

健保藥品政策：方向為何？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

中央健康保險署於今日公布今(113)年藥價調整結果，本次藥價調整金額為55.3億元，檢討的藥品約有14,000項，其中約9,500項未調整，約4,500項藥品調整，調整品項數為自102年實施藥品費用支出目標制(Drug Expenditure Target, DET^①)起最少。健保署表示，自102年起試辦DET，於總額預算下，當實際藥費支出超過年度藥費支出目標值，則依藥價調查結果，針對藥價差^②超過一定範圍者，於隔年啟動藥價調整。調整時也會考量基本藥物品項、調降幅度及基本價保障等原則，以確保藥品穩定供應^③。健保署強調，藥價調整是每年例行作業，對於調整後藥價，廠商有不敷成本情況，可於公告日起兩週內檢具成本分析資料，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第34條規定向健保署提出價格調整建議。隨著醫療科技進步，健保逐年引進新藥提高民眾使用新藥的可近性，藥價調整可有餘裕收納新藥之給付，確保健保永續，以達全民健康。另亦著手推動健保藥品政策改革，並研議輔導獎勵國內藥廠投入或擴充生產的措施^④，以達到合理調整藥品價格、扶植國產學名藥、確保民眾用藥無虞之三贏局面。（「113年健保藥價調整，自4月1日起實施」焦點新聞，中央健康保險署，民國113年2月22日。）

「醫師，這次給的藥怎麼跟上次的不一樣？」病人在診所跟藥師領過藥後，回頭問醫師。

「哪一顆？」醫師接過藥袋。

「就這一顆。」

「喔！成份及劑量一樣，不同藥廠生產的啦。」醫師已經被反覆問過N次。

「效果一樣嗎？」

「服用過的病人，到目前的反應是一樣。」醫師的回答其實也很無奈。

「為什麼要換藥廠？」

「原來那家藥廠不生產這種藥！」病人的問題與醫師的答案千篇一律。

「為什麼不生產這種藥？」

「就不敷成本啊！」醫師像錄音機一樣回答。

「不敷成本…我可以多出一些藥費！」

「多出藥費…也沒有這種藥，人家不生產了！」醫師無奈地回答。

「好奇怪…什麼世界？有錢也買不到。」病人似乎不瞭解健保制度，繼續問：「百憂解這種藥，現在有錢也買不到，是不是也不生產了？」

「喔！這顆藥…」醫師在腦海中先思量這位病人為何服用這種藥，接著平穩地回答：

「國外還有…國內沒有了。」

「為什麼？我們台灣人比較窮、比較『細漢』嗎？」

「不是！跟台灣廠的藥不一樣。」醫師有堅定的語氣，繼續反諷說：「是健保署比較霸道，百憂解比較『細漢』！」

「什麼？不懂這種理由…」

「百憂解是進口藥！製造藥廠在國外…」

擔心病人聽不懂，醫師慢慢地回答。

「什麼？製造藥廠在國外，不能自費購買嗎？」病人不等醫師講完急著再問。

「但是健保聲稱：就算百憂解退場，台灣仍有超過十家藥廠生產同成份的藥，效果一樣，可以取代百憂解！能一樣嗎？」醫師再次無奈地回答。

「當然不一樣！」病人似乎更有委屈，接著說：「醫院醫師就是以健保不給付理由，換成台灣製造的，但是藥效真的不一樣。」

「是啊！新手能夠突然超越有30年製造經驗藥廠的效果嗎？」醫師回應。

「既然不是停止生產，為何還是買不到？」

「好問題…」醫師思考如何簡潔地對一般人回答複雜問題，接著說：「因為百憂解屬於醫師處方藥，需要拿到醫師處方箋…才能購買；重點是…他們已經退出台灣市場，即便有醫師處方箋，也只能在國外購買。」

「對我需這顆藥的病人真是太殘忍了，明明可以讓我自費求得情緒穩定，非得逼到無路可走…」病人邊嘮叨邊走出診間，因為還有病人等著醫師看診。

幾位病人後，醫師總算有片刻休息喝水的機會。

「百憂解是什麼神奇的藥？」櫃台姑娘好奇地問。

「一種抗憂鬱的老藥。」藥師回答。

「我們診所有嗎？」櫃台姑娘繼續好奇地

問。

「此藥在臨床上用於治療成人…重性抑鬱障礙、強迫症、神經性暴食症、社交恐懼症等等，非單純治療憂鬱。」醫師雖然從未開這顆藥，仍稍知藥理。

「我好像需要…這種老藥。」櫃台姑娘對藥師做了一個鬼臉。

「好啦…社交恐懼症嗎？」藥師回應櫃台姑娘，接著說：「妳知道醫師常用心理治療病人、不用藥品！即便這顆比妳年紀大的老藥，本診所也未準備。」

「醫師不是常講：老藥比較安全嗎？」櫃台姑娘更好奇地問。

「老藥的確比較安全，不吃藥不是更安全！」醫師趁機表達治療病人的原則。

「必需使用這顆藥的病人怎麼辦？」

「已經退出台灣市場很多年了…也沒聽說發生缺藥的新聞；不像現在抗生素、腸胃藥、軟便藥等常用藥品，都缺藥超過一年也未見解方。」藥師不知其中是否有貓膩，接著問：「剛才醫師說，還有超過十家藥廠生產同類藥，不缺藥？」

「這是健保署當年的統計，現在不知有幾家還在生產？」

「據我所知，健保開辦時，一顆健保支付價超過四十元，隨著專利過期，開始有台廠學名藥陸續上市，退出時的新藥價好像不到兩元？」藥師略知健保價。

「啥？經過29年殘值只剩5%？」櫃台姑

娘用2除以40所得答案。

「是經過24年！這是5年前的新聞，當時健保價格由2.08元調降為1.96元！健保申報數量約24%，**健保醫令申報**金額合計約3,325萬元。」醫師查到當年健保署的新聞稿。

「什麼是**健保醫令申報**金額？」

「因為不是所有病人用藥都經由、或是可以申報健保；也不是所有病人都願意將自己就醫紀錄留在健保資料庫中…」這是醫師對健保資料庫所堅持的觀點。

「我知道了！所以醫師常說健保資料庫不完整…」櫃台姑娘劈哩啪啦地將醫師常常碎碎唸的話重複一遍，接著問：「才降0.12元！有那麼嚴重嗎？30顆才降3.6元，有需要這麼激烈的反應嗎？」

「這是面子問題…而且其他國家會拿台灣價格當參考，要求藥廠降價…」醫師停頓一下，接著也回顧說：「健保開辦時，一顆抗生素的健保支付價介於12到15元，現在呢？不管品牌、劑量都是地板價：1.5元！」

「比那顆殘值只剩5%的好些吧？這還有10%！」不愧是錙銖必較的櫃台姑娘。

「真的！糖果都比藥品貴，真是神一樣的健保制度！」醫師長嘆一聲，接著問：「健保即將照目標及往例調降數千種藥品給付，官署更號稱：調整品項數及金額，史上最低？真是諷刺…」

「哈！…很多種藥只調降幾分錢，像我們這種看急性病的科，三天份的健保藥價加上四

捨五入，藥品申報金額幾乎紋風不動。」藥師對藥價比較敏感，接著說：「少數像乙醯胺酚這類藥，診所進價最低一顆0.25元，現在至少0.35元，但是健保給付價卻是0.19元，不知會不會再降給付價？」

「乙醯胺酚是否就是普拿疼？前陣子醫師有採購一顆0.6元的，聽說健保給付價是0.41元…醫師說0.19元9顆健保價只有2元、0.41元9顆健保價還有4元，不知醫師到底在想什麼？」診所藥品進價及數量都由櫃台姑娘負責記錄。

「就不想讓病人誤解診所給這麼便宜的健保藥…而已！」醫師表示無奈。

「不就是希望這類藥品像那顆藥一樣，主動退出健保！正如醫師常說的：原廠普拿疼比健保給付的那種…有效！」櫃台姑娘還沒記住百憂解這藥品名。

「我們藥師們已經在傳遞：進口普拿疼的台灣葛蘭素史克藥廠已經調整售價，一般的膜衣錠由原先建議售價一盒十顆110元，調漲為135元；加強錠由135元調漲為145元；實際市售價可能略低於建議價格，但漲價已是不變的事實！」

「啥！同樣成份的藥品，健保給付價低到0.19元，比糖果還便宜；原廠藥自費一顆11元…差55倍、不是5倍！藥效能一樣嗎？難怪病人反彈！」

「8、9年前，健保本要試辦藥品差額給付…後因為爭議性大、官署又不堅持而流產，

只留下我的投稿：向原廠藥普拿疼學習！」醫師再度哀怨。（全文完）

問題 ①：再次介紹「藥品費用支出目標制（Drug Expenditure Target, DET）」。

解答：《全民健康保險法》第61條第三項：「前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。」第62條第四項：「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。」健保制度靠「分配及分帳」？就已經匪夷所思；並推測藥品費用超過目標，一定是醫師濫開、猛開，所以要從醫療給付費用總額中扣除！這是什麼神邏輯？

為了使藥費支出成長在合理的範圍內，自102年1月1日起，健保將試辦「藥費支出目標制」二年，將藥費支出先預設一個目標值額度，年度結算藥費超出目標值，就啟動年度的藥價調整。實施藥費支出目標制，主要是以前一年的藥費（不包含中醫）為基礎，並給予成長率（102年醫院、西醫基層及牙醫合併之成長率，合計為4.528%），預先設定藥費目標值，在年度結束後，如果實際藥費的支出超出預先設定目標值時，於下一年度調整藥價。

舉例來說，如果一年的藥費目標值為1,400億元，實際藥費的支出為1,430億元，藥費超過30億元，則下一年必須調整藥價的額度為30億元。實施藥費支出目標制對於保險對象就醫權益不影響，醫療院所仍依目前相關規定，提供醫療服務，藥品給付情形與現行作法相同，本試辦方案合理的成長率及調整後節省金額將作為新藥及新科技納入健保給付之用，並不影響民眾用藥權益（參考「健保試辦藥費支出目標制 強力管控藥費」焦點新聞，衛生福利部，民國102年3月5日）。112年度藥價調整於4月1日生效，110及111年合併調整金額為81.8億元，預估調整品項數約6,000餘項。今(113)年藥價調整金額為55.3億元，檢討的藥品約有14,000項，其中約9,500項未調整，約4,500項藥品調整。據報載，此次調降4,551項、調升17項，不調整9,500項，調降品項為方案上路來最少的一次。詭異的是：不管健保總額成長高低，藥品總支出費用依然「穩定成長」（圖一）？

試辦藥品支出目標制(DET)之起源，在於回應外界對兩年一次藥價調整的聲音：●調降得不夠、●調降太多、●調降金額無法預測、●調整間隔太長等的質疑。民國113年01月15日健保審字第1130670074號公告（依據106年9月13日健保審字第1060011072號公告及112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式）：一、「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案續行試辦一年至112年度。二、上開方案實施方式如下：(一)112年度目



圖一 2006~2020年健保藥費支出趨勢（圖片來源：健保署）

標值成長率為2.755%（含精神科長效針劑預算成長率）。（二）第一大類及第三大類藥品新支付價格生效日期為113年4月1日，其支付價格核算調整結果，另案公告。（網址：<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-14256-6bc26-3258-1.html>，上網日期：民國113年3月17日）詭異的是：113年公告 112 年度的「試辦方案」？而且，經過九年了還算是「試辦方案」？

藥師公會全聯會理事長黃金舜表示，這次調整的項目中，新藥只占7%，而被調降的老藥有93%都是已經給付超過15年的慢性病用藥，台灣使用人口多達600萬。他擔心，如今在COVID-19疫情剛結束、俄烏戰爭持續以及原物料價格上漲的情況下，若老藥相繼退出健

保，恐對患者造成極大影響，「到時候600萬慢性病患怎麼辦」？中華民國學名藥協會理事長陳誼芬則表示，今年的總調整金額55.3億元，雖然比往年少，但目前整體接受度還算高，目前現行仍在全民健康保險藥品費用分配比率目標制(DET)試辦階段，尚未變成正規健保政策，產業及醫療院所就是跟著走（參考「健保藥價調整『9成老藥被砍』4月上路！600萬慢性病患沒藥用」，陳怡穎，風傳媒，2024-02-23）。顯然，藥師公會全聯會與學名藥協會的立場，不一致！（筆者註：私下詢問中華民國學名藥協會理事長，她所表達的與記者報導的，更不一致。）

問題②：「藥價差」是什麼意思？

解答：民眾看病時由醫療院所提供的藥品，每個月都會向健保署申請藥費，依現行的制度，每項健保給付的藥品，都有付給醫療院所的統一支付價。醫療院所的藥費是以申報使用量乘以統一支付價向健保署請領。正常情況下，藥商賣給醫療院所的藥品價格，可能會因為醫療院所的議價而低於健保訂定的支付價，因此產生藥價差（ $\text{支付價}-\text{實際採購價}=\text{藥價差}$ ）。換言之，藥價差就像一般商品買賣討價還價之後，藥商給醫療院所的折扣金額。因此，藥商應該要自行衡量自己的成本及利潤，來決定最後的賣價，而不是任意削價競爭。倘若藥商願意降價求售，應該是市場擴大、製藥技術讓產能及效率提升，使成本降低。健保署確實藉由藥價調查的機制來得知藥品的售價，適時進行藥價調整，替民眾將藥費支出省下來，把錢用在刀口上。面對藥價差，世界各國都有類似的問題，亦提出各種因應方案，其中多以「醫藥分業」為主要方案，即透過醫師開處方與藥師調劑之專業分工，減少誘因的方式，來達到減少藥價差的目的。台灣面對藥價差是否亦應朝此方向前進，有待國人共同思考（參考「醫院採購藥品只看藥價差？健保署提出因應」焦點新聞，中央健康保險署，民國105年8月1日）。

對醫療院所來說，藥價差歷來都是經營醫療服務的重要利潤來源，尤其全民健保的住院照護給付偏低，而且醫師診察費偏低，藥價差很自然成為醫院或診所彌補健保給付不足的重

要財源。每當健保署執行一波醫院藥品支付標準的調降，醫院為了維持一定程度的藥價差，就要再與藥廠進行議價，請廠商降價。然後健保署也會跟進調查新的藥品市售價，一年後發動另一波藥價調降，如此循環不已，直到藥價低於健保署所設定的基本價，或藥廠認為該藥品在台灣已無預期利潤，決定停售或退出為止（圖二）。本質來看，藥價調整是健保署利用醫事服務機構的藥品議價能力，去探詢藥廠對每一種藥品價格所設定的底線，管控藥品費用支出，確保國內用藥低價化的策略。其實真正為全民健保搏節藥費支出貢獻最多的，不是健保署，而是醫事服務機構。難怪台灣醫院管理的前輩—長庚醫院管理中心前主任莊逸洲曾無奈地表示：對於全民健保的絕大多數政策，醫



圖二 健保藥價政策趨勢（圖片來源：新新聞潮健康20230312）

院都多少還有方法可以因應，唯有對於藥價調整政策，真是一點辦法也沒有。因為面對藥價調降，醫院不能不跟藥廠議價，可是愈努力議價，結果是讓健保署調降更多藥價，自己的藥品利潤就縮減得更多，醫療院所明明知道這是一種「自殺」行為，可是還是不得不做。（參考「我們願意為藥效付多少錢？健保藥價的難題」，文／周恬弘，康健雜誌，2019-05-15）

問題③：健保制度下，「藥品支付方式」與「藥品穩定供應」有相關嗎？

解答：針對禮來股份有限公司生產之「百憂解」（商品名Prozac），將自108年4月1日起停止供貨，健保署表示，該藥每顆20毫克自1995年3月健保開辦時的核定價格是新台幣49元，但隨著該藥不具有專利權，有其他學名藥陸續上市，去年核定的健保價格是2.08元，依照108年1月28日公告、4月1日實施的新藥價是1.96元，這是根據去年市場調查的市價行情，因此依法予以調整。百憂解是一種上市逾40年的老藥，根據健保署統計，目前國內除禮來公司生產的百憂解之外，與它同成分的抗憂鬱劑共有14家生產學名藥，106年的健保醫令申報金額合計約3,325萬元，其中百憂解的市占率約24%。即使原廠藥退出台灣市場，目前尚有其他與百憂解同成分、同劑型之藥品可供醫師處方（參考「健保署依法調整藥價，願積極與藥界檢討DET之計算公式」焦點新聞，中央健康保險署，108-03-18）。為使藥品合理使用，健保署將持續精進健保醫療資訊雲端查

詢系統及門診重複用藥費用管理方案，已鎖定60類單價高、用量多的藥品進行管控，一方面可避免民眾因重複用藥及藥品交互作用而有潛在健康風險，另一方面則讓健保資源更有效運用。此外，健保署願意與藥界溝通並檢討DET之計算公式，一方面讓藥界有合理生存空間，另一方面也可藉藥價調整後的效益運用於支付新藥及適應症範圍擴大的給付，讓全民共享藥價調整之效益。

2019年4月1日，健保開放800個免疫癌症藥物的給付名額，在8億預算的投注之下，納保給付原本每人一年破百萬的天價藥費。然而過去7年，百憂解、抗生素泰寧等10種原廠藥品接連宣布退出台灣市場，其中一項因素，就是砍到不能再低的藥價。這些「幸運兒」得以每兩到三週施打一次，每一劑原先自費要價15到24萬元的昂貴免疫藥物，增加與死神搏鬥的勝算，背後靠的是健保署投入的8億預算，相當於今年新藥預算總額的四成。屢創天價的新藥叩門，健保謹慎應對，而不斷膨脹的藥費支出，只能靠每年藥價調整來管控。「但每年省下來的錢，是不是真的有用來導入新藥？」醫改會副執行長朱顯光分析，**砍了藥價之後，錢流到哪裡去、換來了什麼**，仍值得討論（參考「為何百憂解退出台灣 貴森森的免疫藥物還可納入健保給付？」，文/彭子珊、陳潔，天下雜誌，2019-04-22）。醫改會副執行長的質疑，耐人尋味！

為什麼健保有錢投資引進抗癌新藥，但百憂解這些常用原廠藥卻因藥價過低而退出台



圖三 近10年原廠藥退出健保原因前5名（圖片來源：自由時報2019/04/13）

灣（圖三）？時任健保署署長李伯璋回稱：我們本來就有新藥的預算，兩邊並不互斥。有些藥退出市場，主要是專利期過了，藥品價差不足，這是我們可以檢討的。我們每年調整藥價，食藥署認定學名藥跟原廠藥的藥效一樣，所以我們調價的時候就把原廠藥、學名藥的市場價格平均，這對學名藥來說沒關係，但原廠藥就撐不下去。健保制度不僅將「老成經驗與新進經驗」的醫療專業視為一樣（筆者註：即資深醫師與資淺醫師的健保診察費，相同支付點數），將過了專利期的「原廠藥與學名藥」…也視為一樣；是否如同教授與助教待遇、飯店牛肉麵與路邊牛肉麵價格，數字應該一致、一樣荒謬！？

問題④：「健保藥品政策改革」是啥？

解答：藥師公會全聯會於去(112)年4月15日舉辦第15屆藥師公會幹部共識營。邀請到甫上任不久的健保署署長石崇良、全聯會諮詢顧

問葉明功及全聯會副秘書長陳玉瑩進行專題演講，讓與會幹部了解政府藥品最新政策以及藥界的相關近況。石崇良指出，未來面對的有四大挑戰：1.高齡化及醫療科技發展，病人及需求增加。2.新藥治療昂貴，療效實證有限，收載時間過長。3.健保資源有限，藥費支出須控制於合理範圍。4.質疑藥價調整導致原廠藥退出市場或缺藥。他提出**健保藥品改革四大方向**，包括：1.藥價調整檢討（含DET）加速逾專利期藥價調整。2.指示用藥給付政策，指示用藥合理給付。3.加速收載健保新藥。4.鼓勵國產學名藥發展，調整學名藥核價方式，推廣使用國產學名藥（參考「全聯會幹部共識營石崇良『健保藥品政策』專題演講」，藥師週刊第2308期，112-04-24）。這是新任健保署署長的「健保藥品政策」，可惜的是所謂「鼓勵國產學名藥發展」仍停留在口號，未有具體措施！

同年9月17日健保署副署長蔡淑鈴在臺灣

臨床藥學會學術研討會上演講稱：政府對「藥品政策」提出多項改革規劃方案，包括調整藥品上市及健保藥價生命週期、調整優惠核價及調價機制、加速新藥收載、健保暫時支付及平行送審機制、專責辦公室及行政法人設置、病友參與健保支付決策、商保補位健保等（參考「全民健保藥品政策改革及展望」，撰稿人：何沁沁副秘書長，2023臨床藥學會年會邀請演講活動紀實，2023-10-19）。健保署副署長對於國產學名藥部分，未見著墨？

同年10月14日健保署署長石崇良在台灣醫務管理學會舉辦學術年會演講稱：健保從現在開始有三個目標，第一個…第二的藥品政策改革、朝向精準醫療發展，癌症藥費每年以10%成長，但是健保總額成長率卻僅有4%，新藥新科技發展快速讓健保負擔增加。另，科技進步改變醫療模式，他以癌症病人住院率為例，2002年癌症病人用藥在住院發生52%，2022年下修到僅有25%，住院則以重症為主。…（參考「健保署長石崇良談健保3改革目標 全人、藥品及數位」，記者李青瑩，聯合報，2023-10-14）對於國產學名藥部分，隻字未提！衛生署早於民國97年提出之「藥品政策全國會議」…經過16年的「藥品政策」，最終還是淪為「藥價政策」而已嗎？

