

- 二、近年度中央政府規劃辦理之公共住宅，計有「2017 世大運選手村—林口國宅」、「機場捷運 A7 站合宜住宅」、「板橋浮洲合宜住宅」等案，並推動「社會住宅短期實施方案」及「社會住宅中長期實施方案」，其中除「社會住宅中長期實施方案」仍處於規劃階段外，其餘公共住宅刻正辦理中。前開各項公共住宅方案於 105 年度預算案編列開發經費約 94 億 5,663 萬 9 千元（含經費數與所屬新市鎮或都市更新計畫未結轉為成本之開發經費）。惟該等公共住宅之推動卻未能與都市更新及新市鎮開發同步結合。
- 三、以近年度政府辦理之公共住宅而言，僅合宜住宅配合新市鎮開發及都市更新方式辦理，餘如「2017 世大運選手村—林口國宅」、社會住宅短期實施方案所選臺北市及新北市等區位，多未能併同都市更新註 1 或新市鎮開發辦理，成效僅侷限於住宅供給，欠缺都市計畫整體性發展，亦難藉由興建公共住宅之契機，結合規劃生態、商業及都市景觀等都市更新及新市鎮開發概念，發展城市新風貌。
- 四、「機場捷運 A7 站合宜住宅」預計於 104 年底至 105 年初陸續完工，惟林口新市鎮第 1 期營運年期預計於 108 年方完成，第 2 期則尚未開發，與合宜住宅完工時程顯有落差。再者，「板橋浮洲合宜住宅」之住宅區已部分交屋，部分預計於 104 年底交屋及承租，惟商業區目前仍屬規劃階段，執行相較落後，故上開 2 處合宜住宅之周邊區域開發尚難與住宅區達成同步化、整體性之效果。此外，部分林口新市鎮之開發土地係山坡地解編，市鎮開發是否兼顧國土生態保育及維護，並使都市整體永續發展，容待斟酌。
- 五、以過去政府辦理之國民住宅而言，多侷限於住宅供給功能，另以近期興辦之「2017 世大運選手村—林口國宅」、「機場捷運 A7 站合宜住宅」、「板橋浮洲合宜住宅」、及社會住宅相關方案所選區位，主要位於臺北市、新北市及桃園市，固能紓解部分民眾取得居所之壓力，卻無法解決我國人口分布、就業人口及經濟發展高度集中之問題。再者，各項公共住宅多未與產業政策配合，難以廣泛提供就業機會，達成扶助經濟弱勢者或有工作能力之社會弱勢者提升生活水準之綜效；另公共住宅方案高度集中於北部地區，周邊之交通及公共建設亦將集中於北部區域，無助於促進區域均衡發展，並紓解大臺北都會區逐漸擴增，及人口、經濟等發展失衡之問題。

（四）本院許委員淑華，針對健保近年來為落實「提升品質，使民眾看病愈少且愈健康」之願景，雖編列預算辦理多項品質改善方案，惟被保險人平均就診與住院次數及費用仍逐年增加，顯示現況與願景仍有落差。經檢視相關品質改善方案之成效，核有：提升住院護理照護品質方案近年來品質指標值變化並不穩定，反映住院護理照護品質未顯著改善；家庭醫師整合性照護計畫近年來多數品質指標雖達標，惟收案人數占納保人口比率截至 103 年底僅約 1 成，影響成效之推廣；實施健保疾病別醫療給付改善計畫多年，

雖略具成效，惟部分方案之收案數、照護率呈下滑趨勢。行政院應責成主管機關積極檢討相關品質改善方案之成效，研議逐步擴大論質計酬方案之實施範圍，俾利落實健保願景。爰此，特向行政院提出質詢。

說明：

- 一、健保之願景之一為提升品質，使民眾看病愈少且愈健康，基此，健保近年來實施多項改善醫療品質方案。惟據衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）提供資料，以 89 及 103 年度數據比較，平均每一被保險人門診次數自 14.09 次增至 15.22 次，住院次數則自 0.123 次增至 0.137 次；平均每次門診費用自 717.8 元增至 1,197 元（增幅 66.76%）；住院費用則自 3 萬 8,337 元增至 5 萬 8,752 元（增幅 53.25%），反映近年來被保險人之就診、住院次數均增加，健保支出亦呈現上揚趨勢，與前揭願景尚屬有間。
- 二、護理人員向為醫療照護工作之基幹，護理工作品質良窳攸關醫療品質及民眾恢復健康情況。健保為鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病患醫療照護品質，自 98 年度起推動「提升住院護理照護品質方案」，101 至 103 年度各年度預算數分別為 20.0 億元、25.0 億元及 20.0 億元，執行數分別為 19.9 億元、24.9 億元及 19.5 億元，執行率分別為 99.5%、99.6%及 97.5%。前揭方案品質指標包括跌倒發生率、壓瘡發生率與感染發生率等 3 項，以 101 至 103 年度之品質指標值觀之，全體護理品質呈波動情況；除 101 年度外，醫學中心之壓瘡發生率及感染發生率均高於全體，地區醫院各年度感染發生率均高於全體；就全體而言，103 年度各項指標值均較 102 年度增加，反映護理品質改善情形未顯著，可能增加被保險人住院費用及日數，健保署應積極檢討該方案之成效，並督促特約醫療機構妥善處理院內感染問題及改善護理人力配置。
- 三、健保法第 44 條第 1 項規定：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。」基此，健保署自 92 年起推動「家庭醫師整合性照護計畫」，101 至 103 年度各年度預算數分別為 11.2 億元、12.2 億元及 12.0 億元，執行數分別為 9.9 億元、12.0 億元及 11.9 億元，執行率分別為 88.4%、98.4%及 99.2%。
- 四、該計畫之品質指標包括參與計畫之特約機構收案會員之急診率、疾病住院率及固定就診率等 3 項，以 101 至 103 年度品質指標情形觀之，固定就診率均未達當年度目標值。另該計畫實施 10 餘年以來，收案人數占納保人口比率仍僅約十分之一，參與診所及醫師之占率均未及 3 成，健保署允宜加強推廣，俾利落實健保法第 44 條第 1 項所揭櫫之意旨。
- 五、因應現行健保以論量計酬為主之給付制度，易產生供給誘導需求之醫療行為模式，不利於促進民眾健康，形成更多醫療浪費，健保署自 90 年起陸續推動論質計酬方案，包括乳癌、氣喘、糖尿病、高血壓、B、C 型肝炎及思覺失調症等疾病醫療給付改善方案，將支付項目與品質監控指標做連結，以財務誘因鼓勵特約機構提供被保險人整體性與連續性之照護。在預算執行情形方面，醫院部門 101 至 103 年度預算數分別為 5.0 億元、5.0 億元及 5.7 億

元，執行數分別為 4.0 億元、4.6 億元及 5.2 億元，執行率分別為 80.0%、92.0%及 91.2%；西醫基層同期間預算數分別為 2.1 億元、1.6 億元 2.1 億元，執行數分別為 1.6 億元、1.7 億元及 1.9 億元，執行率分別為 76.2%、106.3%及 90.5%。

- 六、在各方案近年品質成效方面，除高血壓方案因考量個案常合併多重疾病，已自 102 年度起停止試辦外，其他方案之品質指標大多呈改善趨勢。另在收案數變動趨勢方面，乳癌與 B、C 型肝炎方案收案數成長率呈下滑趨勢；氣喘方案收案數雖逐年減少，惟減幅有縮減趨勢；糖尿病及思覺失調症收案數則逐年增加。在照護率方面，乳癌與氣喘方案均呈逐年下滑趨勢，糖尿病、B、C 型肝炎及思覺失調症則呈逐年增加趨勢。

（五）本院許委員淑華，針對國保制度自 97 年 10 月開辦以來，即出現中央政府應負擔款項財源不足問題，然該制度實施迄今已近 7 年，中央主管機關迄無積極作為及具體解決對策，且自 103 年度起因未於當年度編列預算撥補，肇致政府鉅額欠款情事，復預計 105 年度中央政府應負擔國民年金款項不足數高達 381 億餘元，卻仍待另籌措財源中，實有未當。未來伴隨高齡化、少子化、保險費率調高等趨勢下，行政院應負擔國民年金款項將逐年攀升，若欠缺長期穩定之財源支應，恐影響國保基金財務之健全，亟待儘速研謀有效對策，俾利基金之永續經營。爰此，特向行政院提出質詢。

說明：

- 一、105 年度中央政府總預算案中，社會福利支出共編列 4,671 億元，其中衛生福利部編列 239 億元用以支應 104 年度中央應負擔國民年金款項不足數，且據 105 年度國民年金保險基金（以下簡稱國保基金）附屬單位預算案，中央應負擔款項待籌措其他財源數預計高達 381 億餘元，已連續 3 年未於當年度編列預算撥補，肇致政府欠款情事，實有未當。
- 二、按國保自開辦之次月（即 97 年 11 月）起，每月基金獲配之公益彩券盈餘，即不足以支應當月份之中央政府應負擔款項，且用以支應中央政府應負擔款項之公益彩券盈餘分配收入與特種貨物及勞務稅稅課收入，僅於國保開辦當年度（即 97 年度）因一次撥入公益彩券累計盈餘分配數，足數支應，其餘年度則須由以前年度所提存責任準備填補之，且因已提存之責任準備仍有不足，中央主管機關爰自 101 年度起編列公務預算撥補之，101 年度及 102 年度實際撥補數分別達 77.02 億元及 74.87 億元。是以，國保制度自開辦起即出現財源不足問題，顯示國保基金欠缺長期穩定之財源，且開辦已近 7 年，中央主管機關卻無積極作為及具體解決對策，恐不利國保基金之永續經營。
- 三、據 103 年度國保基金附屬單位決算書，截至 103 年底止，中央政府應負擔國民年金款項不