

運用科技工具實踐公民參與 探討健保業務推動成效

期末報告

委託單位：衛生福利部

執行單位：國立臺北護理健康大學

民國112年12月

衛生福利部 112 年度委託研究計畫

期末報告

(自 112 年 1 月 至 112 年 12 月止)

計畫名稱：運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效

計畫編號：M1216030

研究起迄：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日

申請機構：國立臺北護理健康大學

主持 人：張博雅

職 稱：副教授

聯絡電話：(02)2822-7101#1251

電子郵件：pychang@ntunhs.edu.tw

聯 絡 人：張博雅

聯絡電話：(02)2822-7101#1251

填表日期：112 年 12 月 15 日

目 錄

中文摘要.....	1
Abstract.....	2
第一章 前言.....	4
第一節 計畫目標.....	4
第二節 背景分析.....	5
第二章 重要工作項目及實施辦法.....	9
第一節 辦理 10 周年成果及未來展望研討暨共識營.....	9
第二節 健保業務公民咖啡館活動.....	24
第三節 「各總額部門 111 年度執行成果評核」會及執行成果公開發表會議.....	56
第四節 編撰印製全民健康保險會年報 111 年版及健保會 10 周年成果與未來展望專刊.....	60
第五節 定期工作小組會議.....	75
第三章 結論與建議.....	76
第四章 重要參考文獻.....	79
附錄.....	81
附錄一 共識營場地介紹-渴望會館.....	81
附錄二 渴望會館樓層平面圖	82
附錄三 渴望園區平面圖	83
附錄四 共識營限制性招標需求說明書	84
附錄五 10 周年成果及未來展望研討暨共識營會議手冊(封面)	86
附錄五 10 周年成果及未來展望研討暨共識營會議手冊(目錄)	87
附錄五 10 周年成果及未來展望研討暨共識營會議手冊-各項議題報告人.....	88
附錄六 10 周年成果及未來展望研討暨共識營海報.....	93
附錄七 10 周年成果及未來展望研討暨共識營邀請函.....	94
附錄八 10 周年活動紀實	95
附錄九 共識營簽到表	109
附錄十 工作小組會議記錄	117
附錄十一 年報與專刊需求說明書	134

附錄十二 公民咖啡館活動地點介紹	137
附錄十三 公民咖啡館活動海報	145
附錄十四 公民咖啡館可閱讀資料	149
附錄十五 公民咖啡館與談人簡報	169
附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿	172
附錄十七 公民咖啡館活動簽到表-北區	243
附錄十八 公民咖啡館活動簽到表-中區	248
附錄十九 公民咖啡館活動簽到表-南區	253
附錄二十 公民咖啡館活動簽到表-北區第二場	258
附錄二十一 7月17日評核會議簽到單	263
附錄二十二 7月18日評核會議簽到單	277
附錄二十三 7月18日內部會議簽到單	291
附錄二十四 年報與專刊企劃書	292

圖 次

圖 1-2-1 健保會法定任務及其法源依據	6
圖 1-2-2 健保會委員組成	7
圖 2-1-1 10 周年研討會及共識營議程表	14
圖 2-1-2 渴望會館地理位置圖	16
圖 2-4-1 年報封面一(決定版).....	62
圖 2-4-2 年報封面二	62
圖 2-4-3 年報封面三	63
圖 2-4-4 年報最終封面設計	63
圖 2-4-5 年報最終內頁設計	64
圖 2-4-6 年報完成版	66
圖 2-4-7 專刊封面一	68
圖 2-4-8 專刊封面二	68
圖 2-4-9 專刊封面三	69
圖 2-4-10 修改後專刊封面一	69
圖 2-4-11 修改後專刊封面二(決定版).....	70
圖 2-4-12 修改後專刊封面三	70
圖 2-4-13 專刊最終內頁設計	71
圖 2-4-14 專刊完成版	72

表 次

表 2-1-1 共識營與會人員名單	11
表 2-1-2 共識營籌備會議日期及地點	16
表 2-4-1 年報預定進度	61
表 2-4-2 年報進度預定	61
表 2-4-3 專刊目錄初稿交付時間	73

中文摘要

「全民健康保險會」是由付費者、醫界、專家學者及公正人士代表共同組成，用以協助規劃全民健保政策及監督辦理保險事務之執行，作為提供健保業務全民參與的溝通平台並提供重要政策建言。

「全民健康保險會」自 102 年成立以來，根據健保法，負責審議各年度的保險費率、協商醫療給付費用總額，並監理保險業務等任務。至今成立已滿 10 周年，為此，我們計劃透過一系列活動來回顧和檢討其運作，以確保未來的運作模式更加順暢，維護健康保險制度的穩健發展。這些活動包括辦理共識營、舉行公民咖啡館活動、進行成果評核會、舉行公開發表會議，以及撰寫專刊等，讓全民健康保險會未來運作模式更順利，以維護健保制度穩健發展。

本計畫相關事項如下，(1)於 4 月 12 至 13 日辦理健保會 10 周年成果及未來展望研討暨共識營；(2)於 6 月至 9 月期間辦理健保業務公民咖啡館活動；(3)於 7 月 17 日至 18 日辦理「各總額部門 111 年度執行成果評核」會及執行成果公開發表會議；(4)編撰印製健保會 10 周年成果與未來展望專刊與年報；(5)定期工作小組會議。

經過辦理兩天共識營的議題研討，除了針對健保的重要性和挑戰進行深入的探討和交流，並藉此機會健保會委員能夠增進彼此之間的瞭解，更重要是能夠共同思考如何讓健保永續經營，為全民的健康謀福。而在本次辦理健保業務公民咖啡館活動中所討論的 4 個議題，民眾對於實施新藥差額負擔制度多數持反對意見，但也願意提出缺點，給予改進的方向。實施此一制度的優勢在於，提高病人的治療選擇權、減輕健保負擔、鼓勵藥品創新，並提高資訊透明度，同時也有助於減少醫療資源浪費。最後藉由每年舉辦的「各總額部門年度執行成果評核」，瞭解今年度的執行成果及下年度須調整之策略。編撰印製健保會 10 周年成果與未來展望專刊與 111 年年報，呈現過去 10 年累積之成果與 111 年的成果，同時透過工作小組會議，隨時調整執行方向，讓計畫執行更順利。

透過今年的活動，使全民健康保險會更穩定發展，並為更多人提供健康保險和醫療服務。讓全民健康保險會在未來繼續茁壯成長，造福更多民眾。

關鍵詞

全民健康保險會、科技工具、公民參與、健保業務、成效評核

Abstract

National Health Insurance Committee (NHIC) is constituted by representatives from premium payers, the medical community, experts, scholars, and advocates for justice. Its purpose is to assist in formulating national health insurance policies and oversee the execution of insurance affairs, serving as a communication platform for nationwide participation in health insurance operations and providing essential policy recommendations.

Since its establishment in the year 2013, NHIC in accordance with health insurance laws, has been tasked with the responsibility of reviewing annual insurance premium rates and negotiating the total amount of medical benefit expenses. Additionally, it oversees tasks related to the supervision of insurance operations. Over the past decade, the NHIC has accumulated a wealth of achievements and experiences. In view of the 10th anniversary of its establishment, we plan to review its performance through a series of activities, including consensus camps, The World Café, outcome assessment committee, public conferences and publishing specialized journals. The overarching goal is to enhance the future operational efficacy of the NHIC, ensuring the smooth functioning of the health insurance system and fostering its robust development.

The relevant activities of this project are as follows: (1) NHIC 10th-anniversary results and future outlook seminar and consensus camp on April 12-13; (2) Hosting The World Café on health insurance operations from June to September; (3) Holding the “Outcome Assessment Committee for Each Aggregate Department for the Year 2022” and the public presentation conference on performance outcomes on July 17-18; (4) Compiling and printing a special journal and annual report on the 10th-anniversary achievements and future outlook of the NHIC; (5) Regularly convening working group meetings.

Through two days of consensus camp discussions, the importance and challenges of health insurance are deeply explored and exchanged. This opportunity allows committee members to enhance

mutual understanding and, more importantly, collectively contemplate how to ensure the sustainable operation of health insurance for the benefit of the entire population. Among the four topics discussed in The World Café, the majority of the public expressed opposition to the implementation of a new drug copayment system but was willing to provide feedback for improvement. The advantages of implementing such a system include enhancing patients' treatment choices, reducing the burden on health insurance, encouraging drug innovation, improving information transparency, and helping to reduce medical resource wastage. Finally, through the annual " Outcome Assessment Committee for Each Aggregate Department," the achievements of the current year and the strategies to be adjusted for the next year are assessed. Compiling and printing the special publication on the 10th anniversary of the health insurance committee and the 2022 annual report present the accumulated results of the past decade and the achievements of the current year. The ongoing adjustment of the implementation direction through working group meetings ensures the smooth execution of the plan.

Through this year's activities, the National Health Insurance Committee aims to achieve more stable development and provide health insurance and medical services to a larger population. The goal is to enable the committee to continue growing and benefiting more people in the future.

Keyword: National Health Insurance Committee (NHIC), Technological Tools, Civic Engagement, Health Insurance Operations, Performance Assessment

第一章 前言

第一節 計畫目標

「全民健康保險會」自 102 年設立起依健保法完成各年度保險費率給付之審議、醫療給付費用總額協商、保險業務監理等任務，至今 10 年間已累積豐碩之辦理成果。本計畫邀請歷任及現任健保會委員，共同參與健保會 10 周年成果及未來展望研討暨共識營，針對各項保險事務審議經驗進行分享及交流。此外，將過去 10 年來健保會各項重要歷程與事蹟編撰印製「健保會 10 周年成果與未來展望專刊」，以利外界瞭解其運作情形。

人口高齡化、疾病型態改變、醫療需求增加等現象已成為全民健保財務的沉重負擔，因此，本計畫針對「新藥可否採行差額負擔」議題，於北、中、南三個地區辦理 4 場健保業務公民咖啡館活動，應用科技工具結合邀請各類被保險人團體參與共同討論交換意見，以因應未來健保改革方向提出具體可行之相關建議。於 112 年 7 月 17 至 18 日，針對 111 年度各總額執行成效進行評核，並辦理 1 天半成果公開發表會議，並將評核委員意見、會議中的交流意見及與會人員發言實錄，彙整出審查報告。

「全民健康保險會」設立至今已 10 周年，故本計畫透過辦理共識營、公民咖啡館活動、成果評核會及公開發表會議及編撰專刊等事項進行回顧與檢討，讓全民健康保險會未來運作模式更順利。

第二節 背景分析

壹、全民健康保險會業務職掌及法源

二代健保法自 102 年 1 月 1 日開始施行，由於業務需求，整併一代健保時期之「全民健康保險監理委員會」及「全民健康保險醫療費用協定委員會」整合設立為「全民健康保險會」(以下稱健保會)。

依照全民健康保險法（以下稱健保法），健保會的委員代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項，依據「全民健康保險會組成及議事辦法」辦理。102 年成立時健保會委員設置 35 人，其中 1 人兼任主任委員，108 年為擴大委員之代表性與專業性，委員人數由 35 人增加至 39 人。由於健保會委員屬兼任性質，為了處理各項行政事務，設置執行秘書 1 人，綜理日常事務；副執行秘書 1 人，襄助處理會務；及組長及工作人員，分三組辦理健保審議等業務。

健保法規定法定任務如下：(1) 保險費率之審議（健保法第 5、24 條）；(2) 保險給付範圍之審議（健保法第 5、26、51 條）；(3) 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配（健保法第 5、61 條）；(4) 保險政策、法規之研究及諮詢（健保法第 5、60 條）；(5) 有關保險業務之監理事項（健保法第 5 條、健保法施行細則第 2-3 條）；(6) 全民健康保險法所定健保會辦理事項（健保法第 45、72-74 條、健保法施行細則第 4 條）。健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

全民健康保險法法源依據如下：

第 5 條

一、本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：

(一) 保險費率之審議。

(二) 保險給付範圍之審議。

(三) 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。

(四) 保險政策、法規之研究及諮詢。

(五)其他有關保險業務之監理事項。

二、健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

三、健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議 7 日前公開議程，並於會議後 10 日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

四、健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。

五、前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。

六、健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。

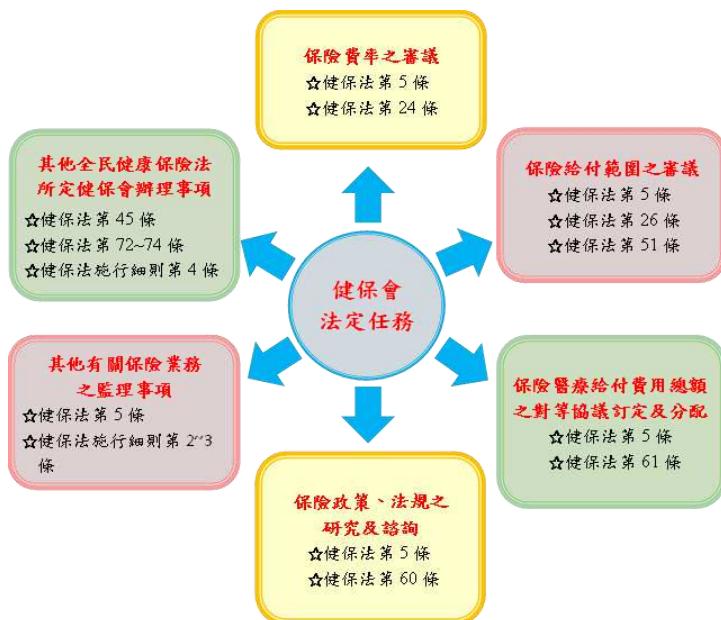


圖 1-2-1 健保會法定任務及其法源依據

(資料來源：衛生福利部全民健康保險會 <https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1651-16683-116.html>)

貳、全民健康保險會組成

健保會的核心精神為建構全民參與健保事務的溝通平台，因此，民意蒐集擴大社會參與，

讓健保於有限的資源下，保障民眾就醫權益俾議定對民眾最有助益的結果，是健保會重要使命。因此，依健保法第 5 條第 5 項規定及其授權訂定之「全民健康保險會組成及議事辦法」，健保會委員由付費者、醫事服務提供者、專家學者及公正人士代表共同組成，並以委員會議議決方式執行各項法定任務，包括保險費率及保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議、保險政策法規之研究及諮詢、保險業務監理等。

委員之組成依據「全民健康保險會組成及議事辦法」，健保會置委員人數為 39 人，任期 2 年。名額分配包含 20 位付費者代表（含 14 位被保險人代表，5 位雇主代表、1 位行政院主計總處代表）、10 位醫事服務提供者代表、7 位專家學者及公正人士、1 位國家發展委員會代表、1 位衛福部代表（詳如圖 1-2-2）。

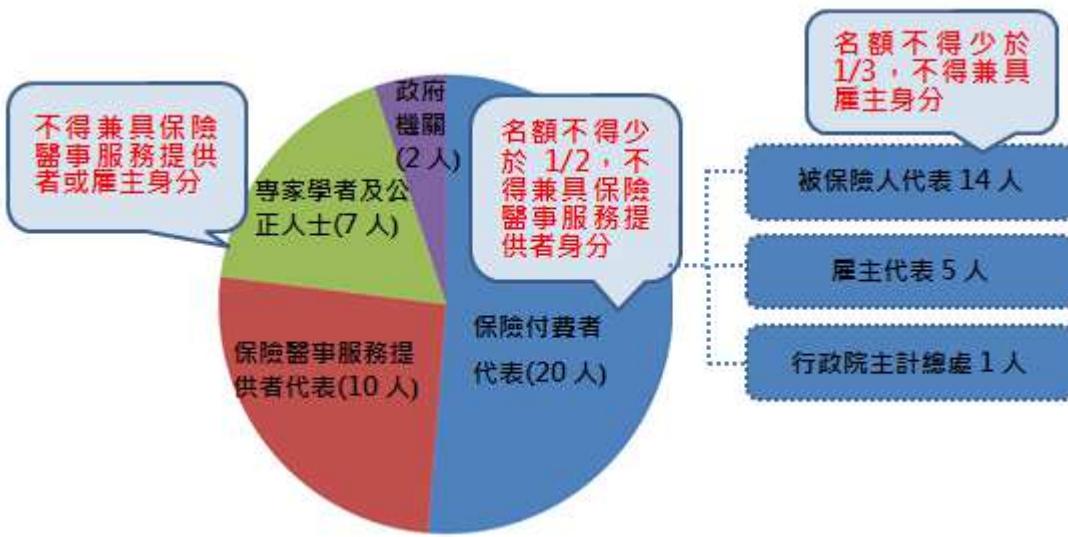


圖 1-2-2 健保會委員組成

（資料來源：衛生福利部全民健康保險會 <https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1651-16746-116.html>）

為了擴大社會參與的多元性、納入更多的公眾參與，其中付費者之 14 位被保險人代表之委員中，依據被保險人類別，請有關團體推薦，並會依據推薦團體的設立宗旨、運作情形、會員數、全國代表性等標準後遴聘，並且會適時輪替推薦團體讓各行各業均有表達意見之機會。

5 位雇主代表則請七大工商團體推薦後遴聘並會適時輪替。10 位醫事服務提供者代表以醫師公會、牙醫師公會、中醫師公會參酌總額費用占比分配推薦人數，並請藥師公會、護理師公會推薦代表各 1 席。專家學者及公正人士之委員，則由衛福部就國內公共衛生、公共行政、社

會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之。國家發展委員會及衛福部代表由該單位推薦指派。

健保會委員任期 2 年，自民國 102 年成立迄今，已歷經第 1-5 屆委員任期，為了可以擴大社會參與及容納更多元的意見，委員的連任只能以連任一次為原則，並且每一屆委員至少更換五分之一，更替比率五分之一也可以避免更替人數過多，影響業務傳承。第 5 屆委員任期自 110 年 4 月 7 日起至 111 年 12 月 31 日止。

依據「全民健康保險會組成及議事辦法」，健保會每個月召開 1 次會議，視情況必要時召開臨時會議。開議時至少有二分之一的委員出席，且應邀請健保署派員列席，對相關議案提供說明，並且進行業務報告與專案報告。主任委員同意下，必要時，可邀請有關機關、團體或相關領域之專家學者列席會議以提供意見，讓議案討論更順暢。

第二章 重要工作項目及實施辦法

本計畫實施重點包括(1)辦理 10 周年成果及未來展望研討暨共識營；(2)辦理健保業務公民咖啡館活動；(3)辦理「各總額部門 111 年度執行成果評核」會及執行成果公開發表會議；(4)編撰印製健保會 10 周年成果與未來展望專刊與年報；(5)定期工作小組會議。

第一節 辦理 10 周年成果及未來展望研討暨共識營

因應二代健保「財務收支連動」及「建構社會參與平台」而使全民健康保險會應運而生。健保會除接續原監理會與費協會工作外，亦被賦予諸多任務，包括：保險費率與保險給付範圍之審議、總額之對等協議訂定等。健保會的眾多議案皆與民眾權益息息相關，健保會委員本於職責針對各項保險業務相關監理事項皆須經長時間充分溝通、協調，方能達成共識。自民國 102 年成立迄今已 10 年，歷經第 1-5 屆委員任期，健保會委員扮演全民健保民意溝通平台及監理的角色，以維護健保制度穩健發展。

第 5 屆委員任期於 111 年 12 月 31 日期滿，為了促進健保會委員之間對保險業務監理、協商經驗傳承及意見交流。本計畫於 112 年 4 月 12 日~4 月 13 日辦理健保會 10 周年成果及未來展望研討暨共識營，日程為 2 天 1 夜，邀請歷屆及新任委員共同參與，以健保會委員關切之議題為架構，辦理共識營專題會議。

壹、辦理時程：112 年 4 月 12 日~4 月 13 日，日程 2 天 1 夜。

貳、辦理地點：渴望會館(325 桃園市龍潭區渴望路 428 號)。

因辦理共識營空間及規格需求，已洽詢多間飯店並經 112 年 1 月 12 日工作會議討論優於同業表現，因此，擇訂渴望會館辦理 112 年 4 月 12 日住宿，提供所需住宿房間數為 55 間單人房、8 間雙人房，容納 80-90 人數的大型會議廳，並可提供葷素正餐及會議點心等特殊服務滿足本計畫需求。

一、渴望會館介紹

(一)渴望會館為桃園市旅館 197 號，不僅取得環保署「金級」環保旅館標章認證，也是「國家企業環保獎銀級」3 屆得主榮登旅館服務業綠色品牌最高榮譽。

(二)住宿屬環保旅館，請攜帶個人盥洗用品，會館不提供牙刷、牙膏、梳子、刮鬍刀、浴帽、脫鞋等一次性用品。

(三)B1 設有雅園廳：渴望餐廳附設雅園廳，為一處可容納 350 人之大型喜慶婚宴場地；渴望餐廳：擁有大面積落地窗與戶外庭園水池相映成趣，一處以綠意佐餐的風格餐廳；7-Eleven 便利商店，營業時間為上午 07:00 至下午 11:00。

二、渴望會館休閒設施

(一)健身房、桌球、撞球、switch 遊戲室、腳踏車遊憩，房客如需使用請拿房卡至 B1 櫃台登記，即可免費使用，開放時間為上午 07:00 至下午 10:00。

(二)室內溫水游泳池開放時間為上午 07:00 至下午 09:00，請穿著泳褲、泳衣、泳帽使用泳池。

(三)渴望會館園區內有萬坪公園、綠帶步道、自行車道等，徒步行走約 15 分鐘。

三、停車資訊

(一)室外停車場：限使用「悠遊卡」或「一卡通」進出，卡片內需儲值 100 元以上才可入場，離場前請務必至一樓服務台消磁，以免扣款。

(二)B2 室內停車場：24 小時有警衛，提供車號即可進出。

參、共識營對象：健保會歷屆、新任委員及健保會相關工作人員。

一、全民健康保險會現任主委及委員

二、全民健康保險會卸任主委及委員

三、專家學者

四、全民健康保險會、國立臺北護理健康大學相關工作人員

表 2-1-1 共識營與會人員名單

全民健康保險會現任委員(以姓名筆劃排序，由上至下、由左至右)					
王惠玄	周麗芳	翁文能	陳相國	董正宗	鄭素華
田士金	林文德	翁燕雪	陳節如	詹永兆	盧瑞芬
朱益宏	林恩豪	商東福	陳鴻文	劉守仁	謝佳宜
吳榮達	林淑珍	張清田	游宏生	劉淑瓊	韓幸紋
吳鏘亮	林綉珠	陳杰	黃金舜	滕西華	
李永振	花錦忠	陳石池	楊玉琦	蔡麗娟	
周慶明	侯俊良	陳彥廷	楊芸蘋	鄭力嘉	
全民健康保險會卸任委員(以姓名筆劃排序，由上至下、由左至右)					
干文男	何語	林錫維	黃偉堯	鄭守夏	
古博仁	吳國治	馬海霞	趙銘圓	謝武吉	
曲同光	吳鴻來	許駢洪	蔡登順		

表 2-1-1 共識營與會人員名單(續)

專家學者(以姓名筆劃排序)	
石崇良	衛生福利部中央健康保險署署長
李中一	國立成功大學公共衛生研究所特聘教授
李玉春	國立陽明交通大學衛生福利研究所教授
連賢明	國立政治大學財政學系教授
郭年真	國立臺灣大學健康政策與管理研究所副教授
陳麗光	國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員
楊志良	亞洲大學榮譽講座教授
楊銘欽	國立臺灣大學健康政策與管理研究所兼任教授
蔡淑鈴	衛生福利部中央健康保險署副署長
謝天仁	全民健康保險會第1~3屆委員
簡毓寧	臺北市立大學衛生福利學系助理教授
戴桂英	亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員
衛福部官員&工作人員	
陳美杏	健保署財務組組長
游慧真	健保署企劃組組長
周淑婉	健保會技監兼執行秘書
洪慧茹	健保會簡任視察兼組長
邱臻麗	健保會技正兼組長
陳燕鈴	健保會科長兼組長
范裕春	健保會視察
曾幼筑	健保會視察
彭美熒	健保會專員
李德馥	健保會薦任科員
許至昌	健保會薦任科員
張琬雅	健保會薦任科員
黃文瑤	健保會辦事員
徐孟頻	健保會行政助理
陳思祺	健保會約聘研究員
張嘉云	健保會薦任技士
施鈺玟	健保會駐點人員

表 2-1-1 共識營與會人員名單(續)

國立臺北護理健康大學工作人員	
張博雅	國立臺北護理健康大學休閒產業與健康促進系副教授
陳臻儀	專任助理
呂芊逸	兼任助理
王筱晴	兼任助理
王珮琪	兼任助理
黃睿好	兼任助理

肆、研討內容：以健保會委員關切之議題為架構進行業務監理、協商經驗傳承交流，相關議程如下圖：

**衛生福利部全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營
議 程**

會議地點：渴望會館(桃園市龍潭區渴望路 428 號)

第一天(4/12 星期三)	
時間	內容
10:10	新竹高鐵站集合
10:30~11:10	車程 (40 分鐘)
11:10~11:30	抵達渴望會館
11:30~12:30	10 週年慶茶會
12:30~13:50	午 餐
13:50~14:20	合 影
14:20~14:30	休 息
14:30~14:35	主持人：盧瑞芬 (長庚大學醫務管理學系教授)
14:35~15:35	議題一：健保財務現況與未來展望
	1. 專題報告：健保財務現況及趨勢分析 報告人：石崇良 (衛生福利部中央健康保險署署長) (30 分) 陳美杏 (衛生福利部中央健康保險署財務組組長)
15:35~16:00	2. 專題演講：建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析 演講人：連賢明 (國立政治大學財政學系教授) (30 分)
	茶 敘
16:00~17:10	議題二：健保費率審議與經驗交流
	1. 專題報告：健保費率審議執行說明 報告人：洪慧茹 (健保會簡任視察兼組長) (10 分)
	2. 費率審議經驗交流 與談人：李永振 (第 1~3、5、6 屆委員) (30 分) 謝天仁 (第 1~3 屆委員) 蔡登順 (第 1~4 屆委員)
	交流 (30 分)
17:10~18:00	辦理入住
18:00~20:00	晚 餐
20:00	圍爐夜談

圖 2-1-1 10 周年研討會及共識營議程表

第二天(4/13 星期四)	
時間	內容
7:30~9:00	早餐/退房
9:00~9:05	主持人：楊銘欽 (國立臺灣大學健康政策與管理研究所兼任教授)
9:05~10:25	<p>議題三：健保總額擬訂及中長期改革計畫 報告人：商東福 (社會保險司司長) (30 分) 與談人：鄭守夏 (國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授) (30 分) 李玉春 (國立陽明大學衛生福利研究所教授) 石崇良 (衛生福利部中央健康保險署署長) 交流 (20 分)</p>
10:25~10:40	茶 敘
10:40~10:45	主持人：楊志良 (亞洲大學榮譽講座教授)
10:45~12:35	<p>議題四：健保資源配置之回顧與檢討 1. 專題演講：健保資源配置之趨勢分析及未來建議 演講人：陳麗光 (國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員) (30 分) 2. 專題演講：醫療資源不足地區之資源投入及民眾醫療利用 演講人：簡毓寧 (臺北市立大學衛生福利學系助理教授) (30 分) 與談人：盧瑞芬 (30 分) 李中一 (國立成功大學公共衛生研究所特聘教授) 蔡淑鈴 (衛生福利部中央健康保險署副署長) 交流 (20 分)</p>
12:35~13:30	午 餐
13:30~13:35	主持人：戴桂英 (亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員)
13:35~14:25	<p>議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流 1. 專題報告：總額協商原則與程序 報告人：陳燕鈴 (健保會科長兼組長) (20 分) 2. 專題演講：從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式 之研究 演講人：郭年真 (國立臺灣大學健康政策與管理研究所副教授) (30 分)</p>
14:25~14:35	休 息
14:35~15:55	<p>議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流 3. 從專家學者及公正人士角度對總額協商之期許 與談人：滕西華 (第 2、4~6 屆委員) (45 分) 吳榮達 (第 3、4、6 屆委員) 黃偉堯 (第 2、3 屆委員) 交流 (35 分)</p>
15:55~16:00	閉 幕
16:00	賦 歸

圖 2-1-1 10 周年研討會及共識營議程表(續)

伍、交通規劃：接駁參與者至會場，主要交通工具為租借大型巴士(43人)。

一、交通接駁

搭乘高鐵之委員，於4/12(三)上午10:10在新竹高鐵站4號出口集合，搭乘接駁車前往渴望會館。

二、自行開車交通資訊

會議地點：桃園市龍潭區渴望路428號



圖 2-1-2 渴望會館地理位置圖

陸、相關辦理地點方式及研討內容與健保會召開工作小組會議討論並依健保會指示辦理，相關內容詳列如下：

一、共識營籌備會議討論事項(詳如附錄十)

表 2-1-2 共識營籌備會議日期及地點

會議日期	地點
111 年 12 月 26 日	衛生福利部全民健康保險會辦公室 4 樓會議室
112 年 1 月 12 日	衛生福利部全民健康保險會辦公室 4 樓會議室
112 年 2 月 4 日	衛生福利部 203 會議室
112 年 2 月 17 日	衛生福利部 302 會議室
112 年 3 月 3 日	衛生福利部 204 會議室
112 年 3 月 20 日	衛生福利部 204 會議室
112 年 3 月 29 日	衛生福利部 206 會議室

二、活動照片

10周年茶會



議題一：健保財務現況與未來展望



議題二：健保費率審議與經驗交流



議題三：健保總額擬訂及中長期改革計畫



議題四：健保資源配置之回顧與檢討



議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流



柒、10周年成果及未來展望研討暨共識營活動紀實內容重點編排(詳如附錄八)

10周年成果及未來展望研討暨共識營活動紀實

1. 前言
2. 各委員祝福話語
3. 議題一：健保財務現況與未來展望
 - (1) 專題報告：健保財務現況及趨勢分析
 - (2) 專題演講：建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析
4. 議題二：健保費率審議與經驗交流
 - (1) 專題報告：健保費率審議執行說明
 - (2) 費率審議經驗交流
5. 議題三：健保總額擬訂及中長期改革計畫
6. 議題四：健保資源配置之回顧與檢討
 - (1) 專題演講：健保資源配置之趨勢分析及未來建議
 - (2) 專題演講：醫療資源不足地區之資源投入及民眾醫療利用
7. 議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流
 - (1) 專題報告：總額協商原則與程序
 - (2) 專題演講：從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究
 - (3) 從專家學者及公正人士角度對總額協商之期許

第二節 健保業務公民咖啡館活動

壹、前言

依全民健康保險法第5條第3項規定，衛福部健保會於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

本次辦理之公民參與活動，係以公民咖啡館模式進行。選擇此一工具之緣由為，在討論具結構性且複雜的政策議題時，公民咖啡館可創造有意義且合作性的對話，提供了實用的方式來培養人們的協作思維能力，如同於咖啡館喝咖啡聊天輕鬆自在的模式，建立新的聯繫，並以交叉的方式激發創新想法，增進人們在對話中的交談和傾聽能力，並努力解決導致誤解和衝突的問題，這種方法使得大型群體能夠共同創造性地思考，將思維作為一個連接的整體，促進有意義的對話和協作學習。團隊認為，健保問題牽涉到國民的權力、義務、利益、及道德，影響層面廣泛，十分適合以公民咖啡館模式廣泛徵求民間意見，故選擇此工具作為實踐公民參與的方式。另根據文獻及分析現今科技環境，現行較為可行之科技工具有：市內電話和手機調查、網路調查、大數據與輿情分析、多元參與管道等，其中多元參與管道包含了線上與實體形式，團隊最後決定使用的民意調查工具—公民咖啡館即為此類工具。

台灣自1995年3月1日開辦全民健康保險以來，提供國民基本必要的醫療保障。但由於人口快速老化、疾病型態改變、醫療科技進步、醫療需求與日俱增，在資源有限的情況下，健保的財政正面臨嚴峻考驗。

隨著國人存活餘命逐年增長，癌症連年列為死因之首，且人數有逐年攀升現象，針對癌症與罕病的新藥議題也不斷被提起，相較於解決健保的財務面，提升國人的癌症存活率更為急迫，因此，本年度公民參與活動假設性議題以「新藥可否採行差額負擔」為主。而人口老化、癌症病人增加，新藥新科技帶給癌友及重症病患新希望，但因其價格高昂及納入健保的等待期漫長，平均需3-5年，多數病友是看得到、用不到。我國在99年要推行二代健保及105年欲試辦藥品差額負擔時就單對藥品納入差額負擔的政策做過不少討論，也順應民意至今並無實行。但今日若換做是性質完全不同的新藥新科技，民眾們的意見又將是如何呢？

使用新藥最重要的是增加痊癒機會，再來是縮短治療時間，人人都有一定的機率成為新藥新科技受惠者。我國健保屬於社會福利，意味著需由全民共同分攤風險，而資源有排擠性，想讓新藥議題通過，也意味著需要減少健保中的部分支出或增加人民稅收。不少先進國家已實施藥品部分負擔已久，鄰近台灣的日本、韓國也有明確的藥品部分負擔制度，目前國內並無相關法源，若推行部分負擔預計可加速我國引進新藥的時間、放寬對適用對象的限制與規範等，對病友無非是一樁喜事。

因此，本次公民參與活動預擬探討之假設性議題為「新藥可否採行差額負擔」，在今年6

月至 9 月間分別於北、中、南地區辦理 4 場次公民咖啡館活動，藉以蒐集辦理公民參與活動之經驗及作法，俾做為衛福部未來實際運作之重要參據，並研擬可閱讀資料供與會者參考。

而公民座談會的討論議題也擬定許久，原先暫定為在「自付健保差額，使用更好的藥物、及增加治療效果」，及「制定配套措施與成立特殊基金」兩個主題中蒐集贊成與反對的意見，後經討論，決定將討論的議題單純化，僅聚焦在討論主題「實施新藥差額負擔」上，進一步延伸討論其好處、壞處、考量因素、配套措施，希望使與會者能簡單地掌握主題，表達意見。

貳、辦理公民咖啡館之相關文獻

一、世界咖啡館

世界咖啡館是一個由胡安妮塔·布朗和大衛·伊薩克斯與大衛·伊薩克斯 (David Isaacs) 於 1990 年代初創立的平台，至今在全球迅速發展(Schieffer, Isaacs and Gyllenpalm, 2004)。它旨在促進有意義且合作性的對話，且使人們關注於設定的問題上。這種方法反映了人們的共同合作能力，與傳統方式—從個性類型、學習風格或情商來預先辨識及批判人們的方式不同(Brown and Isaacs, 2005)^[1]，它也提供了一處人皆平等的對話平台，讓每個參與者都有機會自由表達意見，並在規範的框架下進行互動(萬胥亭, 2010；周維萱與周維倫, 2014)，這也類似於哈伯瑪斯提出的「理想的言談情境」原則(周維萱與周維倫, 2014)^[2]。它也能夠促進有意義的對談與協作學習，協助人們合作解決重要問題 (Schieffer, Isaacs & Gyllenpalm, 2004)^[3]。它使參與者們分成數個小組，也使彼此在各個小組間交流，透過連接短且親密的對談，能密切傾聽他人的對話，共同激盪出全新想法，此一方法也是源自對話方法學，可廣泛應用於社區和組織，新藥議題即為一良好案例，可運用於此模式上。近年來，企業採用公民咖啡館方式來研究營運策略的方式愈發興盛。不同於傳統工作坊，世界咖啡館強調參與者的輪桌更替，有助將討論內容轉化為系統化的大綱，類似學術界的「思維導圖」的方法，有助參與者專注於討論，並以邏輯方式關注戰略規劃細節(Chang and Chen, 2015)。

Lohr, Weinhardt and Sieber, 2020^[4]指出 Brown 和 Isaacs 提出了七個整合的設計原則：

- (一)明確設定對話的背景和目的，確保參與者清楚對話的焦點。
- (二)營造友好和包容的環境，讓參與者感到自在。
- (三)探討重要問題，啟發參與者思考和討論，確保主題有實際意義、對參與者具重要性。
- (四)鼓勵參與和貢獻，確保每人有發表意見的機會，促進多元觀點的交流與出現。
- (五)促進參與者之間的交流和連接，從不同觀點中獲取豐富洞察。
- (六)鼓勵共同聆聽、探索對話模式，提出深層問題，促進深入思考和理解。
- (七)收集並分享集體發現，確保討論內容被記錄，以便後續討論。

總的來說，世界咖啡館提供了一種有助於組織和社群建立社群、分享學習，並促進共同思考和合作行動的新方法，這種方法強調了設計和執行過程的關鍵性，並通過內容深入且有意義的小組討論環境，促進了參與者產生創新想法和解決方案。且不論參與者的背景如何，世界咖啡館都為真實對話和知識分享提供了有力的工具。

^[1] 摘自 Brown, J. & Isaacs, D. (2005). *The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*, p3-11。

^[2] 摘自周維萱與周維倫(2014)。世界咖啡館討論模式在通識教學場域應用之先導研究。通識教育與多元文化學報,4, p65-89。

^[3] 摘自 Schieffer, A., Isaacs, D., & Gyllenpalm, B. (2004). *The World Cafe*. World Business Academy, 18(8), p1-16。

^[4] 摘自 Lohr, K., Weinhardt, M. & Sieber, S. (2020). The "World Café" as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. *International Journal of Qualitative Method*, 19, p.1-15。

二、網路時代下現行科技工具蒐集公民意見方法之相關文獻或採行方式

隨著科技的日新月異，過去政府機關和研究機構在蒐集公民意見方面已採用了多種現代化的科技工具和方法。為瞭解網路時代下蒐集公民意見的最新趨勢和方法，本文參考文獻中提到的科技工具和採行方式進行整理：

(一)多元科技工具的應用

根據林美秀（2016）^[5]的研究，現代公共參與計畫中有 17 種不同的科技工具和組合成分可供選擇，包括市內電話、手機、網路調查、大數據分析、網路輿情分析等，每樣工具各自擁有優勢和限制，因此常見的做法是結合多種工具進行操作，以確保研究的全面性和嚴謹性。

(二)政府建立網路平台

根據黃東益（2017）^[6]的研究，科技進步帶來了即時傳播和快速動員的特點，並促使各國政府建立相應平台以促進民眾參與，台灣也成立了「公共政策網路參與平臺(Join 平臺)」。這種網路平台提供了一個便捷的渠道，讓公民可以輕鬆參與政府的決策制定過程。

(三)混用調查方法的應用

黃東益（2017）^[7]提到，資訊通訊科技的出現對調查研究方法產生了深遠影響，科技的進步為蒐集公民意見提供了多種選擇，有助於提升政府的透明度、效能，並促進公民參與政策制定。以下為現今環境下數種可行工具和調查方法：

1. 市內電話和手機調查：市內電話和已普及的手機調查已成為重要的蒐集民意的方式，並能夠互相補足。
2. 網路調查：網路調查具有回收速度快、成本低廉、且能夠消除訪員效應的優勢。然而，它也存在一些挑戰，如缺乏抽樣架構、自願性填答和易重複填答等問題。因此，現代研究趨向於多元混用方法，以彌補網路調查的局限性，確保資料的嚴謹性。
3. 大數據分析：大數據在商業和公共領域廣泛應用。隨著資料探勘技術(data-mining)的提升，大數據分析已成為能夠與傳統民意調查相輔相成的工具，但它需要高技術門檻。
4. 網路輿情分析：網路輿情分析是政府部門改革的參考利器，可透過資料探勘和大數據技術來理解公民在網路上對各種議題的意見和情緒。
5. 多元參與管道：政府提供多樣化的參與管道，包括線上和實體形式。相應的資料呈現多樣形態。除了注重量化的 大數據分析外，也應採用質性研究方法，如參與觀察法和內容分析法，以實現全面而有深度的研究。

(四)大數據和輿情分析

大數據在公共部門中嶄露頭角，為政府提供了多重應用，大量資訊。根據

^[5] 摘自林美秀（2016）。台灣公民參與政策規劃之現況分析。國立臺灣大學社會科學院政治學系「政府與公共事務」碩士在職專班論文研究計畫書口試本，頁 27-28。取自 <https://ntupoli.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2016/06/proposalP03322001.pdf>

^[6] 摘自黃東益（2017）。資訊通訊科技驅動治理轉型？趨勢與研究議題。文官制度季刊，9（3），頁 5-17。

^[7] 摘自黃東益（2017）。資訊通訊科技驅動治理轉型？趨勢與研究議題。文官制度季刊，9（3），頁 5-17。

朱斌妤、黃東益、洪永泰等（2015）^[8]的研究，大數據可用於資訊分享、學習、個人化服務、解決問題和促進成長創新等五個方面。根據澳洲政府的「巨量資料策略議題分析報告」（2013），內容指出政府運用大數據的機會包含：提供民眾個人化服務、提升政府運作效率，以及促進決策能力的提升（劉龍龍、葉乃嘉、何志宏、余孝先，2013）^[9]。

同時，大數據也推動了輿情分析的重要性。根據朱斌妤、黃東益、洪永泰等（2016）^[10]的研究，通過分析網路上的關鍵字詞，政府可以了解民眾對特定議題的討論頻率和評論情緒，有助於政府更好地理解民意，並支援政策制定，不過此工具也有其一體兩面之處，如：隱私、數位落差、資料可得性和資料正確性，需要謹慎應用，以確保資料的隱私和準確性。

（五）網路投票和公共議壇

根據朱斌妤、李洛維（2009）^[11]的觀點，政府可以透過網路投票、公共議壇等方式來瞭解民眾意見。這些工具提供了安全和多元的發聲管道，使公民能夠參與政策決策過程。政府應提供公開且公正的政府資訊，並透過網絡來瞭解民眾的需求，以確保政策制定的參與性和透明度。

（六）行政部門實務運用的操作案例

立法院於 2020 年 5 月 19 日院會決議通過，將依循「開放政府夥伴聯盟（Open Government Partnership, OGP）」與「開放國會（Open Parliament）」的核心價值及原則，與公民社會組織(CSO)共同成立開放國會委員會（OP-MSF），以官方與民間之合作模式一同推動「臺灣開放國會行動方案 2021-2024」計畫。此一計畫中列出的 20 項承諾事項中，主要朝向透明化、公開化、國民化、數位化，及教學化的目標前進。

在《台灣開放國會動方案獨立初期審查報告 2021-2024》中提到，開放國會委員會(OP-MSF) 擴大徵詢公民意見的方式有：關鍵意見領袖網路論壇、以 vTaiwan 線上諮詢平台進行問券調查、於全國各地舉辦多場焦點座談會、善用線上專案管理工具 trello、將原有的「國會頻道」議事實況轉播網站與 Youtube 影音平台結合。此計畫調查民意所使用的科技工具相當多元且全面。

結論：

網路時代下，蒐集公民意見的方法變得更加多元和現代化。政府和研究機構可以充分利用科技工具，如網路平台、大數據分析、輿情分析等，來了解民眾的需求和關切。多元混用的調查方法也可以確保資料的全面性和嚴謹性。這些方法的應用有助於提升政府的課責性、透明度和效率，並促進公民參與政策制定過程，使政府更加民主和民意導向。

^[8] 摘自朱斌妤、黃東益、洪永泰等（2015）。數位國家治理（2）：國情追蹤與方法整合。國家發展委員會委託之專題研究成果報告，未出版，頁 68-70。

^[9] 摘自劉龍龍、葉乃嘉、何志宏等（2013）。公共治理季刊，1（3），頁 23。

^[10] 摘自朱斌妤、黃東益、洪永泰等（2016）。數位國家治理（3）：國情分析架構方法。國家發展委員會委託之專題研究成果報告，未出版，頁 247。

^[11] 摘自朱斌妤、李洛維（2009）。電子治理的發展與挑戰。研習論壇月刊，107 期，頁 5-8。

參、新藥差額相關文獻及參考新聞報導

一、各國藥價差額制度

目前國際強國於藥品上採用的差額負擔政策主要有兩個方向^[12]，一是參考世界各國售價，在OECD中，僅採用或部分採用此方法的國家有：奧地利、比利時、加拿大、荷蘭、義大利等，我國即依此方式，依組織內的十國平均藥價作為參考^[13]；而另一複雜許多的方法為訂定治療參考價，此方法會依療效、品牌、劑量等將藥品分組，政府每組藥品僅支付同一價格，採用此方法的國家有：德國，瑞典、荷蘭等，其中又以德國執行最為徹底。

為了解各國醫療保險的情況，特舉歐盟核心成員國德國，及在亞洲地區中醫療水準多年蟬聯冠軍的日本，對於此兩國內實施的藥價差額負擔制度逐一說明。

(一)日本^[14]

日本實施的藥價差額負已納入醫藥品的藥價計算方式：

1. 根據對醫療機構和藥局的銷售價格進行的加權平均值（未稅的市場實際價格），加上消費稅，再加上為確保藥物供應穩定所進行的調整幅度（基於改定前藥價的2%），得出的金額被稱為新藥價。
2. 當後發藥品的藥價被納入時，對應於首個後發藥品藥價納入後的首次藥價調整的先發藥品（不包括罕見疾病用藥品等）將按照基本規則進行藥價降低，降幅為4%至6%，從調整後的藥價再進一步降低。

而若出現以下情況則需重新計算藥價：

1. 根據使用方法、適用對象患者等的變化，以及使用實際情況明顯改變，銷售量大幅超過最初預期的藥品【市場擴大重新評估】。
2. 主要功效和效果發生變更的藥品【功效變更重新評估】。
3. 主要功效和效果所涉及的使用方法或劑量發生變更的藥品【用法用量變更重新評估】。
4. 在保險醫療上具有高度必要性，但由於藥價低廉而難以維持生產等的藥品【不盈利產品重新評估】。

^[12] 改寫自周麗芳、陳曾基（2003）。健康保險藥品參考價格制度。台灣醫界 2000, 43-10, 45-46。

^[13] 改寫自理律法律事務所 初級合夥人 莊郁沁(2022年4月18日)臺北醫學大學生醫創新論壇「價值導向與健保藥品支付政策」健保支付與藥價調查政策興革芻議簡報，pp.5。檢自：

https://www.slideshare.net/hprc_tmu/1110418-25167417

^[14] 摘自厚生勞動省保險局醫療課(平成21年4月)現行の薬価基準制度について。檢自：

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/titeki2/tyousakai/kyousou/sentan/dai6/siryou3.pdf>

【類似藥效比較方式】

1. 當有與之相似的藥物存在，這些藥物具有類似的藥理作用或治療效果時，則可以使用。
2. 類似藥效比較方式分為兩種：

類似藥效比較方式(1)：為確保市場上的公平競爭，當存在具有相同效果的類似藥物時，新藥的每日藥價將與現有類似藥物的每日藥價相等。

修正附加費類別(藥品價格中增加額外的費用比例，用於反映藥品的特殊性質或應用情況)：

- (1)突破性附加費(70~120%)：適用於具有顯著創新性和先進性的新藥，以鼓勵研發和推出具有嶄新作用機制或治療方法的藥品。
- (2)實用性附加費(I)(35~60%)：適用於證明了藥物在臨牀上具有顯著療效和效能的藥品，並且具有超過一般治療選項的優勢。
- (3)實用性附加費(II)(5~30%)：適用於證明了藥物在臨牀上具有一定程度療效和效能的藥品，但優勢不如實用性附加費(I)的藥品。
- (4)市場性附加費(I)(10~20%)：適用於市場競爭程度較低，銷售量較少的藥品，以促進這些藥品的生產和供應。
- (5)市場性附加費(II)(5%)：適用於市場競爭程度較高，銷售量較大的藥品，但仍具有一定的市場加值。
- (6)幼兒附加費(5~20%)：適用於專為兒童開發的藥物，以鼓勵兒童藥物的研發和供應。

類似藥效比較方式(2)：對於缺乏創新性的新藥，將其藥價與過去數年內類似藥物的藥價進行比較，取其中最低的價格。

- (1)缺乏創新性的新藥需符合以下所有條件：
 - a. 不適用補正加算。
 - b. 存在三種或以上藥理作用類似藥物。
 - c. 與最早一款藥理作用相似藥物的藥價納入已超過三年以上。
- (2)根據原則，將以①或②中較低的金額為準：
 - a. 指過去6年內收錄的類似藥物中最便宜的每日藥價。
 - b. 指過去10年內收錄的類似藥物的平均每日藥價。
 - c. 如果此金額高於通過類似藥效比較方式(I)計算得出的金額(最相似藥物的藥價)，則進一步進行計算：
 - d. 指過去10年內收錄的類似藥物中最便宜的每日藥價。
 - e. 指過去15年內收錄的類似藥物的平均每日藥價。

(3)最後取 c 到 e 中最低的金額作為基準。

這兩種比較方式主要用於確定新藥的價格，以確保公平競爭和合理定價。

3. 當沒有與之相似的藥物存在的藥物。這些藥物可能具有獨特的藥理作用或治療效果，沒有類似藥可以進行比較時，則會使用【原價計算方式】。

【原價計算方式】例子：

- (1)原材料費（有效成分、添加劑、容器/箱等）
 - (2)勞務費（=4,264 勞務費單價 × 勞動時間）
 - (3)製造經費（=②×1.719 勞動成本率）
 - (4)製品製造（進口）原價
 - (5)銷售費用/研究費用等（=（④+⑤+⑥）×0.377 銷售費用及一般管理費率）
 - (6)營業利益（=（④+⑤+⑥）×0.192 營業利益率）
 - (7)流通經費（=（④+⑤+⑥+⑦）×0.076 流通成本率）
 - (8)消費稅（5%）
-

合計：定價藥價

4. 類似藥效比較方式 1 還是原價計算方式，如果與外國價格相差較大，將進行調整，如果超過 1.5 倍，則進行降價調整；如果低於 0.75 倍，則進行提價調整。而在在兩種類似藥效比較方式的情況下，將會計算類似藥的規格間比率，並根據該比率從通用規格的計算金額中計算非通用規格的藥價。

1 A 錠的通用規格（5mg 錠）的計算金額為 174.60 日元時，

2 類似藥（B 錠）的藥價：

10mg 錠：158.30 日元（通用規格）

5mg 錠：82.50 日元（非通用規格）

1. 類似藥（B 錠）的規格間比率：

$$\log(158.30 / 82.50) / \log(10 / 5) = 0.9402$$

2. A 錠的非通用規格（2.5mg 錠、10mg 錠）的計算金額：

2.5mg 錠： $174.60 \text{ 日元} \times (2.5 / 5)^{0.9402} = 91.00 \text{ 日元}$

10mg 錠： $174.60 \text{ 日元} \times (10 / 5)^{0.9402} = 335.00 \text{ 日元}$

小結：

日本的新藥差額制度是一種藥價計算方式，旨在確保合理藥價和穩定藥物供應。該制度基於加權平均市場價格、稅費和調整幅度來計算新藥價。此外，當後發藥品的藥價納入後，先發藥品將進行降價調整。藥價可能需要重新計算，如市場擴大、功效變更、用法用量變更或不盈利產品等情況。類似藥效比較方式則用於比較具有

相似藥理作用或治療效果的藥物。這些政策旨在確保藥價的公平性、合理性以及藥物的可及性和可持續供應。

(二)德國¹⁵

1. 德國人民的健康保險是強制性的，90%的德國人口獲得法定醫療保險(Social Health Insurance, SHI)，其餘的 10%有私人保險或特殊計劃覆蓋。
2. 藥物費用的補償範圍是由法律排除了幾個產品類別來定義，包括非處方藥、輕微疾病治療和生活方式藥物。患者通常需要通過 10%的共同支付比例(每張處方最低 5 歐元，最高 10 歐元)來承擔藥物費用。
3. 在德國，有兩個機構參與新藥品的評估：
 - (1)聯邦聯合委員會(Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA)，負責決定醫療保健產品和服務的覆蓋範圍，以及制定實踐指南。通過確定非處方藥可以獲得報銷的適應症，整理證據不足的藥物清單，選擇不納入報銷範圍的產品以及定義參考價格集群，G-BA 在藥物報銷範圍的定義中扮演重要角色。
 - (2)德國醫療品質與效能研究所(Institute for Quality and Efficiency in Healthcare, IQWiG)。IQWiG 是一個獨立機構，負責評估衛生服務和衛生產品的品質和效能。它成立於 2004 年，最初的任務僅限於評估臨床有效性，在 2007 年時擴展至成本效益評估。
 - a. 當產品被納入參考價格集群並受到獨特的最高補償金額限制時，患者必須支付市場價格與最高補償金額之間的差額。強制性健康保險(法定和私人保險)覆蓋了 84%的門診藥物費用，剩餘費用則由患者通過共同保險支付或自費購買非處方藥。住院治療中使用的藥物由健康保險全額支付。
 - b. 定價和報銷政策基於以下原則：除非被 G-BA(德國聯邦聯合委員會)列入負面清單，否則處方藥物由健康保險報銷；製藥廠可以自由定價；藥物可以按療效等同性進行分組，並受到最高報銷金額的限制。自 2007 年以來，健康保險基金通過招標和合同獲取更低的價格，主要是用於仿製藥，但不僅限於此。創新藥物的價格主要是通過談判來確定。
 - c. 根據德國研髮型藥品製造商協會(Verband forschender Arzneimittelhersteller – VfA, 2015 年)的資料，法定折扣約占最終藥店零售價格

¹⁵ 摘自 OECD, Martin Wenzl and Valérie Paris(2018, June). Pharmaceutical Reimbursement and Pricing in Germany. Retrieved May 18, 2023, from <https://www.oecd.org/health/health-systems/Pharmaceutical-Reimbursement-and-Pricing-in-Germany.pdf>

的 16%。法律禁止價格上漲，要求製藥公司對於 2009 年 8 月 1 日以後的任何價格上漲給予相應的回扣。這項後一規定被稱為「價格凍結」，在 2017 年的藥品供應加強法(Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung – AMVSG)中，該規定得到了延長，直至 2022 年，並根據 2018 年開始的通貨膨脹進行調整。

d. 根據 AMNOG(德國醫藥新法)，製藥廠在市場進入時仍然可以自由設定藥物價格。然而，在市場推出時，他們必須向(G-BA 聯邦保健局)提交包含必要資料的檔案。該檔案必須證明該藥物相對於 G-BA 確定的適當比較藥物(當前的標準治療)具有「附加治療效益」。G-BA 必須在 3 個月內評估新藥相對於適當比較藥物的附加治療效益，或者可要求 IQWiG 或協力廠商進行評估。如果藥物有一些額外的之療效果，製造商和國家法定健康保險基金協會(gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband, GKV-SV)將在接下來的六個月內協商報銷價格。

小結：

德國的健康保險制度包括強制性的法定醫療保險和私人保險或特殊計劃覆蓋的 10% 人口。藥物費用的補償範圍有限，患者需支付一部分藥物費用。G-BA 和 IQWiG 在新藥品的評估中扮演重要角色。定價和報銷政策基於藥物的治療效益和最高報銷金額。製藥廠需要證明新藥具有附加治療效果，並在與健康保險基金協會的協商中確定報銷價格。

(三)總結：

這兩個在醫療相關政策方面不同的國家都實施了藥品差額負擔制度。總體而言，日本的藥價差額負擔制度更加著重於藥價的計算和調整，以確保公平競爭和合理定價。德國則著重於健康保險制度，確保人民能夠獲得必要的醫療保健。藥品差額負擔已經是行之有年的醫療政策，當然各國國情不同，但一個重大政策能維持數十年必定有其可取之處。台灣可依據各國的經驗持續檢討改進，以增進國民健康福祉。

二、相關新聞資訊

1. 自由時報 (2023)。再生醫療納健保與新藥相同 石崇良：未來商保盼補民眾差額負擔 上網日期：2023 年 3 月 29 日。

檢自：<https://health.1tn.com.tw/article/breakingnews/4245657>

健保署長石崇良指出，再生醫療納入健保程序與其他新藥、新科技相同，未來商保則可望補足民眾差額負擔的部分。

至於商業保險的角色，健保署長石崇良進一步說明，民眾就醫的負擔主要可分為部分負擔與差額負擔，前者是繳交給健保、院所代收，後者則是繳交給院所，像是達文西手術的特材就是差額負擔，商保可以補足健保給付的差額，未來再生醫療就可能也是走這種方式。

2. 中時新聞網（2023）。新藥貴森森 健保將推動差額給付 上網日期：2023年3月29日。檢自：<https://www.chinatimes.com/newspapers/20230222000432260114>

健保署長石崇良表示，目前健保面對高價藥品，已發展多元支付模式，用風險分攤的方式和廠商議價，未來若昂貴的新藥具充分的科學實證、可作為替代性治療、副作用較少，就可考慮以差額負擔方式給付，廠商得遵守遊戲規則接受健保管理，差額價格將會訂有上限。

另在癌症用藥方面，新藥價格愈來愈高昂，健保署也在思考成立特殊基金的可行性，以英國為例，已取得藥證但臨床試驗個案不多的罕病新藥、特殊標靶藥，在尚未正式納入保險時，會先以基金給付，作為正式給付前的過渡。

3. 聯合報（2023）。救缺藥 醫籲指示用藥退出給付 上網日期：2023年3月29日。檢自：https://udn.com/news/story/123405/7000413?list_ch2_index

國內缺藥問題嚴重，連常見的止咳、退燒、軟便劑等日常藥物也大缺貨，新光醫院副院長洪子仁建議，指示用藥應回歸健保法規範，不再給付，約可減少廿億健保藥物預算。從長遠看來，應回歸自由市場機制，藥廠只要有利潤空間，市場上就不會缺藥。

「民眾習慣使用原廠藥，恐引發斷貨危機。」黃金舜說。

黃金舜說，歐美國家約已列出五百多種「核心藥品」，由政府統一採購撥發，但台灣目前僅有百來項，政府應盤點並增列不可缺少的藥物品項。

黃金舜說，各層級缺藥狀況不同，例如社區藥局常缺慢性病用藥，診所則是抗生素用量大，至於大型醫院，則較常短少泌尿科、心臟科以及手術相關用藥。

4. 環球生技（2022）。2022 生醫創新論壇——價值導向與健保藥品支付政策 上網日期：2023年3月29日。檢自：<https://news.gbimonthly.com/tw/article/show.php?num=48528&ssp=1&darkschemeovr=0&setlang=zh-TW&safesearch=moderate>

徐之昇表示，對於健保藥物政策來說，藥物的價值不只是臨床價值，還要考量到經濟價值和社會價值

徐之昇也表示，健保藥品的給付規範，是一套動態的參考機制，除了國內的臨床處方困境，還要加上國際藥物可及性與可近性、臨床治療指引，最新臨床試驗結果、觀察性實證結果和經濟分析結果。

難以列入健保給付的品項，健保署在2010年二代健保的修法過程中，提出由民眾自行負擔剩餘差額的「差額負擔」，結果藥品方面因爭議過大，最後僅醫療器材(特殊材料)通過。2015年健保署提出藥品差額負擔試辦計畫，再度引發爭議，最後決定持續搜集各界意見而停止。

陳尚斌表示，醫事機構不斷議價、市場持續變動，藥品有利潤，價格才有機會下降。

「一直把有限資源投注在疾病治療和失能照護上不是長久之道，讓整體人群

變得更健康，資源投注在健康時或疾病早期會更有效益。」邱瀚模說。

5. 自由時報（2015）。健保試辦差額給付 多付錢可選原廠藥 上網日期：2023年3月29日。檢自：<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/912084>

學名藥主成分和原廠藥一樣，但許多醫師認為品質參差不齊。

健保基於財政平衡，除持續壓低藥價外，對於給付逾十五年的原廠藥也規定給付金額和學名藥相同，導致部分原廠藥因無利潤退出健保，但病患卻擔心醫院使用學名藥、療效恐打折，不少病患仍希望使用原廠藥。衛福部因此擬試辦「藥品差額負擔」計畫，讓患者只要付差額，不必全自費。

施如亮則指出，考慮藥品差價，若由醫院自行訂定可能出現各院價格落差，再度引發糾紛，因此傾向由藥廠直接開價，並將要求醫院針對同一種藥品在提供自費品牌時，也一定要提供健保給付品牌，以免影響民眾權益。

6. 聯合報（2022）。獨／健保署推商保補健保 互鎖式骨材將納自付差額醫材 上網日期：2023年3月29日。檢自：

https://udn.com/news/story/7266/6479005?from=udn-referralnews_ch2artbottom

國健署最新癌症登記報告，2019年新發癌症人數逾12萬人，隨著醫療進步5年癌症存活率已逾6成，但卻伴隨龐大的醫療費用。癌症希望基金會董事長王正旭說，癌症治療費用高，依健保署統計，每6元健保經費，就有1元用於癌症治療，基金會自2017年起倡議商業保險補位健保。

統計，1995年健保開辦時，每人健康險保單為0.4張，但至2019年已達3.16張。

健保署長李伯璋說，癌友生命不能重來，多希望所有藥費納入健保給付，但健保總額有限，無法納入全部藥品，由商保補位健保可延續癌友生命，健保署目前也在盤點自費醫療特材、新科技醫療技術等項目及市場價錢，讓保險業者了解如何在健保架構下規劃商保補位空間，若再合併使用者付費的部分負擔政策上路，醫療資源經重新分配後，將更可減輕癌症等重症患者的經濟負擔。

李伯璋說，許多商保與健保的給付項目、範圍牽扯不清，健保署將檢視及整理自費醫療特材等項目，讓其更加透明化，往後民眾及保險公司可清楚查詢自費或部分負擔範圍，讓保單設計更貼近民眾需要。

7. 康健雜誌 第259期（2020）。自付差額》健保署署長李伯璋：差額將訂上限 今年健保費也擬調漲 上網日期：2023年3月29日。

檢自：<https://www.commonhealth.com.tw/article/81695>

對《康健》此次調查結果，發現民眾還是存在「自費比健保好」的迷思。其實健保近年已朝向以「實證效益」付費，給付原則並不只有看會不會讓健保虧錢，而是透過定期召開「藥物、特材共同擬定會議」，由醫藥界專家共同評估這些新項目是否有研究證實「療效」比現有的選項更好，對民眾有益的，健保一定會優先納入給付。

現在我們也開始盤點現有自費特材，未來民眾就不易被誘導使用自費選項，只要「健保給付愈多的，一定比較有實證效益」。

因新藥、新科技的研發勢必投入較高的成本，若我們想更快用到療效高一點、副作用少一點、比較不痛、舒適、快速的醫療處置，這些成本也要有人出錢

買單，全都健保買單不可能、也不公平。健保只要確保提供一般人或弱勢族群不致「因病而貧」，自費選項就可讓有錢的人多付一點。

8. 臺北醫學大學 2022 生醫創新論壇「價值導向與健保藥品支付政策」圓滿結束～會後記實&影片連結 上網日期：2023 年 3 月 29 日。

檢自：http://tmuhprc.tmu.edu.tw/news_main.php?id=337

藥物價值包含臨床、經濟及社會價值，缺一不可，如何利用本土性資料來幫助做價值之評估尤為重要。從新藥上市到藥物利用來說，數據幫健保政策針對「藥物可及性」、「可近性」、「可負擔性」、「合理性」是如何，以及從藥物價值三大面向來評估其效益。

全民健康保險法修正草案公聽會正反面意見，以及最後因藥品須長期服用，與特材使用性質不同，未將藥品差額負擔入法，僅通過特材差額負擔。

在民國 104 年 2 月時藥品差額負擔試辦計畫選擇採用阻力較小之方案後，最後健保藥品差額付擔制度因尚無執行之法律依據且仍具高度爭議性，故未來先參酌特材差額負擔之作法。

9. 今周刊（2019）。一顆百憂解退場 暴露全民醫療兩大問題 上網日期：2023 年 3 月 29 日。檢自：

<https://www.businesstoday.com.tw/article/category/80392/post/201903270006/>



台灣藥價名列低價格榜
——各國百憂解原廠藥藥價 (2015 年)

國家	換算為新台幣／顆
英 國	2.35
愛 爾 蘭	6.05
西 斯 牙	7.50
義 大 利	8.53
法 國	9.50
韓 國	12.08
奧 地 利	16.20
瑞 士	22.74
比 利 時	35.11
德 國	僅學名藥
瑞 典	僅學名藥
台 灣	2.77

資料來源：奧地利衛生局、禮來公司、健保署
韓國為 2019 年藥價 整理：陳虹宇

前台大醫院副院長王明鉅解釋台灣砍藥價的邏輯：每年健保署會找出各家醫院採購藥品的價格，然後在最高價與最低價的區間內，取中間值成為隔年的健保支付藥品價格。但是醫院會想維持藥價差利潤，因此醫院會再與藥廠議價，下調採購價格，如此周而復始……，藥價因此不斷往下調，就可能導致藥商沒有利潤、退出市場的情況發生。

日本中外製藥海外營業推進部亞洲營運組課長香川治認為，台灣市場「藥價實在太低了，平均每年都以五%的比率調降遞減，」而除了藥價偏低，他指出「藥價差」也讓藥廠吃盡苦頭。藥價差的存在，讓藥廠的利潤更低，香川治表示，「實務上，台灣的醫院通常會以低於健保支付價近兩成的價格向藥廠採購，而在日本，這樣的價差空間大約只有五%上下。」

「原廠藥醫療適應症的案例多，儘管學名藥主成分一樣，但成分中的賦形劑

（編按：Excipients，為增加藥物的均勻性、穩定性與減少藥物刺激性、不良氣味等的物質）好壞，也會影響療效和穩定性。」中國醫藥大學新竹附設醫院身心醫學科主任王明鈺，說明兩者在臨床上的差異。

食藥署技正潘香櫻說明，去年，台灣已經加入國際醫藥法規協和會（ICH），「我們對於學名藥的控管已經跟國際要求同步，人家才會讓我們加入。」藥品上市前需要通過PIC/S GMP認證，還要做「生體相等性試驗」，以證明療效相同；上市後也有監測，有不良反應或療效不等也有通報機制。「其實藥品回收在國外也很正常。」她認為用藥品回收來證明台灣學名藥品質差，並不公允。

國內知名上市藥廠景德藥廠總經理許瑞寶表示，確實，台灣這幾年學名藥的規則已經穩定，像是要通過PIC/S GMP等認證才上市，「台廠學名藥的療效品質與原廠藥一樣，但民眾不信任學名藥，光心理因素就占了三成。」

「藥品差額負擔」這在日本普遍實施的制度，在台灣一推出卻遭到輿論抨擊，「醫師開給你比較貴的藥，你敢說不嗎？」諸如此類的輿論，終讓此試辦計畫無疾而終，目前只針對特定藥品實施藥品差額負擔的專案計畫。

一位不具名日本藥廠產品經理指出，台灣可說是全球新藥藥價最低的區域之一，台灣藥價也直接或間接成了部分國家的參考價格。在台灣的價格常低於國際藥廠公定價之下，國際藥廠算盤一打，其他國家的人口都比台灣多，市場大、量多，藥品當然不會申請先進台灣「打壞行情」，台灣自然容易被邊緣化。

新藥不願意進來，也會影響台灣高端醫療的品質。

許瑞寶則表示，「對於國外原廠藥廠的新藥，先讓它進來，但因為很貴可以限制使用範圍，或者高價負擔也是一種方式。」在醫療現場直接喊價，聽起來刺耳，但他站在自由競爭立場，看的是整體醫療環境的提升與創新。

10. 上報（2022）。全國藥品政策會議紙上論壇（六）加速新藥可近性 台灣年輕病友協會劉桓睿：設立藥品監測機構、用稅收挹注健保 上網日期：2023年3月29日。檢自：https://www.upmedia.mg/news_info.php?Type=143&SerialNo=161136

2022年健保新藥預算編列22.68億元，截至第二季止，僅使用8600萬元，執行率連5%都不到，在今年底結束前，執行率可能難以突破10%，屆時將高達20億預算未能使用，恐怕創下健保史上新低紀錄，編列的預算無法確實引進新藥嘉惠民眾，也讓病友團體感到失望。

除了成立台灣癌症新藥多元支持基金外，劉桓睿也給出三大建議，包含國內藥品缺乏真實世界數據（real world data），應設置負責藥品監測、直接隸屬衛福部的機構，蒐集病友使用數據，以利設定對治療效果最切適的健保給付條件與藥價談判；藥品需建立汰換機制達成健保財政節流，也讓省下來的錢能挹注到新藥；政府更應該思考用更多稅收挹注醫療資源，建立永續的藥品政策，盼提升新藥可近性。

「健保每次在講開源節流，方向都蠻奇怪的，變成是叫大家不要醫療浪費。」劉桓睿表示，台灣有很多過專利期的藥品仍受健保給付，且價格比歐美國家高出許多，但政府卻沒有建立藥品汰換機制，讓健保財務負擔沉重。

劉桓睿也提到，在某些給付條件下，病友要等到使用一線與二線藥物無效後，才能使用三線療效較好的藥品。整體來看，一二線的藥物療效不好，還繼續

使用，不也是一種浪費？

根據劉桓睿的觀察，健保原本以社會保險的方式規劃，最初的設計概念是風險分攤的機制，但現在已經演變為社會福利，將大小病症都涵蓋，而導致健保財政緊繩。

劉桓睿表示，若政府想讓健保以社會福利的方式照顧到所有人，就應該用更多稅收或其他公務財源投入醫療資源。

肆、活動相關資訊

一、研討議題：新藥可否採行差額負擔

二、辦理時程(詳如附錄十二)：

112年6月30日，日程半天（北區），國立臺北科技大學先鋒國際研發大樓-604教室
112年7月28日，日程半天（中區），集思台中新烏日會議中心-瓦特廳 301 會議室
112年8月11日，日程半天（南區），大臺南會展中心1樓-努山塔里亞A廳
112年9月8日，日程半天（北區2），國立臺北科技大學先鋒國際研發大樓-604教室

三、公民座談會對象：與談人、公民團體及相關工作人員。

(一)與談人

蔡麗娟	臺灣癌症基金會副執行長	北區、中區
吳鴻來	臺灣病友聯盟理事長	北區2、南區
孫友聯	台灣勞工陣線協會秘書長	北區、北區2、中區、南區
何建志	臺北醫學大學醫療暨生物科技法律研究所教授	北區、中區、南區
楊銘欽	國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授	北區2
滕西華	台灣社會心理復健協會秘書長	北區、北區2、中區、南區

(二)公民團體代表(付費者委員代表之團體如下，由所屬會員2~3名參加)

序號	團體名稱
1.	中華民國全國總工會
2.	台灣社會福利總盟
3.	全國產業總工會
4.	中華民國全國職業總工會
5.	全國教師工會總聯合會
6.	台灣總工會
7.	全國勞工聯合總工會
8.	中華民國會計師公會全國聯合會
9.	全國工人總工會
10.	全國產職業總工會
11.	中華民國農會
12.	中華民國全國漁會
13.	台灣醫療改革基金會

四、全民健康保險公民咖啡館議程

12:50~13:10	報到
13:10~14:05	<p>主持人：張博雅(國立臺北護理健康大學休閒產業與健康促進系副教授)</p> <p>一、介紹與談人：</p> <p>蔡麗娟(臺灣癌症基金會副執行長) 孫友聯(台灣勞工陣線協會秘書長) 何建志(臺北醫學大學醫療暨生物科技法律研究所教授) 滕西華(台灣社會心理復健協會秘書長)</p> <p>二、與談之假設性議題「新藥可否採行差額負擔」說明，每位與談人 10 分鐘</p> <p>(一)實施新藥差額負擔，好處有哪些？ (二)實施新藥差額負擔，缺點有哪些？ (三)是否實施新藥差額負擔？其應考量哪些因素，及國內是否已具備可實施的條件？ (四)如要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施？</p> <p>三、說明公民咖啡館進行之流程及規則</p>
14:05-14:30	第一輪分桌討論(25 分鐘，每桌約 10 人，含桌長)
14:30-14:35	換桌
14:35-15:00	第二輪分桌討論(25 分鐘，每桌約 10 人，含桌長)
15:00-15:05	換桌
15:05-15:20	休息
15:20-15:45	第三輪分桌討論(25 分鐘，每桌約 10 人，含桌長)
15:45-15:50	換桌
15:50-16:15	第四輪分桌討論(25 分鐘，每桌約 10 人，含桌長)
16:15-16:40	分組報告(桌長說明，每組 5 分鐘) 主持人總結(5 分鐘)
16:40-	散會

五、場次照片

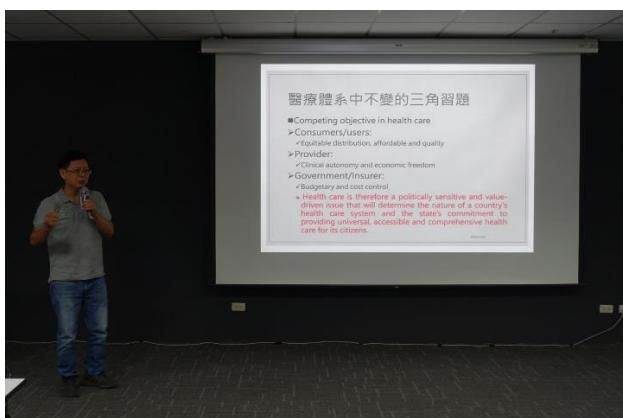
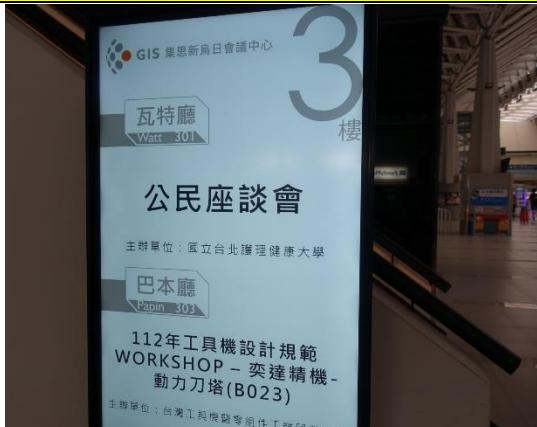
112 年 6 月 30 日公民咖啡館活動(北區場次)活動照片



112 年 6 月 30 日公民咖啡館活動(北區場次)活動照片



112年7月28日公民咖啡館活動(中區場次)活動照片



112 年 7 月 28 日公民咖啡館活動(中區場次)活動照片



112 年 8 月 11 日公民咖啡館活動(南區場次)活動照片



112 年 8 月 11 日公民咖啡館活動(南區場次)活動照片



112年9月8日公民咖啡館活動(北區第二場次)活動照片



112 年 9 月 8 日公民咖啡館活動(北區第二場次)活動照片



伍、公民咖啡館活動之意見統整與結論

議題一 實斷新藥差額負擔，好處有哪些？

1. 提升療效和選擇權：

差額負擔制度讓有能力負擔的病人獲得更多的治療選擇機會，相對於現有治療方法，新藥通常具有更好的療效或更安全的特點，這是一個顯著的主要優勢。新藥可能提供更快的治療效果，減低疾病進展的風險，並改善病人的生活品質，進而提升其家庭、職場幸福感，甚至社會福祉。目前國家也正受少子化影響，每位勞動力人口都十分珍貴，因此希望讓有需要治療的病人都能夠獲得治療的機會。

2. 降低健保負擔：

差額負擔是讓民眾合理地負擔部分藥品價格，以平衡健保資源的使用。將所有新藥全額納入健保可能會給政府和健保體系帶來沉重的負擔，間接導致醫療費用的上升，甚至帶給全體國民不公平的財務壓力。差額負擔制度讓有經濟能力的病人能夠負擔部分藥費，同時減輕政府的支出，但相對的，必須避免只有有錢人才能享有選擇新藥的權利，拉大貧富差距。

不過，使用差額負擔的藥品價格總比全額自費的金額要來的少，比起全額自費，引進差額負擔制度可能會提升使用的病人數量，也就是照顧到更多病人。另外，通常新藥納入健保的等待期十分漫長，或許病人將有機會更早用藥，這對於罕見病患者和罹患嚴重疾病的病人尤為重要，因為他們可能無法有多餘的時間等待新藥納入健保。

額外的正面作用還有，若變成非全額自費，可能會提升保險公司理賠成功率。因為目前新藥都是自費藥物，保險公司不太願意理賠，又考量到癌症及罕病的新藥都非常昂貴，會造成醫療貧富差距的情況，反而有人不建議納入差額負擔制度中。

3. 刺激藥品創新：

差額負擔制度可促使藥廠持續的研究與開發更高效和更安全的藥品。從經濟層面來看，為了能讓更多產品進入市場，藥廠就必須不斷改進現有藥物，或推出更加具有經濟價值的新藥品，如罕見疾病和癌症的新藥，因為這些領域的藥價通常十分昂貴，也代表著藥廠的獲益良好。這樣的良性競爭有助於提高藥品品質，降低價格，病人會擁有更多的選擇。

4. 提高病人資訊透明度：

新藥的資訊透明度也是民眾非常在意的部分。病人需要確切了解新藥的療效、風險和優點，以做出明智的決策。藥品若完全處於自費市場時，很多資訊受限而無法完整提供。若透過差額負擔制度讓健保介入管理後，政府可以提供更多的藥品相關資料和數據，如：臨床試驗結果、病患的使用經驗，以及對新藥的全面評估等，以幫助病人更好地理解新藥的好處，這也會連帶提升病人和醫生共同決策的重要性，進而減少後續醫療糾紛的發生。

5. 減少浪費：

差額負擔制度加深民眾花錢購買藥品的實感，可以幫助減少藥物浪費。在現有的制度下，有些病人可能會拿到健保支付的藥物，但可能不會認真服用完畢。當病人需要負擔部分藥費時，他們可能會更謹慎地思考是否真的需要使用藥物，也可能積極與醫師討

論，這能確保藥品使用得當，有助於減少不必要的醫療開支和藥物浪費，同時確保保健保資源被合理分配。

議題二 實斷新藥差額負擔，缺點有哪些？

1. 持續負擔問題：

因為藥品負擔是持續性的，可能會導致長期的經濟負擔。醫療費用的不確定性和持續性可能使病人在經濟上陷入困境，這也是民眾擔心付不起差額的其中一個重要因素。

2. 醫師專業評估的不一致性：

不同醫師對相同新藥的主觀看法、評價不一，甚至是受到藥廠、醫院的行銷策略影響而有偏頗，可能會影響病人的選擇，甚至可能讓患者被推薦超出需求的新藥。縱使鼓勵民眾去尋求第二意見，但對大部分的弱勢者而言，尋求額外意見的能力、時間等成本都有限，在他們在短時間內判斷的壓力是非常大的，在如此情況下也很難去判斷要不要使用新藥。

3. 醫德與商業利益：

部分醫師可能因為業績壓力、個人經濟動機，或想嘗試可能更好的治療手段而推薦效果可能不明確的新藥，使病患支付額外費用，損害其利益。以及，病患會擔心若因其考量而不接受醫囑使用新藥的情況下，會不會產生醫病關係的變化，即差別待遇？

而供給誘發需求的問題也不斷被提起，藥廠是如何定義、確定、宣稱療效？尤其定價的權利絕對不會在病患這邊，定價可能會基於藥廠的政策或醫院端。醫生在臨牀上認為應該使用新藥時，病患應該還是擁有被知會的權利。藥廠也可能因為有了差額負擔的制度，就停產某些已讓病患適應或得到充分治療的藥物，這衍生出另外的壟斷問題。

4. 差額負擔對病人的負擔：

新藥的差額負擔可能對部分病人的經濟負擔過重，特別是考量到台灣的貧富差距，缺乏付費能力的排富機制可能使社會不公平，導致大部分的民眾反對補貼新藥藥費，因為還是會補貼到有錢人。有很多民眾提到，新藥的負擔可能產生階級化的問題，即使實施差額負擔，也無法解決階級化與反補貼問題。

5. 市場調查與資訊透明度：

台灣缺乏有關差額給付的市場調查，並且新藥價格和民眾的最高願付金額等相關資訊仍不清楚，可能會導致政策的執行不夠成熟，難以取得社會的認同和支持。

此外，在資訊的不對等的問題中也包含提供資訊者這一要角，他們獲得資訊的來源可能是醫院或藥廠，而病人判斷資訊的能力與技術都不足，間接使病人無法充分理解選用新藥的價值。以及在這差額負擔制度中，是由誰決定使用的機會及使用的藥物。不管是否實施差額負擔制度，政府或其他相關單位都應提升民眾的用藥知識與判斷能力，讓民眾獲得更多保障。

6. 專業評估與篩選機制：

目前討論的差額負擔新藥，已經是通過國內食藥署許可，等待政府決定要不要開放給民眾使用差額負擔或選擇。不過，台灣目前尚未建立適當的機制來對新藥進行專業評

估和篩選，可能導致無法確保新藥的療效，間接使實行制度面臨挑戰。專業評估機制保證新藥品質及病人利益，如果無這一階段，可能會有品質較差的新藥進入市場，對病人的健康造成威脅。

議題三 是否實施新藥差額負擔？其應考量哪些因素，及國內是否已具備可實施的條件？

經過4場公民座談會的討論，大多數團體代表都不支持差額負擔，認為目前實施新藥差額負擔制度的時機尚未成熟，尚未具備條件。以下為討論結果：

1. 新藥療效與資訊透明度：

新藥議題大家最關心的就是療效如何，因為差額負擔的藥品是設定在健保現在不給付的藥品，這些藥品療效其實是可以研究或深入探討的，最好是要有台灣本地的臨床試驗。因為基因不同，試驗結果的療效可能會有差異，提供當地化的試驗結果民眾也比較願意接受。

民眾在判斷是否採用新藥時，也會受到自身沒有專業能力而影響結果。目前健保署網站上醫材自付差額的資料不僅資訊雜亂，還難以查閱。政府應該提供讓民眾容易理解的新藥資訊，包括療效、價格和差額負擔等相關內容，增強宣導觀念的力道，及加強決策健保政策的人員數量、管理能力。也許能比照不動產實價登錄模式辦理，運用資訊科技幫助民眾節省查找資料的時間，在台灣步入高齡化社會後，更是需要能輔助民眾用藥的判斷機制。

2. 醫德與專業評估：

民眾需要醫界的專業知識輔以選擇，不過常會有同樣藥品，每位醫師給的評價或看法不同，造成民眾的混亂及增加選擇難度。政府應增強監管機制，確保醫師或醫院的行為符合道德和專業標準，避免造成民眾與健保不必要的支出與浪費。

目前台灣只評鑑醫療機構，沒有評鑑醫師個人，也就是醫師的良心與專業缺乏監管與保證的機制。美國在歐巴馬總統時期制定了醫師的報酬陽光法案，台灣只有公務員有陽光法案，這也是目前台灣條件尚未成熟的因素之一。

3. 經濟負擔與負擔上限：

大多數民眾認為最大的缺點是負擔的問題，因為藥品負擔是持續性的。政府應考慮設定合理的差額負擔上限，可分為年度的上限及差額負擔年數的上限兩種計算方式，讓民眾判斷能不能負擔得起。而新藥的專利期一但過期，會有學名藥或仿製藥出現，所以新藥給的差額負擔時間跨度不能太大，等到達設定的年限後再來評估是否繼續做差額負擔或其他處理。再來，也能依民眾付費能力制定排富機制，但這也衍生出另外一個問題：如何決定民眾的付費能力？這是行政上最需要克服的。

將來也許能加強健保與商業保險之間的關係，使兩者互補。隨著金管會介入商業保險給付內容，也許將來能著力於新藥差額給付的部分，提高民眾的理賠金。

也有人認為，既然差額負擔很麻煩很複雜，乾脆還是讓民眾多繳點合理的健保費，直接擴大繳付範圍即可。另外，健保應該要節約，要用在有效的醫療上。健保署提供的新藥，應該是要照顧民眾健康，促進社會的正向循環。

4. 政策條件與流程：

政府應該進行市場調查以了解新藥價格、民眾對新藥的需求和最高願付金額，提供推行的依據。另外，應該為差額負擔藥品建立篩選機制與流程。目前健保藥物都是經過共同擬定會議來決定，往後若差額負擔藥品也要入法，可以考慮跟健保藥物一樣經過共同擬定會議，如此至少會有一個把關的機制。另外，也可考慮設定藥物的對照組，來評估新藥的療效及引進差額負擔制度中的必要性。

5. 其他建議：

此次公民座談會討論的主題集中在「後端」問題，然而，我們應優先解決「前端」問題，像現代疾病或癌症，如洗腎和大腸癌就與食安有關。在這方面，食品和餐飲業長期以來未受到足夠的規管和處罰，這些問題都需要透過立法來解決，制定更嚴格的法規，以改善「前端」的管理，進而減少健保的資源浪費。如果不先解決這些問題，無論為健保提供多少資源，都難以負擔未來會面臨的疾病。

議題四 如要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施？

1. 定義藥物的「有效性」：

政府應確立明確的標準來定義新藥，評估其療效、安全性、副作用和適應症等。也必須依目前醫材差額負擔的機制，要是新藥能經過時間的考驗與多數實例證明，應該要納入健保全額給付；相對的，若沒有效，也要有退場機制。

而健保署若是要依療效付新藥的費用，病人自費差額的部分也應該以同等規格來付費，這樣對民眾才是公平的，因為民眾沒有和 HTA、健保署同樣水準的專業考量，無法專業地判斷新藥療效。也有人認為，十分有效的新藥要納入全額給付，沒那麼有效的新藥開放差額負擔。還有個觀點是，既然大家都是健保的被保險人，民眾若願意嘗試，可以根據療效的程度獲得不同比例的健保給付。

2. 透明的資訊公開：

提供新藥的價格、對不同人的療效程度、副作用、存活率、預期的負擔範圍與治療期，及不選擇差額藥品對治療病情的差異程度等資訊，讓病人擁有選擇的自主權，也能提供病人其他治療方式的資訊。這些資訊要透明、公開、易懂，還要能有公正第三方來佐證。

此外，政府也應提供民眾諮詢的管道，例如諮詢專線或公開的網站，提供專業的建議與解答，幫助民眾依其情況做出選擇。

3. 醫學倫理與醫療倫理的監管：

為了確保醫師和醫療機構的道德，政府應增強監管機制。這將幫助防止因經濟利益而推廣不必要的新藥使用。

4. 設定負擔上限：

差額負擔政策應該設有自費負擔的上限，以確保民眾不會無限制地支付。採用定額或定律或兩種併行的方式都有人提出，但考量到新藥的昂貴、無法預期的負擔時間，以及一般收入水準民眾的負擔能力，建議還是要有全年度的負擔上限。

5. 依據所得能力計費：

若藥品有差額負擔，不見得民眾會負擔不起，還有機會照顧到更多的病人；但價格較高的藥品若實施差額負擔後，真正能負擔得起的人其實會和先前相去不遠。如此，需要為價格較高的藥品訂定配套措施。

與目前健保署依投保金額計費的方式不同，有部分意見是，政府可以考慮依據民眾個人的所得能力設定負擔，或是設立針對低收入戶的配套措施，有助於減輕貧困家庭的經濟壓力。現行的費率和費基制度是不公平的現象，如果不處理，將來實施藥品差額給付，會對以薪資為主要收入的勞工階層和得不到中低或低收入戶資格補助的近貧戶負擔很重。也有人建議，可考慮使用部分負擔的概念來分擔藥品費用，並非使用差額負擔。

6. 監督機制：

政府應建立追蹤的機制，以確保新藥的長期有效性和安全性。一種是針對醫師的醫學倫理跟醫療常規的抽查，政府要去監督使用上是不是符合規定。因為可能是很貴的藥品，還要主動追蹤病人使用差額藥品的療效跟副作用的分布。另一種是定期評估差額負擔的藥品療效，了解產品是否療效還和當初審查時相同，以作為後續在相關決策的參考。

7. 全民健康保險原則：

政府應確保新藥差額負擔政策符合全民健康保險的原則，並避免將經濟負擔轉嫁給病患。若是有效的藥物，應該鼓勵全民參與健康保險的健全財務。如果健保財務無法負擔，應該透過全民互助方式提高保費，而不應將負擔轉嫁給病患，這將違背全民健保的精神。

結論

在本次公民座談會中討論的 4 個議題結果中，民眾對於實施新藥差額負擔制度多數持反對意見，但也願意提出缺點，給予改進的方向。實施此一制度的優勢在於，提高病人的治療選擇權、減輕健保負擔、鼓勵藥品創新，並提高資訊透明度，同時也有助於減少醫療資源浪費。然而，這個制度也帶來了預估的不確定性、醫療市場的道德風險、經濟負擔和醫病資訊不對等等問題。為能成功推行，政府需要積極解決這些問題，確保制度的公平性和可行性。

在考量是否實施新藥差額負擔制度之前，必須確保新藥的品質和療效，避免造成過大的經濟負擔，同時保持政策的透明和合法性，政府、醫界、病患和相關團體應共同努力。而市場調查、醫師監管、資訊透明、經濟負擔控制等因素都應被審慎考慮，以確保能順利推行此制度。

若是成功推行了，政府也需要考慮多方面的配套措施，以確保各種經濟負擔、資訊透明度、醫療倫理和治療選擇多樣性的平衡，是政府的關鍵挑戰。透過種種制度的改善，政府可以確保公平性和有效性，同時保障民眾的權利，提升全民的健康水準。

陸、本計畫採行「公民咖啡館」模式提出檢討及未來建議

一、參與人數不足：

原先預設各組會有 10 位代表進行討論，實際上有部分法人團體無法派代表或不足人數參加公民座談會，這也間接導致東區場次無法順利舉辦；也有部分代表到了活動當日才臨時請假，或是提早離場，造成討論人數的不確定性，降低討論效果。本次舉辦的四場公民座談會中，各組實際的代表人數僅有 3~5 位，也造成空間浪費。往後或可提前向各法人團體告知活動日程，以提升活動出席率。

二、收音問題：

北區場地因空間較為寬廣，及建物本身易受天氣環境因素影響，錄音筆的收音效果不甚理想，連帶導致繕打師協助轉為文字的效果不佳。如在北區第一場時恰好遇上雷雨，影響了後半場的收音效果；北區第二場雖無雷雨，但收音效果仍相較於中區及南區場次來得差一些。往後北區場次或可找尋其他同樣交通便利之場地，以得到更好的錄音品質。

三、討論時間不足：

從各組討論的錄音檔能發現，各組討論時間似乎有些不足，可以考慮增加討論時間，且原先預設每桌皆有 10 位代表進行討論，實際每桌只分得 3~5 位代表，在如此情況下，討論時間也顯得不太足夠。不過因為租借場地的時間限制，較無法採用延長時間的方法，也許能從原本的 4 個議題縮減為 3 個，又因本次使用的議題算是較為初步的調查，往後若再舉辦類似活動，可考慮從本次較多人考量的觀點中尋找較為深入的議題，如「如何定義藥品療效」、「如何決定民眾的付費能力？」等。

四、正反兩面意見的比例失衡：

大部分的法人團體代表皆站在反對各組議題的角度上思考與討論，甚至有些參與者始終抱持著不願退讓的態度進行討論，也就是新藥差額負擔的政策接受率不高。這可能是由於相關政策尚未成熟，或可閱讀資料內容不夠充分導致。往後若再舉辦類似活動，若先提升舉辦活動與議題相關的配套措施與參考資料，使民眾對議題有充分了解，以客觀的角度後再進行討論會較有成效。

五、性別比例失衡與年齡層偏大：

在第一場北部座談會中，與談人何建志教授在分組討論總結時指出，與會的公民團體代表性別比例失衡、年齡層偏大，可能導致討論結果偏差，影響數據的公正性。經過

第一場的討論，他提出改善建議，希望在後續的座談會中能調整性別比例和年齡分佈。為此，經過第一場的建議，第二場、第三場和第四場座談會在邀請公民團體代表時，建議每個團體指派 2 至 3 位會員參與，同時要求留意性別平等和年齡多元的代表參與。經過整體確認後，發現四場座談會的公民團體代表中，女性比例約在 20~35%之間，男女比例僅有輕微差異。然而，由於多數代表為管理職位，年齡層仍稍微偏大。

因此，為了促進更多元的意見交流，建議未來辦理相關公民參與活動時，公民團體在指派代表參與需更加多元化且廣泛化，不僅限於管理職位。這樣可以確保各年齡層、各職務的意見和觀點都能得到充分表達，對社會的進步將有更好的幫助。

第三節 「各總額部門 111 年度執行成果評核」會及執行成果公開發表會議

健保總額支付制度的運作效能與健保制度的長期發展有關，因此本計畫於年度總額協商前，112 年 7 月 17-18 日間辦理「各總額部門 111 年度執行成果評核」會議，邀請專家學者就前一年各部門總額執行成效進行評核會議及辦理成果發表會議。評核結果與改善建議將可提供為下年度總額協商之參考依據。「各總額部門 111 年度執行成果評核」會及執行成果公開發表會議，將分為兩階段，第一階段辦理 1 天半公開發表會議，第二階段進行半天的評核會議。

壹、第一階段：公開發表會議

一、辦理時程：112 年 7 月 17 日~112 年 7 月 18 日，共 1 天半。

二、辦理地點：衛生福利部全民健康保險會(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

三、會議內容：各部門總額 111 年度一般服務及專案計畫之執行成果報告。

四、與會對象：健保會委員、評核委員、各總額部門相關團體、健保署、及衛福部相關單位與附屬機關，如：衛福部社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國健署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預計 200 人。

(簽到表詳如附錄二十一、二十二)

貳、第二階段：「各總額部門 111 年度執行成果」評核會議

一、辦理時程：112 年 7 月 18 日，半天。

二、辦理地點：衛生福利部全民健康保險會(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

三、評核事項：依據評核項目指標針對四部門包含：醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額之一般服務執行成果進行成效評核；並針對各部門總額及其他預算專案計畫及方案執行成果進行評核。

四、與會對象：主任委員、評核委員及健保會工作人員。

(簽到表詳如附錄二十三)

參、相關辦理地點方式及研討內容與健保會召開工作小組會議討論並依健保會指示辦理。

一、各總額部門 111 年度執行成果評核海報

全民健康保險各總額部門 111年度執行成果發表暨評核會議		
7/17(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:15 報到		
09:15~09:20 開幕致詞		
09:20~10:10 各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	中央健康保險署	
10:10~10:40 中場休息(30分鐘) (出席人員大合照)		
10:40~11:10 跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	中央健康保險署	
11:10~12:30 評論及意見交流(80分鐘)		
12:30~13:30 午餐		
13:30~14:10 醫院總額執行成果報告(40分鐘) 台灣醫院協會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效		
14:10~15:10 評論及意見交流(60分鐘)		
15:10~15:30 中場休息(20分鐘)		
15:30~16:10 西醫基層總額執行成果報告(40分鐘) 醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效		
16:10~17:10 評論及意見交流(60分鐘)		
-贊 贈-		
7/18(二)	報告內容	報告單位
08:50~09:00 報到		
09:00~09:40 牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘) 牙醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效		
09:40~10:40 評論及意見交流(60分鐘)		
10:40~11:00 中場休息(20分鐘)		
11:00~11:40 中醫門診總額執行成果報告(40分鐘) 中醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效		
11:40~12:40 評論及意見交流(60分鐘)		
-成果發表會結束-		

二、開場投影片



肆、活動照片

「各總額部門 111 年度執行成果評核」會及執行成果公開發表會議

活動照片



伍、全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄

製作「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」，內容包含公開發表會議及「各總額部門 111 年度執行成果」評核會議的審查報告及與會人員發言實錄。

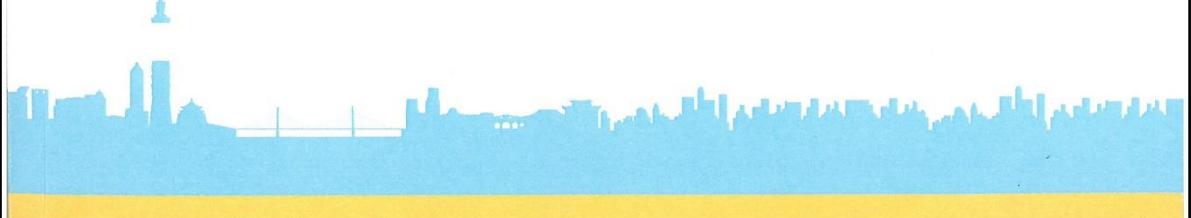


全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄

(本紀錄僅供年度總額協商參考)

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 112 年 8 月



第四節 編撰印製全民健康保險會年報 111 年版及健保會 10 周年成果與未來展望專刊

壹、111 年版年報

由「全民健康保險會年報」的形式，讓全民瞭解健保會在過去 1 年來的健保政策討論、健保各項重點業務、各項議案的討論歷程、改革政策內容、業務辦理成效情形。

一、年報歷次籌備進度及準備事項

日期	準備事項
112 年 2 月份	專刊及年報預定進度、找尋印刷廠商並提供估價單，並於 2/4 找到加斌印刷廠商報價單提供給衛福部，經過多次協調討論於 2/9 確定最終估價單，同時著手進行限制性招標準備。
112 年 3 月份	準備限制性招標所需資料，並交付給學校進行審核，並於 3/28 完成限制性招標簽呈。 3/10 提供需求說明書給廠商及衛福部確認。 3/13 加斌印刷廠商提供 3 款年報封面設計及企劃書提供給衛福部選擇，衛福部最終選擇封面一設計，同時衛福部提供年報製作預定進度最終版。
112 年 4 月份	4/6 加斌印刷廠商提供最終年報封面設計。 4/11 加斌印刷廠商提供最終年報內頁設計。 4/27 加斌印刷廠商交付排版一校稿給衛福部。
112 年 5 月份	5/19 加斌印刷廠商交付排版二校稿給衛福部。 5/31 加斌印刷廠商交付排版三校稿給衛福部。
112 年 6 月份	6/9 加斌印刷廠商交付數位打樣版給衛福部。 6/26 年報電子書完成及交付給衛福部。
112 年 10 月份	10/31 年報紙本書完成及交付給衛福部。

二、112年製作111年版年報製作預定進度，以Gantt Chart表示本年度之執行進度

表 2-4-1 年報預定進度

工作項目	月份											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
年報封面、內頁設計												
本會交付廠商年報稿件												
年報一校稿、二校稿、三校稿及數位打樣												
回覆廠商年報數位打樣並確定付印												
繳交製作完成之年報電子書												
繳交印製完成之年報紙本書												

表 2-4-2 年報進度預定

日期	交付進度
3月份	3/24 封面、內頁設計定案、3/31 交付廠商稿件
4月份	4/27 廠商交付排版一校稿
5月份	5/12 前回覆一校稿、5/19 前廠商交付排版二校稿、5/26 前回覆二校稿、5/31 前廠商交付排版三校稿
6月份	6/7 前回覆三校稿、6/9 廠商出數位打樣、6/13 前回數位打樣並確定付印、6/30 廠商交付電子書
10月份	10/31 前廠商交付紙本書



圖 2-4-1 年報封面一(決定版)

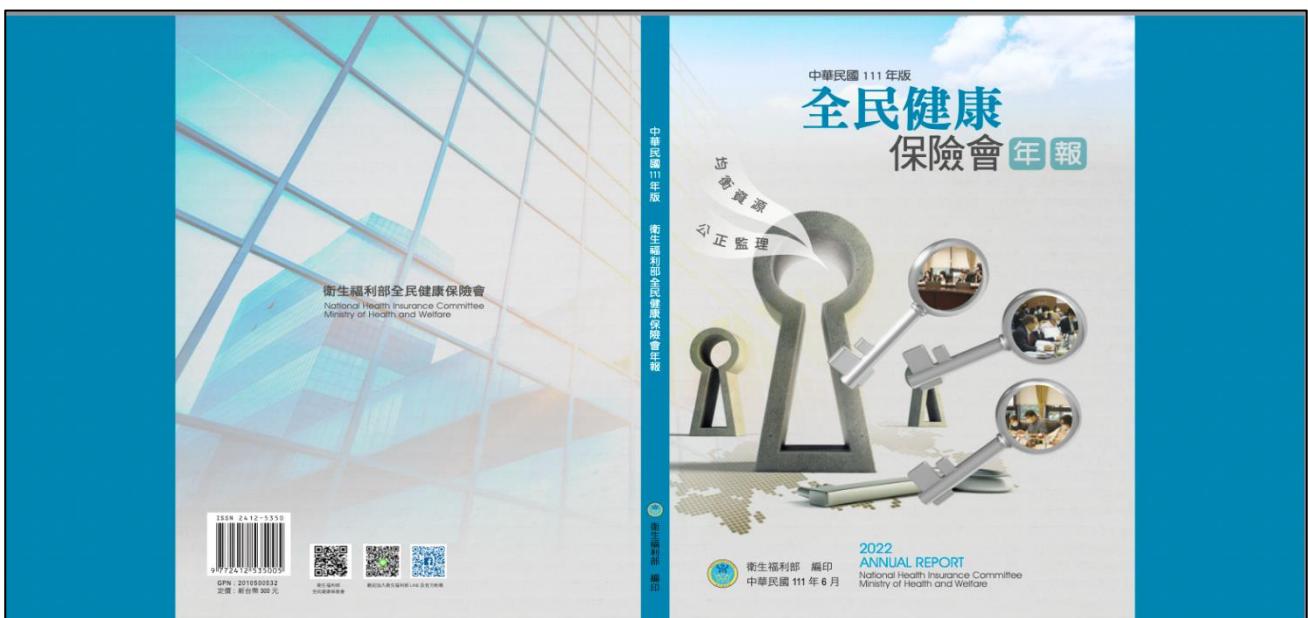


圖 2-4-2 年報封面二



圖 2-4-3 年報封面三



圖 2-4-4 年報最終封面設計



序言	部長的話— 004
摘要	主任委員的話— 005
第一章	摘要— 006
第二章	前言— 012
第三章	組織、任務暨運作 — 016
	016 第一節 組織與任務 030 第二節 委員會議之運作
	協定醫療費用總額，宏觀調控醫療資源 — 042
	042 第一節 年度總額訂定概況 044 第二節 年度總額訂定流程 045 第三節 總額範圍諮詢 049 第四節 總額執行成果評核及運用 059 第五節 總額協商的準備作業 065 第六節 總額協定與分配結果
第四章	落實收支連動，穩健健保財務 — 086
第五章	086 第一節 健保收支推動之落實 094 第二節 召開專家諮詢會議提供意見 098 第三節 全民健康保險111年度一般保險費率審議
第六章	110年度其他重要業務執行成果 — 108
第七章	108 第一節 編列預算引進新醫療科技，確保給付項目合理調整 124 第二節 強化監理業務，奠立保險基石 148 第三節 提供政策與規規諮詢意見，興革健保業務
附錄	研究發展 — 156
	未來展望及委員期許 — 162
	附錄 — 170

圖 2-4-5 年報最終內頁設計



第四章 落實收支連動，穩健健保財務

第一節 健保收支連動之落實

一、健保費率審議流程

二代健保自102年開始施行，其財務係以收支連動的方式運作，亦即將健保會協商訂定的總額與審議的保險費率相扣減，以確保收支平衡。因此，健保法第24條規定，在健保會協議訂定年度總額後1個月，健保署應當年度的保險費率方案提送該會審議；而健保會在審議前，則應先邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會

公正人士提供意見，於年度開始1個月前，依協議訂定的總額，完成年度應收平衡費率的審議，報請行政院核定後，由衛福部公告；若無於期限內完成審議，則由衛福部逕行報請行政院核定後公告。至於二代健保新增徵收之補充保險費，其費率依據健保法第33條規定，102年為2%，自103年起，依一般保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。費率審議流程如圖4-1：

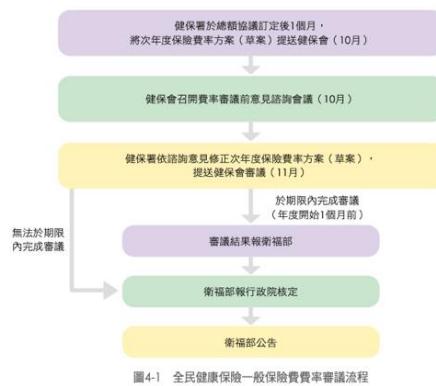


圖4-1 全民健康保險一般保險費率審議流程

10

11

為利全民健康保險一般保險費率之審議公平客觀，健保會委員會於第2屆104年10月份委員會議（104.10.23）達成「建立以科學數據為基礎且不受外力干擾之可長可久費率調整機制」之共識，並於該年11月份委員會（104.11.20）決議訂定「全民健保財務平衡及收支連動機制」，明定健保費率調整之啟動條件與調整方式，做為費率審議之參考。

前述審議機制沿用至109年審議110年保險費率之參照，惟健保會第5屆付費者代表委員鑑於前揭機制，係在健保財務充裕的背景下訂定，其啟動條件與調整方式，隨時空背景不同，稍有未

表4-1 健保法第78條操作型定義

費率 調漲	啟動條件	當年年底安全準備累計餘額不足1個月保險給付支出。
	調整方式	其調漲幅度以當年年底可維持1個月保險給付支出為原則。
費率 調降	啟動條件	當年年底安全準備累計餘額超出3個月保險給付支出。
	調整方式	其調降幅度以當年年底可維持3個月保險給付支出為原則。

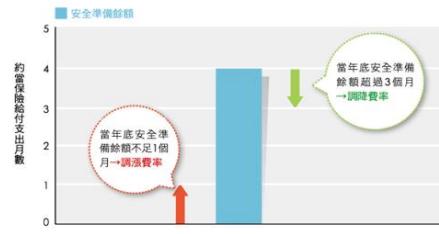


圖4-2 健保法第78條操作型定義示意圖

圖 2-4-5 年報最終內頁設計(續)

序言

部長的話

薛瑞元

謹識

2022 ANNUAL REPORT
中華民國 111 年
全民健康保險年報

感謝第5屆所有健保會委員2年任期內的投入與付出，善盡社會的託付，戮力完成健保法賦予本會的多項任務，不管是在總額協商、評核事業、費率審議、各項健保業務監理，每位委員都盡盡職責，本於為全民福祉及健保服務的初衷，提供不同領域的專業意見，表現得可圈可點，共同為全民健保制度的穩健發展貢獻心力，本屆委員任期在111年底順利圓滿結束，在此謹再次向第5屆委員致上十二分的敬意與謝意！

111年的嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情仍處於變化之中，感謝所有醫療體系的伙伴們，特別是第一線的醫護人員，全力守護民眾的健康並過疫情，讓大家能夠安居樂業。健保會的議事運作也配合防疫政策隨時做調整，從年初的實體會議，改成實體及視訊併行召開，9月總額協商會議回歸實體會議進行，感謝大家的通力合作，順利完成健保會被賦予的所有法定任務。

衛生福利部持續推動健保中長程改革計畫，積極促進公共衛生、醫療服務及照護服務體系的整合，訂定5項政策目標及相關計畫，包括住院整合照護服務試辦計畫、代謝症候群防治計畫、癌症治療品質改善計畫、慢性傳染病照護品質計畫等，用公務預算搭配健保體系擴大標準，從財務導向轉為投資健康。至於在財務方面，為使全民健保收入保持成長動力，例如：修法調整費率上限6%、補充保費改採年度結算及盈點有爭議議題等，未來將一併推動修法，本部亦將積極與外界溝通、爭取支持。最後，為提高全民健保國際能見度，未來在國際醫療衛生外交政策也仍須進一步努力。

如上所述，健保會是全民健保業務的溝通平台，在本部推動相關政策時，扮演非常重要的角色，幸好有來自社會各界精英的集思廣益，促使全民健保制度更臻完善，委員們提出的各項建言，都是激勵本部努力往前邁進的動力。全民健保的永續發展是我們的共同目標，期待全民健保制度不斷創新、優化與精進，並在改革中成長，讓每位國民無論長幼皆能享受全民健保制度所帶來的各項保障，並能在、健康、有尊嚴的生活及充滿榮耀。

在111年這段期間，感謝中央健康保險署、衛生福利部社會保險司的支持與協助，以及周執行秘書處所帶領的健保會團隊，讓健保會得以順利完成各項法定任務。本年報收錄111年健保會完成的諸多任務，包含各項議案的討論歷程及重要案的執行成果，及對全民健保的建言與期許，這些寶貴意見都將化為未來全民健保向前邁進的動能，為健保永續持續努力。

全民健康保險會 主任委員
周麗芳 謹識

主任委員的話

圖 2-4-6 年報完成版

貳、健保會 10 周年成果與未來展望專刊

因應健保會成立 10 周年特此紀念，且健保是國民醫療保險制度，對於全體國民的健康照護有著重要的影響，為落實「資訊公開透明」及讓外界瞭解健保會的運作情形及這 10 年來的健保各項重點業務、各項議案的討論歷程、改革政策內容、業務辦理成效情形。期望能經由「健保會 10 周年成果與未來展望專刊」的形式，讓全民瞭解健保會在過去 10 年來的健保政策討論的歷程與發展及對於國民健康照護的貢獻，進而提高全民對健保會的認知和信任度，同時也展現出健保會未來的發展方向和展望。

一、專刊歷次籌備進度及準備事項

日期	準備事項
112 年 2 月份	同年報準備事項
112 年 3 月份	整理及編排專刊內容，整理總額協商章節及費率審議章節。 3/14 提供 10 周年成果及未來展望研討暨共識營活動紀實內容編排。 3/17 加斌印刷廠商提供 3 款專刊封面設計（圖 2-4-7、圖 2-4-8、圖 2-4-9）提供給衛福部選擇，經過討論調整，於 3/28 提供修改後設計三版（圖 2-4-10、圖 2-4-11、圖 2-4-12）供選擇，衛福部最終選擇封面二設計。同時衛福部提供專刊製作預定進度最終版（表 2-4-3）。 3/20 至衛福部開會，經過討論後，修改 10 周年成果及未來展望研討暨共識營活動紀實內容編排，交付修改版給衛福部。 3/31 提供專刊目錄初稿交付時間給衛福部。
112 年 4 月份	整理及編排專刊內容，整理緣起與沿革、10 周年成果及未來展望研討暨共識營活動紀實及概述歷年重要成果。 4/10 提供總額協商章節初稿。 4/18 提供緣起沿革章節初稿。 4/24 提供費率審議章節初稿。
112 年 5 月份	整理及編排專刊內容，整理 10 周年成果及未來展望研討暨共識營活動紀實、政策與法規諮詢、保險監理、大紀事及委員名單。 5/8 提供 10 周年成果及未來展望研討暨共識營活動紀實初稿。 5/19 提供概述歷年重要成果初稿。
112 年 6 月份	6/9 提供政策與法規諮詢初稿。 6/15 提供保險監理及大紀事初稿。 6/19 提供第 1~6 屆委員名單初稿。
112 年 7 月份	7/4 提供部長及委員的話初稿。
112 年 10 月份	10/31 專刊紙本書、電子書完成及交付衛福部。



圖 2-4-7 專刊封面一



圖 2-4-8 專刊封面二

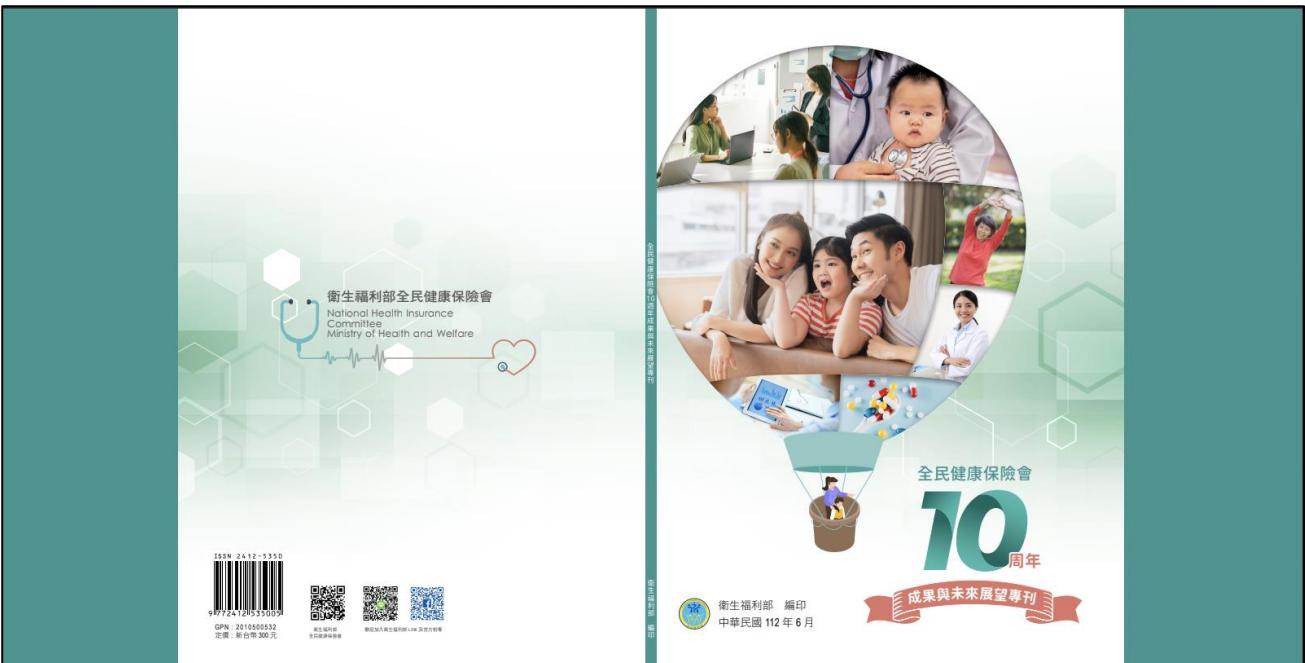


圖 2-4-9 專刊封面三



圖 2-4-10 修改後專刊封面一



圖 2-4-11 修改後專刊封面二(決定版)



圖 2-4-12 修改後專刊封面三

第一章 緣起與沿革

第一章 緣起與沿革



全民健康保險會
成果與未來展望專刊

我國自 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險（下稱健保），提供民眾完整的醫療照顧，也大幅降低就醫的財務障礙。然隨著人口老化、重大傷病患者增加、醫療科技進步，與其他已實施健保的先進國家相同，醫療費用與保費收入的年成長率，存在一定程度的落差，造成財務缺口。當時行政院衛生署（衛生福利部前身）及中央健康保險局（中央健康保險署前身）雖陸續推動各項抑制資源浪費措施，及多次微調方案，但只能解決短期之健保財務問題，較長遠的作法仍需進行結構化的改革。

為解決全民健保財務困境，行政院於 90 年 7 月 1 日成立二代健保規畫小組，由行政單位與上百學者歷經 3 年規劃，提出二代健保改革方案，包含建構權責相符的健保組織體制、提高財源籌措的公平性、提升醫療品質及擴大社會多元參與等層面，並納入 100 年 1 月 26 日完成公布之全民健康保險法（下稱健保法）修法內容，包括建構權責相符的健保組織體制部分，將全民健康保險監理委員會（下稱監理會、側重收入監督）及全民健康保險醫療費用協定委員會（下稱費協會、著重醫療給付費用總額之協定與分配），整併為全民健康保險會（下稱健保會），兩期會合一起能將醫療給付與財務收支盤考量，落實二代健保「建構社會參與平台」及「財務收支運動」之核心精神，此即為健保會之成立緣由。

健保會在 102 年 1 月正式成立，除擴展原監理會與費協會任務外，更被賦予許多全新任務，包括：1. 保險醫療給付費用總額（下稱總額）之對等協議訂定及分配；於監理總額時須併同考量保險費務收支平衡；2. 保險費率之審議；依協議訂定之總額，審議該年度應計之收支平衡費率；



第三章 10 周年重要成果

第三章 10 周年重要成果



全民健康保險會
成果與未來展望專刊

健保會做為健保政策之諮詢及民意溝通平臺，依健保法第 5 條規定，每年核心工作為協議訂定及分配年度醫療給付費用總額、審議保險費率、提供政策與法規之諮詢意見，及監理健保業務等。

健保會自 102 年成立以來，迄今已逾 10 年，累積許多豐碩的重要工作成果，包括：

1. 在兼顾民眾醫療需要及健保資源有限下，完成歷年醫療給付費用總額之協議訂定及分配，將總額原則做最有效的配置，並依循衛部交議之政策目標，於協時時編列相關預算，以支持政策之推動，並保障民眾就醫權益與醫療品質。
2. 完成歷年保險費率審議工作，為落實二代健保法所揭示收支運動精神，建立以科學數據為基礎，且不受外力干擾之可長可久、費率調整機制「全民健保財務平衡及收支運動機制」，作為審議 105~110 年度保險費率之依據，110 年之後則回歸健保法第 78 條規定作為費率審議依據。
3. 提供政策與法規之諮詢意見，包含：對政府應負擔健保經費法定下限 3.6% 計算方式、健保法施行細則第 45 條對政府應負擔健保總經費之認列範圍、保險對象自行負擔醫療費用等諮詢案提出建言；以及重大議題如：C 肝藥費、重大公共安全事件醫療費用等案，提出諮詢建議。
4. 辦理監理保險業務事項，在財務監理部分，每年健保預決算之備查案、醫療院所財務報告之公開內容、公告平均巷口數之規定；在業務監理方面，對總額公告後相關重點協定事項，如：分級醫療配套措施、家醫計畫之執行情形等，提出改善建議；並對依法提高健保會討論之自付差額特材項目，持續關注其執行情形。

以下將分部介紹相關重要工作成果。

第一節 總額協商

一、依法完成全民健保醫療給付費用總額協定及分配

我國全民健保實施總額支付制度，由保險付費者與醫療服務提供者以協商方式，訂定次年度醫療給付費用總額，透過規劃年度預算，以宏觀調控醫療費用，導引資源合理配置，並控制總體醫療費用成長。健保會是健保落實「財務收支運動」及「擴大社會參與」的協商平台，主要任務之一為各年度健保總額之協議訂定及分配，每年均依循完成總額協定及分配的法定任務，讓健保總額支付制度順利運作。

(一) 歷年醫療給付費用總額預算成長及分配

隨著我國人口老化、慢性病增加及新醫療科技發展，醫療需求帶動醫療費用不斷成長，然而健保資源有限，如何在整體財務可負擔的情況下，提供全體國民有效率、高品質的醫療照護，是健保會總

圖 2-4-13 專刊最終內頁設計

全民健康保險會
10 年成績與未來展望專刊



序言

部長的話

全民健康保險會（下稱健保會）自 102 年成立至今，已滿 10 年。在此具有特別意義的時刻，感謝歷屆的主任委員及委員們，共同肩負起全民健保事務溝通平台的重大責任，為落實二代健保收支推動、擴大參與的核心精神而努力，並提供本部及中央健康保險署（下稱健保署）各項健保政策及執行面的諸多寶貴建言，共同促進健保制度更臻完善，是全民健保制度中不可或缺的一環。

健保會在二代健保收支推動中扮演關鍵角色，歷屆委員本於為全民投資、調質健康的初衷，戮力將有限的健保資源應用到最需要的醫療照護上；歷年健保投入的總額累積，由 102 年的 5,531 億元，至 112 年成長為 8,344 億元，成長超過五成，其中包含新醫療科技預算，近 10 年已累計增加 300 餘億元，提供民眾享有最新的診療服務、新藥及新特材項目，減輕其財務上的負擔；106 年在委員支持下，也通過 C 型肝炎口服新藥的專款預算，至 112 年已投入近 400 億元，讓罹患 C 型肝炎的患者得以早日治療，避免日後衍生肝硬化及肝癌之醫療耗用；在霧霾性疾病異常流行或公共安全事件等非預期風險發生時，委員也同意應用相關預算，反應事件發生時所需的醫療費用，提供民眾急難時的最佳後盾。

在收入面部分，面對人口老化、新醫療科技需求不斷增強情形，委員持續提供本部有關政策、法規的相關建言，策動收入面的各項改革措施，是精進健保制度的最大助力，而且在不得不面對調整費率的議題時，即使承受社會輿論壓力，仍本職責審議 110 年度健保費率，從健保永續經營角度，理性、務實處理健保財務問題，經充分討議後，提出調升健保費率的建議。委員們前瞻理性、共體時艱的精神與行動，令人感佩！

在保險業務監理面部分，委員們充分發揮監理職責，持續啟促健保署落實依法公告實際平均券口數，回應產生對保費負擔合理合法之訴求。另針對部分負擔的調整案，也提供本部各界代表的主流意見，感謝委員肯定本部強化部分負擔公平性，提升民眾就醫成本意識，及促進醫療資源合理利用之政策理念，並就 112 年新制部分負擔調整案提出健保署對於經濟弱勢民眾應保障其就醫權益之看法，共同促進政策之規劃、執行更加周延完善。

本部近年研擬健保總綱中長期計畫，期結合健保與公共衛生體系的資源，以公務預算搭配健保總綱草案大政策統效；從財務導向轉為投資健康，感謝委員們在總綱協商時的支持，讓改革的列車得以啟動並持續推展。未來衛福部仍將秉持照顧國人健康的信念，持續優化與精進各項政策措施，改革之路無法停歇，挑戰始終都在，期盼與健保會委員攜手為全民健保的永續發展努力，最後祝福健保會務順利，繼續往後 10 年邁進！

衛生福利部 部長
薛瑞元
謹啟

4

主任委員的話

全民健康保險會為健保政策之重要溝通平臺，自 102 年成立至今，感謝歷屆主任委員鄭守重教授、戴桂英教授、傅立葉教授、周麗芳教授及所有委員的努力與付出，為總顧協商、保險費率與給付範圍審議、健保業務監理、政策與法規諮詢等法定任務，奠定良好運作模式。瑞芬自第三屆（106 年）起擔任健保會委員迄今，於本（112）年接交薛瑞元部長之轉任，接下第六屆主任委員的任務，與 38 位來自社會各界的委員，共同為全民健保永續發展奉獻心力，備感榮幸。

回顧過去 10 年，健保會委員集思廣益、貢獻智慧，完成甚多艱難的議案，包括：在兼顾民眾醫療需求及健保有限資源下，完成每年的總額協議訂定與分配，及歷年費率審議事項。另為提供民眾隨時便進的醫療科技與服務，依法討論並通過自付差額特材品項，提供民眾更多選擇，減少其財務負擔。在保險監理及政策諮詢面向，包含對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式、落實公告平均券口數之規定、及分級醫療配套措施等重要議案，提供多項政策及執行面的改善建議。

在擔任健保會委員的 6 多年的時光裡，瑞芬深知委員們代表不同的團體發聲，雖然立場與見解往往不同，但在守護國人健康與健保永續經營的共同目標下，總能相互尊重，共體時艱、相忍守護全民健保，戮力謀求共贏，委員們不遺餘力投入的熱忱與心力，令人感佩。正因如此，歷任部長對於健保會委員在總顧協商及費率審議等法定任務上所提之意見，總給予最大的支持與尊重，充分體現二代健保擴大社會參與的核心精神。同時，健保會同仁在周密執行秘書室事項負責的帶領下，友明副執行秘書、燕鈞、慧姑與綠麗組長及各組同仁，各司其職，提供最專業的幕僚作業，除盡力協助委員在最短時間內了解健保業務及各項專案計畫執行情形，在總顧協商及評核會議期間，更總是焚膏繼晷彙整各項複雜議案，提供及時且專業的幕僚意見，以利委員擁有充分資訊完成最適決定。我個人深感榮幸，能有機會與如此優異的健保幕僚團隊共同工作。

本專刊收錄各重要議案的討論歷程及其執行成果，為健保會歷屆委員的奉獻與努力留下珍貴紀錄。瑞芬藉此機會向所有委員致上最高敬意，衷心期盼大家能持續秉持捍衛「全民皆享健康」（Universal Health Coverage）的使命感，扮演好為民眾創造權益並關心、同理醫事服務人員辛勞及協助政府持續推動健保政策的關鍵角色，與社保司及健保署同心協力，共創健保新頁，一同邁向下一個豐碩的 10 年。

全民健康保險會 主任委員
蘆靖芳
謹啟

5

圖 2-4-14 專刊完成版

表 2-4-3 專刊目錄初稿交付時間

全民健康保險會 10 周年成果與未來展望專刊

大綱	內容重點	頁數	初稿交付時間 (健保會)
目錄		2	7/10
一、序言	部長及主任委員的話	2	7/3
二、緣起與沿革	健保會之成立、為何會製作此份專刊	1	4/17
三、回顧與展望	1. 10 周年成果及未來展望研討暨共識營活動紀實 2. 委員訪談	10 10	5/8
四、10 周年重要成果	概述歷年重要成果，包含共召開幾次委員會議、健保會相關法規修正(例如：102.8.8 修正健保會組成及議事辦法第 9 條，將應由付費者推舉 10 人與醫界代表同名額對等協商，改為應符合對等協議之精神、108.2.2 修正健保會組成及議事辦法第 2 條，將委員人數由 35 位增加為 39 位)、依法完成各項法定任務等。	2	5/19
	1. 總額協商： (1) 歷年總額預算協定情形(如行政院核定總額範圍及健保會協商結果，衛福部核定成長率與金額、地區預算分配情形…等)。 (2) 歷年預算分配之重點項目(如引新醫療科技、精進醫療照護體系及照護內涵、保障偏遠地區及特殊族群之照護需求…等)。 (3) 歷年配合健保重要政策編列預算與執行情形(如分級醫療、健保中長期改革計畫..等)。	6 2 2 2	4/10
	2. 費率審議： (1) 費率審議法源及流程。 (2) 103 年~112 年費率審議結果。	3 2 1	4/21
	3. 政策與法規諮詢： (1) 對政府應負擔健保總經費法定下限 36%、健保法施行細則第 45 條之意見。 (2) 職業工會會員投保金額下限申報規定之檢討。 (3) 對「強制汽車責任保險法第 27 條修正案」之建議。 (4) 對衛生福利部交議「有關 108 年 C 肝藥費專款不足」處理之建議。 (5) 重大公共安全事件醫療費用之處理。 (6) 保險對象自行負擔醫療費用諮詢案(含委員對新制部分負擔方案之建議)(103、111 年)。	6 1 0.5 0.5 0.5 0.5 3	6/9

表 2-4-3 專刊目錄初稿交付時間(續)

四、10周年重要成果	4. 保險監理： (1)財務監理 ①醫療院所財務報告公開情形。 ②落實公告平均眷口數。 (2)業務監理 ①牙醫全面提升感染管制品質之規劃與執行情形。 ②分級醫療配套措施之執行情形。 A. 區域級(含)以上醫院門診減量措施之執行成效。 B. 鼓勵院所建立轉診合作機制之執行成效。 C. 提升基層醫療服務量能之推動情形。 ③家庭醫師整合性照護計畫執行情形與成效檢討。 ④歷年健保署提健保會討論之自付差額特材及開放後之監控與管理措施。 ⑤健保自付差額特材納入全額給付之首例-「客製化電腦輔助型顱顏固定系統」。	10	
		1	
		0.5	
		1	
		2	
			6/19
		1	
		3	
		1	
附錄	大事紀	2	6/26
	第 1-6 屆委員名單	6	6/19
預估合計頁數		60	

第五節 定期工作小組會議

本計畫之研究團隊將於計畫主持人帶領下，視需要與健保會幕僚召開工作小組會議，針對本計畫各項工作內容，例如：會議執行規劃、議程安排、邀請與接待與會者等，定期討論並依健保會指示辦理，會議日期及地點如下(紀錄如附錄十)：

會議日期	地點
111 年 12 月 26 日	衛生福利部全民健康保險會辦公室 4 樓會議室
112 年 1 月 12 日	衛生福利部全民健康保險會辦公室 4 樓會議室
112 年 2 月 4 日	衛生福利部 203 會議室
112 年 2 月 17 日	衛生福利部 302 會議室
112 年 3 月 3 日	衛生福利部 204 會議室
112 年 3 月 20 日	衛生福利部 204 會議室
112 年 3 月 29 日	衛生福利部 206 會議室
112 年 5 月 11 日	衛生福利部 204 會議室
112 年 5 月 26 日	衛生福利部 202 會議室

第三章 結論與建議

為了擴大社會參與的多元性、納入更多的公眾參與，依據「全民健康保險會組成及議事辦法」，健保會每個月召開 1 次會議，視情況必要時召開臨時會議。而今年舉辦健保會 10 周年成果及未來展望研討暨共識營、健保業務公民咖啡館活動、「各總額部門 111 年度執行成果評核」會及執行成果公開發表會、編撰印製健保會 10 周年成果與未來展望專刊及年報。

透過兩天共識營的議題研討，針對健保的重要性和挑戰進行深入的探討和交流，透過此機會健保委員能夠增進彼此之間的瞭解，更重要是能夠共同思考如何讓健保永續經營，為全民的健康謀福。

本次公民參與活動假設性議題「新藥可否採行差額負擔」以公民咖啡館模式辦理，透過模擬輕鬆自在的咖啡館對話，讓與會者互相分享看法及意見，促進合作思維、建立新聯繫、激發創新，並提升對話和協作能力。此外，在公民咖啡館中，參與人員會進行輪桌的更替，可幫助將正在進行討論的話題思維轉化為較系統化的大綱，幫助參與者在討論的過程中保持專注，並用較邏輯的思考方式更關注討論議題的細節。本次假設性議題「新藥可否採行差額負擔」主要討論的四個主題，包含主題一：實施新藥差額負擔，好處有哪些？、主題二：實施新藥差額負擔，缺點有哪些？、主題三：是否實施新藥差額負擔？其應考量哪些因素，及國內是否已具備可實施的條件？、主題四：如要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施？。

針對主題一：實施新藥差額負擔，好處有哪些？綜合四場公民咖啡館的討論結果，實施新藥差額負擔制度帶來的好處不僅包括提升療效和病患選擇權、降低健保負擔、刺激藥品創新、提高病人資訊透明度以及減少藥物浪費等多方面的正面效應。這種制度有助於建立更公平、有效的醫療體系，使得病人獲得更多的治療選擇機會，同時激勵藥廠投入更多研發，推動醫療科技進步。

針對主題二：實施新藥差額負擔，缺點有哪些？綜合四場公民咖啡館的討論結果，實施新藥差額負擔制度缺點包括病人長期的經濟負擔、醫師專業評估的不一致性、醫德與商業利益的矛盾、對弱勢族群的不公平、市場調查與資訊透明度不足、以及專業評估與篩選機制的缺失等。因此，在制定和實施差額負擔制度時，必須謹慎考慮各方面的因素，以確保制度的公平性、可行性，並充分保障病患權益。此外，建立完善的市場調查和專業評估機制，以確

保新藥的品質和療效。

針對主題三：是否實施新藥差額負擔？其應考量哪些因素，及國內是否已具備可實施的條件？綜合四場公民座談會的討論結果，多數團體代表對於是否實施新藥差額負擔制度表達謹慎態度，認為目前時機尚未成熟，缺乏具備可實施的條件。討論的主要焦點包括新藥療效與資訊透明度、醫德與專業評估、經濟負擔與負擔上限、政策條件與流程。在新藥療效與資訊透明度方面，民眾普遍關切新藥的實際療效及資訊透明度，強調需要台灣本地的臨床試驗結果以提高民眾對新藥的信任度。政府被呼籲提供更易理解的新藥資訊，包括療效、價格和差額負擔等，以增進民眾的知情權和選擇權。醫德與專業評估方面，不同醫師對於新藥的評估可能存在差異，而政府應強化監管機制，確保醫師的行為符合道德和專業標準，避免因商業利益而影響患者選擇。經濟負擔與負擔上限則是民眾最關切的問題之一，許多人擔心長期的經濟負擔會對家庭造成負擔，建議政府設定合理的差額負擔上限，同時考慮差額負擔藥品的實際需求。在政策條件與流程方面，政府應進行市場調查以了解新藥價格、民眾需求和最高願付金額等相關資訊，同時建立差額負擔藥品的篩選機制與流程，確保新藥的品質和療效。

針對主題四：如要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施？綜合四場公民座談會的討論結果，若欲實施新藥差額負擔，需同步建立一系列的配套措施，包含定義藥物的「有效性」、透明的資訊公開、醫學倫理與醫療倫理的監管、設定負擔上限、依據所得能力計費、監督機制、全民健康保險原則。定義藥物的「有效性」方面，意指政府應確立明確的標準，包括療效、安全性、副作用和適應症等，以評估新藥是否適合納入健保全額給付或開放差額負擔。同時，要建立有效的退場機制，及依據療效程度不同提供不同比例的給付。透明的資訊公開方面，提供新藥的相關資訊，包括價格、療效、副作用等，透明公開，並設立專業諮詢管道以協助民眾做出明智的選擇。醫學倫理與醫療倫理的監管方面，要增強監管機制，確保醫師和醫療機構的行為符合道德和專業標準，避免因經濟利益而推廣不必要的新藥使用。設定負擔上限方面，制定合理的差額負擔上限，以確保民眾不會無限制地支付，考量新藥的昂貴性質、負擔時間及一般收入水準。依據所得能力計費方面，考慮按照個人所得能力設定負擔，或設立針對低收入戶的配套措施，以減輕低收入家庭的經濟壓力。監督機制方面，建立追蹤機制，包含醫師醫學倫理和追蹤病人的使用情況，以確保新藥的長期有效性和安全性。全民健康保險原則方面，要確保新藥差額負擔政策符合全民健康保險的原則，避免將經濟負

擔轉嫁給病患，並透過全民互助方式提高保費，以保障全體民眾的健康。

本次以公民咖啡館模式探討假設性議題「新藥可否採行差額負擔」的優點包含透過輕鬆自在的對話環境，輪桌的更替模式有助於促進參與者的合作思維，促進彼此之間的交流和互動，讓參與者更容易提出新的想法和方案；但本次辦理的仍有些微缺失，包含參與人數不足、現場的收音問題、討論時間不足、正反兩面意見失衡、性別比例失衡與年齡層偏大等。因此，建議未來辦理相關活動時，需提前通知公民團體確保代表人數充足，提前向各公民團體告知活動日程，以提升活動出席率。選擇場地時，除了合適性外，也要考慮隔音狀況，避免外界聲音影響錄音品質。調整討論時間，考慮根據實際情況增加討論時間或減少議題數量。增加資訊充實度及參考資訊可閱讀資料內容，使參與者對議題有更深入的了解。最後，在邀請公民團體代表時，強調性別平等和年齡多元的參與，確保各年齡層、性別和職務的代表都能充分參與。

藉由每年舉辦的「各總額部門年度執行成果評核」，瞭解今年度的執行成果及下年度須調整之策略，並製作「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」。

而健保會的核心精神為建構全民參與健保事務的溝通平台，因此，民意蒐集擴大社會參與，讓健保於有限的資源下，保障民眾就醫權益俾議定對民眾最有助益的結果，是健保會重要使命。藉由今年舉辦的各項活動，累積相關的經驗，以利後續的活動日程可以更順暢且完善 的舉行。

第四章 重要參考文獻

- Brown, J. & Isaacs, D. (2005). *The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. Oakland, California: Berrett-Koehler Publishers.
- Schieffer, A., Isaacs, D., & Gyllenpalm, B. (2004). The World Café. *World Business Academy*, 18(8), pp.1-16.
- Lohr, K., Weinhardt, M. & Sieber, S. (2020). The “World Café” as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. *International Journal of Qualitative Method*, 19, pp.1-15.
- Wenzl M. and Paris V. (2018). Pharmaceutical Reimbursement and Pricing in Germany, from <https://www.oecd.org/health/health-systems/Pharmaceutical-Reimbursement-and-Pricing-in-Germany.pdf>, accessed on May 18, 2023.
- 衛生福利部社會保險司(2014)。二代健保總檢討報告。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。
網址：<https://dep.mohw.gov.tw/dosi/lp-289-102.html>。
- 衛生福利部統計處(2021)。110 年版年報。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5103-113-xCat-y110.html>。
- 衛生福利部全民健康保險會(2023)。衛福部健保會第 6 屆 112 年第 3 次委員會議議事錄。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1655-74535-116.html>。
- 陳稚華(2019 年 3 月 20 日)。「百憂解」退出台灣》精神科醫師嘆：一顆藥比糖果便宜..背後隱藏的危機。取自：<https://www.cmmedia.com.tw/home/articles/14728>。
- 周麗芳與陳曾基 (2000)。健康保險藥品參考價格制度。台灣醫界，43(10)，45-52。
- 周維萱與周維倫(2014)。世界咖啡館討論模式在通識教學場域應用之先導研究。通識教育與多元文化學報，4，pp.65-89
- 衛生福利部署中央健康保險署(2010)。一、二代健保溝通說明會各場次會議記錄：差額負擔—北、中、南部場。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。
- 財團法人醫藥品查驗中心委託國立臺灣大學社會系(2017) 辦理「新藥納入健保給付的社會價值選擇和公民參與機制」公民審議會議。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。

網路參考資料

- 衛生福利部全民健康保險會(2021a)。業務職掌。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1651-16683-116.html>。
- 衛生福利部全民健康保險會(2021b)。法源依據。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1651-16664-116.html>。
- 衛生福利部全民健康保險會(2021c)。組織體制。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1651-16746-116.html>。
- 財團法人台灣醫療改革基金會(2010)。「二代健保法修正草案公聽會：收入面」醫改會發言稿。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://www.thrf.org.tw/archive/436>。

衛生福利部全民健康保險會(2022)。110 年全民健康保險會年報。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://www.mohw.gov.tw/dl-78630-d5109e22-4cc8-4303-8018-7e3beb69bb03.html>。

經濟日報(2012 年 9 月 3 日)。生技醫療產業政策總體檢 4 篇 16 條 33 項結論建言。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：https://innoaward.taiwan-healthcare.org/faq_detail.php?REFDOCID=0m9vaqt3zpx3bozh。

台灣新社會智庫(2017)。病友共同負擔及病友參與給付-健保新藥的困境解套與民眾參與。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：

<http://www.taiwansig.tw/index.php/%E6%94%BF%E7%AD%96%E5%A0%B1%E5%91%8A/%E7%A7%91%E6%8A%80%E7%B6%93%E6%BF%9F/8051-%E7%97%85%E5%8F%8B%E5%85%B1%E5%90%8C%E8%B2%A0%E6%93%94%E5%8F%8A%E7%97%85%E5%8F%8B%E5%8F%83%E8%88%87%E7%B5%A6%E4%BB%98%E2%94%80%E5%81%A5%E4%BF%9D%E6%96%B0%E8%97%A5%E7%9A%84%E5%9B%B0%E5%A2%83%E8%A7%A3%E5%A5%97%E8%88%87%E6%B0%91%E7%9C%BE%E5%8F%83%E8%88%87>。

財團法人台灣癌症基金會(2019)。癌友與癌症的新藥距離！癌友的用藥權益在哪裡？線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://www.canceraway.org.tw/page.php?IDno=3611>。

王宗曦(2022 年 4 月 18 日)。2022 臺北醫學大學生醫創新論壇 - 「價值導向與健保藥品支付政策」：從就醫權保障論藥品差額負擔之可行性簡報【論壇】。取自：https://www.slideshare.net/hprc_tmu/1110418-251674066。

何建志(2022 年 4 月 18 日)。2022 臺北醫學大學生醫創新論壇 - 「價值導向與健保藥品支付政策」：藥品差額負擔與就醫權保障簡報【論壇】。取自：https://www.slideshare.net/hprc_tmu/1110418-251674134。

Chang A. (2019)。降低臨床試驗成本、加速藥證審核的重要推手 - 真實世界數據(Real-world data)。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://geneonline.news/real-world-evidence/>。

莊郁沁(2022 年 4 月 18 日) 2022 臺北醫學大學生醫創新論壇 - 「價值導向與健保藥品支付政策」：健保支付與藥價調查政策興革芻議簡報【論壇】。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：https://www.slideshare.net/hprc_tmu/1110418-25167417。

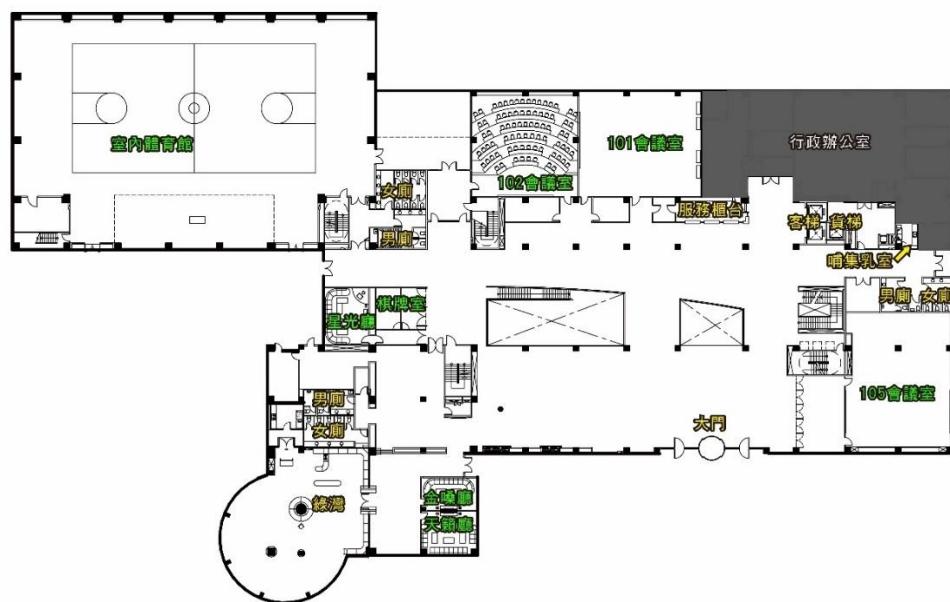
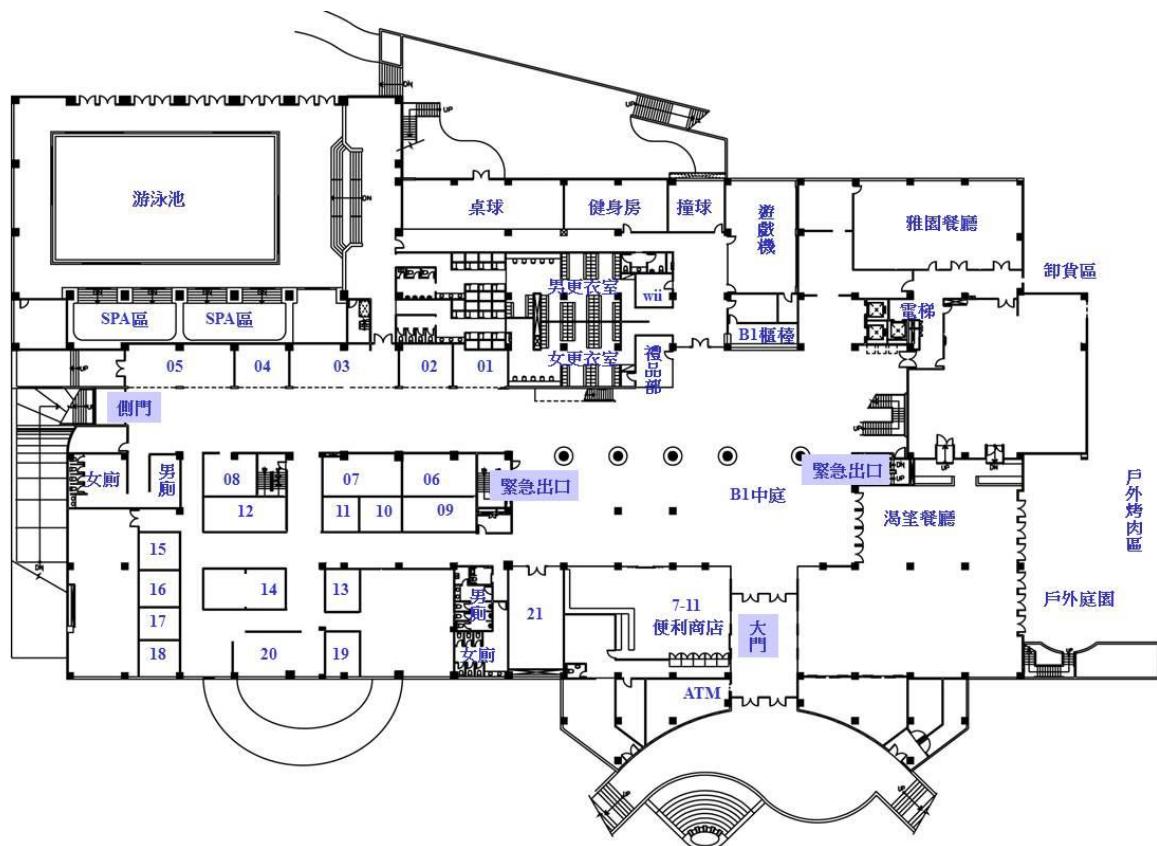
厚生労働省保険局医療課(2021 年 4 月)現行の薬価基準制度について。線上檢索日期：2023 年 10 月 30 日。網址：<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000144409.pdf>。

附錄

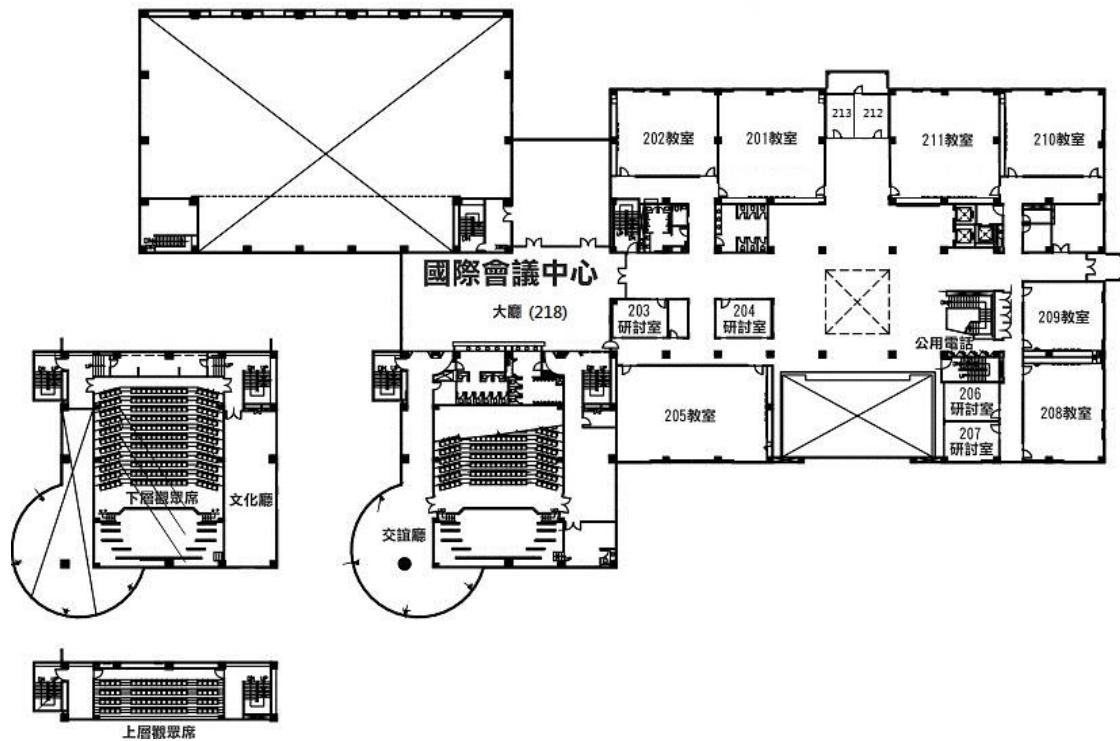
附錄一 共識營場地介紹-渴望會館



附錄二 渴望會館樓層平面圖



附錄二 渴望會館樓層平面圖(續)



附錄三 渴望園區平面圖



衛生福利部全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營需求說明書

一、活動名稱：全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營

二、辦理日期：112 年 4 月 12 日(星期三)至 4 月 13 日(星期四)共兩日。

三、活動內容：

(一)地點：桃園市龍潭區。

(二)住宿需求：

1. 房型一人一室為原則，含早餐。

2. 須為金級環保旅館。

3. 112 年 4 月 12 日提供所需住宿房間數為 55 間單人房 8 間雙人房，結算時依實際使用房間數付款。

4. 需檢附合格旅館登記證。

(三)餐點需求：

1. 早餐：4 月 13 日飯店需提供中西式自助餐。

2. 午餐：4 月 12 日須提供含有前菜小品、魚肉主餐、時令水果…等菜色，十人一桌，八菜一湯，每桌不超過 4000 元(含服務費)。

4 月 13 日須提供每人金額不超過 350 元之中式或日式便當(含服務費)。

3. 晚餐：4 月 12 日須提供含有前菜小品、海鮮拼盤、雞魚主餐、時令水果…等菜色，十人一桌，九菜一湯，每桌不超過 9000 元(含服務費)。

4. 晚餐用餐地點須提供卡拉 OK 設備。

5. 須提供每次茶會、茶敘、圍爐夜談點心每人金額不超過 150 元之點心含飲品(含服務費)。

6. 需配合素食者提供素食餐點。

7. 膳食提供以新鮮、衛生、份量足夠，合乎安全為原則，如違反前述原則，造成人員身體不適甚或住院，廠商須負完全責任；並應留備份，冷藏 48 小時，以備查驗。

8. 結算時依實際使用桌數付款。

(四)會議需求：

1. 能同時容納 80-90 人數的大型會議廳。

2. 能同時容納 5-10 人數的小型會議室。

3. 廠商另免費提供 3 間可供放行李之休息會議室。

4. 4 月 12 日早上讓承辦單位佈置場地，11:30 開始活動，開幕茶會在大型會議室舉行並直接享用午餐。

5. 為防範新冠肺炎傳播，因應個人衛生需求提供紙杯、紙盤、叉子、免洗筷。

6. 大型會議廳外須有飲水機設備且須有定期清理及維修紀錄。

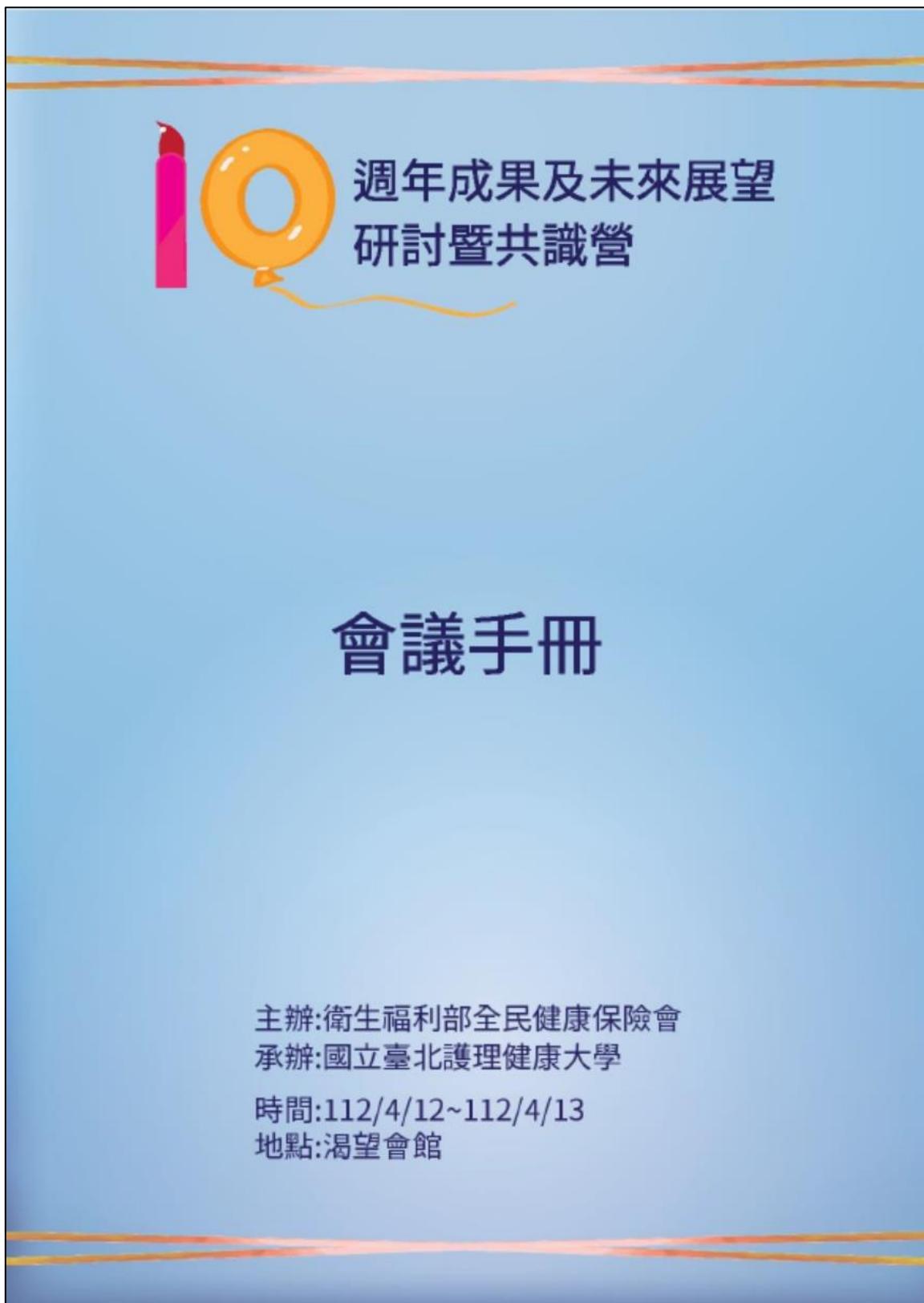
附錄四 共識營限制性招標需求說明書(續)

四、參加總人數：參加人數約 80 人，以實際參加人數核實支付為原則。

五、其他：

(一)人力需求：會議室協助人員、餐廳協助人員、活動當天聯絡人員。

(二)飯店須協助準備桌牌放置架、海報架、紅布條擺設需求…等。



目 錄

議程 -----	1
議題一：健保財務現況與未來展望 -----	5
議題二：健保費率審議與經驗交流 -----	53
議題三：健保總額擬訂及中長期改革計畫 -----	67
議題四：健保資源配置之回顧與檢討 -----	87
議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流 -----	125
參加人員分組名單、用餐桌次及車次 -----	165
交通資訊 -----	171

報告人：陳美杏

衛生福利部中央健康保險署財務組組長



健保財務現況 及趨勢分析

中央健康保險署
112.4.12

1

報告人：洪慧茹

衛生福利部全民健康保險會第一組組長

健保費率審議執行說明

衛生福利部全民健康保險會

112年4月12日



1

報告人：商東福
衛生福利部社會保險司司長

1

健保總額範圍擬訂與 健保總額中長期政策目標 及其相關計畫協調會報

社會保險司
112年4月13日



1

演講人：陳麗光

國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員

學歷 美國康乃爾大學消費者經濟學 博士

美國康奈爾大學消費者經濟學 碩士

台灣大學工商管理學系 學士

研究領域 實證公共衛生、政策分析與評估、臨床流行病學

健保資源配置之趨勢分析 及未來建議

報告人：國家衛生研究院群體健康科學研究所 陳麗光

衛生福利部全民健康保險會

10 週年成果及未來展望研討暨共識營

2023 年 4 月 13 日

1

報告人：陳燕鈴

衛生福利部全民健康保險會第三組組長

健保總額協商原則與程序



衛生福利部全民健康保險會

112年4月13日

1





前言

健保會自 102 年創立至今已滿 10 週年，為慶祝本會成立 10 週年，促進本會現任與卸任委員之經驗傳承及交流，於 4/12、4/13 於渴望會館舉辦為期 2 天 1 夜的 10 週年成果及未來展望研討暨共識營，邀請了健保會、健保署、商司長和專家學者來經驗交流，此次研討暨共識營是一個難得的機會，一起探討健保制度的未來展望和成果，健保會提供了一個平台，讓各位專家學者和委員們交流意見，激發創新想法。透過這次研討暨共識營，期許能夠為健保制度的未來發展提供重要的方向和建議，並且推動健保制度的不斷進步和改善，期待各位專家學者和委員們的踴躍參與和貢獻，讓這次研討暨共識營成為一次豐富且具有意義的經驗。

由周淑婉執行秘書為 10 週年慶生茶會揭開序幕，將在這兩天的活動中討論各種議題，並尋求大家的意見和建議，以便未來能夠更好地改善健保制度，希望在未來的十年中，健保能夠不斷進步，為大眾提供更好的服務，期待著二十年後再次相聚，屆時將能夠分享更多健保的成功故事，健保會盧主委簡短致詞感謝歷屆委員們的努力，讓健保會可以走到這一步，並特別邀請楊志良教授祝福，並提到許多台灣目前面臨的問題，期許未來能有改變及現任委員致祝福詞祝福健保會。

10 週年慶生茶會委員祝福

第一位 千文男委員：

「從過去擔任到現在，現在的健保逐步往正確方向前進，未來會越來越好，期許各委員、專家學者更用心使健保更好」。

第二位 何語委員

「非常感謝各位長官專家學者的指導，也感謝健保會工作同仁資訊的協助，感謝過去共同努力合作的委員先進們的支持幫忙，共同完成每年應做的任務，人生與醫療工作結緣，是奇蹟也是意外的福報，並祝賀健保會 10 週年生日快樂，健保會業務鴻圖大展」。

第三位 謝武吉委員

附錄八 10 周年活動紀實(續)

「期許各委員年底協商時，都能用和諧溝通，合作的方式來完成，在這裡預祝健保會將來會比以前更進步、更好！希望健保會能夠繼續努力，為廣大民眾提供更好的健康保障和服務」。

第四位 蔡登順委員

「台灣健保完成單一體制，使全體國民不分男女老幼，不分種族，不分貧富，各行各業一體適用同時納保，達到通算財務，共濟互助的健康保險制度，感謝醫界及相關醫療團體對全民健保的支持，讓弱勢偏鄉亦能享有高品質的醫療服務，在此再次說聲謝謝所有醫療團體的辛苦，有您們真好，是台灣福氣！祝福健保永續，共生共利」。

第五位 林錫維委員

「非常感謝健保會舉辦這場共識營，讓各界代表得以互相交流，這種積極的溝通與合作精神，對於健保會未來的發展非常重要。呼籲各代表單位，讓健保的好、健保的改革能夠從各單位的基層開始傳承下去，讓更多人知道健保會所做的努力和貢獻，這不僅代表著各代表的意義，更體現了對廣大民眾健康福祉的負責任態度，再次祝福健保會越來越好，10 週年生日快樂！願健保會在未來的道路上越走越遠，為民眾提供更好的健康保障和服務」。

第六位 趙銘圓委員

「很榮幸能夠參加健保 10 週年共識營，感謝全民健康保險委員會和周執秘領導的團隊，以及台北護理大學精心的籌備，使這兩天的活動順利成行。全民健保不僅是我們的福氣，更需要我們大家共同努力維護。在此祝願每個人身體健康，全民健保能夠永續經營，讓更多的人受惠，感謝所有為此努力的人們」。

第七位 古博仁委員

「希望健保朝向健康及永續來經營，越做越好並特別感謝醫療提供者，辛苦了！祝大家身體健康」。

第八位 馬海霞委員

「感謝健保會同仁和所有委員的照顧，使我感到非常感動和溫馨，看到了不同領域委員的協作，共同追求一個目標的精神。此外，健保會在去年總額資料處理方面表現出專業和高效的能力，令人佩服，這是非常了不起的成就，不是所有部門都能夠達成的，祝福健保會越來越好，同時也祝福這次的共識營能夠圓滿成功」。

附錄八 10 周年活動紀實(續)

第九位 吳鴻來委員

「感謝各位對健保的辛勤付出和支持，大家的努力和專業讓健保制度能夠不斷進步和改善，真的是值得敬佩和感謝的。祝福健保會的會務順利，希望未來健保能夠繼續朝著更好的方向發展，讓全體國民都能夠享有更好的醫療保障和健康福利，同時也祝福大家身體健康，平安快樂」。

第十位 許驥洪委員

「祝福健保 10 週年快樂，在當任第 4、5 屆委員時，周執秘提供了很多的資料，非常感謝，另外代表勞工朋友再度謝謝各位，大家辛苦了，祝大家身體健康，萬事如意」。

感謝現任十位委員及楊志良教授對健保會的祝福，為此送上點心禮盒表示感謝。

緊接著播放精心製作健保 10 週年影片，回顧過去十年的發展歷程，影片內容紀錄健保會 1 到 5 屆委員們堅持不懈地為健保制度付出心力的歷程，在這個崗位上盡全力負責評估和改進健保制度，讓它更加符合民眾的需求。在過去十年中，健保會持續地努力著，為了健保制度的進步而不斷地奮鬥著，影片中，邀請到鄭守夏委員、周麗芳委員、戴桂英委員一同為健保會 10 週年給予祝福，共同期許健保繼續朝同一個目標邁進，共同邁向一個十年，繼續建造一個更好的未來，不僅展示了健保會過去十年來的努力和成就，更是對未來的展望和期許。

10 週年切蛋糕活動環節非常精彩，現場充滿了歡樂和溫馨的氣氛，在切蛋糕的環節中，邀請現任的 10 位委員特別來賓楊志良教授及 4 月份生日壽星楊玉琦、林文德委員一同上台切蛋糕並合影留念，大家切下一片又一片蛋糕，彼此分享著喜悅和感激。

在這個特殊的日子裡，感謝所有曾經參與健保會的委員們，感謝為民眾的健康所做出的貢獻，同時也期待未來能夠繼續為民眾健康而共同努力，一起為健康保障的未來而努力，帶給民眾更好的福祉和生活品質！期許健保會能夠繼續發揮其重要作用，為民眾的健康保障做出更多的貢獻，讓健保制度能夠更加貼近民眾的生活需求，讓更多的人們從中受益。

議題一：健保財務現況與未來展望

第一天論壇一開始請到由長庚大學盧瑞芬教授作為主持人開場，首先第一個報告健保財務現況及趨勢分析由健保署陳美信組長來報告，開頭提到健保財務制度以財源籌措為原則，健保是一個社會保險，財源主要來自於保險費，保險費包

附錄八 10 周年活動紀實(續)

括一般保險費跟補充保險費，二代健保之後在健保法明訂政府的負擔至少不得少於 36%，若政府負擔少於 36%，政府必須要編列預算來撥補。除了保險費以外的財源還包括補充性財源，主要是菸捐的分配以及公益彩卷盈餘的分配，保險費收入最主要是來當期撥付了醫療費用，所以它是一個隨收隨付的制度來維持財務的平衡，審議當年保費費率就非常重要。

健保自 84 年開辦以來，在二代健保實施之前曾有 4 次財務危機，衛福部及健保署為了解決這個問題，除了調降保費外，也做了許多相關的財務執行措施和調整。二代健保實施之後，由於補充保險費的徵收和政府的負擔，使得收入超過支出，但在 106 年又出現短處，所以再次調降費率。

就收入面來看，過去 10 年保險收入的平均成長率為 3.15%，其中一般保險費率平均成長率為 2.58%，補充保險費平均成長率為 6.88%，影響保險收入的因素有投保金額、4 次平均眷口數調降及保險費率。近年來，因為 110 年費率的調整，以及 112 年行政院特別撥付 240 億元因應安全準備不足的問題，對保險財務影響較大。另外，補充保險費的平均佔率從二代開始徵收的 7% 提高到 111 年的 9.5%，補充性財源的部分主要是菸捐，分配比例從 95 年的 90% 調整到 112 年的 47.3%，公彩分配的部分則近年來都在 14 到 15 億之間。

過去十年中，支出方面逐年成長，其中醫療費用總額的平均成長率是 4.32%，保險支出平均成長率是 4.55%，而部分負擔的平均成長率在 102 年時達到 7.7%，但現在已降至 5.8%。各部門總額在近十年來的成長相當穩定，主要支出項目為人口老化、慢性病、重大傷病和新藥新特材的醫療費用。

為抑制不當的資源耗用，推動以品質為導向的醫療支付計畫、安寧計畫、呼吸器照護計畫和住院診斷關聯群(Tw-DRGs)等方案。目前 DRG 制度分為一到二階段，未來希望逐步完善 DRG 制度，全面導入 DRG 制度以提升藥品品質和醫療科技再評估(HTR)。HTR 部分希望透過這樣的機制來合理分配醫療資源、提供高診次就醫輔導、積極結合醫事機構提供多元化輔導措施，與社福單位結合、管理重複檢驗檢查、減少重複藥品開立、藥品及特材價格和數量的管理。透過雲端系統來協助醫界在第一線就健保署的資源把關，並透過大數據管理來篩選各項醫療異常，抑制不當的資源耗用，持續推動藥品、特材的價量調查以及其他支付協議，進行支付價格調整，以合理控制醫療費用支出。

陳組長結語提到，根據國發會和內政部的資料顯示，現已經進入高齡社會，到了 2025 年，65 歲以上老年人口將達到 20%，進入超高齡社會，撫養比也會逐年上升，對工作人口的社會保險支出帶來更大的壓力。健保的收支結構成長率大於保費收入的成長率，面對人口結構的持續老化，65 歲以上以及慢性病的醫療費

附錄八 10 周年活動紀實(續)

用快速增長，未來需要大量商業的人才投入，新舊科技也會持續發展，醫療費用也會不斷攀升。

因此在現有費率增加下，預計到 114 年，保險安全準備會不足一個月的支出。為了維持健保的永續，二代健保後已經有一個機制，透過健保會來審議費率，希望藉由這樣的機制來維持財務的平衡。此外，署裡和部裡也在研擬相關的配套措施，包括擴大合作保險費的計費基礎來強化政府的財務責任，以及檢討活人的全力服務有關貧富法的部分。最後費率的上限目前在法律中規定為 6%，未來也會面臨突破的需要，因此必須落實收支聯動的機制，並檢討相關的法律。

專題演講：建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式

政大連賢明教授進行專題演講，旨在建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析。根據連教授的觀點，每任委員都會面臨相同問題，都需面對健保費的調漲問題，只不過是調漲幅度不同。對於健保的安全儲備，不需要留太多，可以拉低一點，讓民眾更容易接受。連教授還提出了一些不同委員的建議，例如每年漲 2%，或每兩年再看是否需要多漲，這樣民眾也會有預期，健保委員的壓力也會比輕。如果每十年調漲一次，漲幅約為 13 到 15%，平均每年漲幅約為 1% 到 1.5%。考慮到菸捐、二代健保、補充保費等其他收入的影響，每年漲幅大約為 1.5%左右。因此必須考慮採取一次性漲幅還是逐年漸進地調整的方式。

連教授最後指出健保的影響是長期的影響，不是只有兩年，事實上在看到整個健康的影響其實都是十年、二十年、甚至三十年，才真正看到它的效果，希望在討論時能夠考慮到長遠的影響，讓台灣在健康上能夠永續持續地增加。最後呼籲各位委員能夠多加探討，找到最現實且可行的方案，實現健保財務的永續健全。

議題二：健保費率審議與經驗交流

由健保會組長洪慧茹組長來報告健保費率審議執行說明，開頭說明收支連動的概念，二代健保的改革重點收支連動，希望通過收支連動的設計，達到健保長期財務平衡的目的。在 9 月份建保會開始協商明年的總額，並在 11 月份時審核明年度的保費收入是否足以支付總額，如保費不足，需計算需要調整多少費率，才能達到明年度總額的支付。目前，根據健保法第 24 條的規定，若費率超過上限 6%仍無法實現平衡，則需要回頭重新協商協商原來的一個協商總額。

由於人口老化、新醫療科技的進步和急重症照護需求的增加等因素，健保結構的成長率一直高於保費收入的成長率，造成了結構失衡的情況，差異大約在 2%

附錄八 10 周年活動紀實(續)

左右。如果不改變政策制度，假設收入和支出面都不變的情況下，未來的給付增長率將會越來越快，而收入則受到少子化和勞動人口逐年減少的限制，因此必須調整費率來彌補缺口。如果不定期調整費率，頻率和幅度都會越來越大，這可能會是未來業務上面臨的一個困難和挑戰。

審議的流程，總額協定 9 月協定之後，會進行財務的推估和費率的試算，10 月份建保會會邀請精算師、保險財務專家和經濟學者召開專家的一個諮詢會議，提明年度的一個保險費率方案，諮詢會議結束後，建保署會依據諮詢委員的意見修正費率的方案，並在 11 月提出保費來審議，健保會審議後，將審議結果報告到衛福部，衛福部報告給行政院核定，費率的合併也在行政院進行，行政院核定後，在年底之前由衛福部公告費率。在審議費率時，委員必須有充分的資訊，包括 102 年第三次委員會議決議通過的一個費率方案，以及影響健保財務的重大措施、平衡費率的計算方式、明年收入和支出的評估推估等。此外健保署還會提供未來四年財務收支的概念，讓委員可以更好地掌握未來四年整個財務的狀況。

洪組長最後提供建議給委員參考，指出專家意見認為健保資源有限，不可能包含所有的項目，分配資源時應該以照顧最大多數的人為考量。對於特殊族群的部分，需要尋求其他方法或由政府負擔支出，以達到財務平衡，在處理收支結構失衡的問題時，需要討論收入與支出兩方面，並根據健保法第 26 條檢討結構範圍，由於新冠疫情對於醫療利用，民眾使用和醫療行為都產生了一些變化，這些變化也需要納入未來的考量範圍。

費率審議經驗交流

由李永振、謝天仁、蔡登順三位歷屆委員來分享費率審議經驗交流，第一位由李永振委員建議需要盡快解決收支平衡問題，否則即使將費率上限調整到 18%，仍然會面臨同樣的問題，呼籲健保會能夠借鑒以往的經驗，並儘快採取行動。

第二位委員謝天仁委員提到，曾有兩次費率調整，但事實上只有一次調降費率，發生在 104 年。在此之前 102 年的調整是為了補充保費，需要評估費率，才將匯率調整到一個合理的數字。真正的費率下降是在 104 年，當時的情況與現在相似，稅收超支，安全準備期已超過五個月，導致健保財務過剩，因此調降費率。謝委員也指出，費率調整有相關的機制和學理依據，是有預估和未來考量的。整個過程需要大家的共同努力，以維持健保財務健全，若不進行修法，只能根據上限費率總額來調整，依據第 22 條來調整健保給付的範圍，或許 2.5 代或第 3 代健保都可以進行這樣的調整，期望各位委員在擔任職務期間，能夠繼續為健保的健全發展盡心盡力。

第三位蔡登順委員提到菸捐的分配問題，認為我國每年因菸害造成的健保醫

附錄八 10 周年活動紀實(續)

療費用至少超過 5000 億元，這對全民健保的財務造成沉重負擔。目前菸捐的分配比例為 50%，比例並不足以解決全民健保的財務問題，應該調整分配比例，提高菸捐挹注在健保安全準備的比例，以增加全民健保的財務公平性和永續性，建議將菸捐分配比例提高，才是合理的做法。

另外蔡委員四點建議，第一點是醫界在預算方面可能有重複，建議醫界提出具有成本效益的實證來協商預算。第二點是提升醫療效益的減少，政府在 107 年推動分級醫療，對預算投入後產生的實際效益也應該要檢討。第三點是現行健保實施的醫療給付總額支持度，主要是以量出為入的考量，希望能藉由安全準備制提儲穩定財務。第四點是對減緩健保總額成長幅度的建議，認為民眾應該可以選擇差別付費的方式，但要確保基本醫療需求能夠得到滿足。最後呼籲要保障民眾的健康權益，確保匯率要滾動檢討，守護民眾健的健康永續共生共利。

第一天的議程最後安排了交流環節，讓與會的委員們針對主題進行討論，在此期間，委員們踴躍發言，發表了許多問題，針對健保委員的提問衛生署石崇良署長做出了回應，回應到藥價調整中第一批未被收回的部分已納入調整範圍，因若藥價差異過大會影響醫療費用點值，因此調整是必要的，儘管有人認為調整幅度過大，但若不進行調整，醫療費用點值將被耗盡。必須盡快處理專利期限到期的藥品，過期專利不要保護太久，將專利期限到期的部分資金注入新藥的研發，至於第一批未被收回的費用，反映在藥價調整中，最後以多元風險分攤的方式將逐漸回收資金，目前的重點是將資金投入新藥的研發。

希望可以提高菸捐收入，修法時亦可徵收空汙費，依日本之先例有徵收營業稅，都是圍繞量能付費的概念，此外碳稅也可以用來當多元的保費來源。關於呆帳部分，雖然回收呆帳的難度有一定，但每年的呆帳率是可以接受的，會繼續努力追回呆帳。最後藥價差異的問題，雖然委員們認為各級醫院的議價能力不同，但實際上各級醫院內的藥價差比例是相同的。地區醫院的藥價差異比醫學中心還高，因為地區醫院採購的 3a、3b 學名藥讓利空間較大，所以藥價差異較大的是在 3a、3b。未來，政府將減少調整藥價品項，從一年調整五、六千項降到一千多項，同時增加第一類藥品的比例，以減少藥價差異，提高藥品負擔的公平性。

議題三：健保總額擬定及中長期計畫

第二天議程開場由台大楊銘欽教授作為議題三的開場主持人，第三個主題是由社保司商東福司長報告健保總額範圍擬定，還有健保總的狀況中長期政策目標相關計劃協調，報告之後有三位學者專家會做回應交流。

三個議題社保司商東福司長提到健保的一個核心價值，根據核心價值，中

附錄八 10 周年活動紀實(續)

長期政策目標計劃的三大框架，第一結合公衛、公共衛生跟要有健保的資源來發展這一個照護的模式，第二精進醫療照護體系，第三就是包括給付支付的一個改革，更有效益更有效率，整個中長期計劃是按照這樣的框架然後規劃原則。

健保總額中長期政策目標及其相關計畫原則，不僅是著眼於眼前健保支付制度改革，更重要的是促進衛生政策與健保的合作，衛福部各司署應對自身所需要推動的政策有更整體性、全面性的規劃，健保以發展很好的制度，應思考將健保當成很好的工具，各司署在規劃政策時，可藉由健保制度去推動，使得政策效率提高，健保更具有價值，進而健保醫療費用更加合理平衡、醫療品質更提升。另外每年總額調整，雖然在推動上「年度」視之，但健康政策應採更長遠規劃，才能保障國民健康。

接著由台大教授鄭守夏教授來做評論，鄭教授提出幾點建議，如果能讓病人感受到不論去哪裡，都像是到同一家醫院的感覺，表示醫師和醫療專業人員之間的溝通就像是房間中的電子元件一樣協調，能夠實現以人為中心的照護，同時也不會影響到民眾就醫。其中一個方式是善用現有的健保雲端藥物，因為已經整合診斷治療復健的資訊，如何將其轉化為醫療院所中的同仁和醫生都能輕鬆使用的工具，以及每次使用時都能夠確保有效性。第二個是支付制度改革，對醫療提供者的行為會有直接影響，全世界都在進行支付制度改革，雖目前已經有總額，但在總額之下仍可考慮取消或部分銷售，例如 DRG 已經全面上線，住院部分可以考慮不再應用，類似這樣的概念。不能認為總額不能改，目前支付方式仍然是換用論量計酬，這在全世界都是被認為不好的做法，因為當醫療資源足夠時，這樣的服務是不應該提高。現在的方式已改成以價值為基礎的支付，包括正在進行的 HTA 計畫。但要完全改變支付制度，就必須在完整的資訊系統中進行投資，這樣才能促進以人為本的健康教育，如果投資不足以做好這些工作，就需要提高投資，投資與資訊系統的連結和應用是必要的，認為這是未來 50 年必須做的事情。

緊接著由陽明交通大學李玉春教授來評論，李教授論點提到健保目前已經做得相當出色，但若要再取得更大的成就，必須作出改變。認為回歸健保的核心價值是必要的，也就是為民眾購買健康而非醫療服務。若某些醫療服務對健康沒有實質貢獻，就應該進行調整，這也是「精準給付」和「價值支付」的動機所在。投資健康也需要建立在資源的基礎上，不能僅考慮投資創新價值而忽略預算限制。因此，像鄭教授提到的「價值支付」，必須同時考量資金的使用效益，才能夠更有效地進行價值支付。

中長程改革計劃有幾個需要委員支持，首先是中遠程的照護、第二是必須透過預算編列來促進金融給付，除了支付制度改革之外，未來建議接訪每年編列預

附錄八 10 周年活動紀實(續)

算，對給付內容進行反轉，去蕪存菁，否則永遠都在提供舊的服務、另外一個是應該讓醫師不僅開立醫療處方，也要開立生活處方，把所有風險因子都加進來，接著對慢性病人的責任加強也是一個重點。

李教授最後點出，希望未來能夠重視預防保健的重要性，可以挽救更多生命、節省很多經費，透過臨床結合，醫師可以開出生活處方來幫助病人，而不只是單純給藥。依過去美國在歐巴馬的改革中，已經要求保險公司必須納入預防保健，其中包含生活處方，這部分預估可以減少很多死亡。若能改變台灣的思維，至少可以挽救 8 到 10 萬人的生命，是非常可觀的數字。因此需要以精準給付、精準支付的方式來改革整個體系，讓大家共同控制。

交流部分有委員提出對於醫療保健的反對並非出於反對，而是擔心違反保險制度，因為預防保健與保險制度之間可能會有抵觸。對此李玉春教授做出回應指出，即使現在不修法，台灣的健康照護體系已經偏離正軌。以糖尿病為例，國外的醫師會先開給患者一個生活的處方來控制血糖，但目前在台灣的做法卻只把用藥當作醫療，這個觀念需要改變。希望健康照護可以提供針對健康的處方，而不僅僅是開藥，生活方式也是健康照護的一部分。另外，對健保法的修法也提出了許多建議，包括 36% 的費率以外的問題，以及費率上限等等。在進行修法時，必須考慮到政治考量和政府的投入，政府已從特別預算撥出 240 億元用於健康照護，並且在今年年底還將有一個 200 億元的撥款，這些都是政府直接從稅收中撥出的，代表政府願意在這個領域多投入，使政府的投入更加系統化、長期持續，這點是優於每年一次的撥款，政府應該從大政府的角度思考，將這些議題納入未來政府的重要議程中。

最後由楊銘欽教授為中長期改革計畫來跟大家分享，人們對於是否應該由公共預算或健保資源提供支持存在不同意見，傳統觀念認為健保只需負責醫療保健，但要讓健保做得更好，往前延伸到早期生活習慣的改變，往後銜接到長照等方面也是相當重要的，如何結合公共預算和健保資源，提升整體健康水平，降低健保疾病負擔，需要仔細思考和規劃。

另外目前的計劃都是片段的計劃，若要走入中長期計劃，需要思考如何把這些因素或想要做的銜接納入現有計劃，提高效率，否則會造成所有的醫療體系都為了這些片段的計劃花費太多行政成本而造成給醫療的時間又相對太少的代價。WHO 提出的健康保險覆蓋範圍的概念指出，健保應該覆蓋整個預防保健的前段和後段，這才是真正的健康保險覆蓋範圍，對於這樣的中長期銜接計劃，只考慮健保的覆蓋範圍是不夠的，強調健保有責任讓這樣的計劃能夠更有效率、更到位地實施，而不是再進入片段計劃，造成太多效率不彰的結果。

議題四：健保資源配置之回顧與檢討

第四場會議由亞洲大學楊志良教授作為議題四健保資源配置之回顧與檢討開場主持人，楊教授點出全民健保是社會體系的一環，它不是單獨可以存在，健保資源有限，醫療資源配置的適當，攸關社會效益和經濟效益的最大化。

專題演講：健保資源配置之趨勢分析及未來建議

由國家衛生研究院陳麗光研究員指出建構資料庫與剖析方法的重要性，可以促進了解健保費用成長之貢獻因素及增進健保醫療保健服務利用情形的合理性評析，且資料庫可幫助看到不同功能之服務支出額（點數）的總體趨勢、支出占率的總體趨勢及較細項趨勢、哪些藥理的藥品是影響健保支出的中藥品項、哪些檢查是影響健保支出重要品項、高度影響健保總支出的疾病狀態群體，另外多層次概念資料庫的好處在於，可以清楚知道在不同層級的醫療院所中，使用了哪些類型的服務，包括急診住院、中醫、西醫，以及在西醫的哪些部門使用了這些服務。同時也可以得知這些服務是為了哪些族群診斷的疾病而使用的，是用於哪些年齡層的人，並且可以了解哪些部分的醫令是屬於民眾需要支付的診查費用，以及哪些是用於特殊治療、藥品或其他方面的費用，透過資料整理方式，更清楚地了解到造成費用成長的主因是在哪些部分。

針對有高度影響之疾病群體，可進一步將群體切割成子樣本群體，以分析其費用成長的貢獻因素與貢獻度變遷。例如針對多重三高疾病病人的不同疾病史階段，可以分析其歷年來各種功能服務的利用趨勢、藥品利用趨勢以及疾病預後趨勢等，並建立歸人世代的資料庫，以分析成本效果和服務利用的合理性。因此需要進一步探討，是否有一些不合理的需求經常被創造出來，未來建議，可以繼續使用這樣的方法，一直觀察資源配置變化的方式，聚焦於重點的癌症以及多種慢性病，並進一步分析其行為變化是否合理。

專題演講：醫療資源不足地區之資源投入及民眾醫療利用

由台北市立大學簡毓寧助理教授就研究醫療資源不足地區的資源投入以及民眾的醫療利用有幾點發現，第一點發現巡迴醫療效果不顯著，透過醫院推動的效果較佳，第二點比較個偏鄉政策，未發現嚴重的政策重疊，第三點重新依據 GIS 分析工具，以醫療生活圈的概念來評估醫療資源分佈狀況。

簡教授建議應從新檢視巡迴醫療政策工具的成效，可能當時疫情前，對遠距醫療的推動並不多，或是整體基礎建設並不完善。隨著近年來在偏鄉技術建設

附錄八 10 周年活動紀實(續)

的陸續完成，包括 5G 傳輸及低延遲高解析度傳輸等，已有在山區及離島地區推動遠距醫療的範例計畫，並推廣科別也擴大到眼科、鼻喉科、皮膚科及急診。這些計畫結合遠距傳輸設備，相信可以展現新機制底下巡迴醫療這項政策工具的效果。巡迴醫療並非不好的工具，而是可能因時空背景無法搭配，未能展現效益，另外建議透過 GIS 系統分析，某些偏鄉周邊的醫療資源確實比較匱乏，也被挹注到較少的部分，此情況可以重新解釋預算分配的狀況，並利用 GIS 系統重新判定醫療資源的分布，以更有效地配置資源，均衡醫療資源，更貼近民眾需求。

與談交流討論中，長庚大學盧瑞芬教授指出一個觀念，事實上不是「給付價格」，是「支付價格」，因為給付是 benefit，指的是保險人提供給被保險人的服務叫做給付，支付是保險能付給醫療提供者的那個叫支付。另外談到了健康投資的重要性，提到眼光要放遠，不只是在解除疾病，且衛福部也一直在強調中長期的改革計劃，然而這些改革需要時間，基礎建設也是很重要的一環，但要注意到在推動數位化時，也要考慮到不能接受數位的人。

健保署蔡淑鈴副署長針對偏鄉民眾醫療建議幾個強化作法，認養偏鄉醫院計劃，讓固定的醫療院所能夠長期在偏鄉提供醫療服務，並提供遠距的專科會診和居家醫療，以應對人力不足和年老民眾的醫療需求、支持偏鄉醫院，維持偏鄉地區醫院的存在，以免整個醫療網絡更加脆弱、改善巡迴醫療，利用長照據點或日照中心作為巡迴點，並委托醫師公會在同一條路線上規劃巡迴醫療，透過遠距和居家醫療來提供照顧的連續性，並讓巡迴醫療點固定化。

議題五：醫療給付費用總額協商程序與經驗交流

第二天議程進入尾聲，由亞洲大學戴桂英委員為議題五揭開序幕，點出主題醫療給付費用總額協商的經驗交流，由已有多年經驗的健保會陳燕鈴組長及對於地區總額有豐富研究的台大郭年真副教授來為報告。

專題報告：總額協商原則與程序

健保會陳燕鈴組長對於總額協商程序需要委員們了解的是，健保未來的協商流程是有一個明確的規劃和程序的。在前半年會進行規劃和預定協商原則和程序，然後在後半年進入總額協商階段。在這個規劃期間，會拿出一些協商原則和程序，並邀請專家學者提供建議。同時也會舉辦平和會議，讓委員了解過去協商金額的使用情況。在今年年初，我們已經與健保署合作，開始規劃總額協商的基本客觀數字，到了 8 月，我們會進入一年一度的總額協商過程，進入總額協商架構，基於總額協商已經有二十多年的累積，已建立了協商制度和架構，這有助於整個協商的穩定性和提升意識。

關於協商總額分為四個部門以及其他預算共五大塊，其中包括醫院、新基層、牙醫門診和中醫門診。在四個部門總額下面，預算分為一般服務預算和專款預算，一般服務預算占所有預算的 93%，而專款預算則占 7%，若沒有使用不會被回收及支出，但如果實施後發現是有效的，希望能夠成為一個穩定的提供醫療服務的項目。在協商總額時，協商因素項目包括支付項目和支付標準、提升醫療品質和促進保險對象的健康、專案計劃、反映醫療服務密集度的改變、服務效率的提升以及政策和法律的改變等。專款項目初期會先放在專款，待效益穩定後再轉到一般服務。此外，在其他預算部分的專款項目也都是專款專用，需要配合政策推動或調解，因應非預期的風險而編列的經費。

專題演講：從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究

台大郭年真副教授指出各國地區預算差異，不同國家在醫療預算分配中所考量的因素。各國在個人層面和整合層面的考慮因素都有差異，例如英國、澳洲、德國、加拿大會考慮性別、種族、教育程度、地等因素，而紐西蘭、挪威、西班牙、瑞典和瑞士則較注重個人層面。台灣在考慮年齡、性別與其他國家相似，但在社經特性、醫療供給成本和未被滿足之醫療需求方面則有所不同，另外提到英國在地區預算分配制度上曾有政治上的困難，發展了漸進式推動的方法，稱之為 pace of change，希望通過漸進的方式，逐步讓實際分配的預算，能夠往理想的一個數字去做靠攏。

發現許多國家都是採用以需要為基礎的預算分配方法，除了考慮不同地區人口組成的差異外，也會納入疾病狀態和社經特性，以及未被滿足的醫療需求。而台灣在地區預算分配方面，過去較少考慮這些因素，只以年齡、性別進行校正，但透過研究發現加入其他因素的預測能力會更好，將地區再進一步細分也可以提高預測能力。若只以政府預算來分配醫療資源，公平是難以完美達到的，因此需要一個積極的機制去改變資源分配不公平的現象。

最後郭副教授提及報告提出了一個短中長期的建議，在短期間部分研究團隊建議持續推進 r 值的戰略，若放置不管會造成資源配置不公平的現象，並建議中醫應參考其他部門的預算撥補機制。此外將健康公平性指標納入常態性監控或地區預算分配的指標中。使用較新年度的資料進行 s 值計算，並在中期部分納入疾病和社經地位參考因子，以及發展本土化具有共同性的社經特性的測量的工具和工具，期許能深入了解台灣的未滿足醫療需求，並在地區預算分配上特別努力。

專家學者及公正人士角度對總額協商的期許

滕西華委員指出忽略了社會決定因素，以及導致結果和結果本身之間的因果關係，這是常見的問題。例如是否應該在偏遠地區投資更多資源，以獲取更多效益？是因為投資了資源才使得偏遠地區變得更好，還是因為偏遠地區已經有了更多的效益，才有人願意投資？

實際上，社會和經濟因素往往相互作用，難以分割開來。當投資者注入資源並協助偏遠地區發展時，這些地區往往能夠實現更好的發展效果，進而吸引更多投資。這種逆向關係表明，應該從整體上考慮問題，而不是只看表面現象。擁有資源不一定意味著能夠發揮作用，在某些情況下，即使有資源，偏遠地區仍然可能無法實現顯著的發展，需要更深入地探究背後的原因，從而發現並解決潛在的問題，思考同時應該從多個角度進行分析，並嘗試找到相互關聯的因素，深入探究問題的本質，以便更好地解決問題。

而吳榮達委員建議醫界代表協商時盡量不要把非協商的因素涵蓋在裡面、提出的數據上能夠比較明確性跟真實性、能夠對於提出數據預算能夠在合理性跟必要性，有個比較清楚的詳細的一個分析，達成共識的機會比較大。建議付費者代表逐項詳細檢查健保會對每個部門的預算進行評估和分析。若能夠更仔細地了解這些分析，達成共識和協商的機會就會更高，以及能夠考慮政策和法律上的變更，這些變更可能會增加醫療部門的成本負擔，需要仔細考慮的問題。

黃偉堯委員提出在進行協商和討論時，應該尋求真正合適的解決方案，而不是僅僅追求勝利，這樣做會產生更多問題和損失。當涉及到政策制定時，特別是中長期計畫的編制時，需要仔細考慮它們是否符合健保的本業，表示支持中長期計畫，但由於以前 C 肝經驗的教訓，需要多加考慮。需要知道計畫是否真的需要健保的財力，以及是否符合健保的本業，還需要公開諮詢和信息公開，以使整個計畫更具透明度和參與性，期許大家一起努力，找到最佳的解決方案。

議程尾聲進到交流環節，黃委員回應委員到 DRG (按疾病分類付費制度) 一直以來都沒有很好的推行，主因是在醫療界中 DRG 的分配很困難，因為醫療系統中涉及到很多不同的部門，不知道該如何進行分配。另外醫生的薪資很低，薪資與績效掛鉤，再加上再分配到各個部門，對於如何進行精確分配來說是非常困難的。因此 DRG 的困境在於如何在醫療界進行有效的分配，同樣的問題也發生在 R 值的推進上，各區域對於金額的分配都有很大的堅持，因此這也是推進遇到的困難點，另一方面醫療費用總是不夠用，這時候只好向政府多爭取預算，希望

附錄八 10周年活動紀實(續)

能夠得到更多支持和努力。

滕委員回應點值是醫界永遠的問題，在商司長的報告中有一個總額實施的目標，而在總額制度下點值成為一個問題，不要再談論點值，不要執著於此。總額制度沒有改革，永遠都會存在點值問題，不會有論價給付，也沒有根據治療結果的給付。因此應該問有多少價值和品質，而不是問有多少點值，若沒有正確的收入，就不會有合理的支出，政策的風險是全民都要承擔的，所以不要再說健保改革是少數人的事情，應該共同努力，期許盡快看到第三代健保的改革。

結尾盧主委表示：「健保會真的有家的感覺，讓這個家有共同核心價值跟最終目標，目的要讓健保永續經營，為全民的健康謀福，所以這是健保委員的責任所在，讓未來的健保更好。未來的路仍然充滿挑戰，但是健保會有信心，有決心，有健保委員們共同的核心價值和目標，相信健保會能夠更加穩健地走向未來」。在兩天的共識營議題中，針對健保的重要性和挑戰進行了深入的探討和交流，透過這樣的機會，健保委員們不僅能夠增進彼此之間的了解和互信，更重要的是能夠共同思考如何讓健保永續經營，為全民的健康謀福。

附錄九 共識營簽到表

衛生福利部全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營

活動簽到表

日期：112 年 4 月 12 日至 4 月 13 日

地點：渴望會館

時間：4/12 上午 11:30 至下午 21:00

4/13 上午 09:30 至下午 16:00

• 全民健康保險會現任委員（以姓名筆劃排序）

職稱	姓名	簽名	備註
	盧瑞芬	盧瑞芬	
	王惠玄	王惠玄	
	田士金	田士金	
	朱益宏	朱益宏	
	吳榮達	吳榮達	
	吳鏘亮	吳鏘亮	
	李永振	李永振	
	周慶明	周慶明	
	周麗芳	周麗芳	
	林文德	林文德	
	林恩豪	林恩豪	
	林淑珍	林淑珍	
	林綉珠	林綉珠	
	花錦忠	花錦忠	

附錄九 共識營簽到表(續)

全民健康保險會現任委員

侯俊良	
翁文能	
翁燕雪 X	
商東福	
張清田	
陳石池	
陳杰 X	
陳彥廷	
陳相國	
陳節如	
陳鴻文	
游宏生 X	
黃金舜	
楊玉琦	
楊芸蘋	
董正宗 X	
詹永兆	
劉守仁	
劉淑瓊	
滕西華	
蔡麗娟	

附錄九 共識營簽到表(續)

全民健康保險會現任委員	鄭力嘉	鄭力嘉	
	鄭素華	鄭素華	
	謝佳宜	X	
	韓幸紋	韓幸紋	

附錄九 共識營簽到表(續)

衛生福利部全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營
活動簽到表

日期：112 年 4 月 12 日至 4 月 13 日

地點：渴望會館

時間：4/12 上午 11:30 至下午 21:00

4/13 上午 09:30 至下午 16:00

• 全民健康保險會卸任委員（以姓名筆劃排序）

職稱	姓名	簽名	備註
	干文男	干文男	
	古博仁	古博仁	
	曲同光	曲同光	
	何語	何語	
	吳國治	吳國治	
	吳鴻來	吳鴻來	
	林錫維	林錫維	
	馬海霞	馬海霞	
	許駢洪	許駢洪	
	黃偉堯	黃偉堯	
	趙銘圓	趙銘圓	
	蔡登順	蔡登順	
	謝武吉	謝武吉	
全民健康保險會卸任委員			

附錄九 共識營簽到表(續)

衛生福利部全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營

活動簽到表

日期：112 年 4 月 12 日至 4 月 13 日

地點：渴望會館

時間：4/12 上午 11:30 至下午 21:00

4/13 上午 09:30 至下午 16:00

• 專家學者（以姓名筆劃排序）

職稱	姓名	簽名	備註
衛生福利部中央健康保險署署長	石崇良	石崇良	
國立成功大學公共衛生研究所特聘教授	李中一	李中一	
國立陽明大學衛生福利研究所教授	李玉春	李玉春	
國立政治大學財政學系教授	連賢明	連賢明	
國立台灣大學健康政策與管理研究所副教授	郭年真	郭年真	
國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員	陳麗光	陳麗光	
亞洲大學榮譽講座教授	楊志良	楊志良	
國立臺灣大學健康政策與管理研究所兼任教授	楊銘欽	楊銘欽	
衛生福利部中央健康保險署副署長	蔡淑鈴	蔡淑鈴	
全民健康保險會第 1~3 屆委員	謝天仁	謝天仁	
臺北市立大學衛生福利學系助理教授	簡毓寧	簡毓寧	
亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員	戴桂英	戴桂英	

附錄九 共識營簽到表(續)

衛生福利部全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營
活動簽到表

日期：112 年 4 月 12 日至 4 月 13 日

地點：渴望會館

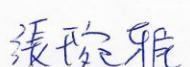
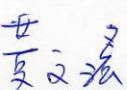
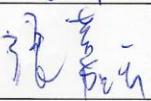
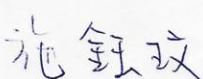
時間：4/12 上午 11:30 至下午 21:00

4/13 上午 09:30 至下午 16:00

• 衛福部官員 & 工作人員

單位	職稱	姓名	簽名	備註
健保署	財務組組長	陳美杏	陳美杏	
健保署	企劃組組長	游慧真	游慧真	
健保會	技監兼執行秘書	周淑婉	周淑婉	
健保會	簡任視察兼組長	洪慧茹	洪慧茹	
健保會	技正兼組長	邱臻麗	邱臻麗	
健保會	科長兼組長	陳燕鈴	陳燕鈴	
健保會	視察	范裕春	范裕春	
健保會	視察	曾幼筑	曾幼筑	

附錄九 共識營簽到表(續)

健保會	專員	彭美熒	
健保會	薦任科員	李德馥	
健保會	薦任科員	許至昌	
健保會	薦任科員	張琬雅	
健保會	辦事員	黃文瑤	
健保會	行政助理	徐孟頻	
健保會	約聘研究員	陳思緝	
健保會	薦任技士	張嘉云	
健保會	駐點人員	施鈺玟	

附錄九 共識營簽到表(續)

衛生福利部全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營
活動簽到表

日期：112 年 4 月 12 日至 4 月 13 日

地點：渴望會館

時間：4/12 上午 11:30 至下午 21:00

4/13 上午 09:30 至下午 16:00

• 國立臺北護理健康大學工作人員

職稱	姓名	簽名	備註
國立臺北護理健康 大學休閒產業與健 康促進系副教授	張博雅	張博雅	
專任助理	陳臻儀	陳臻儀	
兼任助理	呂芊逸	呂芊逸	
兼任助理	王筱晴	王筱晴	
兼任助理	王珮琪	王珮琪	
兼任助理	黃睿妤	黃睿妤	

**衛生福利部委託勞務計畫
112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」
會議紀錄**

時間：111 年 12 月 26 日（星期一）下午 2 時 30 分

地點：衛生福利部全民健保會辦公室 4 樓會議室

主席：周執行秘書淑婉

紀錄：張博雅

出席單位及人員

第一組：洪慧茹組長、范視察裕春、李德馥科員、許至昌科員

國立臺北護理健康大學 張博雅副教授

一、 討論事項：

- (一) 執行秘書說明 112 整年度共識營、公民參與座談會、成果評核會及公開發表會議、111 年報、10 週年專刊工作內容、分工及時程規畫。
- (二) 討論共識營辦理地點飯店、交通、費用。
- (三) 預訂 2023 年 1 月 4 日共識營辦理地點飯店場勘。

二、 會議內容摘錄：

本次會議由執行秘書說明 112 整年度的工作內容時提到了包括共識營、公民參與座談會、成果評核會、以及公開發表會議等活動，並介紹了 111 年報和 10 週年專刊的製作工作內容、分工情況，以及相關的時程規畫。此外，也進行了關於共識營的討論，包括辦理地點、飯店選擇、交通安排以及相關費用，並預訂於 2023 年 1 月 4 日進行共識營辦理地點飯店場勘。

三、 散會：112 年 12 月 26 日（星期一）下午 16 時 00 分。

衛生福利部委託勞務計畫

112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」 會議紀錄

時間：112 年 1 月 12 日(星期一) 上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部全民健保會辦公室 4 樓會議室

主席：周執行秘書淑婉

紀錄：呂芊逸

出席單位及人員：

第一組：洪慧茹組長、范視察裕春、李德馥科員、許至昌科員

第二組：邱臻麗組長、張琬雅科員

國立臺北護理健康大學 張博雅副教授、呂芊逸兼任助理

一、 討論事項：

- (一) 討論 112 整年度共識營、公民參與座談會、成果評核會及公開發表會議、111 年報、10 週年專刊工作內容、分工及時程規畫。
- (二) 確認共識營住宿、餐食、交通、費用。
- (三) 室外場地的兩天備案。
- (四) 調整共識營活動流程。
- (五) 前置作業甘特圖。
- (六) 討論即將邀請之與會人員。
- (七) 邀請函、調查表內容。

二、 會議內容摘錄：

本次會議在討論 112 年度的工作計畫中，主要內容包括共識營、公民參與座談會、成果評核會、以及公開發表會議等活動，同時也提及 111 年報和 10 週年專刊的製作工作、工作分工、

附錄十 工作小組會議記錄(續)

具體的工作內容，以及相關的時程規畫。除此之外，也進一步確認了共識營的具體安排，包括住宿、餐食、交通和相關費用的事宜。在考慮室外場地可能遇到雨天的情況下，制定了雨天備案。為了使共識營活動更加順利，還進行了活動流程的調整，同時製作了前置作業甘特圖以確保各項工作有序進行。另外，也討論了即將邀請的與會人員名單，並確認了邀請函和調查表的具體內容。

三、散會：112年1月12日(星期一)中午12時00分。

衛生福利部委託勞務計畫

112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」

會議紀錄

時間：112 年 2 月 4 日(星期六) 上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部 203 會議室

主席：周淑婉執行秘書

紀錄：呂芊逸

出席單位及人員

健保會：洪慧茹組長、范視察裕春、李德馥科員、許至昌科員、邱臻麗組長、
張琬雅科員、黃文瑤辦事員

國立臺北護理健康大學：張博雅副教授、陳臻儀專任助理、呂芊逸兼任助理、
王筱晴兼任助理、黃睿妤兼任助理

一、 討論事項：

- (一) 討論 112 整年度共識營。
- (二) 學校方場勘內容報告及 Google 表單調查表內容確認。
- (三) 調整邀請電子郵件、調查表單、會議場所，並發信詢問現任、卸任委員是否參加活動。
- (四) 專家、與談人由健保會邀請，其他出席委員的出勤和用餐部份由學校做調查並確認活動便當餐食、點心項目。
- (五) 合影拍照時需有高低差，晴天在戶外草地上拍照，雨天在大廳內拍照。
- (六) 調整共識營活動議程。
- (七) 218 會議室前方位置需重新安排，舞台前 1 排要安排座位給引言人。
- (八) 委員出席名單確認後，再邀請訪談人員並確認其出席意願。
- (九) 討論公民座談會事宜。

附錄十 工作小組會議記錄(續)

- (十) 預計 6~8 月舉辦北中南東共 4 場公民座談會。
- (十一) 評核會工作內容分工及時程規畫。
- (十二) 7/17、18 於衛福部舉辦成果評核會及公開發表會。
- (十三) 報告 111 年報和 10 週年專刊工作內容分工及時程規畫。
- (十四) 年報專刊預算與廠商在議價、取消單機版(光碟)，請廠商一起運送年報專刊。

二、會議內容摘錄：

本次會議集中討論多項事項，首先針對共識營進行詳細規劃，包括 112 整年度的活動內容、學校方場地的勘查報告以及相應的 Google 表單調查表內容確認。同時，針對邀請函、調查表、會議場所進行調整，並透過郵件向現任及卸任委員詢問其參與活動的意願。專家和與談人的邀請由健保會負責，而學校則進行出席委員的出勤和用餐部分的調查，確保共識營的順利進行，包括飲食安排和活動議程的調整。此外，在拍攝合影照片時，考慮到高低差，晴天在戶外草地進行，雨天則改至大廳內。對於共識營的會場安排，特別在 218 會議室前方位置進行重新安排，為引言人留出特定座位。在確認委員出席名單後，再邀請相應訪談人員，確認其參與意願。其次，對公民參與座談會進行討論，計劃於 6 月至 8 月期間在北、中、南、東四地舉辦共四場座談會。第三項議題為成果評核會及公開發表會議，包括工作內容的分工以及 7 月 17 日至 18 日在衛福部舉辦的會議時程。最後，針對 111 年報和 10 週年專刊進行報告，包括工作內容的分工和時程規畫。同時，對年報專刊的預算進行討論，並就廠商議價、取消單機版(光碟)進行安排，要求廠商將年報專刊一併運送。

三、散會：112 年 2 月 4 日(星期六)下午 12 時 30 分。

衛生福利部委託勞務計畫
112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」
會議紀錄

時間：112 年 2 月 17 日(星期五) 上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部 302 會議室

主席：周淑婉執行秘書

紀錄：陳臻儀

出席單位及人員

健保會：洪慧茹組長、范視察裕春、李德馥科員、許至昌科員、邱臻麗組長、
張琬雅科員、黃文瑤辦事員、陳淑美約聘研究員

國立臺北護理健康大學：張博雅副教授、陳臻儀專任助理、呂芊逸兼任助理、

一、 討論事項：

(一) 討論 112 整年度共識營議程。

(二) 確認活動餐食、點心項目、合影位置、海報、紅布條、名牌、禮品等細項。

(三) 10 週年影片腳本進度報告。

(四) 共識營邀請名單確認。

(五) 初步分工規畫時程。

(六) 商討影片錄製及後續剪輯。

(七) 當天活動與會人員的離場交通問題。

(八) 討論年報專刊廠商。

二、 會議內容摘錄：

本次會議首先進行了 112 整年度的共識營議程，確定活動細節，包括活動餐食、點心項目、合影位置、海報、紅布條、名牌、禮品等方面的細項。特別強調了海報選擇第 1 版，底色改成淡

附錄十 工作小組會議記錄(續)

黃色，紅布條選擇第 3 版，名牌選擇第 3、4 版。此外，茶會拍照時將蛋糕放在舞台下，由舞台上往下拍，同時手持紅布條。另外，我們也進行了 10 週年影片腳本進度報告，其中提到影片需要有旁白人聲串場，精彩回顧部份調整至歷屆主委後面，中藥園的影片段落刪除，並選擇較為清晰的建築照片。在影片中，主委祝福時間可以延長 1~2 分鐘，但後製剪接需要控制秒數，如果委員已經到現場就不需要將時間算進去。同時，我們也確認了共識營的邀請名單，並初步分工規劃了時程，商討了影片錄製及後續剪輯。年報專刊的相關事宜其中廠商的選擇，強調了 102 年 107 年及 109 年 110 年年報由加斌有限公司負責編排、設計及印刷，且該公司配合度高、印製成品優良。為了保持美編排版整體設計的延續性，建議 111 年版年報與 10 週年成果與未來展望專刊可以找同一家公司製作。

三、 散會：112 年 2 月 17 日(星期五) 中午 12 時 00 分。

衛生福利部委託勞務計畫
112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」
會議紀錄

時間：112 年 3 月 3 日(星期五)下午 14 時 00 分

地點：衛生福利部 204 會議室

主席：周淑婉執行秘書

紀錄：陳臻儀

出席單位及人員

健保會：洪慧茹組長、范視察裕春、李德馥科員、許至昌科員、邱臻麗組長、

張琬雅科員、黃文瑤辦事員、陳燕鈴組長

國立臺北護理健康大學：張博雅副教授、陳臻儀專任助理、呂芊逸兼任助理、

王筱晴兼任助理、王珮琪兼任助理

一、 討論事項：

(一) 討論 112 整年度共識營事宜。

(二) 共識營交通報帳規範、講師群接送事宜說明。

(三) 確認共識營會議手冊和海報顏色、蛋糕蠟燭數量等細項。

(四) 調整共識營 10 週年影片片頭、音樂、剪輯事項。

(五) 共識營會議手冊和備品、道具製作進度報告。

(六) 共識營住宿報銷、停車、圍爐夜談場地時間和點心確認。

(七) 公民座談會大綱方向討論。

二、 會議內容摘錄：

本次會議討論了 112 整年度的共識營事宜中，確認交通報帳的相關規範，學校將提供領款收據，

附錄十 工作小組會議記錄(續)

計程車的費用，自行開車則以出發地火車站至新竹六家火車站車票費用計算。講師群的接送由學校負責，包括講師群抵達時間和委員的落單情況。另，確認了會議手冊和海報的設計，選擇第2版會議手冊，底色修改成淡藍色，蛋糕上插10根小蠟燭，並用金色紙版剪出10的字樣以慶祝10週年。同時，進行了10週年影片的調整，包括片頭、音樂、剪輯等方面的修改，其中第六屆委員影片則不再放映。此外，進行會議手冊和備品、道具的製作進度報告。住宿報銷、停車、圍爐夜談場地和點心確認也是本次討論的內容。關於住宿費用的核銷，由博雅老師與廠商進行溝通，同時確認了停車方式和是否有其他代幣可以停放車輛。在公民參與座談會方面，討論大綱方向以及規劃座談會的時程，著手籌備這項活動。整體而言，這次的討論內容涵蓋了共識營和公民參與座談會的多個方面，以確保活動的順利進行和參與者的滿意度。

三、散會：112年3月3日(星期五)下午16時15分。

衛生福利部委託勞務計畫
112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」
會議紀錄

時間：112 年 3 月 20 日(星期三) 上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部 204 會議室

主席：周淑婉執行秘書

紀錄：陳臻儀

出席單位及人員

健保會：范裕春視察、李德馥科員、許至昌科員、邱臻麗組長、

陳淑美約聘研究員

國立臺北護理健康大學：張博雅副教授、陳臻儀專任助理、呂芊逸兼任助理、

王筱晴兼任助理、王珮琪兼任助理

一、 討論事項：

- (一) 共識營工作進度報告與討論。
- (二) 報告講師群接送事宜。
- (三) 會議手冊印製數量、頁數、封面確認。
- (四) 渴望 218 會議室坐位、活動結束遊覽車發車時間調整。
- (五) 與健保會商借錄影器材。
- (六) 確認住宿房間數量。
- (七) 調整切蛋糕歌曲、影片背景音樂和結尾等事項。
- (八) 桌牌、蛋糕裝飾、紅布條等道具展示。
- (九) 說明專刊架構規劃細則，討論專刊封面。
- (十) 初步構想規畫，討論座談會可閱讀資料內容。

二、 會議內容摘錄：

本次會議進行了共識營的工作進度報告和討論，確認了活動餐點和遊覽車發車時間，同時進行了議程的時間調整。報告了講師群的接送事宜，以確保順利執行。會議手冊的印製數量、頁數和封面也在討論中，預估印製 89 本，以最終健保會提供的檔案為主。對於渴望 218 會議室的座位、活動結束後遊覽車發車時間，我們進行了調整，確保在 16:00 準時發車。與健保會商借錄影器材，包括攝影機和腳架，並在活動後歸還。住宿方面，確認了預計保留 60 間房間。在活動的音樂和影片方面進行了多項調整，包括切蛋糕時的歌曲選擇、桌牌、蛋糕裝飾、紅布條等道具展示，以及精采回顧的影片背景音樂的再調整。此外，委員祝福片段需要標註姓名和屆數，結尾要停留數秒，並使畫面滿版一些。在年報專刊方面，進行了專刊的架構規劃細則，並報告了目前的進度，展示了預計呈現的封面和內頁風格。在公民參與座談會的部分，初步構想了規畫，討論了座談會可閱讀資料的內容，擬定了數名主持人、與談人、報告人，並計畫在之後的會議中進一步討論。同時，我們將從相關主題中尋找並整理正反方意見，提供與會人做為閱讀資料的參考，同時制定了時間表和議程內容。

三、 散會：112 年 3 月 20 (星期三) 下午 12 時 10 分。

衛生福利部委託勞務計畫
112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」
會議紀錄

時間：112 年 3 月 29 日(星期三) 上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部 206 會議室

主席：周淑婉執行秘書

紀錄：陳臻儀

出席單位及人員

健保會：洪慧茹組長、范裕春視察、曾幼筑視察、李德馥科員、許至昌科員、

邱臻麗組長、張琬雅科員、黃文瑤辦事員、徐孟頻行政助理、

陳燕鈴組長、張嘉云薦任技士、陳思琪約聘研究員

國立臺北護理健康大學：張博雅副教授、陳臻儀專任助理、呂芊逸兼任助理、

王筱晴兼任助理、王珮琪兼任助理

一、 討論事項：

(一) 共識營工作進度報告與討論。

(二) 確認共識營用餐細項、議程安排、茶會和切蛋糕流程、行前通知時間。

(三) 與廠商協調會議手冊封面顏色。

(四) 調整合影時間、會議手冊和議程內容。

(五) 影片內容和背景音樂調整。

(六) 報告同仁分工事項、會議手冊寄送時間、會議室和餐廳使用規劃。

(七) 桌牌、告示牌、蛋糕裝飾等道具展示。

二、 會議內容摘錄：

本次會議主要進行共識營的工作進度報告和討論，確認活動餐點和遊覽車發車時間，同時進行

附錄十 工作小組會議記錄(續)

議程的時間調整及細化共識營的用餐細節、議程安排、茶會和切蛋糕的流程。特別強調了茶會蛋糕上的蠟燭應該用手搗而非直接吹熄。行前通知方面，4/6 的通知書會由健保會同仁統一發送郵件。與廠商的協調工作包括確認會議手冊封面顏色，要求調整會議手冊邊界處的顏色，同時因議程時間的變動，要求手冊也一併修改。合影時間進行了調整，改在第一天中午用餐結束後的 2 點左右進行。影片內容和背景音樂也進行了調整，包括委員屆數的顯示、背景音量的調整、結尾背景顏色和花邊的修改。報告同仁的分工事項包括會議手冊的寄送時間，會議室和餐廳的使用規劃。會議手冊確認共有 86 本，其中 4/11 前會寄到渴望會館，期中 7 本則會寄到健保會。報告渴望會館的會議地點、餐廳以及休息室的具體位置，在道具展示方面，討論了桌牌、告示牌、蛋糕裝飾等的安排。

三、 散會：112 年 3 月 29 (星期三) 上午 11 時 20 分。

衛生福利部委託勞務計畫

112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」

會議紀錄

時間：112 年 5 月 11 日(星期四) 上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部 204 會議室

主席：周淑婉執行秘書

紀錄：陳臻儀

出席單位及人員

健保會：洪慧茹組長、范裕春視察、李德馥科員、許至昌科員、邱臻麗組長、
張琬雅科員、黃文瑤辦事員、陳燕鈴組長

國立臺北護理健康大學：張博雅副教授、陳臻儀專任助理、王珮琪兼任助理、
黃睿妤兼任助理

一、 討論事項：

(一) 共識營工作檢討。

(二) 議程內容、舉辦模式、專家學者名單、作業時程規劃調整與討論。

(三) 公民座談會北中南東地點商討。

(四) 參與人數和人員坐位排法討論。

(五) 專刊進度報告。

(六) 112 年各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議工作內容分配。

二、 會議內容摘錄：

本次會議在共識營方面，進行了工作檢討，建議學校團隊指派專責庶務同仁，以確保活動順利進行，並在有狀況發生時與會場人員聯繫處理。公民參與座談會決定改為公民咖啡館模式，討論了議程內容、舉辦模式、專家學者名單、作業時程的調整。學校將聯繫邀請專家學者，由健

附錄十 工作小組會議記錄(續)

保會提供名單。另外，地點商討結果確定北科大先鋒大樓、台中福華大飯店、高雄蓮潭國際會館、花蓮勞工育樂中心分別在北中南東舉辦。對於公民座談會的參與人數和人員坐位排法進行了討論，預估 50 人與會，分組桌型分為 4 組，每桌約 8 人，由與談人擔任桌長。在專刊的進度報告中，學校團隊已提供了 10 週年活動紀實文稿，按照預定時間進行提供。最後，在 111 年度執行成果公開發表會議及評核會議方面，進行了 112 年各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議工作內容的分配。

三、 散會：112 年 5 月 11 (星期四) 下午 12 時 00 分。

衛生福利部委託勞務計畫

112 年度「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」

會議紀錄

時間：112 年 5 月 26 (星期五) 上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部 202 會議室

主席：周執行秘書淑婉

紀錄：陳臻儀

出席單位及人員

第一組：洪慧茹組長、范裕春視察、李德馥科員、許至昌科員

第二組：邱臻麗組長、張琬雅科員、馬文娟約聘研究員、黃文瑤辦事員、

徐孟頻行政助理

第三組：陳燕鈴組長

國立臺北護理健康大學：張博雅副教授、陳臻儀專任助理、呂芊逸兼任助理、

謝蘊儀兼任助理、王珮琪兼任助理

一、 討論事項：

(一) 公民座談會北部場工作進度報告與討論。

(二) 公民座談會中南東部地點討論與定案，結果依序為台中集思會議中心、大臺南會展中心、花蓮縣勞工育樂中心。

(三) 公民座談會可閱讀資料與議題、專刊之歷年重要成果文稿內容調整。

(四) 報告公民座談會引言人、與談人目前邀請狀況

(五) 111 年度執行成果暨評核會議海報、投影片版本選擇與調整。

(六) 執行成果暨評核會議手冊印製討論。

(七) 公民座談會、執行成果暨評核會發函邀請與會人員後，團隊需持續追蹤進度與掌握出席狀況。

二、 會議內容摘錄：

本次會議報告公民座談會的進度，包含北部場工作進度，並確認中南東部地點為台中集思會議中心、大臺南會展中心、花蓮縣勞工育樂中心。討論並調整公民座談會相關資料、議題以及報告引言人、與談人目前邀請狀況。呈現專刊之歷年重要成果文稿內容並調整。選擇和調整111 年度執行成果評核會議的海報和投影片版本及並討論會議手冊印製。最後主席決議團隊需持續追蹤進度與掌握公民座談會、執行成果暨評核會出席狀況。

三、 散會：112 年 5 月 26 (星期五) 上午 11 時 10 分。

附件一

衛生福利部全民健康保險會112年度「全民健康保險會年報111年版及全民健康保險會10週年成果與未來展望專刊設計印製及電子書」

1、印刷的規格、內容說明：

一、印刷的規格及數量：

(一)印刷品名稱：「全民健康保險會年報111年版」及「全民健康保險會10週年成果與未來展望專刊」。

(二)製作數量：

■書籍：年報130本、專刊100本。

■電子書：網頁版2式。

(三)刊物印製：含版面調整加頁數(加減八頁內)、打樣製版、印刷裝訂、封面加工、摺書口、書背製作、衛生福利部部徽掃描、條碼製作等。

1.完成尺寸：長 29.7公分×寬 21公分(菊8開)。

【為整體設計需要，本校得保留於預算內略為調整成品尺寸】

2.頁數：

(1)封面(底)：年報 4 頁、專刊 4 頁。

(2)蝴蝶頁：年報前後各 1 頁、專刊前後各 1 頁。

(3)內頁：年報彩色 200 頁、專刊彩色 72 頁。

【年報內頁於正負 8 頁內，專刊內頁於正負 8 頁內，不另增減
契約價金。】

3.打字方式：■電腦排版。

(採購標的之內容由機關提供檢附磁片，廠商不需再打字，
只需排版)

4.晒(製)版：■PS版(平凹版)。

5.印刷：彩色頁：年報 200 頁、專刊 72 頁(正面：4 色/反面：4 色)。

6.紙張：

(1)封面(底)：250g/m²進口封面美術紙(或同等品)。

(2)蝴蝶頁：110g/m²以上進口描圖紙(或同等品)。

(3)內頁：100g/m²以上雪銅紙(或同等品)。

【為整體設計需要，本校得保留於預算內改用他種紙張權利】

7.裝訂：

■穿線膠裝(摺書口)。

8.封面(底)加工處理：■封面 ■封底

■上霧光(如上霧光PP、局部亮面立體上光)。

【為整體設計需要，本校得保留於預算內改用他種封面加工方式】

9.稿件資料：

■ 原稿及磁片 ■ 樣本

10. 其他：

(四) 電子書之功能需求：

1. 以本書籍之封面作為主頁圖案，其餘目錄、內文、圖表均須以本書籍製作之結果與格式當成主要內容架構。
2. 應具備全文檢索、到特定頁、書籤(備註)、篇目、頁面縮圖、全螢幕、列印、分享連結及儲存等功能，並應有「上一頁」、「下一頁」、「回首頁」、「放大」、「縮小」、「開始播放」等選項。
- 【為整體設計需要，本校得保留於預算內調整功能選項之權利】
3. 每一頁之「圖形選項」當游標移近時，須顯示此「圖形選項」之中文名稱。
4. 可於電腦、智慧型手機、平板電腦等各式平臺呈現，無需下載或安裝其他閱讀程式。
5. 電子書程式需提供原始碼掃描檢測及弱點掃描報告，且不得有中、高風險弱點；如廠商無相關掃描軟體，得請衛生福利部資訊處代為執行，惟若有中、高風險弱點，仍須配合修正程式。

(五) 廠商應於本案完成後，將相關檔案送交本校併列入驗收，本電子書之版權歸屬權屬於衛生福利部；另廠商應將其它和本案有關之一切資料刪除，不得私自移作他用。

(六) 為配合電子網路之運用，出刊後得標廠商應提供電腦檔案，一份為與印製內容相同且可編輯的WORD檔案，另一份為PDF檔；PDF檔部分，需含瀏覽用及印製用（文化部規定之可攜式文件檔案轉製設定規格），轉檔後之頁面須與書本上相同，另封面部分及內頁圖表需可直接輸出及供本校修改使用，並於驗收交貨時交付本校。轉檔所需費用，本校不另支付。

(七) 採購標的之內容「全民健康保險會年報111年版文稿電子檔」由衛生福利部提供，「全民健康保險會10週年成果與未來展望專刊文稿電子檔」由本校提供，得標廠商須全盤了解全書結構，完成編輯、美工設計（含封面、封底、單元頁視覺美術設計、內頁及圖表美術設計及繪製、文字編排、影像處理、圖文整合、修圖等美編設計）、排版校對、打樣製版、印刷裝訂及電子書製作（含整體規劃）等，封面設計須符合衛生福利部專業形象並具識別性。

(八) 美工設計及樣稿內容皆需至衛生福利部審查認可為止，衛生福利部不另支付費用。必要時衛生福利部得要求得標廠商參與會議、檢討編輯等相關事宜。

(九) 各式印刷品應於封面加印書背，未印書背者一律視為驗收不合格，本校得要求廠商退貨重作或採減價收受。惟經衛生

福利部同意不加印者，不在此限。

(十)得標廠商應於112年6月30日前繳交「全民健康保險會年報111年版」印製完成之電子書並於112年10月31日前寄送印製成品。

「全民健康保險會10週年成果與未來展望專刊」電子書及印製成品需於112年10月31日前繳交。

(十一)驗收時廠商需提供紙質證明。

(十二)本案印製成品之運(寄)送：

1.印製成品運(寄)送地點：台北市南港區忠孝東路6段488號4樓。

2.印製成品之運(寄)送：

■其他：得標廠商應於履約期限前送達衛生福利部，其運(寄)送郵資費用已包含於契約價金中，惟若內容或數量與契約規定不符，退還及重新寄送之郵資費用本校不予支付。

附錄十二 公民咖啡館活動地點介紹

北區：國立臺北科技大學先鋒國際研發大樓-604 教室

(106 台北市大安區忠孝東路三段 46 號)

辦理時程：112 年 6 月 30 日，下午 13:30-下午 17:00

一、先鋒國際大樓介紹

(一)交通便利，鄰近捷運忠孝新站。

(二)是一棟地下 4 層、地上 14 層的建築物，總樓地板面積約 17,860 平方公尺，具有現代化的設計和設備，提供多元化的空間和功能。

(三)使用分區為住三、商三特，地下 4 層到 2 層規劃作停車場，地下 1 層及 1 樓到 14 樓供學校使用，可提供臺北科大師生、教職員及周邊居民或至鄰近商圈消費民眾之停車服務。

(四)成立目的是作為國際合作基地，促進國際交流、合作、創新，並支援教育創新、產學合作、國際化等教育部三大深耕計畫。

二、先鋒國際大樓內部設施

(一) 1-2 樓是國際合作基地，提供國際交流、合作、創新的空間。

(二) 3-6 樓是教學空間，提供教室、實驗室、研討室等。

(三) 7 樓是精密分析及材料中心，提供先進的儀器設備和技術服務。

(四) 8-10 樓是前瞻技術研究總部，提供跨領域的研究平台和資源。

(五) 11 樓是教育部三大深耕計畫中心，提供教育創新、產學合作、國際化的支援。

(六) 12-14 樓是義隆電子北科大研發中心、智財所、五專辦公室等，提供智慧財產權的教育、研究、服務。

三、交通資訊

(一)搭乘捷運：藍線【板南土城線】忠孝新生站或橘線【中和新蘆線】忠孝新生站，4 號出口台北科技大學。

(二)各線公車：台北科技大學站--212、212 直達車、232、262、299 及 605。

(三)忠孝新生路口站--72、109、115、214、222、226、280、290、505、642、665、668、672 及松江新生幹線。

(四)搭火車：由台北火車站直接轉捷運【板南線】至忠孝新生站，4 號出口台北科技大學。

(五)搭高鐵：由高鐵台北站直接轉捷運【板南線】至忠孝新生站，4 號出口台北科技大學。

附錄十二 公民咖啡館活動地點介紹(續)

(六)自行開車：【國道一號】於建國北路/松江路交流道下(靠左走建國北路高架橋)。

(七)於忠孝東路出口下(循右線右轉忠孝東路)續行約 100 公尺即可抵達。

(八)【國道三號】於新店交流道接木柵交流道下辛亥路轉建國南路直走至忠孝東路口即可抵達。

四、停車資訊

北科先鋒停車場

(一)地址：臺北市大安區忠孝東路 3 段 46 號地下 1 至 4 層

(二)建物附設立體式小型車 78 格(含身心障礙停車位 2 格)

(三)計時:50 元/時，全程以半小時計費

(四)營業時間：00:00~23:59:59

五、先鋒國際研發大樓位置圖



附錄十二 公民咖啡館活動地點介紹(續)

中區：集思台中新烏日會議中心-瓦特廳 301 會議室

(台中市烏日區高鐵東一路 26 號)

辦理時程：112 年 7 月 21 日，下午 13:10-下午 16:40

一、集思台中新烏日會議中心介紹

(一)交通便利，位於台鐵、高體、捷運三鐵共構的車站建築內，與台鐵新烏日站售票大廳相鄰。

(二)集思新烏日會議中心使用車站建築中的三樓及四樓，總樓地板面積約 17,860 平方公尺，面積雖小，卻是南來北往的與會者最便捷的場地，具現代化的設計和設備，提供多元化的空間和功能。

(三)兩層建築分別容納了兩間會議廳使用，並提供兩座停車場供與會者使用，分別為台鐵新烏日車站【室內停車場】及車站建築對面的【日出停車場】。

(四)本次公民咖啡館活動選擇之場地與北區、南區選用之活動場地，皆為集思會議中心旗下其一會展中心。集思會議中心成立目的是為提供合適的空間營運企劃，與提供完善的供應商網絡，依需求提供高度靈活性的會展空間，於北、中、南各地有七座場館可供使用。

二、集思台中新烏日會議中心設施

四座會議廳分布於 3-4 樓，適合人數從最少 51 人至最多 270 人，可依需求選用合適空間，另於四樓設有 VIP 休息室。

三、交通資訊

(一)搭乘捷運：捷運高鐵台中站 3 號出口直行約 50 公尺。

(二)各線公車：

(1)新烏日站-3、39、56、74、74 繞、93、101、102、133、248、281 副、17、A1。

(2)高鐵台中站（台中市區公車）-- 26、33、37、70、70A、70B、82、99、99 延、151、151A、151 區、153、153 區、153 延、155、155 副、156、158、159、160、160 副、161、161 副、綠 1。

(3)高鐵台中站（旅遊景點接駁線）-- 1657、6188A、6268B、6333B、6670、6670A、6670B、6670C、6670D、6670E、6670F、6670G、6737、6737A、6738、

附錄十二 公民咖啡館活動地點介紹(續)

6738A、6738B、6882、6882A、6883、6883A、6933、6933A、6936、6936A。

(三)搭火車：由台鐵新烏日站出口處往前直行約 50 公尺。

(四)搭高鐵：由高鐵台中站大廳步行至台鐵新烏日站大廳購票處旁。

(五)自行開車：

【台 74 線（中彰快速道路）】於 1-成功號出口下交流道，右轉環河橋，於高鐵東路右轉直駛至高鐵東一路左轉。

四、停車資訊

台鐵新烏日車站【室內停車場】：電梯直達會議中心

(1) 地址：台中市烏日區高鐵東一路 26 號 室內停車場。

(2) 連絡電話：04-2338-9561。

(3) 建物附設立體式小型車 274 格(含身心障礙停車位 6 格)。

(4) 計時：汽車 20 元/時，每日上限最高 100 元；機車 20 元/次(平日)。

(5) 收費設備：全自動繳費機/悠遊卡/一卡通。

(6) 營業時間：00:00:00~23:59:59。

日出停車場

(1) 地址：台中市烏日區高鐵東一路 111 號。

(2) 連絡電話：0970 610 000 / 04-2338-9561。

(3) 立體式小型車 268 格(含身心障礙停車位 6 格)。

(4) 計時：汽車 20 元/時，每日上限最高 100 元；機車 25 元/日(平日)。

(5) 收費設備：自動繳費機現金繳費(5 元、10 元、50 元、百元鈔)。

(6) 入口：

汽車一號口：高鐵東一路上二個(台鐵新烏日站前)。

汽車二號口：中山路三段上二個(台中國際展覽館前)。

機車入口：高鐵東一路上(台鐵新烏日站前)。

(7) 營業時間：00:00:00~23:59:59。

附錄十二 公民咖啡館活動地點介紹(續)

五、集思台中新烏日會議中心地理位置圖



六、集思台中新烏日會議中心位置指引圖



附錄十二 公民咖啡館活動地點介紹(續)

南區：大臺南會展中心 1 樓-努山塔里亞 A 廳

(臺南市歸仁區歸仁十二路 3 號)

辦理時程：112 年 8 月 11 日，下午 13:10-下午 16:40

一、大臺南會展中心介紹

(一)交通便利，位於歸仁大道旁，歸仁十二路及武嘗路口處，鄰近台南高鐵站、台鐵沙崙站與三井 Outlet 商場，出站步行五分鐘即可抵達，不論辦展、參展、舉辦會議或商務旅行，皆能全面滿足多樣需求。

(二)於 2022 年開幕，是一棟地下一層、地上四層的建築物，基地面積 5.2 公頃，建築面積 21,533.38 平方公尺，總樓地板面積約 43,168 平方公尺。建物分為展覽棟、會議棟與停車棟三棟，具有現代化的設計和設備，提供多元化的空間和功能。一樓攤位區面積為 10,692 平方公尺，可容納 600 個標準攤位。

(三)使用分區為產業專用區，停車棟之地下一層及地上三到四層設有室內汽車停車格 550 格，電動車專用快速充電樁設置於地上三層，戶外東側廣場也可提供擴充汽車停車格 250 格，並於戶外另設 464 格機車停車格，供參與展場中心內活動民眾使用。

(四)成立之主要使命是促進研討會和展覽活動，滿足實體與虛擬會議展覽的需求，也推動旅宿業、旅館等相關產業的發展，同時創造就業機會，為臺南地區帶來龐大的經濟效益、行銷城市，以及拓展國際交流的機會。

二、大臺南會展中心內部設施

(一)會議棟 1、3 樓是會議廳所在，室內面積從適合小型會議的 15 坪，至最多可舉辦千人等級劇院型會議的 327 坪，有多種空間規格可供選擇，每間會議室皆能以活動隔板彈性區隔空間。另設有 450 坪商業服務空間區，可作為特展區或餐飲服務空間。

(二)展覽棟設計為無柱空間，分為東、西兩展區，可用活動隔屏隔成各 300 個攤位的東、西兩個展區，並設有兩個參觀者主要出入口，及三個車輛出入口。舉辦各類型展覽、活動、演唱會、筵席……等大型活動皆十分合適。

附錄十二 公民咖啡館活動地點介紹(續)

(三)停車棟另設有卸貨碼頭、外燴炊事區、營運辦公室、停車管理室等功能空間。緊鄰建築物之戶外北側廣場面積約 1,500 平方公尺，東側廣場面積約 7,000 平方公尺，可依需求舉辦假日市集、戶外集會、車展、星空電影院……等活動，補足展覽棟之室內限制。

三、交通資訊

(一)搭乘高鐵快捷公車：高鐵台南站 -- H31、h62、8042、紅 14、紅 3、綠 16。

(二)搭火車：抵達沙崙站，出車站步行約 5 分鐘。

(三)搭高鐵：抵達高鐵台南站，從 2 號出口步行約 5 分鐘。

(四)自行開車：

(1)【台 86 線】於上崙交流道(大潭出口)下中正南路二段轉歸仁八路後，直行轉高鐵二路，再轉歸仁十二路，續行約 150 公尺即可抵達。

(2)於忠孝東路出口下(循右線右轉忠孝東路)續行約 100 公尺即可抵達。

(3)【國道一號/三號】於仁德交流道接台 86 線，於上崙交流道(大潭出口)下中正南路二段轉歸仁八路後，直行轉高鐵二路，再轉歸仁十二路，續行約 150 公尺即可抵達。

四、停車資訊

大台南會展中心 停車棟

(一)地址：臺南市歸仁區歸仁十二路 3 號地下一層、地上三層、地上四層。

(二)中心內停車棟附設室內小型車 550 格(含無障礙車位、婦幼停車位)，三樓設有電動車快速充電樁；戶外設有 464 格機車格。

(三)計時：40 元/時，當日最高 160 元；機車免費停放。

(四)營業時間：08:00-18:00。

五、大台南會展中心地理位置圖









全民健康保險 公民咖啡館活動

南區場次

112年8月11日

大臺南會展中心1樓 努山塔里亞A廳

主辦單位：國立臺北護理健康大學

指導單位：衛生福利部





112 年度全民健康保險 公民咖啡館活動 **可閱讀資料**

主辦單位：國立臺北護理健康大學休閒產業與健康促進系

指導單位：衛生福利部

目 錄

導言	1
第一章 介紹公民咖啡館	2
前言	2
公民咖啡館是什麼，為什麼需要它？	2
設計原則	3
小結	4
第二章 差額負擔在全民健保制度之推動歷程	5
前言	5
二代健保修法過程	5
立法院二代健保修法公聽會	6
健保局二代健保溝通說明會	7
二代健保修法後其他相關政策建言	9
健保署「全民健康保險藥品差額負擔」試辦方案(草案)	9
第三章 現行健保自付差額特材實施情形	11
法源依據	11
實施自付差額特材對民眾的影響	11
現行自付差額特材類別	12
自付差額特材之監控及管理措施	13
第四章 新藥可否採行差額負擔	14
背景說明	14
健保藥品支付現況及新藥收載挑戰	15
臺北醫學大學生醫創新論壇	16
近期媒體報導	17
其他參考資料-醫療費用負擔相關用語	17

導言

首先非常歡迎您參與公民咖啡館活動！依全民健康保險法第 5 條第 3 項規定，衛生福利部全民健康保險會於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。國立臺北護理健康大學接受衛生福利部(下稱衛福部)委託於本(112)年度辦理「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」研究計畫，預擬探討之假設性議題為「新藥可否採行差額負擔」，規劃在本年 6~8 月分別於北、中、南、東地區辦理 4 場次公民參與活動，以公民咖啡館方式進行，藉以蒐集辦理公民參與活動之經驗及作法，俾做為未來實際運作之重要依據。

本次辦理公民參與活動，係以公民咖啡館方式進行，期望透過「有意義的對話」以實現社會工作價值觀、知識生成和信息交流，也是讓與會團體代表在具備與議題相關的基礎知識前提下，進行理性的對話，達成更好的溝通效率。為了讓您在會議開始前掌握與會議主題有關的資訊，我們特別準備了這份閱讀資料供您參考。

如何使用這本手冊

第一章，介紹公民咖啡館的設計原則及為何採用此方式。

第二章，二代健保修法過程，健保法第 45 條僅通過特材差額負擔，理由為何？當時的健保局又做過哪些努力；二代健保實施後，104 年健保署曾規劃「全民健康保險藥品差額負擔」試辦方案(草案)，惟因未有共識，致未能推動。

第三章，特材差額負擔已開放多年，執行經驗為何？對於民眾的影響是利多於弊，還是弊多於利，藥品差額負擔是否有借鏡空間？

第四章，說明藥品支付現況及各界看法及意見。

本次活動將以共同聆聽、深入探討的模式，展開對話，為此類具高度複雜性的議題，提供溝通的機會。手冊內容是回顧相關的資料與報導彙整而成，若有任何疑問，歡迎您於會議中詢問與會的講師及專家學者，以作為彼此互相學習的養分。祝福您討論過程收穫滿滿，共同為健保永續努力。謝謝大家！

第一章 介紹公民咖啡館

前言

公民咖啡館由美國學者胡安妮塔·布朗 (Juanita Brown) 和她的合作夥伴大衛·伊薩克斯 (David Isaacs) 在 1990 年代初創立，至今在全球範圍內迅速發展 (Schieffer, Isaacs and Gyllenpalm, 2004)。公民咖啡館是一個好又簡單的過程，能夠讓人們圍繞著重要問題而聚在一起討論。它的基礎假設是，無論是誰，人們都有能力共同合作。公民咖啡館擺脫了對個性類型、學習風格、情商等方面的現行關注，這些都是當時用來預先辨識和預先評判人們的流行方法(Brown and Isaacs, 2005)¹。

公民咖啡館是什麼，為什麼需要它？

公民咖啡館的目標是創造有意義且合作性的對話，特別關注在設定討論的重要問題。作為一種組織或社會設計過程，提供了實用的方式來培養人們的協作思維能力。這種方法源於對話方法學的全球性興趣，可廣泛應用於組織和社區。通過連接小而親密的對話，公民咖啡館促進人們在不同小組之間進行交流，建立新的聯繫，並以交叉的方式激發創新想法。公民咖啡館的成功在於密切關注人們在對話中的交談和傾聽能力，並努力解決導致誤解和衝突的問題。這種方法使得大型群體能夠共同創造性地思考，將思維作為一個連接的整體。公民咖啡館提供了一個強大的工具，能夠協助我們以合作的方式解決重要問題，促進有意義的對話和協作學習(Schieffer, Isaacs & Gyllenpalm, 2004)²。

在公民咖啡館這個平台上，每個參與者都享有平等的地位，沒有階級和貧富之分，大家可以自由表達自己的意見和態度，而這些對話是在一個有規範的框架下進行的(萬胥亭，2010；周維萱與周維倫，2014)。公民咖啡館的討論模式建立在溝通對話的基礎上，在操作過程中提供了一個平等的對話平台，讓所有成員能夠平等地參與對話，這與哈伯瑪斯提出的「理想的言談情境」原則類似(周維萱與周維倫，2014)³。

1 摘自 Brown, J. & Isaacs, D. (2005). *The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*, p3-11。

2 摘自 Schieffer, A., Isaacs, D., & Gyllenpalm, B. (2004). *The World Cafe*. World Business Academy, 18(8), p1-16。

3 摘自周維萱與周維倫(2014)。世界咖啡館討論模式在通識教學場域應用之先導研究。通識教育與多元文化學報, 4, p65-89。

公民咖啡館是一種特定的群體討論方式，這種討論方式的目的在於在輕鬆的氛圍中進行小組討論，並互相分享看法及意見。討論可以促進同步對話，幫助反思問題，鼓勵知識分享，甚至發現新的創造機會。相較以往，近年來越來越多的企業使用公民咖啡館的方式，來探索自家企業的營運策略。普通的工作坊和公民咖啡館的區別在於，在公民咖啡館中，參與人會進行輪桌的更替或輪換，需要幫助將正在進行討論的話題思維轉化為較系統化的大綱，作為討論的參考。這種大綱思維類似於學術界常稱之為"思維導圖"的方法，可以幫助參與者在討論的過程中保持專注，同時讓參與者使用較邏輯的思考方式，更關注戰略規劃的細節(Chang and Chen, 2015)。

設計原則

Lohr, Weinhardt and Sieber, 2020⁴指出 Brown 與 Isaacs 描述了 7 個整合的設計原則：

1. 在開始對話的環境前，設定適當的背景和目的。確定討論的範圍和目標，使參與者清楚了解對話的重點。
2. 創造一個友好和包容的空間，讓參與者感到舒適自在。
3. 探討重要的問題，引發參與者的思考和討論。須確保討論的主題具有實際意義，對於參與者是有重要性的。
4. 鼓勵參與者的參與和貢獻。確保每個人都有機會表達意見，促進多元觀點的出現和交流。
5. 交互傳遞和連接多元觀點。促進參與者之間的交流和連接，從不同的觀點和經驗中獲取豐富的洞察力。
6. 共同聆聽模式、洞察和更深層的問題。鼓勵參與者之間共同聆聽、探索對話中的模式，並提出更深層的問題，以促進深入思考和理解。
7. 收集和分享集體發現。將對話中的集體發現和討論內容統整，確保內容都被記錄，以便後續的討論。

⁴ 摘自 Lohr, K., Weinhardt, M. & Sieber, S. (2020). The "World Cafe" as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. International Journal of Qualitative Method, 19, p.1-15。

小結

公民咖啡館提供了一個讓組織或人群建立社群、分享學習，並發展共同思考和合作行動的新方法，其辦理過程展示了即使人在不同背景下，通過公民咖啡館模式促進真實對話和知識分享的能力，即使參與者從未見面或接受正式的對話培訓。公民咖啡館在準備的過程中是非常重要的，特別是設計階段。對話過程存在於每張桌子上，每張桌子代表著不同的群體，透過深入而有意義的對話環境，共同或集體的意識漸漸浮現，產生獨特且創新的話題或是解決方案 (Schieffer, Isaacs and Gyllenpalm, 2004)⁵。

⁵ 摘自 Schieffer, A., Isaacs, D., & Gyllenpalm, B. (2004). The World Cafe. World Business Academy, 18(8), p1-16。

第二章 差額負擔在全民健保制度之推動歷程

前言

許多先進國家，像是德國、荷蘭、瑞典、加拿大、澳洲等，都有實施「參考價制度(Reference Pricing System)」，也就是訂定給付參考上限價，民眾若使用高於此參考價之藥品，就必需負擔其差額。雖然執行方式不盡相同，但前提必須是保險已提供基本的全額給付項目，故實施差額負擔的項目並不會太多，其實施原則大致可歸類如下：

- 一、適用於個別醫療服務項目，例如病房與藥品、特材等。
- 二、無從選擇的醫療服務項目，不得列為差額負擔，但得列為部分負擔。
- 三、差額負擔項目之價格，將因市場競爭與納入保險管理，較能趨於合理化。
- 四、差額負擔項目須經法定程序公告，未公告前民眾仍須全額自費。

二代健保修法過程⁶

我國全民健保自 84 年 3 月 1 日開辦以來，大幅降低民眾就醫之經濟負擔，提升民眾就醫之可近性，是影響社會深遠的重大民生政策，民眾滿意度長年高達 95%以上。行政院衛生署(下稱衛生署，為衛福部前身)為期許全民健保在不同世代與環境中，適時發揮應有功能，爰於 90 年成立「行政院二代健保規劃小組」，歷經 3 年，邀請公共政策、公共衛生、醫療、財經、社會、法律、統計等各領域百餘位學者專家及民間團體積極參與諮詢與對話後，以「提升品質」、「平衡財務」、「擴大參與」為三大規劃目標，邁向權責相符的全民健康保險制度為願景，於 93 年 8 月提出「行政院二代健保規劃小組總結報告」。嗣後，衛生署即以「公平」、「品質」、「效率」為核心價值，為二代健保展開全面宏觀性之改革規劃，研提全民健康保險法修正草案，最終於 100 年 1 月 4 日經立法院三讀通過，並於 100 年 1 月 26 日以總統令公布。

二代健保修法時，政府考量醫療科技不斷研發，新藥及新醫療材料等持續引進，對民眾健康照護更有幫助。但因為新醫療科技項目長時間的研發，成

⁶ 摘自行政院衛生署(100 年 1 月)二代健保修法重點簡報資料。

本非常高，價格也相對提高。在醫療資源有限情形下，無法完全納入健保給付，因此也就降低民眾使用新醫療科技的機會。若民眾要選擇該類較貴之藥物，必須全額自費，基於給付公平性及民眾選擇多樣化之需求，爰研擬健保法修正草案第 45 條草案如下：

健保法第四十五條(草案)：

- 本保險給付之藥物，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。
- 選用保險人定有給付上限之藥物，並自付其差額。
- 但同有效成分之藥品已屬本保險給付項目時，不得為實施差額負擔之藥品品項。

立法院二代健保修法公聽會

全民健康保險法修正草案提送立法院審議後，立法院自 99 年 4 月 21 日起，由楊麗環、黃淑英、黃義交、劉建國等立法委員，陸續邀請產官學各界代表舉行「全民健康保險法修正草案」，召開 3 場公聽會討論。當時各界對藥物差額負擔之討論重點，多在對民眾之影響及是否會造成醫療階級化。在立法院的 3 場公聽會⁷，各界意見重點如下：

醫界代表：支持建立差額負擔機制，讓民眾得以選擇更優質的醫療服務，且也可提供醫院引進新醫療科技的誘因。

醫材界代表：差額負擔有其必要性，可讓醫師和民眾能選擇使用新特材，但應有配套措施。

藥界代表：持反對立場，若實施差額負擔，民眾在醫病資訊不對等情況下，無法選擇真正需要的，且將倒退回使用者付費，違反健保互助精神，並會造成就醫的不公平，使得民眾因貧富不同而影響其就醫權益。

民間團體代表：

- 消基會、民間健保監督聯盟代表認為如果貿然實施差額負擔制度，將會增加民眾負擔(尤其慢性疾病患者)，提出將新藥品與新醫材納入健保年度總額協商的第 3 種主張。
- 醫改會代表認為國外開放差額負擔的前提是有完善的醫藥分業與醫療科技評估制度，台灣醫療環境「告知同意」與「風險效益資訊揭露」制度

⁷ 摘自立法院衛環委員會(99 年 4 月、7 月及 10 月)「二代健保法修正草案公聽會」。

不健全，不應貿然實施差額負擔，不應將判斷是否使用昂貴新藥的責任，拋給屬於醫療資訊弱勢的民眾，且若開放差額負擔，可能會使新藥的原開發廠失去爭取納入健保全額給付的誘因，變成同一健保制度下，有錢付差額的就能享受較好藥品的不同世界。

學者：若要實施差額負擔，須有相關配套措施，以避免對經濟弱勢的民眾造成不平等情形，並應鼓勵民眾使用專利過期的學名藥品。

政府代表：

- 衛生署陳再晉副署長(時任)表示，政府主動在二代健保提出納入差額負擔制度，是希望透過討論獲得最大公約數，並能有效控制成本和提升效益。
- 衛生署參事曲同光(時任)表示，據統計，差額負擔對經濟較好或較差的民眾，使用率上差不多，因此不會獨厚富人，反而對經濟狀況不好的民眾來說，使用率比較高。各方對「差額負擔」還有不同的意見，衛生署會尊重二代健保的修法結果。

健保局二代健保溝通說明會⁸

為期立法順利，中央健康保險局(下稱健保局，為衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)前身)亦於 99 年 9 月間，以「差額負擔」為主題舉辦 3 場二代健保溝通說明會，廣泛蒐集民意。

健保局在各場溝通說明會，試從病人經濟負擔、民眾選擇性、診療資訊及病人衛教等面向進行比較，並舉出實施差額負擔對民眾之好處，包括：

- 一、讓民眾就醫選擇更多元：除健保全額給付項目外，尚可選擇其他新藥新科技品項。
- 二、納入健保管理體系，民眾權益更有保障：因為資訊公開，民眾可獲得差額負擔及非差額負擔項目之廠牌、產品優劣及收費標準，以利選擇，更可促使收取之差額逐步下降。且透過事前充分告知，及填寫同意書等過程，民眾對於使用之品項認知程度可更深入。

⁸ 摘自健保署(99 年 9 月)二代健保溝通說明會各場次會議紀錄與資料。

三、增加民眾使用新醫療科技的機會，減少民眾的財務負擔：相較於全額自費，民眾僅需負擔超出健保支付價的差額，且因收費標準公開，各院所及各廠牌間競爭，長期可促使收費標準合理化。

實施差額負擔對民眾之影響

考量面向	不實施	實施
病人經濟負擔	健保不給付之手術、處置、材料費須全額自付	僅需負擔超出類似品項健保支付價的差額
民眾選擇性	僅能使用健保有全額給付的項目	還可另外選擇差額負擔的項目
民眾診療資訊	因醫病資訊落差，診療資訊透明程度較低	透過充分公開資訊，診療資訊更加透明
病人衛教	僅依醫師處方，民眾對於使用品項之認知程度較低	經醫師事前充分說明及填寫同意書等過程，對於使用品項之認知程度較高

修法結果

由於差額負擔制之利弊互見，當時各界意見紛歧，且考量藥品可能須長期服用，與醫材使用性質不同，最終未能取得共識，二代健保法原擬納入之藥物差額負擔，僅通過特殊材料得採差額負擔(藥品部分並未納入)，第四十五條條文修正如下。

健保法第四十五條(現行條文)：

- 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。

二代健保修法後其他相關政策建言

101年6月國家生技醫療產業策進會及生技醫療科技政策研究中心共同舉辦「台灣生技醫療產業政策總體檢系列論壇」⁹，從環境面、體制面、資源面及法規面等四大構面進行總體檢。總共提出四篇十六條三十三項建言，第一篇環境面：從兼具生醫產業發展與國民健康之觀點論健保政策變革，第三條貫徹健保保障全民基本醫療之原則，並尊重民眾自由選擇與付費之權利，針對藥品差額負擔提出以下建言。

【修改全民健康保險法之保險給付規定及檢討論病例計酬制度，允許藥品比照醫材之差額給付，保障民眾自由選擇較佳藥品、醫材及自費醫療之權利，亦避免扼殺生醫產業新藥、新科技之發展】

二代健保於自102年1月1日實施後，衛福部於102年3月邀集學者專家組成二代健保總檢討小組，該小組在觀察新制實施1年後，於103年9月提出二代健保總檢討報告¹⁰，其中與藥品差額負擔有關政策建議如下：

【鑑於近年來之部分新藥（尤其是生物藥品）的價格與療程費用均較以往之小分子新藥高出甚多，長此以往非健保資源所能承擔，應教育民眾，讓民眾了解健保資源有限，無法全部仰賴健保給付所有的醫療服務及藥物，同時建立藥品差額負擔的機制，針對特定領域或類別的疾病或治療藥品，以漸進的方式，推動藥品差額負擔的法制化與實施時程】

在104年2月10日衛福部主辦之全國藥品政策會議¹¹，其中「提升藥品給付效益，減少醫療浪費」議題，亦提出與藥品差額負擔之相關建議如下：

【為尊重廠牌別價值及民眾選擇權，是否以漸進方式，針對健保收載15年以上藥品或新藥是否建立差額負擔機制，並循健保法修法程序推動，須審慎研議及全面溝通】

健保署「全民健康保險藥品差額負擔」試辦方案(草案)¹²

健保署依二代健保總檢討報告政策建議，於104年着手研議藥品差額負擔試辦計畫。初步擬先針對逾專利期之三高(高血壓、高血糖、高血脂)藥品試辦差額負擔，然經媒體報導後，反對聲浪大過於支持，該署也立即在第一時

⁹ 摘自國家生技醫療產業策進會生策要聞「生技醫療產業政策總體檢 4 篇 16 條 33 項聯合記者會」(101 年 8 月 31 日)

¹⁰ 摘自衛福部(103 年 9 月)「二代健保總檢討報告」政策建議。

¹¹ 摘自衛福部(104 年 8 月)全國藥品政策會議暨結論彙編。

¹² 摘自健保署(104 年 9 月)「規劃試辦藥品差額負擔之說明」新聞稿。

間提出說明，係因二代健保修法過程，有將藥品差額負擔納入考量，但最後立法院決議採取穩健作法，先納入醫療器材，以後再考量藥品差額負擔。因二代健保自 102 年實施後已有一段時間，時空背景不同，或有討論試辦的空間，試辦計畫尚屬初步規劃階段，後續還需與醫界、藥界及付費者代表等相關團體溝通討論，依行政程序也要提到健保會報告，再對外辦理預告蒐集各界意見後，才會辦理公告。所以，離實施仍有一段時間。衛福部亦表示對於各界不同的聲音一向尊重，並儘量採納參酌，衛福部施政向來以民眾權益為第一優先考量，對於是否試辦藥品差額負擔，將會繼續與各界討論後再決定。

另健保會第 2 屆 105 年 1 月 22 日委員會議監理健保業務時，亦有委員提出藥品差額負擔試辦方案違反健保法規定，連試辦都不行，健保署表示尚在蒐集各界意見。最後決定：「健保藥品差額負擔制度尚無執行之法律依據，若為研擬制度之可行性，而須蒐集各界意見，則應審慎處理」。

第三章 現行健保自付差額特材實施情形

法源依據

依健保法第 45 條規定，健保給付之特材，健保署得訂定給付上限及醫療機構得收取差額之上限，對於同功能類別的特材，健保得支付同一價格。民眾得在醫師認定有醫療上需要時，選用健保署定有給付上限之特材，並自付差額。

前述自付差額特材品項，應由該特材許可證持有者向健保署申請同意後，健保署將擬納為自付差額的特材，提健保會討論，再報請衛福部核定公告。

實施自付差額特材對民眾的影響

健保署對於醫療器材是否納入健保給付時，會考量療效與成本是否符合效益，若療效好、價格符合效益，則優先納入健保給付。目前健保所提供的特材品項應已足敷使用，然而部分新醫材僅改善現有給付特材的某些功能，但價格較原健保給付類似品昂貴數倍，在健保財源有限的情況下，難以列入健保給付，如果民眾希望使用尚未納入自付差額之新醫材，則須全額負擔該項新醫材之費用。若列入自付差額特材，當醫師認定有醫療需要，且民眾希望使用時，除有更多特材可供選擇，且由健保給付部分費用，差額由民眾自行負擔，將可減輕民眾的經濟負擔(如下圖)；另納入自付差額之特材，亦可透過健保署建置之醫材比價網查詢相關之價格及功能資訊，相較於全自費醫材能獲得較多訊息。

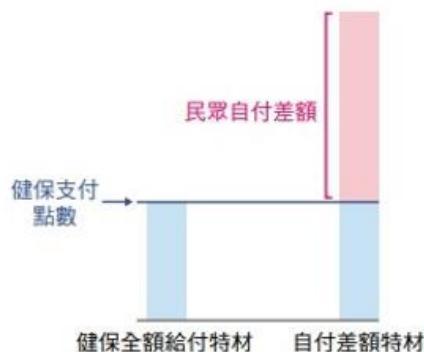


圖 健保全額給付及自付差額特材

現行自付差額特材類別

自付差額特材品項依法在健保署擬訂後，須提健保會討論，再報請衛福部核定公告。健保會為討論健保署所提的自付差額特材案，訂有「健保會討論自付差額特材作業流程」，請健保署對於擬列入自付差額之特材，提出功能相近的健保全額給付品項等相關資訊供參，並應定期監測自付差額特材執行情形，於每年12月提出整體檢討改善報告，當自付差額特材已接近常態使用時，則應檢討納入全額給付的可行性。

衛福部目前公告11種自付差額特材類別(如下表)，其中「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」(項次9)、「腦脊髓液分流系統」(項次7)，民眾使用量占率已超過八成，考量健保會委員多次建請健保署評估納入全額給付的可行性，健保署經審慎研議，並多次提經專家諮詢會議及共擬會議討論後，於107年12月起將「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」(項次9)納入健保全額給付；另於111年11月起將「腦脊髓液分流系統」(項次7)項下市占率達67%之「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」納入健保全額給付，故目前自付差額特材共計10類。

全民健保10類自付差額特材一覽表

序號	類別	實施時間	健保支付點數	備註
1	義肢	84.3.1	依裝置部位： 4,800~68,000 點	
2	特殊功能人工心律調節器	84.8.3	93,833 點	
3	冠狀動脈塗藥支架	95.12.1	14,099 點	
4	特殊材質人工髓關節	96.1.1	依類別： 35,195~70,099 點	
5	特殊功能人工水晶體	96.10.1	2,744 點	
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	103.6.1	43,613 點	
7	腦脊髓液分流系統	104.6.1	7,127 點	111.11.1 起將該類項下「流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」納入健保全額給付
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	105.5.1	依類別： 28,773~44,293 點	

序號	類別	實施時間	健保支付點數	備註
9	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統	106.8.1~107.11.30	26,239 點	107.12.1 起納入健保全額給付
10	治療複雜性心臟不整脈消融導管	106.11.1	70,200 點	
11	特殊功能及材質髓內釘組	107.6.1	19,036 點	

自付差額特材之監控及管理措施

考量自付差額特材的開放，攸關民眾權益，在健保會委員關切下，健保署除針對各醫療院所向民眾收取自付差額費用的情形，進行極端值管理外，並要求醫療院所應於事前充分公告，相關監控及管理措施如下：

一、建立極端值管理原則：訂定各類自付差額特材收費價格之極端值，倘醫療院所收費超過極端值，醫療院所將無法於健保資訊網服務系統(VPN)登錄。另為瞭解醫療院所收費之調整歷程，健保署並規劃建置醫療院所收費調整歷程之監控系統。對於收費超過極端值及民眾反映異常調漲者，健保署亦在 VPN 設定提醒回饋特約醫療機構的機制，朝向動態監控管理。

二、充分公開資訊，保障民眾知的權利：

(一)建置醫材比價網，供民眾使用自付差額特材參考：

為利民眾查詢自付差額特材訊息，健保署已建置醫材比價網，供醫療院所自主上傳向民眾收取費用資訊，民眾可透過醫材比價網查詢到全額給付及自付差額特材之價格及功能差異、各醫療院所提供的自付差額特材廠牌及收費情形等訊息，以促進價格的資訊透明化。該署另提供健保快易通 App，以及健保資料開放資料服務網(OPEN DATA)等 2 種管道，便於民眾取得自付差額特材相關訊息，作為就醫選擇的參考，與醫師溝通，達醫病共享決策。

(二)要求醫療院所應公開自付差額特材相關資訊，並充分告知民眾：

為保障民眾知的權利，健保署已要求醫療院所應於手術或處置前 2 日，由醫師充分解說自付差額特材與健保全額給付特材的差異，並讓民眾有充分考慮的時間，相關資訊並應公布於醫療院所的網際網路或明顯處。

第四章 新藥可否採行差額負擔

背景說明

由於健保法目前並無得實施藥品差額負擔之明文規定(健保法第 45 條僅開放特材可差額負擔)，因此民眾若需使用尚未納入健保給付之新藥，必須全額自費，但新藥的高昂價格不但讓病患望之卻步，也可能造成其家庭沈重的經濟負擔。由於藥品議題向來具高度複雜性，二代健保修法時的討論過程中，大家對於差額負擔的概念並不熟悉，加上對民眾最直接的影響是需要自掏腰包增加經濟負擔，因此社會接受度不高，支持與不支持的意見都各有立場，以致未能達成共識。

在第二章提及，健保署前於 104 年曾規劃藥品差額負擔試辦計畫，惟因當時反對聲浪大，且健保署也僅在規劃初期，加上尚無法源依據，最終喊停告終。8 年後，面對部分病患曾提出有此需求、新冠疫情衝擊等種種挑戰，時空背景與先前已有所不相同，或許可透過公民咖啡館的形式，協助多面向思考其對於民眾需求及健保永續經營的影響，究係利大於弊，還是弊大於利，是否有需要實施？應考量那些因素？是否已具備可實施的條件？若實施，需考量那些配套措施？

本次預擬探討之假設性議題為「新藥可否採行差額負擔」，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 14 條規定，新藥係指新建議收載之品項，於支付標準收載品項中，屬新成分、新劑型、新給藥途徑及新療效複方者，包括：

一、第 1 類新藥：藥品許可證之持有商須提出與現行最佳常用藥品之藥品
— 藥品直接比較(head-to-head comparison)或臨床試驗文獻間接比較
(indirect comparison)，顯示臨床療效有明顯改善之突破創新新藥。倘該
藥品為有效治療特定疾病之第一個建議收載新藥，而無現有最佳治療
藥品可供比較，則可用該疾病現行標準治療(如：外科手術、支持性療
法等)做為療效比較之對象；前述臨床療效包含減少危險副作用。

二、第 2 類新藥：

(一) 第 2A 類：與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度改
善(moderate improvement)之新藥。

(二)第 2B 類：臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥。

後續整理了健保藥品支付現況，並蒐集近年與此議題相關媒體報導，作為討論的參考。

健保藥品支付現況及新藥收載挑戰

以 111 年度為例(詳下圖)，醫療費用申報點數約 8,478 億點，藥品申報費用約 2,316 億元(藥品點值為每點 1 元)，占率 27.3%；其中癌藥約 402 億元(占藥費 17.4%)、新藥約 303 億元(13.1%)、罕藥約 78 億元(3.4%)¹³。由於健保資源有限，當藥費成長至整體醫療費用支出之近三成後，可能對其他醫療服務項目產生排擠的影響，雖健保署自 102 年起實施藥品費用分配比率目標制(DET，Drug Expenditure Target)，並陸續實施各種管控措施，包含：建置健保醫療雲端查詢系統、強化重複用藥管控等，努力管控藥費支出，但長期以往，健保藥費占整體醫療費用支出比率仍然呈現成長趨勢。



依健保署統計，110 年共擬會議同意收載且給付生效之新藥，自其受理至生效平均需 12 個月；若為癌症新藥平均需 13.7 個月。考量健保資源有限，病友在等待治療過程中所面臨種種壓力，近年陸續有病友團體呼籲政府思考開放藥品差額負擔。

¹³ 摘自衛福部健保會(民 112 年 4 月 26 日)第 6 屆 112 年第 3 次委員會議資料。

臺北醫學大學生醫創新論壇

111年4月18日臺北醫學大學生醫創新論壇以「價值導向與健保藥品支付政策」為主題，邀集關切此一議題之產、官、學專業人士共同探討。是日，第二場次「從就醫權保障論藥品差額負擔之可行性」專題，邀請時任健保署企劃組王宗曦組長擔任講者、該校醫療暨生物科技法律所何建志教授擔任與談人。

王組長說明二代健保法修正草案經公聽會蒐集各方意見後，因為藥品可能須長期服用，與特材使用性質不同，仍有待取得各界共識，故立法院審議時，未將藥品差額負擔入法，僅通過特材差額負擔。當時贊成在二代健保實施新藥品或特材差額負擔的人士認為，差額負擔把新藥和新特材的差額納入民眾的自費項目，可以提供民眾基本醫療以外選擇的機會；但持反對意見的人士認為，貿然實施差額負擔，只會增加民眾的經濟負擔，新藥與新特材可納入每年總額協商微調即可。另提到該署前於104年曾規劃藥品差額負擔試辦計畫，最後因健保法並無得實施藥品差額負擔之明文規定，在法源上確有疑慮，且各界對是否實施藥品差額負擔之看法不一，尚需持續蒐集各界意見後再進一步處理¹⁴。

何教授會中綜整分析各界對藥品差額負擔觀點，傾向支持部分，包含：增加人民選擇權及藥品可近性、增加真實世界證據(Real-world Evidence, RWE)、人民與政府共同分擔藥品財務與品質風險等；傾向不支持部分，包含：影響使用國產學名藥意願、增加慢性病人長期用藥負擔、醫療階級化等，並提到現實世界不易完美，增加健保財源亦有困難，不完美世界應追求相對改進方案，藥品差額負擔值得實驗試辦，惟藥品差額負擔之法源依據尚有待完善，另制度變革前宜參考優質民主審議意見與經驗證據等意見¹⁵。

¹⁴ 摘自衛福部健保署組組長王宗曦(2022年4月18日)臺北醫學大學生醫創新論壇「價值導向與健保藥品支付政策」從就醫權保障論藥品差額負擔之可行性簡報。

¹⁵ 摘自臺北醫學大學醫療暨生物科技法律所何建志教授(2022年4月18日)臺北醫學大學生醫創新論壇「價值導向與健保藥品支付政策」藥品差額負擔與就醫權保障簡報。

近期媒體報導

一、傾向支持：¹⁶¹⁷

【108.12.8 中央社，台灣癌症基金會 4 月針對 909 名癌友及其家屬以及 300 名一般民眾進行調查，為爭取救命的新藥、新科技，多達 72% 癌友願意每月負擔 5,000 元以上，50% 癌友願意負擔 2 萬元以上，呼籲健保署對癌藥採取「差額給付」】

【112.5.1 聯合報，台灣癌症基金會副執行長蔡麗娟表示，癌症新藥研發速度愈來愈快，健保新藥給付速度根本緩不濟急，癌藥、新藥、罕藥等昂貴藥物採取差額部分負擔，可加速新藥的可近性，但目前重大疾病藥物仍不適用於差額部分負擔，得先修法，才有辦法執行；此外，癌友罹病期間愈長，負擔愈大，應先備妥配套措施】

【112.5.1 聯合報，癌症希望基金會副執行長嚴必文表示，若只針對癌藥、新藥、罕藥設定差額負擔，公平性值得討論；再者，癌友用藥後，如療效不錯，需持續使用，經濟壓力仍然沉重，建議在規劃政策內容、執行上，應更加精細】

二、傾向不支持¹⁸

【112.04.30 經濟日報，民間監督健保聯盟發言人滕西華直言，「先不批評好不好，健保得先修法」。她解釋，健保只有允許醫療器材採用差額給付，藥品並未被允許。當時討論許久才勉強同意將醫材差額給付，主要是因為醫材多數只使用、支付一次，不像藥品需要多次或長期使用，且癌症用藥並非控制良好就不用吃。採用差額補助的方式只是「補助有錢人」。以癌症用藥動輒 20 萬起跳，免疫療法甚至可能高達百萬來說，如果按比例差額給付，就算只要付 10%，都不是一筆小數目；更不要說生病後影響生活、收入，最終只有有錢人可以負擔】

【112.04.30，經濟日報，罕病基金會創辦人陳莉茵也表示，「罕病並不適合差額給付」。她表示，除基因治療外，罕見疾病的治療都是「life-long」（終生用藥），就算差額給付一個月只要負擔新台幣 2 至 3 萬元，也難以負荷；更不要說罕見疾病患者的就學、就醫也受到影響，根本難以負擔】

其他參考資料-醫療費用負擔相關用語

➤ 全額給付：在符合全民健保給付項目之適應症前提下，該項醫療費用由保險全數支付，病患無須支付費用。

¹⁶ 摘自中央社(108 年 12 月 8 日)「救命藥納健保卡關 癌友團體倡癌藥差額給付」。

¹⁷ 摘自聯合報(112 年 5 月 1 日)「癌藥負擔／民團籲：快修健保法 擬配套措施」。

¹⁸ 摘自經濟日報(112 年 4 月 30 日)「高貴藥差額負擔 平民仍付不起 不如每人多繳 50 元保費」。

- 部分負擔：為提升民眾的費用意識，珍惜健保醫療資源，病患至健保特約醫療院所就醫時，必須負擔一小部分醫療費用；依健保法第43條及47條規定，訂有保險對象接受門診、急診、居家照護及住院醫療服務應自行負擔費用之比率，健保法施行細則並規定門診得分項（例如現行之門診藥品）收取部分負擔。
- 差額負擔(自付差額)：保險人針對特定的項目，訂定保險給付的上限價格，如民眾選擇使用該類項目，超出保險給付價格的部分，由民眾自行負擔。目前健保法(第45條)僅明定特材得採自付差額。
- 全額自費：凡未列於全民健保醫療服務與藥物支付標準的給付項目、非屬自付差額特材項目，其全部費用由患者自行負擔。

附錄十五 公民咖啡館與談人簡報

一、蔡麗娟 副執行長



二、孫友聯 秘書長



附錄十五 公民咖啡館與談人簡報(續)

三、何建志 教授



藥品差額負擔：實施考量與條件

何建志 教授
醫療暨生物科技法律研究所

Taipei Medical University
 臺北醫學大學
TAIPEI MEDICAL UNIVERSITY

 TMU LAW

四、滕西華 秘書長

藥品差額（部分）負擔的影響

滕西華
民間監督健保聯盟發言人

五、吳鴻來 理事長

實施新藥差額負擔， 好處有哪些？

臺灣病友聯盟理事長 吳鴻來
健保公民咖啡館 2023.8.11

六、楊銘欽 教授

(三)是否實施新藥差額負擔？

楊銘欽
臺大健康政策與管理研究所
兼任教授

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿

北區第1場次與談人報告(112.6.30)

張博雅副教授：如果要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施，接下來請我們4位與談人，針對剛才4個主題，各進行10分鐘說明，邀請第一位與談人是蔡麗娟副執行長。

蔡麗娟副執行長：各位夥伴，大家午安，非常感謝承辦單位的邀請，有這樣的機會參與這個座談會。剛剛已經談過，我們為什麼會舉辦這一場公民會議，我被分配到的題目是實施新藥差額負擔的優點有哪些。我知道我們每一個人可能對於差額負擔，可能不是很清楚，所以一開始我先講第一張投影片，這些題目是在民國99年，健保署那時候還是健保局，他們委託政治大學公共行政系做了一個問卷調查，題目是一樣，他們也有調查結果，但是我今天用的題目，你們自己可以想或是怎麼做差額負擔。

在民國99年，就是10幾年前，那時候健保局，現在是健保署，問參與調查的民眾，目前有些新藥材健保沒有給付，如果家人有醫療需要，你會選擇哪一種方法來進行醫療。

大家可以去想一下，如果這個題目問到你，你可能的答案是什麼？第一個是願意全部自己出錢來使用新藥材，因為在那個時候問的是藥品跟特材綁在一起。第二個答案你還是選擇健保有給付，為傳統治療的藥材呢？或者你願意支付新藥材價格與健保給付的差價，這是那時候的一個題目，你可以想一想，如果是回答，會選什麼？

第二個問題是請問你贊不贊成健保局大幅開放病患支付差價的方式，來選用更多種的新藥材？選項為非常贊成、贊成、有一點贊成，有一點不贊成、不贊成、非常不贊成。

接下來是問你知道目前全民健保有一些醫療的器材，醫院所訂價格跟健保局所支付價格有差距，這個差距是由病人負擔，我想請問大家，知道的請舉手，如果是醫療器材，醫院訂的價格跟健保局所支付價格有價差時，要由病人負擔，大家知道這件事情嗎？知道的請舉手，還是有些人是不知道。

請問你的家人最近幾年有沒有使用過冠狀動脈塗藥血管支架、特殊功能人工心律調節器、特殊材質人工髋關節或義肢，當然這是個人的情況，我看他的調查數據，參加問卷的人大概有非常大的百分比是沒有使用這些特材經驗。

接著問題是請問在前面的醫療項目中，醫療院所有沒有要你或你的家人支付差額，選項為有、沒有、忘記。還有就是請問醫療人員有沒有事先告知你要付差價，另外一題是問你的家人或你有沒有簽同意書嗎？最後一個問題是整體滿意度的調查，請問你或你的家人滿不滿意前面所說的醫療服務。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

由於時空環境不一樣，在講差額負擔之前，我們從以前的問卷瞭解一下，的確以目前來講，所謂差額負擔，其實在健保法裡面只有特材，因為健保法第45條有規定，保險人就是健保署，訂這個上限，接著醫事服務機構收取民眾自付的價差，例如同樣功能但是不同廠牌的特材，健保支付的價錢是一樣。

另外我們保險對象如果有需要，選用這些健保有給付上限的特殊材料，差額就必須自己負擔，目前健保法規定只有特材，但是我們今天要討論的是藥品，屬於新藥的差額負擔問題。

什麼是差額負擔？是有一個支付基準線，基準線以下是健保負擔，超過的部分則由使用者負擔，這個負擔會多少？有時候因為有些醫院規模大，採購議價能力強，因此每家醫院的價格不一樣，有時候差距好幾倍，所以健保署把價差訂有上限，也就是不可以超過極端值，因此現在有兩條上限，一個是健保付給的上限，另一個是差額的上限。

健保是一個共同分攤的概念，我們再怎麼的差額負擔，不管是藥品或特材，都要有一個參考品項或參考價格，這樣才知道民眾要負擔的部分是多少。

我們今天講新藥差額負擔，但是需要先瞭解一下特材差額負擔，就是目前義肢等10項，例如有特殊功能，大家很熟悉，就是特殊功能人工水晶體，當民眾眼睛有白內障的時候，可能要換水晶體，健保給付一般功能，如果民眾有散光或老花眼，可能需要加上校正功能，就是功能特殊，加上這個部分為民眾要補的差額，因此有很多的東西可以讓民眾來選。

我們現在講新藥，目前就是自費，健保全額給付現有藥品，新藥就是民眾全部自費負擔。我們的特材跟藥品性質不一樣，特材只是一次性使用，人工水晶體最多也只是兩個眼睛使用，不能一直在置換，但是我們的藥品，是治療所需，可能需要長期服用。

健保署對於我們現在特材差額負擔已有極端值的管理，而且健保署有一個比價網頁，屬於公開資訊，醫生在使用特材之前，也都會充分向民眾解說。可是對於我們的新藥，因為我長期在臺灣癌症基金會服務，像治療癌症的新藥價格非常的高，所以健保支付基準線的參考價要訂在哪裡，必須考慮病人的負擔能力，而且他們如果是長期需要服用，則費用是累積，這些都需要去考量。如果我們新藥負擔有一個差額，不管是1萬元、2千元還是5千元，現在很多新藥非常昂貴，需要考量病人負擔能力，到底我們健保支付基準線要切在哪裡，都是要去考慮，以免造成階級化的採用。

新藥差額負擔有哪些好處？病人有用藥選擇權，除了健保給付以外，病人還可以有機會去選擇其他的新藥或新醫療技術服務，增加一個醫療可近性。如果我們藥品的選擇是全有跟全

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

無，表示要用新藥就需全部自費，但是如果有多餘負擔，是不是付了這個差價以後可以用新藥，這樣可以減少財務負擔，同時有加價選擇權的概念，就是自由選擇權，當有健保支付基準價，就一定要資訊公開，讓病人針對這個疾病的治療有一些概念。

還有對於新藥收費標準要透明，各個廠牌新藥跟各醫院間也需有一些收費上的比較，促使價格合理化，或許新藥價格會逐年逐步下降，你也要要求醫護人員就新藥治療能夠充分溝通與充分說明，甚至我們現在重視醫病共享，這樣的話政策就比較容易落實。

最後我們在考量新藥實施差額負擔，其實這邊答案不是我個人認為，因為我在臺灣癌症基金會服務，我詢問一些癌友，他們就認為資訊一定要公開透明，因為醫病之間存在資訊與專業知識的不對等，而且需要開放多種品項，以提供民眾一些療效、安全性、副作用的詳細說明，醫護人員也應該充分說明差額負擔的品項跟健保給付的品項，到底差異在哪裡，其間優點、缺點、價格到底差異在什麼地方，讓病人可以瞭解和做決定。

醫護人員跟病患要落實決策共享，因此醫護人員向民眾講解之後，也要讓民眾有時間消化與吸收，以避免民眾還沒有充分瞭解之前，就要趕快地做選擇。但是病人也擔心負擔不起差價，尤其是關於癌症有些新藥，癌症病友都知道，新藥費用非常昂貴，不管差額負擔是1萬元、2萬元、5千元或2千元，對他們來講，長期使用負擔沈重，他們如果付不出來，就失去選擇比較好治療的機會，他們就會覺得違背公平醫療的就醫原則，如果這樣的話，對他們來講所造成的心靈壓力會更大。對於低收入戶患者一定要有配套措施，在臺灣對於低收入戶認定資格非常的嚴謹，我們中低收入戶加低收入戶大概只有占4%，但是對於這些昂貴的新藥，對於經濟邊緣戶的負擔是很大，這些都是我們需要考量。

因為等一下我們有很多互動討論的機會，提醒大家可以從很多面向去思考，每個人都有自己的想法，我們可能沒有辦法提出社會上所有意見，但是因為我們這次的討論會，希望大家有更多的思考跟建議，以上，謝謝。

張博雅副教授：我們第二位與談人是邀請勞工陣線孫友聯秘書長，請孫秘書長為我們介紹差額負擔可以提升醫療可近性嗎？

孫友聯秘書長：好，謝謝主持人。

我相信我們今天在座很多人互相認識可以敘舊一下，感謝主辦單位的邀請，來此分享這個議題，其實這個議題，從健保法立法的時候，於1994年期間，也有討論過，我過去擔任民間監督健保聯盟的召集人，對這個議題有些涉獵，跟本次活動另一位與談人滕西華，也曾經就

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

這個議題開過好幾次記者會，當時有一場應該是侯勝茂署長時期，我們記者會標題很清楚，就是偷跑，當時一代健保，法律沒有允許開放，最後仍開放了。

如果你從這個角度去看，它會是個高度價值面的一個議題，所以接著剛才蔡副執行長的話，剛剛我來此走到後面，還跟大家提醒，今天所說的新藥到底是什麼？需要加以釐清，也就是它不是現在藥品的替代者，在於說某一個全新的藥品，它要不要納入健保給付。

如果這樣子討論下去，其實應該從藥品政策快30年的脈絡裡面去思考，某些新藥肯定非常昂貴，昂貴到某種程度上時，縱使可能有差額負擔，民眾也無法負擔得起，我們要怎麼去看待這個事情？

本次活動題綱寫得很清楚，因為我太久沒有接觸健保議題，所以就用舊的簡報來做修改。醫療維護健康這部分，是一個高度政治敏感性跟價值取向的一個整合。健保如果做得好，媽祖婆都不用在煩惱，健保如果沒有做好，對你我而言是無法想像，我們在2008年、2009年金融風暴，或2003年的SARS，或現在COVID-19的3年，如果臺灣沒有健保，臺灣會如何度過這些難關，所以它是一個代表國家對於民眾，某種程度上面提高醫療普及性與可近性，然後完整將醫療環境提供給民眾。

當然在這裡牽扯到憲法第157條規定，到底國家的角色，要設定做到什麼程度，是百分之百，還是基於健保照護我們就好，健保一年就8,000多億元的這樣一個預算，如何有效或者合理的分配，這個議題待會可以討論。

如果你從國外的一些標準來看，我在2002年發表過，其實它一定會牽扯到不同的人，不管是叫消費者、使用者或病人，醫療服務提供者跟政府想法是不同，三者都在這個醫療體系裡面，病人與醫療服務提供者對於政府政策會有不同期待，政府不可能不控制預算，所以我們用總額預算控制健保支出。

接著我們以美國為例，一年醫療費用成長率可能不低，基本上它強調在某種程度上是一個比較自由的市場，大部分的OECD國家，包括臺灣大概會採取社會保險的方式，也許它對大部分民眾來講，可以做到公平性，但是對於醫療或臨床上面的自由，基本上有一定限制，例如剛才講的脈絡裡面會有一些調度，縱使患有癌症，健保可能要有一定的條件才給付，對於使用新療效的藥物也有給付條件，所以這部分對整個醫界的臨床自主性跟訂價的權利，基本上是有所限制，就像健保特約醫院基本上不能違反健保法規的規定。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

如果在這部分，透過支付制度或總額預算控制成本，基本上也能達成，看到今天討論的新藥差額負擔，我們怎麼去看待，比方說我曾經看過一個美國的海報，一個基層勞工表示，這個藥，我不吃的話，我骨頭會痛，我吃的話，我心很痛，因為這個藥很貴。

接著我想說，自由市場存在嗎？價格如此昂貴的藥，它的療效與品質資訊是難以去確認，尤其在今天，我要再確認一下，所謂新藥，它的療效或其他部分，必須呈現更多資訊，因為它可能真的很貴，健保的藥真的比較差嗎？便宜真的沒有好藥嗎？這些議題大概是健保多年來，時常被討論的議題，若價格超過我們的負擔，過去我們講說需要公平的可近性，可是經濟能力較好者即時接近並搶先使用，這些對於病人來講，如何確定他需要的是這些藥物或那些藥物，我是台灣勞工陣線秘書長，會比較關注自費跟差額負擔，這是屬於醫療的階層化問題，事實上是存在，也許待會滕秘書長會補充，縱使過去在特殊醫材方面，到底誰會使用？其實是一個關鍵，在本次活動的可閱讀資料第10頁，如果讓大家有一個差額負擔選擇權，誰會選擇？對於有錢人來講，基本上並沒有太大的差異，但是到最後治療階段，可能大部分會選擇使用還是基層勞工，可是他對這一段的訂價或對整個療程價格的決定，完全沒有決定權。

大家會認為民眾自負差額就讓市場或個人去決定，但是在醫療領域，它是不存在，因為要確定這個自由市場或市場條件的話，買方跟賣方都有進出市場的機會跟自由，可是很抱歉，病人沒有，然後買賣兩方都有對等資訊，這對病人也很難，到最後不同的賣方之間會不會出現共同的行為或壟斷，答案是一定會有，在這樣情況下，我們去談差額負擔，病人期待透過市場供需達到減輕負擔，我非常存疑。

過去也有好幾次公聽會，裡面都有一些紀錄，大家若有興趣可以查立法院的公告，就藥界代表而言，事實上他們也是持反對立場，這個部分提供給大家參考。

我們在2007年召開一場記者會，當時已經開放特殊醫材的差額負擔，我當時睡不著，查那個價格，結果價差很多，表示怎麼樣？表示其實大家對於資訊跟訂定的價格，是完全沒有任何置喙，在當時建議醫材價格上限，搞了那麼久，結果還是沒有成功。包括去年我也寫了一篇文章，我們也要思考，差額負擔真的能夠降低民眾的負擔嗎？誰決定了使用對象跟價格？醫療階層化的問題怎麼處理？差額負擔真的能夠達到新藥較早使用的效果嗎？

現在藥廠可以申請許可使用新藥，然後經過一段時間，可能會被納入健保體系，以特殊醫材為例，過去那種漫天喊價的合理性到底在哪裡，如何達到健保的資訊普及跟對等的醫病環境，需要一起努力。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

最後我建議大家看這部電影「我不是藥神」，對他們來講，那就是新藥，我看了兩次，每一次都不斷地感傷，我覺得重點在於新藥納入健保給付這個事情，健保要整個介入強化資訊公開與醫病對等，並建立改善民眾健康權的制度，我就先分享到這裡，以上，謝謝。

張博雅副教授：我們接下來邀請第三位與談人何建志教授跟我們介紹。

何建志教授：在場的朋友們，今天跟大家分享這個題目，我是北醫何建志，專長是醫藥法規。剛才大家都已經知道，我們現在臺灣對特殊醫材有差額負擔，在健保法有明文規定，但事實上在一些病房費內也是可以這樣執行，只是就藥品而話，現在沒有法源依據，這就是為什麼今天我們坐在這裡討論這個議題。

根據我們的分析，關於健保政策，要考量很多事情，比較屬於人的因素，比如可以討論科學上療效的問題，或民眾在健保財務上的負擔，乃至於政治、社會倫理或法律的議題，中間的利害關係人，跟這個新藥差額負擔有關，病人自己是使用者，還有涉及醫院、醫師、廠商、政府、病友團體或是專業公平人士。

我們看一下在新藥差額負擔上，各位可以考量，先從法律角度層面來講，合不合適，其實現在是沒有法律依據，各位都知道法律誰訂定？法律是人訂定還是上帝訂定？法律是人訂定，只要人類覺得有必要的話，就可以立法，或執政黨想要執行的話，他在國會若有多數，就可以通過立法，我們是一個民主法治國家，只要多數民眾有需求，法律當然可以改。

有關修改法律，立法院三讀通過就可以，修改法律有時比新設法律簡單，修改法律背後會有一些動機或環節，會有些複雜。在科學方面，我們從實證醫學的角度來討論，開發新藥品差額負擔是針對病人的生活品質或病人的存活率如何改善，這是可以研究，一分證據一分話，如果讓民眾有新藥差額負擔機會的話，他的健康真的改善了、生命延長了，請問病人生命延長不重要嗎？應該是很重要，所以我們可以從科學的角度來看，在實證醫學底下，對病人生品質改善，或是延長其對社會的貢獻，各位可以去探討這個結論。

我認為最困難是在倫理方面，因為倫理涉及價值觀，它是一種意識型態，在傳統醫學倫理來講，包含病人自主選擇權，從自主權角度來講，現行法沒有新藥差額負擔，如果我們修法讓民眾有新藥差額負擔的機會，民眾的選擇權是增加還是減少？當然是增加，從病人自主權來講，病人多了一個選擇權。

從另外一個角度來講，會不會導致資源排擠的現象，健保是一個大鍋粥，有的人吃多了，有的人本來沒有吃這鍋粥，現在開放資優班可以吃這鍋粥，因為吃粥的人變多，對於其他吃

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

這鍋粥的人，他吃的量變少了，也就是資源排擠了，確實有可能會有這個現象，不過還是可以做一下這樣的研究。

至於經濟這一塊，涉及健保財務，從某個角度來講，我們現在是總額預算制度，每年8,000多億元是一定會花掉，政府不可能把這8,000多億元留起來當成私房錢或是哪一年才去運用，今年的總額就今年用掉，到底是誰用掉，這是一個問題。

我們從沒有差額負擔，到有差額負擔，健保發出去的錢不會變多，只是由誰用掉這個資源，或在實施差額負擔之後，我們繳健保費有增加嗎？答案是不會，健保費是不會增加，有沒有實施差額負擔，每個人所繳健保費是不會增加，因為繳健保費是另外一個事情，健保有支出面跟收入面，大家繳健保費跟政府公益彩券盈餘分配收入或其他收入去挹注健保財務，是健保的收入之一，健保支出每年8,000多億元的總額預算，從經濟層面來講，我認為有沒有實施差額負擔，對健保經濟財務來講，影響不大。

關於社會層面，我覺得這議題涉及公民參與討論，然而我們台灣媒體的新聞記者是否素質太低，有時候我看到媒體斷章取義，對差額負擔有贊成意見跟反對意見，所以今天我們用公民咖啡館活動的方式做一個比較深度討論，確實比較有意義。

在政治層面來講，我們不管依在野黨或執政黨角度來看，從政府跟政黨來講，只要贊成大於反對，執政黨或在野黨都應該支持，從民主政治角度來講，會不會有既得利益者反對這個事情，我們不知道，所以可以再思考一下。

我們再從人的角度探討，我先跟大家提一個觀念，如果我們開放新藥差額負擔的話，可能讓原本用不到新藥的病人有選擇權，因此基本上對有需要的病人應該是有利，可是有沒有可能變成不利？也是有可能，例如現在醫材差額負擔，心臟血管支架區分塗藥跟不塗藥，有什麼差別？醫療器材裝上去，就算後悔也拿不下來，可是對藥品而言，如果健保不給付這樣的藥品，你用差額負擔方式用這個藥品，如果你覺得吃的效果不好，是可以停用。

有這樣的機會，讓病人有轉軌方式，醫療器材管理上有一個問題，心臟血管支架或人工髓關節等，裝上去就難變更，可是藥品的話，現在有健保給付的藥跟健保不給付的藥，A是健保給付的藥、B是健保不給付的藥，如果實施藥品差額負擔，原本他只能用A，現在可以用B，他用B不舒服的話，可以停用，沒有強迫他繼續用，所以給一個差額負擔的方法，讓病人有一個轉軌的機會，如果病人後悔的話，可以馬上改變，所以新藥差額負擔真的可以考慮一下。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

藥品差額負擔利害關係人有關家屬部分，該負擔導致家屬有利或不利，可以討論一下，因為待會參與者可以各自發表自己的心得跟想法。另就醫院跟醫師而言，基本上我們認為他們是受益者之一，因為醫院可以透過醫師增加營業額跟銷售額，應該可以增加醫院收入是沒有問題。

利害關係人是廠商的話，我們區分外國跟本國，在講新藥基本上大都是外國廠商研發，台灣本土藥廠製造新藥的能力，還是相對比較弱，所以我們台灣的新藥大都國外廠商製造，新藥差額負擔對他們比較有利。至於政府方面，藥品差額負擔涉及爭取選票與行政負擔，是否存在有利或不利，都可以再思考一下。

我們就藥品差額負擔實施條件予以分類試辦，關於新藥方面，有時候各種藥品混在一起談，這樣不太好，我覺得就事論事比較好，新藥有很多種，有癌症、罕見疾病的新藥，或者一些眼科、精神科的新藥，如果以癌症用藥來講，剛才我們也聽到歷年所做民調，包括癌症基金會做的民調，大部分都是支持。

從癌症用藥來講，基本上應該是一個可以去考量的議題，至於有一個很重要的原廠藥跟學名藥的觀念，所謂學名藥是指在專利法的架構下，新藥有20年的專利保護期，在經過專利保護期之後，所有廠商都可以發展同成分的學名藥或稱作相似藥，從這個角度來講，就學名藥而言，如果開放差額負擔，容易導致民眾不選學名藥，而是選原廠藥，因為這是一個老藥，不管是吃三高或糖尿病的藥品，也許還是有品牌迷思，就老藥來講，糖尿病與心血管藥品，原廠藥真的比較好嗎？這是因人而異，因為每個人的基因多樣性，所以有的人吃原廠藥效果比較好，有的人吃了覺得差不多，我們應該尊重每個病人自己身體的感受比較好。

最後是需要增加社會溝通，基本上實施藥品差額負擔不會影響民眾的基本權益，健保已經給付的藥品不會因為實施差額負擔，就突然不給付，沒有這回事，所以病人的權益不受到影響，至於對沒有生病的健保繳費者會有影響嗎？我們會因此多繳健保費嗎？也是沒有，因此從這個角度來講，都不會影響，但是差額負擔可以讓某些民眾有機會選擇新藥，這是可以考量。

假設實施藥品差額負擔，可以改善目前藥品全部健保給付或全部民眾自費的行政僵化型態，也就是我們台灣藥品健保給付是全有或全無，這樣可能太過僵化，藥品差額負擔可以根據實證醫學，就事論事，予以分類別、分階段，以實證醫學做背景，尤其很敏感錢的問題，醫師告訴病人健保負擔藥費多少元，差額負擔多少元，至少讓民眾可以瞭解與選擇。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

我認為健保的責任是救命，至於貧富不均可以透過教育跟社會財政來解決，所以改善貧富差距是教育部、財政部跟經濟部的事情，不是衛福部的權責，我們應該認為一碼歸一碼，不要陷入貧富差距的仇富情結，推翻這樣一個藥品差額負擔的好處，也許我們可以再思考一下一些細節，謝謝大家。

張博雅副教授：我們現在歡迎滕西華秘書長來當我們第四位與談人。

滕西華秘書長：我覺得擔任最後一個與談人非常好，前面很多專家分享過的觀點，有些都可以不用講，因為只有10分鐘報告，如果可以可能會超過一些時間。我的觀點比較沒那麼多客套，大家常常在講，認識我的人很習慣我的態度，反而不太習慣我比較溫和。

我先講藥價，剛剛何老師也有講，我們剛剛講這個議題的時候，很多人把差額負擔跟部分負擔搞混在一起，我講是中文，英文也是不太一樣，剛剛蔡副執行長也講過，我們自己要能夠搞清楚這兩個議題的明顯差異。

藥價沒有最貴，只有更貴，剛剛蔡副執行長有講過，我們用最近的例子就好，健保治療SMA新藥是4,900萬元，是由本來6,000萬元殺到4,900萬元，是屬於基因治療，一次用藥就可以治癒，請問就算差額負擔病人的起付線是多少？是200分之1嗎？是0.01%嗎？

第二個例子，我們講去年故事就好，有個阿嬤半年前就有肺腺癌，半年後孫子也有肺腺癌，家裡面只能出一份錢救一個人，要救誰？阿嬤也想要活下去，但是社會上存在的價值觀與選擇是什麼？阿嬤說救這個年輕力壯的少年，自己已經活得差不多了。

我們健保於111年給付兩種兒童用藥，第一種是因為台灣屬於潮濕氣候，有的小孩出生之後呼吸道會感染過敏，如果沒有給他這種藥，他就會死掉，死亡率很高，一個孩子12萬元藥費。另外一種藥是罕見癌症用藥，屬於口服抑制劑，藥價297萬元，要不要救小孩？問我要賣什麼？若賣房子，也要有房子可以賣，現場多少人有房子？不知道，我名下沒有房子，我要嫁一個會買房子的老公才行。

你要有房子才可以賣，現在中產階級可能變成破產階級，不是未來式，是進行式，勞工代表在這邊，當你爭取調漲基本工資，漲1,000元、5,000元，你覺得有幫助給付藥費嗎？

剛剛也有講到，這是人權，孫友聯剛剛沒有講他是臺灣健康人權協會以前的理事長，我們講健康人權，到底講真的還是講假的？國民健康署有一個健康平等報告書，我們提到特殊的族群，他們是社會經濟弱勢與地區弱勢等，都沒有辦法達到這些水平，我們很多人是看得

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

到卻用不到。

有關健康照護可近性的4個面向包括沒有差別待遇、距離可及、經濟可及、資訊可及。我們講到WHO促進基本藥品可近性，這是黃文鴻老師的講義，你要選擇藥品可近性是什麼？健保財務系統要好，健康系統要好，醫院不能說倒就倒，健保不能說沒有就沒有，可負擔不是只有個人可負擔，國家也要可負擔，你有一個指引，全球藥廠的定價，策略是對的，你研發一個藥品是為促進人類健康，結果你研發出來了，很有錢的人才有健康，這就違反全球在藥品價格的重要倫理課題，而這個倫理課題正在發生。

當年要搶救C肝患者，為什麼你在民眾自費時可以賣200萬元，健保一給付就變成25萬元，則自費是在幹麼？沒有人質疑當時賣太貴嗎？需要合理解釋。

現在的門診藥品部分負擔於今年7月1日調整，醫學中心最高付到300元，漲幅很高，但是按照健保法第43條到第47條規定，門診藥品部分負擔的法源都不清楚，我們修法的時候沒有提到，第43條就講門診跟急診部分負擔應為20%，可是去看施行細則，也沒有解釋什麼叫門診費用，包含哪些？去看支付標準，醫療費用跟藥品費用是分開，所以我們的支付標準，講到門診費用，是沒有包含藥品費用，請問門診、住院的藥品費用部分負擔20%是從哪裡來？都沒有去問健保署，法源應該告訴我們，你愛漲就漲嗎？請將法源告訴我，20%是從哪裡來。若是從第43條，但第43條沒有提到，施行細則也沒有解釋，當年就告訴他要解釋，現制就是這個樣子。

我先給大家說明一下，不要只看單一議題，就病人的負擔，有一個願意付價，就是willing to pay，跟你有能力付費是不一樣，剛剛蔡副執行長有講到，我很願意付，但我就是沒有能力付，我一個月賺3萬元跟一個月賺30萬元的人，我們都願意付，但誰付得起？這就不一定，你看住院看護議題，我很多朋友都沒有生小孩，將來沒有小孩可以照顧，若你沒有家人可以照顧，要請住院看護得要付多少錢？COVID-19的時候，住院看護費用喊上歷史新高點，一天24小時2,800元，沒有人要做12小時或2小時，最高就是2,800元。

我們開始講現制的部分負擔有這些，漲了急診、藥品費用等。當年為什麼只有醫材有差額負擔？剛剛蔡副執行長有講，因為醫材大部分人一生只用一次，而且它的前提，跟今天完全不一樣，當時民國100年修法的時候，為什麼藥品的差額負擔，這不是部分負擔，其差額負擔沒有立法通過，只立法通過醫材，因為兩個前提，第一個醫材是一生可能只用一次，例如眼睛要換水晶體，可能一生只換一次，血管支架可能不是只用一支，有人用上13支。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

第二個是必須要有健保已經全額給付為前提，也就是你通通不要選，我先生的專長是治療心血管疾病，我告訴他以後我血管塞住不要用塗藥支架，因為使用塗藥支架的死亡率跟存活率與傳統支架一模一樣，若使用較貴塗藥支架是浪費錢，我告訴你，傳統支架就會很舒服了，不要用塗藥支架。

醫材已經有差額負擔，所以民眾可以選擇要不要差額負擔，剛剛有人問我，誰在用差額負擔醫材，當年修法的時候說了什麼？說你用差額負擔，民眾可以多一點選擇，若你有商業保險或有錢，你就可以付錢時多付一點，先不要講多付一點有沒有更好一點，後來實施2年後，我們請健保署，當年的健保局跑資料，誰在用差額負擔醫材？大家現在可以猜猜看，使用差額負擔醫材的人是以投保金額分類，因為我們不知道那些人真正的所得，就看他們投保金額高低來判斷經濟能力，結果是大部分投保金額在49,999元以下，意思是什麼？就是使用差額負擔80%的人月投保金額是5萬元以下，這些不是有錢人。

我們現在討論到這裡，現行要考慮哪些部分，我們不能只有談到差額負擔，不管是新藥差額負擔或是藥品差額負擔，就是剛剛何老師所提到，學名藥跟原廠藥的問題，我們目前還有醫療有效性議題，藥廠申請健保給付的時候，說藥品多有效，但有可能是騙人。第二個，臨床試驗資訊可能不足，第三個，科學證據蒐集得可能不夠好，例如大量用在普通白人很好，可是用在黃種人可能不一定好，用在黑人也可能不一樣，用在男人很好，因為臨床試驗大部分會收男人，可是用在女人可能不一樣。

包括健保署的全球健保單位，都應合理懷疑藥廠，你的藥品有效我再付給你錢，你的藥品多有效我給你多少錢。所以新藥需要考慮這個議題，健保全部都付或自己病人付，但若沒有效，健保或病人為什麼要付？

現在講到起付線，就是蔡副執行長講的支付基準線，你可以講是單一試驗的差額負擔，簡單來說，像中國就是用這個東西，美國也是一樣的東西，就是一定金額以下由健保付，一定金額以上病人自己付，也有倒過來講，就是一定金額以下病人自己付，一定金額以上由健保付，假設門診藥費1,200元以下都是病人自己付，1,200元以上則由健保付，至於有關保大不保小議題，它們有不同的概念，我們今天都沒有講到這個議題，如果要新藥，要不要保大不保小，或是一定金額以下的藥品民眾自己付，假設每個人付1,000元，然後1,000元以上，所有藥費不管是100萬元或1,000萬元等，全部都由健保付。剛剛講過藥品可能需要終身使用，癌症是慢性病怎麼辦？以前得了癌症之後，大部分可能等死，我以前去癌症病友會輔導的時候，

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

來了一群媽媽，她們在講怎麼照顧家裡面生病的人，例如先生得癌症，自己辭掉工作去照顧老公，結果醫生說2年會死，又沒有死，為什麼？有些癌症漸漸變成慢性病，不是預期陪他2年就死掉，已經設停損來賣房子，老公死掉之後重新開始，可是現實是沒有重新來過這件事，你看這可能需要終身使用，不是只有付一次的錢而已，可能要付很多的錢。

你可以付多少百分比？有人講差額負擔要付多少錢，健保先付90%的錢，民眾付10%的錢，如果是1,000萬元的藥品，有點高，就100萬元的藥品好了，10%是10萬元，誰付得起10萬元？而且還不一定只有付一次，你父母要用、小孩要用，你去借錢，自己要不要用，這是相對補貼的錢，若健保負責90%，10%則要民眾自付，健保還是補貼有錢人，不是嗎？有錢人才付得起剩下的差額，健保補貼有錢人是違反健保原則，當初健保為什麼要開辦，就是不要因病而貧或因貧而病，不能存在醫療畸形化的問題，不能因為你付不起錢就活不久，就不能用好的東西，這是健保的原則。

因此不管所訂百分比多少，健保還是補貼相對的有錢人，為什麼？若你付不起差額，致使用不起這個藥才是關鍵，對於永遠付不起差額的人，就永遠被排除在外。

有人在講李伯璋署長主張商保補健保，我最瞧不起他的就是這主張，我對著記者講過，全國所有官員、民意代表都可以講這句話，就是健保署署長不能講這句話，他說拿商保補健保，請問健保辦了20多年，民眾自費越來越高，商業保險越買越多，當初我們辦健保就是為了讓沒有健康保險的人擁有無價的健康醫療，結果我們健保署署長說拿商保補健保，不知道有沒有公會的人在這邊，我們台灣的商業保險賠付率，是你繳100元保費，他理賠你30元，而且理賠過程很刁難，要準備很多文件，誰是買商業保險的人？還不是相對有錢的人？不是嗎？相對有錢的人才買得起商保，現在不是只有醫療險，還有長照險，買都買不完，光是社會保險一直在漲價，勞保、健保都要漲價，所以買商業保險的人還是有錢人，你買得起商業保險才可以補得起健保的差額負擔。

我從投入健保那一年開始，再也沒有買過一張醫療險的保單，寧願年增千元健保費，不要年增萬元商保費，為什麼？增加健保一元效益很高，剛剛何老師講了，年輕人沒有使用，可是你的父母使用了、生病的人使用了，等你生病的時候，只有繳少少的部分負擔，可以使用幾百萬元、幾千萬元的療程服務，但是你繳1萬元的商業保險費，還不一定會被理賠，賠的錢還不一定夠，搞不好只有補你的健保差額負擔，或病房費的差額負擔而已。有一個特殊材質人工髋關節手術例子，一位立法院辦公室主任跟我說，我媽媽跟我講，我如果沒有給她自

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

費或差額負擔就是不孝，他問我用自費或差額負擔還是用健保全額負擔就好，我跟牠說你媽都70幾歲了，用健保全額負擔的就好了，他說還有30年要使用，我說你媽是要去爬山、賽跑嗎，如果要賽跑就用耐磨的要自費或差額負擔，不然用傳統的好，因為那就夠了，我自己的家人也是用健保全額負擔，不是叫我家人用自費或差額負擔的，後者不見得比較適合，商業保險也不一定理賠，他們還要養他們的員工。

我寧願支持全面調整部分負擔，而不是差額負擔，對不起，我剛剛說過我講話比較不那麼溫和，因為錯的問題得不到對的答案，這一題沒有好的配套措施，也就是新藥差額負擔沒有好的配套措施，它的命題就不應該是實施新藥差額負擔，應該全面檢討部分負擔政策，全球除了低收入戶、中低收入戶的窮人以外，政府會補助他們的部分負擔，我們應該全面檢討部分負擔政策，我們有罕病、重大傷病、身心障礙等，檢討的配套措施是什麼？應該要跟目前的住院部分負擔上限一樣，就是我每一次住院都有負擔上限，比如現在上限是200元或300元，假設將來漲到400元或500元，都可以討論，要看經濟情況，然後學住院部分負擔一樣，有全年合計的上限，我們住院部分負擔是公告全年合計上限，就是一整年不管你住多久，你用的醫療費用有多貴，一年合計上限就是這麼多，我記得今年是8萬元，你付到頂後就沒有需要付了，這就是考慮到你的經濟負擔。

藥品也是一樣，假設一年民眾的所有藥品自付合計是10,000元，你每次付400元、300元等，等你一年累計到10,000元，之後不管你看什麼病，不管你是得到癌症或罕病，你就不用再付了，全部健保幫你付了，但每一個人每次去看病都有藥品部分負擔的金額上限，不管是10元起跳，200元是上限，應該要提供配套措施才對。

不要因貧而病，這個價值觀跟你們分享，我們今天所做的美好，都將回歸到自己身上，不是為了病人而已，我們每個人都可能是病人，謝謝大家。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

北區第1場次總結(112.6.30)

張博雅副教授：首先邀請第一桌桌長蔡麗娟副執行長，針對第一個主題「實施新藥差額負擔，好處有哪些？」總結。

蔡麗娟副執行長：實施新藥差額負擔的好處，其實我們這一桌在4輪討論下來，意見非常多元，首先有贊成差額負擔，也有不表贊成。

我先講一下贊成部分，就是從制度層面看到好處，第一個我們要先看新藥的定義是什麼，基本上這個新藥是健保還沒有給付，但這個新藥跟現在藥品有差異，它是有比較好的療效或是安全性，這些方面是有優勢，如果在這種條件下，當然是比較贊成差額負擔制度，好處就是在這個制度之下，病人跟醫師之間比較會有一些溝通的依附性，去討論比較合理的治療是什麼，病患如果有這個差額負擔的機制的話，就比較會更謹慎地去認清跟他的治療有沒有需要，對於藥品的需求到底對他的疾病治療有沒有真正的好處，病患會更深入去瞭解，當然也會降低健保的負擔，因為如果整個負擔要納入健保給付的話，對健保財務的壓力就會比較大，這個制度同時也可以鼓勵藥廠，促使他們提供更優質的藥品，或是差額負擔讓藥廠願意去生產更有創新性、具有經濟價值的藥品，這樣的方式，病患也有更多元的選擇。

差額負擔在使用的過程，也可以看到新藥真實的數據與使用的狀況是怎樣，如果它的療效是好的，這個藥品可以讓病人在差額負擔的前提下有更好的選擇，如果長期看起來真的有好的療效，健保是不是可以全額給付這樣的藥品，而那些舊藥，在市場上已經很久的，跟新藥相較之下療效差很多，舊藥可以陸續退場。

我們除了看到新藥的療效外，對病人整個生活品質提升或是後續醫療費用負擔是可以減少，在這個條件之下可以看到很多好處，基本上反對實施這個制度的也是有，尤其是反對1A的藥品，就是它為突破性新藥進入這樣的制度，2A跟2B的藥品是可以考慮。

好處裡面就是讓民眾真的有一個選擇權，在資訊透明的狀況下可以快速用到新藥，但是對於癌症或罕病新藥不建議納入考量差額負擔，因為這兩個領域的新藥都非常昂貴，病人可能會面臨負擔不起的狀況而造成醫療貧富差距擴大。

同時藥廠跟醫師之間的利益相關性糾結，也是在這個制度下必須去注意，當然最重要的是實施新藥差額負擔，不要變成只有有錢人才有選擇權，這個事情必須在這個制度下去衡量與考量。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

張博雅副教授：接下來邀請第二桌桌長孫友聯秘書長，針對第二個主題「實施新藥差額負擔，缺點有哪些？」總結。

孫友聯秘書長：我們這一桌的主題是實施新藥差額負擔的缺點，所以我們集中討論缺點部分，沒有討論優點，因此還滿清楚。最主要的缺點在於無法讓病患負擔，就是負擔不起，在有差額負擔的狀態下，能不能負擔得起的問題，幾乎都是各組所關注的焦點。

第二個缺點就是你怎麼去確定病患有什麼樣的知識瞭解新藥本身所宣稱的療效，這部分一直都是各組都有提到的蠻重要議題，也就是資訊不對等。

在有差額負擔情況下，有可能產生那種supply-demand的問題，就是供給誘發需求的問題，當醫生在臨牀上認為應該要使用所謂新藥的時候，基本上病患只有被知會，這裡有一個小小的插曲，會不會產生這樣的問題，假設一個醫生，偏好某一個藥品，他有A、B、C三個病患，A病患和B病患都很尊重他的醫囑，都選擇了他的治療模式，C病患基於某一些理性考量，例如錢或其他因素，而不接受他的醫囑時，會不會因此產生差別待遇，我覺得這個已經不是缺點，是副作用，所以可能在這個制度下會有的副作用。

另外一個主要的缺點就是，假設這個差額價格已經高到無法負擔的話，它是100%違反健保的立法精神，會造成社會負擔階層化，在各組討論以後，就是建議要對某一些劇本或劇情有一些focus，例如這個藥品，基本上它已經是通過國內TFDA核准，表示它在國內是可以使用，這就是在程序當中，才能決定要不要開放給民眾進行所謂的差額負擔。

我覺得接下來還是要繼續集中討論缺點，大概就是各組都有提到的，的確在時間或實務上面，有可能出現差別待遇，跟所謂的供給誘發需求這樣的問題，都有可能發生。

假設我們在修法裡面允許新藥跟醫材有一樣差額負擔的可近性，大前提就是不能違反健保精神，也就是說它的費用部分，可能還是要在一定的價格之下。

張博雅副教授：接下來邀請第三桌桌長何健志教授，針對第三組的主題「是否實施新藥差額負擔？其應考量哪些因素，及國內是否已具備可實施的條件？」總結。

何建志教授：我跟大家報告一下第三桌討論的結果，所謂考量的因素跟執行的條件方面，我歸納大概六點。

第一點還是剛剛大家提到有關療效部分，新藥到底有沒有療效，因為新藥使用的人數不夠多，所以療效到底值不值得民眾自付差額，這是大家最關心的意見。

第二點為因為療效牽涉到專利的醫療知識，所以民眾的醫學能力到底夠不夠，建議藥廠

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

的資訊公開，或是政府、醫院把這樣的自費差額新藥資訊，用簡單易懂或懶人包的方式公告，這是我們這一組非常在意，雖然我們已經可以合法實施醫材的自付差額，上健保署的網站查詢就知道，但這個資訊好雜亂，很難尋找，都沒有重點，所以建議健保署讓公開比價的資訊更簡單、清楚、明瞭，讓民眾更容易知道。

第三點是講到醫學倫理的問題，就是醫師有業績壓力，會去跟病人促銷或者行銷一些可能效果沒有那麼好、療效沒有那麼明確的一些新藥，讓病人自付差額。

第四點就是既然療效不是那麼確定，民眾的理解能力也不是那麼夠，涉及醫師的醫德，建議政府加強監管。

第五點是關於民眾的負擔能力，不諱言，台灣現在還是有貧富差距的問題，所以民眾真的非常在意負擔能力。

第六點是如果真的要執行，差額負擔是不是要有一個比例與上限，不然的話，如果某些病人長期服藥，負擔可能會很沈重，這個制度變成對他的生存是一種懲罰而不是一個獎品。

基於以上六點考量，絕大多數的代表不支持差額負擔，就是反對差額負擔，也認為沒有必要多此一舉。不過我還是講一下我個人意見，因為健保應該全民參與，今天在座參與者男女代表失去平衡，絕大多數是男性代表，就人口的年齡層而言也沒有看到年輕人參與，將來繳健保費最多都是年輕人，而年輕人都沒有來參與，都是40歲、50歲、60歲以上的代表，沒有2、30歲的人參與，這樣的討論結果，從學術研究效度來講，這個研究報告發出去，我個人覺得代表人數比例是偏差，雖然大家都很認真地參與，在今天下午花這麼多時間，未來是不是代表的族群更加廣泛一點點，可以增加我們代表多數意見的代表性，以上簡單報告，謝謝。

張博雅副教授：接下來邀請第四桌桌長滕西華秘書長，跟我們分享第四桌主題「如要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施？」總結。

滕西華秘書長：我覺得要給桌長做會議紀錄，我們這個配套措施，剛剛何教授講過，我們一桌三輪討論下來，始終有代表堅決反對實施差額負擔，不管實施什麼配套措施，但是我們還是可以提出，還是可以表態不支持，萬一真的要做，還是可以生出一些停損或者風險管控的做法，所以我們意見非常多元，大部分不支持的夥伴勉為其難地想了一些配套措施，我覺得這一點是民主社會非常棒的表現，大家都投入討論這個議題，我要跟主辦單位張教授講，今天邀請的來賓代表素質都很好。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

我們原則上大部分的人是不支持，有部分的夥伴是支持，我們在講萬一要做配套措施是什麼，第一個到底什麼是新藥，要講清楚，例如是1A要做還是2A要做，我們大多數的夥伴都覺得，如果真的要做，有幾個人說1A的話，因為是全新，可能有不確定療效，1A就做差額負擔好了，也有人覺得，萬一真的沒有療效，就是沒有被滿足的需求，所以1A不應該做差額負擔，應該要健保全額給付，2A可以做差額負擔，因為2A有別的藥可以選擇，所以2A做差額負擔則病人的選擇就會比較多一點，他要付的費用可能會比較合於預期。

我們這一桌也有提到，如果健保現行給付一些藥品，因為它們很有療效，但是因為價格的關係退居第二線，而不是因為療效跟安全性退出一、二線使用，這一部分的藥，有夥伴覺得也許可以拿來做差額負擔，如果一個新藥，以前有療效，根據我個人的經驗，健保早期是有這種現象，例如一個新的藥品，它其實比較貴，但是我們要求醫師先開立處方，就等原本給付的第一線公告沒有生效之後，他才到第二線用藥，也有一大部分確實是因為療效的安全性，就是可能必須針對第一線治療效果不明確的時候才到第二線，也有夥伴提出這個意見。

我們如果真的要做差額負擔，政府必須要像現在對醫療器材一樣，如果在一定時間之後證明它非常有效，而且大部分的醫師都開立處方這個藥品的時候，應該要納入全額健保給付的機制，不是一直地差額負擔下去，如果沒有療效，要有退場的機制，不是一直讓民眾給付差額。

怎麼給付呢？如果健保署要依療效跟效果來付費，病人的差額自費部分也應該要依療效跟結果來付費，而不是政府是依療效付費，病人這邊則沒有，若民眾是依存款來付費，這樣就有不公平，因為民眾沒有辦法選擇跟判斷它到底有沒有療效，這個專業的考量應該是在HTA跟健保署的手上。

關於付錢部分，剛剛前面都有提到，需要考慮民眾的付費能力，應該要有上限，不管是採行定額的上限，還是定率加定額，現在的部分負擔，這兩種都有，就有定率加定額，住院的部分負擔也是有，都要有上限，至於上限的部分，有夥伴主張，只要有年度總上限就好，有夥伴則是主張單次跟年度都應該要有上限，不管是用哪一種，考慮到因為新藥可能很昂貴，而且是不可預期的昂貴，民眾也不知道要負擔多少費用，所以應該都要有年度的上限，政府不應該跟民眾說你都沒有錢所以付不起，實施健保差額負擔假設的前提是這個藥真的很有效，若健保財務沒有辦法付的話，應該是跟全民去說怎麼讓全民互助漲保費，而不是把責任跟風險反而丟給那些病重的人，其實剛剛前面有提到，這不是全民健保的精神，如果新藥真的有

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

療效，應該去說服民眾說我們要健全保險財務。

剛剛也提到因為保險財務是一個非常複雜的議題，有夥伴提到，費率跟費基存在一個不公平的現象，會導致如果不處理，而只是去處理差額負擔的話，它會讓有薪資所得的勞工基層，就是以薪資所得為最主要所得來源的勞工階層負擔很重，而且很多近貧戶的家庭，於經濟結構變化下，這些近貧戶就是我們社會學家講的near poor，其實是沒有辦法在這裡考慮到，甚至他們的部分負擔也不會有法定補貼。

這群人如果又碰到重病的話，要做差額負擔其實是滿困難，所以我大概就說這些，絕大多數人的意見還是一個結論，就是不支持，我很佩服不支持的人，有去想萬一真的擋不住而要實施的話，臺灣人民是很可愛，政府硬要做的時候，一直在想怎麼保護我們自己，也謝謝願意支持的人，也想出了很多的配套措施去停損，這是我今天來參加最大的收穫，謝謝。

張博雅副教授：謝謝各位今天辛苦來參加，四位與談人，還有各位團體代表，針對是否實施新藥差額負擔的議題，給了很多的相關想法跟意見，我們今天的活動就到這邊結束，謝謝大家！

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

中區第2場次與談人報告(112.7.28)

張博雅副教授：各位大家好，我是國立臺北護理健康大學的張博雅副教授。今天很高興大家來參與112年度全民健康保險公民咖啡館的活動。今天為什麼會辦這個活動，主要是依據全民健康保險法第5條第3項規定，衛生福利部全民健康保險會於審議協議重要事項之前，會先蒐集民意，然後辦理公民參與的相關活動。

我是國立臺北護理健康大學的張博雅副教授，這次是因為接受了全民健康保險會的委託，參與運用科技工具實踐公民參與探討健保業務研究計畫，辦理公民參與活動，並預擬一個假設性的議題，新藥可否採行差額負擔。我們總共會辦北、中、南、東4個場次，今天是中部的場次，邀請各位團體代表來與會，這樣的公民參與的做法是作為之後實際應用的參考依據。

跟大家介紹一下今天的議程，等一下我會邀請與談人來針對今天的假設性議題，新藥可否採行差額負擔的議題來跟各位進行說明，再來讓大家進行各桌的分桌討論，討論完之後由桌長跟大家做一個總結，預計會在4點40分結束今天的活動。

首先我要先跟大家介紹今天的與談人，第1位與談人是臺灣癌症基金會蔡麗娟副執行長，專長在癌症預防、癌症教育等等。第2位與談人是台灣勞工陣線協會孫友聯秘書長，專長在勞動法、社會保險、個案服務。第3位是臺北醫學大學醫療暨生物科技法律研究所何建志教授，專長在藥師法、公共衛生法、醫學倫理。第4位與談人是台灣社會心理復健協會滕西華秘書長，專長在健保、醫療人權、健康政策等等。

今天的假設性議題，新藥可否採行差額負擔，總共有4個主題。第1個是實施新藥差額負擔的好處有哪些？第2個是實施新藥差額負擔的缺點有哪些？第3個是實施新藥差額負擔要考量哪些因素，還有國內是否已經具備可實施的條件？第4個是如果要實施新藥差額負擔，要考量哪些配套措施？接下來就邀請4位與談人針對剛才那4個主題，進行10分鐘的與談說明，第1位，邀請蔡麗娟副執行長上台。

蔡麗娟副執行長：各位夥伴，大家午安。我也是第一次到這個地方來，我不知道烏日高鐵後面還有這麼大一塊的腹地，還有這個會議中心。那我們今天要講的是，如果實施新藥差額負擔，好處會有哪些？因為這是一個假設性的議題，所以我們就從幾個層面上來思考一下。我不知道在座有沒有在就醫的過程當中曾經有差額負擔的經驗？有人有曾經差額負擔過嗎？好像大家都還沒有。

到底什麼是差額負擔？我們知道臺灣有健保，這一張健保卡真的是非常好，可以自由地

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

選擇到哪個醫院、到哪個診所，而且在一些費用上，健保也有給付，但目前來講並不是每一項的醫療服務、新藥或一些特材都是完全的健保給付。差額負擔就是說，健保負擔一些，但是這樣東西一定有一個健保要給付的參考品項，就會有一個參考價，如果你用健保有給付的參考品項的話，那就是健保完全給付。這個以目前來講只有特殊材料，等一下我會說明。但是如果你覺得還需要更特殊的一些功能，超出這個參考品、參考價之外，就要自己負擔差額。

那我畫這 2 個面積，並不是說健保負擔比較多，民眾負擔比較小，每一項都不一定，都會有健保的參考價。所以是有一點點分攤的概念。也就是說，好像我們有時候去超市或百貨公司加價購的那種概念。

但是差額負擔目前只在特殊材料有，因為它有一個法源，就是健保法第 45 條，才可以做差額負擔。那這個法源是什麼意思呢？就是說保險給付的特殊材料，保險人就是健保署，就要訂定給付上限，剛剛那個參考價，就是健保最多給多少錢。醫事服務的提供者，就是醫院，可以收取差額的上限，就是說醫院可以提供不同的選項，差額就是病人、使用者要自己付。

同樣一個功能，健保署就支付同樣的價格，不管是 A 牌、B 牌或 C 牌，只要是同一個功能，那健保的價錢是一樣的。所以保險對象，就是我們去使用的人，經過醫院的醫師來認定，在醫療上有需要的時候，就選擇健保署訂有上限的特殊材料，那可以自付差額。

法律規定這些自付差額的特殊材料的品項，廠商跟健保署申請，也會提到全民健康保險會討論，最後由衛生福利部公告品項類別及實施日期，所以現在目前有差額負擔的只有特殊材料。其實差額負擔民國 84 年就有了，就是健保實施的那一年就有了，已經 20 幾年了，以目前來講有 10 個類別，所以剛剛講的自付差額，有一個比較容易理解的概念，比如說開白內障手術，開完白內障手術以後，水晶體因為已經霧化了，看不清楚，健保署有提供一個基本功能的水晶體，但是比如說你有老花，或者是你有閃光，你可能需要的水晶體要有附加不同的功能，像是焦距，那你就去選你需要的功能，但是你要自己去付那個價差，這就是差額負擔的一個實際上的狀況。

那當然血管支架也是，有塗藥或者是沒有塗藥，健保署提供的可能是沒有塗藥的支架，但是也不是說沒有塗藥的就不好，塗藥的比較好，因為都需要醫師來判斷你的需要是什麼，然後再去選擇適合你的，但是差價是自己要去付的。但是這個差價過去也有發現說，每個醫院的差價好像不太一樣，有些是差了好幾倍，那有些醫院可能規模比較大，使用的量多，議價能力比較好，所以也許差價的價格沒有那麼高，有一些醫院差價很高。但是健保署有一個

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

比價網，可以讓民眾、家屬自由去比價、選擇。還有一點，比如說腦脊髓液分流系統，後來發現超過 8 成民眾使用，所以在 111 年 11 月 1 日就納入健保全額給付，也就是民眾的需求很高，很多人都在使用，有這樣子的一個狀況，當然這邊指的都是特殊材料。其實過去一直到現在都有自付差額這樣的機制存在，也有監控跟管理的措施，比如說管控極端值，如果醫院差價超過很多的話，就會沒有辦法登錄健保署的健保資訊網。或者是每一個醫院調降的過程，健保署也會監控。對於收費超過極端值，或者是民眾說這家特別，價錢漲得很快、很高，健保署也會有一個提醒的機制。另外就是我剛剛提過的比價網，同樣的東西，在 A 醫院自付額多少，B 醫院自付額多少，廠牌名稱也都有，資訊是公開、透明的，所以保障民眾使用的時候，有一個知的權利、選擇的權利，那以目前來講特殊材料都已經在實施中。

但是我們今天討論的是新藥，吃進去或注射的藥品，什麼叫做新藥？新藥是屬於一種新的成分、新的劑型、新的給藥途徑或新的療效，分為第一類及第二類，第一類新藥是藥廠提出這個藥跟現在在使用最佳的藥品來比較，效果有沒有突破、有沒有更好、好很多、很創新，或者是說從臨床試驗的一些數據來比較。那第一類新藥通常是具有突破與創新的，研發花費很多的成本，所以很貴很貴，因為我長期在癌症基金會服務，像癌症的新藥，如果健保沒有給付的話，一個月自付 10 幾萬元、20 萬元是基本，20 萬元、30 萬元都有，一個月喔，不是一年。第二類新藥是跟現在最佳的藥品來比較，有中等程度的改善，跟現在健保有給付的臨床價值差不多、很相近。

為什麼健保署也要來探討這個議題？橘色長條圖就是藥品的申請點數，藍色長條圖是整個醫療的申請點數。在 111 年藥品的占率已經達到 27.3%，也就是說健保總額 8,000 多億元，藥費已經占了 1/4 以上。因為健保總額就是一個大餅，藥品是 1 點 1 元，藥品的費用這麼多的時候就會擠壓到醫院及醫事服務的提供者，所以他們的點值可能就不是 1，可能是 0.8、0.9，都有可能，所以造成很多的血汗醫院。

當然病人是希望有最新的藥，不要只是有拿到藥證，趕快讓健保給付。健保署的統計，110 年從受理到生效平均 12 個月，癌藥 13.7 個月，其實我們的統計是更長，廠商拿到藥證到真正健保給付的時間可能要長達 2 年，787 天。這個是健保受理的時間，那這樣的時間，病人有沒有辦法等待？2 年多，病人的生命跟時間在賽跑。

但是現在健保的藥品給付是全有跟全無，等健保給付可是時間要等很久，經濟能力不錯就自費使用，藥品一旦拿到藥證，當然在臺灣就可以賣，你就可以自費使用。可是一些新藥通常是昂貴的，而且藥品是長期使用，不是像剛剛的特殊材料是一次性，換個支架就換一次

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

不是每天都在換；眼睛也只有 2 個，水晶體最多也是 2 個。但是藥品要長期使用，有效的話，要繼續服用，而且價格是很高、很貴的，比如說，剛剛提的第一類新藥，非常的昂貴，如果慢性病可能也是要長期使用的，癌症用藥真的是太貴了。

特殊材料有極端值的管控，有資訊的公開，還有醫生都是使用前 2 天就要跟病人詳細地說明，要病人知情同意。在藥品的使用上面，大概病人的負擔能力，長期要使用，有錢的人可以早點用，所以也會有階級化的一個隱憂。但是癌症的治療或是疾病的治療，其實是滿複雜的，先用第一線藥，然後治療失敗以後用什麼藥物，再來用什麼藥，其實病人的理解及資訊也是有一點落差，醫護人員要完整地解釋，讓病人能夠很清楚的瞭解，在實務上也是有一點點困難。

可能有哪一些好處呢？這些好處也許有的人覺得 OK，也許有的人覺得不太 OK。用藥選擇權，健保全額給付之外，還可以選擇其他一些新藥。如果是用藥的話，也是要有一個參考品，然後超出的話由自己來負擔，但是這個參考品的價格怎麼樣抓，有時候也是有它的難度。本來是全部都要自費，那如果有差額負擔的話，那是不是就付健保給付以外的費用？那是不是減少一點的負擔。再來就是藥品的資訊公開透明，因為藥品其實沒有像特殊材料那麼容易理解，藥品的適應症，就說這個什麼，哪一個什麼第幾期，或是它的哪一個檢測在什麼範圍裡面也可以使用這個藥，其實一般的庶民不是那麼容易可以瞭解。還有醫病的共享，就剛剛講的，如果癌症它有分期，它有分怎麼樣的，比如說什麼樣的條件才能夠使用，因為牽涉到整個臨床試驗。還有當然民眾也是會想到說，是不是也跟特殊材料一樣，超過 8 成的話，健保就趕快來給付了。

因為我們長期服務癌症的病友，我們基金會每天都有病友在，所以我有問他們，他們說資訊一定要公開透明，因為這個不對等，有時候醫生講的他們也不是那麼容易理解，像免疫治療要 PD-L1 大於 50、要怎麼樣，其實他們不是那麼容易理解。還有他們也希望開放差額負擔，藥品的安全性、療效、副作用一定要讓病人清楚的瞭解，而且醫護人員也要有詳細的說明，可是他們也認為看病時間這麼短，還要講這麼複雜的東西，其實根本上有實際上的困難。還有決策共享，就剛剛我一再提過，那這些都是資訊的跟說明的，前面四個。

再來最怕的是付不起差價，不管怎麼樣的健保的給付，差價也不知道多少，反正要長期服用、長期使用，到底有沒有力，如果沒有力的話，就覺得有失公平就醫的原則，跟健保當初的初衷有相違背，而且會造成自己更大的心理衝擊，明明知道有這個藥不錯，可是我

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

就是負擔不起，除了生理上的這些衝擊之外，心理上的打擊也是很重的，對低收入戶的話，這些配套措施一定要有。我們剛剛講過，這是一個假設性的議題，所以我們等一下可以再更多的討論，從各種多元的觀點，我們再來看好處有哪些？這些好處真的是好處嗎？還是要怎麼樣條件下才會真正有好處，以上謝謝。

張博雅副教授：第二部分我們歡迎孫友聯秘書長跟我們分享。

孫友聯秘書長：謝謝張博雅老師，我想今天來講差額負擔的這個議題，其實健保一直都很難談，健保非常的大，1995 年到現在，快 30 年了，以前我們常常講說健保最難談的就是，用在自己身上的一定是必要的，用在別人身上的一定是浪費，對不對。假如說每一個都是必要的時候，差額負擔這個議題要怎麼討論？謝謝剛剛第一位講者把可閱讀資料第 14 頁，有關上一次我們討論新藥定義的部分，是指哪一些的部分放進來。我們就來聊說差額負擔這個議題在政策上，我們要怎麼來想像？這段話基本上，我大概講就是說，按照中華民國憲法第 157 條，國家要為醫療健康做什麼？就這麼簡單。

沒有健保的年代，在座各位一眼望過去，應該都經歷過，慘兮兮對不對，這一定是很慘，假設家裡有人生病，不要講說新藥、舊藥，或者什麼藥，就是當你沒有健保的時候，你就沒有辦法接近醫療，那是 1995 年以前的情形。所以這句話的意思是，一個醫療政策往往是一個高度的價值取向跟高度的政治取向的一個議題。就好像過去我們一起努力過、推動全民健康保險法，然後要求讓所有人能夠接近醫療。在這個情形之下，現在的健保的費率是多少？5.17%，對不對？5.17% 所收到的錢，再加上補充保費所收到的錢，做整體預算分配的時候，你要怎麼分配？剛剛有提到的，很抱歉，我每次聽到血汗健保這 4 個字，我就不以為然，因為 8,000 多億元的資源，要怎麼分配？我覺得醫療人員應該組織工會來對抗醫院的老闆。

反正健保造成大家不賺錢，但是醫院開的一間比一間大間，而且門診的中心一間拼命蓋、拼命蓋，如果不賺錢的，為什麼大家要投入呢？難道是濟世嗎？也不一定。所以如果是這樣子的話，成本的控制可能是一個重要的考量。我們如何有效的分配 5.17%，加上補充保費，再加上其他的費用，對這個資源的分配，然後其中今天要討論的是藥。假設現在是 6.17%，搞不好某些議題可能就迎刃而解，對不對？7.17%，某些問題也是迎刃而解，但是不太可能，在座各位一定會出來抗議，對不對？因為 5.17%，不要說漲到 6.17%，要漲到 5.5%，可能也會引起社會的反彈。

民眾的需求，醫療人員的需求，以及政府或健保署的需求，它的目標是不一樣的。那剛

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

剛一直提到的一個詞，叫做資訊對等，這有沒有可能？因為對於醫療人員來講的話，他對臨床自主跟定價的自由是很堅持的，他們常罵健保署，就是說你限制我用 A，限制我用 B，限制我用什麼，如果說他自由的都可以使用的話，那健保可能付不起，當然可能透過總額預算，透過各項的支付制度來做某些的限制，顯然是有必要的，對不對？所以從各方衝突性的目標來看的話，那臺灣基本上、原則上民眾的公平性還是有顧及到，而且滿大的顧及到，至少大家看得起醫生，醫院臨床的某些自主受制於支付制度或其他部分可能是比較低的，但是基本上我們對成本控制是比美國來得好，因為我們一直這樣子急速地膨脹，我們的醫療費用也會很難控制。

所以，有關藥物跟品質的這樣思考，不吃藥我骨頭會痛，就接到今天差額負擔的議題，藥價怎麼訂的問題，價格真的是跟品質有關嗎？誰知道。價格超過你的需求，以及如何讓新藥或所謂的新療效、新治療方式更早的接近？自費跟差額負擔的階層化的問題要怎麼顧？

大家看到我是臺灣勞工陣線秘書長，所以我可能可以表露一下心證，基本上，我對差額負擔跟對部分負擔政策的看法可能是滿類似的，就是我原則上並不是那麼支持，我是表露心證，因為基於某種階層化的情形，8月1號要開始部分負擔的新制，7月1號，對不起，但是我們部分負擔已經調整過很多次了，它到底有沒有效，這個工具到底有沒有效，我相信健保署或者衛生福利部可能比我們更清楚。

原則上差額負擔支持者的理由是不僅可以減輕民眾的負擔，也可以促進成效較好的新藥材及早進入臺灣的市場，提供病患提升品質，也提升他的選擇。反對者認為差額負擔反而是不符合健保的精神，因為非但沒法解決民眾負擔的問題，而且更加劇醫療階層化，還是只負擔得起的民眾可以接近這樣的一個療效而已。

所以這個問題牽扯到的是我們對於定價的權利，或者什麼叫做新的療效，大家看可閱讀資料第14頁裡面的介紹，事實上本來就已經有這樣的一個選擇了，誰決定了價格，尤其是所謂的新藥、新療效、新醫療器材，我們預設自由市場是存在的，也就是說買方跟賣方可以自由進出市場，你們覺得呢？病人可以自由進出市場嗎？沒有辦法。買方跟賣方的對等權利、獲得相關的資訊，其實縱使是醫療人員，他認為我要給你這個新藥的資訊，他可能不是來自於他的學習的過程，而是來自於廠商的資訊，來自於同儕使用的資訊，也可能來自於醫院的政策性決定的資訊。譬如說，這支健保有，這支比較好，你看得出來嗎？看不出來，長得都一樣對不對。那這個資訊到底是來自哪裡？可能來自於廠商，可能來自於醫院的採購政策。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

所以在這樣的情況之下，到底民眾的資訊對等權利有沒有辦法達到？不同賣方之間有沒有可能產生共謀的壟斷？這句話就放在大家心裡面，就是說你願付的價格跟你的支付能力，其實是一定會有落差的。民國 99 年立法院的公聽會，其實藥界是持反對的意見，在我們的可閱讀資料裡面也有，當然包括醫療品質跟相關的問題。

這是 2007 年 4 月的一個記者會，我跟另外一位講者滕西華秘書長一起開的記者會，當時是以醫療器材為主，我們就認為同樣的醫療器材在不同的醫院漫天喊價的情形其實是非常嚴重，到目前為止搞不好還是存在而且是嚴重的。你覺得可以嗎？比如說這支健保的，這支是比較好的，你當然是用比較好的，那你用比較好的，A 醫院賣 5 萬 8,000 元，B 醫院賣 8 萬 9,000 元，C 醫院賣 13 萬 1,000 元，我們當然要求要訂定上限，好不容易要訂定上限，就產生了很多的爭議，包括後來有比價網的出現，然後本來在去年要真的訂定上限，結果醫界就大反彈，後來好像就一直看所謂的極端值。對病患來講，其實我覺得並沒有解決問題，或者是解決接近使用的問題，因為還是要去比價。尤其是可能需要用到新藥的一個病患，不太可能想說，好像 B 醫院比較便宜，就趕快跑去 B 醫院好了，在實務上都不太可能，當然這個議題也繼續的延燒，我也寫了一篇文章，大家有興趣可以來看，到底漫天喊價的問題。

最後，我們可以有若干的思考，差額負擔真的可以降低民眾的負擔嗎？從醫療器材的經驗來看，因為現在只有醫療器材有，事實上是沒有降低民眾的負擔。然後誰決定的價格？醫療階層化的問題要怎麼解決？差額負擔真的可以達到新藥及早使用的效果嗎？誰要來承擔療效跟風險？健保納入新藥的制度跟條件？以特殊醫材跟自費的市場為例的話，漫天喊價的合理性，包括我剛才講的，自由市場到底存不存在，然後如何達到資訊的對等跟就醫環境，我覺得這部分可能是大家要思考的，以上。

張博雅副教授：接下來邀請何建志教授為我們分享。

何建志教授：各位午安，大家好，我是台北醫學大學的何建志教授。我是台大法律系畢業，現在在台北醫學大學教醫療法，所以在台北醫學大學的話，就是教一些護理系、牙醫系、醫學系的同學醫藥法規，健保也持續在研究這樣的議題，那最近這幾年是研究疫苗傷害跟失智症的問題。今天的主題是關於健保的新藥差額負擔，基本上前面幾位主講者或與談者都講過，現在只有特殊醫療器材有健保差額負擔，健保法明文規定，已經入法，所以爭議比較少。病房費呢？其實也有。今天要討論的議題就是新藥或藥品呢？到底誰來創造所謂的差額負擔制度呢？我跟大家特別解釋一下，差額負擔，我們是在討論健保沒有給付的藥品，如果健保

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

已經給付，當然健保買單，就沒有差額負擔的問題，只是如果有些藥品，比如一些新藥，但是健保沒有給付，到底我們要不要用差額負擔的方式，讓民眾得到這樣的機會？

健保的政策要考慮很多種因素，其實很難面面俱到，就考慮科學、經濟、政治、社會、倫理跟法律的議題。然後最麻煩的就是人的問題，一樣米養百樣人，在社會裡面有不同的產業、不同的利害關係人，比如說，有最上游的就是研發製造藥品的廠商，再來是醫院、醫師，然後就是病人、家屬等等，有各式各樣的利害關係人。可是這些人的利益可能不見得一樣，想法可能不太一樣，所以才有必要辦理公民咖啡館，請各位夥伴們集思廣益一下，臺灣民意應該怎麼樣去思考這個問題。

我們就依照上面的表格來看，從法律來講，現在新藥差額負擔，法律沒有明文規定，所以從某個角度來講，現行法是沒有規定的。可是我們也知道法律是人訂的，只要有多數民意支持的話，不管哪一黨執政，其實應該都會順從民意，對不對？所以只要民眾有需求，社會有需求，立法院三讀通過法律就可以實施，其實是沒有技術問題的，主要是民意的問題。

科學的部分，新藥差額負擔，其實一般民眾最關心的是，我出一部分的錢，健保幫我出一部分的錢，到底對我或家人的疾病、健康有沒有改善呢？牽涉到科學方面療效的問題。一些專家、醫師可以去找國際醫學期刊、研究實證醫學，但是科學就牽涉很多的專業知識，臺灣的醫生以前是念 7 年醫學系，現在念 6 年，醫學系畢業之後，要怎麼訓練住院醫師、PGY 等等，只要是成為一個獨當一面的醫師，都要 10 幾年的訓練，所以醫學系也不是念假的，這種藥品到底有沒有效，民眾跟醫師確實有很大程度的一些知識的落差、資訊不對等，所以民眾會覺得療效不確定。

在倫理方面的話，醫學倫理很重要的就是病人自主權，差額負擔確實可以讓民眾多一個機會。如果現在我們的家人需要某一種新藥，但健保不給付，或新藥只對 10% 的民眾是有效，健保認為沒有成本效益，可是也不是完全沒有效，100 個人用這個藥，只有 10 個人有效，健保覺得這樣的成功率太低，所以健保不給付，可是還是有 10% 的人有效。如果我們家人或我們自己剛好需要用到很新的藥，健保不給付，如果我們很有錢，對我們有差嗎？沒有差，我們就直接自費就好了；但是如果我們是一般民眾，沒有差額負擔的話，健保不給付的昂貴新藥，是看不到也吃不到；如果我們是一般民眾，有差額負擔的話，我們有沒有可能看得到也吃得到？因為健保會幫我們買單一部分。

所以從某個角度來講，其實對有錢人來講，有沒有差額負擔對他們是沒有差的；可是對

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

一般民眾來講，沒有差額負擔的話，新藥遠在天邊，看得到吃不到；但是有差額負擔的話，你看得到，有可能吃得到。這到底對民眾有沒有好處？好像有好處，我們思考一下。

但是也有很多人擔心如果允許差額負擔的話，會導致醫院、醫生為了賺錢，胡亂推薦一些療效還不夠的新藥，因為太新了，臺灣人可能還沒使用多少時間，整體的成功率不確定。如果這個藥是對 10% 的人有效，可是我們不知道 100 個人裡面，這 10 個人到底是誰，我們不知道，所以這是運氣跟賭博的概念。會不會有醫師不當推薦呢？這個其實可以再研究一下，以前古早時代，阿公阿嬤去醫院看到醫生，都很尊敬醫生，醫生講的話，他們都乖乖聽。就會很擔心萬一大叔大嬸、阿公阿嬤去了醫院之後，醫師給他們推薦差額負擔藥品的話，那怎麼辦？會不會反而造成民眾的困擾或家屬的困擾？會不會這樣子呢？當然這個事情也有所謂的世代差異。

有沒有可能療效不確定的部分可以用 AI 人工智慧來處理，現在醫生給我們這樣的推薦，我們就問 AI 人工智慧，請 AI 人工智慧給我們客觀的評估，這樣會不會可以幫助民眾在知識上跟醫生比較對等，可以再研究一下。

從經濟的角度來講，健保的財務基本上是沒有問題的，為什麼？因為健保的總額制度，每年這麼多錢都是要花完的，只是說花在哪些人、花在哪些藥身上是不一定的，所以從健保的整體考量來講，有沒有差額負擔對整個健保財務是沒有問題的。至於社會的話，就要考慮公民參與討論，如果一般民眾討論覺得很適合的話，當然可以值得推動，不過要考慮貧富差距或世代差異，老、中、青三代對於一個制度有沒有可能有些不同想法，或就醫行為有不同想法，也許我們說阿公阿嬤去醫院之後都不敢違背醫生的推薦，可是年輕人就會這麼乖嗎？有沒有可能現在 20、30、40 歲的年輕人很有主見，會上網找資料，可以研究一下世代差異。在政治上的話，政府要不要把關，這也是一般民眾很在意的問題，有沒有什麼既得利益者，我們都要考慮一下。

利害關係人要從病人的角度來講，如果病人可能是有利的，那有沒有可能因此會傷害到哪些病人？大家可以思考一下；假設病人真的因為藥品部分負擔，成功得到新藥的治療，雖然說花了一點錢，但確實健康改善多活 2 年，所以他家小孩晚 2 年才繼承遺產，這個問題要考慮嗎？其實不要考慮，醫療是以病人為中心，家屬的反射利益不是最重要的立場。

至於醫院的醫師會不會有利？從某個角度是有利的，因為推動差額負擔可以增加醫院跟醫生的營業額，這是有可能的。至於廠商來講的話，分為外國廠商跟本國廠商，如果以新藥

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

為例的話，有差額負擔及健保給付確實可以幫外國廠商增加營業額；本國廠商只賣學名藥，所以如果有差額負擔導致民眾改用比較昂貴的外國藥，會不會導致本國廠商的營業額衰退？這個就是所謂利害關係人。至於政府的話，如果有差額負擔會不會導致衛生福利部或健保署的同仁增加負擔？這個也可以考慮一下。

總而言之，我們期許可以做分類試辦的觀念。今天雖然聚焦在新藥，但是也許來考慮如果有些藥不是那麼新，可是可能有癌症、罕見疾病、原廠藥、各式各樣藥品的話，其實也可以考慮到分類試辦的問題。社會溝通也是最重要的條件，可以釐清差額負擔會不會影響民眾自己的權益，差額負擔不會讓民眾多繳健保費，但是可以增加某些民眾得到醫療的機會。差額負擔改善全有全無的狀況，因為現在健保給付基本上是全有跟全無，比較僵硬一點，有差額負擔的話，也許政府可以幫忙出一部分、民眾出一部分，可以增加民眾選擇權，行政也比較多彈性，因此有沒有可能以分類別、分階段，根據實證醫學跟醫療科技評估來設計。

我個人認為健保制度的目的是救命，當然只是所謂的救急不救窮，要挽救臺灣經濟，要讓民眾都能夠負擔得起的話，其實最主要應該是靠財經單位、租稅政策及教育，提升民眾的經濟。至於健保其實不太需要考慮民眾的經濟問題，這是一些個人的看法。以上就先跟大家分享到這邊，謝謝。

張博雅副教授：邀請滕西華秘書長為我們分享。

滕西華秘書長：謝謝，大家午安，大家看可閱讀資料有剛剛孫友聯秘書長提到公聽會的問題，然後蔡麗娟副執行長也有提到過去討論的事。民國 94 年，在我還小的時候，就已經開始討論差額負擔的問題。那各位在可閱讀資料上面看到，是 99 年的 3 場公聽會，事實上是 3 加 3，3 場是我們希望當時的召委楊麗環跟黃淑英可以用衛環的角色去辦公聽會，另外的 3 場是我們跟 4 個委員共同去籌備跟主辦，其中的差額負擔，包含藥品或醫材，是其中一個場次。

其實當時這個議題，不管是跨國藥廠還是本土的學名藥廠，其實也都有不同的意見，但是那一場修法教會我們第 1 件事情，就像今天的活動一樣，民主制度真的很可貴，就是我們有機會去討論一些事情；也教會我們第 2 件事情就是立法委員真的也沒有比我們聰明。所以我們在討論這些過程，各位今天得到的這些訊息，其實都是將來給主管機關或立法院在修法很重要的依據。前面 3 位專家都已經說得非常好，謝謝張博雅老師，給我們 4 個人分工，其實都分工得滿好，尤其全民健康保險會的同仁也是，在今天的可閱讀資料中補足了台北場比較不夠的東西，所以台中場的資料算是比較完整的。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

沒有最貴只有更貴的年代，知道藥價有多貴嗎？剛剛蔡麗娟副執行長說，癌症用藥多少錢，幾十萬元對不對，最新通過的藥有多少錢，猜一猜好不好？4,000 多萬元。請問要多少的差額負擔或部分負擔，病人可以用得起？你以為我們得癌症或得重大的病，只要吃幾年的藥就好了，好像不是這個樣子。我們當然都想藥到病除，就是吃藥之後病好以後再也不要吃藥，不必像高血壓、糖尿病，可是各位知道嗎？世界衛生組織已經把癌症當成是一種慢性病，就是我們活得越久，醫藥科技越發達的時候，你的病都還會留在你的身體裡面，再大的病都會陪著你一輩子，所以藥價的驚人還要看你活多久，活得越久花得越多，不是領得越多。

我們要講健康權的時候，不要想到有錢人跟沒錢人的差別而已，而是因為有錢、沒錢才有這 4 個議題，也就是有錢判生、沒錢判死，不是在司法體系而已，在醫療體系很明顯，有個醫生告訴我們說，醫生會看病人進來背什麼包包，有沒有拿名牌，去建議病人要用什麼樣的醫藥產品、做什麼樣的健檢等級。我那組都是工會的，你覺得存在嗎？存在對不對，會挑菜、挑病人，所以才會有這 4 個議題。為什麼？這個是我們每個人都要，每個人都要看到的東西，是確保你真的提醒專業人員說，你不能因為這個人的性別、種族、階級、有錢、沒錢就給他不一樣的服務，雖然他存在，這不斷的在提醒。

各位知道健保的給付，這幾年改善比較多，在過去有這樣的分析，花在男人身上的錢比花在女人身上的錢多，一樣的病，治療男人的給付比較好，治療女人的給付比較不好，所以婦女團體就很不高興，臨床試驗也是一樣，男性參加的多，女性參加的少，所以慢慢的有健康平等權議題。所以我們要開始知道在講這些事情的時候要沒有差別待遇，有一些藥的距離可及是什麼？在偏遠地區雖然有健保、藥局，可是我就到不了那個地方，所以你不要告訴我健保有多普及，我就到不了。還有就是經濟可及，剛剛講癌症給付到民眾可以拿到藥，要 700 多天或 13、14 個月，但就算過了，我可不可以付得起？剛剛的 4,900 萬元全部都由健保給付，而且是重大傷病，所以不用部分負擔，就算有你付得起嗎？可能只付得起 490 元。孫友聯秘書長剛剛沒有講一個故事，督保盟以前有接到一個個案，他接的不是我接的，他告訴我有一個失業勞工打給他，那種短暫結構型失業的，他說他們家現在只剩下 450 元的現金，要吃便當還是要去看病？所以這個不是說經濟可及，你有那些產品，我還是要有能力可以買得到。

那資訊可及是什麼意思？你要看得懂，今天醫生跟你說，你要用塗藥支架還是不塗藥的支架，心臟支架有塗藥跟沒有塗藥的，我先生是心血管的專家，我跟他說別人要不要用塗藥的我不知道，只是你要用就一律用沒有塗藥的，就是用健保完全給付的就好。那這還真不是

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

開玩笑，也就是說我們在講塗藥支架這件事，剛好是醫材要差額負擔的年代，陳時中當副署長的時代，民國 94 年的時候，我們就告訴他說，反對這麼多是因為塗藥支架對平均餘命沒有差別，而且有一些副作用，你要服用一些抗血栓的藥物，要服用很久的，像 Coumadin 要服用很久的時間，所以不一定比較好。這些資訊你會知道嗎？當你躺在病床上，醫生要你趕快選擇裝支架的時候，你是聽誰的？你是要說，你等我一下，我再去看一下，我去問別人。沒有辦法，病人就躺在那裡要做手術。所以剛剛是誰講資訊不對等的？蔡麗娟副執行長也有講，孫友聯秘書長也有講，還有何建志教授也有講到，資訊的不對等。

資訊不對等是永遠的議題，各位不要以為只有發生在醫生跟病人的中間。我的醫生朋友說只要有一天，他要去換那個人工水晶體，現在白內障還有一種防藍光，我說防藍光不是 App 就好了，為什麼要藍光內建，貴很多喔，有藍光跟沒有藍光的方案差 10 幾萬元，水晶體健保給付 2,000 多元而已，可是自費有到 2、30 萬元。然後我那個心臟科的醫生朋友說我只能相信我眼科醫師朋友給我介紹的，如果有問題，然後那個眼科醫師就跟他說，你相信我，就像我以後要裝支架，我也只能相信你。這是什麼意思？他也沒有辦法判斷，所以真正的資訊可及是民眾有選擇的權利，可是沒有選擇的能力，這個才是更深刻的問題。

所以人權專家講那麼多，但事實上都是做不到的，要能藥物可近性、要能夠合理選擇跟使用、要有穩定的財務系統，穩定的財務系統是指全民健保要穩定的財務系統。剛剛講的，要看得到也用得到，要可負擔的藥價，就包括財務保險本身、病人本身、家屬本身都要可負擔，還有不能今年有錢付，明年沒錢付，系統不穩定，這家醫院今年有買，那家醫院明年有買。

現在講的部分負擔跟差額負擔是不一樣的東西，剛剛蔡麗娟副執行長其實有提到一部分，現在是你去看門診的時候有部分負擔，診所現在是 50 元，地區醫院、區域醫院、醫學中心有不同的價格，這個叫門診部分負擔。住院部分負擔分 2 種，1 種叫做單一疾病，住院的前 30 天的負擔比例跟後 30 天的負擔比例，急性病房跟慢性病房不一樣。但是部分負擔有單一疾病年度上限，也有個人年度上限，各位你去 Google 一下，每年健保署都會公告住院部分負擔上限，我記得今年是 6 萬 4,000 多元。什麼意思？就是你去住院，住再久，部分負擔上限付完就沒有了，付到 6 萬 4,000 元之後的費用都由健保付，這個叫做上限。門診沒有，只有住院有。門診看 100 次，就要付 100 次，看 500 次，就要付 500 次，就類似這樣，沒有上限。去做物理治療也有，居家照護也有，就是護理師、醫師到你家，也有部分負擔，大概 5%。急診也有，然後藥品就是 100 元以上，付 20 元，就是 20%，現在上限由 200 元調到 300 元，剛剛有人

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

講部分負擔 7 月要實施新制，醫學中心調到 300 元，那慢性病連續處方箋沒有調。

差額負擔就是剛剛蔡麗娟副執行長講的，就是我剛剛講的人工水晶體、心臟支架等 10 幾項的產品裡面，如果要全健保給付的，就不要付錢，如果想要用健保給付以外的核准的差額負擔，就扣掉健保原本會付給醫院的錢。各位以為用健保差額負擔，健保就沒有幫你付錢嗎？有，健保付了錢之後，你自己再去自費中間的差額。我們現在討論的是，第一個，重大傷病現在是免部分負擔，有在討論重大傷病要不要每個人都要恢復部分負擔，跟我們一樣，他的上限就是 200 元、300 元，他的藥費是 4,900 元，他還是付 300 元的意思。再來就是慢性病連續處方箋，要不要有部分負擔？這都是講部分負擔，要不要做門診總額，這個有在討論。原廠藥跟學名藥，過了專利期的藥叫學名藥，所以如果病人想要用原廠藥的話，要不要付差額？這也是差額負擔的一種，過去有討論，但一直都沒有成功，其實現在很多原廠藥過專利期，有的甚至比學名藥還要便宜。

剛剛蔡麗娟副執行長有一張投影片，有畫一個條線說下面健保給付，上面自己付？還有一種情況，俗話叫保大不保小，也就是起付線是，下面自己付，上面健保付。比如說，每一次的藥品費用是 1,200 元以下，都是自己付，那超過 1,201 元的就全部都健保付。所以有 2 種，剛剛蔡麗娟副執行長講的是第 1 種，就是下面都是健保付，超過的自己付。我剛剛講的這一種是下面的自己付，然後超過的、更嚴重的是健保幫你付，所以起付線有這 2 種付的方法。現在的藥品差額負擔是剛剛蔡麗娟副執行長講的那一種，比較多人講的，就是下面的錢健保付，就健保幫你先付一個，超過的自己付。那究竟要選擇哪一種？Balance billing，光是差額就有這 2 種不一樣的選擇。

現在年度有藥品總費用，比如說 2,000 億元，那藥費就是 2,000 億元，政府就是付到 2,000 億元，超過 2,000 億元就醫界自己去吸收，所以如果新藥給付所佔的比例會越高，醫界會越生氣，因為他會虧越多，這個就是年度藥費總額。我先講我個人是反對藥品差額負擔，理由在公聽會裡面有講，就是醫材可能只用一次，而且醫材實施差額之前，一定有完全健保給付的可用，即使我窮，我也不必用所謂的比較好，何況並沒有比較好。醫療器材市場的黃金壽命是 5 年，藥品不一定，因為醫療器材臨床試驗做 200 個人就可以上市，跟藥品要做 2 萬人可能不一樣，要做 20 萬人可能不一樣，但是你要用醫材的時候，可能不一定更好之前，至少有已經非常安全的全民健保完全給付的，但藥品可能不是這樣，像第一類新藥可能就是救命的，那又貴，可是這個病沒有藥醫又貴。所以我其實是不支持差額，因為會補貼有錢人，就算有部分負擔，也是補貼有錢人。可是我支持可以做年度部分負擔上限，每次都要付錢，每次都

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

要部分負擔，包括重大傷病。但是像比照住院部分負擔上限，剛剛孫友聯秘書長的一張投影片，有寫 willing to pay 跟 ability to pay，願付能力跟支付能力，就是你願意付，我們都願意付錢，但我願意付錢跟我能不能付得起錢，這中間是有差距的，誰都想要用名牌包包，但不一定每個人都買得起名牌包包，一樣的道理。

包包可以選，看病可以選嗎？有一個案例，一個阿嬤當時 70 幾歲得了肺癌，在當初「艾瑞莎」還沒有給付的時候，這是癌症團體接到的陳情，她一個月自費至少要 10 萬元左右，去買「艾瑞莎」來治療肺癌，半年後她的孫子也被診斷肺癌，她家只能付一份錢，請問救誰？救孫子。阿嬤想活嗎？阿嬤想活！你這個不肖子，我年輕的時候把你帶到老，現在生病了，但是我還是要咬牙給孫子，沒關係，我已經活夠了，我已經 70 幾歲了，要救孫子，結果 2 個人都走了。如果你還是要選擇差額的時候，他還是只能付這麼多，而且我們的所得 M 型化到這種地步，所以我支持應該要年度藥費總額，舉例每個人每次都付 300 元，一年就是付 5,000 元或是一年 1 萬元，就比照住院部分負擔總額來做藥品的部分負擔總額。

藥廠多拿錢要吐回來給健保及你有效我才付錢是不一樣，如果將來有一天做差額負擔，是不是也要堅持有效才付錢，有 80% 的效果，就付 80% 的錢，現在健保有些藥是這樣付錢，就連其他國外也是，要證明有效才付錢。藥品越來越貴，一個藥廠研發一個藥物，目的是在賺錢，還是在促進人類健康？如果是促進人類的健康，就要讓人類買得起，要證明真的對健康有效。所以越來越多國家用結果付費。

定額定率，定額就是門診部分負擔這種，現在藥品又定額又定率，定額是上限 300 元，定率就是 20%，就 100 元以上收 20%，藥品差額負擔要不要討論定額加定率？商保補健保，我曾經公開罵過李伯璋前署長，我說全臺灣的官員都可以講用商業保險補健保，就你健保署署長不可以，講這句話就應該要下台，是國恥，為什麼？你一個署長沒有好好地想應該要怎麼樣提高涵蓋率，卻叫民眾去買商業保險。各位在場勞工團體很多，你知道買商業保險還是相對有錢的人嗎？要買得起商業保險，付得起幾百萬藥費的人要花多少錢買商業保險保單，你知道嗎？要拿來補，補差額、病房都不夠。

所以呢，寧願年增千元健保費而不要年增萬元買商業保險，因為健保一元效益最大，寧願一個月多付 100 元的保費，所以就要去說服民眾說，全部所有的新藥都幫你買，你不要再去買商業保險，因為商業保險收保費的時候很大方，要給付的時候很機車，要備很多的文件，然後他現在用資料庫，還算說這個錢不好，這個理賠不好，因為臺灣商業保險的賠付率才 3 成，意思是什麼，你繳 100 元保費，他只賠給你 30 元，美國法律有訂要給 80 元，那你為什麼

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

麼不自己存錢就算了，70 元送給有錢人。錯的問題得不到對的答案，你不應該問我要不要實施藥品差額負擔，你應該要問我全民健保，要給越來越窮、經濟弱勢的百姓帶來什麼樣有品質、高標準的全面服務，而不是讓我的經濟能力決定我得到什麼樣的醫藥品，謝謝。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

中區第2場次總結(112.7.28)

張博雅副教授：首先邀請第四桌桌長滕西華秘書長，跟我們分享第四桌主題「如要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施？」總結。

滕西華秘書長：我想公民的支不支持的意見還是滿重要的，所以我的方式都會先讓所有的成員分享到底支持不支持，而不是只是在支持的前提底下講配套，之後就會變回原本的議題。其實我們4輪下來，有人支持第1、2類都可以做差額，有人都不支持，也有人支持第2類的做，因為第2類新藥是有別的選擇，第1類是救命的藥，沒有別的選擇，所以第1類不要做差額，這3種情況其實都有人支持。

但共同的是要有配套，即使是支持的人，也非常強調配套，不支持的人也都幫忙想配套，我覺得真的是一個很好的分享生命經驗的過程。那大家共同都會有的就是幾個，我剛剛講的是有不同的跟有共同的，共同要有的是資訊要透明，包括差額負擔的藥物副作用是什麼？療效是什麼？如果不選擇差額負擔項目，對治病真的有很大的影響嗎？因為付錢之前，對產品的資訊要非常的清楚，或者是使用差額負擔的藥品到底要吃多久，會不會選擇差額負擔的藥品就回不去原本不用差額負擔的藥品，這一些資訊可以讓病人做一些選擇，不是只能聽醫師講，如果說政府有一些管道可以讓民眾諮詢，例如健保署要可以讓民眾打電話問產品核准的資訊是什麼？還是在公開的網頁上可以看到也是蠻重要，因為有時候只聽醫師講，醫師可能也有很多的不得已，或許他其實可能也不知道那麼的詳細，或許醫院的老闆要他推銷這種東西，所以要讓醫療人員有一些防弊的措施。

第二個，大家認為要差額負擔還是依療效付費，因為差額負擔的產品可能不是對每個病人都有效，或有效的程度到什麼程度，政府可以療效付費，民眾也可以。第三個，要有進場跟退場的機制，就像醫材一樣有差額負擔且也有效，健保就應該要考慮納入全額給付，而不是一直讓民眾差額負擔，或者如果真的沒效，或後來發現副作用太大，或只對少數人有效，就應該要考慮退場。另外要有上限且要考慮負擔能力，但是我們這4輪裡面，有2種不一樣的說法，定額跟定率都有人講，一種是要考慮全民的負擔能力，一定金額以下的可以採一定的額度，譬如說不管藥多貴就是付1萬元。大家共同就是最好有全年的年度負擔上限，因為病人的藥可能每個月都要吃，吃12個月，所以還是要有一個年度的上限。

可是我們4組中有2組提到依所得能力付費，不管社會保險理論存不存在，保險理論是可以這麼做，就是按照所得能力，健保署是按照投保金額付費，不是他不付錢，譬如說5%，投保

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

金額越低，自付差額比例就越低，可是中間的差值，譬如說本來要付 5% 或付 1 萬元，後來因為所得降低，可能變成付 2%、1%，這中間比例的差額由社會福利制度去補貼給醫院，還是收一個定率或定額，所得越低、投保金額越低的人如果選差額的話，用社會福利制度去補貼差額。

這個前提就是先不要考慮公平性或什麼，如果將來要做的時候需要修法，如果修法的話就要考慮前面提到的依所得不同有不同差額，當然不是不用付錢，還是要付那麼多錢，只是用別的方式補足。也有人提到上限有單次的，也有年度的，這 2 個都有人提，總之就是要設上限，而且要考慮一般平民的負擔能力，以上，謝謝。

張博雅副教授：接下來邀請第三桌桌長何健志教授，針對第三組的主題「是否實施新藥差額負擔？其應考量哪些因素，及國內是否已具備可實施的條件？」總結。

何建志教授：我們那一桌是討論是否已具備可實施的條件，不過有時候條件跟第四桌的配套措施，事實上會有連動的。我先講條件的部分，第 1 個就是那個療效，因為差額負擔的藥品是設定在健保現在不給付的藥品，既然健保是不給付的話，它療效到底好不好是可以去研究或提出疑問。對於健保不給付，到底藥有沒有療效，首先民眾會考慮到自己沒有專業能力，對於藥品的一個判斷能力是不足的，因此就很需要第 3 點，就是關於醫療界的一個輔助，只是就牽涉到每一家醫院跟每個醫生的專長不一樣，同樣的藥品，每個醫師給的評價或看法是不一樣的，造成民眾的混亂跟選擇困難。

再來的話還有一個比較敏感，就是關於醫德的問題或醫院沒有商業倫理道德，如果政府引進差額負擔，會產生它原本就是健保不給付，現在變成有差額負擔，醫生或醫院為了增加營業額，所以鼓勵民眾走差額這條路，會導致民眾多出錢，健保也多出錢，但是卻沒有得到相對的療效，這可能是一個擔憂。

第 4 點，有些夥伴認為既然差額負擔很麻煩，乾脆民眾還是多繳點健保費，讓民眾可以多繳點合理的健保費，增加健保的財源，就直接讓健保增加給付就好，就不要再每個個案判斷到底要不要差額負擔，反而讓制度比較複雜。再來是關於差額項目的一個篩選標準，因為差額負擔是現在法律還沒有允許的，現在醫材的差額大概也只有 10 幾樣而已，未來如果藥品要比照醫材的差額負擔，總不能夠漫無邊際，一定會有一個篩選標準，可是到底誰來篩選？是由健保署篩選還是怎麼樣篩選？可以再研究一下。篩選是不是有一個機制跟流程？現在健保給付的藥品都是經過共同擬訂會議，要由政府主管機關、醫藥界代表、付費者代表、專家

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

學者組成共同擬訂會議，如果差額負擔要入法的話，是不是差額負擔的藥品項目，也是走共同擬訂會議，至少會有一個機制可以幫忙把關。

有一個夥伴提出很有創意的看法，除了篩選差額項目有機制把關之外，可以考慮做一個對照組的藥物，譬如說有第一代藥物跟第二代藥物，如果健保給付第一代藥物，至少有第一代藥物可以做對照組，就考慮把第二代藥物變成差額負擔。但是如果連第一代藥物都沒有，或這個藥品太新，它就是第一代藥物，前面沒有一個對照組的話，冒然引進差額負擔可能是不太妥當，以上是各組成員的想法。

張博雅副教授：接下來邀請第二桌桌長孫友聯秘書長，針對第二個主題「實施新藥差額負擔，缺點有哪些？」總結。

孫友聯秘書長：我們這組不像剛剛另外兩組要想條件跟配套措施，我們這一組就是努力想缺點就好，因為我們的題目就是缺點。最大的缺點就是，第一個民眾還是無法負擔，縱使是差額負擔的部分，尤其是定價的權利絕對不會是在病患這邊，可能基於藥廠的政策，也可能是基於醫院端，就 provider 的定價，民眾可能就會有負擔不起的問題。

第二個最大的缺點就是資訊永遠不對等，雖然有一句話講說，對病人來講的話，只要讓我活著的都是好資訊，在這個前提之下，可能也很難去過濾、篩選資訊到底有沒有對等。當然有人提如果用藥品差額負擔，可能也會陷入道德綁架的掙扎，我覺得這樣的一個描述跟形容還蠻好的，因為對於病患當下來講的選擇其實並不是那麼多。

另外一個主要的缺點就是會不會產生醫病關係的變化，假設有 A、B、C、D 的病患，A、B 接受醫生的建議使用新的藥物，C、D 可能基於負擔或其他的考量而不採用，會不會產生同病但是不同對待的情形，事實上在台北也是有這樣的一個顧慮。另外一個是供給誘發需求的問題還是有可能存在，就是說到底療效如何被宣稱？如何被確定？如何被定義？我相信在醫材的差額負擔已經有產生這樣的問題。

現在很昂貴的新藥可能也只是維持或控制某些疾病，會不會用了一陣子以後，突然間又有新新藥，新新新藥，不斷的新，然後反覆的差額負擔的輪迴，這樣沒有辦法真正解決病患 early access 的問題。總歸來說缺點大概就是民眾負擔不起、資訊不可能對等也永遠不對等、可能會造成醫病關係的變化、民眾可能會陷入選擇的掙扎，以上。

張博雅副教授：接下來邀請第一桌桌長蔡麗娟副執行長，針對第一個主題「實施新藥差額負擔，好處有哪些？」總結。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

蔡麗娟副執行長：我們這一組討論的問題是實施新藥差額負擔，好處有哪些？基本上有些夥伴認為有好處，當然也有人認為沒有好處，認為有好處的主要理由是新藥一定是有比較好的療效，在這樣的前提之下，如果病人原來使用的藥物效果不是那麼好，有差額負擔的話，當然多了一個更好的機會可以選擇。第二個好處是因為要用新藥，所以醫生一定要多一點的說明跟介紹，病人就有機會瞭解新藥的作用機轉跟療效。還有如果療效更好，提升存活率、治癒率的話，病人可以回到工作或職場，整個家庭的收入或幸福是可以提升的。另外一個好處是如果有差額負擔是不是更有利於未來能夠變成健保給付的項目，而且如果差額負擔的費用不是太高的話，對於一些小康的家庭也是一個好的機會跟選擇。

至於還是有些夥伴不支持，認為它是沒有好處的，理由是什麼？新藥雖然有臨床試驗，但是其實療效可能還不是很明確，到底它真正的好處在哪裡？誰來告訴我？有哪一些實證來告訴我們這個新藥到底真正好在哪裡？如果健保不給付，到底是健保沒有錢，還是健保看到的療效並沒有預期的好，這一點是什麼樣的狀況之下，可以有更多的數據來告訴民眾。還有擔心如果有差額負擔，藥商會不會因此而哄抬藥價？因為有一個更好的治療武器，醫生會不會也想知道這個新藥到底是不是更有價值，所以醫生可能也會積極鼓勵病人嘗試使用新藥。

好幾組的夥伴都有提到經濟考量，因為經濟能力還是重點，對經濟能力好的人，要不要差額負擔是沒有影響的，但是經濟能力不好的病人、民眾，可能連差額負擔的基本的門檻都跨不過去，所以對低收入戶應該要有一些配套，而且差額負擔要有上限，至於適應症或副作用都要有完整的說明。如果新藥的藥效真的那麼好，像 1A 的藥，也沒有之前的藥可以比較，大家認為應該健保全額給付，不要差額負擔。

但是健保如果沒有錢的話，其實有 2 組的夥伴都說，應該要調高健保費，但是調高健保費要跟民眾溝通，要讓民眾知道為什麼要調高健保費，為什麼健保的錢在使用上是不足的，民眾要能夠充分的瞭解後才能去支持，告訴民眾到底健保的財務問題在哪裡？需求在哪裡？

有一個夥伴特別提到我們現在討論的問題都是比較後端的問題，前端的問題是為什麼現在一些疾病的型態、癌症，耗費很多很多的健保資源，譬如說像洗腎、大腸癌，就是食安問題造成的，過去到現在食安所造成的問題，對於業界都沒有很好的處罰，這些都要透過立法，訂定更好的法規，讓前端的管理能夠做得更好。這些如果沒有解決，健保再多錢、再多資源可能都永遠不夠負擔未來的疾病，以上，謝謝。

張博雅副教授：謝謝各位今天辛苦來參加，四位與談人，還有各位團體代表，針對是否實施新藥差額負擔的議題，給了很多的相關想法跟意見，我們今天的活動就到這邊結束，謝

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

謝大家！

南區第3場次與談人報告(112.8.11)

張博雅副教授：今天的議題分為4個主題，第1個主題是實施新藥差額負擔的好處有哪些，第2個主題是實施新藥差額負擔的缺點有哪些，第3個主題是實施新藥差額負擔考量因素，國內是否已經具備可實施的條件，第4個主題是如果要實施新藥差額負擔的配套措施，接下來請4位與談人針對這些議題進行10分鐘的說明，第1個主題是邀請吳鴻來理事長上臺為我們說明。

吳鴻來理事長：大家好，我是臺灣病友聯盟理事長吳鴻來。今天我要為大家分享的主題是實施新藥差額負擔的好處有哪些。不過，我要先聲明，今天有點像辯論比賽的概念，我被分配到講好處的部分，但是不代表是我本人或臺灣病友聯盟的主張，跟大家先聲明。

先跟大家講一下這個圖，我們知道要辦理這個活動，因為前面北區和中區場次由臺灣癌症基金會的成員來與談，也是我們病友聯盟的會員。因為要來做分享，我們先在內部做個小小的調查，不是很正式的調查，只有12個人投票，大家應該都有收到紙本可閱讀資料，大家可以看到裡面內容提到可能病友團體對這個差額負擔採比較正面的看法，也有一些是比較負面的看法，其實大家對這個議題的態度可能不是很明確，可能有一些質疑，有些人是比較明確表示不是那麼認同，這不是一個非常正式的調查，比較像一個初步的意向瞭解。

再來就是要進入我們今天的主題新藥差額負擔，第一個當然先要弄清楚名詞的定義，在可閱讀資料第14頁，相信與會的夥伴都非常清楚這個新藥的定義是什麼，它是建議收載的新品項，要有新成分、新劑型、新給藥途徑以及療效，另外也分成第1類跟第2類，兩者會有不同的考量。

這個是從我們從閱讀資料裡面擷取出來的說明文字，就是說我們針對項目，如果去訂定保險給付的上限價格，超過的話就是由民眾自己去負擔這個價格，在現行的健保只有特材有，藥品是不行的。

為什麼有病友覺得新藥差額負擔有一些好處呢？第一，我們覺得應該可以增加新藥可近性，因為現在病友在新藥取得上有很多的困境。第二，可能覺得在健保總額裡面能分配到新藥預算有限，現在很多新藥也都很貴，不可能一直增加預算，如果讓民眾一起來負擔，不要全部都是健保負擔，是不是可以讓更多病友用到藥。可能會有一些顧慮金額是不是造成病友負擔太重，如果要做差額負擔的話，要訂定年度上限。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

針對新藥可近性，現在有很大的問題，就是通過的新藥品項越來越少，然後再來就是說，即使通過，它的給付範圍也限縮得非常嚴格，假設臺灣有 1,000 位病人，因為新藥對財務衝擊影響很大，就把條件限得很嚴，最後只有 100 個人符合用藥標準。新藥的生效時間拉得非常長，病友有各種不同的疾病，有一些病人可以等，有一些病人真的就是跟時間賽跑，會有很大的壓力。有一些病友表示在現在健保制度下，要嘛就是健保全部都付，不然就是沒有辦法付，只能自費。有些人會覺得自己並不是沒有能力付一點點錢，只是沒有能力全部去付這個錢，他們想是不是有可能有第三種選項。

再來就是下面的圖，左邊這一張整理近年新藥預算，我忘記把今年的輸進去，但是上面還有列這個通過新藥數量的統計。右邊是申報狀況，是我們自己內部的統計，可以看到不僅新藥近年數量少，大家可以看到第 1 類藍色部分，就是那種突破、創新的新藥是非常少。

這邊也有一個圖表給大家看，就是近年大家等待給付生效的時間，在新藥的部分，這張圖上面是 2013 年到 2016 年，這邊是近 3 年 2021 年到 2023 年，大家可以看到不管是中位數或平均數都拉長了。下面這排是針對不同的藥，這個是所有的適應症，中間是癌症，這個是非癌症的，把它區分出來，就會發現癌藥的等待時間又更長。

2019 年臺灣癌症基金會有提過一個新藥新科技部分負擔民眾願付價格的研究，那個研究提出有一些病人覺得，既然預算受限，病人有意願共同來分擔財務。這邊節錄一下重點，這個調查有三大研究的發現，這研究是針對癌症病友跟家屬，或是沒有罹癌經驗的一般民眾做抽樣調查後做比較，有 72% 的癌友有這樣的想法，就是說大家是自己要遇到這個病，才會有這樣的想法，沒生病的時候可能不會願意付這麼多，但是如果真的遇到了，你的想法其實會改變。我這邊要稍微註明有個前提，並不是他無條件願意負擔，是說如果有機會可穩定病情並延長 6 個月壽命，維持可自理日常生活的程度。

剛剛前面提到病友聯盟內部做的小調查，如果我們今天有機會節省一些健保資源的話，大家還是希望可以用在病友的身上，例如說擴增給付範圍，或有機會引進更多種類的新藥。

再來就是強調要訂上限，大家知道藥品非常多，療程也不一。那有短的或許 1、2 個月或 2、3 個月，長的可能要吃幾年，例如罕病要終身用藥，那這樣對病人來說會是很沉重的壓力。有一些慢性病或許藥價相對沒有那麼高，就算是長期要吃，可能不一定很貴，所以會有很不一樣的狀況。當然另外一個特例是如果藥真的非常非常高價，即使只負擔一小部分的差額，對病友也是會有壓力，或許可以參考現在健保住院分負擔，每年訂定上限，我的報告到此結

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

束，謝謝大家。

張博雅副教授：第 2 位邀請孫友聯秘書長。

孫友聯副秘書長：謝謝張老師的邀請。在我講以前要先跟各位道謝，今年有些健康的問題要確認，我一定用掉很多大家繳的健保費，健保就是這樣子，健保就是一個大家庭，把每一個人都放在這個家庭裡面。

我常常說，健保如果做得好，媽祖就會誇獎，真的是這樣。健保是一個非常非常高度政治取向跟價值取向的政策，1995 年才有健保，大家還記得 1995 年以前沒有健保的年代嗎？勞工的家庭差不多一半都沒有健保，生大病都完蛋，一個家庭都完蛋了。所以健保的制度本身就是維護國民的健康，不管是從憲法第 157 條所揭示的保護，或者是國家或者各個國際公約裡面，它對人權的保護，健保都一定是，幾乎很多國家，只有少數國家沒有健保。

最近看一部大陸劇，可能中國配偶的民眾感受深，在臺灣的一些 YouTube 也可以看到，劇中就描述在中國看醫生要先繳錢，要先繳保證金才有辦法看醫生，這是 1995 年的臺灣，以前臺灣的情景。

健保是一個大家庭，大家繳的保費就這麼多，一年預算就這麼多，在這個衝突性的政策目標裡面，就會有一些各方面的需求。比如說，假設從這個表來看的話，如果民眾的公平性或社會的公平性都顧及到，醫生的臨床跟定價的自由都顧及到，政府的成本都顧及到，那皆大歡喜，但這是不可能的事情，最有可能的是什麼？以臺灣目前的狀況，民眾的公平性還是有顧及到，至少大部分人不會看不起醫生，但是透過支付制度對於某些供給者的行為有一些限制，然後政府又可以透過總額預算或透過各種方式，來做某種程度上的預算跟成本的控制，這是大部分的 OECD 國家，除了美國之外，還有台灣實施的健保制度所採行的方式。美國的可能民眾就負擔不起。假設你想用什麼醫材就用什麼醫材，你想吃什麼藥就吃什麼藥，醫生想開什麼藥就開什麼藥，給你用什麼就用什麼，那就完蛋，因為最終民眾就負擔不起，政府的成本控制肯定破表，像美國每年百分之十幾這樣的高負擔比率，在這些衝突的目標之下，我們怎麼樣去權衡今天要討論的藥品差額負擔的議題呢？

健保是高度的政治取向，漲健保費大家可能會反對，我們也不太可能說，說像 1997 年我參與的一個戰役，就是搶救全民健保，因為 1995 年開辦健保，1997 年當時的行政院長蕭萬長要把健保交給財團的保險去做，當時很多的勞工團體站出來說會造成健保的財團化。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

因為健保的高度政治取向，所以我們必須要去思考很多問題，譬如藥價一定會是民眾關心的，我用美國的某種骨頭用藥的海報上的一句話「不吃藥，我骨頭會痛；吃了藥，我心很痛」，到底是骨頭痛還是心痛？反正後來就長痛不如短痛。

然後價格高等於品質嗎？這個過去也有很多討論。價格高不等於品質，過去醫材在開放差額負擔以後，後來也發現很多相關的問題跟實例。價格高於需求時對病患來講怎麼辦？平等接近還是及早接近，還是搶先體驗？自費跟差額的階層化，勞工團體過去在這個議題上面的發言或者是關注並沒有解決階層化的問題。

針對有需求的人，當然我們可以用政策性的思考來看怎麼樣調整，這是可閱讀資料第 11 頁裡面的圖，大家自己看，差額負擔的概念，基本上就是以這樣的一個方式來呈現。在差額負擔的部分，支持者認為差額負擔不僅可以減輕民眾的負擔，還可以出現成效較好的新藥及早進入臺灣市場，提升病患的品質。反對者當然還是顧及到可負擔性的問題。很多時候我們難以判斷，誰決定使用跟決定價格。我們假設這是一個自由市場，你可以自由選擇，但是在醫療，我想所有的醫療經濟學的教科書都會告訴我們，這是不可能的事情，在健保，你無法判斷哪一個比較好，誰說的算數。

我們預設一個自由市場有 3 個條件要先成立：第一，買方跟賣方都有同等的自由進出市場，對病患來講，他沒有這個自由。第二，兩方之間有對等的權利跟獲得相同的資訊，顯然有時候你是被決定的。第三，不同的賣方之間，不會出現共謀跟壟斷的行為。過去在醫材的差額的部分就出現過，我們從過去開放醫材差額負擔的過程發現很多問題必須要面對。像剛剛有提到的願付能力的調查，願付能力跟你實際上的支付能力的調查，事實上效果不一定，但還是有一點希望的時候，其實有時候會讓病患陷入一些掙扎。

這是 99 年立法院的 3 場公聽會，好像滕秘書長有提到 3 加 3 場的公聽會裡面，其實都有一些發言，藥界或者醫改會、藥界的代表也是持反對的立場，大家可以去在立法院公報查到這些相關資訊。

提升品質跟醫療階層化的部分，我們曾在 2007 年開過一個記者會，說明藥材差額負擔開辦對於民眾的影響，其實當時就有漫天喊價狀況，後來我們也開記者會要求健保署必須要介入，當時健保局說他無權介入自由市場，但是我們的主張是健保署跟每家醫院都有特約關係，當然有權去介入。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

至於介入的方式，當然有，比如說比價網的出現，漫天喊價的問題還是存在，這個問題將來在藥會不會出現？我覺得也有可能。如果說出現的話，當然對於所謂的差額負擔，可以減輕民眾用藥負擔的預設，基本上就破滅了。過去的醫材，現在還是如此，現在還是在漫天喊價的狀態，我也寫過文章講說醫材的這個部分要怎麼樣來處理。

差額負擔真的可以減少民眾的負擔嗎？誰決定了使用跟價格，階層化的問題怎麼解決？差額負擔真的可以達到 Early access，提早使用的這樣的一個療效跟風險，健保收取這樣的條件到底是什麼？特材市場為例，漫天喊價會有改善嗎？以及如何達到資訊的對等。

最後，我看到中國的一部電影，建議大家都可以看看，我看一次哭一次，電影中一句話「我病了 3 年，4 萬元人民幣，1 罐的正版藥，我吃了 3 年，房子也吃垮了，家裡也被我吃垮了」，的確，縱使是差額負擔，可能也會有同樣的問題，我們怎麼樣去看待整體健保資源的分配，這是一個大哉問，也是健保長年以來都必須要去面對的問題。

所以我想就先帶給大家這些資訊，待會每一組都會輪流到去思考優點、缺點跟其他的面向的問題。

張博雅副教授：我們歡迎何教授。

何建志教授：我是北醫何建志，在北醫研究醫療法規，這幾年研究額外再延伸到疫苗、失智症，跟一些神經科學的問題。關於今天藥品差額負擔，現在臺灣在醫療器材已經有法源基礎，健保法有明文規定。病房費也有健保法規定，也都沒有爭議，今天比較有疑慮或爭議的就是還沒有納入給付的藥品差額負擔。

健保很複雜，要考慮到很多層面，包括科學、經濟、政治、社會、倫理、法律，很多不同層面。再來還有人的問題，外面是事的問題，裡面是做人的問題，做人很難，做事也很困難。做人多難呢？因為要面對很多不同的民眾，有病人、醫院、醫師、廠商、政府，甚至一些其他醫護人員等等。

我給大家歸納，假設要考慮實施差額負擔，牽涉很多層面，我們先看法律好了，現行法沒有規定，但是未來可不可以這樣規定呢？其實是有可能的，因為法律是人類制定的，又不是上帝十誡打在石板上面，人類不可以改變，法律是人類定的，所以可以改變，只要民意有需求或是執政黨有決心的話，法律都可以變的。基本上，法律不是一個主要考慮的障礙。

再來看科學，如果實施差額負擔，對改善民眾健康到底有沒有幫助，我們要看實證醫學的研究成果，國內的醫療期刊去做研究。現在已經在執行的醫療器材，像是心臟血管支架、

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

人工水晶體，當然有很多的醫藥專家說，其實心臟支架用健保就可以，大部分用健保就很好，不需要花錢去買塗藥支架，或者人工水晶體用健保就可以，不需要去用自費的人工水晶體。

難道新藥是這樣子嗎？其實不一樣，每一種藥是給不同的病人用的，有老人、小孩或是年輕人，或是內科、外科、皮膚科、腫瘤科的病人，不一樣，不能說因為血管支架不需要用到差額，所以藥品也不需要用到差額，這樣是不對的，雞腿跟漢堡是不能比的，這叫就事論事。到底某一種新藥要不要差額負擔，要看實證醫學，用科學來判斷，不能用我們的想像或用以前的一些不當的比喻來推翻。有沒有可能療效不確定呢？是有可能的。

我們再看倫理面，我們在學校教醫學系、護理系學生醫學倫理，我們強調第一個原則就是病人自主權。允許新藥差額負擔有沒有增加病人的機會，其實有，是增加病人的機會。如果沒有差額負擔的話，現在病人只有兩條路，一個是健保不給付的藥品，病人只有兩條路，一個就是不要用，因為健保不給付，這是全無；再來說要不要完全自費，這是全有。我們想想看，假設是很有錢的人，一個藥品我們要用藥，健保給不給付對我們有差嗎？沒差，因為我們是有錢人，健保不給付，我們全部自費就好了。如果我們是一般的民眾，如果健保有給付，當然是有差對不對，萬一健保不給付新藥，如果給差額負擔的機會，等於多一條路，在全有跟全無之外，可以讓民眾多一條路，多一個選擇。從醫學倫理的角度來講，就是增加病人自主權，這是可以肯定的。

也有的民眾會懷疑，萬一有醫院或醫師很奸詐，想要賺錢圖利自己，不當推銷，有沒有可能呢？聽說以前阿公、阿嬤、老伯伯、老太太對醫生都非常尊敬，即便現在民眾可以隨便罵政府，台灣民眾對醫生都很尊敬，醫生說的話都會乖乖聽從，不聽醫生的話，自己心裡會怪怪的。問題就是，以前的阿公、阿嬤、老伯伯、老太太教育程度不高，可是現在臺灣年輕人教育程度提高且普遍會上網，有沒有可能醫生說什麼，民眾都照單全收，有這麼笨的民眾嗎？還是有可能？

我們舉個例子，以前國民黨時代有位經濟部長被詐騙集團騙錢，前一陣子有位台大網紅醫生也被詐騙，所以高學歷不等於有智慧。有沒有可能真的是醫師不當推薦？不是沒有可能，不過醫生基本上是對病人好，只是醫療太複雜，我們沒有專業，資訊不對等。醫師醫學系讀6年、7年，經過多年的專業訓練，一般民眾完全沒有接觸過，事到臨頭，突然要做決定，可能無法決定，有可能真的有所謂的醫師不當推薦。可是還是有些人可能比較聰明，會上網做功課、做比價，所以還是要就事論事，不能以偏概全。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

再來看經濟面，引進差額負擔會增加健保財務負擔嗎？其實不會，因為健保每年的預算都是固定的，差額負擔不會增加政府的財政負擔。從社會角度來講，我們今天的目的就是請來自不同領域的代表喝咖啡及意見交流，這是一個好做法。

大家也可能考慮到貧富差距，臺灣的貧富差距在全世界不是最嚴重的，是還好的，臺灣今年的人均 GDP 已經超過日本和韓國，現在是亞洲最有錢的國家，為什麼這樣呢，因為日幣貶值，所以大家去日本玩，大家知道很多朋友去日本覺得臺灣錢很好用，因為日幣大貶值，所以現在臺灣人均 GDP 已經超過韓國、超過日本，臺灣是全亞洲最有錢的國家了，其實我們的貧富差距跟經濟狀況都在改善中。

至於世代差異，比如說年輕人跟老人，老人基本上健保用得比較多，我們年輕的時候基本上不太去醫院，現在年紀大可能比較常去醫院，所以使用健保的頻率是不一樣，或是說他的價值觀、思考判斷能力都不太一樣，我覺得世代差異也是滿重要的。

在政治面，基本上從執政黨的角度，要維持政權當然希望連任。所以如果民意支持人佔多數，政府就會跟著民意；反對人佔多數的話，當然政府就不要做。至於有沒有既得利益者跟政府的把關，這個我們再討論一下。

再看利害關係人，從病人角度來講，基本上應該是有利的，如果剛好這個病人他需要這個健保不給付的藥品的話，現在如果引進所謂差額負擔的話，對病人是有利的。但是有沒有可能不利呢？那就是要看有沒有可能這種病人。

家屬其實不是最重要的考量因素，現代醫學叫以病人為中心，不是以家屬為中心。不過也很難講，因為當一個人生病的話誰在付錢，是家屬在付錢，家屬在照顧。所以從這個角度來講，好像家屬也應該有一些立場才對。

至於醫院醫師，如果實施差額負擔的話，應該是會增加他們營業額跟業績，這無庸置疑，對醫生跟醫院是有利的。至於廠商，外國廠商跟本國廠商，對外國廠商應該是比較有利的，如果這個藥本來健保不給付，廠商只能走自費市場，現在如果說有差額負擔的話，廠商是可以增加營業額，所以對外國廠商當然是有利的。

至於老藥，就是過了專利保護期限的藥物，只有原廠藥跟學名藥可以競爭，當然就不在競爭的範圍之內，如果是已經有學名藥的老藥，差額負擔會不會對本國廠商反而不利呢？是有可能的，比如說像百憂解是精神科的老藥，憂鬱症老藥，現在專利期要過了，所以原廠藥

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

比較貴，學名藥比較便宜，如果把差額負擔用在過專利期的老藥的話，真的可能會對本國廠商不利。

至於政府，政府本來就應該為民眾服務，差額負擔要考慮的事情還滿多的，就是不同科別的醫療跟不同科別的民眾有不同的需求，我們就先跟大家引言到這邊，謝謝大家。

張博雅副教授：接下來邀請滕西華秘書長為我們說明。

滕西華秘書長：謝謝大家，我要先說明分配給我的題目是如果實施差額負擔要有什麼配套，我要講錯誤的命題，沒有對的答案，我本質上是不支持差額負擔，從頭到尾，從我做這一行開始，我還出過一本書叫《醫院不告訴你的 40 件事》，裡面用非常多的案例描述是不是最新就是最好，是不是最貴就是最好。

我要跟各位報告的是，差額負擔跟部分負擔不一樣，這兩個是不一樣的概念。剛剛鴻來理事長講的調查，詢問癌友的都是講部分負擔，不是差額負擔。我沒有看到原始的問卷，希望我沒有誤解，或是臺癌在調查的時候，沒有誤解部分負擔跟差額負擔不一樣。等一下我後面的資料會跟大家講，臺灣現行做的部分負擔是哪些，差額負擔是哪些。

前兩場我有來分享，我還是會帶領大家談配套措施，我不支持是一回事，但我還是會秉公處理。我在前面兩場後又回去查了一些國際資料，終於查到有國家實施藥品差額負擔，他們是怎麼做的，等一下我跟大家講，臺灣剛好有一個藥可以做為案例。

沒有最貴只有更貴，這個到其他兩區都有問過，現在臺灣最貴的藥是什麼藥？前陣子健保署才發了一個新聞稿，聽說核准一個藥，4,900 萬元，是 SMA 的藥，中文脊髓性肌肉萎縮症，但不是肌肉萎縮症。昨天通過第一個全世界基因編輯的藥物 CAR-T，聽說在藥物共擬會議通過，是一個基因編輯藥物，臺灣健保署很大方付了 1,000 萬元，韓國付 800 萬元。沒有最貴，只有更貴，那要付多少的差額才付得起？將來有一天，基因編輯藥物治療癌症的時候，1,000 萬元要多少差額？能夠付 10 萬元的有多少人？我們這邊很多勞工代表對不對？M 型化，勞工的平均工資，孫友聯從 10 年前就說要 2 萬 6 千元，結果今年才 2 萬 6 千元？10 年後的通膨呢？2 萬 6 千元勞工活得下來嗎？

我跟敏華都是雲林人，我剛畢業的時候薪水就是 2 萬 6 千元，在雲林還活得下去，主計總處公佈的平均薪資是 4 萬 8 千元，平均勞工勞保裡面領到 4 萬 8 千元的比例有多少，看投保金額就知道了，沒有。所以負擔得起嗎？

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

我所講的每一個都是基於健康權的 4 個原則，可以得到，民眾可以拿到，可近性高，不會因為你的這個錢怎麼不夠，你的距離，你住山上，藥都在都市裡面、醫生都在都市裡面，整個全民的藥品給付系統，可以節省藥品的價格而且品質要好。

可近性最重要的 4 個面向，沒有差別待遇，一旦用到差額，就是典型的差別待遇。民眾使用原廠藥要負擔差額，使用學名藥不用負擔差額，就會出現差別待遇，這就是為什麼民國 100 年的全民健保法修法，沒有通過藥物差額負擔，因為藥物會一直吃一直吃。全民健康保險我繳一樣的保費，我得到一樣的給付，我不像歐巴馬改革的時候分金銀銅三個等級，歐巴馬做這樣改革已經得到全美的盛讚，可是他仍然造成了醫療不同的階級，就跟你買商業保險保單一樣，你 1 年付 10 萬元保費，跟 1 年付 5 萬元保費，跟 1 年 2 萬元保費，你得到的待遇一樣嗎？不一樣，這個就是這個意思，全民健保其中重要一個功能就是平等性，公平性，沒有差別待遇。

距離可及，剛剛講的，你藥品都在山下，我都在山上，都沒有給我，看不了醫生。那經濟可及，就剛剛孫友聯秘書長講的，可負擔性很重要，其實鴻來理事長剛剛也有提到一部分，要付得起，世界衛生組織大概 2018 年開了一個大會，義大利政府提出一個修正案，藥品那麼貴是違反人類的基本人權，藥廠生產藥品的目的是在維持人類的健康，藥品那麼貴，注定了只能給少數人。

以前只有皇帝，現在臺灣只有 1% 的人可以用得起，郭台銘鴻海一年的股利 66.5 億元，只有他一個人用得起，全民健保都不付他都沒關係，這樣可以嗎？資訊可及就是資訊對等，醫生說的都對，給你吃什麼藥、用什麼醫材，每一個字都是中文，但你都看不懂，就這個意思，所以完全不知道，所以資訊就不可及，或者是文字看不懂，我是原住民、我是客家人，你都說國語我都聽不懂，你的文字我也看不懂，我就不識字，阿公、阿嬤說我就不識字，我就聽不懂，這個就是資訊可及，資訊不可及就不叫可近性。

怎樣合理使用，穩定健保的財務系統，剛剛講的，不能今年有藥、明年沒有藥，今年藥有效，明年藥就沒有效，這個可以負擔，這個可負擔，包括個人跟全民健保，還有供給的系統，就是講健保的穩定度。

這張是重點，臺灣現制是左邊這一個，我們有門診部分負擔，不同層級的院所部分負擔金額不同，不管你看多少病都這樣。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

住院部分負擔有年度上限，今年大概 6 萬 4 千多元，有單次疾病的，有全年度歸戶個人的，剛剛孫友聯講說他最近身體不好花很多健保的錢，如果他今天運氣再不好，不小心住院，健保為他花很多錢，為他花 100 萬元好了，他的年度部分負擔住院還是 6 萬多元，各位明白我的意思嗎？為怕民眾因病而貧，健保住院的部分負擔有定率，有上限，你是急性病房，你是慢性病房，有時候用呼吸器的就要住慢性病房對不對，有不同比例的部分負擔，所以他有定額加定率，定額就是年度定額，定率就是百分比。

物理治療、職能治療也有部分負擔，居家照護有 5%就是到家裡面去看的時候，急診部分負擔跟門診不一樣，現在醫學中心一次去要 750 元，我們反對也沒有用，因為我們是狗吠火車，我們是狗，所以沒有用。急診的部分負擔是最有道德疑慮的，因為急診是不得已，如果你就在台大門口跌倒，你會不去台大，而去比較遠的中興醫院嗎？不會，急診除了重症，還有急症。

第二個檢傷分類，第五級最輕，第一級最重，有可能輕的人進去出來是變一級重的，因為疾病會演變，也有可能進去是第一級，出來的時候變成第五級，進去的時候昏迷，治療之後變五，所以他的等級是浮動的，所以用檢傷分類收部分負擔，完全就是一個違反科學跟違反道德的事情，但是我們國家還是做了。

藥品就是這次有漲的，藥品部分負擔，就像現在講的，你拿一般藥 100 元，付 20%，100 元以上付 20 元，上限是本來是 200 元，就是 1,000 元的藥費，你這次拿的藥費，跟重大傷病免部分負擔沒有關係，我這次的處方箋裡面，加起來的藥費如果是 1,000 元，你去醫院最高就是付 200 元，這個叫定率，也有定額的上限，這個都是定率又加定額，你們要記住這個，等一下跟你們討論有關。

另外一個就是慢性病連續處方箋，這一次漲了，你去醫學中心拿的時候，你的第一張處方箋漲成 300 元，也就是說你的部分負擔變成 300 元，相當藥費 1,500 元乘以 20%，就變成單次處方箋，這次就付 300 元，這個就是藥品的部分。

醫材差額，只有這個是差額，剛剛是友聯講的醫材差額，民國 100 年的時候修法拿的，那我們現在大概有 9 大類，還是 10 大類的醫材，過去醫材的差額沒有公布自費上限，在民間團體努力下才有，他有一個前提，一定要有一個健保完全給付的商品可以給病人用，跟國家實施的藥品差額負擔非常的像。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

第一個是人工水晶體，我們的爸爸媽媽都用到了對不對？有健保一個完全給付的產品，付 2,799 元，應該是有降價了。第二個，他有同功能，同功能就是一樣可以治你的人工水晶體，可以讓你的白內障弄好，只是他有不同類別、機轉，防藍光、防黃光、改善散光等，就是很貴。差額一顆眼睛從以前的 2 萬多元，到現在 30 幾萬元，還收雷射手術費用，自從白內障在去年健保把一個醫生開 40 顆眼睛打開之後，今年醫療廣告一大堆。

過去健保署沒有審核差額的時候，同時審民眾自費的上限，最早的時候是沒有，比價網也是後來我們跟醫改會、消基會、督保盟合力才有的，才會有各位今天看到的比價網，有看到同類別、同廠商，也就是說，都是舒潔衛生紙的話，你在全國看到的舒潔衛生紙，可以跟民眾收的上限是一樣。所以民眾在比價網，有可能成大醫院不一樣、台大醫院不一樣、三總不一樣，但是最高這個產品都不能收過超過這個價格，所以你只能比這個價格低，或是跟這個價格一樣，這樣各位有明白我的意思嗎？

差額就是健保付一點點，前陣子有位名人劉真做心臟手術，後來雖然不幸過世，他那個手術叫 TAVI，之前健保會有審過一個，就是這個手術要做差額負擔，市場價是 105 萬元，健保只給付了 30 萬元、31 萬元，那你要用這個手術，你要付 70 幾萬元。雖然公告上限，但你付得起這個差額嗎？這個後來重新評估之後納入全額給付。

我告訴你第一張投影片寫什麼，沒有最貴，只有更貴。你做差額，你是沒有辦法預料，即使公告上限，藥品會一直吃，即使癌症也會變成慢性病。我們當然希望有好的藥，讓癌症可以變成跟高血壓一樣，這就是為什麼當初沒有通過藥品差額，只通過醫材，因為醫材第一個必須要有一個全額給付的，不會造成醫療階級化的問題，也就是你用這個沒有問題，你用全健保給付的心臟支架也不會有問題，你活得好好的，不會比別人短命，不會比差額短命，你就活得好好的，這是第一個。窮人不會因為這樣子用不起好的東西，這個好的東西不一定是指差額的東西，我可以告訴各位非常多的醫界大佬，全部都是用健保給付的人工水晶體而已，一毛錢都沒有花，它還是很好。我就不再多說藥品的改革政策，我是支持這些藥品的改革政策，但不支持用差額負擔來做這些事情。這是現在藥品的政策，這些都可以省錢，這些都是省錢的來源，省下來的錢用來做什麼？用來做新藥給付。

這個定額定率，蔡麗娟副執行長有講過鴻來理事長比較沒有講那麼多，這個就是我剛剛講的定額跟定率，有一種是起付線，起付線簡單的來說，可以有兩種，一種是保大不保小，什麼叫保大不保小？比如說每一次的藥費處方箋，我剛剛講 1,000 元以下的都民眾自己付，健保都不幫你付，只要 1,001 元以上全部都健保付，所以不管 1,001 元還是 1,000 萬元有沒

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

有，如果是 1,000 萬元的藥費，健保幫你付 999 萬 9,000 元，你自己付 1,000 元，這個叫一種起付線。另外一種起付線，就是之前蔡副執行長在別區講的，就是健保幫你付了 20 萬元，其他的 980 萬元你自己付，或者像現在差額這樣子，各位明白我的意思嗎？這兩種是完全不一樣的概念。

我去查了先進國家，有 1、2 個國家做藥品差額，比照醫材的做法，臺灣唯一一個藥可以這麼做的是 C 肝的口服新藥，因為它不是第一類，它是 2B 的藥，剛剛不是有 2A、2B 嗎？理由是什麼？因為它有十幾個廠牌的藥品可以做選擇，而且可預期你會花多少，因為這個病會治癒，也就是你只有付幾次，你就知道你自己的成本要付多少，這個病會被治好，如果不要用健保付的，也是全新的藥，2A、2B 也是新藥，你不要用 A 廠牌的藥，你要付 B 廠牌的藥，你就去自己付那個差額，因為你知道你自己付幾次病就會好，你就再也不用付這個錢。

還有第二個就是，假設 C 肝，我現在是全部是付 3 萬元，那些廠商如果不拿 3 萬元，自己才去走差額路線，你付 3 萬元這個，跟完全人家走差額是一樣的效果，先進國家有做這樣子的例子。

再來最後一張，如果做差額，還是補貼相對的有錢人，因為那個 gap，如果你都沒有藥醫，那個多出來自己付的，對不起，全民健保還是補貼有錢的被保險人，為什麼？你還是有錢，還是付得起，這樣就會造成剛剛孫友聯秘書長講的，醫療階級化的問題，尤其是非常昂貴的藥品。

第二個，拿商保補健保，今天不知道有沒有保險公司的，上一場有，誰都可以講拿商保補健保，只有健保署不可以，這是國家的恥辱，為什麼？現在的商保很貴，上一次有一個人壽公司的這個主管來，他說你要買多少醫療險才可以補上你現在的自費？越來越貴，羊毛出在羊身上，可以買醫療險的還是相對有錢的人，現在年輕人多少人可以買到醫療險？一年付 10 萬元給醫療險，你可以付得起昨天剛通過的 CAR-T 的這個基因編輯藥物嗎？你買不起的，你買不起醫療險，你買了醫療險也沒有辦法完全給付你在生病住院的時候所有的費用。

所以寧願年增千元健保費，而不而年增萬元商保費，就是這個道理，因為健保的一元效益最大，我們現在繳的保費，都可以幫你買到 1,000 萬元跟 4,900 萬元的藥費，請問你個人要買多少的商業保單，才可以讓你付得起這樣的治療。以上，謝謝。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

南區第3場次總結(112.8.11)

張博雅副教授：首先邀請第一桌桌長吳鴻來理事長，針對第一個主題「實施新藥差額負擔，好處有哪些？」總結。

吳鴻來理事長：大家好，第一組題目是實施新藥差額負擔的好處，我們4輪討論出幾個重點，第一，大家可以增加選擇的機會，或許病人可以有機會更早用藥治療，不然就不知道可能要等到什麼時候藥才會納入健保。再來就是，如果今天實施差額負擔，健保署就可以介入管理這個藥品，如果這個藥品完全在自費市場，很多資料是沒有辦法提供的，健保署介入管理就有機會讓更多資料公開，讓民眾跟病人知道，例如再對療效做評估，瞭解它是不是真的這麼安全，如果用量較多或者療效沒有想像中好，有可能再去議價，讓價格再降低。

有人提出既然是差額，就是民眾合理負擔一些藥費，平衡健保資源的使用，有些人可能拿了健保藥，不是很珍惜，會去浪費，或者不吃，或因副作用就不吃，也沒有告訴醫師。如果要付一點錢去用藥，可能會比較審慎思考要不要花這個錢，如果要花錢，就認真吃藥。也有人說可更多新藥有機會進來，可以鼓勵那個廠商做創新的研發，可能民眾也會要更努力的賺錢。

有人提到價格比較高的藥品，要想一些方法，讓更多的病人有機會被照顧到。萬一藥的價格比較高，要好好訂條件，不然即使訂差額，真正能負擔得起的人其實沒有差很多。

張博雅副教授：接下來邀請第二桌桌長孫友聯秘書長，針對第二個主題「實施新藥差額負擔，缺點有哪些？」總結。

孫友聯秘書長：這組的主題是實施新藥差額負擔有哪些缺點，大家講缺點都會比較含蓄，但是缺點還是很集中，跟其他的場次很類似。第一個當然就是資訊不對等的問題，其實是最關鍵的，包括提供資訊的人，獲得資訊的方向，可能是來自於藥廠或者醫院，民眾去判斷資訊的能力跟技術事實上是不足的，縱使我們可能鼓勵去尋求第二意見，坦白講，對大部分的弱勢者，尋求第二意見的能力也是有限的，而且時間也是有限的，在很短的時間要去判斷，要給自己或給家人怎麼樣的醫療服務或者是藥品，時間跟壓力是非常非常大的，在這樣的情況下，很難判斷我們要不要去使用這個新藥。

另外一個缺點，也是傳統上的缺點，就是負擔不起的問題，縱使是實施差額負擔，可能也會導致說大部分的民眾，就剛剛有先進提到的反補貼這個問題，這樣一個新藥的負擔，可能產生階層化的問題。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

有關制度面，健保設計的精神是照顧民眾的健康，整個制度設計應該避免民眾違反這樣的基本精神，事實上有可能某種程度產生供給誘發需求的問題，以及可能反淘汰的問題。反淘汰就是藥廠可能因此停產某些足以治療的藥物，可能會產生另外一個壟斷的問題。

總括的說，資訊不對等及階層化的問題，是每一組的人一定會提到的最大缺點。如果某種程度解決資訊不對等的問題，或許對民眾的判斷比較有幫助，這部分有賴於政府對於民眾用藥的知識跟判斷能力的提升，不管有沒有差額負擔，在用藥的權利上面是有比較多的保障，以上是這組的意見。

張博雅副教授：接下來邀請第三桌桌長何健志教授，針對第三組的主題「是否實施新藥差額負擔？其應考量哪些因素，及國內是否已具備可實施的條件？」總結。

何建志教授：我今天蠻高興參加臺南場，臺北、臺中場我都參加過，臺南的朋友提出很多新的意見，我蠻佩服的。根據人事時地物這些條件的綜合考量，在座的朋友們基本上認為現在臺灣的時機或條件可能是不成熟或者還不具備，要具備哪些條件我們可以一個一個來看。

第一個就是不知道到底台灣實際上需要用到差額負擔項目的病人數量到底有多少，就是不知道內科、外科、婦產科等等科別，到底有多少人有需求，未來條件成熟的話，政府可能要去做市場調查看有多少民眾有這樣的需求，比如如果真的引進或建立差額負擔，民眾願意負擔的最高金額是多少？願付金額是多少，這個也是未知數，所以可能要先做市場調查後，政府才有可能再做下一步的政策改革跟推動。

既然是新藥，基本上健保是不給付的。可是這些新藥的價格是多少也不知道，各式各樣的新藥，不管是內科、外科、耳鼻喉科、精神科，那些新藥到底多貴，上千萬的新藥可能是極少數，大部分的新藥可能沒有那麼的昂貴，可是也不知道到底多貴，這些數據都不清楚，所以政府可能真的對現在不給付的新藥，到底價格是多少，也是要做一個市場調查。

關於醫院跟醫師部分，一些夥伴們提到可能有城鄉差距，我們知道台灣的醫療有分級，醫學中心、區域醫院、地區醫院跟診所，引進新藥差額負擔制度，有沒有只有少數的醫院有能力執行或有能力提供這樣的資訊給病人，一般的區域醫院或者診所的話，可能還是沒有辦法落實。

據說在台灣，法官跟醫師是傳統上最受尊重，可是也最不受監管，法官可以自由心證跟獨立審判，醫生其實也是，現在台灣的評鑑只評鑑醫療機構，沒有評鑑醫師個人。所以醫師到底是不是真的憑著良心跟專業給建議說要差額負擔，沒有一個機制可以去做保證，醫師本

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

身也就是缺乏監管。我剛剛也補充美國在歐巴馬總統時期制定了醫師的報酬陽光法案，就是醫師拿拿廠商多少錢、贊助費，都要去登錄跟申報，台灣現在只有公職人員有陽光法案要去申報，醫生不用申報，所以醫師的監管不足，也是我們現在台灣條件不成熟的因素之一。

當然也有一些夥伴非常有創意提到是不是可以比照不動產的實價登錄，比如說智慧科技或者是資訊科技，輔助民眾，幫民眾節省找資料的時間，或簡化資訊，把資訊的重點讓民眾很容易清楚。尤其是未來高齡化社會，現在有很多青壯年，可是未來會有老的一天，我們今天頭腦很靈光，可是 20 年後，我們頭腦不靈光了，希望政府能夠有一些好的機制，輔助民眾做一個用藥的判斷。

張博雅副教授：接下來邀請第四桌桌長滕西華秘書長，跟我們分享第四桌主題「如要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施？」總結。

滕秘書長西華：前面 3 組把我們這組的話都講完了，把我們配套其他都講完了。其實大家的看法都大同小異，就是如果真的要做，有一部分的夥伴其實也都支持，我們這一次好像幾乎都沒有支持第 1 類新藥，比較支持這第 2 類新藥，今天我大概做了一輪都這樣。

關於資訊的部分，除了資訊可及性要能夠懂以外，還包括幾種資訊，就是都要符合公開、透明、易懂。第一個是包括藥品價格的資訊，我想就是 3 個原則都有以下這些。第二個就是這個藥品的療效比較跟副作用，跟現行的給付的藥品，特別是有全額給付的藥品，它的療效的比較，它的副作用是什麼？那還有就是像鴻來理事長一開始講的，存活率跟他的這個療效究竟是怎麼回事。還有就是這個資訊裡面，還要包括他究竟要負擔多久，就是不要給了一個希望，覺得好像用差額的比較好、用全額的就不好，那這個比較好的，它有沒有一定負擔的這個年限跟療程，會不會給了無盡的希望，到最後變成絕望？就是我們越老，經濟就越差，結果這個藥品要吃一輩子，就是它的負擔是不可預期的，所以它的這個資訊比較包含這一些，那也就連帶的在負擔上面，除了要有可預期的這個上限以外，公開剛剛講價格的透明化以外，他希望病人可以自己評估他究竟要負擔多久這件事情，可能也是要納入他是不是選擇要做差額負擔、要不要去選擇這個產品最主要的一個依據。

剛剛何老師有提到在配套裡面，就是說你可以用，但是要避免醫師是不是基於專業，新藥的資訊原本在醫藥界就是少的，所以醫師選擇的時候，究竟是在有限的資訊裡面選擇對病人最有利的產品，還是說在可預期的利益，底下選擇對自己最有利的產品，這個不一樣。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

那當然人性不管本善還是本惡，除了剛剛何老師那個資訊的配套，另外一個我覺得蠻好的，至少第3場聽到這個想法不一樣，就是要建立兩個追蹤的機制，一個就是醫師處方這個產品的一些醫學倫理跟有沒有符合醫療常規的抽審，就是去抽他的這個審查，當然不用每個審，就是政府要去監督他的使用是不是符合這些規定，要去追蹤病人使用這些差額產品的一些療效跟副作用的分布，因為一個人用得好，不代表10個人用也好、100個人用也好，病人個別的資訊，萬一不做副作用通報，政府也不會知道，政府應該要主動建立，因為它可能是很貴的產品，所以要主動建立這種機制，我覺得是蠻好的。

剛剛講透明，還漏掉一個，就是他有沒有可以選擇的產品？除了這個藥品以外，現行可以選擇的藥品，或是其他的治療方式的資訊是什麼？其實這些都是在提供病人可以做選擇底下的資訊公開跟透明的程度。還有一個就是防弊機制，何老師有提過，我就不提。最後就是要定期評估藥品已經上市做差額的療效分析，可能要再追蹤，剛剛講追蹤療效以外，政府要有機制主動去評估說這個產品上市多少年之後，要去再審查一遍這個產品是不是一如當初所提出來的這些療效的證據，作為是否繼續差額負擔，或者是價格或是其他政策的參考。謝謝大家。

張博雅副教授：謝謝各位今天辛苦來參加，四位與談人，還有各位團體代表，針對是否實施新藥差額負擔的議題，給了很多的相關想法跟意見，我們今天的活動就到這邊結束，謝謝大家！

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

北區第4場次與談人報告(112.9.8)

張博雅副教授：大家好，我是國立臺北護理健康大學張博雅，感謝大家今天來參與112年度全民健康保險公民咖啡館的活動。那為什麼會辦這個活動呢？是依據全民健康保險法第5條第3項的規定，衛福部健保會在審議、協議重要的事項之前，要先蒐集民意，必要時會辦理相關的公民參與活動。今天的公民參與活動，是先設定一個假設性的議題，這個議題就是「新藥可否採取差額負擔」，我們這個公民咖啡館的活動，在今年度一共要辦理4場，今天是第4場北區的活動。透過這個活動的經驗跟做法，可作為未來的參考依據。

那我跟大家介紹一下今天的議題，前面會請與談人進行介紹，接下來我們有邀請4位與談人，針對今天的議題「新藥可否採取差額負擔」進行10分鐘的與談，接下來我會跟大家介紹辦理公民咖啡館的流程。

公民咖啡館都是由各位公民代表進行討論，最後會由本場次與談人來總結各桌討論結果，今天活動時間預計在12點15分結束。

首先介紹與談人，第一位與談人是臺灣病友協會吳鴻來理事長，第二位與談人是臺灣勞動陣線孫友聯秘書長，第三位與談人是國立臺灣大學健康政策與管理研究所楊銘欽教授，第四位與談人是臺灣社會心理復健協會滕西華秘書長。滕秘書長現在還在路上，稍後就會到。

今天的議題「新藥可否採取差額負擔」共有4個主題：1. 實斷新藥差額負擔好處有哪些？2. 缺點有哪些？3. 實斷新藥差額負擔，要考量到哪些因素，還有我們國內有沒有具備可實施的條件？4. 如果要實施新藥差額負擔，要考量到哪些配套措施。接下來就請與談人針對這議題來進行10分鐘的說明，第一位邀請吳鴻來理事長。

吳鴻來理事長：各位現場所有的來賓，大家早，我是臺灣病友聯盟理事長，因為這是我參與的第2場，所以有稍微再修一下簡報。在跟大家報告之前，先聲明一下，因為本次會議題目是主辦單位所指定，所以以下報告內容僅作為今天討論用，但其不代表我本人或聯盟的主張，要先聲明一下。

我先跟大家說明一下這個議題是什麼，我跟我們聯盟另外一位夥伴，之前都有擔任這個主題的講師，因為我們在聯盟內部，認為既然要出去掛名演講，就初步調查一下內部大家的想法，初步的調查結論為：直接表達不認同有4個，有2個表達認同，至於其他人則是有些不同意見，有些人會先對「新藥的定義到底是什麼」有所疑問，或是他覺得有一些條件就是要

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

先敘明，所以覺得直接這樣問有點難回答。那這個調查只是我們在聯盟內部，也不是對所有人調查，因為我們聯盟其實不是只有12個團體，那只是那天開會大概來了這些人，就試著進行這個小小的調查。以上只是稍微跟大家解釋一下，為什麼會有前面我們的聲明，原因是這樣。所以就是讓大家可以瞭解一下，目前有些病友團體，大概對這個議題可能有的想法是什麼。

回到我們今天的主題新藥差額負擔，大家會前應該都有拿到可閱讀資料，裡面也有些文字說明可參考。那首先定義什麼叫做新藥，這是指健保建議收載的品項，並強調這個藥是有新的成分，是屬於過去沒有的；或是新的劑型，例如說原本可能是口服藥，現在可能會用針劑，就是不同的劑型；再來就是給藥的途徑，或者這個療效複方，例如本來藥品是單方，可能改為2種不同、或3種更多藥組合在一起等。對於新藥類別，習慣上分為屬於第1類或是第2類新藥，其中第2類又再分為2種，就是2A或2B。

那再來就是差額負擔的定義，可以看可閱讀資料內有一張圖，主要是說，健保的自付差額醫材費用，會訂一個給付的上限價格。大家也可以直接看投影片的圖，這是從健保署臉書擷取的，你選擇品項後，如果超過上限價格，大家可以看得很清楚，藍色的部分就是健保付到那個固定的價格，不管你是哪一個產品，反正就是要自付超過的上面黃色部分，這就是民眾自己要從口袋裡掏出來的部分。那因為我們今天討論的部分是新藥，而新藥目前現在沒有做自付差額，所以這個圖是在呈現目前實務上自付差額特材的狀況，也就是健保部分給付，大概是這樣。

回到今天的主題，大概有哪一些好處？那大家可以想一下，這是第一次寫的一個很有趣的東西，是因為根據上一場次進行討論的反應來看，我發現大家就是覺得這一題好像有點難思考，所以我就不要講太多，不要侷限大家的想像力。

第一個可能的好處是，可能可以增加新藥的可近性，因為我們現在在健保下有些困境，那等一下我會再詳細一點說明。第二個就是可能可以減輕健保財務的負擔，例如省下的錢可以再引進更多新藥，或是讓就是藥品給付範圍變大。再來就是，因為目前的自費藥基本上不歸健保署管，但如果因為健保如果要付錢購買了，健保署就有責任要管理，所以就是假設藥品若有差額負擔，雖然健保沒有全部付，但是因為健保署只要有付錢，就有一部分管理責任。

那我就再針對剛剛前面講到的幾個好處，逐點再講比較細一些。第一個就是現有的困境是什麼？我知道在場夥伴可能是自己、家人、或親戚朋友，或許就面臨罹患一些比較重大的

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

疾病，我想多少會有，因為臺灣其實病友還滿多的，所以實際上現在遇到的問題，尤其是一些高價的藥物，最常見的例如癌症藥物，因為它很貴，那如果健保沒有辦法支付它，若想要用這個藥，就變成要自己付。可是現在有些藥真的是貴得很嚇人。再來就是，有些藥雖然可能它最後通過健保給付，但是它前面等待的時間非常長，也就是說，這個藥其實國外好幾年前就已經出來、可以用了，但結果因為種種的原因，最後拖了非常非常久才訂購到。就算它之後終於納入健保，但是中間等待期好多年的時間，如果想要有機會用這個藥，那只能自費，那其實就是前面提到的，對很多病人的家庭，都會是一個財務上的負擔。

那再來就是說，有些人會覺得要嘛全有、要嘛全無，要嘛全部就健保付，不然就得全部自己出，好像沒有存在中間的一個折衷的方案或是選項，但是目前特材是有自付差額的機制。

剛剛其實有提到一下，新藥生效的時間很長，等一下會講個統計數據，在2021到2023年，甚至平均有到700天，這是蠻長的時間。那你想，有的癌症病人，他可能沒有機會等那麼久，如果說他有能力自己付錢當然就還好，但如果沒有的話，可能就沒有機會治療。

這個圖表給大家稍微看一下，左邊是新聞找來的，給大家看一下，就是每一年通過的新藥數量，它就是一個數字，但通過其實不是馬上就可以用，後面還有一些行政的程序要走完。所以大家可以看到，尤其這幾年，例如2022年特別少，只有17項。那再來就是說，左邊那個長條圖是指，支付在這些新藥的預算，所以大家可以看到，其實這幾年來預算並沒有明顯的增長，大概就差不多在那個範圍內。右邊這個圖，是實際上申報量，就是真的用下去的量，所以其實可以看出數字是真的不是很多。

下一張圖就是給大家看一下，可知近年來新藥申請健保給付，等待的生效期間是越來越長，左邊淺色的bar是中位數，平均數是拉高，表示有一些真的是等待期特別久，尤其大家可以看下面的這個圖，它有把癌藥及非癌藥分開來看，所以左邊這個黃色是所有的藥都在一起，然後把癌藥分開來看，所以大家可以看到癌症的藥，是等了特別久。

再來第二點就是財務部分，近年來尤其是癌藥通過是相對少，然後使用比較長，所以在臺灣就是比較在意這部分，因而癌友團體就有做小小的研究。再來剛剛有講到可以節約資源的部分，舉例假設某個疾病在臺灣其實可能差不多有1,000個病人，那但因為現在財務有限，有可能就是健保要付這個藥的時候，就會給它加上比較嚴格的條件，例如疾病要嚴重到什麼程度才能用，所以這1,000個病人中，可能只有300或是500個病人才有機會在健保給付下使用

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

這個藥，而其他病人就只能自費。假設如果有省一些錢下來，那或許有增加健保給付的可能性，例如本來付500個，變成可以付700個，像這樣就可減少200個要自費的民眾，類似這樣。

再稍微講一下，2019年台灣癌症基金會「新藥與新科技部分負擔民眾願付價格」研究，其實他跟我們的自付差額稍微有點不一樣，他是去調查癌症病人跟一般的病人，然後此研究有一個很重要的前提，假設有某一種藥或療法，有機會讓病人可以病情穩定並延長半年以上的存活期，不只是能活、但狀態為臥床，不是這樣，就是維持可自理日常生活的條件，這樣你願意自己付多少錢？但是他這邊是說，要自己負擔，健保不付，所以這個跟我們的自付差額其實有一點差別。所以他們後來去問了一下，其實對癌症病人來說，蠻多是會願意付一定的費用，甚至這邊有算過金額。

再來就是在管理的部分，當然最直覺就是去調查到底用量是多少，然後實際上連結我們在健保的data，例如治療上抽血等，那些都會在健保的資料庫裡，就可以協助來評估。另外這個藥先納入差額負擔，它未來還是有機會可以進入健保全額給付，並不是說進入這個差額負擔的類別，就永遠都不出來，所以就可以統計說使用率是多少，就是說如果暫以差額負擔先進入健保，就有資料可以做為管理使用，若在純自費市場，就很難抓到這種資訊。

最後講一下，假如有一天真的要差額負擔，那我們病友團體會比較在意什麼，第一個可能要有上限，因為首先是要提醒，目前的特材差額負擔，以特材來說，通常就是付一次的，或是它不會是連續一直要負擔的錢，例如動一次手術換一個人工水晶體，可能不會每年就要換一個，但是若是藥品，例如慢性病、罕病或其他病，可能這個藥是要吃一輩子的，可能有的吃比較短，或許幾個月、幾年，但是要想到可能要吃一輩子，還有就是有些藥非常貴，假設這個藥一年要上百萬元的話，就算只需自付10%，其實也是不少錢。所以我們建議，可以參考例如住院部分負擔訂上限。講到這邊，謝謝大家。

張博雅副教授：第二位邀請孫友聯秘書長來為我們說明。

孫友聯秘書長：謝謝邀請，這已經是我參加的第4場，剛才在樓下警衛說你們是咖啡班的嗎？我說不是，是公民咖啡館公民參與活動，不是教手泡咖啡的。

今天的議題是跟健保有關，我想不管是誰，包括說像樓下的那位警衛，我們今天所碰到的，在路上的所有人，都跟健保有關，除非他是旅客、除非他是觀光客，所有人包括我們這邊的在場與會者都跟健保有關，所以當然要好好的討論跟健保有關的任何部分。到底差額負擔可不可以提升醫療可近性，我覺得在考量優缺點的時候，這部分可能要多想一些，那我從

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

幾個角度來跟大家談。

事實上在醫療體系或在醫療福利裡面，有一個不變的三角形，就是大家的角度都不一樣，例如，我完全不用去勉強我的信仰，我就是一個社會主義者，以我這樣的意識型態跟價值觀，我看待健保的方式可能跟你不一樣，但是健保如果做好，媽祖就會誇獎，大家就不用擔心。我們都知道，在健保之下，其實大家都是受益者，你繳健保的錢，跟你最終的平均每一個人的獲益，其實都差很多，有可能你繳很少的錢，但是你獲得很多很多，是這樣的一個福利制度。

從這個角度看，基本上它是高度政治敏感及價值取向的一個制度，任何國家在決定醫療體系的性質，牽扯到的是一個國家對人民的承諾。例如，中華民國憲法第157條對我們的承諾到底是什麼？那有些事情可能從這個主幹出來，或從這個政策產生出來，你可能會支持，你可能會反對。那健保最難談的地方在於，時常會有這樣的一句話：「用在我身上的一定是必須的，用在別人身上的一定是浪費」。

那我就舉2個例子，在李登輝前總統時代，可能曾經有一度曾有這個想法，健保制度可能要讓使用的比較多的人，比如說接受醫療服務次數比較多的人，要繳比較多的保費，這樣大家可不可以接受？我不可以接受，我難以接受。或者是在蕭萬長院長任內，認為健保應該是要交給財團去做，我們要相信民間的保險公司不會想要賺你的錢，所以我們要把健保民營化，你說好不好？我也是反對的！我跟滕西華都反對，我們就出來抗議、包圍立法院。或者是說有一個政策，認為醫院可以營利化、上市上櫃，你可以接受嗎？我也不可以接受。所以這是一個對你的價值觀，跟整個國家政策的取向及方向，是有很大很大的關係的。你可能可以接受醫院可以上市上櫃、發行股票，那你會買嗎？你買了，就會想要醫院多營利以便讓你的股票大賺，那你要醫院多賺一點，就要向病人收貴一點，那病人也會要多一點，這樣的話符不符合你的價值？

在討論今天差額負擔議題的時候，它可能就包含在整個價值觀裡面。比如說每一個人都有價值觀，像我完全不會去隱藏跟我對某些事情的看法，我及滕秘書長西華，可能都會傾向於反對部分負擔，因為無效嘛！好像曾經有人提過，可考慮依不同的所得來訂立不同的費率，那我們也開過記者會反對這個觀點。

在不同的群體，會有一些衝突性的選擇。比如說，臺灣和OECD國家都是實施全民健保，對於民眾的公平性大概都有照顧到，因為每個人都有健保卡，就可以看醫生，也不會像現

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

在中國一樣，要看醫生就要先交保證金。臺灣在1995年以前沒有健保的年代是這樣子，你們如果看過中國的戲劇，他們在看醫生的時候，要先繳保證金，或者有中國的網紅，在臺灣分享環境的差異性也可看到。因此，我國對臨床定價的自由及能力，基本上是有所限制的，因為我國有健保單一支付體系的限制。所以很多醫生也會抱怨，健保限制了臨床資源。可能有醫師認為病患該吃某種藥，但健保沒有給付，或者是臨床要在什麼條件之下，健保才給付這個藥，這限制了臨床自由。所以，醫生一定會說很爛，但是，這限制有時候也是必要的，因為健保資源就只有這麼多。

然後基本上政府對整體成本的控制，是必須要考慮到的，健保總額預算到底有多少、要怎麼分配，這個大概是大部分跟臺灣一樣的國家所採取的方式，那當然也有其他的選擇，如果你選擇美國的方式的話，醫療費用可能會完全失控，我們的保費可能就要多繳一點。

有關藥價及品質的若干思考，大家可以想一下，第一句話，就是我看美國的病友團體所提到的「這個藥我不吃，我骨頭會痛，吃了我心很痛」。我跟前任的紐西蘭的總理Jacinda，在印度開會的時候，我們兩個就共同提案說，主張WHO應該要限制救命的藥及兒童用藥不能享有專利權，這是我們的價值觀，這是作為一個左派的社會主義者，要有這樣的思考及價值。價高就等於品質嗎？那品質誰來決定？誰說了算？健保給付的藥會比較差嗎？價格高於需求的時候，那民眾怎麼辦？平等接近vs及早接近early access，Google翻譯把它翻譯為搶先體驗，其實在整個醫療體系裡面，不一定有共識到底該怎麼做到。當然early access也是一個重要的考量，它沒有比重。至於自費與差額負擔階層化的問題要怎麼解決，以上這些是我最關心的議題。

民眾可負擔的價格是多少，請參閱可閱讀資料第11頁，我們就直接跳過。關於差額負擔，今天會來討論這個議題，是因為在二代健保後，健保法第5條規定，健保在審議、協議重要事項前，應經過公民審議的過程，大家都是利害關係人，有能力、也有權利監督健保每一分錢的花用及資源分配。差額負擔支持者的理由，剛剛也有提到，可以減輕民眾的負擔、促進比較好的新藥能夠及早進入臺灣的市場並獲得健保給付。至於反對者則認為，對無法負擔的民眾來講，還是負擔不起，其實有些理由及實證的經驗，這部分就請大家快速看過去。

對於誰決定了價格這個議題，我想大家可能信仰的是自由市場，但是醫療裡面有自由市場嗎？自由市場在三個前提之下才有辦法成立，第一個，買方及賣方都有同時進出市場的自由，這有可能嗎？病人可能沒有這個自由。第二個，兩方之間有對等權利獲得相同的資訊。第三個，不同賣方之間不會出現共謀跟壟斷的行為。其實，你願意付的價格跟你能夠支付

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

的能力，往往是有很大的差距。這是過去在99年舉辦公聽會的時候，當時就已經做過的一些討論，藥界的意見是傾向於反對。我們過去也開過很多次的記者會，其實當時以我的角度或以我的語言來講的話，是偷跑，去實施醫材的差額負擔，當時我們好像有些人有去監察院檢舉，這個條文後來是二代健保才有的條款。

不同的醫材之間，他們的市場是混亂的，因為剛才有提到，同樣的醫材在不同的醫院的價差，可以差一倍以上，誰決定價格？誰決定要使用？那會不會有這種可能性，就是當某一家醫院的管理體系說我要推這個藥物或醫材的時候，不同使用者之間的差別待遇會不會產生？這是在過去幾次討論時就已談到的。

時間到了，再給我一點點時間，重點是漫天喊價的問題，我們開過好幾次的記者會，縱使是開放差額，好像是要讓大家及早使用，但漫天喊價、誰決定使用、誰決定價格這些事情，基本上是病患無法克服的，如果有興趣，我可以找相關的文章供參。基本上，我相信大家可能會蠻關注醫療階層化及資訊對等的問題，以上，謝謝。

張博雅副教授：第三位邀請臺灣大學楊銘欽教授為我們說明。

楊銘欽教授：大家早，我目前在臺大健康政策與管理研究所兼任教職，今天這個議題要跟大家分享一下，如果要實施新藥差額負擔的話，需要有哪些條件。我今天講的方式，會從政府公共政策的角度來談，決定要不要做這件事情。如果從政府角度來看，一般來講，就要考慮6件事。

第一，在政治可行性上，我們用可行性來看，這個政策是不是可行。我們以前念三民主義可知，政治是眾人之事，就是大家對這件事情贊不贊成。現在因為我們是民主法治國家，有議會，立法院、監察院，可以看看這個方案，是否可在政治方面得到支持的可行性。首先在民意調查部分，政府的老闆，也就是我們民眾，民意調查的意見會是什麼樣？那民意調查要問誰呢？剛剛前面兩位與談人也有談到，有些調查是問病友，那你也可以問一般民眾，因為如果真的實施差額負擔，病友不一定自己負擔得起，可能是他的家屬要來付，所以要問大家，你覺得這件事情，你的態度怎麼樣、贊成不贊成，這個是民意調查的部分。當然民意調查可能有時候會有偏頗，因為這件事還沒有真正做，像剛剛第一位鴻來理事長講到，臺灣癌症基金會這邊做過調查，調查的題目跟我們今天講的題目還是有點落差，所以民意調查出來的結果就是做個參考，那是不是真的可行，因為還沒有真正做，所以也不曉得。再來就是行政院，做的就是行政，那行政院下面又有衛福部、健保署等等這些主管機關，他們對這些事

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

情的看法是怎麼樣？可以去問一下。再來就是立法院，立法院訂定很多法條，由立法委員的意見，反映民意。再來就是政黨，其實看新聞報導時，立法委員是代表背後政黨的意見，由他來表達、表述。以上是第一個部分有關政治可行性的部分。等一下有機會，可以請大家分享，你覺得從民意代表，或是從行政院的角度，甚至於從民意調查這個部分，大家覺得在差額負擔方面，會有什麼看法？這是第一點，政治可行性。如果大家都贊成，可以回想到在我國健保84年開辦前，那時候要選立委，如果回憶一下，那時候不管黨派，幾乎每一個競選的時候選人都說贊成要做全民健保，只是做的方式不一樣，但都贊成，那就是政治可行性，那就是這個意思。

第二個，法規可行性，當大家覺得好、想要來做及推動這件事，法律上允不允許這樣子做，能不能克服法規方面的障礙？剛才講到，現在健保法允許在特材方面，剛剛那個友聯秘書長講說偷跑，偷跑什麼東西？就是特材可以差額負擔，可是藥品沒有差額負擔，藥品是全額自費、不然的話就是用健保給付，沒有自付一部分、健保付一部分，目前法規沒有藥品差額負擔的規定。如果你要做藥品的差額負擔，那就要去修健保法，修法的內容是什麼？修法要多久的時間？其實我聽行政部門在講，有時候不太想去動修法的事情，因為一修法下去，本來只是要送某一條修正而已，然後就有人講說這條我也想動一下，那條我也想動一下，然後大家意見一來，修法時間就會拉很長很長，所以這是在法規可行性，可能要注意的地方。

第三個是技術可行性，第四個是行政可行性，就是你要推動這件事，在法規具備、民意上也都贊成了，不管民意代表、或者民間大家都贊成，行政院也說要來做這些事情。那現在誰要去做？是健保署要做，因為這是他的業務。那就要看這個單位有沒有足夠的技術來執行？有沒有足夠的人力及能力執行管理工作？要如何選哪一些藥來差額負擔，現在大概有1萬多到2萬多種藥，新藥一出來，什麼樣的藥要差額負擔、什麼樣的藥不要差額負擔，不要差額負擔是什麼意思？就是全部給啊，要嘛就不給！要嘛就是全部給。哪一些藥要選它成為差額負擔的品項？要憑什麼去選？怎麼樣去選？然後選出來之後，民眾要付多少錢？要怎麼監督是不是付這個錢？然後在監督管理面，醫療院所會不會多收錢？假設藥品差額負擔真的開始實施，有一個藥是規定民眾補30%，結果我看病的時候，我應該付30%就可以了，70%健保要付，結果醫院跟病人結帳金額是超過30%，那病人啞巴吃黃蓮，為了要治病，我只好給醫院多一點錢，健保方面要怎麼監督管理，就是在技術上及行政上，能不能做得到。

第五，經濟可行性，差額負擔是錢方面的問題，本來是健保全部要出，現在一部分是我們民間要自己補。那問題來了，民眾有沒有足夠的財力？如果說這個藥要付30%，這是100元

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

的藥，30%我付30元，還可以付得起啊。不過一天30元，一個月30天，那就有900元，雖然900元也是不少錢，但還可以付得起，但如果這個藥是10萬元、20萬元的，要付30%，而且30%是我的假設性，不是說一定是30%，大家想想看，如果這個藥是救命的藥，一個月20萬元，然後我們說現在願意付30%，那有多少人付得起這個藥？大家想想看有沒有這個財力？再來就是，剩下的70%是健保要付，所以也就是說它要放在健保的藥單裡面，那健保有沒有這個錢來付這個藥的費用？健保是有新藥預算，但也不是什麼藥都能放進去。所以以上就是談到，民眾有沒有這個財力，以及健保有沒有能力付剩下的錢。

第六，也是最後一點，時間可行性，要做此方案的話，從規劃到實行要多久？要做哪些事情？事實上是很繁複，有很多行政事情要去處理，溝通協調需要多長的時間。還有一件事，就算是只付30%，可能還是有民眾付不起，但又需要這個藥，所以要有配套，配套要從什麼地方、還有補助金額多少，這些都要有。所以講起來就變成很難，真的要去想，就要比較細一點。

請看最後一張投影片，最後一張投影片就是把剛剛這6個可行性項目一起列出，讓我們來想一下。第一個，關於政治可行性，剛剛我們聽孫友聯秘書長講公聽會有誰反對，你們還記得嗎？是藥界反對，本來這個事情是說，如果藥品差額負擔的話，你的藥就可以趕快給民眾用，所以藥廠這個藥就可以趕快到市場，可是藥界反對。那當然也有人贊成，譬如說我們剛剛講的，癌症的患者說，快點快點，救命的藥，我願意付一部分，可是他願意付的錢，剛剛看到好像5,000元左右，但你知道有的癌症用藥，一個月就是幾十萬元，那民眾只付5,000元，剩下的都要健保付啊？但健保不行啊，因為健保要cover的錢很多。所以現在正反意見都有。

第二個，法規可行性，這要修法，但修法難不難？如果有這個決心，然後政府是完全執政的話，修法不難應該是不難，但如果他不想修也很容易不修，所以這個牽涉到下一任執政黨會是什麼樣的想法？再來技術可行性跟行政可行性，這個目前因為還沒有做，雖然有一些醫療器材已先實施差額負擔的經驗，可是藥的部分還沒有經驗，那些法規要去做，還有內部的法規要做。經濟可行性，這部分我們就要考慮一下，是不是可以長期負擔，像我剛剛舉例，你說100元的藥品，那我就付30%也就是30元，1、2天短期我可以，叫我付一個月900元，叫我付一年，哇！叫我付10年！這要想看，是不是能夠長期負擔，健保有沒有相關預算，這個就是經濟可行性。還有就是要做，有沒有配套。再來，時間可行性，從政府的政策決定要開始做，到真正實施要多久，不可能今天決定、明天就做，像前兩天媒體上的議題，關於推動65歲以上免健保費，然後提到明年就想開始做，後來又說沒辦法，說過年後再開始做。所以

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

很多事情要到位，才能去做。以上在這邊跟大家做個簡介，謝謝大家。

張博雅副教授：第四位邀請滕西華秘書長。

滕西華秘書長：謝謝楊老師，很高興能見到楊老師，楊老師剛剛最後講到老人健保費補助，說到這個我就很生氣，如果國家有錢付65歲以上老人健保費的補助，我們今天開什麼會？老人健保費補助一年約需160~330億元，這個費用只會增加，如果每年達到65歲以上的老人是30萬人，但是年輕人不到20萬人，如果國家有錢，老實跟大家講這是資源分配的問題，如果國家有錢，新藥新醫療科技預算現在一年才30億元，國家如果有錢，不用300億元，就只要拿其中150億元拿來付新藥，請問各位今天幹麼在這裡？我們也不用委託張博雅老師做這個研究案了。所以這是資源分配的問題，國家真的沒有錢嗎？病友團體應該要去問執政黨、問在野黨、問朝野，你是不是不想把錢用在救癌症病人，你是不是不想把錢用在新藥，然後人民的口袋，左手交保費，右手的口袋再交部分負擔，然後再用納稅錢讓你開政治支票，用各位鈔票買單的，那你的鈔票為什麼不用在這裡買新藥？所以我就先用這個做開場。

因為主辦單位指定我用這個議題來講，藥品差額負擔的影響，我是今天最後一個與談人，我跟孫友聯是戰友啦，其實我們都反對這個政策，那我要先揭露我自己的立場，我是站在反對這個立場下，背後要再分析，如果要做的話，有什麼不滿，有什麼配套。民主社會就是這樣，雖然我反對，我們意見不一樣，但我們尊重彼此的立場。可是，如果我被分配到這個議題的時候，我站在一個反對者的立場來講，如果要做差額負擔的話，要怎麼配套？我剛剛講如果有機會的話，不管是政治上也好，不管是立法上也好，現在都看不出可行性，因為法規也沒有解決，剛剛楊老師也有提到。在這個沒有最貴，只有更貴的年代。柯大醫師，他現在不是市長，是候選人，他說藥品應該在FDA拿到藥證之後就開放自費，他講這個不是廢話嗎，現在就這樣啊，這不是新的政策。我們是要選總統，不是選鄉長、村長里長，講到新藥都開放自費，這就是假議題啊！新藥沒有通過健保給付之前，拿到國內的藥證就是自費啊！臉書有非常多的社團去買藥，以前我國健保還沒有給付C肝口服新藥的時候，病友會去印度、中國買藥，或去其他地方買藥，也就是有些很貴的新藥，然後找管道買進來，可能是在國內還沒有拿到藥證、或是國內拿到藥證但賣很貴，賣幾十萬元、幾百萬元，病人買不起，只好到國外違法買藥，叫人家跑單幫帶進來，《我不是藥神》那一部電影裡面有講，然後如果你自行買進來的時候，吃出問題或死亡，即使你是在國內吃藥他還是不救你。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

那麼最近通過最貴的藥是什麼？剛剛楊老師有講到，雖然很久沒聽老師講話，一聽還是有很多學習，老師剛剛假設自付30%藥費，以最近通過2個最貴的藥，其中之一是用於脊髓肌肉萎縮症SMA的藥品，一個療程4,900萬元，本場次北區的民眾很立即掌握這個資訊喔，我這次參加全國3場次公民咖啡館活動，只有北區的猜中。4,900萬元，先不用到自付30%，請你自付3%就好，付得起的舉手，我付不起，我中了大樂透頭獎我也付不起，為什麼？因為可能還有別的病、還有別的生活需要用錢，所以無法負擔。

對一個病人來說，為什麼不講部分負擔太高？為什麼講差額負擔？剛剛老師講付得起、付不起的問題，在場都是勞工代表，若生病之後不是只有醫藥費而已，不能上班沒收入，但還有生活費或其他支出，看病也要交通費。所以若生病，不是只有醫藥費本身的負擔，一個人生病之後，可能沒有工作，整個生活、社會經濟都受到非常大的衝擊，也很有可能因為這樣就直接失業。生完病之後，老闆能不能讓你回去工作？幸運的是若能回去工作，你的薪水可能也受影響。另外一個很貴的藥，可以google一下最近健保署的新聞，有個基因細胞治療CAR-T，用在急性淋巴型白血病、淋巴癌的病人，多少錢可以猜一下(民眾：我猜100、200萬元吧)，什麼100、200萬元，再加一個0，1,200萬元左右。若自付要30%，先不用這麼多，跟剛剛SMA藥品一樣即可，只要你付3%，付得起嗎？

這也就是為什麼當初二代健保修法的時候，只勉強通過醫材差額負擔的原因，立法結果就是這樣，民主社會雖然狗吠火車，火車在跑，狗還是要吠，但狗會有一些手段，可以減少一些損失。為什麼只有醫材例如人工水晶體差額負擔，但藥品沒有通過差額負擔？因為藥品要一直吃，可能要吃一輩子，如果你可以預測你的人生要花100萬元，這個病就會好、不用再吃藥，借錢也會去借，因為往後幾十年人生不用再花錢，很划得來，CP值很高，性價比很好。可是並不是這樣，基因療法也是一樣，可能一開始用100萬元、還有下一個100萬元得花，之後下一個100萬元，可能還有再下一個100萬元，不知道要吃到什麼時候。一個月20萬元的藥，可能將來用的人變多後，一個月藥費降為15或10萬元，但你要吃10年，活得越久，你吃得越多。這個就是藥品沒有通過差額負擔的原因。所以你知道藥價有多驚人嗎？很驚人喔！

醫療可近性early access，早期中國翻譯為市場准入，市場准入是什麼？準備好了，要核准，要進來。可是你要考慮這些東西，如果你做差額負擔的時候會有嗎？要差額負擔的時候，剛才講到醫療界神話1,200萬元的藥品，但不要講那麼遠，先以一個月20萬元的癌症新藥來說，這就非常常見，而低於20萬元的新藥就真的是佛心價了。如果健保差額負擔，不是部分負擔

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

喔，現在的制度是部分負擔，差額負擔就是剛剛談到的，我付多少錢、健保付多少錢，可是差額負擔有兩種方法，一種就是我們講，保大不保小，舉例這樣講，比如說這個藥總價1,000塊以下，你們都自己付，1,001塊以上的健保付，這個是另外一種的，不是像現在的部分負擔。那有另一種是什麼？比如健保幫你付，剛剛講的百分比也好，或者是一定的金額好，假設幫你付5萬元，或是幫你付50%，那麼用百分比就會有剛剛講的這個問題，就是藥價墊高的問題，剛剛友聯秘書長講了，那健保還是補助、贊助了有錢的被保險人啊。你知道最近健保在實施住院看護健保給付嗎？目前健保在試辦住院看護納入健保給付，就是現在看護1天24小時3,000元，COVID-19之前是2,500元，現在就是試辦健保付一部分的錢，然後家屬付一半的錢，你知道有人連差額都付不起，沒辦法加入這個試辦計畫嗎？醫療階級化的問題，就是病人無法負擔。

還有資訊方面，民眾有選擇的權利，請問病人有選擇的能力嗎？你知道是要用這個藥比較好、用那個藥比較差嗎？你知道人工水晶體用健保的好、還是用差額的好嗎？你不知道，那你只能相信誰？要合理選擇使用穩定的財務系統，剛剛講健保有沒有錢，健保有沒有錢，這個系統可不可靠，這個權利可不可以負擔，多久可以拿到，癌症的藥要等多久才可以拿到。

門診部分負擔及住院部分負擔，剛剛鴻來理事長有談到，這個有訂定年度負擔上限，負擔上限分定額及定率兩種。門診部分負擔是定額，住院部分負擔是定額加定率，急性病房30天內付多少百分比，慢性病房多少百分比，不一樣，然後年度又有總額上限，這個很重要，這跟等一下我們要討論有關係。定率就是百分比，定額就是有年度上限。住院有每次單一疾病的上限，也有個人歸戶的年度上限。復健單次是定額，居家照護則是定率5%。急診則是定額，分不同的醫院層級訂定，當初想用檢傷分類訂定時我們反對，就是若依檢傷分類第一級到第五級，病人去醫院看的時候付的部分負擔不一樣，全世界沒人這樣搞的，臺灣學什麼都不三不四、四不像，都自己假會就對了，弄到學者要用國際比較研究也很難研究，我們的商業保險也跟其他國家不一樣，就是我們的平準費率都不一樣。如果你是檢傷分類第一級，第一級就是很嚴重的，第五級就是比較輕的，全世界沒有人用進去醫院的時候來看，進去時可能是很嚴重的，經過治療出來後就很輕，請問是在病人進去的時候收費，還是要病人出來的時候收費？進去的時候可能很輕，可以自己走進去，結果躺著出來，有沒有？這種也很多，那你要我用走進去的狀況來收費，還是我躺著出來的狀況來收費？治療會改變、病程會改變，至於我們現在藥品也是定率加定額，定率就是20%上限，100元的藥費你付20%也就是20元，

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

現在上限是300元，以前200元。所以藥品部分負擔跟住院一樣，是定率也是定額，這個定額就是指上限的意思。

至於醫材差額負擔是健保付了一部分後，自己要付剩下的錢。剛剛友聯談到，同一個醫材，以前沒有標明上限，是我們不斷地逼健保署，他才公佈了上限，比如說今天廠商來申請的時候，健保付一部分的錢，以前的上限是自由定價。舉例來說，同個廠牌同型號的產品，例如同一個舒潔衛生紙，你去跟高雄榮總買、跟台北慈濟買，價錢不一樣，我們告訴健保署不能這樣，同一個產品品項，全臺灣的價格不應該會差5倍、10倍，若這樣要病人怎麼辦，你知道現在有病人從台北搭高鐵到高雄去做植牙嗎？因為這樣比較省。所以你就知道，剛剛講到有階級的問題，所以慢慢改成每一個產品都有上限，這樣不管你在全臺灣哪一家醫院買，最高就是多少錢，同一個產品是這個樣子。

可是各位知道嗎，以前有位名人劉真，做過一個心臟手術，用的特材TAVI要自費100多萬元，這個特材曾經要研議納入健保差額負擔，我講曾經是因為有送到健保會審，因為若要納入健保差額負擔的特材，要先經健保署藥物共擬會議通過後，還要再送健保會審。當時審這個案子的時候，那個產品是109萬元，健保預計給付32~33萬元，所以病人就需自付70幾萬元，70幾萬元是基本工資年薪的2到3倍，一個勞工一個月基本工資2萬多元，這還是勞工代表爭取20年才變成1萬8,000元到2萬6,000元，不要說在台北市僅用2萬6,000元生存，還要自費70萬元的心臟手術是付不起。還好這個特材不知道為什麼又重新來過，現在又變成全額給付。但是我講這個產品，是說當時我審的時候，病人要自付差額70萬元，同時要告訴市場及醫院只能收多少上限，這跟過去不一樣，現在討論的是這個。如果今天這些問題都能有解套，根本現在的差額負擔議題也就不存在。

我的時間到了，請看最後一張投影片。若全面檢討免部分負擔政策，你認為重大傷病要不要全部都收部分負擔？就跟全體人民一樣，就是一次最多收200多元，這應該付得起，因為低收入戶是由政府在負擔。至於慢性病連續處方箋，要不要也全部都收部分負擔，慢箋第一次、第二次領藥，跟一般藥的部分負擔，要不要做門診的部分負擔上限？另外也有原廠藥跟學名藥負擔的問題，那要不要也討論藥品總額，若實施藥品總額省下來的錢，是不是又可以支應新藥新醫療科技的費用？所以在討論差額負擔之前，應該要思考這個國家有沒有什麼其他的政策，若費用是可以在大水庫裡面勻支，就可以克服這個問題。其實癌症病友團體之所以主張差額負擔，無非就是因為新藥預算不足，因為不足就延宕給付，看得到吃不到，或

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

是太貴，所以健保署才會延長它的給付審查期限，這是原因之一，才會有這樣子的問題。

在談藥品給付都是要做這2件事，就是要依療效及依結果付費，那當要民眾差額負擔的時候，就不用依療效及依結果付費嗎？這個藥吃得有效，要我付錢我甘願，那要是藥吃了無效呢？標靶治療是這樣子，對我有效不一定對你有效，因人而異。現在全世界包括健保署都聰明，要看到有效才付費，而且現在有效不是藥廠說得算，要病人的反應才說得算，病人有效健保才付錢。那做差額負擔要不要這樣？

剛剛已經講了定額或定率負擔，現在要討論配套用什麼方式。如果要靠商業保險，因為今天沒有保險公司來，前2次都有，現在的商業保險公司醫療險，已經也不足以支應這昂貴的自費醫療費用了，如果可以用，你必須要花很多的錢去買商業保險，以我的價值觀，我是不贊成以商保補健保，因為買得起商業保險的人，還是相對經濟比較好的人，尤其是年輕人應該要寧願年增千元健保費，而不年增萬元商保費，理由就是你付給健保一元的效益是最大的，這樣可讓健保的資源變多，並可風險平攤。剛剛友聯講的，65歲以上的老人用了1/3的健保費，1/3就大概2,000~3,000億元，所以如果是這樣的話，當然是寧願交多一點的保費，而不是靠個人買商業保險去補，交保費之後，就不用再去做更高的自費，可以有更高的健康保險涵蓋率，所以應該要說，我寧願支持全面的部分負擔，而不支持差額負擔。這應該是我最後一張投影片，也是等一下要討論的，謝謝。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

北區第4場次總結(112.9.8)

張博雅副教授：首先邀請第一桌桌長吳鴻來理事長，與我們分享其主題「實施新藥差額負擔，好處有哪些？」之總結。

吳鴻來理事長：我們這桌討論的是實施新藥差額負擔的好處，4 輪討論下來，總結好處有，第一點是健保介入管理後，民眾權益可有保障，再來就是資訊公開可以蒐集新藥的資料，然後還能瞭解新藥的效果。

第二點，因為使用者付費，就會好好想清楚這個藥要不要吃，且也會認真地跟醫生討論，比較不會浪費藥品；且可以提高新藥納入健保的機會，讓民眾能較快用到新藥。

第三點，就是在病人有能力負擔的前提下，可有更多的治療選擇，並能促使更多新藥進入臺灣的市場。

第四點，是因為醫師說明清楚了，可能減少醫療糾紛；另外保險部分，因為目前全部是自費藥，有時候保險公司不太願意理賠，但是如果差額負擔，或許能讓保險公司願意給付部分費用。

第五點，差額負擔雖然病人還是有自己要出錢，但是總比全部出自費出的錢少一點，就是說可能有機會負擔的病人，會比全部自費時，多一點意願。

最後有人表示，因為我們國家現在少子化，每位勞動力人口都非常珍貴，所以希望讓需要治療的病人都能獲得增加治療的機會。

張博雅副教授：接下來邀請第二桌桌長孫友聯秘書長，針對第二個主題「實施新藥差額負擔，缺點有哪些？」總結。

孫友聯秘書長：在做總結前，我先說明一下，大家的意見都是很重要，因為以前都是政府說的算，現在健保法規定不是他們說的算，才會有健保會委託張博雅老師來做意見蒐集的活動，所以在座所發表的意見，都是珍貴、寶貴的。

我們這一桌，只講實施差額負擔的缺點，但因是講缺點，大家都比較含蓄一點，因為這是最後一場次，我會帶到其他場次講到的缺點。主要焦點還是負擔的問題，因為新藥不像醫材的差額負擔是一次性，新藥的負擔是持續性，故在概念上怎樣的金額是你負擔得起，顯然看起來大家都覺得這是一個最大的缺點。

除了這個缺點之外，包括誰決定新藥的使用的機會，或者使用的藥物相關 policy，這部分資訊是不對等的問題。

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

另外，就是有可能會有誘發需求的問題，在這些缺點之下，差額負擔還是可能要解決有些事情，假設要讓病患有機會接近某一些治療的話，在各組討論時，都會做出一些澄清，譬如說，現在是在治療跟等死這兩個做選項，如果在這樣的情況之下，其實多增加一些保費，能夠解決部分的問題的話，可能也是選項之一。

各組一輪下來，大部分最關注還是階層化的問題，縱使是差額負擔，也沒有辦法解決階層化的問題，這部分各組的想法還蠻一致。

張博雅副教授：接下來邀請第三桌桌長楊銘欽教授，針對第三組的主題「是否實施新藥差額負擔？其應考量哪些因素，及國內是否已具備可實施的條件？」總結。

楊銘欽教授：第三組的主題中有兩個問題，第一個，是不是贊成要實施新藥的差額負擔；第兩個，如果要做的話，是不是要有些配套條件。

先講贊不贊成，大原則上是不贊成，如果政府有能力的話應全額給付，但政府有時候財力上非常困難，在不得不的時候，要有配套措施。

第一個就是要節約，健保署所提供的新藥，應該是要來照顧民眾的健康，讓民眾更健康、生活品質更好，對整個社會經濟有幫助，這是一個正向的循環，所以一定要看財力，財務要做好，這是在有效的治療基礎上。

再來講到，像民眾對於實施新藥差額負擔這件事情，其實觀念不是那麼瞭解，政府應該力度要大一點，對民眾多宣導正確的觀念，還有因為執行面上由健保署要做，所以健保署的執行人力數量要足夠，管理能力要加強。

另外有關健保與商業保險之間的互補關係，隨著金管會介入商業保險給付內容，將來能不能夠在新藥的部分著力，對新藥納入差額的部分是不是可以提高給付的理賠金，我們這組剛剛還提到，如果提高理賠金的話，可能這份保單沒有人要去買，這只是靠金管會去審查商保的保單。

再來是條件，如果要做差額負擔的話，新藥的療效一定是要有的，有來賓提到有療效的話，不只是看國際、外國的臨床試驗，最好是看臺灣本地的臨床試驗，因為外國人、歐美人的基因，跟我們本地的基因又不一樣，做出來的效果可能還是有差異，最好是能夠在臺灣做臨床試驗，這樣的話我們比較有信心。當然並不一定 100% 提升，但至少 70%、80% 有效，這樣比較能接受做差額負擔。

若要做差額負擔的話，也要有上限，第一個上限是說每一年要有金額上限，第二個是差

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

額負擔的年數上限，剛剛有來賓提到一個概念，為什麼差額負擔要有一個年數，新藥出來一段時間以後，專利期過期以後會有學名藥或是仿製藥出來，或是有一個更新的藥出來，所以給新藥的年限，不要跨 10 年、20 年一直下去，這樣差額負擔的時間會非常久，應有一個年度上限，到年度上限以後再來評估，不要一直做下去。

最後，如果真的要做差額負擔的話，要有排富條款，意思就是按照付費能力，付費能力比較高的可能要付多一點，付費能力不是那麼高的少付一點，甚至用制度去補貼，但是衍生出另外一個問題，怎麼決定付費能力？大家可以想想看，你怎麼知道我的付費能力有多少？這是行政上最需要克服的問題，以上是第三組簡單的結論。

張博雅副教授：接下來請第四桌桌長滕西華秘書長，跟我們分享第四桌主題「如要實施新藥差額負擔，需要考量哪些配套措施？」總結。

滕西華秘書長：我覺得蠻感動的，因為今天是最後一場，不管支持或不支持，大家都還蠻認真在想配套措施這件事情，當然都各有理由，我覺得今年張博雅老師跟健保會辦理公民咖啡館活動，經過這四桌輪流討論，使我們更加深刻地體驗到公民能力真的是很好，不要覺得民眾沒有能力討論這種艱深的議題。

我們在討論應有那些配套措施時，除了完全支持的人以外，有部分的人站在不支持立場，有人則是主張第 2 類新藥才可以做差額負擔。在做差額負擔，剛才楊銘欽老師講的要有效，而有效的定義，當然是政府要經過評估，但要多有效？一定是有效，食藥署才會核准仿單適應症、健保署才會考慮納入差額負擔，這個前提沒有效是不可能的，但多有效就有非常多的討論，政府一定要公布對哪些人、哪些疾病有效，及對不同人、不同疾病的有效程度，作為民眾要不要使用差額負擔，或是差額負擔擬定的問題。

比較特別是，有夥伴提到就是真的很有效的，健保署要付新藥的全額給付。但反而沒那麼有效的開放差額負擔，這個觀點比較特別，所謂沒那麼有效就是，既然大家都是健保的被保險人，他如果願意嘗試，可以根據沒那麼有效的程度做不同的選擇，健保支持他一點點，然後他付差額，這個挑戰其實比較大，我覺得這觀點還蠻新的，所以提出來跟大家分享。

政府至少一定要做一件事，要告訴民眾哪些有效，有效可能也不一定是只有醫生說得算，最好政府能夠有一個公正第三方，或是委託研究做分析，有效的話可以讓民眾多支出，另外如果他不使用差額負擔的話，在現行全民健保制度實施之下，還有什麼選項可以使用？

附錄十六 公民咖啡館活動與談人逐字稿(續)

當然剛剛楊銘欽老師講的，也不能一直付下去，要告訴民眾是有負擔錢的上限，大部分夥伴都認為要比照住院的部分負擔，就是應該要有年度的負擔上限，上限能力的參考值，大家提到可以用主計總處公布的平均薪資所得的一定百分比，比方說 10%也好或多少，現在平均薪資每月約 4 萬多元，或是參照基本工資的百分比，每個人經濟能力不一樣，可以知道什麼是可負擔的意義，要有一個參照標準，或是比照住院部分負擔公布付費能力的方式。

當然要有退場跟進場的機制，就如楊銘欽老師提到的，逾專利期之後就不應該有差額負擔，或是像醫材一定的年限要去評估，如果未來收集到更多臺灣本土使用資料時，很有效的應該要納入全額給付，不應該再付差額。第二個，如果沒有那麼有效，根據臺灣本土使用資料，發現可能藥效果不好就要退場，不能夠讓民眾再付差額，所以配套措施要有進場跟退場的機制。

然後，有夥伴提到如果真的要做差額負擔，其實應該可以考慮，用比較不一樣的部分負擔去取代差額，就是不用差額負擔的概念，是用部分負擔的概念。

其中有兩組人員提到，覺得實施差額負擔在某種程度是國家責任轉嫁給民眾，國家在前面不花力氣好好評估藥有沒有效，所以乾脆就用差額來負擔，還有一組人員表示，覺得有沒有誘導的需求或是有其他的問題，本質上還是國家要負起責任告訴民眾有關差額負擔的資訊，不管是 FDA 或是健保署，應該要去告訴民眾，他不能夠付差額負擔是基於財務能力，還是基於醫藥的科學證據，所以沒有辦法全額給付，這樣才有辦法說服民眾，如果真的要自己負擔差額，至少要知道他花了錢之後，是真的可以買到健康，而不是國家只因為財務能力有限就不付錢，科學的證明是很重要。

張博雅副教授：謝謝各位今天辛苦來參加，四位與談人，還有各位團體代表，針對是否實施新藥差額負擔的議題，給了很多的相關想法跟意見，我們今天的活動就到這邊結束，謝謝大家！

全民健康保險公民咖啡館活動(北區場次)

活動簽到表

日期：112 年 6 月 30 日

地點：國立臺北科技大學 先鋒國際研發大樓 6 樓(604 教室)

時間：下午 13：30 至 17：00

組別	職稱	姓名	簽名
1	臺灣癌症基金會副執行長	蔡麗娟	蔡麗娟
2	台灣勞工陣線協會秘書長	孫友聯	孫友聯
3	臺北醫學大學醫療暨生物科技 法律研究所教授	何建志	何建志
4	台灣社會心理復健協會秘書長	滕西華	滕西華

全民健康保險公民咖啡館活動(北區場次)

活動簽到表

日期：112年6月30日

地點：國立臺北科技大學 先鋒國際研發大樓6樓(604教室)

時間：下午13：30至17：00

組別	團體名稱	姓名	職稱	簽名
1	中華民國全國總工會	陳俊雄	常務理事	陳俊雄
2	中華民國全國總工會	干文男	常務理事	干文男
3	台灣社會福利總盟	張朝翔	秘書長	張朝翔
4	台灣社會福利總盟	洪瑜黛	副執行長	洪瑜黛
1	台灣社會福利總盟	劉玫伶	主任	劉玫伶
2	全國產業總工會	游宏生	副理事長	游宏生
3	全國產業總工會	戴國榮	秘書長	戴國榮
4	中華民國全國職業總工會	楊芸蘋	理事長	楊芸蘋
1	中華民國全國職業總工會	江定發	副理事長	江定發
2	中華民國全國職業總工會	李穀生	秘書長	李穀生

全民健康保險公民咖啡館活動(北區場次)

活動簽到表

日期：112年6月30日

地點：國立臺北科技大學 先鋒國際研發大樓6樓(604教室)

時間：下午13：30至17：00

組別	團體名稱	姓名	職稱	簽名
3	全國教師工會總聯合會	何俊彥	專發中心執行長	何俊彥
4	全國教師工會總聯合會	葉明政	理事長	葉明政 (請假)
1	全國教師工會總聯合會	王英倩	社發部主任	王英倩
2	台灣總工會	張鈺民	秘書長	張鈺民
3	台灣總工會	張惟皓	理事	張惟皓
4	台灣總工會	陳若蘭	副理事長	陳若蘭
1	全國勞工聯合總工會	賴元暉	秘書長	賴元暉

全民健康保險公民咖啡館活動(北區場次)

活動簽到表

日期：112年6月30日

地點：國立臺北科技大學 先鋒國際研發大樓6樓(604教室)

時間：下午13：30至17：00

• 全民健康保險會

職稱	姓名	簽名
副執行秘書	張友珊	張友珊
組長	洪慧茹	洪慧茹
組長	邱臻麗	邱臻麗
視察	范裕春	范裕春

全民健康保險公民咖啡館活動(北區場次)

活動簽到表

日期：112年6月30日

地點：國立臺北科技大學 先鋒國際研發大樓6樓(604教室)

時間：下午13：30至17：00

• 國立臺北護理健康大學工作人員

職稱	姓名	簽名
國立臺北護理健康大學休閒 產業與健康促進系副教授	張博雅	張博雅
專任助理	陳臻儀	陳臻儀
兼任助理	呂芊逸	呂芊逸
兼任助理	謝蘊儀	謝蘊儀
兼任助理	王筱晴	王筱晴
兼任助理	王珮琪	王珮琪
兼任助理	黃詩雯	黃詩雯

附錄十八 公民咖啡館活動簽到表-中區

全民健康保險公民咖啡館活動(中區場次)

活動簽到表

日期：112年7月28日

地點：集思台中新烏日會議中心 瓦特廳 301 會議室

時間：下午 12：50 至 16：40

組別	職稱	姓名	簽名
1	臺灣癌症基金會副執行長	蔡麗娟	蔡麗娟
2	台灣勞工陣線協會秘書長	孫友聯	孫友聯
3	臺北醫學大學醫療暨生物科技 法律研究所教授	何建志	何建志
4	台灣社會心理復健協會秘書長	滕西華	滕西華

附錄十八 公民咖啡館活動簽到表-中區(續)

全民健康保險公民咖啡館活動(中區場次)

活動簽到表

日期：112年7月28日

地點：集思台中新烏日會議中心 瓦特廳 301 會議室

時間：下午 12：50 至 16：40

組別	團體名稱	姓名	職稱	簽名
1	中華民國全國總工會	溫國銘	理事長	
2	中華民國全國總工會	黃信詮	常務理事	黃信詮
3	台灣社會福利總盟	李秀菁	主任	李秀菁
4	台灣社會福利總盟	葉建鑫	主任	葉建鑫
1	中華民國全國職業總工會	陳凱茂	副理事長	陳凱茂
2	中華民國全國職業總工會	辛萬	監事	辛萬
3	全國教師工會總聯合會	方仁瑞	理事長	方仁瑞
4	全國產職業總工會	黃金昌	常務理事	
1	全國產職業總工會	周佩雲	理事	周佩雲

附錄十八 公民咖啡館活動簽到表-中區(續)

全民健康保險公民咖啡館活動(中區場次)

活動簽到表

日期：112年7月28日

地點：集思台中新烏日會議中心 瓦特廳 301 會議室

時間：下午 12：50 至 16：40

組別	團體名稱	姓名	職稱	簽名
2	台灣總工會	塗國樑	副理事長	塗國樑
3	台灣總工會	徐偉智	代表	徐偉智
4	台灣總工會	陳敬志	理事	陳敬志
4	全國產業總工會	蔣熾昌	襄理	X 取消
1	全國工人總工會	蘇美寧	幹事	蘇美寧
2	全國勞工聯合總工會	黃縉原	會員	黃縉原
3	全國勞工聯合總工會	劉佩雯	會員	劉佩雯
4	全國勞工聯合總工會	楊善賀	會員	楊善賀
1	中華民國農會	徐珮軒	科員	徐珮軒

附錄十八 公民咖啡館活動簽到表-中區(續)

全民健康保險公民咖啡館活動(中區場次)

活動簽到表

日期：112 年 7 月 28 日

地點：集思台中新烏日會議中心 瓦特廳 301 會議室

時間：下午 12：50 至 16：40

• 全民健康保險會

職稱	姓名	簽名
副執行秘書	張友珊	張友珊
組長	邱臻麗	邱臻麗
視察	范裕春	范裕春
薦任科員	許至昌	許至昌

附錄十八 公民咖啡館活動簽到表-中區(續)

全民健康保險公民咖啡館活動(中區場次)

活動簽到表

日期：112年7月28日

地點：集思台中新烏日會議中心 瓦特廳 301 會議室

時間：下午 12：50 至 16：40

• 國立臺北護理健康大學工作人員

職稱	姓名	簽名
國立臺北護理健康大學休閒 產業與健康促進系副教授	張博雅	張博雅
專任助理	陳臻儀	陳臻儀
兼任助理	呂芊逸	呂芊逸
兼任助理	謝蘊儀	謝蘊儀
兼任助理	王筱晴	王筱晴
兼任助理	王珮琪	王珮琪
兼任助理	黃詩雯	黃詩雯

全民健康保險公民咖啡館活動(南區場次)

活動簽到表

日期：112年8月11日

地點：大臺南會展中心1樓 努山塔里亞A廳

時間：下午12：50至16：40

組別	職稱	姓名	簽名
1	臺灣病友聯盟理事長	吳鴻來	吳鴻來
2	台灣勞工陣線協會秘書長	孫友聯	孫友聯
3	臺北醫學大學醫療暨生物科技 法律研究所教授	何建志	何建志
4	台灣社會心理復健協會秘書長	滕西華	滕西華

全民健康保險公民咖啡館活動(南區場次)

活動簽到表

日期：112年8月11日

地點：大臺南會展中心1樓 努山塔里亞A廳

時間：下午12：50至16：40

組別	團體名稱	姓名	職稱	簽名
4	中華民國農會	林敏華	秘書	林敏華
1	台灣總工會	黃江福	理事	黃江福
3	台灣總工會	陳萬枝	副理事長	陳萬枝
1	台灣總工會	楊天來	常務理事	楊天來
2	中華民國全國職業總工會	陳英玉	副理事長	陳英玉
3	中華民國全國職業總工會	林尉民	監事	林尉民
4	全國產職業總工會	鄭力嘉	理事長	X 諸段

附錄十九 公民咖啡館活動簽到表-南區(續)

全民健康保險公民咖啡館活動(南區場次)

活動簽到表

日期：112年8月11日

地點：大臺南會展中心1樓 努山塔里亞A廳

時間：下午 12：50 至 16：40

組別	團體名稱	姓名	職稱	簽名
1	全國教師會	李雅文	副理事長	李雅文
2	全國教師會	陳葦芸	理事長	陳葦芸
3	全國產業總工會	陳明輝	代表	陳明輝
4	中華民國全國總工會	陳美靜	常務理事	陳美靜
2	全國勞工聯合總工會	嚴慶龍	理事長	高雅秀(代)
4	台灣社會福利總盟	張盟宜	區長	張盟宜
1	台灣社會福利總盟	潘怡璋	副理事長	潘怡璋
2	台灣社會福利總盟	張莉馨	執行長	X 痛假
3	台灣醫療改革基金會	高雅慧	副董事長	高雅慧

附錄十九 公民咖啡館活動簽到表-南區(續)

全民健康保險公民咖啡館活動(南區場次)

活動簽到表

日期：112年8月11日

地點：大臺南會展中心1樓 努山塔里亞A廳

時間：下午12：50至16：40

• 全民健康保險會

職稱	姓名	簽名
副執行秘書	張友珊	張友珊
專員	彭美熒	彭美熒
兼任科員	張琬雅	張琬雅
約聘副研究員	李岳蓁	李岳蓁

附錄十九 公民咖啡館活動簽到表-南區(續)

全民健康保險公民咖啡館活動(南區場次)

活動簽到表

日期：112年8月11日

地點：大臺南會展中心1樓 努山塔里亞A廳

時間：下午12：50至16：40

• 國立臺北護理健康大學工作人員

職稱	姓名	簽名
國立臺北護理健康大學休閒 產業與健康促進系副教授	張博雅	張博雅
兼任助理	呂芊逸	呂芊逸
兼任助理	謝蘊儀	謝蘊儀
兼任助理	王筱晴	王筱晴
兼任助理	王珮琪	王珮琪
兼任助理	黃詩雯	黃詩雯

全民健康保險公民咖啡館活動(北區 2 場次)

活動簽到表

日期：112 年 9 月 8 日

地點：國立臺北科技大學

時間：上午 08：40 至 12：15

組別	職稱	姓名	簽名
1	臺灣病友聯盟理事長	吳鴻來	吳鴻來
2	台灣勞工陣線協會秘書長	孫友聯	孫友聯
3	國立臺灣大學健康政策與管理 研究所教授	楊銘欽	楊銘欽
4	台灣社會心理復健協會秘書長	滕西華	滕西華

全民健康保險公民咖啡館活動(北區 2 場次)

活動簽到表

日期：112 年 9 月 8 日

地點：國立臺北科技大學

時間：上午 08：40 至 12：15

組別	團體名稱	姓名	職稱	簽名
1	全國產職業總工會	洪文洲	理事	洪文洲
2	全國產職業總工會	黃寶貴	監事	黃寶貴
3	全國產職業總工會	章秀珠	監事	章秀珠
4	中華民國農會	郭利泉	主任	郭利泉
1	中華民國全國職業總工會	王榮華	理事	王榮華
2	中華民國全國職業總工會	池建德	理事	池建德
3	全國工人總工會	黃韻如	幹事	黃韻如
4	全國工人總工會	周盈君	幹事	周盈君

全民健康保險公民咖啡館活動(北區 2 場次)

活動簽到表

日期：112 年 9 月 8 日

地點：國立臺北科技大學

時間：上午 08：40 至 12：15

組別	團體名稱	姓名	職稱	簽名
1	全國勞工聯合總工會	高鈺琪	企業工會會員 代表	高鈺琪
2	全國勞工聯合總工會	林進達	企業工會理事	林進達
3	全國勞工聯合總工會	陳小珠	行政人員	陳小珠
4	全國勞工聯合總工會	黃璁毅	行政人員	黃璁毅
1	台灣總工會	黃志瑋	台北市工人總 工會理事	黃志瑋
2	台灣總工會	趙聖懿	中華演藝總工 會秘書	趙聖懿
3	台灣總工會	黃韻家	中華演藝總工 會秘書	黃韻家
4	台灣總工會	林光煜	新北市總工會 副理事長	林光煜
1	台灣總工會	黃文祥	副理事長	黃文祥

全民健康保險公民咖啡館活動(北區 2 場次)

活動簽到表

日期：112 年 9 月 8 日

地點：國立臺北科技大學

時間：上午 08：40 至 12：15

• 全民健康保險會

職稱	姓名	簽名
組長	洪慧茹	洪慧茹
視察	曾幼筑	曾幼筑
辦事員	黃文瑤	黃文瑤
研究員	林偉翔	林偉翔

全民健康保險公民咖啡館活動(北區 2 場次)

活動簽到表

日期：112 年 9 月 8 日

地點：國立臺北科技大學

時間：上午 08：40 至 12：15

• 國立臺北護理健康大學工作人員

職稱	姓名	簽名
國立臺北護理健康大學休閒 產業與健康促進系副教授	張博雅	張博雅
兼任助理	呂芊逸	呂芊逸
兼任助理	謝瀟儀	謝瀟儀
兼任助理	王珮琪	王珮琪
兼任助理	黃詩雯	黃詩雯

附錄二十一 7月17日評核會議簽到單

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午 09:00 至下午 17:10

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

• 評核委員（以姓名筆劃排序）

姓名	簽名
王惠玄	王惠玄
吳肖琪	吳肖琪
吳榮達	吳榮達
林文德	林文德
黃偉堯	黃偉堯
滕西華	滕西華
戴桂英	戴桂英

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午 09:00 至下午 17:10

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

• 全民健康保險會委員(以姓名筆劃排序)

姓名	職稱	簽名
盧瑞芬	主任委員	盧瑞芬
何語	陳鴻文委員代理人	何語
吳鏘亮	委員	吳鏘亮
李永振	委員	李永振
周慶明	委員	周慶明
林恩豪	委員	林恩豪
林淑珍	委員	林淑珍
林綉珠	委員	林綉珠
花錦忠	委員	花錦忠
侯俊良	委員	侯俊良
翁文能	委員	翁文能
張清田	委員	張清田
陳彥廷	委員	陳彥廷
陳相國	委員	陳相國
陳節如	委員	陳節如
陳杰	委員	陳杰

附錄二十一 7月17日評核會議簽到單(續)

姓名	職稱	簽名
黃金舜	委員	黃金舜
楊芸蘋	委員	楊芸蘋
詹永兆	委員	詹永兆
劉玉娟	委員	劉玉娟
劉守仁	委員	
劉淑瓊	委員	劉淑瓊
蔡麗娟	委員	蔡麗娟
鄭力嘉	委員	鄭力嘉
鄭素華	委員	鄭素華
韓幸紋	委員	韓幸紋

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午 09:00 至下午 17:10

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

- 出席單位：中醫師公會全聯會

姓名	職稱	簽名
王逸年	組長	王逸年
賴宛而		賴宛而
李敬		李敬

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午 09:00 至下午 17:10

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

- 出席單位：牙醫師公會全聯會

姓名	職稱	簽名
黃克忠	總額主委	黃克忠
林敬修	總額首席副主委	
顏國濱	總額企劃室主任	顏國濱
蔡欣原	總額品質室主任	蔡欣原
邵格蘊	秘書	邵格蘊

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午 09:00 至下午 17:10

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

- 出席單位：醫師公會全聯會

姓名	職稱	簽名
黃啓嘉	常務理事/執行會主委	黃啓嘉
林恒立	副秘書長/執行會執行長	林恒立
黃振國	常務理事/執行會副主委	黃振國
李紹誠	執行會副主委	李紹誠
廖慶龍	執行會中區主委	廖慶龍
丁榮哲	理事/執行會南區主委	丁榮哲
林誓揚	理事/執行會副主委	林誓揚
周朝雄	執行會副主委	周朝雄
黃幼薰	組長	黃幼薰
吳春輝	助理研究員	吳春輝
陳哲維	幹事	陳哲維
陳宏毅	專員	陳宏毅
吳韻婕	助理研究員	吳韻婕
黃佩宜	助理幹事	黃佩宜

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午09:00 至下午17:10

地點：衛生福利部1樓大禮堂

- 出席單位：台灣醫院協會

姓名	職稱	簽名
游進邦	執行長	游進邦
謝文輝	執行長	謝文輝
陳瑞瑛	顧問	陳瑞瑛
林富滿	高專	林富滿
劉碧珠	秘書長	劉碧珠
羅永達	院長	羅永達
許雅淇	專員	許雅淇
顏正婷	主任	顏正婷
吳昱嫻	專員	吳昱嫻
王秀貞	秘書長	王秀貞
鄭禮育	專員	鄭禮育
廖振成	秘書長	廖振成
林佩萩	副秘書長	林佩萩
何宛青	副主任	何宛青

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午 09:00 至下午 17:10

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

- 出席單位：中央健康保險署

組室別	姓名	職稱	簽名
署長室	石崇良	署長	
	姚雨靜	簡任秘書	
副署長室	李丞華	副署長	李丞華
	蔡淑鈴	副署長	蔡淑鈴
醫務管理組	劉林義	組長	劉林義
	林右鈞	副組長	林右鈞
	洪于淇	專門委員	洪于淇
	陳依婕	專門委員	陳依婕
	呂姿暉	專門委員	呂姿暉
	黃怡娟	科長	黃怡娟
	朱文玥	科長	朱文玥
	劉立麗	視察	劉立麗
	黃奕瑄	視察	黃奕瑄
	王智廣	視察	王智廣
	鄭智仁	專員	鄭智仁

附錄二十一 7月17日評核會議簽到單(續)

組室別	姓名	職稱	簽名
醫務管理組	張祐楨	科員	張祐楨
醫審及藥材組	張惠萍	副組長	張惠萍
	許明慈	專門委員	許明慈
	張淑雅	科長	張淑雅
企劃組	游慧真	組長	
	黃珮珊	副組長	黃珮珊
	吳箴	專員	吳箴
	何少秋	評核	何少秋
	歐舒欣	技正	歐舒欣

附錄二十一 7月17日評核會議簽到單(續)

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午09:00 至下午17:10

地點：衛生福利部1樓大禮堂

出席單位	姓名	職稱	簽名
社會保險司	陳真慧	副司長	陳真慧
	黃昭莞	科員	黃昭莞
	白其怡	約聘研究員	白其怡
	周雯雯	約聘副研究員	周雯雯
	江心怡	約聘副研究員	
醫事司	黃敏玲	研究員	黃敏玲
護理及健康 照護司	曾淑芬	科長	
	李雅琳	技正	
心理健康司	姚依玲	科長	
	蕭佳如	技士	蕭佳如
全民健康保險 爭議審議會	楊樹梅	副執秘	楊樹梅
	陳紫晴	技士	陳紫晴
	謝瓊香	秘書	謝瓊香
國民健康署	許幼欣	約用專業人員	許幼欣
	彭詩婷	約用專業人員	彭詩婷
疾病管制署	曾毓珊	技正	曾毓珊
醫事司	李中民		

附錄二十一 7月17日評核會議簽到單(續)

「全民健康保險各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午09:00至下午17:10

地點：衛生福利部1樓大禮堂

出席單位	姓名	職稱	簽名
中華民國藥師公會 全國聯合會	李懿軒	常務監事	李懿軒
中華民國護理師護 士公會全聯會	洪世欣	北榮護理部副主任	洪世欣
	梁淑媛	辦公室主任	梁淑媛
台灣醫療改革 基金會	吳奎彥	副組長	吳奎彥
中華民國消費者文 教基金會	陳雅萍	秘書長	陳雅萍
台灣腎臟醫學會	施孟甫	主委	施孟甫
台灣社會福利總盟	潘若琳	副秘書長	潘若琳

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午 09:00 至下午 17:10

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

• 全民健康保險會同仁

姓名	職稱	簽名
周淑婉	技監兼執行秘書	周淑婉
張友珊	簡任秘書兼副執行秘書	張友珊
洪慧茹	簡任視察兼組長	洪慧茹
范裕春	視察	范裕春
曾幼筑	視察	曾幼筑
彭美熒	專員	彭美熒
李德馥	薦任科員	李德馥
許至昌	薦任科員	許至昌
樓基慶	助理員	樓基慶
邱臻麗	技正兼組長	邱臻麗
張琬雅	薦任科員	張琬雅
馬文娟	約聘研究員	馬文娟
陳舒晴	工友	
黃文瑤	辦事員	黃文瑤
徐孟頻	行政助理	徐孟頻

附錄二十一 7月17日評核會議簽到單(續)

姓名	職稱	簽名
陳燕鈴	科長兼組長	陳燕鈴
劉于鳳	薦任科員	劉于鳳
張靈	薦任科員	張靈
張嘉云	薦任技士	張嘉云
李岳蓁	約聘副研究員	李岳蓁
陳思琪	約聘研究員	陳思琪
施鈺玟	駐點人員	施鈺玟

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月17日

時間：上午 09:00 至下午 17:10

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

• 國立臺北護理健康大學工作人員

姓名	職稱	簽名
張博雅	國立臺北護理健康大學休閒 產業與健康促進系副教授	張博雅
陳臻儀	專任助理	陳臻儀
呂芊逸	兼任助理	呂芊逸
王筱晴	兼任助理	王筱晴
謝蘊儀	兼任助理	謝蘊儀
黃詩雯	兼任助理	黃詩雯

附錄二十二 7月18日評核會議簽到單

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午 09:00 至下午 16:00

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

• 評核委員（以姓名筆劃排序）

姓名	簽名
王惠玄	王惠玄
吳肖琪	吳肖琪
吳榮達	吳榮達
林文德	林文德
黃偉堯	黃偉堯
滕西華	滕西華
戴桂英	戴桂英

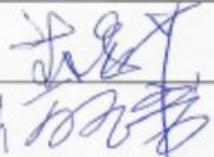
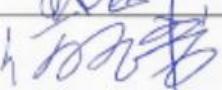
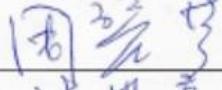
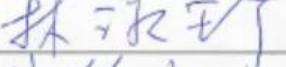
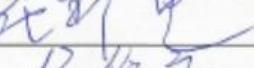
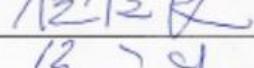
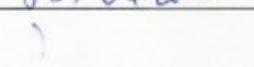
「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午 09:00 至下午 12:40

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

• 全民健康保險會委員(以姓名筆劃排序)

姓名	職稱	簽名
盧瑞芬	主任委員	
何語	陳鴻文委員代理人	
吳鏘亮	委員	
李永振	委員	
周麗芳	委員	
林恩豪	委員	
林淑珍	委員	
花錦忠	委員	
侯俊良	委員	
翁文能	委員	
陳彥廷	委員	
陳節如	委員	
游宏生	委員	
黃金舜	委員	
楊芸蘋	委員	

附錄二十二 7月18日評核會議簽到單(續)

姓名	職稱	簽名
詹永兆	委員	詹永兆
劉玉娟	委員	
劉守仁	委員	
劉淑瓊	委員	劉淑瓊
蔡麗娟	委員	
鄭力嘉	委員	鄭力嘉
韓幸紋	委員	韓幸紋
陳杰	委員	

「全民健康保險各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午09:00至下午12:40

地點：衛生福利部1樓大禮堂

- 出席單位：中醫師公會全聯會

姓名	職稱	簽名
蘇守毅	執行長	蘇守毅
吳清源	常務理事	吳清源
黃頌儀	召集人	黃頌儀
胡文龍	召集人	胡文龍
林榮志	召集人	林榮志
傅世靜	召集人	傅世靜
陳俊良	召集人	陳俊良
姜智釗	召集人	姜智釗
陳博淵	秘書長	陳博淵
王逸年	組長	王逸年
賴宛而		賴宛而

常務理事

陳博淵

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午 09:00 至下午 12:40

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

- 出席單位：牙醫師公會全聯會

姓名	職稱	簽名
黃克忠	總額主委	黃克忠
林敬修	總額首席副主委	林敬修
謝偉明	總額執行長	謝偉明
翁德育	總額副主委	翁德育
吳 健	總額醫審室主任	吳 健
顏國濱	總額企劃室主任	顏國濱
蔡欣原	總額品質室主任	蔡欣原
連新傑	總額研發室主任	連新傑
林鑑麟	總額醫缺小組召集人	林鑑麟
簡志成	總額特殊小組召集人	簡志成
楊文甫	總額感管小組召集人	楊文甫
廖秋英	主任	廖秋英
邵格蘊	秘書	邵格蘊
施奕含	秘書	施奕含

「全民健康保險各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午09:00至下午12:40

地點：衛生福利部1樓大禮堂

- 出席單位：醫師公會全聯會

姓名	職稱	簽名
黃幼薰	組長	黃幼薰
吳春樺	助理研究員	吳春樺
陳哲維	幹事	陳哲維
陳宏毅	專員	陳宏毅

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午 09:00 至下午 12:40

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

- 出席單位：台灣醫院協會

姓名	職稱	簽名
劉碧珠	秘書長	
許雅淇	專員	許雅淇
鄭禮育	專員	
林佩菽	副秘書長	林佩菽
何宛青	副主任	何宛青

劉碧珠 許雅淇
鄭禮育 林佩菽
何宛青

「全民健康保險各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午09:00至下午12:40

地點：衛生福利部1樓大禮堂

- 出席單位：中央健康保險署

組室別	姓名	職稱	簽名
署長室	石崇良	署長	
	姚雨靜	簡任秘書	
副署長室	李丞華	副署長	李丞華
	蔡淑鈴	副署長	
醫務管理組	劉林義	組長	劉林義
	洪于淇	專門委員	洪于淇
	陳依婕	專門委員	陳依婕
	黃怡娟	科長	黃怡娟
	朱文玥	科長	朱文玥
	歐舒欣	技正	歐舒欣
	鄭智仁	專員	鄭智仁
	邵子川	科員	邵子川
	阮柏叡	科員	阮柏叡
醫審及藥材組	張惠萍	副組長	張惠萍(代)
	何小鳳	科長	何小鳳

附錄二十二 7月18日評核會議簽到單(續)

組室別	姓名	職稱	簽名
企劃組	游慧真	組長	游慧真
	黃珮珊	副組長	
	吳箴	專員	吳箴

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午 09:00 至下午 12:40

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

出席單位	姓名	職稱	簽名
社會保險司	陳真慧	副司長	陳真慧
	黃昭莞	科員	黃昭莞
	梁淑政	約聘研究員	梁淑政
	蘇芸蒂	技正	蘇芸蒂
中醫藥司	涂瑜君	專員	涂瑜君
醫事司	黃敏玲	研究員	黃敏玲
口腔健康司	吳修儀	科員	吳修儀

章真慧

黃昭莞

梁淑政

蘇芸蒂

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午 09:00 至下午 12:40

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

出席單位	姓名	職稱	簽名
中華民國藥師公會 全國聯合會	邱建強	副秘書長	邱建強
台灣醫療改革 基金會	吳奎彥	副組長	吳奎彥
中華民國消費者文 教基金會	陳雅萍	秘書長	陳雅萍
台灣社會福利總盟	潘若琳	副秘書長	潘若琳

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午 09:00 至下午 16:00

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

• 全民健康保險會同仁

姓名	職稱	簽名
周淑婉	技監兼執行秘書	周淑婉
張友珊	簡任秘書兼副執行秘書	張友珊
洪慧茹	簡任視察兼組長	洪慧茹
范裕春	視察	范裕春
曾幼筑	視察	曾幼筑
彭美熒	專員	彭美熒
李德馥	薦任科員	李德馥
許至昌	薦任科員	許至昌
樓基慶	助理員	樓基慶
邱臻麗	技正兼組長	邱臻麗
張琬雅	薦任科員	張琬雅
馬文娟	約聘研究員	馬文娟
陳舒晴	工友	
黃文瑤	辦事員	黃文瑤
徐孟頻	行政助理	徐孟頻

附錄二十二 7月18日評核會議簽到單(續)

姓名	職稱	簽名
陳燕鈴	科長兼組長	陳燕鈴
劉于鳳	薦任科員	劉于鳳
張靈	薦任科員	張靈
張嘉云	薦任技士	張嘉云
李岳蓁	約聘副研究員	李岳蓁
陳思琪	約聘研究員	陳思琪
施鈺玟	駐點人員	施鈺玟

「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」會議簽到單

日期：112年7月18日

時間：上午 09:00 至下午 16:00

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂

- 國立臺北護理健康大學工作人員

姓名	職稱	簽名
張博雅	國立臺北護理健康大學休閒 產業與健康促進系副教授	張博雅
陳臻儀	專任助理	陳臻儀
呂芊逸	兼任助理	呂芊逸
王筱晴	兼任助理	王筱晴
謝蘊儀	兼任助理	謝蘊儀
黃詩雯	兼任助理	黃詩雯

全民健康保險會 112 年 7 月評核會議簽到單

時間：112 年 7 月 18 日(星期二)下午 1 時 30 分

地點：本部 206 會議室(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號 2 樓)

主持人：評核委員互選

	評核委員	簽名
1	王評核委員惠玄	惠玄
2	吳評核委員肖琪	吳琪
3	吳評核委員榮達	吳榮達
4	林評核委員文德	林文德
5	黃評核委員偉堯	黃偉堯
6	滕評核委員西華	滕西華
7	戴評核委員桂英	戴桂英
本會		
1	盧主任委員瑞芬	盧瑞芬
2	周執行秘書淑婉	周淑婉
3	張副執行秘書友珊	張友珊
4	洪組長慧茹	洪慧茹
5	邱組長臻麗	邱臻麗
6	陳組長燕鈴	陳燕鈴
7	劉于鳳	劉于鳳
8	張靈	張靈
9	張嘉云	張嘉云

■ 國立臺北護理健康大學

112 年度「全民健康保險會年報 111 年版 及全民健康保險會 10 週年成果與未來 展望專刊設計印製及電子書」

服務企劃書



CABIN 加斌有限公司
Design Graphics Printing

企劃書提出單位：加斌有限公司
負責人：徐忠煌
日期：2023 年 03 月 13 日

Mail : echo26@ms4.hinet.net
電話 : (02) 2325-5500
傳真 : (02) 2706-7272
地址 : 臺北市復興南路二段 210 巷 30 號
工廠地址 : 新北市土城區中央路一段 365 巷 18 弄 7 號

附錄二十四 年報與專刊企劃書(續)

The page features a large 'CONTENTS' title at the top left. To the right is a circular graphic containing the ABIN logo and text about the company's history and mission.

CONTENTS

04 一、專案規劃及設計

04 1.1 專案企劃
06 1.2 年報封面設計
09 1.3 年報內頁設計
12 1.4 翻閱式電子書
13 1.5 優化服務
14 1.6 編輯與排版規範

16 二、公司履約能力

16 2.1 公司介紹與組織
18 2.2 印前作業及製版設備介紹
19 2.3 印刷設備介紹
20 2.4 國際色彩認證 G7
21 2.5 國內外印刷大獎
22 2.6 專案執行人力
23 2.7 期程規劃

24 三、優良實績

24 3.1 得獎紀錄
25 3.2 年報承案實績
27 3.3 其他優良實績
28 3.4 電子書承案實績

30 四、經費分析表

年歲的積累充實我們的專業，
時代的蛻變擴大我們的視野，
加斌秉持「衷心所託，不負使命」的信念，
為您提供超越期待的服務體驗。

—創立於 1986 年—
「加」乃增益，「斌」為文質兼備

2 3

01 專案規劃及設計

1.1 專案企劃

全民健康保險會是國人健康醫療照護的守護者，秉持公正嚴謹的精神，致力於落實收支運動、健保財務平衡及醫療資源有效使用；為使庶政資訊公開透明，健保會規劃編印年度業務報告及成果與未來展望專刊，向大眾揭示推廣工作成果。

為協助健保會製作優質年報及專刊，加斌提出**專業團隊**，以多年承製健保會出版品之豐富經驗，致力完成**美觀適讀、高辨識性**的出版品，並期望透過**翻閱式電子書**與**電子書櫃之優化服務**，有效展示年報及專刊內容，並歸納歷年年報，向民眾普及完整業務指掌。

文字整編
由專案文編負責來稿整理，檢查內文層級、格式及文字編碼，並擔任單一窗口與貴會溝通、控管流程，並於排版完成後進行校稿，避免內容編排錯誤或漏排之情形。

美編設計
以系列性、適讀性、豐富性為原則進行內容之設計與編排，力求版面美觀舒適，具識別度，讀者可清楚辨識、易讀內容。

副標發想
根據健保會的形象及年報編印宗旨，構思專屬年度副標題，並以其為主視覺方向進行設計，除了能吸引讀者注意力外，更可揭示健保會核心精神與理念。

色彩管理
具備色彩管理人員，將根據印刷色調，針對影像圖片進行修圖與調色等動作，提供專業的檔案處理技術，呈現圖照之最佳效果。

圖庫資源
具備大量圖庫資源，並逐年購買新增，可為年報內容選配最合適之篇章照片或內文配圖。

印製規格

◆ 年報與專刊規格

項目	紙張	磅數	印刷	特效
封面	晶綻紙（或日本進口雪綢）	250 g/m ²	正 4 反 0	局部光+霧光
蝴蝶頁	進口描图纸	112 g/m ²	正 0 反 0	
內頁	日本王子雪綢	105 g/m ²	正 4 反 4	
尺寸 & 數量	菊八開 (21×29.7cm)、墨口 8cm / 年報：130 本；專刊：100 本			
頁數 & 裝訂	年報：200 頁 ± 8 頁；專刊：72 頁 ± 8 頁 / 穿線膠裝			

※ 紅字為本案客製化規格，封面特效視需求調整

◆ 電子書規格

格式	內容說明（詳見 P.12）
翻閱式電子書	1. 具備全文檢索、到特定頁、書籤（備註）、篇目、頁面縮圖、全螢幕、列印、分享連結及儲存等功能。 2. 「上一頁」、「下一頁」、「回首頁」、「放大」、「縮小」、「開始播放」等選項。 3. 「圖形選項」當游標移近時，顯示此「圖形選項」之中文名稱。 4. 電腦、智慧型手機、平板電腦等多平臺呈現。

4 5

附錄二十四 年報與專刊企劃書(續)

01

一. 專案規劃及設計

1.2 年報封面設計

書名及重點設計上局部光



款式一

主要視覺 以「向榮盛果」為設計概念，枝繁葉茂的大樹上結實累累，象徵全民健保的長青永續，同時呈現在健保會長久的努力之下，為國人健康帶來的豐碩成果。書名運用字級大小凸顯主題，並嵌入樹葉作為點綴，呼應主視覺的大樹，暗喻健保與人民息息相關，使人們成長茁壯。

色系設定 以亮眼的綠色色系為主，傳達全民健保使大眾生活健康安定；視覺效果活潑鮮明。



款式二

主要視覺 採用「鑰匙鎖鑰」為設計元素，每一件工作是一把鑰匙，以謹慎嚴密的态度，透過均衡資源與公正監理，開啟健康的大門，帶給人民福祉並走向世界。書名以端正的明體字表現，象徵健保會對全民健康的公平慎重。

色系設定 使用典雅的藍色為主色調，搭配大地色的霧狀效果，以天空與土壤的連結暗示全民健保的永續經營；整體風格穩重大方。

01

一. 專案規劃及設計

ABIN 加威有限公司
Design Graphics Printing

1.2 年報封面設計



款式三

主要視覺 以「健康躍躍」為設計主旨，象徵健保為人民帶來自在幸福的生活；深淺不一的藍色意象營造視覺上的寬舒輕盈，搭配建築剪影，暗喻健保減輕大眾的負擔，同時增添封面立體感。書名藉由字體的大小、粗細彰顯主題，也強調健保與幸福的連結性。

色系設定 封面主色調為淡雅薄荷綠，封底以白色搭配淺灰，底圖以漸層效果提升整體層次，視覺風格清新舒朗。

1.3 年報內頁設計



目錄頁

版型沿用封面設計三之典雅風格



篇章頁

附錄二十四 年報與專刊企畫書(續)

01 專案規劃及設計

1.3 年報內頁設計

表格設計清楚簡約



| 內文頁

章名設計簡雅富巧思



| 內文頁

每章皆有專屬顏色，可清楚分辨閱讀章節



| 篇章頁

附錄表格設計具層次感，靈活不呆板



| 附錄頁

10

11

01 專案規劃及設計

1.4 翻閱式電子書

◆ 翻閱式電子書介面

依本案需求製作翻閱式電子書，將紙本轉換電子檔，除了符合環保概念之外，亦可將檔案放置於網頁上，透過智慧型手機、平板電腦多平臺閱覽；另外，電子書亦具備全文檢索、書籤、放大、螢幕自動縮放、列印等多種功能，並可直接複製文本資料，便於讀者於靈活使用。



① 目前頁面與跳頁 ② 全文檢索 ③ 新增書籤 ④ 功能列



1.5 優化服務

◆ 年報專屬電子書櫃

延續往年優化方案，製作電子書櫃並更新 111 年年報內容，便於讀者快速選看歷年年報，了解貴單位過往業務實績；閱讀模式包含電子書與 PDF，讀者可依使用喜好與習慣點選瀏覽或下載；亦製作官網連結，供讀者快速查詢其他資訊。



連結至官網

製作成 BANNER 可放在貴會官方網站首頁
馬燈

點擊閱覽與下
載年報 PDF

網路版書櫃以響應式動態程
式設計，以手機、平板瀏覽，
會自動縮放至視窗大小

12

13

附錄二十四 年報與專刊企畫書(續)

01

一. 專案規劃及設計

CABIN 加斌有限公司
Design Graphics Printing

1.6 編輯與排版規範



稿件與圖照整理

文字編輯依照單位來稿檔案進行文稿與圖照整理，再交予美術編輯進行排版作業。



體例與原則

統一格式，如全半形、標點符號、單位等，並注意編排原則，避免寡字、寡行、首字標點符號等情形出現。



版型與層級

依需求規範版心範圍及不同層級之字型、字級與行距等設定，如對格式有疑慮，主動與單位溝通修改。



檢查文字編碼

檢查原稿文字編碼，輔以 Unicode 編碼方式，篩選出編排軟體無法辨識的字元，再搭配造字，呈現完整美觀的文字。



圖表重繪美化

圖、表統一美化重繪，圖若有模糊難以閱讀之情況，配合協助重新繪製或另外上字，以求內容清晰易讀。

篩選無法辨識之字元（紅字處）



特殊字元造字



圖表設計、繪製範例



02

二. 公司履約能力

CABIN 加斌有限公司
Design Graphics Printing

2.1 公司介紹與組織

◆ 加斌的多元化經營型態

加斌公司成立於民國 75 年，迄今已逾 35 個年頭。多年來，加斌以「製造服務」為出發點，從一開始的專業美編，逐步跨足到企劃、編輯、設計、印刷、多媒體製作、行銷宣傳及活動執行，提供客戶多元化的服務。

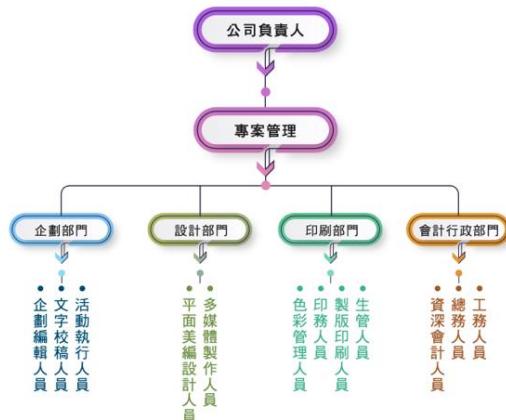


◆ 加斌有限公司之內部組織：

- 【北市印前部門】員工數 18 人
(含企劃部門、設計部門、會計行政部門及專案管理等)
- 【土城印刷部門】員工數 7 人

◆ 資本額：肆仟萬元整

◆ 財務狀況：無退票記錄



附錄二十四 年報與專刊企劃書(續)

02

二. 公司履約能力

2.2 印前作業及製版設備介紹

- ◆ 臺北印前部門與加賦印刷部門專屬 FTP
- ◆ 設計排版軟體：Adobe Creative Suite CC Design Premium



- ◆ 色彩校正管理之全數位化攝影棚
- ◆ PrimeLink C9070 Printer 數位彩雷印表機：速度快、品質高
- ◆ 德國 HELL 3900S 滾筒式分色掃描機：具 24000dpi 最高解析分色品質
- ◆ EPSON 9800 數位彩色打樣系統
- ◆ 柯達 MAGNUS 800 Quantum 雷射製版輸出機：

方形調頻雷射光點（水晶網點）成像技術可達到 10 微米，優越的全自動化對位功能，使印刷流程更精準且完全數位化，輸出解析度高達 5080dpi，可印刷線數達 650 線（3D 立體光柵可 CTP 直接出版），讓色彩精細度比現有品質提升 45%。



18

2.3 印刷設備介紹

- ◆ 印刷機：KOMORI 六色高精細高彩度 UV 印刷機

KOMORI 六色 UV 印刷機採自動上版，搭配英國諾森 24 支紅外線燈，不用噴粉即可乾燥，色彩更艷麗。此外，KOMORI 六色印刷機獨家採用最新版的柯達 RIP 系統，包含最先進的色彩管理與 Pantone 色票系統，可將色彩濃度提高 45%，再加之印色彩亦不易產生誤差。同時本印刷機具有 UV 乾燥功能，可避免疊印，且可進行特殊材質（塑料）之印刷。



KOMORI 六色印刷機

- ◆ 油 墨：歐美認證合格環保油墨

秉持企業良心，採用經歐美國家認證合格的環保油墨，達到對環境友善，並無害於健康的目標。



19

02

二. 公司履約能力

2.4 國際色彩認證 G7

G7
G7 是從企業在生產過程中，應用 G7 從打稿到印刷的色彩控制及校正方法，G 是指以灰平衡為基礎的校正技巧，7 是指 7 個 ISO 印刷主要顏色 (CMYKRGB) 的要求，使印刷品質可接近視覺的色彩表現效果及一致性，符合國際印刷標準。



國際色彩標準內的最高階級認證，連續第三年取得



■ 上機搭配印刷導表，提高色彩準確度

20

2.5 國內外印刷大獎

美國印刷大獎 (Premier Print Awards)

參與參與美國印刷大獎 103 年第 65 屆比賽，獲大會第二名，印刷能力備受肯定。

- ◆ 由美國印刷工業協會舉辦，每年乙次
- ◆ 為最權威、最具影響力的印刷品質評比賽事，全球每年平均有 3 千多件作品參賽
- ◆ 被比喻為全球印刷界的奧斯卡競賽



■ PPA 獲獎證書

111 年台灣金印獎—創意印刷獎

參與 2022 年第 16 屆台灣金印獎，印刷能力備受肯定，獲得創意印刷獎第二名與優異獎兩項殊榮。

第二名：光 * 城市

- ◆ 圖片解構之多层次分离、平板印刷叠加、雙線圈裝訂
- ◆ 藉由透明片相互堆疊呈現多层次視覺效果，以紮實技術展現創意



優異：3D 動態產品展示+商品紙卡

- ◆ 光柵印製之多變圖特效
- ◆ 以細小條狀透鏡組成的光柵片為印材，藉由透鏡的折射角度影響光線走向，使影像展現動態視覺效果

21

附錄二十四 年報與專刊企畫書(續)

02 二. 公司履約能力

2.6 專案執行人力

職稱	姓名	學歷	經歷
公司負責人	徐忠煌	輔大企業管理系 文化大學印刷系	<ul style="list-style-type: none"> 臺灣廣告公司（現為電通揚雅廣告公司）AE、企劃 民國 75 年創立加斌有限公司 熟悉市場行銷、廣告創意、及宣傳媒介之結合運作，設計、印刷實務經驗近 35 年
專案經理	趙淑珍	彰化高商 廣告科	<ul style="list-style-type: none"> ※ 管理經驗近 30 年 熟悉印前業務，善溝通協調、控管期程經驗純熟
執行編輯	麥蕙元	臺灣師範大學 台灣語文學系	<ul style="list-style-type: none"> ※ 企劃文字編輯經驗近 6 年 交通部民用航空局 - 108 ~ 111 年中、英文年報 教育部體育署 - 106 ~ 111 年運動統計 國家教育研究院 - 109 ~ 110 年度圖書與光碟出版品
執行編輯	秦漢瑜	東華大學 中國語文學系	<ul style="list-style-type: none"> ※ 企劃文字編輯經驗近 4 年 公平交易委員會 - 110 年工作成果報告 國家教育研究院 - 110 年報 國立臺灣大學醫學院附設醫院 - 台大醫網月刊
美術編輯	廖修納	臺北高中 美工科	<ul style="list-style-type: none"> ※ 設計美術編輯經驗近 12 年 衛生福利部 - 102 ~ 107、110 年全民健康保險會年報 科技部 - 102 ~ 105 年中、英文年報 國家教育研究院 - 109 ~ 110 年度圖書與光碟出版品
美術編輯	李美華	輔仁大學 應用美術系	<ul style="list-style-type: none"> ※ 設計美術編輯經驗近 10 年 國立臺灣大學 - 2022 社會服務專刊 國立臺灣大學醫學院附設醫院 - 台大醫網月刊 國立臺灣師範大學 - 學校體育課程與教學 QPE 發展計畫
多媒體 程式設計	劉俐伶	亞洲大學 資訊傳播學系	<ul style="list-style-type: none"> ※ 多媒體設計實務經驗近 3 年 衛生福利部 - 全民健康保險會年報電子書及電子書標 海洋委員會海巡署 - 海巡雙月刊電子書及電子書標 法務部調查局 - 106 ~ 110 年清流雙月刊電子書
色彩管理	顏敏川	育達商職 資料處理科	<ul style="list-style-type: none"> ※ 加斌公司所有印刷品之色彩管理，實務經驗近 20 年 臺灣花藝雜誌社 - 臺灣花藝月刊、臺北花苑月曆 臺北花苑有限公司 - 《Ely Lin 花藝設計》
印務人員	陳湘瑾	實踐大學 秘書科	<ul style="list-style-type: none"> ※ 專職印製相關事宜監控及紙張等原物料之調度管理及客戶與印刷人員間的溝通與協調

02 二. 公司履約能力

2.8 期程規劃

甲方來稿後

時間	工作內容
19 個日曆天	乙方交付排版一校稿
15 個日曆天	甲方回覆一校稿
7 個日曆天	乙方交付排版二校稿
7 個日曆天	甲方回覆二校稿
5 個日曆天	乙方交付排版三校稿
3 個日曆天	甲方回覆三校稿
4 個日曆天	乙方出數位打樣
2 個日曆天	甲方數位打樣，並確定付印
15 個日曆天	乙方進行紙本印製，同時進行電子書及電子書標製作

準時驗收完成並結案

以上為初步規劃之流程，如有特殊狀況，加斌公司所擁有堅強的經營團隊與豐富的經驗，仍將確保不變的品質與效率，達成預期效益。

22

23

03 三. 優良實績

3.1 得獎紀錄

全國客庄聚落村史 10 ~ 20
客家委員會客家文化發展中心
專書內容整稿彙編及排版設計，獲 111 年度
國史館臺灣文獻館獎勵出版文獻書刊獎佳作。

100 ~ 109 年度海巡雙月刊
行政院海岸巡防署
本電子書製作優良，獲第三屆
優良政府出版品機關組特優。

105 年全民健康保險會年報
衛生福利部
連續製作多年，作品與設計優良，榮獲衛生福利部 107 年出版品評獎活動連續出版品類佳作。

征憶—高砂義勇隊與國共戰爭時期原住民軍人口述歷史
原住民族委員會
原住民軍人征途回憶記事，本書獲 105 年
第 40 屆金蘭獎圖書類優良出版品推薦。

3.2 年報承案實績

資料彙整、設計編印
102 ~ 107、109 ~ 110 年
全民健康保險會年報
衛生福利部

資料彙整、多語言翻譯、設計編印
108 ~ 110 年中、英文年報
交通部民用航空局

資料彙整、設計編印
2022 年人體生物資料庫
中、英文年報
衛生福利部

資料彙整、設計編印
102 ~ 110 年運動統計
教育部體育局

資料彙整、設計編印
95、96、100 ~ 105、109、110 年
中、英文年報
智慧財產局

資料彙整、設計編印
108 年中華民國教育年報
國家教育研究院

24

25

298

附錄二十四 年報與專刊企畫書(續)

03

三. 優良實績

ABIN 加印有限公司
Design Graphics Printing

3.2 年報承案實績



資料彙整、設計編印
98 ~ 102、104、106、107 年年報
行政院原子能委員會



資料彙整、設計編印
2015、2016 年標準檢驗局年報
經濟部標準檢驗局



資料彙整、設計編印
102 ~ 105 年中、英文年報電子書
科技部



資料彙整、設計編印
106、107 年度行政院原子能委員會
暨所屬機關研究計畫成果彙編
行政院原子能委員會



資料彙整、設計編印
102、104 年食品中毒發生與防治年報
衛生福利部食品藥物管理署



資料彙整、設計編印
100 ~ 104 年度統計專書
衛生福利部

3.3 其他優良實績



資料彙整、設計編印
國教院 110 年度學術期刊
教科書研究、編譯論叢、教育研究與發展期刊
國家教育研究院



資料彙整、設計編印、電子書製作
103 ~ 112 年台大醫網
國立臺灣大學醫學院附設醫院



資料彙整、設計編印、電子書製作
106 ~ 112 年清流雙月刊
法務部調查局



資料彙整、設計編印
109 ~ 110 年度專書與光碟
國家教育研究院



資料彙整、設計編印
103 ~ 112 年度客語能力認證
初級、中級、中高級基本詞彙暨語料選粹
客家委員會



資料彙整、插畫繪製、設計編印
來！學華語
債務委員會

03

三. 優良實績

ABIN 加印有限公司
Design Graphics Printing

3.4 電子書承案實績



全民健康保險會年報



海巡雙月刊



清流雙月刊響應式電子書櫃



智慧財產局年報



行政院原子能委員會年報



全民健康保險民眾權益手冊

附錄二十四 年報與專刊企畫書(續)

04

四. 經費分析表

加斌有限公司
專業電腦圖文組合製版印刷

經費概算表

客戶名稱：國立臺北護理健康大學					
印件名稱：112年度「全民健保保險年報」111年版設計印製及電子書委外製作。					
					112年3月13日
數量	書籍 130 本	封面(底)	4頁	內頁	彩色200g/m ² (內頁為五頁單面、不另增減頁的價金)
裝訂	穿線膠裝(指書口)	上光	封面(底)上霧光+局部光		
項目	規格	數量	單位	單價	合計
設計費	提供封面設計3款選一及內頁版型1式	1	式	15,000	15,000
設計美編排版	內頁200頁(內頁於正頁8頁內，不另增減頁的價金)	200	頁	400	80,000
製版數版權	封面(底)：全綵版(PS版-半切版)	4	版	650	2,600
製版數版權	內頁：全綵版(PS版-半切版)	104	版	650	67,600
紙張	封面(底)125g/m ² 進口封面用紙(或同等品)	190	張	28	5,320
紙張	內頁：100g/m ² 以上霧光(或同等品)	7.5	令	1,810	13,575
紙張	細織質 110g/m ² 以上霧糊紙(或同等品)	48	張	40	1,920
印刷	封面(底) 彩色印刷	4	色令	600	2,400
印刷	內頁 正面4色/反面4色	104	色令	470	48,880
上光	封面(底) 上霧光+局部光	130	本	35.5	4,615
裝訂	穿線膠裝(指書口)	130	本	115	14,950
運費	數箱運送至台北市大安區復興南路二段210巷30號1樓	1	式	2,500	2,500
電子書	網頁版電子書一式，共兩全文檔案，書員(撰註)、校大、全委集、列印等多種功能	1	式	22,000	22,000
小計					281,360
稅金				5%	14,088
含稅總價					295,428
合計新台幣 貳拾玖萬伍仟肆佰貳拾捌元整					

投標廠商： 加斌有限公司

負責人： 徐忠煌

地址： 10663台北市大安區復興南路二段210巷30號1樓

電話： 02-2325-5500

加斌有限公司
專業電腦圖文組合製版印刷

加斌有限公司
專業電腦圖文組合製版印刷

經費概算表

客戶名稱：國立臺北護理健康大學					
印件名稱：書刊					
					112年3月13日
數量	書籍 100 本	封面(底)	4頁	內頁	彩色72頁(內頁於正頁8頁內，不另增減頁的價金)
裝訂	穿線膠裝(指書口)	上光	封面(底)上霧光+局部光		
項目	規格	數量	單位	單價	合計
設計費	提供封面設計3款選一及內頁版型1式	1	式	15,000	15,000
設計美編排版	內頁72頁(內頁於正頁8頁內，不另增減頁的價金)	72	頁	400	28,800
製版數版權	封面(底)：全綵版(PS版-半切版)	4	版	650	2,600
製版數版權	內頁：全綵版(PS版-半切版)	40	版	650	26,000
紙張	封面(底)125g/m ² 進口封面用紙(或同等品)	160	張	28	4,480
紙張	內頁：100g/m ² 以上霧光(或同等品)	2.5	令	1,810	4,525
紙張	細織質 110g/m ² 以上進口細織紙(或同等品)	35	張	40	1,400
印刷	封面(底) 彩色印刷	4	色令	600	2,400
印刷	內頁 正面4色/反面4色	40	色令	470	18,800
上光	封面(底) 上霧光+局部光	100	本	46.0	4,600
裝訂	穿線膠裝(指書口)	100	本	150	15,000
運費	兩本一起送	1	式	-	-
電子書	網頁版電子書一式，具備全文檢索、書員(撰註)、校大、全委集、列印等多種功能	1	式	22,000	22,000
小計					145,605
稅金				5%	7,280
含稅總價					152,885
合計新台幣 壹拾伍萬貳仟捌佰捌伍元整					

投標廠商： 加斌有限公司

負責人： 徐忠煌

地址： 10663台北市大安區復興南路二段210巷30號1樓

電話： 02-2325-5500

Fin
統語

ABIN 加斌有限公司



◎ 專案文編、美編專業之保證

加斌創意文化部門現有五位全職文字企劃編輯及五位全職美術編輯，且擁有二十萬張版權圖檔，資源極其豐沛。

◎ 專案色彩色彩之保證

加斌購有高品質分色機與色彩管理，其中包含了分色，校色與修圖。

◎ 印刷品質之保證

加斌公司自 2008 年 4 月引進全臺第一部日本 KOMORI 六色高精細高彩度 UV 印刷機，全數位化的操作環境，可遠端控管色彩管理，使印刷品質臻於完善。

◎ 交貨準時之保證

依預訂之工作時程，即使有特殊狀況，加斌公司所擁有堅強的經營團隊與豐富的經驗，仍將確保不變的品質與效率。



加斌創業 35 年，累積無數企劃編輯經驗，

從設計到編排，自繪製至影音，

給予最優品質，深獲客戶信賴。

即使在不景氣的年代，我們仍選擇不斷深耕，

您給加斌機會，我們將回饋更多。