

財團法人國家衛生研究院  
「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇  
第四次會議紀錄-改革藥品部分負擔之可行性

時間：109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心-C及D區廳(台北市敦化南路一段108號B2F)

主席：本論壇召集人李教授玉春

紀錄：江心怡、陳信婷

出席人員：詳簽到單

壹、主席致詞

本次為第四場論壇，主要討論藥品部分負擔改革。前三場論壇，分別討論：一、總額支付制度下為解決藥價差問題，提出整體藥費折付之概念，希望除減少 DET 超支時之調整壓力外，亦能讓醫院在專業服務費用得到挹注。二、對於新藥的引進、舊藥的退出或限制提出改革策略，希望透過醫療科技評估(HTA 或 HTR)，讓新、舊藥都能依據證據醫學設定給付優先順序或退場機制。三、討論如何使藥品支付方式更臻合理；

今天所討論藥品部分負擔，乃屬健保給付的一部分，在研議本方案時，認為既然提出藥品部分負擔之改革草案，是否應將其他的部分負擔也一併檢討，特別是健保署藥物共同擬訂會議多次決議，希望健保署檢討藥品部分負擔以及重大傷病免部分負擔等相關政策，因此，亦將其他與部分負擔相關議題，納入本研議方案。

病友團體亦曾提出希望透過增加部分負擔費用，爭取更多新藥的引進，但單靠部分負擔增加，其實有限，若能透過前三次論壇所討論的相關機制，增加新藥引進的空間，再加上，部分負擔的檢討，就是每人都增加一點點負擔，但又不會太過，透過整體的改革，讓

各方都達到三贏或四贏的局面，這是這次健保藥品改革政策建言所要達到的目的。

除藥品部分負擔外，難免會有先進想要討論「差額負擔」議題，這議題不易討論，十幾年都無法達成共識，因此，在今日有限時間下，就不花太多時間討論，以免模糊焦點。不過，相信未來不管是衛福部或健保署，還是有機會邀請大家來共同討論。

本次論壇主要是蒐集各界意見，未來將召開一場全天的研討會，提出初擬建言並聽取各界意見，最後將再統整各界建議後，將結論交國家衛生研究院，呈衛生福利部作為政策制定之參考。

貳、討論議題：有關改革藥品部分負擔之可行性一案，提請討論。

結論：

- 一、就國際經驗，部分負擔制度大都受該國支付制度之影響，如果是採用論人計酬制度或實施家庭醫師制度，業已由供給面做控制，需求面就較不重要，故其部分負擔就比較少或沒有。另對於藥品差額負擔制度之國家，有些是實施參考價格制度，對同成分、同療效、同劑型的藥品採單一支付上限價格，並允許病人可以有差額負擔。綜上，各國部分負擔之設計與支付制度或藥品制度息息相關。
- 二、綜整今日的討論，對於部分負擔之改革，許多先進提及要依法行政，其重點在於提醒行政單位須檢討部分負擔制度，並朝以健保法所定方向前進。另付費者及病友代表關心弱勢者之保障議題，可從受政策影響者之權益，定義真正的弱勢，尤其在設定部分負擔上限方面。針對近貧戶的部分，經濟弱勢在其他國家也有相關設計，例如在部分負擔的上限用較低的標準，相較於一般人更快符合標準。

三、整體而言，支付制度改革有其必要性，從議題一至議題四，皆兼顧各方權益之平衡。感謝各方今日之參與，接下來將舉辦全天之研討會，就這四次論壇之討論結果，跟大眾做報告，聽取更多的聲音。

<各界所提建議彙整，詳附件。>

<與會團體發言重點，詳附錄。>

參、臨時動議：無

肆、散會：中午 12 點 10 分

## 附件 綜整各界對「改革藥品部分負擔之可行性」各項策略之建議

### 整體建議

- 一、由於本論壇是針對藥品政策進行討論，故建議本議題限縮於藥品部分負擔改革之範疇內討論。
- 二、部分負擔的收取不能太高，否則會造成民眾就醫時的經濟障礙，如何拿捏很重要。現在自費項目很多，如果能夠透過加收部分負擔，增加健保收入，而讓新藥新科技盡早納入健保給付，進而減少病人自費的負擔，相對而言也較平衡。
- 三、建議研究團隊可評估取消慢性病連續處方箋免部分負擔之政策，以避免相關藥品浪費。
- 四、建議健保署須有自己的智庫，尤其是錯綜複雜的藥品議題，更須全盤思考與完整討論，用大數據分析不同政策之效應，同時也依據數據，回歸理性討論，協助與所有利害相關人溝通。

### 策略一：「逐步改革部分負擔制度」

#### 一、學者專家：

- (一)有關部分負擔之長程改革策略，以門診全部費用為主，是否可將藥品單獨處理？如報告中所提美國聯邦醫療保險(Medicare)制度，依不同藥品類別，分層(Tiers)訂定部分負擔方式，建議亦可納入考量，特別是昂貴的癌症藥品。
- (二)從目前狀況(門診藥費定額 200 元)，到法定門檻(定率 20%)，對民眾影響有多大？可增加多少的健保財務？須以數據為基礎，來討論定率的實施範圍及漸進推動的方式。
- (三)除所提策略外，建議可加入「藥品分級的部分負擔」設計，提供開立學名藥、原廠藥，或生物相似藥品等誘因，引導民眾、醫療單位適當地使用藥品，以節省藥費支出。

## 二、醫界團體：

- (一) 建議策略一逐步改革部分負擔之「短期目標」，應落實健保法之規定，依法行政；若認為健保法之規定有執行困難，則應修法。
- (二) 贊成部分負擔應設定年度上限，非每次就醫上限，至於經濟弱勢者，應由政府社會福利補助。
- (三) 有先進建議藥品部分負擔加收之金額可用於新藥引進，但部分負擔是總額的一部分，亦為節省健保財務支出的一種機制，故不能只用於新藥引進。
- (四) 部分負擔之設計，除減少浪費外，引導分級醫療也是立法之初衷，國外醫療體系已有分級醫療制度，但台灣不夠成熟，須靠部分負擔引導，但本議程的問題探討及策略，皆未提及。建議欲改革部分負擔制度，應強化分級醫療的機制。
- (五) 建議連續處方箋開始加收部分負擔，如此可以增加民眾服藥順從性，亦可增加民眾跟醫師向溝通的誘因。

## 三、付費者及病友團體：

- (一) 自 102 年起，健保雲端系統之建置，在藥品重複使用之管理上，至少節省了 40 億至 50 億元，故對於藥費持續成長，醫界應有責任，政府在整體藥費管理上，亦應更積極，不宜因藥費增加而來討論增加藥品部分負擔，站在付費者角度，是不能接受的。
- (二) 目前健保安全準備金持續下降，係因健保承擔了公共政策的支出，如預防保健費用(包括 C 肝藥費)，這並非付費者造成，屬公務預算支出的部分就應回歸由政府支應，而非調漲健保保費。若所有健保財務問題，都要用以調漲部分負擔來解決，這對貧窮或近貧戶是不公平的。

- (三) 部分負擔之設計，應該關注病人本身的可負擔性，因此癌症希望基金會贊成回歸母法執行部分負擔之收取，但反對提高特定藥品(或癌藥)之部分負擔，這對罹患特定疾病的民眾非常不公平。
- (四) 目前部分藥品雖有給付，但卻受限於新藥預算，導致給付規定限縮，仍無法使用，但大部分癌症病人其實願意負擔一部分費用，以換取能更早取得用到突破性新藥的機會。
- (五) 藥品浪費很多是醫療服務提供者造成的，扭曲的醫療專業屬系統性問題，應整體從制度面檢討才能解決。
- (六) 討論本議題之前提，應是健保資源與預算(含部分負擔)已充分有效運用後，仍有不夠才討論；而藥品部分負擔金額的增加，不論定額或定率，都應先檢視目前藥價差的管控或配套措施，再來規劃藥品部分負擔金額增加的方式。

#### 四、藥業團體：

- (一) 贊成回歸健保法第 43 條、藥品部分負擔採定率收取，打破現行上限金額 200 元。
- (二) 除本次所提短、長期策略外，建議可針對藥費設定當次就醫上限或年度上限，超過的部分由使用者負擔部分藥費。
- (三) 於癌症或重症病人使用之新藥，可參考日本制度設定部分負擔上限。對於長期旅居國外者，除部分負擔外，應提高其藥費自付額或考慮健保不給付。

### 策略二：「檢討重大傷病制度」

#### 一、專家學者：

有關於重大傷病制度之檢討，提到落實停損(stop loss)機制，以提升負擔公平性，建議「停損」文字可再斟酌。

## 二、醫界團體：

現行重大傷病卡不能真實反映經濟弱勢，若發放門檻降低，社會資源就會被排擠，所以應思考重大傷病之定義及其需要性，進而引導到部分負擔的減免、豁免，如此較符合社會期待與公平正義。

## 三、付費者及病友團體：

重大傷病制度的檢討，需要有好的方式逐步來取消。

## 四、藥業團體：

關於重大傷病的改革，贊成收取部分負擔，但若有特殊狀況，可訂定其他例外或免除、豁免等條件。

附錄 「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇  
第四次會議-改革藥品部分負擔之可行性

與會團體發言重點彙整

全國產業總工會

- 一、自102年起，健保已投資預算於雲端系統之建置，在藥品重複使用之管理上，至少節省了40億至50億元，故對於藥費持續成長，醫界應有責任，政府在整體藥費管理上，亦應更積極，不宜因藥費增加而來討論增加藥品部分負擔，站在付費者角度，是不能接受的。
- 二、目前健保安全準備金持續下降，係因健保承擔了公共政策的支出，如預防保健費用(包括C肝藥費)，這並非付費者造成，屬公務預算支出的部分就應回歸由政府支應，而非調漲健保保費。另若所有健保財務問題，都要用以調漲部分負擔來解決，這對貧窮或近貧戶是不公平的。

財團法人中華民國消費者文教基金會

- 一、為了不讓藥品浪費，改革藥品部分負擔，是否真能達到目的？藥品浪費很多是醫療服務提供者造成的，扭曲的醫療專業屬系統性問題，應整體從制度面檢討才能解決。此外，改革應該用平衡雙向或多元措施來解決問題，今天主題的設定，讓付費者感到不舒服。
- 二、特材允許差額負擔就是一種財務折衷機制，對總額相對影響較小，是不錯的機制，若思考其細節，例如價格訂定，將相關技術更細緻化、更合理，或許在癌症用藥，某程度可比照或考慮差額負擔。

中華民國全國商業總會

- 一、討論改革藥品部分負擔議題之前提，應是健保資源與預算(含部分負擔)已充分有效運用後，仍有不夠才討論；而藥品部分負擔金額的增



加，不論定額或定率，都應先檢視目前藥價差的管控或配套措施，再來規劃藥品部分負擔金額增加的方式。

- 二、議題中所提策略都很好，但想請問這些增加的收入，預計投入在哪裡？商總最在意的是新藥可近性，但目前未被討論，所以也不確定未來這些費用如何分配。另也希望該收入也能用於提升台灣藥品產業，給予台灣製藥廠商、本土產業實質的鼓勵。

### 財團法人台灣癌症基金會

- 一、針對部分負擔改革的討論，不論從哪一面向(使用者付費、杜絕藥品浪費、公平性、減少不必要醫療行為)切入，都會實質挹注財源，所以這議題將與健保整體財務產生關連。增加部分負擔費用也是解決健保財務入不敷出的問題，但我們最關心的是透過改革部分負擔制度，對整個醫療體系所造成的影響與改變。
- 二、健保每年在癌症藥費上支出很多，是健保財務的重中之重，但有些新藥、新科技，因健保預算而使引進速度較慢，或因限縮給付條件而造成有給付但無法完全使用的狀況，因此癌症病人希望藉由自己負擔一部分費用，換取提早使用到突破性新藥的機會。
- 三、每一部分負擔改革方案，都可能增加財源，但其設計基本用意及影響亦有所不同，建議應有相關分析資料，以利瞭解其財務負擔與影響。至於財源的規劃與使用(如用於新藥、新科技)，須與民眾溝通，並與各方利益關係人(stakeholder)對話，以助於判斷未來所採取的部分負擔方式是否以病人為中心，選擇對於病人與所有民眾最好的方案。
- 四、另本會去年(108年)針對新藥新科技納入健保給付，進行病人「願付價格」研究，發現病人願意支付的價格有上限，如未來須改革部分負擔制度或推動差額負擔制度，設定上限是非常重要的。

## 財團法人癌症希望基金會(書面資料詳P.18)

- 一、部分負擔的收取不能太高，否則會造成民眾就醫時的經濟障礙，如何拿捏很重要。現在自費項目很多，如果能夠透過加收部分負擔，增加健保收入，而讓新藥新科技盡早納入健保給付，進而減少病人自費的負擔，相對而言也較平衡。
- 二、對於部分負擔的收取方式，癌症希望基金會希望回歸母法，至於重大傷病免部分負擔之檢討，須有好的方式逐步取消免部分負擔。另有先進提到針對特定藥品或高價藥品加收部分負擔一事，癌症希望基金會持反對意見，因這特定疾病的病人非常不公平，改革應考量整體部分負擔的公平性、病人本身的可負擔性，且須有社會共識。
- 三、在健保7千多億的預算下，雖然民眾只負擔6.6%，但就整體醫療保健支出1.2兆的部分，民眾自付費用卻占了近40%，與其他國家相比，民眾負擔是大的，而造成了「健保體制內民眾負擔不夠多、體制外卻比國際經驗的民眾負擔還重」之情形。所以在討論健保體制內的部分負擔，應要看民眾在整體醫療支出的負擔是否能承擔？若想增加部分負擔，是否能降低民眾整體醫療支出的負擔比例，以維持平衡。

## 中華民國醫師公會全國聯合會

- 一、部分負擔議題應該依法行政，健保法第43條第1項設定門診急診費用為20%，目前只有7%，落差很大。這是否犧牲了某些價值，表面上健保沒有倒，但品質犧牲了，國民健康有增加嗎？
- 二、疫情期間更應增加社會溝通，台灣民眾是可以溝通的，不能用混沌不清楚的名詞去論述。若以每天一百萬件的邊際案件論證藥品浪費是來自醫師多開藥，是不公平也不道德的。同樣的，付費者也有尊重醫療體制的，也有理解資源有限的，但也有些是沒有這些觀念的，

- 醫界也都尊重。個人很支持召集人跟所有行政、醫界、藥業一起努力的先進，就看事情的角度仍應要回歸依法行政、法律保留原則。
- 三、另公務預算也是一重要議題，政府要實質發揮其應該有的責任，屬公務預算支應的計畫，就不要移由健保給付。
- 四、重大傷病卡不能真實反映經濟弱勢，雖然不希望有任一族群因經濟弱勢而失去被照顧的機會，但若重大傷病卡發放門檻降低，社會資源就會被排擠，所以應思考重大傷病之定義及其需要性，例如：不可知的疾病、或生命餘命已經很短、或實質造成生產力大幅下降或衰退等，這部分由政府幫助，進而引導到部分負擔的減免、豁免，這樣較符合社會期待與公平正義。

### 台灣社區醫院協會

- 一、醫界一致認為部分負擔制度需要改革，尤其是「慢性病連續處方箋免部分負擔」的政策。一旦開始收取部分負擔，民眾就會在乎要不要把藥吃完再去拿，如此不但可以增加服藥的順從性，亦可增進醫病雙向溝通，這才是重點，而非在乎部分負擔的增加對健保財務的改善。
- 二、對於部分負擔之規定，健保法業清楚明訂，故策略一逐步改革部分負擔之「短期目標」，應落實健保法之規定，依法行政；若認為健保法之規定有執行困難，則應修法。另贊成部分負擔應設定年度上限，非每次就醫上限，至於經濟弱勢者，應由政府社會福利補助。全民健保是社會保險，除保險精神外，尚有部分社會公益性質，但太過公益，反而失去保險的本質。
- 三、部分負擔之設計，除減少浪費外，引導分級醫療也是立法之初衷，國外醫療體系已有分級醫療制度，但台灣不夠成熟，則須靠部分負擔的引導，但本議程的問題探討及策略，皆未提及。建議欲改革部分負擔制度，應強化分級醫療的機制。

四、有先進建議藥品部分負擔加收之金額可用於新藥引進，個人持反對意見，因部分負擔是總額的一部分，其為節省健保財務支出的一種機制，故不能只用於新藥引進，再者，新藥的議題有很多層面的考量，不能用增加藥品的部分負擔，作為加速新藥引進之方法。

#### **台北市日本工商會(書面資料詳P.19)**

- 一、非常支持李教授團隊之研究，也支持主管機關參考國際經驗進行改革，落實使用者付費的精神，亦可促進新藥的可近性。
- 二、贊成回歸健保法第43條、藥品部分負擔採定率收取，打破現行上限金額200元。除了短、長期策略外，建議可針對藥費設定當次就醫上限或年度上限，超過的部分由使用者負擔部分藥費。
- 三、另建議評估取消慢性病連續處方箋免部分負擔之政策，以避免相關藥品浪費。

#### **台灣藥品行銷暨管理協會(書面資料詳P.20)**

- 一、建議依法實施門診定率部分負擔以及取消慢性病連續處方箋免部分負擔；至於對於重大傷病，贊成收取部分負擔，但若有特殊狀況，可訂定其他例外或免除、豁免等條件。
- 二、對於先進所提「加收部分負擔有助於病人提早取得新藥治療」之建議，本會雖贊成，但對部分病人而言，會有公平性之疑慮，故應有更完整之論述。

#### **中華民國西藥代理商商業同業公會**

- 一、本會支持部分負擔改革，採定額及定率制，以及對弱勢族群、中低收入戶提供合理協助；另對於癌症或重症病人使用之新藥，可參考日本制度設定部分負擔上限。對於長期旅居國外者，除部分負擔外，應提高其藥費自付額或考慮健保不給付，以節省健保費用。

- 二、建議盡速處理不當的藥價差以及提高處方箋之釋出率，達成醫業分業，落實「醫管醫、藥管藥」才是民眾用藥有效、安全的可靠之處。

### 台北市美國商會

- 一、以健保永續為前提，站在平衡病人與藥費的負擔，並給予弱勢族群完善配套，支持政府優化所有健保資源改革的方案。
- 二、部分負擔改革策略，亦可從國際角度來看，例如病人用藥權益或臨床治療方式是否與國際接軌？另對於部分負擔改革可能增加或節餘的財務資源，建議將預算挹注到新藥新科技之引進，回歸民眾與社會的期待，方為可行方案。

### 中臺科技大學醫療暨健康管理系陳兼任助理教授世雄(書面資料詳P.22)

- 一、非常肯定國衛院進行全民健康保險藥品給付及支付制度的改革研究，個人認為所提出的四大議題應要同時推動。雖然部分負擔改革只是其中一個議題，但健保藥品制度改革要成功，與四大議題息息相關。
- 二、今天所談部分負擔改革策略，無論採定額、定率，或依照物價指數調整，都應要設定分年、分階段推動目標，將定額或定率部分負擔逐年提升。依據國際經驗，我國部分負擔收取方式，顯然對減輕健保財務壓力，效果有限，恐影響很多新藥、新科技之引進，故部分負擔機制應予以檢討，以達全民健保最好效率。
- 三、本次雖然不討論藥品差額負擔制度，但該制度在很多國家也有實施，其對新藥引進與民眾用藥即時性有很大的關係，建議應要訂一個時間專案討論。

### 王文德老師(書面資料詳P.25)

- 一、贊成部分負擔改革，但提高藥費部分負擔是否能減少健保藥品浪費，值得思考。我們應建立一合理、安全、有效的用藥環境，2018年

WHO公佈全球第4號殺手就是不合理用藥，健保不合理用藥可能也佔了非常高的比例。

- 二、支持短期策略，即定期依照物價指數調整的定額部分負擔；但為落實使用者付費，減少醫療浪費，兼顧社會保險的意涵，以及照顧弱勢族群，建議未來仍應回歸母法之部分負擔設計，並參考日本制度，訂定合理上限。
- 三、在藥品品質沒有疑慮時，應尊重品牌的價值並實施差額負擔，所以部分負擔與差額負擔應同時討論。若部分負擔無法及時改革，建議下列兩類藥品可優先考慮推動差額負擔：
  - (一)經藥品共同擬訂會議(PBRS)討論通過，但因價格無法符合廠商的期待而拒絕進入健保者，可訂定健保給付上限，其餘由廠商另外提出民眾部分負擔或差額負擔的方案，經健保署同意後使用。
  - (二)因藥價調整不敷成本或行銷考量而退出市場者，若病人仍有需要，建議健保署可重新與廠商議價，訂定給付上限，超出部分即由民眾差額負擔。
- 四、為兼顧藥品品質，在總額支付制度下，健保應多管量少管價，這樣使用量的多寡，才是反映品質的主要原因之一，而藥價調查跟藥價調整也應一併脫鉤；另應積極落實健保法所定之就醫輔導，以減少醫療浪費。

### **台灣醫藥品法規學會蕭美玲理事長**

- 一、健保已施行25年，當初公衛學者所提部分負擔之概念亦慢慢轉變，故現在是適合討論部分負擔改革的時機。
- 二、有關部分負擔之長程改革策略，以門診全部費用為主，是否可將藥品單獨處理？如報告中所提美國聯邦醫療保險(Medicare)制度，依不同藥品類別，分層(Tiers)訂定部分負擔方式，建議亦可納入考量，特別是昂貴的癌症藥品。

- 三、要解決藥價差的問題，相關政策一定要共同討論，例如分級醫療、醫院門診藥品處方的釋出、藥品使用(utilization)與藥師角色、差額負擔與部分負擔等。
- 四、另建議健保署須有自己的智庫，尤其是錯綜複雜的藥品議題，更須全盤思考與完整討論。

### **財團法人醫藥品查驗中心陳恒德特聘研究員**

- 一、支持健保署應建立自己的智庫，用大數據分析不同政策之效應，同時也依據數據，回歸理性討論，協助與所有利害相關人溝通。各項政策執行，在健保總額支付制度下，就會有氣球效應，故任何措施皆須隨時機動微調，而唯一能達成共識的方式，就是依實證資料進行理性的討論，否則每個人都從自己的角度切入，很難有共識。
- 二、贊成把診療費列入收取部分負擔之項目，因為診療費成長高於藥費很多，尤其是檢驗檢查最易被濫用，民眾常收到衛生所檢驗結果，就來臺大醫院就要終身定期追蹤超音波、抽血，如透過部分負擔制度強化分級醫療，讓民眾回到適當的層級院所就醫。

### **國立陽明大學康照洲副校長**

雖然討論部分負擔改革可由不同角度切入，但減少浪費後就可加速新藥導入之說法，可能較難實現，因為尚有很多藥品等著納入健保給付，且仍有其他財務危機必須解決。不過，透過部分負擔引導分級醫療是很好的概念，如何讓民眾瞭解好的健保，是要依循某種機制，才不會導致整體醫療的浪費，而浪費應該是多面向，並非單一的問題。

### **國立臺灣大學公共衛生學院楊銘欽副院長**

- 一、由於本論壇是針對藥品政策進行討論，故建議本議題限縮於藥品部分負擔改革之範疇內討論。

- 二、除對已給付藥品思考其部分負擔改革方向外，對於尚未納入給付的藥品，應評估藉由部分負擔收取之方式加速其引進之可行性，以回應「增加藥品部分負擔可加速新藥引進」之說法。
- 三、策略二關於重大傷病制度之檢討，提到落實停損(stop loss)機制，以提升負擔公平性，建議「停損」文字可再斟酌。另日本採用經濟所得決定累積的部分負擔上限，是可討論，但須考量我國行政之可行性，若可行，可考慮以民眾所得來訂定部分負擔上限，而中低收入戶、近貧戶，亦可透過財產、所得資料，設定一個平合理的上限。

### 國立臺灣大學藥學專業學院沈麗娟院長

- 一、從目前狀況(門診藥費定額200元)，到法定門檻(定率20%)，對民眾影響有多大？可增加多少的健保財務？須以數據為基礎，來討論定率的實施範圍及漸進推動的方式。
- 二、除所提策略外，建議可加入「藥品分級的部分負擔」設計，提供開立學名藥、原廠藥，或生物相似藥品等誘因，引導民眾、醫療單位適當地使用藥品，以節省藥費支出。

### 召集人李教授玉春

- 一、對於藥品差額負擔之議題，在二代健保以及全國藥品政策會議討論時，就有爭議，健保署曾於 105 年針對三同藥品徵求藥界自願來試辦，但無有廠商參加。這雖是過去經驗，但也是部分原因，為避免本議題過於複雜，且短期內無法突破，故希望未來由主管單位邀集大家再進一步研議。
- 二、整體健保政策都應從不同利益團體作平衡考量，健保改革方案亦應有不同方案讓大家可以選擇，而非僅有單一方案做同意與否的決定，例如健保財務議題，有高、中及低度的調整以及搭配其他方案如部分負擔等，讓大家選擇。因此，本論壇之研議亦有不同方案並兼顧



不同團體之平衡。

- 三、目前門診有收取部分負擔之件數比例約在 6.6%，主要是因為有部分負擔豁免的關係，如重大傷病或慢箋，若有收取部分負擔案件者，其門診部分負擔，在各層級院所介於 7.02%(地區醫院)至 16.32%(醫學中心)之間，住院有部分負擔金額占率平均 9.87%，接近 10%。因此，本議題除討論門診部分負擔外，亦檢討豁免的條件。
- 四、對於先進所提依法行政一節，從一代健保至今，若要完全依法行政，每次就醫都要負擔 20%，甚至月結可能達到 50%，就知其有執行上的困難度。本議題所提之策略「定額加定率」，一方面是希望維持分級醫療的精神；另外一方面，小額的定率是有助於在藥品的選擇，讓民眾在用藥選擇上有其誘因（如同日本制度），在制度上做改革，讓制度更為進步。這部分也是依法，行政單位可依法公告。
- 五、另就免部分負擔之條件來看，從保險立場，為避免病人過度負擔，皆有停損(stop loss)機制之設定，但都依其負擔的費用決定，故重大傷病之「重大」意義應指重大的費用。如同社會福利制度的討論，早期認為身心障礙、老年人口即是弱勢，但後來發現這些身分跟經濟不完全相關，故新的福利概念是回歸究竟要照顧誰，在使用者付費及照顧弱勢上尋求平衡。就其他國家的經驗，重大傷病免部分負擔的上限只有 2%的平均國民所得，故健保重大傷病免部分負擔制度，還有許多值得檢討，以達真正保障弱勢之目的。
- 六、對於建議健保署成立智庫一節，健保署經費非常有限，如設立這組織應不只做 HTA，而是應作整體制度的研發。各界可以幫健保署爭取經費，未來能有些進展。

## 癌症希望基金會發言稿(2020-06-29)

- 一、部分負擔的主要作用是抑制醫療浪費，但不能過高，以免造成民眾經濟負擔。
- 二、部分負擔的增加勢必會增加家庭自付醫療費用（OOP, Out of Pocket），對目前已普遍自費接受新藥治療的癌症病患無疑是雪上加霜，但基金會很清楚目前健保無法支應癌症的嶄新治療，是健保資源患寡也患不均，保費收入跟不上醫療費用的成長速度，健保給付範圍和給付標準也有檢討空間。因此，我們支持政府合法調高費率增加保費，在部分負擔的改革上，我們支持落實使用者付費精神；但在此同時，我們強力要求健保署應正視癌症病人普遍自費使用嶄新治療的現況，設立專案小組檢討現行癌症給付標準是否與臨床需求的差距過大，並有效提升大分子藥物的使用狀況，且應務實增加新藥新科技的預算，才能具體回應病人的需求，降低病人的自費醫療。
- 三、基金會主張**一般門診就醫部分負擔回歸定率制**：
  1. 目前門診部分負擔計算方式過於零碎，主要分成定額部分負擔和藥費部分負擔兩部分，但檢驗檢查費用亦逐年膨脹，卻未合理收取部分負擔。建議部分負擔改革應能回應醫療成本，門診當次就醫的部分負擔的計算方式應以民眾當次醫療費用總額乘以負擔比例來計算，提升民眾對醫療資源使用的認知，進而減少醫療使用的道德風險。
  2. 根據〈健保法〉第 43 條規定：有轉診的情形下，部分負擔的比例為 20%。若擔心 20%的負擔比例可能導致民眾經濟壓力過大，可以進一步討論合理的負擔比例，並可訂定每次就醫與全年度部分負擔上限。門診採取定率制的部分負擔後，現行定額和藥品部分負擔都應取消。
  3. 健保署目前公告的住院部分負擔的年度上限 6 萬 5 千元（台灣人年均 GDP 的 10%），我們認為，GDP 的 10%應是一般民眾在健保體制下全年支付部分負擔的上限，因此我們主張**應將門診和住院的部分負擔合併計算**，全年上限依舊是以 GDP 的 10%為基礎。
  4. **年度部分負擔上限可再依照民眾的投保薪資作為量能的調整**，例如：若將平均投保薪資 40,100 元的部分負擔上限設定為 6 萬 5 千元，投保薪資若比 40,100 元高，部分負擔年度上限可以往上調高；相反地，如果投保薪資比平均低，部分負擔年度上限則建議調低。
  5. **倘若考量上述主張不利於分級醫療的政策推動（如：輕症逕赴醫學中心負擔 50%的部分負擔可能只有 200 多元，比現行 420 元還低）**，則可考慮部分負擔採醫院分級的定額加上超額的定率來合併收取。
- 四、**重大傷病免部分負擔的優惠應逐步取消**
  1. 部分負擔的減免應針對經濟弱勢，而非以疾病別來免除部分負擔。鄰近的南韓、日本等同為社會保險制度的國家，皆以經濟能力作為減免部分負擔的標準。在採用社會保險制度的國家中，重大傷病免部分負擔為台灣獨有，建議應有排富機制。
  2. 考量重大傷病有治療的急性期，且醫療費用較龐大，建議可採行較低的部分負擔比例，例如僅酌收部分負擔 5~10%的比例，單次就醫與年度就醫亦設有部分負擔上限。
  3. 建議可以設定日出條款，新核發之重大傷病資格則無免部分負擔的優惠，舊卡在期限內仍免部分負擔，逐步減少持有重大傷病免部分負擔的人數。
- 五、基金會**反對藥品差額負擔、高費用藥品部分負擔（癌症新藥部分負擔）**。考量藥品使用與醫材一次性使用的本質不同，若對病人收取藥品差額負擔，長期下來可能會增加病人非常大的經濟負擔，違背藥品三同政策的精神。高費用藥品部分負擔(癌症新藥部分負擔)則是針對特定疾病、特定族群，有公平性的疑慮。

財團法人國家衛生研究院  
「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇  
第四次會議議程-改革藥品部分負擔之可行性  
台北市日本工商會醫藥品醫療機器部會書面意見

本會感謝國家衛生研究院研究團隊、衛生主管機關、學者專家、醫療服務提供者、病人及消費者代表及藥物提供者的努力，共同維護病人用藥權益、照護國人健康。就本次國衛院會議主題，本會意見如下：

➤健保財務赤字擴大，亟需開源挹注，且為避免民眾浪費健保資源、丟棄藥品，本會支持主管機關參考國際經驗、落實「使用者付費」精神，啟動健保藥費部分負擔的改革，以擴增財源，促進新藥可近性。

➤主管機關應貫徹《全民健康保險法》43條，即民眾應自行負擔門診或急診費用 20%（目前門診平均僅 8%），藥費部分負擔採定率收取，打破現行的藥費部分負擔定額上限 200 元。

i. 參考健保住院收費的成功經驗，訂定藥費部分負擔的當次就醫上限、年度上限，超過由健保支付，讓使用者承擔有限度的藥費分攤，促進健保永續。

ii. 在確保弱勢族群獲得補助照顧的配套措施下，應評估取消慢性病連續處方箋免收取部分負擔的規定，以減輕健保支出壓力、抑制藥品浪費。

第四次會議議程 討論議題：改革藥品部分負擔之可行性

台灣藥品行銷暨管理協會(TPMMA)之建議如下

一、改革基礎：

- 健保安全準備金即將用罄，應為思考改革契機。
- 病人承擔部分責任、避免道德危險。
- 抑制不必要之醫療服務(檢查)、減少醫療浪費。
- 為兼顧新藥新科技之可近性，應評估「高費用新藥共同負擔」之可行性。

二、原則建議：

- 依法實施門診「定率」部分負擔，並訂定每次或是全年的負擔總金額上限。

P9 現況分析-門診部分負擔比率(7%)遠低於法定比例(20%)。這和採定額收取方式有關。目前藥品部分負擔採取定額制，最高上限是兩百元，但是從部分負擔精神來看，建議從定額制改為定率制，打開上限兩百元的天花板，依照比率收取藥費。針對藥費，可以參考日、韓等國現行做法，依民眾年齡、所得、就醫醫院層級，制定不同的部分負擔比率，就醫時藥費不再最多只收兩百元。同時也設定每次或全年度的負擔上限(可比照住院的年度上限)。

- 贊成慢箋加收部分負擔

過低的部分負擔也會降低民眾慎用醫療資源的警覺性，曾有關藥品浪費報導-每年皆有 193 公噸的藥品進回收箱或垃圾桶。慢箋需要部分負擔的話，醫師和民眾可以互相確認是否需要持續服藥。

➤ **部分負擔之實施希望有助於病患及早取得新藥治療**

病人就醫時付得少，健保自然就要多付一點。問題是，健保總額大餅成長有限，沒有太多額外資金挹注，病人也沒有多付錢，但提供的醫療服務還不能縮水，在這種情形下，健保要納入新醫療科技就會非常困難。

健保資源有限，相信各界深切體會，健保署長期在有限經費下，努力提供良好的藥物給付，例如癌症免疫療法，108年1月健保共擬會議通過癌症免疫療法給付，遺憾礙於經費，僅有限度給付。

建議積極研議修訂法規，允許高費用新藥可由民眾部分負擔，以促進新藥可近性。建議是否可以採取試辦計畫來突破法令的限制，可從最有需要及意願的疾病領域開始。

國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇  
第四次會議議程-改革藥品部分負擔之可行性之建言

陳世雄  
2020.06.29

前言：

全民健保實施 25 年來，因為民眾就醫的方便性，不管大病或小病都前往醫院治療，以及昂貴的新科技醫療器材與生物製劑、癌症等藥物不斷地研發上市，造成健保的財務負擔也越來越沉重。

政府為了健保永續經營，讓有限資源達到最有效的利用，除了應該教育民眾正確的就醫行為，避免不當的醫療浪費外，也應該宣導民眾使用者付費的觀念，讓醫療資源合理分配與有效運用。

世界先進國家為了因應昂貴的醫療費用，也制定了很多政策來抑制醫療費用的快速成長，台灣更不能排除在外；有關此次全民健保改革藥品部分負擔之可行性，個人非常肯定國衛院舉辦「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇，討論四大議題：

- 一、建立藥價差處理機制
- 二、改革新藥納入健保給付審議機制
- 三、改革藥品支付標準調整策略
- 四、改革藥品部分負擔之可行性

上述四大議題必須同時一起改革實施，才能達到健保藥品給付及支付制度改革之目的。個人認為議題四藥品部分負擔改革制度雖然有它的利弊得失，在考量現階段政治氛圍，僅就改革重大傷病與部分負擔制度討論，不失為舒緩與減少健保財務壓力的有效方法之一；部分負擔應該可以延緩民眾不當就醫的行為，更能增加重大傷病有效地治療，且可節制醫療資源浪費。故本人對於部分負擔在健保藥品政策面與市場實務執行面上，提出下列幾點拙見與建議，以資貴院參酌。

討論方向：

(一) 政策目標：改革重大傷病與部分負擔制度，提升健保給付效益與負擔公平性。

## (二) 策略規劃如下，提請討論：

部分負擔制度改革不易，門診以定額收取，且未逐年隨費用增加而調整，與法定比率差距越來越大；而藥品雖另收取部分負擔，但其他診療費（如檢驗、檢查、治療、手術）並未比照。以下草擬改革策略：

1. 逐步改革部分負擔制度：定期檢討調整門診定額部分負擔，並將診療費用納入部分負擔計算，長期配合重大傷病制度改革部分負擔。

(1)短期：定期依物價指數調整定額部分負擔。

**建議：部分負擔制度改革不易，初期支持依物價指數調整定額部分負擔，以減輕健保的財務負擔。**

(2)中期：

1 每次門診在定額部分負擔外，針對門診診療費（包括檢查、手術、治療、藥品費用在內等）合計超過一定金額（例如 2000 或 3000 元）部分之費用，加收定率部分負擔（例如 5%）。

2 訂定醫療費用整體（門住診合計）部分負擔上限，減輕民眾負擔。

3 針對經濟弱勢者，調降總部分負擔上限標準，減輕家庭負擔。

**建議：全民健保制度理論上應該是保大病不保小病，為抑制小病浪費醫療資源，應該提高部分負擔，以減少醫療浪費，讓醫療資源有效運用在重大傷病患者上；至於弱勢者政府應以社會福利基金來補助。**

(3)長期：改革重大傷病免部分負擔制度

**建議：為加速引進新科技醫療器材及生物製劑、癌症等昂貴藥品研發上市，並與世界醫療技術接軌，提升台灣醫療品質及水準，讓重大病患得到最好的治療，部分負擔應檢討逐年提升定額比率，以因應未來醫療費用快速成長及減少健保的財務負擔。**

2. 檢討重大傷病制度：社會對何謂重大傷病不易有共識。重大傷病領證人數近百萬張，占投保人口 3.7%，其中以癌症與慢性精神病患最多，占 2/3。不到 4%人口，每年卻使用約 27.6%的健保預算，

且因免部分負擔，較容易超長住院，或增加醫療利用。

(1) 短期：檢討重大傷病種類 (考量公平性)，逐步減少新核發之領證人數。

**建議：**重大傷病占健保投保人口 3.7%，每年卻使用約 27.6% 的健保預算，且免部分負擔，在考量公平性，支持檢討重大傷病種類，以減少不必要浪費及健保的財務負擔。

(2) 長期：預告日落條款，逐步取消新的重大傷病卡之核發(舊卡在有效期內得持續使用)，並以訂定門、住診部分負擔費用上限(目前門目前門診未定上限診未定上限) 取代，落實停損 (stop loss) 機制，提升負擔公平性，減少浪費。也就是除非是經濟弱勢者，無論哪類疾病病人，皆需部分負擔；但累計部分負擔不超過門住診部分負擔上限。

**建議：**為期望健保總額預算有效運用，重大傷病卡之核發應更嚴謹，以減少不必要浪費及符合公平性；經濟弱勢者應以社會福利基金來補助，贊同無論哪類疾病病人，皆需部分負擔。

3. 差額負擔因爭議較大，歷年來研議皆無共識，故暫不研議。差額負擔因爭議較大，歷年來研議皆無共識，故暫不研議。

**建議：**藥品差額負擔目前雖然因爭議性較大暫不研議，但藥品差額負擔仍有很多國家在實施中，顯示並非不可行；藥品差額負擔可以稍微彌補健保財務的不足，亦可因應未來加速引進新科技醫療器材及生物製劑、癌症等昂貴藥品在我國健保使用，冀望政府考量部分負擔與藥品差額負擔是否可同時併用，讓重大傷病患者獲得即時有效治療。



## 主題:改革藥品部份負擔(Cost-sharing)之可行性

### 藥品部份負擔(Cost-sharing)差額負擔(Balance billing)之研議

王文德 Jun 29 2020

前言:

今天討論「改革藥品部份負擔」的同時，陳時中部長在6/18也在媒體宣佈年底「調漲健保匯率」的時機，陳時中部長說即使逆風也堅持拍板年底漲健保費，就算民調垂直下跌，該做的還是要做，展現不惜下台的決心，(之前有李明亮署長因調漲民怨不惜請辭下台，楊志良因府院強烈慰留而留任)。但是四天後卻遭到行政院蘇院長打臉:「還不到討論調整健保費率的時候」，行政院的態度卻和「醫材收費爭議如出一轍」，畢竟陳時中部長讓健保永續發展和行政院的考量背道而馳?

個人支持在短期內如果無法解決藥價差 Claw back 到醫療給付之不足及藥品持續浪費，實施階段性的藥品部分負擔，同時未來亦應考慮藥品「差額負擔修法」，(可惜大會認為差額負擔因爭議較大，歷年來研議皆無共識，故暫不研議)。2016 小英政府在藥品政策白皮書上的承諾:「在藥品品質在沒有疑慮時，應該尊重品牌的價值並實施差額負擔」，同時個人建議應該依法(第二條第六項)執行民眾的「\*就醫輔導」，除避免藥品浪費外更讓病人有選擇權(因醫療資訊的不對等，病人如何選擇又是另外一個爭議性的議題)、讓醫師可依病患需求多一個選擇，但是部分負擔或差額負擔只是扼止藥品使用上的浪費的一個手段不應該是目的。

\*落實第二條第六項:

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。

假設藥價差(600億+)是一個黑洞，「藥品浪費」又是另外一個大黑洞，根據2017健保署委託調查報告顯示:藥品1年193噸藥品遭丟棄，約5億顆膠囊，患者領藥不吃又重複領藥，嚴重浪費健保資源，相信部分負擔或差額負擔可以讓患者對領藥不吃藥負責。(公視新聞網 晚間新聞 2017-10-04)

反思:提高藥費「部分負擔」就能減少健保藥品浪費?浪費藥品的不是病人，是「制度」不完善迫使醫師去開藥，開方越多，給付越多(FFS?以藥養醫?對處方醫師是大不敬)。造成藥品浪費的源頭是「制度」問題，未來應該針對「制度」問題檢討!

提高部分負擔或藥費差額負擔主要的目的是要讓病人有「選擇權」...選擇健保署暫時「無法供應」，病人付「差額費」得以使用更高「品質」或及時性的藥!

在這樣的情況下，考慮如何調漲部分負擔或收取差額負擔?

健保應該追求一個「合理、安全、有效」的用藥環境，過去我們從不懷疑…生病要吃藥?...但是…要吃什麼藥？真的有需要吃那麼多藥？拿那麼多藥回家有遵醫囑服用嗎？2018 WHO 公佈全球第四號殺手…即「不合理用藥」！

一、針對「差額負擔」之疑慮(過去失敗之經驗)：

1. 健保曾經分別於民國 95 年及民國 104 年參考荷蘭健保藥品訂價制度(同類藥品，如藥效相近，可互相替代之藥品，給予統一藥價，如原藥價高於統一藥價之藥品，則給予差額負擔)，提議試辦「藥品差額負擔」，二次都受到各界反對，反對的理由包含「擔心成為富人健保，因醫療資訊不對等，造成病患無從拒絕或分辨優劣、圖利原廠、損及藥界利益等等疑慮」。
2. 民國 100 年 1 月 26 日，二代健保法終於修正通過並經總統公告在案：  
第四十五條舊法中原第 43 條：「屬同品質、同有效成分之藥品或同功能類別之特材，保險人得支付同一價格」並自付其差額（差額負擔取消藥品部份，乃因健保署送立法院方法學的資料不足，立法院協商不願空白背書，最後尊重美僑商會白皮書內容，排除藥品部份只通過特殊材料，照協商通過）。

\*行政院(健保局)版本原本期望透過「同成分單一支付價」，藉以縮小同成分藥品價格差異，但因單一價未獲得病患支持，且加上「差額負擔」沒有社會共識，故單一支付價更不易執行而遭刪除，只通過「特殊材料」即「特殊材料」維持一代健保既有「差額負擔」制度，並無太多結構性變革。

\*第四十五條

本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同功能類別之特殊材料，保險人得支付同一價格。

保險對象(被保險人)得於經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時，選用保險人定有給付上限之特殊材料，並自付其差額。

前項自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

45 條：單一給付價，另增列黃淑英 45-1 條。

3. 健保署依法(第四十五條)於 6/11 公佈八月份實施「特殊材料上限給付價及病人自付其差額」爭論不休，還引來總統關愛的眼神。…溝通不足？  
醫材爭議，醫界反對，總統介入，部長讓步。(病友及醫材商的意見反而被疏忽?)  
維護既得利益是人性，以後休怪「民眾反對」部份或差額負擔與提高保費了。

討論建議：

1. 支持大家會提議 短期:定期依物價指數調整定額部分負擔。(爭議衝擊相對較小?)
2. 為落實使用者付費，減少醫療浪費，兼顧社會保險的意涵及照顧弱勢族群，建議依法回歸部份負擔定額/定率(參考日本)制度，並訂定合理上限。

3. 藥品部份負擔建議在多贏的思維下，先針對以下 2 類藥品先進行試辦：

A. 尊重藥品因行銷考量暫時無法納入健保給付，或是健保給付過低而改變以自費銷售之新藥：

考量減輕健保財務之負擔及加速新藥的引進，讓病患及早使用新科技新藥的機會，開放廠商提出申請，在健保財務、臨床療效及需求的綜合評估後，予以試行差額負擔，同時設定合宜給付規範，避免醫療行為因利益而被誤導或濫用。

B. 因藥價調整，不符成本已經退出健保或即將退出健保，但國內仍有醫療需求之藥品：

開放廠商提出申請，在健保財務、臨床療效及需求的綜合評估後，予以試行差額負擔，以解決因藥價調整低於停損點而造成必需藥品退出醫療市場的問題。

4. 適當時機藥品差額負擔修法：目前針對特殊材料有相關法條規定，但針對藥品部份尚無相關法條規定，在二代健保法修法已遭刪除在案。

5. 健保藥品『管理面』的提昇：

A. 『管量少管價』政策：阿中部長多次談到，為了藥品使用品質應該「管量、少管價」，量是造成藥品浪費的主因之一，在 62 條藥費『支出目標』之下，健保局應先訂定『品質』指標，輔導產業界如何由『藥價』競爭轉向『品質』競爭 (PICs/DMF)，在總額管控之下不必過度干預藥價，即優先管量和品質，因為過度或不合理用藥，恐危及民眾健康。

B. 藥價調查與藥價調整『脫鉤』，應廣泛舉辦『衛生教育』：教育病患正確『就診和用藥』習慣。擬訂『重覆』看病的配套措施，落實『三合一』藥價透明化條款，政府如何替國人『用藥品質』把關，達到『合理/安全/有效』的『用藥保障/環境』並消除不當的『藥價差』，避免影響及確保民眾用藥權益。

Reference:附件參考

依據法源及現行部份負擔制度如下：

二代健保修法以 41 條藥物給付項目及支付標準來規範『醫療需求及醫療給付品質』，46 條訂定依『市場交易、合理調整、合理價格』是唯一授權個別品項調整藥價，62 條藥品費用分配比率目標 (DET)，次一年度『修正藥物給付項目及支付標準』來規範而『藥價基準』市場平均價已經被立法院否決刪除、但二代健保執行時又死灰復燃！

依據法源：

1. 全民健康保險法：第 43 條、第 45 條、第 47 條、第 48 條、第 49 條、第 50 條。
2. 全民健康保險法施行細則：第 60 條、第 61 條、第 62 條、第 63 條。
3. 全民健康保險藥品給付項目及支付標準：第 52 條之 4。

# 國家衛生研究院簽到表

會議名稱：國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」

論壇第四次會議-改革藥品部分負擔研議方向

時間：中華民國109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心B2 C+D區廳

單位	姓名	簽名
國家衛生研究院論壇	李玉春召集人	李玉春
國家衛生研究院	吳秀英主秘	吳秀英
台灣醫藥品法規學會	蕭美玲理事長	蕭美玲
國立台灣大學	楊銘欽副院長	楊銘欽
國立臺灣大學藥學專業學院	沈麗娟院長	沈麗娟
國立陽明大學	康熙洲副校長	康熙洲
財團法人醫藥品查驗中心	陳恒德特聘研究員	陳恒德
國立臺灣大學臨床藥學研究所	蕭斐元所長	蕭斐元
專家學者	陳世雄老師	陳世雄
專家學者	王文德老師	王文德

# 國家衛生研究院簽到表

會議名稱：國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」  
論壇第四次會議-改革藥品部分負擔研議方向

時間：中華民國109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心B2 C+D區廳

單位	姓名	簽名
全國產業總工會	趙銘圓外派委員	趙銘圓
中華民國全國職業總工會	楊芸蘋理事長	請假
財團法人中華民國消費者文教基金會	謝天仁名譽董事長	謝天仁
中華民國全國商業總會	盛寶嘉副主任委員	盛寶嘉
中華民國全國商業總會	鄭文同副主任委員	鄭文同
財團法人台灣醫療改革基金會	林雅惠副執行長	林雅惠
財團法人台灣癌症基金會	蔡麗娟副執行長	蔡麗娟
台灣病友聯盟	陳韋翰執行秘書	陳韋翰
台灣病友聯盟	吳鴻來常務理事	吳鴻來
財團法人癌症希望基金會	王正旭董事長	王正旭
財團法人癌症希望基金會	張璿文顧問	張璿文

台灣病友聯盟

吳育倫

# 國家衛生研究院簽到表

會議名稱：國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」  
論壇第四次會議-改革藥品部分負擔研議方向

時間：中華民國109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心B2 C+D區廳

單位	姓名	簽名
中華民國醫師公會全國聯合會	羅浚暉副秘書長	羅浚暉
中華民國藥師公會全國聯合會	張瑞麟專員	張瑞麟
台灣醫院協會	陳瑞瑛顧問	陳瑞瑛
台灣醫院協會	林佩菽副秘書長	請做
中華民國區域醫院協會	劉碧珠秘書長	劉碧珠
台灣社區醫院協會	羅永達院長	羅永達
台灣社區醫院協會	朱益宏理事長	朱益宏
	吳亞玲專員	吳亞玲

# 國家衛生研究院簽到表

會議名稱：國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」  
論壇第四次會議-改革藥品部分負擔研議方向

時間：中華民國109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心B2 C+D區廳


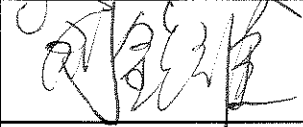

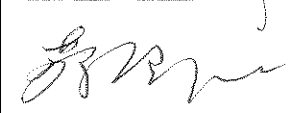

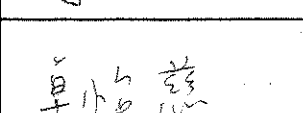
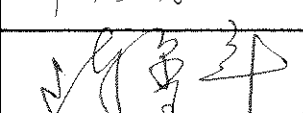
單位	姓名	簽名
中華民國開發性製藥研究協會	林慧芳秘書長	林慧芳
中華民國開發性製藥研究協會	周菱主委	周菱
台灣研發型生技新藥發展協會	程馨秘書長	程馨
台灣藥品行銷暨管理協會	高孟熙理事長	高孟熙
台灣藥品行銷暨管理協會	川中郁果常務理事	川中郁果
台灣製藥工業同業公會	陳志麟主委	謝啟
台灣製藥工業同業公會	蘇東茂理事長	蘇東茂
社團法人中華民國學名藥協會	黃柏熊理事長	黃柏熊
中華民國製藥發展協會	宋智仁副主委	宋智仁
中華民國西藥代理商業同業公會	翁源水理事長	翁源水
中華民國西藥代理商業同業公會	林世昌主委	林世昌
台北市西藥代理商業同業公會	沈克紹常務理事	沈克紹
中華民國西藥商業同業公會全國聯合會	童耀榮主委	謝啟

# 國家衛生研究院簽到表

會議名稱：國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」  
論壇第四次會議-改革藥品部分負擔研議方向

時間：中華民國109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心B2 C+D區廳

單位	姓名	簽名
中華民國西藥商業同業公會全國聯合會	古安真委員	
台北市美國商會	劉鎧維副總經理	
台北市美國商會	王昶閔處長	
歐洲在臺商務協會	蔡沛琪委員	
歐洲在臺商務協會	許藹齡主席	
台北市日本工商會	卓怡慈副理	
台北市日本工商會	陳璽年經理	

歐洲商會

蔡文環

許玲瓏



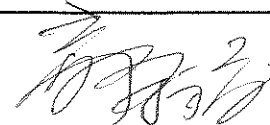



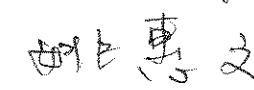

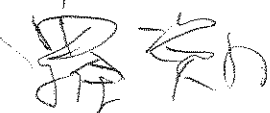
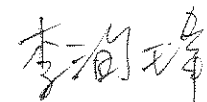
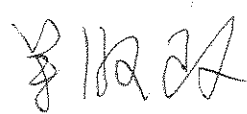

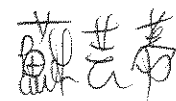


# 國家衛生研究院簽到表

會議名稱：國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」  
論壇第四次會議-改革藥品部分負擔研議方向

時間：中華民國109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心B2 C+D區廳

單位	姓名	簽名
財團法人醫藥品查驗中心	林首愈副執行長	
財團法人醫藥品查驗中心	黃莉茵組長	
衛生福利部社會保險司	商東福司長	
衛生福利部社會保險司	盧胤雯副司長	
衛生福利部社會保險司	黃泰平簡任視察	
衛生福利部社會保險司	陳淑華專門委員	
衛生福利部社會保險司	姚惠文專門委員	
衛生福利部社會保險司	劉慧心研究員	
衛生福利部社會保險司	羅資文副研究員	
衛生福利部社會保險司	李洵璋科員	
衛生福利部社會保險司	梁淑政研究員	
衛生福利部社會保險司	陳信婷薦任科員	
衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂薦任技士	

# 國家衛生研究院簽到表

會議名稱：國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」  
論壇第四次會議-改革藥品部分負擔研議方向

時間：中華民國109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心B2 C+D區廳


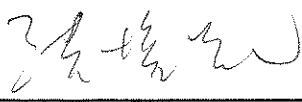

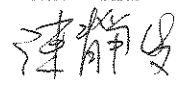
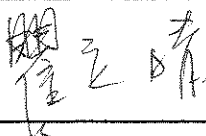


單位	姓名	簽名
衛生福利部社會保險司	白其怡研究員	白其怡
衛生福利部社會保險司	周雯雯副研究員	周雯雯
衛生福利部社會保險司	江心怡副研究員	江心怡
衛生福利部中央健康保險署	李伯璋署長	請假
衛生福利部中央健康保險署	戴雪詠組長	戴雪詠
衛生福利部中央健康保險署	李純馥組長	李純馥
衛生福利部中央健康保險署	黃兆杰副組長	請假
衛生福利部中央健康保險署	吳科屏副組長	吳科屏
衛生福利部中央健康保險署	張惠萍簡任技正	張惠萍
衛生福利部中央健康保險署	韓佩軒專門委員	韓佩軒
衛生福利部中央健康保險署	連恆榮科長	連恆榮
衛生福利部中央健康保險署	張作貞科長	張作貞
衛生福利部中央健康保險署	林裕能視察	林裕能

# 國家衛生研究院簽到表

會議名稱：國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」  
論壇第四次會議-改革藥品部分負擔研議方向

時間：中華民國109年6月29日(星期一)上午9時30分

地點：富邦國際會議中心B2 C+D區廳

單位	姓名	簽名
衛生福利部中央健康保險署	呂姿擘視察	請假
衛生福利部中央健康保險署	吳佳頻科員	
衛生福利部中央健康保險署	何小鳳技正	
國家衛生研究院	洪培凱副執行長	
國家衛生研究院	魏騰利主任	
國家衛生研究院	陳靜旻科員	
國家衛生研究院	瞿立晴科員	
	許翠蓉	
<del>衛福部社保司</del>	<del>陳信婷</del>	<del>陳信婷</del>
<del>衛生福利部社會保險司</del>	<del>蘇芸蒂</del>	<del>蘇芸蒂</del>
<del>癌症希望基金會</del>	<del>李慧婷</del>	