

被迫離開軍中，若有萬一不幸，其時妻兒，亟可能反而才是真正最需要經濟支助之屆，此種 60 歲及 15 年不合人性之限制，及還必須兩項兼具的規定，實無人性也不符實況。

五、為確保未來募兵制轉型成功，除應重視官兵的「待遇、尊嚴與出路」，更必須參酌國情因素、社會環境與資源條件，前瞻規劃完整的眷服制度，方能真正牢牢抓住官兵和眷屬的「心」。

(四十六) 本院黃委員昭順，針對部分醫學中心有衝門診量、多看輕症門診、減少開慢性處方箋跡象，擠壓急重症就醫資源，籲請政府應予正視並研議改善。依據「醫學中心任務指標基準」，醫學中心的首要任務是提供重、難症醫療（列為第一項任務指標），然因醫學中心看感冒比小醫院每件多領五百元，先不論「同病不同酬」明顯違反健保法，醫學中心為創造收入將基層醫療工作列為重點，領取較高的健保給付，此不猶如詐領高額健保費用，作法實難令人苟同。且超標的輕症門診量，每年耗掉健保 9 億元，相當於 34 萬次門診量。這 9 億元的初級病症如轉到小醫院就診，健保至少可以省下 4 億元。更重要的是，輕症轉到基層有助減少大醫院重症一床難求的現象，讓醫學中心的醫師能有更多時間，仔細照顧重症或住院病患。目前醫療崩壞與醫病緊張的重要原因之一，不也就是重症門診一號難求、住院一床難求嗎，此不合理的醫療生態，政府責無旁貸應即改正，健保希能永續經營，但健保法若不依法律意旨徹底實施，扭轉目前非正常的醫療生態，將來受害的還是廣大的百姓，特向行政院提出質詢。

說明：

一、根據衛生福利部中央健康保險署的數字，國內多家醫學中心享有高的健保支付標準，但沒有盡到提供急重難症醫療服務的重責，有部分醫療中心門診收入高、門診量高、看上呼吸道感染、溼疹等輕症照護比率高、慢性處方箋開立比率低。而醫學中心看超標的輕症門診量，年年耗掉新台幣 9 億元，若這些輕症門診轉到地區醫院或診所，可省下健保 4 億元。因此醫學中心應身為領頭羊，將重心放在為急重難症患者提供服務，但部分醫學中心有「肥門診」、「看輕症」狀況，排擠更需要醫療資源的患者。爰此；醫改會呼籲，應明確訂出醫學中心門診、住診費比例，建立輕症比例過高的核扣機制，衛福部也應破除同病不同酬、不同病同酬的支付弊端。

二、台灣醫學中心高達 26 家，遠超過每 200 萬人配置一家醫學中心的標準，依台灣人口推算，最多只需要 11~12 家的醫學中心；然而，即使醫學中心數量多出一倍，重症患者仍然門診一號難求、住院一床難求。84 年健保開辦時，全台醫學中心為 13 家，會變成今天像雜貨店一樣什麼病都看，主要原因都與主管機關的政策執行有關。民眾為何相信大醫院比較好？是因國家沒有提供一個可以讓民眾選擇醫院資訊的平台，所以只好相信「大醫院就是好醫院」、「大醫院什麼都有」，使得大醫院變成「大型超市」，而健保就因醫學中心林立而形成給付負擔。

三、依據「醫學中心任務指標基準」，醫學中心的首要任務是提供重、難症醫療（列為第一項任務指標），政府有責任要求醫學中心，重視並優先達成此項任務。當區域內的醫學中心家數，遠超過每兩百萬人設置一間醫學中心的標準時，衛福部應針對未把重心放在急重難症的醫學中心，進行退場評估。扭轉現今不合理的醫療生態，衛福部應透過評比方式與修改健保制度，讓醫學中心的醫師能有更多時間，仔細照顧重症或住院病患，相信更能培養良好的醫病關係。為顧及醫學中心的原有功能，診治較為困難的重大傷病，應減少門診量，增加住院及研究給付，以符合教學、研究、醫療的原本目的。

（四十七）本院黃委員昭順，針對觀光界業者傳說為因應台灣選舉，從本（104）年 12 月至明（105）年 1 月 15 日選舉期間，陸方可能限縮團體陸客來台人數，幅度甚至可能達 95%。平心而論，台灣選舉激情與對立，舉世側目而視，團體陸客來台即使只是單純觀光，會不會引起無謂糾葛與紛擾？誰也無法保證。陸方若基於安全考量，規勸陸客延後來台之舉，應也在情理中，如不健忘的話，前時泰國政局紊亂紅衫軍鬧事時，我們政府不是也警告國民，儘量暫緩去泰國旅遊嗎？過度政治性解讀其實大可不必。本席以為；近年來政府愈藉陸客大批來台觀光客數字，滿足國人「觀光大國」的虛榮心作法實不足取，真實影響其實利大於弊，再者，台灣真的需要迷戀千萬觀光客美夢嗎？政府應思考的該是，哪種形式的觀光對台灣才真正有利？台灣若欲邁向觀光大國，豈能只押寶在陸客？應向全世界伸出友善的雙手，任何可能來台觀光的旅客，一個都不能放過才是正途。為達此目標，政府應針對各國潛在旅客研擬簡化簽證手續，協同業界設計優惠方案，提高觀光軟、硬體品質及條件，大力行銷台灣。如真因陸團限縮，嚴重影響我觀光相關業績及發展，那正是警醒政府，是否