

(二十) 行政院函送許委員淑華就 2017 年臺北世界大學運動會開閉幕活動及戶外競賽應設有雨天備案所提質詢之書面答復，請查照案。

(行政院函 中華民國 105 年 4 月 1 日院臺專字第 1050015336 號)
(立法院函 編號：9-1-6-164)

許委員對 2017 年臺北世界大學運動會開閉幕活動及戶外競賽應設有雨天備案所提質詢，經交據教育部答復如下：

有關 2017 年臺北世界大學運動會開閉幕典禮是否舉辦，將由「2017 臺北世界大學運動會組織委員會」依氣象指標訂出不同決策層級，並與國際大學運動總會（FISU）討論後確認；至於開閉幕演出內容將儘量以不受天候影響之節目內容據以規劃辦理為原則。

另世界大學運動會戶外競賽如遇雨天，將由 FISU 技術代表及競賽管理人員依據當時氣候狀況，並顧慮選手、觀眾，及相關人員安全進行評估後，如確定無法繼續比賽，將調整賽程延期或取消。

(二十一) 行政院函送許委員淑華就流感防治應推動建立疫苗防疫網問題所提質詢之書面答復，請查照案。

(行政院函 中華民國 105 年 4 月 1 日院臺專字第 1050015328 號)
(立法院函 編號：9-1-6-156)

許委員就流感防治應推動建立疫苗防疫網所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

- 一、接種流感疫苗為防治流感最具效益之措施，全球各國均將流感高風險與高傳播族群列為流感疫苗接種建議對象。我國雖自 87 年起即推動年度流感疫苗接種計畫，但囿於預算，目前每年疫苗採購量僅約 300 萬劑，接種涵蓋率僅約全人口 13%，遠低於美國的 47.5%。
- 二、為因應流感疫情，本部已採納專家建議，將自 105 年度起擴大流感疫苗接種之對象，預計可將公費疫苗接種涵蓋率由全人口 13% 倍增為 26%，而且研議增加醫界協助接種之誘因、接種可近性之策略及加強風險溝通等措施，達成疫苗接種涵蓋率倍增之目標。
- 三、另本部已汲取本次流感疫情之處理經驗，著手建置多元資訊蒐集分析平台，整合本部多個資料庫建構預警式監控系統之先期規劃，以提升資訊整合與預警分析之效能，掌握關鍵資訊，發揮即時監控、危機預警的風險管理機能，以即時快速應變。

(二十二) 行政院函送許委員淑華就日前爭議極大的藝人黃安包機回到台灣，耗用健保資源，引起社會大眾的諸多討論。對於健保的諸多困境，要求應該有宏觀的規劃和具體的作為問題所提質詢之書面答復，請查照案。

(行政院函 中華民國 105 年 4 月 1 日院臺專字第 1050015330 號)
(立法院函 編號：9-1-6-158)

許委員就日前爭議極大的藝人黃安包機回到台灣，耗用健保資源，引起社會大眾的諸多討論。對於健保的諸多困境，要求應該有宏觀的規劃和具體的作為所提質詢，經交據衛生福利部查復如

下：

一、為減少急診壅塞，本部已推動以下策略：

- (一)修訂醫院評鑑基準：「醫院評鑑基準」及「醫院緊急醫療能力分級評定基準」104 年起增列急診 48 小時置留率三年歸零或低於同儕值之目標。
- (二)推動醫療新制度：「醫療機構設置標準」105 年 1 月新增整合醫學急性後送病床，以紓解急診留觀病人等待入住病房時間。
- (三)監控掌握緊急醫療照護量能：到院前分流分送、建立「急重症搶救動線」、推動提升急診暨轉診品質計畫。
- (四)健保支付標準改革：提高急診診察費、提高急診兒童加成，新增訂出院準備服務及追蹤管理費。
- (五)落實在地管理：回饋急診指標提供醫院轉診及管理。

二、為回應社會各界對內、外、婦、兒四大科健保給付偏低之訴求，本部中央健康保險署（以下稱健保署）自 100 年起已投入超過 100 億元經費，102 年後主要措施如下：於 102 年醫院醫療給付費用總額編列 50.55 億元用於合理調整急重難科別之支付標準。104 年醫院總額中「提升住院護理照護品質」20 億元用於調整住院護理費，另增列護病比加成，以鼓勵醫院增聘護理人力。105 年醫院總額及西醫基層總額非協商因素之醫療服務成本指數改變率（醫院部門 91.6 億元、西醫基層 22.9 億元），用於調整支付標準。查 103 年內、外、婦、兒與急診五大科住院醫師招收率已超過 8 成以上，其中兒科與急診科超過 9 成以上，五大科醫師人力有逐步改善。

三、目前全民健保保險對象應自行負擔門診或急診費用，依全民健康保險法第 43 條第三項規定，採定額方式收取，門診基本部分負擔費用，逕至醫學中心就醫 360 元、經轉診 210 元，逕至區域醫院就醫 240 元、經轉診 140 元，逕至地區醫院就醫 80 元、經轉診 50 元。急診部分負擔醫學中心 450 元、區域醫院 300 元，地區醫院 150 元。以上負擔費用之設計，係依照醫院層級與轉診計收，相較基層診所部分負擔 50 元有所差距，對民眾分級就醫提供鼓勵誘因。

四、健保署前於 102 年 7 月及 103 年 12 月提報保險對象應自行負擔費用「定額」及「定率」調整之多種方案至全民健康保險會進行討論，結論因未獲委員一致看法，爰暫緩議。

五、目前國人就醫仍以基層診所為大宗，104 年基層診所門診就醫人次占率 70.2%，地區醫院 8.2%、區域醫院 12.4%、醫學中心占 9.2%。輕症至醫學中心就醫之比率（門診初級照護率）由 101 年的 15.0%，降至 12.7%，已呈現分級就醫情形。

六、未來將持續研擬「調整保險對象應自行負擔費用」方案提案至全民健康保險會討論，加強對民眾衛教及宣導，增進醫療資源合理運用。

（二十三）行政院函送許委員淑華就國內應培養安養照護人才，讓老人安養制度更上軌道問題所提質詢之書面答復，請查照案。

（行政院函 中華民國 105 年 4 月 1 日院臺專字第 1050015333 號）
（立法院函 編號：9-1-6-161）