



超高齡社會之系統性風險與對策

邁向超高齡社會的台灣面臨三大長壽風險：年金、健保與長照。經濟奇蹟使台灣在進步之際，也迎來全球最快的人口高齡化速度。人口高齡化將使醫療與照顧體系發生質變，經費來源與服務傳遞也需變更，將醫療與照顧體系轉變為以使用者為中心的生態系，避免專業立場差異造成片斷化服務體系，財務平衡的設計更需針對使用者需求設計。

陳亮恭（國立陽明大學高齡與健康研究中心教授兼主任）

壹、前言

唐代大詩人白居易感嘆年華老去，以及因老而產生的各種生理變化，把這些感慨寫成了《詠老贈夢得》贈與和他同年出生的唐朝大詩人劉禹錫。

與君俱老也，自問老何如；
眼澀夜先臥，頭慵朝未梳。

有時扶杖出，盡日閉門居；
懶照新磨鏡，休看小字書。

情於故人重，跡共少年疏；
唯是閑談興，相逢尚有餘。

白居易對著老友說出老的老各種困擾，眼睛乾澀、懶得梳理、行動不便、視力不佳、少和人往來，只在老友閒談時才感興致。才華洋溢的白居易晚年感嘆老去而寫出此詩，呈現出高齡者於年華逝去時尋求知音的感慨，他對老後人生的樣貌感到無奈，封閉與人往來的思緒，懷念老友相聚的時光。

一個人的老充滿自我感觸、一群人的老會改變社會樣貌，而全面性的長壽現象會造

成系統性社會風險。長壽社會下的風險包含三大面向，亦即年金、健保與長照，也是所有國家的共同挑戰。長壽風險並非社會負擔，此風險是因社會進步而產生。1950年代的台灣平均餘命約五十歲，十大死因之首則是痢疾等疾病，與今日的狀況相去甚遠。近七十年間，台灣經濟奇蹟使得國家快速轉型成爲已開發國家，自須面對已開發國家共同的挑戰，除了年金、健保與長照，甚至

延伸至退休、勞動力與經濟發展，也無怪乎世界主要國家都以跨部會的機制形成政策制度因應。

貳、人口快速高齡化與健康照護挑戰

我國六十五歲以上老年人口於 1993 年超越總人口數的百分之七，成為世界衛生組織所定義的「高齡化社會」，於 2018 年越過百分之十四而邁入「高齡社會」，將於 2026 年突破百分之二十成為「超高齡社會」，如此快速的人口高齡化趨勢雖位居世界領先群，但東亞國家普遍都有類似狀況。人口高齡化的帶動的人口結構改變，也大幅增加八十歲以上的族群，我國的狀況又較世界各國為劇。

依照國發會的推估，2060 年時，我國六十五歲以上人口比例將由 2012 年的百分之十一增加為百分之三十九，八十歲以上族群佔所有高齡人口比率，由 2012 年的百分之二十五大幅上升為百分之四十一，而八十歲以上的長輩往往是照護

需求最高的一群。台灣將歐美七、八十年間所發生的國家轉型挑戰壓縮至二十五年，不僅是人類歷史上獨有的挑戰，因應策略更是世界各國轉型時的重要參考。

老化的過程常合併多重慢性疾病與身心功能的衰退，加上社會與家庭結構的轉變，高齡族群維持獨立自主生活的挑戰也更形巨大，也就是失能與失智的挑戰；失能或失智不僅增加照顧負擔，也大幅增加高齡者死亡風險與醫療耗用，這些複雜的議題互相交錯，分割處理只會造成照護體系效能低下。我國全民健保擁有傲視全球的納保率與便利性，然而高度專科醫療與片斷化的照護模式造成多重就醫、多重用藥與醫療耗用增加，這是系統面上難以解決的問題。然而，失能與失智人口的增加，所帶動的醫療與長照需求更是長壽社會的主要風險。在華人世界中，長輩的照顧一直都是子女的責任，政府責任在於照顧貧苦無依的長者，從漢代董仲舒所建立的「存留養親」制度，到梁

武帝設立的「悲田院」，再再顯示華人社會高齡照護主要仰賴家庭力量，雖然華人文化蘊涵尊老的基因，當高齡現象伴隨少子化現象，加上全球化的影響，高齡照護難以完全仰賴家庭，政府在制度設計、預算規劃與推動策略更形重要，也不能僅以殘補式福利思維規劃高齡照護。

參、全民健保制度與費用的困境

健康是全民的基本人權，世界各國均以大筆預算投資人民健康，2015 年諾貝爾經濟學獎得主安格斯·迪頓在《財富大逃亡：健康、財富與不平等的起源》書中指出，國家因經濟而減少公共衛生與醫療投資是極為不智的選擇，歷史經驗都出現更大的副作用，國家耗費更多費用來照顧健康不好的國民，並承受國民因健康不好而造成的生產力流失與經濟衰退。

政府宣示將國民健康費用投入提升至國內生產毛額的百分之七，此數字迄今仍未達

論述》專論 · 評述



成，醫療照護體系已面臨重大瓶頸，血汗工作環境也影響醫病關係，增加醫療糾紛與就醫紛爭。為保障醫護的勞動權益，政府將住院醫師納入勞基法，此一措施攸關勞動權益，也跟醫療品質相關，在歐美各國已落實多年，但快速高齡化所產生的醫療需求，在目前的醫療體系架構下，醫事人力的缺口將更為巨大，醫療體系崩壞的危機日漸浮現。

全民健保開設至今，規模從兩千億成長到七千五百億，扣除民衆自費保健支出，健保實際的經費規模仍低於國內生產毛額的百分之七，明顯低於先進國家。世界衛生組織倡議所有政策均應優先考慮國民健康，維持健康這個普世價值的費用居高不下，也需要與時俱進的投資。世界上能維持醫療費用佔穩定預算比例的國家多在歐洲，以瑞典為例，醫療支出佔國內生產毛額的百分之九，而這個比例維持三十年不變。讓國民的健康支出與照顧服務維持在相對穩定的狀況，是歐洲許多國家的重要成就。

全民健保推出時，我國的國內生產毛額不到三千億美金，而 2017 年的國內生產毛額約為五千八百億美元，國家投入健保的經費較整體經濟成長為高。不過，這樣的類比並不恰當。二十五年前的台灣，是人民會因病而窮、因窮而病的社會，建構一個「全民均健」的環境，是進步社會在經濟發展後的共同心願，而過去建置不足的醫療資源在這個目標下補足，回應國民對於健康照護期待的費用，並非代表國家在健康醫療的投入已臻歐美國家的水準。

研究指出，醫療費用成長主要是因新醫藥科技的發明，雖然高齡民衆相對花費較多醫療費用，實際是因大多數疾病都發生在此年齡層。過去，心肌梗塞、腦中風或癌症一發生大概就寫好後續的人生劇本，而今日只要及時就醫治療，不僅可救回生命，還可以維持良好的生活品質與家庭生活。由於這些疾病多發生在高齡者，因而顯得高齡者的醫療耗用特別高，然高齡者人數快速增加，

醫療費用更將快速攀升，並非健保費用的浪費所致。

每個醫療體系都存在效率與浪費的問題，台灣自不例外，但以低廉醫療費用能提供如此優質的服務，管理與浪費不見得是台灣健保最大的問題，也無怪乎 2008 年諾貝爾經濟獎得主克魯曼盛讚台灣健保是全世界最好的制度。不過，這也是健保發展的重大危機，雖然台灣健保得到許多國際讚賞，但絕大多數的肯定來自於經濟學家，其觀點都是台灣以低廉的費用提供優質醫療，高性價比的體系足為世紀各國學習，其他讚賞則來自國際觀光客，對於台灣就醫的便利與低價感到不可思議。然而，這樣的國際肯定是奠基於醫護血汗工作與低價醫療的成果，當民衆將此視為常態，加上政府強力管控健保費用時，醫療體系最終可能因此崩解，也非全民之福。真正評比健康照護品質的國際大數據研究，將台灣醫療品質評為全球四十五名，在政府提供資料溝通與更新後，隔年雖有進步，但確為落在日本、新

加坡與韓國之後的亞洲第四。台灣的醫療體系需要順應人口快速高齡化而調整，以降低慢性病終生失能與失智風險為最重要目標，這是國際評比醫療體系表現的主要價值，也是台灣在這項評比中落後的原因，費用與便捷並非醫療品質評比的要點。

肆、長照經費之合理規模

長照的經費規模一直都是爭論不休的議題，政府做長照保險規劃時預估年需一千一百億，長照 2.0 照顧對象更廣、服務層面更大，卻僅須規劃三百億預算。其中最大的差異在於服務對象，因重度失能而聘用移工看護照顧的二十五萬個長輩，以及入住長照機構（含安養護機構、護理之家與榮民之家）約十萬個案，這些最需要國家長照支持的個案，所能得到長照 2.0 的服務項目極少。移工看護與入住機構費用都是家人的支出（僅經濟困難者由政府補助），2019 年全國需要長照服務高齡長者

不到四十六萬，上述未能完整納入長照 2.0 服務的三十五萬人，已佔百分之七十六，換言之，長照 2.0 費用所照顧的對象變成是較輕度失能的個案，且只佔需要長照高齡者的四分之一，因此，費用規模自然縮小，然而，如此的政策規劃對於自費聘用移工或是入住機構的家庭極為不利，未能將資源用於最需要照顧的對象。

日本推動長照保險僅二十年，照顧費用在前十年由三兆日幣成長至十兆日幣，已因此提高消費稅的日本在財源窘迫下，大量縮減輕度失能者的照顧，將經費集中於重度失能與失智者，因為這些才是真正需要照顧的主體。

長照財源規劃在世界各國都是難解的議題，目前導入長照保險的國家以日本、韓國、德國與荷蘭為主，但這並非長照採取稅收制的理由，因為採取保險制的國家，醫療同採保險制，而採取稅收制長照的歐洲國家則是連醫療都稅收制，推動的是看診須排隊數月的公醫制，台灣所採用的混合制策

略較為費解，日韓高階官員以其規劃經驗，對台灣長照發展效能均感憂心。政府以遺產稅及菸稅作為長照 2.0 主要財源，至今長照費用執行都低於預期，政府不斷地開辦長照服務，甚至與健保可能重疊，部分也與社區老人文康活動雷同，持續增加的移工看護，或許也說明了人民的選擇。長照以生活照顧為主，是人對人的服務，費用成長的因素在於失能人口、失能程度與服務項目，長照費用不太會如健保因新醫藥科技而大幅上升。

台灣健保制度欠缺有效守門員與分級醫療制度，病患就醫自由造成醫療費用難以管控，醫師或醫院都難以減少醫療資源耗用，苦果就由全民共同承擔。與健保不同的是，長照是必須經過照管專員評估後核定，並非民眾可自行尋求服務的體系，加上眼前服務量能的不足，費用成長尚能有效管控。稅收制的長照若走入公務預算的申請、招標、補助、核銷、支付等行政流程，欠缺資本的服務提供者也難以承擔經

論述》專論 · 評述



營成本，長照服務也可能變成三天打魚兩天曬網。健保由於覆蓋率高，加上全民健保法的規定，商業保險僅針對健保不給付項目與差額支付，民衆對健保的依賴高於商業保險。然而，欠缺規模與服務質量的情況下，長照 2.0 服務便少成爲民衆的選擇，移工看護或機構照顧成爲首選。

伍、超高齡社會醫療與長照的因應策略

照護體系的設計應以人爲中心，制度不應以服務提供者的專業而切割，更需要整合既有資源成爲高效能的服務體系。健保實施前，已有各種醫療資源（如醫院與診所）與不同保險（如農保與勞保）維持體系架構，政府推動醫療網計畫讓醫療資源平衡分布，新設立的醫療院所可在醫療支付架構下運作，而長照體系的建立與醫療並不相同。現有長照服務體系，以護理之家、安養護機構、居家護理等等的服務較爲完整，但長照 2.0 是以社區與居家爲主，這些長照服務尚

未廣泛的在社區設立，照顧服務提供者更爲不足，所以長照發展需納入各種已存的資源，包括移工看護與住宿型機構，以民衆需要的各種服務作爲整體盤點與規劃，而非僅創造新的服務提供者。

長照的個案多爲多重慢性疾病導致的身心失能，個案需要照顧服務外，更需要醫療服務，與醫療脫鉤的長照完全不符需求，醫療若未在長照扮演積極角色，更多失能個案回到社區，也非長照體系能負擔，但「長照服務法」對於長照的醫護服務與照護整合不見著墨。美國雖無長照保險，但明確制定各專業在長照的角色，讓長照能跨越專業的整合，不是單獨建立照顧體系。

「長照服務法」將長照服務接受者定義爲「指身體或心智功能部分或全部喪失，致其日常生活需他人協助者」，包含身體失能、發展遲緩、精神障礙與失智個案，但後續的服務與福利整合則是新的挑戰。精神衛生法規定精神病患可依病情接受照護，包括門診、急

診、全日住院、日間留院、社區精神復健、居家治療等，然而，精神病患日間留院服務應採取健保日間留院「治療」或長照的日照進行「照顧」？此外，「精神病患居家治療標準」明定精神功能、職業功能或日常生活功能退化需居家照顧，也規定年老、獨居或無法自行就醫，需予以心理支持，或協助其接受治療者申請居家治療。然而，失智症患者常能符合以上規定，此時健保的長期居家治療與長照的居家醫護服務差異爲何？原本的長照十年計劃照顧對象清楚地針對未有特定法源保障的高齡者，而長照 2.0 擴大的服務對象卻與其他法令內容重疊，雖然福利有不重複請領的原則，但對於經費與服務需求的估計可能造成影響，所以，長照必須與既存各項福利進行跨部會的重整，而非單獨建置。

陸、結語

快速的人口老化趨勢是人類歷史上前所未見的現象，需用前瞻思維的眼光來進行規

劃，政策從規劃到立法通過與執行時，數年間老年人口又增加了數萬人，因此，政策規劃除了步步為營之外，更要具有前瞻性，不能用眼前的思維去面對未來的問題，而財務的規劃除了配合政策設計之外，更須要有前瞻性的思維帶動政策有更全方位的思考，欠缺整合而單獨建置的長照體系在效能上必定低下，也浪費現有既存資源。

參考資料

1. Chen LK. Population ageing is a global phenomenon, which affects both Taiwan and China. *Ageing Res Rev* 2010;9 Suppl 1:S1
2. Lin MH, Chou MY, Liang CK, Peng LN, Chen LK. Population aging and its impacts: strategies of the health-care system in Taipei. *Ageing Res Rev* 2010;9 Suppl 1: S23-7
3. Landi F, Liperoti R, Russo A, Capoluongo E, Barillaro C, Pahor M, Bernabei R, Onder G. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. *J Clin Epidemiol* 2010;63:752-9
4. Lu WH, Lee WJ, Chen LK, Hsiao FY. Comparisons of annual health care utilization, drug consumption, and medical expenditure between the elderly and general population in Taiwan. *J Clin Gerontol Geriatr* 2016;7:44-47
5. Hsieh PH, Lu WH, Pai TY, Cau CS, Wu CY, Hsiao FY. Characterization of patients with duplicated z-hypnotic use: A population-based study in Taiwan. *J Clin Gerontol Geriatr* 2016;7:60-63
6. Puska P. Health in all policies. *Eur J Public Health* 2007;17:328
7. Anell A, Glenngard AH, Merkur S. Sweden health system review. *Health Syst Transit* 2012;14:1-159
8. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017;390:231-266
9. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;291:2236-2271
10. Chen LK. Healthcare services for older people: From fragmentation to integration. *Hu Li Za Zhi* 2015;62:23-9.❖