

健保會委員關心新醫療科技預算規劃

108 年 6 月

為提升醫療品質及確保民眾就醫權益，自 92 年起，每年在健保總額的醫院及西醫基層總額部門內均特別編列新醫療科技預算，以利引進新醫療科技(如新醫療服務、藥品及特殊材料)。然因新醫療科技價格昂貴、療效不確定及其替代效益不易精確估算等因素，健保會委員於協商年度新醫療科技預算時，在健保資源有限下，如何兼顧民眾就醫權益、資源分配公平性及健保財務平衡，實為一大難題及挑戰。鑑於 108 年 9 月份將進行 109 年度總額協商，健保會醫事服務提供者代表委員及付費者代表委員，乃於本(108)年 5 月 24 日委員會議不約而同地提出新醫療科技相關議案。

醫事服務提供者代表委員認為，西醫部門歷年就新藥引進及預算編列問題迭有爭議，健保會協商通過的新醫療科技預算，與日後健保署藥物共同擬訂會議(下稱共擬會議)核定通過的實際執行情形有脫勾之虞，係因健保會委員於協次年年度預算時未獲得充分資訊(如：次年預擬納入給付項目、財務資訊及成本效益)，形同開立空白支票授權共擬會議運用。建議流程應為廠商提出申請新醫療科技給付項目，先由健保署共擬會議討論通過並排定納入健保給付之優先順序，再由健保署進行財務影響評估，提出次年度預擬納入給付之項目、優先順序及預算需求，送請健保會協商，健保署再據以導入。

惟健保署提出說明，考量新藥之引進，需經查驗登記、專家會議與共擬會議討論通過、及廠商同意供貨等程序，實務上難以事先預估納入健保給付之品項範圍，其財務影響評估亦受議價結果影響。依目前健保署的作業程序(從廠商提出申請、醫療科技評估、專家會議評估與共擬會議討論通過、與廠商完成議價)需耗時 9 個月，若採醫事服務提供者委員所建議方式，新藥納入健保的給付速度將會再延後 4 至 16 個月，影響新醫療科技引進之時效。該署認為歷來於共擬會議討論時，皆已併同考量當年度編列預算是否足夠，儘可能降低預算失衡之爭議。

付費者代表委員則關心癌症免疫療法新藥 108 年治療名額限制(800 名)遠低於需求數，建議 109 年全面治療符合給付適應症之病人(預估 2,600 名)及擴增肝癌之給付適應症，並編列足夠預算。

專家學者及公正人士代表委員認為，健保署對擬納入健保給付之新藥新科技，應先進行 HTA(醫療科技評估)，並需考量「藥品臨床療效」及「健保有限資源的合理運用」，依其經濟效益(cost-effective)，排定納入給付之優先順序，健保會不宜針對個別疾病或個別療程進行討論，以避免對其他病友團體產生不公平現象，或集中某項治療而對其他醫療服務產生排擠效應；且實務上醫師處方係依病人病情是否符合健保給付之適應症，健保會於總額協商時，從未匡定及限制治療人數與費用，亦無法確認新藥之預算是否編列足夠，建議健保署在資源有限下管控預算的作法，除限縮治療人數外，應併同檢討藥品支付制度及免部分負擔制度，以提升健保資源配置之效率。

健保署則表示，免疫療法費用昂貴，且估計約僅對 1/5 治療的病人有療效，因健保資源有限，必須訂定合適的適應症條件，且也必須衡平考量引進其他病症新藥的需求，若將資源集中在某項疾病治療方式，恐將對其他新藥產生排擠效應。

綜合多數委員意見，本次會議決議請健保署考量病人安全及療效、整體醫療資源配置，妥適規劃新醫療科技，於本年總額協商前 1 個月，亦即本年 8 月前提出 109 年度預估新醫療科技預算規劃與內容，俾作為總額協商之參據。

隨著醫療科技發展日新月異，許多新藥新科技陸續問世，為病患帶來一線新希望，但高昂的價格不是人人都能負擔得起，若要納入健保給付，也須考量健保財務永續性及資源分配的公平性，如何持續精進醫療科技評估方式及相關預算預估模式供本會協商參考，並配合健保署及共擬會議落實預算管控，實為未來醫療資源合理分配之一大挑戰。