

皆可依比例提報申請館數，補助金額依政府財力分級比例辦理，迄今本部針對花蓮縣及臺東縣共計補助 57 館次，補助金額總計新臺幣（以下同）6,306 萬元。

二、本（105）年 3 月 3 日辦理之「閱讀環境改善與書香卓越典範計畫成效優良圖書館表揚」活動，其中「閱讀環境改善」之評核對象為 102 年及 103 年獲本部上開計畫補助執行之圖書館，共計 37 館。評核工作由各區輔導委員進行現場訪視，針對空間設計創意、單一窗口設計、營運規劃、計畫執行進度控制、工程查核計畫等項目提出綜合評比與建議，最後召開分區會議討論遴選 9 所優良圖書館。

三、除「閱讀環境與設備升級」計畫外，本部亦實施「閱讀推廣與館藏充實」、「書香卓越典範」、「資源整合發展」等閱讀植根計畫，以提升全國公共圖書館軟硬體設備資源之品質。其中自 102 年起開辦之「資源整合發展計畫」即是輔導縣市辦理區域資源中心及分區資源中心，促進區域圖書資源的整合與發展。臺灣東部地區區域資源中心設立於花蓮縣，並於宜蘭縣、臺東縣設立分區資源中心，102 年至 104 年共計補助 683 萬 7,300 元，以提供東部地區民眾更優質便利的閱讀服務。

（二十二）行政院函送李委員彥秀就檢討強化「急診品質提升方案」，針對醫療院所應徹底執行並有效改善急診部門之分層、分區、分級及分流之目標，不僅提升醫療品質、減輕醫護人員與增進病患快速就診之道，要治標更要治本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 3 月 17 日院臺專字第 1050012949 號）

（立法院函 編號：9-1-4-98）

李委員就檢討強化「急診品質提升方案」，針對醫療院所應徹底執行並有效改善急診部門之分層、分區、分級及分流之目標，不僅提升醫療品質、減輕醫護人員與增進病患快速就診之道，要治標更要治本所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

一、本次流感高峰期，本部已召開超過十場以上之「研商因應流感疫情協調急診壅塞相關事宜」會議，透過緊急醫療救護系統（EMS）掌握全國加護病床空床資源，並洽請地方政府衛生局每日監測轄區醫學中心加護病床待床數，運用 33 家流感應變醫院及各項醫療調度機制，協助候床民眾快速轉診，解決急診擁擠，並視疫情發展隨時進行調整與檢討。

二、本部中央健康保險署（以下稱健保署）105 年 2 月 18 日公告修正「全民健康保險急診品質提升方案」新增多項獎勵規範、措施及項目，期能獎勵急診品質。該方案按本部 104 年 7 月 28 日公告修正之醫院評鑑作業程序內容，將醫學中心評鑑基準急診 48 小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，列入撥付獎勵金之門檻指標，未達前項指標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金；次新增「醫學中心急診病患下轉住院獎勵費」，自醫學中心下轉之病患，轉入醫院該次住院之基本診療費用得比照醫學中心標準支付，強化醫學中心積極下轉病患及下游醫院優先收治下轉急診

病患之意願，應能紓緩醫學中心急診壅塞；另新增「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，轉出醫院之主治醫師可至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情，增加病人信心。

三、針對急診壅塞問題，本部多管齊下，由法規面、制度面、支付面及管理面四大面向推行各種措施，改善急診部門分層、分級及分流之目標，期能紓緩急診壅塞。法規面包括：(一)辦理「緊急醫療能力分級制度」，依醫院之緊急醫療處理能力，分為重度、中度、一般級急救責任醫院；(二)104 年「醫院緊急醫療能力分級評定基準」及「醫院評鑑基準」增列急診 48 小時置留率三年歸零或低於同儕值之目標，不符規定經連續二年訪查後仍未達目標之醫院，取消重度級急救責任醫院（醫學中心）資格；(三)105 年公告修訂「醫療機構設置標準」，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；(四)醫學中心評鑑基準之任務指標中，導入病例組合（CMI，case mixed index），進一步探討醫院收治病患之疾病嚴重度，避免小病湧入大醫院，引導醫學中心收治急重難症病人。制度面包括：(一)102 年起獎勵全國急救責任醫院辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，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 194 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；(二)104 年起，獎助四家醫學中心（台大、林口長庚、台中榮總、高雄長庚）增設「急診轉診個案管理師」，負責協調該院傷病患下轉事務，並與配合下轉之合作基地或網絡醫院進行溝通協調，讓病人在最短時間內轉診，接受延續性的治療處置與照護；(三)加強與消防單位橫向聯繫，落實到院前分流分送，洽請各縣市政府輔導所轄醫院建立適當的「急重症搶救動線」；(四)加強醫院內部管理，落實到院後急診五級檢傷，規範急診作業空間須明顯區隔，及強化院內調床機制；(五)委託臺灣大學辦理「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣輔導計畫（Hospitalist）」，推廣整合性醫療照護模式，於醫院設置專屬病房，由主治醫師提供住院病人全人照護；健保支付面包括：提高急診診察費支付點數、提高急診未滿 6 個月兒童加成、增訂出院準備服務及追蹤管理費、補助急診科醫師支援地區醫院及補助地區醫院增聘急診醫師、下轉住院病患比照醫學中心支付點數等。管理面包括：健保署各分區協助建置資訊整合系統及提供指標回饋，以利醫院進行落實轉診及管理。

（二十三）行政院函送盧委員秀燕就流感疫情所衍生之醫療費用應編列公務預算支應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 3 月 17 日院臺專字第 1050012948 號）

（立法院函 編號：9-1-4-97）

盧委員就流感疫情所衍生之醫療費用應編列公務預算支應所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

一、流感疫情所衍生之醫療費用，雖非屬依法律義務得以編列之預算，然為因應其他預期政策改變及調節非預期風險所需之經費支應，全民健保醫療費用協定委員會（下稱費協會）曾於 100