閱讀全文：《月旦醫事法報告》第5期
http://www.angle.com.tw/magazine/m_single.asp?BKID=1804

本期企劃

全民健康保險總額支付制度下藥品支付政策之探討

Discussion of Pharmaceutical Reimbursement Policies under Global Budget System in Taiwan's National Health Insurance

朱益宏 Yi-Hung Chu*

摘　要

全民健康保險實施迄今已逾20年，雖然表面上光鮮亮麗，但因人口的老化與醫療科技的推陳出新，再加上「上限制總額支付」的限制，面臨到前所未有的困境。藥品支付受限於總額，不得不依據藥價調查的結果，每年調降「藥物給付項目及支付標準」，進而造成跨國藥廠紛紛撤離臺灣，新藥納入全民健康保險給付越來越困難及本土藥廠苦撐待變的窘境。本文探討在總額支付制度下的藥品支付法令與政策，同時提出相關的改善建議。

The national health insurance with universal coverage in Taiwan has been implemented for more than twenty years. Although the national health insurance wins a lot

*中山醫院董事會顧問（Adviser, Chung Shan Hospital Board of Directors）；麻醉科專科醫師（Anaesthesiologist）；台灣醫院協會常務理事（Standing Director, Taiwan Hospital Association）

關鍵詞：上限制（expenditure cap）、目標制（expenditure target）、全民健康保險（National Health Insurance）、總額支付制度（global budget system）、藥品核價制度（drug pricing system）

DOI：10.3966/241553062017030005005

閱讀全文：《月旦醫事法報告》第5期
http://www.angle.com.tw/magazine/m_single.asp?BKID=1804

of applause from the world, it needs to overcome many difficulties posed by an aging population, technological innovation in medicine, and global budget restriction. Because the global budget system in the health insurance determines the drug dispensing and fee schedule, the Bureau of National Health Insurance is forced to use the results of the drug price survey to reduce the fee schedule every year. This price reduction results make global pharmaceutical companies withdrawing their products from Taiwan and local pharmaceutical companies struggling in the market. This article focuses on the laws and policies for drug payment under the global budget system, and gives recommendations for improvement.

壹、前言

全民健康保險（以下簡稱健保）整合公保、農保、勞保、軍保等社會保險中相關於醫療保險的部分，並納入未加保的人民，自1995年3月1日開始正式上路，迄今已經過21個年頭，民眾的滿意度超過八成，世界各國亦給予高度的評價。然而，在此光鮮亮麗的外表之下，許多問題紛紛浮現且嚴重衝擊這個全世界稱羨的健保制度。如醫療給付偏低造成內、外、婦、兒科後繼無人、超高的醫療效率造成醫護人員過勞、藥品支付偏低導致跨國藥廠逐步撤離臺灣市場、民眾自由就醫造成嚴重的醫療浪費，以及醫療機構大型財團化造成醫療體系結構失衡等，其中藥品支出更是受到社會各界的高度關注，本文針對健保藥品支付所衍生的問題，就法律與政策層面加以探討，並提出相關建議。

閱讀全文：《月旦醫事法報告》第5期
http://www.angle.com.tw/magazine/m_single.asp?BKID=1804

貳、健保藥品支付之探討

一、健保總額支付制度簡介

健保自1995年3月1日開辦，初期採用論量支付的方式，但造成醫療費用快速的成長，因此健保局自1998年7月1日起試辦牙醫總額支付制度，2000年7月1日進一步推動中醫總額支付制度，接著於2001年7月1日將西醫基層納入總額支付，醫院總額則在2002年7月1日納入[1]，健保遂全面進入上限制總額支付的時代。

依據健保法第60條規定，衛生福利部於每年3、4月擬定次年度健保總額高推估與低推估，並制定政策的目標草案，提交健保會報告並收集各方意見。衛生福利部於彙整各方意見後，將定案送行政院國家發展委員會討論後核定[2]，核定時間約在每年6、7月。按健保法第61條第1項規定，健保會於每年9～12月依照行政院核定的總額上下限範圍與政策目標，由付費者代表與各部門醫療服務提供者代表共同協商次年總額的成長率。協商內容包括各部門總額的成長率與應執行內容、各部門總額的專款項目與額度、各部門總額分區分配額度及各部門總額應保障的服務項目，達成共識後提報衛生福利部核定，如果付費者代表與醫療服務提供者代表不能達成共識，則報請衛生福利部裁決[3]。

各分區及各部門總額議定後，醫療機構於年度開始時，依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，於規定時間內向衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）分區業務組申報醫療費用點數與藥品費用。健保署依各季與各部門醫療給付費用總額及經其聘任的醫藥專家審查後

1 全民健康保險醫療費用協定委員會編，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，全民健康保險醫療費用協定委員會，2005年6月，15頁。
2 全民健康保險法第60條。
3 全民健康保險法第61條。

之醫療服務總點數，按季核算每點支付金額（亦稱為浮動點值）（見表1），核付醫療費用；藥品則依照藥物給付項目及支付標準支付金額，沒有浮動點值[4]。因此，在年度總額已經議定的情況下，便會產生排擠效應，藥品支付金額越高，其他醫療服務的浮動點值就越低。

表1　年度各總額部門浮動點值與平均點值[5]

總額別	牙醫		中醫		西醫基層		醫院		門診透析	
年度	浮動點值[1]	平均點值[2]	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
2003	1.0069	1.0059	0.9401	0.9568	0.9759	0.9844	0.8615	0.9559	0.9567	0.9586
2004	0.9624	0.9628	0.8753	0.9110	0.8348	0.8912	0.7538	0.8998	0.9679	0.9694
2005	0.9911	0.9913	0.9361	0.9546	0.7906	0.8635	0.8343	0.9002	0.9762	0.9773
2006	0.9899	0.9900	0.9974	0.9980	0.8795	0.9207	0.8886	0.9337	0.9723	0.9740
2007	0.9832	0.9833	0.9611	0.9728	0.9366	0.9538	0.9135	0.9479	0.9378	0.9454
2008	0.9635	0.9638	0.9311	0.9544	0.9487	0.9645	0.9033	0.9428	0.9071	0.9179
2009	0.9691	0.9693	0.8754	0.9147	0.9402	0.9587	0.9020	0.9419	0.8881	0.9013
2010	0.9811	0.9813	0.9834	0.9887	0.9377	0.9561	0.9079	0.9445	0.8574	0.8736
2011	0.9925	0.9926	0.9814	0.9877	0.8873	0.9210	0.8746	0.9252	0.8280	0.8424
2012	0.9765	0.9767	0.9449	0.9641	0.9085	0.9346	0.8844	0.9302	0.8060	0.8300
2013	0.9640	0.9644	0.9213	0.9483	0.9058	0.9334	0.8870	0.9342	0.7895	0.8224
2014	0.9552	0.9556	0.9122	0.9420	0.8895	0.9224	0.8802	0.9298	0.8141	0.8274
2015	0.9584	0.9587	0.9278	0.9524	0.9239	0.9462	0.8959	0.9385	0.8167	0.8310

註1：浮動點值＝[一般服務門診預算總額＋一般服務住診預算總額－加總（門住診核定非浮動點數）－加總（門住診自墊核退點數）]／加總（門住診一般服務浮動核定點數）。

註2：平均點值＝預算總額費用/（投保該分區當地就醫浮動核定點數＋投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數＋投保該分區非浮動核定點數＋當地就醫分區自墊核退點數）。

資料來源：健保署，105年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式，http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/31106_2_105%E5%B9%B4%E9%86%AB%E9%99%A2%E9%86%AB%E7%99%82%E7%B5%A6%E4%BB%98%E8%B2%BB%E7%94%A8%E7%B8%BD%E9%A1%8D%E5%9C%B0%E5%8D%80%E9%A0%90%E7%AE%97%E8%A8%88%E7%AE%97%E8%AA%AA%E6%98%8E.pdf（瀏覽日期：2017年2月21日）。

4　全民健康保險法第62條。

5　健保署，105年11月份全民健康保險業務執行報告，2016年12月，69頁。