

臺灣價值導向型
醫療保健
尋求亞洲領導地位



贊助：

目錄

關於本報告	2
導言	3
1. 制度背景	4
制度歷史	5
藥品給付制度	6
定價	6
2. 試辦計劃及尋找利益攸關者	7
支出仍令人擔憂	7
特別試驗方案	7
以公共衛生和預防工作為重點	8
3. 價值衡量需要關注的領域	9
傳染性疾病	9
預防性醫療保健的價值	10
新的挑戰和未來出路	10
結論	13

關於本報告

經濟學人智庫（The Economist Intelligence Unit/EIU）接受吉立亞醫藥公司（Gilead）的委託撰寫報告《臺灣價值導向型醫療保健：尋求亞洲領導地位》。此前有一系列相關報告審視了世界各國價值導向型醫療保健的發展狀況，本文是最新研究成果。

我們感謝以下專家貢獻的寶貴時間和意見（按字母順序排列）：

- 陳建煒，國立臺灣大學醫學院教授，國立臺灣大學健康資料研究中心主任
- 張鴻仁，臺灣上騰生技顧問股份有限公司董事長兼首席執行官
- 陳秀熙，國立臺灣大學流行病學與統計學教授

- 許怡欣，臺北醫學大學醫務管理系暨研究所副教授，臺北醫學大學生物科技高階管理碩士在職專班主任，臺北醫學大學學生醫健康全球企業家班執行長

- 鄭心穎，東京國立兒童健康與發展中心合作研究員，臺北醫學大學考科藍臺灣近期客座教授

- 李伯璋，衛生福利部中央健康保險署署長

- 蒲若芳，衛生福利部國家C型肝炎旗艦計劃辦公室主任，臺灣藥物評估中心醫療科技評估部門前主管

EIU對本報告的內容負全責。報告中的調查結論和意見並不一定反映贊助商的意見。本報告由Andrea Chipman撰寫，Michael Gold（金邁克）編輯。

導言

在臺灣，一種價值導向型的醫療策略正逐步引起重視。這是因為該地區的醫療體系面臨創新型治療方法所帶來的機遇和壓力，同時，慢性和傳染性疾病的負擔也在不斷加重。

二十多年的全民健康保險促進了臺灣醫療體系的發展，這有助於研究者獲取一套全面的數據。十多年來，醫療科技評估也在臺灣醫療系統的部分領域中得到了應用。

然而，人們雖然一直努力將成本效益和對於「價值」更廣泛的計量方法納入到對新的醫療措施的分析 and 決策中，但迄今為止還沒有做出任何努力來促成對「價值」這一概念的共同理解，或是對醫療保健在這一方面的標準評估方法的接受。

「基於價值的醫療理念在臺灣並不是新的話題，雖然目前確實缺乏對醫療保健中『價值』概念的通用定義和透徹了解」，東京國立兒童健康與發展中心合作研究員、

臺北醫學大學考科藍臺灣近期客座教授鄺心穎表示，「《2025衛生福利政策白皮書》特別強調了實證醫學研究的結果對建立有效和無效的醫療指標的重要性，以期加強對患者的照護，提高照護品質，同時減少醫療浪費。」

為了推動確立價值計量的有效方法，臺灣的任何舉措都需要著眼於對價值導向型醫療未來發展至關重要的幾個問題：國家醫療衛生決策機構如何解讀「價值」；參與決策過程的主要利益相關者有哪些，哪些人應該參與到相關決策中；以及在以價值為基礎的這一框架內，醫療保健的哪些方面可以被合理評估。此外，專家認為醫療體系將需要設法利用其醫療科技評估（health technology assessment, HTA）的能力來確定低價值領域，謹慎減少投資，以便為更具成本效益的支出釋放資源。這一過程將需要更多地整合使用HTA來完成包括醫療措施、設備、甚至整個照護路徑在內的多種評估工作。

1

制度背景

臺灣公民享受著一項亞洲歷史最悠遠、基於保險、且由政府管理的國家醫療保健服務，臺灣也是亞洲少數幾個服務覆蓋全民的地區之一。創立於1995年的單一給付模式健康保險計劃現由中央健康保險署（NHIA）管理，覆蓋全國99%的人口。醫療支出占國民所得（GDP）的比例較低，為6%。

該系統的優點在於成本相對較低，綜合效益好，等待時間短，患者能自由選擇使用醫生、診所和醫院資源。¹ 鄭女士表示，健康保險計劃中包括上萬種處方藥。

在全球疾病負擔研究2015年醫療可近性及品質指數中，臺灣的醫療系統在調查的195個國家和地區中排名第45位。該指數於1990年編撰，統計了「由個人醫療保健可以避免的」死亡。²

臺灣醫療體系中的單一給付機制使其能夠制定和規範費用；布魯金斯學會2015年的一篇文章指出，這還可以幫助施行整體預算，從而協助NHIA控制成本。³

衛生福利部國家C型肝炎旗艦計劃辦公室主任、臺灣醫藥品檢查中心（CDE）HTA部門前主管蒲若芳表示，在對研究結果、製藥公司的品牌價值以及患者觀點的評估方法上，政府正面臨著越來越多的挑戰。

「我們的醫護人員對全民健康保險已有些不滿，」她補充道。「製藥和醫療器材公司對於是否給付的決定方式也有很多疑問，同時，在過去的兩三年裡患者的發聲也日益增加。」

¹ Stewart, G, Brooks-Rooney, C, "An Overview of New Health Technologies and Reimbursement Structures in Taiwan", 科斯特洛醫療諮詢公司幻燈片演示, <http://www.costellomedical.com/wp-content/uploads/2014/03/ISPOR-Beijing-Presentation-Handout.pdf>, 第二頁

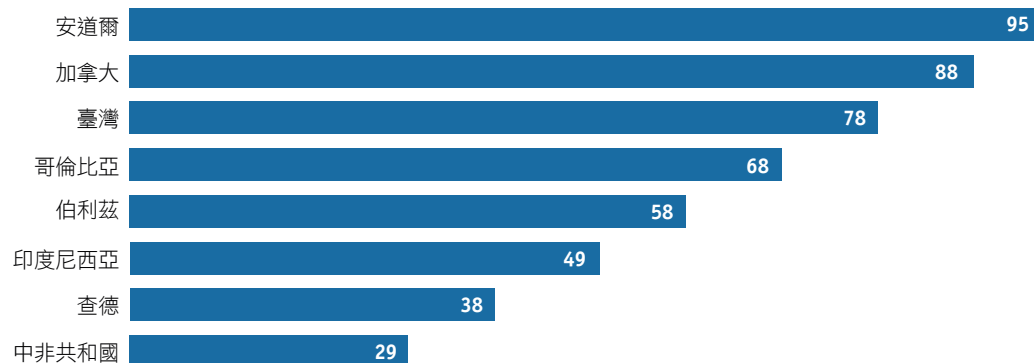
² "Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal healthcare in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015", 《柳葉刀》(The Lancet), 2017年5月18日, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30818-8/fulltext?elsca1=tlpr](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30818-8/fulltext?elsca1=tlpr)

³ Cheng, TM, "Taiwan's health system: the next 20 years", 布魯金斯學會 (Brookings Institution), 2015年5月14日, <https://www.brookings.edu/opinions/taiwans-health-care-system-the-next-20-years/>

健康地球

在醫療可及性和質量指數中的表現，選擇經濟體，2015

(100分中得分數)



來源:《柳葉刀》

制度歷史

新藥的醫療科技評估在臺灣已不是一個新概念。CDE是一家私營、非營利的非政府組織，成立於1998年7月，該機構旨在為決策者提供關於價值的實證資料。2007年12月，該機構成立了新的HTA部門——國家醫療科技評估中心（NIHTA）——得以更加專注在新的藥物和醫療器材的（臨床）比較分析和成本效益分析，以及這些醫療上的創新對於國家醫療保健預算造成的影響。CDE也在2011年成為HTAsiaLink的創始員。HTAsiaLink是一個關注HTA議題的國際組織，致力於增進區域性HTA機構之間的聯繫合作。

鄭女士表示，該機構被賦予降低藥物成本負擔、減少不必要的醫療浪費的使命，並有權採用「成熟和透明」的方法來達成這些目標。研究機構使用了歐洲和其他國家所熟知的一系列測量方法（HTA分析在這些國家中都常見），主要包括品質調整生命年（QALY）、傷殘調整生命年（DALY）、增量成本效益比（ICER）、支付意願門檻（WTP）、效益成本比率和淨收益的測量方式。

國立臺灣大學醫學院教授、國立臺灣大學健康資料研究中心主任陳建煒認為，由於缺少一個更廣泛的架構來整合這些度量指標，它們在國家醫療科技評估中心的檔案中並未被要求採用。

「大多數人都熟悉這些指標，但沒有框架能將它們納入一個非常嚴謹的系統中，」他補充說。「這不是中央健康保險署高層官員的首要任務。」

陳醫師還指出，衛生福利部會收集人口統計和平均餘命數據，其下的國民健康署（HPA）會對主要疾病和風險因素進行調查，但其他更廣泛的結果卻很難衡量。確實，雖然NHIA經常開展人口調查，但這些調查通常只反映了由於醫療保險體系可及性高、部分負擔比率低，人們對該體系的滿意度較高。

他又補充說：「這些指標可以讓我們知道醫

療系統在正常運作，但我們無法有系統的討論醫療對於病人的成效。我們可以用一些明確的指標作度量，但缺乏好的方式來評估患者的生活品質。」

有一些零星的事例顯示政府正在努力改善這一差距，其中包括NHIA網站上關於類風濕性關節炎的一個網頁，病人可以在此對其使用過的某些藥物和醫療設備進行評價。不過這樣的做法尚未被廣泛推行。

據臺北醫學大學醫務管理系暨研究所副教授許怡欣介紹，臺灣HTA機構非常擅長建立可靠的定量模型。

「這些計算非常精確，」她表示。「我們建立了良好的模型，並有很好的參考資料和參數。」她還補充說，如果臺灣的機構沒有自己的參數資料，它們會使用「從外國文獻中收集的數據來構建各種疾病的決策圖表和模型」。

然而這些結果的結論該如何解讀卻沒有這麼明確，許女士補充說。雖然國家醫療科技評估中心可以計算出一種新型癌症藥物對於拯救生命的成本效益，衡量這種藥物對國家生產力的影響以及預算影響；可是一旦討論轉移到不同利益群體（尤其是那些在進行價值評估時可能會面臨政治壓力的政府官員）組成的委員會，進行判斷就會變得更加複雜。

值得注意的是，目前也有一些將HTA應用到整體照護路徑、而不是單個治療方法或是醫療措施的努力。陳醫師和許女士均注意到，QALYs等測量方法對於新藥的HTA更有用，然而對於如何更廣泛地解讀，它們並沒有明確的指引或門檻。

陳醫師表示：「大部分（HTA）員工均具有醫藥背景，他們只會從藥物角度考慮藥物。我們考慮一種藥物時則要思考它如何適用於整體治療。我們需要培養自上而下的整體分析觀。」

2013年，臺灣衛生福利部委託CDE管理國家醫療科技評估中心籌備辦公室，以逐步整合HTA醫療政策、醫療保健服務和醫療資源配置。

「我們無法有系統的討論醫療對於病人的成效…缺乏好的方式來評估患者的生活品質。」

陳建煒，國立臺灣大學醫學院

藥品給付制度

關於藥品給付價格裁定的新體系於2013年生效，新產品的申請最初需提交NHIA，再由NHIA提交給國家HTA小組，該小組負責在42天內對其進行獨立評估。

在對上市和定價提出初步建議後，利益相關者將會協同NHIA、公眾和專業顧問召開大會討論藥品效益和價格表，並最終敲定藥品給付範圍及給付價格。⁴

定價

新藥品會被區分為以下三類給付類別之一：類別1包括大幅提高治療價值的藥物（經由直接或間接比較）；類別2A提供的價值比目前最佳比較組略高；而類別2B提供的治療價值與當前最佳比較組持平。

對於第一類藥物，政府採用美國、英國、澳大利亞和德國等10個參考國家價格的中位數。如果製造商在臺灣進行臨床試驗，這類藥物就可在基準價格上獲得10%的加成。

雖然第二類藥物價格也採用國際參考定價，但其價格不得超過10個參考國的中位數；同時，最終價格的設定還將參考10個國家中的最低價格、原國家價格以及國際價格之間的比率和其他方法。⁵

在現行制度下，2011至2014年期間，有71%所有被NIHTA評估的藥物被納入給付範圍。然而，這種機制能帶來多大的價值仍不清楚。⁶

雖然臺灣對藥品製造商施行了價量協議，在一定程度上限制了支出上限，但政府並沒有採用許多其他已開發國家所謂的「風險分擔」協議。在此協議下，製造商與付款方協商價格，並服從於雙方協商的結果；如若未能履行這些承諾，就需支付賠償金。⁷

「大多數公司不喜歡這種安排」，上騰生技顧問股份有限公司董事長兼首席執行官、NHIA前官員張鴻仁表示。「醫師不喜歡這些協議，因為新藥非常有效，他們不想受到約束。」此外，他還指出，這些協議在臺灣制度下難以實施，因為大家可以自由找任何診所或醫院、任何醫生就醫。

⁴ Stewart, 幻燈片第四頁

⁵ 同上, 幻燈片第六頁

⁶ 同上, 幻燈片第十一頁

⁷ Ando, G, "Payer Roadblocks and Risk-Sharing Agreements Around the World", 國際藥物經濟與結果研究學會, <https://www.ispor.org/news/articles/Nov-Dec11/Payer-Roadblocks-and-Risk-Sharing-Agreements.asp>

2

試辦計劃及尋找利益攸關者

隨著經濟壓力日益增長，人們對於醫療系統應將投資重點放在今後可提供最大價值回報的領域，越來越有意識，臺灣單一給付機制的巨大成功也加劇了人們對其可持續性的擔憂。

「我們沒有說過『成本效益』會在多大程度上決定哪些治療會被採納，」NHIA署長李伯璋表示。「醫療費用越來越高，大大小小的疾病都需要治療，所以醫療體系支出龐大。」他還指出，對於先天遺傳缺陷這類很難治療的罕見疾病，臺灣的醫療體系每年在每個罕見疾病病人身上的花費可能會高達3,000萬新臺幣（995,550美元）。他還補充說，儘管如此，臺灣的社會保險制度理論上必須造福全體民眾。

然而到目前為止，關於價值的討論尚未有定論，即便目前已迫切需要做出艱難抉擇。

支出仍令人擔憂

一些受訪者表示，雖然臺灣的醫療體系效率相對較高，但公眾對成本增加的擔憂，促使各方加大了對於利用價值導向來評估治療方式和成效的探索。

張醫師說：「雖然我們在醫療保健方面的支出只稍高於GDP的6%，但民眾普遍認為該制度太過浪費。」李醫師也認為，由於個人須負擔部分保險費，輿論對於費用的任何一點增加都特別敏感，因此政府有責任向公眾說明醫療資源有被妥善的利用。同時，臺灣民眾可以自由的選擇各種醫療服務，這顯示醫療資源和個人治療的分配可能不夠明智而需要調整。

許女士認為，尤其是在藥品和醫院就醫方面，體系的過度耗用對臺灣來說是一個特別的問題。依服務收費（fee-for-service system）則加重了這一問題。

她表示：「我們的民眾並沒有變得更健康，他們只是得到了更多的醫療服務。所以臺灣的問題是資源的使用問題，而非品質問題。人們理所當然地揮霍著這些資源。」

與此同時，她還指出，任何想要改革體系財務結構的努力都可能招致政治反彈。

據許女士表示，有人已經嘗試在慢性疾病領域（如糖尿病）推出所謂的「論質計酬（pay for performance, P4P）」計劃，患者將會根據治療成效給付治療費用。

「考慮到價值因素，我們正在慢慢轉向『論質計酬』，但『依服務收費』仍是現行體系的重要組成部分。」她說。「『論質計酬』是我們近年來改善自身醫療行為的努力。過去，我們幾乎很少關注治療成效和疾病控制，而更關注當下所急需的服務。」

特別試驗方案

據張醫師介紹，臺灣的NHIA曾在2004年和2012年間推行過很多試辦計劃，以成果為導向來給予獎勵或報酬。具體試辦計劃包括傳染性疾病（結核病）、慢性病（乳癌的治療、氣喘和糖尿病）以及預防保健工作（以子宮頸癌篩檢為重點）。張醫師在NHIA任職期間也曾負責監督過很多試辦計劃。

「我們的民眾並沒有變得更健康，他們只是得到了更多的醫療服務。所以臺灣的問題是資源的使用問題。」

許怡欣，臺北醫學大學

經過初步試行，臺灣疾病管制署決定實行一個以成果為導向的計劃來控制結核病。

張醫師說：「我們的工作開始得早，既有不同程度的收穫，也遇到了很多挫折，但我認為我們在建立基於成果和成本效益的給付系統方面進展緩慢。」他認為原因主要在於兩方面：一是「全球金融危機」，二是「很難使公眾明白醫療體系應該投入更多資源而非設定新藥的價格上限」。

臺灣大學流行病學與統計學教授陳秀熙表示，在評估醫療措施方面，特別是癌症篩檢上，他花了十年的時間說服政府內部的醫療決策者要根據人群健康數據納入成本效益指標。

「我們的全民癌症篩檢計劃（包括乳癌和大腸直腸癌）非常成功，我們當然也使用了成本效益分析來支持和說服決策者，」他補充道。「但很遺憾，患者並不了解成本效益分析的重要性。」

許女士認為，問題的一部分是政府還未根據支出目的而將疾病充分分類：有的疾病可能在沒有治療的情況下自愈，有的在現有的治療方法下可能不會有太大效果，還有些則是借助現有治療方法很可能會有顯著效果。

「有些分類很清楚，但也有些邊界模糊的病例引起了很多爭議，」她說。「我希望我們能夠制定一個更明確的體系來判斷哪些疾病需要投資，而哪些能通過較少的支出就得到處理。」

以公共衛生和預防工作為重點

專家們強調應該先投資一些潛在疾病的預防工作，這些疾病的後期治療可能非常昂貴。李醫師指出，臺灣腎病患者門診透析費每年整體可達新臺幣400億元，住院患者的費用更是高至新臺幣600億元，約占全國醫療保險預算的十分之一。如果有機會給患者提供腎臟移植治療的話，成本效益將大大提高，並能有效降低後期治療成本。

以骨質疏鬆為例，因為藥物治療費用昂貴，很多患者都被建議營養治療或是增加運動。然而，李醫師表示，向某些患者提供藥物就會降低他們因骨折而住院的風險，從而降低社會成本。

「這就是一個遵循成本效益的例子，」他表示。「因此，錢不僅要花得有效，還要靈活。」

透過這些案例可以看出，臺灣醫療體系的困難在於確定哪些患者最有可能從昂貴的藥物中獲益。相反的，討論罕見疾病的藥物治療時，用成本效益來衡量稀缺資源的使用則較具爭議。

李醫師表示：「在創新階段，我們擔心引入這種治療會對醫療保險制度造成財務方面的負擔，所以我們仍對此持保留意見。」

蒲女士表示，在政策制定中廣泛使用成本效益分析的一個主要領域是癌症篩檢。她同時指出，HPA已經檢視了乳癌、大腸直腸癌，子宮頸癌和口腔癌篩檢的有效性。

「我們使用不同的方法和不同的工具來確保預算的合理使用，」她補充說。「當涉及到篩檢時，我們的管理者將結合成本效益分析來作出決策。然而，在治療時，由於時間和數量的原因，不可能每次決策都納入成本效益考慮。」

除了篩檢計劃和相關的治療之外，政府還試圖衡量更廣泛的公衛措施的影響。以「菸害防制法」為例，這一項菸害防制計劃於1997年9月生效，並在至2009年的這十幾年間逐步增加菸稅（菸品健康福利捐）。最終臺灣總體吸菸率由1996年的29.2%（當時法案還未生效）下降至2012年的18.7%。男性族群中，同期吸菸率更是由55.1%大幅下降至32.7%。⁸

⁸ 蒲若芳，"Tobacco control and HTA in Taiwan"，幻燈片演示，<https://www.sph.nus.edu.sg/sites/default/files/Tobacco%20Control%20and%20HTA%20in%20Taiwan.pdf>

3

價值衡量需要關注的領域

正如我們所看到的，臺灣已經在其醫療體系中採用了多種價值導向型的衡量方式。然而，統一的討論框架或是指導原則的缺乏會破壞其一致性和透明度。

在過去十年中，臺灣的醫療體系在評估新技術和預防性醫療項目時都會引入成本效益分析，但其執行可能並不一致。此外，很少有資料顯示對於價值的評估有推及至其他類型的措施，更不用說去評估現有的照護途徑或治療指引。許多受訪者還指出，迄今為止，還沒有任何組織致力於去辨別哪些現行的治療方式其實是物非所值。

傳染性疾病

傳染性疾病是臺灣醫療體系中的服務重點，全國B型肝炎、C型肝炎和結核病的比例較高。

受訪專家們也表示，治療這些傳染性疾病的花費可能特別高。

「問題是，對於B型和C型肝炎的治療，只有針對病毒的藥物才能真正有效。」李醫師指出，過去B型肝炎患者經常在服藥三年後停止藥物治療，從而導致復發。「有些患者的臨床疾病要求他們終身服藥，而我們需要提供這種治療。否則，當病人患上肝癌或肝硬化時，花費會更高，患者也可能失去生命。」

本文受訪者表示，鑒於傳染性疾病構成的潛在公共衛生威脅，對其進行價值導向型評估實際上是最簡單的。而且一些新的治療方法所含的巨大潛力使得對昂貴藥物的投資更具說服力，從長遠來看這樣做可以省不少錢。

張醫師談到了一些較新的治療方法：「我們已經有一段時間沒看到重大疾病的突破性治療了。從成果角度來看，購買新藥是一種投資。我想用這類新藥來倡導政府進入（這個領域）。」

同時，蒲女士承認，利用真實世界的實證資料及成果來支持醫療投資的行為仍是寥寥無幾，甚至對C型肝炎的治療也是如此。

「由於我們資源、研究預算和能力都有限，現在能納入考慮範圍的結果主要包括申請給付時所使用的試驗數據，」她說。「我們想監測C型肝炎的治療結果。我們希望看到這樣的進步，但當然這只是開始。」

就其他傳染性疾病而言，臺灣的整合性人口資料庫有助於為某些治療劃定最有效的應用領域。研究人員利用一個以人群為基礎的世代研究，發現臺灣針對傳染性肺結核（pulmonary TB）——臺灣醫療重要的挑戰之一——所提供的照護品質明顯不一致；研究結果顯示，在結核病防治體系從專門的療養院系統轉型之後，在其他醫療機構接受治療的結核病患者相較於在胸腔科專科醫院接受治療的患者，其照護品質較差（治療成功率為65%至68%，而在胸腔科專科醫院的成功率可達93%），因為這些醫護人員較少能遵循一致的肺結核診斷和治療方法。⁹

受訪者還表示，由於臺灣當前的副總統是一名流行病學家，使得傳染性疾病問題提升為該地區的醫療重點。

傳染性疾病是臺灣醫療體系中的服務重點...治療這些傳染性疾病的花費可能特別高。

⁹ Chung, WS, Chang, RE 等人, "Variations of care quality for infectious pulmonary tuberculosis in Taiwan: a population-based cohort study", 《BMC公共衛生》, 2007年6月11日, <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-107>

預防性醫療保健的價值

陳秀熙醫師說，臺灣公眾已經逐漸認識到接種疫苗、接受癌症等疾病的篩檢等預防性醫療保健措施的好處，所以在這些領域中討論價值主張會比較容易。

臺灣是1984年首批推出全民B型肝炎疫苗嬰幼兒接種計劃的地區之一。國立臺灣大學的研究人員發現，在接下來的十年中，該病毒的兒童帶原率由計劃剛啟動時的9.8%大幅下降至1994年的1.3%。該研究的重點是透過評估結果的ICER，即一個新生兒在80年的生命長度中所挽救的生命年和QALYs，來判斷用於疫苗計劃的國家衛生支出是否創造了長期價值。研究發現，全民疫苗接種計劃為每位參與者平均延長了3.89年壽命和4.17個QALYs。此外，研究人員還發現，從社會角度來看，因減少長期併發症所省下的費用約為55,201美元；對需要支付醫療費用的個體來說，則可以節省23,830美元。¹⁰

同時，有證據顯示，更綜合全面的公共衛生計劃可以為臺灣醫療預算提供更大的投資回報。

陳秀熙醫師與他人合寫的一項研究報告評估了1999年至2001年間在臺灣基隆地區施行的以社區為基礎的多重篩檢計劃。該試辦計劃強調對高血壓、五種癌症和五種慢性疾病進行初步篩檢和照護，主要以子宮頸抹片檢查為基礎、同時也結合了其他篩檢方法。研究發現，該整合型計劃使得子宮頸抹片檢查的使用率增加了25%，同時也顯示了腫瘤的發現與合併症（如代謝性疾病）之間的關聯。¹¹

研究人員還利用臺灣的健康資料庫得出以下結論：有一些預防性措施其實不符合成本效益，比如兒童接種的水痘疫苗。¹²

但陳建煒醫師認為，一些決策可能是針對特別的情況，由地方政治而非價值所驅動。他舉例說，臺灣南部地區登革熱發生率很高，公共衛生環境的缺陷可能會造成嚴重後果。

「這是一個非常政治性的問題，」他補充道。「這反映了地方政府的做法。」

同時，在諸如腫瘤醫學等創新成本特別高的其他領域，結果數據很難分析。標靶治療在這方面是一個特別的灰色地帶，高血壓和糖尿病等慢性病的創新治療方法亦是如此。向公眾解釋結果、說服其理解投資的必要性可能相當棘手。

「就未來能否省下支出而言，數據其實很難解讀出來，」張醫師表示。「但我們應該將其視為一種投資而不是支出。」此外，他還認為，成功使用有效的治療方式（比如C型肝炎治療）有助於我們積累經驗，從而更好地應對糖尿病、氣喘等更為複雜的疾病，更好地獲得用於癌症等領域的特定藥品。

與此同時，臺灣醫療體系以全國人群為基礎的資料庫可以追溯到1980年代，因此能夠有足夠的資訊針對許多疾病可能產生的結果和疾病進展狀況提供指引。

「我們才剛邁入成熟的經濟體系，但我們的醫療體系比其他經濟水準相當的國家和地區更加進步，我們有望拿出確鑿的證據，」他表示。「這關係到政治承諾，及與醫生及民眾之間的討論協商。」

新的挑戰和未來出路

臺灣政府一直關注英國國家健康與照護卓越研究所（National Institute for Health and Care Excellence），該研究所就公共醫療衛生服務事宜提供費用和比較療效的建議。

臺灣的醫療衛生機構也在放眼尋求更多價值導向型照護模式。「我們確實有一個小組試圖學習這種模式，但他們的努力仍然受限，」張醫師說。「限制我們向這個方向努力的一大原因在於我們缺乏足夠規模的機構與制度。政府還沒能投入足夠的資源來設立這樣的機構與制度，我們需要大量的專業人員，做很多的分析工作。在過去的十五年裡政府一直致力於此。」

另一個政府可以努力提升的方向在於，除了確定哪些措施和治療方法具有高價值以外，還應該弄清楚哪些治療幾乎毫無價值，且應被淘汰以節省有限的資源。

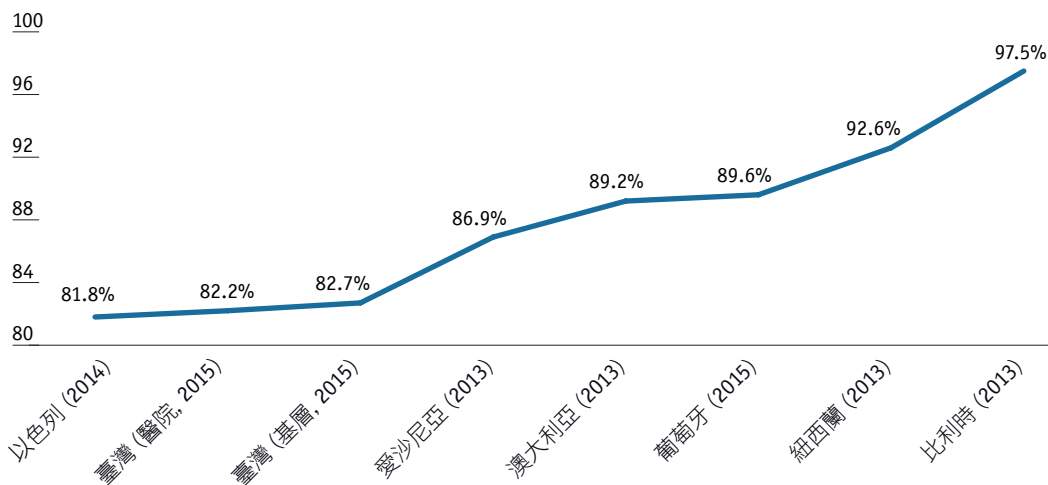
¹⁰ Hung, HF和陳秀熙，“Probabilistic cost-effectiveness analysis of the long-term effect of universal hepatitis B vaccination: An experience from Taiwan with high hepatitis B virus infection and Hepatitis B e Antigen positive prevalence”，《疫苗》（Vaccine），第27期，2009年9月3日，第6774頁

¹¹ 陳秀熙，Chiu, YH等人，“Community-based Multiple Screening Model: Design, Implementation and Analysis of 42,387 participants, Taiwan Community-Based Integrated Screening Group”，Wiley數據庫，2004年3月3日，<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.20171/abstract>，第1734-1743頁

¹² Hsu, HC, Lin, RS等人，“Cost-benefit analysis of routine childhood vaccination against chickenpox in Taiwan: decision from different perspectives”，《疫苗》（Vaccine），第21期，2002年1月9日

高品質時間

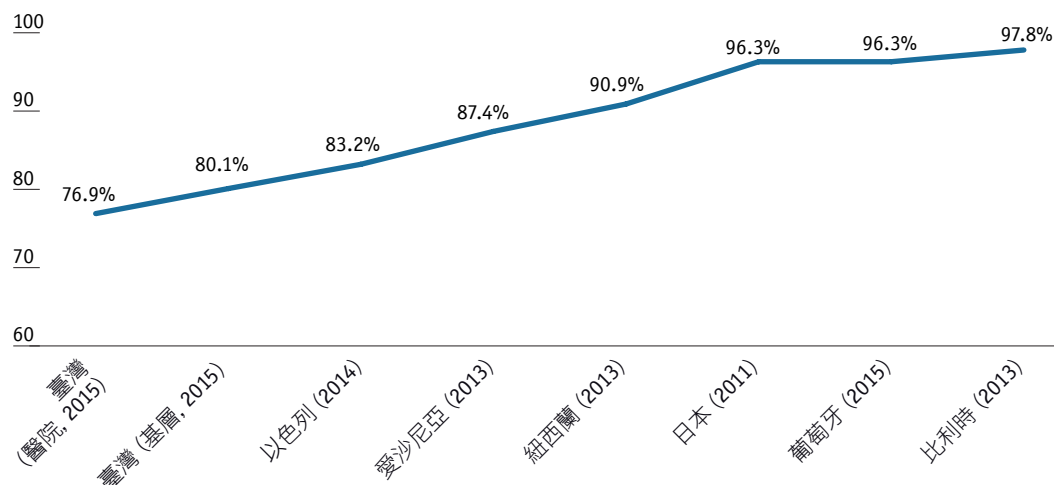
醫師在會診時花費足夠時間同病人在一起
(%病人表示同意)



來源：臺灣衛生福利部，《2015年群體健康服務品質指數報告》

明瞭的照護

醫師提供清晰易懂的說明
(%病人表示同意)



來源：臺灣衛生福利部，《2015年群體健康服務品質指數報告》

「雖然在臺灣全民普及的健保計劃已行之有年，且以可靠的實證資料和經濟分析來制定全民健保的架構模式也相對成熟，但所謂『低價值』的醫療概念在臺灣卻是比較陌生的」，鄭女士指出。「藉由全民健康保險研究資料庫的數據，有一定的證據顯示存在著由於不適當的用藥所造成的醫療負擔。然

而，目前並沒有任何全國性的行動針對提高人們對醫療浪費後果的認識。」

她補充說，起源於美國並被歐洲部分地區採用的「明智選擇」計劃 (Choosing Wisely initiative) 或許對臺灣有所益處。

陳建煒醫師認為，在醫療評估及決策活動中切實考慮患者的相關利益也非常重要。

他說：「病人倡議（patient advocacy）在當地文化中仍處於起步階段，這在目前的社會和政府官員的心態裡也是如此，因為病人不被視為主要的利益相關者。聽取病人的意見很重要，同樣，從病人的角度來作評估也非常重要。這也正是21世紀的醫療服務提供者應當重視的地方。」

同時，儘管在華人文化中傳統上通常是患者聽從醫生的意見，且價值因素通常不被納入考慮，但如今臺灣患者正逐漸學會如何在治療中提出自己的要求。一些調查比較了不同國家的患者，結果顯示，對於認為醫師沒有花費足夠的時間給自己做諮詢方面，臺灣患

者排名第二；而對於醫師是否就他們的的問題給予簡單清晰的答覆方面，臺灣患者最不贊同。¹³

蒲女士以正在籌備建立中的病友團體為例，來說明患者渴望參與決策過程，使決策者聽到自己的意見。她說，越來越多為這些團體提供諮詢的人表示，患者「應該是醫療工作的出發點，而不僅僅是醫療成果的使用者」。

陳秀熙醫師最後補充說，應進一步擴大P4P的應用範圍。他並特別指出了獎勵措施的重要性，例如對於能診斷出早期癌症的醫療工作者提供獎金，可以帶來很好的成效。

¹³ 2015年群體健康服務品質指標報告，臺灣衛生福利部，2017年2月22日，<https://hcqm.mohw.gov.tw/uploads/1487730198.pdf>，第174-177頁

結論

十多年來，臺灣的醫療系統獲得了廣泛認可。臺灣不僅擁有亞洲覆蓋最廣的區域醫療系統，而且深刻意識到了價值衡量對於醫療投資的重要性。

同時，臺灣雖然已經建立了對新的藥物和醫材施行HTA的機構，而且已經找到方法來充分利用其以人群為基礎的健康數據（特別是在預防性醫療保健領域），但相關人員還沒有足夠的能力把這些經驗全面一致地應用到醫療體系中。除了鑑別「低價值」的照護方式和那些值得進一步投資的治療方法之外，該體系可以做的還有很多。在這一過程中，臺灣的醫療政策制定者需要對從預防到診斷到治療的疾病領域進行更廣泛的了解，以期找到最大價值所在。公共教育也有助於人們更好地利用醫療資源。

尤其值得注意的是，雖然人們已經在與癌症篩檢相關的試辦計劃中納入了成本效益分析，並從NHIA網站收集了一些患者對於結果的回饋意見，但在照護路徑中引入這些措施的努力卻很少。這在一定程度上歸咎於整合性醫療照護的缺乏，當然這並不包括少數示範計劃。最後，雖然關於價值的討論內容正在成為醫療保健評估的一部分，但人們始終缺乏廣泛的交流來促進價值討論。如果討論得以進行將有助於患者在醫療照護過程中獲得更多的主動權。

臺灣不僅有機會大幅提升其醫療保健資金中所蘊含的價值，而且可以為亞洲其他試圖理解價值概念的醫療系統提供學習的範本。通過進一步投資發展價值導向型醫療體系、鼓勵患者在這一過程中發揮更大作用，臺灣可繼續保持其地區領導者的地位。

本報告經審慎編訂，務求提供準確的資料。
對於任何人因依據本報告或本報告所述的任何信息、觀點或結論行事而造成的損失，經濟學人智庫（The Economist Intelligence Unit/EIU Ltd.）概不負責。

倫敦
20 Cabot Square
London
E14 4QW
United Kingdom
電話：(44.20) 7576 8000
傳真：(44.20) 7576 8500
電子郵件：london@eiu.com

紐約
750 Third Avenue
5th Floor
New York, NY 10017
United States
電話：(1.212) 554 0600
傳真：(1.212) 586 1181/2
電子郵件：americas@eiu.com

香港
香港太古城
太古灣道12號
太古城中心四期
1301號
電話：(852) 2585 3888
傳真：(852) 2802 7638
電子郵件：asia@eiu.com

日內瓦
Rue de l'Athénée 32
1206 Geneva
Switzerland
電話：(41) 22 566 2470
傳真：(41) 22 346 93 47
電子郵件：geneva@eiu.com