



# 長期照顧給付及支付基準簡介

薛瑞元・彭美琪

## 壹、緣起

隨著我國人口結構的老化及失能人口快速增加，長照需求亦隨之快速成長。為因應失能、失智人口增加所衍生之長期照顧需求，行政院於 2007 年核定「我國長期照顧十年計畫～大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（以下簡稱：長照十年計畫 1.0）」，其基本目標為「建構完整之我國長期照顧體系，依循在地老化的政策目標，提供以居家式、社區式服務為主，機構式服務為輔的生活照顧服務」。

長照十年計畫 1.0 自 2008 年開始實施，整合「社政」及「衛政」長照服務資源，採提供長照服務的「實物給付」，且依個案的失能程度及家庭經濟狀況給予補助，提供個案實際所需的居家式、社區式多元長照服務方案，增加民眾選擇服務的自主權利。再者，建構照顧管理制度，由中央政府全額補助地方政府建置長期照顧管理中心，提供到宅評估、擬訂照顧計畫，以單一窗口整合式服務推動優質照顧管理

服務，再配合資訊管理系統之建置，提升長期照顧業務之執行效能，奠定我國長期照顧服務制度及服務網絡的里程碑。

衛生福利部 2017 推估我國長照需求人數，由 2018 年 76 萬人成長至 2026 年 100 萬人，成長率達 31%。為因應未來長照人口的急速增加以及照顧服務需求的多元化，且為回應不同族群需求；我國政府於 2016 年推出「長期照顧服務十年計畫 2.0（以下簡稱：長照 2.0 計畫）」。長照 2.0 計畫有二大特色：第一擴大服務對象，如納入身心障礙者、衰弱者及 50 歲以上失智者等，第二擴大服務資源，為減少失能者人口的快速增加，也積極向前發展各類預防保健、健康促進等減緩失能之預防性服務措施及失智症或疑似失智症各項服務。依據長照 2.0 計畫核定本（衛生福利部、2016），政府補助的服務項目共計多達 17 項服務。

以上綜觀我國長期照顧政策是朝向提升建立有效且具備多元性、普及性的照顧服務體系方向發展，但我國長期照顧面臨

問題仍是嚴峻，最核心的問題在於長照服務的「供給面不足」。形成的原因包括：行政效率慢，如政府補助居家服務單位的金額，相關行政作業流程長，核銷撥付約需等候長達 6 個月，影響第一線居家服務員的薪資發放以及補助（支付）金額未符合服務機構營運成本，而影響各團體投入長期照顧服務行業的意願。造成服務面向無論在質及量皆未能滿足失能者及家庭照顧者的需求。故為有效改善上述問題及滿足長期照顧需要者（以下簡稱：長照需要者）與家庭照顧者之需要下，催生長期照顧給付及支付基準（以下簡稱：給付及支付基準）政策。

## 貳、策略方法

一、於「給付及支付基準」此新制度之下，一改以往以服務時數「論時計價」的方式，轉換為民眾接受服務內容的所謂「論次計價」方式，改善不同工卻同酬的缺點，期使服務品質較佳的照顧服務員受到歡迎及獲得更高薪資，提升照顧服務員形象，增加更多投入照顧服務員行列。

二、引進資訊作業系統，連結各類服務，以民眾接受服務內容建立品質指標，讓民眾獲得更好的長照服務，也有利政府及時掌握財務情形，達到雙贏。

三、藉由「長期照顧服務法」的實施，帶來長照服務發展基金較以前由政府編列公務預算金額高達 6 倍，順利提高各項服務支付標準，鼓勵服務提供者投入長期照顧服務行業的意願及提升服務品質。

四、長照服務與全民健康保險在給付

的相同處，係以提供實物給付為主，故參考全民健保之服務機構特約及管理相關規定，制訂「長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點」內容有長照服務提供者申請資格、服務費用申報、暫付、審核及支付等作業。目的在於改善每年地方政府辦理採購程序作業負擔，由營利組織或非營利組織與地方政府締結服務提供契約來增加效率。另在要點中簡化核銷（支付）作業程序，讓服務提供單位每月如期獲得服務費用，增加營運財務穩定性。

五、為落實以人為中心之社區整合照顧資源體系，整合原有 10 項長照服務，經一次評估，核定 4 類長照服務額度，以滿足民眾各面向之長照需要，由各地方政府長期照顧管理中心結合所轄社區整合型服務中心（A）各盡其職，藉由增加個案管理員的協助，期待可減少服務取得的障礙及長期照顧管理中心落實對服務品質監測業務，以提高服務品質。進而發展因地制宜之服務模式，提升民眾使用長照服務之滿意度。

## 參、規劃歷程

我國政府為規劃長照給付及支付制度，除中央政府各部會招集舉辦各式會議之外，亦對外收集社會各界意見，研擬長照給付及支付制度內容，其歷程簡述如下：

一、彙整長照 2.0 計畫之服務現況及參考國際長照服務實施文獻、規劃長照給付及支付基準之架構。

二、支付標準（補助服務單位服務費用）之合理性將會影響長照機構之營運與

討論會議訂定全國統一之支付標準。

三、透過給付及支付基準整合各項長照服務，涵蓋照顧服務及專業服務、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善及喘息服務等 4 個額度，失能程度越高政府補助的服務額度越高。

[illegible]

心以及特約服務單位(以下簡稱：服務單位)，彼此之間建構出給付及支付的三角關係。長照需要者係指因先天或後天身心功能限制，經評估日常生活部分或全部有由他人協助或照顧之需要，持續或預期逾6個月者。長照需要者向地方政府申請給付，須經各縣市長期照顧管理中心進行評估，按評估失能程度分為第2至8級為長照需要者，失能程度愈高者獲得政府補助的長照服務額度愈高。

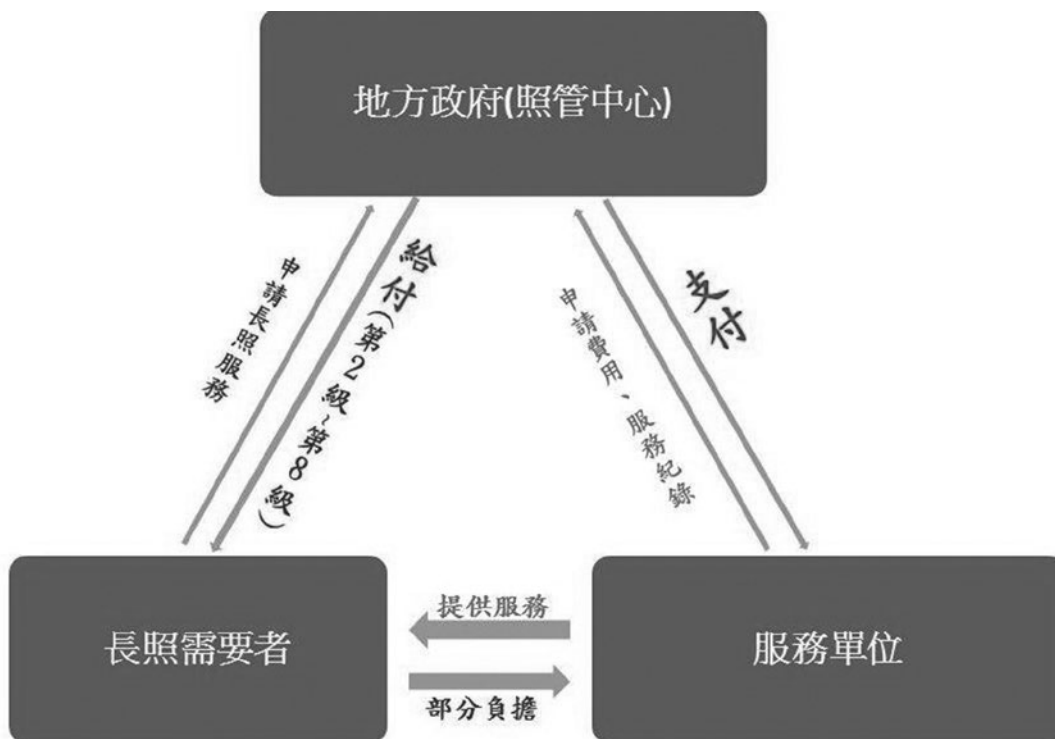


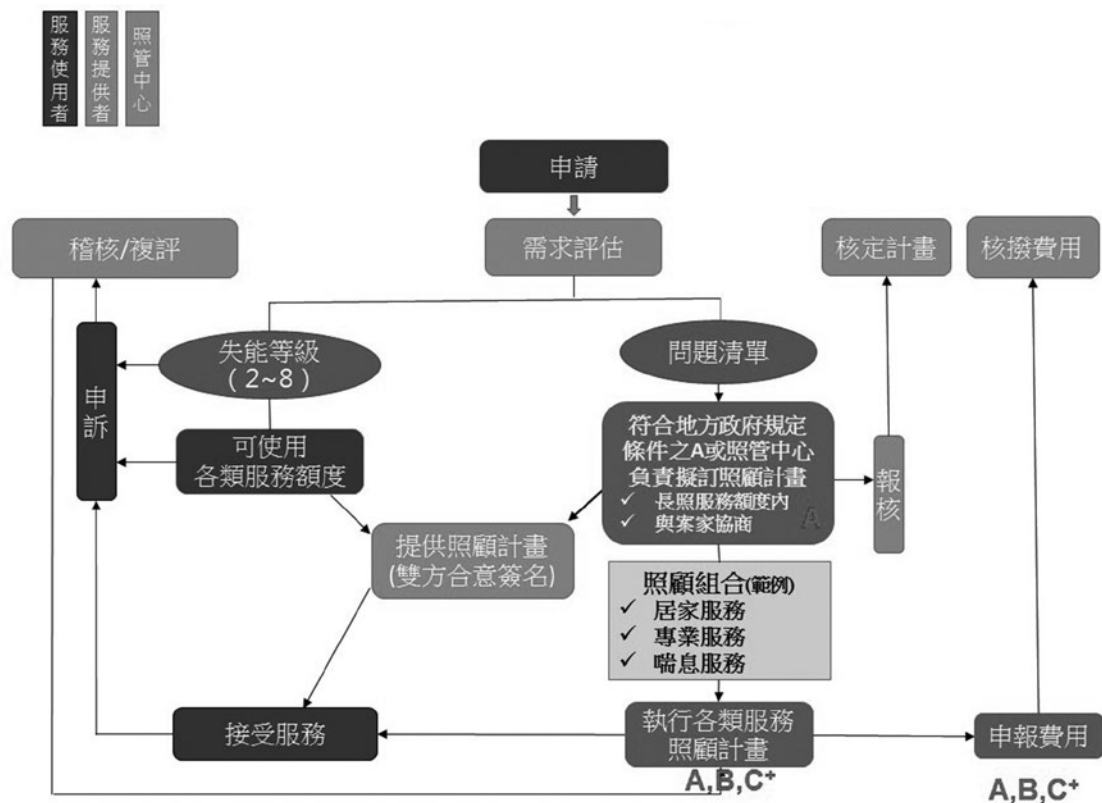
圖 1 長照給付及支付架構

特約服務單位依長照需要等級及照顧計畫提供長照需要者所需的各項長照服務。個案接受服務後，月底需向服務單位繳交部分負擔，其餘費用由服務單位向地方政府申報費用。地方政府依服務單位實際提供的服務內容，付費（支付）費用給服務單位。

新制為提升長照的服務品質、給予照顧服務員合理的待遇、吸引優質的服務團體投入照顧服務行業，並簡化各項補助皆需檢附收據之繁瑣的核銷作業、整合政府

提供給服務單位的 13 項補助為單一支付，故考量了各項服務的風險、技術困難及服務時間後，合併整理計算成為新制之支付（補助）價格平均約為每小時 385 元。另外，為使民眾不因新制而加重經濟負擔，故將一般戶 30% 部分負擔調降為 16%，中低收入戶 10% 調降為 5%，以居家服務舊制支付每小時 200 元為例，民眾每小時負擔 60 元（ $200 \times 30\%$ ），新制支付下每小時 385 元，部分負擔 61 元（ $385 \times 16\%$ ）。

## 伍、服務模式



一、申請：通常是由有長照需求的民眾本人或代理人向地方政府長期照顧管理中心提出申請。

二、初篩：長期照顧管理中心初篩個案是否符合長照 2.0 計畫的收案條件，不符合收案條件的個案，視個案需要轉介巷弄長照站或失智社區服務據點等其他服務資源。

三、評估及給付判定：針對符合收案條件的個案，由照顧管理專員到個案家，使用全國統一的評估工具「照顧管理評估量表」進行綜合評估，並由電腦內建的判定邏輯算出長照需要等級（2-8 級）與相對應的額度，同時產出照顧問題清單。長照

需要等級與額度是地方政府給付個案長照服務的依據。照顧問題則是個案、照顧管理專員、A 單位的個案管理員及服務單位需共同解決的目標。

四、擬訂及核定照顧計畫：由照顧管理專員或個案管理員與個案及照顧者一起討論，排定需要解決照顧問題的優先順序，在長照需要等級與給付額度內，依給付及支付基準為個案量身訂做照顧計畫，雙方合意簽名，並由照顧管理中心核定照顧計畫。

五、連結服務及使用服務：由照顧管理專員或個案管理員依核定的照顧計畫照會服務單位，服務單位回覆接受照會後即

成功連結服務；服務單位依照顧計畫提供服務，個案則於接受服務後依給付及支付基準規定的部分負擔比例，向服務單位繳交費用。

六、服務品質稽核：個案針對評估、服務等各方面之疑義，可向地方政府提出申訴，A 個案管理員亦需掌握合作的服務提供單位所提供的服務品質，而服務提供單位需自行進行內部品質監控，以提供個案有品質的服務。長期照顧管理中心定期對所轄個案所使用的服務，進行品質查核，確保服務品質。

七、申報及支付服務費用：服務單位按月檢具服務紀錄等相關資料，向地方政府申報服務費用，地方政府支付暫付款並於審核後支付剩餘費用，或於審核無誤後支付全額服務費用。

## 陸、長照給付及支付項目

長照服務之提供，可分為「實物給付」與「現金給付」。實物給付為在社區、居家或機構提供實質之照顧服務，以確保服務之提供、維持照顧品質、以及促進長照體系發展。為提供以個案為中心之社區整合照顧中心，我國於民國 107 年 1 月 1 日

起實施的給付及支付基準，是為實物給付但本基準不適用住宿式機構服務使用者。

給付及支付基準總則共 21 條，內容為請領資格、給付原則、給付額度及部分負擔比率及給付限制等。支付部分內容有服務完成定義、照顧組合及支付價格支付規範。照顧組合表共分別為獎勵加計服務(A 類)、照顧服務(B 類)、專業服務(C 類)、交通服務(D 類)輔具服務(E 類)居家無障礙服務(F 類)及喘息服務(G 類)，共 152 項。

中央政府於實施給付及支付制度後，蒐集半年有關民眾、地方政府、服務單位等各界的看法與建議，經多次內部討論後完成修正草案，並向相關團體及地方政府溝通說明，最終草案經長照諮詢委員會 3 次會議討論通過，主要修正包含總則及照顧組合表共 9 條新增、4 條刪除、6 條擴大給付，並維持論件計酬之支付模式，後續於 10 月 5 日公告，自民國 107 年 12 月 1 日起實行。108 年為配合實務運作及推動居家失能個案家庭醫師方案，再次增修基準，包含 1 條新增、2 條修正，並於 5 月 17 日公告。目前給付及支付基準總則共 25 條(原 21 條)、照顧組合表維持 7 大類共 154 項(原 152 項)。

表 2 長期照顧給付及支付基準類別項數

類別		項數
總則	給付	15
	支付	10
小計		25
照顧	照顧管理及政策獎勵服務(A 碼)	12
	居家照顧服務(B 碼)	22

類別		項數
組合表	日間照顧服務 (B 碼)	14
	家庭托顧服務 (B 碼)	14
	社區式照顧服務 (B 碼)	3
	專業服務 (C 碼)	13
	交通接送服務 (D 碼)	1
	輔具服務 (E 碼)	47
	居家無障礙環境改善服務 (F 碼)	21
	家庭照顧者支持性服務 - 喘息服務 (G 碼)	7
小計		154

基準之修正內容則包含擴大給付、明定服務範圍或補充說明、調整計價方式等，例如：AA05 照顧困難之服務加計、AA06 身體照顧困難加計、AA07 家庭照顧功能微弱之服務加計、AA09 例假日服務加計擴大給付，並新增 AA11 身心障礙進階訓練之服務加計、AA12 開立醫師意見書、DA01 交通接送服務於第四類偏遠縣市、偏遠鄉鎮市區擴大給付 2 級以上失能者，期望這個新的制度能更貼近民眾需求及方便使用。

## 柒、長照給付及支付之特色

### 一、多元支付

居家照顧服務自 1998 年擴大補助，支付標準係按時計價，惟服務項目採「按時計價」標準的方式，雖可依服務時間長短申報服務費用，卻無法反映個案的長照需要嚴重程度及服務項目難易程度，違背在人、時間、空間等主客觀條件相同之情況下，提供相同服務應獲得相同酬勞之計費公平原則（陳、王，2007）。舊制的長照服務以時數為計價單位，雖可含括個案之大

小需求，卻可能造成服務員一味把時數作完，但對服務項目內容及品質難以掌握。

為了改善以上不同工但同酬的不合理支付制度，給付支付基準採多元支付模式，包含論時或論次的計算方式，並依個案需求提供客製化的照顧組合，且每項服務都包含了事前準備、實際服務、事後善後及紀錄，如照顧服務項目之支付單位有 2 種：「論時」依照時間級距分項訂定，例如陪同就醫、陪伴照顧、陪同外出、家務協助等；「論次」以每次服務計算，例如協助沐浴及洗頭、肢體關節活動、協助進食或管灌餵食等。

實務上各個國家支付制度不盡相同，無論是論人、論案例、論時或論次計酬等，都是針對服務提供者提供服務時不同計價方式的概念，應依想要達到的（政策）目標，而有不同的設計。新制以服務項目為計價單位，配合資訊化導入，可根據申報結果，及時了解民眾獲得之服務內容，未來將根據申報資料，將長照服務進一步標準化，建立服務品質查核標準及查核服務品質。政府在大幅提高對服務單位的支付下，更有必要確保民眾能獲得有品質的長

照服務。希望藉由多元支付模式合理支付費用，引導服務單位提升服務品質，並發展以社區為單位之長照服務，增進多元照顧服務體系的發展。

## 二、加成支付

為了達到政策目標，除各項服務「基本支付金額」以外，亦設計多種的加成措施，此部分不扣長照需要者之長照服務給付額度，亦不列入部分負擔計算，期望能改善以往照顧困難或有特殊服務需求個案，未能取得服務的問題，及提高團體投入照顧服務行業意願。舉例如下：

1. 身體照顧困難加成：對有管路（或傷口、燒燙傷），或移位困難且體重超過 70 公斤需協助之長照需要者提供身體清潔或沐浴照顧，或需 2 名以上照顧服務員同時提供上（下）樓梯服務等。

2. 照顧服務配合專業服務加成：照顧服務員至少 1 次，於專業服務提供者提供專業服務時同行及學習，並參與或協助執行長照需要者專業服務計畫。

3. 照顧服務員進階訓練加成：照顧服務人員應完成失智症或身心障礙服務相關特殊訓練課程，對領有身心障礙證明（手冊）長照需要個案提供生活照顧服務

4. 例假日、晚間服務、夜間緊急服務及臨終日提供服務等加成。

5. 原民區離島加成：長照需要者住於「原民區或離島」，則支付價格再加 2 成，亦不扣長照需要者之長照服務給付額度，此 2 成費用免部分負擔，為了增加服務單位到偏遠地區提供服務意願，及改善原民區或離島服務不足。

## 三、復能融入

長期照顧的最新趨勢是早期介入、強調復原而非殘補代勞、強調預防而非事後照顧，以及聚焦於個案的優勢能力而非缺損 (Heeboll, 2012)。在 2016 年國際高齡聯盟高峰會議提出所謂復能 (reablement)：規劃一個支持性、始能環境，在此環境下讓長照個案能夠再度執行他認為有價值活動，可以回復維持或學習適當技巧盡可能地執行日常生活活動，達到最佳功能狀態的理念及服務模式。給付支付基準基於此精神，將長照生活自立功能訓練 (reablement) 納入專業服務 (C 碼組合)，共計有 12 項組合碼，如身體功能維持或恢復、增進社會參與、進食與吞嚥照護及其他專業指導照顧等。

復能是以長照個案為主角，專業人員及照顧人員為配角來協助個案，訓練個案日常生活功能自立，促使個案現有能力最佳化，達到最大的社會參與，並使個案能在地老化及減少居家照護人力之需求、延緩入住機構，亦達到降低照護成本。

## 四、簡化核銷

過往對居家服務單位採分項補助，如專業服務費、辦公設施設備費、辦公室租金、雇主應負擔之勞保費、健保費、勞工退休準備金、山地、離島及偏遠地區照顧服務員交通費、營運費等，各項費用之核銷均須檢具多種單據，統計高達 13 項單據，造成服務單位之行政負擔；給付支付基準的定價係將服務單位的各項成本納入考量後訂定，以單一的支付價格，並配合資訊系統的費用申報作業，減輕服務提供



單位垢病多年的核銷行政負擔。最重要讓照顧服務員能有穩定薪資，增加照顧服務人力投入。

## 捌、結論

給付及支付制度自民國 107 年 1 月起實施至今，逐漸步上軌道，但對於未來仍有許多可繼續努力精進：

### 一、給付面

1. 能因應時代變遷以精確反應民眾的長照需要及服務提供狀況之改變，未來需依人口老化程度及民眾需要適時轉變，利用實際長照個案資料庫，定期檢視長照需要等級及建立各項照顧服務品質準則及指標。

2. 建立長照服務、全民健保及社會福利之無縫接軌，運用長期照顧之單一窗口整合性評估功能，將建立長照服務、醫療

服務及身心障礙福利相關服務之連結與轉介機制，以確保長照需要者能獲得完整之照顧，並加速照護體系的整合。

3. 定期研議將新型服務模式納入給付，為滿足服務對象之需要，未來將針對新發展之服務模式，比較評估其效益，及納入可行性，以研議是否納入長照給付。

## 二、支付面

1. 利用收集實證資料，持續檢視訂定可以引導特約機構提升服務品質之支付標準，並發展以社區為單位之長照服務體系。

2. 配合山地離島地區及長照資源不足之地理及文化特色，設計因地制宜支付方式及支付標準。

（本文作者：薛瑞元為衛生福利部常務次長；彭美琪為衛生福利部專門委員）

**關鍵詞：**長期照顧、多元支付、簡化核銷

## 參考文獻

衛生福利部 (2016)。《長照 2.0 計畫核定本》。

衛生福利部 (2018)。《修正「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」》。臺北：衛生福利部。

陳正芬、王正 (2007)。〈台北市居家服務方案論時計酬適切性之研究〉，《臺灣社會福利學刊》第 6 卷 1 期》，頁 93-192。嘉義縣：臺灣社會福利學會。

衛生福利部 (2016)。《長照給付及支付基準 106 年 12 月 25 日說明會簡報》。臺北：衛生福利部。