

出國報告（出國類別：開會）

2015 年國際健康經濟學會第十一屆年會  
(11<sup>th</sup> iHEA World Congress)出國報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：劉淑清 技正

派赴國家：義大利-米蘭

出國期間：104 年 7 月 10 日至 17 日

報告日期：104 年 10 月 13 日

## 摘要

國際健康經濟學會（International Health Economics Association，簡稱 iHEA）成立於 1994 年，其使命為讓各國衛生健康經濟學者對國際間之衛生健康經濟領域間互相溝通，在健康和衛生保健系統於經濟學之應用，以促進更高的醫療保健水準，並幫助年輕的研究學者之繼續研究。該會每 2 年舉辦一次有關健康經濟及衛生政策相關領域之國際學術研討會，台灣已連續參加多年。

台灣全民健保自 1995 年開辦，至 2015 年恰逢成立 20 年，台灣的全民健保是一個就醫便利性、低廉的保費及高水準的醫療品質及高滿意度的保險，台灣全民健保的成就，成為各國稱羨及學習的對象。惟，在面臨有限的醫療資源、醫療費用支出上升、人口老化問題嚴重下，能以便宜的保費即能享受高醫療品質的照護，或許造成醫療工時增加，醫療人員生活品質變差，亦或是造成目前五大科(內、外、婦、兒、急診)醫師及護理人力流失之一大因素，為避免五大科醫護人力流失日趨嚴重，希在他國人民稱羨的全民健保下，我國於醫療政策及醫療改革時，亦能將醫護人員短缺的問題作為考量，及教育民眾導正其就醫習慣，讓明日的全民健保能永續經營外且能更好。

我國與日本之社會生活習性等類似，其中人口老化嚴重情形更是相同，日本於 2000 年已實施長期照護保險，雖日本之平均餘命及壽命遠高於其他國家，惟其醫療費用支出亦相對較高，造成醫療財政很大負擔。我國 2011 年 65 歲以上人數占 10.74%，至 2025 年 65 歲以上人數將達 20%，有鑑於此，我國「長期照顧服務法」於 2015 年 5 月 15 日通過，訂於 2 年後實施。謹以日本之長期照護保險法實施後所造成之醫療財政緊縮及醫療人力不足之資料，供我國未來長期照顧服務法或長期照顧保險法之經費來源籌措及人力配置之各項參考，且對於未來人員之培訓或配置，建議將納入考量，以維全民之福利。

本次會議議程包括 2 場前置會議、3 場全體會議、364 場分組會議及 75 篇海報展示，另受邀參加台灣晚餐會議「台灣全民健康保險 20 週年:成就及挑戰」。本次會議專題演講議題非常廣泛，尚無法全部參加，因此挑選以參加我國全民健保 20 週年之經驗分享及日本長期照護保險議題等為主，以下報告亦以分享此二項主題，藉由參與此類國際相關研討會，汲取他國經驗，供我國醫療保險制度之參考。

## 目次

壹、目的.....	1
貳、過程.....	1
一、概述.....	1
二、會議專題摘要.....	2
三、台灣晚餐會議 .....	11
參、心得及建議 .....	13
附錄 參加會議照片.....	14

## 壹、目的

國際健康經濟學會(International Health Economics Association , iHEA)成立於 1994 年，任務是促進國際間有關醫療經濟面可互相溝通的一個專業學術組織，以提升健康經濟學者的研究與交流，並將醫療衛生、健康照護與健康經濟學互相應用之學術研討，並協助年輕的研究人員繼續研討之機構。國際健康經濟學會每 2 年定期舉行一次，並邀請世界各國醫療經濟衛生學者參加，提供一個國際間互相學術交流之平台。

此次國際健康經濟學會，包含醫療衛生政策、醫療改革、醫療品質、長期照護等多方面領域之學術發表，可以了解各國健康照護體系面臨的問題，汲取各國對於各項醫療衛生政策、醫療改革、醫療品質之經驗，並能供我國醫療衛生政策之參考。

## 貳、過程

### 一、概述

本(第 11)屆大會於 2015 年 7 月 12 日至 15 日在義大利米蘭博克尼大學(University Bocconi)舉行，主題為「健康經濟學與營養 (Health Economics and Nutrition)」。

開幕會議由博克尼大學校長致詞，致詞內容簡述如下：「本人很高興並且歡迎所有參加第11屆國際健康經濟學會年會與會貴賓。本人很自豪學校能舉辦這樣一個高水準的會議，並深刻了解健康經濟學的重要性及支持研究和創新領域的必要性。憑藉健康經濟學者的領導及各專家持續討論的研究，我相信，這個會議是發人深省的，在您的研究和學術討論對於此次大會的主題是很有幫助的。此次邀請與營養健康有關之醫療衛生經濟學家為此議題討論，除了參加此次會議之外，也希望你能參觀這城市及景點。且米蘭在這個月有世界博覽會，主題為“滋養地球，生命的能源”。我相信，除了參加會議從中獲益外，你將有機會欣賞到米蘭在這一時期特殊的氣氛。」。

本次會議議程包括 2 場前置會議(Pre-Congress)、3 場全體會議(Plenary)、364 場分組會議(Session)及 75 個海報(Poster)展示。(相片詳附錄)

## 二、會議專題摘要

本次會議之研究報告及議題非常廣泛及會議場次亦非常多，在無法每場均全程參與下，以下係本人謹就參與台灣以全民健康保險 20 週年相關議題及日本長期照護相關議題做摘要，摘錄重點如下:(網址：<http://ihea2015.abstractsubmit.org/schedule/>)

台灣的全民健康保險 (NHI) 開始於 1995 年，於 2015 年滿 20 週年，台灣的全民健康保險是單一保險人之社會保險，整合數種社會保險(農保、公保、勞保等)，並將當時約 43%無醫療保險之人口納入。

台灣全民健康保險提供了全面的醫療，包括門診醫療、住院醫療、牙醫及中醫。在醫療服務面，台灣的醫療衛生體系是市場導向，表現了我國自由經濟，也證明了醫療服務的多元化。以醫院權屬別來看，公立醫院佔所有病床的 35%，私人醫院佔 63%。多年來，醫院已經發展大型門診部，並有足夠的門診量及病床，被保險人可享有自由就醫，故易造成醫療的過度使用。

全民健康保險收入主要以被保險人之薪資為費基的保費收入 (僱員和雇主)，另有 2%的補充保費及菸捐費等收入補貼保費。在 2013 年，健保花費了大約 4,920 億新台幣 (164 億美元) 於醫療支出，佔國民醫療保健支出(NHE)約 52%，NHE 佔台灣的 GDP (國內生產毛額) 6.6%。衛生福利部中央健康保險署 (NHIA)(以下簡稱健保署)在過去 20 年有效的運用各種醫療支付改革方式以減少醫療支出，從 1998 年起逐步實施總額預算(牙醫門診總額、中醫門診總額、西醫基層總額、醫院總額等)，醫療費用支付者與醫療供給者，就特定範圍的醫療服務預先協商，訂定未來一年內健保支出總額。

### (一)議題:支付改革在成本控制和醫療照護品質的影響-以台灣的全民健康保險來看

(The impacts of payment reform on cost containment and quality of care: Evidence form Taiwan,s National Health Insurance(NHI)program)

主講者:鄭守夏教授(台灣大學健康管理政策研究所) Presenter: Shou-Hsia Cheng  
(National Taiwan University. Institute of Health Policy and Management)

摘要:

台灣於 1995 年 3 月 1 日開始施行全民健康保險，被保險人享有就醫方便之照護醫

療，最初是以論量計酬支付(fee-for-services payment)支付醫療費用。為控制醫療成本及提高醫療品質，健保署實施了多項醫療支付改革方案，如論質計酬、總額預算、慢性疾病整合照護計畫及論人計酬等，本研究旨在說明論質計酬方案與成本控制和醫療品質的影響。

台灣之論量計酬支付係屬支出上限制，健保署之下分六個業務組(台北、北區、中區、南區、高屏、東區)，而六個業務組有事前的區域基本預算，事後有以浮動點值計價費用，並以一季計算費用。其預算決定以前一年支出費用及人口、年齡結構等因素而調整，其點值形成(轉換因素)即浮動點值=支出上限/量\*價。

在微觀層面上，健保署在 2001 年實施特定疾病論質計酬，論質計酬係以獎勵方式支付費用以提供具體的醫療品質服務。經證據顯示，實施論質計酬方案有較好之醫療品質，如糖尿病、氣喘、肺結核能有更好的治療效果。研究顯示，論質計酬方案亦可遏止醫療費用一定程度的成長。然而，論質計酬方案較易有“cherry picking”(找好治療之病人)之傾向及面臨其獎勵太少而誘因不足，及評估品質的工具可信度。

台灣的論質計酬(P4P)-開始於2001年試辦乳癌、子宮頸癌、糖尿病、結核病與氣喘等五大疾病的論質計酬，2003年開始又陸續施行慢性B、C型肝炎治療試辦計畫、高血壓論質計酬(診所)、高血壓論質計酬(醫院)、精神病醫療給付改善方案(於2014年更名為思覺失調症醫療給付改善方案)、初期慢性腎臟病 I、II、IIIa期改善方案及Pre-ESRD(末期腎臟病前期病人照護與衛教計畫)。

以糖尿病來說，糖尿病是一種高發生率且易導致併發症的長期慢性疾病，世界衛生組織預估至 2025 年全球將有 3 億 3 千萬名糖尿病患，根據台灣 2007 年統計，糖尿病盛行率已達 9.2%，約每 10 人就有 1 人罹患糖尿病，其中尤其以 65 歲以上男性最為嚴重，其盛行率上升到 28.5%，且呈現逐年增加情形，醫療費用亦呈現逐年上升，因該疾病帶來的經濟負擔，使得健康政策需要採取積極的策略以減少糖尿病對個人健康與生命的威脅。

2001 年底台灣實施「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」，結合共同照護及論質計酬的慢性病照護模式，建立以整體性及連續性為原則之支付制度，且於 2007 年 1 月起糖尿病試辦方案新增血脂(Lipid)及糖化血色素(HbA1c)監測指標並建立獎勵評比制度，並於 2012 年 10 月 1 日正式將此「糖尿病論質計酬」方案導入「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第八部品質支付服務第 2 章糖尿病。

研究顯示，加入糖尿病論質計酬方案者，在醫療照護面，門診次數及費用雖為增加，但在住院與急診的次數及費用明顯為降低。以累計糖尿病總醫療費用來看，加入改善方案病患持續就醫 3 年總醫療費用顯著減少，住院費用也顯著減少，顯示完整照護計畫以及持續且固定回診是照護成效的重要關鍵。未來將繼續提高糖尿病論質計酬參與率，對於危險因子的測量調整、鼓勵持續改進健康結果。

從宏觀層面看，我國於 2002 年開始全面實施總額預算，最早於 1998 年實施牙醫門診總額，1999 年實施中醫門診總額，2001 年實施西醫基層診所總額，2002 年實施醫院總額，以遏止醫療費用的成長。醫療提供者面對新的總額預算制度實施，加上醫療提供者的財政壓力，進而醫療提供者改變他們的醫療行為。經證據顯示，醫療服務提供者傾向以增加病患診斷和醫療服務的收益最大化申報費用。但，基本上，總額預算是有效的控制醫療費用，但醫療品質是有些降低。總額預算的評值，以支出成長控制顯示，牙科的支出成長控制較有成效，對於藥物的支出成長較無成效，對於藥物服務量、治療的強度、藥物費用均為增加。

我國與韓國在歷史文化、社會經濟發展過程上相近，醫療保險體系的發展過程亦相似，均先以員工為對象開始實施健康保險，擴大為全民保險的單一保險人制度，以減少行政費用、提升醫療服務品質及效率。

以台灣之醫療保健支出(NHE)與南韓醫療保健支出成長率比較顯示，兩國醫療保健支出成長趨勢比較，兩國醫療保健支出都呈現逐年增加趨勢，其 GDP 成長或許與人口高齡化有關。

台灣與南韓醫療保健支出(NHE)成長率比較

西元年	南韓			台灣		
	1991	2001	2011	1991	2001	2011
GDP/人(USD)	7,280	10,655	22,424	9,008	13,147	20,006
NHE/人(USD)	281	528	1,652	401	773	1,326
NHE/GDP(%)	3.9	5.0	7.4	4.5	5.9	6.6

對於未來方向，住院方面將繼續推動 DRG 支付制度，門診方面將推行論人計酬支付制度，並推廣以病人為中心門診整合照護〔多重慢性病(MCC) 整合照護〕以遏止醫療支出成長併兼達醫療品質，為使全民健康保險永續經營，持續地醫療支付改革是必需的。

## (二) 議題:台灣全民健康保險制度的公平表現- 20 週年經驗

(Equity performance of Taiwan' s NHI system - A 20-year journey)

主講者:盧瑞芬教授(長庚大學醫務管理學系)( Presenter: Jui-Fen Rachel Lu (Chang Gung University. : Dept. of Health Care Management)

摘要:

台灣的全民健康保險是一個就醫方便及付得起保費的保險，而醫療決策者亦特別關注醫療服務、財政負擔及醫療系統之成效，對於醫療各方面之公平性而言，以卡克瓦尼指標(Kakwani index) 和水平不平等指標( Horizontal Inequity Index)來評估台灣全民健康保險制度在其 20 年的成果。整體而言，從 1994 年至 2012 年的健保財政趨勢分析，顯示全民健康保險的財政是逐年衰退。而在 2012 年台灣的健保財政稍微進步，茲因增加收取補充保費及 2010 年的保險費率提高的結果。

以台灣的全民健保健康照護效率及效用顯示，因病人可自由就醫，造成病患有逛醫院行為(Doctor shopping)，2013 年台灣人民平均就診次數約為 12 次，比 OECD 國家高出 48%，以至於大型醫療集團發展大型門診部門，且醫院為了升級，可得到較佳的醫療申報費用，醫療機構的平均床數從 1986 年的 85 床擴大到 2013 年的 271 床，以至於健保醫療支出不均勻，大多由大型醫院吸收了較多的醫療費用。

台灣於 1995 年實施全民健康保險後，提高了民眾就醫可近性，為使醫療資源能有效的運用，建立了分級醫療與部分負擔制度，愈高層級醫院部分負擔愈高，所得較低的民眾，可能因而為減少支出而減少使用醫療服務。從在醫療服務使用的公平性上顯示，西醫、中醫、急診、住院等醫療項目每人平均使用次數均逐年上升情形；在醫院層級方面，醫學中心與區域醫院的平均使用次數亦呈現逐年上升的情況，而在地區醫院與基層診所的平均每人使用次數有逐年減少的現象。以 2009 年全民健康保險資料庫調查結果顯示，使用三種類型的門診服務（西醫、中醫和牙科），牙科門診是消費更多，相比之下，住院是較減少之趨勢，但在急診使用無差異。在預防服務的檢查方面（包含 HbA1c 和血脂，健康檢查，及注射流感疫苗），顯示有偏高的情形。住院和急診為偏低，但牙科服務量呈現偏高傾向，主要影響因素為經濟因素。

對於 12 歲以下兒童各醫療項目的使用次數之公平性，顯示兒童在西醫門診(不含預防保健)的使用次數，每人一年使用次數約為 14 次，顯示偏高，牙醫的利用次數約為 1.4 次，顯示亦偏高。在醫院部分，急診的使用機率顯示呈現偏高情況，住院醫療

利用無論是利用次數亦或使用機率，均無不公平性情形，整體而言，以主要照護者的教育程度和所得因素對於兒童醫療使用的影響最多。

對於 65 歲以上的老年人在醫療照護的使用情形及公平性，顯示老年人於預防保健、接種流感疫苗及牙醫門診的使用次數顯示有偏高情形，以 65 歲以上老年人所得及教育程度是影響醫療使用不公平性的兩大因素。

總體而言，台灣的衛生健康系統的醫療公平性是令人滿意的，全民健康保險對提高醫療服務品質和減輕財政方面是扮演很重要的角色。

### (三) 議題:預防性長期照護有用嗎?從日本的一個小城市的微觀資料實證

(Does preventive long-term care works?: An evidence from micro-based data in a small city in Japan)

Presenter: Mayumi Imahori (Waseda University. Graduate School of Economics)

摘要:

到目前為止，日本的醫療體系似乎是很成功運作，然而，一些統計數據顯示，醫療保健系統在日本的財政將受到威脅。日本 65 歲以上人口從 2015 年的 3,395 萬人，至 2025 年將增加至 3,657 萬人，當這些嬰兒潮時代人口成為 75 歲以上時，2042 年 65 歲以上人口將高達 3,878 萬。在另一方面，勞動年齡人口（15-64 歲）將萎縮，從 2015 年的 7,681 萬到 2025 年降為 7,084 萬，2042 年更降為 6,773 萬人口。

日本人口老化趨勢

	2015 年	2025 年	2042 年
65 歲以上人口(萬)	3,395	3,657	3,878
14-64 歲人口(萬)	7,681	7,084	6,773

在 OECD 國家中，日本醫療保健支出在 GDP 增加率為最高，在 2005 年的 8% 至 2010 年的 10%，增加了 2%。此外，日本財政赤字主要是由社會保險支出，在 2013 年增加成為 10.46 億美元，超過國內生產總值的兩倍（約 4.9 億美元），成為世界上最大赤字的財政負擔。日本全民醫療保健制度，因嚴重人口老化和嚴重預算赤字問題，對於醫療資源有效再分配之醫療改革迫在眉梢。

世界衛生組織於 2015 年發佈之報告顯示，2014 年日本女性的平均壽命為 86.8 歲，男性為 80.5 歲，均刷新了歷史最高紀錄，日本人成為全球最長壽人群。由於日本人口的迅速老化，於 2000 年時推出長期照護保險 Long-Term Care Insurance (LTCI)，這一制度是合併老年福利制度和老年保健醫療制度。需要長期照護 (LTC) 的老年人的比

例從 2000 年的 11.3% 上升到 2012 年的 17.6%，長期照護的需求一直在增加，成為一個嚴重的社會問題。除老年人的醫療消費和醫療費用負擔很重之外，人口出生率下降，勞動人口比重也在下降，致社會負擔越來越重，因此創立了長期照護保險制度。

在同一時期中，需要長照者之中較不嚴重但需日常照護之人數從 13.3% 的約 29 萬人增加至 26.3% 的 140 萬人。於 2006 年，厚生部將預防保健項目加入長期照護保險(LTCI)，成為預防性長期照護服務 Preventive Long-Term Care(PLTC)，以改善老人之生活品質，如每天運動、體力訓練、營養教育等，志願者在社區工作，由地方政府管理。

長期照護預防服務 (PLTC)	目標族群	內容
原發性預防	一般老年人	失智老人門診照護服務等
續發性預防	需要長期照護老人	居家照護服務、日間照護服務

這項改革是朝向預防高風險的老年人變為更嚴重，而長期照護保險(LTCI)也讓財政負擔更沉重。這項研究的主要目的是：(1) 釐清有哪些老人加入長期照護方案 (2) 評估影響健康狀況的項目。結果顯示，在預防保健來看，短期老年人的健康狀況，預防保健可能是無效的，相較其他健康照護，老年人的長期照護是非常重要的照護。

厚生部目前正在試圖降低長期照護費用，並從國家財政轉移到地方負擔，地方政府將預防更嚴重的人口老化。研究顯示，長期照護預防服務在短期較無效益，然而，長期而言，對人們的健康狀態及國家和地方財政負擔是有幫助的。

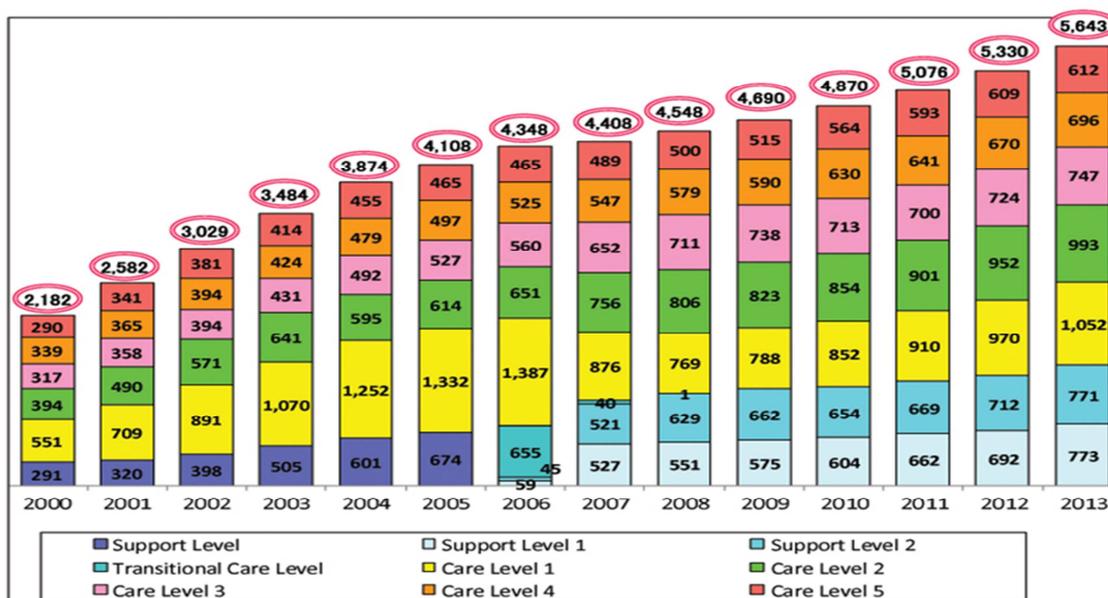
#### (四) 議題四: 日本長期照護保險當前問題

摘錄自 <http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/005.html>

摘要:

日本長期照護保險法於 2000 年頒布後，很快的發現其預算不足以去支付長期照護的費用。在圖表顯示需長期照護人數從 2000 年的 218 萬人至 2013 年的 564 萬人，成長超過 140%。需要照護者數字也從 2000 年 9 月的 149 萬人(52 萬在機構照護與 97 萬在宅照護)至 2013 年 9 月的 480 萬人 (88 萬在機構照護、356 萬在宅照護與 35 萬在社區照護)。財政支出持續的成長從 3.6 兆日圓(2000 年)至 8.2 兆日圓(2011 年)。

日本需長期照護人數圖



Source: Report on the Status of Long-term Care Insurance, etc.  
 Notes: Data are of April each year. Due to the Great East Japan Earthquake, 11 and 3 municipalities data are not included in the data of 2011 and 2012, respectively.

資料來源：長期照護保險現狀報告

記錄：資料為每年四月。因為日本東北地方太平洋近海地震，11個和3個市町村的各別資料未收錄在2011和2012的資料當中。

在這樣的情況下長期照護保險進行了多次審查與改革，2011年近期改革的目的是構建一個綜合社區照護系統，提供包含醫療照護、長期照護、預防、居住和生活配套服務，以達到可持續發展及與利益之間之平衡關係。

日本長期照護保險法修訂重點朝向：(1) 加強健康和長期照護之間的合作 (2) 有固定的人力資源以維持長期照護和提高服務品質 (3) 改善老人的住處 (4) 支持失智患者的改善措施 (5) 加強保險功能 (6) 降低保險費。

日本長期照護保險制度最初制定之目的是幫助老年人能生活的更好，即使老人進入需要長期照護的情況，亦能讓老人能於熟悉的環境下接受治療。為達成此目的，於2005年修訂長照保險法，讓市町村建立社區照護服務結合社區綜合服務以得到更好的服務。但這目標並沒有實現，因為有許多問題，例如老人在熟悉的社區中沒有相關適合的照護服務，導致老人雖然只需居家照護，但必須進入另一照護機構，醫療機構之間缺乏合作，或照護機構、居家照護人員與老人友善型住房的數量不足。

社區綜合照護被定義是一個以社區為中心，提供各項支持服務，包括醫療保健、長期照護、預防、住房和生計支持。社區範圍通常為30分鐘內可被訪視的範圍，這範圍幾乎和一個國中差不多大小。為了建立這個系統，中央和地方政府都參與協調所有

相關計劃，讓生活在此熟悉社區中的老人能盡可能住得長久，從以下五個方面分別設立：(1) 加強與醫療機構的合作 (2) 在長期照護中改善及提高老人之活動性 (3) 促進預防 (4) 生計支持服務，例如提供膳食服務或協助家務 (5) 建立和改善老年型住處。

照護者的數量因長期照護保險制度開始而有所增加，並從 2000 年的 55 萬人大幅增加到 2010 年約 133 萬人。雖然數量有增加，但照護者仍是長期的人力資源短缺，而所需的服務仍持續增加。必要的人數與改善他們的工作環境被認為是一大挑戰。基本上大多數照護者是女性，雖然大部分員工為全職員工，但在居家照護中之照護者是兼職居多。為了改善他們的工資，部門採取了幾項措施，如額外支付長期照護機構以改善工作條件。照護提供者如果能改善計劃中之所需的就可得到額外的款項。

護理之家是為了照護 ≥65 歲因身心方面失能需持續照護的日托設施，這項服務主要由長期照護保險金所提供。老年失智之家是由長期照護保險金所提供之居家環境供眾多失智病人一起接受關懷和支持的場所，每一處約由 5-9 人所組成。老年護理之家為經濟能力不允許的老人提供住院方式的場所。此外中等費用之家提供老人居住及支持服務包含消費低的餐點。

近年來越來越多老年自付之家由私人機構所提供，這被認為是為了老人所作的房屋設施而非社會保險設施。當老人入住了這收費的房屋後，他們自己必須支付全額的費用，有時會導致雙方陷入財務的困境。在 2011 年由私人機構提供的老人之家需在縣內登記，登記的條件包含 (1) 住宅樓面面積需要 ≥25 平方公尺與無障礙設計 (2) 提供的服務需包含安全保護和日常生活諮詢。(3) 對於長期住院之老人做額外考量等。

從 1986 年開始厚生部發展銀髮屋 (silver housing) 政策。這是一個為了 ≥60 歲單身和已婚伴侶的集中住宅，有生活輔導顧問在此處提供輔導、諮詢、安全確認、臨時家庭幫助和緊急處理。也有專為低收入戶和老年人或殘障人士之公用住處。

老年住處服務概要表

	老年重症護理之家	老年失智之家	老年護理之家	老年中等收費之家	老年實支實付之家	老年居家照護
法源依據	老人福利法、長期照護保險法	老人福利法、長期照護保險法	老人福利法	老人福利法	老人福利法	高齡者居住安全確保相關法律
基本特色	需長期照護的老人照護機構	失智老人的共享房屋	經濟能力不允許的老人照護機構	低收入老人的照護機構	專為老人的房屋	專為老人的房屋
設立機構	地方政府、特別福利組織	商業組織	地方政府、社會福利組織	地方政府、社會福利組織、經認可的組織。	商業組織	商業組織
住宅樓面面積	10.65 平方公尺	7.43 平方公尺	10.65 平方公尺	21.0 平方公尺	13 平方公尺	25 平方公尺

資料來源:日本厚生勞動省(2013)。日本現況與未來長期照護保險系統方向：重心在老人住處

厚生部在 2012 年實施了"未來失智協助方向"，這計畫指出即使人們患有失智，盡可能創立一個有尊嚴的社會和讓人們居住在熟悉環境的社區。為了達成此目標，厚生部改變新的計畫，改變失智患者必須待在醫院或相關機構之固有照護文化。這計畫包含為失智患者發展新的標準照護方式、早期診斷和治療、在社區中有適當的保健和長期照護服務並加強失智患者和他們家人的生計支持及人員培訓。

在 2005 年所創立的老年虐待防護法是為了尊重老人的尊嚴、虐待預防、被虐待者的保護。這法律定義老人虐待包含由家屬和照護者所作的虐待行為。尤其市町村是主要負責執行老人虐待的預防計畫，而各縣扮演聯絡與協調的角色、收集和提供資訊及設備。

下列項目係作為老人虐待預防計畫的基本觀點：1.協助老人虐待的預防及到被虐待者。2.尊重老年人自己所做的決定。3.積極預防老人虐待的發生。4.早期發現與保護。5.老人與照護者的支持。6.相關機構的協同與合作。

### 三、台灣晚餐會議

此次台灣晚餐會議(Taiwan Dinner)係由美國普林斯頓大學(Princeton University)鄭宗美(Tsung-Mei Cheng)教授所主辦，於 7 月 13 日晚上 6 點舉行。今年的議題是「台灣的全民健康保險 20 週年：成就與挑戰 (20-year of Taiwan's National Health Insurance: Achievements and Remaining Challenges)」，邀請健保署李副署長丞華演講，摘錄重點如下：

台灣全民健康保險於 1995 年 3 月 1 日開辦，係屬強制性之社會保險，屬單一保險制度(把原來公保、勞保、農保的健康保險，整合為全民健康保險制度)，並把原本 40% 未納入保險的民眾加入全民健保，達成全民納保的目標。

全民健康保險之保險費收入來源，政府占 36%、被保險人占 35.45%、雇主占 28.55%。被保險人以投保薪資為費基收取保險費及收取補充保險費，另亦有部分負擔之收費制度。大多數之醫院及診所均有加入全民健康保險，並以總額預算制度下支付保險費於醫療提供單位，醫療費用申報以電子化處理。2014 年保險費支出情形，醫院占 60.6%(門診 37.3%、住院 32.3%)、基層診所占 18.7%、牙醫占 7.0%、中醫占 3.9%、其他占 0.8%。

全民健康保險在就醫公平性、提供有效之醫療、醫療資源合理分配都是台灣之當前成就，在就醫公平性方面，被保險人均享有門、住診醫療服務、外科手術(含器官移植)、藥物治療(包含血友病、孤兒用藥)、X-RAY 檢查、實驗室檢查(包含 CT、MRI、PET)、牙科(排除植牙)、中醫、精神疾病日間照護、洗腎、呼吸器使用之長期照護。在提供有效之醫療方面，台灣在 GDP 6.6% 下，以很少的醫療費用，卻可享有高品質的醫療服務及高的滿意度。而美國的 GDP 17%，為臺灣的 3 倍，醫療費用卻是臺灣的 5 倍以上。以病患等待時間來看，台灣全民健保，眼科白內障手術，病患等待時間為僅為 11 天、膝關節置換術為 17 天、髖關節置換術為 12 天。而在醫療院所密集的英國，若不經過轉診過程，無法直接到醫院就醫。至於有商業醫療保險的美國，也有 15% 以上的民眾，因貧窮買不起任何醫療保險。而據調查，臺灣民眾不僅到醫療院所平均只需 18 分鐘，且可以自由選擇就醫院所。在醫療資源合理分配方面，圖示如下：

使用者類型	醫藥花費 NT\$	等價
每人	26,367	1.0
先天性疾病	181,249	6.9
癌症病患	137,950	5.2
肝病或肝硬化	143,457	5.4
洗腎病患	580,177	22.0
呼吸器使用病患	744,597	28.2
血友病	3,251,811	123.3

資料來源:2014 年健保署資料庫

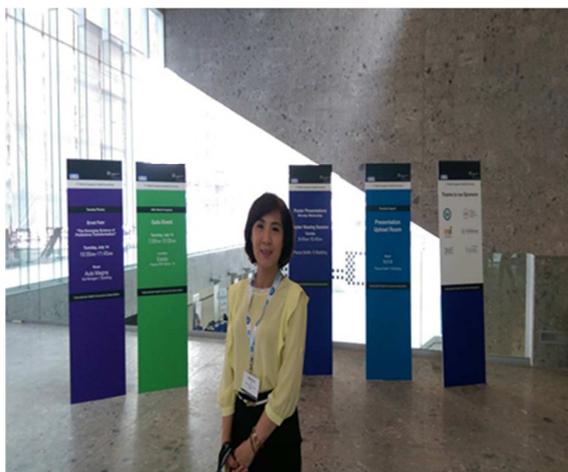
對於全民健康保險未來挑戰而言，在面對新興高科技昂貴醫療、健保財政之持續性、醫療給付改革及投資健康，都是未來將面臨之挑戰，在面對新興高科技昂貴醫療，除獎勵各醫療照護外，更需要突破革新，如大藥廠的市場權力及低價格的市場壟斷，2006 年的資料顯示，學名藥市場已達到新臺幣 450 億，預期將持續成長。而健保財政持續性挑戰，台灣人口老化現象，於 2012 年 65 歲以上人口佔 11.2%，至 2025 年 65 歲以上老年人口約佔 20%，且新醫療科技不斷提升，2014 年健保醫療支出為 5,600 億，預估至 2030 年健保將支出 9,100 億。為因應持續增加之醫療費用，於 2006 年提高菸品健康福利捐以增加保費收入，又於 2013 年實施二代健保收取補充保費，得以讓全民健保永續經營。在醫療給付改革與提供高靈敏、高品質之監測系統之挑戰，以包裹式醫療給付取代分項醫療給付及定期協商醫療支付價格，提供系統性的疾病品質監測，並以總額給付方式取代以量制價。而在投資健康方面，對於失眠的、焦慮的被保險人教導身心理放鬆，對於肥胖的被保險人教導體適能或體重控制，對於有吸菸之被保險人教育戒菸訓練，對於疾病能早期篩檢早期治療都是對於投資健康一個重要的因素。

結論：台灣全民健康保險之方便就醫、可負擔得起的保費、高品質的醫療及高滿意度，都是台灣全民健康保險之成就；而快速的人口老化帶來醫療花費的急遽成長，將是未來之挑戰，將朝向高科技醫療技術及持續的醫療支付改革及朝向投資健康而非僅是醫療保健，未來的全民健康保險仍是需要繼續向其他國家學習，並需要注入大量人才與腦力激盪來永續全民健保。

## 參、心得及建議

- 一、本人有幸能參與此次國際健康經濟學會國際會議，汲取各國有關醫療保健、醫療經濟、長期照護等議題之研討，也了解不僅僅是只有台灣面臨人口老化、醫療支付制度、醫療財政不均等之問題，甚至日本更是因長期照護保險陷入嚴重醫療財務危機。藉此次學習經驗，更能深入了解我國醫療保健、醫療支付制度、醫療品質及長期照護等新資訊，對於個人於職場工作上顯有極大之助益與成長。
- 二、此次會議中，我國有一場以「台灣的全民健康保險 20 週年」之議題報告，分別以健保支付制度、藥品費用的政策、醫院的市場結構及健康照護利用之四個專題介紹，參加此場會議之國際人士非常之踴躍，幾乎是爆滿，顯見台灣的醫療保健及醫療制度，在國際上是多麼令人稱羨與學習，為能讓我國之醫療保健永續經營，希望台灣能在有限的醫療資源下，共創健保奇蹟，永續經營。
- 三、台灣的醫療保健支出僅占 GDP 6.6%下，全民即能享有便宜的保費，高醫療品質的照護，是多麼令國際上稱羨與學習，惟，在高的醫療品質、低廉的保費下，或許造成醫療工時增加，醫療人員生活品質變差，亦或許造成目前五大科(內、外、婦、兒、急診)醫師及護理人力流失之因素，為避免醫護人力流失日趨嚴重，希在他國人民稱羨的全民健保下，我國於醫療政策及醫療改革之時亦能將醫護人員短缺的問題作為考量及教育民眾，導正其就醫習慣，珍惜醫療資源，讓明日的全民健保能永續經營。
- 四、我國與日本生活社會習性等類似，其中人口老化嚴重情形更是相同，日本於 2000 年已實施長期照護保險，雖日本之平均餘命及壽命遠高於其他國家，惟其醫療費用支出亦相對較高，造成醫療財政很大之負擔。我國 2011 年 65 歲以上人數占 10.74%，2025 年將進入超高齡社會，65 歲以上人數將達 20%，有鑑於此，我國「長期照顧服務法」已於 2015 年 5 月 15 日通過，將於 2 年後實施，受益對象為 65 歲以上長者、55 歲以上原住民、50 歲以上身障者，一年約需經費 50 億元。而「長期照顧保險法草案」已於 104 年 6 月 4 日函送立法院審議中，一年約需經費 1,100 億。謹以日本之長照保險後所造成之醫療財政緊縮及醫療人力不足之資料，供我國未來長期照顧服務法或長期照顧保險法之經費來源籌措及人力配置之各項參考。且對於未來人員之培訓或配置，建議納入考量，以維全民之福利。
- 五、為讓台灣之全民健保能永續經營，及台灣之醫療照護品質及衛生保健等議題能繼續在國際間與他國有溝通之機會，此類醫療衛生健康經濟議題之國際會議是有助於同仁增長見聞及學習各國醫療保健等經驗，建議鼓勵同仁們繼續參加國際會議以增廣見聞，亦建議此國際議在台舉辦更增我國之能見度。

## 附錄 參加會議照片



報到



開幕會議



開幕典禮-歌劇



會場



台灣晚餐會議



與主講者鄭守夏教授(中間)合影