

立法院蘇清泉委員國會辦公室 函

地址:台北市青島東路十號 3505 室

電話: 02-23586571 陳淑怡

受文者：中華民國藥師公會全聯會

發文日期：中華民國 101 年 07 月 30 日

發文字號：泉研（○一）字第 101073002 號

速別：

密等及解密條件：

附件：公聽會會議記錄

主旨：檢送 2012 年 7 月 17 日【全民健康保險會之組成方式及議事辦法(草案)】公聽會會議記錄，請查照。

正本：中化裕民健康事業(股)、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國老人福利推動聯盟、中華民國自閉症總會、中華民國血友病協會、中華民國西藥代理商同業公會、中華民國乳癌病友協會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、中華民國家庭照顧者關懷總會、中華民國消費者文教基金會、中華民國區域醫院協會、中華民國智障者家長總會、中華民國發展遲緩兒童早期療育協會、中華民國諮商心理師公會全國聯合會、中華民國營養師公會全國聯合會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗所協會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全聯會、中華民國藥師公會全聯會、中華民國護理師護士公會全聯會、台灣女人連線、台灣少年權益與福利促進聯盟、台灣私立醫療院所協會、台灣兒科醫學會、台灣社區醫院協會、台灣社會工作專業人員協會、台灣社會心理復健協會、台灣婦女團體全國聯合會、台灣勞工陣線協會、台灣腎臟護理學會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、台灣醫療品質促進聯盟、台灣護理產業工會、台灣聽力語言學會、阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院、亞洲華人醫務管理交流學會、兒童福利聯盟文教基金會、社團法人中華民國殘障聯盟、社團法人中華民國腹膜透析腎友協會、社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣海洋性貧血協會、員榮醫院、財團法人台灣紅絲帶基金會、財團法人台灣醫療改革基金會、財團法人罕見疾病基金會、財團法人厚生基金會、財團法人婦女新知基金會、財團法人預防醫學基金會、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、

社團法人雲林縣醫師公會、靖娟兒童安全文教基金會、醫療勞動正義與病人安全促進聯盟、立法院吳育仁立法委員辦公室、立法院林世嘉立法委員辦公室、立法院徐少萍立法委員辦公室、立法院楊玉欣立法委員辦公室、立法院鄭汝芬立法委員辦公室、中央健康保險局、行政院衛生署、行政院衛生署全民健康保險小組、行政院衛生署全民健康保險監理委員會、行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會

副本：

立法委員蘇清泉

「全民健康保險會之組成方式及議事辦法(草案)」

公聽會會議記錄

會議主題：二代健保需要甚麼樣的健保會？

會議時間：民國 101 年 7 月 17 日(二)上午 9 時 30 分至 12 時 00 分

會議地點：立法員群賢樓 101 會議室

會議主席：蘇清泉立法委員

出席貴賓：如後陳列

發言內容：

一、蘇清泉委員：

- (一) 目前衛生署公布的全民健康保險委員會組成方式及議事辦法，草案已經在五月份公告，整併現有的費用協定委員會和監理會，新設立全民健康保險會，設有 33 位委員，每年掌管新台幣 5,000 多億元全民健保總額預算，集錢又集權，委員代表性和遴選機制很重要。
- (二) 今天開會的目的在於希望融會各界的意見，讓健保會的制度更加健全。二代健保法修法將之前健保制度的三角關係，改成雙邊關係，也就是付費者代表、醫事代表雙邊各半，政府角色退出，讓付費者代表跟醫事服務機構對等協商，才能達到收支連動的精神。討論的內容有三項：
 1. 全民健康保險會席次代表是否公允？
 2. 各界推薦和遴選的標準如何訂定？
 3. 各單位的自我推薦的方法和遴選的程序？

二、衛生署 賴進祥副署長：

- (一) 二代健保將於明年一月一日開始實施。
- (二) 二代健保相較於一代健保不同就是除了補充保險費的擴充，另外非常重大的改革是，監理會和費協會兩會合一，收支連動。現在的健保制度有兩個組織 - 監理會和費協會，監理會負責會議的審議和給付範圍審理等等工作，費協會負責醫療費用總額成長率的審議，以及醫療費用分配等等。換句話說收入面由監理會負責，支出面由費協會負責，會產生收支無法互動的情形。將來兩會合一之後，相對責任加重、權力擴充，關係著五、六千億健保費用與費率的決定，所以其委員組成、成員產生，以及議事運作就顯得相當重要。
- (三) 在健保母法裡已明文規定，委員人數 33 人，其中保險付費者代表名額不能少於 1/2，且被保險人代表不得少於全部名額的 1/3，這是我們在規劃的時候必須依照母法的上限規定，進行種種的布局與規劃，詳細請健保小組曲參事報告。

三、衛生署全民健康保險小組 曲同光參事：

- (一) 健保會的規劃架構是依照過去二代健保規劃小組的發展建議，健保會組成制度方面三方面平衡，由付費者代表、保險醫事服務代表、學者專家、社會公正人士及有關機關代表組成。監理會本身也有做一個運作機制規劃，比較像是目前的架構，付費者代表建議是 13 位，保險醫事服務代表 9 位，政府跟學者代表是 7 位，比較接近現在的規劃。
- (二) 在健保法裡面原本沒有規定組成的成員有誰，但是健保會本身受到各界的重視，

立法院希望可以將一些重要的部分，先在母法裡面規劃進去，有幾項重點：

1. 由付費者代表、保險醫事服務代表、學者專家、社會公正人士及有關機關代表組成，基本上組成狀況跟現狀很接近，人員的部分因後續有付費等相關問題，並希望付費者代表不能少於1/2，且被保險人代表不得少於1/3。
2. 健保法裡面最有爭議的應該是，保險費率及調整給付費範圍的審議。健保會是之後非常重要的意見交流，是健保事務討論的平台，但是它最終不是一個決策單位，依照健保法的精神，對於健保給付而言，要經過健保會的審議之後，並經過審議結果之後報給主管機關衛生署，另外費率的核定要報到行政院。
3. 之前費協會功能，也就是醫療費用的總額協商，因為健保會法裡規定付費者代表不能少於1/2，且被保險人代表不得少於1/3，如果名額的部分沒有做到對等，至少在協商機制的時候，一定要做到對等協商。

(三) 二代健保收支連動的機制跟現在其實非常接近，每一年衛生署在四月左右會把大總額報到行政院，然後行政院核定之後會在交付健保會討論，健保會協定之後的結果再交付衛生署。其中二代健保法在運作上有兩點比較特別的地方：

1. 大總額衛生署在做整個規劃送行政院之前，要先送健保會去討論。
2. 每一年的年度總額在交付健保會協商完成之後，健保局要在一個月之內提出平衡費率，然後平衡費率再送給衛生署。

以上這兩個機制是為了確保收支連動的概念。

(四) 在重要的事情在決定的時候，健保會應該要去做民意蒐集或公民參與活動，費率的審訂時應該要邀請各方面的精算，例如財政、經濟等各方面專家他們的意見，審議的結果對於收入支出的費用有所影響，應該要提出財務平衡的方案，並考慮資源配置。

(五) 特材的部分做了自付差額的處理，自付差額在決定之前要先送到健保會做討論。另外要求三項資訊公開，分別為財務資訊公開、醫療品質資訊公開，前面這兩個資訊公開都有訂定辦法，將由健保會討論。另一個即是健保會運作本身，母法明文也有寫7天之前要公開議程，會議開完之後10天之內公告會議實錄，特別要求代表利益之自我揭露。

(六) 規劃過程裡面要邀請專家學者，針對運作規劃做一個討論，根據這些意見做草案的規劃，有幾個規劃重點：

1. 健保會只是一個重要的平台，非最後決策單位。
2. 健保會成立初期維持現行運作機制，待成立之後再逐漸調整。
3. 名額的部分要盡量增加社會大眾代表，減少政府機構的代表。
4. 對等協商制度。

(七) 目前正在整合預告結果，綜合各方面的意見，預告內容為代表名額限制、名額的規劃與任期、利益揭露、會議的規範、開會頻率、開會議決、如果總額沒有結論該如何處理等等。初步規劃裡面，雙方面在對等協商時，雙方各提一案，再做一個處理。

1. 代表名額分配：

根據預告版的內容，付費者代表不能少於1/2，共17位，且被保險人代表不得少於1/3，共11位，雇主5位，另外加入了行政院主計總處，主要考慮政府負擔的保費不得低於保費36%，主管國家預算的角色，所以把主計總處放進去。醫事服務提供者代表有9位，政府單位大幅的縮減到只剩下金管會和主管機關2位，專家學者和公正人士共5位，這些代表是由相關團體推薦，被保險人那一塊有幾個名額公開推薦遴選，另外考慮性別平等，任何一個性別都不可少於1/3，不同屆間的代表輪替不少於1/3，這主要考慮實務傳承，另外也要考慮委員是否親自出席的問題。有關利益迴避除了自我揭露外，希望各種身分代表儘量單純化，避免身份多重化而產生混淆。

2. 對等協商：

付費者代表和被保險人代表與醫事服務團體，在委員席次上人數無法對等，但在協商的時候付費者代表要推出相同的協商人數，如果未來醫事服務代表九位，消費者代表在協商時，也要推出九位代表，進行協商。雖然付費者代表可以參與但不可以進行協商，這是一個折衷的作法。

3. 健保會代表33席，醫療代表9席，如果有意見不合的時候將使用共識決。

4. 因為健保會人數眾多，意見難免會有不合之處，且每一個團體都有自己的主張和想法，如不同意該代表出來公布，而他偏偏要出來公布，那麼將來可能會有些處分，或者是在下次遴選的時候不予以資格。

四、衛生署中央健康保險局 李丞華副局長：

(一) 健保局和健保會的關係就像是公司的董事會跟經營部門，健保局主要是觀察各界意見、立法在做的決議，和現在主管機關的預告和最後公告結果，做最大的配合。健保局很期待現在監理會和費協會，下半年度開始練習兩會合在一起運作，依照慣例七月到九月協商下一年度的醫療費用總額支出，在九月、十月總額支出定的話，兩會可以討論一下如何收支連動，有六個月的時候可以讓健保會有見習實習運作的方式，也可以讓各界看一下兩會合一，收支連動是如何運作，產生立法原來的目的。

(二) 期待健保會未來在健保會產生重大的爭議，或者是社會上相當多歧見的議題來做討論，例如：給付藥品、特材、及手術項目，到底我們救活一個人年，我們整體社會花多少錢？例如英國就以救活一個人年三萬到五萬英鎊作為一個基準，超過就考慮一些倫理、法律的困境，過去健保運作17年是很重要議題，但沒有平台來討論，將來健保會進行這樣討論，可以收集更多元的意見，之後討論談到收支連動，將權益和責任栓在一起。過去我們將病人的生死交給醫護人員和醫事機構，但是背後隱藏的是社會的價值，像很多重大議題，讓平常不容易在國會討論的事情，在健保會可以做一個討論，在做決策的時候有充分的資訊討論平台。讓多元意見能夠充分討論，可以讓健保費幫這個忙，做決策時可以充分資訊參考。

五、醫師公會全國聯合會 蔡明忠理事：

(一) 醫界會堅持對等協商談判的原則，這點對醫界而言是非常重要的原則。

(二) 醫界支持每屆委員更新1/3，而且是要依照各團體代表的比例更新1/3，附帶加一個提議，委員連選連任一次是適當的。三屆三年更換下來，舊的委員與新委員都

有。

- (三) 醫界贊成母法利益迴避原則，醫界在母法的第六項第一項第一款的原則是醫界的建議。

六、財團法人台灣醫療改革基金會 張銘芳研究員

- (一) 健保會決策攸關民眾權益，委員的遴選的合理和方式是非常重要的。以往是由衛生署長自行去洽談既定的團體，派任代表，醫改會擔心會不會造成委員變成萬年委員，很多民間團體無法參與，醫改會建議應採取公開徵選的方式，避免委員是特定的人士在擔任，也不會喪失二代健保擴大公民參與的精神。
- (二) 健保會的組成應該要有不適任的退場機制，每兩屆更替一次名額，可以根據委員的出席率、發言率、提案率作為一個依據，也可以考慮是否有違反法條的規定，一方面擴大參與，也可以淘汰不適任的委員。每兩屆的新任委員也不建議超過1/3，這樣委員的實務經驗才可以經過累積。
- (三) 會議表決方式應採用記名投票，讓各委員更慎重的決策，確保各位委員負起他的責任，也讓民眾了解各委員的立場。
- (四) 健保會應設立管道讓民眾可以發表意見，而不是豎起高牆讓民眾難以跨越，健保會在協議事項以前，除了提早公開議程之外，在法條中明文規定公開各委員的聯繫管道，讓其他團體有機會他們對於討論事項的建議。
- (五) 健保會主委由誰擔任，怎樣才會符合權責相符的原則？希望子法的訂立也可以透過透明公開的原則，而非只是形式上的改革。

七、社團法人中華民國腹膜透析腎友協會 游建勳理事長：

- (一) 腎友在健保上一直是屬於弱勢，被健保政策所擺佈。
- (二) 應考量 360 度全方位之利益關係人，對於成員遴選，健保會不要遺漏病友團體這一塊。

八、台灣社區醫院協會 尹文國副院長代表：

- (一) 席次部分建議醫事服務代表能夠增加為 11 名，專家學者以諮詢為主建議降為 3 人。
- (二) 贊成資訊公開化，並對開會情形或委員表現設立標準，取得公信。

九、中華民國呼吸治療師公會 龍芳常務理事：

- (一) 如果委員數在法源限定下不能增加的情況下，對於弱勢公會或醫事人員，有沒有即時的配套可以讓他們表達意見，怎麼讓比較小的公會可以涵蓋在代表內，要提出具體配套讓我們能夠知道可以參與或是提出意見，讓小的公會也有機會進入健保會發聲。

十、中華民國職能治療師公會全國聯合會 黃上育代表：

- (一) 現有的醫事服務代表名額為九席，目前各科的醫事團體不只九個科，怎麼分配實在困難，我們表達一種方式，各醫事團體代表可以每年更替，職能治療師不用每年都在健保會中，可以每年更替，兩、三年可以讓我們進到健保會中，讓小的公會能夠兩、三年能夠進到健保會中參與討論。

十一、台灣護理產業工會 高子凱理事：

- (一) 台灣護理產業工會希望能夠爭取委員席次，才能夠明確展現護理工作的情形及護理專業，透過勞工團體能夠避免醫院團體報告包裝的資料，確實反映醫療照顧情

形。

十二、醫療勞動正義與病人安全促進聯盟 林秉鴻醫師：

- (一) 子法訂定時明文規定，與付費代表方必須要利益迴避，起碼讓政府避免人海戰術把提案過關，扮演最關鍵的少數。
- (二) 降低主管機關委員比例，讓保險醫事服務者代表、保險付費者代表與專家學者等代表各佔二分之一的比例。保險醫事服務者如醫院，他是個資方代表，除了資方代表之外應列入醫療勞方代表，應列入醫療專業人士的工會代表，如果沒有工會代表，就由公會暫代。健保給付沒有尊重護理從業人業與服侍重症醫療的繁重與高風險，需要有相關單位進入健保會協助。
- (三) 各個專科性質不同，業務差別大，需納入各專科醫學會的代表。
- (四) 綜合以上各點考量，代表人數需打破 33 人限制。
- (五) 代表對於資源分配和數字必須非常擅長，並非推出德高望重而沒有相關能力的醫師擔任。
- (六) 審議協議重要事項前，需蒐集民意辦理公民參與活動，例如公聽會。
- (七) 整個機制缺乏不給付的機制，總額像大餅在那割來割去，醫療服務勞動者並未被放入，醫療專業的名單不知道被放在哪裡，而專家與公正人士只有五人，是指各科醫學會之代表嗎？如果是其他的代表？醫事服務人員只有九人，其中還有兩人是金建會主管，醫療專業不知道放在哪裡。

十三、台灣醫療品質促進聯盟 連瑞猛理事長：

- (一) 讓參與者更廣泛，且必須有公開透明的機制，過去參與費協會的經驗，付費者與醫事代表常常只有立場，其他的原則都很難去考慮。過去健保十幾年下來相當不錯但也造成一些問題，包括：現在四大皆空、五大皆空問題嚴重，只有漲保費是不行，台灣老年人口成長但資源卻沒有考慮到這倍數成長，要能讓付費者代表真正了解問題之所在，適度溝通開放、但絕對不容許浪費。
- (二) 藥物資源花費很多，付費者代表應公開透明，由付費者了解是否存在浪費，參與者要有代表性，來了解真正的需求。健保應該是全方位的，醫療單位應該要讓他們參與，讓產業、專業讓他們有機會可以表達。
- (三) 在醫事團體只有九位代表，九位代表讓很多團體無法參與，由過去費協會可以看到，代表為自己團體說話都不夠，許多醫療專業團體要讓他們有空間表達，也讓他們去承受與擔當。

十四、中華民國藥師公會全國聯合會 李蜀平理事長：

- (一) 健保是被世界歌頌的制度，但到現在台灣健保有三個第一：洗腎人數第一、台灣生病沒藥可用第一、人球醫院世界第一，全國藥師四萬多人，醫師五萬多人，總額裡面五千多億，藥費佔有 1,400 億，接連七次藥價調降，讓優秀的廠商無法生存。台灣的藥費只有美國的 20%-30%，像台灣這麼小的國家，用藥卻是全世界最嚴苛的，但給付都非常不公平。希望健保會可以保護弱勢團體，提升台灣用藥安全。

十五、中華民國老人福利推動聯盟 吳玉琴秘書長：

- (一) 過去被保險人的代表忽略社福團體代表，未來健保會能夠增加社福團體代表，讓

廣大的社福團體聲音能被聽見。被保險代表委員不得為雇主，但民間組織的理事長就是老闆，不領取薪水，是否理事長就不得為被保險代表之委員，制度上過於弔詭。

- (二) 衛生署不宜直接遴選委員，遴選方式應公開徵選。
- (三) 健保並未因應台灣高齡化的需求，目前老人占 11% 占健保費用 33-34%，未來 2025 年會有 20% 老人，未來健保體制應該因應老化而調整，過去一個老人要看很多科，近幾年才開始有整合性門診的出現，腳步必須加快，才更得上的老化速度滿足老人需求。
- (四) 健保草案第七條，保密及不實轉述是認定有疑慮，這是違反健保母法的條款公開徵詢公民意見，因健保會開會前需公開討論，何來保密及不實轉述之問題。草案第十二條的第二項，未決議事項未決議不得公開，母法中也有規定資訊公開，未決議事項就寫未決議即可。

十六、 中華民國護理師護士公會全國聯合會 盧美秀理事長：

- (一) 委員必須要有時間出席會議，不能常找代理人出席。
- (二) 委員應有能力勝任，並能理性進行協商與審議，對不適任者應有退場機制。
- (三) 對醫療資源分配，應能堅守社會公平正義，並堅守利益迴避原則。
- (四) 每一屆在開議前應舉辦健保會運作開研討會，建立運作之共識，包括：對提案與發言的規範。
- (五) 建立健保會人才資料庫，廣徵各界人才作為委員遴選之參考。

十七、 社會心理復健協會 滕西華秘書長：

- (一) 健保會的位階決定了健保會的功能，就像費協會也無法決定五千三百億的總額，其中公式決定了絕大部分的總額預算，社會福利團體代表在費協會中相當辛苦。醫事團體相當擔心出席代表的問題，認為付費者除了漲價都好談，但醫事團體除了漲價外一切都不好談，所以兩邊會有立場的差異，現行草案擴大參與的精神並未呈現。
- (二) 這裡面的付費者代表都是由健保會推薦，並沒有真正擴大參與，所有的決策都沒有約束力，所有的決議衛生署都可以全部推翻。除健保會外，其他委員會或諮詢會議之委員應從外界遴選，而非由健保會這 17 個付費者代表中選出(談及醫療服務給付項目及支付標準、藥物服務給付項目及支付標準等子法之草案條文)
- (三) 因全民健保需要相當的門檻，需要全盤性的瞭解架構、了解協商的角色和功能，尚未熟悉之下委員二年換三分之一太短，建議健保會兩屆更新一次。
- (四) 委員發言上面和委員的建置比立法委員還要嚴格，會議實錄都已經公開了，消極條款部分的規定是可以考慮的，但政府包容度要更大。

十八、 台灣女人連線 黃淑英理事長：

- (一) 被保險人代表不得少於 1/2，比以前增加很多，在修法的時候已經考慮到被保險人的弱勢。
- (二) 醫事團體注重的醫療費用，而被保險人不是全部都不理性的，健保合理的漲價是應當的。
- (三) 資訊公開的部分第七條、第十一條、第十四條對委員做了很多限制，健保會裡面

是沒有什麼秘密不可告人的，委員在外面接受訪問時，只要不做人身攻擊，適當的發言是必要的。

十九、楊玉欣立法委員：

- (一) 健保是台灣之光，本人長年在協助弱勢病友團體發聲，這次健保的會組成應考量到弱勢病友團體的聲音如何能夠進入健保之內。

二十、林世嘉立法委員：

- (一) 資訊接露和代表性的周延問題做很多的討論，更重要是醫療體系品質，能否藉由這些代表的參與，可以獲得改善。
- (二) 而台灣的藥價費用是全世界最低，以藥養醫的方式是一個很奇怪方式，醫事人員品質不斷下降。我們必須承認醫學是非常專業的事情，仍需要雙方面許多的溝通，但希望未來能夠回歸到醫療體系的前提，以病人權益優先作為優先考量的一點。

二十一、衛生署 賴進祥副署長：

- (一) 委員分配問題，在健保母法上限 33 人，付費者代表佔 1/2，被保險人佔 1/3，要增加委員人數上是有困難。但是在被保險人方面可對外開放 3 個名額，社福團體等相關弱勢團體可列入考慮。
- (二) 健保會各類委員分開遴選，在執行上有困難度。而委員規範方面，開會發言激烈，不亞於立法院質詢，因此在行為上適當的規範，訓示性的規定是必要的，並考慮將情節重大者以不續聘處置。
- (三) 將會考慮連任限制問題，以及出席率列為以後聘用參考，健保會主委人選由衛生署副署長任指定人，由社會上專業學者擔任，運作上會更好。

二十二、衛生署全民健康保險小組 曲同光參事：

- (一) 對等協商、架構、人數無法一樣，協商人數一樣，以表決記名方式等等的提議將會慎重考慮，前提是要有適當遊戲規則。
- (二) 在對外發言方面，由主任委員指定對外發言者，並由委員自行建立議事規範。

二十三、全民健康保險醫療費用協定委員會 江東亮主任委員：

協商不在人數對不對等，協商不能空口說白話，新法條要有資料支持機制在裡面運作，否則一切則淪為空談。

會議結語：(蘇清泉委員)

- (一) 全民健保與醫療仍是一個高度專業領域，民間團體介入監督雖有好處，但如何提升參與健保會代表的專業對話品質，是我們要共同努力的。
- (二) 「健保會」席次分配應達到二代健保修法所謂「對等協商」，才能健全「收支連動」的體制，否則未來恐將出現要吃牛肉麵卻付只願付陽春麵錢的窘境，健保財務隱憂更大。
- (三) 衛生福利部即將成立，建議付費者代表應擴大邀請社會福利團體加入。

出席貴賓：

機構名稱	姓名	職稱
立法院	蘇清泉	立法委員
立法院	林世嘉	立法委員
立法院	楊玉欣	立法委員
立法院鄭汝芬委員辦公室	陳治棋	助理
吳育仁委員辦公室	游穎	助理
林世嘉委員辦公室	劉濬滋	助理
楊玉欣委員辦公室	蘇俊維	助理
徐少萍委員辦公室	林士強	助理
中央健康保險局	李丞華	副局長
中央健康保險局	蔡淑鈴	醫務管理組組長
中央健康保險局	林美杏	企劃組科長
全民健康保險監理委員會	柯桂女	副主任委員
全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜	執行秘書
全民健康保險醫療費用協定委員會	江東亮	主任委員
行政院衛生署	賴進祥	副署長
行政院衛生署全民健康保險小組	曲同光	參事
中華民國老人福利推動聯盟	吳玉琴	秘書長
中華民國老人福利推動聯盟	卓凱羚	社工員
中華民國家庭照顧者關懷總會	簡璽如	秘書長
中華民國家庭照顧者關懷總會	王冠瑾	研究員
台灣女人連線	黃淑英	理事長
台灣少年權益與福利促進聯盟	楊青芬	研發員
社團法人中華民國殘障聯盟	林恩淇	專員
財團法人台灣醫療改革基金會	張銘芳	研究發展組研究員
財團法人台灣醫療改革基金會	朱顯光	研究發展組組長
財團法人台灣醫療改革基金會	魏滿佐	研究發展組實習研究員
財團法人厚生基金會	呂婉玉	執行秘書
中華民國自閉症總會	賴俐君	社工員
中華民國乳癌病友協會	林葳婕	秘書長
中華民國乳癌病友協會	盧怡秀	執行秘書
社團法人中華民國血友病協會	丹盈方	專任秘書
社團法人中華民國腹膜透析腎友協會	游建勳	理事長
社團法人台灣海洋性貧血協會	吳璧妃	常務理事

機構名稱	姓名	職稱
社團法人台灣海洋性貧血協會	周芳睿	病友
中化裕民健康事業(股)	陳誼芬	公共事務處處長
中華民國中醫師公會全國聯合會	彭堅陶	秘書長
中華民國中醫師公會全國聯合會	賴宛而	
中華民國西藥代理商同業公會	林榮宏	主委
中華民國西藥代理商同業公會	林世昌	副主委
中華民國西藥代理商同業公會	鄭文同	常務
中華民國社會工作師公會全國聯合會	熊蕙筠	理事
中華民國區域醫院協會	陳俞文	專員
中華民國區域醫院協會	楊智涵	專員
中華民國臨床心理師公會全國聯合會	林淑梨	理事長
中華民國職能治療師公會全國聯合會	黃上育	健保委員
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	沈達亮	秘書長
中華民國醫事檢驗所協會	方式釧	理事長
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	王榮濱	理事
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	賴來和	秘書長
中華民國醫師公會全國聯合會	蔡明忠	理事
中華民國醫師公會全國聯合會	張孟源	副秘書長
中華民國醫師公會全國聯合會	程嘉蓮	會務人員
中華民國醫師公會全國聯合會	黃幼薰	組長
中華民國藥師公會全國聯合會	李蜀平	理事長
中華民國藥師公會全國聯合會	賴振榕	常務理事
中華民國藥師公會全國聯合會	林振順	常務理事
中華民國藥師公會全國聯合會	蔡秋鳳	專員
中華民國藥師公會全國聯合會	林家瑜	專員
中華民國藥師公會全國聯合會	曾中龍	秘書長
中華民國護理師護士公會全國聯合會	盧美秀	理事長
中華民國護理師護士公會全國聯合會	呂月榮	秘書長
台灣社會心理復健協會	滕西華	秘書長
台灣社區醫院協會	王秀貞	副秘書長
台灣腎臟護理學會	何慈雯	秘書長
台灣醫院協會	林佩菽	秘書長
台灣醫院協會	潘延健	長庚紀念醫院組長
台灣醫療品質促進聯盟	連瑞猛	理事長

機構名稱	姓名	職稱
台灣護理產業工會	呂雅雯	理事
台灣護理產業工會	高子凱	理事
台灣護理產業工會	羅映儒	秘書
阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	張淳茜	主任
阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	何瑛	主任
社團法人中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	龍芳	常務理事
員榮醫院	尹文國	副院長
財團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會	謝偉明	總額首席副執行長
財團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會	邵格蘊	組長
童綜合醫療社團法人童綜合醫院	童瑞龍	副董事長
聯新國際醫療聯盟	張煥禎	總執行長
醫療勞動正義與病人安全促進聯盟	林秉鴻	醫師
台灣聽力語言學會	葉文音	理事長
台灣醒報	蔡靜雯	記者
雲林醫師公會	吳欣萍	常務理事