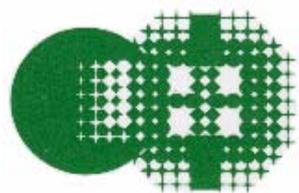


主動調查報告

救護車載送傷病者往 「屬區醫院」

二〇一二年十二月



香港申訴專員公署

目錄

報告摘要

章節	段落
1 引言	
背景	1.1 – 1.4
調查範圍	1.5
調查過程	1.6 – 1.7
2 緊急救護服務	
處理緊急救護召喚程序	2.1 – 2.3
載送往屬區醫院的理念	2.4
載送往屬區醫院的具體安排	2.5 – 2.6
對情況危殆傷病者一視同仁	2.7
救護員所提供的急救服務	2.8 – 2.9
急症室分流	2.10
被鑑別為「危殆」類別的傷病者的人數	2.11
3 屬區醫院不一定是最近醫院	
屬區醫院不是最近醫院實例	3.1 -3.13
4 專家和病人組織的意見	
緒言	4.1
專家和病人組織的意見	4.2 – 4.6
消防處及醫管局的回應	4.7 – 4.14
5 本署的評論及建議	
本署的評論	5.1 – 5.14
本署的建議	5.15 – 5.16

消防處、醫管局對本署建議的回應	5.17
結語	5.18
鳴謝	5.19
附錄 各醫院屬區的分界及名稱	1.2

主動調查報告摘要

救護車載送傷病者往「屬區醫院」

背景

載送傷病者往醫院急症室的服務，由消防處負責提供。

2. 消防處與醫院管理局（「醫管局」）協議，把全港劃分為 20 個區域（下稱「醫院屬區」）。消防處的救護車須把傷病者送往其身處醫院屬區的指定醫院或診所（以下統稱「屬區醫院」）。

3. 然而，屬區醫院有可能不是最接近傷病者所在地的醫院。有意見認為，若硬性將「情況危殆傷病者」（例如：心臟停止跳動及嚴重呼吸困難傷病者）送往屬區醫院，時間差距上所造成的延誤可能會導致嚴重後果。

4. 此項主動調查，旨在審研現行載送情況危殆傷病者往屬區醫院的安排，是否存在不足之處及改善空間。

調查所得

載送往屬區醫院的理念

5. 消防處及醫管局表示，現行載送傷病者往屬區醫院的安排，是以傷病者的「最大利益」為依歸。傷病者的最大利益，是指傷病者能獲得「病人全面護理」，包括適當的院前急救，以及在最短時間內把傷病者送到最就近的合適醫院接受治療。在制定現行醫院屬區分界以及載送傷病者往屬區醫院計劃時，醫院的規模、設備，以及接收病人能力，都是主要的考慮因素，而行車距離、行車時間及區內交通情況，並非現行計劃的唯一或最主要的考慮要素。

6. 故此，不論傷病者是否屬情況危殆，救護車都會把他們送往屬區醫院，除非遇到特殊情況，例如：

大型事故	— 分流往不同醫院
嚴重創傷者	— 送往具有所需設備及能力的醫院
改道或交通擠塞	— 送往其他醫院

屬區醫院不是最就近醫院實例

7. 本署曾研究消防處於過去三年所接獲共 22 宗的投訴，以及該處與醫管局的往來文件。本署留意到，在港島、九龍及新界，都有屬區醫院不是最就近醫院的實例（詳見調查報告**第三章**）。其中，有往屬區醫院的行車時間比往最就近醫院多達 10 分鐘。消防處曾建議修改醫院屬區的分界，但最終該處與醫管局還是以醫護資源及各醫院負荷能力等理由，同意維持既有分界不變。

專家意見

8. 本署曾諮詢本署醫學顧問、本地醫學專業團體、本地執業醫生及本地病人組織。他們認為，情況危殆傷病者（包括嚴重心臟病發者及出現嚴重過敏反應者）須盡快送往最就近醫院接受診治，以免失救。

醫管局及消防處的回應

9. **醫管局**表示，對心臟停止跳動的傷病者來說，最重要的是在心臟停頓後首五分鐘能夠獲得心肺復蘇治療；若屬區醫院不是最就近醫院，將心臟停止跳動的傷病者送往最就近醫院，原則上是可行的。但醫管局仍認為，整體而言，現行制度確保傷病者獲得病人全面護理，符合傷病者的最大利益。

10. **消防處**則稱，若容許救護員自行判斷傷病者是否屬情況危殆，不同救護員難免會作出不同的判斷，令市民無所適從，從而招致投訴，甚至影響緊急召喚服務的質素。再者，以現時前線救護員的醫療技術水平，以及救護車的設備，該處未能確保在不同工作環境下，能快速及準確地分辨傷病者是否屬於情況危殆。

本署的評論

現行制度對情況危殆傷病者的照顧未夠適切

11. 現行制度是以各所醫院的設備、規模，以及接收病人能力為醫院屬區劃分基礎。在此制度下，救護員只須按照簡單的預設指示執行職務，而無須就傷病者的情況多作判斷。

12. 然而，現行制度有可能造成數分鐘的延誤。對**一般傷病者**來說，數分鐘延誤可能影響不大，但對**情況危殆傷病者**而言，這樣的延誤足以對他們造成重大影響。

13. 本署明白，當局無論怎樣調整醫院屬區分界，均不可能令致每所屬區醫院成為當區任何傷病事故地點的最就近醫院。然而，當局實可制定特別安排：在維持現有制度基本不變的前提下，將**情況危殆傷病者**識別並送往按時間計算的最就近醫院，以配合該些傷病者最迫切的需要。

特別安排會影響服務水平以及救護員沒能力識別情況危殆傷病者的說法理據不足

14. 就消防處指稱特別安排有可能會影響服務水平，以及該署的救護員沒能力識別情況危殆傷病者，本署認為問題並非無法解決。只要訓練足夠而指引清晰可依，前線救護員便會有足夠能力識別情況危殆傷病者，判斷偏差亦不會太大。

15. 即使救護員未能完全確定傷病者是否情況危殆，按照「少冒風險原則」，把懷疑情況危殆傷病者載送往最就近醫院，相信會是利多弊少。

16. 根據醫管局的記錄，過去三年被醫院界定為「危殆」的傷病者人數，僅佔所有由救護車送抵急症室傷病者的約 4%。本署相信，把所有情況危殆傷病者送往最就近醫院，亦不致對某些醫院的工作量及接收病人能力造成大影響。

本署的建議

17. 申訴專員促請消防處及醫管局：

- (1) 在現行制度上增加特別安排：若屬區醫院並非最就近醫院，將情況危殆傷病者載送往最就近醫院；
- (2) 為前線救護員提供適當訓練及制定清晰指引，包括為情況危殆傷病者下定義，以便執行第(1)點所述工作；以及
- (3) 訂立常設檢討機制，並與各持份者（包括前線救護人員）保持溝通，以便按部就班落實第(1)及(2)點所述工作。

18. 消防處及醫管局大致上接納上述的建議，並同意先從較容易識別的「心臟停頓」及「呼吸停頓」傷病者入手，先為他們制定特別安排，載送他們到最就近醫院。消防處表示，待前線救護員積累更多經驗及／或獲配備所需診斷儀器後，該處會擴大特別安排，令其他類別的情況危殆傷病者亦可獲送往最就近醫院。

結語

19. 本署明白前線救護員所面對的工作困難，亦了解管方改變行之已久的工作模式和習慣需時。按上段所述的回應，消防處與醫管局總算就情況危殆傷病者的送院安排踏出了一步。然而，情況危殆傷病者不僅限於「心臟停頓」和「呼吸停頓」傷病者。申訴專員促請消防處及醫管局定期作出檢討，及致力為前線救護員提供所需設備、培訓、指引，以盡量做到把所有情況危殆的傷病者送到最就近醫院救治。

申訴專員公署

二〇一三年一月

背景

1.1 消防處根據《消防條例》¹為傷病者提供緊急救護服務，包括院前護理及載送傷病者往醫院。

1.2 消防處和醫院管理局（「醫管局」）協議，把全港劃分為20個區域（下稱「醫院屬區」）²。根據協議，消防處的救護車須把傷病者送往其身處醫院屬區的指定醫院或診所（以下統稱為「屬區醫院」）³。各醫院屬區的分界及各屬區醫院的名稱見**附錄**。

1.3 本署留意到，按上述安排，屬區醫院有可能不是最接近傷病者的醫院，例如：救護車會按規定將身處北角的傷病者載往東區屬區醫院，即東區尤德夫人那打素醫院（「東區醫院」），而不是在行車距離及時間上更接近的灣仔屬區醫院，即律敦治醫院。

¹ 《消防條例》（第95章）第7條訂明，消防處的職責為……

(d) 用以下方法協助任何看似需要迅速或立即接受醫療護理的人—

- (i) 確保該人的安全；
- (ii) 令該人復蘇或維持其生命；
- (iii) 減少其痛苦或困擾；

(e) 提供以下服務—

- (i) 運送(d)段所提述的人往醫院或可向該人提供醫療護理的其他地方……

² 消防處和醫管局把全港劃分為20個「醫院屬區」，以便有效調配及運用醫護資源。醫院屬區的範圍由消防處與醫管局共同制定及不時修訂。

³ 包括16所位於市區及新界設有急症室服務的醫院，以及四間位於離島（南大嶼山、坪洲、大澳及南丫島）輔設急救站的診所。

1.4 有意見認為，若屬區醫院不是最就近醫院，而硬性將情況危殆的傷病者（例如：心臟停止跳動及嚴重呼吸困難的傷病者）（下稱「情況危殆傷病者」）送往屬區醫院，而非最就近醫院，可能會導致延誤救治，對他們造成嚴重後果。有關情況危殆傷病者的送院安排，請參閱**第 2.7 段**。

調查範圍

1.5 有見及此，申訴專員於二〇一二年五月十七日決定，根據《申訴專員條例》第 7(1)(a)(ii)條，對消防處和醫管局展開主動調查，以深入探究現行載送情況危殆傷病者往屬區醫院的安排是否存在不足之處及改善空間。

調查過程

1.6 本署除了研究消防處及醫管局所提供的有關文件、個案檔案及統計數據外，還在調查過程中與消防處及醫管局職員舉行會議。本署亦曾邀請本署的醫學顧問、數位執業醫生、醫學專業團體及病人組織，就這課題提出意見。本署職員亦曾與該些人士和團體代表面晤，聆聽他們的意見。

1.7 二〇一二年十一月九日，本署將調查報告草擬本送交消防處及醫管局，請其置評。經考慮其意見後，本署於二〇一二年十二月二十一日完成這份報告。

2

緊急救護服務

處理緊急救護召喚程序

2.1 如上文所述，載送傷病者往醫院的緊急救護服務，由消防處負責提供。消防處轄下「總部總區」及「救護總區」聯手為傷病者提供緊急救護服務。當中，總部總區轄下的「消防通訊中心」負責調派所有救護（及滅火）資源；而救護總區包含八個救護分區，共設有 37 個救護站，負責執行救護工作。

2.2 消防通訊中心人員接獲求助電話⁴時，會先根據來電者所提供的資料，確定事故類別、傷病者身處的地點，以及其傷病情況和病歷，然後透過電腦調派系統，調派最接近傷病者所在位置的救護車前往救治。若情況有需要，消防通訊中心亦會調派「先遣急救員」⁵前往現場，為傷病者提供急救服務。

2.3 一般而言，救護車⁶上有三名救護人員當值，包括一名具備「二級急救醫療助理」⁷資格的救護人員擔任主管、一名司機及

⁴ 根據消防處提供的資料，在二〇一一年，該處共接獲 646,996 宗緊急救護召喚。

⁵ 「先遣急救員」為曾接受適當救護訓練的前線消防員。他們會在救護員到場前為傷病者提供基本維生治理，穩定傷病者的傷勢或病情，以提高其存活率。如傷病者的情況及病歷涉及心臟病、呼吸道全部或局部受異物阻塞、呼吸停頓／氣促、大量出血或不省人事，而預期先遣急救員能比救護車先到達現場，消防通訊中心人員會調派救護車及先遣急救員一同處理。現時全港各間消防局均駐有先遣急救員。

⁶ 消防處配備不同種類的救護車輛，包括一般救護車、救護吉普車、鄉村救護車、急救醫療電單車、快速應變急救車和流動傷者治療車，以應付不同需要。消防通訊中心會因應傷病者的所在位置及當時情況，調派不同車輛處理各類緊急救護召喚。

⁷ 「二級急救醫療助理」的技術水平由加拿大卑斯省司法公安學院評核及認可，獲國際認同。具備二級急救醫療助理資格的救護人員，均可使用指定藥物及以靜脈注射、肌肉注射和皮下注射技術治理傷病者。

一名隨員。他們在接獲指示後，便會馬上前往事發地點。

載送往屬區醫院的理念

2.4 消防處及醫管局解釋，載送傷病者往屬區醫院，是以傷病者的「最大利益」為依歸。傷病者的最大利益是指傷病者能獲得「病人全面護理」⁸ (total patient care)，包括適當的院前急救，以及在最短時間內把傷病者送到最就近的合適醫院 (nearest appropriate hospital) 接受治療。在制定現行醫院屬區分界以及載送傷病者往屬區醫院計劃時，醫院的規模、設備，以及接收病人能力，都是主要的考慮因素，其他的考慮因素則包括行車距離、行車時間及區內交通情況等。換言之，行車距離及行車時間，並非現行計劃的唯一或最主要考慮因素。

載送往屬區醫院的具體安排

2.5 現時，救護車會把所有傷病者（包括情況危殆傷病者）一律送往屬區醫院，除非遇到以下情況：

- (1) 「大型事故」⁹。醫管局在接獲消防通訊中心的通報後，會根據當時傷者的人數和傷勢，以及醫院急症室的情況，建議將傷者分流往不同醫院，以免所有傷者同一時間送往屬區醫院，導致急症室不勝負荷，延遲救治工作。
- (2) 「嚴重創傷者」¹⁰。救護員會根據《創傷分流指引》，將嚴重創傷者直接送往具有治療嚴重創傷設備和能力的醫院（下稱「創傷中心」）。如此安排一方面考慮到傷病者的傷病情況及所需要的診療服務，另一方面亦考慮到醫院當時的負荷能力，使傷病者得到最適時及適當的診治，以提高他們的存活機會。

⁸ 「病人全面護理」涵蓋送院前的急救，送院後的診斷、治療、護理，以及出院後的康復服務。

⁹ 消防處把已確定現場有八名或以上傷病者，或雖未能即時確定傷病者數目，但考慮到事故的嚴重性而須調派四輛或以上救護車的事故，列為「大型事故」。例如：發生於二〇一一年十二月的花園街四級大火。

¹⁰ 消防處根據與醫管局共同制訂的院前創傷分流準則，編製了一份「創傷病人分流表格」。救護員會將符合表格內任何一項傷病情況（例如：肢體癱瘓，盆骨骨折）的傷病者界定為「嚴重創傷者」，並載送他們往「創傷中心」。

- (3) 傷病者能出示由醫管局醫院或私家醫院所簽發的「運送病人前往指定醫院證明書」，證明其需要到指定醫院接受診治；惟其當時的傷病情況必須穩定，並與證明書所述病情有關，而傷病者亦能在「載送病者往特定醫院／診療所」申請表格上簽署。在此情況下，救護員可決定載送傷病者往證明書上列明的醫院／診療所。
- (4) 有身為香港醫學會成員的私家醫生在場，並由該私家醫生填妥及簽署該會所印備的「承諾書」表格，聲明已向傷病者解釋前往私家醫院可能出現的風險，並已與有關的私家醫院作出入院安排。在此情況下，救護員可按私家醫生的要求，把傷病者送往指定的私家醫院。

2.6 此外，消防通訊中心在收到改道或交通擠塞報告後，會透過無線電將消息轉告救護車。救護員會考慮當時情況，決定將傷病者送往屬區醫院或其他醫院。

對情況危殆傷病者一視同仁

2.7 除第 2.5 及 2.6 段所述情況外，在現行制度下，消防處會將所有傷病者載送到屬區醫院；即使傷病者情況危殆，例如出現嚴重過敏反應（第 4.2(2)段）、心律嚴重失常，以及嚴重呼吸困難（第 2.10 段），而屬區醫院並非最就近醫院，消防處亦只會將他們載送到屬區醫院，不會將他們送到其他更就近醫院。所有傷病者抵達醫院後，才會由急症室醫護人員，按其傷病情況決定其就診先後，詳見第 2.10 段。

救護員所提供的急救服務

2.8 在救護員到達傷病者所在地點，至將傷病者送抵醫院的一段時間，救護員會為傷病者提供院前急救或護理服務，以搶救其生命或穩定傷病情況，防止情況進一步惡化。

2.9 對於心臟停止跳動的傷病者，救護員會施行心肺復蘇法，或使用自動心臟去顫器進行急救。對於嚴重呼吸困難的傷病者，則會務求令其氣道暢通，並給予氧氣。

急症室分流

2.10 傷病者獲載送到急症室後，醫護人員會根據《急症室分流指引》¹¹，按照傷病情況把傷病者分為五類：危殆、危急、緊急、次緊急或非緊急，以決定其獲診治的緩急先後次序，詳情見表一：

表一：傷病者分類及目標等候時間

傷病者分類	定義	例子	目標等候時間(分鐘)
危殆	有即時生命危險，維生指數不穩定，須立刻接受心肺復蘇急救	<ol style="list-style-type: none">1. 心臟停止跳動2. 心律嚴重失常導致低血壓3. 呼吸停頓4. 氣道阻塞5. 過敏性休克或過敏性反應導致嚴重呼吸困難6. 嚴重創傷：例如頭頸及軀幹的穿透性創傷或高能量撞擊導致斷肢或多處骨折7. 皮膚面積超過30%的二級或以上燒傷	即時獲得診治
危急	有潛在的生命危險，維生指數偏低及病況可隨時轉差，需要緊急治理及密切監察	<ol style="list-style-type: none">1. 呼吸困難導致血氧含量低於90%2. 心律失常但血壓正常	15

¹¹ 《急症室分流指引》由醫管局制訂，規定急症室須按傷病者的傷病情況輕重，決定診治他們的緩急先後次序。

		<ul style="list-style-type: none"> 3. 懷疑盤骨及多條肋骨骨折 4. 皮膚面積 20% 至 30% 的二級或以上燒傷 	
緊急	傷病情況需要優先處理，但維生指數相對穩定	<ul style="list-style-type: none"> 1. 中等至輕微呼吸困難導致血氧含量處於 90% 至 95%，但四肢血液灌注正常 2. 四肢受傷以至骨折或移位 3. 皮膚面積 5% 至 20% 的二級或以上燒傷 	30
次緊急	傷病情況及維生指數穩定，即使等候亦不會有嚴重後果	<ul style="list-style-type: none"> 1. 扭傷 2. 皮膚面積少於 5% 的二級或以上燒傷 	不設目標等候時間
非緊急	情況輕微，維生指數穩定，即使等候情況亦不會轉壞	<ul style="list-style-type: none"> 1. 輕微擦傷 2. 輕微曬傷 	不設目標等候時間

註：本報告提及的「情況危殆傷病者」，與急症室醫護人員根據《急症室分流指引》評定為「危殆」傷病者，並不完全相同。

被鑑別為「危殆」類別的傷病者的人數

2.11 根據醫管局的統計數字，在過去三年，由救護車載送到急症室的傷病者當中，約有 3.2 至 3.3% 被急症室鑑別為「危殆」類別，詳情見表二：

表二：「危殆」傷病者人數

年份	由救護車載送到急症室的傷病者 ¹² (人數)	被鑑別為「危殆」的傷病者 (人數)	所佔比例 (百分比)
2009	472,914	15,482	3.27
2010	487,338	16,411	3.37
2011	496,962	16,393	3.30

¹² 相關統計數字由醫管局根據病人或隨行者在急症室登記時提供有關傷病者是否由救護車送抵的資料收集整合而成。

3

屬區醫院不一定是 最就近醫院

屬區醫院不是最就近醫院實例

3.1 本署曾細閱消防處過去三年接獲共 22 宗有關傷病者送院安排的投訴個案檔案，以及該處與醫管局就有關檢討醫院屬區服務範圍的往來文件¹³。本署留意到，在港島、九龍及新界，都有屬區醫院不是最就近醫院的實例。

例子（一）：北角和富中心

3.2 二〇〇九年六月，因應一宗投訴個案，消防處在港島進行行車測試。測試結果顯示，北角和富中心與屬區醫院（東區醫院）的距離是 5.9 公里，在平日晚上七時許交通暢順的情況下，行車時間為 13 分鐘；從和富中心前往灣仔屬區醫院（律敦治醫院）的距離為 4.3 公里，而行車時間則為 9 分鐘。

3.3 經諮詢上述兩所醫院後，消防處決定維持有關醫院屬區分界不變。

例子（二）：北角堡壘街

3.4 二〇一〇年四月，一名居於北角堡壘街，屬長期病患的市民（「甲女士」）出現呼吸困難症狀，其家人替她召喚緊急救護服務。救護員到場後，家人要求把甲女士載送往律敦治醫院，原

¹³ 自二〇一一年起，消防處與醫管局每四個月舉行定期會議，討論與緊急救護服務有關的事宜。

因是距離較近。救護員則堅持只可載送甲女士往東區醫院，因為東區醫院才是屬區醫院。最後，甲女士選擇自行乘坐的士到律敦治醫院。猶幸甲女士的情況穩定，未有因等候的士需時而致影響其病情。

3.5 因應該宗個案，消防處與醫管局就港島醫院屬區的分界進行檢討。醫管局表示，在制訂現行屬區分界時，行車距離及行車時間並非唯一考慮因素，醫院設備及負荷能力亦應一併考慮，以確保所提供服務達病人獲全面護理服務水平。最後，雙方同意維持既有分界不變。

例子 (三) : 九龍東

3.6 二〇一〇年十一月，消防處在檢討屬區醫院的服務範圍時，在九龍東多個地點進行行車測試，結果見表三：

表三：九龍東行車測試結果

起點	往伊利沙伯醫院 (屬區醫院)		往基督教聯合醫院	
	距離 (公里)	行車時間 (分鐘)	距離 (公里)	行車時間 (分鐘)
沙田坳道與 慈雲山道交界	7	21	7	11
鑽石山 星河名居	6	19	5	11
彩虹邨邨口	6	18	4	11

3.7 因應上述行車測試結果，消防處建議改以基督教聯合醫院為上述三個地點的屬區醫院。然而，醫管局認為，不應單憑行車距離和行車時間釐定醫院屬區的分界，亦應顧及醫護資源及醫院負荷能力等其他因素。最後，雙方同意維持既有分界不變。

例子 (四) : 慈雲山慈愛苑

3.8 上兩段所述的檢討進行後約一個月，一名居於慈雲山慈愛苑的市民(「乙先生」)出現中風徵象，其子替他召喚緊急救護服務。救護車把乙先生載送到屬區醫院(伊利沙伯醫院)。

3.9 乙先生的兒子指出，慈愛苑與基督教聯合醫院的距離較近，因此救護車不應把乙先生載送往伊利沙伯醫院。

3.10 消防處遂進行行車測試。結果顯示：慈愛苑與伊利沙伯醫院的距離是 6.4 公里，行車時間約 19 分鐘；而與基督教聯合醫院的距離則為 6 公里，行車時間約 12 分鐘。

3.11 經檢討後，消防處決定有關醫院屬區的分界維持不變。

例子 (五)：青衣北橋一帶

3.12 二〇一〇年十一月，消防處與醫管局就青衣北橋一帶（青衣長安邨和長發邨以及附近多個私人屋苑）居民的送院安排交換意見。消防處指出，青衣北橋一帶經青衣北橋前往青衣屬區醫院（瑪嘉烈醫院），較前往荃灣屬區醫院（仁濟醫院）更遠。

3.13 記錄顯示，該處與醫管局曾於二〇一一年檢討醫院屬區的分界。消防處提出了兩個修改醫院屬區分界的建議。醫管局表示，在研究修改醫院屬區分界時，不應只顧及救護車運送傷病者到醫院的距離和時間，亦應顧及傷病者的醫療服務需要，以確保其所獲的服務符合「病人全面護理」標準。雙方考慮多方面的因素後，同意暫時維持既有分界不變。

4

專家和病人組織的意見 及消防處和醫管局的回應

緒言

4.1 本署在進行調查期間，曾諮詢本署的醫學顧問、本地醫學專業團體、社會知名執業醫生及本地病人組織，冀能從不同角度考量問題，探究現行載送情況危殆傷病者往屬區醫院的安排是否存在不足之處及改善空間。

專家和病人組織的意見

本署醫學顧問

4.2 本署的一位醫學顧問指出：

- (1) 照顧緊急傷病者的最基本原則，是在最短時間內給予救治，任何延誤都可能導致死亡或其他嚴重後果；
- (2) 情況危殆傷病者包括主動脈瘤破裂、心肌梗塞、出現嚴重過敏反應，以及因創傷引致內出血的傷病者；
- (3) 情況危殆傷病者必須盡快接受治療；把他們送往較遠醫院而非最就近醫院可能導致失救。

4.3 本署的另一位醫學顧問認為：

- (1) 情況危殆傷病者包括嚴重心臟病發、嚴重創傷或燒傷等傷病者；
- (2) 情況危殆傷病者應送往最就近的「合適醫院」，即具備足夠及合適設施的醫院；至於哪間醫院為最合適醫院，須按傷病者的情況而定；
- (3) 若各間醫院的設施及服務水平相若，應把情況危殆傷病者送往最就近醫院。

醫學專業團體

4.4 一個本地醫學專業團體認為：

- (1) 一般而言，傷病者應送往最就近的合適醫院。至於何謂合適醫院，則須按傷病者當時的情況及醫院的設備及接收病人的負荷能力而定；
- (2) 情況危殆的傷病者包括心臟停頓及呼吸停頓的傷病者；
- (3) 情況危殆傷病者應送往按時間計算最就近的醫院；
- (4) 非情況危殆但須要在專科轉介中心（例如：創傷中心）接受治療的傷病者，應送往具備相關專科服務的醫院。

執業醫生

4.5 數位本地執業醫生向本署指出，對於情況危殆傷病者，最理想的做法是把他們送往最就近的醫院。

病人組織

4.6 一個本地病人組織亦認為，應把情況危殆的心臟病患者送往最就近醫院。

消防處及醫管局的回應

消防處的回應

4.7 本署在聽取專家和病人組織的意見後，曾要求消防處考慮，在屬區醫院不是最就近醫院的情況下，是否可以把情況危殆傷病者送到最就近的醫院。

4.8 消防處指出，在制定處理傷病者程序及指引時，首要考慮的是確保能為前線人員在執行職務時提供明確清晰的預設指引，從而使前線人員能快捷準確地就傷病者的情況作出判斷並提供適當的治理。再者，院前急救的工作環境複雜及千變萬化。在診斷傷病者期間，救護員有可能會被其情緒不隱的家人或朋友干擾；又如事發地點在戶外，會被當時不穩定的天氣，或當時路面交通及嘈雜環境影響，以致未能在短時間內正確無誤地判斷傷病者是否屬於情況危殆傷病者。此外，給予救護員太大彈性，容易導致市民無所適從。輕則令救護員與傷病者或其家人產生摩擦，結果招致投訴；重則可能令該處難以確保服務質素達到應有水平。

4.9 消防處亦解釋，從某一地點到醫院的行車時間，會因時段不同、交通改道、節日活動，或突發的交通意外而出現無法預期的變化。該處很難在瞬息萬變的現實環境中，決定哪是「最就近醫院」。再者，若屬區醫院是規模較大醫院，即使其距離較遠，所需行車時間較長，但把傷病者送往該院，對傷病者的整體治理會更有保障，亦可避免日後因需轉院而引致延誤。

4.10 消防處強調，以現時前線救護人員的醫療技術水平，以及救護車的有限設備，實未能確保可在不同的工作環境下，快速及準確地分辨現場的傷病者是否屬於情況危殆。

醫管局的回應

4.11 醫管局則表示，現行制度體現了確保傷病者獲得全面護理的目標，符合傷病者的最大利益。

4.12 該局指出，對心臟停止跳動的傷病者來說，最重要的是在心臟停頓後首五分鐘能夠獲得心肺復蘇治療，故此，該五分鐘被稱為「黃金五分鐘」。對嚴重創傷者而言，在受傷後首一小時獲送往創傷中心接受治療同樣十分重要，因此，該一小時又稱為「黃金一小時」。至於部分中風病人，在中風後首三小時接受溶栓治療亦十分重要，故有「黃金三小時」之稱。

4.13 該局亦表示，最危急的是心臟停止跳動的傷病者。救護員到場後，會即時為他們施行心肺復蘇治療。這類傷病者在送抵急症室後，會獲界定為「危殆」類別，並獲即時診治。

4.14 該局強調，在屬區醫院不是最就近醫院的情況下，將心臟停止跳動的傷病者送往最就近醫院，原則是可行的，具體執行細節則有待與消防處磋商。

5

本署的評論及建議

本署的評論

5.1 在審研消防處及醫管局所提供的資料，以及參考醫療專家及病人組織的意見後，本署有以下評論。

現行制度對情況危殆傷病者的照顧未夠適切

5.2 根據現行的載送傷病者制度，救護員只會把傷病者（包括情況危殆傷病者）送往屬區醫院。除非遇到特殊情況，例如大型事故、傷病者有嚴重創傷，或交通擠塞，救護員才會把傷病者送往其他醫院（**第 2.5 及 2.6 段**）。現行制度是以各所醫院的設備、規模及接收病人能力為劃分基礎（**第 2.4 段**），在此制度下，救護員只須按照簡單的預設指示執行職務，而無須就傷病者的情況多作判斷（**第 2.7 及 4.8 段**）。

5.3 然而，本署的醫學顧問、醫學專業團體、數位執業醫生及病人組織均認為，情況危殆傷病者須盡快送往最就近醫院，以免延誤救治（**第 4.2(3)、4.3(2)、4.3(3)、4.4(3)、4.5 及 4.6 段**）。

5.4 事實上，在現行制度下，所有情況危殆傷病者在送抵急症室後，均會獲急症室鑑別為「危殆」，並獲提供「即時診治」（**第 2.10 段**）。由此可推論：在最短時間內把情況危殆傷病者送往急症室接受「即時診治」，是非常重要的。

5.5 可是，現行制度只千篇一律地將所有傷病者（包括情況危殆傷病者）送往屬區醫院（**第 5.2 段**）。若屬區醫院不是最就近醫院，必然會造成最少數分鐘的延誤，對情況危殆傷病者而言，可能影響極大。屬區醫院不是最就近醫院的實例，參見**第 3.2、3.4、3.6、3.10 及 3.12 段**。

5.6 根據消防處及醫管局的記錄，雙方均留意到部分屬區醫院並非最就近醫院，亦曾就此情況檢討醫院屬區的分界（**第 3.3、3.5、3.7 及 3.13 段**）。然而，調整醫院屬區分界根本不是對症下藥的解決問題方法，因為無論如何調整，亦不可能令致每所屬區醫院成為當區任何傷病事故地點的最就近醫院。難怪每次就醫院屬區分界的檢討都徒勞無功，問題亦一直未獲解決。

5.7 其實，本署原則上不反對把**一般傷病者**載送到屬區醫院，但認為當局應盡可能把**情況危殆傷病者**送往按時間計算最就近的醫院，以配合該些傷病者最迫切的需要。本署認為，最理想的做法，是把情況危殆的傷病者識別及載送到最就近醫院。如此，不但可以維持現有制度基本不變，亦可履行盡速救治情況危殆傷病者之職責。

制定特別安排會影響服務水平和救護員沒能力識別情況危殆傷病者的說法理據不足

5.8 消防處表示，若給予救護員太大彈性，讓他們自行分辨情況危殆傷病者，會容易招致市民投訴，甚或會影響緊急救護召喚的服務水平（**第 4.8 段**）。該處又認為，前線人員目前沒有能力快速及準確地識別情況危殆的傷病者（**第 4.10 段**）。

5.9 本署明白消防處擔心的原因，但若因此而不作任何改善，則屬因噎廢食，有負該處應為傷病者（尤其是情況危殆傷病者）爭取最大存活及康復機會的使命。

5.10 本署認為，該處所提出的問題並非完全無法解決。若能提供所需設備和充足訓練，而指引亦清晰可依，前線救護員應能識別情況危殆傷病者，而不同救護員的判斷亦應不會有太大偏差。事實上，救護員現時亦要在特定情況下，為傷病者的傷病情況，作出某程度上的判斷（**第 2.5(2)段**），及提供適切的急救或護

理服務（第 2.8 及 2.9 段）。

5.11 即使救護員未能完全確定傷病者是否情況危殆，按照「少冒風險原則」，把懷疑情況危殆傷病者載送往最就近醫院，亦會是利多弊少。

5.12 此外，根據醫管局的統計，每年由救護車載送到急症室的傷病者總人數當中，被鑑別為「危殆」者為數少於 4%（第 2.11 段）。本署據此推斷，有需要把情況危殆傷病者載送到最就近醫院的情況不會太多，不致對某些醫院的接收病人能力構成壓力。

「院前急救」不能取代「盡快送院」

5.13 本署了解，救護員在載送傷病者到醫院前，會為他們提供急救或院前護理服務（第 2.8 段）；而對心臟停止跳動的傷病者而言，最重要是在「黃金五分鐘」內施行心肺復蘇急救（第 4.12 段）。

5.14 本署當然同意「院前急救」對情況危殆傷病者十分重要，但是「盡快送院」對該些傷病者的存活及康復亦屬關鍵（第 5.3 段）。「院前急救」與「盡快送院」非但沒有矛盾，更是相輔相成，缺一不可。

本署的建議

5.15 人命關天，當局斷不能但求維護制度簡潔或行政方便，而不重視把情況危殆的傷病者盡快送院的需要。本署認為，當局必須從速解決這問題。

5.16 基於以上所述，申訴專員向消防處及醫管局作出以下建議：

- (1) 在現行制度上增加特別安排：若屬區醫院並非最就近的醫院，則把情況危殆傷病者載送往按時間計算最就近的醫院（第 5.7 段）；

- (2) 為前線救護員提供所需的設備及訓練和制定清晰指引，包括為情況危殆傷病者下定義，以便執行第(1)點所述工作（**第 5.10 段**）；以及
- (3) 訂立常設檢討機制，並與各持份者（包括前線救護人員）保持溝通，以便按部就班落實第(1)及(2)點所述工作。

消防處、醫管局對本署建議的回應

5.17 消防處及醫管局大致上接納上述的建議，同意先從較容易的「心臟停頓」及「呼吸停頓」傷病者入手，先為他們制定特別安排，載送他們到最就近醫院。消防處表示，待前線救護員積累更多經驗及／或獲配備所需診斷儀器後，該處會擴大特別安排，令「心臟停頓」及「呼吸停頓」以外的情況危殆傷病者亦可獲送往最就近的醫院，以接受急症室的「即時診治」。

結語

5.18 本署明白前線救護員所面對的工作困難，亦了解管方改變行之已久的工作模式和習慣需時。按上段所述的回應，消防處與醫管局總算就情況危殆傷病者的送院安排踏出了一步。然而，情況危殆傷病者並不僅限於「心臟停頓」和「呼吸停頓」傷病者，亦包括「嚴重過敏反應」、「心律嚴重失常」、「嚴重呼吸困難」，以及其他需要獲得即時診治的情況危殆傷病者（**第 2.7 段**），他們亦確實有需要送往最就近的醫院。有鑑於此，申訴專員促請消防處及醫管局在未來落實定期檢討及致力於為前線救護員提供所需設備、培訓、指引，以盡量做到把所有情況危殆的傷病者送到最就近的醫院救治。

鳴謝

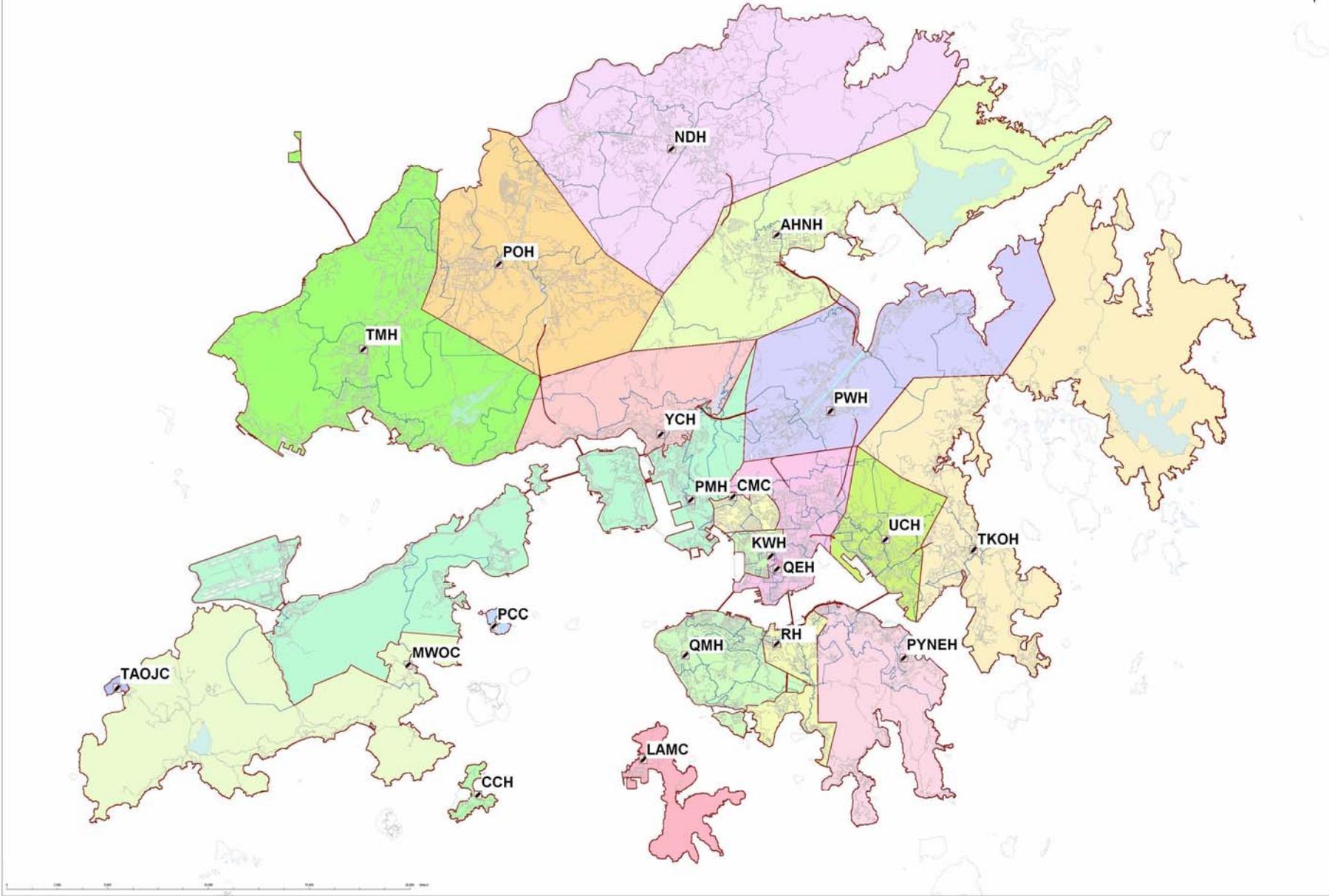
5.19 在本署進行調查期間，消防處及醫管局全力配合，而本署的醫學顧問、數位執業醫生、醫學專業團體及病人組織提供了非常寶貴的意見；申訴專員對以上各方表示衷心感謝。

申訴專員公署

檔案：OMB/DI/243

二〇一二年十二月

Hospital Catchment Area



Legend

HOSPITAL (A/E)



HOSPITAL CATCHMENT AREA

- | | | |
|--|-------|-------------|
| | AHNH | 雅麗氏何妙齡那打素醫院 |
| | CCH | 長洲醫院 |
| | CMC | 明愛醫院 |
| | KWH | 廣華醫院 |
| | LAMC | 北南丫診所 |
| | MWOC | 梅窩診所 |
| | NDH | 北區醫院 |
| | PCC | 坪洲診所 |
| | PMH | 瑪嘉烈醫院 |
| | POH | 博愛醫院 |
| | PWH | 威爾斯親王醫院 |
| | PYNEH | 東區尤德夫人那打素醫院 |
| | QEH | 伊利沙伯醫院 |
| | QMH | 瑪麗醫院 |
| | RH | 律敦治醫院 |
| | TAOJC | 大澳賽馬會診所 |
| | TKOH | 將軍澳醫院 |
| | TMH | 屯門醫院 |
| | UCH | 基督教聯合醫院 |
| | YCH | 仁濟醫院 |