

揭開健保「藥價黑洞」神秘的面紗

健保局每當有財務改革方案提出時，外界往往會提出「藥價黑洞」的質疑，到底事實為何？

《資料來源》全民健康保險雙月刊第 83 期 (99 年 1 月號)

文 / 黃肇明(中央健康保險局醫審暨藥材小組副主任)

外界所謂之「藥價黑洞」是什麼？其實就是「藥價差」，指健保局支付醫療院所的藥價，和醫療院所實際採購藥品價格的差距。目前外界用「藥價黑洞」一詞來比喻藥價差，藥品支付不免讓人有浮濫浪費之印象。

從藥價差表面看起來，某一藥品，醫療院所採購 7 元，健保支付價 10 元，健保若依採購價支付，就可以省 3 元，看似簡單的算術問題，但真可讓健保省錢嗎？試想，若藥品支付制度設計成醫療院所買 7 元，健保付 7 元；買 8 元，健保付 8 元；買 10 元，健保付 10 元，試問如果你是醫療院所的經營者，你會努力議價去買 7 元嗎？最後大家可能購買的價格都是 10 元，結果有省到錢嗎？

以鄰近韓國為例，韓國於 1977 年實施藥價基準，以公告之藥價支付醫療院所，此方法與現行台灣健保藥品支付方式一樣，1999 年 11 月改以實際交易價格支付，結果醫療院所的藥品採購價平均約為上限價的 99.56%，除此之外，該制度實施前之藥費支出年平均成長率僅 1.4%，實施之後藥費支出年平均成長率卻高達 13.5%。所以韓國改以購買價支付，藥費支出反而大幅增加，韓國的經驗，我們應該引以為鑑，該制度之實施，大家應該很清楚誰是獲利者。

現行我國全民健保藥品支付之設計，就是提供醫療院所努力議價之誘因，健保局再定期進行藥價調查，取得全國之市場交易價格，並依據調查的結果，將醫療院所努力議價的成果，反映調降藥品支付價格。所以，「有藥價差」並非代表多花錢，也不代表是「浮濫浪費」，「無藥價差」並不能代表可以少花錢（韓國即一明顯例子），而實際上「藥價差」反而是有效促使藥價下降之動力。

我國藥費支出較國際趨勢低

一般而言，藥費可分為門診及住院兩大部分。台灣藥品費用占總醫療費用比率(以下簡稱藥費占率)25%，其中藥品費用係包括門診及住院之藥費，但是根據經濟合作暨發展組織 (Organisation for Economic Co-operation and Development，簡稱經合組織 (OECD)) 統計資料，歐、美、日藥費占率中藥品費用僅為門診藥費，台灣藥費占率若依經合組織之定義，2007 年藥費占率僅為 18.7%；另藥費占率係藥費占醫療費用之比率，醫療費用包含藥費、診察費、手術治療等費用，藥費屬貿易財，於世界各國之價格雖有差異，但差距有限；但診察費、手術治療等技術性費用，與平均每人每年國內生產毛額（以下簡稱人均 GDP）之高低卻有很密切關係，即人均 GDP 越高之國家，其診察費、手術治療費等技術費用相對藥品費用之比率較大，是以藥費占率自然較低。

根據經合組織 OECD Health Data 2009 之資料進行 2007 年藥費占率與人均 GDP 之迴歸分析發現，藥費占率與人均 GDP 呈負相關，日本及韓國之藥費占率分別為 20.4%及 26.5%，均高於台灣之 18.7%，且以人均 GDP 校正後，亦高於國際平均趨勢，而我國藥費占率則遠低於國際趨勢。另由每人每年門診藥費支出比較顯示，2007 年美國為 871 美元，加拿大為 725 美元，法國為 719 美元，日本為 539 美元，澳洲為 456 美元，韓國為 318 美元，皆遠高於台灣之 191 美元，台灣僅較波蘭及墨西哥兩國高，較美國等 24 個國家低。由上顯示，相較於世界各國，台灣的藥費支出，實際上較國際趨勢為低。

我國健保藥價平均較各國便宜

全民健保藥品之定價，其實分為兩部份，第一部份指健保尚未收載給付藥品之收載及核價，另一部份指藥品經收載核價後，定期仍須依藥價調查之資料，依一定公式計算調降藥價，而有關全民健保藥品價格之核定及調整，皆須依「全民健康保險藥價基準」辦理。

健保尚未收載給付藥品之核價，分為新藥及學名藥核價，新藥係由醫藥專家組成之藥事小組核定，核定新藥一定會比對 10 國(英國、德國、日本、瑞士、美國、比利時、澳洲、法國、瑞典、加拿大)之國際藥價及類似品之健保價格(如

糖尿病就會選取同類糖尿病藥品做為比對品)，並依據「國際藥價」、「藥價比例法」及「療程劑量比例法」等方法核定新藥藥價，當然若屬突破性新藥(Breakthrough Drugs)，原則係尊重國際藥價。至於學名藥則參考原廠藥價之一定比率及同成分規格最低價核定，且所有核定之品項及藥價，皆公布於健保局之網際網路，使藥價更透明。至於藥品收載給付後，依相關法規，直接販售藥品給醫療院所之藥商應定期向健保局申報交易資料，健保局再依該交易資料，定期依一定公式計算新藥價。

根據健保 2008 年使用金額前 20 名之原廠藥品，以 2009 年健保及主要國家藥價比較發現，其他主要國家藥價平均皆比我國健保藥價高，美國高出 309%、德國高出 150%、瑞士高出 124%、日本高出 112%、加拿大高出 103%、比利時高出 101%、法國高出 60%、大陸上海醫保高出 56%、瑞典高出 44%、英國高出 39%、大陸蘇州高出 36%，甚至連全面實施藥品差額負擔之澳洲，亦高出台灣 30%，另鄰近韓國亦高出 16%。由此可見，我國健保藥價比起韓國、大陸、澳洲及其他各國，相對便宜許多。

錢花在哪裡？

1999 年到 2008 年 10 年間健保藥費由 803 億元，成長至 1,251 億元，成長了 56%(年平均成長為 5.05%)，但其中重大傷病由 110 億元，成長至 330 億元，成長了約 200%，門診慢性病亦由 334 億元成長至 620 億元，成長了 86%，反而其他非重大傷病或門診慢性病案件，則由 359 億元下降至 301 億元，呈現負成長，除此之外，重大傷病及門診慢性病藥費占率，由 1999 年之 55%上升至 2008 年之 76%，也就是說藥費每花 100 元，其中 76 元係用於重大傷病及門診慢性病。

將藥品依藥理及主要治療疾病類型予以分類，藥費成長主要集中在 13 類之藥品，其成長貢獻度達 91.3%。重大傷病中有癌症用藥、罕見疾病用藥、移植抗排斥藥、血友病之凝血因子及精神病用藥等 5 類；癌症用藥藥費由 1999 年之 17.68 億元，成長至 2008 年之 97.53 億元，成長率高達 452%，其中癌症病人由 17 萬人增加至 35 萬人，且癌症標靶藥物健保自 2002 年開始收載，至 2008 年費用已高達 33.5 億元，占癌症藥費之 1/3；罕見疾病用藥由 7,000 萬元成長至 14.4 億元，成長率高達 19.89 倍，移植抗排斥藥由 8.06 億元成長至 35.56

億元，成長率高達 341%，血友病之凝血因子由 7.5 億元成長至 23.47 億元，成長率高達 213%，精神病用藥由 12.52 億元成長至 36.87 億元，成長率高達 194%；這 5 類重大傷病藥費成長貢獻度合計達 36.2%。

另慢性病中有三高藥物（高血壓、高血糖、高血脂）、抗血栓用藥、骨質疏鬆藥物、癲癇用藥、抗憂鬱劑及安眠鎮靜劑等 9 類；高血壓藥品由 1999 年之 102.52 億元，成長至 2008 年之 194.65 億元，成長率達 90%，糖尿病用藥由 22.36 億元成長至 72.4 億元，成長率高達 224%，高血脂用藥由 13.7 億元成長至 55.87 億元，成長率高達 308%，這三高藥品之藥費成長貢獻度合計達 41.3%；抗血栓用藥由 10.63 億元成長至 27.08 億元，成長率高達 155%，骨質疏鬆藥物由 2.92 億元成長至 11 億元，成長率高達 277%，癲癇用藥由 5.76 億元成長至 18.84 億元，成長率高達 227%，抗憂鬱劑由 10.25 億元成長至 24.55 億元，成長率高達 139%，安眠鎮靜劑由 4.73 億元成長至 14.69 億元，成長率高達 211%。

由以上分析可發現，藥費有四分之三花在重大傷病及慢性病病人，且藥費之成長，亦因重大傷病及慢性病藥費成長所致，但對這群重大傷病及慢性病病人之照顧，不就是全民健康保險存在的價值與目的嗎？

健保藥價調整，減緩藥費成長，回饋民眾嘉惠病患

全民健保藥品支付之設計，讓醫療院所努力議價，健保局再定期進行藥價調查，將醫療院所壓低的藥價，反應調降藥品支付價格，這樣的制度對民眾有什麼好處？

首先，由於國內人口老化迅速、平均餘命增加，因此慢性病及重大傷病人數大幅增加，且慢性病及重大傷病藥費，占總藥費之四分之三，故藥費之成長顯係必然。由 1997 年至 2008 年全民健保藥費支出趨勢顯示，實施藥價調降當年，藥費成長率（1.8%-4.4%）較無實施藥價調降（6.9%-15.8%）低許多，可見健保藥價調整，可減緩藥費成長。

其次，隨著科技進步，新藥不斷被研發出來，民眾要得到更好的健康照護，新藥的使用是必要的。健保自 1999 年至 2008 年 10 年間，共收載給付 528 項新藥，平均每年約 50 項新藥，像癌症標靶藥物，已收載 11 種成分，2008 年

藥費已高達 33.48 億元，另外像老年癡呆症藥物、多重器官衰竭之重度敗血症藥物、罕見疾病藥物如肺動脈高壓、黏多醣症及龐貝氏症等、BC 肝抗病毒藥物、新一代精神疾病、抗生素、糖尿病、高血壓、高血脂及骨質疏鬆等藥物。這 528 項新藥於 2008 年之藥費高達 306 億元，對藥費之成長，有一定之影響，所以健保藥價調整，可提供新藥收載之財源，提升民眾對新藥之可近性。

第三，對實證醫學證明有效但因財務考量限縮給付規定之藥品，給予放寬給付規定或延長給付時間等，增加對民眾健康的照護。以 2008 年來看，共計放寬癌症、抗生素、注意力不全過動症等約 20 項給付規定；2009 年 10 月 1 日生效之第 6 次年度藥價調整，更配套放寬癌症標靶治療藥物、部分癌症化學輔助療法的藥物，以及放寬 B、C 肝用藥給付規定，以抽血檢查病毒量取代肝穿刺、延長給付時間，患者可接受更完整的治療，減少罹患肝硬化或肝癌，提高病人的存活率，除此之外，也會放寬降血脂藥物的給付規定，使高血脂症之治療標準與國際相同，讓更多高血脂病人能得到適當的治療，減少未來心血管疾病的罹患率及死亡率。

第四，健保藥價調整，可提供用藥品質提升之財源。例如為讓藥品品質加速提升與國際水準同步，對藥品製造時使用有一定品質以上的原料藥，製藥過程符合國際公認的藥品優良製造規範 (PIC/S GMP)、或通過歐美核准上市並具有便民包裝的藥品，這些均表示其品質良好，並根據 97 年底「藥品政策全國會議」中「同成分同品質同藥價」的共識處理，如此不但可提升民眾用藥品質，也可使國內藥業在國際上更有競爭力。此外，為提升兒童用藥品質，鼓勵藥廠生產可提高孩童服藥方便性及順從性的原瓶口服液劑，未來將再逐步取消以大包裝分裝藥品的給付，以減少磨粉及分包時造成的污染及給藥失誤。

最後，健保藥價調整，亦可做為提供其他醫療品質提升之財源。以第 5 次年度藥價調整為例，醫院總額部門調高門診及住院診察費、住院會診費、一般病床及經濟病床之病房費與護理費、門診及住院藥事服務費等項目，其中又以耗用人力資源較高之住院基本診療項目為主，以提升照護品質。

總結

「藥價差」並非「藥價黑洞」，「藥價差」提供醫療院所努力議價之誘因，健

保局才得以定期調降藥品支付價格，使得我國健保藥價平均較各國便宜許多，藥費支出亦較國際趨勢低，而且定期藥價調降，除可減緩國內因人口老化迅速、平均餘命增加，致慢性病及重大傷病藥費增加之壓力外，還可用來增加新藥新科技之給付、放寬藥品給付規定及提升民眾用藥品質等，使保險對象所繳的保費，發揮最大之效益。