

支付制度對產業及執業藥師的影響 -健保制度對原開發藥廠的影響

程馨 秘書長

中華民國開發性製藥研究協會

Jan 17, 2006

前言

- 藥品支付制度是醫療保險政策的重要課題
 - 新藥改善疾病治療率及罹病率，驅動醫療創新
 - 各國政府皆面對藥品費用持續上升的壓力
- 藥品支付制度的複雜性
 - 健保及醫療體制
 - 醫療提供者(代理人)的行為模式
 - 藥品以R&D為驅動力的全球產業，藥品為國際公共財，藥品政策須有國際思維
 - 龐大的R&D費用-國際聯合成本
 - 全球民眾需求- 國際流通市場

各國政府藥價政策與產業政策的平衡

- 政府管制價格
- 促進經濟效率

靜態效率

Static Efficiency

藥價低，接近邊際成本，雖符合短期效率原則，但缺乏投入創新研發誘因



動態效率

Dynamic Efficiency

給予合理藥價；具鼓勵創新研發誘因

藥品支付制度的政策目標

維護病人公平可近性

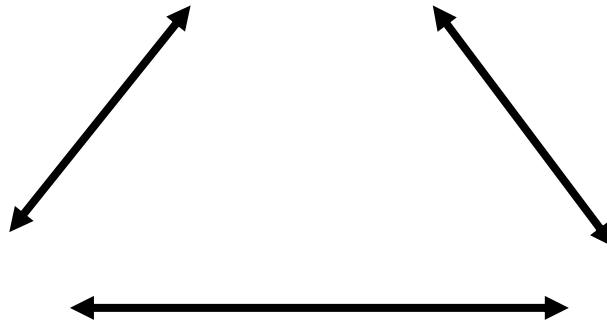
Appropriate Access
- Necessary
- Acceptable to patient

提升資源效率

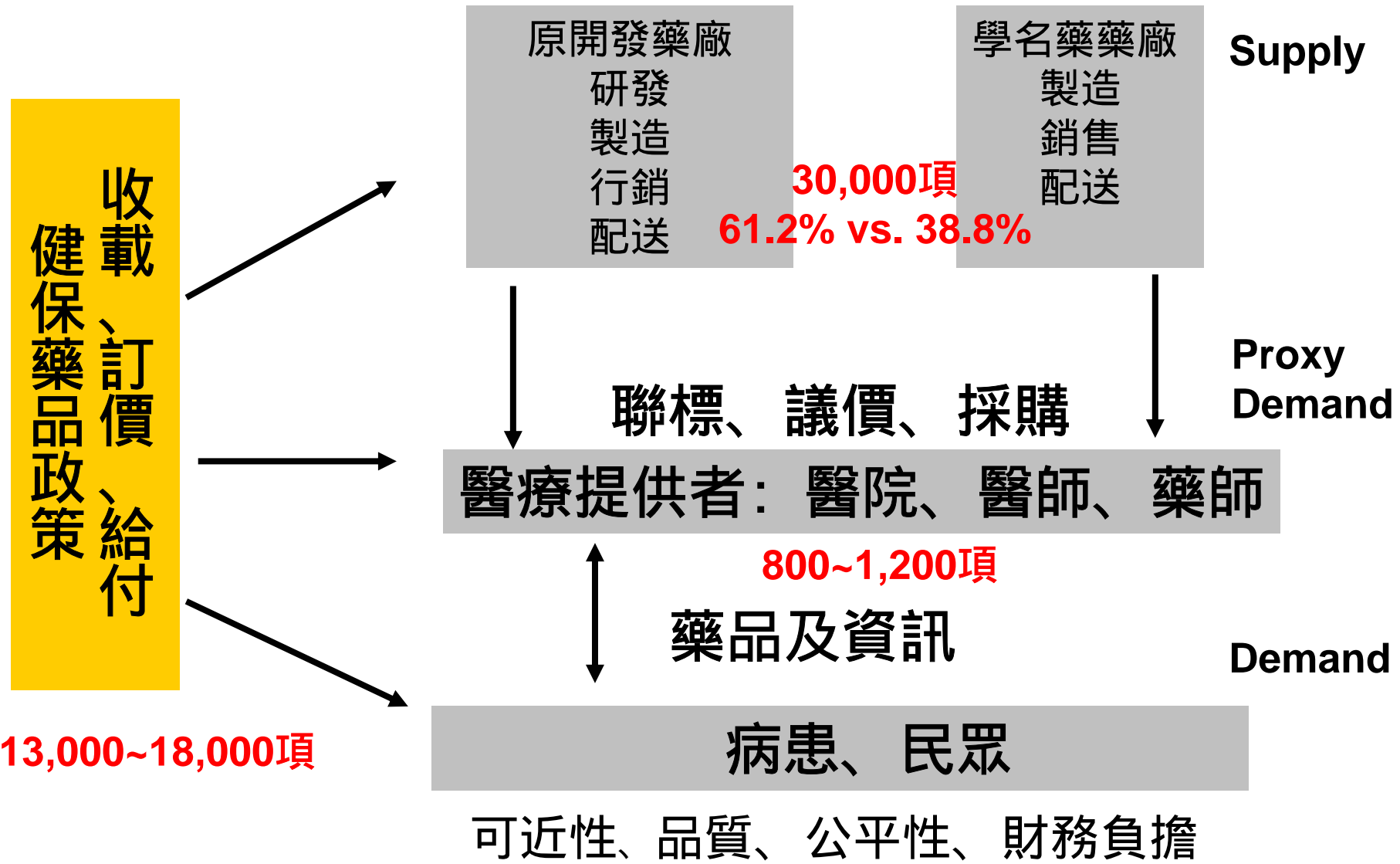
**Quality
Rational Use**
- Quality, Safety,
Efficacy
- Evidence-based

控制藥品費用

Affordable costs
- To system
- To patients



政府產業政策及藥政法規



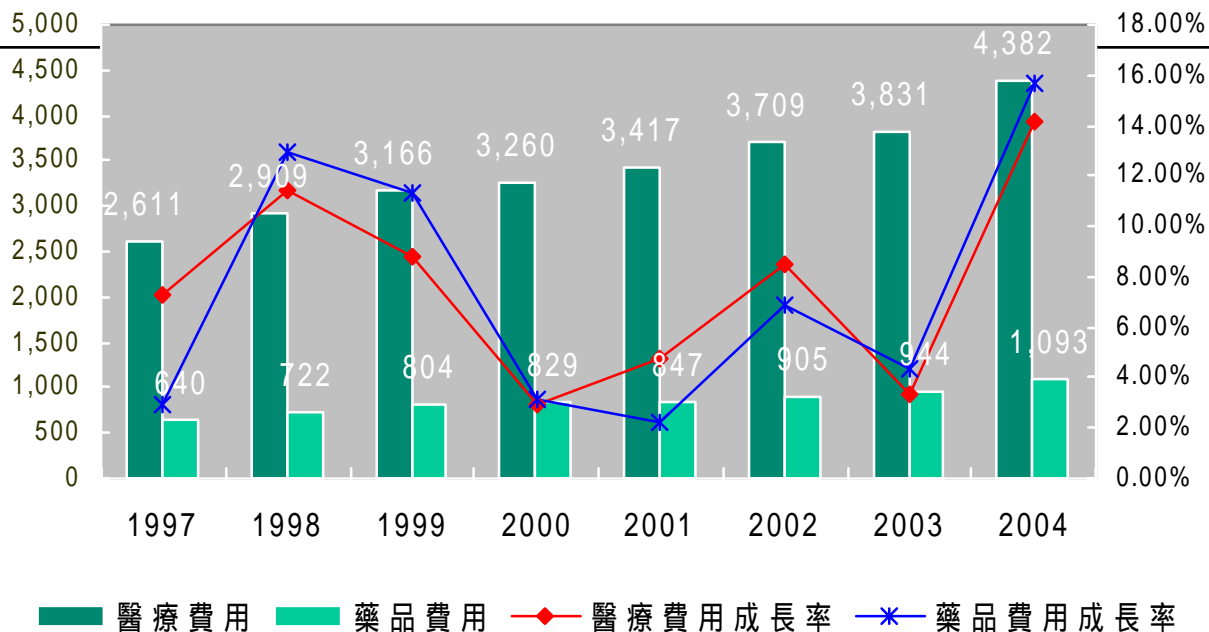
我國健保藥品政策實施方式、頻率及其效果

影響面向	政策分類	實施方式	實施頻率	效果強度
製藥產業	給付藥品品項表	正面表列	+++++	+
	藥價控管	國際價格比較	+++	++
		類似藥品訂價(分類分組訂價)	++++	++
		市場價格訂價: 藥價調查+藥價調降	+++++	+
		藥品價量議定	+	+
鼓勵學名藥使用	學名藥訂價接近原廠藥價	+++++	+	
藥物經濟學評估	要求藥廠檢附藥物經濟學審核	++	+	
提醫 供療者	藥品給付規範	醫療審查同儕抽樣審查擴大回推刪除	+++++	++
	總額預算	西醫基層及醫院總額預算	+++++	+++
消費者	民眾藥品部分負擔	每100元藥費, 藥費部份負擔20元, 以200元為上限	++++	+
	發展OTC市場	健保給付OTC藥品及醫藥分業雙軌制, 影響OTC市場發展	+	-

政策實施頻率: + 很少, ++ 偶爾, +++ 普通, ++++ 經常, +++++ 總是

效果強度: - 無效果, + 低, ++ 中, +++ 高

健保藥品費用及醫療費用金額及成長率 (1997~2004)



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
醫療費用	2,611	2,909	3,166	3,260	3,417	3,709	3,831	4,382
成長率	7.30%	11.40%	8.80%	2.90%	4.80%	8.50%	3.30%	14.1%
藥品費用	640	722	804	829	847	905	944	1,093
成長率	2.90%	12.90%	11.30%	3.10%	2.20%	6.90%	4.30%	15.7%
藥品佔率	24.5%	24.8%	25.4%	25.4%	24.8%	24.4%	24.6%	24.9%

藥品費用成長的因素

□ $E = I \times P \times Q$

- 藥品政策則以控制供給面和需求面的「價」與「量」因子成長，達成節制藥品費用目的
- 產品組合(項目)變化的控制較為困難，觀察亦不易
 - Drug Utilization Analysis的重要性
 - 新藥取代老藥
 - 學名藥取代原廠藥

健保藥品政策集中於藥價控管，但各國經驗顯示藥價並非為藥品費用成長的主因

	資料來源	藥費成長率	藥品費用成長分析			
			舊藥價格		舊藥使用量及藥品組合改變	
Berndt (2002) ¹	1994-2000 美國處方藥品	12.9%	2.7%		10.2%	
			舊藥價格	舊藥使用量	新藥價格	新藥使用量
Barent Group (2002) ²	1993-1998 美國售藥品	11%	2.42%	1.43%	4.62%	2.53%
			藥品價格	藥品使用量	藥品組合改變	
Addis, Magrini (2002) ³	2000-2001 義大利NHS藥品	13.5%	-1.0%		9.5%	
			藥品價格	處方及藥品使用量	藥品組合改變	
PPRS Report (2002) ⁴	1992-2000 英國NHS社區藥局	8.7%	-1.8%		4.9%	
			藥品價格	藥品使用量	藥品組合改變	
PMPRB 2002 年報 ⁵	2001-2002 加拿大專利藥品	13.9%	藥價成長指數		藥品使用量成長指數	
		17.3%	IPPI: 4%, PMPI :-1.2%		PMQI: 15.5%	

1. Berndt, 2002. Journal of Economic Perspectives, 16(4):45-66.

2. Barents Group, 1999, Factors Affecting the Growth of Prescription Drug Expenditures.

3. Addis, Magrini, 2002, Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 11:721-726.

4. Pharmaceutical Price Regulation Scheme, 2003, Seven Report to Parliament, UK,.

5. PMPRB Annual Report, 2001-2002, Canada.

IPPI: Industry Pharmaceutical Price Index, PMPI: Patented Medicine Price Index, PMQI: Patented Medicine Quantity Index

我國健保藥品政策之特色

- **健保藥品支出佔醫療支出25%**
 - 扣除住院部門藥品支出約為20%
 - 藥品費用佔GDP約1.2%，為OECD國家平均
 - 保險給付範圍高，佔85%以上藥品市場
 - 藥價差的膨脹效應
- **獨特之藥品市場分布**
 - **醫院獨大市場**
 - 醫院部門佔80%藥品市場
 - 醫院門診部門約佔50%藥品市場

全民健康保險藥品政策分期整理，1995-2005

時期	藥價訂定	藥品給付	藥品市場特色	政策影響
公、勞保時期 ~ 1995年3月	<ul style="list-style-type: none"> - 廠商自由訂價 - 醫院個別招標及議價 	<ul style="list-style-type: none"> - 依成本加成支付 - 自費病患，依保險給付價，另加成20% 	<ul style="list-style-type: none"> ●藥價高，價格競爭不足 ●藥品市場區隔明顯 <ul style="list-style-type: none"> - 醫院以進口藥為主 - 基層診所以學名藥為主 ●1994藥品市場佔有率 藥局16%，開業醫30%，醫院54% (IMS Data) 	<p>影響健保初期藥品策</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 藥品採統一價格 2. 取消藥品加成給付 3. 給付藥師專業調劑費
內審支付價時期 1995年3月 ~ 1996年11月	<p>「全民健康保險用藥品項表」，由健保局內審機制核價</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 醫院門、住診藥品皆採論量計酬支付 - 基層醫療採「簡表免審」定額日劑藥費支付 	<ul style="list-style-type: none"> ●黑羊藥藥價偏高及同成分藥品價格差距大 ●打破原本藥品市場區隔 <ul style="list-style-type: none"> - 學名藥競爭醫院市場 ●1997藥品市場佔有率 藥局11%，開業醫21%，醫院67% (IMS Data) 	<p>慢性病患向醫院集中，開業醫市場萎縮，醫院門診市場急速擴張</p> <p>醫藥分業進度緩慢</p> <ul style="list-style-type: none"> - 雙軌制 - 門前藥局

全民健康保險藥品政策分期整理，1995-2005

<p>統一支付 價時期 1996年11月 ~ 1999年3月</p>	<p>五大藥價原則制定 「健保統一支付價」</p> <ul style="list-style-type: none">- 無學名藥原廠藥 依國國際中位價- 具學名藥原廠藥 0.85國際中位價- BE學名藥 原廠藥價- 普通學名藥 0.8原廠藥價 參考十國藥價	<p>醫院門、住診藥品皆採論量計酬支付</p> <p>基層醫療採「簡表免審」定額日劑藥費支付。</p>	<ul style="list-style-type: none">● 學名藥進行BE試驗提高藥價● 學名藥與原廠藥品價格接近，以大幅折讓、贈品方式，提供醫院藥價差，使藥品市場競爭日益激烈● 國產藥廠向公平會控告台大之臨床試驗要求為市場競爭障礙	<p>引進國際藥價比較 引進公告參考匯率 健保給付價公告上網 第一次藥品價量調查失敗</p>
<p>藥價基準 時期 1999年3月 ~迄今</p>	<ul style="list-style-type: none">- 公告「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險藥品支付價格調整作業要點」- 2000, 2001, 2003, 2005年藥價調整, 2000年引進「分類分組藥價調整」	<ul style="list-style-type: none">- 2001年7月基層總額預算制度實施降低簡表日劑藥費至3日75元 <p>2002年7月醫院總額預算制度實施，藥品以固定點值一點一元預先扣除。2004年實施醫院卓越計畫</p>	<ul style="list-style-type: none">● 藥品以低價及藥價差為競爭● 藥價調查申報不實之爭議 - 白手套公司、現金捐贈規避藥價調查● 1999年5月政府採購法實施，公共工程委員介入公立醫院聯標● 公平會決議藥價差非公平法規範議題	<p>要價調查無法降低藥價差 聯合採購、門前藥局、公立醫院複數決標 2005年台北市聯合醫院招標案 國內之藥品價格差別市場</p>

產業困境來自於規範藥價與市場機制的矛盾

- 健保多重管控的規範藥價 (regulation price)
 - 創新藥品>70%參考市場現有藥品價格核價
 - 嚴重影響新藥引進
 - 學名藥價為原廠藥品的80%~90%
 - 品項數目未能控管
 - 市場驅動之邊際成本競爭
 - 藥價調查→ 分類分組
 - 交叉使用規範藥價與市場機制
 - 醫院複數決標、分類分組議價
- 只有價格競爭，沒有品質競爭的墮落

藥品費用結構型態分析

專利及監視	藥品分類	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
具專利或 監視	原開發廠藥品	13.9%	14.4%	14.6%	14.2%	15.1%	20.6%	24.5%
	生物製劑	0.4%	0.5%	0.7%	0.9%	0.7%	0.7%	0.8%
	BA/BE學名藥	0.9%	0.9%	1.1%	0.3%	0.6%	0.9%	0.7%
	一般學名藥	0.6%	0.7%	0.7%	0.7%	1.1%	1.0%	1.4%
	小計	15.7%	16.5%	17.1%	16.2%	17.4%	23.2%	27.5%
無專利或 監視	原開發廠藥品	34.2%	34.7%	36.1%	38.8%	39.4%	34.3%	32.7%
	生物製劑	3.2%	3.4%	3.2%	3.5%	3.6%	3.8%	4.0%
	BA/BE學名藥	9.3%	10.6%	11.4%	12.6%	13.3%	13.7%	13.6%
	一般學名藥	37.3%	34.6%	31.9%	28.7%	26.0%	24.8%	22.0%
	TPN	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.2%
小計	84.3%	83.5%	82.9%	83.8%	82.6%	76.8%	72.5%	
總計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

BNHI Presentation, April 2005

本表不含西醫基層日劑藥費、中醫及牙醫申報案件之統計。

世界主要國家學名藥品佔率(%)金額及用量

	<i>Value</i> 金額 (%)	<i>Volume</i> 處方量(%)
USA	7%	34%
Germany	19%	29%
UK	15%	32%
Canada	13%	31%
Japan	3%	3%
France	5%	8%
Spain	6%	6%
Italy	3%	3%

Source: IMS Health Midas MAT Sept. 2003 (Retail & HP)

Remarks: Taiwan HP- generic share in value 38.8% (BNHI 2004)

現行健保藥品政策對生技製藥產業發展及跨國藥廠持續引進投資的兩大障礙

□ 鼓勵創新藥品機制不足

■ 缺乏透明、可預期之新藥核價原則

- 決策採合議制，以節省健保經費、壓低價格為目標
- 健保新藥核價每下愈況（目前為國際中位價之62%）
- 新藥核價原則修訂太慢（產業意見未被接納）
- 廠商未能參與重大給付條件改變之決策

■ 藥價差誘因存在，直接侵蝕藥廠合理利潤（醫院再剝一層皮）

■ 總額預算之下，醫院無引進新藥誘因

□ 藥價差誘因的扭曲行為

■ 醫藥分業無法落實

■ 醫院經營者以藥養醫的心態及市場行為

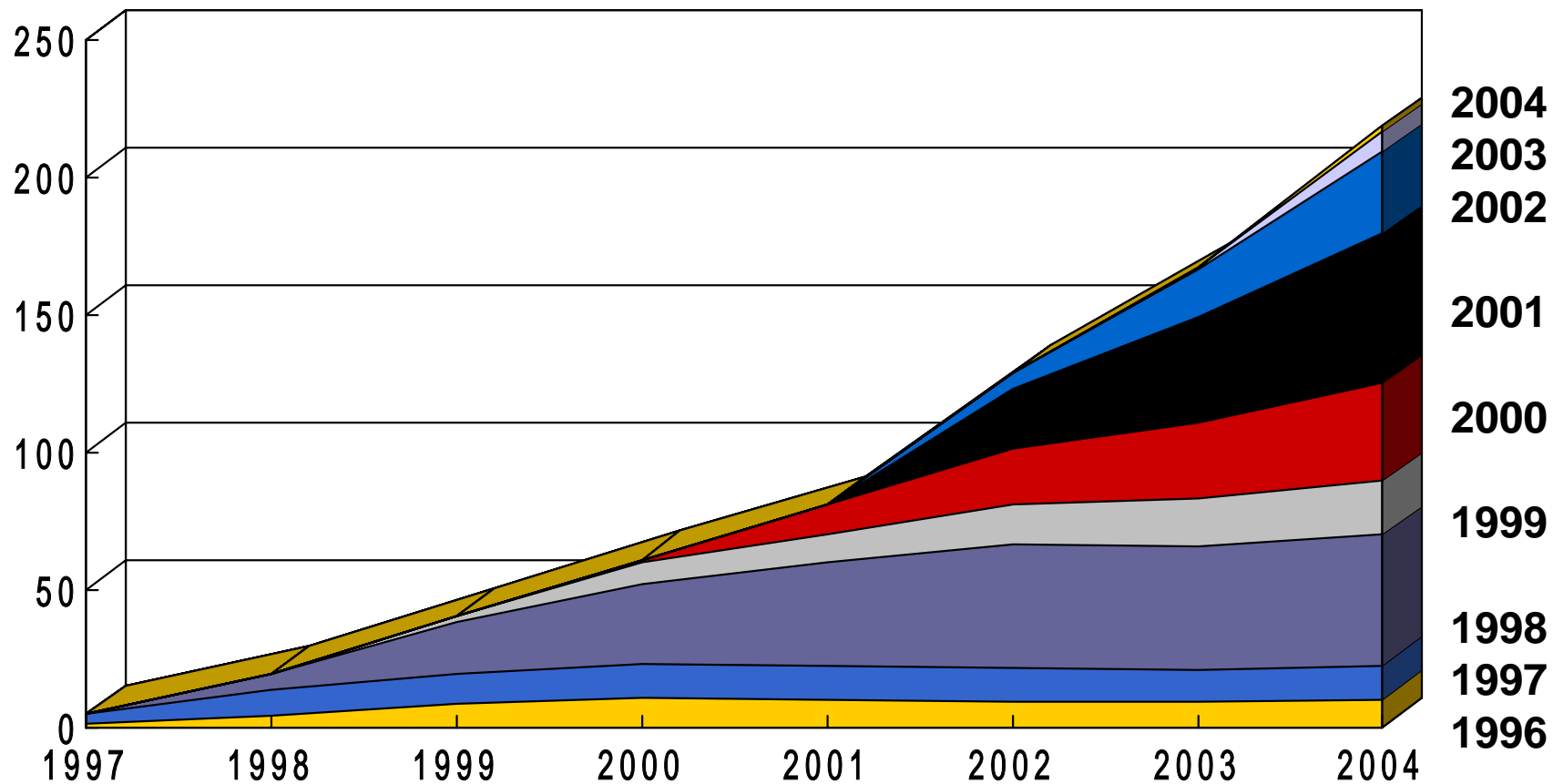
歷年新藥申報金額情形統計

單位：百萬

新藥收 載年度	品項數	86年醫 令點數	87年醫 令點數	88年醫 令點數	89年醫 令點數	90年醫 令點數	91年醫 令點數	92年醫 令點數	93年醫 令點數	合計
85	13	127	450	874	1,113	983	922	922	1,024	6,415
86	54	346	890	1,053	1,211	1,238	1,213	1,202	1,248	8,399
87	75		594	1,901	2,862	3,754	4,534	4,480	4,720	22,845
88	42			235	823	1,080	1,460	1,689	1,948	7,235
89	36				113	1,029	2,021	2,791	3,538	9,492
90	73					348	2,156	3,785	5,428	11,717
91	56						557	1,764	3,002	5,323
92	50							60	688	748
93	82								239	239
小計	481	473	1,933	4,063	6,121	8,431	12,863	16,694	21,834	72,413

1. 新藥：經健保險藥事小組討論且為藥價基準規定之新成分、新給藥途徑、新劑型及新療效複方品項。
2. 醫令申報點數不包括中醫、牙醫及基層診所日劑藥費申報案件之藥費點數。

歷年新藥申報金額情形統1996~2004



對鼓勵新藥給付政策之建議

- 建立透明、可預期之新藥核價以加速健保新藥引進
 - 採取OECD國際平均價原則儘速核價
 - 國際藥價已反應新藥創新程度
 - 確保台灣民眾與先進國家國民有相同使用新藥的機會
 - 上市三年後以OECD平均價做為藥價調整依據
- 總額預算下，應建立透明之新藥預算決策機制
 - 藥價調整之結餘，適當比例應用於新藥之給付

藥價差現象



BNHI 健保局
藥價基準 Pharmaceutical Benefit Scheme

依據藥價基準 100%給付醫院

依據藥價調查訂定藥價基準

醫院與藥廠議定價格
藥價基準20~30% 之折讓
藥品是否進入市場端賴於藥廠提供之利潤

醫院 Hospitals

- 佔80 %以上藥品市場
- 門診部門佔55%以上
- 醫院內藥局部門

藥廠

- R&D 藥廠
- 學名藥廠

排除藥價差的扭曲現象

- 藥價差是台灣醫療體制中的毒瘤
- 應全力推動完全之醫藥分業，以使醫療資源有效運用，確保醫療品質及民眾利益
 - 專業分工
 - 利益衝突
- 排除藥品採購的利潤誘因
 - 部分藥品提供者以藥價差為競爭手段
 - 醫院既得利益者之反對



Thank you!!
