

藥品費用支出目標實施方案
(草案)

中央健康保險局

99.2.5

		醫	院
中		透	A
		析	
牙			B
		基	層
		其它及	專款 C

藥費總額目標制應協商之事項

- 一、要包括的範圍？（牙、醫院、基層、透析、專款）
- 二、一個或多個藥費總額？
- 三、總額如何決定？
- 四、一定比例是多少？（如果藥費總額只有一個，則如何從不同總額中一定比例扣除）
- 五、一定比例之外的超額藥費，當年度如何支應？
- 六、一定比例之外的超額藥費，下年度如何調整？
- 七、由誰管理？

藥費支出目標之實施範圍

- 醫院及西醫基層總額部門(不含門診透析)。
 - 📖 分別由醫院總額部門及西醫基層總額部門管理。
- 中醫、牙醫及其他總額不實施。



藥費超出支出目標之處理原則-1

- 醫院、西醫基層之藥費支出目標分開實施。
- 超出支出目標部分：
 - 📖 將醫院、西醫基層總額合併計算，作為藥價調整之金額



藥費超出支出目標之處理原則-2

● 甲案：

📖 超出部分自醫療給付費用總額中全數扣除。

📖 超出的部分並於次年度調降藥價基準。

● 乙案：

📖 超出部分，一定比例自醫療給付費用總額中扣除，
一定比例折付藥費。

📖 超出的部分並於次年度調降藥價基準。



中央健康保險局

藥費支出目標之訂定方式

● 藥費支出目標 = 基期值 × (1 + 成長率%)

● 基期值及成長率：

📖 基期值：前年度實際核付金額

📖 成長率考量因素：人口成長及人口結構改變

● 支出目標三種表達方式：

(1) 年成長率。

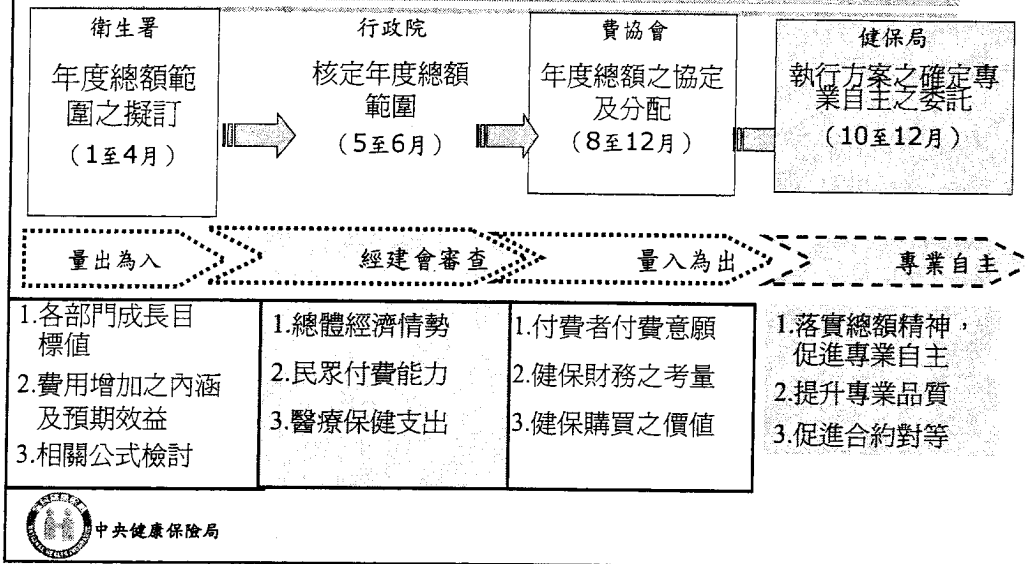
(2) 當年申報費用占率。

(3) 當年藥費目標值。



中央健康保險局

年度總額預算協定之程序及方向



全民健康保險藥品費用支出目標實施方案(草案)

98.11.26

壹、依據

全民健康保險法第 49 條及第 50 條。

貳、目的

- 一、 作為啟動藥價自動調整機制，增進藥價調整透明化及可預測性。
- 二、 提供醫界及藥界共同節制藥費之誘因。

參、藥品費用支出目標實施方案：

一、 藥品費用支出目標之實施範圍

(一)實施總額部門：醫院及西醫基層總額部門(不含門診透析)，中醫、牙醫及其他總額不實施。

(二)藥費之含括範圍：

- 1、 醫院總額：醫院總額部門之藥費，由醫院總額部門管理。
- 2、 西醫基層總額：西醫基層總額之藥費，由西醫基層總額部門管理。

(三)依健保法規定，藥品費用總額採「支出目標制」。

二、 藥品費用超出支出目標之處理原則

醫院及西醫基層之藥費支出目標分開實施，藥價調整所計算之超出支出目標部分，係將醫院及西醫基層總額合併計算。

◎甲案：(超出部分自醫療給付費用總額中全數扣除)

(一)經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季藥費超出當季預算來源時，自當季之醫療給付費用總額中全數扣除；當年第四季預算若有結餘則可流用至該醫療給付費用總額中，流用之額度不得高於當年藥費支出目標，倘當年實際藥費支出低於當年藥費支出目標，則流用之額度不得超出當年實際藥費支出。

(二)當年藥費超出當年預先設定之預算支出目標時，超出的部分於次年度調降藥價基準。

◎乙案：(超出部分，一定比例自醫療給付費用總額中扣除，一定比例折付藥費)

(一)經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季藥費超出當季預算來源時，一定比例自當季之醫療給付費用總額中扣除，一定比例折付當季藥費；當年第四季預算若有結餘則可流用至該醫療給付費用總額中，流用之額度不得高於當年藥費支出目標，倘當年實際藥費支出低於當年藥費支出目標，則流用之額度不得超出當年實際藥費支出。

(二)當年藥費超出當年預先設定之預算支出目標時，超出的部分於次年度調降藥價基準。

三、藥品費用支出目標之訂定方式

(一)藥品費用支出目標計算公式：

$$\text{藥品費用支出目標} = \text{基期值} \times (1 + \text{成長率}\%)$$

(二)基期值及成長率：

基期值：前年度實際核付金額

成長率考量因素：人口成長及人口結構改變

肆、藥價調整啟動原則：

(一)藥價調整生效時間須配合年度總額時程，須於次年度1月1日實施，惟當年實際藥費無法於年度結算前得知，故須先採預估值，做為次年度是否調整藥價基準及其調幅之依據；俟當年總額結算後，再重新依實際值計算差額，併於次次年度藥價基準調整。

(二)預估當年藥費 = $(1 + \text{當年上半年藥費成長率}\%) \times \text{去年藥費}$

(三)藥價調整之調幅：超過醫院藥費支出目標及西醫基層支出目標之額度合計做為藥價調降之幅度。

第 7 次藥價調整研擬修正之重點

- 一、依藥價基準規定，規格相同時，同成分、同品質之藥品，採同價格之核價方式。
- 二、依符合製劑之原料藥具備 DMF、劑型製程符合 PIC/S GMP、或通過 EMEA / FDA 核准上市及便民藥品包裝之品質條件予以 Grouping。

健保暫不漲 速推二代修法

馬：政策未成熟即不應公布

【記者邱燕玲、王昶閔、曾鴻儒／綜合報導】原本馬政府打算調漲健保費，但經行政院黨五人小組定調，已確定暫時不會調漲，馬英九總統並指示相關政策未成熟前，不應對外發布。

會後，立法院長王金平受訪表示，五人小組中有談到調漲健保費一事，但認為調漲的時間「還要再研究」。

據了解，行政院長吳敦義昨天上午約見衛生署長楊志良、健保局長鄭守夏，吳揆要求健保調漲費案在未成熟之前，不應對外公布，吳揆也在五人小組會議中做上述說明。

健保費調整沒有時間表

吳敦義要求衛生署應儘速推動二代健保（以家戶綜合所得為費基）或一·五二代（以個人綜合所得為費基）修法，並重申調整健保費無時間表，若有必要調整，也應以對一半以上人口不漲保費為原則。

鄭守夏轉述，吳揆對二代健保修法沒有推動「有一點不滿意」，要衛生署更努力，他們向吳揆解釋，二代健保修法幾乎要翻修所有條文，工程浩大，或許過去努力不夠，未來將列為優先法案。

不排除改推單一費率

此外，日前衛生署長楊志良提出的差別費率調整保費方案，遭批評有違法爭議並不符合公平正義原則，鄭守夏表示，現已送交行政院法規會審議中，若法規

會認定違法，不排除改推單一費率。

鄭守夏表示，目前健保財務缺口約六百億，但現金調度捉襟見肘，銀行融資周轉金在去年底一度達到一千三百億的歷史高峰，付出的利息費用相當可觀，他不敢說健保一定會倒，但財務確實已岌岌可危。

鄭守夏表示，目前健保費調整方案有很多版本，正由健保局努力精算中，「與其算得伏，寧可算得對。」但主要版本何時會送到行政院，他也不確定。

半數以上人口不漲為原則

吳敦義昨晚出席中華郵政工會成立六十週年慶祝會也重申，他認為健保費調整案不夠周延，已要求衛生署提出更好、更完整的方案。

吳敦義並要求衛生署應注意三個方向，第一，要先檢討目前健保制度是否健全，例如藥價黑洞問題如何解決，及高齡人口增加導致醫療需求提升的問題如何處理等，而不管二代健保或一·五二代健保，都要達到繳費公平目標。

第二，健保收支狀況如果真的要調整，須先瞭解整體經濟狀況，高所得的民眾負擔多一點，其實是公平的，不能讓佔了全民半數、所得尚未提升的民眾負擔增加，未來計算投保薪資，則應考慮實際所得。

第三，考量有許多民眾所得並不算高，政府需做好配套，未來包括公共衛生、健保宣導與對長壽民眾的照護，政府都應承擔起部分責任，不能一味由民眾來負擔。

日 期	版 別	聯合報	中國時報	自由時報	V 蘋果日報	中華日報	新生報
99.02.02	第 A7 版	人間福報	青年日報	台灣時報	民眾日報	工商時報	經濟日報

吳揆喊卡 健保春節前不漲

約見楊志良 「政策未成熟前不應公布」

【徐珮君、羅暉智、沈能元／台北報導】衛生署長楊志良日前宣布將調整全民健保費率，不過，楊昨向行政院長吳敦義報告此方案後遭到駁回。吳揆認為，楊提出的報告案「不是那麼周延」，要求審慎考量再提出更好、更合理的方案提報到行政院，吳揆強調：「健保費率是調整非調漲，也沒時間表。」

另據與會者轉述，吳揆昨在府院黨五人小組裡說，昨約見楊志良時，一要求健保調漲案在未成熟前不應對外公布。一與會者也說，五人小組定調，確定健保費的調整時間還要再研議，但春節前應不會調漲。

要求先改善藥價黑洞

楊志良一月二十八日表示，若各方溝通順利，不排除春節前就調整健保費。此話一出引發爭議，隔天楊被詢及春節前是否調漲時改口說，今年一定會調整健保費率，至於是否趕在春節之前實施？他回說：「不敢保證。」

吳揆昨表示，楊志良一周前向他報告健保費率調整案，昨早又擬定方案再度報告，他指示：一、健保是否力行各項健全工作，包括改善藥價黑洞等問題後才能調整；二、目前景氣仍未真正好轉，至少要讓一半以上低所得民眾，不因健保調整增加支出。

吳揆也要求衛生署不應一直將健保費由薪資所得者負擔，例如老人車票半價政策，就是由政府吸收。楊志良昨向吳揆報告後表示，健保調整時間與確定方案現都尚未明確，吳揆指示衛生署應積極推動一點五代或二代健保修法，健保費率調整也應深入研議。

蘋果日報



■吳揆昨駁回衛生署長楊志良(小圖)提出的健保費調整案，健保費暫時不漲。潘志偉攝

全民健康保險法

第五章 醫療費用支付

第 49 條 (醫療費用協定委員會之組成及任務(二))

醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。

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。藥品及計價藥材依成本給付。

第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。

第 50 條 (總額支付制度之支付基準及費用核付方式)

保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。

保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。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。

前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

第 51 條 (醫療費用支付基準之訂定程序)

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。

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。

全民健康保險法施行細則

第 67-1 條 本法第四十九條第三項所稱藥品及計價藥材之成本，係指保險醫事服務機構取得同類藥品及計價藥材之市場平均價格；其核算，依本法第五十一條有關藥價基準及醫療費用支付標準之規定辦理。