

強化藥品MEA議價策略

醫審及藥材組
何小鳳技正

李伯璋署長：

各位大家早安，我覺得上個禮拜沒有跟你們碰到面，好像好久好久沒有跟你們碰到面了。不過我今天非常謝謝醫審安排這樣的一個 topic，然後我想就是說，有一些內容各位你們自己可以主動提出來，只要覺得對我們同仁再教育有幫助的話就提出來，因為畢竟現在有的人在署本部有的人在分區，那署本部裡面又有各個組別，看起來好像就離得好遠，但實務上就是很多東西都互相要學習，因為有時候不是說自己從來這邊上班到退休都在同一個單位就好。

那今天我們很高興小鳳要幫我們講MEA，MEA事實上也是在整個醫審裡面跟我們各分區來講的話在處理這部分是一個大的學問，畢竟有時候對很多醫院來講，他用藥用多的時候MEA的情況會怎麼樣，那MEA也是我們自己健保署本身來講跟廠商就是互相互動的一個策略，我自己的感覺是，有一些部份是在商言商，那我們的小鳳不要看他這樣溫文的，好像很客氣的樣子，其實小鳳的能力很強，那她今天又主動穿了套裝，這樣跟我們顯示她lady的一面，那掌聲歡迎我們的小鳳。

何小鳳技正：

謝謝署長，也非常感謝大家在這麼一大早這麼大的風雨當中來參

加今天的讀書會，可見得署長的魅力有多大，今天要跟大家介紹的是強化藥品MEA議價策略。

Agenda



Background



Perception in the U.S.



Those Germany has done



What about the NHIA



Conclusion

那這是我的Agenda大家參考一下。

Reference

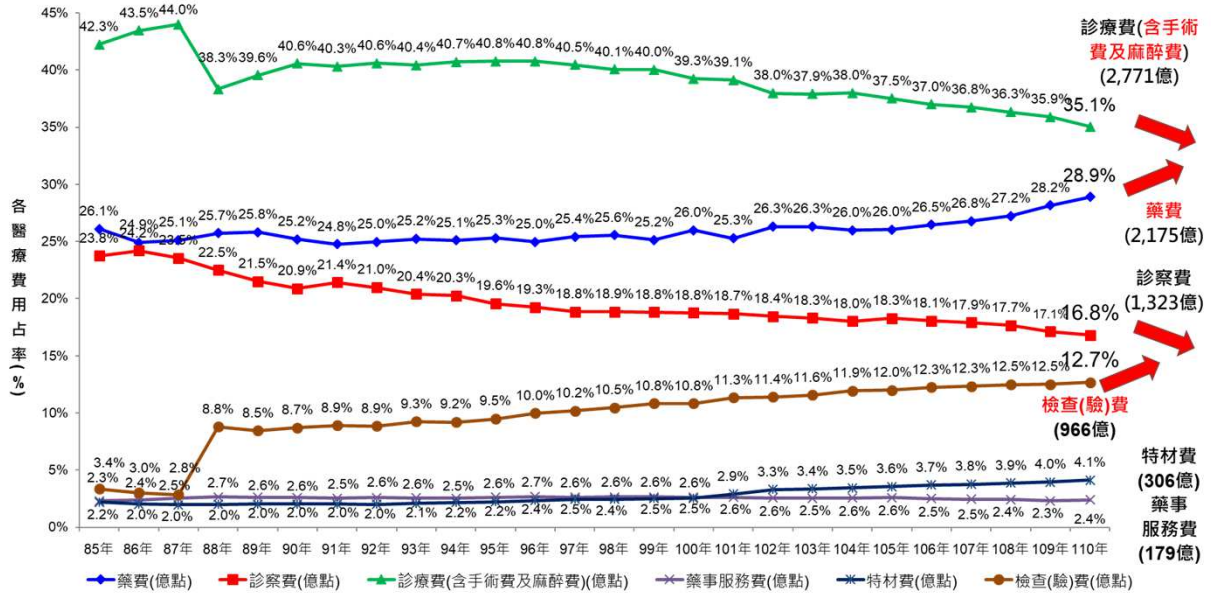
1. Prescription Drug Spending in the U.S. Health Care System, An Actuarial Perspective. American Academy of Actuaries; March 2018
<https://www.actuary.org/sites/default/files/files/publications/PrescriptionDrugs.030718.pdf>
2. Medicare Drug-Price Negotiation — Why Now . . . and How. Richard G. Frank, Len M. Nichols, N ENGL J MED 381:15 NEJM.ORG, October 10, 2019
3. 製藥產業的價值基礎定價, KPMGkpmg.com/tw, Oct. 2016
4. Pharmaceutical Reimbursement And Pricing In Germany. Martin Wenzl and Valérie Paris, OECD, 2018.
5. How drug prices are negotiated in Germany. James C. Robinson, Patricia Ex, Dimitra Panteli, Commonwealth Fund, 2019.
<https://www.commonwealthfund.org/blog/2019/how-drug-prices-are-negotiated-germany>
6. Negotiating drug prices without restricting patient access: lessons from Germany. James C. Robinson, Dimitra Panteli, Patricia Ex, STAT news, June 27, 2019.
https://bcht.berkeley.edu/sites/default/files/germany_offers_lessons_in_negotiating_drug_prices_6.19.pdf
7. Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: How they work and possible improvements going forward. Martin Wenzl, Suzannah Chapman, OECD Health Working Papers No. 115. Dec. 16, 2019. <https://dx.doi.org/10.1787/6e5e4c0f-en>
8. Government Regulated or Negotiated Drug Prices: Key Design Considerations. Paul Ginsburg & Steven M. Lieberman, USC-Brookings Schaeffer on Health Policy, Aug. 30, 2021.
<https://healthpolicy.usc.edu/brookings-schaeffer/government-regulated-or-negotiated-drug-prices-key-design-considerations/?msckid=83d7f83aa82a11ecb938dc28ceafb022>



A woman looks at boxes of medicines displayed in a pharmacy.
Photographer: CHARLY TRIBALLEAU/AFP/Getty Images

我記得上次我講WHO Choice那次讀書會的時候，署長就丟了一個newspaper然後我就要讀七八篇paper，這次署長更高了，直接把指導教授的位置搬出來，給個topic學生自己找吧，所以我就又讀了八篇paper，這些參考資料也是請各位參考。

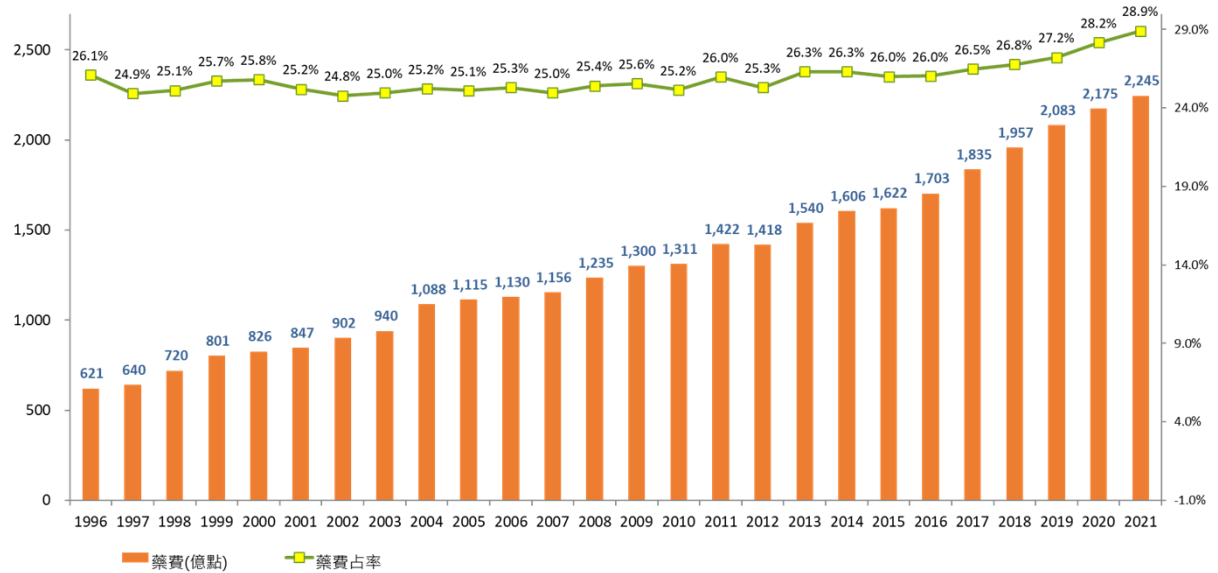
歷年醫療分項費用(占率)



我想故事的開始是在於這張slide，大家對它都不陌生，藥費占率在這張表上安安靜靜的躺了20幾年，最近突然抬頭來到28.9%，雖然扣掉我們所謂的還款之後是28.6%，但他還是讓署長關愛的眼神，就從醫審組轉到了藥材組，從此連科長的惡夢就開始了。

那為什麼藥費在最近突然之間就抬頭了呢？那這是只有我們台灣才有的問題？只是連科長的問題嗎？還是其實它是全球藥業發展的必然現象？

歷年健保藥費支出趨勢



5

把這張slide的占率回歸到藥費，實際上的藥費金額支出來看，確實好像從2017年開始，整個藥費的金額的支出有稍微高一點的成長趨勢。

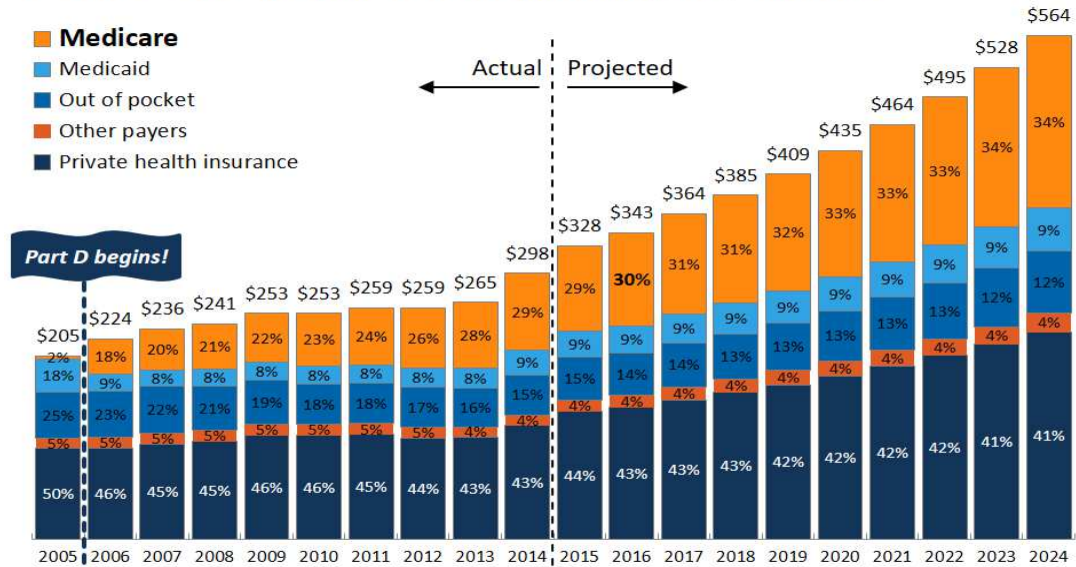
Session 1: Perception in the U.S.

美國的覺醒

6

我們就來先看一看占全球3分之2藥業市場的美國的狀況到底是怎麼樣的。

Total U.S. prescription drug spending, in \$ billions:



NOTE: Medicaid prescription drug spending accounts for rebates.

SOURCE: Kaiser Family Foundation analysis of CMS National Health Expenditure Data for Historical (CY2005-2014) and Projected (CY2015-2024) Retail Prescription Drug Expenditures, 2013-2024.



這是美國數一數二的保險公司KAISER FAMILY在2014年報告中呈現的一張圖表，在這張圖表當中，他們預估從2015年開始到2024年，整個美國的藥品花費會呈現高幅度的成長，大概超過30到34%，雖然最後另外一家統計公司IQVIA在2020年發表的統計報告顯示實際的金額比這個KAISER FAMILY所預估的稍微小一點點，但是成長率也超過30%，所以連科長你放心，絕對不是只有你的問題，是全球都有這樣的問題。所以有遠見的人看到這張圖就知道該著手因應，因此當初就有很多美國經濟界的大老，包括他們的一些政策遊說團體也開始要處理這件事情。

Richard G. Frank

Ph. D., M.D.

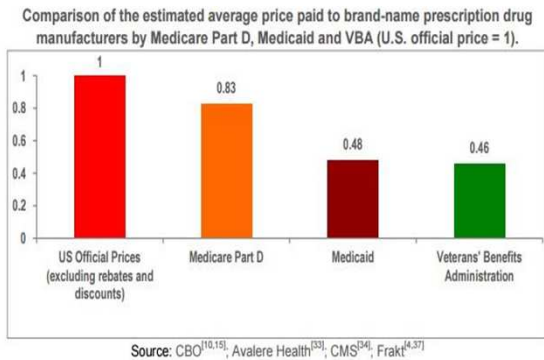


- Director of the USC-Brookings Schaeffer Initiative on **Health Policy**.
- Margaret T. Morris Professor of Health Economics, Emeritus, in the Department of Health Care Policy at **Harvard Medical School**.
- Professor of George Mason University, Fairfax, VA (L.M.N.).
- Assistant Secretary for Planning and Evaluation in the **Department of Health and Human Services**.
- Editor for the Journal of Health Economics from 2005 to 2014.
- Dr. Frank was awarded the **Georgescu-Roegen Prize** from the Southern Economic Association, the Carl A. Taube Award from the American Public Health Association, and the Distinguished Investigator Award from AcademyHealth.
- He was elected to the Institute of Medicine (National Academy of Medicine) in 1997. He is co-author with Sherry Glied of the book "Better but Not Well" (Johns Hopkins Press).

Dr. Richard Frank是一個精神科醫師，也是一個醫療經濟的專家，他曾經在衛生部工作過，並在Harvard Medical School任教，之前獲獎無數，主要是研究個醫療經濟的領域，近期他極力在倡議一些健康政策的策略擬定。

Drug Price Negotiation - Why Now?

- 美國Medicare自2006年設立，雖有藥商還款機制，因藥品支付價皆依廠商訂價，導致每年藥費支出快速成長，其中原廠藥費用對整體支出成長的貢獻度高達63%。
- 根據美國國會預算辦公室(CBO)2015年報告，Medicare平均每張門診處方(30天)原廠藥費用為\$3,590，若改為學名藥僅需\$210。



Negotiation Saves Money!

	Part D Non-negotiated Price	VA Negotiated Price	Negotiating on behalf of Medicare Part D patients could save
Nexium	\$1433	\$848	\$156 billion over ten years
Fosamax	\$764	\$250	
Protonix	\$1148	\$215	
Zocor	\$1486	\$127	

Per patient, per year

<https://welch.house.gov/media-center/press-releases/welch-and-61-house-members-introduce-prescription-drug-price-negotiati-0>

Medicare Drug-Price Negotiation — Why Now . . . and How, Richard G. Frank, Len M. Nichols, NEJM, 2019

這是他2019年在NEJM發表的一篇文章Medicare Drug-Price Negotiation— Why Now . . . and How，這篇文章其實NEJM沒有公開讓你可以free download，必須付費才可以去取得這篇文章。

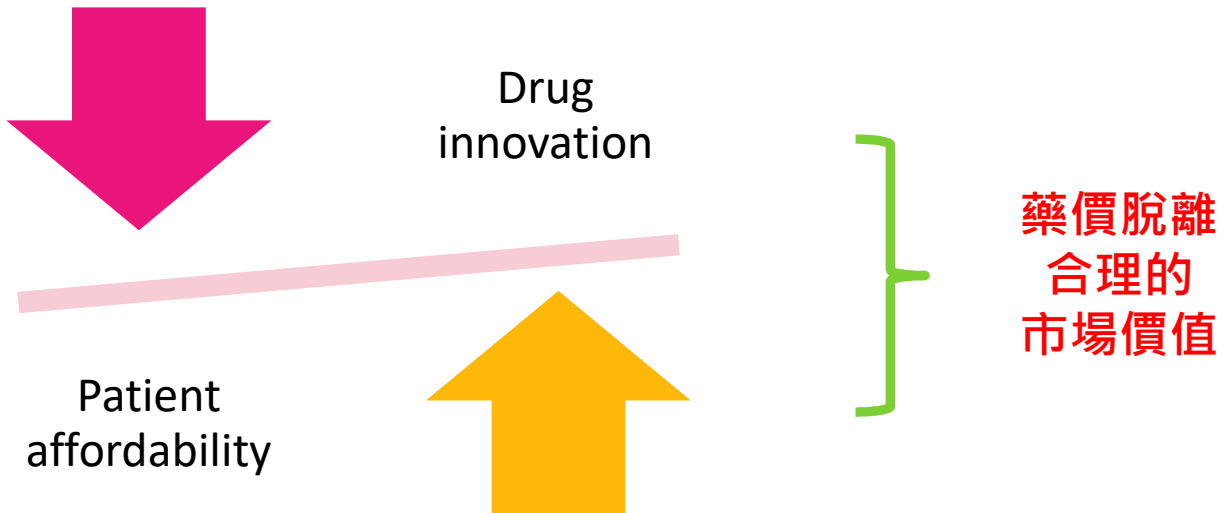
他在這篇文章裡面有提到說，美國的Medicare從2006年設立以後，雖然有一些藥商還款的機制，可是因為藥品支付價都是依照廠商的定價，美國是一個自由市場的環境，所以全部都是由藥商他自己來定價，導致Medicare每年藥費的支出快速成長，尤其其中原廠藥費是對整體藥費支出貢獻度高達63%，這個數字好像跟我們的很接近。

那另外根據美國國會預算辦公室2015年的報告，Medicare平均每張30天的處方箋，它的原廠藥費大概是3,590塊美金，可是你如果把這些原廠藥都換成學名藥的話，只需要花210塊美金，差距很大，超過15倍。

從左邊的這張圖表我們可以看得出來，為什麼Medicare的藥價議題會在他們國內引起那麼大的迴響，因為Medicare的藥費花費，或是說他的藥價幾乎都是VA system，就是美國榮民醫院系統他們有集中的採購系統，幾乎都是VA系統的兩倍，那為什麼他要做冤大頭，同樣東西都買人家兩倍的價格？其實在很早之前，大概2010年的時候，美國佛蒙特州國會議員Peter Welch，他就有提出建議Medicare應該要進行

drug price negotiation，因為根據他的估算，如果把這些常見的藥品做negotiation的話，10年內是可以為美國Medicare省下1,560億美金，這是一個非常龐大的數字，那也因為美國國內有很多這樣的研究報告、倡議團體，包括像Dr. Frank這樣的醫療經濟專家提出了這麼多的呼籲，讓美國開始思考藥品議價這個問題。

Dilemma of drug pricing



10

由於美國自由市場的這種經濟架構，其實讓每一個藥品的藥價都不斷的墊高，大家都很崇尚所謂的drug innovation，尤其是藥業公司，更是不斷的標榜他們需要做很多藥品的研發來拯救民眾，可是在這樣的情形之下，就會讓整個藥價脫離合理的市場價值，所以為什麼之前川普總統才說，為什麼美國人要幫其他所有全球的人去負擔這麼多的藥費，因為研發廠3分之2的藥業市場幾乎都在美國，他們認為美國整個藥價已經脫離了合理的市場價值。

作者觀點



- 仿照德國建立議價機制
- 議價機制的存在，將可終止藥價漫天上揚，解決少數藥物花費占比過高的問題
- 對於一定數量的藥品進行議價在行政上是可行的，而且不會影響市場運作
- 目標性議價可促使藥商導向研發具有高度臨床價值的產品，並解決藥費透支與可負擔性的問題

所以Dr. Frank就提出了一些建議，他認為應該要仿造德國建立一個negotiation的機制，那在這裡我就很好奇到底德國的機制是什麼樣的，讓這位經濟大師可以這麼推崇，那我們先來看一下德國的情形。

Session 2: Those Germany has done 德國做了甚麼

12

到底德國做了什麼呢？

德國健保制度概況

- 保險人：Sickness Funds
- 保險涵蓋率：90%人口
- 總額分為牙醫、門診、住院、**藥品**4個分項**總額**，實施DRG與家庭醫師制度。
- 藥品給付：
 - 除了**負面表列**的不給付品項，其餘歐盟EMA核准上市的藥品皆會給付
 - 每個藥品給付**單一價格**，醫師**不須經過事前審查**，即可處方藥品
 - **住院藥費(含於DRG payment)：全部由健保負擔**
 - **門診藥費：健保負擔84%費用，其餘費用由民眾負擔**
 - **藥品部分負擔：10%**(每張處方最低5歐元，最高10歐元，低收入與多重慢性病患另訂有上限)
 - **藥品差額負擔**：同療效類別藥品(reference price cluster)訂有參考價與給付限量，處方藥量超過給付限量時，病患須負擔所有差額。
- **由地區醫師公會議訂該地區學名藥及生物相似藥的處方目標率，以降低費用**

Pharmaceutical Reimbursement And Pricing In Germany, Martin Wenzl and Valérie Paris, OECD, 2018

13

我先簡單跟大家介紹一下德國的健保概況，德國其實跟台灣很像，他也是有一個總額制度，然後他也是一個單一保險人Sickness Funds，涵蓋了90%以上的人口。那他分為4個總額，牙醫、門診、住院、藥品總額，實施DRG與家醫制度，在藥品給付部分除了有一些負面表列的不給付品項，例如說OTC、美容、保健品這些是列在負面不給付的品項，其他在歐盟EMA核准上市的藥品他通通會付，而且醫生不需要經過事前審查即可處方這些藥品，每個藥品給付單一價格，看到這裡我就想那他們的藥費不是就很恐怖嗎？因為都讓醫師自由處方，不過它還是有藥品總額的限制。我們再看下去，住院的藥費也全部都是健保負擔，只是說門診的藥費是健保大概是負擔84%，其他的16%是病人用部分負擔或是差額負擔去分攤掉，所以他的整個架構下面，還是賦予民眾有他一定的責任，不是說永遠都free lunch，另外有一點讓我很敬佩的就是，他們其實是由地區醫師公會議訂該地區學名藥及生物相似藥的處方目標率，比如說我這一區的醫師公會就自己講好，一定要有一個生物相似藥的處方目標率，因為用生物相似藥我們知道可以降低整個的藥費，在這方面他們也賦予他們的醫師團體一個很大的責任就是說，我所有的整個健保的藥費支出都是大家共同的責任，沒有一個人是不需要負責的。

德國健保藥品訂價概況(1)

- 2011年前，所有新藥都採同一固定比例折扣訂價
- 2011年，德國健保藥物支付標準(AMNOG)立法，並建立**聯邦共擬會議(G-BA)**，由國家醫師/牙醫師公會代表、醫院代表、Sickness Funds及病人代表(接受諮詢)組成
- G-BA的藥品專家小組與IQWiG(Institute for Quality and Efficiency in Health Care)負責評估新藥是否具有額外臨床效益或成本效益，以供Sickness Funds訂價
 - 新藥若比現有標準治療具有額外效益，則Sickness Funds參考現有標準治療與藥商議價；
 - 新藥與現有標準治療同等療效，則依同療效類別的參考價訂價；
 - 新藥若無額外效益且非屬同療效類別，則需議價，以人年藥費不高於現有治療為原則
 - 無給付必要者(如OTC、草藥等)或議價不成者，列入負面表列的不給付品項

Pharmaceutical Reimbursement And Pricing In Germany, Martin Wenzl and Valérie Paris, OECD, 2018

14

那德國健保藥品的定價概況呢？他在2011年前，所有新藥都是固定的一個rebate比例，例如說不管什麼藥品反正就是固定6%、7%這樣，但是在2011年以後藥品市場改革法案立法，建立一個聯邦聯合委員會，這個聯邦聯合委員會跟我們的藥物擬訂會議非常的相像，一樣是由國家醫師、牙醫師公會代表、醫院代表、保險人代表、病人代表來組成，只是他的成員組織人數比我們少一點，他也跟我們一樣，病人代表也沒有投票權，只是接受諮詢，看到這裡其實我相信或許台灣當初藥物擬訂會議的機制是參考德國而來的。

那G-BA裡面有一個藥品專家小組跟IQWiG，這個組織就跟我們的HTA組織一樣，他也是一個專門評估藥品臨床效益或成本效益的單位，所以G-BA的藥品小組跟IQWiG的成員會負責評估新藥是不是有額外的臨床效益或是成本效益，提供給Sickness Funds保險人來跟藥商議價。新藥如果比現有的標準治療具額外效益，當然Sickness Funds就會參考現有的標準治療跟廠商議價；新藥如果跟現有標準治療品同等療效，也不用議了，直接用reference price，直接用一個group的參考價，節省行政作業；那新藥如果沒有額外效益，而且找不到跟他同類的藥品的話，那這個時候還是要給這個新藥有申訴的管道也可以來議價，但是就是用人年藥費不高於現有的治療為原則，因為它並沒有額外的效

益；對於一些沒有給付必要的像OTC、草藥或議價不成者就列入一個負面表列的不給付項目。

所以整個流程、整個藥品的分類、整個藥品議價的作業，其實都規定的非常清楚，哪些該議、哪些不用議、哪些怎麼核價、哪些就直接不要了，很清楚，所以這讓藥商他們其實也可以比較容易作業。

成本效益閾值 (Cost-effectiveness thresholds)

- Incremental cost-effectiveness ratio, ICER

$$ICER = \frac{Cost_a - Cost_b}{QALY_a - QALY_b}$$

- 多花的成本/多得到的QALY (quality adjusted life year, 生活品質校正生命年)



醫療科技的價值
(value for money)

15

剛剛提到他們考量這個藥品到底有沒有具有額外的臨床效益，其實就是我們這幾個月來讀的這本書Value-Based Healthcare一樣，整個精神其實都在於考量醫療科技的價值，都在計算新藥的ICER值、成本效益，到底符不符合我去付這麼多錢來額外收載，或者說給他一個額外的核價，所以仍然回到ICER值、醫療科技的價值這樣的概念在運作這整件事情。

德國健保藥品訂價概況(2)

- 藥商提出之國際參考價格需符合以下條件：
 - 需為歐盟成員國
 - 國家人口總計(不含德國)需至少達歐盟總體人口之80%
 - 國家經濟表現需與德國相當
 - 藥商需提供所列國家該藥品**真實出廠價**，若無法揭露則依G-BA之估算
- 學名藥直接以療效分組(therapeutic grouping)之參考價核定，部分學名藥與biosimilar會視用藥鼓勵方案而進行協議還款(rebate)
- 除非特別明訂限期，否則**議價合約持續有效**

Pharmaceutical Reimbursement And Pricing In Germany, Martin Wenzl and Valérie Paris, OECD, 2018

16

另外就是，藥商他也可以提出一些國際參考的價格，來讓德國的Sickness Funds保險人考量要怎麼核價，但是這些參考國家的經濟表現必須要跟我德國相當，我不去參考台灣的價格，因為台灣的經濟表現跟德國絕對不一樣，而且藥品只要未來EMA一旦核定的話，是全部所有德國的民眾、醫師都不用事前審查就可以處方，所以他一定要參考一個跟他國家經濟表現相當的國家的核價基礎。

另外一個就是藥商必須要提出所列國家該藥品的真實出廠價，要不然就像署長常常罵我們：你們到底知不知道人家賣多少錢？那事實上，雖然說德國立法藥商應該要提出，藥商也不見得一定會提供給德國的保險人，但如果廠商已經有跟原廠簽訂一些無法揭露的條件的話，那G-BA也不為難他，沒關係你沒辦法提供，那就依我算的為準，因為他們有一個HTA的小組，一樣可以幫他們做一些合理藥價的計算。另外剛剛有提到，學名藥的部分就直接用grouping參考價的方式來做核定，部分的學名藥跟biosimilar也會有一些用藥的鼓勵方案，會有一些折扣的方式，或者是進行協議返還。而且一件滿有趣的事情就是說，他們一旦跟藥商簽定議價的合約，如果我沒有特別說是2年、3年的話，他就永遠有效，直到我認為需要renew為止，那這樣也可以節省很多不必要的行政作業，不會像我們現在每2年、每3年，又要提前半年作業，

每天都是搞的人仰馬翻，以上是德國健保藥品定價的概況。

德國藥品 議價機制



How drug prices are negotiated in Germany, James C. Robinson, Patricia Ex, Dimitra Panteli, Commonwealth Fund, 2019

17

那我們再把他整個流程順一遍，這是另外一篇paper所提到的，德國藥品的議價機制就是，只要在EMA上市，德國健保都會先用廠商的定價直接給付，在這一年當中先用廠商的定價直接給付，醫生也可以直接處方，都不需要經過事前審查，可是在一年當中廠商必須要submit evidence dossier，就是要提出臨床實際的證據資料給G-BA跟IQWiG，他們就會去進行HTA評估，看看到底是不是有額外的臨床效益，通常3個月以內就必須要完成第一次的評估。

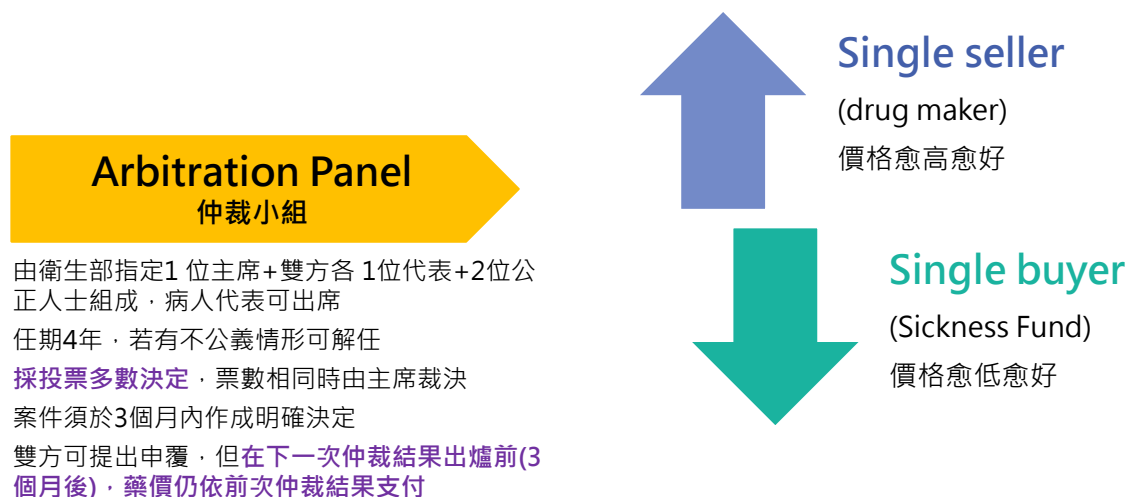
3個月以內完成第一次的評估後就會進到下一關，如果這個藥品具有額外的臨床效益，那G-BA就要跟這個藥商開始進行negotiation；如果這個藥品的評估之後沒有辦法找到一個參考核價的grouping的話，也要進行negotiation；可是如果沒有特殊的臨床效益，保險人就直接可以用reference price核價；如果是要放到負面表列的藥品，G-BA就直接公布這個東西不收載。

那這些事情在第一個階段3個月以內就必須要完成，我還是要再強調一次，就是在新的藥價還沒出來前，德國保險人都是用藥商的定價來支付，這個其實給藥商很大的incentive，會拼命的衝上去這個市場，而且在一年內，都是保障收益的，這樣會有一個好處，就是說新藥絕對可以在德國上市，民眾絕對可以用到他想要的新藥。

回到negotiation這個部分，如果說經過一次、兩次、三次的藥品議價都沒有達成協議的時候怎麼辦呢？在第一年結束的時候，他一定會有一個前次G-BA所核定的藥價，可是如果廠商還是覺得我的藥品價值很好，我不願意用這樣的價格來供貨的話，那就會到進入到下一個階段。

下個階段就是一個arbitration第3方的仲裁機制，你說你好，我說我好，那只好找個公公婆婆來看看到底誰比較好，所以這是他的第3方協調機制，可是這個協調機制也不是因為還沒協調成就沒有藥價，不是的，G-BA會以它前一次核定的藥價來支付，直到arbitration結束之前都會用原來核的價格支付，那一旦仲裁的結果如果認為廠商講得比較有道理，結果是以廠商的價格來做新的給付價格的話，那個新的支付價格也會回溯到第二年一開始就用那個支付價格給付，會有一個回溯性的動作，這樣有個好處就是說，假如原先核的藥價假設說是比較低的，政府的核價通常都比較低的，仲裁結果也認為說，是要依政府的價格的話，那我就依政府價格，從第二年一開始一直給付下去都沒有問題，可是如果仲裁結果是認為藥商講的比較有道理，要給比較高的價格，那那個比較高的價格也會回溯性從第二年一開始給藥商，補足藥商的損失，所以這樣子對廠商來講，他就不擔心說他在這個市場有很大的風險，這就是德國整個藥品的議價流程。

Collective negotiation in Germany

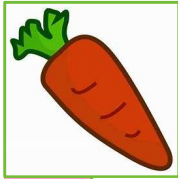


18

我剛剛有提到，對一個single seller跟一個single buyer來講的話，藥商絕對是價格越高越好，那single buyer像我們政府，當然是署長授權給我多少額度就只能講多少額度，而且當然是越低越好，因為畢竟費用是有限的，所以為什麼這個時候他們要設立一個仲裁小組在這邊協調，就是協調兩方，不要讓這整個事情就僵在那裡，因為一年內就必須要完成所有的核價動作。

這個仲裁小組由衛生部指定一位主席，第三方的公正主席，雙方就是seller跟buyer各有一個代表，而且有另外的兩位公正人士，同時病人代表也可以出席，病人代表可以去現場聽聽到底是政府比較有理，還是藥商比較有理，同樣的他可以出席，但沒有投票權。整個仲裁小組任期大概4年，如果有任何團體檢舉說哪一個人不公平，都偏袒哪一方的話，是可以把他解任的。德國因為蠻重法律的，所以他們有這樣的一個機制存在，而且是採投票多數的決定，票數相當的時候當然主席那一票就非常重要，同時案件也必須在3個月內就要做成明確的決定，不可以延宕在那裡，不然你回去再想一想，我回去也再想一想，這是我們現在常常有事情，不行的，3個月內，總之這幾個人就是要投票做出決定，那雙方都可以提出申覆，不只藥商可以申覆，我政府如果覺得這個仲裁小組比較偏頗藥商的話也可以提出申覆，可是在下一次仲

裁的結果出爐前，藥價都會依照前次仲裁結果來支付，以這個價格公布在網路上，整個作業流程都是非常透明的，這也讓藥商有一個可預期的作業及營運的方向。



胡蘿蔔

- 除了負面表列者，藥品經EMA核准後，即依藥廠定價予以給付
- 健保於1年內完成效益評估與議價，新價格自第2年生效
- 年藥費 < 100萬歐元或罕藥年藥費 < 5000萬歐元免議價



棒子

- 倘未達成協議，將失去整個市場(all or none)
- 藥商持續有新藥，常會碰到同一位議價員，影響下一次談判
- 藥商定價形象受健保、醫師公會、病人代表與衛生部共同檢視

Negotiating drug prices without restricting patient access: lessons from Germany, James C. Robinson, Dimitra Panteli, Patricia Ex, STAT news, June 27, 2019

19

我覺得整個德國的議價機制其實充分的利用了我們談判技巧裡面的胡蘿蔔跟棒子這兩個理論，胡蘿蔔就是除了負面表列，其他的藥品經過EMA核准以後，都會依藥廠的定價先給付一年，然後健保在一年內必須完成整個效益評估跟議價，而且新的價格是從第二年才開始生效，即使你後來仲裁也是回溯到第二年開始用新的價格來計算。那另外他也有一些例外條款，比如說年藥費若是<100萬歐元，或是罕藥年藥費<5000萬歐元的這些，就不用議價，你說多少錢我就是買單，因為對於這些金額比較小的，我可以省去行政作業，而對於這些罕藥我就是照顧罕見病人，這是保險人必須要做的保護弱勢的一個動作。

那棒子是什麼呢？對廠商來講，如果沒有達成協議，他就會失去整個市場，因為被列入負面表列的時候，就是所有的醫生通通都不能處方，所以這是一個all or none的情境，廠商就會很掙扎，如果只差個2塊錢，只差10塊錢，我要不要就答應政府，因為這個市場是很大的，就不要掙扎了。那這個棒子的力道其實是非常大的，因為整個德國藥品的市場比我們台灣大很多倍，而且是不是進入德國，也會被歐盟的其他國家所參考，所以廠商在這邊都會很仔細的斟酌。那另外就是藥商都持續有新藥，常常會碰到同一組議價員，我剛剛提到德國他有一個議價小組在議價，你如果常常都碰到我來跟你議價，你就知道我的

脾氣在哪裡，而且我會記得你之前是不是對我好，所以藥商也會常常碰到相同的議價員，那這會影響到他下一次談判，另外因為整個談判過程病人代表是有參與的，醫師公會、衛生部也有參與，他們都是整體來跟藥商做協調的，所以這個藥商的形象就會在整個談判過程當中受到大家嚴格的檢視，如果有一些小報說這個不良藥商總是欺負政府，這新聞一出來的話，對於那家藥商其實也是殺傷力很大的，所以他們把棒子放在這裡，讓藥商除了甜頭，也是要有些規矩、有些道德必須考量，這就是整個德國的議價機制。

德國藥品議價機制成功的3個重要因素

- 自2011~2018年，G-BA的評估報告顯示**43%新藥不具額外臨床效益**、18%新藥為“無法量化”的正面效益(多數為罕藥)、17%新藥有些微的額外效益、23%新藥具中等程度額外效益，而**僅有1%新藥有明顯的臨床效益提升**。
- 2011~2019年，共230個新藥進行議價，其中35個(15%)透過仲裁機制議定支付價、28個(12%)退出給付。
- 相較藥廠之定價，不具臨床(經濟)效益者降價大，**透過議價機制，估計幫政府節省21%的支出**。儘管如此，德國藥品支付價在歐盟仍屬高段班，但遠低於美國。
- **德國藥品議價機制成功的3個重要因素**
 - 資料公開透明，且以實證為基礎來評估新藥的臨床/經濟價值
 - 以新藥的臨床/經濟價值(ICER)來議定可負擔的支付價
 - 買賣雙方認同評估過程的公平性、財務永續性，以及對新藥研發的持續投資



How drug prices are negotiated in Germany. James C. Robinsom, Patricia Ex, Dimitra Panteli, Commonwealth Fund, 2019

20

另外一篇文獻提到德國藥品議價成功有3個重要的因素，我們來看一下。他的統計是從2011年到2018年，G-BA的評估報告顯示，43%的新藥其實都沒有額外的臨床效益，都只是跟現在的治療差不多而已；18%的新藥是無法量化的正面效益，這種罕藥，他說我可以感覺比較好、清晨醒來的時候手指比較不僵硬等等，例如這一些無法量化的正面效益；17%的新藥是有些微的額外效益；23%只有中等程度的額外效益；而僅僅只有1%的新藥有明顯的臨床效益提升，所以很多這些廠商所宣稱的innovative的new drug到底是不是真的有額外的臨床效益，我看到這篇文章以後，我也是深深的要省思一下，到底新藥是不是真的那麼有效，我們每次都聽廠商講，這個很好那個很好，我想我們回過頭來真的要去看一些paper，來檢視一下新藥的狀況到底是如何。

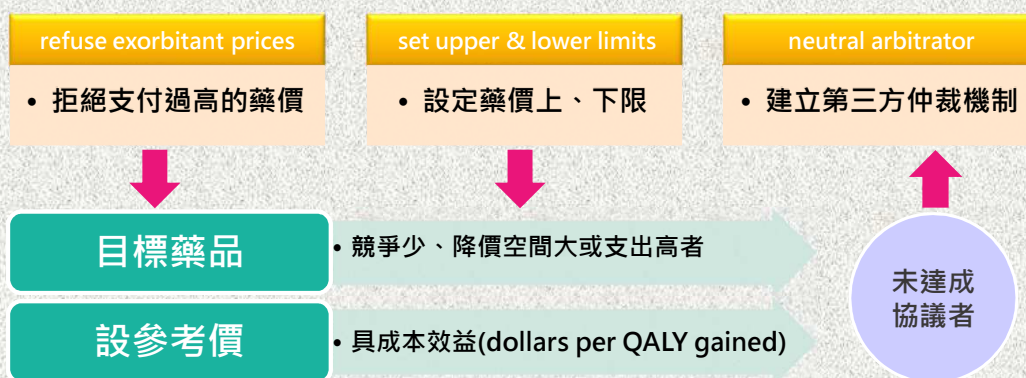
從2011年到2019年總共有230個新藥在德國進行議價，其中只有35個，大概15%透過仲裁機制來議訂支付價；28個，大概12%是退出給付。所以可以看到，其實整個德國的議價機制好像也沒有那麼多廠商不屈服，只有15%是真的走到最後的仲裁機制來做處理，在大部分的情況之下，都是德國的保險人跟藥商就可以達成協議，那他們最主要靠的就是我剛剛所提到的，他們有很清楚的ICER值的計算，而且這些ICER值的計算都是公開的，所以數據就一翻兩瞪眼，你還有什麼話

好講。

這篇paper就講，相較藥廠定價，當然不具臨床效益的就要降很大的價格，而且透過議價機制，他估計幫政府節省了21%的支出，那他的3個重要因素就是我剛剛提到的，資料必須要很公開、透明，而且是以實證為基礎的評估新藥的臨床價值，同時也是要以一個ICER值議訂可以負擔的支付價格，那最主要就是剛剛提到大部分的廠商最後都還是同意政府的核價，就是因為雙方都認同這整個核價評估的過程是一個公平性的，而且他是為了德國健保財務的永續性，還有對於新藥研發持續去做一個投資的一個很好的方式。

...and How?

Targeted bargaining strategy



Medicare Drug-Price Negotiation — Why Now . . . and How, Richard G. Frank, Len M. Nichols, NEJM, 2019

21

看完了德國的議價機制，我們再回過頭來，Dr. Frank因此參考得過議價機制提出了一個策略，考量到美國是一個自由市場的環境，經濟行為長久以來都是資本主義掛帥，所以不可能去對所有的藥品都進行議價，而且這是一個非常大的工程，因為幾乎所有的新藥都會在美國上市，所以Dr. Frank建議Medicare可以做目標性的議價策略，所謂Targeted bargaining strategy，那什麼目標性呢？他有3個主要的因素，第一個因素，他認為Medicare應該要宣示我拒絕支付過高的藥價，我的財務就是這樣，我不可能去支付過高的藥價，要對外正式宣示，而且我只對於有額外臨床效益有價值的新藥，我才願意給付比較高的價格，那一旦這樣的立場宣示下去，好處就是會促使這些藥商不再提出一些不合理的藥價，當然少數的藥商還是會這麼做，但他畢竟是一個方向的引導，會促使這些藥商去研發真正具有額外臨床效益的新藥。

同時Medicare也應該要設定藥費上下限，具體的作為怎麼做呢？他認為可以先從競爭少，例如說，同藥理分類、只有一個或兩個成分的、罕藥這些競爭少，然後降價空間大，譬如說肺癌、乳癌第一線的標靶藥物，市場非常的大，那降價空間絕對也很大的那些藥品，或者是支出很高者，比如說排名前10名的這幾個藥品，你可以從這一些目

標的藥品去做議價，而不是全面的去做，因為全面去做的話耗費太多行政成本了，那怎麼去設定這個藥費的上下限呢？Dr. Frank還是回到所有經濟學的原理，就是dollars per QALY gained，到底多花了一塊錢，你多得到了什麼東西，用這樣的精神去做這這些藥品的議價，你才會有所本，廠商也比較容易接受。

那當然他也提到說，Medicare在初期不可能一下子做很多議價，即便是競爭少、降價空間大、或支出高者，在美國的藥品品項也都非常多。所以他也提到說，初期的時候就先從3個條件裡面如果都符合2個條件的來做，也不要一步登天，很多事情改革本來就要慢慢來的。那最後他也倡議比照德國建立第3方的仲裁機制，就是跟廠商議價如果沒有達成協議者，就走仲裁機制讓第3方公正單位來處理。

作者觀點



- 仿照德國建立議價機制
- 議價機制的存在，將可終止藥價漫天上揚，解決少數藥物花費占比過高的問題
- 對於一定數量的藥品進行議價在行政上是可行的，而且不會影響市場運作
- 目標性議價可促使藥商導向研發具有高度臨床價值的產品，並解決藥費透支與可負擔性的問題

Medicare Drug-Price Negotiation — Why Now . . . and How, Richard G. Frank, Len M. Nichols, NEJM, 2019

22

稍微小結一下Dr. Frank的觀點，除了剛剛所提到仿照德國建立議價機制以外，他認為這個議價機制存在將可中止藥價漫天上揚，然後解決少數藥物花費佔比過高的問題，而且只對一定數量藥品去進行議價，在行政上面是可行的，也不會影響整體這個自由經濟市場的運作，那最重要的就是目標性的議價可以促使廠商導向研發具有高度臨床價值產品，透過這樣子可以解決藥費透支及可負擔性的問題。

The Medicare Drug Price Negotiation Act of 2021

- **Allowing Medicare to Negotiate Lower Drug Prices**

- 可對高價藥、藥價顯著提高者、藥費支出貢獻度大者或是寡佔市場藥物排序進行議價
- 以五個國家(加拿大、英國、德國、法國、日本)的藥價基礎，與藥商協議校正回歸藥價，若無法達成協議，則自動生效校正回歸的價格
- 建立藥商申覆重新協議藥價的機制
- 為保障民眾用藥，目前規定內的特定類別藥品(如特殊必要藥品)將強化持續給付

- **Restoring Low-Income Beneficiary Rebates**

- 重啟藥商對低收入戶返還一定比例藥費的機制(2006年Medicare Part D建置時取消此機制)

- **美國國會預算辦公室(CBO)估計10年內可至少節省1480億美元**



Summary-The-Medicare-Drug-Price-Negotiation-Act.pdf (senate.gov)

23

經過很多人的倡議，美國真的就在2021年啟動立法Medicare的藥價協議法條，那這個2021年藥價協議的法條裡面就提出，未來Medicare可以對高價藥、藥價顯著提高者、藥費支出貢獻度大者、或是寡佔市場藥物的排序進行議價，所以幾乎就是Dr. Frank剛剛所建議的條件，但是並沒有採用Dr. Frank第3方仲裁的機制結構，因為畢竟美國的藥商、遊說團體還是很有力的，那些藥商也不是省油的燈，所以最後提出的建議是，用5個國家，加拿大、英國、德國、法國、日本，基本上也是經濟規模屬於前幾名的大國，也都有執行公營保險國家的藥價作為一個基礎，來跟廠商協議現在已經給付藥品要怎麼去校正回歸支付價，如果沒有辦法達成協議呢？我不走仲裁了，直接生效校正回歸的價格，一方面也是要秀出政府的power，我既然是要付這個錢，我就應該要有能夠做決定的權力，而不是什麼事情都聽廠商的，或什麼事情都要廠商滿意才可以，雖然說這個法條提出來以後，很多人也質疑Medicare真的能夠這麼執行嗎？我們也還不曉得，因為2021年才剛啟動立法的，未來我們可以仔細的觀察，但是美國國會預算辦公室就預估，經由這樣的法案，在10年內可以至少節省1,480億美金，是非常龐大的金額。

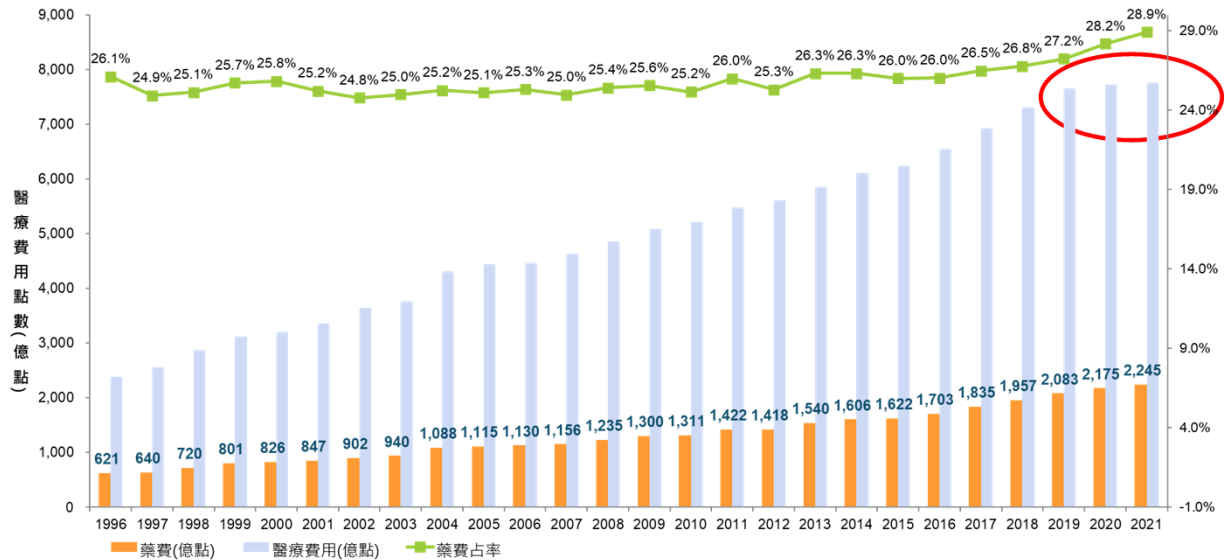
Session 3: What about the NHIA

我們可以再多做甚麼

24

那看完了德國的狀況，看完了美國的狀況，回過頭來，我們健保到底可再多做些什麼呢？

歷年健保藥費支出趨勢



25

這張圖剛剛看過了，藥費不斷的往上走，那回歸一下看一下他跟醫療費用的點值的比較，雖然說這個28.9百分比的提高，看起來似乎是因為醫療費用在近3年停滯的關係，所以好像顯得藥費的佔比比較高，但是實際上藥費也確實是在成長的，我們還是必須要來看一下到底什麼原因。

藥費成長因素分析

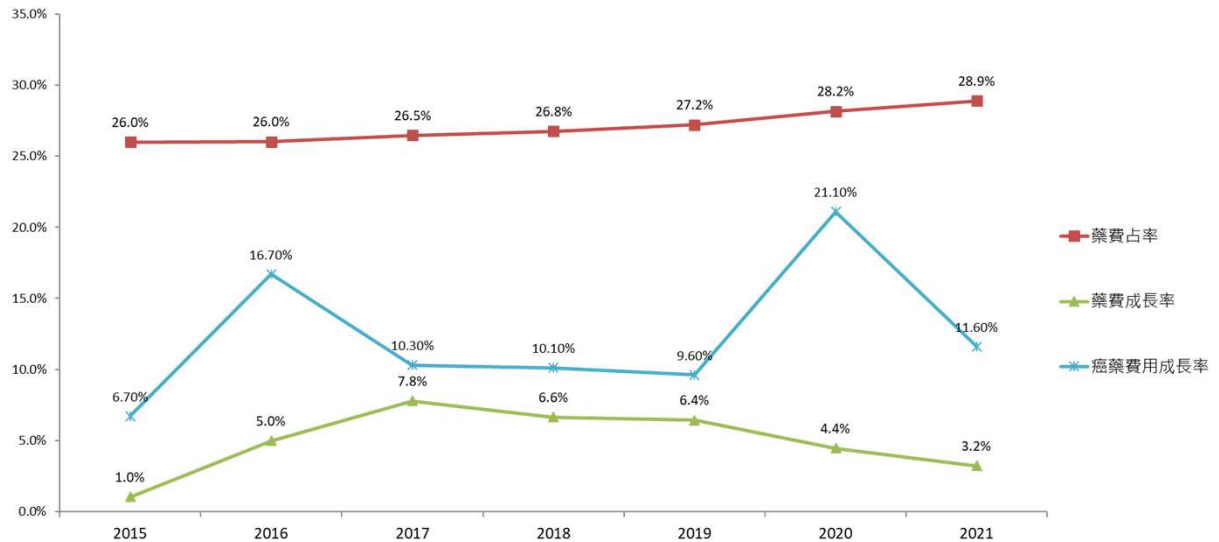
- 近年超過5成藥費用於門診慢性病，3成1藥費用於重大傷病
- 2020年重大傷病占率較往年成長多

費用年	重大傷病			門診慢性病			其他		
	藥費 (億)	藥費成長率	藥費 占率	藥費 (億)	藥費成長率	藥費 占率	藥費 (億)	藥費成長率	藥費 占率
2012	435	6.00%	30.70%	681	-2.90%	48.00%	303	-2.60%	21.40%
2013	474	8.90%	30.80%	757	11.20%	49.10%	310	2.20%	20.10%
2014	493	4.10%	30.70%	797	5.30%	49.60%	317	2.30%	19.70%
2015	506	2.50%	31.20%	805	1.00%	49.60%	312	-1.20%	19.30%
2016	538	6.40%	31.60%	841	4.50%	49.40%	324	3.70%	19.00%
2017	582	8.20%	31.70%	923	9.70%	50.30%	330	2.00%	18.00%
2018	630	8.20%	32.20%	988	7.00%	50.50%	339	2.50%	17.30%
2019	664	5.40%	31.90%	1,067	8.00%	51.20%	351	3.60%	16.90%
2020	737	11.00%	33.90%	1,107	3.70%	50.90%	265	-25.00%	12.20%

26

那本組也做了一些藥費成長因素的分析，我們發現近年來超過5成的藥費，其實是用在門診的慢性病的，那這是可以理解的，因為老年人口增加，所以慢性病的人口增加，這都是可以理解的，但這塊也不可控，因為人就是會老，我也沒辦法就不老，在所以這塊我們大概比較難去著力。但是有三成一的藥費是用於重大傷病，重大傷病裡面最多的其實就是癌藥居多，所以這也是為什麼本組第一個要處理的就是癌藥藥費，那在這邊也可以看到說，好像2020年特別有一個很高幅度的上升，我們後來知道這個當然是因為T藥的關係，這後面再來談一下。

近年健保藥費成長趨勢



27

從整個藥費成長可以看到，事實上在近幾年來，整體藥費的成長率其實是有略為下降的，雖然費用升高，但是他的成長率我們是有控制在一定的幅度的，只是說癌藥費用的成長率確實不斷的增加，這兩個peak主要是有兩個特定藥品的收載，才造成這樣費用的提升，那麼目標既然鎖定在癌藥，我們就繼續往下看。



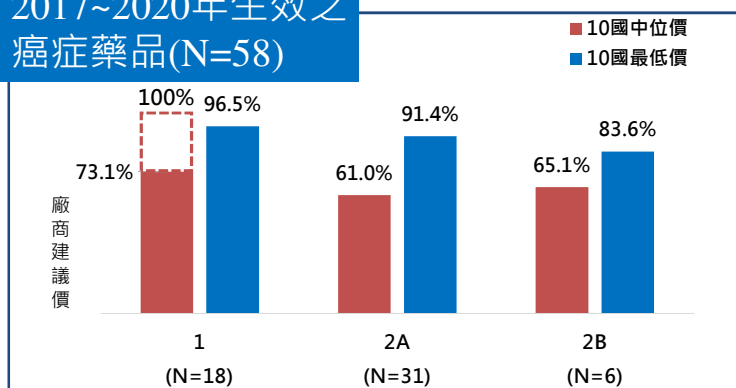
透過power BI我們其實也發現，真的近兩年來，2020年、2021年所有費用成長貢獻度最大的就是癌症用藥，相較2018年、2019年的C肝真的是很明顯，幾乎完全取代了它們。



但是我們也了解，費用的產生是由他的價格乘上他的用量造成。所以我們也不是只看價格或只處理價格就能夠解決這個問題，另外一方面也要去處理他的用量的問題，例如說，他是因為人口增加還是不合理用藥等等，當然這是連科長另外一個惡夢，我們今天主要還是來看看價格的部分。

癌症新藥核價結果與國際藥價之比較

2017~2020年生效之
癌症藥品(N=58)



以上統計資料表不包含以下案件：

1)無國際藥價者。(N=0)

2)國際藥價僅有1國者，以核定價/廠商建議價計算。(N=0)

3)以廠商建議價核定(未含第1類)，以核定價/廠商建議價計算。(N=3，97.6%)

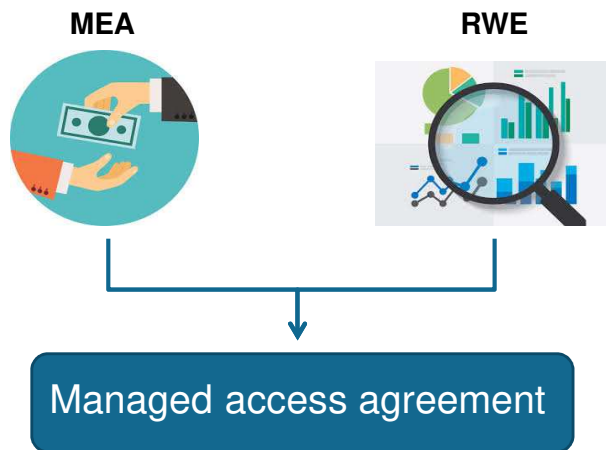
分類說明：1-第一類新藥；2A-與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度改善(moderate improvement)之新藥；2B-臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥。

倘廠商願意以低於核定價之價格納入給付，使得新藥更具經濟效益，則依**廠商建議價**核定支付價格。

30

到底我們的癌藥價格有核得比別人高嗎？所以才造成我們的藥價費用上升嗎？因為健保新藥的核價有一定的方法學，依據法規的方法學，我們不太有空間可以做調整，根據我們整理新藥核價的結果，在第一大類新藥的部分，雖然法定的核價方法是十國中位價，但我們核價的結果也大概只有十國中位價73.1%的價格，其實我們主要還是以十國最低價來核價的，大概是十國最低價的96.5%，看起來我們也沒有核的特別高，只是說我們參考的這十國到底有沒有跟我們經濟狀況相當，我剛剛特別提到德國是採取跟他經濟狀況相當的國家來看，美國後來也決定採用5大經濟體，跟他比較相當的一些國家來參考藥價，但我們台灣是參考十大先進國家，所以藥價合不合理，我相信我們還有可以檢討的空間。

2019年IO藥品催生了健保MEA制度



廠商有面子(高支付價)
健保有理子(低還款價)

31

2019年因為高藥價的藥品不斷地要進入市場，不斷要進入台灣健保，但是台灣健保沒有那麼多錢可以收載，最後廠商就提出了一個MEA的制度，尤其是這些IO藥品，當年真的是因為它而催生了健保MEA制度，MEA制度簡單來講就是我給廠商一個高支付價，讓廠商有面子，他的藥價不會受到國際間參考台灣比較低的價格受到影響，可是廠商要還款給我，用一個低的還款價，錢還過來讓我健保有裡子。

實施MEA的動機

病人及醫療照護
提供者

- 及早合理接受新醫療科技帶來的益處

保險人

- 確保有限醫療資源的高效率應用

藥業

- 持續進行高資本的生物醫藥研發

Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: How they work and possible improvements going forward

32

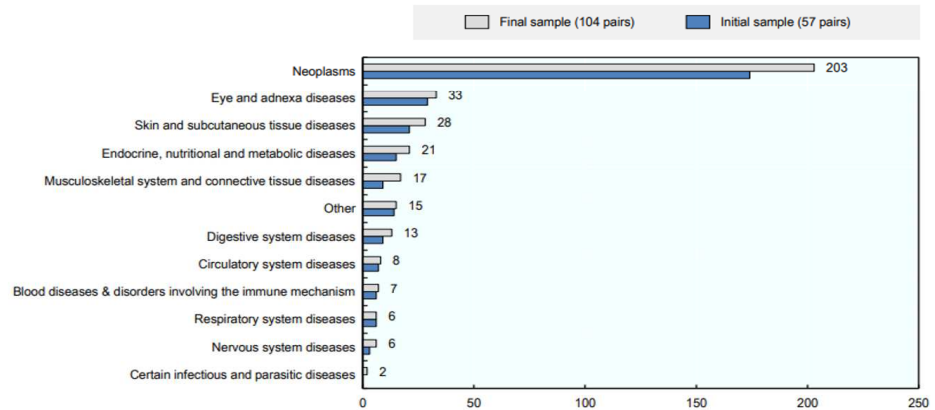
MEA制度確實是讓病人可以及早接受新醫療科技帶來的益處，因為以一個比較高的價格收載新藥，病人馬上就可以使用，但是實際上廠商再把錢還給我們，那我們實際的支出應該是沒有那麼高的。

常見實施MEA的藥品

- 高價藥品，高財務衝擊
- 長期臨床效益具高度不確定性

Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: How they work and possible improvements going forward. Martin Wenzl, Suzannah Chapman, OECD Health Working Papers No. 115.

Surveyed country: Australia, Belgium, Estonia, France, Hungary, Italy, Korea, Lithuania, Netherlands, Norway, Portugal, Spain, Sweden, UK



Source: Authors based on OECD Survey and WHO ICD-10 Version:2016 (WHO, 2016^[29]).

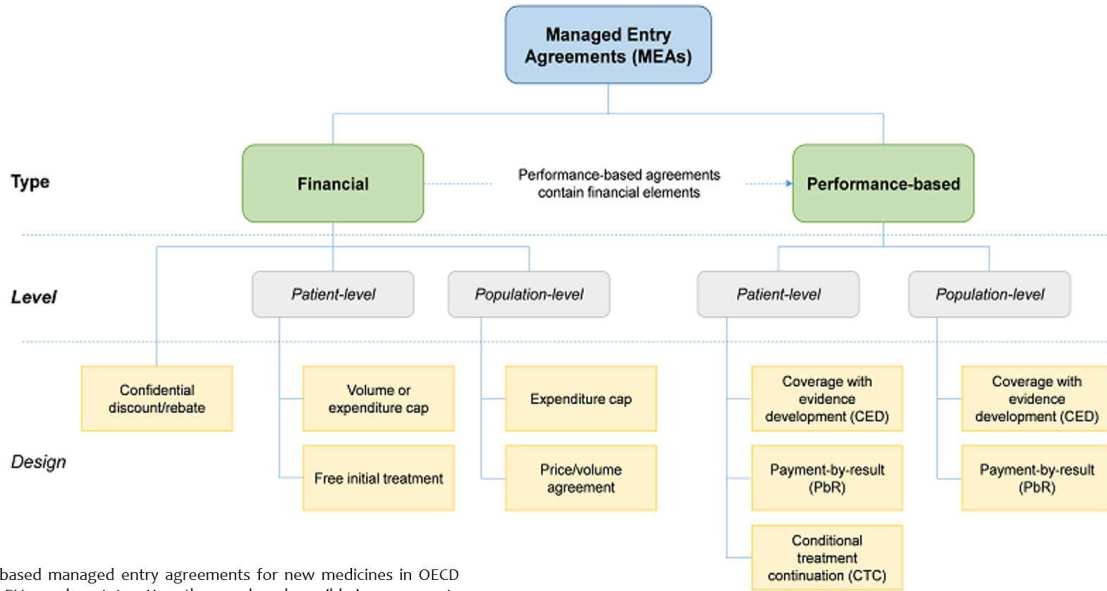
常見實施MEA的藥品根據歐盟統計，最多的就是癌症藥品，幾乎是別人的好幾倍，這是歐盟統計14個國家的狀況，主要實施MEA藥品都是一些高價藥品、高財務衝擊藥品跟一些長期臨床效益具高度不確定性的，所有的箭頭還是指向癌症藥品。

Subject to MEAs in	Active substance (ATC code)	Brand name	Disease area, ICD 10 chapter	Indication	Subject to MEAs in ¹
≥10 / 14 countries	nivolumab (L01XC17)	Opdivo®	neoplasms	non-small cell lung cancer	Australia, Belgium, England, Italy, Korea, Lithuania, Netherlands, Portugal, Sweden
	nivolumab (L01XC17)	Opdivo®	neoplasms	melanoma	Australia, Belgium, England, Italy, Korea, Lithuania, Netherlands, Portugal, Sweden
	olaparib (L01XX46)	Lynparza®	neoplasms	ovarian, fallopian tube and peritoneal cancer	Australia, Belgium, England, Estonia, Hungary, Italy, Korea, Lithuania, Portugal
	pembrolizumab (L01XC18)	Keytruda®	neoplasms	melanoma	Australia, Belgium, England, Italy, Korea, Lithuania, Netherlands, Portugal, Sweden
8 – 9 / 14 countries	brentuximab vedotin (L01XC12)	Adcetris®	neoplasms	Hodgkin lymphoma	Australia, Belgium, England, Estonia, Italy, Lithuania, Portugal
	lenalidomide (L04AX04)	Revlimid®	neoplasms	multiple myeloma	Australia, Belgium, England, Italy, Korea, Lithuania, Portugal, Sweden
	osimertinib (L01XE35)	Tagrisso®	neoplasms	non-small cell lung cancer	Australia, Belgium, England, Hungary, Korea, Netherlands, Portugal, Sweden
	pembrolizumab (L01XC18)	Keytruda®	neoplasms	non-small cell lung cancer	Australia, Belgium, England, Italy, Korea, Netherlands, Portugal, Sweden
7 countries / 14 countries	adalimumab (L04AB04)	Humira®	diseases of the skin and subcutaneous tissue	hidradenitis suppurativa	Australia, Belgium, England, Italy, Lithuania, Portugal, Sweden
	alirocumab (C10AX14)	Praluent®	endocrine, nutritional and metabolic diseases	hypercholesterolaemia	Belgium, England, Hungary, Italy, Norway, Sweden
	nivolumab (L01XC17)	Opdivo®	neoplasms	renal cell carcinoma in adults	Australia, Belgium, England, Netherlands, Portugal, Sweden
	nivolumab (L01XC17)	Opdivo®	neoplasms	head and neck cancer	Australia, Belgium, England, Netherlands, Portugal, Sweden
	pazopanib (L01XE11)	Votrient®	neoplasms	advanced renal cell carcinoma	Australia, England, Hungary, Italy, Lithuania, Portugal
sacubitril / valsartan (C09DX04)	Entresto®	diseases of the circulatory system	heart Failure	Australia, Belgium, Hungary, Lithuania, Portugal, Sweden	

Notes: The final sample of product/indication pairs for which information was provided in the survey varies between countries. These numbers may therefore be underestimated because of non-response for individual product/indication pairs.

這是給大家參考一下，尤其是近年來我們收載的IO藥品，Tagrisso這些，在歐盟其實也都是走MEA這樣途徑，讓病人可以及早用藥，他也確實幫助了很多病人。

常見MEA類型



Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: How they work and possible improvements going forward. Martin Wenzl, Suzannah Chapman, OECD Health Working Papers No. 115.

常見的MEA類型可以分為財務基礎就是廠商直接還款，或是我去看這個藥品到底有沒有效，然後再要求廠商還款，我們今天不go through這個detail。

健保藥品MEA方案

- 視個案情況，選擇下列各款之一或併行，由廠商共同分擔藥費，返還保險人相關藥費。

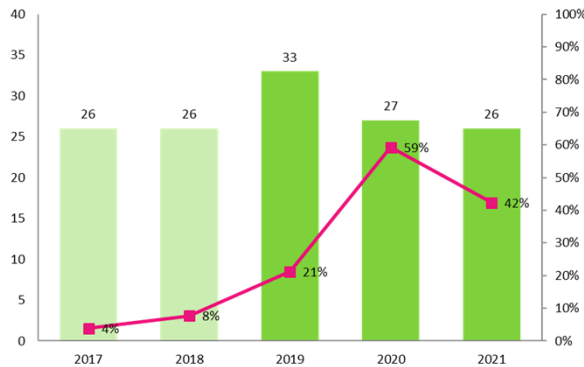
MEAs方案類別	方案內容
依 <u>療效結果</u> 為基礎之協議方案	(一) 改善整體存活確保方案 (二) 延緩疾病惡化確保方案 (三) 臨床療效還款方案
依 <u>財務結果</u> 為基礎之協議方案	(一) 固定折扣方案 (二) 藥費輔助方案 (三) 藥品搭配方案
<u>協議共同分攤</u> 方案	同成分或同藥理各廠牌藥品設定共同分攤之還款方案

36

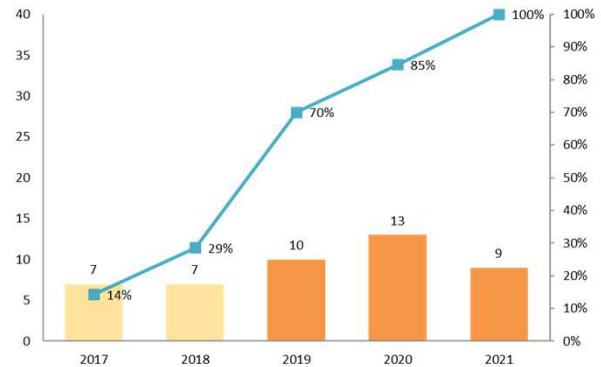
健保的MEA方案其實也是參考其他歐洲國家，最後就是設定了3種類別，一個也是依療效結果為基礎的，這個藥到底有沒有效，沒效廠商就還錢；或者是說用財務為結果的基礎來看，直接就是還我20%或是30%；或者是說協議共同分擔方案，就是有兩三家就一起把費用分攤掉，我們就設定一個總額，超過的話，這3家就是要負擔，這也是一個方法，這是健保的MEA方案。

健保藥品簽訂MEA比例

所有新藥



癌症新藥



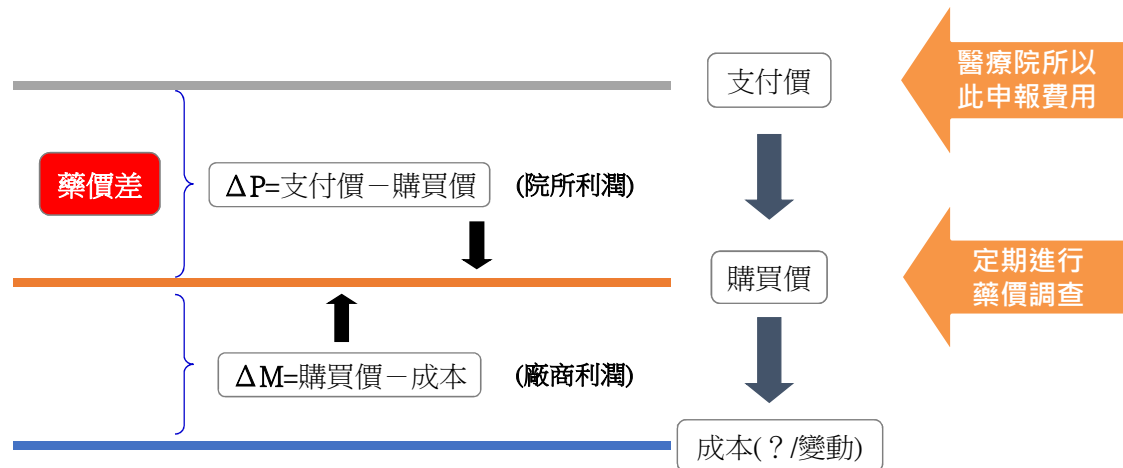
備註：1.以當年度收載之新藥成分數計算

2.MEA自2019年實施，2017~2018年顯示資料為該藥品後續擴增給付範圍時簽訂MEA之比例

37

看到右邊這個圖，癌症新藥從2019年MEA方案開始實施，70%簽訂MEA方案，85%簽訂MEA方案，100%簽訂MEA方案，所有的癌藥通通都走了MEA，意思是甚麼？用比較高的藥價支付，廠商再還錢給我們，但是藥價比較高的情形，是不是就造成藥費支出在檯面上看起來就是比較高，那其他所有的新藥，大概也是40%、50%做MEA簽訂，那我覺得MEA方案從2019年實施，未來我們真的要密切的去觀察，它對我們藥費支出的影響到底有多大。

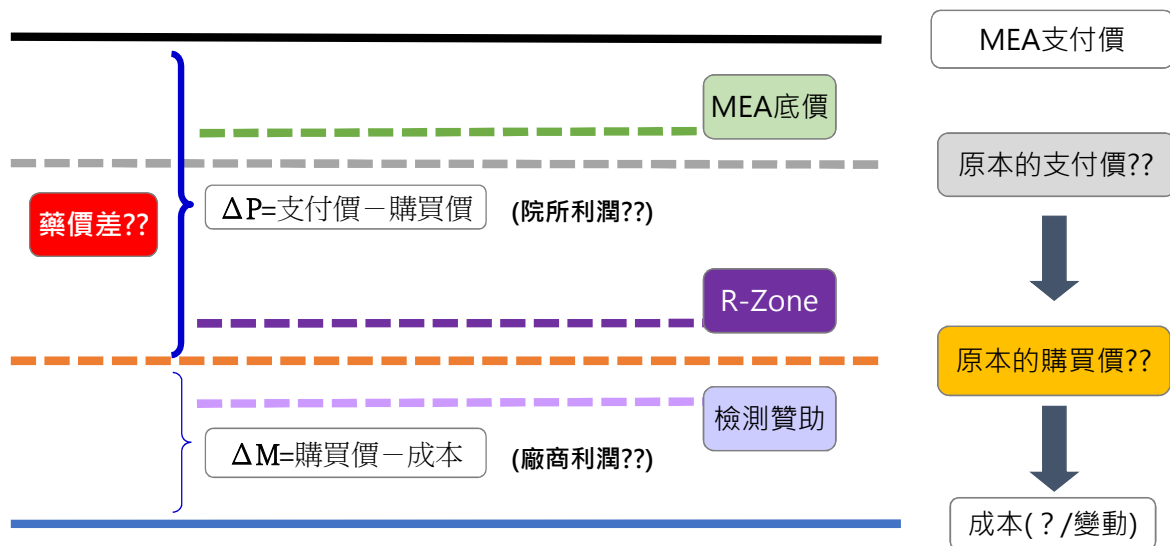
藥價三條線



38

而且MEA方案不只影響了整個藥費支出，事實上也影響了整個健保當初所設計的藥價調整的概念，之前我們詔威視察有跟大家介紹過藥價3條線的概念，支付價扣除購買價是藥價差，我們每年定期進行藥價調查，希望把這個支付價可以往下降，壓到跟購買價差不多，節省藥費支出。

藥價多條線!!



39

但是MEA實施以後，他再也不是3條線，而是非常多條線，因為你墊高了藥品原來的支付價格，給一個所謂MEA的支付價。那這個MEA的底價，理想上，他是要比原來的支付價還低的，但是有沒有可能廠商藏什麼東西我們不清楚，所以這是為什麼，我們藥品組真的很辛苦，我們每次收到這個廠商的MEA方案，都要不斷地去驗算，他到底在裡面藏了什麼魔鬼，連科長真的非常辛苦，他常常要花很多的時間去跟廠商溝通，打探廠商到底藏了什麼細節是我們沒有注意到的，這樣子的情形，就是原來支付價的這條線現在我們也不清楚它到底應該是在哪裡才對。所以如果醫院他所購買的價格是原來廠商折讓的比例，那藥價差可能不會有影響，可是如果像大的醫療機構團體，他可以議得比較好的價格，那他的購買價到底是不是原來的購買價，我們也不知道，這個藥價差在無形之間就擴大，這樣子MEA的制度其實對公營保險人來講，真的是有影響的，可是我也必須要再次強調，他對病人真的也是有幫助，因為病人可以及早用到新藥。那只是說對保險人來講，你怎麼去處理現在藥價變成多條線這樣狀況，我們需要花更多的氣力。

讀書心得--強化MEA議價策略考量

拒絕支付過高的藥價

- 依據科學實證給付新藥，具額外效益才給予加算藥價
- 廠商建議價與合理藥價差距過大者
- 新藥費用或財務影響超過一定金額者

那些藥品可以簽訂MEA

- 僅新藥案或具臨床未滿足需求者
- 廠商建議價與合理藥價差距於特定比例範圍內者
- 還款比例低於10%者直接降價而不簽訂MEA

修訂MEA配套措施

- 新藥費用超過特定金額者須執行PE study以釐清藥品價值(ICER)
- 一定時程內未達成協議者自動以底價生效
- 強化退場機制
- 簡化作業

40

最後是我的讀書心得，讀了這麼多篇paper，我覺得Dr. Frank他所謂的目標性的議價策略，我們還是可以拿來參採。

首先，我們同樣應該要拒絕支付過高的藥價，我們必須依科學實證來給付新藥，有額外效益的才加算，而且我認為呢，廠商的建議價如果跟合理藥價差距過大，就直接退件，不要浪費同仁的行政成本，你走一趟專家、走一趟共擬所花費的行政成本很高，明明知道他提出一個20億的新藥，我們今年新藥也才20億，我根本不可能完全給他，像這種案件，我都覺得直接退件，當然廠商一定會來argue，今天不曉得線上有沒有廠商，一定恨死我吧。

那再來就是新藥費用或財務影響如果超過一定金額，例如說BIA就已經10億，我怎麼可能有那個錢？這個就應該跟廠商直接表明不可能支付，請你重新估算後再來。那我也認為說，我們應該要去設定哪些藥品可以簽訂MEA，例如說是只有新藥案，或者是具medical need才行，像擴增給付那些案件就不要再來簽MEA了。還有就是廠商的建議價跟合理藥價的差距必須要在特定比例範圍內，我再來簽MEA，總不能他簽90%的MEA還款，那那個藥價我要調整幾年才調得到合理的那一條線？或者說他簽個2%的MEA，這在幹什麼啊，浪費我的時間。所以還款比例我是建議，如果低於10%就直接降價，也不要簽MEA了，

當然哪些藥品可以簽MEA，我們還可以再更細緻化做一些討論，

同時我們也要修訂MEA的配套措施，因為整個藥費超過特定金額者，我們應該要求他還是要計算出他的ICER，或是做他的PE study，讓我們可以去釐清藥品真正的價值在哪裡，而且在一定時程內如果沒有達成協議的，我們是不是要比照美國、比照德國，我就自動用底價生效，當然這個殺傷力是很大的，那還有就是整個MEA的退場機制，或是簡化作業，都還有很多其他我們可以努力著墨把他做得更好的地方。

五餅二魚的故事



運用有限資源幫助更多人

- 聖經中記載，耶穌到加利利海的對岸醫治群眾的病痛，但是當天色漸暗，大家也肚子餓，門徒奉獻出五塊餅、兩尾魚給耶穌，耶穌祝謝後就分給眾人，結果五千人不但吃飽還有剩，剩的食物集中起來還能裝滿十二籃。

41

最後我還是想把這個五餅二魚的故事搬出來講，從我來健保署工作，我真的覺得我們在做的事情就好像這五餅二魚的故事一樣，我們都在運用非常有限的資源，要幫助最多的人，希望把這一點點的錢做最佳化的利用，就像這個故事一樣，可是我們真的不是神，我們真的沒有辦法把五餅二魚變成5000個餅、5000條魚，所以如何去做這個最小資源的最佳應用，我想這會永遠是健保署一個很重要的課題，他也不是連科長一個人，也不是戴組長一個人，甚至不是署長一個人就可以完成的，所以署長不要再常常罵我們。

閱讀參考書籍是一回事，
付諸於實踐又是另一回事!

感謝聆聽!!

以上純粹是我個人的心得報告，不代表本署官方立場，因為閱讀參考書籍是一回事，付諸實踐你要怎麼去做又是另外一回事，謝謝大家。