

推薦及使用自費醫療之臨床實務及倫理反思 論壇紀要（上）

文 / 臺大醫院倫理中心 林劭璇、江翠如

前言

2024 年 1 月 5 日臺大醫院倫理中心於本院國際會議中心舉辦「推薦及使用自費醫療之臨床實務及倫理反思」論壇，邀請了政府機關、醫界、學界及產業界專家學者，分別就「自費醫療之現況分析」及「推薦及使用自費醫療之實務與反思」等兩面向進行討論。臺大醫院臨床倫理委員會召集人賴逸儒副院長於開場致詞指出：「以病人為中心是許多醫療機構所標榜的核心價值，作為一線臨床醫師往往希望為病人選擇最新、最好的自費醫療項目，但是常面臨的考驗是，有否足夠實證確信自費項目比傳統方法更為有效？病人是否能夠負擔得起？臺大醫院的醫師不會為增加醫院收入而鼓吹使用自費醫療，不僅如此，更希望從實務的角度、政策的觀點、及學界產業界等多方面的見解，來研議並引領我國自費醫療領域能夠健全化地發展」。賴副院長的引言為本次論壇拉開序幕，隨即展開熱烈的討論。以下為會議內容紀要，業經各發言人確認其內容，提供給讀者參考。

主持人引言

我國全民健保制度下未涵蓋的自付差額或全自費之醫療項目，其數量隨醫療科技的進步不斷增長；然而全民健保為維持財務平衡並達成最大效益，給付項目必然受到限制。健保署調查指出，2019 年國人每 4 位病人中就有 1 人有自費醫療之經驗，社會上自費醫療所造成亂象叢生，包括無明確科學證據、醫院巧立名目、醫師過度推銷、價格制定混亂或廠商不願申請健保等，衍生出許多弊端與爭訟。

許多自費醫療的發展是提供給病人更多更好的醫療選擇，然而療效不明確卻價格昂貴的自費醫療則衍生許多倫理問題。因為畢竟醫療的本質並非商品、不是一個願打、一個願挨就可以；利用病人的病痛及醫病間的知識與權利不對等，藉自費

醫療來賺取財富、剝削病人，這是有違醫學倫理與專業素養，也涉及了「利益衝突」的倫理問題，亦即將次要利益（醫師的利益）置於主要利益（病人利益）之上，或個人的專業責任的履行受到個人利益之凌駕而受影響。

2020 年健保署曾針對非健保給付之醫材，訂出自費負擔之上限，此舉引發醫界的強烈反彈，認為政府不了解醫療的實際行情和價值，粗暴地打壓醫師的收入。如何避免讓病人承受不合理的自費負擔，又能保障醫療院所有合理利潤，成為醫者的良心抉擇。此外，也發生過巧立名目以牟取暴利的自費醫療事件，例如腹膜內與腹膜外剖腹產其成本並無顯著差異，但自付差額卻從 2-3 萬，到全自費 15-16 萬元的價差。另有醫師向病人收取自付差額或全額自費，卻同時詐領健保費與商業保險保費之詐騙案件。如何加強對醫療機構和醫師的監督，以防止此類不當行為發生，並提高病人對自費醫療的知情權和選擇權，幫助民眾做出明智的選擇，醫界應從醫學倫理與民眾利益觀點之思考。

2011 年臺灣發生塑化劑事件，當時本院醫療事務室與臨床倫理委員會共同研議「自費醫令申請審查之倫理注意事項」，並發展成「申請流程與表單」，使得自費醫令之申請與審查納入了實質的倫理考量，是為醫療組織倫理之實踐範例，也是今日論壇研議之歷史背景之一。

（蔡甫昌教授，臺大醫院倫理中心主任）

臨床醫師面臨的實務情境

在臨床實務中，醫師在為病人提供自費醫療方案時，需要考慮許多因素。透過三位來自不同科別的臨床醫師分享，可了解他們在面對自費醫療時的思考角度、抉擇過程以及向病人解釋的考量。

眼科領域常見的自費醫材或設備項目包括人工水晶體、囊袋張力環、角膜塑形術和雷射近視手術等。隨著許多醫療項目的健保給付無法反映其真實成本，迫使許多醫療院所拉高自付差額或增加全自費項目來彌補收支差距，從而提高經營收益。以基層眼科診所收入比例最高的白內障手術為例，有些醫療機構中，申請健保給付醫材的比例約為三成，而在其他地方，例如基層診所，申請健保給付醫材比例甚至為零。在這樣情況下醫師面臨著挑戰：如何在保持醫療專業和滿足病人需求的同時，平衡成本或增加收入的壓力。此意味醫師更需詳加解釋自費醫療方案的利弊、是否存在替代方案，以及可能的風險和副作用。有些醫療院所偏向介紹自費醫材的好處，較少提及可能的副作用等；有些醫院為免爭議，直接將自費醫材的優缺點直接帶入病歷中。儘管如此，自費同意書僅是形式上文件，真正關鍵仍在於醫師

與病人的溝通。

(劉耀臨醫師，臺大醫院眼科部)

在癌症治療方面，會依據實證向病人推薦是否使用自費醫療項目。以接受胰臟癌手術切除的病人為例，美國癌症指引建議術後須接受輔助性化學治療。然而，我國健保給付有其條件限制，未符合條件的病人需全額自費，費用高達 15-20 萬，負擔不輕。此外，血液中白蛋白指數可為身體營養的指標，未符合條件者也需全額自費。然而面對末期病人，白蛋白補充效果有限且維繫短暫。此外，其他在推薦使用自費醫療項目時，醫療人員也會考慮手術失敗率、死亡率以及對治療方式的把握度等因素。至於近年來的質子治療或細胞治療，尚無完全科學實證且常為鉅額花費，負擔相當沉重。綜述，在考慮是否推薦使用時，醫療人員必須權衡其效益和倫理考量。最後，近年國內對於腫瘤基因檢測討論日益熱烈，此涉及基因點位的不同、檢測廠商和實驗室的國際認證等因素，可預見這些議題將在自費醫療項目中掀起不少話題。

(吳健暉醫師，臺大醫院創傷醫學部)

骨科下各次專科都有其特定的自費醫材。以骨折為例，超過八成病人會被建議使用自費鋼板和鋼釘，因臨床發現自費鋼板設計結構，於固定骨折效果較佳，病人能更早進行復健，並可避免二次手術。相較於健保給付的鋼板，自費鋼板除上述優點外，廠商也提供更多款式選擇，能更好地滿足不同骨頭骨位。至於自費人工髖關節，因其材質關係可減少摩擦微粒的產生，致使使用年限相對較長，且又增加了骨臼直徑，降低了脫臼的風險。而自費人工膝關節也具有類似的優勢，然而迄今尚無實證證明能增加使用年限。理論上，年齡較輕者宜推薦使用年限較長之自費人工關節，但隨著國人平均壽命延長，臨床醫師更傾向於與病人共同討論自費和健保醫材的優缺點、發明目的與目前實證，以供病人自由選擇。

(曾子豪醫師，臺大醫院骨科部)

自費醫療產業現況與趨勢

未來十年，全球醫材市場預估將以年複合成長率 5.8% 增長，達到 9960 億美元。這意味著全球醫材市場的增長速度稍微領先於臺灣今年全民健保總額預算成長率的 4.78%，相當於約 1.2 倍的增長幅度。驅動全球醫材成長的原因有三，除了全球人口老齡化、疾病盛行率增加刺激需求外，最重要的是新醫療科技和器材研發，

提升療效，促使使用率增長。

生醫領域概略分為醫療器材、生技醫療和藥品。從全球前十大醫療器材公司的研發 (R&D) 支出金額或於銷售額占比，以及從美國、歐洲醫材專利申請的增長趨勢 (2016-2020 年) 來看，皆顯示醫療器材仍在持續成長，甚至占生醫領域比重之最。關於人口老齡化問題，老年人口比例於 2022 年為 17.6%，國發會推估我國 2070 年老年人口比例將突破 4 成以上。在此背景下，許多醫材應用不僅在治療疾病，還包含提升老年照護品質。2022 年全球醫療器材銷售額顯示，聽力設備、牙科、骨科或心臟治療等成長幅度都略高於其他產品類別，顯見端倪。

截至 2021 年，臺灣的醫療保健支出預算占國內生產毛額 (GDP) 比例為 6.6%。相較之下，日本 11.5%，韓國 9.7%，而經濟合作發展組織 (OECD) 38 個國家平均 9.2%。因此，我國在醫療預算方面仍有進步空間，且應視為正確投資於全民健康的一種概念。值得感謝的是，近年健保署不斷擴大新醫療科技 (包括新藥、新特材及診療項目) 給付，尤其在 2023 年，給付金額顯著提升至 46.8 億元，較過去三年平均值增加了 43%，顯示我國對於新科技醫療的支持力度加強。

根據康健雜誌報導，2017 年至 2020 年間有 88% 的民眾曾被詢問是否願意使用自費醫療，將近九成的人表示願意支付，以獲取他們認為可能會帶來較佳的醫療結果。因此，自費醫療或許可視為提供病人率先使用先進醫療科技治療疾病的途徑。然而，新醫療科技進入臺灣的申請流程多受其時效性、複雜性及給付額度等影響，也不免會經歷從自費、到自付差額，再逐步納入全民健保的過程。在此過程中，如何創造良性循環與永續環境，建議除了調高我國健康醫療的預算外，新科技醫療申請審查流程也能夠更落實快速及簡化。最後，在進行醫療診療服務項目、醫材核價時，建議考量平衡醫療人員及新創科技研發公司隱性的付出及投資，這些沉沒成本 (例如醫師/護理人員的訓練；研發公司投資項目的成功率等) 是不易被外界直接觀察到。

(許樞龍理事長，臺灣先進醫療科技發展協會)