

衛生福利部全民健康保險會
第4屆109年第9次委員會議事錄

中華民國109年11月20日

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第9次委員會議紀錄

時間：中華民國109年11月20日上午9時30分

地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張靈

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(10:00以後代理)

朱委員益宏

何委員語

吳委員國治

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

許委員騏洪

陳委員有慶

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員金舜

黃委員啟嘉

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

請假委員：

賴委員進祥

列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

盧副司長胤雯
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

本會

壹、主席致詞

各位委員、李署長伯璋及在座各位先進，大家早安！今天對我們來講是意義非凡的一天，不僅要審議全民健保 110 年度保險費率，也是本屆委員最後 1 次在衛生福利部會議室開會，由於 12 月份委員會議本會將併同舉辦業務參訪活動，所以下次委員會議將在參訪地區辦理。

相逢自是有緣，這 2 年來感謝所有委員的努力，認真完成每一項法定任務，今天的會議更是備受社會各界矚目。依全民健康保險法第 78 條規定，本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支

出為原則。根據中央健康保險署的財務推估，110 年底保險收支累計將僅剩餘 244 億元(以總額協商付費者版本為例)，約當 0.41 個月保險給付支出，符合啟動調整保險費率的條件，所以今天會議的重大任務與使命，就是審議 110 年度的健保費率，請各位委員共同努力完成全民健康保險法賦予本會的重要任務。

貳、議程確認

決定：

- 一、同意將臨時提案「在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36% 保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率案」排入議程，列於討論事項第五案之後。
- 二、本次會議原列討論事項第四案、第五案及上開臨時提案等三案，提至 109 年 11 月 27 日召開之臨時委員會議討論。
- 三、餘照議程之安排進行。

參、請參閱並確認上(第 8)次委員會議紀錄

決定：確認。

肆、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(第 8)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

- (一)擬解除追蹤案(共 1 項)：同意依幕僚擬議，解除追蹤。
- (二)擬繼續追蹤案(共 4 項)：同意依幕僚擬議，繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：110 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、110 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 116.4 百萬元)移撥 17.64 億元，作為特定用途移撥款，用於牙醫門診總額之「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 5 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「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。
- 2.扣除上開移撥費用後，預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- 3.所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

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 109 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：110 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、110 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 3,500 萬元，作為風險調整移撥款，用於撥補五分區(不含東區)各鄉鎮市區內僅有 1 家中醫門診特約醫事服務機構之浮動點值，最高補至每點 1 元；經費若有剩餘，則 55%分配予臺北分區，45%分配予北區分區。

3.五分區(不含東區)預算扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：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：10%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

4. 所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

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 109 年 12 月底前送本會同意後執行。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：110 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、110 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1. 自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 105.2 百萬元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

2. 扣除上開移撥費用後，預算 68% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32% 依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

3. 所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送

本會備查。

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西醫基層總額相關團體議定後，於 109 年 12 月底前送本會同意後執行。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險 110 年度保險費率方案(草案)，提請審議。

第五案

提案人：干委員文男、何委員語、李委員育家、林委員錫維、邱委員寶安、馬委員海霞、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、葉委員宗義、趙委員銘圓、蔡委員明鎮、鄭委員建信、鄭委員素華(依委員姓名筆劃排序)

代表類別：保險付費者代表

案由：近年健保會監理過程中，多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式「加徵滯納金」，以昭公允案，提請討論。

第六案(臨時提案，如附件)

提案人：干委員文男、何委員語、李委員育家、林委員錫維、邱委員寶安、陳委員有慶、陳委員炳宏、葉委員宗義、趙委員銘圓、蔡委員明鎮、鄭委員素華、鄭委員建信、許委員美麗、許委員駢洪、張委員文龍、陳委員莉茵、馬委員海霞

代表類別：保險付費者代表

案由：在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36% 保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率案，提請討

論。

主席裁定：

- 一、以上三案提至 109 年 11 月 27 日召開之臨時委員會議討論，且當日不接受臨時提案。
- 二、考量 110 年度保險費率審議之議題對社會影響深遠，需要在更充分資訊下審慎評估。請幕僚綜整會中委員所提試算條件，包括：110 年底安全準備維持法定 1、1.5、2、2.5 個月之保險給付支出、當年或 2 年收支平衡等建議後，洽請中央健康保險署提供詳細財務分析及資料，供臨時委員會議討論。

陸、報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：109 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，送請中央健康保險署參考。

柒、散會：下午 12 時 30 分。

附錄：與會人員發言實錄

全民健康保險會提案單

提案日期：109 年 11 月 19 日

提案者	干委員文男、何委員語、李委員育家、林委員錫維、邱委員寶安、陳委員有慶、陳委員炳宏、葉委員宗義、趙委員銘圓、蔡委員明鎮、鄭委員素華、鄭委員建信、許委員美麗、許委員駢洪、張委員文龍、陳委員莉茵、馬委員海霞
委員代表類別	保險付費者代表
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案 由	在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36%保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率。
說 明	健保會自民國 107 年 4 月開始，就政府依健保法第 3 條及第 76 條第 1 項規定應負擔的 36%健保費用，多次會議結論指出，政府就應負擔的 36%健保費用計算基礎與法遵有違，算自 105 年至 108 年為止，政府撥補不足差額已達 487 億元，值此健保安全準備總額，即將跌破健保法第 78 條「相當於最近精算一個月之保險給付支出」的規定底線，及討論審議明年度保險費率應否調整之際。實應呼籲政府應本照顧民眾福祉善念，接受健保會多次會議結論，儘速撥補自 105 至 108 年應負擔 36%保險總經費的 487 億元差額，以解健保財務窘境燃眉之急。果能如此，則在 110 年年底前，關於健保安全準備總額，仍可維持在一個月保險給付支出金額以上，在 110 年年底前，健保安全準備

	<p>總額，仍可維持在一個月之保險給付支出金額以上，實無調整健保費率的急迫性及必要性。</p>
擬 辦	<p>由於政府如能依健保法第 3 條及第 76 條第 1 項規定撥補自 105 至 108 年應負擔 36% 保險總經費的差額 487 億元，則在 110 年年底前，關於健保安全準備總額，仍可維持在一個月保險給付支出金額以上，實暫無調漲 110 年度健保費率的急迫性及必要性，故提案建請本會應決議不調整 110 年度健保費率。</p>
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 checked="" type="checkbox"/> 保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input 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)	

第 4 屆 109 年 第 9 次 委員 會議
與 會 人員 發言 實 錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 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。開會時間已到，現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，可以開始進行今天的會議，請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、李署長伯璋及在座各位先進，大家早安！今天對我們來講是意義非凡的一天，不僅要審議全民健保 110 年度保險費率，也是本屆委員最後 1 次在衛福部會議室開會，由於 12 月份委員會議本會將併同舉辦業務參訪活動，所以下次委員會議將在參訪地區辦理。
- 二、相逢自是有緣，這 2 年來感謝所有委員的努力，認真完成每一項法定任務，今天的會議更是備受社會各界矚目。依全民健康保險法第 78 條規定，本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。根據健保署的財務推估，110 年底保險收支累計將僅剩餘 244 億元(以總額協商付費者版本為例)，約當 0.41 個月保險給付支出，符合啟動調整保險費率的條件，所以今天會議的重大任務與使命，就是審議 110 年度的健保費率，請各位委員共同努力完成全民健康保險法賦予本會的重要任務。
- 三、另外，每位委員桌上都有一杯養生酵素，這是許委員駢洪所提供，他希望大家都能健康，同時也分享現場的與會人員，在此，特別向許委員駢洪致謝。桌上還有一張牙醫總額部門的邀請函，請王委員棟源說明。

王委員棟源

主任委員、各位委員大家好，牙醫師公會於 12 月 23 日晚上在寒舍艾美酒店 2 樓舉辦牙醫總額歲末餐敘，邀請各位委員蒞臨指導。

周主任委員麗芳

接下來開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

- 一、本次議程安排，討論事項有 5 案、報告事項有 1 案。討論事項第 1 案至第 4 案是依照年度工作計畫排定，屬於本會法定任務且必須在本年底前完成的事項。第 1 案至第 3 案是討論 110 年度牙醫門診總額、中醫門診總額及西醫基層總額一般服務之地區預算分配事項，其中西醫基層總額的部分是續請討論案。為使費率審議案有充分時間討論，將這 3 案排在前面討論。第 4 案是 110 年度保險費率審議案，第 5 案是本次委員提案。
- 二、另外大家桌上有付費者代表委員在昨天下午 4 點多提出的臨時提案，案由為「在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36% 保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率」案。臨時提案之處理方式，依照本會議事規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，「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」，建議依照該規定辦理。
- 三、報告事項 1 案，為健保署 10 月份全民健康保險業務執行報告。

周主任委員麗芳

對於議程部分有沒有委員要提出詢問？請干委員文男。

干委員文男

就剛才周執行秘書淑婉報告事項，臨時提案跟討論事項第五案，是不是要徵得提案人同意調整為併案討論，或者先討論？若不併案，等到費率審議案討論完畢再來討論臨時提案，就失去臨時提案的意義。

周主任委員麗芳

謝謝干委員文男意見，因為費率審議案是重大議案，剛剛周執行秘書淑婉已說明，付費者代表的提案會列為臨時提案。干委員建議併案討論，幕僚作業恐有困難，因為幕僚沒有辦法即時提供相關的資料及數據，所以要將臨時提案併入目前的提案恐怕有困難度。

趙委員銘圓

主席，我想併案處理應該沒有問題，因為討論事項第五案跟臨時動議案都是跟費率相關，理應併案處理，而不是因為一些資料可能無法整理就無法合併，我想這不合會議規範，建議應該併案處理。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、林委員錫維。

朱委員益宏

有關臨時提案是否要併案，個人覺得應該依照議事程序辦理，雖然這個臨時提案確實跟本會任務有關，但也應依程序，包含提案要有人附議，大家是否同意成案等程序。對於主席裁示列入臨時提案我沒有意見，但是要併案跟費率審議案一起討論，因為費率是很重要的案子，我認為這是 2 件事情，應該要分開討論。

周主任委員麗芳

請林委員錫維、何委員語。

林委員錫維

- 一、臨時提案及討論事項第五案，與調整費率息息相關，我建議臨時提案與討論事項第四案及第五案合併討論，因為議案內容都有連帶關係、息息相關。假設大家能請政府補足應負擔 36% 保險總經費之差額，今年還有必要談費率調整嗎？
- 二、我認為主席應該做個明智的處理，臨時提案並非其他無關的議題，為什麼付費者委員提出這個臨時提案，因為近日媒體報章報導，好像已經決定 110 年保險費率不是 5.55% 就是 5.44%。我們認為這根本不符合法定程序，甚至連陳部長時中都在說費率調漲由健保會決定，但健保會都還沒進行相關探討，媒體報導就已經算出民眾 1 個月、1 年要多繳多少保費，全部都算好，我們就很緊張，這是不對的，因為臨時提案與費率調整息息相關，所以我們提出臨時提案。
- 三、討論事項第五案也是跟政府應負擔 36% 保險總經費差額息息相關。針對這些議題，大家本來就應該要很合理、平心的來探

討，今天也非常感謝醫界及健保署的用心。我們並不是反對增加相關費用，這對被保險人或是病患而言是好事，但假使這些勞工或是弱勢民眾沒有那麼多錢負擔這麼多保費，為何保費一定要一直漲？依照目前總額協商計算公式，近年非協商因素多高達 4% 左右，我跟你講再 2 年恐怕健保總額就破兆了！這錢從哪裡來？現在貧富相差太大了，勞工永遠是勞工、弱者永遠是弱者，我認為非協商因素是非常不合情不合理的，但你們認為是合法，若要合法應該要修法，不能這樣繼續下去。我認為這 3 案是息息相關的，我尊重朱委員益宏的看法，沒有連帶關係的案子可以最後再討論，但這 3 案是有連帶關係的，這是我的建議與看法。

周主任委員麗芳

請何委員語、葉委員宗義、陳委員炳宏及許委員美麗。

何委員語

- 一、今天的臨時提案是由 16 位委員連署提出，另外，我們已在 109 年 11 月 3 日以淵綜字第 109000603 號發出建議函，我們有 6 個雇主代表團體、漁會與農會代表團體以及 5 個全國勞工代表團體，共 13 個團體，正式發函給行政院、國家發展委員會、衛生福利部、立法院社會福利及衛生環境委員會、民主進步黨立法院黨團、中國國民黨立法院黨團、台灣民眾黨立法院黨團、時代力量立法院黨團、監察院等。
- 二、在健保署及社保司的回函中，完全沒有提到健保法第 76 條第 1 項的規定，只有說健保法施行細則第 45 條修正案是經過行政院跨部會研商後，向立法院核備，但施行細則是主管機關想怎麼改就怎麼改，沒有經立法院審查及三讀，只有發函向立法院核備。
- 三、你們只用健保法施行細則第 45 條解釋應列入政府應負擔 36% 的項目，卻沒有以健保法第 76 條第 1 項規定計算的應提列安全準備，代入計算政府應負擔 36% 的公式(註)，為什麼不敢寫

出來？我們認為應該用健保法第 76 條第 1 項的規定來計算，但 2 個公文回函都沒有寫出來。你們只提健保法第 2 條、第 3 條，而是一直用健保法施行細則第 45 條來解釋，這樣差距太大，我認為不合理。

四、雖然政府官員有施行細則的行政裁量權，但行政裁量權沒有經過立法院審議做成法定條文，只是報立法院行政部門核備而已，所以我們 16 個委員才提出臨時提案，如果本案要另外討論也很簡單，因為第五案已經至少有 16 位委員不同意現行做法，所以我認為可以併案討論。

(註：36%×[(保險給付支出+應提列安全準備)-法定收入]。)

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

政府應負擔健保總經費法定下限為 36%，但工商界認為目前政府只有負擔 33%左右，臨時提案我也有連署，雖然 36%與 33%的差異是我們工商界的看法而已，若被認為是工商界綁架費率的問題，觀感不好，我認為可以與第五案併案討論，若單獨討論，工商團體容易被誤解為綁架費率。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

上個月各位應該記憶猶新，在 10 月 16 日「全民健康保險 110 年度保險費率審議前意見諮詢會議」，我有明確建議健保署，增加「付費者代表依法主張現行費率適足，維持現行費率」審議方案之選項，但這次費率審議資料仍未提供該選項，所以付費者才得自行提出本次臨時提案，我認為併案討論是合情、合理且合法。

周主任委員麗芳

請許委員美麗。

許委員美麗

- 一、依照全民健康保險會會議規範，我認為臨時提案符合會議規範第3點第2項第2款臨時提案部分的所有規定，所以臨時提案是合法的。
- 二、臨時提案已有16位付費者委員連署，如果與會者對附議、連署提出疑問的話，經詢馬委員海霞，她同意作為附議或連署人，所以臨時提案可以提出，在法律程序上是沒有問題的。
- 三、再來，本案與今日議程之一般提案的第四案及第五案是有連帶關係的，我們認為臨時提案是合法，而且與一般提案有關連性，應該予以一併討論，否則就失去其提案的意義或時效性，所以今天與費率有關之提案，我或付費者代表全部一致建議併案討論，否則沒有意義。

周主任委員麗芳

向許委員美麗說明，有關臨時提案是否成立，於會議一開始即已說明本案成立，謝謝許委員美麗提出併案意見。請馬委員海霞。

馬委員海霞

我是表達我附議連署。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝委員關切討論事項第四、五案這2個一般提案與臨時提案，這3案都很重要，許多委員也就是否併案表達意見，我個人也認為可以納入考量。
- 二、我剛剛請教幕僚，費率審議需於11月底前完成，因為有臨時提案又要併案討論，健保署可能需要一點時間來準備資料，陳委員炳宏也建議要補足資料，因此徵詢各位委員，是否在下週五同一時間召開臨時會議處理這3案，屆時一併討論？因為幕僚剛剛向我反映，臨時提出又要併案討論，他們需要時間準備資料，能否請委員同意，讓幕僚有時間來統整資料，下週五上午9點半加開臨時會議來討論這3案？請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我認為臨時提案主要涉及政府應負擔36%，事實上今年一直有

相關提案，如果臨時提案的核心是政府有沒有負擔 36% 的話，之前就已討論多次，社保司也多次澄清、說明。我認為委員會議不能裁量政府是否沒有補足 36% 的這件事情，若委員認為主席決議有問題或認為政府違法，那應該循法律程序提訴訟，而不是一直在委員會議重複討論政府有沒有補足 36%，我覺得是浪費大家時間。

二、討論事項第四案已經準備很久了，大家來的時候也看到外面很多記者及 SNG (Satellite News Gathering, 衛星新聞轉播) 車在等，我認為今天至少要討論第四案，至於第五案及臨時提案是否下週五再討論，我沒有意見。

周主任委員麗芳

很多委員表達討論事項第四、五案及臨時提案有相關性，朱委員益宏則是建議第四案抽出來討論，但考量多數付費者委員的意見，以及目前尚在費率的法定審議期間內，是否先暫時告一段落，下週五臨時會議再來處理 110 年度的費率審議問題，屆時討論事項第四、五案及臨時提案一起處理？請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、我支持朱委員益宏的看法，政府應負擔 36% 爭議已久，社保司也充分解釋多次。請看會議補充資料第 2 頁，社保司意見第 2 點「政府每年皆依法負擔保費收入之 36%，並無未依法定計算政府應負擔健保經費之情事」，意思是政府已補足了。再看會議補充資料第 3 頁，健保署意見第 2 點「經查 108 年度(含)以前政府負擔不足健保總經費法定下限 36% 差額部分，衛生福利部均已依前揭規定撥補」，表示政府沒有欠款了。

二、再爭執下去是沒完沒了，下週開會如為 36% 的問題意義不大，是否由權責單位出面依程序處理，問題才能解決。

周主任委員麗芳

因為我們要讓幕僚有時間準備資料才延至下週，先請吳委員榮達。

吳委員榮達

我建議先按正常程序走，等討論到第四案時再併案討論，若討論不完則下週繼續，這樣是否可行？如果前面議案 11 點就討論完，接著討論後面的議案有什麼關係？到時候第四、五案及臨時提案一起討論，討論不完或是需要補充資料的話，可以延後再議。

周主任委員麗芳

因為是今天會議才提出將臨時提案併入討論，資料準備不足。請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我反對第四案延至下週，因為法定開會時間是今天，所有委員在 1 年前就訂下時間了，這麼重要的議案臨時改時間，如果委員下週有事情呢？到底要不要來？我認為不應該改時間，至於臨時提案是臨時提出，是否加開會議處理，我個人沒意見。
- 二、第一案到第四案都是法定程序，每年的行程都是這樣，而且今天開會時間是去年底就訂下來的，我認為時間不應該改，至少第四案應該按照議程走完，當然有時間可以一併討論第五案及臨時提案，但第四案的議程都已經訂了，不應該改時間。

周主任委員麗芳

每個委員有不同的想法，有委員認為要單獨討論第四案，但也有委員認為第四、五案及臨時提案有關聯。由於社會各界非常關注費率審議問題，大家應該有發現外面有媒體守候，為了審慎起見，我建議下週五召開臨時會處理費率議題，懇請各位委員同意。請鄭委員建信。

鄭委員建信

剛才的討論過程中，沒有委員建議將議案延至下週，反而是主席自己提出，讓我有點錯愕，假如討論事項沒併案或其他處理方式，委員還是可以針對第四、五案或臨時提案表達意見，只是程序上如何讓大家進行意見交換。確認議程時，沒有委員提議要將議案延到下週，主席自行提出實在不太妥當。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、我認為會影響到討論內容的議案應該先確定，如果提案的決定會影響費率調整，事前就要先釐清，否則每個人都提出附帶動議、附帶決議，費率討論就沒完沒了。
- 二、我個人認為要有程序上的區隔，理論上討論費率前要先將所有不確定的因素確定下來，不能在同一時間處理，否則無法得到確切的結論，如假設政府願意出 500 億元，費率調整為多少，假設政府不願意出 500 億元，則費率是多少，最後沒有人知道決議是什麼，因為決議的前提是建立在政府願不願意出錢，當然我很同意政府出錢，大家今天就不用再吵架，只是要怎麼釐清問題？
- 三、剛剛主席的建議我也同意，先釐清前提再討論，我想先請問社保司，今天有沒有辦法確定這 500 億元通過了，政府就會出 500 億元，還是需要下週才能確認有或沒有，一定要先將前提確認清楚才有辦法討論費率。

周主任委員麗芳

請社保司商委員東福回應。

商委員東福

- 一、我先回應何委員語，何委員提到健保法施行細則第 45 條沒有經過立法院審議，這不是事實。請參閱會議補充資料第 2 頁，健保法施行細則第 45 條是經立法院實質審查確定，在座委員當時至少有 2 位委員在立法院現場，我要澄清這一點。
- 二、另外，對於政府應負擔 36% 是以收入面或支出面計算，是因為在當年收支不平衡的情況下所衍生的爭議，事實上，我在上次委員會議也有特別解釋，政府已經依法撥補，未有不足的情況。
- 三、回到周委員穎政的問題，向政府爭取應負擔 36% 是我們一直在做的，如同何委員語也一直發函爭取，但絕對不是說政府沒有

依法填補。如果是要求政府依法補足欠款 500 億元，這是不對的，若是向政府爭取預算 500 億元，則是隨時都可以做，但現在最重要的是依法審議費率，以上補充說明。

周主任委員麗芳

今天比較為難商委員東福，因為是臨時提案，幕僚也沒有時間準備相關資料，請何委員語。

何委員語

依健保署提供的「健保財務收支情形表」，保險費相關收入中有項「政府負擔不足法定 36%之差額」，105 年為 430 億元、106 年 485 億元、107 年 524 億元、108 年 575 億元、109 年達到 611 億元，這是以總額成長率下限 2.907%及上限 4.5%計算的。政府機關的文件為何要寫政府負擔不足法定 36%之差額？為什麼要這樣寫？文字不能這樣寫啊...。

商委員東福

請先讓我回應...。

周主任委員麗芳

兩造雙方先暫停一下，這就是為什麼我說下週再討論，這些資料應該先整理好，提供給所有委員...。

商委員東福

主席，不能這樣處理。何委員語上次已經問過這個問題，這個差額是指政府當年已負擔之金額不足應負擔 36%的部分，政府依法會編列預算來補足，上次已有說明，並非陳委員炳宏所提因計算方式不同產生的差額，在此特別澄清。

周主任委員麗芳

一、各位委員，現在只是確認議程，不能進入實質討論，今天剛好有臨時提案，大家都需要一點時間來準備相關資料，也有委員提到要再增加資料，我站在主席立場，建議討論事項第四、五案及臨時提案提至下週五臨時會議再好好討論，否則大家你一言我一語，實在無法在法定期間完成費率審議。

二、請付費者召集人林委員錫維，最後 1 位發言，之後結束議程確認。

林委員錫維

我個人同意下禮拜五再處理，讓大家有時間準備相關資料。現在報章雜誌對於費率調升有諸多揣測，有調升至 5.44%、5.55% 等諸多方案，我希望健保署能多準備相關資料，包含假設費率調升至 5.17%，安全準備金能否維持 1 個月保險給付支出，因為我們已經完成 110 年度總額協商，希望安全準備金至少能維持 1 個月保險給付支出，至於明、後年費率要如何調整，我們沒有意見。現在報章雜誌也報導為何費率要調漲這麼多，反映許多問題，也有諸多的討論，我不逐一詢問，但希望健保署能提供完善的資料來說服付費者代表或社會大眾。因此，我同意下週五再討論，以上是我個人意見。請主席做裁示。

周主任委員麗芳

請何委員語，最後 1 位發言。

何委員語

我支持召集人林委員錫維所建議下週五再討論，但不是費率調升至 5.17%，在會前，我自己也先試算調整費率，希望健保署試算 2 個方案，第 1 個是費率由 4.69% 調升至 4.91%，第 2 個是費率由 4.69% 調升至 4.95%，我自己都有試算，也一起驗證你們試算結果是否和我的一樣。上次費率調降時，我試算的相關資料留到現在，試算的結果也很準確。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

我是針對程序的問題，我們將許多討論案合併一起討論，我認為不容易討論，會變成 A 扯 B，B 扯 C，才有最後的結論。因此，我建議如果要討論費率調整案，應該將影響費率的相關因素先確定，不論是健保署或主管機關都要先確定下來，我們才有辦法討論，否則

我不同意將所有討論案合併一起討論，即使討論 3 天 3 夜都不會有結論。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏，最後 1 位發言。

陳委員炳宏

我支持何委員語所提建議，一定要提供完整的健保費率試算評估資料供委員參考。108 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」，查閱發言實錄，李前委員永振以精算人員身份出席，就提到以健保法第 76 條第 1 項所訂安全準備來源代入公式計算的話，到 111 年也還不用調漲費率。我再補充說明，如果搭配健保財務檢討與預算法第 1 條「總體經濟的均衡原則」，112 年也不需要調漲費率，敬請健保署於費率審議中，增加「付費者代表依法主張現行費率適足，維持現行費率」審議方案之選項，一定要提供詳細且完整的費率審議評估資料供委員討論參考。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

本案也討論很久了，請主席裁示。

周主任委員麗芳

我剛才已經做裁示，請大家不要再討論。有關委員所提意見，請健保署協助提供詳細且完善的資料，接續進行下面的議案。請吳委員榮達。

吳委員榮達

最後，我再提供 1 個建議，既然健保署要試算，建議健保署試算明年底安全準備金約 1 個月保險給付支出，則健保費率要調整多少？

周主任委員麗芳

委員所提意見...，請李署長伯璋。

李署長伯璋

- 一、向委員報告，有關委員所提的健保署都有試算過，費率由現行 4.69% 提升至 5.17%，則約有 1.46 個月保險給付支出，若由 4.69% 調升至 4.91%，則不足 1 個月，4.69% 調升至 4.95% 也不足 1 個月。
- 二、依照健保會之前委員會議決議，約 2 個月保險給付支出之金額計算為原則等規定(註)，才会有這些試算數據，但目前也沒有定案，我尊重委員會議決議，但剛才所提的建議，同仁都有試算，如果下週討論費率案，委員還有需要相關資料，再請委員提出。

(註：「全民健保財務平衡及收支連動機制」(健保會第2屆104年第10次委員會議通過)：

本會協定次年度(下稱當年)總額後，中央健康保險署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送本會審議。

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。)

周主任委員麗芳

議程確認。接下來進行上(第8)次委員會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

各位委員對會議紀錄有無修正意見？如果沒有意見的話，會議紀錄確認。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

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

- 一、說明一，是上(第 8)次委員會議決議事項有 5 項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 4 項，最後仍依委員會議定結果辦理。擬解除追蹤 1 項，是健保署業務執行季報告中委員的意見，健保署的回復在會議資料第 17 頁，請委員參閱。
- 二、說明二，幕僚依照第 8 次委員會議決議，參考委員所提意見及委託研究計畫成果報告，已彙製「108 年全民健康保險年度監測結果報告」，並放置各位委員桌上，請委員參閱；另報告電子檔也放置在本會網站「公告及重要工作成果」路徑下，供各界參閱。
- 三、說明三，健保署本年 10~11 月發布及副知本會的相關資訊，相關內容及附件已於 11 月 6 日寄至委員電子信箱，相關重點摘要，請委員參閱。

周主任委員麗芳

有關周執行秘書淑婉報告內容，請問委員還有沒有詢問？若委員沒有其他意見，上次委員會議決議(定)事項辦理情形，擬解除追蹤案 1 項，同意依照幕僚之擬議，解除追蹤，擬繼續追蹤案共 4 項，同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤；餘洽悉。

參、討論事項第一案「110 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

向委員報告，有關討論事項第一案是今年 9 月完成牙醫門診總額協商，依據健保法第 61 條第 2 項規定，接續討論一般服務 6 分區的地區預算分配：

- 一、請委員參看說明二，牙醫部門自 95 年度開始，配合政策依照各地區校正人口風險(年齡性別指數)後保險對象人數占率分配，也就是 R 值分配，自 95 年開始 100%依 R 值分配。並於 99 年度起，自一般服務預算移撥部分經費用於特定用途，近年移撥經費及用途，整理在會議資料第 23 頁之說明五，之後一併說明，請委員參閱。
- 二、110 年度牙醫門診總額地區預算分配建議方案，牙醫師公會已將建議方案送至本會，請委員參閱會議資料第 22 頁，牙醫師公會建議內容，已 100%依照 R 值分配，主要重點是特定用途移撥款，建議 110 年度移撥 17.64 億元，用於下列 6 個用途，請委員參考會議資料第 23 頁所列彙整表，最右欄是牙醫師公會建議 110 年度方案，主要用於下列項目：
 - (一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」：2 億元。
 - (二)「牙醫特殊醫療服務計畫」：0.5 億元。
 - (三)「醫療資源不足弱勢鄉鎮獎勵計畫」：0.8 億元。
 - (四)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」：0.3 億元。
 - (五)「牙周病統合治療方案」：14.04 億元。
 - (六)若有結餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則依照 R 值分配到各分區。
- 三、健保署對牙醫師公會所提建議方案及移撥款執行結果，請參閱附件二，會議資料第 36 頁。

- 四、有關 110 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配，已 100% 依 R 值分配，待委員討論事項是特定用途移撥款，牙醫師公會所提建議方案，請參閱會議資料第 23 頁所列表格的最右欄，主要有 5 項用途及 1 項移撥款結餘款的用途，其中特定用途與過去 2 年都相同，金額略有增減。
- 五、請參閱會議資料第 23 頁說明五(一)之 2，其中第 5 項移撥款用於「牙周病統合治療方案」額度，移撥額度是依 6 分區近年的申報件數占率分配：
- (一)牙周病統合治療方案於 108 年導入一般服務，編列預算 28.08 億元，目前移撥經費依申報件數占率分配的額度已經逐年下降，108 年度 25.272 億元、109 年度 19.656 億元、110 年度 14.04 億元，其占比從 90% 降至 70% 再降至 50%。
- (二)請參閱會議資料第 24 頁，牙周病統合治療方案預算依執行率分配比率已逐年下降，也逐年回歸依 R 值分配，與牙醫師公會規劃及承諾一致，相關說明請委員參考。
- 六、依照 110 年度總額協商架構及原則，醫療服務以回歸支付標準處理為原則，如仍有醫療服務需保障點值，請健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 12 月底前送本會同意後執行。相關參考資料也同各部門總額提供之預算分配參數、歷年人口資料、一般服務預算、醫療利用及點值等資料，如表 1~表 7，請委員參考。
- 七、擬辦部分，依委員會決議辦理後續報部核定事宜；此外，地區預算分配涉及許多執行細節，有關執行面及計算包含特定用途移撥款等執行細節，援例授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定，有關特定用途移撥款執行方式請送本會備查，以上報告。

周主任委員麗芳

關於牙醫門診總額之地區預算分配方式，有沒有委員要提出詢問？先請牙醫部門代表徐代理委員邦賢說明。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

感謝主席、各位委員，我代理王理事長棟源說明 110 年度牙醫地區預算分配案，我們參考過去執行經驗，從一般服務移撥部分經費，補助於各項醫療服務計畫預算不足部分，希望能提升就醫便利性及公平性，另外我們也不能澆熄偏遠地區牙醫師服務的熱情，所提移撥用途及額度也是依據過去執行經驗訂定，請委員支持。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

請參閱會議資料第 23 頁，剛才陳組長燕鈴也有說明，牙醫師公會建議 110 年度移撥用途及經費，110 年度移撥經費遠低於 109 年度，建議牙醫師公會可否思考就移撥用途第 1~3 項偏遠地區、特殊醫療及弱勢鄉鎮等計畫酌予提高移撥額度。

周主任委員麗芳

委員還有沒有意見？請干委員文男。

干委員文男

關於移撥用途第 5 項牙周病統合治療方案，於 108 年導入一般服務，編列 28.08 億元，雖然牙醫師公會逐年調降依執行率分配預算的比率，從 108 年 90% 降至 109 年 70%，再降至 110 年 50%，請問預計何時歸 0%？也就是完全依照 R 值分配。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

我直接回應干委員文男，當初規劃以 5 年為期，110 年是執行的第 3 年，所以調降至 50%，111 年預計調降至 30%，112 年調降至 0%，這是我們當初所提的 5 年規劃。因為牙周病統合治療方案由專案導入一般服務，各分區執行率有所落差，因此，希望有 5 年緩衝期，最後依民眾需求為分配，回歸一般預算依校正人口風險(年齡性別指數)後保險對象人數占率(R 值)分配。

干委員文男

目前以 5 年為期歸 0% 是沒有問題。建議每年追蹤牙周病統合治療

方案的執行結果與成效，否則滾入一般服務會看不到照護結果。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

每年評核會牙醫部門都會提出牙周病統合治療方案的執行成果報告，包含前 1 年執行件數與目前執行情形等。就導入一般服務這 2 年來看，雖然今(109)年受到疫情影響，但目前執行率達 8 成以上，我們都有密切監測，也有提供充足的服務量，之後會在評核會提出詳細執行情形與數據。

千委員文男

我們編列預算照顧牙周病患者，希望不要減少服務量，請持續監測執行情形。

周主任委員麗芳

剛才吳委員榮達也提出意見，請一併回應。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

感謝吳委員榮達所提的意見，我們也收到，並將委員的意見攜回牙醫師公會討論。依據過去執行經驗，各項計畫原有預算再加上所提的移撥經費是足夠的，我們也會每季檢討執行狀況，如有預算不足的情形，也會研議其他的處理方式。明年度持續精進特殊醫療服務計畫、醫療資源不足地區改善方案等計畫內容，未來持續提升服務量及給付合理化。

周主任委員麗芳

一、如果委員沒有意見，本案決議：

(一)110 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配方式，100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數占率(R 值)分配。

(二)自一般服務預算移撥 17.64 億元作為特定用途移撥款，用於牙醫師公會建議之 6 項用途項目。

(三)其餘內容依提案說明及擬辦文字，請幕僚協助整理。

二、接下來進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「110 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

討論事項第二案是討論中醫門診總額地區預算分配案：

一、請參閱會議資料第 37 頁說明二，中醫門診總額一般服務歷年地區預算執行情形：

(一)94 年以前，依照衛生署(衛福部前身)規劃「錢跟著人走」，以 R 值(各地區校正人口風險後保險對象人數占率)、S 值(總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用占率)分配地區預算。

(二)95~98 年為試辦計畫，採事後結算方式，不含人口因素。

(三)99 年之後為修正試辦計畫，採事前分配方式，分配參數包含人口因素，以「戶籍人口數」作為人口因素，分配方式是先將東區與其他 5 區分開，東區預算占率 2.22%，5 分區預算占率 97.78%。5 分區預算再依照 6 個參數分配，各項參數與其占率請參閱會議資料第 38 頁所列表格。5 分區預算分配參數共 6 項：

- 1.參數一「各分區各季實際收入預算占率」，類似各部門總額的 S 值，自 99 年起逐年下降，自 99 年 80%調降至 109 年 67%。
- 2.參數二「各分區戶籍人口數占率」，類似各部門總額的 R 值，逐年上升，自 99 年 5%調升至 109 年 13%。
- 3.其他參數是中醫部門特有的參數。參數三「各分區每人於該分區就醫次數之權值占率」，反映各區民眾就醫情形，近年占率維持 9%。
- 4.參數四「就醫人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差」，歷年占率均為 5%。
- 5.參數五「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師占率」，反映

各分區中醫師分布狀況，歷年占率均為 5%。

6.參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」，補助偏鄉院所的點值，歷年占率均為 1%。

二、會議資料第 38 頁說明二之(四)，本會 104 年討論中醫門診總額地區分配預算之決議，從 105 年度起，分配參數二即「各分區戶籍人口數占率」以 5 年調升 10%為目標。從 105~109 年「各分區戶籍人口數占率」調升情形，請委員參考會議資料第 39 頁所列表格，105 年 8%調升至 109 年 13%，5 年間調升 6%。

三、請參閱會議資料第 39 頁，中醫門診總額地區預算分配也有風險調整移撥款，自 106 年度起不含東區，撥補 5 分區僅 1 家中醫門診特約醫事服務機構之點值，移撥經費 3,200 萬元~4,200 萬元之間，請委員參考彙整表。

四、有關於 110 年中醫地區預算分配的建議方案，中醫師公會已函送建議方案至本會，建議內容請參閱會議資料第 39 頁說明三之(二)：

(一)分配方式與過去相同，2.22%歸東區，97.78%歸其他 5 分區。

(二)5 分區預算分配參數與剛才報告的 6 項參數相同，建議各項分配占率：

1.參數一「各分區各季實際收入預算占率」：維持 67%，與 109 年度相同。

2.參數二「各分區戶籍人口數占率」：維持 13%，與 109 年度相同。

3.分配參數占率有異動者為參數三及參數四，參數三「各分區每人於該分區就醫次數之權值占率」：從 9%調升至 10%，調升 1%。

4.參數四「各分區就醫人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差」：由 5%調降至 4%，調降 1%。

5.參數五「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師占率」：維持 5%，與 109 年度相同。

6.參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」：維持 1%。

(三)風險調整移撥款，如剛才所說明，撥補 5 分區只有 1 家中醫門診特約醫事服務機構之點值。剩餘款若有剩餘則 55% 分配予台北區，45% 分配予北區。

五、健保署對中醫師公會所提建議方案及移撥經費執行情形，請參閱黃色頁的會議補充資料第 1 頁之更正資料。

六、有關 110 年度中醫門診總額一般服務之地區分配待討論事項：

(一)是否同意中醫師公會建議分配方式，東區 2.22%，其他 5 分區 97.78%。

(二)6 項參數占率分配部分，其中參數三從 9% 調升至 10%，參數四從 5% 調降至 4%，其餘同 109 年，以上是中醫師公會建議方案，請委員討論是否同意。

(三)另外，雖然中醫師公會沒有建議調升參數二「各分區戶籍人口數占率」，但考量衛福部指示「錢跟著人走」的政策方向，及本會 104 年第 10 次委員會議決議以 5 年調升 10% 為目標，爰請委員考量是否適度調升「各分區戶籍人口數占率」。依往例，若參數二占率調升，則相對調降參數一「各分區各季實際收入預算占率」。

(四)其次要討論的是風險調整移撥款，是否同意中醫師公會建議額度 3,500 萬元，及其用途及經費剩餘款分配方式，請委員討論。

(五)最後，關於點值保障部分與牙醫部門相同，請健保署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 12 月底前送本會同意後執行。

(六)相關參考資料部分：

1.幕僚模擬試算結果，請參閱會議資料第 42 頁，表 1-1 主要模擬調整參數一及參數二，即調整「各分區實際收入預算

占率」及「各分區戶籍人口數占率」後，各分區預算成長率變化情形。表 1-2 是模擬中醫師公會建議方案，請參閱會議資料第 42 頁灰色底部分，即參數二不動，但參數三從 9%調整 10%及參數四從 5%降為 4%，各分區預算成長率如模擬表，請委員參考。

2.另檢附 108 年地區預算分配參數、歷年人口數、醫療利用及點值等資料，如會議資料第 43~52 頁，請委員併同參考。

七、擬辦部分，與牙醫部門相同，若委員決議後，相關執行面與計算細節授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝幕僚說明，先請中醫部門代表柯委員富揚補充。

柯委員富揚

一、謝謝主委與所有委員，有關 110 年地區預算分配，中醫部門召開了 3 次會議，會中大家都很平和、理性探討到底要怎樣才能讓使用中醫的民眾得到最好的服務，及風險調整移撥款如何提撥，對中醫長期發展最有助益等，經過理性的討論後，決議希望指標四調降 1%(從 109 年 5%降為 4%)到指標三(從 109 年 9%調高為 10%)，同時提撥風險調整移撥款 3,500 萬元，基本上這 2 個方式(調整指標參數及提撥風險調整移撥款)都是將錢補到台北區及北區。

二、我們認為指標三是中醫利用率，以歸戶(用 ID)計算跟衡量無關，不是使用中醫人次，而是使用中醫人數，也就是 1 年看 1 次或 10 次都只算 1 次，目前中醫就醫率只有約 26%、27%，為回應所有委員對中醫團體的殷殷期盼，近年中醫師公會也是盡力地想辦法，希望讓民眾多使用中醫服務，而中醫的服務也能讓民眾滿意，以上報告，感謝委員。

周主任委員麗芳

請問委員對於中醫門診總額 110 年度地區預算分配方式，有沒有要提出詢問？請干委員文男。

干委員文男

請教柯委員富揚，目前中醫就醫率約 26%、27%，110 年地區預算分配建議提升參數三到 10%，是不是能再提高一些？參數三是落後指標，中醫的就醫率有逐年下滑趨勢，如果中醫服務人數一直萎縮下去，將來總額要成長就比較困難，我建議參數三占率是否能再調高一些？

周主任委員麗芳

聽完其他委員的意見後再一併討論，請問其他委員還有沒有意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

我尊重中醫部門建議的分配方式，但有 3 點建議：

- 一、從 106 年起，中醫部門都會從東區以外的 5 個分區移撥部分經費，做為風險調整移撥款，110 年度中醫部門建議移撥 3,500 萬元，撥補鄉鎮市區只有 1 家中醫診所的點值，最高補到每點 1 元，經費若有剩餘則分配給特定分區。
- 二、請看會議資料第 72 頁，依健保署提供的風險調整基金執行情形，108 年度提撥 3,200 萬元，只有 242 萬元(約占 7.6%)用來撥補醫療資源不足地區院所的點值，剩餘 92% 都回歸某些分區，109 年第 1 季也是類似的情形，用於撥補偏鄉的金額占比很低，這部分是否能再加強。
- 三、建議中醫部門檢討風險調整移撥款的執行方式，可考量放寬醫療資源不足地區的院所定義，或提高點值撥補上限等，讓風險調整移撥款發揮實際效用，導引各分區醫療資源均衡發展。

周主任委員麗芳

請問委員是否還有其他意見？請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

中醫師公會建議 110 年風險調整移撥款 3,500 萬元，先用於撥補 5

分區各鄉鎮市區僅有 1 家中醫診所之點值，補至最高每點 1 元，經費若有剩餘，則 55% 分配予台北區、45% 分配予北區，請教依過去經驗，會有多少剩餘款？

蔡副署長淑鈴

請參閱會議資料第 72 頁。

蔡委員登順

我剛才才提到，在會議資料第 72 頁。

盧委員瑞芬

在會議資料第 72 頁嗎？謝謝。

周主任委員麗芳

請問各位委員還有沒有要提出詢問？沒有的話，就請中醫部門代表柯委員富揚回應。

柯委員富揚

- 一、謝謝干委員文男的建議，中醫師公會於內部討論時，有試算從指標四移撥 1%、2% 到指標三，但因為目前還在 COVID-19 (Coronavirus disease 2019, 新冠肺炎) 疫情期間，不確定明年疫情影響範圍，加上中醫有一個較不同之處是城鄉差距很大，若指標四提撥 1% 到到指標三，影響最大的是高屏區、南區及中區。
- 二、今年在 COVID-19 (Coronavirus disease 2019, 新冠肺炎) 疫情期間，基層中醫醫療院所受影響較少，從前幾季的報告中可以看到基層中醫院所影響約 0.5%，甚至還有正成長，但因為民眾不敢去醫院，造成醫院的中醫門診受到較大的影響，將疫情因素納入考量後，因為不知道明年疫情的發展，得出的結論是 110 年參數三調升 1% 較為穩健。委員提出的建議都很寶貴，我們會納入明年研議方案時參考。
- 三、感謝蔡委員登順的支持，有關風險調整移撥款的 3 點建議，我們會謹慎考量，以確實落實偏鄉醫療資源分配，這也是區中有區的概念，盧委員瑞芬也詢問到風險調整移撥款的運用，中醫

師公會一定會進行相關討論、檢討。

周主任委員麗芳

本案決議如下：

- 一、110 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配方式，2.22%歸東區，97.78%歸其他 5 分區，5 分區分配方式：
 - (一)各分區實際收入預算占率(參數一)為 67%。
 - (二)各分區戶籍人口數占率(參數二)為 13%。
 - (三)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率(參數三)為 10%。
 - (四)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差(參數四)為 4%。
 - (五)其餘參數占率同 109 年。
- 二、自五分區一般服務預算移撥 3,500 萬元，作為風險調整移撥款，並依中醫師公會建議之分配方式辦理。
- 三、其餘內容依會議資料說明及擬辦文字，請幕僚協助整理。接下來進行討論事項第三案。

伍、討論事項第三案「110 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、本案是西醫基層總額 110 年度一般服務地區預算分配案，請參閱會議資料第 75 頁說明一，本案在上個月委員會議已討論過，今天續提討論。
 - (一)上個月委員針對醫師公會 10 月 8 日所提建議方案進行討論，該建議內容為 110 年度地區預算分配維持 109 年度的 R 值 68%、S 值 32%，沒有編列風險調整移撥款。
 - (二)經上次委員會討論，決議保留續議，請醫師公會參酌委員意見，重新提送建議方案，含「校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，及風險調整移撥款建議額度與用途，以利於本次委員會議討論。
 - (三)本會已依照上開決議，函請醫師公會重新提送 110 年度地區預算分配建議方案，此外幕僚也於 10 月 28 日以電子郵件方式，提供相關預算模擬與說明，及計算方式、採用參數等資料予醫師公會，供醫師公會於內部研議建議方案時參考。
- 二、醫師公會於 11 月 11 日函復本會，表示對於 R 值占率與風險調整移撥款未獲得共識，回復的內容請參閱會議資料第 77、78 頁附件一，回復重點為：經 6 分區代表反覆溝通，考量 R 值公式內涵未能達到合理分配預算，加上今年秋冬恐怕有 COVID-19 (Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)第 2 波疫情及近期流感疫苗等因素，使基層院所忙於因應，因此未獲共識。因為依法定時程需於 12 月完成地區預算分配協定，故幕僚掣案提本次委員會議討論。
- 三、有關西醫基層總額 110 年度地區預算分配方式，主要要討論事項如下，請參閱會議資料第 75、76 頁。

- (一)R 值占率：請委員討論 110 年度一般服務地區預算 R 值占率。鑑於新冠肺炎疫情對整體醫療服務提供與需求產生變動，並考量醫師公會函復說明理由，今年秋冬恐有 COVID-19 (Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)第2波疫情及流感疫苗等因素，對醫療體系造成影響，是否維持 109 年 R 值占率 68%，請委員參考。
- (二)風險調整移撥款：110 年是否需要提撥，若需要提撥，則請委員討論額度及用途，若委員決定要提撥，可以考量是否比照 109 年移撥 6 億元，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
- (三)有關點值保障部分，也跟牙醫部門相同，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需特殊保障，由健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 12 月底前送本會同意後執行。

四、上次委員會議提案及相關參考資料、試算表等都列於會議資料第 79~99 頁，附件二，請委員參考。擬辦部分也跟牙醫部門相同，本案決議後，相關執行面、計算等細節含風險調整移撥款，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定，風險調整移撥款執行方式再送本會備查，以上報告。

周主任委員麗芳

請西醫基層部門代表黃委員啟嘉補充說明。

黃委員啟嘉

一、跟各位委員報告，我將上次健保會的共識帶回醫師公會跟西醫基層所有幹部討論，依照委員的建議，討論 R 值占多少比例時風險調整移撥款編多少，如：R 值 68%、69%、70%時，風險調整移撥款各為多少，但首先就 R 值要 68%、69% 或 70%，就無法有共識，因為原則上 R 值若往前進，有 2 個分區預算成長率比較好，另外 4 個分區比較差，因此在討論 R 值占率時就回到原點，沒有共識。

二、因為 R 值沒有共識，就沒有辦法再接續討論風險調整移撥款。而風險調整移撥款，在內部討論時，有的分區代表支持提撥、有的分區代表不支持，這部分也沒有共識。

三、過去若內部沒有共識，醫師公會就會建議維持原狀，但這次在內部討論時，我有向與會的分區代表說明，若無法達共識就交給健保會決定，看付費者代表怎麼說就怎麼做，尊重體制，讓健保會做最後決定。

周主任委員麗芳

謝謝黃委員啟嘉的說明。接下來聽聽各位委員的意見，依序請干委員文男、何委員語。

干委員文男

一、這麼多年來，西醫基層代表今天講的最中肯，以往談 R 值都要談很久還談不下來，而風險調整移撥款若沒有用完，還是會再按比例分配回各分區，健保署也不會收回。

二、若依照原規劃時程，R 值占率在好幾年前就該達 70% 以上，但實際上提升速度緩慢，是否同意 110 年 R 值調升至 70%，提撥風險調整移撥款 6 億元，這樣比較好運作，會後可以說是委員會決定的，不要每年為了讓 R 值前進 1% 而傷感情，110 年把 R 值占率調到 70%，可以 2 年後再傷感情。

周主任委員麗芳

還有沒有其他意見？請何委員語。

何委員語

主席、各位委員好，請教西醫基層代表，會議資料第 75 頁說明一的註，原建議方案是比照 109 年 R 值 68%、S 值 32%，6 分區浮動點值每點 1.1 元嗎？(黃委員啟嘉回應：浮動點值不能超過每點 1.1 元)健保署的點值不是每點以 1 元為主嗎？

黃委員啟嘉

在沒有總額預算前，醫療服務點數每點是 1 元，在總額預算制度實施之後才有浮動點值，浮動點值沒有上、下限，這是我們自己訂的

上限(每點 1.1 元)。

何委員語

OK。另外西醫基層好像內部溝通不良，要健保會幫忙背書，如果依民國 92 年 12 月 26 日費協會公告、衛生署及費協會召開相關會議結論，自 90 年度起，原則以 7 年為限，逐步達成預算 100% 按風險校正後之各分區保險對象人數分配，今年是 109 年，已經過了 19 年，若以衛生署公告的 7 年來算，已經超過 12 年，請問若以干委員文男建議，R 值提升到 70%，需提撥多少風險調整移撥款？

黃委員啟嘉

若 R 值提升到 70%，風險調整移撥款要看怎麼提撥，是 6 分區一起提撥、還是特定分區提撥，很多分區不願意一起分攤，是因為有些分區認為 R 值前進已經讓它受傷了，所以不願意提撥。這也是內部討論時沒有共識的原因，R 值若往前移動，很多分區的預算就會變少，若預算變少還要一起提撥風險調整移撥款，分區代表就不願意。

何委員語

本案我建議考量今年疫情因素跟明年上半年可能還有疫情，支持維持 R 值 68%、S 值 32%，風險調整移撥款 6 億元。

周主任委員麗芳

先請滕委員西華，再請蔡委員登順。

滕委員西華

一、剛才黃委員啟嘉提到「看風險調整移撥款由哪個分區提撥」的說法，我的看法不太一樣，交換一下意見，其他總額也是一樣，若設立風險調整移撥款，理論上應該於一般服務預算優先扣除風險調整移撥款後才進行分區預算分配，若先分配 6 分區預算後再讓預算高的分區提撥較多的風險調整移撥款，就失去 R 值前進的意義。如果我理解的沒錯，應該是先扣除風險調整移撥款 6 億元後，再依 R 值、S 值占比去分配 6 區預算，不知道這樣理解對不對，不對的話，請健保署指正。

- 二、從會議資料第 82、83 頁的試算表可以看出，即使在不考慮 6 億元的風險調整移撥款情形下(如會議資料第 82 頁表 1-1)，在 R 值為 69%、70%的情況下，有 3 分區預算成長率低於全區平均，呈現一半高、一半低的狀況，若考量 R 值前進對分區預算成長率的衝擊，反而是提撥風險調整移撥款 6 億元的版本(如會議資料第 83 頁表 1-2)，就全區、分區預算成長率來看，無論 R 值前進至 69%或 70%，反而能反映區域人口成長帶來醫療利用率的增加。
- 三、上次會議也提到，現行分配公式雖未能完美，但相對缺點較少，若西醫基層沒有提出比現行公式更好的分配公式，則 R 值前進其實對整體資源分配較有利，雖然 R 值前進後，有的分區較好、有的分區較差，但我們都知道不可能會有全部都好的情況，因為人口流動不均，醫療資源就不可能是一個平均的分配狀態。這樣的話，我覺得可能可以考慮 R 值前進到 69%或 70%，然後輔以 6 億元風險調整移撥款，我覺得這樣可能比較符合現實。

周主任委員麗芳

先請蔡委員登順，再請吳委員國治。

蔡委員登順

- 一、本案我支持何委員語剛剛所提建議，西醫基層總額 110 年地區預算分配比照 109 年的分配方案。至於風險調整移撥款，滕委員西華說的對，應該先從一般服務預算扣除風險調整移撥款後，再分配 6 分區預算，所以不會有這筆錢由哪個分區提撥的問題。
- 二、從會議資料第 93、94 頁可以看出，西醫基層近年風險調整移撥款都用於撥補點值落後地區，沒有用於照顧各分區的弱勢或偏鄉地區民眾，若西醫基層總額 110 年度要提撥風險調整移撥款 6 億元，我建議參考醫院總額部門，思考更細緻的執行方式，朝提供民眾所需照護，或導引醫療資源均衡方向發展，讓

風險調整移撥款發揮實際效用。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、我回應一下何委員語，事實上並不是說我們內部沒有溝通，之所以沒有共識，基本上是一直在反映原來計算公式的瑕疵。第 2，至於您說送來這裡請大家背書，健保會往年沒替西醫基層背書過，這個我先回應，今年之所以大家比較沒有爭議，請參閱會議資料第 82 頁，各區成長率變動差距不大；另外，也因疫情關係，可以估算出點值不會拉太低。
- 二、回應剛剛的質疑，風險調整移撥款本來就先扣除，大家較沒爭議的是，扣除時正好台北區 base(基礎)較大，出的錢較多，所以大多是它自己出的，之後再補給它，這有它的思維，這幾點供大家參考。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

針對本案我支持維持 109 年度的 R 值 68%、S 值 32%，風險調整移撥款 6 億元。若要再修改，希望 R 值前進，他們回去討論也有難度，討論要前進，或依照 109 年度的分配，都會得罪一方，造成不滿，這是一定的，建議維持 109 年度的分配。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、4 個總額中，醫院、中醫及牙醫門診總額的提案，後面不會寫「請討論」，但是本案說明內容三，R 值占率後面寫「請討論」，風險調整移撥款的後面也寫「請討論」，其他 3 個總額都不必寫這 3 個字，西醫基層卻寫「請討論」，那不是要請健保會背書，不然什麼才叫背書？

二、其他 3 個總額都沒這樣寫，討論是你們的事，我的目標是這樣，你們不是，請不要再說這些話，我支持比照 109 年度的 R 值、S 值，風險調整移撥款 6 億元，但你們的提案為何後面寫「請討論」這 3 個字？

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

向委員說明，本案由本會幕僚提案，其實在每個部門都有寫「請討論」，對於需要委員決定的部分，我們都會寫「請討論」，前面討論過的牙醫、中醫門診總額都有寫「請討論」，可能因本案剛好斷點，所以很容易看到「請討論」這 3 個字。

何委員語

案由最後面寫「請討論」，這沒有錯，但是每個段落卻都有寫「請討論」。

黃委員啟嘉

這代表西醫基層部門非常尊重健保會委員的職權，因最後討論結果仍要經大家共識同意，所以過程中非常尊重大家，表示我們尊重健保會委員。

周主任委員麗芳

一、這幾個提案的提案單位都是健保會，不是總額部門，所以請何委員語不要錯怪西醫基層部門，這是本會幕僚的用字。

二、本案決議：

(一)110 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配方式，各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R 值)為 68%。

(二)自一般服務預算移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

(三)其餘內容依提案說明及擬辦文字，請幕僚協助整理。

陸、討論事項第四案「全民健康保險 110 年度保險費率方案(草案)審議案」、討論事項第五案「近年健保會監理過程中，多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式『加徵滯納金』，以昭公允案」、臨時提案「在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36%保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、討論事項第四、五案及臨時提案，改提 11 月 27 日召開之臨時會議審議及討論。
- 二、在此懇請各位委員，下次的臨時會議不再接受任何臨時提案，要不然無法討論，是否下次會議就專門針對討論事項第四、五案及臨時提案，請各位委員不要再提臨時提案進來，拜託大家。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、我們時間超前，剛剛主席說要將討論事項第四、第五案及臨時提案延至下次臨時會議討論，主要是雙方都需要多點資料證明，我們要有很明確的資料，在我看來資料都有，剛剛李署長伯璋說，若今天費率調整至 5.17%，即以前的費率，約有 1.4 個月的安全準備，他說健保署都有資料，請主席明確說明大家需要什麼資料？下次要開會一定要提供這些資料。
- 二、上個月召開 110 年度費率審議前意見諮詢會議，提到這個月開會就會有資料，之前提到費率調整至 5.17%，或安全準備 1 個多月時要調整多少，當時都有提到，若安全準備依法保留 1 個月，費率要調整至多少，可是現在大家認為都沒有資料，能否明確說明下次該有的資料是什麼？我們不可能再加開會議，很多委員都遠道而來，加開下週的臨時會議，不是很好的做法，因為大家都有自己的行程。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、感謝盧委員瑞芬，我支持她的說法，關於健保費率審議資料，這次一定要明確補充，敬請大家集思廣益明訂清楚，上個月為了因應這次的費率審議召開，付費者代表已經於 10 月 23 日會議正式提案建議，請健保署回歸健保費率審議規範，詳實提供費率審議資料，可是檢視這次費率審議資料並沒有配合提供。
- 二、我們已提出書面請求健保署依照 102 年開辦二代健保初年，已訂好的費率審議規範，應包含的基礎是「安全準備提撥項目」，查閱 105 年 11 月費率審議會會議資料，健保署尚配合提供，惟自 106 年 11 月費率審議會會議資料，已移除「安全準備提撥項目」之說明，107 年 11 月及 108 年 11 月費率審議會會議資料，如出一轍，持續混淆「政府應負擔保險總經費之計算方式」；所以上個月我們正式書面建請健保署在這次會議恢復提供，但是檢視這次會議資料，請問健保署有配合提供嗎？若下週臨時會議還是沒有提供這些費率審議的基礎資料，討論安全準備的約當保險給付月數又失真！所以下週臨時會議資料提供，有關「安全準備提撥項目」很重要，請務必依照 102 年二代健保開辦初年的費率審議規範，詳列於會議資料中，請問可以做到嗎？

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我也附議盧委員瑞芬的意見，應該這樣說平衡費率的調幅多少與幾個因素有關，先不說政府應負擔健保總經費 36% 不足款的爭議，社保司不可能自己面對 36% 不足款雙方長期以來看法的不同，即使不論這個爭議，仍要考慮幾件事，因現在經濟不好，付費者願意談保費調整是好事，但試算需考慮幾點意見：
(一)第 1，安全準備法定規定 1~3 個月，剛剛說的 1.5 個月是健

保會 105 年調降費率時認為低於 2 個月安全準備水準時，討論費率的調整以 1.5 個月安全準備為原則，建議試算版本要有法定的 1、1.5、2 及 2.5 個月，現在試算版本都大於 2 個月，應該要有這些試算版本。

(二)第 2，總額成長率，現在資料中 111 年總額成長率平均超過 4%，總額成長率也會決定費率應該收多少。

(三)第 3，試算當年平衡費率是要維持 2、3 年不漲，或是隨收隨付制的精神？收了夠用就好，這要讓付費者知道，因為諮詢會議提到可以每 2 年微調，不是 1 次調很高，依照現行版本 1 次漲幅接近 20%。若經濟很好，政府不用拿 2 千億元紓困，占 70%保費的雇主代表與被保險人代表，確實漲幅越高，負擔越重的狀況也不能忽視。

二、安全準備餘額是關鍵，1 個安全準備餘額都是 5~6 百億元，要不要準備 1 千多億元在那邊存款？因明年即使費率維持 4.69% 不調，並且採納醫界版 4.346% 的成長率，安全準備餘額仍有 2 百多億元，只是低於法定水準，我們討論只是安全準備填補，雖然明年當年度收的保費不夠當年度花，但是安全準備填補後沒有破產，仍有 2 百多億元。

三、費率審議要延至下週再討論我沒意見，但不能重複一樣的事情，社保司應盡到試算的責任，不論政府應負擔健保總經費 36% 不足款的爭議，至少在法律條件下，應將安全準備、平衡費率及總額成長率這些因素考慮納入，供所有付費者委員參考，也不會讓醫界擔心，其實就是安全準備是負數，導致他們拿不到該拿的醫療費用。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我希望費率審查回歸健保法的條文內容及精神，健保法寫得很清楚，每年度總額協商後經主管機關核定後，在年底結束前 1

個月，必須審查總額的平衡狀況來決定費率的變動，健保法的條文寫得很清楚，為什麼過去每年都沒有缺錢？為什麼每年 11 月都要提案討論是否要調整費率？是因健保法條文內容寫得很清楚，必須依法這樣做。

- 二、今天的討論主要是明年度總額協商完後，至明年底結餘款只有 220 億元左右，第 1，健保法的準備金最少 1~3 個月，1 個月合法，3 個月也合法，並非不合法。過去的委員有做決議及建議，當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，希望討論費率的平衡，或能 2 年調 1 次，但這不是重點，我們尊重蔡總統英文，她說時空、社會環境改變，我們都可以變，可以將 1.5 個月改變，也可將 2 年調 1 次改變，這屆委員有權力決定。若這屆委員沒權力決定，我們可以尊重以前委員的決定，但這屆委員可以重新決議，看能不能維持 1 個月就好？依法 1 個月沒有違法，這屆委員不要違法，我們合法移交給下屆的委員，下屆的委員要怎麼調整，決定總額多少錢？是下屆委員的職責、責任與權限。
- 三、我們無法決定下屆委員的權限，也沒有必要決定，我們依法完成明年度總額協商，及 1 個月的安全準備，這合乎健保法的規定，移交給下屆委員去做，這才是最合乎法定程序。現在整個狀況在此，因為政府修改健保法施行細則第 45 條後，就不補足政府應負擔健保總經費 36% 不足款的差額，付費者一直認為政府不應該採健保法施行細則第 45 條去做，應回歸健保法第 2 條、第 3 條及第 76 條第 1 項條文決定，到底是健保費的收入面決定，或支出面決定？現在差異及爭議點在此。
- 四、政府要不要改健保法第 76 條第 1 項規定，要改的很明確，付費者都沒有意見，最重要的點在此，我認為這屆委員職責就是將明年總額決定好，維護健保法規定 1 個月的安全準備，移交給下屆委員，不要花到破產及負債累累交給下一代，也不用交幾千億元給下一代，沒有必要，我認為回歸這樣的觀點與法條精神。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義、干委員文男。

葉委員宗義

- 一、早上李署長伯璋交代我說 1 句話，他說現在每次談費率，從來沒有談過醫療浪費，我說不只有醫療浪費，還有藥物浪費，這 2 個是非常嚴重的問題。
- 二、還有 1 個問題我特別提出來，10 月 30 日癌症基金會拜訪我，提到準備第 3 代健保修法，將請立法委員修法，他們是重大傷病患者目前部分負擔免費，日後要調高部分負擔，原因是沒有經費使用新藥。3 年前國外已有的癌症用藥，台灣沒有，且沒有經費使用，他們寧願增加部分負擔來使用。
- 三、昨天我參加「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)」，其中「經導管置換瓣膜套組(TAVI)」原採自付差額納入健保給付，經過開會討論後改為全額給付特材納入健保給付，這個特材給付條件之一為 80 歲或更大者，為何不能從 60 或 70 歲？但真的沒有這個經費，昨天討論很久，因為沒有經費的問題，上次會議我曾說通過後要多付 3 億多元，他們說沒經費，還要挪來挪去，這個問題我同意李署長伯璋所提，要想盡辦法節制浪費，這非常重要。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、感謝主席剛剛在併案過程中，明智決定延後 1 週討論，也表示健保會不會被媒體綁架，壓著所有委員一定要討論，若這樣討論的結果一定很糟，不是自由意志。今早 SNG(Satellite News Gathering, 衛星新聞轉播) 車都來這裡，謝謝主席給大家 1 個機會，讓大家嘗試。剛幾位委員也提過在 105 年時，討論費率要調降、調升，信誓旦旦要怎樣，現在聽起來沒有人反對不調升，這點可以確定，請醫界不要用語言、文字霸凌說健保會怎

樣，我們看到會很痛心的。

二、再來是健保費率調整部分，若節制調整，照剛剛幾位委員所提建議，他們所提是供參考，還沒討論結果，本年度安全準備還剩下約 2 個月，表示健保財務還可以支撐 2 年，剛才何委員語也表示，如果健保費率每 2 年調整 1 次，正好與勞保費率每 2 年調整 1 次互相配合。我們所有的努力都是為了被保險人付出，但也有人提到醫療浪費問題，事實上，最恐怖的是總額非協商因素的成長，如果公式不改，費率就算漲至 6% 也撐不了幾年，因為今年的總額就成為明年的基期，費用成長就像滾雪球一樣。因此，非協商因素應該儘快檢討，否則討論再多也沒有用。尤其近幾年對於總額非協商因素的成長，付費者連問都不能問，協商時醫院代表陳石池，問他非協商因素成長那麼多，是如何使用的，結果遭到抗議，錢給人家還不能問，感覺很窩囊。

三、對於如何減少醫療浪費，請健保署多費心，我們已經有那麼多的工具，誰在浪費透過電腦就看的出來。健保的醫療資訊系統很先進，編列的相關預算我們都很贊成，下個月 4 日健保署將舉辦「健保醫療資訊雲端查詢系統標竿學習研討會」，希望雲端查詢系統能發揮應有的成效，進而減少癌症用藥、慢箋或長期病患用藥，如吃掉或用掉就不算浪費。雲端藥歷可以在這方面減少不良使用，進而可以節省。

四、另外，建議下星期五除了討論費率調整，部分負擔是否也應併入討論，並將其對費率調整的影響一併納入考量，我們回去比較好交代。

周主任委員麗芳

感謝干委員文男的鼓勵與肯定，請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、剛剛幾位付費者委員提到醫療浪費問題，可能也要考慮一下這個問題。雖然提到平衡費率與收支平衡的概念，但大家都沒有

談到浮動點值。當年度總額訂定後，所有的財務風險都是由醫療服務提供者承擔，如果所訂定的總額不足時，浮動點值就會很低，我認為不該如此。為什麼社會上有很多醫療團體或醫師等，都在網路形成一股氛圍，說健保事實上非常血汗，是因為總額沒有相關的配套措施。

- 二、大家在討論費率時，有幾位付費者代表提到，保費調整的高低涉及安全準備金要存多久，當然超過 1 個月就合法，若要多存一點，牽涉到保費多久調整 1 次的問題，存的少可能就要每年或每 2 年調整 1 次，存的多則可能 3~5 年調整 1 次，狀況大致是如此。在討論平衡費率時，可能也要拜託社保司，點值的浮動必須要有停損點，當點值浮動到某個程度，就要重啟總額的談判。不能說我就給你這麼多錢，這個藥也要進，那個藥也要進，付費者說癌症免疫療法藥物，明明沒有效也要用，當然總額會不夠，若新藥通通都要納入健保給付，財務責任由誰承擔，是醫療服務供者承擔嗎？我覺得這是不公平、不對等的。
- 三、上述議題或許下週五可能沒辦法討論，但社保司或健保會一定要有時間，討論整體收支、平衡費率的調整，特別是總額浮動點值是否要有停損點，或什麼時機啟動健保總額範圍的調整，因為牽涉到醫療支出。剛才幾位付費者代表委員提到非協商因素每年 2~3% 成長太高，應做處理，同樣健保給付範圍也應調整，現在是包山包海，以後是否也要包山包海，大家可以討論，包括那些服務以後要 delisting(取消給付)，這些都是配套，在討論平衡費率時都要一併考量，不能一直說費率要加，但後面這些其他問題不做解決。
- 四、付費者提到有很多醫療浪費，但在我們看來沒有醫療浪費，很多醫療浪費是病人產生的浪費，開了藥不吃，不該看的病自己跑來醫院看，當然有很多處理方式，需要進行檢討，如剛才干委員文男提到的部分負擔，是很重要抑制浪費的方式。部分負擔增加對健保總額、費率也有影響，當然這個茲事體大，我也不認為這些問題在下次會議都能全部討論。建議或許下一屆或

之後，社保司應進行規劃，也拜託主委，專門召開一次委員會
議或開更多會議，討論剛才提到的整體配套。

周主任委員麗芳

先請干委員文男，再請黃委員啟嘉。

干委員文男

對於本次的健保費率調整，我們到基層都是正面宣傳，但剛才朱委員益宏提到醫生多麼血汗，我們在此可以認同，但外界並不是這麼認為，因為很多醫院仍在擴張。可行的解決辦法是依據健保法第 73 條公開醫療院所財務報告，醫療院所對財務的公開已經 20 幾年了，但還是選擇性公開，外界也非常期望今年能落實醫療院所財報公開，拜託你們。

周主任委員麗芳

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、本次健保費率調漲，與健保行政管理是否恰到好處，或有無醫療浪費，都沒有關係，因為有總額支付制度，每年預算已經固定，會根據人口增加、人口結構老化，經過精算模型決定下年度預算。近年來人口老化速度非常快，提供大家一個簡單的數據，2020 年扶老比為 4.4 個年輕人養 1 個老人家，再過 10 年是 2.5 個年輕人養 1 個老人家，到 2065 年則是 1.2 個年輕人養 1 個老人家。因此，若總額公式沒有改變，預算會一直成長，費率就可能會調漲。因為人口越老化，醫療費用就會持續上升，總額就會被動性的成長，原來保費收入就來不及趕上費用的增加。
- 二、我在思考一個問題，全世界只有我們實施健保，現在健保累積了很大的資料庫，很多研究單位向健保署申請研究都是免費，可以思考與健保有關係的個資法是否需要調整？若開放健保資料庫給保險公司使用，並限制在某些醫療用途的應用上，希望也能藉此開源，包含新藥、新科技引進時，可以和廠商協商，若

提供資料庫回饋，價格能否下降。我們是有健保的國家，買藥不應該與其他沒有健保的國家一樣貴，因為我們使用量大，也有足夠的醫療數據回饋給藥廠做藥品的改良，研究是新藥研發成本最高的部份，健保數據可以提供支持。我們有規模經濟、資料回饋，應該可以取得更便宜的藥物，但受限於個資法或其他法令限制，對公務員而言也許有難度，但或可減緩人口老化造成健保費用成長的壓力。

- 三、另外，我還是很憂心忡忡，在上次會議我也提到，政府對醫療供給面應有所節制，特別是看到又要開設醫學系增加醫學生名額、以及蓋設大醫院時，因這些被動式的增加對未來健保財務是有衝擊的，宜審慎思考，當需求面不變時，供給面應有所節制。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、何委員語。

朱委員益宏

- 一、因為主席裁示費率審議議題延至下週討論，所以我們還剩很多時間。呼應黃委員啟嘉的意見，對於醫療服務的提供，特別在醫院，因為所有醫院的設立都是政府核准，特別是比較大型的醫院，例如最近 1、2 年醫療資源很密集的新竹市，將成立上千床的醫院，不知道政府在想什麼？難道衛福部醫審會與健保是脫鉤的嗎？政府理論上是一體，拜託社保司回去反映一下，醫審會審定醫院擴床或新增醫院時，應該與健保連動，否則完全脫鉤的結果，造成那邊拼命設病床，如：台大、陽明新設一堆病床，明明醫療資源已經很密集，還設一堆病床。
- 二、另外，新北市說台北市醫療資源不能算到新北市，明明過個橋開車 5 分鐘就到了，但新北市仍說醫療資源缺乏，在新北市到處成立醫院，這不都是浪費嗎？都會影響總額，但是所有醫院都是衛福部核定，我再重述，所有醫院都是衛福部核定的，難道衛福部核定時沒有考慮到總額或是醫療支出嗎？當然在核定

的過程社保司沒有參與，但我覺得社保司有責任將這樣的狀況向高層或核定的權責單位反映，核定时應考慮總額夠不夠，該區的點值如何，會不會影響到其他的醫療生態等。若完全沒有考慮，就是今天的結果，最後的惡果由付費者及醫療服務提供者承擔，就是有一個聖誕老公公在那邊一直發執照而已。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、連續 3、4 年來，健保會對於年終健保決算報告，都是不予備查，坦白說其屬於行政缺失，在公務上來說是很大的缺失，如果在私人公司，主管是要被撤換掉的。其次，這 4、5 年來總額成長率都非常高，每年 7 大工商團體都發函給行政院國發會及衛福部，提供合理的總額成長率範圍，但是從未被採納，所以今天總額就暴增，如果依我們提出的成長率，大約在 2% 到 3.8% 之間，是很合理的成長率，但是這 4、5 年來總額成長率平均暴增到 4.8% 以上至 5.5% 左右。以這麼高的總額成長率，當然財務會入不敷出，就好像 1 個月 5 萬元的收入，買 3 百萬元的賓士，保養費、油費太高了，負擔不起。
- 二、早上因為汽車保養，所以我搭計程車來，司機問我衛福部在哪裡？叫我教他怎麼走。他問我去開會嗎？我說是啊！要去討論健保費率調整，他就一路一直罵，我說沒有啦！醫生沒有那麼壞啦！至少 99.99% 都是好的啦！他說健保卡都被亂刷，以前感冒看 3、4 天就好了，現在要 10 天以上。這位司機我也不認識，他今天才知道衛福部這棟大樓，他說時常經過，但是不知道這棟是衛福部大樓，我說沒關係，改天你拿白布條抗議就知道了。
- 三、很多先進國家都成立中央藥物委員會，由中央統籌採購藥品，我們一直建議，政府也聽不進去，中央藥物委員會在別國應該隸屬於國務院總理以下，建議我們應該成立中央藥物委員，隸

屬在行政院之下。

- 四、支持干委員文男的意見，總額設定公式要檢討，目前基期費用太高，一滾上去就滾的很大。我在思考健保是否要進行大改革計畫，包括醫界的抱怨、民眾的抱怨等，要不然公說公有理，婆說婆有理。計程車司機聽到我要來這裡開會一路罵，我也不知道怎麼解釋，只能跟他說醫生沒那麼壞，99.9%都很好。健保如果沒有進行大改革計畫，馬上就滾到 1 兆元以上，又滾得很快，馬上就 2 兆元。我國的歲出總預算明年才 2.2 兆元左右，若醫療支出達 1 兆元、2 兆元，國家經濟會受到很大的影響，這是很麻煩的事情。
- 五、剛才醫界委員也提到，有些地方一直開醫院或分院，開了那麼多醫院，只能一直衝量，衝量又造成點值降低，點值降低就希望提高費用，一直惡性循環，每年總額提高，點值隔年又下降，然後總額又拉高，點值又下降，這樣怎麼解決問題？坦白講我們擔任健保會委員，心理上有很多無奈與感慨，我上次開會就提到，我 4 小時可能就賺很多錢，不必在這裡開會，還要用很多精神，七早八早就起來看資料、做作業，大家只是為了健保好。雖然聽到醫界很多苦水，我們也很希望幫助他，但事實上就是這些錢，大家應該要了解、體認。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語，也謝謝今天所有發言的委員。趙委員銘圓還有意見。

趙委員銘圓

- 一、本來不想發言，但大家都已經發言那麼長一段時間，我也想講我自己的看法。剛剛干委員文男說大家都有做好調整費率的心理準備，其他委員我不知道，但站在個人立場，我是反對費率調漲，因為有太多的東西不應該由健保支付，而是被硬拉過來，導致安全準備金大幅下滑，這是民眾的非戰之罪。我不知道為何陳部長時中說健保費率調整是健保會委員的權責，假如

這句話是真的，若付費者全部反對調漲，陳部長時中態度會如何？我們從來沒有想過健保會委員竟然有那麼大的權限，費率調漲要由我們決定，當然我覺得是應該尊重我們的意見，但要將責任這麼重大的議題交給我們，所有的委員也承擔不起。

二、回到費率調整，我真的是反對，我還是希望政府應該支付其應該支付的部分，公務預算要支出的，就應該回歸公務預算。當健保安全準備不足後，再討論費率調整，全民比較沒有話說。

三、有關健保業務執行報告的部分，本次會議不進行口頭報告，所以我就接下去請教...

周主任委員麗芳

等一下仍會進行報告事項健保業務執行報告，請委員等下再一併提問。

趙委員銘圓

一、另外，我還要請教有關醫療浪費問題，可能有少部分病人應承擔責任，但目前醫師在開藥時都可查詢雲端藥歷，但為什麼在病人藥品還沒用完時，醫師仍持續開藥給病人，甚至很多醫院，就醫的老人家領的藥物都是 10 幾種，這樣當然台灣的洗腎人口只會增加不會減少，政府對醫藥整合的部分到底做了多少？這個部分應該要趕快整合。

二、11 月 17 號 CTWANT 報導，治療肝癌末期的標靶藥物被丟棄在醫院藥櫃上，依據報導那些藥物的費用為 146 萬元，建議健保署，標靶藥物對人體真的有幫助嗎？假使 146 萬元可以讓他使用 IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)，是不是更好，癌症標靶藥物的後遺症，各位都可以上網查詢，尤其是藍色外包裝用來治療肝癌末期藥物，對人體傷害其實非常嚴重，不讓民眾好好服用比較好的藥，減輕其後遺症，當他們服用後產生很多後遺症，服用一段時間後，掉頭髮、手足症、身體灼熱...等症狀都產生了，當然不敢再繼續服用，這部分是否應該做點調整，我覺得政府應該要做的事情還有很多，當然百

姓對於藥物浪費不應該，不過這件事有前因後果，應該趕快做整合。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

我支持趙委員銘圓所提的建議。

周主任委員麗芳

- 一、今天的會議讓各位委員有充裕的時間發言，再再感受到所有委員對健保的使命及對社會的關懷，令我非常感動。尤其針對明年度費率調整的議案，順延一週召開臨時會議討論，絕對不是本會委員沒有共識，而是委員有共識，基於承擔社會對我們的責任及期許，深切認為應該用更審慎、慎重的心情和態度審議費率，所以希望能在下個禮拜會議充分的溝通與討論。
- 二、請本會幕僚詳細綜整委員對於費率調整的相關意見，並提供給健保署，也請健保署提供相關財務資料予本會。再補充一點，請各位委員諒解，下週的臨時會議不再接受臨時提案。接下來請進行報告事項。

柒、報告事項「中央健康保險署 109 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

請問委員有無詢問？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、在 11 月 10 日，我參加臺北醫學大學生醫創新論壇 - 「從分級醫療論健保支付制度改革」，在綜合討論的時段，主辦單位安排臺北醫學大學護理學院院長提出相關問題，原本主辦單位希望健保署能在現場回應，但健保署可能先離開了，所以在會場沒有人處理他提出來的問題，不過我在這裡必須要提出來。
- 二、98 年發生所謂血汗護理人員、醫院的問題，健保會為照顧護理人員，從 98~103 年編列專款項目，以提升住院護理照顧品質，98~103 年總共編列 91.65 億元，自 104 年改列入一般服務，編列預算 20 億元，列入一般服務預算就會滾入基期，在 11 月 10 日的論壇上，護理學院院長特別為廣大的護理師請願，希望健保會是否可以調整護理的支付標準，但是我覺得很奇怪，前面已經投入那麼多的費用與金錢，為什麼護理師通通都認為他們沒有得到應該得到的給付，這些錢到底都用到哪裡？是不是請健保署說明？當然我也希望健保會應該繼續追蹤下去，這些錢既然已經支付給醫院，但是護理人員為什麼沒有拿到這些錢？或拿到的只有那麼一點點，他們覺得非常不公平。

周主任委員麗芳

謝謝，還有沒有其他委員要提出詢問？請張委員澤芸。

張委員澤芸

- 一、剛才趙委員銘圓提到上週在臺北醫學大學舉辦的論壇，因為我也在場，剛提到那天在現場的是臺北醫學大學護理學院周院長，她表達 2 件事情，其實並不是說護理人員有沒有拿到這筆

錢，而是剛趙委員銘圓說的，從 98 年開始，以專款形式做為提升住院護理照護品質獎勵費用，104 年專款列入一般服務費用，若以 3 層級的醫學中心為例，確實看到急性一般病房護理費，從早期 98 年的 643 點，這幾年在健保會委員支持下，經幾次調整急性一般病房護理費用，現在醫學中心已達到 752 點。周院長提到的第 1 點是，雖然目前已達 700 多點，但透過一些實證研究，回歸以護理人員整體付出業務的人力進行成本估算，以醫學中心護病比 1:9 為例，合理的護理費為 2,000 點左右，的確以目前 752 點是被低估，但還是謝謝從過去的 643 點一直不斷提升支付點數。

- 二、第 2 點，周院長提到，在支付標準第九部，護理人員投入為主之診療項目共 44 項，例如每次住院會接受的大量液體點滴注射，從民國 80 幾年至今沒有調整支付點數，支付點數 75 點，點數除了注射技術費外，亦包括注射所用棉球、膠帶、敷料等材料與器材之折舊費用，支付點數的確是明顯低估。
- 三、護理人員執業時未與健保特約，健保特約的對象是醫事機構，護理人員是醫院提供服務的龐大族群，也因為健保不斷調整這些費用，醫療院所會間接提升護理人員的薪水、福利待遇，因為我們不可能直接把健保給付約 100 多億元直接給全國將近 17 萬 8 千名，其中約有 7 成在急性醫療體系服務的護理人員。
- 四、在報告中也看到，這幾年來，因為這個費用的挹注，我們定期至 VPN 系統(健保資訊網服務系統)填報相關資料，在 VPN 系統中的幾個監測指標，含護理人員離職率、2 年以上年資護理人員的比率，相較 98~100 年護理人員離職的高峰，107~108 年顯示的數據的確都往好的方向發展，就是離職率較以前下降，2 年以上年資護理人員比率有所提升。中華民國護理師護士公會全國聯合會調查所有護理主管，詢問是否容易招募護理人員，結果顯示相較 100 年難聘任護理人員的高峰，現在已比較和緩，但偏遠地區的醫院，在招募護理人員會有比較辛苦的

情形，也謝謝大家對護理人員執業的關心。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、請參閱全民健康保險業務執行報告第 7 頁的保險財務業務，截至本(109)年 10 月底，安全準備餘額為 1,270.62 億元，折合約 2.2 個月保險給付。這要談到權責基礎，台灣有將近 2,400 萬人，依權責基礎應該都要收到保費，今(109)年度呆帳就有 47 億元，以前我常講，眼睛一睜開就是欠人家錢，沒有收那麼多錢，但總額預算將權責的費用全部分配出去，每年成長率也通通分配出去了，但權責的錢收不回來卻一直成長。
- 二、蔡副署長淑鈴曾說過，相對於收進來的保費，呆帳的比例很低，但金額加起來很嚇人，希望能解決呆帳的問題。尤其今年要調費率，還不到 1 年，呆帳就達 47 億元，以前呆帳是多少錢？總額預算已經把錢分配出去了，以權責為基礎，收入應該都要收回來，但根本收不到，後年總額協商應該先把呆帳扣掉後再算總額。對於收不到保費的民眾不鎖卡，所以他依然繼續使用健保，我們每天眼睛打開就是欠錢、虧損。

周主任委員麗芳

如果委員沒有其他意見，請健保署回應，謝謝。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝委員的提問，有 2 位委員提到護理費，確實 98~103 年健保會總額協商都有對護理費挹注相關預算，直到專款項目移列至一般服務。護理費在經費挹注下，一般住院護理費也不斷提高。剛剛護理師公會的張委員澤芸提到，目前一般急性病床護理費是 623~752 點，最貴的是加護病房、骨髓移植隔離病房的護理費，支付點數 1 天都超過 5,000 點，這是我們在有限經費下進行分配。
- 二、近年來，護理界推動護病比，希望各醫院有合理護病比，以改

善護理人員工作環境，健保將護病比列為護理費加成項目，包含一般病房護理費及護病比加成，這些費用是一併支付給醫院的，護理費的加成因為是要蒐集護病比資料，是有點落後支付給醫院，但這些費用最終還是回到醫院，再由醫院合理分配給醫護人員，特別是護理人員。

- 三、在護病比加成部分，特別要求醫院領到這個款項時，一定要分配給護理人員，醫院也都這樣執行，因為本署事後調查醫院這項費用的用途，有些醫院當然是直接在薪資中處理，有些是發給獎勵金、夜班費，或是其他的福利費用，我們尊重醫院勞雇雙方的處理方式。在護理費的部分，過去以來大家共同的努力，也讓這部分的支付合理提高。
- 四、干委員文男提到呆帳的部分，謝謝您一直關注呆帳，請參閱本署業務執行報告第 9 頁，本年截至 109 年 10 月底，呆帳是 47 億元，確實今年景氣比較差。健保署收繳保費是非常積極的，若經過催繳、訴追、行政執行，收繳率都能達 99%，委員覺得呆帳 47 億元很高，從開辦至今累積呆帳是 951 億元，但應收保費是 105,139 億元，若是將這 2 個數據相除，呆帳是 0.9%，表示經過同仁長期努力，甚至最後經過行政執行署的訴追、強制執行，有 99% 保費應收款都有收進來，但社會上難免會有些困難的人，無法繳納保費，最終變成呆帳，也依照法定程序提報呆帳，才會列入帳。
- 五、在各年景氣循環中都有經濟弱勢者，為照顧弱勢民眾，本署額外爭取，例如過去以菸品健康福利捐的部分款項、公益彩券結餘款，協助繳不起保費的民眾的健保欠費，這些費用都會回到實收保費，就是健保已收繳保費中。另外還有透過愛心基金協助繳納欠費，這些是健保法沒有要求我們做的。當民眾付不起保費，依法要繳納保費，但民眾亟需醫療，最終在不得以的狀況下，用愛心基金協助繳保費。透過這些點滴的努力，收進來的錢都是收繳率，如果這些都不做，呆帳的數字可能不只這些。任何一個社會都會有經濟弱勢問題存在，沒有辦法達到收

繳率 100%，但能做到累積收繳率 99%，我覺得我們努力已很多。

六、當然從絕對金額來看，呆帳是數字，但分母也真的很大，有 105,139 億元的應收保費。可能 95% 以上民眾自動將保費繳納進來，配合的民眾占多數，但無論用什麼方式，社會就是會有經濟困難的人，我們也想盡辦法的把保費收進來，也不斷向委員說明，如果我們沒有這些努力，數字可能不是這樣，謝謝。

周主任委員麗芳

是否在此借大家手，感謝健保署的辛苦(眾人鼓掌)！

蔡副署長淑鈴

這是從分區業務組的收入面同仁到署本部收入面同仁、行政執行署行政執行官集體的努力，及本署負責弱勢協助業務的同仁，明察暗訪，用很多基金彌補健保欠費，這些真是同仁累積的成果，謝謝。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、補充報告，剛趙委員銘圓提到，103 年護理專款項目編列預算 20 億元，自 104 年移列至一般服務，在 108 年的醫院總額，醫療服務成本指數改變率所增加之預算，有 12 億元是用於調升急重難症等相關支付標準，其中調升急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床等之住院護理費支付點數(共 12 項，調升 3%，預估增加 4.75 億點)。基本上，我認為以健保署及付費者的立場而言，如果有多餘的錢，也很樂意支持增加護理人員的費用。

二、以我的觀點來看，有個隱憂，因為日本在 108 年 4 月放寬入出國規範，可能會從台灣招募很多護理師去日本工作，且日語能力檢定通過後可以拿到居留證。現在包含新加坡、馬來西亞都來台灣招募醫護人員、醫師，一直在吸收我國的醫師、醫護人員。我也知道若健保總額一直成長才能給這些醫護人員更高的

待遇，不然周邊的國家，包含新加坡，馬來西亞會用更好的條件吸引優秀醫護人員，不要以為馬來西亞落後，他們給醫護人員待遇都很高，日本去年也修改相關法規，也有人會往日本跑，工作滿5年通過日語能力檢定就可領取居留證。

三、我們也希望提高台灣醫護人員的待遇，不要讓外國吸收走我國優秀的醫護人員，不然這是未來的隱憂。現在約有69萬6千多名外籍勞工，家庭看護工約26萬4千多名，現在印尼的態度已經開始轉變，其他國家也不想來台灣，越南的首選原來是台灣，現在第1選擇是日本，第2是韓國，3才是台灣，所以台灣外來的勞動力也會受很大的影響，這些都是我們必須思考的，我只是提出給健保署做方向考量，不然未來會留不住醫護人員。

周主任委員麗芳

謝謝委員意見，請趙委員銘圓、滕委員西華。

趙委員銘圓

我想請問一下蔡副署長淑鈴，107~109年醫療服務成本指數改變率，這些協定事項都有和護理有密切關聯，有沒有辦法釐清，這些費用到底有沒有用在護理這個區塊？或是說用在護理的費用到底是多少錢？不知道這個部分健保署有沒有辦法釐清？

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

請教健保署以下事項：

一、請參閱業務執行報告，從第60頁開始是藥局109年前3季費用申報情形的表格，不管是總表或是醫院，整體的點數及成長率幅度都很高，只有西醫基層較少，因為上升比例其實真的蠻大的，想請問這是因為疫情與慢箋釋出有關，還是什麼原因，我不太清楚。再來是第69頁，我們都知道因為長照復能服務的關係，新增非常多的物理治療所(下稱物治所)跟職能治療所

(下稱職治所)，醫院也都一直在講，物理治療師及職能治療師因為長照復能服務的關係，導致缺額變多或人員流動率變大，從物治所跟職治所在健保申報的點數看，也都是呈現 3 成、2 成左右的下降，我想知道這一波變動是否明顯有全民健保病人得不到適足的服務而被引到長照，因為長照的給付是很吸引人，如果是這樣，可能我們要及早因應，這是我對費用的第 1 個請教。

二、第 2 個請教是重大傷病卡的領證，我記得吳委員榮達其實上個月有問過這個問題，後來我去算就搞懂了。建議下一次如果有機會做這樣的報告，請一併說明，例如我們看一下癌症的部分，108 年領證人數是 41 萬 4,036 人，但是今年 10 月的有效領證人數是 41 萬 6,238 人，減下來差別只有 2,000 多人，但新申請領證人數是 9,700 人，那是因為中間可能有人死亡，或是重大傷病卡的 5 年效期逾期，就是我們所講的卡片註銷，所以這是可以理解，但閱讀執行報告者可能不理解，為什麼新領證人數那麼多，總數增加怎會這麼少，如果那是因為重大傷病卡 5 年效期的管理方式產生效果，也就是我們沒有核發永久證，我覺得這應歸屬健保署的管理有效，大家應該要知道。如果能從註銷的重大傷病卡中，去了解領證之後，經過多久治療時間死亡或治癒，我覺得也蠻有意義的，這樣才不會讓人家覺得說重大傷病一直在花錢，事實上，有些重大傷病卡的領證人，其卡片到期後恢復一般身分的情形，其實也是有的，這些細節若未說明，其實會有一些誤會。

三、最後一點，我要講的不在業務執行報告上面。健保署日前開了一個記者會，宣布將 350 萬死亡被保險人健保資料供商業利用。我必須要說健保資料庫的應用問題我們吵很久，但是一直沒有明確的法源，我們並不反對這麼龐大的資料庫可以做為各方的應用，可是一直沒有法源，去規範蒐集、利用、儲存，這件事情我覺得不對，特別已經死亡的被保險人，在健保法的權利義務已經消滅了，你就欺負死人嘛！他們無法反對啊！這

350 萬人的資料全部都可以被拿來賣錢，這樣怎麼會是對的呢？規避個資法對於身故者的個資沒有請求權，也沒有保護這件事，我覺得是走個資法的漏洞，因為根據健保法被保險人已經消滅，健保因為承保所必須掌握的被保險人資料，也應該要消滅才對。如果要再利用，就要經過同意，我不反對要授權，可是沒有法規是不行的。

四、10 月份健保署修正了「全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心作業要點」，其中改了什麼？

(一)第 1 個，是申請資格已經明確說產業可以來用，也就是把資料庫正式的商品化跟商業化，這是過去沒有的。

(二)第 2 個，個人名義也可以來申請，只要你是中華民國滿 20 歲的國民你都可以來申請，除了外國公司跟陸資企業不能申請，我也不知道為什麼外資、陸資就不能申請，但這個是健保署的管理。但每個符合申請資格的個人，都可以來申請這 350 萬人的資料庫，拿到資料庫之後，除了分析，可以再拿去賣嗎？健保署能夠管那麼寬嗎？健保署一定沒有辦法管到申請者之後再應用的問題。

(三)早期曾聽說有個案例是某個學校的教授，我不說特定人，他竟然將自己持有 100 萬人的資料庫再去轉賣給別人，或者是轉給別人應用，這也是事實，所以我覺得健保署日後如果要再開放資料庫應用，應該要開大門走大路，訂定相關辦法，而不是這樣只是開放而已，我其實是很反對這樣子的開放！

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、關於滕委員西華所提那個資料庫的使用問題，我也順便接著發言。

(一)跟滕委員西華看法一樣，我認為那必須要有法源，而且是非常非常嚴格的一個法源，這是第 1 點。

(二)第 2 點，在法源完備的情況之下，要做商業用途，我覺得這是健保的資料，若要用在商業用途，相關收入是否也應該歸入健保財源裡面，但這將涉及修法，所以這個部分健保署應該提前做規劃，在有法源依據以後，有關於大數據或資料使用的部分，在去識別化之下的收入，是不是應該歸到健保的收入財源裡面。

二、業務執行報告部分，再請問健保署以下事項：

(一)第 25 頁是有關於西醫門診慢性病的醫療申報情形，109 年 9 月的慢性病申報，不管是件數，或是點數也好，都是非常高的一个成長，這是值得去關切的，因為是跟去年做比較，是不是可以請健保署也能夠做一個分析，這是第 1 點。

(二)第 2 點，關於全民健保年度監測結果報告部分，我要先回到剛才在確認今日議程時，朱委員益宏提到醫療資源浪費的議題，好像所有的錯都是我們病患的錯，都是民眾濫用資源那樣子。可是我們看一看藥費的成長，109 年前 3 季的藥費占率超過 27%，但 108 年的統計還在 26% 上下，藥費的點值是每點一元，若藥費占率繼續成長是不是就排擠了醫療人員的服務點值？或者服務的點數？這是一個非常大的排擠，所以我們都是在背黑鍋啊！因為藥費的占率一直在升高當中，當然就排擠了其他項目的支出，當然連帶也會對這些提供服務的醫療人員，一個非常大的委屈。所以我跟滕委員西華正討論，是不是下個月我針對藥費占率的部分，聯合再提一個案，然後我們來討論一下看看。

周主任委員麗芳

一、跟各位委員報告，我們要謝謝健保會的周執行秘書淑婉以及健保會的同仁，已彙製完成 108 年全民健康保險年度監測結果報告，並放置在各位委員桌上，請大家攜回，同時掌聲鼓勵一下，他們非常的辛苦(眾人鼓掌)。

二、針對剛剛幾位委員的意見，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

謝謝各位委員非常關心並熱烈討論本次提出的業務執行報告，今天雖未進行口頭報告，但會前大家也都看過報告內容。以下就委員垂詢部分，簡要回應說明：

- 一、首先，趙委員銘圓提到 107~109 年，每年的醫療服務成本指數改變率所增預算都有去調支付標準，這些調整的費用有沒有回到醫護人員的身上？這個問題已經不是新問題，這已經是一個經常在談的問題。原因是因為健保署是跟醫療機構特約，我們不是跟各類醫事人員特約；依支付標準所支付之費用對應的都是醫療機構，所以我們的支付也都支付給醫療機構。我們的機構有公立的、財團法人的、獨自經營的、有合夥的、有獨資的、也有個人經營的，支付標準調整的費用回到機構的負責人身上之後，就是雇主跟員工間的薪水、福利、退休金、獎金，或者是其他的鼓勵款，這已經回到勞雇雙方的問題，所以大家都關心這些調整的費用有沒有回到醫護人員身上，我們當然期望是這樣，可是再分配之後，已經不完全是薪水而已了，也可能轉換成很多不同形式。
- 二、不過，從醫院最近公布的財報，可以看出在醫院的支出裡面，人事成本的占率在提高。也就是說其實對醫院來講，經營成本中人事成本是高的，當然他到底是反映在薪水，還是在福利或還是在獎金，我們不一定能從財報完全看得出來。這個部分我們就是要回應趙委員銘圓，就健保署的立場來講我們真的也沒有辦法一一去釐清他們用什麼形式回饋到醫護人員身上。但是市場還是有一個供需法則，受僱者可以選擇不同的雇主，所以在這裡其實他就是回到市場機制，這部分大概先回答到這裡。
- 三、滕委員西華關心的是今年的藥局跟物治所的申報費用，特別是第 2 季、第 3 季，藥局部分是大幅成長，而物治所是下降，其實這個背後最大的原因還是 COVID-19 (Coronavirus disease

2019，新冠肺炎)的關係，因為在第2季、第3季，大家比較不去醫院，所以醫院的慢箋有很多都流到藥局。物治所提供的服務，其實跟基層及醫院的復健科是非常類似的，也就是說在COVID-19 (Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)期間，復健的件數是下降的，當然也漸漸影響到物治所。其實現在特約物治所沒有幾家，最近家數也有一點點減少。但就整體來看，在疫情最嚴重的第2季、第3季，民眾不去做復健確實是普遍的現象，基層院所的復健科、小兒科、耳鼻喉科的申報都呈現下降，這個趨勢是一致的。

- 四、那滕委員西華也提到重大傷病卡有效卡數的變化，以重大傷病卡裡頭的癌症來看，近2年的比較是多2,000人，其實癌症病人新增1年不只2,000人，最主要是我們續卡的審查更加的嚴格。因為隨著醫學的進步，有很多癌症早期發現早期治療，他確實就是痊癒了，這些就不予續卡，所以才讓我們那個人數沒有繼續增加。這些人痊癒了他沒有續卡，也就是回到一般人的標準，就是要部分負擔的。
- 五、吳委員榮達跟滕委員西華同樣討論到所謂健保資料庫釋出及使用的問題。這部分我們還是希望就如同大家講的，要有一個法源依據，個資法的主管機關現在是國家發展委員會，未來也會成立一個新的部會來處理這部分，健保署會在國家的政策底下非常小心處理這部分的業務。
- 六、再來就是吳委員榮達所提慢性病的件數，慢性病的件數其實在COVID-19 (Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)期間，一開始這些病人也有一點猶疑，到第4季開始就出來了，就疫情比較穩定之後，件數就慢慢的恢復原狀。
- 七、吳委員榮達還提到藥費的占率，最近這幾年確實提高，這個我們都有關心，我們都知道，其中很大的一個原因是這幾年C肝的藥費是一個重要的貢獻因素，因為C肝藥費集中在這幾年不斷的編列，甚至今年達到81億元，這都會在藥費裡面。另外

當然就是新藥，新的癌藥、免疫製劑，還有罕病的藥物等等均十分昂貴，都貢獻在這裡。因為這些費用我們都是額外編列預算的，就是有新預算才有這些新藥的引進。沒有錯，吳委員榮達認為藥費越多，點值每點一元會排擠服務，制度確實是這樣，但還好因為我們都有額外編列新藥的預算，所以那個衝擊不是直接。不過 C 肝的藥費因為高峰期是今年，明年以後慢慢陸續會減編，所以這個因素慢慢會減輕，但是新藥的預算依然對我們來講是一個很大的壓力，特別現在的新藥都非常的貴，所以就請委員一起來關心。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我想再針對全民健保年度監測結果報告提出 2 個意見：

- 一、第 1 個是應該是對醫院的一個肯定，我們看一下報告的第 45 頁，有關於 107 年跟 108 年這個滿意度的調查，醫院部門從 107 年的 89.4% 升高到 96.8%，這是一個急遽的升高，非常非常值得肯定的。
- 二、再來是在第 17 頁的地方，有關 106 年到 108 年度急診留置超過 24 小時的比率，在 108 年度部分有升高的狀況，這個是值得關注的，可能健保署也應該就這部分予以關注。

周主任委員麗芳

- 一、本案洽悉，委員所提的意見送請健保署參考。
- 二、還有沒有臨時動議？(未有委員提出)沒有的話，關於健保會今天會後的新聞發言，我會委請周執行秘書淑婉代表，也請周執行秘書淑婉跟大家說明重點。

周執行秘書淑婉

- 一、因為媒體記者都非常關心今天費率審議的部分，如果委員同意的話，幕僚這邊會準備對外統一的新聞稿。我大概講述一下內容，請各位委員看看這樣是否妥當？

二、新聞稿文字為「健保會於本年 11 月 20 日委員會議，原排定審議健保署所提 110 年的保險費率審議案，會議中經討論，考量費率調整議題各界均十分關心，影響民眾深遠，宜在有充分資訊下審慎評估，所以請健保署再提供詳細分析及評估資料後，於 11 月 27 日再議」。委員是否同意以上述內容發布？媒體也可能會問各位委員的意見，我們是不是就以這樣一致的說法回應？以上(未有委員反對)。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，也再次感謝各位委員今天花費這麼多時間及精神，下個禮拜要再拜託大家出席臨時會議。今天會議到此結束。