

「保險對象自付差額類別之特殊材料 8 大類核定費用」

溝通討論會會議記錄(含與會者發言實錄)

時間：109 年 6 月 13 日(星期六)下午 3 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：陳時中部長

朱益宏理事長	胡芳蓉理事長	黃維仁常務理事
吳孟憲醫師	胡峰賓律師	陳韋翰
吳國治醫師	孫瑞昇醫師	楊榮森主任
吳榮達律師	翁文能理事長	劉瑞玲理事長
沈政男醫師	張詔程理事	滕西華理事長
劉文勝醫師(代林秉鴻副秘書長)	張德明院長	潘志勤醫師
簡立建醫師(代林秉鴻副秘書長)	陳石池院長	蔡建松院長
林啟禎教授(請假)	陳坤堡主任	施宇隆醫師
林靜儀醫師	陳威明副院長	蕭長生副理事長
邱泰源理事長(請假)	陳振文院長	儲寧璋理事長
侯明鋒院長(請假)	程文俊院長	謝宜璋醫師
侯勝茂院長	童敏哲院長	蘇一峰醫師
施景中醫師	黃致翰理事長	葉勇信秘書長
洪子仁副院長	黃瑞仁理事長	游治節副秘書長

衛生福利部

薛瑞元常務次長、楊慧芬參事

衛生福利部社會保險司

梁淑政組長、黃泰平簡任視察

衛生福利部中央健康保險署

李伯璋署長、蔡淑鈴副署長、張禹斌參議、詹建富簡任秘書、戴雪詠組長、張鈺旋組長、黃兆杰副組長、陳真慧副組長、黃育文專門委員、黃珮珊專門委員、張淑雅科長

一、主席致詞：略。

二、溝通事項：保險對象自付差額類別之特殊材料 8 大類核定費用溝通討論

三、會議共識：原訂 109 年 8 月 1 日實施之 8 類自付差額特材上限暫緩，先完成下列 3 事項，但不宜拖過久，於 2 個月再召開會議討論。

（一）優先處理極端不合理價格的特材，並參考國際價格評估其合理性。

（二）請健保署就現行 8 類自付差額特材之功能分類，再邀集相關醫學會討論，進行更細緻化或次分類等。

（三）強化醫材資訊透明公開，以淺顯易懂文字協助民眾了解醫材功能，以利選擇，建立資訊公開平台，改善資訊落差，提升醫病溝通。

四、散會：下午 5 時

保險對象自付差額類別之特殊材料 8 大類核定費用溝通討論會

與會者發言實錄

前言

陳時中部長

我們就直接開始，今天是星期六就不耽誤大家寶貴時間，健保署有一個新的政策方向，在經過相關程序、公告之後是引發各界社會的困擾、討論，我相信更多關心人這個問題，必然大家要更進一步的溝通，了解真正的計畫是怎樣，是有些地方沒有溝通完全的，或者我們在會議裏面討論不夠詳細的，好，請大家提出來，大家集思廣益，能夠做出一個雙贏或三贏的政策，以上就先跟大家做這樣的報告。

戴雪詠組長

今天非常謝謝大家來參加今天的溝通討論會，想請示一下部長，我們需要做一個 powerpoint 補充說明嗎？還是直接開放大家討論？

陳時中部長

先看大家的意見，大家應該是很清楚了，還是有些不清楚的地方，需要我們這邊先做一點簡報，有需要的就舉一個手，如果沒有，我們就接受大家都差不多知道今天溝通討論的想法。沒關係，那我們來看看要怎麼樣來開始，我想對個別先徵求個別的發言，如果要講的就直接舉手，我們就來，請。

黃致翰理事長

各位，嗯，部長，各位先進大家好，我這邊代表台北市醫師職業工會，工人的工，我是理事長黃致翰發言。首先就是部長在媒體上有說，就是他特別看過，您特別看過這次健保公告的八類天花板價格，他舉例說，大部分的價格落在 5 萬到 10 萬，上限會訂到可能收 5 萬的範圍，也舉出例子說，如果他們等等都落在 5 萬到 10 萬，收 20 萬不合理，所以的確我們部分同意這樣的論述，只

是我們根據衛福部，嗯，健保署所公佈的網路資料發現，我們用心臟支架當作例子，這個天花板是訂在 5 萬 3 千 1 百零 1 元。那統計了一下喔，這個單位就用一個品項在一家單位，在一家醫院為單位的話，總共有 997 個品項醫院，他是大於這個天花板的，好，那其中就有 137 個品項醫院，是小於這個天花板。也就是說，這個政策會影響到 88% 的這個以心臟冠狀動脈塗藥支架為例，所以會影響到 88% 的冠狀動脈塗藥支架。所以我想這部分可能有，部長會有些誤解，還不了解為什麼說我們對這個政策會有一些質疑這樣子喔。

那再來第二點就是說，之所以我們醫界，跟甚至許多民眾，對於這個健保署這次的自付差額的天花板，這個看似百益而無一害的政策反彈，最大的原因就是許多在場前輩應該也會提到，擔心會不會這個天花板一設下去，很多雖然價格超過天花板，但其實 CP 值很高的這個醫材，因此退出台灣市場。好，或者未來本來想要進入台灣市場，因為這個政策就不想進來，或者，好幾年才進來，造成民眾權益的一個受損。這個當然，我必須承認，這個不是一定會發生，那問題在於政府讓醫界及民眾完全沒有信心這個事情不會發生。那為什麼沒有信心，就是以前我們說這個健保藥價的控制，那慢慢的會發現，有些藥沒有人使用。那其實，根據這個國外研究，加拿大在一九九八年的確有執行一個政策，這個第一個上市的學名藥，它的價格必須是專利藥的七成以下，那第二個上市學名藥是第一個學名藥七成以下。

第二，就是研究又發現，加拿大因為這個政策就藥廠比較不想進入加拿大的市場，也比較容易退出加拿大的市場。那當然我本身身為一個這個研究醫療經濟學的公共衛生的博士，我也絕對不認為說，藥廠，或者，藥物或者醫材價格不該受到管制，只是政府身為管制的一方，就必須要兼顧這個提供證據的一個責任。給醫界還有民眾信心，就是說，這個醫材自付差額天花板的政策不會讓某些醫材退出台灣市場，或者將來新研發的醫材，不會因為這個政策進入不了台灣，或者說就算，真的醫材退出台灣市場，政府也必須要證明這些醫材，真的就是 CP 值太差，把台灣人當潘仔，我們才會信服這樣一個政策，謝謝。

陳時中部長

非常謝謝！今天一開始剛開始的時候，想要把我們基本的立場先稍微講一下，有看到幾個問題，也就是大家對於未來的疑慮，我必須承認說，對於未來市場的變化，應該要有更精密的考量，就是說，這次針對是 108 年底以前已經有的，這當然有一個考慮，但是對於 109 年之後的，未來差額怎麼樣定價，進到市場怎麼定價，我相信這個需要很廣泛的討論，這是會影響到整個市場的變化。那至於我們現在討論的，應該相對比較單純一點，也就是因為現在的 8 大類 300 多項，可以就這個已經存在於市場，目前也已經有做的，對現在市場或現在醫病雙方的權益，怎麼樣影響最小。我想這兩塊應該把它拆開來談，要不然就很難，因為如果要談到將來的訂價，未來這一部分，我相信就這樣子來討論，恐怕就有點困難。

我們既然是針對在 108 年底以前，就現有市場的這種，至於你剛剛提到，我想我就一個一個來回答。你想表達的是因為大家的疑慮很多嗎？希望能夠回答完，就疑慮能夠慢慢地散。第一個，第二個就是說 88.9%，就是往下降價，結論造成這麼大的影響，也不太好。我大概看這件事情當然有兩個，那到底政府在這件事上面，目標是什麼？我們到底想要做什麼事情，那大概可以分作兩種嘛！

一種是我們想要全面把醫材的利潤砍光，這是一種可能性，那第二種可能性就是說，我們現在把這些東西在各方面的權益，讓他稍微的秩序化。所以，在這裡面，就必須承認就是說，如果會造成 88% 以下的都低於那個價格的話，我覺得恐怕不宜啦。我們的目標並不是要這一次做全面的砍價，或重新把它完全的照成本來做，沒有，我們的目的不是這樣，有些大家覺得奇怪的，或有些病人在選擇的時候容易被誤導的，希望能把這些事情做好。我剛剛講過既有已經有的，跟未來應該是兩件事情，因為一個還沒有進入市場，大家擔憂未來怎樣，新的東西沒辦法進來，或者現在的 grouping 裡面會受到價格限制，這我們必須要先澄清說，以後的事歸一碼，我們先針對現在已經有來做。第二個，我不想

要對於市場影響太大，但對於有稍微偏離正軌的，我們就要把它導引回來，我們也希望擴大讓民眾知的權利，能夠得到真正的滿足，讓他有選擇的能力，意思說，知的權利得到滿足，選擇的權利。講是容易啦，但怎麼樣去表達，怎麼樣去製造，到時要需要大家一起努力，所以未來我們需要更多的討論，我這個題目先回答到這裡。那下一位。

張詔程理事

部長，各位先進前輩好，我也是台北市醫師職業工會，我是理事張詔程，那我覺得我想先回應部長剛講，知的權利那部分，我覺得在這次的就是整個我們的規範中。我覺得我們大家都有共識說，我們是想要保護民眾，讓民眾可以在更完整的資訊下做他的醫療決策，那我覺得這個立意是很良善的。但是我覺得我們現在討論是說，這個這次手段的部分，我覺得硬是訂一個價格，天花板本身是一個相當具有強制性的手段，那我覺得我們有沒有必要在這次就做到這麼強制性的手段。

比方說，我覺得目前衛福部健保署做了很多努力。比方說，在底下的網路上其實可以查到很多項目和一些詳細的價格，但是我想大家也都很清楚，一般的民眾可能並沒有這麼好的網路搜尋的能力，所以，他們並沒有覺得自己被充分告知到，或許我們先要解決資訊上的落差，但在解決這份資訊上的落差的時候，我們有沒有一些比較那麼，比較溫和，比較沒有這麼強制性訂價格天花板，然後讓大家會感覺都會產生其他副作用的做法，然後我覺得這是我們可以一起思考的。

然後另外第二點我想講的是，就是這幾天的時候，就是政大經濟連賢明教授有在他的臉書上有分享一篇，就是他在討論說，我們這次的政策主要是想要保護的是經濟上的弱勢，因為我覺得我們剛剛討論很多技術性的問題，但是我覺得我們要面對意識形態上的問題是，意識型態最基本就有分左跟右。當然如果我們要站在最弱勢的立場，是不是越左越好？但是有些時候左與右之間是不是要取得均衡，而連教授他做出一個實證性的研究，他以心臟支架為例，他以

勞保，勞保投保的本意來說，他想證明出一點說，在心臟支架上面的話，似乎在訂單比較高的自費品項的那些人，並不是所謂經濟上的弱勢，因為他們勞保投保金額是比較高的。那我覺得這樣就會給我們一部分的想像是說，我們想要保護經濟上的弱勢，那在這一波這樣的話，架設一個價格天花板上去的話，其實妳保護到的人並不是經濟上的弱勢。那我就覺得，這個目的跟手段上面是不是在比例上就有一些落差。

然後最後我想要討論的一點就是，我覺得這次包括我們工會是代表工會的會員，然後在這有看到很多學會很多醫院的長官，大家都代表就是背後很多就是學會的後輩拉，還有醫院的很多，很多其他科的主任什麼之類的，我覺得就是大家的壓力都大，包括我相信大家都知道，然後包括我相信在座的官員壓力應該也都很大，而我本身是從事精神科、我們精神科的專門，就是在處理大家的情緒。我覺得，我們都承認說，這次的議題，因為大家的情緒非常的強，之間討論的空間就變得很小，大家壓力都很大，那我覺得大家情緒會那麼強的原因，原因在於說，這次的過程。我也很想要知道這個決策的過程，因為在這兩天的時候，看到眼科醫學會、心臟科醫學會都有發出聲明說，其實他們看到這個政策，他們是錯愕的。

代表說，像是這次影響到人工水晶體，還有心臟導管、支架，他們本身，他們會覺得學會並沒有完全的知情，那我就會很好奇說。我覺得並不是說，要捉一個人出來負責，但整個過程到底是出了什麼問題，會發生這麼多大家怎麼都不知道，那我覺得這一定不是說是觀點的問題。或是完全醫界的問題。一定就是說，我們大家在運作的過程中，產生了某種的阻礙，導致對話沒有互相傳達到，而因為沒有互相傳達到的關係，大家又熊熊接到一個這麼錯愕的消息，那情緒的張力就會很大。像我覺得我們在武漢肺炎的時候，我們以每天一記者會的方式，讓大家因為資訊落差很小，我覺得大家的情緒都被安撫的很好，當然，這不能類比成武漢肺炎，但是我覺得公開化、透明化、民主化，永遠都是

讓大家情緒比較緩和，有理性討論事情的方法，那我覺得像這次的話會想知道這個決策過程到底是怎麼樣的過程，那我們之中可以怎樣的改進，謝謝部長。

陳時中部長

非常謝謝！剛才講的幾個問題都是可以解決的。第一個，會議上有些人在覺得不知道這樣的情況，或是這樣決策的過程到底怎麼來，不過確實我們在行政程序上面，都有去完備，但是就是說，是不是形式上的完備，就沒有代表實質的完備，這我們可以進一步來做討論。或者就是說，這樣子訊息的討論每次會議的紀錄是不是能夠更廣泛的披露，讓大家更多的討論，意見可以進來，免得到時候，有些人覺得不知道，或有一些好的意見，因為這樣子而沒有進來。所以我剛開始有說，今天之所以來，在這樣的程序裡面，我們也擔心是不是有掛一漏萬，或是有一些好的意見沒有進來，所以第一個我們當然要來，未來我們可以這樣共擬的情況，怎麼樣達到程序，程序上的正義當然是要有，但是實質的落實資訊公開，這我們要來做。

然後第二個，講的也很有一個道理，也是今天大家都在想的，就是說在資訊公開，我相信大家都知道這絕對是對的路，可是好像做下去的時候，覺得這個路好像又沒有辦法很快的來落實，沒有辦法達到想要的一個目的，所以又用另外的手段，只要能夠達成這樣一個目的。那用另外的手段是不是真的能夠達成這個目的，我相信是張理事在討論的一個空間，就是說，用這個東西想要取代用另一個東西，到底取代會不會成功？還是我們應該繼續在資訊公開部份，讓它更 friendly，更多的訊息，花更長的時間，把透明度做好，這樣才會真正的保障到醫療品質，跟病人的選擇權，就醫的權益。到底是哪一個才做得到？我覺得這是可以討論的。其實我也有在想，我們在資訊公開這部分，這個介面可能我們專家覺得很好用，可是一般的民眾會覺得很不 friendly，他們因此沒有辦法得到比較好的訊息，進而覺得他自己的選擇不好，或者選擇到錯的，或是他沒有參與到，我覺得這是一個非常重要的題目，而且應該要更多的討論才對。

而保障弱勢部分，等於在福利上面相對的事情，應該要另外的手段來做，而不在於這個。這個手段希望是能夠讓大家落實，就是物超所值也好，就是的價格跟功能、好處，這個是平衡的。而比較經濟弱勢需要用比較好或這些怎麼樣的情況，應該在福利上面來做討論，來補足這一塊，我想就這樣先回答這些。好，來，黃理事長。

黃瑞仁理事長

我是中華民國心臟學會理事長黃瑞仁醫師，服務於臺大醫院，這一次的八項裡面，有四項是屬於心臟內科、一項為心臟外科的醫材，所以會員的反應，非常非常的劇烈。第一個反應就是過去的一年半裡面，健保署有邀請心臟學會的專家會員開會討論的議題都是功能分類以及費用核定，從來沒有一次的討論就是講說，是要訂定差額自費的一個上限，從來沒有這樣的一個議題。心臟科學會的專家們參加過很多次的會議，都是塗藥支架，或者是節律器屬於哪一功能分類的，然後合理的價格或者是全世界的中位價等等核定的費用，都是這樣的一個議題，我想部長可以看相關的會議紀錄，所以現在新聞媒體一出來，說是要訂定差額自費上限，所有的會員全部都錯愕，因為覺得說，好像過去一年半所有的努力，這個程序的正義並沒有完備，這是第一部份。

那第二個，我們認為，心臟科的部分全部都是跟生命攸關，所以訂定差額自費上限，應該就把資訊透明就可以。所以今天帶來學會會員的意見，包括台灣介入性心臟血管醫學會，還有臺灣心律學會，所有的代表，大部分的聲音就是百分之九十九是取消訂定差額自費上限，然後採取資訊透明的方式，所以現在如果要聆聽所有的專科醫師會員的聲音，所有的會員大家統一的意見大約百分之九十九建議取消「差額自費上限」，幾乎不到百分之一，贊成訂定差額自費上限，所以這個政策，幾乎所有學會會員認為不可實施。在這裡給部長做為參考，謝謝！

陳時中部長

第二個是我們今天要去討論的題目，前面這個，這個程序正義上面，你們這邊稍微說明一下，好。

黃育文專門委員

謝謝黃理事長的反映，這幾次會議因為專業非常的多，所以我們在開會的時候，就其不同專業使用的器材，找不同的專業討論。在徵詢不同的專業時，我們都採行文的方式，再行文的時候我們在議題上說明都是有說清楚，也許是來開會討論的會員…，在討論的時候，我們都是先訂功能，然後訂費用，再依照程序提到專家，才會提到共擬，所以這些程序上面，我們也是有跟來開會的會員代表們說清楚。開會的時候，我們是有遇到一些狀況，有一些來開會的會員，他們並不曉得學會已經有回文給我們，表示沒有意見或有意見，或者是意見是什麼，所以我們都會在會上再把他說清楚，這方面如果沒有溝通得很詳細，未來我們會再改善，謝謝。

吳國治醫師

本人是醫師公會全聯會的常務理事，也是全聯會在特材共擬會議的代表。這一年多來，我全程有參與，首先肯定特材組這邊的努力；不過，剛剛部長有提到，以後新進來的特材，跟目前既有分類的特材要切割處理。其實，我覺得應該要合併討論，因為這是一個『政策』問題，在法令上，部裡或署裡『得』處理這一塊，這個『得』就是一個決策的問題；署裡已經決定要做了，後來參與的所有特材會議與專家會議，通通就是在討論怎麼樣去分類、怎麼樣去定價。至於政策的決定，我們是沒有置喙的餘地，這是首先要澄清的。

在參與的過程，有幾點要跟大家做說明：第一點，我參與幾場專家會議，在會議中專家也有提醒署裡，如果依目前的功能分類，以後進來的人工水晶體可能都是印度廠，而不用美國廠。第二點，我們用傳統片子，需要備的器材、技術、人員訓練的成本比較低，當用高階的人工水晶體時，投入心力是不同的；在特材裡面，還有一類叫做『義肢』，這次沒有列入定天花板價，署的理由是

義肢接下去有診療、診察、訓練…等的成本，這是署拿來做不核定的理由，這些所謂的補差額特材，基本上技術層面的因素都是存在的，既然義肢有這些層面的因素，此次討論的特材也一樣會有。

署裡有考慮到這方面的因素，在專家會議也有提醒，所以今天應該是大家集思廣益，來討論這個政策怎麼造成三贏，讓民眾能得到好的醫療服務，醫界能存活下去，健保也能夠永續經營。我認為目前自費醫材比價網是個很好的工具，事實上目前只有兩類有完備的自費醫材比價，其他的還沒納進去。另外，我非常認同部長剛剛提到的秩序化，維護人民知的權利、減少資訊的落差、以及如何去落實，台灣是單一保險人制、全民納保，如果民眾不用健保的身分去看診，他需要注意什麼，醫療院所應該做到什麼行政程序，政府應該要提醒醫療院所，賦予院所一定要做到什麼；如果民眾是用健保身份看診，其中檢查、治療、藥品、手術…等有涉及健保不給付之項目，他需要注意什麼，醫療院所應該盡到什麼義務，政府要羅列出來，讓院所、民眾有所依循，民眾看了如果覺得不妥，也會有所反應，我覺得這很重要。更高位階的考量要釐清我們健保制度的屬性…。

陳時中部長

不好意思，因為時間到了，那第二輪再講好不好，這樣比較好一點，那照這樣。

葉勇信秘書長

部長及各位先進大家好，我是中華民國心律醫學會秘書長葉勇信也是來自於林口長庚醫院，那在這裡首先要謝謝部長在這裡澄清就是未來要引進醫療醫材的價格，並不是在這次定價的範圍，我想這件事情，應該也澄清在這多媒體多公眾民眾的一些疑慮，就是怕以後有比較先進的，有好處的器材，會不會就因此而不進來，那顯然就沒有這件事情，那未來的事情未來再說，對於現有的項目用心律學會的立場來講，就是主要的就是特殊品項的人工心律調節器，那

這個東西的確就之前就有提到說有先行文學會，在三月二十六號再邀請專家來做一次確認，那如同剛剛前述所講的就是說兩個前後不一致，甚至在會議紀錄上怪那個與會的專家說事先沒有講好，但是我覺得不是這樣，因為來那個學會那份文，其實他本身是不夠清楚的，那後來三月二十六日真正參與討論的專家，他是代表學會的，當專家當場所講的意見就是真實的意見，那就我們心律學會的意見，就是當時反對說，這樣就要訂一個單一的自付差額，可是，當時開會的那個官員覺得就是不是這個樣子，就說你們當初已經給我們意見，那我們後來也是說為了配合健保署立場，專家建議訂了三個自費價格再討論看看，可是這個也沒有完全列入會議紀錄，就變成說你們有問過專家的意見，可是專家的意見並沒有被採納，而且好像我們就同意了這樣，那我覺得就是說溝通的事情就是需要注意的，那我在這裡要呼應一下心律學會理事長的說法就是，自費上限目的是要看看民眾的荷包，那我們覺得說價格透明化這件事情以及讓民眾充份的了解的話，就可以大部分解決這個事情，那關於訂上限這件事情的話，就是必須再那個審慎的研議，以上。

陳時中部長

謝謝！我想大家再這樣的發言幾次，大家都覺得在那個會議都蠻在意，就是說在…我們這邊常常會覺得說行政上會議開了，人都簽名了就定案，來開會的人覺得說這事來討論一下，以後要決定什麼再跟大家說，醫界這邊大家都比較生疏，都想說我都已經說過了，就已經說了，應該知道怎樣處理，我覺得會有這樣一個落差。那將來怎麼樣在會議裏面能夠更清楚的，因為當然我們行政單位，對會議的程序，你要是要講我相信一定都已經完備，但是問題是來參加會議的人，沒有像我們常常在開會，你們要是這樣說，要強加民意也好或者說民意沒有充分表達，大家打個緩衝，以後我們開會稍微注意一下，可能以後請主席再注意一下在決議時要說「今天會議就要定下來了，意見要跟大家說，否則..」，常常不常參與會議人可能會有這樣的落差，想說我是專家，專家今天來是我意見講了，常常行政單位覺得你是專家，不說不是，我想這樣是會有一

點落差，可能以後再稍微注意一下，對於以前有發生事情我們知道，大家都澄清了，來的專家有表達相關的一些意見，那我們這邊行政單位綜合考慮做了一個判斷，想說公告出來，大家覺得很錯愕，這個我們已經知道了，以後知道什麼情況，將落差減到最低，我們會來改進。

簡立建醫師

首先感謝部長，在這幾天幫我們打這個仗，我們的醫界拿到很好的 expectation，感謝部長一百多天帶著我們打仗，我是急診，我是急診外科，我剛被問人家以為我們急診領了多少錢，我幹了 3 個月，3 個多月，上了 30 天外面的班，急診那種那種篩選班，領 1 萬塊而已，所以這次的差額賺不到，其實我們醫師領了少少錢都不在意，護理師比較辛苦，我就說這種事情弄成這樣，每天醫生大家半夜 Po 臉書打 LINE，打得大家都不睡覺，何必咧，何必咧，真的阿，真的阿，我算是比較偷懶，因為我是運動出身的，為的是甚麼，照顧弱勢，不是只有今天這一件，照顧弱勢，健保署去 group by 用便宜醫材，比較好的醫材給健保給付的人，對不對，所以你這樣砍自費的上限，沒有照顧到最窮的人，我們本身是病人也是家屬，也是醫生，這沒有袒護誰，我很公正的來說，我們外傷也沒有用到自費什麼東西，但是你突然這樣做，會讓人家跳起來，對呀，每一次都這樣，這是第一點，沒有急迫性，是否可以跟部長說可不可以緩一緩，8 月 1 號不要再用了啦。

拜託部長，第二我覺得這件事情充分暴露，署理面對媒體的操弄非常非常不恰當，我外傷協會開一個會說官署是半桶官署，我馬上跟記者說，你怎麼這樣說，就是媒體還在操弄說，醫界把民眾弄成冤大頭，我吞不下去，我以後怎麼跟病人講自費的事情，沒有人去給他修正嗎，沒有，還有人追加說什麼眼科資料拿眼科資料修理我們醫界，這資料還不一定是對的，我們醫界怎麼可以拿這種資料修理自己人呢，這非常非常可惡，我講得比較粗魯，拍謝，所以大家諒解一下，所以剛講了，這個北市醫師公會，前輩在這裡，這開會都沒有充分溝通阿，不只是這個像是 DRG 四年前被擺過一次，因為 DRG 在美國，我在美國

讀公衛的，DRG 本身是為了解決 20%審查的費用，才把那個落到我們的 DRG 裡面。我們還笑說美國 DRG 的費用是我們的 DRG 的十倍以上，但是我們現在台灣在總額之下又實施 DRG，四年前抗議過一次，結果有健保署官員打電話去急診室恐嚇我，他不留名字我怎麼知道他是誰，你不可以這樣子啊？我跟各位報告各位前輩在這裡，我比較年輕我比較沒有用，但在醫界這樣搞，大家都會完蛋，所以這事沒有急迫性，從長計議，部長高抬貴手暫緩實施，大家開好會再來說，不然這樣事沒完沒了的啦(台語)謝謝。

陳時中部長

我想就醫界把病人當冤大頭這件事，我們要去澄清一下，我想醫病關係也是我們大家要互相努力的一件事情。

劉瑞玲理事長

我是劉瑞玲，我剛剛呼應一下，是其實不管是病人，他使用健保或自費品項，其實我們對病人的照顧，都是盡心盡力，最近前幾天，有關自費醫材的報導出來之後，其實就立即引起醫病關係的緊張，那所以呢，會員或多或少受到影響，那覺得很困擾，所以這也是我所關心和擔心的事情。那事實上健保署有已經有一個自費醫材比價網，已經行之多年了，那民眾其實可以有很充裕的時間，可以去比較自費醫材，在各個不同的醫療醫所，他們的價錢差異性，除了價格之外，或許民眾有時候考慮的是。他要選擇他相信的醫院和醫師，所以這個我覺得自費醫材比價網是很重要的，那剛剛部長提供資訊的透明化，只不過有些民眾用這些網路上的這些科技的東西，他在技術上，他比較不熟悉，怎麼樣也許利用 AI，把他用的更便民，這是一種方法，所以在自費上面，事實上是可由民眾自由選擇，因為畢竟我們是一個自由的經濟。

剛剛部長有提到，形式上的完備，開會的形式上的完備不代表實質上的完備，這也是一個引起大家覺得有憂慮的地方，比如說：眼科的自費人工水晶體，其中在共擬會之前的專家會議，我們其實對於三焦點，散光片的部分到底上限

應該要訂在多少，那時候專家本身是沒有共識，因為當時只有只有一家全國當時只有一家醫院，單一廠牌的品項進入，所以當時專家的共識是先緩，不要先訂這個上限，但是後來出來的版本，還是就是這樣的上限，所以會讓很多醫師就是說很多意見沒有被充分的表達，被充分的聽見，我想這也是我必須要行文給健保署來表達代表會員表達立場的原因。那另外也有會員提到說，其實除了因為我們對於這些不合理的價錢可能還是需要有個管控的方式，那有會員提出來說，除了向健保署所提出來的差額上限的方法之外，另外的方法是各醫學會他自己成立一個公開、公正的自費醫材的審議委員會，那他可以含概醫界或其他社會各界的專家，來共同討論審查，最後再決定一個自費合理的上限，這也是一種值得參考的意見做法，這是我的說明。

陳時中部長

好，這非常謝謝。怎麼樣用落實專業自主的方式，來處理這樣的問題，也是一個方向。我想今天沒有開放給記者進來，為的就是讓大家能夠暢所欲言，所有的意見能夠表達出來。我建議就是說，今天不要再做直播，讓每一個人把意見能表達出來。看大家意見怎麼樣。

儲寧璋理事長

我要發言，那不開直播的話，整場錄音？錄音逐字稿，給每一位發言的代表審視他的發言內容之後再公布，我想要提一個臨時動議表決是不是今天的會議開始錄開始錄音然後做逐字稿，然後之後再把逐字稿發給每一個發言的代表做審視是不是有誤，沒有問題的話再公布，以昭公信，不然的話，開會的代表可能回去不能對他的會員對他的團體對他的醫學會交待，那這樣到最後就是一個閉門的會議，到最後這是一個摸頭的會議。

陳時中部長

我想必須跟大家講清楚，就是要以什麼形式來展現這個會議，我沒有特別意見，但是千萬不要講說這是一個摸頭的會議，這是一個溝通的會議。我開會

開這麼久，大家都明白，我從來不做這種事情，大家把意見表達出來，我們開放心胸，有什麼狀況，那去處理，總之希望達到一個進步的情況，絕對不會說為了一個特定的目的，一定要大家怎麼樣，這樣我們就不需要開會了。不過有人提議說要繼續直播，我想就是說，如果有人不贊成的話就講出來，那我們就依剛剛的建議，做成逐字稿。回去會有一個清楚的會議紀錄。

儲寧璋理事長

謝謝部長，我就先把直播關掉。但是希望之後會有逐字稿，然後也可以讓各位發言的委員能夠審視以後，把它公布在網路上，以昭公信。

陳時中部長

那就這樣！

陳威明副院長

部長、各位前輩長官，關掉直播我發言比較沒有壓力。我想一開始還要感謝健保署，這是一個立意良善的政策，我相信這麼多年來，價格混亂，健保署也一定收到很多的投訴，處理上一定很辛苦。這個八大項，裡面有一項，跟骨科的髖關節有關係，人工髖關節手術在台灣一半是因為股骨頭缺血性壞死所致，平均年紀是 49 歲，相當年輕，所以呢，以一般的健保材料，可能不敷使用。也感謝健保署德政，10 幾年前就開始，同意開放補差額的給付，但現在已過了 10 多年我看到了裡面的價格，當時在 10 幾年前用的第 3 代陶瓷，現在已經進步到第 4 代陶瓷，3 代陶瓷有可能會破裂，有可能不小心撞到會破掉，破掉是一個災難，現在大多是用第 4 代陶瓷，有可能明年就有第 5 代。可是現在價錢是 3 代陶和 4 代陶包在一起的，那這個價錢會導致什麼結果？會變成那些倉庫裡面的 3 代陶搬出來給大家用，因為價錢好，那新的好的產品就沒辦法用到。

所以很多的學會跟心臟科、眼科顧慮相同，憂心會不會導致我們的病人用不到好的東西，我們台灣的醫療這麼強，以後會不會導致我們國際上的演講，台灣用的是 3 代陶瓷和 4 代陶瓷，而美國用的是第 6 代陶瓷，這是我們擔心的

事情。優良的廠商會不會跟著出走？這要跟部長報告一下，我們的確比較擔心。我們現在的情況，價錢訂定是根據國際中位數跟公立醫院最低的價錢來當參考。當然每個醫院管理的成本，它的議價能力，它的品質都會有點出入，如果說我們現在價錢訂了一個中位數，那本來有些訂得很低的醫院，就可趁機提高了，反而對病人是一個吃虧，對保險公司也沒有什麼好處。此外，有些醫院，希望訂低一點，吸引多一點病人，所以我覺得這個價錢的訂定，應該透明化、資訊化就可以了，也沒有必要去訂定一個合理的所謂的合理的價格上限，衍生爭議。

此外，現在我們各醫院提報自費的時候一定會送各縣市衛生局，各縣市衛生局都核價通過後，公文下來我們才可以使用，如果各縣市衛生局也有合理的管控、透明化，管控這個資訊，落實這個政策，我們的健保署就沒有那麼大的負擔，另外，健保署也可好好盯著這些價格特別高的醫院，好好的給他關心照顧一下，我想這樣應該就可以了，就不需要把價錢統一，變得一樣。最後還是要幫經濟弱勢請命，現在很多的健保材料，因為價格不好，慢慢退出台灣市場甚至不再生產，我們希望健保署在這一塊，給健保的材料多一點合理的價錢，讓我們經濟弱勢，可以用到不錯的醫材，也可得到好的照顧，謝謝！

陳時中部長

謝謝陳副院長。

施景中醫師

部長說這次的醫材設限是針對現在的問題，未來的新醫材還要再討論的，那我就講現在的已經發生的事情。我們醫生都在講一個笑話，如果要消滅某一個新技術或新醫材的話，就把它納入健保，它就會自動不見了。我是婦產科，我接生很多的胎兒心臟病。其中一部分的病童要裝人工血管 Gore-Tex graft，因為健保把它納入給付之後，價錢壓的太低，所以 Gore-Tex 公司不願再進，導致我們外科醫師無刀可以開。後來是因為有人去跟 Gore-Tex 講，要顧及你們公司形象啊，還有這個病例不多，你們可以從其他使用多的醫材去賺，這 Gore-Tex

人工血管就賠點錢賣吧，所以我們現在我們才又有刀可以開。另外根據蘋果日報做的民調，支持這一次自費醫材設天花板上限的只有 8%，其餘 92%都反對。所以部長一直說要讓民眾受惠，但民眾心理真的不是這樣想的，謝謝！

陳時中部長

謝謝！

朱益宏理事長

首先第一件事，我還是需要肯定健保署，因為我是共擬會的委員，共擬會協商的時候我有全程參與，當然健保署在這個之前做了很多功課，但依照健保法四十五條規定，到底要不要訂上限，這件事並不是在共擬會議決定的，這個我要先澄清，是拿到共擬會討論，然後說我們要訂一個上限、怎麼訂，所以這個我要澄清，因為我覺得那個是一個政策的決定，當然部長這邊會後或許可以再考慮到底要不要訂定自付差額上限，這是第 1 點。第 2 點我也同意就是說，確實在差額市場這邊有一些亂象，如果真正站在民眾的立場，我覺得可能是有一些，當然在政府的立場上可能有一些跟醫界的考量會不太一樣，所以我都予以尊重，再來就要跟部長報告一下，目前這個時事狀況，我覺得有一些小小的問題，或許在後續政策調整的時候，可以去做一些思考。

第一個就是說，這次主要是用功能去分類，但是剛剛我們也有專家提到，像那個陶瓷條那個三代陶瓷人工關節和四代陶瓷人工關節，結果你把它歸成同一類，像眼科也有你說的什麼多焦距什麼二焦、單焦，這種分類到底是不是那麼精準？說不定有少許差異，但是可能在健保署，健保的這個作業過程中，把它分成同一類，實際上因為他有少許的差異，費用就有差別，但是歸到同一類，確實我覺得是有待思考，這次分類上是不是要再分得更細緻一點，這個我第一點建議，建議就是說這次的訂價是用售價的平均值，各醫療機構售價就是說的平均值，然後再加計 20%。第二點建議就是說，這個訂價是用售價的平均值，各醫療機構售價的平均值，然後再加計 20%，那所謂平均值的概念就是有高有低。

陳時中部長

有一部分是用售價，眼科大部分都是用進價的中位數，再加計百分之10幾，大概將近13-15。

朱益宏理事長

這個我更正，但是我只是說在這個過程中間它不管是中位數或是用平均數，就是有高有低，那當你去訂了這個又再加計20%以後，事實上我在共擬會議有提出來，如果說你訂了這個自費的上限，會不會有醫療機構還是買不到，那這一部分到底要怎麼解決，或是說有個廠商它訂給醫療機構的售價，就是剛好在你的自費上限，那醫院它完全沒有管理費用，這樣到底合不合理？

第三個就是，我剛剛提到這個兩個特別容易發生在比較小型的醫院，因為它使用量低，當然它就沒有議價 power，或是一些比較偏遠的地方，廠商為了送貨，光送一個貨就要送很遠，所以它成本就要把你拉得很高，對於這樣子的定價，有沒有相對的配套，對於這些小型的醫院，特別地區醫院或是一些偏遠的區域醫院，或是地區醫院有沒有相對的配套去處理，不然的話，一刀切下去就會變成採購量大的，他有獲利的空間，但是採購就像我們的藥品一樣，會淪為產生所謂的不公平衝突，我相信所謂的藥價差這部份部長非常清楚，這個訂下去以後，會不會產生類似的問題，所以我覺得這個也是細節的配套，可能要去思考。

第三個就是說，其實我們在會議上有特別提到，因為原來如果是走自費差額的話，他的管理是歸衛生局來管，縣市政府也就是衛生局，它是依照醫療法去作管理，但是訂了以後那是依照健保法四十五條來做管理，會不會有一罪兩罰的問題，健保法也管理了，然後給你違約記點，然後衛生局又說怎麼樣又給你另一個處理。所以我覺得這個管轄權，當然這部份並不是衛生局能夠做決定，可能要部長的高度去協調這個縣市衛生局醫療法跟健保法中間的差距。那我想因為時間的關係，第一輪我的發言到這邊，跟部長報告，謝謝。

吳榮達律師

我是消基會秘書長第一次發言，我想大概幾個重點上跟大家做報告，第一點，從剛才大家的一個發言當中，醫界的前面的一個發言當中，我們非常清楚的一個事情，就是確實在特材部分，價格有混亂的情況，我可以我提出一個某廠牌二焦點人工水晶體為例子，和剛才朱委員您的說法是完全不一致的，我舉例給大家聽看看，衛福部桃園醫院它的金額是 94,319，慶明眼科診所 9 萬塊，大愛眼科診所 85,000，國立陽明醫院附設醫院 65,359，陳逸川眼科診所 70,000，耕莘醫院 70,456，所以不是醫院跟診所採購量大與否的問題，所以這個價格上的混亂它是一個非常明確的事實，所以我們確實應該有一個機制來對於價格紛亂的部分，會造成群眾的、民眾的病患的權益受損的部分應該有一個管理的措施，這個是第一點。

那第二點就是醫界朋友也關心的，就是說是不是這樣訂一個上限的價格，廠商會不會出走的問題，這個部份我想大概有兩個部份可以來做一個分析，第一個，我們訂的這一個上限的價格是不是低於國際的價格，如果今天我們訂的上限價格是低於國際價格，那是一定會出走的嘛，因為國際價格比較高然後這個國內的價格比較低，那一定出走的，但事實上，所以我也請部長能夠讓健保署來做一個功課，這個功課就是說是不是把這 8 大類，這些項目的上限價格跟國際的價格，把它公開，讓他做比較一下，看看是國際的價格跟這個台灣上限的價格比較看看，我是覺得這個是第一個思考，那再來呢我們是不是也思考看看，我們從這一個有些是自付的項目，納入健保的全額給付之後，到底有多少的廠商就出走了，我是說特材的部分，藥的部分我不講，因為藥的部分它太特殊了，因為有部分藥砍砍砍以後，真的有廠商出走，有時候真的是影響群眾民眾的利益，那個藥廠的這個出走，那個是我確實也知道有這件事情存在，這個部分也是我非常非常關心的，我絕對不是從這一個角度上就把價砍到只對民眾有利，對病患有利，絕對不是這樣子，當然醫院要有一個它合理的生存空間，

廠商有一個合理的生存空間，這個才是有必要的，這樣也才不會造成廠商的出走，那這是第二個問題。

第三個問題是剛才眼科學會理事長所講的，資訊的透明化、公開化的問題，但這太理想化了，為什麼呢？因為我們醫病關係不對等的，我們的資訊是不對等的，我們去看醫院要不要自費，非常清楚的，大概原則上是聽醫院的啦，我會去訪問很多家，我已經做了檢查，做了檢查已經決定要動手術了，然後說我再去查查價格，查完了以後然後覺得這家太貴了，再跑到別的醫院去跑到別的診所，看到這家比較便宜再重新做一次檢查，再去選擇一個醫師嗎，這個資訊這麼不對等，跟醫病關係的不對等，我是覺得要依賴這個資訊上的透明化來做解決我是覺得只有部分解決，但不是全部解決，那也沒有辦法全部來解決這一個病患的適當選擇權的問題，

那第四點呢，是有關於剛才理事長所講的，這個價格的一個上限的決定，就由各個醫學會來做決定，我是堅決反對的，我是堅決反對的；第五點呢，剛才朱委員所提到，剛才朱委員提到的那個分類上的更細膩，我是堅決贊成，因為讓它更細膩一點，然後不會把那個應該要分類或更細膩的分類然後價格品質不太一樣的，把它都歸在一起，確實會對廠商的提供的意願會有影響的，這一點上我是覺得應該要再細膩一點的，那大概先做以上的報告，謝謝。

謝宜璋醫師

部長還有署內的各位長官，各位醫界前輩大家午安，首先要謝謝署內邀請我來參加學會來參加，我是謝宜璋醫師，我是代表台灣介入性血管學會的會員來表達我們的意見，其實針對這個議題昨天晚上我們有跟心臟學會開會達到一個共識，主要是要表達兩點，剛才黃理事長有提到，第一點是我們當然希望暫緩這個差額自費上限政策的一個實施，當然理由很多，剛才都已經講過，就不再贅述，特別關於第二點就是說，希望能夠在這些政策推行能夠讓學會有一個好的溝通這個剛剛講過，不過這一點我會再強調出來再提，是因為我覺得這一次的爭議主要就是因為這些溝通的不良，因為我們之前學會也收到了兩次的會

議的開會紀錄，一個就是 11 月 26 號，一次就是今年 3 月 26 號，不過那一次的會議我印象都在討論說希望討論一下 DES 就是塗藥支架的一個分類等等、價格等等，實際上最重要的就是署內要推動差額自費上限政策，其實我們都不知道，學會都不知道，反而是這一部分，也許學會有找一些專家來做討論，決定這個策略，不過我們完全不知道，所以希望以後假如要做這種最重大的一個政策的一個決定的時候，能夠邀請我們學會來一起參加這一個政策的討論，我想這樣學會基本上一定都盡可能會配合這個政府的一個政策，這樣可能會減少這一次的一個爭議的一個發生，以上報告，謝謝。。

林靜儀醫師

謝謝部長，婦產科林靜儀醫師，我最近話講得已經夠多了，所以我今天我自己認為我的專科目前這次討論到的沒有到影響到我的專科，所以不會介入，我覺得我們都應該要尊重各個專科的專業，所以我不針對特定專科去做討論，但是我要提醒幾件事情，就是說第一個，今天有這樣的爭議，真的健保署你們如果沒有那個屁股不要吃那個瀉藥，你們包山包海每一件事情細節你們都要去處理，你們現在剛剛大家也跟你們提醒說你們分類要不要再次分類，次分類之後要不要再去看價格，這次我最痛心的事情就是操弄這件事情而導致醫病之間的互信，及病人對於醫師好不容易在防疫過程中對於醫療團隊所建立的信心跟感激，在這一次的事件之中完全蕩然無存，導致醫病之間的分裂，以及病人再一次看到我們好像覺得我們都是錢一樣，這是最惡劣的事情，那我個人不會覺得我去買麵包的時候會問人家說你的麵粉賣多少錢，為什麼麵包賣這個價格給我，為什麼會養成大家有這種習慣，因為健保署過去 20 年來完全忽略醫療人員的專業價值，你們只在跟我們算一支針頭花多少錢、一顆藥花多少錢，我真的再一次的強調，請不要再繼續撕裂醫病之間的信任。

第二件事情，我非常贊成衛福部正在說要做的幾件事情，一個叫 SDM，就是這個叫什麼，病人醫生共同擬訂的策略的部分，你們在推動 SDM，那我也很感激衛福部從 2016 年一直說我們要推動分級醫療制度，其實署長跟部長也在做，但

是如果我們去談剛剛醫師所提到的包含偏鄉可能會出現的成本不同的問題，不同的醫師，我可能是專家從醫院出來到診所開業，或者是在醫院中我學了新的技術回來，你們現在一刀切都把它當成一起，我認為你們現在的做法跟態度完全忽略了你們的 SDM 制度跟你們的分級醫療制度，你們自己在打自己的臉，因為你們自己在講說病人根本就沒有聽懂，病人根本就不懂，這樣你們做什麼 SDM，好，最後我補充幾個事情，我很贊成剛剛有的醫師講的，很多健保署都說不會啦不會沒有藥，不會沒有這個醫材，其實都是我們千拜託萬拜託人家說反正你在另外一個款項已經賺了一些錢了，可不可以幫我們把某些賠錢貨留下來，當然家算一算你現在連可以補的東西都沒有的時候，賠錢貨也就不會再留下來了。

我最近一直在強調這件事情，健保署我們都知道你們的財務的辛苦，我們也知道給付的困難，你們要去改變保大保小的這個問題，你一定會出現財務上的困難，而長期以來可以支撐我們可以用這樣低廉的價格去照顧台灣的民眾，其實有很多來源來自停車場收入、美食街收入，以及現在我們在做的自費補差額的這些收入來撐住我們的健保，結果你現在還把這個東西當成罪大惡極的態度來對待，我個人非常不能認同，我贊成做一些調整，尤其是我想大家都是學科學的，科學裡面我們要處理事物的時候是先從極端值做處理，什麼叫極端值，很特異，所以我同意剛剛所說的，某些醫材或某些處置程序，他非常特意，這個狀況跟別人，為什麼別人的差價差沒有很多，就是你們家差特別多，你們可以去查，你們可以去跟學會調查，但是你們齊頭切沒有道理嘛，你去處理一個 90% 的說這邊有問題，不好意思ㄟ，我自己學的流行病學有問題的是那 5% ㄟ，那你為什麼沒有從 5% 來處理。

最後我再建議，真的強烈拜託衛福部，部長在過去這 4 個月所建立出來的台灣人對於台灣醫療的驕傲感，台灣人對於國家能夠發展我們的醫療產業到全球，難得的達到新高點，你們在這一個禮拜，就把他給毀了健保署，醫病關係的建立，生技產業的建立，這是我們接下來四年我認為台灣非常有機會可以好

好在彌補回來，甚至發展出去的事情，拜託趕快把它彌補回來，最後一個事情，我們都在談上限，都在跟人家說收太多錢，你們要不要承認，我們的下限沒有訂過，你只有一直往下砍，一直往下掉，那所以這次我說，拜託是不是可以有各個學會，我們也建立一個制度在學會內部跟健保署建立一個長期的制度是你們要去動上限你們要覺得收太多，我們可以跟你自們討論，這我們應該也有權利，跟你們討論哪一些真的是已經要淘汰的醫材淘汰的藥品，或你們給得太低的價格，也請你們從善如流，改善這件事情，謝謝大家謝謝！

蘇一峰醫師

我是胸腔內科蘇一峰醫師，今天來這裡其實我不是相關科別，但是我要覆議剛才林委員講的，其實這就是醫界普遍心聲。今天為什麼醫材自費會變成一個問題，因為醫師的診療、醫師的看病、醫師的處置不被當成一個有價值的東西再健保體制裡底下，這個已經壓榨許久了，醫師被壓榨這麼久呈現的問題是什麼？有的科別有自費醫材，有的科別沒有自費醫材，就會淪落成一個沒有前景的科，就像敝科，胸腔重症科，越來越沒有人選，為什麼呢？因為本的科的所有治療從頭到尾全部都依附在健保裡面，甚至我們出去開業也是不利科，所以呢大家都要留在醫院裡面工作。

可是呢在這個健保體制之下，X光20幾年沒有調過價錢，EKG20幾年沒有漲過價錢，超音波20幾年沒有漲過價錢，你們都只有一直砍一直砍一直砍，沒有任何在漲的，但是物價20幾年已經翻漲了兩三倍。當醫師的診療費這些其實不值錢，那如果剛好醫院有一些科別的醫師他就是需要靠這個診療費維生，這個科過來變成一個賠錢客戶，其實賠錢科在醫院開部務會議都是抬不起頭來。說句老實話，部長回去說大家多賺錢，變成其他科就要養他，有這種道理嗎？你今天生了五個孩子，你會說有一個孩子敗家子阿其他人要養他，你為什麼不把那個孩子扶植起來。那健保不是沒有這個能力，所以我們要一個合理的計價，才能扶植這個，而且我們這些科還是醫療重症的最後一線，他不是家裡不重要的小孩，可是大家就放任他，他沒有自費項目，你們那個眼科或甚麼甚麼都有

賺錢啊，醫院批評阿，造成最大的是什，台大阿，榮總阿，阿對不起喔，大家都是醫療不務正業，都是靠地下街停車場賺錢，那為什麼會變成這樣，是為什麼國內許多的公立大型醫學中心都變成這樣，就是因為醫療沒有辦法賺錢啊，大家都要靠其他地方賺錢，健保體制這樣難道沒有問題嗎？

那首先你再砍自費錢，那更重要的問題是不是要來矯正一下，比如說國外有很多人亂用一堆醫療資源，或者是我們現在體制下有很多科形成要被消滅的科，這些是不是要先處理，眼前這些東西比甚麼都重要，為什麼不處理，阿第二個要覆議的是，防疫其實很重要，接下來我們撐過這一波，第一波疫情，八九月，九月十月可能會來第二波，如果在這個自費醫材消耗掉我們的醫療量能，還有所有醫療人員的信心，阿覺得，我們之前防疫這麼認真，結果政府把我們當免洗筷嗎？這樣子其實形成一個對立，之後九月十月還要要求大家站第一線是會遇到問題的，希望部長用您的高度想一下這些問題要怎麼解決，謝謝！

簡立建醫師

每個醫院價錢不一樣，這個簡單啊，你高雄的律師和台北的律師是不是不一樣的價錢，你台北的律師和宜蘭的律師一不一樣的價錢？我在宜蘭醫院待過，那個地方很多的物資的費用，當地的人事費用都比台北低阿，那台北比別人高一點是合理的阿，現在那個資訊不公開，你說大家不理想，你給他一刀砍更不理想，我在學校時在做運動，左派不能這樣做的，反而害死那些真正沒有錢的人，所以我還是鼓勵，看部裡面看能不能找出真的好的醫材，你們用 group by 大量去採購，那在健保裡面嗎，盡量讓病人不要去自費，而且你們很多管理工具這次都沒有用，你看那些醫院不用自費，不要健保專用自費，你挑出來看那些醫生都鼓勵病人用自費，這很簡單的事情啊，為什麼把他一刀砍了呢，所以還是請部長，高抬貴手，八月初一不可以用，謝謝。

吳孟憲醫師

部長，各位醫師好，我是眼科醫學會吳孟憲醫師，第一次發言。那我們首先要先澄清一下，我們消基會的吳律師，那關於你的 data 應該是從報紙上或 FB 上面看的，那因為我們在比價網上面，所有水晶體的價格都有很清楚地揭露。那目前來講，只要你這個特材入到市場之後，一年之後就要收載到我們的比價網，目前是百分之 70，70 百分位列為所謂的上限價。那通常在 70 百分位的時候，我們就會接到衛生署很努力地叮嚀，你的價格好像超過 70 百分位，尤其超過 8% 的時候，叫你一定要修改。所以那個我相信那個九萬塊和六萬塊的差別，絕對不是，一定是誤植，那如果真的是誤植的話，我希望他們快點去改正。那所以我認為說，比價網已經有非常透明公開的資訊，那現在我們擔心的是所謂的資訊不對稱的問題，他並不知道有這個比價網的存在。

比價網針對不同功能，不同品項，甚至不同品牌，他每一種價格都標示出來清清楚楚。我們都不用擔心說，你同樣一個品牌 A 醫院 B 醫院或 C 診所賣的不一樣，你只要上了比價網你就可以比，病人有知的權利，可有能力去判別。我這個醫師在這個醫院執行要多花錢少花錢，我值不值得，讓他自己去判斷，那我這裡有一個建議，如果說我們怕所謂的資訊不對稱的時候，我們是不是在簽手術同意書的時候，我們現在都要簽手術同意書，我們在簽手術同意書的時候可以要求我們的醫療院所提醒病人那個 WWW 我要去哪裡 VPN 找到這個價格，我公開資訊給你看，我比別人貴沒有關係，這是你個人對我醫院的評價，那這時候我們就可以做到很好的管理，剛剛我們理事長也有提到，各個眼科，不只眼科，各個醫學會的專科其實可以成立一個類似價格的諮詢小組，來針對所有的價格不正常，我們可以針對這些會員，做道德勸說，或是用其他方式來處理他，就可以了，我覺得現在的比價網真的是很好用，只是大家都沒有在用，以上，謝謝。

沈政男醫師

我是衛福部草屯療養院精神科醫師沈政男，我也是網路寫手，所以我想從民眾的角度來表達我的看法，那麼這幾天網路上一些反彈的聲音，主要是著眼

於為什麼我們這麼自由市場的經濟可以進行價格管制，其實這個是錯誤的，自由競爭有兩個要件，第一個就是資訊要在消費者跟供給者要完全充分透明，但在醫療產品是不一樣的，牛排、汽車或是球鞋，消費者可以知道哪一樣好吃或是吃了會怎麼樣，醫材特別是高價自費醫材不是這樣，即使說有些資訊在網路上公開，連我這個精神科我看那個 8 大類看了一下我也不太能夠很清楚知道那些文字在寫什麼，所以這個資訊不對等特別消費者資訊不對等，資訊比較欠缺，這個是醫材市場很重大的一個特點，第 2 個就是說目前這個自費醫材市場處在完全競爭的狀態，完全競爭狀態在經濟學上有一個很重要的特徵叫價格接受者，所以廠商進來以後，彼此能按價格市場競價，現在是這樣嗎？不是嘛，所以大概每個醫療院所都可以自己訂，所以才會形成同產品同品牌同功能結果價格不一樣狀況，可見他們不是價格接受者，而是有訂價的空間，這個是其實是比較接近獨佔寡佔，阿如果在獨佔跟寡佔的時候，價格管制就不完全是罪惡。

去年年底美國眾議院已經針對美國的藥價，MEDICARE 已經訂了一個降低藥價法案已經通過，這個不只適用在 MEDICARE 也適用在私人保險，這個代表在美國這樣自由經濟的市場，對價格特別是醫藥價格的管制，也是有一個程度的限制，我再提出一點就是說，現在人工水晶體就是特殊材質的，我們知道自費的是佔率是多少，是 25%，但塗藥支架現在佔率是多少，75%，為什麼會這樣？就是兩種產品的定價格策略不太一樣，如果是獨佔寡佔，你定了價格如果高過你的最大利潤，這個時候把它降下來其實對你最大利潤是有幫助的，如果太低你當然要升高，如果說以這個特殊人工水晶體來講如果把價格下降的話，是不是有一些本來負擔不起那麼高價的民眾，他可以使用這些比較高價的水晶體，這個整個對弱勢有沒有好處呢？調降價格當然對弱勢有好處，不是說只讓原本有錢付的人付少一點，他對原來可能付擔不起的消費者也是有幫助的，謝謝。

黃維仁常務理事

眼科醫學會常務理事黃維仁發言，我針對剛剛這位醫師所提出的人工水晶體，有一些高價的類別使用率偏低，提出說明。目前台灣使用的人工水晶體，

按照資料有 60%的民眾使用的是一般健保給付的，就是所謂基本型的人工水晶體，民眾不用付錢的。另外小於 40%民眾使用的才是所謂的差額給付的人工水晶體，這表示差額給付的人工水晶體，不是絕對必要的，它是自由選擇，病人按照各自的經濟能力，還有他的需求去做選擇。它不是絕對必要的，因為我們已經提供了一個基本款的人工水晶體也照顧了超過一半的病人。而且人工水晶體的屬性跟其他醫材不一樣，它有一部分的類別例如散光矯正及老花矯正等是屈光矯正的本質，應該採自費精神，這部分是少數人選擇使用，非普遍性的。它不是所有病人都需要的，也不是所有的病人都適合，所以它的使用率是比較低的，而它在本質其實是自費，病人想要用這樣的服務，就額外付費。這些類別在本質上要不要納入健保差額給付的管理裡面，是需要去釐清的，因為它的本質是屈光矯正，有一些醫師只看數據會有一些誤解，因為本人是眼科醫學會白內障手術委員會的召集人，有必要在這邊跟大家說明，謝謝。

洪子仁副院長

我是代表新光醫院副院長洪子仁，我想跟部長還有跟各位報告是這樣子，就是說這件事情其實也是有點出乎我們意料之外。就是說事件剛開始的時候在很短的時間內，事實上這一次我最驚訝的就是說，除了醫院的經營團隊然後醫師團體學會裏頭，包含就是民眾對這件事好像也沒有覺得達到我們政策上的目標。民眾的反應也是覺得說應該不會有這種一刀切下去以後的情況能夠改善他們的狀況的情形，那所以就是說在這件事情在這麼短的時間，突然間就是大家形成在醫界這樣的狀況，但是也很高興就是說看到部長有很快的重點做出兩個回應，就是說價格上限是可以討論，細目可以討論，我想這個狀況是有點到其中的兩個重點。

但是呢就是說為什麼我要跟部長報告，這一次大家情緒會這樣，我覺得就是說像剛才與會者講的，我們防疫剛過但是國外其實還在延燒，那就是說在這個剛過的一個過程中，這些醫院、醫療院所，那大家在部長領導下做得很不錯，但是一結束，那我們看到的第一份禮物就是署裡面要推出這樣的政策，一推就

說八月要開始，那這個給我們的感覺就是說，怎麼會就是今年的狀況就已經不好了，馬上這個又推出來，那事實上我們也算了一下這對醫療機構來講每一家的影響，就是看機構大小起碼都是幾百萬幾千萬的影響，那這樣影響的會是什麼，就是我們今年本來沒有預算到這一塊收益會被健保署收回去的，就變成這一塊被你們收回去以後就在想說，你們挖我們在醫院的收益大家都知道，醫院收益有的比較好，有的比較壞，說真的我必須要講這一份就是說差額的。價格收費，某種程度是來補貼我們要在醫院其他的人事成本，其他的機構經營上面的一個狀況，因為大家也知道某些科別就是注定一生下來就不是那麼理想，那當然這個沒有關係因為醫院是一個整體性，我們不能說那個科不適合，我們要綜合性的去做考量，必須要講的是說這一塊收益減少，那我們又沒有看到下一個地方哪些地方可以補給我們的時候，當然會造成以醫院的經營同仁來講，我們的壓力會上升。

那我這邊還是要跟大家分享一下，其實我看到 107 年度醫學中心健保署網站公告損益的時候，其實部長可能可以看一下 107 年度的醫學中心 19 家裡面，醫務本業因為我們看的是本業，本業的獲利來講有 10 家醫院都是虧損，這個是在過去 5 年前所看不到的一個現象，這代表什麼？這 3、5 年來其實醫界尤其是我們這些機構經營者，其實在這個費用的控管上面已經到達緊繃的程度，點值上又逐步下滑，我們的壓力一直升高，有一天會想到說醫院每年都要開始會有虧損的準備的時候，所以這件事情來的時候大家的反應才會這麼大，這個影響如果說要上路，我個人是覺得說簡單上路滾動修正，，就是說你的影響的品項範圍如果少一點，譬如說只有影響 10%、15%，那大部分品項不受影響，因為你天花板把他訂高一點，我們重點是不希望有人漫天喊價，所以我們天花板稍微訂高一點的時候，大部分的品項在目前的使用都在這個範圍內，那可能只有很少部分的品項受影響，醫界不會不接受這樣的一個政策，當然如果最好的情況還是能夠說不要有這個上限差額的政策，但是透過其他公開透明的方式，讓民

眾了解差額收費，當然這是對我們經營上會更有利，這也是說跟部長做這樣一個建議，謝謝。

胡峰賓律師

謝謝部長，我是消基會社長胡峰賓。今天的議題涉及到兩個問題，第一個是設定價格的上限制度是否可行，第二個是說價格上限怎麼訂定？有些意見認為訂定價格上限會讓醫療機構跟生技產業倒退，劣幣逐良幣等等。價格上限制度源自於 1980 年英國公用事業私有化改革時期，後來各國許多與公共利益有關的產業，也採用價格上限制度。舉個例子，在民國 87 年以前，那時候有線電視收費非常混亂，有的高有的低，後來依法律授權規定，從民國 87 年開始規範每月價格上限為 600 元，採取價格上限制度。當時業者反彈非常大，認為會造成產業倒退，從民國 87 年到現在過了 22 年，價格上限制度也讓有線電視業者上軌道。

剛剛有代表提到這制度會影響到醫病關係，消基會也接到許多民眾的訊息，希望我們把他們的心聲表達到健保署，因為醫材價格差異非常大，醫療專業性高，民眾本身無法判斷，雖然說醫材資訊有公開，但不同科的醫師跨科別去看都可能看不懂，民眾更可能看不懂，這是資訊接收的不對等，也要了解民眾跟醫療專業的差距。再來，現行醫材價格混亂這是誰要來承擔？如果說要民眾承擔，這對民眾來講也是不公平，所以健保署能來做這樣的制度改革，對民眾是有很大的助益。此外，醫材價格病人其實沒有能力跟業者議價，醫療機構才有能力跟業者議價降低成本，差額訂定上限也促使醫療機構與業者議價。另外有代表提出律師收費為什麼不統一，各地區律師收費不是也不一樣？這問題也很好，但律師委任費並非如同醫療機構有全民健康保險支付，不是社會保險來支付律師委任費，比較類似的是法律扶助，但法律扶助委任費不論地區費用都是一樣的。最後，我們認為設定價格的上限制度是可行的，只是價格上限要怎麼訂定才合理，如何正確解析醫材價格，並兼顧讓醫療機構可以穩健經營，也是很重要的，以上做簡單說明，謝謝！

蘇一峰醫師

不好意思，那個消基會發言以後可以針對現在的醫療疫情，你講以前的第四台和律師都不是現在討論重點。不好意思，因為大家職業屬性不一樣，你不能全部拿來這樣比，你那比二三十年前的故事，那大家就不用討論現在的事情嗎？那要不要從一百年前、兩百年前的故事開始講，這意義不同好不好，我們先討論眼前問題。眼前問題就是醫院在健保體制經營之下，有些弱勢科別，完全吃健保的科別，會逐漸萎縮倒掉，甚至有些中小型醫院會因為給付不夠而關門大吉，而這些中小型醫院會需要比較多的成本，他沒有辦法像醫學中心一樣進很大的量，可以跟醫材 argue 到比較低的價錢，所以他的進價一定比較高。進價比較高的同時，有進價比較低的，如果當初衛福部訂價錢是用公立醫院的價格來訂，那可能這些私立醫院進的價格都會遠大於這個價格，訂出來的中位數可能他們都沒辦法，都一定會超過，那可能這些醫材將會在這些私立醫院漸漸消失，變成這個醫材以後可能獨立只能在大型醫學中心使用，假如這訂下來後。變成又走上健保老路，醫學中心的人做這些做到要死要活，薄利多銷，拼翻桌率，每個醫師做一百台兩百台，累得要死。小醫院巴望著，成本太高做不到，因為進價就賠本，做一台賠一台，這就是以後這醫材會產生的亂象，亂象當然還很多不只這些。比較好的醫材可能就會出走，台灣市場這麼亂，都是用低價薄利多銷來競爭，那好的產品憑什麼要進來？他就不要進來啦！台灣也只是一個小國家，要不是這次疫情防疫被全世界看見，他幹嘛要進來搶你的市場，門檻設那麼多！根本就不會進來阿！那對國家未來的醫療生態發展絕對不是好處，希望大家好好考慮！

蕭長生副理事長

部長你好，各位今天來參與的專家大家好，我是病友團體的代表。我在擬訂會議都有出席，但是礙於規定以前病友團體在擬訂會議沒有發言權，只能旁聽。所以所有決策我都有參與到，我都有了解健保局的辛苦。今天的討論會我可以表達病友這邊一些小小的聲音，首先，我必須贊同健保局今天所有的政策，

如果說今天我們回到三十年前，在沒有健保的時候，都沒這些問題。今天醫生要開多少，病人給多少錢就給多少錢，都不會有這些問題，但是因為健保的制度走上去以後，它必須為大家做把關，所以說有些東西，確實有一些有好的，跟有一些需要做改善的。那我們今天講到一個，就是所謂自費差額上限的解釋，我不知道反應那麼大！

我說實在的，最近民眾關心的是我的消費券一千換三千怎麼花？我今天解封去哪裡玩？我不知道這個議題發出去這幾天以後竟然反應那麼大，我是別人告訴我這個訊息以後，我到FB網路上去聽了看了以後，才知道大家反應那麼大。我說實在的，今天有某某媒體說，反對的多贊成的少，我跟你講這訊息是錯誤的，因為他少列了一條，那應該問他說，什麼叫自費差額上限你知道嗎？我跟你講百分之六十以上一定不知道。有上限的規定對誰比較有利，沒有上限又對誰比較有利，我覺得在醫病關係，我們不能因為一刀切下去以後破壞之間的關係，我覺得費用來講，現在是一個公平資訊的社會，我覺得不會有病患因為說我要看醫生，我先決定是哪家醫院的醫材比較便宜我去那邊看那家，不可能啦！一定是找某個權威的醫生去看，貴我還是會再給啦！

但是我相信健保局這邊會有個上限，我相信一定是站在民眾的立場去看，畢竟也怕是說，有些醫院醫所為了要或許財政也好還是因為財源關係也好，怕說有些不良的醫所會把這個價格有所調整，所以我們講說不合理。那或許今天上限出來以後，對某些在經營上面或許會有困難，我覺得可以調整，就好像說有些比較高的，我們是不是要調降，有些比較低的，相對要什麼？要往上升，對不對！沒有人做賠錢生意啦！今天賠錢生意今天醫院就倒了，醫院倒了病患其實也沒什麼好處啦！我覺得我們今天討論會是說，這個自付差額上限呢，我們如何去訂定，在雙方在醫院這邊跟病患這邊呢，我們能折衷，是病患用享受健保給付，可以花用我健保大家的錢呢，可以享受最基本的福利，那當然上限怎麼去訂，我覺得大家是可以共同去討論的。但是我絕對認同，我們在健保這邊，這個擬訂會議裡面的一個會議確實在專家會議裡面所有決議的部分，都有到擬

訂會議來我們這專家做通過，只是因為礙於可能是在宣導上面還是在傳達上面可能中間有誤會，造成有些訊息不是很公開，謝謝！

滕西華理事長

滕西華第 1 次發言，先說一下，民國 100 年修法之前，有討論到差額給付制度裡面，因為只有 3 分鐘限制，我就說快一點，民國 99 年，當年健保局有統計一下差額給付使用者的資料裡面，其中出現投保金額小於 1 萬 9999 以下，等於小於 2 萬以上的大概有 28.9%，介於 2 萬到 4 萬之間大概 48.8%，也就是說高達 77.8% 的民眾，他投保金額是在 4 萬以下，那當然 4 萬以上的人大概 22% 左右，所以 2/3 的民眾是用他超過 2 個月的投保金額來付一個差額給付的產品，當年差額給付大概有 7 項，我就不這邊說，這個資料醫院協會和健保局有統計，不是我們自己統計的，所以平均當時負擔的金額約是 5 萬塊，因為價格市場非常的混亂，所以才要求說，在民意的要求，立法院的要求，才說不然你先將價格公開透明，這就是比價網的由來，就是你先讓民眾有價錢的資訊。

但是從這幾年，十幾年來，從比價網的資訊裡面，剛剛提到公開透明確實很重要，比價網也促使某些醫療院所會下降，但他的下降其實是區域內的下降，也就是說，台北市台北市下降，但我們可以看到同一個產品區域間的差異其實很大，有很多的現在也有一樣，舉這個 pacemaker 好了，在雲林的價格會比在中壢的價格還便宜個 2/3，就是 3 萬多跟 9 萬多，那是同一個品牌同一個廠商，那我們要講的不是合理跟不合理的問題而已，也就是說，舉這個東西是比價網裡面告訴我們的經驗，是比價網沒有辦法讓病人做出選擇，就是說在價格的選擇上面，病人是有權利，但是完全沒有能力，我們會認醫師，我們不會因為說這個雲林的這個 pacemaker 竟然比台北的還便宜 6 萬，所以呢我跑到雲林去裝 pacemaker，我們不會這樣子，我們有可能台大可能比榮總如果便宜 3 萬，我可能會選擇台大跟榮總。

那第 2 點是說，我們是鼓勵醫病信任，鼓勵病人有忠誠度，我們也不希望他到處 shopping doctor，當然我們不會希望病人因為價格，我們希望以疾病治

療為先，不希望以醫材作為 shopping，這就是為什麼在比價網的選擇上面雖然提供了某種價格的透明，但是他其實讓病人可以因為醫材的差價而選擇放棄醫師就醫材的便宜性，這樣的機會是不多的，我不敢說沒有，有些可能有，比如說眼科，或是部分 elective surgery，那也有可能，類似這樣，或手術他可能不會造成需要後續長期照護追蹤的機會這是有可能，這是第 1 點。第 2 點的部分，藥、醫藥品的市場的管制，就是說剛剛沈醫師也有提到，但我覺得他的觀點是另一個非常好的觀點，但去年在 WHA 裡面特別提到，過高的醫藥品價格原本就是國家，要面臨的倫理議題，許多的這個醫學雜誌其實也都有提到，那至於醫藥品要不要被視為自由市場這個現在這裡我沒有意見，但是健保給付的差額產品裡面，他經過 2 種，第 1 個處理過去在 100 年修法之前的這些已經公告的差額給付的產品，我們只能從比價網上面的各個醫療院所的價格抓出來，他沒有在療效經過 HTA 的評估，HTA 的評估是在 100 年之後的，所以這個價格究竟要不要用中位數，用比價網什麼樣的意見，我是沒有意見啦，但是我認為他的參考價格取得也是現行市場價格。

第 2 個部分是，新的部分的是經過 HTA 評估，也就是說 HTA 評估裡面也不是亂喊價啦，就是經由療效的這個相比的成數裡面決定健保應該給付的價格，另外的差額，是市場價如果原本是 100 萬，如果健保付 30 萬，病人還是付 70 萬的，也就是說他就是市場的實際總價格，並不是訂了上限之後去砍了市場的這個價格，當然我們可以說市場價格的上限決定合不合理，我覺得這是要澄清，所以我們的建議是這樣子，就是第 1 個上限價還是要做，上限價這個事情一定要做，這不只是保障民眾權益而已，同時也保障醫師的權益，今天醫師在跟病人介紹差額給付產品的時候，他不必背負解釋價格這件事情，也就是價格已經有政府有個機制在做了，至於 grouping，我覺得眼科醫學會說的話很有道理阿，你 grouping 裡面，在人工水晶體，在其他的設計上面，如果真的有典型功能上面的差異，你把他 grouping 在同一個裡面，當然他要拿同一個價格，或同一個上限的價格，對他的這個使用確實會產生一些影響嘛，因為用越好的就貴越多，

就會有這樣的現象，我覺得 grouping 可以討論，就如同差額給付的產品有進場有退場，有的納入全額給付，有的退出差額給付，一樣的道理，我覺得這是可以做。那第 2 個應該要在 8 月 1 號實施之後，每年政府一定要做滾動式的修正，就像住院部分負擔上限一樣，我們每年會根據市場或負擔能力來做調整，有的調高、有的調低，所以我覺得就民間團體的立場，我們還是認為 8 月 1 號要上，如果有爭議的盡可能在 8 月 1 號以前，把他跟相關的團體協商好，如果沒有辦法協商至少應該訂一個 deadline，是不是在年底在哪邊讓他盡快上路，謝謝。

劉文勝醫師

我是醫勞盟的那個常任監事劉文勝醫師第 1 次發言，回應剛才那個律師朋友講的，他講說電視有線電視都有，但他也有很多收費頻道阿！所以他，但是我們從來不會去管說你有收費頻道有沒有自費上限，這是第 1 點。第 2 個既然那個律師朋友說，有很多人民，就是很多人跟他陳情，那為什麼剛才的消基會朋友或者是督保盟反對這場會議做直播做公開，這樣不是更好嗎？就可以回應你們的要求。第 3 個所謂的收費不一，我覺得忽略了這個產品不是只有這個藥品或這個醫材，還有這個醫師的熟練度，今天同樣一塊牛肉，你給最好五星大廚炒，跟讓我來炒，一定我炒的焦，但是厲害的大廚炒得好，所以你這個醫材，你在不同地方實施，就好像剛才講的律師，為什麼收費不一，我成功率百分之百的律師，跟剛出法學院的，每告必輸的律師包龍星，當然是不一樣的餉。最後的話是講說，在這個東西還是倉促上路，包括剛才的心臟的前輩，眼科的醫學會，他們都覺得他們只是參與會議，都還沒有被告知的時候，8 月就突襲式的突然宣布要上路，而且還一直要求要訂出個 deadline，開始用媒體攻勢，去宣稱說，喔！醫師把病人當冤大頭，完全破壞我們之前疫情當中我們許多人，不光是疫情科別，非疫情的科別也是努力的去防疫，然後減少這些社交距離阿，感染阿這個可能，所以最後是，病人他說，喔！我都沒辦法了解，有一個最大的關鍵點就是，病人也要對他自己的健康負責，你如果今天買車，你就擺爛，就是說，阿！都是你建議我買的這台車，我完全不想了解我要買什麼車，不可

能，每個人就，我想買車，我要花一點時間去了解車市房市，那你為什麼你今天生了一個嚴重的疾病，我要換一個我的眼睛，就算我媽媽不認識這個知識能力，爸爸知識能力不夠，他的小孩也應該去，病人也有責任去了解，不能夠完全把責任推給醫生說，永遠是不對等，你今天生病的是自己，病人也應該為他的健康負責，所以，以上我覺得訂定上限是一個不合理的，應該要暫緩的政策，以上報告。

滕西華理事長

主席很抱歉，我要提一下程序澄清一下，不是我跟督保盟跟吳榮達律師反對直播，是一開始的時候，你們就打上不要錄音、不要直播這件事情，是有人說有人在偷偷直播，被發現後，主席問的時候大家有沒有反對，主席沒有每個都問，問的時候我們兩個舉手時，主席就說既然有人反對就不要直播，我不知道其他人有沒有舉手反對，但是把我們反對直播這件事情，作為反對公開透明，我必須要澄清，因為一開始貴單位在直播的時候，可以！你就應該先問大家，應該先問現場的人要不要直播，否則媒體在樓下，我先講部長本來說要開放媒體，我完全沒有意見，我們從來沒有反對直播，（與會人員：那我們現在直播好不好？重新開直播），監理會，你不要誤會，你不要把這個程序弄錯，監理會的逐字稿還是我們提案的，所以呢，我覺得您這樣是不對的，好像我們兩個怕人家知道什麼事情，我覺得這不是開會的方法，（與會人員：那我們現在開始直播好嗎？），要直播也是政府來直播阿，怎麼會是一個與會單位來直播呢，我沒有意見，所以我覺得偷偷直播的時候，是你們不對，還沒道歉，我覺得你們單位不可以這樣子欺負人，就是說大家今天是來談事情，部長說的對，我們是誠心誠意來談，我們不會怪別人，一開始直播，如果真的會議場上有要把資訊公開，沒有問題，大家都同意就可以，先跟大家，包括今天政府要做直播都要跟大家講的，這是法律規定的嘛！偷直播在先被發現，然後呢還怪我們。

施景中醫師

那我們現在開始來直播好不好?(與會人員:贊成，對阿，贊成)，既然我們誤會了他們的意思，我們現在開始直播好嗎?(與會人員：我們尊重主席啦！)

陳時中部長

剛才已經決議了，中途再來，會議紀錄就做清楚，就這樣，不要再改變了。

潘志勤醫師

部長、各位在座的專家學者，聽到現在，我還是用眼科醫學會的方式來表達對這件事情的一個看法，剛綜合大家所講，就是說一個專科醫學會他還是希望有一個主導權，可是健保署他基於行政上的需要，對訂價這件事情也有他的迫切性，可是這個事情是並沒有通融的，在過去的比價網，剛剛專家提到很多，他本來就有上限的訂定方式，所有特材進到台灣一年後進入比價網，他就有一個 70 百分位的上限存在，那他是自然存在的，那怎麼去訂定呢?因為專科醫學會擔心的是未來的發展是不是有被壓抑的可能性，所以剛剛我們理事長講得很好，就是我們可以成立一個自費的審議委員會，這個審議委員會不是單獨由眼科醫學會來進行，因為我們沒有資訊，所以健保署可以提供現在的狀況的資訊，由健保署來管理比價網，眼科醫學會或各專科醫學會來做自費審議委員會，可以優先選擇哪些項目是可以先降價給病人而不會影響到未來醫療發展的項目，然後我們定期去檢討，這樣的話可以取得平衡點，這是第一個。

第二個剛講到說資訊不對等，其實我們在講功能性水晶體常常碰到一個問題，每一個水晶體甚麼叫非球面，都要解釋半天，很難達到所謂的資訊對等，可是因為現在的民眾也不是以前的民眾了，現在的病人開完刀都要馬上好，你不好你講甚麼都沒有用，所以壓力也相當的大，所以剛剛提到功能別的問題，如果我們細分，他就是品項別了，品項別在比價網上就是品項別，如果你粗分，粗分當然很好管理，可是病人很難被說服，你只要選功能不要選品牌，因為資訊不對等，所以病人當然會先想選品牌，像我們配眼鏡，病人聽到蔡司就知道是哪個 level，不用解釋，所以品牌不是沒有價值，可是你訂了一個功能別以後，

用 grouping 的方式，大家就會擔心說變成沒辦法選擇品牌，雖然署一直強調說不會的，可是這個印像太強，這是第二個。第三個就是說真的要管制，其實不宜全部，像我們眼科來講，我們有分球面、非球面、散光多焦點，其實像散光多焦點比例，在 2018 年的資料大概是 10%，他是屈光的部分，這個部分就目前我們看到的資料是全部納管，其實我們就變得非常緊張，因為一旦全部納管，那我們過去談的醫師價值，檢查的東西，因為大家可能不理解，水晶體不是談價格，你一批露他的特材資訊公開，本身就是盲點，因為他不是放進去就好，就像青菜是甚麼菜，所謂是不是無毒，可能價格不同，可是經過廚師一炒，他的價格就完全不一樣，所以這個材料如果沒有成功的手術是不會有好的結果，再貴的水晶體也沒有用，問題是成功的水晶體是怎麼達成的？是怎麼達到的？他不是一步就成，所以我們目前看到自費部分，有 60% 的病人享受到自費的品質，其實他是得利的，我們當然可以尊重署和部長的決定，可是也希望是部份可以開放讓專科醫學會扮演一定的角色，謝謝

胡芳蓉理事長

我是台灣眼科學教授學術醫學會理事長，我有參與了健保署人工水晶體自付差額溝通過程中的一些會議。很多學會反映在溝通過程當中，好像這些資訊並沒有充分的傳播到各個學會，但是至少以我在溝通過程當中，所參與的過程和大家分享。今年 3 月 19 日健保署召開自付差額人工水晶體的功能分類專家溝通會議，召集了全聯會、台灣醫院協會、眼科醫學會還有眼科學教授學術醫學會出席。眼科醫學會派了 3 位代表，也就是今天出席的 3 位，眼科學教授學術醫學會出席了 2 位，其中一位是我。眼科學教授學術醫學會出席主要是提供功能分類是不是得當。此政策上路最重要的 2 個關鍵因素，一個是所訂定上限費用是不是合理？一個是功能分類是不是得當？教授醫學會主要是從學理的觀點去探討這樣的分類是否得當。

當天進入會場，我發現健保署作了非常多的功課，已經花了 1 年的時間，請醫藥品查驗中心整理了非常厚的資料，包括：到底國際間有哪些人工水晶體？

功能如何?是不是確實有療效?健保署基於此資料，將功能分類分出了非球面、散光、多焦點，以及多焦點散光等四大類。但是當場我發表了意見，我說既然要討論功能分類，當然不能將多焦點只訂為一個 category，建議將多焦點分為提供看遠、近，看中、近還是看遠、近距離的 2 焦點，以及提供看遠、中、近距離的 3 焦點，也就是多焦點要將 3 焦點和 2 焦點分開為不同功能類別。健保署也接受了我們的意見，就將原來已經提出的 4 類擴充成 6 類，包括非球面、散光、2 焦、3 焦、2 焦散光和 3 焦散光，當時我也很擔心是不是這樣訂下來之後，新的功能別就沒有機會再引進了。大家也得到一個共識，就是說除了現在的 6 類之外，將來有新的任何一個功能別，都要重新有一個引進的空間，給予另外的核價，這個得到大家的共識也做成了會議決議。

那至於核價的部分，我們學會不參與，主要是眼科醫學會跟健保署去核價，這一部份我們學會完全尊重眼科醫學會跟健保署之間的協議。到了 5 月 21 號共擬會議，是根據上次的專家會議跟共擬會議會前會的決議提出討論，眼科醫學會會有派代表出席，我也代表教授醫學會出席。眼科醫學會代表是第一個發言，代表的發言是說感謝健保署，對於他們的功能分類及上限價錢沒有意見。因為我只參與功能別的分類，那也是按照專家溝通會議的決議，所以我也沒有意見。但顯然的，今天好像眼科醫學會對於那天共擬會議的決議有不同的意見，所以我覺得健保署確實很努力，但是在過程當中到底跟學會的溝通出了甚麼問題？將來可以再改善。

在這參與過程當中，我覺得大家對於醫材費用的上限有這麼多的 concern，主要就是因為他的合理利潤在哪裡？一個新醫材的引進，除了醫材費用之外，還有必要的檢查費跟醫師的技術費，可是當一個醫材引進的時候，健保署並沒有同步給醫師該有的技術費跟檢查費，所以我希望醫材不斷的進步，這些醫材利潤留在醫院的經營者中，有沒有回饋到醫師的身上，也麻煩經營者要能夠去考量醫師的辛勞。那我也要回應一下，健保開辦 30 年來，診療醫令的支付點數並沒有隨著物價調整跟基本工資而調整，還不只這樣而已，支付點數還會隨著

浮動點值打折。所以我希望趁著這個機會，是不是健保署能重新檢視，診療醫令的支付點值應該要做適當的調整，才能夠讓所有的科別都能夠均衡的發展。至於自費比價網，健保署做了非常多的功課，但是我相信民眾所要的不是醫療費用而已，他所要知道的是這個醫材到底有甚麼樣的功能？有沒有副作用？有沒有甚麼禁忌症？舉例來講，多焦點人工水晶體提供了病人減少對老花眼鏡的依賴，但是視覺品質下降跟炫光的問題會造成職業駕駛者夜間開車的一些顧慮。這些資訊有沒有充分的揭露？我覺得價錢可能不是大家最重要的考量，而是要給民眾對於醫材的功能以及安全性提供足夠的資訊。這是我個人一點淺見，謝謝！

黃維仁常務理事

回應胡芙蓉教授，代表眼科醫學會跟健保署開會，我個人是有參與的，在會中代表眼科醫學會提出我們專業上面的一些意見，當然我們的意見未必會被署裡面採納。之前的協商會議是有溝通，但部長稍早有講，協商會議形式上跟實質上到底是怎麼樣的，會有一些期待上的落差啦！我要澄清，眼科醫學會並沒有說我們沒有跟健保署好好溝通，我們是有溝通的。胡芙蓉教授提到某些比較特別的例如屈光矯正的人工水晶體，需要的專業性特別高，為了這個部分，眼科醫學會其實有製作供會員參考的詳細說明的衛教版本，要使用這類的多焦點人工水晶體時，醫師要告知病人可能的優缺點與注意事項。我們總是期待能用比較先進的醫材，提供病人更好的視力品質，但並非所有的醫材都適合於所有的病人，所以術前的檢查，術前的溝通，還有術後的照護，都是非常重要的。眼科醫學會在這個部分有盡量努力，提供我們會員比較詳盡的資料，讓醫師與病人說明跟溝通。

吳榮達律師

消基會吳榮達第二次發言，首先呢，我想還是對於這個疫情期間，我們所有的醫生朋友們的辛勞啊，還是要非常非常的充份感恩和感激。第二點呢，我

想醫界朋友覺得忿忿不平，或是覺得非常委屈的，就是一個健保點值的問題，還有有關健保對於醫院也好或是醫事朋友，給付過少健保給付的問題，但是我想大概部長非常清楚，醫界朋友大概都非常清楚，餅就是這麼大塊，我們每一年的健保給付的成長率遠遠的大於健保的收入成長率，除非我們是一個重大的改革，給付的範圍減少，或是有關於部分費用負擔的調整，這個部分如果沒有解決，我想醫界朋友的那些期待或是醫界朋友的這些委屈，還是很難解決的，因為醫療資源就是一大塊，即使費率調到百分之六，還是沒有辦法解決這樣一個入不敷出的一個事實喔。這是中央主管機關真的要非常非常頭痛啦。這是我第二點的一個意見。

那第三點呢，我們也覺得醫界朋友提出來的，也有他的道理存在，我也想對部長針對今天的會議提出一個建議，因為疫情剛稍微紓緩，醫界朋友在疫情期間也確實非常非常辛苦，那我們是否給醫界朋友再一點時間，就這個政策上，是不是可不可以再緩一點或是緩到年底或是明年，而這一段時間，對於這一個上限的定價的問題，我們再思考看有沒有更周全的一個方法，法令的修正，或有沒有其他更周全的方法，然後大家來集思廣益，把這一個目前醫界意見、現在醫界朋友與部裡又或者是跟健保署雙方之間的對立關係，或者是不高興的狀況，能不能有一個舒緩，看大家能不能再來對上限價格的計算方式來討論，這大概我的一個建議，謝謝。

陳石池院長

部長署長各位代表大家好，我想我首先還是要對健保署的努力，表是肯定，事實上就是因為有民眾反應這個自付差額不統一太亂了，所以健保署按照健康法的規定來做這件事情，也召集各團體來討論經過一年多的努力才做出這樣子的決定。今天與會的很多的代表，都對這樣事情的決定不是很滿意，我也在想是在溝通上有一點的問題，我看到目前的發言來看是沒有一個共識，所以是不是這件事情，請部裡面是不是針對這件事情再充份考量，這件事情是不是要暫緩實施，假如要實施的話，是不是再邀請各個醫類團體跟包括消費者，再重新

再擬訂一下，再來討論，我想大既會比較好，不然看起來，目前沒有共識，不管是醫界或是消費者通通者沒有共識，我們這樣討論下去，大概也不會有一個結論出來。

不過，還是要對健保署給民眾關愛的眼光，我倒是滿羨慕的，因為我們醫生就得不到健保署關愛的眼光，剛才就有醫師有人一直提到的這個診療費啊技術費啊，其實都非常非常低，甚至有打折的現象，所以是不是請衛福部和健保署有機會還是可以給我們醫師給予一些關愛的眼光。因為我想今天您們的努力我們都看得到，但是與會的大眾，好像大家對這個問題沒有辦法達到共識。所以我想請部裡面是不是對這件事情，是否可以延緩實施，讓壓力減少，再邀集更多的團體來考量，我想這樣子，以後慢慢推出來，大家比較有共識，以上謝謝。

陳時中部長

我想時間也差不多了，我覺得大家滿有共識的，有時候溝通就是這樣子嘛。但是陳院長覺得沒有共識(哈哈)。

第一個，我是覺得這裡關係很複雜，牽動了一些醫病關係非常敏感的神經，看起來影響不是那麼大，但是背後的影響卻很大，這裡面我們剛剛提到，如果他當作醫生治病來看的話，其實有兩個問題，一個是急症怎麼去處理，一個是長期的慢性病怎麼處理，長期的慢性病包括我們的給付範圍、支付標準表、點值總額…，說起來話長，但是它是有關聯的，我們在短期以內這方面是很難去處理的，必須要慢慢的來處理這問題，那急症的部分，我認為就是亂象必須處理，所以剛才有醫師提到，這段時間先討論處理一些極端值(怎麼幫我消音…哈哈)。不是不處理，而是要分階段，急症的部分要對社會有一個交代，對醫生也好，因為我們大家不要那種離譜的價格，我相信在座沒有人是這樣收費，但是有時候離譜的事情不處理，或者離譜的他不知道，有這個可能性，或許我們第一階段對極端值的先拿出來討論，就好像健保署以前都抽超過 70 百分位，但我想也不要抓到那麼緊，但是先把操作是不是特別的理由，像起碼我們把社

會裡面感覺到，有時候在跟消費機關反映的情況先把牠了解清楚，有些反映的情況到底合理不合理，合理的大家出來談，不合理的就要改。

第一個我們一定要先來處理較急的部分，第二個依功能分類，可以再討論一下，我是對於就是說完全不 grouping 的在管理上會有困難。但是分一級、兩級，主分類、次分類、再次次分類，看怎麼樣請教授們再給我們比較合理的建議，基本上 grouping 可能是必要的，但是分作幾級讓大家能夠更清楚，這也是一件好的。因為剛剛消基會有提到的問題，在 grouping 的時候，不要太加總方式的去 grouping，這樣可能會有一些問題，所以說更精緻的一些分類、分層，多分個幾層是會比較好。

第三個除了急性必要處理之外，在目前還是要處理資訊落差的問題，這部分才能改善醫病之間的關係，這樣很難，剛剛有提到，即使難也一樣，就是說用一個單一的價格切下去做得到的事情，跟我們用解決資訊落差的問題，醫病溝通好的問題，這兩個到底哪個比較能夠解決問題？

我覺得一刀砍當然也許會滿足一些需要，可是長程就留下醫病對立的一些相關的情況，對於社會長期的發展，是不是一件好事情？因為如果我們現在不開始來解決這種資訊落差的問題，那永遠這個問題都存在，那永遠出問題的時候，醫病關係就不可能往前走，所以我覺得我們起碼一定要很認真的花些精神來處理這樣一個資訊落差的問題。

那資訊落差其實有個很大的問題，我們就來看看每張藥的仿單，這個不知道是陽謀還是陰謀這我就不了解了，反正一攤開就這麼長，字還都很小字，專業的人要看就無法看，但是另外一邊這個說我都講公開了啊，你怎麼不要讀，這不是在做資訊工，這是在減緩資訊落差，一定要發展病人對他權利上看得懂的東西。我不知道藥物仿單你們有沒有看，那一張很長，裡面還很小字這樣，現在還更進步，還寫各種不同國家的語言都有，還要找來找去，我們不要那種東西，我們要做對民眾 friendly 的，到底他的權益上需要知道什麼，當然可以發展一套很複雜的在旁邊，但是要有一個很清楚的給民眾版，讓他知道，那我

們專業的跟民眾，大家一起來檢視這個東西是否有用，我覺得這件事情是滿重要的，起碼要留一點時間把這事情做出來，這如果做不成功，像剛才有提到，就是醫療是不是能夠管制價格，那個是一個相稱的問題，我會認為就不是不能，但是要把那個手段拿到最前端來，我們可能是不是有其他的手段更 friendly 的方式。

這我一直在跟大家建議，相對的極端值要拿來檢討一下，那這些我們可能要做價格的管制，極端的部分，那第二個我們努力來做一個比較對 user friendly，讓醫病關係能夠建立起來的方法。那各個學會、各醫院大家一起來幫忙，我想這個事情花點時間來做，而做得起來，那起碼把醫病關係打底打好，那上端管理再做，就相對不會太離譜，接受的程度會比較高，社會的和諧度也會比較好，所以我們大概就先把這兩件事情來做，那 8 月 1 號那個表我們就暫緩，但我想也不能夠拖過久，在這之前還是要有成效，如果拿這兩個東西當作藉口，變成藉口就不好了，但是我們要努力的，所以就是說也不要拖過久，把這兩件事情先做好，那我相信把這個底打好，我相信對整個社會是好的。

那至於講到健保費的事情，確實又是另外一個要解決的，今年底可能我們這邊各個健保會的朋友們，來面對這個問題，也希望到時候大家再一起來集思廣益，所以我們今天是不是用這樣來做一個結論，是不是再請健保署署長從這方面來看，那學會大家也來幫個忙，那我想我們這邊醫事司是不是也要…，來次長請。

薛瑞元次長

我在這邊跟各位做一點補充，首先關於市場價格的部分，事實上醫材為什麼會那麼困難，是因為它有兩個價格，一個就是消費者付的價格，也就是今天我們要管制的，那另外一個呢是因為我們有技術進去，所以是醫療體系跟廠商買的價格，那有一些它是一個救命的，但是廠商是單一的，這種產品的話，事實上在廠商的價格幾乎沒有辦法去，我想醫療體系醫師還是醫院，都沒辦法去協商，這時候也許要借助政府訂這個民眾所付的價格，來讓廠商的價格下來，

那它價格下來一定會走掉嗎？不一定，因為我們可以用世界價格的調查來做比較，也許就是台灣都買貴了，但是廠商會威脅你說你如果給我降價，我就不提供，但是你某種程度降價也許他仍然會留下，只不過是他利潤減少而已，所以我想懇求各位醫界前輩，這是不同的 category，有些是有取代品的，有些是多種廠牌可以去漸增的，有些是很少的，但是他又是非常必須的，那不同的 category 裡面，其實我們都必須要去做考慮，那我懇求各位是說，不要對外界很普遍去講說，如果我們去訂了這個上限的話，廠商就會出走，不一定啦，但是也許對臺灣人來講，有一些器材其實真的是我們買貴了，那這個沒有政府這邊來出手的話，我想大家議價都議不下來，這個做一點補充。

簡立建醫師

一副眼睛 3 千塊都配不下來了，那 2G、4G 哪裡來的，我跟部長報告，因為美國 medicare 已經做很久了，美國 medicare 很常在 renew，可以找出來我們一起來看，我們也不要美國 medicare 太多，但也不要連美國 medicare 的十分之一都沒有，拿出來大家看看合理不合理，也許這是一個辦法，一個國際價格公定價格，謝謝。

陳時中部長

剛剛消基會也有提到，希望能夠提供一些國際比價的資料，讓大家比較有一個 base 可以來做談論，那署長有一些意見。

李伯璋署長

首先我要謝謝部長再次站出來協助我們，假如在座很多醫界的前輩，也知道過去這樣四年多來我當然也是努力盡量溝通，就像我常在講的，讓大家有一個快樂的工作環境是我們的前提，對台灣民眾的健康照護也是我們責任，我也跟各位說聲抱歉，在整個流程，代表也有提到，我們也是都有在做功課，我覺得有一點，我們在這個進度應該要讓各個相關的 provider 知道我們在做什麼事情，當然，沒錯，我自己也在檢討，我們在開共擬會議時有各個代表來開會，

但有些代表，像理事長，應該負責醫學中心的，像張院長就知道，但因為沒來，就請秘書來，但秘書開完會回去也不一定知道事情輕重緩急。所以早上有交代同仁說，對於我們開會的章程裡面真的要好好檢討，假如當委員的你沒有來，就請假，不要很多個代理人，第一代理人、第二代理人，那麼多代理人，其實到最後整個我們的訊息就不出來。另外我們自己有六個分區，我們每個政策出來時，要透過他們告訴 providers，知道我們在做什麼事，中間過程如果大家有意見，我們就隨時可以改善。其實在怎麼做，坦白講也是為了我們醫界快樂工作，你們快樂，我們病人才能受益及對你們的信任，今天謝謝部長，事實上他也花了很多時間，坦白說他也承受了很多的壓力，當然他一直說沒有，因為他很強。不過我想大家也都一樣，我兒子也在問我，爸爸你是不是也會有很大的壓力，坦白講，我實在是沒有，因為我說做這件事，事實上真的是一種歷練，也不是說為了什麼東西。再來我們會緊接著照著部長剛才的指示面對面溝通，各位可以給我們一些訊息，做得不好的給我們來做些改善。我相信部長剛才也有提出來，上限的問題或是說時間的問題，部長事實上他心裡都有數啦，那也不會說硬著說怎麼去做，這個你們放心。不過很快地，剛剛也有一些學會都提到他們沒有被告知，那所以說這裡是我們應該抱歉的。很多東西隔行如隔山，有些專業，我們不見得都懂，而且我們也不必要什麼事都是我們在擔，

我覺得說，這是大家一起努力好不好，那也希望各位就是說能夠放下自己心裡面的那種不愉快，把自己放空，大家一起努力。謝謝部長！謝謝各位！

黃瑞仁理事長

報告部長，學會收到健保署的通知，討論的議題都是功能分類及價格協定，從來沒有要討論差額給付的上限，從來沒有這個議題，可以把會議記錄拿出來看。

謝宜璋醫師

關於剛才提到國外的一個價錢問題，假如以我們塗藥支架來看，的確有一些國外的價錢比較低。可是要提醒署內要注意的是，就是那些比較低的價格，有可能就是比較舊的一個塗藥支架，所以它的價錢才會那麼低，所以用到新的塗藥支架，價錢就不會那麼低，所以在比較的時候，可能要注意到這一點，以上報告，謝謝！

張詔程理事

我想請問一下，剛剛部長有說會暫緩，但是原則上我們不希望把這個修正後的政策實施超過 9 月，那現在是 6 月中，我們是不是可以約一個下一次大家一起坐下來開會，討論之後我們修正後版本的時間。

林靜儀醫師

我講一下，部長好像沒有講到 9 月，部長是說不要拖太久

張詔程理事

喔，部長不是這個意思，喔好。

林靜儀醫師

部長是說不要拖太久，沒有說要拖到 9 月。

張詔程理事

那我還是希望是不是我們可以約一個下次討論的時間。

陳時中部長

好，這個看起來就知道溝通很困難，我們都面對面坐在這裡了，真的是溝通，有些大家不要太在意，也必須給我們健保署的同仁一個鼓勵，確實在做這個事情，真的是非常的辛苦啦，我說老實話，就是要管很多，要管這個價格，管這個東西，坦白說很難管的，結果出來大家又覺得有一些需要改善的，他們真的是很辛苦，但是我覺得政府是這樣，政府就是要面對問題、處理問題，但是大家不要把他們汙名化了，我們就是要處理問題而已，我想公務體系很清楚，

所以剛才講，第一個就是說先從急性的問題，我想二個喔，就資訊透明公開，要 friendly 這件事情，一定要把它做好，而且盡快。第二個處理這些極端值的，相對太偏頗的拿出來大家檢視一下，第三個把國際價格、國際情況，也拿出來整體就可以看得比較清楚，那當然剛才提到幾個重要的情況，就是對於弱勢者會來檢討，將來能夠把他納進健保給付的等級，有時候要稍微拉高一點點，以前在 20 年前，可能這個在 2,744 的，現在可能有 3,500 的等等這種的，意思是說如果對民眾是必要的，生活品質各方面也是在進展的，把他納進來多一點，那對於弱勢的民眾會比較有保障，但這個也就面臨到整體的健保費的一些討論，然後另外呢？就是說，在專業整個再釐清這些問題，或在檢視來做所謂更 friendly 的這個，我想我們要請消費者跟專科醫學會一起來，因為專科醫學會比較知道病人常常在問什麼，可是消費者要來看看，就是說，你們做完後是否看不看得懂，很多專業做得很開心，想說我都說的很清楚，但病人拿來仍然是看不懂。我們一定要做一個不要像仿單那種的，我覺得講真的，一定要讓病人看得懂跟他權益有關的。我覺得如做成的話，那坦白講這是功德一件。那剛才薛次講的就是說，有關於這個價格的管制，在獨占性的這一部分，那政府必然是要介入啦，因為那些完全失去市場的能力喔。所以政府一定要介入那樣的一個價格

大概是用這樣子，我們這樣的話看要多久，我們大概是兩個月內再來開一次會，這樣好不好，剛才那幾個部分，再看看下一步要怎麼走，好，那今天就非常謝謝，謝謝各位！