

詢，經交據衛生福利部查復如下：

- 一、國民年金法第 47 條規定，中央政府應負擔國民年金款項（中央政府保費補助、年金差額與保險人之人事及行政管理費）之財源依序為：供國民年金使用之公益彩券盈餘（以下簡稱公彩盈餘）、調增營業稅徵收率 1%及編列公務預算撥補（第 3 項財源係於前二項財源不足支應時啟動）。
- 二、自 101 年起公彩盈餘已不足支應中央政府應負擔國民年金款項支出，本部於 98 年至 104 年間多次報請行政院依法調增營業稅（最近一次為 104 年 1 月 5 日），惟考量對物價及經濟成長之衝擊，迄未實施，本部刻正審慎評估調增營業稅 1%之相關衝擊影響及配套措施，俟評估完成後將再向行政院適時提出具體建議。
- 三、因 103 年與 104 年除公彩盈餘外，並無其他財源挹注，經本部積極爭取，主計總處爰協助於 104 年度公務預算案中編列 167 億元以撥補 103 年中央應負擔款項不足數，105 年度再援例編列 239 億元撥補 104 年度不敷數。至 105 年度不敷數部分，本部仍將依法積極籌措財源，倘 105 年度確定未能調增營業稅 1%，則將爭取於 106 年度公務預算足額編列撥補數；相關財源雖無法及時到位，惟至遲將於次一年度編列預算補足並儘速償還欠款，實已積極踐行政府法定義務，不致影響國保基金財務健全。

（九十六）行政院函送許委員淑華就檢視相關品質方案之成效，請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，俾利落實健保願景問題所提質詢之書面答復，請查照案。

（行政院函 中華民國 104 年 12 月 28 日院臺專字第 1040070699 號）

（立法院函 編號：8-8-14-594）

許委員就就檢視相關品質方案之成效，請行政院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，俾利落實健保願景所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

- 一、本部中央健康保險署（以下稱健保署）自 98 年至 103 年實施「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」（以下稱方案），實施初期以 pay for reporting 方式鼓勵醫院提報品質指標數據，提報資料包含跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數比率，並於 103 年列為必要提報項目。查 103 年整體跌倒發生率、壓瘡發生率及感染發生率均較 102 年高，惟各層級院所因醫院特性不同，品質指標值係呈現不同的發生趨勢，以壓瘡發生率為例，103 年與 102 年相較醫學中心持平，區域醫院、精神專科醫院發生率微升，地區醫院、慢性醫院發生率皆下降；如觀察長期趨勢，103 年前述指標均較 98 年下降或持平（感染發生率由 2.06%下降為 1.70%，壓瘡發生率由 0.64%下降為 0.63%，跌倒發生率均為 0.53%）。
- 二、另依據 104 年醫院總額協商結果，「提升住院護理照護品質」預算 20 億元由專款項目移列一般服務部門，用於調增住院護理支付標準，其中訂定達特定範圍之全日平均護病比者，其住

院護理費加成 9-11%，以鼓勵醫院提升護理人力之配置，並將前開品質指標列為護病比加成本之必要項目，據以長期觀察前開指標之變化趨勢。

- 三、健保署自 92 年起試辦「家庭醫師整合性照護計畫」，95 年全面辦理，導入家庭醫師「社區醫療群」照護模式，以群體力量提供「以病人為中心」的全人醫療照護，有別於一般基層醫療的特色服務。本計畫 101 至 103 年之固定就診率雖未達當年度目標值，惟皆較同儕 50 百分位為佳。另推動本計畫係給予額外誘因（104 年於西醫基層部門編列 11.8 億元之專款），對於參加之院所設有門檻，且本專款預算執行已達 98%-99%，如以有限專款全面推廣至西醫基層診所（約 1 萬餘家），除經費不足以支應，且要求其需符合促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係等全民健康保險法第 44 條規定，執行面確有困難。
- 四、依全民健康保險法第 44 條規定，「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。……」考量全面推廣家庭醫師制度，因涉及層面廣泛，除本計畫專款經費不足以支應，且要求其需符合促進預防醫學、提升醫療品質等規定，執行面確有困難；又我國基層醫療多為專科醫師，考量民眾醫療需求多元，單一醫師成為家庭醫師需有社會共識才易全面推動。綜上，健保署將先了解實務執行面之意見，近期再據以邀集醫療專業團體、本部相關單位等共同討論，期落實二代健保的家庭責任醫師制度之目標。
- 五、針對特定疾病別醫療給付改善方案收案數或照護率下降，查 101 年至 103 年氣喘及乳癌照護率分別為 39.30%、37.49%、36.06%及 19.34%、13.29%、10.96%，其中氣喘近三年收案率下降之主因，係為提升照護品質，自 101 年起為參與氣喘方案之醫師需具備內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師且需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，致參與方案醫師及家數減少，故使收案率微下滑；另因醫院可以自由選擇參與及退出論質計酬方案，乳癌方案因參與醫院家數減少，使其照護率較低，惟未加入論質計酬方案之病人仍可繼續接受全民健康保險給付之照護服務。
- 六、自論質方案推動以來，各界詬病個案照護涵蓋率低，實際上特約醫事服務機構及醫師無論是否參與方案，皆提供糖尿病及初期慢性腎臟病等疾病之個案連續性服務。以 103 年健保署統計糖尿病個案為例，若同時將論質收案人數及未收案但定期接受追蹤之個案皆納入統計，全國實質照護率近 74%。為呈現及回饋非方案參與院所醫師之照護，且為改善共病個案於不同院所或不同醫師接受相關疾病服務之情形，健保署著手整合性質及照護對象相近之方案，期提升照顧涵蓋率，以符合各界對於論質照護之期望。

（九十七）行政院函送許委員淑華就進口食品管制問題所提質詢之書面答復，請查照案。

（行政院函 中華民國 104 年 12 月 28 日院臺專字第 1040069424 號）

（立法院函 編號：8-8-13-546）