

全民健保「藥價黑洞」知多少

「藥價黑洞」係指健保局支付醫療院所的藥價和院所實際採購價格的差距，即所謂「藥價差」。現行健保藥品支付之設計，是醫療院所先自行議價採購，健保局定期進行藥價調查，取得市場交易價格，再依據結果訂定支付醫療院所的藥價。隨著人口結構老化、疾病型態變化，藥品費用支出必然成長，若比照國際以人均GDP或人均醫療費用校正，臺灣每人門診藥費支出或藥費占率，均較他國為低，又健保藥價相對於10大主要先進國家亦較低，故我國健保支付之藥價差不應被說成藥品支付浮濫浪費之「黑洞」。

◎ 黃肇明、朱澤民（中央健康保險局醫審暨藥材小組副主任、中央健康保險局總經理）

壹、外界所稱「藥價黑洞」是什麼？

什麼是「黑洞」？套句健保局前總經理葉金川（現為衛生署署長）的一句話：「請看Discovery Channel，因為黑洞是自然現象」，「藥價黑洞」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，這麼簡單的算術問題，大家都知道，健保為何不做？健保可能核價過高，是導致「藥價黑洞」之元兇？真相到底為何？

貳、藥價差讓健保當冤大頭？

談藥價差之前，可先舉個例子，我們每個人家裡偶爾會有一些小型工程需「土水師傅」來完成，請「土水師傅」之付費方式大致有兩種，一種是按日給酬勞，一種是包整個工程付費，假設該工程按日計酬需作5天，每天2,000元，要支付該師傅10,000元酬勞，若改以包整個工程付費，以8,000元承做，我想你如果是那「土水師傅」，一定會想儘速完成此工程，所以早出晚歸，中午不

休息，可能3天就完成。有人就以結果論，告訴業主，該師傅3天就完成，你竟然支付8,000元給他，多花「2,000元」，是嗎？若按日計酬，其實是要花費「10,000元」之工資，我們不能忽略不同付費制度，會影響該「土水師傅」的效率，到底花「8,000元」比較多？還是花「10,000元比較多」？大家應該很清楚！

界定藥價差到底是「好」是「壞」？我們應注意，對誰而言是「好」，是「壞」？是「民眾」、「醫院」抑或「藥商」？我們應該不會反對應以民眾之利益為主；另什麼是「好」？什麼是「壞」？我們應讓藥價有效下降就是「好」。

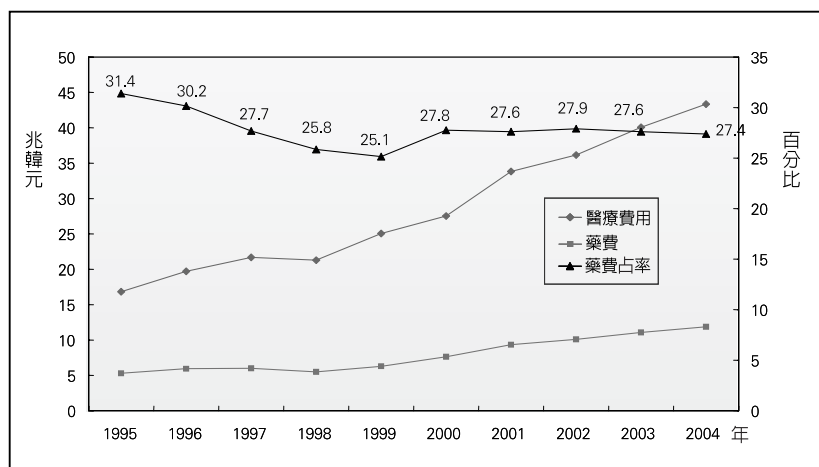
「藥價差」是健保局支付予醫療院所的藥價和醫療院所實際採購藥品價格的差距，故若依購買價付錢就不會有「藥價差」，健保局就可以省錢？對嗎？以購買價付錢就是醫療院所買6元，健保付6元；買8元，健保付8元；買10元，健

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6元嗎？最後大家可能購買的價格都是10元，健保的支付完全無法省錢。舉鄰近韓國為例，韓國於1977年實施藥價基準，以公告之給付價支付醫療院所，此方法與現行臺灣健保藥品支付方式一樣，1999年改以實際交易價格支付(ATP)，結果醫療提供者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%（1995—1998年），且藥品費用占總醫療費用比率

逐步下降為25.1%（1999年），實施之後藥費支出年平均成長率卻高達13.5%（1999—2004年），藥品費用占總醫療費用比率上升至27.8%（2000年）（詳圖1）。所以韓國改以購買價支付，藥費支出及藥品費用占總醫療費用比率不降反增，民眾有獲益嗎？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。

現行臺灣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

圖1 韓國醫療費用及門診藥費趨勢



資料來源：OECD Health Data 2006

市場交易價格，並依據調查的結果，將醫療院所壓低的藥價，反應調降藥品支付價格，也就連帶節省了健保的藥費支出及民眾負擔。自88年起，健保局依據藥價調查資料，進行5次年度藥價調整，節省藥費支出分別為89年約5億元、90年約46億元、92年約57億元、93年及94年約24億元、95年11月及96年9月約150億元，成效非常顯著。

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誘因。

當然，也有很多人認為，一定是健保核價過高，才會有「藥價差」。要瞭解健保藥價是否過高，可就健保藥費支出及健保藥價與世界各國比較，應可釐清真相。

參、健保藥費是否偏高？

我們可以常常聽到，「健保藥費占總醫療費用四分之一，高於歐、美、日等國家」，到底真相為何？

一般而言，藥費可分為門診及住院兩大部分。臺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（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）統計資料，歐、美、日藥費占率中藥品費用僅為門診藥費，臺灣藥費占率若依OECD之定義，2004年藥費占率為21.6%；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OECD Health Data 2006之資料進行2004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，日本之藥費占率為18.9%，雖然日本藥費占率低於我國，但其人均GDP為36,544美元，以人均GDP校正後，日本之藥費占率高於國際平均趨勢；另以韓國為例，其人均GDP為14,153美元，與我國人均GDP相當，但其藥費占率為27.4%，以人均GDP校正後，亦高於國際平均趨勢，而我國藥費占率雖為21.6%，因人均GDP為15,000美元左右，仍較國際趨勢低（詳圖2）。

另由每人每年門診藥費支出比較顯示，2004年美國為752美元，加拿大為537美元，日本為509美元，義大利為538美元，葡萄牙為369美元，韓國為216美元，而我國每人每年門診藥費僅為189美

元（其中健保支付僅有90美元），以平均每人每年醫療費用（以下簡稱人均醫療費用）校正後，我國仍較國際趨勢為低（詳圖3）。

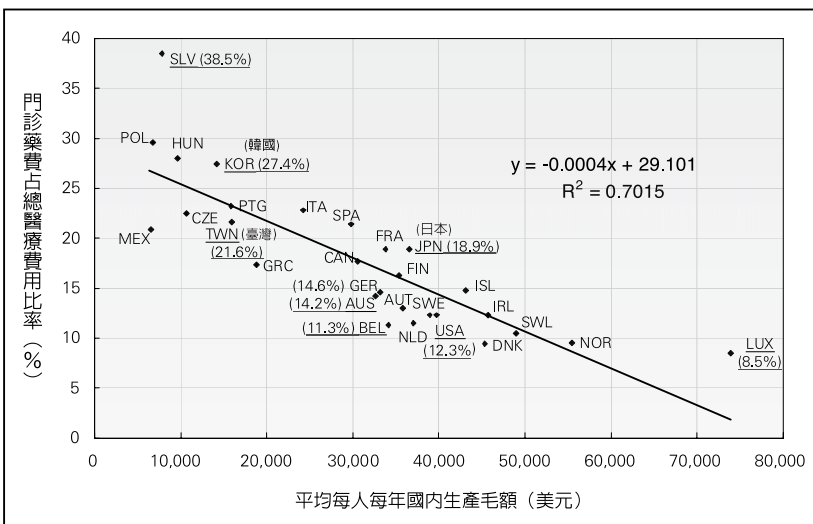
由上顯示，相較於世界各國，以人均GDP或人均醫療費用校正後，臺灣在每人每年門診藥費支出或藥費占率，都是較國際趨勢為低。

肆、健保核價過高，是「藥價黑洞」之元兇？

全民健保藥品之定價，其實分為兩部分，第一部分指健保尚未收載給付藥品之收載及核價，另一部分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」及「全民健康保險藥品支付價格調整作業要點」辦理。

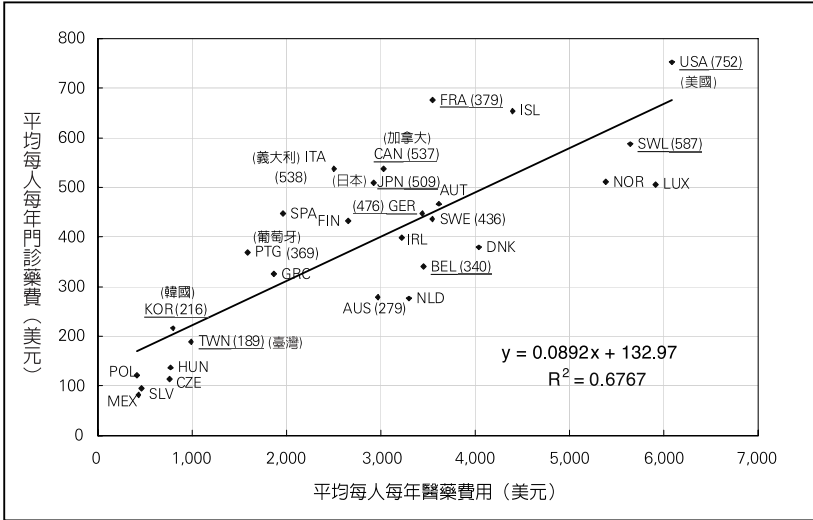
健保尚未收載給付藥品之

圖2 臺灣與OECD國家門診藥費占率與人均GDP之關係（2004年）



資料來源：OECD Health Data 2006

圖3 臺灣與OECD國家每人每年門診藥費與人均醫療費用之關係（2004年）



資料來源：OECD Health Data 2006

核價，分為新藥¹及學名藥²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作為比對品),並依據「國際藥價」、「藥價比例法³」及「療程劑量比例法⁴」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,皆公布於健保局之國際網路,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,健保再依該交易資料,定期依一定公式計算新藥價。

根據2005-2006年核定之新藥藥價顯示,健保核定新藥藥價平均僅為10

國藥價中位數之56%、10國最低價之77%;另同期健保引進21個新成分新藥(New Chemical Entity, NCE),但健保引進當時,10個國家平均僅引進10個新成分新藥,其中日本僅引進1個,加拿大及法國引進4個,比利時及澳洲亦僅引進7個(詳圖4)。另根據健保使用金額前20名之原廠藥品,以2006年底之健保及10國藥價分析,我國健保藥價除略高於澳洲外(臺灣為澳洲之104%,但澳洲為實施差額負擔⁵國家),皆低於其他各國,僅為美國之44%,加拿大之61%

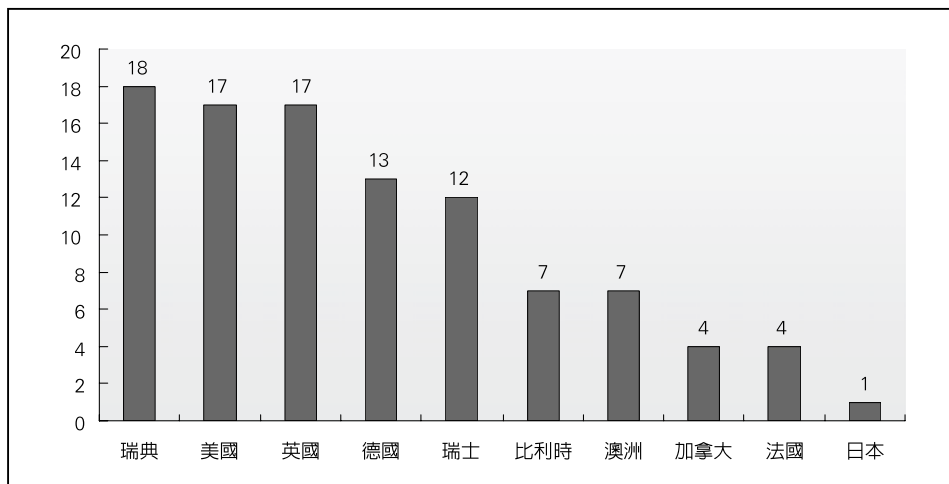
,日本之76%,10國中位數之77%(詳圖5)。

綜上,臺灣健保之藥價,確實較大多數國家低,且新藥引進之速度,亦較十大先進國家快速許多,對民眾而言相對較為有利。

伍、結論

相較於世界各國,以人均GDP或人均醫療費用校正後,臺灣每人門診藥費支出或門診藥費占率,都是較國際趨勢為低,除此之外,健保藥價相對10大先進國家,亦較低。藥價

圖4 2005-2006年新成分新藥引進速度與10國比較



說明:臺灣引進21個新成分新藥,引進當時美國等10個國家平均引進10個新成分新藥。

差並非「黑洞」，而是有效降低藥價之工具。

由於國內人口老化迅速、疾病型態逐漸由急性感染症轉為慢性疾病如心血管疾病、糖尿病及癌症，因此慢性病患者及罹患癌症等重大傷病人口逐漸增加，以及新藥新科技之研發改變治療常態，如由高風險的手術治療轉為藥品治療，所以藥品費用支出成長是必然。故利用醫療院所努力議價之成果，定期調降藥價，可減緩藥

費之成長及作為新藥引進之財源。

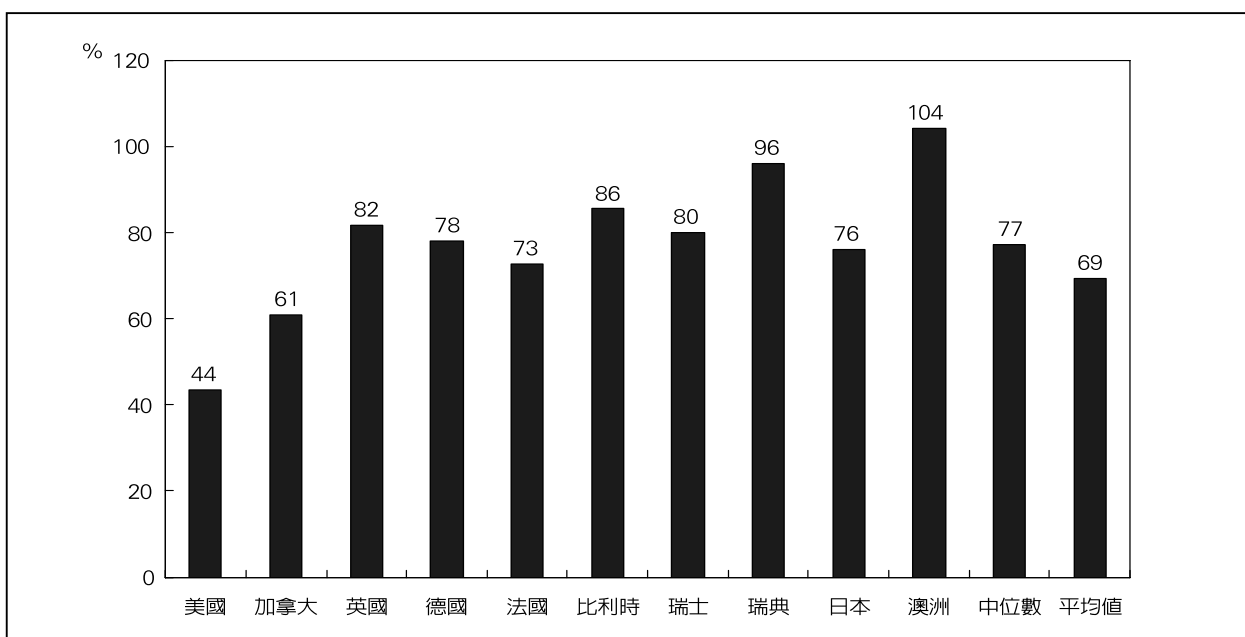
註釋

1. 新藥：依全民健康保險藥價基準之定義，指新申請之品項，於全民健康保險藥價基準收載品項中，屬新成分、新劑型、新給藥途徑及新療效複方者。
2. 學名藥是指與原廠藥相同之成分組成，於原廠藥的專利過期後，其他藥廠得進行複製及販售。
3. 藥價比率法係利用新藥及類似品於參考之10個國家中藥價之比率，做為計算該新藥於臺灣之健保價格。例如新藥A及類似品B於國際之藥價比率为2.5倍，類似

品B之健保藥價為10元，則新藥健保價格核定25元（ $10 \times 2.5 = 25$ ）。

4. 療程劑量比例法係依據新藥及類似品之一日藥費（慢性病）或一個療程藥費，並考慮新藥與類似品之療效、安全性及方便性等因素，計算新藥之藥價。
5. 差額負擔係指將相似治療效果之藥品歸成一類，並訂定這一類藥品最高給付價格，藥廠售價超過參考價部分由病人負擔；目前全民健保藥品並未實施差額負擔，僅部分特殊材料，如心律調節器、義肢、塗藥支架、特殊功能人工水晶體、特殊材質人工髖關節須負擔差額。❖

圖5 臺灣健保使用量前20名之原廠藥品價格與國際藥價比較



說明：健保藥價為2006年11月1日新生效之藥價。