

臺灣長照制度之檢討與改革策略建議～ 如何建立「平價、優質、普及」的長期 照顧體系？

李玉春

壹、背景

臺灣老人人口至 104 年底已占全人口 12.51%（內政部，2015）。預估 2 年後即將進入高齡社會（14%老人），9 年後進入超高齡社會（20%老人）（國家發展委員會，2014）。相較於歐美國家有 50 年至 100 年的時間因應人口老化的衝擊，臺灣人口老化速度太快，已無足夠時間因應。

人口老化對社會的衝擊最大的是醫療

與長照需求快速增加。依衛生福利部（以下簡稱衛福部）2010 年長期照護需要調查報告推估（衛福部，2016）我國 105 年 5 歲以上失能（含心智功能障礙需要長照者如失智、精障、智障）人口占全國人口 3.45%（約 78 萬人），其中老人占 68%（失能率 16.2%），非老人占 32%（失能率 1.41%），149 年失能人數將激增至 193 萬人，失能率增至 10.54%，其中 91%是老人。

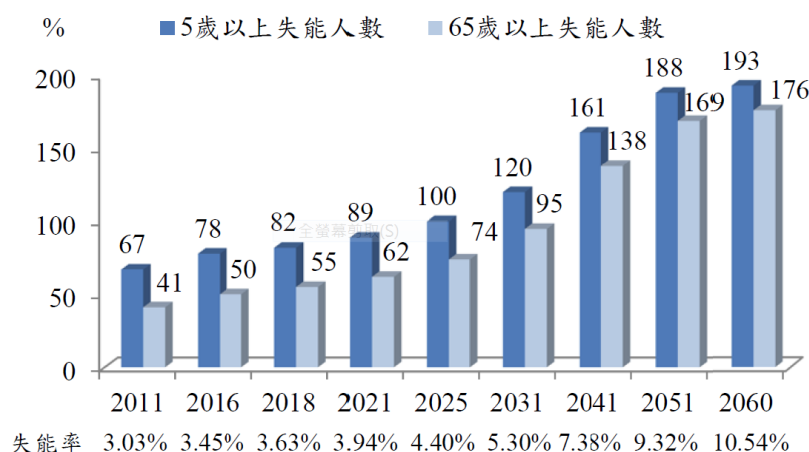


圖 1 臺灣 5 歲與 65 歲以上人口失能人數與失能率推估（衛福部，2016）

面對失能人口快速增加，在需求面，失能家庭照顧與經濟負荷沉重，在供給面長照人力與資源不足、家庭照顧人力減少，在財務面政府財政困窘，長照預算有限，長照財源無法永續，影響長照體系發展（李玉春等，2013）。面對這些挑戰，長照制度之改革刻不容緩，且必須高瞻遠矚，建立國家長期整體長照制度改革藍圖與策略，並逐步落實推動，才能因應高齡社會長照的需要。

欣聞蔡英文總統宣誓將由政府主導，藉社會集體互助的力量，建立「平價、優質、普及」的長期照顧體系，顯見蔡政府對長照議題的重視，為全民之福。但魔鬼存在細節裡，究竟要如何落實，才是當前最大的挑戰。

照顧與經濟負擔，是當前民眾面臨最大問題。33%失能者家庭再也無法承受照顧壓力，41%經濟負荷沉重（李玉春等，2013）。因此蔡總統提出的「提供平價服務」，確能切中問題。但落實「平價」之道，應該是讓每個人負擔得起（affordable）。個人使用長照風險雖低，但就家庭而言風險卻很高（年青人也可能失能且多數家庭有長輩），且每個失能者平均失能時間長、平均花費高（至少兩萬以上），即便中產階級也無力長期負擔。因此要使長照能負擔得起，絕非殺雞取卵、壓低價格，而是要學習健保一樣靠社會集體互助，籌措公共財源，提供失能者基本的長照服務，這才可能落實平價的目標。

因此落實蔡總統的目標，涉及兩個層

面：1.長照財務制度改革：攸關長照能否平價、普及與優質；2.長照服務體系與人力發展之改革：影響長照服務普及性、品質與滿意度。

本文的目的在回顧與檢討政府過去推動的長照政策，並針對上述面向，提出長照制度改革藍圖與配套措施，做為臺灣改革長照制度的參考，希望有助於落實新政府長照政策的目標。

貳、臺灣長照制度發展現況

扁政府自 2000 年即開始推動「建構長期照顧先導計畫」（2000-2002 年，吳淑瓊等，2003），為臺灣建立長照服務雛形。2005-2007 規劃稅收制的長期照顧十年計畫，馬政府賡續推動實施長照十年計畫（2008-2017）針對失能老人建制長照體系、發展社區、居家與機構式長照資源。

為預防失能，針對高達 83.5%的健康與亞健康未失能的老人，政府十多年來，已補助發展 2,532 個社區照顧關懷據點（涵蓋 66.7%的村里），提供共餐、送餐、電話問安、關懷訪視與健康促進等活動，透過社會參與，達到健康老化、預防失能、在地安老、提高健康人年的目標。

鑑於人口快速老化，馬政府自 2009 年開始推動長照保險，並正式提出三階段的長期照顧制度發展藍圖以建制完善的長照制度（行政院，2015a）。

長照制度發展與階段

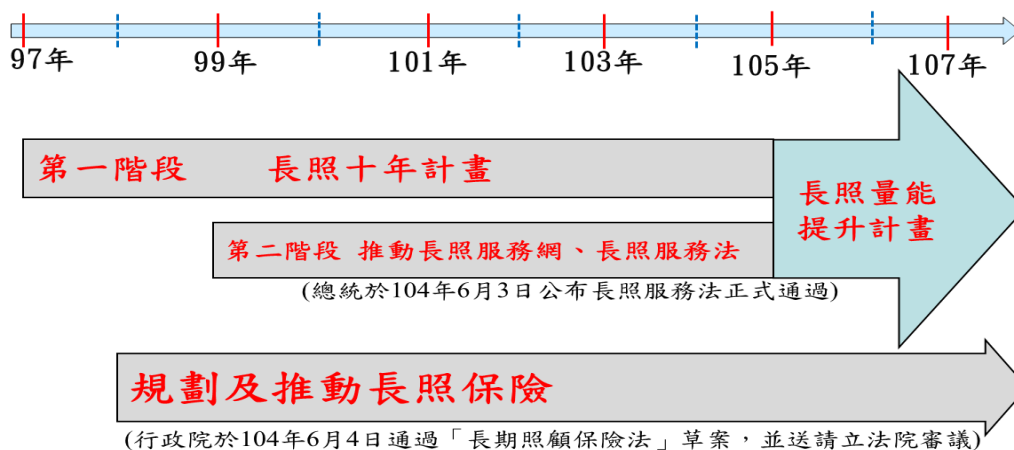


圖 1 發展長期照顧制度三階段藍圖

一、第一階段－廣續推動長照十年計畫（97～106 年）建構基礎長照服務模式（行政院，2007）

105 年初已涵蓋 35.5%失能老人，涵蓋率較 97 年 2.3%提高 15.4 倍，經評估後提供服務的有 17 多萬人，占 64.6%（衛福部，2016）。

二、第二階段－推動長照服務統一法制規範、建構長照服務網絡，擴大長照服務量能

（一）長期照護服務網計畫（102～105 年） （行政院，2013）

為促進長照資源多元化普及化，衛福部盤點長照資源依服務資源需求，劃分全國長照服務網絡為大（22）、中（63）、小

（368）區域，研訂各類區域應發展之資源類型與目標，配合長照服務法，以長照發展基金，獎助資源不足區域優先發展社區與在地化資源。目前各縣市皆已有照顧管理中心、輔具中心，89 個原先無資源的偏鄉，皆有服務據點，多數相鄰鄉鎮皆有失智日照或失智專區，各鄉鎮皆有居家服務資源，此外也開始建置家庭照顧者支持服務網絡。目前持續努力，希望將原訂 120 間日照中心的目標，擴大到 105 年底達成一鄉鎮一日照的目標（行政院，2015a）。

（二）長期照顧服務法

長期照顧服務法（簡稱長服法），已於 104 年 6 月 3 日公布（總統府，2015），將自 106 年 6 月施行；內容包括長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施五大面向，讓我

國長照制度發展邁向重大里程碑。

長服法整合四類長照服務法規，對長照機構統一規範避免疊床架屋，讓有意投入服務者有所依循，並擴大長照服務對象到全齡失能與心智功能障礙者，以及家庭照顧者，預估將有超過 200 萬人被納入服務對象。此外該法明定除實施前已立案之長照機構外，住宿式長照服務應由公立、財團法人、社團法人提供，但居家及社區型服務不在此限，可鼓勵各界投入長照服務提供；並規劃以長照發展基金獎勵資源不足地區及型態之人力及服務資源之發展，未來可鼓勵更多民間資源投入服務。

(三)長期照顧服務量能提升計畫（104～107 年，簡稱量能提升計畫）

基於長照十年計畫已達成其階段性目標，因此與長照服務網計畫合併為長照量能提升計畫，以擴大長照服務的服務對象、強化社區長照服務之普及性及在地化、提高長照服務品質、加速長照體系的建置，為長照保險預作準備。其預期至 107 年全人口長照涵蓋率可提高至 30%（行政院，2015a）。

三、第三階段－長期照顧保險法：藉社會互助分擔財務風險，減輕照顧負擔，帶動長照資源成長

政府自 98 年開始規劃推動長照保險，以為長期照顧尋求穩定、充足的財源，並於 104 年通過「長期照顧保險法(草案)」(行政院，2015b)，送立法院審議，預計通過後至少有兩年時間準備，再視長照資

源整備以及社會經濟狀況，擇期開辦，因此至少在 107 年以後才可能開辦長照保險。此政策獲得民眾高度肯定，105 年支持率高達 86%（衛生福利部，2016b）。但新政府擬以稅收制取代社會保險制，因此該法目前仍被擱置。

長照制度規劃採社會保險制，由政府雇主、保險對象三方負擔保險費。其中雇主基於社會連帶責任、對員工的照顧義務以及支持長照保險可減輕照顧負擔，提升員工生產力，因此也應分擔部分保費。對資本利得，也課徵補充保費，避免只由受薪者負擔保費。而為減輕雇主負擔，受雇者之保險費，政府補助 30%、雇主 40%、自付 30%，其中政府財源在行政院通過「長期照顧保險法(草案)」時，財政部已同意匡列房地合一稅、財政收支改革方案增加之稅收以及公務預算約 476 多億支應。因此，我國長照保險之財源，實質上兼顧稅收制與社會保險制之優點。

參、政策檢討與建議

一、長照財務制度改革

(一)財源與規模比較

整理上述政策在補助對象、財源、預算規模及目的如表 2，由表中可知多數計畫財源來自公務預算或指定用途稅，只有長照保險來自政府、雇主與民眾繳納之保險費。這些計畫除長照保險外，預算規模皆不大，且指定用途稅之稅基較小或所能分配到的額度有限，遺贈稅與房地合一稅

財源不穩定，易受景氣影響，只能當短期財源或做為長期補充財源，不適合做為長期主要財源。就預算規模而言，長照十年（104 年）：量能提升計畫：長照十年 2.0：長照保險大約為 1:2:6:20。新政府若加稅推動長照 2.0，預算規模擴大，有助於減輕民眾負擔，加速長照資源發展。

表 2 各種長照制度補助對象財源預算規模與目的之比較

	補助對象	財源	預算規模	目的
A.長照十年 (97-106 年)	失能者、長照機構	中央與地方預算	衛福部 97-104 共 273.66 億 104 年為 54.18 億元	補助使用服務費
B.長照服務網 (103-105) (長照基金 106-)	長照機構	政府預算、菸品健康福利捐	106 年長照基金五年 120 億	補助發展資源改善可近性、發展創新型服務
C.長照量能提升計畫* (104/11~107)	失能者、長照機構	政府預算、菸品健康福利捐	3 年 315.9 億	A+B (擴大涵蓋率對象提升可近性品質效率)
D.長照保險 (?)	長照機構	政府雇主民眾繳納之保費@	初期每年 1100 億	補助使用服務 (分擔財務風險、減輕經濟負擔、帶動資源成長)
e 長照十年 2.0 (?)	失能者、長照機構	遺產、贈與稅、房地合一稅，預算	每年 330 億	補助使用服務費

*104 年 11 月後，包括長照十年及長照服務網計畫

@政府財源：房地合一稅、財政收支改革方案增加之稅收以及公務預算，另有補充財源來自菸品健康福利捐。

但臺灣當前的長照政策問題不在短期而在長期的財源。誠如前言，長照財源攸關長照能否平價、普及與優質。政府公共財源必須提升到一定規模，才能減輕民眾負擔、提供長照機構合理的支付標準，吸引民間持續投入，服務也才可能普及優質。依據 OECD 國家統計，2013 年公共長照支出占 GDP 百分比 (見圖 2) 平均 1.7%

(OECD, 2015)，以長照保險初期支出 1100 億，只占目前 GDP 約 0.6%，遑論長照十年 2.0 一年僅 330 億 (0.18% GDP)，長期絕對不夠。採社會保險制的韓國占 0.7%，德國 1.0%，日本 2.1%，後者已與北歐採稅收的芬蘭 (2.2%)、丹麥 (2.3%)、挪威 (2.4%) 相近，但仍低於瑞典的 3.2% (荷蘭因包括重大傷病保險因此較無可比

較性)。因此除非政府學日本提高營業稅，有較穩定稅收，否則長期而言，可能仍需採社會保險制才能籌措足夠財源，也才能

達成蔡總統長照「平價、優質、普及」的目標。

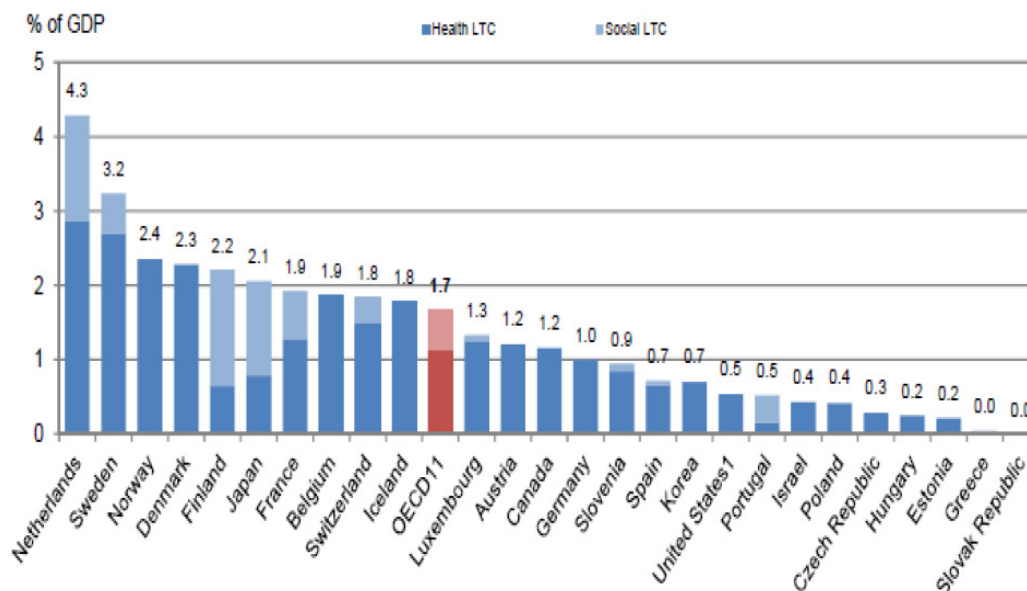


圖 2 OECD 各國公共長照支出占 GDP 百分比

來源：OECD, 2015

OECD11 係指同時編列健康與社福預算國家

(二) 特約管理與支付制度改革

臺灣現行的稅收制是由各地方政府以採購法辦理採購，服務單位再參加投標、評選、簽約、核銷費用等，行政程序繁複、曠日廢時，長照機構經營風險與行政核銷成本高，導致財務周轉與經營不易。另外照顧服務採分項論時計酬，其他居家服務採論次計酬，不利照顧服務員升遷、留任或與醫事專業人員之團隊合作，不同居家服務人員（照顧服務、居家護理、居

家復健）服務重覆零散，提高長照成本，降低服務提供意願。社會保險採特約管理與包裹支付，相較於稅收制，可降低長照營運風險及行政成本，提升行政效率與投入意願。也較可能落實「普及、優質」的目標。

表 3 比較社會保險與稅收制，整體而言，就財源穩定性、充足性、負擔公平性、永續經營可能性、以及就特約管理與支付制度對長照機構經營效率的影響而言，長照保險制優於稅收制。

表 3 長照採社會保險制或稅收制之比較

	社會保險制	稅收制
財源穩定性	除經濟弱勢外皆需繳保費，專款專用且有部分提存機制，較不受景氣波動影響，較稅收易因應人口老化衝擊。	若採遺贈稅、房地合一稅及政府預算，易受景氣影響*。加稅仍需民眾同意，遺增稅易逃稅一半需分享地方政府。營業稅為較佳之財源但調整不易，國民年金列法定財源(調高 1%) 但迄今未調。
財源充足性	以保險費為主要財源(部分負擔為協力財源)實質費基較大，除政府外，雇主與保險對象共同分擔保費較為可行，費率依整體長照需要與付費能力估算，易達收支平衡及財務穩健。	政府財政困難，租稅負擔僅占 GDP 12%，法定支出占整體歲出高達 7 成，且接近法定舉債上限，財源僅來自稅收易受其他政事排擠，面對人口快速老化，稅收制難隨之快速增加，因應高齡社會基本長照需要。
負擔公平性	人人共同分擔所需費用，較具公平性。	我國經濟型態的特殊性，部分民眾無所得資料無法課稅，未能分擔社會責任。
永續經營可能	專款專用、自負盈虧，易隨失能人口成長進行微調，落實收支連動機制，較易永續經營。	老年人口逐年增加，勞動人口稅負日漸沉重，使得加稅更為困難，易導致長照財源不足無法永續。
特約管理/補助	1.符合特約資格及條件者，都可申請特約。 2.特約機構提供服務次月依支付標準申報，即可收到暫付款。	若沿用招標委託並以計畫核銷模式管理，行政作業冗長繁瑣，經營風險高，影響業者參與服務提供意願，不利長照資源之發展。
支付制度	1.採論案例或論人計酬，鼓勵跨專業跨部門服務整合。 2.支付標準依機構整體營運成本訂定，非分項補助，利於經營管理、擴張與創業。 3.以加成鼓勵提高月薪%、進階(含生活復健)、走動式、高品質照顧，提升成就感與留任率居家。	(現制)照顧服務採分項論時計酬，其他居家服務採論次計酬，不利照服員升遷、留任及與其他醫事專業之合作，提高長照機構經營成本，降低服務提供意願。

*如 97 年發生金融海嘯，98 及 99 年國稅短少 15%及 12%，但同期之健保費仍成長 0.3%及 14% (財政部，2014)

雖然有學者擔心長照保險會誘發需求，但因長保採需求面費用控制策略，需經過健保署評估有失能，才能獲得定額基本給付，因此較易「量入為出」（有多少錢給多少給付）與健保下民眾可自由就醫，醫療院所較大誘發需求空間大不相同。此外為避免未來保費調整不易，長照保險除仿照健保採收支連動外，參考油價調整機制，每3年依公式檢討調整保費，且不需報行政院，只需衛福部公告，另外也採用部分提存制（而非隨收隨付制），費率採10年平衡費率，預先提存資金，避免在人口快速老化時，保費調漲幅度過大，兼顧保險財務穩定與世代公平性。

目前新政府對4年後是否仍維持稅收制或考慮推動長照保險並不同調；但長照制度規劃與推動曠日廢時，臺灣社會已沒有太多時間可以蹉跎，兩年後臺灣已進入高齡社會，無論未來要加稅或推動長照保險，都需要立法、規劃與籌備（行政運作體制）。

此外當前臺灣經濟低迷，長照財務制度改革，可帶動長照資源成長，創造就業機會，吸引民間業者投資，讓服務發展更多元普及，亦可促進長照與銀髮相關產業（商業保險、居住修繕、輔具科技、營養餐飲、資通訊科技等）發展，增加長照服務的可近性及品質，分擔失能家庭之照顧負荷及經濟負擔，建構一個財源穩定、完善永續的長照制度，因此呼籲政府對長照長期財源應儘早定調以利政府與長照業者預做準備。

二、發展長照服務體系、培力長照人力

（一）臺灣長照體系發展之困境

1.長照人力缺乏，政府補助有限，高度仰賴外勞。

2.照管專員負荷沉重，無法提供完整照顧管理工作。

3.政府限縮照顧服務提供內容，照顧計畫僵化缺乏彈性（多數為1天1次，1次2小時的服務），每人每月平均僅補助20小時，無法滿足全家、全人、多時段的照顧需要。

4.政府補助採招標制，核銷行政繁瑣，且限制非營利機構承接，影響長照服務之成長。

5.照顧服務採論時支付，薪資低，缺乏升遷機會，留任不易。

6.重服務、輕復健或預防，失能程度愈來愈高。

7.長照機構各自為政，缺乏跨專業、跨部門之整合，更少與醫療體系建立實質之協調整合，服務零散、斷裂缺乏連續性。

（二）臺灣長照服務體系改革之願景

長照體系與人力發展攸關長照服務普及性、品質與滿意度。雖然臺灣當前對長照財務制度改革尚無共識，但對長照服務體系的發展藍圖，有一定的共識。

1.翻轉照顧典範：以預防勝於治療觀念，落實健康老化，減少失能；支持失能者盡可能自立，恢復或減輕失能依賴。

2.充實長照財源：建立長期充足而穩定的財源，藉社會互助，促進長照體系發展，減輕家庭負擔。

3.實現在地安老：優先發展居家與社區照顧，但不應忽視住宿型機構之需要。

4.培力人才：培養更多長照人力，特別是本國籍照服員，減少對外籍看護工之依賴。

5.創新：發展並快速複製好用的長照創新模式，滿足家庭需要。

6.改革特約管理與支付制度：提升長照機構經營效率與長照人力留任意願，促進服務水平（跨專業、跨部門）與垂直（跨層級）整合。

7.整合：落實世界衛生組織呼籲，發展以人、家庭、社區為中心的醫療、保健、長照、社區整合照護體系。

8.逐步減少政策歧視

(1)全齡：正視心智障礙者（失智、精障、智障等）與 65 歲以下失能者長照之需要。

(2)兼顧家庭照顧者照顧與支持之需要。

(3)納入聘僱外勞失能者的照顧需要。

(三)落實長照服務體系改革之配套措施

為落實上述長照體系改革的願景，須發展相關配套措施，才能落實建立「平價、優質、普及」的長期照顧體系之理想。依據規劃長照保險經驗，提出可落實願景的配套措施與現制比較，詳見表4。其中在預防失能部分，主要透過社區關懷據點的拓點與加值（提供更多衛生福利服務），強化初級預防、健康老化，減輕失能程度。對已失能者則透過輔具、無障礙空間或提供自我照顧能力與復健訓練（長照保險給付項目之一），翻轉照顧典範，讓失能者學習儘可能獨立，以減輕失能程度或恢復功能、避免長期依賴。後者主要靠物理治療、職能治療、護理師或其他醫事專業人力與照顧服務員組成的團隊，在日常生活中提供訓練。

表 4 落實長照體系改革願景之配套措施

改革面向	長照十年計畫	改革策略（以長照保險為例）
法規整合與鬆綁	長照機構依四種法規設置，只補助非營利組織。	長服法統整四種法規，對居家與社區機構鬆綁，長保特約亦不限非營利組織。
預算規模	中央與地方稅收一年約 70-80 億元。	擴大公共財務預算規模：促進服務成長（長照保險：1100 億元）。
補助對象	限制：失能老人、 ≥ 55 歲山地原住民、 ≥ 50 歲身心障礙者獨居 IADL 失能老人。	擴大服務對象減少歧視：全齡、全失能人口（含心智障礙者）與主要照顧者（全家的長照需要），聘僱外勞者亦可使用長照服務。
給付內容	八項服務，但住宿型機構限給付經濟弱勢，較缺預防機制。	全方位多層級的長照服務（13 項）：社區與居家為主，住宿型機構為輔且限重度失能但不限經濟弱勢，提供減輕失能之預防給付、

改革面向	長照十年計畫	改革策略（以長照保險為例）
		照顧者支持服務與現金給付。
評估工具	除獨居老人（IADL）及失智者（CDR），給付依 ADL 核定，只反應身體照顧需要，各縣市不同專員評估不一致。	多元評估量表：以個案為中心之多面向整合式評估，不限 ADL 失能，包括心智功能障礙者認知行為評估，提高各區不同照專評估一致性。
照顧管理	已建立單一窗口照顧管理但照管人力不足（1：340）限縮照顧管理功能。	健全照顧管理機制：聘僱充足照管（1：200）人力（1：200）落實以個案為中心之之之照顧管理，整合醫療長照與社區照護（顧）。
給付標準	給付採上限制，照管專員決定補助時數，各縣市標準不一，增加人情困擾。	*依據長期需要等級（案例分類）藉電腦核定給付額度，提升給付之公平性降低人情壓力。 *促進專業服務整合。
行政單位	以縣市為界，各有預算，人籍不一困擾多。	不限區域，一卡（全國）通，標準全國統一，公平性高。
管理模式	採招標制，依計畫核銷，行政繁瑣，少品保。	採特約制，依支付標準申報費用，行政相對簡便，有品質確保與審查。
照顧計畫	照顧服務以 1 天 1 次性服務為主，未必滿足需要。	*可依需要彈性安排 1 天多次服務。 *鼓勵跨專業團隊整合式服務，提升效率與品質。
支付標準	照顧服務採單一時薪制，另採多元補助模式（補助設施、人員、服務），支付標準未必符合成本，照服員缺成就感，不利升遷與留任。	*論案例論人計酬支付制度，鼓勵跨專業跨部門跨層級服務整合。支付標準依機構整體營運成本訂定，非分項補助，利於經營管理與創業。 *以加成鼓勵月薪、進階（含生活復健）、走動式、高品質照顧，建立職涯發展管道，提升成就感與留任率。

（四）提升長照人力留任率之配套措施

長照人力是長照服務體系發展的基石，其中照顧服務人力特別重要。依衛福部104年長照資源盤點，有照顧服務員2萬6,942人，社工3,439人，護理1萬826人，物理治

療師1,987人，職能治療1,091人（行政院，2015a）。目前臺灣已培育超過11萬餘照顧服務員，從事長照服務相關工作者2.3萬，若加上醫院看護，約3.5萬；另外政府每年新培育近1萬人，但因政府補助以論時支付，居家服務單位95%採時薪，少有升遷

機會，工作缺乏成就感，故留任率低。目前政府藉量能提升計畫逐步推動以下策略，期吸引更多人～特別是年青人，投入長期照顧行業。

1.以加成支付鼓勵居家機構提高月薪聘雇比率或提供進階照顧，建立照服員分級升遷制度。

2.建立照顧服務員職涯發展，提升工作成就感：照顧服務員有清楚的職涯發展地圖，由基礎照顧到進階照顧，接著可升任督導、主任，甚至成為照老闆，自行創業或加盟，讓年青人因看得到未來升遷發展路徑，願意投入長照行業。上述進階照顧包括：到宅照顧實務指導員、心智功能障礙者照顧與自我照顧能力與復健訓練（自力生活復健）可獲得較高的支付（補助）。對創業而言，（非）本科系大專院校畢業生只需長照經驗(4)3 年即可擔任居家照顧服務負責人，開始創業。若為醫事人員更只要 2 年經驗，即可成為負責人。

3.建立訓用合一制，提供缺工獎勵金，鼓勵自訓自用，提升留任率。

4.推動長照學程、建立長照實習制度，透過長照產學合作平臺媒合，落實大專院校照顧訓練課程，鼓勵長照單位提供實習津貼，提升實習學生留任率。

5.推動好用的服務模式，提升工作成就感與滿意度。

肆、結語

本文回顧與探討臺灣長照制度現況與問題，並提出臺灣長照制度目前最急迫的

兩個改革面向，包括長照財務制度改革以及長照服務體系與人力發展改革，才能落實蔡總統「將由政府主導，藉社會集體互助的力量，建立『平價、優質、普及』的長期照顧體系」之目標。除分析問題外，本文也針對長照財務制度改革與長照服務體系與人力發展之願景，以及落實願景之配套措施，期做為未來政府改革長照制度之參考。

由於臺灣兩年後進入高齡社會，之後人口將急速老化，而長照制度改革，特別是財務制度，需要立（修）法與進行後續之籌備工作，建議政府應邀集產官學各界研商，儘快對長期照顧長期之財源建立共識，才能儘早為臺灣長照建立穩定而充足的財源開始努力，以回應臺灣社會未來對長照之高度需求，減輕家庭之照顧與經濟負擔。

依據相關的分析，就財務規模與財源穩定性而言，長照 2.0 規模太小，可能只能解決短期問題，臺灣社會最終仍須實施長照保險（或更大幅加稅），籌措足夠的財源，建立負擔公平、永續、財源充足而穩定的長照財務制度，藉由社會集體互助，減輕家庭照顧與經濟負擔並帶動長照資源的發展；透過保險特約制度改革，更可降低長照機構行政成本，提升服務效率，加速民間投入之意願與長照資源的成長，才有可能讓民眾享有「平價、優質、普及」的長照服務。

但財源僅是長照制度的一環，必須同時在長照服務體系與人力發展方面，落實法規鬆綁、改革給付、支付制度，發展相

關配套措施與長照人力發展策略，才能實現長照服務體系之願景。即便政府長期仍決定採稅收制，這些配套措施對改革長照體系，仍會有很大幫助（李玉春，2016）。藉由這兩方面的改革，我們期待能藉社區關懷據點預防失能，藉翻轉長照給付制度，加強自我照顧能力與復健訓練減輕失能程度，最終藉保險社會互助的精神，實現「老吾老以及人之老」的理想，只要每個人都盡一點力量，積沙成塔，才有可能藉集體互助，減輕家庭照顧與經濟負擔，並可帶動長照資源成長、提升服務單位效率與投入意願、充實長照資源、提升照服

員留任率，滿足照顧需要，真正實現蔡總統「藉社會集體互助的力量，建立『平價、優質、普及』的長期照顧體系」的目標。

（本文作者現為國立陽明大學衛生福利研究所，時任衛生福利部政務次長）

關鍵詞：長照制度改革（Long-term Care system reform）、長照保險（Long-term care insurance）、長照財源（Long-term care financing）、長照服務體系（Long-term care delivery system）、長照人力（Long-term Care manpower）、保險 vs. 稅收（Insurance vs. taxation）

參考文獻

- 內政部（2016）。105 年第 3 週內政統計通報（104 年底人口結構分析）。2016 年 4 月 12 日取自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week10503.pdf>
- 行政院（2007）。「我國長期照顧十年計畫」。
- 行政院（2012）。「我國長期照顧十年計畫－101 至 104 年中程計畫」。
- 行政院（2013）。「長期照護服務網計畫（第一期）－102 至 105 年」。
- 行政院（2015a）。「長期照顧服務量能提升計畫（104～107 年）」。
- 行政院（2015b）。「長期照顧保險法（草案）」。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈（2003）。建構長期照護體系先導計畫。第三年期末報告。內政部委託研究：國立臺灣大學。
- 李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉&衛生署長期照護保險籌備小組（2013）。臺灣長期照護保險之規劃與展望。社區發展季刊，141，26-4。
- 李玉春（2016）。長照制度不需大船轉彎。聯合報民意論壇，2016.5.24。
- 國家發展委員會（2014）。「中華民國 2014 年至 2061 年人口推計」。
- 總統府（2015）。「長期照顧服務法」。
- 衛生署（2011）。「國民長期照護需要調查結果報告」。
- 衛生福利部（2016a）。長期照顧保險規劃報告。
- 衛生福利部（2016b）。長期照顧保險民意調查報告。

財政部（2014）。財政部統計年報。2016年3月1日取自：

<http://www.mof.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=285&pid=64525#>

OECD (2015). 2013 OECD Library, Health at Glance, 2015.

http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2015-en/11/09/g11-21.html?contentType=%2fns%2fStatisticalPublication%2c%2fns%2fChapter&itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2015-79-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&accessItemIds=&_csp_=8b41fba78d1d13137b5deac15b227546

World Health Organization (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.