

# 健保藥價(上)

## — 健保藥品好不好？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

中央健康保險署表示，自二代健保上路後，依法開始試辦「藥品費用支出目標制」(Drug Expenditure Target, 簡稱DET<sup>①</sup>)，每年就超出藥費支出目標值之額度及「全民健康保險藥品價格調整作業辦法<sup>②</sup>」，依據藥價市場調查結果，針對藥品交易價格進行藥價調整，其中有極少數藥廠宣稱健保調價後不敷成本，健保署願意與藥界溝通，並在確保障民眾用藥權益之前提下，積極檢討DET之計算公式<sup>③</sup>，讓藥界有合理的生存空間。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。健保署表示，台灣對於製藥品質及規範已實施國際通行之PIC/S GMP標準，因此學名藥與原廠藥的品質都經政府嚴格把關<sup>④</sup>，由衛福部食品藥物管理署核發藥品許可證，並訂有上市後品質監測之相關機制，民眾可放心。而且健保署已建立藥品療效不相等通報系統，提供醫事人員可直接點選通報反映臨床上藥品療效疑義，並定期把通報資料轉給食藥署進行後續調查。(「健保署依法調整藥價，願積極與藥界檢討DET之計算公式」焦點新聞前段，衛生福利部中央健康保險署，民國108年3月18日。)

「醫師，有沒有更好的藥？都看過兩次

了，感冒怎麼還沒好？」病人還沒坐定就先出言請求「給好藥」。

「還沒好嗎？請先坐下，讓我看你前兩次的病歷紀錄。」醫師覺得他很面善，但是不覺得最近有看過這位病人。

「不是你看的啦…是另外一位醫師。來的時候都剛好不是你的診，我還是比較習慣給你看。」病人似乎有接收到醫師疑惑眼神的訊息。

「原來如此。難怪印象模糊…不知最近何時看過你？」醫師搞不清楚病人是褒還是貶，只好實話實說。

「你們診所有沒有好一點的藥？自費沒有關係。」病人直接講出他的需求。

「好一點的藥？那壞的藥給誰用？我留著用嗎？」醫師見多了這類病人，所以早已練就一套謔而不虐的說法。

「這個嘛…」病人頓時語塞。

「只有適當的藥！沒有好一點的藥，更沒有最好的藥！」醫師用堅定的語氣回答，因為比較少人跟他一樣，小學年代就已經在接觸藥品。

「可是…不是很多診所、醫院都有提供沒健保、自費的藥嗎？」病人這次的語氣反倒不是那麼堅定。

「治療疾病一定要『對症』…下藥！有什麼症狀、用什麼藥。」醫師每一次都會特別加重「對症」二字，無非希望病人或其家屬不要

隱瞞病情。

「人家都說健保藥吃不好…但也不會吃死人！」病人對健保藥品有不小的抱怨，這話引起診所藥師好奇，走出藥局聆聽。

「健保藥超過兩萬種，還是有很多病人靠這些健保藥治好病！」平常對健保恨得牙癢癢的醫師，難得稱讚健保制度，接著說：「再說也不是便宜的藥就是不好的藥，像很多人服用的心臟藥阿斯匹靈，一粒的價格才一塊錢，還是有膠囊、『卡布些魯』哩！」醫師落了一句日語給這位稍有年紀的病人聽。

「有啊！我也在吃這藥，聽說可以預防心臟血栓。我真不知道居然這麼便宜。」病人似乎了解藥價與所治療疾病的嚴重度無關。

「如果這種藥服用太久，你要隨時注意有沒有胃不舒服的症狀？還是有不少人吃到胃潰瘍…」

「有的！醫師都有開胃藥給我保護胃。」病人不等醫師講完話就搶著回答。

「看牙醫時也要主動說自己在吃這種藥。」醫師把話講完。

「有的！拔牙前都叫我停藥三天。」

「反正『藥即是毒』，都不是好東西！能少吃就少吃，三餐多吃天然、當季的食物才會讓身體健康，不是吃藥！」醫師搬出常用的衛教用語。

「真的！藥吃多了…身體會虛虛的。」病人回答。

「好吧！現在讓我聽聽你還有什麼感冒症狀？」醫師總算可以開始切入診察主題，剛才那些衛教算是對健保署的「功德」，因為沒有給付！

「看兩次、吃六天的藥還在鼻塞、流鼻涕，晚上都睡不好一直咳嗽。」病人一口氣講完症狀，似乎憋了許久。

「讓我看看。」醫師開始診察，接著問：「你的鼻涕是不是很難擤出來，這兩邊的鼻孔都擤到紅通通。」

「是啊！太黏稠，不好擤出來。」

「好吧！換我來幫你。」於是醫師開始展開他最拿手的治療，接著說：「這棉花棒放在鼻子會有一點癢，如果要打噴嚏，遮住嘴巴不要碰到棉花棒。」醫師順手取出抽取式衛生紙給病人。

「奇怪！怎麼插了棉花棒，鼻子反而不覺得鼻塞？」病人沒打噴嚏，反倒覺得鼻子通多了。

「那是紅腫的『鼻肉』…收縮後，鼻子的通道就寬多了。」醫師將鼻甲肉簡稱鼻肉，將氣道講成鼻子通道，讓病人一聽就懂。接著說：「現在我要將你擤不出來的鼻涕吸掉，你不要左右動喔！」

「哇！總算可以用鼻子呼吸，這腦袋瓜子一下子都通了。」經過治療後，病人講出醫師常聽到的讚嘆聲。

「你看，都還沒吃藥，症狀是不是好多

了？」醫師反過來問病人。

「是的，你真是神醫。」病人這次以堅定的語氣說。

「不過你還是要吃適當的藥，因為你不可能每天都做治療。」醫師說。

「為什麼…不可能每天都做治療？」病人問。

「健保的規定！你不要害我…」醫師想起多年前幫健保局副座處理久病不癒朋友，卻讓自己陷入被健保局來函關切的往事。

「如果有需要自費的藥，請你開給我，多出錢沒關係。」病人又繞回原話題。

「健保藥品雖然比糖果還便宜，但是治療一般感冒還是有一定效用，你要有信心，只要『對症』…下藥就可以！」醫師仍然不厭其煩幫健保美言幾句。

「對啊！通一下鼻子，還沒吃藥就好多了。」病人有感受到局部治療的威力。

「除了吃藥，騎乘機車或腳踏車要戴上口罩，洗澡時也要多待一會、多吸水蒸氣讓鼻涕容易流出來，流乾淨就好了。」這是醫師一貫的衛教。

「謝謝！什麼時候要回診？」

「鼻涕仍擤不出來時，才需要回診，藥不一定要吃完。」醫師說。

「這位不是我們診所看過的病人吧？」藥師給藥後馬上表示她的疑問。

「哪是？在別的地方看得吧，搞不好是在藥局配藥…」醫師見多了這類跟醫師裝熟、但是實際上不熟的病人。

「那病人為何要提到是我們另外一位醫師看的？」年輕藥師不懂這眉角。

「還不是為了裝熟…看看醫師是否對他比較特別？」醫師嘆了一口氣，接著說：「其實醫師對病人應一視同仁，不該有差別待遇。」

「所謂不只視病猶親、還要視病猶己！」藥師模仿醫師常用的語氣回應。

「這就對了，醫療事業是良心事業，醫療人員對病人盡心盡力照顧，每天回家就可以安心睡覺，千萬別學妳藥商兼藥師的同行，以販賣為主業、調劑當副業，病人變客人！」醫師有椎心之痛，因為他最早配合單軌制醫藥分業，卻是受害者。

「受教了！但是健保藥品到底好不好？」藥師仍對病人的疑問未解。

「妳認為呢？妳也是當事人之一，負責check and balance啊！」醫師常將藥師公會的宣傳口號拿來揶揄。

「服用藥品後的反應只有醫師最了解，病人又不會反饋給藥師。」藥師雖然年輕，不僅「通情達理」，還會使用非本地慣用語「反饋」。

「『藥即是毒』不是一般人的認知嗎？治療疾病本非如藥品主管機關所言：需立即用藥…這個亂七八糟的定義，要多方衛教、多做

治療！」醫師的衷心叮嚀。

「最了解自己身體狀況的就是自己…」年輕的藥師再次模仿醫師用語。

「有藥商拜訪醫師…」掛號櫃台傳來的訊息。（未完待續）

**問題①：藥品費用支出目標制（Drug Expenditure Target，簡稱DET）的依據及操作方式為何？**

**解答：**依現行《全民健康保險辦法》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。」（所謂分配比率目標即是「藥品費用支出目標制」。）原條文於民國83年制定時列於第50條第一項：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」第二項：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。」（所謂「前條分配後」係指第49條第三項：「前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制

度。藥品及計價藥材依成本給付。」其制定理由：為保障各類醫療服務提供者及民眾獲得該類醫療服務之權益，並使各專業可充分發揮同儕制約之力量，得對不同醫療服務設定醫療給付費用分配比例。）第三項：「門診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，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。」（其制定理由：藥品處方權利為醫師所有，且精算保險藥品支出時，已考量相關支出上漲因素，因此未擲節保險藥品支出，醫師應遵守承擔藥品超出預先設定之藥品費用總額之責任。）所謂「預先設定之藥品費用總額」

現行《全民健康保險辦法》第62條共有四項312個字（包含很重要的「藥品費用支出目標制」），民國100年全文修正的理由居然只是：照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

**問題②：訂定《全民健康保險藥品價格調整作業辦法》的依據及如何調整？**

**解答：**《全民健康保險辦法》第46條第一項：「保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；藥品逾專利期第一年起開始調降，於五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。」第一項：「前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。」《全民健康保險藥品價格調整作業辦法》第1條：「本辦法依全民

健康保險法第四十六條第二項規定訂定之。」屬於授權法規命令，二代健保法修法草案並無此條，當年醫師公會全聯會李明濱前理事長所帶領的健保法修法團隊，擔心藥品費用藉由「支出目標制」只應「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」，健保醫療費用會逐年被藥品費用蠶食鯨吞，故聯繫友好立法委員臨時提出新增此條當成「反制」，理由：一、本條新增。二、照國民黨黨團所提「修正動議條文」通過。

本辦法不含施行日規定的內文共28條，洋洋灑灑的分類及價格調查、調整方式，相信真正瞭解者恐怕寥寥無幾？其中「所謂下限價，指保險人對特定藥品劑型訂定之最低調整價格。於支付價格調整過程中，調整前支付價格高於下限價者，最低調整至下限價；調整前支付『價格低於下限價者，不予調整』」，下限價格規定如下：一、錠劑或膠囊劑，為一元。二、口服液劑，為二十五元。三、一百毫升以上未滿五百毫升之輸注液，為二十二元、五百毫升以上未滿一千毫升之大型輸注液，為二十五元、一千毫升以上之大型輸注液，為三十五元。四、含青黴素類、頭孢子菌素類抗生素及雌性激素之注射劑，為二十五元。五、前二目以外之其他注射劑，為十五元。六、栓劑，為五元。七、眼科製劑，為十二元。一日以內用量包裝之眼藥水，為四元。八、口服鋁箔小包（顆粒劑、粉劑、懸浮劑），為六元。九、軟膏或乳膏劑，為十元。（第15條第三

項）筆者不了解為何這些精明的藥商會接受這種「不平等規定」？說句老實話，已經明顯違憲！

藥品分為下列三大類：第一大類：1.專利期內藥品。2.含仍在專利期內有效成分之單方製劑。3.含至少一個仍在專利期內有效成分之複方製劑。4.上述之同分組品項。第二大類：1.逾專利期五年內之藥品。（但民國102年1月1日前專利期滿者，歸於第三大類）2.含逾專利期五年內有效成分之單方製劑。3.含至少一個逾專利期五年內有效成分之複方製劑，且非屬第一大類藥品。4.上述之同分組品項。第三大類：非屬第一大類及第二大類之品項。第二大類藥品：每一品項每年檢討及調整一次；第一大類及第三大類藥品：每二年檢討及調整一次。（第13條）

**問題③：如何「積極檢討」DET之計算公式？**

**解答：**《全民健康保險藥品價格調整作業辦法》第二章「藥價調查及調整」，第二節「藥品支付價格之調整原則」，第三節實施「藥品費用分配比率目標制支付價格之調整方式」共12條（第12條~第23條）。本辦法自民國102年10月2日訂定發布全文29條；並自發布日施行。民國104年2月4日修正第15、17~21條條文；民國105年2月1日修正第13、17、18、20、21、23條條文；民國106年2月24日修正第12、15、條條文。這樣算不算「積極檢討」

修正？

健保署自民國88年起辦理藥價調查及調整，依法每二年進行一次藥價調整，以縮小健保價與市場交易價之間之藥價差，讓產生的節餘運用到新藥新科技的引進。二代健保法修法後，衛福部政策決定自民國102年起試辦「藥費支出目標制」二年，每年就超出目標值額度作為藥價調整額度之上限，來檢討藥品支付價格，讓藥價調整結果更具有可預測性。另之前外界傳言研發廠藥品將退出台灣市場，本署業與研發廠公會連繫證實傳言並非事實。（「藥費支出目標制第二年健保藥價調整結果出爐」焦點新聞，中央健康保險署，民國104年2月6日。）

**問題④：**健保署表示…學名藥與原廠藥的品質都經政府嚴格把關，正確嗎？

**解答：**食品藥物管理局說：學名藥是在原廠藥專利過期後，由其他藥廠製造與原廠藥相同成分、劑量及劑型之藥品。學名藥上市前必須與原廠比對，執行嚴格之「生體相等性試驗（BE試驗）」，以確保其療效與原廠藥一致，並制定與原廠藥相同之品質規格，依循GMP規範生產製造，以確保其品質。不論大廠或小廠、國內或國外所生產的學名藥，如同其他國家之藥政管理單位，食品藥物管理局對原廠藥品或學名藥品質及療效的要求皆一致。而台灣全民健保給付藥品使用量有70%以上為學名藥，顯見學名藥對全民健保的永續經營及

國民健康貢獻甚多。食品藥物管理局為有效監控上市後藥品（包括學名藥及原廠藥）品質，建置各種監控機制。衛生署為提升藥品品質，藥廠的管理更從1980年的優良藥品製造規範（GMP），於1990年增加確效作業，所有藥品施行「現行藥品優良製造規範（cGMP）」，至2007年著手推動加入「國際醫藥品稽查協約組織」（The Pharmaceutical Inspection Convention and Co-operation Scheme，簡稱PIC/S）PIC/S GMP，且將於2013年1月1日正式成為PIC/S會員，不僅促使我國藥品之製造品質與國際接軌，更有助於國產藥品拓展外銷市場，及吸引外資來台委託製造。（「學名藥與原廠藥之療效及品質均符合政府要求之標準」新聞焦點，衛生署食品藥物管理局，民國101年11月29日。）

現行我國衛生主管機關體制，藥品品質的把關歸衛生福利部食品藥物管理署，而健保藥品價格的訂定則歸衛生福利部中央健康保險署，藥品品質是否與藥品價格「成正比」？從其分屬不同主管機關的制度觀之，不言可喻！

