

# 健保連年虧損 與其所給付之醫療項目的關係

楊翌婕、黃品瑄、黃晁宥、陳珮穎

☒ 高中生組

☐ 大學生組

☐ 研究生組

臺北市立第一女子高級中學

主辦單位：財團法人國家實驗研究院科技政策研究與資訊中心

中華民國 112 年 12 月

## 摘要

觀察近年的健保收支狀況，可以發現健保財務收支持續短絀，深入調查後我們得知，自1995年開始實施的《全民健康保險》，儘管經歷過2013年的健保改革，國內醫療支出成長卻始終高於保險費收入成長，此外，即使保費多次調整，仍無法自根源解決財務問題，顯示政府必須採取其他做法以降低健保赤字。為了細究臺灣健保結構，我們透過比較不同國家的經常性醫療保健、公部門醫療支出等項目，得出了臺灣強制醫療保險占經常性醫療保健支出比重較高的結論。

而根據2021年全民健康保險醫療費用前二十大疾病，許多需長期用藥的慢性病藥費，分別都在藥物費用總額占比排名中名列前茅，因此我們進一步透過中央健保署公布的國民醫療保健支出資金運用配置表，以及藥費占醫療費用比率，推測藥費是導致健保費用不斷上升的主因。

因此我們認為，儘管台灣的醫療保健給付項目完整且符合多數人需求，健保仍需在藥費方面進行改革，於是我們探究藥費昂貴的原因，從政府因應之道以及藥價體系改革出發，試圖提出改善方案。近年健保署推出藥費支出目標制試辦計畫，期望能降低藥費支出，然而根本解方應是即時讓舊的藥品退場，進而達到降低健保支出的目的。

## 壹、前言

臺灣自1995年開始實施《全民健康保險》，推行以來便為臺灣人民帶來許多好處，而國人對於全民健保整體滿意度更在2019年時達到89.7%，可見臺灣人民對於健保多數持正面評價<sup>(1)</sup>。

然而，健保歷年保險收支卻在1998年便發生短絀，累計健保財務收支更於2007年3月底首度呈現虧損，直到2010年4月調整保險費率，歷年累計保險收支才在2012年2開始轉虧為盈。由此可知，全民健康保險制度確實可能面臨虧損情形<sup>(3)</sup>。

事實上，雖然自2013年起實施的「二代健保」有效解決了健保財務狀況，國內的醫療支出成長卻始終高於保險費收入成長，從2017年開始，保險收支短絀更是逐年擴大。雖然直到2021年，累計健保財務收支都未再次出現短絀狀況，餘絀卻逐年減少。若不及時改善健保財務狀況，長期下來健保的收入將難以負擔愈來愈高的支出。

全民健保提供的醫療服務包含門診、住院、牙醫、中醫等，醫療支付範圍也包含診療、手術、麻醉、藥劑等，幾乎將所有人民會使用到的醫療服務都涵蓋在內。其中，光是臺灣前二十大疾病（包含高血壓、糖尿病、腎臟病等）在整體醫療服務的占率就超過50%，對整個體系造成負擔。

2010年，健保費率由4.55%調整至5.17%，改善了健保的短絀情形；然而2021年，即使一般保險費率由4.69%調整至5.17%，補充保險費率由1.91%調整至2.11%，財務收支累計餘絀卻仍然未見起色，可見調整健保費率不一定能夠有效的改善財務狀況。債務的累積非一次費率調漲能解決：一旦政府決定以調漲健保價格的方式來解決問題，往後必然會依循此模式，以健保赤字為由繼續調升健保費率，那麼問題不僅永遠無法真正解決，更會加重人民負擔，違背原本減輕國民醫療所需支出的美意。是以，我們認為欲得健保負債之解方，必然得先探究其根本——醫療給付項目中，有哪些在近年呈現急劇上漲的趨勢？再更進一步探討，這些醫療資源的使用，是否有真正幫助到有需要的人，抑或只是醫療浪費<sup>(3)</sup>？

為了進行更加深入的研究，了解現行健保制度連年虧損的主因，我們使用了政策研

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

究指標資料庫（Policy Research Indicators Database, PRIDE）平台蒐集各方面的相關數據，並將數據轉化為數張圖表進行分析，比較各年份、各國家的不同，藉由檢視健保所包含的醫療項目，探討其與虧損的因果關係，進而分析其中的重大變化，還有各國之間數據的落差。我們期望能找出癥結所在，從而思考可行的解決辦法，以求問題得到改善。

為了方便理解，在此先說明幾項名詞的定義。根據衛生福利部每年公布的《國民醫療保健支出》之附件，「國民醫療保健支出」是彙整各級政府決算書、國民所得統計、家庭收支調查統計、全民健保統計及人壽保險業務統計等資料編纂而成，內容包含醫療總體數字、資金來源別、最終用途別、資金運用單位比率等，而「經常性醫療保健支出」則為國民醫療保健支出扣除資本形成費用（包括建築建設、硬體設備等硬體設施）後剩下的費用。其中，經常性醫療保健支出又可分為「公部門」和「私部門」兩部分，前者包含政府單位在醫療或公共衛生方面的支出，以及民眾、企業繳納的健保保費；後者則為家庭、企業與民間非營利團體針對醫療用途所直接支出的部分，例如一般家庭的門診與住院費用、購買保健用品的費用，都歸算在私部門支出內。「公部門」的醫療支出，又可再拆成「政府籌資」和「強制醫療保險」兩部分，前者是指由政府負擔的花費，包含醫療器材、生技製藥研發、臨床研究或預防工作；後者則是依全民健康保險法規定，由民眾所負擔的保險費<sup>(4)</sup>。

## 貳、健保制度的現況

全民健保行之有年，首先，我們先從全民健保的歷史開始，釐清此制度的脈絡，再探討健保財源不足的原因。

### 一、全民健康保險的發展

1960年代時，臺灣的醫療資源還非常缺乏，平均每千人只有0.5名醫師與2.5張病床；1970年代時，死亡率大幅下降，臺灣經濟狀況改善，國民醫療需求開始提高，政府於是以發展醫療資源為主要目標，擴大醫學院校、積極建設省立與市立醫院，也於1979年實施「加強農村醫療保健四年計畫」，然而當時多數民眾仍沒有投保健康保險，截至1980年，只有16%的人口參加勞工保險或公務人員保險<sup>(2)</sup>。

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

1986年，行政院經濟建設委員會建議實施全民健康保險；1994年，《全民健保法》正式通過，並於1995年3月開始實施全民健康保險<sup>(2)</sup>。

然而健保歷年保險收支卻自1998年便開始發生短絀，2007年3月，累計健保財務收支也首度呈現短絀。為改善此情況，2002年9月，政府曾將保險費率由4.25%調整至4.55%，2010年4月更調整至5.17%<sup>(2)</sup>。

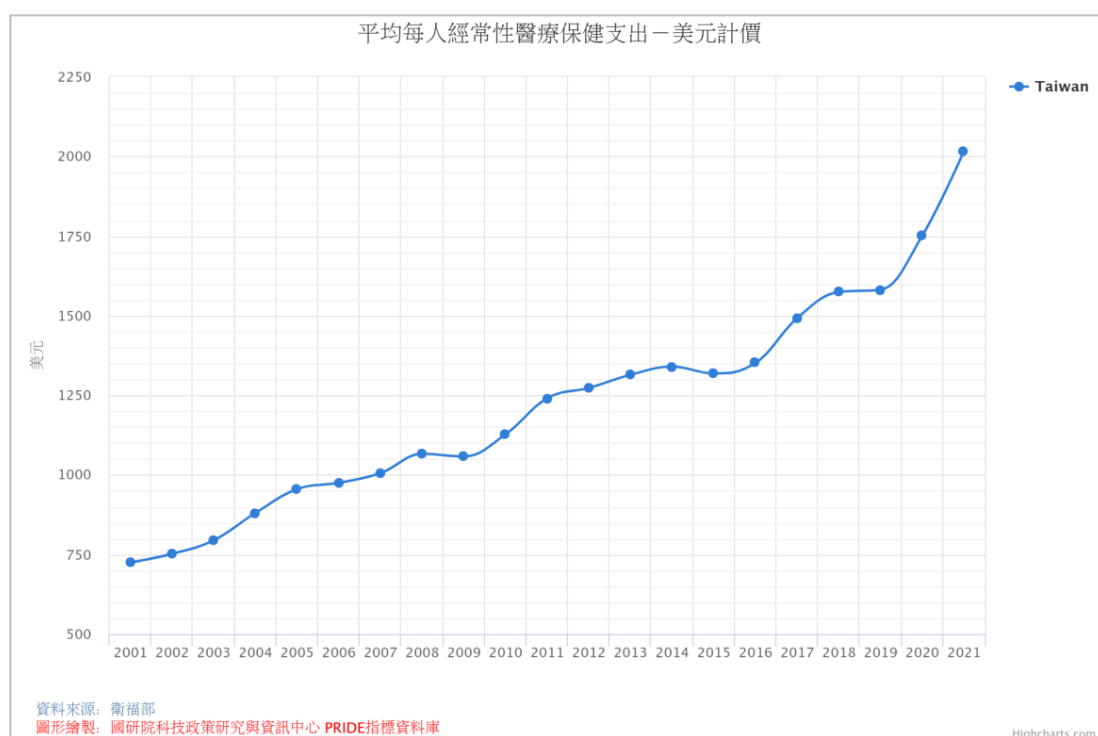
2013年1月，二代健保開始實施，將一般保險費率調降至4.91%，並採取量能負擔原則，依所得高低規定民眾需繳納的保險費多寡，除此之外，政府也另外加收「補充保險費」，要求公司行號如要給付給員工個人其他薪資獎金或費用時，先扣除一定金額作為補充保險費。根據中央健康保險署（健保署）估計，二代健保的實施每一年約可為健保財務增加200億元收入<sup>(3)</sup>。

2016年1月，一般保險費費率調降至4.69%，補充保險費費率調降至1.91%，費率調降使得健保財務短絀逐年擴大，於是2021年1月起，一般保險費費率調漲至5.17%，補充保險費費率調漲至2.11%<sup>(2)</sup>。

## 二、二代健保財源不足的問題

### （一）支出逐年成長

如前言所述，「經常性醫療保健支出」由國民醫療保健支出扣除資本形成費用所得出，而平均每人經常性醫療保健支出，則為經常性醫療保健支出除以當年度年中人口數。由圖一可知，平均每人經常性醫療保健支出自2000年至2021年，整體呈現上升趨勢，且增長幅度非常大，從2001年的725.05美元，上升至2021年的2,017.28美元。

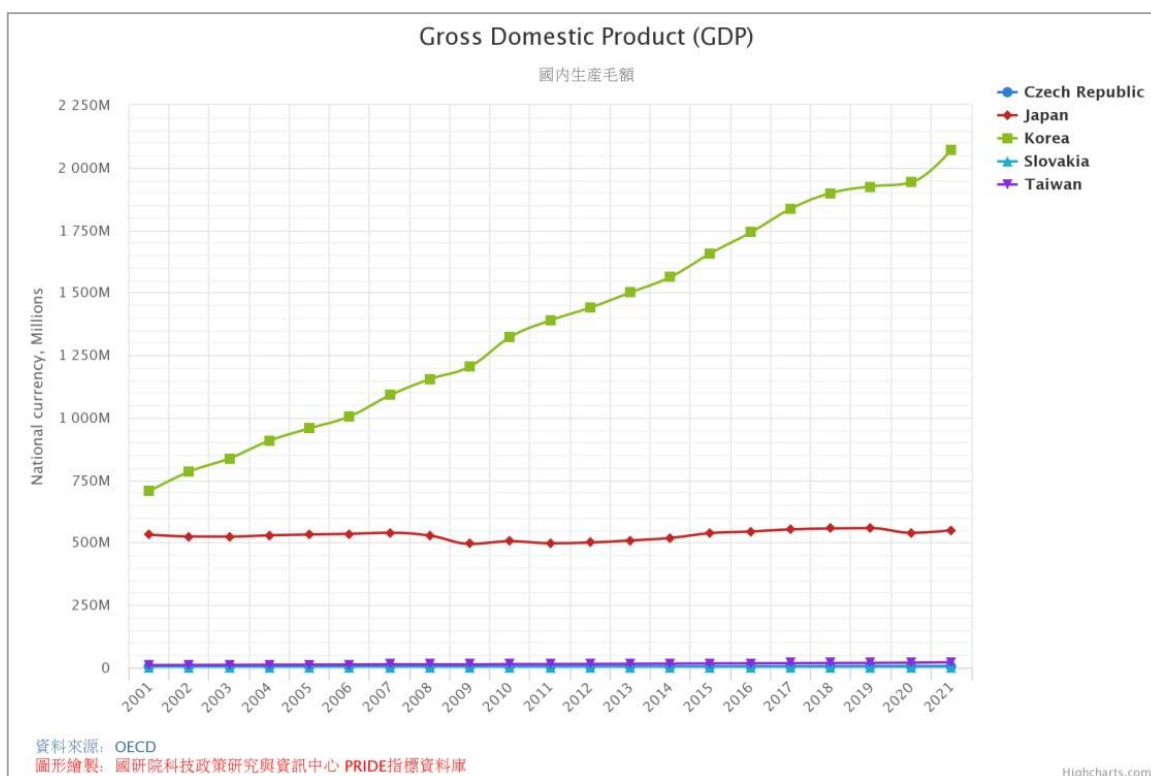


系統編號：MH10805-0005<sup>(23)</sup>

圖一、平均每人國民醫療保健支出—美元計價

## （二）經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重低

國內生產毛額（Gross domestic product, GDP）指一國境內的人民，在一段時間內生產的最終財貨與勞務的市場價值總和，適用於衡量某項支出對各國的負擔或重要性，而人均GDP則由國內生產總值除以當年度年中人口數得出<sup>(6)</sup>。由圖二可知，在2001年至2021年間，韓國、日本的GDP 則遠高於臺灣，而臺灣的GDP約與斯洛維尼亞、捷克相當。

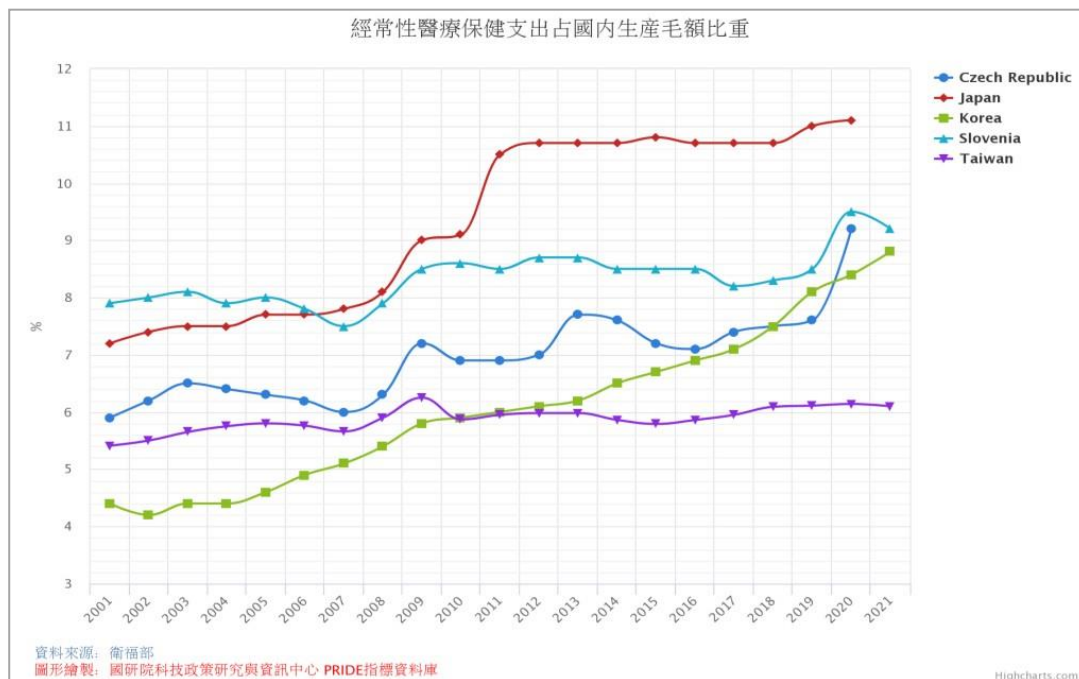


系統編號：OE11105-0001<sup>(23)</sup>

圖二、國內生產毛額

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

根據圖三，2001至2021年，臺灣經常性醫療保健支出占GDP比重均落在百分之六左右，比日本低上許多，也低於人均GDP與臺灣相當的捷克和斯洛維尼亞，而韓國在2010年以前經常性醫療保健支出占GDP比重低於臺灣，但自2011年開始便均高於臺灣。由此可見，雖然臺灣平均每人國民醫療保健支出逐年上升，但經常性醫療保健支出占GDP比重卻偏低，近年來也未有明顯增長。



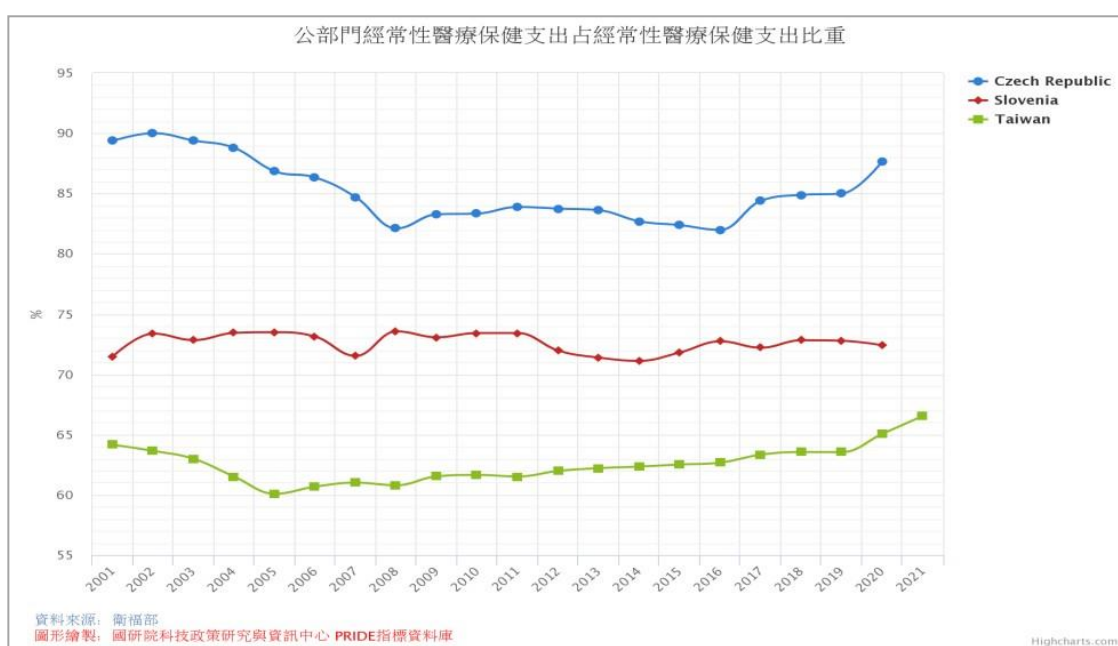
系統編號：MH10805-0004<sup>(23)</sup>

圖三、經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重



### （三）公部門經常性醫療保健支出低

經常性醫療保健支出，分為「公部門」和「私部門」兩部分，其中公部門包含政府單位在醫療和公共衛生的支出，以及民眾或企業繳納的健保費用<sup>(6)</sup>。依據圖四可知，臺灣公部門經常性醫療保健支出在2001年至2021年間，均低於GDP與台灣相當的斯洛維尼亞與捷克，由此可推估，臺灣的經常性醫療保健支出比重低，應為公部門支出偏低所導致。



系統編號：MH10805-0009<sup>(23)</sup>

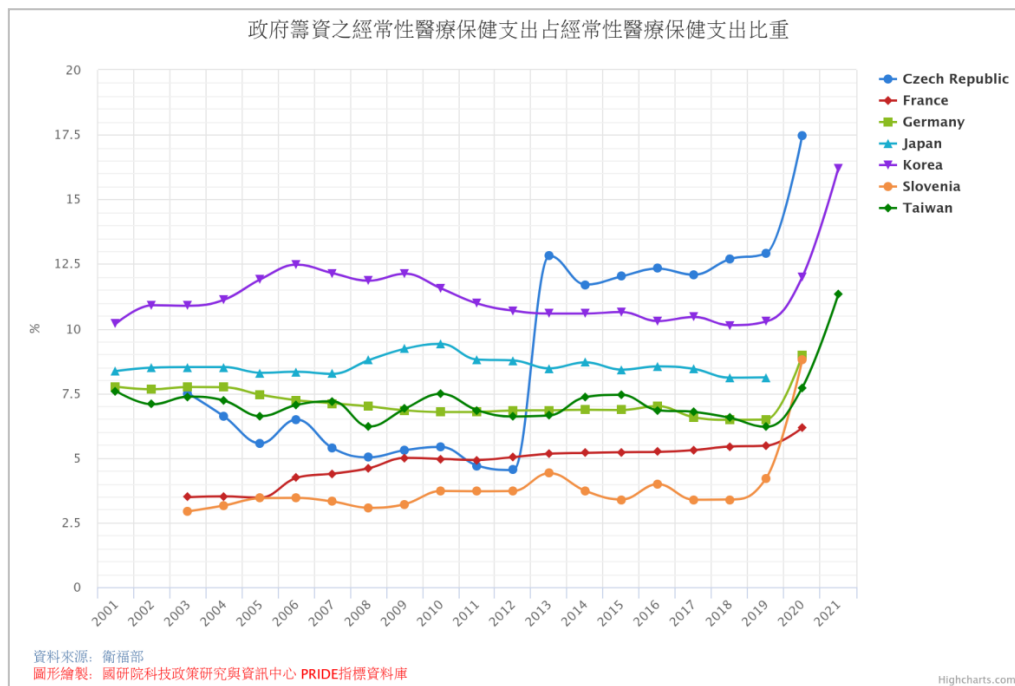
圖四、公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比重

公部門醫療支出，又可再拆解成「政府籌資」跟「強制醫療保險」，其中政府籌資是由政府所負擔的花費<sup>(6)</sup>。

由圖五可知，在捷克、斯洛維尼亞、法國、德國、日本、韓國、荷蘭等和臺灣一樣均採用健康保險制度的國家中，臺灣政府籌資之經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比重並不算低；但依據圖六，臺灣強制醫療保險占經常性醫療保健支出比重在這些國家中，卻僅僅高於韓國，而遠低於其他國家。韓國比重低於臺灣的原因，可能是因為雖然韓國健保制度與臺灣相似，但為了避免病人濫用健保，韓國的健保保費較

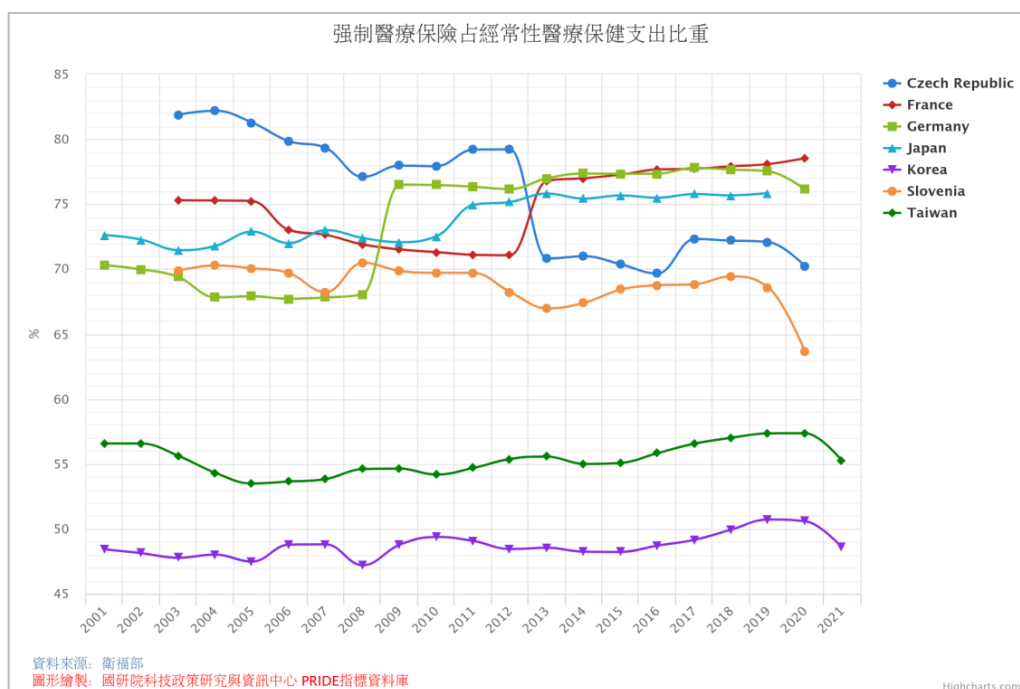
## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

低，給付的內容也較少，自費項目較多。



系統編號：MH10805-0011<sup>(23)</sup>

圖五、政府籌資之經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比重



系統編號：MH10805-0012<sup>(23)</sup>

圖六、強制醫療保險占經常性醫療保健支出比重

## 參、健保費用大宗——探究健保支出主要項目

由前一章可了解，健保財源不足的其中一項原因為支出逐年增長，也打算從這個方面著手研究，因此我們決定從健保支付的眾多項目中選出一個最有可能是造成健保赤字原因的項目並加以探討。

然而中央健康保險署公布的資料中，各項目比較的細項中僅有「藥費」與「其他」兩個選項，為了佐證該份資料，以及避免「其他」項目中有相較藥費占比更高的項目，我們改為從疾病費用的面向來討論。

### 一、慢性疾病的高昂費用

提到健保時，首先便會想到其對於就醫的補助，而根據中央健保署的資料，多年來消耗健保費用最多的疾病前幾名，不外乎是慢性腎臟疾病、第二型糖尿病、高血壓、口腔內疾病、腫瘤治療和呼吸系統疾病等，以表一為例，2021年，全民健康保險醫療費用前五大疾病分別是：急性腎衰竭和慢性腎臟疾病、口腔及唾液腺疾病、糖尿病、高血壓疾病和惡性腫瘤。並且對於這些疾病就醫的補助通常都是長期且大額的，因此我們也好奇，是什麼原因造成這些補助金額之高。

表一、2021 年全民健康保險醫療費用前二十大疾病

排名	疾病名稱	全國就醫人數（千人）	醫療費用（百萬點）	費用占率（%）
1	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	472	57,592	7.34
2	口腔及唾液腺之疾病	11,082	45,041	5.74
3	糖尿病	1,808	38,729	4.94
4	高血壓性疾病	2,725	26,341	3.36
5	消化器官之惡性腫瘤	183	23,129	2.95
6	缺血性心臟病	605	20,973	2.67
7	腦血管疾病	437	19,839	2.53
8	呼吸道及胸內器官之惡性腫瘤	79	17,559	2.24
9	因其他特定健康照護而接觸者（放、化療或免疫療法等抗腫瘤治療、緩和照護等特定照護）	288	15,331	1.95
10	急性上呼吸道感染	8,620	14,164	1.81
11	思覺失調症	136	13,973	1.78
12	乳房之惡性腫瘤	144	13,283	1.69
13	其他類型心臟病（心包膜、心內膜、新瓣膜、心肌梗塞、心傳導性疾病、心室不整或心搏停止、心臟衰竭或心臟相關併發症等疾病）	603	13,088	1.67
14	食道、胃及十二指腸之疾病	3,229	12,660	1.61
15	呼吸系統其他疾病（過敏性鼻炎、慢性上呼吸道疾病、鼻息肉、聲帶及喉部疾病等上呼吸道疾病）	83	12,468	1.59
16	代謝性疾患	1,250	12,304	1.57
17	流行性感及肺炎	478	11,977	1.53
18	淋巴、造血及相關組織之惡性腫瘤	38	9,811	1.25
19	其他背（部）病變（椎間盤或背痛等背部疾患）	2,332	9,490	1.21
20	關節（病）症	1,055	9,294	1.19
前20大合計		18,675	397,046	50.63
全國合計		22,305	784,253	100

資料來源：衛生福利部中央健康保險署，本研究自行整理

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

癌症、糖尿病和三高（即高血壓、高血脂、高血糖）的治療都需要長期用藥，而其藥別都在藥物費用總額占比排名當中名列前茅，根據健保署統計，2020年用於治療糖尿病的藥物的費用就花了132億元。另外，近年來給付金額前幾大藥品中，C型肝炎治療組合用藥和癌症標靶藥物更是長年占據榜首，加上隨著科技的進步，可購買的新型藥品也越多樣，需要的資金自然也就越多。因此合理推測健保可能是因為藥物費用不斷增加不堪負荷而呈現財政赤字。

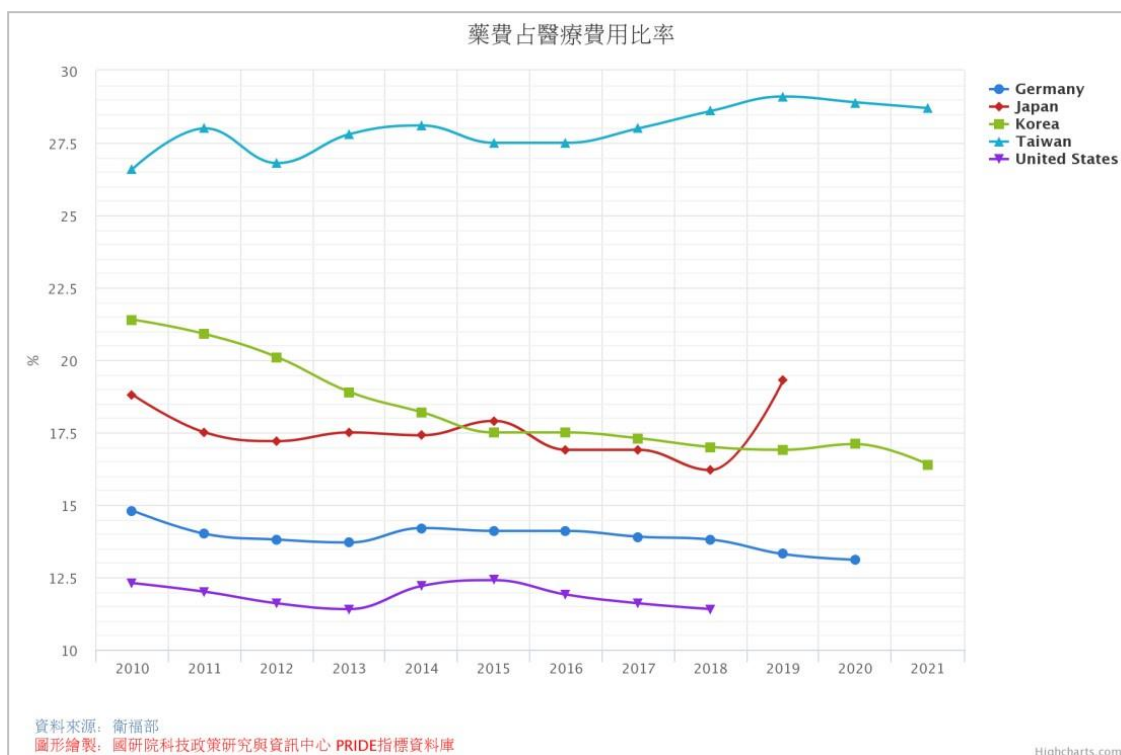
## 二、藥費占健保費用比例實際情況

根據健保署統計的資料，表二顯示藥費申報的金額幾乎每年都在增加，占整體健保花費的比例也呈上升趨勢。此外，由圖七可知，藥費占醫療費用比率臺灣遠超其他國家且呈逐年上升趨勢，符合我們對健保因為藥物費用不斷增加不堪負荷的推測。

表二、國民醫療保健支出資金運用配置表

單位:新臺幣百萬元	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年
個人醫療保健	883,071	913,296	957,433	996,950	1,045,899	1,083,107	1,138,349	1,222,143
醫院	452,666	471,778	497,033	525,680	550,959	559,609	579,540	636,143
住院	203,407	219,548	227,905	238,451	245,976	246,059	263,309	272,282
門診	249,259	252,230	269,128	287,229	304,983	313,550	316,231	363,860
藥費	99,467	99,469	105,830	116,035	124,724	128,824	134,186	148,609
其他	149,792	152,761	163,298	171,194	180,259	184,726	182,045	215,251
診所	244,443	249,512	258,126	263,184	276,278	286,053	286,461	297,854
西醫	120,741	119,982	124,739	128,034	131,130	138,615	138,082	150,886
藥費	21,647	20,848	21,053	20,571	19,806	21,379	21,499	20,055
其他	99,094	99,134	103,687	107,462	111,324	117,235	116,583	130,831
中醫	23,198	22,960	23,868	24,652	25,492	26,057	26,715	25,838
藥費	7,463	7,396	7,716	7,848	8,008	9,079	9,563	9,491
其他	15,735	15,564	16,152	16,804	17,485	16,978	17,152	16,347
牙醫	100,504	106,570	109,518	110,498	119,656	121,381	121,664	121,130
藥費	8	7	6	5	5	5	4	5
其他	100,496	106,563	109,512	110,493	119,651	121,377	121,659	121,125
其他專業機構	30,606	27,893	30,463	27,856	31,554	38,297	40,480	43,243
精神及專科機構	7,588	8,158	8,470	8,166	8,290	8,434	9,109	10,205
慢性病及長期照護機構	13,717	10,189	11,649	9,499	12,566	18,400	20,369	20,962
民俗醫療機構	3,444	3,327	3,676	3,275	3,465	3,566	2,825	2,943
其他	5,857	6,219	6,668	6,916	7,233	7,898	8,177	9,132
醫藥及保健用品支出	127,938	137,401	142,944	149,660	156,799	166,140	203,508	215,771
西藥	37,390	38,672	40,757	42,027	44,152	48,464	58,557	64,229
中藥	20,438	21,389	20,209	20,857	20,973	20,297	18,942	18,469
醫療保健用品	70,109	77,340	81,978	86,776	91,674	97,378	126,010	133,073
醫療用具設備及器材	27,084	26,370	28,491	30,207	30,044	32,807	28,227	28,996
全民健保境外給付	335	342	377	364	265	201	133	136
藥費總額	128,585	127,720	134,605	144,460	152,542	159,286	165,253	178,160

資料來源：衛生福利部中央健康保險署，本研究自行整理



系統編號：MH10306-0062<sup>(23)</sup>

圖七、藥費占醫療費用比率

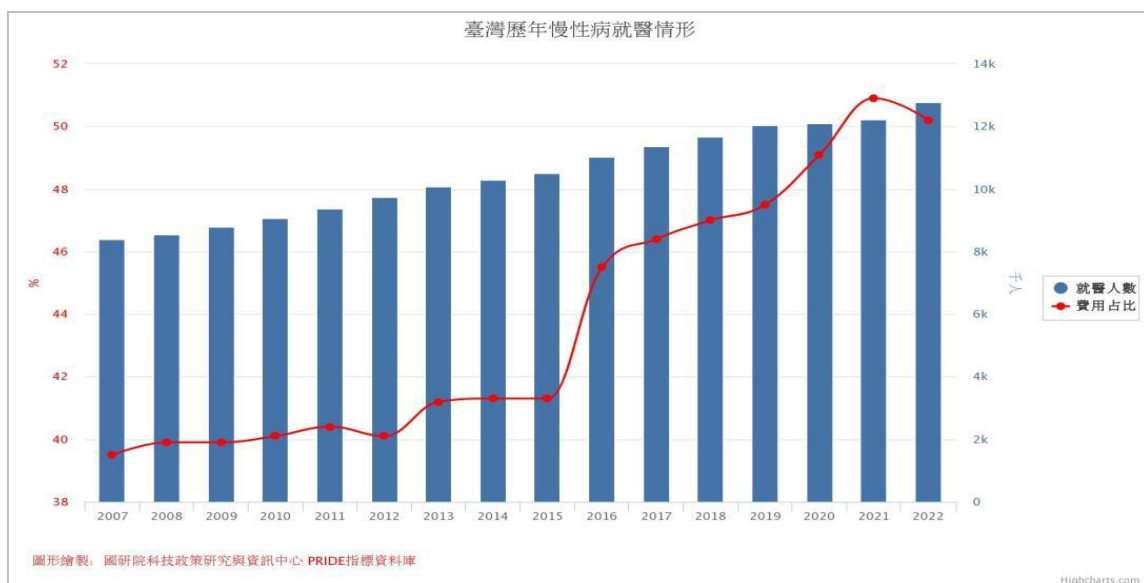
## 肆、醫療支出耗材—藥品

為了找出促使健保支出增加更具體的原因，我們嘗試對臺灣國民的就醫情形進行分析。

依據圖八與圖九，可看出慢性病就醫人數以及重大傷病有效領證人數，均有逐年上升的趨勢。由圖八可知，2012年至2022年，慢性病就醫人數由974萬人次增至1277萬人，其費用占比從 40.2% 攀升至50.1%；於此同時，重大傷病有效領證人數亦有增加的趨勢，由89萬8,975人增至94萬7,638人，其費用占比從27.8%攀升至29.4%。這可能與人口老化加速的現象有關，而我們認為這些費用主要來自上述患者接受長時間治療並長期服藥所帶來的花費，因此我們將更進一步探討藥品及藥價近年的發展及變化。

藥品費用在整體健保支出占比龐大，體制複雜，大部分人民並不了解政府給付的機制。不過，新藥進場、核價的方式與最後的藥價都是影響健保支出的重要因素，我們認為，從這方面著手，能夠窺見健保之所以虧損的原因。

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿



資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖八、臺灣歷年慢性病就醫情形



資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖九、臺灣歷年重大傷病人口

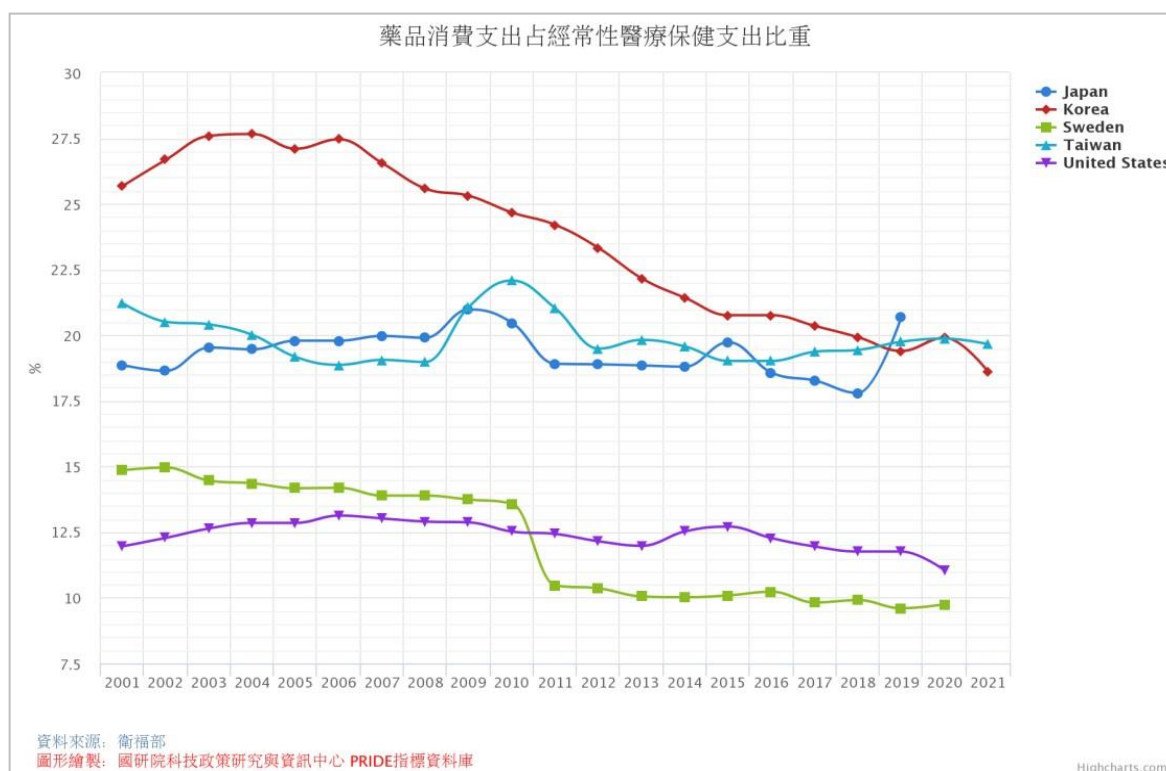


## 一、臺灣藥品支出所占健保支出比率

### （一）國家政策導致藥費占經常性醫療保健支出比重差異

由圖十可見，水藍色代表的臺灣在圖中與日本、韓國長期占據六個國家中的前三名，原因之一是在健保制度上，臺灣和南韓的制度是相近的。不過，圖七卻顯示臺灣藥費占醫療費用的比例遠高於其他國家。

根據圖十，若以平均值而言，在五個國家當中韓國最高的，臺灣和日本則相差無幾，並列第二，最後則是瑞典和美國。其中美國的占比較低是因為醫療費用及藥費在美國非常高昂，且沒有全民健康保險，因此許多美國人負擔不起，藥品的購買數相較之下少了許多。根據美國的情況能推測出占比較大的是藥費相對低廉的國家，即政府有透過健保補助的國家，那麼變相來看也就是藥費占比較多的國家，政府在藥費上用健保支付的費用會較多。



系統編號：MH10805-0016<sup>(23)</sup>

圖十、藥品消費支出占經常性醫療保健支出比重

## （二）比較藥費占醫療費用比率及其占經常性醫療保健支出比重差異

圖七與圖十的差別在於，圖七是以衛福部每年所公告之全民健保給付費用總額為分母，而圖十的分母是經常性醫療保健支出，觀此，可以得出一個結論，即我國的在藥品以外的醫療支出項目，相對於其他國家可能要低得多。事實上，根據衛福部所彙整的2020年全民健康保險監測結果報告，臺灣在藥品上的費用幾乎每年都占了健保支出的四分之一；而國衛院「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇的資料指出，現行藥費占比高的原因之一，是因健保支付專業醫療行為的報酬很低<sup>(20)</sup>。

## 二、政府如何因應

健保財政的危機曾在馬英九政府的任內獲得舒緩。然而，2020年新冠疫情的爆發雖使得醫院一般門診人數減少，藥品花費卻絲毫沒有下降的趨勢。政府現行制度是以總額預算下控制藥品費用的成長，但這同時也造成門診與藥品在預算一定的情況下須互相擠壓、站在對立面的僵局。雖然總額持續成長，但越來越多醫療技術的引進，使得給付項目增加，更加壓縮到了醫師診療費的空間。

每年，健保署都會調查醫事服務機構購買各種藥品的價格，並計算該產品的市價平均數，若其與健保給付價的差距超過健保署所給予之藥品利潤空間，就會調降給付價，此為健保署所推出之藥費支出目標制（DET）試辦計畫。在一般情況下，醫療院所和藥廠會經過協商後談成藥價，而藥價與健保給付價的差距即為「藥價差」，也就是醫院可以營利的空間；然而政府現在的做法，雖然意在減少俗稱藥價黑洞的藥價差，事實上卻只壓迫到了中小醫院的生存空間以及外國廠商引進新藥的意願。

以正面來說，健保署的做法確實很直觀，也能在短期之內見到調整給付價後所造成的結果，但相反的，醫院為了維持原先的利潤，不得不繼續向廠商壓低價格，甚至是頻繁更換藥品。

首先，這會造成藥廠在一再被砍價、無利可圖後，退出國內市場，進而使醫療環境失去某些被醫病高度依賴的藥品。2019年，生產主要抗憂鬱藥物之一——百憂解的禮來公司考量到健保砍藥價、運輸及原物料成本提高，宣布該藥物自4月1日起退出市場。2018年，百憂解的健保給付價為2.08元，然而在2019年，藥價卻被砍到1.96，這證



## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

明了一再砍藥價只會對藥廠造成莫大壓力，在這個物價不斷上漲的時代因成本、獲利不成比例而退出市場<sup>(21)</sup>。

其次，這也影響到新的藥廠進駐的意願，連帶減少新藥（專利藥）引進臺灣的機會，因為砍價行為會導致其底價曝光，進而大幅縮小該藥在國際上的議價空間。專利藥在研發之內的兩年都受到法規保障，且申請人得以延長一次專利，期限二到五年，雖然臺灣的法規極力保障其專利，但如今的做法卻可能讓藥廠在專利期還沒結束前就退出我國市場。「台灣健康投資報告台灣健康表現與醫療支出之檢視」指出，自2017年起，新藥的健保給付生效率開始呈下降趨勢，等待申請生效時間也變長，顯示健保在藥品給付的範圍內，已逐漸因舊藥品佔據經費來源而排擠新進藥品，致使新藥處境更為艱難<sup>(22)</sup>。此外，政府和醫療院所不斷砍價，甚至會影響到生產學名藥（相對於專利藥、過了專利期限的藥品）藥廠的利潤。最終，藥品的減少會影響到病人就醫的醫療品質，違背原先健保設立的初衷。

韓國在1999年對於控制藥價差的作法已成了前車之鑑。韓國首先將設定核價的標準設在遠比其富裕的七個已開發國家的平均值，又宣布往後醫療院所購入藥品的價格就是健保給付的價格，這完全抹去了院方向廠商議價的誘因，同時導致韓國健保費用在一年間暴漲32.2%。由圖十可見，韓國在2000年至2006的藥品支出占比都居高不下，後期才慢慢降下來。

可以見得，試圖完全消弭藥價差是不可能的。唯有透過給予廠商合理的利潤空間以及建立透明、適當的核價機制，才能將藥價差降到最小，促成醫療產業裡的良性發展。

### 三、藥價的問題如何真正獲得解決

藥價真正對於健保所造成的負擔，並不是由於醫療院所從中收取的合理的藥價差。假如透過衛福部直接和廠商議價，並且每間醫療院所都以議定的價購買藥品，那麼醫療環境就能獲得公平的條件，不論規模大小，病人都可以獲得一樣的藥品，如此一來，也不會出現醫療院所挑選藥品的情況。只不過，現今健保制度對於專業醫事人員的報酬相當低，若改成上述制度，健保的整體配給要再重新規劃，藥品的價格也會不

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

如醫院自己和廠商談的時候來的低，這不僅得對體制做出大幅度更動，也沒有從根本解決問題。

首先，臺灣民眾對於門診及藥品有濫用的情形，重複看診、重複領藥都造成了醫療資源的浪費；再者，現在政府盲目砍價，只看到眼前的財務問題，讓藥品市場陷入惡性循環；此外，這樣的做法也忽略了民眾對於特定藥品的依賴。雖然學名藥相較於專利藥，不僅比較便宜，療效也不一定較差，但許多民眾對於原先使用的專利藥仍具有較高信賴。最後，由於全民健保是種「單一支付與單一保險人」制度，藥品基本上不被允許自費，民眾無法真正意識到自己的醫療花費有多巨大，或是思考在藥品之間的選擇，究竟應透過療效還是是否正廠藥來判斷。

目前最好的做法，應是政府設定合理的核價標準，因為現行的藥品價格已是透明的。具體來說，我們可以參考發展程度與國情相近的國家訂定藥費標準，因為不同的藥品，在每一個地區的使用度都不盡相同，更何況，部分藥品的臨床實驗可能僅限於單一人種，對於其他人種並不見得能達到相同療效，在審核藥品價格之前更應該做的，是審視什麼樣的藥品是必要的並能夠對醫療產業起幫助、造福患者，如此才能避免不必要的支出。同時，政府應當引進效果相近的生物相似藥品，以及鼓勵學名藥的生產，許多專利藥的效果並不是其他藥品無法取代的，只是就醫的民眾沒有足夠的相關背景能夠瞭解這一點。另外，政府應當以更有力的宣導，來抑止民眾重複取藥、就醫等浪費醫療資源的行為，據統計，臺灣平均一年丟棄193噸的藥品，想來這一定也對健保造成負擔。最後，在引進新藥以及新技術的同時，也要適時讓舊的藥品退場，才能將經費留給更有效的藥品，如此才能減少藥品開銷，真正達到減少健保支出的目的。

## 伍、結論

我們在這篇小論文裡，透過PRIDE資料庫探討健保制度的財務問題。綜觀來看，臺灣的健保給付項目範圍完整，涵蓋到了絕大多數群體的需求，與他國（例如美國）沒有全面性健保制度的情況正好相反：沒有健保制度，使民眾就醫需支付大筆費用，或是依賴私人企業的保險。

全民健保行之有年，卻在近幾年發出赤字的警訊。從1995年全民健保正式上路以來，健保制度便經歷了不少變革，而後於2013年開始施行的二代健保也面臨了財源不足的問題，除了支出逐年上升，與他國相比，經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重及公部門經常性醫療支出皆處於偏低的情勢。為了降低過多變因造成的影響，我們在閱讀了許多健保支付項目的資料後，將目標鎖定在藥品花費在健保中的占比以及近年是否有上升的趨勢，如果有，可能原因又為何。

從藥費占醫療費用比率的圖表及和他國的比較可以發現，臺灣的藥費在整體健保支出占比上，相較於他國高出許多。我們認為，因為健保制度致使看診價格低廉，許多民眾有重複領取藥品的情況，導致了藥品的浪費。有鑑於業界裡的醫師指出，藥費在近幾年的調降已經導致市場發生改變——即由於價格降低，許多藥廠無利可圖，將不再進駐臺灣市場，進而使病患無藥可用——這終究不是長久的辦法。新藥的研發越來越快，持續進入市場，為了保障人民權益，健保對於藥品項目的涵蓋勢必增加。為了抑制藥費支出過度成長，健保署推出「藥費支出目標制（DET）試辦計畫」，先為藥費支出設定一個目標，如果年度結算下來發現超出目標，即啟動調價機制。但就如文章開頭所提到的，調漲健保費率不是長久的解決辦法，年復一年砍價也非減少支出成長的方法。根本的解方，是及時讓舊的藥品退場，進而為整體健保支出降低做出努力。

## 參考文獻

- 1.衛生福利部(2022)。中華民國 110 年版全民健康保險會年報。檢索日期：2023 年 6 月 11 日，取自：<https://service.mohw.gov.tw/ebook/nhic/年報/109/ebook/2021/index.html>
- 2.臺灣醫學(2014)。全民健康保險制度的發展與問題。檢索日期：2023 年 6 月 11 日，取自：<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=10281916-201401-201401290028-201401290028-33-42&PublishTypeID=P001>
- 3.臺灣公共衛生雜誌(2015)。補充保險費對解決健保財源不足問題的效果。檢索日期：2023年3月13日，取自：  
<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=10232141-201502-201502250002-201502250002-5-20&PublishTypeID=P001>
- 4.衛生福利部(2021)。中華民國110年國民醫療保健支出。檢索日期：2023 年 6 月 11 日，chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcgclclefindmkaj/file:///C:/Users/ywchung/Downloads/110%E5%B9%B4%E5%9C%8B%E6%B0%91%E9%86%AB%E7%99%82%E4%BF%9D%E5%81%A5%E6%94%AF%E5%87%BA.pdf
- 5.國情統計通報(2019)。107 年 65 歲以上高齡者健保醫療費用占 38.2%。檢索日期：2023年6月11日，取自：  
<https://www.dgbas.gov.tw/public/Data/9112816348T64VQLTY.pdf>
- 6.報導者(2020)。葉旭霖／以國際脈絡、統計檢視，臺灣醫療支出和健保真的花太多錢嗎？檢索日期：2023年6月11日，取自：<https://www.twreporter.org/a/opinion-health-insurance-system-oecd-data-comparison>
- 7.財團法人國家衛生研究院(2020)。國家衛生研究院全民健康保險藥品給付及支付制度改革論壇第三次會議紀錄—改革藥品支付標準調整策略。檢索日期：2023年6月11日，取自：<http://www.capa.org.tw/upfiles/1592889735.pdf>
- 8.Yahoo新聞網(2011)。以透明藥價政策取代失控的藥價差。檢索日期：2023年6月11

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

日，取自：

<https://tw.news.yahoo.com/%E4%BB%A5%E9%80%8F%E6%98%8E%E8%97%A5%E5%83%B9%E6%94%BF%E7%AD%96%E5%8F%96%E4%BB%A3%E5%A4%B1%E6%8E%A7%E7%9A%84%E8%97%A5%E5%83%B9%E5%B7%AE-182509371.html>

9.康健雜誌(2019)。我們願意為藥效付多少錢？健保藥價的難題。檢索日期：2023年6月11日，取自：<https://www.commonhealth.com.tw/blog/3202>

10.風傳媒(2023)。健保藥價年年砍，2023年將省81.8億元！醫示警3大影響，後果不只缺藥問題。檢索日期：2023年6月11日，取自：  
<https://www.storm.mg/lifestyle/4751342>

11.The News Lens關鍵評論網(2020)。【專題導言】調漲保費就準備下台：健保費率與財務平衡，永遠是艱困的兩難。檢索日期：2023年6月11日，取自：  
<https://www.thenewslens.com/feature/nhi-25th-financial/137511>

12.好險網(2019)健保財務陷虧損的原因，節流、保費調漲為何成趨勢？檢索日期:2023年6月11號，取自：  
<https://www.phew.tw/article/cont/phewpoint/current/topic/7363/201908287363>

13.衛生福利部中央健康保險署-重要財務資訊(2023)。檢索日期：2023年6月11號，取自：  
[https://www.nhi.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=B6E7BB1043558C1C&topn=23C660CAACA159D](https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=B6E7BB1043558C1C&topn=23C660CAACA159D)

14.工商時報(2020)10大燒錢國病出爐，慢性腎病再奪第一。檢索日期：2023年6月17號，取自：<https://ctee.com.tw/lohas/health/299440.html>

15.上報(2017)台灣腎患蟬聯冠軍寶座，年花健保483億最燒錢。檢索日期：2023年6月17號，取自：<https://today.line.me/tw/v2/amp/article/vkR2nK>

16.風傳媒(2020)10大最燒錢疾病，糖尿病、牙周病都上榜，冠軍竟是這個疾病。檢索日期：2023年6月17號，取自：<https://www.storm.mg/lifestyle/2902837>

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

17.HEHO(2021)每年花 132 億元！糖尿病口服降血糖藥有哪些？專家詳細列表一秒讀懂

檢索日期：2023年6月17號，取自：<https://heho.com.tw/archives/191217>

18.工商時報(2020)健保藥費支出年花 2 千億 三高藥物用最多！檢索日期：2023年6月17

號，取自：<https://ctee.com.tw/news/biotech/308189.html>

19.新北市藥師公會(2012)去年健保藥費，三高吃掉 258 億元。檢索日期：2023年6月17

號，取自：<http://tcpa.taiwan-pharma.org.tw/node/13315>

20.財團法人國家衛生研究院(2019)全民健康保險藥品給付及支付制度改革論壇第一次

為議紀錄。檢索日期：2023年6月17號，取自：[1574745266.pdf](https://www.nhi.gov.tw/files/1574745266.pdf) (capa.org.tw)

21.中央健康保險署(2019)回應「藥價不敷成本，百憂解退出台灣」：健保署依法調整

藥價，願積極與藥界檢討DET之計算公式。檢索日期：2023年6月17號，取自：

<https://www.mohw.gov.tw/fp-4343-46833-1.html>

22.IRPMA(2023)台灣健康投資報告台灣健康表現與醫療支出之檢視。檢索日期：2023

年6月17號，取自：<http://www.irpma.org.tw/web/upload/20230804140612I-WUhSE.pdf>

23.政策研究指標資料庫(2023)。檢索日期：2023年6月10日，取自：

<https://pride.stpi.narl.org.tw/index>