

## 5. 重要審核意見

(1) 中央健康保險署配合全民健保醫療給付總額中長期改革計畫，積極改革健保給付及支付制度，惟執行情形間有未臻周妥情事，允宜完善相關配套措施，以增進醫療品質與提升資源配置效益。

衛生福利部為使健保資源合理配置、提升使用效率、改善全體國民之健康，自 110 年度起推動全民健保醫療給付總額中長期改革計畫（110—114 年，下稱中長期改革計畫），擬定 8 大策略、3 大框架，10 項行動方案（圖 1），由中央健康保險署（下稱健保署）主責辦理「改革健保給付及支付制度」，執行項目包含：提供獎勵誘因，以醫院為單位導入全民健康保險住院診斷關聯群制度、改革藥品給付支付制度，及導入健康科技評估（再評估）制度等行動方案。經查推動情形，核有下列事項：



資料來源：擷取自衛生福利部網站資料。

A. 健保署為提升住院醫療服務效率及品質，規劃分階段推動住院診斷關聯群支付制度，惟自 99 年起推行至今，仍因各界對實施內容存有疑慮而暫緩全面推動：健保署為改善論量計酬衍生之醫療浪費，提高醫療服務效率，改善病人照護品質，參照美國、德國及日本施行之住院診斷關聯群支付制度 (Diagnosis Related Groups, DRG)，依全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊分類條件，將主要疾病類別分類，規劃分 5 階段逐步導入臺灣版住院診斷關聯群制度 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)，並自 99 年度導入第 1 階段分類支付項目，103 年 7 月 1 日起導入第 2 階段分類支付項目，原預計於 105 年 3 月全面實施 Tw-DRGs，惟因同年 1 月實施國際疾病分類標準 ICD-10 之編碼，醫界反映作業不及等因素，而暫緩推動，健保署調整修正後，於 104 年 9 月修正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，公告「3.4 版 Tw-DRGs」。經該署統計第 1、2 階段 Tw-DRGs 已導入至 3.4 版支付項目，規劃劃分 1,068 項支付項目，現行已導入 407 項支付項目。該署自 106 年度起，為改善第 1、2 階段分類架構不完善，無法反映實際醫療耗用及各項加成項目之合理性支付等問題，持續研議修訂 Tw-DRGs 4.0 版，將支付項目細拆分為 1,700 項，規劃自 107 年 7 月實施 Tw-DRGs 4.0 版，及逐步導入第 3 至 5 階段，惟因各界對於實施內容有調整建議，再度暫緩實施。其後，健保署為使政策遂行，於 110 至 112 年度全民健康保險醫院總額中編列「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (DRGs)」專款項目，

分年編列預算 2.1 億元，規劃以獎勵誘因，招募醫院以雙軌制推動 Tw-DRGs，惟仍因須更新資訊系統程式並進行損益分析，且內科系疾病相較外科系複雜度高，費用變異性大等，影響醫院參與雙軌制之意願，致該署原編 110 及 111 年度相關預算均未執行。顯示 Tw-DRGs 自 99 年推行迄 111 年底止，歷時 13 年，仍因各界對於政策實施內容及配套措施存有疑慮而未能全面推動，經函請健保署蒐羅未能順利推行之問題癥結，並完善相關配套措施，以利 Tw-DRGs 之推動，提升住院醫療服務效率及品質。據復：經考量醫界建議及可行性，已初擬 Tw-DRGs 雙軌試辦草案，規劃以 Tw-DRGs 3.4 版為基礎，調整支付通則及納入獎勵誘因，提升醫院擴大導入 DRGs 項目之意願。另後續將配合 Tw-DRGs 政策推動方向，辦理 Tw-DRGs 代碼轉換作業，以完善相關配套措施，促使政策落實推動。

**B. 健保署為推動藥品給付支付制度改革，自 102 年度起試辦藥品支出目標制 (DET)，以管控藥費支出成長，惟藥費支出連年高於目標值，且部分藥品支付價格仍無法貼近市場實際加權平均價格：**全民健康保險藥品價格調整作業辦法第 3 條規定，藥品支付價格調整原則為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。經查健保署自 102 年度起依前開規定，試辦藥品支出目標制 (Drug Expenditure Target, DET)，當全年度實際藥費超出設定之支出目標值，自動於次年度啟動藥價調整機制。惟 DET 制度執行以來，每年實際藥費支出均超出目標值，須調整藥價介於 31.8 億餘元至 82.1 億餘元不等。次查，該署 110 年度依 DET 制度辦理藥品支付價格調整後，計調整 6,645 項藥品支付價格，其中計 81 項藥品，受原屬 3A 類別健保核價較高之原廠藥，因收載超過 15 年且已逾專利期，改分為 3B 類別，與 3B 類別同分組內「同品項、同含量、同劑型」(三同)之學名藥一併計算加權平均銷售價格之影響，致部分 3B 類別藥品經調整後，較原支付價格增加，另部分藥品調整後之藥價反與實際加權平均銷售價格存有落差，經函請健保署檢討精進相關制度，並審慎評估藥品給付價格之妥適性，以有效管控健保藥費支出。據復：已著手徵詢各界意見，將加速檢討現行藥價調整機制，期能合理分配健保有限資源，保障民眾用藥權益。

**C. 健保署為加速新藥及罕病新藥等納入健保給付項目，導入醫療科技評估 (HTA) 及再評估機制 (HTR)，惟囿於評估、審查或議價作業期程冗長，且須考量各利害關係人之立場，影響評估期程或評估結果：**健保署自 102 年間實施二代健保以來，參考醫療科技評估 (Health Technology Assessment, HTA) 結果，進行醫療服務及藥物給付項目與支付標準之訂定。經查廠商為申請將新藥、醫療器材或醫療服務(下稱新醫療科技)納入全民健康保險藥物給

付項目及支付標準，須提交「藥物納入全民健康保險給付建議書」等資料予健保署進行健保財務影響評估，並由該署委託財團法人醫藥品查驗中心（Center for Drug Evaluation, CDE）之 HTA 小組辦理評估。惟查新醫療科技對於健保財務衝擊較大，健保署需與廠商多次協商議價，致一般新藥從申請到納入健保給付生效所需天數之中位數為 297 天，至較困難複雜之癌症用藥，中位數則需 561 天，相較日本納入收載作業時間為 60 天（最長不超過 90 天），歐洲新醫療科技納入給付需時 180 天，作業時程遠長於其他國家；次查，健保署為使健保資源更有效運用，委請 CDE 蒐集各國醫療科技再評估（Health Technology Reassessment, HTR）作法與機制，建立 HTR 機制，逐步檢討已給付低效益品項，建立相關退場機制，並自 110 年起正式篩選醫療科技品項辦理再評估作業。惟據該署統計 110 至 111 年度計檢討 60 項醫療科技，截至 112 年 4 月底止，仍因藥廠、病患等利害關係人之意見，或涉及臨床醫師既定專業認知，或認為屬不可或缺之品項等由，尚有 51 項仍在辦理評估作業，另已完成評估之 9 項醫療科技中，有 8 項評估後仍維持給付、1 項經評估後限縮給付範圍，維持給付比率占 88.89%，顯示多數舊有醫療科技仍無法退場或限縮給付，壓縮新醫療科技引進空間等情事，經函請健保署綜整各利害關係人立場，精進改善 HTA、HTR 相關審核作業流程，以增進醫療品質與提升資源配置效益。據復：未來將持續爭取增加新藥預算，管控與加速核價流程及廠商議價程序，強化廠商與審查專家溝通，以提升各項新醫療服務納入健保給付之作業效率。另於 112 年度委託 CDE 規劃常規性醫療科技再評估機制，並辦理既有給付項目之再評估作業，後續將送「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後訂定，並報主管機關核定發布。

**(2) 衛生福利部及中央健康保險署為健全健保基金財務結構，推動各項收支改革措施，惟健保保費收入在一般保險費主要負擔人口占比逐年減少等實況下難有增長；另指示用藥及日劑藥費給付措施尚有精進空間，允宜研謀善策，以維護有限健保資源。**

2015 年 9 月聯合國發布全球永續發展目標（SDGs），目標 3「確保健康及促進各年齡層的福祉」，希各國應在政策上滿足各年齡層之照護需求，積極實踐健康平權（Health for all）之目標。臺灣永續發展核心目標項下具體目標 3.8 亦揭示，將朝向「實現全民醫療保健覆蓋（Universal Health Coverage）及永續性」方向邁進。全民健康保險自 84 年整合各社會保險系統以來，係採隨收隨付制，由全民健康保險會依協議訂定醫療給付費用總額推估整體醫療需求，再按當年保險成本或收支連動機制，完成應計收支平衡費率之設算及審議。經查執行情形，核有下列事項：