

，積極協助國內工程業者尋求海外發展之機會。另行政院工程會參考亞洲開發銀行未來基礎設施投資商機，並擴大與產業界及學術界雙向溝通，同時滾動式檢討上開方案相關策略，於本年 10 月 28 日會同相關機關辦理工程產業全球化全國會議，同時規劃「鎖定優勢-能資源建設整廠輸出」、「鎖定優勢-交通建設一條龍輸出」、「調整產業體質-提昇國際競爭力」、「強化政府支援-金融情蒐後援創商機」4 分組。能源及環保資源建設方面，由經濟部及行政院環保署協助整合業界，於 1 年內成立石化、電廠、土壤及地下水污染整治 3 個海外輸出旗艦團隊；交通建設方面，由交通部邀業者參與國際相關會議，擴大宣傳我國高速公路電子收費系統、公路防災經驗等優質交通建設及廠商之技術能力，並於 1 年內協助成立 ETC 及都會捷運 2 個海外輸出旗艦團隊；產業體質調整強化方面，由內政部負責聚焦組織產業策略聯盟、促進跨國專業人才流通；強化政府各部門支援方面，由財政部透過資金聯貸平臺加速融資時效，行政院工程會及金管會盤點政府各項金融工具，提供產業向海外發展之火力支援，讓金流快速到位。此外，行政院工程會亦將整合外交部、經濟部等駐外單位蒐集商情資訊，同步傳送產業界，並建立網站儲存相關訊息，讓資訊流即時傳遞。人流部分，除促成公部門人力可借調私部門，也將加強人才培訓及善用僑外生。綜上，行政院相關部會已促成電廠、石化、ETC、都會捷運、土壤及地下水污染整治 5 大輸出旗艦團隊，並邀請銀行參與，以一條龍方式共同進軍海外工程市場。

（十六）行政院函送羅委員淑蕾就為減緩醫療壅塞狀態，應對各地醫療院所急診資源的運用與配置進行檢討問題所提質詢之書面答復，請查照案。

（行政院函 中華民國 104 年 11 月 17 日院臺專字第 1040062897 號）
（立法院函 編號：8-8-8-385）

羅委員就為減緩醫療壅塞狀態，應對各地醫療院所急診資源的運用與配置進行檢討所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

一、目前全國急救責任醫院共計有 193 家，負責 24 小時全天候民眾緊急傷病醫療服務，而急診病人來源有 75%為民眾自行就醫、10%救護車後送、15%曾先就診而由其他醫療院所轉入，而全民健保的就醫便利、價格親民再加上交通日漸便利等因素，以及民眾就醫自由度高與品牌迷思等原因，為大型醫院急診壅塞的重要原因，本部努力紓緩急診壅塞並維護急診病患之就醫品質，由各面向進行檢討改進，並推動許多精進與改善作為，目前初步成效說明如下：

（一）提升轉診品質：於 102 年起運用醫療發展基金獎勵全國急救責任醫院辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，並自 104 年起，就病人生活圈、就醫流向與醫院緊急醫療能力等級，將全國 193 家急救責任醫院規劃為 14 個急診轉診網絡，每個網絡以重度級急救責任醫院為基地醫院，整合其網絡內中度級、一般級急救責任醫院，提供急診病人向上、平行、向下轉診服務。迄今，全國急救責任醫院平均電子轉診登錄率自 102 年 1 月 2.6%至 103 年 12 月已達 97.7%；特定緊急傷病患 4 小時住院比率，由 102 年 61.0%至 103 年已達

69.5%；顯示緊急傷病患的轉診效能，已逐步提升；急診下轉率部分，以今（104）年 1 至 8 月與去（103）年 1 至 8 月累計人次相較，台大醫院由 147 人提升為 459 人，提升 3.12 倍；林口長庚紀念醫院由 588 人提升為 773 人，提升 1.31 倍；四家醫學中心（台大、林口長庚、台中榮總、高雄長庚）總累計下轉人次由 1,528 人提升至 1,839 人，總成長 1.2 倍，顯現多項措施於各醫學中心已逐見成效。

（二）指標與品質管理：訂定「急診 48 小時置留率」三年歸零目標（104 年 7%、105 年 4%、106 年以後為 0 或小於同儕平均值），並納入醫院評鑑及醫院緊急醫療能力分級評定條文中據以落實規範。另，本部辦理「醫院品質績效量測指標系統與落實品質改善（第二階段）計畫」，內容含急診品質 5 大指標（急診轉一般病房住院、急診轉加護病房、檢傷後停留時間大於 24 小時、檢傷後停留時間大於 48 小時、急診病人未完成治療即離開比率），每月完成 1 項指標填報者，經審查通過核付 1,000 點/月/項/院。訂有急診品質指標進步獎，獎勵醫學中心提升品質，依排序最高給予 500,000 點。

（三）加強病床使用效率：依據「醫院評鑑基準及評量項目」，規範有醫院應有效率地運用病床，掌握全院各科別的等候住院病人情況，且無違反住院病床利用規範使病人長期等候住院病床之情形，以及各科別落實病人住院天數與候床狀況管控，訂有病人流量管理規範，對於急診轉住院病人待床時間過長有處理機制，以善用醫療資源，減少病患一床難求之情形。此外，本部亦辦理「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫」，104 年核定 20 家醫院辦理（含醫學中心 9 家及區域醫院 11 家），以專責主治醫師提供整合性照護模式，專設病房作為急診後送病房，可加強急診病人收治效能，並縮短病人候床時間。

（四）強化地方衛生主管機關督導考核機制：將急診壅塞指標管理與輔導納入醫政業務考評項目中，訂定該年度應達到之急診壅塞指標目標值，如所轄醫學中心任何 1 家該月所通報之「急診 48 小時置留率」超過目標值者，應於次月召開輔導及檢討會議（邀請所轄急救責任醫院及消防單位與會討論提升急診品質及落實到院前分流分送），派員督訪該醫院並限期改善。此外，衛生局亦可依「醫院設立或擴充許可辦法」相關規定，通盤檢討所轄各醫院占床率，將占床率過低的醫院床數適予刪減，供給同一級醫療區域之急救責任醫院得以設立或擴增急性病床。

（五）到院前之分流分送：要求各縣市應建立轄區「急重症搶救動線」，強化衛生局與消防局之緊密合作，以加強救護車到院前的分流分送。此外，為避免輕症民眾濫用 119 救護車，已有 6 個縣市地方消防機關訂頒有消防救護車收費相關規範（台北市、桃園市、新竹市、高雄市、台中市、新竹縣），而其他未定收費標準的縣市，消防機關則針對短時間內多次使用救護車或已明顯屬濫用之情形，就個案進行了解及勸導，或轉介社政（警察）等相關單位、或結合輿情壓力請其改善。而內政部消防署亦自 103 年起將珍惜救護資源納入宣導主題，強化民眾教育宣導。

（六）健保制度：推動多項作為措施，包含保險民眾之衛教宣導、落實「全民健康保險轉診實施辦法」、推動「家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險急診品質提升方案」、

「提升急性後期照護品質試辦計畫」，實施 TW-DRGs 並即時監測及處理各醫院 Tw-DRGs 申訴案件，要求醫院公布病房使用資訊公開，以及定期監控各層級門診初級照護率等。另，研議配套及推動獎勵誘因，如急診病人於醫學中心急診處置後待床超過 24 小時者，醫院仍未能提供病床，應協助民眾適當轉診，而接受轉出病人的醫院若為區域或地區醫院，則可比照醫學中心申報健保給付等方案。此外，日前亦預告修正全民健康保險辦法第十一條、第十二條、以及第十八條條文，內容明定無急診必要之保險對象，特約醫院不得允許其滯留急診，以及經醫院診治若無急診必要可離院或建議轉院但仍滯留急診不予配合者，其費用將由病人自行負擔。

(七)落實五級檢傷：於 99 年 1 月 1 日公告實施「急診五級檢傷分類基準」，將急診病人依病情急迫程度分成五級，作為提供醫師看診優先順序的參考工具，讓具急迫性的病人能得到優先診治。本部亦持續加強要求醫院務須落實急診五級檢傷分類基準，確實掌握分級處置時效，保障民眾生命財產與安全。

(八)民眾衛教宣導：健保署設置「全民健保行動快易通 App」及開診查詢專線 0800-030-598，供民眾參考，本部亦完成全國重度級急救責任醫院之急診每小時即時訊息公告（含向 119 通報滿床（載）、等待看診人數、等待推床人數、等待住院人數、以及等待加護病床人數），可方便民眾查詢，避免前往壅塞之醫院就診。此外，本部製作布條及海報宣導，並製作微電影「不平靜的急診室」短片，於 youtube 播放並辦理抽獎活動宣導，該影片已逾 10 餘萬人次瀏覽，宣導珍惜醫療資源及不濫用急診之重要性。

二、綜上，本部未來亦將持續推動精進以上各項作為，努力提升急診效能及品質，期盼各界共同協力下，善用急診資源，使緊急就醫民眾皆可享有高品質的緊急醫療救護，保障國人健康福祉。

（十七）行政院函送羅委員淑蕾就為防制詐欺罪、妨害電腦使用罪或違反個人資料保護法等，政府相關部門應加以重視並提出有效措施問題所提質詢之書面答復，請查照案。

（行政院函 中華民國 104 年 11 月 17 日院臺專字第 1040062896 號）

（立法院函 編號：8-8-8-384）

羅委員就為防制詐欺罪、妨害電腦使用罪或違反個人資料保護法等，政府相關部門應加以重視並提出有效措施問題所提質詢，經交據法務部查復如下：

一、經法務部統計，近 9 年地方法院檢察署辦理各類民生犯罪偵查新收案件共 18 萬 5,352 件，其中「網路電話簡訊詐欺恐嚇」13 萬 6,601 件最多，占 73.7%，在 95 年至 98 年「電話簡訊詐欺恐嚇」案件平均每年約增加 5,458 件，99 年起雖納入網路詐欺恐嚇案件統計，惟 99 年至 102 年「網路電話簡訊詐欺恐嚇」平均每年約減少 8,120 件，是由相關統計數據發現，詐欺之民生犯罪案件自 95 年起逐年上升至 99 年達到高峰（99 年最高為 31,354 件、103 年為 8,287 件），爾後已逐年遞減，顯示在相關單位積極查緝下，已展現出有效之嚇阻成果。