

衛生福利部全民健康保險會
第7屆114年第9次委員會議事錄

中華民國114年11月19日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第9次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年11月19日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：許至昌、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、
呂委員正華、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員敏華、花委員錦忠、
洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、連委員賢明、
陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員真慧、陳委員節如、
陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、
溫委員宗諭、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、顏委員鴻順、
嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：(依姓名筆劃排序)

林委員恩豪、許委員舒博、許委員慧瑩、黃委員振國、黃委員國祥、
謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：陳署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、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11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~13頁)

決定：

- 一、原討論事項第五案「115年度醫院總額一般服務地區預算分配案，續請討論」，因屬續提討論，經與會委員同意，提前為討論事項第二案，原討論事項第二案至第四案依序往後遞移。

二、餘照調整後議程進行。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第13頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第14頁)

決定：洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第15~22頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年10月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。

陸、討論事項(詳附錄第23~55頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險115年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

一、115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。

第二案(原第五案)

提案單位：本會第三組

案由：115年度醫院總額一般服務地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、115年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式：

(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：經醫院總額部門代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院總額部門代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

1.付費者代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 7 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 1 億元用於因應東區因 R 值(各地區校正風險因子後之保險對象人數)占率調升造成之財務衝擊。

(2)扣除上開移撥費用後，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 54%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，46%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 47%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，53%依醫院總額支付制度開辦前一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。

2.醫院總額部門代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質

保證保留款額度 3.887 億元)移撥 6.5 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值(各地區校正風險因子後之保險對象人數)占率造成之財務衝擊。

(2)扣除上開移撥費用後，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 53%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，47%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一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。

(3)但書^(註)：若衛生福利部決定 115 年度 R 值占率調升 1%，則 116 年度 R 值占率不予調升。

註：依李委員飛鵬會後書面意見增列，詳附錄第 38~39 頁。

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醫院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醫院總額相關團體議定後，於114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

理由及其對總額預算之影響等。

四、另依委員建議，建請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署，針對地區預算分配公式進行後續研議。

第三案(原第二案)

提案單位：本會第三組

案由：115年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、115年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式：

(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.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.8億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等3項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)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，其中特定用途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

署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於114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、保障理由及其對總額預算之影響等。

第四案(原第三案)

提案單位：本會第三組

案由：115年度中醫門診總額一般服務地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、115年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式：

(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：經中醫門診總額部門代表與付費者代表協商，部分未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，分別就付費者代表及中醫門診總額部門代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

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400百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥100百萬元，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0.93元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。

3.五分區(不含東區)一般服務費用扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：

(1)付費者代表委員建議分配方式：

- ①各分區實際收入預算占率：64%。
- ②各分區戶籍人口數占率：17%。
- 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。

(2)中醫門診總額部門代表委員建議分配方式：

- ①各分區實際收入預算占率：65%。
- ②各分區戶籍人口數占率：16%。
- 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114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、保障理由及其對總額預算之影響等。

第五案(原第四案)

提案單位：本會第三組

案由：115年度西醫基層總額一般服務地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式：

(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：經西醫基層總額部門代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層總額部門代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

1.付費者代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥部分經費，作為風險調整移撥款，其額度尊重衛生福利部之決定。

(2)扣除上開移撥費用後，預算 71%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，29%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.西醫基層總額部門代表委員建議分配方式：

(1)115 年度 R 值(各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數)占率維持 70%(依衛生福利部 112 年度總額決定事項「2 年前進 1%為原則」)，建議如下：

①風險調整移撥款金額 7 億元；爾後每年隨當年度一般服務費用成長率增加，計算當年度額度。

②風險調整移撥款用途，優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元；次之，撥補點值落後地區。

(2)若衛生福利部決定 115 年度 R 值占率前進至 71%，風險調整移撥款建議如下：

①請「臺北區」及「北區」思考是否同意支持，先提撥「因R值占率前進而增加預算費用的 50%」，用於撥補因R值占率前進而「減少預算費用」之地區：

A.若「臺北區」及「北區」同意前述①，則風險調整移撥款(7 億元)，建議用於撥補點值落後地區。

B.若有分區不同意前述①：

a.臺北區，建議擴大風險調整移撥款金額為至少 10 億元，優先撥補因 R 值占率前進而減少預算之分區的「減少費用」(不含東區)；剩餘款再用於撥補點值落後地區。

b.高屏區，建議風險調整移撥款金額為 7 億元，優先撥補點值落後地區。

②北區，依等比例的方式來補點值落後地區。

③南區，建議風險調整移撥款金額為 7 億元，優先撥補因R值占率前進而減少預算之分區的「減少費用」(不含東區)；剩餘款再用於撥補點值落後地區。

(3)對於「結算後，若該區浮動點值大於每點 1.0 元(東區浮動點值大於每點 1.1 元)之超出費用，按分區預算占率分配回補各分區(但若該分區浮動點值已大於等於每點 1 元時，則分配到浮動點值小於每點 1 元地區)」乙節，各區對但書之意見如下：

①支持：臺北區、北區、中區、高屏區。

②不支持：南區。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款額度、用途與執

行方式)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款額度、用途與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西醫基層總額相關團體議定後，於114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、保障理由及其對總額預算之影響等。

柒、報告事項(詳附錄第56~60頁)

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：113年全民健康保險業務監理指標監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署及本會研參。

二、113年全民健康保險監理指標監測結果報告定稿後，上網公開供大眾參閱。

捌、臨時動議：本會訂於本(114)年第10次委員會議(114.12.24)結束後，以餐敘方式舉辦部長與本會委員年終業務座談會，敬請委員預留時間踴躍參加。

玖、散會：上午12時29分。

第7屆114年第9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8次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：主委，各位委員！大家早安！現在已到會議時間，出席委員人數過半了，已經達到法定開會人數，今天會議就正式開始，請主席致詞。

周主任委員麗芳：陳亮好署長、陳真慧代理司長，所有的健保會委員，周淑婉執行秘書，還有健保署、健保會的所有同仁，大家早安！大家好！

首先要先歡迎健保會今天的新生，因中華民國中醫師公會全國聯合會在10月26日辦理理事長改選，已經來函要更換本會的委員代表，改由蘇理事長守毅兼任，任期從114年11月12日到115年12月31日。今天是新生第1天報到，他有給所有班上的同學見面禮，再次謝謝他，等一下再請新生致詞。

其次非常感謝衛福部、健保署，在陳亮好署長、張禹斌主任秘書、所有健保署、及衛福部同仁支持下，在11月17、18日舉辦「2025台灣全球健康福祉論壇」，相當成功。因為今年是健保開辦30年，這30年來我們創造無數醫療奇蹟，同時也是國際典範，最近公布的CEO參與評比的CEOWORLD雜誌評比「2025年全球醫療照護品質」排名，台灣再次勇奪全球第一，遠遠超越南韓、日本、新加坡、美國，評選專家對於台灣得到第一的肯定，當然第1點就是台灣的全民照護是獨步全球的，再來包括配合尖端的AI數位科技，還有豐富的健保資料庫等等，是不是掌聲感謝健保署所有同仁的努力(委員鼓掌)。

還有11月12日是醫師節，也要感謝所有在第一線服務的醫師，尤其印象深刻的是吳鏘亮委員，也在這次醫師節獲得了最高殊榮台灣醫療典範獎的表揚，再次恭賀、以及感謝，接下來就請新生代表蘇守毅理事長致詞，謝謝。

蘇委員守毅：主委、陳亮好署長、張禹斌主任秘書、周淑婉執行秘書，謝謝。也感謝各位委員，因為是第1次來委員會，也不曉得要說什

麼，最重要是因為很榮幸選上中華民國中醫師公會全國聯合會第 13 屆理事長，也是首次出席健保會委員會議，心裡覺得很榮幸，有點緊張，我知道健保會原則是守護全國人民健康的安全網，對於資源的合理運用、制度永續發展都是非常注重，所以能在各位前輩的帶領之下，配合大家一起為全民健康做努力，是我的榮幸，個人也非常珍惜。

因為賴總統提了健康台灣的政策，也希望中醫在這部分能幫忙貢獻我們的力量，希望在慢性疾病方面、以及長照的服務，還有健康促進的部分，能讓中醫更有機會強化、協助一起推動，我們希望把這些健康照護落實於民眾之中。

健保資源是很珍貴，而且健保會一直以來都是公開、公平，且以永續發展為施行原則，希望將來中全會能與健保會攜手合作，確保每份醫療支出都用於刀口上。中全會也會配合政府政策作為政府與民間之間的橋樑，希望確保健保制度的永續發展，讓健保成為全民最大的福祉，祝福大家身體健康、萬事如意。

周主任委員麗芳：非常感謝蘇守毅理事長，他一加入健保會，你看這個起手式，可是有備而來的，再一次歡迎加入鋼鐵健保會。因為今天的議程比較多，現在就開始今天的會議，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，本次議程都是按照年度工作計畫排定，第 1 部分是優先報告事項，是業務執行的口頭季報告，本次請健保署呈現有關分級醫療、以及急診品質提升方案指標的執行情形等。討論事項有 5 案，第 1 案是 115 年度保險費率審議案，其餘 4 案都是各部門 115 年度總額地區預算分配案，依序安排牙醫門診、中醫門診、西醫基層、及醫院部門的續提討論案，5 案都是本會依限要完成的法定任務，所以剛剛主委說今天的議程真的比較緊湊。

還有報告事項，是 113 年監理指標的監測結果與研析報告，以上是今天議程的安排。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書的說明。向委員補充報告，因

為討論事項有 5 案，其中第 2 到 5 案是有關各醫療部門的地區預算分配案，其中第 5 案是醫院部門屬於續提討論，所以相對比較簡單，上次已經討論很久了，這次我們就來看醫院部門回去協商的結果，所以就徵求委員同意，把醫院部門續提案移到費率審議案之後，也就是 4 個部門當中的第 1 案，因為是續提討論，所以屬性比較不一樣，不知道委員可不可以同意？(委員表示同意)如果大家都同意的話，議程就確認。把醫院部門的續提討論案往前做調整，謝謝。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：我們要特別肯定周淑婉執行秘書帶領的健保會同仁，因為非常不簡單，從開完每次的委員會議，幕僚們都是馬不停蹄，我都是跟在他們後面，馬上得到好多整理出來的資料，是不是給他們掌聲鼓勵好不好？(委員鼓掌)謝謝，也因為他們的努力，每位委員都已經看到會議紀錄，針對我們上次的會議紀錄，委員是不是有要提垂詢的地方？如果沒有的話，會議紀錄就確認，謝謝。

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：主委，各位委員，重要業務報告項次一，是依照上次委員會議決議，幕僚已經把 115 年度總額協定結果，在 11 月 4 日就函陳報衛福部核定，相關資料在會議資料第 201~202 頁。

項次二，是本會依照健保法第 24 條規定，在 10 月 22 日召開費率的審議前專家諮詢會議，邀請 3 位專家學者，包括蔡教授淑鈴、羅教授紀琮、韓教授幸紋等，就中央健康保險署研提的費率審議方案(草案)提供意見，本會的委員也有 27 位列席參加，會議紀錄也已在 10 月 30 日函送委員在案，資料在附錄二，會議資料第 203~222 頁。

項次三，是衛福部及健保署在本年 10 月至 11 月發布及副知本會之相關訊息摘要，詳細內容已置於健保署全球資訊網，相關附件本會也在 11 月 12 日寄至各委員電子信箱，特別請委員參閱會議資料第 11 頁，目前備受關注的 UCC^(註)試辦計畫，健保署在 10 月 28 日公告，11 月 1 日開始實施。另請參閱會議資料第 12 頁「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，這也是本部持續推動的政策，目前在實施中，及第 13 頁是「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，這幾項計畫都很重要，稍後健保署季報告也會跟委員做詳細說明。

最後，有一個特別要拜託委員的事，在 12 月 24 日是本年度最後 1 次委員會議，部長一直念茲在茲要來跟各委員交流，特別指示於 12 月 24 日舉辦餐敘座談，屆時部長將親自出席，與各位委員就本年度健保相關事務進行意見交流，並聽取委員建言，本會安排在本部附近的餐廳舉行，敬請各位委員務必把時間空下來，於當日中午撥冗參加，共同與部長進行座談，以上報告，謝謝。

註：UCC(Urgent Care Center，假日輕急症中心)

周主任委員麗芳：針對剛剛周淑婉執行秘書所做的重要業務報告內容，不知道委員有沒有其他意見，如果沒有就洽悉。接著進行優先報告事項。

參、優先報告事項「中央健康保險署『114 年 10 月份全民健康保險業務執行季報告』(口頭報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請健保署報告，謝謝。

劉組長林義：主委，各位委員大家好，健保署就最近 1 季施行的重大政策跟委員做報告，請委員看到補充資料 2 投影片第 2 張，第 1 個是在 10 月份發生樺加沙風災的部分，發生重大天災只要是行政院公告災區範圍，健保署就會進行相關補助作業，第 1 點在 10 月 7 日行政院公告災區範圍，只要符合公告的災區範圍，在災害發生日起 3 個月內就醫費用的部分，包括醫療費用及住院膳食費，都會有補助；第 2 點為補助 6 個月健保費，有關健保費及就醫費用的補助都不需由民眾自行申請，健保署會直接跟災區縣市政府取得名單後進行補助。除了補助以外，在災區受災民眾有一些欠健保費的部分，在這段時間內也是免催繳、免滯納金，同時提供無息貸款，希望給災區民眾多一點幫忙。

OPAT^(註 1)是剛才執秘報告時提及，OPAT 方案在今年 8 月就開始實施，另新增輸液器 1 日型在 11 月 1 日生效，大家可以看到補充資料 2 投影片第 4 張下面這張圖，假設原本有 10%因感染症住院的病人可以採行 OPAT 的話，雖然會增加支出約 1 億元，但相對可減少住院支出約 3.5 億元，更重要的是省下 15.6 萬住院天數，本方案目前已累積 8 月至 9 月共 2 個月的申報資料，期間共有 880 人次參與 OPAT 服務。為了擴大 OPAT 的效果，自 11 月 1 日起，健保新增輸液器給付，輸液器的使用可提升病人治療上的彈性，使其不用躺在病床上，活動更為自由；同時也讓醫師在抗生素選擇上有更大的空間，此措施預期將帶來雙重效果，相關使用結果將於方案生效後進一步蒐集，並提交健保會報告。

另外，UCC 試辦計畫自 11 月 2 日起正式實施，主要針對輕急症患者提供週日及國定假日就醫服務。由於週日西醫基層診所開診率較低，若民眾於週日期間有醫療需求，便可前往 UCC 接受診

療。從 11 月 2 日到 11 月 16 日止，因為媒體都很關心，大家可以從報紙看到，第 1 週就診人數 11 月 2 日有 255 人，11 月 9 日有 298 人，成長率約 16~17% 左右，上週 11 月 16 日有 341 人，維持 15% 的成長，我們會持續觀察，宣導的部分目前跟六都衛生局合作，讓民眾在週日、國定假日就醫多一種選擇。

在解決急診壅塞方面，除投影片第 6 張所列策略外，整體共有 11 項措施，其中針對重大外傷的部分已調整支付標準，對醫界來講假如你可以在時效內的做完的話，應該要多一點鼓勵，時效內做的加成的部分都有提升，這是有關於急診品質提升的部分。

接著跟委員報告有關健保藥品生效部分，今年 1 月到 10 月已公告生效的新給付新藥共 35 項，擴增給付共 36 項，推估超過 100 萬人受惠，可分為癌藥、罕藥跟其他新藥，提供給委員參考。補充資料 2 投影片第 8 張是有關於暫時性支付的部分，在新藥部分有 7 項、擴增給付有 3 項，預估約有 3,500 人受惠，7 項新增暫時性支付新藥在補充資料 2 第 8 張投影片，擴增給付 3 項的部分在投影片第 9 張，提供委員參考。有關新特材部份，計 238 項，嘉惠人數約 12 萬人，預算大概約 11 億元，另將這些品項分為急重症醫材、臨床缺口及功能改善等 3 大類，各類之品項數、預算及嘉惠人數，供委員參考。

數位轉型是健保署推動的重要工作之一，希望透過數位轉型，資料有效連通達成以病人為重心。目前共有 62 家合作醫院，其中 46 家已進行國際醫療資訊標準 FHIR^(註 2)上傳測試，並有 12 家醫院具備 FHIR 應用能力，進度非常不錯，預計於年底舉辦數位轉型觀摩會，與各合作醫院共同交流。以上為本季重要工作重點。

註 1：OPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy，門診靜脈抗生素治療)

註 2：FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources，快速醫療互操作性資源)

周主任委員麗芳：非常感謝劉林義組長的報告，接下來聽聽委員的意見，針對健保署的業務有沒有意見？請顏鴻順委員。

顏委員鴻順：主委、署長、執行秘書、組長，還有各位委員大家早安，非常謝謝健保署在急診壅塞方面的努力，從各個面向包括 UCC、醫

院及基層診所 OPAT、還有假日開診的鼓勵等制度，希望在連續假期，特別是今年的春節假期的時候不要再重演去年急診壅塞的狀況，非常感謝健保署的努力，我們也會積極來協助配合。

以 UCC 來講，新北有兩家地區醫院在試辦「週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」，大概有一半的醫師人力就是由醫師公會去幫忙媒合，跟公會報名的約有 30 位左右的醫師，我們都把相關名單提供給醫院做媒合。

第 2 個就是「門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)」，這是基層診所就可以做的事情，也可以減少很多住院、急診的需求。從 8 月中開始到 10 月，我的診所已經收案 20 幾位病人，我個人收案 7、8 位，這些病人本來都是輕度肺炎、蜂窩性組織炎，也許原本都要轉到醫院急診去打抗生素，現在就讓他們每天到診所來施打。根據我們的經驗，大概 8 成、9 成都可以在診所門診中控制下來，甚至有 1 個病人去醫院住院 5 天，都在急診室，在急診住院 5 天後從急診出院，結果隔了 1 天又開始發燒，照了 X 光之後，肺炎陰影還沒有完全消掉，這就是標準 OPAT 的個案，收案進來後打了 5 天的抗生素，每天打 1 針，病人就好了。他也很感謝健保署有這樣的制度，我們會持續精進，執行過程當中發現有蠻多問題，會持續跟健保署反映。新北市醫師公會也在下禮拜會辦理新北市 OPAT 執行分享說明會，希望再多一些鼓勵跟推動，我也邀請了幾乎所有縣市醫師公會理事長或相關幹部，大家一起分享，希望把它推到全國，對門診治療量能擴充，及急診壅塞能有小小幫助，以上。

周主任委員麗芳：謝謝顏鴻順委員對於健保署「週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」的肯定，當然也很感謝醫師公會全國聯合會及新北市醫師公會所做的努力，其他委員還有要提出垂詢的地方嗎？請朱益宏委員。

朱委員益宏：主席，我對 UCC 有一些看法，特別謝謝基層診所，因為參與「週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」的醫療機構大部分都是我的會員，都是地區醫院為主，除了台北市以外。他們跟我

回饋，除了地方醫師公會，包括護理師公會、藥師公會，都在衛生局的協調下參與 UCC 假日專業醫事人力調度，如果光憑地區醫院的人力大概也無法撐下來，在此特別感謝醫師公會、護理師公會及藥師公會的協助。

另外 UCC 看起來數量還是相當少，如果對照假日壅塞醫院的急診人次，我相信是沒有減少。我看到健保署非常用力地在宣傳，健保署在 UCC 投入非常高的資源、成本，但是如果病人一直不多，就表示這個政策還需要再檢討，所以我有幾點建議健保署。

第 1 個，在假日的時候，這些壅塞醫院有一部分病人來自 119，119 有急救責任醫院，一上救護車就會立刻做檢傷，所以有沒有可能協調警政署^(註)，如果是在假日 UCC 有開設的時候，檢傷分類 3 到 5 級的病人就直接先送 UCC，而不是先送到大醫院，因為送到大醫院後不可能再轉 UCC，這當然要經過跨部會協調。如果這樣可行，119 到底要轉送哪裡的 UCC 也要更細緻協調，但我相信在 119 就直接分流，可以有助於大醫院急診壅塞紓解。

第 2 個就是健保署在支付標準對檢傷分類 1~5 級的相關規定寫得非常清楚，檢傷分類第 5 級等待的時間要至少 2 小時，健保署明文規定寫在支付標準裡，檢傷分類第 4 級等待的時間要至少 1 小時，我覺得健保署是不是要跟這些壅塞醫院好好談一下，落實這件事情。病人若去壅塞的這些醫學中心，如果他檢傷分類是 4、5 級，那就是要等待，讓那些直衝醫學中心的病人要等待，若病人不要等待，就可以選擇到就近 UCC 就診。如果沒有這個機制的話，事實上對醫院來講，也不能拒絕病人，所以主治醫師查房時就是 1~5 級全部看一次，如果檢傷 5 級的病人剛好遇到主治醫師來查房，馬上就處理，但我覺得這樣不公平，而且會浪費急診人力。這個部分可不可以請健保署跟醫院協調，真正落實檢傷分類等候時間，這樣也會使一部分不願意等待的 4、5 級的病人往 UCC 就診，以上兩點建議，謝謝。

註：應為消防署。

周主任委員麗芳：非常謝謝朱益宏委員提出寶貴的意見，所有委員的意見等一下請陳亮好署長一併跟大家做回應，不知道還有沒有意見？請張田黨委員。

張委員田黨：剛才我聽到朱益宏委員說，需要跟警政單位^(註)做協調，這是非常嚴重、確實存在的問題，在每個地方不管大型醫院或其他醫院，他們都會跟警察、119 好像有綁樁的狀況，因為我也親自體驗過要送急診的情況，我們希望要去的醫院他不載你去，反而背道而馳不理你，把病人送到地區醫院去，這是非常嚴重的狀況。

像當時患者流鼻血需要馬上止血，也許去耳鼻喉科就可以處理，患者有習慣就醫的診所可以治療，但是 119 不聽患者的話，把他送去地區醫院。到了地區醫院也沒有積極處理，急診醫師看診後拿棉花塞入止血，主治醫師也看一下就說這樣可以回去了。我問說這樣回去如果再流血怎麼辦？結果醫師說流的時候再來，令人哭笑不得。有些人迷信教學醫院或是一些大型醫院會有比較好的治療，反而是反效果，所以我們真的要積極來做這件事情，讓每個急診者依他們的需要，他們很清楚自己的身體狀況，可以回到他們的家庭醫師的診所去看診，需要時再由家庭醫師轉送，不一定要到醫院，也能到一般不同科的診所，以上是我的建議。

註：應為消防署。

周主任委員麗芳：非常謝謝張田黨委員觀察入微，提出很寶貴的建言，接下來請嚴必文委員。

嚴委員必文：我想請問的是新藥生效的預算，因為裡面有談到暫時性支付共有 7 項新藥跟 3 項擴增給付範圍的癌藥，其實都是在癌症新藥暫時性支付專款項下支應，但是我好奇的是在 114 年的總額預算中，本來也有所謂的暫時性支付的費用，這筆暫時性支付的預算主要是用於非癌藥的部分，是不是也有統計 1~10 月非癌藥的費用，因為相關的預算看起來也蠻高的，我這邊的紀錄大概是 9 億元左右，不知道是不是就沒有在使用？這可能要請健保署再說明。

周主任委員麗芳：如果沒有其他的意見的話，接下來請陳亮好署長回

應。

陳署長亮好：非常謝謝委員寶貴的意見，我就一併說明。關於急診壅塞，從剛剛劉林義組長的報告，就可以知道我們有非常多的策略，簡單 summarize(摘要)如下。

從病人來院的時候，衛福部醫事司其實是做了聰明就醫的指引，他之所以做聰明就醫的指引，就是非常多醫界反映，目前健保署的政策都是針對醫療提供者做很多給付上的限制來引導病人就醫，比較少 empower 賦權我們的病人，告訴病人什麼樣的狀況，要去什麼樣層級的醫院，因為醫事司不列席今天的健保會，所以我協助補充說明衛福部針對入院的部分，已有聰明就醫的政策指引。除此之外，UCC 試辦計畫，事實上是新的嘗試，過去台灣從未透過分級分流處理輕急症的醫院，在 UCC 試辦計畫，醫事服務提供者服務的目標就是協助分流急診檢傷分類的第 4、5 級的輕症病人，正因為這是新的作法，所以目前僅在六都試辦，並不是全國適用。

第 2 點，UCC 的地點是請各縣市的衛生局局長自己來找，所以我們也可以看到目前找到的據點，以南區為例，一天可以到 100 個病人使用，以雙北為例，加起來的病人數可能都沒有南區多，所以就醫的引導跟地點選擇，跟當地民眾的醫療需求等等也都有關係，這部分健保署也會做滾動式的檢討。

第 3 點，應對明年春節的 9 天連假，想要避免急診壅塞現象重演，最核心的是小病不衝大醫院，一般民眾就在平常看的家醫科、內科、耳鼻喉科診所就醫，但如果連假期間，民眾平日就醫診所都沒有開診，可能真的會出現小病去大醫院看，而且看的還不是自己熟悉的醫師，這個現象在過去幾年比較長的連假期間，我們都有看到，所以今年也特別謝謝各位委員，我們在明年的春假會有開診的獎勵，主要是針對急診壅塞，希望能夠鼓勵開診。關於鼓勵開診的加成我們也做了非常精確的估計，因初一到初三是開診率最低，所以它加成比較高(100%)，其餘春節假期的加成獎勵是 30%~50%，加成鼓勵是為避免連假期間的急診壅塞，並不是只有用 UCC 去應對。

最後，如果病人已經到了醫學中心，已經人在那裡了，他不太可能再出來去 UCC，那要怎麼分流？這個時候的分流，就是用剛剛很多先進提到的 OPAT 方案，目前我們看到臺北區及北區實施的 OPAT 效果非常好，對於增加病房的周轉率非常快，很多急診科醫師自己的爸爸都在用 OPAT，每天去打抗生素，就不需要再用不管是急診或者是住院的床位，目前 complete treatment 的效果也非常好，所以不是只有增加醫院的病房周轉率，對於病人來講，假設是活動自如的輕症感染病人，他需要抗生素但是不需要到住院，對病人來講也非常方便，是治療上多個選擇，所以我們才會在這個時候擴大 OPAT 方案。

在藥品的部分，各位委員也可以看到不管是癌藥、罕藥、其他新藥都大步向前，剛剛委員有垂詢，關於暫時性支付的部分，待會請黃育文組長補充，她手上有相關的數字。

另外，今天委員比較少問的是數位建設，在過去兩天健保署辦了 Global Health and Welfare Forum^(註 1)，世界各國來了 40 位的部長、次長，70 多位的各國學者，總共 700 位國內外的人參加，其實討論相當多的是全民健保的數位建設，包含我們的支付，乾淨、透明、有效率，所以大家也可以看到，事實上包含癌症的癌藥事前審查，這些我們用 FHIR 的格式都可以跟國際接軌，未來我們就有機會在方方面面的資料庫，譬如癌症治療的資料庫，我們建立了可以跟國際接軌的癌症治療的生態系。目前剩下的 2 個問題是剛剛朱益宏委員還有張田黨委員提到的要跨部會協助討論的就是跟 EMT^(註 2)有關，那部分我們後續再來處理，關於藥品的提問，是不是請黃育文組長補充，謝謝。

註 1：Global Health and Welfare Forum(2025 Global Health and Welfare Forum in Taiwan，2025 台灣全球健康福祉論壇)。

註 2：EMT(Emergency Medical Technician，緊急救護技術員)。

黃組長育文：謝謝嚴必文委員的垂詢，我補充一下，因為這次報告是今年的 1~10 月生效的藥品，所以這邊的暫時性支付是只有癌藥的部分，至於非癌藥的暫時性支付依然是有的，例如剛剛提到用於治療

全身型急性發作膿疱性乾癬及類澱粉沉著症造成之心肌病變等藥品，都是 113 年收載的品項，也是持續在用，以上說明。

周主任委員麗芳：非常感謝陳署長詳盡的說明，還有黃育文組長的補充。如果委員沒有其他的意見，本案洽悉。

肆、討論事項第一案「全民健康保險 115 年度保險費率方案(草案)」與
會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請健保署報告。

李科長仁輝：略。

周主任委員麗芳：謝謝報告，非常詳盡的說明，接下來我們請委員就 115 年的保險費率來提供高見，請朱益宏委員。

朱委員益宏：我想請教一下，針對 115 年的保險費率，就是在預估的過程中間，不知道所謂非常態性保險支出會有哪些項目？就我的理解，健保給付幾乎都是常態的支出，包括李科長講的生理食鹽水那個專案，但是健保支付價調整以後就變成常態，也不會專案補助完了以後，然後因為沒有這個專案補助就沒有錢，不會啊，還是變成常態嘛，所以這裡講的非常態性的保險給付支出是哪些項目，因為要預估 115 年的保險成本有哪些項目，然後才會知道保險費率大概會是什麼樣的狀況，所以在 115 年的非常態性保險支出，我不知道健保署預估會有哪些項目需要列在這邊？。

周主任委員麗芳：其他的委員還有沒有意見？先請陳節如委員，再請鄭力嘉委員。

陳委員節如：剛剛聽到健保署的費率試算報告，在會議資料第 34 頁第 23 張投影片，以「現行費率 5.17%推估」，若 118 年都不調健保費率的話，我認為這樣是不切實際的，雖然現在公務預算有撥補，但其實還是不夠，我們是在吃老本；會議資料第 35 頁第 24 張投影片，依「年底安全準備 1 個月」推估，呈現 117 年度健保費率是從 5.17%調到 5.77%，這樣是差了 10%喔，我看民眾能不能接受、吃得消，這個 10%是蠻多的喔，但還是要調，以健保永續的立場，我們應該調的還是要調，可是就是要看衛福部部長怎麼處理，我記得今年我們在協商總額預算的時候都是說 5.5%，把總額成長率都填滿了，從國發會那邊每年就是最高，現在都以最高為基準，我是覺得今年的總額預算真的是從行政院交議之後，各總額就開始訂成長目

標，大家都是訂到最高，可是我們委員真的也沒辦法很詳細的去算，這是分析師要去處理的，可是我們還是都通過了，尤其是西醫基層部門未達共識後，陳相國理事長後來又回來談還是 5.5%，大家都很高興。

健保署對於未來的總額成長率有 2 個推估，116 年是 4.242%，117 年是 4.164%。依本人過去 2 年的總額協商經驗，我很懷疑這個成長率是不是有低估？低估了多少？參考值是怎麼樣來的。我查 113 年 11 月的會議資料中，當時我們依照付費者版本、醫界版本，試著預估在 114 年總額成長率是分別在 4.605%和 5.171%，預估 115 年的是 4.232%到 4.284%之間，但後來 114 年及 115 年的總額成長率完全都是突破原有的推估，所以這樣比較起來，我們的推估好像不是很正確。

如果明年還是高成長率的話，今年的試算的參考值可能會再次的打折喔！那麼不管總額成長率的推估、保險費率試算，還是醫界一直在講的公式，我想還是要好好的做檢討，健保是全國人民要有感，尤其是保障弱勢跟這些病友的試算要清楚一點，不要打混仗，我覺得這個數據，應該要好好的再評估一下，差距還是有點多。

周主任委員麗芳：謝謝陳節如委員提供寶貴建議，接下來請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉：謝謝主委，我想要了解的是，剛才提到民眾的自付的部分，因為沒有很具體化的說明，譬如說有沒有按照年齡、所得、疾病分類等等，有哪些科別是比較屬於自付比率較高的，甚至我們有沒有考慮就是，是不是有哪些可以改為健保給付的項目等等，我想要了解這個部分。

周主任委員麗芳：其他委員還有意見嗎？如果沒有的話，我們就請陳亮好署長補充說明。

陳署長亮好：財務試算的部分，請陳美杏組長說明。

陳組長美杏：大家早安，我來回應一下，首先是朱益宏委員的提問，有關非常態性給付的部分，115 年並沒有列項，那是回應上次專家會

議的時候，委員有針對點值補助的部分提問，所以我們特別把保險成本分成常態性保險給付跟非常態性保險給付來說明。

另外有關陳節如委員剛剛提到總額成長率的部分，對，沒有錯，每次在做試算推估的時候，因為我們沒有辦法預期後年的狀況，譬如說 116 年的總額成長率是多少，所以都是以歷史成長率來推估，因為去年在開會討論的時候，對於 115 年的總額成長率並不清楚，但是我們在今年做試算的時候，總額成長率已經協商完成了，所以就會有變動，這是說明，相關的公式在會議資料第 34 頁第 22 張投影片。

另外有關鄭力嘉委員提到民眾自付的部分，我們推估的時候是用歷史趨勢來推估，並沒有分類分項，以上說明。

周主任委員麗芳：署長還要補充嗎？(陳署長表示未有補充)好，這個案子非常謝謝健保署提出很詳盡的財務規劃報告，本案決議如下：

第 1 點，115 年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率 5.17%。

第 2 點，上述審議結果將依健保法第 24 條第 3 項規定，然後併同所有委員的發言實錄函請衛福部轉陳行政院核定。接下來進行下一案，有關醫院總額一般服務地區預算分配案。

伍、討論事項第二案「115 年度醫院總額一般服務地區預算分配案」與
會人員發言實錄(原討論事項第五案)

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，這個案子在上次的委員會議(114.10.22)已經討論過，決議是要保留於本次委員會議續議，所以我僅說明 2 項新增的資料。醫院協會也在 10 月 29 日來函說，他們已經根據上次委員會議的決議再次召開會議研商，基於會議資料第 129 頁羅列的 3 項理由，建議 115 年地區預算的參數 R 值、S 值占率、風險調整移撥款都仍然維持同 114 年的方式，上次委員會議的資料就放在附件，請委員參考。對於醫院協會的建議，我們也請健保署就該會提供的內容表示意見，健保署是建議門診、住診的 R 值占率可以適度前進，風險調整移撥款的部分，則建議再增加 0.5 億元應用於因應東區 R 值占率調升所造成的財務衝擊。請看到會議資料第 130 頁，所以本案要討論的主要還是 R 值分配的占率。

根據衛福部的前身(衛生署)規劃地區預算「錢跟著人走」的原則，還是宜適度的提升 R 值占率，所以等一下請委員討論 115 年度的 R 值占率是否依照健保署建議適度的來調升。風險調整移撥款的部分，114 年是移撥 6.5 億元用於推動各區資源平衡發展，其中 0.5 億元是用於因應東區因 R 值占率調升造成的財務衝擊，所以風險調整移撥款的部分，我們需要討論的是，是否還是維持風險調整移撥款，那麼就要請委員討論額度是不是比照 114 年度的作法，健保署的建議是再增加 0.5 億元，也就是說其中的 1 億元運用於因應東區 R 值占率調升所造成的財務衝擊，以上要請委員討論。其他的部分，因為上次委員會議已經說過了，就不再贅述，以上說明。

周主任委員麗芳：這個案子今天我們是續議，是不是先請醫院協會理事長，李飛鵬理事長代表醫院協會來說明。

李委員飛鵬：主委、各位委員、各位長官，大家好，R 值跟 S 值占率的調整，因為在財務資源的分配上，在各分區會出現，有的增、有的減，所以在內部的討論，增加的分區應該會贊成，減少的分區應

該會堅決的反對，我想這是人心，或者出來做代表的人必然會有的現象，主委曾多次跟我聯繫，甚至我在日內瓦的時候，他還親自打電話來希望我能夠協調，醫院協會也很認真的召開內部會議討論，甚至今天早上 8 點半還開了視訊會議，我想我不要直接回答，先請朱益宏理事長發言。

周主任委員麗芳：沒關係，你們 4 位都有機會發言。

朱委員益宏：我們早上為了這個案子，醫院協會特別在 8 點半把六分區都找來開視訊會議，會議的結論就如理事長講的，還是會有些爭議，但是最後的結論是授權理事長，大家支持理事長的決定。我先講我個人的想法，這個當然也不代表理事長的意見，我也尊重理事長最後的決定。

第 1 個就是 R 值、S 值的部分，醫院協會其實內部有高度共識，認為這個公式是有問題的，我記得在 110 年，還是 111 年，其實醫院協會接受健保署的委託做了 1 個研究案，研究報告也提供了我們的建議，然後就無疾而終，連個水花都沒看到，石頭丟到水裡還會蹦 1 個水花，但我們提出的建議，連個水花、水波都沒有，就不見了。所以我們強烈的建議，不管今年調整或是不調整，一定要馬上請健保署、健保會，或是由衛福部社保司來主導，趕快重新檢討醫院總額地區預算分配的公式，我覺得政府這邊不能行政怠惰，不能什麼事都不做，我們的建議也提出來了，但對於我們認為有問題的部分都不做處理，每年都依照 20、30 年前的資料去推估，然後就說 R 值、S 值占率要調整，但這樣子就會造成各分區內部非常大的困擾。如果都不討論地區預算的公式，那我覺得社保司或是健保署是不負責任，我首先要強烈表達這件事情，不管等一下理事長的決定，是調整或不調整，我都強烈建議會後要立刻展開公式的檢討，因為到明年 9 月還有 1 年的時間，要立刻展開有關於醫院總額 R 值、S 值占率公式的修正，這是第 1 點建議。

第 2 點建議，就是風險調整移撥款這件事情，風險調整移撥款從來不在總額協商的範圍之內，在我們當初總額設立的時候，也沒有

風險調整移撥款這件事情，但是現在醫院總額衍生出來的只要R值、S值占率調整，就要提出風險調整移撥款去補貼東區，說因為東區比較偏遠、比較困難所以要撥補，我覺得如果東區是這樣的情形，那應該是政府要負責任，怎麼會叫其他五分區一起來協助補貼東區，政府在那邊兩手一攤，只要決定R值、S值占率要前進就好了，然後對於各分區產生的困擾，一點都不負責任，所以我強烈的反對風險調整移撥款要再前進。因為現在每增加1%，就要補東區5,000萬元，我們最後還有40幾%要前進，如果每前進1%就要補東區5,000萬元，那前進40幾%時，要補東區20幾億元啊！哪有這種事情，所以這個遊戲規則是有問題的，就算東區有什麼困難需要其他五分區一起撥補，也要有遊戲規則或是要不要有上限，目前都沒有談到，只是便宜行事，說東區經費減少，然後東區反彈比較大，所以就給他風險調整移撥款，我強烈建議如果R值、S值占率前進了以後，要撥補調整風險移撥款給東區，這筆錢也應該由其他預算那邊來支付，或是由政府的公務預算來撥補，而不是由六分區這邊擠出經費，因為如果撥補東區的話，那中區、南區、高屏呢？那怎麼辦，若他們也是減少的，也會受到影響，因為前進會受到影響，而且高屏、南區、東區也都是一些原住民啊，也有一些其他的特殊疾病的狀況，像高屏老化非常嚴重，對不對？這些情況都不考慮，只考慮東區，我覺得這個對我們其他幾個分區也造成強烈的剝奪感，我們早上開會的時候也有討論，所以我建議健保署不要便宜行事，在我們配合政府的政策將R值占率前進1%後，又希望我們再用5,000萬元來撥補東區，這個真的是便宜行事，所以我強烈的要求，如果真的要前進的話，撥補東區應該政府要負責，用其他預算去撥補，事實上其他預算也有經費，也可以用來撥補，或是用公務預算來撥補。

另外就是，如果說在檢討公式之餘，也要對於未來風險調整移撥款這件事情，到底受影響的區域該怎麼樣處理，是要用風險調整移撥款來處理，還是要用其他預算來處理，這個我覺得也要一併的討論，以上謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝朱益宏委員，等一下我先請教李飛鵬理事長，因為我們看到會議資料第 136 頁，這邊就是歷年來我們醫院總額地區預算分配的方式，可以看到在 112 年到 113 年，醫院總額的 R 值占率是 52%，114 年的 R 值占率前進了 1% 為 53%，中間的這張表是風險調整移撥款的額度，111 年到 113 年都是 6 億元，114 年是提高到 6.5 億元，其中 0.5 億元是補助東區，所以醫院部門提出來的 115 年度風險調整移撥款內容，如果是跟 114 年相同的話，是不是在 6.5 億元當中，也會有 0.5 億元是用來補助東區因 R 值占率造成的財務衝擊。

朱委員益宏：114 年的 6.5 億元風險調整移撥款，其實不是只有 0.5 億元補給東區，在 110 年 2 億元的時候，那個時候的 2 億元分配東區大概就拿到 9,000 多萬元，然後剩下的大概 1.1 億元是分給其他五分區，後來再增加到 6 億元的時候，這中間增加的 4 億元，原則上是各分區自己拿錢出來自己使用，所以這增加的 4 億元沒有額外的說再多加給東區，當然東區也會增加，也是自己拿出錢來做為風險調整移撥款，在去年的時候，地區預算通過的是額外要撥補東區 5,000 萬元，所以目前在 114 年東區實際上的風險移撥款應該已經超過 1.4~1.6 億元，已經是這個數字，所以不是只有撥補 5,000 萬元給東區。

周主任委員麗芳：應該是說下限的意思，那接下來我們還有 2 位理事長，醫學中心和區域醫院，我看先稍微緩和一下，先請醫學中心陳建宗理事長發言。

陳委員建宗：謝謝主委及在場的健保委員，事實上，我想這個的確是不容易，因為台灣就這麼大，可是分了六區，剛剛有講每個分區都會有不一樣的想法，以醫學中心來說，每個區還是有不一樣的醫學中心代表，所以要達到共識，就是說大家都同意調整，剛剛講到有些分區的預算會增加，有些分區會減少，所以就算東區只有 1 家醫學中心，可是其他的醫院也不見得會因為東區只有 1 家醫學中心，全部的代表就都會贊成，事實上我們也開過理監事會議，結論就是

沒有達到共識，可能就是交給部裡去做最後的裁決。

周主任委員麗芳：請吳鏘亮理事長。

吳委員鏘亮：謝謝主委，我身分比較尷尬一點，其實一直以來我們都強烈建議六分區的分配公式是有問題的，如果全國人民所有人的醫療需求是一樣的，所有地方的醫療供給條件是一樣的，那我贊成 R 值占率馬上百分之百，但問題是台灣六分區落差還是很大，所以調整 R 值、S 值占率的時候，各區都有自己的意見，爭議不斷，我們還是強力建議，台灣醫院協會在 2 年前研究後提出的方法是六分區裡面最沒有爭議的，而且已經提給健保署，但是就像剛才朱益宏理事長講的，完全沒有回應，我還是強烈建議，台灣醫院協會所做的這樣研究案，確實經過六分區仔細去商討，這是爭議最少的一個方式，如果健保署、社保司還是堅持用目前的 R 值、S 值公式來計算的話，每年都會造成六分區很大的爭議，這是首先要表達的。

第二個就是因為在之前有一年 R 值前進很快，從 46%到 50%，所以造成東區在比率上算是減少很多，其實減少額度在其他五區比例上不高，但因為東區的總額本來就少，減少額度的占比就會很高的，所以當時前理事長就用風險調整移撥款來減少衝擊，因為算起來確實東區受影響比較多，所以東區占比較多，剛才朱益宏理事長應該也有說明。

如果目前公式沒辦法修正，其實東區最希望的是能夠比照中醫門診總額固定比率的方式，因為在 20 幾年前東區的總額分配是占整個醫院總額 3%左右，現在已經慢慢掉到 2%左右，所以整個東區的總額分配在目前公式計算中確實受到很大的擠壓，在區域醫院協會的角度來看，我們都是尊重台灣醫院協會內部的決定、合議，所以今天就由我們理事長來做最後決定，我們也接受，但要跟各位委員、健保署、社保司再次說明，我們還是強烈希望能夠檢討、修正分配公式，我們強烈建議請大家多考量台灣醫院協會之前提出的方案，因為這是六分區爭議最少的方式。

風險調整移撥款部分，我們東區最希望不要有風險調整移撥款，

而是有一個固定的分配比率，或參照西醫基層、中醫、牙醫，但是站在區域醫院協會的立場來講，六分區裡面還是有很多爭議，這部分就尊重我們理事長的決定，謝謝。

周主任委員麗芳：從剛剛 4 位不同醫院層級理事長的發言就可以想像，大家在內部討論意見也是相當的分歧，誠如上一次健保會開會的時候，我也有特別拜託醫院部門，因為明年度健保進入一個新的紀元，包括每一個醫療部門都是獲得行政院最高 5.5% 的總額成長率，我知道對大家也很委屈，因為就如同剛剛會議資料第 136 頁上面所看到的，你們在 114 年 R 值占率才前進 1%，而且你們風險調整移撥款也從 6 億元調到 6.5 億元，確實是委屈，這部分我們來聽聽看在座委員的意見，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：各位委員大家好，剛剛 4 位理事長說的意見，我們都聽在心裡，我們也很清楚你們真的很不容易擺平，因為六分區有六分區的困難及問題，目前你們最大的問題是現在的公式不對，需要再修改，但問題是目前還沒有正確的公式，你能怎麼辦，現在數字在眼前，不得不解決，那怎麼處理？還是要照著走。我知道你們 4 位都很委屈，心裡也都不舒服，剛剛主委的補充我們也都清楚，你們強烈建議不要動，我們強烈建議要動，錢跟著人走，還是要前進 1%，這是我個人想法。風險調整移撥款還是要有適度的調整，至於金額多少我沒意見，健保署最清楚你們的狀況，也跟你們協調多次，你們應該要多多少少達到一點點共識，在這種無奈狀況之下，你們還是要做無奈的決定及結果。

周主任委員麗芳：請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉：我站在付費者代表的立場，我認為 R 值占率還是要往前走，R 值占率如果都不動的話，對人口成長的區域是非常的不公平，但是我再多提出一點建議，有沒有可能把所謂的老化速度、年長的比例也納入一個參考值，因為年長的人可能就醫率會比較高，所以我們認為 R 值占率還是要動，另外建議地區預算分配公式納入老化及急重症指標，李飛鵬理事長加油，我們支持你。

周主任委員麗芳：請林敏華委員。

林委員敏華：各位委員早安，剛剛聽了這麼多，從我參加健保會以來，每次討論 R 值的時候，大家都很多意見，誠如朱益宏委員所講這個制度是很不完美的制度，我也接受，但這話很久以前就在講了，一直以來醫院部門及衛福部也沒有提出很好的解決方案，雖然說沒有錯，政策推動上遇到很多阻力，不管如何，從 94 年至今還是有在往前進，我這邊做個建議，這是我個人看法，不代表所有委員的看法，我就順著朱益宏委員說的，去年 R 值占率調整也是等了 2 年，這屆委員的任期到明年，如果說可以的話，就是今年不調，但是弄個條款，假設明年沒有新方案出來，趁今年各醫院協會去跟會員做說明，如果沒有其他意外或新的制度出來，明年 R 值占率一定要往前調，這是我個人的建議。

周主任委員麗芳：林敏華委員建議按照之前的趨勢 2 年調整 1 次，如果今年沒有調的話，是不是承諾明年要調，但反過來好像也是可以，如果提前到今年先調的話，我們也可以考慮明年暫時讓他喘口氣，好像也可以這樣來思考。剛剛 4 位醫院不同層級的代表都說，李飛鵬理事長今天有戴鋼盔，因為你是被授權的，各種的意見都有，有的人說今年調明年不調，有的人說今年不調明年調，總而言之這 2 年內就是要調，早調也是要調，晚調也是要調，你們是不是率先做個榜樣，明年總額成長率 5.5% 很高，請李飛鵬委員。

李委員飛鵬：謝謝主委及各位委員的意見，大家知道在資源不夠分配的時候，某一個階段就會達到一個平衡分配，資源越不夠的時候，大家各據山頭，好不容易維持一個平衡，大家就可以站穩，所以要調動一點都覺得非常困難，剛剛台灣醫院協會的 3 個代表都特別講到我們內部的分歧，但是石部長及周主委非常的關心，上一次會議結束後，我就有遵照決議去請示部長，是不是壞人讓他來做，這樣台灣醫院協會的幾位理事長就可以雙手一攤，說那是部長決定的，我們都沒有辦法，但我們認為不應該是這樣，總是要有一個論述去說服我們裡面的委員，部長的想法是因為以前資源不夠，所以推不

動個別醫院總額，現在加入很多資源以後，在各個醫院總額增加以後就推得動，這2年總額成長率都是5.5%，我說服他們要看大不看小，各分區雖然在R值、S值、風險調整移撥款有來有去，但是各分區的總額增加很多，我們感謝這2年付費者代表及衛福部的支持，能夠有5.5%的成長，讓我們醫界得到一個喘息，所以現在講結論好不好。

早上我們台灣醫院協會內部開會，我說你們總是要授權我，根據我的良心，我為天地良心站在整個台灣各個角度大家一起來compromise(妥協)一個方案，是不是這樣，R值占率就遵照各位委員、衛福部的決議，就往前進1%，事實上年已經進1%，過去都是2年才進1%，我們已經連續2年進1%，就等於調了2%，是不是就讓我們喘口氣，未來2年不要再調R值占率，等找到好的公式後再議這件事情。我參加前天2025台灣全球健康福祉論壇，聽到蕭慶倫教授說我們需要制訂出一個公式，不管是調保費或調經費，不受政治力量的干擾，在座袞袞諸公秉著天地良心替台灣人做出一個不受政治干擾的公式，我過去講過癌症治療、人工關節等納入健保涵蓋的項目都可以，但是涵蓋的項目越多，保費就要多一點，涵蓋的項目越少，保費就可以少一點，我覺得大家應該可以接受這樣的觀念，陳秀熙委員也一直再努力，我們要請他來我們醫院演講，這公式是永續健保最重要的措施。

剛剛講R值占率往前進1%，已經連續2年調，希望未來2年能不能不要再前進，再來就是風險調整移撥款的事情，大家也聽到意見了，是不是由衛福部其他預算或是從救災還是其他方式補貼東區，像朱益宏理事長說的R值占率調1%就要5,000萬元，調40%就要20幾億元，這樣怎麼可行，我就做這樣表達，是不是請周主委來裁示。

周主任委員麗芳：非常感謝李飛鵬理事長及醫院部門展現最高的誠意，他們剛剛提出來的意見是參酌過往的例子，大概是2年調1次，今年114年才剛調，原則上，若以過去的速度，115年感覺是可以讓他

們喘口氣，但是他們也很願意配合我們委員的意見來往前進，但他們有幾點考量，我剛聽出來有 2 點考量，可能也要讓委員一起再來思考一下。

第 1 個是希望以過去 2 年調 1 次的例子，本屆委員的任期也是到明年，是不是他們今年提前調的話，因為對他們的衝擊也是比較大的，明年能讓他們稍微喘口氣，這就是配套，今年調的話可能要有 2 個配套，第 1 個是明年暫不調，讓他們稍微喘口氣，第 2 個是他們也提到風險調整移撥款今年增加 5,000 萬元，其中保障東區 5,000 萬元，但是目前他們內部的爭議性，從剛剛我看 3 分鐘按鈴朱益宏委員還一直講，代表這塊你們內部意見分歧是非常大的，他們認為在還沒有一個更好的分配方式之前，不要再加碼 5,000 萬元，就是一方面往前進 1%，另一方面風險調整移撥款維持 6.5 億元，暫時不要再加碼，這樣他們回去比較好交代，不然多少鋼盔都不夠，剛剛李飛鵬理事長釋出最大善意是這樣，來聽聽委員的意見。請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：我剛才聽了付費者代表及醫院代表的想法，還有健保署站在保險人的立場，這個問題其實不是 1% 的問題，真的不是 1% 的問題，因為你想想看，假設 R 值升高 1%，S 值占率也升高 1%，真的不是 1% 的問題，今天從朱益宏委員講的公式有問題，R 值是代表病人結構、重症、醫療院所的複雜度，這裡面非常複雜，其實就是說，上升就是要補償，就好像我們做這樣的預算分配，總額是固定的。S 值就是每個院所的市場佔有率，明年健保總額 9,883 億元，如果 R 值占率上升 1%，S 值占率下降 1%，馬上損失 5,000 萬元，這就是今天的醫療院所面臨的狀況，所以我們經常講為什麼 R 值、S 值占率都要 1%，這東西就是大家要去精算。

當然我們過去講過，本來今天，付費者代表也講前進 1%，今天都不會有這問題，為什麼不能前進，重點是公式要不要重新檢討，我看這公式我認為就是說 R 值占率有上升、S 值占率也有上升，我剛一直說 S 值占率下降是很嚴重的，2 個都有上升，從你們口述中，

R 值占率上升、S 值占率上升不是一個對等的比例，就表示有些醫療院所的市佔率已經受影響，不然他們不會講話。我們要有觀念來精算這樣的事情，我只有一個意見，就是每次我們討論完，今天大家前進 1%，就像剛才我會非常挺朱益宏委員，我們後面有沒有真的把公式重算？台灣醫院協會也表達他們已經弄出新的公式，我們是不是要重新檢討公式？

包括上次非協商因素，今年我們都正式提給衛福部，衛福部及社保司要不要檢討，要不要怎麼做，部長也應該要正式把這問題拿出來研議，跟這個前進 1%的問題一樣，我還是認為今天前進 1%也好，怎麼做也好，但是不去檢討公式，讓公式變精準，就算健保會委員換人，可能每年都會循環面對同樣的問題，難道你不會很納悶為什麼安全準備 116 年就降到健保法規定底線的 1 個月，保險費率從 5.17%必須升到 5.77%、5.89%，為什麼那一年突然會有一個 jump，我們就是要站在非常公正、科學的角度去重新檢討公式，因為這些公式過去也許有歷史的緣由，但因為時代不同，剛剛消費者也講能否把老化因素加入公式，就是剛才說的病人端 R 值公式是不是要重新修正，這是沒有修正的時候得到的結果，當然雙方就沒交集，重點還是我們有沒有要執行修正公式，否則明年討論 R 值、S 值占率也有一樣的問題。

周主任委員麗芳：謝謝陳秀熙老師的說明，會議資料第 129 頁有健保署的意見，因為陳署長另外還有會議，所以先行離開，但她請張禹斌主任秘書說明健保署的意見。

張主任秘書禹斌：謝謝各位委員及周主委。剛剛 4 位理事長相當辛苦，每年談 R 值、S 值占率就會面臨同樣的問題，當年我當醫管組組長有委託台灣醫院協會做研究，研究過程就意見紛歧，哪一些要扣、哪些不扣，有一些不同算式，但結果出來還是有同樣問題，就是有幾家好、幾家不好，所以就算怎麼做研究，包括現在也有請國衛院做研究，我想未來同樣也會面臨這些問題。

謝謝李飛鵬理事長同意 R 值占率往前 1%，聽各位的發言，好像

有個癥結點都是談到東區，那我擴大來看，針對很多偏鄉、離島、偏遠地區，其實健保有很多相關計畫補助或提高整個支付，東區是不是用這方式去處理？未來談 R 值、S 值占率是不是要把東區額外拿出來另外談？不然談 R 值、S 值占率的時候，東區就被大家拿出來當擋箭牌，所以我會再跟醫管組研究東區額外來談的可行性。

另外一點，我們從以前談 R 值、S 值占率的時候，就和風險調整移撥款一起談，當時是用風險調整移撥款當解藥，因為每提一次 R 值、S 值占率，就有一些區不舒服，就用風險調整移撥款當解藥說服大家往前等等，我覺得還是要回歸原來我們多年前提的錢跟著人走的原則，這才是對的。那剛剛李飛鵬理事長提到 2 年調 1 次，但我們不知道明年到後年的環境會怎樣，我還是覺得 1 年、1 年看數字來做研究可能會比較好，這樣也對健保會委員比較公平，因為現在健保會委員也沒辦法答應理事長 2 年調 1 次，可能也沒那麼大的信心，因為數字還沒出來，還是謝謝大家接受健保署今天的提案。

周主任委員麗芳：請吳鏘亮委員。

吳委員鏘亮：謝謝主席，在主席做結論之前，我有一點要澄清，剛才李飛鵬理事長及朱益宏理事長提到風險調整移撥款的時候，他們並沒有說 6.5 億元，而是如果有要增加的話，是不是用其他預算來補，而不是從醫院總額裡面來扣，我想跟剛剛主席提到的風險調整移撥款就固定 6.5 億元有點出入，我想澄清一下。

周主任委員麗芳：因為我們已經討論本案很久，我現在要稍微聚焦一下，我要請教李飛鵬理事長，我看書面資料你們的風險調整移撥款是 6.5 億元，其中 0.5 億元補東區，因為剛剛吳鏘亮理事長又補充說不是這樣，你們是不是講清楚，你們提的風險調整移撥款是 6.5 億元，其中 0.5 億元補東區嗎？跟今年是一樣的嗎？

李委員飛鵬：這個是去年決定的，我們沒有想要再動。

周主任委員麗芳：對，你就沒有動嘛。朱益宏委員如果你要講的是跟剛剛一樣……。

朱委員益宏：我就補充一點。

周主任委員麗芳：那麻煩簡短，因為醫院部門已經超時 16 分鐘。

朱委員益宏：非常簡短，主席如果等一下做結論的話，是不是能加上很多委員都提到的公式要檢討，醫院內部自己講半天也沒用，那叫狗吠火車，所以政府機關看是健保署主責或社保司主責檢討公式，定期來健保會做進度報告，列為追蹤事項，這樣我覺得才會真正 push 公式有變化。

周主任委員麗芳：我們充分理解這個案子，因為畢竟這也是屬於總額協商的一部分，我們也充分理解醫院部門的意見，付費者代表剛剛也都有不同的意見，雖然醫院部門內部意見很不一致，我也知道他們今天早上在健保會開始之前八點半就在開會，所以也展現很大的誠意，李飛鵬理事長提出來的折衝是，如果今年配合大家對他們的期待，R 值占率前進 1% 的話，希望有 2 個配套，第 1 個就是風險調整移撥款暫時不要再增加，維持去年的 6.5 億元，因為 114 年才剛增加 0.5 億元，希望 115 年維持不變。第 2 個就是過往的例子是 2 年調 1 次，114 年剛調，本來 115 年應該是要讓他喘息一下，他們說提前到 115 年來調，116 年是不是能夠讓他喘息，因為在座委員的任期是到 115 年，所以我們縱使沒有錄下文字，但是可能大家要有共識，我想誠信也是很重要的，因為你可以知道他是承擔多大的壓力戴著鋼盔來到這裡，所以也請委員就這個部分來思量一下，我們是不是可以同意剛剛他提出的配套？請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉：首先我們先感謝李飛鵬理事長戴著鋼盔前進 1%，但我覺得附帶條件的部分，就我個人來說，坦白說我覺得目前 R 值占率調 1%，就還不夠反映現況，但如果我們還要承諾明年的事情，我不曉得，因為付費者代表目前私底下也沒有整合為一個意見，我建議這部分是不是先暫緩，就先處理今年的問題。

因為若我們去承諾明年的事，我覺得這個部分，確實明年可能有明年的狀況及現象發生，我們無法確定，講直白一點就是我們當然會希望你維護你們本身的利益，但以付費者代表來講，當然也會希望反映真實的醫療需求，因此這部分以我的建議是暫緩。

周主任委員麗芳：你的暫緩意思是指什麼，暫緩討論下去嗎？鄭力嘉委員是指暫緩承諾。本案我們已經討論了這麼久，剛剛委員的意見也提到，明年的事情確實很難講，那如果是這樣的話，那就真的如同理事長所言，你真的太神了，因為你一開始就說，可能還是要得勞駕我們石崇良部長去做裁示，因為委員說沒有辦法承諾明年不予調整，所以剛剛的配套確實沒有辦法來做承諾。

如果是這樣的話，就相對簡單，這個案子就是沒有共識，因為你們的配套，委員沒有辦法承諾。本案沒有共識，所以我就做以下的決議：

第 1 點，115 年度醫院總額地區預算分配方式，未能達成共識，爰依健保會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院總額部門代表之委員建議分配方式，兩案併陳報部，如下：

(1)付費者代表委員建議，門、住診 R 值分配比率，門診為 54%，住院為 47%。自一般服務費用移撥 7 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 1 億元用於因應東區因 R 值占率調升造成之財務衝擊。

(2)醫院總額部門代表建議，門、住診 R 值分配比率，門診為 53%，住院為 46%。自一般服務費用移撥 6.5 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率造成之財務衝擊。

第 2 點，以上兩案詳細內容依上述決議、會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理後依健保法第 61 條，報請衛福部決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

第 3 點，根據委員的建議，建請社保司及健保署針對地區預算分配公式進行後續研議。

接下來進行討論事項第三案。

李委員飛鵬會後書面意見：參據過去醫院部門地區預算 R 值占率調整的援例，為緩和因 R 值占率調升所產生的預算重分配效果，歷年皆

是調整 1 年適用 1~2 年，且鑑於醫院部門強烈要求應儘速積極地檢討地區預算分配公式，116 年起地區預算 R 值占率調升應予暫停。另有關東區因 R 值因素所起的財務衝擊應由其他預算或編列公務預算支應之。

陸、討論事項第三案「115 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配案」與會人員發言實錄(原討論事項第二案)

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明會議資料第 49 頁，牙醫門診總額地區預算分配，牙全會已經提送他們的建議方案，首先牙醫門診總額今年協商 115 年度總額成長率是 5.5%，其中一般服務費用的成長率是 2.468%，這部分須進行六分區的地區預算分配。

有關於牙醫門診總額歷年地區預算執行狀況，其實牙醫部門從 95 年度開始，一般服務地區預算已經達到 100%依照各地區保險對象人數校正人口風險(年齡性別指數)後的 R 值分配，委員可以稍微參考會議資料第 53 頁，因為牙醫目前是 100%按照 R 值分配，所以剛剛委員有提到，現在的 R 值其實是有校正六分區的年齡性別指數，也就是有關各年齡層的醫療利用情形，會議資料第 53 頁的表 1-1 之年齡性別指數(B)在台北區、中區就是大於 1，表示這區的老年人口或醫療利用較高，其他分區則小於 1，在主管機關研議的 R 值部分，其實已經校正了年齡性別指數，這要向委員說明。回到會議資料第 49 頁，牙醫門診總額歷年 R 值協定情形請委員參考。請看會議資料第 50 頁，特定用途移撥款的部分，99 年度開始就從一般服務預算先行移撥部分經費，用於特定用途。

牙全會這次函提的建議方案，因為他們已經 100%以 R 值分配，所以要討論的是特定用途移撥款，本次提出的金額跟 114 年度一樣是 3.8 億元，用於會議資料第 50 頁所列 4 項用途，為便於說明歷年執行情形，請參閱會議資料第 51 頁我們整理的表「彙整 110~114 年度移撥款及牙全會 115 年度之建議」，以下簡單說明。

115 年度建議案的 3.8 億元，其中第 1~3 項用途跟過去都一樣，其中用於醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用 2.7 億元，弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫 0.8 億元，投保人口就醫率全國最高二區之保障款 0.3 億元，第 4 項移撥款若有結餘之用途，則會優先用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘則回歸一般服

務費用。這是 115 年度的建議，這部分相對單純。

本會請健保署對牙全會建議方案提供執行面意見，該署表示尊重醫界的規劃，此外也提供特定用途移撥款的執行情形，整理在會議資料第 66 頁，請委員參考。

請看到會議資料第 52 頁，依照 115 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵的醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如果各部門還是有部分服務需要採點值保障的話，歷年都會請健保署會同部門議定後於當年 12 月前送本會同意後執行，這部分各部門都一樣，以下部門不贅述，相關參考資料如後附請委員參考。

擬辦部分，協定後會依照健保法第 61 條將本案確認結果報請衛福部核定，剛提到執行面細節含特定用途移撥款的部分，授權健保署會同牙醫部門議定之，特定用途移撥款的執行情形再送本會備查，以上說明。

周主任委員麗芳：牙醫部門相對比較簡單，也非常感謝牙醫部門，R 值已經到 100%，而且對於特定用途移撥款部分，健保署也表示予以尊重，還是請陳世岳理事長說明一下。

陳委員世岳：謝謝大家的支持，我沒有意見。

周主任委員麗芳：這個案子委員有沒有意見？如果大家都沒有意見，我做以下決議：

第 1 點，115 年度牙醫門診總額地區預算分配方式，先行移撥 3.8 億元支應牙全會建議 4 項特定用途項目後，其餘費用 100% 依 R 值分配至六分區。

第 2 點，詳細內容依上述決議、會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理後依健保法第 61 條，報請衛福部核定。

接著進行討論事項第四案。

柒、討論事項第四案「115 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配案」與會人員發言實錄(原討論事項第三案)

同仁宣讀

陳組長燕鈴：有關中醫門診總額地區預算分配向委員說明，中全會已函送建議方案如附件一，中醫門診總額 115 年度總額成長率一樣也是 5.5%，其中一般服務費率的成長率是 4.978%，也要進行六區預算分配。

先說明一下中醫部門歷年的執行情形，跟其他部門是有點不一樣。中醫部門早期在 89 年 7 月至 94 年跟其他總額部門一樣，是依據主管機關交議的 R 值、S 值分配。但是 94 年進到 R 值 30%後，從 95 年度起就改採健保署跟中全會研議的試辦計畫，歷經修正，請看到會議資料第 68 頁，99 年至 114 年他們就是採用修正後的試辦計畫，分配方式就是先把東區預算單獨切出來固定占率為 2.2%，其餘預算占率 97.78%再分配給五分區，分配參數就比較多，有 6 個，我們列在會議資料第 68~69 頁的表，因為參數很多，其實重點就在參數一、二，稍微說明一下。

其中參數二是「戶籍人口數占率」，是沒有校正人口老化及年齡性別指數，純粹是用戶籍人口數占率，可視為類似各部門的 R 值。而參數一是「實際收入預算占率」，就很像醫療利用參數，類似各部門 S 值。至於歷年各參數占率，114 年的戶籍人口數占率為 16%、實際收入預算占率是 65%，而其他 4 項參數的各年占率都差不多，我就不再說明。

請看到會議資料第 69 頁，歷年來本會委員討論到中醫地區預算時，對於戶籍人口數占率，其實過去有很多討論，也有一些協定，本會於 104 年委員會議討論 105 年度中醫地區預算分配時，就有相關決議為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數之「各分區戶籍人口數占率」(即本案參數二)，以 5 年調升 10%為目標。即從 104 年度 7%起算在 5 年內要達到 10%，協定情形在會議資料

第 69 頁的表格，委員可以看到，從 104 年 7%到今(114)年的 16%，這 10 年間戶籍人口數占率調升了 9%，所以其實也還沒達到 5 年調升 10%的目標，還有一些差距。

另外風險調整移撥款部分，歷年金額及用途，整理在會議資料第 70 頁，其實從 106~113 年風險調整移撥款都只有幾千萬元，直到 114 年，就是今年大幅提升到 1.5 億元，主要用於補浮動點值最低分區的點值補到 0.9 的差額，還有第 2 個用途就是補就醫率最高的分區。

今年中全會函提的 115 年度建議方案，放在附件一，我們有稍微檢視一下所有的分配參數、占率都跟 114 年度一樣，也就是不前進的意思，戶籍人口數占率維持 16%，但風險調整移撥款就有調整，從 114 年度 1.5 億元調升到 4 億元。中全會的建議分配方式臚列在會議資料第 70、71 頁，剛剛大概講過就不再贅述。另請看到會議資料第 71 頁，風險調整移撥款從五分區移撥 4 億元，用途主要還是補助在浮動點值最低分區的浮動點值補到 0.93 元，補助後的平均點值也不得高於次低地區的平均點值，經費不足就會折付計算，另全年預算若有結餘再回歸一般服務費用，這是中全會提出的。

我們也請健保署對中全會所提建議方案提供意見，還有風險調整移撥款的執行情形，健保署回復建議 R 值可適度提升，至於詳細內容等一下建請健保署口頭說明。另補充一下，健保署所謂的 R 值，就中醫來講即為參數二戶籍人口數占率，就是建議戶籍人口數占率可適度前進的意思。

請看到會議資料第 71 頁最下面，本案待討論事項為分配方式，首先，是不是東區跟其餘五分區預算占率就是 2.22%及 97.78%，這歷年都是這樣。請看到會議資料第 72 頁，主要待討論事項就是五分區預算部分的參數要怎麼樣前進，戶籍人口數的 16%占率要不要前進，會議資料第 72 頁我們也補充了，剛剛委員也都知道，就是主管機關規劃交議健保會協商的地區預算，是採用「錢跟著人走」的原則，所以依據這個原則是要適度調升的，而且依照 104 年委員會議

決議，5 年應該要調升 10%，但實際情況是 10 年才調整 9%，也還沒有達到調升 10%目標。

此外，近年來評核委員意見，認為中醫地區預算分配似乎沒有落實「錢跟著人走」的政策目標，戶籍人口數的參數的占率相較於其他的各部門調升速度緩慢，仍有相當大的努力空間。在這裡要先跟委員講一下各分區的人口成長、預算分配情形，為何評核委員會有這樣的意見，請看會議資料第 79 頁表 2-1、2-2，先看表 2-2，可以看到從 113 年相較於 95 年的數值，多年來各區人口其實有很大的變化，其中台北區、北區、中區呈現正成長，尤其北區投保人口數成長率高達 20.4%、戶籍人口數成長率高達 17%，而其他三分區南區、高屏區、東區人口數都是負成長。

再來看到表 2-1，因為中醫的 R 值戶籍人口數占率相對比較低，我們看到表 2-1 時，可以看到一般服務預算占率及戶籍人口數占率，各區之間還是有蠻大的差別，像是北區來講，戶籍人口數占率是 16.8%，但是一般服務預算占率只有 12.9%，而台北區的戶籍人口數占率是 32.1%，但是一般服務預算占率只有 29.3%。

所以中醫部門的預算分配跟人口數差距，相對其他部門是比較大的。因此就需要討論，戶籍人口數占率是否要依照健保署建議去提升，我們也模擬提升了 1%時的影響在哪裡，請看會議資料第 75、76 頁表 1-1、1-2，我們做了 2 個模擬，很多假設在備註請委員參考。

表 1-1 的模擬，每前進 1%，從 16%到 19%，每前進 1%對於各區預算成長及增加金額的影響，表 1-1 是比照 114 年度提列風險調整移撥款 1.5 億元去試算，但是會議資料第 76 頁表 1-2，則是用中全會建議風險調整移撥款 4 億元，先扣掉這部分來進行試算。

因為資料很多，我們簡要的表請參閱會議資料第 77 頁表 1-3，可以比較明確看到每前進 1%對各區的影響，現在投影片有投出來讓委員參考，也就是會議資料第 77 頁表 1-3，螢幕上顯示是表 1-3 上面那 1 個表(估列風險調整移撥款，並以 114 年度 1.5 億元暫列)，也就是用 1.5 億元風險調整移撥款先予扣除再計算各分區數值的話，

可以看到無論是維持參數二「戶籍人口數占率」16%不動，或前進到17%，各區預算成長率都將近6%或超過6%，是很高的，全區預算成長率是6.097%，各區的預算增加都在2.55~5.81億元之間，如果我們看到最右邊的欄位，此欄位是在比較「前進1%」相較於「不前進」的話，對各區預算占率的影響，因為各區都增加很多錢，所以如果就算前進1%的話，以最右邊欄位來看，台北區只有多增加1,200萬元，北區只有多增加1,600萬元，中區只有少增加2,400萬元，其他3區影響是很小。

看表1-3下表(估列風險調整移撥款，並以中全會建議額度4億元暫列)，若用4億元的風險調整移撥款先予扣除，再計算出各區總額成長率，原本全區的成長率原為6.097%掉到5.327%，可見4億元額度其實是很大的，我查了一下115年度中醫協商因素成長率也只有4.4億元，也就是說這幾乎把協商因素成長率都扣除了，是有點多的，這2個金額試算下來，其實各區預算的成長都有好幾億元，可是前進1%對各區預算的影響只有幾千萬元，給委員參考。

請翻回會議資料第72頁，待會要請委員討論的是戶籍人口數占率是否要維持16%或前進，另外要討論會議資料第72頁的風險調整移撥款，中全會建議移撥4億元，用於撥補點值較低的地區，我們去查，114年度是1.5億元，如果115年度調升為4億元的話，他所占的一般服務預算占率比例，明顯對比於過去112~114年的0.1%、0.19%、0.46%來說，他是高達1.15%。另外，我們看會議資料第73頁，如果把中全會所建議的風險調整移撥款跟其他的醫院、西醫基層部門相較，中醫占率高達整個總額的1.15%，相較其他部門為0.11%~0.47%高出許多，也請委員討論風險調整移撥款的額度。

其他關於點值保障送本會同意後執行，這部分跟牙醫一樣，就不再贅述，相關參考資料及擬辦同牙醫部門，以上說明。

周主任委員麗芳：非常感謝燕鈴組長的說明，本案一樣是2個參數要討論及決定2件事情，1個就是剛剛說的錢要不要跟著人走，也就是參數二戶籍人口數占率114年度是16%，要不要再往前進，另外

1 個就是風險調整移撥款的調整，就是這 2 件事情。先請健保署發言，因為我們也收到健保署的來函，先請健保署就這 2 件我們要決定的事情表達意見。

劉組長林義：健保署的意見請參考會議資料第 71 頁，我們對各總額的建議都一樣，建議 R 值可以適度前進，風險調整移撥款則尊重醫界的規劃。

周主任委員麗芳：謝謝健保署簡化我們等一下思考及討論的內容，因為這 2 件事情，健保署意見就是 R 值部分建議前進，至於風險調整移撥款尊重中全會規劃。接下來就要請今天的新生，你真的很不容易，第一天來健保會就戴著鋼盔來了，很感謝你，先請蘇守毅委員表達中全會意見。

蘇委員守毅：謝謝主委，不好意思，因為實際上風險調整移撥款這部分，我們的觀念就是，所有的東西是「不患寡患不均」，我們希望大家各區點值能較為趨近而不要差別太大，所以這也就是要把風險調整移撥款拉高的原因，而且之前立法院也曾要求，希望點值能夠達到 0.95 以上，所以我們會把風險調整移撥款拉高，去補點值最低分區的浮動點值到 0.93，再加上固定點值的部分後，就可達到平均點值 0.96 或以上，這樣就可以符合立法院的要求，也減少長官們的困擾。

這個也讓所有中醫同道的點值能夠比較趨近一致，比較不會有比較之心，誰領的比較多或比較少，少掉這些不必要的困擾，另外我們比較好的部分是，不用再去擔憂東區，因為我們是固定預算占率給東區，因為東區這邊包括山地部落相對較多，所以他們這樣獨自運作，也比較不用我們再操心太多。

至於五區的 R 值，實際上年我們已前進 1% 了，因為這個部分就像剛剛西醫的幾位前輩也講了，這只要再前進 1%，各區就會有損失或帳面上的問題，很明顯就是，剛剛我們也看到會議資料第 77 頁的下表，以風險調整移撥款 4 億元的部分來看，你會看中區就少增加了 2,400 萬元，這種東西讓中區的人看到他一定是心裡一大堆

OS，所以我們原則上一直不敢去動 R 值的原因也在這裡；再加上大家雖然看到台北區的人口占率是最高的，可是他們今年第 1 季、去年第 3 季他們點值還曾經高於 1 元，這樣的點值，又把中區少增加的 2,400 萬元去補多增加 1,100 萬元的台北區，等於對點值高於 1 元的分區又把費用拉高給它，這對其他區來講看起來就會很礙眼，所以我們也一直不敢隨意動這個 R 值，另因為去年也剛動過，今年又要再繼續進 1%，這也是大家心態上比較沒辦法接受的地方，所以，我們也希望是不是這部分能暫緩。

周主任委員麗芳：接下來我們來聽一下委員的意見，2 件事情，1 個就是 R 值本來是 16%，要不要前進，剛剛理事長說今年 114 年度剛進了 1%，所以他們是希望能夠 115 年度先不要動；再來是風險調整移撥款，但是剛剛健保署有說這部分是尊重中全會的，所以我們就來聽聽看委員意見，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：大家好，我覺得還是要尊重專業的健保署意見，畢竟健保署也有建議 R 值適度前進，因此我覺得還是要前進，畢竟這是大家都要公平，既然剛剛我們強烈建議醫院前進，我想中醫也避不掉、應該要前進，至於風險調整移撥款可以討論我是沒有太大意見，但還是要增加一點點，數字可以討論。

周主任委員麗芳：請教一下楊芸蘋委員，因為剛剛就是健保署表示對風險調整移撥款是尊重醫界，那您的意思是還要再增加嗎？他已經 4 億元了。

楊委員芸蘋：R 值。

周主任委員麗芳：楊委員是指 R 值要前進，風險調整移撥款沒有要增加，因為已經從 1.5 億元調到 4 億元，同健保署的建議尊重醫界。請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉：謝謝主委，其實我們看數字跟剛剛中醫蘇守毅理事長說的，讓我有一點錯覺，就是明明數字上看起來感覺上你們就一定要動啊，但是剛剛聽到蘇理事長的說明，包括你們的點值，台北區的點值高於 1 元的觀點，但是我們就以付費者代表的立場來說，我們

看到的數字及得到的資訊來講，我們認為還是要前進，這部分就是希望理事長這邊比較辛苦一點，就是錢還是要跟著人走，當然有關人口調整的參數是什麼，我覺得這可以討論。另外，本來我也是很好奇東區預算固定占率的部分，不過看起來你們內部都可以討論沒有問題，我就不再多說。最後，關於風險調整移撥款部分，也是尊重中全會的決定。

周主任委員麗芳：蘇守毅理事長他們內部已經討論過很久，今天會上委員和健保署也提供一些意見，我看這個案子也很難在這個會上達成共識，但是我們可以將它拆成 2 塊來處理，在風險調整移撥款部分是有共識的，不管是委員或健保署對中醫部門的風險調整移撥款調高的部分，是表示同意的；至於 R 值占率前進的部分，則彼此有不同的意見，所以脫鉤處理。我先做這樣的決議，讓大家看適不適合：

一、在風險調整移撥款的部分是有共識的，自五分區一般服務預算移撥 4 億元作為風險調整移撥款，用於中全會建議之用途項目。至於 R 值占率是否前進，則未達共識。

付費者代表委員的建議，各分區戶籍人口數占率(參數二)為 17%；各分區實際收入預算占率(參數一)為 64%。

中醫門診總額部門代表委員的建議，各分區戶籍人口數占率(參數二)為 16%；各分區實際收入預算占率(參數一)為 65%。

二、以上兩案詳細內容依照會議資料擬辦文字，請本會同仁協助整理後依照健保法第 61 條，報請衛福部核定，與會人員發言實錄併請送主管機關參考。

請問各位委員有沒有其他意見？(沒有委員表示意見)沒有，接著進行討論事項第五案。

捌、討論事項第五案「115 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配案」與會人員發言實錄(原討論事項第四案)

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，西醫基層總額一般服務地區預算分配案部分，醫全會已經在 11 月 17 日將建議方案送會，已經更新在補充資料，115 年度的西醫基層總額，本會協商的結果，成長率是 5.5%，其中一般服務費用成長率是 5.077%，需要進行地區預算分配，有關分配事項部分，分配參數就是含 R 值、S 值，我就不再贅述。

西醫基層 R 值的風險校正因子有 2 個，1 個是人口風險因子，其中 90%是年齡性別指數，10%是標準化死亡比，去校正人口數；另 1 個校正因子是轉診型態(Trans)，也就是西醫基層門診市場占有率。請參閱會議資料第 111 頁，分配方式依照主管機關原規劃是從 90 年度起，以 7 年為期，逐步達成 100%依 R 值分配，但是期程和過渡漸進方式，可以視實際狀況修正。地區預算各年核(決)定情形如中間的表格，就是 R 值、S 值占率於各年的核(決)定情形，就請委員參考，114 年 R 值占率是 70%。

有關風險調整移撥款，從 107 年度起就有移撥部分額度，主要用於撥補特定分區或保障東區浮動點值，或因 R 值占率前進而減少預算的分區或點值落後地區。歷年移撥款額度和用途整理在會議資料第 111~112 頁的表格中，請委員看到會議資料第 112 頁的表格，今(114)年度風險調整移撥款是 6.5 億元，有 3 個用途，1 個是撥補 R 值占率前進而減少預算分區的減少費用(不含東區)；其次，保障東區浮動點值不低於每點 1 元；第 3 個，剩餘款用於撥補點值落後地區，這是今年的部分。

醫全會已經在 11 月 17 日將其建議方案送至本會，所以要更新會議資料第 112 頁的說明四、五，請委員參閱補充資料 1 第 1 頁，本會已更新說明四和說明五。更新說明四就是醫全會提送的建議方案，是經過他們召開會議的結論，主要建議 115 年度 R 值占率維持跟 114 年度一樣是 70%；風險調整移撥款就是從 6.5 億元變成 7 億元，

優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元，其次撥補點值落後的地區。第 2 個建議是，如果 115 年度 R 值占率前進 1%，就是前進到 71%，六分區對風險調整移撥款的額度和用途都有不同的建議，我們摘要在下面，請委員參考。其實是還蠻複雜的，首先要請台北區、北區思考，是不是同意先提撥「因 R 值占率前進而增加預算費用的 50%」，用於撥補「因 R 值占率前進而減少預算費用之地區」。如果台北區及北區同意的話，移撥 7 億元用於撥補點值落後地區；若有分區不同意，台北區和高屏區各有不同的額度與建議。另北區建議依照等比例的方式來補點值落後地區，南區則建議 7 億元，用途跟台北區一樣。

對於「點值結算後有分區浮動點值大於每點 1 元，超出的費用是否回補」，各分區也有不同意見，這個都在補充資料 1 附件一的醫全會來函，這個細節比較多，就請委員參考。

本會也請健保署就醫全會所提建議方案提供執行面意見，健保署已經後補了，請參閱補充資料 3 健保署書函的部分，這就是健保署提供的意見，健保署主要還是建議 R 值部分可適度前進，至於風險調整移撥款就尊重本會決議，詳細情形，等一下再請健保署說明。

說明五也是有更新，本案討論事項主要是各地區的 R 值分配占率，是不是要適度調升，這部分也跟委員說明，各分區人口成長、預算分配情形，請參閱會議資料第 116 頁的表 2-1「113 年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務預算占率及平均每人預算數」、表 2-2「113 年較 95 年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務預算及平均每人預算成長率」，剛才跟委員報告過了，以北區人口成長最高，其次是台北，所以看到表 2-1 的部分，因為西醫基層 113 年 R 值占率是 69%，在這樣的分配下，可以看到北區、台北區的一般服務預算占率都比投保人口占率低，台北、北區平均每人預算數，相對於其他分區分配到的金額也比較低，所以要討論的是 115 年度 R 值占率是不是要適度提升的時候，也有模擬試算。請參閱會議資料第 114 頁表 1-1「115 年度西醫基層總額一般服務地區預算模擬試

算表」，這是用 114 年度風險調整移撥款 6.5 億元模擬占率調升到 73%，每調升 1%的人口占率對各分區預算的影響，因為數字很多、很複雜，就用簡表說明，請委員參閱會議資料第 115 頁表 1-2「115 年度西醫基層總額地區預算模擬試算摘要表」，我們摘列出來，R 值占率從 70%前進 1%，就是前進到 71%的話，對各區預算的影響，其實各區預算成長率都有高達 5.23~6.79%的成長，東區部分比較小，先不要看的話，五區預算成長金額都在約 12~29 億元之間，南區最少也有 12.12 億元，增加最多的是台北區有 29.71 億元，R 值占率前進 1%相較於不前進 1%，請參閱最右邊的欄位，比較起來前進 1%，台北區是多增加 1,680 萬元，北區是多增加 6,890 萬元，南區少增加 4,830 萬元，其他區影響約 1,000 多萬元，影響較少，所以在各區預算較 114 年度增加 20 幾億元、10 幾億元的情況下，R 值占率前進 1%就是多增加幾千萬元或少增加幾千萬元的影響，提供給委員參考。

接著要討論風險調整移撥款，請參閱補充資料 1 第 2 頁，剛才講的是 R 值占率是不是要適度提升，另外 1 個要討論的是風險調整移撥款，可以看到 113~114 年度總額公告中，113 年移撥 6 億元，114 年至少移撥 6 億元，最後健保署跟西醫基層部門承辦團體議定是 6.5 億元。

需要討論的是，風險調整移撥款的額度、用途部分，剛才醫全會的建議方案中，如果 R 值占率要前進到 71%，各分區都有不同的金額，及不同用途的意見，所以本會幕僚考量各區還有很多意見尚須整合，要前進到 71%的話，建議參照 114 年作法，先議定風險調整移撥款至少需達多少億元，至於所涉的實際的額度、用途，及計算的細節就授權健保署會同西醫基層總額相關團體去議定，其中風險調整移撥款的額度、用途和執行方式再送本會備查，其他有關擬辦部分跟其他部門總額一樣，以上說明。

周主任委員麗芳：這案子真的是很複雜，今天是麻煩顏鴻順委員，就是現在的醫全會副理事長跟我們表達一下您的看法，謝謝。

顏委員鴻順：謝謝健保會同仁非常詳細及非常長時間的報告，跟大家先致歉，我們會到 11 月 17 日才正式回函健保會，是因為之前我們每週開會，連續開了 4 次會，在第 4 次才達成共識，在這個過程中，每次討論大家都會討論到六分區分配的 R 值、S 值的公式。西醫基層 R 值是 90% 的年齡性別指數加上 10% 的 SMR^(註 1) 乘上 Trans^(註 2) 值，光是這個 SMR 占比，尤其是 Trans 值的公式，每次都引起很大紛爭，但實際上去計算的時候，大家就覺得這對我比較有利或不利，或者減損，就會有不同的看法，但大家共同的共識就是覺得 R 值、S 值有問題，應該要檢討，至於怎麼樣檢討就有不同看法。

過程中，我們也依據 112 年衛福部的決定有壓 1 個希望西醫基層的 R 值 2 年前進 1% 為原則，這是在 112 年落下的條款，所以在這樣的基礎之下，我們共識就是在補充資料 1 更新說明四第(一)點，建議 115 年 R 值的占率就按照之前共識維持 70%，風險調整移撥款調高到 7 億元，風險調整移撥款的用途，第 1 個優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元，其次用來撥補點值落後地區，這是我們的共識，同時也同意，如果今年 R 值占率維持為 70%，明年我們會主動提出調高 1%，到 71%，這是第 4 次會議那天大家的共識。

非常謝謝周主委，在我們第 4 次會議的前 1 天，有打電話給我們的主委、理事長還有我，部裡是比較希望能往前調 1%，隔天我們討論到如果 R 值占率前進 1% 時，包括風險調整移撥款的額度、撥補方式的意見就非常分歧，也就是剛說補充資料 1 更新說明四(二)的部分，就意見非常分歧，所以如果 R 值占率前進 1% 的話，回去後我也不知道怎麼協調，我們建議今年 R 值占率維持為 70%，我們同意、也承諾明年 R 值占率調高到 71%。

註 1：SMR(Standardized mortality ratio，標準化死亡比)。

註 2：Trans(轉診型態；西醫基層門診市場占有率)。

周主任委員麗芳：謝謝顏鴻順委員，剛剛他有提到說內部意見真的很多，但是他們的釋出最大的誠意是，可不可以讓他今年先暫時不前進，但是他承諾明年他們一定會前進，這是他們有共識的。健保署要再表達意見嗎？(健保署表示沒有)，接下來聽聽看委員的意見，請

鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉：我先開宗明義地說，我支持還是要前進，醫療需求在變化，人口老化、風險在增加，這部分不能跟現實脫節。再來說 R 值本來就要反映人口、疾病醫療需求，若不前進，反而我們會很擔憂，在人口老化的趨勢下，是否能維持醫療品質？若再不前進，我們認為最大受害者還是民眾，所以我這邊支持 R 值占率要前進，以上。

周主任委員麗芳：請胡峰賓委員。

胡委員峰賓：謝謝主席，我想在健保會這邊開會，可以很客觀說 R 值是錢跟著人走，但是第一線各分區有成本壓力，所以看到的不是錢跟著人走，是錢跟著別人走，所以 R 值占率調 1%，各區情緒值就調到 100%了。我想 R 值是穩定的趨勢，還是要前進，但還是要穩健前進、避免震盪，如果我們的幅度是 2 年 1%的話，或許可以給各個總額部門一個彈性，就是 2 年 1%，按照這樣的進度來前進，減少震盪，以上提供參考，謝謝。

周主任委員麗芳：其他委員還有沒有意見？請連賢明委員。

連委員賢明：我只是在看會議資料時，看到會議資料第 111 頁下面第(三)點 1.的表格下的註釋第 4 點提到，衛福部公告，事實上是每 2 年增加 1%，逐步調到 75%後再評估，這已經是正式公告了，是不是？

周主任委員麗芳：這個公文是不是請社保司說明一下？

陳委員真慧：這是在 112 年公告的，那時長官的指示就是文字上所講的每 2 年增加 1%逐步調到 75%後再作評估，所以那時候才有對外公告的文字。

周執行秘書淑婉：時勢都會改變，我們都是每年議定，其實是不要承諾比較合理。

周主任委員麗芳：謝謝說明，衛福部是政府機關，政府機關發的文也是很慎重的，謝謝連賢明委員提出來，112 年 1 月 9 日公告，未來西醫基層總額地區預算分配比率之各地區校正風險後保險對象人數 R 值，請每 2 年增加 1%，逐步調整至 75%後再行評估，所以西醫基層是按照這個步調在調整，114 年他們已經往前進到 70%，這也是

為什麼他們內部討論時會爭議這麼大，他們可能也是看到這個文，可是現在又說你們要前進，當然確實是，這也值得我們內部做 1 個思考。還有委員要表示意見嗎？請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：其實我覺得西醫基層總額部門和醫院總額部門是一樣的問題，都很難解決，都有很多的困難，所以為什麼遲遲在這 2 天才把資料送出來，原因應該是在這裡。我想我們每個委員都很清楚你們真的很不好解決，所以顏鴻順委員當委員會很辛苦，這 2 個總額部門很辛苦，我們是盡力支持配合你們，可是這是一定要前進的，不得不前進，我還是要講一句公道話，剛剛鄭力嘉委員說得很好，人口老化，看病的人也增加，需要前進一點，對整個醫療品質才會好，對民眾才有幫助，還是要前進一點。至於風險調整移撥款，這個我也沒有太大意見，但還是要討論，我覺得健保署的建議也很重要，看健保署想法是什麼，以上。

周主任委員麗芳：請健保署。

張主任秘書禹斌：健保署的態度還是錢跟著人走，R 值還是要往前，至於風險調整移撥款，我會覺得，今天看到補充資料 1，可以瞭解醫全會討論的過程一定是砲火四射，所以都會有「若怎樣.....」，「若怎樣.....」，這個會蠻難去談，我會建議主委，在補充資料 1 第 2 頁後面提的，如果前進的話，剩下風險調整移撥款討論要匡多少，至於怎麼分配，可能也不是在這邊可以討論出來。

周主任委員麗芳：因為我們沒有辦法預設立場，因為要不要前進，現在已經是兩邊沒有共識，所以這變成是，假設衛福部裁示要前進的話，就整體再做配套；若衛福部裁示不用前進，那又有不用前進的方式，所以可能委員現階段也沒辦法去預設立場，因為現在就已經卡在第 1 個問題了。

有關本案現階段連委員內部也有不同意見，剛剛胡峰賓委員說應該 2 年調 1 次。連賢明委員還幫我們把公文也找出來，也是說 2 年要調 1%。鄭力嘉委員和楊芸蘋委員是說 R 值占率要往前進，可以看到委員的意見不一樣。剛剛顏鴻順理事長更不用說，他們洋洋灑

灑在補充資料 1 黃色這頁可以看到內部的意見，顯然今天沒辦法有共識，我做以下的決議：

一、115 年度西醫基層總額地區預算分配方式，未能達成共識，爰依健保會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層總額部門代表之委員建議分配方式，兩案併陳報部，如下：

(一)付費者代表委員建議：R 值分配比率為 71%。

(二)西醫基層總額部門代表委員建議：醫全會建議方案。

(三)自一般服務費用移撥風險調整移撥款金額，尊重衛福部決定。

二、以上兩案詳細內容依上述決議、會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理後依健保法 61 條，報請衛福部決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。接下來進行報告事項。

玖、報告事項「113 年全民健康保險業務監理指標監測結果及研析報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪專門委員于淇報告：(略)

周主任委員麗芳：非常感謝健保署這麼詳盡地說明，有關這個案子，不知道委員有沒有要詢問？請黃心苑委員。

黃委員心苑：主委、各位委員大家好，謝謝健保署報告得非常詳細，資料也做得非常好，只是我對其中一些指標判讀有一點不同意見。

第 1 個就是指標 1.1 的 Length of stay，也就是「急性病床平均住院天數(整體及各層級)」，看起來感覺愈低愈好，但不見得是這樣看，假設接下來要實施 DRGs(註 1)，代表醫院會有誘因儘快讓病人出院，但儘快出院是不是好事，這是民眾會擔心的，到底是不是好了才出院，不要占病床太久，這是好事，但也有可能他還沒到好，醫院就要他出院，所以住院日數愈低是不是愈好這件事，健保署在判讀時可能要注意，可能要稍微分類一下，另外，對比國際的資料，到底台灣的平均住院日數狀況是怎樣。

另外我覺得很有趣的是「1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數」，有接受和沒有接受的安寧照護，沒有接受安寧照護的費用一定比較高，這件事應該是大家都知道的，到底為什麼現在安寧照護推動的進度比較慢，是哪個部分有問題需要多幫忙的？

另外還有 1 個跟分級醫療比較相關的「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」，就我們理解，初級照護涵蓋的範圍非常大，基本上 9 成以上都是在診所，有些雖算在初級照護的範圍裡面，但還是蠻多是在醫院的，我建議這個初級照護的範圍，剛剛報告同仁有講，可能要再思考一下怎麼樣看，才可以看到真實的問題。

另外我看到「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」及「2.3 照護連續性」，感覺起來好像沒有再進步，好像有點還是維持在這地方，如果我沒有記錯的話，The Lancet 的評比台

灣是 30 幾名這件事，用的就是 avoidable mortality^(註 2)或 avoidable hospitalization^(註 3)，我覺得我們自己跟自己比當然很好，但我們要怎麼樣能追上我們相同、類似國家的水準，可能我們也要看的還有跟國際的比較，以上。

註 1：DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)。

註 2：avoidable mortality(可避免死亡率)。

註 3：avoidable hospitalization(可避免住院)。

周主任委員麗芳：謝謝黃心苑委員，我補充一下這案子除了感謝健保署，也要感謝健保會，因為健保監理指標監測結果，是由 2 個單位共同完成研析的報告，剛不好意思剛剛沒有請本會邱臻麗組長跟大家報告，周淑婉執行秘書說她可以跟大家說明。

周執行秘書淑婉：我簡單講一下，這就是健保署提供的一些素材，然後本會也詳細做一些歷年趨勢的研析，其實我們有本整份的健保監理指標監測結果報告(初稿)，在歷年研析部分，那個就是本會整理的。

請委員參閱會議資料第 173~178 頁，本會有把五大構面，跟過去比較後，進步、持平的情形製作了雷達圖，給委員參考。在會議資料第 177 頁附表也有詳細的分析，以圈圈叉叉呈現進步、退步的部分，整理監理的結果也可供健保署做為未來執行的參考。

周主任委員麗芳：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：順著周執秘的話，我要感謝健保會所有同仁，非常專業又非常有耐性及耐心，我這 2 天不是很舒服，不想看資料卻又不得不看，把保險費率審議前專家諮詢會議紀錄，諮詢委員及健保會委員講的話，我從第一個字看到最後一個字，中間看到很多專業名詞，我不是公衛背景看不太懂，尤其陳秀熙委員講的鮑莫爾理論，本來想請教陳秀熙老師或周執秘，後來翻到後面的備註都寫得非常清楚，真的要給幕僚一個掌聲(委員鼓掌)，謝謝他們。我是有感而發，不是拍他們馬屁，今天的監理指標監測分析也是健保會所有同仁整理出來的，非常非常詳細。

我有一個建議，我們民眾在看病的時候，開刀或是使用的特材、

藥材，自付部分真的很多，不勝枚舉，因為這監測值是監測次數、量，但金額多少是黑數。現在最夯的就是白內障開刀，我相信沒有人開白內障沒有自費，金額高到十幾、二十幾萬元，我不知道這數字到底怎麼樣去處置，我搞不懂，我只是要說民眾花這麼多錢開一個小刀，短短時間就要花費幾萬元到十幾萬元，醫院都說不賺錢，總額幾千億元不夠用，每個單位都苦哈哈叫，總額還是不夠，總額制度都是這樣沒辦法，即使沒辦法也要討論，討論之下沒有結果。總額制度下怎麼樣讓民眾少花錢很重要，我看到健保署也在努力，但應該還不夠，我看到很多自付材料費用的比例不只這樣而已，我認為數字非常、非常高，我不知道是多少，我也搞不清楚到底要付多少錢，但累計起來真的是一筆很可觀的數字，我希望醫院要有良心，有良心的很多，無良的不多，像李飛鵬理事長這麼有良心及努力，我非常贊同跟敬佩，如何改善制度減少民眾額外花錢，畢竟國家照顧民眾，這部分要多花一點心思來解決。

周主任委員麗芳：非常謝謝楊芸蘋委員，請各位委員看到今天會議資料，手邊都有一本「113 年全民健康保險業務監理指標監測結果及研析報告」的初稿，這初稿已經像是一本博士論文，真的非常專業，連雷達圖等全派上用場，再次感謝所有健保會的幕僚同仁，當然過程中給予我們這些素材資料的就是健保署，是不是對 2 個單位所有同仁大大鼓勵一下(委員鼓掌)。時間已經差不多，如果再有意見，請提出書面。

本案洽悉，委員所提意見請健保署及本會研參，「113 年全民健康保險業務監理指標監測結果及研析報告」定稿後上網公開供大眾參閱，請問有沒有臨時動議？請陳秀熙老師。

陳委員秀熙：我想今天主委也很為難，有 3 個總額部門的一般服務地區預算分配沒有達成共識。但我還是要提醒大家，地區預算分配公式裡有一個很重要的邏輯，我們都沒有注意到，因為健保在總額制度下，過去都是零和遊戲，意思就是 R 值跟 S 值加起來是 1，兩者互補，今天 R 值往前進，S 值當然就下降。李飛鵬理事長回去面對

醫界團體會很辛苦，因為這是兩難的事情，所以 R 值跟 S 值要不要脫鉤這個問題提供給你們參考。因為 R 值代表風險調整，為什麼付費者這麼關心？因為這牽涉到他們看病的權益，可是還有類似市占率的 S 值，如果今天一定要堅持 R 值加 S 值等於 1，一定會遭遇到這個問題。

地區預算分配這個議題非常困難，牙醫、中醫部門總額額度少，西醫基層部門、醫院部門總額額度特別多，S 值稍微一下降，院所就沒辦法承受。我趁這個機會提醒，將來再討論這問題，我們真的要努力思考，如果一直用 R 值加 S 值等於 1 這個公式，在邏輯上就一定會有矛盾。

我覺得今天主席很厲害，牙醫、中醫部門花費的時間較少，醫院部門花費的時間比較多，再來就是西醫基層部門，就是因為 R 值調整影響的金額比較大，所以花的時間當然就要比較多，如果臨時動議有時間，我也建議主席就讓大家聊聊這個議題，因為用這樣舉手發言、沒有辦法互動的方式，R 值、S 值分配永遠就會落於今天這樣的形式，縱使周執行秘書很厲害、主席有菩薩心腸也沒辦法幫忙達成共識。

我剛剛開玩笑講你們 S 值就算沒有增加，但是依照 S 值計算出來的金額還是會增加，因為行政院有補助 200 億元，不能講沒有增加，所以這部分請大家多加思考，如果堅持 R 值加 S 值等於 1，即便健保署、社保司怎麼算，都還是一樣。

周主任委員麗芳：謝謝陳秀熙委員，我們剛剛在決議中有加一點，有請社保司跟健保署針對您所關切的議題，請他們去研議，屆時社保司跟健保署有研議的過程或研議的結果出來，也可以邀請各委員參與，因為畢竟各有職掌、各有所司，有關一般服務地區預算上位分配的公式、政策，我們還是要比較仰賴社保司，當然社保司要跟健保署多去溝通，然後訂一個能符合現在各醫療部門實務執行需求的分配方法。請張田黨委員。

張委員田黨：有一個問題想要請問，外傳一些外籍新娘家眷全部跑到

台灣來濫用我們的健保，享受健保的各種福利，請健保署提供相關資料給我。

周主任委員麗芳：這個部分請健保署彙整相關資料提供給委員，若沒有意見，今天會議就到此結束，下次的委員會議的中午有餐敘要跟部長對話，謝謝。