人次每 600 人次應增加 1 名專任醫師（以健保申報留觀人次為計算基準）。</p> <p>3.專任醫師計算方式：</p> <p>每 10 床，則每 10 床增加 1 名專任醫師</p>	<p>立委被官員唬弄了嗎？</p> <p>急診室合理的護病比在這</p>	
<p>評分說明</p>	<p>5.前 3 年每日平均急診就醫人次每 10 人次應有護理人員 1 名，觀察室登記之急診觀察病床每床應有護理人員 0.5 名。如留觀病人數超過登記之急診觀察病床數時，應有全院醫護人力調度支援機制，以維持急診運作及照護品質。</p>	

解決急診塞車，他國有哪些值得學習的藥方？

文/沈珮涵(醫改會研究員)
余天佑(醫改會研究員)

急診塞車問題，各國都頭疼，特別是急診病人「上不去病房」的問題。我們就來看看英、澳等國如何解決此問題：

英國實施急診四小時清空 (Four-hour target) 政策，各國紛紛跟進

英國NHS於2000年提出「急診病人四小時完成處置 (Four-hour target)」的醫改措施，希望讓急診病患四小時後不會繼續滯留在急診室，而能順利住院、返家、轉院。紐西蘭、加拿大、澳洲西澳省也已跟進實施類似政策。根據加拿大亞伯達省資料，政策實施後有效降低急診等待住院時間。

澳洲跟進實施，實證研究顯示可降低死亡率

澳洲於2008年開始研議，隔年正式上路。目標是希望能排除急診轉病房的路障 (access block)，讓急診病人能及時入住病房。Gary C Geelhoed 等學者之研究(2012)顯示，實施急診4小時清空政策後，入院病人的死亡率明顯下降。

美國實施「急診調度病床之院內協調員 (ED flow coordinator, EDFC)」

美國醫療照護研究暨品質局 (the Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)、急診醫學會都指出，急診壅塞與滯留問題，多出在急診病人入院後無法有效協調安排診治流程及院內床位。故建立全院性急診病人流向管理機制 (patient flow management)，讓病人及時入住病房，成為當務之急。

2012年堪薩斯州醫院實施「急診調度病床之院內協調員 (EDFC)」，統整全院可用病床資源，因此也被稱為「床位沙皇」，此

人員擁有相當程度的權限，來排除各種無法順利入住病房的路障。病人在急診室的滯留時間，從實施前平均滯留4.5小時，實施後下降至3小時！

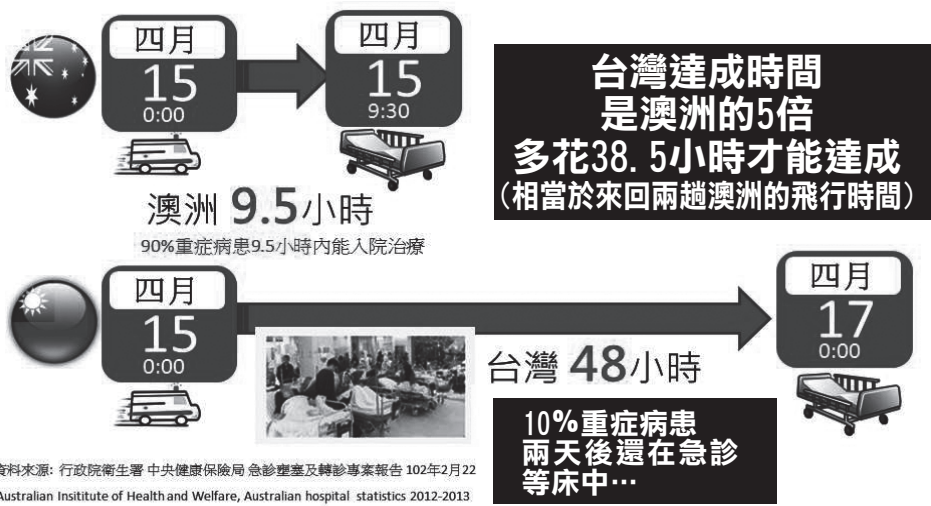
●詳細資料請查詢醫改會網站 http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=2064

	台灣	先進國家
急診滯留	僅例行性監測與公開急診二十四或四十八小時滯留率，作為管理目標。	英國、紐西蘭、加拿大、澳洲(西澳)都明訂急診病人四小時內清空政策 (Four-hour rule)；美國評鑑聯合會 (The Joint Commission) 也評估將之納入評鑑
病床調度協調機制	<ul style="list-style-type: none"> ● 政府補助醫院聘「院際協調員 (轉診個管師)」一聯繫下轉醫院居多，對一級或應住加護病房病人的床位調度成效則不明確。 ● 醫院內部的床位調度機制、原則不明，主責者也未必有足夠權限調度分配。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 美國：院內床位協調員、床位沙皇 ☑ 協助每位急診病人迅速入住病房，有權限排除床位路障。 ☑ 每日和各病房召開床位會議，調控選擇性手術排程病人。 ☑ 急診壅塞時，啟動「取消選擇性手術病人住院」等機制。

▲台灣與先進國家對急診滯留的監測管理與病床調度機制比較表

急診1級病患(最緊急)等床時間比一比

急診室需要花多少時間，才能讓九成的1級病患入住病房治療



資料來源：行政院衛生署 中央健康保險局 急診壅塞及轉診專家報告 102年2月22
Australian Institute of Health and Welfare, Australian hospital statistics 2012-2013

醫改會看塵爆事件

燒燙傷醫療是公共財 政府需介入分配

文 / 劉淑瓊 (醫改會董事長)

八仙塵爆發生後，第一線救護與醫療人員不眠不休救治傷患，承受極大的身心負荷，台灣人深深感動了！然而，此次面對了前所未有的大量嚴重燒傷病患，所需醫療專業與裝備級數遠比一般性醫療災難高。因為在台灣，平均每年處置超過十個病危燒傷患的醫院極為有限，而燒傷急救與治療經驗的充足與否，對於傷患當下醫療處置、病程，乃至預後之差異具有關鍵性的影響。

有鑑於此，我們認為實戰經驗豐富的燒燙傷醫護團隊，是此次事件中最珍貴的公共財！做為一個有健保制度的國家，政府有責任站出來分配這稀有公共財以發揮最大效用並兼顧醫療正義。

政治哲學家 John Rawls 曾提出分配正義的原則：「人人機會均等」原則和弱勢者受益最大的「差別」原則。塵爆發生第一時間，因短時間需求超過醫療系統負載能量，是以分配正義無法全面顧及可以理解。如今災難初期的緊急醫療階段暫時緩和，除了祈禱仍在奮戰的傷患能夠撐過這段關鍵期，亡羊補牢，醫改會呼籲衛福部，不應坐任叢林法則左右生存機運，而

是要以宏觀調控概念，趕快在救災的第二階段，展開「確保醫療品質與醫療分配正義」的行動！

衛福部的首要任務，是扛起燒燙傷專業救護資源的動員和整合的責任，同時對如何進行跨院團隊運作，以及相關醫療、人力資源的分配資訊，建立專網迅速傳達與透明化。公立醫院和財團法人醫院，此時也應摒棄各自利益考量，遵從政府動員，參與跨院的資源調度。預期透過這樣的行動，可以安定病家的心——所獲得的醫治專業度，不會因為收治醫院經驗與技術的不同而有太大落差。

任務之二，應指定專人從事傷患的「個案管理服務」，針對傷患的評估、治療計畫及轉院等事宜，提供更多的溝通和協助，讓第一線主治團隊有更多精神去處理傷患的醫療需要，減少醫病溝通的誤解與負荷。

病家的困頓煎熬應被理解和關注

病家承受親人重創的悲痛之外，也煩惱長期奔波的交通成本，以及租屋陪病的

負擔，想要轉至離家較近的醫院，卻又不清楚要轉去的醫院是否具備治療嚴重燒傷的經驗。對燒傷重症患者而言，經驗與專業不到位的照護結果，可能導致本可避免的肌肉壞死或截肢。此時此刻，政府不僅要負擔起主導的角色，主動介入醫療品質控管工作，更要指派專人傾聽病家遭遇的困難，以協助傷患獲得適切的治療。

救災如作戰，前線的醫護要充分支援，軍心才能穩定；後方的病家要詳實資訊與溝通，民心才能安定。「請政府主導，平等分配燒燙傷醫療公共財」，各界的憂急與聲音，政府聽到了嗎？

(原文刊登於104.07.05醫改會臉書
<https://goo.gl/yZOGrL>)

醫改會教您聰明就醫

健保居家醫療計畫上路囉， 讓 **醫師到家** 幫行動不便者看病！

文/潘柏翰（醫改會研究員）

生病已是非常辛苦的事，若再加上因為行動不便無法到醫療院所就醫，更是苦不堪言。健保自2015年開辦〈居家醫療整合照護〉，也就是所謂的「在宅醫療」，讓醫師到府為居住於無電梯公寓的獨居失能老人、罕病、行動障礙病患，由專責團隊提供**西醫看診開藥、聯絡社區藥局幫忙送藥到府**，以及**24小時的緊急醫療電話諮詢**，讓醫療服務能夠送進不便外出就醫的民眾家中，讓病人安心在家療養，也能減少不必要的「社會性住院」。

醫改小叮嚀：

1. 本計畫目前只開放中低或低收入戶，且現住在家中機構者(住安養院者不適用)。
2. 如有需要的弱勢病患，可撥打健保卡背面0800電話，向健保署洽詢。自醫院出院時，也可透過醫院的出院準備服務中心協助申請。

哪些病家可申請在宅醫療(限中低、低收入戶)

- 重度以上肢體障礙、多重障礙、植物人
- 住在無電梯公寓，且無法自行上下樓梯或
- 需他人協助上下樓之獨居者、罕病
- 縣市長照中心或衛生所認定有需求者。

破解

拒絕末期無效醫療 選擇安寧善終

九大迷思

文/辜智芬(醫改會研究員)



自己沒先決定、家屬一知半解，
導致家屬危急關頭不敢放手，
讓病人死前不得安寧而多受折磨！

面對人生期末考卷，醫改會教您破除及釐清

「拒絕末期無效醫療，選擇安寧緩和善終」的迷思/誤解：

迷思與誤解

選擇安寧，就等於不再接受治療而等死。

選擇安寧，就等於不孝、等於剝奪長者生命。

遇到重症末期搶救關頭，才需要決定是否簽署文件選擇安寧緩和。

澄清與說明

依據〈安寧緩和醫療條例〉第三條之定義，選擇安寧是為減輕末期病人之身、心及靈痛苦，並增進其生活品質而提供緩解、支持性的照護。

安寧病房並非是個「什麼都不做，只有等死」的地方。選擇安寧絕非放棄回家等死，而是拒絕末期無效益又增加痛苦的醫療，但仍會持續給予必要的關懷與治療照護，讓病人自然走完生命最後一哩路。

選擇舒緩性的安寧或同意拔管，並不是安樂死，而是長輩順著生命自然病程而善終(自然死)，就如同落葉歸根般的生命歷程。

孝順父母是不捨他們軀體受苦、一再承受無效治療的折磨；但過度維生醫療(如化療、洗腎)只是維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

因此，不想看長輩毫無尊嚴地靠機器加工維生延命，決定放手回歸自然死亡，到天上當神仙，才是真孝道、好命。

為了更有效討論及規劃善終權利，只要是年紀漸漸大了、罹患多重病症或不易治癒病痛、病後生活品質越變越差等病家，都及早請教醫護團隊而進行規劃，並預先簽署相關治療計畫與文件，病人更能自主決定想要如何好命到終老。

如果是拖到最後危急時刻才討論，病人常無意識或能力自主決定、家屬慌亂間又不容易有共識，加上臨時難安排到安寧照護資源來服務，想選安寧善終也難。

迷思與誤解

如果醫師沒開口，病家不該主動提出安寧善終的要求。

早期預立醫療計畫(ACP)選擇安寧後，就不能反悔或修改，所以不要太早做決定。

簽過DNR就代表未來可拒絕無效醫療而選擇安寧緩和善終。

如果已經選擇插管、使用呼吸器或洗腎這條不歸路，就沒有機會再選擇安寧緩和善終。

選安寧就必須常住安寧病房，無法完成返家在地善終的心願。

只有癌末病人才能住安寧病房或接受健保安寧緩和服務的資格。

澄清與說明

選擇安寧善終不一定要拖到最後或等醫師開口，特別是台灣礙於醫護人力吃緊及長年訓練養成「醫生不醫死」的服務方式，不見得會主動提早與病家討論。

依據〈安寧緩和醫療條例〉，年滿20歲具完全行為能力者，就有權利早早就選擇簽署安寧緩和意願書，拒絕末期無效醫療。病家也可提早找醫師討論訂出好命善終計畫(ACP)。如果不知道或不敢跟醫師開口，可先詢問安寧基金會、各地衛生局，新北市民也可洽詢長照服務中心，學習如何提出您的善終選擇，再跟醫師討論。

《安寧緩和醫療條例》第六條規定，預立醫療計畫得隨時自行或由代理人，進行更改或撤除。

所以早早預立好命善終的意願計畫，未來都還有機會依後來情況彈性調整。所以不用擔心太早決定反而拖到最後！

簽署DNR只代表不施行心肺復甦術(電擊、CPR)等急救。

如果想要拒絕使用呼吸器、末期洗腎等無效維生醫療，要記得簽署安寧緩和醫療抉擇意願書，並申請健保或部分縣市政府提供的安寧緩和醫療服務，才能確保安寧善終。

2013年《安寧緩和醫療條例》第三次修法後，只要有兩位專科醫師確認是生命末期，以及一位家屬簽署同意書，就可以為末期病人撤除維生醫療。

國內長期使用呼吸器的患者，高達七成是中樞神經系統嚴重失能合併呼吸衰竭的植物人，符合末期定義，只要家屬有共識同意撤除呼吸器，就有機會成仙。

目前健保提供的安寧緩和服務，除了入住安寧病房或由安寧團隊到原本的病房提供服務外，還有居家安寧及社區安寧服務，幫助病人在生命末期回到家中仍可獲得安寧團隊的協助，達成在地善終的心願。

健保提供的安寧緩和服務不僅限於癌末病人，還有失智、漸凍人等八種非癌症的末期病人也可申請。

此外，安寧善終是每個人的權利，就算沒有健保給付，每個人也可及早學會預立安寧善終計畫，或請醫師依照〈安寧緩和條例〉賦予的權利，撤除無效益的末期維生醫療。病家也可洽詢安寧基金會或醫院家醫科的安寧諮詢門診。

如何因應急診壅塞

文/胡勝川(慈濟大學醫學系急診醫學科專任部定教授、
花蓮慈濟醫院急診部醫師)

急診壅塞的十種原因

- 一、醫院縮床—為了因應護理人力的不足，醫院只好縮床。
- 二、病人迷信大醫院—國人普遍有迷信大醫院的心態，跟崇拜大廟的迷信有關，造成大醫院人滿為患，一床難求。
- 三、醫院經營管理的策略—有些醫院住院病人中從急診上來的只佔百分之二十幾，但急診卻是超級的壅塞，問他們的急診主管為何不多從急診收住一些病人呢？他們回答了一句很富有哲理的話，因為院長說：「寧可一家哭，也不要見到每家都哭。」這個該哭的單位自然就是「急診」。我個人是不太認同這樣的論調，難道急診病人的人權就可以不顧了嗎？另一與醫院經營策略有關的造成急診壅塞的因素，明明樓上有很多空床，卻不能盡收急診留觀的病人，乃因留觀病人要住的科別與樓上空床的科別不同之故，有的醫院很堅持這一點，就是不給可以挪床的彈性，這些部份均屬醫院管理的範疇，只要院長把急診病人的權益放第一位，所有的問題都好解決。
- 四、健保和轉診制度間接造成—因為健保制度會影響到醫師的行為，形成所謂「斷頭」、「人球」事件，同時養成區域醫院只要是不想看的病人、稍微複雜一點的病人、沒有利潤的病人、怎麼看也不會好的病人，就將它們上轉到醫學中心。
- 五、關說文化—國人的關說文化由來已久，無時無刻無處沒有關說，急診自無例外。
- 六、急診醫師的抗壓能力不足—急診醫師擔心病人施暴或投訴，不得不屈服，簽了不該住院的病人到留觀室等住院。
- 七、急診醫師心態—有的醫師「防衛性醫療」心態太重，做了很多不該做的檢查，只為了要防範那千萬分之一的機會，致使病人的處置流程延長。這類醫師對病人的處置動態大都不夠明快，換句話說就是不敢放病人回去，甚至不須

住院的也給病人簽住院，因此留觀病人人滿為患。

- 八、急診醫師訓練不足或沒有經驗—一把不須住院的病人簽住院，造成後面真正須要住院的病人無床可用，必須在急診留觀待床。
- 九、醫院醫師心態—樓上負責簽床的次專醫師最想收住的病人是有研究價值的病人，其次是「有關係」的病人，最不想收的就是那些慢性病又得了併發症的病人。所以在急診等床待住院的大多是這一類病人。
- 十、不危急的病人到急診等住院—門診醫師的想法是「到急診住院較快些」，所以就轉來急診待床。

急診壅塞的因應之道

- 一、評鑑控管—在條文中規範，壅塞醫院的全院住院病人來自急診的比率必須大於50%。此外，如果醫院的佔床率不高度（低於80%），卻有高比率的留滯率，表示醫院的床位管理不善，可在評鑑時提出糾正。
- 二、轉診指標可以利用一規定區域級醫院每年的非特定疾病轉出率必須下降10%，如連續二年沒有達到要求，可給予降級處份。
- 三、利用健保給付落實雙向轉診—政府必須祭出公權力，只要急診醫師判定該病是鄰近醫院可以處理的，就要強迫病人轉院，如果病人堅持不轉院，則停止健保給付。
- 四、以價制量提高病人的部份負擔—「提高急診檢傷四、五級病人的自付額」可以減少急診不危急病人來診量，但是對於急診壅塞的減緩卻無助益，不過此措施可以節省健保資源，我是贊成的。
- 五、增加護理人力。
- 六、限制輕病住院。

(本文經作者同意轉載，特申謝忱。原文刊載於《急診人文與經營管理》一書，P262-273)



醫療事故補償 與 醫療專業 兩條平行線？

文/吳全峰（中研院法研所副研究員）

醫療糾紛處理及醫療事故補償法（醫糾法）內容存在許多問題，本不宜草率通過。然最近醫界對醫糾法的批評，集中在醫療機構及醫事人員應否繳納醫療風險分擔金，其盲點亦待釐清。

醫糾法醫療事故補償之主要事件，為「有相當理由可懷疑醫療事故之發生非因醫事人員故意或過失之情形」。批評者認為，既然難以辨認因果或醫事人員沒有犯錯，醫療機構或醫事人員為何還要支付補償金。此論點乍看成理，但細究此類醫療事故發生原因，卻不難發現反對者盲點。

第一類非因醫事人員故意或過失所引起之醫療事故成因，為可預見（如副作用、併發症）及不可預見（如極度罕見之不良反應）的醫療傷害。此類事故應由社會共同負擔，故醫療風險分擔金中便設計有政府負擔部分，另亦可由藥害救濟法或預防接種受害救濟相關法規涵蓋。

另一類則是「系統性錯誤」，為不良技術、組織或行政等結構性問題所導致原可避免的醫療行為不良後果（醫糾法定義為醫療機構組織、制度、決策或設備等結構性問題所導致之不良後果）。系統性錯誤仍可能造成病患失能或死亡，如醫療機構未安排足

夠人力值班導致病患出現狀況時未能及時開刀。但擁有改正系統性錯誤權力者，顯然不包括病人與一般民眾（他們甚至對是否發生系統性錯誤不了解亦不知情），而是掌握在醫療機構與醫事人員手中。

既然病人或民眾無法掌握或改變系統性錯誤，則其被要求承擔此類錯誤之責任並負擔相關費用，顯非適當。若要求由政府「全額」負擔此類系統性錯誤之成本，則亦應相對賦予政府監督並介入醫療機構運作以改進系統性錯誤的強制權力；但醫糾法對此部分卻僅採宣示性規範，委由醫療機構與醫事人員之專業自主進行通報與改善。在此情況下，握有改善系統性錯誤權力與相關資訊者，顯然主要為醫療機構與醫事人員；但其對系統性錯誤所造成之民眾傷病或死亡，卻又主張不應負擔任何費用，論理不免矛盾。

不可否認醫糾法之設計有其結構性問題。但在政府與社會已負擔部分醫療風險分擔金的前提下，醫療機構或醫事人員卻在立場上迴避他們在系統性錯誤中所應負擔之責任，並進一步要求完全不負擔任何費用，此主張有必要重新思考。

（本文經作者同意轉載，特申謝忱。原文刊載於104.05.11自由時報自由廣場）

醫糾法 應首重預防及除錯

文/劉梅君（醫改會前任董事長）
辜智芬、潘柏翰（醫改會研究員）

近期由衛福部研擬〈醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案〉（簡稱醫糾法）在社會上引起討論，醫療糾紛是本會創始至今一路關注的議題，也戮力提倡非訟化的醫糾處理機制。下文為醫改會對近期醫糾法爭議的看法。

近日部分醫界先進發聲反對衛福部及立院積極推動〈醫糾法〉排入二三讀。對此紛爭，醫改會要特別提醒政府與醫界，別把醫糾法窄化成〈醫糾補償法〉。醫糾法不全然僅是「收拾善後」而已，推動醫糾法最重要的精神應是強調預防及除錯！

這波醫聲喧嘩論戰中，劉育志醫師曾投書主張：「想要減少醫療糾紛當然要從源頭來探討」、「預防絕對勝於補償，對於患者及家屬更是如此」，我們十分認同！因為醫改會調查及台大吳建昌醫師研究都顯示，醫糾民眾最重要的訴求並非補償，而是知道真相、希望事故別再發生。因此，除大家多年來積極推動合理調劑量、三班護病比及醫師工時、醫護全面適用勞基法，從源頭減少醫糾等行動外，醫糾法也是可相輔相成的契機，針對系統疏失的源頭「對症下藥」，並落實「預防勝於治療」機制。

別把〈醫糾法〉窄化成〈補償法〉

〈醫糾法〉草案包含三部分，除了近日爭論頗多的「補償」這部分外，還有醫糾非訟化處理機制（保全證據/院內關懷/調解程序）、及預防再錯（病安通報與調查統計、醫糾根本原因分析）。針對預防再錯部分，台灣過去最大罩門是沒有強制的病安通報與分析，很難針對醫療事故找出系統性問題或預防再錯，就算發生像愛滋器捐等重大醫療事件，也沒有一套完整的根本原因調查機制。這次〈醫糾法〉版本，多了第五章「醫療事件通報、調查、分析」等條文，也要求檢討「系統性錯誤」，成為預防再錯的重要契機。

「預防勝於治療」固然是解決醫療事故的真諦，然醫師不是神(To err is human)，即便醫事人力、落實分級轉診以及醫糾處理機制健全，還是會有一定程度的醫療疏失或事故發生。但台灣「收拾善後」的機制長期闕如，不立法補強建立更公正透明的「非訟化」處理機制，醫糾仍得繼續走向訴訟，淪為醫病法三輸的局面，實非全民之福。

（原文刊登於104.05.07自由時報自由廣場）

本屆立委最後會期，醫糾法若不過，下屆得重頭來！

醫改會：立法讓「調解取代訴訟」， 平撫醫病共同的痛苦！

醫療爭議不應「摸黑」解決，
醫師才能安心救人，病家不再茫然無助

台灣長期缺乏健全的醫糾處理法制，病家遭失親巨痛，無人協助釐清原因，一旦選擇以非理性或爭訟手段追求真相或個人期待的「正義」，承受醫療結構問題巨額成本的，往往是在第一線努力救人的醫護人員。醫事人員需要一個可以安心工作的環境，病家需要一個可以放下的交代，〈醫糾法〉不宜再拖。

台灣亟需一部〈醫糾法〉

醫改會主張建立「院內關懷-初步鑑定-調解先行」之「非訟醫糾處理機制」，以即時的關懷和專業初步鑑定結果，促進醫病理性對話，脫離糾紛泥沼。醫改會也主張建立強制性病安通報、不責難的重大事件根本原因調查(RCA)和報告公開的「醫療事故除錯學習機制」。

這些訴求在立法院衛環會初審通過

的《醫糾法》版本中，已略具雛型。早一天立法，就有機會早一天改善目前院內關懷流於應付評鑑文書、各縣市資源落差以致既有調解機制專業性不足、衛生局的調處更是一國多制等亂象。另對於發生如愛滋器捐誤植等重大事件，更能建立公正調查及公開除錯機制，杜絕過去球員兼裁判、個人究責導向之弊端。

「非訟機制」和「除錯學習機制」
應盡快立法通過

《醫糾法》原本分屬《處理法》和《補償法》兩草案，衛福部雖將兩法併案，但非訟化機制、補償、除錯等各章仍採獨立運作設計。醫改會建議應先通過具共識之《醫糾處理法》章節；《補償法》則待未來新法上路後通報之實證數據，再據以規劃補償範圍與分攤比例，漸進式朝向建構更完整的醫糾處理體制，切莫空等萬靈丹式的「完美法案」，坐視醫病爭訟永無寧日。

志工名錄

104/5感謝新主張創意工作坊-陳喬風女士，善心捐贈A4影印紙24包。

特別感謝

服務內容與日期 (104/03/01-104/05/31)	姓名 (依姓名筆劃排列)
大專研發型志工 蒐集議題資料、立院公報整理	林弘哲、查耀期、洪詩婷、張育瑜、張哲恩、陳晴芬、魏奕杰 (台灣大學社工系)
行政志工 文書公文處理、網路新聞整理、協助相關活動進行、黏貼文宣品	吳翠雯、張文妹、張素貞、楊智如



捐款名錄

醫改會完整財報，請上本會官網輸入「財務資訊公開」，即可搜尋查閱。

感謝您為台灣醫療的付出

100,000 徐麗華	3,000 伊慶春 吳思華 李玉春 李嬌瑩 孟嘉仁 林昭吟 林教授 林惠珠 林煥博 邱獻璋 洪美玟 洪教授 洪綾君 洪德仁 洪靜儀 桑穎穎 翁苑菲 張振武 張教授 張詩怡 梁麗真 許木柱 許甘霖 許亮標 許美洋 陳培祺 陳盛泉 陳慧書 陶利瑄 曾琴音 楊筱雲 楊榮宗 劉孔中 劉淑瓊 劉慧敏 蔡進明 鄭雅文 蕭敏慧 謝邦昌	2,000 吳景誼 呂欣潔 邱清勝 黃今鈺 鐘文玲	1,600 楊青岳	1,500 儀美科技有限公司 尹芳渝 尹裕君 王瑞琦 吳志宗 吳淑慈 林昭禎 林錦良 張馨予 陳如容 陳美霞 陳麗蓉 陸志龍 黃姝慈 黃蕙如 溫怡明 劉士豪 劉沛崙 劉國志 蔡甫昌 鄭仰峯 鄭怡攻 謝宗學	1,281 林南薰	1,200 王其寧 劉邦淦	2,500 曹麗娟	2,400 陸小姐	2,300 陳瑤璘	2,100 陳麗光	1,100 曾旻祺	1,000 幸福身心靈學苑 張菊惠 許崇源 陳龍吟 無名氏 黃慧娜 羅軍傳 羅晏瑀	900 成令方 吳全峰 吳延晃 吳曾美容 李易羣 李昭華 林玉蓉 林先生 柳凱宏 夏慧凝 孫健忠 許一玲 許元豪 許維理 陳帛青 陳芙嫩 陳春福 曾纓閔 黃梵璋 劉志偉 劉嘉安 蔡靜坤 鄭芝芸 蕭女士 蕭慧雯 錢建文 薛貴霞 薛鳴忠 魏寶戀	800 張縉鏐	600 李麗卿 張建文 陳小姐 黃靖雅 葉鈴衍	500 李淑貞 周珣 林清江 邱琪珍 陳宇葳 陳醫師 葉凱文 歐人彰 顏永仁 魏逸標	400 張教授 賀明雪 黃淑真	330 施雯玲	300 尤紹鴻 王文慧 丘育才 巫女士 李權城 林宗坤 姚立倫 許瑞玲 詹美惠 鄭滿足 謝瑞芳	240 郭勇志	200 高雅族服裝行 方秀娥 李德達 林久傳 林苑萃 林哲宇 善心人士 詹舒雯	190 正彥商行	165 張素貞	160 李珮菱	100 台哥大5180-陳小姐 台哥大5180-陳先生 林鴻原 邱錦洲 黃可臻	50 李貴清 許乃木 楊小姐	20 侯念佐	11 黃容正	2 5011無名氏
-----------------------	---	---	---------------------	--	---------------------	----------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	--	--	-------------------	---	---	---------------------------------	-------------------	---	-------------------	--	--------------------	-------------------	-------------------	---	--------------------------------	------------------	------------------	---------------------



104年3月1日~104年5月31日

企業捐助：37,890元 總募款金額：578,279元
 一般捐助：250,278元 總支出：1,184,322元
 醫改之友：290,111元 餘 額：-606,043元
 104年累計餘絀：-1,139,809元

■ 為維持客觀中立，本會不接受政府、利益團體之指定補助計畫，如果您認同我們的理念，歡迎加入「醫改之友」行列（捐款方式請參閱p.16），共同提升台灣醫療品質。
 ■ 歡迎讀者自付郵資或贊助印刷本刊。請珍惜資源，閱讀後將關懷傳遞下一個人。

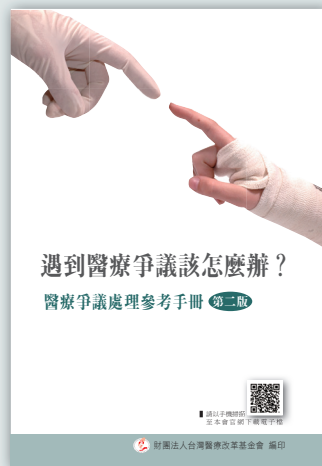
遇到醫療爭議該怎麼辦？

醫療爭議處理參考手冊第二版

出爐了

新版特色：

- 新增介紹現有各類訴訟外調解管道及調處教戰手冊
民眾可以善加利用這些管道處理醫療爭議事件，減少訴訟造成的勞民傷財。
- 藥害、生育、手術麻醉三大救濟完整介紹
彙整民眾申請時會遇到的狀況及疑問，減少申請時的障礙及所需時間。



*線上下載，或自付50元郵資索取。

*歡迎協助擺放或贊助印製，洽詢電話：02-27091329*17

財團法人台灣醫療改革基金會 捐款單

62



5180-43
即時捐



590
愛心點數

勸募許可文號：北市社團字第10349057300號

捐款人姓名：_____ 身分證字號：_____

連絡地址：_____

連絡電話：(日) _____ (夜) _____ 行動：_____

E-mail：_____

收據抬頭：同捐款人 其他

因捐款人姓名會公布於醫改會官網與季刊中，如需匿名請勾選

統一編號：_____

收據寄發方式：每月寄發 年度彙總

醫改電子報或季刊：電子報 季刊 皆不需要

您也可以選擇下列捐款方式！

郵政劃撥捐款

劃撥帳號：19623875 戶名：財團法人台灣醫療改革基金會 請逕至郵局劃撥，謝謝您

銀行電匯

帳號：147-10-022393-7 華南銀行 懷生分行

戶名：財團法人台灣醫療改革基金會

匯款後，請記得將匯款單影本連同此捐款單，傳真至醫改會 (02)2709-1540謝謝您！

信用卡捐款

卡別：VISA MASTER JCB 聯合信用卡

發卡銀行：_____

卡號：_____

信用卡有效期限：_____月/西元_____年

持卡人簽名：_____ (請與信用卡簽名一致)

我願意單筆捐款，捐款金額：_____元

我願意成為定期贊助者，每月固定捐款：_____元

※ 填妥請傳真 (02)2709-1540，謝謝您

※ 若要取消或變更捐款資料，請與本會聯絡，我們將盡快為您處理。



財團法人台灣醫療改革基金會

電話：(02) 2709-1329 傳真：(02) 2709-1540

106台北市復興南路二段151巷8號3樓之5

「就醫安全知識」

■ 就醫平安福傳單

為家人、為自己 您生活的必修學分



醫療爭議處理參考手冊

醫改季刊



就醫寶典



以上出版品如有需要 歡迎請至醫改會網站下載

購書資訊請洽醫改會