

趙偉翔科長：

本次是 110 年健保署英文讀書會的第五場次(含加值場次)，首先請主席致詞。

李伯璋署長：

各位同仁大家早安，昨天聽到一個笑話，有人稱讚我們健保署，公務機關居然還有 book reading，然後就和純馥講到第一次，就說第一次點名淑華不在，所以淑華以後每次都會出現，我想我們大家就一起努力，我們開始，謝謝。

趙偉翔科長：

謝謝主席，本次為英文讀書會的第五場次(含加值場次)，由醫務管理組的林其瑩科員為各位報告：「理解醫療照護費用定價之挑戰」。

林其瑩科員：

署長，各位長官、同仁大家早。我是醫管組林其瑩，很榮幸有機會可以和大家一起共讀這本 Understanding Value-Based Healthcare，今天要介紹的是本書的第三章，理解醫療照護費用定價之挑戰，大家可以一起認識美國目前在醫療服務的訂價上所面臨到的問題，以及執行方式。

以下這邊是大綱的部分，這個章節會分為兩個部分做介紹，第一個部份是介紹現行有很多不同的定價方式及多方利益關係者所遇到的困境；第二部分則是解釋價格以及提高價格的透明度，說明如何透過價格數據的取得，在對的時機點提供給患者知道。

作者在本章開始之前先說了一個小故事，Dr. Linda 的眼科醫師建議她進行眼睛手術以保留視力。他在手術後收到一張 1 萬 3000 美元的帳單，這鉅額的款項讓他震驚不已，他發現原本 4 美元的抗生素變成 78 美元，192 美元的拋棄式器材變成 863 美元。Dr. Linda 覺得這個價格是有錯誤的，因此他把這個帳單上的價格和醫療器材供應商所列出的價格去做比對，接著去聯繫醫院部門，但卻沒人能回答他帳單的問題，最後得到的回應是：「當您在簽署手術同意書時，您就已經允

許醫院收取任何想要的費用」。

其實這種情況，我們可以發現在美國醫療服務的價格是如此的不透明，難以預測的以及難以理解的，患者常常在不知情的情況下去購買、執行醫療服務。可以在右邊這張圖看到在患者的帳單上面的診斷碼、deductible 及 copayment 這些項目，其實對他們來說是不理解的，就像是一堆神祕的文字。所以普林斯頓經濟學家也說，美國醫療服務價格就像是神秘網紗後的一團混亂。

那我們可以從一開始 Dr. Linda 的故事可以知道臨床醫師不再了解醫療服務價格的變化，儘管 Dr. Linda 已有數十年的執業經驗，但是他在收到醫院帳單的時候他仍然不知所措。這樣的情況在美國是非常普遍的，即使是有醫療保險的人，他們的帳單也成為他的個人負債的主因。醫師是決策醫療處置，也是決定帳單費用的主導人。醫療服務的購買是從 19 世紀開始，當時價格是由醫生和病人雙方協調出來的，而且多由現金或是以物易物方式作為支付，拿個醫師包就能看病。但在 21 世紀，大型醫療團的服務方式已成為常態，也因此醫療服務的價格不再只由醫師和患者間決定，而是通過保險公司和醫療團隊的談判決定的。現今呢，醫療服務是由一複雜的交易網絡所支付，這個網絡發生在服務提供者(院所)、器材商、保險公司及其他利益關係者之間，為了獲得最大的利潤，其實在網絡中的每一方都會客戶收取不同的金額，那這個金額基本上都是保密的。

在經濟學中，不同領域的價格是透過供需關係所建立的，價格會介於生產成本和客戶願意支付的金額之間。相反的，醫療服務的提供是需要多次的交易過程才能產生，因此會與剛剛所講的生產成本及支付意願的這種關係不同。因此，在這個過程中，金額在每個交易階段都會有不同的名稱，Cost、Charge、Reimbursement、Price，四個在交易過程中會有不一樣的定義，醫療服務的金額在每個交易中都會發生變化，因此最終價格和原始價格完全不同。這邊作者也提到，多方利益關係者間的資訊不對稱、臨床治療的不確定性及缺乏可靠的數據來源都會增加預估金額的難度。因此本章節將說明為什麼醫療服務的訂價難以理解，後面分別說明兩部分，為什麼會有多種定價方式產生以及了解為什麼對病人解釋價格是具有挑戰性。

第一部分說明多樣化的價格及多方利益關係者困境。了解醫療服務價格的第一步是要先解開為什麼完全相同的醫療服務，其價格在醫療服務提供者間、付費者間及患者間有非常大的不同，而這個問題就被稱為多方利益關係者困境，就像圖片上的齒輪圖。成本對於三方來說都有不同的定義，對 provider 來說，成本是指提供患者醫療服務所產生的費用。對付費者而言，成本是指提供給 provider 的費用。對患者來說，成本是病人 out of pocket 的費用。

承接前一張簡報，醫療服務的價格受到三方面的牽制，所以作者在以下分別論述，首先是第一節的部分，先從院所端來看。作者說在他小時候，他所知道的醫生都是成立小型醫療診所，直到他醫學院畢業後，他發現大部分的醫師都會去給大醫院雇用，這說明在過去幾十年裡，許多小型診所加入大型醫院組織，像是獨立醫師協會、附屬醫院、其他醫療服務體系等。因此了解醫療服務的價格，可以先從解構小型組織的醫療服務成本開始。如果以一家小型私人診所來說，他的成本很簡單，就是工資、短期用品、設備的費用，理論上可以進一步劃分這些類別中的每個項目來計算每位患者的醫療服務費用。但實務上是困難的，因為像有一些患者是需要長時間而且需要多種類型的醫療服務。因此，我們要如何計算患者在不同院所接受到的服務成本是多少？或如何分配 1 台 7 年壽命的 X 光機器用在患者身上只有 7 分鐘的成本呢？所以對於小型私人診所來說這是相當複雜的，更何況對於擁有多個行政部門及科別的大型醫院來說，要去計算每個患者的費用更是困難，大型醫院使用財務管理軟體追蹤患者在計費項目的使用情形。但是有一部份成本是無法追蹤的，像是照護時間成本、維護血庫運作的成本，這些很難反應在患者的帳單上。另外醫院每個部門預算不同且自行管理，在成本的計算上可能是不同的方式，所以通常，為了維持部門間預算的平衡，會進行跨部門的補貼及其他成本的分配，因此混淆實際成本。所以醫療服務的財務會計是具有挑戰性的，在本書的第四章將會去做更詳細的介紹。

所以我們可以從這個部份知道，如果從 provider 的成本角度來估算患者的價格是有限制的，像是成本只是粗估的數值、個別患者的照護費用大多是已經提供完服務後，再回溯計算、費用只是鬆散的拼湊。

每間醫院都會有一種文件，叫做 Chargemaster，這個文件是提供醫療服務的成本與收取費用間的資料，大家可以把它想成是醫療服務價目表，每個醫院都有屬於自己的價目表。照理說，價目表應該要能真實反映出成本與收費的關係，但實際上卻沒有辦法，因為 provider 會去哄抬所列出的成本價，而這種抬高成本的方式被認為是必要的，因為能夠減輕 provider 的負擔，因此會導致成本很難去預測。

在 2013 年 4 月份美國時代雜誌的封面故事寫到，價格在每間醫院之間是不同的，而且通常是成本的 10 倍。其實，大多數的 provider 會先估計成本後，再以加價方式收取費用，加價是由 provider 組織內部的財務壓力及外部市場壓力所影響的，市場壓力也包含付費者的組成以及其他競爭對手壓力，通常 Charges 會反映市場現況。例如醫院可以從競爭對手中檢索公開的收費標準，並用這些 data 訂定自己收費上限，以確保收費不會是異常值。那相似的，像是 Medicare 是政府保險要付的費用會比保險公司的少，所以很多醫院會使用 Medicare 的保費作為定價的下限。我們如何去決定要加價呢？決定因素：經濟、服務成本、醫院使命、競爭力、特定付費族群、社區意識、照護項目及可替代成本。2005 年，醫療保險支付諮詢委員會，委託團隊分析 57 個醫療服務系統的收費情形，而這些 57 個系統覆蓋全美超過 238 家醫院，研究發現醫院收費金額有高度的任意性，另外也發現許多醫院沒有定期監測收費價格。

不是所有的 provider 都能拿到很好的報酬，我們以左圖來說，假設執行檢驗影像，所得到的報酬比成本高，對醫生來講就是有利的；但是以右圖來說，像是執行預防保健、諮詢等等，得到的報酬比成本低，對醫生來說就是不好的。

接下來這張圖說明同樣的醫療服務，會因為有不同的付費者提供的報酬，會使醫生有不同的獲利情形。

講完醫院端的部分，接下來從政府及私人第三方付費者之觀點來看。鑑於價目表定價的任意性，大多數付款者利用集體支付意願和會員總體規模作為價格談判的槓桿。在美國，最大的支付者是 medicare 和 medicaid，通常統稱為「800 磅的大猩猩」，因為它們具有定價權，medicare 和 medicaid 支付率每年調整一次，但國會將其固定在相對較

低的數額。儘管 Medicare 支付有剛性存在，但費率是基於在公平的過程中提供醫療服務所估計的成本。

美國的 CMS 是以包裹給付的概念，固定費用預先支付住院護理費用，而不是按服務內容進行每項付費，它也設定了「有效設備在提供住院服務時預計會產生的運營和資本成本的基本支付金額」，但有時候醫院可能會因照顧特別複雜的患者而產生的費用遠高於分配給 DRG 的預期金額，在這些情況下，Medicare 根據 RCC (Charge to Cost Ratio) 來提供“異常支付”。值得注意的是，RCC 的計算方式缺乏精確性，但還是有許多醫院繼續使用 RCC 作為估算提供醫療費用的基礎。在過去的 20 年中，醫院 RCC 的平均數幾乎翻了一倍，這加劇了人們認為醫院收費都是過高的。

從這張圖中可以發現在 2000 年 RCC 是 200%，而到 2012 年已到 331%。

CMS 採用各種方案來幫助管理和控制成本，之後在第 15 章會介紹。

我們在第 2 章的時候，有提到付費者會採用各種保險產品設計，以幫助將這些成本轉嫁給患者。對於完全相同的服務，第三方付費者通常會向不同的 provider 報酬不同的金額，是透過協商訂定的。

普林斯頓經濟學家指出，雖然這看起來不公平，“價格歧視”在其他行業普遍存在，以美國教育來說不同的學生可能會根據他們的支付能力和對學校的吸引力來協商不同的經濟援助計劃。價格歧視的問題可以回到前面提到的 Chargemaster，因為 Chargemaster 中的費率部分是為了抵消 Medicare 和 Medicaid 的低報酬，所以把費用拉高。而且許多醫院與保險公司的契約都有明確的“禁言條款”，以防止保險公司披露協商的費率。所以費用經過談判之後通常與原先的價格落差很大，每年都會多次的價格談判，大大增加了最終給患者的費用，談判的秘密性質也增加了費用不透明性，而且還使未投保的個別患者面臨過高的費用。

再來第三個部份是從患者個人及社會整體的觀點來看，對患者而言，他會面臨 2 個挑戰。首先，可變動的定價方式使患者在使用醫療服務時會陷入困境，因為患者會覺得購買類似的醫療服務時有不同的購買價格。像是有呼吸急促的患者，他不一定知道自己需要的是 50

美元的胸腔 X 光檢查還是 500 美元的心電圖，而且這兩個儀器的服務質量大不相同，因此在患者不知情的情況下，價格是高度隨意在變動的。第 2 個要面臨的挑戰是照護費用是仰賴醫療服務價格及個人的保險內容，患者需要承擔部分負擔不同。另外在特定類型的醫療服務也會有不同的承保方式，很多保險產品都是有限制的、有例外的、及很難去理解及協商的。舉例來說如果只是進行大腸鏡篩檢是不用費用的，但如果是要使用大腸鏡進行息肉活檢就可能需要付費。另外患者如果是在州內使用緊急救護則不用負擔，但如果是州外的緊急救護就需要自行負擔。像剛剛舉的兩個例子，其實患者很少會去查這些規定，特別是一些非例行性或是無預期使用的醫療服務。患者們所承擔的費用不是只會影響患者本身，通常單一的醫療服務決定會導致後續一連串的昂貴後果，像是長期的成本和間接的成本，這些成本累積起來會變成社會成本，後續在第 8 章和第 14 章會繼續從社會層面的效益進行說明。

接下來本章第二部分，作者介紹如何解釋價格和提高價格透明度。這邊作者提到醫療是透過專業知識及複雜定價過程的服務，而房地產價格也是會通過這樣專業及複雜的過程來決定價格。以下作者會將醫療服務價格以房地產價格做個比較及描述，房地產與醫療服務價格一樣，都是由私下協商方式決定，且很少清楚的知道每個項目加總後的總金額，在成本的部分是間接轉嫁給買方，但是買房子的人是能預先知道整體銷售價格，但患者沒辦法。買房者能夠查到過去類似房屋的價格及成交價，但是患者沒辦法知道其他患者做了哪些治療付多少錢；買房者可以透過房仲了解市場價值，但卻沒有人可以告訴患者醫療服務的價值。所以為什麼和市場上其他類型的消費行為相比，患者能決定醫療服務的能力低呢？作者認為除了患者無法得知價格外，還會取決於提供醫療服務的過程。以買房為例，買房者也許無法單獨計算廚房和浴室的價格，但至少有機會能預先參觀房子並查看屋內所有物，相比之下，患者很難去知道她接受的每個醫療服務過程的項目。就像是患者需要抽血檢驗，對患者而言，他只要做出抽血行為，但不會知道抽血後有多少檢驗項目，其實醫療行為的背後會有很多隱藏的作業，這些成本常常同時發生的。

患者難以針對自身疾病獨立做出醫療決策，像在病人病情危急的情況下，根本無法決定需要進行的治療方式。因此，病人需要高度仰賴醫師所下的處置。大多數的買賣商品，是由經紀人來代理客戶做出決定，都是需要列出契約或條款的，但是在醫療上，臨床醫師很少詳細的說明每項可計費的醫療服務，但這不是醫生故意不去做，而是每項服務項目背後有過於繁瑣的細節及理由。因此達到病患和醫護人員間要共同決策的理想是很難實現的。另外，臨床醫師很少接受過財務相關培訓。出於上述原因，作者認為實現醫療服務透明度不僅僅只是瞭解價格，也同時需要了解定價的方法並能向患者說明。

作者認為在某些時刻，患者了解價格的時機點太晚，如果能在一開始選擇合適的健康保險計畫，對於醫療服務提供的過程中就能較早讓患者知道價格，但這項任務是具有挑戰性的，像之前第2章介紹的，大多數美國成年人是雇主幫忙保險的，保險內容會取決於雇主，因此每個人的投保內容差異很大。在 ACA 通過之後，美國人自己購買健康保險。根據某金融業公司研究，預測到 2020 年有 90%ACA 之前的國人將轉而使用醫療保險交易所。為了因應自行購買保險的美國人快速增加的情形，歐巴馬政府 2013 年進行健保改革，要求商業保險依不同等級付費分為，白金、金、銀、銅等，選擇銅級保險，保費最便宜，但部分負擔最貴。

對於需要部分負擔的民眾來說，僅僅知道分攤程度已不滿足，他們還想預先就得到價格。2013 年研究發現預估價格的困難性，研究者聯繫美國 20 家頂級骨科醫院，了解各家醫院髖關節置換術的手術價格，研究結果發現，不到 1/2 的醫院能報價，且各家醫院報價差異巨大。為了幫助患者能預先了解醫療服務費用，有一些政府和私人資源湧入，希望提供醫院醫療服務價格的平均數或中位數作為參考，讓患者能進行比價。為提供患者一定程度的透明價格，截至 2011 年 3 月超過 30 個州正在積極尋求立法。以下為美國幾個目前提倡價格透明的州，像是加州、麻州等，都開始實施有價格透明化的措施，像是公開醫院常見的手術費用的中位數，或是醫療服務的成本的數據。

目前有些州別會使用 APCDs，這個資料庫是立法授權收集、彙整、分析私人保險索賠案件，但這些數據是涉及私下秘密協商的費率，數

據是很敏感的，為了取代這個敏感性數據，將由 provider 提供價格資料作為參考。根據 ACA 可負擔醫療法案，所有的醫療服務提供者都必須公布 Chargemaster 價格列表。比如在麻州，醫院必須在患者詢問價格後 2 個工作天內提供費用金額；在加州，醫院須告訴未投保患者預計費用，且收費不可以高於政府給醫院的金額。

因目前各州未能全面執行價格透明化措施，因此有許多私人組織開始提供價格透明化的服務，像是在美國某家外科中心在 2013 年 7 月標榜自家醫院是熱愛市場、價格透明的外科中心並登上全國頭條新聞，引起當地競爭醫院的價格戰，也能使同儕間的激勵。在保險公司的部分，保險公司會開發工具，引導患者使用低成本的設施，並幫助他們預估費用，例如 United Healthcare 建立價格透明的 APP。另外在患者的部分，開始出現允許患者可以透過第三方平台敘述他們對醫療服務的體驗，也有基金會與幾家公共廣播電台合作繪製特定醫療服務價格的區域性差異比較，消費者組織也幫助患者了解價格及品質。

約翰·霍普金斯大學的博士提到說：「如果患者不能事先知道需要的服務，他們就不能比較。」美國有一家 Health Sparq，是一間公開醫療服務價格的公司，共享有關醫生、醫院、醫療服務和藥物的成本和品質，可以減輕患者對價格預測的不確定性，除了提供個人自付費用的估算，也會公告患者常見的照護方式的治療及服務成本給患者參考。

即使患者有一種方式可以預先預測和解釋醫療服務價格，也只會幫助他們選擇去哪間醫院，並且在很多情況下，特別是當患者病得很重時，患者可能沒有太多選擇去哪裡，在大多數情況下，是由臨床醫生代表患者決定醫療處置。作者及史丹佛教授形容這個狀態就像是「在醫療服務體系的菜單中沒有價格，我們每餐都可以點菲力牛排。」目前，醫師不太清楚他們的決策會影響患者付多少錢，為了解決嚴重的知識落差，在過去二十年裡，有幾個醫學中心已經嘗試把價格列在菜單內，而且越來越多醫院正在將部分的成本數據鍵醫師使用的系統。

本章的重點及結論，重點部份分成 4 點：1. 提供者、付費者及患者都從不同角度考慮成本。2. 過高的定價通常是為了平衡付費者的報酬。3. 為了提供患者和醫生更透明的價格數據，出現很多公共及私人

的解決方案。4.治療流程的複雜性、患者決策的限制性、醫療服務提供的不確定性造成價格難以解釋。所以瞭解價格顯然是以盡可能低的成本提供最好醫療服務的必要因素，這些資訊必須由培訓過的醫生，將「以價值為基礎的照護」、「平衡成本與品質」、「安全」、「病人所需」等四個因素相結合，以提供患者更好的醫療服務。

讀完這章，整理了一些我的心得跟大家分享。在民眾支付費用的部分，美國貴得嚇人，臺灣平易近人。在價格透明度的部分，美國的價格透明度很低，其實在臺灣民眾可以在健保署的網站查到醫療服務給付項目及支付標準，公開且透明。第3個是臺灣多元支付制度並行，透過總額預算的宏觀管理，依據不同的醫療服務照護特性，搭配不同支付制度，有效控管醫療浪費，提供民眾良好有效的醫療服務，台灣民眾真的好幸福，以上是我的報告，謝謝大家。

李伯璋署長：

謝謝其瑩，我一邊聽一邊研究你，你們醫管總額科科長是誰?于淇，你為什麼選其瑩來報告。

洪于淇科長：

年輕人用不同的角度看。

李伯璋署長：

我覺得很謝謝你，這篇文章讓我們有不同的體會，待會請特材育文、藥品兆杰做一個 comment。簡報最後講說價格平易近人，我覺得這不是平易近人，因為我們給 provider 錢，那我們的平易近人，事實上是壓榨他們，他們認為國外的價格是這樣，但我們台灣給付的價格對他們來講不是很合理，所以你知道我們的健保民眾滿意度、醫界滿意度幾成?我們健保署就有這個優勢，我們管理滿不滿意，反正醫界跟健保都有簽約。昨天我去中國醫藥大學，他們董事長蔡長海他跟我們說，假如健保沒有簽約的話醫院是活不下來的，所以我們把他們吃死死的，那我給各位同仁一個概念，我覺得要做得更好，其實就是要執行醫療行為的人做的快樂、開心，我們的目標不是只有醫生，護理

師、藥師、醫檢師等等，很多都是要靠他們的專業做事情，我們目前給的都是點數，可是我們給的點數是我們自認合理，但跟國外比起來就會覺得怎麼差那麼多。

你今天報告的東西就是屬於商業保險的概念，彼此不同，台灣就是一個健保，所以我們健保說了就算，我要拜託醫審特別留意，我們總額就是一大塊，有一部分要給醫療體系的人，一部份給特材廠商，結果我們現在發現給特材、藥品的錢都達到一個相當的程度。財務管理和訓練很重要，我們都在專業有訓練但不見得在財務管理有好的訓練，所以不知道怎麼跟別人喊價，說實在的，那天蘇貞昌院長講一句話，他說「我不看你怎麼努力，我要看你的結果」，結果就是如果你在整個管理能把財務處理好，就很棒。譬如說進藥，但總額就壓縮到相關的護理人員，我們醫療要靠他們，但他們沒辦法得到合理給付，我自己覺得財務要很留意很留意，因為上次討論 NGS，它算成本包括房租都算的好好的，事實上你不需要幫他考慮那麼多，因為有時候只有自己才知道成本多少。上次 SMA 藥品只有 4、5 人的公司，就堅持多少錢、壓得很死，這就是商業的談判，去年給我們壓力 519 定案，那就是廠商的不良態度，假如你不通過的話，520 就要帶病人去總統府抗議，每次都透過系統，但高層沒有把那個系統當作一個最高的壓力，因為他們問我，但也沒有覺得健保無限上綱一直同意，因為不同利益糾葛，所以你剛剛提的時候都有相關概念，所以現實面管理還是要有一個態度，錢就是一大塊，像我今天早上跟很多組長表態，不到 8 成補 8 成的事情，昨天我去中國醫演講，我也跟他們講得很清楚，我們的問題是總額的部分，可是紓困方面就不是我們的問題，每個人都有每個人的角度，其實早上我有跟查處講很重的話，covid-19 時，我就拜託過你們 8 月底之前各個醫院、診所自清，我們已經通知他們自清，他們沒自清，那是他們的事情，落網之魚一定會有，各分區也不用堅持要抓得很乾淨，那是不可能的事，你們提報來後，拜託查處要趕快整理好，不要放到 9 月底再處理，外科醫師的背景根本沒辦法接受這樣的管理，有一個定案，知道哪些醫院不肯自清，你們手上都有名單的話，禹斌這邊再跟查處繼續要求，就跟醫療院所說你有哪些病人沒有自清，今天報紙也在報三總的牙科醫師，醫界都知道不實申

報是很大的問題，假如浪費不能控制，那 7000 億都是玩假的，臺北業務組的業務，連江縣看病人夜間門診當急診申報，中區告訴我說合理門診量大家去平均，這都是可以要求他們自清，這種不要花很多人力去查處，都沒有用，他們自己也知道哪裡對哪裡不對，所以我們由這個方向去努力，那現在請兆杰做補充，然後育文，依婕。

黃兆杰參議：

署長還有各位長官大家好。今天的報告我覺得非常好，可以提供我們去檢視別的國家怎麼樣看待醫療支出，那我們當然也非常熟悉三個不同制度，英國、美國跟台灣。英國就是公醫制度，所以他們的價格民眾不會太在意，但是他們等待時間就是久；美國就是價格高又不透明；台灣的話可以看作是這兩個中間體。我們目前在努力的方向，就像署長所說的，到底我們訂價要定多少，定價的話我們可以看藥品、特材跟醫療給付三塊來看，其實醫院端他們最熟悉。醫療支付的部分目前是由醫院端提出，這部分的話依婕會再補充。那我就藥品跟特材這邊有些看法給大家做參考，藥品的話目前訂價都是參考十國藥價或是台灣這邊有同類似的藥品，到底我們要支付多少錢。其實曾經有醫院、藥局的藥師，他們跟我反應說健保如果沒有訂價，他們也不知道到底要買多少，所以大概是廠商說多少，他們再用那個錢往上去加成，訂定他們的收費價格，所以健保署在這塊比醫院更清楚整個國際間藥品的價格，那我們也遭受到的困難是，以往這些國家的價格在網站上公告都非常清楚，所以我們知道我們到底買多少錢，才不會比其他國家來的貴，但是後來近幾年，有幾個國家尤其像英國，他們採取了另一項措施就是他們會談協議，談協議這件事就是會讓價格看起來很高，但事實上買的很低，為了要彌補這部份的缺失，所以台灣不得不也採取類似的措施，所以我們也開始跟廠商談，我給你的支付價高，但我買的要低，但是在台灣的總額制度裡面就會對總額有一些影響，這部份我們也在思考說要怎麼樣去做處理。

另外署長剛剛也有提到 SMA 的部分，SMA 是一個罕藥，罕藥的訂價在各國也有不同的策略，能夠製造罕藥的廠商都比較少，他使用的病人數也少，為了要獲得他研發的利潤，所以他們訂價的策略就是

訂高價，可是在這情況下台灣一般來講，一個藥品一個人，我們通常看要不要給付的時候，我們會抓一個大概值，大概 150 萬，如果這個人用一年超過 150 萬以上的話，我們大概都會覺得成本效益太低，可是像 SMA 他一個人就要大概 800 萬，800 萬跟 150 萬之間差距實在太大了，那時候跟他們談價格的時候就希望他們能夠降低，按照英國他們那邊的估算，頂多他是要把價格拉高三倍到五倍左右，這是最高的，可是一般來講，他們也不會買那麼高，他們會適當的去加算，到底要加算多少，這就變成剛剛署長剛剛講的要去 bargain，bargain 的部分在政府機關最大的 power 就是往後延或是用同類品做比較來殺你的價格，但是當他沒有同類品的時候，困難度就會增加，另一個就是時間壓力，到底是在廠商身上還是在我們身上，如果是在我們身上我們壓力就會大，如果在廠商身上那廠商壓力就大，尤其是有競爭品，所以目前我們都會先去看競爭品什麼時候上市，像 SMA 的藥品當時只有它，所以它給我們的壓力就很大，可是現在有另外兩個藥品已經陸續上市，所以後面的這兩個藥品我們壓力就沒那麼大，所以我們在後面這兩個藥品我們就會盡力的把它的價格壓下來，然後再回頭看原來的藥品，是不是可以把價格壓下來，所以目前在藥品科的策略是這樣，也跟署長說，署長的指示我們一定會努力去完成，以上。

李伯璋署長：

謝謝，再來請育文。

黃育文專門委員：

主席還有各位長官大家早安。我覺得以特材來講，醫療器材它的變異性及種類更多，那其實我們健保有剛剛其瑩所提到的，資訊很公開，一查就知道、很透明，可是事實上它裡面隱藏很大的知識不對等的問題，因為民眾的知識永遠不及醫療人員，所以即便把所有價格及資訊攤給他，他也很難做決定，他最後可能會回過來請醫師幫忙決定，所以又回到剛剛所提的，醫師是決定帳單費用的主導人，其實這個關係很難去切開，那也因為這關係的複雜度在訂價的時候，面面俱到不是那麼容易，所以每一層你都要去顧慮到他獲益的部分，所以我自己

的心得是覺得，比如說特材在定價的時候，除了考慮到成本，還有國情、GDP、還有人民各方面市場的量，也是要考慮進去，所以我們常常會面臨代表給我們的一句話，其實我們都知道美國價格貴死人，其實台灣的價錢比美國更貴，很多自費的醫療器材，大家都不可思議，所以我們就會覺得怎麼這樣子，我們議價的時候就會議太低，跟國際價一樣，就收載不進來，民眾有收等於沒收，因為民眾根本用不到，廠商不會供貨，所以我們就要去談到廠商願意供貨，那願意供貨的彈性中間就是要去計算它的利潤，那我覺得最大的困境是我們給了醫院利潤後，醫院並沒有給醫師，真正付出辛勞的是醫護人員，可是醫院並沒有把真正的獲益分下去，所以醫師們，他們可能會覺得說，你不收進健保還好，收進健保之後，我的努力都不見了，所以他就被醫院吃掉的感覺。

所以最近署長有指示就是把自費特材跟健保特材做一個明確區分，那這塊特材科很努力的希望跟醫管合作，看怎麼把自費跟健保的特材，至少我們要照顧到民眾的醫療需求，然後在這方面我們可以看到比較多的成本的部分，不管從 provider 的角色，從產品的提供者或者只是從我們政府的角色，我們可以去看成本的計算，然後利潤合理放進去之後，至少照顧到民眾的基本醫療需求，剩下該讓醫院去獲益的部分，也就讓醫院去獲益，中間有個很重要的資訊就是資訊的透明公開，雖然我剛剛有說知識的不對等，其實提供越多知識，現在的人民都很會學習，所以越來越知道怎麼跟醫師去溝通，所以最後其實在那個 SDM 醫病互相的共享決策，其實雖然有限，可是還是有可為，因為他可以知道怎麼去跟醫師溝通討論，選擇自己合適的醫療服務，帳單還是有一點點主導權，以上。

李伯璋署長：

謝謝，再來我們請依婕。

陳依婕科長：

謝謝署長點名讓我有機會能夠表達一下醫療服務的訂價策略。在我們醫療服務端，我們定價的時候是採用一些成本會計的基礎，那我

們提案端送資料來的時候都會送作業流程跟成本分析表，作業流程是要讓我們了解這個醫療服務的內涵，到底每個醫事人員花了多少分鐘，有哪些相關的儀器設備投入在這個服務裡頭。那另外成本分析表就會有四大項目所組成，第一個是人力，人力裡面就包含幾位醫師、幾位護理人員投入，比如說檢驗人員等等相關的醫事人員投入了多少人數，然後投入了多少時間，那這是第一部份，那第二部分會把裡面有關的不計價藥材，有些項目是不會例外核價的，那些藥品或材料，一般材料會列在我們診療項目的第二框，計價藥材裡頭，那第三部分就剛剛署長提到，像防護設備的折舊，如果有用到這個儀器，比如說裡面一定會用到X光，那我們會把那個X光使用的時間跟成本攤提在醫療服務裡頭，這第三部分。第四部分就是所謂的行政及作業管理費，因為醫院在投入一個醫療服務，勢必會有一些行政人員相關的文書協助，我們的成本分析表就是由這四大部分所組成，那組成完當然我不是依照提案單說了就算，我們一定會找相關的專家幫我們審視，還要請相關醫學會共同一起來審視他們所提的成本到底合不合理。

除此之外，除了找專家來看以外，我們其實也會經過法定程序，比如說，專家諮詢會議跟共同擬訂會議，在共同擬訂會議上就不只有醫界的專家，還有付費者的代表一起，我們都會把這個相關的成本、分析表，放在我們的議程文件裡面，讓各界都可以一起來審視，所以我們的作業分析表、成本分析表其實是公開的，因為我們的議程也都會放在網站上，那這是我們在醫療服務端定價的方式，但當然這也會有一些配套的問題，比如說，第一個是因為我們的健保特約就是特約醫事服務機構而不是特約到個人，所以這些醫療服務定價策略上雖然訂了這樣子的價格，但實際上醫事人員得到多少，其實我們沒有辦法掌握得那麼清楚。那第二個就是當然剛剛署長有提到，就是總額的限制，導致我們目前醫療服務相對來說，醫界都會反應定價是低的，那可能沒有辦法實際反映到他們投入，那第三個就有關像剛剛提到的NGS，因為他其實相對來說是比較新興的一種科技，那新興科技他剛出來，所以相對來說他的價格可能是高的，那如果我們健保在個時候把它買進來，那如果我們沒有一個後續一直滾動檢討降價這個機制，那可能我們就是買在高點，然後一直都沒有降價的機會，可能市場早

就已經用比較低的價格在販售給醫院，可是我們還是依舊高的價格來買，那在這對健保資源分配的合理性可能也是我們後續我們醫管這邊要檢討的方向，以上。

李伯璋署長：

那我想第一輪的報告是這樣，各位也知道有時候真的需要務實的滾動式檢討，滾動式檢討這個用語每個人一天到晚都會說，但我發現有滾沒有動，我最近幾次聽這個報告發現書裡面的內容都很務實，那我剛剛也跟宗曦講說我們 book reading 都有文字檔，到時候會跟原廠商接觸，把書翻成中文版，那各位報告人都等於作者，大家好好整理後，未來又是另一個方向，對整個台灣落實健保管理我想是很有幫助的，那我再請主管做一些 comment，禹斌你先講。

張禹斌組長：

其實這一篇重點還是希望整個價格是透明的，那健保署在醫審他們滿努力之下有做一個智慧比價網，所以那只是讓民眾知道台灣這些健保價格而已，但是假設我今天醫生跟我推薦要用哪個的時候，我最多是上網去看多少價錢，但是我會好奇同樣疾病的其他病人，他到底怎麼選擇？這方面的東西我印象中是沒有，當然問題是在醫院也不一定願意把病人自費的東西上傳給我們知道，所以我覺得下次的努力可能從這方面下手，但我首先會從白內障這邊，因為我們最近在談判白內障，我希望說所有的醫療院所他開白內障自費的特材，水晶體都必須上傳上來，我們會想要在健康存摺呈現，以後如果民眾要用自費的時候他可以去看一下現在台灣人的趨勢大多用什麼，不只價格透明，用的頻率是什麼他會有更多的了解，更多的選擇，以上。

李伯璋署長：

謝謝，雪詠，各分區有想要發言可以舉手。

戴雪詠組長：

我想剛剛藥品跟特材的訂價，在藥品定價的部分，的確是兆杰剛

剛講的核心，到底是誰急，健保署急還是廠商急，那署長也提醒我們，等待或許也是一個好的議價策略，的確目前在誰急的這部份，現在我們的策略會是用，在一些非常新穎的，看起來很有未來性的像是癌症新藥，我們現在會看三個指標，美國、加拿大跟英國，到底是不是已經推薦了，當成我們一個重要指標，就算是我們覺得它很新穎，要納進來，我們可能要用政治世界的術語，台灣是自己的，當然也有其他國家陸陸續續的，我們來評估說它是不是真的有效益，如果說沒有效益的話我們就不給付，之前在 IO 免疫抑制劑我們把肝癌和胃癌停掉，這是讓廠商知道我們是看實際藥效決定要不要給付，等待這個策略裡面我們現在開始用到的像 111 年新藥的話，我們可以掌握，因為廠商會先來登記，所以我們可以知道後面有哪些競爭品已經要進來了，我們就採取抓對廝殺的策略，我等後面差不多要進來的時候，我把這些人抓起來一起殺價，那像 SMA 當時我們在合約註明，若後續有相同治療別的藥品進來的話我們會調整價格，用這樣的方式來處理。在特材的部分，剛剛聽到美國的自費市場有點像我們自付差額的特材，最重要的一個是醫師報酬的不滿足，我覺得醫療服務跟自付差額都有隱含一個很深的意義，就是說醫師的報酬有沒有被滿足，可是這個滿足要怎麼樣才合理，這是個大學問，醫療特材那時候的極端值，有時候想想還滿有創意，他利用同儕的制約跟共識，極端的合理值在哪裡，這樣的制度就看他未來的走勢，但我們在特材部份的確是用價格透明跟同儕制約來處理，這部份未來自付差額特材的走向，我們還會再繼續想最好的方法，以上。

李伯璋署長：

淑雅今天有沒有在線上？淑雅你說。

張淑雅科長：

我的感覺就是唸這個章節給我很多發想，從醫療服務到我們支付標準的特材，整個裡頭其實要考慮他的權衡，因為我們畢竟是單一保險制度，那這成本利益裡頭，還有我們在健保定價的時候，慢慢落實這個制度後，我們要思考一個就是，昨天我在衛生局開會，也開的覺

得有點心酸，我覺得現在自費的那一塊訂價也是面臨到很大的衝擊，先跟署長報告謝謝。這個報告對我來講感受很深，很清楚的理解到署長改革的理念，這東西其實涉及醫療服務、藥品跟特材的定價，在定價、單一保險制度裡，要有很多思維跟考慮，不能只單考慮我們重磅猩猩的策略，很多我們都要一起討論合理的策略，符合我們台灣市場的定價，這是我們未來要認真思考的一個問題，不是只有資訊透明這件事，透明這件事對民眾來講感受很小，那感受很小的時候我們怎樣把合理讓醫界知道，這是我的感覺，以上報告。

李伯璋署長：

謝謝淑雅，我們真的不要只有做表面，雖然我們今天領薪水不會減少，可是我們的權力和能力可以做一個很好的突破，那我跟各位分享，我覺得人一生裡面做很多事情，也不是為別人再做，是為自己再做，今天假設說依婕很認真做一些管理，未來歷史會證明當時做的努力會改變很多東西，事實上我在這個位置已經坐了五年多，昨天我到中國醫藥大學，它們是很大的一個帝國，昨天我去演講，蔡長海董事長在跟各科主管演講更多人，大家都來聽我們健保，他們也都能感受到我們健保這幾年的努力，大家都覺得我們滿接地氣的，我們會站在人家的角度思考，我覺得只要我們不做違法的事情，各位可以放手想想看去做，不是傳統公衛思想，因為時代在變，大家都要很務實去面對。淑慧，你自己小孩在當醫生有沒有什麼 comment，雖然你不是醫生，那你怎麼想。

吳淑慧組長：

因為美國不是單一制度，是競爭機制，真的在美國是生不起病的，在台灣來講，像牙科醫生就會抱怨說，我抽一個根管很努力抽了半天，把病人弄得好好的，結果給付跟專業通水管的價錢好像差不多，好像有一點有損他們的專業，我想他們醫界可能滿多，他會挑一兩個支付標準真的偏低的項目來 argue，那我覺得說我們顧慮的是全面的東西，所以我們的定價策略我都跟我兒子解釋說，那是你們牙醫團體自己說的，但其實對個別的年輕醫生來講有點不服氣，而且他們現在的收入

也比不上我們這一代的收入，所以他們會覺得收入這麼低，但對小朋友的牙齒照顧越來越好，他會覺得他的職涯只剩十年光景，那我覺得這個也是年輕這輩的醫生私下的感嘆，那當然他們該做的專業還是會做，還是會憑著良心，雖然說這個抽根管實在不怎麼賺錢，但還是乖乖的幫人家做到好，以上。

李伯璋署長：

最後我做一個結論，也跟各分區報告，就是說各位我們自己在管理的部分，該做就做，開源不是那麼容易的議題，因為牽扯到政治不是我能力所及，但是節流的部分我想我們可以做到，節流就是該給人家就給人家，但不必要的浪費或不實申報就請大家多幫忙，很多人常常問我，這都過那麼久了為甚麼都不說，你們也知道現在健康存摺有人會檢舉，不必刻意說派一組人去做什麼事，你們就善用我們公權力，請他們自清，有些人耍賴不自清，你們就調病歷，很簡單幾個東西一起做下去，醫界就會知道不要跟健保玩，因為跟健保玩很累，這麼多年人我很少對人家那麼要求，但我們一定要把健保資源做最有效的利用，這是我們的一個目標，今天謝謝其瑩的報告，我也不知道為什麼你被人家 assign 做報告，不過就是很謝謝你，我們今天的 book reading 到這邊，謝謝。