



台灣醫療產業發展 關鍵因素與趨勢分析

孫智麗·李卓倫

世界首富、微軟創辦人比爾·蓋茲，美國「股神」華倫·巴菲特，鴻海集團董事長、台灣首富郭台銘，不約而同將大部分財產捐出成立基金會從事醫療研發，許多投資者也對醫療產業表現出濃厚興趣。究竟影響一個經濟體的醫療產業發展之關鍵因素為何？是文化因素、疾病盛行率、年齡結構、醫療社會化程度、保險支付方式、還是國民所得？而台灣全民健康保險在2004年啟動以醫院為單位的（個別）總額支付制度，對台灣醫療產業發展之影響又如何？且看本文針對台灣醫療產業發展之結構與趨勢進行分析…

總體醫療產業發展之關鍵因素

醫療產業的總體發展因素，可以藉由總體醫療費用的影響因素來加以分析。醫療費用的影響因素區分為文化人口結構、疾病發生率、制度面以及經濟面等因素，然而哪一個因素最具有決定性呢？以下的分析顯示國家總體醫療費用不但會隨著國民所得的增加而增加，而且總

體醫療費用的成長率會比國民所得的成長率多出3%左右。此外以下的分析也顯示醫療費用的變動幅度小於國民所得的變動幅度，此點有利於醫院經營者在經濟不景氣時可以有更多的緩衝時間進行調整。

文化人口因素可以包括性別、年齡、婚姻狀態、家庭人口數、教育程度等，這些當然是決定醫療費用的重要因素，不過這些因素通常無

法在短期之內改變，例如人口老化通常是解釋醫療費用上漲的因素，但是緩慢的人口老化實在很難解釋快速的醫療費用上漲。曾有跨國性的研究利用1960~1988年20個國家的資料分析顯示，醫療費用與人口老化有顯著相關，但是當所得與其他趨勢變項加以控制之後，年齡結構與醫療花費不再有顯著相關性。年齡結構會影響一個國家之內醫療花費的分布，但比較不會影響該國可用醫療經費的總額。醫療費用會一直增加比較是屬於政策管理的問題，而不僅僅只是人口學的問題。

疾病發生率是解釋醫療費用的第二個因素，或者可以用健康需要或健康狀態來做為代表概念。以個人健康狀態來解釋醫療費用不但符合醫學理論的判斷，同時也符合大量的實證研究。可惜這個優點僅局限於個體資料，而與總體資料的分析結果相違背。在世界銀行的報告中，肯亞、奈及利亞和印度的平均餘命為49~59歲，新生兒死亡率千分之6.7~9.0，這些國家的每人每年健康花費只有9~21美元，占國內生產毛額2.7~6.0%。反觀美國、日本和德國，平均餘命76~79歲，新生兒死亡率千分之0.5~0.9，然而這些國家每人每年的健康花費為1,511~2,763美元，占國內生產毛額約9~11%（美國高達15%）。

在個體層級的分析中，醫療花費絕大部分能由個人健康狀態所解釋，但在總體層級健康狀態完全無法解釋不同國家的醫療費用差異。在上述世界銀行和其他研究者的分析報告中，高所得國家在1990年平均每人健康照護花費1,860美元，每千人口擁有2.5位醫師和8.3張病床，平均預期壽命76歲。相反的，位於非洲撒哈拉

沙漠周邊的低所得國家平均每人健康照護花費12美元，每千人口只有0.1位醫師和1.4張病床，平均預期壽命為52歲。

以上的探討隱含了經濟因素對總體醫療費用的重要影響，尤其是國民所得（可以國內生產毛額來觀察）。不過所得對醫療費用影響的實證研究結果並不一致，對於個人或家戶而言醫療費用的所得彈性接近零，顯示醫療照護是一種必需品；但國家層級的實證分析顯示醫療費用的所得彈性大約在1.3左右，顯示醫療照護是一種奢侈品。當國民所得提高時，它不僅提高了國民的付費能力，它也提高了這個國家所擁有的醫療科技水準，而這正是決定一個國家醫療花費的重要因素。以下將分別依據時間橫斷面的國際比較，與時間縱斷面的變動分析分別陳述。

以一個居於全球第15大經濟體而言，台灣醫療支出明顯落後先進國家（國民醫療保健支出占GDP比例低於大多數先進國家），顯示隨著經濟發展、所得提高，台灣醫療產業還有很大的發展空間。

時間橫斷面的跨國總體資料分析顯示，國家花費更多錢來照顧人民健康並不是基於人民有更多醫療需要，而是因為這些國家有錢可花，這個現象清楚的顯現在世界銀行的報告中，以及以1990年代中期資料為基準的跨國性比較研究中。針對拉丁美洲及加勒比海國家的研究顯示，公共部門的醫療費用與國民所得呈現強烈的正相關，因此經濟成長會帶動醫療費用占國內生產毛額的比率上升。也有報告顯示當國民所得增加時公共部門的健康支出會取代私人部



門的健康支出，因此當國民所得增加，政府的健康保險計畫介入之後，公共決策系統決定醫療支出的因素便會比私人因素更具主導作用。

在一個國家之中，老年人口的醫療花費通常是該國年輕族群的二至五倍，但這不一定表示老年人口較多的國家一定會花費較多的醫療費用。在世界銀行的報告中，英國的老年人口比率高於美國，在兩者的健康指標大約相當的前提下，英國卻只花費比美國少很多的醫療費用，其主要的原因可能是英國國民所得較低。另一個可能的原因則是制度設計，人口老化是不是會成為影響醫療花費的因素，關鍵在於醫療服務使用的密度及單位價格，而這個因素與醫療制度的設計息息相關。跨國性分析均顯示醫療照護的所得彈性介於1.18~1.36。在國際比較中，文化因素、疾病盛行率、年齡結構、醫療社會化程度、支付方式等都不像國民所得那樣具有明顯的影響。

時間橫斷面的跨國資料分析雖然顯示國民所得是解釋醫療費用的主要影響變項，但在推論邏輯上，跨國性的證據比較不容易說服某一個國家的政府，當這個政府在決定醫療費用的總額時，還必須以其他國家的費用作為參考。因此，同一個國家之中時間縱斷面的分析便可以彌補這樣的弱點。

對於單一國家時間縱斷面的分析而言，當國民所得降低時，醫療花費可能跟著減少，只不過此一改變未必立即發生。基於生活形態的調整以及長期預期所得的修正都需要時間，個人或國家對所得變動的調適自然也有延遲，只是總體層級的調適往往牽涉到必須說服大眾進行組織結構或公共選擇的調整，而比個體層級需

要更長的時間。而健康照護部門的運作由於大量依賴大眾的理解與專業的倫理責任，因此更不容易進行改革。健康照護花費因應所得改變的遲滯時間，藥品為1.3年，醫師服務2.5年，長期照護2.5年，牙醫服務2.5年，醫院服務3.0年，組織架構重整3.5年，總平均約2.7年。緩慢與遲滯調整的好處是可以緩衝所得變動對經濟體系的影響，壞處則是政府在稅收減少時仍必須維持醫療花費，在稅收增加時卻很難抗拒人民增加醫療支出的期望。

通貨膨脹是另一個必須在短期之內因應的現象，而且其因應也有延遲的現象。因應通貨膨脹的延遲，來自於醫療預算通常至少一年以前便已經設定，而且許多員工的工資合約通常也在一至數年前便已經簽定，加上對通貨膨脹率的預測不可能百分之百正確，這些落差都需要時間來調整。

依據上述的長期所得和通貨膨脹延遲調整兩個假設來推估美國的總體醫療費用即獲致令人滿意的結果。分析顯示最適於預測名目醫療費用的變項，是過去五年的每人實質國內生產毛額平均成長率，以及當年度60%的通貨膨脹率加上前一年20%的通貨膨脹率，這兩組變項對醫療費用有絕佳的預測效果。在上述跨國性的時間橫斷面分析中，也可以發現有研究顯示90%以上的各國醫療費用差異可以被國民所得解釋掉。

所以，我們以國內生產毛額GDP（國民所得的替代變數）來觀察台灣總體醫療產業發展的可能性。以一個居於全球第15大經濟體而言，台灣醫療支出明顯落後先進國家（國民醫療保健支出占GDP比例低於大多數先進國家），這

表1 各經濟體之國內生產毛額與國民醫療保健支出統計

國別	國內生產毛額 百萬美元	國內醫療保健支出 百萬美元	平均每人每年醫療支出 美元	國民醫療保健支出 占GDP比例%
比利時	302,861	29,013	2,796	9.6%
加拿大	857,199	84,543	2,670	9.9%
丹麥	211,928	19,050	3,534	9.0%
芬蘭	161,053	11,990	2,297	7.4%
法國	1,749,713	177,341	2,967	10.1%
德國	2,391,236	264,409	3,204	11.1%
希臘	171,961	17,044	1,549	9.9%
冰島	10,570	1,108	3,827	10.5%
義大利	1,461,715	123,201	2,139	8.4%
韓國	605,354	33,736	705	5.6%
荷蘭	510,422	50,100	3,088	9.8%
紐西蘭	80,108	6,459	1,611	8.1%
挪威	220,860	22,715	4,976	10.3%
葡萄牙	146,642	14,074	1,348	9.6%
西班牙	836,802	64,271	1,535	7.7%
台灣	299,785	18,584	824	6.2%
美國	10,951,300	1,638,700	5,635	15.0%

注：我國匯率資料來源為行政院主計處網站(2005/11/17)。
資料來源：2003年，世界經濟合作與發展組織(OECD)。

也意味著隨著經濟發展、所得提高，台灣醫療產業還有很大的發展空間（表1）。

為了因應市場環境變動與健保支付制度的不斷變革，亦有財團法人醫院集團化與策略聯盟相繼產生，此舉可藉著發揮規模經濟的效益來提高醫院承擔風險的能力並降低醫院經營的平均成本，同時是確保醫院市場力量，有助於與保險人協商支付標準時的談判力量；更進一步地，集團化與策略聯盟可以幫助醫院建立其品牌聲譽。

台灣醫療產業發展現況與制度

相對於醫療產業在人民福祉所扮演之角色，

國內經濟學界關於醫療產業的討論與研究與其他產業相較顯得不足。但隨著人口老化與科技不斷進步，醫療服務市場涵蓋的領域日漸擴大，包括了各種醫療相關產業，像是傳統的醫院產業、製藥產業、以及新興的生技產業等等。若將醫療保健總費用視為醫療產業的產值（主要營收來源），則2004年我國的醫療產值達6,646億元，約占GDP的6.2%。其中又以醫院產值的2,724億元為最大，占醫療總產值的四成，由此可見醫院產業在醫療市場的重要性（表2）。

醫療產業與其他產業相較，有許多差異性。除了醫療行為本身所具有的不確定性風險、醫師病人間的資訊不對稱外，而保險的介入、政


表2 台灣國民醫療保健經費配置

	2000年 金額	2001年 金額	2002年 金額	2003年 金額	單位：百萬元；%		
					2004年 金額	百分比	年成長率
總計	569,236	589,170	612,103	639,675	664,698	100.00	3.91
1.一般行政	14,145	16,691	16,386	15,134	15,216	2.29	0.54
2.公共衛生	18,482	19,860	20,732	30,451	28,211	4.24	(7.36)
3.個人醫療	506,074	530,019	552,482	567,661	593,445	89.28	4.54
醫院	222,905	236,702	248,783	251,047	272,432	40.99	8.52
診所	177,142	187,030	191,530	192,929	193,052	29.04	0.06
其他專業機構	23,796	27,359	30,179	33,947	35,518	5.34	4.63
醫藥用品支出	63,905	60,845	63,842	71,549	73,775	11.10	3.11
醫療用具設備及器材	18,325	18,084	18,147	18,188	18,668	2.81	2.64
4.資本形成	30,534	22,599	22,502	26,429	27,825	4.19	5.28

資料來源：各級政府預決算書、中央健康保險局、行政院主計處。

表3 台灣地區歷年醫院家數與病床數歷年趨勢

年別	醫院家數	醫院病床數	平均每家醫院病床數	平均每千人病床數
1998	719	124,564	173	5.68
1999	700	122,937	176	5.56
2000	669	126,476	189	5.68
2001	637	127,676	200	5.70
2002	610	133,398	219	5.92
2003	594	136,331	230	6.03
2004	590	143,343	243	6.32
2005	556	146,382	263	6.43

資料來源：民國94年醫療機構現況及醫療服務量統計摘要。

府政策的干預、以及長期以來醫療供給者被定位為非營利廠商等特點，也令欲以一般產業經濟理論來分析醫療市場產生困難。尤自1995年開辦全民健康保險以來，台灣醫療產業發生了重大改變。台大公衛學院的江東亮教授便指出幾點特色：一是醫療供給規模急遽成長以及醫院大型化，使個別醫院面臨更多生存競爭壓力；其次是資源配置仍以規範為主；第三是醫院經營成本持續提高；第四則是健保支付方式的不斷變革，嚴重的影響醫院經營行為。尤其

是健保總額支付制度（Global Budget Payment System，注）的實施，搭配論量計酬支付基準，醫療院所競相把服務量做大，以免自己在總額的占率中吃虧，也因此造成各地區醫院每點金額被嚴重稀釋的現象。為此健保局在2004年又啟動以醫院為單位的支付方式，稱之為自主管理，其實就是以一家醫院為單位的總額預算，其目的方面在導正醫院過多門診人次的角色問題，另一方面則可以控制不斷上漲的醫療費用。

表4 歷年台灣國民醫療保健支出占GDP比例以及平均每人醫療保健支出

年別	單位：美元；%	
	平均每人醫療保健支出	國民醫療保健支出占GDP比例
1996	728	5.4
1997	749	5.4
1998	693	5.5
1999	770	5.7
2000	822	5.7
2001	780	6.0
2002	788	6.0
2003	824	6.2
2004	878	6.2

資料來源：衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>。

表5 2005年台灣醫院家數統計—按權屬別及評鑑等級別分

	單位：家		
	總計	公立醫院	私立醫院
醫學中心	22	6	16
區域醫院	65	23	42
地區醫院	352	36	316
精神專科醫院	38	8	30
非評鑑醫院	79	7	72
總計	556	80	476

資料來源：行政院衛生署，民國94年醫療機構現況及醫療服務量統計。

洪維河研究(2001)分析台灣住診市場指出，市場規模與市場技術效率有密切相關。換句話說，規模越大的市場，其效率越高，其原因可能在於市場規模越大，其住診資源總數及醫院層級便越高，且更重要的是，高層級醫院提供較高等且產量較大的住診服務，加上目前的健保支付制度與醫院評鑑掛勾，是以醫院產業的發展不斷朝大型化發展。從表2國民醫療保健經費不斷成長來看，雖然全民健保支付制度限制了醫院的經營方式，但是近二、三十年來，台灣醫院產業仍呈現蓬勃發展的趨勢。

而由表3的統計資料亦可發現，就醫院家數

而言，在1971年至1988年間，全台的醫院數由272家增加為913家。到了2005年則減為556家。雖然醫院家數減少，但是醫院病床數卻仍然持續大幅成長，至2005年時達全國的醫院病床數達14.6萬多張，將近為1971年時病床數的四倍。若將人口成長因素納入考量，則每千人口病床數由1971年的1.6張，增至2005年的6.4張，同樣也增加了將近四倍。此外，各家醫院規模也不斷逐年擴大，平均每家醫院病床數由1971年時的80張，至2005年擴大為263張，在30年間成長將近三倍多。整體而言，台灣醫院家數雖逐年減少，但醫院之病床數卻增加，因

此台灣醫療市場的規模仍呈現擴張的趨勢。

更進一步地，透過表4國民醫療支出占GDP比例觀察其趨勢。2004年平均每位國民醫療保健支出達878美元，國民醫療保健最終支出約占當年國內生產毛額(GDP)的6.2%，雖與先進國家相較仍屬偏低（大多占國內生產毛額9~12%），但由歷年資料可觀察國民醫療保健支出占GDP比例以及平均每人醫療保健支出都呈現穩健成長趨勢。

台灣醫院家數從1994年的828家，逐年減少，至2005年共有556家，其中經評鑑為醫學中心(Medical Center)有22家、區域醫院(Regional Hospital)有65家（分甲、乙類教學醫院）、地區醫院(District Hospital)有352家、精神專科醫院(Psychiatric Hospital)有38家，還有非評鑑的中西醫院79家（表5）。雖然整體的醫院家數在這十餘年來不斷減少，但區域級以上醫院所占的比例則呈成長，顯示我國醫院大型化的趨勢。若以權屬別來觀察醫院家數的發展趨勢，這些年主要是私立中西醫院大幅減少為主（台北市立醫院也由八家整併為一家），惟財團法人醫院與私人診所數目有逆勢成長之現象。

謝琇蓮與江東亮(1994)、劉容華與江東亮(1996)以及劉容華(1999)一連串的研究，便在探討我國醫院歇業的影響因素。他們觀察從1982至1997年間醫院新設與歇業的變化，其研究結果可綜合為幾點：(1)從地理分布來看，歇業醫院多位於都市化地區，新設醫院則有向鄉村設立的趨勢，應與都市競爭程度較高有關；(2)醫院的組織特質顯著影響一家醫院的新設與歇業，病床數少的的醫院較容易歇業，且新設醫院的平均規模大於歇業醫院，規模大小可視為

組織的生存技巧，規模越大，其競爭力越強，越容易在資源有限及變遷的環境中生存，同時在我國健保支付與醫院評鑑相結合的情形下，雖有助於醫療品質與水準之持續提升，但也不免較利於評鑑等級較高、規模較大型的醫院在市場中的生存。

另除了健保的支付會影響其醫院的營運外，醫院產業與其他產業相比的最大差異之處便在於，醫院之間的競爭型態，主要是以非價格為主（盧瑞芬、謝啓瑞，2002），而我國民眾向來崇尚大型醫院，一般認為，大型（區域以上）醫院會擁有技術較好的醫師以及較新穎進步的檢驗或治療儀器，洪維河等人(1998)的研究便發現，民眾會為了至區域級以上的醫院住院而寧願跨區到離家較遠的地區就醫。由於區域級以上醫院成為民眾心中醫療品質的代名詞，間接造成小型醫院的不易經營，而許多地區醫院亦致力於提升其評鑑等級。

事實上，除了醫院走向大型化，為了因應市場環境變動與健保支付制度的不斷變革，亦有財團法人醫院集團化與策略聯盟相繼產生，此舉可藉著發揮規模經濟的效益來提高醫院承擔風險的能力並降低醫院經營的平均成本，同時是確保醫院市場力量，有助於與保險人協商支付標準時的談判力量；更進一步地，集團化與策略聯盟可以幫助醫院建立其品牌聲譽（陳端容，2002；Gaynor & Gertler, 1995）。

台灣醫療資源配置發展趨勢

台灣歷年醫療產業的發展趨勢如表6所示。健保申報醫療費用的總點數年成長率為7.2%，不過由於健保的實際支付會低於申報點數，因

表6 台灣歷年醫療資源統計

年別	健保申報醫療費用 (百萬點)	每萬人口 西醫師數	每萬人口 病床數	每萬人口 醫學中心數	每萬人口 區域醫院數	每萬人口 地區醫院數	每萬人口 診所數
1997	241,484	11.81	55.87	0.006	0.026	0.246	7.657
1998	268,670	12.35	56.80	0.008	0.028	0.226	7.758
1999	291,369	12.74	55.65	0.008	0.029	0.228	7.727
2000	296,840	13.25	56.78	0.010	0.032	0.217	7.817
2001	311,547	13.63	56.98	0.010	0.033	0.209	7.868
2002	339,704	13.99	59.23	0.010	0.036	0.200	7.823
2003	353,286	14.32	60.31	0.010	0.035	0.193	8.044
2004	407,264	14.69	63.18	0.011	0.035	0.188	8.220
2005	419,916	14.96	64.29	0.009	0.032	0.183	8.290
年平均成長率*	7.2%	3.0%	1.8%	5.2%	2.6%	-3.6%	1.0%

注：*年平均成長率= $\sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$

資料來源：1997~2005 健保局統計年報。

此實際金額的成長率會較低一些。但無論如何，此一成長率可以作為未來進行比較的參考點。例如西醫師數與病床數的成長率便低於此一參考基準，但值得注意的是每萬人口病床數的年成長率僅1.8%，隱含醫療費用的成長主要來自於住院病人單位價格的成長，而非住院病人數的成長。表6同時列出每萬人口的醫學中心、區域醫院、地區醫院、與診所的數目，可以發現地區醫院數每年減少3.6%，區域醫院數每年成長2.6%，而醫學中心成長最快為5.2%。

(一) 台灣總體醫療費用趨勢

台灣各醫療層級醫療費用可以分成門診與住院來觀察其結構與趨勢。表7顯示個別醫院總額支付制度實施後台灣門診醫療費用的申請狀況，門診費用占總醫療費用的比率維持在65%，值得注意的是在實施醫院總額支付制度後，地區級以上的醫院門診件數申請有減少趨

勢，而門診費用每年所上漲幅度之中，可發現主要來自每件申請費用（點數）或所謂「單價」的增加。

表7也顯示個別醫院總額支付制度實施後台灣住院醫療費用的申請狀況，住院費用占總醫療費用的比率在這五年間穩定維持在34%，但值得注意的是在實施醫院總額支付制度後，醫學中心的住院申請件數與日數也有減少趨勢，而住院醫療費用每年所上漲幅度之中，主要也是來自每件申請費用（點數）或所謂「單價」的增加。

醫療費用上升的第一個原因或制度性的原因來自於醫療供給是否過多，如果台灣與其他工業化國家每千人口的病床數相比較，顯示台灣的每千人口病床數仍低於大多數的工業化國家，因此台灣因為病床供給所可能引發的住院醫療費用上漲，仍然在可以有效控制的範圍，但仍舊有兩點值得注意。第一是台灣的每千人

表7 台灣各醫療層級門診與住院醫療費用結構與趨勢

	總申請 醫療費用 (百萬點)	門診		住院		
		件數 (千件)	申請費用 (百萬點)	總件數 (千件)	總日數 (千日)	申請費用 (百萬點)
台灣地區						
2004	407,264	342,976	266,013	3,011	29,204	141,251
2005	419,916	345,199	273,308	2,979	29,375	146,608
年成長率	3.1%	0.6%	2.7%	-1.1%	0.6%	3.8%
醫學中心						
2004	111,272	30,220	51,699	936	8,450	59,573
2005	111,496	27,755	51,502	902	8,080	59,994
年成長率	0.2%	-8.2%	-0.4%	-3.6%	-4.4%	0.7%
區域醫院						
2004	97,643	36,296	48,027	1,185	11,313	49,618
2005	105,759	35,493	51,020	1,221	11,490	54,739
年成長率	8.3%	-2.2%	6.2%	3.0%	1.6%	10.3%
地區醫院						
2004	61,080	35,229	34,241	727	9,149	26,839
2005	66,603	34,384	36,536	786	9,575	30,067
年成長率	9.0%	-2.4%	6.7%	8.1%	4.7%	12.0%

資料來源：2004~2005 健保局統計年報。

口病床數仍然高於西班牙、葡萄牙、美國、加拿大、瑞典、英國、義大利等工業化國家，而與韓國大約相當，加上台灣的長期照護慢性病床可能尚未完全發展，因此台灣的合理病床數有提早規劃因應的必要。第二是個現象是幾乎所有工業化國家的每千人口病床數持續在減少之中，唯一的例外只有韓國、土耳其、和台灣。這兩個現象隱含台灣如果想要進行長期的醫療費用控制措施，其制度性的前提應該是開始考慮對病床數的增加速度進行比較嚴格的控制策略，但也同時必須提升醫院的生產效率以避免過長的等候時間。

(二) 台灣總體藥費趨勢

已開發（工業化）國家的藥費支出占總醫療

費用的比率一般介於10~20%，而開發中國家一般高於20%，甚至可能高達60%。其另一個相關的解釋是開發中國家的勞力成本較低，而勞力成本正是構成總體醫療費用的主要部分。另一方面，開發中國家所使用的藥物成品、半成品或原料主要必須依賴進口，因此價格必須依照國際水準來訂定，造成其藥品價格相對於該國的其他醫療服務較高的現象。因此上述現象雖然正常，但也表示開發中國家應該謹慎規劃以提升其藥品使用的效率。

由1997~2002年資料觀察（表8），台灣的藥費支出約占總醫療費用的26%，這樣的比率如果與OECD國家相比較，台灣的藥費占總醫療費用比率顯然高於大多數的OECD國家。在

表8 各國藥品消費支出占國際醫療保健支出比例 (%)

國別	1997	1998	1999	2000	2001	2002
加拿大	14.8	15.2	15.5	15.9	16.3	16.8
丹麥	9.0	9.0	8.7	8.8	9.2	9.8
芬蘭	14.8	14.6	15.0	15.5	15.8	16.0
法國	18.0	18.6	19.5	20.3	20.9	20.8
德國	12.9	13.4	13.5	13.6	14.2	14.5
希臘	16.2	13.9	14.4	15.0	15.5	15.9
冰島	15.1	14.8	14.3	15.1	14.4	14.7
義大利	21.5	22.0	22.6	22.4	22.6	22.5
韓國	27.6	25.7	25.1	28.2	27.7	28.2
荷蘭	11.0	11.2	11.4	11.7	11.7	11.5
挪威	9.2	9.3	9.4
西班牙	20.8	21.0	21.5	21.3	21.1	21.8
台灣	25.4	25.5	26.5	27.0	26.1	25.3
美國	9.6	10.2	11.2	11.9	12.3	12.7

資料來源：世界經濟合作與發展組織(OECD)。

OECD 國家中，藥費占總醫療費用比率低於 10% 的只有丹麥和挪威；藥費占總醫療費用比率介於 10~15% 的有美國、澳大利亞、紐西蘭、德國、荷蘭、瑞典、瑞士、冰島、愛爾蘭、盧森堡；藥費占總醫療費用比率介於 15~20% 的國家包括奧地利、比利時、加拿大、芬蘭、希臘、日本、英國。

如果將門診藥費依據層級類別作區分，2005 年門診藥費占門診總醫療支出的 30% 中，其中醫學中心約占門診總醫療支出的 9%，區域醫院約占 7%，地區醫院約占 4%，診所約占 6%，藥局約占 4%。當台灣的總體藥費每年以 0.4% 的速度成長時，醫學中心與區域醫院門診藥費占率的年成長率分別為 3.4% 與 4.3%，因此是台灣門診藥費成長的主要貢獻者。不過地區醫院與診所在此段時間的門診藥費占率每年分別減少 2.9% 與 7.6%，亦促成了藥局的門診藥費占率每

年成長 39.2%。而在住院藥費部分而言，醫學中心與區域醫院也是住院藥費占率成長的主要貢獻者。

隨著我國經濟成長與教育普及，人民益發重視醫療保健，而國民所得的提高更帶動醫療保健支出的成長。而全民健保制度修正使醫療資源做更有效率的配置，並且藉由評鑑制度的落實以確保醫療品質，醫院將朝向大型化、集團化發展加速整合，以及運用策略聯盟強化競爭力。

未來展望

台灣全民健康保險自 1995 年開辦以來，幾乎主宰了台灣醫療產業的發展趨勢與結構變遷；而與其他 OECD 國家相比，以不到 7% GDP 的總支出，可以創造出 70% 的政策滿意度，以及每

人每年14次的平均門診數，更不可不謂另一個台灣奇蹟。為導正醫院過多門診人次的角色問題，以及控制不斷上漲的醫療費用，健保局在2004年啟動以醫院為單位的（個別）總額支付制度，就是以一家醫院為單位的總額預算，依據醫療服務成本及其服務量的成長，預先以協商方式訂定未來一年內健康保險醫療服務總支出上限制(Expenditure cap)，以精確控制年度醫療費用總額之分配。由於醫療費用總額是隨著國民所得或GDP而成長（政府核定全民健保額度每年4%成長），因此對於參與個別總額支付制度的醫院之營運收入是相當有保障的。

隨著我國經濟成長與教育普及，人民益發重視醫療保健，而國民所得的提高更帶動醫療保健支出的成長。而全民健保制度修正使醫療資源做更有效率的配置，並且藉由評鑑制度的落實以確保醫療品質，醫院將朝向大型化、集團化發展加速整合，以及運用策略聯盟強化競爭力。因此，在醫療供需結構的動態調整與國民所得成長趨勢帶動下，未來醫療產業蓬勃發展榮景可期。■

（作者分別為台灣經濟研究院生物科技產業研究中心主任以及中國醫藥大學公共衛生學系教授）

■ 注釋

總額支付制度是指健保局與醫療供給者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為一年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保

健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。台灣總額支付制度在實際運作上，係採支出上限制(Expenditure cap)，即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反應各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

■ 參考文獻

1. 黃雅琳、孫智麗(2005)，「台灣醫療產業結構與發展趨勢」，*台灣經濟研究月刊*，第28卷第2期，民國94年2月。
2. 李卓倫(2006)，「台灣醫療產業總體分析」。
3. 健保總額預算制度網站：<http://www.nhi.gov.tw/>。