病團參與健保預算及給付機制的觀察與建議



蔡 麗 娟 副執行長



常務監事

講 綱



- > 病友團體在醫療體制內的參與管道
- > 健保會組成及各利害關係人的關注重點
- > 參與藥物共擬會議的現況與觀察
- > 病友參與的準備與建議



病友團體在醫療體制內的參與管道



健保會

(全民健康保險會)



健保資源的分配 總額協商與訂定 保險給付範圍的審議 健保費率的審議 保險業務之監理



共擬會



決定何種醫療服務項目、藥品、醫材納入健保給付及其支付標準





健保會的組成

全民健康保險會-二代健保的合議制組織



题台灣癌症基金會 FORMOSA CANCER FOUNDATION

健保會組成 共39名委員

醫事服務提供者代表(10名)

台灣醫院協會-醫院協會總代表

台灣醫院協會-醫學中心代表

台灣醫院協會-區域醫院代表

台灣醫院協會-地區醫院代表

中華民國醫師公會全國聯合會(西醫基層X 2)

中華民國牙醫師公會全國聯合會

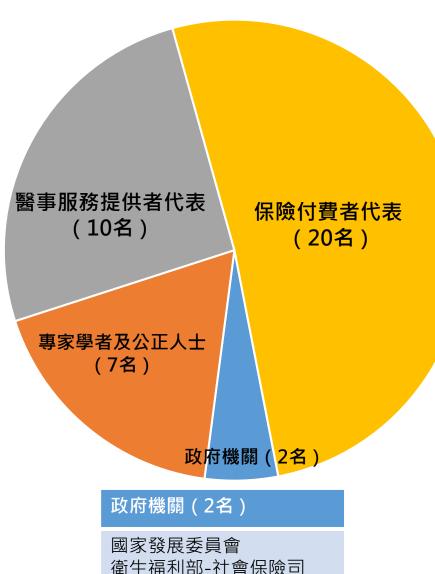
中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

專家學者及公正人士(7名)

學者專家5位公正人士2位



保險付費者代表(20名)

被保險人代表 14名

中華民國全國教師協會(公務員和教師)

中華民國全國建築師公會(建築師/會計師/律師)

全國產業總丁會

中華民國全國總工會

全國工人總丁會

全國勞工聯合總工會

全國產職業總丁會

台灣總丁會

中華民國農會

中華民國全國漁會

台灣社會福利總盟

中華民國全國職業總工會*

台灣醫療改革基金會*

台灣病友聯盟*

*需為立案之全國性被保險人團體,採公開徵求方式遴選,由「工會組織」、「病友團體」及「社會服務與慈善團體及其他」通過審查資格後,抽籤各選出一席

雇主代表 5名

中華民國全國工業總會

中華民國全國商業總會

中華民國工商協進會(每屆都有一位精算師)

中華民國丁業協進會

中華民國丁業區廠商聯合總會

行政院主計總處 1名

19位付费者代表均為總額協商時的協商代表



健保會各利害關係人之關注重點

各利害關係人關注重點之觀察

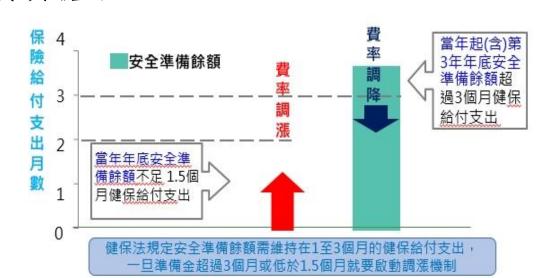
雇主代表

- 安全準備餘額 VS 健保費率之調漲/降 由於雇主負擔6成的健保費負擔,當調高健保費率或平均眷口數時,雇主負擔加重, 為避免健保費率調漲,必須儘量壓低總額成長率
- ▶ 雇主代表共識性強容易整合意見,掌握話語權 具有能力在總額協商時主導談判,擴充對決策的影響力
- 政府應將法定需負擔的健保總經費下限36%補足,可不必調漲費率 健保法第3條規定,政府應負擔健保經費扣除法定收入後金額的36%,惟政府將 在社會福利政策的7項補助併入計算,導致實質負擔不足

勞工代表

▶關心健保費/部分負擔調漲

認為物價齊漲,唯獨薪資成長停滯,應考量 民眾付費能力,任何調漲對勞工代表們都需 面對背後廣大勞工的壓力



各利害關係人關注之重點



醫事服務提供者

> 醫院代表關注支付點數及點值

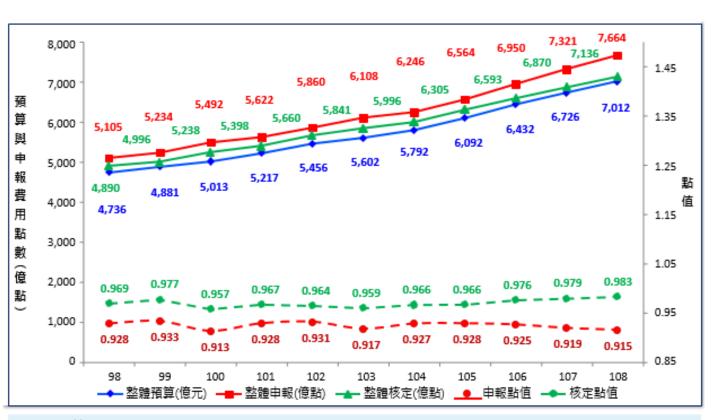
因受限健保總額的框架,醫事服務提供者的支付 點數未盡合理,且點值長期被稀釋,無法保障點 值每點1元

> 對於新藥新科技預算編列採保守態度

醫院代表認為健保會委員在協商次年度的新藥預算,對於次年預計納入給付的藥品、財務資訊及 成本效益不瞭解

> 投資健康應由公務預算支出

健保是針對疾病、傷害、生育、事故給付,屬 於公共衛生、預防保健及配合政策項目不應由健 保支付



- ▶總預算(藍-)、核定點數(綠-)及申報點數(紅-):不含其他部門
- ◆ 核定點值:預算/核定點數(綠-) : 申報點值:預算/申報點數<mark>(紅-)</mark>



各利害關係人關注重點之觀察

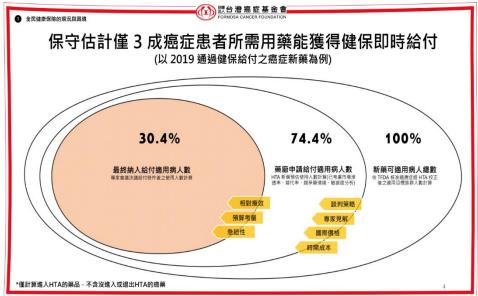
病友團體

- >「新醫療科技」預算關乎病友的新藥可近性
- ▶新藥因財務衝擊太大,病友等待健保給付時間變長,給付範圍限縮,通常比核准的適應症小,通常先通過後線或非第一線使用,或限制給付療程或期程
- ▶健保給付之後的適應症放寬,對病友很重要, 因此關注「給付規定範圍改變」的預算編列

資料分析時程:2013~Apr 2020 專家會議討論案件

平均/中位目數	全部新藥	非癌藥	癌藥
二代健保	462/319	396/297	730/561

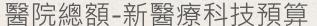
生效初次申請	N	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	13–20	生效率
2013	13	0	4	4	1	2	0	1	0	12	92%
2014	4		0	0	1	0	0	0	0	1	25%
2015	9			0	2	1	1	2	1	7	78%
2016	7				0	2	2	1	0	5	71%
2017	9					1	2	2	3	8	89%
2018	12						3	4	2	9	75%
2019	6							1	0	1	17%
2020	0								0	0	0%
總共	60	0	4	4	4	6	8	5	6	43	72%

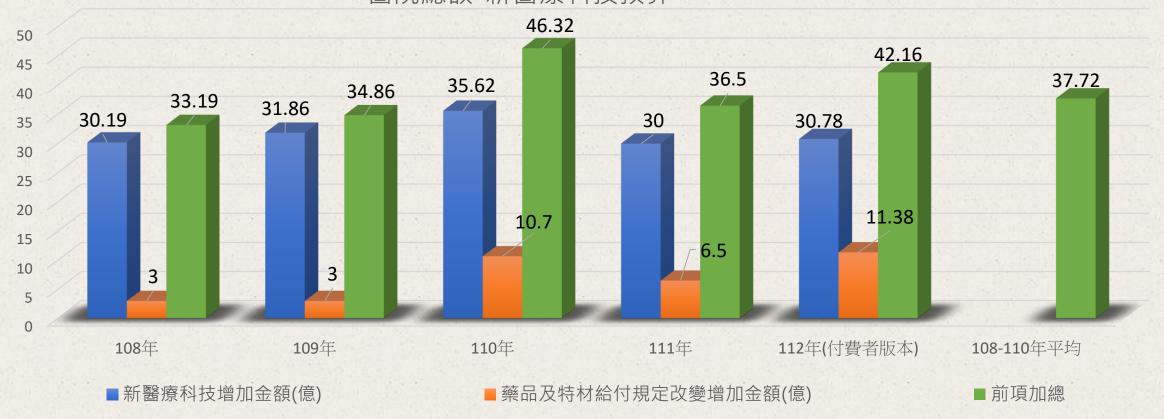


各利害關係人關注重點之觀察



病友團體關注健保總額協商之新醫療科技預算走向





III年之新醫療科技暨給付規定改變預算之金額雖比108、109年略高但仍低於近四年平均,且新醫療科技預算為近3年最低。 依

依據各年度健保會年報統計

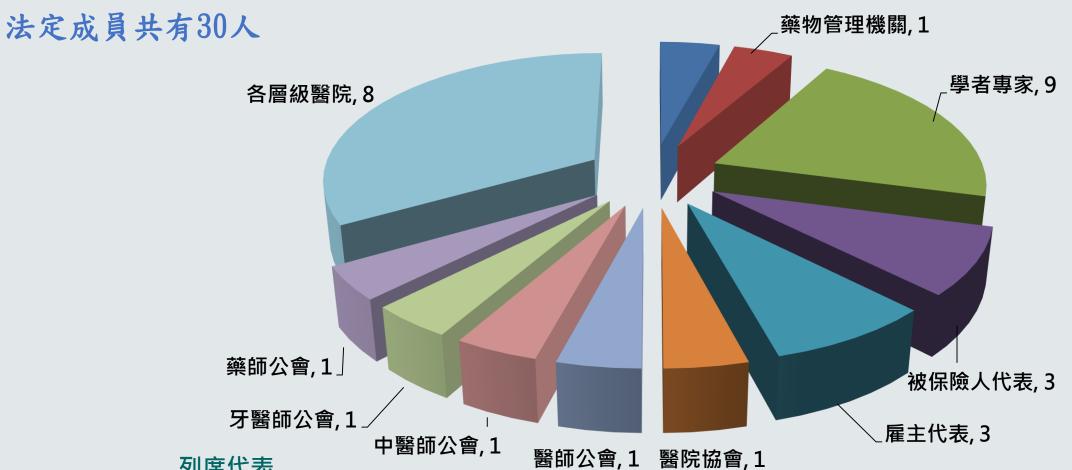


病友參與「藥物給付項目及支付標準共擬會」(PBRS)現況

藥物給付項目及支付標準共同擬訂會(PBRS)組成



主管機關,1

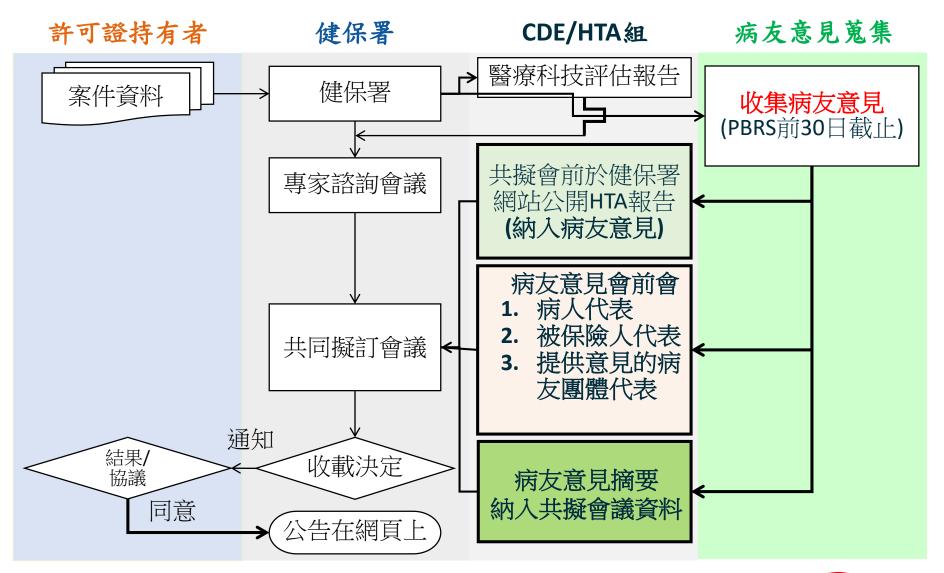


列席代表

- ・藥物提供者3人
- · 病友團體 2人(再建議案可另有2人列席表達意 首)



病友參與醫療科技評估/藥物給付共擬會



病團參與「藥物給付項目及支付標準共擬會」(PBRS)現況

2015年設立病友意見網 路收集平台讓病友/病友 團體/照顧者表達意見



一、意見分享品項資料 ★想要認識產品,請按藥物中文名稱

藥品/醫材中文名稱 易莎平注射劑 藥品/醫材英文名稱 Ixempra for Injection

二、填答者基本資料

□病人 (您是 □本人 □代填者)

○病友團體 病友團體 はMADIBERM

○照顧者

三、為瞭解您是否曾接受廠商贊助使用新藥物或目前愈見分享品項,以及病友本人或病友團體、配偶及直系範屬業務上之利益,與本意見分享品項之事項內容有無相涉。請您協助填答如下事項:

(一)曾使用廠商贊助之新藥物經驗: ○是 ○召

(二)目前意見分享品項為廠商所贊助: ○是 ○

(三)本人或病友團體、配偶及直系親屬就業務上之利益,與意見分享品項之事項是否

相涉:

○早/锈缨绮情笨加下\ ○不

PBRS會議前

- · 上新藥新醫材意見分享 平台上填寫病友疾病經 驗、現有治療之經驗、 及對新藥使用經驗或期 待(病友意見收集至 PBRS 前30日截止)
- CDE匯整病友意見,摘要納入HTA報告,並於 共擬會議前公開上網
- <u>CDE辦理會前會</u>,邀請 健保署代表、病友團體 代表、被保險人代表共 同參與

PBRS會議中

- 2名病友團體代表列席參與
- ·報告病友呈現於PBRS會議資料之意見摘要
- · 再次審議的案件,主管單意 件,主管單意 見的病友團體 代表到會分享 經驗

PBRS會議後

- ·病友團體代表 當天會後摘要 會議討論結果 於 TAPO會員群 組分享
- · 健保署公開會 議資料及完整 錄音檔



資料來源: 藥品查驗中心醫藥科技評估組

新藥給付審議各方代表關注重點:首重財務衝擊

- 2013年智庫研究單位曾訪談共擬會各代表,觀察各方對於新藥給付審議之首要考量:
 - 一官員:重視健保財務衝擊、輿論壓力
 - 醫藥類專家:重視疾病嚴重性
 - 非醫藥類專家、付費者代表:較無特定偏向
 - 醫院代表:重視健保財務衝擊
- 時至今日,與會代表重視健保財務衝擊的程度,更遠勝 2013 年

單位:人數	疾病嚴重性	適用對象	藥品價格	財務衝擊	政府政策	台灣數據	輿論壓力	其他	不知
官員				8	1		6		1
醫藥類專家	8		1			2		1	1
非醫藥專家	3	4	3	1				2	3
付費者代表	6	4	3				1	2	3
醫院代表	1	1	4	12					2

資料來源:台灣健康保險學會(2013)全民健保資源配置的影響因素研究報告

二代健保後,罕藥被PBRS否決的原因統計



藥名	以本土亡	PBRS	未通過理由	未通過理由(12次,含一次通過但未生效)						
荣石	治療疾病	審議日期(次)	藥價/財務因素	療效不明	其他					
		2014.09(臨時會)	不具合理成本效益							
Soliris	aHUS	2014.10 (11)			未有藥證					
		2018. 12 (35)	健保正在整頓罕藥藥價,待其他罕 藥調好價再議							
Vyndaqe1	FAP	2015.06 (14)		國內基因突變型態不同						
Turrtonid	同合子家族性高膽	2015.06 (14)	不具合理成本效益							
Juxtapid	固醇血症	2016.12 (23)	不符成本效益	療效實證不足						
Vimizim	MPS 4A	2016.02 (18)	不符成本效益	療效實證不足						
Pheburane granules	先天性尿素循環障 礙	2016. 12 (23)			未有藥證					
Uptravi	РРН	2017.08 (27)			未有藥證					
Brineura	CLN2	2021.04 (49)		長期療效不確定	無符合適應症之病人 (台灣醫師無經驗) 有病人時先用恩慈					
Takhzyro	HAE	2021. 08 (50)	已通過但因議價問題尚未生效							
Onpattro	FAP	2021.12 (53)	財務衝擊大	長期療效與副作用不明						
次數			7	5	4					
百分比			58. 33%	41. 67%	33. 33%					

罕病用藥從通過罕 藥認定,取得食藥 署的查驗登記許可 證,再到納入健保 給付,平均要等上 30個月

*二代健保後,共11次未通過,22次通過(其中5次有條件通過,一次尚未生效)

罕藥預算歷年執行概況

罕藥預算年年有餘,但罕病病友等著救命新藥

期待主管機關在預算許可情形下積極給付

	罕藥專款預算金額 (億元)A	罕藥專款支出金額 (億元)B	未執行完畢數額 (億元)A-B	罕病預算執行率 B/A*100%
2017	57.91	53.6	4.31	92.56%
2018	65.09	58.68	6.41	90.18%
2019	72.957	61.67	11.29	84.57%
2020	71.66	70.71	0.95	98.67%
2021	76.01	74.7	1.31	98.28%
2022	87.78	76.15~77.54*	10.15~11.54	86.75~88.33%

除醫院總額專款外,另有西醫基層專款可流用及其他部門預算有編列經費支應罕見疾病、血友病、HIV等不足之經費,同時亦有藥品給付返還之金額挹注。

参與藥物共擬會議的現況與觀察





- 2019年6月始有2名病友團體代表列席,照規定不能主動發言 可全程參與,瞭解藥品給付的討論與決策過程,及與會代表所持的 觀點和立場
- 財務衝擊為健保給付新藥與否的主要考量 新藥若價格太高,明顯衝擊健保財務,即便該新藥有明確的療效 證據,也不易及時納入健保給付
- 病友於意見分享平台上提供的使用經驗與意見,和健保是否決定給付該新藥,沒有直接相關
- > 只要在專家會議或共擬會中做成不給付的建議,就難有轉園的機會
 - > 藥廠簽署 MEA有助於審查與新藥給付速度





病友團體應有的準備與建議



病友團體參與應有的準備與建議



健保會的參與

- 病友團體僅有一席勢單力薄,政府應設病友團體常設席次 讓病友團體的參與不再靠抽籤取得,落實英國NHS:"No decision about me, without me" 以病人為中心的醫療照護思維
- 健保會討論的議題及計畫常有連續性,資深委員的發言頻率較高,具有主導議題的能力 新任委員在會議中無法立即理解狀況參與討論,病友團體除應有常設席次,並 遊選接任代表,參與實務見習
- 病友團體應邀請專家學者擔任顧問群,強化參與健保會的專業知能 健保會討論內容涉及醫療、財務、法規及政策面等高度專業議題,病友團體須 有賦能學習,提升以實證為基礎的論述能力,才有可能發揮對決策的影響力
- 》對於亟需爭取的預算應提供說帖與各利害關係人,做更多的溝通與說明 讓醫療體系中的利害關係人瞭解病友在醫療體系中的困境與需求,進而使學學的歷報 CANCER FOUNDATION

病友團體參與的準備與建議



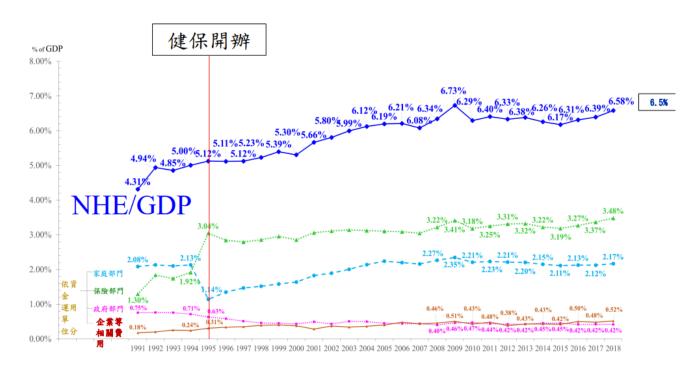
共擬會的參與

- ▶病人的經驗應如何收集與彙整,才能成為實證,為HTA帶來附加價值, 進而成為收載審核的重要參考之一,亟需有專業的指導與訓練
- ▶病友團體建議透過明確的制度,瞭解藥品給付優先順序的考量和依據, 確保新藥可近性
- ▶ 健保受限於資源,財務衝擊成為新藥給付的重要考量,病人證據的 提供恐流於形式,唯有編足預算、開源節流才能提升新藥性可近性



國民醫療保健支出 占GDP僅6.5% OECD 國家為7%-10% 台灣健保則僅占3.8%





我國人民整體醫療保健支出占GDP, 2018年來到 6.5 %

醫療費用占GDP比率

(三) 醫療費	使用占GI	DP比率										單位: %
西元年國家	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
澳大利亞	7.8	8.1	8.1	8.1	8.3	8.4	8.6	8.9	8.7	8.7		
加 拿 大	8.6	9.6	9.6	9.3	9.4	9.4	9.3	9.6	9.8	9.7	9.6	9.6
法 國	9.7	10.4	10.4	10.3	10.4	10.5	10.7	10.6	10.6	10.5	10.4	
徳 國	9.3	10.3	10.1	9.9	9.9	10.1	10.1	10.3	10.3	10.5	10.6	
荷蘭	8.4	9.0	9.2	9.3	9.6	9.6	9.6	9.4	9.4	9.2	9.2	9.2
挪威	7.7	8.8	8.6	8.5	8.5	8.6	9.0	9.8	10.2	9.9	9.7	10.1
瑞典	7.8	8.3	7.9	9.9	10.2	10.3	10.4	10.2	10.3	10.2	10.3	
美 國	13.6	14.6	14.6	14.5	14.5	14.4	14.5	14.8	15.1	15.1	14.9	
日 本	7.8	8.6	8.7	10.2	10.3	10.3	10.4	10.4	10.3	10.3		
韓國	5.0	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	6.0	6.2	6.4	6.6	7.1	7.5
台灣(全民健保)	3.5	3.7	3.5	3.6	3.6	3.6	3.5	3.5	3.5	3.6	3.7	3.8

資料來源:各國:OECD iLibrary 統計資料庫(2020/7/9擷取)。台灣:醫療費用-衛生福利部公告各年全民健康保險 醫療給付費用總額資料、GDP-行政院主計總處國民所得統計摘要(109年5月)。

註:1.各國醫療費用採Curative and rehabilitative care + Medical goods (non-specified by function) + Ancillary services (non-specified by function)+ Long-term care (health)。

2. ... = not available

結語



- ▶ 醫療照護體系強調以病人為中心,病團在醫療體制內的參與是國際趨勢,也是社會進步的象徵
- 病友團體在醫療體系中的參與,近幾年已有進展,但是在健保會或共擬會中仍屬相對弱勢
- 在國際醫療照護評比中,病友團體是否參與決策,已成為重點項目,呼籲政府應保障病團正式 參與資格
- 病友團體需要多的賦能學習(empowerment)與培力,充實在醫學新知、醫療政策、財務面及法制面的專業知能,才能在HTA流程、共擬會及健保會中發揮應有的角色和功能
- 建議可仿效歐美國家由政府提供病友團體培力計畫,建構病友參與應具備之各項知能,讓病團代表具備跟各利害關係人對話的能力,落實病友團體在醫療體制內的實質參與
- 正視健保財源不足問題,適時反映合理的健保費率,加強公務預算效能,以及落實合理的 使用者部分負擔制度





