

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第10次委員會會議議事錄

中華民國112年11月15日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第10次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年11月15日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：范裕春、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員杰(中華民國全國總工會干常務理事文男代理)、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李常務監事懿軒代理)、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：陳委員石池、董委員正宗

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7頁)

決定：

一、考量議案連動關係，同意變更議程，調整討論事項第二案及第四案之順序如下：

(一)討論事項第二案「因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目

案」。

(二)討論事項第四案「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)審議案」。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第9次)委員會議紀錄：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第9~12頁)

決定：

一、上次(第9次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

二、有關113年度各部門總額地區預算分配案，部分服務採點值保障，需送本會同意乙節，請中央健康保險署提報各部門內容必須包含：所有點值保障項目之保障理由、整體點值保障項目之總額占比，及對總額預算影響之合理性研析。

三、關於門診透析服務費用分配方式，請中央健康保險署會同醫院總額、西醫基層總額及門診透析相關團體重新審視檢討後，提出共識之具體方案，再送本會討論。

四、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第13~73頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113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、113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(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22.8百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.自五分區(不含東區)一般服務費用移撥60百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥15百萬元：

(1)40百萬元：用於補助點值，逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低分區)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。移撥經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。

(2)20百萬元：按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

3.五分區(不含東區)預算扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：66%。

(2)各分區戶籍人口數占率：15%。

(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：4%。

(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%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)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，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

- 三、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112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第二案(原列第四案)

提案單位：中央健康保險署

案由：因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案，提請討論。

決議：本案經委員討論，中央健康保險署所請關於撥補112年第1、2季受新冠疫情影響總額部門之醫療費用：

- 一、委員對於112年因 COVID-19疫情民眾就醫需求增加對醫療費用產生影響部分，多支持以112年度總額調節非預期風險經費挹注，符合非預期風險動支程序規定者，請中央健康保險署參考委員意見，對各總額部門實際受影響及撥補額度詳細分析及估算，再提本會討論。
- 二、至於其餘撥補不足數之預算來源，委員表達不同意見，將併同與會人員發言實錄送請中央健康保險署參考。

第三案

提案人：李委員永振、林委員恩豪、陳委員杰、劉委員淑瓊、楊委員芸蘋、陳委員鴻文

連署人：田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員鏘亮、李委員飛鵬、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、

陳委員相國、陳委員節如、游委員宏生、黃委員金舜、楊委員玉琦、董委員正宗、劉委員守仁、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華(會後應主提案人要求，以11月2日聯名函為據，將聯名函中列名委員增列為連署人)

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建請政府依法撥補102年~111年政府應負擔健保總經費法定下限36%差額，及恢復原健保法施行細則第45條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任，提請討論。

決議：委員基於監理之法定任務，關切政府應負擔健保財務責任相關建議，併同與會人員發言實錄函請衛生福利部積極回應處理。

第四案(原列第二案)

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險113年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

- 一、113年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率5.17%。
- 二、上述審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定，併同與會人員發言實錄函請衛生福利部轉陳行政院核定，另請中央健康保險署就委員意見研參妥處。

陸、報告事項(詳附錄第74~83頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：111年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。
- 二、委員所提意見，請本會及中央健康保險署補充說明並研修趨勢評析意見，完成111年全民健康保險監理指標之監測結果報告定稿後，上網公開。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。
- 二、請中央健康保險署依112年度總額決定事項及委員所提意見，於下次委員會議提出本協定事項具體完整之分年目標、執行方法及期程。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年9月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午14時05分。

第6屆112年第10次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第9次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委、各位委員，大家早安，現在時間已經到會議時間，剛剛委員出席人數已經過半，有25人，所以已經達到法定開會人數，今天會議開始，首先先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員來參加今天會議，今天議案蠻多的，所以就請各位努力到最後一刻，謝謝各位。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，大家早安，這一次議程安排依照年度工作計畫，本次會議原訂本來有優先報告事項是安排健保署進行112年第3季業務執行的口頭報告，考量這次會議日期11月15日提早一周，因為要審費率，這一季的書面報告資料產製時間無法配合，幕僚有去了解健保署應該在每個月7日左右會把財務、醫療相關資料產出，彙整後印製成冊，15日才能在會場內發送給委員，考量委員時間無法充分審閱，所以直接延至下次會議再做口頭報告，在此先跟委員說明。

今天議程討論事項4案，第一案跟第二案都是依照本年度工作計畫排定，屬於法定任務且有完成期限事項，包括中醫總額地區預算分配、113年保險費率審議案。第三案是李永振委員等4位委員提案，是有關於政府應承擔的健保財務責任的案子。第四案是有關於健保署在上(第9)次委員會議提出來的臨時提案，依照上次委員會議決定，還有委員的意見修正後重新提案，大概就是今天的一個議程安排，以上。

盧主任委員瑞芬：針對議程安排各位有沒有意見？

吳委員榮達：因為第二案、第四案有連動關係，所以我建議第四案應該排在第二或第三案，第二案應該排在第四案，因為第四案的部分會影響到第二案的考量，以上建議。

盧主任委員瑞芬：其他委員有沒有意見？如果沒有的話就按照吳委員的建議，把第二案往後延到第四案來做討論，謝謝。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：請問對於會議紀錄的部分，有沒有委員有垂詢的地方，如果沒有的話就確認，進行下一個議程。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：請委員看到會議資料第13頁，項次一，本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)本會於11月1、2日已經把113年總額協定結果、分配方式陳報給衛福部。

(二)關於上次委員會議討論MCPI^(註)採4年平均或單年度的數值計算方式的決議，已經併同發言實錄送衛福部做為研擬114年度總額範圍參考辦理。

(三)上次委員會議決議(定)的列管追蹤事項有2項，這2項依照辦理情形都還是建請繼續追蹤，請委員參閱，但最後還是按照委員會議決定來做辦理。

項次二，是剛剛確認議程中有提過的，年度工作計畫的第3季業務執行口頭報告延至下次再做報告。

項次三，是有關於112年第6次委員會議決議有關111年第3、4季中醫門診總額動支調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費3億1,283萬元的結算執行結果，這是摘要，請委員參閱。

項次四、五，分別是本會完成編製健保會111年版的年報，還有今年4月12~13日舉辦健保會10周年成果與未來展望專刊，幕僚把它彙集成冊，這2部分都有寄給委員，請委員參閱，也有電子書放在本會的網址，請委員參閱網址。

項次六，在會議資料第14頁是本會預定下次委員會議，12月20日中午與委員辦一個業務的座談會，其實就是辦一個簡單的buffet在隔壁303會議室，委員可以對整年度的業務執行方式做意見交流。

項次七，本會委員所屬相關團體來函或副知本會的摘錄，比較重要的跟委員報告，包括：

(一)中華民國醫師公會全聯會在10月27日的時候函請本會檢討修訂，鼓勵院所加強推動腹膜透析及提升照顧品質計畫的專款分配方式，其實如果大家沒忘記在討論113年度總額協商時，醫師公會針

對透析部分的分配，因為有指定費用做腹膜透析的提升專案，這部分在分配醫院與基層時的總額分配方式，醫師公會認為這部分會有點吃虧，當初協商時也有提到，這是正式行文來，這部分跟委員報告。

考量門診透析服務費用計算方式是屬於跨部門的議題，而且涉及後續的執行細節，應該要有充分的執行數據分析之後審慎研議，而且本會有去查過去的例子，這樣的分配其實都是在健保署與2個總額部門的代表團體，有了共識之後再提到會裡面做決議，所以本會在10月31日就函請健保署會同醫院總額、西醫基層總額與門診透析相關團體重新審視討論以後，如果可以提出共識的具體建議方案可以到會裡面來做提案。

如果可以希望在114年度總額就開始適用，最遲在113年5月10日之前提出共識版本到會裡面討論，才可以放進114年度的總額協商架構及原則去處理。

(二)11月2日本會27位團體的代表委員聯名行文到立法院、行政院與衛福部，是有關於請政府要依照健保法的規定去負擔應該有的健保財務責任的函，這已經列在今天討論案的第三案，摘要請委員參閱。

(三)中華民國區域醫院協會在10月19日行文，建議希望衛福部暫緩菸捐分配的修法作業。

項次八，下次委員會議的專案的報告主題，如果委員有意見的話可以事先提供給幕僚轉請健保署回應或是說明的部分。

項次九，是對上次委員會議，幕僚做的一個會訊報導的主題，也請委員參閱。

項次十，是衛福部與健保署10月跟11月發布及副知本會的相關資訊，有整理摘要，請委員參閱，詳細資料在11月6日也寄到各委員的電子信箱，以上。

註：MCPI(Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數改變率)。

盧主任委員瑞芬：請問委員在這部分有沒有什麼垂詢的地方？請李永

振委員。

李委員永振：主席、各位委員大家早，剛才執秘報告有提到27位團體代表委員聯名發函的事項，在此做1點補充，函中訴求的3項議題都是多年來在健保會體制內討論追蹤事項，主責單位雖屢說明，但法理無法令人釋疑、解惑，故一直懸而未決，回顧109年4月24日委員會議討論決議，委請社保司、健保署協助健保會向行政院彙報說明相關事宜，但一直沒有下文，另為反映健保法施行細則第45條修法相關不合理適法性疑慮，於105年3月經本會授權籌組本會立法院拜會小組，進行立法院各朝野黨團拜會、溝通，成功為健保財務追回116億元。基於這些背景考量，經與林恩豪委員、劉淑瓊委員3人交換意見，認為在體制內已經盡心盡力卻得不到應有的善意回應，主管機關雖有法令的解釋權，但其解釋也應接受公評，因此決定嘗試著往體制外來訴求，所以才有這個聯名函，在林恩豪委員徵求30位團體代表委員獲得9成委員的認同參與聯名發函，再次感謝27位委員支持，盼能激起一點水花。

第二點，在會議資料的第20頁，有關點值保障的課題，因上次討論時有些認知誤差，感謝健保會的同仁再次提醒留意，也懇請健保署發揮保險人的角色，依過去累積的豐富經驗，積極深入檢視保障理由及對總額占比的合理性，提請委員討論時參考，因為如果沒有好好做一個考量會影響點值，記得去年醫院部門是占了13%，但他們說點值影響很大，所以這是相關的，希望今年健保署在處理這個事項時，可以把過去豐富的經驗好好的發揮，謝謝。

盧主任委員瑞芬：如果其他委員對於重要業務報告沒有意見的話，李永振委員的意見，署長都有聽到了，會請健保署配合辦理。重要業務報告的決定是，上次(第9次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬繼續追蹤有2項，同意繼續追蹤。

第二點，關於門診透析服務費用的分配方式，請健保署會同醫院總額、西醫基層總額及門診透析相關團體重新審視檢討後，提出共識之具體方案，再送本會討論，其餘洽悉。請王惠玄委員。

王委員惠玄：有關會議資料第20頁幕僚所整理的意見，是否可以請健保署回應一下在執行上有沒有困難，有關點值保障的理由及其對總額預算的影響，不曉得這部分有沒有執行上的困難？還是會議決定後就完全可以辦理？

盧主任委員瑞芬：署長要先來回應嗎？這是在繼續追蹤的事項，項次2.....

周執行秘書淑婉：向委員報告因為這是例行要做檢討，剛剛李永振委員有關心的部分，這些意見我們會轉請健保署做審慎評估，因為這是113年度的，要做四部門衡平性的考量，就請健保署帶回去好好處理。

王委員惠玄：我第一次擔任委員，我不確定後續就是健保署會照辦還是要.....

盧主任委員瑞芬：繼續追蹤表示他們必須回應。

周執行秘書淑婉：他們會做。

盧主任委員瑞芬：好，這部分就到這裡，接下來進行討論事項第一案。

參、討論事項第一案「113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：向委員說明有關這個討論事項，各部門的地區預算分配依健保法規定是本會權責之一，其他3個總額部門在上次委員會議都已完成地區預算分配，這次是處理最後1個中醫部門的地區預算分配，中全會已在10月19日、23日函送中醫門診總額一般服務地區預算分配建議方案，在附件一，會議資料第40~65頁。

說明二，113年度的中醫門診總額經過本會協商結果，在用於地區預算分配的一般服務預算成長率是4.979%，4.979%的一般服務成長率是10多年來成長率最高的一年。

對於一般服務的分配，先說明一下過去的執行概況，中醫門診總額94年以前跟其他部門都一樣，按照主管機關規劃的地區預算分配方式，也就是R值^(註1)跟S值^(註2)去進行分配，一直到93、94年人口占率到30%時，95年起就改採試辦計畫，當時的試辦計畫是沒有含人口參數的，所以到99年時就改採修正後的試辦計畫，並且執行到現在，人口因素有含進去的是以「戶籍人口數」為依據，請看會議資料第24頁分配方式，地區預算一樣分六個地區，分配參數我們有列表，總共有6項參數，首先把東區預算占率固定2.22%先切出來，其它五分區是97.78%，五分區的97.78%再用6項參數去分配，參數一是各季實際收入預算占率，反映醫療利用狀況，類似S值，這參數近2年維持66%；參數二屬於人口部分是用戶籍人口的占率，反映民眾的就醫需求，類似R值，這2年維持在14%；參數三是就醫次數的權值占率，基本上也是反映民眾的就醫情形，跟利用狀況是有點類似的，近3年是維持10%的占率；其他的參數四、五、六的部分，分別就是就醫人數或是醫師數或是偏鄉人口分配的指標，這3項指標近年來通通沒更動，占率是維持。

我們查了有關中醫門診總額地區預算的歷史資料，在104年討論105年中醫地區預算分配時，在會議資料第25頁，當時決議為提升

民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源的均衡發展，自105年度起，戶籍人口數占率以5年提升10%為目標，這幾年的協定情形看下表的部分，從105~112年共8年，7年是誤植，8年的期間戶籍人口數占率調升7%，112年度為14%。有關風險調整移撥款的部分從106~110年，中醫提撥3,200~4,200萬元之間，用於撥補就醫率較高的地區，或東區以外只有1家中醫院所的點值，112年比較特別，移撥3,000萬元用於新冠疫情就醫率上升而點值偏低的分區。

這次中全會來函的建議，113年地區預算建議分配方案，主要分配方式2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區，至五分區預算分配方式一樣用6項參數，其中參數二各分區戶籍人口數占率調升為15%，較112年的14%調升1%，因為6項參數占率合計是100%，所以參數三的各分區每人於各分區就醫次數之權值占率調降1%，請看會議資料第26頁，因此參數三占率是9%，另外其他4項參數的占率未變。

關於風險調整移撥款部分，中全會有來函更新，請看今天會上黃色封面的補充資料1第1頁，風險調整移撥款一樣是6,000萬元，中全會建議更新的部分是分配方式(1)，4,000萬元用於補助點值，補助浮動點值最低分區，該季每點支付金額最高補至0.8元之差值，但是最高不大於點值第二低分區，另外的2,000萬元仍是按季均分，撥予當季就醫率最高之分區，這是6,000萬元風險調整移撥款的分配方式，請回到會議資料第26頁。

有關健保署對於中全會所提建議方案的說明意見在附件四，健保署說明會援例配合本會協定共識去辦理，風險調整移撥款的112年執行情形列於會議資料第71頁，主要撥補點值比較低的北區。

現在主要討論的是分配方式與風險調整移撥款的部分，113年的一般服務分配方式，中全會建議參數二調升為15%，較去年調升1%，參數三調整為9%，較去年調降1%，其它跟112年相同。

依本會研析資料，查本會104.11.20委員會議的決議，從105年起5年各分區戶籍人口占率要調升10%，目前8年期間戶籍人口占率總

計調升7%，還沒達到5年調升10%的目標。我們去查111年評核委員意見，認為中醫地區預算分配參數戶籍人口數占率只有14%，相較其他總額部門，人口數占率調升速度緩慢有努力空間，這20年來各分區人口成長跟醫療利用狀況已有差距，如果比較各區的預算分配跟人口數占率來看的話，北區預算占率是偏低的，因為人口數占率達16.5%、預算占率是12.6%，而且北區的平均每人分配預算數是933元，低於全區平均值1,233元，所以評核委員建議要提高戶籍人口數占率來改善這個情形。我們也依據中全會建議的分配方式，把參數二調升1%，參數三調降1%的模式去試算，各分區預算成長率均有達3.854%以上，呈現在會議資料第29頁(表1-1)，除調升參數二1%之外，我們也嘗試把參數二從14%調升到16、17%，就是提升2、3%，對各區預算的影響，計算結果是即使參數二占率調升3%(調整到17%)，各區預算成長率都有在3.360%以上，請委員參考。

最後請委員討論是否同意依中全會建議，戶籍人口數占率調升1%為15%，或是說再予調高，就請委員討論，風險調整移撥款是不是同意中全會建議6,000萬元，其中4,000萬元撥補浮動點值，2,000萬元用於就醫率最高的分區，這請委員討論。

最後行政部分，各部門總額做法相同，若有需保障或鼓勵之醫療服務，請健保署會同部門議定後送本會執行。內容應包含點值保障項目、保障點值理由與對總額預算之影響，相關參考資料都列在後面請委員參考，本案經委員確認後我們會報請衛福部核定，所涉執行面與計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署與中醫門診總額相關團體去議定，風險調整移撥款的執行方式則需送本會備查，以上說明，謝謝。

註1：R值(各地區校正風險後保險對象人數占率)。

註2：S值(總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用占率)。

周執行秘書淑婉：請問剛剛說明的風險調整移撥款分配方式，因中全會有來函修正，是否用補充資料1內容來說明？

陳組長燕鈴：是用補充資料1宣讀的。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請問委員對於這個案子有沒意見或要詢問的地方？請李永振委員。

李委員永振：笨鳥先飛，個人對詹委員從總額開始結束之後幾次委員會，都在健保署跟本會之中一直溝通，我相信內部在分配這個的時候也一定有很大的衝擊，但最後還可以在參數二前進1%，這精神令個人很感佩。我有下列3點提醒，將來討論地區預算分配時中全會可能要提前因應，才不會現場委員意見與中全會建議不同時，你們回去又很難折衝，我知道理事長都不太好做。

第1點，剛才燕鈴組長有提到，從105年度起分配參數二，也就是R值，5年內應該調升10%，但到112年度經過8年才調升7%，那今年再增加1%就8%，距離10%還有2%，中醫部門可否及早規劃，明年，就用10年為目標，看看能不能達到10%，平均一年調升1%，這樣會不會跟我們會裡面所要求的方向比較一致？

第2個，參數一、三的性質相近，在考慮的時候也可以一起考量，因為參數一8年也才降了6%。

第3個，剛才有分析歷年的資料，看了一下好像多項都是北區居於弱勢，剛才燕鈴組長也提到過，經過20年了，每一年都是在折衝，折衝到最後的結果對北區好像比較不公平，因為有很多項指標都是這樣，所以這3點的話提供給中全會及早因應去考量，折衝的時候把時間拉長可能壓力會稍微減輕，但明年有沒有辦法一下折衝到2%，這看你們的努力，因為是明年，就明年再看看。

另外有一點就是105年委託台大辦理的研究計畫結論提到，我們採用的參數一就是S值，可以改為較新的資料，算一算時間已經過了7年了，是不是應該有所進展，這也要同時一併去考量看看，這跟剛才提到R值要前進，S值可能是可以考量的部分，專家學者的研究建議，是不是可以試試看？以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席各位委員大家早安，何語第一次發言，第1點我認為在105年健保會決議提升10%，中全會到

108年提升了7%，我認為他們已經盡了很大的努力，做了很好的戶籍人口數占率的推展，可是109年後因為疫情的關係，到今年這個過程裡面，中醫戶籍人口數占率沒有往前推進是可以支持的，因為在疫情期間中醫的醫療狀況變化非常大，中全會無法掌控疫情期間就醫變化數，所以我們應該給予肯定跟支持，今年疫情已經趨於緩和，他們明年又開始推進1%的戶籍人口數占率，對此調整，我認為應該支持它。

去年總額協商，部長核定西醫基層從112年開始每年R值、S值要調整1%(註)，我認為中醫也可以參考西醫基層每年做1%的推展，這樣也可以比較清楚了解及掌握整個醫療分布、就醫及點值的狀況，所以我支持中醫提出來戶籍人口數占率從14%變到15%，移撥款部分尊重他們做一個很完善、良好、健全多面的調整。

所以我支持中全會提出的補充資料1第1頁風險調整移撥款的分配方式，也支持明年戶籍人口數占率提升至15%的調整，這是我的建議，謝謝。

註：112年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配地區預算之分配方式，未來西醫基層總額地區預算分配比率之校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，請每2年增加1%，逐步調至75%後再作評估。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，我先講明，對於中醫部門這個草案我表示同意，但是我認為每年在討論地區預算時，R值跟S值到底調不調，調整多少這件事情，總額制度已經做了大概20多年，看看健保署或衛福部思考一下，是否有一些實際上數字去反映，S值跟R值調整對於醫療分布狀況有沒有達到我們預期目的？如果沒有效果，R值跟S值調整後，有些分區的點值就會變得比較差，就會像是中醫一樣，要再用風險調整移撥款把比較差分區的點值補回去，這樣實際上有沒有效果？

我覺得這在4個總額都有同樣的情形，政策上是不是好好檢討一下R值、S值這件事情，理論上學者都認為應該這樣做，但那是理論，我們做了20年有實際的數據，到底有沒有實際發生如理論上預

期的效果，若沒有表示理論跟實際脫節，是否應該調整？我們做了那麼久，應該考慮可行性，不然每年調整後，分區點值就會受影響，影響後五分區又要把錢拿出來，我們又要去撥補，與其這樣為何要調整？

盧主任委員瑞芬：謝謝，委員還有意見？如果沒有，我想這裡大概有些共識，首先，大概委員都同意中醫部門提的版本，不過也有委員表示，105年委員會議的決議「分配參數中的戶籍人口占率，以5年調升10%的目標值」，希望中醫部門能夠帶回去審慎考量，明年能夠再繼續提高人口占率。其次，朱益宏委員提到有關總額分配的部分，希望有一個更全面的檢討。這個案子我做成決議……，請吳榮達委員。

吳委員榮達：對於中醫部門建議調升到15%的部分我表示同意，因為還是要給中醫部門一點時間調整，但對於這樣調整後，北區無論是預算的金額或增加的金額還是非常非常少，我覺得對北區非常不公平，建議至少在移撥款中，建議再提高1,000萬元，3,000萬元用在這部分補償，不然北區真的很委屈，以上是我的建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請詹永兆理事長。

詹委員永兆：委員大家早，謝謝吳榮達委員提議，其實是4,000萬元，如果要補的話是4,000萬元會補到北區，不是2,000萬元。

跟各位委員報告一下，其實在94年中醫部門按照R值比率30%分配，中醫崩盤，浮動點值跌到0.7以下，才會變成95~98年採事後結算方式的試辦計畫。前面委員講到105年委員會的決議「5年要調升10%的目標值」，其實調升戶籍人口數占率到109年的時候，影響最大的中區點值已經是所有全區最後1名，所以要考量中區的狀況，我們調升不上去了。

經過疫情改變後，中醫的生態又變了，所以我們又繼續往上調升，因為中醫是淺碟型，人口大量成長就會改變很大，我們很努力希望錢按照人走，會逐年滾動修正，至於4,000萬元風險調整移撥

款是用在浮動點值最低的分區，目前看起來是北區最低，所以4,000萬元是補在那邊。

盧主任委員瑞芬：本案我做以下決議。第一點，113年度中醫門診總額地區預算分配方式，2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區，五分區的分配方式，只有兩個參數有變動：(一)各分區戶籍人口數占率參數二為15%。(二)各分區每人於各分區就醫次數的權值占率，也就是參數三調整成為9%。(三)其餘參數占率與112年相同。

第二點，五分區一般服務費用6,000萬元作為風險調整移撥款，依照中全會提議之用途辦理，其餘內容依照會議資料說明及擬辦文字，請健保會同仁協助整理。

肆、討論事項第二案「因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」與會人員發言實錄(原討論事項第四案)

同仁宣讀

朱科長文玥：健保署說明，說明二評估方式：(一)經統計112年第1、2季各總額部門COVID-19費用及類流感案件相較108年同期費用點數共增加18.49億點。(二)依委員會議決議「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」適用範圍及動支程序評估方式，評估中醫跟西醫基層符合動支條件情形，詳細情形參閱附件三。(三)惟醫院部門費用管理係採分區共管方式，訂定目標的管理點值，爰難以前開動支程序加以評估。

說明三，補助金額的計算方式：(二)建議就COVID-19費用及類流感案件相較108年同期增加之費用點數，比照降級前以公務預算支應模式予以補助後，平均點值未至每點0.9元者，再補至每點0.9元。所須經費推估，112年第1、2季中醫、西醫基層及醫院合計共須動支約47.11億元，詳情請參閱下表。

說明四，前開補助金額將納入該季該區預算，作為提升該區平均點值之用。

說明五，預算來源：(一)112年其他預算編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需費用」編列8億元。(二)非預期預算如當年度未使用完會回歸健保安全準備金，依此同理，如果遇該經費當年度所編列預算不足時，應從安全準備金挹注支應。(三)政府於112年亦挹注特別預算240億元，如以上半年所需動支經費約50億元推估，全年需由本項特別預算支應，應仍在政府挹注款範圍內。(四)建議112年第3、4季比照上開原則辦理。(五)安全準備金估算說明，112年底保險收支累計結餘，最新財估安全準備金結餘為1,277億元，約當1.97個月保險給付支出。113年底保險收支累計結餘，

付費者代表版本約1,364億元，約當2.04個月保險給付支出，醫界代表版本約1,278億元，約當1.89個月保險給付支出，以上報告說明。

盧主任委員瑞芬：我先看看本會同仁有沒有要補充說明？沒有，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：這個案子我們要分成兩部分來看，第一部分是要用到其他預算調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，這是健保會的職責，這個沒有問題。

另外一部分是在會議資料第138頁提到，8億元預算不夠用，所以我們要用到安全準備，我想請社保司能不能說明一下，就是動用到安全準備，是不是健保會的職掌？然後我們今天所有委員的發言，如果針對這個案子，在後半段針對安全準備的發言是被擺放在什麼位置？可不可以請社保司先跟我們做一個說明？謝謝。

盧主任委員瑞芬：我在請其他委員發言之前，先請社保司說明一下原則性問題，請劉司長。

劉委員玉娟：先讓我們法規科同仁說明後，我再補充。

劉委員淑瓊：我現在再補充一下，從我們手上掌握的資料，依健保法第76條規定，它的條件講得很清楚，在保險收支發生短絀的時候，才可以動用安全準備，另外在健保法施行細則第3條規定，保險人就是健保署，要依全民健保業務計畫跟安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。

如果依照健保法施行細則第3條規定，我們所有委員只負責備查，我們最多只能說不予備查，但健保署或衛福部要怎麼做，其實跟我們健保會無關，所以為何要先提出這樣的請教，是因為在最近這幾天的報紙中看到，無論署長或部長，都把這個球丟給健保會，所以記者都來問我們，我們根本沒有決策權，所以我覺得這件事情，一定要請社保司講得非常清楚，讓我們所有委員也知道今天的發言是被擺放在什麼位置，同時也希望讓媒體知道，所有的決策是誰做的，就由誰來負最後責任，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在就請社保司說明。

林科長秋碧：主席、委員，還有各位長官好，我先就有關健保會的職掌部分予以說明，其實在健保法第5條已經有明定，健保會主要職掌，第1個是保險費率的審議，第2個是保險給付範圍的審議，另外就是總額對等協商的議定跟分配，還有就是保險政策法規的研究跟諮詢，第1項第5款則是其他有關保險業務之監理事項。

有關剛剛委員提問的部分，應該是可以歸類在第1項第5款，就是跟我們保險業務監理應該有一些關聯性。

劉委員淑瓊：所以再回到健保法施行細則第3條規定，我們就是國是論壇囉！我們可以表示意見，但是主管機關做決定之後，就是送我們備查，是這樣的理解嗎？

林科長秋碧：對。

劉委員淑瓊：我覺得須先釐清，謝謝。

盧主任委員瑞芬：針對剛才劉淑瓊委員的發言，社保司是不是同意是這樣的情況？請司長補充。

劉委員玉娟：因為這次剛好運用到了，謝謝委員的提問，因為我們運用到政府的特別預算240億元挹注到這個基金帳戶，依照基金管理運用辦法有提到一些用途部分，還有其他關於支出的預算執行，會依照預算法、會計法、決算法等規定辦理。

剛剛我們同仁也有提到，健保法第5條規定部分，其實也是經過健保會來做監理的事項。

盧主任委員瑞芬：我們現在就開始請委員發言，第2位是朱益宏委員。

朱委員益宏：主席，謝謝，我個人有2點意見，我想等一下會很激烈地討論，是不是像劉委員講的到底是不是用安全準備金來付，我個人覺得這個其實沒有那麼嚴重，請看會議資料第138頁(三)，政府於112年挹注240億元的特別預算，挹注到哪裡？目前看起來是挹注到安全準備金，我覺得若有爭議的話，政府就挹注190億元到安全準備金就好，剩下的約50億元就直接撥到健保署進行分區撥補這一塊，這樣就沒有動支安全準備金的疑慮，我覺得因為這都是政府撥

補的錢，政府如果撥補240億元到安全準備金，付費者當然認為安全準備金的動支涉及總額收付平衡這件事情，就會有一些爭議，為了避免這些爭議，政府就撥190億元到安全準備金，剩下50億元直接撥補到健保署，就像是疫情特別預算一樣，直接處理疫情造成的問題，這是我個人意見，不過我想等一下大家會激烈討論。

我剛剛舉手最主要是針對會議資料第136頁，健保署的意見認為醫院總額有一些分區共管的方式，所以無法呈現醫院總額的狀況，看到健保會幕僚意見也說，西醫基層、中醫都符合，醫院不符合，在上次委員會議我就有表達強烈抗議，這次會議我仍要表達強烈抗議，健保署其實都有資料，怎麼會沒辦法計算，一定可以計算，醫院總額就有管控前的平均點值、浮動點值，我覺得健保署可以呈現這些資料。

我花點時間跟各位唸一下，第1季，台北分區的浮動點值0.76，北區的浮動點值0.78，中區0.76，南區0.87，高屏0.86，東區0.83，這些資料也是健保署在醫院總額裡面提供的啊！

第2季資料比這個數字更差、更難看，我覺得健保署有這些數字，為何不提供？所以我強烈要求以後健保署在業務報告時，要把各分區管理前的點值也要呈現，不是只呈現一個管理後的資料，醫院總額點值都在0.9幾，我覺得未來健保署要呈現每一季管理前的點值，就是初核前的點值，要讓社會大眾都知道，否則為了美化點值，還要把錢還給健保署，讓健保署的帳面數字好看，可以跟國人交代，我覺得這是對醫院非常不公平，以上。

盧主任委員瑞芬：我請後面委員發言之前，今天這個案子其實有2個議題，第1個就是我們同不同意按照這個現有的機制，讓中醫是第1季、第2季，西醫基層是第2季，然後還有醫院的部分，我們同不同意補點值，這是第1個。

第2個部分才去討論錢從哪裡來，我們同不同意動用安全準備金，若我們對第1個部分先有共識，後面就可以專注討論錢從哪裡來、合法性。

剛才署長有提到今年240億元主計總處已經撥進來了，這部分待會可以請主計總處代表黃委員稍微說明一下，因為這跟主計總處的算帳有蠻大關係，是否先就第1點，我們依照現有機制，是否同意補點值，如果沒有異議，大家看到這個算法基本上都同意應該補點值，因為這是天災的問題，在總額中沒有預料到COVID-19以致於事後服務量的增加，請問大家在補點值上是否有共識？如果有共識就進行第2部分討論，屬於錢來源的部分，請吳委員。

吳委員榮達：補點值還有1個問題存在，因為健保署的計算方式還要再說明一下，我看他應該就COVID-19後遺症部分再加上呼吸道感染部分，這是每點1元，這個拿掉以後，除了這個補完以後，還有點值0.9的問題，我的想法是就算前面補每點1元，那可能是非預期的，我們可以接受，但補到點值0.9部分跟非預期有什麼關係？這1點是要討論，要不要切割還是兩個都要去補，我想這1點應該是要去討論。

盧主任委員瑞芬：我如果沒記錯，是不是請健保署先說明，之前我們同意中醫補去年第3、4季，今年的算法是否一樣？

吳委員榮達：每點1元先補啊，其他的可以這樣補嗎？

盧主任委員瑞芬：我們請健保署說明，因為今年已經同意補中醫去年第3季、第4季。

石署長崇良：主席，跟各位委員報告，就是我們去年中醫第3季、第4季是採用動用非預期風險第1個條件，那個條件就是業務量的成長造成點值在0.9以下，我們就補了，所以去年第3季、第4季是這樣處理，但是今年看起來，我們會議資料不知道有沒有提供，就是整個業務量，因為在今年3月20日以後指揮中心就不再強制驗快篩，所以我們就沒有辦法去呈現COVID-19診斷人數是多少，因此我們就併入類流感的診斷裡面，相較108年確實是有很明顯的成長，我們就是考量了這個因素。

在會議資料第146頁，各位委員可以參考，在每一區都有類似的情形，上面那一條就是今年112年的類流感跟COVID-19的診斷申報

情形，下面那個虛線就是108年情形，看起來就是在第2季的部分，從4月之後就開始明顯上升，一直到8月左右就有一些下降，但是近期在10月左右又開始有一個上升，跟我們在臨床上的觀察大概是一致性，所以我們把這個分析做出來之後，認為他是符合非預期，在去年協商這個總額的時候沒有特別考慮到有政策的調整，原本是公務預算的部分，變成是健保的部分，因此認為是符合，這是第1個情形，所以我們先就兩者差異的部分，建議先以每點1元來做補貼。

填充回各區總額之後，就會各區的總額重新計算，在計算完之後，仍然有幾個區會符合類似去年中醫第3季、第4季的情形，他的業務成長量上去，點值下降到0.9以下，我們再依去年中醫點值的補法去計算平均點值到0.9，才有今天的提案，先做這樣的補充說明。

盧主任委員瑞芬：這個補點值的部分，我們如果有共識，就開始討論錢從哪裡來，吳委員還是針對補點值的部分有意見嗎？

吳委員榮達：要不要同意，因為我們是公正人士，我們只發言，同意與否應該由付費者代表決定。

我想再請教一下，第1個問題，要不要訂一個上限值？如果沒有定值的上限，是不是會有衝量的問題？就是透過量的次數增加很多而需要很多預算，因此建議是不是要考量定值的問題？第2個問題要考慮到能否滾入基期？這部分如果增加之後滾入基期，會影響明年、後年有關於成長率的部分，這要綜合考量。第3點是醫院部門這部分怎麼去計算？

我想這3大問題要先釐清或澄清，不然怎麼討論要不要補，因為不是這樣劃分了，准了、同意了、補了，後面再來找預算，不是這樣做兩個切割，應該是綜合討論後，如果大家認為要補，應該怎麼補，跟基期相關也要一起討論，接著再考慮如果要補，錢從哪裡來，以上建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：這就是我剛才的意思，要先討論補點值這件事情，

我們是不是同意。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席，我提出程序問題，希望主席不要在大家都沒有發言以前，你就要做成決議，那是違反議事程序規範，因為我們都還沒發言，就要我們同不同意補點值。

盧主任委員瑞芬：所以我在詢問委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：我建議讓所有的委員都發言完以後，再一項一項的決議，這樣才符合會議規範程序，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝何語委員。

劉委員淑瓊：我的認知，主席剛剛是明確希望我們針對這件事情要不要補，請大家先發表意見。

盧主任委員瑞芬：對。

劉委員淑瓊：我現在就是要針對這個發表意見，其實也是有點接續剛才朱委員的意見，目前健保署只給我們COVID-19、類流感案件的成長趨勢、試算基礎這些資料，就要我們馬上決定給或不給，我覺得這是很不負責的作法，因為第1個是分區的人口組成不一樣，有的是老年人口多，受到的衝擊也不太一樣，現在齊頭式處理到底能否緩解各個分區面對的困境，我覺得這是我們沒有得到答案的。

第2個就是我們現在簡單、粗暴的把112年減108年，可是應該要細緻去比較每個分區各年齡層的類流感跟COVID-19案件的流行病學，這是很關鍵的，你也要去探討到底有沒有upcoding的狀況，就是高報編碼，我們要做一個道德風險的校正，所以這些都是我們在提到這裏要委員做決定時，都應該要提供的資料，我的基本態度是，如果我們的provider真的提供這麼多醫療服務，算成是COVID-19的後遺症，我覺得這是天經地義的，可是在這個之前，你要我們委員say yes或no，應該要有一些資料做基礎，我是認為現在健保署今天提供給我們的資料，仍然不足以讓付費者同意或不同意，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：後面很多委員剛才都已經舉手，的確我剛才的意思是我們先針對第1個議題，就是我們是否同意這個補點值的計算方

式，再來討論錢的來源，不然待會討論時兩個點混在一起會不清楚，我沒有要馬上做結論，所以我們現在就針對這一點，是不是還是依照這個針對補點值計算方式的發言順序，我們先請陳相國委員，是不是針對點值計算的部分，我們先有一個共識。

陳委員相國：主席，各位委員，大家好，我們西醫基層非常贊成衛福部社保司跟健保署提出的點值補貼方案，這個計算方法非常合理也符合各區不同需求，它是各區下去補，在補完之後，若平均點值沒有到0.9就補到0.9，符合一貫補貼方式，且這個計算方法很科學，很有立論基礎，因為109年到111年都是疫情期間，就醫情況會被COVID-19所扭曲，所以它用108年做為base計算各區件數的gap，以統計各區所需費用，所以我們西醫基層蠻支持也感謝健保署提出這個方案，我覺得算的很好、很合理，且補充的規模有擴大4倍左右。

第2點意見，依照健保署計算，在南區醫院院長拜託我發言，醫院補充金額到36億元，但南區醫院組拿到的補助金額只有0.3億元，南區占全部總額為14.6%，如果按照這次醫院補助達到36億元，南區理論上可拿到5.2億元，南區本來就是控管很嚴格，從108年第4季開始就是用階段性的高額折付，跟其他區不一樣，朱益宏院長應該知道南區是第1階段打0.75折，第2階段打0.5折，第3階段打0.15折，所以南區在那段期間呈現的點值都是控管後的點值，因此南區醫院院長一直希望我反映補助南區的方式可以稍微更改一些，希望更加符合公平性、衡平性，這是我個人發言，我完全贊成補助點值的這個方案，因為這是國家出錢挹注安全準備金有440億元，並不是由付費者出錢補助這個方案，以上。

盧主任委員瑞芬：現在請李永振委員，也是針對點值計算方式表示意見。

李委員永振：謝謝，本來沒有要講這一點，但剛才大家一直提到200億元、240億元，在我的認知這440億元是用於補助健保財務，沒有指定用途，現在為這項搞到疫情問題，講白一點啦，因為選舉啦，

要講這麼白嗎！就是這2年不要調保費，現在又扯到多一個理由出來，先釐清這440億元的另外挹注，它原來的用意是什麼？因為我們在討論費率審議前諮詢的時候，就是這樣講的啊！

第2點是關於現在討論的議題，我個人認為處理應該回歸總額統包的概念，依據現在有關的一些規定來處理，如果健保署認為而且對外放話應該要怎麼樣去處理，這樣沒有關係，你就用公務預算去處理，因為我們現在已經有了辦法，就是這一個非預期風險部分，就是健保預算8億元，如果在8億元裡面要怎麼去分配，這個可以去討論，因為一定不足夠，至於分配的方式，應該要有一個辦法在那邊，你如果對那個辦法有意見，再提出來討論那是以後的事，上一次會議在討論議程我就講過，不是混在一起，我現在怎麼樣，發生的時候就是辦法不完備，當時候在訂辦法為什麼不說呢？到事情發生才講，我同意可能不周全，但是不周全就照這樣先處理，另外的事情以後再講。

剛才有提到108年的情形，這裡還是要再重複一次，因為這個跟3年疫情有關，由於3年疫情我們的總額分別成長了5.237%、3.323%、3.320%，如果用複利來算，112年大概比108年增加了12.1%，這3年裡面的醫療量能降載，到底是怎麼回事，這是何語委員上次提到，現在錢給你，弄出去調整支付標準，上次說健保署應該檢討這些再拿出來談，不然我們現在看到點值下降是事實，但是背後原因是怎樣，要先講清楚。

上次會議文德委員有提過，點值超過1的時候不講，現在不夠才講，當然非預期的話可以提出來，但是我們有非預期的預算在那邊去處理那個部分，這一點大家應該要考量，這3年的錢我們一毛錢都沒減，都支出去了，112年較108年是成長12%，也不是原來108年的水準，這樣子錢丟進去結果不見了，依照108年的量能成長到現在，這是怎麼回事，目前看到點值資料，你這樣講我們不會接受。

另外第2點，大家可以考量，看到11月12日自由時報A7版報導轉

述，蔡總統曾提到不是所有東西都要靠健保，政府公務預算在公共衛生、預防醫學可以有更多的投入，而且後來就看到相關資訊，但是今年較108年有成長12%，夠不夠再去另外考量，明年會有200億元，還有護理人員的180億元，媒體記者詢問，200億元跟180億元有沒有重疊，回答沒有，所以明年開始每一年有380億元投進去，如果這個不講清楚，未來那個又不見了，一直投進去，投進去就不見了，這樣永遠錢都不夠，因為錢投進來後，調整支付標準，將來點值又不夠，這些故事一直在演，我們這屆演完，下屆又繼續演，這樣下去我們的議事效率就會被打問號，當然不是健保會沒有努力，是因為你整個過程交代不清楚，健保會只能用你提供的數據來考慮，永遠在討論的時候又換另外一批人，永遠都在原點上面打轉，我覺得這樣是不好。

盧主任委員瑞芬：李委員的重點還是在錢的部分，就是說政府今年的240億元挹注部分，我們現在是先針對他們計算點值的方式，大家同不同意，希望有一個共識，或是沒有共識也可以，我們先把第1個問題解決，再討論第2個問題，不過因為剛才已經針對大家對於主計總處撥的錢有看法，是不是請黃委員對於這部分簡短回應，這樣才能聚焦，不然今天會議開不完。

李委員永振：先歸納一下我剛才講的，我的意思是這主題就回到總額統包的概念，非預期就依目前的辦法，這樣去處理就對了，如果按照那個規定，中醫就是今年上半年2季都可以，西醫基層也有符合，其他如果有多出來的，就由公務預算去處理。

盧主任委員瑞芬：那是後面的問題，現在健保署已經提出怎麼去計算要補點值這一塊，李委員的意見我們都聽到了，我先請主計總處代表簡單回應一下撥進來240億元的性質。

黃委員小娟：我先回應一下，政府在112年有編240億元，是編在衛福部的預算中，預算書有明定用途是用於撥補健保基金，目的是為了改善健保財務，撥到健保基金，原則上就是挹注安全準備，至於現在討論的撥補點值，可不可以動用安全準備，或者是要回到總額

內，這個部分，原則上，應該要由衛福部，就是主管機關就健保法的相關法令規定予以說明，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來先請滕委員。

滕委員西華：謝謝主席，我原本要回應剛剛劉淑瓊委員的發言，及社保司就法規面的解釋，提出我的意見，結果大家已經進入實質討論，我就一併說出我的意見。

對於社保司就健保法的解讀，我有非常不同的看法，若依照健保法第 2 條~第 5 條的精神來看，今天我們討論的內容涉及保險給付範圍，要付多少錢？付什麼樣的錢？付了錢後，不管是否從安全準備金提撥，都跟保險費率的審議有關，這怎麼會是在第 5 條的第 1 項第 5 款，這不是監理事項，按照法規，這是屬於健保會要審議的事項，不是備查，如果是備查，你們就跟行政院主計總處講好就好，不用拿來這討論，不管是不是因為選舉，大家都有管道去找高層，就不用來這裡找我們基層討論，我認為並不是這樣，就法規面的解釋，我是很不同意社保司的見解。

關於要不要補點值這件事，因為現在健保署提的是，比照降級前以公務預算支應模式，也就是建議 COVID-19 費用及類流感案件相較 108 年同期增加之費用點數，予以補助每點 1 元計後，平均點值未至每點 0.9 者，再補到每點 0.9 元。我想請大家回憶一下，先前在 COVID-19 流行期間，依照總額精神，也有點值超過每點 1 元的情形，一樣都回歸總額，並沒有說服務量能要不要比照，如果沒有到去年或是 108 年同期的服務量，就要將其扣回安全準備，並沒有這樣做。因為總額就是這樣，民眾沒有就醫省下來的錢還是回到總額，也不管是不是有 waiting 的問題。在 COVID-19 流行期間，有病人延遲就醫，然後回應到下個年度或是在下 2 季，或是醫院調配資源用以服務 COVID-19 病人。事實上，政府公務預算也有支應醫療院所服務 COVID-19 病人的部分。健保被保險人，因為服務量能、醫療量能的改變，延遲就醫的費用，現在要回來補，但前面該就醫而沒有就醫，或無法就醫的部分，其實是沒有影響到醫療給

付，所以沒有人去看到被保險人權益，沒想到就是延後就醫後，當年他要去看病而沒辦法看病，隔年或之後要去看病，他又要拿出一筆錢付他本來要看病而沒去看病的錢，這部分難道就沒有保險給付的邏輯性問題嗎？這是第 1 點。

第 2 點，在 110 年時，在委員會議有討論過，因為某些醫院收入小於 9 成，我們就補到 9 成，那些認真服務病人，收入超過 9 成的醫院，我們也只補到 9 成，當時委員會就說，這樣不符合保險給付原理，保險給付原理是你有提供服務就給你錢，如果超過的在總額範圍內，點值沒有到每點 1 元的話，除了保障點值的費用外，就採平均點值或服務點值，結果當年度用總額的費用中，某些醫院願意自己砍掉自己的服務點數，超過 9 成沒關係，你就不要給我，你就拿去付給那些服務量沒有到 9 成的醫院，對不起，這也是健保的錢，當時也沒有人覺得這個錢好像不應該給，我們反對也沒有用，在總額裡面已經有連續 2 個破壞總額精神的案例。

第 3 個，如果按照補點值的概念，為什麼不是參照 108 年點值，為什麼要以每點 1 元撥，為什麼是要用平均點值算到 0.9？如果是參照 108 年的服務量能，那參照的基準也不對啊，公務預算每點 1 元是用在傳染病防治，如果要這樣的話，應該請疾管署另外用公務預算補，因為每點 1 元這件事情，在健保總額中，除需保障或鼓勵的服務項目有保障點值外，都沒有這樣的概念。更不用講，當然會有 upcoding 的問題，怎麼會沒有 upcoding 問題。再來 108 年~112 年支付標準也不一樣啊，光看診察費就調過多少了，如果又不參照 108 年的支付點數或平均點值來計算，用 112 年的支付標準回補到每點 1 元，等於被保險人又要再拿出相較 108 年用較高的支付點數回補，我們在總額協商的非協商因素的公式中，滾入基期的成長率都沒有算了，光是支付標準的調升，在這裡就有不同的金額，健保署要不要告訴我們，如果要按照 108 年服務量和點值，108 年~112 年的支付標準產生什麼樣的變化，特別是基層的診察費調整非常的多，醫院調整的還沒那麼多，我覺得光這幾件疑問就應該要被回答，才有辦法決定目前點值計算的對不對，因為剛主席講要用點值

計算，先不要講要不要補點值，光用點值參照這件事，我就有 4 個疑問，我就不太明白。那要不要用安全準備金，安全準備的部分，主計總處的黃委員也回答了，安全準備之所以給衛福部，是因為主計總處用公務預算撥補，而健保基金，這個是由衛福部管轄，它指定給健保基金，我們現在是指定捐款的概念，因為這筆指定給衛福部，所以衛福部愛怎麼用就怎麼用嗎？如果是這樣，其實也不符合健保法第 5 條的設計。

而且李永振委員有提到健保法第 76 條，安全準備是為了平衡健保保險財務當年度收支餘絀不足，也就是收的保費不足以支應總額支出時，所以用安全準備滾進來，再看看夠不夠要不要調整費率。當時補助 240 億元正好支持部長說不用調整費率，是因為補進來後，安全準備金符合法定的範圍。以前說安全準備金要有 1.5 個月~2 個月，付費者說，1 個公司的安全準備要到 1.5 個月，那時安全準備金不到 1.5 個月時，大家就說要漲費率。現在政府要自己做莊的時候，就說不用到 1.5 個月或 2 個月沒關係，只要有 1 個月或接近 1 個月就好。這就讓人覺得政治的干擾因素對總額的影響太大，如果是這樣非預期調整因素，我想是不是用別的費用，用公務預算補，我都沒意見，若因為 COVID-19 關係，國家要用各種預算去支持醫界，我覺得都非常好，不管是設備也好、不管是點值也好、各種名目都好，只要用公務預算，有額外費用可以補。可是在總額其他預算中有編列 1 個項目是「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，其動支的程序，有 1 個條件是平均點值低於 0.9，及較去年同季點值下降幅度大於 5%。對不起，為什麼編 8 億元，就是上限制，並依照比例分配，如果上限制打開了，以後不用這筆錢，不用編 8 億元，編 80 億元也沒有用，編 0 元也沒用，因為如果使用這筆費用動支的法律要件，今天可以被我們認可，以後付費者代表不用給 8 億元了，因為 8 億元形同虛設，那個就是許願池，就是給一個項目讓他許願，任何項目的預算沒有用完就是滾回安全準備，惟有這個項目是沒有上限的，所以我覺得這個法律的邏輯應該要先被確認。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我們現在請何語代理委員發言，然後請健保署回應，後面還有很多委員，請各位委員發言盡量控制在3分鐘內，謝謝，請何代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席，各位委員大家好，我第2次發言，針對本案我有幾個面向要提出，第1個是法律依據，剛剛劉司長講的，離法律依據太遠了，如果依法律依據，沒有合法的支付是不應該、不合法的，今天任何付費者委員決定的話，是違法的決定。

第2個，在這個面向，以理、以情來講，我同意他們點值太低，應該用什麼方式補平？但是它的公平性在哪裡？剛剛滕委員說哪一區超過9成就不必補，對於他們付出的公平性、醫療權利完全抹煞掉，完全沒有公平性，我認為依法、依情、依理、依公平性，今天付費者委員要果斷地決定。

調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，文字寫得很清楚，這不是補點值，如果在這個項目中，如果項目名稱是編列一筆預算來補點值，今天我們沒話講，但這個是非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，不是去補點值，用來補點值，名不正言不順，如果這樣的話，未來、明年要怎麼編這筆預算？

第3個面向是，依法付費者委員在總額的責任有2個，1個是總額協商、總額的分配，這是錢的部分；第2個是監理部分，是屬於人的部分。劉司長說健保法第5條第1項第5款是監理部分，監理不是去監理醫院的錢是否有亂花、錢怎麼使用，錢不足怎麼補，不是！監理的部分是針對醫療人員人力，以及事情來做監理的工作，錢的部分才是總額協商、總額分配，那是付費者委員兩大的工作任務目標及職責。因此，我認為在健保安全準備中，很抱歉，健保署到現在沒有單獨列一筆項目非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，自92年起累計回歸健保安全準備金約89.7億元，既然健保署沒有在安全準備金額中單獨列1個項目，就沒有這筆錢了，哪有這筆錢？雨水滴下來到水庫就變水庫的水，怎麼會說，這部分是雨

水、這部分是地下水、這部分是泉水，沒有啊，沒有列這個項目啊，既然沒有列這個項目，哪裡說從安全準備金中，有 89.7 億元可以補點值的錢，錢從哪裡來？根本沒有，這是安全準備金的錢不是非預期風險結存下來的錢，你沒有編列這個項目，從健保開辦到今天為止，結餘款沒有寫這個結餘多少錢，那項結餘多少錢，總計結餘多少錢，沒有，不是這樣子的概念，希望我們付費者委員也能清楚。

政府撥補的公務預算，它的總名稱已經叫做安全準備，沒有編 1 個補點值的撥補預算，沒有啊，剛剛主計總處黃委員已經說明得很清楚，依法律走，所以我認為如果大家同意的話，可以動用的是當年度的 8 億元，以前沒有錢了，以前哪有 89.7 億元的錢，沒有這筆錢，完全沒有。我的意思是，如果今天要動用安全準備金補這些點值，付費者委員可以同意用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元來補，這是我的意見。

盧主任委員瑞芬：謝謝，先請社保司補充說明一下。

劉委員玉娟：補充一下，剛好主計總處在這邊，在我們預算書的科目中，有 1 個其他業務預算，有 2 個不同的收入來源，1 個是其他補助的收入，1 個是依法分配的收入，例如菸捐、公益彩券...等等；這次 240 億元就是從其他補助收入進來的，並不是放在安全準備金，它是依照政府撥補在全民健康保險基金，剛剛主計總處黃委員也提到未來.....，那安全準備金到底是什麼？我補充說明一下，當我們有餘絀時，就會到安全準備金，所以今天是說，我們運用健保基金的時候，因為它是特別預算下來的，是在健保基金裡面，有餘絀的時候，才會是安全準備金。我先補充給滕委員知道。

至於我們引用的法，剛剛用的是比較廣義一點，如果用健保法第 5 條第 1 項第 5 款不是很合適，事實上，我們尊重諮詢健保會的意見，在運用相關基金或是在安全準備金上，都可以做一番討論，也謝謝委員。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請石署長說明一下。

石署長崇良：謝謝很多委員的指教，我想因為問題很多，我在這裡先做一些說明，以免所有的委員都發表意見後，我們有遺漏之處。

第 1 個是，大家都在指教總額的概念，大家也看到最近媒體上也有報導，總額的創立者葉金川前總經理也提到，其實總額目前已經偏離原本的設計精神，到底總額是不是還應該繼續存在，先姑且不論，不過從總額預算支付制度的概念，就是在 1 個可預測情形下的前瞻性預算模式，所以我們會考量各種的歷史因素做未來的預算推估，才會有所謂的總額。如果它是無法預測的情形，就不應該以總額預算的方式來執行，這是最基本的本質。

回顧過去的疫情，確實已經偏離我們的總額預測，疫情的因素對某些的服務增加，對某些的服務減少，都不是用過去歷史因素所堆疊出來的總額預算模式所能夠預測。回到基本面講，過去這幾年的總額應該要回歸到服務量的實際支付成本去支付，除了服務量的本身，服務成本的增加也應該要一併考量，不過既然已經是過去的事情，我們大概也無法做討論。

因此在這次計算的參考基準，為何不用 109 年~111 年疫情期間的資料，是因為當時有很多的醫療服務是以公務預算去支應呼吸道感染的費用，都不在總額的基期裡面，而無法用此做比較基礎，所以採用 108 年做比較基礎，這是第 1 個。

第 2 個，在講到總額預算中有「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需費用」項目，可用來動支補貼，其實會有這個項目也就是如同我前面所講，總額是在 1 個可預測情形下運作的前瞻性預算模式，但是一定會發生有不可預期的情形，所以才編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」這個項目。至於這個金額多少，既然是非預期，就無法正確的推估，所以並不是編列 8 億元，就以 8 億元為上限，它只是概括的估算，因為從歷年來看，確實也曾動用過，只是金額的規模不會太大，都是屬於區域性改變，例如八仙塵爆或高雄氣爆時，都曾經動用過，只不過這次疫情是屬於全國性的影響，我們也在資料中畫出曲線給委員參考，因為它的

規模已經超出當時預估的「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的款項規模，所以我們才會提到需要動用安全準備金也好，或是用總額結餘款進行調整。

至於委員擔心這樣會不會變成是在補點值，要跟委員報告，這個不是所謂的補點值，既然有總額的預算，在總額可預測的範圍之內，是不應該有補點值的事情，應該是超出預測的部分，才是補點值，所以動用的依據是根據非預期風險或政策改變之影響。大家會想說，明年醫療院所會不會開始衝量，如果明年沒有這個因素、或排除了，自然就不會有補點值的事情，因為它的前提是有非預期風險或其他非預期政策改變所致的影響，才有所謂的補充費用的動用，至於動用的程序是依據「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，這個動支程序，只提到可以動用的條件有 2 個，若符合這 2 個條件則可以動用，但是很可惜的是，當時在訂這個程序時，並沒有明定如何補貼，只有訂定動用程序的符合條件，但是如何的補法並沒有明顯寫在上面，因此上次討論中醫總額部門如何補點值的時候，就由本署和中全會作出協商後，提到健保會來討論，因為在這個動支程序中，只明定動支條件，並沒有寫明如何補，所以當時大家也討論究竟補到 0.9 或補到 1。我們揆諸於原本動支程序的條件是平均點值低於 0.9，所以最後本署和中全會協商的結果，就回到補到 0.9，就是以動支條件作為參考依據，但是這個並不是限制只能夠補點值到 0.9，所以這個是根據各種情形的研判後討論出來，在健保會進行討論，徵詢各位委員的意見和同意，所以這個是有關於這個動支程序法源依據的說明。

其次，至於預算來源，剛剛有提到，這個預算當然有好幾個可能的考量。第 1 個，我們之所以考慮到安全準備金，也是揆諸於健保法提到安全準備金的動用就是在當年產生短絀，自然產生短絀，因為我們是總額預算，之所以會產生短絀只有 2 種情形，1 種是收不如預期，1 種是支超過預期，所謂收不如預期就是保費收入在前 1 年談總額時，這些財務的預估失準了，或是補充保費不及，或是一

般保費收取不夠，這時會產生收不如預期，致發生短絀而動用安全準備金。另 1 個就是支超過預期，就是只有非預期風險才可能產生支超出預期，因為我們的總額已經是明定了責任制，所以自然就用點值浮動去處理，所以唯一會產生支超出預期，只有在總額中編列的非預期風險或其他非預期政策因素改變的影響造成支超出預期，我們也認為這也是符合安全準備金動用條件，因此才這樣考慮。不過再回頭看，其實揆諸於歷年，在總額的預算及結算之間，也都還會有剩餘款將近大概 100 億元左右，以我們目前的推估，雖然今年還沒有做完完整結算，但應該如同往年一樣。預算與結算之間仍會有結餘，換言之，也不會超出到全年的總額預算當時的預算制的精神，這是財務的第 2 點說明。

第 3 個，退一萬步講，今年有公務預算 240 億元的挹注，在安全準備金的精神也是補齊短絀，這是安全準備金最基本的概念，我想在預算的部分做這樣說明。

至於有委員擔心會不會有 upcoding 及衡量的情形，這回歸到健保的審查制度，後續我們也會抽審或審查，各區也會做一些管理。

剛剛有幾位委員特別為醫院部分的地區，因為各區總額管理方式不同而有不平之鳴，為一些地區叫屈。今天所提到的，當然是以攤扣之前的點值來預估補貼的情形，但是剛也有委員提到，是不是有些地區在還沒攤扣之前，有嚴格控制，造成點值比較好，補貼會比較少，我們也不排除，在基層無論是中醫或西醫比較沒有這個問題，他們不像醫院部門，每個醫院有做小總額，如果說各位委員可以同意支持基層的部分，中醫跟西醫先按照今天的提案通過，醫院的部分我們可以保留，我們再找所有各區的醫院再來討論，也是可以權宜的方式。

盧主任委員瑞芬：現在就按照順序發言，請楊委員。

楊委員芸蘋：主席，各位委員大家好，署長這麼一講，好像蠻多問題都解決了，好像蠻多疑問大家都了解了，我也有蠻多問題在此，但經石署長解釋，我減低了一半，不過還是要講一下。剛署長提過六

分區管控不一樣，蠻多的狀況有小病大看、大病特看、沒病也看，有很多狀況衡量的部分，因為蠻多的，不要說基層，還有一些醫院、地區醫院、社區醫院都有這種狀況，管控不同，點數補助方式要一樣或不同，這就要討論。有關補點值問題，我沒有反對，只是要公平，要視地區不同或管理方式是否一樣，都要考慮。

然後也要考慮私立醫院跟公立醫院不同，因為公立醫院有補助14%的人事費用，私立醫院是沒有的，是不是這2個狀況不一樣的醫院有不一樣的補助方式，這也要討論。也要考慮公立醫院跟財團法人醫院補助方式是不是一樣，我不是反對，但我覺得要多方考慮，問題會比較少一點。

剛剛署長說了，今年補助，明年是不是會有補助，不一定，因為疫情過了，就不是非預期期間的狀況，可能就回歸一般平常點值，大家互相努力。

這3年疫情把我們的總額用盡，我希望將來有關流行病、一些特定疾病要回歸疾管署來管理支出，預防保健相關的費用回歸到國健署，不要用到健保總額。

現在南部的人比較少，當然點值會比較慘，希望能多方考慮點值怎麼公平性的補貼，讓大家都興趣繼續為患者來努力。

盧主任委員瑞芬：請侯俊良委員。

侯委員俊良：謝謝主席，我想跟大家做幾點說明，我先聲明這個案子我無法表達同意，因為我不瞭解整個實際上的內容，我就程序面的部分來跟大家談，第1個，這個案子會送到這裡當然是我們的權責，第2個，我想不管是醫界代表，或者是剛剛付費者的代表，包括署長的說明，都沒有說明清楚，因為大家對這案是有意見的，你沒有提供相關的說明讓大家理解，所以我覺得我們就沒有辦法做處理。

另外，我也瞭解石崇良署長的立場，但是就署長在媒體所講的，然後今天我們在這邊討論，其實付費者代表會感覺不受尊重，因為你已經對外講了，今天我們如果否定的話，後面要怎麼處理，我當

然瞭解署長你有你的立場，但就程序面來講，我覺得這是有問題的，在我沒有充分資訊去討論之前，主席剛剛說的第1個問題或第2個問題，我都無法表達同意與否，不是我否定、不是我不贊成，而是我沒有充分的資訊去處理。

第3個，我認為這件事情既然是非預期，可能之前沒有產生過的，我覺得就應該討論清楚，因為不管是各部門所提出的，即使這種補點值的方式是不是有一致性或特殊性都要講清楚，否則以後再發生類似的事情，我們就沒有依循了，不能每次都視個案處理，我覺得各方面的整個制度面是不會建立的，這些部分可能也要在提供資訊的過程中要一併思考，不管各部門或健保署，當然付費者代表也會考量這些問題。

好幾個委員都提到如果用公務預算就沒問題，我覺得他們是在害署長，當然政府有政府的決定要投入多少公務預算，對會內程序而言是OK，但對NGO(註)團體來說，我就有意見，教育也很需要公務預算去做處理，為什麼是補到健保，這就要大家討論清楚。所以這這裡面我不會有意見，但對外我就會有意見，我代表我的團體會盯這筆預算，政府很多預算應該挹注教育，教育也很重要，最簡單的方式就是政府去做處理，我們就不用討論，因為政府有政府的政策目標，就變成外面去討論。

最後，我不知道這議題有沒有很急，如果沒有很急，我相信大家今天不會有共識，我建議主席如果不急的話可以延期討論，依照現在的狀況，我覺得不會有共識，以上建議，謝謝。

註：NGO(Non-Governmental Organization，非政府組織)。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，我第2次發言，第1個，我針對這個案子表示同意，支持健保署的提案。第2個，關於社保司的解釋，我也支持社保司的解釋，這是用健保法第5條第1項第5款的規定，所以是一個諮詢的性質。我個人覺得就是說，剛剛有很多委員，甚至包括一些付費者委員，也認為說醫院比較複雜，尤其是各分區狀況，管控的程度不一樣，署長也說了，這些我覺得應該要給予充分的考量。

另外我特別要提到就是剛剛大家沒有提到的，因為在醫院裡面有3個層級，醫學中心、區域醫院、地區醫院，如果就平均點值來看，假設醫院整體平均點值是0.9，以過往經驗醫學中心大概會到0.92、地區醫院大概只有0.88，這是第一個情形。

第二個情形是有很多特殊的地區醫院，譬如說婦產科的專科醫院、精神科的專科醫院，或是呼吸照顧為主的小型地區醫院，這些醫院的平均點值幾乎接近浮動點值，就算今天整體不到0.9，對那家醫院或是少部分醫院可能只有0.85、0.84，我覺得在分區考量的時候，健保署內部是不是要對這樣的情形做一些局部調整，因為這是這些比較特殊的地區醫院先天性不公平的地方，在制度設計上就會產生不同的平均點值，這跟其他3個總額都不一樣，所以我也呼籲署長在考慮分區或是醫院總額研商議事會議談相關案件的時候，可能也要有一些配套來處理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：首先我呼應侯俊良委員，我覺得今天沒有任何要push付費者委員表態，今天要付費者委員表態是沒道理的，有幾個原因，第1個是數據沒有到位，我覺得不管是要我們提供意見或要表達贊成反對，我覺得都premature，對我們來講是不公平的對待。

第2個是我支持全年結算，請各位看到會議資料第146頁的圖1，如果今天圖1是一路往上走，我們就很急迫的需要趕快做決定，可是大家可以看到它是有上有下，換句話講，我們不否認第2季使用量可能增加，但我們還看不出來趨勢，我記得上次會議吳榮達委員及林文德委員都有提到全年結算，滕西華委員也有提到，所以不急著現在馬上要決定。

我也支持何語委員，就是這8億元，我不贊成動用安全準備，我想請教健保署，我很仔細拜讀了醫全會的聲明，聲明中是寫「應優先以公務預算撥補挹注」，但在健保署的說法中就轉成了安全準備，公務預算不等於安全準備，所以我覺得有偷換概念的嫌疑。

剛剛又一直提到240億元，我們上次在討論費率的時候，當時健

保署在240億元所做的說明，我念給大家聽「行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，112年撥補全民健康保險基金240億元」，這跟剛剛黃小娟委員講的是一樣的，換言之，當時這240億元是因為安全準備不夠1個月，極有可能要調整保費，那就回到李永振委員講的，為什麼那麼怕調整保費，我們大家也都心知肚明，所以我簡單講不要把健保的錢當作政府的政治公關提款機，我覺得這是很不宜的。

我不想說你們是為了選票，但是這每一分錢都是民眾的錢，我覺得你今天要用這樣的方式從健保挖錢，然後想方設法各種發放，我覺得健保署也為難，但是我就在這邊講，站在付費者的立場，反對動用安全準備，否則此例一開沒完沒了，因為這錢本來就不是用在這地方的。如果政府執政者認為說，醫界確實最近的服務量增加，你們為了任何理由，我不明說，你們覺得要補它，請用公務預算，不要來動民眾口袋的錢。

最後1點，就像石崇良署長講的安全準備類似預備金，無論中央、地方政府動用預備金時都有明確規範，可動支額度、動支條件、禁止事由、資訊公開都有明確的規定，從這個案子我們才發現，原來健保的安全準備到現在都沒有明確的支用規定，所以這就非常convenient，就像我剛剛說的，變成政府要做政治公關的提款機，我覺得這對民眾實在太不公道了，所以醫改會建議社保司就歷年使用的情況，完善安全準備的動支程序、資訊公開及相關法令，我們再來討論本案要不要、可不可以用到安全準備，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我知道我們這案子真的很難有共識，但是我大概還是要限制，是不是可以到林恩豪委員，因為林恩豪委員是第1次發言，干文男委員……就是到發言序第21號截止，只能討論到這時候，所以李永振委員最後1位發言，如果各位要開到3點，我們就繼續排進來，最後1位就是江錫仁委員，他很少發言，就最後1位，接下來是請李飛鵬委員。

李委員飛鵬：主席、各位長官、各位委員，我是醫院協會理事長李飛

鵬，我第1次發言。我新任所以我能夠非常體察付費者代表真的體諒蒼生，就是盡量在醫療費用上看住荷包，不要增加保費，我非常佩服各位的努力。有的委員提到為什麼第1季、第2季會突然……有的委員用衝量這樣的字眼來描述這件事，事實上是這樣，大家在疫情期間的這2、3年都很怕去醫院，比方說白內障、耳鼻喉科的中耳炎、腎結石，這些比較不急迫但平常就要治療的病人3年幾乎都沒有出來看，所以他們在疫情解封之後就出來看，尤其老年人口多，所以為何解封後醫療使用量突然爆量，造成醫院看病量增加後，點值就稀釋了。

我也當過院長，我發現每一季結算時點值非常低，各位也知道醫學中心、大醫院等很多醫院在醫療收入方面都不賺錢的，靠其他收入、募款、停車場挹注收入，所以點值低已經造成非常急迫的問題，我也佩服健保署的官員也考量到付費者的立場，希望在不要增加保費的情形下來解決這次疫情的突發性事件。

未來還會不會再有這件事情，那是過去一直很穩定，所以就算平常不打仗，平常不會用到手榴彈就編少一點，突然有戰爭就要編多一點，所以現在醫院等於是在前線打仗，跟大家講前面子彈糧食不夠，期待可以補充上去。我也體察到政府部門官員立場，政府部門就是沒有預算就沒有辦法撥，所以體制內我們支持健保署能夠在不增加保費的情形下，怎麼樣挪動預算支撐醫院讓我們度過困難的時期，所以我也請主席，在醫院這麼困難的狀況下，大家要不要贊成補醫院，先討論第1個前提，支持把點值拉上來，因為點值制是台灣特有的制度，實在太低的時候，就拜託大家同意在沒有漲保費的前提下，在急迫性特殊事件的前提下，先支持我們能夠通過，以上。

盧主任委員瑞芬：請周慶明委員。

周委員慶明：主席、各位委員大家午安，今天第1次發言，我其實要反映一些實際的基層狀況，第1個，當然要先聲明，因為可能時間會不夠，我支持健保署的提案，剛剛石崇良署長的說明其實也非常

清楚，非預期風險其實目前已經超出我們原來的預測，所以我們表達支持補點值的案子。

第2個，實際狀況下，3月20日解封之後，5月之前，4月有點小小的起來，其實我們預測會有一個高峰再來，但不曉得甚麼時候，果然5月就真的起來，大家可以看一下實際的數字，我們在基層看診的時候，我是耳鼻喉科所以接觸的都是呼吸道感染的病人，應該就是接近當時疫情的狀況，很多同仁跟我講開診所20幾年來，在5月從來沒有這麼多病人，因為呼吸道疾病在5月是低峰期、淡季，但今年5月病人非常多，而且這些病人中10個來看診的大概有8個發燒，發燒的8個做快篩的很少，他只是來告訴你說他發燒了，所以我們不知道他是不是確診，我們告訴他回去要做篩檢，篩檢後有些人會回報，大部分都不會回報，有的可能做了2條線，很少人會打電話回報，有的人是第2次來看診時，說他幾天前做快篩是2條線，這大概占不到一半，另一半可能沒做，也有可能是確診的，但是不知道。

剛剛也有講到upcoding的狀況，其實我個人覺得基層院所應該是downcoding，就是說登錄的數字會比實際的數字少很多，就剛剛講的有的沒有回報，那有回報或是看診時因為病人很多，我的個人經驗是他告訴我確診了，因為病人很多又很緊急，所以我每個都很快地看完，看完診後我發現前面好像有一個病人沒有coding到，所以coding的數字絕對會變少，有些診所並不知道要coding，3月的時候我跟健保署就有溝通這狀況，我們就回去跟通知會員如果有碰到確診病人要coding診斷碼U07.1，也經過各公會及各地研討會向大家宣導，但很多診所如果沒有注意到公會訊息或是沒有參與公會活動就沒有接觸到這訊息，所以有一些診所根本不知道要coding。

另外我要跟大家報告，coding本身就是病歷的一部分，我們記錄病人病情及開藥都是非常慎重的，如果upcoding，就是沒有申報成有，這是非常嚴重的事情，這是偽造文書、偽造病歷，所以我們看診及coding診斷碼的時候是非常慎重的，不會說沒有登記成有，我在這邊跟大家講的就是我覺得其實大家的疑慮是多餘的，我們其實

實際在執行的狀況是非常的謹慎，我們也希望因為時間非常緊迫，不是發言的時間，因為其實點值非常低，所以第一暫付的時候已經到0.7多，就是診所拿到的錢已經打到7折多，所以很多診所實際營運經濟狀況非常緊迫，而且年關將近，所以我們希望這個案子能盡快做個決定該怎麼補，不要再拖了，再拖的話基層的院所可能也都負擔不了，可能有的說要關診所了，這是很多會員跟我們反映，所以我們希望盡快決定這個事情，最後我還是要重申支持健保署的提案，以上報告。

盧主任委員瑞芬：請周麗芳委員。

周委員麗芳：主席、各位委員，剛剛在石崇良署長發言之後，我特別舉手是因為有關於這個財務來源，政府挹注的240億元回歸它的源頭其實是疫後強化經濟社會韌性的特別預算，源頭還是跟疫後相關的議題才編列這筆預算，也就是說這筆預算進到安全準備之後，我個人是同意剛剛署長所說，就是除了動支本身編在健保當中「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的8億元以外，我覺得動支安全準備是合理的。其次有關於到底是要補到點值0.9或是怎麼樣的數據，因為我們今天討論的這案子並不是沒有前例，因為先前討論中醫部門補111年度其實就已經討論過，這個案子在上個月的健保會當中也已經提案出來，所以點值到底要補到多少，因為健保署其實也援例做一些衡平考量，所以我也是贊成剛剛署長所說的，有關於包括中醫部門跟西醫基層部門的部分其實是可以先核付，尤其剛剛周慶明理事長有特別提到小型診所或小型醫院在營運過程中，它的資金是相當吃緊的，如果資金周轉不靈的時候，對於整個營運是會產生相當大的負面影響，所以我個人是支持剛剛署長所提出來的建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請干文男代理委員。

干代理委員文男(陳委員杰代理人)：主席，各位與會同仁，不是我遲到，我臨場受命，至於本案動用風險基金8億元還有其他，我的看法剛剛前幾位委員也都表達過，署長也講動用風險基金的2個條

件，如果按照這個條件，今年風調雨順應該不至於動用風險基金，如果說每一季的點值計算不足，我們可以理解，但是如果說一下子要動用，好像剛才聽了幾位委員，我也有同感，應該是你也給大家一個希望，結算以後還有100多億元，是否如同你講的有100多億元，是不是結算以後再來談這些事情，不要說有沒有都先講先給，先講先贏好像也是不好的。

何語代理委員也提到這案子很多不理解的地方一定要釐清，先給各位一個說帖讓人心服口服，應該回歸到總額精神裡面，尤其朱益宏委員，我看過每次的會議紀錄，你對於要補足每點1元的發言，我想這不是總額精神，如果是總額精神就不會補足。這個案子裡面，剛才也提出來，我聯想到以前動用過的八仙塵爆、高雄氣爆，那是代位求償，不知道健保署有沒有回收代位求償的錢，有沒有讓行政機關應去向支付的人來負責，我想在此詢問一下，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主委，我就簡短發言，剛剛要講的都講過了，首先，如果是有符合調節非預期風險動支標準的話，當然是可以提出來討論，因為就是有一個標準來評估，但是我想確認一下剛剛署長講的意思，現在要討論這案應該是因為公務費用不給，所以才來要用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，甚至要動用到安全準備金，剛剛署長講的意思是這個非預期風險應該算是其他非預期政策改變造成的吧，我的解讀是這樣，因為剛剛署長有這樣說，這是第1件事情。

當然符合標準我們就可以討論，沒問題，但是剛剛其他委員有講，雖然符合標準，但要怎麼調？怎麼補？還是要跟我們說明清楚，不是現在直接丟出來這些東西就叫我們做決定，因為本來主委是說先講要不要討論，但是反正大家都綜合說了，我就綜合說，這裡有一個要補的方式，其實我看不太懂，就是補助金額計算方式第2點，費用先補到每點1元，再去平均，再補到0.9元，我不知道這是怎麼弄的，搞不太清楚，剛剛署長講的意思是說先補到0.9元，

這裡又先補到每點1元，再去平均，再補到0.9元，這是不是未來說明的時候要說明的更清楚。我還是反對動用到安全準備，這點還是反對，明確的反對。至於符合這個標準的，我們都可以提出來討論。

剛剛周麗芳委員講到撥補240億元其實是疫後強化經濟社會韌性的特別預算，我的理解是政府覺得健保要漲價所以撥經費，撥經費就可以不用漲價，減輕民眾的負擔而已，不必然說整個經費要挹注到醫界，或切多少到醫界，這跟我們直觀的認知不一樣，因為剛周麗芳委員有提到，所以我再講一下。我整體的意見都講完了，如果下次要說明可以說明清楚一點，讓我們比較好做。

還有醫院部分，其實以前朱益宏委員在醫院總額研商議事會議也有問我，如果醫院也提出類似像中醫一樣的非預期風險方案，我會不會認同？可是因為那時候主席叫我不再發言了，我趁這個機會發言，我的標準很簡單，就是一致性，符合動支程序標準就拿出來討論，沒有支持誰或不支持誰的問題。

最後，上次在討論中醫的時候，不是有討論一些標準訂得不是很明確，上次有附帶要把它訂明確，剛剛好幾個委員也有提到，就是平均的問題，我覺得大部分委員的認知應該是年平均，但是現在好像一直在搞季平均，這部分是不是也要再明確化，因為上次就說過要把動支標準重新討論後再明確化，上次中醫是大家覺得當時沒講清楚，似乎也可以過就給它過了，但明明就有講說中醫過了以後，要好好把這些東西明訂清楚，未來才有一個明確的標準可以遵循，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：第1點，剛才聽到周慶明委員提到西醫基層好像蠻急的，所以我贊成剛才署長講的，先處理比較明確的中醫跟西醫基層，依照上一次我們討論中醫的基準方式，因為那時候討論很多，看怎麼修正林恩豪委員提到不足的部分，重點是要在總額8億元裡面去處理。

第2個，對於安全準備的匯集，我很認同剛才何語代理委員的神描述，如果放到安全準備後要再動支，就請依健保法第76條第2項的規定，它很清楚提到收支有短絀、不是餘絀，是收支短絀再去動用，不然現在這樣提出來除了健保署沒有依法行政外，還讓委員背黑鍋這樣不好，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請江錫仁委員。

江委員錫仁：謝謝主席，還有在座的長官跟各位委員，大家午安。我們牙醫總額雖然不是這次的補助對象，不過我還是非常贊同他們應該要受到一些補助，為什麼？因為在疫情期間很多事情本來就無法預期，很多民眾一生病就希望趕快能看醫生，甚至看不到醫生就非常緊張。我也知道付費者代表希望能幫民眾看緊荷包，但是很多民眾在生病的時候心裡非常脆弱，希望趕快看到醫生幫他解決問題，所以多花一些錢他也願意。這種情況確實會讓整個門診量更加增加，我相信醫療人員可能超時工作、甚至在高風險下看病，所以他們應該得到合理的待遇，我贊同應該要給他們補助。

盧主任委員瑞芬：謝謝，其實本案要有共識真的很難，我現在嘗試從兩邊找到1個最小公約數，但是所有意見都會陳上去。請何委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席，各位委員，我提修正建議案，第1點就是只能建議動用今年的非預期風險經費8億元，先處理中醫、西醫基層部門點值，剛才署長講的先處理。

另外我想提附帶建議，因為我下個月不一定會來開會，明年1月也不一定會來開會，因為今年其他預算有157億元，到年底結算時如果有結餘的部分，請健保署提出來分配給醫院，這是我提供的建議。總是在今年總額其他預算範圍裡面，你可以把它全部用掉，我想付費者還是這樣的建議跟精神。因為157億元裡面，除了8億元還有149億元，過去歷年都沒有用完，都有結餘一些款項，我想蔡副署長都很清楚，所以我是建議到今年12月結算後看看還剩多少錢，建議付費者支持署長再就該金額分配。(多位委員：不行啦)

盧主任委員瑞芬：因為剛才.....

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：我知道現在提這個出來是不行的、不能挪用，但是在這種非常狀況下，我剛才講法情理要兼顧，法的方面是很難解決的。但是如果依情理，我們也知道醫界的辛勞與困難，我只是希望用甚麼方法去彌補他們一些，這是我的看法，提供參考。

盧主任委員瑞芬：因為剛才又讓付費者代表最後一次發言，現在醫界也讓您最後一次發言，之後我們要做一個結論。

朱委員益宏：謝謝主席，因為主席要做結論。不管主席怎麼結論，我是建議就是說，因為剛剛一開始社保司就有講，它是依照健保法第5條第1項第5款，所以我覺得這案子最後，因為我看起來是雙方不可能有共識，所以我覺得就是陳述意見，然後直接給部長去裁，謝謝。因為依照第5條第1項第5款的話也是大家表達監理意見，最後的裁決還是在部長，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，我嘗試做個結論，就是綜合兩邊有共識的部分。其他沒有共識的部分，我們當然是所有的意見都陳上去讓部長做決定。

目前有共識的部分，應該是付費者看起來現在是願意同意，在符合非預期風險經費動支程序規定這8億元裡面，先把款撥給符合規定的中醫第1、2季，還有西醫基層第2季，剛才也提到希望是用年度結算的方式，這我們會在後面用意見的方式陳述。

最起碼目前應該有共識的部分是，同意用8億元補第1、2季的中醫跟第2季的西醫基層，目前這部分付費者代表是否同意？如果同意這個是共識，其他的部分就把各位的所有意見都陳上去，讓部長裁示，可以嗎？

滕委員西華：我有不同意見，主席如果要做這樣的裁示，那我發言的不同意見，就要列入紀錄，

盧主任委員瑞芬：一定、一定。

滕委員西華：我不知道付費者有沒有共識，但我聽起來是第1點，如果是在8億元以內支用看起來是這樣，但是你現在把醫院部門排除

在外，萬一醫院要用錢，按照前面這樣的概算，如果概算沒有改，8億元概算就用完了，醫院部門要怎麼辦？這是第1點。

第2點，我之前的主張就是浮動點值應該全年結算，你可以第1、2季先結算沒問題，但全年結算在113年的時候，我們才知道說，因為總額的概念，它在論量計酬底下，本來就不能看單季的量，單季的量不管是不是流行病學的關係，本來就會有不一樣的好發時期。現在還在打流感疫苗，它對類流感的coding還不知道將來怎麼辦，何況在7、8月已經呈現下降的趨勢。

浮動點值跟平均點值的概念原本就是全年結算的概念，而不是看單季，所以現在1、2季分配完，不管後面2季點值，我覺得也不符合制度精神。如果符合非預期風險經費動支程序沒有問題，但是它應該是要基於全年平均點值結算的概念底下，看一下哪1季確實在平均結算點值沒有達到標準就是低於0.9元又超過5%，第1、2季還是符合的話，才應該去動支這8億元。

我講說沒那麼急，因為已經是過去了，我們錢是一直在付，醫界並不會在這個月沒有拿到補貼，就沒有辦法營運、沒有辦法持續為被保險人提供服務。我覺得是不是真的有這個急迫性，實在是有待評估，選舉有急迫性，但補點值有沒有，我不知道。

盧主任委員瑞芬：我想小診所的確有時候會有現金流的問題，年度結算這部分署長是同意，最後一定是用年度結算，只是現在第1、2季先補給他們，但是最後年度結算的時候會再調整帳務。對不起，因為林文德委員第1次發言，他是專家學者，我們今天比較少聽到這個部分的意見，請林委員。

林委員文德：謝謝主席給我這機會，就是有關動用調節非預期風險經費這部分，它需要有2個條件，第1個是真的是非預期的，當初在設預算時沒有預想到有這樣的花費，這個是多出來的部分；第2個條件是點值要小於0.9元或是低於去年同1季5%。

盧瑞芬：高於。

林文德：點值低於.....

盧主任委員瑞芬：不是，成長率。

林委員文德：沒有，是點值也要低於5%。就是這2個條件符合之下才能用這個經費，但是我們今天案子裡面，實際上有一部分的總額部門只有符合1個，有的是2個都有符合，所以如果我們.....

石署長崇良：它是2個大條件，第1個大條件下有2個條件。

林委員文德：如果我們是針對這個狀況支用非預期風險經費，去補類流感或是COVID-19多出來的預算，這是很合理的；但是點值要補到0.9元的這部分，如果一旦我們同意這樣的方法，那以後點值有類似低於0.9元的情況，我們是不是都要有補到0.9元的機制呢？還是說，先就非預期風險經費的部分算一筆錢，算了之後點值如果不到0.9元，我們再補一筆錢；點值不到0.9元那是非預期風險造成的嗎？還是說，前面那部分我們已經補助非預期風險經費了，那不到0.9元，我們是用什麼樣的適用方法去補？如果今天沒有釐清這部分，同意西醫基層跟中醫去用這預算，就會導致未來都可以比照辦理，醫院這部分會變成我們把預算用完之後，它沒有其他預算可以來使用這筆費用，這是我的意見，請大家參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：因為這問題也蠻關鍵，就請署長或署內回應，因為本案討論已經超過52分鐘，我想雙方意見應該陳述的很清楚，只能成最後一點點共識，但是各位所有意見我們都會陳上去給部長定奪。

朱委員益宏：主席，是不是可以讓我先發言。

盧主任委員瑞芬：我們是不是請健保署先回應？就是針對這個部分.....

朱委員益宏：1分鐘就好，因為健保署等一下也可以一起回應。就是主席作的結論我有意見，因為醫院總額並不是不符合條件，而是健保署所採的計算方式，所以你不能說因為醫院總額不符合條件，所以先不用.....

盧主任委員瑞芬：我沒有說不符合。

朱委員益宏：因為剛才主席裁示說，符合條件的只有另外2個部門，

所以我覺得這個事情我們要澄清，醫院總額計算確實比較複雜，就像剛剛林老師講的，我覺得這部分要一併考慮，而不是說醫院複雜，然後依照健保署計算帳面上不符條件，所以我們就不用這8億元去補，我覺得醫院總額在8億元一定是符合條件，它也應該用8億先來補。

盧主任委員瑞芬：我們是不是先請健保署回應？

劉組長林義：剛剛委員有提到動支條件的部分，我們再說明一下。請各位委員翻到會議資料第144頁，動支條件有2個，1個是點值的下降率、1個是點數的成長率，這2個條件只要符合任何1個都可以。

所以可以回到第140頁，健保會有計算評估指標1跟2，大家可以看一下，這邊有112年第1季跟112年第2季。就這個指標來看的話，譬如說評估指標1就是點值，點值第1個要小於0.9，且下降幅度要達5%，這兩者都符合，就符合評估指標1，看起來中醫的第1、2季都符合，西醫基層跟牙醫不符合，這是第1個指標。

剛說指標1、2只要任何一個指標符合就可以，這是「或」的概念。指標二就是成長率要大於一定門檻，去年中醫的時候，我們就是用108年作為計算基期，但我們會減掉109~111年的成長率。大家可以看到下面評估的結果，就是中醫第1季跟第2季都符合，西醫基層只有第2季符合，牙醫都不符合。

所以綜合這2個指標，因為是「或」，所以只要有任何1個指標的任1個季達到就都會補貼。所以評估結果就是中醫第1、2季都可以，西醫基層是第2季，它是「或」的概念。

盧主任委員瑞芬：最後再問一下，付費者代表這個部分有沒有共識，健保署的提案是說符合非預期風險的動支條件，當然醫院部分比較複雜，健保署會跟醫院再來協商醫院非預期所產生的費用要怎麼處理，所以醫院部分是另案處理，絕對沒有說它不符合，但是在符合我們目前非預期風險動支程序規定中，西醫基層、中醫部分，付費者代表是否同意健保署的提議，因為他們都是小型診所，考慮他們現金流的問題，是不是同意健保署建議先用8億元去處理第1季、第

2季符合動支程序的部分？

滕委員西華：剛剛說的點值計算，是要重算還是以現在的版本？

盧主任委員瑞芬：以他目前的版本，因為是沿用之前中醫的做法。
(有委員回應：不一樣)不太一樣，對。

林委員恩豪：可以發言嗎？主委，剛剛不是有講嗎，如果現在把8億元用完，醫院再來就沒錢了，它要用什麼錢？因為現在健保署算出來，表面上醫院不符合規定，醫院說他們計算複雜，現在不是要跟健保署釐清到底他們是什麼狀況嗎？雖然他們現在提出這些錢，剛才滕委員講，反正現在這3個部門就是8億元可以分，可以等這3個部門確定多少後再來做分配，不然醫院就沒錢了。

盧主任委員瑞芬：剛才付費者代表基本上同意動支8億元，其他部分就要另外討論，因為付費者看起來是說你們認為可以動用的就是8億元，你們不同意.....

劉委員淑瓊：到今年結束之前總共也只有8億元，但如果以現在的數字，就是中醫跟西醫基層就把錢用完還不夠，而且剛才朱委員也講，對醫院也不合理，我覺得一個就是全年結算、一個就在8億元預算裡面，可是4個總額都要考量到。

盧主任委員瑞芬：目前是3個，請吳委員。

吳委員榮達：我可以提一個建議修正案，就在這8億元的範圍之內，分配的方式暫時依照第141頁目前估算金額的比率做8億元的分配，有關點值暫時以0.9元計算，不要再去分每點1元、然後完了以後再補0.9的問題，我建議這樣才有辦法暫時解決8億元分配的問題，以上。

盧主任委員瑞芬：王委員是第1次發言，我們讓第一次發言的委員先講話。

王委員惠玄：我剛查了一下240億元，並沒有白紙黑字或是立法程序、行政程序確定是等同安全準備金，所以我可否建議這240億元就是獨立叫健保基金，因為無論是現在的非預期風險調整的8億元有動支標準，或安全準備金在概念跟程序上都有更嚴謹的標準，跟

診所、醫院需要現金流，須趕快應急承諾挹注的基金，概念意義都不一樣，所以今天爭論很多方向。我可否建議把240億元視為健保基金的概念，然後準用非預期風險動支標準使用在COVID-19這些點值下降的議題，不曉得能否解套8億元不足跟動用安全準備金程序的問題。

另外我必須要echo林文德委員跟吳榮達委員早先所談到的，補足COVID-19的點值是一回事，但是整體的補到0.9元會有後續的問題，這部分真的建議健保署從長計議。包括就算真的補到0.9元，能否更詳細去區分，所謂COVID-19類流感相關的補到0.9元或許還有討論空間，可是全部項目都要補到0.9元，那往後年度怎麼辦？所有的項目都要補到0.9元，就沒有點值的問題，點值就只有0.9以上的空間。我之前發言也提過有下限，那要不要上限呢？對不對，其實其他國家是有點值的下限跟上限，我們一直在講下限要保障，那上限要不要做甚麼樣的處理呢？

盧主任委員瑞芬：好.....

劉委員淑瓊：主席，一句話，剛剛惠玄委員講到240億元，我覺得她是用心良苦要解套，但是這樣我們先前開會講的都不存在了嗎？因為一開始240億進來的說法，不論是公部門或健保署自己的說法，以及委員的認知都是為補安全準備之不足。所以當時已經說清楚了，這240億元就是安全準備，沒有健保基金這件事啦。

王委員惠玄：不好意思，我的意思是240億元到年底沒用完，當然毫無疑問會撥補到安全準備。

劉委員玉娟：我剛剛有提到，預算書上寫的是政府補撥到全民健康保險基金，是進到基金裡面，並沒有說撥補到安全準備金，所以主計總處那邊一定要說清楚。

盧主任委員瑞芬：請主計總處說明。

黃委員小娟：沒有錯，在公務預算裡面編了240億元，用途是要挹注健保基金，回到健保基金預算，是健保基金的收入，收入原則上不能收支作抵，預算要有支出用途，所以一定會回到安全準備，因為

收入扣掉支出，剩的就是安全準備，除非把總額內的不夠用安全準備支應，240億元就可能不會滾到安全準備，所以現在要討論的應該是動支安全準備的程序。

盧主任委員瑞芬：我們目前沒有動支安全準備的程序這一塊，所以這是比較大的爭議。

劉委員玉娟：我再次補充說明，剛剛劉淑瓊委員有提到安全準備金的動支，健保法第76條第2項有提到「本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」，有短絀的時候安全準備才會有啟動情形，今天健保署在說明裡面有做一個財務評估，有1.89個月安全準備，看起來有做評估。

盧主任委員瑞芬：看起來連基本共識都沒有，請陳相國委員發言。

陳委員相國：感謝大家發言，我覺得這議題談論到下午5點都沒有結論，醫師公會全聯會建議兩案併陳。

盧主任委員瑞芬：我不嘗試做任何結論，因為大家的意見非常發散。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席，程序問題，這不是總額協商，怎麼會有兩案併陳？

盧主任委員瑞芬：不是兩案，是所有的意見，我們已經超時1個多小時，我應用最後主席的權利，我們把所有委員的意見，包含動支的內容、可否用到安全準備，無論付費者代表或醫界代表的意見，我們會把各位所有的意見陳給部長做參考。這就是本案歷經快2小時討論的最後結論，其實部長原本就是想諮詢健保會的意見，各位的意見我們都會陳上去，請問健保署有無要補充？請周慶明委員。

周委員慶明：我有感而發，在疫情期間這3、4年間，所有的醫療單位、醫護人員真的都非常辛苦，尤其第一波死亡率超過10%的時候，我們在第一線，大家提著鋼盔，穿著密不透風的隔離衣在照護、診斷或篩檢，這段時間大家很辛苦、很委屈，也明顯看到點值的滑落跟疫情有相關，希望對所有的醫療單位，包括醫院跟基層，能夠趕快把這件事情照顧好，未來疫情如果再來，大家如果士氣高昂的話，還是會提著鋼盔往前衝，希望中央政府及各位委員，能給

我們更多的支持跟鼓勵，我們一定會為了全民繼續努力。

盧主任委員瑞芬：謝謝周委員，我想付費者代表委員的發言也對醫界有百分百的肯定，現在待解決的就是行政上跟現有的法規上要怎麼樣去執行，我們會把各位意見都陳給部長，由部長來定奪。請干文男代理委員。

干代理委員文男(陳委員杰代理人)：我前幾天到大陸，青島人口是1,150萬人，當地的健委知道我去，特別跟我見面，他問我們的COVID-19有沒有限制百姓看病，我回答沒有，他就說為什麼我們會有「報復性」的名詞出現，有限制就有報復性，沒有限制，病人有就醫需要就看診，現在只是就診人數比較多一點，以後就不要講「報復性」的用語。

盧主任委員瑞芬：接著進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

林委員文德會後書面意見：疫後新冠及類流感個案的大幅增加，確實符合非預期風險預算之適用範圍，健保署提案予以補償，應屬合適，惟補償的合理性宜再斟酌。以西醫基層為例，在補助 COVID-19 及類流感前，全區的平均點值已超過 0.9，補助後，多數分區均大於 0.93，僅有台北分區低於 0.9，其他中醫及醫院部門亦有類似的情形。健保署建議將點值不足 0.9 的分區補足到 0.9，似未能考慮分區點值的差異可能受分區預算分配合理性及分區自主管理力度的影響，而非來自於「非預期的風險」。因此以「非預期風險的」預算補助點值未達 0.9 的分區，似不符本預算的適用範圍，亦有違總額預算分配的公平性及各分區專業自主管理的精神，建議宜再審慎考量。

劉委員淑瓊會後書面意見：經 112 年第 10 次委員會議討論，台灣醫療改革基金會認同解決因 COVID-19 降級解封後，就醫量改變造成點值衝擊之問題，以緩解醫療院所經營困難，但針對本提案有 3 點意見：

一、全民健康保險會對於「調節非預期風險及其他非預期政策改變

所需經費」因預算經費不足，中央健康保險署提案動支安全準備，我們表示反對：

(一)不論健保署的資料呈現、主計總處代表已充分敘明，該處挹注特別預算 240 億元，是為撥補安全準備不足之用，已撥入安全準備「水庫」。也就說是說，該款項不是公務預算，也無法匡列用途，即沒有因疫情專款專用的道理。

(二)政府將安全準備比作「預備金」，健保署提案動用安全準備，但至今安全準備動支程序及相關作業規範、禁止事由、資訊公開的辦法均付之闕如，違反法律保留，建請社會保險司訂定及完善作業辦法，衛生福利部應依法行政。

二、健保署屢指，醫療院所因現金流不足，故提案具急迫性。但是現金流的基本觀念是，機構或商號某一段時間內可以立刻拿出來使用的現金，醫療院所若現金流不足，健保署即可借款協助等。不應在於法無據的情況下，違反總額制度，且破壞以年度結算方式討論點值趨勢的往例，這是本末倒置。

三、建議點值撥補問題，應於評估資料更加完備、法令更加完善後，於 113 年重新提案，請健保署依各分區的人口、年齡情形，提出流行病學之趨勢報告，以及分析 COVID-19 與類流感案件的編碼情形，就高報編碼的狀況加以校正。而經費不足額度動支安全準備，雖非健保會權責範圍，但為維護總額制度與財務穩定，建請衛生福利部另以公務預算撥補。

伍、討論事項第三案「建請政府依法撥補102年~111年政府應負擔健保總經費法定下限36%差額，及恢復原健保法施行細則第45條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請提案委員李永振委員說明。

李委員永振：我代表補充說明，本提案相關事宜在重要業務報告的對外說明聯名函已約略提到，既然已經對外訴求，基於委員的職責，體制內亦應了解，所以才有本次的提案，我把裡面重點稍微說明。

第1點本案相關內容詳見於各年度健保會會議資料，決議重點則列在歷年繼續追蹤事項，較新的資訊有2項，1個是去年翁燕雪委員提供在主計總處發表的2篇文章，討論行政院協商的過程；另1項則是5月份委員會議社保司提供的104年、106年2項會議協商的資料。

今年4月份健保會十周年回顧也約略提及，今年5月份承主委吩咐我本人整理一個書面放在5月份會議資料，但是那篇資料的重點是在闡述付費者觀點跟主責單位說明不合法理的地方。附件二則將前述資料重新整理，時間序列及產生影響重現一次。感謝健保會委員、健保會同仁更用心挖出很多重點資料，附在後面供大家參考，而且由各種角色去探索，相信有興趣的委員可能要花點時間去研讀，大概可以了解掌握本案的訴求、發展過程的全貌。

第2點，本爭議使二代健保後10年少收入2,563億元，大概是安全準備最高時候的金額，其中菸捐挹注少了463億元，這在10周年展望時也提過，健保法施行細則第45條修訂則少收854億元，這2樣就少收1,317億元，不過這部分社保司說的，法的過程都很完整，大概要不回來，只有盡量訴求修法，第45條本來去年1月要修，但後來陳部長去選舉之後，好像又回到原點，蠻可惜的。

另外法定下限36%，法定下限不足數的差異數有1,246億元，這部分我可能要更新數據，上次10周年展望的時候，我有提到過是973億元，後來又發現102~104年還要再撥補270多億元，這部分還要等

待我們努力去爭取。前述的數據推估，因為受限於資料的提供，僅能依手邊能掌握的來估算，或許有誤差出入，健保署如果發現的話再請指正。

第3點目前針對健保法第3條第1項明定的法定下限計算公式中，應提列安全準備如何認定，社保司本次也提出說明，今天早上提供一份相對的質疑如補充資料2(本議事錄第84~88頁)供大家參考，整個過程的內容，各位看了可能會覺得了無新意，就把它當成一次的總複習，但是下列有3個關鍵一定要再提出來釐清。

第1點，健保法無明確定義「應提列或增列之安全準備」，這是社保司主責單位的想法，如果是真的這樣，我們在裡面找不到應提列安全準備，如果要凹成這樣解釋也可以，但是健保法第76條第1項規範它是安全準備的來源，應該是很清楚，所以，不管你用什麼樣方式去計算應提列安全準備，由第76條第1項算出來數字，就是一個下限，提列方式不能低於法定來源，這合理吧，所以社保司可能回去要再傷腦筋，以前沒有提到這一點。

第2點，健保法第76條第1項、第2項規範，社保司一直混淆使用，法規很清楚，第1項是安全準備來源就是講應提列的方式，第2項講短絀的時候才可以動用填補，但是你把第1項、第2項混在一起，整個就亂了套，事實上我們都有照第2項這樣做，當短絀時，比方110年短絀155億元，就從安全準備提出來做處理。

第3點，自行定義的方式得出應提列之安全準備等於實際營運的餘絀，這是一個重要的爭議，在9月份的委員會議曾經用投影片跟委員說明，在此就不贅述，結餘是安全準備來源其中一項，一定是正數，沒有帶入短絀負數取決的空間，更不能說計算營運的餘絀及其他4項來源有計入保險收入來混淆，因為安全準備的提存來源，在第76條第1項第1款很清楚，就是結餘，不管你在算結餘時，那4項有算進來，總歸就是結餘，如果照這樣的說法，其他4項可以不見，幹嘛訂第1款，就是結餘是其中來源，而且且計算公式中，最後還有減掉法定收入。

我不知道減掉法定收入，可能是因為這樣，可能會重複所以扣掉，我無法追出來源，但是如果照社保司的解釋，沒有那4項來源，但是在計算的時候去扣掉法定收入，這樣不是怪怪的嗎？以上補充，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我們同仁花很多心思做補充說明，把歷史沿革都寫上，真的可以至少開1學分的課程，一定請李永振委員擔任客座，非常謝謝李永振委員本著監理的精神持續不斷，說明已經非常清楚，同仁也整理得非常詳盡，現在開放委員發言，請楊委員。

楊委員芸蘋：各位委員好，27位委員都有連署發文給各單位，可見得本案是全體付費者代表及醫界代表委員都同意的提案，請務必要通過本案，這是法律規定要做的事情，李委員這麼多年窮追不捨，這次是正式提案，希望大家重視。

還有我們要落實怎麼樣讓健保不會倒，要落實分級醫療、轉診制度及使用者付費，確實執行健保法第43條應自行負擔部分，這兩者如果可以落實的話，相信健保可以永續經營，而且不會倒。

盧主任委員瑞芬：這的確是少數醫界跟付費者代表委員非常有共識的案子，請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：首先我支持這案通過，但我提出一個修正，當初李永振、林恩豪、劉淑瓊委員找我們發會議資料第243頁附錄六的聯名函，有27位團體代表委員，包括19位保險付費者代表，8位醫事服務提供者代表聯名，本案卻只有4位提案人，我感覺到很單薄無力，除非有聯名委員反對，建議把27位聯名委員納入共同提案人。

盧主任委員瑞芬：要把他們列進來還是要經過當事人同意。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：除非他自己說不要，才不必納入，若他們沒意見就變成共同提案人。

盧主任委員瑞芬：我們沒有辦法做這樣的決議，請李永振委員。

李委員永振：我先補充，我贊成何語代理委員的意見，當時為何沒把其他人納入，是因為來不及再徵詢，誠如主席說的，沒有再請他們

確認的話，納入會怪怪的，我們3個人先講好，陳杰委員在第一次聯名函時，就有回應要當提案人，所以就沒有再徵詢把他列入，過程是這樣。

盧主任委員瑞芬：現在有2位委員要發言，桌上的補充資料2是李永振委員針對社保司的回應，又再度回應及澄清，所以這個部分其實有提到，李委員在第3頁有點名主計總處，不曉得主計總處代表黃委員要不要說明。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：36%的議題，雇主代表已經聯名8次函，過去也提案過好幾次，我不再講內容，針對36%的議題，我至少發言10次以上，我支持這個案。

盧主任委員瑞芬：我們請當事人之一的主計總處黃委員說明。

滕委員西華：我可以先發言嗎？因為我也要請教。

盧主任委員瑞芬：現在先請滕西華委員。

滕委員西華：關於240億元是挹注在健保基金或安全準備的爭論，這240億元是否為政府最低負擔率36%中的分母？我想要請教李永振委員跟主計總處黃委員的意見與觀點。

盧主任委員瑞芬：我也請朱委員發言完後，再請黃委員回應。

朱委員益宏：我覺得李永振委員對這個議題非常用心，我本身也有參與連署，我覺得健保法規定原本政府有一個最低下限，現在選舉期間有一些意見是希望從36%提升到40%，幾位候選人好像也沒有反對的意思，我覺得全民健保基金規模8千多億元，即使政府負擔36%，也只負擔1/3，其他都是社會各界，包含你、我，大家都出錢，但是政府負擔比率不應該這麼低，我對李委員很抱歉，我認為在健保會沒辦法解決這問題，因為您提了很多次，如果可以解決，早就解決了，即使健保署認為該給，主計總處不點頭，一毛錢都沒有，層級應在行政院。

我為什麼特別這樣講，我記得疫情期間，小英總統政府編列且立法院通過8,800億元的特別預算，疫情剛開始時，我們也有去跟行政院、健保署、衛福部去爭取醫界從8,800億元裡面要多撥一點給

醫界，實際上醫界拿到的錢可能只有500~600、600~700億元而已，事實上非常少，我們那時候有向政府要求是不是可以撥多一點錢，但是政府兩手一攤說主計總處不答應，就算提到行政院院會，主計長一票就否決，我個人覺得這件事情要到行政院層級，主計總處要負責地面對這些，解決這些事，而不是把相關意見一而再、再而三地到健保會討論，當時李永振委員說連署到要到立法院，我也同意，因為這案子衛福部都無法解決。

盧主任委員瑞芬：大家都知道這可能是我們無法解決的事情，請黃委員說明。

黃委員小娟：首先健保法的主管機關是衛福部，相關解釋權應該由衛福部解釋比較詳細、完整、盡善，但36%涉及政府預算部分，當然主計總處也責無旁貸可以說明。

第1個先回應滕委員提到的240億元或今年的200億元，之前的費率審議前諮詢會議裡面也有提到，這跟36%無關，本來政府負擔的機制就不應該有這個。

對於政府負擔法定下限的解釋，我們認為不應該拘泥在單一條文，要回歸健保法的立法意旨及健保制度當初設計的精神。二代健保實施之前，政府都是用被保險人分攤比率34%，這也符合當初健保制度就是由民眾、政府、雇主三方衡平負擔。為何會有36%，就是二代健保後有補充保費2%，有立委提議要增加，最後才有36%，並非如委員所說政府負擔的是36%，可以再繼續往上到40%，這樣其實完全違背當初健保設計的精神，如果健保不要用保險制，要改成賦稅制，全部由政府負擔，我們也沒有意見。只是大家要知道，現在國民的租稅負擔率只有12%~14%，跟其他OECD國家30%~40%相比，國民負擔率相對低，要增加政府負擔比率是不容易的，一定會排擠到其他的正式支出，或可能要有賦稅改革，賦稅改革最後還是納稅義務人的錢，這部分還是請各位健保委員要再深思。

盧主任委員瑞芬：我想大家都知道，這個問題在健保會沒辦法解決，

為了節省時間起見，我做以下的決議，請林恩豪委員。

林委員恩豪：我只是說很簡短，其實36%的問題很簡單，請大家看補充資料1第42頁，有一些委員可能還不知道在吵什麼，其實很簡單，表2的部分，本來衛福部的見解是跟委員一樣，就是這邊這個零值，應提列或是增列安全準備不能是負數，表是主計總處的爭論方式，衛福部本來認為不能帶實際數的負數進去，本來是代零值，後來衛福部被主計總處說服。

但是委員並沒有被說服，所以長期以來才一直在爭論，剛剛黃委員有講，解釋權是在主管機關衛福部，當然一直在健保會吵根本沒用，我希望主管機關可以本著原本的想法、見解，去爭取這個原本的想法，不然現在永遠在這裡吵根本沒用，主管機關應該依照原本的見解繼續爭取，不要好像被主計總處說服了，應該本著職權跟民眾的權益，繼續用原本的想法爭取才對。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員發言，李委員最後一位發言，因為沒有什麼結論。

李委員永振：我還是要講一下，剛剛有提過36%的問題，在整理過程，我發現不管社保司或主計總處，他們在書面上一定會講法定下限36%，但在言談之中就不小心會露出狐狸尾巴，他們認定就是36%，事實上這過程我已經在這裡講好幾次了，當時提36%是當時執政黨，就是現在的在野黨，現在的執政黨提40%，當時折衝，當時國民黨比較多人，才用36%，不得已才加上「至少」，這個至少很重要，政府負擔比例是浮動的，但浮動下不能少於36%，這是第1點。

第2點，我也很佩服他們有時候就隔空抓藥，抓幾條法條就可以出來講，譬如說健保的收入面相關規定，是根據健保法第2條、第3條、第17條，其中第3條第1項^(註1)就很清楚，公式定在那邊，哪容許你還有什麼收入面的講法，所以依法無據，大概是這個意思。修正健保法施行細則第45條也一樣，此項修正法源原指健保法第3條第2項^(註1)之「依法令規定」，就說這邊有規定，還有其他的部分，

不是只有健保法而已，是其他的都可以納進來，所以因為這樣，當時協商的政府也不曉得他怎麼想的，可能也沒有去看，因為我們也是歷經6、7年才整理出這結果，當時要他們去看可能也有點為難，但就因為修正健保法施行細則第45條這件事，使得在105~111年之間健保收入就少了854億元，今天才會在費率審議的時候，如果沒有那440億元多進來挹注的話，可能這2年都會調高費率，所以在下一個費率審議案裡面，才會請健保署把它整理出來讓大家了解(註2)，謝謝。

註1：全民健康保險法第3條規定：第1項，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六；第2項，政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。

註2：參閱討論事項第四案投影片第4張(補充資料1第6頁)。

盧主任委員瑞芬：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：1分鐘就好，我覺得這案子剛剛恩豪委員就已經講的很清楚，這明明是衛福部的責任、職責，是你應該做的事情為什麼就被說服了呢？可否大刀闊斧在這次就決定好，既然這次委員會議有這個提案，不要說在健保會中不能決定，剛才黃小娟委員也講得很清楚，這責任在衛福部，可能請署長也要幫我們去說服一下衛福部，看案子如何能通盤考慮及如何解決，請署長要負一點大責，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請黃小娟委員。

黃委員小娟：想再補充一下，用收入面來計算政府負擔的比率這部分的見解是衛福部意見，而不是主計總處的意見。

主計總處只是認為，既然你要用收入面來計算，不能在收大於支的時候就用收入面，在支大於收的時候，又反過來要改用支出面計算，這樣就沒有一致性，且在法律解釋權方面也沒有安定性，反反覆覆，一下用收、一下用支，是不合理的。剛剛委員有講到，為什麼用收入面、是依據健保法哪些條文規定、到底合不合適，這應該是要由衛福部來捍衛及說明，以上。

盧主任委員瑞芬：請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：我提一個建議案，但不要列入會議紀錄，由全國工業總會指導的九大工商團體，從11月29日起每天都有三黨候選人的經濟發展論壇，李永振委員是代表工商協進會，該會理事長也要主持其中賴清德副總統那場，我建議李永振委員用工商協進會的名義，提案請教3位總統候選人，未來若當選，怎麼解決36%的問題，提前去請教，這樣好不好。

盧主任委員瑞芬：何代理委員，抱歉，本會議事錄是採取實言錄方式，您的發言一定要列入。因為這個議題真的不是我們能解決，今日會議已超過時間，是不是這案子可讓我做簡單的結論，多年來大家都講過很多意見，問題就在於解釋法令的部分，所以各位都已經找到源頭，所以基本上我做一個簡單結論，也是督促衛福部，麻煩他們積極處理。

所以我在這個部分做成結論：委員基於監理的法定責任，關切政府應負擔健保財務責任相關建議，併同發言實錄函請衛福部積極回應處理。現在先進行最後一個討論案後再休息一下，後面還有報告事項。

吳委員榮達：主席對不起，我想針對討論事項第二案再補充一個很重要的意見，因為要給部長參考。依健保法第60條「本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始6個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定」，為何我提出這條文要讓部長了解，因為部長已核定112年度的醫療給付費用總額，額度就這麼多，但剛剛所討論的第二案內容，有無可能會超過112年度已核定總額之額度，一定要經過結算才知道，所以我建議這案子要不要補，應該要在結算後再來討論。以上意見，這個一定要給部長參考，有法律問題。

盧主任委員瑞芬：謝謝，吳委員的意見一定會放進來，但是因為討論事項第二案的提案人是健保署，所以剛才結論應該修改為，委員表達不同意見，我們會併同發言實錄送請健保署參考，這是因為提案人是健保署，當然最後還是會到部裡。請林恩豪委員。

林委員恩豪：主委的意思是說，討論事項第二案的內容不會再送進來本會討論了嗎？就是健保署不會再去修正說明，再送回來讓我們看撥補的方式是否合理再決定？現在結論是健保署自己弄一弄就送上去？

盧主任委員瑞芬：理論上應該是這樣，如果他要動用我們監督使用的錢，這部分應該還是會回來告訴我們。

林委員恩豪：所以若要動用其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目，還是會回來討論再決定？

盧主任委員瑞芬：現在提案人是健保署，所以我們的意見是送健保署參考，但健保署最後還是會看最高主管機關，也就是衛福部的決定。接下來進入最後一個討論案。

陸、討論事項第四案「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)審議案」與會人員發言實錄(原討論事項第二案)

同仁宣讀

溫科長怡琚：略。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這部分健保會同仁有沒有要補充說明？沒有，那現在就請委員發言，請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我想問一個問題，今天稍早在討論事項第二案有很多討論，現在本案則是要審113年度的費率，那想先釐清112年度總額其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目的金額，是用8億元還是用50億元來計算？因為如果真的要補點值，健保署推估需要約47億元。其實若可回答這個問題就可解惑，以我們現在的方式，是量出為入的運作概念，所以前面先談定了總額，後面一路就根據這個數據，來決定現在費率要給多少。如果我們現在按照健保署推估的數字，把費率決定下來，並決定這次費率不調整，但你事後要拿走安全準備，第1個，這有沒有依法行政的問題？法律上根本沒有這樣規定，請參閱健保法第76條，只有虧損時才會動用安全準備，安全準備只有加、沒有減，從來沒有在決定完費率後，也就是已先審閱完財務推估數字並決定費率後，事後才要用「調節非預期風險」之因素，拿走安全準備，法條都沒有這樣的相關規定，且制度上運作也完全不符合前後邏輯。因為我們是先討論支出，再依照數字來決定費率，而且這應該要完整進行制度性討論。假設有一天收入預估失準，導致安全準備真的是負數，那「調節非預期風險」要去哪裡拿錢？根本沒錢，是虧損的情況。應該還是要回歸制度面去看，我們的總額制度現在是支出上限制，比方說，有沒有可能改成支出目標制？有點像軟總額的概念。如果真的發現，未來在支出面，若面臨這種非預期風險的機率越來越高，是否澈底在制度上調整，而不是在現有法條根本沒有規定的情況下，要在事後或甚至費率決定後，才要拿走安全準備，我覺得其實這個應該要審慎考慮，要整個制度完整考量及說明。

第2個，剛也討論到，政府撥補的200億元及240億元是什麼？請教健保署進行財務預估時，是把它放收入面，對吧？我覺得應該是放在政府負擔之中，若是的話，投影片第10張保險收入的模型，以往確實政府負擔的部分都只有剛好補助到36%下限，事實上法條上提到36%是指下限，也就是可以比36%多，但不能比它少，我對法條的理解是這樣。今天政府額外撥補240億元、200億元，如果健保署進行財務預估時也是把它放在收入面，我會建議健保署的圖就要修改，因為現在已經發生了過去沒有的狀況，因為政府居然願意再多撥補一筆預算而使政府負擔超過36%，所以我覺得這個模型可能要修改。事實上，就只要問健保署把這筆錢放在哪裡，你就知道它是什麼樣的定位，對我來說它就是收入一部分。我的理解是，因為它是收入的一部分，如果沒用完就是回到安全準備，所以我一直覺得屬於安全準備的定位，它是最終結果，也就是收、支之後的最終結果來到安全準備。因此，我覺得不管從哪一個邏輯來說，要用事後的方式，去扣掉安全準備，我都覺得是完全不合理的，建議這些問題仍需要制度性進行討論，以上。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：有3點意見，第1點，韓幸紋委員在10月18日費率審議前專家諮詢會議曾提及，在編列預算過程中，若有更即時的數據進來，就要趕快調整，因此這次平均眷口數公告，健保署從善如流，在11月13日星期一馬上更新，值得讚賞，但忙中留下一些遺憾，比方來說，本次健保署更新資料並未標示修改處，閱讀者未能馬上掌握差異及影響，而必須重新閱讀並比對舊資料分析，例如平均眷口數113年1月起由0.57人調整為0.56人，此項影響保險收入減少21億元，但另檢視會議資料(修正前)及補充資料1(修正後)之數據，113年預估保險收入減少17億元、政府負擔不足法定36%之差額只減少1億元，相關的其他因素未交代，讓人一頭霧水，似嫌有些美中不足；另有關112年補充保費估算仍依原方式，未能更新有些可惜，依111年度數據，高額獎金這項約占補充保費的17%，在上半年發生有納入考量，但是股利所得這項占23%更高，大家也都知道它的

發放高峰應該是在第3季，而且在上個月給我們的資料裡面，第3季資料已經出來了，卻沒有採用，僅用上半年去估算，這令人不解。

第2點，會議資料第106、107頁，有關財務收支情形表之說明5，安全準備相關收入係依健保法規定應提列之安全準備列示，所以這句話讓人有2點不解，第1，視其範圍應為健保法第76條第1項規定其中4項，既依法令規定則應完整採用才是，表中可列年度收支餘絀，並不衝突。第2，主責單位不是說健保法條中找不到應提列安全準備的規定嗎？現在終於出現了，讓我嚇一跳；另依健保法第76條第2項規範，填補係當年度收支發生短絀時才可以採行，保險費相關收入不足支應保險成本時，並不一定出現需填補現象，填補之概念應再釐清。

第3點，11月14日自由時報頭版報導引述署長談話「至113年之安全準備仍有1.86個月保險給付支出」，相較於剛才健保署修正後的報告內容所推估的醫界代表版本1.87個月還低，到底是記者聽錯了、寫錯了，還是有其他眉角(註)我們看不到的，是否健保署可以說明一下。

註：台語，意指訣竅。

盧主任委員瑞芬：請林恩豪委員。

林委員恩豪：請問補充資料1第34、35頁110年至113年健保財務收支情形表，付費者代表版本與醫界代表版本的113年總額成長率不一樣，可是為什麼這2個表「政府負擔不足法定36%之差額」欄位的數字是一樣？是什麼原因？看起來總額成長率、醫療給付費用總額都不一樣，那為什麼政府負擔不足法定36%之差額會一樣？謝謝。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：我覺得關於本案113年度費率審議，看起來不管採哪一案，費率應該不會調漲，且部長及署長之前在很多場合都宣示明年不會調漲，我想在場任何1位委員也不會主張明年要調整，我想本案應該很快可以結束。

剛才韓委員特別提到總額架構，因為總額已經實施20年，事實上

造成了現在台灣醫療品質低落，在很多疾病別的國際比較，台灣都是在後段班，這陣子很多醫事人員甚至包含台大醫院都出來表示，他們現在第1名的醫師是優先選皮膚科，而不會選內、外、婦、兒、急診，這些我們認為是核心的醫療科別，我覺得這都是總額造成的，因為在總額實施之前，沒有這個問題，總額實施20年後已扭曲整個醫療自然發展的情形，是時候該討論這件事。我知道衛福部現在也正在考慮修法事宜，因為至少要打開目前法定費率6%的上限，另外，我覺得部裡面是不是也要一併思考總額這件事情，還是要像之前一樣，就把總額這個蓋子蓋在那邊大悶鍋，點值0.8、0.7的時候醫界得自己吸收，或者可以依照韓委員所建議的，我們改成做所謂的軟總額，也就是目標式總額，超過某個程度時，政府就要定期有一些額外預算撥補進來，就像我們剛剛講的，現在因為沒有這規定，只在疫情造成時予以撥補。但未來看到整體醫療費用大趨勢，包括新科技、新藥物、甚至癌藥、罕藥及其他急難重症的藥品及特材，費用真的是都非常非常貴。就算是我們現在的總額每年能夠成長5%，也不足以支撐人口老化及新科技導入的速度，事實上是真的來不及，現在總額制度之下，就是由醫界硬著頭皮犧牲，那也就是等於犧牲了醫療品質。

所以我覺得現在是時候，是不是衛福部也要去思考一下總額制度，到底要不要把壓力鍋稍微打開，是否我們先做一個目標制的總額，不是上限制的總額。甚至進一步考慮，將部分基本及常規的疾病放在總額中，一些比較例外的，拉到總額外面，也就是減少總額支付範圍，那減少出來的部分怎麼辦，就是由政府公務預算撥補。我覺得這都是可以思考的方向，但都需再修法及考量，我在此沉重呼籲，這件事情希望政府聽進去，從現在開始思考整個總額的架構。

盧主任委員瑞芬：剛才韓幸紋委員針對操作面有蠻多問題，是不是先請健保署回應？

石署長崇良：時間關係我簡單回應，謝謝韓委員的指教，也凸顯出總額制度很多的問題，揆諸全世界大概只剩台灣這樣實施總額制度，

確實很多地方要討論，不過今天可能沒辦法有答案。

另外剛剛李永振委員特別關心我的談話，所以我也一定要在這裡說明，我在媒體上講，目前我們推估到明年會有1.86個月的安全準備金，是因為現在總額真正的額度還沒核定，我是用最高的推估，就是從行政院所核定4.7%成長率推估是1.86個月，剛剛同仁報告是以總額協商時醫界版本做推估是1.87個月，差異就是這一點點的落差，跟您說明。

盧主任委員瑞芬：周麗芳委員是不是要發言？沒有。請滕西華委員。

滕委員西華：我剛剛在查法規還沒查完，健保法有無規定保險收入的定義是什麼？我之前請教主計總處黃小娟委員跟李永振委員，440億元到底要不要算在政府應負擔健保總經費法定下限36%，其實是為了這個案子的發言埋伏筆。

石署長崇良：對不起，我剛剛補充說明就是要回答滕西華委員的問題，政府應負擔健保總經費法定下限36%計算，是健保法施行細則第45條明定3款^(註)，都是補助保險費或負擔保險費的部分，那是算在36%。因此以法律規定來看，政府今年所撥入的240億元，或者是明年的200億元，都沒有指定要補保險費，所以不計算在36%裡面。但如同大家所提政府應負擔健保總經費36%是下限，並不是上限，所以還是算政府的挹注，在36%以上但不算在36%內，大概是這個意思。

註：健保法施行細則第45條：

本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

- 一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。
- 二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。
- 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，滕西華委員還要詢問？

滕委員西華：我把我的問題講完，署長講的我沒有反對，我要這樣說是因為原本計算對政府應負擔健保總經費下限36%，是扣除法定負擔之後補足至少36%，所以剛剛韓幸紋委員講到補充資料1第9頁(投影片第10張)關於保險收入定義，健保署是把它分4塊。我的見

解是因為這240億元加200億元共440億元，到最後是回到安全準備，所以我覺得應該算入政府負擔，但不是在原本健保法規定的36%，也不應該計算到其他保險收入。

我們在算政府負擔金額時，一個是法定負擔差額補到至少36%，政府撥補就是再往上加，它不是屬於其他保險收入，比如滯納金、菸捐這些保險收入，但不影響試算，但我覺得定義可能要弄清楚。這就是我為什麼要請教黃小娟委員跟李永振委員，為什麼他不能算到政府應負擔健保總經費36%下限裡面。因為滾到36%政府就是占便宜，現在它還沒有滾到36%還是依照公式計算，不管這個公式跟付費者主張的有沒有差異，可是這個是額外政府用公務預算撥補應該仍屬政府負擔。

盧主任委員瑞芬：這個議案我做以下的結論，113年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率5.17%。上述審議結果將依健保法第24條第3項規定，併同與會人員發言實錄報請衛福部轉陳行政院核定。另請健保署就委員所提意見研參妥處。

剛才林恩豪委員提到，我在討論事項第二案的決議好像不是很清楚，所以我還是把文字明確地講清楚。我相信與會委員的發言，大多同意因為COVID-19造成費用增加要處理，就是要做撥補的動作。

第一點，委員意見如果屬於非預期風險動支程序規定，請健保署參考委員意見，對各總額部門實際受影響程度、撥補額度詳細分析，因為委員都說還需要多一些資料。請健保署詳細分析、估算後，再提會討論。

第二點，至於撥補不足數的預算來源，委員表達很多不同的意見，會併同發言實錄請健保署參考。我就做這個部分補充。

朱委員益宏：剛剛講的只有非預期風險經費8億元還要再提會討論嗎？

盧主任委員瑞芬：對，因為非預期風險經費8億元審查是我們.....

朱委員益宏：如果是這樣，只有非預期風險經費8億元是健保會的權

責，是嗎？(盧主任委員瑞芬：對)概念上是這樣，其他政府撥補的，就由健保署轉陳衛福部決定，是這樣的意思嗎？

盧主任委員瑞芬：基本上我們只能管非預期風險經費8億元。

朱委員益宏：但是主席剛剛講的非預期風險經費8億元，現在健保署算出來只有2個總額部門符合條件，這件事情我反對。因為醫院總額事實上符合條件，只是經過處理後造成不符合條件。所以不是只有2個總額部門符合，醫院是另外處理，這個我要先澄清。如果主席是這樣的意思那我沒有意見，如果不是的話，那我對這個結論就有意見。

盧主任委員瑞芬：因為非預期風險經費8億元是總額的項目，這部分要動用的確要健保會同意，醫院的部分健保署要怎麼處理，當然就是一起處理。

朱委員益宏：主席，但是醫院總額也是在非預期風險經費8億元可以處理的範圍之內，只是說金額大小。

盧主任委員瑞芬：所以我們請健保署研議再給我們討論。

朱委員益宏：因為主席在討論事項第二案有講到，最早的結論是只有兩個總額部門先用非預期風險經費8億元撥補，這件事情我反對，應該是把醫院總額一併考量後，8億元能撥補多少錢，由健保署算出後再報本會討論，這個ok。但是動支8億元不能不考慮醫院總額。

盧主任委員瑞芬：請健保署說明一下。

石署長崇良：我想因為下一次委員會議已經到12月下旬了，對很多診所目前的情形我覺得緩不濟急，原則上我們會按照大家的意見重新擬出一些妥適的方案，然後動用政府撥補的240億元，如果動用到8億元的部分，再提會報告。

劉委員淑瓊：抗議！我們今天花了一個早上，裝痞的(註)啊！我們講那麼多話，最後署長你們還是這樣，這樣子真的沒有信任。

註：台語，裝傻搞笑，將人當瘋子一樣耍弄。

盧主任委員瑞芬：韓幸紋委員也要發言。

韓委員幸紋：我是會計系的老師，大家等下可不可以呼應我一下，現金基礎跟應計基礎是兩件事嘛！今天健保署擔心比較小型診所的現金流有問題，你可以先撥款給他，但最後算到底是多少是另一件事情，不要混在一起，對我來講這完全是兩碼子事。

制度不要隨便破壞，在會計上這就是應計基礎，該怎麼樣就怎麼樣，該算收入、該算支出的費用就是怎麼算。可是現金上面，健保署可以自己調度，如果你擔心的話，可以先預付現金給他，我覺得沒有問題啊，但不要因為現金流這種因素去破壞現有的制度，這是我的想法。

盧主任委員瑞芬：對，委員剛才提到這個意見，也會一併送健保署。講白一點我們能管的就是非預期風險經費的8億元，其他部分經費的動用，各位都發表很多意見，其實不在我們能管的範圍，所以會把各位的意見都送健保署。這是剛才的決議。

王委員惠玄：主席，我釐清一下，所以240億元不在健保會監督範疇嗎？主席剛剛是這個意思嗎？

石署長崇良：對，不在總額裡面。

王委員惠玄：所以健保基金不歸健保會監督範疇？

吳委員榮達：如果是這樣，第四案的費率要不要重新討論？240億元沒有放進去的話會有影響嗎？

盧主任委員瑞芬：其實沒影響，因為低估跟高估都算了。

石署長崇良：因為不會使用到240億元以上，動到240億元以上就是動到安全準備了。

盧主任委員瑞芬：後面還有3個報告案，我們先休息5分鐘。

柒、報告事項第一案「111年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪專門委員于淇：略。

邱組長臻麗：本會第2組報告，請委員翻到會議資料第182頁。本會同仁依健保署提報內容，提出監測結果報告初稿，整體而言，23項指標有10項進步，13項退步，尤其在效率構面7項指標，有5項退步，3項資源配置構面指標也都是退步，值得特別關注，建議健保署就退步的13項指標進一步探討原因並研議改善策略。括號三是各項構面指標表現情形，針對退步的指標，我們提出處理措施建議。

接下來請看到會議資料第186頁，以監測結果重點摘要表做簡要說明。在效率構面部分，7項指標有5項退步，「指標1.2急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)」111年整體留置超過24小時的比率為近3年最高，雖然111年醫學中心略為下降，但各層級中，以醫學中心的留置比率還是最高。指標1.4跟1.5是分級醫療相關的指標，「指標1.4區域醫院以上初級門診照護率」111年較110年上升，「指標1.5西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布」基層就醫人數跟件數占率都沒有上升趨勢。「指標1.7健保專案計畫之執行成效」近3年的預算執行率都呈下降趨勢。針對這幾項指標建議健保署留意急診壅塞、分級醫療推動、提升專款計畫執行成效等，並研議改善策略。

醫療品質構面有2項指標退步，其中「指標2.4護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升」如果低級距護病比的加成占率越高，代表護理人力配置較足夠，區域醫院跟地區醫院加成占率呈現逐年遞減趨勢，醫學中心低護病比加成月次占率略降，建議健保署持續觀察疫後變化，及檢討歷年健保總額投入提升護理照護品質預算的執行成效。

效果構面部分，3項指標有1項退步，「指標3.1民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」剛剛健保署也有報告基層跟牙醫滿意度

是下降的，不滿意的部分除了牙醫外其餘均上升，我們建議可能因為COVID-19疫情期間醫療利用情形不若非疫情期間穩定，請健保署持續觀察疫後醫療利用，及滿意度的變化，作為各總額部門改進參考。

資源配置構面部分，這3項指標全部都退步，「指標4.1以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值」如果越高代表鄉鎮間醫事人力的差距漸大，就是醫事人力往都市化集中，這部分醫院跟基層呈現上升趨勢，建議健保署留意西醫醫事人力的城鄉分布的差距是否逐漸擴大。「指標4.2一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區的醫療利用公平性」近3年牙醫跟中醫門診醫療資源不足地區跟山地離島地區的就醫率皆低於一般地區，建議健保署進一步了解相關原因，滾動檢討相關方案。「指標4.3自付差額特材占率」呈上升趨勢，其中「特殊功能及材質髓內釘組」、「冠狀動脈塗藥支架」2項占率超過7成，建議健保署應積極研議，把常態或必要使用的自付差額特材納入全額給付。

接下來財務構面，6項指標中有2項退步，「指標5.1保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」逐年擴大，建議健保署檢視補充保費預估模型的妥適性，提升因應健保財務問題的機動性。「指標5.3全民健保醫療支出占GDP比率」呈逐年下降趨勢，近3年健保醫療支出成長，擴增近500億元，健保醫療支出的成長，也要兼顧整體經濟成長跟民眾付費能力，這部分要審慎評估。雖然「指標5.4資金運用收益率」跟「指標5.6呆帳提列數與保費收入數之比率」呈現進步情形，但委員其實關心健保的資金收益、呆帳提列數有隨著保費收入成長而增加，建議健保署應該持續研議提升投資績效的策略，持續解析呆帳原因，減少呆帳情形。

接著請委員翻到會議資料第184頁，第9次委員會議委員提供關於這案子的意見，健保署跟本會的說明在第208頁到第209頁附件二。

擬辦為後續本會跟健保署就委員本次會議所提意見，彙整補充說明及研修趨勢評析意見，完成報告後上網公開，以上。

盧主任委員瑞芬：這部分請問委員有沒有要垂詢的？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：請委員翻開會議資料第207~208頁，我們上個月有先提出書面意見，首先謝謝健保署有回應，針對「護理人力指標-全日平均護病比達成加成之占率」指標，健保署回應配合三班護病比政策，持續精進護病比加成規範，健保VPN(健保資訊網服務系統)在今年7月31日新增填報欄位，並且以護理及健康照護司函知全國醫院配合填報，肯定健保署有行動，但還是有兩個建議。

第1個，要持續精進護病比加成規範，我們希望健保署可以提供這個規範的修正重點還有期程，儘快提出不晚於明年9月的總額協商，這是第1點。

第2個，請問健保署，現在署長跟副署長都不在，不知道是什麼原因。VPN在7月31日已經新增欄位，現在已經過了3個月，不知道什麼時候可以在健保署官網醫務管理系統查詢到，因為醫改會同仁上去看找不到，現在公開的資訊還是全日護病比。健保署既然有收集這個資料，希望能夠儘快公布，讓大家都可以看得到的三班護理人員數跟三班護病比，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：有3點請教。第1點，請參考會議資料第191頁投影片第8張，有關效率指標1.3的檢視，追蹤近3年癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數執行情形，有接受安寧療護者相較於未接受安寧療護者的費用約低10~14%，但癌末病人死亡前一年內有申報安寧照護費用之比率近3年呈現下降趨勢，109年64%，110年降為62%，111年再降為61%。除受到當時防疫影響之外，請健保署進一步了解下降的具體原因，做為繼續改進推動安寧醫療服務的參考，保障癌末病人有尊嚴地度過人生的最後一程。

第2點，請各位參考會議資料第203頁投影片第32張，這邊數字很明顯有快速惡化的趨勢，同時在費率審議前專家諮詢會議的相關推估，成果也受到關注，推估的假設應依經驗及委員所提建言深入檢視檢討，尋找真正原因，才能確實改善，要先面對問題，如果真的

是很大的非預期，那扣掉是可接受的。

第3點，請各位看到會議資料第205頁投影片第35張，以目前的觀測條件，109年的運用效益最好，這從背景資料應該很明顯可突顯出來，111年呈現的數據好像比110年好一點，但是否有實質上的進步，還尚待進一步解析了解，因為所看到的收益率是受到全球利率上升的必然現象，不是努力的結果，實質效益應該要深入剖析所投資的內容，用比較客觀的方式來判定有沒有進步，應該會比較好。當然，目前來要求這項有點為難，最好是在安全準備有2,000億元以上時是最佳時期，我們已經錯過了，錯過總是要亡羊補牢，看怎麼再去掌握這部分，這樣監測指標才有意義，以上3點。

盧主任委員瑞芬：接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，關於這些指標，我記得上次報指標的時候有提出來，健保署現在看起來行禮如儀，指標數字讓大家知道一下，稍微說明指標可能不理想的原因，大部分都是因為疫情關係，但事實上在六個分區的管理層面，像台北區就沒有看到指標落實到管理，沒有看到健保署有實際上的管理，這些正向指標或是負向指標，正向怎麼加強，負向怎麼降低，沒有看到具體的措施。

舉個例子來講，我一直很關注急診病人留置急診室超過 24 小時比率，台北某家國家級醫學中心就超過 10%、20%，10 年來都是這樣，這個指標監測 10 年、20 年都是這樣子，因為健保署沒有作為，所以醫院不會去改善。另外看到依檢傷分類的急診病人留置急診室超過 24 小時比率，因為不改善，111 年醫學中心檢傷分類第一級還有 16.59%，所謂檢傷分類第一級就是病人要死掉了，病人可能已經非常危險、瀕臨死亡，在分類的時候是第一優先要處理的，結果還有 16.59% 在急診室留置超過 24 小時，但健保署對這些指標沒有管理策略，也沒落實到分區管理，因為分區管理才會落實到每家醫院管理，這個必須針對每家醫院的特殊狀況管理，但健保署頂多就是回饋資料而已，至於醫院管不管就兩手一攤。

像初級醫療，長期看起來初級醫療就是這樣，也沒有改變，衛福部的分級醫療政策現在也停了，連衛福部都不動，健保署當然更不願意動，健保署不動，醫療機構怎麼會動，就看到很多大型醫院一直不斷地開門診，健保署每個月報表可以看到醫學中心的慢性病占門診件數高達50~60%，也沒有改善，每次報告這些指標，委員講一講，就給健保署參考而已，建議主席應該有具體建議，下一次報告時，健保署要提出具體執行方案，方案怎樣落實到分區管理，比如說方案執行1年以後有什麼結果，這樣看指標才有意義，不然每次都讀一讀而已，乾脆上網公告就好了，也不會占用大家時間。

劉委員淑瓊：附議。

盧主任委員瑞芬：接著請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我也附議，因為叫做監理指標，監測了就要理他啊，可是我們都只看到監測，沒有看到後續怎麼管理或處理，我覺得會變成這些數據有點流於大家看看而已，比如監理報告初稿第81頁，這邊提到第6類保險對象保費收繳率，數據明顯偏低，建議健保署應該針對這個問題去研議，事實上第6類收繳率偏低不是今年才發生的，應該是長久以來一直存在的問題，到底第6類是什麼樣的組成？我是教財政學的，會教健保制度，前幾天上課就有學生非常聰明跑來問，他說「如果我是成年的情況，能不能自己到第6類投保？」，而且他事前已經問過健保署可不可以，來跟我雙重確認，大家覺得可不可以？可以，他可以到第6類，如果他的父母是高薪的情況，他可以脫離父母自行到第6類投保，因為我常常在外面演講健保制度，這個問題不是第一次被問，就老師立場而言非常尷尬，到底要回答可以還是不可以，我回答不可以，他馬上打臉我，健保署沒有說不可以，他說健保署回答的非常保守，他們說不怕被抓的話可以，這是什麼回答？

以我對健保制度的理解，因為我們確實是多元投保，當有多元身分時，依現在法條上的理解，本來就可以選擇最有利的，可問題是已經看到收繳率偏低，像這些小朋友雖然滿20歲，但他其實沒實際

經濟能力，確實受父母撫養。之前健保署有針對退休人員規定，不能先到第6類投保，以前可以，現在的規定是必須依附子女，如果有子女，子女有在工作，必須先依附子女投保，這就是小小的進步，可是像年輕人的問題，到目前為止還是沒解決。

我覺得還是要先釐清第6類到底是些什麼人，像稅法上規定，如果已經成年但在校就學、有身心障礙或沒有謀生能力，就是由父母扶養，在同一個申報戶裡，要以家庭為單位好好處理這個問題，不然第6類收繳率這麼低，根本原因就是因為就有一群沒有具備付費能力的人，但現在可以多元投保，選擇最有利的情況下就跑到第6類，尤其是父母高薪的，特別容易有這個問題，因為依附父母投保要繳較高的保費，乾脆脫離父母直接到第6類，然後又收不到他的錢，對整體健保財務也有影響，所以還是要從根本原因處理，看能不能在制度上做一些檢討才能改善問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：委員還有沒有詢問？請王委員。

王委員惠玄：不好意思，我想請教監理指標會有分區的數值嗎？因為這幾波地區預算分配的資料審閱下來，發現地區的資源分配、照護使用率都有很大的差異，不曉得在品質的部分、效果的部分是不是也有差異？我想這也是要回應到底總額的效果在分區有沒有差異化呈現。

盧主任委員瑞芬：接下來請健保署回應。

劉組長林義：跟委員回應我能回應的部分。劉委員提到有關護病比相關規範的公告時程及公告重點等，因為目前才開放網路讓大家登錄，登錄後我們還要跟照護司討論，討論完假如有共識的話，就會盡速來公告，這個沒有問題。

再來是李永振委員提到的，有關癌末病人死亡前1年內有申報安寧照護費用的比率，從109年、110年到111年似乎有逐年下降趨勢，可是看以前年度，以前年度是逐年上升，從101年一路到109年，每年其實都是在成長的，在疫情這2年才略為下降，109年的高峰是到64.1%，110年才降到62.3%、111年再降到61.3%，但是101

年的時候是39.8%，是逐步上升到64.1%再逐步下降，是不是疫情影響，這個可能也要觀察，因為在疫情前還是逐年遞增的。另外委員提到有關承保問題，請承保組回應。

張組長溫溫：這邊說明一下，如果學生是剛畢業1年，依照規定還是可以在父母之下來加保，另外一個情況，如果學生有在工讀，工讀在3個月以內也是可以當作眷屬，或是要當作被保險人在第1類加保也可以，所以學生的適法身分是多元的，要看狀況。我們也發現到這個問題，未來會設計類似一問一答的方式，在什麼情況之下符合哪個類別，這樣可能比較容易，因為目前6類15目確實很多人沒有辦法馬上就了解自己應該適合在哪一類，尤其在是不是學生或是年紀剛好畢業的時候，以上補充說明。

盧主任委員瑞芬：請健保會同仁補充說明。

周執行秘書淑婉：監理指標是健保會訂出來的，再請健保署提供監理結果，剛剛委員提到有沒有分區資源分配的衡平性，因為監理指標是固定的，需要有年度、常年的比較，所以目前沒有，不過委員的意見我們會納進來，之前韓幸紋委員也有類似的監理指標意見，會一起來考量。另外有委員提到只有監測沒有處理，我們會整理今天委員的意見，請健保署提出一個比較具體的改進計畫，再提到委員會議報告，請委員討論並提供意見。

盧主任委員瑞芬：因為時間的關係.....

劉委員淑瓊：一句話，我覺得不是委員提供意見，然後健保署改進，而是第一時間發現數據是退步的，健保署就應該要提出說明跟策進，謝謝。

盧主任委員瑞芬：委員提出的意見，或是會後還有書面意見，都會請健保署回應，本案決議如下：本案洽悉。委員所提意見，請本會及健保署補充說明並研修趨勢評析意見，完成111年監理指標的監測結果報告定稿後，上網公開。

今天耽誤各位委員5~10分鐘，後面還有一個報告案，至於健保署的業務執行報告，因為下個月就要進行口頭報告，就請委員提供書面意見。

韓委員幸紋會後書面意見：根據全民健康保險法第2條，本法用詞，定義如下：

一、保險對象：指被保險人及其眷屬。

二、眷屬：

(一)被保險人之配偶，且無職業者。

(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

若學生主張他有打工，所以是有職業的情況，但是雇主未幫兼職人員投保(健保並未強制要求雇主要幫兼職人員投保)，這樣學生可否以第六類身分投保？因為目前有職業應該怎樣認定？如果有工作但是沒有投保這樣算嗎？目前健保法跟細則似乎沒有明確的規定。

如果具學生身分明訂是不能在第六類投保，在行政上，至少在學生自行至鄉鎮市公所投保時，行政人員應告知相關規定 就算現場無法立即串聯學籍資料，但 對於一定年齡以下的民眾，應該先行確認有無學生身分，否則即使事後查核， 學生若表示現場投保時並未被告知不可以這樣投保的情況，這樣也容易引發爭議。不過，就全民健保法及施行細則，似乎並未明訂學生絕對不能以第六類被保險人身分投保。因為這個爭議其實由來已久，但是一直未獲處理，長期也會影響健保財務，因具學生身分卻以第六類被保險人投保者，多半為父母是高薪者的情況，故希望健保署可以提出相對應的策略予以因應。

捌、報告事項第二案「『促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)』之具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)」及報告事項第三案「中央健康保險署『112年9月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳專門委員依婕：略。

盧主任委員瑞芬：耽誤各位5~10分鐘，請問委員有沒有意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：請看會議資料第224、225頁，就像剛剛報告提到，過去有2次做RBRVS^(註)但沒成功，很重要的原因是醫院的成本資料不願意拿出來，剛剛一直都沒聽到健保署針對這個問題怎麼記取教訓，取得最關鍵的資訊，我們希望以問題為導向，先盤點比較難招到人才的科別，急重難罕症醫院比較難營利的這塊，自費項目比較少的、有前瞻性的，而且沒有被滿足的醫療需要，就這些部分重點式的去盤點，可能比較能夠成功。

另外，剛剛的報告我覺得有點失望，健保署對於每個期程到底要達成什麼目標，講的都是要做這個、要做那個，但是沒有告訴我們，每個階段要達到什麼目標，那才是我們在意的，因為這項專款是大家萬眾矚目的，現在講到要加成、補點數等等，都講說沒關係有這個專款，可是如果按照您現在的規劃，真的很讓人擔心，所以具體的講，希望下次委員會議可以把112~114年支付標準檢討具體完整的分年目標、執行方法等，以問題為導向，把規劃內容再提一次，謝謝。

註：RBRVS，resource-based relative value scale，醫療資源耗用相對值表。

盧主任委員瑞芬：接下來請李委員。

李委員永振：2點小小意見，第1點在會議資料第210頁說明二(二)，有提到修訂支付規範及調整西醫基層及醫院支付點數一致，在共擬會議有提過，在委員會議我記得也有提過，希望健保署未來要好把

關，不要說醫院用非協商因素調，西醫基層不要，過了5、6年說比我高，又要比照，若下次換西醫基層先跑，醫院看到不一致又要比照，這樣調來調去，那付費者是扛不起的，點數一直加上去，健保署應該把關。

第2點，會議資料第211頁最上面，我有點疑惑，這邊說小兒外科專科醫師診治未滿19歲的病人要比照適用兒童專科醫師加成規範，要嗎？5、6歲以下要加成特別去照顧，是因為小孩子會吵鬧，但19歲未滿都已經快上大學，還用未成年去看待，擺在這裡讓人看起來就覺得刺眼，還好明年不要調保費，若明年要調漲保費，這一擺上去人家不攻擊付費者代表才怪，合理的絕對不會反對一定支持，但是有些怪怪的或是變相的，請健保署好好把關。

盧主任委員瑞芬：委員如果沒有其他意見，會後還是可以提書面意見。本案決議如下：本案洽悉。請健保署依112年度總額決定事項及委員所提意見，於下次委員會議提出本協定事項具體完整的分年目標、執行方法及期程。

本案到此，報告事項第三案是健保署的業務執行書面報告，如我剛才所說，下個月是口頭報告，如果委員有意見，就麻煩提供書面請健保署回應，今天的會議到此，請問有沒有臨時動議？沒有的話，謝謝各位，抱歉耽誤大家5分鐘，散會。

(會議資料第112頁)

討論事項第三案「建請政府依法撥補102年~111年政府應負擔健保總經費法定下限36%差額，及恢復原健保法施行細則第45條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任」案之社會保險司意見

反駁說明：何來程序皆屬完備？何來合法性無虞？追根究底就是未落實法令遵行；而健保委員為了積極爭取更有效的溝通管道，已於109.04.24 健保會議提案決議「近年政府應負擔健保總經費未達法定36%；建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明」；但該提案至今仍未果，無法與行政院進行溝通，實已忽視健保法賦予健保會在「保險政策、法規之諮詢」視視憲法賦予人民的權益保障！

社會保險司意見

一、政府應負擔健保總經費法定下限 36%係二代健保新制度，實施初期因主計總處與本部之法規見解差異，致該下限差額之預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商及立法院審查健保法施行細則修正案，已確立法律見解及計算方式，健保署據以計算之各年度政府應負擔健保總經費，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性無虞。針對委員所提疑義，業多次於貴會委員會議中以口頭及書面方式說明，並曾於 107 年 4 月 16 日「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會、108 年 5 月 7 日「108 年度全民健康保險相關業務座談會」進行專題報告，近期再依貴會要求於 112 年 5 月 24 日委員會議資料提供本案完整爭議過程及計算說明(如附件 A)，請諒查。今貴會再度提出，爰擇要說明如後。

二、有關所提訴求一「積極發揮主管機關健保法令解釋權，導正計算公式，撥補 102~111 年 1,246 億元不足數額」一節：

(一)依健保法第 2、3 及 17 條，政府應負擔法定下限差額可以下方 3 個數學式表達，於前述條文規範下，3 個數學式計算之數值應相等。惟健保法無明確定義「應提列或增列之安全準備」

政府應負擔法定下限差額
= 36% * (保險經費－法定收入)－政府已負擔數
= 36% * [(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)－法定收入]－政府已負擔數
= 36% * 保險費收入－政府已負擔數

反駁說明：健保法第76條第1項定義明確！已經清楚規定「應提列安全準備」的5款來源，如下：
1.收支之「結餘」(≥0)， 2.滯納金， 3.安全準備運用收益， 4.菸、酒健康福利捐， 5.其他收入！

反駁說明：健保法第76條「第2項」在收支短絀時「應由安全準備先行填補」，無涉第76條「第1項」在收支結餘時「應提列安全準備」之規定！亦即第2項「收回」安全準備之規定，明顯區隔於第1項「提存」安全準備之規定！

備」致此數值產生疑義，經綜整健保法相關條文及其立法意旨，查二代健保係採當年收支平衡概念，而目前未以年度平衡費率計收保險費，在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，過去年度之結餘，政府已依法分攤其中之36%。如「應提列或增列之安全準備」均以正值計算，等同於短絀年度，政府就短絀數獨自出資彌補，故其應依健保法第76條第2項規定略以，年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補，不論盈虧皆應以各年度營運實際值計算。該等法規見解與計算方式，在行政院協商過程已包含其法制單位之意見，詳細理由請參閱行政院核復函(106年2月3日院臺衛字第1060162872號函)及附件B之完整說明。而「應提列或增列之安全準備」以年度營運實際值計入公式時，「保險經費」、「保險給付支出+應提列或增列之安全準備」、「保險費收入+法定收入」3數值相等，依上述3個數學式計算之數值亦相等，符合健保法規範。

(二)至委員所提應以健保法第76條第1項為計算基礎一節，查該條文於健保開辦時即已訂定係規定安全準備之來源項目，非用以計算法定下限36%之數值。另委員所提未將第76條第1項第2至5款安全準備之來源計入政府應負擔法定下限36%計算一節，查健保署於計算年度營運實際值時，係採當年總收入減去總支出所得結果，爰健保法第76條第1項第2至5款之滯納金、安全準備運用收益、菸捐及依其他法令規定之收入等皆已計入當年總收入。

三、有關訴求二「將健保法施行細則第45條修回二代健保原先立法的內容」一節，查105年修正係考量健保法第3條第2項「政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%部分，由主管機關編列預算撥補之。」條文中「依法令」之字義，顯已涵蓋健保法以外之

反駁說明：政務委員處理本案健保經費疑義，僅與「保險人」溝通，卻不與重要關係人「被保險人」付費者代表溝通；眾人皆知，政府權利之行使，不得違反公共利益，而政務委員林萬億、許璋瑤，僅考量政府(主計總處)的立場，並未衡量全民之權益，使法律關係未臻於公平妥當，不符合誠信原則！

反駁說明：何來合法性無虞？不當新增健保法施行細則第45條部分條文案，是逾越母法修法、不當解釋健保法第3條字義、亦不利第10、27、30條之遵循，而其真實內涵在「減少政府負擔健保經費」！

其他法令，原限定依健保法規定補助之政府負擔始列入計算之規定似有限縮母法之虞，故修正自 105 年起將原住民健保費等中央政府依其他規定實質負擔的保險費列入政府負擔數計算；該等內容經立法院依立法院職權行使法進行實質審查確認，合法性無虞。近年來本司雖以健全健保財務為訴求，提議將依其他法規之健保費補助排除計列政府負擔，惟尚須凝聚部會間共識，方能順利推動，目前仍持續爭取中。

- 四、有關訴求三「將菸捐分配安全準備比率恢復為 70%」一節，菸捐乃健保保險費以外，最重要之補充性財源，歷次分配檢討，本司皆積極爭取較高之分配比率，惟現行菸捐所分配之各項業務皆與民眾健康息息相關，爰尊重國家施政總體考量之健康資源配置政策。
- 五、貴會委員針對法規見解所提不同意見，本部予以尊重，惟本案相關法制程序完備，政府每年皆已依法負擔健保最低財務責任，針對條文未臻周全之處，未來亦將配合健保相關法規研修，更明確界定政府負擔範圍，以杜爭議。本部為健保之主管機關，確保健保永續經營乃重要使命，任何合理的財源都會積極爭取，目前於健保法施行細則第 45 條及菸捐分配上雖尚待突破，但已成功爭取政府於法定責任外，另以公務及特別預算挹注健保基金，分別於 112 年及 113 年撥補 240 億元及 200 億元，未來仍會就爭取健保各項財源持續努力。

反駁說明：而眾人皆知，目前執政黨佔多數的立法院，想要通過的修正法案，都會通過，惟多年來追蹤相關法令的研修進度，依然被持續被延宕！大家心知肚明，現行法規條文，字字清楚明確、定義環環相扣，權責單位不願落實法令遵循，卻推讓給未來修法！政府不願依法負擔健保經費36%，經費源頭係掌控在主計總處，從道義、道理、法理上，政府對健保的責任，應該承擔更多經費才對(可以大於36%，即使37%、38%、39%…都合法)，主計總處應該遵循現行健保法規定，而不是推讓給社保司提出未來修法，況且法律不溯及既往，明知舊帳仍必須依原規定事先結清，至今仍欠費不願撥補健保經費、推託敷衍，昭然若揭！

電子公文

檔 號：
保存年限：

行政院 函

機關地址：10058臺北市忠孝東路1段1號
傳真：02-33566920
聯絡人：王睿儀
電子信箱：shunyi@ey.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國106年2月3日
發文字號：院臺衛字第1060162872號
類別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (A2100000010000000_1060162872-0-0.tif)

主旨：所報「全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額」之計算疑義一案，照106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論辦理。

說明：

- 一、復105年8月11日衛部保字第1051260337號函。
- 二、檢附106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論1份。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處(均含附件)



反駁說明：有關政府應負擔健保總經費至少36%，現行法規條文字字清楚明確，定義環環相扣，只要據實遵循「健保法第76條第1項、同法第2條第5款、同法第3條第1項」規定，如實際算即可！惟權責單位不願遵循法令，卻推諉給未來修法！

106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論

- 一、本案係因現行全民健康保險法（以下簡稱健保法）對政府應負擔全民健康保險（以下簡稱健保）總經費法定下限36%之規定不明確，致衛生福利部與本院主計總處對相關條文之法令見解及計算公式產生不一致情形，惟考量修法恐曠日廢時，現階段宜先以條文解釋方式處理，爾後再適時提出修法，俾使相關規定更臻明確。
- 二、依健保法第2條及第3條規定，政府應負擔健保總經費法定下限之計算方式為「36%（保險給付支出＋應提列或增列之安全準備－法定收入）」，考量目前健保未以每年度平衡費率計收健保費，使健保在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，經衡酌同法第76條有關提列安全準備之內涵，安全準備應有平衡健保財務之目的及調節健保盈餘、短絀之性質，倘安全準備均以正值或零值計算，將使健保帳務收支不平衡，並導致諸多不合理現象。
- 三、本案有關「應提列之安全準備」之處理方式，應採實際值計算，使計算方式符合前後一致性，並確保政府依法負擔健保總經費法定下限36%之責任。請衛生福利部會同本院主計總處就本案立法意旨及計算公式內涵研擬說帖，並向全民健康保險會妥適說明。

反駁說明：政務委員在陳述結論內容，不能僅以「健保法第76條」一詞，含糊帶過！應該誠實面對健保法第76條的「兩項」區隔規定，第76條「第1項」是提存安全準備之規定，明顯不同於第76條「第2項」是收回或填補之規定，況且健保法第76條「第2項」，「無涉」計算政府應負擔健保法定經費！

反駁說明：不合專業邏輯之推論，仍是主計總處不斷重複的說帖，執意將健保法第76條「第2項的短絀(負債)」科目，混淆代入第76條「第1項的結餘」科目，以「減少」應提列安全準備來源，損及全民權益！
→健保法第76條第1項第1款，應提列安全準備「來源」「結餘」，明確字義就是「正值或零」(≥0)！

反駁說明：健保預算政策既然採「量出為人」，自然就會收支不平衡，而並非政務委員所述「不合理現象？」！
→所以，健保法第3條規定，政府依法負擔健保經費「至少」36%（可以超過36%，即使37%、38%、39%…都合法）！
→因此，請依法撥補政府應負擔健保法定經費缺口，以持續改善收支平衡！

14

1/20/22