

## 綜合討論

戴雪詠組長：

謝謝奇君，奇君本身就負責特材的給付，那他本身是醫檢師，同時也是生化的碩士，所以我們認為是健保的明日之星，我覺得健保有非常多專業的年輕同仁，進到健保署的確發揮他們非常大的潛能。

我想先跟各位分享，因為今天的主題是跟我們組的業務比較有關，那其實從署長的角度，他之前就一直在提醒我們這組，因為我們負責新藥品、新特材的給付，署長在看一些統計圖表的時候，他會看到醫師報酬的部分，不管是診察費或者是診療費，比例、占比不斷的攀升。但是藥品跟新特材（新醫療科技產品），尤其是藥品，他的占率是逐年攀升而且升的還滿快的。所以其實我們對這新醫療科技產品要更慎重的來看待，那我自己在觀察，之前我在 TFDA 服務，我們在看待全球的整個管理單位對藥品跟新特材到底有沒有比較有效這個議題，其實最關切的可能還不是發證單位，比如說 USDA、歐盟的 EMA 這類，而是付費的單位，就是保險單位，因為它要從口袋裡掏錢，我想對健保署來講也一樣，就是在各國的這些醫療器材或者是藥品的發證單位，他們發證的當下，他們想的是說這類的特材或是藥品，有沒有未滿足的醫療需求，所以有一些像癌藥或罕藥，或是有一些醫療器材，它甚至是跟一般的治療去比，而不是跟一個更有效或強硬的對手去比。

所以當這些許可證發了之後，不管是新藥、新特材，還是罕藥、癌藥，上市的時候很可能它的基礎是薄弱的，它到底是不是真正有效，尤其對健保單位來講的話，是說有沒有比我已經給付的藥品或特材更有效，我想這個部分變成是後段的保險單位要去思考、慎重去評估的，所以我們的確發現一些新的癌藥或罕藥，有時候發證單位在二級臨床試驗裡面看到有潛力就發證，但是發證後若看起來沒效它也沒時間去管或說要把證拿回來，所以的確有一項研究，就是說在 BMJ 英國的醫學期刊，他們針對美國的 USDA 跟歐盟的 EMA，看它過去五年核發的一些新藥，尤其是癌藥，癌藥的話他們在許可的當下，都是用一些替代指標，比如說癌症的縮小程度來核給許可證，那這核給許可證的產品，大概有六成是用這樣的替代指標核准，那在上市五年去評估他

的臨床效益，發現只有 15% 比已經核准上市的藥品，尤其是癌藥要來的好，也就是說，這類的藥品在上市之後有沒有效，對於付費的單位來講，尤其健保署的我們責無旁貸，要去看說到底是真的假的，意思就是說我們必須要慎重的考量，所以在健保署這邊，我們針對一些比較典型的例子，像免疫療法的藥品（免疫檢查點抑制劑），我們就有一個就是用登錄的方式來處理，去蒐集一些 real world 的 data、evidence。

C 肝的話也是一個很棒的例子，就是我們確定它的治癒率已經達到九成八、九成九，之後我們加碼來給付、來編列預算，那在 IO 部分，署長看到這些數字是有意義的，所以就在病人的給付年限從一年延長為兩年，但是無效的藥品，我們就要讓它退場或是限縮給付範圍，這就是目前我們醫審組這邊在做，在署長指示下，健保的資源非常有限，用錢要用在刀口上，有效的藥我們一定會付，但有效還要再考慮他的成本效益，就是剛剛奇君講的 ICER 評估，我想，這的確對我們健保署來講是非常大的一個挑戰。

那特材跟藥品給付，我們會用 HTA 來做評估，但是上市後，我們會用 HTR 來決定要不要退場或是限縮，這個在我們藥品的話是 IO、C 肝，然後特材的話是長效人工心臟跟 TAVI 這些產品，我想這點先跟大家分享一下，目前在健保署這邊，在新特材跟新藥品我們整個給付的思維是這樣子。那我想特材部分，奇君名師出高徒，現在健保署最了解的特材的，除了署長以外，一個是淑雅，一個是育文，我們是不是請淑雅來分享一下他的看法，醫審組的張淑雅科長，謝謝。

#### 張淑雅科長：

各位長官跟醫界的朋友大家早，有關這個章節，其實奇君講的非常非常的好，因為我本身來自於純馥組長的帶領之下，其實對支付標準也是有一定的概念。其實醫材跟醫療支付不能脫鉤，這是我一個小小的心得，所有的東西、醫療技術的進步，它產生的費用昂貴，最主要來自醫材非常的貴，因為它是一個介入性治療為主的一個技術發展，那這樣子的東西，事實上整個支付制度從不同的角度去考量都有一定的想法，那最重要這章簡報的裡頭，如果以前我不在特材科，去

做這個特材核價的時候，大家都會覺得以量制價，這個基準就是在簡報第三頁，摩爾定律這個概念其實在醫材核價是很衝突的，摩爾定律他就是 **iphone** 的起始者，他的概念就是 **iphone** 一代一代的進來，高的一定貴的，舊的一定便宜，可是在醫材裡頭很特別，他沒有辦法用這樣的定律，所以這部分在我們特材整個支付的情況下，也很符合署長的帶領之下，我們重新思考一個衡平的概念，也朝向以 **value-based** 的概念來看這個新醫材，那以上是我簡短的心得。

最後就是說，我們現在特材科在做很多方面的時候，其實是很仰賴醫管組，我們互相一起讓這個支付更好，謝謝。

**戴雪詠組長：**

謝謝淑雅，淑雅剛剛有提到醫管組，那醫管組剛剛禹彬說他今天有豁免權，所以他指定兆杰代為發言，那我們請兆杰。

**黃兆杰參議：**

主席、各位長官還有醫界的夥伴們，大家早安。奇君今天的分享的確就是醫審一直在談的事情，到底我們要用多少錢來買這些新的醫療技術，做了這麼多年醫審相關的業務，我一直有一個感覺，就是誰去決定這個東西要不要買，因為一直以來我們都是共擬決定，共擬裡面大家都知道組成有醫界、有付費者、有專家，可是決定要去買的人是不是付費的人，我覺得這個會變的越來越重要，為什麼國外開始在推病友團體，或者是付費者要積極的參與這個會議，就是你應該要漸漸的有成本效益的概念，那我們自己去看醫師的時候，我們要不要買這個東西，我們自己會決定，尤其是攸關你自己的荷包跟你自己的生活品質或生命，你就會去做衡量，可是當我們在那會議裡面，我們常常很難感受的到大家看見的標準是什麼，所以這件事情，我覺得值得去推動，包含任何參加的人員，是不是應該要了解到底你願意付多少錢。

第二個是奇君剛剛講的內容裡面，我也深有同感的是有關生活品質跟生命年的這件事情，因為我們在評估的時候，你如果能夠多活一年，我們很清楚的知道這個東西要不要買，然後一般大家定價是多少，

當提到是提升你的品質的時候，那個判斷標準就非常的不一樣，所以到底什麼樣的品質提升，然後提升了多少，我們要付多少錢的這件事情，我覺得現在還沒有一個非常清楚的概念，我也希望這一塊，我比較期待 CDE HTA 那邊能夠給我們有更多的協助，以上是我的分享，謝謝。

戴雪詠組長：

謝謝兆杰，剛剛淑雅科長有特別要感謝他的恩師，就是中區的純馥組長，那我們現在是不是可以請純馥組長幫我們開示一下，就是今天的整個報告資料，您的看法如何？謝謝。

李純馥組長：

不敢講開示，就是分享，謝謝剛剛奇君的報告，那也謝謝淑雅，還有兆杰、戴組長很好的分享，因為其實這都是我們的工作，每天在這裡面，其實看這一本書，我拿到的時候，第一個看的就是這個章節，因為這真的是一個比較新的概念，因為在談我們現在最夯的議題就是 robot，那這個 robot 我就想他到底要怎麼去講這件事情，結果他不是介紹 robot，是在介紹這個 robot 手術，到底我們要不要買。

那當然我覺得，其實這是我過去在醫管組的任內也一直被挑戰的部分，包括那時候也處理了一次 robot 手術的這個議題，也造成大家對於這個議題突然夯起來，就想說到底這個達文西手術在台灣目前的狀況是什麼，確實因為我們當時在討論達文西手術的時候，我想一個新技術的引進一定有他的效果，否則應該不會被接受，可是這個效果，他所要帶來的成本，就是我們要考量的。

目前我們透過 HTA 評估，我們大概只有兩項手術，剛剛奇君有講到，不是其他的我們覺得他無效，而是我們在計算成本之後，我們發現效益跟一般傳統的腹腔鏡手術差異沒有很大，所以我們就還是維持只給付腹腔鏡手術而沒有達文西手術，並不是不支持這個新科技，而是我們在成本效益的考量下，我們希望等他成本再下降一點的時候，或許就有機會買進來，那我想這需要一點時間。

其實我們健保署在做任何一個新的，不管是醫材、手術、技術或

是藥品，其實都有很多人的幫忙，不管是 **provider** 端、賣方（藥商或特材商）或是醫界，其實都會給我們很多的建議，那剛剛兆杰點出來一個點，就是其實病友這邊的意見也很重要，可是病友他怎麼去挑選是一個大的難題，所以我覺得我們其實是需要再去思考，怎麼讓病友的角色更清楚，那當然付費者這一塊，多多少少也代替了部分的病友，也就是健保會的委員，可是他其實有限。所以我覺得未來我們的挑戰很多，那在我們分區，其實原則上我們看到就是很多新的技術進到 **real world** 的時候，我們也很希望說，在醫界這一塊也可以或多或少可以幫忙收集資料以後，做一些 **publish**，讓我們看到這些技術好或不好，那這個大家未來也會當作我們健保給付的一個參考，那我就分享到這邊，謝謝。

戴雪詠組長：

謝謝純馥組長的分享，我覺得真的很有重點，純馥組長講最後那一句，就是說跟醫界的合作，因為健保的大數據是 **very powerful**，所以就是說，在署長的指導下，我們醫審在藥品的評估，最近的確有些發現，就是說對於肝癌的病人，他如果是通知晚期的病人，那用了抗癌藥之後，在加上口服的 **DAA**，整個存活的時間的確是比較長，這是健保大數據發現的，那剛純馥組長也提到了，就是在付費者這邊，我們的健保署，除了關切他一個新的特材或藥品到底有沒有比既有給付的更有效之外，我們還要考慮到他的成本效益，那在總額支付制度之下，我們還要擔心他的財務衝擊，我想這個難度是非常高的，在有效的、有限的資源下面，我們要同時看他的相對有效性，還要看他延長一個 **QALY** 他要付的成本是多少，成本效應，然後接下來我們要看他的財務衝擊。

這三個點會讓健保署跟共擬會都很掙扎，每個成員都會非常的掙扎，那我想在這有限的資源，新特材、新藥品的部分，我們是不是也可以請教一下臺北業務組的玉娟組長，因為他之前是在醫事司，在醫事司裡面對於整個台灣的醫療資源跟健保署這邊，是不是已經有找到一個比較好的平衡點，我想玉娟組長有沒有比較不同的想法跟思維，謝謝。

劉玉娟組長：

其實今天談的大部分都還是在成本效益比較多，那當然所有的成本效應，最後發生的地點一定是在我們醫療的這一端，就是醫療的市場裡面。那醫療市場的這些價格最後還是取決於說，病人要不要買這個產品，當然它是環環相扣，我們只能這樣子看，今天從健保角度來看這些支付特材、或是不被我們健保載入的這些特材以外，其實在外面還有一個市場，也就是整個醫界在做新的科技和新的一些技術的時候，他向衛生局去報備的這些費用、項目，裡面其實很多是在我們健保收載之外，這些其實也是民眾常在用的，所以我們在討論這些醫療服務或是成本效益的時候，以國外來看，他不是單一市場，所以他討論空間和他的成本效益分析就會更犀利，可是到我們這邊以後，像有的時候特材公司或者是在外面的醫療機構也才會提到說，他有希望不要納進來，因為納進來的話它的自費和競爭就會下降，所以這一段是我們在保險人也就是我們健保這邊比較不會去掌握到，因為畢竟自費的市場還是在於衛生機構裏面做一個登錄和一些處理，那這是現在目前我們看到的兩段。

那至於對我們分區業務組來看的時候，我比較擔心的就是當自費的也存在，然後我們健保收載這些項目也存在的時候，那有時候就會產生說，在病人的選擇，我們最常接到的陳情案，就是說，可能醫療機構跟他說，這個健保沒有付，或是健保東西可能特材還不是最 best 的時候，會引導或是提醒病人，那你要不要去做自費的，這個人就是改採自費。然後接著病人都簽了，簽了以後又常常來文，我們這邊收到最多就是後悔，就說，我覺得我被騙，你這個應該在健保有付，那這樣爭議也蠻多，所以這邊也可以做個 echo 就是說，其實這一段最後在病人與醫師之間，這些決定的時候，我們到下游還是可以看到有一些問題，所以這裡是在後頭以後，我們在做自費或是健保特材管理的話，是不是在一些登記上或什麼還有一些空間可以再做一些，看怎麼去交叉或是處理，那一般民眾，最後我們還是說那你已經簽了，或者是審查委員看完後，這個健保有付，後來又叫醫院去退錢，大概爭議會產生這兩個結果，以上。

戴雪詠組長：

非常謝謝玉娟組長，非常關鍵的一個分享，也是我們現在碰到最糾結的問題，在特材的部分，那這部分的話，我們是不是請醫審組的育文副組長來分享一下他的看法跟解決方案，謝謝。

黃育文副組長：

主席還有各位長官還有線上的各位朋友，大家早，謝謝給我這個機會。其實今天的主題，奇君講的很清楚，也報的很好，我這邊有一點點心得就是當我在聽這個還有自己在讀的時候，有兩點一直震撼了我的心。就是第一個奇君剛剛有提到的科技的進步，其實帶來的價值評估，那個 **benefit** 到底是以病人為中心，還是以利益為中心，我覺得這個是在不同角色、不同觀點會面臨很大的困難，那他舉了那個例子就是治療黃斑部病變，其實他最開始的 **indication** 並不是這樣，所以他如果拿來治療黃斑部病變，事實上是 **off label use**，可是他 **per dose** 才花掉 50 塊美金，可是如果是 **Lucentis**，他每個 **dose** 是花掉 2,000 美金，差這麼多，它確實在製程上跟最後的 **formulation** 有一點不一樣，可是就評估效果上來看，對臨床醫師來講也認為它是差不多的，可是價錢就差很多，那這沒有好壞就是大家一起去面對現在目前這樣的一個選擇。

那另外我自己常常有先進會來跟我說，那個某某特材、什麼骨釘很好用，可是現在其實已經都不生產了，現在都是賣那個比較貴的、比較高階的第幾代第幾代的這個釘，所以每一個釘就要幾萬塊或幾千塊，可是以前那個幾百塊的就很好用了，可是廠商不生產了，那這個也是一個科技進步之後，可能帶來一個價值有一點提升，但是他是不是真的一定必要，那臨床端想用，可是卻沒有東西可以用，市場只剩下高價的東西可以選擇，那這也是一個科技進步帶來的現況，我們必須要去挑戰，那這個又讓我回想到有一天署長了丟來一篇 **paper**，上面是講 **liquid biopsy**，那 **liquid biopsy** 大家都一直對它的提早治療，因為它是去檢測循環裡面的 **DNA** 片段，然後去看看癌細胞的一個治療、預後都有沒有在復發等等的一個技術，可是是不是真的可以早期發現早期治療，其實在那一篇 **paper** 裡面，他就提到一個很大的 **question**，

有可能你提早發現並不是提早治療，而是讓病人提早進入不必要的治療，因為他可能有這個風險，未來他不一定會惡化成某種程度，可是你在這個時候先預測到了，先看到了要不要治療，對醫生來講是一個難，因為他看到了他不治療，有違他的判斷，可是他治療了，其實這個病人也許到未來，他真正惡化的風險也不見得很高，所以 **liquid biopsy** 的進步帶來是不是提早發現提早治療，這個 **value** 其實也是存在臨床上需要去思考，所以我在看這一篇，其實我是很有感，不管是藥品或是醫材或特材上面，其實他真的讓我們臨床端的醫師真的是身負重任也真的是壓力很大，這樣子，謝謝。

戴雪詠組長：

謝謝育文的分享，的確在一些新科技，有些新的診斷工具的開發，那他的準確度、精確度到底怎麼樣？它的不準確可能會讓我們更多的一些疑似的病人會用到我們珍貴的健保資源，我想，這點的話的確是我們大家都要非常的小心、慎重的，那我現在可不可以請北區的溫溫組長，因為署長曾經跟我講過，就說溫溫組長殺價功夫應該是一流的，應該要到醫審組來貢獻才對，那我想，因為溫溫同時有在醫管組跟財務組的經驗，那我想聽聽看您的角度對有限的資源、新特材、新藥品，您的看法如何，謝謝。

張溫溫組長：

戴組長、各位同仁、先進大家早安，其實我剛剛聽兆杰講那段，其實是最有感，其實就是資源有限的時候，到底誰要決定要不要支付？無論是藥品或者是特材，或者是支付標準，都是有面臨相同的問題，那台灣現在是比較沒有這樣，其實之前紀駿輝老師一直在講 **Oregon** 的一個經驗，就是當你有比較多的財務進來的時候，你要進來的這些項目這麼多，他會排一些 **priority**，那我記得大概在幾年前我到韓國去，去他們的健保這單位的時候，事實上，韓國也已經在做這樣的議題，那我覺得我們台灣目前可能還是以成本效益來看，而這成本效益的東西在很多時候，其實病人的角度、醫生的角度，跟保險的角度，是不是都看在一樣？其實有時候真的是還滿難的，那當然攸關自己的



時候那種態度或是積極度就是差距太大了，所以我們常常面臨到一些，看起來其實感覺上在支付上是比較沒有效益的，可是到最後，我們或許還是都會有做一些支付，為什麼？因為去要求這些支付的這些人，就是跟他習習相關，可是一般普羅大眾對那些東西，他覺得對我來講是沒有那麼大的差異性，所以他不會去積極去爭取，所以有些東西呢？或許還是要透過一個比較廣泛的讓這些功能或有一些人能夠進來去做一些思考，當我們有新的財源進來的時候，到底要把這些財源用在哪裡，不然以現在的角度資源確實有限，這個收入沒有辦法增加，可是支出，大家覺得每樣都要的時候，確實就會造成大家的一些難題。我想我們在這個制度裡面，保險人現在我們最 care 的就是我們的成本，我們希望每一分錢都是花了最有效益，可是那是保險人，在病人端在醫師端他所看的面向就是沒有辦法跟我們一模一樣，所以這時候可能還是需要一些平台，讓這裡的東西可以讓大家都能夠更客觀的去看待這件事情，以上。

#### 戴雪詠組長：

謝謝溫溫組長分享，就是說怎麼樣讓一些正確的觀念，向病患團體好的一個，也邀請他們進來表達意見，我想這的確是一個比較大的一個挑戰，尤其在一些跟他切身相關，但對於醫療科技跟整個資源他不見得有同樣的思維的這些病友團體，我們的確要多一些溝通跟邀請他們來參與的一個概念。

那我想就是也可以請教一下，南區的純美組長，因為最近我覺得南區做了很多的一些媒體的溝通跟宣導，那我不曉得在醫療科技部分的話，純美組長的想法如何，謝謝。

#### 林純美組長：

謝謝戴組長，各位同仁、還有醫界先進，大家早安。其實定價、價格跟成本的支付是我們一個很重要的核心，那我在十幾年前，在 97 年的時候，我去澳洲的 Medicare 實習了一個月，那我去其實他們第一件問我兩件事，一個就是說，你們的藥品的價格如何制定？顯然成本人家很關心。那第二個，他問我說，你們接到詐欺有關的投訴電

話，一天多少?所以這兩個都是跟費用有習習的相關，我們現在跟其他國家的健保有一個最大的差異，是我們現在收集了檢驗數據，所以剛剛戴組長也有提到，有時候這個藥只是二期才沒有很完整就上市了，未來這些上市的藥品、特材的療效評估，其實都可以用我們這個健保大數據，所以我的一個建議，就是說，我們每年都有自行研究，我們應該要多培養一些同仁，用我們的 **real world data** 來做 **HTR** 的部分，因為有一些數據礙於個資不適合直接開放給外面的學者，但是我們自己一定要做，一定要從我們這一些年輕的同仁好好的培養，這個部分透過這一塊自行研究來跟醫審提供更多的助力，因為現在的產品、東西實在太多了，如果醫審要做這個真的是也是很辛苦，沒有辦法，所以我們可以大家一起來通力合作，然後開一些課，選一些項目，大家一起來做，因為這個東西做久了，大家就會很熟練，這是一個。

第二個，我還是很關心那個 **Avastin** 跟 **Lucentis** 的事情，因為人口老化，這個黃斑部病變，他的發生增加，那我們的 **Lucentis** 又有給付限制，所以現在病人，現在醫院後面就幫病人打 **Avastin**，一支大概就是自費八千塊，這個部分也希望醫審去想辦法解這個地方，為什麼我們不能夠就把 **Avastin** 拿進來給付呢?讓病人多花這個八千塊，老實講也說不過去，因為他真的是有需要啦，以上是我的建議。

戴雪詠組長：

非常謝謝純美組長，分享非常的到位，那我先說明一下，那個 **Avastin** 跟 **Lucentis** 這個爭議，其實不只在國內有爭議，在國際間都是爭議的，因為兩個價格差很多，那大概差異是我記得 **Avastin** 的核准的適應症，是沒有黃斑部病變，後來在美國部分的話，他們還是從節省的觀點，其實在美國的話，一樣是醫療資源，他們會非常的節省，所以在藥局就多次抽取使用 **Avastin**，這個就會產生一些嚴重的感染的問題，我想這個部分的話，我們的確要非常小心，也非常謝謝純美組長的分享，因為他剛剛講到的關鍵就是說，這也是署長希望我們做到，我想分區也做的很好，怎麼樣用健保大數據去做有效的分析，甚至發表，那我知道上個禮拜吧，南區跟高屏，我記得同仁的自行研究，還得到衛福部的特優跟優等，那這塊我們是不是也可以請高屏的淑華

組長來分享今天議題的一個想法，謝謝。

林淑華組長：

謝謝雪詠組長，那也非常謝謝我們今天的導讀同仁奇君，還有我們醫審的同仁講的都非常的清楚而且翻譯的非常好，那剛剛有聽幾位組長的分享，我想這本書從一開始到目前為止，我覺得讓我比較覺得印象深刻就是成本的概念，那成本的概念因為健保剛開辦的時候我記得醫師是相當反彈的，因為他說這個好像曾經有個比較醫界先進，也當過衛生局局長，後來下來罵說為什麼看個病要用計算機算來算去，那之前大家會覺得醫療是一個人權，那病人需要什麼就該選什麼，那後來因為整個大家看起來因為二十幾年的費用兩千多億到現在已經超過八千多億，是非常多的，所以從這本書一直以來，我覺得大概成本的意識一直在強調，近幾年來，因為醫療費用的上漲，我相信這部分在我們國內，雖然我們現在應該是台灣最好的健保，但是對民眾來講，大部分的民眾比較沒有成本的概念，是因為隨著醫療科技的進步，會發現說，你周邊的親戚、朋友有人住院或是去門診的話，多多少少都要付資費的錢，那有一些人他如果說他有保險，或許他還有一些錢可以去補貼，如果沒有的話，其實他真的會去考慮說，要不要使用，所以我想這個成本的意識是越來越強，那也 push 到保險，我們是一個保險人，所以就是在決策新藥或新科技的時候，我想我們是擔任很重大的一個責任，現在回到我們的分區，我們分區現在是有一些現象，我相信六個分區也是一樣，就是在我們藥費的占率部分，大家可以去問除了慢性藥以外，因為近幾年我們新藥尤其是在癌症用藥、標靶用藥，就是有一些比較罕病的用藥，其實那個成長率各分區幾乎都是兩位數的成長。

那另外，我們在做總額所謂的管理的時候，我們對醫院來講，我們說，藥費你不能超過你的占率是多少，叫他們自己去做一些內控，可是他們就會抱怨說，現在癌症治療病人很多很多，所以分區在做調控的時候，我們對這邊稍微有一點點的餘額就是說可以免除，可是這部份感覺近幾年來那個效應實在是太快，我剛剛是很同意純美組長的一個建議，就是說，如果我們有大數據的話是不是也可以應用大數據

對於新藥這一邊，它的預後到底是不是符合成本效益，我想是可以去做一個比較深入的探討，可是我又想到，其實同仁都很辛苦很忙。那在這本書當中，我是覺得說，在美國的一些專科醫學會上，他們一直有成本的概念，而且也提出一些比較具有臨床實據的東西出來，這些如果是有臨床實證的東西出來的話，那當然在保險人這邊要付錢比較容易，所以我也希望說，未來是不是可以跟專科醫學會能夠有更密切、更具體的一些合作，有計畫的規劃就是，針對一些專門的治療或是新藥的研究，那個東西都變成大家都可以去遵循的，那對於所謂的健保資源的價值更能夠呈現，以上。

戴雪詠組長：

謝謝淑華組長的分享，因為今天時間剛好也差不多了，那很抱歉，這個東區的名玉組長沒有讓您發言，如果下次我當主席，我一定會第一個 cue 你，然後今天網紅級的署長不在，希望今天的收視率和點閱率不是最差的一集，那我們今天分享就到這邊，謝謝大家。