

質詢事項

- (一) 本院廖委員國棟，為衛生福利部尚未將健保藥品缺藥預警機制納入藥價調整機制中，未將健保藥價調整與新藥加速引進確實檢討改正，也未將醫療費用與藥品費用超過藥費支出目標制（DET）金額之分配比例重新議定之前，即公告第九次健保藥價調整方案，恐有未臻周延之處，爰此，特建議行政院，先請主管機關思考藥品政策全國會議結論，並檢討相關政策及法令，俟修正配套完整後，再進而擬定第九次藥價調整方案，以免前述尚未檢討之重大事宜產生負面衝擊，以及藥品政策全國會議若有相關結論，卻無法於第九次藥價調整開始施行，特向行政院提出緊急質詢。

說明：

- 一、二代健保母法於民國 100 年修訂完成，在眾所矚目的藥價支付制度中，制訂了藥費支出目標制度。事實上，「支出目標制」乃總額制度一種樣態。依據母法的定義，超過支出目標的藥費，必須於下一年度醫療費用回收，同時調整藥價。而到底要調整多少金額？以及醫療費用與藥價兩者之間個別應承擔多少金額的問題？母法未做具體定義。而超過支出目標的金額如何調整？支出目標制與總額制度又有何不同？此問題參諸馬總統新世紀健康政策白皮書的定義，就是要透過支出目標制，針對超過目標金額的部分，避免斷頭式調整，以免發生給付低於成本的問題！
- 二、惟查，馬總統白皮書雖應為衛福部政策及法規制訂指引，但自二代健保施行後，馬總統白皮書前述主張卻一直未被衛福部列入支出目標制度加以執行，導致支出目標執行迄今，健保依然不能解決藥價調整後民眾用藥可能出現的給付低於成本的斷藥問題，使得民意一直有不滿的聲音。而醫療院所與藥物供應者，更屢屢反映不敷成本。而且當政府主張民眾有其他藥品可資替代後，常常就是醫療院所改選用有更高價差的藥物替代舊藥，加上藥量管理尚未見大幅成效，導致藥費總額度也沒有下降。因而出現政府努力進行藥價調整，但不論病人、醫界、藥界甚至付費者代表卻對既有藥價調整機制統統有意見的亂象！
- 三、為解決上述問題，本席認為，第九次藥價調整制度至少應納入以下幾項配套，方為妥適：

(一)藥價調整後，臨床需求藥品因此無法供應的預警處理機制：

1. 健保藥價調查乃透過給付品項實際交易的量價平均價（WAP），再根據 WAP 與 R-Zone（15%）之間的落差計算，同時參照支出目標機制進行藥價調整。因此，主管機關及保險人在藥價調查過程中，可以輕易得知哪些藥品有哪些實際交易價？以及哪些藥品是該科別醫師臨床有客觀需求的藥品？舉例而言，倘若某藥物為多重來源供應，但全國該科別醫師在面對相同診斷時，不約而同都一直開立某品項，且該品項

藥物處方量達到該主成分（規格）藥品 15%以上時（5%為統計學顯著門檻），則該藥品應為有客觀需求之藥品，應殆無疑義。

2. 而一旦該藥品依據現行藥價調整制度計算後，若調整支價格低於健保調查之該品項實際交易最低價，則顯然該藥品將被迫無法供應。面對病患或醫師有客觀需求，但藥價調整制度將迫使其無法供應，藥價調查制度就應設立預警機制，及後續處理規範，以防缺藥事件不斷發生。
3. 但目前主管機關只處理必要藥品，對於上述缺藥危機常以有其他藥品可資替代，但這樣的想法，與民眾及臨床處方需求顯然有重大落差。而換藥後更造成健保藥費始終居高不下的問題，使得藥價調整的效益大打折扣。故舊藥不敷成本斷藥進而缺藥問題，主管機關實應予以重視。

（二）藥價調整應檢討現行健保財務越來越好，但新藥引進卻越來越慢的問題：

1. 健保藥價調查的正當性在於，透過藥價調整，讓新藥有引進的空間。因此理論上，健保財務越好，新藥引進的速度應該越快。既有高額藥價差，且有可資替代的藥品價格砍得越凶，照理說新藥引進的空間就會越來越快。
2. 但事實證明，健保歷經八次藥價調整，少則數十億，多則百餘億元，但新藥引進的速度卻沒有變快，據統計，目前新藥已經接近兩年才能引進。而反觀健保財務，在補充保費挹注之下，健保已經達到十年來最佳財務狀態！然而前面的數字會說話，新藥引進的障礙，跟健保財務改善與藥價調整成效之間，既沒有因果關係，甚至也沒有連正相關！
3. 新藥引進在二代健保時期的問題，並沒有隨著健保財務紓解而加速，因為新藥引進延遲與否，跟藥價調整沒有太大的關係。現在的問題與其說在藥價調整，還不如說是在共同擬定會議的紛擾。因為共同擬定會議中充斥健保總額分配的利害關係人，相關代表亟欲分配充盈的健保資源，以及利害關係人憂心新藥衝擊總額分配，故各種對新藥引進的意見越來越複雜所致。
4. 事實上前述新藥引進問題，不僅造成病患及醫藥界關心，也已經造成主管機關及保險人的困擾。而如果二代健保無法再修正，也一直無法解決前述問題，藥價調整舊制繼續運作，恐怕造成「舊藥不見了！新藥進不來的困境！」。故在二代健保新藥引進前述困境未解決時，繼續進行藥價調整是否造成嚴重的後遺症？值得衛福部深思。

（三）藥費支出目標制應重新審思超過時的調整金額及分配方式：

1. 如前所述，二代健保母法雖明訂，超過支出目標的金額，應自醫療費用及下一年度藥價調整中追回，而「醫」與「藥」回收的總金額，當然不能超過支出目標的總金額！否則如何詮釋未超過支出目標時，醫與藥都不用進行任何回收動作的道理，此乃法律之當然解釋，殆無疑義。
2. 但以試辦施行兩年的藥費支出目標至而言，究竟藥費超過支出目標時，下一年度醫

療費用回收及要藥價調整回收總金額是多少？醫療院所費用回收及藥費回收兩者加總後，主管機關有沒有超額重複回收？衛福部有義務說清楚、講明白！

3. 藥費超過支出目標以後，除了總金額外，母法沒有提及的還有應回收總金額的醫/藥分配比例問題。如果以總額分配的比例而言，近六千億的健保支出，藥費占 1/4，有論者因此主張醫藥依據此比例分配。但也有論者主張各半分擔，究竟超出部分醫與藥之間應該如何分擔較為合理妥當？母法既未明訂，主管機關就應邀集產官學專家集思廣益，方為正辦。而不是超過多少金額，醫界也回收該金額醫療費用，藥價也調整該金額，如此一來，不僅涉及重複回收的問題，還造成權責不明！導致超過支出目標時的回收，讓守規矩的醫療院所及藥物供應者受傷，但對造成超量超限使用的人，反而有其他人替其吸收侵蝕健保資源的懲罰。

(四)第九次藥價調整應考慮主管機關此刻正推動國內藥物品質提升的產業重大投資問題：

1. 主管機關衛福部為了提升國內藥物品質，及製藥產業國際競爭力，本年初全面執行西藥製劑廠 PIC/S GMP 認證，西藥製劑廠少則投資上億元，有的甚至投資數十億元，總計國內製藥界全年投資達新台幣三百億元以上。
2. 值此品質提升，國人可以享有更好的製劑藥廠提供優質藥物之際，若在未釐清前述種種問題情況下，援引健保藥價調整舊制，進行藥價調降，則健保給付與食品藥物管理署投資政策恐背道而馳。
3. 因為倘若 PIC/S 廠真的有交易極低的藥價，健保藥價調降至該價格尚屬合情合理；但若某通過 PIC/S 藥廠根本沒有銷售如此低的藥價，卻以其他 non PIC/S 藥價 Grouping 後調降其藥價，則等於是一種反淘汰。相同的道理也出現在原開發廠藥物上。104 年 TFDA 將實施全面賦形劑標記，而賦形劑也尚未列入健保藥價思維。105 年 1 月起，原料藥廠要求全面符合 GMP。105 年 7 月起，原料藥許可證要全面符合 GMP。凡此種種，都是主管機關要求產業界進行的重大投資，也成為藥物品質的必要成本！故主管機關接應重新思維，到底總額支付制度與支出目標制度有何不同？並應將支出目標制度在馬總統白皮書的機制，修訂到支出目標至中，以免給付低於成本的窘境一再出現。

四、綜上所述，藥價調查及藥價調整，在目前健保架構下，固應繼續執行，但藥價調整執行的方法，實應有重新審思的必要，尤其應該考慮前述「缺藥預警機制」、「新藥引進障礙」、「超過支出目標應回收支總金額與醫藥分配比例」，以及「政府要求產業之投資及所反應之藥物成本」，；同時也要探討支出目標制度與斷頭式總額制度之差異所在，才能讓藥價調整制度更貼近二代健保立法意旨及馬總統推動支出目標制的原意。是以，本席建議行政院，應先思考藥品政策全國會議結論，並檢討相關政策及法令，待修正配套完整後，再進一步擬定第九次藥價調整方案，以免前述尚未檢討事宜，對社會產生重大衝擊，以及藥品政策全國會議若有相關結論，卻無法於第九次藥價調整開始施行，特向行政院提出緊急質詢。