

協助，維護其應有權益。

(二十) 行政院函送廖委員國棟就原住民族捕獵野生動物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 10 月 28 日院臺專字第 1050094562 號)  
(立法院函 編號：9-2-5-246)

廖委員就原住民族捕獵野生動物問題所提質詢，經交據有關機關查復如下：

- 一、依據「原住民族基本法」第 19 條第 1 項規定：「原住民族得在原住民族地區『依法』從事下列非營利行為：一、獵捕野生動物。二、採集野生植物及菌類。三、採取礦物、土石。四、利用水資源」；第 2 項規定：「前項各款，以傳統文化、祭儀或自用為限」。故原住民從事上開行為，仍須依法為之。
- 二、另依「野生動物保育法」（以下簡稱動保法）第 21 條之 1 第 1 項規定：「原住民族基於其傳統文化、祭儀，而有獵捕、宰殺或利用野生動物之必要者，不受第 17 條第 1 項、第 18 條第 1 項及第 19 條第 1 項各款規定之限制」，第 2 項規定：「前項獵捕、宰殺或利用野生動物之行為應經主管機關核准，其申請程序、獵捕方式、獵捕動物之種類、數量、獵捕期間、區域及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關會同中央原住民族主管機關定之」。上開條文所定「野生動物」，包括「一般類」及「保育類」；行政院農委會依該條第 2 項規定，於民國 101 年 6 月 6 日與原民會會銜發布之「原住民族基於傳統文化及祭儀需要獵捕宰殺利用野生動物管理辦法」，已涵括「傳統文化、祭儀」之自用行為。
- 三、又，原住民族違反動保法第 21 條之 1 第 2 項規定，應依該法第 51 條之 1 規定處罰，惟因第 51 條之 1 僅規定原住民族未經主管機關許可，獵捕、宰殺或利用「一般類」野生動物，供傳統文化、祭儀之用或非為買賣者，處 1,000 元以上 1 萬元以下罰鍰，並未規定獵捕、宰殺或利用「保育類」野生動物之行政罰，如依第 41 條規定，可處 6 月以上 5 年以下有期徒刑，得併科 20 萬元以上 100 萬元以下罰金。行政院農委會為平衡對原住民族傳統文化、祭儀之尊重及野生動物之保育，避免司法爭議，爰擬具動保法第 51 條之 1 修正草案，報經行政院核轉貴院審議，明定原住民族違反第 21 條之 1 第 2 項規定，獵捕、宰殺或利用「保育類」野生動物，不以刑事處罰，而採處 2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰，已較上述罰金大幅降低額度。
- 四、此外，依本（105）年 4 月 14 日貴院第 9 屆第 1 會期經濟委員會第 14 次全體委員會議，併案審查動保法部分條文修正草案及孔委員文吉等 18 人擬具動保法第 21 條及第 21 條之 1 條文修正草案之決議略以，「併案審查完竣，提報院會討論，須交由黨團協商」，其中第 21 條之 1 第 1 項首句「臺灣原住民族基於其傳統文化、祭儀」等文字後，已增列「及非營利自用」等文字。未來相關機關亦將針對動保法第 51 條之 1 修正草案之立法目的及核心價值廣為宣導，以避免民眾誤解政府為原住民族之傳統狩獵行為除罪化之政策意涵。

(二十一) 行政院函送許委員淑華就衛福部計畫提高醫學中心部分負擔，

但「以價制量」可能無法落實分級醫療，應透過發展社區健康照護模式及提供未來醫療人員第一線社區醫療教育的管道。對基層院所的介入，應擺脫消極性思維，推出更多實質強化輸送系統的方案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 10 月 31 日院臺專字第 1050095531 號)

(立法院函 編號：9-2-7-303)

許委員就衛福部計畫提高醫學中心部分負擔，未經轉診而直接到醫學中心就診，部分負擔將會小幅調整。認為「以價制量」無法落實分級醫療，應透過發展社區健康照護模式及提供未來醫療人員第一線社區醫療教育的管道。要求行政院應責成衛福部對於基層院所的介入，應擺脫消極性思維，推出更多實質強化輸送系統的方案所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

一、依全民健康保險法第 43 條第 3 項規定，主管機關應每年公告部分負擔金額。另部分負擔的調整，僅是促進分級醫療的配套措施之一。調整幅度須考量民眾接受度、整體醫療環境配合及是否造成民眾過重經濟負擔。爰本部中央健康保險署（以下稱健保署）係本於保險人職責，例行性試算各種調整方案，以供政策參考。對於重大傷病、山地離島、分娩或低收入戶等弱勢者，依法規定將予以保障就醫不受影響。

二、另為增進分級醫療，健保署推動相關措施如下：

(一)為推動分級醫療，擬定「溝通與論述」、「促進醫療體系合作」、「導引保險對象就醫習慣」及「法規面配套修正」等 4 項策略，除已於 105 年 10 月 20 日舉辦分級醫療公聽會，邀請醫界、學界、付費者代表、立法委員、健保會委員及關心本議題民眾約 130 人，共同討論及溝通。

(二)短期內將朝壯大基層醫療實力、擴大家醫計畫、促進醫療體系合作及鼓勵民眾自我健康管理方向努力，分述如下：

#### 1. 壯大基層醫療實力

(1)將原來限定由醫院實施的健保醫療費用支付標準表項目，放寬多數可由基層診所實施，藉由開放基層表別，壯大基層醫療實力，並加強轉診機制，提升民眾到基層診所就醫意願，並增進醫療體系之分工與合作。106 年基層總額已協商編列開放表別 2.5 億元及因配合分級醫療政策，預期至基層就醫量成長而增編 6 億元。

(2)另考量維持醫院適當營運，逐步轉向提供急重症醫療為主，醫院因減少初級照護之費用，用於調整急重症支付標準，106 年醫院總額非協商因素 89.7 億元用於調整相關支付標準。

2. 擴大家庭醫師整合性照護計畫擴大社區醫療群服務量能與品質，結合居家醫療與院所間垂直與水平合作。規劃 106 年擴大組成家醫群、增加收案對象及服務內容，本項亦增編 4 億元，全年預算達 15.8 億元。

#### 3. 促進醫療體系合作

- (1) 推動區域醫療整合促進診所與醫院間垂直及水平合作，提升基層診所醫療品質與量能，讓基層提供民眾優質的初級照護服務，可減輕大型醫院之負荷，並能更專注提供急重症醫療。後續將陸續召開專家諮詢及相關討論會議，逐步凝聚推動共識，未來將經由評選機制決定正式試辦團隊，並於 106 年編列預算 3 億元。
- (2) 積極開發轉診資訊系統為鼓勵醫療的垂直與水平合作，讓病人至基層診所就醫後，如需轉診，可透過資訊平台將病人及其病情資料等，轉介至接受轉診的院所。
- (3) 推動社區化之居家醫療整合照護健保自開辦起，陸續推動多項居家醫療照護，為改善不同類型居家醫療照護片段式服務模式，自 105 年 2 月起將一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及 104 年居家醫療試辦計畫等 4 項服務，整合為「居家醫療照護整合計畫」。計畫特色為擴大照護對象、強化個案管理機制，且著重於促進社區內照護團隊之合作，包括各類醫事人員間水平整合，及上、下游醫療院所垂直整合，以病人為中心提供完整醫療服務。現有 663 家醫事服務機構組成 95 個團隊，照護 4,854 人，並持續增加中。本部健保署將持續鼓勵組成社區內照護團隊，並均衡分布於各區域，以照顧更多行動不便患者。
4. 鼓勵民眾自我健康管理分級醫療的成功，民眾就醫習慣也占很重要部分，為導引民眾就醫行為，除加強民眾宣導並提供各項就醫資訊，建立社區照護網絡。另推出「健康存摺 2.0 版」，鼓勵民眾自我健康管理並預防疾病發生。

(二十二) 行政院函送許委員淑華就產業創新轉型基金解決企業創新轉型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 10 月 31 日院臺專字第 1050095525 號)

(立法院函 編號：9-2-7-297)

許委員就「產業創新轉型基金」解決企業創新轉型問題所提質詢，經交據國家發展委員會查復如下：

- 一、國發基金成立「產業創新轉型基金」與民間資金共同投資國內企業，除引導民間資金共同參與產業結構調整外，並借重民間投資人專業投資輔導能量，協助被投資事業取得前瞻技術、引進新商業模式，並提供經營諮詢建議，促進產業轉型升級及創造就業機會。
- 二、「產業創新轉型基金」相關投資申請案評估及審議，須經國發基金評估符合政策方向，並提請國發基金「產業創新轉型基金投資評估審議會」審議，經審議同意後須再提請國發基金管理會通過後，國發基金始得參與投資，國發基金藉此嚴謹的投資審議機制，慎選合適投資標的，以達成協助企業創新轉型的政策目的。

(二十三) 行政院函送許委員淑華就「五加二」創新產業並建請創造國內投資機會所提質詢之書面答復，請查照案。

(行政院函 中華民國 105 年 10 月 31 日院臺專字第 1050095530 號)