

行政院所屬各機關出國報告
(出國類別：會議)

2014 年國際醫療科技評估學會(HTAi)
第 11 屆年會會議報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：陳燕鈴科長

派赴國家：美國華盛頓特區

出國期間：103.6.14~101.6.21

報告日期：103.09.10

摘 要

國際醫療科技評估學會(Health Technology Assessment International, HTAi) 每年均舉辦國際性年度會議，今年是第 11 屆年會(HTAi 2014 Annual meeting)，於 2014 年 6 月 15 日至 18 日中午在美國華盛頓特區舉行。會議主題為「在經濟不確定的年代，優化以病人為中心的照護」(OPTIMIZING PATIENT-CENTERED CARE IN AN ERA OF ECONOMIC UNCERTAINTY)。參加者主要是來自全球從事醫療科技評估的專業人士、相關機構決策者、醫藥器材產業、學術團體、醫院、病友、消費者。三天的議程，除安排特別演講、4 場大會演講外，並有 32 場分組討論、50 場口頭報告、195 則海報展示、及攤位展示。

本次會議首先邀請美國 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)品質與研發中心的副局長，介紹近年來 CMS 試辦各種新的支付方式及服務提供模式；4 場大會演講主題，首先介紹在資源有限，新科技、新藥、新醫療器材快速創新之際，各國醫療衛生體系及保險體系如何運用醫療科技評估，作為決策參考，提供醫療照護。其次，在研發及導入新醫療科技的過程中，強調需以病人為中心，納入病人及社會觀點並強化其參與。另外，因國際上開始關注引進 HTA 作為決定給付政策工具，是否會延緩新醫療科技引進的速度，影響病人權益，因此安排一場精彩的對談。最後，因應許多先進國家的查驗登記機構，為了讓有發展潛力且具臨床高度需求的新科技能盡快用在病人身上，訂有類似快速通關(Fast Track)的程序，因此，也安排此議題討論並介紹各國實施現況。

分組討論共有 32 場，其中多場係延續 HTAi2013 大會主題(Value)，討論許多先進國家對於新醫療科技價值的評估(即 Value Based Assessment)的新趨勢，主要朝向彈性化發展，並納入更寬廣的社會角度、考量疾病對個人影響等觀點，例如英國 NICE 係以成本效益評估為主要考量，其中每增加 1 個生活品質人年費用可接受之增加額度原訂為 2 萬英鎊，近年來，也考量疾病嚴重度及社會負擔等因素而彈性調整；甚至上限 5 萬英鎊(目前閾值 2.5 倍，即 2 萬英鎊*2.5)之設定，都是討論中的議題。參考當今醫療科技評估之國際發展趨勢及世界各國推展經驗，可供我國未來在醫療科技評估的運用，及推動健保業務、提升資源使用效益之參考。

6 月 18 日下午至 6 月 19 日，在財團法人醫藥品查驗中心(CDE) HTA 組蒲若芳組

長的引介下，得以參加國際性的 HTA 組織機構 INAHTA 的 2014 年年會，參與該會討論 INAHTA 的策略計畫(Strategic Plan)，聽取各工作小組(Working group)近期工作報告，並有機會與世界各國代表進行討論及實務經驗交流。

目 錄

壹、目的	1
貳、會議過程	1
參、會議相關報告摘要	
一、特別演講(Keynote Session)摘要	2
二、大會演講(Plenary Session)摘要	3
三、其他重要討論報告(Panel Session、Oral Presentation)摘要	9
四、參加 INAHTA 年會摘要	14
肆、心得與建議	15
伍、附件	
一、Values and Quality Standards for Patient Involvement in HTA	18
二、Value Tree with criteria hierarchies	19
陸、附錄	
一、會議資料摘要目錄(Abstract Volume 完整資料附電子檔)	20
二、研討會相關照片	24

壹、目的

二代健保在支付制度的改革上，為周延擬訂醫療服務給付項目及支付標準，於健保法第 41 條明訂其擬訂程序，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂(為此健保署組成「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」、「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」)，並於健保法第 42 條規定醫療服務給付項目及支付標準之訂定，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；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。此乃首度將「醫療科技評估」入法，賦予醫療科技評估運用於健保給付項目及支付標準決策之法源依據；另第 41 條亦規定，保險人辦理醫療科技評估時，其結果應於擬訂前公開，亦揭示我國醫療科技評估資訊公開透明的制度設計。

此外，二代健保整合費協會、監理會為「全民健康保險會」(下稱健保會)，以落實二代健保收支連動之核心目標。於健保法第 5 條規定，健保會除延續費協會協定分配健保總額(支)、監理會監理保險業務(收)之職責外，尚賦予「保險費率與保險給付範圍審議」之職責，期使健保總額、費率及給付三者連動考量，以健全健保財務。另外第 45 條、51 條亦分別規定，保險人同意之「自付差額特殊材料品項」應提健保會討論、保險人擬訂「不列入保險給付範圍之診療服務及藥物」應經健保會審議，報主管機關核定公告。從上開法規可知，二代健保在給付範圍的決定過程上，已擴大社會多元參與，將由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表所組成的協商平台-健保會意見納入考量，以穩固給付相關決策的正當性。

二代健保運作一年多來，健保署已委託醫藥品查驗中心(CDE)對部分財務影響較大的藥品、特材進行醫療科技評估，並於藥物共同擬訂會議前公開於健保署網站，而健保會在討論自付差額品項時，亦參考 CDE 所做的醫療科技評估結果。在二代健保收支連動的前提下，健保運用醫療科技評估做為給付相關決定參考，是必然的走向。尤其在健保資源有限、保費調漲不易，但醫療需求卻與日俱增的大環境下，如何運用醫療科技評估，做出最具成本效益、最公平合理的給付決策更形重要。因此，希藉由參與本次年會，瞭解國際間醫療科技評估執行及運用現況，以及各國最新發展趨勢、面臨問題及關切焦點，以做為健保未來運用醫療科技評估之參考。

貳、會議過程

國際醫療科技評估學會(Health Technology Assessment International ,

HTAi)，成立於 2003 年，是全球從事醫療科技評估領域的重要學術與專業的組織。醫療科技評估年會是由 HTAi 所舉辦之年度科學會議，今年是第 11 屆年會，於 2014 年 6 月 14 日至 18 日於美國華盛頓特區舉行。會議主題為「在經濟不確定的年代，優化以病人為中心的照護」(OPTIMIZING PATIENT-CENTERED CARE IN AN ERA OF ECONOMIC UNCERTAINTY)。參加者來自全球從事醫療科技評估的專業人士、相關機構決策者、醫藥器材產業、學術團體、醫院、病友、消費者等。三天的議程，除特別演講(Keynote Address)、並安排 4 場大會演講(Plenary Sessions)、32 場分組討論(Panel Session)、50 場口頭演講(Oral Presentation)、195 則電子海報展示(E-poster Session)、相關組織機構設櫃展覽(Exhibition)等各項活動。

HTAi 正式會議於 6 月 16 日~18 日上午 2 天半舉行，6 月 16 日首先進行特別演講，由任職於美國 CMS 負責品質及研發中心的副局長 Dr. Patrick Conway 說明 CMS 近年來試辦各種新的支付方式及服務提供模式(Payment and Service Delivery Models)，接著進行第 1 場主題演講「Optimizing Outcomes: Opportunities for HTA in Times of Economic Uncertainty」，介紹各國醫療衛生體系及保險體系如何運用醫療科技評估，作為決策參考，提供醫療照護。6 月 17 日上、下午各安排 1 場主題演講，主題分別為「Putting the Patient and Public in the Center」，在研發及導入新醫療科技的過程中，強調需以病人為中心，納入病人及社會觀點並強化其參與、「Debate: Is HTA Stifling or Enhancing Innovation?」則針對引進 HTA 作為決定給付政策工具，是否會延緩新醫療科技引進的速度，進行一場精彩的對談。6 月 18 日最後 1 場主題演講，主題為「HTA and adaptive approaches」，係因應許多先進國家的查驗登記機構，為了讓有發展潛力且具臨床高度需求的新科技能盡快用在病人身上，訂有類似快速通關(Fast Track)的程序，因此，也安排此議題討論並介紹各國實施現況。

6 月 16 日~18 日於主題演講時間外，依照不同議題，安排分組討論及口頭演講，其中 6 月 18 日口頭演講「Research Tools and Protocols」，由我國任職於財團法人醫藥品查驗中心(CDE)的蒲若芳組長擔任該場主持人，由來自巴西、南韓、德國及阿根廷等國家講者，分享各國有關 HTA 採用的相關方法學、指引、問卷及各國最新經驗。

6 月 18 日下午~19 日，在蒲若芳組長的帶領下，得以有機會參與 INAHTA 年會(國際醫療科技評估組織網絡 International Network of Agency for Health Technology Assessment)，本會希透過參加此會議，了解世界各國醫療科技評估組織的運作及

INAHTA 未來發展方向，並藉此開拓國際視野。

參、會議相關報告摘要

一、特別演講(Keynote Address)摘要

主講人：Patrick Conway, Deputy Administrator for Innovation and Quality, Centers for Medicare and Medicaid Services, Chief Medical Officer, Centers for Medicare and Medicaid

演講摘要：

特別演講由美國 CMS 的品質與研發中心的副局長 Dr. Patrick Conway 說明 CMS 近年來試辦各種新的支付方式及服務提供模式(Payment and Service Delivery Models)。CMS(醫療保險和醫療補助保險服務中心)負責決定美國醫療照護保險(Medicare)及醫療補助(Medicaid)保險給付方式，美國近三分之一人民為其保險涵蓋對象。

講者首先說明美國在醫療服務體系及制度之改革方向為：以病人為中心(People-Centered)、以結果為導向(Outcomes Driven)、財務永續經營(Sustainable)、整合性的照護(Coordinated Care Systems)。新的給付制度則包括：以價值為基礎的給付(Value-Based Purchasing)、負責照護組織回饋計畫(ACOs Shared Savings¹)、Episode-Based Payments、資訊透明化(Data Transparency)。

其次，介紹 CMS Innovation Center，該研發中心成立的主要目的是在維持或提升照護品質的前提下，試驗及研發各種給付及醫療服務模式以減少計畫費用，目前試驗中的新給付模式包括：Accountable Care Organizations (ACOs)、Primary Care Transformation、Bundled Payment for Care Improvement、Capacity to Spread Innovation、Health Care Innovation Awards、State Innovation Models Initiative 等。計畫初步結果顯示，醫療費用成長趨勢趨緩、照護結果提升且不良反應比率下降。在此改變的過程中，為能找到最有效益、高品質而又可負擔的醫療照護方式，醫療科技評估被廣泛的運用於評估各項計畫成效。

二、大會演講(plenary session)報告摘要

¹ Accountable Care Organizations 為協調病患照護，並為提供全方位的醫療保健服務之組織，美國健保改革法案為這些醫療保健服務提供者提供費用回饋等激勵措施。

1. 6月16日:「優化照護成果:在經濟不確定的年代運用HTA」(Optimizing Outcomes: Opportunities for HTA in Times of Economic Uncertainty)」

主持人: Dr. Hector Castro Jaramillo(IETS, Colombia)

Steve Pearson(2014 Annual Meeting Co-Chair, ICER, USA)

主講人: Laura Sampietro - Colom (Hospital Clinic Barcelona, Spain)

Kun Zhao (China National Health Development Research Center, China)

Jo Carol Hiatt (Kaiser Permanente, USA)

Bobby Dubois (Chief Scientific Officer, National Pharmaceutical Council)

會議紀要:

當世界各國面對經濟緊縮之際, 越來越多國家、組織廣泛運用HTA做為決策之依據, 本議題主要介紹在不同國家運用HTA的情形, 首先由Laura Sampietro-Colom介紹以醫院為基礎的HTA模式, 西班牙醫院在面對固定預算的財務壓力及各種醫療科技競相引進的抉擇難題時, 在無足夠證據可供使用的情況下, 乃發展以醫院為基礎的HTA, 以提供醫院決策參考的資訊, 並藉由醫院間及區域間對高科技評估及運用情形之合作及資訊共享, 而達到彼此學習的功能。

而Kun Zhao則介紹中國目前HTA的發展情形, 他提及中國醫療費用只占5%GDP, 如何減輕人民就醫負擔, 提供全體人民需要的醫療服務, 財務是項沉重的負擔及嚴峻的考驗, 但此時也正是中國發展HTA的契機, 尤其今年五月世界衛生組織的決議文揭示「Universal Health Coverage」方向之後, 不僅顯示HTA工作的重要性, 更帶動各國發展HTA的風潮, 中國尚未有獨立、國家層級的HTA機構, 然自此決議文公布之後, 已開始思考如何加快HTA的腳步, 並著手協助建構內部各級決策單位的HTA機制及人才培育。

Jo Carol Hiatt來自美國有名的HMO-凱薩紀念醫院, 他介紹凱薩體系發展各種治療模式及治療程序時, 除文獻查證之外, 也運用HTA來發掘各種計劃的價值(Value), 檢視病人的照護成效及成本效益, 並發展臨床實證資料, 作為臨床教育及計畫推行依據。Bobby Dubois則從藥品產業的觀點, 認為HTA是發展實證以輔助決策的重要策略, 藥品的發展應該納入病人的價值觀點, 並進行長期的追蹤觀察, 舉例而言, 初期可能保險不給付某種癌症治療藥物,

但持續研究，可能證明其對新適應症有療效，具保險給付之價值。另外，因應病人的情況多元，為有明確療效證據及預估風險，強調次群體研究 (subgroup assessment) 在未來發展的重要性。

2. 6月17日：「病人/公眾參與」(Putting the Patient and Public in the Centre)」

主持人：Karen Facey (Evidence Based Health Policy Consultant, UK)

David Grainger (Eli Lilly, Australia)

主講人：Janet Wale (Public Rep PLAC, Cochrane Consumer Group, Australia)

Richard Bergstrom (Director General, EFPIA)

Lorraine Johnson (CEO Lymedisease.org, PCORI Patient Rep, USA)

Ken Paterson (past Chair of SMC)

Victoria Wurcel (National Coordination Unit of Health Technology

Assessment and Implementation, Argentina)

會議紀要：

近年來推動病人參與決策過程是先進國家發展重點之一，HTAi的次團體 Patient and Citizen Involvement in HTA Interest Sub-Group (PCISG)，主要任務是推動病友參與決策事務，本場次的主席Karen Facey及主講者Janet Wale即是PCISG的主席及副主席，Janet Wale同時也是澳洲植體收載委員會 Prosthesis List Advisory Committee (PLAC) 的公眾代表。另外與談人員包括來自阿根廷HTA機構人員及美國Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI)的代表。

HTAi為了促進病人參與，今年六月PCISG發展了一份文件「病人參與HTA的價值及品質標準(Values and Quality Standards for Patient Involvement in HTA)」(如附件一)，包含病人參與HTA的5項價值(Relevance、Fairness、Equity、Legitimacy及Capacity building)及10項品質標準(包含5項HTA過程的普遍性標準，及5項進行個別HTA的標準)，供HTA機構自我評估，期藉由促進病人參與，以增進決策過程的透明度及可信賴度。而美國的PCORI，目前病人參與方式主要是「合作研究(Engagement in Research)」，並常以焦點團體方式進行交流。阿根廷代表認同病人參與的重要性，該國雖已著手規劃病人教育、制定相關標準程序，但實務上尚有如何找到病人及病友團體、

病友知識及教育待充實、需立法及預算支持等相關條件配合等問題，另外亦擔心如何處理病人團體的情緒化表現，因此，尚未正式將病人或公眾團體參與納入決策過程。

從病人觀點認為，研究應該要能回應病人的需求，並強調病人參與的重要性，因為病人具有獨特的疾病經驗，可以在HTA及決策過程中貢獻其知識及經驗，例如，協助找到合適的研究問題、確定安全及效益、確認資訊是否清楚。然現階段病人/公眾參與上尚存有障礙，例如，如何找到有代表性的病人或團體、如何從病人的觀點提供資訊及臨床指引、發展參與程序及標準、如何取得信任等。

對談的過程，亦討論何謂「病人/公眾參與」裡的「病人」？所謂具代表性的定義為何？病權團體(Patient Advocate Groups)可以代表病人嗎？另外也有人質疑接受廠商贊助的病人團體是否適宜參與決策過程，對此有人提出，不論是誰，只要在產品研發階段即有相當熱忱者，都不適合加入決策過程。最後大家認為如何將HTA專業知識轉化及傳遞給病人，以免造成不平等(Inequality)，是值得進一步努力的方向。

3.6月17日：「HTA是打壓或促進創新？(Is HTA Stifling or Enhancing Innovation?)」

主持人：Clifford Goodman (The Lewin Group, USA)

主講人：Louis Jacques (ADVI, formerly CMS, USA)

Scott Gottlieb (American Enterprise Institute, USA)

與談人：Carole Longson (NICE, UK)

Jens Grueger (Roche, Switzerland)

Murray Sheldon (FDA, USA)

會議紀要：

在目前世界經濟緊縮、需控管財務的情況下，如何運用有限資源，提供人民基本健康照護是重要課題。近年來各國紛紛採用HTA作為保險給付決策參據的同時，產業界也發出疑慮：醫療科技評估是否能充份考量產品的價值？是否因而延緩病人使用新醫療科技的速度？產業界若沒有利潤，就沒有投資，若此未來如何推動醫藥科技的進步。

本場次以類似辯論會的方式進行，代表HTA方的Dr. Louis Jacques曾擔

任美國CMS Coverage and Analysis Group(CAG)的處長(Director)，有參與 Coverage with Evidence Development (CED)之經驗。而代表產業方的Dr. Scott Gottlieb曾在FDA服務，並擔任過CMS的顧問。

代表產業方的Dr. Scott Gottlieb首先提出，HTA會影響科技發展，容易忽略 personalized medicine 的價值。且HTA是個昂貴的障礙(Costly Hurdle)、會增加不確定性(Adds Uncertainty)、延緩新科技之引進(Slows Adoption)且可能造成長遠的影響(Far-Reaching Impact)。而代表HTA方的Dr. Louis Jacques則認為，一個受到教育的付費者會是最好的購買者。他以購買汽車為例，說明HTA的價值。消費者通常會選擇符合其認定有價值的產品，只有在具充足知識及對產品有信心的情況，才會安心地購買。而HTA就好比汽車的購買指南，可幫大眾分析比較產品，供買家參考，提供沒有偏頗、具可信度的評估報告，增進消費者的知識與信心。因此他認為HTA有助於健全市場，使其往合理方向發展。

Dr. Scott Gottlieb以抗癌藥Herceptin為例，指出該藥品在1998年就有研究顯示其療效，但直到2005年才普遍納入保險。對此，Dr. Louis Jacques認為，所有決策都須待資料數據慢慢累積才能做出決定。因此，營造一個學習的環境是重點，而非沒有證據就否定新科技的價值。本場討論提供一個思辨及意見溝通的平台，在兼顧科技發展及財務永續經營的現況下，大部分的國家已可接受運用HTA制度檢視科技的價值，並作為決策的參據，任何制度都不可能完美，如何恰當運用，考驗決策者的智慧。

4.6月18日：「HTA and Adaptive Pathways to Patients?」

主持人：Loyd Sansom (National Medicines Policy Framework, Australia)

Sean Tunis (CMTP, USA)

主講人：Chris Henshall (PF Chair)

Francois Meyer (EUnetHTA/HAS)

Danica Marinac-Dabic (Director, Division of Epidemiology CDRH/FDA)

Franz Pichler, Director (Global Public Policy, Eli Lilly)

Mark Skinner (Patient rep)

會議紀要：

HTAi的政策論壇(Policy Forum)今年主題是「Progressive/Adaptive Licensing & HTA」，本場次除了由Dr. Chris Henshall代表Policy Forum報告之外，還有來自法國HAS的代表Francois Meyer、美國FDA的Danica Marinac-Dabic、業界代表Franz Pichler及病人代表Mark Skinner。首先，由Dr. Chris Henshall報告Policy Forum初步討論結果，先進國家的查驗登記機構，為了讓有發展潛力且具臨床高度需求(例如目前無方法可救治者)的新科技能盡快用在病人身上，訂有類似快速通關(Fast Track)的程序，將以往單一決定點方式(Single Decision Point Model)，轉換為依證據演變分階段決策模式(即所謂Staggered、Progressive、Adaptive)，而HTA領域中已有類似的措施，如Coverage with Evidence Development(發展實證醫學與給付連結模式，強調以實證發展情形調整給付範圍)、Managed Entry(新給付管理合約，達到某種效果時，才給予支付或限定其財務的影響)。相關法規的發展將影響醫療人員、病人及社會大眾。

經討論，大家認為Adaptive Approaches，需先釐清目標，到底想要解決甚麼問題，其次需要思考在查驗及給付決策上是否有相對的彈性及配合。另外論壇聚焦於討論以下問題：所有科技都需導入Adaptive Approaches嗎？若不是，則重點為何？可考慮Areas with High Unmet Clinical Need及Areas with High Development Costs等部分。此外，可能面臨的挑戰包括：目前的體系能負荷這些增加的作業嗎？Adaptive Approaches多會用到Real-World Data 及觀察性研究的設計，決策單位及體系準備好運用這類證據做決策了嗎？另外，隨著證據的累積，到底該如何定價？Dr. Chris Henshall則指出藥品及醫療特材兩者，在研發、法規及進入健康體系時點等方面有差異，因此Adaptive Approaches也需要尊重兩者差異。最後Policy Forum也提出以下須共同努力之事項，例如，查驗登記單位、HTA/保險決策單位及產業界應該成為夥伴關係，合作找出一致可接受的方法與機制，而病人也應該成為夥伴關係的一員，並需了解這樣的發展將給他們更多決定的自由(責任)，另外查驗登記單位及醫師需要對病人說明其中存在的不確定性，並協助病人做決定。

美國FDA代表Danica Marinac-Dabic報告其醫材上市後的監測措施，包括Medical Device Epidemiology Network (MDEpiNet)，並指出其努力於上市

前及上市後資料監測，並找出的平衡點，以促進醫材的安全及有效性，並了解特材的生命週期(相關資料可查網址www.fda.gov/mdepinet)。法國HAS代表指出該國早就有謂的ATU(Temporary Authorisation)制度，可讓病人早點使用有希望的新藥、或未取得法國許可證但可治療目前無法救治疾病的藥物等。HAS也有Post-Approval Studies制度，在特殊的狀況下(包括不確定性高、預期會對死亡率造成影響、對醫療體系造成影響者)可以要求廠商再進行相關研究，研究計畫須先經HAS核准。過去的經驗顯示有27%的再評估之藥品，改變了原先的結論。最後法國HAS代表介紹歐洲EUnetHTA(歐洲國家HTA跨境合作組織)聯合行動(2012-2015年)，EUnetHTA進行Post-Approval Studies，除了發展相關研究指引外，未來將進一步建立實證資料庫，並與EMA合作，進行上市後資料收集，及建立相關評估方法。

三、其他重要討論 (Panel Session、Oral Presentation) 報告摘要

1. 藥品使用相關主題: Access to Medicines (Oral Presentation 9)

(1) 費用較高藥物之使用

Access to Medicines, the High Cost of the Universal Health System: The Case of Pegylated Interferon

主講者: Joseneide Santos Queiroz

講者以治療C型肝炎的干擾素為例，介紹藥物引進及對公務預算衝擊的處理。巴西健康體系為了提供此昂貴藥物，讓全國人民都能利用，採取三項重要策略: 1. 於2008年成立健康產業的管理組織GECIS(Executive Group of Health's Industrial Complex)，以提升國內產業之國際競爭力。2. 國家健康部統一採購藥品，藥品售價從2005年1702.91巴西幣/每劑，2010年降為507.88巴西幣/每劑。3. 訂定巴西及古巴間藥品科技轉移及生產協議。惟該國使用此藥物仍需先做肝切片以確認診斷，因而存在需等待超過18個月之不公平現象。

(2) 罕見疾病用藥

- ① HTA and Orphan Drugs: to What Extent Do Disease and Treatment Characteristics Influence HTA-Based Recommendations, and Could These Indicate Whether Orphan Drugs Have a “Special Status” ?

主講者: Elena Nicod

②Consideration for Rare Diseases in Drug Reimbursement Decision-Making

主講者: Sheena Gosainl

運用實證資料及經濟評估方式是一般常被用來作為醫療科技評估的方法，也通常被用以支援藥物給付決策，但此種一般性評估方式，可能無法完全涵蓋所有重要的價值及對病人的影響，第①篇講者以罕病用藥為例，就英國、蘇格蘭、瑞典、法國等四個國家，分析罕藥給付決策時，那些「其他狀況」會被考量而影響決策，經分析歸納分成15類，其中最常見的考量是疾病本質 (Nature of the Disease)、對病人造成的負擔 (its Burden on the Patient)、罕見程度 (Considerations Based on Rarity)、無法可治疾病之需求 (Unmet Need)、藥物創新程度 (Treatment Innovativeness)。

第②篇講者主要探討加拿大以及發展中國家，目前罕病用藥納入保險給付的程序，研究發現，加拿大3個省及7個國家為罕病用藥訂定單獨的納入保險給付程序，某些地區則設有專門評估程序，其他地區現有的決策過程則已有規定，須提供可供決策參考的證據基礎，另外，各區之間的決策標準也不盡相同。本研究顯示，在進行資源配置之決策時，未來在罕藥的給付決策上，尚待發展更多標準化的處理方式。

2. 方法學相關主題:運用多準則評估模式(MDCA)進行醫療技術價值評估

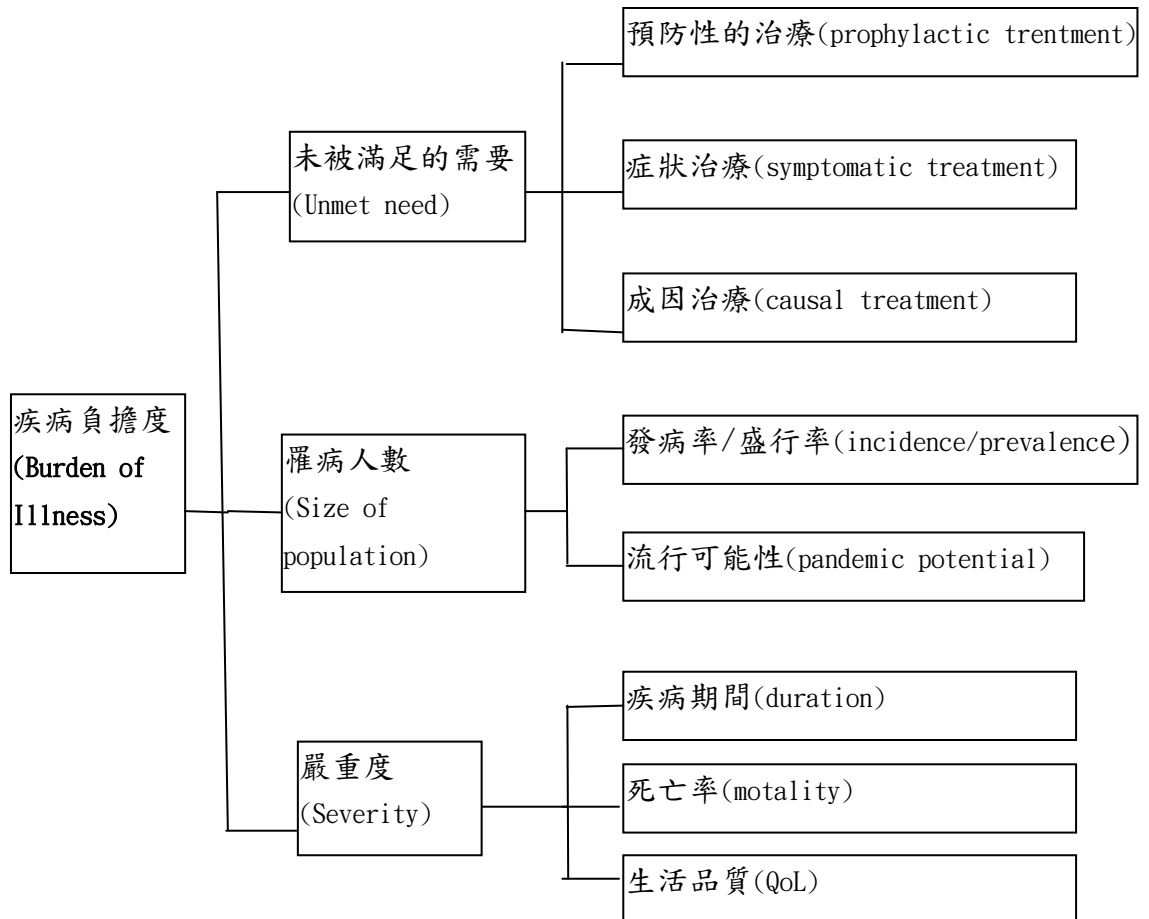
A Conceptual and Methodological Framework for Value Assessment of Medical Technologies Using Multiple Criteria Decision Analysis

主講者:Aris Angelis

本節主要介紹多準則評估模式(MDCA)。講者表示，現行成本效益評估(CEA)方式，並無法涵蓋一些重要的醫療科技價值(Value)，例如疾病負擔、科技創新以及社會經濟因素等，而MDCA可將這些因素納入評估標準(Criteria)，並可依各評估標準的重要程度給予權重配分(Weighting)，再依各項評估標準及各該權重，合併計算出結果，最後再進行結果的檢驗。MDCA的優點在於，有一個穩定的評估基準(穩定)、所有階段的資訊均公開透明(透明)、相關權重可依利害關係人做調整(彈性)、並可擴大參與，將利害關係人意見納入。

講者以醫療技術評估為例，呈現其所發展的價值標準樹狀結構圖(如附件

二)，評估標準經分類，歸納為四大主軸，分別為疾病負擔度(Burden of Illness)、治療的影響(Therapeutic Impact)、創新程度(Innovation level)、社會經濟程度(Socioeconomic Impact)等四大項，每項再往下細分中歸類及小歸類。以疾病負擔度主軸為例，其中歸類及細分類如下：



3. 價值相關主題：Value

(1)How Do Different HTA Approaches Conceptualize and Measure the Components of “value” ? (panel session 6)

(2)Nice & Value Based Assessment; Impact on Transferability, Predictability and Utility (panel session 18)

HTA組織如何概念化及測量“value”決定了HTA對研發創新的影響，一些先進國家使用單一的方法，如ICER(Incremental Cost-Effectiveness Ratio，成本效益比~為成本效果分析CEA的方法之一)，而美國則對“Value”沒有主要的測量方法。這兩場分組討論，將呈現不同醫療體系對測量“Value”的方式，以及以價值為基礎的評估“Value Based Assessment”

(VBA)的情況。

美國:

第(1)場，首先由Steve Pearson說明美國的方式，主要由保險公司、藥品及醫藥商及病人代表組成工作小組共同參與，發展付費方評量價值的概念(Payer Assessment of Value)，包括:Comparative Clinical Effectiveness(比較臨床療效)、Additional Benefits(指家庭、社會、醫療提供者、醫療體系的額外利益，例如減輕家庭負擔，可返回工作等)、Contextual Consideration:Illness and Therapy(疾病及治療的脈絡考量，如沒有其他可用的治療方法)、Comparative Cost(成本比較，如預算衝擊)、Contextual Consideration :Cost, delivery system, and market(成本、照護體系及市場的脈絡考量)。最後，講者認為沒有簡單的方法足以完全整合所有價值的元素。

英國NICE:

由Meindert Boysen介紹英國NICE如何評量創新產品的價值，NICE以品質校正人年(QALY, Quality adjusted life year)來評估治療的影響；新治療的成本效益閾值(ICER)訂為2萬英鎊per QALY，若超出則表示效益不佳；每個QALY比重相同，只計算病人及照顧者直接的照護效果；沒有將其他個人的健康效益納入考慮。

NICE目前的彈性決策方式(Flexible Decision-Making .Current Approach)為:1. 首先考量成本效益值 (ICER) —2萬英鎊/per QALY。2. 再考量生活品質量表無法反映的其他因素(HRQoL Inadequately Captured)、科技創新程度(Innovative Nature of Technology)、與健康無關的國家保險目標(Non-Health Objectives of the NHS)等因素，ICER可增加為2~3萬英鎊/per QALY。3. 若屬於疾病末期延長生命治療，則ICER可增加2.5倍，即5萬英鎊/per QALY。

世界各國在評估新藥給付時非常強調新藥的價值，並考慮以價值為基礎來核價(Value Based Pricing)，第(2)場Meindert Boysen介紹NICE近年在“Value Based Pricing”上納入新的考量因素，並介紹NICE一些新思維及發展:

1. 將較寬的社會效應(Wider Social Effect)納入決策考量，意指：未給予病人該項醫療，相對給予治療，社會得到的負向結果，包括喪失的生產力及增加的社會成本等，通常使用QALY lost(QALY shortfall)以量化之。比如，若延長生命的同時未相對增加生活品質，例如某些嚴重的慢性病，使病人正常活動嚴重受限，則會產生負面的社會效應，因為延長生命沒有相對增加生產力。
2. NICE認為，絕對的疾病負擔(Absolute Burden of Illness)可做為測量社會衝擊的向度之一，因其可反映疾病影響病人投入會的程度以及病人的早期死亡情形。
3. 未來在彈性決策方面的新方向(Flexible Decision-Making .New Approach)：考量以下因素，成本效益閾值(ICER)可於2萬~5萬英鎊間彈性調整：1. 疾病負擔(Burden of Illness)。2. 社會影響(Wider Social Effect)。3. 生活量表無法反映的其他因素(HRQoL Inadequately Captured)。4. 科技創新程度(Innovative Nature of Technology)。5. 國民健康保險之目標(Non-Health Objectives of the NHS)。

為整體考量健康效益，NICE評議委員會(Appraisal Committee)可接受「疾病末期延長生命的治療」評議標準可與一般人不同，目前於裁量時也尚在學習是否依個案接受較高的ICER。Meindert Boysen介紹NICE一些新的思維及新的決策考量方向，不過，也提出幾項問題，包括QALY Shortfall是否真能完全反映疾病負擔度？成本效益閾值(ICER)以標準(2萬英鎊)的2.5倍(5萬英鎊)作為上限，是否合理？若要突破2.5倍之上限，需有哪些考量？

英國蘇格蘭SMC:

第(2)場Anne Lee will主要介紹SMC(Scottish Medicines Consortium是蘇格蘭負責評估藥物的單位)測量“Value”的方式，SMC參考NICE作法，並有些調整，例如考量以下因素，可同意ICER超過3萬英鎊，如：治療危及生命的疾病、確定可延長生命或生活品質、治癒疾病而非症狀治療等。另外。為了讓最有價值的新藥盡快納入給付，英格蘭在2013年制定促進病人使用取得藥證之新藥的規定，並發展以價值為基礎的評估，包含疾病負擔及較廣大的社會影響等因素。不過仍然面臨政策制定公平性、因為沒有一定的成本效益閾

值，而有決策一致性問題。

加拿大CADTH:

第(2)場Matthew Brougham主要比較NICE及CADTH在VBA（以價值為基礎的評估）上的差異，他指出CADTH不直接採用ICER決策，係逐案審核，同時也對QALY是否能代表價值提出存疑，因為許多一般人認為有價值的並未涵蓋在內，例如：大幅健康改善、孩童、無其他治療可用(公平性)、疾病嚴重度、延長壽命、治療結果的公平性、較廣大的社會利益等等。並且以下議題尚待進一步釐清，例如：缺乏性別資料、較廣大的社會利益可用QALY lost反映？較廣大的社會利益與醫療照護預算決策有相關？將較廣大的社會利益納入決策考量，是否有重複計算的問題？如果更多產品超出原先設定成本效益閾值，預算是否會大幅超支？

對於知識運用與轉移，Matthew Brougham認為，討論非常重要，所有的資源配置的組織，都必須要好好討論如何設定優先順序，還有須審視是否符合社會期待。

四、參加 INAHTA 年會摘要

INAHTA 為一國際性的 HTA 組織機構，只接受執行 HTA 評估業務組織的申請，主要進行機構間的溝通與合作，INAHTA 於 1993 年成立，目前有 33 個國家，53 個組織成員，加入的會員團體以美洲及歐洲國家居多，台灣 CDE 在 2008 年獲同意加入，由於其積極參與國際事務，進行國際交流，台灣在 HTA 領域，尤其在亞洲區的 HTA 組織扮演重要角色。

2014 年 INAHTA 年會也是在華盛頓特區舉辦，年會先以回顧歷史作為開始，INAHTA 成立已經有 21 年了，由澳洲的 David Hailey，帶領會員回憶剛成立組織的日子。回顧歷史之後，安排了很長的時間討論 INAHTA 的 Strategic Plan。從大會提出來的 Strategic Plan 初稿，可見該組織縝密規劃的用心，這份初稿已事先經過理事們長時間的討論，並於巴塞隆納做了一次深度討論的結果，本次會議提出了 vision、mission 及核心價值的初稿，並經大會討論後定稿。其中 INAHTA 所訂的核心價值為：Trust、Transparency、Collaboration、Continuous learning。近年 INAHTA 新加入許多來自新興國家的 HTA 組織會員，對於這些急速成立但沒有相對決策體制支撐的 HTA，需吸收他國經驗以能朝穩健方面發展，

會上，我國 CDE 蒲若芳組長，以 HTAsiaLink(HTA 亞洲聯絡網)主席身份提供經驗，與他國分享。

第二天首先安排各 Working Group，報告近期工作成果。並預留較多的時間進行 Strategic Planning 的延伸討論：首先討論 Mapping INAHTA Member Profile，主要目的是了解現今 INAHTA 的各會員組織的工作項目，以產生下一步的策略。討論中各國會員組織工作項目，除了進行本身的研究分析工作之外，主要提供資訊協助政府或決策機構做出判斷，另外還有 HTA 資訊的轉譯及傳播，教育訓練或協助其他機構等。之後，便以分組討論方式，進行 Value Network Plan Meeting，藉由各會員間的討論，深入的分享自己組織的工作，以形成 Network 緊密的聯繫。其中來自瑞士，負責醫材是否納入保險給付單位的代表表示，醫療器材推陳出新速度很快，產品生命週期相較於藥品短，因此，廠商迫切希望快速納入保險給付，但特材普遍存有相關實證證據不充分的普遍現象，在保險財務有限的情況下，要快速做出決策相當困難。因此，詢問我國經驗，蒲若芳組長說明我國決策過程，對於預算衝擊大或單價高之特殊材料，會請 CDE 進行醫療科技評估，並於決策會議(藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)時，協助製作資料及說明，以幫助決策。

肆、心得與建議

本次會議常聽到 HTA 專家比喻，HTA 好似一座橋，可以做為連接科學證據知識及正確決策的橋樑。在實施總額支付制度的我國，HTA 更是連接「總額預算」及「資源有效、合理配置」的橋樑。總額協定後，保險人如何在固定的預算下，選取最有效益、最符合民眾期待的給付項目，至關健保績效。

此次參加會議，感受到 HTA 相關評估方法已相當成熟，運用 HTA 系統性的評估，提供實證資料，作為決策參考，可幫助資源配置，並提升整體資源運用效益及公平合理。就個人對我國全民健保業務之了解，僅提出幾點建議供未來行政參考：

一、**我國 HTA 體制之建立**: 健保法對 HTA 的規定為「保險人『得』先辦理醫療科技評估」，保有保險人進行醫療科技評估的彈性空間，目前受限於預算，健保署只能針對整體財務影響較大、單價較高的藥品及特材(較少)與 CDE 合作，以計畫形式由 CDE 之 HTA 組進行科技評估。然健保資源有限，二代健保財務收、支連動壓力日趨升高，因而健保給付相關決定的複雜度及困難度隨之增加，實務

上，醫療科技評估之需求已超過目前實際執行數。再加上未來 HTA 運用範疇之擴增(如醫療服務、診療檢查項目、取消沒有效益的給付項目、無效醫療、甚至公共衛生範疇)，因此有必要加快腳步建立台灣 HTA 的正式運作體系與機構，以應實務需求，並厚植我國的 HTA 能量。另外亦有必要建立我國進行 HTA 項目之選題標準，設定優先順序，以減少可能的爭議。

二、健保給付價值標準共識之建立:雖然 CDE 已使用國際上採行的 HTA 技術，提供評估報告，但實際進行相關給付決定時，例如某些昂貴用藥、單價高之罕病用藥，還是會出現難以決定的情況，原因為何?誠如加拿大學者 Matthew Brougham，在研討"value"議題時所言，所有資源配置的組織，應該要好好討論如何評價"value"，設定優先順序，且審視是否符合社會期待。例如，健保收載與不收載的標準為何?優先考慮那些項目?在有限的資源下，健保可以承受的成本效益閾值為多少?決策時倫理及人道考量的比重?建議健保署從過去審議給付項目的經驗中，逐步發展給付項目的審議標準，另外，Aris Angelis 介紹的多準則評估模式(MDCA)，具有指標穩定、透明及彈性等特點，可供參考。

三、我國新醫療科技引進之速度:為加速採用新醫療科技，在產品生命週期的初期，即應與業界合作，以進一步取得臨床證據之作法(adaptive approaches)是國際上近年來的新思維，及醫療科技評估的新趨勢。對於目前沒有適當方法而有高度臨床需求的創新治療，在其發展階段、未取得許可證之前，我國是否要建立 Coverage with Evidence Development (依證據演變之分階段決策模式)?並進行後續的監測與療效評估，值得我國藥政許可單位及健保給付決定單位共同思考。

四、病人和社會參與及 HTA 知識之轉譯:近年來國際上十分強調病人和社會參與決策，其中如何系統性地運用醫療科技評估，以提供證據並將評估結果適當轉譯，讓病人及社會大眾能了解，是其參與的基礎，也是關鍵。目前健保署業依健保法將 HTA 評估報告公開於網站，並提供共同擬訂會議代表作為決定給付項目之參考，惟其資料內容所涉研究及醫療專業，若能進一步轉譯成大眾易懂的內容，將大幅增加健保資訊的公開與透明度。

五、自付差額特材資訊之提供:如同美國學者 Dr. Louis Jacques 於主題演講時所言，接受到教育的付費者是最好的購買者，而 HTA 資料，就如汽車的購買指南

一般，可幫民眾分析比較產品，作為選購之參考。我國醫療特材設有民眾自付差額制度，若民眾選擇自付差額特材，則健保給付以外的差價就須自費，因此在「決定哪些特材自付差額」階段，若能藉由醫療科技評估，提供可信任、可理解的療效證據及成本效益評估資料，將有助於決定者進行判斷(即成本效益尚不足以納入健保全額給付，但被列為自付差額的品項，是否比現行健保給付品項更具效益)。另外，藉由網站之資訊公開，可讓社會大眾了解特材特性，臨床上可幫助病人得到較充足的產品資訊，協助病人依個人價值判斷作出選擇。因此，對健保署同意納入自付差額之特殊材料，建議應納入 HTA 主題選單中，以提供各界所需之自付差額特材醫療科技評估資訊。

六、我國 HTA 之 "Budget Impact" 評估模式之建立:我國實施總額預算制度，財務的預估與管控相對重要，因此健保法第 42 條乃明訂「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」，將保險財務列為考量因素。而財務衝擊 (Budget Impact) 亦是醫療科技評估的一部分，可惜此次會議並未將此主題列為重點，不過國際上亦能尋得可供參考之相關資料。為利健保穩健運作，我國宜儘早建立總額支付制度下之財務衝擊評估模式，除單項支付項目之財務衝擊外，總額下如何對眾多給付項目改變進行整體財務評估與監控更形重要，建議健保署可進行相關研究，並邀集醫療服務提供者、保險付費者、產業界等重要關係人，及尋求 CDE 技術協助，以逐漸形成共識，共同建立總額下之財務衝擊評估模式，以利給付項目或給付規定之決定能更順暢及並減少對總額點值之影響。

致謝:本次出國參加 HTAi 年會及 INAHTA 年會，個人要特別感謝財團法人醫藥品查驗中心(CDE) HTA 組蒲若芳組長，經由渠對討論主題的背景講解、經驗分享，及為我對 HTA 的疑問解惑，讓我此行獲益良多。此次也親身感受到財團法人醫藥品查驗中心(CDE)，在參與國際 HTA 事務上為台灣所作的努力，在此也表達尊敬之意。

Values for Patient Involvement in HTA

Relevance
Patients have knowledge, perspectives and experiences that are unique and contribute to essential evidence for HTA.

Fairness
Patients have the same rights to contribute to the HTA process as other stakeholders and have access to processes that enable effective engagement.

Equity
Patient involvement in HTA contributes to equity by seeking to understand the diverse needs of patients with a particular health issue, balanced against the requirements of a health system that seeks to distribute resources fairly among all users.

Legitimacy
Patient involvement facilitates those affected by the HTA recommendations/decision to participate in the HTA; contributing to the transparency, accountability and credibility of the decision-making process.

Capacity building
Patient involvement processes address barriers to involving patients in HTA and build capacity for patients and HTA organizations to work together.

Quality Standards for Patient Involvement in HTA

General HTA process

1. HTA organizations have a strategy that outlines the processes and responsibilities for those working in HTA and serving on HTA committees to effectively involve patients.
2. HTA organizations designate appropriate resources to ensure and support effective patient involvement in HTA.
3. HTA participants (including researchers, staff, HTA reviewers and committee members) receive training about appropriate involvement of patients and consideration of patients' perspectives throughout the HTA process.
4. Patients and patient organizations are given the opportunity to participate in training to empower them so that they can best contribute to HTA.
5. Patient involvement processes in HTA are regularly reflected on and reviewed, taking account of the experiences of all those involved, with the intent to continuously improve them.

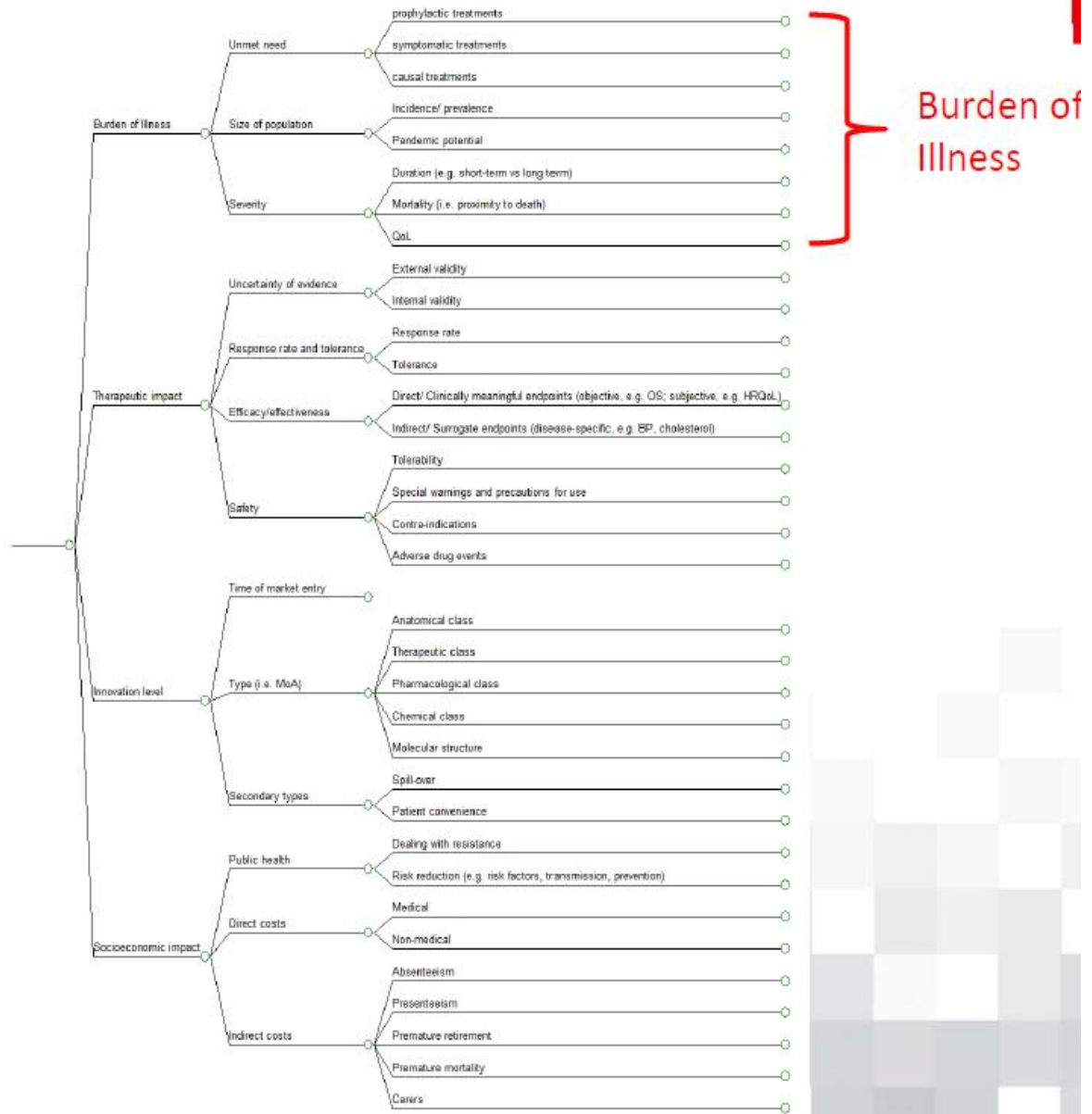
For individual HTAs

6. Proactive communication strategies are used to effectively reach, inform and enable a wide range of patients to participate fully in each HTA.
7. Clear timelines are established for each HTA with advance notice of deadlines to ensure that appropriate input from a wide range of patients can be obtained.
8. For each HTA, HTA organizations identify a staff member whose role is to support patients to contribute effectively to HTA.
9. In each HTA, patients' perspectives and experiences are documented and the influence of patient contributions on conclusions and decisions is reported.
10. Feedback is given to patient organizations who have contributed to an HTA, to share what contributions were most helpful and provide suggestions to assist their future involvement.

For more information, please see the resources available on the HTAi Interest Sub-Group for Patient/Citizen Involvement in HTA at www.htai.org/index.php?id=545

註:本件為攤位展示資料,更多 HTAi Interest Sub-Group 所發展有關病人及公民參與(Patient and Citizen Involvement)之詳細資料如網址:<http://www.htai.org/index.php?id=545>

Value Tree with criteria hierarchies



註:摘自口頭報告簡報如下:

A conceptual and methodological framework for value assessment of medical technologies using MCDA

Aris Angelis and Panos Kanavos
Medical Technology Research Group, LSE Health
HTAI Washington, June 2014

柒、附錄

附錄一、會議資料摘要目錄(Abstract Volume 完整資料詳附電子檔)

**Health Technology Assessment International
2014 - 11th Annual Meeting**

Washington, DC

June 2014

Abstract Volume



Contents

Workshops

WS1	HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment	1
WS2	A Critical Perspective on Quality of Life and Qualitative Studies in Relation to Patients' Experiences in HTA	1
WS3	Capacity Building in Agencies for Efficient and Effective HTA	1
WS4	Analytical Decision Models for HTA: How to Choose a Distribution for My Probabilistic Sensitivity Analysis? Examples from Mental Health Data	2
WS5	Capacity Building for Information Retrieval for Health Technology Assessments (HTA)	2
WS6	Introduction to Ethics in Health Technology Assessment	2
WS7	HTA 102: Introduction to Hospital Based Health Technology Assessment (HB-HTA).....	3
WS8	Evaluating Medical Tests for Coverage Decisions Using the Linked Evidence Approach	3
WS9	Implementing Principles and Quality Standards for Patient Engagement in HTA – a Journey Together	4
WS10	Optimizing Approaches to Finding the Evidence: Making Information Management More Effective, Efficient and Valuable	4
WS12	Measuring Utility for Health Technology Assessment Using EQ-5D and SF-6D Instruments.....	4
WS13	Developing a Systematic Approach to Impact Evaluation of Publicly Funded Systems: Examples from Early Awareness and Alert Systems.....	5
WS14	Maximising the Value of Comparative Effectiveness Research for Patient Care in an Era of Economic Uncertainty - a Tale from Two Continents.....	5

Panels

PN1	A Step Forward: Integrating HTA in a Consistent Ecosystem.....	6
PN2	Adaptive Approaches to Licensing, HTA and Use of Technologies in Health Care Systems, Summary of Proceedings from the HTAI Policy Forum	6
PN3	Decision Rules for Cost-Effectiveness Analysis in Low- and Middle-Income Countries.....	6
PN4	The GRADE/DECIDE Interactive Evidence to Decision (EtD) Framework: a Tool that Can Be Used to Help People Go from HTAs (or Other Evidence Summaries) to Decisions or Recommendations	6
PN5	The Use of Patient Reported Outcomes (PROs) to Assess Treatment Effects in Rare Diseases	7
PN6	How Do Different HTA Approaches Conceptualize and Measure the Components of “value”?	7
PN7	Establishing Early Dialogue between Industry and HTA Agencies: Perspectives of INAHTA Members, NICE and Industry.....	7
PN8	Improving the Quality of Decisions Around the Public Funding of New Health Technologies: the Value of Disease-Specific (Reference) Models	8
PN9	Integrating Ethics in HTA – Methods and Merits	8
PN10	The Value of Patient Involvement in HTA - What are the Means to Reach the Full Potential?	8
PN11	Medical Devices: Are Different HTA Approaches Really Needed?	9
PN12	First Experiences with the EUnetHTA Joint Rapid Relative Effectiveness Assessment; the Zostavax Case	9
PN13	Introducing the Gates Reference Case	9
PN14	Strategies for Moving Evidence into Action by Multiple Stakeholders	10

PN15	Executing a Global Patient-Centered Research Agenda: Lessons Learned from Establishing PCORI.....	10
PN16	Early Dialogue with Stakeholders Crucial for Enhancing the Implementation of Innovations. Current Experiences and Future Developments from the Perspective of Early Awareness and Alert Systems.....	10
PN17	Coverage with Evidence Development: UK and US Approaches.....	11
PN18	Nice & Value Based Assessment; Impact on Transferability, Predictability and Utility.....	11
PN19	MCDA Across the Decision-Making Continuum: Feedback and Reflection from the Field.....	11
PN20	Scoping as a Means to Systematically Involve Patients and Public in Health Technology Assessment (HTA).....	11
PN21	Horizon Scanning: Likely to Stifle or Enhance Adoption of Innovations in Health Care?.....	12
PN22	Innovation and HTA: Paying for Value.... and for Uncertainty?.....	12
PN23	Challenges in Transferring HTAs from Setting to Setting.....	12
PN24	Don't Forget About Ethics! Context-Specific Approaches to Ethical Analysis in Health Technology Assessments.....	13
PN25	Coverage with Evidence Development (CED) for Non-Drug Interventions - Promises and Truths.....	13
PN26	Developing Relative Effectiveness Estimates for Medicines in Development: a Shared Framework Based on Collaboration Across Stakeholders. Insights from the IMI GetReal Consortium.....	13
PN27	A New Reality for New Technologies Assessed by HTA Bodies and Implication for Patient Access: Presentation of the Case of Renal Denervation Therapy.....	14
PN28	"Same, Same But Different!": HTA in and for Hospitals.....	14
NP29	Accessing Unpublished Evidence – Issues Around Trials Registers and Regulatory Agency Data.....	14
PN30	Optimizing Treatment Sequence and Priority Decisions in Oncology: Developing Methodologic Guidance for Improved Outcomes and Resource Efficiency.....	
PN31	Using HTA in China: From Strengthening Patient-centered Care to Enhancing Health System Performance.....	14
PN32	Quality Standards for Patient Involvement in HTA.....	15
SY1	Is HTA for Oncology Medicines Working (Well Enough)? How Can it Be Improved?.....	15

Oral Presentations

OR1	Economic Considerations of Selected Interventions.....	16
OR2	Systematic Reviews of Selective Interventions.....	18
OR3	Application of HTA Around The World.....	19
OR4	Hospital-Based HTA.....	21
OR5	Improving Treatment Options.....	23
OR6	Process of HTA - Experiences From Different Countries.....	25
OR7	How To Improve Resource Allocation.....	26
OR8	Patients-Centred Care.....	28
OR9	Access To Medicines.....	30
OR10	Patient Preferences and Outcomes.....	32
OR11	Involving The Public and Patients in HTA 1.....	34
OR12	Involving The Public and Patients in HTA 2.....	36
OR13	Systematic Reviews of Selected Interventions.....	38
OR14	Producing and Using HTA.....	40
OR15	Methodological Consideration in HTA.....	42

OR16	Hospital-based HTA	44
OR17	Disinvestment	46
OR18	HTA of Medical Devices	47
OR19	Economic Analysis of Selected Interventions.....	49
OR20	Evaluation of Selected Interventions.....	51
OR21	Rare Diseases	53
OR22	Improving HTA Methods	55
OR23	Development of Guidance	57
OR24	Impact On Health Care Systems	59
OR25	(Diverse Perspectives On) Systematic Review	61
OR26	Valuing Health: Past, Present, and Future.....	62
OR27	Best Practices To Optimize Resource Allocation	64
OR28	Assessing Quality of Life and Implications For Patient Care	66
OR29	Patient-Centered Care 2.....	68
OR30	Evaluating Treatment Options (Of Selected Conditions)	70
OR31	HTA Best Practices	72
OR32	Special Topics in HTA.....	74
OR33	Doing More With Less: Decision-Making With Imperfect Information	76
OR34	Varying Uses of HTA.....	78
OR35	Interesting Innoculations: Vaccines and Preventive Health Topics	80
OR36	Treatment Algorithms and Protocols.....	82
OR37	Economic Evaluations of Cardiovascular Therapies	83
OR38	Special Topics in Oncology	85
OR39	Around The World: Regional Insights	87
OR40	Checks and Balances: Implications of HTA on Innovation	88
OR41	Economic Considerations of Metabolic Syndromes.....	90
OR42	Hospital-Based HTA 2	92
OR43	Unique Perspectives On HTA	94
OR44	Crossing Borders: Transferability of Economic Evaluations	96
OR45	Discussions On Expedited Review	98
OR46	HTA Guidelines and Best Practices	100
OR47	(De)Constructing Models: Sources and Assumptions	102
OR48	Research Tools and Protocols.....	104
OR49	Evidence-Based Decision Research	106
OR50	Real-World Insights From Brazil.....	108

Poster Presentations

Posters	110
---------------	-----

附錄二、研討會相關照片



