

衛生福利部全民健康保險會
第 4 屆 108 年第 8 次委員會議事錄

中華民國 108 年 10 月 25 日

衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第8次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年10月25日下午14時

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員棟源

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(代理17:09)

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家

中華民國全國中小企業總會范行政長秋芳(代理)

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

邱委員寶安

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

中華民國工業協進會產業委員會楊委員玉琦(16:08以後代理)

張委員煥禎

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代理)

張委員澤芸

許委員美麗

許委員駢洪

陳委員有慶

陳委員旺全

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員啟嘉

中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事振國(代理)

黃委員金舜

中華民國藥師公會全國聯合會張秘書長文靜(代理)

葉委員宗義

趙委員銘圓

滕委員西華

蔡委員明鎮 台灣總工會陳副理事長錦煌(代理)
蔡委員登順
鄭委員建信
盧委員瑞芬
賴委員進祥
謝委員佳宜
羅委員莉婷

肆、請假人員：

鄭委員素華
謝委員武吉

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

本會

梁組長淑政
李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代理)
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

柒、主席致詞

各位委員及各位與會的先進、同仁，大家午安大家好！正式開會前，有兩件值得感動的事情要跟大家宣布。

首先是罕見疾病基金會 20 周年紀念系列活動，20 年前在陳委員莉茵奮力奔走下，創辦財團法人罕見疾病基金會(下稱台灣罕病基金會)，今年是台灣罕病基金會成立 20 周年，亞太罕病聯盟(Asia Pacific Alliance for Rare Disease Organisations, APARDO)於今年 10 月 20 日在台灣舉行該聯盟之世界年會，為表彰陳委員莉茵多年來對爭

取罕見疾病患者權益的堅持與付出，會中特頒發「罕病英雄獎」予陳委員，於此同時，各國代表也提到台灣是值得學習的標竿、世界的榜樣，更重要是台灣早於 2000 年就已通過「罕見疾病防治及藥物法」，可謂走在國際尖端，在此，特別感謝默默付出耕耘的陳委員莉茵以及一群關心罕病的先進們，相信包含健保會委員和所有同仁也都感到與有榮焉。另外，「罕病 20 特展」於今年 10 月 23~30 日在松山文創園區展出，請各位委員撥冗前往參觀。

第二件事情，委員桌上有 1 本厚厚的「為中醫點燈~一千多個承擔的日子」，可說是陳理事長旺全的畢業之作(中華民國中醫師公會全國聯合會即將於 10 月 27 日舉行理事長改選)，在其任期內為中醫所做承擔與付出，令人感佩，他不僅身體力行、以身作則，帶著團隊上山下海，走入偏鄉，更戮力將中醫宣揚至國際。透過陳理事長旺全、柯秘書長富揚及中醫團隊的努力，不僅今年度的總額執行成果評核等級首度晉升為「優等」，獲得各界肯定；國際東洋醫學會(International Society for Oriental Medicine, ISOM)也首次到台灣舉辦國際大會；此外，世界衛生組織也正式把中醫、針灸納為重要的醫療治療方式，所有點點滴滴，都可看到陳理事長盡心盡力的身影，期盼他功成身不退，未來繼續關心與支持健保業務。

另外，健保署預訂於 11 月 19 日辦理「發展資料治理於健保服務之創新模式研究成果發表會」，也請各位委員踴躍出席。

捌、議程確認

決定：確認。

玖、衛福部長照政策簡介(略)

拾、請參閱並確認上(第 7)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾壹、上(第 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

- 一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形：擬解除追蹤案(共 2 案)，同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。
- 二、餘洽悉。

拾貳、優先報告事項

第一案

報告單位：本會第三組

案由：109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果報告案，請鑒察。

決定：

- 一、109 年度醫療給付費用總額協商結果確認，相關數值如下表。

項目	牙醫門診總額	中醫門診總額	其他預算 ^{註3}	西醫基層總額	醫院總額	年度總額成長率	年度總額預估值 ^{註2}
成長率 ^{註1} (金額)	3.876% (467.61 億元)	5.393% (273.16 億元)	156.842 億元	付費者代表方案 3.927% (1,446.91 億元)	付費者代表方案 5.438% (5,175.28 億元)	5.145%	約 7,519.80 億元
				基層代表方案 5.301% (1,466.05 億元)	醫院代表方案 5.485% (5,177.61 億元)	5.445%	約 7,541.27 億元

註：1.計算成長率所採基期費用為 108 年度核定總額。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

3.其他預算較 108 年度增加 14.93 億元。

二、109 年度各總額部門協定事項之執行目標及預期效益等補正資料，修正如附件，將併入本(108)年第 7 次委員會議(108.9.27)決議之 109 年度各部門總額協商結果，報請衛生福利部核(決)定。

三、109 年度各部門總額協商結果，其中西醫基層及醫院部門，經付費者代表與醫事服務提供者代表協商，未

能達成共識，將以兩案併陳方式，報請衛生福利部決定。有關西醫基層代表方案檢附之補充說明內容與付費者代表無關。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署參考；委員所詢事項，請該署就尚需補充說明部分，提供書面資料。
- 二、餘洽悉。

拾參、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：109 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

- 一、一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 388.7 百萬元)地區預算分配方式：
 - (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
 - (二)分配方式：用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。
 - 1.門診服務(不含門診透析服務)：

預算 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%依醫院總額支付制度開辦前 1 年各地區實際發生醫療費用比率分配。
 - 2.住診服務：

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

3. 各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。
4. 於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥 2 億元，作為風險調整基金，以持續推動各分區資源平衡及鼓勵發展。
5. 所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之；其中風險調整基金執行方式請送本會備查。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 108 年 12 月底前送本會同意後執行。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

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

2. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：

- (1)各分區實際收入預算占率：67 %。
 - (2)各分區戶籍人口數占率：13 %。
 - (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
 - (4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。
 - (5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
 - (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。
- 3.於分配其他五分區(不含東區)預算前，自五分區預算移撥 3,200 萬元，作為風險調整基金。
 - 4.所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之；其中風險調整基金執行方式請送本會備查。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於108年12月底前送本會同意後執行。

拾肆、散會：下午 17 時 45 分。

109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協定事項補正資料彙整表

總額部門	項目	協定事項
牙醫門診	牙周病統合治療方案〔107 年(含)之前名稱為牙周病統合照護計畫〕	執行目標：30 萬人次。 預期效益之評估指標： 1.服務量。 2.完成率。 3.申報第三階段件數核減率。 4.治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率。 5.民眾抽樣調查治療之滿意度。
	顎顏面外傷術後整合照護	執行目標：936 人次。 預期效益之評估指標：照護人次。
	全面提升感染管制品質	執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達 100%。 預期效益之評估指標：109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣整體合格率(含複查合格率)。
	醫院夜間急診加成服務	執行目標：申報案件達 20,300 件。 預期效益之評估指標：以下指標較前 1 年改善。 1.申報案件數。 2.申報點數。 3.就醫人數。 4.平均每就醫人費用點數。 5.平均每件費用點數。
	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109 年新增計畫)	執行目標：達成 2 個試辦點。 預期效益之評估指標：試辦計畫滿 1 年後以下指標較前 1 年改善。 1.申報案件數。 2.申報點數。 3.就醫人數。 4.平均每就醫人費用點數。 5.平均每件費用點數。
中醫門診	提升用藥品質	執行目標：提升健保中醫用藥品質。 預期效益之評估指標： 1.檢討改善目前有中藥藥品許可證但健保藥品給付尚未收載之品項。 2.新增收載健保藥品給付品項至少 5 項。
	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109 年新增計畫)	執行目標：使慢性腎臟病患者延緩血液透析之期程。 預期效益之評估指標： 1.慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時每年改善：0.1 分期。

總額部門	項目	協定事項
		2.腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時每年改善 3ml/min/1.73m ² 。
西醫基層	付費者及西醫基層代表共識項目 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增計畫)	執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。 預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。
	西醫基層代表方案項 全民健康保險西醫基層弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(109年新增計畫)	執行目標：提升偏鄉地區醫療可近性。 預期效益之評估指標：計畫執行地區之開業診所家數至少維持 108 年家數，及就診人次較 108 年成長。
	內科人才培育照護醫療費用(109年新增計畫)	執行目標：增加內科第一年住院醫師招收率。 預期效益之評估指標：5 年平均內科住院醫師第一年招收率達 90%。

註：醫院及其他預算協定事項無補正資料。

第 4 屆 108 年 第 8 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布開會。

周主任委員麗芳

一、各位委員、與會的先進、前輩、健保署副署長、健保署同仁和健保會同仁，大家午安大家好！正式開會前，有兩件值得感動的事情要跟大家宣布。首先，請看到手上這份罕見疾病基金會 20 周年紀念系列活動的資料，20 年前在陳委員莉茵奮力奔走下，創辦財團法人罕見疾病基金會(下稱台灣罕病基金會)，今年是台灣罕病基金會成立 20 周年，亞太罕病聯盟(Asia Pacific Alliance for Rare Disease Organisations, APARDO)於今年 10 月 20 日在台灣舉行該聯盟之世界年會。最重要的是在這個大會中，由亞太罕病聯盟頒發「罕病英雄獎」給陳委員莉茵，表彰她多年來對爭取罕病患者權益的堅持與付出，在此特別感謝陳委員莉茵(在座委員鼓掌)，相信健保會委員和所有同仁，也都感到與有榮焉。同時在這次會議中，各國代表也提到台灣是值得學習的標竿、世界的榜樣，更重要是台灣 2000 年通過「罕見疾病防治及藥物法」，可說是走在國際尖端，感謝默默付出耕耘的陳委員莉茵以及一群關心罕病的先進們。

二、第二件事情是桌上紙袋內有 1 本厚厚的「為中醫點燈~一千多個承擔的日子」，另有「第 19 屆國際東洋醫學學術大會成果專刊」。「為中醫點燈」可以說是陳理事長旺全的畢業之作，後天(10 月 27 日)即將舉行中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中醫全聯會)會員代表大會，並同時進行理事長改選。這本「為中醫點燈」內容很豐富，可看出陳理事長在這「1 千多個承擔的日子」為中醫的投入與付出，我看得非常感動，因為陳理事長可說是身體力行、以身作則，不僅帶著團隊走到偏鄉、台灣每個角落，上山下海，甚至走到國際去，這本是最佳佐

證。在陳理事長旺全、柯秘書長富揚及中醫團隊的努力，不僅今年度的總額執行成果評核等級首度晉升為「優等」，獲得各界肯定；國際東洋醫學會(International Society for Oriental Medicine, ISOM)也第一次到台灣舉辦國際大會，把台灣的中醫宣揚出去。此外，在陳理事長的帶領下，世界衛生組織也正式把中醫、針灸納為重要的醫療治療方式，這些零零總總、點點滴滴，都可看到陳理事長在過去 1 千多個日子中盡心盡力，對健保會也樹立很好的典範，陳理事長功成身不退，未來也請陳理事長繼續關心與支持健保業務。雖然時間沒安排，但是否有榮幸，請陳理事長說幾句話(在座委員鼓掌)。

陳委員旺全

主席、各位委員、健保會的長官和同仁、健保署的長官和同仁，我只有句話，由衷的感謝所有朋友的支持，同時也給中醫有這個機會，大家共同目的就是維護民眾共同健康，我們跟總額其他醫療團體也密切合作，唯一的希望就是希望台灣民眾非常健康，台灣在醫療費用花費少，大家都有幸福美好的將來，這是本人從事中醫最大的期望，我常說台灣是我的母親，中醫是我的父親，謝謝各位，祝福各位一切順利。

周主任委員麗芳

感謝陳委員旺全！等一下陳委員會留下來用餐，大家還有機會多聊聊。今天會議正式開始，謝謝。另外，健保署預訂於 11 月 19 日辦理「發展資料治理於健保服務之創新模式研究成果發表會」，也請各位委員踴躍出席。

葉委員宗義

主席我講幾句話好不好？

周主任委員麗芳

好，請葉委員宗義發言。

葉委員宗義

剛好我們兩位委員都獲得殊榮，一位是罕病英雄陳委員莉茵；另一

位是陳委員旺全，在場很多人、委員都還不曉得，現在他有個非常了不起的地方，他是博士也是教授，研發 1 種治療青光眼的藥物，是中藥，很了不起的，為什麼要特別說？因為我有一隻眼睛有青光眼 30 年了，當然有很多眼科醫師幫我很大的忙，最後服用陳理事長旺全所開立治療青光眼的中藥，我服用好幾個月，獲得很大的改善。陳理事長旺全對於中醫十分投入和用心，所以在上一回的總額協商會議，我特別講出這個問題，真的有很多中醫一定要超越、要更加努力，不可以常常才 200 多億元。陳理事長旺全後天在台中召開會員代表大會，還不知道誰會當選理事長。陳委員旺全對於中醫研究很有成就，特別鼓掌一下(在座委員鼓掌)，感謝。

周主任委員麗芳

剛剛張委員文龍有舉手，請問張委員要發言嗎？沒有要發言。補充說明，桌上這份「罕病 20 特展」於今年 10 月 23~30 日在松山文創園區展出，請各位委員有空撥冗參觀，會議正式開始，謝謝。

司儀

議程確認。

周執行秘書淑婉

- 一、主委和各位委員午安，這次議程安排有衛福部長照政策簡介，上次委員會議特別提到，本次會議邀請長照司進行長照政策報告。優先報告事項有 2 案，第 1 案是 109 年總額協商結果，依照上次委員會議決議，今天要進行確認；第 2 案是健保署 108 年第 3 季業務執行口頭報告。另外討論事項有 2 案，依照年度工作計畫排定，都是屬於本會的法定任務應該完成的事項，就是地區預算分配，這次提會討論的是醫院總額和中醫門診總額之 109 年一般服務費用地區預算分配事項，西醫基層和牙醫門診總額則將於下個月提會討論。
- 二、會議結束後，陳部長時中為感謝各位委員進行 109 年度總額協商的辛勞，於下午 6 時 30 分，在台北車站附近天成飯店，邀請委員和部長座談、餐敘，請委員會後踴躍參加，以上。

周主任委員麗芳

謝謝，委員若沒有意見，議程確認，謝謝。

貳、衛福部「長照政策簡介」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

因為祝司長健芳要到立法院備詢，今天邀請到的是彭專門委員美琪進行簡報，非常感謝。

長期照顧司彭專門委員美琪報告(略)

周主任委員麗芳

非常感謝彭專門委員美琪進行精簡卻又詳盡的長照報告，因為今天報告是屬於宣導性質，沒有開放詢答，再次感謝彭專門委員。接著進行正式的議程，首先確認上次委員會議紀錄，謝謝。

參、「請參閱並確認上(第 7)次委員會議紀錄」、「上(第 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

會議紀錄部分，請問各位委員有要提出垂詢的嗎？若沒有的話，紀錄確認。謝謝。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，謝謝。

周執行秘書淑婉

一、說明一，上次委員會議決議事項有 2 項，依辦理情形建議解除追蹤 2 項，請各位委員翻到第 77 頁附表，最後仍依照委員議定結果辦理。

(一)擬解除追蹤部分

1.項次 1，有關 109 年度總額協定事項，請總額部門提出試辦期程、執行目標及預期效益等資料，請各總額部門在 10 月 7 日前提至本會，這些資料已提至本會，也納入本次會議優先報告事項的第 1 案，建議解決追蹤。

2.項次 2，委員對於部門總額及其他預算協商案所提的相關意見，請健保署參考，委員意見請參閱會議資料第 78~81 頁，如附件 1~2，本項建議解除追蹤。

二、請翻回會議資料第 73 頁，說明二本會依全民健康保險法第 24 條第 2 項規定，已於本年 10 月 18 日召開「109 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」，會議結論附在今天粉紅頁補充資料的第 1~3 頁，會議紀錄的部分將會另行函送。

三、說明三，有關本會委員兼職費部分，是依照「軍公教人員兼職費的支給表」相關規定支給，委員關切採每月支領 3,500 元或每次支領 2,500 元的差異，本會幕僚已進行相關分析，說明如

下：

(一)請看到(二)109年預定召開之會議的分析：

- 1.由於明年1月適逢農曆過年期間，明年度委員會議預計召開11次。
- 2.業務訪視活動暨共識營，共2次。
- 3.9月份總額協商草案會前會、付費者座談會及總額協商會議，共3次。
- 4.至於各部門總額執行成果評核及費率審議前會議諮詢會議，經詢問行政院主計總處意見，因委員為列席人員，故不支給兼職費。

(二)經評估全年約召開16次會議，分別試算按月支給或按次支給等2種支給方式，其差額為2,000元，建議維持現況採每月支給方式較為妥適。

四、說明四，健保署依照108第7次委員會議決議，於108年10月1日將108年度基層總額轉診型態調整費用動支方案函送本會備查，在第82頁附件3，請委員參閱。

五、說明五為衛福部及健保署本年9~10月發布及副知本會之相關資訊，詳細內容和資料業於10月15日寄至各委員電子信箱，摘要的部分請委員參閱，以上。

周主任委員麗芳

關於周執行秘書淑婉報告的內容，有無提出垂詢的地方？若沒有的話，上次委員會議決議(定)事項辦理情形，擬解除追蹤案共2案，同意依照幕僚之擬議，解除追蹤，餘洽悉。請進行優先報告事項第1案。

肆、優先報告事項第一案「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額
協商結果報告案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、各位委員好，有關優先報告事項請翻到第 84 頁，幕僚援例向委員報告 9 月份總額協商整體結果，確認後會依法將協定結果報請衛福部核定。衛福部交議 109 年度總額成長率範圍是 3.708%~5.5%，故本會須在此範圍內協議訂定年度總額及分配。
- 二、請參閱會議資料第 84 頁說明三，109 年度各部門醫療給付費用總額協商結果，在會議一開始已確認。有關牙醫、中醫門診總額及其他預算有共識的部分，本會會後將報請衛福部核定；由於醫院總額和西醫基層總額部門未達成共識，故採兩案併陳的方式，將付費者代表和醫界代表的建議方案報請衛福部決定。
- 三、根據本會 9 月協定結果，西醫基層和醫院總額部門，若採付費者代表方案，則整體年度總額成長率是 5.145%，年度總額預估值 7,519.8 億元；若採醫界代表方案，則整體年度總額成長率是 5.445%，年度總額預估值 7,541.27 億元，兩案均符合行政院核定的總額成長率範圍。
- 四、請委員參閱會議資料第 85 頁說明四，依 9 月份決議的總額協定事項，請各總額部門對新的試辦計畫或協商項目提出試辦期程、執行目標和預期效益評估指標等補正資料，提報本會，在本次委員會議進行確認，併同剛才已確認的協定事項報請衛福部核定。各部門總額已如期將補正資料提報本會，請委員參考補充資料第 13~14 頁的「109 年度各部門總額協定事項補正資料彙整表」，牙醫門診、西醫基層和中醫門診總額部門已補充資料，委員確認後，將併入 9 月份委員會議決議的總額協定事項報請衛福部核定。
- 五、這些補正資料已補入會議資料第 86~151 頁劃線的部分，即 9

月份委員會議決議的總額協定事項中，原來劃空白線部分，現在這些資料都已補入。例如第 87 頁，以牙醫門診總額為例，其「全面提升感染管制品質」協商項目，執行目標是「牙醫院所執行進階感染管制達 100%」，其提出的預期效益評估指標為「牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣的合格率(含複查合格率)」，各總額部門已提出類似的補正資料。已將補正資料填入劃線處，讓資料較為完整。本案經委員會議確認後，將報請衛福部核定或決定，再辦理公告事宜，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝陳組長燕鈴的報告，針對這個案子，委員有沒有意見？請何委員語。

何委員語

主席、各位委員，依據過去所有的總額協商慣例，在上個月總額協商後已召開委員會議，上次委員會議當然有通過協商未達成共識的總額部門提出說明資料和意見，這個部分當然給予尊重。特別過去每一年的報告事項提委員會議決議的內容，都是補正如：試辦期程、執行目標或預期效益等內容，但在本次的優先報告事項，西醫基層把針對總額協商方案補充的說明資料附在裡面，我過去至少參加過 11 次總額協商，從未看過這種作業方式。所以，我認為必須在其中加上付費者代表的意見：「西醫基層 109 年總額協商依據付費者方案和醫事服務提供者方案兩案併陳送部長裁決。有關西醫基層在此委員會議中提出總額說明內容與全體付費者之決議無關」。我建議必須加上這些文字，否則上次會議付費方已經尊重醫事服務提供者方的說明內容，今天會議又決議通過其說明內容是不恰當的。我認為方案補充的說明資料跟各總額部門提出來的試辦期程、執行目標及預期效益應該要分開，不能混在一起。

周主任委員麗芳

一、謝謝何委員語的提醒，上次委員會議討論 109 年度醫療費用總額協方案，有關西醫基層總額之決議就是兩案併陳，也就是剛

剛何委員語再次強調的部分。

二、請吳委員榮達。

吳委員榮達

請大家參閱本次會議資料補充資料第 13~14 頁，其中關於協定事項補正資料，我認為有幾個地方需要特別提出討論：

- 一、「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」：試辦期程為 3 年，然而上次委員會議並沒有相關的決議，加上這樣的文字是不妥當的。應該逐年進行並經檢討，再決定是否繼續試辦，以及是否編列經費也應該分年協商討論。
- 二、「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」：試辦期程為 5 年，直接編列試辦 5 年是很不妥當的。
- 三、「西醫基層偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」及「西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」：試辦期程皆為 3 年；「內科人才培育照護醫療費用」：試辦期程為 5 年，這些試辦期程都不是上次委員會議決議之事項，在此落款是非常不妥當的。

周主任委員麗芳

有關試辦期程，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

上次委員會議決議事項，請各總額部門提出規劃之試辦期程，是希望新增專款計畫於試辦一段時間後能有退場機制，並提出期待在試辦幾年後會有成果，以作為繼續試辦、納入一般服務或停辦之評估。所以，試辦期程是可以讓大家瞭解多久能完成相關工作並看到成果，但是委員每年仍然可以視執行的狀況，再決定是否同意給費用支持繼續辦理，並不是試辦期間為 3 年就保證計畫可以執行 3 年，如果試辦期間成效不好，也可以逐年檢討並終止計畫。因此，訂定試辦期程的主要目的，只是讓大家瞭解多久可以看出成效。

滕委員西華

一、我可以理解周執行秘書淑婉的說明，但我的看法仍與吳委員榮

達相同，試辦期程不可以落款於協定事項，應該是於協商通則去規範新增試辦計畫應以幾年為原則去作評估。因為評估指標其實涉及健保署對於試辦計畫、支付指標、品質指標等規劃，健保會不需要替健保署去訂定評估指標，而且此次提出來的許多評估指標為量化指標，可能會隱約默許衝量的行為。

- 二、早期我們也提過這個概念，試辦計畫不能一直試辦下去，如果要各總額部門提出預計試辦多久能達到效果，我建議應該要求各總額部門提出分期分年計畫書，不是直接訂一個時間(如 3 年或 5 年)，但大家都不知道訂這個時間的考量是什麼？我覺得這樣是沒有根據及道理的。我剛跟盧委員瑞芬開玩笑的在討論，試辦期程不應該像是辦手機要綁約，不應該規定作一個計畫要綁幾年，執行好的計畫就可以一直試辦(不然我們看家庭醫師整合性照護計畫已試辦 10 幾年)，並且擇期落入一般服務和支付標準(如牙周病統合照護計畫)，但執行不好的計畫，就如同剛剛周執行秘書淑婉提到的，健保署就可以終止試辦。若是將試辦期程納入協定事項，不僅有跨屆的問題，如果我們無法特別指出計畫執行好或不好的地方，各總額部門在隔年要繼續編列預算時，健保會委員要用什麼理由說不同意？每年都是在各部門總額執行成果發表暨評核會的時候，評核委員會重新建議計畫是否要續編列預算及續辦，以作為總額協商之參考。
- 三、我要呼應吳委員榮達的意見，在隔年要協商時，應該是要列入一些協商的原則，如各個總額部門(包括健保署)新增試辦計畫，應該要有一個期限評估的機制及確立相關評估指標去決定是否繼續試辦。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉再補充說明。

周執行秘書淑婉

試辦期程基本上是在上次委員會議決議事項中有提到，請各總額部門提出規劃之試辦期程，但是我也認同剛剛滕委員西華及吳委員榮

達表達的意見，建議試辦期程不要列入協定事項。但為掌握新增專款計畫之執行成效，基本上還是希望要求其能提出試辦的期程，但可以不要納入協定事項，若委員認同，建議將試辦期程自協定事項中刪除。

周主任委員麗芳

請問其他委員是否還有意見？請周委員穎政。

周委員穎政

基本上今天討論的試辦計畫真的是很重要，從資料上也看到加了不少補正資料，我覺得以過去的作法，試辦完了大家大概就知道試辦的結果是什麼，那是不是能夠找試辦單位自己進行評估，還是健保署有評估的能力，或是健保會有中立的評估能力。否則，許多計畫試辦後的下一步應該怎麼走，常常會引起很多爭議。我只是稍微提醒，長期來說，要想辦法界定中立且公正的單位，去評估試辦計畫該終止、繼續延長或擴大，或者變成常規項目，這個職權是否很清楚應該由健保署來做嗎？而且健保署應該提供充足的數據提供健保會參考，還是健保會或是哪一個組織來做？但我要提出一個概念，我認為是不宜由試辦單位來做，否則容易只呈現執行得好的部分，這是會有一點衝突的現象。

周主任委員麗芳

一、謝謝委員提供的寶貴意見，其他委員還有意見嗎？(沒有委員表示意見)。

二、本案決議如下：

(一)109 年度醫療給付費用總額協商結果確認，相關數值如表所附。

(二)本次會議確認之協商結果，將報請衛福部核定與決定。

三、請進行下一案。

何委員語

我剛才提出的意見(有關西醫基層在此委員會議中提出總額說明內容與全體付費者之決議無關)沒有列入，我要求應該列入。

周主任委員麗芳

剛才宣讀的決議事項第二點：本次委員會議確認之協商結果，加入「西醫基層與醫院部分兩案併陳」之文字，將報請衛福部核定與決定，補入兩案併陳的文字是否有比較清楚？

何委員語

不是，我認為文字內容要很明確地指出：「西醫基層跟醫院總額協商兩案併陳呈報陳部長時中裁決，但有關西醫基層提出的總額協商說明內容跟今天委員會議所有的付費者代表無關」，我要列入前述的文字。

周主任委員麗芳

請滕委員西華表示意見。

滕委員西華

我是沒有特別的意見，但是我覺得兩案併陳應該可以解決何委員語的疑慮，部長若裁示付費者的版本，西醫基層的補充資料自然不會成為裁示版本的文字，因為付費者的版本並沒有這些文字。另外包括通過項目在兩個版本也不同，如會議補充資料第 14 頁提到的「內科人才培育照護醫療費用」，我記得在付費者的版本應該是沒有這個項目的，西醫基層提出的是自己的版本，若部長裁定西醫基層版本，則該項目就要有相應的協定事項，因此，我覺得應該是不會造成誤解。但是，若何委員語認為會有誤解，加進去也是殊途同歸，並不會影響到部長裁示。

吳委員榮達

我認為醫院或西醫基層提出他們的版本應該有他們的說明或說帖，這是合理的，我建議會議後 1~2 週，付費者也可以就他們的版本提出說帖，兩案併陳時併將兩方的說帖一起附上去。

周執行秘書淑婉

補充說明，在上次委員會議決議總額協商結論中，西醫基層代表方案已包含方案補充資料的附件 1~6，這就是上次完整的版本，也就是西醫基層代表完整的提案。兩案併陳的意涵就是付費者和西醫基

層各自提案，分別為自己的提案內容進行確認和負責，本次僅請付費者及醫界就各自提出的案子，自行確認幕僚文字整理的部分有無錯漏，仍然會兩案各自獨立，報請衛福部做最後的決定，因此，建議維持上次決議內容報部即可。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、西醫基層提供的方案補充資料在本次會議資料「四、請參閱並確認第 7 次委員會議紀錄」內容已有呈現，請參閱會議資料第 58~72 頁，這個部分我沒有意見。因此剛才要確認上次委員會議紀錄時，我沒有提出反對意見，因為這是上個月委員會議決議內容，我並無意見。
- 二、今天的優先報告事項第 1 案，在過去 10 幾年來都是以試辦期程、執行目標及預期效益為討論主軸的報告案，但此次又將西醫基層方案的補充資料放入優先報告事項中確認，若沒有把付費者的意見訴諸文字，表示付費者支持西醫基層方案的說明內容，這樣是不對的。過去 10 幾年也沒有這樣處理過，以往只是提出試辦期程、執行目標及預期效益等資料送本會審查通過而已。
- 三、我認為問題癥結在於此次將西醫基層方案的補充說明資料附件 1~6，重新放在優先報告事項中確認。我要強調剛剛在確認上次委員會議紀錄時我並沒有反對，但在優先報告事項中，我同意西醫基層應提出的是總額及其分配、試辦期程、執行目標及預期效益，但是我反對將西醫基層方案的補充說明資料附件 1~6 又夾帶於此確認，這在議事程序的作業上是有誤的。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語，您所提的意見我們充分理解。另外一種可能的方式，就是在西醫基層總額部門下括弧加註清楚這是屬於西醫基層的版本。

周執行秘書淑婉

原本的文字其實已經蠻清楚的。

周主任委員麗芳

好，何委員語還是擔心這兩案併陳會搞混，但其實西醫基層提出的就是屬於他們自己的版本。

何委員語

我剛才講得很清楚，西醫基層方案的補充說明資料附件 1~6 已經在上次委員會議決議通過，我沒有意見。不應該在優先報告事項提出來讓我們再通過。

周執行秘書淑婉

報告何委員語，其實這一次提出的內容跟上次決議事項一樣並沒有更動，只是把當初空白尚待補正處補上，其實是很單純的，後續也是兩案併陳，所以西醫基層包含方案補充說明資料的部分是完整的 1 份提案。

何委員語

那為什麼不能夠採納我的意見將相關文字列入？

周執行秘書淑婉

我認為兩案併陳的文字，應該已經表達得很完整。

何委員語

兩案併陳雖然意思一樣，但今天委員會議決議，我當然不再承認，因為上個月已經承認過了，為什麼這個月再承認一次。

周主任委員麗芳

滕委員西華好像還有意見要表達，我們先請蔡委員登順。

蔡委員登順

總額協商如果雙方有共識後就確認。若沒有共識，雙方認為有必要重啟協商時，只能針對沒有共識的部分再作協商，協商取得雙方共識後在委員會確認時就不能更動任何數字，最多只能修改協定事項文字而已，協商事項修正確定並經委員會議決議通過後，就不能再

修改內涵及數字，這是協商通則。但今天委員會針對醫院沒有達成共識部分有不同的意見，兩個版本、內容、成長率及金額沒有更動，我想是沒有爭議的，兩個版本都送部長裁決，我認為沒有什麼好爭議的。

何委員語

主席，我認為爭議點是在優先報告事項中，不應該再放上次總額協商方案的補充資料附件。今天所提的內容應該是試辦期程、執行目標、預期效益的資料，而不是在決定總額協商的內容。既然沒有爭議，「西醫基層提出總額說明內容與全體付費者者無關」這些文字怎麼不敢放進去呢？放入這些文字有違法嗎？

周主任委員麗芳

我補充說明一下，請參閱會議資料第 4~5 頁，上次會議決議中...(滕委員西華：主委，我可以協助說明)，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、請付費者代表參閱會議資料第 105 頁及第 110 頁，在第 105 頁第 3 點「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」，西醫基層補充說明的是劃底線部分，內容與會議資料第 110 頁，西醫基層自己版本的說明，是一模一樣的，所以他們補充的只是劃線處尚待補正的說明而已。
- 二、把附件放進來也沒有錯，付費者代表的版本沒有通過的內科人才部分，所以就沒有相關的說明，西醫基層的版本有相關的說明，是因為他自己的版本有這個項目，所以要去補正劃線處的說明。其實附件放進來也沒有錯，內容也並沒有跟總額協商不一樣，因為是付費者代表要求人家要補正劃底線部分。
- 三、剛才與吳委員榮達交換意見，我們認為這些補正說明不要列入協定事項，而是另外訂出試辦計畫需要有什麼原則、指標，由健保署再與各總額部門訂定，應該是這個意思，我不知道有沒有誤解周執行秘書淑婉的意思，但看起來好像是這個樣子。

周主任委員麗芳

謝謝！請各位委員參閱會議資料第 4 頁及第 5 頁，上次會議的決議「協定事項要求應提出試辦期程、執行目標及預期效益，部分項目資料(如協商會議結論劃線處)尚待補正，請各總額部門於 10 月 7 日前提至本會，俾利於本會 10 月 25 日的委員會議進行確認」，所以是我們請各總額部門提出，要在今天確認的。剛才西醫基層部門所提的，是屬於他們自己的版本，是他們回去確認完之後補正的，應該不會有誤會。

何委員語

他們在今天委員會議補正的資料，我們付費者認為跟我們無關嘛！

周主任委員麗芳

- 一、沒關係，若將何委員語所提意見列明，我想真的是沒有差別，若何委員一定要補列那句話，就補上去，只不過是真的不會有誤會，因為西醫基層的版本，就只是他們的版本。
- 二、我剛才決議已經有說，醫院跟西醫基層部門是兩案併陳報部決定，若何委員您覺得一定要補上您的那一句話，也是可以，但我的決議很清楚，就是兩案併陳，剛才滕委員西華不是也有說，西醫基層所補正的資料是他們版本裡面的內容。

周執行秘書淑婉

如果何委員語真的這麼在意，可否建議就用上次會議的文字，「西醫基層總額及醫院總額，付費者及醫事服務提供者代表委員未能達成共識，各自提出建議方案」，那這樣子是不是就清楚了，不會有互相背書的誤解，這樣子會不會比較好一點。

何委員語

問題是上個月就已經兩案併陳呈送部裁決了，既然上個月已經決議送部裁決過，就不要今天又把補正的資料，拿來讓付費者代表同意，所以，我認為…。

周執行秘書淑婉

不是這樣子的，因為內容並沒有改變…。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝何委員語！因為兩案併陳當中，西醫基層的版本有尚待補正的部分，所以他們提出補正資料，但付費者代表版本並無須補正處，故付費者代表版本是沒有改變的，這是雙方各自補正各自的資料，我們會將兩個版本的資料送部決定。
- 二、今天可以補正說明的不是只有西醫基層部門，4 個總額部門都可以提出，但因為醫院部門沒有再提出，所以今天沒有看到醫院的資料。幕僚的處理方式是一致的，都有徵詢 4 個總額部門是否要補正資料，今天會議再做文字的最後確認，但並未動到協商結果的成長率，只是將執行內容再說明完整後，送本會報部而已。

何委員語

牙醫跟中醫門診總額，都只有提出試辦期程，預期目標，執行效益，並沒有總額內容，現在唯一只有西醫基層總額，有協商說明內容，也因為如此，既然上個月已經裁決，那今天又要拿來 10 月份委員會議，要我們追認，當然我們認為與我們無關。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

事實上，何委員語擔心的也就是說，這些資料不要提來委員會通過，他只有這樣的意思。我的看法，他說的也有他的道理，主要是會議資料第 5 頁的文字，上面寫得清楚，協商會議結論畫線處尚待補正，所以是可以補正的，但我們加一句「補正資料與付費者代表無關」就好。

何委員語

我也同意這樣子。

周主任委員麗芳

何委員語您可否再說一次剛才的文字內容？請再唸一次您的文字。

何委員語

實際上我當初寫的意見，就是西醫基層及醫院總額，那個會...

林委員錫維

你現在在意的是會議資料第 58 頁西醫基層方案的補充說明資料，其實只要敘明這些說明，跟我們跟付費者代表無關就好，還是可以讓他附，只是沒有承認他的內容就好。

何委員語

對，沒有錯，我沒有反對，但因為在上個月，我們已經認同過了，我沒有反對他們的資料，沒有，只不過今天又提出要我們通過，但是後面這些跟我們無關。

林委員錫維

就敘明與付費者代表無關就好了。

何委員語

因為這次很特別，在這些說明上面...

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、我想這邊應該是針對協定事項，因為付費者跟醫界協定的事項是有 binding 的(拘束力)，協商時我們沒有談到的，是不應該放進來，包含試辦期程，剛剛一看到，也覺得之前在總額協商沒有講到試辦期程，就算事後覺得要補充，放在補充說明就好，千萬不要放在協定事項，因為協定事項是很重要，他是有 binding 的，這些評估指標也是一樣。
- 二、其實兩案併陳就是各言其志，應該就是兩方對自己版本審查可以就好，確定沒問題就兩案併陳，本來就應該尊重對方的發言權，現在重要的是協定事項，其中不可以有新的事證，總額協商沒有提到的都不應該出現在協定事項，因為協定事項是有 binding 的，我覺得這是比較重要的，只要沒有提到就可以了。

周主任委員麗芳

我先跟大家說明一下，再請何委員語表示意見。因為這些都是補正資料附上去，這並不是協定事項。所以請大家也別太擔心，他只是各自送上自己的版本的補正資料，並不是協定事項。

何委員語

請看會議資料第 117 頁右上角，上面一個方塊寫得很清楚，西醫基層代表方案補充，意思就是我們協定事項，他來補充。

周執行秘書淑婉

其實真的不是啦！我覺得剛才大家都誤會何委員語的意見，因為他說的跟今天報告案所提的補正資料沒有關係，何委員語在意的是(會議資料第 58 頁至 72 頁)確認上次委員會議紀錄這邊的補充說明(附件 1 至 6)，同樣也是本報告案中西醫基層代表方案補充說明(會議資料第 117 頁至 113 頁)，其實這都是屬於西醫基層兩案併陳之醫界所提方案內容的一部份，資料是完全相同的，何委員語剛才所說就是在意這些補充說明資料，但是這些本來就是基層方案所附的資料，理應要放，但何委員就是說不要放這些東西啦！

盧委員瑞芬

可是補充說明資料可以放啊！

周執行秘書淑婉

可以放啦！我們是覺得可以放。

何委員語

我沒有說不可以放，在上個月決議的內容都可以放。但是他不能拿到今天的委員會來，又要我們承認一次。這是不同的意涵。如果今天我們同意了西醫基層代表方案補充，部長會以為說我們今天委員會議同意了，他的裁決就不一樣了。所以我們認為要落這個文字讓部長知道，對於西醫基層今天提出的補充建議與付費者代表無關。

周主任委員麗芳

與付費者代表無關嗎？

何委員語

對，與付費者代表無關，他們可以自己將資料附給部長。

周主任委員麗芳

- 一、流程是這樣子的，雖然上次委員會議已有決議，但我們有請各總額部門補正資料，今天會議確認後，才會由本會將相關資料報請部核定與決定，個別單位是不可以自己送任何資料給部的，而是要經過我們委員會議同意，但我們同意的不是他們的版本，而是同意兩案併陳，所以雙方的版本勢必要一起送給部。
- 二、沒關係，既然大家已發言這麼久，仍沒有辦法與何委員語取得共識，您要求列入的那句話，其實跟大家也是同樣意思，就擺進來，請您再唸一遍。

何委員語

109 年度西醫基層及醫院總額，付費者代表與醫事服務提供者協商不成，兩案併陳呈部長裁決，今天的委員會議，有關西醫基層提出總額說明內容與全體付費者無關。

周主任委員麗芳

「與全體付費者無關」，是不是可以修成「他們自己的版本」，不要寫「與付費者無關」，他們自己的版本就是西醫基層總額的版本，當然就與付費者無關了。

何委員語

我的意思就是今天委員會議所提的補充與付費者無關。他們可以自己去送。

周主任委員麗芳

但我們還是要通過西醫基層總額的版本，好，跟你們無關，其實是殊途同歸，我們大處著眼，沒關係！

何委員語

我們上個月就尊重他的說明內容了，沒有反對他們。但今天提出要我們再同意他的內容，因為他補充方案中，有些文字已經不太一樣了，所以我認為要以上一次的上個月補充內容存放。

周執行秘書淑婉

內容是一樣的。

周主任委員麗芳

其實都是一樣的。

吳委員國治

我們花這麼多時間，這麼多位委員在，是不是健保會幕僚能夠跟何委員做個說明，我的理解是原本有東西空白，現在填寫上去追認，送出去而已，我們基層總額的方案，跟付費者代表方案當然無關，兩案併陳這字眼就是無關的意思。

周主任委員麗芳

何委員語您若堅持要放，還是可以放，我們可以加註意見在結論中，何委員建議要補上這段，但基本上大家都認為那是西醫基層的版本，跟付費者無關，您若覺得要放，我們就放。

何委員語

我建議還是放「與我們付費者無關」的文字。

周主任委員麗芳

請問付費者代表有共識嗎？林委員錫維剛有發言過，林委員您搖手是什麼意思？要不要放？

林委員錫維

- 一、何委員語既然這樣說，就照他意思。
- 二、本來就是無關的東西，西醫基層可以表達他們自己的版本，我們也沒有承認，因為承認就是有共識，不用兩案併陳，就這麼簡單嘛！我說的是補正資料跟付費者代表，當然無關，假設有關就沒有這個問題啦。何委員一定要加上無關兩個字那就加，因為本來就無關，部長也不是笨蛋，他看得懂。

周主任委員麗芳

好，本案決定如下：

- 一、109 年度付費總額協商確認，相關數值如附件。

- 二、本次委員會議確認之協商結果，醫院及西醫基層部門兩案併陳，報請衛福部核定與決定。
- 三、請將何委員語剛才所提有關「西醫基層代表方案檢附之補充說明內容與付費者代表無關」之意見納入。
- 四、新增計畫之試辦期程，不列入協定事項。
- 五、本案確認，請進入下一案。

伍、優先報告事項第二案中央健康保險署「108 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

蔡副署長淑鈴

主席、各位委員，今天李署長伯璋要到立法院備詢，無法出席本次會議進行報告，由我代為報告。

蔡副署長淑鈴報告(略)

周主任委員麗芳

非常感謝蔡副署長淑鈴的報告，委員有無要提出垂詢？請吳委員榮達、陳委員炳宏，還有干委員文男、趙委員銘圓、陳委員有慶。

吳委員榮達

- 一、請大家參閱業務執行季報告第 9 頁第 3 欄，非常清楚顯示，108 年截至 9 月止，呆帳成長率是 10.27%，這是非常恐怖的，相對的第 10 頁，有關於保險收入第 5 項，收回呆帳的部分，反而是負成長的，所以這讓我們非常擔心。呆帳逐年在高速成長，可收回的呆帳是負成長，一來一往，如我上次所講，百億呆帳應該是為期不遠，真的要好好省思的，我們總額協商的額度才多少錢，100~200 億元而已，但今年呆帳 50 幾億元是跑不掉，這是第 1 個問題。
- 二、第 2 個是在第 10 頁的收支餘絀情形表，上面有一個雜項收入，附註提到這收入主要是藥商藥品價量協議返還金收入，這部分因為我在上屆委員提案過，也討論過，沒有回歸準備金，而直接歸入大水庫中，反對意見未被接受，就算了。現在要提的是指示藥品的部分，我們知道健保署一直在檢討這部分，想要逐年檢討把指示藥品排除在健保給付範圍，想要了解一下，指示藥品排除健保給付後，最近這 3 年省下的費用是多少？請健保署會後提供相關資料。
- 三、第 3 個仍是第 10 頁的同一表格，在附註 2 的(9)及(10)是有關於業務費用成長，因為成長率非常高，雖然附註有說明，但並無

細項資料，是否請健保署提供 106~108 年相關細項，項目及金額。再來看雜項部分，雜項費用成長 32.39%，主要是因為保險收支逾期支票重開，我一直不了解為什麼這個項目一年要花 100 多萬元？可否待會說明，我真的不理解、不清楚，抱歉！

- 四、違規查處的部分，在第 25 及 45 頁的資料顯示，108 年到第 3 季，特別第 3 季的違規情形成長非常高。既然我們現在是以大數據來查核是否有虛報、浮報情形，為什麼違規情形反而更嚴重，待會可不可請健保署分析。
- 五、醫療費用申報部分，在第 28 頁的第 4 點，我要說的是中醫部門，我們看他申報件數成長只有 1.93%，但申請點值成長是高達 6.39%，西醫成長可以理解，因為可能有高貴藥或 C 型肝炎藥物，但中醫沒有特別貴的藥物，為何件數及費用申報點數成長不成比例，請健保署待會說明。
- 六、藥費申報情形，在第 33、34 頁的資料，我們看到藥費的成長率是 6.9%，顯然高於總額成長，藥費成長率高於總額成長率，相信就會稀釋點值，這是必然的成果，這個真的要好好分析檢討。
- 七、再來第 82 頁「表 28 全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表」，有幾個數據值得提出，第 1 個是第 5 項及第 30 項有效領證數的成長率，這 2 個數據都值得跟有關單位研究；第 5 項 AIDS 是 3.83%、人數增 388 個，這個增加的人數，是非常多的，健保署可以將這數據提供疾管署，讓他們研究。第 30 項是罕見疾病是 7.22%，雖然人數是不多但成長率是滿高的。我認為應該也應該做一個學術研究，為何在台灣的環境下，罕病人數不但在成長且成長比例滿高的。但在同張統計表中，有 1 個數據是比較理想的，第 25 項肝硬化症的有效領證數成長率是 -13.86%，這是很清楚的顯示肝硬化狀況減緩很多，所以應該會減少很多健保支出，這減省的費用數據應該做 1 個分析，因為這跟費率的調整應該會有關係。

八、在第 83 頁顯示，台北榮民總醫院於 108 年 6 月至 8 月總病床減床 43 床，這真的蠻多，備註說明是因舊大樓修建，但一減少就減少 43 床，對病患權益影響很大，不知道健保署的看法為何，是否應該要有措施因應，因為一下子減少 43 床是很多的。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

謝謝健保署的報告，為讓優先報告進行順暢，我對於議程五有關委員會議決議(定)辦理情形，有些建議，剛好也與業務執行季報告中財務收支情形有關，希望能藉此一併報告，懇請主席給我 8~10 分鐘，或是請其他委員先發表意見之後，接續我再報告，可行嗎？

周主任委員麗芳

好，等其他委員發言完，最後再請陳委員炳宏。請干委員文男。

干委員文男

一、各位同仁，請參閱業務執行季報告第 11 頁，截至 108 年 9 月底，自 103 年 7 月到 108 年 6 月之欠費金額是 827.47 億元，已收回 569.06 億元，收繳率 68.77%，以上數據跟「表 8 全民健康保險投保單位及保險對象欠費收回統計」是完全一樣的。但是我想不透，108 年 6 月之前的欠費是 827.47 億元，至今回收 569.06 億元，但報表中並未點出其餘尚未收回的 258.4 億元的狀況，我不曉得這錢跑去哪裡，請健保署提出相關書面資料提供給委員參閱。

二、再來就是剛才吳委員榮達談到，醫學中心病床增減問題，在業務執行季報告第 36 頁，108 年 6~8 月醫學中心平均病床數較 108 年 5~7 月減少了 50 床，減少 50 床真的是很多，病人要病床都去找委員、官員、立委，為什麼會減少這麼多？是否有特殊情形？平均病床數的減少，不是因為某 1 個單月或是年終等情形。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、剛才其他委員已提及部分，我就不再贅述。首先，業務執行季報告第 21 頁，全民健保安全準備及營運資金投資概況表，在備註 1 部分，談到優惠活期存款餘額為 90.93 億元，其中 8.7 億元，存放於華南銀行超值優惠存款帳戶，利率為 0.50%，另外還有 81.99 億元，搭配 183.01 億元定存存放於玉山商業銀行綜合存款帳戶，年平均利率為 0.73%，以及 0.24 億元，搭配 14.76 億元定存存放於臺灣土地銀行綜合存款帳戶，年平均利率為 0.69%。我只是覺得為什麼不把華南銀行的 8.7 億元，放在利率比較高的玉山商業銀行或者臺灣土地銀行？因為現在來講，安全準備金越來越少，雖然 8.7 億元在整個費用中不算多，但是利息多一點，總是不無小補。
- 二、另外，在業務執行季報告第 62 頁「表 21 全民健康保險_門住診藥費點數統計_總表」，談到 107 年藥費總共 1,957 億元，比 106 年成長 6.63%，占門住點數比例 26.5%。在我們健保費這樣的藥費大幅增加前提下，雖然健保署非常努力在做雲端藥歷減少支出，但效果好像還是有限，不知道健保署有無考量生物相似藥物，來降低健保費支出？據報載近年生物藥品單株抗體類的大分子藥物，在專利到期後價格便宜，生物相似藥物也陸續在全世界上市，不知道健保署有無打算加速引進，以降低藥費。
- 三、另外副署長報告轉診的部分，好像成績蠻好的。不過請各位參閱業務執行季報告第 135 頁，108 年 1~7 月部分，各層級轉診流向，當然不含視同轉診部分的案件，醫學中心轉出 45,229 件，其中 22.47% 轉至區域醫院、36.82% 轉至地區醫院，35.81% 轉基層診所，4.90% 轉至其他醫學中心。區域醫院及地區醫院部分請委員自行參閱。我主要談的是基層診所，基層診

所轉出 537,332 件，其中 38.40% 轉至醫學中心，38.28% 轉至區域醫院，10.62% 轉到地區醫院，12.70% 轉至其他基層診所。雖然醫學中心有下轉，但轉診其實是基層轉出占最大宗，或許八成以上的轉診都有其必要性，但當中有沒有可能有一些是為了轉診而轉診，基層診所轉至醫學中心，病情一定要很嚴重，病人不太可能跑到基層診所看診，然後再透過轉診制度去醫學中心或區域醫院，這部分要麻煩健保署去深切了解。

周主任委員麗芳

請陳委員有慶。

陳委員有慶

我想了解剛才吳委員榮達也關心的呆帳問題，業務執行報告第 9 頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表」，108 年 7 月呆帳成長率為 14.55%，8 月為-25.54%，9 月為 5.91%，108 年 1~9 月底成長率為 10.27%。請教 2 個問題，首先，108 年 7~9 月的呆帳成長率變化懸殊原因。其次，107 年、108 年 1~9 月底的呆帳成長率都是二位數，請健保署說明原因及因應對策。

滕委員西華

- 一、業務執行報告第 46 頁「表 16-1 全民健康保險特約醫事服務機構查處統計-按處分類別」，108 年 1~8 月之數值應該是誤植成 108 年 8 月的數值。
- 二、業務執行報告第 48 頁「表 16-3 全民健康保險特約醫事服務機構違規查處追扣總金額-按追回項目別」，扣減屬行政罰，請問備註「3...檢察官上訴暫撤罰鍰」的意思。
- 三、業務執行報告第 78 頁「表 25 醫院總額部門專款項目支出情形」之「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(Diagnosis Related Groups, DRGs)」持續掛零，請問 108 年推動 DRGs 是否也沒有希望？

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、業務執行報告第 9 頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表」，108 年 9 月安全準備收回 30.12 億元，係依照健保法第 76 條第 2 項規定短絀由本保險安全準備先行填補，而 108 年 1~9 月安全準備已累計收回 186.03 億元，我們的安全準備餘額持續下修。
- 二、請幕僚協助播放我的簡報，該簡報有參考很多資料；在上月份委員會議，我有提到政府應負擔健保總經費 36% 不足數的計算方式(支出面與收入面計算基礎不同)，會影響安全準備餘額；如果政府依規定確實補回其不足數，將可以減緩安全準備下降速度。
- 三、謝謝健保署提供本次會議資料第 80、81 頁「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數計算表」，健保署計算 106~109 年「政府應負擔該 36% 不足數」分別為 485、524、566、601 億元，而我們遵循健保法第 2 條、第 3 條、第 76 條第 1 項的精神，依規定試算 106~109 年「政府應負擔該 36% 不足數」應該是 588、681、767、872 億元。(投影片第 2 張)
- 四、依健保法第 3 條政府應負擔健保經費之比率，以及健保法第 2 條「保險經費」之定義，我們的法遵計算公式如下(投影片第 3 張)：
 - (一)分子：政府已負擔健保費 + 政府應負擔總經費 36% 不足數。
 - (二)分母：保險給付支出 + 應提列安全準備 - 法定收入。
 - (三)公式即 $[\text{分子} \div \text{分母}] \geq 36\%$ ，政府若有財政考量，難以如實支付「政府應負擔總經費 36% 不足數」，為形式求得 36%，健保署只好下修「分母」內涵，即減少「應提列安全準備」的法定來源。
- 五、「應提列安全準備」的法定計算項目 (投影片第 4 張)，依健保法第 76 條第 1 項規定很清楚，應提列安全準備內涵有 5 項因子，分別是第 1 款「收支結餘(≥ 0)」、第 2 款「滯納金」、第

3 款「運用收益」、第 4 款「菸品健康捐」、第 5 款「其他法定收入」；其中後面第 2~5 款是健保署認定的法定收入，以投影片「粉紅色區塊」列示；而分母項的計算過程是先加入「應提列安全準備的來源」（包含法定收入），之後再扣除「法定收入」。

六、向各位說明，健保署提供的計算資料(本次會議資料第 80、81 頁)，欠缺重要明細，即上述應提列安全準備的 5 個因子，而檢視健保署計算 105~108 年度應提列安全準備的第 1 款「收支結餘(≥ 0)」反而自行改以「負數」(-9.7、-98、-266、-417 億元)列示，採負數「不符」健保法第 76 條第 1 項「第 1 款」的規定（「結餘」數下限應歸零）；而檢視健保署計算「第 2~5 款」應提列安全準備的來源，採用負數更「不符」健保法第 76 條第 1 項「第 2~5 款」的規定！建請健保署依法補正！如下：

- (一)健保署計算 105 ~ 108 年度的「收支結餘(≥ 0)」為-9.7、-98、-266、-417 億元，實際上應將「收支結餘」(健保法第 76 條第 1 項第 1 款)由「負數」補正為零，敬請健保署「補回」數為 9.7、98、266、417 億元才合規。
- (二)健保署計算 105~108 年度的「安全準備來源」居然為「負數」-115.6、-187.8、-170.0、-142.2 億元，健保署一開始即採用「負數」計算「安全準備來源」，將會不當重複扣除「法定收入」(如前述說明四、說明五)，實際上應補正「安全準備來源」(健保法第 76 條第 1 項第 2~5 款)，「補回」數為+115.6、+187.8、+170.0、+142.2 億元才合規。
- (三)105~108 年度應補正的「收支結餘」加上「安全準備來源」，如上述(一)+(二)，分別為 125.3、285.8、436.0、559.2 億元，再乘上 36%後，105~108 年度待回補的「政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數」應為 45.1、102.9、157.0、201.3 億元。(投影片第 5 張)

(四)近年政府未達成負擔健保經費 36%之差異數每況愈下，如不即時補正，將會擴大滾雪球效應，而政府實際承擔總經費之比率由 105 年之 35%，逐漸降至 108 年之 33%(投影片第 6、7 張)。

七、在商業保險，準備金與償付能力息息相關，若償付能力不足，主管機關會要求補足或裁罰，以此概念來看健保，為強化保險經營償付能力，安全準備餘額充足，保險給付能力愈強；若是安全準備不足，舉債經營會很艱辛，98 年就是最好的借鏡，最後會用調漲費率解決。若政府經營健保不落實法遵，未來調漲健保費率，人民會心服口服嗎(投影片第 8 張)？

八、預估 105~108 年政府未達成負擔健保經費 36%之「累積差異數」為 506 億元，約當 1 個月的保險給付，政府如能補回這 1 個月挹注安全準備，將可實質延緩調漲費率的壓力(投影片第 9 張)；否則，健保編列來年的財務收支概況表(108.10.18 諮詢會議資料)，已預估 3 年後(111 年)安全準備餘額-908 億元，約當保險給付月數-1.4 個月，屆時將面臨調漲費率壓力！

九、回應健保署的業務執行報告及會議資料第 78 頁有關我前次提問之健保署說明，健保若要長期穩健經營，依法提存安全準備是責無旁貸；未來安全準備若不足，最後的解決方式仍是調漲費率。拜託政府依健保法第 2 條、第 3 條、第 76 條第 1 項規定，儘速補回剛剛我們說明的差異數；否則會產生滾雪球效應，請問健保署該金額這麼大，屆時如何向執政團隊解釋補回如此高額的差異數。若再以 109 年預算數，推估 105~109 年政府負擔健保經費之「累積差異數」將會突破 700 億，政府財政能力要怎麼補足或逐年遞補；不怕念起...只怕覺遲，不是嗎。

十、最後我要謝謝大家，給我機會，讓我對於「政府應負擔 36%不足數」與「安全準備制度」再次進行關聯，甚至重複咀嚼這些數字，一本、一本翻閱健保的預、決算案資料，並加深對立法智慧的領悟，感謝在座各位。

周主任委員麗芳

非常敬佩陳委員炳宏的用心，也感謝他花很多心血做出詳盡的簡報說明，接著請健保署回應明。

蔡副署長淑鈴

謝謝各位委員提出意見，非常用心看我們的報告，有許多數據值得健保署同仁再跟大家說明，接下來依序健保署同仁，也是各單位的主管，向各位說明，首先請承保組李專門委員珊瑩說明呆帳、欠費收回。

李專門委員珊瑩

- 一、謝謝委員的提問，有關吳委員榮達及陳委員炳宏關心呆帳的問題，從業務執行報告第 9、10 頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表」及「表 5-2 全民健保基金收支餘絀情形表」數據，近年呆帳金額確實增加，主要除了基本工資調整等因素，呆帳隨著整體保費收入增加同步提高，還有 2 個原因，1 個是近年移送行政執行案件，因為加強催收，平均執行及結案時間拉長，整個列報呆帳時程也往後延。第 2 個原因，近年獲得菸品健康捐的補助弱勢民眾欠費的金額減少，導致呆帳金額相較以前增加。但在這裡要特別說明，不管是保費收繳率或是呆帳率，都有在妥當監控管理中，短期保費收繳率維持在 98% 以上，呆帳率一直控制在 1% 以下，這部分請委員放心。
- 二、剛剛陳委員有慶提到業務執行報告第 9 頁「表 5-1 全民健保財務收支表」分析數據，近期呆帳成長率波動幅度大，主要原因是表 5-1 同時呈現年與月的同期比較，近期成長率起伏較大的屬於當「月」與去年同「月」比較，呆帳金額雖不高，但因分母小，變動幅度看起來較大，以整年總體金額來看，每年變動幅度是差不多的。
- 三、干委員文男詢問業務執行報告第 11 頁及第 16 頁有關尚未收回的欠費如何處理一事，表列 200 多億元欠費都仍在追償期間，本署會積極催繳並與執行署密切合作強化催收，在追償期限內

可望陸續收回，長期看來本署健保費收繳率都可達99%以上。

蔡副署長淑鈴

接著請主計室李專門委員淑芳說明雜項收入業務費用部分。

李專門委員淑芳

- 一、委員詢問業務費用累積到108年9月是1.71億元，較去年同期增加51%，主要是折舊跟攤銷的費用，占很大的部分，我們自105年起有編列在提升保險服務成效資本門預算，截至107年有3億元，隨著逐漸增加的資本門，折舊攤銷費用也會逐年增加，還有就是資訊軟硬體維護費、資安監控費用等，我們將於會後提供106~108年明細供參。
- 二、關於雜項費用比去年同期增加32%，主要是支票逾期未兌現後重開票的情況，現在大部分的醫療費用撥付都是轉帳到醫療機構的帳戶，但還是有少部分是開立支票的方式，若超過2年支票未兌現，我們會先做雜項收入，等醫療機關要求重新開立時，就做雜項費用。

蔡副署長淑鈴

接著請財務組陳副組長美杏說明趙委員銘圓關心的優惠利率部分，還有陳委員炳宏的36%政府補助保費。

陳副組長美杏

- 一、有關趙委員銘圓關心的優惠活存的利率，為什麼不將活存全部搭配定存存放，因為健保保費收入及相關經費，主要用於支應醫療費用，所以流動性很重要。業務執行報告第21頁提到的玉山商業銀行、臺灣土地銀行活存係搭配定存的，在定存期間，活存部分是不能動支的。為了資金調度靈活性，仍要有活存的必要，在華南銀行的活存，供我們及時資金調度。
- 二、關於陳委員炳宏關心政府負擔健保總經費的36%，健保署的計算方式是遵照主管機關的計算公式。依照健保法第3條及第17條規定，所謂收入面保險費分攤原則，保險對象及投保單位保費收入加總之後，相當於保險費收入的64%，依此再求得保險

費總額，然後乘上 36%，就是政府應該負擔的金額，按照這金額減去政府已經負擔的部分，就是政府負擔不足的差額。另外，健保法第 2 條 5 款規定，保險經費是指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。針對應提列的安全準備，我們是按照主管機關的解釋以實際營運值帶入，短絀時用負值帶入，兩者的計算結果是一致的，我們目前是按照這樣的方式處理。

蔡副署長淑鈴

接著請違規查處室白科長姍綺說明業務執行報告第 46、48 頁及違規案件增加的原因。

白科長姍綺

- 一、首先跟委員致歉，業務執行報告第 46 頁「表 16-1 全民健康保險特約醫事服務機構查處統計」，108 年 1~8 月之數值有誤植，正確數值為違約記點 60 家次，扣減費用 84 家次、停止特約 41 家次，終止特約 12 家次，總計處分案件數 197 家次。
- 二、業務執行報告第 48 頁「表 16-3 全民健康保險特約醫事服務機構違規查處追扣金額」，有關備註「3...檢察官上訴暫撤罰鍰」部分，我們於法規辦理過程中，若同時涉及刑法，依照行政罰法相關規定，必須司法先行，等判決確定後才會開立相關罰鍰。本案是檢察官於起訴判決後，對不起訴結果，再次提起上訴，但是並沒有通知我們，以致於我們先前已經按照不起訴結果開立的罰鍰處分必須先撤銷，因為要等到上訴判決確定後，才可以再開立罰鍰處分，所以我們會在當月去做更正。
- 三、關於委員提到今年違規案件增加，這是因為我們於今年上半年啟動相關專案查核，包含醫療院所補卡率異常專案等，造成案件數增加。

蔡副署長淑鈴

接著請醫審藥材組戴組長雪詠說明吳委員榮達詢問的指示用藥及趙委員銘圓詢問的生物相似藥。

戴組長雪詠

- 一、吳委員榮達提到指示用藥節省的部分，我們於去年 10 月開始停止給付葡萄糖胺總共 31 品項，估計今年會節省 1.21 億元，尚不包含有些許可證因為退出市場，向健保署申請停止給付的部分，我們將於會後提供這部分統計供委員參考。
- 二、關於生物相似性藥品，民眾、醫師對於學名藥的藥效會有疑慮，和其他國家一樣，我們大概可以期待民眾、醫師對於小分子化學藥品的藥效也會有疑慮，所以如何加強宣導，讓生物相似藥在使用上爭取到醫師、病人的信任，非常重要。
- 三、過去生物藥品都在專利期間，很少有生物相似性藥品上市，最近有些癌症生物藥品專利過期，去年底食藥署陸續核准 2~3 個生物相似藥品，這些藥品已經陸續向健保申請給付，食藥署針對生物相似性藥品的藥效，會去做宣導品，讓民眾及醫師了解，這些生物相似性藥品經過藥政單位的把關，其藥效是與生物藥品是一樣的。其次，我們也會鼓勵這些生物相似性藥品一旦獲得健保給付，可以進行真實世界的使用資料(real world evidence)，因為生物相似藥品都是跨國藥廠生產的藥品，他們有好的品質把關，在國外也有相關使用經驗，我們會請他們將國內及國外資料一併統計，並鼓勵他們做宣導，讓醫師及病人有信心，我們用這樣的方式來推廣生物相似藥品使用。

蔡副署長淑鈴

最後請醫管組李組長純馥說明中醫點數成長、藥費單價上升、重大傷病、病床數、基層轉診及 DRGs。

李組長純馥

- 一、針對吳委員榮達所詢業務執行報告第 82 頁「表 28 全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表」之「5.需終身治療之全身性自體免疫症候群」，是指免疫系統產生的自體免疫問題，包含乾癬等，並非後天免疫缺乏症候群，後天免疫缺乏症候群並非重大傷病項目，之所以減免部分負擔，是由疾管署編列預算支應。委員提到肝硬化、罕見疾病數增加，我們會持續監測，必

要時於報告中分析。

- 二、關於中醫總額點數成長，是因為今年調整日劑藥費 2 點，單價提高，反映到每件點數成長。
- 三、干委員文男提到台北榮民總醫院減床是否會造成整體民眾就醫不便，請參閱業務執行報告第 59 頁，108 年第 1、2 季醫學中心的住診件數並沒有減少，住院日數除了第 2 季減少約 0.55%，第 1 季整體還是有成長的，本署也會持續關切，相信台北榮民總醫院整修是為了提供未來更好的服務。
- 四、另外趙委員銘圓提到基層院所是否為了轉診而轉診，下次我們可以補充轉診原因分析，其實大多數是急診個案，即病人在基層院所就診，但發生急症狀況，需要轉診至區域、醫學中心，當然有部分是因為病情需要做進一步檢查，也會透過轉診，這些都會再進行詳細分析。
- 五、滕委員西華提到 DRGs 的部分，這次蒐集各醫學會總共約 800 多個意見，還在彙整研議中，目前已經和醫院協會組成工作小組，會進行逐項檢討，確實今年較難有新進度，是因為今年主要是推動分級醫療、門診減量，我們認為應該給醫療院所，特別是大型醫療院所，有一些調整的空間，因此目前是在進行相關資料蒐集與討論。
- 六、至於藥費單價為什麼上升，因為今年很多 C 型肝炎的新藥納入健保給付，確實會拉高每人之平均藥費單價。

周主任委員麗芳

非常感謝健保署說明，因為李委員偉強是台北榮民總醫院醫務企管部主任，接下來請李委員針對台北榮民總醫院減床作回應。

李委員偉強

- 一、謝謝主委點名，其實沒有任何一家醫院希望床位減少，我今天晚到也是因為先去台北市政府衛生局，為了台北榮民總醫院準備新建 17 間手術室及重粒子大樓兩件案子，參加醫審會審查，但結束後還是趕快趕過來。

二、台北榮民總醫院今年剛好 60 年，有些建築物已經非常老舊，甚至會有安全問題，一方面要蓋新大樓，但老舊的病房不得不提早關閉，但這都是暫時的，因為病床數是很寶貴的，尤其台北市已經不能再增加任何額度，所以我們只是暫時關掉床位，等到新建築物蓋好後，就會申請恢復使用，這大約需要 2 年左右的時間，而這期間就是以增加周轉率方式處理，所以可以看到住院人日數基本上並沒有改變，應不會對病人的權益造成影響。

周主任委員麗芳

西醫基層有要補充轉診的部分嗎？(西醫基層代表委員表示沒有)請
干委員文男。

干委員文男

剛才答復的投保單位及保險對象欠費與回收有 258.4 億元差額，在健保署業務執行報告第 22 頁「逾期未繳保險費、滯納金移送行政執行情形」的(三)未結案部分有 136.68 億元，其中有 126.75 億元尚在處理中，占了 92.73%，這筆錢如果沒有繳清，在報告當中也可以呈現，這是債權。是否會後能提供詳細的資料給我？哪個欠費大戶欠那麼多錢沒繳？台北市政府、高雄市政府欠費，我們一直追、一直講，結果欠費沒回收的 258.4 億元都沒有提起，這樣講不過去。

周主任委員麗芳

干委員文男所要的資料，請健保署會後補充。本案委員所提意見，送請健保署參考，接下來中場休息 10 分鐘，請大家於 4 點 20 分回到會場。

(中場休息 10 分鐘)

陸、討論事項第一案「109 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、請委員參閱會議資料第 155 頁，本案是討論 109 年度醫院總額一般服務之地區預算分配，依據健保法第 61 條，本會在協定四部門總額後，須再協定各部門總額下之 6 分區預算分配，說明醫院總額地區預算分配方式。

(一)請參閱會議資料第 155 頁，說明二，分配參數有兩個，R 值為各地區風險校正後保險對象人數，S 值為總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用。R 值之人口風險校正因子，門診為年齡性別指數占 80%，各分區標準化死亡比占 20%，住院則是各占 50%。

(二)針對兩項分配參數的占率，須逐年討論占率。近年 R 值占率協定情形，請參閱會議資料第 156 頁，表格列出歷年 R 值推進的情形，於 106 年門診、住診 R 值各提升 4%，106~108 年門診 R 值占 50%，住院占 45%，而 108 年提撥 1.5 億元作為各分區風險調整基金。

二、有關地區預算相關決定事項及處理：

(一)本會 107 年 11 月討論 108 年度地區預算分配之附帶決議，請醫院協會於討論 109 年地區預算分配方式前，檢討地區預算執行問題並提出具體分配之建議方案，若未能提出，則 R 值應予調升，其餘部分請委員自行參閱。

(二)有關 109 年度地區預算分配，根據上開決議，醫院協會已於 10 月 8 日將各層級醫院共識之建議方案，函復本會。該方案建議維持 108 年度門診、住診 R 值，即門診 50%、住診 45%，並預留 1.5 億元風險調整移撥款，作為持續推動各分區資源平衡及鼓勵發展的移撥款使用。

(三)健保署對醫院協會所提建議方案之執行面意見，請參閱會

議補充資料第 4 頁，該署尊重醫界內部所提之共識建議方案。另，健保署提出近年風險調整移撥款執行結果，請參閱會議資料第 179~180 頁。

三、對醫院部門地區預算分配建議：

- (一)依據本會 107 年 11 月委員會議決議，如未提出執行檢討及具體建議方案，R 值應予以提升，爰建議調升 R 值。另，是否同意移撥 1.5 億元風險調整基金，請委員討論。
- (二)有關門診、住診費用比率部分，依據健保署 103 年專案報告，建議門診、住診費用比率以 45：55 計算。109 年度建議仍依 94 年起的方式，以 45：55 計算門、住診費用比。結算時會合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

四、幕僚亦提供以下參考資料供委員參考：

- (一)模擬 109 年度門、住診 R 值占率調升 1~5% 時，各分區的預算分配情形，在會議資料第 160~162 頁。
- (二)歷年各分區投保人口及戶籍人口數、一般服務預算數、醫療供給與利用情形，在會議資料第 163~172 頁。
- (三)歷次地區預算分配公式相關檢討會議，或本會委辦研究的結論與建議，臚列在會議資料第 175~178 頁。

五、擬辦部分，請委員分別議定門診、住診的 R 值占率，此外，是否同意移撥 1.5 億元作為風險調整基金。過去對於相關執行面細節，都是授權健保署與總額部門議定，風險調整基金執行方式再送請本會備查。至於需保障或鼓勵之醫療服務，採點值保障者，也請健保署會同總額部門議定後，於今年 12 月底前送本會同意後執行。

周主任委員麗芳

請翁委員文能代表醫院協會進行說明。

翁委員文能

各位委員，大家午安，基本上就如剛剛健保會同仁所說明的，醫院協會希望 R 值不變，風險調整基金維持 1.5 億元，因為風險調整基

金實行不到 1 年，我們建議是這樣。

周主任委員麗芳

現在開放委員表示意見。請蔡委員登順、滕委員西華、何委員語。

蔡委員登順

一、關於醫院的地區預算分配，尊重翁理事長文能的說明，建議維持 108 年門、住診 R 值(門診 50%、住診 45%)，但醫院協會也提到鑑於新興醫療科技日益發展，過往須住院始得執行之術式已陸續轉為門診手術即可完成，且住院案件跨區就醫的情況已緩和，我想這是醫療的進步，是可喜的事情，讓醫院需求的問題可以減緩。

二、不過對於醫院部門，有以下 2 點建議：

(一)109 年度醫院健保總額協商之政策方向，要「合理反映山地離島或偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源的分布」政策方向很明確請醫院部門推動。

(二)醫院協會提出地區預算分配之建議方案，在會議資料第 157 頁，爰續執行醫院總額風險調整移撥款，109 年度由醫院部門一般服務預算分配前，提撥 1.5 億元(占醫院總額一般服務預算比率約 0.032%，占比是相當的低)，供各區發展使用，落實偏鄉及弱勢族群的醫療照護需求。109 年度總額成長約 270 億元，成長金額頗高，建議風險調整基金應有擴編預算計畫，以落實照顧偏鄉及弱勢，針對這部分是否能落實，請翁理事長文能說明。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、對於 R 值要不要前進，我向來都認為要前進，從 104 年開始到現在，都是門診跟住診同步往前調，只有 102~105 年門診 R 值不變，住診往前調，基於以下幾個理由，我覺得這次門診 R 值可以維持不變，住診應該要往前推進 4~5%，或跟門診一樣，

占率都採 50%，理由如下：

- (一)因為現在推動分級醫療，所以門診無論是門診減量措施或是轉診，都有重新分配，我認為在短期內，醫院的門診 R 值可以不前進，看看幾年後分級醫療、轉診的效益，再決定門診 R 值是否變動。
- (二)但正因為門診再重新做分配，特別是輕症下轉，我理由跟醫院協會一樣，但是我的看法不同，也就正是因為住院的部分已經穩定，而且許多可以轉為門診手術，這也是門診先保持不動的一個原因，所以住診更應該往前進，讓醫院更往住院服務上的發展分布，讓基層跟地區醫院，在門診的部分發揮到最大。所以醫院門診 R 值可以先不調整，但住院應該往前進，我的建議是推進 4~5%，也就是住院 R 值占 49~50%，這樣才符合醫院的發展任務，也符合歷年總額協商付費者代表都希望醫院住院的支付標準能夠調高急重症、重視住院，包括：病房費、護理費、住院診察費這部分的費用，所以我認為住診 R 值應該還是要前進。
- (三)無論是郭副教授年真，還是這幾年所有地區預算分配研究，我自己參與的就至少 3 個，都認為 R 值應該要再前進，不能只講理由而不講分配方法。

二、至於風險調控基金 1.5 億元，我不是很確定 1.5 億元夠不夠，或者只是要撥補東區，但因為醫院總額基期 4 千多億元，調撥可以產生多少作用？但是我覺得醫院協會跟醫院代表及健保署可以考慮，會議資料第 177 頁，郭副教授年真建議的短期指標第 3 點或中期指標第 1 點，若特定分區中有特定疾病流行、發生率或盛行率異常高，那這部分其實應該也可以考慮由風險調控基金，來補足該區有特定的異常指標疾病病人集中的情態，用來調控風險，我認為這是比較可以考慮的，所以建議 R 值往前進是比較適合的。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、因為醫院有 3 個層級，依據健保署今天的報告，因為分級醫療的關係，醫學中心跟區域醫院的門診下降，但是住院成長，可是地區醫院門診成長幅度很大，而且住院也成長，所以在這 3 個層級中，如果 R 值不變動，就會有傾斜的現象，因此我也贊成剛剛滕委員西華說的，若以剛剛翁委員文能說明因為新科技的原因，沒有錯，現在放射線治療、化學治療、質子治療、細胞治療、核子療法都不用住院，當天做好就可以回家，變成像是門診的醫療過程。
- 二、我贊成門診 R 值占率 50% 不變，但是住院要成長。另外因為門診占率 50%、住院 45%，只差 5%，不知道翁委員文能是否能今年就一次到位，住院也前進到 50%，若沒有辦法，依據健保署今天的報告，醫院門住診 1~9 月份的變化來看，至少要前進 2%，即 45% 調升到 47%，漸進式調升 2%，這是我的看法，這樣才能為明年度的分級醫療推動，平衡醫學中心、區域醫院、地區醫院的狀況。

周主任委員麗芳

委員有沒有其他意見？(未有委員表示意見)剛剛表示意見的 3 位委員，蔡委員登順建議維持 108 年方式，何委員語、滕委員西華建議門診的部分維持，住診可以往前進，至於調整的比率，請翁委員文能回應醫院部門的想法。

翁委員文能

其實住診一調整，東區馬上少了 1.2 億元，衝擊非常大，因為住診的結構是非常的複雜，因此醫院協會建議住診先不要調整，真的錢跟著人走的是門診，建議要調的話調門診，衝擊比較小，這是我們的意見。其實各區充分討論過，我被授權的是，住診不要調，要調就往門診調，這樣對醫院衝擊，尤其是東區會比較小一點。

周主任委員麗芳

請翁委員文能再回應有關風險調整基金的部分。

翁委員文能

委員建議要調高，從 1.5 億元往上調，但剛剛我也報告過，因為這部分做不到 1 年，我們希望 1 年有成果後再擴大，每次要談這個就要開很多次會議。跟各位委員報告，其實這個調整過，分配最多第 1 個是東區、第 2 個是南區，大家都知道東區是弱勢族群資源短少較嚴重，我們的分配也算是很落實，這次來開會前，各區也有討論過，假設能不變，再做 1 年看看，明年會做完整的報告，也許會往上調，因此今年風險調整基金是否維持 1.5 億元不動，若要調 R 值是從門診調，住診一調是會造成很大的衝擊。

周主任委員麗芳

- 一、翁委員文能解釋的很清楚，醫院部門內部有估算過 R 值調整的影響，如果一調整住診 R 值，東區首當其衝，可能會有高達上億元的衝擊，所以還是希望維持 108 年住診 R 值。
- 二、風險調整基金的部分，翁委員文能提到因為今年剛試辦，明年會報告完整的執行結果，所以希望 109 年度維持 1.5 億元，俟有完整的試辦結果後會再檢討。各位委員是否接受醫院協會提出的建議方案？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、翁委員文能的說明我能理解，但我還是不同意，門診部分的理由我已經說過了，分級醫療導致門診變動比較大，所以暫不調整，而不是因為調整住院風險比較大，才改調門診，而且這個風險其實是每年都這樣說，但每年都沒有說究竟具體的風險為何？
- 二、我們不能把異常當正常，不能每個總額都拿東區做理由，東區的特殊現象，也就是風險調控金存在的理由，其他總額也有類似的情況，包含 R 值占率已經 100% 的牙醫部門，在東區也有該區特定的問題，所以我們希望能透過風險調控基金去補東區或者離島，或者中醫以前提的區中有區，大台中區內台中市跟

南投縣的差異，各部門一樣都會有，所以區域的問題，不該把異常變正常，否則難道 6 區業務組，每區 R 值占率都要不一樣嗎？一定是幾家歡樂幾家愁。

三、剛剛何委員語談到 R 值前進的部分，很抱歉因為有重要電話，沒聽到後半段。但是像何委員語、干委員文男等資深的委員，都知道 R 值前進本來就是醫療資源分布跟利用率上最大精神，醫界每次都說明年再提出建議，但每年都沒提出建議，我們也依照委員建議，委託很多地區預算分配的研究案，研究案中，不只跑訪談、經濟模型也都跑了，都還是認為 R 值的前進有其必要性，輔以風險調控基金。

四、所以我認為 R 值應該要再前進，這才是整個醫療費用分布，若翁院長文能擔心住院的部分波動，那我會建議健保署在 7 月或者某個時候做監控指標，監測住院波動發生的現實是否足以到風險無法承擔的地步，那就會有 2 條路，1 條是增加風險調控基金可以撥補住院，不只補東區，另 1 條是 8.22 億元的政策款，若真的影響到點值，或住院病人分布，可以再調控。現行都有足夠的風險承擔機制，去承擔 R 值前進可能帶來的影響，不然我覺得健保署或健保會就不要再委託研究了，每個研究都建議要前進，但每次都不前進，都說明年再檢討，這樣是不對的。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

一、跟滕委員西華意見不太一樣，我覺得還是要做研究，因為我看過 1 個報告，我就覺得沒有做好，甚至他講 1 個結論，好像也沒有列入未來要做。例如風險校正，郭副教授年真的報告中寫得很清楚，只用年齡、性別、死亡率，校正了什麼可能連我們都搞不清楚，所以就是沒弄清楚。

二、人是怎麼定義的？我們有很多種定義模式，事實上是遷就於過

去的系統，很多的資訊就是不清楚，所以今天確實是卡在 1 個資訊不清楚之下，必需沿用過去的制度，導致醫界就是網內互打，每次 6 個分區，絕對有 3 個贏家、3 個輸家，所以永遠擺不平。

三、回到健保會，我們看起來就覺得很奇怪，最後也沒有任何資源能夠把這些東西弄清楚，所以每次大家都要再吵 1 次，我還是會認為核心的 1 個問題是，當然會有大的地區資源分配公共政策邏輯，但是仍要回應到，這個地區有多少人、疾病嚴重程度、資源多寡，我到現在還是看不太懂，為什麼門診人口風險因子年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%，住診卻是各 50%，數據的科學基礎在哪裡？是喊出來的嗎？如果是喊出來的，研究當然要繼續做下去。

四、我認為今天在會裡面，我們常常在討論一些沒有仔細的研究分析，大家只是在會議上各言爾志，最終也不會有具體結論，我的發言到此。

周主任委員麗芳

在何委員語發言之前，是否可以先聽聽其他委員意見？或是請何委員語先發言後，也請其他委員表示意見。

何委員語

一、主席，各位委員，在會議資料第 158 頁本案擬辦的分配方式寫到，「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」，這是幕僚寫的吗？這樣就變成門診 45%、住診 55%，這是第 1 個方案。另外，剛才醫院協會提出，希望 R 值維持跟去年一樣，就是門診 50%、住診 45%。

二、此外，我記得去年討論 R 值是否前進時，曾要求健保署提出 1 個完整的調查給委員參考，到今天，事隔 1 年之後，還是沒有看到完整的研究報告，既然沒有資料給我們參考，就應比照往年作法，繼續討論 R 值如何前進。

- 三、我們認為如果門診維持 50% 不變，住診應該由 45% 前進到 47%，如果風險基金 1.5 億元不夠，建議可以給醫院部門 2~3 億元。因為 109 年度醫院總額超過 5 千億元，整個醫院部門增加 206 億，我們可以同意拿 1%、也就是 2 億元的風險調控基金，因為剛才翁委員文能說如果前進 2% 對住診衝擊很大，會差 1 億元，這 1 億元的缺口可以用風險調控基金去補，剩下的 1 億元可以去補南區。
- 四、我認為今年 R 值應該要前進，不然去年委員會議決議用今年檢討 R 值是否前進、今年又說明年再來檢討 R 值是否前進，1 年、1 年繼續下去，也不是辦法。我的建議很溫和，由 45% 前進 2% 變成 47%，也可以運用風險調控基金做很好的調配。健保署能提供研究報告給我們了解是最重要的。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、我傾向支持周委員穎政的意見。剛才看了附件 2「歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議」研究報告後的感想是，很多政策都會參考國外經驗，但忘記納入考量本地的傳統就醫習慣、風俗民情、交通狀況，也許短期可以立竿見影，馬上看到成效，但長期推動後，才發現完蛋、出事情了，現在教改就是這種情況。
- 二、我贊成 R 值先不動，因為 R 值的變動，本質上只是錢在各區之間的流動，大架構都已經確定了，從會議資料第 156 頁可以看出，各層級醫院都經過內部會議且已達成共識，這時我們是否有 1 個很強力的論點可以推翻醫院的共識？畢竟他們也是經過激烈討論的結果，所以我贊成周委員穎政所說，我們應該維持，因為剛才醫院部門代表提出的理由我可以接受，不應該把病人往住院送，應該可以盡量幫病人可以在門診解決、就在門診解決，幹嘛要住院？不是為了住院而住院，這是我的理由，

謝謝。

周主任委員麗芳

先請幕僚說明會議資料第 158 頁擬辦下面述及 45:55 之涵義。

陳組長燕鈴

- 一、請各位委員參閱會議資料第 157 頁，說明六、(一)(二)之說明，剛才討論內容其實分屬兩個層次。醫院地區預算分配，需依據 6 分區的 S 值、R 值計算 6 分區的地區預算，但因為門、住診的風險校正因子不同，所以必須在分配 6 分區預算前，先將門、住診切開為兩筆預算，切開門、住診預算之後，再用 S 值、R 值之相關參數，分別計算 6 分區的門、住診預算。
- 二、有關何委員語詢問擬辦中 45:55 問題，請委員參閱會議資料第 158 頁，擬辦一(二)分配方式前段文字，用於「計算」門、住診費用比為 45:55，這是沿用過去的比例，其與 R 值無關。後段文字才是今天要討論的門診 R 值占率(目前為 50%)、住診 R 值占率(目前為 45%)。

周主任委員麗芳

亦即目前討論的 45:55 是指住院跟門診的切分比率，不是 R 值。請翁委員文能。

翁委員文能

- 一、剛才可能報告得不夠清楚，我再解釋一下，幾年前我任醫學中心學會理事長時，就覺得地區預算分配公式不合理，我自己身處的北區是最明顯的例子，S 值、R 值一調，不論是住診或門診，只要一調整會分配到最多錢。後來我再任台灣醫院協會理事長時，就秉持著公正的原則處理，協會覺得能不要調就不要調。
- 二、我個人雖同意應該要調，但因現行公式不合理，所以誠如周委員穎政所說，應該要有進一步的研究，但是蠻難的，因為這個研究牽涉層面很廣，應該屬於國家層次，不是健保署就能做的。

- 三、為什麼說住診不要調？因為住診結構已經經過幾十年了，比較穩定，不論是設施、醫事人力的結構，是很難變動，我這樣講滕委員西華應該比較容易了解，只要一調整，為了要因應這變化，各區可能都會有非常大的衝擊，不只有東區的 1.2 億元。醫院協會的所有理監事，都是在醫界擔任很久的管理者，也都建議不要去調住診，但是門診我們可以勉強接受，因為門診是流動的，錢跟著人走，門診病人是會走的。
- 四、在住診部分，某個醫院可以做什麼治療項目，以及地區醫院各有專長，幾年內無法變動太多，所以我們認為不要動，免得衝擊太大。剛說 1.2 億元調整為 2 億元，我自己認為沒有不可以，但我被我們協會授權給我，1.5 億元暫時不要動它，我們當做不到 1 年，先做做看，明年再考慮要調多少。
- 五、謝謝周委員穎政跟林委員敏華的支持，其實我很不希望有太大的變動，因為健保近年做得相當穩定，我們去年有 1.5 億元後，也相當謹慎，開了很多會議，當中也有邀請在場專家。如果委員會議能持續給予我們 1.5 億元，我們一樣會用去年公式分配，談分配就很傷感情，我很難裁決，好不容易規則訂定，我希望再給我們做 1 年，今年醫院總額破 5 千億元，也許應該調整至 2 億元，能不能再給我們做 1 年。假設真的要調，也拜託調門診就好，不要調住院，以我在醫界的經驗，真的會造成很大的災難，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳代理委員錦煌。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

主委，我說一下話，我覺得今天開會開了很久，但是晚上還要跟部長座談。關於本案，因資料尚未齊全，建議比照 108 年度就好，不要再變動了。

周主任委員麗芳

剛剛陳代理委員錦煌提醒我們開會要有效率，不要占用太多時間，

他建議依照 108 年度的分配方式。剛才的發言，有 4 位是贊成 109 年度維持 108 年度(不含翁委員文能)的分配方式、2 個贊成調整。其他委員有無不同意見？請何委員語。

何委員語

我聽了剛才翁委員文能的說明後，接受住院不要調整。翁委員文能認為門診可以調整，請翁委員決定 1 個數字，給我們 1 個交代就好。

翁委員文能

假如一定要動，我被授予調整 1% 的權限，最好是能不要動。

何委員語

我接受翁委員文能所提建議，門診部分調為 51%、住診不動，門診調 1% 好嗎？

周主任委員麗芳

請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、我跟翁委員文能都是北區代表，大家都知道這議題在醫院部門裡，有些分區支持往前進、有些分區認為不要動，但我非常佩服滕委員西華，也相信這個公式真的很複雜，包含了 2 個層次的問題。我想也不要太為難翁委員文能，這問題的確在醫界內部已經討論很久了，確實翁委員文能在理監事會議被授權決定的就是前進 1%，即使我們非常不願意，但也必須接受醫院內的共識。
- 二、在討論門住診的 R 值到底要不要前進時，剛才聽到滕委員西華說既然門診減量，理論上住院服務的點值相對是否應該更被關注、保障？但是從健保署業務執行季報告的第 90~119 頁這段，可以看到各分區的結算點值，從醫學中心、區域、地區醫院到甚至於最後的門診、住診點值，都可看到住診點值低於門診點值，所以當初協商時，我們曾提醒如果不斷地調整支付標準，只會讓點值更低，當然也理解滕委員西華的意思，她認為

如果這樣的話，住診就應該往前進。

- 三、相信到場多數委員都搞不清楚這公式的真正意涵，不論R值的住診往前進幾個百分比，到底對住診點值提升有無助益？我做個說明，這個議題每年總額協商一定會走1遍，永遠吵不完。我覺得核心議題應該連帶著探討，怎麼改善門診減量後區域醫院與醫學中心住診服務的高成本、但卻低於門診給付的問題。
- 四、剛才提到今年有風險調整基金，這也是因為之前R值前進後造成對東區的影響，才用所謂的風險調整基金來補救。如果今年R值不前進的話，風險校正移撥款應該也沒有往前進的問題。
- 五、去年協商時，付費者代表的確有提到，若沒提出更好的理由，今年在分配時就應該繼續往前進，這是去年決議。雖然我與翁理事長自己本身都是代表北區業者，但是我們都是從整體來看，代表整個醫院部門的意見。所以建議這部分就是分兩層面來看，若要前進，我們被授權的範圍只有門診，也要提出住院點值總是相對低於門診點值這個議題，尋求有無其他補救措施，以上是我們提出來給付費者代表參考的部分。

周主任委員麗芳

時間關係，最後1位請蔡委員登順發言。

何委員語

主席、蔡委員登順，抱歉，我能否補充1分鐘。因為去年委員會議決議希望醫院今年R值要前進，所以我也支持翁委員文能的想法，同意門診進1%、住診不進、風險調整基金保留1.5億元，這樣至少對去年決議有點交代，這是我的想法。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

今年評核會時，因為有風險調整基金相關專案報告，讓評核委員看到醫院真的有照顧偏鄉、關心弱勢，所以特別給高分，讓醫院拿到優等，品質獎勵金就有10幾億元。剛才何委員語建議，109年風險

調整基金可編列 2~3 億元，翁委員文能說今年還沒試辦滿 1 年、明年度再看看，我們今天是談明(109)年的預算，不是 108 年的預算，不能說明年再看看，我們在談的就是明年度啊！因此，我建議增加 5,000 萬元，編列 2 億元風險調整基金，這個金額對醫院總額占比相當低，但可展現醫院部門對政策方向推動的配合，讓未來評核成績更好，品保獎勵金更高，醫院部門不會吃虧，以上建議。

周主任委員麗芳

謝謝，這案我們也花很多時間討論…。

滕委員西華

- 一、我覺得維持過往都不前進的建議違反過去決議，若要考慮風險，不是只有門診進，門住診都要進，門診進 1%、住診也該進 1%，不然隔年又再提 1 次一樣的道理，每年就都會不前進。有風險調整基金，就已經證明風險調整基金有產生效益，所以我不太知道，在有風險調整基金的前提下，為什麼門住診都不可以往前進，前進的百分比可以提啊，健保署在資料後面也有提供門住診前進 1%~5%的推估數據，前進 1%對門住診來講，看起來變動幅度都不是太大。
- 二、分級醫療就是希望調整讓醫學中心可以完成重症照護的相關任務，今年又有住院醫師適用勞基法的因素，住診沒有道理不前進，若前進的百分比對醫院在承受風險的心理上，我為什麼說是心理上？因為我沒有實質證據可以判斷醫院無法承擔風險，也可以倒過來說，沒有證據顯示不要動。如果是這樣，策略上應該是門住診都要往前進，只是前進的幅度有討論的空間，而不應該是都不動。何委員語原來還說住診前進 2%，現在連 1%都不見了！住診應該至少要有 1%，無論門、住診都要往前進，這是應該要維持住的！否則去年委員會議就不該做出那樣的決議，現在變成做出決議、卻又自己否決掉，這樣是不對的。

周主任委員麗芳

本案發言委員頗多，但畢竟最終僅能做出 1 個決議，也不可能每位委員意見全部兼顧。剛才多數委員基於分配公式合理性及資料尚未齊全之考量下，建議維持原案。現在先針對「維持原案」來詢問其他委員意見，是否還有人也認同？

邱委員寶安

贊成維持原案。

周主任委員麗芳

今年似乎就以維持原案為宜，因為多數委員支持這樣。

滕委員西華

主席，你沒有表決，也還有人沒表態，怎能就說維持原案是多數意見，而直接下決議？

周主任委員麗芳

本會主要採合議制。

何委員語

一、109 年醫院總額地區預算分配之 R 值應予調升，這是去年決議，若今天委員會想要推翻，當然可以啊，但我要提醒，現在的新委員不見得知道去年決議之緣由及內容。

二、去年有此決議，是因為當時委員勉為同意 106~108 年醫院的 R 值 3 年不動，才決議：109 年 R 值應予前進。當時決議到今天要將之否決掉，是不是本會以後所有的決議都沒效了？也不需要再做決議。

三、今天至少翁委員文能已同意門診進 1%，若採這個方案，就不會把去年決議都否決掉，這是我的看法。

周主任委員麗芳

請問各位委員，要增加 1% 嗎？還是維持原案？(蔡委員登順：另風險基金要增加 5,000 萬元)。請陳代理委員錦煌。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

委員一屆任期為 2 年，去年我又沒做這樣的決議。

周主任委員麗芳

我想陳代理委員錦煌說的也有道理，未來也會遇到同樣情況，總是有跨屆問題，上屆委員似不宜替下屆委員先行決議。本案討論這麼久，先依剛才多數委員意見，先維持原案好嗎？

滕委員西華

用這種說法，那保費也可以不用調整了，那是上一屆委員做出的決議啊！

周主任委員麗芳

因為剛才多數委員偏向維持原案。

滕委員西華

照這種說法的話，現在推動的區域級以上醫院之門診減量，也不用作了，因為那是上屆委員所決議的啊！

周主任委員麗芳

剛才多數委員還是建議維持原案。

滕委員西華

這樣說法不行，要求表決。

趙委員銘圓

主席，醫院代表及大部分委員都同意要前進 1% 了，請尊重。(眾人議論紛紛)

周主任委員麗芳

好，所以要改為前進 1% 嗎？請林委員錫維。

林委員錫維

一、我看大家都有不同的聲音，既然地區預算是醫院端來執行，翁委員文能代表醫院部門，既然已同意門診前進 1%，按本會之前決議，也不能說全部不動，剛才講到說現在這一屆要跟上一屆決議脫鉤的，這種講法也不太好。

二、整理一下，現在本會有去年決議在先，而醫院方面也同意進 1%，我認為可以同意此看法，R 值還是前進一點，這樣好不

好。

周主任委員麗芳

- 一、依委員意見，109 年度醫院 R 值決議如下：門診部分前進 1%，變成 51%，而住診仍維持 45%。
- 二、至於風險調整基金，是否要改為 2 億元，聽聽大家意見。

何委員語

我支持改為 2 億元，因為醫院部門 109 年度除了獎勵品質改進的「品質保證保留款」已達約 10.5 億元較過去高，而醫療服務成本及人口因素成長率之預估增加金額也非常高，約有 206 億元。

周主任委員麗芳

以下也納入決議，風險調整基金由 1.5 億元調整為 2 億元，其餘就按會議資料擬辦通過，請同仁協助整理。接著請進行下一案。

柒、討論事項第二案「109 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

請委員參閱會議資料第 181 頁，本案是討論中醫部門一般服務地區預算分配，因時間關係，簡要說明如下：

一、中醫總額並非按照衛生署(102 年改制為衛福部)所規劃的地區預算分配方式，而是使用新的試辦計畫，請參閱會議資料第 181 頁說明二之(三)，目前分配方式是先將東區預算占率固定為 2.22%，其餘 97.78%預算歸其他 5 分區，依會議資料第 182 頁所列 6 項參數分配。其中參數一、二是今天討論的重點：

(一)參數二是戶籍人口占率，類似 R 值概念，屬於人口需求面的占率，108 年占率為 13%。

(二)參數一是實際預算占率，類似 S 值概念，屬於實際利用面的占率，108 年占率為 67%，其他參數不變請委員參考。

二、有關地區預算相關決議定事項及處理：

(一)請參閱會議資料第 183 頁，本會前於 104 年 11 月份委員會決議決議：自 105 年度起，分配參數中的各分區戶籍人口數占率，以 5 年調升 10%為目標，參閱會議資料已將各年度協定結果臚列表格供參，自 105 年至 108 年人口占率由 8%提升至 13%，累計近 4 年共調升 6%。

(二)從 106 年度起，中醫總額從一般服務預算(不含東區)移撥部分經費，做為醫療資源較不足之鄉鎮市區撥補點值之用，108 年金額為 3,200 萬元。

(三)107 年 11 月討論 108 年度地區預算分配，與醫院部門一樣，附帶決議請中醫門診總額承辦團體檢討執行問題並提出具體分配建議方案，若未能提出，則戶籍人口占率應予調升。

三、有關 109 年度地區預算分配，根據上開決議，中醫全聯會已於

10月15日提出109年度地區預算分配的3個建議方案，請本會決議：

(一)一般服務預算東區占率2.22%，另外切出，其餘5分區預算占率97.78%，再進行分配，請參閱會議資料第184頁表格，建議方案有3個版本：

1.方案3：照108年分配方式，戶籍人口占率13%；實際預算占率67%，其餘參數也都一樣不變。

2.方案1：戶籍人口占率由13%調升為17%，調升4%，實際預算占率則相對調降4%。

3.方案2：與方案1相反，戶籍人口占率由13%調降為9%，調降4%，實際預算占率則相對調升4%。

(二)對於109年度是否移撥部分經費做為風險調整基金，中醫全聯會來文並未提及。

(三)健保署對於中醫全聯會所提建議方案之執行面意見，請參閱補充資料第4頁，該署表示對其內部形成之共識予以尊重。但目前中醫全聯會並沒有共識方案；另，健保署提出近年風險調整移撥款執行結果，請參閱會議資料第204頁。

四、有關109年度地區預算分配之建議：

(一)依據本會107年11月委員會議決議，建議持續提升戶籍人口占率，也就是分配參數二占率予以提升。

(二)有關風險調整基金，雖然中醫全聯會沒有提出建議，但考量這筆金額是用來襄助弱勢地區，建議維持。

五、說明七，跟醫院部門一樣，提供中醫門診總額各項試算及參考資料供委員參考。

六、擬辦部分，請委員討論參數二戶籍人口占率是否調升，若調升參數二占率，則參數一實際預算占率須相對調降；此外，若委員同意移撥風險調整基金，則請中醫全聯會後續研擬金額及原則提送本會議；另如有部分服務需採點值保障，與醫院部門要求相同，請中醫全聯會於108年12月底前送本會同意後執行。

周主任委員麗芳

先請陳理事長旺全說明。

陳委員旺全

- 一、首先非常感謝健保會幕僚特別提醒，我也要請委員能夠同意中醫門診總額費用移撥部分經費作為風險調整基金，也就是這部分照目前擬案，遵照辦理。
- 二、至於R值要不要調升，剛才在醫院部門已有充分討論。我擔任理事長3年期間，每次談到這個議題，都是內心最大的痛，不只有我痛，包括健保署等相關單位也痛，6分區都有各種民意代表，有人透過民意代表向衛福部部長、健保署等施壓，我常說「靜觀其變」，意思就是我們會慢慢進行相關協調。但坦白說，我們希望也別給政府機關太大壓力，因為立委可能會在審查公務預算期間，要求公務機關對地區預算提出相關說明。在這過程中，我也都親自跟這些立委溝通，經過我們好好溝通後，也真的化解不少困擾。
- 三、另外，健保署也很厲害，請參閱補充資料第4頁，109年度醫院、中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，健保署意見為「本署尊重醫界內部形成之共識」，署的意思就是要我們自己負責任啦。(委員笑)
- 四、其實地區預算的問題一直以來已討論很久，到底問題在哪，就是健保會當時立下相關決議給各總額去遵循，但每個總額部門環節不同。我個人也不宜講任何話，例如剛才討論醫院總額時有人提到北區的意見，而我則屬於台北區，所以在此我也不適合就個別區域提出意見。現在既然全聯會沒有共識，因此3案併陳至健保會，並尊重委員會議決定。希望也不要再推到健保署協商，這樣永遠協商不完。再次強調，今天會完全尊重健保會的決定，該怎麼樣就怎樣，謝謝。

周主任委員麗芳

陳委員旺全點出難處，不同分區有不同意見，因此他們提出3個方

案。我們也聽聽不同委員想法，請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、對本案有些意見要表達，首先請參閱會議資料第 182 頁：

(一)參數一，中醫醫療實際預算占率 67% 部分，此參數係反映各分區過去醫療利用狀況，依會議資料所示，係採用 96~98 年這 3 年各分區各季預算占率。但我認為這時間點有爭議，離今年已有 8~10 年之久，太老舊的資料與現況脫節，我認為老年人口快速成長，請問老年人口成長率有否列入參數？恐有失真之虞。

(二)參數二，各分區去(107)年同期戶籍人口數占率 13%，依會議資料所示，係反映各分區過去一年民眾就醫需求。但針對人口移動的趨勢有一些看法，壯年人口因就業需要而將戶籍往都會區遷移，年輕力壯人口(例如 30~55 歲者)醫療使用率當然低。至於偏鄉及農業縣留下的老人及幼兒人口則醫療使用率高，資源更顯不足。因此戶籍人口數占率往前進，恐造成醫療資源豐富的區域更豐富，不足的區域則更不足。

(三)以上 2 個參數內涵，若無法反映年齡群壯年人口移動對醫療使用率的影響，沒有更好的參數使醫療資源分配更公平之前，我反對 R 值再往前進。在此重申，在我剛剛所提的幾點疑義尚未改善前，我反對 R 值往前進。

二、依本會 104.11.20 委員會議決議：「中醫門診總額一般服務之地區預算分配，自 105 年度起，分配參數中之『各分區戶籍人口數占率以 5 年調升 10% 為目標』」，對此項決議我有不同意見。委員一屆任期 2 年，怎可立下適用 5 年的決議事項呢？有越權之疑。每個年度醫療需求的狀況都不同，應於當年度委員會議決議為準。

三、109 年度中醫門診醫療給付費用總額之一般服務地區預算分配，中醫全聯會提出 3 個方案，對方案內容沒有共識，故送請

本會決議。但究竟政策方向應採「錢跟著人走」？還是「錢跟著需要走」？我想這才需要好好討論，該繼續深入研究，並釐清哪個方向才對。

四、綜上，既然中醫全聯會內部沒有共識，我建議採用方案 3，分配參數同 108 年度占率，維持不變。

周主任委員麗芳

先請陳代理委員錦煌，再請周委員穎政。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

- 一、中醫人口占率，對於錢跟人走的方向，我非常有意見。我是健保署中醫總額協商議事會議代表，全國有 85 個鄉鎮沒中醫診所，現在大家都往都會區開診所，真的這些人都跟著錢走。我 12 年前當費協會委員時，就提撥 2.2% 預算給東區，當時中醫總額約 200 億元，當時東區約可分到 4 億多元，東區點值可以到 1.2。到現在仍維持這樣的分配模式，東區會先分到 2.2% 預算。
- 二、我個人來看是覺得中醫的 R 值不要再進了，今天到底是要進還是退，北區要進 4%、中區的要退 4%，吵成一團也讓人眼花繚亂，我覺得就維持 108 年度 R 值即可，不要再前進。
- 三、剛才公道伯蔡委員登順所說的，我聽了有「恰意」(台語，意指中意、喜歡)。而陳委員旺全，雖然你即將卸任理事長，也請聽一下我的意見，我希望中醫能跟牙醫一樣，要照顧偏遠地區。我 12 年前到現在，都強調要照顧偏遠地區，現在全國還有 85 個鄉鎮沒中醫診所，這樣要怎麼照顧？雲林縣很多鄉鎮沒有中醫診所，錢不要都拿去大都市，希望能平均發展、照顧民眾，這是我的想法。
- 四、當然蔡委員登順說的我很有同感，不要一直在 R 值的進與退間爭吵。我覺得北區如苗栗桃園會越來越多診所及醫師，我算起來南投、彰化平均每 2 萬人口才 1 位中醫師，但有些地區甚至是每 6 萬人口才 1 位中醫師。本案我個人覺得不要再變更，有

的要進4%、有的要退4%，實在差太多，不要讓我們難做人，維持第3案就好，我個人意見是這樣，以上。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、抱歉，我真的還是覺得中醫其實是1個最典型的例子，就台灣而言，1個是民眾喜好，1個是診所分布極度不平均，中醫跟西醫還真的很不一樣，依據資料來看，中部地區民眾使用中醫較多，北部地區民眾使用中醫較少，我們剛才說錢跟著人走，這個人是什麼人？我覺得今天說不定大家都說不清楚，是設籍在這裡的人？是投保在這裡的人，是住在這裡的人？還是有去看中醫的人？這完全是不一樣，錢到底要跟哪種人走？這對後端影響就算出完全不同的東西。
- 二、錢跟著人走這件事，搞了這麼多年，大家都在雞同鴨講，因為這幾個情形的差距相當大，若為居住當地人口，健保資料庫是沒有居住在當地人口的資料，這些人會去看中醫的比例可能又很低，講明白一點是這樣子。
- 三、他們的問題出在絕對擺不平各區意見，中部地區是中醫密集的地方，中醫全聯會理事長就是永遠無法處理這件事，他每去調節1件事情，就有一半的人打他，一半的人支持他，我反而覺得我們每次將這種事情丟給他們，甚至我相信各地區代表想透過影響力來影響我們這群人，建議我們是不是另外找個時間來辯論，我們到底對於中醫的資源分布最終要達到什麼目的？假設最終目的是希望中醫普及全台灣，則確實需要慢慢逐漸將資源移動，中醫診所就要從中區離開，而問題在於民眾是否可在不同地區接受不同中醫？這是個大問題，我不太相信臺北或北區民眾，會因為中醫診所進來，使得傳統看西醫的民眾會因此轉看中醫。
- 四、這項議題還是會牽涉到台灣不同區域民眾的健康信仰與使用醫

療習慣的差異性，這裡面也一定會牽涉到西醫跟中醫的門診替代性問題，我們過去在這方面的分析與研究都相當少，我建議把這幾個總額部門都切開來看，假如他們內部已有共識，我們先接受他們的共識，但就長期來說，我認為健保會要去訂定大的政策目標，擁有好的資料來處理這項事情。

周主任委員麗芳

先請何委員語，再請滕委員西華。

何委員語

- 一、主席，各位委員，中醫在去年的戶籍人口占率有前進 2%，就是從 11% 進到 13%，他們前進 2%，今年都還沒結束，無法分析出前進 2% 以後今年醫療分配的最終端結果。
- 二、另外，相信中醫的民眾就會相信，不相信中醫的民眾永遠不相信，因此醫療對象很特殊化，就全台灣整個醫療看病比分布與診療點來講，依據過去資料來看，都是中高齡民眾占比較高，年輕人占比較低，所以我是支持中醫在 108 年的參數 S 是 67%，R 值是 13%，讓他們維持同樣再做 1 年，也就是 109 年不改變，還有就是風險調整基金，同樣比照 108 年的 3,200 萬元編列，到了 109 年就可以看出 108 年前進 2% 的最後結果，這樣就可以看得很清楚。

周主任委員麗芳

陳委員旺全好像要補充說明，先請陳委員旺全。

滕委員西華

- 一、不好意思，我講完，再請陳委員旺全一起補充。
- 二、我的看法是中醫全聯會自己提出 3 個方案，表示這 3 個方案，我們選哪一個方案他都能夠接受，就像剛剛醫院總額部門不端出來，就表示他們不要前進。
- 三、5 年調整 10% 這件事，不是說以前委員的決議，我們就不能做，5 年前或 4 年前做的決議，中醫全聯會也是買單，中醫全聯會不可能換了理事長，就說前面的理事長所做決定就不算

了，剛才周委員穎政有提到戶籍人口，在人口的風險校正中，已經包含戶籍人口、跨區就醫跟利用率，這些都已經在裡面，我們雖然沒有居住人口，但用利用率來反映居住人口，跨區就醫比率也算進去，戶籍人口也有納入。

- 四、剛才蔡委員登順所言非常重要，有關參數一，就是 S 值部分，使用過早年度資料，這在西醫基層也是同樣，我認為這些可以改，不應該使用那麼早年度資料，也許使用 3 年前比較接近，但那是在 S 值部分，不是在戶籍人口校正，中醫也涉及剛才蔡委員登順所提到的就醫利用率與老化問題，在戶籍人口的年齡標準化死亡率、就醫利用率也都校正了，請看會議資料第 187 頁，健保署就中醫全聯會 3 個方案的分析，其中第 1 個方案，5 年降 10%，中醫也不反對，當中就是達到 R 值要前進的最主要精神，就是反映人口成長，所以北區成長最多，中區成長為何較低，就是希望利用 R 值的前進，讓中醫診所不要去資源豐富地區開業，因為這樣會影響到點值，要把診所的開業推向醫療資源相對缺乏的地區，就像剛才陳代理委員錦煌所說，應該去醫療資源偏遠或不足的地方開業，這樣才不會過度集中在都會地區，這就是 R 值前進的最重要精神及理由，若大家要看重偏遠地區醫療，沒有道理不支持 R 值前進。
- 五、今年中醫自己不提出風險調控基金，我認為很奇怪，該基金就是當初中醫不想要 R 值前進，而 R 值前進最大風險的理由就是東區或區中有區的問題，例如南投區的問題，蛋黃區周邊蛋白區或蛋殼區的這些問題，但你們今年居然沒有風險調控基金，大家都說醫院非協商因素有 206 億元，所以風險調控基金 1.5 億元不夠，還要多 5,000 萬元，中醫也是一樣道理，中醫總額有成長，風險調控基金也要往前，因為會影響到分配，所以若中醫全聯會自己都提出可以前進戶籍人口 4%，而且戶籍人口的前進，就代表改善醫療利用率的分布，我認為應該維持 5 年 10% 的決議，輔以風險調控基金的增加，以補足剛才各位委員所提到擔心的問題，也就是沒有診所或者醫療資源分布差異

所產生的風險。

周主任委員麗芳

請陳委員旺全補充。

陳委員旺全

- 一、首先非常感謝滕委員西華的指教。第 1 點是我要道歉，在召開幾次協商會議，我因為參與其他不同會議，都由其他代表參與，因為經驗不足，所以沒有提到風險管控基金，這是我的疏忽，不是全聯會不提出，其實滕委員西華尚未發言時，我都寫好了，謝謝你的指教，以後我會更加改進，會思考更加周密。
- 二、第 2 點是為何提出這 3 個案，剛才何委員語有提到，去年協商提出 2%，周執行秘書淑婉也說不簡單，可以提出 2%，就是經過大家彼此協商達到共識，今年就是無奈，因為我沒有辦法，大家就決定 3 案併陳，他們堅持這樣，所以我只好提出，重點是他們認為我們健保會才能決定要怎麼做，不是我願意提出這 3 案，這就是我無奈之處，歷盡風霜到今天，由你們來做決定，你說要人家觀念轉個彎，心胸無限寬，人家不轉彎，心胸也不寬，你又奈人家何！謝謝！

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

主席。

周主任委員麗芳

請陳代理委員錦煌。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

- 一、依照陳委員旺全所言，通過與不通過他都為難，乾脆要不要維持就好，因為進退都很困難，乾脆維持原來。
- 二、我很關心中醫在全國各鄉鎮都要有診所，舉世聞名的台灣，現在還有 85 個鄉鎮沒有中醫診所，真是笑死人，剛才討論到中區都會區，南投山上也是偏遠地區，彰化沿海與雲林有的 4、5 個鄉鎮才有 1 間中醫診所，R 值不要一直前進，唸中醫的人以北區較多，大家想說在自己地方開業，幹嘛去花蓮、台東開

業，東區的點值可是 1.2 元左右，他們怎麼不去澎湖、金門開業？澎湖、金門只有 1、2 家而已，所以不要再前進了，維持 108 年的狀態。

周主任委員麗芳

因為時間關係，還有 2 位委員，林委員敏華、盧委員瑞芬發言後，我們就來做決定。

林委員敏華

- 一、其實我的立場頗一致，我對醫院那邊 R 值的部分，就當初設定的目標，有很多東西，從民國 95 年就推動以來，台灣經過行政區重新劃分，比如原本只有 2 都，現在有 6 都，所有行政資源都在做扭曲使用，更何況台灣目前重北輕南，資源在分配上面，行政區有很多異動，在使用舊的東西做這樣的表示，我很質疑。
- 二、還有剛才討論有提到很多東西在校正，我認為就是錯了才需要校正，誰敢保證校正可以補到錯的地方嗎？此屬邏輯觀念，原本就是有錯才要去校正，那怎麼敢保證這個校正是對的？沒有人敢保證那是對的，所以我覺得既然這樣，贊成何委員語的發言，既然看不出成效，就先維持現狀，包含風險調控基金的部分，這是我的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、主席，有關過去討論對於 R 值前進，就是為了反映人口部分，剛才滕委員西華其實有把考慮的參數都有納入計算，沒有研究是絕對完美，我們看到後面這些研究建議，就既有 model(模型)做試算，其實也提出一些具體的建議，所以，其實我想 R 值往前進，應該是這麼多年來一直有的共識，其要反映地區人口的醫療需要，我要強調，我不認為有研究是完美的，怎麼做都是會有問題，所以我真的覺得，這個協商就是幾家歡樂幾家

愁，重點是要如何照顧到民眾。

- 二、我想請教陳委員旺全，你剛才有提到因疏忽而沒有提出風險調整基金，請問現在你的提案中要放入多少？風險調整基金其實是一個 buffer(緩衝)，就是針對調整公式的一點不完美去補強，這跟你的提案是息息相關，這部分是否請陳委員旺全可以說明？你們願意調到 17%，也就是方案 1，我贊同樂觀其成。

陳委員旺全

- 一、我跟各位委員報告，我是非常認真的人，我上任後還請台灣大學郭年真的老師，也就是楊教授銘欽研究，他剛開始還不願意接受，我特別去拜託他，但是到最後他也跟我一樣無奈，他也提到這項議題涉及到非常複雜因素，不好意思無法完成，他是大教授，講話非常客氣。
- 二、第 2 點關於風險管控基金，因為我不知道本會決議是什麼，要看決議第幾案，由於%的比例不同，確定後才能決定基金額度，這是完完全全為什麼我今天這麼無能，要由本會決定，到底要選哪一個案，而風險管控基金跟這個機制來做調整。

周主任委員麗芳

請邱委員寶安。

邱委員寶安

我想說這個案子討論時間也拖那麼久，我們的陳委員旺全本人沒有什麼意見，為什麼我們有那麼多意見，我認為很奇怪，就維持今年就好了啊！

周主任委員麗芳

最後一位是葉委員宗義，請葉委員宗義。

葉委員宗義

剛才我們的陳委員旺全說中醫全聯會要改選，他可能不想得罪誰，這 3 個案子有很多巧妙之處，但我看解決方式應該是贊成第 3 案，就是同 108 年，給陳委員旺全有個好交代，這樣好嗎？

周主任委員麗芳

我來做決議，就是我們多數委員意見在 109 年...，吳委員榮達還要表達意見，請吳委員榮達。

吳委員榮達

我的意見還是希望能夠往前進，我建議根本不要參考方案 2，那個倒退根本就不用說，方案 1 跟方案 3，擇其中，就是 17%加 13%除以 2 是 15%，我認為至少要前進 2%。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

我要說一下話。

周主任委員麗芳

請陳代理委員錦煌。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

- 一、我是健保會第 1 屆公正人士委員，鄭前主任委員守夏說 4 個專家學者與公正人士委員不能先發言，等到醫界或付費者代表有意見，你們再表示意見，所以我大都不敢說話，人家沒意見就好。
- 二、現在醫界與付費者代表委員沒意見，應該尊重一下，專家學者與公正人士委員有意見，我認為很奇怪，這樣讓我們也不知道怎麼處理比較好。

周主任委員麗芳

這個案子討論這麼久了...。

陳委員旺全

對不起，我不能有意見，我要先聲明一下，我尊重本會的決定，謝謝。

周主任委員麗芳

我來做決議，非常感謝專家學者與公正人士委員的意見，他們的發言我們都一併尊重，本案因為討論這麼久，尊重多數委員意見，依據 108 年度分配參數及占率，關於風險調整基金的額度，剛才何委員語也建議比照 108 年度辦理，其餘內容依會議資料擬辦文字，請

幕僚協助整理，以上，謝謝。

司儀

各位委員，今天晚上參加 6 點半座談會暨餐敘的委員，請在座位上稍候，本會幕僚同仁會分組引領委員搭乘捷運到臺北車站 M3 出口，再步行前往天成飯店 1 樓天采廳，謝謝各位委員。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員，等一下部長會特別來跟各位委員座談，請委員踴躍出席。會議進行到此，謝謝大家，散會！