

衛生福利部主管非營業基金及財團法人國家衛生研究院 111 年度決算評估報告

四、111 年減少非全民健保規定給付範疇之指示用藥項數仍微；另基層院所採日劑藥費申報方式與實際開立藥價有間，均待改善

健保基金 111 年度「業務成本與費用」項下「保險給付」科目預算數 7,666 億 8,909 萬 3 千元，決算審定數 7,486 億 4,826 萬 3 千元，執行率 97.65%。經查：

(一)111 年度健保給付指示藥品 836 項，較 108 年度給付項數 872 項，僅減少 36 項

依健保法第 51 條第 4 款規定¹，成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品不列入保險給付範圍。惟全民健康保險 84 年開辦初期，考量醫師醫療習慣及民眾用藥需要，爰全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條第 1 項第 2 款規定²，原前公、勞保核准使用之指示用藥，經醫師處方暫予支付，但保險人應逐步檢討並縮小該類品項之給付範圍。

至於縮小給付項目情形，按 111 年度中央政府總決算審核報告，健保署自 94 年度起陸續檢討指示用藥健保給付情形，優先檢討對病患用藥影響程度小之品項，惟指示藥品僅由 108 年底之 872 項降至 111 年底之 836 項，111 年度指示藥品申報金額仍達 20.56 億元，檢討進程緩慢。

(二)107 至 111 年度基層院所採日劑藥費申報之平均每件藥費點數高於實際藥費，允宜審慎評估日劑藥費支付標準合理性

¹健保法第 51 條第 4 款規定：「下列項目不列入本保險給付範圍：…四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

²全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條第 1 項第 2 款規定：「醫師指示用藥依法不在全民健康保險給付範圍，原前公、勞保核准使用之指示用藥，經醫師處方暫予支付。但保險人應逐步檢討並縮小該類品項之給付範圍。」

迄 111 年底健保特約醫療院所逾 2 萬家，其中以診所為大宗，健保署為簡化西醫基層院所藥費申報程序，於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定「日劑藥費」，診所及藥局可選擇採「逐項」或「日劑藥費」方式申報。

依據 111 年度中央政府總決算審核報告，按健保署提供之 107 年度至 111 年度西醫基層門診藥費申報資料，其中日劑藥費總申報點數介於 53 億 8,398 萬餘點至 81 億 2,803 萬餘點間，平均每件日劑藥費點數介於 69.3 點至 71.0 點間，同期間該等案件實際藥費點數介於 24 億 6,846 萬餘點至 38 億 2,613 萬餘點間，平均每件藥費點數介於 31.8 點至 33.4 點間(詳表 1)，111 年度平均每件日劑藥費點數 70.4 點亦高於實際藥費點數 32.8 點，恐有藥價差情事。針對是否取消健保給付指示用藥及檢討日劑藥費支付標準乙節，詢據健保署說明，將與各界溝通、凝聚修法共識，並將請相關臨床專業團體評估日劑藥費標準規範。

表 1 107 至 111 年度日劑藥費申報及給付情形簡表 單位：千件

年度	門診申報案件	日劑藥費			實際藥費	
		件數	點數 (千點)	平均每件 點數(點)	點數 (千點)	平均每件點數 (點)
107	315,822	114,237	8,095,883	70.9	3,819,871	33.4
108	323,348	114,548	8,128,032	71.0	3,826,133	33.4
109	297,149	94,146	6,623,861	70.4	3,050,703	32.4
110	275,851	77,689	5,383,981	69.3	2,468,468	31.8
111	294,870	83,712	5,896,619	70.4	2,743,826	32.8

說明：1. 統計資料來源為健保署多模型健保資料平台門診/交付機構明細及醫令檔、醫令價格資訊檔(擷取日期：112 年 8 月 8 日)。

2. 資料範圍為費用年月 107 年 1 月至 111 年 12 月門診及交付機構總額內(不含代辦)西醫申報案件。

3. 統計定義：

(1) 西醫案件：門診醫事類別(HOSP_DATA_TYPE)或交付機構原醫事類別(ORIG_HOSP_DATA_TYPE)欄位，申報為「11-門診西醫診所」、「12-門診西醫醫院」、「15-門診洗腎」、「19-門診其他醫事機構」任一者。

(2) 門診申報案件數：門診排除部份醫令補報案件(APPL_CAUSE_MARK=2)後計數，交付機構案件不計。

- (3)日劑藥費：當次申報案件包含任一日劑藥費醫令(MA1、MA2、MA3、MA4)且前述醫令合計申報點數大於 0 者。其件數以申報案件筆數計，其點數以醫令點數(ORDER_DOT)加總計。
- (4)實際藥費：日劑藥費案件當次申報之不計價藥品(ORDER_TYPE=4 且醫令長度為 10 碼)之推估藥品費用加總。推估費用係以各藥品當月於醫令價格資訊檔所載單價*申報醫令總量(ORDER_QTY)後加總計算。

資料來源：健保署提供。

依健保署提供之資料，我國 111 年度健保藥費(已扣除藥品協議返還金額)點數 2,228 億點已較 108 年度之 2,048 億點增加 8.79%，為利醫療資源有效運用，允宜賡續檢討藥品給付相關標準。

綜上，指示用藥並非全民健康保險規定給付範疇，健保署自 94 年起雖檢討指示用藥給付情形，惟 111 年度刪減品項有限；另日劑藥費平均每件申報點數高於實際藥費，宜審慎評估基層院所日劑藥費支付標準之合理性，俾利健保資源有效運用。