

「藥品政策全國會議」之健保藥品支付制度組之分組討論會議紀錄
時間：97 年 12 月 31 日（星期三）下午 1 時 30 分
地點：台大醫院國際會議中心 401 會議室(台北市徐州路 2 號)
主持人：朱總經理澤民

壹、 主席致詞：(略)

貳、 引言人報告：

一、 學者代表：國立陽明大學衛生福利研究所黃教授文鴻

(一) 必須衛生署先有政策，再由健保局進行執行，以澳洲的健保藥品政策來看，有以下四點：

- 1、 讓民眾及時地獲得藥品，且費用是個人和社會所能負擔。
- 2、 藥品的品質、安全性及有效性符合適當標準。
- 3、 用藥的品質。
- 4、 維護一個負責任的和可行的藥品產業，與產業發展有密切關係。

(二) 台灣的健保藥品政策，應以「價值」為健保藥品支付的基礎，考量民眾公平與可近性，避免成為生技產業發展的瓶頸，提升制度的透明度與可預期性，但健保實施以來的藥價政策，缺乏政策思維，以藥價調查做為藥價調整的主要依據，政策引導醫療機構從藥品採購中獲利，而漠視醫療機構依賴藥品利潤的事實，重視藥品價格的管控，而輕忽對藥品價值的認知，缺乏可預期性、透明度與公信力。

(三) 衛生署與健保局在健保藥價政策與執行的定調，由衛生署決定政策，健保局負責執行。另須有法律授權基礎、可預期性與透明度的規則，例如 HTA 的定位、新藥價量協定的基礎、新藥核價過程紀錄的公開。對於藥價調查，只是藥價調整的工具之一，不應是唯一的依據，必須先有藥價政策，才有定

期的藥價調整及幅度，讓調整額度可預期。

(四) 須有透明度與可預期性的藥品政策，接受公眾的檢視與監督，不是只有醫藥團體的協商，在缺乏具體實證時，對學名藥品品質的質疑，是對醫療服務品質的污蔑。關於遊戲規則與會議紀錄須有資訊透明化及自由化，品項定期的收載與調整達到可預期性。價值的量化雖有其困難，但價格是過度簡化的指標，寧拙勿巧的心態。

(五) 健保藥價差是衛生署、健保局、醫界與藥界的共業，健保藥價的問題不能鋸箭式的單方面從藥界解決。短期內只能透過政策方向與執行技術層面，訂定各方利益相關者(stakeholders)都能接受的方案；中、長期需從醫療執業與健保支付制度改革。必須先從改變心態開始，否則只是事如春夢了無痕，明天太陽照樣升起。

二、醫界代表：台灣醫學中心協會陳理事長明豐

(一) 以目前來看，健保對醫療專業的給付過低或缺乏，但是藥費是否即為最易賺取之醫療利潤，很難如此推斷。藥品價差是否為醫療利潤，或醫療院所生存之需，未知？但對醫療院所而言，主要是須對病患負責，重視用藥品質及病患安全，若對於病患用藥反應效果良好及檢驗數據良好，醫療院所即會使用該藥品。

(二) 藥價與醫療品質的惡性循環：健保局與醫療院所、藥商關係之間是有互動關係，健保局與藥商之關係，主要在於藥品價格，而醫療院所與藥商之關係，在於進價及藥品品質的問題，醫療院所與健保局之關係，在於醫療院所須向健保局申報醫療費用，以及關心醫療支出情形。關於醫療院所與病人之關係，主要關切是在於藥品品質、用藥數量、藥品相關問題(如 ADR、ADE、治療失敗...)及醫療成本等問題。

(三) 在一般私人保險公司，僅須著重保險公司及客戶間之關係，但是在國內全民健康保險部分，政府係扮演很重要的角色，

如在資源有限情況下，須如何節流？如何開源？除此之外，如何保障醫療與藥品品質，最主要是給予醫界合理的專業給付、給予藥界合理的藥價、給予民眾良好的醫療品質。

三、 藥界代表：中華民國開發性製藥研究協會盧理事長讓之

(一) 現行醫療院所依藥價基準向健保局申報藥費，健保局依健保法，成本給付藥費，健保局對於藥廠的藥品訂定藥價基準及進行藥價調查，而醫療院所與藥廠之關係，係針對藥品交易互相進行議價，以現行藥價制度，鼓勵藥價競爭而非品質競爭，頻繁藥價調查造成藥價急速下降，影響新藥引進，另外醫藥分業仍待落實。

(二) 八大公、協會建立藥業共識如下：

- 1、 加強伙伴關係共體時艱：在大環境不景氣的情況下，在偏低的醫療費用總額預算內，醫界依然提供優質的醫療照護。在藥品費用及藥價偏低的情況下，生技製藥產業仍研發新藥且提供高品質的醫療藥品。使政府、民眾及醫療衛生界成為負責任的夥伴關係，共同控管醫療費用及藥品費用，使健保能永續經營。
- 2、 啟動藥品費用支出目標，藥價調整與藥價調查脫勾：藥品費用總額之概念，係指連結醫療費用的支出目標，而藥品費用的控管在於其項與量，於每季醫療費用中優先扣除，當藥品費用超過支出目標時，依一定比率於下一年度調整藥價，取代藥價調查。
- 3、 建立明確的藥價政策：使各醫療衛生產業行業，都能在穩定、透明、進步的政策下制訂其經營策略，對於新開發藥品的分類要與查驗登記的規範連結，且給予合理的健保給付，針對在台灣研發的藥品要給予優惠的給付政策。

四、 消費者代表：中華民國全國勞工聯盟總會陳副理事長順來

(一) 以去年健保藥費支出約有 1,100 億左右，約占總醫療費用

25%，如果去醫院沒有藥品可以拿，也不會痊癒，看病拿藥主要是讓疾病痊癒，該花的錢還是要花，以前健保法規定，給藥品費用 1 點 1 元，常常覺得很奇怪，為何要給 1 元，聽過早上報告後，現在認為是有此需要的，目前本人也在產業界上班，很多鄰近藥廠抱怨沒有利潤，活不下去，對於藥廠藥品賣的很便宜，可是到醫院看病拿藥時卻很貴，是不是與農產品情況相同，此差異是值得研究。

(二) 本人認為藥價調整是有其必要性，但其調整規則必須先訂立政策，而且藥價調整之後，不能讓品質縮水，不能生病吃藥不會好，而是要讓生病吃藥會好，才是良好的品質。以前會覺得自費比健保好，自費看病只要看病 1 次就會痊癒，健保看病 2-3 次才會痊癒，這種情形也是值得探討。另外，感冒看病會開立很多藥品，是否因開立愈多藥品，則可給予愈多支付，也是值得研究，藥品吃不完是很浪費的，對於藥品用量應給予控制，以節省成本。

參、分組議題之討論：

一、 預期目標：健保藥品價格之訂定，結合藥品品質，以提升民眾用藥安全及品質；並兼顧民眾用藥之可近性及健保財務之前題下取得最大的平衡點，以保障民眾用藥無虞。

二、 分組討論子議題及說明：

(一) 子議題 1：新藥核價制度，說明資料如大會手冊。

(二) 子議題 2：逾專利期藥品之給付政策，說明資料如大會手冊。

(三) 子議題 3：藥費總額之可行性，說明資料如大會手冊。

三、 與會者之發言：

(一) 台灣私立醫療院所協會謝理事長武吉(發言單，略)：

1、 明確、透明、穩定之制度，台灣私立醫療院所協會，並未被邀請參加，請以後改進。

- 2、應依健保法 51 條之規定，藥事小組之成員應有醫療團體推舉人員參加，以合乎公平、正義原則。
- 3、新藥至 96 年共有 607 項，且每年均成長 34 億，其中是否含醫院斷頭之費用在內。
- 4、逾專利期之原開發廠藥品， $P_{new}=P_{old} \times 0.6$ ，而學名藥品又依原開發廠藥品之 80%，此為 $0.6 \times 0.8 = 0.48$ (4.8 折)，這是消滅台灣本土藥廠之原動力。
- 5、由於基層診所與地區醫院所採購藥品均較貴，在於大型醫院採購量大，其採購多，且只有一種藥價基準，為合理之生存空間，應由「單一藥價基準」改為層級不同之「多重藥價基準」。
- 6、對於孤兒藥或是單一藥品只有一藥廠之生產，應多鼓勵多家台灣藥廠生產，以免壟斷。
- 7、96 年度區域醫院藥品(門住診)每件為 864 元，占總藥費比率為 27.3%，而地區醫院(門住診)每件為 454 元，占率為 23.4%，每件費用超過 423 元，其同質性多，應有加強管理之單位。
- 8、以病人為中心，原開發廠商均為物流中心控制，出貨經常發生其行政作業疏忽，而不出貨應如何改善，應有良善之行為變更「不應有藥德之敗壞行為」，以免妨害病人就醫權利。
- 9、合理的藥品管理費應該考量。

(二) 臺北馬偕紀念醫院血液腫瘤科謝主任瑞坤(發言單，略)

- 1、新藥核價：Pay for value
 - (1) 定義不明確，宜詳加考慮再訂立限制。
 - (2) 可考慮規劃的 post-marketing 追蹤 1-2 年。
- 2、減少不必要的行政延遲，才可考慮逾專利期藥價的立即調降。
- 3、新藥制定藥價：

(1)藥品許可證適應症的申請過程與藥價思考分開，藥政處獨立行使，會議過程之紀錄應公開。

(2)藥價制定要合乎公平原則，不論用何種原則，都應照遊戲規則訂立，會議過程也應公開決策過程。

(三)台灣社區醫院協會朱副院長益宏(發言單，略)

1、健保局統計數據，請考慮現行各分局管控方式，以免數據失真，例如：核減率、總額斷頭……。

2、藥品價格之訂定應參考總額受託單位意見。

3、藥品總額不應實施之理由：

(1)依法沒有藥費總額，只有門診藥費總額，所以門、住診藥費之間的移動無法處理。

(2)實施藥價總額後，藥品支出超出總額後，次年應調整藥價，是否全僅調降國產學名藥？打擊國內製藥產業。

(3)藥品總額設定程序不明，易產生爭議。

4、逾專利期藥價調整不應僅限於藥價調查做為唯一手段。

5、未納入健保給付之藥品，政策不明，醫療院所能否收取自費？

6、新藥引進考慮國際價格，但健保其他專業給付為何不考慮國際價格？

(四)中華民國製藥發展協會蔡秘書長佩珊(發言單，略)：

鼓勵使用學名藥是世界的趨勢，我國 GDP 與十大先進國家 3 倍差距，需考量財務負擔能力，逾專利期藥品，不應再以行政手段保護原開發廠，大會手冊 P14 調整原則，刻意保護進口(FDA、EMA)學名藥，並保障其下限價，此舉鄙視本國衛生主管機關專業能力，反對 off patent 再給予原開發廠與進口藥品給付價與下限價的差別待遇，逾專利期藥品應立即採成分別單一給付價。

(五)中華民國製藥發展協會蘇理事長東茂(所附資料)：

國內藥廠主要訴求：

- 1、逾專利期藥品，同成分、同規格、同核價劑型單一給付價。(健保法施行細則第 67-1 條)
- 2、對藥商藥價調查於法無據，應停止向藥商索取藥價資料。(健保法第 50、51 條)
- 3、獎勵台灣研發藥品給付優惠的給付。(落實馬蕭新世紀健康政策第 17 頁)

(六) 台灣區製藥工業同業公會李顧問玲津(發言單，略)：

1、目前健保局藥價支付制度之問題何在？

(1)自 84 年至今，藥品費用成長了約 1 倍(600 億→1200 億)，本土製藥業之市占率金額為何節節下降至約 2 成而已：

A. 核價次等對待。

B. 藥價調查，檢調介入僅查本土藥廠，只要是合法記帳，均無所遁行，而被大幅調降(14%-15%)，又導致被高價藥品取代市場，不公平之處置。

(2)以藥補醫之價差，係制度使然。

(3)本土藥廠縱使已提昇至 cGMP 及有輸出歐、美、日能力及水準，也一直被分級為次等。

2、如今健保局的新版本，仍是不公平、不合理，本土藥廠至明年 2009 年須符合 PIC/S，亦仍為次等，故建請衛生署在督導之職權，正視健保相關制度。

(1) 台灣之 GDP 為十大先進國之 1/3，應善用有限資源。

(2) 台灣之藥政管理水準已達國際水平，因此不論國產藥品與進口藥品之品質及藥品支付制度，應一視同仁，方能節省健保之支出，以落實馬蕭白皮書中之健保永續經營。

3、有關結論：同成分、同品質採用相同支付價格，品質由藥政主管機關訂定。

(七) 中華民國學名藥協會曾理事長義青(發言單，略)

逾專利藥品同劑量、同劑型、同成分藥品，應排除行政干預，回歸市場自由機制，公平競爭，健保藥價應採單一給付價。

(八) 中華民國西藥代理商商業同業公會朱常務理事茂男(附資料，略)

1、 加強夥伴關係，共體時艱。

(1) 在大環境不景氣的情況下，在偏低的醫療費用總額預算內，醫界依然提供優質的醫療照護。

(2) 在藥品費用及藥價偏低的情況下，生技製藥產業仍研發新藥且提供高品質的醫療藥品。

(3) 使政府、民眾及醫藥衛生界成為負責任的夥伴關係，共同控管醫療費用及藥品費用，使健保永續經營。

2、 啟動藥品費用支出目標，藥價調整與藥價調查脫勾。

(1) 藥品費用總額之概念係指連結醫療費用的支出目標。

(2) 藥品費用的控管其項與量，於每季醫療費用中優先扣除。

(3) 藥品費用超過支出目標時，依一定比率於下一年度調整藥價，取代藥價調查。

3、 建立明確的藥價政策。

(1) 使各醫藥衛生產業行業，都能在穩定、透明、進步的政策下制訂其經營策略。

(2) 對於新開發藥品的分類要與查驗登記的規範連結，且給予合理的健保給付。

(3) 針對在台灣研發的藥品要給予優惠的給付政策。

4、 逾專利期藥品之給付政策爭議還很大，暫緩實施。

5、 第6次藥價調整取代方案：universal cut，建議方案如下：

(1) 案 1

A. 啟動藥品費用支出目標：可由經建會與健保局達成共識的藥品費用占率，請健保局提供 2007 年全年

及 2008 年第 1、2 季醫療費用、藥品費用及其點值和占率相關資料。

- B. 設定調整藥價的額度：支付藥品費用，每季結算一次，超出部分一定比例自當季醫療費用總額優先扣除，另一定比例為調整藥價的額度。
- C. 藥界依一定比例調整藥價：請健保局提供藥品費用(專利、逾專利)結構分析資料，藥界協商「取同略異」可得相對接受度高的比例原則，依額度以一定比例來調整藥價。

(2) 案 2

- A. 設定調整藥價的額度：30 億至 50 億。
- B. 藥界依一定比例調整藥價：依額度以一定比例來調整藥價，上述一定比例有待藥界協商。

(九) 中華民國開發性製藥研究協會程祕書長馨

- 1、對於健保局目前提出方案，對於新藥及過專利期藥品支付，係符合世界趨勢的，像國外也會引進過專利期學名藥品，促增進市場競爭機制。在無誘因情形下，學名藥品與原開發藥品給予相同價格，醫療院所會做何選擇，大家應該都很清楚。以世界各國學名藥市場，以使用量來看，美國 77%、德國 73%、英國 72%，與台灣是相近的；但在費用部分，美國 13%、德國 22%、英國 25%、日本 5%，而台灣整體學名藥之費用為 36%，至於剛剛與會者提到學名藥費用為 22%，主要係指國內學名藥市場，整體應還包括有國外進口之學名藥品。在制定政策上，應是一體適用，很難區分為進口藥品或國內藥品，更何況國外學名藥廠比國內學名藥廠規模更龐大，其競爭上也更激烈，其優勢更強，將價格拉成一樣，有可能也會將國內市場吃掉，最後可能難保對於扶植國內學名藥之美意。

- 2、有關專利逾期藥品，對於相關品質管控機制，如 BA/BE、SUPAC、Drug Master File、進口原料品質管控等，極待建立更完善制度，說服大家品質是沒有問題的，因臨床醫師及病患是最直接感受到品質的，希望未來於制定政策上，亦能廣納臨床醫師及藥師之經驗及聲音，其意見是不容忽視的。

(十) 經濟部工業局陳局長昭義(發言單，略)

- 1、美國 FDA 兩大任務，一為提供病人安全有效的藥品，二為支持製藥產業發展。後者之理由-在讓病人有新藥可用，其次在讓病人有適當價格(affordable)之藥可用，值得參考及深思。
- 2、台灣國產藥品提供健保用藥數量七成以上，但占健保用藥給付之比例，已由超過 30%降到 2008 年之 22.5%，即單因藥品單價調降，即迫使國內製藥業產值大幅萎縮，上述藥價調降是否合理，應再檢討。
- 3、台灣由 71 年起推動藥廠符合 GMP 規範，88 年起推動 cGMP 規範，近年更推動 PIC/S，使國產藥廠由 500 多家減到 160 多家，也顯示國產藥品之品質、療效均達先進國家水準，目前並已有 48 家藥廠行銷 39 個國家(含歐、美、日)，何以專利過期藥品之國產學名藥，還要比原廠藥品打折扣，實非常不合理。
- 4、藥價調整機制應公開合理，國產藥品要求調價就被要求須八大公協會同意，但最近對原廠專利期內藥品要求以先進國家藥價支付(估約漲價 50%)，就未經八大公協會討論即予同意，似有雙重標準。
- 5、過去曾多次建議應採單一成分支付價或差額負擔制度，衛生署均表示認同，但須立法，何以事隔多年卻未見進展？何時才能看到新制上路？

(十一) 台灣生技產業促進協會林董事長榮錦(發言單，略)

patent-off 後應下降原開發廠價格 60%-70% etc.，20 年使用後不應再保護一般藥廠(原廠)，RD 費用 15-20%，Marketing/sales 費用 25-35%，patent off 後，不應再回饋 RD 費用，20 年後也不應再作大量 Marketing/sales(over service)，20 年之 post marketing surveillance，因已成公共財，而學名藥之 price，可依 90%，使價差更少，以便醫院使用。

(十二) 財團法人醫藥工業技術發展中心蔡董事長正弘(附資料，略)

1、目前面臨之問題：新藥定義不一，涵蓋範圍不足。藥價給付原則未能反映法規要求之研發成本。

2、建議 1：新藥定義一致化

(1)新藥之定義應順應國際趨勢及標準訂定。

(2)新藥應涵蓋現行藥品查驗登記審查準則新藥(一)及新藥(二)，並與國際新藥之定義一致。

(3)健保局新藥核價原則與藥品查驗登記審查準則一致，才能接軌。

3、建議 2：藥價給付原則

(1)健保新藥之分類應與藥品查驗登記審查準則一致，對於依藥品查驗登記審查準則之要求執行國內臨床試驗之新藥，健保藥價應依研發費用做新產品之核價。

(2)台灣市場採購機制複雜，產品取得健保價後仍需 2-3 年才得以進入市場。因此建議新藥藥價之調整時程，應以監視期限或專利期限屆滿後延長 3 年。

4、為落實產業推動，新藥定義、法源、研發諮詢、審查流程、健保核價、上市等產業發展政策應建立一致性及連貫性。

(十三) 財團法人醫藥品查驗中心譚組長延輝(發言單，略)

1、在台灣，2007 年的藥品市場為 NT\$1,170 億元，外資廠

市佔率為 76.7%，健保藥品花費支出佔所有醫療花費約 24.7%。每年健保醫療預算的成長是有限的，要能接納更多創新科技被健保給付，就必須在其他地方多節省。此時，探討新藥價值、創新及藥價的政策實在非常需要。

2、針對專利新藥核價部分：

(1)突破創新類(第一類)新藥的定義：這類別藥品會被解讀有三個含意：innovation, breakthrough, and substantial improvement。各名詞定義有不同：

- A. 創新性(Innovative)：與已存在藥品比較，新產品具有創新的劑型設計或作用機轉。
- B. 突破性(Breakthrough)：新產品能針對嚴重疾病或危及生命狀況提供一種更有效之治療，或針對當前還沒有適當處理方法的特殊醫療問題提供一種新治療(unmet medical need)。
- C. 明顯改善(Substantial improvement)：針對某適應症新產品能顯著增進治療效果，包括顯著增加治療有效性(efficacy)或顯著降低危險副作用的發生。

依據健保局定義，突破創新性新藥若與現行最佳常用藥品有做 head-to-head 比較或間接比較之研究，證實臨床療效有明顯改善者，歸在此類，這是合理的。因為在劑型或分子生物學的創新，若沒有轉換成真正在臨床上可測量的差異，而讓給付者認為有價值，則該創新的臨床意義並不高。但健保局沒有完整的將突破性或明顯改善的含意定義的更清楚，建議(1)針對嚴重疾病或危及生命狀況提供一種更有效之治療，(2)針對當前還沒有適當處理方法的特殊醫療問題提供一種新治療，(3)臨床療效還包括顯著降低危險副作用的發生等定義，都納入第一類新藥中。

- (2) 突破創新類藥品通常都很新，已發表的臨床研究不多，可能缺乏在台灣使用的療效數據，在十個參考國被接受使用者也不多。因此，雖然建議儘早給予國際中位價，但也希望此誘因能轉化成鼓勵廠商在台灣做上市後研究的動力。醫藥品查驗中心曾提出雙軌制的概念，就在鼓勵此類新藥能儘早核價，但必須提出在台灣做上市後研究的計畫書，以收集療效與經濟評估的數據。這對瞭解新藥在台灣治療的成效與價值有很大助益。
- (3) 支持健保局所提針對高價新藥由廠商分擔風險的提案，同時由廠商自願提出。風險分擔(risk sharing)的做法可能由健保局分擔(也就是給予給付)，可能是病患分擔(即使用者付部分負擔)，也可能是廠商分擔(即治療成功者得到給付，失敗者由廠商退還藥費)。但這方案有一些執行要多考慮的地方：(1)必須有明確的測量方法來確定治療是成功或失敗；(2)必須能持續追蹤病患治療成效，因此廠商須建立共同 registry 系統；(3)有管理者做財務管理；(4)以研究方案用在部份醫院的醫師？還是全面開放給所有醫師？(5)此給付模式會持續多長時間？這做法已有幾個藥在英國執行的經驗，如：Janssen-Cilag 的 Velcade(bortezomib)藥，Pfizer 的 Sutent(sunitinib)藥，Roche 的 Tarceva(erlotinib)。
- (4) 世界各國在評估新藥給付時非常強調新藥的價值，並考慮 value based pricing，以價值為基礎來核價。新藥價值的建立是運用經濟學的評估，看 Incremental cost effectiveness ratio(ICER 值)是否在健保局願意給付的閾值之內。因此，廠商要提出證明，新藥在與其對照參考品比較後，所增加的療效必須要多花多少醫療花費？然後由健保局回答是否願意付那多出的成本。若健保局願意，則將接受經濟分析內廠商所建議的新藥價格。也

許在台灣做新藥的經濟分析還有許多議題要討論或解決，但若政策明確：兩年後若廠商要求較高藥價，申請新藥時要提供該新藥在台灣藥物經濟研究結果(若等價或較低價就不須做經濟分析)。這比較能鼓勵台灣本土經濟學研究之發展。

- (5)今天的主題在藥品支付制度，因此想建議一個新的制度，暫時稱為：門診個人用藥權益帳戶。即配合未來的藥品費用支出目標制概念，將民眾所繳交的健保費中計算出門診藥費，然後存在個人的用藥權益卡中，每次看病自己付藥費，從卡中扣除。藥費用完了就自付藥費，沒用完次年可繼續累加。取消藥品自費負擔。這是一種empowerment，由健保局授權與錢給民眾，由民眾自己管理門診藥品的使用，自己選地方調劑，自己控制不要浪費金錢，減少重複拿藥的情形。這還有許多執行細節可研究，如藥費與健保給付價脫勾讓藥價回歸市場機制，鼓勵藥師建立藥歷檔協助民眾管理用藥，一般疾病論人決定權益藥費，慢病或重大傷病者論病決定權益藥費。

(十四) 民間監督健保聯盟滕發言人西華(發言單，略)

- 1、對於程序上未能先討論“支付制度之基本價值與原則”，如公開透明的機制，以擴大參與並促進公平，民眾可負擔為基礎等等，較為遺憾，這些原則是以下三個議題的討論依據，才能聚焦。
- 2、新藥核價制度：
 - (1)新藥應被鼓勵。
 - (2)對於所謂“臨床療效有明顯改善”或“疾病療效不佳”之標準與定義，應被定義出來。
 - (3)新藥的審核期(on process)應該要多久才合理，應該要被討論，否則形成病人看得到藥，但吃不到，或是必須以

自費，甚至 off-label use 的方式購買藥品，形成不利，病人無力負擔。

(4)新藥核價時，亦應討論“適應症與使用規定、限制”，現行財務已成為新藥給付規定之重大限制，大多數可能病人都要自費，更少的病人能依給付規定用藥，形成不公平或不符合健保價值。

3、逾專利期之給付：在所有藥品的品質都一樣的前提下：

(1)反對逾專利期之藥品採差額負擔，不符給付價值。

(2)支持逾專利期藥品，在品質一致下，齊一給付，且逾期第一年就要調降，並且有逐年調降機制。

4、藥費總額：

(1)反對藥費總額，會對重症病人、新藥新科技、新疾病等產生排擠，並且會增加病人自費與差額負擔，且藥品處方由醫師開立，醫師開立之處方，後果不應由病人負擔。

(2)藥費總額不能如實反應病人疾病現況，若要實施管控，應改採 DRG。

5、再次提醒應討論整體支付原則與價值，也應一併討論藥物使用規定之限制是否會對病人產生剝奪，或不公平之不合理現象。

(十五) 財團法人醫療改革基金會黃研究員經祥 (發言單，略)

1、支持繼續藥價調查，並審慎分配藥價調查節餘，專款專用或回歸健保安全準備金。與費協會協商扣連，協商透明，才能合理公平。

2、舊藥的退場機制也要討論。

3、開放差額給付，在沒有完整配套前是政府棄守的表現，不但現今許多醫療院所完全讓民眾自費(健保局就查不到)，自費部份的價格，醫療法規定應由各地衛生局核定，但各地衛生局有細目核定的有多少？

4、藥費總額非唯一達成醫藥分帳，杜絕以藥補醫，也可以

實施 DRG，公開醫院財務，也許更可實施了解其他醫療專業給付過低的情形。

(十六) 中華民國全國總工會干常務理事文男

- 1、新藥剛上市價格高，但是當藥品剛過專利期後，希望能馬上調降。另外希望國內藥品品質能做的更好，藥品不要開那麼多，吃那麼多。
- 2、希望藥價調降後所節省金額，可回歸安全準備金，大家應共體時艱，不要聯合抵制，希望藥品品質愈好，藥品不要吃太多，社會成本不要太高。

(十七) 臺北醫學大學藥學院王院長惠珀(發言單，略)

- 1、健保應做 game designer，不要做 ball player，一個個藥價回歸自由市場。
- 2、off patent 名稱不恰當。
- 3、原廠藥 (1st launched) 可以是 patent-protected，data-exclusivity，或孤兒藥，都是 monopoly(單源或獨賣)。
- 4、過了獨賣就是學名藥，買方市場應是政策。
- 5、學名藥應只有二階劃分法，勿法外立法，以 off-patent 6 年以內/以上劃分的行政保護是違背公平交易法第 19 條。
- 6、合理調劑量才能保障品質，現行 80 張只及於基層，公民無等級。
- 7、調降藥價未減少用藥，是政策議題，不是事務/行政議題。
- 8、政府為人權把關，而不是拼經濟。

(十八) 國立陽明大學衛生福利研究所黃教授文鴻

- 1、今天會議若有共識，衛生署將政策定調後，由健保局執行。
- 2、新藥專利期內原則上核價參考國際中價位核價，但是須

與國際藥價連動，有機動機制調整，希望國內不要付的更多，也不要付的更少。

- 3、對於逾專利期藥品，若藥品品質符合標準，原則其價格應一致，至於單一支付價格下，原開發廠及國內藥品是否給予緩衝空間，稱其為 brand equity，而單一支付價主要用意是在不要歧視學名藥，若大家認為原開發廠較好，其實對於原開發廠也不會有所影響。至於對於專利過期藥品要調降多少，有多少緩衝空間，今天會議主要定調的是政策，相關執行細節由健保局與大家討論。
- 4、對於藥費總額部分，醫界應該會有意見，可能會很難有共識，葉署長可能也會很難做政策上之定調。

(十九) 台灣醫學中心協會陳理事長明豐：

依醫療院所的角度，係將品質放在第一，大家有信心、病患有信心，醫師有信心。對於剛剛有消費者代表認為為何藥品要吃那麼多，主要從病患所罹患疾病及其本身狀況來看，有些人只有罹患一種疾病，有些人確同時罹患 2-3 種疾病，吃的藥品也不同，種類及數量都不一樣，在醫院常會對醫師進行教育訓練，檢討藥品使用問題，但是有些情況往往是不得不用的。

(二十) 中華民國開發性製藥研究協會盧理事長讓之：

新藥是全球化一致之訂價，若新藥訂價低，是很難進入台灣。因新藥投資很多，提高醫療水平及用藥水平是很重要的。對於過專利期藥品，是否均有同一品質及安全的，讓民眾安心使用，是否須有價格差別，係攸關病患之權益。

(二十一) 中華民國全國勞工聯盟總會陳副理事長順來：

遊戲規則應該先訂立出來，最主要還是要讓品質更好，對於該花的錢還是要花。

肆、分組會議討論之結論：

- 一、 加強民眾、醫界、藥界及政府間負責任之夥伴關係，確保健保制度永續發展。
- 二、 建立明確的藥價政策，提高相關核價過程之透明度，使各醫藥衛生產業都能在穩定、透明、進步的政策下合理發展。
- 三、 提高病患使用新藥之可近性。
 - (一) 鼓勵突破創新性新藥 (Pay for breakthrough innovation)。
 - (二) 論質計酬 (Pay for performance)、發展實證醫學之給付 (Coverage with evidence development)。
 - (三) 鼓勵致力於種族特異性療效及安全性之研發 (Pay for ethnicity-specific safety)。
- 四、 提升品質誘因，同成分、同品質、採取同價格，鼓勵優質學名藥及早加入競爭。
 - (一) 專利逾期之藥品加速採取同成分、同品質、同價格之核價方式。
 - (二) 藥品品質宜對實施製劑之原料藥具備 Drug Master File (DMF)、劑型製程符合 PIC/S GMP (或歐盟 EMEA、美國 FDA 核准) 及便民藥品包裝等項目，予以提升品質誘因。
- 五、 合理縮小藥價差
 - (一) 專利逾期即時調整與及時反映市場價格。
 - (二) 藥價調查及調整應集中於專利逾期後之中、短期。
- 六、 藥費總額制度可依法定程序協商討論，啟動藥品費用支出目標之協商程序，研議藥費調整與藥價調查脫勾之多元方案。