

台灣健康投資報告

台灣健康表現與醫療支出之檢視

報告終稿 – Aug 1, 2023



Reader notice 致閱讀者聲明

- 本報告係中華民國開發性製藥研究協會 (以下簡稱「IRPMA」) 委託資誠普華國際財務顧問有限公司 (以下簡稱「PwC Taiwan」或「本公司」) 編製。報告內容係本公司據可取得之公開資訊、資料庫，及與諸多醫療保健體系之主要利害關係團體代表(包括醫療機構、病友團體及製藥業者)的訪談編製而成。
- 本報告係針對關注議題彙整相關資訊，並非針對特定個案表示任何專業意見，本份報告之閱讀者不宜在未取得特定專業意見下，直接採用本份報告之任何資訊。
- 本公司不對本報告內容(包括受訪者意見)的正確或完整與否負任何保證責任，亦不對該份文件承擔任何義務或責任。本報告閱讀者因使用本報告採取行動或決策而引發之任何損失、損害或任何性質之費用，本公司亦不負擔任何責任。

Contents

專案背景	4
1 國民健康領域相關問題檢視	10
1.1 主要健康指標表現	11
1.2 未來健保財政挑戰	22
2 醫療保健支出比較	26
3 醫療保健支出是對健康的投資	33
3.1 醫療資源投入與健康表現關聯	35
3.2 投資健康的經濟成效	41
4 日本經驗	46
4.1 醫療保險資金來源及規劃	50
4.2 新藥健保給付狀況比較	59
5 專家建議	71
附錄	80

專案背景

現代國家經濟發展與國民健康表現息息相關，而國民健康表現則與國家醫療保健相關支出有高度關聯。檢視歷史數據，我國醫療保健支出佔國內生產毛額(Gross Domestic Product, GDP)比重低於多數其他已開發國家。

本專案報告檢視我國及比較國家醫療保健支出數據，並探討其與主要健康指標、經濟財政發展及新藥可近性之關聯。

本專案報告選取加拿大、德國、日本、韓國和英國等五個經濟合作暨發展組織 (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) 國家作為比較國家，除了具備相近醫療保險制度，地理區域亦涵蓋亞洲及歐美地區。

日本除了相近醫療保險體系之外，考量我國預估於2025年邁入超高齡化社會，其長期對應快速高齡化社會對醫療體系帶來之挑戰亦值得我國參考，故選取日本進一步理解其全民醫療保險財源、新藥納入給付等制度及現況，作為我國欲促進國民健康、提升健康投資之方向參考。

關鍵摘要



醫療保健支出應視為對健康的投資，和具相近醫療保險制度的OECD國家相比，我國在平均餘命、癌症存活率等主要健康指標落後歐美亞先進國家，與健康投資不足有相關性。台灣民眾普遍未意識到健保對重大疾病保護力下滑，有必要強化全民的健康投資意識，共同支持改革。



我國經常性醫療保健支出(CHE)佔GDP比例約6%，顯著低於OECD國家平均。台灣應提升醫療保健支出的GDP占比是各界共識，多數受訪專家建議我國可以日本的11%為長期目標，階段性先以OECD國家平均與韓國的8%-9%為短期目標。



提升健康投資，可改善國民健康指標與提高生產力，進而增加政府稅收與國內生產毛額(GDP)，促進經濟成長。此外，改善健保新藥可近性、縮小健保給付與國際治療指引的差距，可強化台灣醫療體系的國際接軌，有助提高我國醫療與生醫產業的國際競爭力。



增加健康投資的方式，專家建議政府除調整健保費以外，也應積極規畫多元財源，包括以稅收挹注健保、在健保之外另行編列精準醫療與癌症防治相關預算、調高民眾部分負擔、以商業保險補位健保、推廣指示用藥自我照護等。



專家建議應由國家更高層級機關積極推動健康投資增加，包括成立直屬於行政院的跨部會健康投資小組，以全政府模式推動跨部會資源整合，賦予衛生福利部更多職權與資源，並將增加健康投資及改善主要健康指標(包括平均餘命、癌症存活率等)納入追蹤指標與重要施政目標。

總結

書面研究分析彙總

1. 主要健康指標表現及未來健保財政挑戰

- 健康表現指標比較: 我國在多項主要健康表現指標上落後於比較國家，包括平均餘命、癌症死亡率、癌症存活率等。
- 未來健保財政挑戰: 除了落後於比較國家的健康表現，我國全民健保將隨我國社會高齡少子化面臨日益嚴重的赤字問題。

2. 醫療保健支出比較

我國經常性醫療保健支出、公部門(約九成為健保支出)醫療保健支出、藥品支出皆為比較國家中之末。

3 醫療保健支出是對健康的投資

醫療保健支出應視為對健康的投資，可促進國民健康，並透過提高生產力進一步增加財政收益並帶動經濟成長：

- 醫療資源投入與主要健康指標表現(平均餘命)呈現正向關聯。
- 投資健康的經濟效益：透過因健康不良或照顧失能家屬而產生之非就業人口重新投入就業之假設情境試算，分析結果顯示國民健康改善可提升一定程度之經濟效益。

總結

書面研究分析彙總(續)

4. 日本經驗

國民醫療保險:

- 人口迅速老化及新藥新醫療科技的引進為日本醫療保健支出成長的兩大主因。
- 日本政府持續從保費外的一般政府收入(包括消費稅等)撥款挹注國民醫療保健支出。
- 日本亦為75歲以上長者設置後期高齡者醫療制度，其中50%支出由政府負擔，並根據長者收入水準制定不同的部分負擔比重，改善世代間醫療花費與保費負擔不均的問題。

新藥給付狀況比較:

- 我國近年新藥和新適應症呈現給付生效率下降及核准時間延長之趨勢，癌症新藥給付生效時間又更加延宕。
- 以美國食品藥物管理局(Food and Drug Administration, FDA)2017至2022期間核准之新藥為參考，日本將已通過查驗登記者納入國民健康保險給付生效率近100%，平均僅約69天即可納入給付；檢視相同一批新藥，台灣通過查驗登記者納入全民健保給付生效率僅約四成，而平均需等待超過450天才能納入給付。

另一項長期統計資料則顯示，2021至2023年3月期間健保核准給付之新藥平均等待時間達729天，2013至2023年3月期間癌症新藥平均等待時間達783天。

- 日本衛生主管機關以政府預算支持符合資格的創新新藥，給予藥價補貼，而台灣尚未有類似機制。

總結

專家建議

1. 醫療支出(預算)是一種投資，此為本次訪談諸多專家之共識

增加醫療支出可以促進國民健康、提高生產力，進一步提高稅收，並促進GDP成長。此外透過用藥標準與先進國家接軌，可提高國際藥廠在台進行新藥臨床試驗意願，增加病人參與及醫師用藥研究機會，進一步提升醫療體系及生醫產業的國際接軌程度以及國際競爭力。

2. 現有醫療保健支出過低，影響國民健康、新藥可近性、醫療院所經營等面向幾為產學界共識，應透過不同面向提高投資包括：

- 提高健保保費、增加政府負擔比重、以稅收等額外政府財源投入健保。
- 透過主責機關編列健保以外如精準醫療及癌症防治計畫等醫療支出預算、增加部分負擔/自費比重以優化資源運用效率、以商業保險等各種方式補足健保未給付之適應症。
- 推廣OTC藥品自我照護等。
- 成立癌症藥品基金以保障新藥與新適應症的預算支持。

總結

專家建議

3 以亞洲鄰近比較國家日韓及OECD醫療支出水準作為增加健康投資之目標參考

- 日本總醫療保健支出GDP佔比約11%可作為長期目標，短中期可循序漸進先以OECD平均及韓國支出水準約8%-9%為參考。
- 強制醫療保險支出及藥品支出GDP佔比亦可分別以日本約8%及2%為長期目標持續改進。

4. 將健康指標的改善列為施政目標，透過跨部會合作、全政府模式推動

建議透過更高層級主管單位參與推動，包括成立直屬於行政院의跨部會小組以全政府模式推動各部會密切合作，將健康表現指標如平均餘命、癌症死亡率、癌症存活率等納入追蹤並作為施政改善之目標。

5. 新藥可近性：台灣近年申請新藥與新擴增適應症健保給付生效率呈現持續下降趨勢，日本新藥健保給付之生效率高於台灣健保。日本健保在藥證取得60到90天內即依藥品仿單適應症完整給付，台灣健保給付等待天數則平均超過700天，且給付適應症範圍與條件仍相當受限，受訪專家提出下列建議：

- **建構健保沙盒制度給付新藥新醫療科技**
 - 獨立於健保總額之外，避免排擠其他醫療預算。
 - 健保署與生技產業間須建立成本與風險的多元分攤模式。
 - 蒐集真實世界數據(real world data)以便定期評估新醫療科技的收載情形，並須設計接軌機制，以利新醫療科技驗證達到效益標準時，得正式納入保險給付。

國民健康領域相關問題檢視

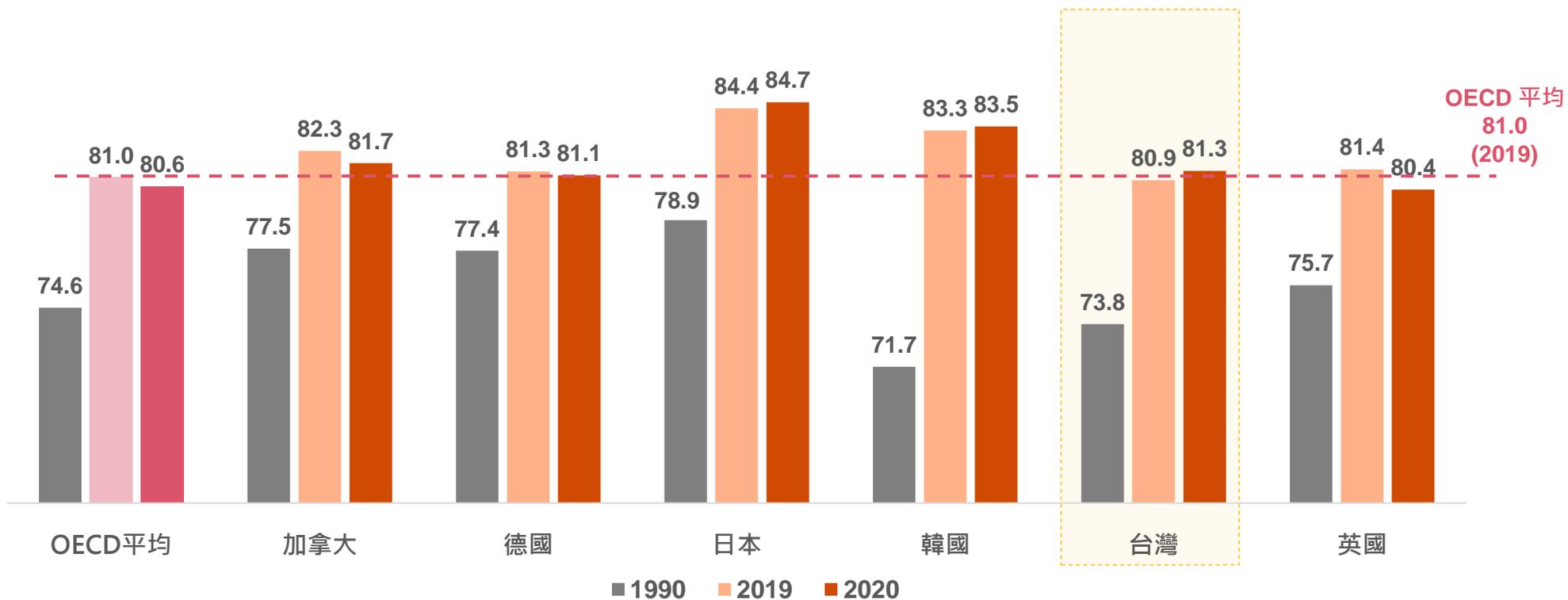
1.1	主要健康指標表現	11
1.2	未來健保財政挑戰	22

主要健康指標表現

1.1 主要健康指標表現

國人平均餘命1990年至2019年間增加超過7歲，2019年已接近OECD國家平均餘命，仍落後鄰近日韓達2-3歲之差距

國民平均餘命
(1990, 2019-2020)



資料來源：OECD資料庫 (2023/2)、國家發展委員會 (2023/2)；PwC整理分析

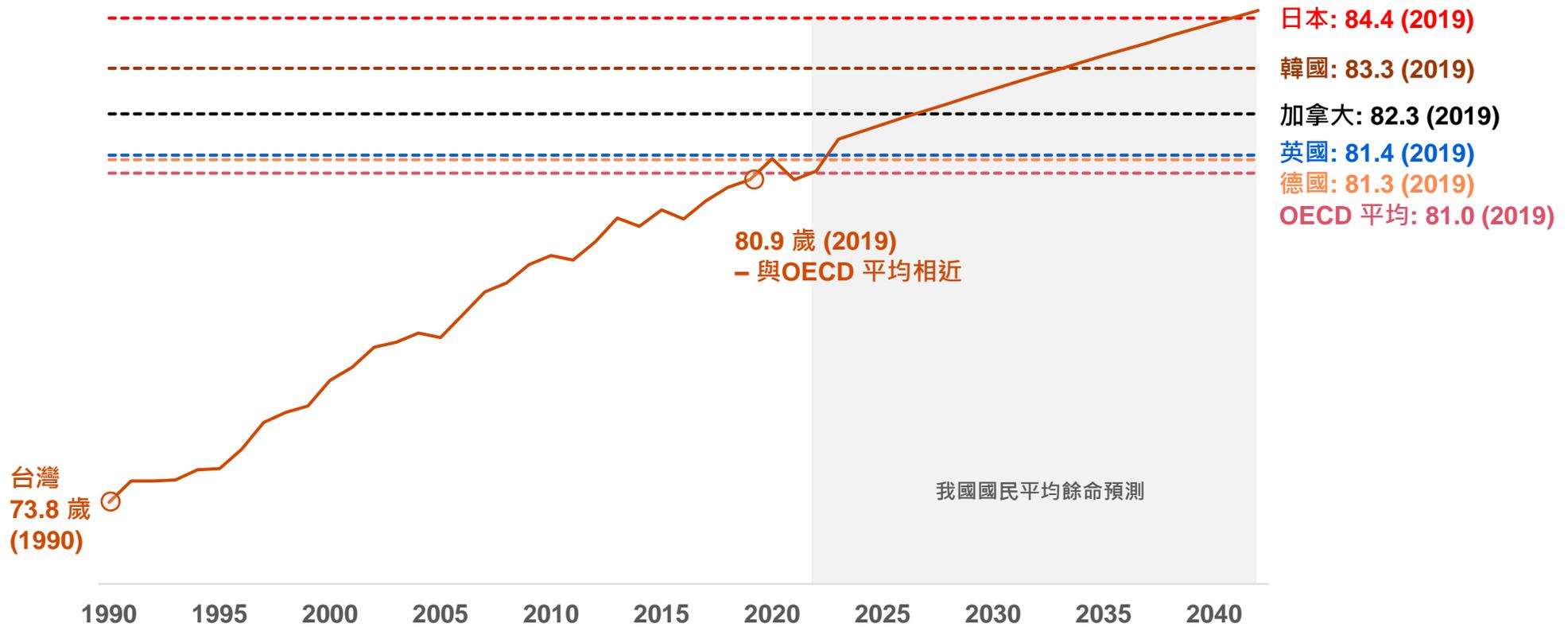
註：由於新冠肺炎於各國流行高峰時間有所差異，採用各國2019平均餘命進行比較

1.1 主要健康指標表現

依據國家發展委員會預測，我國國民平均餘命需要至2041年(或再約20年)才可到達日本2019年平均餘命水準(84.4歲)

國民平均餘命

(1990-2021為實際數，2022年後為預測數)



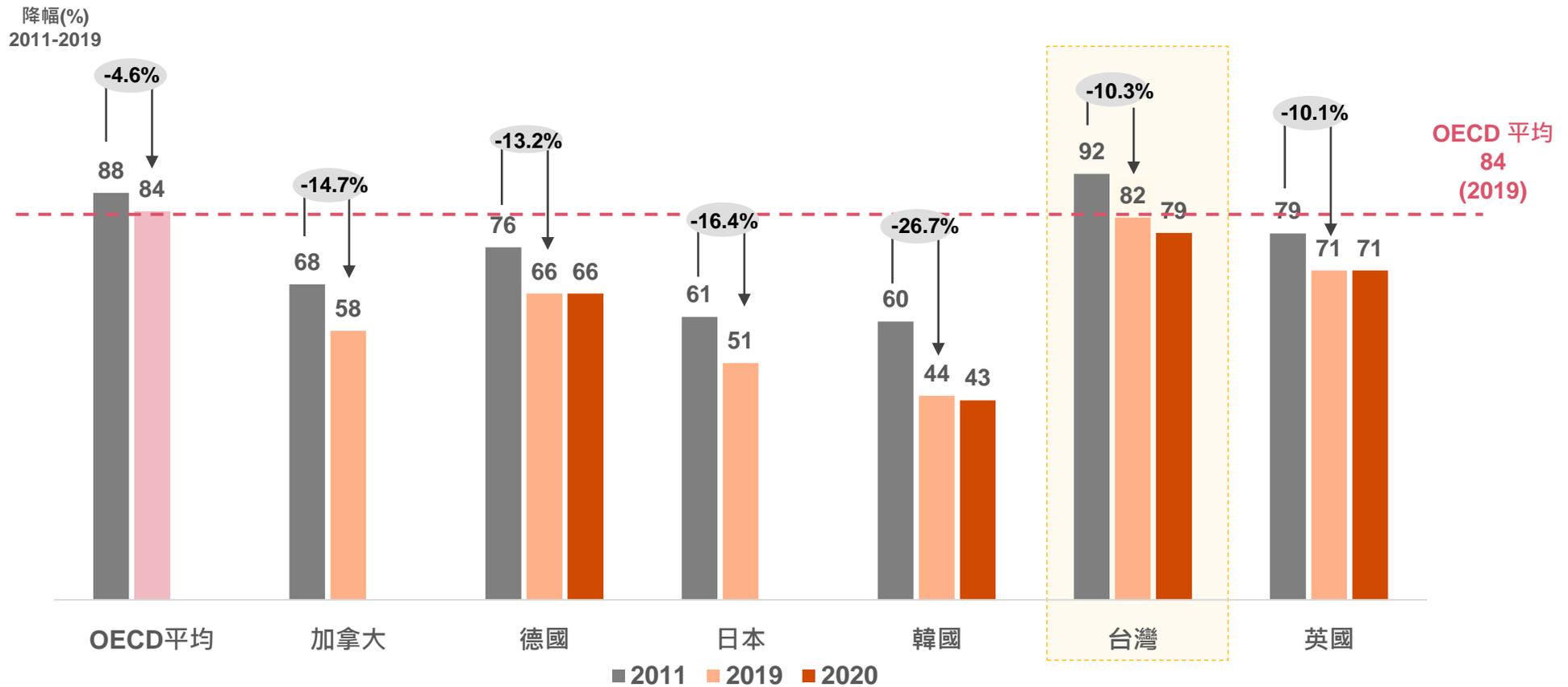
資料來源：OECD資料庫 (2023/2)、國家發展委員會 (2023/2)；PwC整理分析

1.1 主要健康指標表現

我國在可避免死亡率在過去十年有明顯下降，但至今仍高於其他比較國家

可避免死亡率

(每十萬人口, 2011, 2019-2020或最近期數據)

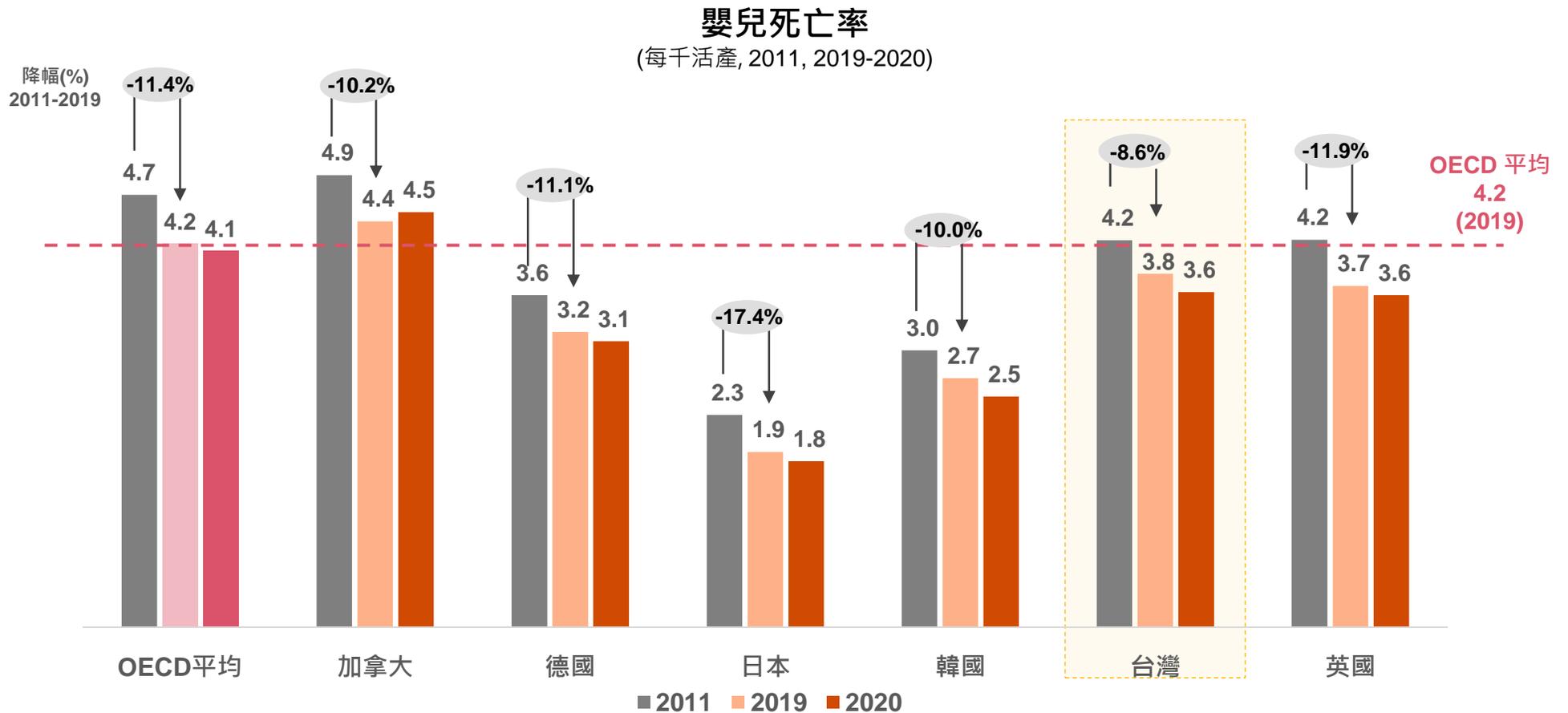


資料來源：OECD資料庫 (2023/2)、我國相關數據係採用陽明交通大學黃心苑教授團隊之研究資訊(2023/6)；PwC整理分析

註:可避免死亡率指通過及時有效醫療干預措施可避免之死亡

1.1 主要健康指標表現

我國2019年嬰兒死亡率較亞洲鄰近國家日韓高，並且近年下降幅度較所有比較國家低



資料來源：OECD資料庫(2023/2)、衛福部110年死因統計年報(2023/2)；PwC整理分析

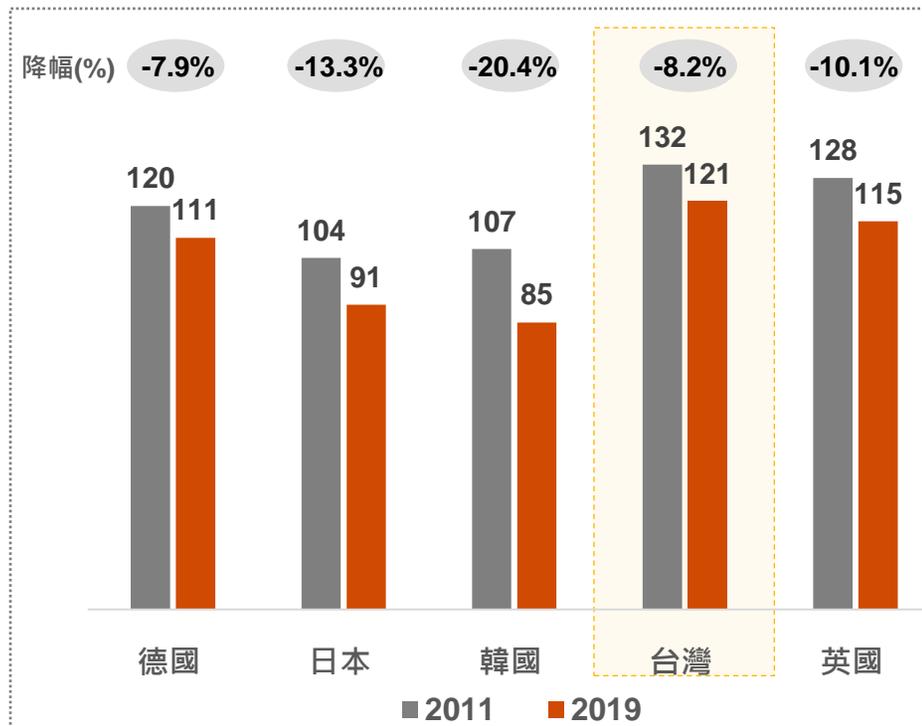
註：(1) 嬰兒死亡率係指每千名活產中一歲前死亡人數；(2) 由於新冠肺炎於各國流行高峰時間有所差異，採用各國2019年嬰兒死亡率進行比較

1.1 主要健康指標表現

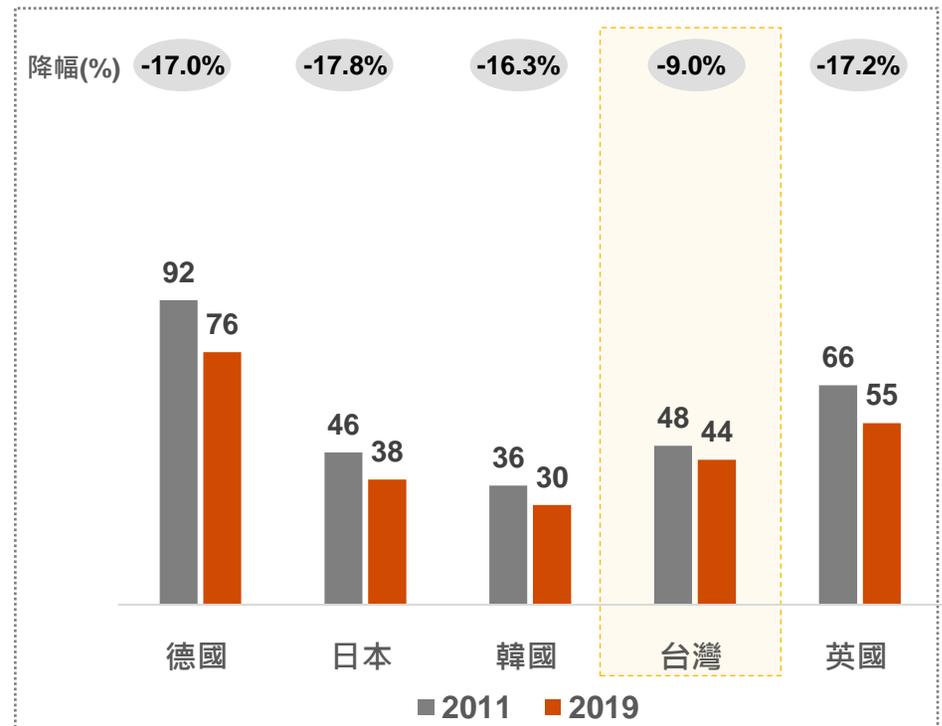
癌症及心臟病分別為我國主要死因第一、二名，2011年後癌症及心臟病死亡率有下降，但我國癌症標準化死亡率仍高於所有比較國家

- 我國2019年癌症死亡率高出韓國約42%
- 我國2011年心臟病死亡率與日本相似，但在2019年已高出約16%

惡性腫瘤標準化死亡率
(每十萬人, 2011, 2019)



心臟病標準化死亡率
(每十萬人, 2011, 2019)



資料來源：衛福部110年死因統計年報(2023/2)；PwC整理分析

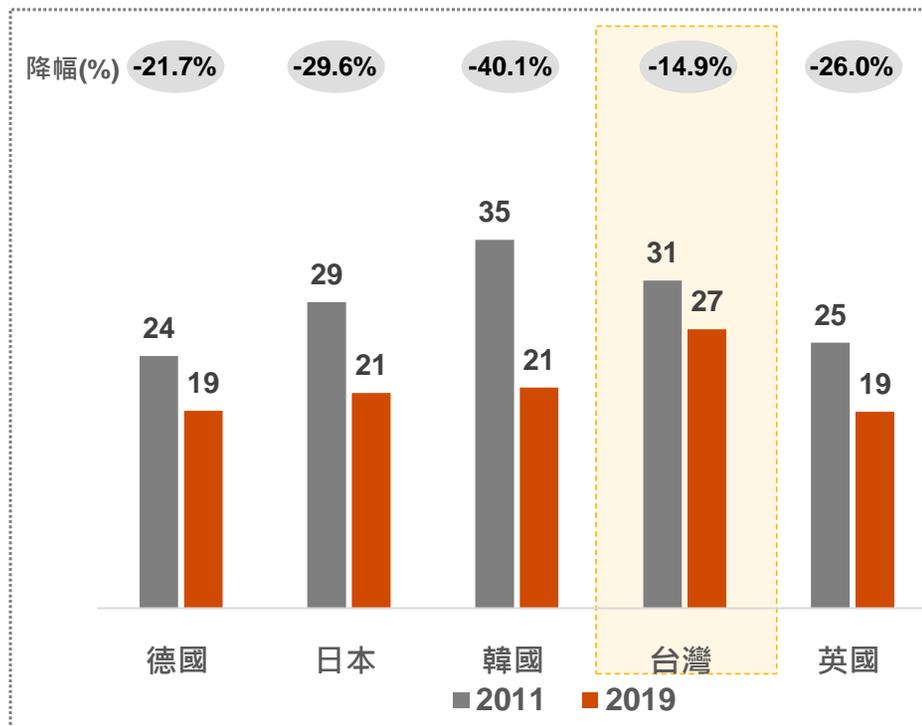
註:加拿大未包括於衛福部死因統計年報標準化死亡率計算選取之國家名單

1.1 主要健康指標表現

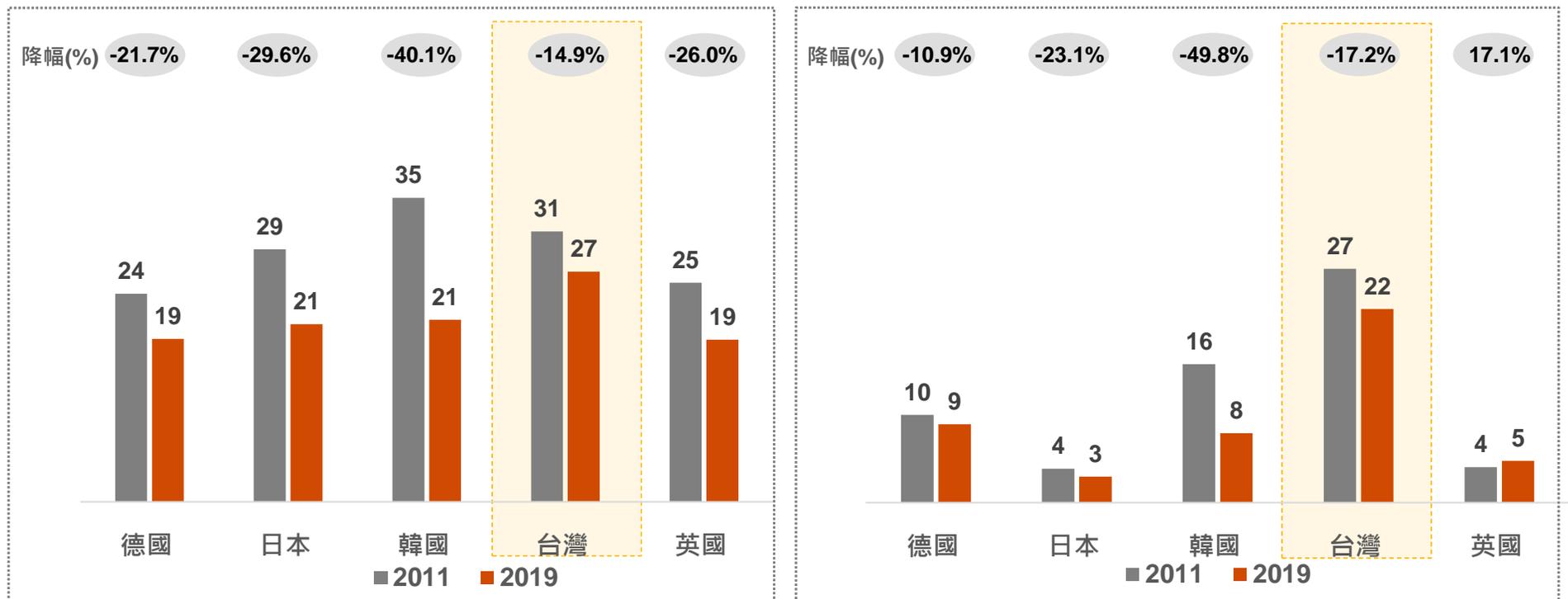
我國腦血管疾病和糖尿病標準化死亡率自2011年以來有所下降，但仍高於所有比較國家

- 我國2011年腦血管病死亡率與日本相近，但在2019年已高出約29%
- 我國2019年糖尿病死亡率是日本的近7.5倍，亦遠高於其他比較國家

腦血管疾病標準化死亡率 (每十萬人, 2011, 2019)



糖尿病標準化死亡率 (每十萬人, 2011, 2019)



資料來源：衛福部110年死因統計年報(2023/2)；PwC整理分析

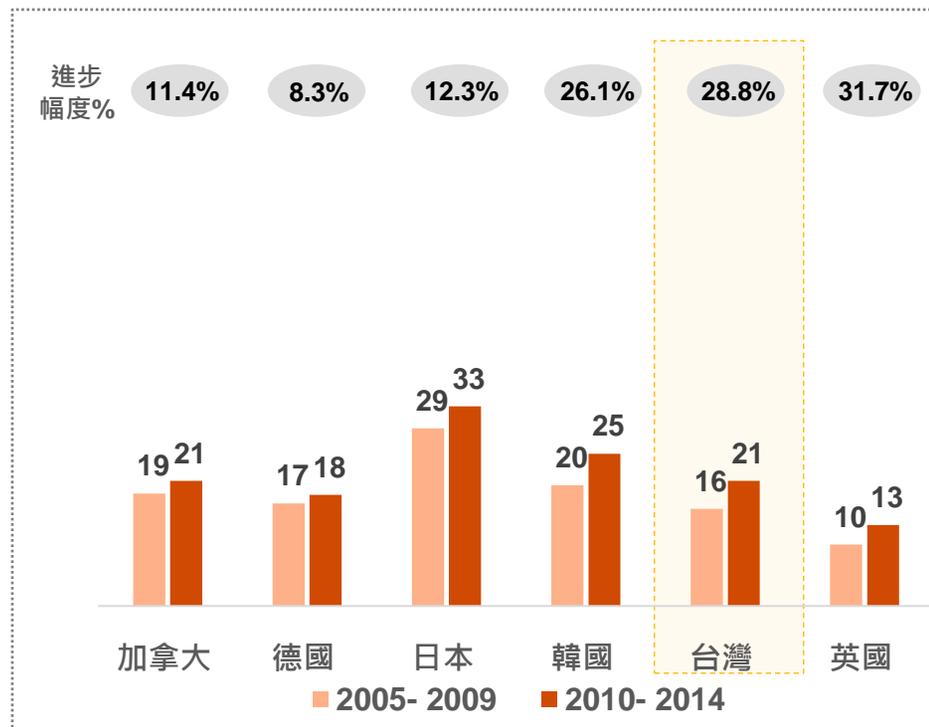
1.1 主要健康指標表現

我國肺癌存活率落後於日韓，肝癌存活率則與日韓大致相近

- 依據衛福部110年死因統計年報，十大癌症死因前兩名依序為每十萬人口中氣管、支氣管和肺癌死亡 42.8 人、肝和肝內膽管癌 34.0 人、結腸、直腸和肛門癌 28.4 人

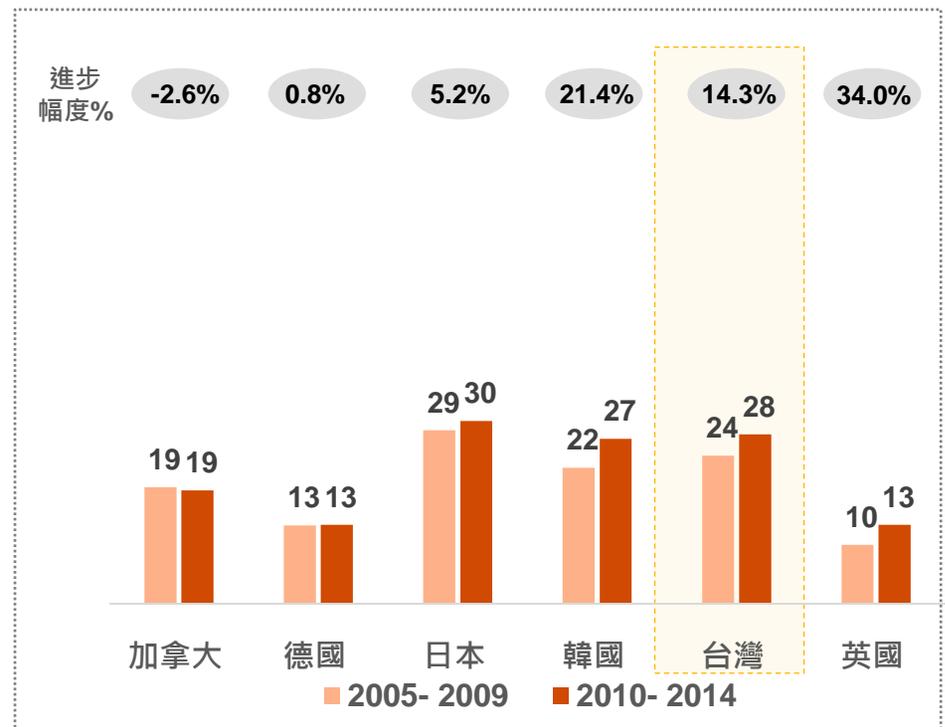
肺癌五年存活率

(百分比，年齡標準化，2005-2014年期間診斷)



肝癌五年存活率

(百分比，年齡標準化，2005-2014年期間診斷)



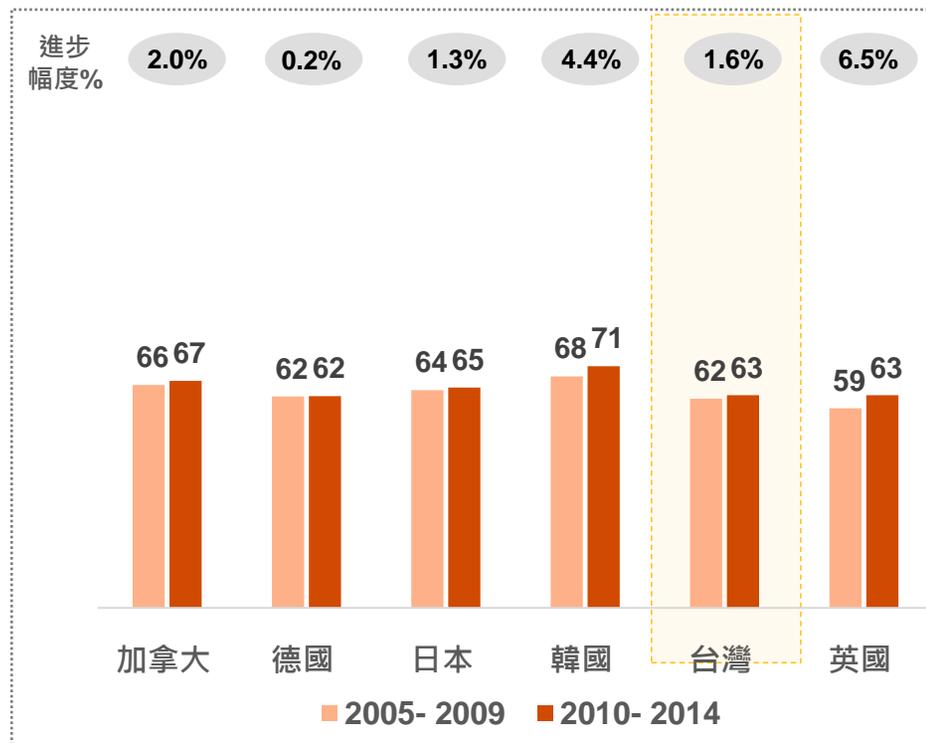
資料來源：CONCORD 計劃；PwC整理分析

1.1 主要健康指標表現

我國直腸癌存活率落後於日、韓、加拿大，結腸癌存活率則落後多數比較國家

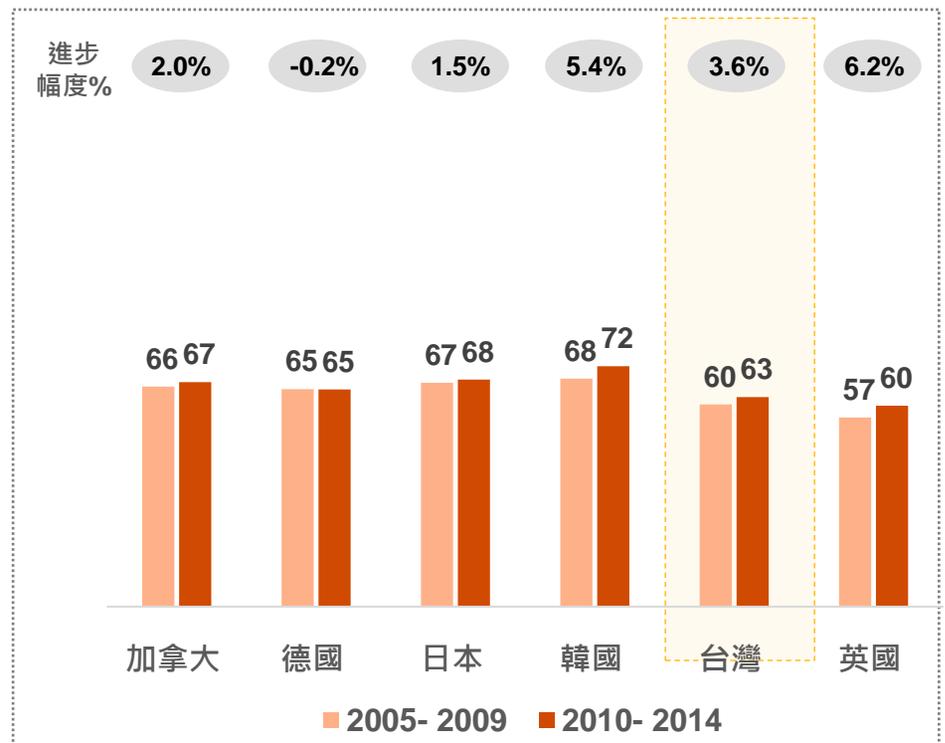
直腸癌五年存活率

(百分比·年齡標準化·2005-2014年期間診斷)



結腸癌五年存活率

(百分比·年齡標準化·2005-2014年期間診斷)

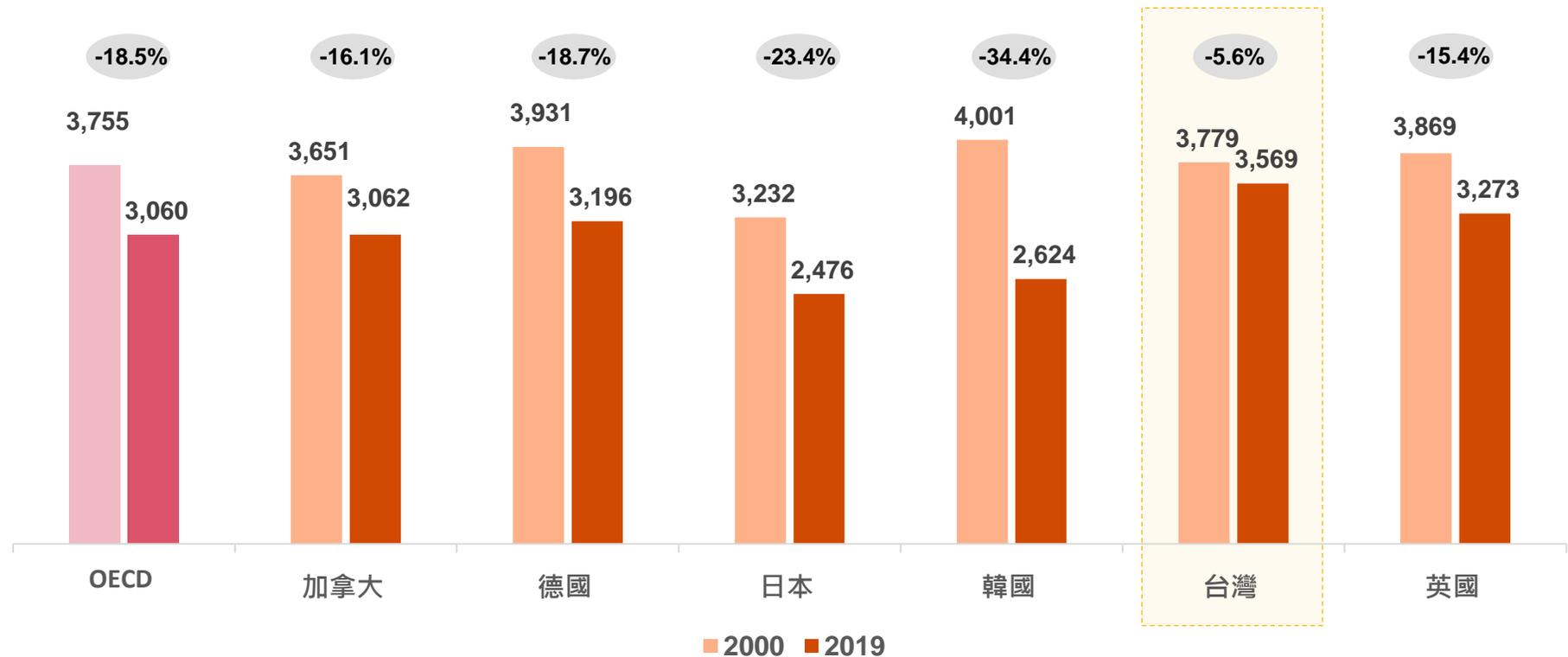


資料來源：CONCORD 計劃；PwC整理分析

1.1 主要健康指標表現

我國癌症相關失能調整人年(disability-adjusted life year, DALY)(因疾病導致殘疾或提早死亡而損失之健康及存活年數)水準自 2000 年以來有所改善，惟下降幅度明顯較小，且近期損失年數高於所有比較國家

癌症相關失能調整人年(DALYs)
(每十萬人·年齡標準化·2000·2019)



資料來源：全球疾病負擔(Global Burden of Disease, GBD)(2023/3); PwC整理分析

1.1 主要健康指標表現

全面健康覆蓋指標(Universal Health Coverage, UHC) 係以世界衛生組織(World Health Organization, WHO)提出的多項評量標準評估各國基本衛生服務涵蓋程度，包括預防、治療服務之提供，以及醫療財務負擔之狀況，在最近期評比中我國排名仍低於所有比較國家

全面健康覆蓋指標 (2019)

	世界排名	亞洲排名
日本	1	1
加拿大	14	
韓國	19	3
英國	21	
德國	24	
台灣	37	4

資料來源: 刺絡針(Lancet)醫學期刊 “Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019” (October 2022). ; PwC整理分析

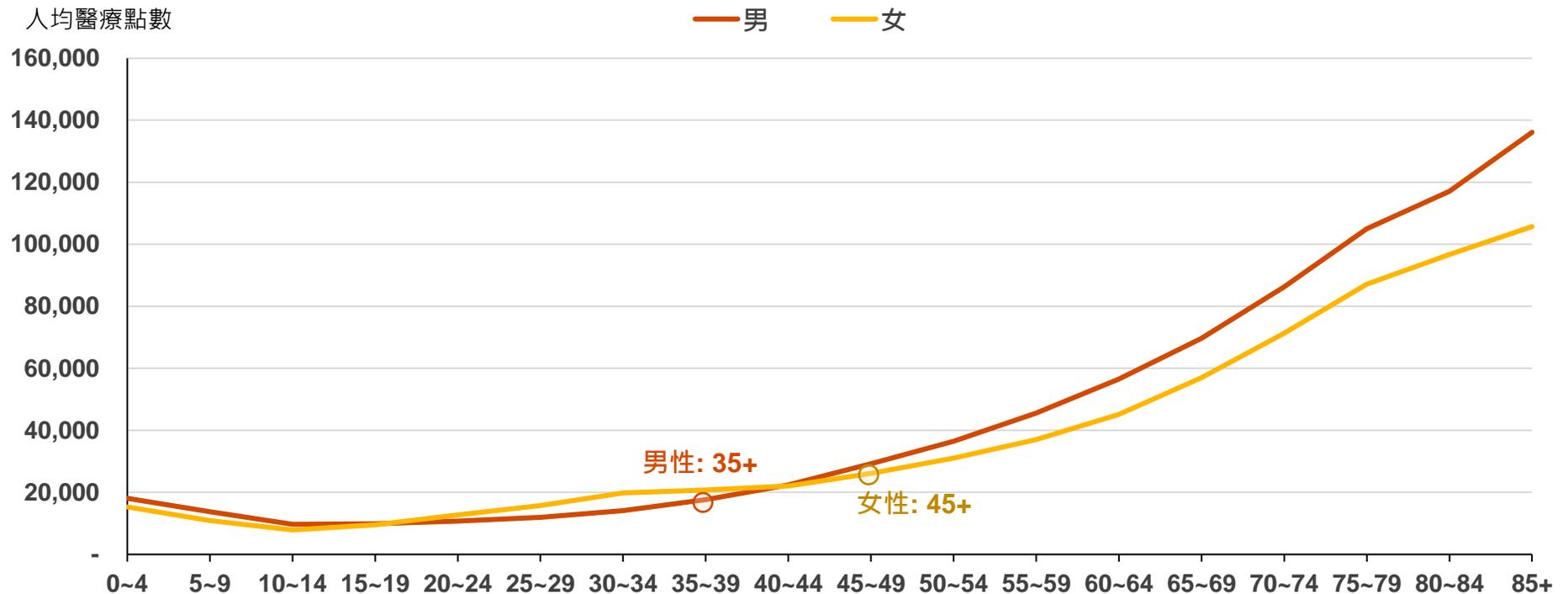
註:亞洲排名第二國家為新加坡

未來健保財政挑戰

1.2 未來健保財政挑戰

依據衛福部醫療費用申報統計，我國男性及女性人均醫療費用分別在 35 歲及 45 歲後出現相對迅速上升趨勢，考量我國即將邁入超高齡社會，預期未來健保成本亦將隨老年人口成長持續推高

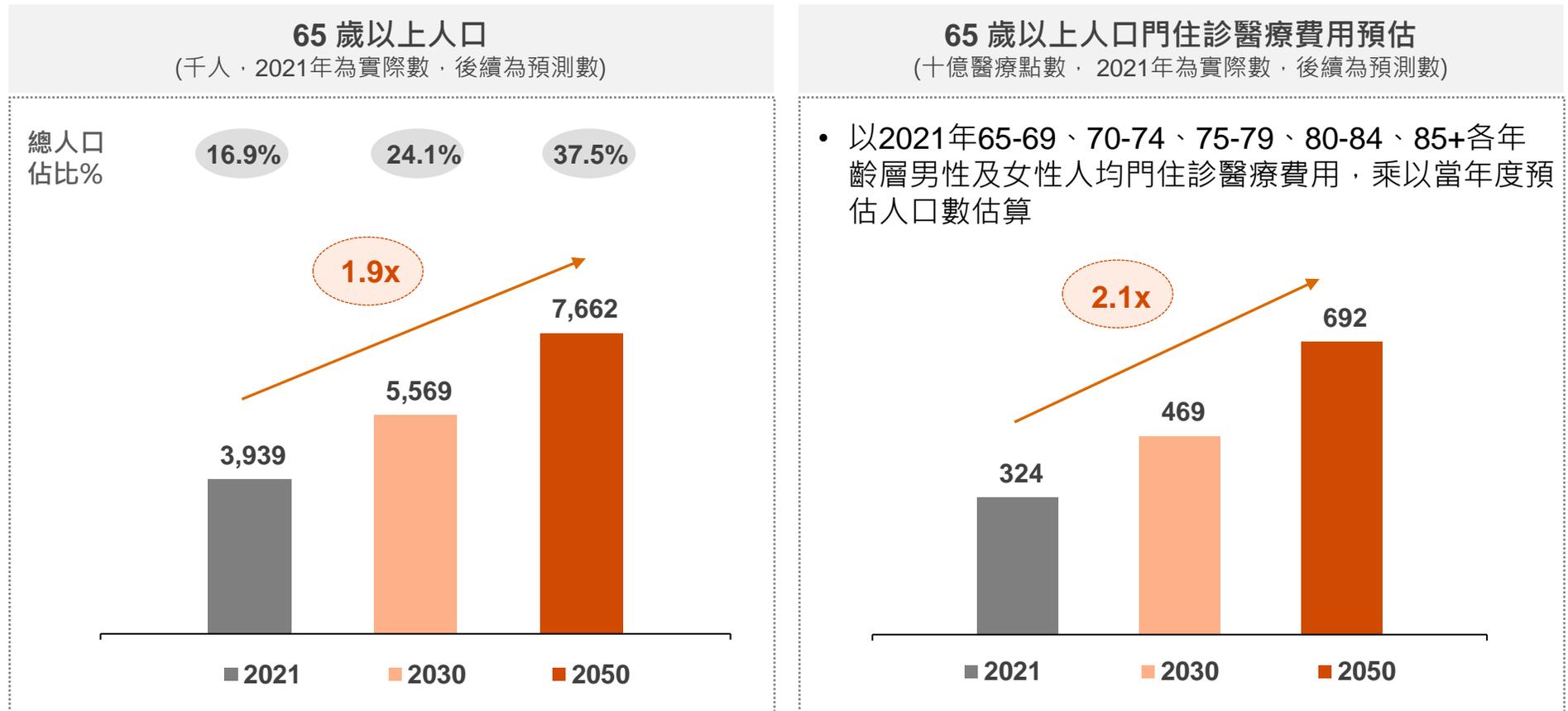
人均門住診醫療費用申報狀況
(各年齡層申報醫療點數除以各年齡層人口數, 2021)



資料來源：衛福部健保署全民健康保險統計(2023/2)、國家發展委員會(2023/2)；PwC整理分析

1.2 未來健保財政挑戰

依國發會人口推估，2050年我國65歲以上老年人口數將近倍增至超過7.6百萬人，以現有人均醫療費用估算，屆時老年人口醫療費用每年將超過6,200億元⁽¹⁾



資料來源：衛福部健保署全民健康保險統計(2023/2)、國家發展委員會(2023/2)；PwC整理分析

註：以一點換算0.9元估算

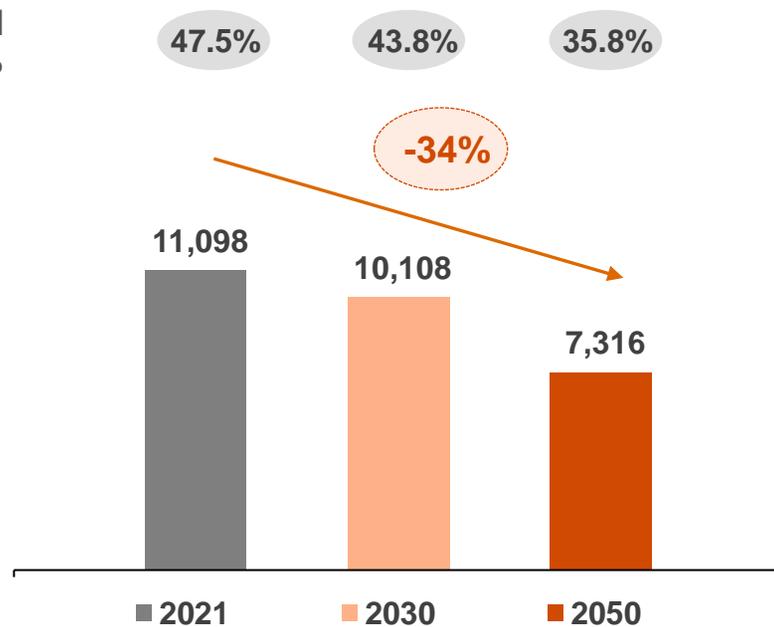
1.2 未來健保財政挑戰

依現有勞動年齡人口就業比例推估，2050年我國就業人口將減少約3.8百萬人，以現有人均負擔健保費估算，屆時每年實收保費將較目前減少近2,000億元

介於15-64歲之就業人口數
(千人，2021年為實際數，後續為估計數)

- 以2021年15-64歲族群中就業比例約67%估算後續年度就業人口數

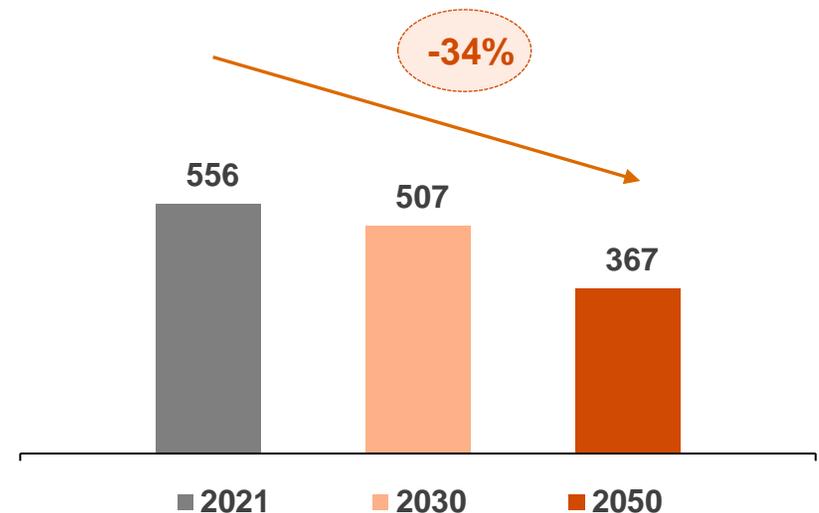
總人口
佔比%



各類保險對象實收保險費

(十億新台幣，2021年為實際數，後續為估計數)

- 為簡化計算，假設實收保險費全數由15-64歲就業者負擔
- 以2021年15-64歲就業者人均健保費乘以後續年度15-64歲就業人口數量進行估算



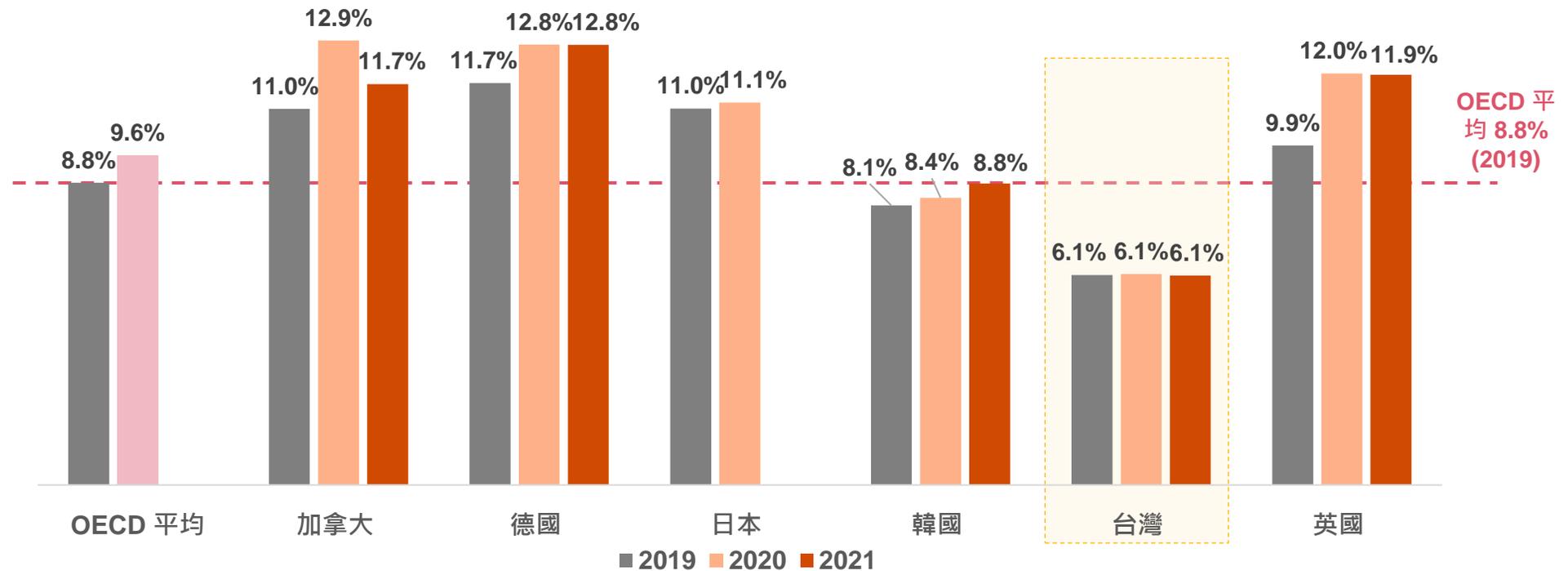
資料來源：國家發展委員會 (2023/2)、中華民國統計資訊網(2023/2)；PwC整理分析

醫療保健支出比較

2 醫療保健支出比較

我國經常性醫療保健支出(CHE) GDP佔比僅6.1%，顯著落後比較國家及OECD平均，差異約介於2至7個百分點不等

經常性醫療保健支出 GDP 佔比
(2019- 2021或最近期數據)



資料來源：衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

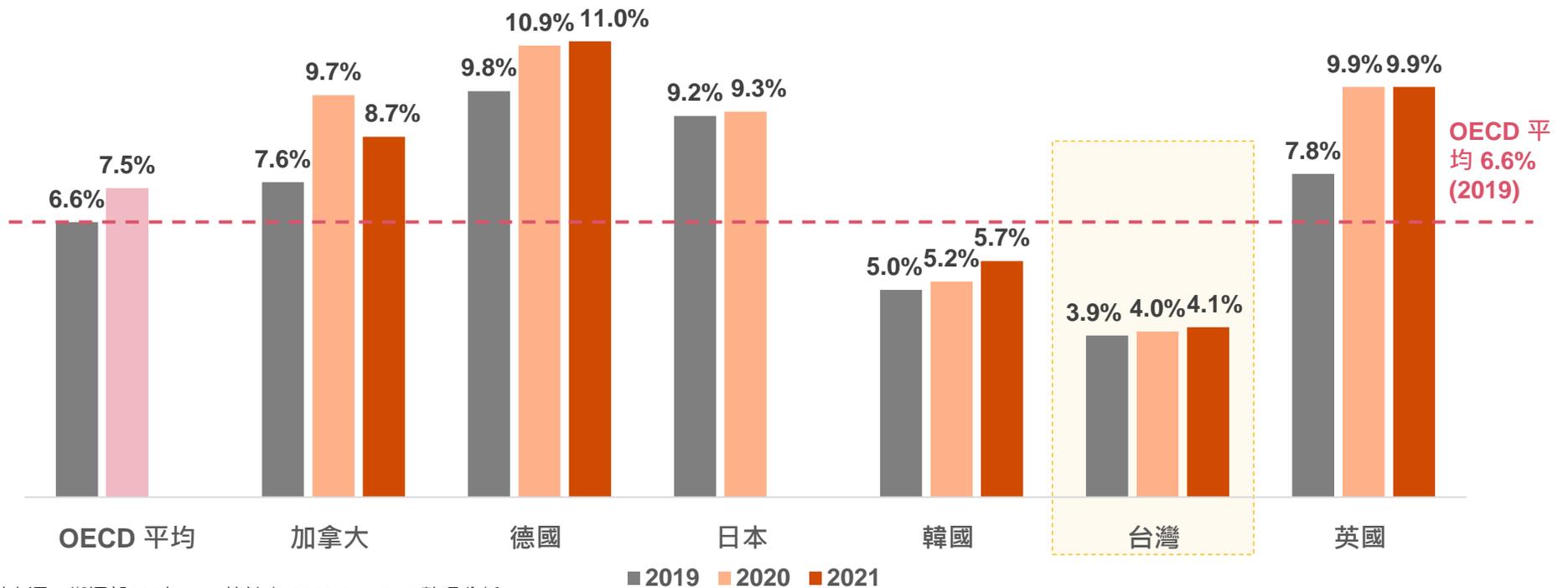
註: (1) 經常性醫療保健支出(CHE)(2019年約6.1%)與國民醫療保健支出(National Health Expenditure, NHE)(2019年約6.5%)差異在於資本形成，資本形成包括硬體如建築之建設及機器設備購買等。因OECD國家醫療支出(health expenditure)統計皆以CHE為基礎，故採用我國經常性醫療保健支出加以比較 (2)由於新冠肺炎於各國流行高峰時間有所差異，採用各國2019數據進行比較

2 醫療保健支出比較

我國公部門經常性醫療保健支出(含約9成強制醫療保險及1成稅收等其他政府收入來源) GDP佔比同樣低於OECD平均及比較國家水準

- 日本公部門經常性醫療保健支出GDP佔比約為台灣的2.4倍，韓國是台灣的1.3倍

公部門經常性醫療保健支出GDP佔比
(2019- 2021或最近期數據)



資料來源：衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

註: (1)各國公部門支出比重有所差異，其中以韓國公部門支出佔比約65%最低，德國約86%最高 (2)由於新冠肺炎於各國流行高峰時間有所差異，採用各國2019數據進行比較

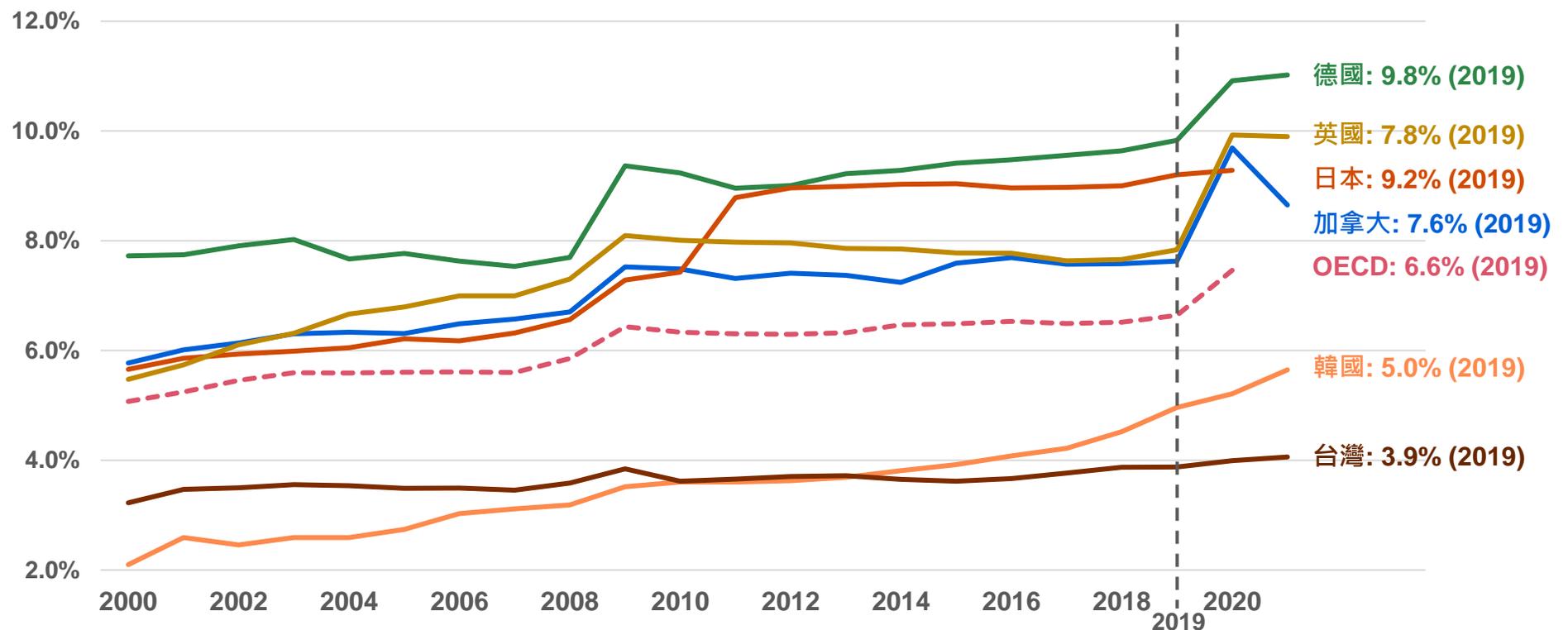
報告終稿 - Aug 1, 2023

2 醫療保健支出比較

我國公部門經常性醫療保健支出佔GDP比重疫情前長期低於4%，且於2014年被韓國超越後持續敬陪末座

- 台灣與OECD差距始終將近1.6-1.9倍間，且差距在2019年後明顯擴大

公部門經常性醫療保健支出 GDP佔比
(2000-2021或最近期數據)



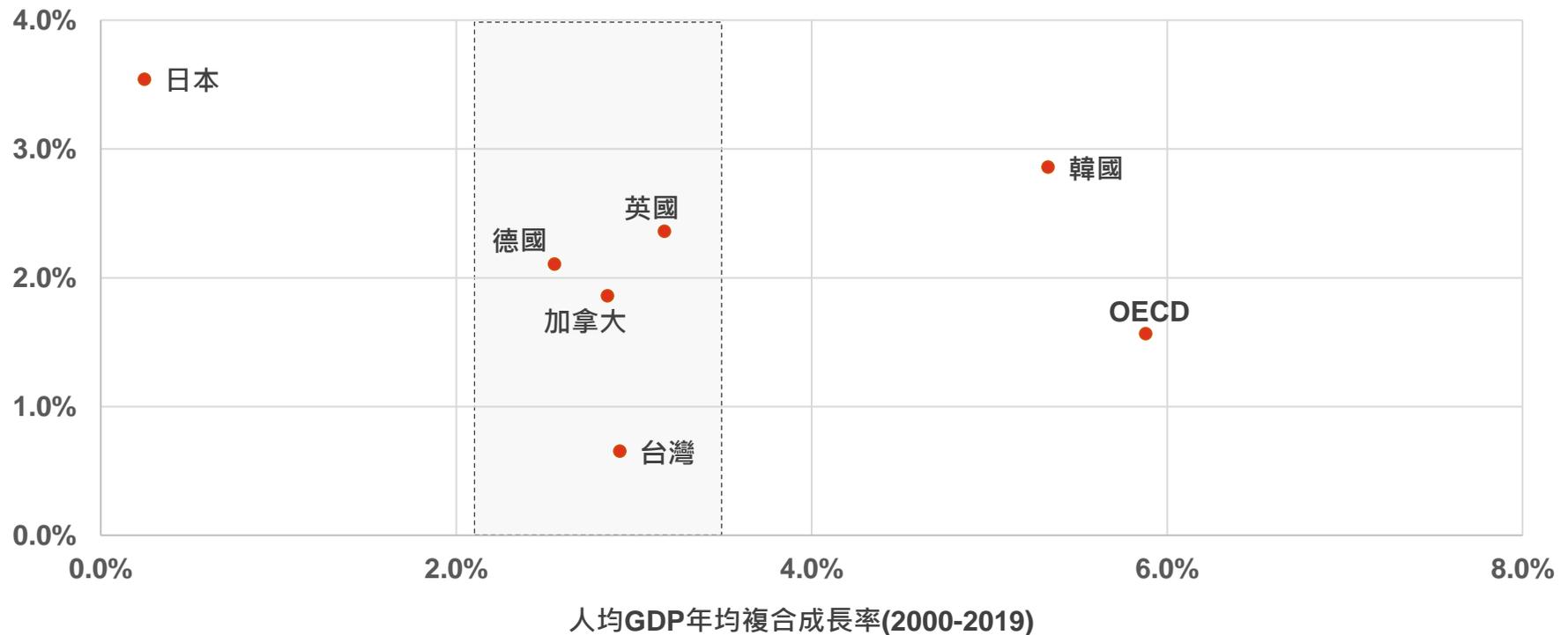
資料來源：OECD資料庫(2023/2)、衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

2 醫療保健支出比較

2000-2019年間我國公部門醫療保健支出佔GDP比重僅增加不到1%，增加幅度低於所有比較國家及OECD平均

GDP 年均複合成長率 vs. 公部門醫療保健支出GDP比重增加幅度 (2000-2019)

2000-2019年間公部門醫療 支出GDP比重增加幅度

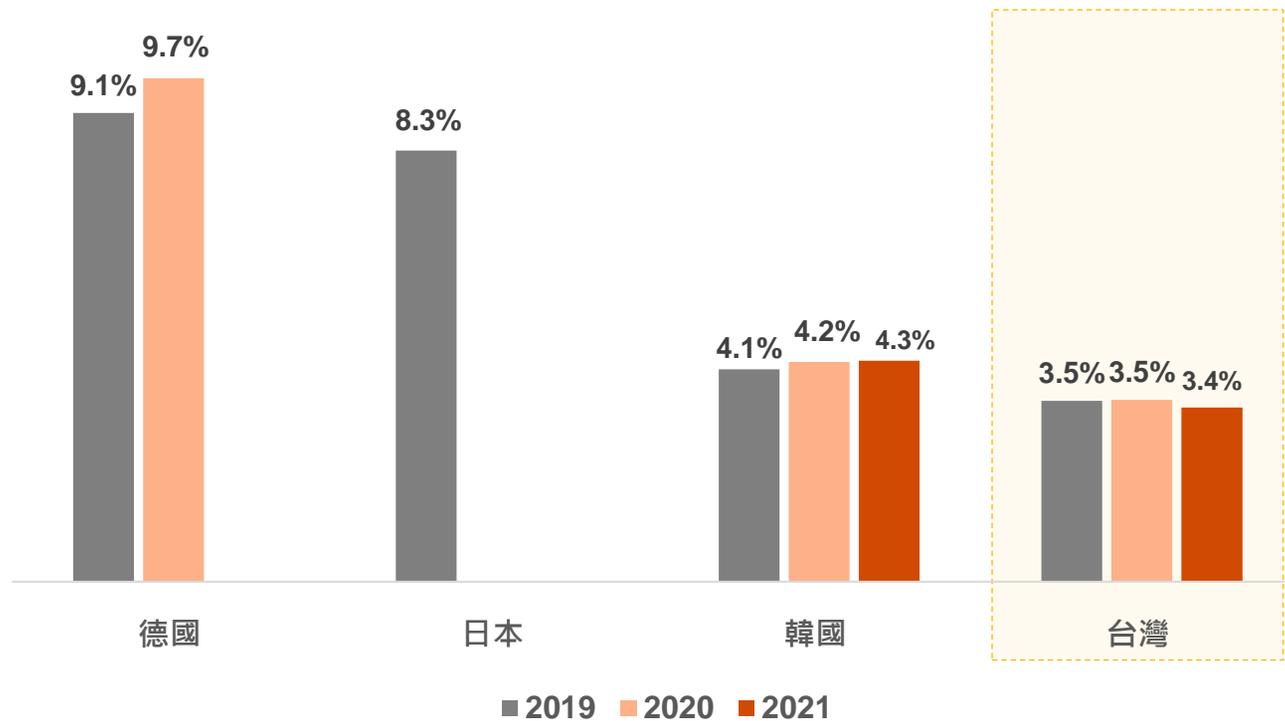


資料來源：OECD資料庫(2023/2)、衛福部110年NHE統計表(2023/2)、國際貨幣基金組織統計資料庫(2023/2)；PwC整理分析
 註：由於新冠肺炎於各國流行高峰時間有所差異，採用各國2019數據進行比較

2 醫療保健支出比較

我國強制醫療保險支出 GDP 佔比僅約3.5%，低於比較國家水準

強制醫療保險支出GDP佔比%
(2019-2021或最近期數據)



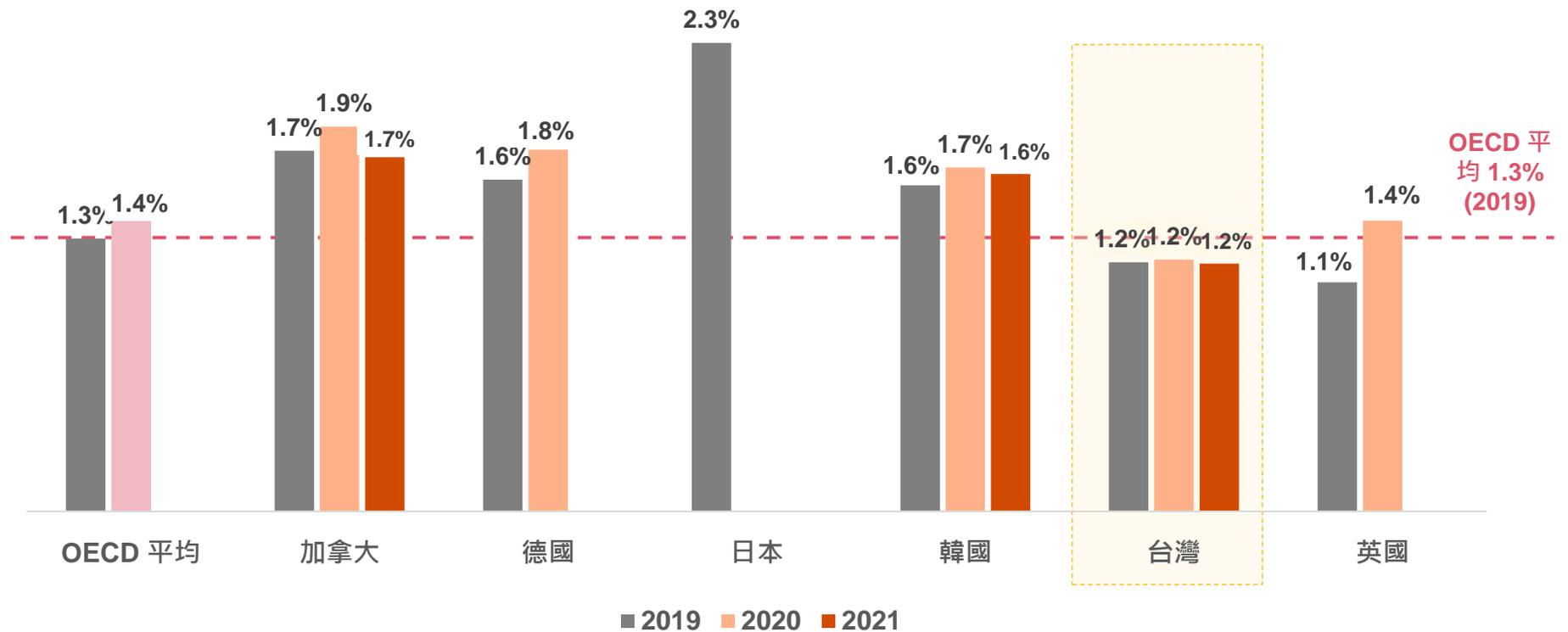
資料來源：衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

註：(1)加拿大和英國醫療支出主要來源為稅收(2)由於新冠肺炎於各國流行高峰時間有所差異，採用各國2019數據進行比較

2 醫療保健支出比較

我國藥品支出GDP佔比僅約1.2%，低於OECD平均及多數比較國家

藥品支出佔 GDP 的百分比
(2019-2021或最近期數據)



資料來源：衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

註：由於新冠肺炎於各國流行高峰時間有所差異，採用各國2019數據進行比較

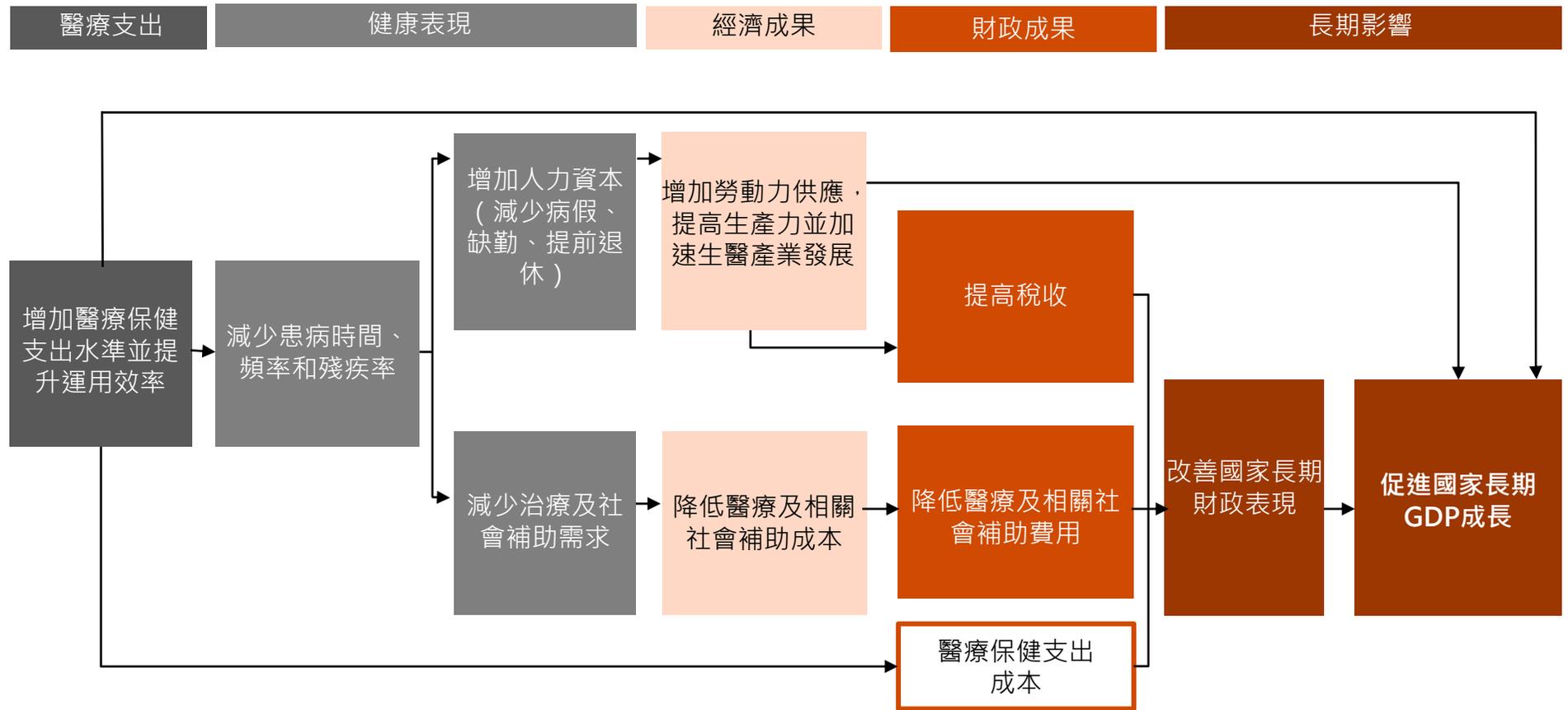
醫療保健支出是對健康的投資

3.1	醫療資源投入與健康表現關聯	35
3.2	投資健康的經濟成效	41

3 醫療保健支出是對健康的投資

增加投資國民醫療保健可促進國民健康、增加勞動力供應、貢獻財政收益並推動國家長期經濟發展

- 在評估醫療支出政策對政府財政影響時，除直接支出成本，亦應加以考慮國民健康改善後將可降低後續社會補助費用，國民生產力提高則有助稅收成長、相關投資將促進生醫產業發展等眾多層面之正面影響



資料來源：PwC Strategy& <Healthcare outcomes and expenditure in Central and Eastern Europe - a review> (2021/6)；PwC整理分析

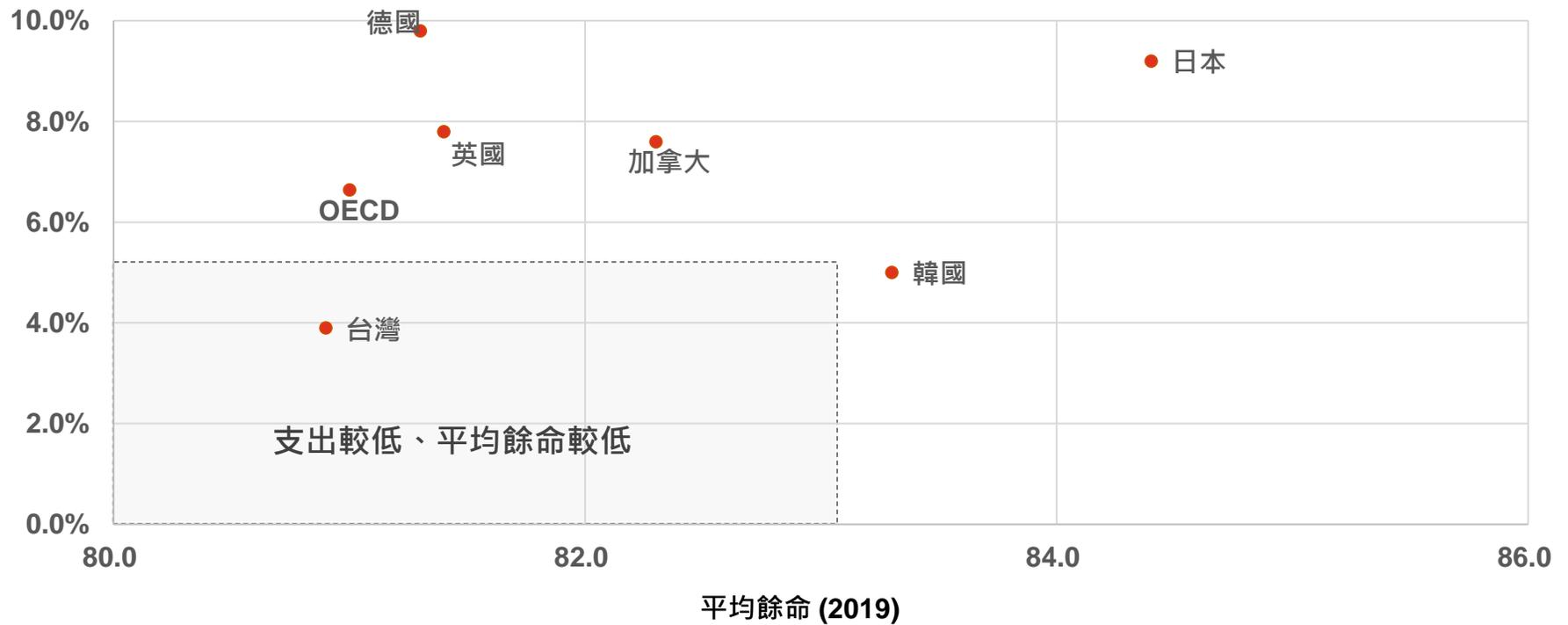
醫療資源投入與健康表現關聯

3.1 醫療資源投入與健康表現關聯

檢視比較國家平均餘命及公部門經常性醫療保健支出水準，日本支出較高、平均餘命表現亦較好，而台灣則支出較低、平均餘命表現較差

平均餘命 vs. 公部門經常性醫療保健支出 GDP佔比
(2019)

公部門經常性醫療保健支出
GDP佔比(2019)



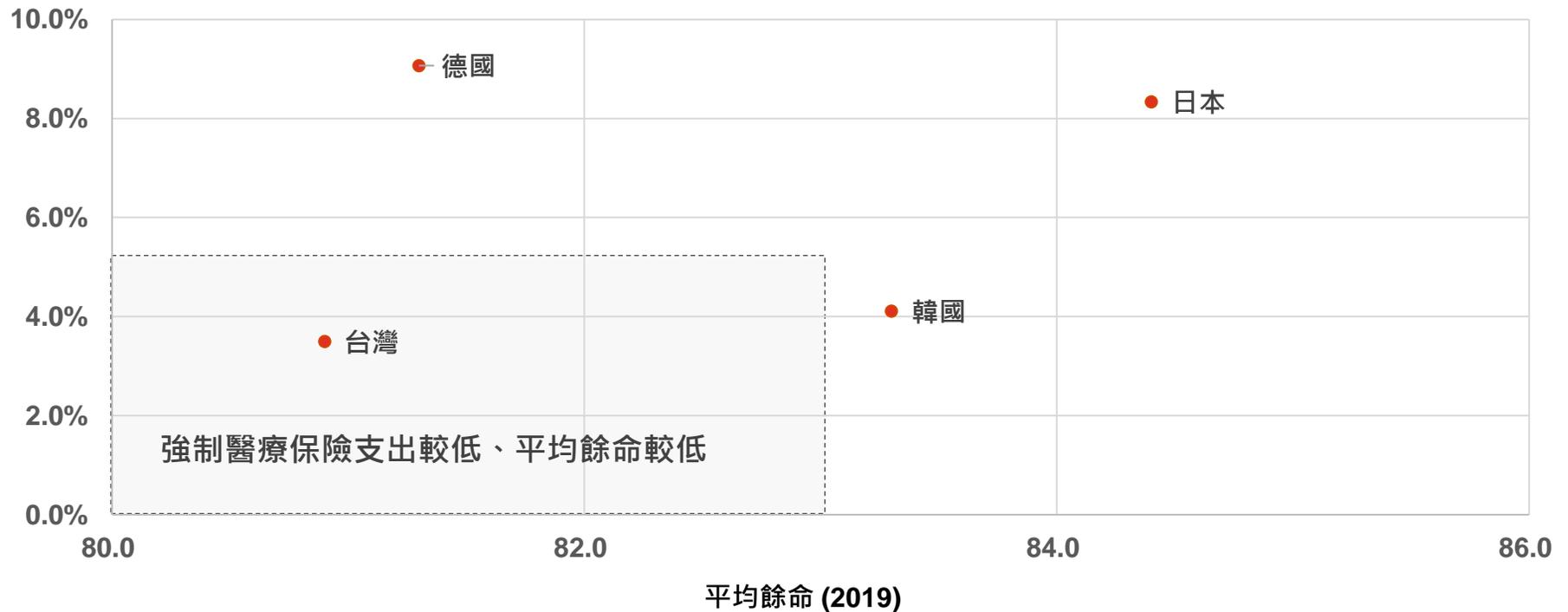
資料來源：OECD資料庫(2023/2)、國家發展委員會(2023/2)、衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

3.1 醫療資源投入與健康表現關聯

檢視比較國家平均餘命及強制醫療保險支出水準，日本支出較高、平均餘命表現亦較好，而台灣則支出較低、平均餘命表現較差

平均餘命 vs. 強制醫療保險支出GDP佔比
(2019)

強制醫療保險支出
GDP佔比(2019)



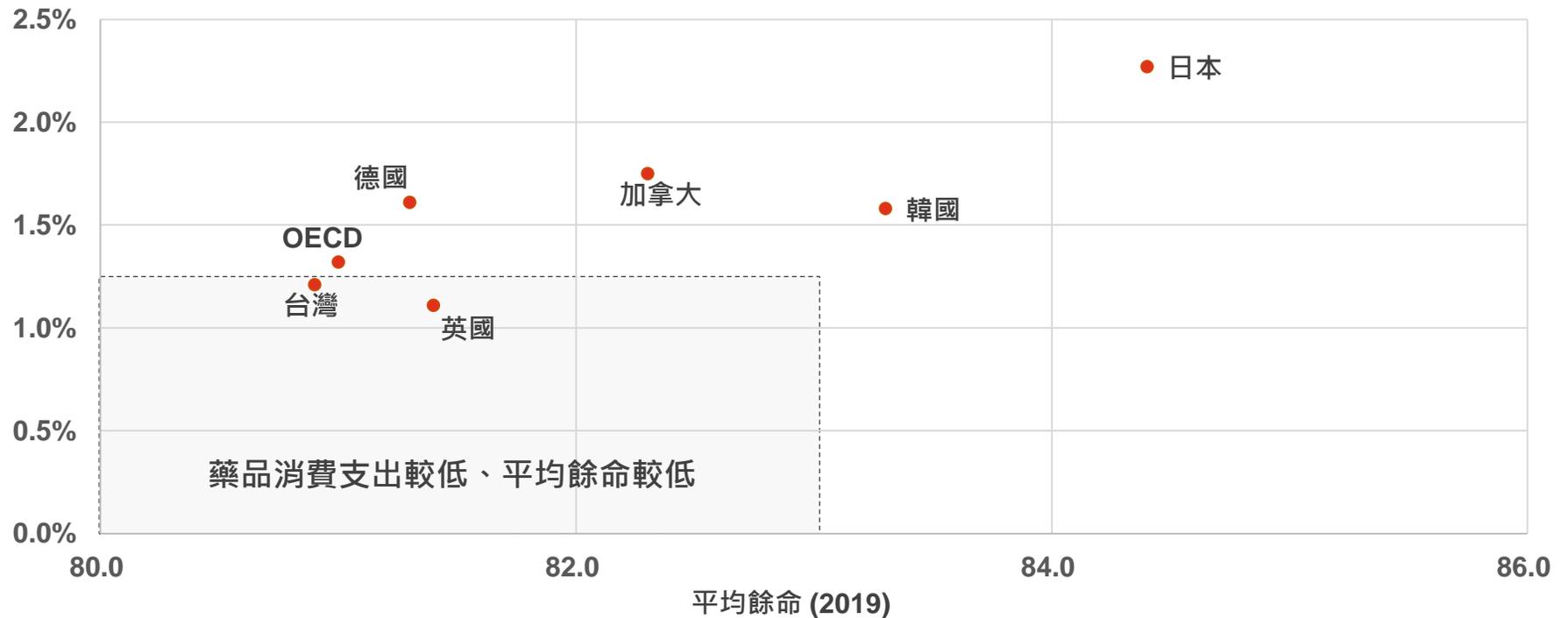
資料來源：OECD資料庫(2023/2)、國家發展委員會(2023/2)、衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

3.1 醫療資源投入與健康表現關聯

檢視比較國家平均餘命及藥品支出水準，日本支出較高、平均餘命表現亦較好，而台灣仍位在支出較低、平均餘命表現較差之區塊

平均餘命vs. 藥品消費支出佔 GDP 的百分比
(2019)

藥品消費支出
GDP佔比(2019)



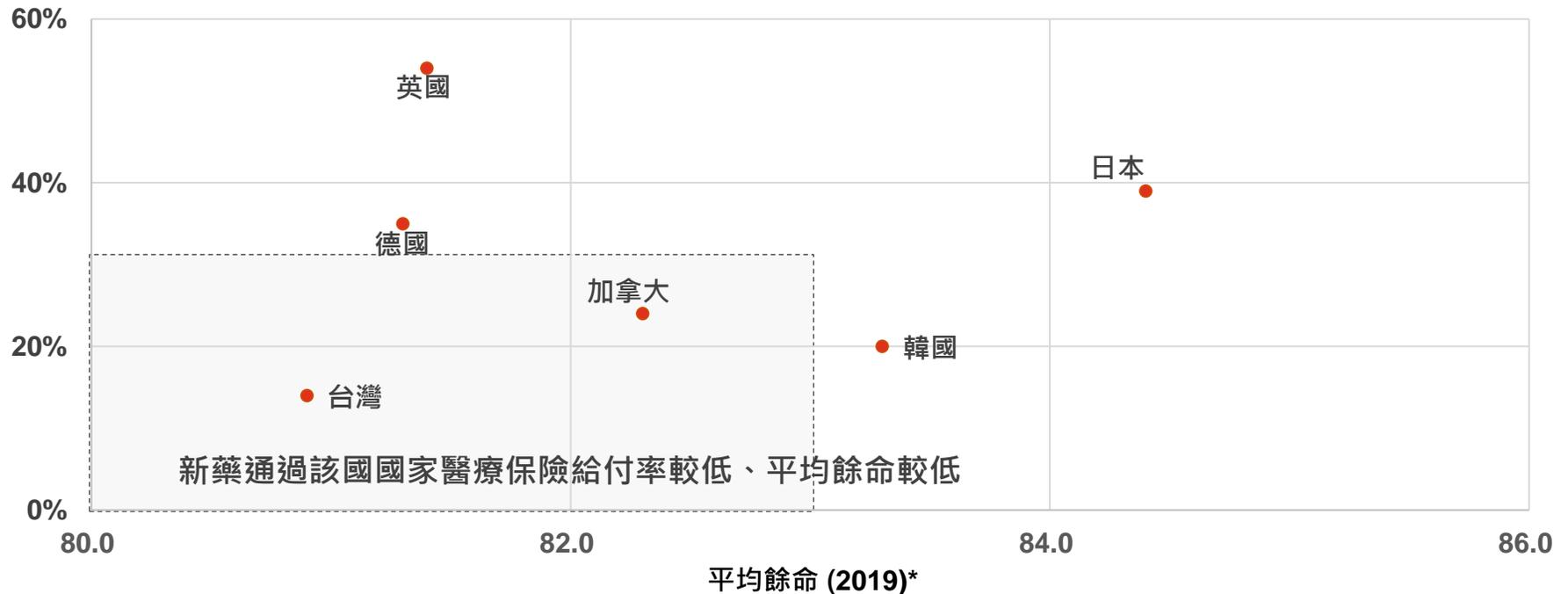
資料來源：OECD資料庫(2023/2)、國家發展委員會(2023/2)、衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

3.1 醫療資源投入與健康表現關聯

比較目前平均餘命和美國FDA核准新藥通過該國國家核准並取得醫療保險給付之狀況，日本給付狀況較好、平均餘命表現亦較好，而台灣位在給付狀況較差、平均餘命表現較差之區塊

平均餘命(2019) vs. 美國FDA核准新藥通過該國核准並取得國家醫療保險給付之比重

美國FDA核准新藥通過該國核准並取得國家醫療保險給付之比重(截至 2023 年 3 月)**



資料來源：美國食品藥物管理局（美國）、加拿大衛生部（加拿大）、醫藥品暨醫療器材管理局（日本）、韓國食品藥物安全部（韓國）、衛生福利部食品藥物管理署（台灣）、藥物及保健產品管理局（英國）、聯邦衛生部（德國）。

- 最新可用數據。
- ** 基於國家健保給付的新藥，參考2017-2022年美國FDA批准的293個新分子藥物(NMEs)。

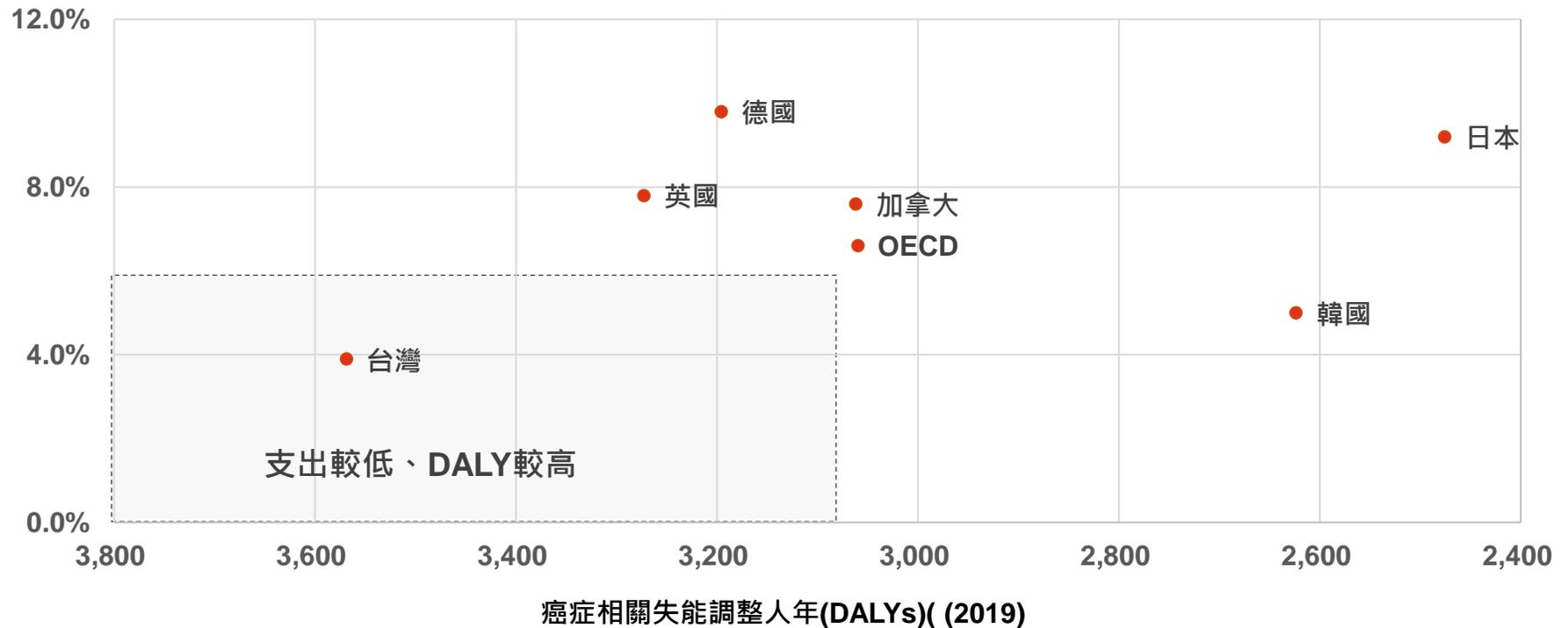
3.1 醫療資源投入與健康表現關聯

檢視比較國家公部門經常性醫療保健支出水準及癌症相關失能調整人年(DALY)，日本支出較高、DALY人年較低，而台灣則支出較低、DALY人年較高

DALYs vs. 公部門經常性醫療保健支出 GDP佔比

(2019)

公部門經常性醫療保健支出
GDP佔比(2019)



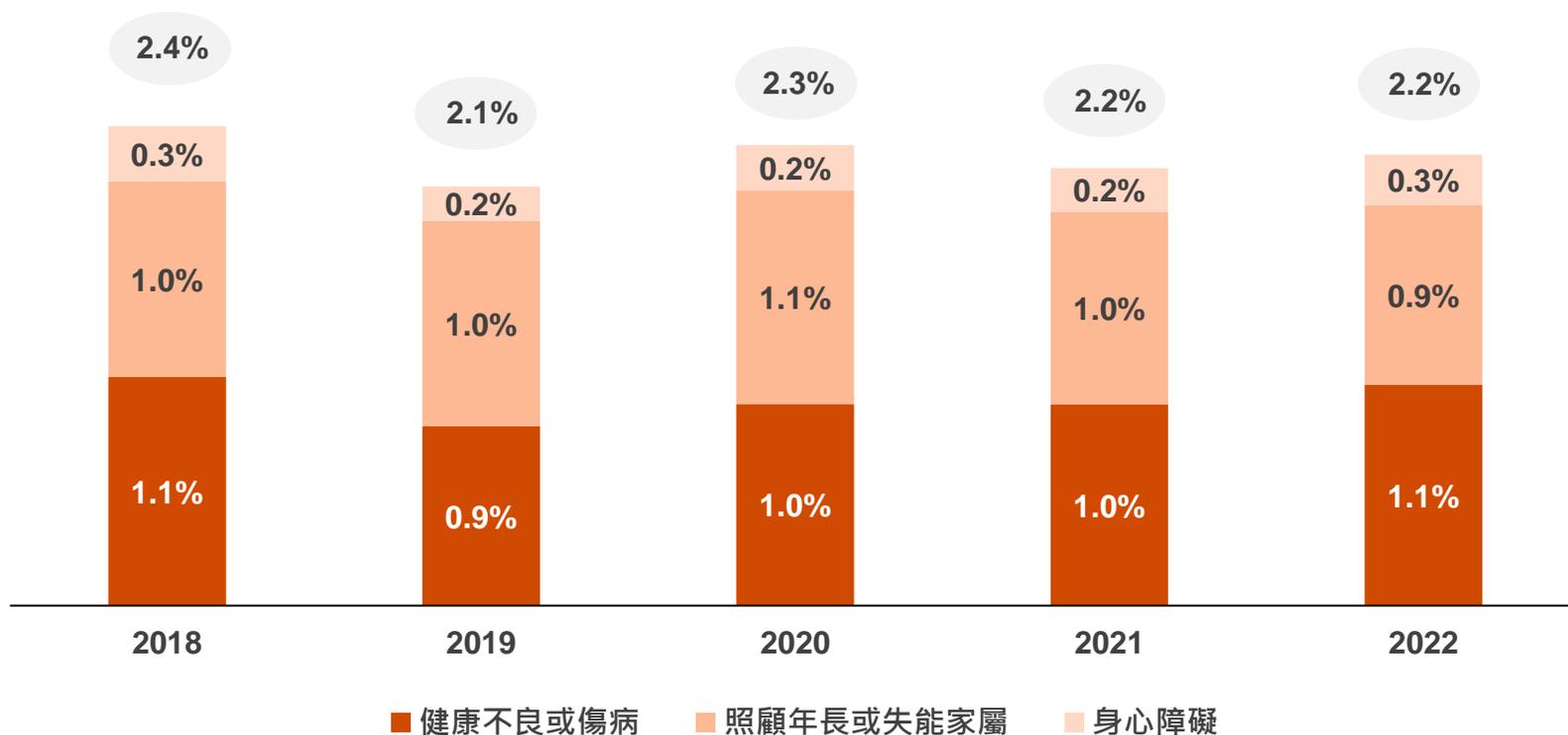
資料來源：OECD資料庫(2023/2)、國家發展委員會(2023/2)、衛福部110年NHE統計表(2023/2)；PwC整理分析

投資健康的經濟成效

3.2 投資健康的經濟成效

2018-2022期間，我國平均約有37.6 萬人(約2.2%之勞動年齡人口)因健康不良或需照顧長者及失能家屬而無法就業

因健康不良、身心障礙或需照顧年長及失能家屬
導致無法就業之人口比重
(佔 15-64 歲人口比重)



資料來源：國勢普查處<111年人力資源調查統計>；PwC整理分析

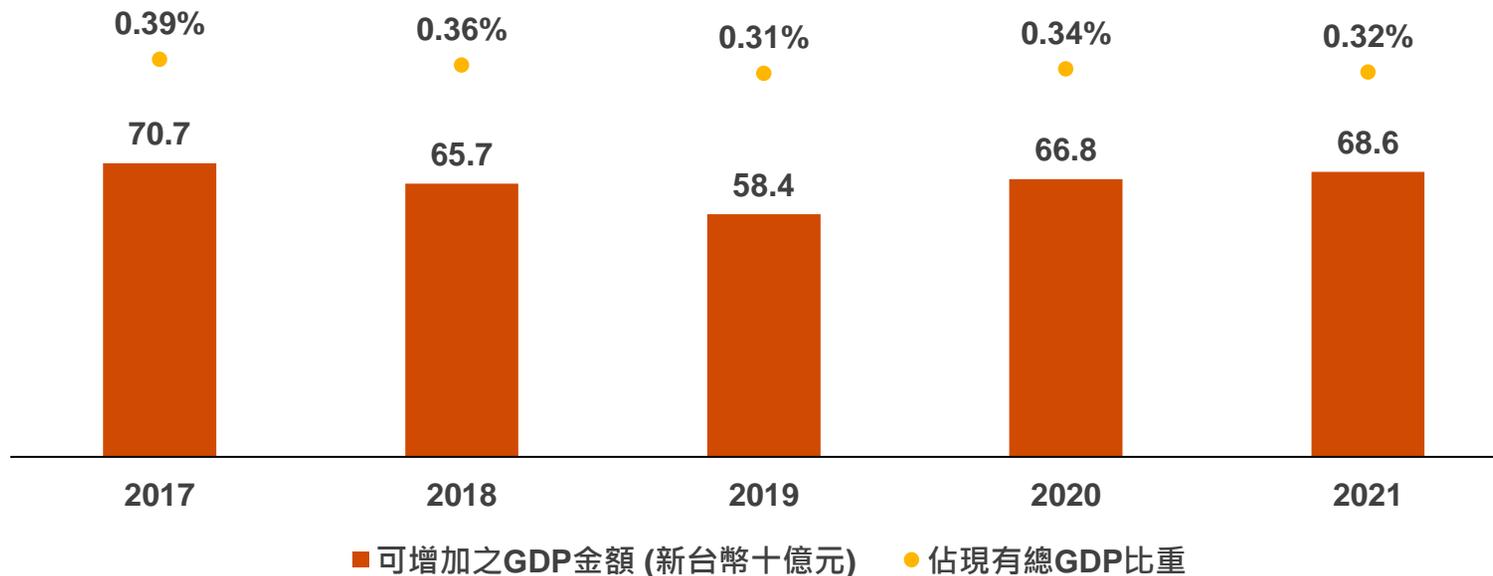
3.2 投資健康的經濟成效

若可透過促進國民健康協助目前因健康不良或照顧年長及失能家屬產生之非就業人口中10%之國民投入就業，估計將可使每年GDP增加超過680億元⁽¹⁾

促進國民健康可產生之經濟效益

(以GDP估算)

- 估算方法係將10%因健康不良、身心障礙或需照顧年長及失能家屬導致無法就業之人口乘以現有就業人口人均 GDP (假設勞動力供應增加不會導致工資降低)



資料來源：國勢普查處<111年人力資源調查統計>、財政部統計處<國民所得統計常用資料>(2023/2)；PwC整理分析

註(1)：以2021年相關資訊計算

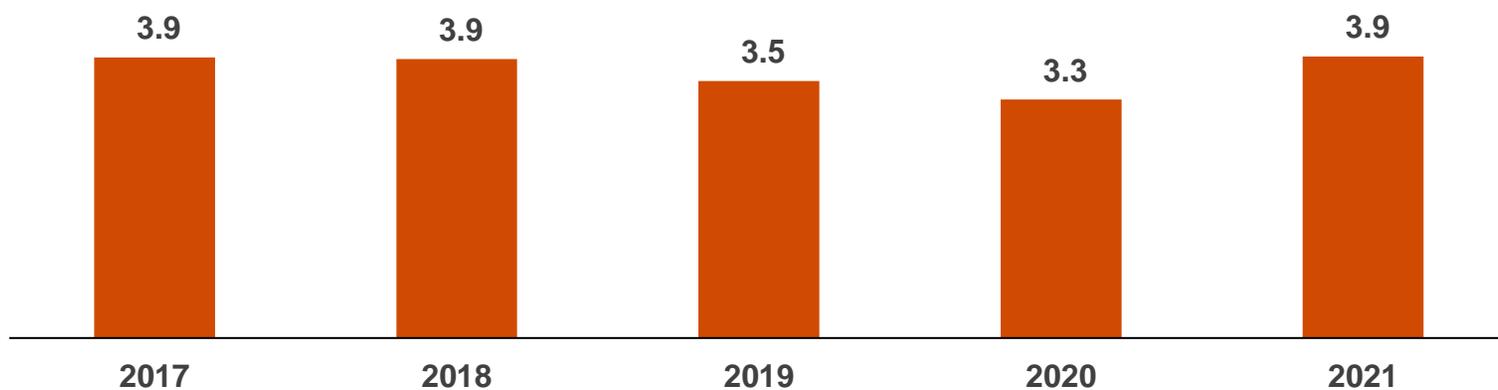
3.2 投資健康的經濟成效

若可透過促進國民健康使目前因健康不良或照顧年長及失能家屬產生之非就業人口中**10%**之國民投入就業，估計將可使每年所得稅收⁽¹⁾增加近**39億元**⁽²⁾

促進國民健康可產生之所得稅收估算

(新台幣十億元)

- 估算方法係將**10%**因健康不良、身心障礙或需照顧年長及失能家屬導致無法就業之人口乘以現有就業人口人均所得稅負擔



資料來源：國勢普查處<111年人力資源調查統計>、財政部統計處<全國賦稅實徵淨額>(2023/2)；PwC整理分析

註(1)：含綜所稅及營所稅 (2)以2021年相關資訊計算

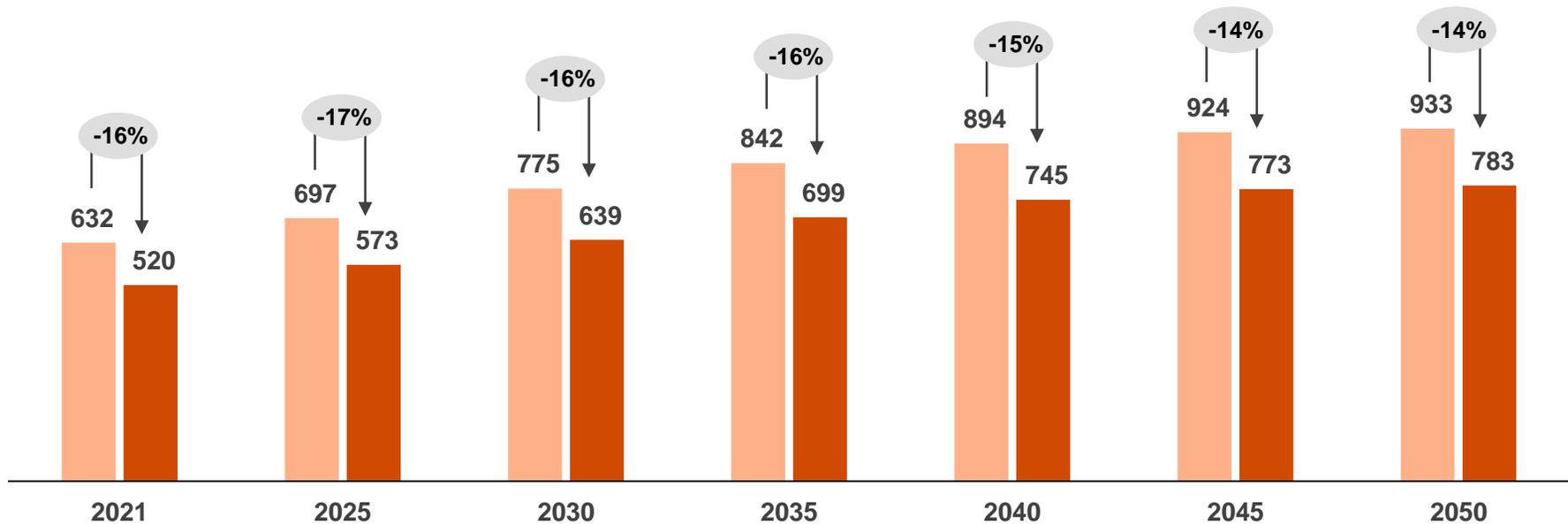
3.2 投資健康的經濟成效

若以「年輕五歲的健康狀況」模擬國民健康促進成果，預計未來每年將因國民健康改善節省下1,000億⁽¹⁾以上的醫療費用

每年門住診醫療費用估算

(十億醫療點數·以35歲以上男性及45歲以上女性人口進行試算)

- 現狀：各年齡預測人口數乘以 2021 年人均門住診醫療點數(以35歲以上男性及45歲以上女性試算)
- 健康改善情境：將35歲以上男性和45歲以上女性對應的人均醫療點數替換為年輕5歲年齡層之人均醫療點數(例：以30-34歲平均醫療點數計算35-39歲人口醫療支出，並以此類推)



資料來源：衛福部健保署全民健康保險統計(2023/2)、國家發展委員會(2023/2)；PwC整理分析

註(1)：以一點換算0.9元估算

日本經驗

4.1	醫療保險資金來源及規劃	50
4.2	新藥健保給付狀況比較	59

日本醫療體系簡介

日本擁有完善的國民醫療保險體系，提供全民高品質醫療服務且可近性高。除與我國較為相近之社會醫療保險體系，日本於多項主要健康指標、醫療服務及新藥可近性皆處於世界領先地位，且同樣面臨嚴峻高齡少子化趨勢問題。加上長期以來與我國醫藥公衛各界交流密切，選取日本進一步理解其全民醫療保險財源、新藥納入醫療保險給付等制度及現況，作為我國欲促進國民健康、提升健康投資之方向參考。

公部門醫療保險

- 在全民納保的國民健康保險制度之下，所有居民皆依就業狀況及行業別參與受雇者健康保險 (Employees' Health Insurance, EHI) 或國民健康保險 (National Health Insurance, NHI)，強制醫療保險約佔整體經常性醫療保健支出比重約七成。
- 日本另設有長照保險制度(Long-term Care Insurance, LTCI)，其資金主要來自 40 歲以上人口繳納之保費、其他稅收及部分負擔費用。

醫療支出和資金來源

- 2021年日本醫療保健支出 GDP佔比約11.2%，為全世界醫療保健支出佔比最高國家之一。日本總醫療保健支出約有83%為公部門支出，其中大部分資金源自強制醫療保險體系。
- 人口迅速老化持續推高醫療保險成本壓力，日本政府因此將醫療保險制度改革列為優先事項，在控制成本之外亦積極推動生醫產業創新。

健康表現

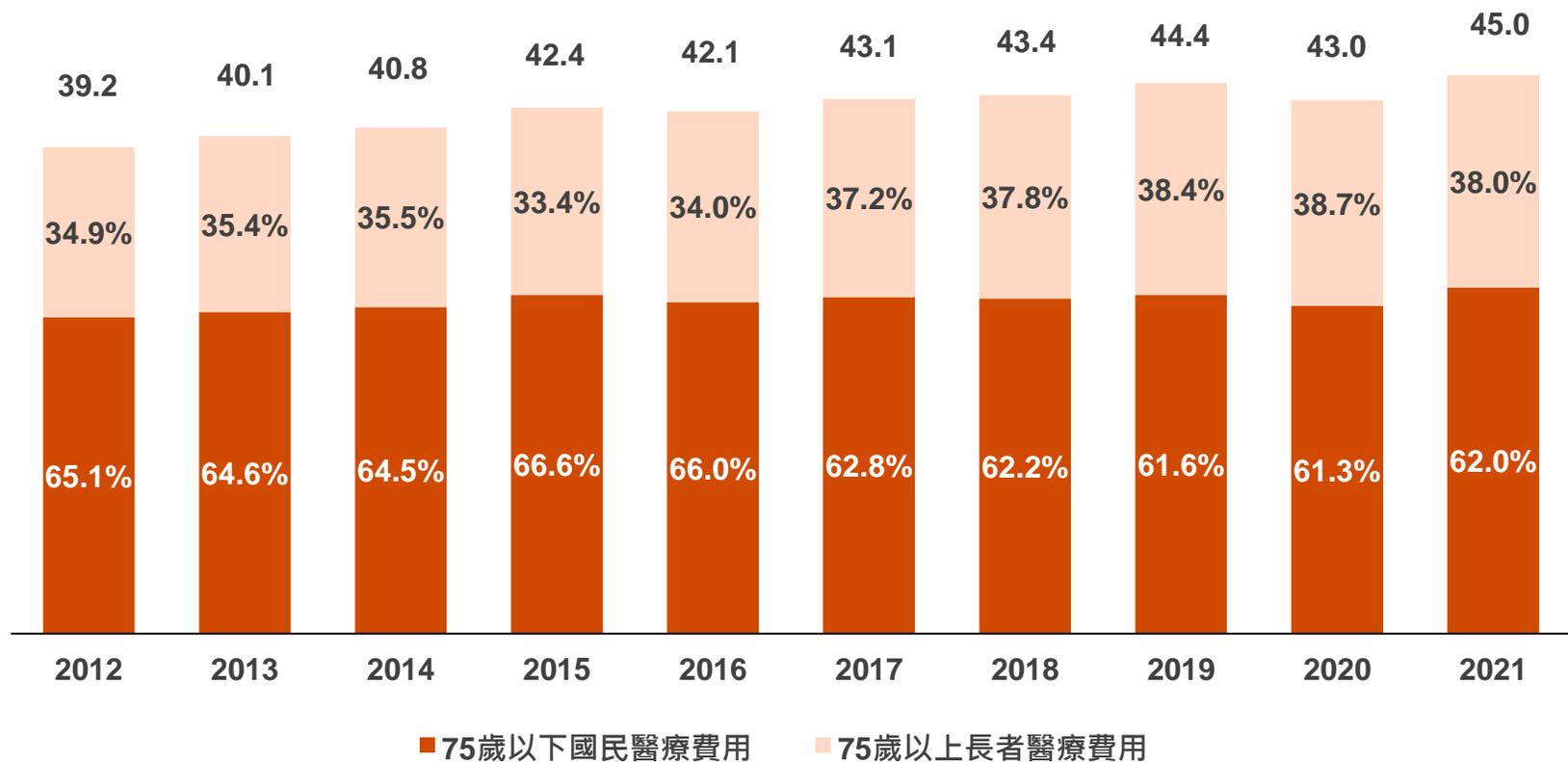
- 日本國民健康指標表現優於其他已開發國家，是OECD組織中平均餘命最長的國家，2021年平均餘命達84.7歲，同時是世界上嬰兒死亡率最低的國家之一。
- 日本社會迅速高齡化為政府帶來許多政策面挑戰，目前65歲以上長者醫療保健支出花費佔總支出一半以上，且預計2030年以前65歲以上長者人數將達總人口數約1/3。

資料來源：EIU經濟學人智庫、世界衛生組織；PwC整理分析

4 日本經驗

日本社會人口高齡化及積極運用新藥新醫療科技為推動其國民醫療支出增長的重要因子，過去十年75歲以上長者醫療費用佔總醫療支出比重呈現上升趨勢，2021年佔比約38%

國民醫療
總支出
(兆日元)

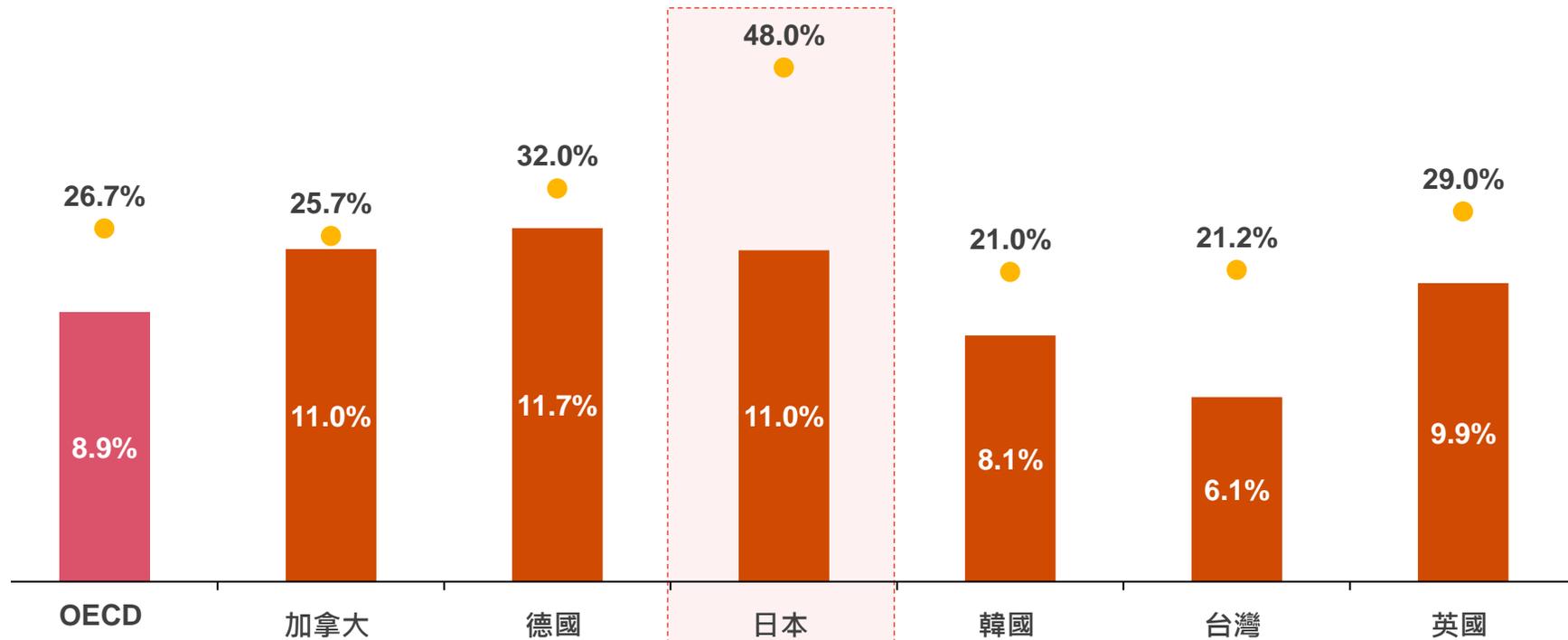


資料來源：日本厚生勞動省前局長武田俊彥「增加健康投資·強化國家競爭力高峰」論壇演講(2023/2)；PwC整理分析

4 日本經驗

日本老年撫養比為比較國家中最高，約等於每兩位勞動年齡人口需撫養一位65歲以上長者。若加以考量人口結構，日本醫療支出較相近支出水準之比較國家顯得更具效率⁽¹⁾

- 經常性醫療健保支出 GDP 佔比(2019)
- 老年撫養比(65歲以上老年人口除以勞動年齡人口)(2019)



資料來源：OECD資料庫(2023/2)、衛福部健保署全民健康保險統計(2023/2)、國家發展委員會(2023/2)；PwC整理分析

註:(1) 依日本厚生勞動省前局長武田俊彥先生分析 (2) 依據世界衛生組織定義

醫療保險資金來源及規劃

4.1 醫療保險資金來源及規劃

為維持全民納保並持續提供民眾高品質醫療服務，日本政府直接挹注國民醫療支出比重較高，較我國全民健保之政府資金來源佔比高出約10%

醫療支出資金來源

(日本:2020, 台灣:2021)

資金來源比重	日本 (國民醫療支出)	台灣 (全民健保)	台灣 (國民醫療保健支出 NHE)
政府部門	38.4%	29.0% (政府補助醫療給付經費)	29.9%
家庭部門	39.7% (含保險費及自付金額)	33.4% (保險對象保險費)	46.2% (健保保費29.3%及家庭自付16.9%，其中家庭自付項目包括醫療、醫材、保健品等自付費用)
雇主	21.3%	36.9% (投保單位保險費)	23.0%

資料來源：衛福部110年NHE統計表(2023/2)、日本厚生勞動省<令和2(2020)年度国民医療費の概況>(2023/2)；PwC整理分析

4.1 醫療保險資金來源及規劃

日本政府過去持續從保費外的一般政府收入撥款挹注國民健康保險體系，我國全民健保財源目前則仍以保費為主

日本以額外政府財源投入國民健康保險改革

2015

增加對低收入者補貼

根據低收入納保對象人數調整增加所屬對地方政府的財政支持

1,700億日元

2018

加強財政調節功能

依據精神疾病患者及兒童納保人數提供額外地方政府協助

800億日元

協助保險人(payer)進行成本優化

鼓勵並協助保險人優化醫療成本結構

840億日元

減低民眾就醫自付部分負擔

例如透過高額醫療補助制度在患者自付費用較高時協助減輕其負擔

60億日元

資料來源：日本厚生勞動省〈國民健康保險の取組強化の方性・2022〉；PwC整理分析

4.1 醫療保險資金來源及規劃

日本政府2014年將消費稅率自5%提高到8%，2019年再提高至10%，稅收主要用於加強育兒支持、醫療保健及養老服務等社會保障用途

以提高消費稅為財源強化社會保障服務

(以2014年資金分配用途為例)

- 因來源穩定且在不同世代間負擔相對均衡，消費稅被視為合適的社會保障服務財源

		(十億日元)	
加強育兒支持		<ul style="list-style-type: none"> 確保候補名單家庭獲得協助 	305.9
醫療 保健	加強醫療和 長照服務	<ul style="list-style-type: none"> 以消費稅收入挹注醫療費用(支付予服務提供者) 設立醫療服務體系改善基金 	89.7
		<ul style="list-style-type: none"> 建立以社區為基礎照護失智症等疾病之服務 	4.3
		<ul style="list-style-type: none"> 擴大降低低收入者保險費的措施 	61.2
		<ul style="list-style-type: none"> 檢討高額醫療補助制度 	4.2
		<ul style="list-style-type: none"> 為疑難病症和特定慢性兒童疾病患者建立照護制度，提供健全醫療服務 	29.8
完善養老金制度		<ul style="list-style-type: none"> 擴大喪偶撫卹金支付對象範圍 	1

資料來源：日本財務省<Learn about "Consumption Tax">日本厚生勞動省<平成26年度の社会保障の充実・安定化について>；PwC整理分析

4.1 醫療保險資金來源及規劃

面臨國民醫療保險系統永續經營議題，專家提出日本政府可考慮徵收健康稅捐、將資產總額納入部分負擔費率計算、重新檢討目前給付範圍等改善方向

1

考慮向**對民眾健康風險有重大影響的商品徵收額外稅額**，並指定至少部分增加之收入作為與該產品相關疾病之治療或預防費用(例如菸捐用於肺癌治療)。以日本為例，世界衛生組織建議對含糖飲料徵稅，增加政府收入同時可降低伴隨高糖飲食而來之疾病發生率

2

現行制度下日本**75歲以上**長者就醫部分負擔比率依年收入計算，但未將存款等資產納入考量，故可能出現高資產族負擔比重較低之狀況。考量日本目前已有相關系統可統計國民財務資產如存款等訊息，專家建議未來在**決定長者部分負擔比率時應將資產總額納入考量**

3

在同樣面臨財務壓力的情況下，專家亦建議日本政府**重新檢討目前國民醫療保險給付範圍**，考慮將成本效益低的治療排除於給付範圍之外或至少提高自付比重，同時考慮增加OTC(指示藥品) 取代部分處方品使用

資料來源：Partnership for Health System Sustainability and Resilience <Sustainability and Resilience in Japan's Health System, 2022>；PwC整理分析

4.1 醫療保險資金來源及規劃

除多元資金來源，日本政府進一步為75歲以上長者設置後期高齡者醫療制度，以改善跨世代間醫療花費與保費負擔不均問題

日本醫療保險制度概要

(納保人數/2022年保險預算數)

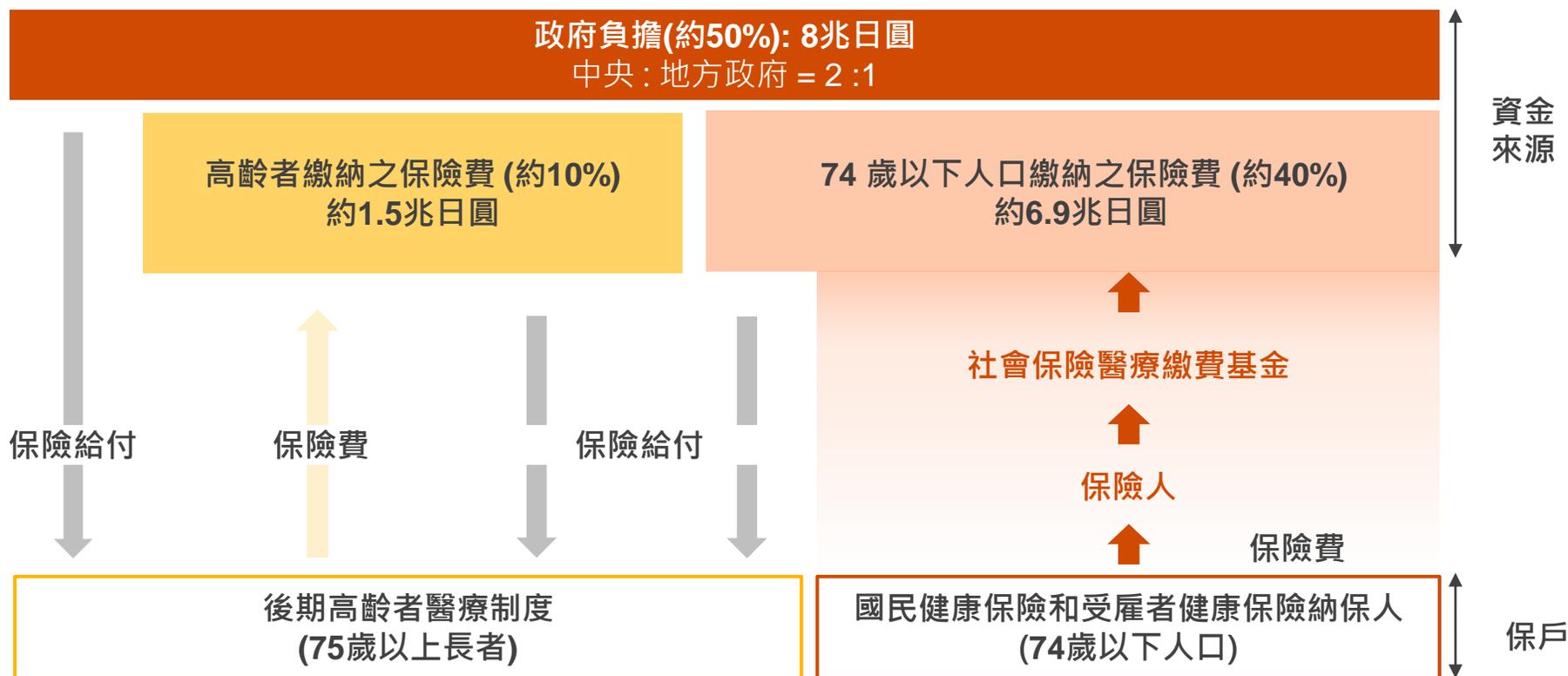


資料來源：日本厚生勞動省<我が国の医療保険について>、執行單位：國立政治大學台灣研究中心<建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析>；PwC整理分析
註(1)：以2022年保險預算除以納保人數概算

4.1 醫療保險資金來源及規劃

相較整體國民醫療支出政府負擔比重約38%，後期高齡者醫療制度中政府部門負擔醫療費用比重達約50%

後期高齡者醫療制度資金來源
(2022年預算數)



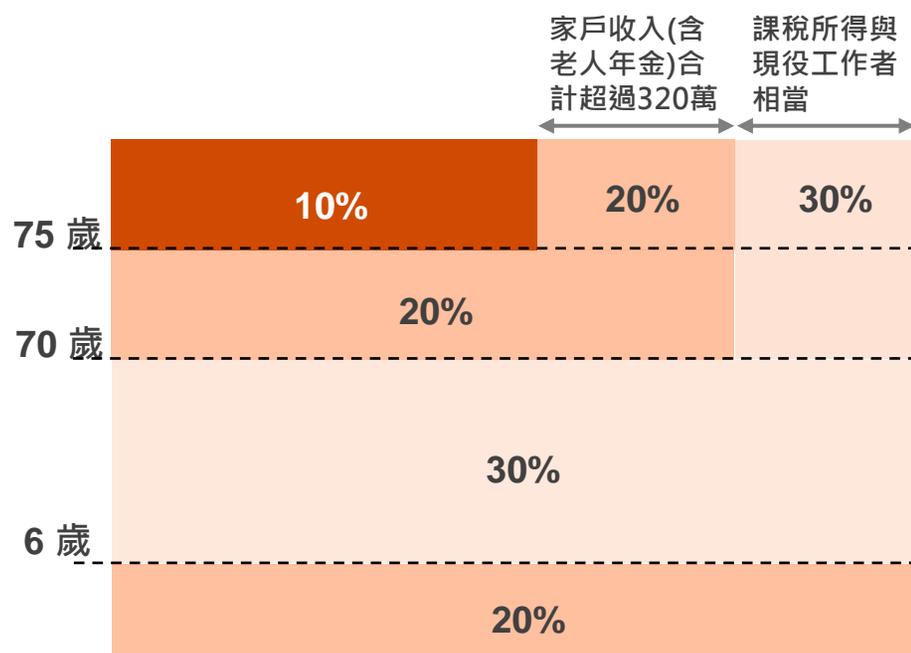
資料來源：日本厚生勞動省<我が国の医療保険について> ; PwC整理分析

4.1 醫療保險資金來源及規劃

日本政府近年數次依75歲以上長者收入水準上調其部分負擔比重，以緩解社會高齡化導致整體醫療保險體系負擔加重之情況

日本醫療費用部分負擔比例 (2023)

- 2022年10月日本政府將家戶年收入超過320萬之75歲以上長者醫療費用部分負擔比率提高至20%



資料來源：日本厚生勞動省<我が国の医療保険について>；PwC整理分析

我國健保門診藥品與急診部分負擔調整方案 (預計2023/7/1實施)

- 現行法定免部分負擔之民眾，如重大傷病患者，不受本次方案調整影響

部分負擔金額 (台幣)	健保門診藥品	
	100元以下	101元以上
基層診所、 地區醫院	免負擔	20% 上限200元
醫療中心、 區域醫院	10元	20% 上限300元

部分負擔金額 (台幣)	急診
	不區分檢傷
基層診所	150
地區醫院	150
醫療中心	400
區域醫院	750

資料來源：衛福部健保署；PwC整理分析

4.1 醫療保險資金來源及規劃

隨我國社會加速高齡化，如何增加醫療保險財源並以配套政策改善跨世代間醫療花費與保費負擔不均問題成為重要改革目標

借鏡日本國民健康保險改革措施

1

多元財源挹注醫療保險

日本政府2014至2019年間陸續將消費稅率自5%提高至10%，稅收主要用於加強育兒支持、醫療保健及養老服務等用途。因來源穩定且在不同世代間負擔相對均衡，消費稅被視為合適的社會保障服務財源

2

透過制度改革改善跨世代間醫療花費與保費負擔不均問題

日本政府為75歲以上長者設置後期高齡者醫療制度，提高政府負擔長者醫療支出比重，改善跨世代間醫療花費與保費負擔不均問題

3

依長者收入調整部分負擔比重，緩解高齡化對健保財政衝擊

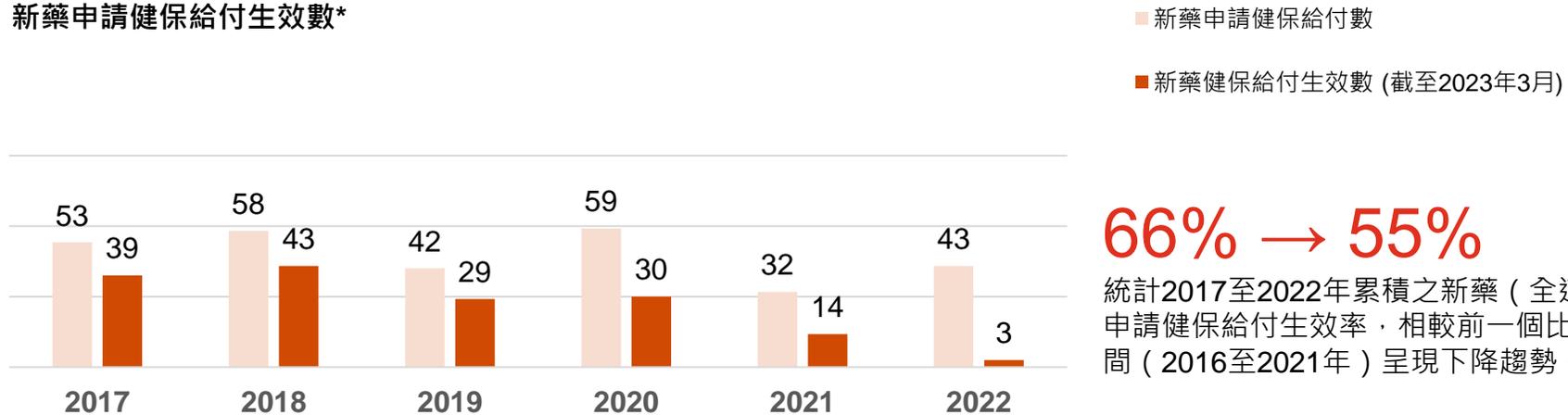
日本政府近年數次依75歲以上長者收入水準上調其部分負擔比重，以緩解社會高齡化導致整體醫療保險體系負擔加重之情況

新藥健保給付狀況比較

4.2 新藥健保給付狀況比較

自2017年起台灣新藥申請健保給付之生效率呈現下降趨勢

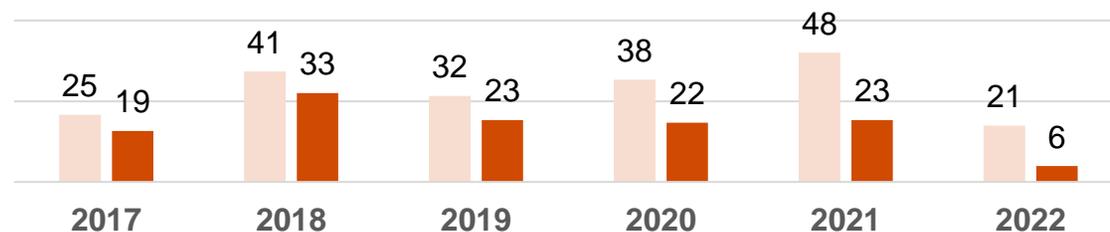
新藥申請健保給付生效數*



66% → 55%

統計2017至2022年累積之新藥（全適應症）申請健保給付生效率，相較前一個比較年度期間（2016至2021年）呈現下降趨勢。

擴增給付申請健保給付生效數**



61%

統計2017至2022年累積之健保擴增給付（全適應症）生效率，相較前一個比較年度期間（2016至2021年）不變。

資料來源：PwC分析和信治癌中心醫院陳昭姿主任提供之新藥 / 擴增給付生效品項統計資料（2023年3月）

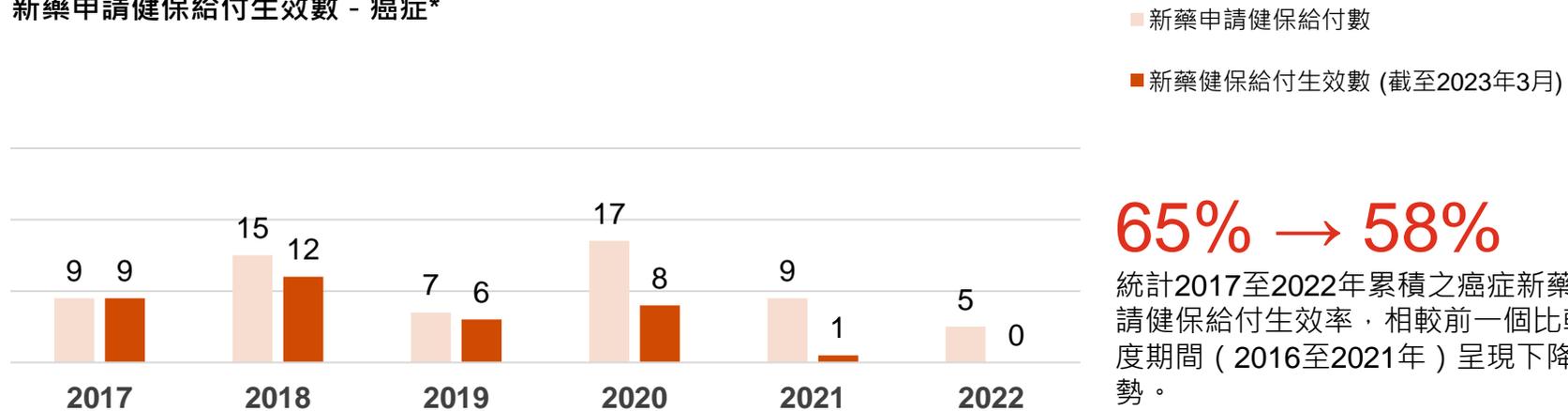
* 不包含因下列情況之特定藥物專案核准製造及輸入：因應緊急公共衛生情事、預防及診治危及生命或嚴重失能之疾病、國內尚無適當藥物或合適替代療法、罕見疾病防治、必要藥品短缺等。

**擴增給付包括擴增適用範圍（人數增加）；放寬 / 修改用法用量等。

4.2 新藥健保給付狀況比較

自2017年起台灣癌症新藥申請健保給付與擴增給付之生效率呈現下降趨勢

新藥申請健保給付生效率數 - 癌症*



擴增給付申請健保給付生效率數 - 癌症**



資料來源：PwC分析和信治癌中心醫院陳昭姿主任提供之新藥 / 擴增給付生效率品項統計資料（2023年3月）

* 不包含因下列情況之特定藥物專案核准製造及輸入：因應緊急公共衛生情事、預防及診治危及生命或嚴重失能之疾病、國內尚無適當藥物或合適替代療法、罕見疾病防治、必要藥品短缺等。

**擴增給付包括擴增適用範圍（人數增加）；放寬 / 修改用法用量等。

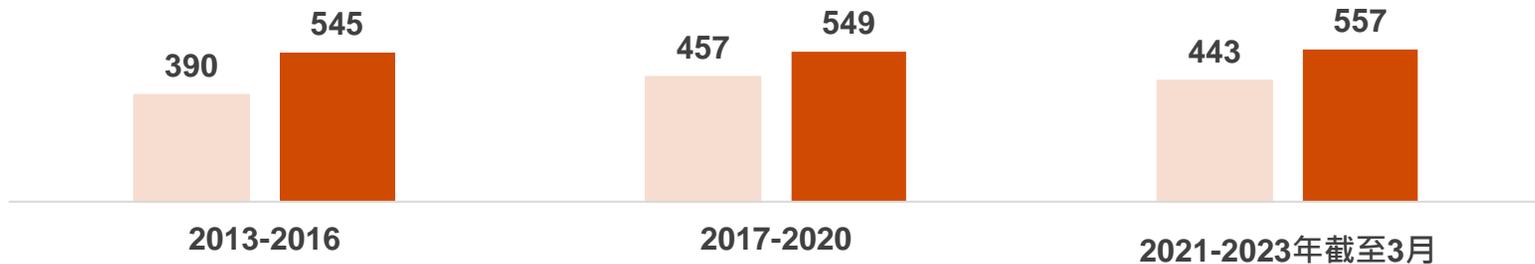
4.2 新藥健保給付狀況比較

台灣新藥申請健保給付之等待生效時間於近年逐漸延長，顯著延宕新藥之可近性

健保給付生效時間(天數) – 新藥*



健保給付生效時間 – 擴增給付**



資料來源：PwC分析和信治癌中心醫院陳昭姿主任提供之新藥 / 擴增給付生效品項統計資料 (2023年3月)

* 不包含因下列情況之特定藥物專案核准製造及輸入：因應緊急公共衛生情事、預防及診治危及生命或嚴重失能之疾病、國內尚無適當藥物或合適替代療法、罕見疾病防治、必要藥品短缺等。

**擴增給付包括擴增適用範圍 (人數增加)；放寬 / 修改用法用量等。

4.2 新藥健保給付狀況比較

台灣癌症新藥之健保給付生效等待時間比非癌症新藥更加冗長

健保給付生效時間 – 新藥* (2013 – 2023年3月)



健保給付生效時間 – 擴增給付** (2013 – 2023年3月)



資料來源：PwC分析和信治癌中心醫院陳昭姿主任提供之新藥 / 擴增給付生效品項統計資料 (2023年3月)

* 不包含因下列情況之特定藥物專案核准製造及輸入：因應緊急公共衛生情事、預防及診治危及生命或嚴重失能之疾病、國內尚無適當藥物或合適替代療法、罕見疾病防治、必要藥品短缺等。

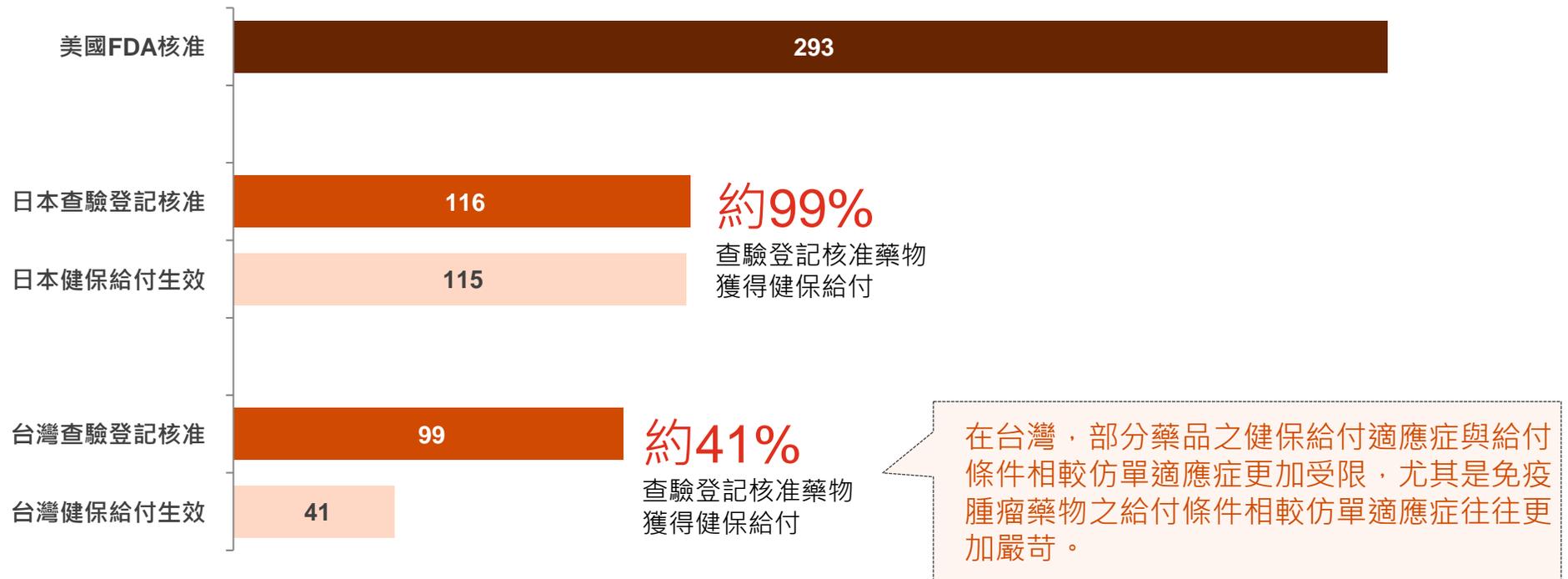
**擴增給付包括擴增適用範圍(人數增加)；放寬/修改用法用量等。

4.2 新藥健保給付狀況比較

日本健保幾乎全面給付核准上市之新藥，反觀台灣，健保給付數量不到核准上市之一半--以美國FDA核准上市新藥為例

新藥獲健保給付數目

(統計2017至2022年美國FDA核准之新分子實體(NME) · 統計截至2023年3月底)



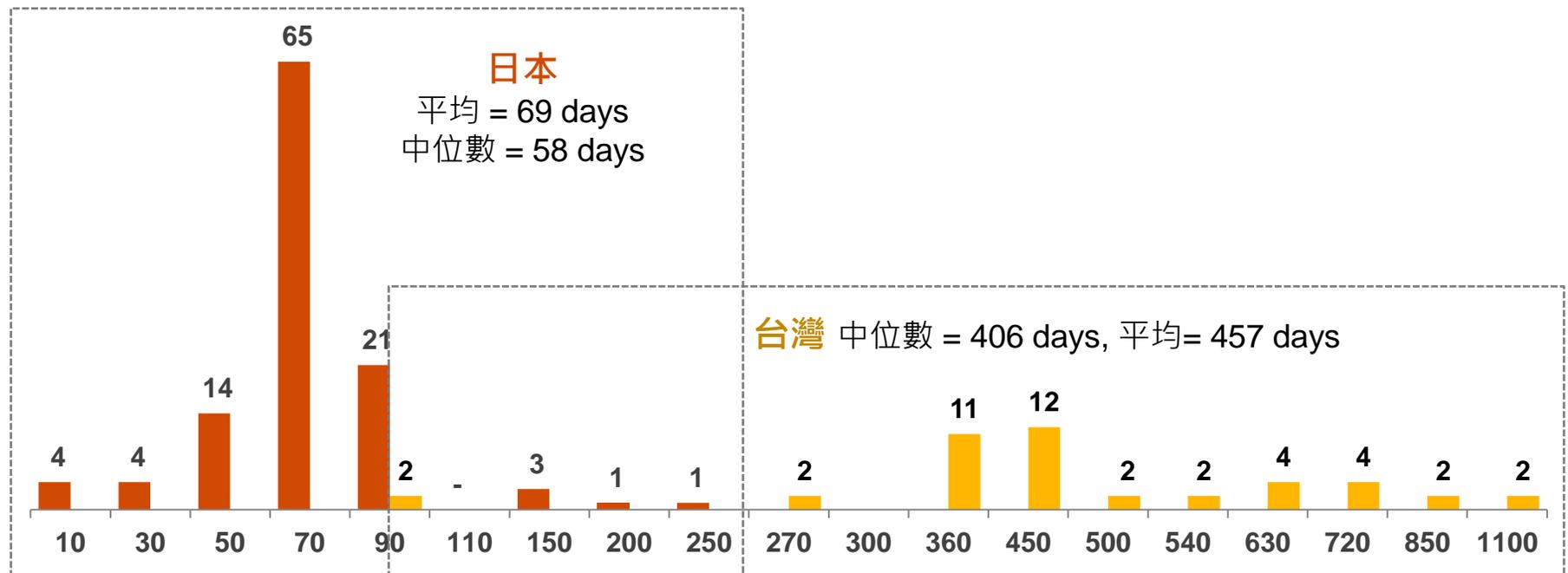
資料來源：PwC分析醫藥品暨醫療器材管理局(日本)、及衛生福利部(台灣)公開資訊

4.2 新藥健保給付狀況比較

日本新藥核准後健保給付生效極為快速，反觀台灣新藥核准後到健保給付生效仍需冗長時間--以美國FDA核准之新藥為例

美國FDA核准之新藥(NME)在台灣及日本健保給付時間

- 日本：新藥健保給付生效時間 (天，統計115個新藥數據)
- 台灣：新藥健保給付生效時間 (天，統計41個新藥數據)



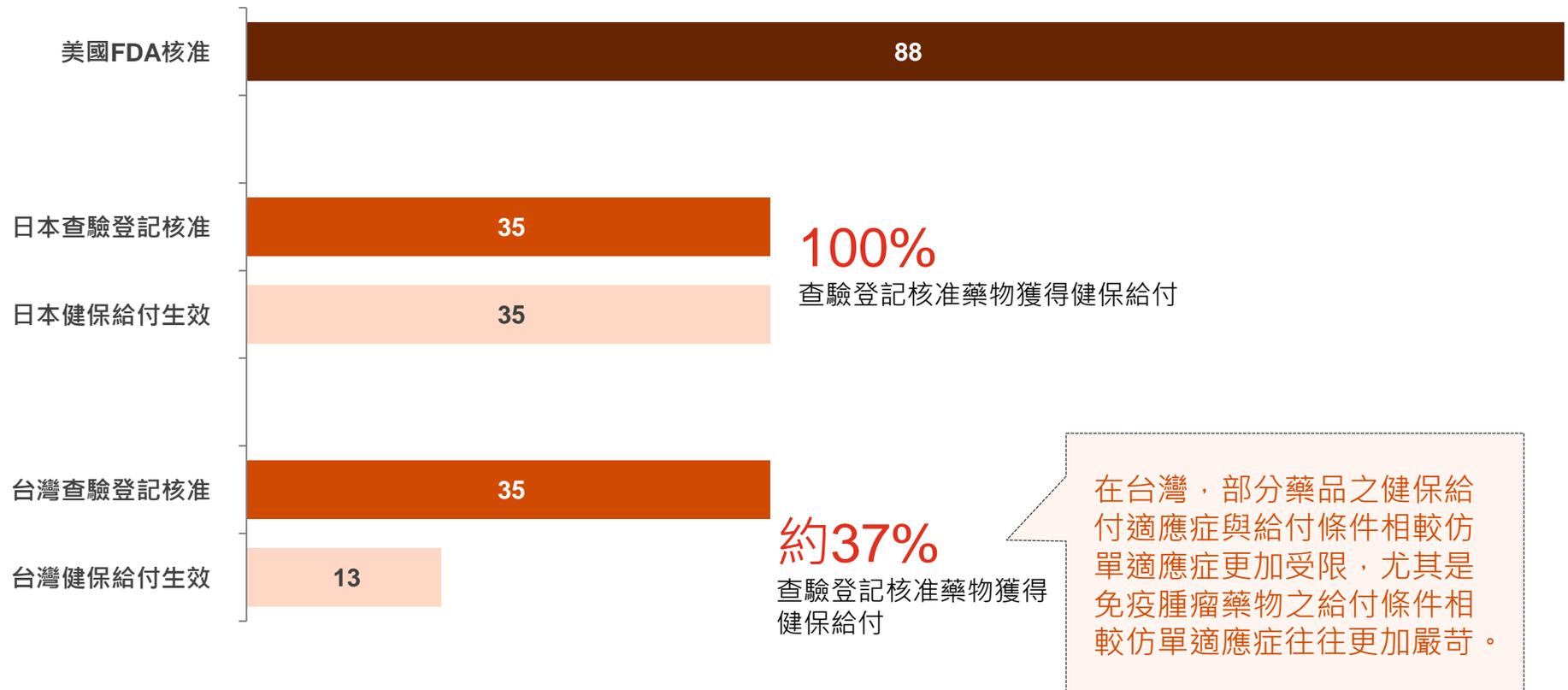
資料來源：PwC分析醫藥品暨醫療器材管理局 (日本)、及衛生福利部 (台灣) 公開資訊

4.2 新藥健保給付狀況比較

日本核准上市與健保給付的癌症新藥數量一致，反觀台灣，核准數目與日本相同，健保給付卻僅1/3--以美國FDA核准之癌症新藥為例

癌症新藥獲健保給付數目

(統計2017至2022年美國FDA核准之新分子實體(NME)，統計截至2023年3月底)



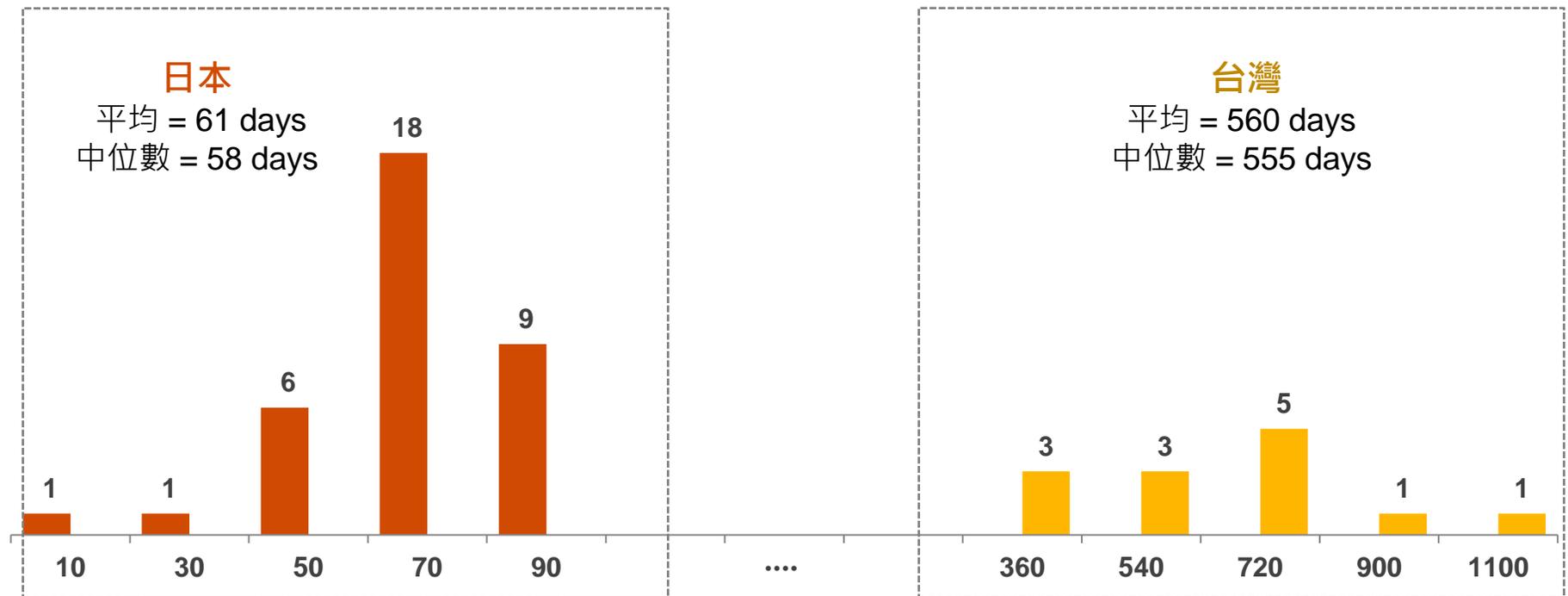
資料來源：PwC分析醫藥品暨醫療器材管理局（日本）、及衛生福利部（台灣）公開資訊

4.2 新藥健保給付狀況比較

日本癌症新藥申請健保給付的生效時間較台灣更短，反觀台灣從申請至給付生效往往需要冗長的等待時間 - 以美國FDA核准之癌症新藥為例

美國FDA核准新癌藥在兩國健保給付時間

- 日本：癌症新藥健保給付生效時間（天，統計35個新藥數據）
- 台灣：癌症新藥健保給付生效時間（天，統計13個新藥數據）



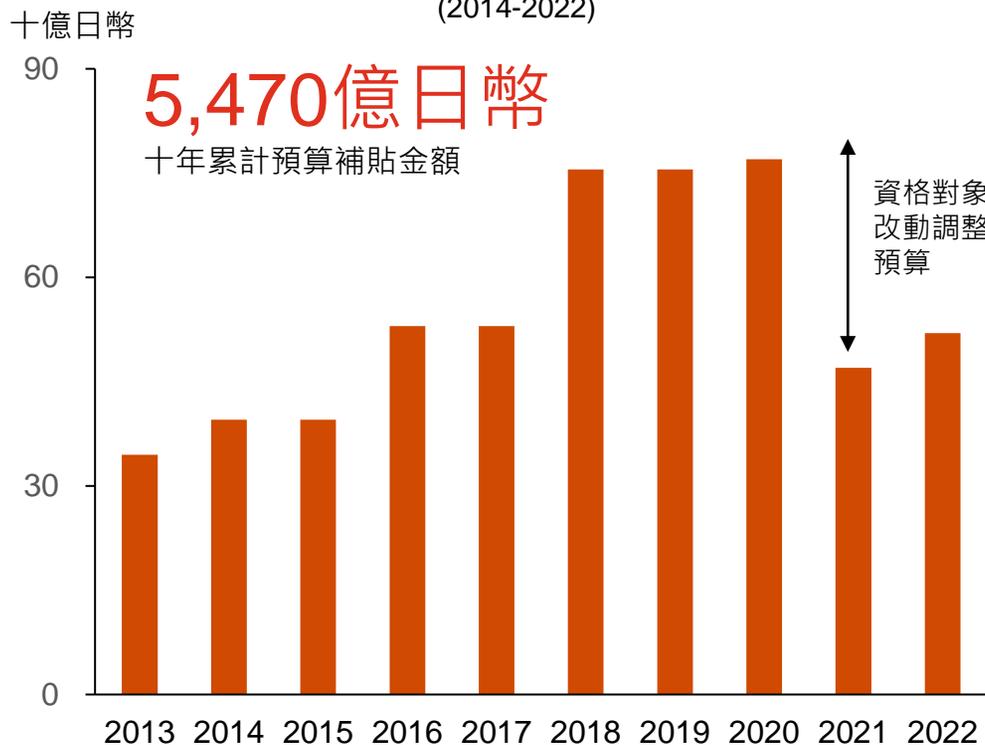
資料來源：PwC分析醫藥品暨醫療器材管理局（日本）、及衛生福利部（台灣）公開資訊

4.2 新藥健保給付狀況比較

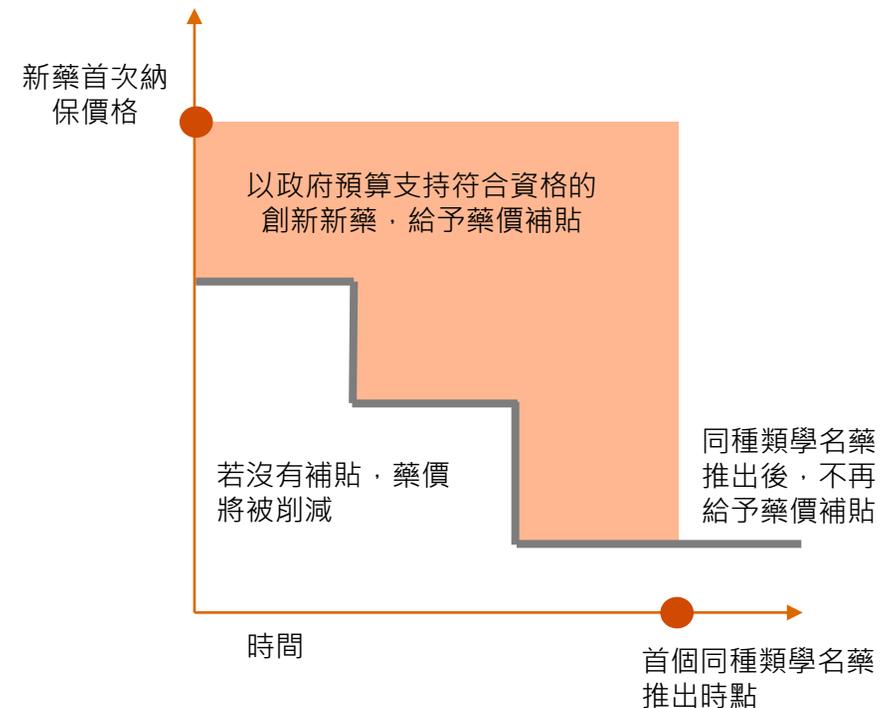
日本為促進創新新藥，導入「新藥創出加算額」制度，以政府預算支持符合資格的創新新藥，給予藥價補貼

日本「新藥創出加算額」年度預算金額

(2014-2022)



日本「新藥創出加算額」的運作機制

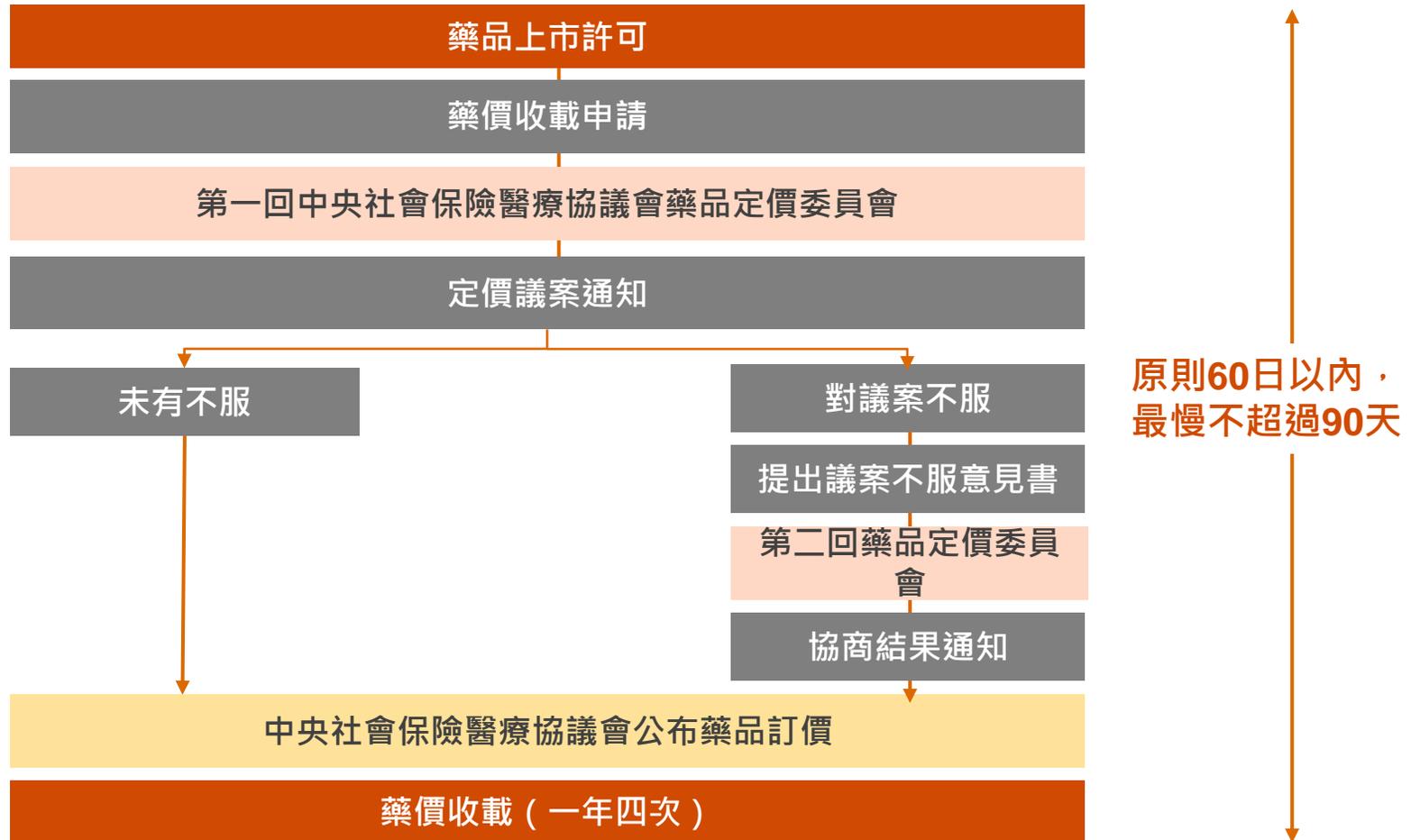


資料來源：日本厚生勞動省

註：符合「新藥創出加算額」補貼之條件包括 - 具有作用機制新穎性、具有創新性和實用性、孤兒藥、或因應厚生勞動省公共需要而開發之藥品等，且待首個同種類學名藥推出後，該藥品將不再給予藥價補貼。厚生省每兩年針對「新藥創出加算額」預算進行調整。

4.2 新藥健保給付狀況比較

日本高達95%新藥已納入健保給付，給付等待時間原則60日以內，最慢不超過90天，加速患者取得急需的治療藥品

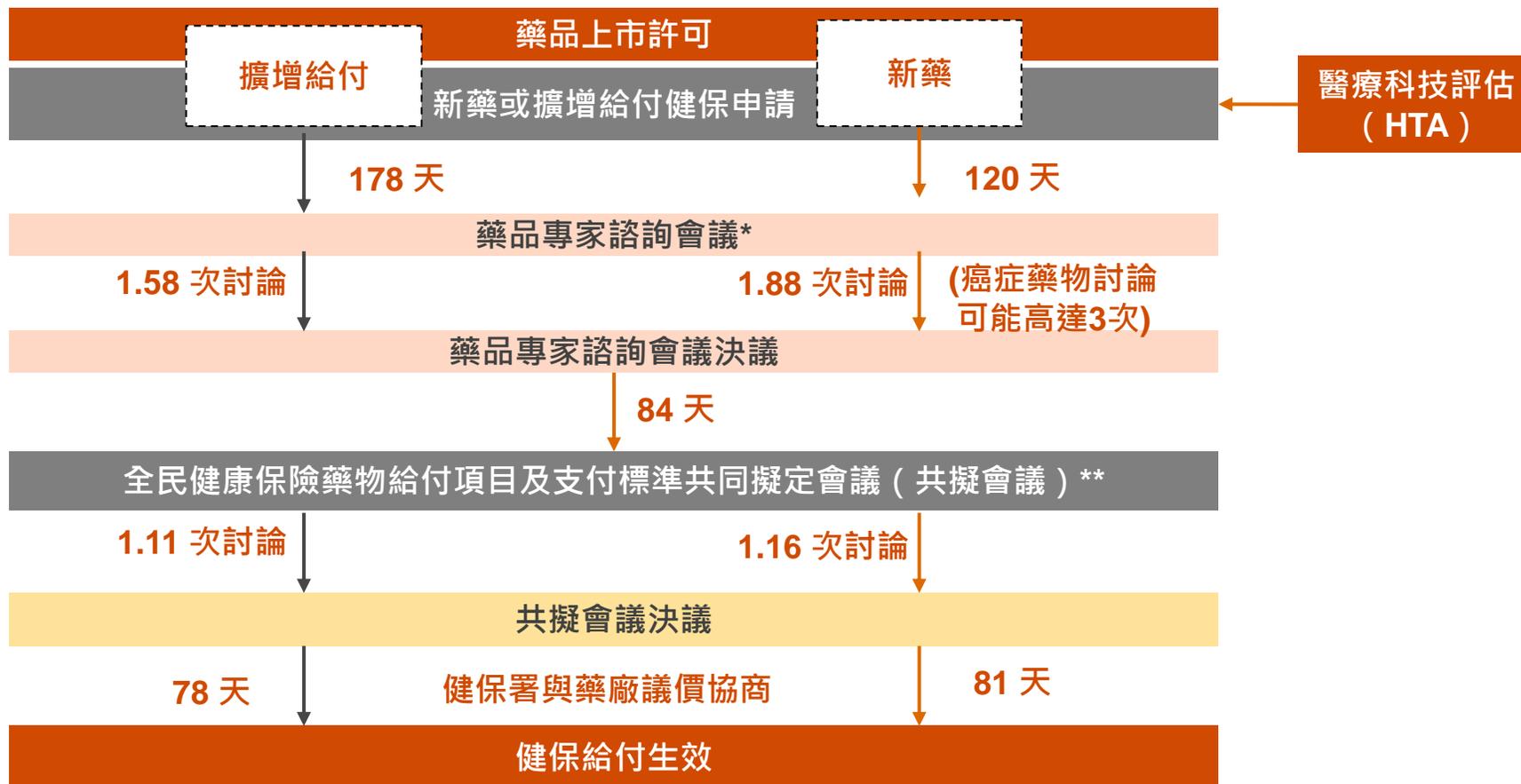


資料來源：厚生勞動省醫療保險課「新醫藥品藥品定價的流程」

註：依據日本北里大學研究，2004至2014年間挑選共304個新分子實體(NME)，其中藥價收載率為97.4%。

4.2 新藥健保給付狀況比較

台灣藥品納入健保給付需經過專家會議和共擬會議達成決議，新藥需經過1次以上之專家會議/共擬會議討論，癌症藥物討論次數可能高達3次



資料來源：PwC分析和信治癌中心醫院陳昭姿主任提供之新藥 / 擴增給付生效品項統計資料 (2023年3月)

註：

- 1) 藥品專家諮詢會議決議相關資料為提供共擬會議討論之參考
- 2) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬定會議 (共擬會議) 是藥品健保納入給付的最終決策單位

專家建議

就書面資料分析內容及聚焦議題訪談相關領域專家以取得產學界洞見及建議

專家訪談

- 以健康指標、醫療支出、台日新藥可近性等資料分析內容為基礎，我們訪談了**13**位領域專家包括健康經濟學者、病友團體代表、健保專家會議主席、醫學/藥學專家、生醫產業專家以及生策會專家，進一步驗證分析結果並就聚焦議題取得專家意見。
- 訪談主要聚焦以下議題：
 - 建議透過哪些優先面向增加醫療保健投資預算；
 - 預期增加醫療保健投資將透過哪些層面為國民健康、勞動生產力、國家競爭力、生醫產業發展帶來正面影響；
 - 我國現有醫療保健支出佔**GDP**比重與比較國家皆有一段落差，是否反映現有投資過少，以及應如何設定合適目標；
 - 建議政府可以透過哪些做法更有效的改善國民健康表現落後於比較國家的問題；
 - 分享對我國新藥可近性、新藥新醫療科技預算編制及執行狀況之看法及建議。

生技產業策略諮
議委員

病友團體

醫學/藥學專家

健康經濟學者

健保專家

生醫產業專家

訪談專家名單請詳附錄1

主要面臨挑戰

主要健康指標表現已落後日韓等比較國家及OECD平均

- **主要健康指標落後**：我國在包括平均餘命、可避免死亡率、癌症死亡率與存活率等主要健康指標相較日韓等比較國家處於相對落後位置。
- **人口老化對未來健保財政造成負擔將日益加重**：若現有健康狀況未有改善，健保負擔將隨社會高齡化日益加重。

經常性醫療保健支出GDP佔比低於所有比較國家及OECD平均

- **國家醫療支出長期偏低**：進一步檢視經常性醫療保健支出(CHE)GDP比重、公部門經常性醫療保健支出GDP比重(含強制醫療保險及稅收等其他政府收入來源)及藥品支出GDP比重等支出指標，我國相較比較國家同樣處於相對落後位置。此外，我國新藥新科技預算成長自2019年起呈現停滯，2022-2023年間更有下滑趨勢。

新藥可近性不足

- **新藥健保給付生效率下降**：台灣近年申請新藥與新擴增適應症健保給付生效率呈現持續下降趨勢。以國際已推出新分子實體藥品而言，日本健康保險給付之生效率高於台灣健保。日本健保給付絕大多數(99%)通過查驗登記之新藥，反觀台灣即使通過查驗登記，健保給付藥品數比例不到一半(41%)。
- **新藥健保給付等待時間過長**：台灣新藥申請健保給付等待時間平均長達729天，對於癌症新藥而言更長達783天，適應症範圍僅部分給付。而日本新藥給付等待時間原則60日以內，最慢不超過90天，仿單適應症百分之百給付。
- **健保給付藥品適應症範圍受限**：部分藥品之健保給付適應症與給付條件，相較仿單適應症明顯受限。財團法人台灣癌症基金會估計，即便癌症新藥獲得健保給付，給付的適應症與給付條件範圍卻僅涵蓋30.4%的癌症病人數，主要因為健保給付範圍比核准的適應症小，新藥被迫退線使用(因財務考量，導致新藥只給付晚期、重症等少數患者)，一般患者反而錯失早期治療機會。

專家建議

1 醫療支出是對國民健康的投資，此為本次訪談諸多專家之共識

醫療支出用於提升國民健康，進一步**促進生產力提高、稅收及GDP成長**，以及帶動**生醫產業發展**等多重效益，相關投入更應視為對國家競爭力的投資。其他投資醫療體系的正面影響包括：

- **改善治療品質、治療權益**，建構得以永續經營的醫療照護系統，拉近主要健康指標表現與比較國家差距。
- 增加預防醫學投入及醫療科技評估面向(包括納入不健康餘年、臥床時間等考量)，進一步**降低及家戶及政府的長照負擔及生產力損失**。
- 提高新藥給付預算，給予醫生和患者充分用藥選擇，幫助療程設計接軌醫療先進國標準，進一步爭取參與多國多中心臨床試驗機會，**提升醫療品質及生醫產業國際競爭力**。
- 醫療保健支出本身即屬於**GDP組成一部份**，對於**經濟成長有直接貢獻**。

專家建議

2 增加健康投資可多管齊下

現有醫療支出過低，影響國民健康、新藥可近性、醫療院所經營等面向幾為產學界共識，透過哪些面向提高投資、如何提高有限預算之運用效率，以及從根本改變民眾對健保的觀感則有諸多討論：

- 根本問題仍在於**健保總額成長率不足**，透過提高健保來增加健康投資是最直接、最符合社會保險精神的做法，以下為可能調整方式
 - **修正6%保費費率上限**；
 - **增加政府負擔保費比重**(目前一般勞工負擔約30%、雇主60%、政府10%)；
 - 以消費稅等**額外政府財源投入健保**。

在總額之外尚有以下討論

- 透過**健保署以外之主責機關編列**如精準醫療及癌症預防等健保以外之其他醫療支出預算；
- 以**商業保險**補足健保未給付之適應症；
- 政府與民間共同負擔，成立**癌症藥品基金**；
- **藥價調整**省下來的錢可挹注給付新藥預算。

專家建議

- 在有限預算之下亦應重視**運用效率**
 - 推廣OTC藥品**輕微病症自我照護**，使預算加強聚焦在重大、緊急傷病、罕病等項目，或能協助健保資源分配更具效率；
 - **調整民眾自付費用比重及範圍，提高使用效率**，減少民眾同一疾病重複在不同醫院就診。
- 民眾普遍對於**健保使用滿意度仍高**，且對於預算不足將導致之深遠影響未能有足夠認識，在現有情況下執政者往往受限於選舉考量難以推動有效改革：
 - 隨我國逐漸邁向超高齡化社會，健保制度改革迫在眉睫，須及早與民眾溝通、**改變民眾觀念**；
 - 疫情期間民眾逐漸對於目前醫療量能緊繃、醫護行業缺工導致健保對民眾保護力下降有所理解，或能成為推動改革的契機。

專家建議

3 以亞洲鄰近比較國家日韓及OECD醫療支出水準作為增加投資力度及目標參考

- 日本總醫療保健支出GDP佔比約11%可作為長期目標，故短中期可循序漸進先以OECD平均及韓國支出水準約8%-9%為參考。
- 強制醫療保險支出及藥品GDP佔比亦可以日本分別約8%及2%為長期目標持續改進。
- 設定支出目標之外，完善配套須加以考量醫療保險制度差異(多元或單一保險人)、各國經濟發展程度差異、實際給付內容比較、成本效益等，並加以考量醫療資源分配及公平性之議題。

專家建議

4 將健康指標的改善列為施政目標，跨部會合作、全政府模式推動

- 相關議題涉及工作層面廣泛，單一部會就職責範疇及資源而言都難以承擔所有工作，建議**透過更高層級主管單位參與推動**，包括成立直屬於行政院**的跨部會小組以全政府模式推動各部會密切合作**，將健康表現指標如平均餘命、癌症死亡率與存活率等納入追蹤並作為施政改善之目標。
- 拉高衛福部層級，賦予其運用及整合更多健康產業資源。
- 持續匯集民間如病友團體意見，提供予政府單位作為決策考量。

專家建議

5 增進新藥可近性的其他機制

➤ 建構健保沙盒制度給付新醫療科技

- 獨立於健保總額之外，避免排擠其他醫療預算；
- 健保署與生技產業間須建立成本與風險的**多元分攤模式**；
- 蒐集**真實世界數據(real world data)**以便定期評估新醫療科技的收載情形，並須設計接軌機制，以利新醫療科技驗證達到效益標準時，得正式納入保險給付。

附錄

附錄		80
1	訪談專家名單	81
2	比較國家醫療體系簡介	83

訪談專家名單

謹致謝忱

由衷感謝在本次投資健康專案訪談過程中參與之各界專業人士，不吝提供寶貴的意見與指教，再次致上最深謝意

台灣生物產業發展協會

台灣年輕病友協會

台灣研發型生技新藥發展協會

台灣病友聯盟

台灣健康經濟學會

台灣癌症基金會

台灣醫務管理學會

台灣藥學會

和信治癌中心醫院

長庚大學醫務管理學系

國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院

國家生技醫療產業策進會

癌症希望基金會

曾惠瑾 副理事長

劉桓睿 副理事長

張鴻仁 副理事長

吳鴻來 理事長

黃心苑 副理事長

蔡麗娟 副執行長

洪子仁 理事長

康熙洲 理事長

陳昭姿 主任

盧瑞芬 教授

楊志新 院長

楊泮池 副會長

嚴必文 副執行長

(名單依單位名稱筆畫排序)

比較國家醫療體系簡介

加拿大醫療體系簡介



加拿大擁有全民醫療保險，各省及地區為其居民管理醫療保險系統，而聯邦政府則制定國家醫療保健標準並提供資金。

公部門醫療保險

- 加拿大透過全國性醫療保險制度**Medicare**為全民提供基礎醫療照護，並由全國 13 個省及地區分別管理其保險計劃，(除中央提供之經費外)各省及地區亦自行負擔部分醫療保險經費。
- 各省及地區醫療保險計劃涵蓋醫療服務，但不包括處方藥費用。非 **Medicare** 承保服務主要透過自付費用和私人保險支付。

醫療支出和資金來源

- 加拿大醫療保健支出高於OECD平均，2021年醫療保健支出佔GDP比重約11.7%，其中公部門佔總支出約 70%。
- 公部門醫療保健支出主要資金來源為中央及地方政府稅收，其中約有超過 20%資金來自中央政府**Canada Health Transfer (CHT)**計畫。

健康表現

- 加拿大整體國民健康表現相當良好，主要可歸因其廣泛的醫療保險覆蓋率以及高收入水準。加拿大2021年國民平均餘命約 82.7 歲，但近年上升趨勢已漸趨平緩。
- 加拿大原住民族群長期以來處於弱勢社經地位，同時在健康表現上亦與其他族群有較大差異，此為目前該國醫療體系面臨之主要挑戰之一。

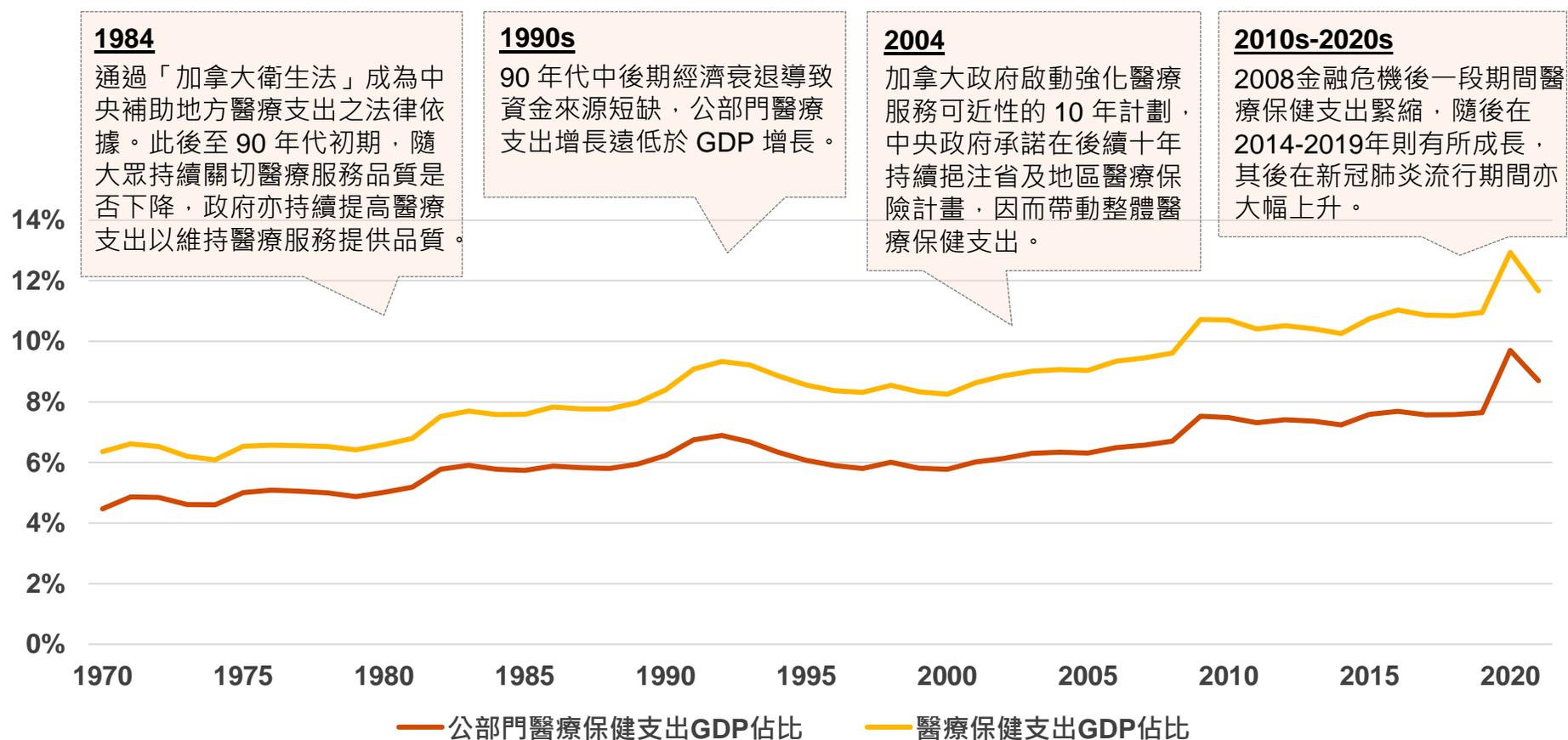
資料來源：EIU經濟學人智庫、世界衛生組織；PwC整理分析

加拿大醫療體系簡介



醫療支出趨勢與主要政策影響

- 近年改革方向著重整合醫療體系管理架構及改善基層醫療，並計畫開始推動導入處方藥物支付。



資料來源：OECD 資料庫(2023/2)、世界衛生組織、Canadian Institute for Health Information；PwC 整理分析

德國醫療體系簡介



德國醫療保險屬於全民納保之多元保險人制度，其中包括公共及私人醫療保險，整體而言德國居民得以相對較低成本負擔獲得完善醫療服務。

公部門醫療保險

- 所有德國居民都須參與法定健康保險計畫，法定健康保險計畫透過多個公部門非營利保險人(疾病基金)及私人醫療保險業者運營。
- 目前約九成人口投保於公部門疾病基金，其餘則參與私人醫療保險計畫。德國公部門疾病基金會、私人醫療保險計畫及長照保險皆透過相同醫療機構提供服務，此一特色與其他國家有較大差異。

醫療支出和資金來源

- 德國2021年醫療保健支出GDP比重約12.8%，為歐洲國家中最高。公部門醫療保健支出佔總支出八成以上。
- 醫療保健支出主要資金來源係雇主及勞工的法定扣繳金額，其餘則來自政府補貼，分配至公部門疾病基金之資金由中央政府統籌規劃。

健康表現

- 德國民眾整體健康狀況於過去20年間有所改善，國民平均餘命自2000年以來增加近三歲，2021平均餘命約80.9歲。
- 若與其他歐洲國家相比，德國健康表現並不突出，且區域及不同社經地位間存在較大差異，顯示其醫療保健花費效率相對較低。

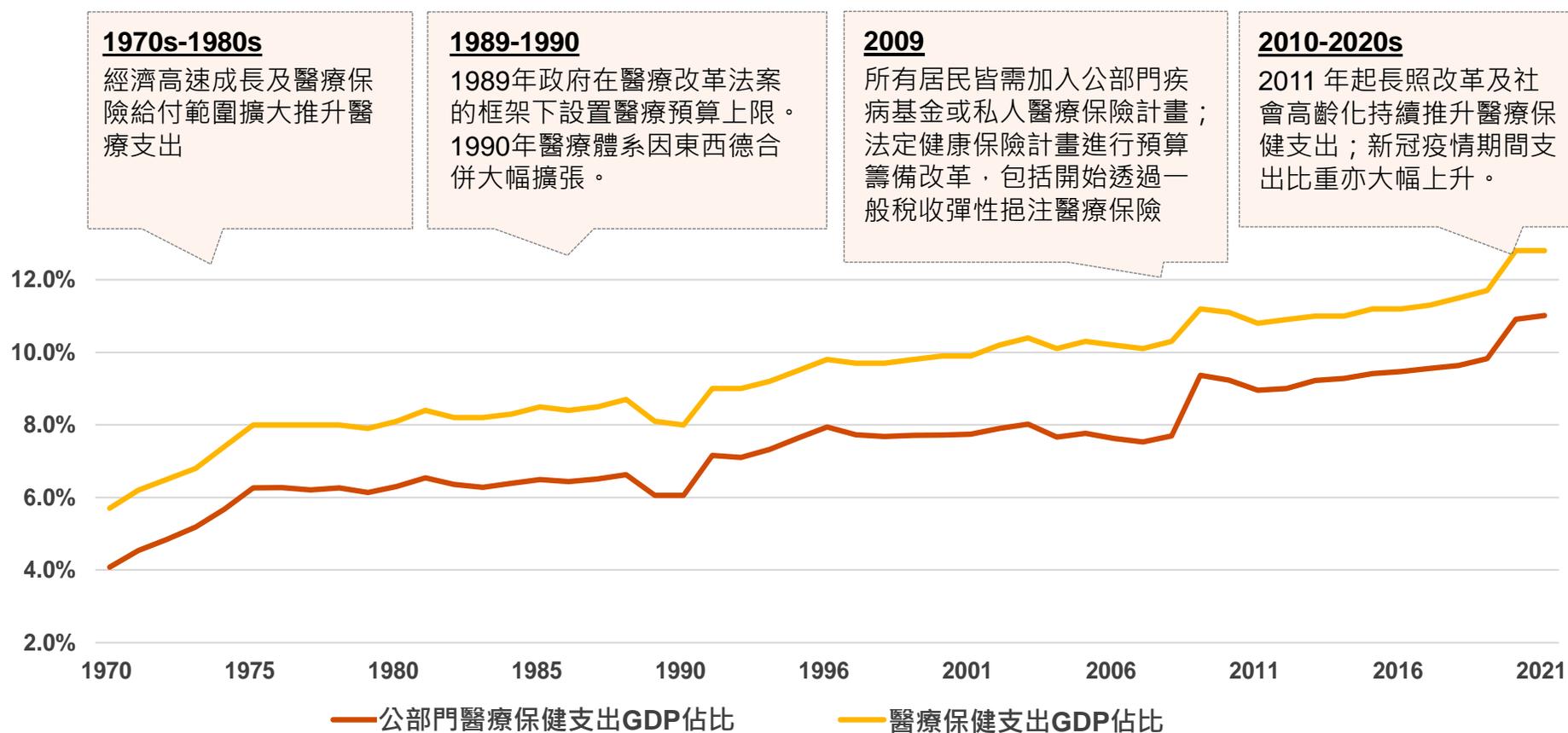
資料來源：EIU經濟學人智庫、世界衛生組織；PwC整理分析

德國醫療體系簡介



醫療支出趨勢與主要政策影響

- 社會高齡化及大量移民湧入成為德國近年醫療保健支出成長主因，德國目前醫療保健支出水準已高於多數歐盟及OECD國家



資料來源：OECD資料庫(2023/2)、世界衛生組織、美國國家醫學圖書館；PwC整理分析

日本醫療體系簡介



日本擁有完善的國民醫療保險體系，提供全民高品質醫療服務且醫療可近性高。日本亦透過長照保險制度提供長者醫療保健服務。

公部門醫療保險

- 在全民納保的國民健康保險制度之下，所有居民皆依就業狀況及行業別參與受雇者健康保險 (Employees' Health Insurance, EHI) 或國民健康保險 (National Health Insurance, NHI)，強制醫療保險約佔整體經常性醫療保健支出比重約七成。
- 日本另設有長照保險制度(Long-term Care Insurance, LTCI)，其資金主要來自 40 歲以上人口繳納之保費、其他稅收及部分負擔費用。

醫療支出和資金來源

- 2021年日本醫療保健支出 GDP佔比約11.2%，為全世界醫療保健支出佔比最高國家之一。日本總醫療保健支出約有83%為公部門支出，其中大部分資金源自強制醫療保險體系。
- 人口迅速老化持續推高醫療保險成本壓力，日本政府因此將醫療保險制度改革列為優先事項，在控制成本之外亦積極推動生醫產業創新。

健康表現

- 日本國民健康指標表現優於其他已開發國家，是OECD組織中平均餘命最長的國家，2021年平均餘命達84.7歲，同時是世界上嬰兒死亡率最低的國家之一。
- 日本社會迅速高齡化為政府帶來許多政策面挑戰，目前65歲以上長者醫療保健支出花費佔總支出一半以上，且預計2030年以前65歲以上長者人數將達總人口數約1/3。

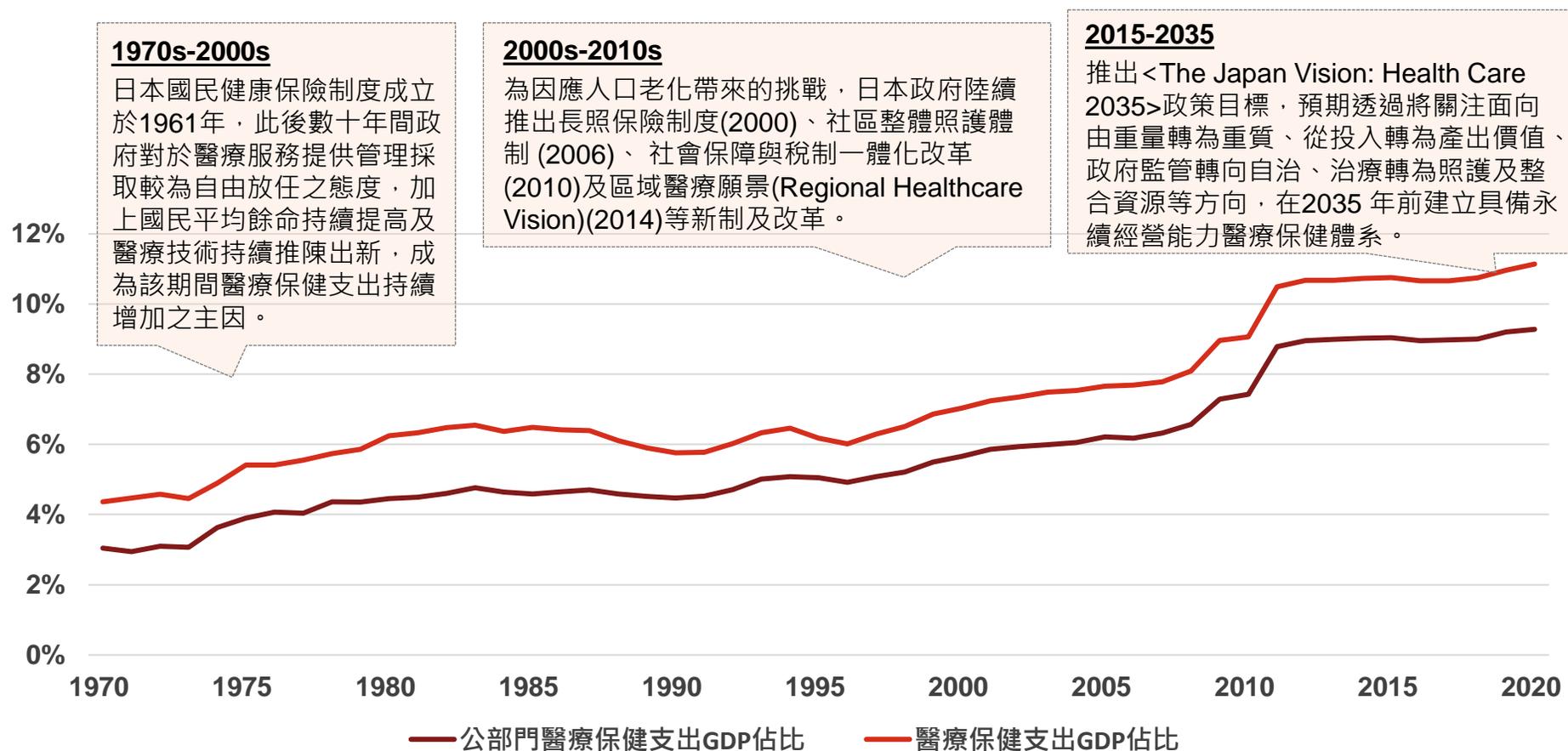
資料來源：EIU經濟學人智庫、世界衛生組織；PwC整理分析

日本醫療體系簡介



醫療支出趨勢與主要政策影響

- 日本政府為維持長期醫療保險體系之永續經營，自2000年起就其社會保險制度進行數次改革



資料來源：OECD資料庫(2023/2)、世界衛生組織；PwC整理分析

韓國醫療體系簡介



韓國醫療保險制度為單一保險人制度，雖然相較其他OECD國家患者部分負擔比重較高，整體醫療保險制度營運成效仍佳，反映於韓國近年在國民平均餘命有長足進步，以及高品質、高可近性之醫療服務。

公部門醫療保險

- 韓國國民健康保險(NHI)為一全民納保制度，提供完善醫療服務，並主要透過私立醫療機構提供服務。長照服務範圍包括於韓國國民健康保險範圍。
- 資金主要源自保費、一般稅收、菸捐及患者部分負擔。私人保險主要用於補足國民健康保險未給付之範圍。

醫療支出和資金來源

- 韓國醫療保健支出GDP佔比於過去十年中穩定成長，自2011年約6.0%上升至2021年約為8.8%，現為亞洲國家中支出水準最高之國家之一。此段期間支出成長主要原因包括社會迅速高齡化。
- 以2021年數據計算，韓國醫療保健支出約65%屬於公部門支出(含強制性醫療保險支出)，家庭自付費用佔相較其他OECD國家為高。

健康表現

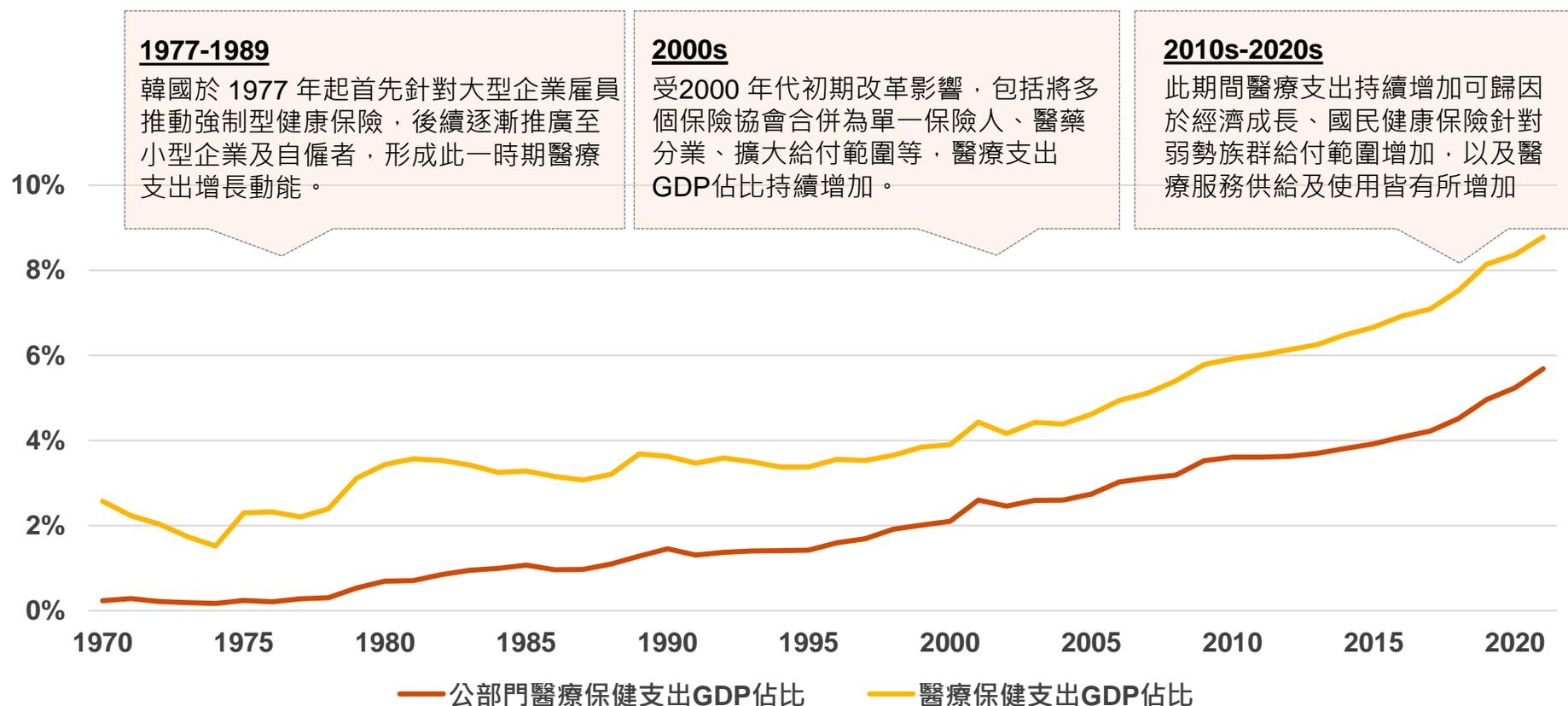
- 近年韓國國民健康表現有相當大幅進步，平均餘命自2011年約80.6歲增加至2021年約83.5歲。
- 韓國與多數已發展國家同樣面臨人口迅速老化及慢性病負擔加重的問題，預期韓國65歲以上長者佔總人口比重將自2021年16.5%上升至2025年20.3%。

韓國醫療體系簡介



醫療支出趨勢與主要政策影響

- 政府在韓國醫療保險體系中身兼政策制定、監管、服務提供以及與私營部門就產品研發及市場開發合作等多個重要角色。



資料來源：OECD資料庫(2023/2)、世界衛生組織；PwC整理分析

英國醫療體系簡介



英國四個區域(英格蘭、威爾斯、蘇格蘭、北愛爾蘭)醫療系統管理和組織方面的區域差異導致各區醫療品質及健康表現差異較大。

公部門醫療保險

- 國民保健署 (NHS) 是英國四大公營醫療系統(英格蘭、北愛、威爾斯、蘇格蘭)的統稱，該系統免費提供全國居民完善醫療服務。
- 國民保健署資金約八成來自稅收，其餘來自社會保險保費(National Insurance)。由於政府在醫療需求增加同時持續削減預算，導致國民保健署財務壓力日益增加，而公眾對 NHS 滿意度持續低迷。

醫療支出和資金來源

- 2021年英國國民醫療保健支出GDP佔比約11.9%，其中約83%為政府支出，其餘來自私人醫療保險和自付費用。
- 英國醫療保健支出水準與歐盟平均相當，但低於其他所得水準相近之國家。自 2008 年以來，預算不足導致民眾等待治療時間持續增加。

健康表現

- 英國2021 年平均餘命約80.7 歲，平均餘名、嬰兒死亡率及癌症死亡率等主要健康表現指標落後於許多其他收入相近國家，且國內不同社經群體間存在較大健康表現差異，最富裕和最貧困群體的平均餘命差距達約 8.4 歲。

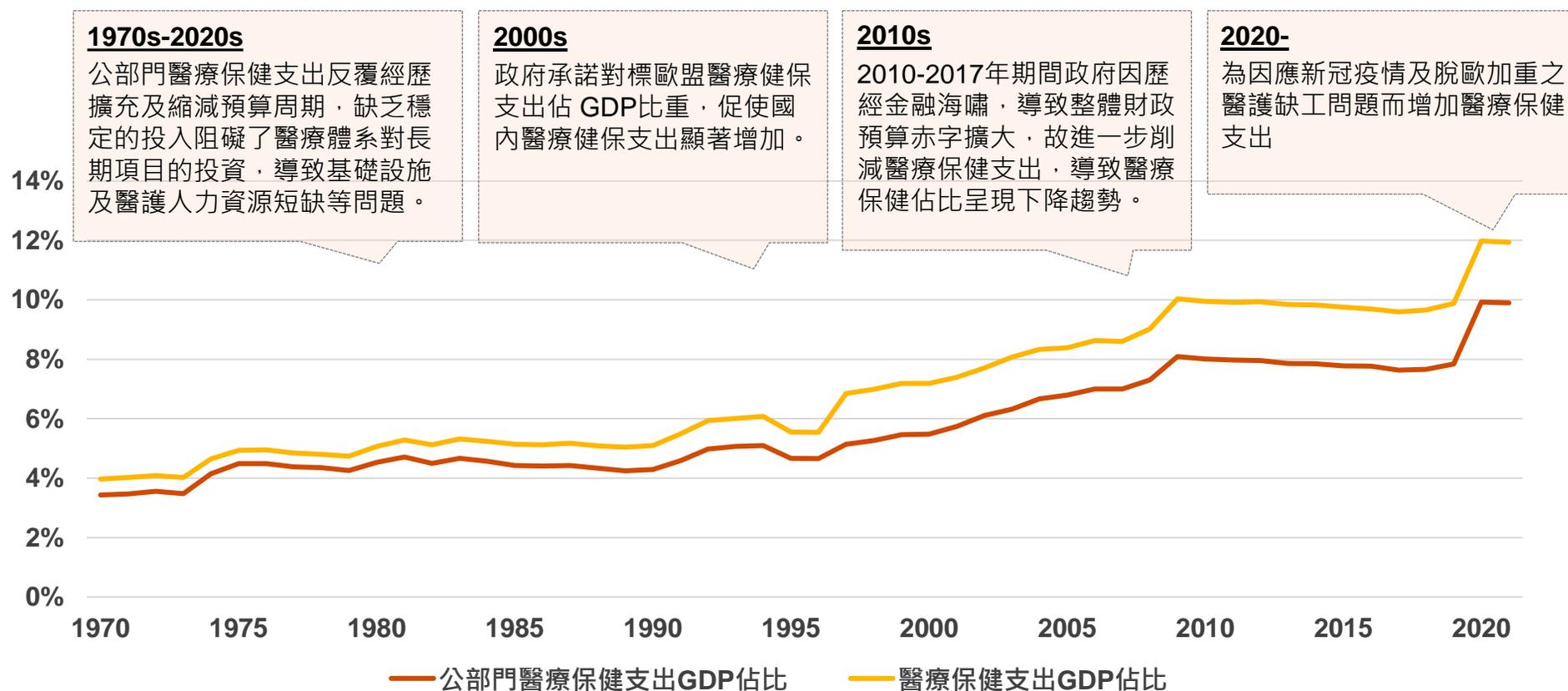
資料來源：EIU經濟學人智庫、世界衛生組織；PwC整理分析

英國醫療體系簡介



醫療支出趨勢與主要政策影響

- 長期預算不足及醫護人力短缺是國民保健署面臨的主要挑戰，亟需透過提高預算改善差強人意的健康表現、縮短漫長等待治療時間，並建立永續經營的醫療體系。



資料來源：OECD資料庫(2023/2)、世界衛生組織；PwC整理分析

