

藥品費用支出目標制 (DET) 建言

財團法人中華景康藥學基金會 2024/07/07

摘要

中華景康藥學基金會藉由探討藥品費用支出目標制 (DET) 試辦十週年之際，聚焦於 DET 試辦十週年之執行成果檢討，探討目前健保對確保用藥可近性的問題與藥品合理使用的成效，藉由釐清 DET 試辦之歷史及現況，提出當前 DET 精進改善及未來健保藥品費用改革相關議題之參考。

本次研討會涵蓋藥價調整的目標是為藥價合理化及改變藥費結構與效率、藥品費用支出目標制 DET 之歷史沿革、DET 實施後之觀察與檢討等主題，並提出具體六點建議事項；

- 一、健保署續辦 DET 時應依法執行，特別是第 62 條第 4 項規定，以達立法目的。
- 二、重視健保藥品費用結構的效率問題，包括費用集中度變化情形、藥費支出情形之國際比較等資訊，健保署應該以更積極的態度公開決策評估資訊，唯有公開的資訊才能得到更廣泛的公民意見。
- 三、DET 應落實健保整體藥費之管控策略。
- 四、三同藥品應將廠牌別的藥品代碼改為成分別編碼。
- 五、藥價調整與提升新藥可近性的關聯。
- 六、審酌限制藥價差上限或降低藥價差比例，將降低之藥價差額度做為調整醫療支付項目標準，逐漸消彌「以藥養醫」的陋習。

一、前言

健保法立法目的在於透過保險的手段，提供全民健康照護及醫療服務，使被保險人降低就醫經濟無礙，達到增進全體國民健康、促進社會安全之目標，讓臺灣不再出現「因病而窮，因窮而亡」的情況。所以藥品供應的目標就是讓每一個病人都能公平的得到藥品治療，以及每一個病人都能很快取得新藥治療，這是全民健保無可推卸的責任。因此，提高藥品給付／支付資源分配效率或結構是一個最重要的議題。

相較於經濟合作暨發展組織（OECD），臺灣人均醫療費用相較 GDP 佔比過低，顯示醫療費用投入不足，醫療機構必需利用藥價差來彌補健保給付之醫療費用不足，亦即藥價差是醫療機構生存的必要收入。在臺灣特有的健保總額預算制度下，健保藥費占整體健保支出從過去約 25% 逐年增加至 110 年高達 28.9%，被醫界誤解為藥品費用逐年擴大，壓縮到整體醫療給付，以致健保署近幾年嚴格控管新藥預算，造成新藥給付延緩，或是給付範圍限縮，病人藥品自費情況加劇的困境。事實上，110 年臺灣人均門診藥品費用支出為 397 美元，顯著低於 OECD 國家平均 614 美元。此外，因為低醫療服務支付和不適當的藥價差，皆加劇健保藥品費用偏高的假象。

藉由探討藥品費用支出目標制（DET）試辦十週年之際，聚焦於 DET 試辦十週年之執行成果檢討，雖無法立即解決目前健保對確保用藥可近性的問題，亦難以檢視藥品合理使用的成效，但可釐清 DET 試辦之歷史及現況，並作為當前

DET 精進改善及未來健保藥品費用改革相關議題之參考。

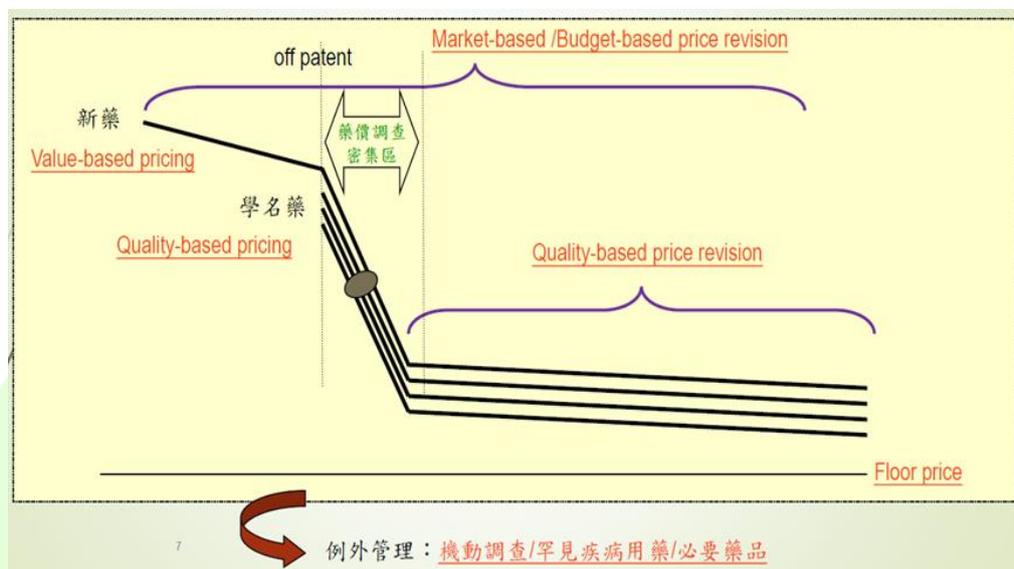
二、藥價調整的目標是為藥價合理化及改變藥費結構與效率

92 年健保署分析健保 86 年到 90 年的藥品費用結構，發現專利期內藥品使用的金額佔率僅有 15.7%~17.4% 左右，遠低於先進國家的 40%~70%；因同時顧慮藥費支出高漲，訂定較嚴格的藥品使用規範；該年，在李明亮署長的政策指示下，展開健保藥費支出結構改革，採取一方面加速新藥收載及放寬使用條件，另一方面運用藥價調整，將老藥節省之費用支付於新藥費的政策，奠定健保藥品定價架構策略（如圖一）：利用藥價調查的結果，對於尚在專利期內給予藥價 R-zone 15% 的保障，而逾專利期的則實施分組定價。

藥價調整後顯示專利藥品（含新藥費用）佔率由 15% 大幅增為 30%，縮小與先進國家的差距。該次藥價調整後，以抗潰瘍用藥、口服降血糖藥物、降血壓藥物、抗憂鬱劑及抗精神病藥物等進行藥費及使用率的成果分析，發現專利期內及過專利期藥品分別調降 2.5% 及 17.1% 藥價，對於整體藥費的成長限縮為 5.1%，但仍能大幅提升 12.9% 新藥的使用率，且未影響過專利期藥品的使用率（-0.2%），政策執行的結果使整體藥費占率，長期維持 25% ± 1% 左右，顯見該次整體藥品費用並未因增加新藥收載而失控。

為補足當時兩年才調整藥價一次的問題，二代健保修法於第 46 條第 1 項增訂，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。希望透過密集的藥價調查與調整時，即反映市場競爭狀態而調降藥價，節省藥費支出。



圖一、92年健保藥費結構改革擬定之健保藥品定價架構策略

三、藥品費用支出目標制 DET 之歷史沿革

衛福部為落實健保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 DET 之試辦列為政策目標之一，並自 102 年 1 月 1 日起先行試辦二年。事先訂定藥品支出目標值、超出藥品支出目標值時，啟動藥價調整機制，使藥價調整額度具有可預測性，減少對醫藥界之衝擊；同時監控藥費成長，落實藥品費用之管理。所以 DET 是從宏觀的角度來決定藥費調整總額度，而藥價調查則是做為藥品合理調價的基礎，二者相輔相成。

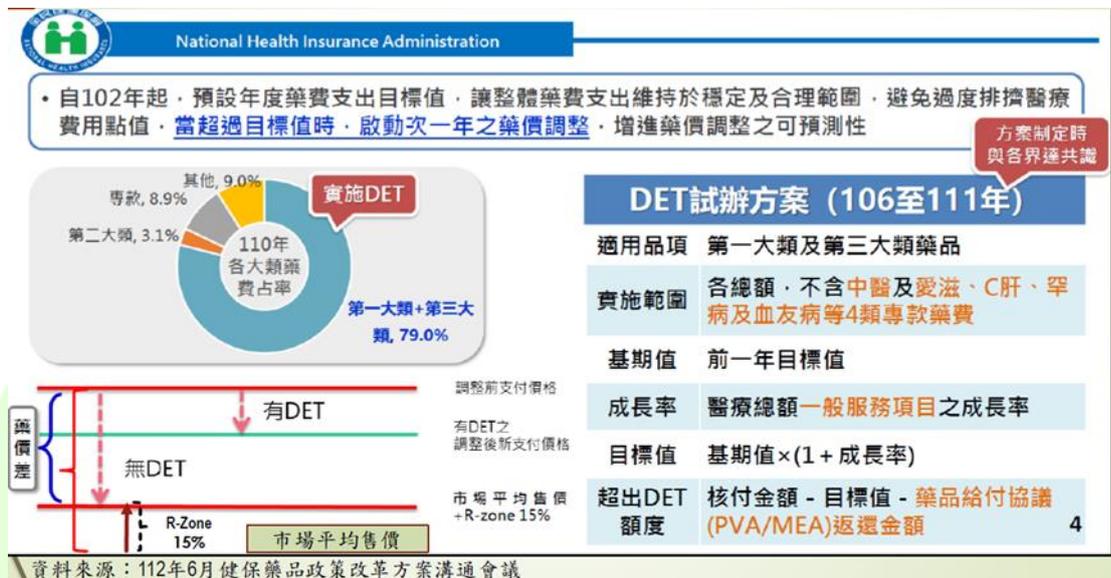
依據健保法第 62 條第 4 項規定，藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。因屬試辦方案，故實施時僅執行超出目標之額度於次一年度調整藥價，並未執行母法所訂之「其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。」

DET 試辦期間一共四次，第一次試辦為 102 年至 103 年間，第二次試辦則為 104 至 105 年間，其實施範圍僅排除中醫總額，並以該總額協商之總成長（包含一般服務項目+專款）為藥費支出目標的年度成長率，如實際藥費支出超出 DET 目標值時要進行藥價調整，藥價調整的總額度等於藥費核付金額扣除目標值之差額。

第三次試辦為 106 年至 108 年，109 年續辦一年。106 年以後的第三次試辦方案進行部分修正：

- (一)實施範圍除原排除中醫總額外，另外也將愛滋病、慢性 C 型肝炎、罕病及血友病等專款列入排除，故 DET 的年度成長率，僅為總額協商的一般服務項目成長率。
- (二)對於實際藥費支出超出 DET 目標值時，必須進行藥價調整部份，藥價調整的總額度，係等於藥費核付金額扣除目標值外，再增列扣除藥品給付協議

(PVA/MEA) 回收金額。經查，PVA/MEA 回收金額從 106 年的 9.6 億元逐年增加，111 年高達 79.64 億元。106 年之後，DET 試辦方案內容之調整如圖二所示。



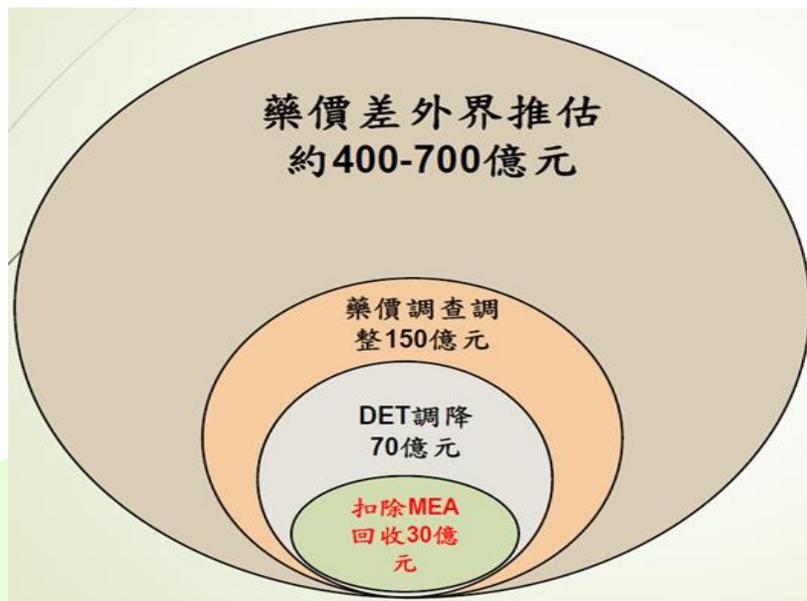
圖二、112年健保署針對DET的政策改革說明內容

四、DET 實施後之觀察與檢討

(一) 納入扣除藥品給付協議回收金額，使藥價調整額度更為限縮，進而影響新藥

收載或時程：本來 DET 試辦方案就是限制整體藥品的調降金額的上限，106 年試辦方案之修正，增列扣除藥品給付協議回收金額，造成藥價調整額度更形縮小，如圖三所示，外界推估藥價差約 400 至 700 億元，如未實施 DET 應該調降 150 億元，實施 DET 則僅要調降 100 億元；106 年的試辦方案修正後，再扣除藥品給付協議回收金額 30 億元，則實際藥價調降金額剩下 70 億元，其影響如下：

- 1、因為藥價調整額度縮小，造成藥費持續成長及藥費占率增加的現象，同時也擔心昂貴癌症等新藥之引進，藥品費用將大幅度成長，成為延遲新藥納入健保給付的主因。
- 2、因為 PVA/MEA 的回收金額，除可納入分區總額結算的金額，亦可減少藥價調降的費用，因此 PVA/MEA 條件越來越嚴苛，例如申報費用固定比例回收，超過限量額度回收及藥費管控上限超額全部回收，以及回收比例由上限 30-40% 大幅提高至 80% 以上等等。
- 3、依據市場調查結果，由第一類藥品及第三類藥品的藥價差計算出藥價調整如為 150 億元，經 DET 的方案應調整 70 億元，則因其分配係按第一類及第三類藥品在調整額度為 150 億元時所佔比例的基礎上作業，因此，當調整額度縮小時，對於藥價差較大的藥品，特別是剛逾專利的原廠藥被調整幅度最小，而第三類學名藥品反而調整較多，更不利於學名藥品市場滲透。
- 4、以上原因都可能造成藥費過度成長，影響醫療服務點值，致醫界積極爭取藥價調整費用，投入服務點值之彌補，而健保署亦未進行整體藥品費用結構或分配效率的政策思考，將資源配置於新藥引進，以致影響新藥收載速度。



圖三、DET 試辦方案限制整體逾專利期藥品的調降幅度

(二) 藥品費用支出集中度逐年增加，且其中以逾專利藥品為主：過去健保署會定期分析藥品費用支出之集中度，自 105 年以後，並未公布相關資料，根據黃文鴻教授推估，今年 200 項藥品費用支出可能占整體藥品費用 >50%、前 500 項藥品占 >70%、前 1000 項占 >80%，則此次藥價調整/未調整的藥品品項數之意涵為何？值得深入了解。另依據公開資訊，103 年及 111 年前 15 大品項申報金額的趨勢，顯示藥品費用支出之集中度逐年增加（7.14% 增為 10.8%），且其中以逾專利藥品為主，足證黃文鴻教授所推測，這幾年藥品費用的集中度加劇情形。

(三) 藥費支出主要以逾專利期藥品為主，異於國際趨勢，且高於國際最低價甚多：檢視當前台灣健保藥品費用前二十大藥品，超過半數為已逾專利期藥品，與國際以專利期內的新藥為主不同，且多個藥品價格仍較國際最低價高出甚多，顯示逾專利期的藥價調整結構或分配效率已陷困境。近年來，新藥納入健

保給付所需時間大幅延長，尤其是高價的新興癌症藥品進入市場緩慢，如何妥善運用藥品價格調整後節省之再生資源挹注新藥引進，實為當前健保重要議題。

(四) 審酌健保藥費支出的產業結構與韌性的影響：當前健保藥費結構，國際性藥廠三分之二的健保藥費占率 (>67%)、代理商約 11%以及學名藥品約 23%占率 (其中進口學名藥品金額占率過半)，健保國產藥品藥費每年約新台幣 460 億元，減除藥價折讓後，可能與國產學名藥品每年外銷金額的新台 150 億元相去不遠。國產與輸入學名藥品在健保學名藥品占率所呈現的狀況：幾乎平分天下的意義為何？對於國產藥品產業的韌性影響應予檢討。永豐藥廠因違反 GMP 停產所造成的大型輸注液缺藥問題，可見建立國產製藥產業韌性的重要性。

(五) DET 應著眼在整體藥費調控而非調整品項數的多寡：DET 精神為落實健保整體藥費之管控策略，而非藥價調查後進行之全面性的藥價調整，以 113 年 4 月 1 日調降 4551 品項藥價為例，調降 0.01 元~2429 元 (平均 29.2 元)，其中調降小於 1 元者，佔 2486 項 (>50%)；降幅 0.07%-35.2% (平均 5.9%)。究竟調降小於 1 元者，對於藥費調整之貢獻為何？是否徒增行政成本及困擾？是否應以 82 原則，以對結構或分配效率的改變影響大的藥品 (如高度集中者或金額前幾項) 為調整對象。

(六) DET 缺乏用量管理或用藥品質提升的目標：藥費管理 (藥費=藥品使用量 x

藥品價格) 包含藥品使用量與藥品價格二部分，而且藥品使用量管理往往應優先於藥品價格的管理，因前者涉及醫療品質病人藥安全及合理性。依據健保法第 62 條第 4 項立法原意，超出目標之額度時，下一年度修正藥物給付項目及支付標準，係反映在藥價部分;對於有藥品不合理使用數量之醫療院所，則應依法調整核付其醫事服務費用，這才是健康的 DET 制度。然健保署從未依法行政，只有調降藥價(管價)，反而忽略用藥安全最有關係的藥品使用量，其金額超出部分並未自當季醫療給付總額扣除(管量或提升品質)。

小 結

102 年實施 DET 以來是否有效達成藥費管控的政策目標? DET 十年的執行是否與健保藥價政策目標/趨勢相符? 東折西扣的 DET 基期值超額部分，讓健保藥價支付制度改革更加困難。DET 制度改革的目標，應該促成健保藥費支出的合理結構與效率，同時能兼顧合理用藥的目標。

五、DET 改革具體建議與未來展望

DET 實施 10 多年來，都稱之為「試辦」，就行政作為而言，試辦目的是希望了解原來設計及做法，對政策目標之影響為何? 是否有缺失? 經試辦後加以評估，做為改進的依據。截至目前為止，健保署已累積 10 年經驗，中華景康藥學基金會在 DET 實施 10 年之際，邀請各面的專家共同研討，並提出具體建議與未來展望。

(一) DET 是否續辦?

依據全民健保法第 61 條規定，應設定藥品費用分配比率，此為年度藥費總額的概念，而第 62 條第 4 項規定，支付費用超出預先設定分配比率目標時，超出目標之額度，保險人必須次一年修正藥物給付項目及支付標準，亦即調整藥價；同時，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，調整核付各保險醫事服務機構之費用。然而過去 10 年的試辦方案，並未實施第 62 條第 4 項後半之規定，自當季由醫療給付費用總額中扣除。探究第 62 條立法原意係認為，超出目標值的部分，應針對超額之醫事服務機構課責，如此才能抑制不合理的耗用數量，故建議健保署依法執行，特別是第 62 條第 4 項規定，以達立法目的。

(二) 重視健保藥品費用結構的效率問題

各國在面臨越來越昂貴的新藥的對策就是，原廠藥品專利期滿，快速導入學名藥品/生物相似藥進入市場，配合藥價調查機制，將節省之資源妥善配置，運用於新藥引進及相關事宜。此原則早已確立，但實際執行成效如何？必須建立研究機制，檢視並追蹤每年健保藥費結構的分布與效率，以便發現問題，並加以檢討改進。

下列相關資料，建議由健保署公佈，供學術單位研究分析，做為健保政策調整之參考：

1、費用集中度變化情形

- (1) 健保藥費支出百分位與藥品品項數分析
- (2) 檢視特約醫療機構層級藥費占率
- (3) 檢視原廠藥、國產學名藥與輸入學名藥申報概況

2、藥費支出情形進行國際比較

- (1) 建立符合國際藥品市場價格變動的動態監視系統，特別是專利期滿藥品
- (2) 新藥（學名藥品）之引進及穿透（數量變化）
- (3) 藥業生態變化
- (4) 藥價差金額變化

健保藥品政策的執行，長期以來既未建立用藥效益及品質之觀察指標，且無長期追蹤及科學研究之資料可進行評估，主要原因，係所有資料均由健保署掌握，外界難以了解目前藥費支出結構與效率之合理性，建議健保署應該以更積極的態度公開決策評估資訊，唯有公開的資訊才能得到更廣泛的公民意見。

(三) DET 應落實健保整體藥費之管控策略

落實 DET，除進行藥價調查並調整外，亦應評估各項藥品費用實際增減情況，觀察藥品集中度的變化，以 82 原則針對重點項目或類別藥價調整，而非毫無重點地進行之全面性的藥價調整，耗費大量的行政資源。另外對於逾專利藥品應參考國際藥價調整，避免背離國際價格趨勢之不合理現象。

(四) 三同藥品應將廠牌別的藥品代碼改為成分別編碼

三同藥品應將廠牌別的藥品代碼改為成分別編碼，以利醫院處方箋釋出，並避免廠牌別缺貨之爭議。DET 制度導入實施時，健保落實了成分別訂價，實施三同政策，惟其健保代碼仍是以許可證號為基礎的廠牌別編碼，造成藥局收受處方箋時，將因廠牌別藥品缺貨問題，不利於醫院處方箋釋出之推動，建議專利期五年後之藥品（第三類藥品），調整為成分別支付，應同時修正為成分別編碼，提升學名藥使用且避免缺貨爭議。

(五) 藥價調整與提升新藥可近性的關聯

健保署除應妥善運用藥品價格調整後，節省之再生資源，挹注於新藥收載外，因應原廠藥品專利期滿，必須研擬學名藥品政策，特別是提出鼓勵醫院、醫師使用學名藥品之優惠措施，方足以快速導入學名藥品進入市場，產生競爭，有效節省健保資源。

(六) 審酌限制藥價差上限或降低藥價差比例，將降低之藥價差額度做為調整醫療支付項目標準，逐漸消彌「以藥養醫」的陋習。

健保特約醫療院所高度仰賴健保藥品採價差，彌補醫院醫療收支之不足，已嚴重影響台灣健保醫療體系永續經營。觀諸世界情況，健保藥品採購價差，通常歸屬付費者作為調整醫療支付項目標準的來源之一，只有台灣健保制度允許特約醫療機構保留藥價差為醫營運之重要來源。以目前健保特約醫療機構營運的情況，藥價差不可能消彌於無形，欲解決此一問題，須從政

策面思考如何將藥價差轉移至調整醫療支付標準，讓藥價差降低至合理的程度(<5%)，日本成功降低國保藥價差的成功經驗，值得我國參考。

