



## 高齡化對全民健康保險制度之影響

劉見祥·吳秀玲

### 壹、前言

健康的人民，是國家永續發展的重要指標，我國實施全民健康保險，保障所有民眾享有基本的醫療照顧權利，可謂半世紀以來最重要且影響深遠之政府政策作為。但由於醫療科技的進步、醫療照護水準提升，國民壽命因之延長，且一般民眾對婚姻與生育的態度轉變，以致人口結構快速老化。

高齡化社會(Aging Society)造成國家財政、經濟、社會及衛生等面向諸多的難題與衝擊，此為近年來大多數國家所面臨的挑戰。我國於 1993 年首度邁入聯合國定義之高齡化國家，65 歲以上老人所占人口比率已逾 7%且持續攀升，人口老化程度日趨嚴重，民眾對醫療及照護需求激增，醫療費用遽長，而保險收入的成長遠低於醫療支出的成長，致使健保財務陷入困境。保險費率雖於 2002 年 8 月公告從 4.25%微調至 4.55%，惟虧損嚴重，日前行政院衛生署的 1.5 代健修改法草案，引發不滿聲浪（聯合報，2009），全民健康保險的永續

經營受到極大影響。

現代人權觀念的演變與保障，福利國家的形成，已蔚為世界之潮流，老年生活的經濟保障與健康照護，對於民眾而言，是同等重要的生活議題（張道義，2008）。我國憲法第 15 條明文保障人民之生存權，第 155 條及第 157 條要求國家應實施社會保險制度、普遍推行衛生保健事業及公醫制度；憲法增修條文第 10 條第 5 項及第 8 項並明示，國家應推行全民健康保險、重視社會救助、福利服務及醫療保健等社會福利工作。可見促進民生福祉，係我國憲法基本原則之一，國家應負有積極作為之義務，保障人民的生存權利，並且制度應完備，使基植於人民「生理上的動機」，獲得「生理上的圓滿」狀態（後藤新平，1889），享有康寧生活。

由於全球目前正面臨凜冽的經濟危機，政府的資源分配亟待重新檢討，針對老年人疾病型態慢性化之趨勢，醫療資源將大量移向老年人，健康照護型態勢必改變，因而須重視長期照護之運作機制。回顧國內長期照護相關的機構設施、服務人

力及財源機制，均普遍不足，各界對於國家應介入規劃完整健康照護制度的呼聲，也愈來愈高。

鑑於人口快速老化與醫療需求的大幅成長成正比，有關高齡化社會對於全民健康保險有何衝擊、影響，應為政府與民眾所共同關切的課題。在老年健康照護方面，國家宜有何種作為，以協助、確保老人健康權之實現（李震山，2005），並維護老人之尊嚴，俾期社會秩序穩定和諧，殊值探討。本文首先簡述我國高齡化之現況，藉以瞭解人口老化速度；其次，就高齡化之社會對策，分別檢視我國現行相關政策，以及人口老化政策之國際動向。再次，接續說明人口老化衍生之問題及對健保制度之影響；本文最後，嘗試提出若干政策建議，以供參酌。

## 貳、我國高齡化之現況

近年來，我國生育率逐年降低，2006年總生育率下降至 1.1 人，已成為世界上「超低生育率」的國家之一（行政院，2008），因而造成少子女化及人口老化現

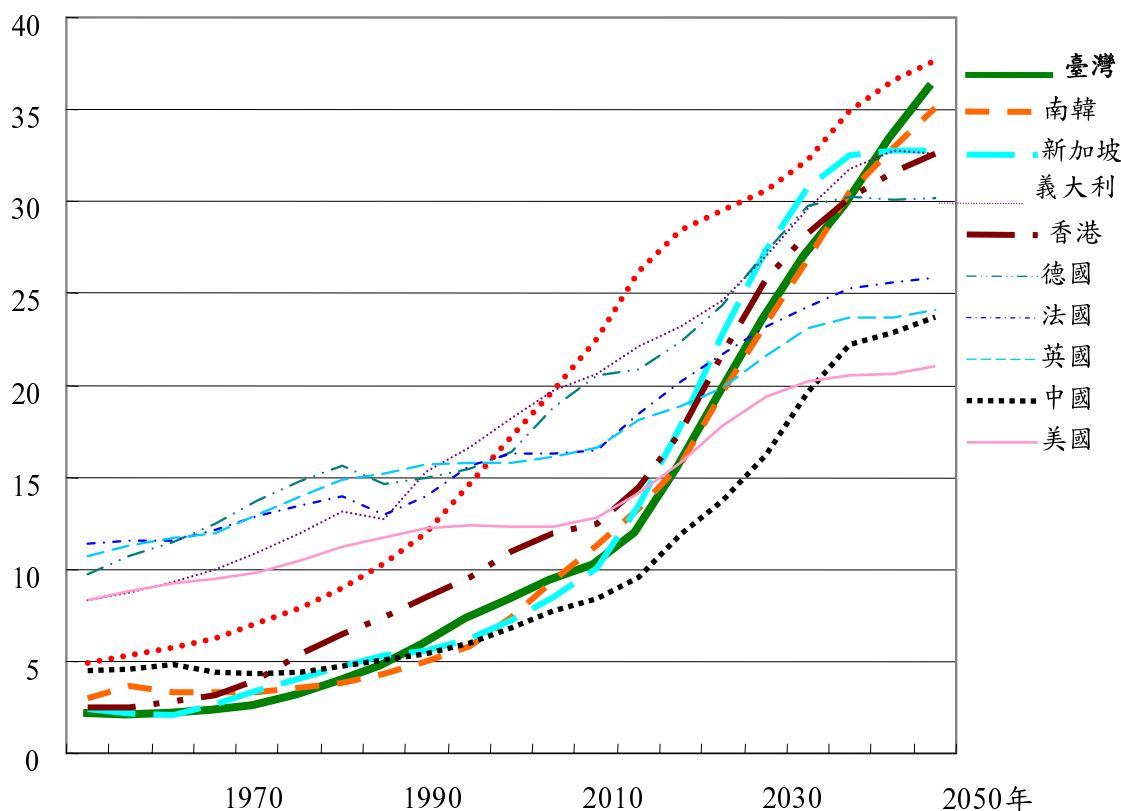
象，歐美各國比我國更早經歷此一階段，也各有不同因應策略，殊值借鏡。

### 一、人口結構改變老人比率急增

根據行政院經濟建設委員會（以下稱經建會）統計資料，我國截至 2008 年底 65 歲以上的老年人口已達 239 萬餘人，占總人口的 10.4%，介於高齡化社會(Aging Society)及高齡社會(Aged Society)之間，老化指數為 61.5%，低於歐美及日本等已開發國家，但仍比其他亞洲國家為高（經建會，2008）。

由於國民壽命持續延長（2008 年男性為 75.5 歲、女性為 82 歲）與生育率下降（內政部，2009），以及戰後嬰兒潮邁入老年，經建會預估，65 歲以上人口比率在 2017 年將超過 14%，達到聯合國所稱的高齡社會；至 2025 年比率則超過 20%，邁入超高齡社會(Super Aged Society)；2040 年比率將達 30%，比率直逼歐洲的英國、法國，以及美國（如圖 1）；屆 2046 年老人人口比率為 34%，我國每 3 人即有 1 名 65 歲以上老人。

圖 1：主要國家 65 歲以上人口占總人口比率



資料來源：United Nations, *World Population Prospects: The 2006 Revision*.

## 二、快速邁入高齡社會

雖然人口高齡化是全球普遍的現象，目前日本及西歐國家，均屬 65 歲以上人口占總人口比率已超過 14% 以上的「高齡社會」，惟各國從比率 7% 的「高齡化社會」趨增至 14% 「高齡社會」的速度，各有差異，法國費時 115 年、瑞典 85 年、美國

73 年，而德國僅 40 年，其間的差異極大。

我國與日本同為世界上人口老化速度最快的國家之一，日本老人人口比率，從 1970 年的 7% 高齡化社會竄升到 1994 年的 14% 高齡社會，僅費時 24 年，我國的情形與日本相同，亦為 24 年（如表 1），由於人口老化速度過快，故為高齡社會作準備時間較短（經建會，2008）。

表 1：主要國家到 65 歲以上人口比率之年數

國 別	到達 65 歲以上人口比率之年次				倍化期間 (年數)			
	7%	10%	14%	20%	30%	7%→14%	10%→20%	20%→30%
台灣	1993	2005	2017	2025	2040	<b>24</b>	20	15
新加坡	2000	2010	2016	2023	2034	16	13	11
南韓	2000	2007	2017	2026	2040	17	19	14
日本	1970	1985	1994	2005	2024	<b>24</b>	20	19
中國	2001	2016	2026	2036	-	25	20	-
美國	1942	1972	2015	2034	-	<b>73</b>	62	-
德國	1932	1952	1972	2009	2036	<b>40</b>	57	27
英國	1929	1946	1975	2026	-	46	80	-
義大利	1927	1966	1988	2007	2036	61	41	29
瑞典	1887	1948	1972	2015	-	<b>85</b>	67	-
法國	1864	1943	1979	2020	-	<b>115</b>	77	-

資料來源：1.經建會 2008 年「中華民國 97 年至 145 年人口推計」

2.United Nations, World Population Prospects : The 2006 Revision.

### 三、扶養比逐年遞增

2008 年底我國每 100 個工作年齡人口 (15 至 64 歲) 所需負擔依賴人口 (14 歲以下幼年及 65 歲以上高齡人口) 比率, 即扶養比(dependency ratio)為 37.70%, 低於全世界 53.85%、已開發國家之 49.25%及開發中國家的 63.93%。惟依經建會的中推估, 2017 年我國老人人口與 15 歲以下幼年人口約 320 萬人, 之後, 老年人口將超過幼年人口數, 人口加速老化使扶養比隨之上升, 從 2008 年的 37.8%至 2023 年的 45.1%, 再到 2028 年的 53.1%。以國家生產力而言, 目前台灣每 7 個具生產力者支

持一位老人 (65 歲以上), 預估 2026 年將減為 3.2 個具生產力者支持一位老人。

### 參、高齡化的社會對策

#### 一、我國現行相關政策檢視

由於我國人口老化趨勢快速, 從而自高齡化社會邁入高齡社會, 僅有 24 年的時間可資因應, 政府必須面對時間及資源有限的壓力, 制定政策處理此一世紀議題。行政院於 1998 年推動仿效日本新黃金計畫的「老人長期照顧體系先導計畫」, 選定台北縣三峽鎮及鶯歌鎮與嘉義市進行城鄉實驗, 透過實地執行服務, 藉以瞭解方案

內容與實際執行的落差。其後幾年內，並陸續推出「加強老人安養服務方案」、「照顧服務產業發展方案」、「挑戰 2008 國家發展重點計畫」等各項方案，顯示政府對人口老化課題的重視，也為未來老人長期照顧體系之建構作準備（林萬億，2008）。

2007 年是我國老人福利的一個重要里程碑，老人福利法大幅度修正，以「全人照顧」、「在地老化」等原則，落實社會福利政策綱領以「居家式」、「社區式」為主，「機構式」為輔之長期照護模式，並增訂提供家庭照顧者相關福利服務，肯認及重視家庭照顧者之價值。

2007 年 3 月，行政院通過規劃近 8 年的「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利之旗艦計畫」（內政部，2007），寬列 870 億元之預算，以建構完善的長期照顧服務體系為首要工程；行政院衛生署、教育部、內政部等機關，完成「2020 國民健康白皮書」、「老人教育政策白皮書」及「人口政策白皮書」，針對高齡族群之健康與社會照顧、教育、經濟安全、交通運輸等議題，完成規劃。其中，「2020 國民健康白皮書」設定以「積極老化、預防失能」為目標，檢討我國現有老人健康問題，透過促進健康體能、跌倒防制、心理健康、社會參與、預防保健及篩檢服務等工作項目，提升老年人的生活品質。

## 二、人口老化政策的國際動向

### (一) 國際方案

依據聯合國的調查報告，2025 年世界

老人的數量將超過年輕人，為因應人口高齡化的國際趨向，聯合國在 1982 年於維也納召開了第 1 屆「世界老化會議（World Assembly on Ageing）」，同年聯合國大會決議通過「維也納老化國際行動方案（Vienna International Plan of Action on Ageing）」，為引導思考和形成老化政策和方案的創先國際性文件；嗣於 1991 年通過「聯合國老人綱領（United Nations Principles for Older People）」，提出 18 項原則，包括獨立、參與、照護、自我實現及尊嚴等 5 大目標，作為各國發展老人福利的共同依據（United Nations, 2008；黃源協、蕭文高，2006 年）。

在 2002 年第 2 屆「世界老化會議」提出另一重要方案「馬德里老化國際行動方案（Madrid International Plan of Action on Ageing）」，強調人口老化的政策，應從生命過程發展觀點及整個社會角度作檢視，呼籲各國確保人民能在有保障及尊嚴的情況下步入晚年，並持續社會的參與。該方案為世界各國擬定老人健康政策的主要參考架構，2007 至 2008 年間，並要求各國就落實「馬德里老化國際行動方案」提出評估及報告。此外，世界衛生組織（World Health Organization）亦於 2002 年提出活躍老化（active ageing）的概念，透過改善老年人健康、參與、和安全的過程，以促進老年時的生活品質為主要內涵。

### (二) 國外策略

綜觀先進國家老人健康促進政策，為維護老人健康、預防慢性病，提升生活品

質，策略與健康議題的擬定，皆考量文化、性別、健康狀況、社會環境與支持，以及財經等因素。英國於 2001 年通過「國家老人服務架構」(National Service Framework for Older People)，提出老人照顧整合十年計畫；美國在 2007 年提出「2010 年健康人：全國健康促進和疾病預防目標」，以確保老人獲得平等、高品質、整合性的健康和社會服務；日本則於 2002 年提出「健康增進法」、2005 年提出「高齡化社會對策」，研擬「建立健康身體的環境設施、推動照護預防服務」等策略。

在長期照護方面，各國基於不同價值理念，考量與各國原本制度融合的原則，大多採取與原有社會保障制度結合的方式整合(Jens Lundsgaard, 2005)。荷蘭是最早實施長期照護保險的國家，國會於 1962 年開始討論此一議題，於 1967 年 12 月立法，1968 年施行特殊醫療費用保險法(the Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ)。2006 年 1 月 1 日荷蘭實施新的健康照護制度，長期照護及服務仍援用特殊醫療費用保險法，並加以修正(周世珍，2006)。德國自 1974 年開始，歷經 20 年漫長的討論長期照顧保險，嗣於 1994 年 5 月立法通過，1995 年實施，並在 2008 年作制度改革，形成更具人性化的照顧保險社群(林志鴻，2008)。日本則是 1990 年初期開始討論此一議題，於 2000 年實施。韓國在 2008 年 7 月成爲第四個實施長期照護保險的國家。

### 三、日本實施「介護保險」及「老人

### 醫療制度」之經驗

德國與日本是我國推動長期照顧政策過程中，主要師法的對象，這兩個國家爲了使其制度能更有效運作，最近分別進行改革，值得持續關注其改革成效。由於在 OECD 國家中，日本人口老化的速度最快，國民的平均餘命及健康餘命也最長，文化也近似我國，因此，特別介紹日本的經驗。

#### (一)介護保險

日本早在 1983 年已開始實施「老人保健制度」，老年人的醫療費用，由各種醫療保險體系共同負擔 70%，中央及地方補助 30%。但爲因應人口結構老化對社會產生的影響及快速成長的醫療需求，在 1990 年代初期，開始採取積極因應對策，除制定少子化對策，以提升生育率，1994 年提出「21 世紀黃金計畫(The Gold Plan 21<sup>st</sup> Century)」，以量化的目標，快速建構長期照護服務所需的人事、服務、設備與管理技術(小澤尙子、中山慎吾，2007)。

日本「介護保險法」於 1997 年 12 月制定後，發展長期照護服務所需的基礎建設，便持續不斷地進行，並自 2000 年 4 月起正式實施，向年齡 40 歲以上者強制徵收醫護保險費，以提供居家服務、送高齡者至醫護中心接受護理、對患有老年性癡呆及因健康原因臥病在床之老人，提供醫護中心長期接受護理等費用。

由於「介護保險」制度之實施其普遍性高，廣受各界肯定，已爲日本國民社會保障制度重要的一環。但隨著需照護老人

比率提高及給付費用的增加，8年來歷經2次調高保險費和1次縮減給付改革，為因應龐大的財務負擔，於2005年制定「介護保險法改革法」，規劃改革方向；2006年以「維持制度永續經營」為方針，「給付效率化及重點化」為主軸進行改革，內容著重在給付適當性、確保服務品質，以及調整負擔，導正機構與居家照護兩者之間照護費的公平性（李光廷，2008）。

## （二）老人醫療制度

在「老人醫療制度」方面，日本平均每位老人的醫療費用，約相當於全體國民平均醫療費的3倍。因此，2006年日本進行了醫療制度改革，並於2008年4月實施創新的老人醫療保險制度--「後期高齡者醫療制度」（Tomizuka, T., Ryoza M., 2008.），以都道府縣為單位，整合保險人，其下所屬的市町村組成廣域連合，主要目的，在使醫療負擔公平化、制度結構透明化，以增加老人的醫療負擔、縮減給付及平均住院日數，削減、廢止慢性療養病床，破除老人非必要住院治療之「社會性住院」，藉以排除醫療浪費（李光廷，2008）。

整合都道府縣為單位保險人，係為強化保險人機能，使各都道府縣醫療費水準與保險費水準連動。惟政策實施後，制度改革反對者以公共保險醫療縮小，破壞全民皆保險，而強烈質疑政府「以改革之名，行增加負擔之實」（李光廷，2008）。此項政策從醫療負擔公平化角度來看，政策目的已初步達到，但服務品質及效率的表

現，仍俟每2年的政策評估才能得知，有待持續觀察。

## 肆、人口老化衍生之問題及對健保制度之影響

### 一、衍生之問題

由於老人健康與社會照顧議題日益重要，自1996年起內政部歷次的「老人狀況調查」發現，民眾對於老人急慢性醫療服務與失能者的持續性照護需求，至為殷切；老人對福利措施之需求，以經濟補助(60%)占最多，醫療照顧保健服務(33%)次之（內政部，2006），也印證聯合國所認定，「健康與福祉」為老人的兩大迫切與普及的社會議題。

### （一）長期照護需求增加

隨著人口結構高齡化、疾病型態慢性化，使得失能人口日增，對醫療照護的需求愈切。依據2007年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」，老人在進食、衛浴、穿衣等日常生活功能失能情況（Activities of Daily Life, ADLs），一項困難者占14.5%，二項困難者占12.8%；在單獨採買日用品、搭車、粗重工作等工具性日常生活功能失能情形（Instrumental Activities of Daily Life, IADLs）有一項困難者占47.6%，有二項困難者占30.5%。另一方面，家庭結構的變遷等因素，亦為民眾對長期照護的需求殷切原因，惟顯然供需失衡，致使需獲得照護的老年人及其家人，身心飽受極大的壓力。

## (二)傳統家庭照顧功能弱化

在台灣的家庭，子女仍是老人的主要支持來源，然而家庭制度歷經變遷，例如許多人選擇不婚或婚後不育，導致生育率驟降；或因婚後不和諧，夫妻分居或離婚等，使愈來愈多的老人在老年時期，無家人提供協助。加以社會價值觀改變，女性平權思潮興起，婦女勞動參與率上升，家庭照顧者的可獲性因而降低，而且家庭照顧老人的意願與能力，也會同時下降，傳統的家庭照顧功能弱化。由於家庭體系無法因應長期照護之需求，老人經濟安全與安養照護責任，亟待機構或政府介入。

## (三)民衆照顧費用負擔沉重

目前長期照顧所需費用，大部分由個人及其家庭支應，至於在醫療相關部分，全民健康保險提供慢性病床及有限度居家護理給付；社政機關針對低收入、中低收入老人提供機構，以及居家式照護服務項目的補助。一般而言，民眾除了透過家人自行照顧外，大多以進住機構或聘僱看護工為主要照顧方式（鄭文輝、鄭清霞，2008）。目前老人福利機構收費情形，北部地區每月約3萬5千元；長期照護機構收容慢性疾病者或重病臥床者，每月費用約2萬5千元到3萬5千元，成為家庭沈重的財務負擔。

## (四)完善的健康照護網絡尚未建置

照護體系未落實，可謂老人照護的一大難題，從我國照顧服務實施現況，支持家庭照護者的居家式與社區式照護資源，

顯有不足，特別是暫托喘息照顧與日間照顧服務資源兩大類，亟待公部門介入並加強推動與發展。抑且，老年人在醫療照護上有其特殊需求，根據行政院衛生署國民健康局（以下稱國健局）調查，65歲以上老人三分之二至少有一項慢性病，其中5%的男性及18%的女性，同時罹患三種慢性病（國健局，2009），而醫療體系以醫院為中心，依疾病分科方式提供醫療照護，老年人疲於在各科診間候診，浪費時間及醫療資源。

檢視現行老人照護和安養機構等中、慢期照護體系所需之照護機構，均嚴重不足。根據內政部統計資料，於2007年我國長期照護機構及安養機構數為1,034所，進住人數合計46,000多人，不及老年人口的2%（內政部，2009）。

國內學者依推動長期照護試辦方案經驗，歸納問題如下：部會資源分散又重疊、民眾混淆不易瞭解、法令規範未臻健全、照顧服務不夠普及、服務輸送體系分歧、財務估算不足、資訊管理亟待建置（蔡間間、李玉春、吳肖琪、林麗輝，2008）。然審視長期照護10年計畫的內容，大多以增加補助費用的規劃為主，上開問題並無策略性解決方案之規劃。政府應思考將照護服務和老人需求緊緊相扣，有效連結急、慢性照護，創造跨專業網絡整合之誘因，整合衛生、福利與社區資源，以建構完善的健康照護網絡。

## (五)財源籌措的困難

妥處老人照護問題刻不容緩，先進國

家或採私人保險，或結合社會保險、社會救助等多種方式，從薪資或退休金中強制扣除保費，或針對低收入者提供特別補貼。以福利為主的北歐各國，稅收重而福利涵蓋廣泛，多由中央和地方政府共同負擔照護「老人的福利支出」。

在高齡化問題特別嚴重的國家，如德國、日本，係採長期照護社會保險的方式，強調社會連帶責任及風險分攤精神，由當事人薪資中徵收保險費，為老年後預作準備，但面對人口結構的快速老化，仍須藉由保險費調整及縮減給付等改革，以解決虧損之保險財務（李光廷，2008）。

學者估算我國長期照護費用需求，在採用保險而非稅收制的前提下，估計 10-20 年國家的負擔約占政府整體支出 1%，一年約 500-600 億元，保費徵收標準約為全民健保的六分之一至九分之一之間。至於家戶的負擔，包括全民健保、國民年金及長期照護保險，約占家戶所得的 3.8%（鄭文輝、鄭清霞，2007；中國時報，2009）。

## 二、對健保制度之影響

老年人口的醫療照護需求增加，將對國家經濟及財政造成莫大的衝擊，過於寬鬆的給付條件，將造成下一代無法負荷的財務窘境。國內外學者對醫療利用的研

究，普遍認為人口老化是造成醫療費用高漲的原因之一，且多數認為老年人口比率的提高，對醫療保健支出成長的影響，是政策制定者不可忽視的關鍵議題。

依國內學者之精算，醫療費用的年成長率與年齡有關，依據 1998-2006 年統計，0-14 歲醫療費用平均每年僅以 0.2% 遞增，65 歲以上人口醫療費用卻以每年 7.5% 成長，可預期隨著老年人口增加，全民健保費用將隨之上升（王信忠、余清祥，2007），以下僅就人口老化對全民健保可能產生之衝擊說明。

### （一）老人罹病及死因以慢性病為主

依據國健局 2007 年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，我國老人的疾病盛行，漸趨向於以慢性疾病為主，約 88.7% 老人自述醫師診斷至少有一項慢性病，最常見的慢性前五項，分別為：高血壓(46.67%)、白內障(42.53%)、心臟病(23.9%)、胃潰瘍或胃病(21.17%)、關節炎或風濕症(21.11%)，男、女性排序雖略有差異，但大致相似（如表 2）。

另 2007 年老年人口主要死因分析，以惡性腫瘤最多，前六名包括：腦血管、心臟疾病、糖尿病及腎臟候群及腎性病變等，多以慢性病為主（如表 3）。

表 2：2007 年 65 歲以上老人常見慢性病盛行（前五項慢性病）

合 計		男 性		女 性	
1.高血壓	46.67%	高血壓	46.67%	高血壓	46.67%
2.白內障	42.53%	白內障	42.53%	白內障	42.53%
3.心臟病	23.90%	心臟病	23.90%	骨質疏鬆	29.69%
4.胃潰瘍或胃	21.17%	胃潰瘍或胃病	21.17%	關節炎或風濕症	27.60%
5.關節炎或風濕症	21.11%	糖尿病	16.44%	心臟病	27.26%

資料來源：國健局 2007 年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤(第 6 次)調查

表 3：2007 年 65 歲以上老年人口主要死亡原因

死亡原因	男性		女性		男／女 (倍)
	每 10 萬人 死亡率	順位	每 10 萬人 死亡率	順位	
所有死亡原因	4726.4		3386.2		1.4
惡性腫瘤	1364.9	1	761.1	1	1.8
腦血管	496.1	2	379.8	3	1.3
心臟疾病	468.8	3	393.4	2	1.2
糖尿病	308.3	4	370.7	4	0.8
肺炎	298.9	5	161.4	6	1.9
腎炎、腎徵候群及腎 性病變	184.6	6	179.2	5	1.0

資料來源：國健局 2009 年「老人健康促進計畫（草案）」

4)。

## (二)老人之醫療照護及費用增加

依中央健康保險局(以下簡稱健保局) 1996~2005 年醫療照護使用情形分析顯示，每位老人平均門診就診率 95.6%、平均每人每年門診 26.8 次、平均每年住院就診率 21.7%、平均每人每年住院日數 4.6 日，且隨著年代的增加，就診率、門診次數、住院就診率及住院日數皆上升（如表

另據健保局 2007 年統計資料，65 歲以上保險對象人數約 232 萬人，人口占率約為 10.1%，而醫療費用總數 1,600 億元，占率高達 36.2%（如圖 2），顯示老人醫療照護率及醫療費用均逐年增加。另依 2006 年保險對象依年齡別之醫療利用概況，65 歲以上保險對象人數較少，但醫療利用給付反而較其他年齡層為高（如圖 3）。

表 4：1996-2005 年老人健保醫療照護使用情形

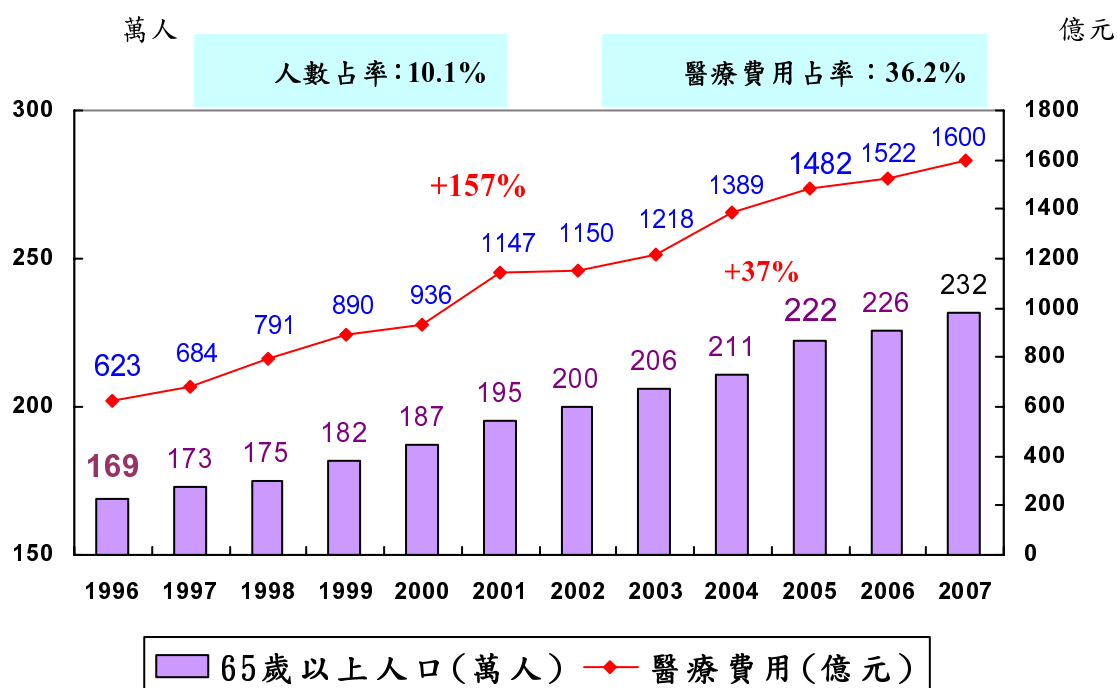
	1996 年	2000 年	2005 年	10 年平均	10 年成長幅度 (%)
平均門診就診率(%)	88.5%	95.9%	100%	95.6%	12.2%
平均每人每年門診次數	22.1 次	26.3 次	30.2 次	26.8 次	36.3%
平均每年住院就診率(%)	21.9%	21.3%	22.3%	21.7%	0.4%
平均每人每年住院日數	4.6 日	4.3 日	5.3 日	4.6 日	13.8%

資料來源：健保局，2008 年。

註：1.平均門診就診率一年中為每 100 人中使用過健保門診比率。

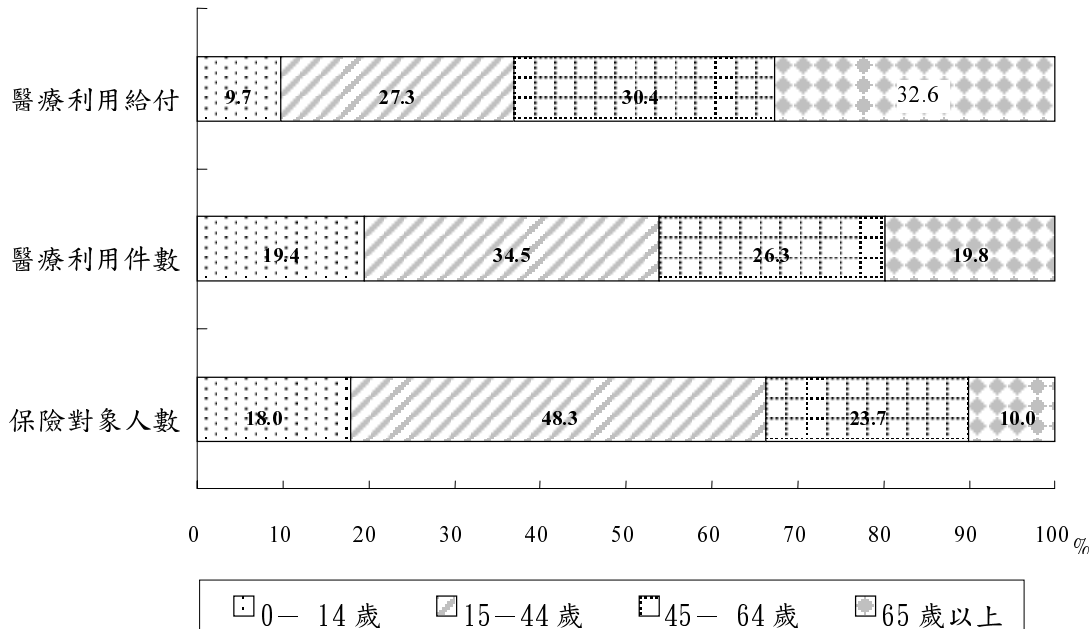
2.平均每年住院就診率為每 100 人中使用住診比率。

圖 2：65 歲以上保險對象人數及費用



資料來源：中央健康保險局，2009 年。

圖 3：2006 年保險對象之醫療利用概況—按年齡別



資料來源：行政院衛生署統計室，2008 年。

### (三)居家照護利用逐年提高

醫療相關部分的居家照護，由全民健保提供有限度之給付，隨著人口的快速老化，呈現逐年成長的趨勢。截至 2008 年底，健保局特約之居家照護機構家數，已由健保開辦時的 85 家增加至 472 家，成長約 5 倍；申報件數則成長約 5 倍，當年度申報點數達 11 億 6 千餘點(中央健康保險局，2008)。居家照護費用申報，以訪視費用為主，占 75.34%，平均每一個案每月訪視為 1.22 次，由於居家照護較屬於社會服務(Social care)之一環，其部分費用由健保負擔，迭有爭議，殊值深究。

又國內對於亞急性與急性或慢性照護

之界限模糊，以往常以急性病床來照顧亞急性及長期照護病人，目前全民健保除支付急性醫療照護外，亦支付部分亞急性及長期照護的費用，不僅浪費有限的醫療資源，且加重健保之負擔。若健保制度維持不變，預估未來人口老化，勢必對於健保造成更嚴重之負荷(吳肖琪、林麗嬋，2002)。

## 伍、結語

我國憲法明文保障人民的生存權，政府主導決策實施全民健康保險之目的，在於對全體國民提供健康照護，使個人生命、身體健康得以繼續，而高齡人口的醫

療需求增加，對全民健康保險造成最大的影響，莫過於不斷成長的醫療利用及費用。

國家的行為應符合其所追求之基本價值，使民眾之福祉最大化，滿足基礎生存所需（蔡維音，2001）。為使全民健康保險永續經營，且提供符合老年人的健康照護需求，政府應積極規劃並落實長期照護保險制度。

為照護老人與失能者，回應各界期待，行政院積極力推長期照護保險（工商時報，2009），依規劃小組的評估，開辦第1年需花費500~600億元，保費徵收標準在健保費的六分之一至九分之一之間（中國時報，2009）。觀察德國及日本的經驗，長期照護保險財務負擔是政策持續的關鍵，而財務問題極為複雜，足以決定制度的內涵及走向，需審慎評估財源及服務需求，妥為設計分配機制。我國長期照護保險，可否如期於今年年底完成立法後年開辦，有待觀察。

在長期照護保險未規劃完成之前，政府相關政策，除應積極減緩老化對社會、衛生、財政及經濟等各層面的負面衝擊，本文認為，可從以下幾個面向著力：

### 一、加強老人健康保健教育

老年人罹患慢性疾病通常具有不能痊癒的特性，需要繼續的照顧和醫療，相關費用成本勢必增加。減少老年人的罹病率、延後疾病的發生，將可減少國家的醫療支出（徐文媛，2008），故政府應積極從老人健康促進與預防觀點，加強老人保健教育與宣導，使民眾瞭解「疾病壓縮理

論」（Fries, 1980）及「活躍老化」的概念，降低失能發生率及延緩老化，進而達成「健康臺灣、健康國民」的目標。

### 二、建立完善老人健康照顧體系

現行照護體系甚難符合老年人特殊的健康與照護需求，老年人疲於在各科診間候診，浪費時間及醫療資源。建立「老人急性後照護」和「老人症候群」的診治與預防失能為導向的中期照護體系，更形重要。未來在健保支付制度中，宜考慮設計因應高齡病症複雜患者的醫療服務給付方案，俾醫療院所提供妥適的綜合性門診，統稱為「康齡門診」。另考量失能者的照顧勞動成本過高，政府亦應致力於研發輔助科技，使失能者能儘量自主行動，確保人性的尊嚴。

### 三、強化家庭的照顧功能

鑑於傳統家庭功能的弱化，為避免家庭無法負荷老人安養照護責任，導致「社會性入院」（李光廷，2008），濫用有限健保醫療資源問題發生，政府應提供誘因，透過補貼政策，鼓勵年輕人負起照護老人的責任，強化家庭之照顧功能，讓老年人居住在自己熟悉的環境，藉由社區的支援及關懷，得以保有隱私及有尊嚴的生活，進而達成「在宅老化」的理想。

### 四、積極培育長期照顧服務人才

我國規劃近8年的「長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利之旗艦計畫」完成後，對於長期照顧服務有需求的民眾，咸

盼長期照護保險能早日落實。為因應長期照護保險立法通過後評估給付、照顧服務人才之迫切需求，政府應加強人才培訓，並增加照顧服務人力留任之誘因，建立「專業證照」制度，以提升老人照顧品質。

## 五、鼓勵適婚年齡人口生育

少子女化的結果，使得老年依賴的比率越來越高，工作人口及下一代的負擔沉重，資源分配不均，容易造成世代間的衝突，本文認為，改善人口結構，應鼓勵適婚年齡人口結婚與生育。減稅、現金補貼及提供幼兒照顧服務，都是常見的獎勵生育措施方法，政府應審慎規劃提高生育率

措施，以減緩人口結構老化的速度。

綜上，高齡社會人口老化之因應對策，係跨部會必須面對的挑戰，不能僅侷限在健康與醫療議題，政策上，應從財經、內政、衛生、教育整體面向，共同尋求解決之道。長期照護保險制度納保對象與保費、服務體系建構及培育人力等，均為學者所關切，立法同時，政府應積極有效地將跨部會資源加以整合，避免資源重疊浪費，符民眾之需求與期待。

（本文作者：劉見祥現為亞洲大學健康產業管理學系教授、全民健康保險監理委員會主任委員，吳秀玲現為中山大學中國與亞太區域研究所博士候選人、全民健康保險監理委員會組長）

## 參考文獻

- 小澤尚子、中山慎吾著，曾煥裕譯(2007)。日本實施介護保險的經驗，長期照護雜誌，11(3)，285-302。
- 中央健康保險局(2009)。業務概況 2 月份月報。
- 中國時報(2009)。老人長期照護全民納保，2009 年 2 月 23 日，A1 版。
- 內政部(2006)。94 年「中華民國老人狀況調查報告」，355-357。
- 內政部(2009)。內政部統計年報，內政部網站網址：[http:// moi.gov.tw](http://moi.gov.tw)。
- 內政部(2009a)。主要國家歷年平均餘命，內政部網站網址：<http://moi.gov.tw>。
- 內政部(2007)。我國長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利之旗艦計畫，內政部網站網址：<http://moi.gov.tw>。
- 王信忠、余清祥(2007)。人口老化對全民健保醫療費用影響之探討，「二十一世紀的臺灣社會脈動—婦幼人口發展與健康政策」國際學術研討會，網址：<http://www.psc.ntu.edu.tw/Population/0226/1-4-1.doc>。
- 行政院(2008)。人口政策白皮書（核定本），2008 年 3 月 10 日院臺治字第 0970082951 號函。
- 行政院經濟建設委員會(2008)。中華民國 97 年至 145 年人口推計，14-15。

- 行政院衛生署國民健康局(2009)。老人健康促進計畫(草案)。
- 吳肖琪、林麗嬋(2002)。探討與釐清急性、亞急性、長期照護之分工與整合，行政院二代健保規劃小組期末檢討聯席會會議資料，262-273。
- 呂寶靜(2008)。因應我國邁入高齡社會之對策，台灣社會福利學會 2008 年會暨「新世紀社會保障制度的建構與創新：跨時變遷與跨國比較」國際學術研討會，網址：<http://swat.sw.ccu.edu.tw/>。
- 李光廷(2006)。2006 年日本醫療制度改革，2006 年 9 月 14 日，全民健康保險爭議審議委員會演講簡報資料。
- 李光廷(2008)。日本介護保險實施現況、發展與未來，研考雙月刊，32(6)，53-67。
- 李震山(2005)。多元、寬容與人權保障-以憲法未列舉權之保障為中心，臺北：元照出版有限公司，117-119。
- 周世珍(2006)。荷蘭健康照護法制新趨勢，長期照護雜誌，10(2)，136-153。
- 林志鴻(2008)。德國長期照顧制度、現況及未來，研考雙月刊第，32(6)，68-79。
- 林淑萱(2003)。日本長期照護保險的發展經驗及其對台灣的啓示，社區發展季刊，104，454-462。
- 林萬億(2008)。台灣的人口變遷與因應對策，台灣社會福利學會 2008 年會暨「新世紀社會保障制度的建構與創新：跨時變遷與跨國比較」國際學術研討會，網址：<http://swat.sw.ccu.edu.tw>。
- 後藤新平(1889)。國家衛生原理，東京：創造出版，1978 年 11 月，復刻版，87。
- 徐文媛(2008)。高齡化是台灣當前健康挑戰，衛生報導季刊，136，7-8。
- 張道義(2008)。國民年金財務問題的法規範，臺灣本土法學，113，84。
- 莫藜藜(2005)。高齡化社會醫療福利體制與服務措施－台灣經驗的反思與前瞻，社區發展季刊，110，78-95。
- 黃源協、蕭文高(2006)。社會政策與社會立法，臺北：雙葉書廊，309-315。
- 黃筱薇(2000)。長期照護財源籌措方式之探討，國立中正大學社會福利研究碩士論文，2。
- 蔡維音(2001)。社會國之法理基礎，臺南：正典出版文化有限公司，50。
- 鄭文輝、鄭清霞(2008)。長期照顧保險制度之規劃，研考雙月刊，32(6)，3-11。
- 鄭清霞、鄭文輝(2007)。我國長期照顧制度的費用估算與財務處理，台大社會工作學刊，15，167-218。
- 聯合報(2009)。1.5 代健保 50 萬雇主增支出，2009 年 2 月 18 日，A1 版。
- Fries JF. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity, *N Engl J Med* 303: 130-135, 130-135.
- Jens Lundsgaard (2005). *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older*

Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability? OECD Health Working Papers No. 20.

Tomizuka T. and Ryoza M. (2008). New Health Insurance for the Elderly, Health Policy Monitor, 網址：<http://www.hpm.org/survey/jp/a12/4>

United Nations (2008). The Madrid International Plan of Action on Ageing-Guiding Framework and Toolkit for Practitioners & Policy Makers, Department of Economic & Social Affairs, Division for Social Policy & Development, 網址：  
[http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/building\\_natl\\_capacity/guiding.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf)