

「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案

壹、緣起

為落實全民健康保險藥費支出整體管控策略，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，爰自 102 年 1 月 1 日起，開始試辦「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」方案(以下稱本方案)，至 105 年底業已試辦四年。

本方案經四年之試辦，配合藥品使用之相關管理措施如雲端藥歷系統及門診重複用藥核扣方案之推動，近三年(103 至 105 年)之藥費成長率維持於 5% 以下，管控於穩定範圍。為因應外界對試辦方案執行後之建議，健保署召開多次會議蒐集各界意見，爰修正本方案相關內容，包括實施範圍、配合該範圍修正基期值與目標成長率之設定、相關處理原則及藥品使用量之管控措施。

貳、目的

- 一、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。
- 二、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。
- 三、適時監控藥費成長，落實藥品費用之管理。

參、藥品費用分配比率目標制實施原則：

一、藥品費用分配比率目標制之實施範圍

- (一)醫院總額、西醫基層總額(均含門診透析)、牙醫總額及其他等。
- (二)不含中醫門診總額。
- (三)不含人類免疫缺乏病毒感染、C 型肝炎、罕見疾病及血友病等四類疾病治療藥品費用。

二、藥品費用分配比率目標值之訂定方式

(一)基期值：

1. 第一年(106年)以「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案105年之目標值為基期，並排除105年實際核付之人類免疫缺乏病毒感染、C型肝炎、罕見疾病及血友病等四類疾病治療藥品費用進行校正。(因全民健康保險105年未含人類免疫缺乏病毒感染治療藥品費用，故無排除費用)
2. 第二年起，採前一年之藥品費用分配比率目標值作為基期。

(二)成長率：

當年度總額(不含中醫門診總額)之一般服務項目成長率，指當年度之牙醫、西醫基層、醫院及門診透析等總額一般服務項目成長率。

(三)藥品費用分配比率目標值之計算公式：

目標值＝基期值×(1＋成長率)。

三、藥品費用支出目標值之處理原則

(一)超出目標值額度之計算公式

1. 藥品費用核付金額不含中醫門診總額、人類免疫缺乏病毒感染、C型肝炎、罕見疾病及血友病等治療藥品費用。
2. 超出目標值之額度＝藥品費用核付金額－目標值－當年度藥品價量協議回收金額。

(二)超出目標值之處理

1. 當年度藥品費用之核付，與現行醫療給付費用總額之作法一致，自醫療給付費用總額預算中支付。
2. 年度結束時，當年度藥品費用核付金額超出前一年預先設定當年度之目標值時，於次年度以超出目標值之額度為限調整藥物給付項目及支付標準。藥價調整程序，依全民健康保險法第41條及第46條規定辦理。

(三)未超出目標值之處理

1. 扣除核付藥費之餘額，與現行醫療給付費用總額之作法一致，併入總額點值結算。
2. 藥價調整程序，依全民健康保險法第 46 條規定辦理。

肆、藥品使用量之管控措施：

推動藥量管理措施，除持續進行專業審查及不予支付指標之核減、門診用藥品項數之監控、推動整合性照護計畫、高診次就醫輔導、藥師居家關懷訪視等措施，以降低不必要之藥品使用之外，亦持續精進健保雲端藥歷系統及門診重複用藥核扣方案，避免重複用藥及藥品交互作用，提升民眾用藥品質及安全。