

衛生福利部全民健康保險會  
第3屆107年第10次委員會議事錄

中華民國107年11月16日



衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第10次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年11月16日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員雅馨

台灣乾癬協會柯理事長怡謀(代理)

古委員博仁

中華民國藥師公會全國聯合會曾秘書長中龍(代理)

吳委員國治

吳委員榮達

李委員永振

李委員偉強

周委員麗芳

林委員至美

國家發展委員會人力發展處蔡專員宜縉(12:24以後代理)

林委員敏華

林委員惠芳

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(代理)

林委員錫維

翁委員文能

商委員東福

張委員文龍

張委員清田

張委員煥禎

張委員澤芸

中華民國護理師護士公會全國聯合會健保小組劉委員淑芬(代理)

郭委員錦玉

陳委員旺全

中華民國中醫師公會全國聯合會陳常務理事憲法(代理)

陳委員有慶

中華民國全國漁會張主任祐禎(代理)

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

黃委員宗義

趙委員銘圓

劉委員志棟

中華民國全國工業總會何常務理事語(代理)

蔡委員登順

蔡委員麗娟

盧委員瑞芬

謝委員尚廷  
謝委員武吉  
羅委員莉婷

肆、請假委員：

李委員育家  
陳委員亮良

伍、列席人員：

本部社會保險司  
中央健康保險署

陳專門委員淑華  
李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代理)  
李組長純馥  
戴組長雪詠  
周執行秘書淑婉  
洪組長慧茹  
陳組長燕鈴

本會

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：范裕春、李德馥

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：

- 一、原議程安排的討論事項第一案「108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)」，依委員建議及與會委員同意，延後為討論事項第五案，原討論事項第二案至第五案依序往前遞移。
- 二、同意將臨時提案「有關擴大C型肝炎治療所將產生之相關檢查(驗)費用，應併入專款專用C肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額(或西醫基層)一般服務預算中勻支，造成排擠效應」列入議程，安排為討論事項第六案，原討論事項第六案，順延為第七案。
- 三、餘照議程之安排進行。

玖、請參閱並確認上(第9)次委員會議紀錄

決定：

- 一、依委員意見刪除會議紀錄第 3 頁，「玖、上(第 8)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之決定二「會議補充資料第 1 頁『108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議結論』，其中三、(一)1.政府應負擔健保總經費法定下限 36% 回歸健保法第 2 及第 3 條規定以支出面公式計算，修正為『回歸健保法精神，予以檢討』」。

二、餘確認。

拾、上(第9)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告  
決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 5 案)：

- 1.項次 5「針對委員所詢事項，請中央健康保險署就尚需補充說明部分，提供書面資料」，請中央健康保險署依委員意見，具體補充全民健康保險法施行細則第 68 條檢討報告，改列繼續追蹤。
- 2.其餘 4 案同意依照幕僚之擬議，解除追蹤，其中項次 2，有關「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議紀錄」捌、結論二，委員同意文字修正為「中央健康保險署平衡費率計算模型及架構所採假設與推估方式尚屬合理，惟仍請參酌專家學者...」，並解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 3 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤，其中項次 3，請中央健康保險署詳細說明醫療費用核減率下降原因。

二、本會重申有關高雄市政府積欠健保費補助款還款計畫，不得再提延期。

拾壹、討論事項

## 第一案(原列第二案)

提案單位：本會第三組

案由：108 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1.門診服務(不含門診透析服務)：

預算 50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%依醫院總額支付制度開辦前 1 年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.住診服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前 1 年各地區實際發生醫療費用比率分配。

3.各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

4.於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥 1.5 億元，作為風險調整基金，以襄助各分區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，達各分區醫療平衡發展之目的。

5.所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，風險調整基金執行方式並送本會備查。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 107 年 12 月底前送本會同意後執行。

附帶決議：請醫院總額承辦團體於本會討論 109 年一般服務地區預算分配方式前，檢討地區預算執行問題並提出具體分配之建議方案，若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各地區風險校正後保險對象人數」(R 值)應予調升。

### 第二案(原列第三案)

提案單位：本會第三組

案由：108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.其他五分區預算，依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：67%。

(2)各分區戶籍人口數占率：13%。

(3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則

歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。

3.於分配其他五分區(不含東區)預算前，自五分區預算移撥 3,200 萬元，作為風險調整基金，用於撥補五分區(不含東區)各鄉鎮市區內僅有 1 家特約中醫院所之點值；經費若有剩餘，則分配予就醫率最高之分區。

4.所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之，風險調整基金執行方式並送本會備查。另請檢討風險調整基金之執行方式及提升預算執行率。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 107 年 12 月底前送本會同意後執行。

附帶決議：請中醫門診總額承辦團體於討論 109 年一般服務地區預算分配方式前，檢討執行結果並提出具體分配之建議方案，若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各分區戶籍人口數占率」應予調升。

第三案(原列第四案)

提案單位：本會第三組

案由：108 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：



- 1.預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- 2.於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥 28.722 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合照護計畫」等 5 項。
- 3.所涉執行面及計算(含移撥經費)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，移撥經費執行方式並送本會備查。另移撥經費用於「牙周病統合照護計畫」部分，請以民眾需求為前提，妥為規劃其執行方式及預算分配。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於107年12月底前送本會同意後執行。

#### 第四案(原列第五案)

提案單位：本會第三組

案由：108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

- 一、本案經討論後，多數付費者委員建議「各地區校正『人口風險因子及轉診型態』後保險對象人數」(R值)占率至少調升1%，惟考量西醫基層代表委員表示須再經內部研商，爰本案保留。
- 二、請西醫基層總額承辦團體盡速提送修正後之分配建議方案，最遲應於本(107)年12月份委員會定案並予確認，俾利於年度開始前，陳報衛生福利部核定。

### 第五案(原列第一案)

提案單位：中央健康保險署

案由：108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

- 一、108 年度全民健康保險保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%。後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。
- 二、委員就健保財務所提相關意見，保險收入包括：健保基金預決算案不予備查有關政府依法應負擔之保險費、基金投資策略、代位求償範圍、菸品健康福利捐之影響金額分析及政策因素試算之建議，請中央健康保險署參辦。
- 三、委員提出保險成本增加項目如有涉及疾病管制署、食品藥物管理署、國民健康署應付費用，倘其非屬健保給付範圍者，應由權責機關以公務預算支應，若屬健保給付範圍，且將影響健保財務收支者，請衛生福利部事先徵詢本會委員意見。

### 第六案(原列臨時提案，如附件)

提案人：翁委員文能、李委員偉強、黃委員啟嘉、謝委員武吉

案由：有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查(驗)費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額(或西醫基層)一般服務預算中勻支，造成排擠效應，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

### 第七案(原列第六案)

提案人：謝委員武吉、曾代理委員中龍(古委員博仁代理人)

連署人：張委員澤芸、謝委員尚廷、陳委員旺全、黃委員啟

嘉、吳委員國治、翁委員文能、李委員偉強、林委員錫維、陳委員亮良、張委員文龍、李委員育家、葉委員宗義、吳委員榮達、張委員清田、滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)、劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：

- 一、針對台鐵重大事故(普悠瑪)所造成重大傷害之醫療支出，請健保署統計，並於下次會議做一初步報告，並討論是否向台鐵追償。
- 二、由於德國麻疹現擴大流行，其費用應屬疾病管制署提供費用(公務)，為保護健保資源不流用至其他應付款單位，敬請本會於下次會議提供其所付費用，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

## 拾貳、報告事項

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年 10 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：因時間因素，請委員參閱書面資料，如有意見，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式提出，由本會幕僚送請中央健康保險署參考或提供書面說明。

### 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾參、散會：下午 14 時 4 分。

臨時提案

提案人：翁委員文能

李偉強 黃學斌 謝弘志

案由：有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查（驗）費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額（或西醫基層）一般服務預算中勻支，造成排擠效應，提請討論。

說明：

- 一、為全面消滅 C 型肝炎，衛生福利部於 106 年起於醫院總額及西醫基層總額專款專用中編列 C 型肝炎用藥預算，希冀借由持續增加 C 型肝炎口服新藥治療得以加速根治國人罹患 C 型肝炎的問題，增進國人健康，其國家衛生政策醫界亦願襄助執行。
- 二、經本月 15 日全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議就擬擴增 C 型肝炎適用對象議案得知，C 型肝炎口服新藥之治療必須進行多次肝炎病毒量檢測
  1. 12202B/12203B（擇一）C 型肝炎病毒核酸基因檢測，12202B 即時聚合酶連鎖反應法（Realtime PCR）2450 點及 12203B 一般聚合酶連鎖反應法 PCR1280 點 1 人 1 次。
  2. 12185C 核糖核酸類定量擴增試驗至少三次（治療前測定病毒量、開始治療後 4 周測定病毒有無下降及治療後三個月內追蹤病毒是否完全消失），其健保支付點為 2200 點/次。
  3. 若以 108 年可增加 4 萬個治療機會計算，相對相關的檢查（驗）費用就須額外增加近 2.64~3.62 億元，該項費用並未於 108 年醫院總額（亦或西醫基層總額）中被計算其中。  
( 2,450 點 + 2,200 點/人\*3 次 ) \*40,000 人 = 3.62 億
- 三、為避免未盡估算的費用影響現行已談定之一般服務預算，有關擴大 C 型肝炎治療其治療程序所產生之相關檢查（驗）費用應併入 C 型肝炎之專款專用費用之中，或另行由公務預算支應，不宜再併入醫院總額（或西醫基層總額）一般服務預算中勻支。

擬辦：函呈衛生福利部增修醫院總額（或西醫基層）專款專用項目 C 型肝炎用藥預算含相關治療程序中所需之檢查（驗）或特材費用。

決議：

第 3 屆 107 年 第 10 次 委員 會議  
與 會 人 員 發 言 實 錄



壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 9)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

各位委員，大家早！目前已達法定開會人數，我們開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

一、主委、各位委員，大家早安！在議程確認之前，先報告依照本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，但健保署於 11 月 14 日函知李署長另有要公不克出席，本次委員會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本已置於各位委員桌上，請參考。

二、這次議程安排，計有討論事項 6 案，第一案至第五案係依年度工作計畫排定，皆屬於本會法定應完成的任務，包括第一案「108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)審議案」及第二至五案的 108 年度 4 總額部門一般服務之地區預算分配事項，第六案是上次會議臨時提案，保留到本次會議討論。

三、報告事項計有 2 案，第一案係健保署「107 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」，第二案為上次保留，這個案子已經保留 3 次，以上是今天的議程安排。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

主席、各位委員、與會者，大家早！有關於討論案，我認為第一案關係費率審議，討論時間應該會較冗長，是否移到第二至五案以後，也就是等於將第一案調到第五案，讓地區預算分配案先進行，看是否能順利通過，再來討論費率審議案，以上建議請主席裁決。

傅主任委員立葉

林委員錫維建議我們變更議程順序，就是將討論事項第一案挪到第二至五案後，變成第五案，原第二至五案提前，大家是否同意？



(委員回應：同意)同意，那我們就照這樣做上述議程變更。

周執行秘書淑婉

幕僚補充報告！剛才翁委員文能、謝委員武吉、李委員偉強和黃委員啟嘉連署提出「有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查(驗)費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額(或西醫基層)一般服務預算中勻支，造成排擠效應，提請討論」臨時提案，依照議事規則，臨時提案需經委員會認定具有急迫性，方納入本次議程討論，所以如果後續各位委員認為這個案子有急迫性，要納入今天議程，因費率審議跟地區預算審議案皆有其時效及急迫性，本案建議安排為討論事項第六案。

傅主任委員立葉

首先，先請教各位委員是否同意該案列入今日議程？(委員回應：同意)同意，那我們就將臨時提案列入今日議程，惟考量時效關係，列在費率審議案後面，列為討論事項第六案。原來的第六案就變成第七案，大家是否同意？(委員回應：同意)，我們就依此順序變更議程，並進行討論。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對上次委員會議紀錄有沒有意見？請李委員永振。

李委員永振

一、會議資料第 4 頁，項次玖決定事項第二點，上次委員會議有提到要修正「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議紀錄」，因為結論前後文好像會自打嘴巴，後來雖有修正紀錄，但我看了修正的結果，覺得還是沒有掌握到精神，我認為問題在於「尚屬合理」這幾個字，而不是後面的健保法第 2 及第 3 條規定改成「回歸健保法精神」，因為回歸健保法精神，不就是表示這還是一個待解決的問題嗎？就直接打到「尚屬合理」的說法啊！所以應該是怎麼去修「尚屬合理」這幾個字才是正辦，後面你要回歸健保法精神與依照健保法第 2 條、第 3

條的規定是同樣的意思，我認為原來的紀錄呈現比較明確，修改成回歸健保法精神又太含糊，感覺太廣了。

二、因為個人在費率審議前意見諮詢會議，是以精算師的身份出席，當時有提到投影片第 6 張與第 14 張，這 2 張投影片的內容，請參閱會議資料第 35 頁的第 8 張投影片及第 39 頁的第 16 張投影片。在第 8 張投影片的部分，健保署雖改變了 $\Delta S_t$ 定義，但在不一樣的 2 個定義下，計算出來的數字卻完全一樣，這令我不解。另外第 16 張投影片的部分為支出面及收入面的爭議，根據健保署提出資料，新、舊投影片間大概差了 542 億元，若再加上 109 年的差異，我粗算一下，大概也有 3 百億元，這樣加起來就 8 百多億元。今年總額協商中醫跟牙醫加起來才 7 百多億元，這 5 年的差異，就是中醫門診跟牙醫門診總額 1 年的金額，應該不是小數目！所以才要在這邊提出來給大家確認，我認為「尚屬合理」的說法是有問題的。

傅主任委員立葉

那就修正會議紀錄，將「尚屬合理」文字刪除。還有沒有其他意見？沒有的話，會議紀錄確認，請進行下一案。

## 貳、「上(第9)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與 會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

一、本會重要業務報告，請各位委員翻到會議資料第 10 頁，說明一、上次委員會議決議(定)事項計有 8 項，依辦理情形建議解除追蹤 5 項，繼續追蹤 3 項，但最後還是依委員議定結果辦理。以下就辦理情形簡要說明。

(一)請各位委員翻到會議資料第 12 頁，擬解除追蹤共 5 項：

- 1.項次 1，是上次會議紀錄確認的會議紀錄拾、「108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案」之決議，在西醫基層跟醫院總額部分，將附帶建議的文字「新藥預算推估公式」改成較廣的「新醫療科技預算推估公式」，我們也已在本會網頁更新第 8 次委員會議議事錄。
- 2.項次 2，是關於會議補充資料第 1 頁，即剛才李委員永振提到的部分，幕僚會依剛才李委員永振的意見繼續修正，應該去修正所謂的「尚屬合理」四個字，目前我們只修了後面的回歸健保法精神，此案我們就繼續追蹤並修正。
- 3.項次 3，是委員所提其他意見，請健保署跟本會幕僚參辦部分，補充說明的資料已列在會議資料第 16 頁，請委員確認，如果可以的話，建議解除追蹤。
- 4.項次 4，是請社保司就高雄市欠費還款期限之適法性提供說明，社保司也已經提供資料，請委員確認內容之後解除追蹤。
- 5.項次 5，是委員針對健保署業務執行報告所提相關意見，請社保司跟健保署參考，辦理情形說明在會議資料第 19 頁到 23 頁，請委員確認內容後解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 3 項，請各位委員翻到會議資料第 14 頁：

- 1.項次 1，是本會協定之「108 年度醫療給付費用總額及其分

配」案，有關 C 型肝炎口服新藥費用，若政策上有增加該項經費之需要，建議由公務預算支應；未來如有類似匡列更多相關預算需求之情形，應納入總額整體協商考量，不宜以外加方式增列預算。這個附帶建議我們已經在 11 月 7 日將總額陳報衛福部的公文中，一併將委員意見在函內敘明。

2.項次 2，跟前 1 案相同已經報部，請部裡參考。

3.項次 3，是關於請健保署敘明節流相關措施成效，健保署這次有提供資料，但希望健保署提出的節流措施效益能更顯著後，再解除追蹤。

二、請各位委員翻回會議資料第 10 頁說明二部分，有關於 108 年度總額協商結果及附帶建議，就是剛才提到有關 C 型肝炎口服新藥附帶建議部分，已經在 11 月 7 日以衛部健字第 1073360159 號書函併陳給衛福部核定。

三、說明三，是行政院在本年 9 月調整兼職費用支給的規定，每個月從 3,000 元調成 3,500 元，所以本會委員兼職費金額也配合調整，自 9 月份起變成 3,500 元。但也不好意思，因為 9 月份有些簽核過程，所以 9 月份兼職費的撥款時間有比較晚，在這邊先跟委員致歉。

四、說明四，有關健保署 9 至 10 月份發佈及副知本會之相關資訊，已於 11 月 5 日寄到委員電子信箱。

(一)健保署 10 月 16 日公告修訂之「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」。

(二)「107 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」。

(三)107 年第 1 季「全民健康保險其他部門結算說明表」，請各位委員參閱相關會議資料。

傅主任委員立葉

請問各位委員對於上次委員會議決(定)議事項及重要業務報告有沒有意見？依序請何代理委員語、吳委員榮達、趙委員銘圓及干委員

文男。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、剛剛擬繼續追蹤案件項次 2，是委員會議確認 108 年度總額協商預算案將協商結果報衛福部，另還有委員對 C 型肝炎口服新藥費用的附帶建議。我前 2 天在電台廣播中聽到，部長召開記者會說 C 型肝炎新藥的總額是 65 億多元，但是我們總額協商的結果是 51.66 億元，他把我們總額協商剩餘的錢拿了 13.7 億元，就變成 65.4 億元，跟他在記者會宣布的金額一樣，等於我們的建議無效，總額協商的結果也無效，以後我們就不必總額協商，直接送部長裁決就好。我們非常反對部長挪用這 13.7 億元去補貼 C 型肝炎口服新藥，應該是用公務預算。
- 二、現在政府公務預算太多了用不完，今年到 10 月份，稅收已經超收 1 個年度的費用了，政府超收那麼多費用，錢太多了，為什麼還要在健保總額裡挪款？這樣是很不適當的，健保總額已經雙方協商完成，部長還要最後裁決，那明年開始就取消總額協商制度，全部送給部長裁決就好了，我們自己寫 1 個案，醫界代表也寫 1 個案，全部送部裁決，我的看法是這樣。如果我們協商結論沒有用，部長可以自己決定，我覺得這樣是不對的。另，站在雇主的立場，我們非常反對挪用 13.7 億元到 C 型肝炎口服新藥，這應該要用公務預算去補。因為今年稅收已經超收，包括菸捐也超收了 25 億元左右，所以我認為不應該這樣子做。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我有幾點，除了贊同剛才何代理委員語講的之外，還有下面幾點請教跟說明。

- 一、會議資料第 16 頁，是我上次請教健保署的問題，健保署這次有回答，在說明的第 2 點，有個舉例，若新藥廠商堅持公告價

格為每支 10 萬元，但願意還款 5 萬元，則本署實際支出僅需每支 5 萬元，但若還款的金額不回總額，則會造成總額點值的稀釋，其影響為還款前的 2 倍，並不合理。針對上述說明，我要提出 2 個前提，第 1 個是總額編列時是否以公告價格來做考量點，第 2 個在醫界部分藥的採購是否都以公告價格來做採購的價格，若這兩個前提都對了，才會有副署長講的問題，但事實上並不是如此，所以這舉例跟說明是不對的，我先做這個表達。

- 二、再來是會議資料第 19 頁，上次我詢問的問題，健保署說明的第 2 段倒數第 2 行「但因慢性病費用較高，故相較整體醫療點數，所占之費用占率較高」，這有答跟沒答差不多，慢性病費用較高，應該要找出數據讓我們了解啊！這邊只是文字說明。能不能會後補充慢性病費用較高相關的數據讓我們了解一下？
- 三、再來是有關攤銷的部分，這次有看到健保署的附件，請大家參考一下附件，在會議資料第 21 頁的第 6 項、第 9 項跟第 10 項，我們看 106 年度折舊的金額，之前的累計金額跟 107 年 1 月至 10 月折舊金額比較，我們看一下，107 年度金額顯然高了很多，照理說折舊的攤銷，分年平均攤銷金額應該一樣，但是 107 年 1 月至 10 月折舊金額有比較高，第 9 項及第 10 項有同樣問題存在，要請教健保署；會議資料第 22 頁第 7 項是 105 年度第三代資料倉儲系統委外建置案，照理說，攤銷金額也應該是 106 年及 107 年差不多，但 106 年跟 107 年比較起來，也是 107 年到 10 月的金額比較高，有同樣問題存在；再來是會議資料第 23 頁第 18 項也是 105 年的項目，106 年跟 107 年到 10 月的攤銷金額，也是 107 年的攤銷金額比較高，會計專業我不太懂，還是要請教健保署。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、針對高雄市政府欠費部分，社保司有在會議資料第 17 頁附表二做了說明，但還是有部分問題想請教。按照健保法 28 條規定，明訂 8 年要還款，這是還款期限，高雄市政府在 102 年提出還款計畫至 109 年要還清欠費，並已函報行政院並經健保署核定在案，但是在 105 年又申請延長還款期限至 111 年。後面說明延長還款係屬原提計畫之修正計畫，依法仍應自 102 年原計畫提出時點於 8 年期限內調整之。請問這部分是不是應該還是要在 8 年之內，在 109 年就還清欠款，這是我的認知。若此認知不對，是不是 108 年高雄市政府再提出還款計畫，之後要再修正也可以？是不是這樣的意思？這是第 1 點。
- 二、第 2 點是針對會議資料第 18 頁，我看了一下，這邊提到行政院對本案非常重視，於 105 年 7 月 19 日召開「協商『高雄市政府勞健保欠費請助事項』會議」，會議其實是在 105 年召開的，但健保署為什麼等到 107 年 2 月 9 日才函復同意還款計畫？為什麼會拖這麼長的時間？是不是健保署原來也是不認同，才讓作業期間有這樣的拖延？假如按照這樣子的話，剛剛提的部分，應該在 8 年內就應該還完，不應該延還，假如到 108 年又再拖，拖到 115 年可不可以？也可以啊！這樣高雄市政府的欠費就永遠還不了。臺北市政府欠的比他多 1 倍都還完了，高雄市政府才欠 6 百多億元到現在都還沒辦法還完，真的是有點離譜，以上是我個人的意見。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、延續趙委員銘圓針對高雄市政府欠費所提意見，社保司雖然洋洋灑灑寫了很多，花了半天的時間，但是我一點都不能接受。健保法第 28 條明文規定，是 100 年 1 月 4 日修正，跟原來的補助勞健保的錢，是從 100 年 1 月 4 日開始，所有各縣市要補助勞健保的錢就由中央負責，起始日是從這裡算起，裡面規定

還款期間不得超過 8 年，已經講的很清楚明白，你偏偏斷章取義說是依高雄市政府提出還款計畫的時點，那它今年再提出延 8 年可不可以？

二、我認為這是曲解法律，我為了這件事請教過很多位法界人士，甚至請教到行政法院法官，都說是社保司誤用。希望社保司能夠拿出 guts(膽識)，今年是 107 年，明年就到了 108 年，屆時若高雄市政府還沒還清，請問按鈴申告是找社保司，還是找高雄市政府？

傅主任委員立葉

請社保司跟健保署回應，先請社保司。

商委員東福

一、針對趙委員銘圓跟干委員文男關心高雄市政府欠款部分，上次會議中已做過一些回應，如趙委員銘圓所提，高雄市政府原提還款計畫的期限是 102 年到 109 年，這算起來是 7 年，所以第 1 次提出的還款計畫是 7 年，並不是 8 年，以上先說明。

二、您剛提到函復的時間較晚，詢問為什麼會有時間上的差距？在說明的第 2 項，有說明是因為利息徵收的部分，高雄市政府原想將利息部分申請遞延到 111 年還清，但依法欠費本金及利息均要在 8 年內還清，這部分我上次也稍微跟干委員提過。另外，因為二代健保法從修法到公布實施，時間上會有差距，但既然干委員特別詢問過很多法界人士，我請陳專門委員淑華針對為什麼還款計畫之起算點不是 100 年，做一個比較正式的說明。

陳專門委員淑華

謝謝趙委員銘圓和干委員文男的垂詢，健保法第 28 條規定的時點是 100 年 1 月 4 日修正之條文施行前，100 年 1 月 4 日是立法院三讀通過的日子，我們也都知道二代健保的施行日期，高雄市政府的還款計畫是 102 年 6 月 6 日提出，所以 8 年還款期限是要到 110 年 6 月 5 日，以上簡單說明。



千委員文男

我們爭執點就在這裡的認定，因為原來勞健保的這些費用是由各縣市政府負責，從 100 年 1 月 4 日以後，改由中央補助，但 100 年以前的欠款要依法在 8 年內要歸還，之後的費用是由中央政府去補助。若是從 102 年開始計算，那麼中央就不要貼補前 1 年的費用。法規應該不是這樣去解釋，因為這個規定有落日，如果沒有落日，就沒話說，但這個有落日，這個爭執點，你們要考慮一下。

陳專門委員淑華

跟委員說明，雖然健保法是在 100 年 1 月 4 日修正通過，但也要經由總統公布，而且二代健保的施行日期是由行政院定之，所以二代健保法並不是 100 年 1 月 4 日修正通過後就施行。

傅主任委員立葉

先請李委員永振，再請健保署說明。

李委員永振

一、我先針對高雄市政府的欠費的問題表達意見，這部分可能還是法令的解釋的問題，所以等一下可否請吳委員榮達就健保法第 28 條解釋一下，這幾天我一直在看這個條文，但因法學素養比較差，看不太懂，就我瞭解好像政府是從寬解釋，但又卡到法遵問題，因為不管二代健保法是 100 年生效，還是從 102 年生效，爭議點應該是還款期限的起算點在哪裡？還款起算點之外，還有另外一個爭議點，就是這些欠費要以欠費的年度算？還是從開始的時候包裹算？以前還不是中央直接撥付的部分，應該要一年一年列出來，健保署將這些欠費一年一年列出來，舊的債應該要先還才對，按年度一年一年這樣過來。如果是這樣解釋的話，98 年的 18.04 億元要先還，然後再還 99 年的 33.97 億元，這是第一個爭議點。

二、第二個爭議點是，如果還款期限是從 102 年 6 月 6 日起算，我心裡暗笑，高雄市政府的承辦人員真笨，為什麼不等到 104 年才提出來呢？這樣還款期限可以到 112 年。如果你們的精神是

這樣解釋的話，就不是從 102 年 1 月 1 日二代健保開始實施起算，而是提還款計畫的時間來算啊！那 104 年、105 年再算也可以，雖然你們說不會讓他們這樣，但實際上你們做不出來。而且後來的作為，讓我們沒有信心嘛！問題點是在這裡。我先提出我自己的看法，等一下是否請吳委員榮達說明一下，這個爭議點到底應該怎麼看，不然繼續下去還是各說各話，大家認知不一致，法的問題還是要從法的面向解決。

傅主任委員立葉

本案是否可將委員的意見，彙整後送給社保司參考。目前因為還款計畫已經核定，也在進行中，我們就請社保司這次一定要如期執行還款計畫，不可再有任何拖延。因為還款計畫已在進行，若想再重新協定也很困難，但委員對於法規的意見，請幕僚記錄下來請社保司參考。

趙委員銘圓

請教一下，社保司還沒有回答我的問題，假如高雄市政府明年再次提出修正計畫，還能不能延期？

商委員東福

不可以，在我們的說明中有提到高雄市政府曾在 105 年 9 月 1 日提出修正還款計畫，但我們沒有同意，因為依照法律規定，所以不允許再延長。

趙委員銘圓

那到時候假如又有上級去做協調？

商委員東福

不會，在上次委員會議有提到，因為這件事情其實蠻複雜，在座蠻多委員當時都有注意到這件事，能夠進行到現在，中間有很多人的努力，無論是法律或實務上的見解都有，但目前高雄市政府就是正在還款，而且絕對會是在 110 年以前要還完，剛剛主席也特別講到，因為實務上還款計畫正在進行，而且也可預期，已經把過去沒辦法解決的問題解決，這是比較正面的事情。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

剛才聽到我們司長講到一句話，這件事情很複雜。高雄市政府所欠健保費的債主就是衛生局長，是衛生局長要提出來還款的，臺北市也是衛生局長提出還款的，但很遺憾當時的局長，現在是司長的頂頭上司，是政務次長，債主變成長官，當債主賴著不還能怎麼辦？我在 105 年的委員會議曾提到陳菊市長不久就會當行政院長或總統府秘書長，我們司長無能為力嘛！官位這麼小，上面長官不支持，那該怎麼辦？

商委員東福

不會啦！公務員會依法行政的。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我看你這位文官非常有骨氣，要給你拍手鼓掌一下(委員鼓掌)，確實要有點骨氣，不然就被長官壓制什麼都不能做，我們要聲援司長。

傅主任委員立葉

好，那這部分我們就...，請吳委員榮達。

吳委員榮達

其實早在去年，我已針對健保法第 28 條規定表示過意見，只是當時大家都沒有注意到而已。那個部分我願意代表付費者委員部分，寫一個公文給健保會表示反對意見，再請健保會轉給衛福部，這樣好不好？

傅主任委員立葉

謝謝吳委員榮達！再次重申，高雄市政府的還款計畫一定不可以再做任何延期，接下來請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

有關吳委員榮達所垂詢的 3 點，先請主計室就折舊部分說明。

李專門委員淑芳

吳委員榮達提到會議資料第 21 頁，所謂固定資產折舊部分，106 年的折舊金額跟 107 年 1 月至 10 月金額比較，107 年折舊金額明顯比 106 年大，這是因為我們固定資產明細多達 40 頁，所以用分類方式呈現，購置成本計算至 107 年 10 月 31 日止，但因為購置時點的不同，很多是集中在 106 年底至 107 年間陸續購置，所以 107 年的累積折舊會比 106 年較大。另外委員提到項次 18 部分，這是 105 年度第三代資料倉儲系統委外建置案，因為這個項目是在 106 年 4 月完成驗收，因此要從那個時點開始提列攤銷，所以 107 年攤銷會比 106 年還要大。

蔡副署長淑鈴

有關慢性病費用較高部分，請劉副組長玉娟補充說明。

劉副組長玉娟

有關慢性病費用較高部分，請委員參閱白色那本業務執行報告第 47 頁，西醫門診慢性病/非慢性病醫療點數統計表。慢性病費用會比較高，可以參閱統計表最底下那一系列的最新數據，107 年西醫門診慢性病的成長率，若全部的費用含慢性病，平均每件醫療點數是 1,354 點，如果純粹只看慢性病的平均每件點數則是 2,442 點，從這邊能看出慢性病費用是比較高的。

蔡副署長淑鈴

一、另外再補充一點，有關會議資料第 16 頁 MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)跟 PVA(Price-Volume Agreement，價量協議)這塊，吳委員垂詢兩點，第一點總額編列用什麼標準。跟委員報告，總額編列有關新科技預算時，其實不只新藥，新特材以及新醫療服務都是屬於新科技的部分，我們在編列總額預算時，確實會匡列一定金額需求，但實際上支用時，如果有 MEA 或 PVA 的藥品，我們就會用淨額去支用。所以 PVA 的返還金額會併入回到總額，這裡並不會重複。

- 二、至於您所垂詢的第 2 點，藥品採購價是否等於支付價這個問題，這件事情可能要請醫療提供者代表回答比較好，因為執行藥品採購的是醫療服務提供者，以上補充。

傅主任委員立葉

各位委員還有沒有意見？請李委員永振。

李委員永振

- 一、第 2 次發言，會議資料第 12 頁擬解除追蹤案第 2 項，關於剛才就 10 月 24 日會議紀錄所提修正，我認為若要繼續追蹤好像怪怪的，因為今天已經有費率審議的提案，而審議所本的就是那份會議紀錄，如果修正後紀錄等到下次委員會議再提出，若大家還有其他意見的話，那費率審議就得等下一屆委員再來核嗎？這好像也怪怪的。我建議是不是請健保會幕僚擬一下修正文字，如果可以的話，請大家直接確認之後，就可以解除追蹤。會前有跟洪組長慧茹提出，文字的概念，就是在「尚屬合理」前面加上「除了還需要檢討事項之外」等文字，這樣才不會張飛打岳飛，因為雖有些部分尚屬合理，但那些還需要檢討的部分，我們並無法確認是否合理。
- 二、第 2 點，會議資料第 13 頁解除追蹤案項次 5，這裡面有需要補充的部分，請健保署要提供書面資料，那我記得在 6 月還是 7 月的委員會議中曾提出施行細則第 68 條有幾個項目，每年要檢討，經過檢討之後再公告，後來發現並沒有落實，當時我也提到第 68 條要不要修不是重點，問題是站在監理立場，應該將檢討報告於 10 月份第 3 季季報告提出，讓各位委員瞭解，當時健保署提出是否可以合併在費率審議時提供，今天已經提費率審議案，但是檢討報告卻未提供，我翻了半天，不曉得是眼睛不好，還是發現不到。另外，雇主代表比較關心的是平均眷口數，我在 10 月 24 日就請問過健保署，10 月 26 日又問 2 次，到現在還沒有答案，若解除追蹤的話，那要追蹤的事項就不見了。

三、第 3 個是在會議資料第 14 頁項次 3，當然這是要繼續追蹤，我要提出的是態度問題，以前我們在媒體上看到每筆節省下的金額都是億元以上，這裡健保署提供的資料，卻沒有 1 項是上億元的，李署長伯璋在媒體上，所說的數字是哪裡來的？若按照這裡所呈現的數字，我不好意思說，對媒體上所說的成效是否誇張，例如這邊沒看到雲端藥歷系統節省 17 億元，雖呼吸器管控策略並不是李署長任內推動，但之前也看過 3 年節省 40 億元的報導，這邊也不見了，這邊呈現的節流成效僅有 4 千多萬元，看不出節流成效，好像怪怪的，之前是不是呼攏我們委員？

四、另外在會議資料第 24 頁，有關 107 年第 1 季其他預算執行情形，看半天不曉得第 1 季執行率 13.9%，到底合不合理？因為看不出來第 1 季目標到底如何，健保署提供的這份資料，依監理角度而言，等於沒有提供一樣。如果有一個相對說法，當季的執行率，是因為第 1 季預算比較低，所以執行率接近 100%，也是 OK 的！但我現在不知這執行率 13.9%，到底是合不合理？

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

剛剛李委員永振提到 107 年 1~3 月其他預算執行情形，我要請教健保署，為什麼在 3 月份時修法，改變醫院核減率大幅下降的作業，放大回推降低放大量，減低罰的倍數，我不知道第 1 季核減率是 1.35%，第 2 季已經降到 0.9%，如果一直這樣的話，又降低罰的倍數，件數就不是完全準確，核減率就會失真，為什麼要修法？下降醫院核減率的問題，請健保署向各位委員明確且詳細說明。現在核減率已經大幅下降，已提高健保署大幅的支出，這是合理不合理？合適不合適？請健保署回應。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

戴組長雪詠

- 一、感謝委員的詢問，請大家看會議資料第 14 頁，向各位委員說明，之前我們所提供的資料是 103~106 年，過去 4 年來，關於雲端藥歷推廣之後，省下的金額是 3.4 億元，這裡所提供的是 106 年透過雲端藥歷查詢，推估少報的金額是 4 千萬元，是用我們監控品項總共 6 大類的藥品，106 年申報的用藥日數重疊的狀況，與前一年去比較，看下降率，去推估少申報多少金額，所以過去 4 年是 3.4 億元，106 年是 0.4 億元。
- 二、這裡提到的是抑制資源不當耗用方案中的指標項目，我們是根據第(2)合理藥費管控措施，及第(3)減少不必要高耗用醫療項目的部分，抑制資源不當耗用的指標項目，健保署所核刪金額是多少，我們是用此數字報進來。之前大家會看到我們在提供資料時，有提到雲端的運用，大概會減少多少檢驗檢查。我們是用去(106)年 6 月，透過雲端要求醫療機構申報檢驗檢查報告進來，此措施實施前的後半年和實施前 1 年的後半年做比較，大概申報檢驗檢查費用少 12 億元，就是用這樣的方式來做比較。
- 三、項次 3 追蹤的部分，因為當時委員詢問的是有關抑制資源不當耗用，此項目是有指定哪些項目，把指定項目金額加總起來，所以看到數字是 4,400 萬元或 820 萬元這樣數字，以上說明。
- 四、有關放大回推倍數下降是今(107)年 4 月實施，的確已經產生影響，這大家也可以預期。就是說放大回推倍數下降，對醫院嚇阻力量一定比較小，這也是我們在開始推動精準審查的指標，針對一些申報極端數值的醫院，或是檢驗、檢查項目加強做抽審，向各位委員報告，命中率大概 20~40%，當然回收金額會比較高，但是它的限制是抓一件罰一件，有它的侷限性。這部分我們希望和醫院協會、醫師公會及全聯會合作，希望透過同儕制約、自律的管理，不要透過核刪，而是用同儕制約力

量，將極端醫療院所不是常規，或不合理的申報數量減少。

五、如果這部分效用還是有限的話，就會看到點值的確會下降，這部分健保署和醫院協會及全聯會一起努力，分區業務組每個月會有將近 6 個精準審查指標申報進來，這些指標是抽審，抽審就核扣，精準指標跟審查結果也會透過發給院長信函，讓醫療院所知道，不要用同樣行為來做申報，以上說明。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，我認為戴組長雪詠剛才回答，說要用同業之間牽制很困難，因為全國工業總會請柯市長文哲演講時，他也講了，我上個月參加臺北市政府顧問會議，柯市長又講了一遍，站在他是醫生的立場，醫院管理效率是非常差的。就以這一點來說，我認為去降低核減率到底對不對？剛剛健保署也說確實有困難，要怎麼維護修改，沒有目標，這一點我認為應該提出來重新檢討。

蔡副署長淑鈴

感謝何代理委員語，要控制醫療費用專業核減當然是手段之一，可能還有其他控制醫療費用的方法，我們會持續努力，讓浪費減少這件事有其他替代方法。接下來請財務組回應李委員永振，關心的施行細則第 68 條的公告事項。

唐研究員蕙文

向各位委員報告有關李委員提到健保法施行細則第 68 條的部分，在會議資料第 45、46 頁，第 3 類保險對象投保金額，以及第 1 類小雇主、專技人員自行執業者及自營業主最低投保金額，還有第 4~6 類保險對象平均保險費，以及平均眷口數等項目，在「108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)」報告的投影片第 29、30 張有呈現，請各位委員參考。

蔡副署長淑鈴

一、最後我補充一下，也是李委員關心會議資料第 24 頁部分，有



關其他預算的執行情形，只有 13.9%，向李委員報告，這麼多項目裡面為什麼有些執行率比較低，這有 2 種性質，第 1 種性質是屬於預備款的部分，例如：支應罕病、血友病、愛滋等等，專款不足才會用到這個，因為是呈現本年第 1 季，原來專款還在支用，就不一定會用到。因為是專款不足才會用到，所以執行率一定低。

- 二、另外一個是調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，也是預備金性質，沒有動用，執行率就一定是零或很低，這兩類是屬於預備金性質，第 1 季執行率當然是低的。
- 三、另外，有幾項執行率也是低，是因為延後才結算，例如：第 2 項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」是後結，所以在第 1 季是沒有；而「推動促進醫療體系整合計畫」也是後結的概念，「高診次者藥事照護計畫」及「基層總額轉診型態調整費用」也都是後結，所以會有 Lag(遞延支用)的效果，它的支用會在第 2~4 季陸續反映出來，如果只看第 1 季執行率，確實在某些項目上，會有這 2 種情形，1 種是預備金性質，另 1 種是後結的概念，向李委員作補充報告。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達、李委員永振。

吳委員榮達

- 一、我想接著何代理委員語剛才的提問，其實何委員實在很對不起我，因為你剛才所提放大修正部分，我之前就說過，大家都不重視。現在看到核刪率減少的問題，大家就衝量管，反正已經修法通過，大家都不注意我的問題，才会有這種結果。
- 二、另外有 2 個數據，第 1 個是 10 月份業務執行報告第 23 頁，可以看出來，上次開會我也提過，違規查處件數比去年，甚至上個月多，每個月違規查處件數越來越多。核刪率下降的部分，請參考業務執行報告第 80 頁，核刪率已經低到快到零了，這是相互影響的問題。核刪率越低我就敢衝量，違規被你抓到算

我倒楣，我知道醫界有很努力做內控，甚至未送件就自己砍掉，但是我們看好像內部約制沒有想像中的效果那麼好，如果沒有再做一個調整的話，點值下降惡性調整是必然的。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、對於會議資料第 24 頁部分，感謝蔡副署長淑鈴剛才說明，這樣大家就可以瞭解。將來有關這類問題的部分，不要等委員問的時候再說明，差異比較大的部分，直接在備註做說明，這樣是不是比較好。
- 二、第 2 點是剛才說明節省下來的金額，可能是相互之間溝通沒有接上線，還是怎樣？因為上次說明的應該不只有這些，106 年不是只有雲端，那是不是請健保署現在比較明確從二代健保 102 年後節省的醫療支出逐年列出。
- 三、健保署在媒體報導節省下來的金額，分年度列表整理清楚，就不會已經問了 2~3 年，還問不出來，在費率審議會前會，有提到一個議題，將來還要排一個期程，這樣問題才會比較明確，不然繼續追蹤不知道追什麼，健保署一定覺得很委屈，一直提都不滿意，現在就將題目說清楚，將來就不會發生文不對題的情形。
- 四、剛才健保署說明的施行細則第 68 條部分，我翻了一下這幾個 Page，真的看不出來，當初所說的檢討報告，不是只有這一欄數字，檢討報告可以摘要，沒有關係，到底考慮怎麼樣，因為第 6 類的部分在本會及其他場合，也建議好幾次，雖然是弱勢，大家都在調高保費的時候，第 6 類卻 5~6 年不動，應檢討為什麼不動，應該說明原因，讓大家瞭解，考慮若是有道理，委員也可以接受。
- 五、另外提到平均眷口數，我看不出來政策因素到底是什麼，明年到底用多少？是 0.6 嗎？還是 0.61？還是只是政策因素考量，

分析讓大家了解。如果減少 0.01 人次，是影響多少？真的明年要用是多少？明確一個答案而已啊！怎麼藏在那裡看不出來？

#### 傅主任委員立葉

- 一、先討論到這裡，追蹤事項的部分做一些結論，首先項次 2，關於上次「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」的紀錄，文字就照李委員永振的意見作修正，確認之後再解除追蹤。
- 二、剛剛幾位委員提到項次 5，委員關心施行細則第 68 條的檢討報告，也是等健保署提出檢討報告之後，再解除追蹤。
- 三、還有何代理委員語，一開始提到的繼續追蹤事項，項次 1，C 型肝炎口服新藥費用的部分，上次建議事項已經表達，和何代理委員一樣，立場很清楚。另外，今天有臨時提案討論此議題，各位委員有其他共識意見的話，後續再一併處理，這本來就是繼續追蹤事項。其他意見就請健保署參考，就討論到這裡。請張委員煥禎。

#### 張委員煥禎

- 一、為什麼主席裁決其他意見請健保署參考而不是做公開回答？剛才委員所提的問題，是不適合在這裡回答嗎？我舉 1 個例子，剛剛委員問為什麼刪減額那麼低，健保署應該有答案，怎麼都不說呢？讓所有委員認為健保署不執行刪減，這樣的問題太多了，健保署好像要我們去 Defends(辯護)，健保署應該負責任，這是健保署的業務，署並沒有要偏袒消費者或醫院，為什麼不解釋呢？
- 二、現在都做總額，各醫院都做總額，報上去就要自己斷頭，剛剛委員也有提到內控，現在幾乎只剩下行政核減，以前我們刪減額全列會 6%~7%，都是因為報出去以後，讓健保署做專業審查。現在專業審查變少了，只有加強立意核減而已，其他都是行政核減，這為什麼不解釋呢？讓大家以為醫界就是那麼糟

糕，一方面被查到那麼多問題，健保署又一直放縱不去核減，事實是這樣嗎？

- 三、如果以總額自己斷頭的多少，有時候因為基期的關係，明年還要看本年的申報，就算斷頭也要看申報的部分，而不看實得的部分，所以超出的部分還有用，那時候就會報多一點。如果健保署和醫院協商的額度是1億元，而醫院做了1億4千萬元，可能要報1億2千萬元，為什麼？因為健保署明年與我協商時，會看這1億2千萬元，所以不斷頭4千萬元，斷頭2千萬元。但健保署一直改遊戲規則，現在有些醫院變成1億5千萬元了，5千萬元全部斷頭。以前1億4千萬元斷2千萬元，還報1億2千萬元，但現在1億5千萬元斷5千萬元，反正和我講1億元，多出來的沒有用。
- 四、現在還要降2%的什麼...？很多因素，健保署要向委員說明真正的原因，而不是默默接受。現在委員都很厲害，我覺得就補充，沒有關係，醫界這件事實際上來講，大家檢討該怎麼做就怎麼做，不能完全不說，斷頭那麼嚴重，刪減卻只有零點幾，事實上不是這麼回事，尤其是醫院部分。第2個部分，我希望有一個標準，國外的健保核刪是多少，製作個表格，不要永遠認為要零。看到違規很多大家不要見獵心喜，也不要違規很少，就認為健保署不用力，不要違規很多，就覺得醫界很壞，沒有國家沒壞人，不然怎麼有監獄？
- 五、可以零酒測、零容忍，但健保不是這麼一回事，有些是行政錯誤，或電腦的錯誤，健保署還是要規定，還是要罰，因為無法查清楚，是人為或是故意的，但還是要罰。這個部分醫界可以接受，讓大家更小心，行政錯誤也要減少到最低，這2點我希望主席能夠做一些說明，妳都期望醫界自己說明，但我說實在也是醫界盡量也不想多講，我覺得委員都很認真，應該將事實呈現給委員，大家一起讓健保更進步。

傅主任委員立葉

感謝張委員煥禎的說明，請健保署以後針對委員的問題，作更積極詳細的說明，請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

抱歉！我再說兩句，我非常贊成醫界意見，因為委員要瞭解真相，這是很重要的，我明年要開始寫回憶錄，這 7~8 年的回憶錄我要寫出來，哪個委員說了什麼，我都會抓重點寫。我計畫明年開始寫回憶錄，所以要給委員真相，不要讓委員質疑，健保署應該很透明的，給委員書面資料說清楚，也不要讓我們一直懷疑，你的整個作業程序都有問題。

張委員煥禎

我補充一下，我同意在報告事項不用回答，但是健保署可以說針對這個問題用書面回答，因為報告事項本來就不是討論。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

我簡單說明，就是解除追蹤事項項次 2 的部分，是不是請周執行秘書淑婉說明？我同意那說法，但要讓各位委員知道，是不是唸一下，大家確認後就解除追蹤。另外，有關平均眷口數是多少？也請健保署說明一下。

傅主任委員立葉

先請周執行秘書淑婉，再請健保署說明。

周執行秘書淑婉

- 一、請各位委員翻到會議資料第 159 頁，上次費率審議前的意見諮詢會議紀錄，結論二的倒數第 2 行，「尚屬合理，惟仍」這 6 個字刪除，修正為「...推估方式，請參酌專家學者相關意見做修正」，將「尚屬合理」刪除，才不會和後續提出的費率推估修正意見有相互抵觸之虞。
- 二、另會議資料第 160 頁，結論三「對解決整體健保財務收支結構性失衡問題之具體建議」的(一)收入面 1.，將它修正的更明

確，修回原來的文字，修正為「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 回歸健保法第 2 及第 3 條規定，以支出面公式計算。」修成這樣的文字，以上。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

有關平均眷口數的部分，請財務組說明。

唐研究員蕙文

關於委員提到平均眷口數部分，在此簡單說明，平均眷口數歷年以來，總共調整 7 次，此調整都會考量健保財務因素及整體經濟狀況，在今天的「108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)」的資料內，平均眷口數所做的假設是維持現行 0.61，以上說明。

傅主任委員立葉

還有沒有其他意見？沒有的話，有關追蹤事項部分，再增加 1 項委員關心的核刪問題，請健保署提供書面補充資料之後，再解除追蹤，還有施行細則第 68 條的檢討報告，其他部分就洽悉，接著進行討論事項第一案。

參、討論事項第一案(原列討論事項第二案)「108 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、有關討論事項第一案的部分，今天的討論事項第一～四案，依照健保法第 61 條規定，協定 4 部門總額之後，需要再協定各部門總額之下六分區的地區預算分配。
- 二、第一案主要討論醫院總額一般服務之地區預算分配，請各位委員參閱會議資料第 56 頁。有關醫院歷年的地區預算分配執行概況，請參閱說明 2，因時間的關係，我在此做簡要說明：
  - (一)目前分配參數，依照衛福部規劃的分配方式，是用各分區風險校正後保險對象人數(R 值)及總額開辦前 1 年各分區保險對象實際醫療費用(S 值)做分配，R 值的風險校正因子請委員參考會議資料。
  - (二)第 56 頁的表格，歷年 R 值占率於各年協定情形，請委員參考。其中 106 年門住診的 R 值各提升了 4%，所以門診的 R 值占率是 50%，住診是 45%，107 年的 R 值及 S 值占率同 106 年。
- 三、請委員參閱會議資料第 57 頁，關於醫院總額過去協定事項部分，於今(107)年 5 月份委員會議決議，委員支持醫院總額東區地區預算分配，可以參考其他部門的方式，給予特別處理。至於執行方式與細節，請健保署和醫院部門研議之後，納入醫院總額地區預算分配規劃草案。
- 四、請參閱會議資料第 57 頁，說明 4，有關 108 年度地區預算分配，台灣醫院協會在今(107)年 10 月 11 日函復本會，醫院協會所建議的分配方案，主要建議 108 年度地區預算繼續維持 106 年之分配方式，也就是與 106 年及 107 年一樣的分配方式。另外為了回應對風險調整之建議，擬設置「醫院風險調整基金試辦計畫」，於醫院一般服務預算分配到地區前先提撥

1.5 億元，用專案管理方式襄助各區偏鄉及弱勢地區，以輔助各區平衡發展，以上是醫院協會提出的建議方案。

五、有關 108 年度醫院總額之地區預算案幕僚建議，請委員看到會議資料第 58 頁：

(一)分配方式和移撥風險調整基金部分，建議參採醫院協會意見，內容同之前說明，就不再贅述。

(二)門住診費用比例部分，建議依照 94 年起方式，以「45：55」計算，再將門住診預算合併之後，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(三)有關健保署對醫界所提建議方案之執行面意見，請委員參閱會議資料第 79~80 頁。再請委員看到會議資料第 59 頁，健保署提供醫院總額 106 年風險調整基金執行情形，由北區移撥 0.45 億元作為東區風險調整基金。

(四)此外，幕僚模擬 108 年度依據不同「校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數(R 值)」占率下各區預算估計值，詳會議資料第 61~63 頁，表 1-1~1-3，另整理歷年各區投保人口及戶籍人口、一般服務預算、醫療服務供給面與利用面以及點值等資料，在會議資料第 64~72 頁，附表 2-1 到 8-1，請委員參考。

六、本案要請委員議定門住診 R 值占率是多少？其次醫院協會建議自一般服務預算移撥 1.5 億元作為風險調整基金，以襄助各分區偏鄉及弱勢醫療地區，委員是否同意，若同意，則在分配六分區預算前，要先扣除移撥經費。至於執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定，也建議風險調整基金執行方式送本會備查。

七、最後有關點值保障部分，歷年本會都有「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則」之決議，若仍有部分服務需要點值保障，由健保署會同醫院部門在本年 12 月底前送本會同意後執行，以上說明。



傅主任委員立葉

請問委員對本案有無意見？請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、R 值要不要前進爭論非常多，我們先看會議資料，依費協會決議，理論上醫院總額到 103 年 R 值要達到 100%，但因為這麼多年來 R 值一直沒有前進，為此健保署及健保會前前後後至少委託 4 個研究計畫，來討論地區預算分配方式。

(註：93.10.22 費協會第 94 次委員會議討論 94 年度醫院醫療給付費用總額分配案，對於地區預算分配決議略以：自 93 年起，原則先以 8 年為期，逐年達成預算 100% 依校正風險後之各區保險對象人數分配，惟該期程可視實況檢討修訂。)

二、本次會議資料也有附上最近 1 次對於地區預算的研究結果，結論就是 R 值要前進，結論摘要列在後面(會議資料第 76~78 頁)，現行風險預測模型已足以涵蓋絕大多數風險費用，但從今天醫院協會提出的方案、郭教授年真及歷年相關研究結果和幕僚意見中，我都看不出來為什麼 R 值不前進？

三、R 值停滯已久，106、107 年好不容易前進一點，當然我知道 R 值前不前進都各有優劣，但目前研究結果支持要前進，除非有更好方法，我也不排除其他方式，但講了很多年，即使 R 值不前進，也沒告訴我們理由，維持 106、107 年的理由是什麼？要編列 1.5 億元的風險調控基金沒有問題，但是設了風險調整基金跟 R 值卻不前進間的關聯是什麼？

四、如果沒有更好的方案，以下其他總額部門都是，除了牙醫 100%、中醫有另外分配模式之外，其實 R 值都應該前進，103~107 年做了 4 個研究計畫都沒有推翻之前費協會的決議，所以健保署或健保會的立場究竟要不要前進？如果都不要往前進的話，每年就不要浪費時間去討論這件事，R 值就固定，因為每年討論時我們都在講重複的話，堅持要前進的人堅持要前進，堅持不前進的人堅持不前進。

五、但以學術研究作為科學基礎來看，並沒有研究結果支持 R 值不前進，所以如果有人告訴我們「R 值不要前進」，說「R 值不前進」的人應該要舉證為什麼不前進才是對的。我覺得在設有風險調整基金來彌補 R 值前進可能帶來的損害的前提下，不應該 R 值還是維持不動，若這是衛福部社保司的政策，我覺得這是政策，就不是健保會、健保署的職責，那就要從根本面解決，以後大家討論地區預算分配時就不要討論 R 值要不要前進，乾脆就定錨在那裡就好了。所以，基本上我沒有支持 R 值要維持 106 年、107 年，它應該要往前進。

傳主任委員立葉

其他委員有沒有意見？請翁委員文能。

翁委員文能

- 一、主席、各位委員大家早安，我代表醫院協會發言，108 年度總額協商也謝謝大家幫忙。關於 108 年度地區預算分配方式，醫院協會也開過多次會議，我們認為本年 R 值還是維持 106 年，門診服務之 R 值占率為 50%、住診為 45%，也謝謝各位委員支持我們設立 1.5 億元風險基金，因為 106 年 R 值調整 4% 後，造成東區受到影響，各位委員也覺得東區醫院有困難，因此我們本年特別提撥 1.5 億元預算，在分配地區預算之前拿出來補助偏鄉跟弱勢地區。
- 二、至於 R 值要不要再前進，剛剛有委員說按照學理應該要前進，醫院協會也有很多委員覺得 R 值的計算方法應該重新檢討，也向健保署建議一起把公式調整得更合理後再前進。
- 三、剛才也有委員提到過去學者都認為應該前進，請大家看後面的附表，幕僚很認真模擬 R 值前進後的地區預算試算表，我自己看了一下，簡單 1 個結論，調了以後東區會更慘，最慘是東區，尤其住院部分，門診也是會受到影響。調了以後各區預算成長率都會變降低，唯一增加就是北區，本人的醫院來自北區。我這樣講的意思就是，現在我是站在醫院協會的立場發

言，雖然調了以後是北區受益，張委員煥禎也可能會再說明，他也來自北區，我也不會不讓他說明，但以醫院協會的立場，調下去的話東區的問題會更嚴重。

四、按照學者的說法，這樣調整是合理的，但是為什麼造成東區問題變嚴重呢？我不是這方面的專家，無法說明，但經醫院協會 3 層級醫院、六分區代表討論後，覺得不動會比較好一點。

五、有關 1.5 億元風險調整基金，我們也會請各區代表、學者專家幫忙，把弱勢及偏鄉地區問題做部份解決。我相信這個公式一定不夠完美才會造成東區問題更嚴重，我建議本年先不要動，請健保署及學者專家幫忙試算，在問題解決之前，暫時不要動可能傷害小一點。我也不敢說這樣一定是對的，我只是代表醫院協會來跟各位報告本年醫院協會的共識是先不要動。謝謝。

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、我從第 1 屆擔任委員到現在，說實在今天就講白了，如果每 1 次健保署要交給我們這幾個醫界代表委員去討論、建議，我告訴你沒有辦法，因為我的醫院屬於北區，翁理事長是北區，但我們在這個委員會是代表六分區，像我代表區域醫院，我不能只代表北區，我內心當然認為要檢討，合不合理是另一回事，就算我認為合理，我也不能講，所以你看我在這裡沒有積極說一定要調或不調，若站在北區的立場，我可以講出一大堆理由來支持要調整。

二、為什麼今天東區調整後會這樣？是因為當時訂出來後太久沒有調，導致後來不合理要調整時就很困難，所以健保署不應該再叫我們幾個委員去協調，再怎麼協調我們都代表六分區，即使我們自己的分區有道理也不能講。我建議要麼就排除我們這幾個委員，健保署直接請六分區代表跟學者專家、消費者代表直接討論。讓我們幾個協會代表去討論，講白了，再 10 年我們

還是認為不要調，因為就算要調，也會有的分區同意、有的分區不同意，現在六分區中目前獲得好處的分區大於不公平的分區，就是被認為不公平的分區少，我們再怎麼協調也沒有辦法，老實說，要表決也表決不贏，講道理講到最後，也只能用表決的方式。

三、所以我們這 4 位，我想謝委員武吉也知道，我們能怎麼樣？我認為解決的方法，剛剛理事長講得比較含蓄一點，我就直接講找我們沒有用。講含蓄一點是好的，但只提到東區，是不對的，因為大方向要調整回來，這部分是可以處理的。我就大膽建議，應該直接找六分區代表、學者、消費者代表來討論，要找醫院六分區代表，絕對不能找我們這幾個委員去，因為我們 4 位代表的是各層級在六分區的醫院。

四、不是我們推卸責任，我覺得這個問題該解決了，今天有會議中已討論 2 個有關法制的問題，像高雄市政府欠款，該還就要還，怎麼會老百姓欠政府錢就修理，政府單位可以不還錢，沒有這樣的道理，但是我們講很多次，但政府不還就不還。今天這個案子也一樣，有些事情是陳年的問題，應該處理就要處理，不要再迴避了。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、主席、各位委員大家好，R 值要不要前進，我想已經討論好久，基本上只有牙醫總額 R 值可以達到 100%，因為四大部門裡面它可能比較不一樣，1 個人有 32 顆牙齒，但年紀越大，老了反而沒有牙齒、無齒，所以醫療費用不會相對增加，也因此牙醫總額協商非協商因素有時候人口結構改變率是負成長，當然這是對或是不對也是有討論的空間。

二、「錢跟著人走」在政策論述上是對的，但在實際操作面是蠻困難的，錢跟著需要走符合現狀，因為壯年人口往都會區移動，

偏鄉留下老弱婦孺，醫療使用率會高，但預算反而移動到都會區。在沒有更好的公式取代下，這個議題討論已經 N 次，我想醫界 3 大部門也有同樣的看法，所以才會建議不要動，因為動了可能會造成資源不足的地方更不足，富則更富，窮則更窮。

三、專家學者及研究建議要動，而事實上也是有動，中醫、西醫、醫院這幾年都有微調，只是動的幅度不大，要達到 100%，我想困難度相當高，除非在公式上能有某種因子挹注到偏鄉的不足，這樣才能達到 100%，所以本案我個人看法是在沒有更好的公式取代之下，建議尊重醫院協會的共識，108 年維持跟 106 年一樣。以上，謝謝。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、謝謝各位委員的指教，剛才翁理事長文能講得很清楚，我們的研究方案很多都沒有落實，也未必學者專家講的就完全正確，這對傅主任委員就比較抱歉。我記得民國 89~90 年之間，經歷 19 個月、17 次開會，那一系列會議討論層面很廣，一半是醫院協會代表，一半由選舉推派及專家學者代表組成，完成醫院總額支付制度研議方案，有沒有落實執行？也沒有啊！學者專家論點不一定非常正確，這對今天的學者比較抱歉。
- 二、剛才翁理事長也講了，R 值的計算公式是不是有錯誤？確實是有錯誤，請大家翻開會議資料第 65 頁，有各分區投保人口數、戶籍人口數、投保人口占率及戶籍人口占率等資料，但這裡有沒有算到流動人口？R 值裡面都沒有算到流動人口，這是 1 個很大、詭異的現象。
- 三、請大家再翻到會議資料第 69、70 頁，有關各分區門、住診件數及門、住診費用點數部分，每各分區都有成長，我請教一下，如果 R 值調整會造成什麼變化？請看會議資料第 65 頁，

南區、高屏區和東區投保人口數及戶籍人口數都是負成長，都北漂漂走了，而在投保人口占率部分，除了剛才 3 個分區外，多了 1 個中區，也是負成長(-0.3%)。我的意見跟剛才蔡委員登順意見一樣，本年 R 值不要更動，希望各位委員尊重醫院協會翁理事長第 1 屆任期領導下大家和諧的狀況，來完成這個重大的任務，讓我們和諧的工作來反應相關事實的發生，像中醫部門就能夠這麼做，醫院協會也會非常公平與公正地執行。

四、醫院協會目前所提出的方案並不是討論 1 次就成案，也是開了好幾次的會議，大家在那邊也是大小聲的討論，翁理事長也是很難做人，才討論出這個方案，希望大家同意用這個方案推動 1 次，若夭折的話，大家就又很難處理，謝謝各位。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

各位委員，我要表達一下我的看法：

- 一、R 值當然是應該要前進，簡單來說，「錢要跟著人走」還是「錢要跟著醫院走」？以醫療服務利用來看，需要有醫院與醫療人員的地方，才會發生醫療服務的利用；然而沒有醫院與醫療人員的地方，民眾繳了保費，就不需要使用醫療服務嗎？「錢要跟著人走」的原因是在這裡。
- 二、剛才也有委員提到，人口會移動，無論以投保人口或戶籍人口計算都沒關係，因為在點值結算時，跨區就醫的費用會回歸到分區預算，表示人口移動的部分在跨區就醫裡已經被考慮到了，就算人口移動了也還是會被算回去的。
- 三、我們都要同意醫院總額成立 1.5 億元風險基金，那 R 值為什麼不能往前？R 值前進會讓整體資源分配合理，而另以風險調整基金去調整或校正因 R 值前進所造成的些微偏差或變異倘若我們設立風險調整基金來做校正，但 R 值還是維持不變，那為什麼要設風險調整基金呢？其設置的意義就消失了，這部分

要提醒大家注意。

四、就醫院總額的部分，我比較建議住院部門的 R 值占率可以維持，原因是住院部門的市場範圍不只是單區內，可能涵蓋多區；但是門診部門的市場範圍，應該是醫院所在的地區內的民眾。所以理論上門診部門的 R 值應該要前進，如果依會議資料中的模擬資料，我建議門診部門的 R 值占率應該至少調高到 52%，住院部門則維持不變。

五、剛剛也有委員提到地區人口數流失的問題，其實風水輪流轉，今天我們這個區可能人口數在下降，所以我不肯退讓，那改天我們區人口成長的時候，換成別的分區不肯退讓，R 值是不是也不動了呢？這 20 年來可以看到某些地區人口上上下下在移動中，最明顯的是中醫，20 年前是中區獨占，但是這幾年下來，台北、北區的人口與醫療資源都在成長中，因此這部分是需要以長久持平性來衡量，而地區預算應該是跟著民眾的需求在移動，讓繳保費的人都得到合理應得的權益，以上。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

一、大家好，本案已經討論很久，學者、醫院及被保險人代表都有提出意見，我是認為 108 年不應該維持 106 年 R 值不前進，剛才學者代表也已經把理由講得很清楚，我就不再贅述。

二、我的建議是門診 R 值占率提高 2%，住院不動，或是門住診 R 值占率都提高 1%，我希望至少前進 1%，因為 97 年起陸續都有在前進，為什麼現在就停下來呢？R 值前進有沒有相關問題，我想應該沒有吧！因為我們還有風險調整基金 1.5 億元，應該足以支應，我的建議請各位委員參考或請主席裁奪。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、台灣健保本身是社會保險不是商業保險，所以很多時候沒辦法用單純數學作健保財務規劃，因為健保還肩負很多社會責任。我舉個例子，同一個公式在台北市大安區和信義區去適用跟分配，是成立的，因為大安區跟信義區的人口、經濟狀況及社會環境很接近，但若台北市大安區跟南投縣埔里鎮用同一套公式去算，就未必適合，因為 2 地的人口結構狀態、經濟情況不一樣。其實 R 值本身的好處是可以反應現狀，但沒有辦法把社會千奇百怪的樣態全部包含進去。
- 二、舉個例子來講，R 值裡面沒有民眾的收入、教育程度、醫療涵蓋面積範圍，這些都沒有含在 R 值裡，那今天為什麼各總額部門會希望 R 值固定？因為 R 值固定下，總額部門再去調整時，就有經驗可參考，今天 R 值變動，醫院部門設 1.5 億元的風險調整基金是否足夠因應？醫院總額有將近 5 千億元的預算，風險調整基金 1.5 億元所占的比例非常低，醫院協會是在現狀不變下去設計、挪出其中 1.5 億元，讓大家可以接受，但若 R 值變動，全部都要重新計算。
- 三、有很多事情沒辦法用單純數學去做決策，政府支應 1 個偏鄉小孩的教育經費，可能是都市小孩教育經費的 10 倍，因為偏鄉 1 個學校就只有 6 個學生，學校就需要 6 個老師，1 個年級 1 個老師，請問要不要給孩子教育？還是把學校收起來，請他搬到都市去？他可能到都市連租房子的錢都沒有。我想要表達的是，很多決策不能只用數學公式計算結果做判斷，除非健保是商業保險，東區的醫院基本上都是佛教、基督教醫院或公立、軍方醫院，端看大家認為健保要在偏鄉著力到何種程度。
- 四、我只能說 R 值表面上好像非常公平，但實際上並不盡然，很多因素沒有涵蓋到，就算那些指標都涵蓋進去，怎麼算權重？各權重裡面怎麼算加減乘除？這都需要充分討論，事實上就是因為無解，所以到目前為止，還沒有人找出絕對真理的東西，但我知道若 R 值變動，本身會造成很多總額部門內部還要再去重新協調、計算，這過程其實就充滿困難。有沒有影響到民



眾權益呢？還是應該尊重各總額部門內部協調結果？這些需要付費者委員用智慧去考慮。事實上我認為應該支持各總額部門協調出的方案，我個人看不出 R 值不變動對民眾權益有任何危害，因為它本身內部已經在做平衡，這部分請大家多思考一下，謝謝。

傅主任委員立葉

先請黃委員偉堯，再請翁委員文能。

黃委員偉堯

主席、各位委員，有關剛才黃委員啟嘉所提的幾點意見，我再補充說明：

- 一、R 值不只有計算人口數，還有經過年齡跟性別的校正，所以民眾的醫療費用已經過校正。
- 二、有關收入部分，剛才黃委員啟嘉說到我們是社會保險，這句話說得很好，所以收入少的地方要給比較少的預算嗎？還是大家應該都一樣？既然是社會保險、我們把它當作是基本需要的話，還需要考量這個地區民眾的收入才決定要分配多少預算到這個地區嗎？
- 三、我想我們得要稍微重新思考一下，R 值本身裡頭內涵的意義，基本上該校正的都校正了，我不會說它是完美的，但最基本的年齡層之間醫療費用不同已經有做費用的校正，如果這個地區人口老化比較嚴重，基本上分配到老人費用比例就會比較高，因為各區間已用人口結構進行校正、調整過了，謝謝。

傅主任委員立葉

請翁委員文能。

翁委員文能

- 一、很抱歉，我感冒發言可能聽得不是很清楚，現在我跳脫醫院協會理事長、健保會委員身分，以一位臨床醫師、專家學者的立場提出看法。也謝謝各位學者專家的建議，我相信學者專家很認真在計算。退一步來說，我也是學者專家，至少在我的專業

領域中，我是一位被尊敬的臨床教授。身為一位國際知名的學者專家及臨床教授角度來看被保護的病人，這些病人繳交健保費，應該是要劫富濟貧，讓每個人接受到醫療服務機會應該要幾乎相近才對。

- 二、同意剛剛黃委員啟嘉所講的，再怎麼估算都會有誤差，這應該要用國家政策去彌補誤差，包括彌補偏鄉不足，健保署也編列預算去彌補不足，但顯然彌補不夠，才会有目前的爭議。關於 R 值，比如我治療一位病人，剛開始時療效很好，後來發現併發症遠超過療效，身為臨床醫師的第一要務是治療暫停，因為繼續治療下去，併發症會遠大於療效。
- 三、我以一位臨床醫師、學者來看這個問題，現在 R 值繼續往前進會造成困難，剛才黃委員啟嘉有幫忙解釋，相信大家也聽得懂，當併發症太大時，應該要先暫停，並不是不做檢討，而是要先修正藥物或手術的治療方式，不是不使用藥物，而是修正治療方式後再使用，讓好處遠大於壞處。針對 R 值，醫院協會內部並沒有投票表決，而是採共識決，我們的共識就是暫時不動，壞處會比好處少一點。此外，我們還設立 1.5 億元的醫院風險調整基金，這與幾千億元的預算比較起來雖很少，但我們願意嘗試看看可以有什麼助益，我們想用小一點的規模來做做看，尤其是 R 值，請學者專家能設想得更周全，也請臨床專家進來參與，看看在理論架構及科學上是對的公式在臨床使用上，卻不見得是那麼好，是不是需要校正公式，在校正前是不是請大家同意本年先維持這樣，讓我們利用一年的時間，與大家一起努力，讓繳交健保費的每一位民眾，獲得同樣的保障。
- 四、我管理醫院 20 年，聽到剛剛有委員提到台灣醫院管理的效率不是很好，我覺得很慚愧，我個人覺得台灣醫院管理得非常好，我們有全世界最好的醫療服務制度，(雖然保費是中下，不能說很低)，這表示台灣醫院管理得非常好，很會運用醫療資源。請大家給醫界一個好好調整的機會，讓我們用 1.5 億元

的醫院風險調整基金試試看，讓小傷害不要變成大傷害，也希望大家一起努力，R 值真的需要檢討，不然造成的傷害會更大。

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、我們翁理事長跳脫理事長的身分發言，我也要跳脫醫院協會的身分發言，但還是要保留健保會委員的身分，這樣我才有立場發言。我的意思是說，不管本年的結果如何，我都沒有話講，因為 8 年前討論 R 值時，我也參與協調，往前進的部分也有參與到。如同剛剛李委員永振所說，這部分很專業，不應該民粹化，R 值到底要不要調整，醫院是利害關係者，應該要迴避。
- 二、如同我們醫院協會公理事長講的，R 值有問題要停止前進，這點我同意，但是同時要進行檢討，不能只是停止前進。這個問題已經講了 8 年，每年都說要檢討，但每年都沒有檢討，只有說要停止前進。停止與不要用這個藥、繼續用這個藥，或是換藥是不一樣的，我們不要用這個藥，那就要換藥，而不是不用這個藥就可以，用這個藥可能更不好，但是一直不用這個藥也不對。
- 三、我有一個提議，如果明年沒有提出新方法，明年就不要討論，直接調整 3%，以後每年調整 3%，迫使大家討論，不要一直拖下去。這個方法的好壞，沒有人知道，大家各說各自的道理，都沒有全盤檢討，每年都說要改進，但第 2 年又說明年再改。建議今天討論 2 個問題，第 1 點是要不要調，第 2 點是明年要怎麼辦，不然又與以前一樣。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、之前在學者專家討論會時，我也有機會參與討論，細節就不在這邊談論，現在的公式基本上還是有極限，沒有一個公式是完美的，一定有很多參數在裡面。剛才有提到現行制度對於人口淨流出的鄉鎮、高齡化的鄉鎮是不利的，雖然人口數只是其中一個因子，健保是社會保險，如果每年調整 2% 或 1%，請問調整的上限在哪裡？一直往上調，會讓資源更往人口多、族群年輕化的地區集中，所以一定要有全盤考量，以免對上述偏遠及人口流出的地區衝擊過大，因為健保是社會保險，非商業考量，這部份應該要請學者專家一起討論。
- 二、我們一直討論 R 值、S 值，但是大家忘記另一項指標「門住診比例 45：55」也已經很久沒有重新評估，這兩者是互相影響的，現在不少醫療服務都由住院轉向門診，這也是國際趨勢。此外，呼應張委員煥禎所說的，我們從 106 年起 R 值從 46% 調整到 50%，請問對 106~107 年到底產生什麼影響？與預期的差別為何？建議委託第三者進行研究、評估，在明年協商總額前先進行討論，此外，1.5 億元的風險調整基金是用現在的 R 值基礎去設立，若是 R 值調高，說不定需要更高的額度也不一定，應當一併評估。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

我簡短發言，從付費者觀點來看，「錢跟著人走」這論點完全是對的，那醫院是不是也要跟著人走？醫院可不可以跟著人走？如果這邊只有 3 位病人，是不是也要設立一家醫院，請大家思考。站在需求面觀點，錢跟著人走，醫院也要跟著人走，但實務上並沒有辦法將服務分割，而是需要一個完整的體系才能夠提供服務，當我們太過強調錢跟著人走的時候，請問該怎麼解決這個問題？

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

建議依照李委員偉強的建議，比較分析 105 年調整前後的成效，看成效如何，供明年討論是否調整的參考。本年先暫時維持原議，不曉得這樣好不好。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

我也支持吳委員榮達的建議。今年爭取時效，建議先通過醫院協會所提出的版本，同時展開後續檢討，看能不能協商出較有共識的方案。同時，要肯定醫院協會本年提出 1.5 億元設立醫院風險調整基金，期望能妥善使用這筆基金，確實使用到偏遠及弱勢地區。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

延續周委員麗芳的發言，我想強調的是醫院提出 1.5 億元的醫院風險調整基金試辦計畫，其實考慮了很多人口方面的因素，遠超過現在簡單的年齡校正，建議先請他們試算分配，以這個為基礎，也許可以用於將來全面調整 R 值的參考，豐富公式的內涵，更能將大家所關心的人口特性納入考量，建議本年醫院部門的 R 值維持。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、我跟吳委員榮達的看法不太一樣，我要強調 R 值的前進是政策，歷年來都是這樣，而且健保會還曾做過多次決議，不然怎麼會有 4 個委託研究，但是有些人喜歡研究結果，有些人不喜歡，不喜歡的就說這個研究不好，但是做過研究的 4 位教授中，有 2 位曾擔任過費協會主委，而且是國際知名學者，不然 1.5 億元風險調整基金是如何來的。本年度健保署就是根據東區可能損失 4 千 5 百萬元，從北區撥補給東區經費，108 年度

是從總額中提撥 1.5 億元設立風險調整基金，是擴大在風險校正裡面可能被漏掉的地區或者是人，所以增加了 3 倍的金額，可見得基金不會只用於東區，即使東區因為 R 值前進而擴大損失，相信這筆金額也足夠彌補其損失，健保署算出來資料就是這樣。

- 二、剛剛黃委員偉堯講的門住診型態不一樣，我們已講過好幾次要調整，但是大家有各自的立場。在門住診不動的前提下，又增加了 1.5 億元的風險調整基金，即使要研究，也是先前進，明年才有數據供研究，不前進完全沒有道理。如果考慮門住診的型態，建議採行黃委員偉堯的建議，門診進 2%、住診不動；或是採納林委員錫維建議，門、住診各進 1%。門診調整對東區完全沒有影響，住診會有些微影響，但住診我們完全沒有前進，且前進 1% 的影響可以靠風險基金來彌補，北區更是如此，可以反應部分人口成長帶來的衝擊。
- 三、如果每年醫界都變來變去，下一屆新聘委員又會面臨到一模一樣的問題，健保會不能迴避這 20 年來每年都會討論到的問題，不能要求醫界自行分配，因為我們都是在沒有根據的情況下做討論，每次都在討價還價，不能每一年都要求健保署分析風險金額，但是健保署沒有一年分析得出來，所以我們每年都沒有結論，我堅持本年一定要前進。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席，各位委員大家好，我的觀點是健保署要重新檢討，因為台灣是地狹人稠的地區，為什麼要分成六分區，應該改為 3 區就好，我的看法是這樣。健保施行 20 幾年，不能與時俱進，不能配合台灣社會環境變遷，二、三十年前是農業社會所佔比重很高，現在已經降到很低，城市化跟鄉村化的連結已經不是那麼明顯，我建議健保署應該從大區域規劃，應該全國分成 3

區就好，怎麼要分到六分區呢？依人口數區分成 3 區，衝擊就會越來越小，這是我的看法，如果不從根本解決，永遠保留六分區，永遠無法解決問題，請神仙來做調查研究也沒有用，那些專家學者沒有辦法更高明，永遠沒有結論。所以六分區改成 3 區是趨勢，或者頂多改為 4 區，不能用六分區去做了，這是我的看法。

二、至於今天 R 值、S 值要不要前進，這屆委員只剩今天開會及下個月再開一次會議，既然邱理事長帶領 5 位醫生不准我擔任健保會委員，我不表示支持，也不表示反對。

傅主任委員立葉

本案已經討論很久，請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

一、各位委員，大家好，我想說如果站在病人的角度來看，有些東西的確要與時俱進，聽了各方意見，我個人都覺得非常有道理。但是不曉得那如果假設 R 值前進的話，我想問一下，醫界有沒有比較可以的容忍度？就是說大概前進到哪裡？1%？還是怎麼樣？因為聽起來醫界顯然在實務面有些困難度，特別是在協調六分區有困難，但是學者專家從學理上去分析，覺得應該是要前進，是不是有兩全其美的方法，可以兼顧到這些與時俱進的問題？我是支持將來全盤性來考量這些問題。因為我有時候感覺錢跟著人走沒錯，但是人也不見得不會跟著錢走，譬如我當時舉例說縣市政府在舉債，用利多補助之類的政策就會吸引或吸納人往六都等都會區一直跑，會造成偏鄉就沒有人。奇怪？照理說他們舉債但增加誘因，人會一直往都會區跑，那照理說都會區軟硬體建設要很好啊？要能賺更多的錢，然後創造更多產值啊？那繳稅後應該也應要有更多錢回饋健保；但有時候這些縣市又繳不出其健保積欠之應還款，這都是很弔詭的事情。

二、所以就是說，其實如果我們 Model(模型)的建立，要兼顧國家

未來的考量，我覺得要好好考量一下我們的健保與社會福利制度是否屬於社會保險？那這個部分，健保將來會有些不足，是否我們國家制度設計應該要回饋部分健保費用，因為健保錢真的很不足。我們社會是一個有機體，它是一個流動性的結構，所以我們將來應要深思考量的是：我們整個法律的架構是不是也要與時俱進。例如聯合國都在考慮各國在衛生政策上的法律框架，它包括整合了空污、整合交通法規，像是最近普悠瑪的外傷事故，還有整合了稅法等等，比方說現在很多人總是喝很多飲料，是不是要從稅制上來限制廠商生產含糖飲料的量或其含糖程度。國際上已經用很多的架構，以及用更高的視野與制高點來處理、在解決這類的問題。因此，我想 R 值、S 值這些問題也已經爭論很久，那我們將來如要徹底解決爭議，我們勢必要從更高的制高點，去從各方面考慮和設計我們要調整的因子，而讓這些參數要能在公式裡面去徹底反應現況。這也包括像是人口的流動，比如剛剛院長提到的北漂、南漂、水母漂的人口流動，至少就公平面，我們應去看若有連動到政府舉債的部分，其費用支出有沒有適時的撥補或是回饋到健保體系，來照顧到一些偏鄉醫療及弱勢病人的需求。以上。

傅主任委員立葉

謝謝，我綜合大家意見，看大家能否折衷、妥協，可以儘早達成共識。建議這次先尊重醫院協會的建議，暫時維持與去年一樣。根據剛剛很多學者的建議，對本年的分配方式做一個總體的檢討，若明年醫院協會沒有提出具體的修正方案，明年 R 值就要繼續前進。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

明年的事是下屆委員的權利。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

我們可以做出明年委員會議的決議嗎？

傅主任委員立葉

我們是做成附帶建議，要求進行檢討。



滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

主席要做這個決議，我沒有意見，因為每年都一樣，但是我們每年都推翻以前的決議，95年費協會的決議是103年要完成，到現在我們都屢次推翻屢次的決議。我們要做成這樣的決議也可以，但是要保證明年的委員會若推翻我們現在做成的決議，我們這屆委員也不要有意見，因為我們也是在推翻以前委員的決議。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

很難得今天醫院協會的4位代表都發言，表示對本案的尊重，但付費者委員的看法與醫界委員的看法有一點差距，從有R值以來，我們主張R值要前進才符合公平，醫界研究了很久，但是沒有研究出一個結論說不要前進很好，如果有提出一個實證研究說不用前進就很好，那付費者委員也才能夠接受。健保會的專家委員，從以前的吳教授肖琪，到現在的黃委員偉堯，都一再地強調，如果今天要做成決議，相信兩邊都不會滿意。如果要這樣，就決定明年要R值要進多少，本年就這樣通過，這樣兩邊都可以接受，本年就不前進，明年就一定要前進，事先講好。因為我看過去的歷史，醫界都是被逼迫一下子前進5%，兩次都是這樣，一下子進5%，很激進會傷害到很多人，今天就用醫界的決定，明年決定進2%，這樣就可以解決。

傅主任委員立葉

關於附帶決議部分，請醫院協會根據本年的分配方式，提出一個整體的評估檢討，對於R值的計算方式，對無法落實的地方提出具體的理由，以及修正的計算方式，如果提不出來，那明年度就前進2%，請問這樣可以嗎？請翁委員文能。

翁委員文能

健保會是委員制，我對決議沒有意見，但是請不要把R值的檢討及新的R值公式推給醫院協會，醫院協會沒有這個能力，我們只

是各醫院的交流平台，最大的數據在衛福部及健保署，這是國家的重要政策，推給醫院協會負責，我無法接受。

傅主任委員立葉

請健保署跟醫院協會共同合作，醫院協會是執行單位，若沒有參與研究、評估…

翁委員文能

我們很願意參與，但是所有資料都在衛福部、健保署，甚至行政院，我們只是提供醫療服務的平台。其次，醫院協會已經提出 1.5 億元的醫院風險調整基金試辦計畫，至於明年是否調整 R 值，我沒有意見，也無法做出決定，如同剛剛有委員提到，若本年做成決議，明年能不能執行，也會是個問題。這個問題已經造成併發症，藥好不好用，要看使用者，現在既然出現併發症，還是要進行檢討方法，讓它更好一點。現行制度既是健保也是社會服務，每個人的權益都一樣，在愈偏鄉、愈弱勢的地區其經濟效益愈低，管理的邊際效益也會更低，同樣的一塊錢在那邊很不好用，既然我們無法彌補危險的併發症，為什麼一定要買進。我原本不想講話，剛才主席的裁示，好像醫院協會是很願意明年前進 2%，我不敢答應明年要進 2%。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

我本來建議 108 年前進，我現在退一步，尊重干委員文男的建議及附帶建議，也是主席的建議，明年前進 2% 或 1%，請主席裁決。

傅主任委員立葉

謝謝林委員錫維，我想就依照林委員的建議做成附帶建議，明年的 R 值必須前進；若要維持，則請醫院協會提出一個相對應的版本，以說服委員。

翁委員文能

一定要由醫院協會處理也可以，請健保署提供資料及經費，我們請

更有公信力的學者專家，我不是說以前的學者專家不好，以前的學者專家是純學術，我們需要臨床的人進來參與，因為這牽涉到醫院管理，請問學者專家管理過醫院嗎？瞭解在偏鄉能找到醫師、護理人員、專科醫師的難度嗎？瞭解那些地區特殊病患群的疾病型態嗎，需要什麼樣的資源嗎？我覺得這樣會比較務實，找學者專家純理論，就像醫界也有純理論專家，真的應用在病人身上，要理論加臨床，看併發症，所以藥物研究一定要有第 1 期、第 2 期、第 3 期，從第 1 期開始做才可以。醫院協會只是個平台，沒有什麼經費，而且公信力也不夠，應該要由政府部門來做，醫院協會很願意幫忙，推薦我們認可的臨床專家，在座的學者專家或委員也都可以進來。很希望這件事好好做完，我也不想推託，我想各位委員講的也都對，其實好幾年來都這樣，我以前當醫學中心理事長時也當過健保會委員，那時候也真的是這樣沒錯。希望大家能一起面對現實，也不要推卸責任，至於我們一定是願意參加，但仍請健保署、衛福部一定要加入並主導，不然會做不成。

張委員煥禎

難得我們醫院層級 4 位委員意見一樣，剛剛謝委員武吉偷偷跟我講說不要叫醫院協會啦，很難得他會偷偷跟我講事情(眾委員笑)。所以我老實講，因為我們理事長也這樣講。我覺得仍要做出決議，原因在於，第一，我們這屆委員任期到本年底，明年是否續聘仍未知，不過我們還是要為本年負責。第二，關於明年，我還是贊成理事長講的，如果沒有新的案子就調，3%、5%都可以談，就是逼它有案子出來，像吳委員榮達剛剛講的對，就是我事前提，你可以同意；再者，也要講明白該調多少，例如要調整 3%，是住院、門診各前進 3%；然後這究竟由誰來弄，是由健保署找學者專家？或由健保署找學者專家，再找我們醫院協會參與，我想這都沒問題，但真的不要找我們醫院協會主辦...

謝委員武吉

我補充一下，張委員煥禎講的跟我原意似乎有點偏差(眾委員笑)。

## 張委員煥禎

好，等下請謝委員武吉補充，但先讓我講完。我的意思是說，我們可以參與，但是不要讓醫院協會作為主責單位，因為醫院協會裡面有六分區，各區有各區的理論，加上利益基礎，我說實在的，是擺不平的啦！所以我剛剛跟理事長講，最好全台灣變成一區，我想這應該是可行的，因為現在 AI(Artificial Intelligence, 人工智慧)、電腦那麼進步，有問題的地方再補助給它，台灣本來就這麼大而已，應該一區可以做，這是題外話。我建議主席今天一定要明確，明年什麼情況下，不用講了，該調整就是去調，下一屆換人也沒關係，要明確寫出，請健保署提出來，醫院協會參與，學者與消費者都討論完之後，請健保署做決定。若沒有這樣新的方案出來，就是照比例調。

## 謝委員武吉

- 一、我不用偷偷說，我光明正大說，我剛剛是說，先讓張委員煥禎發言，希望大家尊重翁理事長文能的意見，由健保署及衛福部找一些學者和實務界的人來參與，共同做出我們 R 值的缺點、優點在哪裡，我們來共同明列 1 個方針，這是 1 個大方向，不是由醫院協會來主責這個單位，而是由健保署來主責這個單位。
- 二、第二點就是說醫院協會也沒有經費，來完成這麼重大的任務，雖然給我們標這個承辦總額專業審查的案子，但是我們也是標的很痛苦。本次檢討 R 值的事情，這個責任不可以推給醫院協會，R 值的前進，把全國都搞成 1 區最好，台灣也才三萬六千多平方公里，不用分成六分區、直接 1 區做就好，大家都弄在一起，哪 1 區缺再來處理。

## 傅主任委員立葉

明年若要提出這樣的方案也是可以，請葉委員宗義。

## 葉委員宗義

雇主代表有意見，李委員永振及何代理委員語說他們他們今天已經

講太多，現在派我講。我的意見是這樣，看起來我們這 1 屆委員任期剩下 1 個月，大家有一個責任上的問題，另一個是表現上的問題，第三個則是他們醫療團體內部擺不平，因為是利益的關係。既然醫界有醫界自己的意見，付費者也有付費者自己的意見，雇主也有雇主自己的意見，我們 4 個人的意見，是希望別讓學者專家閒賦在旁，給他們一些工作，這個案子交給他們，本年研究出解決方式，明年再讓新的委員來解決這個問題，以上是雇主代表的意見。

傅主任委員立葉

我們本年暫時維持跟去年一樣，就這樣先通過，但附帶決議的部分要再予以述明，第一個，明年醫界若沒有提出相對應的方案，R 值就要前進，但是相對方案的內容及評估，則要請健保署邀請醫院協會一起評估、擬定，也邀請專家學者參與(會場聲音紛雜、向主委進言)，因為資料等方面，我想還是健保署最熟悉。我想一定要參與的就是健保署、醫院協會，並邀請專家學者。

干委員文男

主席，你這樣一直聽不同聲音，最後自己都會亂了。其實很簡單，你剛才已經下了結論，就是本年不調，先照案通過，但明年若沒有提出相對論，就要調升 2%，就這樣決定。再來是醫院協會也要提出相對論，若有執行上困難，那就請學者專家來研究這些問題，資料由健保署來提供，這樣就解決，不要再講下去，因為每個人看法都不一樣。希望大家可以接受這個四平八穩的決議，就這樣解決。

傅主任委員立葉

好，我也是覺得，因為這個事情...。

翁委員文能

一定是要健保署當主角才對，他們才有經費啊，不然學者專家哪有錢？(眾委員笑)資料是他們的，而且我講實在話，大家會很努力做，因為有經費有資料，我們醫院協會出人，學者專家出理論，這樣最好。贊成干委員文男意見，由健保署主責。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，你在結論上不能寫到明年要進 1% 的事情，因為我們這屆委員沒有權力為明年委員決定明年就要進 1%。「孔子公，毋敢收人隔暝帖」(台語，意指即使是孔子，也不敢收人家隔夜的請帖。意即世事多變，對未來的事無法確定)，本年的委員，明年還會不會繼續當不知道，但我想干委員文男會繼續當，另我們其他人就不知道了(眾委員笑)，所以建議不要決定明年的事情。

干委員文男

剛才何代理委員語講了，我們政策是延續的，很多都是按照費協會時代的決議一直流傳下來，我們現在仍繼續執行。如果要改成這樣，則會變成每次委員換屆，所有規定都要重新來過？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我的意思是，可以建議要前進，但不能寫要進 1%。不然要是明年的委員想要前進 3% 或 5% 呢？政策是可以延續，但不能寫數字。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

張委員煥禎

看來要請法務部解釋。

吳委員榮達

為什麼我會主張本年先維持，因為在醫院協會內部協調這部分，若是要變更 R 值，變成他們要再回去協調，這樣時間上太趕，我想會有問題。因此向主席建議，我們對明年的附帶決議，是一定要前進，不管要不要做研究，就是一定要前進，至於到底要前進多少%，我贊成何代理委員語的意見，讓下一屆去決定，但無論如何就是必須前進，而且不附帶任何條件。因為醫院團體這樣就知道明年一定得前進。這樣他們內部就會去做檢討、溝通，若沒有這樣的壓力就不會去溝通。

傅主任委員立葉

今年的決議，R 值維持跟去年一樣，附帶決議請依執行情形提出修正方案，如未能提出則明年 R 值必須調升，其他就按照擬辦通

過。接著進行下一案「108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」。

肆、討論事項第二案(原列討論事項第三案)「108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

討論事項第二案係中醫部門一般服務地區預算分配，請委員參閱會議資料第 81 頁。

- 一、中醫總額從 95 年開始就採用試辦計畫，不再依照過去衛生署(102 年改制為衛福部)所規劃之分配方式，所以其分配方式與其他 3 個總額部門不同。請參考會議資料第 81 頁二、(三)，99 年起中醫部門就採用修正後試辦計畫，分配指標中的人口因素是用戶籍人口數做為依據，與其他部門採用投保人口不同。
- 二、目前試辦計畫的預算分配方式，是東區先獨立切出 2.22% 預算，其他五分區之預算共占 97.78%，再根據會議資料第 82 頁表格所列 6 項參數分配五區的預算。此 6 項分配指標，其中指標 2 是戶籍人口占率，目前 107 年是 11%，指標 1 則是實際收入占率，107 年是 69%，其他部分請委員參閱。
- 三、會議資料第 82 頁二、(四)，係列出本會前於 104 年 11 月 20 日委員會議討論 105 年度中醫總額地區分配之相關決議，為了提升公平性，因此中醫總額自 105 年度起，分配參數中的戶籍人口占率，以 5 年調升 10% 為目標。各年度協定結果請委員參閱會議資料第 83 頁表格，有關戶籍人口數占率，105 年為 8%(調升 1%)，106 年調至 11%(調升 3%)，107 年則沒有調升，因為中醫門診總額相關團體要再行研究、規劃並提出建議方案。
- 四、有關 108 年地區預算，請參閱會議資料第 83~84 頁第四點，中全會業於 107 年 10 月 11 日、11 月 5 日函覆本會，提送該會建議方案，幕僚摘錄分配方式重點如下：
  - (一)與 107 年一樣，一般服務預算東區占 2.22%，其餘分區占率



97.78%。

(二)但五分區參數的占率有作調整，(2)戶籍人口占率從 11%調整到 13%，提升了 2%，(1)實際預算占率則是相對有所調降，由 69%調降至 67%，其他參數占率沒有改變。

(三)另外該會也建議從一般服務移撥 3,200 萬元做為風險調整基金，風險調整基金撥補對象不含東區，撥補鄉鎮市區內只有一家中醫特約院所者，點值最高補到每點 1 元。

(四)請參閱會議資料第 85 頁，因本會前對中醫部門已有「105 年度起 5 年調升 10%」之決議，中醫部門 107 年度未調整，中全會已建議 108 年度調升戶籍人口占率 2%。

(五)有關移撥費用的部分請委員參閱，大略來說，額度及用途與過去相近，尚屬合理。但在風險調整基金的部分，請參閱會議資料第 85 頁六，健保署提供 106、107 年之執行情形，106、107 年分別移撥 4,000、3,600 萬元做為風險調整基金，但是實際用在弱勢地區的執行率偏低。106 年只有 214 萬元，會議資料「214 百萬元」誤植，請更正為「214 萬元」，107 年則預估只有 46.8 萬元，所以執行率比較低。考量此經費主要用在相對弱勢之地區，建議檢討分配方式，以提升對於弱勢地區的執行率。

五、幕僚模擬 108 年度依據不同戶籍人口占比，去估算各分區預算，如會議資料第 88 頁，同時也提供人口數、預算數、醫療利用及供給情形供委員參考。

六、本案之擬辦，首先要請委員議定 6 個分配參數，也就是戶籍人口占率、實際收入占率等這幾個參數；此外就是中全會建議之一般預算移撥 3,200 萬元是否同意，若委員同意的話，五區預算要先扣除這部分再進行分配；另建議檢討風險調整基金之執行，對於弱勢偏鄉的預算執行率應予提升。最後，執行面細節同樣是建請授權健保署跟中醫全聯會議定，再送健保會備查，另有關點值保障部分也與醫院總額相同，於 107 年 12 月前送

本會同意後執行。以上報告。

傅主任委員立葉

請問各位委員對本案有沒有意見？請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

有幾個問題請中醫師公會說明一下：

一、本次似應調 3%？而不是 2%：

(一)本會之前的決議，是 105 年起 5 年內要調升 10%，也就是民國 110 年我們 R 值要調升至 17%，如果每年平均分配，則每年要調升 2%。但按照中醫師公會建議，似乎打算採用 1 年調、1 年不調的模式，若採此模式，例如 107 年沒有調、108 年才要調，那本次應該要調 3% 不是 2%。因為到 110 年，橫豎都要調到 17%，而中醫師公會為緩解大家對 R 值調整所帶來的爭執，若要採取 1 年調、1 年不調的方式，那 108 年不應該是調到 13%、而應該是調到 14%，也就是它應該比照 106 年方式往上調 3% 比較合理。若不要的話，顯然 109 年就只得 1 次調升 4%，或是甚至 110 年要調升 5%，不管如何就是必須調到滿。

(二)所以我想要請教中醫師公會，是不是想要採行 1 年調、1 年不調？有沒有這樣的企圖？因為現在看起來模式是這樣，不過也沒幾年可以改，如果沒有要改，就告訴我們保證 110 年會調到 17%。因為按照決議就是這樣，剛剛干委員文男也講了，以前的人講的話要聽，也就是以前下的決議要依循，或許以前有些決議沒有繼續，但這個決議寫的很明白，中醫部門 105 年起 5 年內要調高 10%。

二、第二個問題是關於風險調整基金：

(一)我對風險調整基金沒意見，對於 6 項參數比例也沒意見。但是看風險基金撥付情況，在 106 年拿 3,786 萬元去補中區點值，107 年仍在執行中，還不知道會用多少。可是看一下中區裡面的就醫率跟就醫人數，我們都知道中區裡面的就醫人

數及就醫率，與中部的中醫醫療院所密度、醫師密度是很有關係的，所以在 R 值前進時，可能因此造成中區點值波動，因為該區醫療院所數及就醫人數都比較多，當然造成競爭，這是中區在中醫部分長期以來的問題。

(二)所以如果風險調整基金要撥到中區，可不可以請中醫師公會說明是撥到在中區內的哪 1 區？過去中區曾提出，區中有區的概念，這是我們當時被說服，要設立風險調整基金的理由。而台中市相較於舊的台中縣或南投，雖然都是中區，但在區內是完全不同的區域，看會議資料只有寫：補中區點值。在此還是要請中醫師公會說明，106 年 3,780 萬元，到底撥到中區內的哪些區域？

傅主任委員立葉

先請吳委員榮達，再請干委員文男。

吳委員榮達

會議資料第 85 頁，106 年風險基金的執行情形，撥補五分區的鄉鎮市區內只有一家特約中醫特約院所者的浮動點值補至每點 1 元，但是看到執行率真的很低，因此我們覺得光是用浮動點值補到每點 1 元，很顯然成效非常非常非常的有限！所以我比較建議另一方式，若要解決問題，就該把撥補浮動點值的部分再提高，這樣說不定執行率會高一點，不然協商時預算撥那麼多，執行率那麼低，對於我們要幫助偏遠地區好像沒達到效果。請問中醫師公會有沒有這個考量？

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請黃委員偉堯。

干委員文男

看了本會 104 年做成的決議，要從 105 年開始調，5 年要調 10%。這是我們 104 年時的決定，我知道那時候是最困難的時候，至於中醫師公會今天已自動調升 2%，我也尊重，不過中醫部門之前講過要委託學者進行專案研究，我不曉得研究結果是怎麼樣？還要多少

時間才能看到成果？若按滕代理委員西華所言，也就是依本會 104 年決議，5 年內中醫 R 值要進 10%，這會不會有困難，也提醒中醫團體要考慮，不然到時候若要求你們要一次提升 4%，可能會唉唉叫，有問題提到健保會大家都頭痛。本次你們所提是提升 2%，若與提升 4% 來比較，建議你們對這些數據，能提供更詳細的說明及比較，以利委員了解。

傅主任委員立葉

先請黃委員偉堯，最後再請中醫師公會陳代理委員憲法一併回應。

黃委員偉堯

在此提出一個問題，會議資料第 85 頁風險調整基金，其實風險基金之本意應該是好的，希望在東區以外的五分區的鄉鎮市區中，如果只有一家中醫特約院所者，希望幫他把浮動點值補到每點 1 元；但在 106 年只用了 214 萬元、107 年只用了 46.8 萬元。這是依照原先設定的目標，執行後的結果，但我的疑問是：那剩下的錢怎麼處理？按照提案內的說明，106 年剩餘的錢就放到就醫率最高的地方，107 年就沒有講分配原則，直接分給臺北區及北區。這顯示出一個問題：剩餘基金的再分配，恐怕沒有一定的原則。這部分恐怕要再多留意。在此建議剩餘款的撥補方式應更明確，且要有一定的原則。

傅主任委員立葉

請陳代理委員憲法。

陳代理委員憲法(陳委員旺全代理人)

- 一、我是中醫師公會全聯會執行長陳憲法，首先說明，公會裡面無論是歷年來或本次討論，我們從來都沒有去訂定 1 年調、1 年不調的方式，也就是我們內部並沒有這樣的決議。
- 二、委員提問，有關撥給中區的風險調控基金，中區到底放在哪裡。因為台中市、原台中縣、彰化、南投等都是同一區域，並沒有另去設定區中有區，所以錢是整個到中區裡面。
- 三、提高偏鄉補助浮動點值的部分，委員的意見我們會帶回去再做

探討。

四、至於風險基金剩餘款的使用，106 年分給中區，這裡面的原則就是撥補予利用率最高的區；至於 107 年，請看會議資料第 85 頁之六表格內的說明，當年度執行情形之數據只有 107 年第 1 季，所以此數據只有 1 季，而當時對於這個基金剩餘部分直接寫明撥給臺北區及北區，是因為 107 年 R 值並沒有前進，所以這樣調整，以上補充說明。

傅主任委員立葉

我們是不是就照中醫師公會全聯會的建議，先予通過，其他的意見...

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

再次請問，若按照過去脈絡，中醫師公會為什麼明年不調 3%？調 2% 我沒有意見，但你大後年還是要調，或 110 年你還是要調到 17%，那現在為什麼選擇是調 2%，而不是調 3%？為何不是 1 年平均調 2%？

陳代理委員憲法(陳委員旺全代理人)

謝謝滕代理委員西華的意見，這是我們全聯會所有委員的共同意見，不是單純的數學平均算法，這是共同的決議。

傅主任委員立葉

我想中醫師公會全聯會應該也理解付費者的擔心，因為變成無形中，中醫部門似乎 1 年調、1 年不調。另請問大家對決議有沒有其他意見？請林委員敏華。

林委員敏華

今天中醫師公會陳理事長旺全雖然沒有出席，不過前一案醫院部門對 R 值的討論已經很多，至於中醫師公會基本上有遵照本會決議，將 R 值往前推進，雖然前幾年 R 值調整仍有些餘波蕩漾，不過基本上本年這部分是中醫師公會所提出的方案，業經內部檢討，所以建議本年還是尊重中醫師公會的方案，但我也建議，若明年的話，同意于委員文男之前所提，若中醫團體內部沒有提出更好的方

案，明年度 R 值仍需持續提升，也等於是比照剛剛醫院部門的決議。

傅主任委員立葉

這樣的話，我們就是比照剛剛醫院部門的決議。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我也是支持中醫師公會提出來的方案，108 年就先調 2%，明年度讓他們調 2%後去執行，執行後讓他們評估績效、成果及優缺點再做最後決定。

周委員麗芳

我也支持何代理委員語的意見。今年建議先通過中醫師公會全聯會所提出的版本，要肯定中醫師公會全聯會，今年願意主動提出調整 2%，已向前跨進一步，未來可視實際執行成效再來進行滾動式檢討。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

聽了很多委員的說明，滕代理委員西華可能擔心是用過去的調整模式去推估，我估算如果本年調 2%，即 13%，後面 2 年要至 17%，1 年要調 2%，中醫師公會全聯會有這種決心，讓會員都習慣，我們應該要支持他們實際的作法，他們比較瞭解，這樣滕代理委員考慮的問題點應可解決，不會說明年又不調，後年又調很高，針對這部分，他們會員自己有共識，17%的目標應可達到，本年所提的方案應可接受。

傅主任委員立葉

是否就比照前一案，今年尊重中醫師公會全聯會提的方案，就予以通過。附帶決議則根據今年的執行來進行評估，提出修正方案，如果沒有提出則 R 值要繼續前進。請葉委員宗義。

葉委員宗義

我們兩個也是中醫主協商，100%支持你們，有個問題請教陳代理委員憲法，有關中醫處理中風發生的問題，到底中風的醫療復健是屬於中醫或是西醫？現在很多醫院有中醫部門，但用了針灸，中醫針灸是屬於中醫，兩個預算是否一樣？以後所有的中風都在大醫院裡面處理，都用針灸，後來會變成針灸侵蝕到中醫部門，中風的處理會面對這個問題，我有這個擔心。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

剛才主席的裁示，有個部分有點疑問，剛才提到點值補到每點 1 元，建議中醫師公會全聯會可將點值提高，若依照主席裁示，就是每點 1 元，建議點值部分是否能調高超過每點 1 元？請中醫師公會全聯會能慎重考量，儘量予以提高，可不可以？

傅主任委員立葉

吳委員榮達的意見請中醫師公會全聯會參考，但是我們也不要做成決議。請陳代理委員憲法回應。

陳代理委員憲法(陳委員旺全代理人)

- 一、謝謝葉委員宗義，因為醫院有中醫部或中醫科，裡面的專案中醫部門除了門診外，另外有中醫的中風專案跟西醫住院的會診，這是兩個不同的部分。
- 二、門診部分，所有的中醫院所都有做中風後的照護，原來的專案也轉到一般案件裡，後續都在執行中，一般總額裡也有中風的治療，所以醫院中西醫的會診，特定疾病門診加強照護門診的腦血管疾病部分(原來的專案照護已經轉到一般部門)，都是中醫的業務，所以這部分針灸並沒有受到影響。

傅主任委員立葉

- 一、請問各位委員還有無意見？若沒有，本案 R 值部分，按照中醫師公會全聯會的建議通過，其他則依擬辦通過。
- 二、附帶建議也是根據本年執行結果做評估，明年希望 R 值能夠

繼續前進，否則要提出修正方案。委員若無其他意見，接著進行下一案「108 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」。



伍、討論事項第三案(原列討論事項第四案)「108 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、有關討論事項第三案「牙醫門診總額一般服務地區預算分配」，請委員參閱會議資料第 109 頁，說明二臚列歷年牙醫部門地區預算執行概況，牙醫部門自 95 年度開始，一般服務之地區預算，100%依各地區風險校正(年齡性別指數)後保險對象人數(R 值)分配。R 值各年協定情形表列於第 109 頁下方，考量牙醫部門已 100%以 R 值分配地區預算，為牙醫部門內部調整之需，自 99 年度起均同意自一般服務預算移撥部分經費用於特定用途。
- 二、說明四，有關 108 年度一般服務地區預算分配方式，牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於 107.10.8、107.10.22 函復本會建議方案：
  - (一)牙醫門診總額一般服務預算(不含 106 年品質保證保留款)已達 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
  - (二)建議自一般服務費用，移撥 28.722 億元，用於下列 5 個項目，第 1~4 項與 107 年度相同，第 5 項不同。
    1. 「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
    2. 「牙醫特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。
    3. 「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
    4. 「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(經費 0.15 億元)。
    5. 「牙周病統合照護計畫」(25.272 億元)：六分區預算按 107 年上半年六分區「牙周病統合性治療第二階段支付 P4002C」之申報件數占率分配。

### 三、說明五，108 年度地區預算分配之建議：

(一)牙全會建議自 108 年度牙醫門診總額一般服務費用移撥 28.722 億元：

- 1.其中用於上開第 1~4 項，計 3.45 億元，與 107 年度移撥金額及用途相同。
- 2.新增 25.272 億元，依「牙周病統合照護計畫」之申報件數占率(執行率)分配預算。

(二)有關牙周病統合照護計畫，本會 108 年協定事項：108 年導入一般服務，編列預算 28.08 億元。查本年評核會，評核委員對「牙周病統合照護計畫於 108 年導入一般服務」之建議：本計畫之各區預算分配，建議應先分析各區醫療供給與服務量的差異。若因供給端人力分布造成醫療利用落差，則以執行率進行預算分配，需考量是否影響民眾就醫公平。

(三)考量牙全會所提建議，牙周病統合照護計畫之 90%預算係以各分區之醫療利用(執行率)分配預算，因此，幕僚建議健保署與牙全會以民眾需求為前提，妥為規劃其執行方式及預算分配，未來可分析各分區民眾牙周病照護之實際需求。

四、說明六，有關健保署對牙全會 106 年及 107 年第 1 季移撥經費之執行情形，請委員參考。

五、擬辦部分，請委員參閱會議資料第 112 頁：

(一)一般服務地區預算分配方式本會是否同意，請討論。

- 1.分配方式：預算 100%按照 R 值分配。
- 2.牙全會建議自一般服務費用移撥 28.722 億元，是否同意用於這 5 個項目？若同意，則於分配六分區預算前，先扣除移撥經費。
- 3.所涉執行面及計算(含移撥經費)等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定之。移撥經費方式送本會備查。

(二)保障款部分跟其他部門相同，於 107 年 12 月底前送本會同

意後執行。以上說明。

傅主任委員立葉

請問各位委員對本案還有無意見？

林委員錫維

沒有意見。

傅主任委員立葉

那就按照擬辦通過，接著進行下一案「108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」。

陸、討論事項第四案(原列討論事項第五案)「108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱會議資料第 123 頁，「西醫基層總額一般服務之地區預算分配」討論，說明二臚列過去歷年執行情形，基本上是依照衛福部規劃的方案，分配參數用 R 值及 S 值。R 值各年協定情形，請委員參閱會議資料第 124 頁，105 年 R 值提升 1%，達到 66%，106、107 年 R 值占率均維持 66%。
- 二、說明四，有關 108 年度一般服務地區預算分配方式，醫師公會全聯會(下稱醫全會)於 107.11.7 函復本會建議方案：
  - (一)建議比照 107 年方式，維持 R 值 66%與 S 值 34%；一般服務費用移撥微調基金 5.55 億元。東區一般服務費用以 107 年東區各季預算為基期，另加微調基金撥予該區之各季提撥款；其餘五分區一般服務費用預算，依據不含東區之 R 值及 S 值重校正計算分配。
  - (二)微調基金，用於移撥、撥補點值落後或弱勢醫療之地區。
- 三、說明五，108 年度地區預算分配之建議：
  - (一)依據衛福部指示「錢跟著人走」之政策方向，考量自 105~107 年西醫基層地區預算 3 年來的 R 值均維持 66%，建議 108 年度考慮是否適度調升人口占率(R 值)。
  - (二)有關移撥費用部分，其用途為撥補點值落後或弱勢醫療之地區，金額跟過去很相近。考量其用途為風險調整，建議該筆基金名稱修正為「風險調整基金」。
- 四、說明六，有關健保署對醫全會 106 年及 107 年第 1 季移撥經費之執行情形，請委員參考。
- 五、說明七，幕僚模擬 108 年度依不同 R 值占率，分配之各區預算估計值，請參閱會議資料第 127 頁。
- 六、說明八，歷年各區投保人口及戶籍人口數、一般服務預算數、

醫師數、就醫人數與醫療利用情形，及點值等資料，請參閱會議資料第 128~133 頁。

七、擬辦的部分，請委員討論 R 值跟 S 值的分配占率，是否同意自一般服務費用移撥 5.55 億元作為風險調整基金。其他部分與前面部門一樣。以上說明。

傅主任委員立葉

請問各位委員有什麼意見？請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、建議 R 值可以再前進。前面討論醫院總額時，醫界提到搬 1 家醫院過去很不容易，但是搬 1 家診所沒那麼難，是不是考慮加上這一點？
- 二、有關風險調整基金，106 年已執行完，107 年正在執行，107 年健保署執行風險調整基金撥補點值最落後地區，給中區是 2,481 萬元？原則是給點值最低的地區直接撥補嗎？建議這部分要重新考量，點值低可能有幾個原因，可能是民眾醫療服務需要多，應該要補給它；或是內部管理不當，導致點值過低，如果因為點值過低就補，這是不適宜的。建議針對撥補原則要有所釐清。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、我的意見跟黃委員偉堯類似，我也認為 R 值應該要再前進，特別是年年墊高的風險調整基金，108 年按照 107 年提撥的風險調整基金，東區或是點值落後的地區占 5.55 億元的一半都不到，可見風險調整裡面不只有醫療資源相對較弱勢的地區，當然包括中醫也有這樣的疑問，當我們建立風險調整基金時，當然會在乎，就像我問中區，不是單純分配在點值差，可能過度競爭導致點值低，若不是因為那邊真的有需要，我們沒有辦法補足。

二、本來黃委員啟嘉一直在談 S 值，可是這次我們也沒有談到 S 值，如果這個因素沒考慮進去，我覺得 R 值應該要適度前進，至於要前進到多少，67%或 68%是可以討論的範圍，請基層考慮，5.55 億元的部分，特別是將來分級醫療預期就醫率會提升，R 值前進對基層的發展會比較好。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、我支持滕代理委員西華的意見，第 1 個，105~107 年連續 3 年 R 值均維持 66%，我認為 R 值要再前進。第 2 個，我的意見還是一樣，六分區要改成三區，不能再繼續用六分區，否則數字會失真。另外，西醫基層在 90 年由 5%一直前進，表現不錯，我認為這次的決議，R 值要再前進。

二、我不認同黃委員啟嘉剛剛提的觀點，他說 3 個人也要設 1 家醫院，政府的政策有規定多少人分配 1 個醫師，衛生政策有統計，如果人口數增加 1 萬或 1.5 萬，我不知道詳細的數字，健保署應該知道增加多少人就要增加醫師配比，至於偏遠地區人口數是 1~2 千人，若沒有醫院，健保署也有規劃獎勵開設診所，中醫、西醫診所都有獎勵措施，不是 3 個人就一定要去開 1 家醫院，我覺得他的邏輯不對，所以我今天支持 R 值要前進。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

所有的部門只有西醫基層連續 3 年 R 值沒有前進，具體建議 108 年度西醫基層 R 值至少要前進 1%。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、感謝各位委員指教，在醫院總額討論時，對於 R 值、S 值制度的討論已經很充分，大家也認同這不是一個完美的計算方式，健保會幕僚提到要將基金名稱修正為「風險調整基金」，事實上，西醫基層這邊是最早實施的。
- 二、基本上我們認同東區是弱勢區域，點值都有大於 1 點 1 元，當然因為點值落差非常大，所以風險調整基金也是在呈現制度不合理之處，現在撥補的情況也是以目前的 66%、34% 的架構上做考量，經內部討論後，以本年經費爭取到的額度比率，我們做些微調整，不過撥補方式，還是賦予各區有管控的責任。
- 三、我們提撥 3 億元給台北區，它的點值還是在最後面，所謂的點值最落後地區撥補，也是有它的適用性，不會完全喪失應有的管理責任，建議我們本年仍維持原有的分配方式，跟醫院總額一樣，明年再做適當的考量。

傅主任委員立葉

請問大家是否同意？就比照醫院總額的方式？(有委員回應：不同意)

吳委員榮達

我剛才講過了，只有西醫基層連續 3 年沒調，建議應該要調。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

我支持吳委員榮達的看法，3 年沒調，本年調個 1% 合情合理，裡面的相關問題，請西醫基層回去自己處理。

傅主任委員立葉

請問西醫基層是否可以同意？

吳委員國治

如果大家認為這個制度應該要檢討，希望可以跟醫院總額的作法一樣，因為我們回去還要討論。

傅主任委員立葉

可以接受嗎？如果雙方沒辦法達成共識，只好兩案併陳。請蔡委員登順。

蔡委員登順

醫院總額約 4,909 億元，相當大，西醫基層約 1,392 億元，差不多是醫院的 2/7，既然剛剛醫院總額做了這樣的決議，尊重他們內部的共識，今天二位代表西醫基層來開會，事前必定有討論過，是不是也可以尊重他們，比照醫院 R 值不前進，明年度大家心理要有準備，R 值必須前進，這樣今天代表西醫基層來開會的人，壓力可以降低，以上是我的建議。

傅主任委員立葉

我也是這樣的建議。請滕代理委員西華，再請何代理委員語。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、在醫院總額討論時，一開始我們也說，如果你們都不願意，至少門診要前進，因為 R 值前進就是引導資源分配，門診的病人跨區的比率非常低，沒有道理停著不動，特別要提，分級醫療持續推動後，基層就醫率可預期應該要增加，對不對？以風險調整基金來彌補一些可能超過我們預期的部分，或有醫療資源進去，但是點值還沒有到的部分，來因應一些分級醫療或其他政策改變的風險，已經到 5.55 億元，比醫院 1.5 億元還多，西醫基層 R 值前進才是對的。
- 二、主席已經做了醫院部門的決議，門住診比率不動，門診往前進也是對醫院總額分配較好的方式，因為門診病人跨區的移動，在整個人口風險上的影響也相對小。
- 三、健保署算的人口風險的校正值，相對於醫院，基層更準，來的人壓力很大我知道，但是來的人若沒法代表，都要回去再商量，會商量不完，請吳委員國治考慮，如果只進 1%，其實不會那麼難做決定，況且這對於西醫基層發展應該是利大於弊。

傅主任委員立葉



請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、付費者剛才對醫院後來有共識手下留情，因看到理事長親自出來很真誠的說明，很實在很用心，我們就給理事長好的交代。剛才牙醫我們都沒意見，也是看到理事長坐在那邊，我們也很尊重他。中醫自動前進 2%，他們誠意夠了，雖然理事長沒來，我們仍尊重他們前進 2% 來做。
- 二、今天我們怎麼決定西醫基層，回去理事長都會推翻我們，我們在這邊浪費時間，所以我支持付費者的決議，R 值前進 1%，這不會影響很大，你們回去好好做，不要說理事長沒來，決議都無效。
- 三、我支持吳委員榮達提的建議，R 值前進 1%，這表示我們有關心及負責任，且有義務，所以才很用心提出前進 1%，本來我要提前進 5%，後來我也支持吳委員榮達、林委員錫維、滕代理委員西華的意見，前進 1%。

吳委員國治

- 一、向何代理委員語報告，我們理事長會尊重會議的結果，我們主委也很有誠意，剛才是因有公事，他正在趕回來中，馬上就到了。
- 二、醫院討論門診的問題，也沒做調整，建議比照醫院，且我們之前的內部討論，是建立在 66%、34% 下的討論，本年的撥補也做了縮減，是賦予各區做管理責任，應會更有成效。另外西醫基層建立的撥補制度，各區點值差距上也看到很好成效，現在六分區是維持和諧的狀況。
- 三、我擔心回去又變得不和諧，容我拜託一下，本年還是維持，決議比照醫院，明年再進一步檢討，好不好？

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

我補充 1 個看法供大家參考，因是蔡委員登順提醒，醫院總額全部有 4 千多億元，風險調整基金是 1.5 億元，西醫基層是 1 千多億元，風險調整基金是 5 億多元，R 值前進後，這 5 億多元應可彌補當中若有些意外的，應可彌補回來，這部分請西醫基層納入考量，並推進 R 值的占率。

傅主任委員立葉

請問吳委員國治可以接受嗎？

吳委員國治

還是維持醫院的決議比較好。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

剛才非常感謝各位委員對於醫院這方面尊重翁理事長文能，其實我們也希望西醫基層本年能比照醫院總額一樣，就予以通過，明年看怎樣再來調整，同樣是西醫這方面，就用同樣的處理方式，希望各位就比照辦理。

傅主任委員立葉

各位委員有無其他意見？請干委員文男。

干委員文男

- 一、我們是希望 R 值能前進，如果再不前進，明年醫院 R 值調多少西醫基層也要跟著調，剛剛有提到要調 2% 以上，本年西醫基層不調 R 值，我們給予尊重，但明年 R 值就要調升 2% 以上，因為已經好幾年沒有調升，別人會講話，牙醫 R 值已經達 100%，中醫本年 R 值也調升 2%，他們很難調升的中區都能配合了。
- 二、我希望西醫基層也能夠調，本年如果不調，那明年就調 2%，這樣比較乾脆，不要說都沒調。每年為了 R 值都討論很久，或是你們也提出不調比較好的論述，R 值不調又提出 5.55 億元的風險調整基金，說不過去，請吳委員國治考量一下，我們

這麼多人，你 1 個人很難說服大家，你考慮看看，如果同意就可以回去了。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

去年決議說本年西醫基層 R 值要前進，現在又說本年先不進，明年再前進？

干委員文男

有啊，要求西醫基層明年 R 值前進 2%。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

不是，是去年的決議。

吳委員國治

我們願意參與 R 值、S 值的研議，西醫基層當然沒有能力去做很好的論述，因為變數太多了，而且所有的數據都不在我們這裡，我們願意加入醫院部門及相關單位對 R 值、S 值的研討，剛剛干委員文男提到 R 值調升 2%，但我記得在醫院總額並沒有決議明年 R 值一定要調升 2%。

傅主任委員立葉

一、有關地區預算分配公式，如果醫界覺得很難落實執行，請各位從醫療提供者的觀點提出相對應的版本或方案，有具體的修正建議，我們才能用新的方案執行。

二、前面討論案都是尊重各部門的建議方案，請問付費者委員是否比照其他部門通過，並澈底檢討分配方式？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，我反對通過，去年因為要求醫院部門調降門診量，所以沒有要求醫院的 R 值前進，但有要求中醫與西醫基層的 R 值要前進，牙醫都已經達 100%，本年中醫的 R 值也前進 2%，西醫基層卻 1% 都沒進，顯示去年決議沒有用。我贊同吳委員榮達的意見，我們去年有這樣的建議，醫院沒有要求本年 R 值前進，是因為要求降低門診量，因此沒有提到 R 值問題，中醫都前進 2 步了，西醫基層至少進 1 步。

傅主任委員立葉

去年西醫基層的地區預算分配決議是否有 R 值的相關建議？決議是有延續性的，如果有的話，都應該遵循並執行。

陳組長燕鈴

經查委員會議(106 年第 11 次委員會議)「107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」決議，主要是對 107 年度地區預算分配的協定事項，未列有 108 年度分配的相關建議。

傅主任委員立葉

付費者委員大多主張 R 值前進 1%，西醫基層代表可否考慮一下？

吳委員國治

委員剛剛所提，去年會議並沒有這樣的決議，我建議西醫基層比照醫院總額辦理，我們會研究並參與討論。

傅主任委員立葉

其他委員同意嗎？

吳委員榮達

我反對。所有部門中，只有西醫基層已經 3 年沒調升 R 值，我覺得沒道理，而且還提出 5.55 億元的風險調整基金，我認為應該要調升 R 值，已經 3 年沒有調了，沒什麼理由不調。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

我認為 R 值調升 1% 很合理，理由大家前面都講了，假如今天西醫基層不同意調升 R 值，是否請他們下個月委員會議提出 3、4 年不調整的理由，我們 12 月委員會議再來探討，否則今天就要同意 R 值調升 1%，以上是我的建議，比較溫和的處理方式。

傅主任委員立葉

林委員錫維提出折衷辦法，請西醫基層於下次會議提出具體說明，或是 R 值前進 1%。

吳委員國治

我們可以在下次會議提出說明，不過我一直認為制度不完美不是醫界的責任，是大家的責任，甚至是健保會的責任。剛才張委員煥禎提到，假如本年不調升明年就自動調升，我是反對的，是誰的責任，就該誰負責，不應由醫界承受。這個建議帶回去會造成醫界不和諧，且責任又歸責醫界，這是一個不合理的方式，我同意林委員錫維的建議，我們下次會提出論述，但是責任並不在醫界。

傅主任委員立葉

我想是大家的責任。請葉委員宗義。

葉委員宗義

依我們總額協商的制度，每個部門都有主談人，西醫基層總額的主談人是吳委員榮達與林委員敏華，希望你們 2 位與西醫基層總額好好協調，達成圓滿，雙方意見不同沒辦法協商。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我建議本案先擱置，提下個月的議程討論。付費者委員的建議是 R 值前進 1%，請西醫基層回去協商，下個月再討論，我提議本案擱置停止討論。

傅主任委員立葉

因為有時效關係，不能擱置。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

去年主委是第 1 年參與健保會，我們有口頭上的建議，但最後沒有落下決議，我們建議有講但決議沒有寫，已經是去年的會議紀錄，當然就無所謂，但我建議本案先擱置，提下個月委員會的議程，讓西醫基層回去討論。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、首先，我先致上最高歉意，如果不是很重要的事情，我不會在這個時間離開，很抱歉耽誤大家時間，不好意思，我剛剛是跑過來，沒想到大家的說話速度比我跑得快。
- 二、付費者委員的想法我完全理解，大家很希望我們好好檢討 R 值問題，其實 R 值的內涵我有看到一些曙光，這次地區預算的風險管控並不是無條件校正，有些因素，我想有機會內化到 R 值，讓 R 值的內涵更豐富。黃委員偉堯剛有提到，R 值有考慮到人口結構，其實很多東西都有算到，但其權重與計算方式呢？公式經過加減乘除出來的結果就會不同，與醫療需求相關的因素是否有全部考慮進去？
- 三、我們可以研擬較有內涵的 R 值，R 值既能往前走，又可涵蓋實際變化，將 R 值副作用壓至最低。R 值就像該吃新藥不宜再吃舊藥，但用了新藥發現有副作用，可是一直用舊藥也說不過去，如何從第二代新藥找出第三代新藥，第三代新藥又能把副作用降至最低，我想是付費者委員所期待，這是西醫基層要面對的問題，也是所有醫療提供者要共同面對的問題。
- 四、經費部份，我的看法與翁委員文能一樣，希望由公部門提供資源，我們願意全力配合、協助。至於今天是否擱置本案，不知下個月再提來得及嗎？

傅主任委員立葉

建議今天先照案通過，但有個前提條件，請西醫基層下一次說明。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

反對今天通過本案，剛才付費者委員沒有同意，主席又要變更付費者的意見。

黃委員啟嘉

如果本案下個月再提，時程上來得及嗎？

周執行秘書淑婉

地區預算依法本會需要在年度前分配完成，如果西醫基層地區預算

分配提 12 月委員會議討論，明年 1 月的委員會議才能確認紀錄，屆時委員已換屆，因此剛剛才會說今天的討論案都很重要，因為有時效性問題，如能於今天討論通過，12 月委員會議確認紀錄後，幕僚才能於年度前完成地區預算分配案並報部。

黃委員啟嘉

- 一、付費者委員在意的是民眾的權益，分配完以後，醫界覺得能夠接受才能好好看病，建議讓醫界能夠自行平衡，得到的結果應該對付費者比較有利。付費者期待 R 值能檢討，不能因副作用很大而不去調整，這個問題本年已經顯現出急迫性，醫療提供者也充分理解。
- 二、我們非常理解付費者的期待，付費者希望可以永續，但很多時候永續是有困難的，因為世界在變動，我們也要跟著變動才能永續，時代、潮流都在變，我們也要跟著改變，這是以前總統講過的。要如何改變讓 R 值在未來永續，我們會認真檢討，我會把 R 值檢討的急迫性帶回基層，明年我們 R 值的內涵會更豐富，如果真的沒有改變，各位委員要求前進，我也沒有太多反對的理由，R 值的檢討迫在眉睫，這部分我有充分的認知。
- 三、因為地區預算分配有時效性，本年是否勉強讓我們通過，如果要延到下一次會議再討論，我不知道會不會造成幕僚作業困擾。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

本年各部門總額協商是全壘打，剛才委員有多元意見，是否請西醫基層部門的主談人吳委員榮達與林委員敏華發揮高度智慧，給予一點方向指引，讓本案如總額協商一樣能圓滿解決。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我想拜託黃委員啟嘉考慮一下，說實話，不論理論上或實務上，到現在為止，我們不知道調升 R 值的利弊得失為何，現在我們看到西醫基層的 R 值連續 3 年沒有調升，本年調升 1% 應該不為過吧！希望能夠考慮付費者委員 R 值前進 1% 的建議，能否本年就這樣通過？

黃委員啟嘉

- 一、本案請讓我帶回去討論，我們內部共識是不調升 R 值，沒有調升的原因很多，調整後風險控管等各方面都需要重新試算，計算還比較簡單，但要達到內部平衡是非常困擾的事情。
- 二、我們可以帶回去討論，內部再溝通一下，醫界內部無法達到平衡，對付費者不是有利的事情，雖然付費者沒有多花錢，但醫療提供者間沒有良好溝通與合作，對付費者未必是有利的，尊重各位委員的想法，我們可以帶回去研議，延到下次會議再討論。

傅主任委員立葉

能否延到下次討論，請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴

其他三個部門的地區預算分配於本次會議通過，並提經下次(12 月)會議確認，程序完備。若西醫基層地區預算分配案於 12 月委員會議才通過，權宜方式，則需請委員同意，12 月通過的西醫基層地區預算分配決議，不需經明年 1 月委員會議確認紀錄，幕僚即可報部核定，以符時效。(委員表示同意)

傅主任委員立葉

本案保留至下次委員會議討論，並同時確認。接著進行下一案「108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)審議案」。



柒、討論事項第五案(原列討論事項第一案)「108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)審議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

蔡科長佩玲

各位委員好，茲就 108 年度全民健康保險保險費率方案簡單說明，請翻開會議資料第 27 頁。本案於本年 10 月 24 日「108 年度全民健康保險保險費率審議前諮詢會議」之結論為，依據現行「全民健保財務平衡及收支連動機制」，及多位與會專家學者意見，建議 108 年度維持現行費率 4.69%。本署亦參酌與會專家學者及委員建議，針對費率方案(草案)提出以下 6 點修正：

一、推估保險收入與保險成本所採投保人口成長率參照方式不一致：因為保險成本所採人口成長率係依據目前總額範圍擬定公式，自 108 年起採用最近 1 年可取得健保實際投保人口成長率，如 107 年談 108 年度總額時，能夠拿到最近 1 年的實際投保人口成長率是 106 年的資料，即總額採最近 1 年資料與實際推估資料會落差 2 年；但在推估 108 年度保險收入的成長率時，為反映當年實際保險費收入，投保人口成長率推估會採用當年推估結果，這是公式設定的關係。

二、健保基金投資收益率偏低，應尋求改善方法：

(一)截至本年 9 月底止，健保基金現金餘額雖有 2,025 億元，但依現行費率 4.69% 推估，至 110 年將發生現金短絀，從現在起算也只有 3 年，所以無法像國保、勞保等年金型保險一樣，有長期的資金可以委外代操長期投資。

(二)另依健保法第 77 條規定，健保基金可以運用的範圍包括公債、庫券、公司債、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構，目前健保基金之資金運用，是於上述規定的範圍內擇優做資金配置及運用。現在約有 2 百億元為 3 年期台電公司債，另有 1,680 億元為定存，截至 9 月底為止，整體資金運用平均收益率約 0.61%，優於五大行庫 1 年期及 3 年期大額

定存平均利率 0.18% 及 0.23%。

(三)未來對於健保基金的投資運用，亦將秉持安全性、流動性及收益性等原則，在法規規定範圍下，尋找收益率較高的投資工具，進行合理的資金配置及運用。

### 三、請補充菸捐分配收入推估的過程：

(一)有關 107 年菸捐分配收入下降，而 108 年推估菸捐分配收入上升之問題，主要是因為 104 年 9 月起，菸捐分配於健保安全準備比率由 70% 調降為 50%，所以一路往下掉，又因自 106 年 6 月 12 日起，菸稅調漲 20 元，影響菸的消費量，導致菸捐分配收入再往下降。

(二)因菸稅調漲是 106 年年中實施，所以對 106 年菸捐分配收入的影響只有半年，107 年是影響全年，所以 107 年菸捐收入持續往下降。又菸捐推估是依據 18 歲以上人口每人消費量，及國民健康署(下稱國健署)對外宣布的吸菸率目標值來計算，當人口成長時，消費量會隨之成長，108 年菸捐才會略微回升。

### 四、各項政策因素應標註起始年度，並對預估金額做妥適性評估：

(一)已依委員所提意見，於各項政策因素前增加起始年，詳投影片第 29、30 張，及第 47~55 頁附錄。

(二)另外補充說明書面沒有的資料，在 10 月 24 日諮詢會議上也有答覆，醫師納入勞基法所增加之支出金額，到目前為止尚無歷史數據可供參考，但又屬既定政策，為具體呈現財務可能面臨之風險，我們參考相關研究報告數據，將所有條件中，推估金額最低的數值帶入，試算可能導致的結果，雖然資料本身不是非常具有說服力，只是提醒有這樣的財務風險供大家參考。

五、原投影片第 6 張，安全準備提列與健保法第 76 條的安全準備提列的名詞一樣，兩者易混淆，應修為安全準備的增減量：遵照委員建議，修改投影片第 8 頁公式項目及說明。

六、附錄第 3 頁，取消停復保之保險成本誤植：是我們資料貼錯，已修正 108 年起保險成本之數值，一併修正 108 年總額成長率，以上報告。

傅主任委員立葉

請問各位委員有無意見？幕僚需不需要說明？好，不需要說明。請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、如同李委員永振過往所述，保險費率精算在法定負擔比例是以收入為基礎，以量入為出計算，但從會議資料第 40~42 頁，即投影片第 19~22 張，保險收入、保險成本等計算架構，都沒有算到部長開記者會說要花在 C 肝上的 13.7 億元。雖然是狗吠火車，但投影片第 19 張的保險成本模型中就是沒算到政治因素，更不用提政府應負擔健保總經費法定下限 36%，按照李委員永振的算法，應付而未付的錢，累積到民國 109 年已經是 1 個中醫總額加 1 個牙醫總額，政府少付這麼多錢，加重我們在保險支出的負擔，因為政府應負擔少收的部分，累積下來就有中醫總額加牙醫總額這麼多。

二、協商因素沒有算到 C 肝外掛預算 13.7 億元，非協商因素也沒提到可以外掛，在協商及非協商因素都未變動之下，假如本年部長成功了，明年部長又成功了、甚至更成功，要到更多私房錢，超過所預計的額度，請問我們如何信賴精算所提出的費率假設？本年的協商空間約 121 億元，13.7 億元已經超過協商空間的 10%，其實是很大的金額。

三、依現行費率 4.69% 推估，109 年的安全準備是 1.87 個月，110 年很有可能漲保費，但是在這麼多不確定政策因素下，該收進來的收入沒收回來，不該花的又花掉，都沒有算到保險成本，我們該怎麼說服民眾，按健保會決議，在安全準備不足 1.5 個月時啟動保險費率調漲機制。難不成 109 年度調漲費率時，健保會委員要向社會大眾說，部長花掉的錢先還我們再來調升費

率，本來要調升 0.5% 變成調升 0.3%，這樣可以嗎？

- 四、這種不內含在協商成長率，而是外掛成長率的政策型支出，請幕僚、諮詢會議的專家們告訴我們該如何看待政策性的變動，否則投影片第 23~25 張的平衡費率試算之結果就通通是假的，就真的只是試算，不會成真，或當成真時，我們得到的是不可信賴的資料，我提出這點質疑。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、委員，大家午安，由於召開 108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議那週，剛好出國不在台灣，所以沒參加會議，非常抱歉，不過我仍就 108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)提出相關意見如下：

- 一、非常認同滕代理委員西華所提，政策因素所增加的支出，將非常不穩定地消耗安全準備金。
- 二、關於健保法施行細則第 45 條，雖將原欲納入 9 項政府已實質負擔屬於社會福利的保險費，爭取修法為 7 項，但這 7 項根本就不應該由全民健康保險的保費支出，也是因為政策因素使其納入政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算範圍。
- 三、關於愛滋病者治療費用部分，其原屬疾管署管轄業務，當初委員表示不反對將其轉由健保給付，但其公務預算也應隨之轉移至健保，現在公務預算沒有隨同轉移，導致健保費用支出越來越多。
- 四、會議資料第 28 頁補充菸捐分配收入之推估過程，預估 108 年會回穩乙節，因為我本身從事菸酒行業，非常了解菸的市場，據我所知，菸捐收入應該會持續下降，而且下降幅度會越來越快，為什麼？因為現在很多立法委員希望加速通過加熱式菸品，其屬於菸酒管理法的其他菸品，菸稅及菸捐收入將少於傳統式菸品。另外還有電子菸，現在年輕人不是抽加熱式菸品，

就是抽電子菸，抽傳統紙菸的人數越來越少，相對的菸捐收入就會持續往下降，雖然會議資料說明預估 108 年會略微回升部分，但我想不要有太大的期待。關於菸捐分配健保安全準備比率從 70% 降到 50% 部分，我全力贊成爭取恢復到 70%。

五、應排除不該由健保支出的因素，讓大家清楚了解健保財務真實面貌，如果未來安全準備金真的用罄，需要調整健保費率，才能讓付費者心服口服。若沒有將政策因素所增加支出排除，將其全數由全民健保支應，讓全民承擔費用，又因此要調整健保費率，我們絕對反對，以上是我個人意見，謝謝。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請林委員錫維。

干委員文男

一、會議資料第 32 頁提到健保法第 24 條規定，健保會於費率審議前應邀請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。本案須先確定 108 年度不調漲健保費率，但雖然不調漲費率，會議資料提出費率試算也有很多假設條件，剛才滕代理委員西華也提到許多因素沒有納入評估，假設是假的，這些都是不合理的事情。

二、本會李委員永振也是精算師身分，如果依據他估算政府法定負擔保險經費下限 36%，到 109 年差額高達 8 百億以上。不管多少金額，我們多次建議政府應負擔健保總經費法定下限 36%，應該依法遵計算，每次問到社保司這部分的計算方式都有他的說詞，解釋或說法與法規規定不盡相同，儘管明年不調整健保費率，但還是要把這部分說明清楚、計算清楚。或許健保會能組成專案，找公正人士或專家共同研議如何計算，要不然每次討論健保財務時都會心有戚戚焉，因為我們所提的意見及精算師計算的數字應該沒有問題，但反而是政府沒有依照法遵方式計算提撥足額。

三、我們常提到健保財務危機或不足，一直喊狼來了狼來了，這是

不好的。如果健保財務的尚方寶劍是採家戶總所得計算，現在有 105、106 年稅基的 base 資料，可以請專家試算採家戶總所得會是什麼情形，與現在費率及補充保費互做比較，才不會讓人詬病。我們無法接受現在所提的保險費率試算及所有假設，甚至幾年後將要調漲健保費等評估資料，雖然本案我們給予支持，但仍有許多問題希望能及早因應，該辦的還是要辦。如果對家戶總所得方式有興趣先去做試算互做比較也無妨，先採 2 年度資料評估試算，讓社會各界及付費者了解健保基金用完時，可能會轉採家戶總所得制，也有預告作用。

傅主任委員立葉

請林委員錫維，再請李委員永振。

林委員錫維

- 一、主席、各委員與會人員大家午安，現在已近 1 點 30 分，關於本案有很多試算和假設，剛才滕代理委員西華提到很多預估假設不符合實際情形，現在沒有預估進去的是什麼呢？等一下李委員永振會提到政府應負擔健保總經費法定下限 36% 未依法遵計算的部分，怎麼沒有預估應該向政府收的錢，什麼都能預估但這個預估不出來嗎？目前應該即將超過 5 百億元，剛才干委員文男也提到金額約 8 百億元。今天本案試算只呈現即將在 111 年要調漲多少費率，但是政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數這些錢是最應該回歸到健保收入，你們都不預估，現在提出的試算或假設不合實際情形。
- 二、會議資料第 27~28 頁健保基金投資部分，依據健保法第 77 條規定，健保基金可運用於公債、庫券、公司債或是定存等，也提到健保基金無法像國保、勞保年金等保險基金能委外代操長期投資。但是國保、勞保與健保都是保險的一種，也是政府掌控管理的，為什麼健保基金就不能委外操作投資，別的基金可以投資但健保基金卻不能投資，我建議衛福部社保司可以修正健保法第 77 條規定，或是健保法施行細則，讓健保基金可比

照勞保、國保等相關基金進行長期投資，這要修法才能執行的，因為現行健保法第 77 條已明確規定，在此呼籲與建議商委員東福為健保收入多開源，增加收入，這是可以努力的方向，謝謝。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我以精算師身分參加 10 月 24 日保險費率審議前意見諮詢會議，剛才有委員提到精算時，我都會很緊張，事實上精算沒有那麼複雜，那天會議我所談的內容也詳實記錄在會議資料第 164~169 頁，沒有參加委員也可參考。其中最重要的是第 3 點及第 6 點，第 3 點係定義保險收入與保險成本部分，健保署回應已修正  $\Delta St$  的定義，但修正後的估計數字都相同，沒有改變，讓我產生疑惑的是  $\Delta St$  定義不同，為什麼會算出同樣的結果，是今是還是昨是，今非還是昨非呢？
- 二、第 6 點係政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數部分，若涉及精算的話，應該是計算的法遵為何？剛才有委員提到，精算會有假設，主要是依據健保法來做假設，因此這不是精算的問題，而是法遵問題，我已多次說明，不再贅述。
- 三、剛才有委員提到數據部分，之前我曾提到 105~108 年的差異數共計 542 億，昨天依據投影片第 18 張及第 23 頁資料重新試算到 109 年，依據會議資料顯示 110 年調整費率則保險收支費計餘絀數據就會變動，因此只有粗算不是精算，重新估算後 105~109 年 5 年差異數共計 803 億，這個額度與中醫總額及牙醫總額(合計約 709.4 億元)相差不遠。
- 四、我在意的是，尤其是投影片第 16 張政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數部分，5 年差異數達 8 百多億元，這也是 4 月份委員會議討論「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算」案不予備查的最主要的理由。目前健保署也沒修改提供財

務分析資料的方式，可能是不影響討論明年健保費率的結果，如果本年面臨調整健保費率的臨界點，這些財務資料的正確性就會影響討論的結果，提供非正確性資料，沒有法遵依據的數據可謂是違法數據讓大家討論，適宜嗎？大家應考慮是否再繼續討論。這些資料，不影響大家討論明年費率調整的結果，但這是態度問題，用不正確的資料供大家討論，這樣可以嗎？好嗎？以上說明，謝謝。

傅主任委員立葉

吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、目前造成健保財務的困境，可用少繳少收多負擔來形容，少繳係指政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數部分，少收係指菸捐分配健保安全準備比率從 70% 降到 50% 部分，這健保財務影響很大，多負擔係指屬於政策因素，應由政府公務預算支出部分轉嫁至健保支出，這 3 個因素造成健保財務窘境的狀況。
- 二、事實上既然是政府所造成這樣的結果，也應該讓政府共同承擔，以此方向出發點的話，有幾點建議：
  - (一)如剛才委員所提的爭取菸捐比率至 70%。
  - (二)依據李委員永振建議政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式。
  - (三)有個大膽建議提供予社保司參考，建議政府應負擔健保總經費法定下限 36% 提高至 38%，增加 2% 緩解健保財務及調漲健保費率的壓力。對民眾而言，尤其現在經濟景氣普遍不好，若調漲健保費率對部、署及付費者代表都是沈重的壓力，或許可以朝這方向來思考，謝謝。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)



- 一、主席各位委員，起初衛生署改制成衛福部時，稱為衛生福利部，將原內政部的福利單位整併一起，照理也應將相關福利單位的公務預算轉移至衛生福利部，但是現在政府卻把很多應該由公務預算支應的部分轉移至健保支應。
- 二、調降費率時，我自己也整理很多資料，最近整理資料時也發現這 2 年醫療支出大幅提高，健保收入也減少，會議資料第 45 頁政策因素提到 109 年起，基本工資每年調 5%，調到 3 萬，這個政策有確定嗎？我覺得不能這樣寫，會調到 3 萬嗎？
- 三、韓國是分 2 階段將基本工資調升 16%，第 1 階段調升 8%，第 2 階段為 GDP 超過美金 3 萬時再調升 8%，韓國中小企業總會全面停工抵制，發起全國不服從運動，最後由韓國政府編列 40 億美元輔導中小企業。
- 四、但會議資料說明 109 年起基本工資每年調 5%，調至 3 萬元乙節，這是政府的政策嗎？這可能是總統晚上睡覺夢到的，夢到基本工資可調至 3 萬塊，能這樣寫嗎？如果這是行政院院會決議基本工資調至 3 萬元，經公告後才能寫的。
- 五、剛才干委員文男提到家戶總所得部分，為什麼無法採家戶總所得計算？若實施所有職業工會都要關門，再者，徵收費用太高，財政部國稅局花費 2、3 千人徵收，財政部不願意，最後是台灣地下經濟約 34%，無法納入統計。
- 六、健保基金投資收益率偏低，例如教師退撫基金每年獲利約 5% 以上，健保基金投資收益相對較差。當然，目前不調整 108 年健保費率，剛才李委員永振也提及的統計資料的 base 的基礎不正確的，如果提供不正確的資料讓付費者代表討論，會有偏差。
- 七、過去委員會議決議，當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制，但這需要檢討、配套措施及政策配合，包括政府應負擔的部分一直減少，這些都需要重新檢討。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、第二次發言，剛才 2 位委員提到基金投資報酬率部分，之前我也曾提出建議，但沒有深入了解健保基金投資項目，本次健保署投影片第 3 張詳細說明健保法第 77 條規定，其中 1 項是經主管機關核准有利於本保險之投資。現在看到資料覺得健保署好像不作為，尤其二代健保後安全準備金額度增加時，可評估健保基金投資，但現在安全準備金已逐年減少，資金運用風險可能較大，如果以後調漲保費後，安全準備金餘額增加，應該可納入投資評估。
- 二、其次早上提及健保法施行細則第 68 條所規定內容，請健保署會後提供相關檢討報告予委員參考，如何產出相關資料，如雇主代表關心的平均眷口數採 0.61 人計算，如何計算出來？因為委員回去都要向所代表的團體報告，希望能幫助我們完成這項任務。
- 三、關於推估 109 年後保險給付成長率部分，10 月 24 日會議我有提出意見，健保署也有回應說明，但並沒有全面深入檢討。二代健保實施 5 年的年平均保險收入成長約 20%，保險成本成長約 18%，收入比成本高，保險收支餘絀約 2 千多億元，但值得注意的是，釐清政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式所追回的 192 億元應加回 102 年度的保險收入，則 102 年保險收入約 5,754 億元，保險成本約 5,021 億，經過 5 年後，保險收入成長率低，105 年保險成本成長率是 5.64%，為歷年最高，其他年度成長率皆低於 5.64%，106 年保險收入約 5,900 億元，保險成本約 5,998 億元，不足額 98 億元。二代健保實施第 1 年保險收入超出保險成本共計 7 百多億元，5 年後一消一長差異共計 8 百億元，若以此推估，成長率採 4.8~4.9% 計算，未來差值越來越大。

四、今天早上看到媒體報導全民健保又放寬給付項目，如剛才何代理委員語提到 C 型肝炎費用編列 65 億元，及帶狀疱疹用藥，疱疹費用金額較少，我還沒有閱讀相關細節，會提出這個議題是因為我們一直提到健保財務危機，若依照各種試算假設，到 112 年都會接近法定費率上限 6%，到時候再來檢討保險給付如何收，大家也都知道易放難收的道理，建議健保署應及早因應，未來碰到瓶頸也較好處理，謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝，請問健保署有補充說明嗎？

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝各位委員，我想這份財務評估報告，確實是建立在非常多的假設之上，健保署是執行單位，有些已經確定的政策，我們如果超越現行政策去預估財務，也是困難。謝謝委員長期關注幾件事，例如政府應負擔保險總經費 36% 的計算，雖然李委員永振認為其中有短差，但是依行政院所協議的計算方式，我們就算再刻意放大，也不可能收到那些金額，對健保而言也是虛的。至於菸捐用於健保分配比率的調降，也不是健保署能夠決定，而且菸捐的分配辦法也已經修正通過，如何還原到 70% 來增加收入？我們也不可能做這種財務估計的假設。
- 二、現在菸捐的金額到底會持續下降或回穩，需要實證，假設持續下降，財務預估就會持續下修，這些都是連動的。至於委員在好幾次會議提到的投資報酬，確實因為健保基金屬短期資金，不像國保或勞保比較長期，可以操作的時間比較長，沒有馬上要對現的現金壓力，操作上是不太一樣。健保署按照現行規定，基於安全性高於收益性的考量，當然會做較穩健的投資，否則像近期金融市場的變動，不管是投資股市、匯市或是基金，短期內要回穩，都不知道是哪一天，如果當下需資金時，我們會因現金需求無法滿足而產生困難。
- 三、何代理委員語提到我們有一項假設是基本工資要調到 3 萬元，

確實現在沒有任何政策決定，假定不那麼樂觀，本項我們可以修正。至於葉委員宗義提到掛號費能否收一半回來，這也超越我們能夠處理的範圍，依衛福部的解釋，掛號費不是健保的給付範圍，葉委員說的很容易，錢算一算很多，問題是我們拿回來要有依據。委員的建議很多超越我們在做這份財務估計的範圍，我們不可能超越目前的規定去做估計，所以只能做這樣的呈現。有一些假設如果真的不合時宜，大概就是基本工資調漲的假設過度樂觀，這部分我們可以做修正，回到未調整的狀態，未來若有調整再反映就好，過度積極的假設也不太恰當。其他部分如果政策有改變，我們就隨時修正，以上補充說明。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

關於呆帳的部分，我看了 10 月份的業務執行報告，自 104 年起，每年呆帳金額大約是 30 億元以上，這是非常大的數目，但本次的財務推估，似乎未納入考量？

蔡副署長淑鈴

呆帳有考慮進去。

吳委員榮達

好。

傅主任委員立葉

本案討論很久，委員提供很多意見，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、請參閱第 19 張投影片推估方法，非常感謝健保署，開會這麼久以來，本次提出的資料，真的比以前完整性高很多，大家應該給他們一個鼓勵。剛才蔡副署長淑鈴也提到，基本工資調漲到 3 萬元或 25,200 元都是推估值，這是很正確的方式，我們不加以評論，非常感謝你們有勇氣提出此預估方式。但是對於其他保險成本部分，是否能解釋清楚？此外，保險對象自行負

擔的選項，昨天在健保署開會時，就有消費者代表建議應該在這裡加 1 項使用者付費原則。但是這裡未納入使用者付費，才會讓大家認為醫界好像管理的非常不好，我相信醫界都很戰戰兢兢在管理，所以使用者付費應該要積極推動。

二、有關代位求償，我參考人家寄給我的資料，好像從健保開辦前，民國 83 年的時候，1 年的勞保職業災害代位求償金額約 20 幾億元，但是到現在為止，雖然要求每家醫院都很認真追討這部分，現在向勞動部勞工局代位求償的費用，好像變成 1 年 1、2 億元而已，這裡也看不到與過去的比較。

三、菸捐大家也提到非常多，但是很重要的一點，剛才趙委員銘圓也提到，愛滋病患者移到台灣來，每年增加健保的費用，這是不可預估的事實。我們這樣做以後，台灣會變成愛滋病的專門地區，如果有愛滋病，就會嫁過來，不論是真是假都沒關係，變成由全國的老百姓負擔這些費用，因此，CDC(疾病管制署)應該要負擔的費用也要納入預估。另外，FDA(食品藥物管理署)造成老百姓對疾病用藥不良的地方，為什麼沒有寫在這裡？還有對於菸捐這方面，國健署應對民眾進行教育宣導，也要有爭取的方式與評估的方法，這是我的補充建議，謝謝。

傅主任委員立葉

對於謝委員武吉的問題，健保署有補充說明嗎？

蔡副署長淑鈴

一、謝委員武吉關心保險成本成長的估計，請參閱會議資料第 44 頁第 22 張投影片，有協商因素與非協商因素成長的推估，當然現在不知道明年會協商多少，只能用過去的經驗值，亦即從 99~108 年每年的移動平均值來估計，所以這裡的假設，成本的成長率是 4.85%，收入的成長率也是以最近幾年的保費收入成長率推估為 1.4%，所以確實每年會產生很大的逆差。可是 109 年之後的總額協商成長率，會不會落在 4.85% 之上或之下，我們也無法預估。因為總額協商有這麼多的不確定性，也

只能用過去的經驗去估計。

二、有關代位求償部分，請參閱會議資料第 41 頁第 20 張投影片，目前代位求償每年大約 20 億元左右，其實沒有想像那麼的好，趨勢大概也很難有太大的成長。代位求償限於現行規定，是向保險人求償，如果無法順利求償，包括訴訟的期間，都非常冗長，等到真正現金可以回收，其實都是遞延非常久。依目前經驗，1 年大概收回 20 億元，不如預期好，若要更積極求償，規則須做一些改變，才能產生積極的效果。所以目前對於代位求償，因為在法規沒有改變的情況下，仍以每年 20 億元做較保守的推估，且已列入財務估計，以上說明。

傅主任委員立葉

好，謝謝，我想這一案……。

謝委員武吉

主席，還有 CDC、FDA 及國健署的部分沒有回答。

蔡副署長淑鈴

謝委員武吉關心……。

謝委員武吉

請社保司回答。

商委員東福

謝謝謝委員武吉，剛剛提到 FDA、CDC、還有國健署，你是說這些東西將來怎麼樣，還是說現在？

謝委員武吉

將來可能發生、現在發生、過去發生都要講清楚。

商委員東福

這中間要把它納進來……。

謝委員武吉

我是說萬一有一天，我們搞不好、弄不好的話，非洲豬瘟從大陸跑進來怎麼辦？這些都要預估。還有如 CDC 負責的部分，為什麼都

沒有預估在內呢？這比較含糊一點。

商委員東福

目前來講，屬於代辦的部份，費用還是應該由 CDC 支付，包括國健署的篩檢或 CDC 的部分，健保署比較知道是那幾個細項。至於謝委員擔心將來會不會進來，其實我們還是有一定的機制，哪些是屬於給付範圍，應該不至於發生像謝委員現在擔心失控的情況。

謝委員武吉

你要知道我母親是清朝人，是民國前 1 出生，我小時候就常聽她說我是烏鴉嘴，每講必中，你不要說我講的是錯的話，我是在預估啦！

傅主任委員立葉

謝謝，我想謝委員武吉是提出很重要的預警，提醒我們注意，請社保司參考。

謝委員武吉

不是參考，要列出可能的方案給所有委員看，否則委員怎麼會曉得呢？

傅主任委員立葉

請問是針對愛滋病這部分嗎？

謝委員武吉

還有很多，請社保司和 CDC 共同討論如何歸類。

傅主任委員立葉

請社保司參考謝委員武吉的意見，提供相關資料及報告給所有的委員參考。

謝委員武吉

有 3 個單位，CDC、FDA 及國健署。

傅主任委員立葉

一、好，包括 CDC、FDA 及國健署等 3 個單位。本案大家提供很多意見，其實很多是長期討論很久的问题，請健保署及社保司

認真思考，如果政府政策應該用公務預算，就要用公務預算支出，若屬增加健保負擔或減少健保收入的相關政策，應該諮詢健保會委員的意見。

二、有關政府應負擔健保總經費 36% 的問題，也請社保司能澈底解決，看是以修法還是法案重新檢討的方式解決，以避免爭議。但是大家也同意健保署所提方案大致上相當完整，剛才蔡副署長淑鈴也回應會依據委員的意見再做修正，我們是不是就照案通過，並同意 108 年度維持現行費率 4.69%，本案討論到此結束，現在已經是下午 2 點。

謝委員武吉

我剛才提到的使用者付費原則尚未處理。

傅主任委員立葉

謝委員武吉的建議是要納入健保署的試算評估，請健保署參考。委員還有沒有其他意見？請干委員文男。

干委員文男

我們這裡是平台，主要是提供建議，如果要調漲保費就要提到家戶總所得，委員心裡會有被恐嚇感，希望健保署用 105、106 年的資料試算家戶總所得，以及目前補充保費的狀況，讓委員心裡有數。否則動不動就說要調整保費，最後的尚方寶劍就是家戶總所得，在座委員也不知道家戶總所得的 model(模式)是什麼情況，矮矮胖胖或高高瘦瘦都不曉得，所以你們要提出 model 給我們看，委員才不會感覺一直被恐嚇。

傅主任委員立葉

一、如果健保署可以的話，請試算家戶總所得，會後提供委員參考，如果不行再提出說明。上述建議不影響 108 年度費率審議結果，現在時間已經是 2 時零 4 分，超過會議時間 4 分鐘，只能討論到此，其他的討論案留到下次會議。

二、報告案第一案為書面報告，不需要討論，委員若有意見，請會後提供幕僚轉請健保署參考。報告案第二案留待下次會議報



告，本次會議進行到此結束，散會。

### 趙委員銘圓書面意見

針對日前媒體報導「慢性病床今起禁再增設，慢性照顧回歸長照」乙案，個人想請教：(一)此舉不知是否會影響到廣大付費者民眾就醫權益？(二)有沒有可能發生醫院不繼續收治慢性病患者，而住家中又無人照顧之窘境(亦即讓其自生自滅)？(三)長照 2.0 計畫將這些慢性病患移到居家醫療，以目前居家醫療系統的人力和設備，是否能負荷愈來愈多的慢性病患？另，有沒有推算照服員及居家照護醫師的人數需要多少和如何解決差額問題？(四)目前居家照護醫師健保給付點值低，未來衛福部如何提高基層醫師參與居家照護的意願，以及後續推動的相關配套措施，請詳細說明。