

陳委員就日租套房非法經營案所提質詢，經交據交通部查復如下：

- 一、針對日租套房未取得旅館業登記證而非法經營旅館業務，本部觀光局已責成地方政府觀光單位應嚴加查緝，就日租套房利用網路進行行銷宣傳招攬旅客之行為，要求應主動上網查察相關資訊，就查獲之日租套房除應依法查處外，亦應函請網路平台業者立即移除相關資訊。觀光局亦不定期派員清查不同網站內容，將網路日租套房資訊函送各縣市政府，並追蹤查處結果。至 103 年 2 月底止，觀光局已函送 426 筆日租套房名單予各相關縣市政府查處。
- 二、觀光局對於訂房網站及網路平台刊登非法旅宿廣告之行為，前已召開座談會，邀集多家訂房網站業者，宣導日租套房之違法性，並請業者配合審查刊登廣告之住宿業者是否合法。另對於不配合移除非非法旅宿網路廣告者，將依據消費者保護法之規定予以裁罰。
- 三、目前地方政府限於現有人力、經費、取得經營者實際經營住址、電話等個人資料不易，以及需完備行政程序等情況下，致查處成效尚需時程才能累積呈現。觀光局將持續督請地方政府積極查處，並已著手研議修法增加非法旅宿之裁罰強度，以更有效遏止非法經營之行為。
- 四、為保障消費者住宿權益，觀光局持續利用各種媒體管道（如訂房網站、車站燈箱、廣播及捷運月台電視等），宣導消費者勿入住日租套房，並加強「台灣旅宿網」的行銷，以利民眾透過該網站搜尋合法旅宿及平價旅館之資訊。

（四十）行政院函送陳委員根德就隨著人口高齡化，老年人對於醫療照護需求愈來愈高，全民健保的花費日益增加，雖然在補充保費實施後財務狀況獲得了暫時的改善，不過長遠看來台灣醫療支出的成長趨勢恐不易逆轉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 4 月 25 日院臺專字第 1030024222 號）

（立法院函 編號：8-5-6-102）

陳委員就隨著人口高齡化，老年人對於醫療照護需求影響全民健康的花費日益增加，在二代健保上路後有增加補充保費之收入，然財務狀況長遠看來不太容易逆轉問題所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

- 一、有關醫療資源的成本控管乙節：
 - （一）鑒於健保醫療資源珍貴，全民健康保險法（以下稱健保法）第 60 條明定健保每年度醫療給付費用採總額制。
 - （二）本部中央健康保險署（以下稱健保署）為全民健康保險之保險人，依健保法第 62 條，對保險醫事服務機構申報之醫療服務點數及藥物費用，依總額分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用（又稱點值）；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。換言之，健保署審查後之核減點數，回歸總額計算，將有助於提升點值，故非成本管控。
 - （三）為提升醫療利用的合理性，避免濫用及誤用，健保署依健保法第 63 條，對保險醫事服務機構申報之醫療服務項目、數量及品質，遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查

，並依同法，按政府採購法，採公開招標方式，將審查業務委託相關專業機構團體辦理，以尊重醫療專業自主。

(四)健保醫療服務審查方式，依健保法第 63 條第 2 項規定，採事前、事後及實地審查方式辦理，並以抽樣或檔案分析方式為之，以減輕醫療院所負擔。對審查所據之健保醫療服務支付標準、藥品給付規定及審查注意事項等，其內容均邀請醫界專家參與討論後始施行。

(五)健保署將持續在尊重專業自主下，與醫界共同為健保有限資源之合理運用把關。

(六)另依健保法第 72 條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。故健保署於 102 年及 103 年已辦理「抑制資源不當耗用之改善方案」，其管制措施如下：

1. 加強健保教育宣導：建立民眾珍惜健保資源，減少醫療浪費的觀念。
2. 持續支付制度改革：持續推動 DRG、論質及論人支付制度，以逐步取代論量計酬支付制度。
3. 減少無效醫療耗用：積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
4. 高耗用醫療項目管控：降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。
5. 多重疾病整合醫療之推動：持續推動醫院以病人為中心門診整合照護計畫及家醫整合照護計畫。
6. 提供即時資訊避免重複醫療：利用健保卡取號即時提醒及輔導。
7. 高診次就醫輔導：持續加強推動高診次就醫輔導，建立正確的就醫行為及用藥觀念，以提升就醫安全及品質，間接減少醫療資源之浪費。
8. 藥費管制措施：藉由建置「健保雲端藥歷系統」，提供醫院即時查詢病患跨院間之醫療資訊，確保病患用藥品質。
9. 強化違規查處機制：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

二、有關在思考醫療環境內、外、婦、兒及急重症科醫師和護理人力嚴重不足之際，讓台灣醫療能永續發展乙節：

(一)醫事人員不足部分：

1. 調整支付標準（100 年~102 年共投入 89.56 億元）：

- (1)100 年：於醫院部門投入 14.87 億元，用以將婦、兒、外科門診診察費提高 17%。
- (2)101 年：於醫院部門投入 12.83 億元，用以調高住院診察費（內、外、婦、兒科）及部分婦、兒科診療項目，達 14%以上。另於西醫基層部門投入 9.09 億元，用以提高婦、外科專科醫師門診診察費 9%，兒科 3%以及 6 歲以下兒童再加成 20%。
- (3)102 年：於醫院部門投入 50.55 億元，用以合理調整急重難症科別支付項目（共 521 項），並兼顧各層級醫院之發展。另於西醫基層部門投入 2.22 億元，主要用於合理調整急重難症科別及內外科之支付標準。

(4)103 年：102 年調整內容及預算已列為 103 年基期持續延用，健保署將持續檢討修訂支付標準。

2. 推動「偏遠地區醫療品質提升計畫」：

(1)101 年：針對山地離島醫院、偏遠地區醫院及急救責任之地區醫院給予 1 點 1 元之保障：經費編列 6.7 億元，參加之 50 家醫院承諾提供 24 小時急診及內、外、婦、兒門住診，給予 1 點 1 元之保障（排除呼吸器及精神科），每家醫院每年保障金額為 700 萬～1,500 萬元。

(2)102 年：依 101 年計畫原則擴大辦理，符合申請之 101 家醫院，計有 66 家醫院參與本計畫。即便無法提供急診者，但若可加強提供內、外、婦、兒門住診，每科每年補助以 100 萬元為上限。

(3)103 年：除持續推動本計畫，另新增「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」之區域醫院，急診檢傷分類 1、2 級當次轉住院之前 10 日（含）住院，給予 1 點 1 元保障，每家保障金額上限 500 萬元。

(二)護理人員不足部分：

1. 為鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病人醫療照護品質，健保署於 98 年-103 年總計投入 91.65 億元經費，專款編列預算（98、99 年分別編列 8.325 億元，100 年編列 10 億元，101 年調增為 20 億元，102 年調增為 25 億元，103 年編列 20 億元）辦理「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」。
2. 醫院獎勵款項多用於增聘護理人力、提高護理人員薪資、加發獎勵金、提高夜班費及用於超時加班費等獎勵措施。自 98 年至 101 年實施 4 年以來，扣除新成立醫院及因床位增加所需護理人員數，累計 5 年共增加護理人力 3,962 人。
3. 健保歷年調增住院護理費多次，其中一般住院護理費，醫學中心及區域醫院共調整 5 次，地區醫院共調整 6 次，平均每次調幅介於 11%~13%；另為彰顯護理人員之貢獻，已新增明定「全民健康保險醫療費用支付標準」第 9 部健保護理費給付項目，共計 45 項。

三、有關台灣邁入高齡社會，能否回應台灣老人真正醫療需求的根本議題乙節：

(一)鑒於我國老化人口逐年增加，多重慢性病患人數亦隨之升高，在現行醫院專科化之醫療環境下，該類病患常須多次掛號多次就診及領藥，造成就醫不便及醫療資源浪費，故健保署自 98 年 12 月起推動「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，引導醫院提供該類病人整合性照護服務，以減輕病人往返醫院奔波時間，並大幅減少重複用藥、檢查等非必要之醫療服務，提升醫療品質與用藥安全。本計畫初期成效顯著，103 年將 65 歲以上高齡病患放寬納入照護，計有 45 萬餘人，其中 65 歲以上占率將近 60%。

(二)又全民健康保險在二代健保實施後，為全面檢討新制度，並尋求相關問題解決之道，本部已邀集跨領域之專家學者，組成「二代健保總檢討小組」，該小組除就相關議題進行研析外，並將從制度面提出長、短期具體建議，預計 103 年 4 月可完成檢討報告。