

衛生福利部全民健康保險會
第4屆108年第9次委員會議事錄

中華民國108年11月15日

衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第9次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年11月15日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員棟源 中華民國牙醫師公會全國聯合會徐理事邦賢(10:45以後代理)

朱委員益宏

何委員語

吳委員國治 中華民國醫師公會全國聯合會張理事孟源(代理)

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家

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

柯委員富揚

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

許委員美麗

許委員駢洪

陳委員有慶

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
蔡委員登順
鄭委員建信
鄭委員素華
盧委員瑞芬
謝委員佳宜
羅委員莉婷

肆、請假委員：
賴委員進祥

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

本會

盧副司長胤雯
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：盛培珠、陳思縉

柒、主席致詞

各位委員、各位與會代表，大家早安大家好！很開心大家又見面，本次會議提前一週召開，先向大家報告幾件事情。

首先歡迎 2 位新成員加入健保會團隊，其中 1 位新委員是中醫師公會全聯會柯理事長富揚，有個好消息是行政院昨天通過中醫藥發展法(草案)，後續將送立法院審議，感謝柯理事長富揚、陳前理事長旺全及中醫藥司黃司長怡超等人對中醫藥發展的貢獻。另外 1 位新委員是台灣社區醫院協會朱理事長益宏，朱理事長是接任謝前理事長武

吉，很感謝他們對台灣健保制度及醫療體系的貢獻，謝前理事長在健保會任期中貢獻良多，提出許多議案讓大家共同關切。再次感謝陳前理事長旺全、謝前理事長武吉，也歡迎柯理事長富揚及朱理事長益宏。

其次，在委員座位上有罕見疾病基金會創辦人暨董事陳委員莉茵特別致贈的罕病 20 週年專書「絕地綠光」及「因為有你，愛不罕見」2020 年曆小冊，專書敘述罕病的動人故事，相互扶持、相互幫助，這也是健保最重要的精神，感謝陳委員莉茵。

最後，健保署原訂於 11 月 19 日辦理之「發展資料治理於健保服務之創新模式研究成果發表會」，將改至 11 月 26 日 9 時至 12 時在健保署 18 樓大禮堂舉辦，請委員踴躍參加。

捌、議程確認

決定：

- 一、柯委員富揚提出之臨時提案「健保會 108 年第 8 次委員會議決議通過 109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥 3,200 萬元作為風險調整基金，然經考量後，建議修正為 4,200 萬元」，屬復議案，因具時效性且符合復議應具備之條件，經出席委員三分之一以上同意，該復議動議成立，安排於討論事項第三案。
- 二、原討論事項第三案「108 年度西醫基層總額『家庭醫師整合性照護計畫』經費新臺幣 28.8 億元，建請健保署提供全國參與此計畫之『醫療管理服務公司或組織團體』有多少單位，請提供名冊給委員參考案」，及第四案「建請健保署將 107 年度西醫基層總額『家庭醫師整合性照護計畫』經費新臺幣 28.8 億元之支出，依各縣市診所參加明細，提供明細表予健保會委員參考研究案」併案討論，列為討論事項第四案，餘照議

程之安排進行。

玖、請參閱並確認上(第8)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第8)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：

(一)擬解除追蹤案(共 1 案)：「108 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告，委員所詢事項請中央健康保險署就尚需補充說明部分提供書面資料」，依照委員意見，改列繼續追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 5 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、餘洽悉。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險 109 年度保險費率方案，提請審議。

決議：

一、全民健康保險 109 年度保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%，後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。

二、委員就健保財務所提相關意見，請中央健康保險署參辦。

三、依中央健康保險署最新之財務推估顯示，在維持現行費率 4.69% 下，110 年底健保安全準備累計餘額為 191 億元(以付費者版本為例)，約當 0.32 個月保險給付支出，請衛生福利部預為研議因應，持續檢討並推動各

項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之衡平性，以維持穩健之財務制度。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：109 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 116.4 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.預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

2.於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥 22.606 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足弱勢鄉鎮獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 4 項，移撥經費若有剩餘，優先用於「全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

3.所涉執行面及計算(含移撥經費)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之；移撥經費執行方式請送本會備查。

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牙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。

三、委員所提意見，請中華民國牙醫師公會全國聯合會參考。

第三案(本次臨時提案，如附件)

提案人：柯委員富揚

連署人：趙委員銘圓、干委員文男、陳委員炳宏、葉委員宗義

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：健保會 108 年第 8 次委員會議(108.10.25)決議通過，109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥 3,200 萬元作為風險調整基金，然經考量後，建議修正為 4,200 萬元，提請復議。

決議：本案同意復議，照案通過，決議如下：

109 年度中醫門診總額一般服務地區預算之風險調整基金額度為 4,200 萬元，用於撥補：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，補至最高每點 1 元之差額；如有剩餘，則剩餘額 50% 分配予臺北分區，50% 分配予北區分區。

第四案(併案討論)

原討論事項第三案

提案人：何委員語、陳委員炳宏、林委員錫維、趙委員銘圓

代表類別：保險付費者代表

案由：108 年度西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」經費新臺幣 28.8 億元，建請健保署提供全國參與此計畫之「醫療管理服務公司或組織團體」有多少單位，請提供名冊給委員參考案，提請討論。

原討論事項第四案

提案人：何委員語、陳委員炳宏、林委員錫維、趙委員銘圓

代表類別：保險付費者代表

案由：建請健保署將 107 年度西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」經費新臺幣 28.8 億元之支出，依各縣市診所參加明細，提供明細表予健保會委員參考研究案，提請討論。

決議：

- 一、請中央健康保險署在無適法性疑義的前提下，於下次(12 月份)委員會議提供書面資料予委員參考。
- 二、委員所提意見，請中央健康保險署參辦。

第五案

提案人：何委員語、陳委員炳宏、林委員錫維、趙委員銘圓、葉委員宗義、張委員文龍、李委員育家

代表類別：保險付費者代表

案由：建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，提請討論。

決議：本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。

拾貳、報告事項

報告單位：中央健康保險署


案由：108 年 10 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉，委員所提意見，請中央健康保險署參考。

拾參、散會：下午 13 時 54 分。

全民健康保險會提案單

提案日期：108年11月15日

提案者	柯富揚委員
委員代表類別	醫療提供者
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input checked="" type="checkbox"/> 復議案
案由	健保會108年第8次委員會議(108.10.25)決議通過,109年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥3,200萬元作為風險調整基金,然經考量後,建議修正為4,200萬元,提請討論。
說明	<p>一、依中醫師公會全國聯合會108年11月10日中醫門診審查執行會六區主任委員會議決議事項辦理。</p> <p>二、風險調整基金分配：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，補至最高每點1元之差額；如有剩餘，則餘額50%分配予臺北分區，50%分配予北區分區。</p> <p>三、參考民國107年度中醫一般部門申請醫療費用資料進行分析，以109年預算推估臺北區及北區在各分區戶籍人口數占率如少進2%費用短少41百萬，惟考慮未來可能之各項變化因素，建議擴編為42百萬，以符合實際需求。</p>
擬辦	
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第5、24條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第5、61條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第5、26、51條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第5條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第5條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第45、72、73、74條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	

臨時提案「健保會 108 年第 8 次委員會議(108.10.25)決議通過，109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥 3,200 萬元作為風險調整基金，然經考量後，建議修正為 4,200 萬，提請討論」

本會幕僚補充說明：

一、109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，業經本會 108 年第 8 次委員會議(108.10.25)決議通過，109 年度分配方式同 108 年度(如會議資料第 7~8 頁)，其中有關風險調整基金部分，決議如下：

- (一)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。
- (二)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、本案係對上開決議提出不同意見，依「全民健康保險會會議規範」五、(一)提請復議之理由(如附件)，應有情勢變遷或有新資料致該決議有重新研討之必要，方得以復議案方式進行，爰請提案單位說明提請復議之理由。另就提請復議之相關規定摘要如下：

- (一)提請復議應具備之條件及方式：須經「當次出席委員十分之一以上之連署」，並以「書面方式提出」。
- (二)復議動議之討論：復議動議之成立，須由出席委員三分之一以上同意決定之。

三、檢附中醫門診總額 106~109 年度風險調整基金額度及分配原則，摘要如下：

年度	戶籍人口數占率 協定情形	風險基金之提撥及分配
106	11% (調升 3%)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 4,000 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額全數撥予當季就醫率最高之分區。(中區)

年度	戶籍人口數占率 協定情形	風險基金之提撥及分配
107	11% (未調升)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,600 萬。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額 55% 予臺北區、45% 予北區。
108	13% (調升 2%)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,200 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額全數撥予當季就醫率最高之分區。(中區)
109	13% (未調升)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,200 萬元。(中全會擬調升至 4,200 萬) (二)分配方式：俟健保署與中全會議定後送本會備查。

四、健保署提供 107、108 年度中醫門診總額風險調整基金執行結果，摘要如下：

年度	協定情形	執行情形
107 年	1.一般服務費用 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區。 2.107 年提撥 3,600 萬元風險基金，撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元，撥補後剩餘款 55% 予臺北區、45% 予北區。	1.風險基金撥付(浮動點值補至每點 1 元)：南區 45.5 萬元、高屏 71.5 萬元。(預算占率：3.25%) 2.風險基金剩餘款撥補：臺北 1,915.7 萬元、北區 1,567.4 萬元。(預算占率：96.75%)
108 年	1.一般服務費用 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區。 2.108 年提撥 3,200 萬元風險基金，撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元，撥補後剩餘款全數撥予當季就醫率最高之分區。	108 第 1 季結算： 1.風險基金撥付(浮動點值補至每點 1 元)：南區 19.8 萬元、高屏 23.4 萬元。(預算占率：5.40%) 2.風險基金剩餘款撥補：中區 756.8 萬元。(預算占率：94.60%)

全民健康保險會會議規範

102年1月25日委員會議討論通過

102年8月23日委員會議修正第三點、第六點

102年12月27日委員會議修正第二點

103年10月24日委員會議修正附表

106年5月26日委員會議修正第二點

一、依據全民健康保險會(以下稱本會)組成及議事辦法第十三條規定，及為使本會委員會議順利進行，特訂定本規範。

二、會議之程序如下：

(一)由主席報告出席人數，並宣布開會。

(二)主席報告及確認議程。

(三)宣讀及確認上次會議紀錄。

(四)報告上次會議決議(定)事項辦理情形及本會重要業務。

(五)優先報告事項：健保署業務執行季報告、總額範圍諮詢案、總額及其分配方式核定結果及後續相關事項等。

(六)討論事項：

1.前次會議遺留之事項。

2.本次會議預定討論之事項。

(七)報告事項：

1.相關單位報告。

2.其他報告。

3.依會議決議(定)事項安排之專案報告。

(八)臨時提案或動議。

三、會議之議案，經主任委員核定並編入議程後，應於開會七日前分送各出席、列席人員。

會議提案程序如下：

(一)一般提案

1.一般議案於開會十日前以書面或電子郵件提送本會(提案單如附)。

2.提案得由主管機關交議或本會委員、中央健康保險署、本會幕僚單位提出。

3.提案內容應與本會法定任務有關。

4.提案內容不全者，本會幕僚單位應立即請其補正；對內容不符合本款第二、三目規定者，應敘明理由通知原提案者。

5.議案順序，以具重要性、急迫性或時效性者優先安排。

(二)臨時提案

1. 書面提案不符前款第一目規定之期限者為臨時提案；但以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限。
2. 臨時提案應有出席委員附議或連署始得成立。
3. 臨時提案若不符合本款第一目之要件，主席得決定提下次會議討論。

四、修正案之提出：

- (一) 修正案須與原議案有關方得提出，但具有否決原議案之效果者，不得提出。
- (二) 修正案之修正方法為加入字句、刪除字句或刪除並加入字句。
- (三) 修正案應以書面提出，提案程序比照第三點規定辦理。

五、復議之提出：

(一) 提請復議之理由：

議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議。

(二) 提請復議應具備之條件：

1. 原案決議後尚未執行。
2. 具有與原決議不同之理由者。
3. 提案人須符合以下條件：
 - (1) 提案經當次出席委員十分之一以上之連署。
 - (2) 若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者。

(三) 提請復議之方式：

應以書面方式提出，其提案程序比照第三點規定辦理。

(四) 復議動議之討論：

1. 復議動議之成立，須經正反雙方對有無復議必要發言後，由出席委員三分之一以上同意決定之。
2. 復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議。

(五) 經復議之議案於決議確定後，不得再提請復議。

六、會議列席人員如下：

- (一) 本會執行秘書及各組組長。
- (二) 中央健康保險署署長及相關單位主管。
- (三) 經主任委員同意邀請之有關機關、團體或相關領域之專家學者。

七、會議決議事項如需其他機關配合執行，由本會函各相關機關。

八、本規範未盡事宜，依內政部所公布會議規範處理。

九、本規範提會討論通過後施行，修正時亦同。

第 4 屆 108 年 第 9 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「主席致詞及介紹新委員」、「議程確認」、「請參閱並確認上
(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，報告主任委員可以宣布開會。

周主任委員麗芳

各位委員、各位與會代表，大家早安大家好！（委員回應：好），很開心大家又見面，這次會議提前一週開會，先向大家報告幾件事情：

- 一、首先歡迎 2 位新成員加入健保會團隊，其中 1 位是中醫師公會全聯會柯理事長富揚，歡迎他(在座委員鼓掌)。有個好消息就是在柯理事長富揚和陳前理事長旺全積極爭取下，行政院昨天通過中醫藥發展法(草案)，後續將送立法院審議。感謝柯理事長富揚、陳前理事長旺全及中醫藥司黃司長怡超等人對中醫藥發展的貢獻；另外 1 位是台灣社區醫院協會朱理事長益宏，他等一下會到場，朱理事長益宏接任謝前理事長武吉，很感謝他們對於台灣健保制度及醫療體系的貢獻，謝前理事長武吉在健保會任期中貢獻良多，提出許多議案讓大家共同關切。感謝陳前理事長旺全、謝前理事長武吉，也歡迎柯理事長富揚及朱理事長益宏。
- 二、其次是在委員的座位上有陳委員莉茵，也是罕見疾病基金會的創辦人暨董事，特別致贈大家罕病 20 週年專書「絕地綠光」及「因為有你，愛不罕見」2020 年曆小冊，專書裡面敘述罕病的動人故事，相互扶持、相互幫助，這也是健保重要的精神，感謝陳委員莉茵(在座委員鼓掌)。
- 三、另外桌上還有 1 顆愛心巧克力，是馬委員海霞要激勵所有健保會幕僚同仁，感謝馬委員海霞，也請給健保會同仁最大的鼓勵(在座委員鼓掌)。
- 四、最後，原訂 11 月 19 日舉辦「發展資料治理於健保服務之創新

模式研究成果發表會」，健保署在 10 月份委員會議中曾邀請大家出席，現在改期到 11 月 26 日上午 9 到 12 點在健保署 18 樓大禮堂舉辦，請委員踴躍出席。

同仁宣讀

議程確認。

周執行秘書淑婉

主委、各位委員，大家早安！在確認議程之前，先向各位委員報告，依據本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，健保署於 11 月 13 日函知，李署長伯璋因公不克出席，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上(如本議事錄第 96 頁)，請參閱。

周主任委員麗芳

歡迎剛進場的朱理事長益宏(在座委員鼓掌)。朱理事長益宏代表的是台灣社區醫院協會，大家對朱理事長也不陌生，在總額協商會議和許多健保相關業務都可見到朱理事長益宏的身影，歡迎您。

周執行秘書淑婉

- 一、接續剛剛的報告，補充說明馬委員海霞的金莎巧克力雖然是送給本會幕僚同仁，但幕僚想要跟委員一同分享，就放在各位委員桌上，請委員享用。
- 二、本次議程安排，討論事項有 5 案，第 1 案與第 2 案是依照年度工作計畫排定，屬於本會法定任務應完成事項，包括第 1 案全民健康保險 109 年度保險費率方案審議案及第 2 案 109 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，第 3 到 5 案是本次委員提案；報告事項 1 案是健保署業務執行報告。另外有 1 項臨時提案是今天新任柯委員富揚提出「109 年中醫門診總額地區預算風險調整基金額度修正案」，已經放在各位委員桌上。
- 三、對於臨時提案的處理，做個簡單說明，依照本會議事規範第 3 點第 2 項第 2 款規定：「臨時提案以當次會議急待決定之緊急事件或具時效性事項，其與本會法定任務有關者為限，並應有

出席委員附議或連署始得成立，若不符要件主席得決定提下次會議討論」。因為此案涉及 109 年度地區預算分配，幕僚初步判斷，是屬於急待決定具有時效性的議案，建議委員可以考慮在本次會議進行討論。如果決定在本次委員會議討論，幕僚建議安排在第 2 案牙醫地區預算分配案之後，列為討論事項第 3 案，因為性質上都是地區預算分配。如果委員同意，我們就排在討論事項第 3 案，其餘議程就順延，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的報告，再次對健保會同仁表達肯定。今天在場的健保署及健保會同仁都是本會重要的幕僚，是我們要感謝的幕後推手。有關剛剛周執行秘書所報告，對於今天的議程及臨時提案納入討論事項第 3 案的安排，各位委員是不是同意？

干委員文男

同意啦。

周主任委員麗芳

好，謝謝。請何委員語。

何委員語

復議案需按照復議案程序，這個復議案若今天要成案列入討論，需要有 1/3 以上委員同意，希望按照復議案程序進行。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

跟委員報告，現在只是先排入議程，目前這個提案已經達到 1/10 委員連署的提請復議條件，至於復議案之討論、能不能成案，是不是在討論事項進行到這個議案時再來做處理？

何委員語

一、這個復議案要插進來討論提案，就表示變成在議事程序、會議規範裡面同意他這個案。既然同意納入討論案，我認為還是需

要徵求在場 1/3 委員同意，這是程序問題、會議規範問題，不是可不可以的問題。既然列入討論案就表示同意這個案子成案，若同意成案，依復議案規則，須由出席委員 1/3 以上同意。

二、1/10 委員連署是表示這些連署委員支持這個提案，但今天要列入議程插入討論案，就須要有 1/3 以上委員的同意，我希望依照會議規範復議案的程序走，以後才不會出錯，不是隨便講一下就可以插進來，這樣不是很正規的作法。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語提醒，因為臨時提案屬於復議案，現在先徵求委員意見，請同意復議案成立的委員舉手，幕僚同仁統計一下。

周執行秘書淑婉

(會上多數委員舉手)請幕僚同仁統計票數。(有付費者委員表示不用算了啦)

周主任委員麗芳

委員說一看就知道了(舉手人數超過 1/3)。

周執行秘書淑婉

建議還是統計人數，以作成紀錄。

邱委員寶安

過了就好，不用再算了啦。

周主任委員麗芳

幾乎全部委員都舉手了，這一案復議通過，排進討論事項第 3 案。
開始進行今天的議程，進行上次委員會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

上次會議紀錄部分，委員有無提出垂詢？沒有的話，紀錄確認。
請進行下一案。

貳、「上(第8)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

- 一、說明一，請各位委員看到會議資料第 11 頁，上次委員會議決議(定)事項計有 6 項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 5 項，最後仍依照委員議定結果辦理。請委員翻到第 14 頁，關於解除追蹤案，委員對健保署 108 年第 3 季季報告詢問的意見，健保署在第 17~19 頁已提出補充說明，建議解除追蹤，請委員參閱。
- 二、說明二，請翻回會議資料第 11 頁，這是 1 項提醒，為確保本部相關諮詢委員會功能及專業性，本部在 108 年 10 月訂定「專家學者誤用本部資料導致民眾誤解之處理機制」適用專家學者包含政策諮議或諮詢委員、評鑑委員、委託研究及補捐助研究之專家學者以及授課之專家學者。幕僚有詢問主辦單位，健保會委員也屬於適用對象，處理機制的重點請委員參閱。主要重點，包括：本會會議相關事項，未獲得本部同意請勿對外轉述；應保密或尚未形成明確政策的內部相關文件，也不要對外提供，其他部分請委員參閱。
- 三、說明三，是健保署在本年 10 月份發布及副知本會的相關資訊，其中第 12 頁「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補捐助作業要點」做了一些調整，跟各位委員尤其付費者委員比較有關。簡單說明修正重點：
 - (一)收繳率達標的補助金額從原來每人每月 15 元調整到 17.5 元。
 - (二)有關停止撥付部分，增列條文要求投保單位若沒有設立健保費專戶儲存預收之健保費，健保署得停止撥付。
 - (三)對於補助款的領據、收支明細的核章，原來總幹事可以核章，現在刪掉了「總幹事」，現在要理事長(常務理事)、董事會召集人(常務監事)核章。這些規定與各位委員推薦團體

辦理健保有關，請注意辦理。

四、說明四，請翻到補充資料 1 第 3 頁，有關於衛生福利部配合基本工資調整，於 11 月 8 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，自 109 年 1 月 1 日施行，修正後的投保金額分級表下限金額是 23,800 元，相關的內容在補充資料 1 第 4~6 頁，請各位委員參閱，以上報告。

周主任委員麗芳

對於周執行秘書淑婉報告的內容，特別是解除追蹤、繼續追蹤的部分，委員有無垂詢？請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、關於會議資料第 17 頁附件一，及第 20、21 頁附件二、附件三的部分，是健保署針對上次委員會我提出問題回復的資料，我覺得還有不太清楚的地方，為了不耽誤大家時間，建議先不要解除追蹤，我會將有關問題再一次請問健保署。

二、會議資料第 12 頁，有關剛剛周執行秘書淑婉報告事項，請教健保署，收繳率達標的補助金額從 15 元調整到 17.5 元部分，金額部分我沒有太大意見，想請教這部分經費是由健保經費支付還是公務預算支付？

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

由公務預算支付。

周主任委員麗芳

剛剛吳委員榮達建議 1 項擬解除追蹤案希望繼續追蹤，該案就改列繼續追蹤，其餘 5 案依幕僚之建議繼續追蹤，其餘洽悉。接下來進行討論事項第 1 案。

吳委員榮達會後書面意見

108 年第 9 次委員會會議資料中，健保署就本人於第 8 次委員會所請教相關問題，所作的答覆，因尚有不明之處，特再請教如下：

一、第 17 頁附件一及附件二的說明先稱：「本署於近 3 年主要停止給付之指示藥品為葡萄糖胺共 31 品項，…」，此是否意指近 3 年來，雖經健保署努力與醫事專家或各專業醫學會共同討論檢討結果，只有將「葡萄糖胺」一種指示用藥，排除於健保給付外，其他維持不變；另所謂「葡萄糖胺共 31 品項」所指為何？因第 20 頁附件二醫令資料只列二分組代碼藥品，是否此二分組代碼藥品，尚有不同品項，合計共 31 品項？

二、第 21 頁附件三費用明細表中

(一)請問「服務費用」及「保險費」兩科目的支出，內容為何？

(二)另科目「折舊、折耗及攤銷」中「不動產、廠房」的折舊攤銷，請問所指為何？

(三)再者，備註欄所稱：「依直線法計提電腦軟體折舊」，請問所指為何？

參、討論事項第一案「全民健康保險 109 年度保險費率方案審議案」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

請財務組蔡科長佩玲說明。

蔡科長佩玲

一、各位委員好，現在就「全民健康保險 109 年保險費率方案」提案向大家簡要說明。本案經貴會 108 年 10 月 18 日「全民健康保險 109 年度保險費率審議前意見諮詢會議」結論，依據現行「全民健保財務平衡及收支連動機制」，及多數與會諮詢專家之意見，建議 109 年度維持現行費率 4.69%，不調整。

二、另外，諮詢會議與會專家對本署研提的草案提供非常多意見，接下來簡要說明專家的意見及本署處理情形：

(一)首先，非常多委員建議，將影響健保財務重大措施的未來趨勢，應該要增加一些評估：

1.平均眷口數部分，事實上在整份報告中，所有與人口有關的統計，都是參考國發會的人口統計推估，依據其對未來各年齡層人口的估計，本署再做相關的假設及推估。推估過程中發現，眷屬人數占率從 109 年開始出現反轉趨勢，過去眷屬人數占率在遞減，從 109 年開始呈現增加趨勢。未來眷屬人數是不是會如國發會統計，推估結果會有反轉的趨勢變動，我們還會再持續觀察。

2.公益彩券分配收入部分，有委員覺得買氣下降，是不是估持平有點樂觀，查公益彩券 108 年 1~8 月目前分配金額為 10 億元，比去年同期的 9.4 億元略為增加。其實彩券分配金額是受到頭獎金額影響，如果頭獎連槓的話會刺激買氣。每期彩券收入都在波動，未來將持續觀察，作

為我們修正的參考。

3.部分負擔部分，按照過去部分負擔的趨勢來看，整個成長趨勢都很和緩。目前是依照最近 5 年成長率平均值推估，未來會採移動平均值，若未來有政策造成影響，也會在 5 年移動平均值中反映。

4.有委員建議積極性的政策支出應該納入假設，目前已將 C 肝預算金額納入基本假設，請委員參閱投影片第 24 張。

(二)接續是政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式，在這次 109 年保險費率方案中，是依照主管機關對法條的解釋去做的相關試算。

(三)請大家參閱下 1 頁，有關諮詢會議請本署補充說明部分：

1.第 1 點是有關呆帳的呆帳率，比照簡報資料期間提供最近 3 年呆帳金額與比例，最近 1 年呆帳比率是 1.2%，所以在 109 年也用 1.2% 比率推估。

2.第 2 點是請本署彙整近年健保各項節流措施的成效，本署依貴會 9 月 26 日召開總額協商會議之所需，已經提供分級醫療、雲端醫療資訊查詢系統等相關執行成效，本次再將藥品支出目標(DET)及藥商藥品價量協議返還金等成效一併提供給委員參考，請委員參閱會議資料第 64 頁。

3.第 3 點是總額成長率的推估公式，這次將投保人口校正數另外拉出來推估，請參閱投影片第 8 張提供相關的說明。另外，對於「協定調整因素採 10 年移動平均之理由與定義」，為何採 10 年移動平均值推估的原因，主要是總額協商存在著許多不確定性，以 10 年為期推估，期間較長，會降低中間比較大的變動幅度，另外採移動平均值也可以反映未來逐年變動的趨勢。

4.第 4 點是補充其他保險成本內涵，本次投影片第 22 張增加相關的說明。

5.第 5 點是有委員提到，本署敏感度分析所提的都是較常發

生但對財務影響比較小的項目，應該把發生機率較低但影響程度比較高的項目，納入敏感度分析評估。在每年總額「其他預算」項下都會編列因應非預期風險所需經費，109年編列8.22億元經費，假設109年真的發生非預期風險，動用8.22億元，對財務影響的相關試算也列在投影片第30、31張，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝健保署說明，本會為了要聚焦今天的討論，在10月18日召開「全民健康保險109年度保險費率審議前的意見諮詢會議」，根據該次會議多數與會諮詢專家建議109年度維持現行費率4.69%，但仍要聽聽大家的看法，請委員提供意見。請何委員語。

何委員語

- 一、主席，我要說明一件事情，當時審議105年度保險費率時，有18位委員連署建議費率調降至4.69%，為何有18位委員連署，是因為當時的安全準備已經超過保險給付支出5.8個月的水準。健保法對於安全準備有保險給付1~3個月的原則性規定，因此超過3個月以上要調降費率，1個月以下要調升費率。
- 二、在上次諮詢會議中，我想除了新委員外，參與出席的舊委員應該都同意，與我們當年建議調降的目標是一致的，當時有將近6個月的安全準備，依據過去總額支出大概平均成長率是3.5%，當時預測若保險費率降到4.69%，如果每年總額成長率在3.5%~3.7%左右，還可以用8年。我自己換算1個表，到現在還貼在牆上。但最近4、5年來總額成長率都超過4%、4.5%以上，109年甚至可能接近5.5%，比當時預估多出1%以上，當然會使得安全準備用罄的時間縮短。因為諮詢會議有些人的發言內容及當時沒有連署的人，不清楚前面我說的狀況，這是我需首先要說明的。
- 三、調降費率沒有什麼陰謀，就只是很單純地依健保法條文的規定進行調降，若照我的預測表估算可以有8年不必調整，但因為

這段期間菸捐的挹注減少，再加上 36% 不足數的短缺，所以安全準備當然會提前用完。

- 四、大家認為費率可以不必調整，但上次在「109 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」中，我與干委員文男一樣認為若應該調整就調整，我建議調整費率。理由是，如果明年不調整收支會短差很大，那麼後年費率的調幅就會非常高，這是我的說明與意見，也讓本屆的新委員了解當時提案的情形，不要被誤導，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、謝謝健保署的報告，剛剛何委員語提到過去多次請政府撥補健保經費 36% 不足數的部分，請大家參閱會議資料第 25 頁(討論事項第 1 案)，說明三的表格最右下角欄框的「處理情形及說明」，有關「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算」主管機關的說明，請看到最後一行「係依據『現行主管機關解釋』進行設算」，因此就會受到政務官價值導向的影響，待會我會在討論事項第 5 案「請政府撥補 105~107 年應負擔健保法定經費不足數」，再向大家詳加說明。
- 二、剛剛健保署的報告，即提到調降平均眷口數的影響，請大家請參閱會議資料第 31 頁投影片第 6 張，有關健保署提供「近 2 年影響健保財務之重大措施及其影響評估」，列示「平均眷口數由 0.61 人調整為 0.58 人」之措施(109 年 1 月實施)，其「實際或預估增減數/年」的影響數為「-47 億元」。請教各位，如果平均眷口數回升上去，我們是不是也要依法配合調整？當然要遵循規定，但這會是最大影響數嗎？不是。大家印象深刻，在審核 109 年度總額預算，檢視政府的積極性支出部分，例如 C 型肝炎新藥，在 106 年花了 26.9 億元、107 年花了 48.9 億元、108 年原本是 65 億元，後來再追加 19 億元，3 年共花了 160 億

元，對健保財務影響更重大！

三、此外，在 105 年政府逾越母法(全民健康保險法)不當修訂全民健康保險法施行細則第 45 條所認列「其他法律規定」之補助款項(實應回歸社會福利或救助制度之預算管理)，那次修法後對我們安全準備所衍生的負面影響，在 105 年推算時，已超過-100 億元，105 年度金額是-107 億元，106 年、107 年亦持續影響我們的安全準備，105~107 年三年累計超過-300 億元！再加上，政府應負擔 36% 不足數之缺口，在 105 年待補回 45 億元、106 年待補回 103 億元、107 年待補回 157 億元，105~107 年 3 年累計金額已達-305 億元，都比剛剛健保署說的-47 億元規模大過好幾倍！加計剛剛提到不當修訂全民健康保險法施行細則第 45 條的負面影響，三年合計已超過-600 億元，是不是相當 1 個月的健保給付支出，如果這些金額能夠回補在安全準備上，這樣對健保的費率適足性是否會更加穩健？所以我覺得在財務重大措施及影響評估而言，健保署是不是可以更公允、更公正的把我們上述所說的納入評估影響，我們在討論費率審議時才更有意義。

周主任委員麗芳

依序請葉委員宗義、干委員文男及趙委員銘圓。

葉委員宗義

主席，最近聽到醫界反映一些事情，剛好請教健保署，民眾購買香菸會被徵收健康福利捐(以下稱菸捐)，現在市面有一種菸叫做電子菸，據醫界說電子菸對人體有害，尤其對青少年的危害更大，也因為是走私進入台灣，沒有被徵收菸捐。有關電子菸對我國的影響程度以及有何因應措施或方法？希望健保署可以說明，讓我們知道。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、主席、各位早，關於健保費率審議，延續何委員語後面的一段

話，健保現在是量出為入，如果是量出為入，我們財源在哪裡？我們不是立法院、行政院決定徵收什麼就可以增加徵收費或項目。在目前量出為入現象下，我們既然沒有可徵收的項目，只在健保的基金中有固定額度可以運用，但也只能有限度的運用。為何一代健保要改二代健保，最大核心價值是財務平衡、量入為出、平衡預算，所以兩會合一(全民健康保險醫療費用協定委員會及全民健康保險監理委員會)，我們這幾年來都是違法，我們哪裡有那麼多錢來無限制的擴張支出？如果量入為出，有多少錢才能做多少事情，不是年年無限制的增加支出。行政院核定總額成長率範圍，也沒有注意到量入為出、財務平衡的問題。當時一代健保短絀了 600 多億元，為達成財務平衡，所以推出二代健保，原本研擬以家戶總所得計收保費，後來沒有採家戶總所得，改為擴大費基收取補充保費。

二、這幾年無限度的支出很多的錢，這樣做是不對的，這幾年都是違法在做。如果能按照法遵，平衡預算，有多少預算才能做多少事，才是我們健保收、支出最重要的原則。我們沒有那麼多錢做那麼多事情，非協商因素成長率也需要根據國家的 GDP (Gross Domestic Product，國內生產毛額)來設算。近幾年我國 GDP 的成長都是來自於高科技業電子新貴的貢獻，但一般傳統產業、一般老百姓的收入比不上這些高科技人員的收入，現在老百姓都哀鴻遍野、無法負擔。今天的資料沒有提到財務平衡應該要怎麼算，一直漲漲到最後要怎麼辦呢？

三、(計時鈴響)鈴聲在響，我也不要打破慣例，我非常仔細看了會議資料，從最前面的推估看到後面的建議，非常謝謝健保署分析得很清楚，把以往有注意到、有講到但沒有分析的資料都整理出來。我的看法是過去我們量出為入的做法都是違法，應該要有停損點，如果該改就趕快改，及時導正過來撥亂反正，不要讓健保支出無限上漲，不是只要說花多少我們就得出多少，調漲要有一定的限度，更要感謝會務人員資料準備的很齊全、很用心，讓委員更深入的了解。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、有關 109 年保險費率方案，應該還是維持 4.69%，我想整個健保費的成長，從開辦 2,000 億元到明年已經 7,500 多億元，成長幅度非常嚇人。何委員語也有提到，其實成長率不應該超過 3.5%，但我們每年成長率還有超過 5%，這才是導致現在整個健保安全準備大幅下滑的原因。
- 二、我想剛剛各位也看到，第一個影響健保重大財務影響的是一 C 型肝炎新藥，我們從 106 至 113 年，C 型肝炎的治療費用將近用到 400 億元，當初在討論 C 型肝炎新藥時，在 105、106 年時，所有委員通通反對用健保費支出，既然是國家政策當然應該用公務預算支出，但我們政府還是把 C 型肝炎新藥強制納入健保給付。
- 三、另一個就是愛滋病，愛滋病本來是疾管署業務，106 年改由健保給付，用的還是健保費，為什麼不把疾管署相關公務預算提撥過來健保使用，應該要提撥才對啊，但這也沒有！
- 四、剛才葉委員宗義及何委員語都談到菸捐部分。菸捐分配至健保安全準備的比率，從 90% 降到 70%、70% 又降到 50%，今年竟還在 50% 內含括 5% 的「補助經濟困難者之保險費用」。
- 五、之前就一直談到有關菸捐部分，現在台灣不只是電子菸，以後可能會把整個紙菸市場完全擊垮的就是所謂的加熱不燃燒菸，這個菸在台灣，已經非常多年輕人在使用，目前來講，更無法徵收其菸稅、捐，當然也徵收不到電子菸的菸稅、捐。另外破壞菸價的就是少量進口大量走私的白牌菸，在沒有改為電子菸或加熱不燃燒菸的部分，非常多人因為菸價太高，就去買 1 包 40、50 元少量進口大量走私的菸，這也衝擊到健保安全準備。政府還有很多不當政策，比如七項政府社會福利支出也硬加到健保經費中，這些原因都導致健保支出一直增加，安全準

備一直下滑主因。

六、干委員文男談到，照理說討論健保預算時，應該要量入為出，而不是量出為入，但現在是量出為入，根本沒有做量入為出的考量。另外，在考量健保收支時，應確實把付費者的能力納入考量，我國的國民所得和經濟成長等因素，通通沒有被列入優先考量。剛剛干委員文男也提到，現在高收入者大都是從事高科技行業，至於其他一般行業，例如：旅遊業或餐飲業等，因兩岸關係的緣故景氣不佳，導致關門或業績下滑。另外，等一下會討論剛剛陳委員炳宏提到有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%，到底政府有沒有真正足額提撥經費，值得大家深思。若把上述問題都納入考量及排除，我想現在健保安全準備餘額應該會很充足，希望大家真的要認真考量和關心此議題。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

一、剛剛聽幾位資深委員的說明，似乎認為我們新委員比較不清楚狀況，我想提出一個觀念，其實我也長時間在學校教書，在國外時也曾學到一些知識，但在今天健保會的討論，聽到的一些觀念確實與我所學有很大的差距。可能何委員語是正確的，而我是錯的，那我需要回去修正，但我也好像何委員語那麼有信心，相信自己的預測絕對非常精準。因為醫療費用成長議題在學術上的辯論相當多，以臺灣來說，全世界都公認我們的健保很便宜，而相對於其他國家，我們是產出醫療服務相對有效率的國家。當然在沒有一個比較基準時，永遠都可以再透過管控去壓低費用。但我們仍要回過頭來看，經濟學探討的是何謂合理的醫療費用成長，而臺灣的醫療費用成長率是否合理？是偏高或是偏低？我認為這是可以討論的，我完全尊重何委員語的想法，也希望大家能夠聽一聽新委員帶進的新想法及觀念。

二、和大家分享一個簡單的概念，全世界所有國家的醫療費用支出

成長率，都比國民所得成長率或 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)成長率高，現行保險費收入趕不上 GDP 的成長率，假如何委員語有空我可以再分析給你聽，也因為前述 2 個成長率不同，經過一定的時間後，勢必需要調高保險費，所以調高保險費是一個時間性的問題。等一下，請讓我講完(何委員語舉手)。此外，假設今天會議只是單純想要將醫療費用壓低，所有的重點都是在控制醫療費用，那我認為已喪失了全民健保的本質，最重要的目的應該是維護人民健康。現在台灣是否已投入適當的資源維護人民健康？持續的投入資源，是否可以讓人民的健康更好？

三、此外，大家考量經濟環境不好的問題，然而大家往往忽略醫療服務也是整體 GDP 的一環，壓縮醫療費用支出，事實上是導致更多就業機會的喪失，而本應該提供人民好的醫療服務及品質，也因此被壓縮，最後造就血汗的醫療環境。我們要改善勞動環境，主要的醫療支出投入最終還是會回到勞動薪資報酬。因此，我覺得仍有許多資訊需要去分析及討論，建議資深委員還是可以聽一聽新委員有沒有不同的思考及想法。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、先說明我舉手不是想打斷周委員穎政的談話，只是想讓主席知道我等下要發言，主席點頭表示看到後我就立刻把手放下了。
- 二、第 1 點，先澄清我並沒有不尊重新委員的意思，剛剛只是把當年諮詢會議中討論調降費率案提出的不同意見向大家說明，當時健保會的委員只有 35 人，為何有 18 個人連署調降，連醫界都有 3 個人連署，表示費率調降是當時的時空環境使然。
- 三、第 2 點，剛才提到的總額成長率約 3.5%~3.7% 已經超過臺灣平均 GDP 成長率，全世界平均 GDP 成長率為 3%，臺灣平均 GDP 成長率介於 2.5%~2.7%，是否如此，請周委員穎政瞭解一下。

周委員穎政

請問何委員語，願不願意把臺灣的成長率和全世界去做對比？如同我剛才提到，對比的基準是和過去的資料還是全世界其他國家的資料？

何委員語

- 一、第 1 點，世界平均 GDP 成長率為 3%，台灣並沒有達到，所以我同意 3.5%~3.7% 的總額成長率，大約比 GDP 成長率多了 1%~1.2%。
- 二、第 2 點，剛才干委員文男提到，現行健保法的設計是量入為出的精神，而趙委員銘圓也提到，菸捐分配予健保之比率從過去的 90% 降到 70%，再降為現行 50%，今年又要再降至 45%。
- 三、第 3 點，我有算過臺灣薪資平均成長率為 2.6% 左右，這 4 年來基本工資平均成長率為 5%，這些因素都會增加健保收入。
- 四、第 4 點，剛剛提到 C 肝治療超出預算的問題，其實世界衛生組織根除 C 肝的目標為 2030 年，我國的目標為 2025 年，為何現在的政策還要提早 3 年(即 2022 年)根除 C 肝？如果依原定計畫於 2025 根除 C 肝，我是很贊成的。
- 五、第 5 點，後天免疫缺乏病毒治療藥費原是疾管署公務預算支出，自 106 年起個案確診開始服藥 2 年後的藥費納入健保給付後支出 20 幾億元，現在每年成長約 3.8%~3.9%，導致支出增加，而健保法規定保險費率以 6% 為上限，如果調漲也很快就到達上限了。當然，二代健保以擴大收入為目標，補充保險費也是為達成此目標而設計，我認為健保費率的級距要拉高且拉廣，當年我用總額成長率介於 3.5%~3.7% 推算，至少有 8 年以上安全準備是充足的，不會到明年(第 5 年)就將耗盡。
- 六、我很尊重周委員穎政的學術理論，但這些學術理論也是 20、30 年前的老教授留下來的著作，我尊重你的學術理論，雖然我沒出國留學過，也不瞭解這些學術理論，但是我仍然能夠做出相關的推算。我很尊重新委員意見，我發言後請新委員自由

舉手發言，我並沒有反對他們發言，只是想把當初費率調降的背景向大家說明，讓大家瞭解當初費率調降的考量。當年費率調降時我也表達意見，如果費率該調高我會支持，所以今天我並沒有反對調高費率，我支持 109 年費率調到 5.2%，因為 109 年不調高，110 年一調整就要調升 5.5%~5.6% 很多，上次諮詢會議我就表達支持調升的意見。我並沒有反對醫療支出不能成長，當年我推算的總額成長率並沒有低於當時健保署的推算，以上是我的回應及說明。

周主任委員麗芳

請周委員穎政，周委員發言後就請健保署回應。

周委員穎政

我剛剛只是提出一個概念，在這個場合每個人都可以表達自己的意見，你過去的講法我相信大家也都會尊重，你認為我的知識落伍我也可以接受。只是今天面對如此重大的議題，希望大家可以用更謙虛的態度，參考更多的統計數字再作結論，真的不是把醫療費用壓低就可以達到目的，最重要的還是醫療品質，我們很多的指標只能看到醫療服務量，至於整體的部分(何委員語舉手示意發言)，可否請何委員語讓我先說完？

何委員語

我剛才發言時你也插進來，你贊成調高費率嗎？如果贊成，今天可以表決是否調高費率至 5.2%。

周委員穎政

我們今天討論的不是這麼簡單的問題，我想表達的是大家可以提出很多觀點來討論，也可以提出不同的意見，我認為我們應該探討的是合理醫療費用成長率，而不要一直認為壓低醫療費用成長率就是好事，最終還是要看我們獲得什麼樣的醫療服務品質。大家都理解，跟世界各國比較，我國在醫療服務表現，某程度上確實是表現相當不錯，請大家稍微記住這個核心重點。

周主任委員麗芳

先讓第 1 次發言的委員先發言，依序請林委員錫維、謝委員佳宜、許委員美麗及吳委員榮達，下一輪再請第 2 次發言的委員。

林委員錫維

- 一、今天討論費率要不要調漲是重要的議題，事實上周委員穎政的意見，我們付費者也不一定認同，我認為真的要考慮到付費者的能力及工作的收入，這都是有連帶關係的。我想在選舉之前，再談什麼都沒有用，我建議明年 3 月份健保署能做相關的分析，例如：若要調漲費率，部分負擔有沒有必要一併檢討，我提這個議題可能會被罵，但我認為有些不必要的重複或跨科就醫，假如民眾也要自己負擔一些費用，就會更慎重的考慮不必要的就醫。
- 二、另外，費率要調漲到 5.2% 或 6.5%，也請健保署進行分析。至於為何呆帳每年都維持 30~40 億元，有沒有必要修改呆帳的請求或相關的法令？呆帳既然這麼多，健保署只有拿債權憑證回來也沒有意義，連銀行都有一些處理呆帳的相關手段和方法，我們一直用快 30 年前制定的法令去追討呆帳，有必要好好的檢討，一年差 30~40 億元，這也是一筆很大的收入。請健保署將前述 3 項數據進行分析，費率怎麼調漲、部分負擔如何檢討及研議處理呆帳的新方法，這些都是健保的收入，至於菸捐我就不談，因剛剛其他委員都已經提到了。
- 三、今天的討論方向還是維持本來的費率 4.69%，我認為不需要再談到 5.2%，因為也沒有相關資料供我們做決定，明年 3 月選舉過後，不管哪個政黨執政保險費都會調漲，應該怎麼調漲再好好去省思。

周主任委員麗芳

請謝委員佳宜。

謝委員佳宜

- 一、國發會是代表政府機關的單位，之前我很少發言，但今天因為討論議題涉及健保財務，剛剛干委員文男也提到，國發會在審

議總額預算時的一些考量，我在此要重申，國發會自 90 年負責審議健保總額範圍起，如剛剛干委員文男提到，健保財務在 98 年曾有過 500~600 億元的缺口，當時我們就有責成主管機關去做 5 年財務平衡，也就是說，雖然我們是審議年度健保總額範圍，可是我們也希望看到整體財務評估。

二、今天資料顯示，109 年安全準備還不會低於 1 個月，或許今天不會面臨費率調漲的壓力，但 110 年、111 年後，就會立刻面臨費率調整，且調整幅度達 10% 以上，以下提出幾點提醒：

(一)第 1 點，國發會今年 5 月審查「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」時，已經特別針對支出、收入面提出意見。目前面臨的財務問題，我認為危機也是轉機，既然二代健保已實施 6 年了，也是時候重新檢討現行財務收支狀況。在收入面的部份，希望明年審查健保總額預算時，應該將收入面因素一併考量，之前也提過很多支出面需要考量的因素，包含檢討健保總額基期之合理性，強化預算執行管理及是否可以再善用大數據工具等。

(二)剛剛其他委員也提到很多收入面議題，印象中民國 90 幾年時，李前署長明亮任內，雖健保費率曾經由 4.25% 提高到 4.55%，但還是不足支應，所以當時衛生署(衛福部前身)配合推動多元微調配套，這些過程，相信健保署的同仁仍歷歷在目。其實現在我們也面臨同樣的問題，剛剛委員所提建議，都屬於多元微調，只是當時多元微調都和現在情況不一樣，當時是將可以用公務支出的項目趕快從健保給付移出去，但近年的方向卻相反，所以再次面臨財務狀況時，大家應該要重新思考。

(三)今年的審議意見中，還有一點很重要，健保會只談健保，但其實以國家整體角度來看，國發會要看的不只是健保，今年在審議健保總額預算時提到人口因素，我們不只面臨高齡化的問題，同時也面臨醫療費用支出成長的問題，如

同周委員穎政所說，醫療費用支出會持續成長，但我們同時又有少子化的問題，繳費人口也會減少。今年的人口自然增加可能是勉強打平，但明年可能會面臨人口負成長，這個趨勢已經不可逆，在這個情況下，健保的收入，不管怎麼檢討，仍然是有限。

三、回頭思考，為了維護民眾健康狀況，我們是否要思考付費者及政府的付費能力到什麼程度，今天健保會只看健保，但我國也還面臨其他的問題，何委員語很清楚，目前我們的勞保、勞退及就業保險費率，加起來已經達 16%。在此要提醒大家，到民國 115 年，我國 65 歲以上的人口將超過 20%，那連勞保也將面臨財務危機，如果現在不解決，屆時 1 年就會有 2~3 千億元的缺口，超過健保一年預算的 1/3。

四、健保費率上限設定為 6%，除了要考慮民眾負擔能力不足外，也須考慮雇主整體的勞、健保負擔及這些負擔對產業競爭力的影響，因為當雇主負擔的非薪資成本這麼高，對他們的影響也會很大。因為發言時間有限，最後要表達的是，國發會今年提出的審議意見還包括，若要提高費率一定要審慎衡酌時機、幅度，建請做一個整體的評估跟考量。

周主任委員麗芳

請許委員美麗。

許委員美麗

我是付費者代表，其實不太願意發言，因為我們的委員人數太多，若每個人都發言，讓大家講一輪，2、3 個小時也解決不了，但面對今天的議題，我認為做為付費者代表，還是必須要簡短發言，雖然我知道撼動不了例行已久的健保制度，但我還是要講。

一、我非常贊同會議資料第 27 頁幕僚說明的第 2 點(3)，現在制度其實是顛倒的，我們先去考量總額支出之後才審議費率，這個「量出為入」的原則，我經歷過很多不同事物，首次進入健保會給我的觀念，我非常的震撼，但也知道這是由來已久的作

法。就任何經濟或付費者的概念來看，政府不能夠用「量出為入」的概念跟我徵收稅金，這是人民應該堅持的立場。但從付費者的立場，「量出為入」的概念讓我很震撼，當然，最後幕僚的補充是說要穩健兼顧民眾付費能力，以及民眾醫療需求去做推估與平衡，這一點我是很贊同。

- 二、在總額協商中，我很驚訝的還有低推估跟高推估，換句話說，是明定醫療費用一定要成長，我不曉得民眾的醫療需求及費率審議是否有先被考慮，再來是人民、雇主的負擔能力，我贊同謝委員佳宜的看法，我們是否有考慮到雇主的負擔能力，如果勞保加上健保，讓雇主負擔超過 20%，雇主還願意留在台灣嗎？願意增加雇用人力嗎？所以費率調整的討論，要非常慎重。
- 三、對於費率是否調整，我沒有預設一定要增或減的立場，費率的增減，其實是關乎民眾及雇主的付費能力，以及民眾醫療需求的範圍在哪裡，還是我們自己用自己的方法，設想民眾的需求及應該要支付的費用，我認為這些評估，應該要在總額協商之前就要先做，在總額協商前對費率做出粗估，才能進行總額協商，最後才訂定費率。
- 四、我是本屆的新委員，來了健保會後，很多制度讓我非常震撼，震撼之餘，我知道我的發言是微乎其微，幾乎沒有作用，但基於付費者角度，我還是必須要說，在費率調整這個議題上，希望政府，包括健保會，要多去考慮付費者的負擔能力，以及民眾的醫療需求。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、我從以下 2 個方向做出建言：

- (一)第 1 個，我建議健保會真的要儘速發文給行政院或是國發會，費率調整與否的有些問題，並不是健保署可以單獨解

決的，因為涉及的面向實在太多。最近也跟醫界溝通，他們說健保持續下去，只有 2 個結果，一個是爛掉，要打掉重做，一個是結構性調整，打掉重做，目前是不可能的事情，但結構性調整有其必要。結構性調整不是在健保會討論「量入為出」或「量出為入」這些概括性問題就能夠解決的，健保署也沒有能力解決這個問題，所以我認為應該是要提高到行政院的層次，好好做一個討論來解決。這是長期性的工作，但一定要做。

(二)第 2 個是短期性的部分，因為明年可能面臨調整費率，我認為有幾個部分健保署可能要做研討。

1.首先是部分負擔對健保費率的影響，今天的會議資料裡面好像沒有分析到，因為部分負擔的討論，會探討醫療浪費及民眾負擔等面向，這對於費率調整與否確實是極重大的關鍵，應該要做評估。

2.其次，我覺得大家討論「量入為出」，但也請不要忘記，現在到醫院看病很多都需要自費，我看超過 50%是自費，若是為了要達到財務平衡，而讓我們病患都要自費，到底是好還是壞，應該要詳細評估。健保署應該對於自費比率，最近 5 年自費比率狀況有個分析，讓民眾了解，未來民眾對於費率調整的承受或接受與否，才會客觀理性的考量。

3.第 3 個，最近 2 次委員會議，我均曾提出指示用藥的問題，但這只是小部分，回到結構點，其實是給付項目要不要調整，這會牽涉到費率要不要調整的相關問題，給付項目沒有人去碰，大概健保署也不敢碰，這應該到行政院或國發會層級，因為給付項目要不要調整，牽涉層面非常大，但對於費率要不要調整或能不能達到財務收支平衡，是有結構性的影響。所以，短期內應該也進行研析。

二、剛剛有委員提到呆帳的部分，我覺得這也應該要提高到立法院、行政院層面，不是說到法院處理，無法處理就變成債權憑證、呆帳，又呆帳逐年升高 50、60 億元或百億元，這樣的話，當然會影響到費率調整，這是健保署也應該做資料上的分析。

周主任委員麗芳

- 一、本案發言非常踴躍，可否讓第 1 次發言的委員優先，已有好多位新任委員等候發言。第 1 次發言的委員，依序有朱委員益宏、許委員駟洪、蔡登順委員、鄭委員建信。
- 二、距本案預定結束時間，只剩下 8 分鐘，而且還要請健保署回應。第 1 次發言委員完成後，請問還有其他委員堅持一定要發言嗎？(有委員舉手表示要發言)目前第 2 次發言的委員有 5 位。好，那先講好，請每位委員把握時間，以 3 分鐘為限，全部發言完成後，請健保署 3 分鐘回應，本案就不再接受其他委員發言，這樣好不好？(委員回應：好！)。

朱委員益宏

- 一、我是新任委員，今天第 1 次來參加。大家剛剛討論很多，但我想我第 1 部分要表達的是，很多委員提到到底「量入為出」、「量出為入」的程序，我要提醒各位，不管大家認不認同，這是健保法規定，健保法的規定就是先送國發會審議總額範圍，再到健保會談分配，之後才談收入，這是健保法的規定，若大家認為程序上有問題，可能要透過修法處理，所以我覺得這個問題在我們這邊是沒有辦法處理的，可能連討論都無法討論，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，剛剛有幾個委員有具體建議，我覺得是否我們也應該看看怎麼樣，在我們委員會能處理的範圍之內處理。第 1 個是大家強烈建議部分負擔應該要檢討，社區醫院的代表曾多次提出，包括謝前委員武吉，多次提出部分負擔事實上是不合理的，而且現在部分負擔平均不到 10%，或許應該專案排一個議

程，檢討部分負擔的合理性，我認為這是健保會我們可以提出來請健保署執行的，這是第 2 點。

- 三、第 3 點，我覺得健保會也可以有個決議建議政府，如同剛剛很多委員提到，原本政府應該用公務預算編列經費負擔的項目，剛才國發會委員提到，近年政府又回到以前，把原來政府該負擔的責任都推到健保裡來，我認為這部分委員會應該有個決議，包括 C 肝新藥，雖然這樣的給付對民眾是非常好的事情，但畢竟那本應是政府的責任，還有包括之前透過修法將愛滋病藥費丟到健保負擔等等作為，我們都應該建議政府要擔起必要的責任。
- 四、第 4 點，我覺得我要站在醫療服務提供者的立場給健保署 1 個讚，健保署對於很多節流方式，特別跟醫界協調的過程中，其實已善盡把關責任，造成醫界有很多苦衷，但我覺得在節流的部分確實健保署已經做到該做的，而且超過他該做的，把我們醫界壓得很辛苦，但我們醫界為了政策也願意配合。
- 五、第 5 點，就是吳委員榮達所提，到底要不要回過頭來面對現在健保支付的項目，哪些是不該支付的項目是否也該做個檢討，確實我們委員會都不敢面對，或許也可列入議程討論，包括指示用藥或有些其他無效醫療的部分，健保是否要持續列入支付項目，以上謝謝。

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

- 一、我國 2,300 萬人口是自民國 97 年開始，現在已經成長至 2,359 萬人，我是 51 年次，當年的自然新增人口數是 42 萬人，去年是 19 萬人，今年可能達不到，只有 18 萬多人，這就是人口老化。
- 二、政府的施政，很多都讓人家覺得羊毛出在羊身上，有些東西讓民眾自己負擔，但是其實現在有句話，施政要接地氣，以長照

政策為例，長照 1.0 的 50 億元到長照 2.0 時改成 400 億元，這些政府的負擔是我們看得到的。我建議政府除將應負擔健保總經費法定下限 36% 依法足提以外，應該讓百姓有感覺，也可以再提高應負擔比率，這是我的想法。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

今天這個案子討論很長時間，有一點始料未及，因為 10 月 18 日我們已經開過諮詢會議，也做出 4 點結論，其實今天主要是針對諮詢會議的結論有否更好的意見，想不到委員還有那麼多意見，我都給予尊重，但有幾個觀點，我的看法不太一樣。

- 一、講台灣健保很便宜，我不認同，因為國情不同，每個國家的治理方式都不同，況且人民所得不一樣，台灣近年來真的是薪水停滯，大家都在喊低薪，所以不能老是拿鄰近的進步國家相比，覺得我們健保便宜，以落後國家來說，我們健保並不便宜，剛剛談到了部分負擔的問題，搞不好自付額都提升到 40%、50%，自付額部分健保署所提供的資料看不到，台灣健保真的便宜嗎？不見得。
- 二、合理醫療費用的成長就可提升醫療品質，人民會更健康，就醫率就會降低嗎？不盡然，就醫率還是降不下來。健保費用給得再多，不見得就醫率就會降低，這值得大家深入探討。以醫師數來看，每年西醫有 1,000 多位醫師進入市場，牙醫 350 位、中醫 250 位，這些醫師人力進入市場之後，當然服務量會擴充，相對的我們健保總額成長比率要更大，人民負擔會更重，但人民有更健康嗎？醫病比是否合乎比率，這是主管機關及健保署都要面對的問題。
- 三、我剛剛講醫師人數成長對人民、就醫者是好事，醫療可近性提升，到處都有醫生，但醫療費用仍每年成長，健保經費始終感覺不足。10 月 18 日討論費率是否要調整時，109 年底安全準

備還有 1.79 個月，尚未低於 1.5 個月，還未達啟動費率調整的條件。104 年委員會通過健保財務平衡及收支連動機制，當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，就應啟動費率調漲機制，依資料顯示 110 年安全準備會降到 0.32 個月，那時候再啟動，是太慢了，討論調漲費率的時間點，應是 109 年底。今天大家浪費很多時間在這裡，看來 10 月 18 日開的諮詢會議是沒有效果的，建議大家以後開會，要去尊重會議結論，不要開過之後又浪費時間再討論。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

- 一、許委員駢洪特別提醒我，新任委員也應該表示意見。其實還沒有來健保會之前，如過去大家說的，台灣的健保是世界之光，我的理解認知也是如此，但來到健保會後，發現我們每年健保預算從 2,000 億元到 7,000 億元之後，開始覺得心虛，我好幾次發言提到，當我們發現自己其實無法負擔這麼高的健保費用及醫療品質時，是不是要思考是否要跟 GDP 成長及薪資所得有一定的連動關係。當然很多專家、醫界代表特別提到我們醫療比其他國家便宜很多，聽到這些意見，我就又啞口無言，不知道怎麼說下去。但我認為，上述各項因素之間還是有關係，我們該如何去理解，符合我們的醫療需求的品質，也許會領先我們薪資反映的成本，健保費該怎麼調整，這應該有一定區間，不可能醫療服務成本不斷調整，結果薪資永遠停滯，結果醫療費用還不斷成長，這樣會造成我們多數的錢都要準備用於扣繳健保費，這樣合不合理，可能就不合理。
- 二、我也查過我們的消費者物價指數等等，但顯然在此沒有說服力，但應該有一定連動，健保署應該做個評估研究，讓我們在審議費率或討論其他政策調整時，可以比較理性去探討，我們想要什麼樣的醫療品質，與我們薪資成長幅度是否符合，如何

在彼此間達到平衡。

- 三、因為總額預算協商時，我看到總額部門提出增加這個預算、那個預算，其實健保法有規範，保險人要提出財務平衡方案，當時蔡副署長也回答確實有，但我總是覺得那都是事後，可是審完之後也看不到平衡，如果有平衡，至少我們在一定的預算下，當時審議才能判斷是否適當。若當時沒有財務平衡方案提出來，但政策又強力要推，推完之後，我的判斷是半年、1年後才會有財務平衡方案出來，但時間點已經不對，我們也無法判斷了。
- 四、有關總額預算的計算公式，如人口結構改變率、醫療服務成本指數等，坦白說我看不懂；在10月18日費率諮詢會議中，中研院羅教授紀琮也提過，有關費率浮動公式，直覺來看，看不太懂這麼多變數彼此之間的關係，也建議要針對公式進行調整。突然間感到非常安慰，因為不論是總額預算的公式或是費率浮動的公式，我們都離那個專業藩籬太遠，我們若看不懂，又該如何去判斷。當時羅教授有具體建議要對現行公式進行檢討，但今天並沒有說要檢討。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

今天第2次發言，目的在融合大家意見，並弭平剛剛些許的紛爭，重點就是「掌握現有制度、落實執行管理」，我試著用3個議題來說明，一個經濟、一個政治、一個文化。

- 一、經濟議題，國家預算法第1條告訴大家「編列預算要遵循總體經濟的均衡原則」，惟健保在108年成長超過4%，109年超過5%，然而景氣會不會遇到逆週期，健保同樣也有逆週期，也就是支出大於收入時，如近年(106)開始發生發生短絀，致安全準備餘額開始下滑，就是現在所關注的方方面面，合規量化政府應承擔健保的法定經費，以持續確保健保財務之健全。

- 二、政治議題，既然健保採「量出為入」的政策，我們在落實現有制度，依健保法第 2 條、第 3 條、第 76 條第 1 項規定，要求政府應承擔法定不足數，以及我們剛剛說的，權責單位逾越母法去修訂施行細則 45 條，影響安全準備金額都很龐大，如果現有制度能落實管理，還會讓大家爭議的那麼辛苦嗎？其實我們還是體恤財政狀況，我們不求大朝廷格局全數一次撥補，但請拿出大朝廷的作帳精神，據實記載權責帳務。
- 三、文化議題，我們與對岸相比，我們還有什麼競爭力，是軍事？還是剛才講的經濟？在傳承文化上，大概是大家熟練的正體字，在醫療文化，大概是大家延續 25 年行醫濟世的健保，是目前還可以拿出較量的；惟「全民健康保險」經營管理上，「健康」有自主管理的因果，「保險」有道德風險的因果，與其爭議得沸沸揚揚，實該回歸到制度。習慣別人對他的好，日久會變得不知感恩，對健保沒有感恩的人如果頻頻重複就醫，徒增醫病關係不良循環、以及醫護人員的過勞及負擔，試想我們在醫療管理上，是幫因還是幫果？例如對於超標高診次的人，是否回歸健保法 43 條規定，就是大家剛剛提到的自行負擔，是否要持續回歸管控機制？而對於上述屬於經濟困難，無力償繳應自行負擔的部分，我們還有配套措施，輔之以健保法第 99 條，可以無息申貸或補助給他們的紓困機制。瞭解之後，您是否開始質疑，過去在施政上釋出全面解卡，是否有必要？是否已經跳脫制度面？結果導致到大家仍得在月會關注欠費與就醫權益、以及其衍生的呆帳，這些都頗具爭議性。所以回歸到被保險人區隔帳戶管理，喚醒他們自主健康管理才有意義；最後還有一個更重要的管控機制是健保法第 101 條，請持續定期查核該類被保險人之清償能力，消彌道德危險，紓困機制才可以長長久久。結論就是，掌握現有制度控制點，落實當責管理。

周主任委員麗芳

葉委員宗義您是第 2 次發言，這邊仍有多位委員排隊等發言，您的

發言就請排在趙委員銘圓之後。請何委員語。

何委員語

- 一、8月及9月底2次被邀請至官邸與層峰開會，他說他會順利連任，並提到第2屆他有哪幾項改革計畫，其中涉及國發會代表委員提到的內容，我不方便轉述，但我的手機有錄影。諮詢會議只是交換意見，不能做出決議，委員會議才能處理決議案，委員可以提出很多意見，我曾說若新進委員踴躍發言，我就少發言，我們只能帶領新進委員多發言，很高興今天新進委員發言已進入好的狀況，這是好現象。2035年我們的人口會降至1,980多萬人，國發會委員也在那邊，到時台灣會發生怎樣的情況？這也是層峰提到第2屆他要改革好的事情。
- 二、我要提出健保法並沒規定「非協商因素」，希望今天決議納入我的建議，從110年起取消「非協商因素」，行政院核定內容全部進入協商，該給則給，不該給則不應該給，這是我的意見。
- 三、諮詢會議時，我和干委員文男都同意費率調至5.2%，但今天沒將我們的意見列在裡面，照理應列出我及干委員文男建議可以調至5.2%，這樣才對，諮詢會議只是提出建議案，今天的委員會議才是決策議案，每個人都可以發言，這也讓很多新進委員了解狀況。
- 四、希望110年「非協商因素」納入協商條件範圍裡，因為健保法沒有「非協商因素」的條文，只是讓政府核定最低標及高標多少，只要在政府核定的高、低標中決定即可。這是付費者的權利，而非政府決定5.5%就是5.5%，健保法明定總額協商程序，行政院有權核定高、低標，但是付費者有權決定在高、低標中間給多少成長，建議110年將「非協商因素」取消。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、諮詢會的決議今天送至這裡，為了尊重所有開會的人，希望今天的討論案，維持現行費率 4.69% 做個決議，希望爾後應有法遵，法遵就是財務平衡、收支連動，本來二代健保的精神就在此，但我們沒這樣做，將一代健保的精神拿到二代健保來做，這是我們違法。
- 二、第 2 個，上次會議提出呆帳問題，健保署也很有誠意到基隆向我說明，了解所有欠費都是二類、五類及六類這些人，這些人是社會邊緣人，2003 年截至目前，將以前的特赦、欠費都不用收，目前每年金額約 30~40 億元，這樣的成長要怎麼控制？也不能無限制成長，應考慮將這些收不到的部分扣除，不計入保費收入，以免高估保費收入的成長率。制度上應將費率審議提前至上半年，然後送至國發會行政院核定，即符合收支連動精神(即上半年先決定收、下半年再談支)，不然目前所做不但沒有法遵，且明顯違法。
- 三、有多少錢做多少事情，至於健保法第 43 條部分負擔要增加多少，法裡沒有明定，但要考慮醫病關係。現在民眾自付差額與自費的總金額，如謝前委員武吉常說的超過一定指標，健保總額加上民眾自費或許已經超過 1 兆，民眾自費部分要怎麼估算？請國發會參考這些數字，自費及部分負擔也要做出明確的資料，並提供分析比較。

周主任委員麗芳

剛剛林委員錫維提醒，本案討論時間已經超過很久，所以葉委員宗義是最後 1 位發言，不再接受任何口頭發言，若仍有委員想發言，則請提供書面意見。請周委員穎政。

周委員穎政

我回應吳委員榮達，他剛剛的重點是要量入為出，大家要有決心處理，即每年要定期砍掉一些支付項目及調高部分負擔，這是勢必要面對的問題，今天不是將一些東西壓低就好，現在很多民眾面對重大疾病，很多都是自付，對很多勞工朋友不是薪水低的問題，更糟

糕的是生病的人至大醫院，接受很多治療都要自付的問題，所以某個程度控管醫療費用，需要更多數字在後面支持，建議未來健保署在相關數字的收集及監測，應提供更完整的訊息。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我是第 2 次發言第 1 個舉手，但前面已有人發言 2 次，建議以後發言 2 次後的人，就不可以再排在要第 2 次發言人的前面。我的看法是各位都來了快 11 個月，已經開了 9 次會，大大小小的會議都開過 12 次以上，所以根本沒有人是新委員，所以不要有新舊委員之分，這樣不好，我覺得不應該這樣分。
- 二、剛剛周委員穎政提的部分我認同，但有的應事先處理。剛蔡委員登順談到現在醫療，每年都有學生畢業加入醫療體系，醫療界又沒有退休年齡，當然點值會減低。
- 三、我之前聽過台灣最多只需要 12 家醫學中心，但現在已有 20 幾家，導致整個費用增加將點值壓低，這是必然的，怎麼可以怪付費者，只有漲價才是唯一條件嗎？為何沒先將前面部分做處理，讓醫療體系供應合理化，而不是變成完全失控的狀況，然後去調漲保費。假如前面都沒做，還有之前發言時談的問題，應先處理完後，再討論最後面，將這些全部改善後，若保費費率仍不足再去調整，這樣付費者才會心服口服，假如前面都沒做，唯一的條件是調整費率，所有的錯都是民眾的錯，這是什麼道理？

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、我第 2 次發言，我們的委員都非常善良，在主席的領導下都非常溫和，我最近到美國去看眼科，掛號費是 100 元美金，檢查很多，要分 4 次及 4 天檢查，我檢查 1 次而已。在全世界，我

們的醫療確實對民眾有很大的照顧及優惠，這無可否認。

二、我們現在的健保費率是貴還是便宜，見仁見智，但我支持前面雇主委員，雇主本是強勢變成弱勢，漲價我們繳錢繳最多，絕對不說什麼話，但有個問題，上次何委員語說，他是雇主，為員工、老闆講話，結果簽署了 18 位，後來有人講了亂七八糟的話，要有擔當，簽下去不要再說些有的沒有的話，保費漲多少都無所謂，絕對支持。

三、另外有個問題，剛才何委員語也說過，2 年的非協商因素，漲了 500 多億元，每年只有 100 多億元進行協商，但是每年非協商都增加。還有很多長官也跟我說過，現在的醫院都在競爭，即醫院不斷擴大軍備，誰遭殃？光所有的儀器檢查，一年有很多人連看報告都沒有。常說浪費的問題要解決，不是費率漲不漲的問題，漲了 6% 多也無所謂，但該省則省，不能浪費，要漲多少，我們雇主絕無意見，但希望公平，不可亂花，這是最大的原則。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

聽了很多委員的高見，有 3 點說明，1 個回應。第 1 點：

一、第 1 點，有關委員的意見，說明如下：

(一)整個健保法精神，保費是隨收隨付，這是法律的規定，過去 24、25 年來，我們的財務狀態共調升費率 2 次與調降費率 2 次，委員若回顧則知，健保開辦時費率是 4.25%，曾調升至 4.55%，又調 1 次至 5.17%，二代健保開辦時因多收補充保費，一般保費調降至 4.91%，後來則是何委員語提的 105 年從 4.91% 調至 4.69%，補充保險費從 2% 調至 1.91%。過去 24 年這樣的調整頻率，在國際上少有，但我們每次調高費率對社會都有很大的影響，這是台灣獨特的。亞洲幾個國家，南韓、日本也都實施全民健保，他們調整頻率比我們高太

多，幾乎每年都有微調，也就是說醫療支出成長確實高於GDP或保費收入成長。

- (二)就過去經驗，調整費率頻率這麼少的國家很少，我國到目前仍能維持基本的安全準備，是很多人的辛勞，是過去政策支持及政策協力，還有健保會大家一起努力的結果。過去也曾進行多元微調，大幅加徵補充保險費及調整過部分負擔。在大家一起同心協力下，今天健保才可永續至今。
- (三)我們仍有很多問題待解決，過去本署曾多次提出部分負擔調整案到健保會，都不被委員接受。我們要處理指示用藥大家也都有意見，今天大家也提出來一些建議，例如，民眾自費較多，我們用什麼方式減少自費？我們每年協商都持續編列「新醫療科技預算」，主要目的是讓自費部分減少，但自費範圍內容很複雜，有些非醫療、保養品，或維他命的部分，也都不在健保可以處理的範圍。
- (四)大家提到呆帳增加，這與社會環境也有連帶關係，不完全是健保，事實上政府呆帳、各種規費呆帳也有類似情形，不是健保費才有。
- (五)另外我也謝謝有位委員肯定我們最近節流的努力，我們為了要節流付出非常多心力，而且是全體總動員，我不一一說明。在C肝的部分，是短期支出，卻是長期節流，也換得民眾健康。
- (六)大家提的問題，我們過去不是沒有努力，每個階段都嘗試努力，可是今天有個健保會設計，希望在這裡讓大家共同決定重大的事情，但往往提出節流，例如部分負擔，大家都會說浪費還很多，不能談部分負擔等議題，我仍記憶猶新。

二、第2點，有關保險費率部分：

- (一)今天討論的議題是談明年1月1日要不要調整費率。健保會已訂定「全民健保財務平衡及收支連動機制」，當面對財

務要做決定時，有收支連動機制可遵循。各位舊委員一定參與過，新委員也應該看過，我們鎖定下限是 1.5 個月，上限是 3 個月的安全準備，當然收支連動機制是健保會訂定的，也有修改空間。請大家參看投影片第 10 張，今天的報告中敘明 104 年 11 月 20 日健保會所決定的財務平衡及收支連動機制的內容(註)。

(註：健保會 104.11.20 訂定之「全民健保財務平衡及收支連動機制」

- 1.當年起(含)第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。
- 2.當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。)

(二)投影片第 25、26 張是大家關心及關鍵財務推估，投影片顯示，若依照目前估計，明年年底安全準備相當於 1.84 個月，照此估計數據，其實還沒達到我們收支連動下限 1.5 個月的關卡，若調升費率會與收支連動機制不符。但若今年不處理，明年年底安全準備有 1.84 個月，若這樣下去，再過一年，110 年幾乎用完安全準備。而費率要調整，依收支連動機制的規定是調整後要維持安全準備 2 個月，所以費率要從現行的 4.69%，提升至 5.5% 或 5.54%，調幅是 17~18%，非常驚人，過去 2 次調升費率都沒這種幅度，這會造成很大的影響。也有委員提到今年要選舉，調費率的時機與幅度請委員考慮，若要做不同的變更，收支連動機制可能要先修改，否則會與健保會自己定的機制不符。

三、第 3 點，即便今天健保會做任何決定，若有共識，在未來半年到 1 年絕對是全面檢討健保制度的關鍵時刻，不是只有檢討費率而已。但影響財務因素太多太複雜，剛剛委員所提的都有關，包含民眾就醫行為、醫療提供者的行為都包含在內，也許未來的半年至 1 年，我們健保會應該要改變相關討論的內容，能針對重大議題作為討論的焦點形成共識，不是只有費率就能

解決全部的問題，而應該要多元檢討，這 3 點是我想說明的。

四、最後回應葉委員宗義要我們說明電子菸部分，電子菸是國民健康署的職掌，本署管不到電子菸，菸捐也是國民健康署處理。

周主任委員麗芳

謝謝健保署說明，本案討論至現在已經 1 個半小時，顯見各位委員對於健保財務平衡的重視，以下做成幾點決議：

- 一、全民健康保險 109 年度保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%。後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。
- 二、委員就健保財務所提相關意見，請中央健康保險署參辦。
- 三、依中央健康保險署最新之財務推估顯示，在維持現行費率 4.69% 下，110 年底健保安全準備累計餘額為 191 億元，約當 0.32 個月保險給付支出，請健保署預為研議因應，持續檢討並推動各項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之衡平性，以維持穩健之財務制度。

蔡副署長淑鈴

針對主席剛剛的決議，我有個建議，因為任何健保制度的檢討、修正都可能涉及修法，所以這個大規模的檢討，主管機關社保司應該也要納進來，而不只有健保署，還有健保會也應該進來，若大家沒有一起進來參與，單獨健保署也無法做最後的決定，所有的法治應該要健全。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我非常贊成蔡副署長淑鈴的說明，她聽過我的錄音內容，我跟層峰不斷讚美健保署做了很多項目，說了不少好話。我認為今天不列入「非協商因素」納入協商條件，我們付費者只好來提案，建議 110 年起「非協商因素」納入協商條件內容。

周主任委員麗芳

- 一、向何委員語報告，感謝您的高見，因為本案是討論費率調整方案，只能將委員剛剛所提意見，請健保署參辦，何委員您所提的意見，就另行再依剛剛付費者意見，後續再處理。
- 二、剛剛謝謝蔡副署長淑鈴指教，決議第3點當中，我們請健保署預為研擬因應，改為請衛福部預為研擬因應，範圍比較廣一點。接下來請進行討論事項第2案「109年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配」，請同仁宣讀。

肆、討論事項第二案「109 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請幕僚說明。

陳組長燕鈴

- 一、向各位委員報告，本案是討論「109 年度牙醫門診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，需再協定各部門總額六分區的地區預算分配，上個月已完成醫院及中醫門診總額的地區預算分配，本案是牙醫部門的地區預算分配。
- 二、請參閱會議資料第 73 頁說明二，簡要說明牙醫門診總額地區預算歷年執行概況，牙醫部門自 95 年度開始，地區預算已經是 100% 依各地區校正年齡、性別指數後保險對象人數分配，即所謂的 R 值進行分配。因為牙醫部門的 R 值已經達 100% 分配的政策目標，為應牙醫部門內部調整之需，所以自 99 年度起自一般服務預算移撥部分經費用於特定用途，至今每年都有一定的比例移撥預算，做為特定需要的用途。
- 三、請委員翻到會議資料第 74 頁，有關 109 年度地區預算分配，牙醫師公會全聯會 10 月份函復本會的建議方式，請看第四點（一），一樣是 100% 依照 R 值分配，另建議自 109 年度一般服務費用先移撥 22.606 億元用於 4 個項目：
 - （一）「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」：經費 2 億元。
 - （二）「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足弱勢鄉鎮獎勵計畫」：經費 0.8 億元。
 - （三）「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」：經費 0.15 億元。
 - （四）「牙周病統合治療方案」：經費 19.656 億元。

(五)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於「全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」；若再有剩餘則回歸一般服務費用總額。

- 四、請參閱會議資料第 75 頁，經與 108 年度比較，109 年的 4 項移撥用途與 108 年度相同，只有牙周病統合治療方案額度較去年降低，此外，剩餘款用途 109 年新增：若有剩餘優先用於「全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。整體而言，109 年移撥經費 22.606 億元，較 108 年減少 6.116 億元。
- 五、請參閱會議資料第 75 頁第六點，健保署對牙醫師公會全聯會所提建議，意見為尊重醫界內部所形成之共識，另提供移撥經費執行結果，請委員參閱會議資料第 87 頁。後面附表 1 至 7 是本會幕僚提供的試算資料，也請委員參考。
- 六、請委員參閱會議資料第 76 頁擬辦，請委員討論決定是否同意牙醫師公會全聯會來函建議自一般服務費用移撥 22.606 億元，用於上開牙全會建議的 4 項用途，及經費若有剩餘的處理方式；若同意，則於分配六分區預算前，先扣除移撥經費。
- 七、與其他部門一樣，所涉執行面及計算(含移撥經費)等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定，移撥經費執行方式請送本會備查。此外，需保障或鼓勵之醫療服務，由健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於今年 12 月底前送本會同意後執行。

周主任委員麗芳

請徐代理委員邦賢補充說明。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

感謝主席、各位委員，代替王理事長棟源向各位委員報告。109 年度地區預算分配與 108 年度比較，主要的差別是「牙周病統合治療方案」的金額。牙周病是國民通病，疾病分布狀況與國民的居住地沒有很大的差異，其實應該逐漸回歸依 R 值分配預算，但牙周病統合治療方案由專案導入一般服務後，考量各地區的執行率有差異，

若完全依 R 值分配預算，在執行率與 R 值差異較大的地區，會對點值造成衝擊，因此才採逐年遞減利用率分配比率來因應。108 年度移撥經費 25.272 億元用於「牙周病統合治療方案」，是以 90% 的執行案件數及 10% 的 R 值計算，109 年度是以 70% 的執行案件數及 30% R 值搭配，逐年提高 R 值，逐年降低執行案件數的影響度，這是金額上的差別。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

牙醫師公會全聯會建議自一般服務費用移撥 22.606 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足弱勢鄉鎮獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 4 項，其中「牙周病統合治療方案」108 年預算是 25.272 億元，109 年降為 19.656 億元，請問是否能完成執行？

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

「牙周病統合治療方案」108 年預算 25.272 億元，109 年預算 19.656 億元，這只是移撥的經費，而 R 值的調整方式也有助於牙周病統合治療方案的執行。

干委員文男

所以你們的執行方式是保留彈性？

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

我們是逐年提高 R 值的占率。

干委員文男

牙周病統合治療從專案導入至一般服務，牙醫師公會全聯會要有信心做得更好，建議各位委員同意牙醫師公會全聯會方案。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

建議提高第 1 項「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、第 2 項「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足弱勢鄉鎮獎勵計畫」及第 5 項「牙醫特殊醫療服務計畫」之移撥金額，因為 109 年的移撥金額較 108 年減少 5 億多元，希望提高移撥金額，將有助於計畫的推廣。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

今年在協商 109 年總額預算時，牙醫師公會全聯會一直爭取「牙醫特殊醫療服務計畫」的經費，當然我們都知道協商結果，不管有沒有增加經費，請問牙醫師公會全聯會未來有無計劃擴大「牙醫特殊醫療服務計畫」？不論是在社區或之前總額協商時提到要擴大特約院所數。會議資料第 87 頁，108 年第 1 季「牙醫特殊醫療服務計畫」移撥 0 元，第 1 季不是很準確，107 年移撥經費用於「牙醫特殊醫療服務計畫」的實際執行率似乎沒有達到原本的預期，想知道為什麼 109 年不用再提撥，是因為經費足夠？還是有別的計畫？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、首先，我建議同意讓牙醫師公會全聯會的方案通過。其次，我昨天聽了一場演講，發現講者因為很密集接受牙科治療，照射很多次 X 光，罹患甲狀腺機能亢進疾病。所以，我提出附帶建議，希望牙醫部門能改善防輻射措施，許多護理人員幫病人套上遮蓋胸部的防輻射護具，但病人的頸部沒有被保護到，現在發現許多密集看牙醫的人，在連續照射多次 X 光後，罹患甲狀腺機能亢進，該疾病的病因，一個是壓力、另一個就是牙醫治療時的 X 光。

二、希望牙醫師公會全聯會能請會員改善防輻射的設施，這個問題

真的很嚴重，建議防護設施可以同時保護到胸部及頸部。

周主任委員麗芳

請徐代理委員邦賢回應。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

- 一、關於吳委員榮達建議提高第 1 項「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、第 2 項「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足弱勢鄉鎮獎勵計畫」及第 5 項「牙醫特殊醫療服務計畫」之移撥金額，第 1 項及第 2 項是專案計畫，因為專款經費與實際執行有些落差，所以我們用一般服務預算去貼補落差，目的是讓資源不足地區改善計畫不要萎縮，而且還要擴大，這是我們的既定政策，我們也會把弱勢族群照護好。
- 二、關於滕委員西華詢問的未來有無擴大「牙醫特殊醫療服務計畫」，王理事長棟源已經在牙醫界極力推動牙醫特殊醫療及在宅醫療，已經建構相關的措施，包括各公會讓服務醫師能夠有更方便的器具、相關教學，我們已經一步、一步在做，未來相關計畫的服務量，會有顯著提升，這是牙醫師公會全聯會無可避免的及必須要做的社會責任，也是我們的重大方針。
- 三、關於會議資料第 87 頁附件二相關數據，例如 108 年第 1 季結算經費有些還沒有登錄，是因為有一些是年度檢討，第 1 季的數字還無法呈現。
- 四、關於「牙醫特殊醫療服務計畫」109 年移撥經費為 0，我們在總額協商談判完之後，會衡量專案經費是否足夠，若有不足，會從一般服務移撥部分預算支應。「牙醫特殊醫療服務計畫」108 年移補 5 千萬元，是類似預備金的概念；109 年總額協商時，已經增加本項專案經費，我們衡量經費足夠，109 年就沒有繼續撥補。
- 五、關於何委員語提到輻射防護的部分，首先我們會持續鼓勵院所將已經有做數位化的 X 光片存在雲端醫療資訊系統，讓牙醫院所共享，減少拍 X 光片的量。此外，現在有連身型的防護衣，

我們會努力宣導請牙醫院所改善輻射防護，謝謝何委員的提醒與建議。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我想提供一個數字，請牙醫部門以後提供數據時能夠更具體、精確，請參考會議資料第 80 頁牙醫師數，107 年牙醫師數較 106 年增加不到 400 人，但我之前請教牙醫部門，牙醫部門表示 1 年約增加 500、600 位牙醫師，讓我們產生錯覺。最近醫事司在討論波波醫師的管制的問題，牙醫部門關於牙醫師人數成長，是一大的考量，你們說增加牙醫師人數很多，所以要做嚴格管控，但提供的人數成長又不精確，以後請牙醫部門提供正確相關數據，讓我們在政策上可以做正確判斷。」

周主任委員麗芳

一、本案決議如下：

- (一)牙醫師公會全聯會所提地區預算分配案照案通過。
- (二)一般服務地區預算分配方式，以健保署 6 分區業務組所轄範圍區分為 6 個地區，預算 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數分配，自一般服務費用移撥 22.606 億元，用於牙醫師公會全聯會建議之「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足弱勢鄉鎮獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 4 項，並同意移撥經費若有剩餘之處理方式。
- (三)其餘內容依照會議資料擬辦內容，請幕僚協助整理。
- (四)委員所提意見，請牙醫師公會全聯會參考。

二、委員若無其他意見，接下來進行臨時提案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第三案(臨時提案)「健保會 108 年第 8 次委員會議(108.10.25)決議通過，109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥 3,200 萬元作為風險調整基金，然經考量後，建議修正為 4,200 萬元，提請復議」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案委員說明。

柯委員富揚

- 一、首先感謝健保會所有委員，同意我們地區預算分配時，提列風險調整基金 3,200 萬元，我們會後經過仔細計算，認為額度調整成 4,200 萬元會比較適當，並且在中醫師公會六區分配會議上取得共識。
- 二、關於風險調整基金的分配方式，除了東區之外，其餘五分區的鄉鎮市區，只要該分區當月月底僅有 1 家中醫特約院所提供服務，我們會將點值補到最高每點 1 元的差額；若有剩餘，50%撥給臺北分區，50%撥給北區分區。
- 三、我們的計算依據，係以各分區戶籍人口數占率提升 2%計算，所需費用是 4,100 萬元，因為撥補到其他五分區時，費用可能會多出 1、2 百萬元，建議風險調整基金擴編成 4,200 萬元，考量未來各種可能變化因素，比較符合實際需求，懇請各位委員同意。

周主任委員麗芳

依序請葉委員宗義、林委員敏華及蔡委員登順。

葉委員宗義

我與干委員文男有連署本案，支持本案，建議同意中醫師公會全聯會提案。

林委員敏華

本案不涉及其他總額預算的調整，而是中醫內部針對各區預算分配情形做詳細的計算，建議其他委員同意本案。

蔡委員登順

- 一、中醫部門所提的風險基金分配方式，是自一般服務預算移撥的，用於補中醫資源不足地區的點值，立意良善，原則尊重。
- 二、提出對未來的建議，從健保署提供的風險調整基金調整結果，用於偏鄉的占率不高，建議未來在討論 110 年風險調整基金分配方式時，能檢討補助資源不足地區的執行方式。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我提議通過本案。

周主任委員麗芳

如果各位委員沒有意見的話，本案就照案通過，同意復議，109 年度中醫門診總額一般服務地區預算之風險調整基金額度調高至 4,200 萬元。接下來 2 案是何委員語提案，先中場休息 10 分鐘。

(中場休息 10 分鐘)

陸、討論事項第四案「108 年度西醫基層總額『家庭醫師整合性照護計畫』經費新臺幣 28.8 億元，建請健保署提供全國參與此計畫之『醫療管理服務公司或組織團體』有多少單位，請提供名冊給委員參考案」及「建請健保署將 107 年度西醫基層總額『家庭醫師整合性照護計畫』經費新臺幣 28.8 億元之支出，依各縣市診所參加明細，提供明細表予健保會委員參考研究案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請何委員語補充說明。

何委員語

- 一、主席、各位委員，本案提案人是 4 位委員，但不是只有 4 位，實際上是很多位委員支持。我和林委員錫維討論過，認為這 2 個案子比較敏感，如果最後送到檢調單位，會有揭弊的內容，所以沒有邀請其他委員連署，所以提案人只有雇主代表 2 位、勞工代表 2 位，但不是其他 3 位雇主代表委員和被保險人代表委員不願意連署。
- 二、本案是依據健保法第 5 條第 1 項第 5 款規定，監督健保業務，確保醫療品質提升，家醫計畫實施到現在，已經投入 200 多億元，最近我去實地訪查，有收集醫療管理公司、業務員的名字，我也可以說出某位業務員徵詢診所加入時的內容。我理解健保署同仁是公務人員，面臨立委關切的壓力，承擔醫療團體的關心，或許健保署同仁確實不知道，也可能是避重就輕，我現在要請健保署說明社區醫療群成立計畫執行中心，執行中心如何運作、運作的內容、以及運作方法。
- 三、我訪查後得知分配錢的相關資訊，但我今天不願意將資訊透露出來，沒必要現在就公開，請健保署先說明社區醫療群成立計畫執行中心是如何運作、有多少成員、有多少位醫師加入及多少醫療群加入，請問全國沒有仲介公司嗎？我需要了解，希望

你們說明運作方法，不然我們投下這麼多的錢，怎可能不去追蹤這筆錢怎麼運作及分配。

周主任委員麗芳

先請周委員穎政，再請林委員錫維。

周委員穎政

- 一、剛剛何委員語提到監察院，讓我有點擔心，因為監察院是監督公務人員，現在何委員語要請健保署同仁說明，若何委員語已經決定提送監察院，我建議直接提送，不然健保署同仁今天答覆的內容，未來會不會讓他們有被監察院糾彈的可能，這樣有點強人所難，若是這樣，可能要給他們一點時間做準備。
- 二、我有點懷疑健保署是否有診所與外部單位訂契約的資料，還是健保署必須要再花時間收集？資料收集的過程是否符合健保署與醫療院所訂定契約的法律關係？若符合法律關係，則你的要求是合理，否則今天健保署回答會有風險，因為可能會成為糾彈對象，健保署手頭上也可能沒有資料，我建議直接提送監察院，每個人都可以這樣做，建議不在這裡深入討論。

林委員錫維

- 一、我很認同何委員語提出本案，家庭醫師整合性照護計畫是個非常好的計畫，我們不希望勞務仲介介入，勞務仲介介入的話，會找人頭，我們希望計畫可以落實照顧這些病人。不是說家醫計畫有什麼不好，而是現在有聲音說家醫制度好像被扭曲，我們希望能夠矯正回來，假如真正少部分有這樣的行為，希望依照相關法規處理，這是非常重要的議題。健保署提供參加人數545.8萬人，有6,600多位醫師參加計畫，我想瞭解計畫是不是可以確實照顧這些民眾，所以我支持本案。
- 二、關於周委員穎政提到請何委員語直接提送監察院，我想問題沒有那麼嚴重，假如真的有這樣的行為，希望醫師能夠配合，讓好的醫師可以受到真正公平的待遇。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我提出程序問題，原討論事項第 3、4 案的案由都是請健保署提供資料，如果純粹是提供資料的話，委員可以直接請健保署提供資料，不應該列在討論案。如果列在討論案，應該要告訴我們到底要討論什麼，請問是討論是否同意付費者代表請健保署提供資料嗎？若是要資料，我記得所有委員都有權利，過去健保署也都很配合，若不能提供，則會說明理由，建議先釐清討論內容。

周主任委員麗芳

謝謝盧委員瑞芬提出的意見，建議今天還是把這 2 案討論完。對於未來做法想徵詢委員意見，建議未來委員若要請健保署提供資料，請透過健保會轉請健保署提供，或由委員直接請健保署提供，若健保署無法提供或不願意提供時，才提到健保會。

何委員語

我們曾經要求健保署提供一些資料，健保署拒絕提供，我之前有個提案也是如此，我想周執行秘書淑婉很清楚，所以我們只好提案。未來向健保署索取資料，還是要透過提案，這才是正常程序。今天健保署的答覆並不是很明確，我在擬辦也提到，希望周委員穎政不要抹煞委員的提案權、發言權，如果健保署不能提供資料，因為我沒有調查權，只好請監察院調查，請公務人員把那些資料呈現出來，我的擬辦是希望在 11 月底前將名冊、收取多少百分比的仲介管理費用提供委員參考。我曾聽到有位家庭醫師說開價 30%，我的擬辦寫得很清楚，並沒有提到要移送監察院，但如果健保署不提供資料，我只好請監察院調查，因為我要不到資料，希望周委員穎政不要抹煞付費者委員的發言權及提案權。

周主任委員麗芳

一、今天健保署蔡副署長淑鈴及同仁都在場，相信健保署都是很熱心、樂意協助委員。我們先就提供資料的問題，藉由這個場合向健保署請託，委員請健保署協助提供資料的部分，請盡量幫

忙。

- 二、剛剛何委員語擔心健保署不提供資料，建議大家有個共識，若委員提案到本會要求健保署提供資料，請檢附曾經聯繫健保署不願意提供的具體過程，本會就受理。若健保署已經提供，就節省大家的時間，不需要提到本會。請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、很感謝何委員語對家醫計畫的關心，我們很清楚這個計畫的執行中心，只有醫療機構能做，包括診所或是合作醫院，目前計畫內容只允許相關醫療機構可以執行。聽到何委員語有明確的證據，說有團體甚至公司介入，我們也很訝異，說實在不只付費者不喜歡，我們醫界也非常不願意看到這現象，我個人是極度的討厭，所以如果有相關資料，建議何委員語可以直接提供健保署，若真有這樣的公司，請何委員語將這些所謂的老鼠屎，提供給健保署處理。
- 二、第2點，因為上次何委員語有提過，相關委員有提過，甚至有人委請鄰里長造冊乙事，我們聽到也很訝異，基於這點，我希望是這樣...

何委員語

我們從沒有提過這個，希望不要誤解、誤導，可以查以前任何的會議紀錄，或私底下的談話內容，我們從來沒有講過這句話，不要誤導成政治議題，這是很不對且不應該的事情。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

請先讓我說明，如果有類似的情形，醫師公會也願意配合處理。明年家醫計畫內容中，我們已經主動提出，假如家醫計畫的執行中心，將核心業務委由非醫療機構執行者，將以最嚴厲的標準退出本計畫。目前案子已經送到健保署，當作明年的修訂標準。若有誠如何委員語說的這些情事的機構，也請健保署不要寬貸，說實在我們也不希望讓社會大眾失望的事件一再發生。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

我要對於剛剛通案表達意見，原則上我支持剛剛主席的裁示，即委員若有需要資料，先向健保署提出需求，若健保署認為有困難再提會討論，這我同意。但我認為應該有些前提，如涉及個資，無論是廠商、機構個資的問題，健保署應該要保留，不然會變成提到某個醫師、某家醫院、廠商，或是某一顆藥，這樣就會太有針對性，我覺得不妥，對於剛剛主席的裁示，建議就這部分做修正。

周主任委員麗芳

委員有沒有其他意見？請周委員穎政。

周委員穎政

我針對家醫計畫提出一個整體的看法，個人也非常支持這個計畫，因為它非常重要，假如整個醫療費用要省錢的話，一定要投入更多的資源到基層強化其能力。今天有一個問題，憑良心講，砍的那些錢也真的不是多少錢，在錢不多的情況下，成果很難呈現，還是要再回過頭來大家好好檢討，如何讓大量病人能在基層順利治療，相信醫院在某程度上會同意，因為醫院門診壅塞的情形也確實不對，醫院應該要逐漸把人力用在重症、住院，要求在這方面有合理給付。分級醫療核心關鍵是要壯大基層，所以就目前這些預算，在我看來是相當不足，某個程度上如果要再檢討，應該是如何擴大讓基層，讓其更有能力照顧民眾，我完全附和周委員穎政的意見。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

附和剛剛周委員穎政的發言，但我可能要提醒周委員穎政，所謂的基層，事實上醫院當中還有地區醫院，而地區醫院也是基層的一部分，不是所有醫院都做急重症，拜託也請周委員穎政謹記地區醫院在基層扮演的角色其實非常重要，也希望周委員穎政以後能多替地區醫院爭取更多的預算與支持。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、家醫計畫在 10 幾年前，最早是從台大醫院跟我們聯新國際醫院（前壢新醫院）一起做的，執行 2 年後，才把這個案子交給健保局(健保署前身)，到全盛時期 500、600 家診所一起合作。前年要砍這項計畫費用的時候，我也向大家報告，各委員也繼續支持這個計畫。
- 二、有關醫療管理服務，上次我也有提到，如同血液透析外包的情況，我想我應該最有資格講，因為我的醫院所有科別都沒有外包，我們的醫療群也算是台灣最早期的，發展的也不錯，目前有 70 幾家診所跟我們合作，成果也算是相當不錯。雖然醫療管理服務可能真的有仲介抽佣，但其實很難去查，如同健保署意見說明，家醫計畫係以照顧結果為導向的獎勵支付，計畫未限制提供醫療管理服務等行政作業，需要由醫療群自行作業，我認為這是合理的，但應該要再加一個說明，大家要照規矩做，只要照規矩做，不管誰來做這件事情，都可以做好，但其中如果有做假，這就不好了。
- 三、稽核的重點是，有沒有作假才是最重要的，如果沒有作假，院所願意把利潤分一點給醫療管理服務組織或團體，少拿一點但節省人力、物力，我覺得這不需要管、也管不到的。所以應該要了解中間有沒有因為自己不會做，就叫醫療管理團隊做，因為醫療管理團隊與院所分成，醫療管理團隊認為院所賺越多，它也分越多，這樣就可能有虛報的情形，沒有做衛教卻說有衛教，所以我們應該嚴格稽核，即使沒有外包，院所自己作假也不應該，應該要朝這方向處理，要相信所有基層醫療院所與合作院區，大家只要正規做，就應該受到鼓勵。

周主任委員麗芳

請張代理委員孟源。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

- 一、我認為家醫計畫執行面確實相當嚴格，像我自己有參加和平社區醫療群，有些患者在診所無法得到進一步的檢查，我們會安排他到醫院門診，這段期間檢查到好幾個大腸癌、肺腺癌，因為診所多數沒有 X 光設備，我們可以和醫院合作，利用醫院資源，同時我們也會要求民眾施打流感疫苗、子宮頸癌篩檢，並到社區服務，鼓勵里民運動、生活型態的健康照顧。
- 二、我們醫療群，有一些群的醫師數比較多，診所所有假日開診，可以滿足民眾看診的需要，此外社區醫療群是有定量的指標，相信健保署可以提供給委員知道，它的評核是有科學、量化的數據，參與診所會被評核為良好、特優或普通等。
- 三、至於會員的收案，多數是健保署根據重大傷病或是指定疾病，不是由診所自己收，只有在表現較好的診所，1 個人可以多收 100~200 個指定會員，多數還是由健保署提供會員名冊，根據病人的疾病嚴重度來收案。
- 四、有一件有點漏氣的事情我還是要說，雖然我們這麼努力去做，但有時候健保署還是把我們打不及格，就被退群，並不是說有濫收的情形，可能是因為照護指標分數未達到預期，我們今年雖然很努力做，但分數也不高，可能也會被退群，所以我不知道為什麼會有這些特別的聲音出現，或許如同黃代理委員振國說的少數個案，大多數都是已經很努力做了，週日也還有人開診、到醫院去看門診、到社區服務等，都可能會被退群，我相信表示大多數的醫師都很認真在做。

周主任委員麗芳

在此徵詢提案委員還有各位委員的意見，因為原討論事項第 3、4 案，這兩案其實是相通的，現在討論的內容也都融在一起了，請問委員是否同意這兩案併案？(委員回應：同意)就併案討論。先請何委員語，再請張委員煥禎。

何委員語

- 一、在提案說明有提到，擔心勞務仲介的行為良莠不齊。11年前我也很支持家醫計畫的發展，今天聽到很多基層醫師反映的內容，裡面有好有壞，我希望健保署也把勞務仲介公司納入管理，給予其合理的管理費，我並沒有反對使用勞務仲介公司，而是和勞動部一樣，將仲介公司納入管理，合法抽仲介費，健保署應該合法納入管理仲介公司的行政作業，合法的收管理費，不應該如那位家庭醫師說的抽佣 30%，太高了嘛！
- 二、不可以一直想扼殺委員的提案，主委如果這樣扼殺我們的提案，我要寄存證信函給你，委員本來就有提案權，怎麼會說不能提案，不能做主委就有權力這樣裁決，這是健保法給予付費者委員的權責，有監理的職責，也有協商金額的職責。
- 三、我今天提案，就是因為聽了很多聲音，希望把醫療管理服務納入管理，合法管理、合法收仲介費，讓家醫計畫健全發展。因為大家一直發言，到現在還沒有回答，我詢問社區醫療群成立計畫執行中心，這個中心也要花錢，每個中心大約要花多少錢給工作人員的工作行政費用，我們也要弄清楚，今天提案就是要依照健保法條文精神，對他們進行稽核，確保醫療品質的健全，不是提一個案就是政治議題、選舉、動員，我們沒有講過這些話。這是心裡有鬼嘛！我們是很友善的提案，希望給委員研究、參考這些資料，合不合理？正常不正常？有沒有管理機制？一個群的執行中心占多少費用？
- 四、原討論事項第 4 案，有人跟我講說某位家庭醫師，去年做家醫計畫 1 個人就分到 300 多萬元，我說怎麼會這麼多？支付每位醫師個案管理費上限規定不是才 1,080 名嗎？怎麼可以分到 300 多萬元？我們無法證實訊息、蒐集證據，所以我才提案要求提供各縣市參與計畫的診所支付管理費用明細，結果現在都不給我們看。
- 五、至少要提供各縣市參加家醫計畫的前 20 名診所領到多少錢，不用列出名字，第 1、2、3 名分別領多少費用，還有倒數 10 名

領多少錢，列出 1 張表給委員參考，不必列出醫師的資料，怎麼會有個資的問題？就是健保的經費，沒有個資，只是單項的家醫計畫資料，難道這都不能提供給委員參考嗎？台北市前 20 名、最後 10 名診所各領多少費用，給委員參考、判斷，家醫計畫執行是否合理，發展是否健全、正常？

六、我們只是要這些資料，結果健保署的回復含糊籠統，這樣我們怎麼知道費用是如何花用的？家醫計畫 108 年西醫基層部門爭取到 28.8 億元，不夠，109 年要求要 36.8 億元，增加 8 億元，明年如果又要爭取增加經費，合不合理？我們希望有資料來判斷，合理就支持，不合理就不支持。

周主任委員麗芳

先請張委員煥禎，再請黃代理委員振國。

張委員煥禎

- 一、彼此應該是有一點誤會，其實沒有說不給我們發言或反對提案。其實該不該給，我覺得就像陳委員炳宏說的，一切依法辦理，該給就要給，法律上規定不能就不要給，有模糊地帶就釐清。
- 二、幾年前健保會委員曾經去我的醫院參觀指導，也考察所有我們醫療群的東西，我同意周委員穎政說的，計畫做了那麼多年，應該好好趁這個機會全面檢討。我舉我自己的醫療群為例，我醫療群的病人甚至可以到我的醫院，由我醫療群中以前在榮總、台大出身的外科醫師來我院主刀，現在很多醫院不願意這樣做，因為總額是固定的，這樣做會吃到醫院的總額，但是我們為了支持醫療群，還是會提供醫院的資源給醫療群的醫師到我院門診或手術。
- 三、但有時候就會有劣幣驅逐良幣情形，為什麼會被退群，我覺得因為有些制度也不理想，今天既然何委員語提出，大家就好好檢討一次，因為執行很多年了，差不多也應該要檢討了。我的兩個建議是，第 1 個，資料提供與否就依法辦理，第 2 個，大

家也都肯定家醫計畫要繼續，每年都有微調，多年來也都有改進，建議組成小組或由健保署評估，徹底檢討一次。

周主任委員麗芳

請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、據我了解，多數醫療群是由執行中心、診所、共同合作醫院組成，以我們基隆為例有 7 個群，其中 4 個群在基隆家醫裡面，我們執行中心的 4 家診所，沒有收取任何行政佣金，所有的費用是由各診所實際耗用均攤，所以我們沒有這個問題，沒有所謂行政公司來抽佣的情況。
- 二、實際是有類似這樣組織的醫療群，但因為他們的執行中心有必要的行政費用與開支，所以有收取固定成本，但是據我了解，都是由醫療院所或是合作醫院來擔任這個角色。
- 三、剛剛何委員語說，1 位醫師拿到 300 萬元，就現今的計畫，收案會員每人支付費用是一年最多 800 點，就是在各項成績，包括個案管理費、品質費、VC(以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用)與 AE(社區醫療群登錄個別診所會員實際申報西醫門診醫療費用)差值，全部拿滿分也只有 800 點，去年的點值才 0.7 多，等於成績最優的群每人支付費用只能收到 500 多元。
- 四、因為有些診所可能有 1~3 位醫師，每位醫師照護上限是 1,080 名加上約 200 名可自行收案個案，所以每位醫師的個案管理費上限也只有 1,280 名，單一醫師即使成績表現非常好，也達不到何委員語所說 1 位醫師 300 萬元的數目。可能的情況是，如果聯合診所因為參與醫師多，它的會員就相對多，單就這樣的診所是有可能達到這數目，所以希望健保署在提供資料時，能明確告訴各位委員，家醫計畫的診所照顧多少位家庭會員、多少醫師參與，避免有一些在都會區診所或是屬於聯合診所，因為病人數比較多，而呈現單一診所領取家醫計畫費用相對較高的情形。

周主任委員麗芳

先請許委員美麗，再請趙委員銘圓。

許委員美麗

- 一、我想要釐清的是健保會委員的調閱權，有沒有相關規定，規範委員執行職務時，什麼狀況下可以申請調閱？我認為這是健保會必須建立的制度。委員會提出這2案，也是認為因為職權需要，但調閱不到資料，我也當過公務員，能理解公務員不可能每個人來要資料就給，給或不給？對職責行使上會產生很大的問題。
- 二、因此建議健保會應該建立制度，委員在什麼狀況或說明了什麼理由的條件下，具有調閱權；其次，調閱權要用什麼形式去行使。這不是這本案要解決的問題，而是本案解決後，需要通案考量，委員在什麼狀況下可以申請調閱，有賴健保會建立制度及流程，以利承辦人員據以執行。否則今天這個案子決議通過可以調閱，下一個委員說另外一個案子也要比照調閱，那可不可以？在很多情形，調閱權都需要經過規範，不是可以或不可以，而是在什麼狀況下容許調閱，調閱申請程序為何？
- 三、在本案決議之前，大家需要思考在什麼狀況下、用什麼方式申請，准許委員有調閱權或調閱範圍為何，委員有執行職責的權利義務，但承辦的公務員也有職責上須顧慮之處，所以請各位委員思考要如何擬訂、決議委員的調閱權，即什麼狀況下准許調閱及申請流程為何。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

這個案子應該沒那麼複雜，一個是健保署是否可以提供資料，另一個是可否把醫療管理服務組織納入管理？這應該是何委員語提案的主要精神。照理說，家醫計畫的費用是由健保支付，既然是健保會通過的總額協商費用，這些費用要如何使用或分配，委員應當是有

權利知道。

周主任委員麗芳

請健保署回應說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝何委員語及其他委員提出對家醫計畫的關心，可能有一些想法想要進一步了解，這份用心也很敬佩。有關索取資料的部分，只要不涉及隱私，過去也是提供非常多資料給委員，大家若是對我們有善意的指教，我們都願意當面解釋並提供數據，相信各位委員過去都是有經驗，所以健保署並不是拒絕提供資料的單位，這是首先我要說明的。
- 二、至於委員關心的仲介或委託管理顧問公司的事情，這就不是健保署例行收載的資訊，家醫計畫明確規定，要成立計畫執行中心，執行中心要做的事情，包括要提供 24 小時的電話諮詢服務、個管、衛教，都有寫在計畫方案裡面，行政機關就是按照雙方訂的計畫去執行，願意參加家醫計畫的診所，計畫執行中心一定要做到計畫所要求的，若因為人力、時間力有未逮，而把部分工作委託給其他單位執行，我們是以結果論。
- 三、過去在家醫計畫執行過程中，確實有規範對於把部分勞務委託的家醫群，絕對不可以讓第三者接觸到有關病人資料，而且在幾年前的檢討會議中也有不斷要求，如果有洩漏病人隱私，是期期以為不可，另外也不可以涉及不當廣告，如果有就是退出，這都可以用個案退出來處理。
- 四、至於委員關心可能有抽取管理費的部分，因為涉及診所與私部門的合約，究竟要委託多少勞務，或者只是委託一些文書工作，牽涉工作的多寡以及如何跟外部單位分擔管理費的問題，因此向何委員語報告，健保署手上沒有這部分的資料，假定委員仍認為有需要，醫師公會也覺得恰當，是要額外用調查的方式蒐集，至於調查的資料是否與事實相符，因為調查是對方告訴我們資訊，這部分要先向委員釐清。

五、委員希望知道家醫計畫額外給的費用，當然項目很多，包括管理費、成效獎勵費等，委員希望知道前幾名或列出個人資料，若委員把需求講清楚一點，這部分我們應該是可以提供，我們有的資料只要不涉及個資、營業機密等私密內容，都非常樂於讓何委員語了解。在這個計畫裡確實有表現很好、各項指標都達標的醫療群，每年可以得到比較好的誘因；也有表現得不好的醫療群，相對可以拿到的錢也非常少，甚至有被退出的風險，當中其實落差很大。如果說計畫中有拿很多鼓勵款的家醫群，基本上就是因為它的各項指標表現都很好。在維護個人隱私的前提下，本署從未對委員需要的資料關起門來，過去委員應該都能深刻體會到，例如每月業務執行報告中，很多資料都是健保署撰寫、整理出來的，以上說明。

周主任委員麗芳

非常感謝蔡副署長詳盡說明，請何委員語。

何委員語

- 一、非常謝謝蔡副署長的說明。我曾透過健保會向貴署索取資料被拒絕，要求我在委員會議裡提案，所以我只好每次都提案。我在今天的 2 個提案裡寫得非常清楚，目的是要請健保署提供資料給所有委員參考，不是只給我何語。因為目前坊間醫師對家醫群的說法紛雜、有很多謠傳，為了釐清這些謠傳，我必須索取資料，才能反駁回去。實際上我很用心，一直不斷地訪查民間醫師，但是每個人所講的內容都不相同，並不是沒有收集資料。
- 二、健保署今天針對會議資料第 88 頁提出的回復意見也是避重就輕，若願意詳細講解、專案報告或提供書面資料我也同意，不然我們也是被很多基層醫師的說法弄得霧煞煞，甚至有人會說「不用浪費錢...」一大堆。
- 三、關於會議資料第 89 頁第 4 案，是因有人謠傳一個醫師收 1、2 百多萬元，假如這是一個家醫群的管理費，我們認為是很合

理，請健保署提供相關的說明。實際上，我聽到很多醫生、甚至是本會委員告訴我，也有醫療器材供應商、健康食品供應商想加入家醫群，對方說 2 年前曾經跟健保署反映過這件事情。所以我是弄要弄清楚，不要讓人懷疑家醫群使用的經費是浪費的、不應該的、不合理的，我今天是要讓它合理化。蔡副署長剛才提到如果醫事服務機構人力不足，會請「勞務公司」來配合並且付費給它，這個機制合理，我們也支持，我沒有講不可以。我的意思是合理的費用我們一定要給人家，但希望將其納入管理機制，使它健全，我在提案裡寫得很清楚，希望健保署能很清楚的提供資訊讓我們理解，不要再讓我們聽其他醫師給我們不同的內容。

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

我雖然是新委員，但很多問題不用去調查，都是找周執行秘書淑婉，她就會回答我了。新委員不是不發言，而是很多問題都在周執行秘書淑婉這裡私下處理好了，不用在會議裡處理，所以我在這裡要替健保會講一些話，但我還是很敬佩何委員語對整個健保會的貢獻，謝謝。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

我沒有要發言，只是想提醒蔡副署長淑鈴剛才沒有回答我的建議，我是建議成立一個小組或專案來檢討家醫計畫案。

周主任委員麗芳

一、很感謝許委員駢洪對健保會同仁的肯定，也向各位委員報告，爾後若請健保署提供資料有困難的話，健保會絕對竭誠幫助大家，盡可能使命必達，相信健保署也會給予協助。

二、本案預擬決議為：委員所提意見請中央健康保險署參辦，並請

中央健康保險署在適法的前提下，盡速提供相關書面資料予委員參考。

張委員煥禎

我的問題還是沒有回答。

周主任委員麗芳

您的部分就是請健保署參辦，他們就會研究可行性及後續處理。

張委員煥禎

我係卡細漢嗎(台語)攞不用回答嗎？因為參辦往往沒有消息了。

周主任委員麗芳

不是，請委員給健保署一點時間檢討。

何委員語

主席，健保署甚麼時候提供這 2 案的內容資料給我們？我希望講出時間點好不好。

周主任委員麗芳

蔡副署長淑鈴說下次健保委員會議的時候他們可以提供。

何委員語

12 月份委員會議可以提供給我們，OK。

周主任委員麗芳

原討論事項第 3 案、第 4 案已併案討論完畢，接著進行第 5 案「建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全」。

柒、討論事項第五案「建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請問提案委員需要補充說明嗎？(陳委員炳宏示意不用)請社保司說明。

商委員東福

- 一、謝謝主席、謝謝各位委員。首先感謝幾位提案委員，包括陳委員炳宏，長期對健保財務的關心，很令人敬佩。因為這議題已經討論很久，我很高興今天會議時間還很充裕，讓我有比較足夠的時間說明，因為之前每次說明時間都很趕。
- 二、整個政府應負擔健保總經費的計算方式，不論是從法制面或合理性，我們過去都討論過。健保法的主管機關是衛福部，又以社保司為主要幕僚，所以其實我們對健保法的規定有解釋的義務與權利，但因為委員長期關注這議題，所以我們也採最嚴格的標準進行相關解釋。事實上，我們在討論 36% 議題的過程中，曾與行政院召開好幾次跨部會的協調會，包括主計總處、國發會等單位都參與其中，我們最後甚至還請法律專家一起討論計算方式。
- 三、陳委員炳宏關注的主要有 2 個議題，第 1 個是健保法施行細則第 45 條將健保法以外的其他補助列入政府負擔是否適法，陳委員炳宏很用心，在很多場合例如工商協進會與行政院長官見面的時候都提出這問題，而且加了新論點，等一下有機會我一定會說明。第 2 個爭議是政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的計算方式，尤其在現在營運短絀時，陳委員炳宏有相當見解。
- 四、希望今天能有比較多時間，讓我有機會向大家說明，也希望在座很多公正人士提供高見，讓這案像中華隊陳俊秀打全壘打，一錘定天下，以後不要再討論這問題，因為部長也跟

大家承諾，在將來修法時一定會修改過來。

五、陳委員炳宏提出的第 1 個爭議是計入 36% 的政府補助保險費範圍，現行健保法施行細則第 45 條是規定「政府依本法與其他法律」，所以「依法律」的範圍就很廣，不是只有依健保法第 27 條及第 34 條分配的補助保費。一代健保時，依據本法第 27 條這樣的保費分配結果，都是民眾、雇主及政府各 1/3 左右；但是二代健保並非如此，所以當時政府主計總處認為細則第 45 條應該是可以將所有法令的補助保費都算是政府負擔的，在座不管是干委員文男、滕委員西華都參與過，105 年時我們也是進到立法院協調施行細則第 45 條。也就是說，陳委員炳宏或其他委員屢次提醒我們的施行細則第 45 條，其實在法制面是已經經過立法院審查的程序，當時很多委員包括干委員文男及滕委員西華都在場，滕委員西華現在是公正人士，希望您等下幫我擊一個全壘打。當時就談好有哪幾項是真正可以算是政府付的。

六、我用一個例子跟各位說明歷來陳委員炳宏與李前委員永振的主張：以健保來講，本來現在應該是民眾與雇主共出 64 元、政府出 36 元，為了簡化說明，我就假設民眾、雇主、政府三方都是各出 100 元，就是以前一代健保的負擔情形。我們假設政府要出 100 元，民眾也要出 100 元，但是民眾的 100 元中，有 2 元是政府補助，是政府替民眾付的錢...(同仁按鈴)，有發言時間限制嗎？

周主任委員麗芳

請同仁不須按鈴，讓商司長有充裕時間說明。

商委員東福

一、上次會議我的發言時間被壓縮到只有 3 分鐘，以至於陳委員炳宏不大了解我的意思，所以我想還是有必要解釋清楚。民眾付的 100 元中有 2 元是政府補助的，所以我們主張這 2 元還是政府付的，當民眾跟雇主各出 98 元跟 100 元，民眾與雇主平均

起來是分別各出 99 元，所以政府相對出 99 元就好。然後，因為政府已經在民眾那邊補助了 2 元，所以應該付 99 元減 2 元，政府只要付 97 元就好。但大家如果沒有記錯，陳委員炳宏跟李前委員永振一直提到，不是只有 68 億元，還有相對的 36% 部分，就是 38 億元，這數字是怎麼來的？就是現在要說的。陳委員炳宏、李前委員永振和一些委員主張，這 2 元我給你算是政府出的，但是還是要算是民眾付的，意思是說這 2 元雖然是政府付的，但民眾還是付了 100 元，所以政府要相對付 100 元，頂多是可以扣 2 元，所以政府要付 98 元。

二、所以剛剛講的第一個我們主張的正確算法，就是現在我們經立法院通過的計算方式就是付 97 元，李前委員永振與陳委員炳宏希望付 98 元。但是上次工商協進會在台中開會，陳委員炳宏特別出席，我也有到現場，陳委員炳宏提出說，「OK！OK！我讓你算」，但是 2 元這部分需要設上限，只能計入 1 元，我讓你 2 元裡面的 1 元算是政府出的，假設在陳委員炳宏的算法下，政府幫民眾付了 2 元，政府該付的 100 元，只能減 1 元，還要付 99 元。但是如果是依據我們主張的算法，因為政府補助給民眾的 2 元，不能都算是民眾付的，所以等於是我只能給你減 1 元，就是剛剛講的 99 元，按照我們的算法還是付 98 元。大概是這個概念，這是第 1 個主要的爭議，還有另外變形的爭議，就是陳委員認為要設一個補助上限，例如補助 2 元但只把 1 元算入政府負擔的保費。

三、第 2 個爭議，政府應負擔的 36% 要怎麼算，這個提案或陳委員炳宏、李前委員永振的主張是說，因為雇主、民眾各出 100 元，那政府也應該出 100 元，這樣合理嘛，因為健保法第 17 條規定，保險經費扣除菸捐等法定收入後，「由中央政府、投保單位及保險對象分擔之」，這個概念就是民眾、雇主、政府都各出 100 元。但之前發生一件事情，委員跟我們也有去努力，就是主計總處認為假設雇主、民眾各出 100 元，最後只支出 240 元，加上應提列的安全準備 30 元，就共計 270 元，270 元由三

方分擔各 1/3，政府出 90 就好，但是當時大家覺得不合理，所以我們去跟行政院爭取，最後他們也同意衛福部的計算方法，也就是說，雖然只支出 240 元加上應提列的安全準備 30 元，總經費共計 270 元的 1/3 是 90 元，但是因為雇主、民眾都各出 100 元，所以政府也要出 100 元，超出 270 元的部分就提列為安全準備，當時我們也順利地爭取到了。

- 四、本案陳委員炳宏現在的主張是，政府、雇主、民眾都各出 100 元，支出 340 元加上應提列 20 元安全準備共 360 元，三方均分各要出 120 元，政府應該出 120 元，現在的癥結是在這裡。
- 五、但是我們認為健保安全準備的設計，本來就是當支出(340 元)超過收入(300 元)時，超過的部分可以用以前我們大家共同出 1/3 存下來的安全準備去填補，這就是我們一直講的實際營運值，實際營運值就是會有正有負，就是把支出 340 元減掉實際營運值 40 元(即 340-40)就變成 300 元，除以 3 等於 100 元，也就是政府還是一樣付 100 元，因為安全準備有剩啊！這件事情我們也承諾，將來如果修法會納入，因為大家都知道二代健保本來是要採家戶總所得制，民眾出多少保費是用家戶總所得做基礎計算出來的，當時為了要確定政府至少要負擔多少保費，才會訂一個 36% 以上的比率，可是因為後來改採補充保費，致使現行法令的設計遭受大家質疑，只不過因為我們是主管機關知道修法的中間過程，所以我們才會說這樣計算是合法的，希望不要再說我們沒有做到法遵，事實上法遵就是公務員的基本守則。
- 六、陳委員炳宏針對第 2 個爭議增加一個主張，他認為依據健保法第 76 條第 1 項的規定，安全準備來源包括菸捐、滯納金、保險收支結餘(現在是負數)等項目，都是不能動用，都是要提列到安全準備。可是衛福部的主張是說，這條規定只是列舉安全準備的可能來源，並非指菸捐全部都要放到那邊去變成正數。也就是我剛才講的，我們用了 340 元，衛福部的主張是說可以用健保以前累積的安全準備 40 元回墊短絀，讓支出變成 300 元

後由三方均分，三方出的錢一樣，這樣公平嘛；但陳委員炳宏是主張不行，不但不能帶負數，而且還要帶正數，健保雖然有菸捐挹注，但那屬安全準備來源，所以在計算應提列之安全準備時，都要正數加上，所以變成政府要多付一點。

(註：健保法第 76 條第 1 項：本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：1.本保險每年度收支之結餘、2.本保險之滯納金、3.本保險安全準備所運用之收益、4.政府已開徵之菸、酒健康福利捐、5.依其他法令規定之收入。)

周主任委員麗芳

感謝商司長詳盡說明，依序請干委員文男、陳委員炳宏發言。

干委員文男

商司長的說明好像繞口令，在場委員聽得懂的請舉手？有幾位？只有您能聽懂而已。這個問題很簡單，當初二代修法原意不是這樣，政府應負擔健保總經費法定下限的「36%」是下限、不是上限，這樣表示您的基本觀念錯誤。還有以前李前委員永振的理論是，施行細則第 45 條所列的補助保費，其實應該是政府拿錢給民眾，民眾再繳納保費，不然現在的計算方式變成一筆金額扣 2 次，這部分理論有問題，36%不是最上限，那是最低不得少於 36% 才對。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、這個議題耗費大家許多時間，也逐漸被釐清，讓我感謝又感恩。桌面有我提供的補充資料 2(如本議事錄第 97~101 頁)，為避免耽誤會議時間，我講解重點就好。針對政府應負擔法定經費，請看補充資料 2 第 1 頁正中間，社保司有框一個公式出來，這個公式就是 $36\% \times (\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} - \text{法定收入})$ ，請大家暫把公式放在心上，第 1 項是「給付支出」、第 2 項是「應提列安全準備」、第 3 項是減掉「法定收入」。

- 二、我講完之後大家將會更清楚，在檢視社保司計算說明過程中，可以發現，問題癥結在於中間那項「應提列安全準備」被曲解。我補充的第 1~2 頁是我對社保司回復內容所作補充，因為對事不對人，所以原本提供資料上有負責科長聯絡資訊，我已拿掉了。
- 三、考量政府以量出為入去擬定總額預算，那麼在計算政府應負擔法定經費也應有一致性，即採用支出面計算方式。剛才權責單位說明有提到請法律專家來提供意見，不知道是哪些法律專家？事實上，請大家參閱第 3 頁列舉的相關條文，以紅色粗體字標示出來的關鍵字，健保法第 2 條、第 3 條都是用「經費」，剛才社保司提到的第 17 條也是用「經費」、第 24 條不是講「保費」、是講「費率」。
- 四、關鍵在於第 76 條，怎麼會被曲解呢？請大家看到我的補充第 4 頁上方的柱狀圖，就是剛剛干委員文男講的，開宗明義點出政府負擔法定經費可不可以超過 36%？可以！這是依照本法第 3 條規定。聚焦在第 76 條的兩項條文，第 1 項是安全準備的「來源」，第 1 款來源就是每年收支結餘，現在財務收支沒有結餘、產生短絀，這科目既然是對應到應提列安全準備，因此所謂的短絀部分就不應該出現在提列項的內容裡，應該歸屬於收回安全準備項裡，而第 1 款「來源」部分依規定就是 0，所以我們並沒有要跟政府多爭取什麼。
- 五、再來提到第 76 條第 1 項的第 2~5 款，這屬於法定收入，在我剛講的政府應負擔法定經費 36% 公式裡面有三項「①保險給付支出+②應提列安全準備-③法定收入」，而第 2~5 款這一塊(法定收入來源)，應先計入「②應提列安全準備」來源，後續我們會在上述計算的公式裡面的「③法定收入」全數扣除，我們有沒有占政府便宜？沒有。反而政府在計算法定經費時，對於「②應提列安全準備」來源，不當先行扣去第 2~5 款這一塊，然後政府在計算「③法定收入」項又再扣一次，重複扣除，敬請政府依法補正。

- 六、應提列安全準備為什麼衍生這麼多疑問，關鍵在第 76 條第 2 項提到，當保險收支發生短絀時，應由安全準備先行填補，這字眼寫得讓大家有機會做文章，為什麼本保險發生收支短絀要由本保險安全準備先行填補？沒有錯啊！我們能拜託長照服務發展基金來幫我們填補嗎？不能。能用醫療發展基金幫我們填補？不能！能用紓困基金拿來填補嗎？不能！
- 七、為什麼要用安全準備先行填補短絀？請參閱第 5 頁說明 3，因為預算法第 6 條第 3 項裡面說明，如果發生入不敷出產生短差時，可以由公債、賒借或以前年度歲計賸餘補撥。何謂「賒借」，98 年健保舉債經營就是賒借的例子；何謂「以前年度歲計賸餘」，就是本保險安全準備。
- 八、接下來要問一件事情，我們有沒有遵照預算法第 6 條第 3 項、落實本法第 76 條第 2 項，用歲計剩餘撥補短絀？有的。請看到我補充第 5 頁的說明 3，我們已用「安全準備餘額」填補 106 年的短絀數 98 億元，107 年亦同；因此，本法第 76 條第 2 項在完成「填補」短絀的任務之後，就無涉本案「應提列安全準備」之計算公式。但檢視政府在計算應提列安全準備的「收支結餘」科目過程中，如圖示第 1 區塊(V1_說明 1、說明 4)，將原本是來源(≥ 0)，帶入負數，已不符本法第 76 條第 1 項第 1 款的規定，例如 106 年短絀 98 億元，就應該在收回的科目記上 98 億元，而不是在這個結餘科目記上-98 億元，我們只是把政府不當先行扣掉的數字補正回來，所以我用黃色底色提醒(— → +)由負數補回來轉正變成 0。
- 九、第 2 區塊(V2_說明 1、說明 4)是指本法第 76 條第 1 項第 2~5 款的 4 款法定收入，請大家回顧政府應負擔法定經費計算公式，乘以 36%之前，括弧內最後 1 項有沒有把法定收入 V2 扣掉？有。所以大家更清楚，我們沒有占政府便宜！請大家有問題可以現場發問，如果覺得我解釋不好，我再重新解釋，過程中所有整個差異數(缺口)，在我補充第 5 頁下面用整個橘紅色虛線框起來，105~107 年累積金額已達 305 億元，這數字 108 年底

會繼續擴大，產生滾雪球效應，權責單位怎麼跟執政團隊回報及解釋？

十、其實，請弄清楚會計科目為何，法規的計算公式也就釐清楚。既然權責單位以「量出為入」的政策去擬訂預算，就應該依健保法第 2 條、第 3 條、第 76 條第 1 項計算政府應負擔健法定經費之不足數，這樣才是如實、如法、當責的政策成本。

十一、據實反映出來，這樣才可持續「改善」財務平衡，因為已不敢去要求財務平衡了，但至少希望能改善，能讓整個安全準備的預警，不要那麼早發生。否則，政府未依法承擔健法定經費，屆時要調高費率，人民會心服口服嗎！

十二、我今天提供的資料，敬請社保司參酌；未來該如何因應，我們這議案，開宗明義體恤政府財政狀況，我們訴求就是希望整個帳目能如法及如實，也就是依法規把帳作清楚，後續大家再討論改善財務平衡的控制點，才會有效！謝謝！

周主任委員麗芳

非常感謝提案委員對於財務穩健的關心，因時間關係，依序請滕委員西華及鄭委員建信發言後，就進行決議。

滕委員西華

一、陳委員炳宏是精算師，不僅對法規的解釋，確實對數字也很敏感，前任的李永振委員也是這樣。當年健保法修法過程，我全程參與，在討論政府應負擔健保總經費比率由 34% 要提升至 36% 時，當年由社保司前司長同光提供數據，告訴我們政府由 34% 提升至 36%，財政上可能尚可負擔。但當時的確沒有討論過，這 34% 的內涵是什麼？這是事實。原本我們想要提高至 37% 或 38%，最後變成 36%，但比率能有所提升，當時大家就尚能接受，有增加就好。概念上，36% 約略是以整體保險經費中，雇主負擔多少、被保險人負擔多少、政府負擔多少，粗略的概念來看，沒有討論到內涵。

二、當時的爭論，無論是施行細則第 45 條或健保法第 27 條要談到

內涵時，法律上概念與實務上概念出現衝突，按照當時最早健保法相信也是這樣，對保險經費的計算，就是被保險人、保險人、政府三方負擔的概念。舉例來說，被保險人假設是替代役男，原本是個人要付的保費，由國防部繳了，但理論上還是被保險人的保費，按理說，為了簡政便民，故由國防部直接付給健保署；但是也有另一種方式，是由國防部補助給替代役男，由人民自己拿錢去繳，法律上概念是三方負擔，但其中確實沒有去討論「補助」這個概念，也就是三方的關係為何？不管被保險人的錢，是來自向他人借貸、或是來自愛心人士或基金會的補助、或是政府代替繳納，簡單說這就是被保險人的保費，當年的三方負擔確實是這樣拆，若依照這樣的概念，實務上來算，就應該如同陳委員炳宏所提，那仍是屬於被保險人應付的保費。

- 三、實務的衝突在修訂施行細則第 45 條時最明顯及白熱化，我相信這與政府財政困難有關係，當然我也相信社保司已經很努力，商司長東福講到政府出的錢包含哪些項目要計入 36% 的分母。但我覺得，其實這問題沒有解，相信日後大概僅能按照商司長所解釋的方式，最主要的因素就是因為主計總處沒有錢。
- 四、但我覺得可以討論一個概念，是過去一直沒討論過的，也就是「法定收入」的概念到底為何。要去爭論政府補助保險經費，這個就算了，政府會說預算編列無誤，所以目前健保法第 3 條規定的「政府應編列負擔本保險之總經費」，計算方式自動帶入健保法第 27 條之定義，政府幫被保險人編了保費，仍然算是政府編的，這樣也不能說沒做到法遵；但另有一個要注意，也可以請陳委員炳宏幫忙想想辦法，請問「部分負擔」算不算法定收入？這是一個很重要的觀點，在 36% 裡面，我們繳的是減項，就是部分負擔的收入，在整個保險的總成本是列為減項，但如果部分負擔是作為法定收入時，這是向被保險人所收進來的，有算進法定收入嗎？或是算在政府應負擔之費用？因為本來要算是保險支出，但因為我收了部分負擔列為減項，到

底是不是要計入？我覺得這個討論，可能比較有意思，在此做個提醒，因為以前沒有討論過。

五、商委員東福、陳委員炳宏 2 位所言，我都認同，其實社保司以後也不用講這件事了，不是全壘打，應該說這議題已被三振，因為政府負擔的額度無法再擴張，除非主計總處願意重新修改計算公式的方法。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

- 一、剛才商委員東福提到幾個問題，我不知道有沒有聽錯。首先，健保法第 76 條「本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下」，我所理解的意思是，似乎說該條文的「應」是有判斷餘地？這是我第 1 個問題。
- 二、第 2 個問題，「應提列安全準備」是負值？讓人不太能理解。
- 三、第 3 個問題，健保法第 3 條「政府負擔本保險之總經費」，雖然不是弄得很清楚，但我的理解是，從支出方面來看，政府負擔金額不得低於 36%，以上 3 個問題。

周主任委員麗芳

請商司長東福回應。

商委員東福

- 一、回應鄭委員建信的提問。問題 1，健保法第 76 條是「應提列安全準備」，意思是說安全準備的來源來自這幾項，但不是通通都只能當安全準備，這是我的解釋。
- 二、問題 2，為何提列的安全準備是負值，這也是很多委員所質疑，包括李前委員永振、陳委員炳宏，覺得提列數是負值不合理。這是因為過去立法歷程，原本要推家戶總所得，本來是分別計算，所以造成現在其實會有短絀，理論上剛剛說將來收支平衡、量入為出都是這樣的情況，就沒有這問題，確實是特殊的歷史及環境產生負值。所以我們說用「實際值」帶入，不說

負值，這樣整個概念上會比較平衡。

- 三、總經費的部分，剛剛滕委員西華也提到部分負擔算在哪裡的詢問。其實我也常說，若將民眾部分負擔算進去，就會差很多，但立法上，部分負擔不是算在這裡面。因為醫療給付費用總額中有所謂保險成本，就是健保署經手付給醫院的，但不包含罕病、部分負擔(這幾項都在總額中)。但真正保險成本的概念來說，部分負擔是非保險成本。當然還有很多小額短繳、未兌現支票這叫做其他保險成本，這還是分的很清楚，因為所有法規都是經過立法院所訂。舉例比喻，例如今天已決定搭飛機去東京看奧運，就不要在途中還問為何不搭船。
- 四、部長有承諾修法，我們這邊也有壓力，簡單講就是健保法第 27 條及第 34 條，這樣就沒問題。將來收支平衡，就不會產生短絀、要帶入負數的狀況。

陳委員炳宏

- 一、我盡速回答鄭委員建信的問題，權責單位為什麼會採負數。請參閱補充資料 2 第 1 頁，社保司說明第一點框起來的公式政府應負擔法定經費下限 = $36\% \times (\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} - \text{法定收入})$ ，「應提列之安全準備」裡面含有「法定收入」(本法第 76 條第 1 項第 2~5 款)，權責單位在計算安全準備「來源」時就不當先行扣掉(相抵後為零)，殊不知上述公式後面(第 3 項)就會減掉「法定收入」；因此，等同重複扣掉法定收入了！
- 二、短絀時，是屬於「收回安全準備」，而「應提列或增列之安全準備」科目就該是 0，例如，在 106 年短絀數是 98 億元，是屬於「收回安全準備」，他們卻把負數放進「應提列或增列之安全準備」科目有意義嗎？我們只是要求依法補正(本法第 76 條第 1 項第 1 款)，這樣大家應該釐清了吧！也感謝主委給我時間講清楚。
- 三、在此重申，社保司所指的短絀數都已填補，公式括弧內的第 3

項「法定收入」都已扣除，才去乘以 36%(政府應負擔法定經費)！我們只是依法要求權責單位補正，何來讓政府單獨就「短絀數或法定收入」額外負擔？這份補充資料 2，感謝社保司賜教並回覆多處意見，我也盡全力在加框的備註上，認真回應說明。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席，我再簡短補充。第 1，11 月 5 日是本月會議一般提案的最後一天，但我那整天都在開會，所以我跟陳委員炳宏說，本案的提案人先列雇主代表 2 人，其他的付費者，就先打電話給林委員錫維(總額協商付費者召集人)及趙委員銘圓就好，所以其他付費者只先列 2 個，若當天要一直打電話，就會超過下午 5 點而來不及提案，在此跟大家解釋。
- 二、第 2，本案相關爭議從先前到現在已經很久了，我的意見是，在健保收入面，於政府應負擔總經費 36%之外，要加一個福利支出。像是低收入戶，照理說政府要給人民錢去繳保費，像是滕西華委員也提到，但應該把這些人繳的錢算進去 36%的計算內，如果你政府有這樣做的話，我們就沒話說，但你現在等於是把福利支出轉為健保費支出，差距就在此。
- 三、第 3，政府要用收入面去分擔 36%加福利支出，我們沒話說，其他付費者付 64%，這是第一個方案；另一個方案，或以支出面來支付，政府用支付面 36%支付，我們也接受。

周主任委員麗芳

非常感謝本案提案委員對於健保財務永續的關心，綜合大家討論，擬做決議如下：「本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，105~107 年政府已依法負擔健保費，委員

建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關納入未來修法規劃積極處理」。接下來進行報告事項...

陳委員炳宏

我一向支持主委您，但我還是要說，抱歉，本法就是母法，母法是俱足的狀態，剛剛我還是有引言到「現有制度應落實管理」，前於討論事項第 1 案時已提到，權責單位未落實法令遵循，卻推諉研修母法！如同我今天要為自己的長相負責，我感激我母親都來不及、何來修正母法？真的很對不起，後面那個研議修法的用詞，我們無法共識，我們相信在崗位上的人就該當責管理！我們努力也是要為監理把關！謝謝。

周主任委員麗芳

向委員報告，剛剛商委員東福特別提到，整個衛福部有積極處理這件事，另剛才討論下來，也還有很多待突破的地方。懇請委員，建請主管機關納入未來研議。我知道陳委員炳宏有意見，但目前看起來，似乎宜採循序漸進辦理的方式，請問陳委員這樣可以嗎？

陳委員炳宏

- 一、再向大家說明清楚，本案跟修法無關，跟遵循有關！我們不斷提醒，滾雪球效應會越來越大，面對這狀況，不能推諉給修法。
- 二、基於現況而言，本案已語重心長並體恤目前財政，仍請依本法第 2 條、第 3 條、第 76 條第 1 項研擬可行撥補方式。若不遵循現有的制度，很多癥結只會層層堆疊，讓大家更混淆。

鄭委員建信

對剛才主席的決議有疑問。我知道本會主要採共識決，本案提出主管機關解釋法令有法律效果，但顯然委員不認同；而剛才主席說「已依法撥付」，但委員意思是「沒有」依法撥付，是不是決議的文字要修正一下？否則看似委員已同意，以後不會再提，與主委所裁示的決議好像不太一樣。

周主任委員麗芳

決議修改為「委員建議對於健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關研議辦理」，這樣好嗎？

趙委員銘圓

主席，應該很清楚，這就是違背母法，子法怎麼可以超越母法規範呢？

滕委員西華

一、這個事情其實早期我們與謝前委員天仁提過，他是學法律的，認為大概只有 2 個辦法：

(一)第 1 個是修健保法，政府用他自己的想法修、民眾用自己的想法修，把我們認為爭議的部分做修法，這是一個管道。

(二)第 2 個，因為保險人(健保署)的主管機關是衛福部，該署不可能主張長官侵犯其權利，公法上也不通。至於健保會無法提告，則是因為本會並非自然人，無法訴願。唯一的方法是本會委員用個人名義主張，因為政府法定負擔比率不足 36%，而造成被保險人要多付保費，所以主張政府行政部門侵犯人民權益，去提出訴願，若沒過再提行政訴訟，一路走司法救濟，只能試著採用此方式，預計會耗時多年。

二、但反正本案實際上也已耗時多年，可以考慮由幾個被保險人或委員用個人名義去主張，否則就像現在政府說他有做到法遵，但你說他違法。人民對政府的抗爭就是如此無奈，若政府說他沒有違法，而人民說政府違法的話，只能走司法救濟途徑處理。現在沒有公道伯可以處理這件事，我認為連監察院也無法處理。

三、長期對立及雙方討論的分歧點，就是政府認為有做到法遵，但我們說他沒有做到法遵。主席也無法對本案裁示結論，即使裁示請政府補足返還足夠的經費，政府也會表示：已負擔足額經費，都已放入所有健保經費了，到底還要補還什麼經費呢？也就是說，即使裁示請政府返還，但實際上仍無法拿回那些經

費，同時也會有永遠無法對健保基金備查的情況，不過若我們認為這是違法，所以不同意備查，我認為這樣也可。

四、在此懇請主席也裁示，建議雙方均朝修法的方向處理。在修法上處理這些爭議點，但仍需將健保會決議的精神納入考量，也就是希望政府能負擔多一點的健保經費。雖然今天社保司是代表政府，但我相信社保司也希望主計總處能同意多給經費，建議結論可以如鄭委員建信所提，政府應該依法負擔足額的健保經費之外，關於雙方的爭議點則建議雙方均朝修法的方向去準備，不然只能走訴願。

周主任委員麗芳

謝謝滕委員...。

陳委員炳宏

如同我剛說的，本案係未遵循現行健保法第2條、第3條、第76條第1項規定，我不斷強調且多次說明，政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，已關聯到政策成本並顯示出來，若容許政務官不對其政策成本負責，如同在選舉期間容許福利支票信口開河，我們單純訴求「現有制度應落實管理」，期許健保持續穩健經營。

周主任委員麗芳

綜整各位委員所提的意見，剛才裁示的結論中「105~107年政府已依法負擔健保費」文字刪除，及關於「建請主管機關納入未來修法規劃積極處理」文字，則考量部分委員有不同意見，修正為「建請主管機關積極研議處理」。接著請進行報告事項「108年10月份全民健康保險業務執行報告」。

捌、報告事項「中央健康保險署『108年10月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

本次業務執行報告是採書面報告方式，請各位委員參閱資料，委員有沒有意見？請干委員文男。

干委員文男

關於業務執行報告第1頁雲端醫療資訊查詢系統的部分，健保署的推動與執行值得肯定。雲嘉南地區洗腎病患人數很多，也曾有醫師沒有先查詢雲端藥歷，開立管制藥等藥品給洗腎病患使用，結果發生藥品交互作用的情形，後續可能需要藥師介入把關，民眾用藥安全由藥師來做把關也是沒錯的，但醫師開立藥品時也要負部分責任，應該先查詢雲端藥歷，及開立藥品時評估是否會產生藥品交互作用、是否會危害病人的用藥安全，建議健保署應盡快宣導電腦用藥主動提示功能的相關系統(API)，像南區執行得很辛苦，但我相信這套系統可以發揮很大的效益。在座多位委員來自醫界先進，建議加強宣導醫師開藥前先查詢雲端藥歷，開藥時也應注意用藥安全，除了可以讓洗腎病人用藥更加安全外，也可以避免藥品的浪費。每個階段都是環環相扣，也可作為互相監督與查核機制，讓民眾用藥的資訊更加透明化。

周主任委員麗芳

先請何委員語，再請趙委員銘圓。

何委員語

請教健保署蔡副署長淑鈴，關於業務執行報告第73頁「表28全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表」第5項「需終身治療之全身性自體免疫症候群」是AIDS(後天免疫缺乏症候群，簡稱愛滋病)嗎？

蔡副署長淑鈴

不是。

何委員語

一、幾點請教健保署：

- (一)目前愛滋病患者有多少人？因為本表並沒有統計愛滋病的相關數據，或是第 1~30 項中哪項是屬於愛滋病的統計資料？
- (二)外國愛滋病患者在台人數有多少？
- (三)DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)能不能在明年執行？之前開會時曾表示，希望今年底能夠推動，因為每年都編列 DRGs 的預算，明年能不能執行？

二、最後想詢問蔡副署長淑鈴，若以後我需要資料的話是直接找您或發函，還是提案到健保會會議呢？我過去曾索取資料，但都沒有提供，因為我是黑名單，或許健保署也怕何語索取資料可能又要提案了，大家都很緊張，我也理解公務員心裡的緊張，但過去我都透過健保會索取資料，但可能我比較沒人緣，健保署都不提供資料給我，因此我都要以提案的方式索取，未來我是不是可以直接發函索取資料，再請健保署回應。

趙委員銘圓

- 一、請教健保署，早期對於未使用健保的民眾會有獎勵或摸彩等鼓勵措施，在健保開辦的時候，近年完全沒有這樣的獎勵措施，未來是否有規劃對於未使用健保的民眾給予鼓勵或獎狀等獎勵。
- 二、許多委員也都很重視的呆帳，我想進一步了解近貧戶的部分，也就是大家所知道的，未達中低收入戶的標準，例如，民眾可能有房子，但收入或其他條件都未達相關規定，故不符合中低收入戶的資格，關於這群近貧戶如何獲得健保補助，請健保署回應說明。
- 三、業務執行報告第 74 頁「表 29 全民健康保險醫學中心病床增減情形」，其中慢性病床的統計資料，只有彰基、高雄長庚、慈濟醫院 3 家醫院有慢性病床的統計資料，其他醫學中心都沒

有，是什麼原因？或是醫院可以自行決定要不要開設慢性病床？是否可以說明慢性病患如何就醫？請健保署回應說明。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝 3 位委員詢問，部分數據請李組長純馥說明。先回應干委員文男所提的雲嘉南很多透析患者的部分：

(一)努力推廣雲端醫療資訊查詢系統，包含查詢雲端藥歷或不需要的檢驗檢查，除了南區之外，各分區都非常努力的推動，剛才干委員文男提到雲嘉南地區透析病患很多，為因應透析病人數不斷增加，本署正透過門診透析預算研商議事會議成立工作小組進行專案討論。

(二)向干委員文男說明，為推動全面性的雲端藥歷，希望腎功能不佳的患者可以避免因為服藥而加重腎臟負擔，許多專家建議在雲端藥歷應有提醒的功能，若病人的腎功能不佳，例如已經進入 Pre-ESRD 階段，應該在雲端藥歷主動提醒醫師，避免再開立 NSAIDs(非類固醇抗發炎藥物)的藥品，就是止痛劑之類的藥品，因為此類藥品對腎功能的傷害較大。目前本署正積極布建提示功能的部分，預計年底可運用在雲端醫療資訊查詢系統上。

(三)現在約 82%病人就診時，醫師會查詢雲端藥歷，若未來全面使用提醒功能，腎功能不佳病患就診時，會有「請醫師審慎使用 NSAIDs 抗發炎劑的藥品」的提醒文字，未來預期會有很大的助益，病人看病時不僅會提醒腎臟科醫師，各科醫師都會提醒，這也會呈現節流效益。現在雲端醫療資訊查詢系統也建立越來越多的主動提示功能，原規劃的雲端藥歷是被動地讓醫師查詢，現在則是往互動式及主動提醒功能的方向發展。民眾的用藥由醫師決定，但我們會善盡提醒功能，希望能對民眾用藥安全有所助益。

- 二、關於何委員語所提重大傷病第 5 項「需終身治療之全身性自體免疫症候群」，這不是 AIDS，像紅斑性狼瘡此類疾病才是屬於第 5 項的範圍，列入重大傷病，病人數也很多，也需終身治療。關於何委員語詢問 AIDS 人數部份，等一下由李組長純馥回應。
- 三、明年是否會執行 DRGs 的部分，曾經向委員報告 DRGs 共有 5 階段，DRGs 第 1、2 階段已經導入，第 3~5 階段以內科系項目為主。已經導入的第 1、2 階段則以外科系項目為主且實施多年。內科項目主要的爭議點在於：
- (一)DRGs 是病患從住院到出院的包裹給付，因此醫界對於內科病人出院的截止點較有爭議，內科不像外科開完刀復原就結束，內科較難做切割，故有較多的爭議，也有許多問題尚待釐清。
- (二)內科會併同其他疾病，因此計算入院至出院的費用也有不同的意見，甚至認為要再拆分計算，確實花費許多時間討論。明年我們會努力往前走，但是能否全部導入，則視討論結果而定，未來會將討論結果提報健保會。
- 四、關於何委員語提到索取資料的窗口部分，我想所有委員的窗口是健保會，健保會彙整資料後轉送健保署，有急件也會採急件處理，我們對每位委員索取的資訊，若有助於了解健保業務，我們沒有必要拒絕提供資料，若真有部分資料不便提供，則是基於公務人員提供資料的權限，類似此部分需視個案情形。剛才何委員語提到過去我們曾經拒絕提供資料，會後我們再釐清是什麼資料。
- 五、趙委員銘圓所提近貧戶的呆帳部分，對於繳不出健保費的民眾，在會議資料或執行業務報告部分內容均有提到，協助繳納保費的措施，例如：分期繳納、紓困基金貸款或愛心專戶等，我們竭盡所能幫忙民眾度過難關，甚至爭取公益彩券回饋金協助經濟弱勢，假設我們沒有這些措施，付費收繳率不會是 99%，

因為母數太大，若未收繳率 1%則金額好幾億元，但也需設想我們如何做到 99%的收繳率，大家自動繳納，這是最棒的，但確實有少數經濟困難或整體環境不好的民眾，一時繳不出來保費甚至積欠保費，我們竭盡所能幫助。若民眾積欠保費而遭移送強制執行的部分，我們也有提供協助，有需要的話我們都會幫忙，甚至也有以募款方式的愛心專戶，於職權範圍內的募款，也有健保署同仁自行捐款、醫界捐款等，對於繳不出保費包含您所提到的近貧戶都在協助繳納措施中，也才有今天收繳率長期達到 99%。

六、關於 AIDS 人數及慢性病床 2 個數據部份，請李組長純馥說明。

李組長純馥

一、回應何委員語提到 AIDS 人數部分，愛滋感染者確診開始服藥 2 年內的醫療費用由疾管署公務預算補助，2 年後之醫療費用則回歸健保給付，統計 107 年度健保署及本署代辦疾管署，AIDS 就醫人數 29,524 人，其中疾管署支付人數 10,093 人，部分個案可能於年度內轉由健保支付。至於海外人數有多少人，因目前沒有詳細資料，會後將檢視健保資料庫看看是否能分析海外 AIDS 於台就醫人數，基本上，若是境外就醫者則不給付。

二、關於趙委員銘圓所提的慢性病床，表 29 是統計醫學中心病床增減情形，實務上多數慢性病床開設在地區醫院，醫學中心是以急重症醫療為主，故較少設立慢性病床。

周主任委員麗芳

謝謝健保署詳盡的說明，請何委員語。

何委員語

建議下個月起於表 28 增列第 31 項，將 AIDS 人數明確列出。

蔡副署長淑鈴

報告委員，表 28 是重大傷病有效領證數，愛滋病不是重大傷病。

何委員語

能否在業務執行報告其他地方列出 AIDS 的統計資料？

蔡副署長淑鈴

可以在業務執行報告的其他地方呈現，但不能呈現在表 28。

周主任委員麗芳

請張代理委員孟源。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

- 一、補充說明，剛才何委員語所提的問題非常重要，因為現在廣義稱 HIV(Human Immunodeficiency Virus，人類免疫缺乏病毒)感染者，不是 AIDS。現在健保署或疾管署提供的治療讓 HIV 感染者變成慢性病，甚至延長壽命，而 AIDS 則是指已經發病者，如無治療，則發病後合併併發症便很快的死亡，現在大部分的病人是 HIV 感染者。
- 二、腎臟病部分，前天召開門診透析預算研商議事會議，蔡副署長淑鈴帶領大家一一討論慢性腎臟病患管理與預防策略，會議持續約晚上 6 點才散會，討論很多內容包含藥品管理、兒童及國小學生衛教，教導學童正確飲食的重要，減少糖尿病及高血壓等慢性病等措施，從根本做起，委員說得很對，在濁水溪以南地區洗腎病人比例是濁水溪以北地區的 2 倍，怎麼在台灣北部與南部會差這麼多！未來我們一定會更加努力。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

請問蔡副署長淑鈴另一個問題，就是除了未使用健保卡的鼓勵外，有關近貧戶如何申請相關補助，再請說明一下。

蔡副署長淑鈴

- 一、如果近貧戶有繳費困難，都可以去洽詢我們各分區業務組的聯合服務中心，尤其是欠費的人，一時繳不出來者，就可以到我

們的服務窗口，我們有很多協助措施可以幫助，要看欠費者的狀況，這是需要個案訪談。

二、有關未使用健保卡的鼓勵部分，目前全台灣民眾就診率是99%，表示99%的人每年都有看病，只有1%的人沒有看病，沒有看病的原因，可能是很健康或有其他原因，或是他們不在國內等，因為我們就醫太方便，而且台灣人民很依賴醫生，所以就算是小病，也會去看病來問問醫生。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員的意見及健保署的說明，本案洽悉，委員所提意見，送請健保署參考。請干委員文男。

干委員文男

剛才我所詢問，健保署只答覆一半，我是建議南區業務組所轄院所開藥時，要多看雲端藥歷，以減少重複用藥等現象，因為最後端是藥房或藥局，若有重複開藥者要被記點，他們都哀哀叫，API(健保雲端跨院重複開立醫囑主動提示功能)宣導及提醒做得還是不夠，雖然健保署很努力在做這件事情，但是還有加強努力的空間，例如：加強開藥端的宣導，有些病人今天看這個醫生，明天看那個醫生，都是拿同樣的藥，重複用藥就是這樣發生的，如果從上游的開藥端著手宣導，醫師開藥時先查詢雲端藥歷，確認病人已經拿過藥，就不能再開立相同處方，就會減少重複用藥，長期也能減緩病人進入到透析的階段。

蔡副署長淑鈴

一、向干委員文男說明，我們雲端藥歷就是在做這件事情，已經做5年了！我們一開始是提供所有病人的所有用藥資料，只要醫師開藥，都會在雲端藥歷中呈現。過去看診醫師看不到這些資料，若病人不講，看診醫師就不知道，但現在全部的紀錄都上傳雲端了，當然資料要完整，看診醫師要避免重複用藥，這是第1步。

二、後來我們發現這樣還不夠，於是提供重複用藥的報表給重複用

藥者，讓他們知道，這是第 2 步。我們現在已經走到第 3 步，就是我們會設定一個容許範圍，假設醫療院所重複給藥比率超過容許範圍，我們就不予支付，而且是包括全部藥品種類，所以現在重複用藥已經減少得非常顯著，當然不重複用藥，是不是就是正確用藥？也就是不要將某一類藥物給某些狀況的病人，此屬另一層的問題。藥物的使用上，不僅有重複使用的問題，還有適當用藥的問題，這屬於醫療專業。我們現在做到不重複用藥，但需要提醒適當用藥，這需要專業共識，我們要怎樣的提醒是最恰當，但是最後用藥決定權還是在醫師身上。

周主任委員麗芳

請黃代理委員振國，是最後 1 位發言。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、剛才大家討論到雲端藥歷的 API，其實現在只針對同成分的藥品做提醒，假設病人使用不同成分的 NSAIDs(非類固醇抗發炎藥物)，目前的 API 並不會顯示出來。
- 二、我想健保署若要加強 CKD(慢性腎臟病)或 Early-CKD(初期慢性腎臟病)個案的用藥安全，對於使用不同種類 NSAIDs 的個案，也能有部分的警示提醒，才可以預防病人腎功能繼續的崩壞。
- 三、我看了推行雲端藥歷這麼多年，有一個感嘆，往往很多病人跨院所就醫，可能因為不同院所的醫師沒有注意其他院所開立不同成分的 NSAIDs，這樣的累積使用還是造成病人健康問題。這突顯出各位委員重視的家庭醫師計畫，能全面整合照顧民眾健康的重要性，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、本案洽悉，委員所提意見，建請健保署參考。
- 二、今天會議就進行到這裡，謝謝各位委員，散會。

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

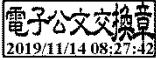
機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27025834
承辦人及電話：李均浩(02)27065866轉2679
電子信箱：a110906@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國108年11月13日
發文字號：健保企字第1080038949號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會訂於108年11月15日(星期五)召開之第4屆108年第9次委員會議，本署李伯璋署長應邀出席2019第二屆臺美肝病防治論壇擔任兩場與談人，不克出席，擬由本署蔡淑鈴副署長代表出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署署長室 

衛生福利部全民健康保險會收發



(會議資料第 91 頁)

討論事項第五案「建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案」

衛生福利部社會保險司意見：

有關本案所提政府負擔健保總經費法定下限相關疑義，經查本司曾於 106 年 6 月 23 日之貴會委員會議，就健保署現行之計算方式說明其合理性與一致性；並分別於 107 年 4 月 16 日「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會及 108 年 5 月 7 日 108 年度全民健康保險相關業務座談會向委員進行專題報告。以下謹就委員所提疑義，再次說明如下：

- 一、依健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；同法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。故政府每年應負擔之總經費下限，可以下列計算式呈現：

$$36\% * (\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} - \text{法定收入})$$

- 二、本案前經跨部會研商並召開學者專家會議進行研析，上開計算公式

中「應提列或增列之安全準備」項目，就立法意旨及計算公式內

「應」字引用哪個條文？

權責單位的情境，即
擅用本法第 76 條第 2 項
→去自解同條文第 1 項？

涵，應不論盈虧皆採**營運實際值**計算較為合理，即依健保法 第

76 條規定，於收支結餘年度將結餘全數提列安全準備，**短絀年度**

由安全準備先行填補，並將年度結餘或**短絀之**實際值計入公式中

「應提列或增列安全準備」不含「短

條文不含、公式不含

「應提列或增列之安全準備」項目，則獲致之政府負擔數，可與政

條文是「總經費」、非「總保險
費」

府分攤**36%總保險費**之結果相同。即各年度亦可一律依保險對象、

民營雇主及政府三方分攤**保險費**之精神，由政府負擔其中的36%，

理由擇要如下：

條文是「經費」、非「保險費」
(本法第 3 條、第 17 條)

- (一)用以填補短絀之安全準備是過去年度的結餘，政府已依法分攤

其中**36%**，應納入考量：健保法第24 條之財務設計是以當年收

支平衡為原則，單一年度之收入應與支出相當，惟二代健保實

施之後，各年度審議完成之費率並非年度平衡費率，在長期財

務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形；若於支出大

於收入之年度將「應提列或增列之安全準備」以 0 或其他正值

1. 安全準備皆是民間及政府共同累積，另一方「被保人、民營雇主」也承擔 64% 的短絀收回數。
2. 政府依法負擔健保經費，可以超過 36%！（本法第 3 條）

社保司不當釋法(1)
本法第 76 條第 2 項「無涉」
政府應負擔健保法定經費之計

計入，等同要求政府單方負擔短絀之 36%，並不合理，亦不符合健保

社保司不當釋法 (2)
依預算法第 6 條第 3 項
歲入、歲出之差短，以
①公債、②除借、或
③以前年度歲計積餘
撥補之。
因此，本法第 76 條第 2 項
係依上述預算法之③，
以安全準備先行填補！
如此而已。

法第 76 條第 2 項「年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」之規定。

「短絀」本來就先由健保安全準備「填補」，如下：
105/12_2474.1 億 → 106/12_2375.7 億 → 107/12_2109.2 億
(106 年收回 98.4 億) (107 年收回 266.5 億)

二代健保增訂政府責任，立法原意涵蓋「保險費」負擔比率

的觀念：法規解釋不應僅拘泥於單一條文之字義，應回歸其立法意旨及制度設計內涵；修法時政府曾對外說明，政府負擔保險費比率將由 34% 提高至 36%，爰於計算政府各年度法定

我們匯聚「多條文」且皆共識在本險的「經費」基礎上！
(本法第 3 條、第 2 條，甚至社保司主張

下限時，由政府負擔總保險費的 36% 應符合二代健保之立法原意。另依健保法年度收支平衡原則，無論依第 2 條(支出原則)或是第 17 條(保險費收入分攤原則)，計算政府負擔 36% 之結果皆同；如於短絀年度，不採計短絀數(以 0 或其他正值計入)，則收、支計算結果不同，無法互相平衡，反而有法規適用上疑義。

本法第 17 條條文是「保險經費」、非「保險費收

立法條文在哪？

- 健保預算既然採「量出為人」政策，何來收、支互相平衡！
- 回補政府應負擔健保法定經費缺口，以持續改善收支平衡！
- 本法第 3 條、第 2 條&第 76 條第 1 項「本自俱足」！

政府補足健保法定經費缺口，無重複負

「應提列或增列之安全準備」若以 0 或其他正值計入，政府有重複負擔之虞，不符三方分攤比率衡平之原則；若支出大於

本法第 3 條一致共識：政府負擔健保經費

收入之年度，「應提列或增列之安全準備」以 0 或其他正值計入，則該年度民間應負擔 64% 短絀數是由安全準備填補，

計算政府應負擔健保法定經費「公式」裡並無「短絀」項，我們僅明確要求：依第 76 條第 2 項已先行被扣的短絀數，不應該在第 76 條第 1 項再被重複扣，敬請依法補正！
例如 106、107 年該項第 1 款被重複扣 98 億、266 億元，該項第 2~5 款亦被重複扣 187 億、170 億元。

惟既有安全準備已內含政府過去負擔 36% 數額，政府單獨就短絀數額外負擔，將導致政府於收入面之保險費負擔率超過 36%，有違勞資政三方負擔比率衡平之社會保險財務機制。若政府撥補下限差額前政府保險費負擔未達 36% 之年度，一律由政府固定撥補達負擔 36% 的保險費，不再分盈餘、短絀年度 2 種不同處理方式，可維持各年度間一致性，符合二代健保立法政府責任明確之初衷。

敬請明述
條文依據

三、綜上說明，現行健保署針對政府應負擔健保總經費法定下限之計算

未落實法令遵循，卻推諉研修母法！

方案應屬合理，亦無一致性之疑義，惟考量委員尚有疑義，未來將配合健保法研修，更明確界定政府負擔範圍與計算方式，以杜絕爭議。

全民健康保險法

(民國 100 年 06 月 29 日修正)

第 2 條

本法用詞，定義如下：

- 一、保險對象：指被保險人及其眷屬。
- 二、眷屬……
- 三、扣費義務人：指所得稅法所定之扣繳義務人。
- 四、保險給付支出：指醫療給付費用總額扣除保險對象就醫時依本法應自行負擔費用後之餘額。
- 五、**保險經費**：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。
- 六、就醫輔導：指保險對象有重複就醫、多次就醫或不當醫療利用情形時，針對保險對象進行就醫行為瞭解、適當醫療衛教、就醫安排及協助。

第 3 條

政府每年度負擔本保險之**總經費**，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。

第 17 條

本保險**保險經費**於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

第 24 條

第十八條被保險人及其每一眷屬之**保險費率**應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

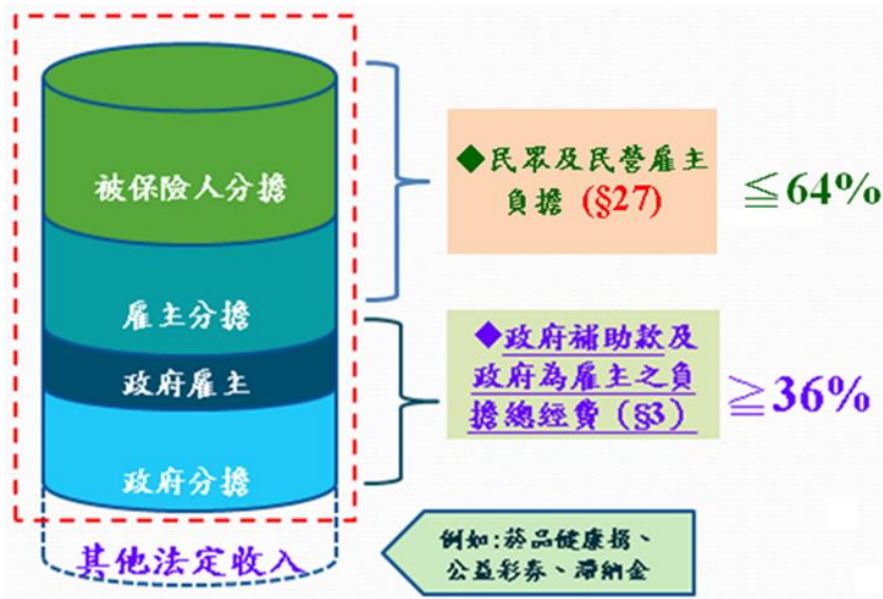
第 76 條

本保險為平衡保險財務，應提列**安全準備**，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之**結餘**。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

附圖



說明 1

對焦「應提列安全準備」之法源

本法第76條第1項明定

應提列安全準備，其來源如下：

1. 本保險每年度收支之結餘

(「非短絀」)

V1

2. 本保險之滯納金

3. 本保險安全準備所運用之收益

4. 政府已開徵之菸、酒健康福利捐

5. 依其他法令規定之收入

V2

說明 2

無關「應提列安全準備」之法規釋疑(接續)

本法第76條第2項

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險「安全準備」

先行填補。

→ 「安全準備」(累計餘額) ≠ 「提列安全準備」(當期變動數)

說明 3

參考法規 (有關本法第76條第2項)

預算法第6條第3項

歲入、歲出之差短，以

(1)公債、(2)賒借

(3)或以前年度歲計賸餘

撥補之。

說明：以前年度歲計賸餘 → 本險之「安全準備」

「短絀」本來就先由健保安全準備「填補」，如下：

105年12月 2474.1億	→	106年12月 2375.7億	→	107年12月 2109.2億
		106年收回 98.4億	107年收回 266.5億	

說明 4

試算待回補數 (政府應負擔健保法定經費)

單位：億元

項目	105年度	106年度	107年度
(V1)補正「收支結餘」 (≥0, 請將負數 → 修成 0) (健保法第 76 條第 1 項第 1 款)	- → + + 9.7	+ 98	+ 266
(V2)補列「安全準備來源」 (健保法第 76 條第 1 項第 2~5 款)	- → + + 115.6	+ 187.8	+ 170.0
小計 (V1)+(V2)	125.3	285.8	436.0
差異數 [(V1)+(V2)] × 36% (待回補_政府負擔經費 36%不足數)	45.1	102.9	157.0

註：社保司誤解本法第 76 條第 2 項條文 (政府有重複負擔之虞)，惟

事實 1：「短絀數」已由安全準備先行填補(V1)，

事實 2：在計算政府應負擔健保法定經費時，已收回「法定收入」(V2)

導致社保司計算過程，不當將本法第 76 條第 1 項第 1~5 款(應提列安全準備項目)

重複再扣除，應請補正，全數回補。