

鄭部長銘謙：這個要跟委員報告，提供簡便的茶水跟餐點，那個是候選人對投票權人的一個對行性的行為嘛，這個不是說我提供給你……

林委員思銘：部長，我跟你講，餐點的價值絕對不會……如果是低於 100 塊，這根本是人之常情，不會去影響人家選舉的意願，所以我希望法務部去……

鄭部長銘謙：還是要個案認定啦！要跟委員報告，還是要個案認定，因為檢察官要做個案認定，我沒辦法幫檢察官回答這個問題。

卓院長榮泰：林委員，在這裡我們還是要公開呼籲，所有的候選人都不要心存僥倖，也不要認為標準會有不一，也不要認為法律會有假期，合理的、一般合於常理的餐點，我想檢察官並不會為難。但是如果你提供任何一樣東西，提供的人是意圖要來影響對方，只要這個意圖清楚，那就是不行。

林委員思銘：是、是，但我還是希望法務部把標準寫清楚。

鄭部長銘謙：這個裡面有寫，只要符合社會常情，這部分我想檢察官不會起訴，這個在例示裡面已經寫得很清楚。

林委員思銘：希望這樣啦！OK，謝謝。

卓院長榮泰：謝謝林委員。

主席：謝謝林委員。

下一位請王正旭委員質詢。

王委員正旭：（15 時 18 分）謝謝主席，請行政院卓院長、衛福部石部長。

主席：請卓院長還有石部長備詢。

卓院長榮泰：王委員好。

王委員正旭：院長好，今天有 5 個題目要來跟院長還有各位長官討論。第一個就是推動慢性病防治立法，第二個部分是強化醫療教育，再過來是改善醫療保險，強化長照產業跟改善醫療資訊的相關規範。在這個過程裡面，如果有麻煩要相關單位提供書面回復的部分，也麻煩院長同意可以以 1 個月當作期限，讓我們再做後續的處理。

第一個是推動慢性病防治立法的部分，大家都很清楚，臺灣已經進入到超高齡的社會，114 年國人十大死因當中，癌症還有包括其他六項重大死因都跟慢性病相關，所以慢性病如果能夠透過立法來提供法源依據，以確保政府編列穩定的經費，專注慢性病的預防、研究跟照護體系的整合。

上次會期的 3 月、7 月，我兩次在衛環委員會質詢石部長時也有討論過，這次就特別利用院會總質詢的時間來跟院長進行報告，也希望能夠得到院長的一些回應。除了國衛院司徒院長以及許副院長以外，其實有很多基層醫師協會、地方的醫師公會，甚至是健康台灣推動委員會的委員，也都明確向我反映對於慢性病防治法立法的期待，所以希望行政機關也可以參考醫界的意見，來積極地推動慢性病防治法的立法。請問院長，您的態度？

卓院長榮泰：我們現在有專法對於特定病症，愛滋病有一個專法，癌症有一個專法。

王委員正旭：是。

卓院長榮泰：是不是每一種生病的態樣我們都必須立一個專法，還是針對已經發生的或是預防性的，用專案計畫來籌編充裕的預算進行防治、預防、治療等等，我想方式的選擇都可以有討論彈性，但是我們已經有專法的部分，是針對兩種已經比較普遍性、嚴重性的；至於突發性的，如果有專法的話，它適用的機會是不是往後還會一直存在，或者它會一直變化內容？不如也考慮可以用專案計畫，我想衛福部大概也曾經報告過這樣的想法，請部長再做說明。

石部長崇良：也跟委員說明，其實在總統跟院長的支持下，888 計畫就是專門針對 NCD 來做推動，包含國人常見的慢性疾病都列入在整個行政院의 施政計畫，而且這是跨部門的合作，所以在衛福部裡面，包含國民健康署、健保署、疾病管制署，以及跟部的一些司的單位，大家是一起合作，從預防、篩檢到治療，甚至復能，其實是一連串的，所以我們會持續地精進慢性病從預防開始到失能的減少，一直在努力。

王委員正旭：的確，我們了解政策的確是可以面對問題來解決問題，可是如果有好的法案，希望根據目前國人這麼重要的死因裡面，關於慢性病帶來的影響，我們希望能夠從這個方向來考量，也期望院長還有部長能夠持續關注這個議題。

再來就是有關強化醫療教育的部分。根據我們看到的一些資料，有些醫事人員國考及格率真的非常、非常低，包括像物理治療師只有 19.9%，營養師也只有 17.96%，其實我們很擔心，如果要推一個社區有一個營養師，人力上是不是足夠？我們非常的擔心，另外像醫檢師、放射師、驗光師也都不到 30%。我們國家的教育體系培養這麼多的醫事人員，最後卻沒有辦法通過國家考試，問題到底是出在哪裡？另外像醫師及護理師，也是有第一試及格率很低的問題，115 年護理師第一試及格率只有 10.42%，醫師也只有 17.28%，在維持醫師跟醫事人員的專業符合法規要求的前提之下，是否能夠請主管機關研議提高或者是加快相關人員能夠投入第一線服務的方案？這部分要請衛福部跟教育部、考試院共同來檢討改善，請問院長這邊有什麼好方案？

卓院長榮泰：我們曾經為了國考的内容跟考試院做過多次洽商，我們希望能夠朝向更臨床實務、實用的方面來進行，因為考試包括教、考、訓、用各方面都要面面俱到，考試的錄取率會跟當屆畢業生以及隔一屆、兩屆之後的畢業生，其錄取率高低會有很顯著的不同。詳細的數字，請部長再做說明。

王委員正旭：好。

石部長崇良：跟委員報告，確實我們看到在您的表列裡面，因為第一試通常是重考生，所以落差會比較大，我們最主要關切的是應屆畢業生的錄取率，通常是 7 月這一次的國考通過率，我們有關注意到有一些職系的錄取率確實是不高，因此院長曾經也召集了考試院、教育部跟我們大家一起開會討論，就題庫的……從前端的教學部分能夠合用，合於未來實務上的需要，以及命題部分也應該要扣合未來執業上的實務需要，來做一些命題的改善、題庫的建立及教學方式的精進等等。

王委員正旭：是，的確我們看到醫師第一試及格率從本來的百分之三、四十降到百分之十幾，才會引起我們關心到底在內涵上出現了哪些問題，也希望主管機關這邊也能夠多留意、多來做一些改善的措施。

下一個題目，我們想要請教改善醫療保險的部分，麻煩金管會彭主委一起來討論。我們知道，隨著醫療科技的進步以及人力需求短缺的情形之下，醫療去住院化、癌症及慢性病的居家治療、居家照護等政策一定是未來要走的政策方向，因此保險理賠的制度也應該要從住院調整為治療導向。我們最近真的收到非常多基層的反映，告訴我們過去的舊保單條件強制綁定要住院，保費繳了很多年，可是卻申請不到保險理賠這樣的問題，我想彭主委應該也有收到很多相關的諮詢，這件事我們覺得非常重要，因為牽扯到能夠順利推動居家治療、照護以及避免因病而貧，同時在政策上也真的應該要避免為了要領保險金而住院所帶來的衝擊，所以請行政院務必要跟衛福部及金管會一起好好地討論這個問題。對於這個部分，彭主委，不曉得您有沒有什麼意見可以先回應？

彭主任委員金隆：是，謝謝委員的關心，委員過去對這個議題一直都非常重視，其實在過去這段時間，我們跟衛福部都有做過非常密切的討論。剛剛也提到，現在醫療保險並不是所有都以住院為前提，如果不是以住院為前提的話，這個問題就不大，大概是採定額給付，比如大家很熟知的癌症保單，只要被診斷為癌症就會給付，不會看你真實的支付情況。比較大的問題是其他的保單是以住院為綁定的，我想這個也分兩個部分來看，一個是舊的保單，因為舊保單當時的風險條件及費率都已經確定，而且是很多年以前訂定的，這個時候如果要做一些變更就比較困難，我們現在的解決方法有兩個，以白內障為例，過去必須要住院，後來因為醫療進步而不需要住院的部分，我們就採用融通理賠的方式。另外，我們也跟衛福部針對這一塊，把因為醫療進步、改善而不需要住院的部分分離出來，看怎麼樣做個案的處理，我們正在做這件事情。

王委員正旭：好，謝謝。

彭主任委員金隆：再來就是剛才委員提到的在宅醫療的部分，未來新的保單就按照這個方向來設計，現在已經有這樣的保單在市面上了。

王委員正旭：所以有類似產品可以供民眾選擇？

彭主任委員金隆：有，現在已經有四張保單是針對在宅醫療的部分。

王委員正旭：好，我們很期待。其實我們也了解，為了要順利達到 2030 年癌症死亡率減少三分之一的目標，癌症早篩早療是我們必要的政策，也是健康臺灣很重要的政策，可是更加要注意的是早期癌友投保商業保險的可近性，因為我們知道，一旦被判定為癌症以後，未來可能終身都無法再參加這方面的保險，所以要如何避免早篩早療的政策在這個部分造成變相的阻力？根據民間團體 HOPE 的問卷調查，早期癌友保障缺口其實高達 88.2%，曾經實際要申請投保的癌友中有 31.6%是沒有辦法成功購買到保險，這真的很不利於我國繼續推動癌症早篩早療的政策，這個部分當然也希望彭主委能夠繼續關心。

另外一個問題就是有關於癌症治療費用的部分，我們也了解健保其實有提供一些很基本的保障讓癌友不要因病而貧，可是如果不符合條件的話，可能一些藥物的費用，像標靶藥物就要花將近 75 萬，放射治療可能要花 100 萬左右，免疫療法可能更貴，一個療程可能將近 100 萬到 200 萬之間。根據 2025 年家庭收支調查報告所看到的，所得收入者每年可支配所得中位數是 51.8 萬，意思就是說，一個家庭裡如果有一個罹患癌症者需要自費，可能就會讓家庭經濟陷入

窘迫的狀況，所以如何能夠進一步提供保障是很重要的課題。根據國衛院論壇的政策報告，2024 年 3 月我國重大疾病（包括傷病險）的投保率，不包括在全民健保之內的話，只有 29.62%，意思是說，我們有沒有辦法實施一些政策來提高重大疾病投保的覆蓋率變成是一個重要的議題，所以如何讓中小企業能夠透過產業公協會或者工業區廠商以聯合團保的形式來提高這方面的覆蓋率，不知道彭主委的高見如何？

彭主任委員金隆：是，這邊跟委員說明一下，剛剛委員有個理念跟我們現在要推動的是非常一致的。我們過去的保險都是比較消極的被動等事後發生再理賠，現在希望提前到損失的預防，剛剛提到像癌症的早篩就是我們未來的範圍。剛剛委員提到的癌症保單，其實我們現在已經有所謂的弱體癌症保單，就是對於早期癌症或比較輕微的癌症還是可以承保，不過承保的公司比較少，我們會朝這個方向來鼓勵保險業設計弱體的保單，就是針對比較初期癌症的部分來做這樣的處理。

王委員正旭：好，所以我們在改善醫療保險有三大政策建議，包括妥善處理舊保單綁定住院問題、癌友早期發現治療投保可能性以及政策性提高重大傷病保險覆蓋率的部分，可不可以麻煩提供相關政策處置跟規劃，讓我們辦公室做後續的參考？

彭主任委員金隆：是，沒問題。

王委員正旭：好，謝謝彭主委。

再來是討論有關強化長照產業的部分，因應超高齡社會，獨居老人增加是很明顯的事實，衛福部在韌性條例裡面特別編列 62.5 億來進行調查跟補助這些救援裝置，可是我們看到今年 1 到 3 月全國獨居老人緊急救援裝置安置率只有 28.75%，相對是比較低的，所以要麻煩衛福部、經濟部跟內政部努力的來討論如何改善這方面的處理。

另外，我們也看到利用環境補助的概念來提升獨居老人緊急救助裝置率盡量不要影響到隱私，也不需要穿戴，更不用改變原本生活的習慣方式。最近我去參加高齡健康產業博覽會的時候，看到日本有利用電燈這種不需要穿戴的模式來提升安裝率，又能夠讓異常被顯示的作品非常有創意，而且也能夠達到目標，院長，不知道你在這方面有沒有什麼可以提供給大家參考，在未來規劃的部分？

卓院長榮泰：對於獨居老人，衛福部也編列了年度預算來支應，115 年開始應該會增加所謂固定式或穿戴式的輔助器具來協助這些老人能夠得到更多的醫療關照，這個部分已經在計畫當中，我們會依序的按照年度來推動。

王委員正旭：好。最後有關改善醫療資訊的部分，因為時間的關係，所以相關資料、健保分析及個資去識別化的判定標準，可能要麻煩院長及部長持續來關心，也提供一些意見給我們做參考。

卓院長榮泰：好，資料的運用部分，我們再跟衛福部好好地來討論，然後再就教於委員，謝謝。

主席：謝謝王委員，謝謝卓院長。

報告院會，休息 5 分鐘，休息之後繼續進行質詢，現在休息。

休息（15 時 34 分）

繼續開會（15 時 41 分）