

綜合討論

李伯璋署長：

謝謝宜潔的報告，其實宜潔也是用心良苦，他的醫生都講不聽，那我們照護的觀念都在澄清一些重點，宜潔剛剛點出很多東西，所以為什麼我們在醫管那邊規劃裡面，對臨床藥師重視就是因為這樣，因為臨床藥師有他們的專業，會提供醫師一些好的用藥，因為醫師的醫療行為有時候會被藥廠所影響，那我想今天的主題都切到一些概念，那我們請藥品科同仁多發表一些意見，我們先請雪詠。

我剛剛問雪詠，我以前旁邊不是都坐禹斌，今天怎麼是坐你？他就跟我說，企劃組很貼心，怕署長有不懂的要問，所以就坐在旁邊，雪詠請，再來請恆榮。

戴雪詠組長：

今天宜潔報告就是所謂高 CP 值處方，我個人覺得說，他應該是在病人 copay 跟醫師包裹給付的狀況下，醫師才會開出一張高 CP 值的處方，這種狀況的話就是說，病人有他的經濟負擔，醫師希望能夠減少他成本的壓力，他就會開出好的處方，那這種時候也會去使用學名藥跟 biosimilar，那我特別要提的就是目前台灣 copay 還沒有到那個完整程度的時候，上次跟醫界 brainstorming，醫界有提到中區，因為癌藥設定一個總額成長率，所以中區的醫師跟醫院，他們很願意用 biosimilar 的藥品，在癌藥的控制。

那另外一種就是上次署長請我們找那個，也是醫界 brainstorming，現在乳癌的用藥可能有十八個月的限制，大部分都是原廠藥，他們就說那不如把那十個月的費用用原廠來算，但是如果醫師用 biosimilar，病人選擇用 biosimilar 的話，他就可以延長他的十八個月可以到二十，因為它單價低，因為現在變的希望說，我的藥要用到滿，用越久越好，所以就是說，這種狀況下，包裹給付的話的確會讓病人跟醫師做出好的選擇，所謂高價值的處方。

那另外上次署長有請我們針對乳癌、肺癌跟肝癌學會的會員，尤其是病人數很高的醫師來，怎麼樣想出一個好的，做癌症用藥的治療

指引，那這塊我們已經在努力，那這些醫師他們參與也非常熱情，他們也願意跟你分享怎麼看出好的處方，讓病人能夠治療的很有效益，以上報告。

連恆榮科長：

謝謝署長給我這個機會，那也感謝宜潔今天的報告，我在看這一篇的時候，其實我檢視一下這文章裡面，到底帶給我們藥品支付科，有哪些方法或方式可以再進行一些藥價政策上的一個處理跟管控，那大家可以看到，在降低藥費策略的保險人端，還有在醫療端跟病人端的這兩張投影片上面，我們大概可以了解，藥品分層機制的概念裡面，有談到一個部分負擔的角度，那我們就在談說，我今天部分負擔是要用定額制還是定率制的，其實如果今天我藥品是做一個分層的話，像癌藥的話，我的部分負擔可能就不需要那麼高，因為如果我假設好了，都需要 20%，癌藥的 20% 跟一般藥品的 20%，它的價格絕對是不同，那如果做一個分級的時候，它的部份負擔也許可以再做一些調整。所以在這篇文章裡面，我覺得他每一個地方，讓我好好去思考，藥品可以做分層，部分負擔的部分可以來做調整。

事先審查，其實我們現在已經開始在思考這問題，就 **biosimilar**，或是一些學名藥，假設你今天是有 **biosimilar** 或學名藥，你今天是免事前審查，這之前組長一直有跟我提到這個概念，我一開始是沒辦法接受的一個情況，是因為我覺得事前審查當時是為了濫用、怕費用高，那今天是因為 **biosimilar** 跟學名藥的一個情況之下，我還需不需要再去做一些事前審查，除了擔心他濫用之外，其實沒有其他的考量。所以當我今天在這個藥品，在事前審查的一個概念當中，今天的事前審查通過率很高的情況之下，在這個使用上是不是如果你今天是用原廠藥，我要求比較嚴格的事前審查，如果今天你是用學名藥、用 **biosimilar**，免事前審查，是不是可以加速，就是這些比較低價格的藥品，所謂的高價值的處方可以出現。

那另外，其實，我們現在也在操作就是像之前署長一直在推動的，就是疱疹用藥的這部分。我覺得這是第一個很成功的案例，就是我們要求在這樣子的療程之下，假設現在的療程一天我只付三十塊，要的

人進來，我就給付，如果你今天不降價，不好意思，今天醫師就沒辦法開這個處方，所以我們現在運用這個策略，其實現在很多的藥品，只要有學名藥、biosimilar 願意降價的，我們都用這樣的方式在做處理，所以其實我今天很有感覺的是說，今天看到文章之後，我重新檢視。

其實很多東西，我們已經陸續在推動，那這個是大家在好好的管控藥費這樣的思考之下，所做出來的一個策略，最重要的還有個學名藥，其實我覺得這個，署長是說部分負擔是他的一生懸命，我覺得使用學名藥是我的一生懸命，因為我個人認為，學名藥這件事情，因為我從醫院到衛生局，然後到食藥署，再到健保署，我覺得學名藥其實是一個很必要發展的一個範圍或一個空間，一生懸命還沒完成，所以這件事情必須要再努力一下，我個人覺得以目前台灣的醫療端其實是很辛苦的，因為現在醫院裡面，其實都是一個成份、一個藥品，所以剛剛有提到，今天你跟病人怎麼溝通？你要選擇是不是部分負擔付不起，你可以用一個比較便宜的藥，不好意思，我的醫院只有原廠藥，我沒有可以讓你選擇。所以當然在這個制度之下是不是可以選擇另一個方式，處方箋釋出，因為門診用藥其實沒有到那麼急迫，如果緊急需要處理的可以緊急處理，可是當門診端今天處方釋出的時候，可以由藥局端、社區藥局端的藥師，來協助有更多的時間，讓病人知道說，還有哪些藥可以選擇，我們健保給付了很多藥，每一個藥品的價格、成分、規格、劑型全部一樣，價格是不同，那當今天你可以選擇出來一個你今天覺得你要用甚麼價格的藥品，我可以保證這個藥品的品質、療效、安全其實都是一樣的，只是因為有品牌上的差別，你要選擇哪一個？當今天有這個空間，有這個時間，可以讓病人做選擇的時候，我覺得這本書這個文章裡面所提到的概念，其實就成立了，在醫院端，我覺得真的是很困難，幾乎是達不到，所以處方箋釋出就是分級制度的成立，其實事實上，這整個藥品、藥費的管控，其實是一個是很好的未來跟方向這樣子，所以署長說很贊成醫藥分業，那我覺得醫藥分業的推動，其實是可以透過這樣子的機制，部份負擔的機制，甚至就是使用學名藥的機制，慢慢一步一步的達成，我覺得今天我看到宜潔的報告，我覺得我很多的想法，未來可以再繼續努力做的地方，謝謝

署長，謝謝。

李伯璋署長：

佩軒，我覺得恆榮剛剛講一生懸命的東西跟我的一樣，我們會共好。他剛剛講部分負擔，因為基層診所也有一些意見，你跟姿擘在規劃的時候可能就是，學名藥部份的話，假如說在部分負擔可以把它減少，原廠藥也是要搭到部分負擔，我想這也是另一個策略，要扶植國內的藥廠，這也是一個很好的論述，我覺得這也是需要有不同的思維，謝謝恆榮，我們請惠萍做一下補充。

張惠萍簡任技正：

謝謝署長，今天也謝謝宜潔做這麼精要的一個演講，這篇真的其實是蠻有趣的，那今天的主軸是高價值處方藥，就像宜潔說的，高價值處方藥其實真的是需要保險人、醫療服務提供者還有病人三方面共同努力。其實我對於這個保守處方原則裡面的一個合作，跟小心使用新藥，這部分我是比較有感覺，因為家裡的一個長輩真的是有三高問題，他們服藥順從性很差，甚至根本沒有服藥，但是都會定期回診，所以效果不好，藥品就越開越多，其實我覺得這部分真的是需要家屬或是醫師、藥師要跟病人做一個很好的宣導，就是一定要誠實告訴你的醫生你用藥的狀況。

那在小心使用新藥的部分的話，真的這邊有提到，不要一味急著使用新藥，我覺得這個真的也是滿正確的，因為現在資訊真的很發達，其實民眾都可以從網站上知道一些新藥的資訊，甚至也會透過署長信箱、部長信箱，甚至立委來期待我們健保能夠把一些新藥，快點納給付或者擴增，但是可能真的要跟民眾做一個教育，就是最新的藥其實不一定適合每一個病人，那因為這些藥品都是基於一些有限的基礎來核准上市，真的還是需要更多，甚至國人的使用經驗都是有限的，所以應該要教育民眾，應該要去跟醫生好好的討論，什麼樣的藥品是最適合你的，並不是最貴的藥品，才是最適合的。

至於學名藥用量的話其實是佔 70%，但是它的藥費只佔 40%，所以學名藥對於民眾健康的一個維護跟節省健保資源真的是佔有一

個蠻重要的地位。這個報告裡面有提到，相較於年輕醫生較願意用學名藥，我覺得這個真的很值得去探討，為什麼美國的年輕醫生比較願意用學名藥，因為台灣其實也面臨一個問題，就是醫生可能對學名藥的信心度是有限的，那我是覺得或許我們可以再了解一下為什麼美國年輕醫師比較願意用學名藥，是不是因為他們在教育的過程中，已經把學名藥的觀念、品質安全療效觀念帶進去，這個都可以很值得我們學習，以上補充。

李伯璋署長：

所以說來說去都是他們醫生的問題，不是我們的問題，我們都有教他們正確的觀念。那我先聽一聽玉娟，玉娟你平常在家，你旁邊的人都怎麼跟你說他怎麼用藥？

劉玉娟組長：

目前我們當自己是消費者的時候，想法自然就不同，我們家人在用藥的時候，如果是偶爾才生病，又是比較重的病，我們會希望用原廠藥，那事實上，我們一般都是小感冒的時候，藥品也都是用學名藥，不會去特別挑什麼藥品，然後對醫師的處置或是用藥，幾乎都是 by order，唯一裡面他提到，病人在用藥使用度的這些影響，有一個講的非常好，因為像最近我也常吃藥，可是如果他的藥品開了一天三次，然後早上可能兩顆，下午可能三顆，我好像大概第一天執行完以後，後面的就會全部沒有吃，就是我會忘掉，然後吃的藥幾乎就是一一直在中斷，所以這個藥品的處方如果太複雜，事實上，包括我們自己工作很忙的時候，服藥遵從性真的變很弱，以至於效果就會變差，這是我個人經驗，以上。

李伯璋署長：

臺北區今天你的視訊好像斷來斷去，最近沒有交電費的樣子。恆榮，我要問你，藥效不等的那個登入現在的進度怎麼樣？

連恆榮科長：

其實現在已經是一個很 routing 的作業，就是醫師他們這邊，他們系統都還是可以運用的，現在我們每個月會把這個蒐集到的 data 資料，轉拋給食藥署，給他們一個訊息，那我們現在瞭解到，其實最大宗會有一些療效不等通報在精神科比較多，因為他們常常可能有一些換藥，對這些精神疾病的病患可能覺得換藥就效果不好，所以我們可以看到，因為學名藥其實就像現在三高的藥品，就是大宗，現在通報會比較多的，其實都是在地區醫院這一些層級的，那我們其實都有透過，就是感謝企劃組的協助跟幫忙，他們 facebook 常常會有這樣子的療效不等通報訊息，謝謝。

李伯璋署長：

各分區也稍微留意一下，你們那邊可能要再宣導一下，對於藥效不等可以通報，本來以前都通報食藥署，現在變成我們自己有一個網頁，雖然食藥署不太喜歡我們介入那麼多，不過我想我們在管理也是要有我們自己的一個態度。另外珮珊，上次我們有請每個報告的人整理文章，陸陸續續在收集，到時候我們自己同仁自己做的 presentation 變成文章的話，可能還可以請企劃把它編成一本書，這樣也是一個策略。那我現在請純馥做個說明，純馥。

李純馥組長：

大家好，謝謝宜潔的報告，那也謝謝剛剛大家的分享，我就大概回應一下剛剛戴組長提到我們中區在藥品管控部分的一些策略，實際上我們其實在整個總額管控裡面，除了整個總額之外，其實我們是落實到大概每家醫院、每人藥費的一個分析，所以大概我們也會回饋每家醫院，大概他的每人藥費，不管是在癌症或是用藥部分的平均藥費，當然這會是一個我們跟他協商總額管控、自主管理的一個重要基礎，所以才會有剛剛雪詠組長講的，醫院因為有這個每人藥費管控，他基本上就會比較選擇 biosimilar 用藥，實際上其實我們也不是說都一定要用便宜的藥或是怎樣，而是我們希望找到最適的方法，所以我們走的是一個截長補短的概念，就是如果個案他需要用比較高價的藥，可

是其他的可能平均一般的用藥就可以，所以它基本上是一個平均的概念，我想先做這樣的說明。

那另外就是，其實今天這個報告裡面提到的問題跟我們台灣其實有點不太一樣，因為我們不是 **underuse**，我們是 **overuse**，就是在用藥的部分，看起來是比較多重使用，甚至重複用藥或是相互作用。所以我們很謝謝署長後來推動，不管是 **MediCloud** 或是未來我們想要做藥品部分負擔的推動，其實都是希望走向一個高價值用藥的一個概念，那我覺得台灣一個比較特殊的是，我們的中高齡患者，其實他們藥物服用有時候是真的太順從，所以一直重複用藥，我覺得這個問題其實是需要處理，透過支付制度的設計，不管是 **PFP** 或是醫院以病人為中心的這個用藥概念，我覺得都是一直朝這個方向，包括署長講的，把臨床藥師的努力導進來，甚至我們因為在署長的手上，我們也把臨床營養的這個角色弄進來，其實臨床營養，就是在處理、考慮藥物以外的地方，我覺得是真的很不錯。

那我其實想分享一個，我過去聽到的笑話，就是有一個病人跟醫生說，醫生我好難吞藥，你給我太多藥，我很難吞下去。醫生馬上說，我再開一顆藥，讓你好吞藥。所以這個就是藥物本身有一些迷思，那我想我就分享到這邊，謝謝。

李伯璋署長：

純馥跟恆榮有得拼，宗曦你補充一下，你自己是醫生。

王宗曦組長：

謝謝署長，所以今天是以病人的角度分享，吃藥的角度來分享。我覺得其實蠻感動的，因為署長的一生懸命影響到我們，然後也看到恆榮有一生懸命，居然是要 **promote** 學名藥，那我覺得這方面，醫生的教育部分確實有一些不同世代的年輕醫師跟像署長，醫生的典範，所謂的範本，那是年輕醫師學習的對象，觀念上都不太一樣，所以我相信在學名藥或是醫藥分業的觀念上可能會不一樣，是有機會去推展的，但是學名藥本身，我不知道大家自己用的經驗是怎麼樣，就撇開醫師的角色不談的話，就一個使用者的角色來看，大家真的覺得學名

藥跟原廠藥是一樣的嗎?我覺得這個還需要再加強一點信心。因為同樣就是說，我們去買藥的時候，就像胃痛的一些藥，那現在已經有學名藥出來了，我們會傾向用原廠的還是用學名藥?就像我們去 Costco，我們會看到很多酒，那些酒是名牌的酒、法國的酒、德國的酒，但是也有 Costco 自己的酒，那我們會選擇哪一個?所以有時候就會試試看，然後透過我們自己的經驗，然後再有一個心證，這個心證是我們覺得學名藥是不是跟原廠藥一樣好?那我覺得這個部分我們可以再更努力一點，如果我們的目標是這樣子，那這個就是作為一個使用者的一個經驗。

其實也在這邊分享一下，因為最近署長到陽明大學去跟即將進入臨床的醫學生去分享，年輕醫師必須要知道的健保學，結果那場非常的轟動，不只是四、五年級的學生來了，連臨床醫師都來了，都慕名而來，他們在署長演講之後，有一個回饋非常多的想法，他們說，署長讓他們非常的 shock，因為署長一開始他的 powerpoint 就分享了”健保不倒、台灣不會好”，各種各樣的批評，或是貝戈戈的批評，他們本來預設立場署長到這個課堂上，一定會講說健保有多好怎麼樣，結果署長不但沒有去吹噓或者是講健保有多好，叫大家相信健保，反而先自曝其短，就是我們健保接到哪些批評，讓他們非常、非常的感動，所以我覺得從署長這邊我們也學習很多，就是先將自己歸零，然後去看待一些事情，所以今天的這個高價值的處方用藥，我覺得也是一樣的想法，以上分享。

李伯璋署長：

謝謝，禹斌。

張禹斌組長：

謝謝宜潔講這篇，其實這一篇，最後宜潔有加一點人性的概念進去是對的，如果是像醫審藥材，你們應該都很懂藥物經濟學，其實這整個都是在講藥物經濟學的概念，藥物經濟學是冷冰冰的，它會牽涉到你的訂價、效用，就像有一天臺北業務組玉娟組長在跟我講說，我們現在不是要調部分負擔嗎?就署長的一生懸命，但其實我們是有點

用喊價的概念，那在座大概有很多公衛的學生或是畢業的，玉娟組長是有提到說是不是應該考慮一下以前我們在調部分負擔都要考慮到需求彈性係數，就是你調多少價錢會影響多少人，那個係數是高低，會影響這個政策，劉林義一定很懂，所以其實慢慢回來，我們很多東西都是用喊價的，是不是有一點把一些學理的東西再引進，尤其在藥這方面。我知道說你們再談很多藥的時候，那些藥物經濟學，其實有參與，但是我們太倚重 CDE 了，CDE 裡面也是有一些藥物經濟學的學者在分析，可是好像，我的感覺分析出來都不是那麼到位，才會造成我們後面有很多的問題，這是我的看法，以上。

李伯璋署長：

我們自己有我們的系統，我們有我們的經驗，所以為什麼我每次在演講的時候，已經跳出說美國、歐洲它們的保險多好，我覺得台灣的健保，真的是在你們的努力之下，我覺得你們已經做的非常好，我們真的照顧到台灣的民眾，這是我們自己會覺得很驕傲的。

像你們剛剛提到的臨床藥師，我覺得臨床藥師很重要，畢竟那是一個專業，所以有時候臨床藥師告訴我說，李醫師你這個藥怎樣怎樣，我都會聽，因為這種我們不是那麼專業，所以醫藥互相尊重，醫藥分業，這都是一個很重要的方向，雖然說在醫界覺得醫生很厲害，其實我不覺得醫生每個人都那麼厲害，你看剛剛誰說吃精神科的藥，其實你們也不要覺得諮商心理師就不行，臨床心理師才可以，你看看殺人事件，他其實一直都在看，那藥有沒有吃不知道，吃了藥有沒有效也沒人知道，就是說每次都做表面的，殺了一個人以後用胡椒水、棒球棒，這都不是辦法，有時候做事情要做到位，好不好，那我們請兆杰，兆杰是醫審的逃兵。

黃兆杰參議：

我好像不是自己逃走的。今天的這個文章，我比較有感觸的是說在國外他們可能因為病人需要自己付一些費用或付很多費用，所以他們會有選擇權，就是到底什麼樣的用藥，他們可能需要去選擇是比較成本效益的。但是在台灣變成比較詭異的是，病人幾乎是不需要選擇，

它的選擇就是你給我最好的，所以這件事情會變成是健保幫民眾選擇，或者是醫師幫民眾選擇，那責任就變成在健保的身上，或者是醫師的身上，那我是覺得署長推部分負擔是對的，要不然的話，民眾會沒有成本的概念，那當你沒有成本概念的話，你要怎麼去說，他是一個成本效益高的使用，這件事情就會變得很弔詭，到底是你自己真的需要，還是別人幫你選擇的需要。所以，如果說真的連科長要推學名藥的話，我是覺得它搭配的措施，不管是部分負擔，或者是差額負擔，這是一定要彼此搭配的，要不然就像宗曦組長剛剛提到的說，你要民眾去選擇，我一定選擇原廠藥，我幹嘛要選擇學名藥？可是當他有成本概念的時候，他才會有去思考的可能，到底我要怎麼做選擇，這是我的分享，以上。

李伯璋署長：

那我們請純美，純美在嗎？

林純美組長：

其實我們在基層不是有日藥費嗎？日藥費其實他們用學名藥就用很多，所以錢只要把它控制在供給者他們就會自己選擇最具有成本效益的。那醫院我們都推自主管理，超出太多你就會斷頭，所以其實醫院現在也都一直選擇學名藥，我們現在最大的問題還是在癌藥的問題，未來可能就是要考慮分層來部分負擔，不然確實有一些癌藥像 **Tagrisso**，**Tagrisso** 在還沒有收載，我們有一個病人就來講他已經花五百多萬了，所以我們類似這種新藥收載，我們讓他付一些部分負擔，其實病人都會願意的，因為與其全額，對他們實在差很多。

那另外一個藥就是黃斑病變的問題，黃斑病變的藥我們是有給付幾支藥而已，但是有一些醫院現在就是打完了，讓病人打 **Avastin** 一支 8 千塊，未來是不是也要考慮剛剛說的總額，給病人一個額度，超出付部分負擔還是怎麼樣，因為人口老化，黃斑病變的問題也是會越來越嚴重，而且已經講到 2025 年，已經是一個高齡化社會，高齡化社會我們會面臨一個最大的問題，老人會越來越多、藥又越吃越多，所以高齡化老年用藥是一定要趕快準備來處理，因為我們發現很多老

人一天大概要吃十顆藥，然後醫生的藥只有一直加上去沒有減藥，所以這個可能就是臨床藥師的功能，要再增加，以上。

李伯璋署長：

謝謝，每次講到 2025 年的話，什麼都是 2025，好像大限，我覺得大家一起努力，因為 2025 年的時候我就差不多更老了，也不一定會在這邊陪各位，那我是一生懸命假如能夠把部分負擔搞定，恆榮的學名藥，我們一起搞定的話，健保的改革就會有一個方向，那我想很謝謝各位的參與，今天有些人沒有時間 comment，因為都被藥品科佔據，不是我的問題，那我們今天到這邊為止，請宜潔過來一下。