

學術論著

# 德國照護保險制度之探究

陳君山

## 中文摘要

德國於一九九四年所開辦的照護保險，其作為傳統俾斯麥模式的強制性社會保險體系之第五分支，在德國社會史上必將有其歷史地位。本文乃嘗試說明，為何照護需求在德國的社會結構，被視為是一種集體性的社會風險，並決定透過社會保險的方式來提供具照護需求者妥善的保障。現行照護保險制度其施行原則與實施架構，不僅維持了德國傳統社會保險體系的內在一致性及穩定性，同時為因應整體社會結構的變遷，亦發展出若干的創新性。德國照護保險制度開辦的背景，亦如我國一般，乃是面臨人口結構高齡化、家庭形式改變、以及各級政府沈重財政負擔等等。是以，擷取德國此一新開辦的照護保險制度之經驗，應可作為我國相關制度規劃之參考。

## Abstract

In Germany, after several heated debates care insurance was established in 1994. As a fifth branch of Bismarck's compulsory social-insurance systems, care-insurance has an important status in German social history. This paper seeks to explore why the need of care in German social structure is treated as a collective social risk and why members of society are protected against such risk through the social insurance model.

The principles and schemes of care-insurance in Germany not only maintain the inter-consistency and stability of traditional German social-insurance systems but also adapt oneself to the change of social structure and develop a couple of innovations. The backgrounds for establishing German care-insurance are the same as Taiwan that confront with the ageing populations, changes of family form and burdens of social expenditure etc. Therefore, the German care-insurance experience is a good reference for the plan of relative social policies in Taiwan.

## 壹、前言

德國聯邦眾議院(Bundestag)於一九九四年四月廿二日通過了該國「照護需求風險之社會保障法、Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflege-bedürftigkeit (簡稱 Pflege-Versicherungsgesetz, 照護保險法)」。 (註一) 該法並於一九九四年四月廿九日經由聯邦參議院(Bundesrat)同意施行。歷經長達二十餘年的政策辯論和總計多達十七個法律草案之提出，至此算是告一段落。照護保險業已自一九九五年四月一日起開辦第一階段之居家照護，繼於一九九六年七月一日起開辦第二階段之住院照護。(註二) 透過此一法律之施行，得以對過去被視爲是「個人風險」的照護需求問題徹底地加以規範。(註三)

就社會政策的認知旨趣而言，欲進行有關此一制度之探究，觀照點似不應僅侷限於相關法制的內容分析及其成效評估，實應更進一步地質問：德國是面臨何種整體環境的變遷，使得「照護」(Pflege)成爲一個亟待解決之社會問題？「照護需求」又如何從過去或多或少被視爲是一種「個人風險」，轉變成爲一種與老年、疾病和失業等風險具同等地位之「社會風險」？何以不將此一問題整合入傳統社會安全體系中，卻引入一個新的社會保險分支？各主要政黨與相關的利益團體，對照護保險所持的態度及立場爲何？此一照護保險制度在德國總體社會保險體系中的所占的位置，及其現今的施行原則與實施架構爲何？其施行成效及影響又爲何？前述這些問題均爲本文所關切，且唯

有透過對這些問題的探討與解答，方較能掌握德國照護保險制度的全貌，並得以建立一種社會政策比較的基礎。

## 貳、照護需求作為一種社會風險

在日常生活用語裏，風險(Risiko)被等同地用來指涉如危險、不確定性或不幸等等，這些在現實世界裏任何人均可能會面臨到的種種事件。在此，風險被刻劃成一種客觀的威脅；相反地，從保險的角度出發，則風險既不是現實世界裏的一個事件，亦不是現實世界裏種種事件的一種類型(Typus)，而是與生活世界裏某些特定事件有關，這些事件隨時均可能發生在個人身上。事實上，沒有任何一種事物其自身是風險——在現實世界裏根本沒有風險之存在；相對地，所有的事物也都有可能成爲風險；其關鍵在於人們用以分析某種危險或觀察某一事件之方式。(註四)

換言之，由於人們用以分析或觀察照護需求問題之方式的改變，促使了照護需求問題從過去被視爲是一種「個人風險」逐漸地轉變成爲一種「社會風險」。而造成這種分析或觀察照護需求問題之方式的改變原因，基本上可就下列三個面向加以檢視：

### 一、人口結構之變遷

德國就如同多數的歐盟國家般，爲一個高齡化社會。根據長時期的人口推算，顯示出一種強烈的老年人口比例的提高與年邁人口（指年齡超過八十歲之老年人口）比例的擴增。相反地，兒童與青少年人

口之比例則是下降。採用德國經濟研究所最新的人口推算顯示，在顧及適度的移民人數的條件下，全德國六十歲與六十歲以上之老年人口比例之提高：在一九九一年為二〇·四%，二〇一〇年則為二五·五%，二〇二〇年則提高到二八·七%，而二〇四〇年更高達三三·六%。這也就意謂著，在五十年之內，德國老年世代占全國總人口的比例將提高為現今老年世代所占比例的一·五倍以上。而年邁人口所占比例亦將提高，該比例自一九九一年至二〇一〇年之間，將由三·八%提高到四·六%。

由於照護需求被認為是屬於老年人口的一個特別重要的問題，是以，這種人口結構高齡化現象使得此一照護需求問題愈形突出，也更備受重視。但值得注意的是，這並不意謂老年人口與具照護需求者必然是以相同的比例增加，因為尚存在著為數眾多的具有照護需求的年輕人口，如精神或身體傷殘者、先天性傷殘者、下半身麻痺者、或意外災害傷殘者等。事實上，在現今的人口結構中，六十歲至七十歲具照護需求人口僅占該年齡層總人口的比例約為一·五%；七十歲至八十歲具照護需求人口占該年齡層總人口的比例約為三·五%；而八十歲以上具照護需求人口占該年齡層總人口的比例則為二〇%。（註五）

## 二、家庭形式之改變

自六〇年代以降，德國逐漸地出現了一種婚姻意願(Heiratsneigung)低落與離婚率提高的趨勢，這種被稱為「生活風格

多元化」(Pluralisierung der Lebensstile)的趨勢，導致了「常態家庭」數目的減少、單親家庭數目的提高、非婚姻生活形式日益地普遍、以及獨居生活者人數的增加等改變，而早期具有許多社會保障功能的三代家庭數目更是越來越稀少。（註六）

由於這種婚姻與家庭逐漸擴大的裂痕與逐漸減少的子女數目，使得愈來愈多的婦女就業成為可能，同時也造成婦女對就業活動的依賴性提高。照護需求問題，除了造成照護需求者龐大的照護費用之負擔外，往往也形成了其家庭成員之負擔——尤其是女性家庭成員單方面之負擔。（註七）因為她們經常被迫必須放棄個人的職業生涯，來承擔無酬的照護工作。是以，這些照護需求者家庭，強烈地要求政府應協助照護需求者解決照護費用的負擔、提供減輕家庭成員照護負擔的活動式照護服務、以及提昇各種照護品質等等。

## 三、社會安全給付體系(Sozialleistungssysteme)之內在壓力

在透過照護保險法來徹底地規範照護需求問題之前，照護需求困境主要是經由社會救助來獲得給付或資助。另外，並涉及到法定疾病保險、法定意外災害保險、聯邦給養法(Bundesversorgungsgesetz)、各邦照護扶助金法(Landespflegegeldgesetz)、補助金條例(Beihilfevorschriften)、及戰爭受難者給養法(Kriegsopferversorgung)等相關部分。（註八）（參照表1）

表1：各種照護給付接受者數目與總支出金額(1991年)

	接受者人數	總支出(馬克)
意外災害保險 照護扶助給付 勞務給付	10244	1.22億 0.24億
戰爭受難者給養	20433	1.8億
戰爭受難者救濟	60234	13.05億
補助金		估計約為7.1億
疾病保險 現金給付(註九) 勞務給付(註十) 度假照護	583334 96658 94655	開辦階段約為17.55億
聯邦社會救助法	655328	110.55億
負擔平準法	44500	1.2億
各邦邦法		
Berlin	25000	2.05億
Bremen	17053	0.1億
Rheinland-Pfalz	12517	0.87億

資料來源：Bundestagsdrucksache 1215262, Bonn 1993, 第186頁(引自Gabanyi, M., Pflege-versicherung—Die politische Willensbildung und der Aspekt der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, 1995, 第29頁)

根據表1，德國政府一九九一年所花費的照護給付的總支出中，社會救助所承擔的照護給付比例約占七〇%，疾病保險承擔約一一%居次，第三位則是戰爭受難者給養，約占一〇%。在此，僅針對社會救助與疾病保險做進一步地說明：(註十一)

### (一) 社會救助

根據社會救助法，社會救助包括對於生活費用的救助及對於處於

特殊生活困境的救助。社會救助法第六十八條及六十九條更是涵攝在「有關照護的救助」(Hilfe zur Pflege)的小標題之下。在此闡明了何種以照護需求困境主要是透過社會救助體系來獲得給付或資助。且就社會政策觀點而言，社會救助在整體社會安全體系之中，乃是為了協助個人脫離特殊生活困境而建立，被認為是社會安全體系的最後一道防線。是以，社會救助實不應成爲一種經常性、固定性的給付來源。惟在過去廿年間，社會救助支出用於照護需求給付的金額卻快速地提高：從一九七〇年支出總額約略爲十億馬克(其中一·三億馬克用於活動式照護，九億馬克用於住院照護)，至一九九一年支出總額則增加爲一百一十一億馬克(其中十三億馬克用於活動式照護，九十八億馬克用於住院照護)【按：德國馬克一元約爲新台幣十八元】。此一支出總額約略相當於該年度所有社會救助支出費用的三分之一。(註十二)

這種照護需求者對於社會救助體系日益提高的依賴，不僅造成各邦政府沈重的財政負擔，同時也產生對其他接受社會救助者的排擠效應。

### (二) 疾病保險

如以有關疾病保險法的判決爲基礎來界定照護需求，則照護需求乃是一種狀態(Zustand)，此種狀態其目的並不在於醫事治療的需求，因爲此種狀態並不可能獲得改善。疾病保險的醫療給付具有「復原性的」特色，而有關照護的救助卻具有「補償性的」特色。(註十三)

換言之，醫療行爲的目的在於重新恢復一種被界定爲正常的健康狀態，而照護卻是想要彌補所喪失的若干狀態。是以，如果人們經由醫療診

斷而被認定為生病，便可從疾病保險獲得所有必要的給付；而若是被歸類為照護需求，則僅能獲得最必要的給付而已。一九八八年健康改革法案(Gesundheits-Reformgesetz)在疾病保險裏納入對於重度照護需求(Schwer-pflegebedürftigkeit)的保障，在這裏是以一種醫學上的診斷報告作為給付的先決要件。有關重度照護需求者的居家照護，包含除門診給付之外，最高可達到每月七五〇馬克的給付額度。惟此種作法，基本上僅解決部分之照護需求的問題，尚有為數眾多的照護需求者，其困境仍無法獲得紓解。

上述來自於社會安全給付體系的壓力，尤其是社會救助與疾病保險所面臨的財政方面之沉重負擔，業已清楚地顯示，欲將照護需求問題整合入既存的社會安全給付體系之中的構想，有其實質的困難。而在此種現實情境的考量下，似以採取另行建立一個獨立的照護保險制度的作法，較能有效地解決照護需求的問題。

## 參、照護保險採行模式之共識形成過程

關於德國的照護保險制度之建立，在整體社會及政治層面的共識形成過程，如下面這段文字所刻劃的一般：「為了能對照護需求提供一種較佳的社會保障所進行的各種討論，已經漫長到可以稱為是一段「無止盡的歷史」。早在一九八六年就已經被指出，這樣的論題在任何國家不可能會如同在德國般「如此漫長的、如此廣泛的且在如此眾多的規範性建議(Regelungsvorschläge)的創造下」被周詳地加以討論。也正是在這種情況下，當然難以獲致一種相當令人滿意的解決方案。

「(註十四)這段「無止盡的歷史」與各種不同建議和想法，除了反映出涉及整體社會政策辯論過程中，各個主要行動者(如各主要政黨及相關的利益團體等等)所抱持的價值及行動取向之外，同時也顯現了在社會政策領域內，各種政治力量的折衝、妥協及策略的運用。在此，約略可整理出下列幾個面向來討論：

### 一、主要論點

從七〇年初期「德國老年救助監督委員會」(Kuratorium Deutsche Alters-hilfe)提出一份「老年疾病的住院治療及經由疾病保險承擔費用之專家意見書」以來，有關照護需求問題逐漸地引起社會及政治層面的關注，在歷經長達廿餘年的政策辯論與共識形成的過程，最終才逐漸地凝聚出建立一種獨立的照護保險制度的共識。而在長時期的政策辯論與共識形成的過程中，各種主要辯論焦點脈絡如下：(註十五)

- 以個體原則(Individualprinzip)作為照護風險的基本解決方式，或者是以社會原則(Sozialprinzip)作為照護風險的基本解決方式；
- 採行私人照護保險方式或者是社會照護保險方式；
- 將照護風險的解決方式整合入現行疾病保險或退休保險之體系中，或者是另行開辦獨立的法定照護保險；
- 有關費用承擔者的重新調整；
- 有關財務處理的方式(應採行隨收隨付之循環程序或者採行資

本積累之程序)；

· 有關經濟面與一般民衆的成本負擔與保費額度等問題。

透過對於上述的各種主要辯論焦點的思考，各主要行動者整合了各種建議、想法與解決方案，提出種種不同的照護保險模式，並透過不斷地政治協商與折衝，以尋求在當前社會、經濟條件下，有效地解決照護需求的問題。

## 二、照護保險模式的爭議

有關各主要行動者所提出的各種不同的照護保險模式，基本上存在著一條主軸，即照護保險的開辦應採行法定的社會保險模式或者是私人保險模式。而在此一主軸的區分下，法定社會保險模式與私人保險模式在個別的範疇內，又可再區分出若干不同的組合模式。在此，僅就幾種較為重要且具代表性的模式加以討論：

### (一) 法定社會照護保險模式

就贊同採行法定社會保險模式來解決照護風險的問題的行動者裏，其所提出的照護保險模式，基本上又可區分為應開辦獨立的照護保險或整合入既存的法定疾病保險。惟在後來的討論過程中，顧及到如採行將照護保險整合入法定疾病保險內「將會造成公共預算極為龐大的財政負擔」(註十六)，而逐漸地傾向於贊同採行開辦獨立的照護保險。而法定的照護保險模式，基本上可以聯邦勞動暨社會部部長 Robert Blum (基民黨·CDU)及社民黨(SPD)議會黨團所提出的模式為代表：(註十七)(參照表2)

表2：基民黨(CDU)與社民黨(SPD)之社會照護保險提案

	CDU	SPD
承保人(Träger)	國家的	國家的
種類	強制性保險	強制性保險
具要求給付權利之被保險人範圍	疾病保險中的保險義務人	全體住民(包含外籍人士)
實際狀況的區分等級	(1)明顯傷殘者 (2)重度照護需求者 (3)極重度照護需求者	(1)明顯照護需求者 (2)具特別照護需求者 (3)極重度照護需求者
給付形式	現金給付和勞務給付	現金給付和勞務給付
依據需求等級的給付額度	活動式照護，勞務給付： (1)750馬克 (2)1500馬克 (3)2200馬克 住院照護： 給付額度至2000馬克 住宿費用/自行負擔 活動式照護，現金給付： (1)400馬克 (2)800馬克 (3)1200馬克	活動式照護，勞務給付： 提案中並未予以規定。 住院照護： 照護費用/保險負擔 住宿費用/自行負擔 各種投資/各邦與各地區負擔 活動式照護，現金給付： (1)500馬克 (2)1200馬克 (3)1500馬克
財務處理方式	隨收隨支之循環程序	隨收隨支之循環程序
保費繳納額度	大約2個保費百分點	1.4個保費百分點
每年的支出費用	110億馬克活動式照護 110億馬克住院照護	大約120億馬克活動式照護 大約115億馬克住院照護
有關居家照護之策勵措施	擔任居家照護的照護人員： (1)具有對年金的請求權(30馬克/每個月) (2)意外災害保險予以保障	擔任居家照護的照護人員： (1)可將照護期間併計入年金保險(類似育兒期間之併計) (2)意外災害保險予以保障

資料來源：Seiler, D., Vorschläge zur Pflegeversicherung im Vergleich, Wirtschaftsdienst, VII/1991, 第353頁(引自Gabanyi, M., Die Pflegeversicherung—Die politische Willensbildung und der Aspekt der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, 1995, 第80頁；另參酌Hopfe, C., Die Pflegeversicherung, 1993 第153-161頁，略以補充修正)。

就此二種模式的共通點來看：二者均建立在照護需求乃是一種普遍性的生活風險，不能將其視為僅與老年人口相關聯，任何人從出生開始均可能面臨此種風險。二者皆以國家作為法定承保人。有關保費負擔部分：二者均設計由雇主與勞動者各自承擔一半；保費繳納額度

則是從薪資所得法定年金保險的投保薪資上限之一定比率（基民黨模式為二%，社民黨模式則為一·四%）來計算。此外，二者均認為應採取隨收隨支之循環程序，也就是說以每個月所徵收的保費立即用來清償當前所應支出的各項給付費用。有關給付形式部分，二者皆同時包含現金給付與勞務給付二種方式。且二者均顧及到擔任居家照護的照護人，認為應將其照護期間併計入法定年金保險年資來計算。

就此二種模式的相異點來看：二者之間主要的區別在於保險涵蓋範圍、照護需求等級與依據照護需求等級所給付之最高額度等部分。就保險的涵蓋範圍來說，基民黨模式僅擬包含法定疾病保險的保險義務人，而社民黨模式則擬包含全體住民並涵蓋外籍人士在內。有關照護需求等級，基民黨模式區分為明顯傷殘者、重度照護需求者、極重度照護需求者等三個等級；社民黨模式則區分為明顯照護需求者、特別照護需求者、極重度照護需求者等二個等級。就依據照護需求等級所給付之最高額度來看，基民黨模式區分為活動式照護的勞務給付、住院照護的勞務給付、活動式照護的現金給付三種給付類型，每一給付類型依據照護需求等級，給予不同額度的現金或勞務給付；而社民黨模式僅區分為住院照護的勞務給付與活動式照護的現金給付二種給付類型，每種給付類型亦依據照護需求等級，給予不同額度的現金或勞務給付。

## （二）私人照護保險模式

另一方面，就贊同採行私人照護保險模式來解決照護風險問題的

行動者裏，依其所提出的照護保險模式，基本上也可區分為志願性私人照護保險與強制性私人照護保險二種模式。志願性私人照護保險模式主要為自民黨(FDP)所提出，強調有關照護問題的解決，應採行建立在個人志願性基礎之上的一種私人保險模式，並以資本積累之程序以籌措財源。對於參加私人照護保險的投保者，應給予稅捐減免以作為補償給付(Kompensationleistung)，例如父母替其子女投保即應享有稅捐減免優待。對於擔任居家照護的照護人而言，應將其承擔照護期間列入年金保險之相關法令考量。當給付超過某一特定的給養最低額度時，則社會救助得向被保險人的私人財產或其家屬追索賠償。基本上，自民黨所提出的照護保險模式，僅是建立在一種不完全的私人保險之基礎上，有關給付型態（例如現金給付和/或勞務給付）、給付額度等均未論及，其模式架構並不完整。反觀由Baden-

Württemberg 邦與聯邦財政部科學顧問委員會(Wissenschaftsbeirat)所個別提出的強制性私人照護保險模式則較為完整。此二種模式與自民黨所提出的照護保險模式最明顯的區別在於，此二種模式引入私人強制性照護保險作為解決方式。（註十八）（參照表3）

就此二種模式的共通點而言：二者均採行強制性私人保險。有關給付的方式與範圍，均是依照照護需求的程度給予活動式或住院式的現金給付（雖然二者所規劃的最高給付額度並不相同）。並皆採行資本積累程序來籌措財源。而就保費繳納方式而言，彼此之間並無太大區別（惟每個月應繳納金額略有不同）。二者均擬議應以聯邦補助金，

表3：Baden-Württemberg邦與聯邦財政部科學顧問委員會  
(Wirtschaftsbeirat BMF)之私人強制性照護保險提案

	Baden-Württemberg	Wirtschaftsbeirat BMF
承保人	私人保險	私人保險
被保險人範圍	45歲以上之住民	全體住民
具請求給付權利之被保險人範圍	45歲以上之具照護需求者	具照護需求者
時間點，自該時間點後可給予給付	對現存照護需求者與即將需要照護者無法提供改善	對現存照護需求者與即將需要照護者無法提供改善
給付的種類與範圍	活動式照護與住院照護的現金給付，依據照護需求程度最高可達1500馬克	活動式照護與住院照護的現金給付，依據照護需求程度最高可達2150馬克
財務處理方式	資本積累程序	資本積累程序
資金籌措方式	每一位被保險人每年繳納500-600馬克；可透過保費繳納補助金來降低	每年繳納保費大約320馬克，繳納超過二十年以上
聯邦補助金	各種社會的減輕負擔規定，提供接受救助者保費補貼，大舉17.6億馬克	對於低收入戶與領取薪資所得補償者給予保費津貼
補充性措施	對於現存照護需求者依據聯邦社會救助法與疾病保險對重度照護需求者的給付範圍之擴大，來彌補給付的不足。	對於現存照護需求者與即將需要照護者依據聯邦社會救助法與法定疾病保險的750馬克的照護扶助金，來彌補給付的不足。

資料來源：Seiler, D., Vorschläge zur Pflegeversicherung im Vergleich, Wirtschaftsdienst, VII/1991,第353-354頁(引自Gabanyi, M., Die Pflegeversicherung—Die politische Willensbildung und der Aspekt der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, 1995, 第88頁)

減輕較低所得者或接受救助者之負擔。至於相關的補充性措施，均建議當前的照護需求者，仍依聯邦社會救助法與法定疾病保險裏有關重程度照護需求者的相關規定，請領照護扶助金或各種勞務給付。惟二者對於當前照護需求者的處境，均無法立即地予以改善。

就此二種模式的相異點而言：二者之間主要的差別在於被保險人的範圍與具請求給付權利人的範圍。Baden-Württemberg 邦的模式設計，被保險人為超過四十五歲之住民，而具請求給付權利者的範圍限於超過四十五歲之住民且為具照護需求者；聯邦財政部科學顧問委員會的模式設計則是被保險人為全體住民，而具請求給付權利者的範圍則僅限於具照護需求者。

### 三、法定社會照護保險模式與私人照護保險模式之比較

在長時期的政策辯論與共識形成過程裏，採行法定社會照護保險模式以解決照護需求問題的方案逐漸地獲得認同。惟私人照護保險模式的若干理念，在政治協商的過程裏也被納入日後施行的法定社會照護保險中。此處擬就此二類模式的基本前提、實施原則與實施方式略以比較：

#### (一) 法定社會照護保險模式

· 基本前提：照護需求乃是一種普遍性的生活風險，不能僅僅將其視為是與老年人相關聯；對於任何人從出生開始均可能存在此種風險：

- 實施原則：採行「世代契約」(Generationsvertrag)原則；
- 實施方式：採行隨收隨支之循環程序的財務處理方式。

#### (二) 私人照護保險模式

· 基本前提：任何人均必須為照護情況投保，因為任何人都可能面臨到照護風險；

· 實施原則：採行「自我預護」(Eigenvorsorge)原則，亦即每一個世代必須自我承擔照護風險，並採資本積累的方式避免將費用負擔轉嫁到下一個世代身上；

· 實施方式：採行資本積累程序的財務處理方式。

就基本前提而言，無論是法定的社會照護保險模式或私人照護保險模式，皆強調照護風險乃是任何人均可能會面臨到的生活風險，必須經由保險方式來加以解決。然而，有關施行原則與實施架構則存在相當程度的差異：法定社會保險模式的批評者認為，採行社會保險原則，照護保險給付與薪資所得相關聯，雇主必須承擔繳費額度的二分之一，此種作法對雇主並不公平。因為勞動關係與照護需求二者之間並不存在關聯性，不應強迫雇主來承擔繳費額度之一半。況且，如此一來勢必會對雇主造成因工資成本提高，而不利於市場的競爭與就業機會的創造；另一方面，私人照護保險模式的批評者則認為，採行資本積累程序的財務處理方式，即被保險人經由保費繳納來建立積累資金(Dekungsstock)以達到個人保障，及經由保費繳納來提供當前照護需求者之給養，將會造成被保險人的雙倍負擔。且一種私人照護保險的資本積累程序，也無法如其支持者所主張一般，可以避免逐漸提高的保費負擔。事實上，對於未來的照護需求一必須預先估算出未來數十年間之需求，在目前根本無法被精確地計算出來，相較之下，反倒是

隨收隨支的循環程序具有較大的彈性。此外，依照私人照護保險模式的制度設計，除難以立即解決當前照護需求者所面臨的照護問題之外，事實上，也根本無法紓解當前社會救助體系與疾病保險體系所面臨龐大的財政負擔之困境。因此，在歷經各種密集的爭議與辯論之後，縱使若干科學諮詢委員會與為數眾多的經濟學家贊同應採行資本積累程序之財務處理方式，惟在上開種種現實的客觀環境考量下，隨收隨支之循環程序的財務處理方式，仍然獲得了多數的行動者之支持。(註十九)

#### 四、折衷模式之產生

儘管照護保險採行法定的社會保險模式，已經成為執政的基民黨／基社黨、及最大的在野黨社民黨之間的共識，惟因同為聯合政府一員的自民黨，仍舊堅持應採行私人照護保險模式。是以，如何來取得自民黨的共識，並共同推動此一法案的通過，也就成為執政的聯合政府（尤其是基民黨）所亟需解決的難題。在隨後的共識整合過程裏，自民黨雖逐漸地放棄對於照護保險應採行私人保險模式的堅持，惟其轉而提出一個更為具體的協商條件：尋求一種能補償雇主所負擔的保費部分之解決方案。自民黨所提出此一必須在法定的社會照護保險中尋求對雇主所負擔的保費部分予以補償的條件，事實上乃是偏離了基民黨／基社黨所擬採行的「純粹的」(rein)社會保險模式：即由雇主與勞動者個別地分攤一半的保費，就如同現行疾病保險與年金保險般。惟為求能凝聚聯合政府內部的共識，基民黨／基社黨對於自民黨所提

此一協商條件極為重視，但同時也不得不考慮到，倘若僅為凝聚聯合政府內部的共識，而在照護保險中引進對雇主保費補償的作法，其後果不僅會破壞此種「純粹的」社會保險模式，也必然得面臨來自於工會方面的強烈反彈。

為了解決此種兩難處境，俾能順利地實施照護保險制度，基民黨／基社黨首先提出了Karenztags的引入之解決方案。所謂的Karenztags（Lohnfortzahlung）。因為依據現行法律，雇主必須要負擔勞動者從請病假的第二天起算，六個星期內的全額工資續付。換言之，此一解決方案就是擬將現行勞動者病假第一天所能獲得的全額工資續付取消，或者是以勞動者一天的年假來抵銷，以作為對雇主所繳納保費的補償。不過，此一建立在「對於生病情況的全額工資續付之修正」的解決方案，雖獲得了自民黨的支持，卻遭受到來自於反對黨及各個工會的強烈抨擊，工會方面更揚言將發動大規模的罷工來反制。

有鑑於各界的強烈反彈，以及此一解決方案本身實務運作上的困難，基民黨／基社黨在經過審慎地考量之後，決定放棄上述方案，轉而提出擬以廢除一個假節日（Feiertag），使其定期地成為常態工作天的解決方案，來謀求社會各界的共識。而此一解決方案的提出，雖仍遭受到若干社會團體的質疑與批評，惟已較能為各個相關行動者所接受，反對的聲音亦較小，是以，此一方案也就成為了凝聚更進一步共識的基礎。且正因為有此一共識基礎的存在，即使後來基民黨／基社

黨所提出法定的社會照護保險模式草案，在若干內容上仍受到自民黨的反對，以及在社民黨所主導的聯邦參議院亦遭受杯葛，但均能夠透過政治協商的手段來解決且達成協議。最後，一種法定的社會照護保險模式就在執政黨（基民黨／基社黨、自民黨）與在野黨社民黨的共同努力下之情況下，順利地完成相關的立法程序，並於一九九四年五月廿八日正式公告頒行。

## 肆、當前的德國照護保險制度

### 一、照護需求性之概念界定

「照護需求」概念在法律體系（Rechtsordnung）內有著種種不同的定義，即使是在個別的法律領域裏也存在著若干不同的說法。而這種定義的分歧，主要乃是因為醫學上對於「照護需求」缺乏精確的界定所導致。（註二十）

根據疾病保險法，一個人有照護需求，乃是指他的狀態，由於疾病或傷殘，而偏離了健康人的「常態」，且並不存有一種惡化之改善、減輕或預防的可能性，其能夠改變此種狀態。因此，若按照疾病保險法的界定，則一位具有重度照護需求者，其在日常事務方面乃是亟需極大程度的持續性協助。

立法者授權給健康保險合作社的各專業團體，制定統一的準則以作為判定是否具照護需求之依據。至於那些被歸類為具重度照護需求的人們，則由健康保險合作社在考量醫師的診斷說明與所屬的醫療服

務中心(Medizinische Dienst der Krankenkassen)的意見報告書之情況下，來進行檢查。依據社會法典第五章第二百七十五條第二項第二款之規定，健康保險合作社所屬的醫療服務中心，必須負責認定，提出給付要求的被保險人，是否確係為重度照護需求者。該醫療服務中心也必須對被保險人的居家環境進行檢查。而這種檢查程序同時亦應當包含對復健可能性的考量。此項檢查每隔一定的時間即須進行一次。換言之，依據疾病保險法的規定，該項檢查的目的乃是要將疾病與照護加以區分開來，並分別地給予不同的給付。

根據照護保險法，有關照護需求概念的界定、是否符合於照護需求條件的判定、及應當歸類於何種照護等級等等，基本上仍依循著前述疾病保險法中所採行的方式。在照護保險法中界定，所謂照護需求乃是指人們，其由於一種身體的、智力的或精神的疾病或傷殘，在日常生活裏，對於各種一般性的、有規律性重複的居家事務，長時期地（估計至少要持續六個月以上）需要相當大或相當高程度的協助。（註二一）

至於有關申請照護需求給付者，其是否符合於照護需求的條件，以及應當被歸類於照護需求的何種等級等等，均是由照護保險合作社(Pflegekassen)委託健康保險合作社所屬的醫療服務中心來進行認定與審核的作業。（註二二）

## 二、施行原則

就照護保險的給付發放的範圍來看，清楚地顯示出照護保險的施行原則。其所遵循之基本原則有二：

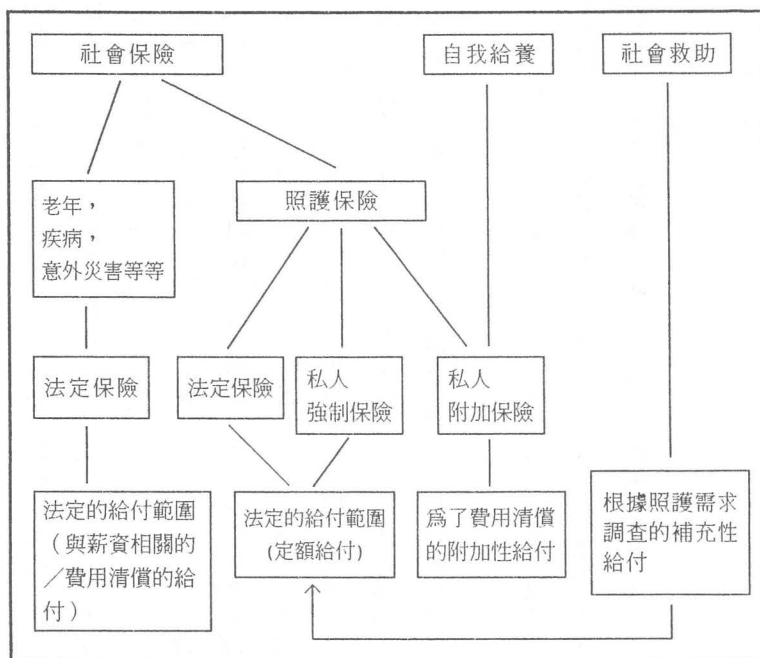
(一)居家照護的優先性：照護保險的給付乃是以支持居家照護，以及家庭成員或鄰居之照護提供為優先，藉此照護需求者即可能長時期地停留在其原有的居家環境之中。且有關部分住院照護及短期照護的給付也優先於全時住院照護之給付。（註二三）事實上，這種優先性的考量顯示出一種潛在的要求，即希望能夠儘可能地維持傳統的家庭照護功能，並發展非正式的照護幫助，例如透過鄰居或其他社會網絡的協助照護。

(二)預防與復健的優先性：一方面照護保險承保人應該致力於早期的採取所有適合的預防、疾病治療與復健措施，以避免照護需求的出現；另一方面當照護需求出現之後，照護保險承保人在給付相關法令範圍內，對於復健措施給予最大程度之各種醫療的與補充性的給付，以致力於照護需求的克服或減輕，及避免惡化的情形。（註二四）

## 三、實施架構

有關照護保險制度在德國總體社會安全體系內所占的位置及其實施架構，基本上，可以從法定保險、私人強制保險、法定的給付範圍（定額給付）、以及私人附加保險等部分來簡要說明：（參照表4）

表4：德國社會安全體系內的照護保險制度



資料來源：Entwicklungen und Tendenzen in der sozialen Sicherheit 1993-1995: Pflegebedürftigkeit, Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Bd 49/1996, 第111頁。

(一) 法定保險

照護保險已從一九九五年一月一日(第一階段：居家照護)以及一九九六年四月一日(第二階段：住院照護)開始運作，被列為德國社會保險體系內一個獨立的分支。有關照護保險的保險義務，基本上

是採取「照護保險追隨疾病保險」的原則，亦即具有照護保險義務的人員範圍，乃是符合於法定疾病保險所涵蓋之人員範圍，其涵蓋絕大多數之就業人口；透過現行疾病保險的架構，其大約包括總人口數的百分之九十二。

照護保險的組織及實施，乃是於現有的疾病保險合作社(Krankenkassen)架構內設立所謂的照護保險合作社(Pflegekassen)，並由現有的疾病保險合作社兼辦照護保險合作社所屬的各項行政事務。至於照護保險合作社之各種行政費用的支出，再由照護保險合作社所徵收的保費繳納款項中償還予疾病保險合作社。採行此種作法，目的在於避免建立新的龐大官僚組織，而不至於因人事費用的提高，造成行政費用伴隨著提高之情形發生。就照護保險合作社本身而言，其乃是照護保險的法定承保人，為一自我行政的具公法人身分的自主性團體，具有個別的組織章程，以規範該組織的權利與義務。

有關照護保險的財務處理方式係採行隨收隨支之循環程序，其資金來源則遵循被保險人與雇主各自負擔保費的一半。至於繳費額度則為被保險人每月收入的百分之一(從一九九六年七月一日起則調為百分之一點七)。照護保險的投保薪資上限與法定疾病保險之投保薪資上限相同(一九九七年：原東德各邦，每月五三二五馬克；原西德各邦，每月六一五〇馬克)。而被保險人之子女與配偶，倘若其每月薪資所得未超過投保薪資下限(一九九七年：原東德各邦，每月五二〇馬克；原西德各邦，每月六一〇馬克)，均免繳保費即得以共同加保。

至於失業者之保費繳納，則由失業保險來承擔。已具照護需求者與領取退休年金者亦得繳納保費，惟由年金保險來承擔一半之保費繳納。

有關雇主所承擔之保費繳納，則經由廢除該邦之一個假節日，使之定期地成爲一個常態工作天，並從照護保險第一階段生效起施行，來獲得補償。至於配合照護保險第二階段生效後，有否廢除第二個休假日之必要性，則屆時將依據總體經濟發展專家委員會之評估意見書再予決定。透過此一規定，則經濟面的負擔應能獲得平衡，且可避免德國勞動成本之進一步地提高，並有助於工作職位之保障。

各邦則是負責有關促進各種照護機構的規劃與相關法規的制定。並與所轄各地區、各照護機構、各照護保險合作社及健康保險合作社所屬的醫療服務中心，共同關切並監督一種具有效能的、充足的、及合於經濟性的照護供給之運作。

聯邦補助金則是準備用以支付照護機構的投資成本費用，及提昇各種照護效能(Pflegeleistungen)之用。據估算，營運所需之投資成本費用大約是每年二十六億馬克。而在前東德地區則是預計在未來八年內，以六十四億馬克來改善各種照護機構與設施之不足。

## (二) 私人強制保險

此外，大約七百萬私人保險者，約略爲自營業者或多數的公務員，亦均列爲強制保險之對象，其應與任一私人保險機構簽訂一種照護保險契約（私人性強制照護保險）。各私人保險機構均須遵守其給付應符合於社會照護保險之相關規定，且目前業已具照護需求的被保險人，均須立即全數納入此種私人性強制照護保險之範圍。此外，私人保險

機構所訂定的最高保費額度不能超過社會照護保險之最高保費額度。

## (三) 法定的給付範圍（定額給付）

照護保險合作社與具開業許可的照護機構簽訂各種給養契約與付款協定。爲了要促進競爭與獲得有利的價格，特別允許個別照護機構的設立——祇要其保證能提供具有效能的與合經濟性的給養，獨立於實際上的需求。

這些照護機構所提供的各項勞務給付，均可按照已議定的各種照護收費標準(Pflegesätze)，來獲得報酬。惟這些已議定的照護收費標準，對於各項勞務給付的給付額度，係採取最高金額的限制（預算化），如此一來，即能夠切合於保費額度穩定性之原則。

具有請求給付權利的人員，按照其必要的協助需求之經常性來判定，可區分爲三個類別：第一級照護——明顯照護需求者(erschwerlich Pflegebedürftige)；第二級照護——重度照護需求者(Schwerstpflegebedürftige)與第三級照護——極重度照護需求者(Schwerstpflegebedürftige)。在這些照護類別範圍內，將近一百二十萬人接受活動式照護之給付，而將近四十五萬人則接受住院照護。其中包含老年人、兒童、精神病患者、癡呆症患者及腦部傷害患者在內。

有關照護保險的給付種類與範圍則包含有：

· 居家照護協助的各種勞務給付(Sachleistungen)：居家照護協助是透過合適的照護人力來提供，而這些照護人力可以是來自於照護機構、或由照護保險合作社指派、或與照護保險合作社簽訂契約的個別照護人員，在此可由被保險人自行選擇。這些勞務給付乃是以一種相

當每月金錢總額介於七五〇馬克與一八〇〇馬克之間加以給付（第一級照護：給付最高總額為七五〇馬克；第二級照護：給付最高總額為一八〇〇馬克；第三級照護：給付最高總額為二八〇〇馬克）。在較嚴重的情況下，此種勞務給付的給付最高總額，甚至可達到相當於每月金錢總額三七五〇馬克：

· 照護扶助金(Pflegegeld)：居家照護協助可經由被保險人提出要求以照護扶助金來替代，惟被保險人必須保證能有一位照護人員可提供其所必須的各種基本照護與種種日常事務的給養。照護扶助金乃是依照被保險人的照護需求性，以每月介於四〇〇馬克到一三〇〇馬克之間來給付（第一級照護：每月四〇〇馬克；第二級照護：每月八〇〇馬克；第三級照護：每月一三〇〇馬克）：

· 勞務給付與照護扶助金之結合：被保險人如不需要接受全額的勞務給付的話，亦可同時地請領依相當比例酌減的照護扶助金。例如，被列為第二級照護的重度照護需求者，其每月勞務給付的最高總額相當於一八〇〇馬克，倘若其僅需要相當九〇〇馬克的勞務給付，也就是給付最高總額的五〇%，與此同時亦可領取第二級照護每月八〇〇馬克的照護扶助金之五〇%，也就是四〇〇馬克的照護扶助金：

· 住院照護：照護保險合作社對於有關住院照護所需照護費用的支付，可達到每月二八〇〇馬克，而一般平均給付則為每月二五〇〇馬克。但在特別嚴重的情況下，更可達到每月三三〇〇馬克的給付總額。至於膳食與住宿費用則必須由照護需求者自行負擔；

· 有關日間照護、夜間照護與短期照護的給付、所需的照護用具的提供、以及照護人員的休日照護代理(Urtaubs-Pflegevertretung)等亦均有所規範；

· 此外，對於擔任居家照護的照護人員的社會安全給付，在法定年金保險和意外災害保險中均予以保障。

#### (四)私人附加保險

超過上述的定額給付(Pauschalbeträge)的費用，則必須由被保險者以個人資金來償付。被保險人如欲獲得照護需求風險的完全保障，則建議其另行加保具補充性質的私人附加照護保險。因為社會照護保險的制度設計，並不是以一種「全面性照護與看護」(Rund-um-Pflege und Betreuung)為目的。且在賦稅立法的範圍內，對於加保這種志願性的私人附加照護保險之投保人，可獲得各種稅捐減免(steuerliche Abzugsfähigkeit)的可能性。此外，具照護需求者本身倘若不具有足夠的個人資金或是私人附加照護保險的給付，則可透過申請社會救助的方式，根據照護需求調查，以獲得補充性的現金給付。

### 三、施行成效及其影響

就照護保險制度開辦迄今之成效加以評估，則此一制度確實有效地解決照護需求風險所帶來的若干社會問題。在社會層面來看，其不僅明顯地改善絕大多數具照護需求者及其家庭成員的困境、減輕各邦政府所面臨社會救助體系之財政壓力，同時亦替照護保險制度本身建立一個相當穩固的財務基礎(註二五)；就經濟層面而言，原先為產

業界所憂慮，照護保險的開辦，勢必會造成雇主經營負擔的加重與勞動成本的提高，而導致總體經濟競爭能力的降低與勞動市場若干工作機會的喪失等情形，透過審慎周延的法制規劃，亦得以有效地避免，並未發生。此外，過去於疾病保險中，普遍存在的慢性病患佔用急性病床或一般病床的現象，現已大幅度地降低；而過去一位難求的照護院床位，現今提出申請的案件比例亦不如以往。這些現象充分地說明，具照護需求者絕大多數均偏愛留在自己所熟悉的家庭環境裏，並由自己所信任的人們——尤其是自己的家人或親戚——來照護。是以，照護保險制度所採行之居家照護的優先性原則，其希望儘可能地維持傳統的家庭照護功能，在此，確已發揮預期的效果。（註二六）上述種種，皆可謂是照護保險制度開辦後，對整體社會所產生的各種正面效應。

就照護保險制度的開辦對於德國社會政策領域所造成的影響而言，照護保險制度中的若干創新性，例如雇主保費補償措施、勞務給付或現金給付探定額給付、私人強制保險等等，基本上被認為是代表著德國「社會國再造」(Umbau des Sozialstaats)的開端。因為這意謂著新的社會安全給付將不再祇是簡單地透過調高保費負擔的方式來因應財務上的問題。各種薪資附加成本已經達到負擔的極限，不應該再因薪資附加成本的增加，而造成總體經濟的競爭能力降低與工作職位的喪失。（註二七）因此，照護保險裏有關雇主保費補償的措施，更被認為是建立在「一種社會國再造的必要性之基礎上」所跨出的第一步。

（註二八）然而，照護保險所遭受到最強烈的批評和質疑也正是在此一部分。若干批評者認為，此種雇主保費補償措施，僅在形式上維持現行的社會保險模式，保費仍由雇主與勞動者個別分攤一半，但實質上卻是由大多數的勞動者單方面來承擔。過去由雇主與勞動者所形成的社會連帶體(Solidaritätsgemeinschaft)，一向是共同地來承接有關風險保障的財務負擔，如今在照護保險裏，這種傳統社會保險模式所強調的社會連帶原則，可說是已經部分地瓦解了，而這是否意味著其他的社會保險也會繼照護保險之後，逐步地趨同於相同的模式呢？對此，多數的批評者均存有此一質疑，惟其發展仍有待進一步地觀察。

## 陸、結語

德國於一九九四年所開辦的照護保險，其作為傳統俾斯麥模式的強制性社會保險體系之第五分支，在德國社會史上必將有其歷史地位。而本文所關切的論點乃是，照護需求如何在德國的社會結構，從一種個人風險轉而被視為是一種集體性的社會風險；且各主要政黨及相關的利益團體，又如何針對各種不同的照護保險模式，在歷經長時期的政策辯論後，決定採行法定社會保險模式來提供具照護需求者整體性的保障。就現行的照護保險制度的施行原則與實施架構加以觀察，其不僅維持了德國傳統社會保險體系的內在一致性及穩定性（如強調社會公平、社會連帶原則等），同時為因應整體社會結構的變遷（如家庭結構的改變、產業的經濟競爭力、政府財政支出的負擔等），亦發展出若干的創新性。而透過審慎周延的制度規劃，使此一採行社會保

險模式的照護保險制度，除了有效地解決當前照護需求風險所引發的各種社會問題之外，原先若干理論上的爭議點（如各種對世代契約、隨收隨支之循環程序等原則的批評）亦在此一制度開辦後消弭於無形，更加證明前述的原則是經得起現實的考驗。我國現正進行有關國民年金保險的規劃，其中若干的制度爭議點，事實上，在德國照護保險制度的共識形成過程中，均已被充分地加以討論；且德國照護保險制度的開辦的背景，亦如我國一般，同樣是在面臨人口結構高齡化、家庭形式改變、以及各級政府財政負擔沉重等狀況下來推動。是以，德國照護保險制度的各種相關經驗，應可作為我國相關制度規劃之參考。

（本文作者現於瀋國特里爾大學攻讀社會學博士學位）

#### 註釋

註一：照護保險法業已編為德國社會法典第十一冊(SGB XI)；並於一九九六年六月十四日通過社會法典第十一冊條文修正(1. SGB XI-ÄndG)。

註二：照護保險法乃是分階段施行。一九九五年一月一日起該法正式生效，開始繳納保費；而從一九九五年四月一日起，開始辦理有關居家照護(häusliche Pflege)之各項給付；並於一九九六年七月一日起，開始辦理有關住院(照護院)照護(stationäre Pflege)之各項給付。

註三：有關照護保險制度的一般性介紹及說明，請參見 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung(Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 1995, 第四二七至四九三頁。Jung, K., Durchgesetzt gegen alle Widerstände,

in: Bundesarbeitsblatt, 7/1994, 第一至十六頁。Jäger, H., Einführung in die Sozialversicherung, 1995, 第五九至七六頁；有關照護保險政策的共識形成過程之探討，請參見 Gabanyi, M., Die Pflegeversicherung—Die politische Willensbildung und der Aspekt der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, 1995; Hopfe, C., Die Pflegeversicherung: was sie kostet und was sie leistet, 1993; Landenberger, M., Pflegeversicherung als Vorboten eines anderen Sozialstaates, in: Zeitschrift für Sozialreform, 5/1994, 第二一四至二四二頁。

註四：引自Francois, E., Die Versicherungs-Gesellschaft, 載 Beck, U., Politik in der Risikogesellschaft, 第二九五頁。

註五：請參見Beywl, W., Soziale Sicherung, 第九三至九四頁，以及Ruf, T., Die Pflegeversicherung kommt, Die Krankenversicherung, 7/8 1996, 第二二八頁。

註六：請參見Döring, D., Umriss einer künftigen Sozialpolitik, 載 Unseld, S.(Hrsg.), Politik ohne Projekt?—Nachdenken über Deutschland, 第二九〇至三一九頁。以及Hauser, R., Reformperspektiven des Systems der sozialen Sicherung bei veränderten Rahmenbedingungen, in: Döring, D./Hauser, R.(Hrsg.), Soziale Sicherheit in Gefahr, 第五五頁。

註七：根據一項統計調查顯示，擔任居家照護的主要照護人員，多係具照護需求者之女性家庭成員，如女兒(佔一一·五八%

)、妻子(佔二〇·二二%)、親戚(佔一五·三二%)、以及母親(佔一一·七六%)。

註八：請參見Gabanyi, M., 同註三, 第二五至二九頁。

註九：在德國社會安全給付體系之中，法定年金保險與失業保險主要都是以現金給付(Geldleistungen)的型態發給予被保險人，其形式為年金(Rente)、失業補助金(Arbeitslosengeld)等。此處現金給付係指一九八九年一月一日健康改革法案生效後，依據社會法典第五冊第五十三條至第五十七條，在疾病保險範圍內對於重度照護需求者所提供的照護扶助金而言。

註十：在德國社會安全給付體系之中，法定疾病保險主要是以各種勞務給付(Sachleistungen)的型態來發給予被保險人，例如醫師的診療、各種藥劑、治療器具、輔助器材、包紮用具、及入院治療(包含手術)等等。依據勞務給付原則：病患既毋須付費，亦毋須取得帳單，而是由勞務提供者(如醫師、藥師及醫院)與疾病保險合作社(Krankenkasse)直接結算費用。

註十一：由於德國經歷戰爭的世代人數逐漸地減少，有關戰爭受難者給養占照護給付總支出的重要性亦相對地減少，是以，在此不擬進一步地加以討論。

註十二：此處所引用的統計數值，基於比較之目的，僅限於原西德地區。原東德地區一九九一年用於照護需求的社會救助支出約為十六億馬克。請參見Bundestagsdrucksache 12/5262, Bonn 1993, 第一八五頁；Gabanyi, M., 同註三, 第二七頁；Ruf, T., 同註十, 第二二八頁。

註十三：請參見Igl, G., Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherheit, 1987, 第三三三八頁。

註十四：請參見Thiede, R., Neue Ansätze zur Absicherung des Pflegerisikos, Sozialer Fortschritt, 3/1991, 第六二一頁。

註十五：請參見Scheil-Adlung, X., Soziale Sicherheit bei Pflegebedürftigkeit in Deutschland und im Internationalen Vergleich: Zwischen Tradition und Innovation, Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Bd. 48/1995, 第二二二頁；Gabanyi, M., 同註三, 第四二二至四二二頁。

註十六：請參見Thiede, R., 同註十四, 第六五頁。

註十七：請參見Seiler, D., Vorschläge zur Pflegeversicherung im Vergleich, Wirtschaftsdienst VII/1991, 第三五二至三五五頁；Hopfe, C., 同註二, 第一五三至一六一頁；Gabanyi, M., 同註三, 第七五至八六頁。

註十八：請參見Gabanyi, M., 同註三, 第八六頁。

註十九：請參見Lampert, H., Lehrbuch der Sozialpolitik, 3. Auflage, 1994, 第二七八至二七九頁。

註二十：請參見Gabanyi, M., 同註三, 第五五頁。

註二一：請參見照護保險法第十四條第一項(\$ 14 Abs. 1 PflegeVG)。

註二二：請參見照護保險法第十八條第一項(\$ 18 Abs. 1 PflegeVG)。

- 註一三…請參見照護保險法第三條 (§ 3 PflegeVG)。
- 註一四…請參見照護保險法第五條 (§ 5 PflegeVG)。
- 註一五…請參見Blum, R., Pflegeversicherung erfolgreich gestartet, Die Krankenversicherung, 7/8 1996, 第一九五至一九六頁。Achenbach, K., Jetztgreifen beide Stufen, Bundesarbeitsblatt, 7/8 1996, 第十八至二十頁。
- 註一六…Achenbach, K., 同註五、第十九頁。
- 註一七…Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung(Hrsg.), 同註三、第四三三頁。

註一八…Vgl. ohne Verfasser, Der erste Krankheitstag soll als Urlaubstag Entlastung bringen, in: Ärzte Zeitung vom 1.7.1992, Köln 1992。

### 參考文獻

- Achenbach, K.(1996), Jetzt greifen beide Stufen, in: Bundesarbeitsblatt, 7/8 1996, S.18-23
- Beywl, W.(1994), Soziale Sicherung, Bonn, S.93-102.
- Blum, R.(1996), Pflegeversicherung erfolgreich gestartet, in: Die Krankenversicherung, 7/8 1996, S.195-196.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung(Hrsg.)(1995), Übersicht über das Sozialrecht, S.437-493.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung(DIW) (1993), Wochenbericht Nr.29, S.393-404.
- Döring, D.(1993), Umriss einer künftigen Sozialpolitik, in: Unseld, S.(Hrsg.), Politik ohne Projekt?—Nachdenken über Deutschland, Frankfurt/M., S.385-408.

Francois, E.(1989), Die Versicherung-Gesellschaft, in: Beck, U.(Hrsg.), Politik in der Risikogesellschaft, S.288-301.

Gabanyi, M.(1995), Die Pflegeversicherung—Die politische Willensbildung und der Aspekt der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Augsburg.

Hauser, R.(1995), Reformperspektiven des Systems der sozialen Sicherung bei veränderten Rahmenbedingungen, in: Döring, D./Hauser, R.(Hrsg.), Soziale Sicherheit in Gefahr, S.51-79.

Hopfe, C.(1993), Die Pflegeversicherung: was sie kostet und was sie leistet; mit einer Zusammenfassung des Gesetzentwurfs, München.

Igl, G.(1987), Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherheit, Baden-Baden.

Jung, K.(1994), Durchgesetzt gegen alle Widerstände, in: Bundesarbeitsblatt, 7/1994, S.1-16.

Jäger, H.(1995), Einführung in die Sozialversicherung, S.59-76.

Lampert, H.(1994), Lehrbuch der Sozialpolitik, 3. Auflage, Berlin/Heidelberg Ruf, T.(1996), Die Pflegeversicherung kommt, in: Die Krankenversicherung, 7/8 1996, S.228-230.

Scheil-Adlung, X.(1995), Soziale Sicherheit bei Pflegebedürftigkeit in Deutschland und im internationalen Vergleich: ZwischenTradition und Innovation, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, 48/1995, S.21-37.

Seiler, D.(1991), Vorschläge zur Pflegeversicherung im Vergleich, in: Wirtschaftsdienst, VII/1991, S.350-355.

Thiede, R.(1991), Neue Ansätze zur Absicherung des Pflegerisikos, in: Sozialer Fortschritt, 3/1991, S.62-67.