

趙偉翔科長：

署長、各位長官大家早，現在分區業務組都已經上線了，醫事機構大概 40 幾家已經上線了，以上。

李伯璋署長：

我想我們繼續我們的 book reading，平常心，book reading 這是我們健保署自己的一個方向，未來還有很多人會報告。我們這次就是有把讀書會資料放在 YouTube 上面，也跟外界一起成長，也了解說我們的想法，今天的報告者不要有太大的壓力，那我們就開始。

趙偉翔科長：

謝謝主席，本次是英文讀書會第六次(包含加值場次)，本次是由醫務管理組李雨育專門委員為各位報告：「定義價值：連結照護成本與品質及安全」。謝謝。

李雨育專門委員：

署長、組長、各位長官還有線上的各位夥伴們，大家早安。今天非常榮幸，能夠代表醫管組跟大家來報告 Understanding Value Based healthcare 也就是這本書的第四個章節，也就是定義價值：連結照護成本與品質及安全。

今天的大綱主要是環繞著價值，會從幾個方向來看價值這件事，包括說從臨床醫師的角度、從患者的角度，還有從 healthcare system 的角度去定義價值，另外也會從 quality improvement 跟 patient safety 的部分跟價值做個連結，那之後就會做一些有關當前面臨的挑戰。

那今天的故事開始，有一個叫 Mr. Anderson 的會計師，他本身非常的健康，只有 45 歲，有一天他去車庫搬了重物後，隔天腰很痛，後來他就先做一些處置，先冰敷、熱敷，然後吃 Tylenol，可是後來他還是覺得不舒服，兩個禮拜之後他就去看醫生，後來醫生看一看就說，你的腿沒有無力的症狀，也沒有麻木神經症狀，通常四到六周狀況會改善，但是 just to be sure，我們還是來做個 MRI。

這告訴我們，腰部疼痛在美國，其實有四分之一的成年人在過去三個月都會有腰痛的情形，腰痛是第五大最常見的門診投訴。另外，它整個醫療支出其實跟癌症還有糖尿病是相當的，那 1997 年到 2005 年之間，他的醫療支出是迅速的增加，但是整個情況並沒有改善。另外就是不論有沒有腰痛，57% 60 歲以上的人沒有症狀去做 MRI，其實都會有異常。另外在美國的醫師協會，還有放射學會，也建議說如果在六周以前，如果是因為腰痛的情形，不建議做 MRI，因為只會增加成本，而且病人通常一個月之內狀況是可以改善。所以有這麼多的 evidence base 和這麼多的 data，可是我們發現有 40% 的家庭醫師，還有 13% 的內科醫師，如果他遇到一個急性腰痛的病人去找他，他仍然會做這個常規的 image。所以作者就做了一個研究的說明，他說其實美國的成年人有 2.3 億，其中一半的人每年會有這種腰痛的狀況，那 1200 萬個美國人，因為腰痛去看醫生，其中 380 萬的人，都會做 MRI。另外，Medicare 這邊也做了一個研究，35,000 千個人當中 30% 在沒有任何複雜的情況之下，二十八天內都會做 MRI，所以這告訴我們，因為腰痛這件事情去做 MRI，其實是一個非常昂貴，但是價值不高的醫療服務，所以作者就從這邊來延伸說，那到底什麼是價值？

在醫療制度下的價值是什麼？哈佛大學的教授，曾經說過「Value in healthcare depends on who is looking, where they look, and what they expect to see」。就是像雪詠組長，前幾堂課跟我們分享過，醫療制度下的價值，是看站在誰的角度在看這件事，換句話說，如果是從醫療服務提供者的角度，價值這件事情就意味著減少過度的使用、減少低效率，然後病人的醫囑遵從性高。那如果是從病患角度來看，去看醫生，會希望這個 outcome 是好的，看病的過程體驗是好的，另外，如果是付費者，考量的可能就是成本，所以在這個章節，醫療制度下的價值，普遍被認為 value 應該是成本跟結果，這個結果還要在包括醫療照護的品質跟患者的體驗。

作者就把剛才他講的結論，做了一個叫做「價值方程式」，就是 $\text{Value} = \text{outcomes} / \text{cost}$ ，後面很多的章節，會用這樣子的方程式來幫大家代入。

首先，如果是從患者跟臨床醫師的角度來看價值，作者覺得，我

們應該要先從患者的角度來看「價值」這件事，為什麼？因為從病患的角度來看價值，才可以把所有的 **healthcare system** 裡面的 **stakeholders** 的利益統一起來，所以病患的角度是我們應該優先來看的，那 **patient value** 的意思就是：到底對病患而言，什麼是最重要的呢？另外就是 **outcome** 這件事情，對病人有相關 **outcome**，就是像如果醫生他推薦一個病人做一個療程，或是給一些藥的時候，首先病人就問說，他做這件事情對我有什麼用呢？舉個例子，如果今天遇到是剛才前面講的那位 **Mr. Anderson** 的個案，也許做 **MRI** 對他就沒有什麼差別。可是，如果今天遇到的是一個父親，在 **57** 歲的時候，他因為前列腺癌，然後轉移到脊椎的病人，做 **MRI** 對他來講就很有意義。換句話說，**outcome** 這件事情，也會取決於每個人的價值觀，還有他的 **family history**，或者是他周邊認識的人，對他希望得到什麼樣 **outcome**，是會有影響的。另外，就成本這件事情，就比較比較特別一點，因為在美國，在上一個章節，其瑩也分享過。在美國這個成本，基本上對病人、對醫師端是被隱瞞的，所以在美國他們很難做一個很理性的決定，不像我們隨便去買個桌子買個椅子，你還可以稍微知道 **cost** 是什麼，可是因為美國的狀況比較特別，甚至有一些人，他的這個保險 **cover** 比較多，所以他不太會 **care** 做了這樣的醫療處置要花多少錢，他可能不會在乎這麼多，病人就覺得，反正醫生要給我 **order** 很多的這個照護，那就是越多越好，有時候會有這種概念，所以他也不知道有一些 **medical guidelines**，或者是一些建議，不要做這麼多的檢驗檢查，減少輻射量，也許對身體是好的。但大部分的人基本上還是會在乎，像在美國，因為很多的 **out of pocket**，所以基本上太多的醫療服務還是會對個人的財務造成一個負擔，作者只是要強調說，其實所謂的成本，不是只有財務的壓力，還要考量像是你去做一個檢驗檢查，可能要自己請假，有一些過多的檢查對身體的傷害，有時候 **out of pocket** 太多，或是說做 **MRI** 時要經過 **tube**，那你可能會有幽閉恐懼症，或者是說，你因為要等待檢驗檢查的結果，所以會比較有焦慮的狀態。

另外從臨床醫師的角度，大概有三點。一個是說怎麼樣提供病人更好的結果，還有照顧的品質跟安全，讓病人的體驗是好的。另外一

個就是降低成本，如何避免不會使病人更健康的醫療干預措施，還有就是過多的檢驗、檢查也可以避免。

在進入 **healthcare system** 的角度去定義價值之前，作者想要先跟大家分享「價值跟成本，絕對是不相等」，我們要做一個區分。

像在美國的麥當勞的 **value meal** 很有名，所以大家想到 **value** 就會想到超值餐，大部分的人也許就會把成本這件事情跟價值混在一起談，有一些人如果說到，**value improvement** 有的人就會覺得說，這是不是經營者又在做成本控制的委婉說法，所以作者在這邊要特別強調，我們不能夠把價值作為降低成本的代名詞。雖然我們在前面的章節有提到說，因為腰痛做 **MRI** 這件事，它其實價值不是這麼的高，可是在醫療服務領域裡面並不是所有的醫療處置都是像前面說的使用 **MRI** 的那種狀況。

作者就提到說，像腰椎的硬膜外膿腫，做 **MRI**，那就是非常有效益的事情。可是如果是常規的更換周邊靜脈的導管，它雖然成本很低，可不是一個有效益的事，因為有研究證實，在過去病人住院可能三到四天就要換一次導管，可是後來就是有一些研究證明，等到病人痛了，你再去換，其實他的發炎機率並沒有比較高。換句話說，像這樣子低效益又低成本，也許它就可以當成一個消滅的目標。

這邊就做了一個圖，他說，如果今天以脊髓硬膜外膿腫來講，做 **MRI** 那就是一個雖然高成本但是有價值的事，那腰痛做 **MRI** 就是一個花很多錢但是成本不高的事情。如果像是 **HIV screening**，那他是一個成本很低，但是價值很高的事。那像白內障手術，因為是屬於 **low risk** 的手術，術前如果做一些檢查，那就是屬於低成本，也是低價值。

作者也提到，成本不能當作價值的代名詞，它沒有辦法取代價值，有時候，如果我們要提升價值，大概方法有兩種。一個就是當我的成本不變的時候，我把品質提升；另外一個就是品質不變，但是我把成本降低。

接下來就是從醫療照護體系來定義價值，會從兩個角度來看。第一個是 **system-based outcomes**，另一個是 **system-based costs**，作者用比較有邏輯的方式來形容這兩個。

首先，怎麼樣來 **review outcome** 這件事，作者就先分享一個優化

health system 績效的框架。Institution for healthcare Improvement(IHI) ，設立了一個框架，這個框架在左下角這邊，experience of care，它指的就是怎麼樣改善個人的醫療照護品質的體驗，在金字塔的頂端，population health，指的是群體，我怎麼樣改善群體的健康，下一個是per capita cost，就是怎麼樣來降低成本，這個框架叫 triple aim 三重目標，要讓這三個目標能夠互相的依存，而且是要同等的存在，這是一個很重要的目標，在我們定義價值之前，我們要先要有這樣的目標，這樣的框架存在。

那就舉個例子，為什麼這個目標同等的重要？首先，如果今天我們降低成本，左邊這個圖，如果我們降低成本，那我可能會接受比較多的病人，病人的 access 可近性就稍微高一點，可是品質會下降，反之，右邊外側的那個圖，如果今天我們把成本提升，雖然 quality 也會提升，但是病人的可近性會下降，所以他為什麼一直強調這個 triple aim 必須要有一個平衡，而且必須是互相依存的。

接下來，我們就來講說到底在 health system 的這個領域裡面，我們要怎麼樣系統化的來衡量 outcome 。

一個哈佛大學商學院教授，設計一個模式來衡量 outcome，我們可以用第一層達到健康照護的狀態，包括說你的存活，有一個醫療處置的時候，他的存活是怎麼樣？他的健康恢復是如何？這是第一個 tier，第二層的話就是來看這個恢復的過程，他需要多少時間多久的時間來恢復，那第三層就是健康的可持續性，包括說，如果做了一個醫療服務的時候，什麼樣的狀況會再復發。

舉個例子，這本書它其實有兩個例子，一個是 breast cancer，一個是膝關節的置換術。以膝關節置換術來講，這個終點可能是病人可以恢復正常身體功能而且不會感到疼痛，所以在第一個層次，能夠達到這樣子的終點的患者有多少；那第二個就是達到這樣子的終點，需要多久的時間可以達到這樣的狀況；那第三個就是說，我膝關節換了之後，可以持續多久再復發。用一個比較有制度性的方式來衡量 outcome，作者說，他它其實不完美，因為每一個人的狀況不太一樣。今天如果有心臟病、糖尿病，這樣子的圖，我永遠沒有辦法回到第一層，我可能持續在第二層或第三層，但雖然它不完美，但是它起碼是

一個開始，其實我們現在都在講結果面的東西，在醫療服務領域裡面，其實過程是我們醫護人員更可以介入的點。

除了結果測量法之外，也有過程測量法。舉例來說，如果我們今天做一個膝關節的置換術，那所謂的過程就是我給病人使用抗生素來減少感染，那結果面呢？雖然我都給病人這個抗生素了，是不是代表這個膝關節的置換術一定會成功，答案是「不是」，因為它還牽涉到很多其他的外在因素。那另外也提到說，如果一個心臟病發的病人他到急診去，即便我都不做，只是給這個病人一些止痛、緩解疼痛的藥物，但是這個病人有六成到七成，他還是可以回復到正常生活，可是也許在過程中他去急診，他受到很粗暴的對待，可能被擊胸，雖然 **outcome** 是好的，可是過程是不舒服的。

因此，作者想要提醒，雖然我們都在講要用 **outcome** 來當指標，可是其實從過程到結果面，其實有很多的輸入輸出，它是一個連貫性，過程也是我們可以介入比較多的點，可操作性也比較高，所以我們應該還是要重視這個過程裡面的介入。

我們怎麼樣比較有制度化的來衡量成本？這就是在講說一個病人，如果到了醫院去，他所負擔的是什麼？舉例說，如果有一個人因為胸痛到急診，中間會遇到非常多的人，有櫃檯的人，有檢傷分類的護士，然後實驗室可能會幫你抽血，做一些血液的檢查，有些人幫你做心電圖，放射科醫師要看 **x-ray**，最後急診醫師來 **review** 一些 **data**，然後說這個病人我要不要讓他住院，在這所有的過程裡面，即便這個病人當天沒有出現在急診室，大部分的人跟設備還是由醫療體系來支付。

在醫療體系的成本，可以分為變動成本跟固定成本。所謂的變動成本大部分是跟醫生的處置，他有直接的控制權，而且是跟整個照護的過程是有關的，那固定的成本，醫生沒有直接控制權，跟整個照護的療程比較沒有關係。

這邊就有一個圖，他說，這個分成四個 **layers**，一個就是變動成本，那變動成本包括說像導管、手套、藥品。半變動成本，比如說護理人員的時薪，當護理人員的時薪變成固定薪水的話，它就變成是半固定成本，所以像 **MRI** 的儀器或是醫師的薪水，它就是半固定成本，

那其他所謂的固定成本，大家知道就是 **over head**，或者是一些水電。

作者說，現階段其實也沒有一個很好的方法來評估、計算，**healthcare** 裡面我們要怎麼來計算成本，所以他就提出了一個叫做 **Time-driven activity-based costing (TDABC)**。他就說，我們把所有醫療服務的所有的過程跟步驟，把它分解出來，然後之後每一個過程裡面投注的資源的費用再把它算出來，那我們把這些步驟跟費用加總之後，我們可能會獲得說，醫生做這個膝關節置換術，每分鐘 5 塊錢美金，那可能做一個膝關節置換術，需要五個小時，那就可以算出來說，這樣要花多少錢。所以作者也說，這雖然不是一個很完美的一個方式，但是這還是在不完美的方式裡面找一個方法，我們用這樣的方法，也許可以達到我們剛才講的 **triple aim** 框架，三重目標這樣子的標準。

那接下來，就要分享 **quality improvement** 跟 **Patient safety** 跟價值，有什麼樣的關聯性。

其實 **Patient safety** 在美國已經推了將近二十年，那有幾個滿有名的例子，其實都是公開的。它的題目叫做「**To Err is Human** 人非聖賢孰能無過？」，這裡有一個很經典的故事，就是有一個病人，他隔天可能因為糖尿病被截肢，醫生就在他的腳做了一個記號，打了個叉，這故事在告訴我們因為沒有標準化，所以每一個人對打叉的定義是不一樣的，有的醫生會認為打叉表示這隻腳要鋸掉，有的人認為說打叉表示這隻腳要保留，我要鋸的是另一隻腳。那這個故事就很有趣了，如果不小心你鋸掉的是錯的腳，那鋸錯了？正常的腳鋸掉了，那你後面還是要把有問題的腳鋸掉，所以變得本來還有一隻腳的，就變成兩隻腳都沒有。這樣子病人還有 **value** 可言嗎？所以這個 **Patient safety** 跟 **value** 是一定要 **link** 在一起的。

2014 年的時候，美國 **CDC** 其實也做了一個報告。他說美國的十大死因裡面，第三名就是醫療疏失，僅次於心臟病跟癌症，這是 2014 年 **CDC** 的報告。

那另外在 **high-quality** 的 **health care** 裡面，**IOM** 也提出了一個目標，其中這六大目標裡面前面兩項都是跟 **Patient safety** 有關。

那作者就說，我們知道高品質的醫療照護是取決於實證醫學

(medical evidence)，那實證醫學跟科學又是息息相關，我們怎麼樣把科學轉化為實證醫學，再轉化為高品質的照護，讓病人有很好的體驗，這非常的重要。萬一這中間有任何的疏失(下面的點點點點點)，那可能就會導致 missed opportunity，或者會有一些浪費的情形，或是你會對病人造成傷害，所以我們要怎麼樣把這所有的這些疏失把它彌補上來，變成一個連貫性，要靠的就是 quality improvement 跟 patient safety 做價值的延伸。

那最後呢？這個作者就來說一些挑戰。他其實說了兩個挑戰，第一個是說，未定義的測量標準。他說，美國早期 1950 年代的時候在買車，都是靠 sales 說什麼就是什麼，我也不知道我買的是什麼樣的車，可是 1958 年以後，國會就立法，你買一輛車，要有一個 window speaker，要揭露這車子相關訊息，比如說耗油量、零售價、出廠年份等等，但是在 health care 的領域，有沒有這樣子的揭露訊息，在美國目前是沒有的，沒有這樣的法案，也沒有這樣的狀況。但是作者說，即便我揭露了成本的訊息，也沒有辦法很好的來論述結果面是什麼，到底價值要內涵那些，其實還需要很多的共識。

第二個就是實證基礎不足。他說，其實有很多的臨床的決策還是缺乏可靠的數據，而且平均要十七年的時間，才能夠將有價值的醫療實證納入醫生的 daily practice，另外，即便醫學知識庫呈現天文數字般的成長，可是大部分的臨床決定仍然是未知，舉個例子，講白話文就是回到我們這篇文章的最前面。他剛才不是舉了很多例子，腰痛做 MRI，其實有很多的證據顯示，如果不是神經性的問題的話，其實不太需要 MRI，可是 40%的家庭醫師、13%的內科醫師，仍然會為腰痛的病人做 MRI。換句話說，醫師的處置還是沒有辦法衡量或知道，那作者最後就說，雖然是很難，這麼多的挑戰，可是為了達到這個三重目標，我們希望對個人提供 better care，對我們的群體提供 better health，然後也希望降低成本。

那今天的這篇價值比較抽象一點，所以做了一些 summarize。作者就說，第一個是三重目標，其實這三個目標必須要互相依存、互相存在，第二個醫療保健的價值，雖然我們可以簡單地講說，花費一塊錢所獲得的健康結果，但是其實怎麼樣適當的定義跟衡量還是有很多

的問題存在。那第三個就是，價值真正的改善，雖然是取決於結果的衡量，還有成本來降低，但是其實中間有很多的過程，其實我們也不可以去忽略它。另外，就是 **quality improvement**，過去數十年裡，發展的也蠻緊密的，導致大家對要怎麼樣來提高這個醫療體系的價值，大家也越來越重視。

最後就是心得，就是價值取決於站在誰的角度，那真的是一個很複雜的議題，像去年打疫苗跟今年打疫苗就不太一樣，重點又不太一樣。價值這個議題的挑戰和困難非常多，雖然我們在健保署遇到了很多的困難，但是真的有時候不要想太多，努力做事，在價值這件事沒有完整的解方之前，我們一樣還是要繼續努力，以上報告，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝 Coco 的報告，我是覺得很多東西美國跟台灣會不太一樣，唸書很多都是理想，現實面也有現實面的考量，那今天討論到 **cost** 和 **quality** 問題，也都是我們要去注意的，事實上台灣是總額制度，總額的錢要花在特材、藥品，可是問題是花了很多錢，相對醫療人員得到的有限，等一下拜託依婕跟育文及相關的組長做個 **comment**，目前為止健保總額之下，像最近健保費率問題，醫院結算方式不同，希望能夠保障他們 9 成，張禹斌組長他提的都很務實，讓大家不必做不必要的醫療費用的支出，部長最近跟我們討論到未 8 補 8 的問題，很多東西都是溝通，我覺得很高興那天部長也有透露一個概念，明年部分負擔這部份要考慮，我覺得這也是我在這個位置那麼多年我一直在跟他溝通這件事但一直沒有得到很正面的方向，不過他現在有這樣想。

不過各位，部分負擔讓健保有收入，相對醫療支出比較少，可是另一個重要概念就是淑雅和育文在推的概念，就是自付差額特材，病人必須要自我考量成本的觀念，如果每個人都認為健保毫無保留的保障，這樣對整個健保管理也是有相當大的落差，我先做這樣的 **comment**，那等等組長可以表達一些意見，我們請依婕先做一個回應。

陳依婕科長：

針對今天我們 Coco 專委的報告，我有幾點可以對大家做分享，第一個就是如同之前署長所提到的，美國的制度跟台灣的制度還是有很大的落差，今天我們講的主要是價值，那價值的分子是 quality，quality 的部分其實我們健保在很多地方都一直在發展品質的指標，又或者是拿品質來做支付，比如說論質計酬方案，那其實現在論質計酬方案還是延續過去 donabedian，它發展的結構跟結果，這三個結構做發展，就像剛剛 Coco 專委講到中間過程的衡量指標，這個其實我們現在比較缺乏，我們比較常看他多久回來追蹤、看診，這種過程面的指標，這部份也許是我們未來可以思考的面向。

另外在分母 cost，確實台灣跟美國又很不同，前面幾章都有提到，醫療服務的定價，或者是最後價格的結果，台灣和美國是很不一樣的。所以把分子分母一起放進來看，得到 value 這件事，每個國家之間都會有很不同的結果，我想我們的結果跟美國的結果一定很不一樣。

那這邊要分享的另外一點是醫療服務要納入給付的時候，HTA 會幫我們作評估，裡面有一個很重要的指標就是 ICER 值，ICER 值的概念其實跟價值的概念有點像，可是它的分子分母是反過來的，我們講的是你每得到一個好的效益，要花多少錢，所以它的分母(QALY)，每得到一個有品質的存活人年，要花多少錢，所以分母是 QALY，分子是 cost，那我們通常會希望說花的錢越少，得到越好的存活人年是比較好的事情，這是我們現在在醫療服務端比較有採用的一些模式，以上是我的分享，謝謝。

黃育文副組長：

署長、各位長官還有線上的朋友大家早安，謝謝署長給我機會來做一點心得說明，因為我過去都比較主管特材訂價這部份，特材訂價其實就跟剛剛 Coco 提的，其實我們要看的是臨床上的 outcome，因為我們也是在看價值，因為我們常常聽到外面的人說，健保品不太好，自費的比較好，就是把價值跟 cost 又連在一起，所以這是一個謬誤，那我們在做這個的時候，做了一個比較大的改變，希望用部分負擔的精神導入，因為特材有一個差額負擔，所以我們就希望說在部份負擔

還沒推之前，我們把它的精神導入差額負擔來做，於是我們去年就修了支付標準 52-4 條，52-4 條跟過去很大的不一樣其實就是用定率的概念作給付，過去健保都是定額，所以我們就用定率，那用定率的話就要先訂一個費用，訂一個費用之後才會有一個定率，那健保到底要給付多少呢？這又回到價值，回到價值是看 **clinical outcome**，所以我們那時就委託 **CDE** 來做價值的衡量，因為價值就沒有定義，所以我們就做了幾個，比如說 5 到 7 個面向，不同的醫師來做一個評量，再做一個計算的公式，用這樣的計算公式來看臨床上的 **outcome** 可以給百分之幾的給付，這樣的定率算是合理的，它雖然不完美，但至少在現在的階段大家比較公認可以接受，至少大家臨床實證是可以接受的，看到臨床實證我們就會說，如果以健保的基本品來看，它是基本的給付，那如果比健保好多少，有臨床實證，那我們就會加價多少，這樣就比較合理，所以我們打算這樣對特材做一個定價，過去在特材比較沒有去做臨床試驗，所以就沒有臨床實證，所以在臨床實證上面，又出現一個定義跟價值上不太一樣，所以真的是價值 **cost** 跟定義，這真的是 **triple aim** 的很多方在不同的角度上，真的要去多思想，所以這個我們都還會把它列入，謝謝。

戴雪詠組長：

大家好，我記得在勞保時期參加一個會議，那時候醫療機構都說勞保的支付太低不符成本，然後蕭教授就說高成本不等於高品質。我覺得今天 **Coco** 講得很好，若是 $\text{value} = \text{outcome}/\text{cost}$ 的話，那個 **cost** 沒有人知道，但是 **outcome** 我們可以知道，重點是我們怎麼用定量式的指標來評估 **outcome**，若 $\text{value} = \text{outcome}/\text{cost}$ 的話，怎麼樣設一個可客觀化去評估 **outcome** 的指標，比一直去看 **cost** 還更重要，我覺得對健保署來講。

那在藥品的部分，我們的確也碰到問題，在特材，在醫療不確定性、高費用、高價的問題，我們現在採取幾個方式，在罕藥我們讓無效的病人有個退場機制，像 **SMA** 病人運動功能不符合規定的話那請他退場，就是病人退場機制。第二個的話就是說癌藥或是 **IO**，還有人工心臟，我們用登入系統來看藥品的療效 **outcome** 跟安全。**IO** 藥

品的話在給付一年之後他的胃癌和肝癌停止給付，再一年後，美國 USDA 做了一樣的決定，我想台灣的健保利用 real word data 做評估還滿成功的。

另外署長有指示我們，針對肺癌、肝癌、乳癌，這些癌症治療怎麼去尋求跟醫學會跟專家合作，能夠建立 evidence base 的 guideline，那這塊我們已經在進行中，的確健保的資源有限，怎麼樣從 evidence base 去評估 outcome，比我們一直去看 cost 可能還更重要，因為 cost 沒有人知道怎樣才是一個合理的 cost，另外就是說癌藥跟罕藥的部分，我們現在在建立一個 HTR 制度，不只看國內的 data，會去看 USDA、歐盟三個指標參考國，在健保來講，加拿大、澳洲跟英國，他們不推薦的藥品我們重新做一個評估，謝謝。

張禹斌組長：

謝謝 Coco 今天的導讀，我聽了很多篇，這篇大概是今天的精髓之一，從內容我不太敢去做 comment，但是就以往的經驗，看到這個內容有些東西其實可以套到健保，所以我會建議醫管組，前面剛剛所提的腰痛，我們先來跑一下資料看一下台灣的狀況是怎樣，那後面有提到哈佛的系統化衡量的結果，因為現在健保署的總額，加起來大概 2、30 個計畫，裡面有列了很多項的指標，我想可能要利用這個系統化衡量的結果，來整個在檢視一下我們這個地方是不是符合，從這個學問上比較符合外國在做這些衡量的指標，以上。

李伯璋署長：

署本部或分區，其實我們過去很多 parameter，我們要好好去整理，只要各位有心，自己念書有想法，提出來後我想在各個組長帶領之下都有所改善。那我們請各分區組長，名玉組長，你先講。

李名玉組長：

謝謝署長，我想今天我學習到很多，也了解到醫療保健的價值，其實就是品質跟成本的連動，我想我們署本部這麼多年來都一直朝向論質計酬在努力，但是因為我們這些醫療給付改善方案等等，其實非

常多將近 40 個，我是覺得說，雖然這個過程面很重要，可是我們最後要看的就是說，這個醫療服務提供的一個品質，是 **outcome** 是 **quality**，我覺得這個過程面，要去注意，但是不要太多的細節是在做這一些過程面，我們最後應該還是要回歸到剛剛禹斌組長講的，去檢視一下我們這些試辦計畫改善方案，是真的有論質計酬嗎？以上是我的 **comment**，謝謝。

劉玉娟組長：

署長早，各位與會夥伴大家早安。今天跟著這個導讀也想到巴菲特講過一句話，價格是你所付出的，價值是你得到的，今天這個最重要的醫療服務方程式，只講三個名詞，**value**、**outcome** 跟成本，我們再回頭去看兩育導讀的這部分，都提到病人的感受到底是什麼，還有醫師認為說我提供這是很有價值的東西等等成本，可是都沒有提到我們保險人在這段，其實我們也決定很多成本，高或低，所以成本跟效益上面一直有拉鋸，也就是有時候我們在做任何的醫療給付，不管是特材或是醫療服務的時候，我們的價格常常不一定會讓醫界達到很大的滿意，或者是我們的價格，後面所產生的自費，那病人最後還是會依他的感受去做一些選擇。

那所以當我們聚焦在價值上面的時候，其實價格就是 **nothing**，因為病人他會依他的感受去做一些選擇，這也就是我們健保在做保險的時候非常辛苦的地方，因為我們如果按照剛剛用時間來計算，這是最基本的按件計酬，或者是它的成本的付出，來看這個效率訂定出一個價格，那這個價格是不是最後等於價值，所以這個章節討論到後來，我們也沒有看到最後的一個結果，這中間因為有太多太多的因素，都來做這個最後的決定，包括病人他的 **outcome**，**outcome** 這個分子，**outcome** 分子是醫療的不可預期的這個結果，根本沒有辦法在 **outcome** 裡面把分子訂出來，也就是我們現在三方之間，比較辛苦的地方，以上。

張溫溫組長：

主席、各位同仁還有醫界夥伴大家早安，其實從這篇裡面我們都

知道 value 是 outcome/cost，這三個真的是息息相關，那我個人會覺得說，在這裡面其實 outcome 是最難去做衡量，因為它代表很多的主觀性。所以在我以前在 44:00 processing，相對來講，是比較容易去做一些處理的，所以在我們很多指標裡面，這兩個應該就是基本的，可是最後的 outcome 確實會依據每個人，不論從病人、醫師端或保險人，他可能會有不同的看法，那我覺得健保來講的話，其實病人是不在乎 cost，cost 可能他自己的成本，可是他去接受這個醫療組織的成本，基本上還是保險人來決定的，所以在保險人這端，可能比在這個體制裡面，我們會更在乎的是 cost，那我會覺得其實整體來講，健保到底做得好不好，其實主觀性很高，所以我們可能除了 PFP 裡面一些品質指標以外，我們會透過一些調查的東西。比如說，對保險對象做一個健保的滿意度，我想這個滿意度裡面就包括他對你說，他付出的成本，跟他得到的一個 outcome 的感受性都已經放在裡面，所以從滿意度是可以看到他對於這個制度的滿意，那醫師端也有醫師端的滿意度，可能在醫師的滿意度會覺得說可能我們現在付出的成本，是他們覺得不足的，那所以我覺得這三個之間確實是很難去評量出來，以上說明。

李純馥組長：

署長、各位同仁還有醫界的夥伴大家早，其實這篇真的非常重要，是因為其實我們每次在決定很多政策，到底我們要站在誰的角度，那其實這個作者取出一個最重要的點就是「病人」，因為我們最終是希望病人變好，所以如果病人結果是好的，他沒有死亡。他病癒了，我們都認為那是一個有價值的，可是確實我們現在有很多的評量是以真的病了最後的結果來看的時候，確實對於整個過程裡面的努力，他會被抹煞，是因為有些疾病確實不容易治愈，他最終會走向死亡。所以當我們用死亡，或是他是存活，來做評量的時候，其實需要很多的校正，那這個校正就是我們未來都一定要一起學習的地方。

那我舉一個例子，過去我曾經跟美國一些學者聊到，PFP 怎麼去定義那個 performance，然後他就告訴我說，在美國，他們如果保險公司要看 outcome，他會去校正一個病人的 social economics，也就是

說，病人的社經地位會不會影響他的整個最終照顧的結果，會的。所以當我們要去評量說，到底我們這樣的照顧就提供者來講或是病人最後、最終的結果好不好，其實我們有很多東西都要去調教，那當然因為限於我們現在在很多計畫裡面，因為實在太繁瑣太細，所以我也非常支持剛剛禹斌說的，我們其實是要一個比較系統性的來評量，這些計劃在存在的這個價值，到底他需不需要持續下去，這是第一個。第二個確實我們現在大部分的給付還是以論量計酬為主，所以論量計酬其實觀念上就是一個論過程面，有做我就給你錢，其實是跟最後病人的結果是無關的，所以我覺得，慢慢走向以價值為導向，這是非常重要的。那當然剛剛依婕也提到說，我們在導入一個新的技術，或是雪詠講的我們買一個新的特材或藥品，其實我們有很多評量的基準，這樣最重要就是我要花多少錢讓病人存活下來，那我覺得這是我們一直要努力的方向，然後我很謝謝 Coco 今天的分享，還有各個組長的分享，謝謝。

林純美組長：

我們 outcome 裡面，我們要注意一件事情，還有社會的價值，就像我們納入了 PAC，PAC 可以改善病人後面的失能、對家庭跟對社會的負擔，所以未來我們要多多注意這個社會的價值，而不是只有病人跟醫師的價值。除了這個以外，另一個就是安寧照護，安寧照護我們雖然投入很多，但這些其實還是在我們剛剛提到的社會的價值，另外在這篇裡面提到的就是 CT、MRI，CT、MRI 的價值在誰那裡呢？醫師跟病人，但是我們社會付出了一個高昂的成本，所以我是建議，CT 跟 MRI 我們的定價應該要調降，因為這個價格是針對過去公、勞保的時候，還有以前的機器確實是昂貴的，現在機器已經下降了，所以 CT 跟 MRI 的價格應該要考慮。

另外剛剛雪詠也有提到 evidence base guideline，guideline 這是我們節控成本最重要的一件事，我們的外科很早就施行論病計酬，所以外科這部分的節控成本其實非常顯著，但是我們花最多的癌症治療，內科部份的 guideline，一定要趕快把它做出來，因為唯有好的 guideline 才是節控成本最重要的部分。另外，我們也有一個非常重要

的部分在藥品的給付，我們過去有一些藥品，有效我們才會付錢，沒有效我們就不付錢，這個對於未來新進入我們這個核價應該要繼續有這樣的一個衡量。

最後一個，大家經常會懷疑家庭醫師整合照護，病人都沒有得到什麼好的照護，病人也不知道她的家庭醫師是誰，但是這個家醫整合照護制度，它最重要的價值在於連結基層醫師跟醫院之間的關係，這個關係如果沒有讓它持續，未來我們這個基層醫師的品質跟繼續教育，我們的轉診沒有辦法這麼樣的延續下去。所以我要提醒大家，我們不能夠否認這個家庭醫師整合制度，主要是在診所跟醫院之間他們關係的緊密結合，這個關係的緊密結合才是對於我們未來要推所有的醫院跟診所之間合作的重要因素，以上。

李伯璋署長：

依婕，剛剛有提到 CT、MRI 的價格很貴，你覺得有沒有可能有那個空間，讓我們重新再去檢視。

陳依婕科長：

也許我們可以用我們平常計算成本的方法，回頭來審視一下現在的定價，如果我們依照我們的成本分析表，訂定出來的價格跟我們現在真實付出去價格的差異，也許我們可以回頭來審視一下，可是就要請各醫院來幫我們。

李伯璋署長：

兆杰跟禹斌，剛剛有提出一個很重要的概念，就像說那天禹斌算出來明年台灣罕病治療大概 60 億，表示有 10 個醫生用掉 1/3 的錢，病人都集中在某些醫師上是沒錯，但我們也是很小心這樣的一個管理，像癌症病人的話，整個治療也是破千億，當然每個癌症病人都希望有最好的照顧，我想廠商跟醫師必須要站在財務中用另一個角度思考，這樣錢比較不會一直花，總額就這樣特材跟癌症的錢，藥物用了很多錢的時候，真正我們要給醫療人員或醫師、護理人員，我們資源就相對變比較少，所以在管理要注意。那我們還有一點時間，在座還有沒

有同仁要提出 comment，博淇你有沒有意見？你講沒關係，不要客氣。

許博淇視察：

大家好，因為我以前也有做過 PFP 的承辦人，那今天有很多人都有 comment 到 PFP，那我覺得的確我們訂了很多指標，不過可能都是在過程面，結果面指標可能還有一些不足的地方可以在檢討一下。

李伯璋署長：

林義在不在？有沒有什麼意見，你最近在處理醫院總額很用心，一定很有心得。

劉林義專門委員：

我的心得是說，因為現在總額成長速度滿快的，可是我們的收入在法規有訂一個 6% 的上限，那我們未來如果面臨說要解開這個 6% 的話要強力的論述，那我們比較強力的論述，因為現在大家都認為說都是論量計酬，假如可以改成論價值計酬的話，這會是一個很好的論述，就是說，因為我們現在把它轉向這個需要更高的成本，所以 6% 要打開，所以假如以後有需要打開 6%，可以朝這個方向走是一個很好的論述。不過問題在於執行面相當困難，像剛剛講到 PFP 的問題，我也做過 PFP，當初做 PFP 的時候其實我們有上 CMMS 的網站去看，有最新的指標我們都把它抄進來，美國那邊一旦有新的指標我們就把它放進來，那我最近也有做這樣的檢討，那因為大家都執著在 value 的公式，value 要提升不外乎 outcome 和 cost，因為 outcome 很難呈現，所以就在 cost 這邊血留成河，尤其是健保會的委員一直會殺我們 cost，殺 cost 其實對三方來講都是輸的局面，所以我們其實也要研議一下怎樣提升我們的 outcome，只有 outcome 提升多一點，那 cost 才可以提升少一點，整個 value 才會增加，所以要提升 outcome 的話，一方面需要醫界的合作，醫界專科醫學院一定要訂出適當的 outcome，因為我們現在都抄美國的也不是辦法，我們也要發展本土的指引，第二個就是學界，我覺得很難過，健保署的研發經費真的太少，所以根本沒有辦法好好發展整個 outcome，所以看看署長的魅力可不可以再爭取

多一點錢，以上是今天的心得。

李伯璋署長：

宗曦，假如說我們去募款當我們行政經費可以嗎？你們每個人認真做事我都給你們愛心，孟樵可以嗎？募款來改善健保。

詹孟樵科長：

目前在行政機關其實是無法透過募款方式去募資，依據公益勸募條例，機關是無法直接募資的，所以需要透過其他方式。

李伯璋署長：

我想我們今天到這邊為止，那我們也非常謝謝今天各個分區組長，邀約了一些醫界同仁，大家一起來聽。那我們今天 **book reading** 這邊，謝謝大家參與，謝謝。