

須申請營運計畫變更之方向彈性調整，以簡化數位頻道上下架管制之行政程序。

(四)公告有線電視數位化實驗區行政計畫，實驗區範圍內民眾可免費借用 2 臺以內之數位機上盒；如訂戶於計畫實施前已繳付押金者，業者應主動退還或以扣抵收視費等便民方式辦理。

(五)運用有線廣播電視事業發展基金（有線基金），公告促進數位普及發展補助計畫，102 年度補助業者共 3.7 億元，103 年度共 3.5 億元。

(六)整合政府資源，多方積極宣導有線電視數位化政策，並結合資訊月活動參與展出。

二、通傳會並致力於偏遠及離島地區有線電視數位化工作，除利用營運計畫評鑑，要求數位進程落後者，限期擬具企畫書（含數位化之規劃及時程）送該會審核外，另運用有線基金補助偏鄉建設及促進數位普及發展計畫。此外，通傳會亦積極尋求跨部會合作，企盼整合政府有限資源促進花東及離島地區有線電視數位化，以維護當地民眾收視權益。

三、為瞭解各有線電視業者經營偏遠與離島等艱困地區推動數位化之規劃，通傳會已函請前揭地區業者於 103 年 11 月 5 日到會說明，聽取相關意見，作為該會後續推動數位化工作之重要參考依據。另花東地區之洄瀾、東亞及東台等業者於 103 年度已陸續引進數位頭端設備，目前尚在訊號測試階段及進行數位機上盒客製採購作業中，可望於 104 年推出較為完整之數位視訊服務，屆時亦得向通傳會申請有線基金補助數位機上盒之建置，應可提升該地區有線電視數位化普及率。

## （十二）行政院函送黃委員昭順就健保財務等問題所提質詢之書面答復，請查照案。

（行政院函 中華民國 103 年 12 月 19 日院臺專字第 1030074974 號）

（立法院函 編號：8-6-12-407）

黃委員就健保財務等問題所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

一、截至 103 年 10 月底保險收支累計結餘約 1,158 億元，已符合健保法第 78 條所定提列安全準備之標準。依本部健保署估算，現行費率 4.91%，可以在 106 年以前維持當年平衡，至於 107 年以後之長期財務平衡，可透過二代健保收支連動機制之落實，以確保健保永續經營。本部業邀集多位公衛、財經、醫藥、公共政策、法律等領域之專家學者，組成「二代健保總檢討小組」，針對二代健保補充保險費之計費基礎及一般保險費對於職業類目之計費制度等，進行全面性評估，並於 103 年 10 月提出檢討報告，本部健保署將依二代健保總檢討報告政策建議配合逐步推動。

二、有關醫護人員待遇乙節：

（一）本部健保署自 100 年至 102 年，於醫院總額部門挹注約 78.25 億元，提高醫院婦、兒、外科門診診察費及部分婦兒科診療項目，以兼顧各層級醫院之發展；另自 101 年至 103 年，於西醫基層總額部門挹注約 12.312 億元，用於合理調整內科、急重難科別之支付標準。又為瞭解前揭增列之預算是否確實流向實際執行醫師，本部健保署於 103 年 3 月底啟

動「醫院支付標準調整款項撥付及轉知調查」，並分別於 103 年 6 月、8 月針對未轉知、不撥付之醫院，再次進行輔導。經統計至 103 年 9 月中，問卷回收率近 100%，高達 89% 醫院已將該筆經費撥付予醫師。未撥付予執行醫師之原因包括所有醫師均為合夥人、總撥付金額低於 2 萬元、已採保障薪資或已於 103 年起調薪等。

(二)本部健保署亦辦理「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，自 98 年實施以來，總共挹注 91.65 億元，用於提升護理人力配置、護理人員之獎勵措施及改善留任人員之執業環境，累計 4 年共增加護理人力 6,205 人。勞動部近 4 年統計護理人員平均薪資調幅約 8.08%。

(三)綜上所述，本部健保署業已積極調整支付標準，惟因各醫院因薪資結構及核算費用方式不同，故醫護人員薪資未必與健保給付連動，爰此，實難以統一要求各醫院將醫療費用支付標準調升後補付之差額，皆反映於各類醫事人員之薪資，且於比較各國醫護人員待遇時，仍應考量各國人均所得、物價水準及醫療保險制度等條件。

### 三、有關民眾小病濫用健保及落實轉診制度等：

(一)為落實受益者付費之原則，目前保險對象至特約醫療院所就醫，依據全民健康保險法第 43 條門診部分負擔規定，依轉診及逕赴醫院分別計收不同部分負擔，亦即逕至醫學中心 360 元，其部分負擔金額已較基層診所 50 元高出 7.2 倍。另全民健康保險轉診實施辦法，業明定特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為轉診病人提供適當就醫安排，並視需要保留掛號名額給轉診病人，使轉診流程順暢、合乎專業安排，有助落實分級轉診。

(二)針對重複就醫或不當利用醫療資源之保險對象，本部健保署於 102 年新增保險對象當年度就醫次數達 20 次（含）以上者，健保卡取號時，即出現訊息視窗：「當年度就醫次數已達 X 次，請醫師協助瞭解原因及輔導民眾正確就醫」之功能。

(三)本部健保署於 102 年 7 月建置以病人為中心的健保雲端藥歷系統，提供特約醫事服務機構醫師及藥師即時查詢最近 3 個月病人用藥明細紀錄，以避免醫師重複處方及病人重複用藥，提升用藥安全及品質。統計 102 年 7 月 1 日至 103 年 11 月 30 日健保雲端藥歷系統查詢使用情形，計有 4,679 家院所查詢使用，總查詢病人數計 5,075,241 人，查詢次數 13,501,469 人次。評估，103 年第 3 季門診及三高病人藥歷查詢使用前後之藥費、醫療費用情形，藥歷查詢使用前後每張處方藥品品項數、每人平均藥費與醫療費用均有降低。

(四)依據全民健康保險醫療辦法第 27 條規定，針對重複就醫或不當利用醫療資源之保險對象，本部健保署將予以輔導，進行就醫行為瞭解、提供適當醫療衛教、就醫安排及必要之協助，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。此外，本部健保署亦適時透過影音、文宣及廣播等管道，加強對保險對象宣導及衛教，籲請民眾應珍惜醫療資源，勿輕症逕往大型醫院急診或門診，除可減少等候時間、部分負擔外，並可確保急重症病人照護品質，利人利己。

(五)全民健康保險訂有醫療費用審查制度，制定審查規範，遴聘審查醫藥專家對醫療服務之適當性、正確性與品質加以審查，另外藉由電腦醫令自動化審查、檔案分析發掘醫療院

所申報異常資料加強審查並予輔導外，並提供病人藥歷資訊供醫師在看診處方時之參考，皆是透過多元方式盡力做好健保財務與醫療品質之把關。

四、有關人口快速老化增加健保壓力乙節：在高齡人口比例日益增加的情形之下，同時罹患多種疾病或有常見老年病症候群的高齡者人數亦不在少數，爰本部健保署刻正辦理之「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，即擴大 65 歲以上多重慢性病患的整合照護比率，建立以病人為中心的醫療觀念，促成醫院門診各專科醫療之適當整合，提供多重慢性病患者適切的整合性醫療照護服務，避免重複、不當治療用藥或處置，確保病人安全及擷節醫療資源之支出。

五、有關健保藥價乙節：

(一)藥品隨著上市時間之經過，市場的擴大及產能的提高，都會使製造成本逐漸降低，因此醫療院所議價取得折扣的空間，其間的藥價差不是黑洞，而是自由市場運作下必然之產物。本部健保署透過定期之藥價調查及調整，可使支付價格逐步趨近於市場普遍之交易價格。

(二)藥價調降並非用於彌補以往健保財務之虧損，而是相同的使用量的部分，因調降藥價所節省之藥費，可作為引進給付新藥或擴大藥品給付範圍，以及提高醫療服務技術費的財源，落實資源重分配原則，並使得歷年藥費占醫療費用比率均維持約在 25%範圍，不致造成技術費的點值下降。

(三)未來仍持續藉由藥價調查及藥價調整機制，縮減藥價差，緩和藥費支出的成長，讓民眾早一點使用到更有品質且更有療效的藥品，同步亦可增加新藥給付、放寬藥品給付範圍，減少民眾自費醫療負擔。

(十三) 行政院函送陳委員根德就提升臺灣文創產業行銷國際之能量、將展現臺灣在地特色的博物館推向國際，以帶動美學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 103 年 12 月 19 日院臺專字第 1030074947 號)

(立法院函 編號：8-6-12-380)

陳委員就提升臺灣文創產業行銷國際之能量、將展現臺灣在地特色的博物館推向國際，以帶動美學經濟提出相關質詢乙案，經交據本部查復如下：

一、本部自 99 年起策辦台灣文博會，提供文創業者交易平台，創造之產業效益（訂單金額），自 99 年的 1.65 億元穩定成長至 102 年的 3.3 億元，累計達 9.7 億元。103 年以預展方式策辦，並預告轉型（展期固定、展場分流、專業分工、城市串聯）及展開 104 年文博會徵展作業。104 年展會訂於 4 月 29 日至 5 月 4 日開展，將串聯松山、華山文創園區及花博爭豔館，以提出華人優質生活型態為主軸，建立文創品牌交易平台，並串聯周邊各類展演空間加強展會及文創產業整體行銷能量。

二、另本部亦推動多項拓展國際市場計畫，結合「推一品牌推向國際」、「拉一國際買主拉進台灣