

## 推薦及使用自費醫療之臨床實務及倫理反思 論壇紀要(下)

整理 / 林劭璇、江翠如

2024 年 1 月 5 日，臺大醫院倫理中心舉辦了「推薦及使用自費醫療之臨床實務及倫理反思」論壇，邀請政府機關、醫界、學界及產業界的專家學者，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」等議題進行討論。

在前一期（2024 年 3 月創刊）中，我們已經摘要了論壇主持人引言，隨後由眼科、骨科、外科的臨床醫師代表分享他們實務中的經驗，並邀請業界代表說明自費醫療產業的現況與趨勢。本次將繼續整理當天政府代表、學界代表及醫界代表的演講內容，以下為會議內容紀要，業經各發言人確認無誤，供讀者參考。

The poster is for a forum titled "推薦及使用自費醫療之臨床實務及倫理反思" (Recommendation and Use of Out-of-Pocket Medical Services: Clinical Practice and Ethical Reflection). It is organized by the "臺大醫院倫理中心" (Taiwan University Hospital Ethics Center). The date is 2024/1/5 (January 5, 2024) from 08:00 to 12:00. The topics are "臨床實務" (Clinical Practice) and "倫理反思" (Ethical Reflection). The poster lists the host (主持人) and speakers (講座).

主持人	講座
方震中 臺大醫院眼科 委員會秘書暨眼科小組召集人	王皇玉 臺灣大學法律學院 院長
蔡南昌 臺大醫院倫理中心 主任	吳健輝 臺大醫院副院長 醫師
郭年真 臺大醫務品質與 國際研究發展處 教授	章浩宏 臺大醫院牙科部 醫療代理科主任
管子豪 臺大醫院牙科部 醫師	許樞龍 台灣醫療服務科技 發展協會理事
劉耀強 臺大醫院眼科部 醫療代表	蔡淑鈴 衛生福利部中央健康 保險署副署長

### 健保給付制度看自費市場

臺灣全民健保是單一保險人，強制納保之社會保險制度，其基本精神在於增進全民健康，減少就醫財務障礙，不因病而貧。目前我國收取差額上限的法源依據為健保法第 45 條，其規範健保得訂定健保給付特殊材料的支付上限和醫療機構收取差額的上限。雖然在醫病共享決策模式（SDM，Shared Decision Making）政策推動

下，提供民眾知情同意資訊，但醫療市場仍偏向發展「自付差額特材」或「自費醫療」。

自付差額特材-以人工冠狀動脈塗藥支架為例，已佔有七成市場份額。目前健保依據公告之健保價支付，未設定民眾差額負擔上限，目前此特材國內市場收費價格偏離國際價格，甚至達兩倍之譜，致民眾自付之差額大，幾乎形同全自費醫材，若改健保全額給付，將影響健保財務約 27 億點；另自費醫療-以鎖定式骨版為例，已佔有 88%市場份額，若健保全額給付，同樣也面臨國內市場收費價偏離國際價格問題，影響健保財務約 34 億點。當健保思考納入全額給付，並與廠商議定健保價時，廠商和醫界皆難以接受，即要廠商調整價格實屬不易。目前我國已經修改相關法規，針對特材新品項，除須依實證基礎來與國際接軌，並須訂定合情合理健保給付價與自付差額之上限。

究竟如何保障民眾合理自付費用？首先，家庭自付費用 ( OOP, Out-of-Pocket Payments ) 是衡量一個國家健保制度健全與否、保障民眾就醫財務風險程度之重要指標。一般所得較高的國家 OOP 約為 20-25%。臺灣在 2021 年 OOP 為 33.9%，相較偏高。南韓是全民健保國家，過去曾為全球 OOP 最高的國家之一，高達 50%，經過十幾年努力，透過關注老年人慢性病的自費、藥品負擔、高科技納入給付及收入較低民眾負擔過重等問題，將 OOP 降至目前 27.8%。臺灣應可借鏡努力。其次，為增加新藥預算來源，目前正在研議癌症新藥基金，對未完成第 3 期臨床試驗的新藥，先給予支持。經過兩三年後，再決定是否納入健保支付，未來如試辦良好，也可擴及新醫材或新醫療服務。第三，自費醫材因各醫院命名不一，醫院收費標準各不相同，變異極大。為解決資訊不對等問題，健保署建立「自費醫材比價網」，以提高民眾對醫材之辨識度及價格透明度。第四、持續依實證及國際臨床指引，合理調整健保給付，考量給付效益後，再逐步放寬保給付條件。最後，仍需透過推行醫病共享決策 ( SDM )，透過提供公正透明之醫療資訊，協助病人依其意願做出最適合其本身之醫療決策。

臺灣的醫療保健支出占 GDP 比例為 6.6%，但由於我國 GDP 仍在成長中，實際健保總額預算仍以每年 4-5% 的速度逐年增加，與其他國家相比，仍處於中度增長階段。然而，臺灣已步入貧富差距擴大的社會，未來恐將有越來越多病人面臨醫療財務困境。因此，各界應以病人為中心，齊心努力，共同提升國人醫療財務風險的保護力。臺大醫院吳明賢院長曾說過，若不能妥善處理自費部分，如何做到不虧損、不浪費，又如何能提供適當的醫療照護？

( 蔡淑鈴副署長，衛生福利部中央健康保險署 )

## 牙科自費醫材使用指引

牙科治療與生命攸關性相對較低，與個人生活品質較為密切相關。隨著人口老化和數位技術進步，自費項目（如植牙、假牙或矯正等）也隨之增加。近年來，牙科產業複合成長率約為 6-8%，誠如稍早許樞龍理事長所述，此一增長速度略高於其他醫療產業類別。而新技術和材料的引進使得這些項目在價格和功能上差異甚大。

由於牙科自費項目繁多，琳瑯滿目，不論在材料、（數位）設備、技術等不斷推陳出新，與此同時伴隨牙科經營成本隨之攀升，健保收入的增長卻無法足以彌補這些費用的增加。因此牙科醫師常面臨的困擾：是否應該改採新產品或技術來提高醫療品質，還是延續過去傳統治療方法？究竟應以傳統醫療觀念視其為病人，還是偏向服務觀點視其為顧客？若以服務觀點來看，就需要考慮以病人價值創造觀點來決定治療方式，進而可能衍生出許多自費項目。此外，觀察到目前牙醫入學生的價值觀，似乎更關注在服務心態，而這與醫療本質在於治療病人的倫理和醫療使命感之間產生衝突。

牙科自費醫材的爭議其實很早就被關注，2000 年時期文獻多以 Overservice（偏向當成服務對象）或 Overtreatment（偏向醫治病人觀點）為主要分析探討方向。舉例來說，以拔牙後是否需要放膠原蛋白來探討是否存在過度治療情境，就情、理、法三大面向來進行分析：

**情：**病人希望傷口快些癒合減少疼痛，同時期望價格合理；而醫師則希望滿足病人需求的同時，也可以提高收益。

**理：**有限的實證醫學證據顯示放膠原蛋白可減少一些疼痛，讓傷口癒合稍微加快；在醫療倫理的考量下，醫師是否應該大力向病人推銷放置膠原蛋白是值得思考的問題。

**法：**醫師與廠商關係是否影響膠原蛋白廠牌的選擇，甚者是否逾越醫師法的界線。

另一情境為簡易牙脊保存術（ARP，Alveolar Ridge Preservation）是否屬於過度治療的範疇。雖然經過一些研究後，依然有些人主張這是一項有用的技術，但也有人提出這不是一項必要的治療考量，因此在眾多不同觀點中需要進行慎重的評估和討論。因此當面對眾多自費醫療項目時，建議可從情、理、法三大面向來考量。

最後，對牙醫學生或牙醫師的教育應該以「病人的權益為最優先考量」，並應注意以下原則：1. 避免過度醫療。2. 適當的使用自費醫材：依據文獻參考作為標準和臨床指引，以確保使用的正當及合理性。3. 應秉持倫理守則和專業標準：應審慎

應對與廠商的關係，禁止不當的財務利益，包括不可有對價關係、過於便宜行事及要保有警惕心等。4.採用透明的醫病共享決策 (SDM)：讓病人參與並依自身喜好、資源與價值觀選擇適合他們的自費醫療項目，以建立更健康的醫療關係。

(章浩宏副主任，臺大醫院牙科部)

## 從健保大數據談自付差額倫理考量

若從社會及公共衛生角度看待差額特材使用議題，研究指出醫療保健支出增加，顯著受到醫療科技創新引進的影響，雖有可能改善健康結果，但也可能無意間助長健康面向的社會不平等 (Social Inequalities)。即便是在北歐等福利國家亦是如此，研究顯示科技的早期採用及獲益者，常是社會地位較高者，進一步加劇不平等的現象。

有學者提出的理論模型，解釋新藥或新醫療科技可能出現的高度不平等情況。從臨床角度來看，這些介入非常有效，創新成分也高，但擴散程度卻不均勻，僅少數人受益。研究將其分為三種情況：1.Direct end-user：消費者可以自行使用的，如穿戴式裝置。2.Direct-user gatekeeper：需要醫療服務提供者先導，如須有醫師藥物處方，病人自己才能取得藥品使用。3.Indirect-user gatekeeper：需醫療服務提供者先導後，再透過醫師或醫檢等專業人員導引使用，如斷層掃描、血管攝影等，此類多屬於需要自費或差額給付特材。文獻指出，醫療服務提供者對同類型疾病醫療處置可能會出現差異，係受到醫師決策考量（如自身熟練度、過往學習背景、同儕做法等影響）以及機構變異 (Institutional Variation) 之影響〔如醫院議價能力 (Bargaining Power)、與廠商合約採購數、採用連動醫師薪資、公開價格〕。

現行健保「自付差額（又稱差額負擔、部分給付）」制度，以網路媒體〈報導者〉於 2020 年刊登分析 8 大類醫材中占比最大的人工水晶體為例，該報導指出同一品項人工水晶體，僅於基層診所價格就有從 1.6 萬至 3 萬元之差距，更遑論不同層級的醫療機構。另以同一品項塗藥支架為例，每支價格中部某區域級教學醫院是 6 萬 1 千元，南部某區域級教學醫院是 4 萬 4 千元，價差非常大。

從國內外幾篇報導顯示，包括個人於 2017 年發表、針對醫療服務提供者選擇差額負擔塗藥支架的研究，以及 2022 年本人指導研究生針對選用差額人工水晶體研究，這些研究多發現病人的社經地位、醫療機構對自付差額特材的偏好、醫師執業所在不同經營體制或特約類別機構，都會影響病人差額特材選擇，而且即使是擁有豐富臨床知識的醫療專業人員，作為病人時，仍會受到醫療機構偏好的影響。前述研究具有重要政策意涵，顯示即使全民健保下，較昂貴或病人需自付費用的治



療，仍存在不平等。科技創新可能改善健康，但需注意是否加劇健康不平等 ( Health Inequalities ) 的惡化。

( 郭年真副教授，臺大公衛學院健康政策與管理研究所 )

## 自費醫療的法律爭議

自費醫療問題涉及眾多醫療糾紛，以下簡述三則訴訟案例，希望能帶給大家反思。

**脊椎融合微創手術案例：**病人認為自費醫材並未減緩疼痛，且價格相較高昂，向醫師提起民事訴訟。本案爭點有二，第一在於該手術是否有未達手術之必要程度，及違反植入物仿單注意事項之禁忌症；第二醫院所收取之自費醫材金額是否較其他醫院為高，醫師有為謀取收費利益而施行不必要手術之情事。雖本案主張在病人已罹患憂鬱症，明顯違反仿單所載禁忌症精神疾病，偏屬醫療糾紛。然而從消費糾紛角度，病人依據健保署醫材比價網資料，主張該院收取自費醫材金額相對比其他醫院高、且存在數十種便宜替代品，因此主張醫師為謀取不當利益而實施不必要的手術。最終本案上訴二審，以調解結案。案例反思：現行醫材比價網難免會讓消費者會產生買貴後悔的心態，然而醫療行為不似一般消費，並無特定、壟斷或區域問題，或許可以思考醫材比價網究竟對醫界或病人是否產生利大於弊效果。

**心室輔助器組案例：**病人因心臟衰竭，家屬同意並簽立健保不給付、須自付 432 萬之心室輔助器的同意書，亦有「縱使沒有成功，也要全額給付」之簽名，最後病人仍不治死亡，而後家屬拒付費用，遂由醫院提起民事訴訟。本案爭點有二，第一醫師舉國外成功案例為例，告知病人配偶，植入手術成功率高達 70% 以上；第二除了配偶於自費同意書簽名之外，另叫未滿 16 歲兒子簽名，因而主張此同意書簽名無效。最終本案判決未滿 16 歲兒子簽名部分無效，僅有配偶是契約當事人，應加計遲延利息給付醫院。案例反思：高額自費項目似乎有增長趨勢，如昂貴標靶藥物或前述微創手術案例等，都達百萬之譜。如遇病人家庭經濟狀況無法評估，是否能夠貿然建議使用，應如何進行臨床溝通才能避免醫療糾紛。另外可否採分期付款方式，除減少匯款阻礙外是否可延緩家庭負擔，都是值得重視的議題。

**置換人工水晶體案例：**病人主張醫療不如預期、未評估訴求 ( 需大量夜間駕駛 ) 及整體身體狀況 ( 糖尿病等 )，醫師未完整說明自費 ( 多焦點人工水晶體 ) 與健保 ( 單焦點人工水晶體 ) 醫材之利弊，遂以侵害自主決定權及未盡告知義務提出訴訟。本案爭點有二：欠缺手術必要性及未盡告知義務。最終本案上訴二審，以調解結案。案例反思：目前常見案例多為醫師未說明清楚醫材之利弊得失，導致病人

覺得效果不如預期，造成自費醫療糾紛逐漸增加，因此醫病溝通與告知義務更顯重要。即便在基層診所建議在條件允許下亦可運用前述講者所提到醫病共享決策，來協助病人做出醫療決定。

( 王皇玉院長，臺灣大學法律學院 )

## 綜合討論

### 一、醫材比價網

( 一 ) 目前面臨問題是各縣市政府核定自費醫材的比例不一，導致不同地點就醫的病人受惠程度不同。雖有自費醫材比價網，但無法克服各地政府差異。另發現廠商將自費醫材推廣至全國各地醫院很辛苦，廠商也因此困擾。目前健保署已爭取到科技預算，準備建立全國自費醫材網站，將原先醫材比價網分為「自付差額醫材比價」、「醫材收費比價 ( 全自費 )」及「醫院重處理及使用說明書標示單次醫材」三類：「自付差額醫材比價」匡列八大類 352 項醫材，訂出民眾差額負擔上限；「醫材收費比價 ( 全自費 )」為民眾全額自費醫材，設置警示機制，如醫療院所登錄費用高於同業平均值，將會收到提醒，提醒醫療院所回頭檢視自己的價格是否合理。透過此平台，藉由價格公開促使各地價格儘可能趨近。

( 蔡淑鈴副署長，全民健康保險署 )

( 二 ) 2013 年美國政府揭露聯邦老人醫療保險給付給特約醫療機構的費用，顯示相同治療在不同醫院間存有巨大價差。例如，肺炎治療從 1.4~3.8 萬美元，實際上，保險公司付給醫院的價格只有約 3-4 折，震驚眾人。美國會出現這種醫療帳單金額與保險給付價格落差甚大的現狀，部分原因是保險公司採用 Charge-based 的支付制度原理，給付 ( 理賠 ) 特定比例的帳單金額，並希望此金額反應合理的成本。而醫院為了獲得目標的收入，因應保險公司前述「打折給付」的作法，則訂立更高的價格作為因應對策，長久以往造成美國醫療費用的虛假膨脹。因此美國許多網站建議無保險民眾應與醫院談判，避免按帳單金額支付。由上可見價格透明度 ( Price Transparency ) 為確保公平合理的醫療中，非常重要的一種手段與機制。

( 郭年真副教授，臺大公衛學院健康政策與管理研究所 )

( 三 ) 對於一般民眾來說，比價網可能比較難以理解，就個人接觸此比價網的經驗，認為其可提供三種功能：第一，造成同儕的壓力，例如北市的自費收費項目相較中南部低，廠商說法是因北市的醫材市場競爭激烈緣故，另尚有醫院規模、議價

能力、及醫院管銷費用等不同，所衍生出來的價格差異。第二，有助於評估健保給付之特材項目價格是否合理，能及時、有效地替醫院或民眾爭取權益。第三，提供同儕或利害關係人在執行醫療行為時的重要參考指標，讓醫院或醫師在收取相對高昂的自費費用時，也必須確保治療的成功率。此外醫師倫理與醫療機構倫理 ( Institutional Ethics ) 也應適時介入釐清，因為收取高昂費用不一定代表手術醫師的提成或是收入增加，可能是醫院透過管銷費用的方式讓醫院的獲利增加。

( 徐紹勛副院長，臺大醫院癌醫中心分院 )

## 二、醫病共享決策 ( Shared Decision- Making, SDM )

( 一 ) 在醫病共享決策中，讓病人參與 ( Patient Engagement ) 並根據其價值觀做出決策至關重要。然而，由於醫療或臨床環境的限制，醫師常難以實現此目標，有些醫師甚至質疑為何要花時間製作決策影片。但這實際上關係到自費負擔甚至後續訴訟問題，其實，許多醫療糾紛發生於高額自費項目，而非相對便宜的健保給付之治療項目。因此，如何與病人溝通共享決策成為未來醫學教育的重要課題。( 郭年真副教授，臺大公衛學院健康政策與管理研究所 )

( 二 ) 醫師通常會提醒病人要注意治療的成本效益，並提供相應的資訊和解釋，讓病人能夠做出符合自己經濟和期望的決策，有些病人可能會因為年紀或有醫療保險而傾向於接受治療，即使效益不大。此外，對於那些對疼痛敏感或有特殊需求的病人，將會採用醫病共享決策模式，藉由設計表格和根據不同需求評估分數，協助病人做出更符合他們實際需求的選擇。在現階段對牙醫學生或臨床醫師的教育中，會強調病人需根據自身情況和期望做出理性的醫療決策，而醫師則應提供相應的支持和指導。

( 章浩宏副主任，臺大醫院牙科部 )

## 致謝

本文感謝參與論壇的學者專家代表的寶貴發言和對紀錄的確認。由於篇幅有限，部分貴賓的發言未能詳盡記載，但仍對各位貴賓能對於本場論壇活動的支持表示衷心感謝。