



# 藥價調整與 藥品費用分配比率目標制 (DET)

醫審及藥材組 藥品支付科

黃詔威

111年3月3日

1

李伯璋署長：

說實在時間過的很快，上禮拜五健保會開會有一些進度，到禮拜五傍晚的時候，部長又找我們開會，然後2/28這禮拜一早上部長又找我們開會，我覺得整體來講有一個進度在走。

我昨天在一個群組貼說，有人在講說部分負擔基層診所應該不要免，這當然是沒有做，不過這禮拜一跟部長開會的時候，有一個基層這樣講，我實在聽不太懂他在說什麼。上次中研院的楊子霆老師，跟我們講零元效應，我也好好去看他的paper，其實很多東西就是只要不用花錢都好解決，所以假如我看，其實我們對住院的部分都沒有太多的意見，本來住院就是不得不住院、不得不開刀，我們也是提供民眾這部份需要花費的錢，這我們都沒有問題，可是對於診所來講，有一些東西是不是真的那麼需要？所以剛剛林義就跟我說，基層又要點數多，又要點值高，天底下有每個都很多的嗎？所以說零元效應大家可以去研究，民間很多換牙膏、安養中心很多固定刷健保卡，很多陋習，但問題我們都沒有辦法動作。

所以像慢箋、部分負擔，很多醫界都怕藥價差，這都很現實的問題，其實那天部長也在講，他上面也很多公公婆婆，大家問題都是一樣的，不是說你們的公公婆婆不好，我是覺得每個人都會有一些問題出現，我們要自己好好面對問題。

昨天開會的時候，大家在討論MEA的一些問題，那今天詔威要跟我们講DET，其實DET我憑良心講，我覺得需要跟部長好好的討論一下國內藥品的政策，兆杰現在已經到醫管去所以跟他沒有關係，不過以前兆杰跟部長報告DET的時候，聽一聽我覺得很奇怪，很多數字的結構

都有問題，我講完後他回去算一算，發現真的有問題，那就是有些東西要改，不過我覺得，從以前這樣講下來，我們裡面有一個同事，那時候也是盧O DET有意見，講一講以後，盧O就不太高興，考績就把他打乙等，這都有很多來龍去脈，不過有問題就是要去面對，詔威聽說你來沒有很久？我是聽說他們都把一些比較麻煩的事丟給你，因為他們不敢親自上陣，不過沒關係我會注意聽你報告，那我們就熱烈掌聲歡迎我們詔威。

### **黃詔威視察：**

署長、組長、各位現場的長官，還有線上的長官以及與會的醫藥界前輩，大家早安，我是醫審及藥材組的黃詔威，今天我要在讀書會上分享的是有關藥價調整，第二塊是屬於藥品費用分配比率目標制，那很謝謝組長給我機會來這個會上報告，也很放心的讓我在這邊報告，不怕我在會上掉漆，所以非常感謝，尤其科長也是對我充分的信任，謝謝科長。

今天報告準備的時間比較倉促，那如果報告中有比較不足，或者是錯誤的地方，還請大家多多包容以及指教，那接下來，我就要來準備介紹。

# 大綱

- ✦ 藥價調整之沿革
- ✦ 現行健保藥費調整架構
- ✦ DET試辦方案簡介及法源依據
- ✦ DET試辦方案調整情形
- ✦ DET實施後之外界聲音
- ✦ 結語



這是我今天報告的大綱，一開始我會介紹藥價調整的沿革，還有目前的架構；第二階段我會介紹DET，這整個方案的簡介以及它的法源依據；最後我會再介紹目前調整的情形，歷年的調整情形以及外界對於DET的聲音。

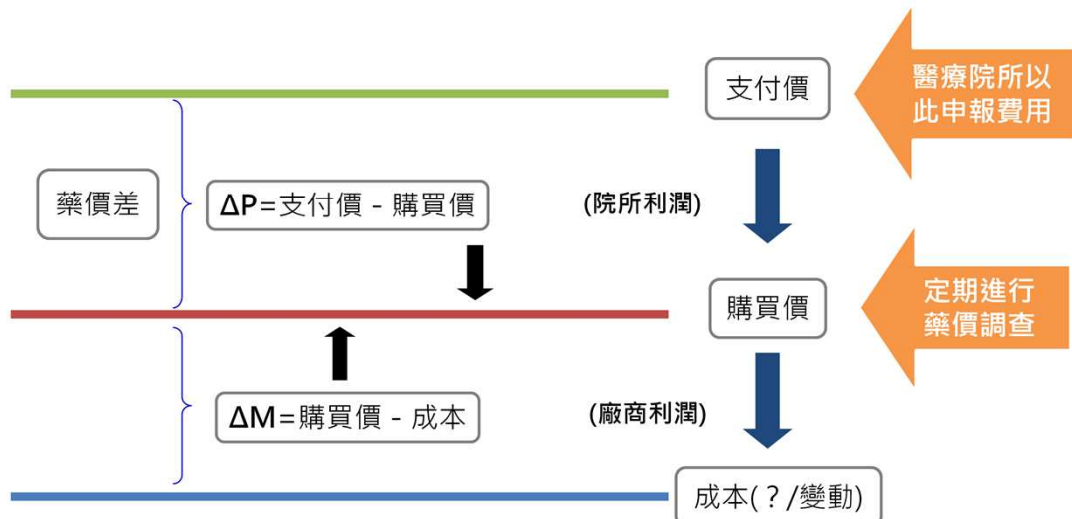


接下來，主要講藥價調整的部分。

# 為什麼要實施藥價調整？



National Health Insurance Administration



4

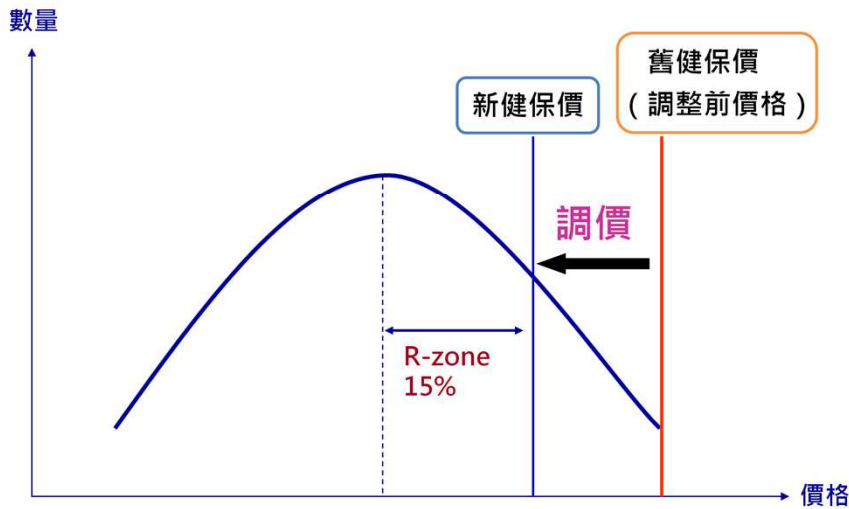
林義專委在兩個禮拜前，也在讀書會上分享過應用BI運用於醫療服務這塊，有提到署長最重視的三條線，其實藥價調整也有三條線，主要第一個就是我們健保支付給醫療院所的支付價，然後第二條線是醫療院所跟廠商採購購買的價格，第三個就是藥商的成本價格，這三條線就是我們藥價調整的基礎。

那為什麼要實施藥價調整呢？第一個當然是支付價格，當我們健保支付給醫療院所的價格，跟醫療院所跟廠商購買價格出現價差的時候，這個所謂的價差，也就是我們已知的藥價差，這個部分當然就是平常院所利潤的所在，那當出現價差的時候，我們會透過定期的藥價調查去了解，實際上這個合理的價格到底在哪邊？這個價格又跟成本的價格價差有多少？這也是我們很想瞭解的地方，我們平常就是藉由藥價調查瞭解這個部分，以及我們支付價格之間的落差，藉由藥價的調整，縮短這中間的差距，讓我們健保的財務能夠平衡，能夠少出一點，這就是我們藥價調整的基礎。

# 藥價調整機制



National Health Insurance Administration



健保署透過定期藥價調查，取得市場實際交易價格，並依據調查的結果，調整藥品支付價格

5

這個圖會更清楚，中間這一條虛線就是我們所謂的平均銷售價格，也就是剛剛上一張圖所提到的購買價。紅色這條線，也就是剛剛上一張圖所謂的支持價，當這兩條線之間出現藥價差的時候呢？我們就會透過定期的藥價調查，取得實際上的價格，根據這個價格再來調整。

當這條線往左邊靠的時候，藥價減低的時候，我們就會不斷的進行調查的程序，再把支持價格再往左邊移動，然後價差縮小，那當然我們也會給他一個合理藥品的成本，以及他該有的利潤，來保障藥商的權利。



# 藥價調整時間序



National Health Insurance Administration

**84.1.1**  
健保局成立  
**84.3.1**  
全民健保實施

**100.1.26**  
二代健保上路、  
DET入法

**102.1.25**  
衛生署核定DET  
第一階段試辦方  
案，自102年起  
試辦2年

**102.10.2**  
「全民健康保險  
藥品價格調整作  
業辦法」發布施  
行

**106.9.13**  
衛福部核定DET  
第二階段試辦方  
案，自106年起  
試辦3年

**109迄今**  
Covid-19疫情

**89.4.1**  
實施第1次藥  
價調查及藥價  
調整

**101.9.5**  
衛生署交議費  
協會協定102年  
DET。

**103.5.1**  
**103.7.1**  
第1次DET藥  
價調整生效

試辦8年

**109.10.1**  
第7次DET藥價調  
整延後生效  
**111.1.1**  
第8次DET藥價調  
整延後生效

註：藥品費用分配比率目標制 ( Drug Expenditure Target )，簡稱DET

6

接下來，我要介紹藥價調整的沿革。在84年的時候，我們健保局成立，同年的3月1日全民健保實施，我們一直到89年的時候，開始依據藥價基準，正式實施第一次的藥價調查及藥價的調整，一直到100年之間，我們經歷過7次的藥價調整，大概平均是每兩年一次，藥價調整的幅度也是都有變動，那當然這中間，這7次的時間，外界對於我們要健保的質疑也是說，這個價格要嘛調的太多，要嘛調的太少，或者是調的間隔太長，或者是藥價的調整不夠透明。因為有這些聲音，當時的衛生署就已經開始在著手研擬整體藥費改革的方案，所以就是研議推動議題。

一直到101年1月，二代健保修法通過，而且在1/26正式上路，也把DET寫進法規中，這時候衛生署就??給費協會，就是現在的健保會，去協定106年是否要實施DET的方案。這個部分經過費協會3次的討論，但其實會議中委員的意見分歧，沒有取得共識，所以就送請衛生署核定拍板，衛生署在102年的時候就拍板定案，那從102年起試辦DET的第一階段。

DET試辦兩年之後呢？同年102年，我們健保署也因為依據二代健保修法，所以也發布施行全民健康保險藥品價格調整作業辦法，所以現在母法有了，子法也有了，那我們開始正式實施DET試辦方案。

試辦兩年後，又再續辦兩年，一直到105年總共試辦4年，這段時間我們也一直在檢討方案的內容，在105年底重新研議第二階段，106年衛福部核定，從106年起試辦第二階段的方案，總共試辦3年，一直到108年，其實到108年之後，本來我們還要再研議第三階段，但是因

為受到Covid-19疫情的影響，所以只好再續辦一年，到109年，那現在方案就是到109年，總共就是第一階段的4年，和第二階段的4年，總共試辦了8年的時間，那最後兩年因為疫情的關係，原本應該要在4/1生效，前年從4/1延後到10/1，延後了半年，去年更延後了9個月，從4/1到隔年1/1才生效。

這是大概目前藥價調整相關的時間序。



# 現行健保藥品調整大類



National Health Insurance Administration

類別	範圍	調整時程	生效日期
第一大類	專利期內藥品及其同分組藥品	<ul style="list-style-type: none"> <li>每2年檢討調整一次</li> <li>實施DET時，於超出目標值時進行藥價調整</li> </ul>	次一年度4月1日
第二大類	逾專利期5年內之藥品及其同分組藥品（含部分專款藥品）	各品項每年檢討調整一次	3月1日、6月1日、9月1日、12月1日（按逾專利季別）
第三大類	非屬第一大類及第二大類藥品 三A：收載15年以內 三B：收載超過15年	<ul style="list-style-type: none"> <li>每2年檢討調整一次</li> <li>實施DET時，於超出目標值時進行藥價調整</li> </ul>	次一年度4月1日
專款	非第二大類之專款藥品（罕病、C肝愛滋病、血友病）	每2年檢討調整一次	公告後生效

分類依據：全民健康保險藥品價格調整作業辦法第13條、第24條

7

那健保藥品怎麼調整呢？其實我們會先分成三個大類來做區隔，我來簡單介紹，我們會分第一大類到第三大類，第一大類的實施範圍主要是指專利期內的藥品，第二大類指的是過專利期5年內又同分組的藥品，第三大類包括了不屬於一、二大類的，都幾乎是屬於第三大類的藥品。那我們再細分成有三A的品項，也就是健保收載15年以內的，還有3B，也就是三同藥品，就是收載超過15年的，這三大類是主要大宗，還有一塊是屬於政策性的藥品，就是專款的藥品。

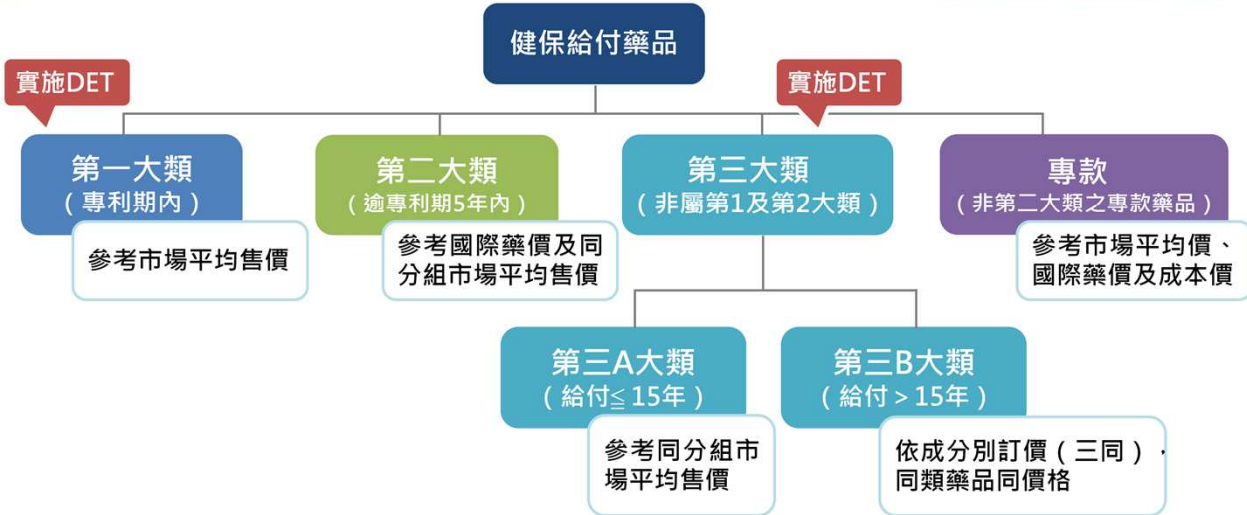
專款的藥品，其實還按照它的專利期以及它的特殊性，它可能會落在第二大類，第二大類有一些專款的品項，還有其它絕大部分的罕病、C肝、愛滋病、血友病都會在這邊，那其實這四類，會有各自調整的基礎還有方式。

第一大類和第三大類，按照法規原本是每兩年檢討一次，那實施DET的時候，基本上是每年檢討一次，在4/1生效。第二大類，每年檢討一次，但是檢討的時間點，會看它過專利的時間，所以按照不同進度會有四個時間。那專款的部分則是依照調整作業辦法24條的規定，每兩年檢討一次。

# 現行健保藥價調整架構



National Health Insurance Administration



參考法規：全民健康保險藥品價格調整作業辦法第17至24條

8

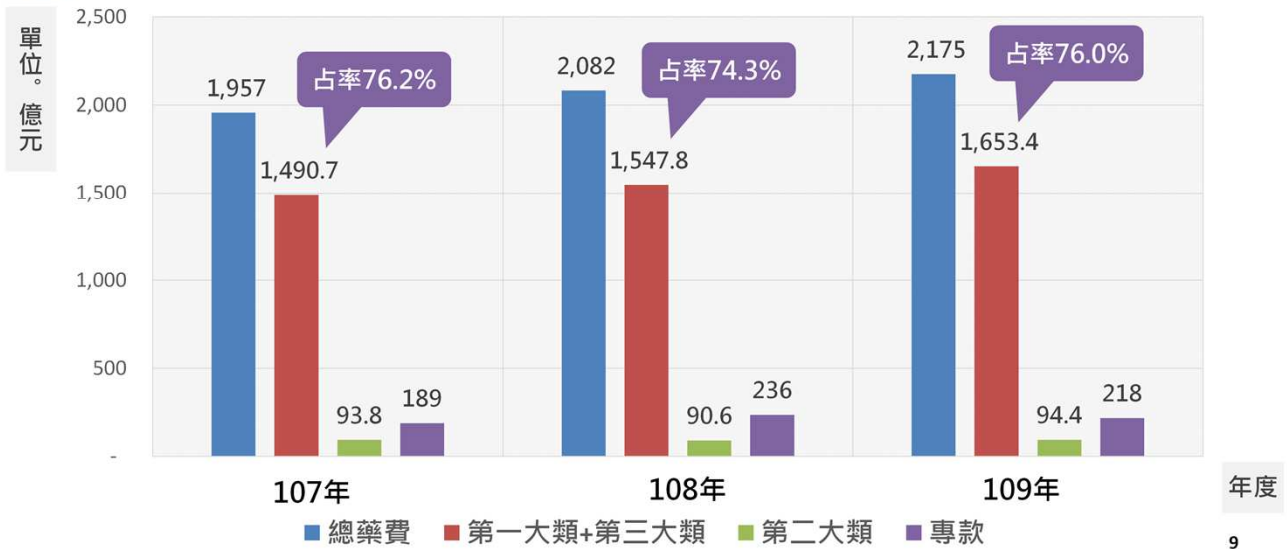
從這張圖可以很清楚看出，我們藥價調整的架構還有脈絡，所以第一大類和第三大類主要是實施DET，參考的是市場平均銷售價格。其中第3B大類是三同藥品，主要是依成分別定價，對同成份規格會有同樣的價格，就是杜絕同成分規格會有不同價格的差異。

第二大類主要參考的是國際藥價，以及同分組的市場平均銷售價格，那非第二大類的專款藥品則是參考市場平均價、國際藥價還有他的成本價格，大致上是這樣。

# 107-109年健保各大類藥費支出趨勢



National Health Insurance Administration



這張圖就是在分析說，為什麼要實施DET的制度？大家可以看到，這裡我們以107年到109年藥費支出為例，紅色的是第一大類加第三大類的藥費金額，那它的占率大約是在75%上下，差不多是總藥費的四分之三，因為它的占率特別高，所以我們才會特別的關注它。那第二大類的部份，大概就是在90到95億。那專款的部份，因為它的波動比較大，從107年的189億到隔年的236億，再到218億，這個差距就是以107年到108年為例，大概就是因為C肝新藥的關係，暴增了快50億左右，也因為這樣，所以我們在特別關注為什麼要實施DET，就是針對第一和第三大類，而且它成長的趨勢跟總藥費的成長趨勢其實很相近，成長幅度差不多，針對成長風險比較高的類別，我們當然要特別加一個制度去管理，防止它突然間藥費暴漲。

## 藥品費用分配比率目標制 ( Drug Expenditure Target )



接下來，我要介紹DET制度的簡介和法源依據。



## DET法源依據

National Health Insurance Administration

### 全民健康保險法

#### 第62條第4項

藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。

11

首先我要先介紹法源依據，它是在健保法的62條第4項提到說，我們支付藥品的費用超出預先設定的藥品費用分配比率目標時，超出目標的額度會在次一年度修正藥品給付項目及支付標準。



# DET法源依據



National Health Insurance Administration

## 全民健康保險藥品價格調整作業辦法

### 第13條第1項

第一大類及第三大類藥品：每二年檢討及調整一次，其新支付價格生效日，由保險人公告；本保險實施藥品費用分配比率目標制，且該年度藥費核付金額超出目標值時，其新支付價格，自次一年度第二季第一個月之一日生效（即4月1日）。

### 第22條

本保險實施藥品費用分配比率目標制，其當年度藥費核付金額超出前一年預先設定之目標值時，於次年度以超出目標值之額度為限，調整第一大類及第三大類藥品之支付價格。

12

那在子法規的部分，就是在全民健保藥品價格調整作業辦法第13條第1項有提到說，第一大類及第三大類每兩年檢討一次，但是本保險實施藥品費用分配比率目標制，且該年度藥費核付金額超出目標值時，其新支付價格，自次一年度第二季第一個月之日生效，也就是4/1，所以這邊就有提到藥費核付的金額，以及超出目標值等等的關鍵字。

第22條也有提到說，如果當年度藥費核付金額超過前一年預先設定目標值時，以超出目標值的額度為限，去調整第一大類和第三大類的藥品支付價格。

那接下來，我會來稍微簡介一下，法規中提到的專有名詞還有它的計算。



# 藥品費用分配比率目標制 ( DET ) 簡介



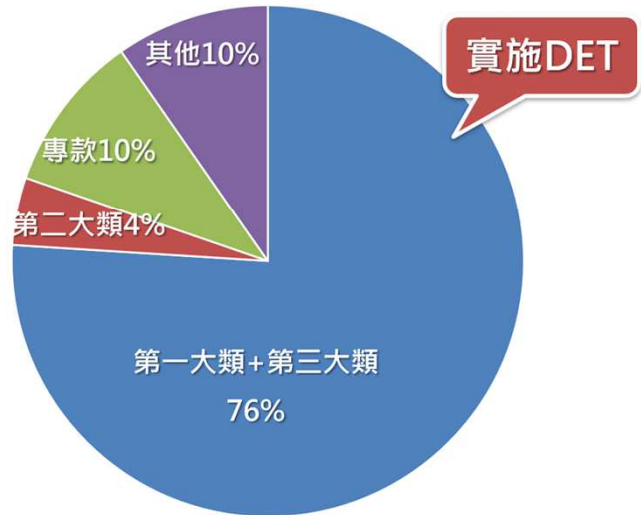
National Health Insurance Administration

## DET實施目的

以宏觀角度決定藥價調整總量，利用藥價調查結果作為調整個別藥價之基礎

## DET執行方式

- ✦ 預設藥費支出目標值，讓藥費維持於穩定及合理範圍
- ✦ 與實際藥費支出做連結，當超過目標值時，自動啟動次一年之藥價調整
- ✦ 使藥價調整具透明性及可預測性



資料來源：109年健保各大類藥費支出占率

13

接下來，我來簡介一下DET，DET主要是以宏觀的角度來決定藥價調整的總量，我們一開始先預設第一大類和第三大類的支出目標，讓這個藥費可以在一個合理穩定的範圍，再用這個目標跟實際核付的金額去做連結，當超過目標值的時候，我們就自動啟動下一年的藥價調整。

這個藥價調整，是以藥價調查的結果當做一個基礎，所以當一個藥品它的市售價格下降了，出現了價差，那我們就參考前一年DET超過目標值的額度，還有藥價調整作業辦法規定的公式，然後我們會去計算個別藥品的調幅，加總起來這就會是整個除了藥品調整的品項還有它的額度，這個部分在法規中有明定，所以這個藥價調整就會具有透明性以及預測性，因為每年都是可以透過這樣的方式去計算，這樣的部分也是可以讓外界知道說，接下來我們健保要實施DET的時候，這個到底我們可能預期的價格在哪邊。

# 各階段DET試辦方案



National Health Insurance Administration



102-105年

DET第一階段 (共4年)

- ✦ 不含中醫藥費
- ✦ 採用醫療總額之總成長率

106-109年

DET第二階段 (共4年)

- ✦ 不含中醫及4項專款藥費
- ✦ 採用醫療總額一般服務項目之成長率
- ✦ 扣除藥品給付協議返還金額

110年之後

DET第三階段 (研議中)

- ✦ 受Covid-19疫情影響，最後兩次調整延後生效，110年實施方式刻正研議中

14

再來介紹一下，我們剛剛有提到其實DET有兩個階段，這邊我再來準備細說一下，這兩個階段的試辦方案有什麼樣的不同。

第一階段，在102年到105年是第一階段，但那時候的實施範圍是不含中醫藥費，成長率採用的是醫療總額的總成長率，經過4年的時間，當然外界也有不同的聲音和建議，那我們在第二階段實施前密集的討論，第二階段的時候再把實施範圍再做修正，第一個主要是在排除了4項專款藥費，也就是剛剛有提到的罕病、愛滋病、C肝及血友病，那成長率的部分，也調整成為採用醫療總額一般服務項目的成長率，配合這一般服務的部份再調整，最後在超出目標值的額度部分，也會扣除藥品給付協議返還的金額，也就是MEA及PVA，這是兩個階段的差異。

那第三階段因為受到Covid-19的影響，而且最近兩次的調整生效延後，所以第三階段目前署內還正在研議中，之後可能會再邀集醫藥界的團體再開會討論。

## DET試辦方案內容比較



National Health Insurance Administration

	第一階段試辦方案 ( 102至105年 )	第二階段試辦方案 ( 106至109年 )
實施範圍	各總額，不含中醫	各總額，不含中醫及愛滋、C肝、罕病及血友病等4類專款藥費
基期值	102年是以前一年的藥費核付金額、103年起以前一年目標值為基期	前一年目標值，106年基期以105年目標值校正，排除105年實際核付之4類藥費
成長率	醫療總額之總成長率	醫療總額一般服務項目之成長率
目標值	基期值×(1+成長率)	同左
超出DET額度	核付金額 - 目標值	核付金額 - 目標值 - 藥品給付協議回收金額

15

這個比較表可以更清楚看到，其實兩個我們一直都有在滾動式檢討DET試辦的方案，不論是實施的範圍、成長率，還有超出DET目標值的公式都有在做調整，也就是讓這整個調整的機制可以更透明，就像我剛剛提到的，可以更透明，而且具有預測性。那在第二階段實施範圍，為什麼排除這四大類的專款藥品，也是因為這四大的專款藥品具有高度的成長性。那它這個部份，如果說再把它涵蓋進去的話，容易影響整體藥費的成長，進而影響超出目標值的額度，所以這部分在經過與各界討論之後，我們決定就把它排除。



## 現行DET目標額度及超出額度之計算

National Health Insurance Administration

$$\text{目標額度} = \text{基期值} \times (1 + \text{成長率})$$

- ✦ 基期值：以前一年之藥費目標值當作基期值
- ✦ 成長率：醫療總額一般服務項目之成長率

$$\text{超出DET額度} = \text{核付金額} - \text{目標額度} - \text{藥品給付協議返還金額}$$

- ✦ 核付金額 = 藥費申報金額  $\times$  (1 - 核減率%)

16

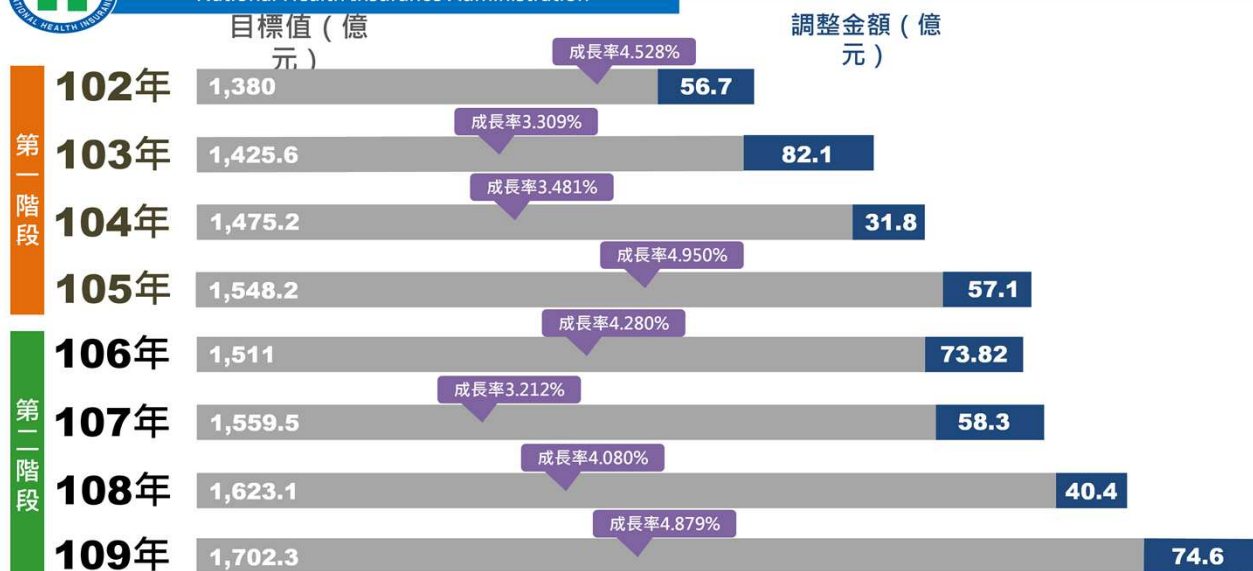
從剛剛前幾張投影片的法源依據加剛剛我的講解，都有提到兩個比較關鍵的知識，一個是目標額度，另外一個是超出DET的額度。這兩個額度其實在法規中也有一個簡單的介紹，就是這怎麼計算？

那第一個那目標額度的方式，是我們用前一年的目標值，再乘上醫療總額一般服務項目成長率，也就是讓目標額度跟醫療總額的成長率，它的成長幅度是相近，那超出DET目標的額度，就會是用實際當年我們實際核付的金額，去減掉上面的目標額度，再扣掉藥品給付協議的返還金額，然後這個部份呢？就會是我們算出來一個今年超出多少額度，那這核付的金額部分，就是我們的申報金額，乘上1-核減率。

## 歷年DET試辦方案調整情形



National Health Insurance Administration



成長率：醫療總額之總成長率（第一階段102-105年）、醫療總額一般服務項目之成長率（第二階段106-109年）

17

這一張是我要來簡介一下，就是我們這八年來，DET試辦方案調整的情形，也就如剛剛所述的分兩個階段，那目標值的部分，從一開始102年的1,380億，一直到109年的1,702.3億，那成長率的部分，大概落在3.2%~4.95%之間。

那調整金額呢？因為每年都有波動，少則是一點31.8億，多則是82.1億，這大概是這幾年調整的情形。品項數的部分，每年平均調整大概是6千到7千項，成長率的部分，兩個階段的定義不同，我有列在這邊，這邊我要講一個題外話，就是這個每年的調整6千到7千項，在我們醫審及藥材組，都是一個同仁在計算，都是一個人在負責，之前是盈如，現在是洛彤，所以我覺得他們很辛苦，因為一個人，他們在前置作業的時候還要去算那6、7千個品項，去比對那個數字，到底那價格在計算上是不是正確的，那這個又不能錯，因為這個價格的調整都是要藥廠的命，總之做對就是應該的，然後算錯可能就是會被質疑，所以這個部份，他們在前置作業的期間都非常辛苦的，要一直去試算、去驗證比對那個價格，所以在藥價調整上，她們才是真正的幕後英雄。



## DET實施後之外界聲音



National Health Insurance Administration



- ✦ 無法即時反映改善醫療照護給付偏低情形。
- ✦ 藥品須重新議價，增加行政作業成本。
- ✦ 恐影響醫療院所的藥品利潤，對經營與生存造成衝擊與不穩定。
- ✦ 因醫院處方集品項改變，恐影響醫師習慣處方之藥品。



- ✦ 恐影響藥商的藥品利潤，可能退出健保或臺灣市場。
- ✦ 恐影響原廠新藥於臺灣上市及國內學名藥廠生產的意願。



- ✦ 擔心醫院換藥，使安慰劑效應降低。
- ✦ 擔心低藥價會影響藥品品質。

18

在DET實施之後，外界當然就會有不同的聲音，我在這張表上有整理了就是外界對於DET有什麼樣的意見。那在醫界來說，最主要的就是DET實施，對他們來說無法即時反映醫療照護點值給付偏低的情形，這是第一點。

第二點，只要藥品的價格一調降，那他們就得要重新議價，要動員人力還有心力去重新議價，而且我們公告完通常大概一兩個月後，馬上就會生效，所以這時候就要趕快加速的跟藥商們去進行議價，尤其遇到疫情期間可能更難預測，所以就增加了不少行政作業成本。

第三點，因為價格一直在調降，當然對於醫院來說，這部分的利潤就越來越少，因為藥商能給的價差空間也越來越低，那這個部分其實對於醫院的經營和生存都會造成衝擊，尤其是小醫院的議價能力不比醫學中心或區域醫院。

第四點，當醫院的處方集品項如果改變，那這個部分可能會影響醫師平常處方的習慣，那他就沒辦法按照他平常慣用的藥品，開立給病人，這是醫界的部分。

在藥商的部分，當然最直接就是藥品的調降會影響他產品的利潤，這個部分他就會揚言說，我要退出健保市場或退出台灣的市場，108年百憂解就是這樣的例子。

再來，藥品價格偏低，也會影響原廠，原廠也會觀望，那他會不會是想要在台灣上市，這個部分可能就會打上一個問號，所以他們的意願也會受到影響。那國內的學名藥廠也是，因為他們會考慮到目前生產成本的增加，製藥的規範也會越來越嚴格，因此他們有考慮說，如果在生產這個藥品，對他們來說沒有什麼好的利潤的話，他們也不



願意再生產。

以民眾端來說，他們最擔心的其實就是醫院換藥，醫院一旦換藥，他們本來平常熟悉、信任的藥品，一旦被更換，其實這也會連帶影響到他們對於這個藥品的信任，還有影響他們的整體的療效；最後第二點就是當然也會擔心藥價那麼低，會不會影響藥品的品質，這些其實都是輿情會喜歡的案例，這些事件後續都會連帶的影響。

針對這個外界不同的聲音，我們健保署其實都有採取相關的配套措施，例如以藥商的利潤來說好了，如果價格偏低，其實我們都會建議它來跟我們申請，列為特殊藥品或不可替代特殊藥品，來提高藥價。如果說是醫院缺藥這部分，在我們接獲通報之後，我們其實也會介入去了解，如果說可以的話，我們會提供他專案藥品儘速核價的協助，或者是，如果是因為價格的關係，我們當然也會說，歡迎他跟我們申請建議提高藥價。至於說民眾端擔心的療效問題，我們當然跟食藥署有合作，有建立疑似藥品療效不等的通報機制，那我們會共同來處理這一塊的議題。

剛剛有提到說，其實藥商也會擔心說，那個調漲的頻率以及調降的品項數過多這個部分，其實我們在下一個階段，也會一起來正視這個問題，未來再研議的時候，我們會一併來檢討，大概是這樣子。

## 結語



National Health Insurance Administration

不調價是為大家好  
調價也是為大家好

19

這是我今天簡單的報告，最後我的心得是，其實健保署在這幾十年來，經過不少事情，也過了不少風風雨雨，那大家也是很認命、很努力的為民眾的醫療權益福祉而努力，那最後我是這是改編的一句經典的語錄，那在這邊跟大家分享，那如果說不調價是為大家好，那換個角度想，調價其實也是為大家好，所以重點是我們要堅持信念。

那以最近部分負擔調整的案子為例，其實我們就是要堅持署長的信念前進，這是我個人的小小心得。

**健保C肝新藥**  
不限專科別 醫師均可開立處方

藥費18萬元  
健保來給付

曾檢查為C肝病人或  
為洗腎/共用針具等  
高風險者，請主動  
洽詢醫師安排治療

健保C肝  
全口服新藥

- ◆療程短
- ◆免打針
- ◆副作用少
- ◆治癒率近99%

C肝會導致肝癌 立即治療不能拖

衛生福利部中央健康保險署  
健保快易通APP  
健保LINE  
健保FB  
健保愛心專戶

**Thanks for your  
kind attention**

最後工商服務一下，健保C肝新藥納入給付是我們藥品科重點的工作，也謝謝企劃組的長官協助幫我們製作海報，在這部分也請大家幫我們多多宣傳，謝謝組長和署內的長官，幫我再檢視一下我的投影片，謝謝大家。