

# 胰島素正義不該沉默： 呼籲將胰島素納入社會基本福利體系

文 / 林毅欣<sup>1</sup> 蘇小玲<sup>1</sup> 黃啟薰<sup>1</sup> 林勤堯<sup>2</sup>

台安醫院內分泌暨新陳代謝科<sup>1</sup>

台安醫院腎臟內科<sup>2</sup>

## 前言

胰島素短缺事件暴露台灣公共衛生的制度脆弱性，2025年中旬，台灣多家藥局出現短速效型胰島素(如Novorapid®、Humalog®、Apidra®)無藥可領的窘境，令依賴每日多次施打胰島素的糖尿病病人面臨實質用藥斷炊的風險。雖然衛生福利部回應稱此一缺藥事件屬於國際性供應鏈問題，並已自四月起啟動應變措施，如引進替代品與協調藥廠分配，試圖穩定供應<sup>(1)</sup>，但此事突顯出台灣在維持慢性病藥品之公共衛生制度上脆弱性。

根據2024台灣糖尿病年鑑資料，台灣糖尿病人口已突破250萬人，成為影響國人健康的重要慢性病之一<sup>(2)</sup>。其中第一型糖尿病病人僅占總人數的0.66%，約1萬6千人<sup>(3)</sup>；第二型糖尿病中使用胰島素者比例也僅約15%，推估目前全台實際施打胰島素者約不到40萬人<sup>(2,3)</sup>。這40萬人是全民健保與醫療系統中的少數。但他們面臨的困境，卻極具代表性。即便在全民健保底下，這群人可能因用藥限制、醫材自費、資源落差、社會歧視等問題，而無法獲得穩定且尊嚴的治療。若將這群人視為一個「政策族群」，他們的發聲機會相當微弱，更遑論凝聚政治影響力。在台灣的現實中，他們甚至難以組成一個「胰島素政黨」，因為就算有選票，也可能因擔心被標籤而選擇沉默。

胰島素自1921年被發現以來，從最初的科學奇蹟，成為今日許多病人每日仰賴的生存工具<sup>(4)</sup>。但可惜的是，即便技術已成熟百年，胰島素的使用與可近性(accessibility)，現今卻仍無法完

全保障。胰島素不應被視為單純的醫療商品，而是維繫慢性病人基本生存權的社會必需品(social necessity)，其價格與供應不應全然交由資本市場來調節，而需納入公共衛生保障體系的核心政策。此外，國外的新一代長效(一週皮下施打一次)、穩定、較少低血糖風險的胰島素製劑，其納保進度緩慢，未來引進後可能自費負擔沉重，讓病人難以放心使用<sup>(5)</sup>。更不用說已經引進台灣的新型藥物，如注射或口服的腸泌素類藥物，其效益已被廣泛證實，卻因價格自費或保險給付條件限制而難以普及<sup>(6,7)</sup>。

台灣健保制度是值得肯定的，但我們不能因此忽略制度中結構性的不平等。例如偏鄉地區缺乏注射衛教資源、獨居長者無法準確施打劑量、青少年因社交壓力而拒絕打針，這些以往被歸咎於「病人的不配合」，事實上是反映整體社會支援網絡的不足。因此，我們具體提出以下四項建議來保障胰島素使用者的藥物正義( medication justice)。

## 將胰島素與相關醫療支援明確納入社會基本福利範疇

其政策意涵不僅是醫療給付的擴充，更是制度價值的重申。國家承諾保障每一位需要胰島素的病人，在任何時間、地點與社會情境下，都能穩定、安全且無歧視地取得治療與相關支援。這種定位等同於透析、癌症或罕病藥物的待遇<sup>(8,9)</sup>，涵蓋內容如下：

**穩定供應：**確保胰島素及其配套耗材有充足的國家儲備與多元採購來源，以降低國際供應鏈

波動對病人的衝擊。

**全面可近性：**涵蓋都市與偏鄉、年輕與高齡病人，避免因地理與資源分配不均而產生照護落差。

**全程支持：**包括藥物、耗材、教育與緊急應變措施，例如在突發災害或未來疫情中提供安全備藥與遠距照護。

將胰島素納入社會基本福利，還有助於去商品化。避免生命維持藥物受到市場價格波動與壟斷競爭的過度影響。從公共衛生角度來看，這不僅是成本與效益的計算，更是國家在慢性病照護中對弱勢群體的結構性承諾。

### 建立全國性的胰島素照護與注射支持網絡

儘管全民健保已大幅降低了糖尿病病人取得胰島素的直接經濟負擔，但照護品質與實際使用能力仍高度依賴病人所在的醫療環境與社會支援程度。對許多病人而言，單純取得藥物並不足以保障療效，而正確的劑量調整、注射技術、低血糖處置的知識、以及心理與社會支持，才是維繫病人長期健康的關鍵要素。目前胰島素使用教學多由醫療院所的衛教護理師負責，但在偏鄉地區或醫療資源不足的社區，及行動不便或高齡病人中，這種資源的可近性較為有限。這種照護上的落差增加了高、低血糖或急性併發症的風險。因此，建議建立一個全國性、多層級的胰島素照護與注射支持網絡，關鍵方向如下：

**遠距指導：**可利用遠距醫療平台，讓病人能即時獲得醫療團隊的劑量建議與注射指導，尤其對剛開始使用胰島素者或劑量調整期的病人格外重要。此外，若能整合連續血糖監測系統 (continuous glucose monitoring)，更讓醫護能即時分析血糖曲線，降低病人的風險<sup>(10)</sup>。

**社區衛教與支持：**在社區衛生所、藥局、長照機構建立基礎注射技術與衛教據點，確保病人即使不在大型醫院，也能獲得專業支援。此外，鼓勵建立同儕支持團體，降低心理負擔與社交污名，特別可以針對青少年與高齡獨居族群。

**緊急應變訓練與藥材備援：**訓練病人及其家屬在胰島素供應中斷時的應對方式，例如提早儲存備用藥物、或教育替代藥物之使用。而在偏鄉

或離島地區設置胰島素與針具的社區儲備站，避免災害或物流中斷造成生命危害。

這種全國性網絡的建立，不僅能縮小城鄉與社經差距，更能透過制度化的支持機制，將胰島素治療的安全性與公平性提升到與透析、癌症照護，甚至罕病同等的社會基本福利政策層級。

### 心態上破除污名，推動公共教育

糖尿病的臨床照護中，醫療障礙並非全都源自醫療的可近性或藥物的經濟負擔，社會污名化同樣會明顯影響病人的治療順從性與生活品質<sup>(11)</sup>。對許多病人而言，施打胰島素常被解讀為「病情惡化」、「自我管理失敗」或「生命進入末期」，這種觀念不僅存在於社會大眾，甚至可能出現在病人的親屬、職場同事、甚至醫療人員的語言與態度中。這種污名化效應常造成諸多負面的後果：

病人可能因此延遲胰島素治療，甚至不願意接受胰島素治療。

青少年與成人可能因同儕壓力而刻意隱藏治療行為，導致血糖控制惡化。

教育或職場環境中，病人可能面臨隱性歧視或錯誤假設(如「你不能勝任壓力大的工作」)，而影響受教權或工作權。

因此，破除污名並推動公共教育，是確保胰島素可近性與公平性的必要條件，建議包含以下策略<sup>(12)</sup>：

**推動全國性公共教育運動：**利用媒體、社群平台與公共衛生宣導，傳遞「胰島素是日常健康管理工具」的正面訊息。可以參考戒菸或愛滋病等反污名運動的經驗，並設計具情感連結與生活化的宣傳素材，強調使用胰島素是積極照護的正向表現而非負面。

**改善臨床與社區端的態度：**醫護人員進行反污名溝通訓練，避免在衛教過程中使用帶有評價或責備色彩的語言(如「不得已才用胰島素」)。在學校與職場推動慢性病友善政策，例如設置血糖監測與注射的隱私空間，減少社交壓力。

**設立病友與家屬的共學平台：**建立病友與家屬共同參與的衛教課程，讓親友了解胰島素治療的重要性與安全性，減少因誤解造成的阻力，並

鼓勵病友分享正向經驗，藉由「可見的榜樣」來打破刻板的負面印象。

透過這些措施，胰島素治療可以從被動的「最後手段」轉變為積極的「日常健康管理」的一部分，進而提升病人的治療順從性、心理健康與社會參與度。去污名化不只是改革社會文化，也是慢性病政策中不可或缺的結構性介入。

### 加速審查與納保新型胰島素製劑

新一代胰島素製劑(如超速效型<sup>(13)</sup>、超長效基礎胰島素<sup>(14,15)</sup>、或新型混合劑型<sup>(16)</sup>)在臨床上不僅能改善血糖控制曲線，降低低血糖風險，還能提升病人生活品質與治療順從性。然而，現行台灣的藥品審查與健保納入流程，常因短期財務考量而延宕決策，導致病人在國際藥品上市多年後才能獲得使用權。此延宕使用可能引起三種隱憂：

**與先進國家治療落差擴大：**台灣與其他高收入國家的治療標準產生時間差，進而長期影響國人健康與醫療品質。

**病人的選擇權受限：**台灣病人無法依據個人生活型態、併發症風險或血糖波動特性選擇最合適的胰島素劑型。

**長期的間接成本上升：**延誤使用療效更適合的藥物，可能增加併發症的治療、急診與住院的長期醫療支出。

故胰島素不應僅以短期成本考量來壓縮療效與病人選擇權，在政策上建議：

**設立加速審查通道：**針對臨床證據充分且已獲主要國際藥品監督機構，如FDA(美國)、EMA(歐洲)、PMDA(日本)批准的新型胰島素製劑，以縮短審查時程。

**健保納入評估採全生命週期成本分析：**避免僅以單年度藥費為依據，而忽略長期醫療成本節省與社會生產力提升的效益<sup>(17,18)</sup>。

**引入「價值本位定價」與「風險分擔協議」：**讓藥廠與健保共同承擔療效與成本風險，降低財務壓力同時加速納入<sup>(19)</sup>。

**定期回顧與再評估：**每3-5年檢討新藥納入後的實際療效與財務影響，作為後續調整的依據。

### 研擬並實施「胰島素可近性指標(Insulin Accessibility Index, IAI)」

在慢性病照護政策中，若缺乏可量化與可比較的衡量工具，制度改進往往依賴零散案例與主觀感受，難以形成持續而有效的政策循環。對胰島素使用族群而言，既有健保資料雖能反映處方量與醫療費用，但無法直接揭示病人是否真正「獲得足夠且合宜的治療」。因此，根據上述的四項建議，並參考國際上現有的藥物可近性評估框架(如WHO的「Access to Medicines」指標<sup>(20)</sup>)，建議研擬並實施一套專門針對胰島素使用與公平性設計的量化指標，對政策監測與資源分配具有關鍵意義。該指標可從五大構面評估：

**可得性(availability)：**評估不同地區胰島素品項的供應穩定度與齊全度、公私部門藥品配送系統的效率，避免因藥品短缺或特定劑型缺貨而迫使病人更換療程。

**可負擔性(affordability)：**透過健保與自費支出的分析，觀察對病人負擔的長期影響，去計算病人在使用胰島素的部分負擔金額的比例，並比較其對不同收入階層的經濟壓力。

**可接受性(acceptability)：**透過病友問卷或質性訪談，了解病人與家屬對胰島素治療的態度與意願，並探究影響接受度的因素(如對副作用的擔憂、對治療必要性的認知、社會污名)。將結果與實際用藥行為比對，以辨識「隱性拒用」的現象。

**可及性(accessibility)：**藉由測量遠距醫療、社區衛教與行動醫療服務的覆蓋率與可用性，來評估偏鄉、離島、高齡、行動不便或其他弱勢族群在取得胰島素與學習注射技術方面的障礙。

**適切性(appropriateness)：**分析不同醫療院所間的治療差異，辨識潛在的過度或不足治療問題，來比較實際處方與醫療專業建議的一致性，確保病人獲得的治療不僅可及，還是臨床上最適合的選擇。

未來可透過全國性資料、病友調查、醫療院所合作研究，定期發布IAI指數報告，針對胰島素與糖尿病照護情境進行在地化與動態追蹤，協助醫療政策決策者能監測弱勢族群的用藥落差與

結構性障礙，評估新藥納入健保或資源配置的政策效果，並作為衛教、醫療人力與藥品配送策略調整的重要參考依據。

## 結語

當一個國家無法確保少數病人穩定取得必要治療時，制度的公平性就已經出現裂痕。胰島素自1921年發明以來，已從奇蹟變成必需品。它不該是資本市場自由競爭的籌碼，應是國家照顧弱勢、實踐健康平權的象徵。我們誠摯呼籲，政府應以更積極作為，透過制度性設計來消除慢性病人所面臨的隱形歧視與照護障礙。胰島素正義，不僅是醫療議題，更是社會是否尊重每一個人生命尊嚴的指標。

## 參考資料

1. 聯合報：短效型胰島素供貨吃緊！衛福部：是國際問題4月起已著手準備。 July 17, 2025. <https://udn.com/news/story/7266/8877787>. accessed 2025/8/1.
2. Taiwan Association of Diabetes Educators. 臺灣糖尿病年鑑2024：第2型糖尿病。 <https://www.tade.org.tw/upload/FileDownload/76.pdf>. accessed 2025/8/1.
3. Taiwan Association of Diabetes Educators. 臺灣糖尿病年鑑2020：第1型糖尿病。 <https://www.tade.org.tw/upload/FileDownload/42.pdf?v=202506301216>. accessed 2025/8/1.
4. 鄭淑妃、周美惠、林明芳：胰島素製劑的演進發展與臨床應用，榮總護理，2001；18：8-14。
5. Rosenstock J, Juneja R, Beals JM, et al.: The basis for weekly insulin therapy: Evolving evidence with insulin icodec and insulin efsitora alfa. *Endocr Rev* 2024; 45: 379-413.
6. France NL, Syed YY: Tirzepatide: A review in type 2 diabetes. *Drugs* 2024; 84: 227-238.
7. McGuire DK, Marx N, Mulvagh SL, et al.: Oral semaglutide and cardiovascular outcomes in high-risk type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2025; 392: 2001-2012.
8. 全國法規資料庫，社會福利基本法，Published May 24, 2023。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0050213>. accessed 2025/8/1.
9. 全國法規資料庫，罕見疾病防治及藥物法施行細則，Published December 7, 2015。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0030004>. accessed 2025/8/1.
10. Jancev M, Vissers TACM, Visseren FLJ, et al.: Continuous glucose monitoring in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 2024; 67: 798-810.
11. Liu NF, Brown AS, Folias AE, et al.: Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. *Clin Diabetes* 2017; 35: 27-34.
12. Speight J, Holmes-Truscott E, Garza M, et al.: Bringing an end to diabetes stigma and discrimination: An international consensus statement on evidence and recommendations. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2024; 12: 61-82.
13. Giorgino F, Battelino T, Bergenstal RM, et al.: The role of ultra-rapid-acting insulin analogs in diabetes: An expert consensus. *J Diabetes Sci Technol* 2025; 19: 452-469.
14. Rosenstock J, Bain SC, Gowda A, et al.: Weekly icodec versus daily glargine U100 in type 2 diabetes without previous insulin. *N Engl J Med* 2023; 389: 297-308.
15. Rosenstock J, Bailey T, Connery L, et al.: Weekly fixed-dose insulin efsitora in type 2 diabetes without previous insulin therapy. *N Engl J Med* 2025; 393: 325-335.
16. Risovic I, Dumanovic MS, Bojic M, et al.: Direct comparison of two fixed-ratio combination glucagon-like peptide receptor agonist and basal insulin on glycemic and non-glycemic parameters in type 2 diabetes. *BMC Endocr Disord* 2023; 23: 28.
17. Darvishi A, Daroudi R, Dehghan S, et al.: Cost-effectiveness analysis of insulin therapies for patients with type 2 diabetes in Iran: A long-term analysis using the UKPDS model. *J Diabetes Metab Disord* 2025; 24: 175.
18. Garcia DA, Mau G, Singh S, et al.: Cost-effectiveness of insulin icodec for the treatment of type 2 diabetes in Canada. *J Med Econ* 2025; 28:

1476-1499.

19. Ponomareva E, Schmerold L, Sss S, et al.: The economic value of insulin glargine 300 U/mL (Gla-300) in people  $\geq 18$  years of age with type 2 diabetes mellitus: A value-based economic model from a US payer perspective. *J Med Econ* 2023; 26: 1469-1478.
20. Kato A, Naiki Y: The access to medicine index: How ranking pharmaceutical companies encourages polycentric health governance. *Health Policy* 2021; 125: 1399-1405.

