

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部中央健康保險署。

貳、案由：衛生福利部中央健康保險署執行全民健保藥品價格調查機制效能不彰，又未能完整掌握藥品實際交易價格，肇致藥價差比率長期居高不下且反趨擴大；另該署亦迄未釐訂明確合理藥價差比率，並罔顧醫療院所賺取藥價差已然超出其合理利潤範疇，且藥品核價機制不足，形成「以藥養醫」扭曲醫療生態之現象等情，經核均有疏失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

全民健保藥價差問題(俗稱藥價黑洞)長期遭受詬病，事涉醫藥衛生保健、健保財務、政府採購、消費者保護及公平交易，且嚴重影響醫療品質與安全、醫病關係、病患用藥權益、製藥業及生物科技發展，究相關主管機關有無依法善盡督管之責，確有深入調查之必要案，經本院調閱衛生福利部(下稱衛福部)中央健康保險署(下稱健保署)、食品藥物管理署(下稱食藥署)【均於民國(下同)102年7月23日配合政府組織改造，由原行政院衛生署(下稱原衛生署)中央健康保險局(下稱原健保局)、食品藥物管理局改制而成】等機關卷證資料，又辦理3場專家學者會議，並詢問健保署李副署長丞華、食藥署姜署長郁美等相關主管與承辦人員，茲已釐清案情竣事，爰將健保署涉有疏失部分臚述如下：

- 一、衛福部健保署將藥價差之存在視為理所當然，且具有正向效益與驅動力量，使得執行全民健保藥品價格調查機制效能不彰，又未能完整掌握藥品實際交易價格，肇致藥價差比率長期居高不下且反趨擴大，核有疏

失：

(一)按健保署於查復本院之資料，曾明確指出：

- 1、所謂「藥價差」係指「健保署支付醫療院所交付保險對象之藥品費用與醫療院所實際購買價格間之差距」，其形成之主因為醫療院所實際購買價格低於健保藥品支付價格。當醫療機構進行藥品採購時，由於藥品販售業者之彼此競爭，又因為醫療機構採購能力、購買數量、交貨地點、付款條件之差異，而有不同之議價能力，致產生藥價差。
- 2、藥價差機制之好處是醫事機構努力議價所爭取之折扣愈大，相對使得藥價調降之效益更大。藥價差之存在是正向的，被保險人事實上是因而獲益的。

(1)可降低藥價，取得較合理之價格。

(2)減少民眾的藥品部分負擔額度。

(3)在總額支付制度下，若合理調整藥價，可緩和藥費之成長，讓醫療資源運用較有效率且合理之分配—可作為給付新藥、放寬藥品給付範圍之財源；亦可調整偏低的醫療服務支付標準，亦可保障醫療服務之點值。

(二)依據全民健康保險法(下稱健保法)第46條規定：「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5年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。」健保署乃依「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」¹之規定辦理藥價調查及藥價調整。而藥品支付價格調整目標在於逐步縮小智慧財產權或品質較無爭議同成分、同含量、同規格、同劑型藥品之價差，同時以藥價調查方式，

¹衛福部於102年10月2日以衛部保字第1021280145號令訂定發布「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」

逐步調整藥品支付價格，使更接近藥品市場實際之加權平均價。

(三)次查本院先前於 98 年間調查「行政院衛生署及中央健康保險局依相關規定，要求藥品供應商配合藥價調查，並逕行公告第 6 次藥價調整方案，嚴重影響生技製藥產業之經營發展與民眾用藥權益」乙案即已明確指出「健保局辦理多次藥價調整後，不同層級、不同權屬別醫療院所之藥價差反而愈趨擴大」，並函請該局檢討改進在案。惟本院依據健保署所提供 98 年(第 6 次)、100 年(第 7 次)、103 年(第 8 次)、104 年(第 9 次)辦理藥價調整時各層級醫療院所之藥價差資料比較分析，發現醫學中心之藥價差分別為 25%、23.3%、23%、24%；區域醫院分別為 25%、24.5%、25%、27%；地區醫院分別為 29%、28.6%、31%、33%；基層診所分別為 37%、36.5%、40%、42%；藥局則分別為 35%、33%、35%、34%(如附表)，可知該署雖已辦理多次藥價調整，但不同層級別醫療院所之藥價差，卻反而有愈趨擴大之惡化趨勢，核與上述預期目標不符，益見該署多年來迄未積極究明其愈趨惡化之根本原因(按本院諮詢專家學者意見，認為基層診所的逐漸擴增趨勢應與健保署之基層診所「日藥劑費」之支付標準業已多年未加調整攸關)²，並據以改善相關缺失，至有欠當。

(四)又查健保署對於藥品供應商之藥品銷售資料及醫事服務機構之「特定藥品」採購資料，雖已建置相關資訊系統，可供渠等採電子申報方式辦理，俾利自動化勾稽比對藥品交易價格，惟保險醫事服務機構應申報之「一般藥品」採購資料，仍因相關資訊系

²本院諮詢委員意見。

統尚未完成建置，致未能全面比對藥品申報資料有無異常情事，影響藥價調查作業之完整性與準確性；又邇來據檢調機關調查發現部分醫院疑似成立人頭公司(扮演標售藥材中盤商角色)採購藥品後轉售予醫院，以賺取藥價差³，該署卻完全無法掌握各該人頭公司原始購藥進價及連帶透過枱面下之議價折讓贈品等手段賺取鉅額價差情形；再者，衛福部於 104 年 2 月 10 日召開之「全國藥品政策會議」，便將「強化藥價調查之真實性與稽核制度」納為該會議的議題五「提升健保支付效率，引導資源合理分配」之子議題來詳加研討；凡此均凸顯現行健保藥價調查機制尚無法真實反應藥品實際交易價格，洵屬實情。

(五)綜上，健保署係將藥價差之存在視同調整藥價之正向效益與驅動力量，故雖已陸續執行 9 次全民健保藥品價格調查機制，卻並未達到更貼近藥品市場實際加權平均價之預期目標，顯見其執行成效不彰；又未能完整掌握藥品實際交易價格之資訊以逐步縮小價差，肇致藥價差比率因而長期居高不下，且有反趨擴大之惡化情勢，核有疏失。

二、衛福部健保署迄未釐訂明確合理藥價差比率，並罔顧醫療院所賺取藥價差已然超出其合理利潤範疇，且藥品核價機制不足，形成「以藥養醫」扭曲醫療生態之現象，洵有怠失：

(一)原健保局為縮減藥價差，使藥費支出更為合理，自 88 年起，定期辦理藥價調查及藥價調整作業，促使支付價格更接近市場實際交易價格。而有關藥價調整之成效，健保署係以藥品價格調整前後之價格差

³ 彰化秀傳醫院 103 年涉嫌以人頭公司低價買進藥品，再高價轉賣自家醫院，詐領健保金額高達 8.2 億元，由這起案件顯現醫界賺取藥價差的現象已經成為常態。

異乘以藥品年使用量，作為節省金額估算方式。該署提供 16 年來，藥價調整所縮小藥費支出金額之具體成效共計約為新台幣(下同)563 億元，亦即平均每年節省約 35.2 億元，足見醫療院所進藥及管理成本之超額利潤，每年應有數十億元以上。茲臚列歷次調整效益如下：

- 1、89 年藥價調整節省約 5 億元；
- 2、90 年藥價調整節省約 46 億元；
- 3、92 年藥價調整節省約 57 億元；
- 4、93 年及 94 年藥價調整節省約 24.3 億元；
- 5、95 年及 96 年藥價調整節省約 150 億元；
- 6、98 年藥價調整節省約 58.7 億元；
- 7、100 年藥價調整節省約 83.2 億元；
- 8、103 年藥價調整節省約 56.7 億元；
- 9、104 年藥價調整節省約 82.1 億元。

(二)按健保法第 46 條規定：「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 5 年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。」故無論國產藥品或進口藥品之銷售，在商品自由市場原則下，藥價差存在固然無法消弭，卻應將其限縮在合理利潤之範圍內。惟查健保署迄未釐訂明確合理藥價差比率，以遂行將健保藥品逐步調整至合理價格。

- 1、日本健保將合理藥價差稱為 R-Zone(合理藥價區間，Reasonable Zone)，早年規定為 15%，近年來已下降為 2~6%。
- 2、原健保局於 95 年辦理藥價調整時，依據「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」第 17 條第 1 款規定，就專利期內之第一大類藥品之 R 值(不予調整比率)亦設定為 15%；主要考量專利期內藥品多屬

新藥且為單一來源供應，為確保國內所引進新藥之市場供應穩定，以及鼓勵重大疾病治療用藥持續研發，並提升保險對象新藥使用之可近性。

- 3、承上，健保署辦理第6次至第9次藥價調整時各層級醫療院所之藥價差資料均已超過前述該署所設定不予調整比率(R值)為15%甚多，亦較稅捐稽徵機關認定人用西藥製造業之法定淨利潤率19%⁴(藥商賣給醫療院所或藥局)為高，更凸顯出現存健保藥價差並不合理。

(三)次查本院89年間就「中央健康保險局辦理全民健保業務，自開辦以來，藥費支出暴增一倍，且欠費數額居高不下」及90年間就「全民健康保險之執行績效及其相關問題」進行調查，調查意見指出「健保局對於藥價差問題未能妥適解決，且藥品核價機制不足」，且經本院糾正原健保局在案。揆諸當前健保署現行藥價支付標準所核定之藥品品項過多，造成藥品核價之干擾；又該署核定藥價之資訊不足，藥費支出金額占醫療費用支出之比率偏高，致醫療院所以開立處方獲得藥價差做為收入之主要來源，影響健保財務及民眾醫療權益之情形依舊存在，更加印證健保署多年來均輕忽怠慢藥價差問題。

(四)又查目前健保藥價政策誘導醫療院所形成賺取藥品差價，支撐醫院開銷之「以藥養醫」現象。

- 1、由於醫療院所營運倍受挑戰，為求財務平衡，便透過藥品市場競爭及採購優勢，向藥商爭取到比健保支付價格為低之購買價格，從而得到藥價差異所衍生的利潤，此利潤已成為現今醫院之重要收入，故「以藥養醫」之藥價差已成為醫院生存

⁴ 財政部核定之104年度「營利事業各業所得額暨同業利潤標準」。

最後一道「馬其諾防線」⁵。

- 2、原廠「逾專利保護」藥，仍享受「高單價×高市佔率」，他廠學名藥⁶則以量制價，造就以藥養醫的產業。藥品單價年年砍價，藥品總額卻年年成長3%，由健保統計數據顯示，台灣人平均用藥量是美國人的6倍，談健保只看到藥價，其實「以藥養醫」讓人民多重及過度用藥，比不公平交易更嚴重侵害醫療人權。⁷
- 3、由於當前健保藥價差之機制難免影響處方者開立處方之行為，部分醫療院所或醫師，開立處方時未以藥品品質或療效為考量，而依據藥價差為選擇基礎，用藥品質可能因藥價差而下降。當藥價差成為醫院經營主要收入，激烈競爭下，醫院太強調經營績效的成果，藥價差反而成為醫院人員的專業黑洞（醫院管理人員恣意干涉醫師專業處方權），病患的健康黑洞（祇能被動接受健保藥價差較大之學名藥）。

（五）綜上，健保藥價差之存在固然無法完全消弭，卻應將其限縮在合理利潤之範圍內，惟查健保署迄未釐訂明確合理藥價差比率，以依法遂行將健保藥品逐步調整至合理價格。該署並罔顧醫療院所賺取藥價差已然超出其合理利潤範疇，且藥品核價機制不足情形歷經多年仍未見改善，形成長期「以藥養醫」扭曲整體醫療生態之現象，洵有怠失。

⁵ 引自本院 100 年「我國全民健康保險制度總體檢」之調查報告。

⁶ 學名藥（Generic Drugs）指原廠藥的專利權過期後，其他合格藥廠依原廠藥申請專利時所公開的資訊，產製相同化學成分藥品。學名藥較原廠藥便宜，主要是因為原廠藥商投入大量資金於嘗試新藥研發以及市場行銷，也因此原廠藥受到專利權的保護，在專利期間享有專利獨賣的權利。當專利期滿，合格藥廠皆可提出申請，經過審核通過後合法生產學名藥。此外學名藥不需要大幅投入昂貴的新藥臨床實驗成本，產品開發之時程與費用比較低，在市場競爭的機制下，價格較原廠藥來得便宜。

⁷ 本案諮詢委員意見。

綜上所述，衛福部健保署將藥價差之存在視為理所當然，且具有正向效益與驅動力量，使得執行全民健保藥品價格調查機制效能不彰，又未能完整掌握藥品實際交易價格，肇致藥價差比率長期居高不下且反趨擴大，核有疏失。另該署迄未釐訂明確合理藥價差比率，並罔顧醫療院所賺取藥價差已然超出其合理利潤範疇，且藥品核價機制不足，形成「以藥養醫」扭曲醫療生態之現象，洵有怠失等情。爰依監察法第24條提案糾正，移送衛福部轉飭所屬確實檢討改進見復。

提案委員：陳慶財

楊美鈴

尹祚芊

陳小紅

附表

全民健保特約醫療機構之藥價差比率統計表

	第 6 次 98 年調整 (採計 96 年第 4 季至 97 年第 3 季資料)	第 7 次 100 年調整 (採計 98 年第 4 季至 99 年第 3 季資料)	第 8 次 103 年調整 (採計 101 年第 4 季至 102 年第 3 季資料)	第 9 次 104 年調整 (採計 103 年 第 3 季資料)
醫學中心	25%	23.3%	23%	24%
區域醫院	25%	24.5%	25%	27%
地區醫院	29%	28.6%	31%	33%
基層診所	37%	36.5%	40%	42%
藥 局	35%	33.0%	35%	34%

備註：(資料來源健保署)

- 1、藥價差比率係計算該年度藥價調整之藥商銷售資料採計期間，藥商銷售價格與健保支付價格差距之結果，該資料係年度藥價調整時，依採計藥商銷售資料計算。
- 2、藥價差比率計算方式為： $[\text{藥商銷售數量} \times (\text{健保支付價格} - \text{藥商銷售價格})] / [\text{藥商銷售數量} \times \text{健保支付價格}]$ 。