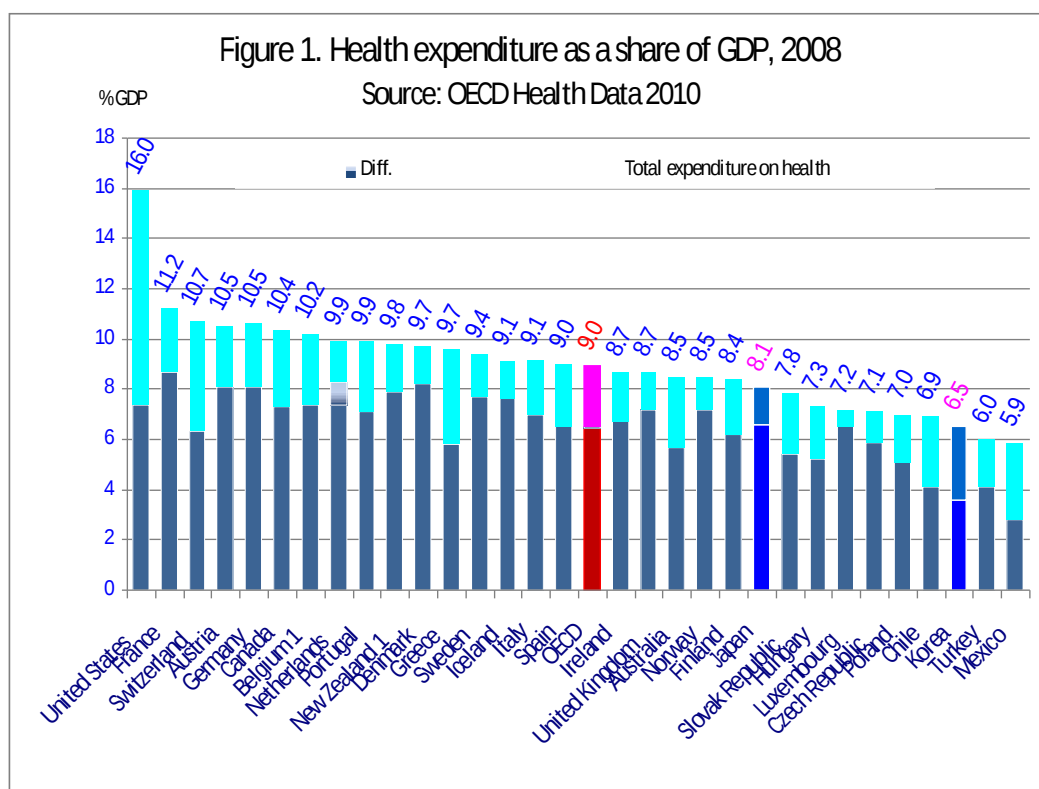


台灣與 OECD 國家醫藥支出之比較 (2010 OECD Health Data, June 2010)

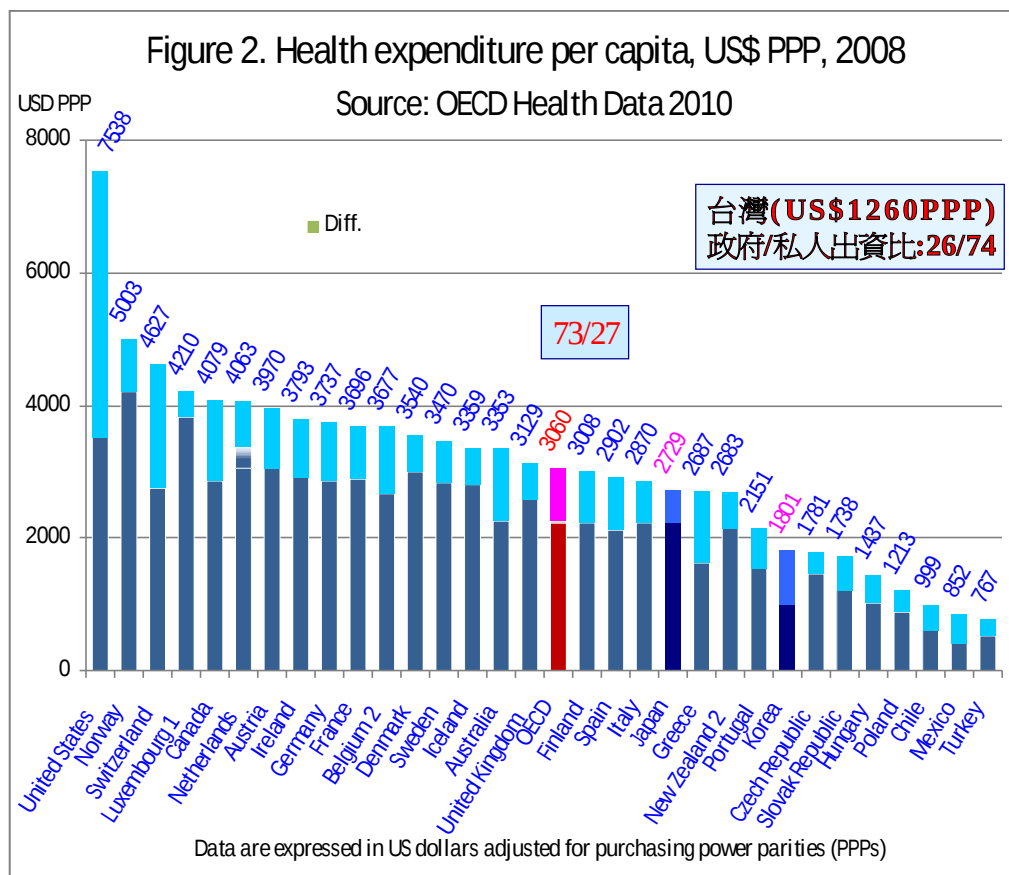
一、OECD 國家健康醫療支出占 GDP 之比重

依經濟合作暨開發組織公佈之 2010 OECD Health Data 顯示: OECD 國家 2008 年平均醫療支出占 GDP 之 9%；最高的是美國的 16.0%，最低的是墨西哥之 5.9%，法國 11.2%，瑞典 10.7%，德國 10.5%，加拿大 10.4%，澳大利亞 8.5%，英國為 8.7%，而日本則為 8.1%，韓國也達 6.5%。台灣則大於 6% 左右。

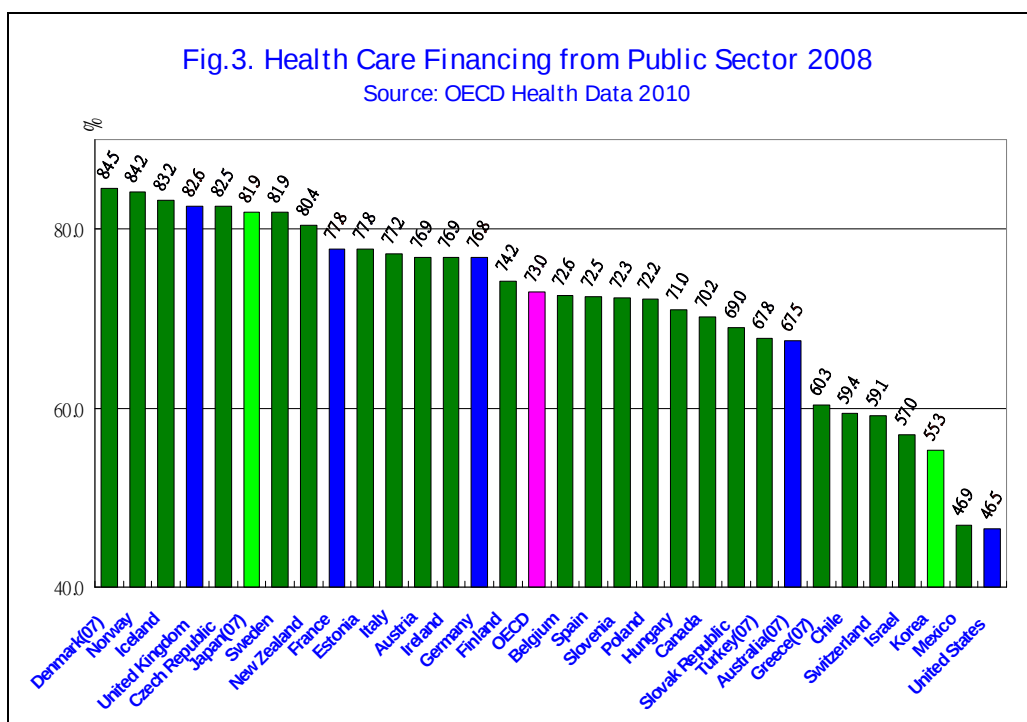


二、OECD 國家政府與民間為健康醫療支出之比率

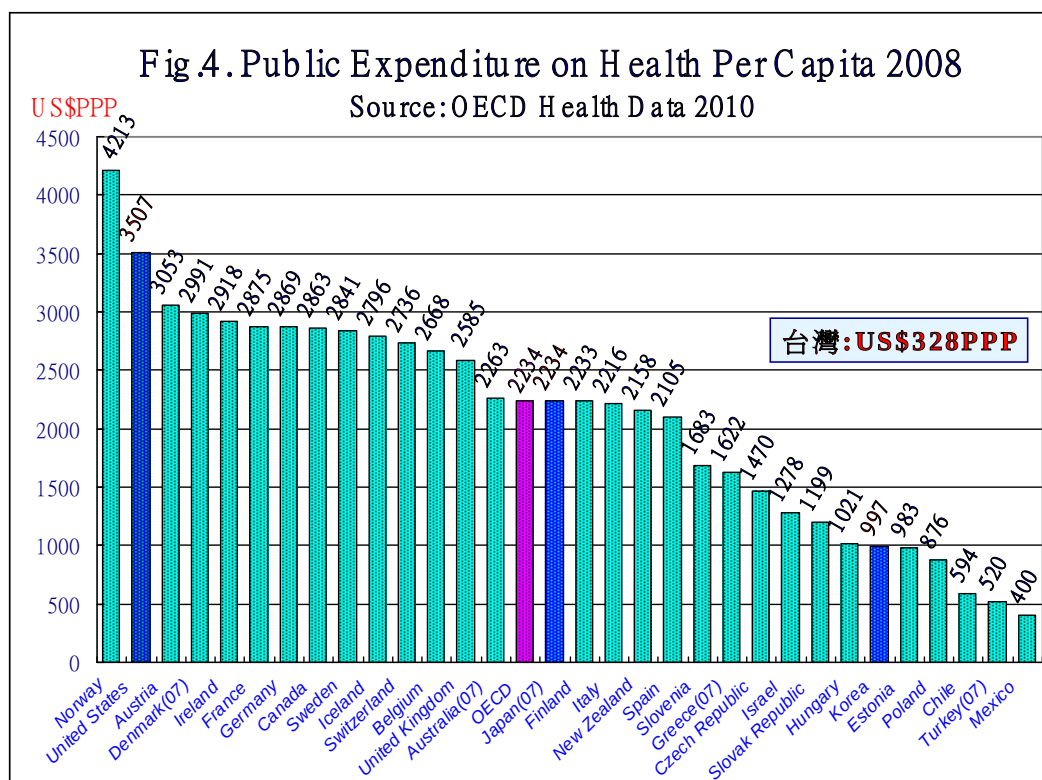
2008 年每人年均醫療支出以美金等值購買力(US\$PPP: Purchasing Power Parities)計，雖然美國之 US\$7538 獨佔鰲頭，幾乎是所有 OECD 國家平均之兩倍半；但政府只占總醫療支出之 46.5% (註: 2009 美國已達 48%: Medicare 老年福利保險 20% + Medicaid 弱勢醫療補助 15% + 其他公衛支出、軍人榮民、州地方醫院補貼、學校及印地安醫療等 13%，卻仍未能實施全民健保)，相較於所有 OECD 國家平均之 73% 為低(只有墨西哥及美國低於 50 %)。例如法國人均醫療支出 US\$3696 政府出資 77.8%，英國為 US\$3129 政府出資 82.6%，德國為 US\$3737 政府出資 76.8%。



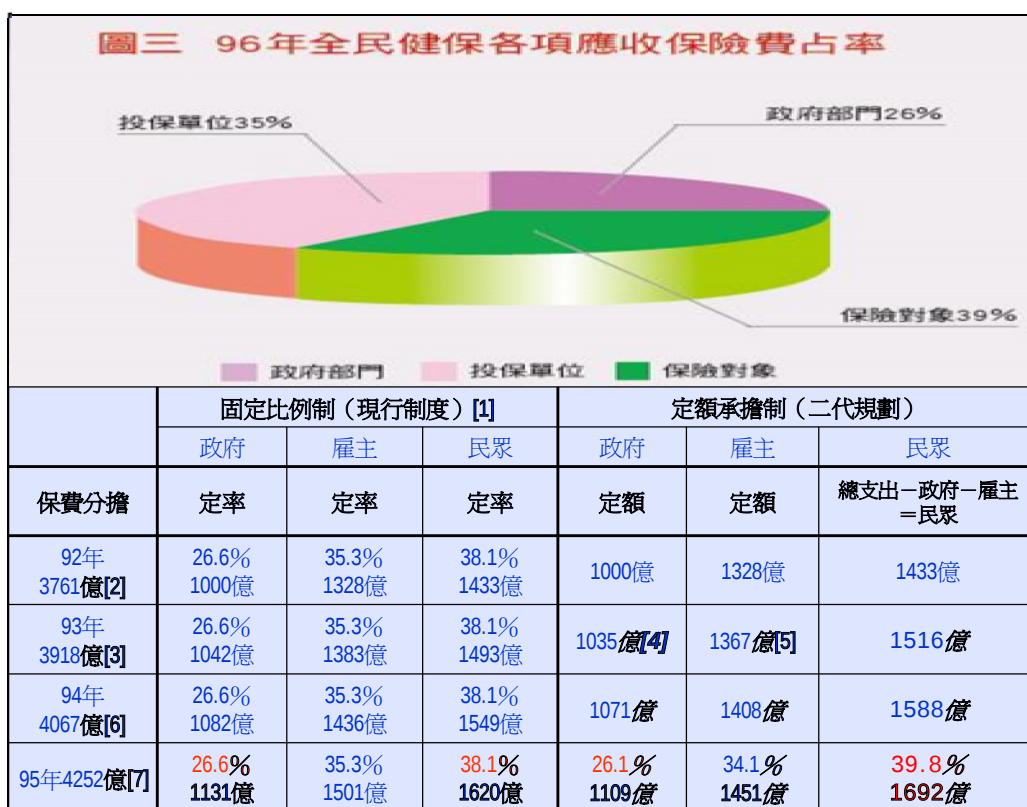
台灣全民健保屬於社會醫療保險，非社會醫療福利，每人年均醫療支出約 US\$1260 (PPP) 仍遠低於 OECD 國家之平均 US\$3060，且政府出資僅 26.6%；仍遠低於日本之 US\$2729 且政府出資 81.9%，及韓國之 US\$1801 且政府出資 55.3%。到底政府應提供多少健保資源？衛生福利國家以北歐之挪威(84.2%)、冰島(83.2%)、丹麥(84.5%)、瑞典(81.9%)，英國(82.6%)、紐西蘭(80.4%)及東歐之捷克(82.5%)，亞洲僅日本(81.9%)等幾個國家為例，政府支出皆占八成以上。但另一方面，在各先進國家醫療花費急速成長壓力下，有些國家如德、法、義、加拿大、澳大利亞、荷蘭、瑞士等國則朝開放及擴大私人保險及其他醫療基金發展。台灣公共預算比率為何？政府應支付多少才足以合理壟斷健保資源？政府為了維護社會公平及正義，應堅持由健保局之單一支付制(One Single Payer)籌措醫療財源，或亦需未雨籌謀考慮先進國家開放其他多源保險以悞注漸入窘境之單一健保財源呢？



另一方面，以等值美金購買力(US\$PPP: Purchasing Power Parity)衡量各國政府平均為每位民眾健康醫療支出多寡數據顯示，OECD 國家於 2008 年人均支出為 US\$2234，約為台灣 US\$328 之七倍。台灣僅分別為韓國(US\$997)之三分之一及日本(US\$2234)之七分之一。更是已知 OECD Health Data 所有列出國家之末，約僅為先進社會醫療福利國家政府支出之八到十二分之一。



以現行健保收入來源固定比率制為例，歷年來政府分擔比率固定為 26.6%，投保單位(即顧主)負擔 35.3%，而保險對象(即受薪及一般民眾)負責 38.1%。規劃中之二代健保，據云將採定額承擔制，政府未來不論總體醫療給付之成長幅度為何，僅籌劃負擔固定金額，將增加顧主及一般受薪民眾負擔健保財源之比率有逐年增加之疑慮。



1. 政府/雇主/民眾負擔保費比例資料來源：92年全民健康保險費率精算報告

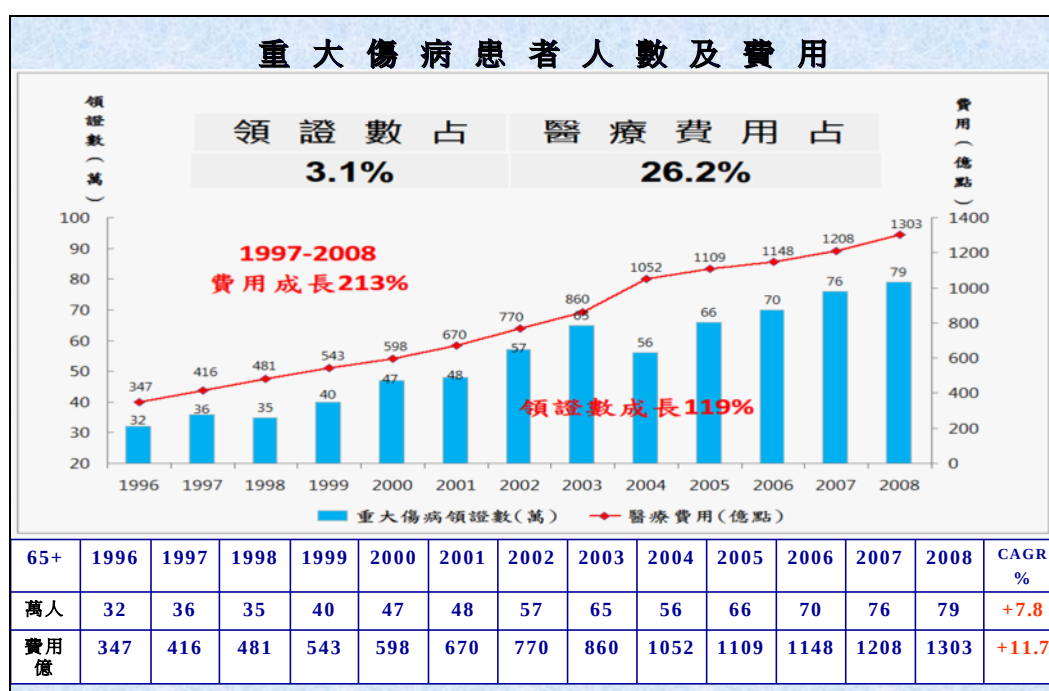
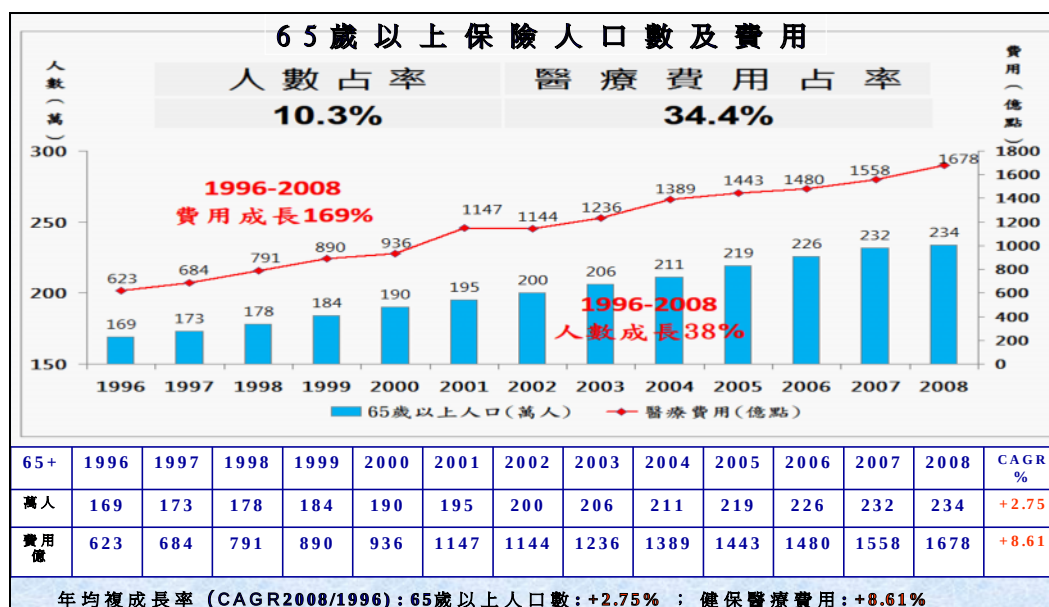
2/3. 中央健康保險局門診透析總額、醫院總額暨西醫基層總額每點支付金額結算說明表

4. 假設GDP成長為3%，計算公式為「92年政府負擔金額」× GDP

5. 假設薪資成長率為3%，且在失業人口沒有增加、產業沒有外移，雇主給付薪資穩定的情況下。計算公式為
「92年雇主負擔金額」× 薪資成長率

6/7. 全民健康保險醫療費用協定委員會公告94/95年醫療給付費用總額及其分配

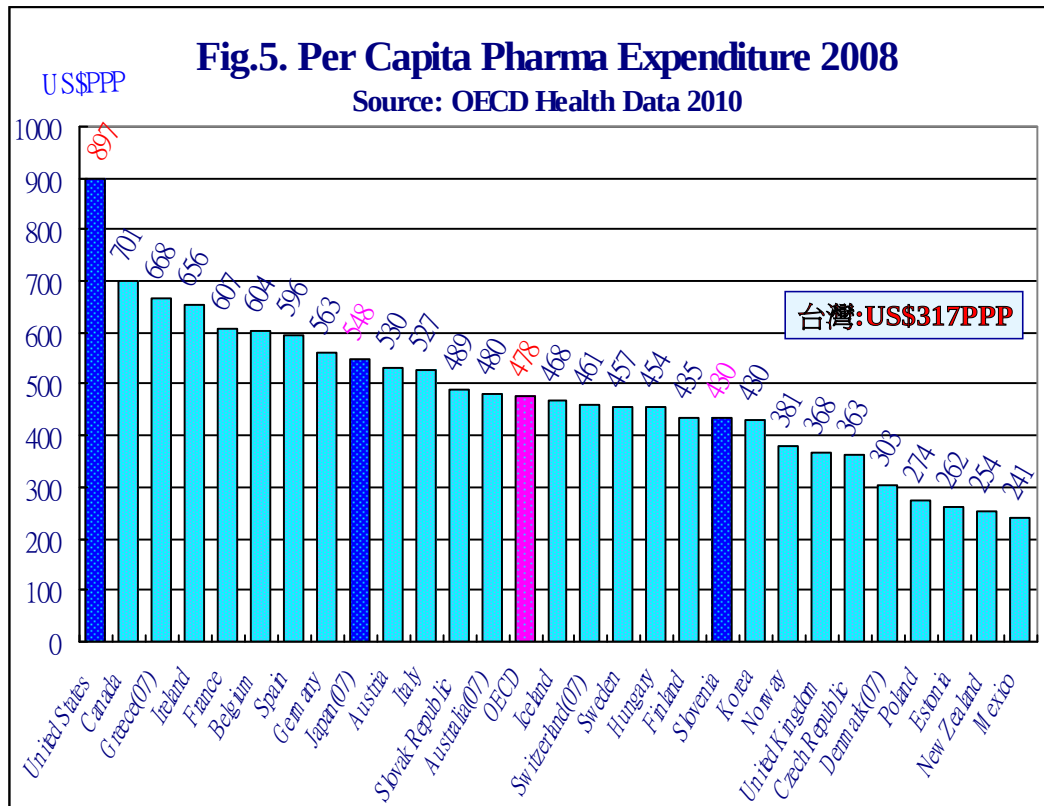
何況健康指標及資源分配之不平等及差異(Health inequality)更是目前世界先進國家在社會安全建構中之重大議題及責任。以 2008 年台灣老年族群(占總人口 10.3%)及重大傷病人口(占總人口 3.1%)為例，其醫療給付已達六成以上(分別各占健保給付之 34.4%及 26.2%)。如政府能逐步將上述重大傷病及老年族群健康照顧直接以稅收納入社會安全體系，而非由現行已占健保財源 70%之受薪族群持續調高保費支應，如此將可一步到位與國際接軌，邁進社會醫療福利國家之林。二代健保費調整方案亦較能符合社會公平之期待與民眾之支持。



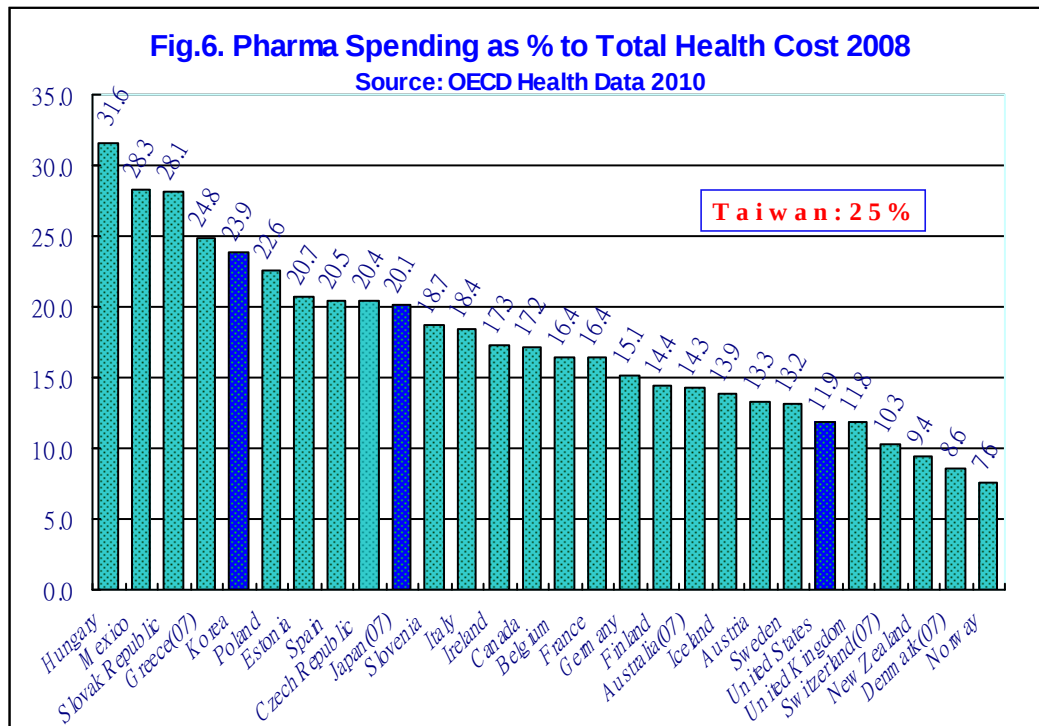
三、OECD 國家人均藥品支出及藥品費用占總醫療支出之比率

藥品支出是另一熱門話題，2008 年仍以美國每人年均之 US\$897(PPP)最高，但通常藥品限定給付(且鼓勵給付學名藥)，七成藥品支出需民間自籌財源或保險，政府出資給付藥品只占三成，迥異於 OECD 國家平均政府出資六成支付藥品費用；甚且其老人保險(Medicare) 2006 年藥品才給付，除了需先自付 US\$250 外，還需承受 25-70% 之高額部份負擔。加拿大之 US\$701 政府出資 38%，及希臘之 US\$668 政府出資 79% 各居二三，冰島為 US\$656 排名第四，法國之 US\$607 政府出資 69% 則居第五。

以美元等值購買力比較東亞之日本為 US\$548(PPP)政府出資 72%，及韓國為 US\$430 政府出資 55%；台灣每人年均藥品支出約 US\$317(PPP) (2008 藥品佔總醫療申報給付之 25%)，民間需出資七、八成以上，真有天壤之別(民資 70%+小於 20%之部份負擔)。相較於所有 OECD 國家，台灣每人年均藥品支出僅高於波蘭、紐西蘭、墨西哥及土耳其。



2008 年 OECD 國家平均藥品費用占總醫療支出比率約 18 %；歐美國家，除了東歐各國、希臘、墨西哥及西班牙以外都低於 20%。韓國之藥品占醫療支出之 23.9 %，在 OECD 國家中僅次於匈牙利之 31.6 %，墨西哥之 28.3%，斯洛伐克之 28.1 %，及希臘之 24.8%。日本為 20.1 %，加拿大 17.2 %，法國 16.4 %，德國 15.1 %，澳大利亞 14.3%，美國這幾年則由低於 10%竄升至 11.9%，紐西蘭、丹麥及挪威則仍低於 9%。同期台灣藥品費用占總醫療申報點數之 25.0%；但因醫療給付點值持續下滑，如 2004 年藥品已占總醫療支出之 27.9%。其實台灣藥品費用支出占 GDP 比率與 OECD 國家平均值相當，約占 1.5% GDP，皆較美國、加拿大之 1.9%及 1.8%或日本之 1.6%與韓國之 1.7%為低，但皆比北歐諸國為高。



到底藥品總額應照過去給付記錄定於 25-28%間呢？或應扣除隱藏之藥價差定於 OECD 國家平均指標之 17-20%間呢？抑或其他具創意之長期解決方案？值得整體藥業主管官署及管理學者與專家嚴肅的探討。

相關 OECD 國家及台灣健康醫療支出統計數據列表如下：

2008 (OECD Health Data 2010)	Health Spending as % to GDP	Per capita Health Spending US\$PPP	% Public Sector Health Financing	Per capita Pub. Health Spending US\$PPP	% Pharma on Total Health cost	Per capita Pharma Spending US\$PPP
United States	16.0	7538	46.5	3507	11.9	897
Canada	10.4	4079	70.2	2863	17.2	701
France	11.2	3696	77.8	2875	16.4	607
United Kingdom	8.5	3129	82.6	2585	11.8	368
Germany	10.5	3737	76.8	2869	15.1	563
Italy	9.1	2870	77.2	2216	18.4	527
Switzerland (07)	10.7	4627	59.1	2736	10.3	461
Sweden	9.4	3470	81.9	2841	13.2	457
Denmark	9.7	3540	84.5	3053	8.6	303
Norway	8.5	5003	84.2	4213	7.6	381
Australia (07)	8.5	3353	67.5	2263	14.3	480
Greece (07)	9.7	2687	60.3	1622	24.8	668
Japan (07)	8.1	2729	81.9	2234	20.1	548
Korea	6.5	1801	55.3	997	23.9	430
Taiwan*	> 6.0 %	1260	< 30 %	328	25.0	317
OECD	9.0	3060	73.0	2234	18.0 (07)	478

*US\$ Purchasing Power Parity: Data Compiled from International Monetary Fund

四、如何建構病人為中心之藥品總額

- 目標 讓人民當健保的主人，提升消費意識；讓錢跟隨人及疾病走，而非醫療提供者！才能建立具成本效益機制之永續健保。
 1. 醫藥業應以病患權益為依歸，尋求醫療用藥「普及化」、「優質化」、及「成本效益化」為最後目標。
 2. 建立符合「市場機能」及「成本效益化」之公開、透明與合理之藥品給付政策。
 3. 減少「藥價差」與「健保道德風險」所造成之浪費。
- 策略
 1. 將現行全額給付之「論量計酬制」改為一般疾病「論人給付」，重大傷病及慢性疾病則「論病計酬」，朝「成本效益化」之醫療管理制度邁進。
 2. 須區分藥品與專業服務(Goods & Services)，不能「只重量不重質」；亦即只給付藥品但不重視「用藥品質與結果」(Quality & Outcome)之藥事照顧服務(Pharmaceutical Care)。
 3. 重新審核門診藥品給付之必要與否及範圍；授權與錢給病人，以門診用藥權益帳戶方式，鼓勵病人直接參與、選擇調劑取藥及尋求專業藥事照顧服務之處所，提升用藥品質、減少不當用藥之風險、降低整體醫療花費。
- 方法

1. 「讓錢跟隨人及疾病走」才能解決眾所詬病之「藥價差」

藥價差是目前健保藥品給付政策所面臨最棘手之問題之一。藥品取得 (Access) 之公平及公正性 (Equity) 取決於政府之規劃與雇主及人民財務之負擔能力 (Affordability)；用藥安全及品質提升取決於醫、藥、護師等之專業合作 (Professionalism)；藥品之有效性 (Efficacy)、經營效率 (Efficiency) 及競爭力 (Competitiveness) 取決於藥品製造業、代理經銷商之企業行銷及管理能力；用藥之成本效益 (Cost-effectiveness) 則取決於是否賦予病人控制成本之權、責，及「知藥」、「選擇調劑與用藥服務」等民眾用藥消費意識 (Consumerism) 之提升。

藥價差之存在實屬必然，絕無法避免，應是如何將之合理化及透明化。不管將來是採何種成本控管 (Cost-containment Measures) 模式，如目前之定額部分負擔 (Co-payment)，或其他可能之定率部分負擔 (Co-insurance)、差額負擔 (Partial Payment)、定額自付 (Deductible)、個人權益帳戶 (Personal Benefit Account) 等，藥價之管理如仍局限於目前健保局、醫療提供者、及藥品供應商間藥價調查、藥價基準等打轉，實無法徹底解決隱藏性之巨幅藥價差。

既然藥品無法全額給付已屬必然，是否應檢討目前單一品牌給予統一支付價 (零售價) 之藥價基準訂定模式？專利過期 (Off-patent) 藥品應考慮按成份或治療分類別，利用藥價普查 (Census Volume-Price Study) 之

加權平均中盤價 (Weighted AWP: Average Wholesale Price) 訂定各品牌之支付參考價。透明化之平均中盤價可讓醫、藥師與病人共同選擇有效且合理價格之藥品。另外如醫療提供者能為病人建立個別藥歷檔，政府應鼓勵如美國之藥品供應商直接提供折讓或後贈 (Direct-to-consumer Discount/Rebate) 回饋給最終消費者，而非醫療提供者，澈底解決隱藏性之藥價差問題。

2. 建立「民眾用藥權益帳戶」以解決「健保道德風險」

欲有效管理與控制因藥品給付衍生之問題，配合健保總額預算之實施及未來健保 IC 卡之規劃，應趁機充分授權與錢予消費者，賦予病人直接參與及監督之責任，達到控制成本及直接要求優質之用藥照顧與服務。此可採『民眾門診用藥權益帳戶』(Pharma Benefit Account)之方式，以病人用藥權益為依歸，授權與錢予病人，讓門診藥費變為一總額(普通疾病：論人總額；慢性病：論病總額)，門診一般疾病可採『論人定額』，長期及重大傷病則採『論病總額』全額給付，公開透明且合理分配有限之健保藥品總額。此為標本兼治之消費者主導 (consumer-driven)、全民參與之方法，賦予民眾更多之權利與責任，以選擇及支付門診醫藥費。二代健保改革箭在弦上，在支出面如能每年給予每戶定額之門診用藥權益額度，等於直接授權與錢給「民眾參與協商健保費用」，未來可取消門診藥品部份負擔，以鼓勵民眾積極參與、善用財務籌碼、控制成本，照顧個別之健康，落實二代健保「權責相符」之政策。此即目前美國健康保險之趨勢，個人醫療照顧帳戶 (Personal Care Account) 之理念。其最大的節約機制是當年度未用完之額度可移撥至下一年度使用，幫忙支付自掏腰包之醫藥費用。另外，未來應充分利用 Internet 直接提供資訊給民眾，不但由網際網路管理自己的醫藥帳戶，價格之透明化更讓參與此方案之醫藥服務提供者彼此競爭，提供更優質之用藥服務。

最後，衛生主管當局於訂定相關藥品政策時，亦應藉由舉行公民共識會議 (Consensus Conference) 之機會，邀集產、官、學及專業藥師代表，組成一中性、客觀之專家小組，針對藥品給付改革方案、藥價政策、藥品總額、醫藥分帳及分業等問題，提供參與公民共識會議之民眾代表，有關藥品及用藥給付政策之相關資訊；以民眾權益、用藥品質及安全為導向，公開、透明討論民眾用藥之需求及相關藥品政策，並釐定未來藥政改革之優先次序及重要議題，凝聚共識，以供決策者及專業藥師將來共同努力建立現代化藥療服務系統之依據及方向。

未來理想之健康照顧系統-建立永續經營之『健康權益+儲蓄帳戶』制度

考慮未來台灣理想之健康照護體系，除了目前全民健保(運用 6% GDP 資源，具強制性、普及化、中央計畫分配型、單一支付制)之開源節流傳統構思以外，更應開發多元保險，由消費者主導、獎勵賦稅減免、高自付額之健康維護計畫(如健康儲蓄帳戶險 Health Savings Account: HSA)，賦予

民眾權責，積極參與決策及共同監督，才能持續提升民眾投資健康付款之意願(willingness to pay)，迎頭趕上已開發國家平均占 9% GDP 之健康產業。(國際藥學會曾建言:總額預算決定付款的能力；但付款之意願才是決定總額之關鍵!)

	目前(全民健保)	未來(健康權益+儲蓄帳戶)
管控模式	總額預算	總額預算+民眾付款意願
管理型態	中央計劃分配、 及高度控管	全民監控下之 市場導向及競爭原則
藥品核價(零售價)	回溯性單一品牌支付價	前瞻性市場價格機制
處方調劑	封閉型	開放 / 透明
服務	通例化 + MASS PRODUCTION	個人化服務導向
財源	單一支付制	多元開放
保險給付機制	論量計酬	論病、論人 + 論質計酬
醫藥提供者	商業導向	專業導向
經營目標	利潤導向	整合型服務
決策機制	菁英學者、寡頭壟斷	菁英學者 + 病人權責參與
結果	醫療資源集中化、 大型化、財團化、 官僚化、城鄉差異化、 及醫病關係疏離化	社區化、基層化、 個人化、專業服務化

總之，醫療普及性與可近性，取決於民眾之財務負擔能力及政府之規劃與努力；醫療照顧之品質則取決於醫、藥、護等醫療提供者之專業提升能力；成本效益之提升，則有待充分授權，讓消費者主導、民眾積極參與、控制浪費，才能成功。

誠摯呼籲醫藥業者，尤其是從事醫療健康行業，追求利潤所導致之衝突，尤其是最終消費者，以及出錢的企業老闆，有充分被告知與選擇用藥之權利；優質與成本效益之用藥，加上高附加價值之藥事照顧服務，才應該是未來醫藥服務業之主流。

(私立中國醫藥大學藥學系講師 吳尹中 August 2010)

Reference:

1. OECD Health Data 2010, June 2010
2. US\$ Purchasing Power Parity: Data Compiled from International Monetary Fund