

出國報告（出國類別：開會）

2009 年健康經濟學國際學會（iHEA）  
第七屆世界年會出國報告

（裝  
釘  
線）

服務機關：全民健康保險監理委員會

姓名職稱：李瑞華 專員

派赴國家：中國北京

出國期間：98 年 7 月 11 日至 7 月 16 日

報告日期：98 年 10 月

## 摘要

國際健康經濟學會 (iHEA) 為健康經濟學界及衛生政策等相關領域，最重要的國際學術研討會議之一。健保監理會為我國健保之監理機關，參與 iHEA 兩年一次的世界年會活動，可瞭解各國在醫療經濟、健康照護體系議題上的發展與關注焦點，亦能擴展國際視野，培養宏觀思維。

本(第七)屆健康經濟世界年會在中國北京舉行，會議主題為醫療與經濟之調和，議程包括大會演講、分組報告及海報展示，口頭發表的專題報告達 1,200 篇，海報展示共 226 篇。會議專題報告討論議題廣泛，包括衛生政策評估、健康照護及醫療經濟學等，其中有一天中國論壇，針對中國在醫療衛生體制改革作一系列專題報告。

參與本次會議的心得包括：1. 可鼓勵同仁參與國際會議，藉此汲取國際經驗。2. 中國規劃健康 2020 年，將投入 8,500 億人民幣，對照我國仍面臨諸多難題，包括健保財務困境等，亟待相關單位努力克服。3. 藥價差及藥品統一採購問題，中國的前車之鑑，足供我國借鏡。

另提出建議：1. 我國應積極爭取國際會議主辦權，藉機向世界展現台灣的發展與研究成果，提高在國際上的能見度；2. 建議監理會可參加衛生技術評估國際會議，汲取各國 HTA 經驗，供未來資源配置小組運作參考；3. 建議健保局應建立完整監測系統，於藥價調整後，除換藥監測外，亦應偵測不當處方開立模式，以保障民眾醫療品質。

# 目次

壹、目的	3
貳、過程	
一、會議議程	4
二、專題報告資訊	5
三、本會海報展示	11
參、心得	12
肆、建議	13
伍、附錄	
一、「台灣全民健保藥價調整對處方行為及病患治療結果的影響」報告之分析結果簡報	14
二、本會海報	15

## 壹、目的

國際健康經濟學會 ( International Health Economics Association, 簡稱 iHEA ) 成立於 1995 年, 成立宗旨在增進各國健康經濟領域的學術交流、促進經濟學在健康與健康照護體系之應用與深度討論, 並協助年輕研究學者發展學術生涯。

iHEA 每兩年舉辦一次世界年會, 通常由各國團體會員或大學承辦。自 1996 年第一屆年會在加拿大溫哥華成功召開以來, 規模不斷擴大, 知名度日益增高, 先後在荷蘭鹿特丹(1999 年)、英國約克郡(2001 年)、美國舊金山(2003 年)、西班牙巴賽隆納(2005 年)、丹麥哥本哈根(2007 年) 等地召開。參會代表由最初的 6 百多人發展迄今已達 2 千人以上, 論文發表者包括諾貝爾獎得主, 知名學者等, 越來越多的健康經濟學者和政府官員的廣泛參與, iHEA 的世界年會已成為健康經濟學界及衛生政策等相關領域, 最重要的國際學術研討會議之一。

由於本會(全民健保監理委員會)為我國健保之監理機關, 參與 iHEA 世界年會活動, 除可經由各國健康經濟學者的論文發表及海報展示, 瞭解各國在醫療經濟、健康照護體系議題上的發展與關注焦點外, 亦能擴展國際視野, 培養宏觀思維。此外, 本次參與會議的另一個任務是, 展示本會海報論文。

## 貳、過程

### 一、會議議程

本（第七）屆健康經濟世界年會由中國衛生經濟學會（China Health Economics Association）擔綱，於今(98)年7月12日至7月15日在中國北京的國際會議中心舉行，是 iHEA 第一次在亞洲以及發展中國家舉行的年會，由於中國各省參加者眾，與會人數為歷屆參與人數之冠，共有來自 72 個國家的 2 千餘人參加。本次年會主題為醫療與經濟之調和（Harmonizing Health and Economics），藉由探討醫療服務與經濟效益間的平衡，各國學者共聚一堂，彼此分享總體醫療經濟（global health economics），增進瞭解，提升友誼及文化交流。

會議議程包括大會演講、分組報告及海報展示。7月12日下午3時舉行開幕式，開幕演講有二場，第一位是中國科學院的韓啟德院士，針對中國目前醫療體系現況及未來展望，進行「健康中國 2020：基於中國國情的衛生經濟學戰略思考」演講，第二位由現任 iHEA 理事長，美國普林斯頓大學 Uwe E. Reinhardt 教授演說「衛生保健和衛生改革-衛生經濟學家能作什麼幫助？（HEALTH CARE AND HEALTH REFORM：How Can Health Economists Help?）」。

7月13日至15日，上、下午各3個時段，於15個會場同時進行分組報告與討論，共計270個單元，每個單元時間為1小時，約報告3-4個主題，口頭發表的專題報告（oral presentations）達1,200篇。其中，7月13日的議程另安排全天的「中國論壇」，含中國衛生部副部長尹力的「深化醫藥衛生體制改革，實現人人享有基本醫療衛生服務」專題報告。

7月15日下午3時閉幕，閉幕演講由澳洲雪梨科技大學 Michael Keane 教授演講今年獲獎文章「Understanding How the Elderly Make Health Insurance Choices」。

另海報展示 (poster presentations) 共 226 篇，3 天全程張貼於餐廳會場旁，供與會者隨時閱覽，並於 7 月 13 日、14 日下午 1-2 時，進行海報評審。

本次年會因報告篇數多，主題範疇極為廣泛，例如在衛生政策評估方面，有慢性病、傳染病、癌症篩檢、肥胖及抽煙等的治療與防治評估；在健康照護方面，有醫療(含保險)照護體系改革、初級照護、健康公平性、醫病關係、等候時間、自付費用、支付制度及藥價等探討；在醫療經濟學方面，有醫院生產力、經營效率及競爭等。

## 二、專題報告資訊

本次年會發表的口頭報告議題廣泛，個人依興趣，主要挑選了與中國及藥品有關的主題聽講，謹摘錄重點如下：

### (一) 中國健康照護現況與改革規劃

1. 中國的基本醫療保障體系，主要由三層次制度構成：

- (1) 城鎮職工基本醫療保險，2008 年已有 2.2 億職工參保。
- (2) 城鎮居民基本醫療保險，始於 2007 年，目前已有 50% 城市的 1.16 億人參加。
- (3) 新型農村合作醫療制度，於 2003 年建立，2008 年已涵蓋 8.15 億農民，涵蓋率 91.5%。

另外，在商業保險部分，2008 年的保費收入也有 585 億人民幣。

2. 醫療資源：(2008 年底)

- (1) 醫療機構包括醫院、衛生院、療養院、門診部、婦幼保健院、社區衛生服務中心、專科疾病防治機構等，總數達 29.8 萬家，以門診部與衛生部占最大宗。
- (2) 執業(助理)醫師 208.2 萬人 (其中執業醫師 171.5 萬人)，約每萬人執業(助理)醫師 1.57 人；病床數 404 萬床，約每萬人 28 張

病床；2007年平均每人NHE（國民醫療保健支出）為854.4人民幣，NHE/GDP為4.52%。

3. 國民健康水平：平均壽命 2005 年為 73 歲，2008 年嬰兒死亡率已降至 14.9%、孕產婦死亡率降至每 10 萬人 34.2 人。

4. 面臨的健康問題：

(1) 人口快速老化，60 歲以上人口每年約成長 3.2%，2007 年 60 歲以上的老年人口比率達 11.6%，預估 2020 年將達 16.1%，衍生的問題有慢性病及醫療支出增加等，其中，因慢性病死亡的人數，已占因病總死亡人數的 80%以上，且以腦血管疾病與惡性腫瘤最多，分別占 22.5%與 22.3%。

(2) 傳染病形勢仍然嚴峻，舊有的肺結核、乙肝(B 肝)尚未完全控制，愛滋病、SARS 及禽流感等新傳染病不斷出現，嚴重威脅民眾健康。

5. 中國醫療體系的困境：

(1) 政府在健康改善方面的財務投入不足，對於公共衛生、基本醫療服務與環境衛生的投入偏低，僅占總衛生費用的 20.4%。

(2) 醫療服務利用不合理，患者多湧向高層級醫院診療，醫院和醫生追求高科技設備儀器的使用，甚至過度提供服務；醫療服務朝「用更昂貴的治療方法，治療更少數人的疾病」方向發展。

(3) 城鄉衛生資源配置差距大，農村的健康狀況與城市有明顯差異，農村的嬰兒與孕產婦死亡率、5 歲以下兒童營養不良率及低出生體重兒的比率等，均顯著高於城市。

6. 中國衛生改革：健康 2020 年規劃

(1) 目標：建立較完善可涵蓋全民的基本醫療衛生制度，實現人人享有基本醫療衛生服務，促進衛生服務利用均等化，大幅提升全民健康水平。

- (2) 策略：建立四大體系（公共衛生服務體系、醫療服務體系、醫療保障體系和藥品供應保障體系），以及構建八項支撐（統一協調的醫藥衛生管理體制、高效規範的醫藥衛生機構運行機制、政府主導的多元衛生投入機制、科學合理的醫藥價格形成機制、嚴格有效的醫藥衛生監管機制、可持續發展的醫藥衛生科技創新機制和人才保障機制、實用共享的醫藥衛生信息系統以及醫藥衛生法律制度），以解決民眾“看病貴”、“看病難”等問題。

#### 7. 近期 2009-2011 年改革重點（預計投入 8,500 億人民幣）

- (1) 加速推動基本醫療保障制度（看得起病）：將涵蓋率增加至 9 成以上；對城鎮居民醫保與新農村合作醫療之補助，由每人每年 80 元提高至 120 元。
- (2) 建立國家基本藥物制度（減輕用藥負擔）：發布 2009 年版國家基本藥物（essential drugs）目錄（藥典），並加強基本藥物管理、生產、供應、使用與價格確定等。
- (3) 健全基層醫療服務體系（方便看病）：加強衛生服務網的基本建設、設備購置、人員培訓經費及承擔公共衛生服務費用。
- (4) 促進基本公共衛生服務的均等化（少得病）：加強公共衛生機構之建設，以及擴大衛生服務範圍，如婦病檢查、B 肝防治、貧困者白內障手術、育齡婦女葉酸補助等。投入經費，2011 年每人平均不低於 20 元人民幣。
- (5) 推動公立醫院改革計畫（看好病）：落實公立醫院補助政策，解決“以藥補醫”現象，推行電子病歷，加強資訊建設等。

#### (二) The impact of government financing on utilization of essential Health Care—A comparative study of China and Thailand (政府財政對基本健康照護利用之影響-中國與泰國比較)



報告人:Qian Zhang, Fudan Public Health School

方法:以中國 2003 年、泰國 2006 年之國民健康服務調查(National Health Services Survey) 報告及世界衛生組織(WHO)2008 年衛生統計進行分析, 比較兩國政府在基本健康照護(Essential Health Care, 簡稱 EHC) 的支出情形, 及其對 EHC 可近性的影響。

結果:

	中國	泰國
農業人口占總人口比率	約 60%	約 60%
政府的醫療保健支出占政府總支出之比率	2000 年 1.1% → 2005 年 1.0%	2000 年 56.1% → 2005 年 63.9%
醫療保健支出財源	主要由地方政府負擔 (新型農村合作醫療由省、 縣政府負擔 40-80%保費)	中央政府負擔 66% 以上, 地方政府負擔低於 7%
政府醫療保健支出流向	60% 以上流向大型醫院	75% 投入山地診所及社區 醫院, 主要用於預防性醫 療照護及 non-patient hospital treatment
每萬人口醫院病床數	22 床	22 床
病床數的最高/最低比	4.55 倍	3.34 倍

結論: 1. 無直接證據顯示, 政府的醫療保健財務模式 (health financing model) 與 EHC 可近性之相關性。

2. 不同的政府醫療保健財務方式, 可能使醫療資源分配與利用的不均衡更形惡化, 造成明顯的城鄉差距。

### (三) Equity in healthcare financing: the case of China

報告人: Yuanli Liu, Harvard University

方法: 利用中國三次 (1998 年、2003 年及 2005 年) 國民健康服務調查 (National Health Services Survey) 資料, 隨機抽樣, 進行醫療支出 (含非醫療的相關支出) 分析。

結果：

	都市	鄉村
自付費用占家戶門診醫療支出的比率	81%	99%
重大疾病支出占家戶門診醫療支出的比率	下降	增加 (13%→16%)

結論：1. 健康照護的相關費用(含醫療與非醫療)，已對大多數家庭構成重大的負擔。

2. 由政府提供更適當的健康照護體系，才能增進民眾在健康照護財務上的公平性。

#### (四) The New Agenda of Reform Policy for the Pharmaceutical Supply Security System in China

報告人:Shanlian Hu, Fudan University

緣由：為了減輕人民的藥費負擔，建立國家基本藥物制度(National Essential Medicine System) 已列為中國新醫療改革項目之一，作法包括：

1. 制定國家基本藥物目錄，以及加強基本藥物之管理、生產、供應與價格管控等措施，以確保基本藥物的可普及性，如 designated production (定點生產)、pooled purchasing (統一採購)、direct distribution (直接配送) 等。
2. 社區衛生服務中心實施預算管理，以及藥品收支帳目分開制度 (separation between pharmaceutical revenue and expenditure accounts)，以避免經濟誘因導致的不合理處方行為。
3. 給付處方費，以補償醫院因實施藥品“0” 加成率 (zero-markup rate) 而造成的經濟損失。

方法：在一個月公聽期間(2008年10月14日至11月13日)內，利用網路蒐集民眾意見，進行政策與大眾傳媒資訊分析。

結果：1. 民眾質疑“統購統銷”政策，將增加商業賄賂和行政腐敗的發生概率和規模，也與市場化趨勢背道而馳。

2. 應制定配套措施，如社區和農村醫療衛生機構必須全部使用基本藥物，二、三級醫院也須設定使用的比例。

(五) The impact of NHI drug reimbursement adjustment on prescribing pattern and patient outcomes in Taiwan

(台灣全民健保藥價調整對處方行為及病患治療結果的影響)

報告人: 林依瑩，台灣大學，台灣

方法：1. 以Prozac藥品為例（調整前藥價43.8元，調整後18.7元）

換藥定義：醫師開立處方，由原廠藥改為學名藥。

2. 比較2003年3月藥價調整前、後6個月，換藥與未換藥二組門診病人的outcomes差異。

結果：1. Prozac藥價調降後，換藥比率約10.16%。其中，以區域醫院的換藥率16.05%為最高，基層診所3.04%為最低。

2. 換藥後，病人的門診就醫次數增加、費用支出增加。

(分析結果簡報，詳附錄一)

結論：1. 經濟誘因會影響醫師的處方型態。

2. 藥價調整對門診病人的outcomes有顯著負面效應，門診次數及費用均增加。

(六) Decomposing Anti-diabetes Drugs Expenditure Increase During 2001-2006 in Taiwan (解構糖尿病藥品費用之成長因素)

報告人: 楊忠霖，陽明大學衛生福利研究所，台灣

方法：分析健保門診、住院及藥局的糖尿病藥品申報資料，其中，藥品數量採DDD (defined daily dose) 方式計算。

結果：1. 2001-2006年糖尿病藥費由26.2億元增加至52.3億元，成長達100%；申報量由2.3億DDD增加至4.2億DDD，

成長近 80%。

2. 藥費成長因素解構：DDD 藥量的增加，貢獻 79%的藥費成長（每人 DDD 藥量 24%、糖尿病人數 39%、人口數 4%）；另藥品組合（drug mix）因素占 16%，係改用較貴藥品所致；藥品價格則為負成長貢獻。

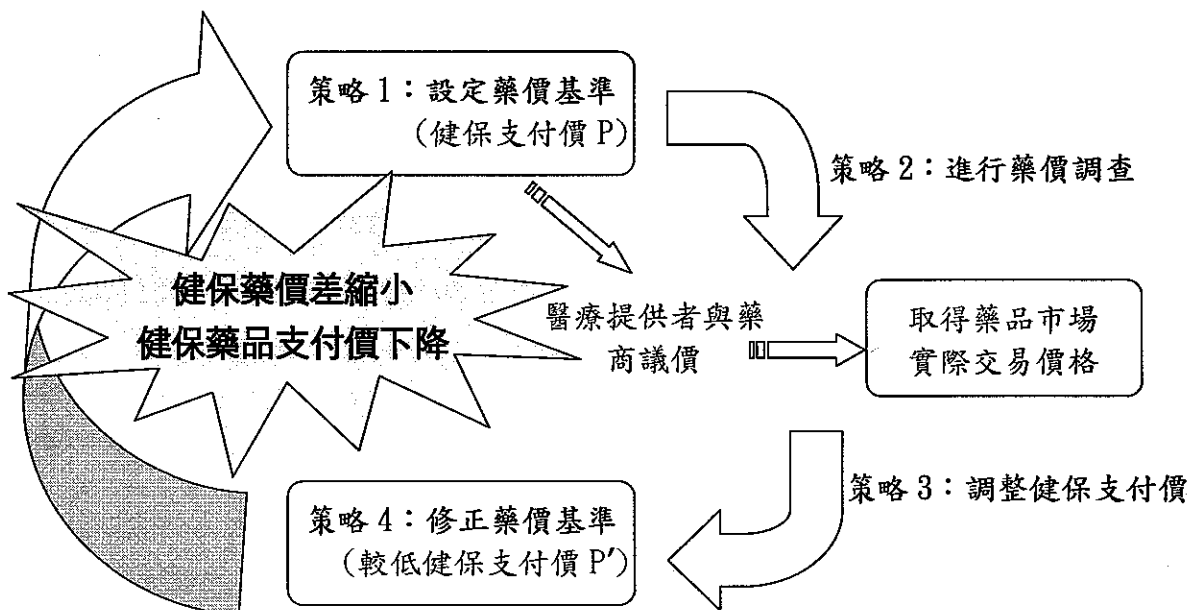
結論：2001 年至 2006 年，台灣健保糖尿病藥費成長達 100%，主因是藥品使用量的增加，其中使用量的增加又以糖尿病人數的增加為主要因素。

### 三、本會海報展示

為增加本會能見度，本次年會本會挑選「台灣健保藥價差問題之探討」報告投稿，獲 iHEA 評選發表海報論文（如附錄二），摘要如下：

問題：台灣健保藥價差產生的原因，包括：(1) 制訂藥價基準，但醫療院所經議價可購得較低價藥品。(2) 藥商提供折讓或贈品，致醫療院所購買成本低於健保支付價。(3) 專利保護藥，保險人以高於市場加權平均價格 15% 支付。

剖析：健保縮小藥價差的策略，如圖示：



- 結論：1. 合理的藥價差可締造醫藥界、民眾及保險人三贏的局面：醫療提供者獲取合理利潤，免於經營困難；醫師用藥不以藥價差為導向，民眾用藥品質有保障；保險人利用藥價差的形成，調整藥價，管控藥費支出。
2. 為建立合理藥價差制度，建議：取消或降低專利及監視中藥品 r 值；藥品逾專利期立即調降支付價；落實醫藥分業單軌制。

## 參、心得

- 一、本次參與國際會議，見識各國學者所發表的研究成果，對於個人在擴展國際視野、增進宏觀新思維上，有莫大助益。未來若有類似的國際會議，可鼓勵同仁參與，藉此汲取國際經驗，甚至投稿發表研究報告，達到與國際實務或學術上之交流。
- 二、參加本屆 iHEA 世界大會，由於主辦單位是中國，議程中特別安排一天「中國論壇」及多篇中國學者報告，原本對中國毫無所悉，經挑選幾場聆聽，已可概略瞭解大陸目前的醫療保健體系及未來規劃方向。經比較兩岸在醫療衛生體系方面的重要統計指標(如下表)，對照中國已有健康 2020 年規劃，預計投入經費達 8,500 億人民幣，而我國仍面臨諸多難題，包括健保財務困境等，實亟待相關單位共同努力克服。

	平均壽命	嬰兒死亡率	孕產婦死亡率 (每10萬人)	每萬人病床數	每萬人執業醫師數	國民醫療保健支出 (NHE)	NHE/GDP (%)
台灣	78.5 歲	5%	7 人	57 床	23.1 人	NT33,661 元	6.13%
中國	73 歲 (2005年)	14.9%	34.2 人	28 床	15.7 人 (含助理)	854.4 人民幣	4.52%

註：表中 NHE 及 NHE/GDP 為 2007 年資料，其餘除特別標明外，均為 2008 年資料。

- 三、藥品政策部分，我國全民健保訂有藥價基準，中國則有國家基本藥物目錄與國家基本醫療保險藥品目錄，雙方都採行藥品降價政策，結果也都發生醫院(師)換藥使用沒降價或降價少的藥品。不過，在中國，

對於藥費的管控策略似乎比我國多樣化，如實施藥品集中採購、控制醫院一定比例的高價藥物、醫院藥品收支分帳管理、藥品分類管理制度等，惟根據他們的說法，成效仍有待驗證。另外較特別的是，中國的藥價採批零差價留用政策，即藥品有 15-20% 的合法藥價差(批發與零售價差)，可為醫院合法的收入來源，相較於我國爭論不休的藥價黑洞及藥品統一採購等議題，中國之經驗，足供我國借鏡。

## 肆、建議

- 一、本屆 iHEA 世界年會，主辦國中國安排了多場自家醫療衛生與健康照護體系的專題報告，讓與會者對中國的現況與未來有更深層的瞭解，建議我國也應積極爭取類似國際會議的主辦權，由相關學會與大學合辦，藉機國際平台向世界展現台灣的發展與研究成果，增加國際對台灣的認識，提高台灣在國際上的能見度。
- 二、世界各國均面臨人口老化及醫療費用高漲等難題，也都努力發展有系統之方法與策略，來決定醫療之優先順序。我國依二代健保法規劃內容，健保監理會將設資源配置小組，於充分考量健保收支連動之影響下，以醫療科技評估為基礎，就保險給付內容定期檢討。故建議本會除參加 iHEA 年會外，未來亦可派員參加與衛生技術評估有關之國際會議，如健康照護技術評估年會 (HTAi) 等，以汲取各國 HTA 累積之經驗，供資源配置小組運作之參考。
- 三、由「台灣全民健保藥價調整對處方行為及病患治療結果的影響」之研究結果顯示，健保藥價調整會影響醫療提供者的處方行為，對於門診就醫次數及醫療費用有負面影響，建議健保局應建立完整監測系統，除現行換藥監測外，亦應偵測不當處方開立模式，以保障民眾醫療品質。另有關本會對於藥價差問題之探討所提建議，謹供藥政主管機關及健保局參考。

## 伍、附錄

### 一、「台灣全民健保藥價調整對處方行為及病患治療結果的影響」報告之 分析結果簡報

#### Results 1

	Drug switched		not switched		Chi-sq
<b>Sex</b>					
Male	41	35%	398	35%	Pr=0.0458
Female	75	65%	628	61%	
<b>Age</b>					
10-24	10	9%	96	9%	Pr=0.0038
25-34	13	11%	171	15%	
35-44	30	26%	216	19%	
45-54	27	23%	222	19%	
55-64	20	17%	157	14%	
65-	16	14%	243	21%	
<b>Hospital Level</b>					
medical center	34	29%	240	21%	Pr<.0001
metropolitan hospital	61	53%	319	28%	
community hospital	12	10%	180	16%	
clinics	9	8%	287	25%	
<b>Total=1142</b>	<b>116</b>		<b>1026</b>		



#### Results 2

- Using numbers of outpatient visits / outpatient expenditure as the dependent variable
- Control variables: patient's sex & age, hospital level

	$\beta$	Pr
<b>No. outpatient visits</b>		
Price adjustment	0.0013	0.6467
Drug switched	-0.0326	0.2655
Price adjustment*Drug switched	0.0086	0.0214**
<b>outpatient expenditure</b>		
Price adjustment	487.4	<.0001***
Drug switched	-746.0	0.0360**
Price adjustment*Drug switched	180.3	<.0001***

\*\*Pr<0.05 . \*\*\*p<0.001



# A Discussion on NHI Pharmaceutical Price Gap in Taiwan

Juei-Hua Lee, Yi-Hsin Elsa Hsu, Shu-Ling Wu, Chien-Hsiang Liu  
NHI Supervisory Committee, Taiwan



## Background

- > The pharmaceutical expenditures of National Health Insurance (NHI) in Taiwan have risen year by year. According to the Bureau of National Health Insurance (BNHI) statistics, the pharmaceutical expenditures climbed from NT\$80.4 billion in 1999 to NT\$125 billion in 2008. The average annual growth rate was 6.17%.
- > The pharmaceutical expenditures accounted for approximately 25% of the total medical expenditure, and the pharmaceutical price gap is estimated to reach to NT\$30 billion.
- > The moral issues derived from pharmaceutical price gap include physicians receiving kickbacks from drug suppliers, changing medicine improperly, which draw the focal attention of the society and relevant NGOs.

## Objectives

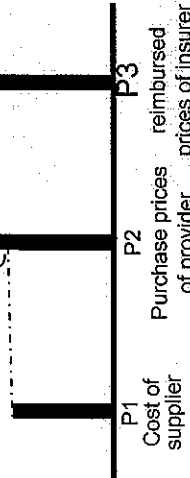
- > Analyze the causes of pharmaceutical price gap, the significance of its existing and the control strategy by the insurer.
- > Discuss the legality, rationality of pharmaceutical price gap, and the influence to patients, healthcare providers and the insurer.
- > Provide suggestions of establishing reasonable range pharmaceutical price gap for policy-makers' reference.

## Analysis

> What is the pharmaceutical price gap ?

$$\Delta D2 = P3 - P2 = \text{provider's profit ( pharmaceutical price gap )}$$

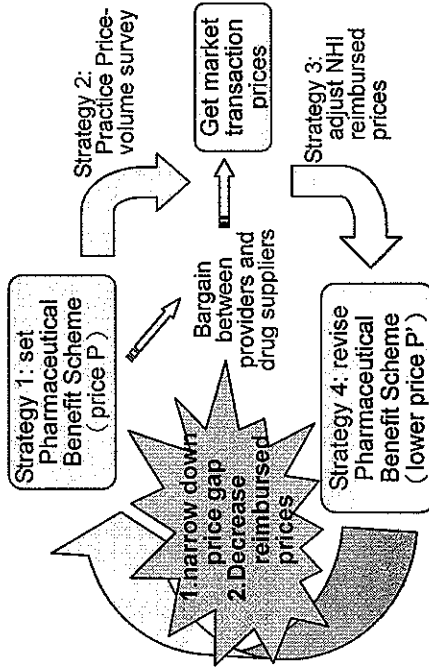
$$\Delta D1 = P2 - P1 = \text{supplier's profit}$$



> The causes of insurance pharmaceutical price gap in Taiwan

causes	description
Clinics claimed fixed drug fee by per diem (NT\$25 daily, at most 3 days). Whenever the purchasing cost is lower than the fixed drug fee, it will generate price gap and become the profit of the clinics.	Some clinics claimed fixed drug fee by per diem (NT\$25 daily, at most 3 days). Whenever the purchasing cost is lower than the fixed drug fee, it will generate price gap and become the profit of the clinics.
Drug expenses paid by PBS	BNHI make drug payments based on the same Pharmaceutical Benefit Scheme ( PBS ) across all medical institutions. If the bargaining power of provider is stronger, the purchase prices are lower, and if the purchase prices are much lower than reimbursed prices, then the profit of price gap is huge.
Drug suppliers offer cash discounts or free goods to healthcare providers	In order to promote sales, the suppliers give cash discounts or free goods (e.g. buy-one-and-get-one free) to providers. When the insurer carry out the market price survey, it is unlikely to get the actual selling prices. Therefore, the reimbursed prices will be set higher than the actual transaction prices of providers. Thus, it produces the profit of pharmaceutical price gap.
The favorable reimbursement price for on-patient medicines	When BNHI adjusted reimbursement price, the price of on-patient drug is set at 15% ( R-Zone ) higher than the weighted market actual transaction price. Thus it produces the profit of pharmaceutical price gap immediately.

> The strategy to gradually narrow the difference between reimbursed prices and transaction prices



The price-volume survey and price gap are a mechanism that provides a downward spiral for all pharmaceutical pricing.

## Results and Discussion

- > Legitimacy of price gap
  - Under the current NHI regulations, providers claimed the drugs expenses based on the PBS. When they have strong bargaining power, may be able to purchase medicine from drug suppliers at lower prices than the prices listed in PBS. And the profit generated from price difference is legal.
- > Price gap expanded by unsuccessful separation of prescribing and dispensing
  - In Taiwan, both hospitals and clinics have the right to prescribe and dispense in outpatient service. Large-scale hospitals have higher volume of drug consumption so they have better bargaining power to gain higher price difference. Community pharmacies only have the right to dispense, their bargaining power is weaker than hospitals and can only gain limited price difference.
- > Higher price gap affect medical quality of patients
  - Huge prices gap may encourage healthcare providers to purchase on the basis of profit margins and lead to inappropriate or excessive utilization of medicine. Therefore, it might affect the health care quality for patients.
- > Diminished price gap can't effectively reduce the drug expenditure
  - The insurer will not be able to cut reimbursed prices effectively, either by adopting Actual Transaction Price (ATP) payment system or by centralizing purchasing drugs strategy. It is because the incentive of profit margins no longer exists so the purchasers may not bargain with suppliers. Meanwhile, it may encourage providers make their decision to use more expensive original drugs, thus enhancing pharmaceutical expenditure.
  - Current payment system is disadvantaged to providers. If price gap is eliminated, providers may operate difficulty.

## Conclusion and Suggestion

- > Create a win-win situation among insurer, providers and patients by setting reasonable price gap.
  - The insurer can reduce the reimbursement prices and control the drug expenditure by monitoring and setting acceptable price gap.
  - The healthcare providers acquire acceptable profit legally from price gap caused by their bargaining strategies, meanwhile avoid operational difficulties they may encounter.
  - If physicians do not prescribe price-gap-oriented drugs, then patients can get better quality of care, and medical quality can be assured.
- > To establish a system with reasonable pharmaceutical price gap, we suggest:
  - Abolish or restrict the R-Zone value for on-patient and under-surveillance drugs.
  - Reduce drugs' reimbursed price shortly after their patents expire.
  - Penalize providers if there are deceivable reporting on discounts and rebates.
  - Set strict penalties for suppliers or providers who do not report sale's data honestly by free goods or discounts.
  - Review the policy on separation of prescribing and dispensing and encourage hospitals to release prescriptions of chronic disease.
- > It is necessary to carry out more studies on what is the reasonable pharmaceutical price gap.