

健保會委員針對健保藥費管控策略及檢討之期許

健保會 112.5

我國即將於 2025 年邁入超高齡社會，隨著人口老化、新醫療科技快速發展，以及民眾就醫習慣等種種因素下，111 年度健保醫療費用總額已突破 8 千億元大關，其中藥品費用達 2,300 億元(藥費占率已超過 28%)，健保會委員關心藥費支出節節上升，乃於 4 月份委員會議安排健保署進行藥費管控策略及檢討專案報告。

健保署報告內容除說明健保藥費支出現況，也提出為管控藥費推動的各項措施，包括：實施藥品費用分配比率目標制(DET, Drug Expenditure Target)、建置健保醫療雲端查詢系統，強化重複用藥管控措施，及為精進新藥預算預估模式，建立「前瞻式評估登錄平台(HS, Horizon Scanning)與運用藥品給付協議(MEA, Managed Entry Agreements)機制，加速新藥引進，並提出包含藥價調整檢討(含 DET)、加速收載健保新藥及檢討指示用藥給付等 3 大改革方向。

委員於聽取報告後，提出諸多建議，包括：對於重複用藥管控措施部分，委員認為與病人安全有很大的關連性，希望健保署能進一步分析重複用藥管控措施的成效與限制，例如各層級醫事服務機構重複開立情形、跨科別和跨層級重複用藥的比例及重複用藥人數、常見的重複用藥品項、浪費的原因等，作為改革方向之依據。

對於研擬將尚未完成第三期臨床試驗的新藥納入暫時性給付部分的作法，有委員表示雖理解如此可加速引進新藥，立意良善，但更關心在藥品療效跟安全尚未確定前即暫時性給付，病人健康能否得到保障？且此一作法是否會排擠到過去已有實證，但因財務衝擊太大而未能收載之其他新藥，建議針對納入給付之新藥宜有足夠的臨床數據支持，以確保用藥品質。

健保署對於委員關切之暫時性支付提出說明，符合暫時性支付申請條件的新藥，除必須已取得食藥署核發藥證，且必須用於目前無藥可醫的疾病，才會納入審查，未來若經真實世界資料佐證其療效不如預期，健保就會停止給付；至其使用新藥預算是否會排擠其他新藥，因新藥審查順序是按照申請順序，目前擬列

入暫時性支付者約 2~3 種藥品，尚不會排擠到其他新藥，然為使有臨床需要的民眾能早日使用所需新藥，也請委員在總額協商時對新藥預算的編列可以更寬裕，以利加速引進新藥。

另有委員建議應盡速落實健保法第 51 條，指示用藥不列入給付範圍之規定，並建議在取消指示用藥前，應先盤點出使用量高，但是處方藥可替代性低的品項；第二是估算健保給付指示藥品，對於民眾就醫行為及醫師醫療行為，造成的隱形成本有多少(例如診察費等)；第三為評估民眾常用的指示用藥(例如止痛藥、咳嗽與感冒用藥等)，若取消給付，對於不同族群的衝擊是什麼？希望健保署審慎評估，讓指示用藥的政策除符合法規，亦能兼顧臨床及民眾需求，健保署對於委員意見，表示將持續與各相關團體進行溝通。

健保會委員肯定健保署的努力，也感謝其提供豐富的資料，面對藥費支出逐年提高，期望健保署在推動健保藥品政策改革時，應優先考量病患權益及減少社會衝擊，未來在預算編列與執行上，能夠透過加速新藥的引進及精準給付，讓資源用在有效的治療，使健保能夠永續經營。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 112 年第 3 次委員會議議事錄(112 年 4 月 26 日)