

TPADA (代理) (台北市葯商等同業公會)

二代健保已利用市場議價及三同機制讓有限之健保額度能平衡原開發廠及學名藥，近年更增加專利連結機制，讓原開發廠的藥品有更多更長的保障期。

單獨管控/限制藥價差，勢必影響靠市場機制來平衡健保整體費用的原意，造成學名藥的佔有率降低，原開發廠的藥物佔比居高不下，故建議須有配套(例如：各醫療院所依成份別學名藥之處方比例)。

說明及建議

- 一、藥價差是全民健保結構下的產物，當更多專利藥品到期，學名藥進入市場價格競爭機制導致這些藥品與學名藥貢獻給醫療所的藥價差金額不斷攀升，這種不可逆的趨勢不但造成每年藥費虛胖，藥費佔比提升及造成藥品提供者只能無奈的靠削價競爭來爭取市場。
- 二、醫療院所肆無忌憚的索取藥價，如果還要用機動性藥價調查機制懲罰廠商是非常不合理的事。
- 三、要建立新的秩序應該從大結構來改變，大幅提升醫療專業點數，讓醫界不再仰賴藥價差生存。
- 四、實施單軌制醫藥分業，訂定各醫療院所專利到期的學名藥處方比例，5年內從60%提升到80%。
- 五、合理藥價差：依據藥品不同分類訂定不同“合理”價，因API原料取得成本亦不同 (不要用簡單二分法處理複雜問題) 以求公平

國家衛生研究院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇

第一次會議：建立藥價差處理機制～ JCCI 的基本立場

JCCI 對於處理藥價差的基本立場

藥價差關係到病人權益與健保資源、醫療機構-醫師、藥局-藥師、藥業廠商

1. 支持醫院應有合理利潤以確保正常營運。但是，
醫院營運為何依賴藥價差？是因為醫療給付的點值太低。
又因為總額預算不足，醫療給付點值的浮動。

建議：(1) 提高醫療給付的點值。

(2) 應該提高總額預算。

2. 醫院採購依據「藥價差」造成換藥潮，影響醫師專業的處方選擇及患者需求。

建議：(1) 應盡速落實單軌制的醫藥分業。

* 制定醫院不得經營連鎖藥局的規範。

* 制定鼓勵釋出處方簽的配套措施。讓藥師確認病人用藥的種類，

確保用藥安全並減少藥物浪費。

(2) 建議參考日本導入物流系統，打破廠商與醫院議價的機制。

(3) 建議參考日本訂定合理藥價差範圍 R-zone。但涉及藥價調整方式，

需要另外再討論與修訂。

JCCI 對於李玉春教授兩項提案的基本立場

1. 策略一：參考英、德等國家經驗，導入醫院藥品 Claw-back 機制，
回收部分藥價差利潤。

- 藥價差隨醫院層級增加而上升之假設與第 18 頁健保會之資料不一致，
藥費折付比例預計如何規劃？
- 希望了解“修訂定型化契約規定”的方案內容為何？

2. 策略二：試辦「個別醫院藥費直接支付廠商」之可行性

- 藥品交易誘因可能轉為檯面下，各方角力仍在。希望了解是否有其他配套方法
以避免不公平或不合法的競爭？
- 健保署將藥費直接支付廠商，並支付醫院管理費，管理費如何制定？
此外，這方案與三合一制度之差異為無議價獎勵金，可能會降低醫院議價意願。
雖可有效降低藥價差，但健保署未來要如何調整藥價？

中華民國商業總會針對「建立藥價差處理機制」之立場

商總在五年前就開始注意全民健保每年的藥價差不斷地在擴大，由五年前的 400 多億到今日的 600 億，已占整體藥價的三分之一，這樣的方式支出公共財，本會深感不合理，長久以往，也將嚴重影響到全民用藥無法持續。

感謝李教授藉此『全民健康保險藥品給付及支付制度改革方向』的會議、公開討論合理藥價差制度的建立。

本會支持透過公權力的管理機制，減少要藥價差的誘因，讓藥品處方選擇權回歸到醫師手中；管理機制可包括 R-Zone 的設定，超出 R-Zone 的藥價差用 Claw-back 方式回收。

全民健保是公共政策中最重要的一棟樑，必須要有可持續性的藥價政策才能維護全民的健康，加速新科技藥品支付，佳惠重症病患！



HOPE

財團法人癌症希望基金會
HOPE FOUNDATION for CANCER CARE

提升健保醫療價值 善盡被保險人責任

每年看12.7次門診

(法國6.1次、德國10次、澳洲7.6次)

部分救命藥
需自費

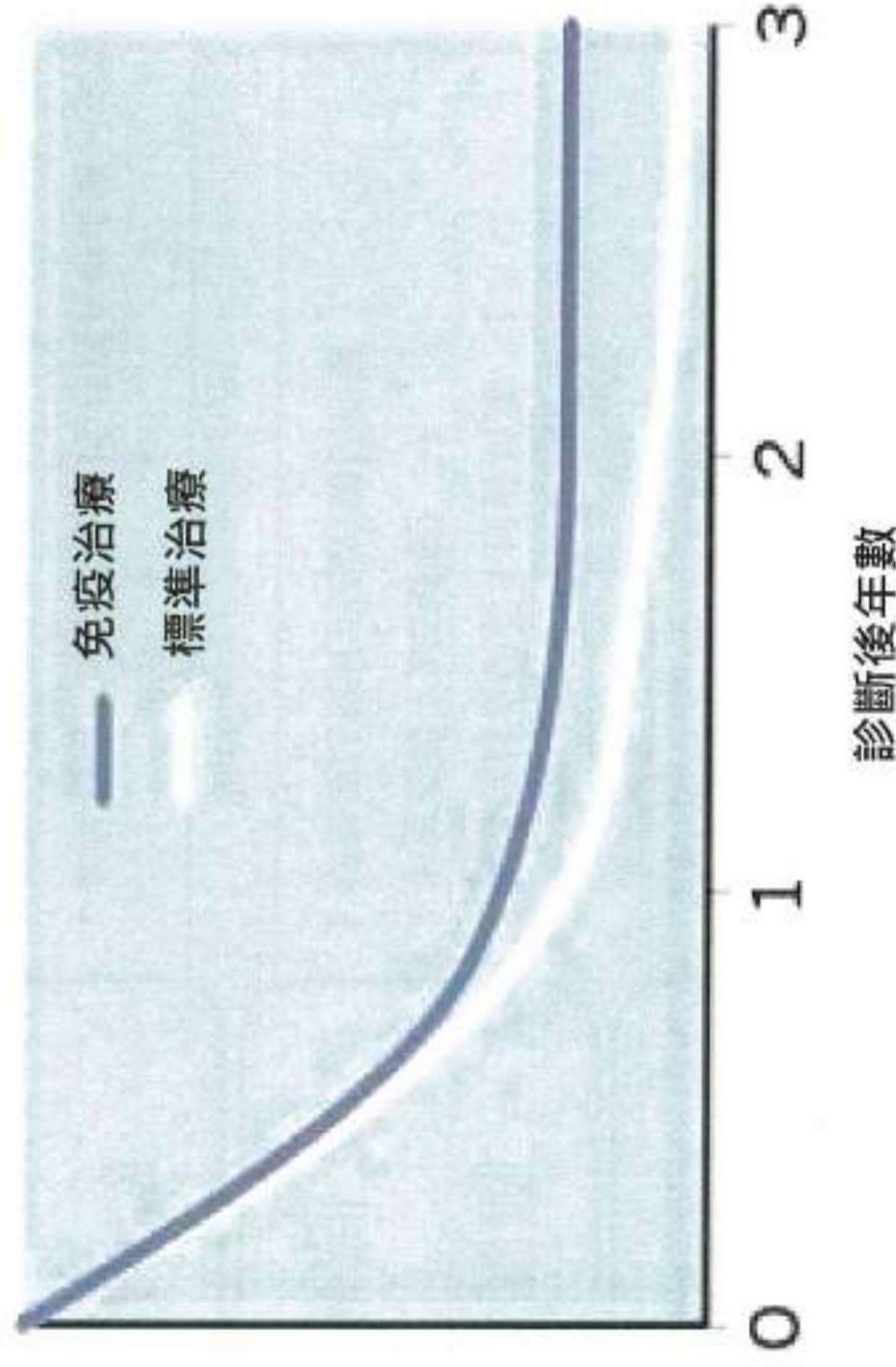
丟棄藥品逾
193公噸

呼吸器依賴
136億

指示藥
17億

新醫療科技
20億

存活率%



免疫治療病友反應率較低，但有反應的病患可長期存活

7

高貴免疫治療

如何給付？

- 歷經5年審查
- 終以限額8億元給付

生物製劑

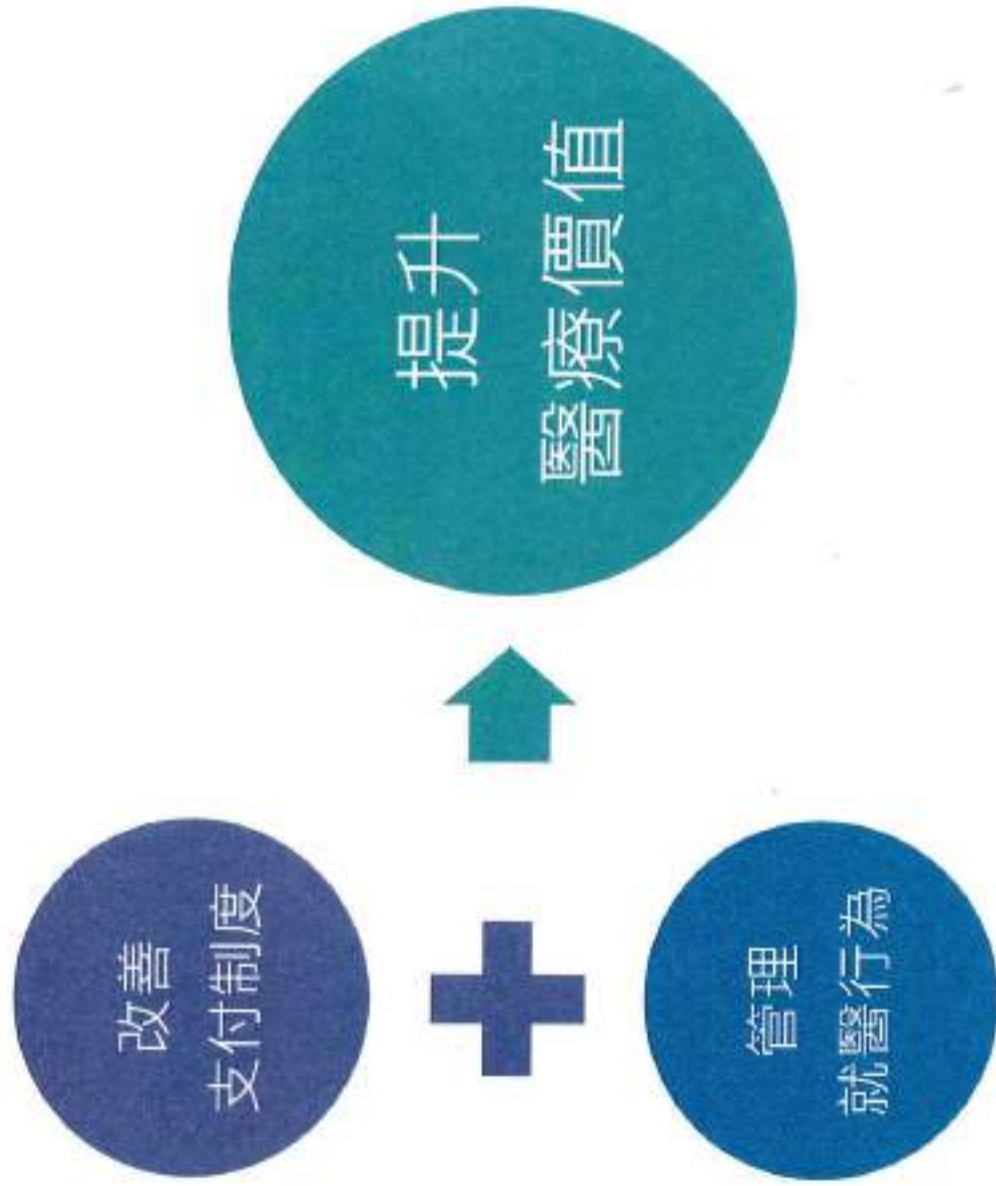
退場機制？

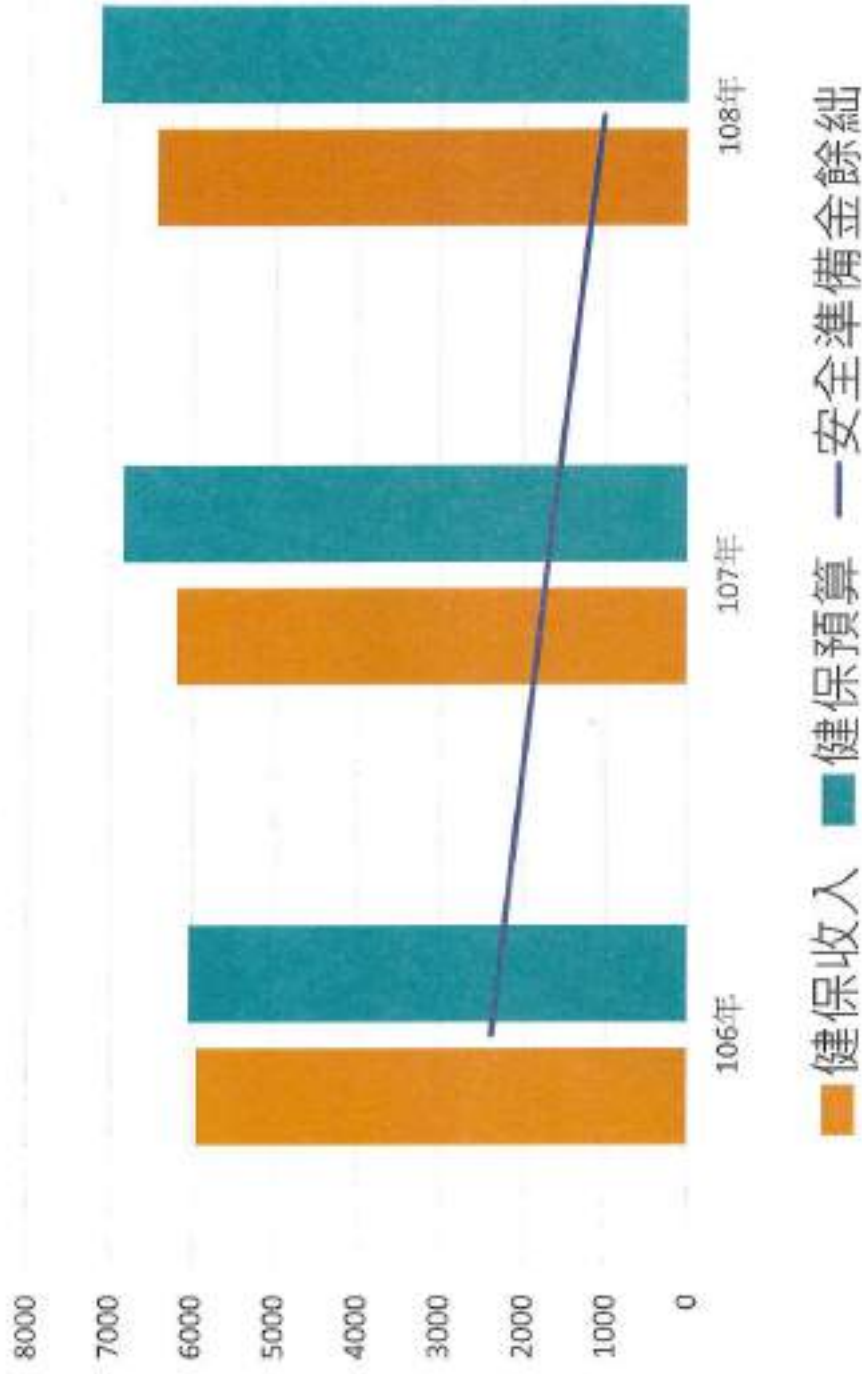
- 自體免疫疾病長年藥費高昂
- 半年退場？2年退場？
- 病患無法接受病況好轉就停藥

罕病藥物

屢創天價！

- 非典型溶血尿毒症(aHUS)病患在等待健保給付中過世
- 美國以210萬美金付脊髓肌肉萎縮症新藥，台灣要付嗎？





安全準備金將於110年用罄，健保將面臨財務危機!!





目錄

部分負擔

現況

國際比較

癌症希望基金會主張

其他藥品政策

試辦高價新藥計畫

主張

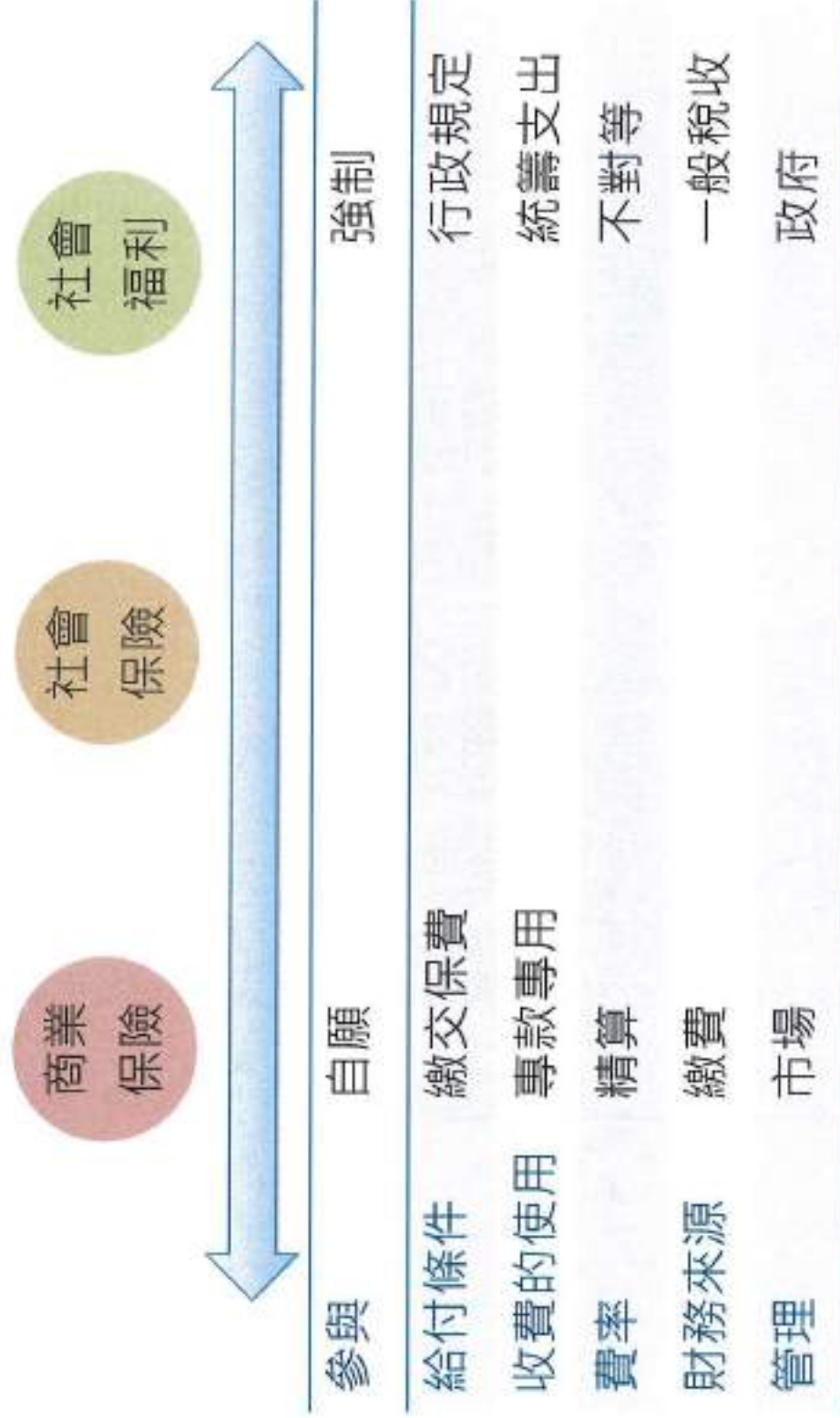
取消給付指示用藥

商保補位健保

他山之石

建議

從醫療體制講起...



HOPE 台灣健保特性屬於社會保險

商業
保險

全民
健保

社會
福利



參與

強制

給付條件

繳交保費

收費的使用

專款專用

費率

不對等

財務來源

繳費 + 政府預算

管理

政府

醫療支付制度

商業保險

社會福利

代表國

美國

台灣、日本、韓國、新加坡

澳洲、英國、北歐各國、加拿大

資金來源

雇主為員工投保

依所得計算保費，保費為主，政府補助為輔

由稅收統籌分配

納保對象

受保人

全民

全民

現況與特點

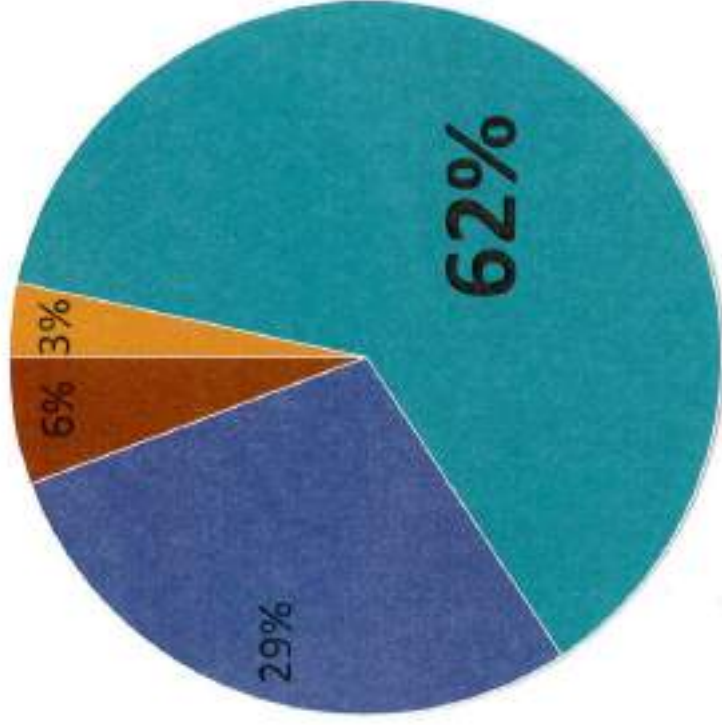
1. 無保險者，醫療費用極高
2. 經濟弱勢無法負擔醫療服務

1. 個人保費負擔低，可照顧所有人
2. 隨人口老化，財務壓力日趨增加
3. 有醫療浪費疑慮

1. 賦稅較重
2. 公醫制度效率較低，預約專科醫師需等待較長時間

台灣民眾在健保中的費用負擔

HOPE 平時，每月約負擔保費564元



民眾平均每人月繳564元
健保費率為4.69%

月投保薪資 $40100 * 4.69% * 30% = 564$

絕大多數民眾（62%）負擔30%的健保費

■ 0% ■ 30% ■ 60% ■ 100%

- **部分負擔**

就醫時除了健保支付醫療費用之外，病人也要負擔部分費用，可用定額或定率計算



- **自負額**

就醫時，病人必須自行負擔醫療費用，健保只針對超過自負額的部分開始給付。**台灣健保沒有自負額**



- **差額負擔**

原須病患全額自費的病房費及特殊醫材採差額以減輕民眾的負擔與增加給付的公平性。



- **部分負擔上限**

為避免病人部分負擔太重，設定上限金額，超出部分由健保負擔

台灣健保針對住院部分負擔設有年度上限65,000元

門急診部分負擔

- 健保法第43條規定民眾應自行負擔門診或急診費用**20%**。
- 若不經轉診於地區、區域、醫學中心應分別負擔**30%、40%、50%**。
- 但目前採每年公告，定額收取。

住院部分負擔

病房別	部分負擔比率		
	5%	10%	20%
急性病房	-	30日內	31~60日
慢性病房	30日內	31~90日 ²⁰	91~180日
			181日以後

藥費	部分負擔費用
100元以下	0元
101~200元	20元
201~300元	40元
301~400元	60元
401~500元	80元
501~600元	100元
601~700元	120元
701~800元	140元
801~900元	160元
901~1000元	180元
1001元以上	200元

藥品部分負擔採行定額+定率20%，並設有上限200元

HOPE 就醫時，需支付「部分負擔」

門診平均部分負擔104元

醫學中心：平均部分負擔357元
區域醫院：平均部分負擔230元

公告定額

門/急診

藥費

超過100元部分負擔20%

每次上限200元

定額+定率

復健中醫傷科每次50元

定額

門診
復健

住院

平均部分負擔5172元

一年上限65,000元

醫學中心住院平均部分負擔6444元
區域醫院住院平均部分負擔4814元

定率

依醫院層級及轉診與否

門診50~420元 急診150~550元 中醫/牙醫50元

急性病房30天內10% 31~60天20% 61天以上30%

慢性病房30天內5% 31~90天10% 91~180天20% 181天以上30%

資料來源：106年全民健康保險統計財務狀況、健保法



重大傷病患者

(包括癌症, 自體免疫疾病, 慢性精神疾病,
洗腎患者等30類疾病, 約96萬人)



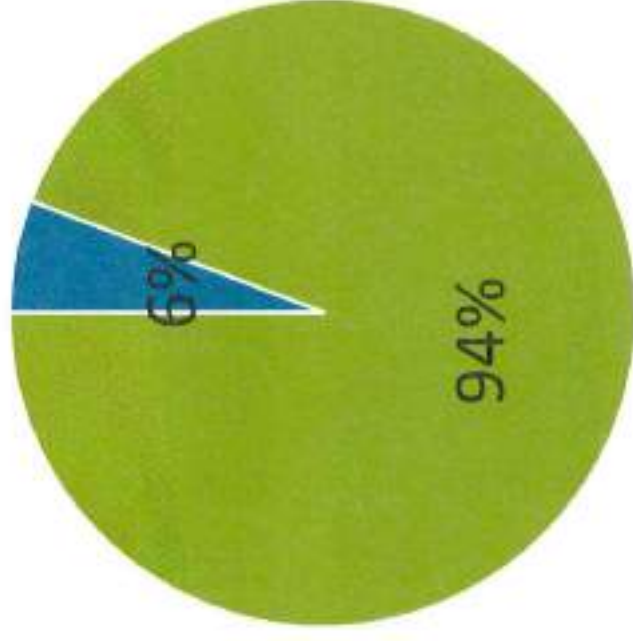
分娩



山地離島地區就醫

(健保法第48條)

HOPE 部分負擔僅佔健保醫療支出6%



- 民眾部分負擔405億點
- 申請點數6604億

健保法原訂20%的部分負擔
現況只付6%是否太少？



民眾負擔： 台灣與鄰近國家比較

國家

保費

就醫部分負擔

台灣	<p>依薪資所得計算・保險費率 4.69%・6成以上民眾負擔30% (民眾每月平均繳564元)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 健保法：門急診20%・未經轉診30~50% • 住院：急性病房10~30% 慢性病房5%~30% <p>因定額與上限的設計，僅收到6%</p>
新加坡 (無商 保補位)	<p>家庭人均月收入及年齡計算保 費・保費每人每月8~127.5新 元(約台幣187~2933元)</p>	<p>年度自負額約台幣33750-67500元，超出後健保始給付</p> <ul style="list-style-type: none"> • 門診幾乎完全自費(洗腎、化療、放療除外) • 健保給付部分亦有部分負擔：11.5萬台幣以下：10%； 11.5~23萬台幣：5%；超過23萬台幣：3% • 健保年度給付上限230萬台幣・超過不付
日本	<p>依薪資所得計算保費・保險費 率約8.5~9.5%・原則上被保險 人及雇主各付50% (民眾每月平均繳台幣3451元)</p>	<p>以年齡、所得計算部分負擔</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75歲以上10% (高所得30%) • 70~74歲20% (高所得30%) • 6歲~69歲30% <p>[收入100~200萬台幣者，每月部分負擔2.2萬台幣以上 (約占每月所得10~20%)，超過由市政府補助)]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6歲前20%
韓國	<p>依薪資所得計算保費・保險費 率6.24%・被保險人及雇主各 付50%(民眾每月平均繳台幣 2121元)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 特定嚴重疾病5~10% • 住院需負擔醫療費用總額的20%、 產科門診10% 其他門診30~60% • 藥品部分負擔30% • 低收入有補助方案

國家	保費	就醫部分負擔	醫療服務範圍	給付速度
台灣	每月平均 564元	6%	★★★★★	↑↑↑↑↑
新加坡	每月平均 187~2933元 (依年齡與收入有補助)	遠高於6% 依收入設有自負額約3~6萬台幣/保單年 健保給付還設有3%-10%民眾部分負擔 健保給付上限230萬台幣/保單年·超過民眾須自付	★★★★★	↑↑↑
日本	每月平均 3451元	依年齡收入10%-30%不等 (平均12%-14%)	★★★★★	↑↑↑↑↑
韓國	每月平均 2121元	5%-60%不等	★★★★★	↑↑↑↑↑

社會保險精神

1. 落實使用者共同負擔的精神，負擔比率遠高於台灣
2. 未設定重大傷病患者免部分負擔
3. 設有病人支付上限避免造成負擔過重
4. 低收入患者有減輕負擔設計



我國健保使用者共同負擔有待加強 重大傷病免部分負擔的合理性待檢討

學者2012年組成二代健保總檢討小組，對部分負擔建議如下：

重大傷病免部分負擔似不公平

重大傷病患依法免自行負擔費用，但似有不平之處，有改善空間
(P232-P233、P245)

門診部分負擔遠低於法定

門診平均部分負擔率僅8%，與法定比率差距愈來愈大。藥品雖另收部分負擔，但其他診療費(如檢驗、檢查、治療、手術)並未比照。

應定期檢討調整門診定額部分負擔

研議將超過一定金額之診療費用另行計算部分負擔(P245)

癌症希望基金會的考量

只能健保給付或全額自費

想用新治療只能期待健保全付或自費，全有或全無之外沒有其他選擇。

現行法規不讓重大傷病共同負擔

- 重大傷病患者免除部分負擔
- 藥費部分負擔上限為200元

不只是癌患的問題

高藥費時代下，不只癌患，其他病人也等不到新藥

使用者共同負擔精神不夠落實

Q 施行社會保險制度的國家中，重大傷病免部分負擔為台灣獨有

Q 是重大傷病需額外支持，或是經濟弱勢？

Q 重大傷病免部分負擔是否仍具適切性？

註1：第五類低收入戶約30萬人，占總保險對象1%

註2：健保法49條已明訂符合社會救助法規定之低收入成員就醫時，應自新負擔之費用由中央社政主管機關編列預算補助。

(資料來源：106年全民健康保險統計、健保法)

重大傷病領證人數96萬張

全年使用約2000億的健保預算

全年總預算約6018億

癌症43萬張 占44.8%

慢性精神病20萬張 占21.1%

自體性免疫疾病11萬張 占11.4%

慢性腎衰竭 8萬張 占8.6%

重大傷病免部分負擔可以取消嗎？
部分負擔可以調高嗎？


 病人與健保制度為生命共同體

 影響經濟弱勢族群的醫療利用率

 共同分擔健保醫療支出

 可能增加病人治療中斷的比例

 減少醫療浪費

癌症希望基金會的主張

回歸健保法

1. 回歸部分負擔定率制，落實使用者付費精神
2. 取消指示藥給付

落實

使用者共同負擔
提升醫療價值

1. 調整重大傷病範圍，清楚界定適用對象
2. 逐步調整重大傷病免部分負擔優惠
3. 善用事前審查機制，再評估醫療給付價值

定率

1. 健保法第43條：門/急診有轉診20%、未轉診30-50%；住院5-30%)
 - 定率費用應涵蓋所有醫療花費，包括診療/藥品/檢查檢驗（現行藥品部分負擔取消）



回歸定率，只有非重大傷病民眾繳部分負擔，估計可減少支出約400億元

（高估，未考量上限）

配套

1. 設定部分負擔上限
2. 低收入補貼（健保法49條已保障）
3. 商保補位（第二保險分擔醫療經濟風險）
4. 社會公益

限縮重大傷病卡的發證對象

- 請醫學會協助嚴格定義重大傷病和適用對象

分階段不再完全免部分負擔

- 修改健保法第48條
- 現行重大傷病患者維持健保免部分負擔優惠
- 新核發重大傷病患者從免部分負擔調整為負擔5%或更高（一般病患門診部分負擔為20%）
- 相關治療才能享優惠

重大傷病患者若門診負擔5%・住院負擔5%・估計一年約可分擔
財務95億元

加上一般患者回歸定率部分負擔³⁹省400億元・**總計分擔495億元**



HOPE 3. 合併部分負擔量能設定年度上限

合併

加總門急診，
住院，中醫，
牙科部分負
擔

上限

依國民生產毛額
十分之一設定年
度上限基準
(2019年金額
為65,000元)

量能

依被保險人
經濟能力
(參考健保
投保金額)
分組增減
65,000元

註：部分負擔上限參考值人年均所得的140分之一，可能每年浮動。

對象	部分負擔項目	現況	執行上述主張後
一般民眾	住院	5-30%	5-30%
	門/急診	定額公告	
	中醫/牙科/復健	每次50元	依〈健保法〉第43條規定之定率收費 (有轉診者20%·或未轉診者30%-50%)
	藥品	定額+定率20%· 並設有200元上限	
重大傷病者			需支付 部分負擔5%或更高
年度上限		僅住院有年度上限 65,000元	合併加總所有項目訂定 上限·以65,000元為基 準·依收入增減

取消重大傷病免部分負擔後 健保應該：

增加新藥、新醫材與新醫療項目預算

改善新藥審查納保的制度與效率

傾聽病友的心聲與想法，增加病人參與的機會

- ✓ 醫療費用高漲是不可避免的趨勢
- ✓ 高貴用藥不只發生在癌症領域，所有病人都可能面臨健保卡關困境
- ✓ 落實使用者共同負擔，不分疾病別一體適用合理的部分負擔，才符合公平正義原則

癌症希望基金會

提升新藥可近性相關主張

提升給付價值

- 針對高價新藥設定正式給付前的準給付模式，視新藥在準給付階段的臨床療效決定是否納入正式給付

作法

- 設定準給付新藥年度總額預算
- 規定逾一定價格新藥須經準給付模式檢驗，在此階段（如2年）內，新藥須以較低價格換取較早給付，待蒐集本地臨床證據後再回歸常態給付及核價機制

優點

- 可加速病患及早使用新藥
- 可提升健保給付價值

- 回歸健保法第51條規定
- 提升健保醫療價值
- 鼓勵民眾自我保健
- 節省健保醫療支出

商業保險補位健保

他山之石

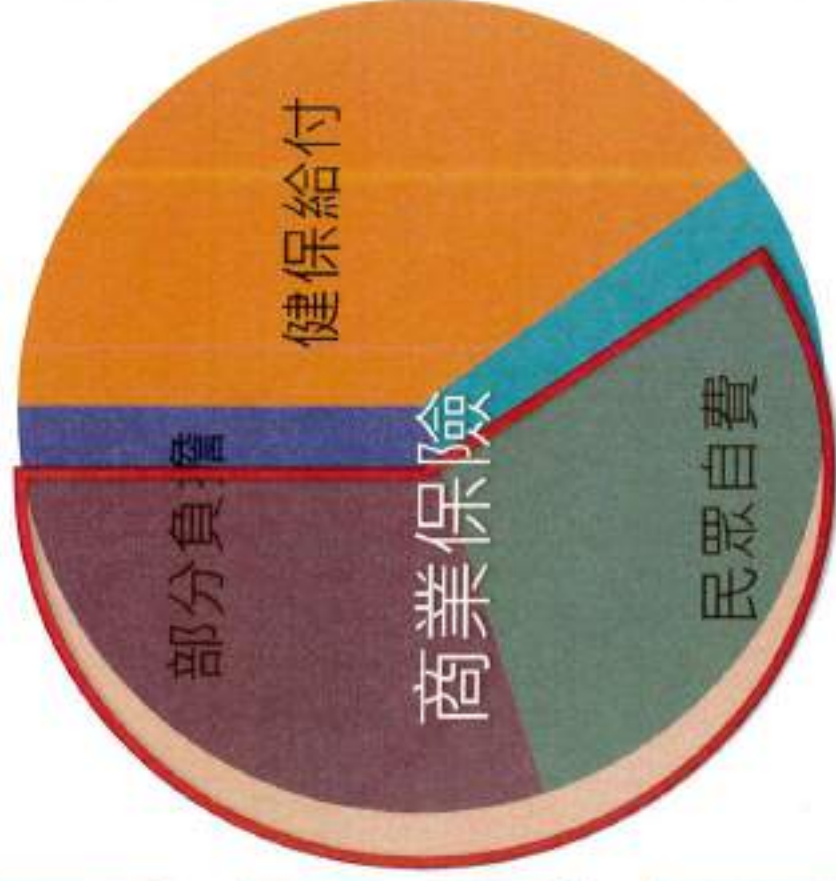
- 新加坡/澳洲行之有年
- 香港兩個月前施行

可能做法

- 健保切分出給付項目，如制定個人年度給付上限 / 特定價格以上新藥等，以招標案讓保險公司承攬納保

溝通已啟動

- 醫療保險跨領域論壇 (2019.5.9)
- 立委溝通

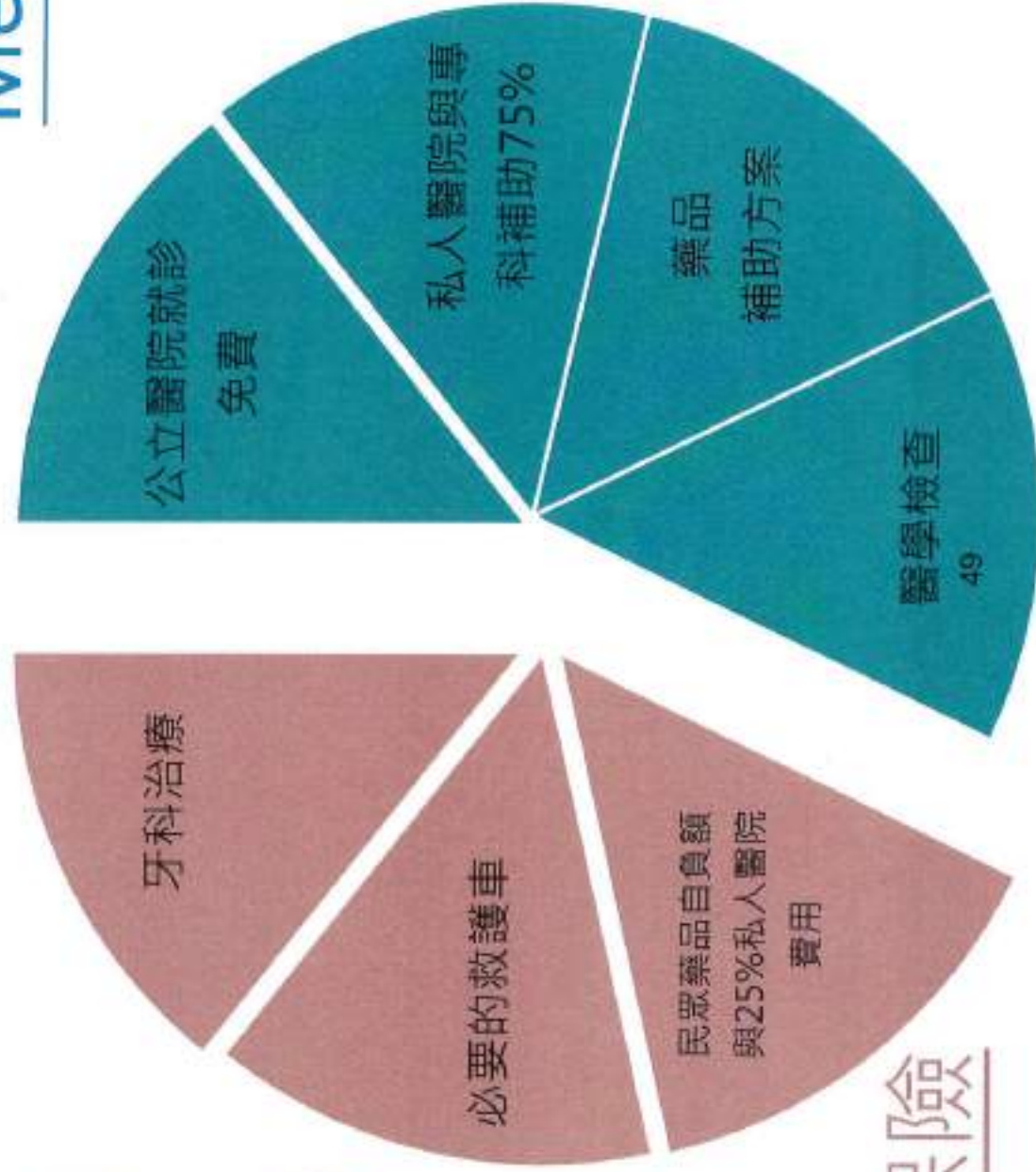


海外醫療費用

病房差額

物理治療

Medicare



商業保險

保單

保單	ahm for health insurance	black+white starter flexi	health.com.au	high value Finder Rated	Comprehensive Finder Rated
	Hospital - Basic Extras - Basic ★ Sign up offer	\$79 ⁴⁰ per month 1300 670 233 Go to site	Hospital - Public Extras - \$117.14 per month 1300 670 238 Enquire now	Entry Hospital 5500 excess - Active 60	Hospital - Top Extras - Comprehensive \$350 ³⁹ per month 1300 594 884 Enquire now
	View details	View details	View details	View details	View details

費用	每月澳幣79元 (折合台幣約1738元/月)	每月澳幣117元 (折合台幣約2574元/月)	每月澳幣350元 (折合台幣約7700元/月)
住院	設有給付上限	給付公立醫院病房差額	無上限
給付 上限	超額部分每次最高500澳 幣(約台幣1.1萬)·有年 度上限	超額部分每次最高限額 500澳幣·無年度上限	無上限
牙科	基本治療·不含拔牙及 矯正	完整牙科治療	完整牙科治療
救護車	無	有	有

- 以30歲住墨爾本的單身男性試算·商業保險分等級·等級愈高的保單涵蓋的理賠範圍愈廣·
保單基本以一年為一期·能及時反映醫療成本· 50
- 澳洲保單資料來源：<https://www.finder.com.au/health-insurance/cheap-health-insurance>



- 造成公立醫院壅塞、民眾把公醫急診當成門診看
- 候診檢查與手術需等待6個月以上

公醫制度

- 民眾負擔費用低，僅需私醫5-10%以下
- 等待時間漫長
- 能使用的處方藥品較舊

201907版

52

自願醫保計畫(2019/4/1上路)

- 香港食物及衛生局新推出的一項政策措施
- 可望減低公立醫院壓力，透過住院保險分流病人至私立醫院
- 承保範圍：
 - 未知的投保前已有病症
 - 先天性疾病治療
 - 日間手術
 - 訂明的先進診斷成像檢測
 - 訂明的非手術癌症治療

49

保單

bowtie bowtie保壽人壽

自願醫保 - 標準計劃

HK\$ 1,512 /月

● 自願醫保計劃

住院補償
住院護理費用
每年最高賠償額
千分額

不保
HK\$14,000
HK\$420,000
HK\$5,000-50,000*

費用 每年港幣1,512元
(折合台幣約491元/月)

住院
理賠 港幣750元/日
(約台幣2,925元)

給付
上限 住院雜項費用14,000元
(約台幣5.5萬元)

AIA 友邦保險

自願醫保靈活計劃 - 半私家房計劃

HK\$ 7,296 /月

● AIA自願醫保靈活計劃 - 半私家房

住院補償
住院護理費用
每年最高賠償額
千分額

半私家房
最高住院HK\$22,500
非最高住院HK\$23,000
不保上限
HK\$7,500-46,000*
HK\$100

費用 每年港幣7,296元
(折合台幣約2371元/月)

住院
理賠 港幣2,200~2,400元/日
(約台幣8,580元~9,360元)

給付
上限 住院雜項費用
21,000~22,500元
(約台幣8.2~8.9萬元)

AIA 友邦保險

自願醫保靈活計劃 - 標準私家房計劃

HK\$ 12,298 /月

● AIA自願醫保靈活計劃 - 標準

住院補償
住院護理費用
每年最高賠償額
千分額

私家房
最高住院HK\$30,000
非最高住院HK\$28,000
不保上限
HK\$3,000-320,000*
HK\$100

費用 每年港幣12,298元
(折合台幣約3997元/月)

住院
理賠 港幣4,000~4,400元/日
(約台幣15,600元~17,160元)

給付
上限 住院雜項費用
28,000~30,000元
(約台幣10.9~11.7萬元)

• 以30歲的單身男性試算，商業保險分等級，等級愈高的保單涵蓋的理賠範圍愈廣，保單基本以一年為一期，能及時反映醫療成本。

• 香港保單資料來源：<https://www.gobear.com/hk/campaign/health-insurance/vhis>

僅提供公立醫院的基本醫療服務

雇員與雇主提撥薪資至個人醫療儲蓄帳戶，可用於購買個人和家人的私人醫療保險（由國家規劃），補足健保的不足

MediShield Life(終身健保)特色為：低保費，保大不保小（主要支付住院醫療費用），由儲蓄帳戶支付保費

由政府補助的捐贈基金，該基金產生的利息用來補助無力支付醫療費用之民眾。

Keeping Health Care Affordable
Universal access with co-payment to promote appropriate care

Building up Savings
To pay for smaller healthcare bills

Risk-pooling via Insurance Schemes
To help with large healthcare bills and disability for long term care needs

Safety Net
To provide help to needy Singaporeans

Subsidies

Medisave

MediShield Life and Integrated Shield Plans, ElderShield and ElderShield Supplements

Medifund

超出終身健保給付上限的醫療費用
年度上限為10萬新元(約台幣230萬)

共同承擔保險
(病人部分負擔)

<5仟新元(約11.5萬台幣)：10%，
5仟~1萬新元(約11.5~23萬台幣)：5%
>1萬新元(約23萬台幣)：3%

終身健保給付金額

(主要給付住院醫療費用·
門診只給付洗腎,化療,放療)

自負額

依年齡及住院病房別每保單年度1.5~3仟新元(約33750~67500台幣)；可累計

- 以國家保險制度「終身健保」支付基本醫療費用
- 衛生部主導「私人綜合健保計畫」·
規畫商業保險給付超出終身健保制度保障的醫療費用。

終身健保(2015年底新制)

長期醫療需求與大筆醫療費用

- 門診給付洗腎、化療、放療外
- 給付B2/C病房費
- 政府依個人收入提供不同的保費津貼：
低收入25%、中低收入20%、中高收入15%，收入越高津貼越少

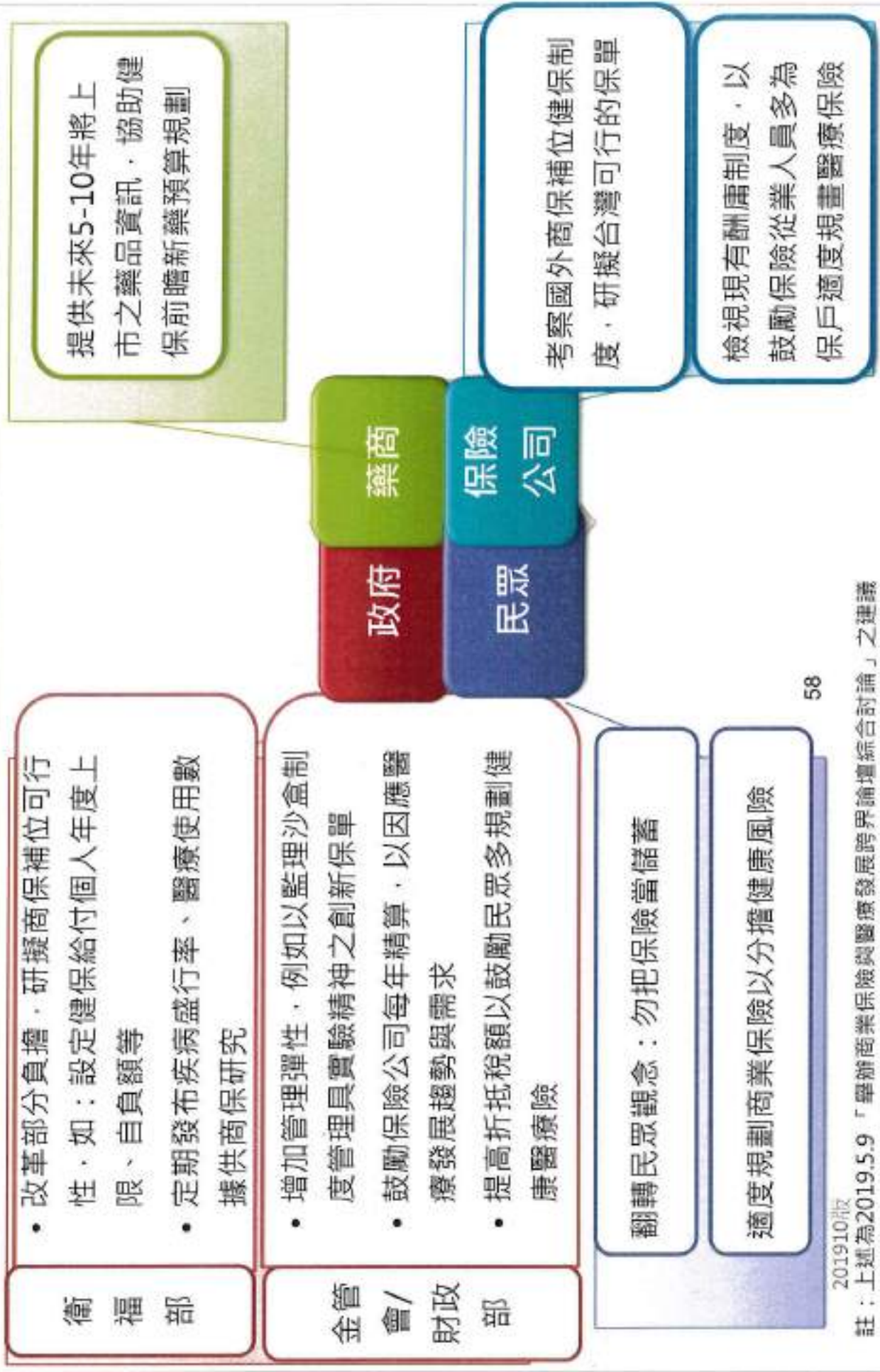
私人綜合健保計畫

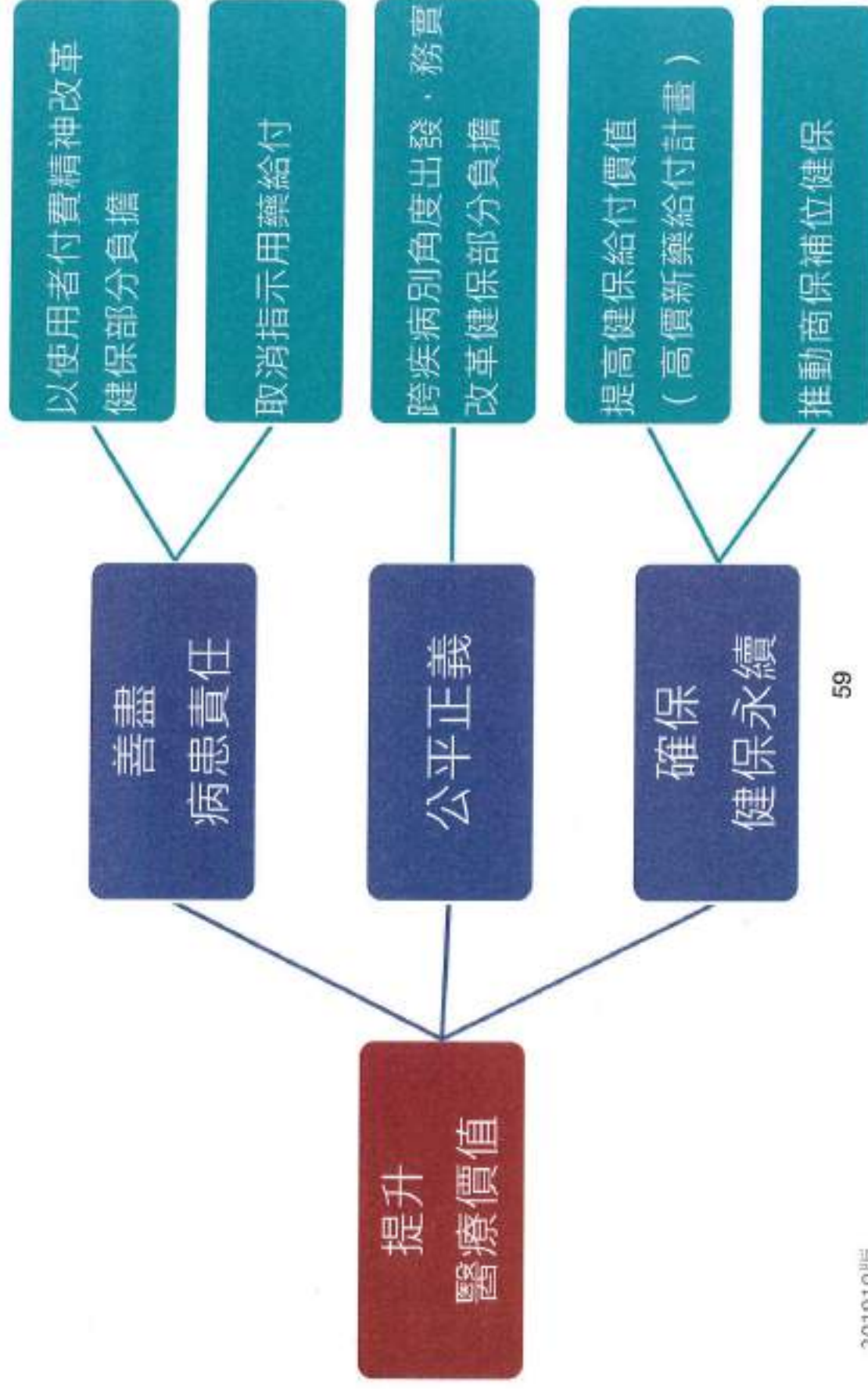
保健儲蓄帳戶另買商保補位健保

- 國家衛生部規畫由6家商業保險公司承保，由保健儲蓄帳戶支付保費（雇主有義務為員工設立儲蓄帳戶），但有支付上限
- 可支付病人自負額、共同承擔保險（部分負擔），以及超過終身健保支付上限的費用
- 給付A/B1/私人醫院病房費

- 以保誠人壽規劃的雙全特保簡易/特加計劃與雙全特保特級計畫為例
- 以30歲新加坡男性公民之保費呈現

保險計畫名稱	雙全特保簡易計畫	雙全特保特加計畫	雙全特保特級計畫
保費	12.3新元/月 (折合台幣約283元/月)	20.4新元/月 (折合台幣約469元/月)	40.2新元/月 (折合台幣約925元/月)
病房等級	A級公共病房	A級公共病房	私立醫院單人房
保障	50%自付額(約3.3萬台幣)+100%共同承擔保險	100%自付額和共同承擔保險	100%自付額和共同承擔保險 但未來保費由索賠狀況調整





新藥在台灣健保核價 與給付制度的挑戰與建議

April. 12, 2019

陳恆德 醫師/特聘研究員
財團法人醫藥品查驗中心

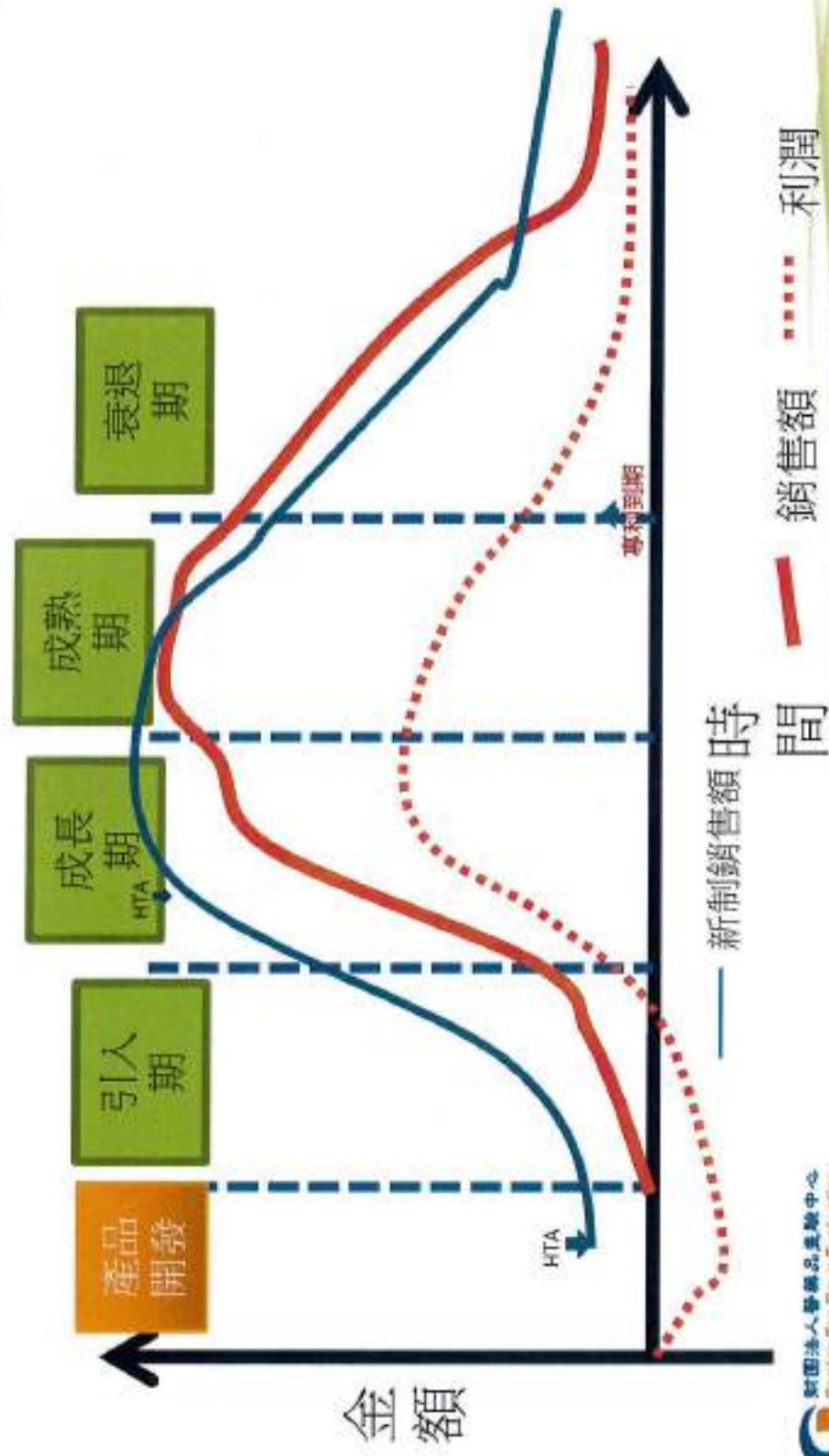
大綱

- 新藥有限健保資源合理分配，極大化公衛價值原則
- 健保核價流程與現況分析
- 公告藥價與採購價之國際現況與建議
- 審查流優化、再評估機制、醫藥品生命周期管理建議
- 公民團體參與和監督建議

健保必將破產?

- 經濟成長有限，保費(攸關選票)不易成長
- 健保總額成長少，救命創新療法昂貴(如癌症免疫療法)過度壓低價格，造成血汗醫院(台灣醫師薪資是同等GDP國家薪資1/3)、藥業，給付過度設限，則病人傾家蕩產，債留子孫?
- 出路:預防醫學，緩和安寧，開源節流
- 智慧合理分配之法、理(HTA)、情，降低機會成本
- 全民價值共識，共同珍惜健保資源

有限健保資源合理分配，極大化公衛價值
 -優化藥品生命週期，降低機會成本，創造三贏

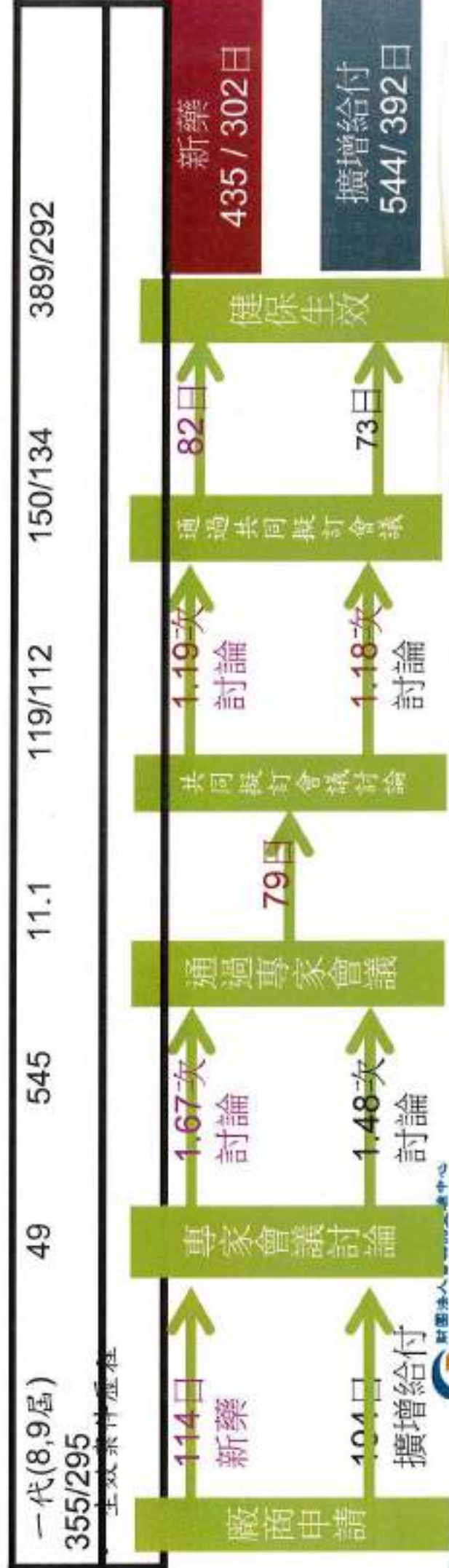


二代健保: 新藥/擴增給付時程

新藥平均 3.8 月上會討論

資料分析時程: 2013~Jan.2019 專家會議討論案件

	開會 次數	討論 案件數	平均每次 案件數	收案至專家會討論 (平均/中位天數)		收案至生效 (平均/中位天數)	
				新藥申請	擴增給付	新藥申請	擴增給付
二代健保	72	901	12.5	114/105	194/155	435/302	544/392



癌藥新藥申請: 生效中位時間(18.5個月)生效率 (49%)

資料分析時程: 2013~Jan. 2019 專家會議討論案件

平均/中位日數	新藥	非癌藥	癌藥
二代健保	435 / 302	391 / 290	654 / 554

自2013-2018 共 29 個癌藥新藥生效，其中 3 個癌藥新藥案之送件日期為2009-2012。

生效 送件	N	年											尚未生效案件			
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	13-19	生效率	N/P(專)	Y(專)	Y(專/ PBRS)			
2013	13	0	4	4	1	2	0	0	0	0	0	11	85%	0	2 ¹	0
2014	4		0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	25%	1	2	1 ²
2015	9			0	2	1	1	0	0	0	0	4	44%	3	2	1 ³
2016	7				0	2	2	0	0	0	0	4	57%	2	1	0
2017	9					1	2	0	0	0	0	3	33%	3	3	2 ⁴
2018	11								3	0	0	3	27%	6	2	0
TTL	53	0	4	4	4	6	8	0	0	0	0	26	49%	15	12	4

#1. Jevtana (rejected by PBRS), #2. Yervoy; #3. Abraxane; #4. Herceptin SC, Xofigo

建議1-健保署仿各國只公告談判前藥價

- 健保核價所參考之十國藥價(Listing Price)虛高平均20-29% (Health Policy 121 (2017) p.354-362)，其實為各國藥價採購談判前之表面藥價
- 台灣健保價為健保實質給付價，藥價相對各國十分偏低，約十國藥價之六成
- 中、韓、泰參考台灣藥價，以致台灣場被延緩上市，以免影響他國藥價
- 不利台灣藥廠新藥於他國獲取較佳藥價
- 健保宜建立實質給付價談判或折讓機制

建議II-優化審查流程

- 專家諮詢委員會依適應症分組，如1. 癌症/血液病組，2. 非癌症組。每兩周輪流開會，必要時聯席會
- 設定多元優先審查流程，如危及生命、重大公衛、國內研發等品項
- 收審查費，並設定審查時效專案管理目標，以增聘專家、專案經理，充實健保署和HTA審查及藥價MEA協商相關人力，並持續健保藥價管理政策研究

建議III-建立HTA選題與核價 與給付再評估機制

- 猴子吃香蕉:朝三(低藥價)暮四，改成朝四(先給高藥價)暮三(四年後再評估調降)-優先上市，依價值(Value)/Real World Data/治療指引再評估
- 依醫藥品生命週期市場、相對競爭差異化優勢、穩定且與台灣GDP與購買力相關之參考國(如OECD國家)藥價，重新核定
- 仿NICE Cancer Fund精神，對預期存活期短、人數少、可能具突破性療效但仍有不確定高價治療，有條件給付與再評估

建議IV-醫藥品生命周期研發與管理

- 對已過專利期藥品之505(b)2之2B類me-better新藥，必要時主動鼓勵代理商或國外學名藥廠引進，或鼓勵國內學名藥研發，以平抑藥價

建議V-發揮公民團體參與和監督力量

- 健保資源分配機制中，教育病友建設性意見提供，尤以疾病對生活品質之切身影響
- 監督HTA審議過程中，利害相關團體偶有非理性冗長發言與議事干擾，尤以最關鍵之共同擬定會議，可透過合理議事規則與必要時不記名投票，以提升議事效率
- 上網之會議錄音檔重要案件鼓勵利害相關團體譯成逐字稿，以利監督提升審查品質
- 公民團體宜建立健保給付案主動提案權
- 要注意和利害相關團體之利益迴避機制

建議VI-舉辦公民會議歸納社會價值共識

- 健保資源分配之法理情，建立社會價值共識，如對罕見病、危及生命適應症給付原則、退場機制
- 部分負擔制、民間救濟基金會、保大不保小、處方藥改指示用藥，小病自主照護，減少就醫次數
- 不實廣告、假醫藥新聞、直銷之市場秩序共同維護

THANK YOU FOR YOUR ATTENTION

感謝陳昭姿主委提供健保資料



Center For Drug Evaluation

國內不當藥價差現況與建言

前言：

臺灣全民健康保險為國家最重要的公共政策之一，健保署為長期監測民意，於 2016 年進行的民調顯示，民意對全民健保最不滿意是藥品不好。隨著老人化人口增加，慢性病與重症病患激增，醫療費用支出相對急劇上升；健保署受制於總額預算制度下，藥品執行「單一支付價」制度以控管藥費支出與成長；但此制度卻因醫院在藥品自行採購議價時以採購者的優勢，極力壓低藥商售價以取得健保藥品「單一支付價」之間的「藥價差」，從中獲取較高的價差利潤。形成藥品「單一支付價」所產生的「藥價差（俗稱藥價黑洞）」問題，且有愈來愈擴大趨勢，已影響健保總額預算的合理分配。醫院仰賴「以藥養醫」扭曲了醫療行為，以及民眾對新科技醫藥無法快速引進，嚴重影響重症病患新藥治療的可及性與可近性而感到不滿。

為探討健保署現行藥品「單一支付價」制度，所產生不當藥價差及新藥引進核價不合理等問題，並分析其發生原因，同時提出可能改善的支付制度與觀念架構。藉以文獻探討利害關係人及交易成本等理論，分析其支付制度的問題主因。並以專家深度訪談法提出藥品「三合一支付」構想配合制定藥價差合理規範的改革建議方案。再對藥品「三合一支付」構想分別進行相關議題的個別、交叉、焦點團體訪談，以及促成舉行多場藥品支付制度研討會、公聽會、產官學者座談會等，蒐集多方構面的資訊加以彙整與分析。

結論實證，現行的健保藥品「單一支付價」制度與藥價調整無法降低「藥價差」有直接的相關。本研究建議之藥品「三合一支付」構想配合 (R-Zone) 藥價差合理規範，經專家證實可將不當的藥價差縮小與控制。希冀將藥價差節省管制資源回歸總額重新合理分配，用於引進新藥與不合理的醫療給付。促使醫療院所與藥商的營運正常化，確保民眾用藥品質、安全、有效的醫療環境，並提供政府主管機關與未來學術研究之參考。

茲分析藥價差產生原因與因應對策探討如下：

一、 藥價差產生的原因

- 健保用藥須經健保署核價，正面表列各廠牌藥品訂定「單一支付」價格（健保藥品支付制度）。醫院採用健保用藥訂定「單一支付」價格，向健保署提出申請給付。當特約醫院自行採購藥品價格「低於」單一支付價格時，即形成「藥價差」，亦為醫院之「利潤」。
- 健保署並未規範『合理藥價差』及相關之配套措施，造成「藥價差」持續擴大，扭曲正常的醫療行為。

二、 全民健保不當藥價差引發的問題

- 醫院仰賴藥價差（利潤），「以藥養醫」，質疑醫院『衡量』，藥價差越高誘導使用量越多，造成藥價差逐年擴大。

- 醫藥總額(分配爭議)·阻礙新科技藥品引進(PBRS)·影響重症病患用藥(可近性·可及性)之權益·
- 醫師專業處方選擇被(忽視·犧牲)·健保有限資源大量浪費(公共財)·

➤ 健保重複用藥 (李伯璋署長)

- 台大醫院以 403 萬元排名第一
- 其次為台北榮總 256 萬元
- 再者為新光醫院 140 萬元
- 國人一年丟棄藥品的重量達 193 噸 從減少重複醫療·檢驗檢查·藥物浪費情況著手
- 醫療資訊搬上雲端·及時管控民眾的用藥及就醫紀錄

➤ 健保署公告各層級給付藥品費用推估值(2014 研究資料)

特約醫院	2013年	2014年 1~9	推估2014全年
醫學中心藥價差百分比	23.40%	23.80%	23.80%
藥費支出	598.1	462.4	633.8
藥價差	139.96	110.05	150.84
區域醫院藥價差百分比	25.40%	27.00%	27.00%
藥費支出	460.2	360	489.1
藥價差	116.89	97.2	132.06
地區醫院藥價差百分比	31.20%	32.50%	32.50%
藥費支出	149.7	116.3	158.1
藥價差	46.71	37.8	51.38
診所及藥局藥價差百分比	38.20%	38.40%	38.40%
藥費支出	332.4	258.1	326
藥價差	126.98	99.11	125.18
總藥費	1540.4	1196.8	1607
總藥價差	430.53	344.16	459.46
總藥價差(%)	27.95%	28.59%	28.59%

➤ 藥價差擴大推估金額與 DET 基期值比較(2014 研究資料)

年度	藥價差擴大推估(億元)	DET實際支出(億元)	DET基期值(億元)	vs前一年目標成長(%)	PVS調整金額(億元)	調整金額/DET(%)
2012	???	1320.2			120	9.09%
2013	431	1436.7	1379	4.53%	56.7	4.10%
2014	459	1507.7	1425.6	3.30%	82.1	5.80%
2015	488	1507.0	1475.2	3.48%	31.8	2.20%
2016	517	1568.1	1511	4.95%	57.1	3.80%
2017	546	1594.4	1520.6	4.28%	73.8	4.63%
2018	575	1689.8	1631.9	3.21%	58.3	3.57%
2019	604					
2020	633					

※ PVS 大於 GDP 成長率，以及藥價差不斷的擴大，將阻礙藥業經濟發展，不利於新藥引進及病患用藥權益。

➤ 監察院糾正案文重點(2016.07.07)

- 衛福部健保署將藥價差之存在視為理所當然，且具有正向效益與驅動力，使得執行全民健保藥品價格調查機制效能不彰，又未能完整掌握藥品實際交易價格，肇致藥價差比率長期居高不下且反趨擴大，核有疏失。
- 該署迄未釐訂明確合理藥價差比率，並罔顧醫療院所賺取藥價差已然超出其合理利潤範疇，且藥品核價機制不足，形成「以藥養醫」扭曲醫療生態之現象，洵有怠失等情。
- 爰依監察法第 24 條提案糾正，移送衛福部轉飭所屬確實檢討改進見復。

➤ 新藥取得健保核價生效時間 (2015 歷年健保新藥管理趨勢回顧)

表 1-1 新藥 (含生物製劑) 查驗登記案完成效率分析

104 年新藥 (含生物製劑) 查驗登記案完成效率分析									
業務項目			完成件數	評估時間	平均值	標準差	中位數	最小值	最大值
新藥類別	CPP	新藥一	66	CDE 評估時間	306.8	146.8	298.0	67.0	740.0
				廠商補件時間	135.3	45.3	150.5	30.0	226.0
				總時間	449.1	167.2	440.0	136.0	916.0
		新藥二	44	CDE 評估時間	182.6	102.9	159.0	25.0	440.0
				廠商補件時間	137.5	46.5	138.5	18.0	266.0
				總時間	327.0	117.9	325.5	126.0	637.0
	生物製劑	43	CDE 評估時間	261.0	109.0	275.0	98.0	431.0	
			廠商補件時間	90.8	52.9	97.0	0.0	187.0	
			總時間	358.1	151.0	383.0	119.0	617.0	
	Non-CPP	0	CDE 評估時間	-	-	-	-	-	
			廠商補件時間	-	-	-	-	-	
			總時間	-	-	-	-	-	
補件/申復案件			79	CDE 評估時間	133.4	100.9	105.0	3.0	395.0
				廠商補件時間	2.9	15.1	0.0	0.0	96.0
				總時間	137.9	104.7	122.0	3.0	395.0
適應症/用法用量/仿單變更案件			127	CDE 評估時間	155.9	135.2	148.0	1.0	498.0
				廠商補件時間	77.2	70.4	75.0	0.0	205.0
				總時間	238.5	191.2	230.0	1.0	528.0

備註：仿單變更案件受理來自二類管道，一類為 NDA 流程，另一類為 TFDA 諮詢工作

資料來源：CDE 醫藥品查驗中心 (2015)

三、日本處理藥價差的改革政策與做法

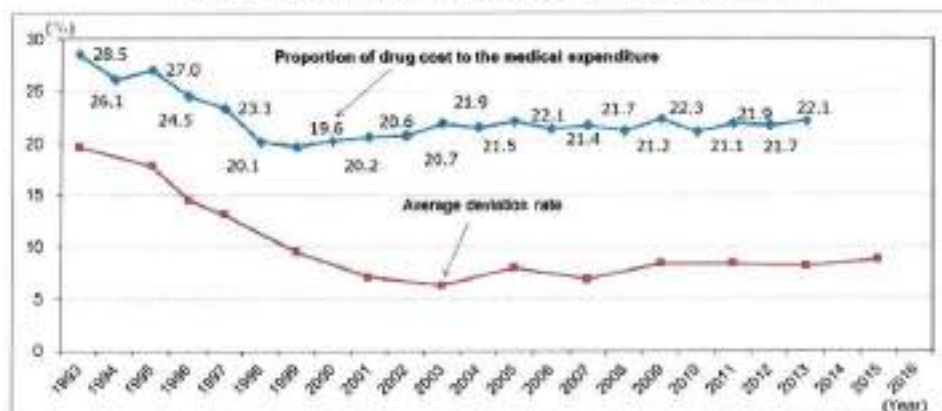
- 1992 年實施 R-Zone 15% (初期合理規範)，每 2 年下降 2%
- 實施醫藥分業，制定相關配套措施，提升醫療給付點值，獎勵處方箋釋出執行辦法，禁止醫院經營門前藥局或連鎖藥局。
- 設定 copayment 制度，鼓勵民眾使用學名藥，減輕藥費負擔。
- 實質鼓勵與教育民眾，減少不必要的用藥浪費。

➤ 利益結構調整 VS. 重要配套措施

- 1960年診療點數為18點，1990年調整為210點，增加12倍。
- 1974年醫師處方箋費由6點（60円），提高為50點（500円）。
- 1975~1984年藥費在日本醫療費用所占比率均在30%以上。
- 1981年藥費所占比率升至38.7%最高點，2002年已經降至18.9%。
- 1992年實施R-Zone 15%，並逐次下降2%，最終目標為0。
- 2000年日本規範R-Zone 2%，實際市場交易5~9%。
- 2002年診療費用占整個醫療費用80%以上，醫師及醫療機構收入已不再依賴藥價差。

The proportion of drug cost in Japan

- As a result of minimizing average deviation rate for about 10 years, the proportion of drug cost to the medical expenditure has decreased from about 30% to about 20%.



note: Osaka Pharmaceutical Manufacturers Association' Outline of healthcare insurance system and drug price'

11

四、改善不當藥價差的想法與建議

- 設定藥品三合一支付制度，配合藥價差合理規範 (R-Zone)
- 健保用藥下線價，醫院不得要求藥價差 (確保品質)
- 依法執行機動性藥價調查 (杜絕藥品不合理惡性競爭)
- 品質與價格必須連動 (確保藥品品質與合理利潤)
- 建立民眾用藥品質、安全、有效之環境 (民眾信心與浪費)
- 節制資源回歸總額重新分配 (資源有效運用)

➤ 「三合一支付」之觀念架構

- 藥品「三合一支付」，係指「採購價+管理費+議價獎勵金」。

R-Zone 概念 = (實支實付，並兼顧醫院藥品管理與鼓勵議價)

- 藥品「三合一支付」配合設定 R-Zone，可規範合理的藥價差。
- 主要是針對醫療院所獲取不當的藥價差進行合理化規範。
- 健保藥費支付會低於現行的「單一支付價」，可節省公帑。
- 將降低支付部分回收 (claw back)，減少不當的藥價差支出。

五、改善成效分析圖

改善成效分析圖

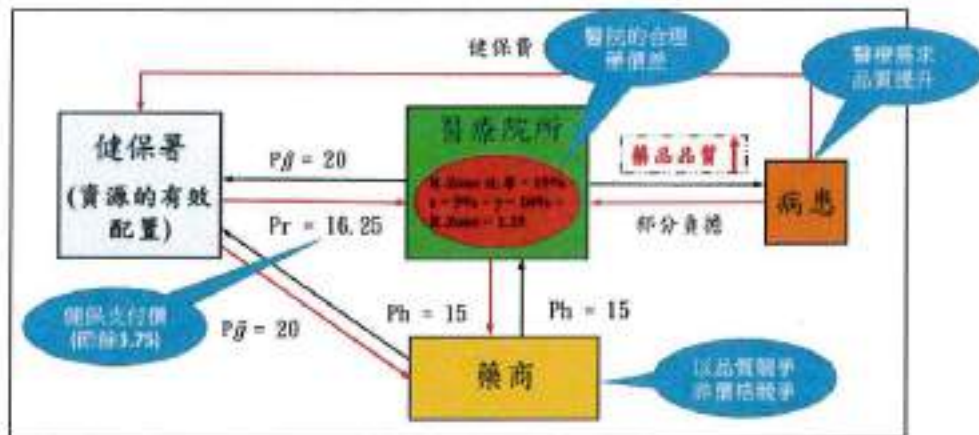


圖 1-8 「三合一支付」制度改善成效分析圖

2019/10/15

11

➤ 健保署擔心「三合一支付」影響醫院降低藥價意願？

- 三合一支付=醫院採購價+管理費用+議價獎勵金。
- 醫療品質提升，大幅減少不必要的浪費。
- 日本實施 R-Zone 後，PVS 依然可以調降藥價。
- 日本規範逐次降低 R-Zone，藥品費用支出逐年下降。
- PVS 之合理性，須考量民眾換藥、缺藥、斷藥的問題。
- 可參考先進國家作法，而非單一性的 PVS 方式。
- 藥價差規範目的，回歸醫療專業與藥業經營正常化。

➤ 「三合一支付」構想改善效益

- 合理藥價差規範 (R-Zone 15%)，可逐年縮減不當的藥價差。
- 藥價差節制資源可用於加速引進新藥的可近性與可及性時效。
- 藥價差節制資源極大部分回歸醫療院所，提高偏低的醫療給付。
- 避免醫療院所「以藥養醫」的扭曲行為，回歸醫療專業。
- 改善醫院「換藥、缺藥、斷藥」問題，確保病患用藥之權益。
- 提出現行健保藥品支付制度問題之分析架構，以供政府主管機關與未來學術研究之參考。

六、結論

1. 健保資源有限，應杜絕藥品不當藥價差的浪費
2. 節制資源回歸健保總額，重新合理分配
3. 制定部分負擔(定額 or 定率)，建立使用者付費觀念
4. 逐年提高藥品處方籤釋出，落實醫藥分業

5. 尊重專業提升醫療品質，冀望醫療與藥業經營正常化
6. 制定「本土」學名藥政策 (保障市場佔率)，扶植台灣生技製藥產業，拓展國際市場

➤ 管理意涵與建議

- 健保現行的藥品支付制度已影響到政府公共財的公平、合理與有效運用，引發 stakeholder 的不滿與抱怨。
- Stakeholder 對於降低資訊不對稱以降低交易成本的思維演進，是導致藥品「三合一支付」構想改革價值與創造契機。
- 資訊不對稱分析，在於藥品支付制度的三方交易透明度及合理性與否？
- 藥價差為「公共財」必須公權力介入管理，制定合理規範。
- 全民健保秉持以「品質及病患為中心」的藥品政策理念。

陳世雄 2019.10.08

第 1 次會議「建立藥價差處理機制」

回應與建議:

今天 Oct 9 2019 開會通知:

國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」第一次會議---

『建立藥價差處理機制』。

前言:

談到「建立藥價差處理機制」感慨很深:

買賣就有價差! 為什麼還要談「建立藥價差處理機制」?

很顯然目前的「機制」出現現問題? 甚至於是「失控狀態」? 過去 19 年來經

常性的討論如何解決「藥價差」? 卻產生愈討論、洞愈大的怪現象, 因此二代

健保為解決「藥價差」而有修法如下:

41 條: 藥物給付項目及支付標準。

46 條: 依市場交易情形逐步調降至合理價格。(停損點的概念)

62 條: 超出目標(DET)之額度, 保險人於次一年度 *『修正』藥物給付項目及支付標準(正式試辦公告卻用 *『調整』; 其超出部分, 應自當季之醫療給付費用總額中扣除。

雖然修法改刪除了「藥價基準」即單一支付制度, 改以「藥物給付項目及支付

標準」，雖然 July 7 2016 監察院通過糾正理由之一：* 『藥價差』影響病人用藥權益，造成病人之(健康黑洞)！

『藥價差』仍然日益擴大逼近 1/3 強(600 億+)，可見『藥價差』有多大，病人之『健康黑洞』就有多大！

台灣健保...19 年來歷經 13+2 次藥價調查與調整

已經砍掉產業界 964.4 億『純利潤』，換算成營業額至少高達約 4822 億 (IBT 平均 20%來看的話)，影響病人用藥品質與權益以及產業生存與發展。

醫療院所藉由

『藥價差』來『以藥養醫』

扭曲醫療生態的現象！

到底

『藥價差』是天意？還是人禍？

是不當『制度』使然？

還是沒有作為？

錯綜複雜

就像補破網，19 年來愈補愈大！

有關『藥價差』的疑問，以下值得大家好好的思考：

-為什麼以前公、勞、農、漁等 13 項保險都有『藥價差』，卻沒有因『藥價差』所衍生的種種爭議性的問題？...因為過去採用『內審支付價』，即依採購價給醫療院所一定的比例當獎勵金及管理費！

-為什麼健保開辦前五年，一樣有『藥價差』，卻沒有因『藥價差』*所衍生的種種問題？乃至於『以藥養醫』的問題？... Act 49 條：藥品依*『成本給付』，卻衍生『詐欺』的疑慮！... 當時衛生署發文公告：『...購得折扣價之醫材，如向健保局申領全額給付，涉及詐欺！』

-為解套『詐欺』的疑慮，1999 年將依『成本給付』修改為*『藥價基準』即單一支付制度，導至買五毛給一塊的怪異現象，誘發人性的貪婪，導致『以藥養醫』的污名化現象出現。

(*日本 1992 June 作了一次大改革，為解決『藥價差』廢除了『藥價基準』，藥價調查與調整加以 Reasonable Zone (簡稱 R-zone 指藥價差合理比率) 作配套，解決失控『藥價差』的問題。

『藥價差』爭議不斷主要徵結點？

『失控藥價差』

來自

明知？卻仍然使用日本廢除不用的錯誤政策？(*或只是為醫院『詐欺行為』解

套的**暫時權宜措施**?)

及

過度之執行砍藥價!...(缺乏停損點)

日本: 1992 廢除藥價基準 (單一支付價)

...解決藥價差。

台灣: 1999 採用藥價基準 (單一支付價)

...造成更嚴重的『藥價差』。

造成日後『以藥養醫』環境!!

『藥價差』處理失能、導致『失控』的藥價差

『缺藥、斷藥、換藥』天天在發生!

失控『藥價差』誘發人性的『貪婪』,合理化『以藥養醫』!

(醫療給付不足?)

病人的『醫療品質』抵擋不了人性的『貪婪』!

首先必須釐清:

為什麼會有『藥價差』?

*為什麼『藥價差』引起那麼多的爭議性議題?

二代健保後藥價調整的『法源依據』?... 一條牛剝兩層皮之嫌?

「三同」適法性?...藥價調整以「三同」即市場平均值作為「群組」調降依據的
合理性? 合法性?

「藥價差」的嚴重性已經超乎您我想像?

年超過 600 億+ (* 600 億+記得李副是 2017.8 月或 10 月的 PBRS 會議中公開
表示的!)

以第 16 屆部立醫院聯標為例, 決標後藥價差超過 50% 以上的品項高達 56.74%
(2,061 項)。

為什麼健保署不依法啟動「機動調查」?

...根據「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」第 7 條規定, 藥商或藥局販售
價格低於本保險支付價格百分之五十, 保險人應實施「機動調查」。

...根據執行健保藥價調整辦法草案(106 年 1 月 16 日), 發文字號: 衛部保字第
1061260004B 號, 本次為第三次修訂。

增訂第 27 條條文, 即改良式「機動性調查」, 以品質競爭「最有利標」代替價
格競爭「50%為上限」改革縮減藥價差之概念開始啟動。

辦法: 贈品超出 50% 每季調整一次 (取消被動式機動調查及同成份 Grouping,
避免誅殺無辜, 新列同一 License holder 同時擁有二張同成份許可證取其低價
調整)。

* 新政府政策白皮書亦指示「公權力應介入市場交易秩序」

* 依法『藥價差管理機制』屬保險人對醫療院所『要約條件』設定，自無干預

自由市場疑慮！健保署公權力理應介入維持市場交易秩序！

早知藥價基準、單一支付價會像日本一樣，會產生更嚴重的『藥價差』，而有改

革『藥價政策』之構思，只是不知為何沒有去執行！

『藥價差』持續惡化到 2007...

2007. 07. 03 「全民健康保險藥價政策研究會議」第三次會議記錄

地點:衛生署 6 樓 606 會議室

李代表玉春請假

主持人:劉見祥 (健保小組副召集人曲同光代理)

「全民健康保險藥價政策研究會議」第 3 次會議紀錄

時間：96 年 7 月 3 日（星期二）下午 4 時

地點：行政院衛生署 6 樓 606 會議室

出席單位及人員

黃代表文鴻	黃文鴻
李代表玉春	（請假）
朱代表茂男	朱茂男
林代表榮錦	林榮錦
吳代表志雄	（請假）
朱代表益宏	朱益宏
行政院衛生署	曾千芳、曲同光、阮子凌
中央健康保險局	陳寶園、林阿明、郭垂文

主持人：劉召集人見祥（健保小組曲副召集人同光代理）

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

陸 結論

藥品支付方式，最終的目標是「成分別」支付，但有其階段性，其中需有「廠牌別訂定上限價」、「訂定參考價」、「藥價差回收（claw back）」、「差額負擔」等相關之配套措施。另本署將規對於 97 年協商「藥品支出目標」，所以，針對上述議題，研擬下次之會議討論之主題如下：

DET...到二代健保終獲平反?

- 一、「藥品支出目標」實施方式之研議。
- 二、為達「成分別」支付的目標，有關「廠牌別訂定上限價」、「訂定參考價」、「藥價差回收（claw back）」、「差額負擔」等相關配套措施研議。

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

以下為第 1 次會議『建立藥價差處理機制』

回應與建議:

P6, -宜透過定期再評估(reassessment), 藉由刪除(delisting)或限制給付以減少
低價值醫療(藥品)

回應與建議:

健保法第六十二條已有明文規定可以執行上述之刪除(delisting)或限制給付...第

六十二條條文: 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。健保署公告卻誤植『修正』為『調整』? 仍然以一代健保的『藥價

基準』、單一支付價作為調整的依據? 而且 DET 試辦 4+3 年的合法性、合理

性、有效性?

似乎又要繼續以『調整』方式試辦下去?

P8, 上半段: 藥品價格問題

-初逾專利期原廠藥價格仍甚高, 不利學名藥競爭

-因應 DET, 三同藥價之調整可能影響藥品退出市場

回應與建議:

健保法第四十六條: 藥品逾專利期第一年起至五年內, 依市場交易情形逐步調降

至『合理價格』。

『合理』二字，此係『不確定法律用語』，其立法具體意義在設立『停損點』機制，避免過度調降而影響藥品退出市場，應要求健保局予以『明確化、可操作化』。

什麼叫『合理價格』？

P8, 下半段: (三)改革支付制度

回應與建議:

藥品支付制度的改革:

- ✎ 解決『藥價差』用藥價調整來解決藥價差是個『假議題』，惟有『三合一』支付制度的改革才是正本清源之道。
- ✎ 『初期』啟動『藥費支出目標 DET』及執行 41 條修正『藥物給付項目及支付標準』來替代單一支付價，使『藥價調整與藥價支付』脫鉤。
 - * 『基期值』建議修正為：每年採前一年度藥費核付淨額（核付淨額指扣除已回收或價量協商之金額），（不含中醫門診總額）。
- ✎ 『中期』使藥價差成為公共財，用『回收及獎勵』制度管理之。廠牌別支付上限價，使藥品『支付價與採購價』掛鉤。
- ✎ 『長期』使專利期滿的藥品，都以成份別支付上限價，但必須要修法有『差額負擔或部分負擔』的配套實施。
- ✎ 惟有支付制度持續改革，終極目標是徹底解決藥價差，才能實現醫藥分業，

使台灣邁向文明國家的行列。

DET 過去藥價調整有一條牛剝兩層皮之嫌？健保署已經依第六十二條：其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，次年又從藥界執行藥價調查與調整。

P8, 下半段: (四)控制支付價格

Claw-back 制度、調降 R-zone 等

回應與建議:

藥價差屬「公共財」應研擬不合理年藥價差600億+回收...再利用!

研究藥價差回饋機制(claw-back)之可行性，作為醫療給付之不足，提升藥品品質及加速新藥新科技上市。

如:

1/3 回歸醫界...彌補醫療給付的不足

1/3 購買新藥108年新藥預算僅有19.76億元? ...1% of drug expenditure?

1/3 合理邊際利潤，要求改善品質。

逐年調降 R-zone，可仿日本1992年的成功解決藥價差的作法! 8年間從15%

降至法定2% (目前市場上仍然是5~6%)。

P8, 下半段: (六) 部分負擔、差額負擔

回應與建議：

部分負擔、差額負擔，不論採用「定額或定率」均需透過「**修法**」程序

二代健保修法沒有通過「藥品」部分，主要原因是健保署沒有提供部分負擔、差額負擔辦法說明，立法院害怕通過一張空白支票給健保署？

P10 (二)支付面...三合一支付

回應與建議：

當時健保署擔⊠醫院像韓國，醫療院所不會「**努力議價**」(*韓國沒有Global Budget)，⊠沒有落實執⊠「三合一」主決議文之要求!

三合一主決議文之內涵

三合一條款列入衛環委員會主決議文：

見立法院公報第 100 卷第十期

案由：為解決長久以來健保藥品不當價差問題，以建立一套「**透明**」、「**合理**」、「**進步**」之**健保藥費核付制度**，爰決議中央健康保險局應於本法通過後六個月內，針對一代健保藥費支付供應鏈重新檢討，並於藥價基準中建議**研議以「實支實付」**（**透明**）、「**醫界議價後合理比例獎勵金**」與「**必要管理費**」（**合理與透明**）重新建構健保藥費核付流程，再輔以藥費支出目標制度及異常交易品項之機動性藥價調查，以有效管理不當藥價差問題。

說明：

一. 健保自民國 84 年施行迄今，最受外界詬病者即為藥價差問題

為徹底解決藥價差污名，也同時保留醫界合理議價誘因，以讓醫界透過藥品採購議價，進而壓縮不必要藥費支出，並讓議價成果為全民享受，特要求中央健康保險局於本法通過六個月內，以醫療院所「實際採購價格」+「醫界成功為健保議價藥品後之合理比例獎勵金」+「醫療院所藥品費用合理管理費」三者之加總，計算藥品總成本核付，以徹底解決不當藥價差問題。

P10 (二)支付面...加速同成分劑型藥品、同價格之三同政策

回應與建議:

二代健保修法時也有『同成分、**同品質**、同價格』三同之討論，後來由於沒有通過『藥品差額負擔』，也同時刪除三同，即使要執行沒有『**同品質**』的三同也要有『差額負擔』的配套以減少爭議。

*目前使用『三同』作藥價調整的適法性？

*『三同』(即所謂同成分、**同品質**、同價格)及『差額負擔』已在二代健保修法中，因爭議性太大而被立法院『否決刪除』在案，而且目前同成分劑型藥品、同價格之『三同』，明顯違背二代健保母法第41條第3項明定『藥物給付項目及支付標準之制定，應依據被保險人醫療需求及醫療**品質**為之』，以及97年藥品政策全國會議結論!

97年藥品政策全國會議結論：...逐步落實『同成分、同品質、同價格』之政策目標，未規劃『時程』，且有『附帶條件』...

結果健保署違背立法院及藥品政策全國會議結論：執行『缺乏品質』及違背母法授權的『三同』政策。

*健保署調降藥價，先犧牲『用藥品質』？

102.7.4 公告版本『同成分、同品質、同價格』

3個月之後重新公告：

102.10.2 公告版本『同成分、同劑型品項、同價格』

令人不解的是三同把『同品質』改為『同劑型品項』，至於『安全、療效及品質』對於民眾是否不再重要了？

試問『超低藥價』那來談得上品質？

* 如果健保署只管『藥價』和『藥費支出』，跟民眾用藥『品質』之改善有什麼關係？

- 二代健保母法第41條第3項明定『藥物給付項目及支付標準之制定，應依據被保險人醫療需求及醫療品質為之』。

- 三同與二代健保第41條第3項「醫療品質」規定相違背，在未完成修法前建議健保署應「停止實施三同」，直到完成「差額負擔或部分負擔」配套立法通過，以保障百姓用藥獲得「安全、有效的用藥及醫療品質」！。

P12 上半部: (三) 藥品價格問題

- 修正藥價基準

回應與建議:

「藥價基準」即單一支付制度造成失控藥價差，已在二代健保修法遭到刪除，增列第四十一條「藥物給付項目及給付標準」來取代「藥價基準」！

***事實上二代健保「藥價基準」已不復存在！**

P12 上半部: (四) 藥品使用問題: 根本減少不需要之處方或重複用藥

回應與建議:

*不合理用藥!...WHO 全球第四號殺手! (2016 世衛組織警告: 1/3 的人不是死於疾病, 而是死於不合理用藥)

*台大醫院藥師每天阻止 143 件可能藥品不良反應的發生, 其中 99.95%是醫師開方的錯誤! Ref. 沈麗娟 教授

P14 議題一: 建立藥價差處理機制

回應與建議:

前面已經詳述...徹底執三合一主決議文及藥物差額負擔修法

利益共享: Claw-back 公共財重分配 (前面已經詳述)

P15 下半部: 議題三: 改革藥品支付標準調整策略

(四)DET 下之藥價調整方式

回應與建議:

依法訂定『**超出/未超出**』 DET 時之處置原則:

依健保法第 46 條作個別品項調整。

(1)藥品逾專利期第一年起至五年內, 依市場交易情形逐步調降至『**合理價格**』。

(合理價格=停損點+合理邊際利潤)

依「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」第 7 條規定。

(2)管理異常交易個別品項; 如價量異常(PVA)、

藥價差異異常 (如大於 50%) 之交易品項合理調整。

若仍有超出 DET 額度時, 原則上其他品項不調整, 若有必要調整時, 則用

universal cut 進行調整。

依健保法第 46 條邀請產官學界設立『合理價格』及『停損點』

*『合理價格』= 停損點 + 合理邊際利潤。

...讓產業永續經營、鼓勵以『品質』競爭，取代目前『價格』上的競爭!

*『停損點』=『合理價格』- 合理邊際利潤。

再逼退就是藥品“退出市場臨界點”，絕非目前統一下限保護價。

...避免具『醫療需求』之藥品因『退出』市場，

造成『換藥、缺藥、斷藥、醫療黑洞、健康黑洞』影響民眾用藥權益!

P14-16 均由前 13 張整合，前面已作回應與建議，故不再贅述!

Peter 個人結語:

期待藥物供應商未來

能以『品質競爭(價差小)、

替代價格競爭(價差大)』!

是縮『減價差』最有效的方法之一

執行『三合一主決議』及『**修正**藥物給付項目及支付標準』，是最有效的方法之

二。

*母法是『**修正**藥物給付項目及支付標準』非『**調整**藥物給付項目及支付標準』

從 104~105 年度北市立醫院聯合招標採『最有利標』得到印證;

『最有利標』的 KPI 符合新政府的藥品品質政策：

- 縮小藥價差...用價差買品質!
- 提升品質...品質與價格連動, 不再以最低價得標!
- 避免換藥潮...提升了現行使用廠牌的延續性, 減少民眾換藥困擾!
- 提高投開標醫院效率...第一次即達決標 91.7%!

