

# 藥價調整— 依法依规還是說了就算？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

今(115)年藥價調整結果，本次藥價調整金額為36.15億元，調整幅度自去年的2.3%下降為1.65%，調幅為歷年最低。調查的藥品1萬2,652項，未調整11,309項，調整2,343項，調整項目數亦為歷年最低<sup>①</sup>。102年起試辦藥品費用支出目標制(Drug Expenditure Target, DET<sup>②</sup>)，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，針對藥價差超過一定範圍者，於隔年啟動藥價調整。藥價調整時，衡酌需強化藥品供應韌性，維護醫療服務穩定，考量基本用藥項目需求、調降幅度頻次合理性及基本價保障等原則，以確保合理調整藥價及確保民眾用藥權益。46條規定辦理，為每年例行作業<sup>③</sup>，廠商對於調整後藥價，認為有不敷成本情況，均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<sup>④</sup>，向健保署建議提高藥品價格。醫療科技快速發展，創新新藥的引進及提高民眾使用新藥的可近性，刻不容緩，藥價調整除合理反映市場的實際銷售狀況外，也可將反映之金額挹注在新藥收載，健保署仍持續推動健保藥品政策改革，以達到調整藥品價格合理性，提高新藥可近性，藥品供應之韌性，維護民眾用藥權益之三贏局面。（「115年健保藥價調整，自4月1日起生效」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年2月25日。）

「醫師，Th○抗生素及Tr◎消腫止血藥只剩下架上那些，需要先預訂嗎？」藥師問醫師。

「讓我瞧瞧…」醫師從診察室走到藥局，看了架上剩餘藥品後說：「還可以撐過這個月，下個月月初時再訂。」診所目前生存大不易，藥品庫存不僅容易過期、還可能有周轉不靈之虞。

「好！如果要訂…是多少瓶？」藥師問，因為醫師會計算用量。

「記得抗生素上次訂5瓶、消腫止血藥訂2瓶，是吧？」因為醫師對於藥品數量很敏感，接著說：「這次各訂2瓶就好。」

「是因為下下個月健保要調降藥價才減少數量？」藥師問。

「是的！說什麼…試辦藥品費用支出目標制…而需要調整藥價？健保已經實施31年、這個目標制卻『試辦』13年，而且還要繼續試辦下去？」醫師一談到健保，馬上打開話匣子。

「這二種藥品的進貨價早已超過健保支付價，這您應該早知道？」藥師對於醫師懂藥品的程度有了解，在工作上畢竟已經相處超過20年。

「沒有降價？」醫師的問題有點白目。

「這二種藥品的健保支付價…已經是『地板價』！沒有調降空間…」藥師回答醫師問題。

「我是指進貨價格…沒有調降？」

「剛問了業務代表，因為診所量少，所以沒有降價空間。」櫃台姑娘回答，她在醫師、藥師對話時就詢問業務代表。

「不只我這位診所醫師…甚至有遠見的醫

院管理人員早就看出這個大問題。」醫師似乎覺得無奈。

「什麼大問題？」藥師問，因為專業藥師本業是調劑不是販售，只有兼「藥商」的藥師會注意價格，這是商人本性。

「大問題就是面對藥價調降，醫院不得不跟藥廠議價，可是愈努力議價，結果是讓健保署因為藥價調查而進一步調降藥價，醫院的藥品利潤就縮減得更厲害…。診所醫師有此能力嗎？」醫師回應。

「醫院也是醫師跟藥廠議價嗎？這好像是自殺行為？」藥師沒在醫院服務過，沒見過醫院議價程序。

「沒錯！就是…自殺…行為！」醫師覺得這用詞很到位，接著說：「可是還是不得不做，對於規模較小的醫院或診所，因為購買藥品的數量較少，議價能力及空間有限，因此購藥價格較高。可是健保署訂定藥品支付價時是採單一藥價，並不考慮醫療院所的規模，小醫院或診所的議價能力一定比大醫院差，導致小醫院難以經營，診所或可因為控制庫存得當，在夾縫中求生存。」

「那醫院是何人跟藥廠議價？」藥師繼續問，因為醫師是自己議價。

「行政人員或醫務高層吧？」醫師自健保開辦日就自行開診所，先前的印象。

「什麼是行政人員、醫務高層？」藥師仍繼續問。

「行政人員指醫務管理專業人員，醫務

高層應該是各科主任、副院長甚至院長親自議價？」因為是30多年前的經歷，醫師不敢斷言現在仍是如此。

「有醫務管理專業人員這行業？」

「剛才講到有遠見的醫院管理人員就是指醫務管理專業人員，最成功、著有聲望的首推長庚醫院管理中心前主任莊逸洲…」醫師陷入回憶中，接著說：「我就讀醫務管理研究所時，曾經去拜訪過他…當年的他還沒這項專業的學歷及學位，醫務管理是後來才有的專業科目。」

「他好樣不在世了？」藥師有聽過這人名。

「是的！英年早逝…長庚醫院多虧有他才得以壯大。但是我覺得對醫療本身並非好事，妳們知道我在長庚醫院實習卻不留長庚的原因吧？」醫師問。

「不太清楚那年代的狀況…」藥師回應。

「也是！都超過40年了…」醫師再度陷入回憶中，接著說：「當年在那裡當實習醫師，除了工作外的其他生活大小事…醫院都負責打理。」

「那不是很棒？」

「我擔心自己逐漸變成生活白癡…哈！怎麼扯到這裡？」醫師整理一下思緒，接著說：「現在關於醫院醫務管理話題，媒體都會詢問洪副院長…」

「新○醫院那位嗎？」藥師問，接著再問：「所謂的醫務高層？」

「是的！」醫師回答。

「他也負責藥品採購議價？」

「說實話…他並不是醫師，如果由他負責醫院藥品採購議價，那他一定能力非凡！」醫師微笑，接著說：「而且獲得新○集團負責人的信任。」

「最新消息…」櫃台姑娘驚呼。

「啥？」醫師問。

「總統賴清德在『健康台灣推動委員會』中裁示，現行健保藥價調查機制將研議暫停3年，全面檢討以建立更完整的藥物韌性制度。總統府發言人郭雅慧隨後表示：現行的藥價調查機制將會研議暫停3年，期間要來全面的盤點整個藥品的供應系統，建立更完整的藥物韌性基礎。」櫃台姑娘照即時新聞唸。

「藥價調查機制怎會跟藥品供應系統…相關？」醫師馬上抓到矛盾點，接著直說：「是跟健保法有關！在同一部法律中，有總額制度、也有目標制度！」

「好像是這樣…」櫃台姑娘繼續讀新聞，接著說：「督保盟發言人滕○○認為：惡法亦法，如果這個法不好，而要暫停實施某一個法條，那麼就請行政部門按照總統的意志去進行《健保法》修法。」

「雖然醫界不喜歡這位滕姊，但說實話她是少數可以溝通的人。倒是台灣醫務管理學會理事長洪○○的表示：可以減少醫院每年都要跟藥商議價；另外對民眾來講，民眾也不用再像過去一樣，每年到了4、5月就有換藥潮。」

醫師同時注意此新聞並照稿唸，接著說：「健保署醫審及藥材組黃組長表示：114年度健保藥價調整結果已公告，將如期上路。這才是依法行政，不該陷入人治…」

「台灣醫療改革基金會說，在未見檢討、改革結果，未取得社會共識之下，賴清德總統的一只裁示，直接凍結法定機制；理由是『盤點供應鏈』，但盤點供應鏈與藥價調查機制，根本是兩回事，邏輯不通。好像跟醫師所言的一致？」櫃台姑娘接續在新聞中找重點。

「據我所知，健保署不允許藥品售價高於健保支付價？」醫師說。

「這絕不可能吧？」藥品進價都由櫃台姑娘紀錄，她知道還是有些藥品的進價「高於」健保支付價。

「對啊！目前所缺的藥，藥品的價格皆高於健保支付價。」藥師也知道。

「沒有解決辦法？」櫃台姑娘問。

「只知道健保署有這類申述管道，卻沒聽說有人用過。況且，連最常用的網路中盤商都知道並特別標註：高於健保價！無奈…」醫師的感慨。（全文完）

#### 問題① 歷年《藥價調查》的調幅及項目為何？

解答：一代健保期間是每2年一次調整健保藥價，最後一（第7）次之調整於民國100年12月1日起上路。調整前針對藥業所提申復案件，當年健保局有邀集學者、專家、藥界公協會

及消基會之代表開會，針對廠商提出理由，以長期用藥的慢性病患，對藥品的信賴及醫療上之必要性作為考量，就合理及可接受的部分，給予解決，重新核價。經申復後重新調升價格之品項中，與調整前之原健保支付價相較，約有500項會恢復原價，80餘項高於原價，60餘項已予調高價格但略低於原價。（參考「健保藥價調整明天如期 經申復約650項調整價格」焦點新聞，衛生福利部，民國100年11月30日。）

二代健保於民國102年上路後，衛生福利部於當年10月2日公布《全民健康保險藥品價格調整作業辦法》，不同於以往藥價調整方案，新出爐的藥價調整辦法規定，每2年仍應進行一次藥價調整，如果有實施「藥費支出目標制」，則應每年檢討調整一次，全年藥費超出預先設定目標值的部分，就作為藥價調降的額度。為了使藥費支出成長在合理的範圍內，自102年1月1日起，健保試辦「藥費支出目標制」二年。經核算102年健保藥費支付金額為新台幣1436.7億元，已超出預先設定之目標值新台幣1380.0億元，超出額度為新台幣56.7億元，依規定今(103)年應調降藥價56.7億元。健保署已於103年3月20日公布藥價調整結果，共計調整10,947項，其中調升3,364項，調降7,583項，平均調幅約為3.9%。（參考「新制健保藥價調整改革上路」焦點新聞，中央健康保險署，民國103年3月27日）前(102)年為試辦方案之第一年，超出預先設定之目標值為56.7億，已於103年完成第一年之藥價

調整作業。103年為試辦方案之第二年，經推估103年健保藥費支出金額為1507.7億元，超出預先設定之目標值1425.6億元，超出額度為82.1億元，今(104)年應調降藥價82.1億元。健保署於104年2月6日公布藥價調整結果，排除醫療上的必要藥品及罕見疾病用藥，共計調升142項，調降6,821項，平均調幅約為5.3%，調整後支付價格將自104年4月1日生效。（參考「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）105年調降藥費金額為31.8億元。共計調升148項，調降7,392項，平均調幅約為2.1%，調整後支付價格將自105年4月1日生效。（參考「健保署公告105年藥價調整，平均調幅2.1%」焦點新聞，中央健康保險署，民國105年2月19日。）

健保署於3月1日公布藥價調整結果，共計調升332項，調降7,331項，平均調幅約為3.5%，可減少藥費金額57.1億元，調整後支付價格將自106年4月1日生效。（參考「健保署公告106年藥價調整，平均調幅3.5%」焦點新聞，中央健康保險署，民國106年3月3日）健保署自102年起試辦「藥費支出目標制」，至105年底已試辦四年。經重新檢討後，新修正方案自106年起試辦三年，健保署於1月28日公布藥價調整結果及生效日期，共計調升66項，調降7,470項，平均調幅約為3.5%，可減少整體藥費支出金額58.3億元，調整後新的藥品支付價格將自108年4月1日生效。（參考「健保署公告108年藥價調整，平均調幅3.5%」焦點

新聞，中央健康保險署，民國108年2月1日。  
註：缺107年？)

109年DET方案藥價調整作業受到嚴重特殊傳染性肺炎疫情影響，藥價調整由110年4月1日延後至111年1月1日生效。110年方案原依各界意見訂於112年1月1日生效，惟公告後各界反映相關建議，經健保署與藥業團體溝通審酌，且依全民健康保險藥品價格調整作業辦法之規定，新支付價格自次一年度第二季第一個月之一日（即4月1日）生效，於是111年12月20日重新公告DET方案，將110年及111年合併辦理，藥價調整生效日期為112年4月1日。112年度藥價調整合併110及111年金額為81.8億元，預估調整品項數約6,000餘項。（參考「112年度健保藥價調整」焦點新聞，中央健康保險署，民國112年2月21日）健保署參採各界意見一次檢討2年藥價，並衡量疫情、俄烏戰爭、通貨膨脹等因素，藥價調整金額適度校正為81.8億元，且本次檢討的藥品約有14,000項，其中約8,500項未調整，調降約5,500項藥品的價格，調升36項藥品價格，調整品項數為自102年實施藥品費用支出目標制(Drug Expenditure Target, DET)起最少，以減緩衝擊。（參考「112年度健保藥價調整，自4月1日起實施」焦點新聞，中央健康保險署，民國112年3月1日。註：幅度未公布？）保險署於公布今(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



圖一 「地板價」恐帶來缺藥危機（圖片來源：NOW 健康2026-03-02）

標制(Drug Expenditure Target, DET)起最少。（參考「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。註：品項沒有最少、只有更少！且幅度仍未公布？另根據媒體報導為：整體調幅2.8%。）

接著就是本篇焦點新聞，雖稱115年藥價調整結果、但是公告標題是「公告114年度『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案藥費核付金額超出目標值之額度為新臺幣36.15億元」！調整幅度降為1.65%，的確是歷年最低！但是調整幅度是重點嗎？買得到藥、用得著夠品質的藥，才是重點！（圖一）

**問題②：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？但是行政院衛生署（衛生福利部改制前）為落實全民健康保險整體藥品費用之管控策略，提升藥價調整制度之透明度與可預期性，並建立健保醫療費用之資源配置機制，爰將藥費總額支出目標制之試辦列為政策目標之一，並自102年1月1日起試辦二年。

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，含之成長率為4.436%）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「健保審字第1020020944號公告」，中央健康保險局，民國102年2月8日及「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）所謂「不影響民眾用藥權益」係指：單純有藥可用就好，不論藥效為何？

台大醫學院附設醫院院長余忠仁針對藥價議題表示，現行DET制度建立於先訪查各醫院的藥價差再逐年往下調降藥價，這會碰到「死亡螺旋」，導致健保給付價格下調、醫院再跟藥廠殺價，最後不符成本、藥廠不再生產，恐會衝擊藥物韌性，建議應全面檢討DET機制。另外，在藥物韌性整備方面，中華民國醫師公會全國聯合會前理事長周慶明說，應提升國產學名藥的使用率、擬定鼓勵機制推動使用國產原料藥、邀請業者開發必要藥品清單內的國內原料藥，以及鬆綁專利連結限制、放寬學名藥查驗登記條件等，以全面強化台灣製藥產業供應鏈自主性。（參考「台大醫院院長率先籲全面檢討DET機制 總統採納醫界建言」，撰稿編輯：劉玉秋，央廣新聞，2026-03-06）健保聲稱藥價全世界最低？為何需要年年調降藥價？難道真如藥界前輩黃教授所言：健保只有「藥價政策」！筆者也認同台灣（註：非單指健保）缺的是「藥品政策」！（圖二）



圖二 健保藥價支出增加！藥價直直落？（圖片來源：公視台語台20230718）

**問題③：《全民健康保險法》第46條的內容為何？**

**解答：**此處寫46條…推測指《全民健康保險法》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。」第二項：「前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。」此條係每年例行作業，只針對「逾專利期的藥物」，與前題所稱「藥品費用支出目標制，DET」，並無相關。此條為落實藥費擰節並配合國際趨勢，剛過專利期的藥物仍維持現行制度，在專利到期後5年內每年檢討，並參考國際市場交易價格調整藥價。

健康台灣委員會日前舉行第7次會議，多名委員等專家都認為，現行DET制度需重新檢視，賴總統裁示自今年起暫停藥價調查三年（圖三），以利政府在期間進行更完整制度盤整與政策規劃，盤點藥品供應鏈、強化國家藥物韌性。（參考「衛福部：健保暫停藥價調查 專利到期藥如常降價」，中央社新聞，2026.03.08）根據《全民健康保險法》第46條規定，健保署有依藥價調查結果反映藥品支付價格的責任，以控制藥價在合理範圍，是管控藥費支出的法定工具。自108年起就已舉行多次藥品支付調整論壇，112年政府更宣布盤點核價及調價原則，召開多場溝通會議與專家會議，113年函文各團體表達意見，這是有法源



圖三 總統裁示健保藥價調查擬停3年  
(圖片來源：公視新聞網 20260305)

依據、有程序的改革過程。醫改會表示，健保為全國民眾在市場上購買醫療服務，難道不需要掌握市場價格？藥價調查是健保合理給付的基礎，若沒有藥價調查與調整機制，健保就像矇著眼睛買東西，民眾用血汗錢所納的保費無法得到保障。同時呼籲，政治的手立即退出健保，政府應立即公開說明現行藥價調整制度改革現況，撤回抵觸法治的決定。(參考「賴總統裁示藥價調查暫停3年 醫改會轟凌駕法治：政治的手立即退出健保」，記者翁唯真／台北報導，聯合報，2026-03-06)

**問題④：**《全民健康保險藥物給付項目及支付標準》第34條規定為何？

**解答：**《全民健康保險藥物給付項目及支付標準》係依《全民健康保險法》第41條第二項規定訂定之。第34條：「有關罕見疾病用藥、不可替代特殊藥品及特殊藥品原則上尊重市場價格，其成分、劑型及規格為本標準已收載之項目，因匯率或成本變動等因素致支

付價格不敷成本者，由藥商或醫藥團體視需要提議訂定。適用之藥品如下：一、罕見疾病用藥：經主管機關公告為罕見疾病用藥，已收載於本標準或新提議訂定納入收載者。二、不可替代特殊藥品：於治療特定適應症無其他成分藥品可供替代之特殊藥品，並經藥物擬訂會議認定者。三、特殊藥品：本標準已收載項目，非屬不可替代但具臨床價值，且相較於其他可替代成分藥品價格便宜，並經藥物擬訂會議認定者。」所稱「罕見疾病用藥、不可替代特殊藥品」並非臨床上常用的藥品，只有「特殊藥品」還有模糊空間，可向健保署「建議提高藥品價格」？如果「提高藥品支付價格」不成，藥廠會降價委曲求全、還是以超過健保支付價出貨？相信答案已經明瞭！

每當健保署執行一波醫院藥品支付標準的調降，醫療院所（以醫院為主）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（**成本價**）低於健保署所設定的**基本價（支付價）**，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。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（註：換言之，醫療院所的努力、官署只要坐享其成，公平嗎？），可是還是不得不做。於規模較小的醫院購買的藥品數量也較少，議價能力有限，因此購藥價格較高。可是健保署訂定藥品支付價時是採單一藥價，並不考慮醫院的規模，小醫院的藥價差一定比大醫院來得少，導致小醫院較難經營，以及醫院往大型化發展的結果。

（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）<sup>14</sup>

