



國泰人壽
Cathay Life Insurance

2026

國泰人壽 | 2026 保戶健康年報



國泰人壽
Cathay Life Insurance

目錄

摘要	3
第一章：保戶人口組成	4
(一) 保戶以青壯年族群為主，女性多於男性	4
(二) 高齡保戶人口占比持續提升	5
第二章：保戶死亡與預期壽命	8
(一) 全死因死亡率	8
(二) 平均餘命	11
(三) 十大死因	13
(四) 健康平均餘命	21
(五) 健康負擔分析：生命年數損失與失能年數損失	21
(六) 事故傷害死亡分析	26
(七) 可避免死亡率	30
第三章：保戶疾病發生情形	36
(一) 全癌症發生率	36
(二) 十大癌症發生	39
(三) 癌症存活率	44
(四) 其他主要死因之疾病住院發生率	47
(五) 精神疾病住院發生率	49
第四章：保戶醫療利用與照護品質	52
(一) 醫療利用	52
(二) 醫療品質指標	58

第五章：醫療與照護財務準備專章	62
（一）從死亡距離觀察生命末期自費醫療支出	62
（二）自費醫療支出高度集中於生命最後數年	64
（三）結合生命表，推估終生自費醫療期望支出	65
（四）高齡階段的財務需求由醫療延伸至照護	67
（五）醫療與照護共同構成終生健康財務需求	69
第六章：方法學	72

保戶健康年報

2025年 保戶平均壽命 **84.31** 歲

健康餘命 **71.49** 歲

15%

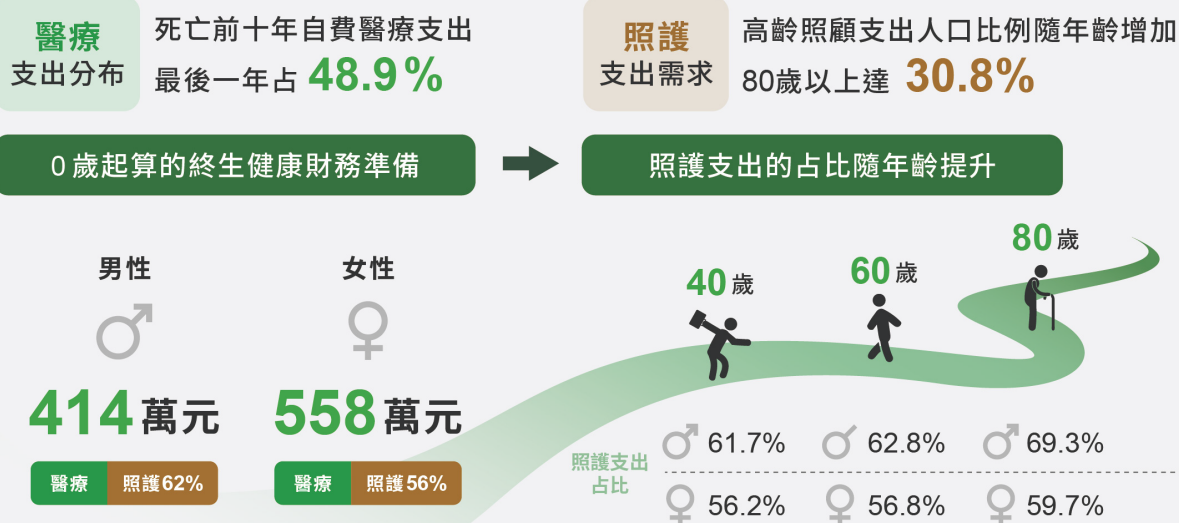
受疾病或失能
影響的時間



疾病不只會減損生命，也奪走健康時間



健康損失不只奪走時間，也轉化為財務支出



第一章：保戶人口組成

保戶群體之性別與年齡組成與其所面臨之健康風險息息相關，本章節將透過性別占率、人口金字塔組成、三階段年齡人口占率（分為幼年 0-14 歲、青壯年 15-64 歲及老年 65 歲以上）、老化指數等指標，呈現保戶人口組成與成長趨勢。

（一）保戶以青壯年族群為主，女性多於男性

2025 年國泰人壽主、附約被保人共計約 769.50 萬人，以此為計算基礎（下文同），約占全國總人口 33.0%。其中男性約 362.88 萬人（47.2%），女性約 406.61 萬人（52.8%），女性多於男性。全保戶平均年齡為 45.6 歲，男性為 44.0 歲，女性則為 47.0 歲（表 1-1），保戶平均年齡略高於全國。

表 1-1、2025 年保戶與全國性別及平均年齡統計

性別	國泰			全國		
	人數	佔率 (%)	平均年齡 (歲)	人數	佔率 (%)	平均年齡 (歲)
男性	3,628,815	47.2	44.0	11,462,401	49.2	43.1
女性	4,066,147	52.8	47.0	11,836,731	50.8	45.3
合計	7,694,962	100.0	45.6	23,299,132	100.0	44.2

國泰保戶及全國人口皆呈現中段較寬、兩端較窄的型態，人口主要集中於青壯年（15-64 歲）族群，其中 40-49 歲族群最為突出；幼年及高齡人口則逐步收斂，呈現少子化及人口高齡化的結構特徵（圖 1-1）。

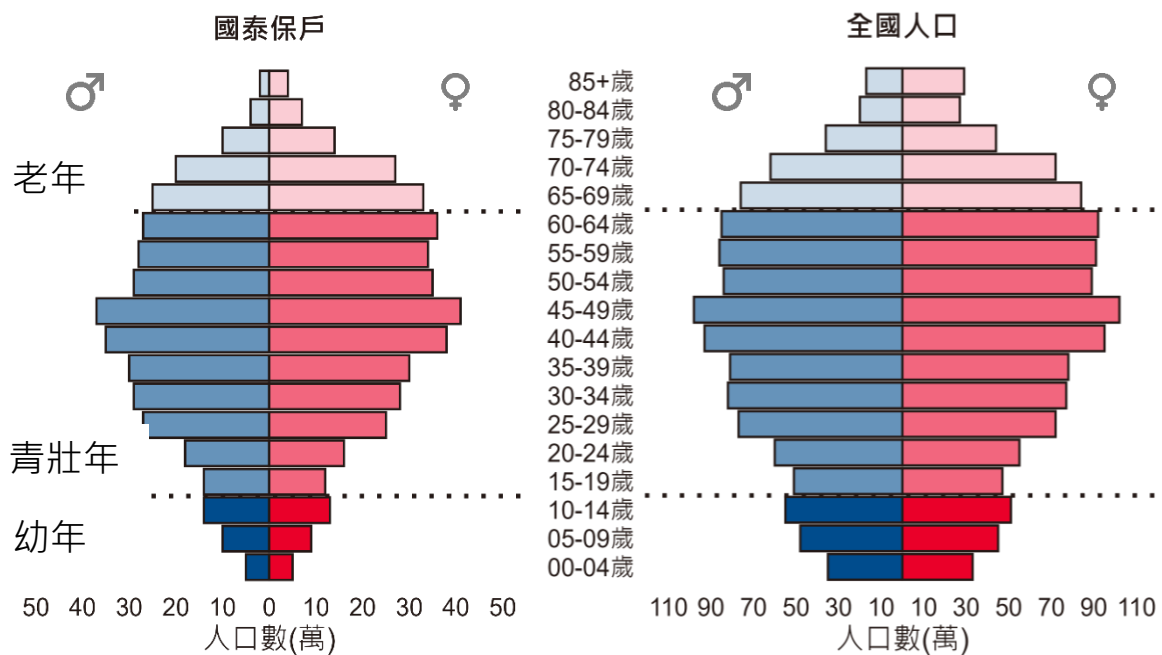


圖 1-1、人口金字塔圖

(二) 高齡保戶人口占比持續提升

保戶人數於近七年 (2019-2025 年) 整體呈現成長，由 2019 年的 752.23 萬人成長至 769.50 萬人，年化成長率約 0.38%。其中老年人口占全體保戶人數比率由 12% 成長至 18.9%，為主要成長的族群。青壯年及幼年人口占率則逐年下降 (圖 1-2)。另以老化指數為觀察指標，2025 年為 259.2，表示 65 歲以上老年人口數為幼年人口數之 2.6 倍，近七年保戶老化指數逐年成長，顯示保戶老年人口增加速度高於幼年人口，人口結構持續高齡化 (圖 1-3)。

註：老化指數 = (老年人口數/幼年人口數) X 100

國泰保戶三階段年齡人口占率

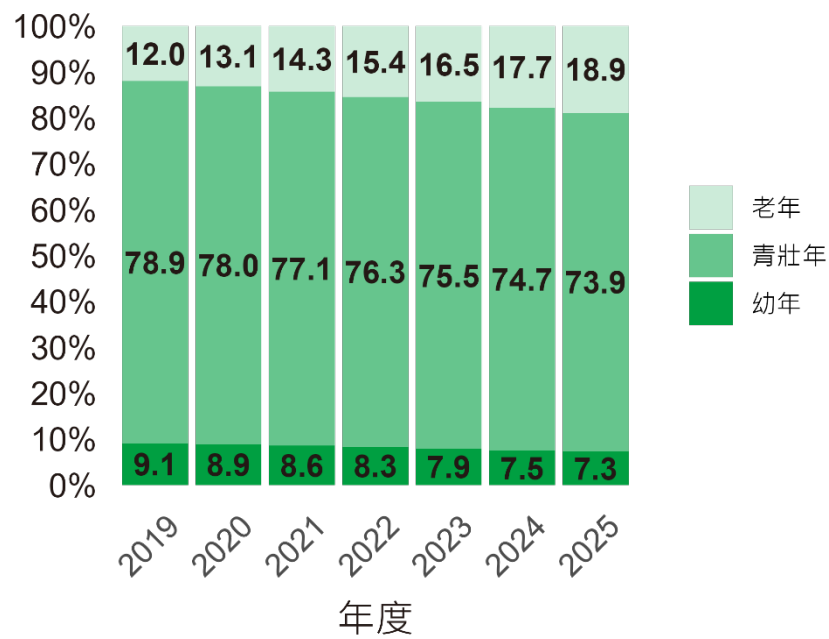


圖 1-2、國泰保戶三階段年齡人口占率

國泰保戶老化指數

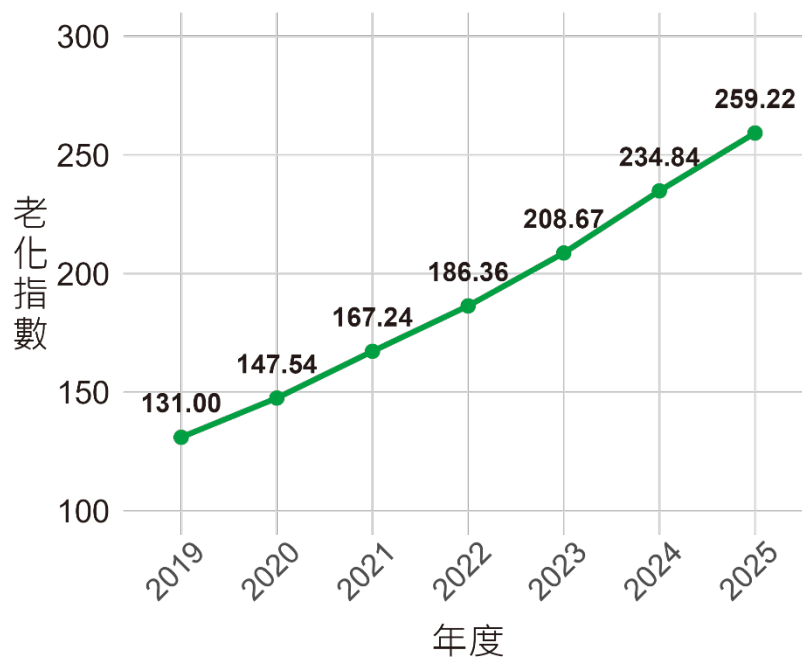


圖 1-3、國泰保戶歷年老化指數

第二章：保戶死亡與預期壽命

死亡率指標可綜合反映一地區群體之健康狀況、衛生保健情形、以及醫療照護品質。藉由死亡率資訊，可進一步製作保戶簡易生命表，並計算其平均餘命（又稱預期壽命），以了解保戶健康狀態變化。因此，本章節將透過全死因死亡率、平均餘命、主要死因、生命年數損失、可避免死亡率等指標，來呈現保戶死亡風險水準與造成死亡的原因。

（一）全死因死亡率

全死因死亡率係指某年死亡總人數與該年年中人口總數之比率。本節將透過年度趨勢，及與全國比較，以呈現保戶死亡風險及水準。為避免於比較時受人口年齡組成影響，本報告皆以世界衛生組織公告西元 2000 年世界人口為標準人口，進行直接標準化，使保戶死亡率能與全國比較。

1.2025 年保戶標準化死亡率較前一年下降 4%

2025 年國泰保戶死亡人數總計 40,811 人，標準化死亡率為每 10 萬人口 304.67 人，較前一年下降 4%（圖 2-1、圖 2-2），其中，男性保戶標準化死亡率為每 10 萬人口 412.94 人，女性則為每 10 萬人口 225.19 人，較男性為低。觀察近七年標準化死亡率趨勢，2021-2022 年受 COVID-19 疫情影響，不論性別死亡率皆有上升，近三年則逐漸下降，趨近疫情前死亡率水準（圖 2-3）。

2.保戶標準化死亡率較全國低

國泰保戶標準化死亡率與全國同期相比，近七年趨勢皆與全國一致，且於各年度對全國皆保持相當的水準，持續低於全國（圖 2-2、圖 2-3）。

保戶死亡人數與標準化死亡率

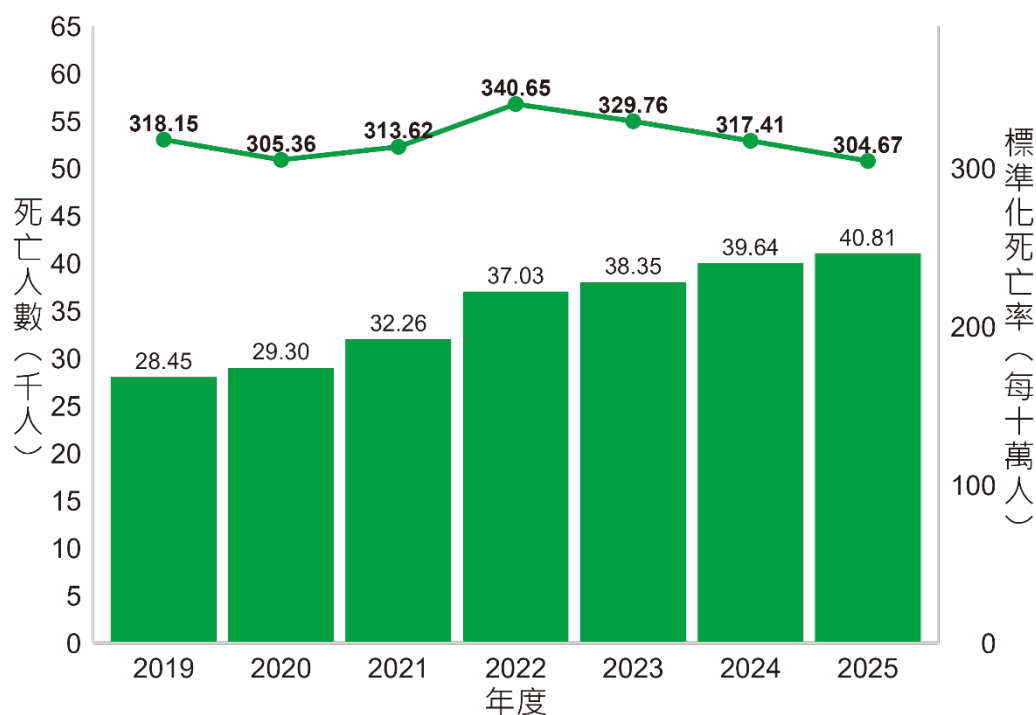


圖 2-1、歷年保戶死亡人數與標準化死亡率

標準化死亡率

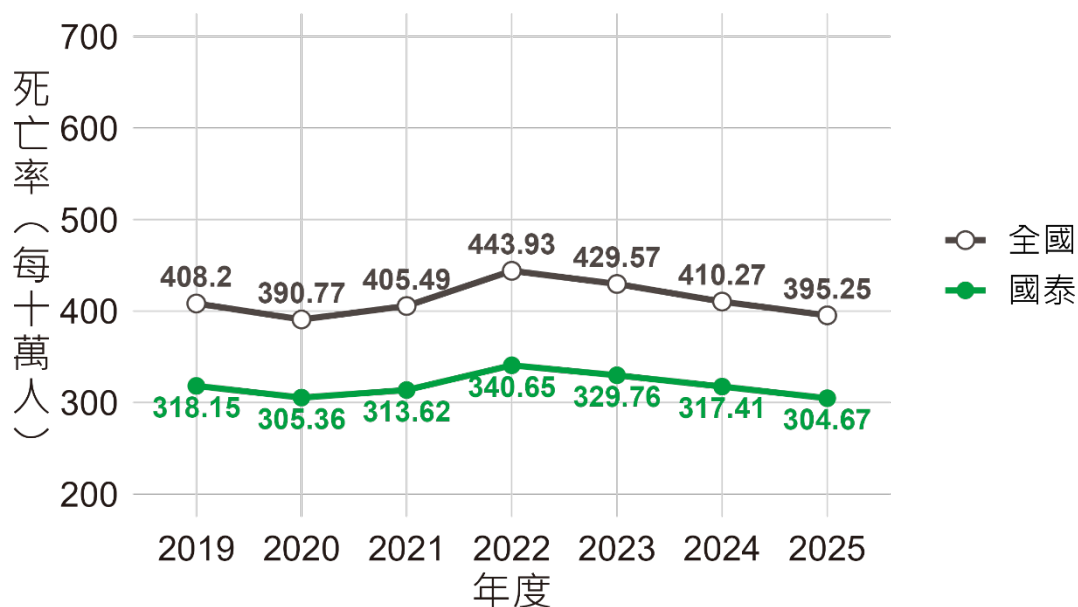


圖 2-2、歷年標準化死亡率

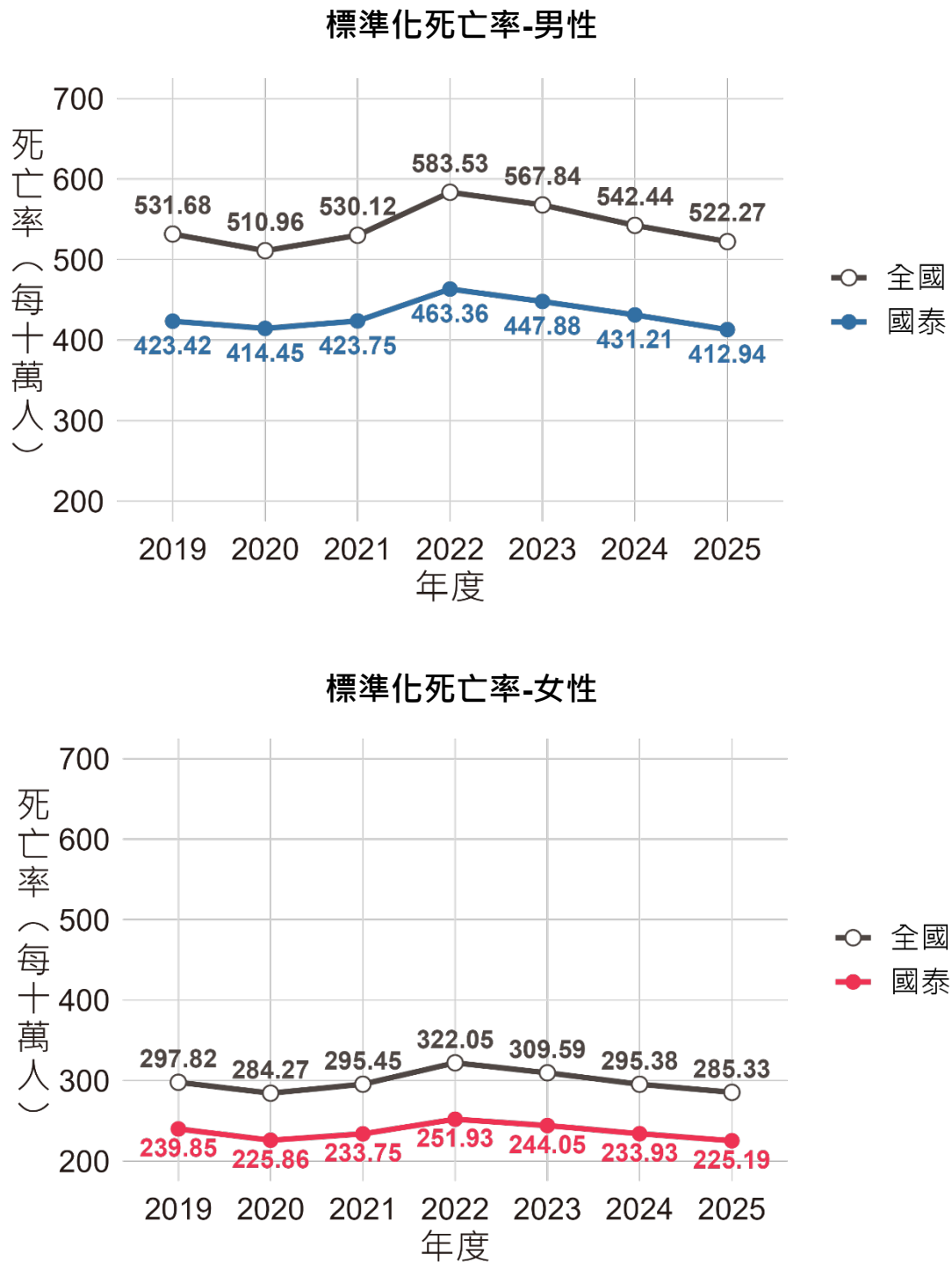


圖 2-3、歷年分性別標準化死亡率

(二) 平均餘命

平均餘命是假設一出生嬰兒經歷每一年齡組之死亡風險後，所能存活的預期壽命，即達到某歲以後平均尚可生存的年數，稱為某歲的平均餘命（又稱預期壽命），其中零歲平均餘命即為「平均壽命」。平均餘命為衡量群體健康之重要統計指標，其計算方式係以性別及年齡別死亡率，經由簡易生命表編算求得，故當死亡率增加時，平均餘命會隨之下降。

1. 保戶平均壽命較全國約多 3 歲

國泰保戶 2025 年平均壽命為 84.31 歲，男性為 80.79 歲，女性則為 87.39 歲，女性較男性高 6.6 歲。比較國泰保戶與全國人口之平均壽命，保戶的平均壽命，不分性別，皆約高出全國 3 歲（圖 2-4、圖 2-5）。

2. 保戶地區間健康不平等情形較全國小

觀察各縣市國泰保戶之平均壽命，2025 年平均壽命前三名分別為，台北市 87.12 歲、新竹市 85.84 歲及新竹縣 84.98 歲；最低三名則為嘉義縣 82.19 歲、雲林縣 82.11 歲及屏東縣 81.61 歲（圖 2-6）。

藉由平均壽命於地區分布的差異，可觀察群體健康不平等之程度。以全國平均壽命最高（台北市）與最低縣市（台東縣）之差值檢視健康不平等。全國於兩縣市之平均壽命差距約為 7 歲多，而 2025 年國泰兩縣市保戶平均壽命差距僅有 4.84 歲，於台北市與保戶平均壽命最低之屏東縣的差距亦僅有 5.51 歲，顯示國泰保戶在地區間健康不平等情形較全國小。

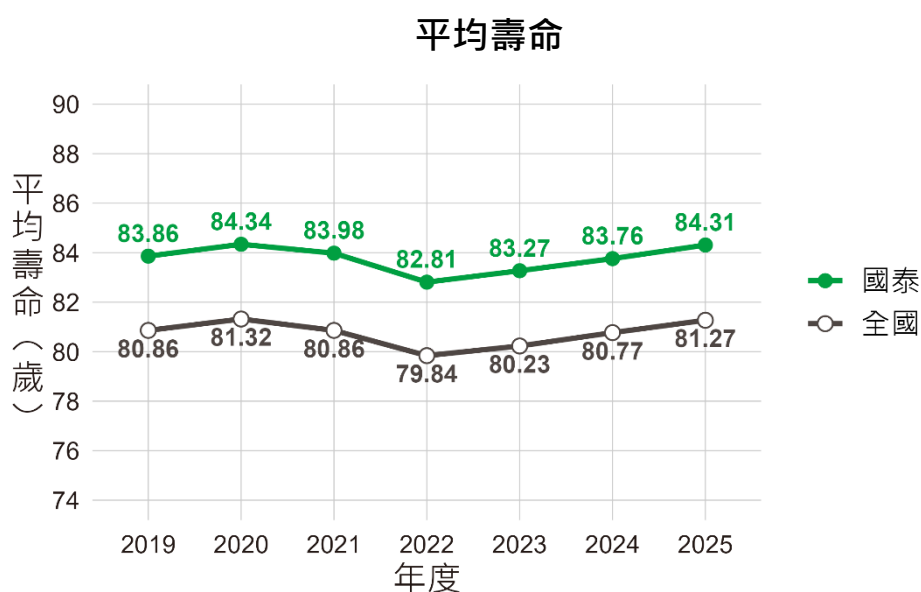


圖 2-4、保戶與全國人口歷年平均壽命

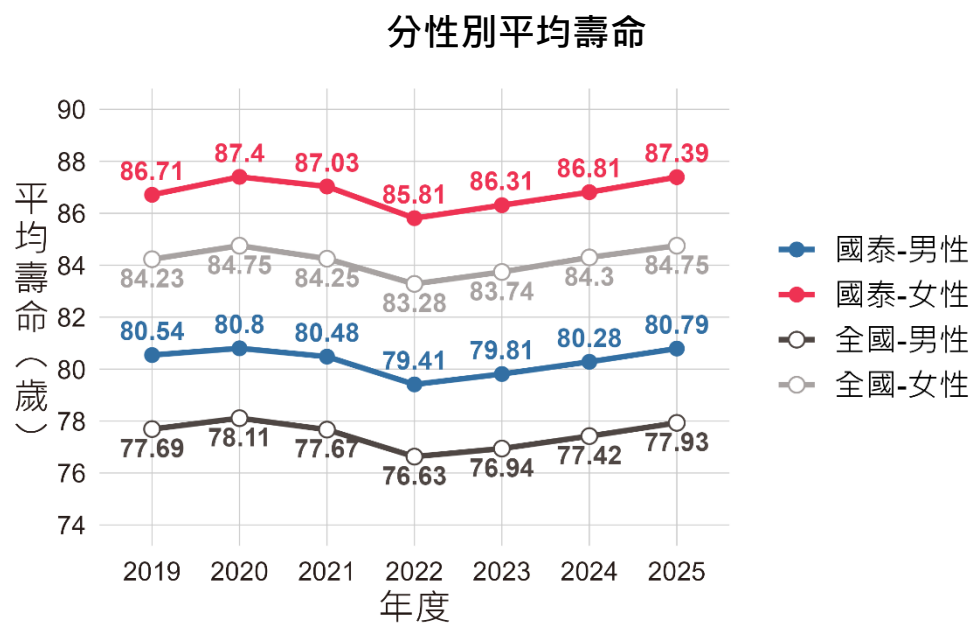


圖 2-5、保戶與全國分性別歷年平均壽命

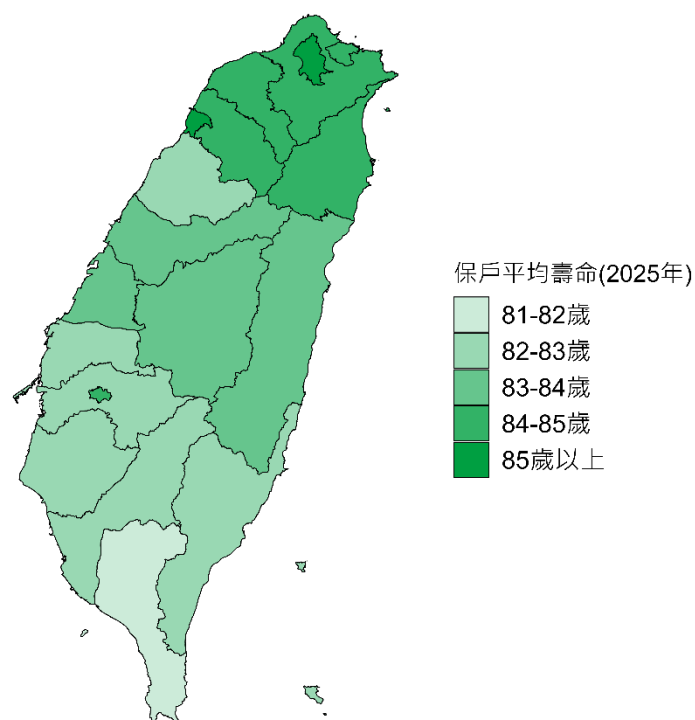


圖 2-6、各縣市保戶平均壽命 (2025 年)

(三) 十大死因

依據全國死因統計之疾病分類（ICD-10）及死因選取準則，判定導致保戶死亡的病因做為死因分類基準，並進行保戶死因統計。此分析有助於瞭解造成保戶死亡的原因。以下就保戶十大死因及惡性腫瘤（癌症）部分進行說明。

1. 癌症為保戶十大死因首位

2025 年國泰保戶十大死因，依序為（1）癌症（2）心臟疾病（3）肺炎（4）腦血管疾病（5）糖尿病（6）事故傷害（7）高血壓性疾病（8）腎炎、腎病症候群及腎病變（9）蓄意自我傷害（自殺）（10）慢性下呼吸道疾病；十大死因合計死亡人數 29,642 人，占總死亡人數之 72.6%。保戶十大死因項目與全國相同，僅排序略有差異（表 2-1）。

表 2-1、保戶十大死因與全國排序（2025 年）

順位	死亡原因	國泰		全國
		死亡人數	占率 ^註	死因順位
1	惡性腫瘤	13,646	33.44%	1
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	3,816	9.35%	2
3	肺炎	2,527	6.19%	3
4	腦血管疾病	2,246	5.50%	4
5	糖尿病	1,780	4.36%	5
6	事故傷害	1,597	3.91%	7
7	高血壓性疾病	1,318	3.23%	6
8	腎炎、腎病症候群及腎病變	1,018	2.49%	8
9	蓄意自我傷害（自殺）	862	2.11%	10
10	慢性下呼吸道疾病	832	2.04%	9

註：各別死因之死亡人數占總死亡人數之比率。

觀察不同性別之保戶十大死因，男女性排名前二位死因皆為癌症與心臟疾病，其餘死因部分，男、女性於第五大死因開始有所差異，男性為事故傷害、女性則為糖尿病，後面順位之死因則在慢性下呼吸道疾病、慢性肝病及肝硬化與腎炎、腎病症候群及腎病變、蓄意自我傷害（自殺）、血管性及未明示之失智症有性別差異。若與全國死因順位相比，男性保戶與全國男性在排序上雷同，主要差異為慢性肝病及肝硬化，分別位居

第九位及第十一位死因；女性保戶部分，則為自殺，分別位居第九位及第十二位死因（表 2-2）。

表 2-2、保戶分性別十大死因項目與全國排序（2025 年）

順位	死亡原因	男性保戶		全國男性
		死亡人數	占率 ^{註 1}	死因順位 ^{註 2}
1	惡性腫瘤	7,718	33.21%	1
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	2,284	9.83%	2
3	肺炎	1,429	6.15%	3
4	腦血管疾病	1,295	5.57%	4
5	事故傷害	1,068	4.60%	6
6	糖尿病	938	4.04%	5
7	高血壓性疾病	676	2.91%	7
8	慢性下呼吸道疾病	595	2.56%	8
9	慢性肝病及肝硬化	558	2.40%	11
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	504	2.17%	9

順位	死亡原因	女性保戶		全國女性
		死亡人數	占率 ^{註 1}	死因順位 ^{註 3}
1	惡性腫瘤	5,928	33.74%	1
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	1,532	8.72%	2
3	肺炎	1,098	6.25%	3
4	腦血管疾病	951	5.41%	4
5	糖尿病	842	4.79%	5
6	高血壓性疾病	642	3.65%	6
7	事故傷害	529	3.01%	9
8	腎炎、腎病症候群及腎病變	514	2.93%	7
9	蓄意自我傷害（自殺）	361	2.05%	12
10	血管性及未明示之失智症	293	1.67%	10

註 1：各別死因之死亡人數占男性（或女性）死亡總人數之比率。

註 2：全國男性死因順位第 10 位為蓄意自我傷害（自殺）。

註 3：全國女性死因順位第 8 位為衰老、老邁、老年。

2.保戶十大死因標準化死亡率皆小於全國

2025 年國泰保戶十大死因之標準化死亡率，不論性別皆小於全國（圖 2-7）。若分性別比較，男性保戶十大死因標準化死亡率對全國比例差距最大者為心臟疾病與肺炎；女性則為糖尿病與心臟疾病（圖 2-8）。

十大死因標準化死亡率（2025 年）

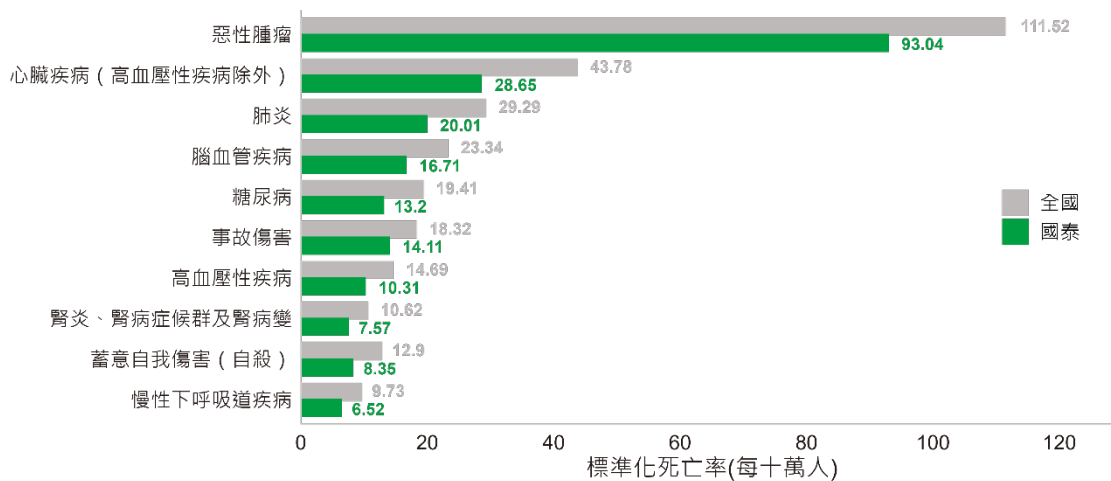
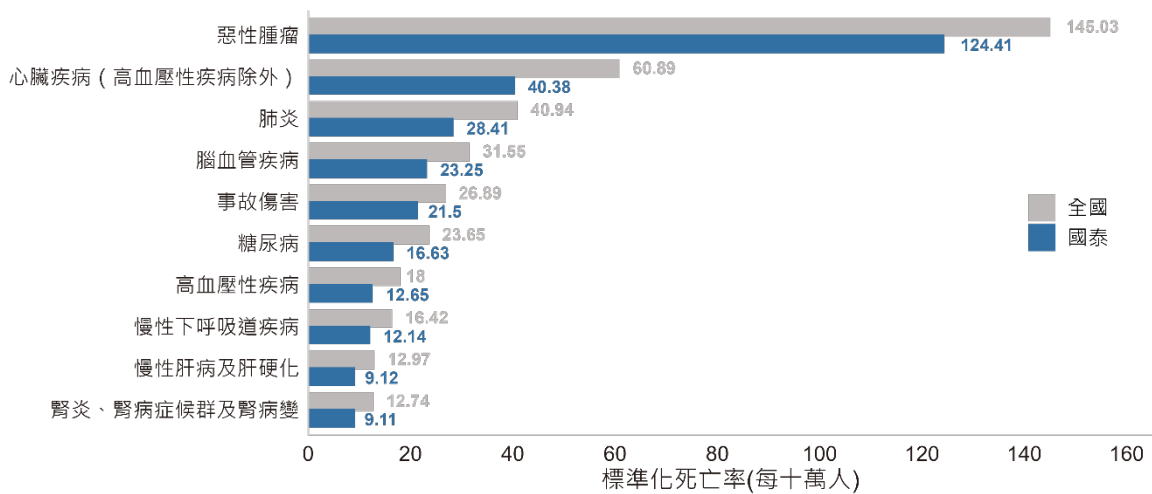


圖 2-7、保戶十大死因標準化死亡率與全國比較

十大死因標準化死亡率-男性 (2025 年)



十大死因標準化死亡率-女性 (2025 年)

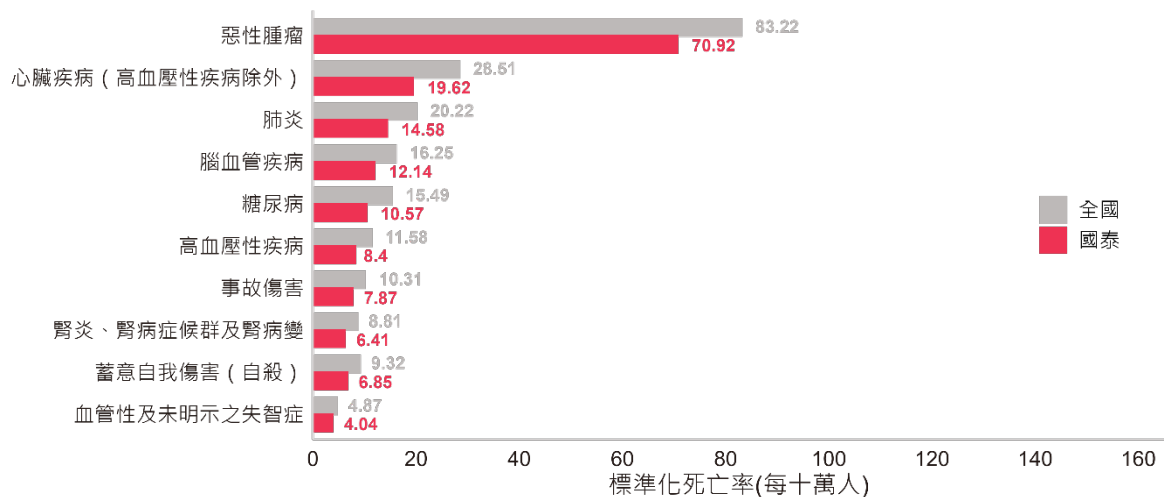


圖 2-8、保戶分性別十大死因標準化死亡率與全國比較

3.保戶十大癌症死因與全國雷同

2025 年國泰保戶十大癌症死因，依序為（1）氣管、支氣管和肺癌（2）肝和肝內膽管癌（3）女性乳癌（4）結腸、直腸和肛門癌（5）前列腺癌（6）口腔癌（7）胰臟癌（8）食道癌（9）胃癌（10）卵巢癌，十大癌症死因合計死亡人數 10,533 人，占因癌症死亡人數之 77.2%（占總死亡人數之 25.8%），保戶十大癌症死因項目與全國相同，僅排序略有差異（表 2-3）。

表 2-3、保戶十大癌症死因與全國排序（2025 年）

順位	癌症死亡原因	國泰		全國
		死亡人數	占率 ^{註 2}	癌症死因順位
1	氣管、支氣管和肺癌	2,673	19.6%	1
2	肝和肝內膽管癌	1,864	13.7%	2
3	女性乳癌	887	6.5%	4
4	結腸、直腸和肛門癌	1,558	11.4%	3
5	前列腺（攝護腺）癌	363	2.7%	5
6	口腔癌	961	7.0%	6
7	胰臟癌	865	6.3%	7
8	食道癌	572	4.2%	9
9	胃癌	512	3.8%	8
10	卵巢癌	278	2.0%	10

註 1：十大癌症死因係以標準化死亡率作為排序依據。

註 2：各癌別死因死亡人數占癌症死亡總人數之比率。

觀察男女性保戶十大癌症死因，第一位皆為氣管、支氣管和肺癌，其餘項目中，除了男女性特有之癌別，如男性之前列腺癌、女性之女性乳癌、卵巢癌及子宮體癌外，口腔癌與食道癌僅出現於男性十大癌症中。分別比較保戶與全國男、女性十大癌症死因，男性於第十位死因項目與全國不同，全國男性第十位癌症死因為膀胱癌；女性則於第八位與全國不同，全國女性第八位癌症死因為子宮頸及部位未明示子宮癌（表 2-4）。保戶於各癌別標準化死亡率皆小於全國，其中以結腸、直腸與肛門癌和口腔癌與全國發生率比例差距最大（圖 2-9）；若分性別比較，男性保戶十大癌症標準化死亡率皆小於全國男性，其中與全國差距最大者為結腸、

直腸與肛門癌和胃癌；女性保戶之所有癌別亦皆小於全國女性，並於子宮體癌和結腸、直腸與肛門癌全國女性差距最大（圖 2-10）。

表 2-4、保戶分性別十大癌症死因項目與全國排序（2025 年）

順位	癌症死亡原因	男性保戶		全國男性
		死亡人數	占率 ^{註 2}	癌症死因順位 ^{註 3}
1	氣管、支氣管和肺癌	1,542	20.0%	1
2	肝和肝內膽管癌	1,269	16.4%	2
3	結腸、直腸和肛門癌	855	11.1%	3
4	口腔癌	886	11.5%	4
5	食道癌	531	6.9%	6
6	前列腺（攝護腺）癌	363	4.7%	5
7	胰臟癌	431	5.6%	7
8	胃癌	288	3.7%	8
9	白血病	185	2.4%	11
10	非何杰金氏淋巴瘤	207	2.7%	9

順位	癌症死亡原因	女性保戶		全國女性
		死亡人數	占率 ^{註 2}	癌症死因順位 ^{註 4}
1	氣管、支氣管和肺癌	1,131	19.1%	1
2	女性乳癌	887	15.0%	2
3	結腸、直腸和肛門癌	703	11.9%	3
4	肝和肝內膽管癌	595	10.0%	4
5	胰臟癌	434	7.3%	5
6	卵巢癌	278	4.7%	7
7	胃癌	224	3.8%	6
8	白血病	163	2.8%	11
9	非何杰金氏淋巴瘤	173	2.9%	9
10	子宮體癌	160	2.7%	10

註 1：十大癌症死因係以標準化死亡率作為排序依據。

註 2：各癌別死因死亡人數占癌症死亡總人數之比率。

註 3：全國男性癌症死因順位第 10 位為膀胱癌。

註 4：全國女性癌症死因順位第 8 位為子宮頸及部位未明示子宮癌。

保戶十大癌症死因標準化死亡率（2025 年）

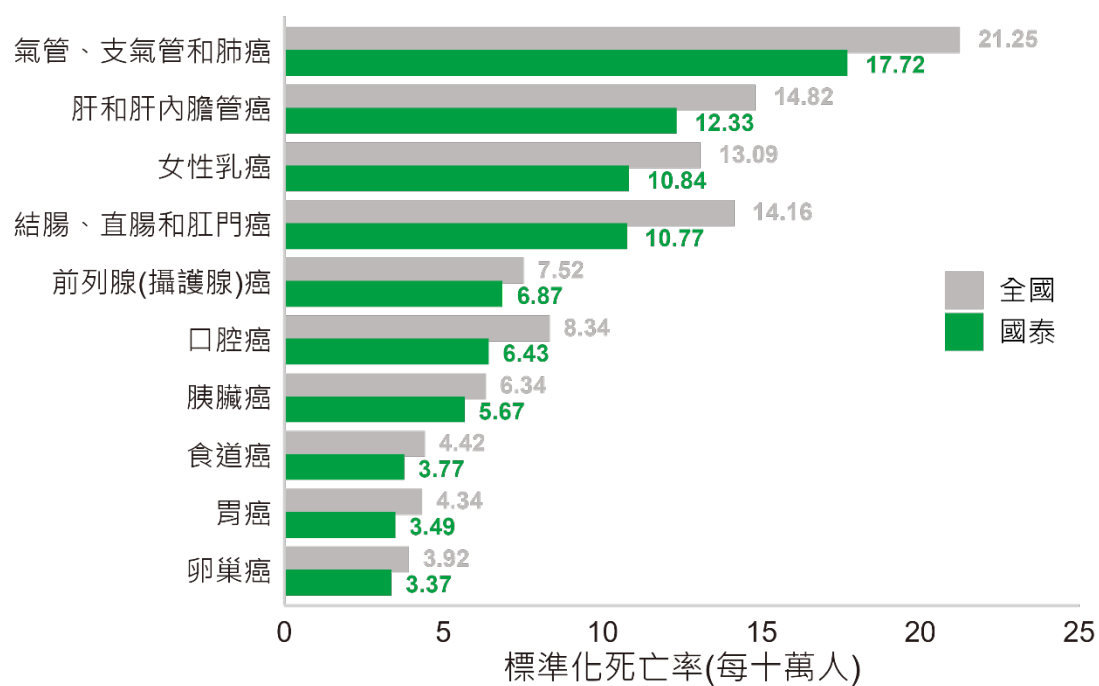
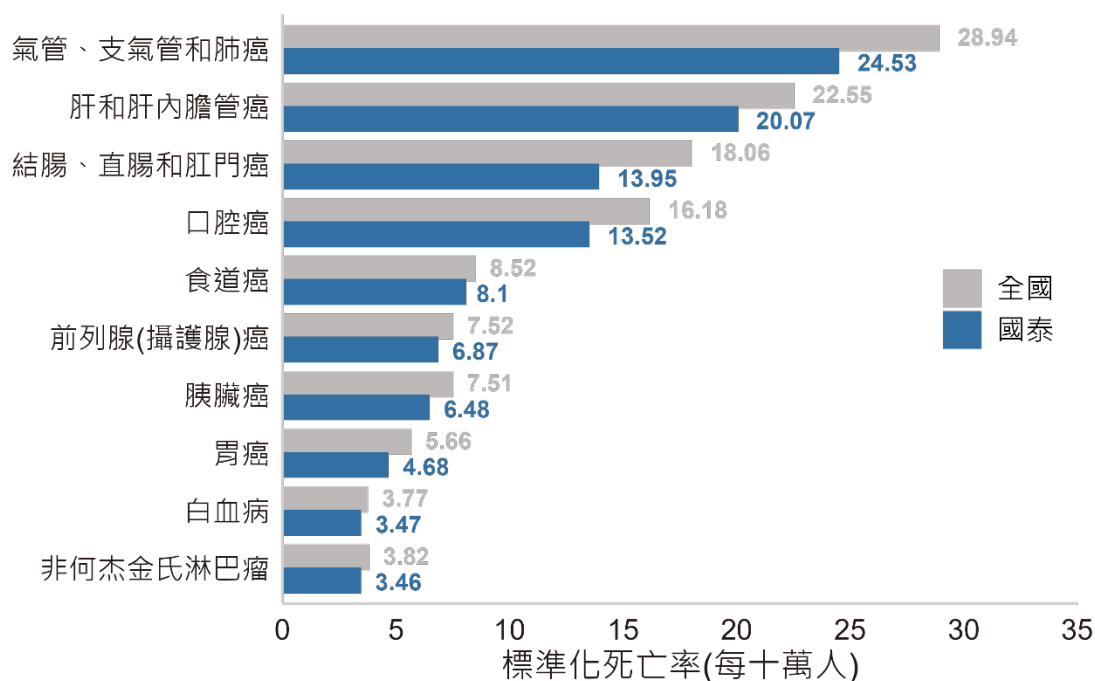


圖 2-9、保戶十大癌症死因標準化死亡率與全國比較

保戶十大癌症死因標準化死亡率-男性 (2025 年)



保戶十大癌症死因標準化死亡率-女性 (2025 年)

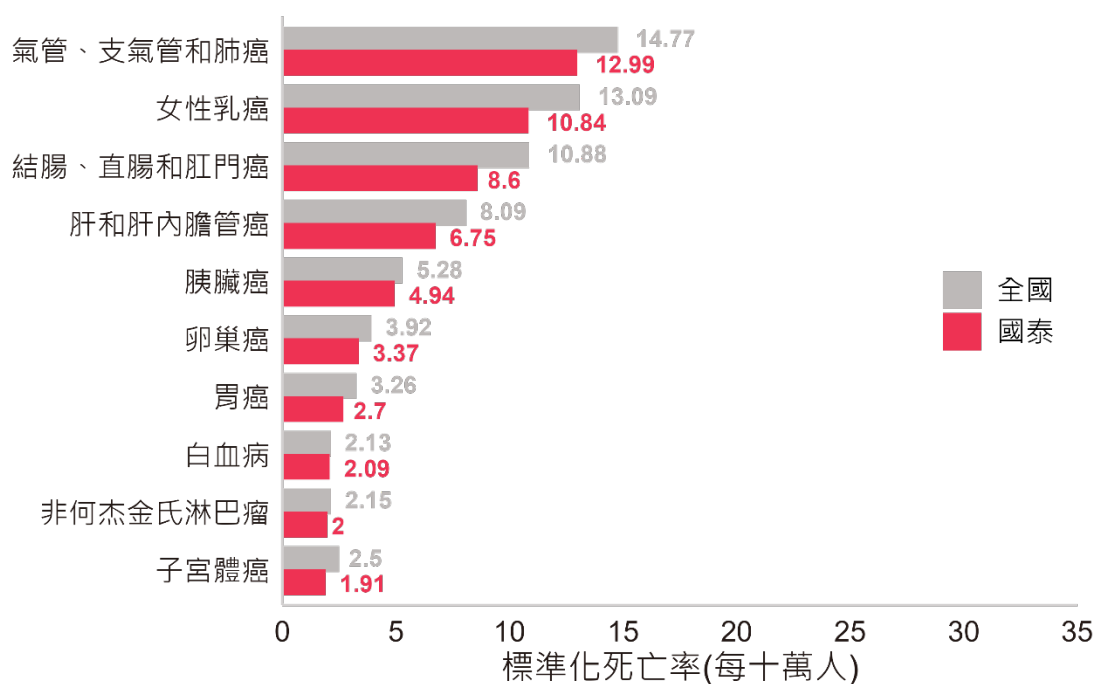


圖 2-10、保戶分性別十大癌症死因標準化死亡率與全國比較

(四) 健康平均餘命

係以原始平均餘命為基礎，扣除因不健康狀態所致的健康損失年數後，調整而得的平均餘命。該指標依據死亡率與疾病盛行率估算，用以衡量個體於整體生命歷程中，預期可維持良好健康狀態的年數。

(註：本報告健康餘命係採全球疾病負擔 (Global Burden of Disease, GBD) 方法論估算，與衛生福利部採用之方法學不同，相關數值不宜直接比較；詳細計算方式請參閱方法學說明。)

1. 保戶健康平均餘命約占整體平均餘命的 85%

2025 年保戶平均壽命為 84.31 歲，其中健康平均餘命為 71.49 歲，約占整體平均餘命的 85% (圖 2-11)，換而言之在人生歷程中，約有 15% 的時間可能處於受到疾病、事故傷害或失能等事件而影響健康狀態。

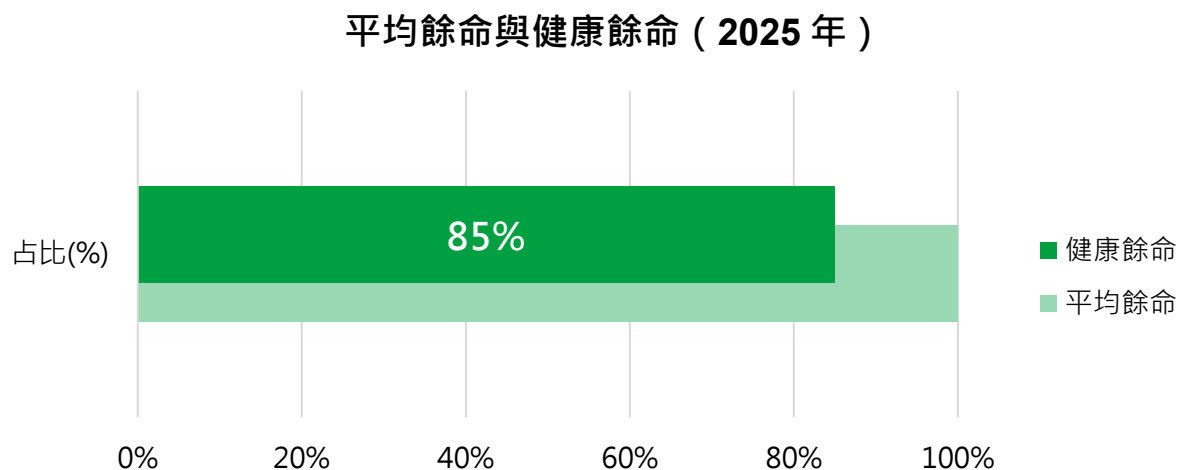


圖 2-11、保戶健康餘命於整體平均餘命之占比

(五) 健康負擔分析：生命年數損失與失能年數損失

「生命年數損失 (Years of Life Lost, YLL)」是用來衡量因為某種疾病或原因，導致尚未活到預期壽命就提早死亡，統計死亡當時年齡與預期壽命之間的差。此數值越低，表示該族群因疾病、意外等原因導致的過早死亡情形越少，人口能活到預期壽命的比例越高。此外，這項指標還能反映

出不同年齡層死亡對社會與經濟損失的意涵，例如同樣是 1 個人死亡，年輕人生命損失年數會高於高齡者。依照意義與計算方式的不同，可再分為：

- 潛在生命年數損失 (PYLL)：對於每一個年齡層 (或個案)，計算「參考年齡-死亡時的實際年齡」，加總後即是總潛在生命年數損失。
- 平均生命年數損失 (AYLL)：每個死亡個案平均損失的生命年數。

「失能年數損失 (Years Lived with Disability, YLD)」則是用以衡量個體因疾病、傷害或其他健康事件而處於非完全健康狀態下所損失的健康年數。其係以疾病盛行人數為基礎，結合不同健康狀態的失能權重進行估算，反映族群在存活期間因健康受損所承受的負擔。此數值越低，表示該族群整體健康狀態越佳，受疾病或失能影響到健康生活的時間越少。相較於衡量死亡的指標，YLD 能補捉對「未死亡、但帶病生活」狀態的觀察，呈現出不僅止於活得長或短、而是活得是否健康的整體樣貌。此外，YLD 亦可反映不同疾病所帶來的負擔，有助於量化影響生活的健康風險。

「健康負擔結構」是綜合「潛在生命年數損失」與「失能年數損失」兩項指標，透過檢視不同疾病「潛在生命年數損失」(YLL) 與「失能年數損失」(YLD) 兩面向的對比，可進一步了解疾病所造成的損害是偏重造成死亡或偏重造成健康生活上的負擔，有助於對關鍵健康議題建立差異化的思維，作為健康管理與資源配置的參考依據。

以下係觀察各主要疾病的健康負擔情形，依序包含 (1) 惡性腫瘤 (2) 心臟疾病 (3) 腦血管疾病 (4) 慢性肝病及肝硬化 (5) 糖尿病 (6) 腎炎、腎病症候群及腎病變 (7) 慢性下呼吸道疾病 (8) 骨骼肌肉系統及結締組織之疾病 (9) 血管性及未明示之失智症。

1.癌症造成最多生命年數損失，骨骼肌肉與慢性疾病則累積較高失能負擔

2025 年保戶主要疾病中，以癌症的總潛在生命年數損失最多，達 119,402 年，平均生命年數損失為 11.9 年 (表 2-5)；在失能損失方面，則以骨骼肌肉系統及結締組織疾病所造成的失能年數損失最多，為

194,530 年，糖尿病及腎炎、腎病症候群及腎病變次之，分別為 58,366 年與 58,141 年。

癌症的部分進一步細分主要癌症死因發現，以氣管、支氣管及肺癌造成最多潛在生命年數損失，也就是說氣管、支氣管及肺癌是奪走保戶最多生命年數的癌症，而女性乳癌平均生命年數損失最高，代表其死亡年齡相對較低，可能與乳癌相對好發於較年輕的年齡層有關（表 2-6）。

表 2-5、國泰保戶之主要疾病生命年數損失與失能年數損失

疾病別	潛在生命年數 損失(PYLL)	平均生命年數 損失(AYLL)	失能年數損失 (YLD)
惡性腫瘤	119,402	11.9	18,550
心臟疾病（高血壓性疾病除外）	27,090	12.7	24,796
腦血管疾病	13,917	11.8	34,115
慢性肝病及肝硬化	10,275	16.8	1,433
糖尿病	9,572	10.7	58,366
腎炎、腎病症候群及腎病變	4,588	9.7	58,141
慢性下呼吸道疾病	2,306	8.2	17,146
骨骼肌肉系統及結締組織疾病	2,156	11.3	194,530
血管性及未明示之失智症	305	4.6	14,834

表 2-6、國泰保戶主要癌症死因之生命年數損失

癌症別	潛在生命年數損失(PYLL)	平均生命年數損失(AYLL)
氣管、支氣管和肺癌	19,909	10.4
結腸、直腸和肛門癌	13,519	12.2
肝和肝內膽管癌	13,019	9.9
口腔癌	12,099	14.2
女性乳癌	10,940	14.9
食道癌	6,920	13.7
胰臟癌	6,602	10.1
前列腺（攝護腺）癌	919	5.8

註 1：表列癌症包含潛在生命年數損失較高之癌症，另納入具代表性之特定性別癌症進行比較。

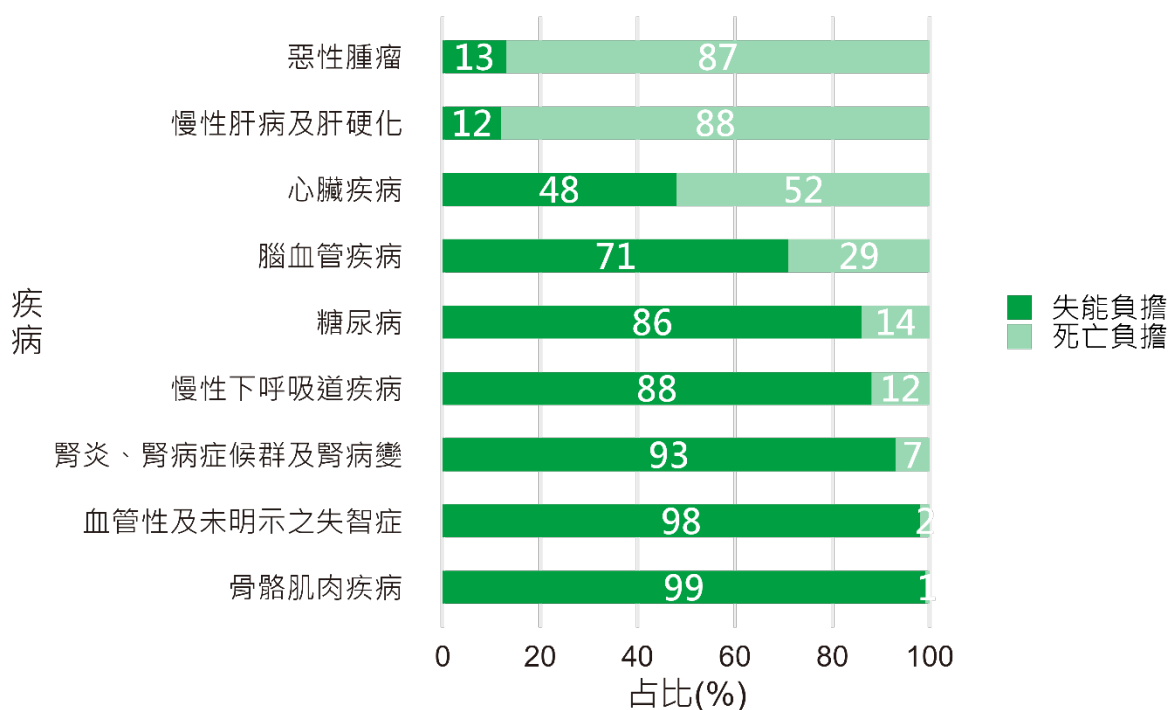
2.健康負擔結構差異：癌症與肝病偏重生命損失，骨骼肌肉與慢性疾病偏重失能負擔

觀察保戶 2025 年主要疾病健康負擔結構，惡性腫瘤與慢性肝病及肝硬化以生命損失為主，其造成的潛在生命年數損失分別占整體健康負擔的 87% 及 88%；而心臟疾病（高血壓性疾病除外）的死亡損失與失能負擔則約略各半，表示其除了是生命的威脅外，也造成患者無法再像過往一般於日常生活。

相較之下，腦血管疾病、糖尿病、慢性下呼吸道疾病、腎炎、腎病症候群及腎病變，以及血管性及未明示之失智症等慢性疾病，與骨骼肌肉系統及結締組織疾病則以失能負擔為主，其失能年數損失占比分別為 71%、86%、88%、93%、98%及 99%，反映此類疾病造成極高的失能負擔，伴隨高度的長期疾病管理與照護需求（圖 2-12）。

（註：本報告健康負擔結構之死亡負擔採潛在生命年數損失（PYLL）衡量，以 75 歲為計算上限，75 歲以上死亡不納入計算，與全球疾病負擔（GBD）研究採用之死亡年數損失（YLL）定義不同；詳細計算方式請參閱方法學說明。）

健康負擔結構 (2025 年)



註：心臟疾病，指心臟疾病（高血壓性疾病除外）；骨骼肌肉疾病，指骨骼肌肉系統及結締組織疾病。

圖 2-12、保戶主要死因疾病之健康負擔結構

3. 骨骼肌肉疾病影響廣泛，不只盛行人數多，部分疾病更長時間影響健康

其中，骨骼肌肉系統及結締組織疾病的失能年數損失占比高達 99%，顯示其健康影響幾乎全來自於失能負擔。為進一步了解不同疾病的影響樣貌，進一步拆解其盛行情形與健康受影響程度。觀察 2025 年保戶，以骨關節炎盛行人數最多，約 117.6 萬人，平均每人一年約有 18 天處於健康受影響的狀態；其次為下背痛，盛行人數約 101.7 萬人，平均一年受影響 22 天；頸痛則排名第三，盛行人數約 35.8 萬人，平均一年受影響 27 天。除了上述盛行人數較多的疾病，部分疾病雖影響人數相對較少，但對個人的健康影響更為明顯。例如，類風濕性關節炎盛行人數約 2.4 萬人，平均每人一年健康受影響達 90 天；痛風盛行人數約 14.4 萬人，平均一年受影響更達 108 天。反映部分骨骼肌肉疾病不僅需要長期管理，也可能對患者日常生活功能造成較長時間的影響（表 2-7）。

表 2-7、主要骨骼肌肉疾病盛行人數與平均一年健康受影響時間

疾病別	盛行人數(人)	平均一年健康受影響時間(天)
骨關節炎	1,175,536	18
下背痛	1,017,499	22
頸痛	358,449	27
痛風	143,948	108
類風濕性關節炎	24,330	90

註：骨骼肌肉疾病，指骨骼肌肉系統及結締組織疾病。

(六) 事故傷害死亡分析

國泰保戶事故傷害於十大死因中排名相對較高，且潛在生命年數或平均生命年數損失數值均高，顯示事故傷害是影響保戶能否持續健康追求生活價值的重大因素，因此，本節進一步針對事故傷害之死因細項深入檢視，以瞭解其主要致死原因與影響對象。

1. 事故傷害分齡死亡率趨勢與全國雷同

2025 年同不分性別國泰保戶事故傷害死亡率與全國相比較低。分年齡觀察，於 15-24 歲有第一波死亡率明顯跳升，其後隨年齡增長、事故傷害死亡率持續上升（圖 2-13）。

分性別觀察，男性保戶各年齡層，與全國事故傷害死亡之死亡比約為 0.6-0.8；女性保戶則在 15-24 歲同樣出現死亡率跳升之情形，且高於全國。除 15-24 歲外，女性保戶 0-14 歲死亡比為 0.27，其他齡組之死亡比則與男性相同，介於 0.6-0.8 之間（圖 2-14）。

事故傷害年齡別死亡率（2025 年）

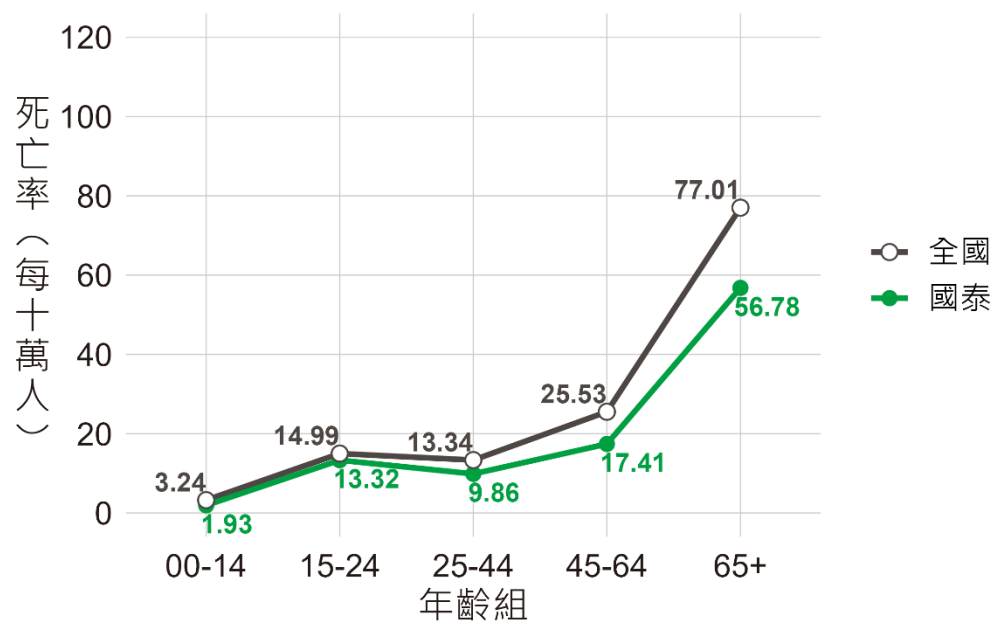
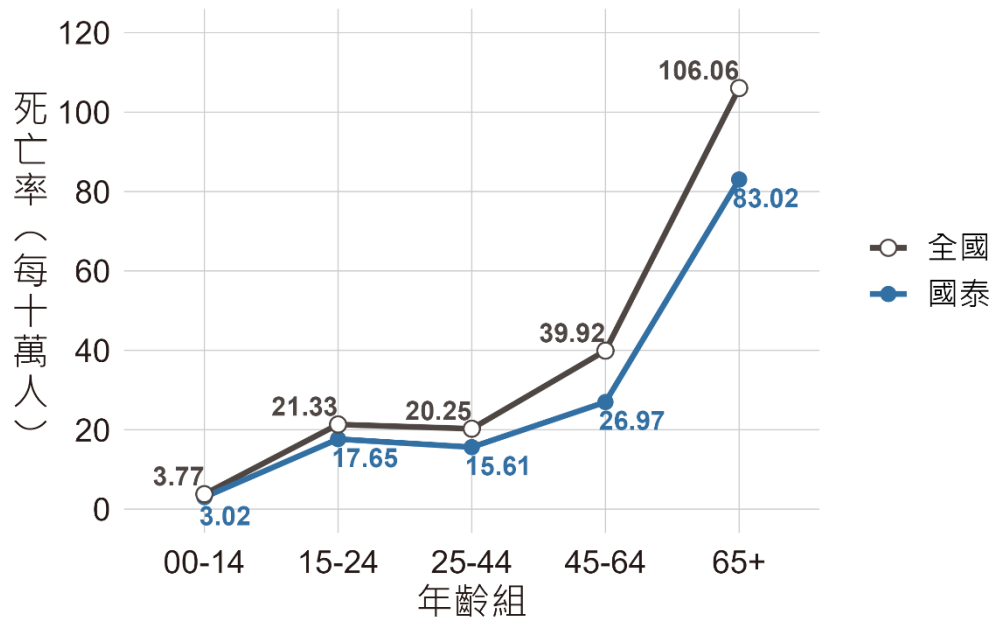


圖 2-13、保戶分年齡事故傷害死亡率與全國比較

事故傷害年齡別死亡率-男性 (2025 年)



事故傷害年齡別死亡率-女性 (2025 年)

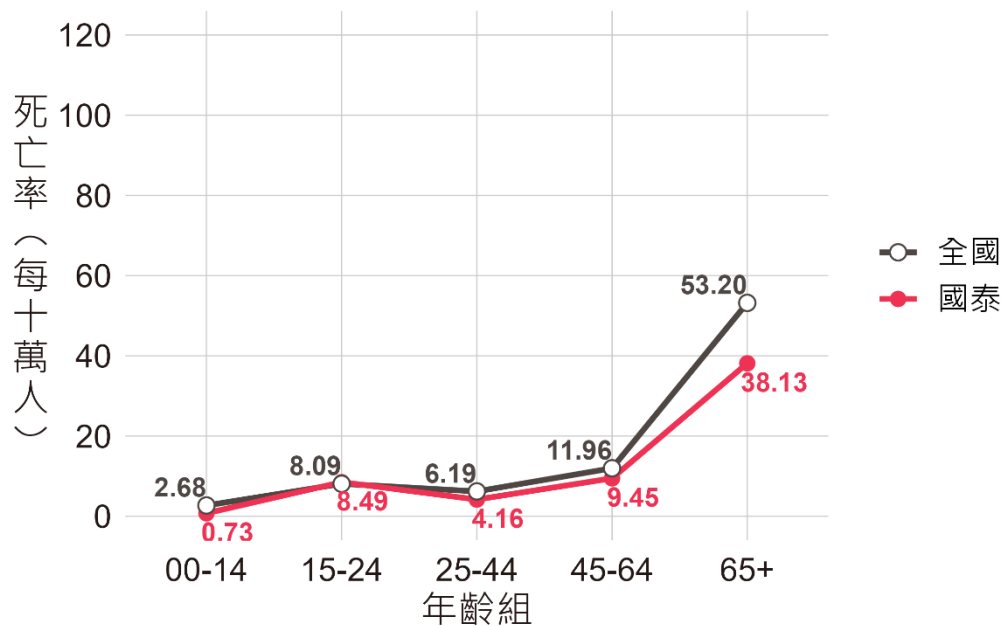


圖 2-14、保戶分性別和年齡事故傷害死亡率與全國比較

2.保戶事故傷害細項死因首位為運輸意外事故

進一步觀察保戶事故傷害的細項死因，與 2024 年全國之項目及順位相似，「運輸意外事故」幾乎為各年齡層主要死因，除 0-14 歲主要死因為火災，其次則為運輸意外，而 15 歲以上族群次要原因則為跌倒意外（表 2-8）。針對運輸意外事故再深入檢視保戶主要致死原因與排序。結果顯示各年齡層主要死因皆以「摩托車駕駛人員在運輸事故中的損傷」為首位，其次多為「其他陸地運輸事故」，並發現「行人意外」在 65 歲以上族群的死亡率排序較前（表 2-9）。

表 2-8、保戶事故傷害細項死因

順位	年齡組									
	00-14 歲		15-24 歲		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上	
	死因	死亡率 (人數)	死因	死亡率 (人數)	死因	死亡率 (人數)	死因	死亡率 (人數)	死因	死亡率 (人數)
1	火災	1.05 (6)	運輸意外	9.79 (61)	運輸意外	5.24 (128)	運輸意外	7.91 (210)	運輸意外	23.21 (327)
2	運輸意外	0.35 (2)	跌倒	0.80 (5)	中毒	1.19 (29)	跌倒	4.07 (108)	跌倒	17.81 (251)
3	窒息	0.18 (1)	意外溺死和淹沒	0.80 (5)	跌倒	1.10 (27)	中毒	1.24 (33)	未明示外因	8.45 (119)

表 2-9、保戶運輸意外事故主要致死原因

順位	年齡組									
	00-14 歲		15-24 歲		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上	
	死因	死亡率 (人數)	死因	死亡率 (人數)	死因	死亡率 (人數)	死因	死亡率 (人數)	死因	死亡率 (人數)
1	摩托車駕駛	0.18 (1)	摩托車駕駛	6.58 (41)	摩托車駕駛	3.11 (76)	摩托車駕駛	4.41 (117)	摩托車駕駛	10.22 (144)
2	汽車乘員	0.18 (1)	其他	1.44 (9)	其他	0.90 (22)	其他	1.47 (39)	行人	4.83 (68)
3	-	-	汽車乘員	1.12 (7)	汽車乘員	0.61 (15)	汽車乘員	0.79 (21)	其他	4.05 (57)

註：指「其他陸地運輸事故」，表示死者無明確身分或無駕駛乘坐的車輛種類，如行人、摩托車、小汽車等。

(七) 可避免死亡率

75 歲以下人群的某些死因，是可以透過公共衛生預防措施，或醫療照護系統提供及時適切的治療，避免其過早死亡（**premature death**），這些死因即稱為「可避免死因」。統計可避免死因造成的死亡率即為「可避免死亡率（**Avoidable mortality**）」。依照介入方式的不同，可避免死因可再細分為：

1. 公衛可預防死因（**Preventable mortality**）：意指某些死因，可透過有效的公共衛生和預防措施，以降低死亡率，例如大多數 COVID-19 的死亡可以通過接種疫苗和使用防護設備來預防，因此，COVID-19 死亡即是一種公衛可預防死因。
2. 醫療可治療（**Treatable mortality**）：意指某些死因，可以在疾病發生後透過及時且有效的醫療介入來避免死亡，例如心肌梗塞，可透過過早期診斷給予藥物、或是藉由外科手術來降低死亡。

可避免死亡率可用於評估一地區之公共衛生和醫療系統，在減少各種疾病和傷害導致的死亡的有效性，數值越小，表示公共衛生和醫療系統效果越好。於本年報中，則藉以了解造成保戶死亡原因中，有哪些死亡是可藉由預防措施或醫療介入來避免，以協助保戶提升健康、降低死亡風險。

1.約有四成保戶的死亡是可避免的

2025 年國泰保戶死亡人數中，屬於可避免死因者共 15,402 人，占總死亡人數 37.7%，其中屬於公衛可預防死因者占 23.6%（9,647 人），屬於醫療可治療死因者則占 14.1%（5,755 人）。觀察近七年趨勢，因可避免死因死亡的人數占率，不論性別皆逐年下降，其中，男性保戶因可避免死因死亡人數占率高於女性（圖 2-15、圖 2-16）。

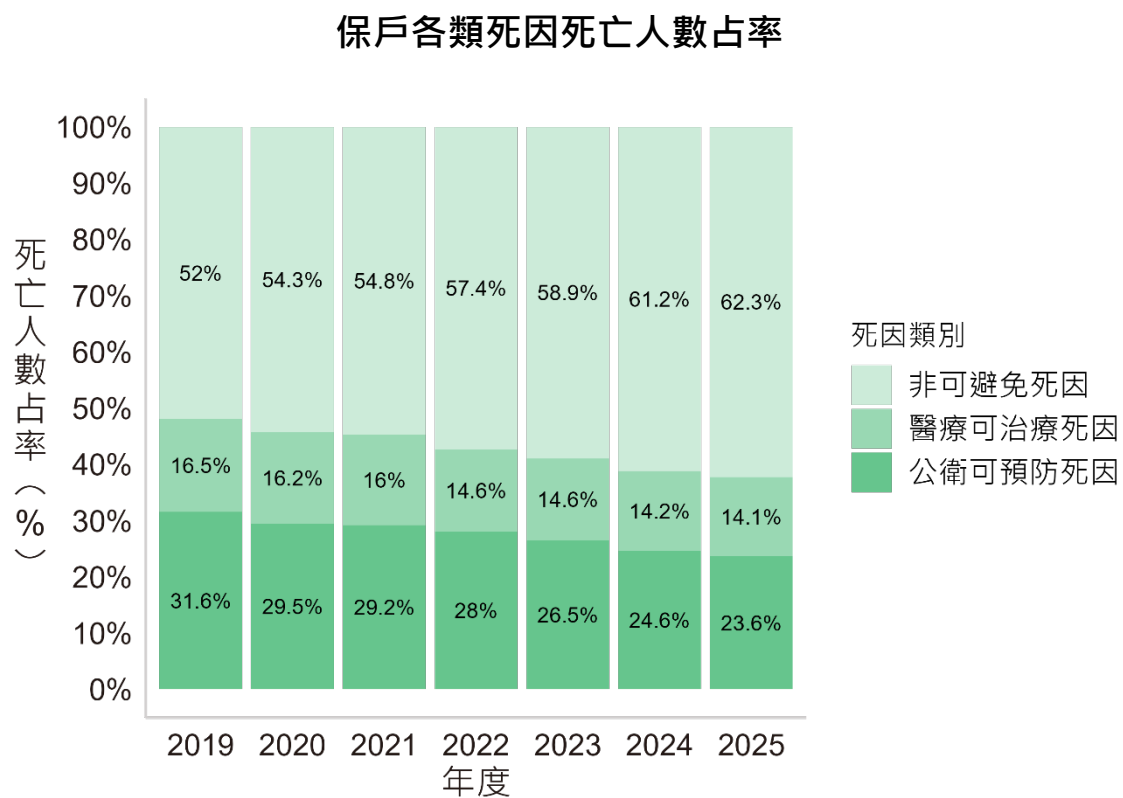
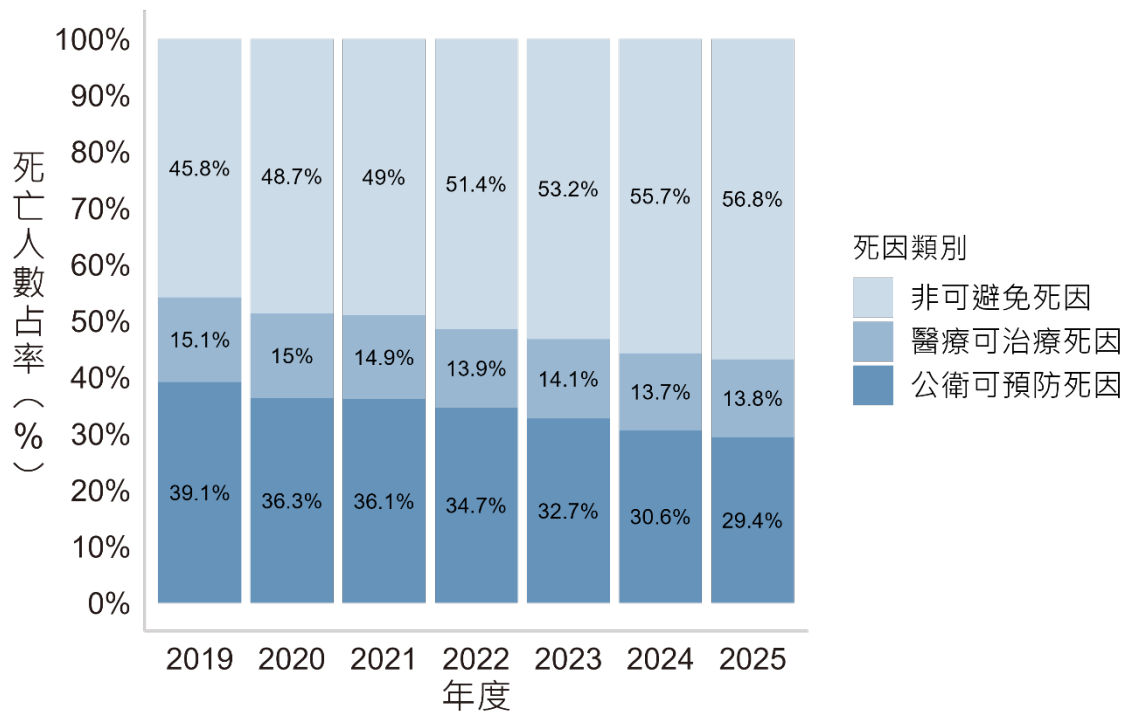


圖 2-15、歷年保戶各類死因死亡人數占率

保戶各類死因死亡人數占率-男性



保戶各類死因死亡人數占率-女性

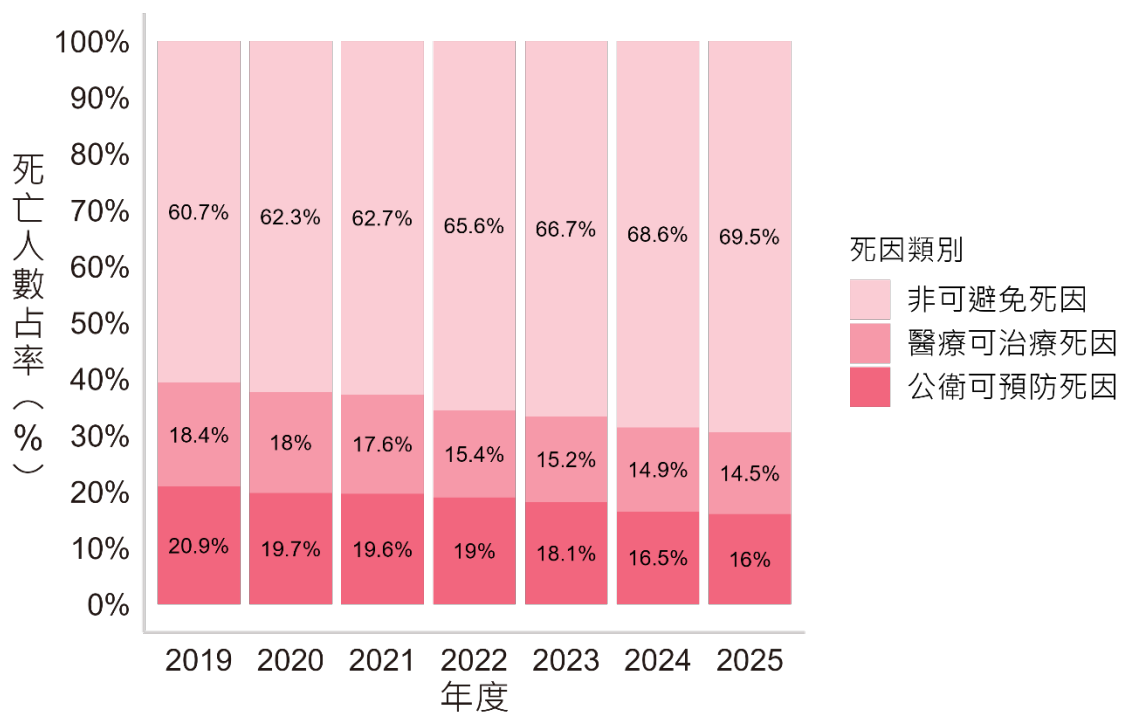


圖 2-16、歷年保戶分性別各類死因死亡人數占率

2.保戶可避免死因死亡率較全國低

近七年保戶可避免死因標準化死亡率呈下降趨勢，惟 2022 年受 COVID-19 疫情影響，公衛可預防死因死亡率有上升情形，男、女性皆有相同趨勢，其中，又男性之可避免死因死亡率高於女性（圖 2-17）。2025 年可避免死因持續呈下降趨勢，將降幅拆解後可見，主要源自於公衛可預防死因的下降。

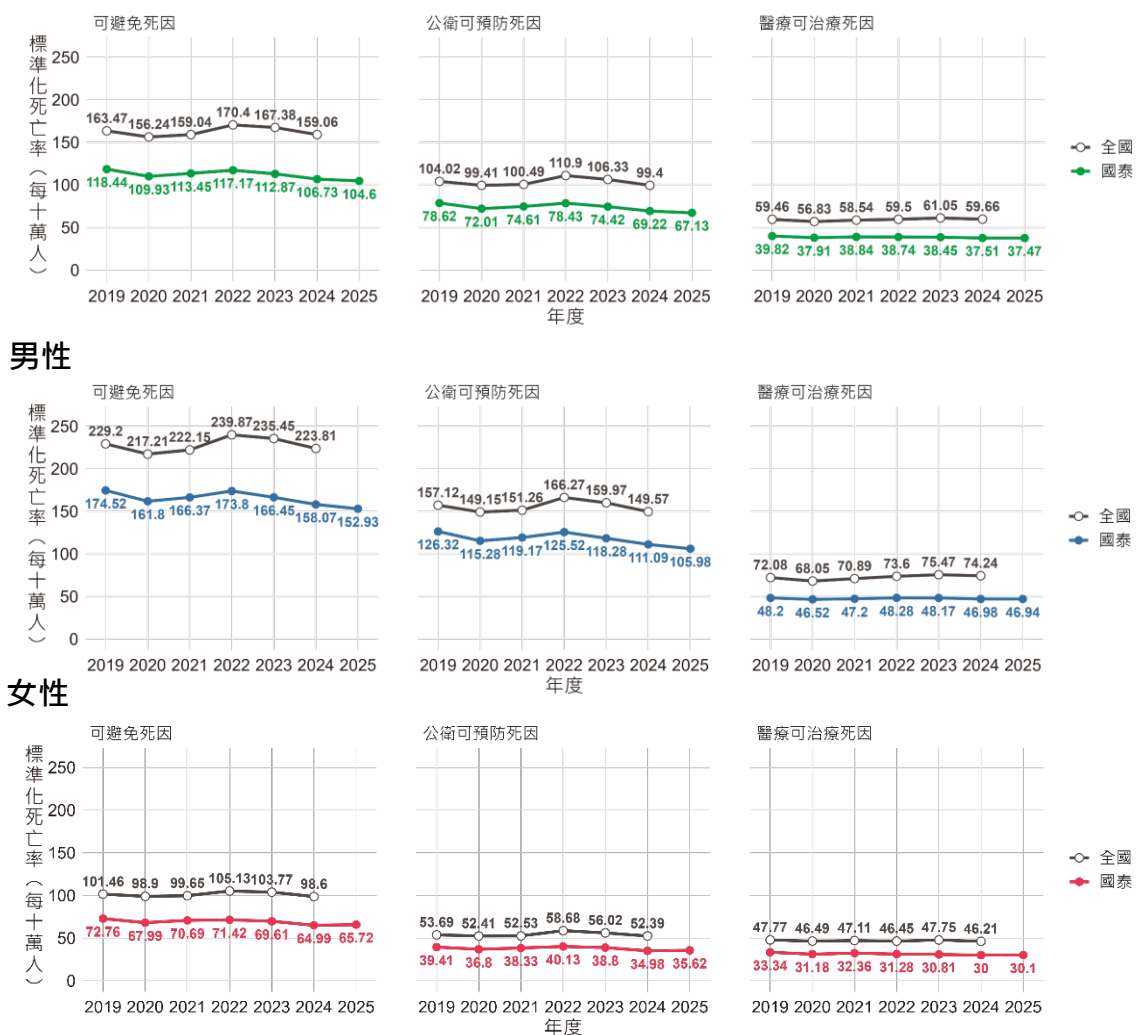


圖 2-17、保戶與全國各類死因之標準化死亡率

3.癌症為保戶主要可避免死因

進一步分析保戶可避免死因中，死亡人數占率前十名之死因，其中有一半項目皆為癌症，包含氣管、支氣管和肺癌、肝和肝內膽管癌、大腸直腸癌、口腔癌及女性乳癌，合計占可避免死因死亡人數之 37.8%。這些癌症可藉由降低接觸危險因子來預防其發生，如透過戒菸與戒檳榔預防口腔癌，或是透過篩檢及早發現並給予適切治療以降低死亡，如每 2 年 1 次乳房 X 光攝影檢查，可降低乳癌死亡率等；其餘項目包含腦血管疾病、缺血性心臟病及糖尿病等慢性病，這些疾病的防治則一方面需改變生活型態，一方面要有藥物、手術或其他治療介入；此外，自殺及交通事故則可藉由工程、環境與法規執行來減少死亡發生（表 2-10、表 2-11）。

表 2-10、保戶前十大可避免死亡死因項目

順位	可避免死因		
	死因別	死亡人數	占率 ^註
1	氣管、支氣管和肺惡性腫瘤	1,829	11.9%
2	肝和肝內膽管惡性腫瘤	1,237	8.0%
3	腦血管疾病	1,118	7.3%
4	結腸、直腸和肛門惡性腫瘤	1,054	6.8%
5	口腔惡性腫瘤	991	6.4%
6	缺血性心臟病	937	6.1%
7	糖尿病	828	5.4%
8	病原體未特定的肺炎	802	5.2%
9	自殺	778	5.1%
10	乳房惡性腫瘤	713	4.6%

註：各死因死亡人數占可避免死亡總人數之比率。

表 2-11、保戶前十大可避免死亡死因次分類下之死因項目

順位	公衛可預防死因			醫療可治療死因		
	死因別	死亡人數	占率 ^註	死因別	死亡人數	占率 ^註
1	氣管、支氣管和肺惡性腫瘤	1,829	19.0%	結腸、直腸和肛門惡性腫瘤	1,054	18.3%
2	肝和肝內膽管惡性腫瘤	1,237	12.8%	病原體未特定的肺炎	802	13.9%
3	口腔惡性腫瘤	991	10.3%	乳房惡性腫瘤	713	12.4%
4	自殺	778	8.1%	腦血管疾病	559	9.7%
5	交通事故	593	6.1%	缺血性心臟病	469	8.1%
6	腦血管疾病	559	5.8%	糖尿病	414	7.2%
7	食道惡性腫瘤	491	5.1%	腎衰竭	395	6.9%
8	其他酒精相關疾病	475	4.9%	高血壓相關疾病	269	4.7%
9	缺血性心臟病	469	4.9%	敗血症	235	4.1%
10	糖尿病	414	4.3%	子宮惡性腫瘤	162	2.8%

註：各死因死亡人數占公衛可預防死因或醫療可治療死因總人數之比率。

第三章：保戶疾病發生情形

發生率指標可反映特定族群罹患某種疾病的風險。根據第二章死因分析結果，癌症位居保戶十大死因之首，因此，本章節將藉由全癌症發生率、主要癌症發生情形、癌症存活率等指標就保戶癌症發生與存活情形進行分析。此外，亦延伸探討除癌症外，其他主要死因之疾病住院發生率，以全面掌握保戶不同疾病的發生情形。

（一）全癌症發生率

全癌症發生率係指一段時間內，癌症新發生人數與年中人口總數之比率，以每十萬人口表示。本節將透過年度趨勢及與全國比較，以呈現保戶癌症發生風險。

1. 近三年保戶新罹患癌症人數以乳癌最多

2025 年新發癌症個案數為 24,350 人，其中十大癌症發生人數合計 18,365 人，占總癌症人數之 75.42%。觀察近三年，均以女性乳癌的發生數最多，2025 年發生數為 4,306 人，其次均為氣管、支氣管和肺癌，發生數為 3,683 人（表 3-1）。

表 3-1、近三年癌症發生數

順位	癌症部位	發生數		
		2023 年	2024 年	2025 年
1	女性乳癌	4,119	4,142	4,306
2	氣管、支氣管和肺癌	3,498	3,604	3,683
3	結腸、直腸和肛門癌	2,537	2,475	2,572
4	前列腺（攝護腺）癌	1,320	1,468	1,492
5	肝和肝內膽管癌	1,614	1,504	1,464
6	甲狀腺癌	1,446	1,489	1,447
7	口腔癌	1,411	1,372	1,390
8	子宮體癌	856	826	875
9	胰臟癌	563	573	590
10	膀胱癌	539	545	546

註：僅呈現發生數前 10 名的癌症。

2.保戶全癌症標準化發生率較前一年下降

2025 年保戶全癌症標準化發生率為每十萬人口 294.23 人，其中男性為每十萬人口 305.52 人；女性則為每十萬人口 292.59 人，較前一年分別下降 4.3%和 5.9%，整體全癌症標準化發生率男性高於女性（圖 3-1）。

3.保戶全癌症標準化發生率與全國相近

觀察近年全癌症標準化發生率，保戶皆與全國相近，2019 至 2021 年，保戶與全國均呈下降趨勢，並在 2022 年回升（圖 3-1）。

分性別觀察，男性於 2025 年的全癌症標準化發生率為每十萬人口 305.52 人，為近七年最低點。女性近七年最低點則在 2021 年，其全癌症標準化發生率為每十萬人口 291.53 人，隔年即回升，並接近疫情前水準（圖 3-2）。

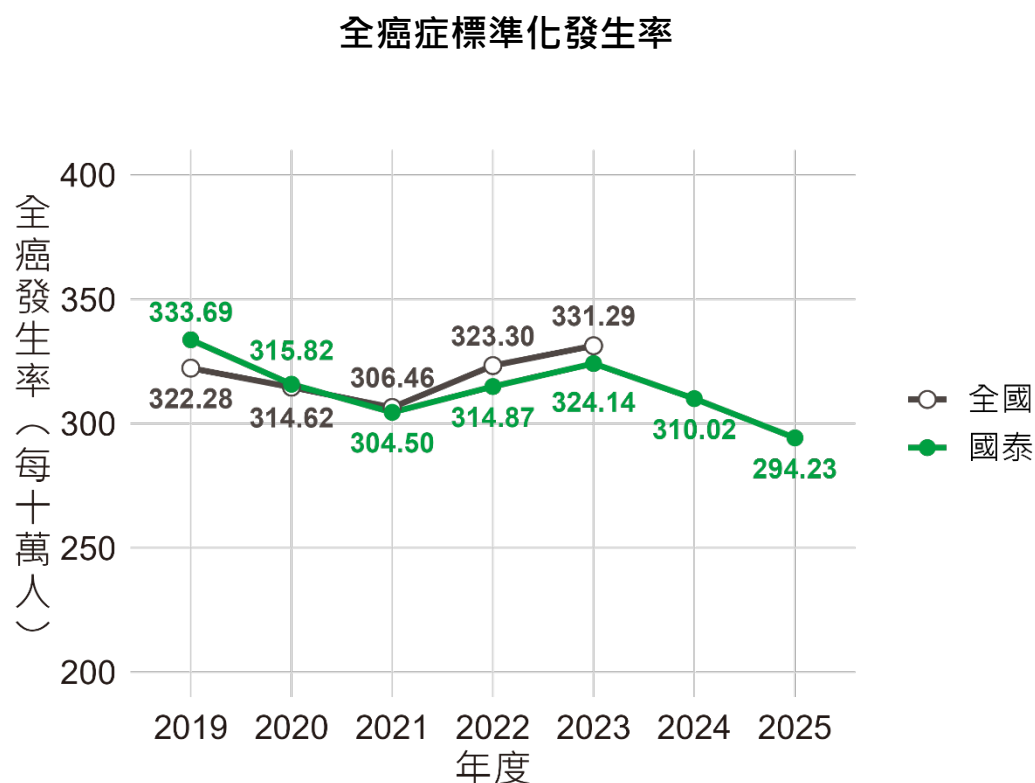
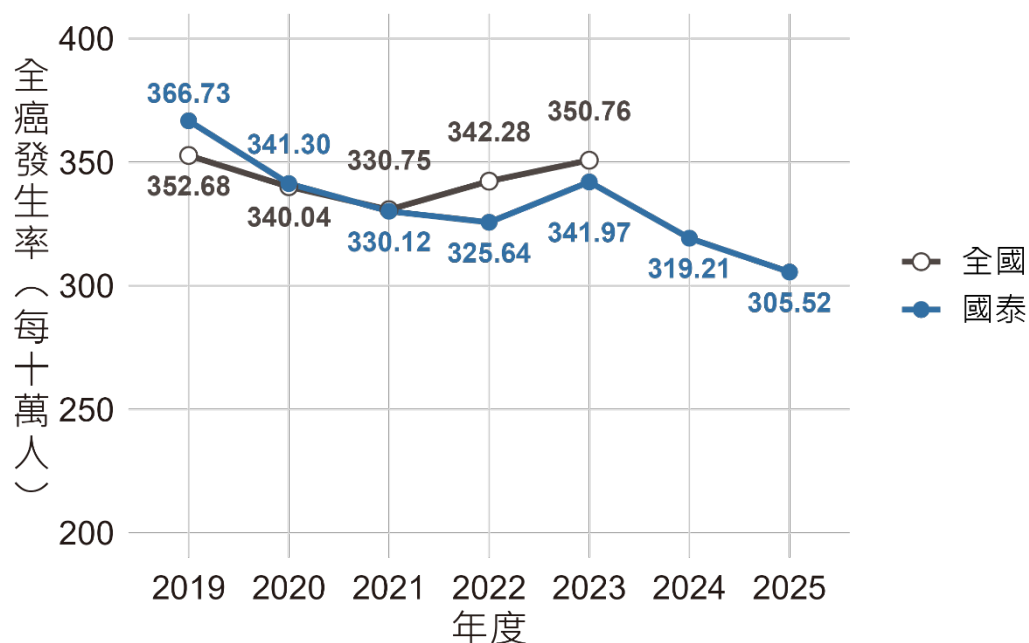


圖 3-1、歷年全癌症標準化發生率

全癌症標準化發生率-男性



全癌症標準化發生率-女性

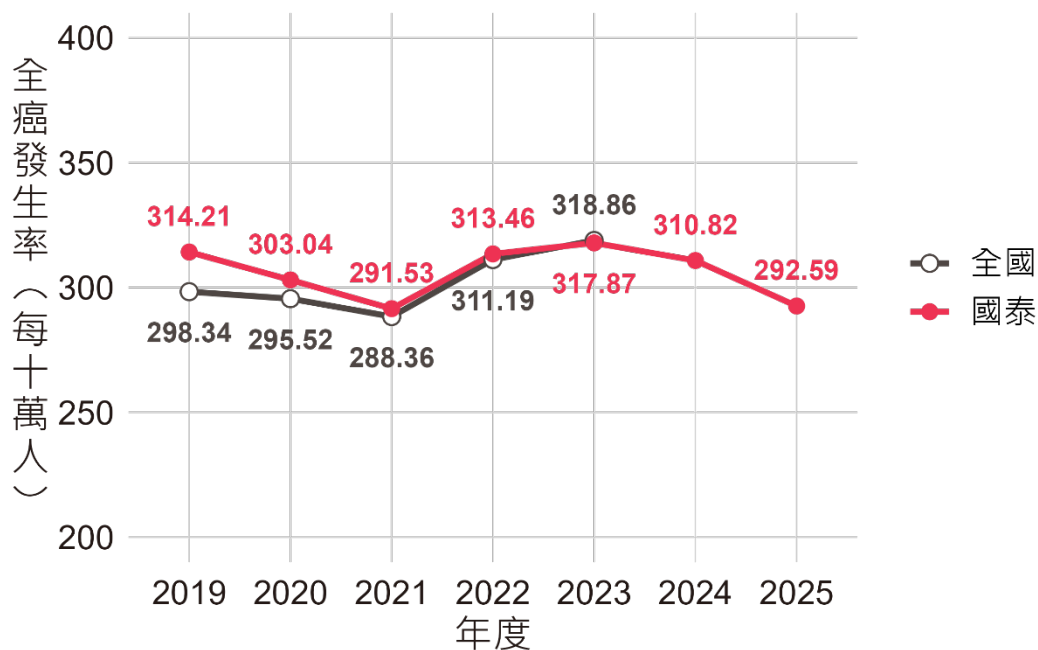


圖 3-2、分性別全癌症標準化發生率

(二) 十大癌症發生

依據全國癌症統計所採用之疾病分類（ICD-10）與國際疾病分類—腫瘤學（ICD-O-3）標準，判定保戶新發之癌症種類，以計算保戶分癌別發生率。此分析可進一步瞭解保戶的罹患癌症風險所在。以下就保戶十大癌症部分進行說明。

1. 保戶十大癌症標準化發生率排序

2025 年國泰保戶十大癌症標準化發生率，依序為（1）女性乳癌（2）前列腺癌（3）氣管、支氣管和肺癌（4）結腸、直腸和肛門癌（5）子宮體癌（6）甲狀腺癌（7）肝和肝內膽管癌（8）口腔癌（9）卵巢癌（10）胰臟癌。

觀察 2023 年保戶十大癌症與全國癌症發生率排名，項目大致相同，僅非何杰金氏淋巴瘤的部分，保戶排名第 10 名，全國為第 13 名，但於 2025 年非何杰金氏淋巴瘤退出保戶十大癌症，開始由胰臟癌進入排名中（表 3-2）。

表 3-2、保戶十大癌症與全國比較（以 2025 年做為主要排序）

順位	癌症別	國泰順位			全國順位
		2023 年	2024 年	2025 年	2023 年
1	女性乳癌	1	1	1	1
2	前列腺（攝護腺）癌	2	2	2	3
3	氣管、支氣管和肺癌	3	3	3	2
4	結腸、直腸和肛門癌	4	4	4	4
5	子宮體癌	6	7	5	7
6	甲狀腺癌	7	5	6	8
7	肝和肝內膽管癌	5	6	7	5
8	口腔癌	8	8	8	6
9	卵巢癌	9	9	9	9
10	胰臟癌	11	11	10	14
11	非何杰金氏淋巴瘤	10	10	15	13

註 1：全國排名第 10 位為「胃癌」。

分性別觀察，男、女性保戶十大癌症標準化發生率排名如下：

(1) 前列腺癌為男性保戶癌症發生之首位

男性保戶 2025 年癌症發生前八名排序與 2024 年一致，胰臟癌則從 2023、2024 年的第十一名及第十名，上升至 2025 年的第九名。而白血病也於 2023、2024 的第十二名，上升至 2025 年的第十名。另口腔癌、膀胱癌與食道癌，則僅出現於男性十大癌症發生之項目中。

若與全國相比 (2023 年)，男性保戶第一名為前列腺癌；全國則為結腸、直腸和肛門癌，且於膀胱癌與甲狀腺癌的部分，保戶於 2023 年進入十大癌症排序，排行分別為第七名與第十名，全國則分別為第十三名與第十一名 (表 3-3)。

表 3-3、男性保戶十大癌症與全國比較 (以 2025 年做為主要排序)

順位	癌症別	男性保戶順位			全國順位
		2023 年	2024 年	2025 年	2023 年
1	前列腺 (攝護腺) 癌	2	1	1	3
2	氣管、支氣管和肺癌	1	2	2	2
3	結腸、直腸和肛門癌	3	3	3	1
4	口腔癌	5	4	4	4
5	肝和肝內膽管癌	4	5	5	5
6	膀胱癌	7	6	6	13
7	食道癌	6	7	7	6
8	甲狀腺癌	10	8	8	11
9	胰臟癌	11	10	9	12
10	白血病	12	12	10	9

註 1：全國男性十大癌症第七位為「胃癌」；第八位為「皮膚癌」；第十位為「非何杰金氏淋巴瘤」。

（2）乳癌為女性保戶癌症發生之首位

女性保戶近三年癌症發生首位皆為乳癌，前五名即包含兩項婦癌（乳癌、子宮體癌）。另白血病則從 2023、2024 年的第十二名，於 2025 年上升至第十名。

若與全國相比（2023 年），女性保戶癌症發生率前七位之癌別與全國一致，整體排序大致相同，僅於胰臟癌排名較不同，保戶排名第九名，全國則為第十三名（表 3-4）。

表 3-4、女性保戶十大癌症與全國比較（以 2025 年做為主要排序）

順位	癌症別	女性保戶順位			全國順位
		2023 年	2024 年	2025 年	2023 年
1	女性乳癌	1	1	1	1
2	氣管、支氣管和肺癌	2	2	2	2
3	甲狀腺癌	4	3	3	4
4	結腸、直腸和肛門癌	3	4	4	3
5	子宮體癌	5	5	5	5
6	卵巢癌	7	6	6	7
7	肝和肝內膽管癌	6	7	7	6
8	子宮頸及部位未明示子宮癌	10	8	8	10
9	胰臟癌	9	9	9	13
10	白血病	12	12	10	11

註 1：全國女性十大癌症第八位為「皮膚癌」；第九位為「胃癌」。

2.保戶十大癌症標準化發生率與全國相近

觀察 2023 年保戶與全國之十大癌症標準化發生率，於女性乳癌、前列腺癌、氣管、支氣管和肺癌、子宮體癌、甲狀腺癌、卵巢癌、非何杰金氏淋巴瘤等癌別之保戶標準化發生率高於全國，其餘癌別之保戶標準化發生率均較全國低，其中，結腸、直腸和肛門癌與口腔癌之差異最大，約為全國的 0.78 倍與 0.82 倍（圖 3-3）。

保戶十大癌症發生率（2023 年）

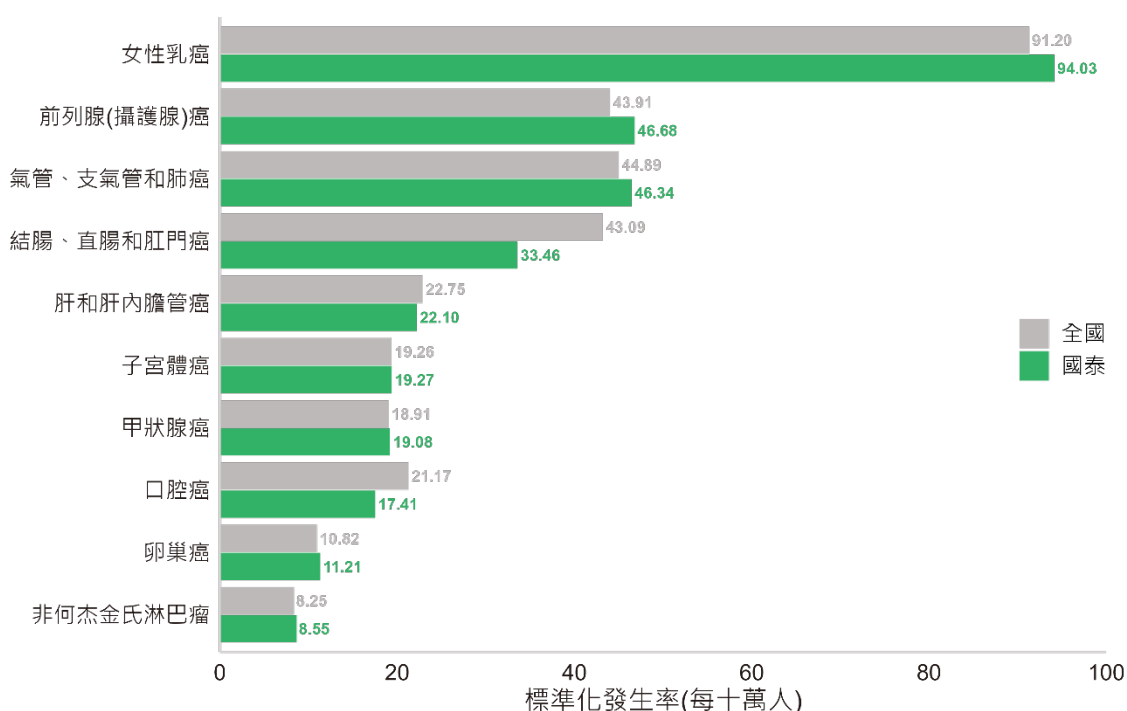
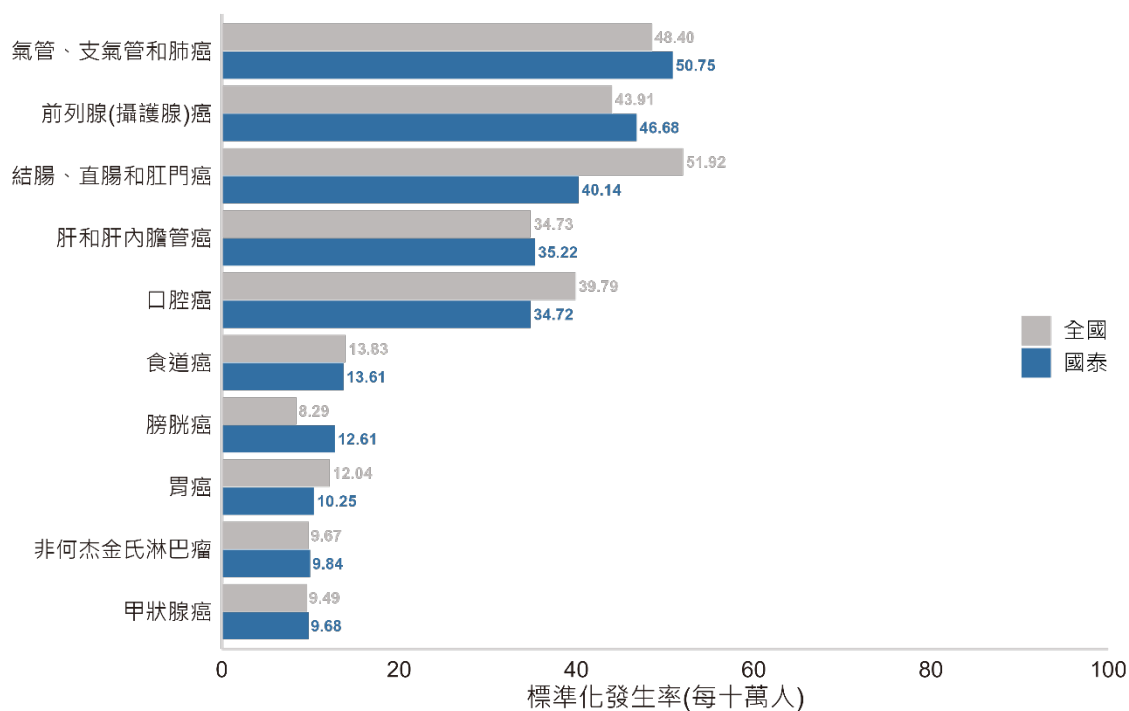


圖 3-3、保戶十大癌症標準化發生率與全國比較（2023 年）

分性別比較保戶與全國十大癌症標準化發生率（2023 年），男性保戶與全國相比，於氣管、支氣管和肺癌、前列腺癌、肝和肝內膽管癌、膀胱癌、非何杰金氏淋巴瘤與甲狀腺癌等癌別，標準化發生率高於全國，尤以膀胱癌與全國差距最大，約為全國的 1.5 倍；女性保戶則於乳癌、氣管、支氣管和肺癌、子宮體癌、肝和肝內膽管癌、卵巢癌、非何杰金氏淋巴瘤與胰臟癌等癌別之標準化發生率高於全國（圖 3-4）。

保戶十大癌症發生率-男性 (2023 年)



保戶十大癌症發生率-女性 (2023 年)

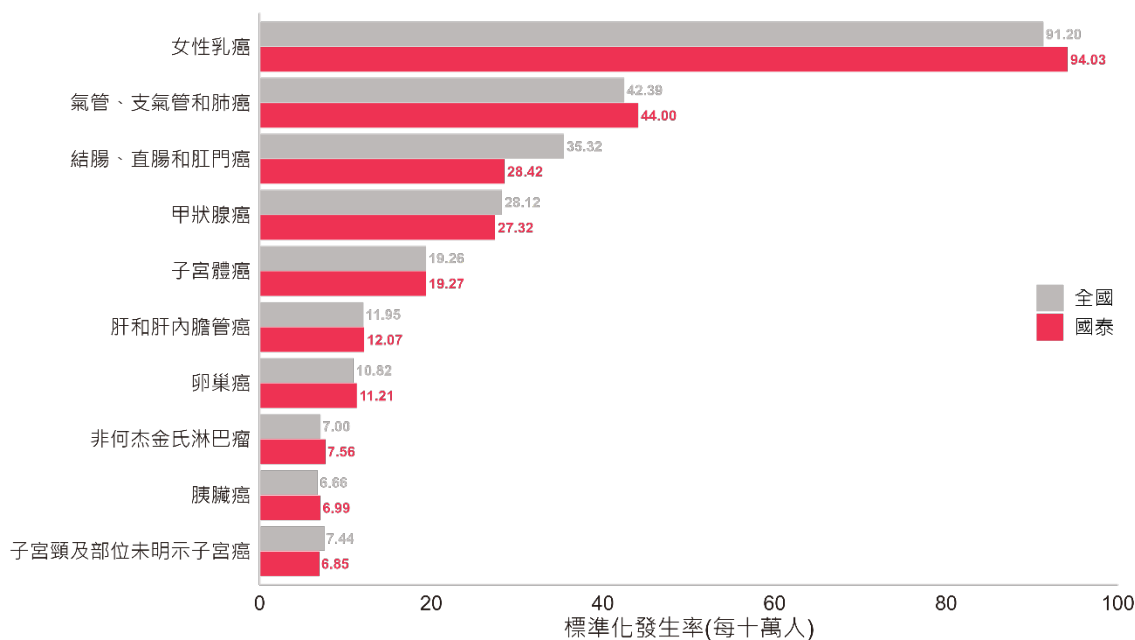


圖 3-4、分性別十大癌症標準化發生率與全國比較 (2023 年)

(三) 癌症存活率

係指癌症的五年存活率，其定義為被診斷出癌症的個案中，存活滿五年的比例。癌症存活率反映保戶罹癌後的預後，及接受照護的品質。

1. 保戶全癌症存活率高於全國

觀察 2019 至 2023 年（追蹤至 2024 年）罹癌保戶之存活率，保戶全癌症存活情形高於全國，且罹癌時間越久，差距越大。男女性均於罹病後第一年的存活率有較大降幅，第二年後則趨於穩定，男性保戶五年存活率為 65.15%；女性為 80.63%（圖 3-5）。

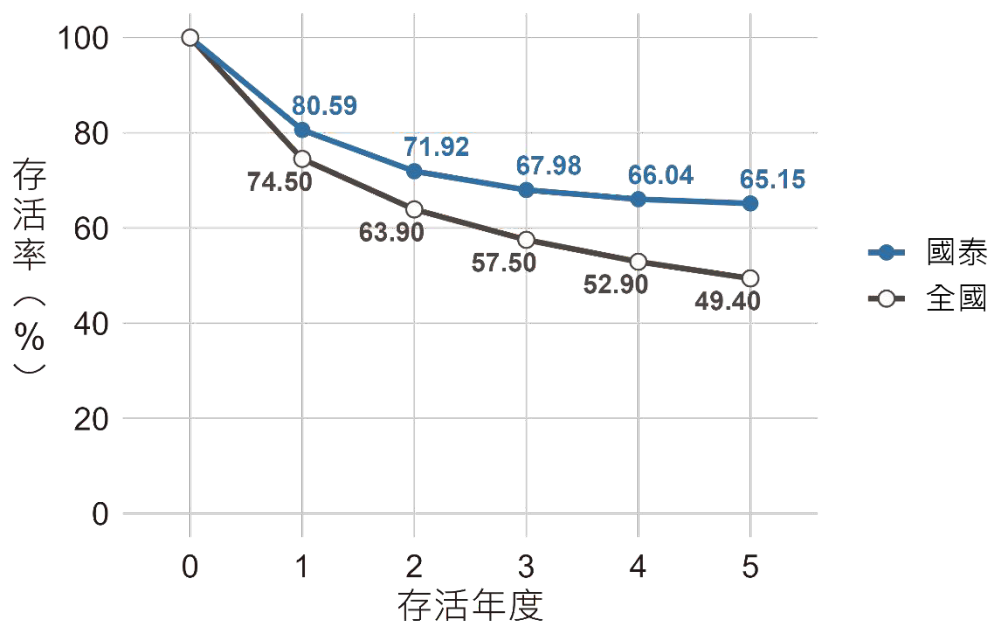
2. 保戶主要癌症存活率均高於全國

觀察保戶主要癌症項目，其五年存活情形，不論性別，各癌別存活率皆較全國高。

男性保戶以前列腺癌之五年存活率最高，達 89.57%，膀胱癌的存活率亦有 83.37%。相較之下，全國前列腺癌和膀胱癌的五年存活率分別為 71.90%及 54.40%。而在主要癌症中，五年存活率最低的是胰臟癌，全國僅 11.10%，其次是食道癌，全國為 21.00%。然而，保戶在這兩種癌症中的存活率分別達到 24.98%和 36.46%（圖 3-6）。

女性保戶以乳癌之五年存活率最高，達 92.91%，超越全國乳癌的五年存活率 85.50%。其他婦癌如子宮體癌、卵巢癌、子宮頸及部位未明示子宮癌，保戶的五年存活率均超過 78%，相較之下，全國在這些癌症的五年存活率則介於 63.40%到 79.80%之間。而在主要癌症中，五年存活率最低的是胰臟癌，全國僅 13.60%，其次是肝和肝內膽管癌，全國為 32.40%。然而，保戶在這兩種癌症中的存活率仍分別達到 26.29%和 51.21%（圖 3-6）。

保戶全癌症五年存活率-男性



保戶全癌症五年存活率-女性

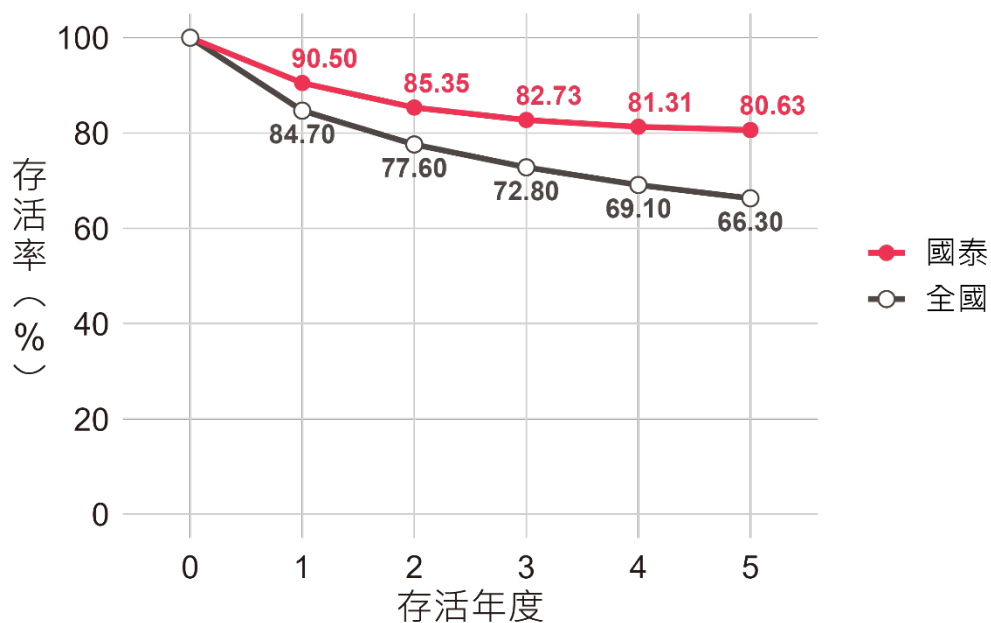
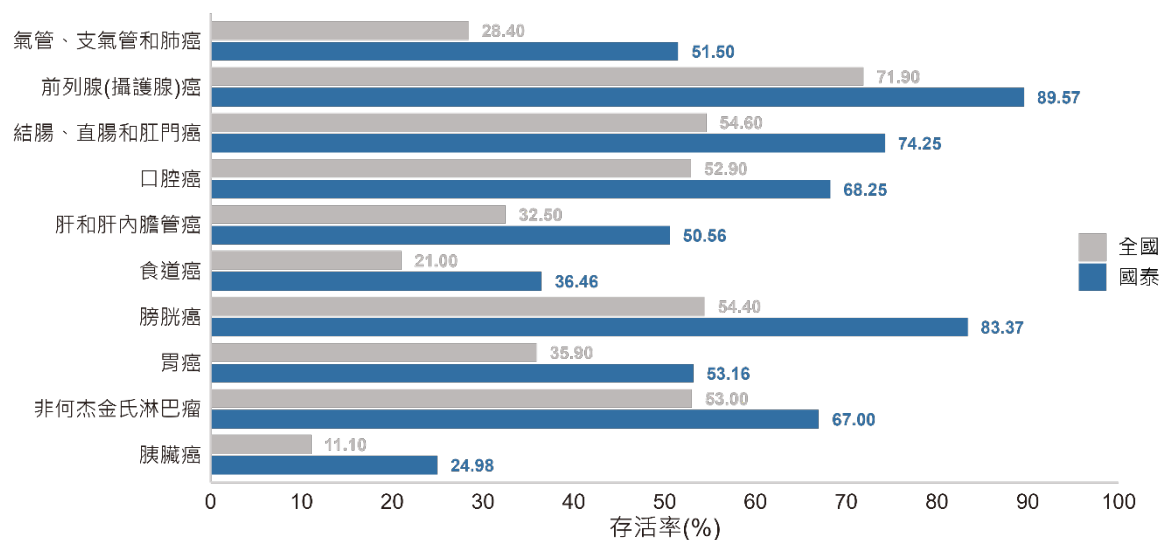


圖 3-5、保戶全癌症五年存活率與全國比較

主要癌症五年存活率-男性



主要癌症五年存活率-女性

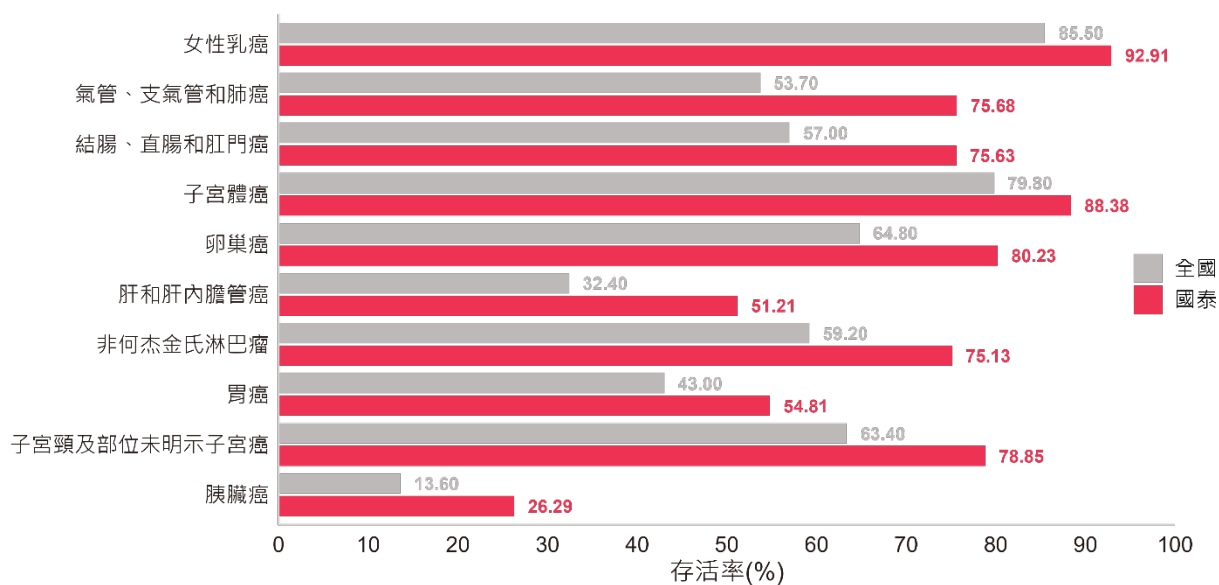


圖 3-6、分性別保戶主要癌症五年存活率

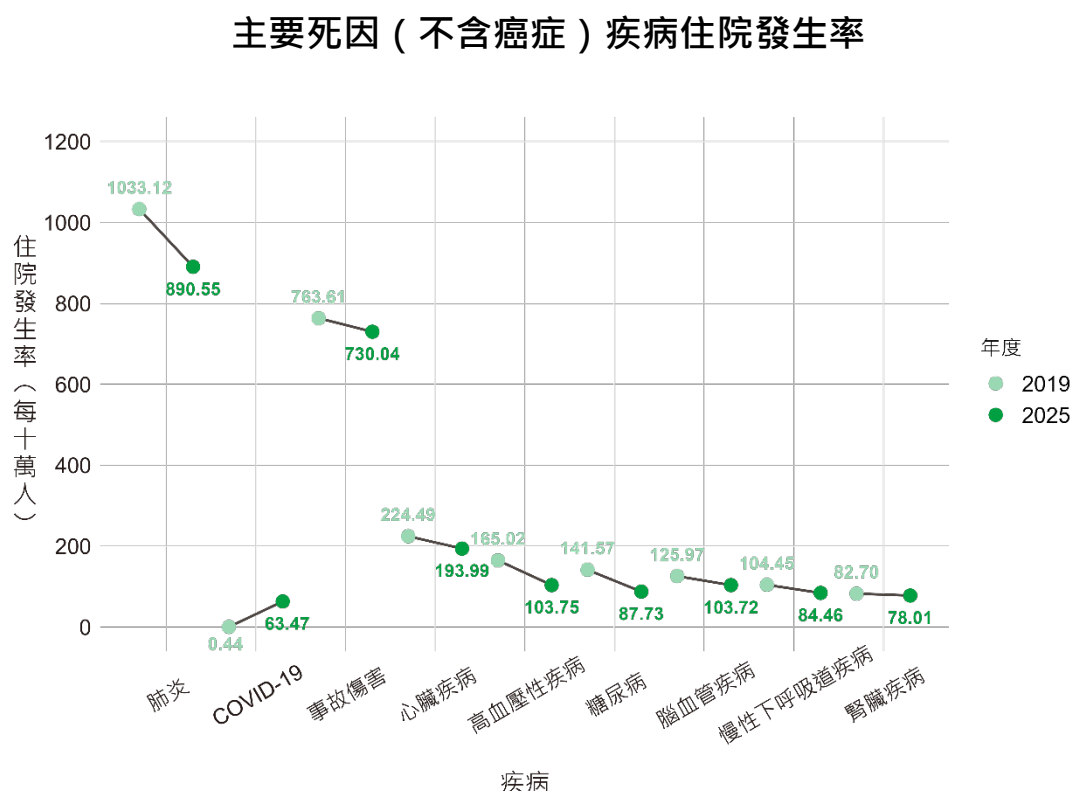
(四) 其他主要死因之疾病住院發生率

除觀察死因之首癌症，亦進一步檢視其他主要死因之疾病住院發生率於不同年度的變化情形，依序包含（1）肺炎（2）COVID-19（3）事故傷害（4）心臟疾病（5）高血壓性疾病（6）糖尿病（7）腦血管疾病（8）慢性下呼吸道疾病（9）腎炎、腎病症候群及腎病變，此分析可進一步瞭解保戶的罹病趨勢。

1. 保戶主要死因疾病住院發生率多數呈下降趨勢

觀察保戶於 2019 年與 2025 年其他主要死因疾病住院發生率的變化，不論性別，除 COVID-19 外，其他疾病住院發生率皆呈下降趨勢（圖 3-7）。而 COVID-19 屬新興傳染病，自 2019 年末爆發流行，故該疾病的住院發生率於 2019 年為最低點，於後續年度呈現上升趨勢。

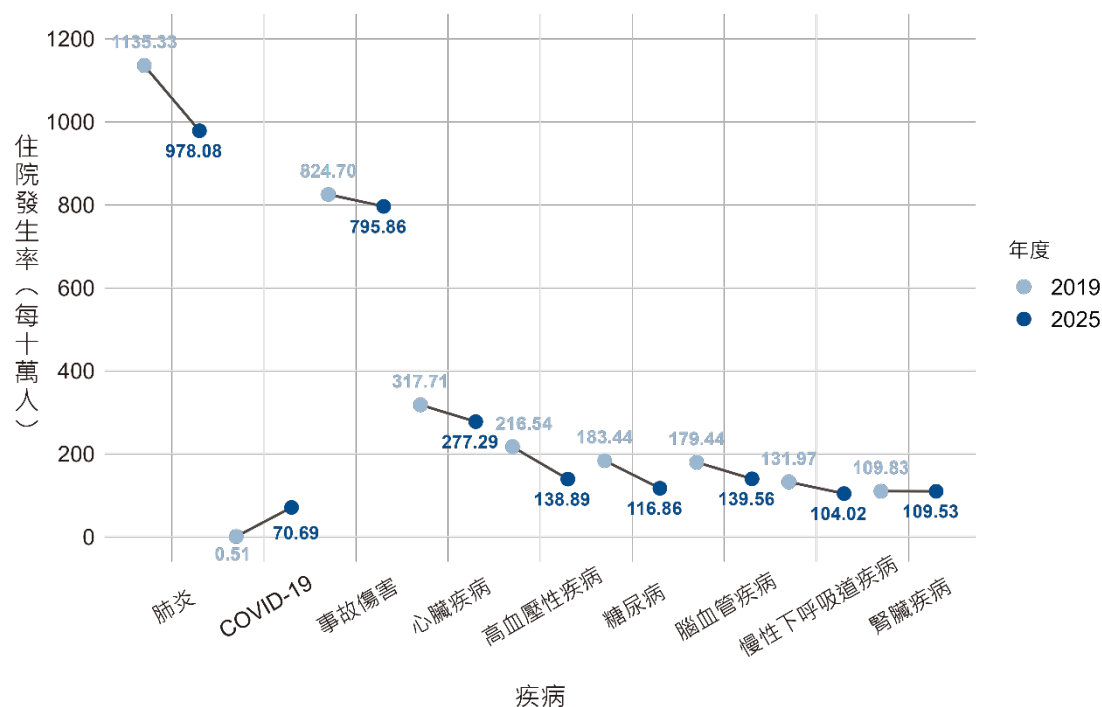
觀察保戶 2025 年對 2019 年疾病住院發生率比例，不論性別，下降幅度最大者皆為糖尿病與高血壓性疾病（圖 3-8）。



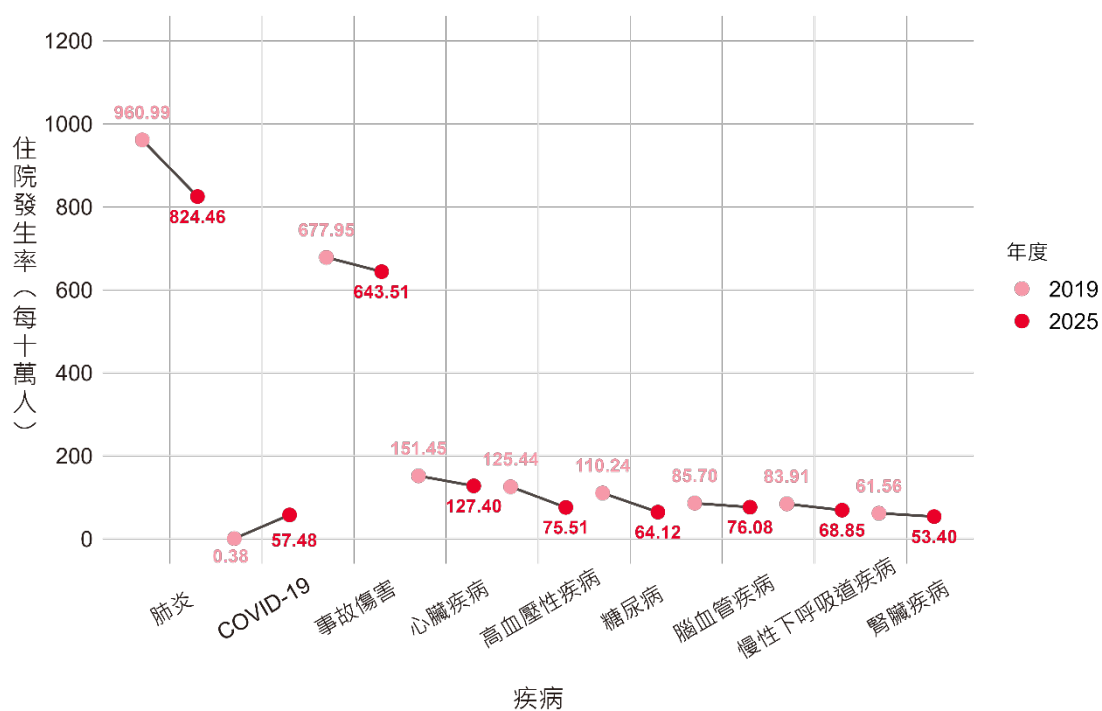
註：心臟疾病，指心臟疾病（高血壓性疾病除外）；腎臟疾病，指腎炎、腎病症候群及腎病變

圖 3-7、保戶主要死因（不含癌症）疾病住院發生率

主要死因（不含癌症）疾病住院發生率-男性



主要死因（不含癌症）疾病住院發生率-女性



註：心臟疾病，指心臟疾病（高血壓性疾病除外）；腎臟疾病，指腎炎、腎病症候群及腎病變

圖 3-8、分性別保戶主要死因（不含癌症）疾病住院發生率

(五) 精神疾病住院發生率

自殺名列保戶十大死因的第九名。透過檢視與自殺高度相關的精神疾病住院發生率，構建保戶潛在的自殺風險軌跡，並進一步分析主要住院病因，觀察不同生命階段的疾病風險變化，識別各生涯中的關鍵轉折點。

1. 保戶精神疾病住院發生率於人生三階段各有高峰

觀察 2025 年保戶各年齡層之精神疾病住院發生率，發現青少年精神疾病發生率於 15-24 歲有一明顯的高點，隨後發生率緩降，而至 50-54 這個年齡段，又有一波發生率的高峰，其後，發生率則再隨年齡逐漸增加，並於 65 歲以後迅速攀升。分性別觀察，男性住院發生率高於女性，兩者發生趨勢則大致相同（圖 3-9）。

精神疾病住院發生率（2025 年）

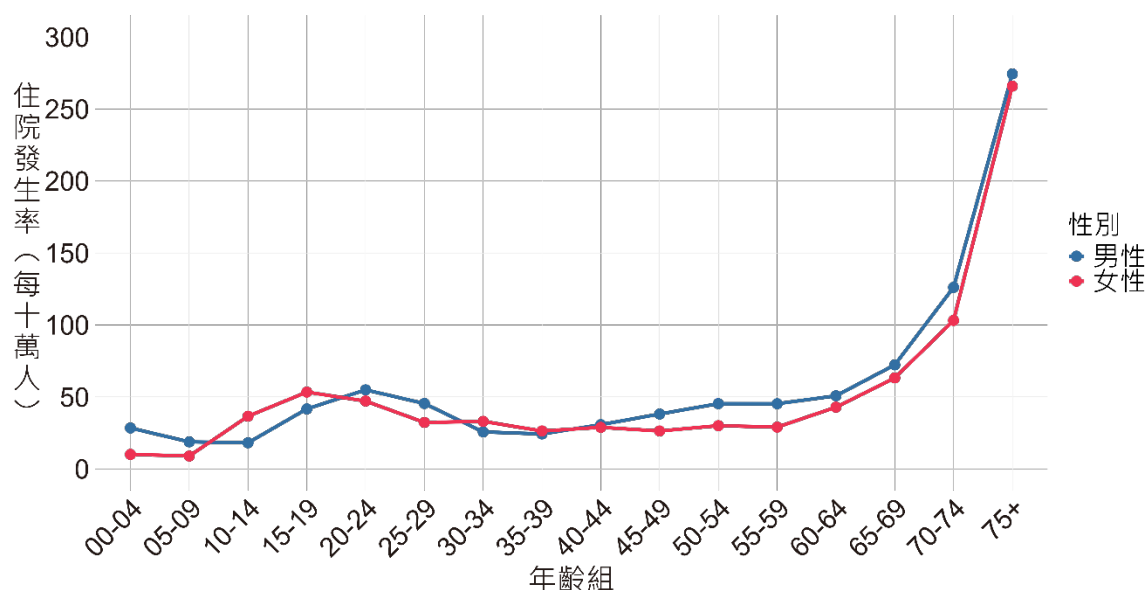


圖 3-9、分性別精神疾病住院發生率

2. 保戶主要的精神疾病住院病因

分性別觀察主要的精神疾病住院病因。男性保戶在幼年至青壯年時期，精神疾病住院的首要病因較為多元，自 00-09 歲至 30-44 歲首要病因依

序分別為「心理發育障礙」、「精神官能症、壓力相關障礙及擬身體疾患」與「情感性精神病」，顯示精神疾病病況表現多元。不過男性 45 歲起，即以器質性精神障礙為主，腦部因受損或退化，導致認知與行為功能減損，例如中風造成的認知功能受損或失智症，皆是此類病因常見的疾病。相較之下，10-64 歲女性保戶精神疾病住院主因則多為「情感性精神病」，這類疾病除了遺傳和體質因素外，壓力、創傷、生活事件（如突然失業、家庭組成改變）...等，都可能誘發情感性精神病。進入 65 歲以上高齡階段後，與男性同樣皆以器質性精神障礙為主，顯示是不分性別、高齡族群共同的重要健康議題（表 3-5）。

表 3-5、分性別主要精神疾病住院病因（2025 年）

年 齡 組	男性			女性		
	病因順位					
	1	2	3	1	2	3
00-09	心理發育障礙	通常起病於童年與青少年期的行為和情緒障礙	精神官能性、壓力有關性和擬身體疾患	心理發育障礙	通常起病於童年與青少年期的行為和情緒障礙	器質性精神障礙
10-19	精神官能性、壓力有關性和擬身體疾患	情感性精神病	器質性精神障礙	情感性精神病	精神官能性、壓力有關性和擬身體疾患	思覺失調症
20-29	情感性精神病	精神官能性、壓力有關性和擬身體疾患	思覺失調症	情感性精神病	思覺失調症	精神官能性、壓力有關性和擬身體疾患
30-44	情感性精神病	思覺失調症	藥物、物質或酒精引起的精神和行為障礙	思覺失調症	情感性精神病	器質性精神障礙
45-64	器質性精神障礙	情感性精神病	藥物、物質或酒精引起的精神和行為障礙	情感性精神病	器質性精神障礙	思覺失調症
65 以上	器質性精神障礙	情感性精神病	精神官能性、壓力有關性和擬身體疾患	器質性精神障礙	情感性精神病	精神官能性、壓力有關性和擬身體疾患

註 1：精神官能性、壓力有關性和擬身體疾患，如恐慌、焦慮障礙、強迫性障礙等。

註 2：器質性精神障礙指因腦組織損傷所造成的心理與行為疾病，亦包含腦震盪後症候群。

第四章：保戶醫療利用與照護品質

醫療利用的高低，除受疾病的發生率影響外，亦與保戶健康意識、所接受之醫療照護品質相關。若照護妥當，即可降低保戶後續因疾病惡化或併發症再就醫之成本。因此，本章將透過住院發生率、平均住院天數、出院後 14 日以內再住院率、門診手術後二日以內住院率等指標，呈現保戶的醫療利用情形與照護品質。

（一）醫療利用

住院發生率及平均住院天數可反映保戶使用醫療資源的情形，藉由與全國相比，可瞭解保戶醫療利用之水準。

1. 保戶住院標準化發生率低於全國

2025 年保戶住院標準化發生率為每千人口 93.34 人，其中男性每千人口 97.13 人，女性每千人口 90.90 人。2019 至 2025 年間，保戶住院標準化發生率皆低於全國，年度趨勢則與全國相似。2021 年起因疫情影響，住院發生率下降至近七年最低，為每千人口 79.01 人，疫後逐漸回升（圖 4-1）。

全國住院資料包含精神疾病之日間住院及日間留院案件，與理賠範圍並不完全一致，然而，即使全國與保戶住院發生率之統計基礎略有不同，但仍可就整體的年度趨勢進行觀察與比較。

住院標準化發生率

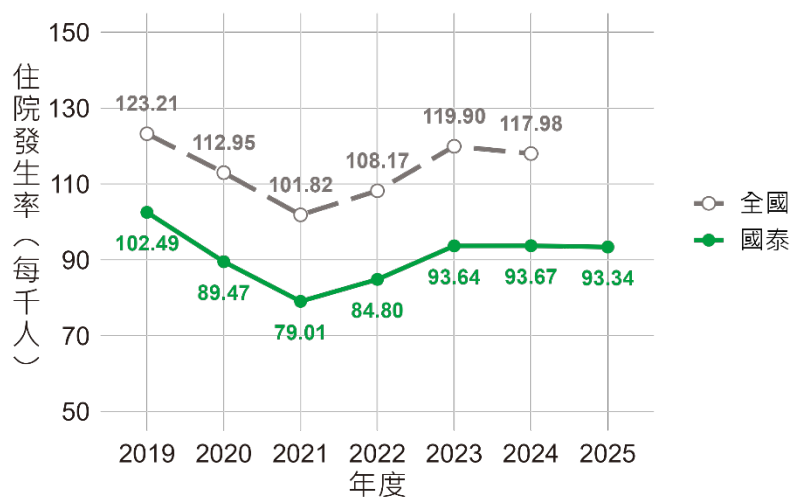
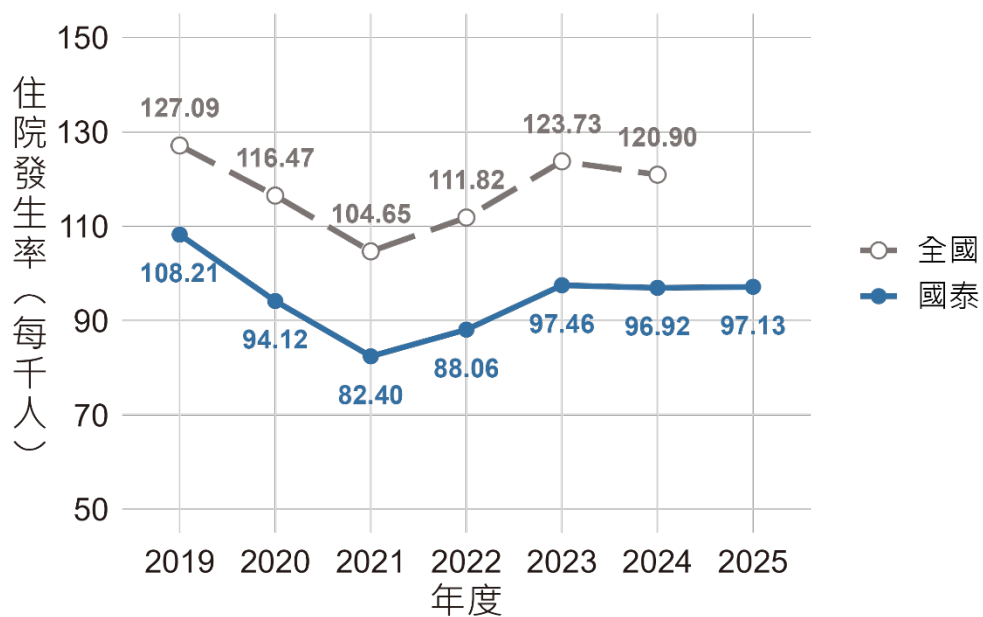


圖 4-1、住院標準化發生率

分性別觀察，男性保戶的住院標準化發生率高於女性，近七年趨勢與全國相似，自 2021 年降至低點後，住院標準化發生率逐步回升，但未回到疫情前水準，且回升趨勢漸緩（圖 4-2）。

住院標準化發生率-男性



住院標準化發生率-女性

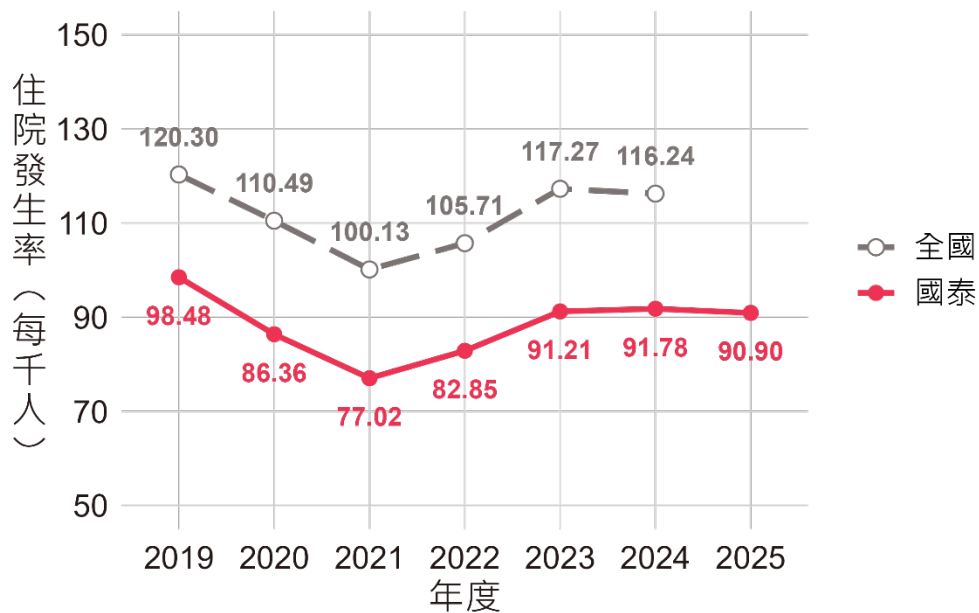
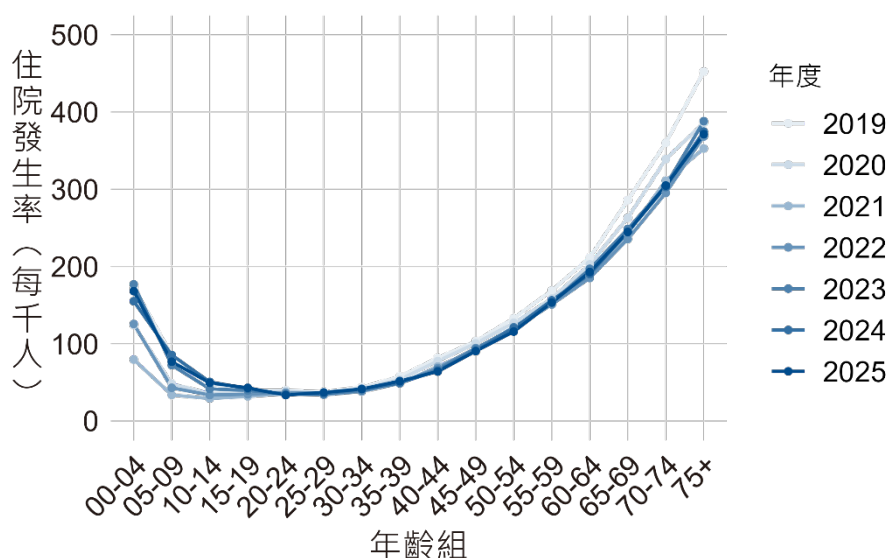


圖 4-2、分性別住院標準化發生率

分年齡別觀察，19 歲以下保戶住院發生率於疫情期間降低後逐漸回升，2023 年已回到 2019 年水準，2025 年繼續維持相近水準；20-54 歲住院發生率近七年無明顯變化；55 歲以上住院發生率於 2020 至 2021 年下降後，近五年約略持平（圖 4-3）。

年齡別住院發生率-男性



年齡別住院發生率-女性

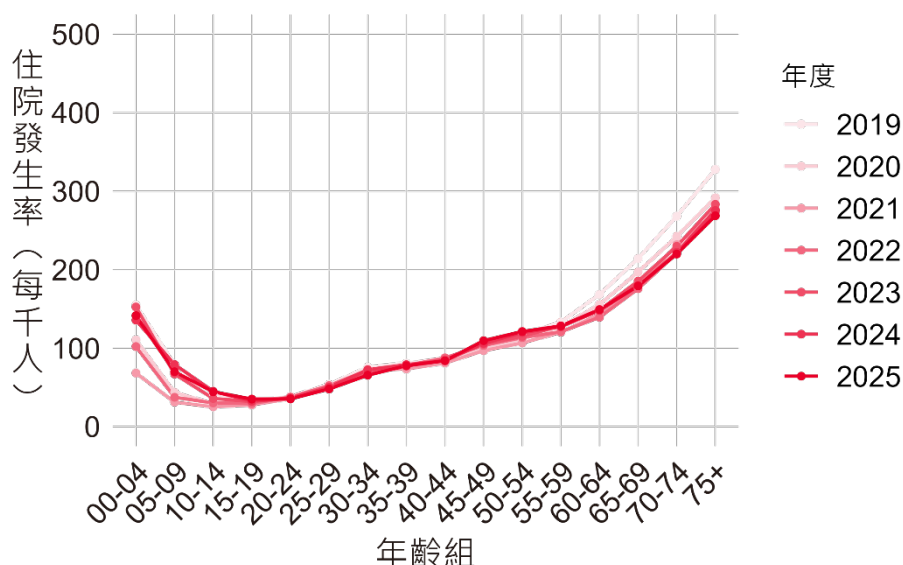


圖 4-3、分年齡別住院發生率

2. 男性保戶標準化平均住院天數高於女性

2019 至 2025 年保戶平均住院天數大致呈穩定趨勢，男性均高於女性。排除 2020 至 2021 年因疫情影響導致平均住院天數略有增加，整體而言，保戶平均住院天數呈下降趨勢（圖 4-4）。

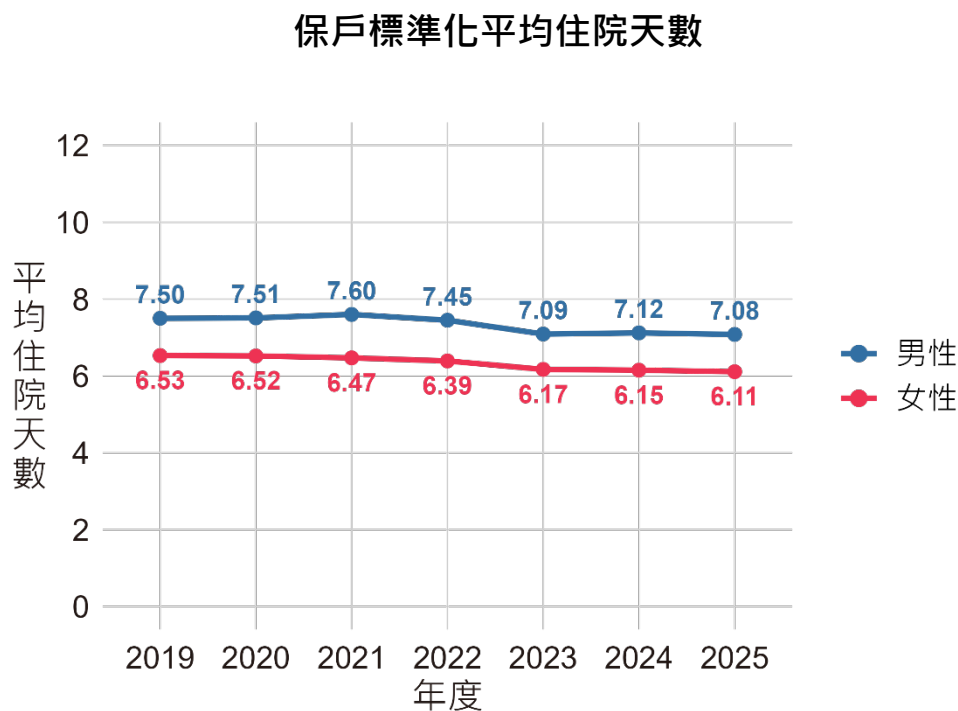
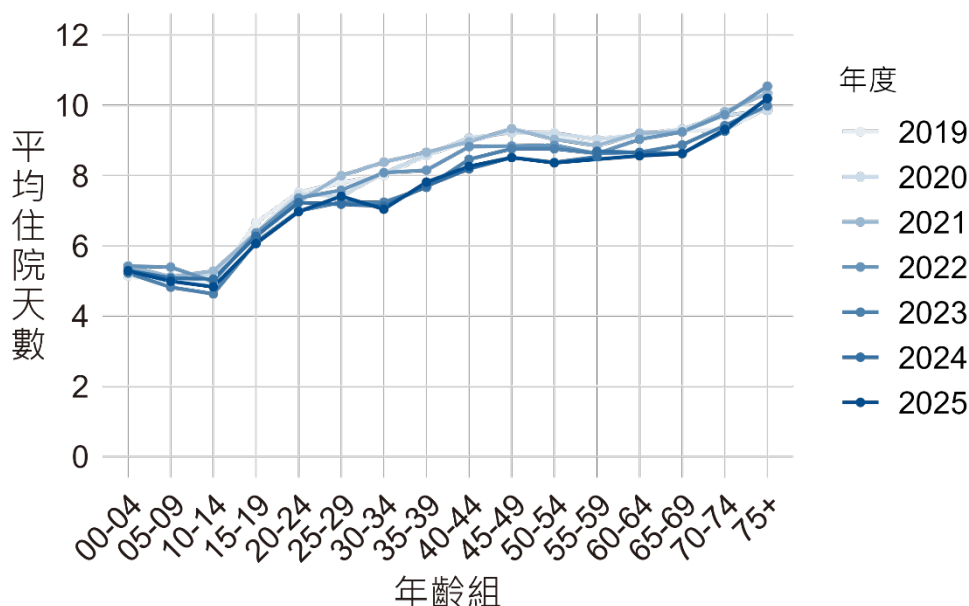


圖 4-4、保戶標準化平均住院天數

考量全國住院統計資料包含部分超長住院案件，如：早產兒住院、慢性精神疾病的長期住院等特殊情況，與保險理賠範圍不盡相同，故不適合與全國資料進行比較，僅呈現近七年的保戶標準化平均住院天數之趨勢。

分年齡別觀察，2019 至 2025 年各年齡組保戶的平均住院天數大致呈逐年下降趨勢，除 19 歲以下於 2023 至 2024 年呈上升趨勢。各年度皆於 10-14 歲平均住院天數最低，75 歲以上最高（圖 4-5）。

年齡別平均住院天數-男性



年齡別平均住院天數-女性

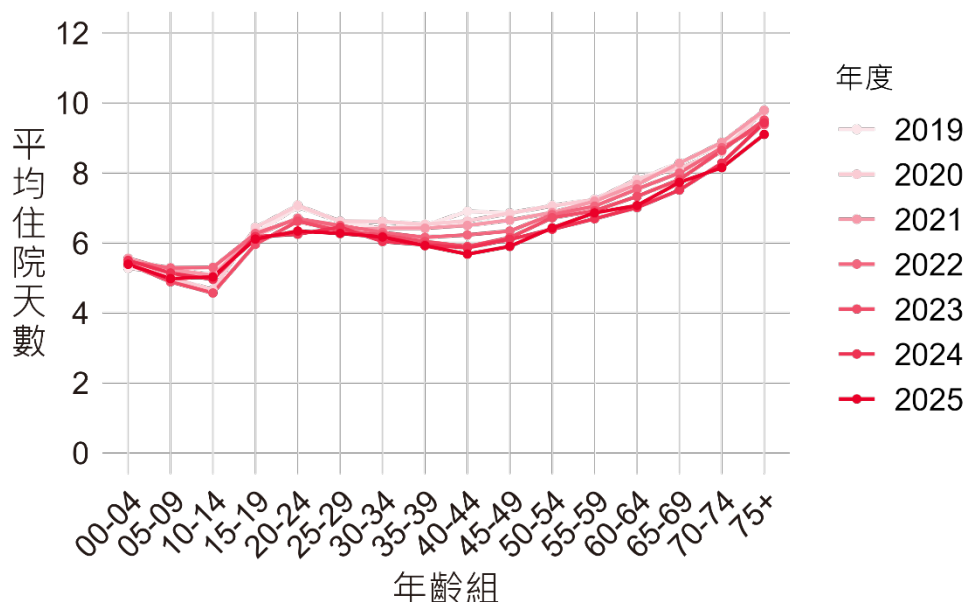


圖 4-5、分年齡別平均住院天數

(二) 醫療品質指標

住院事件為商業保險可觀察到最直接的醫療資源利用形式，保戶出院後若因醫療品質問題而需再次返院，將增加醫療資源的利用，亦可能影響保戶的健康狀態。為此，本節參考健保相關醫療品質指標，就住院及門診手術各選取一指標進行分析，以瞭解保戶所受之醫療照護品質。

1. 出院後 14 日以內再住院率

保戶於出院後短期內非計畫性的再入院，可能因前一次住院醫療品質不佳、保戶出院後未能遵循醫囑，或其他因素導致需再入院治療。本項指標可代表保戶在住院期間所接受之照護品質，計算方式如下，指標值越低越好。

- 分子：出院 14 日內再住院的人次（排除計畫性再住院）
- 分母：出院人次

2025 年保戶出院後 14 日以內再住院率為 6.90%。觀察年度趨勢，2019 至 2025 年整體呈微幅下降趨勢，與全國趨勢相似（圖 4-6）。

保戶在此一指標的統計值略高於全國。然而，國家計算該指標時，排除了參與健保醫療計畫的個案，如女性乳癌醫療給付改善方案試辦計畫、急性後期整合照護計畫及安寧照護案件等，以及轉院案件。由於公司資料無法對這些個案進行排除，故可能造成保戶在該指標數上的數值高於全國，而非因醫療品質較全國差。

出院後 14 日以內再住院率

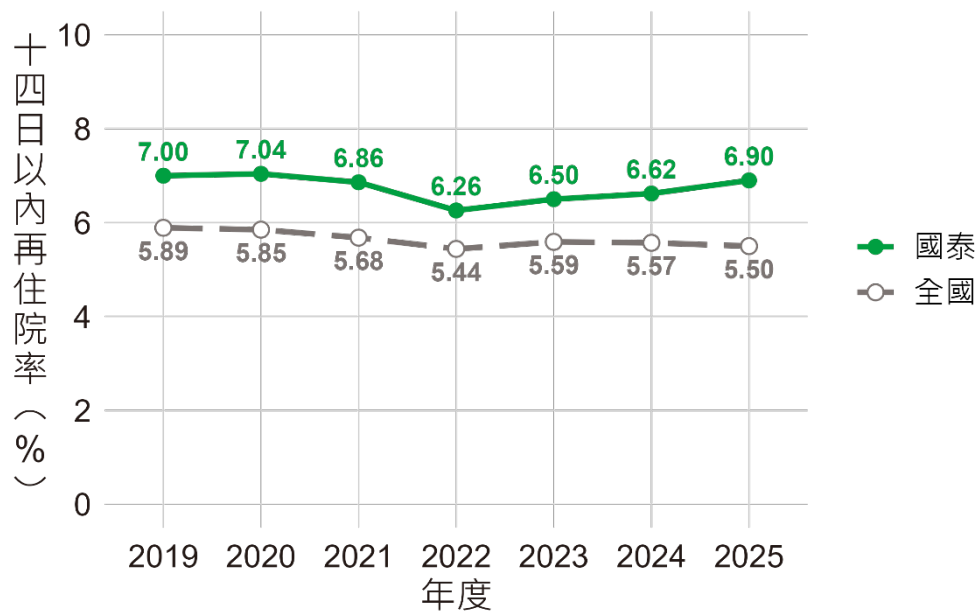


圖 4-6、出院後 14 日以內再住院率

2.門診手術後 2 日以內住院率

保戶若於接受門診手術後，短期內因相同疾病再住院，表示該次門診手術品質可能欠佳，導致其需再住院治療。本項指標可代表保戶接受門診手術之品質，分子分母定義如下，指標值越低則越好。

- 分子：門診手術後 2 日（含）內因相同診斷住院人次
- 分母：門診手術人次

2025 年保戶門診手術後 2 日以內住院率為 0.09%。觀察近七年略有起伏，但整體呈現改善趨勢（圖 4-7）。

考量全國與保戶所接受的門診手術項目和病例組合可能不同，基於此差異，兩者的比較僅供參考。

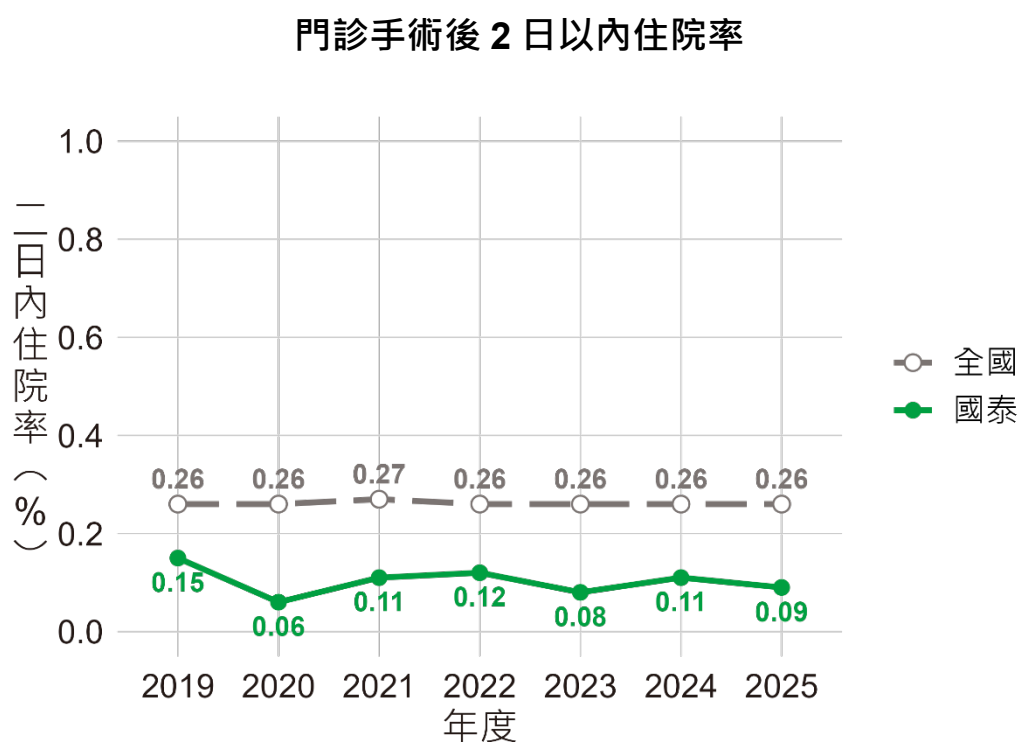


圖 4-7、門診手術後 2 日以內住院率

第五章：醫療與照護財務準備專章

健康風險帶來的財務影響，不僅限於單次就醫的金額高低，持續累積的支出，對於財務的準備更為關鍵。隨著生命階段進入後期，醫療利用支出逐步增加，同時也隨年齡漸長，可能進一步疊加持續照護支出。因此，若要瞭解一生所面臨的健康財務風險，除了觀察疾病發生與醫療利用，也需要掌握在生命歷程中，各項醫療支出的發生時間與累積。

本章以「死亡距離 (Time to Death) 」為分析主軸，先運用保戶實支實付理賠所檢附的醫療收據，觀察研究範圍保戶死亡前十年的自費醫療支出，其後並結合不同死亡年齡的發生機率及國人高齡照護支出資料，估算群體可能面臨的生命末期醫療與高齡照護平均支出，作為理解健康財務需求的重要參考。

(一) 從死亡距離觀察生命末期自費醫療支出

1. 接近生命終點時，醫療支出通常更集中

醫療支出並非平均分布於人生各階段，而是經常集中在生命後期。過往以臺灣健保資料進行的研究顯示，成人死亡前一年醫療費用有 54.5% 集中於最後 3 個月¹。國際研究亦顯示，接近死亡時間與醫療成本的關聯相較於年齡增長更為明顯；從死亡前 5 年到最後 1 年，住院成本的增加尤其顯著²。

本章所謂「死亡距離」，是將每名死亡保戶的死亡日期設定為共同終點，再向前回溯死亡前 10 年內的醫療利用與相關自費支出，觀察醫療費用如何隨著生命終點接近而逐步變化。

2. 從健保資料到醫療收據，觀察病人視角的自費醫療支出

儘管過往研究為從死亡距離觀察醫療利用支出，建立了重要的研究基礎，但相較以健保資料分析，是觀察醫療體系的負擔，以醫療收據分析，能從病人端觀察健保未涵蓋的病房差額、自費醫材、自費

¹ Liu, C. N., & Yang, M. C. (2002). National health insurance expenditure for adult beneficiaries in Taiwan in their last year of life. JOURNAL-FORMOSAN MEDICAL ASSOCIATION, 101 (8), 552-559.

² Seshamani, M., & Gray, A. M. (2004). A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. Journal of health economics, 23 (2), 217-235.

藥物及其他自費醫療...等費用，而有不同於醫療體系支出，屬於病人財務負擔的觀察視角。

想要由醫療收據進行觀察，商業保險理賠資料是最適合的資料源。保戶申請實支實付理賠時所檢附的醫療收據，記錄就醫過程中保戶實際支付的醫療費用。需特別說明，此金額不包含全民健康保險支付部分，也不同於保險公司最終核付的理賠金額。

透過收據觀察自費醫療支出在生命後期的累積過程，有助於理解健康風險如何轉化為保戶的自費支出，並作為後續估算健康財務需求的基礎。

3. 回溯生命最後十年，描繪自費醫療支出軌跡

本章以 2019 年至 2025 年間死亡，且持有研究範圍之實支實付醫療保障的保戶為研究對象，分析其保單資訊、理賠紀錄及醫療收據，並回溯死亡前 10 年的自費支出（包含住院與門診手術）。透過死亡距離進行比較，可將在不同年齡死亡的保戶置於一致的時間軸上，觀察自費醫療支出隨生命終點接近的變化。

考量研究範圍商品設有保障年齡上限，較高齡者無法直接取得完整的自費醫療支出紀錄。對於死亡年齡超過 75 歲的保戶，進一步結合年齡與死亡距離進行外推估計，以補足高齡階段的資料缺口，建構較完整的生命後期自費醫療支出樣貌。

整體而言，本章著重於保戶群體生命後期自費醫療支出的分布與變化，相關結果反映群體平均的支出經驗，並作為後續結合死亡年齡機率與外部高齡照護支出資料、估算醫療與照護期望支出的基礎。

(二) 自費醫療支出高度集中於生命最後數年

觀察死亡前十年的支出分布，自費醫療費用隨生命終點接近而快速增加。死亡前 10 年的年度平均自費金額為 4,444 元，死亡前 3 年增至 47,235 元，死亡前 2 年為 103,317 元，最後 1 年增加達 222,310 元（圖 5-1）。死亡前十年累積自費金額平均約 45.5 萬元，其中最後 1 年即占 48.9%。若由生命終點向前累積，最後 2 年已占十年總支出的 71.6%，最後 3 年約 82%，最後 5 年約 91.6%（圖 5-2）。

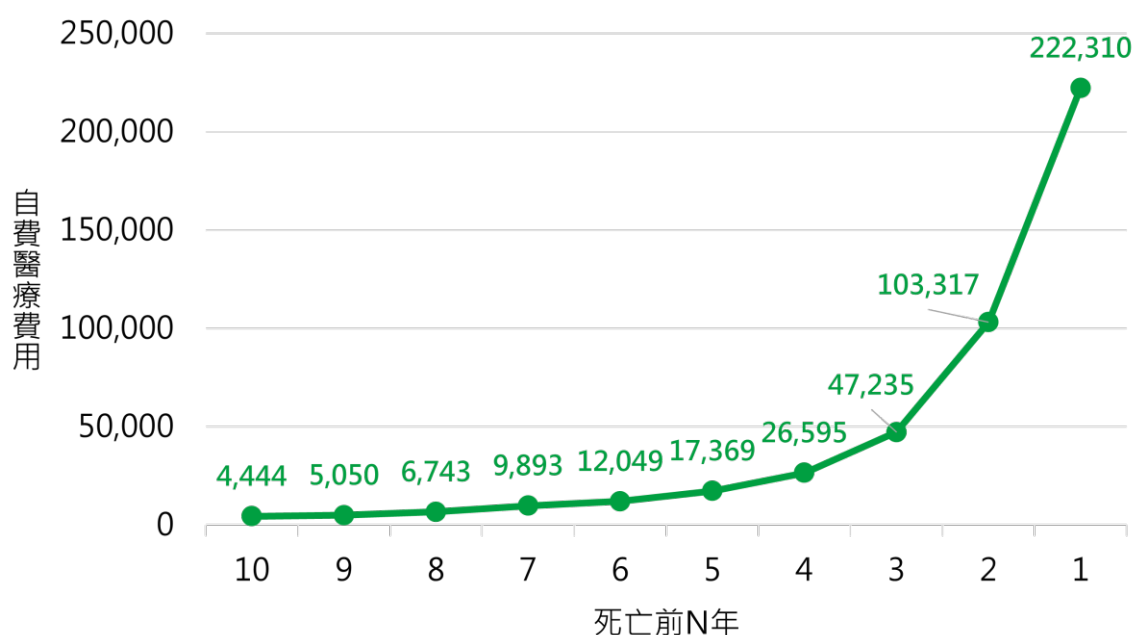


圖 5-1、保戶死亡距離與自費醫療費用分布

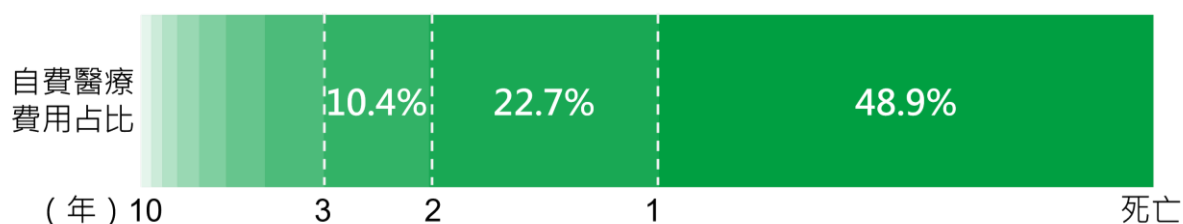


圖 5-2、死亡前十年各年度自費醫療費用占十年總支出比例

換言之，研究範圍保戶死亡前十年的自費醫療支出並非平均分布，而是高度集中於接近生命終點的數年。此結果亦與過往死亡距離研究所觀察到的醫療支出集中現象方向一致。

(三) 結合生命表，推估終生自費醫療期望支出

1. 轉換保戶生命表為群組死亡機率

若要把不同死亡年齡的生命末期支出轉換為整體族群的支出期望值，除了統計各年齡組的自費支出，也需納入最終死亡於不同年齡區間的機率。依保戶生命表轉換，死亡於 80 歲以上的機率男性約 61.1%、女性約 77.1% (圖 5-3)。因此，高齡者不見得花最多的醫療費用，但因為死亡機率高，而對於終生自費醫療支出的貢獻較高的比重。

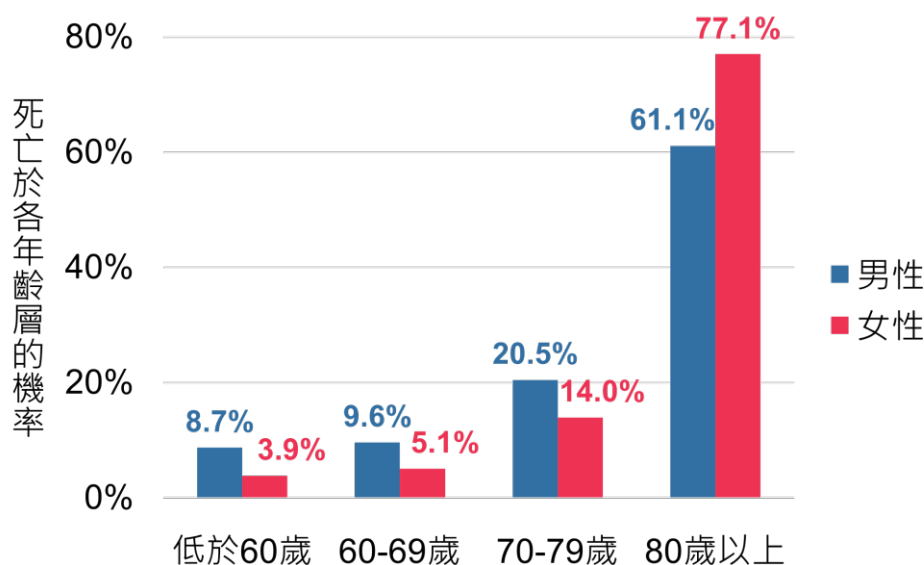


圖 5-3、保戶死亡於各年齡層的機率分布

2. 結合末期的醫療支出與死亡機率，估算各年齡組對終生醫療支出的期望貢獻

首先計算不同死亡年齡組在死亡前十年的平均自費醫療費用。由於是對未來做推估，故須納入通膨造成的醫療價格上漲，設定醫藥保健類消費者物價指數 (CPI) 年增率，將支出調整至預期發生年度的金額。最後乘以死亡於該年齡組的機率，得到各年齡組對終生自費醫療期望支出金額的「期望貢獻」(表 5-1)。

以男性死亡於 80 至 89 歲為例，死亡前十年自費醫療支出約為 30.5 萬元，經價格調整換算至預期發生年度後，約為 159.5 萬元，再乘上死亡於 80 至 89 歲的機率 31.4%，對終生醫療支出的期望貢獻約 50.06 萬元。將各死亡年齡組依相同方式估算並加總，即得到一生的

醫療期望支出金額，男性自費醫療期望支出金額為 158.9 萬元、女性為 244.5 萬元。

表 5-1、各死亡年齡組的自費醫療支出、死亡機率與期望支出

死亡年齡	男性			女性		
	死亡前十年 自費 (萬元)	死亡機率	期望支出 (萬元)	死亡前十年 自費 (萬元)	死亡機率	期望支出 (萬元)
00-09	40.9	0.15%	0.06	47.0	0.11%	0.05
10-19	20.0	0.27%	0.07	40.1	0.12%	0.06
20-29	10.6	0.49%	0.08	22.8	0.23%	0.08
30-39	25.7	0.95%	0.45	40.5	0.43%	0.33
40-49	35.2	2.26%	1.82	75.1	0.96%	1.65
50-59	42.4	4.62%	5.50	68.9	2.01%	3.91
60-69	41.9	9.63%	13.98	62.8	5.09%	11.06
70-79	40.7	20.51%	35.50	46.4	13.97%	27.56
80-89	30.5	31.38%	50.06	47.3	30.70%	75.90
90+	26.9	29.75%	51.42	41.5	46.38%	123.90
合計	—	100.00%	158.9	—	100.00%	244.5

註：期望支出是以價格調整後支出乘以死亡機率計算。價格調整採醫藥保健類消費者物價指數 (CPI) 年增率 2.09% 調整。為簡化表格，本表未列價格調整後支出。

（四）高齡階段的財務需求由醫療延伸至照護

進入高齡階段，除疾病治療所產生的醫療支出外，隨生活自理能力下降，即可能開始出現照顧需求及對應的照護費用。由於保險資料無法完整觀察保戶的長期照護使用，本節另參考衛生福利部《111 年老人狀況調查報告》，納入不同年齡有照顧支出的比例與主要照護型態的費用。

1. 有照顧支出的比例隨年齡上升，80 歲以上達 30.8%

調查資料顯示，55 至 59 歲有照顧支出的比例僅 0.77%，隨年齡漸升至 75 至 79 歲為 10.83%，80 歲以上則大幅跳升達 30.8%。顯示進入高齡後，照護不再只是少數人可能遇到的偶發支出，其發生機率明顯增加（圖 5-4）。

不同年齡的照護型態組成亦有所差異，且同一個人可能同時使用不同形式的照護服務，因此各照護型態的比例非為互斥。整體而言，居家照護的使用比例最高，隨年齡增加，看護及住宿式機構等照顧型態亦占有一定比重，反映高齡階段可能面臨多元且持續性的照護需求（圖 5-4）。

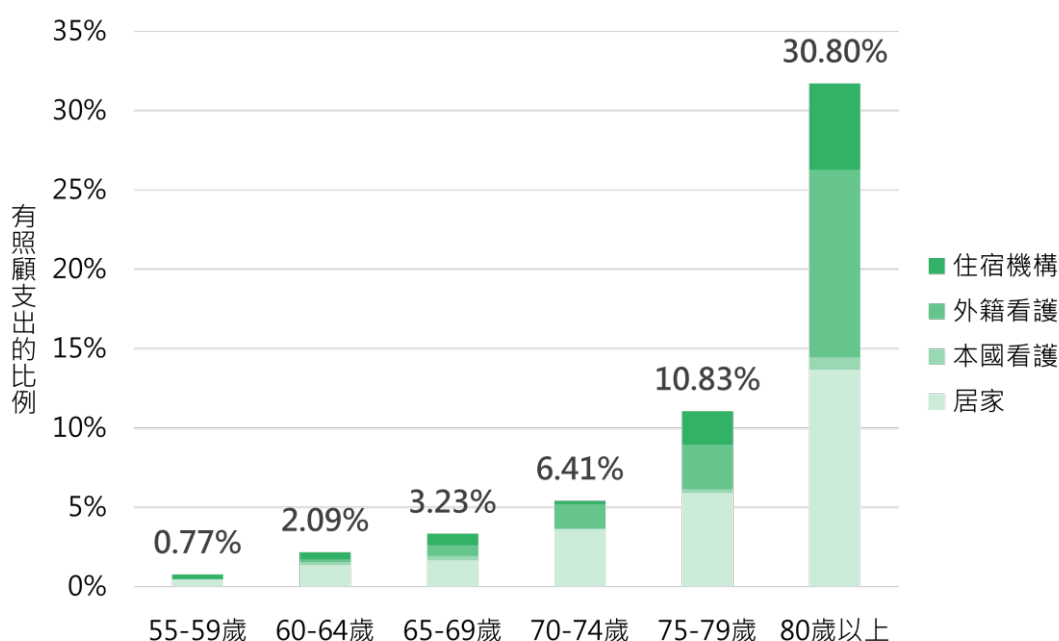


圖 5-4、各年齡組有照顧支出的比例與照護型態組成

表 5-2 所列「每月支出」，是指有使用該照護型態且實際支付費用的平均金額，並非所有同年齡人口都會發生相同支出。因此，估算照護費用時，需同時考量各年齡組有照顧支出的比例、不同照護型態的平均支出，及支出可能發生的時間，再結合生命表機率進行加權。

表 5-2、各年齡組主要照護型態的每月平均支出

年齡	居家照顧 每月支出	本國看護 每月支出	外籍看護 每月支出	住宿機構 每月支出
55-59 歲	1,197	0	0	15,996
60-64 歲	3,238	48,580	30,000	17,747
65-69 歲	1,867	56,096	27,396	21,149
70-74 歲	2,917	4,825	33,202	23,253
75-79 歲	2,778	7,599	28,001	24,617
80 歲以上	2,345	18,900	28,878	27,442

2. 高齡照護期望支出男性約 255 萬元、女性約 313 萬元

高齡照護期望支出依不同年齡組的照顧支出發生比例、照護型態費用及生命表進行估算，並沿用前文所述之價格調整假設。表 5-3 呈現各死亡年齡組對整體高齡照護期望支出的貢獻與總和的照護期望支出，結果顯示整體男性高齡照護期望支出為 255.1 萬元，女性為 313.1 萬元；其中以 80 歲以上的照護支出貢獻最大為主要來源，反映高齡階段較高的照顧支出發生比例與照護支出可能持續較長時間。

表 5-3、各死亡年齡組的照護期望支出

死亡年齡	男性照護期望支出 (萬元)	女性照護期望支出 (萬元)
50-59 歲	0.04	0.02
60-69 歲	3.17	1.67
70-79 歲	22.57	15.37
80-89 歲	105.90	103.60
90 歲以上	123.45	192.48
合計	255.1	313.1

註：期望支出以醫藥保健類消費者物價指數 (CPI) 年增率 2.09% 調整。

（五）醫療與照護共同構成終生健康財務需求

1. 終生醫療與照護期望支出男性約 414 萬元、女性約 558 萬元

綜合前述估算，將自費醫療與高齡照護期望支出加總，男性整體期望支出約 414.1 萬元，其中自費醫療占 38.4%、高齡照護占 61.6%；女性則為 557.6 萬元，其中自費醫療占 43.8%、高齡照護占 56.2%。不論性別，照護支出均高於五成。此結果顯示，健康相關財務風險不只來自疾病治療，高齡階段可能持續發生的照護支出同樣是重要來源。

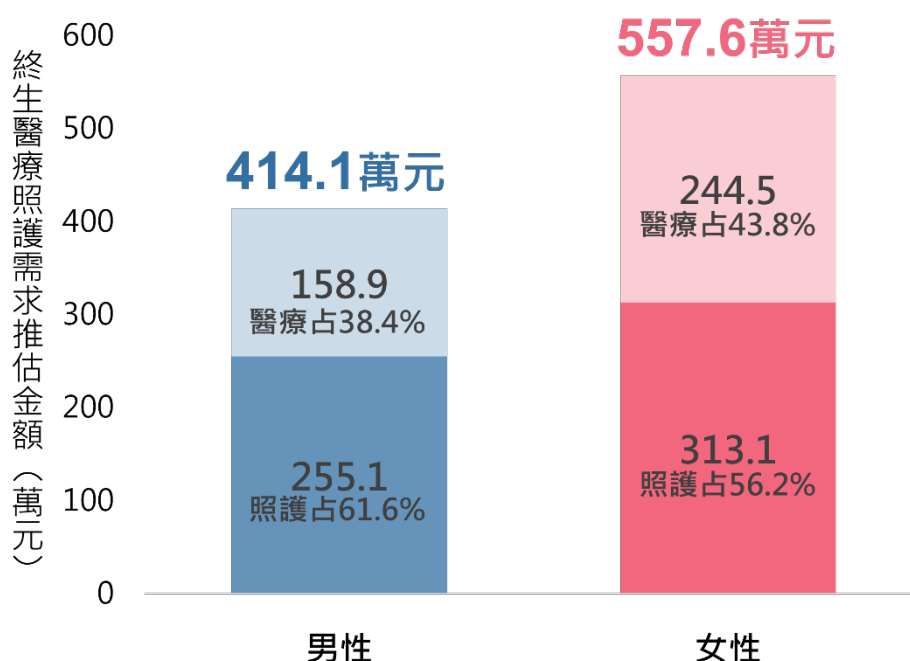


圖 5-5、終生醫療與照護期望支出及組成

2. 隨年齡增加，照護支出比重也隨之上升

前述整體期望支出以 0 歲為推估起點，對已存活到不同年齡的人而言，過去已經歷的死亡風險、醫療與照護支出不會再次發生，因此可以依「已存活到目前年齡」作為條件，觀察後續年齡未來可能面臨的醫療與照護支出結構（圖 5-6）。

不論性別，各年齡的餘生健康支出中，照護支出皆占超過五成。以 40 至 49 歲族群為例，照護期望占比男性為 61.7%、女性為 56.2%；60 至 69 歲分別為 62.8% 與 56.8%；80 至 89 歲則為

69.3% 與 59.7%。顯示隨人生階段推進，未來健康財務需求重心逐漸由醫療支出轉向照護支出，高齡階段尤其明顯。

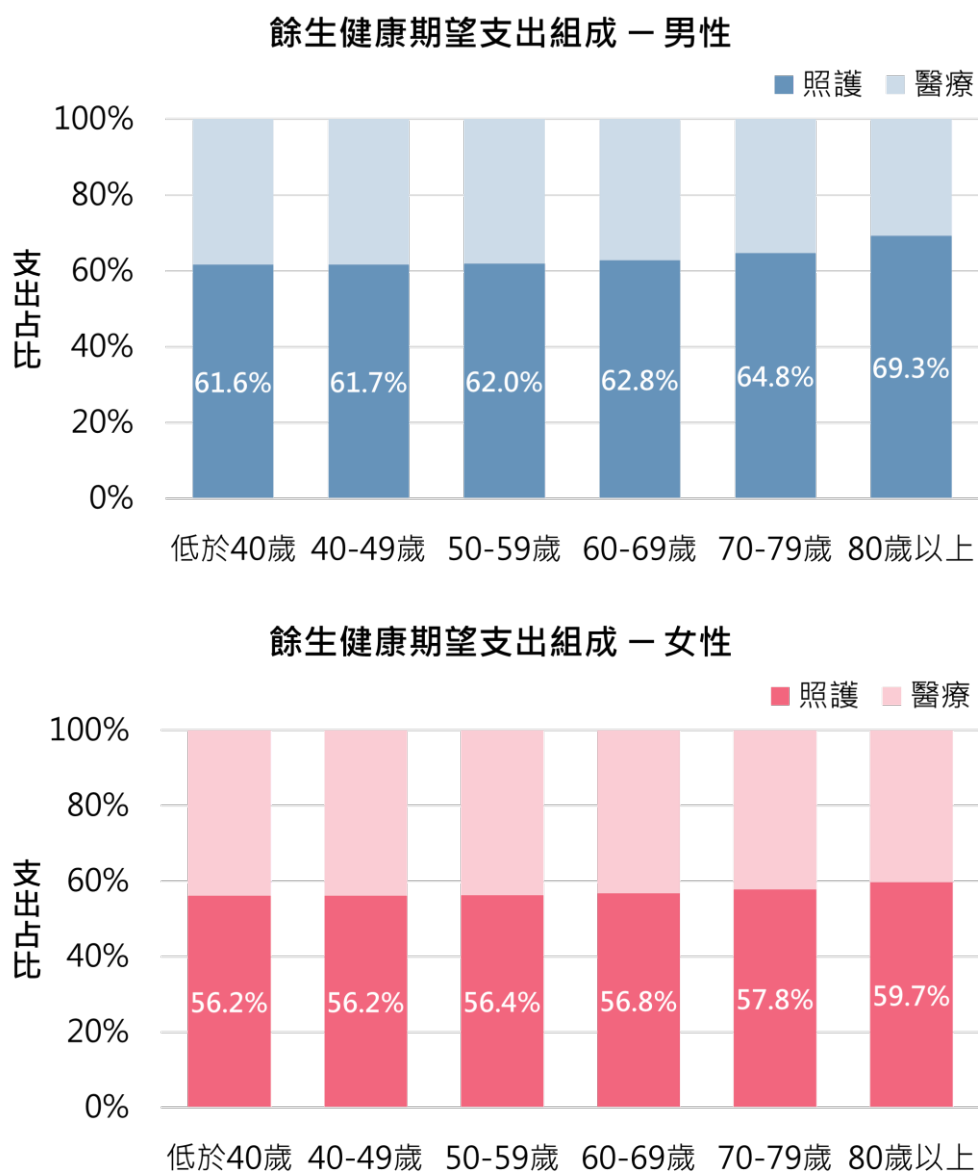


圖 5-6、餘生健康期望支出組成

第六章：方法學

(一) 綜述資料與指標說明

本年報第一至四章資料來自國泰人壽所承保全體被保人之保單資訊與理賠紀錄，並以分析年度持有有效保單之被保人，做為分析主體（以下簡稱保戶群體），透過歸納其所有保單資訊與理賠紀錄，進行各指標之分析。以下將就本年報相關名詞及指標定義進行說明。

名詞解釋

1. 保戶群體：指分析年度間，持有任一有效保單（暴露數大於零）之被保人。
2. 特定群體：在保戶群體下，依保戶持有的商品類型、保障項目，區分為「健康險群體」、「住院保障群體」。
 - (1) 健康險群體：保戶群體中，持有任一有效保單商品類型為住院、防癌、重疾險之被保人，各類商品定義如下：
 - 住院險：係指商品保障項目包含住院日額（理賠金代號為 **BEE1**）給付，且商品型態為「住院終身」或「醫療帳戶」，並排除商品型態為「一年期醫療主約」。
 - 防癌險：係指商品保障項目包含初次罹癌（理賠金代號為 **BEG1, BEGL, BEGM, BEGN**）給付，並排除 **SG** 系列商品。
 - 重疾險：係指商品保障項目包含「重大傷病卡」給付（理賠金代號前三碼為 **BIC**），並排除 **SG** 系列商品。
 - (2) 住院保障群體：保戶群體中，持有任一有效住院險之被保人。
3. 年底保戶人數：保戶群體中，於分析年年底（12/31），持有任一有效保單（暴露數大於零）之被保人數。
4. 年中保戶人數：指當年度平均人口數，比照國家指標計算方式，以分析年年底保戶人數加上前一年年底保戶人數除以 2。
5. 標準化：採直接標準化，並以 WHO 2000 年人口結構作為標準人口。
公式： $\Sigma(\text{年齡別分率} \times \text{標準組年齡別人口數}) / \text{標準組總人口數}$ 。
6. 母體推估：為使購買特定商品的群體，在健康指標上可反映母體的健康狀態，依據保戶群體（母體）下之特定群體（如健康險群體）的指

標數據，透過加權方式進行母體推估，加權維度包含性別、年齡別與地區別。

7. 癌症：指侵襲癌，ICD-9-CM 編碼為 140-208 及 235-239；ICD-10-CM 編碼為 C00-C97。
8. 癌症類別：依全國 2016-2022 年，任一年度進入前 15 名癌症死因之 ICD-10-CM 編碼進行分類。類別包含：口腔癌、鼻咽癌、食道癌、胃癌、大腸癌、肝癌、胰臟癌、肺癌、乳癌、子宮頸及部位未明示子宮癌、子宮體癌、卵巢癌、前列腺癌、膀胱癌、非何杰金氏淋巴瘤、白血病，共 16 類。
9. 新發生癌症：指首次罹患癌症，囿於資料取得限制，以分析年前五年間，沒有癌症住院理賠紀錄者，皆視為新發生癌症。
10. 疾病判斷模型：指使用自然語言模型，依據理賠診斷書文字內容所建構之疾病類別分類模型。

指標 1：保戶人口組成佔率

定義

1. 資料範圍：2019-2025 年，歷年年底保戶人數，並依據性別、到達年齡組進行人數占率計算。
2. 公式說明：
分子：分析年年底保戶人數，依分析維度，如性別或年齡組，進行加總。
分母：分析年年底保戶人數之總和。

指標解讀

保戶人口組成占率變化，除受到死亡影響外，亦會受到保單銷售與停效，造成對保戶組成之影響，與全國人口組成主要受出生、死亡、移入與移出之影響並不相同，因此不建議與全國相比。

指標 2-1：全死因死亡率

定義

1. 資料範圍：2018-2025 年之保戶群體、年中保戶人數。
2. 公式說明：
分子：指保戶群體中於分析年度死亡之人數，依分析維度進行加總。
分母：分析年年中保戶人數總和。
■ 死亡判斷：依保戶是否因死亡獲得理賠、退未到期保費、退保價等記錄，並參考公會死亡通報檔資料進行判斷。

指標解讀

全死因死亡率指標可綜合反映群體之健康狀況、衛生保健情形、以及醫療照護品質。該指標計算方式比照全國，但考量保戶人口結構與全國之差異，於標準化後方適合與全國進行比較。

指標 2-2：平均餘命

定義

1. 資料範圍：2017-2025 年保戶群體於各年齡、性別、縣市別之死亡人數、年中保戶人數。
2. 計算方式說明：

將保戶各年齡原始死亡率帶入 Whittaker-Henderson 修勻法公式，將死亡率修勻後，再以簡易生命表法，計算保戶各年齡之平均餘命。

■ 原始死亡率—各年齡別、性別合計

(1) 0-19 歲：分析年度前五年合計死亡率，即五年內死亡總人數除以同年度區間合計年中人口數。

(2) 20-85+歲：分析年各年齡死亡率，即當年度死亡人數除以同年度之年人口數。

■ 原始死亡率—各縣市、年齡別合計

分析年度前六年合計死亡率，即六年內死亡總人數除以同年度區間合計年中人口數。

■ Whittaker-Henderson 修勻法

$$M = F + hS$$

$$= \sum_1^n w_x (v_x - u_x)^2 + h \sum_1^{n-z} (\Delta^z v_x)^2$$

修勻公式如上，以矩陣微分計算目標函數 M 之極小化，推算保戶 1 至 85+歲之死亡率。 u 為修勻前死亡率； v 為修勻後死亡率； W 為加權矩陣，以各年齡人數計算；修勻參數則設定為 $z = 3$ 、 $h = 50000$ （各縣市死亡率部分，則依縣市人數設定）。

■ 簡易生命表法

生命表係將特定範圍之全體人口，就其死亡因年齡而異所產生之狀況，以各種函數表示之統計表。將上述修勻後各年齡死亡率與 0 歲之原始死亡率，帶入以下函數進行平均餘命計算：

(1) 死亡機率 ${}_nq_x$ ： x 歲者達到 $x + n$ 歲前可能遭受死亡之機率。

${}_nq_x$ ：即上述經 Whittaker-Henderson 修勻法推算之單齡死亡率；其中，0 歲為原始死亡率，85+則為 1。

- (2) 中央死亡率 ${}_5m_x$ ：設 y 年之 x 歲以上未滿 $x+5$ 歲一年間之死亡數為 ${}_5D_x$ ， x 歲之年人口數為 P_x ，則其中央死亡率

$${}_5m_x = {}_5D_x / [P_x + P_{x+1} + P_{x+2} + P_{x+3} + P_{x+4}]$$

- (3) 生存數 l_x ：一定之出生人數〔基數（ l_0 ）定為 100,000 人〕，其到達某年齡（ x 歲）時尚生存的人數。

$$l_x = l_{x-1}(1 - q_{x-1})$$

- (4) 死亡數 ${}_nd_x$ ： x 歲時生存數在達到 $x+n$ 歲前之死亡人數。

$$d_x = l_x - l_{x+1}$$

- (5) 定常人口：假設死亡秩序不變，經過一段時間其人口之年齡結構並未因此而有所變動，此種狀態之人口稱為「定常人口」。

${}_nL_x$ ： x 歲至 $x+n$ 歲年齡組距之間的定常人口數，並遵從均勻死亡（Uniform distribution of death, UDD）假設進行計算。

$$L_x \approx \frac{1}{2}(l_x + l_{x+1})$$

${}_xL_{85} = l_{85} / {}_x m_{85}$ ，其中 ${}_x m_{85}$ 指 85 歲以上者之中央死亡率，考量保戶高齡人數較少，若依全國作法進行外推恐造成較大偏差，故以保戶實際資料進行計算。

$${}_x m_{85} = {}_x D_{85} / [P_x + P_{x+1} + P_{x+2} + P_{x+3} + \cdots P_{x+\infty}]$$

T_x ：為由 x 歲至所有以後各歲之定常人口總數。

$$T_x = L_x + L_{x+1} + L_{x+2} + \cdots + L_{\infty}$$

- (6) 平均餘命 e_x ：假設一出生嬰兒遭受到某一時期之每一年齡組所經驗之死亡風險後，他們所能存活的預期壽命，亦即達到 x 歲以後平均尚可期待生存之年數，稱為 x 歲之平均餘命，亦稱預期壽命，其中 0 歲之平均餘命即為群體之平均壽命。

$$e_x = T_x / l_x$$

指標解讀

平均餘命是達到某歲以後平均尚可生存的年數，其中零歲的平均餘命即為「平均壽命」。該指標為衡量群體健康之重要統計指標，其計算方式

係以性別及年齡別死亡率，經由簡易生命表編算求得，因此，當死亡率增加時，平均餘命則會隨之下降。

指標 2-3：保戶十大死因、十大癌症死因

定義

1. 資料範圍：2018-2025 年之保戶群體死亡者，及其死因 ICD-10-CM 編碼、年中保戶人數。
2. 公式說明：
分母：分析年年中保戶人數總和。
分子：指保戶群體中於分析年，各死因下之死亡總人數。
■ 死因分類方式：比照全國死因判定方式，依保戶死亡證明書之死因相關欄位，如甲、乙、丙、丁死因，綜合判斷造成其死亡最源頭之原因，即原死因，並依據衛福部公告之國人死因類別進行分類。

指標解讀

本指標依據全國死因統計之疾病分類（ICD-10）及死因選取準則，判定導致保戶死亡的病因，做為其死因分類基準。此指標有助於瞭解造成保戶死亡的原因，並可與全國進行比較。

指標 2-4：健康平均餘命

定義

1. 資料範圍：2025 年保戶群體平均餘命（指標 2-2）、總失能損失年數（指標 2-6），以及年底保戶人數。
2. 計算方式說明：
將總失能損失年數除以 2025 年年底保戶人數，即可計算「平均每位保戶之失能損失年數（Total YLD Rate）」，再以 Total YLD Rate 乘以零歲平均餘命估算整體「不健康平均餘命」。將零歲平均餘命扣除不健康平均餘命，即為保戶群體之「健康平均餘命」。

指標解讀

健康平均餘命是指達到某歲以後，預期尚可在健康狀態下生存的年數，其中零歲的健康平均餘命即表示一個人自出生起，平均可健康生活的年數。該指標同時考量平均餘命及疾病造成的失能年數損失，本研究以平均餘命扣除推估之不健康平均餘命計算。因此，當平均餘命延長或失能損失年數縮短時，健康平均餘命將隨之增加。

指標 2-5：生命損失年數

定義

1. 資料範圍：2025 年保戶群體於各年齡層之死亡人數。
2. 計算方式說明：

為與國家統計資料對照，將預期壽命設定為 75 歲，作為衡量過早死亡的基準年齡，若死亡年齡高於 75 歲，則不列入計算。

- 潛在生命年數損失（Potential Years of Life Lost, PYLL）：針對特定死因，假設有 i 個死亡年齡層。在每個年齡層中，透過「預期壽命 75 歲 - 死亡時年齡」算式，計算保戶若未因該特定死因死亡，原先預期還能繼續生存的年數。再將此年數與特定年齡層的死亡人數相乘，並加總所有年齡層的結果，即可獲得特定死因所造成的總潛在生命年數損失。

$$PYLL = \sum_i \left[(75 - \min(\text{死亡年齡}_i, 75)) \times \text{死亡人數}_i \right]$$

- 平均生命年數損失（Average Years of Life Lost, AYLL）：利用前述總潛在生命年數損失，計算特定死因所造成的每位個案平均損失的生命年數。

$$AYLL = PYLL / \text{特定死因之 75 歲以下死亡總人數}$$

指標解讀

本指標為衡量過早死亡對人口健康影響的指標，屬負向指標，指標值越低則越好，表示族群中過早死亡的情形越少，有越高比例的人口存活至

預期壽命。潛在生命年數損失可用來評估特定疾病或原因對整體族群所造成的生命損失程度；而平均生命年數損失則可反映死因發生的特定族群，例如當平均生命年數損失較高時，表示該死因可能多出現於年輕族群中。此指標有助於瞭解造成保戶過早死亡的健康風險原因，並可與全國進行比較。

指標 2-6：失能損失年數

定義

1. 資料範圍：住院保障群體 2013-2025 年之各疾病住院人數、全球疾病負擔研究 (Global Burden of Disease, GBD) 臺大團隊提供之 56 項疾病調整失能權重、GBD 資料庫臺灣所有疾病之失能損失年數，以及 2025 年底保戶人數。

2. 計算方式說明：

為對齊 GBD 失能損失年數之計算方式，並考量臺灣疾病負擔特性，將疾病分為 56 項主要失能損失疾病及其餘疾病分別估算，再加總為整體失能損失年數。前者以推估之疾病盛行人數乘以臺大團隊提供之疾病調整失能權重計算；後者則以 GBD 公布之臺灣總失能損失年數扣除前述 56 項疾病後，再依 2025 年底保戶群體與全國人口數比例推估。

- 疾病盛行人數推估：由於理賠資料僅能觀察住院保障群體之各疾病住院盛行率，無法直接取得保戶群體整體疾病盛行人數，因此依不同疾病特性採用不同推估方式。

- (1) 56 項主要失能損失疾病 - 出血性中風：

腦實質出血及蜘蛛膜下腔出血的發生通常伴隨住院治療，疾病住院盛行率近似於整體盛行率，故以「年底保戶人數 x 疾病住院盛行率」推估整體盛行人數。

- (2) 56 項主要失能損失疾病 - 缺血性中風、糖尿病、慢性腎臟病、缺血性心臟病、慢性阻塞性肺病：

此 5 項疾病採用 12 年累積住院資料推估保戶中具特定疾病之住院風險人數與其單年住院機率，再依健保資料之門住診比例校正，由住院保障群體外推至保戶群體疾病盛行人數。

疾病盛行人數 =

$$\text{疾病住院風險人數} \times \text{單年住院機率} \times \text{門住診比例} \times \frac{\text{年底保戶群體人數}}{\text{年底住院保障群體人數}}$$

(3) 56 項主要失能損失疾病 - 其餘 49 項疾病：

因部分疾病之住院事件無法充分反映疾病盛行狀況，若僅依住院資料推估盛行人數可能產生較大估計誤差，故採用 GBD 公布之臺灣各性別及年齡層疾病盛行率，依照保戶群體之年齡及性別結構進行加權，推估整體保戶群體疾病盛行人數。

- 疾病調整失能權重（Severity Adjusted Disability Weight）：疾病失能權重用以衡量疾病造成健康功能損失之程度，考量同一疾病不同嚴重程度及其患者比例分布，結合各程度對應之失能權重加權計算而得。
- 失能損失年數（Years Lived with Disability, YLD）：透過「第*i*項疾病之推估盛行人數 P_i x 第*i*項疾病之調整失能權重 Adjusted DW_i 」算式，先完成 56 項主要失能損失疾病之 YLD 估算。其他疾病利用 GBD 公告之臺灣所有疾病之 YLD 資料，扣除 56 項疾病之 YLD 後，依年底保戶與年底全國人口數比例推估。再將 56 項主要疾病之 YLD 與其他疾病之 YLD 加總，即可獲得所有疾病造成之總失能年數損失。

$$YLD_{56 \text{ 項疾病}} = \sum_{i=1}^{56} (P_i \times DW_i)$$

$$YLD_{\text{其他疾病}} = \left(YLD_{\text{GBD, 所有疾病}} - YLD_{\text{GBD, 56 項疾病}} \right) \times \frac{\text{年底保戶群體人數}}{\text{全國年底人數}}$$

$$\text{Total YLD} = YLD_{56 \text{ 項疾病}} + YLD_{\text{其他疾病}}$$

指標解讀

本指標為衡量疾病或失能對人口健康影響的指標，屬負向指標，指標值越低則越好，表示族群因疾病或失能所損失的健康年數越少，整體健康狀態越佳。失能損失年數可用來評估特定疾病對整體族群所造成的健康負擔程度，並反映不同疾病對生活品質的影響，有助於瞭解造成保戶健康損失的主要風險來源。

指標 2-7：事故傷害死亡率

定義

1. 資料範圍：2025 年之保戶群體死亡者，及其死因 ICD-10-CM 編碼、年中保戶人數。

2. 公式說明：

分子：指保戶群體中於分析年，因事故傷害死亡之總人數，依分析維度進行加總。

分母：分析年年中保戶人數總和。

指標解讀

事故傷害死亡率可反映事故傷害對群體帶來的風險，並透過細死因分析掌握各族群主要致死危險因子。可與全國進行比較，確認風險分布之異同。

指標 2-8：可避免死亡率

定義

1. 資料範圍：2018-2025 年之保戶群體死亡者，及其死因 ICD-10-CM 編碼、死因所屬類別、以及年中保戶人數。

2. 公式說明：

分母：分析年年中保戶人數總和。

分子：指保戶群體中於分析年，各類別死因下死亡總人數。

- 死因類別判斷：根據 2022 年 OECD/Eurostat 的定義³，歸類 0-74 歲者死因項目為，公衛可預防（Preventable mortality）、醫療可治療（Treatable mortality）死因，兩者相加則為可避免死因（avoidable mortality），其餘死因則為非可避免死因；其中全國死因類別之判定則因公開資料並未釋出所有死因明細，另參考相關研究⁴進行歸類。

指標解讀

依據過去研究顯示，75 歲以下者的某些死因，是可以透過公共衛生預防措施，或醫療照護系統提供及時適切的治療，避免其過早死亡（premature death），這些死因即稱為「可避免死因」，依照介入方式的不同，可再細分為，公衛可預防死因（Preventable mortality）及醫療可治療（Treatable mortality）。統計可避免死因造成的死亡率即為「可避免死亡率（Avoidable mortality）」。可避免死亡率可用於評估一地區之公共衛生和醫療系統，在減少各種疾病和傷害導致的死亡的有效性，數值越小，表示公共衛生和醫療系統效果越好。

指標 3-1：全癌症發生率

定義

1. 資料範圍：2019-2025 年之健康險群體中新發生癌症人數，以及該群體年中保戶人數。

2. 公式說明：

分子：健康險群體中，於分析年新發生癌症人數，並依分析維度加總。

分母：分析年健康險群體年中保戶人數總和。

※ 所得之發生率需再進行母體推估，以進行全體保戶發生率之估計。

³ OECD/Eurostat (2022), "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death", OECD, Paris, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>.

⁴ 張想 (2021)。台灣可避免死因死亡率地區不平等趨勢，2008-2019。〈碩士論文。國立成功大學〉臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/77y83n>。

指標解讀

發生率指標可反映特定族群罹患某種疾病的風險。本指標計算方式比照全國癌症發生率，但考量保戶人口結構與全國之差異，於標準化後方適合與全國進行比較。

指標 3-2：保戶十大癌症

定義

1. 資料範圍：2019-2025 年之健康險群體中新發生癌症人數，及其癌症類別、以及該群體年中保戶人數。

2. 公式說明：

分子：指健康險群體中，於分析年新發生各類癌症人數，並依分析維度加總。

分母：分析年健康險群體年中保戶人數總和。

※ 所得之發生率需再進行母體推估，以進行全體保戶發生率之估計。

■ 十大癌症排序：依各癌症類別的標準化發生率進行排序。

指標解讀

本指標依據全國癌症統計所採用之疾病分類（ICD-10）與國際疾病分類—腫瘤學（ICD-O-3）標準，判定保戶新發之癌症種類，以計算保戶分癌別發生率。此指標可進一步瞭解保戶的罹患癌症風險所在，但考量保戶人口結構與全國之差異，於標準化後方適合與全國進行比較。

指標 3-3：保戶癌症五年存活率

定義

1. 資料範圍：2019-2024 年之健康險群體中新發生癌症者，及其癌症類別。

2. 計算方式說明：

使用 Kaplan-Meier Method 進行存活分析，計算 2019-2023 年的癌症新發個案，其追蹤五年的存活比率，相關參數設定如下：

- (1) 起始時間：於 2019-2023 年內，新發生癌症之日期。
- (2) 追蹤期間：從起始時間至特定事件發生日，或至 2024 年 12 月 31 日。
- (3) 特定事件發生：死亡。

指標解讀

存活率的呈現是在一特定時間點下，個案可活過特定時間點的機率，是一個遞減數值。本項以五年做為追蹤時間，觀察起訖為 2019 至 2023 年，並追蹤至 2024 年。計算方式、期間皆比照全國，可與全國進行比較。

指標 3-4：其他主要死因疾病住院發生率

定義

1. 資料範圍：2019-2024 年之住院保障群體中新發生該特定疾病之住院理賠紀錄者，以及該群體年中保戶人數。
2. 公式說明：
分子：指住院保障群體中，於分析年新發生該特定疾病住院之人數，並依分析維度加總。
分母：分析年住院保障群體年中保戶人數總和。
※ 所得之發生率需再進行母體推估，以進行全體保戶發生率之估計。

指標解讀

此指標除死因之首癌症外，另選取全國近年死因統計中排名前十的主要死因，以觀察對應之疾病發生率，包含 (1) 肺炎 (2) COVID-19 (3) 事故傷害 (4) 心臟疾病 (5) 高血壓性疾病 (6) 糖尿病 (7) 腦血管疾病 (8) 慢性下呼吸道疾病 (9) 腎炎、腎病症候群及腎病變。由於這些疾病對整體健康損失具有巨大影響，透過本指標可了解疾病發生情形與隨年度變化的趨勢，以更加全面掌握保戶健康風險。

指標 3-5：精神疾病住院發生率

定義

1. 資料範圍：2019-2025 年之住院保障群體中新發生精神疾病之住院理賠紀錄者，以及該群體年中保戶人數。
2. 公式說明：
分子：指住院保障群體中，於分析年新發生精神疾病住院之人數，並依分析維度加總。
分母：分析年住院保障群體年中保戶人數總和。
※ 所得之發生率需再進行母體推估，以進行全體保戶發生率之估計。

指標解讀

自殺為保戶的十大死因之一，基於對與自殺高度相關的精神疾病住院發生率之觀察，推測保戶可能的自殺風險軌跡，並進一步結合主要住院病因，識別不同族群所面臨的精神疾病主要風險。

指標 4-1：保戶住院發生率

定義

1. 資料範圍：2019-2025 年之住院保障群體中有發生住院理賠紀錄者，以及該群體年中保戶人數。
2. 公式說明：
分子：指住院保障群體中，於分析年之住院總人次。
分母：分析年住院保障群體年中保戶人數總和。
※ 所得之發生率需再進行母體推估，以進行全體保戶發生率之估計。

指標解讀

本指標可反映保戶使用醫療資源的情形，除受疾病的發生率影響外，亦與保戶健康意識、所接受之醫療照護品質相關。計算方式雖比照全國住院發生率，但二者統計基礎略有不同，如全國住院資料包含精神疾病之日間住院及日間留院案件，與理賠範圍並不完全一致，故解讀時建議僅就整體的年度趨勢進行觀察。

指標 4-2：保戶平均住院天數

定義

1. 資料範圍：2019-2025 年之住院保障群體中有發生住院理賠紀錄者。
2. 公式說明：
分子：指住院保障群體中，於分析年發生住院者之住院總天數。
分母：分析年住院人次總和。

指標解讀

本指標可反映保戶使用醫療資源的情形，除受疾病的發生率影響外，亦與保戶健康意識、所接受之醫療照護品質相關。計算方式雖比照全國平均住院天數，但考量全國住院統計資料包含部分超長住院案件，如：早產兒住院、慢性精神疾病的長期住院等，與保險理賠範圍不盡相同，故解讀時建議僅就整體趨勢進行觀察。

指標 4-3：出院後 14 日內再住院率

定義

1. 資料範圍：2019-2025 年之住院保障群體。
2. 公式說明：
分子：指住院保障群體中，於分析年間出院 14 日內再次住院之總人次。
分母：分析年住院人次總和。

※ 分子分母均排除住院天數僅有一日、計畫性再住院者。

- 計畫性再住院：包含，（1）就醫科別為精神科（2）癌症、性態未明腫瘤治療（3）早產安胎個案（診斷 ICD-9-CM：644）（4）罕見疾病—黏多醣症（診斷 ICD-9-CM：277）（5）血友病（診斷 ICD-9-CM：286）（6）執行器官移植（7）執行心導管手術（8）執行冠狀動脈繞道手術（9）執行瓣膜置換術且診斷為 ICD-9-CM：390-459。

指標解讀

屬負向指標，指標值越低則越好。然國家計算此指標時，排除之計畫性再住院案件更廣泛，如健保醫療計畫案件，包括急性後期整合照護計畫、安寧照護案件等，以及轉院案件。但受限於資料，目前僅能排除上述九類計畫性再住院案件。因此，本項指標數字於定義上與全國並不一致，解讀時建議僅就整體年度趨勢進行觀察。

指標 4-4：門診手術後二日以內住院率

定義

1. 資料範圍：2019-2025 年之住院保障群體。
2. 公式說明：

分子：指住院保障群體中，於分析年之門診手術後二日（含）內因相同診斷住院人次。

分母：分析年門診手術人次總和。

指標解讀

屬負向指標，指標值越低則越好。計算方式雖比照全國，但考量全國與保戶所接受的門診手術項目和病例組合可能不同，兩者的比較僅供參考，惟仍可就整體年度趨勢進行觀察。

（二）專章資料與方法說明

本年報第五章資料來自國泰人壽所承保之實支實付醫療險被保人為主要分析對象，運用保單資訊、理賠紀錄及申請理賠時所檢附之醫療收據，觀察保戶接近生命終點前之自費醫療支出情形，並進一步結合保戶生命表及外部高齡照顧支出資料，推估一生可能面臨的醫療照護財務需求。

研究範圍之實支實付商品為溫情全意系列商品，將每名被保人死亡日期定為共同終點，向前回溯死亡前十年之住院、門診手術理賠紀錄與相關醫療收據，以死亡距離（Time to Death）觀察生命末期自費醫療支出的分布與變化。

高齡照護部分，另參考衛生福利部《111 年老人狀況調查報告》，納入不同年齡階段有照顧支出之比例、主要照護型態及其平均支出，包括：居家照顧、本國看護、外籍看護及住宿式照護機構，作為高齡照護費用推估之基礎。

醫療與照護費用未來價格變動，參考行政院主計總處醫藥保健類消費者物價指數（CPI）。本專章採近五年、排除疫情期間特殊醫療利用情形影響的 2021 年之年增率平均值 2.09%進行價格調整，以反映相關支出於未來可能發生時之金額。

名詞解釋

1. **死亡前 N 年 / 死亡距離**：以每名保戶的死亡日期為基準向前回溯。「死亡前 1 年」指死亡日往前 365 日內；「死亡前 2 年」指死亡日往前 366 日以上、730 日以內；依此類推至死亡前 10 年。透過死亡距離，可將不同死亡年齡之保戶置於相同生命末期時間軸比較。
2. **自費醫療費用**：指保戶申請研究範圍實支實付型保險理賠時，醫療院所開立收據所記載、由病人自行負擔之住院或門診手術相關醫療費用。本項衡量的是保戶及家庭實際承擔之自費支出，非全民健康保險支付費用，亦非保險公司最終核付之理賠金額。
3. **死亡年齡機率**：依保戶生命表計算一名保戶最終死亡於各年齡區間之機率。各死亡年齡組機率加總為 100%，以衡量不同死亡年齡情境在終生醫療與照護財務需求中的權重。
4. **終生醫療期望支出**：指不同死亡年齡組之生命末期自費醫療費用，經未來價格調整後，再依死亡於各年齡組之機率進行加權，並加總所得之期望值。本項呈現群體平均風險下，自出生至生命終點可能面臨之自費醫療財務需求。
5. **終生照護期望支出**：指依不同高齡階段之照顧支出發生情形、照顧型態及支出水準，估算不同死亡年齡情境下可能累積之照護費用，再經價格調整及死亡年齡機率加權後所得之期望值。
6. **終生醫療與照護期望支出**：指前兩項合計，用以呈現一生可能面臨之整體健康財務需求。本項屬群體平均之統計推估，並非預測特定個人必然發生之實際支出。

7. **餘生醫療照護期望支出**：在已存活至特定年齡之前提下，重新計算自該年齡往後仍可能發生之醫療及照護期望支出。而過去已經歷之年齡區間及相關支出不再納入，用以呈現不同人生階段尚需面對之未來健康財務需求。

方法說明：生命末期自費醫療費用資料處理

以研究範圍實支實付理賠案件所檢附之醫療收據，辨識每次住院及門診手術所發生之自費醫療金額，並依保戶歸戶後，以死亡日期為基準分配至死亡前 1 年至死亡前 10 年之各年度。

同一保戶於相同或連續住院期間提出多筆理賠紀錄者，先進行案件歸戶與費用彙整，再計算各死亡前年度之自費醫療支出。少數住院理賠案件可能因採日額給付或其他作業原因，未留存可供計算之收據金額；對於有住院紀錄但缺少收據金額之案件，依性別、年齡組及住院天數區間（1 至 3 天、1 週、2 週、4 週、8 週及超長期住院）分組，以相同性別、年齡及住院天數組別中「有收據案件之單次住院費用中位數」補值。

由於研究範圍商品保障最長至保險年齡 76 歲，原始理賠資料主要可直接觀察較低年齡階段之醫療利用與自費支出。就死亡年齡超過 75 歲之保戶，則結合死亡年齡與死亡距離和自費醫療費用之關係，外推估計 75 至 79 歲、80 至 84 歲、85 至 89 歲及 90 歲以上者於死亡前各年度之平均自費醫療費用，以補足高齡階段資料缺口。

指標 5-1：死亡前各年度平均自費醫療費用

定義

1. 資料範圍：2019 年至 2025 年間死亡，且持有研究範圍商品之群體。
2. 公式說明：
分子：特定死亡前年度納入分析的保戶之自費醫療費用總和。
分母：特定死亡前年度納入分析的保戶人數。

指標解讀

本指標可反映保戶在距離死亡不同時點的平均自費醫療負擔，平均值含該年度未發生相關醫療利用或未產生自費支出之保戶。故呈現的是整體研究群體於各死亡距離下之平均財務負擔，以觀察醫療支出是否隨生命終點接近而增加。

指標 5-2：死亡前十年自費醫療費用分布

定義

1. 資料範圍：2019 年至 2025 年間死亡，且持有研究範圍商品之群體。
2. 公式說明：
分子：該死亡前年度平均自費醫療費用。
分母：死亡前 1 年至死亡前 10 年之平均自費醫療費用加總。

指標解讀

本指標呈現生命末期自費醫療支出的時間集中程度。當越高比例集中於死亡前較短期間，表示自費醫療財務負擔具明顯的生命末期集中現象。

指標 5-3：死亡於各年齡組之機率

定義

1. 資料範圍：2025 年之保戶群體之生命表。
2. 公式說明：
分子：生命表中死亡於特定年齡組之人數。
分母：生命表之起始基數 100,000 人。
依 00-09 歲、10-19 歲、20-29 歲，依此類推至 90 歲以上，分別計算死亡機率，各年齡組死亡機率代表生命表世代最終死亡於該年齡組之機率，其加總為 100%。

指標解讀

本指標可反一名 0 歲新生兒在保戶生命表呈現之死亡風險下，最終死亡於各年齡區間的機率分布。

指標 5-4：各死亡年齡組醫療期望支出

定義

1. 資料範圍：2019 年至 2025 年間死亡，且持有研究範圍商品之群體。
2. 公式說明：

計算不同性別及死亡年齡組之死亡前十年平均自費醫療支出；對 75 歲以上資料不足之年齡階段，使用前述高齡外推方式補足。

考量相關醫療費用可能於未來不同年度發生，再依其可能發生時間，以醫藥保健類 CPI 年增率進行價格調整。

各死亡年齡組之醫療期望支出計算概念如下：

$$\text{各死亡年齡組醫療期望支出} = \text{經價格調整後之該死亡年齡組醫療費用} \times \text{死亡於該年齡組之機率}$$

再將所有死亡年齡組之醫療期望支出加總，即為終生醫療期望支出。

指標解讀

本指標可反映不同死亡年齡情境對一生自費醫療財務需求的期望貢獻。死亡年齡組之平均醫療支出越高，或死亡於該年齡組之機率愈高，其對終生醫療期望支出影響越大。各年齡組加總所得之終生醫療期望支出，為保戶群體平均風險下之期望值，並非每個人實際均會發生相同金額。

指標 5-5：各年齡組有照顧支出的比例及每月平均支出

定義

1. 資料範圍：衛生福利部《111 年老人狀況調查報告》調查資料。
2. 公式說明：

調查結果含各年齡組有照顧支出者占該年齡組人口之比例、照顧服務使用型態分布，以及實際使用各類照顧服務並支付相關費用者之平均每月支出金額。

指標解讀

本指標可反映不同年齡組發生照護財務需求的程度與負擔強度，並可進一步分析各類照顧型態的使用情形及隨年齡變化之趨勢。

指標 5-6：各死亡年齡組照護期望支出

定義

1. 資料範圍：2019 年至 2025 年間死亡，且持有研究範圍商品之群體。

2. 公式說明：

依各高齡階段有照顧支出之比例及照護支出水準，估算不同年齡階段之照護財務需求；再依不同死亡年齡情境可能經歷之高齡階段及期間，累積其照護費用。

考量照護費用可能於未來發生，再依其可能發生時間進行價格調整，並依各死亡年齡組之死亡機率加權。

各死亡年齡組之照護期望支出計算概念如下：

$$\text{各死亡年齡組照護期望支出} = \text{經價格調整後之該死亡年齡情境照護費用} \times \text{死亡於該年齡組之機率}$$

將各死亡年齡組之照護期望支出加總，即為終生照護期望支出。

指標解讀

本指標可反映高齡階段可能持續發生之照護財務需求。數值同時受高齡存活機率、照顧支出發生比例、照護支出水準及可能持續期間影響。

指標 5-7：終生醫療與照護期望支出及占比

定義

1. 資料範圍：2019 年至 2025 年間死亡，且持有研究範圍商品之群體。
2. 公式說明：

(1)終生醫療照護期望支出

為終生醫療期望支出與終生照護期望支出加總，亦即指標 5-4 及指標 5-6 兩項合計。

(2)醫療、照護支出分別占終生醫療照護期望支出比重

分子：終生醫療期望支出或終生照護期望支出。

分母：終生醫療期望支出與終生照護期望支出之合計。

指標解讀

本指標可反映一名 0 歲新生兒自出生至生命終點，在保戶群體平均風險下可能面臨之整體醫療與照護財務需求。其中，照護支出占比可進一步呈現終生健康財務需求的組成。占比越高，顯示終生健康財務負擔偏向高齡階段可能持續發生之照護需求，非僅來自疾病所形成的治療支出。

指標 5-8：各目前年齡組餘生醫療與照護期望支出

定義

1. 資料範圍：2019 年至 2025 年間死亡，且持有研究範圍商品之群體。
2. 公式說明：

以「已存活至目前年齡」為條件，排除目前年齡以前已經度過之死亡風險及已可能發生之醫療與照護支出。

依已存活至目前年齡後仍可能發生之各死亡年齡情境，重新計算條件死亡機率，並僅納入目前年齡往後尚可能發生之醫療與照護費用，再將各情境之期望支出加總，得到各目前年齡組之餘生支出。

指標解讀

本指標可反映已經存活至不同人生階段之保戶，自目前年齡往後仍可能面臨的醫療與照護財務需求。其值隨目前年齡增加而下降，係因已度過之生命期間、死亡風險與相關支出不再納入計算，而非表示高齡者當下之疾病、醫療或照護風險較低。本指標適合用以補充終生期望支出，使健康財務需求之估計更貼近不同人生階段。



國泰人壽

Cathay Life Insurance