



避免民眾被迫換藥 產官學獻策

「藥價黑洞擴大 無辜民眾被迫換藥」論壇，為健保改革把脈，提升全民用藥權益

編者按：自1995年3月1日實施全民健保以來，即使被認為是世界各國羨慕的制度，來台灣取經的國家不下50個。但健保長期以來不論制度面與管理面也被詬病不少，包括醫療浪費、缺乏有效解決藥價黑洞機制，使健保局、業界各說各話，社會大眾始終無法瞭解「健保虧損」真實一面。

有鑒於此，工商時報於6月7日特舉辦「藥價黑洞擴大 無辜民眾被迫換藥」論壇。邀請產官學研及消費者保護團體、民意代表等集思廣益，為健保改革把脈，提升全民健保醫療品質及用藥權益。

主持人：葉玉琪（工商時報副總主筆）
與會來賓：朱茂男（藥師公會全國聯合會政策小組委員）
涂醒哲（立法委員、前衛生署署長） 陳世雄（西藥代理商業同業公會理事長）
廖國棟（立法委員） 吳明彥（台灣私立醫療院所協會秘書長）
沈茂庭（健保局醫審及藥材組長） 施肇榮（醫師公會全國聯合會醫事法律智庫執行長）
葉明功（消費者文教基金會委員） 黃蔚綱（財團法人罕見疾病基金會執行長）
王文德（消費者代表） 攝影：顏謙隆 記錄：潘聰涵



●工商時報7日舉辦「藥價黑洞擴大 無辜民眾被迫換藥」論壇，與會來賓（左起）王文德、陳世雄、沈茂庭、吳明彥、涂醒哲、葉玉琪、廖國棟、朱茂男、葉明功、黃蔚綱及施肇榮共同針對議題進行研討。

藥價政策 須全盤檢討革新

葉明功：藥價差的問題存在已久，一直難以解決，該問題繼續拖延下去不僅會損害到健保的基礎，甚至影響到整體醫藥生技產業的發展與願景，這與目前政府推動醫藥生技產業的政策背道而馳。期盼衛生署與醫藥界合作，擬訂真正的藥價政策。針對上述問題，個人提出以下六點建議：

1. 藥價黑洞應正名為合理藥價差額給付，並教育民眾藥價應有的合理範圍。
2. 無辜民眾是真無辜，因知識不對等及缺乏選擇性，故要業務管理單位合理規範以保障民眾用「好藥」的權益。
3. 民眾被迫換藥的問題應伸張公民參與權，不應由事業單位主導，建議醫療採購單位作業應公開透明，委員會參與成員應有消費者參與，藥品採購契約應有合理規範與保障。
4. 若有換藥的必要性時，應有醫學實證為基礎，佐以合理

公開程序可減少誤會，降低不必要的傷害。

5. 剔除藥價差誘因，回歸合理化與功能化。在要求有效性及安全性的同時，也兼顧少數及特殊族群的需求，例如嬰幼兒、罕見疾病及其它特殊性用藥。

6. 健保局是火車頭，帶領國內藥業及醫療業導向，應有明確政策及取得各界共識，讓下游業者得以在政策導引與輔助下，有所遵循壯大。

朱茂男：藥價差即藥品利潤，而非藥品的價值。台灣藥費在OECD國家中偏低，且藥價也最低。實施全民健保的國家，唯獨台灣以藥養醫，所以台灣只有5%的醫藥分業。藥師全聯會宣示台灣106年要實施醫藥分業，走向文明國家，政府應宣示縮小藥價差，才是正途。所謂「黑洞」，就是要透明化，才能成為「白洞」，再加以合理化規範（即訂合理化

的利潤 R-Zone）以回應民眾的不浪費，即超過的有回收機制，同步又調整藥價。而二代健保法，已有保費灌注，即能改善醫療費用的不足，透過逐步縮小藥價差，自然可進步到先進國家的醫藥分業。這種消弭藥價黑洞，就是走向透明化，合理化及進步化的改革方向。

王文德：「藥價調查」與「藥價調整」，原本目的是讓藥價透明化並逐年減少藥價差的存在，但依現行藥價基準經過六次「藥價調查與調整」，不但沒有減藥品的 健保給付價與醫院實際採購價之價差擴大的問題，反而產生更大更不好的藥價差惡性循環關係。檢視過去每一次的藥價調查與調整，每砍一次藥價便造成一股換藥潮，且砍的愈多換的愈多。無辜民眾被迫換藥的結果導至心理和生理層面的衝擊，明明用的好好的藥為何要被換？被

換的藥品質會比以前好嗎？被換的是否更安全或有效？醫師也被迫處方他沒有『信心或經驗』的藥。

沈茂庭：政府每年的健保醫療費用總額大於保費收入，總額的多寡會限制醫界的運作範圍，由於每年有許多新藥進來，會提高許多藥品費用支出，若不設法降低舊藥的費用，就會把總額點值稀釋得更低。以99年為例，藥費支出成長率為1%，其中重大傷病與慢性病成長率較高，其他藥品均為負成長，以罕病為例去年就從15億增加為18億元，重大傷病藥品支出也持續增加。據IMD瑞士洛桑管理學院國家競爭力指標指出，台灣在醫藥支出占GDP比重方面仍偏低，去年在此分項指標更為退步。

黃蔚綱：藥價差為健保局目前的痛處，因為不曉得如何跟民眾解釋，民眾也很難接受藥價差的事實，若可以讓民眾了解藥價差的意義，對於雙方的歧見消除會有所助益，然而不可以藥價差來補充專業技術費

偏低的事實，需先向民眾解釋專業技術費偏低的狀況，並從如何增加專業技術費等層面著手。以罕見疾病病患面臨的問題而言，許多疾病只有單一藥品可用，故其問題並非換藥，而是面臨根本沒有藥可用的窘境，因為藥價持續被砍，藥商沒利潤就不會引進特殊用藥。

吳明彥：目前健保局給付給醫院的錢為總額預算，藥價只是其中一小部分，必須釐清醫院如何使用。因為各醫院採購藥物「量」的差異，故一定會有藥價差的現象，需注意的是醫院拿藥價差作何用途，目前因為專業技術費不足，相關醫護人員的新水皆偏低，故以藥價差來補足。而台灣藥價占醫院總額支出控制在25%以下，遠比中國的50%好，表示健保局與醫界均控制得很好。台灣的民眾在享受的超低費用的健保資源而不自知，甚至覺得還

不滿，與醫療水準相近的香港與新加坡等地比較，台灣的醫療手術費用平均不到他們的三分之一，因此就會有以藥價差來補充專業技術費的現象。要解決藥價差，社會上必須形成共識，健保局也必須提出調整專業技術費不足的配套方案。

涂醒哲：藥價調查與砍藥價已經進行了十多年，以「藥價管理」取代「藥價差管理」政策，健保局必須有前瞻性的做法，肩負品質把關與新醫療科技或藥物引進的責任，必須通盤地考量、訂定藥價政策。在總額預算的精神下，應由健保局等專責單位，以專業角度提出成本效益好且對人民有貢獻的醫療項目，至於要不要給付，則由人民決定。

施肇榮：藥品支出25%佔率過高？事實上是醫療給付過低。而人口老化也帶來影響，65歲以上人數占10.3%，但醫療費用卻高達34.4%，故醫療支出並非被醫師或藥師拿去，而是被高齡病人占用。此外，目前重大傷病人數占3.6%，醫療費用占率也達26.9%。從1998~2008年期間，健保醫療費用成長因素為新增藥品與醫療科技，新藥引進及支付標準調整已超過600億元，因此多數錢還是回到民眾身上使用，故藥價調整是藥價節流，不是藥價結餘或藥價黑洞。

廖國棟：藥價差擴大，原因在於以下2項，應設法尋求解決，以改善藥價差擴大的問題：1. 依藥價基準支付之流程，造成藥價差持續擴大：

由於健保對於醫療機構專業給付不足，再加上目前藥價基準設計，是讓藥廠或藥商向健保局申請核價，但健保藥品使用量多少？使用哪一家藥品？卻是掌握在醫院採購部門及處方醫師的手上，健保藥費也是併同醫界總額，先由健保局支付給醫院，再由醫院轉手付給藥界。而醫界在支付藥費過程中，如果將採購壓價低，其間的藥價差，健保局完全同意讓醫院享有，導致醫療院所更仰賴藥物採購議價的獲利，才能維繫醫療機構的正常運作。

2. 藥價基準出現藥價降低，但藥價差卻不減反增的矛盾：從上述藥價基準設計可以看出，雖然台灣健保藥價已降低到OECD國家28%的超低價水準，甚至台灣藥價只有韓國2/5，但藥價差卻仍持續擴大。這種藥價降低，但藥價差不降反升的矛盾結果，其實是上述藥價基準設計不當所造成。

陳世雄：藥價調查與藥價調整脫鉤，是「全國藥政會議」及前衛生署藥價小組之共識：健保局重複多次不當的藥價調查機制，衍生失控的藥價差，造成藥價差未減反增，無辜民眾被迫換藥，引發民眾之誤解與蓄積民怨。希望主管機關對給付制度重新檢討，讓醫界及藥界有合理的生存空間。二代健保已經完成立法程序，政府應立即研擬銜接二代健保之藥價政策，建立合理之藥價控管機制，找出不合理藥價及藥價差，進行合理調整，回收不當之藥價差，徹底消除藥價黑洞之污名。此外，基於公平正義原則，健保局核付給醫療院所的合理藥價差，應視為藥品銷售合理範圍，現階段合理範圍（Reasonable Zone/R-zone）擬為20%，實際價差小於合理價差者，擬建議列入不調整藥品品項。

施肇榮：2009年美國所有處方藥物中，光是學名藥就佔68%，而自2003年開始，許多專利到期及仍受專利保護的原廠藥，陸續爆發嚴重有關用藥安全的問題，致使醫界回頭用臨



王文德



朱茂男



陳世雄

床上使用較久，安全性較為人知的老藥；而老藥因專利都已過期，市面上，都有非專利的學名藥可用，便宜又一樣有效。學名藥（Generic Drugs），又稱為非專利藥，是指原開發廠品牌專利的專利權過期後，依照原廠藥申請許可證所公開之資訊，生產製作相同化學成分的藥品。故學名藥必須在藥品專利過期後才能販售，由其他藥廠推出學名藥，藥品價格由原廠獨賣之賣方市場變成有競爭性之買方市場，價格普遍下降許多。而且，原開發廠品牌藥在市場獨賣期失效後，本身應該也算是學名藥。



涂醒哲



廖國棟



沈茂庭



葉明功

以藥養醫 破壞民眾用藥權益

落實藥價透明化與調查，以品質競爭杜絕價格競爭

陳世雄：主管機關日前「以藥養醫」的藥價政策，將造成醫、藥界惡性的因果循環。藥商方面，因為無合理利潤時，藥品將逐漸退出市場，又因不敷成本，國外無法供貨而下市，造成藥品供應中斷、下市、斷貨，缺藥、停藥，醫院診所被迫換藥。醫院方面，藥品價差若無法配合醫院的藥價政策，將立即被停藥、換藥、限制採購，醫師被迫換藥，甚至可能違規建議病人改用自費醫療，影響病人權益。

施肇榮：呼籲：1. 應落實健保藥價透明化及藥價調查。2. 鼓勵學名藥的使用，學名藥也是好藥。3. 換藥是換藥廠，不換品質、療效。4. 不支持以藥養醫，但應防止以藥害醫，造成保障商品，排擠醫療專業勞務給付。5. 應落實二代健保收支連動，

保險正面表列給付政策。

吳明彥：應傾聽消費大眾對藥價差解決方案的看法，如處方箋之單價擴大即無藥的問題，門診也可以處方箋給付單價擴大，就無個別藥的給付，自然而然就沒有問題，或是由健保局全部採購藥物，就無藥價差的問題

葉明功：這次論壇聚集了不同屬性團體代表，故意見較多元，未來若有機會應廣納各界聲音彼此交流。消基會基本上支持任何公開透明合理進步的制度，但建議要回歸專業，合理的分配資源可藉由此二代健保的機會把相關機制建立完備。此外，消費者有知的權利，主管機關應適時揭露公開資訊讓民眾了解及參與。

廖國棟：全民健保既偏向社會福利政策，就應清楚定位，既為社會福利就應該訂出政府的負擔額度，不能全部以保費

來負擔。目前政府制定的藥價基準為鼓勵大家惡性競爭，如何找最便宜的藥，品質有無保證則不明確。政府應鼓勵國內學名藥的發展，並以實際的交易價格，財團合理的管理費與合理的獎勵金，三者同時並存，如此才具有透明度。

朱茂男：品質競爭取代價格競爭、藥價調整與藥價調查脫鉤、以藥費支出目標為主軸的多元化藥價調整、明確的藥價政策及促進生技產業的發展等是各界長期以來的共識。政府不應一面高喊扶植生技產業發展，而在業者投入PIC/S GMP的投資來提升品質的同時，更在民眾關注品質的當下，政府卻一面從「價格」調降著手。且去年藥費幾乎沒成長，並未侵蝕到醫療費用，不應以目前無法律位階的行政命令來做大家所詬病的「以藥價調查調整藥價」，而應從事具法律位階

的主決議文來考量為適。

沈茂庭：藥費總額將透過有民間團體參與的費協會討論，使得社會大眾瞭解健保局對於相關政策的論述，以求得雙方溝通管道的暢通。特別強調的是，健保局除關心藥價差之外，更關注藥費支出若僅縮小藥價差價卻使藥費支出上升，不是大家樂見。

王文德：站在消費者的角度，對健保局提出兩個建議：第一，希望健保局能明確宣示會消除以藥養醫的藥價政策，依據二代健保的立法精神，使所有藥品採購價格透明化，縮小藥價差並列出時程表。其次，需同步彌補醫療專業技術費用不足的部份。第三、積極介入被換藥品品質的監控，還給民眾知的權力，建立一個安全有效的用藥環境。



吳明彥



施肇榮



黃蔚綱