

「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案 執行成果專案報告

衛生福利部中央健康保險署
105年6月24日

報告綱要

- 試辦藥品支出目標制（DET）之起源
- 執行內容
- 執行成效
- 結果分析

試辦藥品支出目標制（DET）之起源

外界對兩年一次藥價調整的聲音

- 調降得不夠
- 調降太多
- 調降金額無法預測
- 調整間隔太長

全民健康保險法規定

一代健保法條文	二代健保法條文
<p>第四十九條(第三項) 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(第三項) 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(第三項) 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(第四項) 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，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時超出目標之額度，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，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。</p>

試辦藥品支出目標制(DET)之背景

- 101年9月5日原衛生署交議費協會(現為健保會)協定102年藥品費用總額支出目標制。
- 費協會於101年經過10月12日、11月9日及12月14日三次委員會會議討論，因該會委員對於藥費支出目標制尚有諸多疑慮，並未獲共識。
- 為落實健保整體藥費之管控策略，提升藥價調整制度之透明度與可預期性，原衛生署(現為衛福部)將藥費總額支出目標制之試辦列為政策目標之一
 - 於102.1.25核定DET自102年起，試辦二年。
 - 於104.6.18核定DET自104年起，續行試辦二年。

藥品費用分配比率目標制實施目的

- (1) 配合年度總額之協定與分配，訂定藥品支出目標值，落實醫療資源合理分配。
- (2) 超出藥品支出目標值時，自動啟動藥價調整機制，使藥價調整之額度具有可預測性，減少對醫藥界之衝擊。
- (3) 適時監控藥費成長，落實藥品費用之管理。

實施藥費支出目標制之後，對於保險對象就醫時，醫療院所仍依目前相關規定，提供醫療服務，藥品給付情形與現行作法相同。

DET之執行內容

目標額度之訂定方式

$$\text{目標額度} = \text{基期值} \times (1 + \text{成長率}\%)$$

- 基期值：
 - 第一年採前一年度藥費核付金額，第二年^起，採前一年之藥費目標值作為基期(不含中醫門診總額)
- 成長率：
 - 當年度與前一年所核定總額比較之成長率(不含中醫門診總額)

※ 實施範圍：包括醫院、西醫基層、牙醫及其他等總額，不含中醫總額。

超出目標額度之處理原則

- 藥品費用 核付 金額超出前一年預先設定當年之目標時
 - 一 由當年「醫療給付費用總額」支應
 - 一 於次年度 調整藥物給付項目及支付標準

※ 當年度藥費之結算，與現行醫療給付費用總額之作法一致。

配套措施：藥量之管控（1）

- 持續推動以病人為中心之整合性照護，減少看診次數及整合病人用藥情形
 - ✓ 104年與103年相較，院內及合併院外就醫資料，平均每人每月就醫次數及三高用藥日數重複率均呈負成長
- 加強門診高利用保險對象之就醫輔導，並推動高診次保險對象藥事照護
 - ✓ 全年門診就醫次數 ≥ 90 次者，104年與去年相比，平均就醫次數下降20%。

配套措施：藥量之管控（2）

- 利用檔案分析，對於偏離醫療常規的處方用藥加以管控，超過指標上限值部分，不予支付
 - ✓ 自95年至101年所施行與藥品用藥型態及用量相關之不予支付指標共有17項
 - ✓ 102年新增對重複處方三高用藥之不予支付指標
- 辦理門診處方用藥品項數之監控，每張處方超過8項藥品及每張處方平均藥品項目大於5項者，加強審查
 - ✓ 104年管控後，每張處方平均用藥品項數大於5項之院所家數已減少15%；單一處方超過8項之案件數，管控後亦已減少約41%。

配套措施：藥量之管控（3）

- 建構「健保雲端藥歷系統」，整合病患用藥情形，並實施同院門診重複用藥核扣方案，提升民眾用藥品質及安全
 - ✓ 被查詢病患之每張處方平均藥品項數及每人平均藥費均有下降
 - ✓ 被查詢病患之跨院所用藥重複率，六大類門診用藥（降血壓、降血脂、降血糖、思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑）呈現下降

配套措施：藥量之管控（4）

- 104年藥歷查詢病人藥品平均品項數及每人平均藥費統計

統計項目	去年同期(103年)		當期(104年)		
	藥品平均品項數	每人平均藥費	病人數	藥品平均品項數	每人平均藥費
全國					
104Q1	3.37	2,995	6,999,868	3.19	2,248
104Q2	3.25	2,742	9,562,869	3.09	1,960
104Q3	3.19	2,787	10,450,635	3.04	2,024
104Q4	3.23	2,709	11,538,139	3.09	2,034

配套措施：藥量之管控（5）

- 104年藥歷查詢病人六類藥品用藥日數重疊率統計

統計項目	103全年	104全年	
	用藥日數重疊率	病人數	用藥日數重疊率
全國			
門診高血壓用藥	1.30%	2,455,568	0.88%
門診高血脂用藥	0.96%	1,238,954	0.62%
門診糖尿病用藥	1.12%	1,096,454	0.71%
門診思覺失調症用藥	1.95%	330,469	1.18%
門診抗憂鬱症用藥	1.39%	214,320	0.87%
門診安眠鎮靜用藥	3.66%	783,653	2.71%

試辦藥品費用支出目標(DET)

制度下之藥價調整

項目	102年	103年	104年	105年
DET成長率	4.528%	3.309%	3.481%	4.950%
目標值(億元)	1,380.0	1,425.6	1,475.2	1,548.2
核付金額(億元)	1,436.7	1,507.7	1,507.0	-
超出額度(億元) 藥價調整(億元)	56.7	82.1	31.8	-
新藥價生效	103.5.1 103.7.1	104.4.1	105.4.1	-
調幅	3.9%	5.3%	2.1%	-

全民健康保險法規定-藥價調整

■ 健保法第46條：

- 保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；藥品逾專利期第一年起開始調降，於五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。
- 前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。

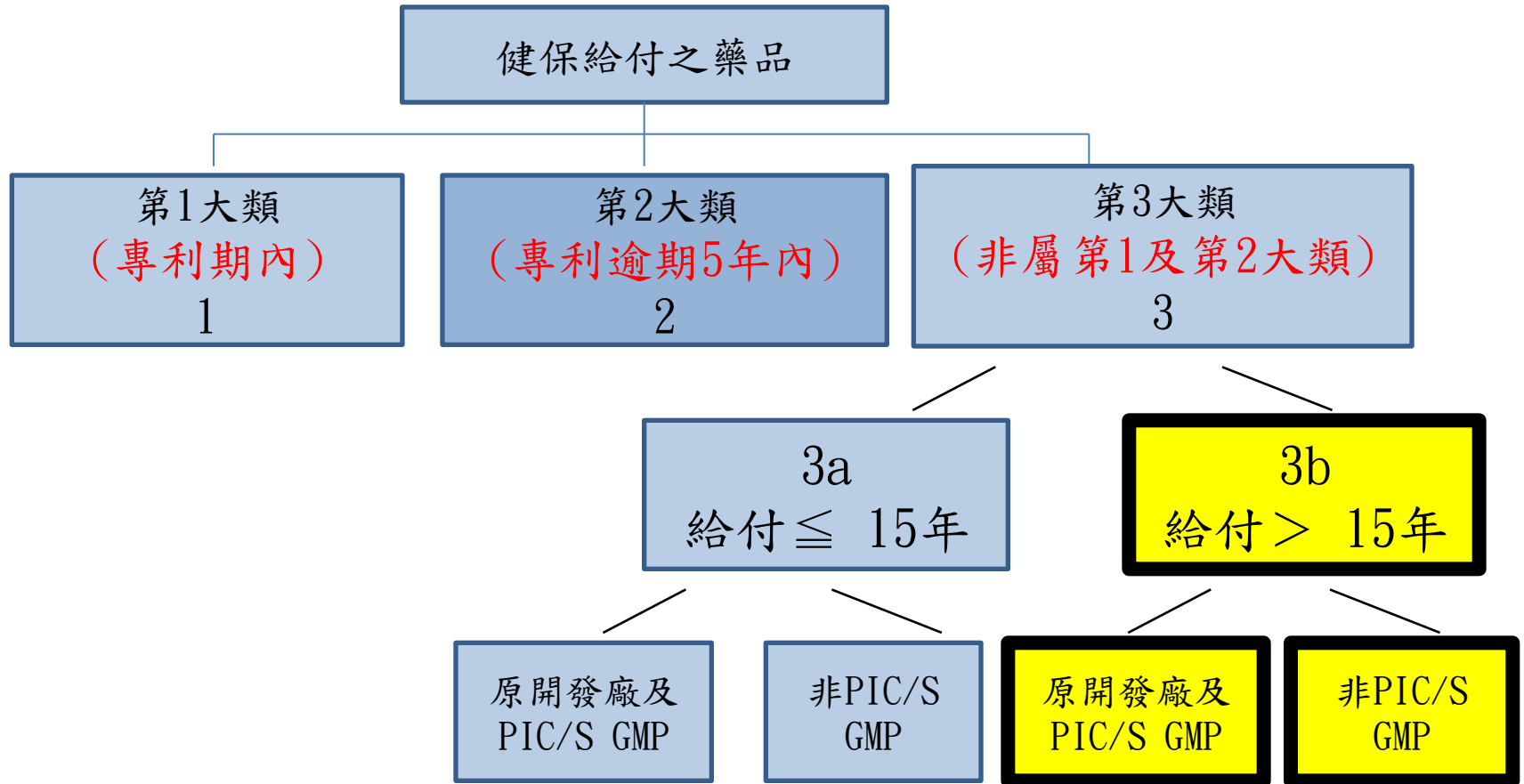
■ 衛生福利部於102.10.2發布「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」。

- 配合DET之藥價調整方式。

藥品支付價格調整辦法

分類	範圍	調整時程
第一大類	專利期內藥品及其同分組藥品	每兩年調整一次，實施DET時，於超出目標值時進行調整
第二大類	逾專利五年內之藥品及其同分組藥品	各品項每年檢討一次
第三大類	非屬第一大類及第二大類藥品	每兩年調整一次，實施DET時，於超出目標值時進行調整

藥價調整之架構



廠牌別訂價

成分別訂價
(三同)

第一大類藥品之價格調整

- 藥價調整公式

(一) $WAP \geq (1-R) \times Pold$: 不予調整

(二) $WAP < (1-R) \times Pold$: 依下列公式調整

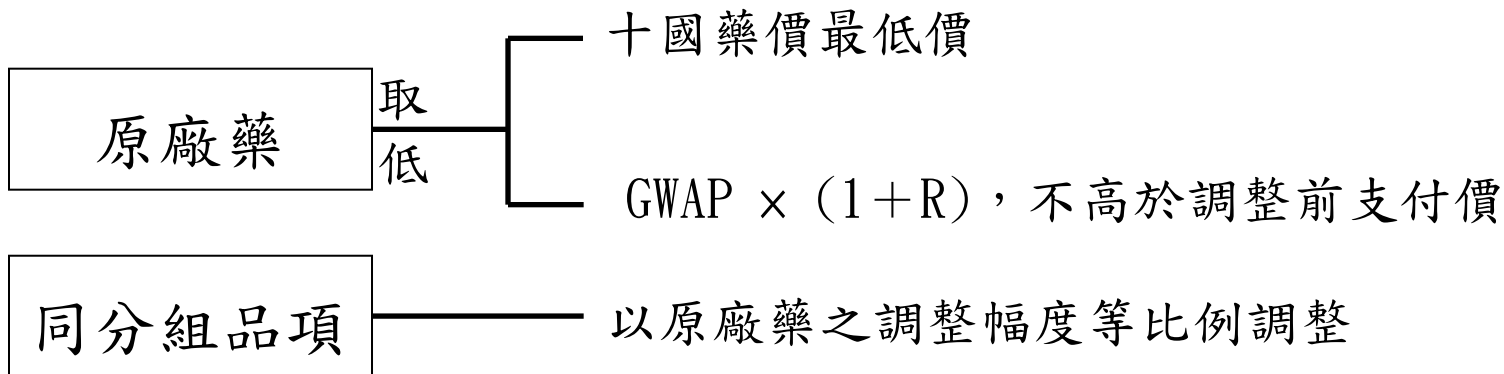
$$P_{new} = WAP + Pold \times R \quad (R : 15\%)$$

註：

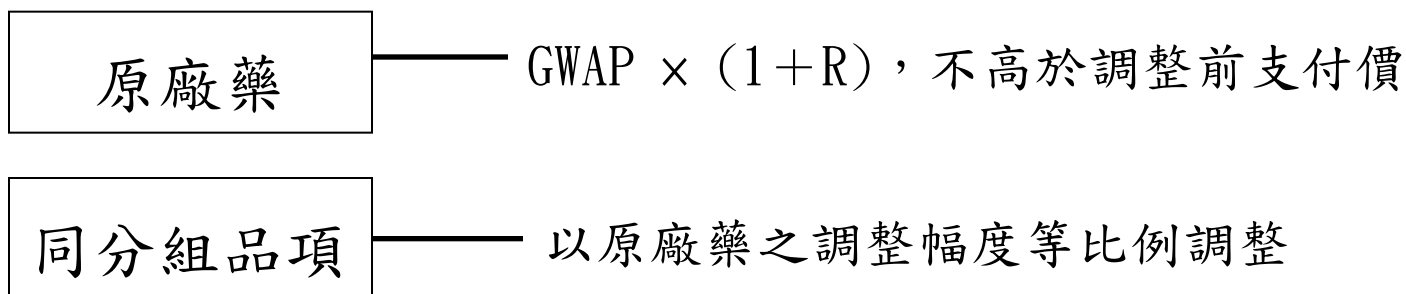
1. WAP：加權平均銷售價。
2. Pnew：調整後新支付價格。
3. Pold：調整前支付價格。

第二大類藥品之價格調整

• 專利逾期第一年



• 專利逾期第二至五年



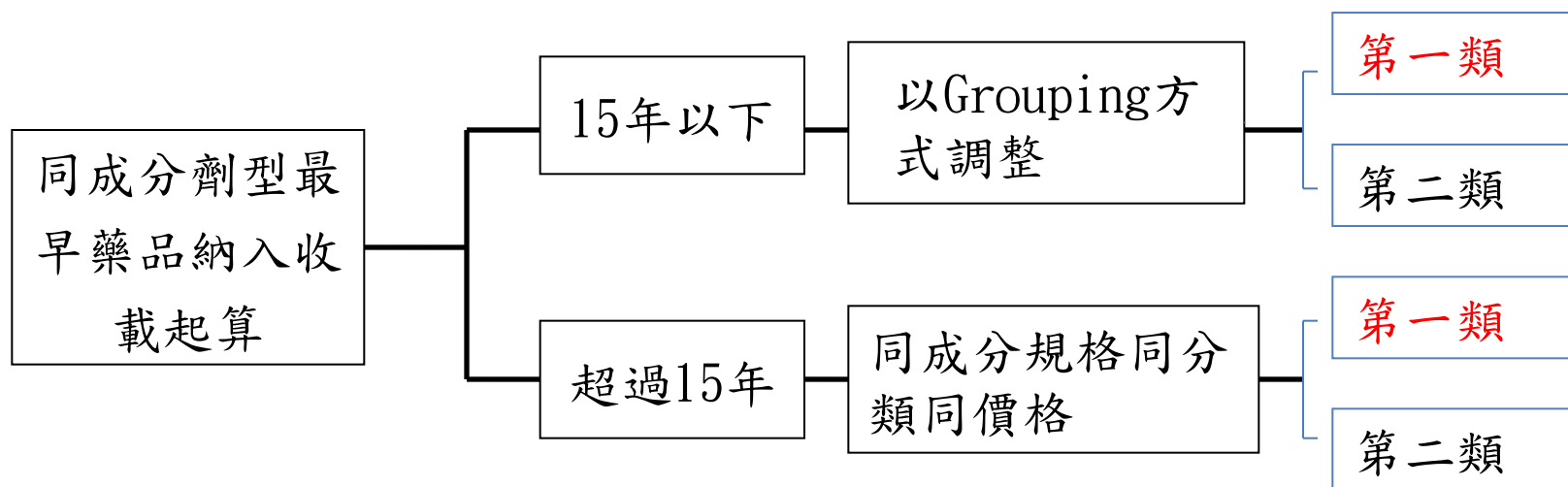
※ R=15%

註：GWAP：同分組加權平均銷售價格。

第三大類藥品之價格調整

第一類：原開發廠藥品、劑型製程符合PIC/S GMP之藥品

第二類：第一類以外之藥品



第三大類支付價格調整

— 同成分劑型藥品最早納入收載15年以下

- 暫調價格

$$= \text{Min} \left[\text{Max} \left[\text{Min}(\text{WAP}, \text{GWAP} \times 1.05), \text{GWAP} \times 0.9 \right], \text{Pold} \right]$$

- 調幅 = $(\text{Pold} - \text{暫調價格}) / \text{Pold} \times 100\%$

- $\text{Pnew} = \text{Pold} \times [1 - \text{Min}(\text{調幅} - 15\%, \text{最大調降幅度})]$

**★ 實施DET制時，收載四年內新藥調幅在5%以下不予調整，
其餘藥品調幅在3%以下不予調整。**

— 同成分劑型藥品最早納入收載超過15年

- 以GWAP為目標值，並以常用規格之目標值為基準

- $\text{Pnew} = \text{Min} \left[\text{目標值} \times (1 + 15\%), \text{同分組調整前最高價} \right]$

註：1. Min取最低價，Max取最高價。

2. WAP：加權平均銷售價。 GWAP：同分組加權平均銷售價格。

3. Pold：調整前支付價格。 Pnew：調整後新支付價格。

不列入例行性調整之藥品

- 不列入調整之藥品範圍
 - 罕見疾病用藥
 - 必要藥品
 - 特殊品項
- 該等品項每二年檢討調整，參考國際藥價、成本價調整。

實施DET之調整方式

- 依上述調整架構計算第一、三大類藥品各品項之暫訂價格，再計算該等大類之整體調整額度。
- 依各整體調整額度比例，分配超出DET之額度。
- 調整公式：

$$P_{\text{new}} = P_{\text{old}} - \left[(P_{\text{old}} - P_{\text{temp}}) \times \left(\frac{\text{超出DET分配後之額度}}{\text{各整體調整額度}} \right) \right]$$

P_{new} ：新支付價格

P_{old} ：調整前支付價格；屬第21條之品項，為調整前之同分組分類品項加權平均支付價格。

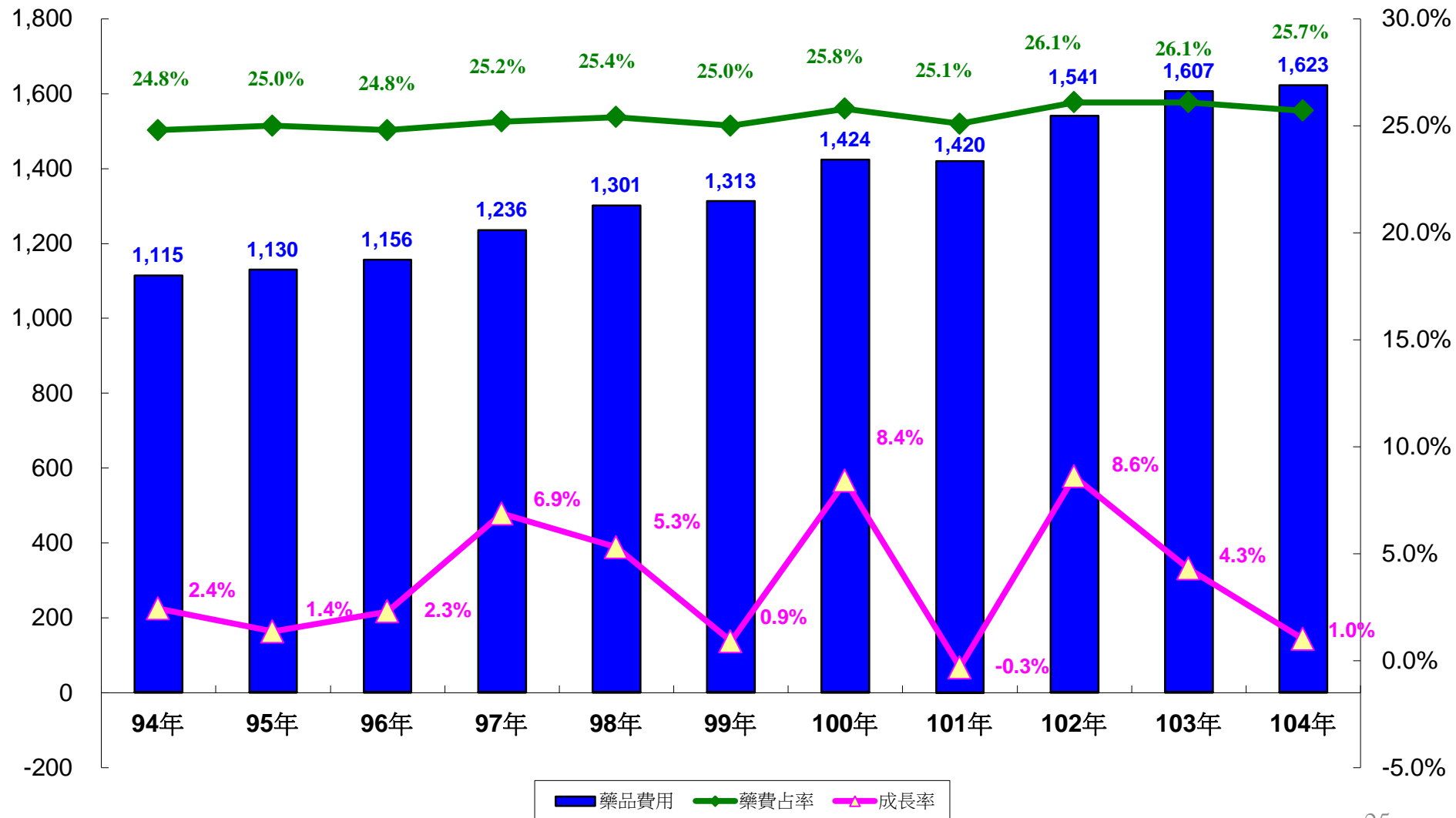
P_{temp} ：暫訂價格

DET之執行成效

- 103年藥費之影響(103年5月及7月調整)
 - 103年藥費成長率為4.27%，較102年藥費成長率8.54%，降低4.27個百分點。
- 104年藥費之影響(104年4月調整)
 - 104年藥費成長率為1%。
- 經由DET這二次的調整，103年及104年之藥費成長率已大幅下降，已充分顯示該制度對整體藥費之影響效果。
- 緩和藥費之快速成長，在引進新藥及擴大給付範圍之餘，也可以穩定醫療費用點值。

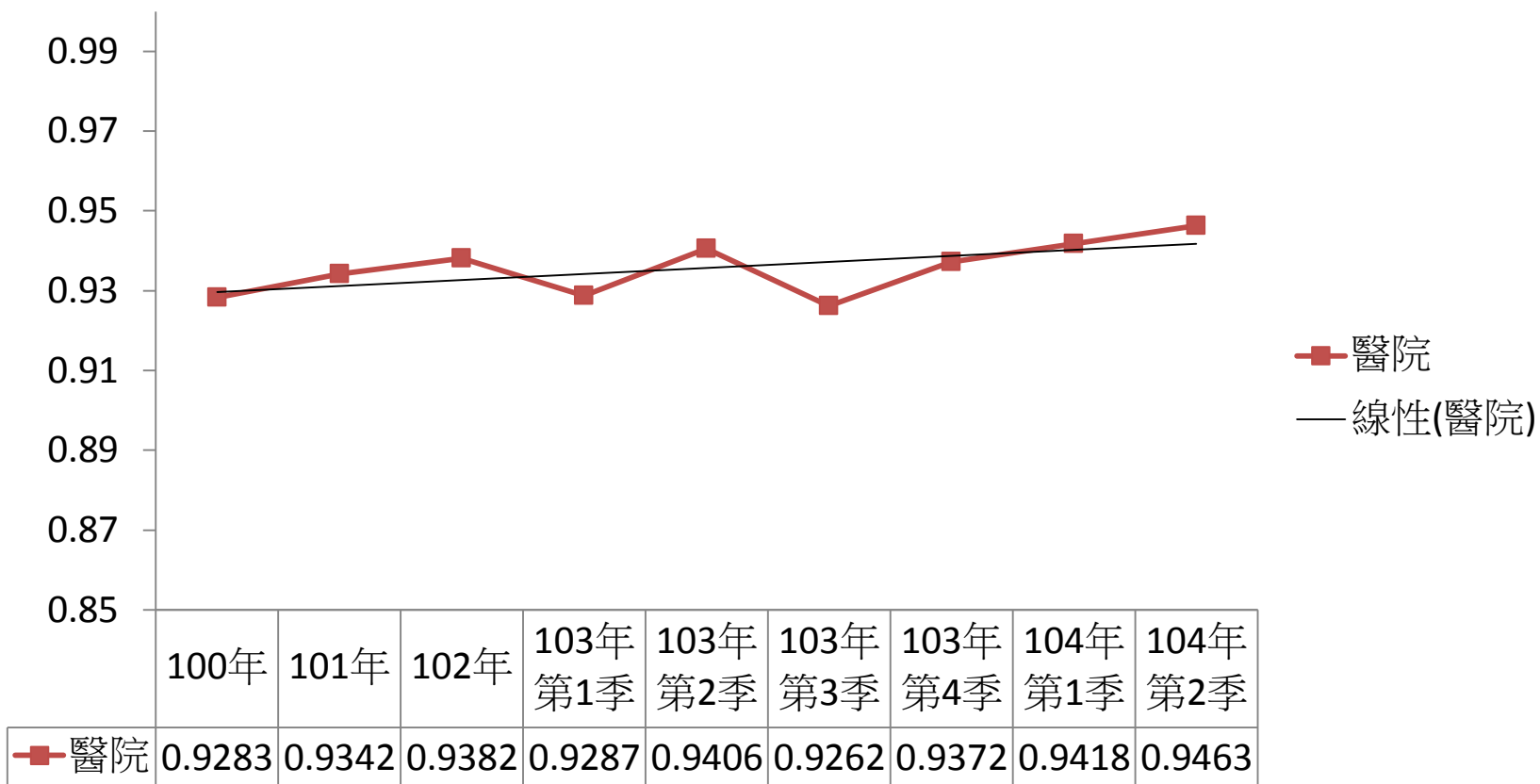
歷年健保藥費支出趨勢

億點



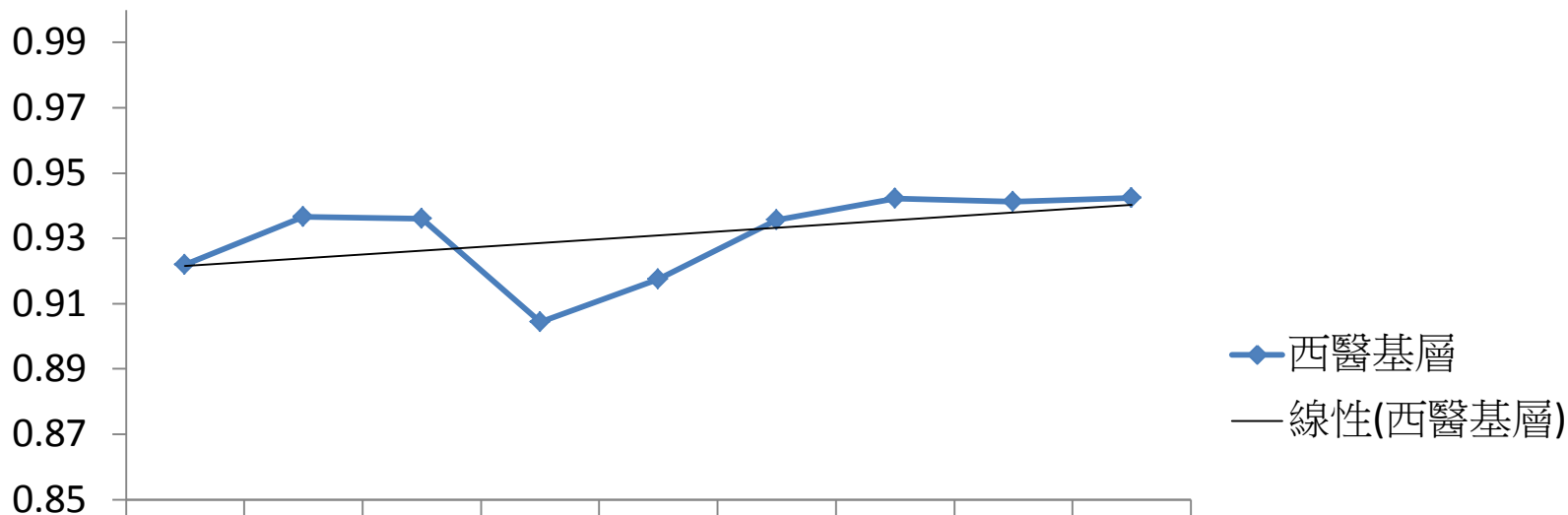
醫院總額之點值分佈情形

醫院總額點值



西醫基層總額之點值分佈情形

西醫基層總額點值



	100年	101年	102年	103年 第1季	103年 第2季	103年 第3季	103年 第4季	104年 第1季	104年 第2季
西醫基層	0.922	0.9366	0.936	0.9044	0.9175	0.9357	0.9423	0.9412	0.9425

DET之結果分析

優點

1. 預先設定DET目標值，並藉由藥費申報趨勢及支出情形，可事先預測當年度藥費支出可能超出目標值之額度，進而讓藥價調整額度可預期。
2. 未超出則不會有藥價調整，可使醫界及藥界共同節制不合理藥費支出。
3. 每年定期依超出額度檢討藥價，藥價調整幅度較可預期，且能增進藥費支出成長率之穩定度。

缺點

1. 當市場價差較大時，因制度限制只能調整超出DET額度，無法有效反映市場交易狀態。
2. 設定藥費成長幅度，有限制並影響市場自由競爭之虞。
3. 每年檢討及調整藥價後，藥商須與醫事機構重新議價，市場之穩定度，相較於未實施DET時之每二年一次調整不佳。

各界看法(1)

- 消費者團體

- DET基期值之訂定，並未將藥價差減除，反將藥價差包含於支出目標，易使用藥浮濫及衝量情形更加嚴重，建議訂定支出目標值前，應先扣除藥價差
- 藥費不應給予點值保障一點一元
- 試辦後，是否繼續實施，必須提出評估報告再由健保會決定

各界看法(2)

- 醫界

- 藥費支出由當年「醫療給付費用總額」優先一點一元扣除，其他醫療費用點值再浮動，易導致衝量

- 藥界

- 計算支出目標之基期值應改為藥費核付金額
- 國產藥業建議依現有各類藥品費用成長百分比之貢獻度予以分配調整金額

結 語

- DET試辦方案將於本(105)年結束，是否正式實施，將由社保司提健保會討論。
- 本署將於本(105)年6月至8月就DET制度下之藥價調整內容之議題，與各界召開會議討論。

謝謝聆聽
敬請指教