

(立法院函 編號：8-2-2-455)

黃委員就監視器問題所提質詢，經交據內政部查復如下：

- 一、各地方政府治安狀況及地區特性不同，治安要點錄影監視系統設置及管理，均由各地方政府負責規劃，以符合當地治安實際需求。
- 二、「警察職權行使法」第 10 條第 1 項規定：「警察對於經常發生或經合理判斷可能發生犯罪案件之公共場所或公眾得出入之場所，為維護治安之必要時，得協調相關機關（構）裝設監視器，或以現有之攝影或其他科技工具蒐集資料。」各直轄市、縣（市）政府依該規定並配合轄區特性、治安狀況、重要道路、易生犯罪場所、涉嫌人犯案可能逃逸路線等整體考量，妥適設置錄影監視系統，以符合比例原則，且地方政府設置治安要點錄影監視系統前，警察機關尚需就轄內治安及交通要點縝密分析、研判，實施現地會勘，瞭解當地治安實際需求後規劃設置。
- 三、有關錄影資料管理部分，各直轄市、縣（市）政府為維護治安兼顧保障民眾權益，均循自治法規方式訂定治安要點錄影監視系統管理規定，明確規範錄影資料管理權責、範圍、程序、查核、調閱及保存期限等事項；另有個人資料之蒐集與利用，亦須依「電腦處理個人資料保護法」等相關法律規範辦理，以確保民眾權益。
- 四、警政署 101 年第 1 季「『民眾對治安滿意度調查』－監錄系統設置與隱私權相關調查與分析」相關調查結果如下：
 - (一)絕大部分民眾認為設置錄影監視系統對安全有幫助有 93.26%的民眾認為警察機關於治安重點處所或重要路口設置監錄系統對於保障安全「有幫助」；僅有 6.02%的民眾認為設置監錄系統對安全「沒有幫助」；另有 0.72%的民眾表示「沒意見」。
 - (二)大部分民眾認為設置錄影監視系統對隱私權無影響
 1. 74.11%的民眾認為警察機關在治安重點處所或重要路口設置監錄系統與隱私權「無關係」；有 23.35%的民眾認為與隱私權「有關係」；另有 2.54%的民眾表示「沒意見」。
 2. 其中認為「設置監錄系統」與「隱私權」有關係者，有 35.72%的民眾認為警察機在治安重點處所或重要路口設置監錄系統對其隱私權「有影響」； 62.99%的民眾認為對隱私權「無影響」；另有 1.29%的民眾表示「沒意見」。
- 五、101 年 9 月 28 日聯合報 A4 版報導「願景工程專題－新加坡」其中提及新加坡政府廣設監視器替代警力，民眾不但不反感，反而覺得設置愈多愈有保障，我國各地方政府廣設錄影監視系統，符合民眾期待及國際趨勢。

(九十七) 行政院函送黃委員昭順就 1 年就醫超過 1 千次之特殊個案，相關單位應加強輔導，並應由節流著手，保費稽核及輔導就醫失控患者，成立專人專案管理，以杜絕民眾濫用之虞問題所提質詢之書面答復，請查照案。

(行政院函 中華民國 101 年 10 月 8 日院臺專字第 1010063538 號)

(立法院函 編號：8-2-2-458)

黃委員就 1 年就醫超過 1 千次之特殊個案，企請本署健保局應加強輔導，並應以節流為方向，針對保費稽核及輔導就醫失控者，成立專案專人管理，以杜絕民眾濫用之虞問題所提質詢，經交據衛生署查復如下：

一、本署為加強輔導就醫失控者、杜絕濫用，特訂定全民健康保險醫療辦法第 42 條，100 年 1 月 26 日總統華總一義字第 10000011861 號令修正公布之全民健康保險法更提升法律位階，而於第 53 條訂定略以，保險人就下列事項，不予保險給付：有不當重複就醫或其他不當使用醫療資源之保險對象，未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫。但情況緊急時不在此限。本署健保局並於 100 年 10 月 6 日修訂健保醫字第 1000073734 號令修訂及公告「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」，且自 100 年 11 月 1 日起實施。

二、全民健保因提供就醫便利且無財務障礙的醫療服務，確實有極少數保險對象有就醫次數過高情形，故本署健保局自 90 年即實施「門診高利用保險對象輔導專案計畫」迄今，針對門診高利用者各項就醫輔導、轉介與協助，惟考量民眾就醫之權益及個案接受程度不同，係以柔性勸導為主，指定就醫為輔，避免保險對象拒絕輔導。該專案計畫輔導範圍說明如下：

(一)90 年開始執行「門診高利用保險對象輔導專案計畫」，以 88 年全年門診就醫次數超過 300 次(含)之個案為輔導對象。

(二)91 年以 89 年全年門診就醫次數超過 100 次(含)及 200 次(含)之個案為輔導對象。

(三)93 年以前一年門診申報就醫次數 \geq 200 次為輔導對象。

(四)97 年以前一年門診就醫次數 \geq 150 次為輔導對象。

(五)依據 99 年 3 月擴大輔導範圍，以 98 年門診就醫次數 \geq 100 次為輔導對象，輔導人數增為 3 萬餘人(在輔導人力未增加之情形下，工作量約增加 7.2 倍)。

三、有關前開本署健保局之相關輔導方式，說明如下：

(一)郵寄關懷函：對門診高利用者表達本署健保局對於其身心健康之關心，並告知保險對象與負責輔導人員之聯繫方式，主動關心保險對象是否有就醫或相關醫療諮詢之需求。(100 年寄出 33,468 封)

(二)電訪或親訪：對接受關懷函後，就醫行為仍未改善者，以瞭解保險對象經常就醫之原因，以電訪或親訪以表達本署健保局的關切，視需要說明健保相關規定，適時衛教，導正就醫觀念。(100 年 2,360 通電訪；全年 4,118 次親訪)

(三)結合多元社會資源訪視輔導與轉介：為因應個案就診問題之複雜性，運用各相關機構資源，提供個案完整性之協助，並建立多方的轉介連繫網絡：

1.與醫界合作建立責任分工：函請個案最常就診之醫療院所協助個案輔導，以瞭解保險對象醫療需求，給予適當治療，並予以轉介至適當院所及科別就醫。

2.定期提供具榮民(眷)身分之高利用保險對象資料予行政院國軍退除役官兵輔導委員會，俾利該會協助進行輔導作業(全年有 4,948 人)。

3.視需要尋求地方政府社會局、衛生局公共衛生護士、民政體系（村里幹事、村里長）、病人團體、志工、實習生等協助進行輔導（全年有 141 人）。

4.納入專業之藥事人員針對門診高利用之保險對象中需輔導建立正確服用藥物觀念及協助整理藥品者，進行居家訪視，避免藥物重複使用，提升用藥安全（100 年藥事居家照護訪視計有 4,041 人，本署健保局訪視 77 人，總計 4,118 人）。

(四)回饋院所保險對象診療意見：由本署健保局專業審查醫師針對保險對象就醫次數之合理性及治療照護之適當性提供意見，並將審查結果回饋醫療院所，以提升輔導院所之醫療服務品質。

(五)結合審查醫師實地輔導：針對不願依醫師建議轉診、不遵循醫囑、精神疾病卻無病識感、精神狀況未達收治住院程度亂逛醫療院所、慮病症等現象之特殊個案，協調審查醫師配合至個案家中進行訪視，瞭解及協助個案就醫，並提供必要協助。（全年計 2 個案）

(六)指定保險醫事服務機構就醫：保險對象確有重複就醫或浪費醫療資源情形，經輔導後，並得依其病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。（98 年申報門診就醫次數 \geq 100 次者，經輔導後無明顯改善，且經專業審查醫師認定，計有 8 位須於指定之醫療院所就醫，指定期間為 100 年 11 月 30 日至 101 年 2 月 29 日；99 申報門診就醫次數 \geq 100 次者中，有 16 位保險對象經輔導後無明顯改善，且經專業審查醫師認定，須於指定之醫療院所就醫，指定期間為 101 年 4 月 1 日至 101 年 6 月 30 日，前開保險對象經指定就醫後，因已達就醫次數或醫療費用下降 10%之目標，故目前已解除列管）。

(七)加強宣導：保險對象可於健保局官網參考下載全民健康保險權益手冊 2011-2012 版（除有中英文版外，尚有越南文、印尼文、泰文版等）或全民健保故事書（98 年 12 月版）等瞭解全民健保及就醫權益，更進一步珍惜醫療資源，對於疾病或症狀該如何自我照護，本署也出版了健康達人 125 手冊之自我照護手冊（衛生署網站：<http://healthpromotion.doh.gov.tw/health/index.asp>），可供民眾自行下載參考），書中共提出 125 個健康問題，由家庭醫師解答，文章主要分成「會有哪些狀況」、「要怎麼預防才好」、「我該怎樣照護自己」、「什麼時候需要找醫師」等四部分，保險對象可從本書中學到許多自我照護的方法，並可自我評估是否必須就醫。

(八)試辦整合性照護計畫模式：如「全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫」、「西醫基層診所以病人為中心整合照護試辦計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」、「全民健保藥事居家照護試辦計畫」等計畫，提升服務效率，逐步養成就醫於固定的院所及醫師之行為。

四、上開輔導成效及特殊個案說明：

(一)經分析 3 年來，年度申報門診就醫次數 \geq 100 次者，經輔導 1 年後，約有六成之保險對象之就醫次數會下降至 100 次以下，已見本專案實施成效。另經本署健保局 99 年擴大實施輔導專案截至 101 年 6 月止，醫療費用下降約 14 億元。

(二)另再以 99 年全年門診就醫次數 ≥ 100 次者進一步分析，女性占率 51.5%，較男性為高，且以 65 歲以上老人占輔導人數 55%為最多，屬慢性病耗用門診醫療費用之 56%，而曾因精神科疾病就醫者更占 59%，綜上，人口老化造成慢性病患逐年上升，以及工業社會下壓力導致多數輔導對象受精神障礙所苦，導致就醫次數有偏高情形，都使輔導成效受限制。

(三)本署為落實管考本專案人員推動成效，除於全民健康保險監理委員會將高診次保險對象人數占率及高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率納入【全民健康保險醫療業務監理指標】監測外，亦於「行政院衛生署中央健康保險局 101 年度考核獎金評核指標及計算方式」將推動成效納入考核監測指標。該局也將本項業務納入【行政院衛生署中央健康保險局 101 年重要工作計畫】作為年度重點推動業務之一。

(四)另有關報載「某民眾一年就醫多達 1,078 次」及「某民眾重複用藥，一年領了超過 20 年份（8 千多天）的藥物」之特殊個案，屬極端之例外個案，經本署健保局積極介入輔導後，已有明顯成效。

五、本署健保局未來將持續積極辦理「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，以有限資源，積極介入輔導以提供各項社會或社福管道及服務，惟對於極少數不當浪費醫療資源者，經該局各分區業務組輔導後，發現多有身體殘疾、經濟弱勢、家庭系統支持不良或麻醉藥品成癮等，有多重複雜之社會問題，亟需社會各類資源介入輔導，已非單純之醫療服務利用異常問題，故未來除仍積極輔導高診次病患外，並將持續結合多元性及相關性的各類社福單位，以扶助弱勢民眾，使醫療資源使用更有效率。

六、另查有關促使投保單位覈實申報投保金額乙節，本署健保局除積極宣導投保單位依規定申報外，並已利用外部資料比對被保險人投保金額，執行各項查核專案，如薪資所得資料與第一類被保險人投保金額比對、勞保投保薪資與第一類、第二類被保險人投保金額比對及勞退月提繳工資與第一類被保險人投保金額比對，低報者予以主動調整。以 100 年為例，前開所增加保險費收入約 17 億元。

(九十八) 行政院函送陳委員根德就國內經濟問題所提質詢之書面答復，請查照案。

(行政院函 中華民國 101 年 10 月 8 日院臺專字第 1010063587 號)
(立法院函 編號：8-2-2-507)

陳委員就國內經濟所提質詢，經交據本院經建會查復如下：

一、為因應金融海嘯後國際經濟情勢變化，本院於今（101）年 2 月 6 日成立「國際經濟景氣因應小組」，由管政務委員擔任召集人，並由經建會擔任幕僚，負責彙整各機關意見，經研議多時完成「經濟動能推升方案」。

二、「經濟動能推升方案」乃是融合中長期調整經濟體結構策進做法，並兼顧短期提振景氣任務的一項新政策方案，旨在改善產業體質，推升經濟成長動能，以提升經濟景氣因應能力。內容