

建構全民健保醫療給付調整 之審議機制

執行機構：國立陽明大學

計畫主持人：李玉春 教授

研究人員：陳珮青、趙紫宇

全程計畫：自101年2月17日至102年12月15日止

報告大綱

2

- 研究背景
- 研究目的
- 文獻探討
- 研究方法
- 重要結果
- 結論與建議
- 最終方案建議

研究背景

3

- 給付制度改革之必要性：
 - 資源有限，欲望無窮：
 - 人口快速老化，民眾需求與期望與日俱增，健保財務無法永續。
 - 全民健保給付廣泛，醫療科技日新月異，給付範圍不斷擴大，易放難收，加上人口老化，嚴重影響健保財務之永續，如何讓有限資源用在刀口上為重要挑戰。
 - 給付範圍影響健保價值：很多醫療給付未必具有效益，面對健保資源有限，全民應重新省思整體健保資源配置優先順序之必要性，去蕪存菁，才有空間引進更具效益之新科技。

WHO報告估計20-40%的醫療是浪費/無效率

•WHO: World Health Report: Health system financing-the path to universal coverage,2010

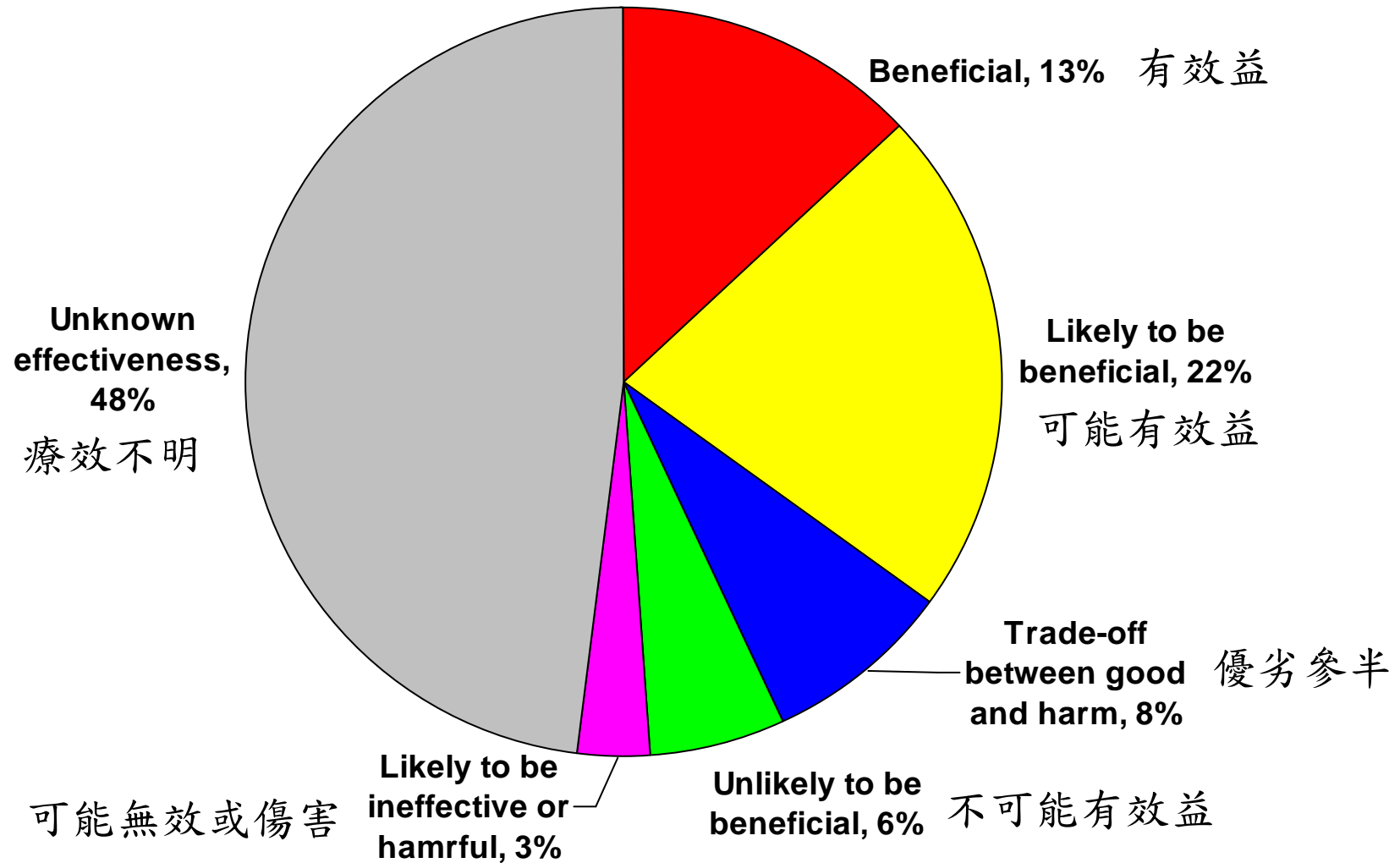
•鄭宗美(2012)引自 WELCH, HG, Testing What We Think We Know (檢視一下，我們到底知道多少?)The New York Times August 19, 2012

Commenting on medical interventions in U.S.: 對美國醫療介入的評價

“... The truth is that for a large part of medical practice, we don't know what works. But we pay for it anyway. . . . Isn't it time to learn which practices, in fact, improve our health, and which ones don't?”

說實話，大半的醫療，我們並不知道哪些有效，但還是乖乖付錢。...該是我們了解哪些醫療可改善健康，而哪些無效的時候了。

臨床療效的不確定性 (UNCERTAINTY OF CLINICAL EFFECTIVENESS)



SOURCE: Data from *BMJ*, 2007 in Alan Maynard, "Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia", Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems, WHO, 2008. P. 6.
引自鄭宗美, 2012

研究背景

6

- **二代健保給付與資源配置改革建議**：規劃健保資源配置機制，期參考醫療科技評估與相關分析，決定給付增刪之優先順序，提升健保價值。目前已落實在健保法中。
- 全民健康保險會(以下稱健保會)於2013年成立，依健保法第五條，其任務如下：
 - (1)保險費率之審議。
 - (2)**保險給付範圍之審議。**
 - (3)**保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。**
 - (4)保險政策、法規之研究及諮詢。
 - (5)其他有關保險業務之監理事項。
 - 健保會在費率、給付範圍、總額預算之協議或審議，若有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請**保險人**同時提出**資源配置及財務平衡方案**。
- 有必要建立一個審議機制，做為健保會建立給付審議架構與醫療資源配置決策或協商之參考

研究目的

7

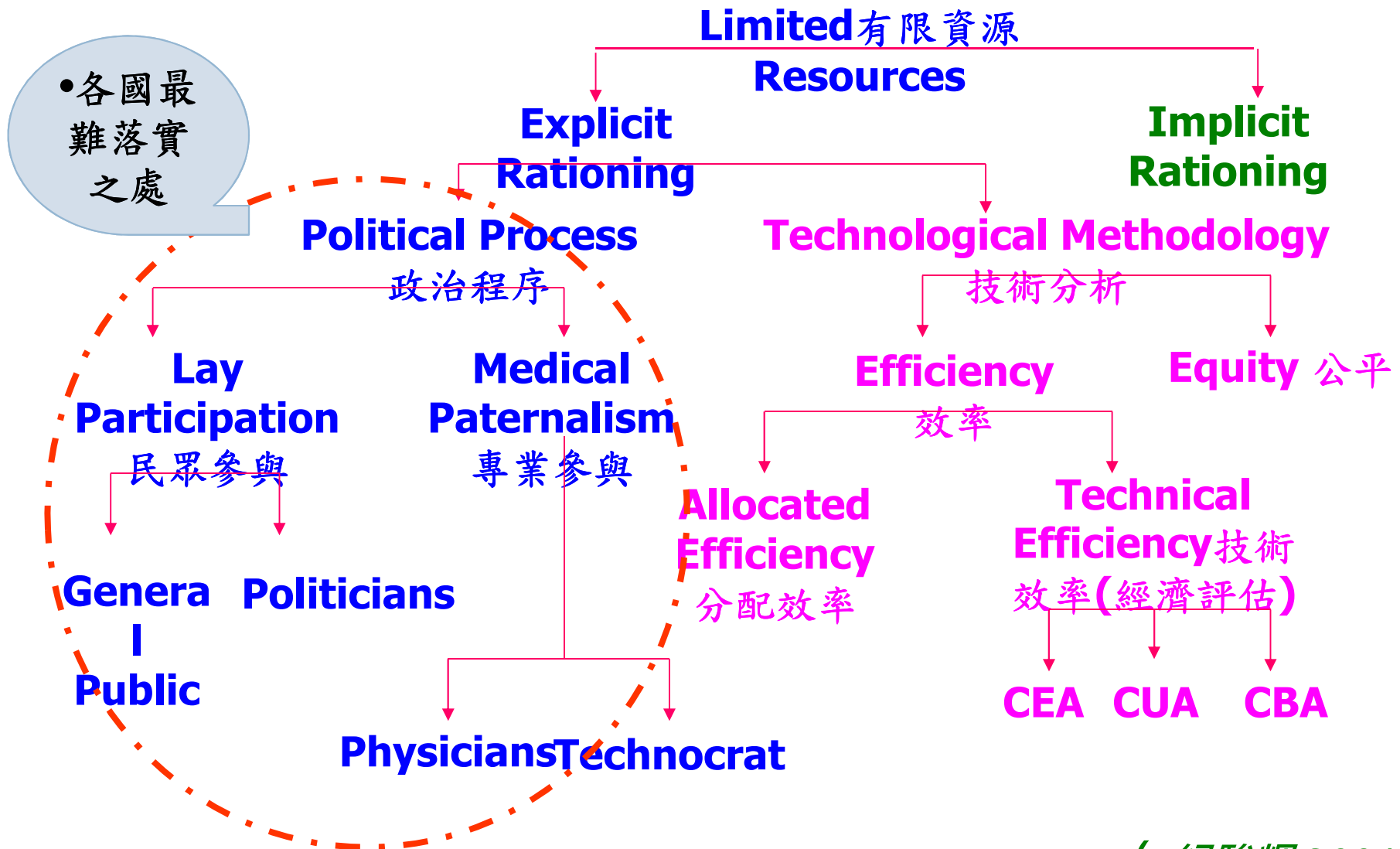
- 本研究為兩年計畫。
- 全程計畫總目標：建構全民健保給付項目審議機制、作業流程、審議原則與評估方法。
- 建立民眾對健保給付範圍可接受之經濟評估閾值，做為預測或分配醫療資源、政策研擬及實務執行之參考。

文獻探討~資源配置改革國際經驗

- 醫療資源配置優先順序（priority setting）：
 - ▣ 在健保資源有限的前提下,運用專業的分析,透過社會參與,決定哪些給付應優先涵蓋,刪除,或限制給付的機制
- 資源配置專業分析:
 - ▣ 包括流行病學、健康經濟學、健康科技評估(HTA)、政治、法律與倫理、與民意之蒐集等。
- 資源配置審議機制:多數國家過去以醫療專家參與為主,民眾為輔。晚近強化民眾民主參與,強調資訊透明化,提供技術性的分析,強化民眾教育以提高決策之合理性。

An Analytical Framework of Priority Setting

資源配置分析架構



(紀駿輝, 2001)

文獻探討~國際經驗

- **理想資源配置機制**：(1)應針對不同時機，進行不同幅度之改革與調整。(2)給付制度大幅修改或引進新科技前，應經專業嚴格審慎之評估。(3)應考慮經濟與效益之影響，並與健保財務狀況相扣連。(4)應有完整而公開之運作及決策機制。(5)應定期檢討給付項目內容。
- **醫療資源配置機制之比較**
 - 設有專責單位職司資源配置優先順序的評估或建議者(如美國奧瑞岡州、英、紐、以、澳、加、)對給付影響較大。
 - **建立抽象之資源配置「原則」之國家**(如挪，荷，丹，瑞典)，對給付決策影響較小。
- **醫療科技評估**(Health Technology Assessment, HTA):晚近很多國家借重HTA之評價證據於**資源配置**(priority setting)使每分錢發揮更高的價值(value)，提升資源使用之安全性、有效性、與成本效益。對給付決策有較直接影響。

醫療資源配置機制-建立專職單位國家

	加拿大	奧瑞岡	紐西蘭	澳洲	以色列	英國	德國	韓國
位階	中央	州政府	中央	中央衛生主管機關	中央衛生主管	中央	獨立機構	中央/獨立
組織名稱	1989Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)	1990初 Health Service Commission	1991: Core Service Committee 1996: National Health Committee (NHC)	1954PBAC(Pharmaceutical Benefit Advisory Com.) Medical Services Advisory Com.(MSAC)	1995National Technology Forum(MTF), National Advisory Committee(MAC)	1999National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	2004 Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) Federal Joint Commission(G-BA)	2006Health Insurance Review Agency (HIRA) 2009 National Evidence-based healthcare Collaborating Agency(NECA)
運作機制	包括科技、藥品(Common Drug Review, CDR)之評估以及藥品處方建議。CDR執行臨床/經濟評估提出給付建議，各省參考建議、資源及優先順序決定給付	參考民意將疾病/服務依CEA排序但未被採用，現依據專家知識及委員直覺判斷決定適當性以提升效率擴大貧民保險受益者	主要依據CEA評估政府應補助哪些服務分析常用服務之價量，收集民眾價值觀與意見	自1992 依據CEA決定藥品給付。(全球第一) PBAC/MSAC建議藥品/醫療科技是否給付，由部長決定，昂貴藥需國會核准。2009要求廠商支付評估費	新科技依據EBM流病、經濟原則評估後交由TAF委員依據4種指標以1-10評估優先順序後分為三類交給NAC決定是否納入基本給付包，或限制使用	決定何謂必要適當之照護，參考臨床及CEA (cost/QALY)證據，建議科技是否建議給付，發展臨床指引，評估新的處置付。	類似NICE，評估藥品、手術、臨床指引、疾病管理計畫並提出給付建議。由衛生部或G-BA提出評估要求。	2006年實施藥品正面表列系統，選擇性的收載藥品，正式將成本效果納入給付考量，HIRA決定是否給付，支付另訂之。成立NECA強化評估與評價之專業
民眾參與(都有醫療專家參與)	以專家為主 Canadian Expert Drug Advisory Committee 有民眾參與。各省給付決策不透明，開始建立citizen council	舉辦公聽會電話調查反映民眾價值以發展 Quality of Well-Being Scales” 決定CEA ranking 現在民眾參與委員會	“定期舉辦”best of health” public meeting,由地方主管收集社區治療，包括毛利族之建議	PBAC成員由部長指定包括消費者及經濟學家。其結果可申訴，並要求獨立的傳評。製作大眾摘要報告以增加決策透明化	NAC有社會大眾參與	Lay members 參與guideline committee,公開上晚收集民意，組成 Citizen Councils(define need, age)	以專業的分析為主	在引進新政策前舉辦公聽會、利害關係人會議、並在國會舉辦討論會議。給付決策以專家為主，民眾參與較少’

醫療資源配置－訂定明確原則國家

	挪威	瑞典	荷蘭	丹麥
位階	中央	中央/民意機關	中央衛生主管機關	中央
組織名稱	1987Lönning Commission I (1985-1987)& Lönnig II(1997)	1992 Parliament Priority Commission 1994 second committee	1992Dunning Committee	1997Danish Council of Ethics (DCE)
運作機制	I依據severity將集並分為五級。II考量effect, cost-effectiveness 建立4priority groups。整體影響有限	I依三項原則將服務分為五個優先等級，不採用QALY II納入民意。整體影響有限	依據四項原則建立漏斗模式 (Funnel Model) 建議給付之服務。影響有限 主要依據正治考量及媒體壓力決策	DCE建立四個基本價值做為制定健康服務general goal參考，並訂定4個必須相互平衡的partial goals
民眾參與(都有醫療專家參與)	民眾參與委員會，但只討論民眾教育	I澄清資源分配的理由與方法II舉辦調查與區域會議	引起民眾重視資源分配議題必要性與收集民意(由不同族群，病團，媒體	舉辦公民會議，提供資源分配之資料

歐洲國家決定給付之原則

13

□ 歐洲國家決定涵蓋準則(Criteria)

服務類型 \ 準則	適當性	預算	成本	成本效果	有效	便利性	創新度	需要	安全	效用
治療照護										
住院	D,I	DK,I,EW	E,H,NL,E W	D,	E,F,H,NL	D		D,DK,E,F,I,N L,EW	E,F	
門診	I	DK,I	E,H,NL,E W	D	E,F,H,I,N L,EW	D		D,DK,E,F,I,E W	E,F	
復健	I,NL	DK		D	EW	D		D,DK,E,F,E W		
長期護理	I	I	D		I,EW			DK,E,F,I,EW		
輔具	D		E,I		E,I,EW	D		DK,E,F,EW		
門診醫療用品										
藥品及非耐用品		DK,E,H, NL,EW	F,I,PL	DK,H,NL ,EW	D,F,H,I,E W		F,NL	D,DK,E,H,E W	F,H,EW	E
設備及耐用品			I,NL,PL	E	D,E,F,E W			I,PL,EW	E,EW	D,DK,F

國家: D:德國, DK:丹麥, E:西班牙, F:法國, H:匈牙利, I:義大利, NL:荷蘭, PL:波蘭, EW: 英格蘭及威爾士

文獻探討~國際經驗

- HTA評估醫療科技短期與長期使用的結果，包括安全性(safety)、效果(effectiveness)、成本(costs)、成本效果(cost-effectiveness)以及社會、法律、倫理、與政治(較少被涵蓋)的影響。
- 其中經濟效益評估(成本效益評估)，已被很多國家用以決定哪些給付需要增刪(英國，澳洲，韓國，紐西蘭，加拿大等)，或訂定給付條件。
- 為輔助給付項目增刪的審議，有些國家訂定經濟效益評估的閾值(threshold)，提供給付決策參考
 - 例:使用某新科技(與舊科技比較)若每多延長調整品質的生命(quality-adjusted life years, QALY)一年，所需花費的成本低於某一金額，較可能納入給付，該金額就稱為經濟評估的閾值。
 - 除經濟評估，需考量弱勢照顧等公平性議題。

不同治療之經濟效益(舉例)

治療	Cost per QALY(£)
膽固醇篩檢及營養治療(40-69歲)	220
頭部外傷之手術	240
開業醫勸導戒菸	270
預防中風之高血壓治療	940
心臟移植	7840
洗腎病人貧血(EPO治療)-降低10%死亡	54380
洗腎病人貧血(EPO治療)-無法降低死亡	126290

研究方法

- 藉由文獻回顧、三場焦點團體、兩回合德菲法，收集專家對審議機制、作業流程、原則與標準之意見，並以電話訪問調查全國民眾，建立民眾可接受之經濟評估閾值。
- 第一年召開兩場焦點團體收集專家學者對健保給付範圍審議之看法，並運用兩回合德菲法收集專家對研究單位規劃之保險給付範圍審議機制、作業流程、原則與標準之意見。
- 第二年召開一場專家座談會議，針對第一年規劃之審議機制進行可行性評估，並提出細部規劃。
- 另以EQ-5D(歐洲五個面向的生活品質量表)進行全國代表樣本民眾的電話訪問調查，利用願付法(willingness-to-pay)，詢問民眾在A與B兩種健康狀況間，願意花多少錢使自己的健康由A改善為B，換算成可接受之經濟效益閾值。

重要結果-德菲法1

- 德菲法調查共回收46份問卷(回收率70.97%)，專家學者建議如下：
 - 提案單位：超過六成贊成主管機關、健保署、健保會委員、總額受託單位，超過四成贊成付費者團體、特約醫事服務機構。
 - 審議流程：超過六成贊成依研究單位規劃，成立給付審議小組，先行審議，再將建議提供主管機關擬定年度總額範圍，併同總額協定會議協商。
 - 審議結果：超過九成贊成納入總額協定會議協議訂定及分配健保年度總額預算之參考。
 - 審議小組成員：超過七成贊成健保會付費者代表，加上保險醫事服務提供者，加上專家學者及公正人士，超過九成贊成視議題邀請專家學者參與。

重要結果-德菲法2

- 100%同意健保會**預先訂定審議原則或標準**。
- **審議原則**:超過九成選擇資源分配給「**加權健康改善程度**」最多的一群人，以降低族群健康的不平等。
- **超過七成人同意建立經濟評估閾值**，經濟評估閾值平均值為**94.4萬**(標準差58萬)、中位數80萬，範圍介於20-250萬間。
- **審議給付考量因素**：最多人考慮「**醫療成本效益**」、其次是「**保險財務影響**」，接著是「**有效性**」、「**公平性**」、「**人體健康影響**」。
- **弱勢關懷**：超過九成贊成對弱勢族群之給付加重考量。除了臨終病人不給付加重外，其他(兒童、老人、低社經、地理弱勢、原住民、重大傷病、罕見疾病、癌症病患、婦女)等族群皆贊成加重考量。
- **增刪個別給付考量標準之權重**：「**成本效益**」>「**有效性**」>「**公平性**」>「**個人負擔**」同。

重要結果-民意調查 (n=1207)

19

- 民眾觀點:每增加調整品質人年一年之願付金額(閾值)約為134.2萬元(112.6-155.8萬)。
- 男性>女性
- 年齡越低、學歷越高、收入越高、居住在北區者其閾值越高
- 未婚閾值較其他為高
- 職業為民代主管經理專業技術軍人之閾值較高

研究結論1

- 在健保會下設立一審議小組，由健保會之全體委員決定是否設立及其成員人選。成員可為全體或部分委員代表，視議題邀請相關領域專家加入。審議小組先行審議，並將結果提到健保會決定。
- 健保會健保會在審議時應建立一個透明制度或規則，而經濟評估閾值(民眾觀點閾值平均134.2萬，而專家觀點之閾值平均94.4萬)僅供審議參考並非唯一考量；為兼顧公平性，對弱勢族群得預先建立共識，給予加權考量。
- 健保會審議案件之原始提案單位或來源可為多管道，包括主管機關、健保署、健保會委員、總額受託單位及藥物提供者，而其他付費者團體、病友團體、特約醫事服務機構可經由健保會相關代表委員提案。
- 主管機關、健保會委員、健保署可直接於健保會中提案，其他提案由健保署進行評估再決定提請審查單位。

研究結論2

- 擬新增修給付項目及支付標準，若屬當年總額協定範圍內且單項金額小或總財務影響小之個別給付項目，則由共同擬定會議決定，並排定通過項目的優先順序。其他非屬當年總額協定範圍之給付項目、或對財務影響大之給付項目、或共同擬定會議決議送健保會審議之案件，則送至健保會審議。
- 健保會審議結果，若非急迫性之給付範圍增修，則由健保署納入次年擬定總額時參考，若為急迫性給付範圍之增修，可考慮使用其他部門總額之經費暫時支應，再循正常管道爭取預算。
- 保險給付範圍審議機制作業時程，應在總額協定前並考慮收支連動。審議機制運作每年1-2次，審議結果可提供主管機關訂定大總額範圍及健保會進行總額協商之參考。

研究建議

- 建議健保會可設一任務編組之審議小組，負責轉換資料為簡單易懂文字並進行初步審議，其結果提健保會決定。審議小組可視議題邀請相關領域專家加入討論，建立專家名單或智庫。
- 建議健保會審議案件應包含次年擬新增之財務影響大之給付項目。
- 建議審議機制運作每年1-2次，時間可在當年4月以前或當年11月以前。
- 建議健保會審議結果若非急迫性給付範圍增修，由健保署擬定次年總額時一併納入並提建議到總額協商。若為急迫性給付範圍增修，建議考慮使用其他部門總額之經費暫時支應，再循正常管道爭取預算。
- 建議健保會先訂定審議原則與標準、及客觀成閾值，但保留彈性。上述原則與標準需與全體委員溝通取得共識，可參考本研究結果或再進行修正。
- 建議主管機關、健保會與健保署對給付範圍審議案件認定標準(如非總額協定範圍內、或對財務影響大項目)先建立共識，以利篩選決定案件提送健保會審議。

給付範圍審議～最終建議方案

23

- 針對研究結果，重新考量主管機關、健保會與健保署共同擬定會議運作現況，針對給付範圍審議提出建議：
 - 保險給付審議案件範圍
 - 審議啟動時機或適用範圍
 - 給付範圍變動、支付項目增刪與總額預算之扣連
 - 審議架構、流程與方法

(一) 保險給付審議案件範圍

- 健保會的職責:包括保險費率、給付範圍之審議，保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配等。
- 廣義給付範圍審議:凡涉及給付範圍(項目、條件)之改變，對健保財務有較大影響者，皆可視為給付範圍審議之案件。
 - 案件性質:包括全新的、既有的或替代的給付範圍或項目(包括藥品、特材、手術、治療等醫療科技)之增刪，或適應症之放寬或縮減。
 - 依據權責包括下列三類:
 1. 審議事項：包括「調整保險給付範圍方案」、「其他不列入保險給付範圍之診療服務及藥物」。
 2. 審議或協議訂定事項：「資源配置及財務平衡方案」之審議或協議訂定、「醫療給付費用總額之協議訂定及分配」涉及給付範圍變動（協商因素如新藥新科技）。
 3. 討論事項：「抑制資源不當耗用改善方案」、「自付差額特材項目」。

(二) 審議啟動時機或適用範圍

25

- 「調整保險給付範圍方案」：
 - 依據健保法第26條，若有「保險之安全準備低於一個月之保險給付總額」或「保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡」時，由保險人(健保署)擬訂「調整保險給付範圍方案」，提健保會審議。因此主要在財務失衡時提出方案，且主要是大範圍或中範圍的給付範圍調整。

- 「資源配置及財務平衡方案」：
 - 健保法第5條，健保會在進行保險費率、給付範圍之審議，保險醫療給付費用總額之協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出「資源配置及財務平衡方案」，併案審議或協議訂
 - 每年皆須提出，若涉及給付範圍變動，亦屬之。

(二) 審議啟動時機或適用範圍(續)

□ 總額協定:

- 健保會執行「醫療給付費用總額之協議訂定及分配」時，其協商因素亦包括給付範圍之變動，如新藥新科技預算之協定。

□ 「抑制資源不當耗用之改善方案」:

- 健保法第72條:為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂「抑制資源不當耗用之改善方案」，提健保會討論後，報主管機關核定。故每年皆須提出。

□ 健保法45條「自付差額特材項目」與51條「其他不列入保險給付範圍之診療服務及藥物」:

- 未限定提出時機，但建議保險人可收載匯總後，定期(如每半年一次)送健保會討論。

健保會審議保險給付相關議題與處理方式

27

健保會給付範圍相關之審議	提出單位	啟動時機	健保會處理方式	核定程序	建議
1.調整保險給付範圍方案	保險人	1.安全準備低於一個月之保險給付總額。 2.增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡(預估財務失衡)	審議	報主管機關核定後，由主管機關轉報行政院核備	大範圍總額或中範圍變動之調整後校正總額的應納因素
*2醫療給付費用總額之協議訂定及分配(給付範圍變動)。	主管機關/保險人	在報行政院大總額時匡列調整因素或在協商因素:如新藥新科技預算(每年)	協議訂定	由主管機關核定(多數)或轉報行政院核備	視財務影響大小決定是否調整總額
*3資源配置及財務平衡方案	保險人	健保會為第五條之審議或協議訂定，有增加保險人收入或減少保險支出時應提出方案，併同審議或協議	審議或協議訂定	行政院核定後送立院核備	視財務總額是否影響資源配置大小因素

*若涉及給付範圍、項目或條件的變動，運作成熟，2,3可合併處理。

健保會審議保險給付相關議題與處理方式(續)

28

健保會給付範圍相關之審議	提出單位	啟動時機	健保會處理方式	核定程序	建議
4其他不列入保險給付範圍之診療服務及藥物項目	保險人	未限定時間	審議	報主管機關核定公告	建議一年至多審議一次，並依據財務影響大小決定是否納入調整因素或總額協定/校正
*5抑制資源不當耗用之改善方案	保險人	每年提出	討論	報主管機關核定。	依據執行成果影響支出大小，納入大總額或總額檢討
6.自付差額之特殊材料品項	保險人	未限定時間，保險人同意後，併同實施日期，提健保會	討論	健保會討論，報主管機關核定公告	建議每半年彙總討論

(三) 給付範圍變動與支付項目增刪與總額預算之扣連

29

- 給付範圍變動與總額預算扣連之必要性：
 - 「給付範圍、項目或條件之變動」「醫療服務與藥物支付項目的增刪」，皆將影響年度總額預算或點值。因此三者需相扣連，才不會影響醫療院所或保險對象權益。
- 健保會廣義給付審議案件與總額之扣連
 - 「調整保險給付範圍方案」
 - 涉及財務大幅失衡，可能必須提出較大(大或中)範圍的給付範圍調整，因此調整方案，最好在健保會審議後，列入大總額調整因素中。
 - 若來不及，列入大總額調整因素，通過後應重新校正年度總額預算。
 - 差額負擔項目外非「調整保險給付範圍方案」
 - 視其財務影響大小，決定是否事先納入大總額調整因素或僅在總額協定時協議訂定之。

(三) 給付範圍變動與支付項目增刪與總額預算之扣連(續)

30

- 健保會廣義審議給付案件與健保署共同擬定會議之扣連
- 經健保署「醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」或「藥物給付項目及支付標準共同擬定會議」，同意增(刪)的給付範圍或項目：
 - 屬 健保會當年總額協定已建議新增的給付範圍或項目，健保署逕行報請主管機關核定發布，納入給付。
 - 非屬上述項目但單項財務影響小
 - A. 單項財務影響在健保會協定的總額中有關給付範圍變動年度分配預算(「新藥、新科技年度預算」)範圍內，健保署得定期彙總後(例如每年定期收載兩次)報請主管機關核定發布。
 - 若收載期間，通過項目之總預期財務影響超過該期間「新藥、新科技年度預算」，健保署得彙總後提請共同擬定會議依其重要性排定優先順序，總健康影響大、效益高者先行報請主管機關核定發布。其餘項目得併入次期與通過之項目競爭預算。

(三) 給付範圍變動與支付項目增刪與總額預算之扣連(續)

31

- 健保會廣義審議給付案件與健保署共同擬定會議之扣連
- 非屬總額協定給付範圍變動且單項財務影響大者
 - B.單項財務影響超出當年總額協定之「新藥、新科技年度預算」者(應是較具成本效益者，才會被通過)，應擬定可供民眾閱讀的報告，包括建議優先等級，納入健保署「資源配置及財務平衡方案」中，送健保會審議通過後，編入次年大總額調整因素預算中，爭取次年預算。
 - 保險人在擬定「資源配置及財務平衡方案」時，除B外，亦得考量A中前一年度通過但因預算不足，尚未納入給付之項目。
 - C.屬急迫性之增修案件，健保署得先報請主管機關核定發布，由其他部門預算先行支應，次年再納入總額預算中。
 - 「資源配置及財務平衡方案」建議檢附資料：
 - 適用對象特性與預估受益人數、臨床療效、成本效益、未來五年預估財務影響、優先程度建議，其他倫理或公平性考量。

(四) 審議架構、流程與方法

□ 審議架構：

為健全健保給付制度，提高健保資源配置的公平性、有效性、一致性、透明度，建議衛生福利部召集社會保險司、健保會與健保署主管舉辦共識會議，仿照當年總額協商架構的建立，預先建立健保給付範圍(與資源配置)審議架構(Deliberation framework)，使各單位對給付之審義或擬訂，能有較一致之原則、標準與流程，並準備所需之資料。上述架構除定期微調外，得每五年檢討一次。

□ 健保署可針對具共識的評估原則進行評估，評估結果提供給共同擬訂會議比較容易有結論，其結論也較容易獲得健保會之認同，避免目前共同擬訂會議與健保會各自為政，決策分歧的亂象。

□ 上述審議架構，包括審議原則(如醫療成本效益、有效性、公平性)、標準與流程，應與相關委員會委員溝通取得共識，以利順利運作。

(四) 審議架構、流程與方法(續)

1. 廣義的給付範圍審議案件來源

- 依健保法之精神，主要由健保署提案，而健保署提案之來源，最初可能來自健保署、總額受託單位或藥物提供者等，由健保署彙總後，先進行初步評估。

2. 給付範圍審議之前置作業: 保險人評估與共同擬訂程序

- 健保署收到提案後，應先進行內部評估分析，必要時得委託辦理醫療科技評估(HTA)，彙總評估報告(含HTA)後，再提給付項目與支付標準共同擬定會議討論。
- 給付項目與支付標準之擬訂依健保法41與42條，應「依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開」。

(四) 審議架構、流程與方法(續)

3. 評估報告、共同擬定與審議標準

(1) 一般審議原則

- 為利於共同擬訂會議之進行，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務。
- 健保署評估報告內容: 主要包括新科技對人體健康之影響(臨床療效)、醫療成本效益、醫療倫理與保險財務影響。
- 共同擬定會議通過後，若需送健保會審議，應將評估報告轉化成可供民眾閱讀、淺顯易懂之報告，以利健保會委員審議。
- 審議標準: 除保險財務影響外，本研究德菲法，各項因素重要性依次為: 「醫療成本效益」(100%) > 「有效性」(健康影響)(90.9%) > 「公平性」(88.7%) > 「個人負擔」(84.1%)。
- 成本效益: 有效性: 公平性: 個人負擔 = 3.5: 2.0: 1.5: 1.0
- 個人負擔高低，最不應該作為優先考量原則

(四) 審議架構、流程與方法(續)

3. 評估報告、共同擬定與審議標準

(2) 人體健康(有效性)與醫療倫理(公平)原則

- 為讓健保有限的資源發揮最高價值（挽救最多的人命），本研究依據德菲法結果建議以「加權健康改善程度最高」為審議給付之最重要標準
- 其中所謂的「加權」，係在評估新科技對不同群體影響時，將醫療倫理、公平的原則納入考量，以降低族群健康之不平等
- 意即若一般人權重(比重)為1，當該科技用於治療弱勢族群(兒童、老人、低社經、地理弱勢、原住民、重大傷病、罕見疾病、癌症病患、婦女)，在計算健康改善程度時，可給予更高的權重加重考量；但臨終病人之照護因效益較低，不予加重考量。這樣的原則可供建立審議制度參考。

(四) 審議架構、流程與方法(續)

36

3. 評估報告、共同擬定與審議標準

(3) 醫療成本效益原則

- 學習其他國家(如澳洲、英國)預先對給付的成本效益(如每增加一調整生活品質人年所花費成本 (cost/QALY)建立審查標準~經濟評估的閾值(threshold)，如英國若新科技每一QALY花費在三萬英鎊或以下，較易納入給付~可做為共擬會議或健保署決定是否給付或排定給付優先順序參考，亦利於健保署篩選適合納入「資源配置與財務平衡方案」之項目，提送健保會審議。若無相關資料，至少應提供臨床療效與預估費用
- 健保會審議該方案時，若能接受相同的標準，可將重點放在資源(預算)之分配，不需重新一一評估各項科技之效益，較容易進行審議，標準一致時，也可提升審議之公平性與效率性。
- 本研究結果：
民眾觀點調查出來經濟評估的閾值每一QALY平均花134.2萬元 (4.5萬美元)
學者專家觀點調查出的之閾值平均為94.4萬 (3.1萬美元)與其他國家標準(3-5萬美元)相近，依此標準，每一QALY在此標準94.4-134.2萬元下者，可優先納入給付，可供健保署與健保會建立審查標準之參考。
- 經濟評估非惟一審查標準，對弱勢族群之公平性亦應納入考量。

醫療資源配置機制~經濟評估閾值： Cost /QALY

- 經濟評估閾值：Cost /QALY
- 本研究結果：民眾:134.2萬元/QALY（約4.5萬美元）
學者專家94.4萬/QALY（3.1萬美元）
- Eichler et al,2004
 - 英國NICE2-3萬英鎊 (US\$ 3.29-4.93萬) /QALY
 - 加拿大：US\$17,600-87,800/QALY
 - 澳洲：US\$28,200-\$51,000/Life-year gain
 - 紐西蘭US\$10,900/QALY
 - 美國：US\$50,000/QALY (非官方)
 - WHO：3倍人均GDP
- 日本：US 4.89萬，韓國：US 6.29萬，台灣NT2.1百萬(US 6.86萬)，英國£23 000 (US 3.79萬)，澳洲US5.81萬，美國US\$ 62,000 (Shiroiwa, T;Sung YK,Fukuda,T,Lang HC,Bae,SC;Tsutani K(2010) ~存活年數未校正生活品質

(四) 審議架構、流程與方法(續)

3. 評估報告、共同擬定與審議標準

(4) 財務影響

- 財務影響評估應至少預估五年之影響，尤其對放寬適應症之項目(如最近之降高血脂藥之例子)，除估計未來五年每年可能節省之成本外，亦應估計每年增加之成本，計算淨效益，以利協商。
- 對刪除給付之給付類別(項目)(如最近討論的指示用藥)亦應估算其替代效應。
- 所有增刪給付或擴大(縮減)適應症之項目，其財務影響與臨床效益之相關資料，健保署應提供健保會協商總額預算之參考，建立付費者、供給者、專家學者與政府互信的基礎。

(四) 審議架構、流程與方法(續)

4. 健保會給付範圍審議:

(1) 輔助審議資料與諮詢專家:

- 健保署之提案，應準備包括3.之上述可供閱讀之評估資料，提請健保會審議。有關資源配置方案，亦應包括建議優先等級。
- 審議過程對重大或重要議題，得蒐集民意，必要時得辦理相關之公民參與活動，如民意調查、審慎思辯民調、研討會、法人論壇、德菲法調查、公民會議等。
- 尤其在建立制度初期，可藉上述方法建立審議標準。本研究德菲法之研究及民眾調查，即在協助建立健保會制度。
- 審議過程可視議題先邀請相關專家學者參與。專家學者依德菲法建議如醫藥專家、健康保險、衛生政策評估、醫療品質或安全、醫事倫理、醫事法律等參與。

(四) 審議架構、流程與方法(續)

4. 健保會給付範圍審議:

(2) 完成時間:

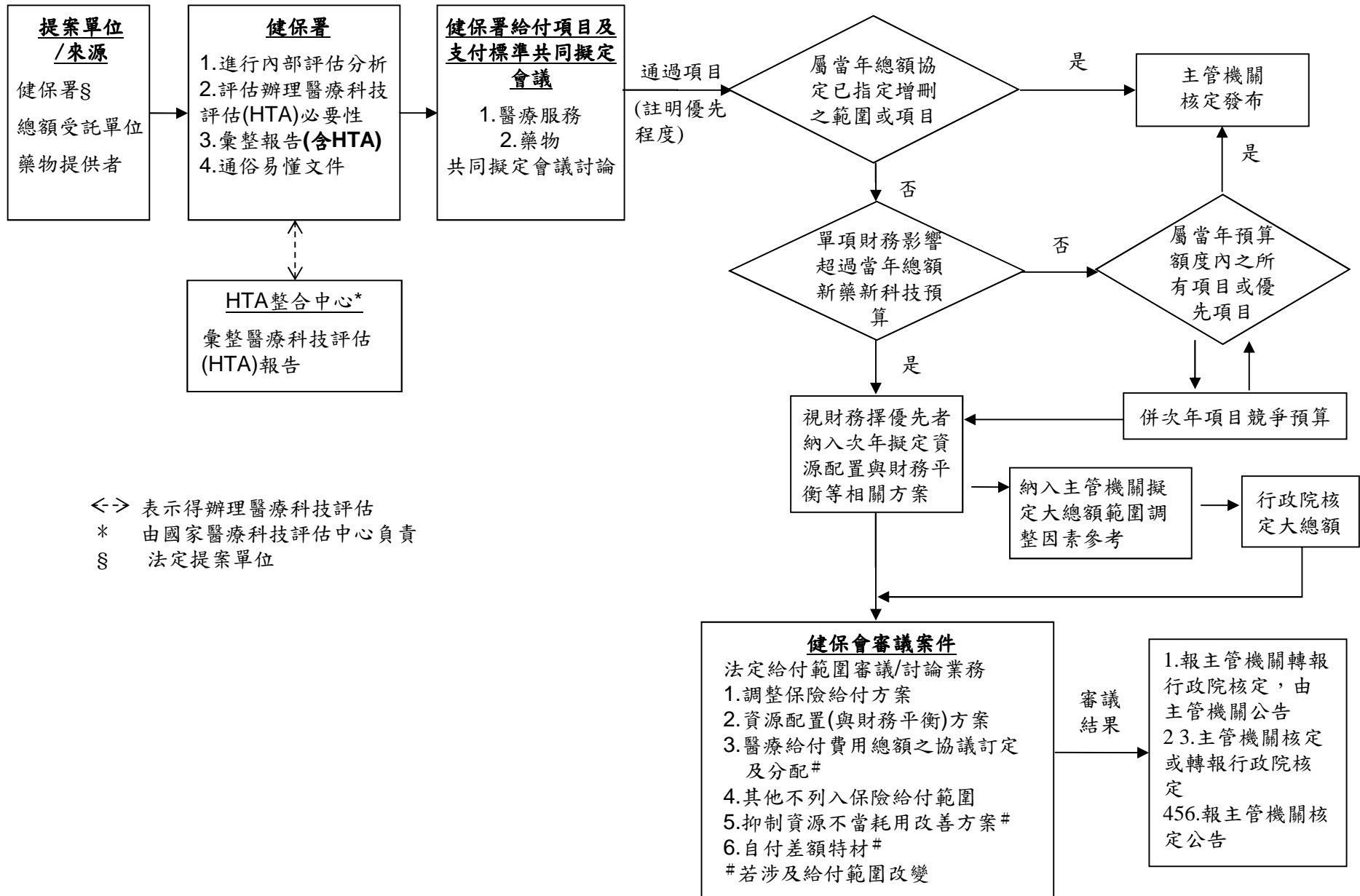
- 保險給付範圍之變動將影響總額預算之協議訂定，並需考慮收支連動，因此「調整保險給付範圍方案」或「資源配置及財務平衡方案」最好能在大總額報院前（約每年六月前，最好能在4月底）即完成審議，提供主管機關訂定大總額調整因素及健保會後續進行總額協商之參考。
- 健保署在預估次年將達健保法26條的財務失衡狀況時，即應開始準備次年的「調整保險給付範圍方案」或在預估將增加支出，即可先行準備「資源配置及財務平衡方案」。
- 「醫療給付費用總額之協議訂定及分配」、「其他不列入保險給付範圍之診療服務及藥物之審議」、「抑制資源不當耗用改善方案」涉及給付範圍改變之協定或討論，若財務影響較大，亦建議於每年四月底前完成，俾利主管機關納入大總額擬定調整因素參考。

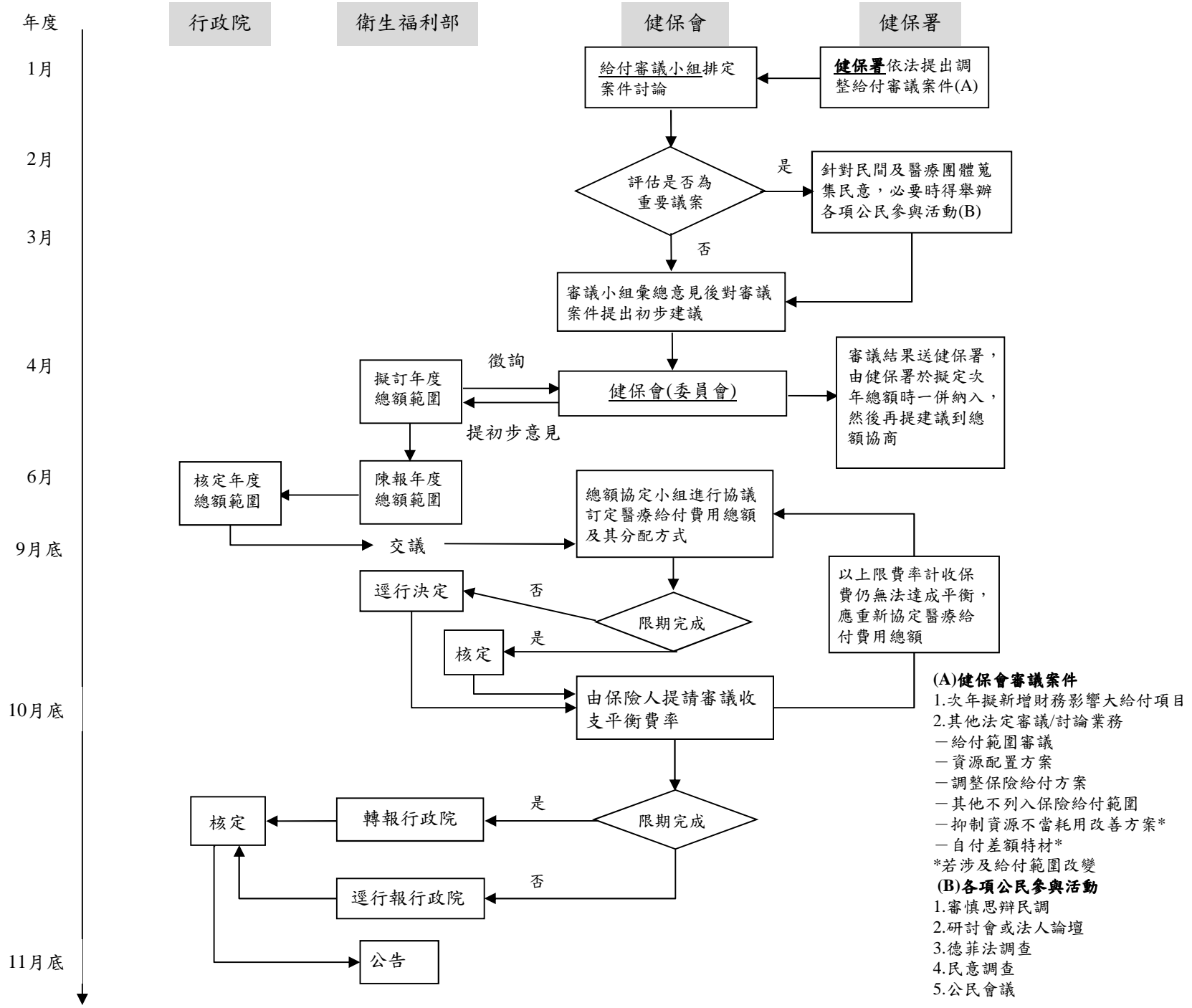
(四) 審議架構、流程與方法(續)

5. 審議結果之處理：

- 健保會將審議協定或討論之決議，提供主管機關擬定大總額範圍或總額協定及分配之參考。

詳細審議機制架構與作業流程請參考圖1及圖2。







敬請指正



謝謝！

