

**全民健康保險藥品給付及支付制度  
改革策略(草案)  
意見調查**

**國家衛生研究院**

**全民健康保險藥品給付與支付制度改革論壇**

**中華民國 109 年 11 月 2 日**

全民健康保險藥品給付與支付制度議題，向為各界所關切。國家衛生研究院於 107 年初奉衛生福利部 陳部長時中指示，針對健保藥品給付與支付制度之改革，以論壇方式進行研議，期凝聚產官學各界共識，提出最適可行之改革建言報告，以改善健保資源配置的適當性，提升健保價值與國民的健康福祉。

本論壇自 107 年 3 月開始進行，業已召開 15 次工作小組會議、3 場專家學者會議、訪問相關專家學者、草擬四大議題以及各項精進策略；復依議題邀請產官學各界召開四場論壇（每場約有 80 人參加）徵詢產官學各利益相關團體的意見；並透過參與相關團體研討會、焦點論壇，修正精進策略。最後並於 109 年 9 月 4 日召開全天的產官學各界研討會，有近 200 人參與，就整體改革策略規畫（草案）詳細說明並深入研討。

感謝各界這段時間對本論壇之積極參與及指導，在提出期末報告前，本論壇擬藉問卷調查，更系統化地收集產官學各界對各策略建言之卓見，做為撰寫最終建言報告之參考。懇請 貴單位（您）撥冗填答問卷後，於 **11 月 16 日(星期一)**前回覆；若無意見或團體無共識，也請不吝告知。

我們都了解健保藥品給付與支付制度涉及各方利益，改革不易；但為使健保有限的資源，能照顧到大多數民眾的健康，發揮更高的價值，懇請共體時艱，共同完成這歷史重大使命，提供衛福部精進健保制度之參考，讓全民健保制度有機會更臻完善。

再度感謝 貴單位（您）一年多來的支持與鼓勵，讓本論壇有初步成果。在此致上最誠摯之謝忱。敬祝

萬事如意！會務蒸蒸日上！

國家衛生研究院「全民健康保險藥品給付與支付制度改革論壇」

召集人與共同召集人李玉春、吳秀英敬上 2020.10.12

# 問卷

※請針對各題（包括子題）的敘述，表達（勾選）您支持的程度。  
問卷內容之說明，請參看附錄之政策建言(草案)。如有疑問可  
電洽工作小組江小姐(02-8590-6766)，或 E-mail 至  
hgduedue@mohw.gov.tw。

填表單位：\_\_\_\_\_

聯絡人：\_\_\_\_\_

聯絡方式：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 議題一：改革新藥納入健保給付審議機制 (請參閱附錄第 1 頁至第 5 頁)

### 策略一：建立退場與相關機制，擴大新藥預算，提升健保給付價值

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>1-1-1 建立健保給付藥品定期再評估制度，對無效或低價值藥品建立退場或限制使用機制。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>1-1-2 除健保例行編列的新藥預算外，是否贊成運用下列策略節省的部分經費，增加新藥預算，提升創新藥品可近性，減輕病患負擔？</b>					
a. 建立無效或低價值藥品退場或限制給付機制					
b. 初逾專利期藥品在學名藥上市後快速降價					
c. 逐步調降新藥 R-zone。					
d. 改革藥品部分負擔					
e. 改革重大傷病免部分負擔制度					
f. 其他(請說明)： <hr/> <hr/>					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 策略二：強化健康科技評估(HTA)，建立透明、可預期之審查機制

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>1-2-1 籌措財源，健全 HTA 組織與充實人力，強化 HTA 制度，提升健保資源配置效率(資源用在刀口上)</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>1-2-2 對第一類高財務影響新藥申請健保給付，逐步要求檢附含經濟評估之 HTA 報告，提升健保給付效益與審查之適當性。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>1-2-3 強化 HTA 報告品質，提升審查透明度與時效</b>					
a. 財務影響評估有關使用人數之預估，依據健保資料庫估算（得收規費，或委託指定單位協助分析）。					
b. 建立財務衝擊估算標準方法					
c. 建立財務衝擊估算參數之公開透明的諮詢協調機制，減少各方爭議。					
其他說明： <hr/> <hr/>					

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<p><b>1-2-4 建立經濟評估增額成本效果比值 ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) 之閾值(threshold)範圍 (挽救一品質調整人年，願意花費的費用)，作為藥品共同擬訂會議審查藥品給付參考，提高健保給付效益、審查效率與公平性。(沒意見、不贊成或非常不贊成者請跳答 1-2-5 c)</b></p> <p><b>(非常贊成或贊成訂定 ICER 閾值範圍者，請續答)</b></p> <p>您(貴單位)可接受的 ICER 值的範圍：</p> <p>a. 最低_____萬台幣 最高_____萬台幣 平均_____萬台幣</p> <p>b. 針對罕見疾病用藥，您建議提高 ICER 閾值範圍 (亦即放寬標準) 幾倍?_____倍</p>					
<p>其他說明：</p> <hr/> <hr/>					
<p><b>1-2-5 HTA 審查結果之應用</b></p>					
<p>a. 在年度新藥預算內，依據藥品重要性、經濟評估結果、參考 ICER 閾值範圍，決定藥品是否給付。</p>					
<p>b. 在年度新藥預算內，依據藥品重要性、經濟評估結果、參考 ICER 閾值範圍，決定藥品給付優先順序。</p>					
<p><b>(無論是否支持訂定 ICER 閾值範圍，皆請回答 c)</b></p>					
<p>c. 對臨床或經濟效益不具優勢或不確定者，可透過 MEA 協商。</p>					
<p>其他說明：</p> <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### 策略三：修正新藥預算編列方法

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>1-3-1 對高成本效益、超高財務影響藥品，直接編入大總額預算（報行政院的大總額範圍）。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>1-3-2 試辦前瞻性掃描(horizon scanning)，作為編列新藥預算參考。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**議題二：透過總額減少藥價差之機制** (請參閱附錄第 6 頁至第 7 頁)

**策略一：導入醫院藥品 Claw-back 機制，回收部分藥價差利潤**

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
2-1 導入醫院藥費 Claw-back 機制，依各醫院每季申報藥費規模(金額)，訂定藥費折付比率，折付金額滾回一般醫療服務，提升點值。					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---



---



---



---



---



---

## 策略二：試辦個別醫院「藥費直接支付廠商」之可行性

題目	非常 贊成	贊成	沒意 見	不贊 成	非常不 贊成
2-2 試辦個別醫院「藥費直接支付廠商」					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---



---



---



---



---



---

**議題三：改革藥品支付標準調整策略** (請參閱附錄第 8 頁至第 11 頁)

**策略一：整體藥品核價及調價原則**

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>3-1-1 避免因新藥預算考量，改變新藥核價分類。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-1-2 修正藥物支付標準第 33-1 條之品質誘因及核價條件，鼓勵本土藥業創新研發。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-1-3 依新藥核價與藥價調整性質，訂定不同國際價格參考國之選取原則。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---



---



---



---



---



---

## 策略二：各類藥品價格調整之原則

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>3-2-1 新藥核價應適當運用 PVA/MEA、參考國際價格，訂定健保支付價，並利用台灣市場交易價格定期檢討之。</b>					
其他說明：  <hr/> <hr/>					
<b>3-2-2 快速調降甫逾專利多源藥品之原開發廠支付價 (沒意見、不贊成或非常不贊成者請跳答 3-2-3)</b>					
<b>(非常贊成或贊成 3-2-2 者，請續答)</b>					
a. 比照澳洲或韓國，原開發廠支付價下降 30% (或一定比例)，再展開新品項核價作業。					
b. 甫逾專利第 1 年至第 5 年藥品，參考國際最低價及市場交易價進行調整。					
其他說明：  <hr/> <hr/>					
<b>3-2-3 參考日本經驗，訂定逐年調降 R-zone 之目標值。</b>					
其他說明：  <hr/> <hr/>					

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>3-2-4 DET 超支之藥價調整，按 80/20 管理法則調整，以減少調價品項，縮小衝擊面。如參考各類藥品藥費占率、成長貢獻度或藥價差大小，決定調整方法。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-2-5 收載年代久遠、WAP 價格差異不大，且以學名藥使用居多之藥品，可依據成分(劑型)別於取得上市許可後即納入給付。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---



---



---



---



---



---

### 策略三：提升藥品使用之管理

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>3-3-1 加速支付制度改革試辦(如 DRG、論人計酬等)，提升用藥適當性與品質，減少浪費。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-3-2 以證據醫學為基礎並參考美國 Choosing Wisely、英國 Do-not-do list 等檢視修正現行給付項目或給付條件，減少潛在不當用藥、低價值服務或用藥。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-3-3 依藥品分類訂定最低藥價(floor price)，確保必要用藥之來源及供應。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-3-4 將三同不可替代原廠藥列入健保不可替代特殊藥品名單，確保用藥品質供應。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>3-3-5 於藥物支付標準中，增訂藥品供應停止之相關規定，避免民眾無藥可用。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-3-6 配合雲端查詢系統、大數據分析，針對潛在不當用藥，以論質支付鼓勵醫師與藥事人員合作，減少潛在不當用藥，提升照護品質與藥事專業價值。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-3-7 透過定率部分負擔，鼓勵對非三同藥品，使用學名藥取代原廠藥。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---



---



---



---



---



## 策略四：生物製劑與生物相似藥之定價與管理

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
<b>3-4-1 建議食藥署與健保署建立相關機制，加速生物相似藥之查驗登記與給付，加速市場競爭。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-4-2 除既有藥品價格調整方式外，逐年依據十國藥價連動檢討藥價；並依結果校正 MEA 合約內容，避免價格過高而墊高藥費支出。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-4-3 透過支付制度改革、論質支付或運用醫院總額管理機制，提供誘因，提升生物相似性藥處方量占率。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					
<b>3-4-4 透過定率部分負擔，鼓勵病人使用生物相似藥。</b>					
其他說明： <hr/> <hr/>					

題目	非常 贊成	贊成	沒意 見	不贊 成	非常不 贊成
3-4-5 提升醫師、藥師與病人對生物相似藥品之識能。					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 議題四：改革藥品部分負擔之可行性(請參閱附錄第 12 頁至第 13 頁)

### 策略一：配合健保財務，逐步改革部分負擔制度

題目	非常贊成	贊成	沒意見	不贊成	非常不贊成
4-1-1 整體策略:訂定短、中、長期門診部分負擔制度改革策略(長期配合重大傷病制度改革部分負擔)。					
其他說明： <hr/> <hr/>					
4-1-2 短期改革:定期依物價指數調整門診定額部分負擔金額。					
4-1-3 中期改革：每次門診在定額部分負擔外，針對藥品費用合計超過一定金額部分，加收定率部分負擔。					
4-1-4 中期改革：每次門診在定額部分負擔外，針對門診診療費用(含藥品、檢查、手術、治療)，合計超過一定金額部分，加收定率部分負擔。					
4-1-5 (4-1-3 與 4-1-4 之配套措施) 訂定門住診部分負擔上限，減輕民眾負擔。					
4-1-6 (4-1-3 與 4-1-4 之配套措施) 針對經濟弱勢者，建立量能負擔的門住診部分負擔上限，減輕弱勢家庭負擔。					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---

## 策略二：檢討重大傷病免部分負擔制度

題目	非常 贊成	贊成	沒意 見	不贊 成	非常不 贊成
4-2-1 短期:檢討重大傷病種類，逐步減少新領證人數。					
4-2-2 中長期:預告日落條款，逐步取消新的重大傷病卡之核發，並以訂定門、住診部分負擔費用上限取代(已領卡者不受影響)。					
其他說明： <hr/> <hr/>					

針對本策略之其他建議：

---



---



---



---



---

針對本研究四項議題及所提政策建言(草案)之其他綜合意見：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---