

綜合討論

李伯璋署長：

謝謝惠萍，惠萍真的是把這個很困難的東西幫我們整理，所以我覺得我聽了以後我很有感動，那我剛剛已經腦袋有想好一個 **idea**，惠萍妳幫我們今天上課的內容，因為有一些東西不是這樣講過，大家聽一聽就算了，應付一下，不是這樣，妳講完以後幫我們出兩個題目好不好，不是這裡面的東西，就是說有一個情境題，情境題出兩題，跟這個不一樣，可是就是同樣藥品去規劃一下，那下面的話就是情境題兩題，那每一題就是你想要問他的問題，都是在今天上課的東西有，那讓我們同仁等於就是，基本上我是認為醫管跟醫審的同仁，鼓勵大家一定要去做，那因為 **open book**，自己看看這個上課講的東西，自己依照那個妳講的東西有什麼不懂的可以再問妳一下，那自己去做答案好不好。

其他組別有時候我是覺得也不能勉強你們，因為畢竟背景不一樣，但是我是覺得說，其實醫審跟醫管很多東西事實上都是很堅硬，而且是面對醫界的一個要求，是一定要有自己的實力，所以基本上，那個兆杰還有育文，你們醫管跟醫審的同仁，我是希望一定要大家都要去填答，填答後就是我會收集，我當然有我的目的，對不對，自己就是肯去做比較重要，那至於其他的組別的話，假如說你自己覺得今天有來聽課，那我也想要透過這樣的一個 **reference** 的話，自己也來學習作答，那當然我是很鼓勵好不好，不要太複雜，不要讓他們不知道怎麼抄書，他們要能夠這樣去看，然後這樣算算算，把它算出來，那就拜託惠萍，那也謝謝妳，好不好。

那我想請雪詠先 **comment**，因為 **horizon scanning** 是我們雪詠的一生懸命，請。

戴雪詠參議：

謝謝署長的信賴跟支持，那其實 horizon scanning 對健保署來講，其實他不只是預算的一個推估，因為我們預算的編列是在兩年前，所以根本不知道真正會來申請的品項是什麼，那 horizon scanning 是讓廠商他自己去預估說，未來一到兩年，那是我們最沒有辦法掌握的品項，比如說我們現在 111 的預算是在去年 110 年初，甚至在 109 年底，所以這個部分是最難推估的，所以用這個方式來瞭解品項，讓我們的掌握度會更好。當然就是說，當我們知道後有追兵的有這些品項，我們在一些議價上的處理，我想這是最重要的一點。

第二個就是說，剛剛在講替代率的時候，我覺得大家一定都有很多問號，第一個你選的那個會被替代的藥品，到底真的是只有他會被替代嗎？有沒有可能醫師的處方行為轉向另外一個藥品，他其實也會新增預算，這個說老實話，如果大家問這個問題，我們只能說我們事後要驗證，就是我認定的那會被替代的品項，是不是他真實的發生，那我們現在用這樣的方式，所以剛剛惠萍有講說一定會有精進的空間，但是剛剛看到那個肝癌的 A、B 類的新藥，的確是像我們想像的，他就朝這個方向在做，那當然有些就是我們估不準的部分，我想替代品項選定是很重要的。第二就是說，就算是我們把那個替代去除掉之後，他還是有那個新增預算，我們也不知道到底是不是那個新藥，就算你沒有替代他也會自己成長，自然成長率的概念，就是說這個藥如果我沒有發生所謂替代的話，他自己本身因為罹病人數的增加，他其實還是會有自然成長，我想這是比較大的限制。

第三個，其實對於我們健保署來講，想這麼多替代，不如說我新藥的預算我怎麼樣好好去管控，我想這署長要求的。新藥預算這麼多，我不要讓他超出來，新藥預算管控其實我們是看，所以剛剛

惠萍有提到我們用 Power BI，我覺得謝謝當時禹斌引介的管理工具，Power BI 我直接看他絕對的申報數，絕對的使用人數，那當他跟 HTA 的預估有差異的時候，我去看他背後的原因，是不是我們的給付規定當時沒有訂的很嚴密，因為藥品給付規定很多都是在管控，除了是管控有效族群外，另外是在管控藥費，那是不是給付規定訂得不夠嚴密，或者是說在那個醫師使用的偏差行為，這是第二種，第三種的話就是說，在醫師的事前審查到底是不是做到嚴密的事先審查，我想這三個都是我們要事後去看的，因為對健保署來講就是預算的管控是最重要的。

然後第三個就是昨天，署長剛剛有提到，昨天我們跟藥劑部主任在談的時候，他們第一個想法就是說，我們反而是在去估新藥的預算這麼嚴密的在管控，就是這樣少少的預算，然後非常嚴密的管控，那不如把一些已經過了專利期，但是那個耗用金額很大的藥品，紮紮實實的讓他降價，我想這個應該也要回應，我想這個訊息我們已經有拋給藥界，就是說都認為新藥預算不夠，我想這個已經是沒有辦法再去 argue 的，因為我們的藥費占率還有藥費的保費的比率，就是說費率，他其實已經到極限了，所以就說新藥預算有限的狀況下，那就是另闢財源，那就是過專利期藥品能夠降價來填補新藥預算的不足，我覺得這個部份的話，我們會用這樣的方式再跟藥界溝通，目前這個訊息他們也可以理解，不管怎麼樣就是要有個雙贏的策略，因為新藥的話他就是到一個我們必須要能夠務實來面對解決的狀況，以上。

李伯璋署長：

妳剛剛講說惠萍報告肝癌是說哪一個重點？

戴雪詠參議：

A 藥是新進的藥，他進來的話就副作用小，的確你看他的 PFS 就 7.4 個月，的確比 B 藥再加上 C 藥，或者是已經健保給付的 B 藥再加上 D 藥，真的是差不多，所以當時就讓醫師選擇說，你如果選 A 藥你就不要選 B 藥，就擇一使用，那這個時候醫師就判斷說那我要用最優秀的藥，因為我只有一次的選擇，那所以他們就，真的是看到那個新進的 A 藥，當時醫界就預期說它的效果真的很不錯，副作用又小，所以就看到那個藍色的 B 藥就下來了，然後 A 藥綠色就上去了，然後人數的加總 921+32，或者是 702+688，的確數字是很接近的，的確是有我們想要的那個替代效果，那擇一使用的話，我們現在用 REA 來看看醫師處方的時候，的確是擇一使用，不要到時候 A 藥又要用 B 藥，那這樣我就沒有省到，所以是用這樣的方式。

李伯璋署長：

謝謝，惠萍妳再把這兩個資料弄清楚給我，給他們是給他們這樣有一個圓圈，給我不要有圓圈的，謝謝。不過那個雪詠妳知道妳在講，我有認真在聽，所以我有問題，那我們現在請育文。

黃育文組長：

謝謝署長、謝謝惠萍、還有 CDE 的團隊，我們同仁真的是還蠻認真的啦，就是很辛苦的想要去看這個新藥預算不足，然後巧婦難為無米之炊，怎麼去分配這樣，但是這其中有幾個非常我覺得很難預測的點，一個就是人性，病人一定都想要用新藥，所有臨床那個領域的專業醫師也想要嘗試新的，因為治療已經到了瓶頸，所以他就想試，然後再來廠商很想進，所以每一方都很想進的時候，他的目標就是先讓他進，收載的時候都是在一個比較理想的預估狀態，所以剛剛惠萍介紹這些系統的方法學也好，他都是可計算的，可是一到真實世界的申報的時候都亂了，因為現在的治療絕對不是單

一，也不是一對一的取代，他就是 **cocktail**，他就是雞尾酒療法的概念，就是把化療加標靶再加 IO 免疫療法，然後甚至兩種標靶、兩種甚麼甚麼這樣加在一起，甚至再加其他東西，所以這個就是你很難去估他的替代率。

第二個是，收載之後他的給付規定一直在改變，新藥的適應症他真的在，不管在 **TFDA** 或者是在我們的健保署，他 **TFDA** 拿到藥證之後，幾乎三兩個月，它的臨床試驗數據出來，他就去變更仿單，一旦變更仿單，我們這邊他就又來了，他就又來擴張給付規定，可是各位剛剛看到那個我們的那個醫療密集度也好或新藥的預算，其實都非常的少，所以我們其實是很難去因應，然後到實際上醫師在使用，這些你已經都很難用一個邏輯的公式去算，所以最好的方式其實就是費用的監控。

那我們回到剛剛的 **29** 張 **slide**，我們雖然預估看起來是好像滿準的，互相有在消長、在替代，可是事實上他就是成長，我們現在的法規是沒辦法控制，你把左邊加起來就是不足右邊，右邊就是長出來，可是當初在估，沒有這些錢，他就是用了，我想分區的組長們應該都很有感受，可是怎麼辦呢？你抓回來 **PVA** 嗎？抓回來 **PVA** 很有限，因為我們的法規沒有保護那麼多，我們預估的藥費，預估成長量都是廠商送的，他送多少我只能一直跟他協商，要不然就是不進來了，不進來就斷藥，病人就叫，因為他已經進來了，已經有一群人在用，所以我覺得這就是我們現在面臨很多的困難，所以我們現在其實同仁也是很努力，我們想出這些法規該怎麼修，我們會逐一條逐一條，包括這個價量協議也好，或者是那個你藥費超出之後，因為當初在預估的時候，你只給這麼多錢，可是事實上他用申報就是超過了，你又不能夠停他，又不能夠下來，限縮給付規定就是會影響病人，所以就是開始會面臨很多的風險，我覺得這是困難的地方，那不過沒關係，我們就是一步一步，署長也會給我們很多

的指示。

李伯璋署長：

我是覺得這樣，其實各位同仁也都，大概我自己是跟你們講實在，因為其實我有時候覺得是在我的成長過程，我也需要去發現，因為之前我事實上都沒有去參加一些相關的共擬會議，或是一些專家會議，就讓你們去處理，可是我到最後就發現說，其實就是我們的同仁真的很辛苦，因為在那邊應付那個外面的要求，我們事實上都是不知道該怎麼去回應，因為他們都覺得他們比我們更懂，問題是我們又要扛那麼大的責任。

那這段時間，我們在面對問題的時候，事實上我都沒有害怕，就是該跟他們談，那像昨天也是我第一次去參加藥品的會議，我在那邊的時候，當然我們的健保署的同仁就至少是可以很清楚的表達我們的樣子，因為畢竟我是覺得在實務上我們都有自己的一個背景在，所以我覺得沒關係，也沒有說哪一個藥品是我們非給它進來不可，其實在源頭就有一定的標準，講實在的就是說，你們假如告訴人家我就是沒錢，沒錢最大，沒錢就是沒錢，事實是這樣，假如你今天要我的話，你就是把錢給我，為什麼沒錢變成也是我的責任，所以為什麼就是我跟美杏她們在講說，其實那個很多時候就是，我們這個健保會要求我們平行進口數多少，多少就多少啊，那為什麼我就是 0058 變成 0057，收了收入會變少，所以我們案件準備率就危險，危險也不是我們造成的，本來就是國家的一個問題對不對，我們就自己在那邊不講不講，人家就一直挑戰我們，好像我們都沒有依法行政，我就跟美杏說妳不需要做那麼辛苦。

今天也是一樣，藥品進來的時候，他一開始是適應症這樣子，然後他要擴充適應症，為什麼我一定要答應你擴充適應症，像你看今天那個免疫療法在治療肝癌跟胃癌，有效的人我們繼續都用，可

是新病人他根本就不知道什麼是有效沒效，還有那麼多藥可以選擇的時候，你們就不一定說就是這樣，所以說你們前陣子跟 CDE 合作，把那個藥品價格給它降 1/3 的時候，我覺得跟標靶治療一樣，我覺得這就是一個態度，所以說事實上我們都沒有什麼好怕的。你說真的一定要這個藥才有用，這個也不是那樣講，而且很多時候貴的藥都是在治療癌症，但是坦白講那些治療癌症的醫生腦袋也不是說很清楚，我覺得病人好可憐，整個都是多處轉移，這在拼命還是在用藥，那誰要付錢啊？講半天好像是覺得這個一定要去做，這假如跟安寧緩和的醫生在連結的時候，這個就連不起來啊？對不對，所以那個是斷線，因為我常常在講說我們沒有辦法選擇生什麼病，但是至少我們的態度怎麼去面對生病，這是我們可以做到的，所以我覺得說，各位你們在管理健保的時候要有擔當，就是有問題的時候提出來，大家就是面對面。

所以前天玉芸、佩軒還有小白，還有育文，他們去爭審會的時候，其實爭審會裡面的一些委員就也有意見，對什麼怎樣怎樣怎樣，我就跟他們交代說你去的時候你是要講事實，就是違規的人他就是有問題，你們就要講，我們都不是法律專家，不可能說跟那些教法律的人告訴你這甚麼第幾條第幾條，陪他這樣玩就不用玩了，我覺得你們不要怕，你們就是講你們該講的，但是社會上還是有一些人會覺得說，我們健保署都是很務實在面對問題，會幫我們講話，所以我覺得說這個一樣一樣，所以就那天他們那個部裡面那個同仁他也知道我很氣，他也是鼻子摸著，可是我覺得沒有什麼好害怕的，說實在的，沒有任何一個會議是不能公開的，懂嗎？你為什麼這個裡面內部的討論會議不能公開？我們在開什麼會不是都逐字稿，對不對，問題沒有什麼好不能公開，你敢講這句話，你就要敢負責任，我常常都跟你們講說，每一個人的行為都跟他成長過程有關，其實說實在我從我開始，就是等於 40 幾年前我開始在當醫生的

時候就已經有這個體認，我今天跟病人講的每一句話，我跟病人下的每一台刀，我說實在我都必須要負責任，不可能說我做的然後說是張禹斌的事情，絕對沒有那回事，一定是自己要扛那個責任，因為到最後你當老師的時候，你放刀給學生開的時候，你也不必講，你自己要放的時候，人家病人是來找你的，你自己就要面對病人的那個要求，然後你放給誰開，所以有時候你要知道是，欸你放刀給別人是很簡單的，可是問題是他到底能不能幫你撐下來，這你一定要去小心的，不要有人說人家幫你做事，你就自己以為沒事，沒有那回事了，到時候出事的是你的事，對不對，我覺得這個是一個工作態度，所以你們在處理事情的時候，我跟你們講這是行政歷練，其實你們再怎麼做，我都是很放心的拜託你們在做，可是你們一定要負責任的，我告訴你，蘇院長絕對不知道誰是黃育文，可是他一定知道署長李伯璋，健保署出問題的時候，他一定找李伯璋算帳就是這樣，所以我覺得說，你們自己真的整個在處理的事情的時候不要怕，因為我還在這個位置的時候，我一定會善盡我的角色、我的責任，好不好。來我請那個兆杰先講。

黃兆杰組長：

署長、各位長官、同仁還有線上的專家們，大家好。那我想惠萍的報告非常的清楚啦，她對我們目前健保新藥的預算，大概也經歷了非常長的一段時間，然後健保的新藥預算其實有 3 個階段，一開始的時候，我們的替代率直接設 80%，然後就被質疑，後來我們用的新的方法，第 1 大類、2a、2b，但是這個方法有好有壞，第 1 大類因為是突破性新藥，所以沒有替代大家可以接受，2b 的部分因為是一樣的東西，價格也設一樣，所以幾乎完全替代，這個大概也沒有爭議，可是 2a 的部分爭議就非常的大，所以後來我們演化到現在的 Horizon scanning 以後，逐個品項去做替代的確能夠比較符合大

家的期待，但是他的確也有限制，那他的限制惠萍也講得很清楚，第一個我們設上限，我們設通過率，那這些到底跟現有的狀況是不是一樣。第二個是剛剛育文組長也有提到的給付規定的改變，給付規定改變以後就會打亂這個生態，所以這個部分的話是後續建議藥品科這邊可以再精進的。那其實預算的編列，我們這個新藥的部分用在 1、2 年，更重要的是 3 到 5 年，因為 3 到 5 年的時候，藥品已經進來了，他到底成長多少，我們要編多少錢給他，這個我們可以比較能夠掌握，那既然能夠比較掌握的話，我們就可以做適時的修訂，這部分如果能夠掌握度比較高的話，也許就能夠達到我們的預期，那也就是說，監控很重要，那以上我的建議，謝謝。

李伯璋署長：

那那個常常受到藥品影響最大的玉娟，來請說。

劉玉娟組長：

今天非常謝謝惠萍的簡報，因為其實藥品整個裡面的內容結構非常的複雜，那我們也盡量地去瞭解它中間大家辛苦的機制，那我看到這個平台，我相信他應該會有跟過去來講有很大的不一樣，我如果剛剛沒有聽錯的話，其實新的機制，這種登錄機制他在裡面還是有一個帽子，要超過 2 億，是不是，2 億才會簽那個 PVA，所以我們也不知道說，在這個 2 億以下的量加起來我猜也不少，也不少，這第一個我們有發現到問題。

那第二個剛剛有 50 幾項裡面，其實有 20 幾項它本身的替代率在算的過程中，好像不是我們預期中原來在評估裡面的這種狀況，我記得有個簡報有看到 50 幾項，其中跟什麼 2a 有關又出去了，那我要提的是這個東西就是造成可能在廠商第一個，我們不管是用機制平台，都是廠商去登，那廠商去登了以後還是取決於他的自由心

證，所以有沒有真的很 real，我不曉得，以至於最後在我們分區發生實際執行數、使用數的時候，總是會有看到藥品最後才過了一個季就已經把這個預算用掉快一半，那這一半裡面又有一半在臺北區，因為臺北區的醫學中心實在太多了，所以我們也很期待這個新的，我們到時候可能抓幾個比較重要的而且影響比較大的藥品，我們可不可以用像在追蹤一個 cohort study 一樣去看，這個新的平台到底有沒有真的可以把這個的 gap 拉得更小一點，因為這個對分區的這個，因為藥費又是固定，他對分區的點值衝擊是非常非常大的，第一個我的一個建議啦，抓一兩個他的整個市場很大的。

那第二個就是說，因為你有 BI，那 BI 當然它存在，可是 BI 要不要設定一個就是我們的預警值那個閥值到底是什麼？我們一直看我們也不知道說，那他到底超過 1% 那影響多大，那有的超過 1% 他的市佔率小影響可能不大，所以我們怎麼去善用這個，有這個東西要怎麼用到我們可以去管理，可能這個部分我們分區也要再就教，這第二個部分。

那最後一個我也提一個想法，就是說我們不知道竟然這些今天談的是預算，可是他最後還是取決在使用分配那一段，那使用分配那段是不是乾脆以後新藥有一個 budget 就不要再分分區，就是真的有用在這裡面，不要再回頭說，我們預估可能要這筆錢，然後分下來的又用 rs 值，可是事實上在這裡發生了 50% 的使用，那要不要應該就不要再，就是有一個專款或者是什麼，就不要再分 6 個區，然後大家有使用，就從你編列的新藥預算裡面去做運用，那以上的一個意見。

張惠萍簡任技正：

謝謝玉娟組長給我們的一個建議，那其實我這邊就我可以理解的我就先回覆。那就是如果說分區的話或玉娟組長這邊有發現到一

些異常的品項或市場大的品項，其實都非常的歡迎回饋給我們，然後讓我們可以去做一個案例，然後去深入的探討他背後會異常的一個原因，是不是臨床使用的臨床醫師的處方行為改變了，或是病人的選擇不同，這個都會非常值得我們去探討，然後我們去研擬後續的一個因應策略，去看看給付規定是不是需要去做一個調整，或者我們審查端應該要怎麼樣去做因應。

那至於 **Power BI** 閾值的一個設定，我們現在共擬會議上面的要求是說，如果說實際申報藥費大於當初 HTA 的 0.5 倍，就是原本的 1.5 倍的時候，超過 0.5 倍的話就要分析原因，然後到共同擬定會議上去做報告，那這是我們共同擬定會議的要求。但是我們自己內部的話，我們只要實際申報藥費超過 HTA 報告當初預估的藥費的話，我們自己就會跳出來討論、跳出來追蹤，那這是我們之間閾值的一個設定。那另外的話就是說，這個新增新藥預算我們是針對新增的部分去做一個編列，就是說收載 5 年內的一個新藥在預算年度所增加的藥費，我們的新增新藥預算是針對增加的藥費來做編列，我們不是針對藥費來做編列，所以可能是藥費跟新增藥費之間可能會有一點點的一個差距，那這是我這邊的一個回應，那謝謝組長給我們的一個建議。

張禹斌主任秘書：

謝謝惠萍的分享，那 **Horizon scanning** 那個是為了預算去編列，因為在跟健保會爭取的時候有憑有據，也知道藥商在未來 1、2 年他們的發展，就是這個平台的建置對我們來說是不錯，但是我有一個逆向思考，因為我們今天在講這些新藥，有一個重點都是在替代率，那替代率我們現在都是用預估的，其實現在已經大數據都存在，為什麼不是用事後去算，以前是比較資訊沒有那麼強的時候是用估的，現在已經數據已經這麼強的了，替代率為什麼不是新藥一

進去以後，很多替代是後面理論上這些藥應該要降下來，這由實際的數字去算，那當然醫審會說，其實你們有可能有算過，原來預估跟實際其實差不多，但是我是覺得說，應該是開始要往後去算，明年、後年去還回去總額，另外還有一個想要問一下惠萍，那既然這個新藥是有替代，要取代原來的舊藥，那舊藥為什麼還是存在，如果是沒辦法取代那些舊藥，舊藥還是存在的情形下，那為什麼不放在自費市場，我們為了這些新藥，然後舊的藥還是存在，新藥又進來，所以整個健保的藥品給付的品項幾萬種，一個健保的支付需要這麼多項，這是我的一個看法，以上，謝謝。

張惠萍簡任技正：

很謝謝禹斌主秘的一個建議，那其實禹斌主秘之前也有給我們建議說，是不是用實際發生的一個藥費跟替代藥費去算，這個部分我們目前正在算，我們會試著去算，但是可能就是需要一點點的時間，因為我們現在就是有用 110 年的新藥跟替代藥費去算，結果發現到 110 年的新藥大概 3、40 幾個品項，但是它替代的藥品的話大概有 1000 多項，所以我們可能要把他全部抓出來看，所以我們需要耗費一點時間去做，而且其實一個 A 藥他替代 B 藥，但是也並不是單純的就把要 A 藥、B 藥的藥費拉出來，因為 B 藥的話他的適應症可能還有別的，就假設 A 藥的話是肝癌，它可以替代 B 藥，但是 B 藥他不只限用在肝癌，他還可以用在胃癌、直腸癌，所以我們可能細部都還要再去切去釐清，但是我們會試著去算算看，讓這個預算的執行率算得更精準，那很謝謝。

至於剛剛禹斌主秘有說到就是替代的一個問題，就是一個新藥進來的話，那他的這個舊藥是不是就可以退出市場或是怎麼樣，這確實是一個很難的問題，就是說一個新藥進來，我目前的理解會是說，一個新藥進來其實他雖然可以替代舊的藥品，但是其實新藥跟

舊藥之間，還是有它個別存在的一個價值，比如說舊藥可能有一些，比如說新藥進來，他可能有一些副作用是病人沒有辦法忍受的，所以他可能還是得去用舊藥，因為每個人的體質狀況、身體狀況不太一樣，所以可能可以選擇 A 藥跟 B 藥，也不是說絕對都可以選擇 A 藥，或絕對都可以選擇 B 藥，所以他們或許臨床上還是有存在的，A 藥跟 B 藥都還是有存在的必要性，只是說可以如何透過市場臨床上的機制，讓他們 B 藥漸漸變少，或者是我們限縮給付範圍來做，這是後續可以思考的，以上是我的回應。

李伯璋署長：

我想今天大概是這樣，因為的確很多時候就拜託育文，就是你們來講的話，就是有一些，因為藥品是一個很大的一個重點，藥品真的我是覺得有時候我是覺得說這個的確你們的人力，藥品科的人力的一些規劃要用心安排，因為今天永芳在跟我講說署長你們藥品科裡面簡任的一大堆，我就叫他等一下來跟我面報，確認一下，因為的確他就很怕說，我們都是比較高位比較多，假如又沒有功能的時候，事實上造成下面的人的一個工作上的問題，那這一部分，我是有跟玉娟拜託，因為畢竟有一些人假如說他工作上沒有辦法，真的是很投入的時候，可能有一些我會把他外放到我們的臺北業務組去。那臺北業務組上次有整理一些名單，有些藥學系的同仁的話，我會把他帶進來這邊，我想這個沒有什麼好奇怪的，本來就是很多時候你的那個人力的一個發揮很重要，你假如不能好好發揮人力，再多人也沒用。

所以剛剛那個惠萍兩個情境的題目妳要整理一下，我本來是要多一點，不要抄，不過我想無所謂，要抄假如說自己會看人家怎麼寫，不過就是最好就是給他們自己寫一下，那我看到這個交考卷的時候，最好不要用電腦，我看用手寫，自己手寫的時候會比較清楚

到底在抄的時候在抄甚麼東西，不過我是覺得真的要，那個醫管跟醫審我是覺得說至少視察以上的人都要填答，其他的科員或專員，我們當然是期待他們要，假如不願意不想，他們覺得說，在健保署上個班那麼辛苦，不過我是覺得說，的確就是因為你有一些東西，在那個職務上你一定要懂，你才會自己會慢慢成長，每天在那邊蓋印章，很簡單啊，對不對，所以這是一個，那另外其他的那個組別，我是覺得 **OPEN**，假如自己願意有心想要了解的時候，就是因為你自己對自己充實越多，其實你將來的那個空間就越大，我想這個大概是我們的一個重點，好不好，那個資訊的假如要寫也可以，我是還沒有講說這個列入打考績的重要參考，我們謝謝惠萍。