

全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A

105.8.29

目 錄

- Q1：藥品給付、價格訂定及調整之法源基礎為何？
- Q2：藥價調查之歷史淵源？
- Q3：全民健保辦理藥價調查之依據及目標為何？
- Q4：什麼是「藥價差」呢？
- Q5：「藥價差」，是違法的嗎？
- Q6：目前解決藥價差已執行之措施及成效為何？
- Q7：醫療院所努力議價之藥價差，對全民健保有什麼好處呢？
- Q8：調降藥價之費用，如何運用？
- Q9：為使藥價合理化，藥價調整時要如何處理呢？
- Q10：健保藥費逐年成長，要如何整體管控藥費，使藥費支出合理呢？
- Q11：藥價調整之後，倘發生換藥，政府該如何確保民眾就醫權益？
- Q12：民眾可透過何種管道瞭解健保藥品之相關資訊？

全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A

Q1：藥品給付、價格訂定及調整之法源基礎為何？

A1：

- 一、依據健保法第 40 條規定，保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依藥物給付項目及支付標準之規定辦理。
- 二、依據健保法第 41 條規定，「藥物給付項目及支付標準，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，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」。
- 三、依據健保法第 46 條規定，「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」。
- 四、依據健保法第 62 條規定，「保險醫事服務機構應依據藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之藥物費用」。

Q2：藥價調查之歷史淵源

A2：

- 一、全民健康保險開辦之初，因藥價基準尚未建立，為使醫療院所及廠商能漸次熟悉全民健康保險藥品給付制度，故此段期間係依原公、勞保價格給付醫療院所。
- 二、85 年及 86 年針對前公、勞保時代遺留下來之部分藥品單價偏高者，分階段予以調降藥價。
- 三、由於日本藥價調查行之多年，且支付制度與我國相近，故參考日本藥價調查之精神，與醫藥界研商「全民健康保險藥價基準調整計畫」，於 88 年獲醫、藥界同意，併同「全民健康保險藥價基準」報

前行政院衛生署公告，自 88 年 4 月 1 日實施。

四、二代健保法實施後，則依健保法第 46 條公布訂定之「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」，辦理藥價調查及藥價調整作業，並自 102 年 10 月 2 日施行。

Q3：全民健保辦理藥價調查之依據及目標為何？

A3：

一、為取得藥品之市場價格，使全民健保支付價格之訂定更為合理，依據「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」規定，辦理「全民健康保險藥品市場實際交易價格調查（簡稱藥價調查）」，保險人（健保署）參考由該調查取得之價與量資料，進行藥價調整作業。

二、調整目標：

- （一）逐步縮小逾(無)專利期、年代久遠或品質較無爭議之同成分、同含量、同規格、同劑型藥品支付價格之差異。
- （二）逐步調整藥品支付價格，使更接近藥品市場實際之加權平均銷售價格。

Q4：什麼是「藥價差」呢？

A4：

- 一、所謂「藥價差」，指健保支付給醫事機構之藥價，與醫事機構採購藥品之實際交易價，兩者間之差距；而被污名化為「藥價黑洞」，則為新聞報導的負面形容詞。
- 二、依據健保法第 62 條規定，「保險醫事服務機構應依據藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之藥物費用」。全民健保以統一支付價格支付醫療院所，當特約醫療院所採購之藥品價格低於藥物給付項目及支付標準時，即形成「藥價差」。也就是說，醫療院所會依其採購量大小、交貨地點、付款條件，努力與藥商議價，得

到不同之折扣，而獲取藥價差。所以，只要是由政府統一訂價，經過市場自由交易競爭後，就會有價差之產生，國外也是如此的。

Q5：「藥價差」，是違法的嗎？

A5：有關藥價差之適法性：

- 一、醫療院所未依實際採購價申報健保藥品費用，是否違反相關規定：
89年4月17日前行政院衛生署第106次法規委員會決議：健保特約醫事服務機構無論購藥淨價多少，若依藥價基準（現為藥物給付項目及支付標準）申報費用，並未涉及詐欺。
- 二、調查局北部機動工作組撰擬「從藥價黑洞看健保制度」專報，其中提出，醫療院所按藥價基準（現為藥物給付項目及支付標準）申報費用，縱使藥價基準（現為藥物給付項目及支付標準）與真實藥品成本不符，造成高額藥價差，仍不具法辦基礎，而且在法理上為合法行為。
- 三、行政院公平交易委員會對藥價差是否違反公平交易法之看法：
 - （一）藥價差問題，涉及衛生、財政、政府採購、消費者保護及公平會之執掌事項，非任何機關，任何單一政策可以獨立解決。
 - （二）有關訂定「醫療機構藥品採購交易資訊透明化原則」是否可以解決藥價差問題乙節，經公平會委員會議討論結果，尚無法完全解決。但若醫療院所及藥品供應商間，有以「高額贈品、捐贈或其他不當利益」作為交易條件，涉及不當限制或不公平交易之行為，將依具體檢舉個案，加以處理。
 - （三）贈品、捐贈或折扣之額度究要達到何種程度，方構成不當之利誘，而違反公平交易法第19條第3款之規定，必需依具體個案加以判斷，無法事前明確訂定合理之額度。
- 四、法務部91年6月5日針對「健保局（現為健保署）訂定藥價基準（現為藥物給付項目及支付標準）是否合法」及「藥價差若造成他

人溢領健保給付，是否造涉及民、刑事責任」之解釋：

- (一) 健保局（現為健保署）訂定藥價基準（現為藥物給付項目及支付標準）與司法院釋字第 524 號解釋無違。
- (二) 藥價差若造成醫療院所溢領健保給付，其涉及之法律，屬公法事件，非屬民事問題。刑事部分，經參諸醫療法、藥事法等相關法令，並無刑責規定；是否涉及詐欺，應就個案認定。

五、綜上，醫療院所依據健保法第 62 條規定，依藥物給付項目及支付標準向保險人申報其所提供醫療服務之藥品費用，即使以低於藥物給付項目及支付標準之價格購得藥品，而依藥物給付項目及支付標準申報費用，應為合法。但健保署於辦理藥價調查時，若醫療院所未誠實申報藥品採購資料，包括折讓、贈品...等與交易有關之資料，導致健保署核算之藥價產生落差時，則涉及違法之行為。

Q6：目前解決藥價差已執行之措施及成效為何？

A6：

- 一、為縮減藥價差，依據健保法及該法相關規定辦理藥價調查，並定期進行藥價調整，藉由藥價調查並逐次調整支付價格，使藥品支付價格更接近市場實際交易價格。
- 二、在藥價調整時，為使健保醫療支出維持穩定，同時考量藥品供應之合理成本及穩定性，以保障民眾用藥權益，達到健保財務、醫療提供者及民眾三贏的結果，於藥價調整之採取措施如下：
 - (一) 對於屬臨床治療不可或缺之必要藥品及罕見疾病用藥，與一般藥品之調整分開處理，以確保病患使用該類藥品之用藥權益。
 - (二) 設定不予調整比率(R-zone)及最大調降幅度。
 - (三) 設定劑型別藥價調整下限價格，調整前支付價格高於下限價者，最低調整至下限價，而低於下限價格即不再調降。
 - (四) 對於製藥過程符合國際公認的藥品優良製造規範 (PIC/S GMP)

之藥品，於藥價調整時給予劑型別基本價之保障，倘低於基本價者，調升至該基本價。

- (五) 為縮小同成分、同含量、同劑型、同規格(即同分組)藥品間之價格差距，訂定同分組最低價下限，並對於健保收載超過十五年之逾(無)專利藥品，同成分、同劑型及同規格之藥品，原開發廠藥品及符合 PIC/S GMP 藥品調整為同一價格，其他非 PIC/S GMP 藥品調整為同一價格。

三、歷年藥價調整之成效如下：

- (一) 85 年及 86 年依國際藥價調整，每年節省藥費分別約 6 億元及 6.5 億元。
- (二) 91 年及 95 年分別調降基層診所及藥局之簡表日劑藥費，每年節省藥費分別約 32 億元及 6.7 億元。另於 99 年調整未處方原瓶包裝口服液劑者之每日藥費，由 25 元調降為 22 元，每年節省藥費約 10 億元。
- (三) 藥價調查及藥價調整
- 1、89 年藥價調整每年節省藥費約 5 億元；
 - 2、90 年藥價調整每年節省藥費約 46 億元；
 - 3、92 年藥價調整每年節省藥費約 57 億元；
 - 4、93 年及 94 年藥價調整每年節省藥費約 24.3 億元；
 - 5、95 年及 96 年藥價調整每年節省藥費約 150 億元；
 - 6、98 年藥價調整每年節省藥費約 58.7 億元；
 - 7、100 年藥價調整每年節省藥費約 83.2 億元；
 - 8、103 年藥價調整每年節省藥費約 56.7 億元；
 - 9、104 年藥價調整每年節省藥費約 82.1 億元；
 - 10、105 年藥價調整每年節省藥費約 31.8 億元。

Q7：醫療院所努力議價之藥價差，對全民健保有什麼好處呢？

A7：

- 一、醫療院所依其採購能力，努力與藥商議價，健保署再透過藥價調查調降藥價，可以逐步降低支付價格，也就可以縮小藥價差。透過醫藥雙方之議價行為，除可降低藥價，取得較合理之價格外，亦可減少民眾之藥品部分負擔費用。
- 二、辦理藥價調查及藥價調整，可使健保支付價格與市場交易價格漸趨一致，並可以反映市場競爭機制，消弭外界對藥價差之質疑，減少健保藥費之支出。
- 三、藉由藥品市場競爭之結果，調整已給付之舊藥品，緩和藥費之成長，作為調整偏低的醫療服務支付標準，並使其他醫療服務有較大的額度以反映合理點值，以及給付新藥、放寬藥品給付範圍之財源，讓國人在穩定的費用支出下，仍能使用先進國家所使用之新藥，進而減少民眾自費醫療負擔。

Q8：調降藥價之費用，如何運用？

Q8：在總醫療費用額度固定下，藥價調整將使整體藥費下降，節餘藥費將作為以下之運用：

- 一、緩解總額點值偏低情形，將可使其他醫療服務有較大的額度以反映合理點值。
- 二、調整給付偏低項目，以使支付標準更趨合理。
- 三、作為給付新藥、放寬藥品給付範圍之財源，讓國人在穩定的費用支出下，仍能使用先進國家所使用之新藥，進而減少民眾自費醫療負擔。

Q9：為使藥價合理化，藥價調整時要如何處理呢？

A9：

- 一、加強交易價格申報之真實性，倘藥商未誠實申報折讓、贈品所產生

- 不當之藥價差，則透過司法檢調單位之協助，妥善解決。
- 二、建置多元之藥價調整方法，於法規明定藥品依不同類別，如是否於專利期內、逾專利期之長短及健保收載年份之長短，給予不同的調整方式，並明訂作業時程及程序。
 - 三、建立機動性藥價調查機制，對於藥價差過大的異常品項，經檢舉有明確事證之案件，將啟動藥價調查及調整。

Q10：健保藥費逐年成長，要如何整體管控藥費，使藥費支出合理呢？

A10：

- 一、近年人口老化迅速、平均餘命增加，慢性病及重大傷病人數大幅增加，昂貴的新藥也陸續上市，尤其新上市之癌症用藥及罕見疾病用藥，除了單價較為昂貴之外，亦可延長病患壽命，致病患人數會持續增加，因而造成藥費支出成長快速。所以，健保藥費每年成長，是一個必然趨勢，對於由此所衍生之費用成長，並無法完全抑制的，各國皆然。另外，很多疾病由高風險手術治療轉為使用新的藥品治療，相對可減少其他醫療費用，因而使得藥費成長速度高於醫療費用。
- 二、藥費支出的結構為藥品之「價」乘上「量」，倘管控藥品費用支出，除了定期依藥價調查資料據以調整藥價之外，藥量也必須管控，而為使健保藥品多能合理使用，健保署進行之藥量管理措施說明如下：
 - (一) 訂定藥品給付規定，作為藥品審查給付依據，並規定使用某些昂貴或易浮濫之藥品一定要先通過事前審查。
 - (二) 訂定檔案分析審查異常不予支付指標、進行各種專業審查，對於浮濫開立處方箋者，予以核刪，避免不當用藥型態。
 - (三) 建構「健保雲端藥歷系統」，整合病患用藥情形，提供醫師及藥師即時查詢病人近三個月的用藥紀錄，並於 104 年 7 月起實施

門診重複用藥核扣方案，該等措施除提升民眾用藥品質及安全外，亦可減少重複用藥情形。

(四) 藉由家醫整合照護計畫、醫院以病人為中心整合照護計畫、高診次就醫輔導、藥師居家關懷訪視等，透過整合性照護與病人輔導，使病人獲得適切之醫療服務，促進民眾健康，降低不必要之藥品使用。

三、衛生福利部為落實全民健康保險整體藥品費用之管控策略，提升藥價調整制度之透明度與可預期性，並建立健保醫療費用之資源配置機制，爰將藥費總額支出目標制之試辦列為政策目標之一，主要是藥費支出目標制成長率隨醫療給付費用總額成長率連動成長，預設每年藥費支出「目標值」，並與實際藥費支出做連結，當每年藥費支出超過目標值時，自動啟動藥價調整作業，讓藥費維持於穩定及合理範圍。

Q11：藥價調整之後，倘發生換藥，政府該如何確保民眾用藥權益？

A11：醫療院所於例行採購藥品作業時，會因採購條件之設定(如廠商折扣或折讓條件之競爭)，而可能採購不同廠牌的同成分規格藥品，故換藥不一定發生在藥價調整後。只要由衛生福利部核發藥品許可證之藥品，均為安全有效且品質達國際 GMP 規範之藥品，倘有發生療效不等之情況，食品藥物管理署亦有通報系統(<https://qms.fda.gov.tw>)，可提供民眾、醫療人員及藥商進行反映，並由該署進行後續調查矯正，以充分確保民眾用藥權益。此外，為顧及慢性病用藥病患因長期使用同廠牌藥品而冒然更換不同廠牌之心理障礙，健保署建議醫療院所應避免對舊個案換藥或將處方釋出供病患選擇。

Q12：民眾可透過何種管道瞭解健保藥品之相關資訊？

A12：目前全民健保給付之所有藥品品項、價格、藥品給付規定等，均可於

健保署之全球資訊網站上查詢；各藥品亦連結於食品藥物管理署網站，可查詢許可證之相關資訊。民眾若要查詢藥品許可證之成分、適應症...等藥品許可證資訊，亦可直接上該署網站上查詢。健保署與食品藥物管理署之網址及查詢路徑如下：

一、健保署網址：<http://www.nhi.gov.tw>

(一) 查詢藥品品項及價格：

全球資訊網→網路申辦及查詢→藥材網路查詢→健保用藥品項網路查詢服務。

(二) 查詢藥品給付規定：

全球資訊網→藥材專區→藥品→藥品給付規定。

二、食品藥物管理署網址：<http://www.fda.gov.tw>

藥品業務專區→資訊查詢→藥物許可證暨相關資料查詢作業→西藥、醫療器材、含藥化粧品許可證查詢。