

立法院法制局專題研究報告 編號：

本報告僅供委員參考

從藥價差探討解決全民健保財務問題之修法建議

(初稿)(請勿流傳)

法制局 陳原風 撰

中華民國九十七年五月

從藥價差探討解決全民健保財務問題之修法建議(初稿)

目 次

摘要	3
壹、 背景說明	4
貳、 藥價差問題之探討	5
參、 問題研析與建議	12
一、 加重未誠實提報藥價調查資料之處罰	12
二、 落實醫藥分業	13
三、 將部分健保給付之處方藥轉為非處方藥	23
肆、 結論與建議	24
伍、 建議修正條文對照表	25
一、 全民健康保險法修正草案條文對照表	25
二、 醫療法修正草案條文對照表	26
三、 醫師法修正草案條文對照表	27
四、 藥事法修正草案條文對照表	28
五、 管制藥品管理條例修正草案條文對照表	31
陸、 附錄	
附錄一、實施醫藥分業地區之條件指標與實施分式	33
附錄二、藥局設置作業注意事項	35

從藥價差探討解決全民健保財務問題之修法建議(初稿)

摘要

2002 年 5 月底，全民健保財務就已發生調度困難。經檢視健保財務營運狀況，其中因藥價差形成的浪費，可能高達 3 百億元以上。

由於藥價差是否合理難以查察，要杜絕藥價差，也極為困難。主管機關提出調高健保費用，以減少全民健保營運虧損的努力，都招致民怨。為健全健保財務，解決藥價差之問題，本報告經研析後，提出建議如下：

- 一、加重未誠實提報藥價調查資料之處罰。
- 二、為消除藥價差，應落實醫藥分業，將調劑權回歸藥事服務機構。
- 三、調劑權完全回歸藥事服務機構，應進行相關法案之配套修正。
- 四、將健保給付之部分處方藥轉為非處方藥，可節省 200 億元之健保支出。
- 五、需要修正之相關法案包括：(一)健保法第 31 條、第 76 條，(二)醫療法第 66 條，(三)醫師法第 13 條、第 29 條，刪除第 14 條，(四)藥事法第 92 條、第 102 條，增列第 37 條之 1，(五)管制藥品管理條例第 9 條、第 10 條、第 14 條。合計有 5 種法案，修正條文 10 條、刪除條文 1 條、增列 1 條。

從藥價差探討解決全民健保財務問題之可行性修法建議

(初稿)

壹、背景說明

我國「全民健康保險」(以下簡稱全民健保)，自 1995 年 3 月 1 日實施以來，¹ 民眾對全民健保的滿意度由開辦初期的 33%，² 一直提升並維持在目前的 70% 左右。³ 然而 2002 年 5 月底，健保財務就已發生調度困難。⁴

中央衛生主管機關(以下簡稱主管機關)為改善健保財務問題，採取加重部分負擔、總額支付制度、論病例計酬、醫院合理門診量、全民健保 IC 卡及開源節流等方案，但在健保給付範圍、支付標準、藥價基準、分級轉診及醫療品質資訊透明化等方面，因未能建立完善配套措施，致主管機關屢次擬調高健保費用，以減少全民健保營運虧損的努力，都招致民怨。⁵

經檢視全民健保營運之財務狀況，其中藥品費用支出每年逾新台幣 1 千億元，約占健保總支出的 1/3。然而，據推估因藥品價差形

¹.全民健康保險法 1994 年 7 月 19 日制定。中華民國 1995 年 3 月 1 日施行。參見 <http://lis.ly.gov.tw/lghtml/lawstat/version2/01189/0118983091600.htm>.

².參見行政院衛生署 1997 年 5 月編，全民健康保險實施 2 年評估報告摘要。

³.全民健康保險自民國 84 年 3 月開辦，已屆滿 12 年。截至 96 年 5 月底止，實質納保率達 99% 以上，自開辦後民眾滿意度均維持在 70% 左右。參見全民健康保險。
<http://info.gio.gov.tw/ct.asp?xItem=19924&ctNode=2847>.

⁴.2002 年 5 月底，健保財務開始發生調度問題，健保局向銀行融資 180 億元支付當月之醫療費用。如何開源節流解決健保財務之困境，成為各界檢討關注之焦點。參見 http://www.cy.gov.tw/record/3-3-7_PDF/94_009.pdf.

⁵.參見 2005 年 1 月 5 日監察院財政及經濟委員會第 3 屆第 122 次會議審查通過糾正中央健保局案文。http://www.cy.gov.tw/record/3-3-7_PDF_009.pdf.

成的浪費，可能高達 3 百億元以上。此種以藥品(含醫療器材)為核心的藥價差，造成醫師被影射收受藥商回扣、接受賄賂；藥價偏高形成健保支出黑洞；藥品聯合採購發生官商勾結；藥品審查不當等多種弊端產生。⁶然而，究其原因應是國內藥品市場競爭激烈，使得業者以贈品、折讓、回扣、捐贈、邀宴、招待旅遊等各種無奇不有的手法來從事藥品行銷所導致。

有鑑於藥價差之弊病，為各界長以來討論之焦點，為使全民健保能永續經營，⁷將藥價差抗制在合理之範圍內，⁸本報告針對藥價差之問題，經審慎探討研析，提出相關修法建議於後，以供委員立法參考。

貳、藥價差問題之探討

一、藥價差之問題現況

所謂「藥價差」，係指中央健康保險局(以下簡稱健保局)給付醫療院所之藥品費用高於醫療院所實際採購之藥品價差。廣義而言，藥價差應泛指醫療院所銷售藥品所獲取之利潤，其來源包括：1.健保統一給付與醫療院所採購單價之價差；2.醫療院所使用低價藥品但以高價浮報；以及 3.基層診所採簡表申報造成健保固定給付和實際藥品

⁶.參見法務部政風司，2006 年 12 月，政府機關易滋弊端業務之研析與防制對策報告：(12)衛生醫療業務。http://www.aec.gov.tw/www/policy/anti_corruption/files/laws_2.pdf.

⁷.參見行政院於 2008 年 2 月 13 日第 3079 次院會決議。
<http://www.ey.gov.tw/ct.asp?xIte41750&ctNode=1229&mp=21>.

⁸.全民健康保險法第 73 條之 1 修正草案。參見行政院網站
<http://www.ey.gov.tw/public/Attachmetn/791018184271.doc>.

成本間的差距等。⁹

近年來，由於我國全民健保醫療支出與藥品費用均逐年上升，¹⁰ 為因應日益上漲的醫療支出，健保局數次調高部分負擔，都引發「放任供給面、剝削需求面」的批評，原因之一是存在已久的「藥價差」問題，始終是社會與民間團體關切的焦點。¹¹

健保局為使藥品支付價格接近藥品市場之實際銷售價格以消除藥價差，自 2000 年 4 月 1 日起，至 2007 年 9 月 1 日為止，共進行 5 次藥價調查(Price and Volume Survey)，¹² 據估計共約節省新台幣 282.28 億元。¹³

長期以來，藥商和醫療院所並未完全按藥品採購之實際交易價格申報，使得健保局每次核定的藥價，都遠高於藥商之實際售價，¹⁴「藥價差」也就呈現出逐年增加的趨勢。¹⁵ 由於「藥價差」存在於國內各

⁹參見葉金川(2003),《全民健保傳奇 II》,台北：董氏基金會

¹⁰健保醫療支出在 1996 年到 2002 年之間的平均年成長率為 6.9%，同期間，健保藥品支出的平均年成長率是 6.4%。參見譚令萊，洪乙禎，謝啓瑞(2005)論藥價差。中央研究院經濟所學術研討論文。

¹¹參見監察院 2002 年 6 月 20 日院台財字第 0912200418 號函糾正案。

¹²為取得藥品之市場價格，使全民健保支付價格之訂定更為合理，依據「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」規定，辦理「全民健康保險藥品市場實際交易價格調查計畫(簡稱藥價調查)」，保險人(健保局)參考由該調查取得之價與量資料，進行藥價調整作業。

¹³中央健康保險局歷年藥價調查結果。參見http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=607。

¹⁴藥商涉嫌買低賣高，提供較高藥價的憑證單據給健保局以墊高藥價，又偽造較低價的不實憑證申報營業稅、營利事業所得稅逃漏稅捐。參見徐谷禎，查藥價黑洞 北檢搜 22 藥商 下一波鎖定有掛勾嫌疑的醫院及健保局官員。2006.10.26.經濟日報第 11 版。

¹⁵根據中華民國開放性製藥協會調查，藥價差呈逐年增加的趨勢，以 1996 年時，藥廠售予醫院的藥品總額為 368 億元，醫院向健保局申請給付額為 543 億元，之間便形成 175 億元藥價差；1997 年統計藥廠售予醫院總額為 391 億元，醫院向健保局申請給付為 638 億元，之間形成 247 億元藥價差；1998 年藥廠售予醫院總額為 456 億元，醫院向健保局申請給付額為 721 億元，之間形成 265 億元藥價差。參見黃曼瑩，「他山之石！瑞士允許藥價差訂在 15%日本公開藥價差」。 <http://www.ettoday.com/2002/11/06/23-1372405.htm>。

大、中、小型之醫療院所，¹⁶包括公立醫院在內，¹⁷因此「藥價差」除會增加健保支出外，另外實際上主要的受害者應是不具醫學專業知識和判斷能力的民眾。¹⁸

表 1、中央健康保險局歷年藥價調查結果

調整日期	調整重點	預估每年節省金額(億元)
89/4/1	第一次藥價調查	5
90/4/1	第二次藥價調查	46
92/3/1	第三次藥價調查	57
93/11/1	第四次藥價調查(監控方案，方法同 92/3/1)	0.68
94/9/1		23.6
95/11/1	第五次藥價調查	90
96/9/1		60
總計		282.28

資料來源：http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=607。(摘自健保局 960727 第 146 次全民健康保險監理委員會會議報告「藥價差問題之探討」)

二、藥價差之成因

「藥價差」表面上雖然是屬健保財務問題，但金錢的流動卻實際牽動著健保局（承保機關）¹⁹、病患(保險對象)²⁰、醫療院所之醫師以及藥商(保險醫事服務機構)²¹間之權益與利益糾葛，而其成因應與全民健保之相關管理法制面有關。

¹⁶.參見黃文博，追藥價黑洞 搜索 12 家大醫院。2006.10.05 中國時報第 A6 版。

¹⁷.2005 年 9、10 月間，一名自稱「有正義感的藥商業務人員」向北檢檢舉，指稱國內不肖藥商涉嫌勾結 10 餘家公立醫院負責採購藥品的醫師，浮報藥價，致藥價居高不下，長期 A 健保費數百億元，導致健保虧損。藥商在醫院採購藥品時，以金錢、招待飲宴及喝花酒等方式行賄醫師，獲取不法利益。參見陳志賢，檢舉函直指公立醫師、官員涉弊。2006.10.26 中國時報第 A6 版。

¹⁸.醫療機構或醫師從藥品牟取利益，容易衍生出「病人吃不到該吃的藥」或「病人吃了不需要吃的藥」等問題，最終受害的是不具專業判斷知識的民眾。參見財團法人台灣醫療改革基金會，2007.09.10 醫改會「藥價差」看法聲明稿。http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=595。

¹⁹.全民健康保險法第六條(承保機關)：本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。(第一項)中央健康保險局之組織，以法律定之。(第二項)

²⁰.全民健康保險法第七條(保險對象)：本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。

²¹.全民健康保險法第五十五條(保險醫事服務機構類別)：保險醫事服務機構如下：一、特約醫院及診所。二、特約藥局。三、特約醫事檢驗機構。四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。(第一項)前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之。(第二項)

依據全民健康保險法(以下簡稱健保法)第 49 條規定，藥品及計價藥材依成本給付，²² 此為現行全民健保藥品給付之法源基礎。其次，健保法第 50 條規定，保險醫事服務機構向保險人申報藥品費用，應依據藥價基準；²³ 再次，健保法第 51 條規定，藥價基準由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，經主管機關核定後實施。²⁴ 而所稱「藥品及計價藥材」之成本，依據健保法施行細則第 67 條之 1，則係指保險醫事服務機構取得同類藥品及計價藥材之市場平均價格。²⁵

前述所稱「藥價基準」，雖然是由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，但是藥品交易如同商品交易，市場競爭非常激烈。大型醫院之藥品使用量大，採購時較有議價空間，藥品進價成本自然較小型醫院或診所低。²⁶ 另外，健保法第 62 條規定醫療院所必須據實提供有關

²².全民健康保險法第 49 條：醫療費用協定委員會應於年度開始 3 個月前，在第 47 條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。(第一項)前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。(第二項)前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。(第三項)第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。(第四項)

²³.全民健康保險法第 50 條：保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。(第一項)保險應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。(第二項)門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。(第三項)前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。(第四項)

²⁴.全民健康保險法第 51 條：醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。(第一項)前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。(第二項)

²⁵.全民健康保險法施行細則第 67 條之 1：本法第 49 條第 3 項所稱藥品及計價藥材之成本，係指保險醫事服務機構取得同類藥品及計價藥材之市場平均價格；其核算，依本法第 51 條有關藥價基準及醫療費用支付標準之規定辦理。

²⁶.參見楊志良、林雨靜，當前全民健保政策分析。2003.01.16.財團法人國家政策研究基金會，

藥品交易之成本資料，以作為健保局調整藥價參考，²⁷但由於健保法第 76 條之罰則對違反此規定之罰款太低，²⁸缺乏嚇阻作用，故迄今極少有醫療院所因未誠實提供藥價成本而遭受處罰。

綜上所述，健保法所謂健保藥價，實際上就有「健保支付價」、「醫院購買價」與「藥商出廠價」等差別存在。而醫療院所與藥商經由議價，所獲取的健保藥品支付價差利潤，即為藥價差，俗稱「藥價黑洞」²⁹。其產生之來源，明顯是與我國健保法之相關規定有關。

三、藥價差是否合理之爭議

藥價差之是否合理，主管機關依據其產生之來源，分為「合理藥價差」及「不當藥價差」兩大類，³⁰茲略述如下：

(一)合理藥價差

所謂「合理藥價差」，其產生來源有：

1.醫院採購價低於健保支付價。³¹此為醫療院所向藥商購買藥

國政分析，社會(析)092-004 號。<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/092/SS-B-092-004.htm>

²⁷全民健康保險法第 62 條(提供資料之義務)：保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。

²⁸全民健康保險法第 76 條：違反第 62 條規定者，處新臺幣 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰。

²⁹藥價黑洞的產生，係因長期以來醫療費用支付結構不合理所致，表面上屬健保財務問題，但金錢的流動卻牽動藥商、醫院(醫師)、病患與健保局間的權益與利益糾葛。參見法務部政風司，2006 年 12 月，政府機關易滋弊端業務之研析與防制對策報告：(12)衛生醫療業務
http://www.aec.gov.tw/www/policy/anti_corruption/files/laws_2.pdf

³⁰參見全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A。Q4：什麼是「藥價差」呢？2007.01.29 於健保小組。

³¹保險醫事服務機構依據藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之藥品費用，當特約醫療院所採購藥品之價格低於藥價基準時，健保局以統一支付價格支付醫療院所時，即形成「藥價差」。亦即醫療院所依其採購量大小、交貨地點、付款條件，與藥商議價，得到不同之折扣後所獲取之藥價差。參見全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A。Q4：什麼是「藥價差」呢？2007.01.29 於健保小組。

品，依市場機制向藥商爭取折讓或捐贈所產生的藥價差，與大型連鎖商店、量販店等，運用聯合採購以降低成本，賺取利潤相同，屬市場機制下的正常現象。³²

2.診所及藥局以日劑藥費申報。³³此為診所及藥局依照健保局「日劑藥費」之規定，申報藥費所產生的藥價差。

上述兩種方式所產生之藥價差，是醫療院所依據健保法第 50 條之規定，按藥價基準申報費用所造成，由於未涉及詐欺，³⁴且非屬溢領，³⁵因此被認為並不違法，³⁶故不具法辦基礎，³⁷

(二)不當藥價差

所謂「不當藥價差」，其產生來源有：

1.未誠實申報藥價調查資料：藥商提供醫療院所大量贈品或折讓，但申報藥價調查資料不實，致使藥品實際交易價，無法確實反應於支

³².參見吳南河，藥價差政策評議分享。台灣醫界 2007, ol.50, No.2P. 5.<http://www.dryahoo.org.tw/>

³³.診所及藥局無論其藥品採購價格為何，均依「日劑藥費」，1 日 25 元，2 日 50 元，3 日 75 元申報藥費，因而產生藥價差。參見全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A(2007.01.29 於健保小組)。Q4：什麼是「藥價差」呢？

³⁴.2000 年 4 月 17 日行政院衛生署第 106 次法規委員會決議：健保特約醫事服務機構無論購藥淨價多少，若依藥價基準申報費用，並未涉及詐欺。參見全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A(2007.01.29.於健保小組)。Q5：「藥價差」，是違法的嗎？

³⁵.參見法務部 2002 年 6 月 5 日針對「健保局訂定藥價基準是否合法」及「藥價差若造成他人溢領健保給付，是否造涉及民、刑事責任」之解釋。

³⁶.醫師公會全國聯合會理事長吳南河指出，大型醫院的藥品採購量大，議價能力不同，進藥價當然會與健保局核訂價有差距，這是自由經濟市場的必然現象；就像大型連鎖店、量販店，以大量採購壓低成本，是一樣的道理，不應視為不當利潤。

http://www.wretch.cc/blog/medfront&article_id=8090025.

³⁷.調查局北部機動工作組撰擬「從藥價黑洞看健保制度」專報，其中提出，醫療院所按藥價基準申報費用，縱使藥價基準與真實藥品成本不符，造成高額藥價差，仍不具法辦基礎，而且在法理上為合法行為。參見全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A(2007.01.29.於健保小組)。Q4：什麼是「藥價差」呢？

付價格，此為不當「藥價差」之主因。³⁸

2.以 A 報 B：此為藥商或醫療院所以低價藥品申報為高價藥品，此明顯係屬違法行為。³⁹

前述「藥商未誠實申報藥價調查資料」，所產生的藥價差，顯然涉及不當限制或不公平交易之違法行為，但除非接受贈品或折讓之醫療院所或藥商內部人員出面檢舉，否則不容易查察。因此，此種不當藥價差只能依檢舉個案處理，⁴⁰而無法悉數根除。另外，「以 A 報 B」事證較易掌握，如經健保局查核發現，可依法究辦。

綜上所述，藥價差之是否合理，要視其產生之來源而論。因此，

1.藥價差若是由醫療院所依據健保法規定，向健保局申報藥品費用所產生，此係屬合法。2.醫療院所若於健保局辦理藥價調查時，未誠實申報藥品採購資料，個案之行為雖然涉及違法，但卻需要有具體的檢舉事證，才能據以處理。由此可知，以現行健保法之藥價管制政策和健保藥品給付制度，可能根本無法解決藥價差之問題，此對台灣醫療

³⁸大型醫院運用其採購優勢，自藥商取得大量贈品或折讓，藥商未誠實申報藥價調查資料，致使藥品實際交易價，無法確實反應於支付價格，此為「不當藥價差」之主因。參見全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A(2007.01.29.於健保小組)。Q5：「藥價差」，是違法的嗎？

³⁹健保小組「全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A」。Q4：什麼是「藥價差」呢？
<http://www.nhi.gov.tw/epaper2/ItemDetail.asp?DataID=629&IsWebData=0&ItemTypeID=7&PapersID=59&PicID=>

⁴⁰若醫療院所及藥品供應商間，有以「高額贈品、捐贈或其他不當利益」作為交易條件，涉及不當限制或不公平交易之行為，將依具體檢舉個案，加以處理。至於贈品、捐贈或折扣之額度究要達到何種程度，方構成不當之利誘，而違反公平交易法第 19 條第 3 款之規定，必需依具體個案加以判斷，無法事前明確訂定合理之額度。參見全民健康保險辦理藥品給付、價格訂定及調整 Q&A(2007.01.29.於健保小組)。「行政院公平交易委員會對藥價差是否違反公平交易法之看法」。

體系之健全，自是難免有不良之影響。⁴¹

參、問題研析與建議

由前述探討藥價差之問題可知，要杜絕藥價差之產生，實在極為困難。健保局針對藥價差，所提出的各種解決方案，也因此都面臨很大的困難與挑戰。⁴² 本報告認為要健全健保財務，解決藥價差之問題，可能需要採行下列幾種措施：

一、加重未誠實提報藥價調查資料之處罰(修正健保法第 76 條)

依據健保法規定，保險醫事服務機構不得規避、拒絕或妨礙主管機關對於醫療費用成本等有關資料之訪查或查詢，⁴³ 亦即藥商與醫療院所應有誠實提報藥價調查資料之義務。然而，健保法對違反規定者，卻僅處以 1 萬至 5 萬元之罰款；⁴⁴ 由於處罰過輕，醫療院所對從健保藥品給付費用中獲取藥價差之利潤，欠缺嚇阻作用，因此導致健保局在藥價差之問題上，被指責未善盡管理和查察責任。⁴⁵

為消除藥價差，使健保局核定之藥價與藥商實際售價相同，首先

⁴¹ 藥價差問題的持續存在，對台灣醫療體系產生不良之影響有：1.造成醫院市場不公平的競爭現象。2.醫療院所在藥品採購時，利潤取向常凌駕病患健康利益的考量。3.使原廠藥不易建立品牌忠誠度之市場區隔。4.無法正確估計藥價差金額，亦不利於健保財務管理及政策規劃。參見程馨，謝啓瑞(2005)全民健保藥品政策與藥品費用的經濟分析。經社法制論叢第 35 期。

⁴² 歷年來健保局交錯使用規範藥價政策及市場機制政策，導致藥品市場競爭出現混亂的情形。參見程馨，謝啓瑞(2005)，全民健保藥品政策與藥品費用的經濟分析。經社法制論叢第 35 期。

<http://www.cepd.gov.tw/ml.aspx?sNo=0002622&key=&ex=%20&ic=&cd=>

⁴³ 全民健康保險法第 62 條(提供資料之義務)：保險醫事服務機構對於主管機關或保險因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。

⁴⁴ 全民健康保險法第 76 條：違反第 62 條規定者，處新臺幣 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰。

⁴⁵ 參見 2005 年 1 月 5 日監察院財政及經濟委員會第 3 屆第 122 次會議審查通過糾正中央健保局案文。http://www.cy.gov.tw/record/3-3-7_PDF/94_009.pdf

應強化藥商與醫療院所誠實提供藥價調查資料之義務。對於違反規定者，除加重罰款外，尚應視情節輕重(如詐欺、偽造文書、使公務人員登載不實、商業會計法等)，移送司法機關科以相當刑責。如此，將會有助於釐清藥價差之是否合法。同時，對於想獲取藥價差者，也會具有嚇阻作用。

爰此，建議將**健保法第 76 條**條文：「違反第 62 條規定者，處新臺幣 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰」，**修正為**「違反第 62 條規定者，處 1 年以下有期徒刑，得併科新臺幣 10 萬元以上 50 萬元以下罰金。」

二、落實醫藥分業

所謂「醫藥分業」是指醫師專職於診斷、處置及開立處方箋，藥師依醫師處方調劑、交付藥品及提供藥物諮詢。⁴⁶目前，世界各先進國家大多以立法強制醫藥分業，而其他國家雖未經立法，但實際上卻已在實施醫藥分業。由此可見醫藥專業分工，為世界潮流之趨勢。⁴⁷

(一) 醫藥分業之優缺點

我國推動醫藥分業之法律基礎源自藥事法第 102 條，⁴⁸以及主管

⁴⁶參見何謂「醫藥分業」？

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=6&webdata_id=849

⁴⁷目前世界各國實施醫藥分業可分三種：1.立法強制分業：德國、法國、義大利、比利時、荷蘭、丹麥、挪威、芬蘭、西班牙、瑞典、英國。2.雖非強制性，但實際上實施醫藥分業：美國、瑞士、波蘭、捷克、菲律賓、澳洲、紐西蘭。3.尚未完全分業：日本、韓國、泰國、馬來西亞、新加坡及我國。參見蔡照華(2002)從醫藥分業探討基層醫療診所藥師之角色。國立中山大學人力資源管理研究所碩士在職專班論文。P11~12.

⁴⁸藥事法第 102 條(醫師得為藥品之調劑)：醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。(第 1 項)全民健康保險實施 2 年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。(第 2 項)

機關公告「實施醫藥分業地區之條件指標與實施方式」之規定(參見附錄一、二)。⁴⁹醫藥分業，就醫師、藥師、民眾及政府而言，都各有其優缺點，⁵⁰茲分述如下：

1.在醫師方面

優點：(1)可避免因藥價差而使醫師濟世救人的崇高形象受污名化；(2)能專注於病患診斷，給病患最適切之處方；(3)可有時間進修及關懷病患以提昇醫師形象，並改善醫病關係；(4)處方經藥師重覆確認，可減少因處方錯誤而衍生之醫療糾紛；(5)可節省診所設置藥局人力，減輕診所藥品庫存及管理藥局之財務與時間成本。

缺點：(1)完全醫藥分業，將減少調劑費及藥價差之收入，醫療事業之利潤無法獨佔；(2)醫師如聘請藥師(藥劑生)成立門前藥局掌控處方流向，以增加收入，將造成醫師對外釋出處方箋可多領 25 元、調劑的藥局也可多領 24 元，健保需付更大的代價。

2.藥師方面

優點：(1)可得到合理的執業空間及發揮專業知識；(2)可有機會提供及教導民眾用藥知識；(3)社區藥局以服務病人為取向，取代削價競爭行為，可增加調劑費收入及其他相關醫療用品之營業收入。

⁴⁹.行政院衛生署 91 年 8 月 30 日衛署藥字第 0910054232 號公告：訂定「實施醫藥分業地區之條件指標與實施方式」，並自 92 年 1 月 1 日起實施。

⁵⁰.蔡照華(2002)從醫藥分業探討基層醫療診所藥師之角色。國立中山大學人力資源管理研究所碩士在職專班論文。P6~8.

缺點：(1)不善於經營之藥師(藥劑生)，得面臨盈虧自負之結果；(2)醫師如聘請藥師(藥劑生)，以門前藥局方式掌控處方流向，社區藥局將無法生存。

3.對民眾而言

優點：(1)處方經過藥師雙重確認，可減少出錯；(2)藥師專業指導，可防止因服用藥物產生副作用；(3)透過家庭藥師藥歷卡管理，可避免過敏、重覆用藥的危險，使民眾用藥能安心且安全。(4)醫師延長診療時間，可提昇醫療品質。(5)可選擇附近藥局拿藥，縮短等調劑、領藥時間。(6)行動不便之在家老人或慢性病患，藥品可由局直接送達服務。

缺點：改變民眾就醫後拿藥習慣，會產生暫時性的紛亂。

4.政府方面

優點：(1)醫藥專業分工，雙方各展所長，民眾可得到較佳健康照顧。(2)可建立民眾正確就醫行為與用藥安全觀念，使國民健康獲得雙重保障(3)藥政及健保單位可單獨針對藥商進行調查藥價是否有虛報情形。藥政及健保單位經由加強稽查，可杜絕管制藥品處方藥品之不當販賣。(4)可促進醫療資訊統合管理，使藥品流通及藥局營運資訊完全透明化。(5)可使受垢病之藥價差問題消弭於無形，政府政策能完全貫徹。

缺點：需面對醫界因利潤無法獨佔的強力反對問題以及醫師聘請藥師(藥劑生)，經營門前藥局，健保需付費更多之困境。

由前述可知，醫藥專業分工，為世界潮流之趨勢；醫藥分業之優點多於缺點。但是採取完全的醫藥分業，對醫療院所之利益衝擊太大，因此衍生出有所謂的「單軌制」(指醫院可設立藥局聘請藥師調劑，基層診所不可設立藥局、處方箋完全釋出)及「雙軌制」(指醫院、基層診所皆可設立藥局聘請藥師調劑、或對外處方箋釋出)兩種醫藥分業決策模式。

由於「單軌制」醫藥分業，被認為會有「診所民眾就醫障礙」⁵¹、「健保體制嚴重危機」⁵²以及「違法違憲法有損政府形象」⁵³之疑慮。⁵⁴因此，主管機關選擇採行雙軌制的醫藥分業，以減少施政壓力。⁵⁵然而，這種分業方式，根本無法避免利益衝突，⁵⁶反而會助長醫院從健

⁵¹先進國家的醫院幾乎不看醫般門診，也不設置藥局，國內醫院則以大規模的“萬人一般門資”作為營收主要來源，因此強迫診所不可聘藥師的結果，只是對診所的病人設置就醫的障礙而已，與所謂藥師專業毫不相干。但是明顯可見的是診所本身及其服務之病人將因為國家政策的不公平對待而受到相當的傷害。

⁵²國內醫療分工及轉診制度並未實施。如醫院看病可直接領藥，而診所不許可，大量病人將會湧向醫院。此種醫療資源的浪費，將再度引發健保財務危機和重症轉診病人在大醫院就醫的困難。

⁵³根據中華民國醫事法律學會前理事長劉緒倫律師發表在開業醫第十期上的『醫藥分業法律上之意見』：為強調藥師的調劑權而強硬剝奪醫師調劑權是侵犯憲法保障下醫師工作權的錯誤做法。

⁵⁴參見中華民國開業醫師協會，所謂單軌制醫藥分業不宜再違憲推動。

<http://www.maillist.com.tw/maillist/file/t/twtoday/20020725193747.html>

⁵⁵台灣衛生署受到利益團體影響而推動「雙軌制」醫藥分業、讓醫師可聘請藥師(藥劑生)成立門前藥局掌控處方流向以增加收入，造成醫師對外釋出處方箋可多領 25 元、調劑的藥局也可多領 24 元，使得健保需付出更大的代價。請參見陳榮炎，雙軌制醫藥分業敗筆。民生報 2006.06.13. http://www.irpma.org.tw/chinese/cgi/03_leaning_02_01file.php?fileId=417

⁵⁶台灣現行的醫藥分業政策，只強調醫師與藥師的專業分工，但缺乏避免利益衝突的制度設計。在現行制度下，基層診所的醫師高比例聘任藥師調劑，或開設門前藥局；而醫院的藥局則大量調劑門診藥品，處方籤釋出的比例相當有限。在無法避免利益衝突的情況下，醫院長久以來即具有運用市場力量以從藥品獲利的誘因。健保藥品給付制度允許醫院完全保留藥品採購時的折讓及贈品(藥價差)，則又助長此一財務誘因對醫院採購藥品行為的影響，使醫院競相以議價的方式，選

保藥品給付中獲取差距利潤，⁵⁷ 此醫藥分業方式，明顯與西方國家實施的醫藥分業不同。⁵⁸

綜上所述，我國目前推動的醫藥分業，根本無法解決藥價差問題，反而會使醫療院所、藥商、健保局與病患間之權益與利益糾葛更深；醫師被嚴重污名化；健保局被指責未善盡管理和查察責任。唯有建立完全的醫藥分業制度，⁵⁹ 才能解決藥價差及其衍生的相關問題。

(二)醫藥分業之配套法案修正

為建立完全的醫藥分業制度，此相關之處方箋調劑權以及藥品管理之相關法規需予配合修正。爰此，建議修正之法案及其條文如下：

1.全民健康保險法(修正第 31 條)

健保法第 31 條第 1 項規定，醫師釋出門診病人之處方箋，係採取「醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑」之方式。⁶⁰

為配合醫藥分業，採強制性方式將門診處方箋交付保險對象至藥事機構調劑。爰此，**建議本條第 1 項修正為：**「保險對象發生疾病、

擇藥價差比例高的藥品，以獲得最大利潤。

⁵⁷.健保藥品給付制度規定健保特約醫事服務機構無論購藥淨價多少，若依藥價基準申報費用，並未涉及詐欺。此財務誘因助長醫院藉著大量購買藥品所形成的市場力量，壓低採購藥品的進貨價格，使其低於健保的給付價格，再從進貨價格與給付價格的差距中獲取利潤。

⁵⁸.西方國家典型的「醫藥分業」制度，係建立於處方權與調劑權(採購權)分立，透過雙重確認的機制，可避免醫師利益與病人利益的衝突。同時，在醫藥分業制度下，藥品市場被區隔為醫院(住院藥品)和藥局(門診藥品)市場。醫院藥品使用量小，而藥局規模分散，均不易使買方形成強大的市場力量。

⁵⁹.參見譚令蒂，洪乙禎，謝啟瑞(2005)，論藥價差。中央研究院經濟所學術研討論文。

<http://www.econ.sinica.edu.tw/workingpaper/05-a005.pdf>

⁶⁰.全民健康保險法第 31 條：保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。(第一項)

傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並應將門診處方箋交付保險對象至藥事機構調劑」

2.醫療法(修正第 66 條)

現行**醫療法第 66 條**中規定，醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、醫療機構名稱與地點及交付年、月、日。此條文明顯賦予醫院、診所有處方調劑權。

為配合醫藥分業制度，醫院、診所之醫師應將一般門診病人之處方箋釋出，然後由藥事機構依醫師交付病人之處方箋調劑使用。惟急診或住院病人，得基於應急需要，可由醫院、診所聘請之藥師(或藥劑生)依醫師處方調劑，但應於容器或包裝上載明該執業藥師(生)之姓名及其執業證書之編號以示負責。

爰此，建議本條**修正為**：「醫院、診所對於急診或住院病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、醫療機構名稱與地點、執業藥師(生)姓名與其執業證書編號及交付年、月、日。(第一項) 藥事機構依醫師交付病人之處方箋調劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、執業藥師(生)姓名及其執業證書編號、藥事機構名稱與地點

及調劑年、月、日。」(第二項)

3.醫師法(修正第 13 條、第 29 條，刪除第 14 條)

(1) 醫師法第 13 條

現行**醫師法第 13 條**規定，醫師處方時，應於處方箋上載明醫師姓名、病人姓名、年齡、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日，並簽名或蓋章。

為配合醫藥分業需要，醫師診治病人所交付之門診處方箋，除應載明原條文規定之事項外，亦應於處方箋上，將醫師之執業證書號碼、病人之診斷病名及執業醫療機構名稱、地點與電話等加以載明，以方便主管機關及藥事機構調劑時之查核和連繫，並保障病人用藥安全。爰**建議**本條**修正為**：「醫師處方時，應於處方箋載明下列事項，並簽名或蓋章：一、醫師姓名**及其執業證書編號**。二、病人姓名、年齡、**診斷病名**、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日。**三、執業醫療機構名稱、地點與電話**。」

(2) 醫師法第 14 條

現行**醫師法第 14 條**規定：「醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、執業醫療機構名稱與地點及交付年、月、日」。

此條文明顯賦予醫師有處方調劑權。為配合強制醫藥分業，爰**建**

議本條文予以刪除。至於本條原規定交付病人藥劑時，應於容器或包裝上載明之事項，則予以納入藥事法中增列修正。

(3) 醫師法第 29 條

為配合醫師法第 14 條之刪除，現行**醫師法第 29 條**，⁶¹對違反第 14 條之罰則規定，亦應一併予以條正刪除。爰建議本條文修正為：「違反第 11 條至**第 13 條**、……，處新臺幣 2 萬元以上 10 萬以下罰鍰。但……，……。」。

4.藥事法(增列第 37 條之 1，修正第 92 條、第 102 條)

(1) 增列藥事法第 37 條之 1

前述為配合醫藥分業，將賦予醫師有處方調劑權之醫師法第 14 條予以刪除，然為使作業連貫及立法明確周延，有關交付病人藥劑時，應於容器或包裝上載明之規定事項，則需予以納入藥事法中管理，以確保病人用藥安全。

爰建議藥事法增列**第 37 條之 1**，條文為：「藥事機構依醫師交付病人之處方調劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、執業藥師(生)姓名及其執業證書編號、藥事機構名稱、地點與電話及調劑交付年、月、日。」

(2) 第 92 條

⁶¹醫師法第 29 條：違反第 11 條至**第 14 條**、第 16 條、第 17 條或第 19 條至第 24 條規定者，處新臺幣 2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰。但醫師違反第十九條規定使用管制藥品者，依管制藥品管理條例之規定處罰。

為配合「藥事法第 37 條之 1」之增列，藥事機構在交付病人藥劑時，若經查察發現未按規定於容器或包裝上載明相關指定事項，則應科以相當罰則，以符合管理需求，確保病人用藥安全。

爰建議藥事法第 92 條第 1 項條正為：「違反第 27 條第 1 項、第 3 項、第 29 條、第 31 條、第 36 條、第 37 條第 2 項、第 3 項、第 37 條之 1、…、…，處新臺幣 3 萬元以上 15 萬元以下罰鍰。」

(3) 第 102 條

醫師具有調劑權源自藥事法第 102 條，⁶²為配合醫藥分制度，此項醫師之調劑權應予取消，醫師所開立之處方應交付藥事機構調劑。然而醫事服務機構如為應病人急診、住院之需要，或該地區無藥事人員執業，則仍可由該醫事服務機構內之藥事人員依據處方調劑。

爰建議本條修正為：「醫師以診療為目的，其所開立之處方應交付藥事機構調劑。(第 1 項)全民健康保險醫事服務機構除急診、住院病人及經主管機關公告無藥事人員執業之地區外，應將醫師處方箋交付保險對象至藥事機構調劑。」(第 2 項)

5. 管制藥品管理條例(修正第 9 條、第 10 條、第 14 條)

(1) 第 9 條

有關管制藥品之調劑，依據現行管制藥品管理條例第 9 條規定，

⁶²藥事法第 102 條(醫師得為藥品之調劑)：醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。(第 1 項)全民健康保險實施 2 年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。(第 2 項)

係限定由醫師、牙醫師、藥師或藥劑生爲之。但是醫師、牙醫師之管制藥品調劑權，則是依據藥事法第 102 條規定。⁶³

爲配合醫藥分業，取消醫師及牙醫師之調劑權，爰建議本條修正爲：「管制藥品之調劑，由藥師或藥劑生爲之。(第 1 項)藥劑生得調劑之管制藥品，不含麻醉藥品。(第 2 項)」。

(2) 第 10 條

依據現行管制藥品管理條例第 10 條規定，醫師、牙醫師開立之第一級至第三級管制藥品專用處方箋，可由醫師、牙醫師、藥師或藥劑生調劑。⁶⁴

本條文明顯賦予醫師及牙醫師有調劑權。爲配合醫藥分業，取消醫師及牙醫師之調劑權，爰建議本條第 1 項修正爲：「藥師或藥劑生調劑第一級至第三級管制藥品，非依醫師、牙醫師開立之管制藥品專用處方箋，不得爲之」。

(3) 第 14 條

現行管制藥品管理條例第 14 條第 2 項規定，使用或經營管制藥品，應置管制藥品管理人，其資格除醫療機構、藥局應指定醫師、牙

⁶³.管制藥品管理條例第 9 條：管制藥品之調劑，除醫師、牙醫師、藥師或藥劑生外，不得爲之。(第 1 項)藥劑生得調劑之管制藥品，不含麻醉藥品。(第 2 項)醫師、牙醫師調劑管制藥品，依藥事法第 102 條之規定。(第 3 項)

⁶⁴.管制藥品管理條例第 10 條：醫師、牙醫師、藥師或藥劑生調劑第一級至第三級管制藥品，非依醫師、牙醫師開立之管制藥品專用處方箋，不得爲之。(第一項)前項管制藥品，應由領受人憑身分證明簽名領受。(第二項)第一級、第二級管制藥品專用處方箋，以調劑一次爲限。(第三項)

醫師或藥師擔任外，其餘由中央衛生主管機關定之。⁶⁵

為配合醫藥分業，管制藥品之管理人亦應予限定由藥師負責。爰建議本條第 2 項修正為：「管制藥品管理人之資格，除醫療機構、藥局應指定藥師擔任外，其餘由中央衛生主管機關定之」。

三、將部分健保給付之處方藥轉為非處方藥

由於人口老化，疾病譜由流行性向慢性非傳染性疾病轉變，世界各國的衛生支出因而越來越沉重。以美國為例，2005 年將國內生產總值的 16% 投入醫療保健，但仍然無法滿足需求。因此，世界自我藥療產業(World Self-Medication Industry, WSMI)⁶⁶ 認為應該要鼓勵和支持自我保健(self-care)與自我藥療(self-medication)，方能減輕政府負擔及維護民眾健康與社會公平。⁶⁷

世界自我藥療產業(WSMI)，為專門評估將處方藥(prescription products , Rx products)轉為非處方藥(nonprescription or over the counter, OTC)⁶⁸ 的非政府組織。我國雖然是該組織成員之一，但是國

⁶⁵.管制藥品管理條例第 14 條：醫療機構、藥局、醫藥教育研究試驗機構、獸醫診療機構、畜牧獸醫機構、西藥製造業、動物用藥品製造業、西藥販賣業、動物用藥品販賣業使用或經營管制藥品，應置管制藥品管理人管理之。(第一項)管制藥品管理人之資格，除醫療機構、藥局應指定醫師、牙醫師或藥師擔任外，其餘由中央衛生主管機關定之。(第二項)醫療機構、藥局購用之管制藥品不含麻醉藥品者，得指定藥劑生擔任管制藥品管理人。(第三項)

⁶⁶.世界自我藥療產業協會(簡稱 WSMI)成立於 1971 年，目前的成員包括 50 多個國家、地區及洲際自我藥療相關行業協會，基層會員主要是非處方藥及飲食補充劑的生產經營企業，是與世界衛生組織 (WHO)有密切工作聯繫的三個非政府組織之一，對促進 WHO 有關政策的實施發揮積極作用。參見 WSMI Member Associations <http://www.wsmi.org/member.htm>.

⁶⁷.參見經濟拉動自我藥療。http://www.yxjib.com/html/2007-09/12/content_59920.htm.

⁶⁸.OTC (Over The Counter)，國際上通稱為非處方藥。指那些不需要醫生處方，消費者可直接從藥店或藥局購買的藥物。消費者根據自己所掌握的醫藥知識，借助藥品標籤，對輕微短期病症進行自我藥療，在藥劑師指導下選購藥品，並按規定方法使用。此在美國稱之為「櫃台銷售藥 (OTC

外經 WSMI 認定且已轉為 OTC 之成藥，在國內卻仍有很多列為健保給付之藥品。例如 Statin 類降血脂藥物、治偏頭痛藥物、治療疱疹、抗過敏、維生素類、羅氏鮮、避孕藥及多項止痛劑，如阿斯匹靈等。由於我國健保財務面臨危機，如能檢討將健保給付之藥品，部分調整為自費的 OTC 藥品，⁶⁹ 據估計亦將可節省 200 億元之健保支出。⁷⁰

肆、檢討與建議

為解決全民健保財務困境，本報告針對藥價差問題進行探討，經研析後，提出綜合建議如下：

- 一、加重未誠實提報藥價調查資料之處罰。
- 二、為消除藥價差，應落實醫藥分業，將調劑權回歸藥事服務機構。
- 三、要完全醫藥分業，應進行相關法案之配套修正。
- 四、將健保部分處方藥轉為非處方藥，可節省 200 億元之健保支出。
- 五、建議修正之法案有健保法第 31 條、第 76 條，醫療法第 66 條，醫師法第 13 條、第 29 條，刪除第 14 條，藥事法第 92 條、第 102 條，增列第 37 條之 1，管制藥品管理條例第 9 條、第 10 條、第 14 條。

Drug)”，簡稱為 OTC。

⁶⁹近年來，在全民健康保險制度之沉重負擔壓力下，健保局將逐步規劃各類指示藥品不給付範圍，同時貿易自由化的潮流及民眾自我醫療（Self-medication）意識抬頭下，其中 OTC 經營主攻自費市場，在健保給付緊縮之際，其地位越顯重要。參見開拓指示藥品(OTC)市場研討會 2007.11.30.<http://blog.biopharm.org.tw/bpipo/index.php?op=ViewArticle&articleId=179&blogId=1>

⁷⁰謝柏宏，節省保健費 藥界：OTC 藥品類應開放。2006.10.26 經濟日報第 32 版。

伍、建議修正草案條文對照表

一、全民健康保險法修正草案條文對照表

本報告建議條文	現行條文	說明
<p>第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師除急診及住院病人用藥外，應將門診處方箋交付保險對象至藥局調劑。</p> <p>前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。</p>	<p>第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。</p> <p>前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規辦理。</p>	<p>本報告說明：</p> <p>為解決藥價差問題，建議採行完全醫藥分業制度。爰此，除急診及住院病人用藥外，其他有關醫師診治病人後之門診處方箋，應強制要求交付保險對象至藥局調劑。</p>
<p>第七十六條 違反第六十二條規定者，處一年以下有期徒刑，得併科新臺幣十萬元以上五十萬元下罰金。</p>	<p>第七十六條 違反第六十二條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>本報告說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據全民健康保險法第62條規定，保險醫事服務機構有提供資料之義務。 2. 為消除藥價差，使健保局核定之藥價與藥商實際售價相同，爰建議對於未誠實提供藥價調查資料者，除加重罰款外，尚應視情節輕重(如詐欺、偽造文書、使公務人員登載不實、商業會計法等)，移送司法機關科以相當刑責。

二、醫療法修正草案條文對照表

本報告建議條文	現行條文	說明
<p>第六十六條 醫院、診所對於急診或住院病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、醫療機構名稱與地點、<u>執業藥師(生)姓名與其執業證書編號</u>及交付年、月、日。</p> <p><u>藥事機構依醫師交付病人之處方箋調劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、執業藥師(生)姓名及其執業證書編號、藥事機構名稱與地點及調劑年、月、日。</u></p>	<p>第六十六條 醫院、診所對於<u>診治之</u>病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、醫療機構名稱與地點及交付年、月、日。</p>	<p>本報告說明：</p> <p>為配合醫藥分業制度：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 除急診或住院病人，得基於應急需要，可由醫院、診所聘請之藥師(或藥劑生)依醫師處方調劑，但應於容器或包裝上載明該執業藥師(生)之姓名及其執業證書之編號以示負責。 2. 醫院、診所之醫師應將一般門診病人之處方箋完全釋出，然後由藥事機構依醫師交付病人之處方箋調劑使用。

三、醫師法修正草案條文對照表

本報告建議條文	現行條文	說明
<p>第十三條 醫師處方時，應於處方箋載明下列事項，並簽名或蓋章：</p> <p>一、醫師姓名及其執業證書編號。</p> <p>二、病人姓名、年齡、診斷病名、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日。</p> <p>三、執業醫療機構名稱、地點與電話。</p>	<p>第十三條 醫師處方時，應於處方箋載明下列事項，並簽名或蓋章：</p> <p>一、醫師姓名。</p> <p>二、病人姓名、年齡、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日。</p>	<p>本報告說明：</p> <p>為配合完全的醫藥分業需要，醫師診治病人所交付之門診處方，除應載明原條文規定之事項外，亦應將醫師之執業證書號碼、病人之診斷病名及執業醫療機構名稱、地點與電話等加以載明，以方便主管機關及藥事機構調劑時之查核和連繫，並保障病人用藥安全。</p>
刪除	<p>第十四條 醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、執業醫療機構名稱與地點及交付年、月、日。</p>	<p>本報告說明：</p> <p>1.本條賦予醫師有處方調劑權，為配合醫藥分業，建議予以刪除。</p> <p>2.至於本條原規定交付病人藥劑時，應於容器或包裝上載明之事項，則予納入藥事法中改列為藥事法第三十七條之一管理。</p>
<p>第二十九條 違反第十一條至第十三條、第十六條、第十七條或第十九條至第二十四條規定者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。但醫師違反第十九條規定使用管制藥品者，依管制藥品管理條例之規定處罰。</p>	<p>第二十九條 違反第十一條至第十四條、第十六條、第十七條或第十九條至第二十四條規定者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。但醫師違反第十九條規定使用管制藥品者，依管制藥品管理條例之規定處罰。</p>	<p>本報告說明：</p> <p>為配合醫師法第十四條之刪除，本條對違反第十四條之罰則規定，亦應一併予以修正刪除。</p>

四、藥事法修正草案條文對照表

本報告建議條文	現行條文	說明
(本條新增) 第三十七條之一 藥事機構依醫師交付病人之處方調劑時應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、執業藥師(生)姓名及其執業證書編號、藥局名稱與地點及調劑交付年、月、日。		本報告說明： 1. 本條新增 2. 為配合醫藥分業，本報告建議將賦予醫師處方調劑權之醫師法第十四條予以刪除，然為使作業連貫及立法明確周延，有關交付病人藥劑時，應於容器或包裝上載明之相關規定事項，則予以納入本(藥事)法中管理，以確保病人用藥安全，並酌作文字修正。
第九十二條 違反第二十七條第一項、第三項、第二十九條、第三十一條、第三十六條、第三十七條第二項、第三項、 <u>第三十七條之一</u> 、第三十九條第一項、第四十條第一項、第四十四條、第四十五條之一、第四十六條、第四十九條、第五十條第一項、第五十一條至第五十三條、第五十五條第一項、第五十七條第一項至第四項、第五十七條之一、第五十八條、第五十九條、第六十條、第六十四條、第七十一條第一項、第七十二條、第七十四條、第七十五條規定之一	第九十二條 違反第二十七條第一項、第三項、第二十九條、第三十一條、第三十六條、第三十七條第二項、第三項、第三十九條第一項、第四十條第一項、第四十四條、第四十五條之一、第四十六條、第四十九條、第五十條第一項、第五十一條至第五十三條、第五十五條第一項、第五十七條第一項至第四項、第五十七條之一、第五十八條、第五十九條、第六十條、第六十四條、第七十一條第一項、第七十二條、第七十四條、第七十五條規定之一者，處新臺幣三萬元以	本報告說明： 配合本法增列第三十七條之一，針對藥局之執業藥師(生)依醫師交付病人之處方調劑時，於容器或包裝上標示之管理罰則。 為配合前條之增列，藥事機構在交付病人藥劑時，若經查察發現未按規定於容器或包裝上載明相關指定事項，則應科以相當罰則，以符合管理需求，並確保病人用藥安全。

<p>者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。</p> <p>違反第五十九條規定，或調劑、供應毒劇藥品違反第六十條第一項規定者，對其藥品管理人、監製人，亦處以前項之罰鍰。</p> <p>違反第五十七條第二項至第四項規定者，除依第一項規定處罰外，當地衛生主管機關得公布藥廠或藥商名單及限期令其改善；屆期未改善者，得停止其營業，其藥物許可證並不准展延或不予受理其製造廠其他藥物之新申請案件，情節重大者，並得廢止已核准之許可證。</p> <p>違反第六十六條第一項、第二項、第六十七條、第六十八條規定之一者，處新臺幣二十萬元以上五百萬元以下罰鍰。</p>	<p>上十五萬元以下罰鍰。</p> <p>違反第五十九條規定，或調劑、供應毒劇藥品違反第六十條第一項規定者，對其藥品管理人、監製人，亦處以前項之罰鍰。</p> <p>違反第五十七條第二項至第四項規定者，除依第一項規定處罰外，當地衛生主管機關得公布藥廠或藥商名單及限期令其改善；屆期未改善者，得停止其營業，其藥物許可證並不准展延或不予受理其製造廠其他藥物之新申請案件，情節重大者，並得廢止已核准之許可證。</p> <p>違反第六十六條第一項、第二項、第六十七條、第六十八條規定之一者，處新臺幣二十萬元以上五百萬元以下罰鍰。</p>	
<p>第一百零二條 醫師以診療為目的，<u>其所開立之處方應交付藥事機構調劑</u>。</p> <p>全民健康保險醫事服務機構除急診、住院病人及經主管機關公告無藥事人員執業之地區外，應將醫師處方箋交付保險對象至藥事機構調劑。</p>	<p>第一百零二條 醫師以診療為目的，<u>並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑</u>。</p> <p>全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。</p>	<p>本報告說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 為配合醫藥分業制度之建立，本條第一項賦予醫師之調劑權應予取消。醫師所開立之門診處方箋應交付藥事機構調劑。 2. 醫事服務機構為應病人急診、住院之需要，或該地區無藥事人員執業，則仍可由該醫事

		服務機構內之藥事人員依據醫師之處方調劑。
--	--	----------------------

五、管制藥品管理條例修正草案條文對照表

本報告建議條文	現行條文	說明
<p>第九條 管制藥品之調劑，<u>由藥師或藥劑生</u>爲之。</p> <p>藥劑生得調劑之管制藥品，不含麻醉藥品。</p>	<p>第九條 管制藥品之調劑，除醫師、牙醫師、<u>藥師或藥劑生</u>外，不得爲之。</p> <p>藥劑生得調劑之管制藥品，不含麻醉藥品。</p> <p>醫師、牙醫師調劑管制藥品，依藥事法第一百零二條之規定。</p>	<p>本報告說明：</p> <p>爲配合醫藥分業，本條賦予醫師及牙醫師之管制藥品調劑權亦應予以取消，並限定由藥師或藥劑生爲之。</p>
<p>第十條 <u>藥師或藥劑生</u>調劑第一級至第三級管制藥品，非依醫師、牙醫師開立之管制藥品專用處方箋，不得爲之。</p> <p>前項管制藥品，應由領受人憑身分證明簽名領受。</p> <p>第一級、第二級管制藥品專用處方箋，以調劑一次爲限。</p>	<p>第十條 <u>醫師、牙醫師、藥師或藥劑生</u>調劑第一級至第三級管制藥品，非依醫師、牙醫師開立之管制藥品專用處方箋，不得爲之。</p> <p>前項管制藥品，應由領受人憑身分證明簽名領受。</p> <p>第一級、第二級管制藥品專用處方箋，以調劑一次爲限。</p>	<p>本報告說明：</p> <p>配合醫藥分業，取消醫師及牙醫師之管制藥品調劑權。</p>
<p>第十四條 醫療機構、藥局、醫藥教育研究試驗機構、獸醫診療機構、畜牧獸醫機構、西藥製造業、動物用藥品製造業、西藥販賣業、動物用藥品販賣業使用或經營管制藥品，應置管制藥品管理人管理之。</p> <p>管制藥品管理人之資格，除醫療機構、藥局應<u>指定藥師</u>擔</p>	<p>第十四條 醫療機構、藥局、醫藥教育研究試驗機構、獸醫診療機構、畜牧獸醫機構、西藥製造業、動物用藥品製造業、西藥販賣業、動物用藥品販賣業使用或經營管制藥品，應置管制藥品管理人管理之。</p> <p>管制藥品管理人之資格，除醫療機構、藥局應<u>指定醫師、</u></p>	<p>爲配合醫藥分業，管制藥品之管理人亦予限定由藥師負責。</p>

<p>任外，其餘由中央衛生主管機關定之。</p> <p>醫療機構、藥局購用之管制藥品不含麻醉藥品者，得指定藥劑生擔任管制藥品管理人。</p>	<p><u>牙醫師或藥師擔任</u></p> <p>外，其餘由中央衛生主管機關定之。</p> <p>醫療機構、藥局購用之管制藥品不含麻醉藥品者，得指定藥劑生擔任管制藥品管理人。</p>	
--	--	--

陸、附錄

附錄一 實施醫藥分業地區之條件指標與實施方式

全民健康保險醫藥分業相關作業規定暨未實際釋出處方虛報醫療費用違規案例
行政院衛生署 91 年 8 月 30 日衛署藥字第 0910054232 號公告：訂定「實施醫藥分業地區之條件指標與實施方式」，並自 92 年 1 月 1 日起實施。

一、指標條件：1.西醫診所周圍一點八公里路程內有健保特約藥局者，應實施醫藥分業。2.西醫診所周圍一點八公里路程內未有健保特約藥局者，經當地縣、市衛生局會同該縣、市醫師、牙醫師、藥師、藥劑生公會代表審查確認後，應將之列為無藥事人員執業之偏遠地區。

二、實施方式：1.台北市、高雄市、基隆市、新竹市、台中市、嘉義市及台南市，維持全面實施之現況。2.其他縣市之西醫診所，除位於山地、離島鄉鎮者外，應全面實施醫藥分業。3.周圍一點八公里路程內未有健保特約藥局之西醫診所，經確認並提報當地縣、市醫藥分業促進委員會議決後，由該縣、市衛生局函報行政院衛生署，公告為無藥事人員執業之偏遠地區。

配合上開醫藥分業之實施，本保險特約醫院及診所交付處方作業及費用給付及相關規定茲說明如下：

一、交付處方作業：

- 1.交付處方需將處方箋交給保險對象，保險對象得自行選擇赴院所外之特約藥局調劑。
- 2.交付調劑時，需於處箋方箋之適當位置加蓋院所日期戳章，以確認處方開立之責任歸屬。
- 3.交付調劑處方箋一式二份，一份交病患供調劑用，另一份處方由特約院所留存。

二、費用給付及相關規定：

- 1.特約醫院及診所交付調劑時，得申報「交付調劑診察費」。
- 2.特約醫院及診所聘藥師且未交付調劑時，得申報「一般門診診察費」、「一般藥費」及「藥事服務費」。
- 3.特約醫院及診所未聘藥師且未交付調劑，若執業場所於經公告實施醫藥分業地區以外之其他地區，得申報「一般門診診察費」、「一般藥費」及「藥事服務費」。
- 4.特約醫院及診所未聘藥師且未交付調劑，若執業場所於經公告實施醫藥分業地區內，得申報「一般門診診察費」，惟不給付「一般藥費」、「藥事服務費」及「交付調劑診察費」。

註：以上 4 點依支付標準表規定。

5.依全民健康保險法第 53 條規定，「醫師所開立之處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法核定不予給付，且

應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責」。

6.病人就診時，特約醫院或診所若有病情需要當開給藥物，而要求病人自費購買健保給付藥品之情事，將依全民健康保險法第 58 條及 75 條規定處 5 倍罰鍰，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 10 條規定及第 32 條第二款之規定，予以違約記點乙次。

茲列舉牙醫未實際釋出處方虛報醫療費用違規案例：

台北縣某甲牙醫診所為圖病人領藥便利，遂與鄰近乙藥局合作，病人就醫後如有用藥需要，可在診所內直接向掛號小姐領藥，藥品則由藥局每週定期送至該診所，該診所同時將藥品處方箋整批交予藥局，由藥局據以向健保局申報費用，該診所則向健保局申報交付調劑診察費。該診所不久被民眾向健保局檢舉疑涉有虛報醫療費用，經健保局會同審查醫師勘驗保險對象全口牙齒，訪查結果雖僅有 2 件牙位申報錯誤個案，並未發現有重大違規事證，惟於健保局人員實地訪查診所時，當場發有藥局人員至診所遞送藥品同時向診所收取處方箋之情事。健保局復再就「是否實際釋出處方箋」部分抽訪保險對象，該等保險對象均表示於該診所就醫後，均直接於診所內領藥，該診所並未交付處方箋，惟該診所有向健保局申報渠等交付調劑診察費，且經勾稽相關費用資料發現乙藥局確有申報相關之藥費及藥事服務情形。該診所及藥局均坦承並未實際交付處方箋予病人，病人的藥品是診所直接給的，而藥局每週至診所收取處方箋一至二次，並提供相同數量的藥品。

本案該診所經查確有未釋出處方箋浮報交付調劑診察費暨藥局有虛報藥費及藥事服務費等情事，故依全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法第 34 條第 1 項第 7 款及全民健康保險法第 72 條規定(附註)，該診所及藥局均遭停止特約 1 個月暨及該醫療費用 2 倍罰鍰之處分，目前相關處分均已執行完畢。

註：

- 一、全民健康保險法第 72 條：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以 2 倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」
- 二、全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法第 34 條第 1 項第 7 款：「保險醫事服務機構於特約期間有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人應予停止特約 1 至 3 個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約 1 至 3 個月。」

<http://www.tda.org.tw/Files/News/0636114560412.doc>

附錄二 藥局設置作業注意事項(民國 93 年 02 月 25 日修正)

- 一、藥局設立，應依藥事法之規定，由藥師或藥劑生親自主持，依法執行藥品調劑、供應及兼營藥品零售業務。
- 二、藥局設置總面積需有十八平方公尺以上，其空間應有調劑處所、候藥區、受理處方箋與非處方藥品供應區及藥事諮詢服務區，但不包含廁所及倉庫等。
- 三、藥局設置之調劑處所，至少應有六平方公尺之作業面積，其環境設施應符合優良藥品調劑作業規範(GDP)之規定。
- 四、藥局不得在醫療機構內，以隔間方式設置。
- 五、藥局申請設立，如與其他營業、執業單位或機構同一樓層或同一門牌地址，應具備各自獨立出入門戶及明顯區隔之條件，且藥事服務作業應獨立進行，民眾進出互不影響。
- 六、藥局設立應有明顯市招，如屬健保特約藥局，應有全民健康保險醫事服務機構標誌。
- 七、(刪除)