

地區因交通不便，醫療資源不足，民眾疾病治療率更是為低，於格拉斯哥宣言之目標，政府衛生照顧相關單位顯然尚有極大落差。

- 三、C 型肝炎為可治癒之疾病，惟偏鄉地區因未能早期發現治療，且就醫交通不便，造成其存在高肝癌風險之隱憂揮之不去，為提升偏鄉 C 肝治療率，爰建請衛生福利部等相關單位，應加強在地醫療硬體及軟體資源提升，並研議推行可近性醫療方式，由醫療團隊主動至偏鄉進行診治，而非傳統由患者自行前往醫療院所治療或於衛生所篩檢後協助患者轉診治療等方式，化被動醫病診治方式為主動，以確實提升偏鄉地區肝病追蹤治療率。

（八）本院徐委員榛蔚，針對全民健康保險納保率近百分之百，但「健保不給付」之自費項目卻逐年攀升，如隔離病房費用、部分藥費或標靶治療藥費、新科技醫療手術項目及新科技醫材等皆須病患自行負擔，顯示國人如想得到較佳之治療，相對須付出之費用增多，造成經濟弱勢族群極大負擔；然國內健康保險收入因補充保費實施，收入業已大於支出，健保資源之運用與分配顯已不合時宜，爰建請衛生福利部及中央健康保險署等相關單位應就健保藥品支出占率之合理性、及對於新增藥品與醫療新科技之支付方式重新檢討並改善，以促進醫療資源配置之公平性，保障一般病患使用新醫療及藥品之基本權益，特向行政院提出質詢。

說明：

- 一、因健保現行採總額給付框架，而因新增藥品多有單價高、預期使用率高、成本效益及稽核困難等因素，使健保對於新增藥品與醫療新科技之使用甚為保守，更造成國人就醫時自費治療項目增加，形成經濟條件佳的病患較易獲得良好治療之畸形醫療貧富差距。
- 二、以國內近來陸續核准上市之 C 型肝炎新藥為例，因其藥品價格高達新台幣 50 萬至 225 萬元，且未屬健保給付項目，雖健保署提出「專款專用」C 型肝炎全口服新藥試辦構想，預計分 10 年治療 C 型肝炎 1B 型患者，但其治療經費龐大，亦引起各界討論聲浪，政府相關單位尚未拍板定案、或糖尿病患常見之黃斑部水腫，現已有視網膜雷射加上注射眼內抗新生血管藥物的治療方式，治療效果亦佳，但因健保限額給付，病患若經濟條件不佳則無法自費治療，即可能因而失明。
- 三、為使全體國人皆能體會新醫藥科技優點，並保障其使用新醫療科技及藥品之基本權益，於健保收入大於支出之際，重新檢討並改善健保藥品支出占率之合理性、及對於新增藥品與醫療新科技之支付方式顯為必須，使病患就醫權益不再被犧牲。

（九）本院蔣委員乃辛，有鑑於去（104）年在台北市發生國小女童在校

園內遭校外人士殺害事件，顯示校園安全亮起紅燈，引發社會大眾關注。教育部於事件發生後以建構完善警監系統、落實人車進出管制及加強校園安全巡查等措施，希望完備校園環境安全。而教育部自 104 年 7 月起補助 3000 萬元經費予地方政府，協助地方轄屬學校建置警監系統等校園安全設備，並於 105 年度預算中再編列 2.59 億元，補助地方政府轄屬學校建置校園監視系統及電子圍籬等設備。然該筆經費為教育部透過地方政府補助轄屬學校，卻疏漏國立之國民小學，導致出現同為國民小學卻無法獲得校園安全建設經費之不平等待遇！為提升國立小學校園安全，減少校園安全死角，確保學童就學安全，特向行政院提出質詢。

說明：如案由。

- (十) 本院黃委員昭順，針對政府銀髮政策要「活躍老化」，以「適齡退休」取代「屆齡退休」，以活化高齡者工作能量，特予肯定。國內目前 65 歲以上老年人口約 295 萬，占總人口 12.5%，預估 2025 年人口將破 20%，邁入「超高齡社會」，部份歐洲國家（如德國）已提出相關措施因應人口結構改變問題，鄰近的日本也為長者設立「銀髮人才就業資源中心」，媒合銀髮人才就業和廠商求才的各項服務。這些先進國家都已正視高齡人口能夠提供工作能量的課題，值得政府有關參考。當前所謂「銀髮經濟」是否對症下藥？但很明顯的，政府政策仍是偏向於從日常食衣住行育樂等「銀髮需求」切入，協助企業活化高齡產業，從老人身上賺錢，卻未積極輔導或介入長者就業「第二春」，以促其腦力再度發揮貢獻。整體來說，勾勒未來台灣高齡社會新圖像，不可偏重，亦不可偏廢，已有愈來愈多長者想再貢獻心力，這是面對超高齡社會不容迴避的事實，尤其在少子化的人力結構壓力下，本席認為，除了長照政策外，政府亦應鄭重鼓勵中高齡人力參加職能訓練，維持職場競爭力並減輕年輕人的經濟及生活負擔。爰此；如何讓高齡者有個人存在價值，發揮個人潛能，應是在迎接銀髮社會即臨前，政府應審慎思考的一個正確的方向，特向行政院提出質詢。