

全民健保藥價議題說明

中央健康保險局

1

大 綱

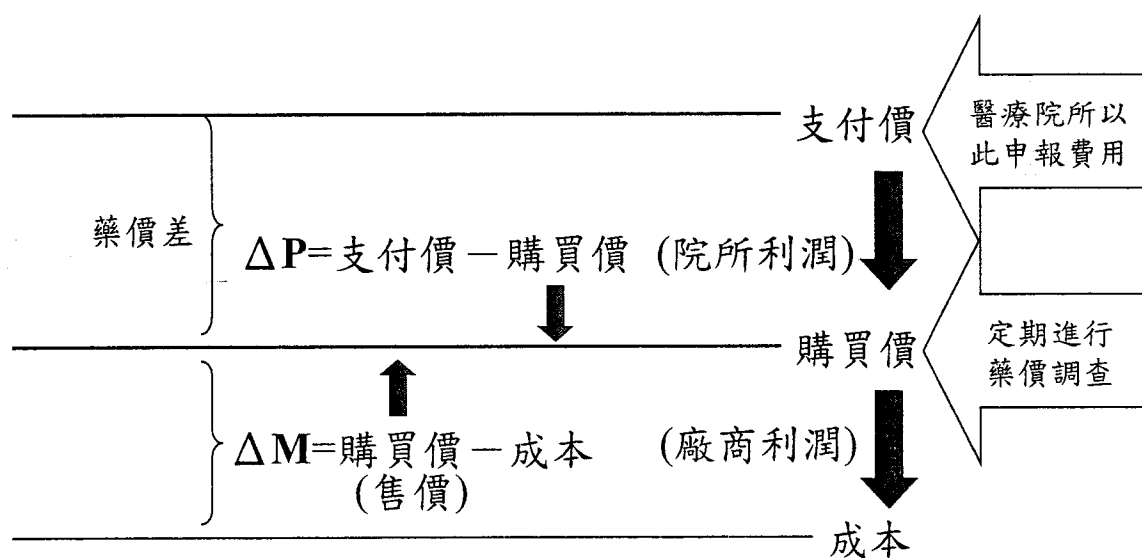
- 全民健保藥品支付制度
- 二代健保法草案
 - 擴大民眾參與
 - 醫療科技評估
 - 同成分同品質同價格
 - 差額負擔
 - 定型化契約
 - 藥費支出目標

全民健保藥品支付原則

- 正面表列
- 同一廠牌藥品同一支付價格
- 醫療院所自行議價及採購。
- 論量計酬為主，部分採日劑藥費及DRGs支付

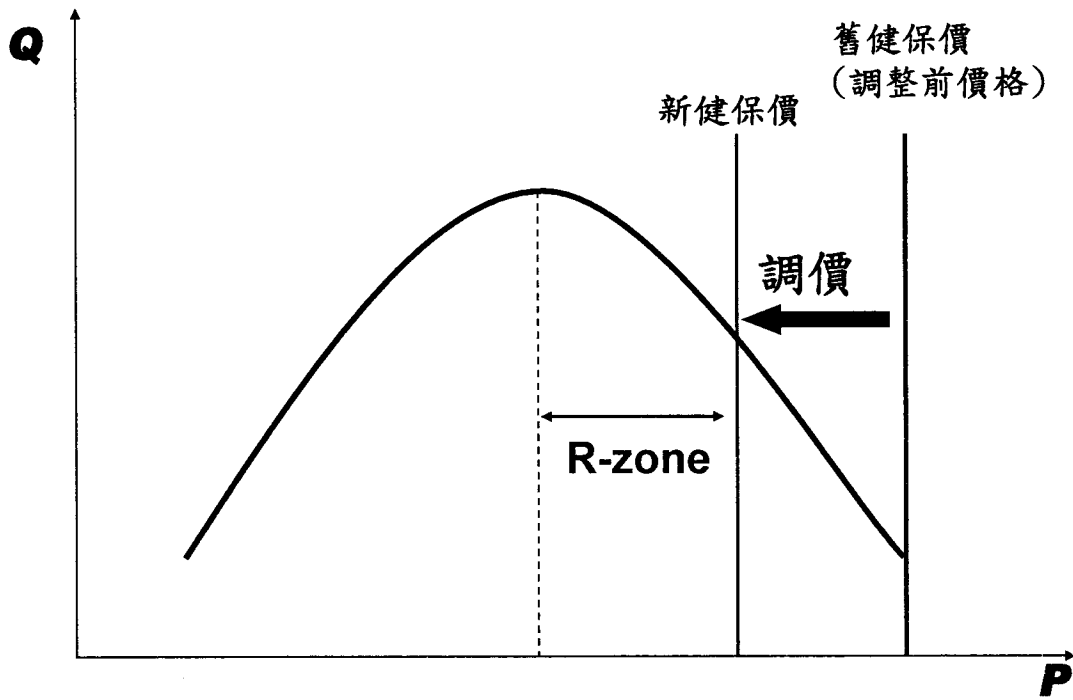
3

健保藥品支付制度設計



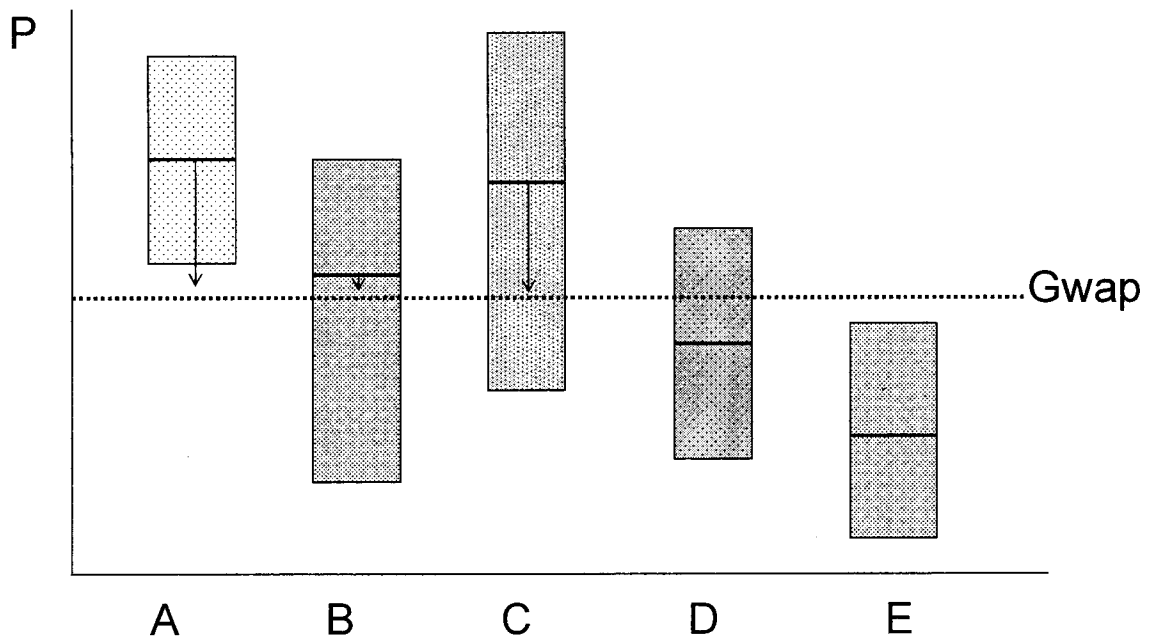
4

藥價調查機制



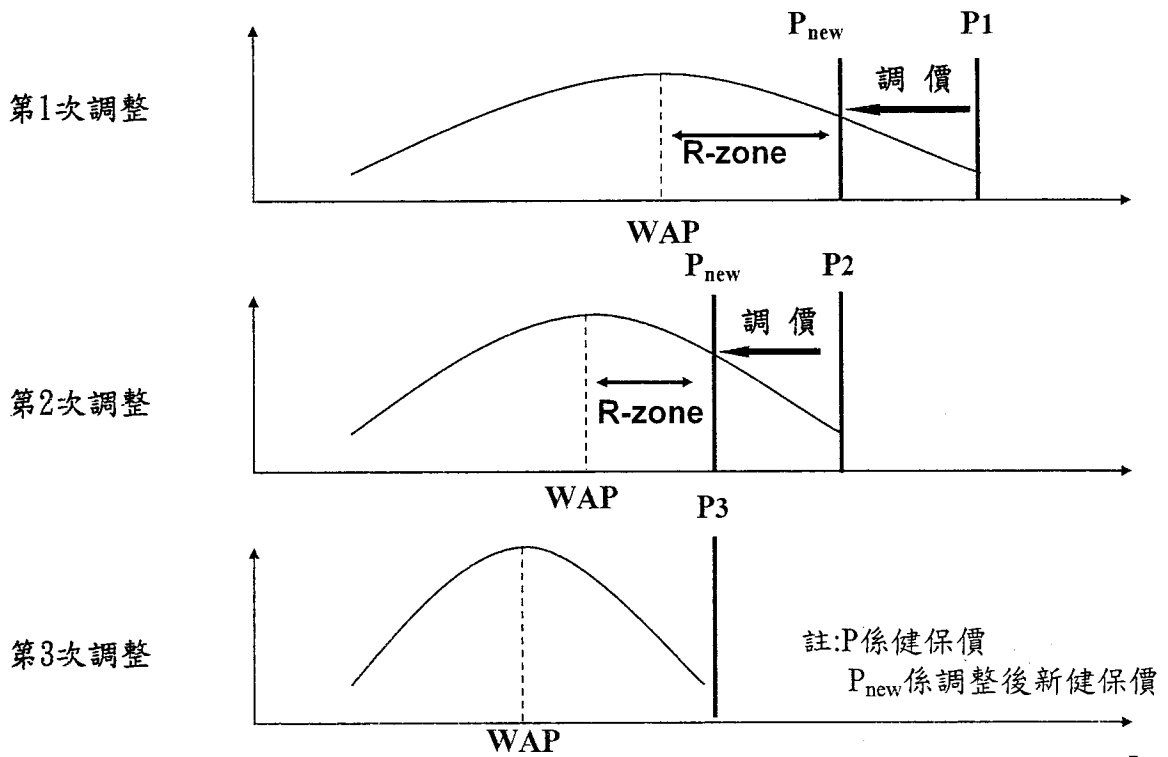
5

同類同組調價 (Grouping)



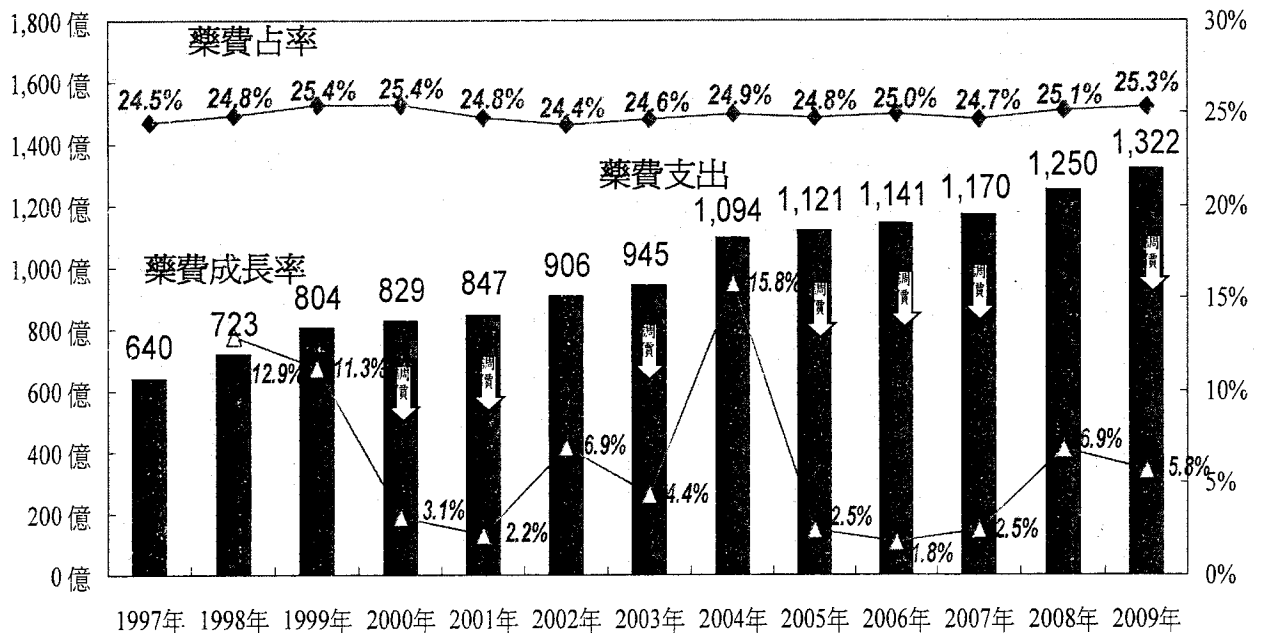
6

多次調查



7

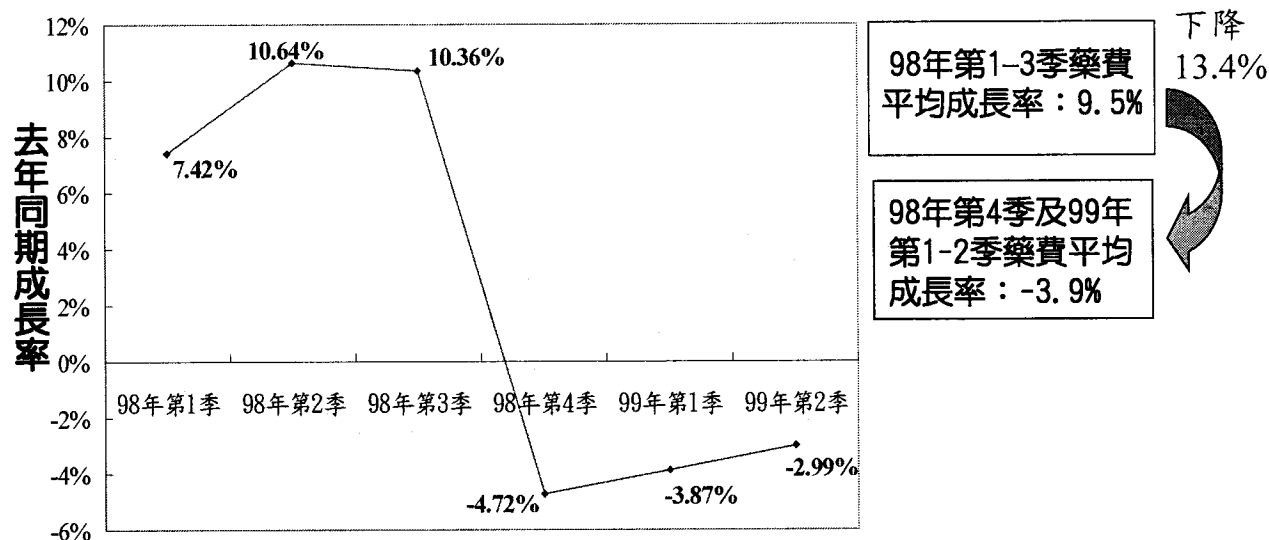
藥費成長趨勢



整體而言，歷年藥費占率皆能維持於25%。

8

98年第4季至99年第2季 之藥費成長趨勢



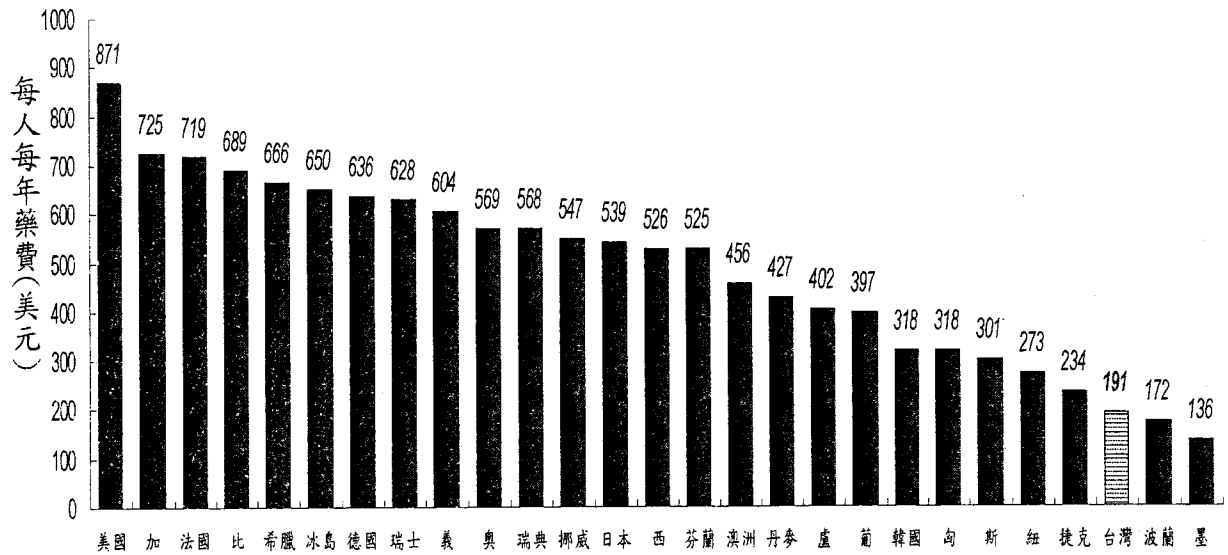
藥費成長因素分析

	96年藥費		97年藥費		98年藥費		成長貢獻度	
	(百萬)	(佔率%)	(百萬)	(佔率%)	(百萬)	(佔率%)	(97/96)	(98/97)
重大傷病	29,318	25.1	33,012	26.4	35,408	26.8	45.4%	33.6%
門診慢性病	57,355	49.0	61,968	49.5	65,576	49.6	56.7%	50.6%
其他	30,305	25.9	30,130	24.1	31,255	23.6	-2.2%	15.8%
合計	116,978	100	125,110	100	132,239	100	100%	100%

1. 資料來源：二代倉儲資料。
2. 重大傷病：門住診申報案件中，部分負擔代碼001者。
3. 門診慢性病案件：案件分類04, 05, 06, 08, 24, 28以及給開天數14天以上者
4. 成長貢獻度 = (當年之藥費 - 基期年之藥費) / (當年全年藥費 - 基期年全年藥費)

我國藥費支出較國際趨勢低

(2007年每人每年門診藥費比較)

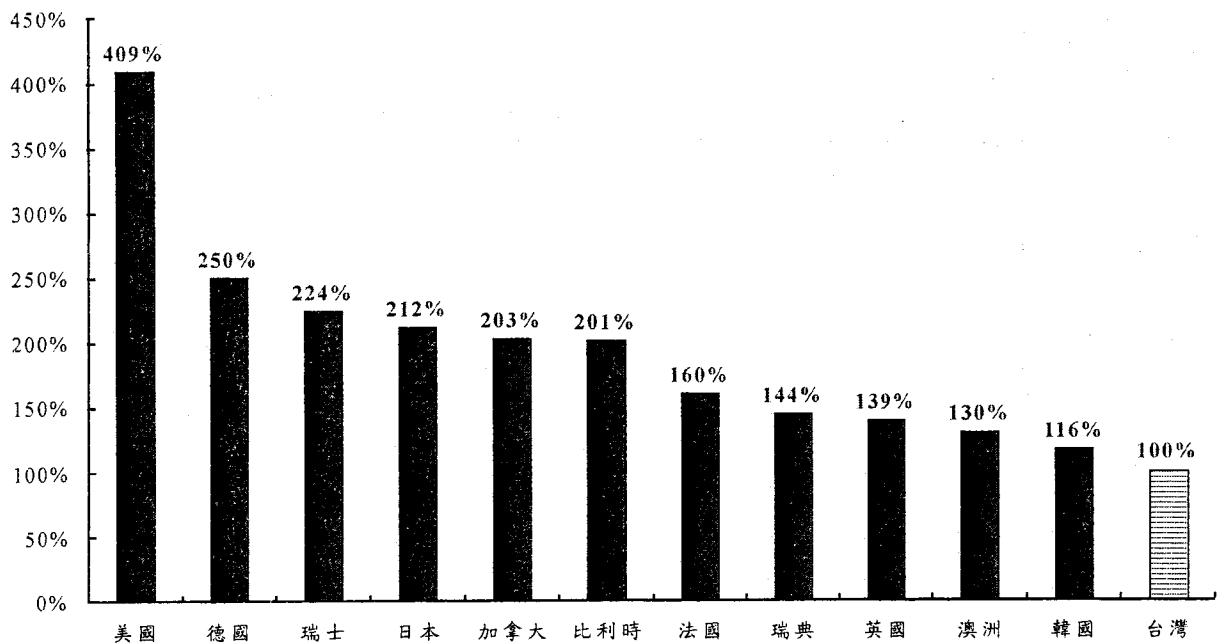


藥費指處方藥及成藥藥費(台灣含中藥及指示用藥)

資料來源：1.OECD Health Data 2009
2.衛生署統計室(Taiwan)

我國藥品價格較各國便宜

(健保使用量前20名原廠藥品與國際藥價比較)



藥價調降的效益

- 藥價調降減緩藥費成長，並使得我國健保藥價平均較各國便宜許多，藥費支出亦較國際趨勢低。
- 定期藥價調降，除可減緩國內因人口老化迅速、平均餘命增加，致慢性病及重大傷病藥費增加之壓力外，還可用來增加新藥新科技之給付、放寬藥品給付規定及提升民眾用藥品質等。

13

二代健保法修正草案

(藥物相關議題)

14

修法重點 (1) - 藥物收載科學化、 公開化，並擴大參與

現有條文	修法條文
<p>第五十一條</p> <p>醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。</p>	<p>第四十一條(原第三十九條).....</p> <p>藥物給付項目及支付標準，由<u>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</u>等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。</p>
<p>第五十一條(第二項)</p> <p>前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。</p>	<p>第四十二條(原第四十條)</p> <p>前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，<u>保險人得先辦理醫療科技評估</u>，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。</p>

15

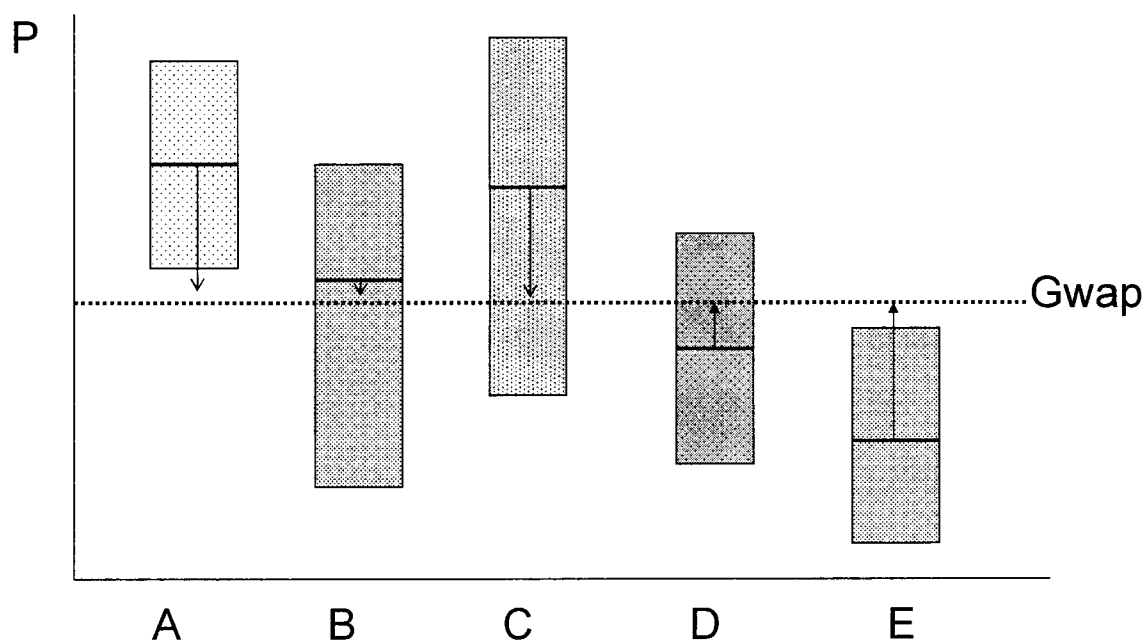
- 配合第41條辦理『藥物給付項目及支付標準』之擬訂程序
 - 擬訂「藥物給付項目及支付標準擬訂協議會（暫訂）」設置辦法、明定程序及協議會組成。
 - 「藥事小組會議」定期召開，並將轉型為內部諮詢單位，該會議之建議結果將提上述協議會討論。
- 配合第42條辦理『醫療科技評估』之相關事宜
 - 擬訂辦理醫療科技評估之程序。

修法重點 (2) - 同類別藥物單一價格及差額負擔

- 第四十五條：（原第四十三條）
 - 本保險給付之藥物，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同品質、同有效成分及同療效之藥品或同功能類別之特材，保險人得支付同一價格。
 - 得選用保險人定有給付上限之藥物，並自付其差額。
 - 但同有效成分之藥品已屬本保險給付項目時，不得為實施差額負擔之藥品品項。

17

同成分同品質同價格



18

為何要同一價格？

- 1、在現行健保依「個別廠牌」訂價制度下，產生同成分的藥品，藥價不同的現象。
- 2、同成分同品質同一藥價，可以使廠商在公平基礎上競爭。
- 3、行政院衛生署97年12月31日辦理之「藥品政策全國會議」結論及98年9月22日修訂之「全民健康保險藥價基準」：規格相同時，同成分、同品質之藥品，採同價格之核價方式。

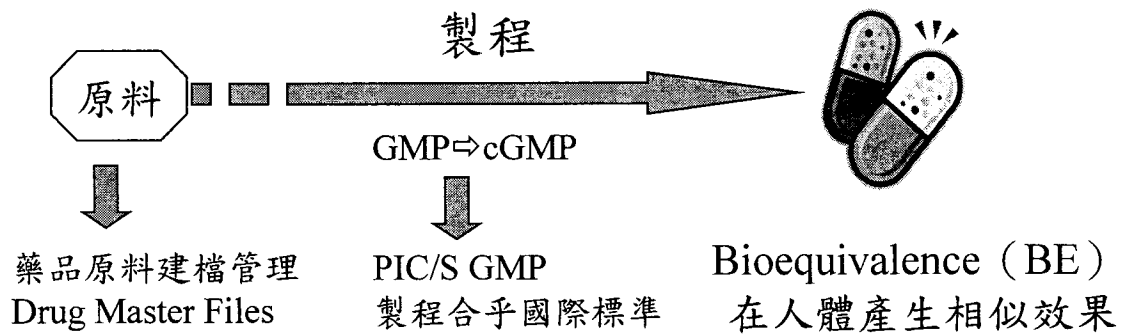
19

為何要差額負擔？

- 1、對於療效略佳但價格昂貴之藥物，成本效益不符比例，難予納入給付。故現行制度下，民眾若要選擇使用該類藥品，必須全額自費。
- 2、基於給付公平性及民眾選擇多樣化之需求，差額負擔應運而生。即健保對類似藥物給付相同金額，若民眾選擇較貴之藥物，超過健保支付價格部份，由民眾負擔該差額。

20

如何確認藥品品質？



21

以「實際交易價＋管理費＋獎勵金」 是否較佳？

以實際交易價支付，其實不利於藥費管控，且可能衍生不公平之爭議

- 因採取購買價加成制，醫院議價動機減少，會使醫事機構購買高價藥，以取得更高加計費用，使藥價及整體藥費支出居高不下。
- 衍生病患在不同期間或不同醫院的藥品部分負擔差異問題，這樣的負擔差異的制度與強調公平的健保制度相互矛盾。
- 健保收載之藥品約1萬7千多項，為確實掌握每天變動的實際採購價格，將衍生龐大的作業成本負擔。

22

專利藥比照國際中位數，學名藥以原廠藥的85%支付？

- 目前對於「突破性新藥」已給予國際中位價，且有專利的藥物並非一定是具顯著療效之突破性新藥，若對「有專利」之藥品均給國際中位價，價格可能偏高。
- 健保現行於學名藥第一次核價時，即參考原廠藥價之80%-90%核價，之後再依市場交易價格進行調價，倘學名藥之價格固定在原廠之85%，並不合理，應隨市場交易狀況浮動為宜。

23

修法重點（3）- 定型化契約

- 第七十六條：（原第七十一條）
為維護藥品市場競爭秩序，建立公平、合理及透明之交易環境
 - 醫事服務機構申報之藥品費用超過主管機關公告之金額者，應與藥商簽訂藥品交易之書面契約。
 - 罕見疾病用藥採購或有主管機關公告之特殊情事除外。
 - 由衛生主管機關會同公平交易委員會訂定契約之範本、應記載、不得記載事項。

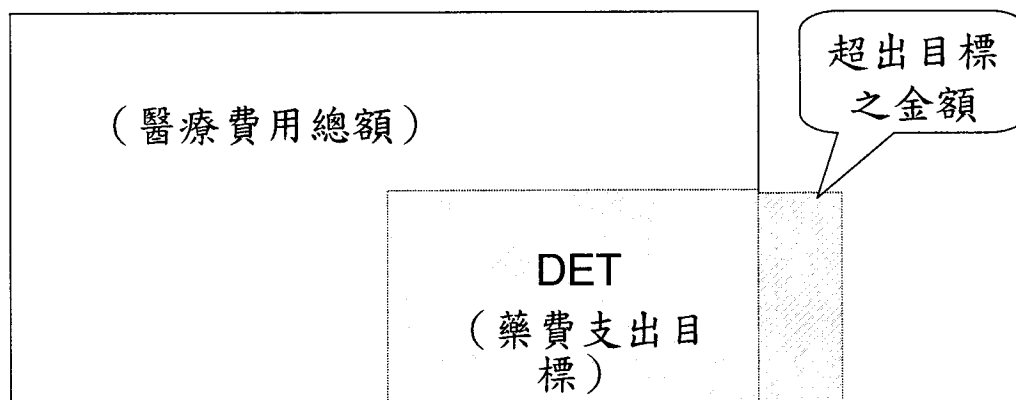
24

修法重點 (4) - 藥費支出目標

現有條文	修法條文
<p>第四十九條 前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。</p>	<p>第六十一條(原第五十八條) 前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。</p>
<p>第五十條 門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。</p>	<p>第六十二條(原第五十九條) 門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額<u>支出目標</u>時，超出<u>支出目標之額度</u>，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分之一定比率應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並依<u>支出目標</u>調整核付各保險醫事服務機構之費用。</p>

25

醫療費用總額與藥費支出目標



為何實施藥費支出目標？

1、可確保藥費支出在一定範圍。

2、減少醫院增加用藥之誘因。

(目前醫療費用總額中，藥品以一點一元計算)

3、建立每年藥價調降機制。

4、建立藥品支出與藥價調降之關連。

全民有健保 看病沒煩惱

健保用心 讓您安心

