

# 老年醫療照護與全民健康保險

石曜堂·楊漢泉·蔡素玲·李孟芬

## 一、前言

人口高齡化的主要原因有二，一為促進長壽之延長，其包括公共衛生普及、醫療科技進步、國民營養提升與傳染疾病的控制；其二為節育技術與觀念的改變，家庭計畫的成功與社會結構價值觀的變遷，加速高齡化社會的來臨。

壽命延長與節育技術的提升，造成人口結構迅速轉型，人口金字塔結構由原正金字塔逐漸轉型為倒金字塔結構；依賴人口結構由幼年依賴人口為主轉型為老人依賴人口為主之結構。老年人口高齡化，伴隨著疾病型態由急性轉為慢性及退化性疾病。這整個人口結構的變遷最主要的老年人口指標，從民國八十一年至八十二年的七%，預測在短短的三十年內將增長一倍，達十四%（註1）。其老化速度之快，遠勝於歐美先進國家如英國、西德的四十五年及法國的一百三十年的歷史。

在極短的期間內，擁有較多的老人，對社會而言是一極嶄新的

經驗，其對社會的新意義將包括：

- (一) 大量醫療服務與人力擁向高齡人口。
  - (二) 少量生產勞力負擔高比率的高齡人口。
  - (三) 高齡人口將成為社會福利與衛生福利的主要消費人口群。
  - (四) 社會價值觀的變遷，使得年輕人與高齡者同居機率降低。
  - (五) 節育觀念的推廣，縱向家庭的社會將成為事實。
- (六) 社會對老化觀念當重新檢討、定義與解釋。

## 二、高齡化社會的新衝擊

### (一) 高齡人口將成為醫療利用的主流

依民國八十三年台灣地區公私立醫院診所疾病診治與傷害調查報告顯示（註2），住院患者中六十五歲以上住院人數佔住院總數的四分之一（佔二四·四%），而五十五歲以上者更占近四成

(佔三十九%)。門診就診情形，六十五歲以上就診人數佔全部人數的八分之一(佔十四%)，五十五歲以上人口的利用率佔近三成(二十七%)。可知六十五歲以上人口數於八十三年底佔台灣地區人口七·四%，卻利用了二倍以上門診與住院醫療服務。

再者，老人所罹患的疾病以慢性疾病為多，依行政院主計處民國八十三年「中華民國台灣地區老人狀況調查報告」資料顯示，台灣地區六十五歲以上之人口患病比率為五十五·五%，平均患病為一·四種疾病，罹患疾病以高血壓為眾數，其他罹患疾病亦以慢性疾病為主(註3)。慢性疾病之特質是既長期且多元而複雜，可以想見未來高齡人口快速增加，將造成醫療資源的重新分配，高齡人口將成為使用醫療資源的主要人口群。

## (二) 依賴人口結構由幼年人口逐漸轉向

### 高齡人口

由於公共衛生普及、傳染疾病控制與節育觀念提升，使我國粗出生率由民國三十六年的千分之三八·三二降為民國八十三年之千分之十五·三。粗死亡率由民國三十六年之千分之十八·一五降為民國八十三年之千分之五·四。幼年人口十五歲以下人口扶養比由民國四十年的二〇·四降為民國八十三年之三十五·八；而老年人口扶養比由民國四十年的五·六，增高為一〇·八，預期至民國一五年時，幼年扶養比與老年扶養比的指數將趨一致；此意味著成年勞動人口將同時負擔子女與老年父母，成為名符其實的三明治

年代。

## (三) 高齡人口在社會福利與衛生福利的份量日益加重

高齡人口已成為社會福利工作重點之一，老人福利預算由民國七十九年的二億餘元增至民國八十四年的二〇億五百萬餘元，短短五年內增加十倍以上。老人福利之工作項目上至中央單位內政部社會司，下至地方社會課，皆努力朝向多元化服務之發展。而高齡者的衛生福利，從健康促進、預防、保健、醫療、到長期照護，有「國民保健計畫」與「醫療網計畫」逐一實施推廣中。

## (四) 社會結構與社會價值觀的變遷，家庭功能逐漸式微

由於節育觀念的普及，家庭結構朝縱向發展，家庭平均子女數遞減，相對地減弱家庭扶養年長父母之能力。另一方面，高齡者的居住方式由於社會發展都市化與個人主義價值觀的影響，使得與子女同住的居住型態比例逐年減少，由民國七十五年之七十%降至民國八十二年的六十二%，而高齡者獨居或僅與配偶同住者比例由二十五%增至二十九%；此外進住安養及看護機構之高齡者更逐年增長。有關高齡者的生活費用主要來源，民國七十五年以子女供應者為主，佔六十五·八%，由高齡者或其配偶負擔者佔二十九·七%；至民國八十二年，子女供應者已降為五十二·三%，由高齡者

或其配偶負擔者增高至四十二·九%，較民國七十五年成長四十七%。

對於無自我照顧能力的高齡者，機構化療養的情形更是有增無減。民國七十五年無自我照顧能力的高齡者，僅有近四%的人進住安養護理機構；至民國八十二年增至八·六%（註3），成長近一二〇%。未來隨著社會的變遷，高齡者的長期照護需求，尤其是機構式照護的需求更是不容忽視。

### 三、高齡人口相關之醫療保健政策

為因應高齡社會的來臨，行政院衛生署對高齡者的醫療保健工作責無旁貸，從中老年人的健康促進、健康維護與預防保健工作，到老人的急性醫療與最棘手之長期照護，皆有計畫地規劃與推展中。

#### (一) 高齡者健康促進與維護

為達積極的健康目的，行政院衛生署從年輕人口即開始宣導推廣「健康生活型態」。一些不良的生活型態會導致疾病者，如酗酒、吸菸、不當飲食等，積極宣導其與疾病的關係；教育民衆從小建立良好健康生活習慣，戒除不良嗜好；鼓勵老人從事規律的養生健康活動，維護及促進身心健康。此外，相關健康維護政策包括高齡者環境安全維護，防範高齡者意外事故的發生；維護高齡者嚼食

功能，以維持適當營養之攝取；避免高齡者視力障礙，提升獨立生活之能力；倡導無障礙就醫環境的建立、老年生活調適與認知，以及不服藥物等觀念等。

#### (二) 高齡者預防保健

「國民保健計畫」中之「中老年病防治工作」其目的在降低慢性疾病危險因子，追求健康有品質的老年生活。其工作內容包括健全中老年病防治有關血壓、血膽固醇與血糖的防治體系，辦理血壓、血膽固醇與血糖的宣導教育與活動，並辦理相關危險因子之篩檢與介入措施，培訓相關人員與加強高齡學相關醫學基礎研究。

#### (三) 高齡者醫療服務

於一般性急性醫療服務，廣關家庭醫學科與高齡科，提供老人適時及專業的急性醫療服務。目前已有許多省（市）立醫院提供高齡科診療服務，並普及區域級以上之復健醫療服務。建立完善緊急醫療服務網絡，減少高齡者緊急就醫之障礙。

#### (四) 長期照護服務

於民國七十五年醫療網第一期計畫中，明列行政院衛生署於長期照護服務體系中之使命；於民國七十八年開始著手居家護理之實驗計畫，於民國八十年再度於醫療網二期計畫中提及長期照護之計畫。民國八十二年將長期照護納入「國民保健計畫」，更於民國

八十四年底研議醫療網第三期計畫中長期照護計畫發展目標與策略。目前行政院衛生署有關長期照護的工作重點如下：

#### 1. 建立健全之長期照護服務體系

(1) 邀集社政單位、行政院退除役官兵輔導委員會與各級衛生單位共同研擬綜合性、連續性之長期照護發展計畫，並將發展重點納入醫療網三期計畫工作項目之中。

(2) 研修（訂）與檢討各類長期照護相關法規與設置標準，本署於民國八十二年八月公告「護理機構設置標準」，詳定護理之家與居家護理機構基本設施標準、人員配置與相關建築標準。為使設置標準達其實際功能，於民國八十五年三月修正護理機構設置標準，並研議各類型長期照護機構收案標準。

#### 2. 鼓勵發展多元化長期照護服務網絡

(1) 輔導與補助醫院及護理人員設置或提供居家護理、護理之家及日間照護服務，八十四年十二月底計輔導八十五家居家照護機構，十七家護理之家機構可提供一千床左右之服務，十一家日間照護服務可提供一八人之日間照護服務。

(2) 本署於民國八十年九月公告「醫療發展基金申請作業要點」，鼓勵民間投資新擴建醫療機構，並於八十一至八十三年度重點鼓勵發展慢性病床，計補助增設三、一三七張慢性病床。另各縣市省（市）立醫院及財團法人醫院亦陸續提出設置慢性病床或興建慢性醫院計畫，以因應日益增加之長期照護需求。

(3) 為均衡發展長期照護機構式照護，本署於民國八十四年修正

「醫療發展基金申請作業要點」，鼓勵財團法人醫療機構附設護理之家，八十四年度計獎勵十一家醫院附設護理之家，將可提供一、八九九床護理之家服務。

(4) 為有效管理急性醫療資源，並使長期照護病患獲得適當醫療照護，於八十四年度起試辦出院準備計畫，並於八十五年度擴大辦理中。

#### 3. 建立長期照護作業規範及建築規範指引

委託相關專家學者建立我國護理之家及日間照護的作業規範指引及建築規範指引手冊，供長期照護業者、服務提供者及主管人員共同維護與提升照護品質。

4. 研議護理之家及日間照護納入全民健康保險給付範圍，並研議長期照護相關機構財務來源制度化之可行性。

5. 辦理長期照護需求、服務提供現況與財務分析之相關研究調查。

6. 培育長期照護相關人力，公告「護理機構負責護理人員之訓練及相關事項」與「護理機構病患服務人員之訓練及相關事項」，建立護理機構資深護理人員與病患服務人員培訓制度，加強培訓長期照護相關醫事與照護人力。

## 四、全民健康保險政策的介入

全民健康保險於民國八十四年三月開辦，於開辦之前六十五歲

以上之人口有四成強的人口，約有十二萬五千人左右，尚未納入健康保險。全民健康保險開辦之後，迄民國八十四年底，僅有不及十分之一的高齡人口尚未納保。此外，因考量高齡者醫療利用率較高，於民國八十四年五月公告七十歲以上者可同時領取二張健保卡，俾利方便就醫；並於八十五年四月正式開辦健康檢查，四十歲以上者可每三年免費健康檢查乙次，六十五歲以上者可每年免費全身健康檢查乙次，以期能早期發現疾病，做好預防保健之工作。

另外，延續公保居家護理試辦服務，全民健康保險亦提供給付居家照護服務，由於健保給付的誘因，居家護理機構數由開辦前的四十八家成長至開辦後八十四年底的八十五家，九個月內計成長七十七%。全民健康保險此一政策的實施增加高齡者就醫之可近性。同時倡導健康檢查與預防保健觀念，期能藉由醫療保健服務網絡增進高齡者的健康。

## 五、建立制度化的高齡者照護財源

由於高齡者所患的疾病較屬慢性、長期，且常常是兩種以上疾病同時存在，因而增加高齡者醫療照護的複雜性及困難度。依先進國家照護高齡人口之經驗，往往因高齡人口醫療費用的快速膨脹而造成財務上的嚴重負擔。為因應未來快速成長的高齡人口及其可能的龐大醫療需求，政府當未雨綢繆，有計畫地規劃老人照護財務來源。依目前的體系，全民健康保險將可保障高齡者急性醫療費用，

且每年提供乙次的免費健康檢查服務，以達預防保健之功效。

然而對於高齡者長期照護服務，目前僅將居家照護納入保險給付範圍，對於護理之家與日間照護之醫療給付尚在研議中。細探長期照護的實質照護內容，實以「生活照顧為主、醫療照護為輔」，醫療照護費用僅佔所有長期照護費用的百分之十至十五之間，其餘皆為生活照顧費用（註4）。生活照顧的費用來源目前以家庭自行負擔為主，依國外發展長期照護財務制度之經驗，目前可約略分為三大類：結合年金與健康保險、開辦強制性長期照護保險、擴大強制性健康保險範圍。

評析我國目前的環境，年金制度尚在醞釀中，而全民健康保險於設計保費費率時，亦尚未將長期照護醫療服務納入計算。行政院衛生署於民國八十五年初特別研議「長期照護納入全民健康保險給付可行性評估報告」，報告中建議於近程策略上，可採階段性、漸進式地研議將護理之家及日間照護納入全民健康保險給付試辦計畫中，給付項目內容以醫療保健服務為限，特約對象以醫事服務機構為主，支付標準則比照居家照護服務；此外，全力發展居家照護業務，研議擴大居家照護給付範圍及項目。於中、長程策略方面，則建議規劃完善的老人照護體系，請社政主管機構擴大社會福利補助範圍，並配合國民年金制度的規劃與推動，逐步擴大長期照護給付範圍；最後考慮併用各種保險體制或採用其他方法辦理，全盤規劃長期照護及老人醫療財務制度。

## 六、健全醫療保健體系與全民健康保險制度，迎接二十一世紀高齡化社會的來臨

二十一世紀為銀髮的世紀，也是一個以慢性病為主的年代。依人口學家研究顯示，台灣地區的人口平均餘命於民國七十五年至八十二年間所增加的年歲，大多屬於活躍且健康的平均餘命，而實現人口學所謂之「疾病與殘障壓縮理論」（註5）。然細探這些增加的活躍餘命中，仍隱含著老人慢性疾病罹病率擴大的趨勢。

未來高齡者之衛生福利政策將朝積極推動健康促進與維護政策，以增進國民生活健康生活之品質，提高及增長健康餘命 (Active Life Expectance)，提供即時及適當的醫療服務，降低失能 (Dependency) 人口機率；建立長期照護服務體系，學習與疾病共舞的精神，增進失能人口自我照顧的能力，進而提升老年照護之生活品質。配合周全的社會福利制度、全民健康保險制度與長期照護經濟安全保障，共同迎向跨越二十一世紀的高齡化社會，使國人皆能長壽又健康，安享「老有所終」的大同境界。

（本文作者：石曜堂為行政院衛生署副署長；楊漢淥為醫政處處長；蔡素玲為醫政處簡任技正；李孟芬為醫政處副研究員）

### 註釋：

1. 行政院經濟建設委員會 中華民國台灣地區民國八十一年至一二年人口推計 民國八十二年
2. 行政院衛生署 中華民國八十三年台灣地區公私立醫院診所診治疾病與傷害調查報告 民國八十四年
3. 行政院主計處 中華民國台灣地區老人狀況調查報告 民國八十三年 頁一一一六
4. 行政院衛生署 長期照護納入全民健康保險給付可行性評估報告 民國八十五年 頁四
5. 陳寬政 台灣地區老年疾病與功能障礙的指標研究 行政院衛生署委託研究 民國八十三年