

長期照護財務問題之探討

《羅紀琮
吳正儀》

壹、緣起

長期照護是提供慢性病患（生理或心理方面）或殘障者相關的醫療服務、技術護理及個人照護等長期性、連續性並多樣性的健康服務。其目的在使接受照護者恢復、維持、並增進健康，或將其疾病和殘障的影響減少到最低。事實上，任何年齡層都有可能需要長期照護之服務，但是，六十五歲以上之老年人口是發生率最高的危險群。

台灣地區由於公共衛生的推行、醫療科技的進步與人口政策的顯著成就，人口成長率由民國四十年的三·八四%，降至八十一年的一·五五%，預估八十九年更將降至〇·七二%。人口成長率的不斷下降，加速了台灣地區老化的腳步，使得我國人口年齡結構已漸漸轉成低出生率、低死亡率的葫蘆型。民國八十一年

底六十五歲以上老人已達至人口之六·八%，依行政院經建會之推估，民國八十三年老年人口將達七·四%，民國八十九年將更高達八·五%(1)。高齡化社會蘊涵著老年疾病與殘障發生率的增加。民國八十年六十五歲以上老人無自顧能力需要他人照顧者，約占全老年人口之三%(2)，這些人正是長期照護主要的利用對象。

復以核心家庭（小家庭）盛行、子女數減少、婦女就業率增加、離婚率提高及一般物價與醫療費用上漲等因素，皆造成家庭對老人提供經濟援助或照護能力的萎縮，而大多數的老人在經濟能力上又屬弱勢，因此紛紛轉向社會，期待其給予更多之協助。

貳、現況分析

目前我國因長期照護政策尚未明朗，致慢性病人長期佔用急性病床之現象極為普遍。以勞保民國八十年住院資料觀察：住院三十天以上病患占總住院病患之四·六%，而其住院人日卻占總住院人日之二〇%左右。若再依年齡別分析，六十五歲以上病患住院三十天以上者占七·八%，其住院人日占六十五歲以上總住院人日之二七·七%(3)。慢性病患久占急性病床造成醫療資源不當利用，因此尋找可紓解急性醫院收容慢性病患的替代性醫療服務，成為當務之急。

國內目前慢性病患照護體系，大致有下列幾類：

一、慢性病患者醫院

例如結核病院（床）、麻瘋病院及精神病醫院。截至八十二年九月止，我國慢性病床數共有一八、六九九床，平均占床率為七

○·一%。預估八十五年度慢性病床數將達三三、三〇四床(4)。

二、療養機構

例如安養院、療養院、安寧病房及護理之家。

截至八十二年七月止，已立案之公私安、療養機構共計四十九所，共計一一、五八一床，占床率為六九·五%。依研究調查，截至八十二年十二月止，未立案安、療養機構共計約二百家，床數約一萬一千多床(5)。

目前我國安、療養院較偏向一般日常生活照顧，而安寧病房照顧則尚於起步階段，本文暫不詳細分析。

護理之家可稱為是住院病患之後送機構，在此病患不單可獲得複雜性較高之物理、職能及技術護理照顧，同時亦可受到全天候的生活照顧。衛生署自民國八〇年開始試辦護理之家，全省共選擇五個據點，目前尚無保險給付，僅由衛生署撥專款補助其約二分之一之總支出，其餘由病患自付。劉嘉年估算北部某護理之家每人月約需二八、〇〇〇元(含病房費、處置費、材料費及會診費等)，同一研究計算居家護理每人月約二、三〇〇元(含處置費、材

料費、訪視費及交通費等)(6)。衛生署於八十二年九月一〇月抽樣訪查十八家公私立養護機構，平均每人月約需二萬五千元(5)。與勞保住院三一—六〇天之費用七七、四五五元相較，護理之家費用似乎較低。但若將勞保住院前三〇天之費用四三、〇〇〇多元扣除，長期住院調整後費用為三四、四〇〇元，住院費用與護理之家費用差距縮小(3)。

三、居家照護

公保自民國七十八年十一月開始試辦居家照護，利用此項服務的被保險人人數，第四期比第一期約增加二倍(第一期為一三七人，第四期為二九四人)。由於給付之照護項目、醫師與護士之訪視費皆有明確之規定，再加上平均每人每月訪視次數尚稱平穩(約三次)，因此總費用與總利用人數呈正比關係(7)。

公保居家照護試辦計畫

收案條件 目前正接受特約醫院居家照護之公保病人，以及除精神科外之各科病人，其能力在 Karnofsky Scale II級以上者(即清醒時間五〇%以上，活動限制在床上或椅子上者)，由特約醫院住院中轉入居家照護之

公保病人。此外非住院病人亦可申請，經評估確認後收案。

照護項目

1. 注射
2. 各項造口護理
3. 抽痰
4. 姿位引流
5. 蒸氣吸入
6. 復健運動
7. 導尿
8. 大小量灌腸
9. 更換留置導尿管
10. 拔除導尿管之膀胱訓練
11. 一般傷口護理
12. 膀胱灌洗
13. 更換鼻胃管
14. 拔除鼻胃管
15. 更換氣切內、外管
16. 抽血檢驗
17. 代採檢體送檢
18. 傷口縫合(以上保險支付)
19. 一般身體檢查、疾病情況評估、健康問題之確立
20. 病人護理指導事宜

支付方式

醫療費(上述1—18項目)由公保依支付標準支付，而上述第19、20項屬於免費服務項目，訪視費(醫師費及護士費)由衛生署保健處依各居家照護機構收費標準全額補助。

給付期限

每位病人以三個月為收案時限，若病情需要得依醫囑申請延長。(惟每月使用一張醫療證明單)

部分負擔

醫師及居家護理師之交通費由病人自付。居家照護病患返住院醫院門診，免自付一〇%之藥費。惟須自付掛號費及醫療證明單費。

費用

民國八十一年每人每次約需一、四〇〇元(醫療費九六八元+訪視費約四三〇元)。

比較活動力相同之住院病患與居家照護病患之每日醫療費用，住院組每人日約為一、四一三元，居家照護組每人日約七元，兩者相較前者是後者的一八·三倍，此結果意涵居家照護具絕對的經濟效益(7)。然而文中的比較基礎並不一致，居家照護費用中並未列計衛生署補助之訪視費(每人日約四三〇元，每人日約四三三元)(8)，以及病人自付之醫護人員來回交通費(每人日約二五〇元，每人日約二五元)。

若加計訪視費及交通費後，居家照護每人日費用將增加為一四五元。以此金額再與住院組相較，差距縮減為九·七倍。假若再考量病人膳食費、住宿費及其家屬全日照顧之人力成本，則兩組差距更加縮小。若每位病人由一位家屬全職照顧，依當時每月最低工資一一、八〇〇元計算，每日約需三九三元之人力成本，膳食費依勞保支付標準表每日一三〇元計算，住宿費則依每月三、〇〇〇元設算。將家屬人力成本、每日基本膳食費之半數(註一)及住宿費納入計算後，居家照護每人日費用提高為七〇〇元，與住院組之差距縮小為二倍。

余玉眉等比較病情程度相同之兩組病人，扣除膳食費及藥費後，住院治療組每人日平均醫療費用約為一、〇三九元，居家照護組每人

日費用約為一一四元(含醫療費、訪視費及交通費等)，兩組相較約差九倍(9)。相同地，若我們再考量家屬照顧之人力成本及房租設算，則兩組差距下降為一·五倍(一、〇三九/七〇〇)。

由上述得知，居家照護雖然比住院醫療更具經濟效益，但若考量家屬照顧人力成本、膳食費及房租設算後，其經濟效益大為減少。即使如此，從保險人的主觀立場觀之，居家照護仍是值得大力提倡的。

四、日間照顧

日間照顧大約分為醫療性、社交性及綜合性之照顧。一般提供復健治療、日常生活訓練、醫師診療、教育、護理服務及娛樂活動等。目前日間照顧皆附設於一般急性或其他長期照護機構中(10)。

保險給付範圍大小、護理照顧時間長短與病情嚴重度都會影響長期照護總費用。杜敏世(6)發現：當病人需要密集護理照顧時，其所需材料費及檢驗費與住院病人差異不多。Coney(11)等認為工作人員提供照顧時間長短，才是真正影響護理之家成本的主因。余等(9)研究亦發現：公保居家照護病患之醫療費用是一般自費

病患的一·〇三倍。

參、國外實施長期照護之經驗

美國老人健康保險(Medicare)對護理之家方面之支出，由一九八〇年的三·三億上升至一九八九年的二八·一億，增加約九倍之多；在居家照護支出方面則僅成長約五倍。同期，住院支出增加約二倍，而醫師與門診支出增加四倍(12)。雖然美國老人健康保險對長期照護之受益資格、給付範圍與期限都有嚴格的規定(註二)，但是隨著老人對長期照護之需求不斷地增加，以及適當的長期照護服務較一般醫療服務難定義，使得長期照護支出成為老人健康保險及貧民健康保險(Medicaid)的沉重財務負擔。雖然如此，仍有約二分之一的長期照護費用是由美國人民自行負擔。

自五〇年代起，基於經濟及人道之考量，推展「HOSPITAL WITHOUT WALLS」之概念，並強調居家照護之方式。由於一般相信，居家照護不但比機構式照護更具經濟效益，同時病人可獲得較高的生活品質，因此，大量選擇以居家照護取代護理之家的照顧模式。

然而，Hedrick 與 Inui 研究⁽¹³⁾卻發現：居家照護不但未能顯著提昇病人之生活品質（死亡率、身體功能、護理之家利用率、急性醫院住院率等方面），總醫療支出反而因居家照護的介入上漲約一五%。Weisert 也發現⁽¹³⁾：利用居家照護之病人，大多只將居家照護視為額外補充性之長期照護服務，而不是替代機構式照護之方法。此外，Weisert 也發現，長期居住護理之家的病人較居家照護的病人年紀大、依賴程度高、可利用之社會資源較少。因此，有些學者認為，讓重病、依賴程度高之病人留在護理之家會比讓其留在家中接受居家照護（尤其 high-touch, low-tech services）更便宜。

雖然居家照護及護理之家的照護方式，何者更具成本節省的效益原則，視病患的情況而定，尚未有一致共識。然而長期照護總費用近幾年在美國快速成長卻是不爭的事實，目前此問題早已成為各界關心的焦點。

雖然有些社會福利國家已將長期照護納入保險給付，或包含在其社會安全制度中，例如：荷蘭、挪威、瑞士、美國等國（表一）。但有更多的國家或私人保險公司遲遲不願將長期照護納入保障範圍，其原因總結有四⁽¹⁴⁾：

一、擔心醫療提供者因長期照護給付而增多，繼而誘發需求之提高，造成費用上漲的惡性循環。

二、長期照護本身不論在病者的需要、照護的內容與品質上都難以定義，保險獲利性難以預測。

三、長期照護的利用率不但缺乏正確估算資料，而且很難加以控制，其利用期可能很長，甚至終身利用。另一方面，若長期照護保險採自由投保方式易引起被保險人逆選擇造成長期照護之高費用與費率估算困難。

四、長期照護若由政府提供，易造成所謂“Woodwork Effect”，即原本提供照顧之家庭迫不急待將照顧病患的責任丟給政府，使得長期照護支出暴漲。

無論由人口、經濟或社會結構來看，未來國人對長期照護的需求必定提高，再加上未來全民健康保險支付制度的可能變革（例如實施 DRGs），都會造成要求保險給付長期照護之壓力。然而由其他國家實施長期照護之經驗來看，長期照護支出快速的膨脹與成本控制的困難，使我們不得不審慎思考，是否應將長期照護納入全民健保？是否有其他財源可用來支應長期照護？如何才能妥善照顧需要長期照護之老人，又不會帶給我們這一代，甚至下一代子孫沉重的財務負擔？

表一 一九八九年OECD國家護理之家總費用分析

國家	護理之家總費用 (百萬美元)	護理之家總費用占總醫療費用之比	護理之家總費用占GDP率
澳大利亞	一六四三·九	八·〇	〇·六
加拿大	四五三·三	一〇·四	〇·九
法國	六五五·三	〇·八	〇·一
西德	七〇九·二	八·一	〇·七
荷蘭	一八〇三·六	二〇·三	〇·八
挪威	九一四·二	一九·四	一·四
瑞典	七五二·一	七·三	〇·六
美國	四七五〇〇·〇	七·九	〇·九

資料來源：OECD HEALTH DATA 1993
註：其他OECD國家資料未提供

肆、長期照護財源籌措之模式

全民健康保險絕不是解決長期照護問題的萬靈丹或唯一選擇，美國健康與公共政策委員會不同的理念提供不同模式之長期照護，下列八種方式可供國人參考⁽¹⁶⁾：

一、社會安全制度

主張提供長期照護是國家的責任，應透過社會福利或社會安全制度給予人民充分的照護，所需費用全部由一般稅收或課徵社會安全稅來支應。其優點為①全體慢性病患者及老人可獲得充分保障，②財源充足。缺點為①政府為支應所需費用，必需提高稅率，影響工作意願；②人民較無成本意識，醫療資源易被過度使用。

二、社會保險制度

主張對長期照護病患的照護是社會共同的責任，應以自助互助的社會保險制度來提供。由於長期照護費用較高，所以強制社會的每一份子都要加入保險，並按時繳納保險費來支應總費用。其優點為①透過保險制度，人民可獲保障，強制性保險則可避免逆選擇問題；②保險給付範圍一致性，一方面使服務品質較有保障；另一方面與私人保險相較，亦可避免重複給付，減少社會總行政成本支出。缺點為①強制性加保政策，使得年輕、健康人口也必需繳納偏高保險費，易引起反彈；②一致性給付範圍，不但使私人保險業無法經營，更會誘發被保險人過度使用醫療資源，使社會保險成本增加。

三、私人保險制度

主張長期照護是個人的責任，應由個人自

行或與雇主共同負擔所需費用。強調完全個人責任主義者，透過鼓勵年輕人提早儲蓄、自行參加私人保險或投保社會保險之附加保險，以支應未來不時之需。強調個人與雇主共同責任主義者，則宣導雇主替員工投保私人保險，由雇主與員工共同分擔保險費，以照顧員工未來對長期照護可能之需求。

純私人保險之優點為①私人保險競爭市場，可提供多元化服務策略，讓人民可依本身需要自由選擇；②可減輕政府財政壓力，避免人民稅賦過重，另一方面讓政府有更充裕的財力，提供其他一般性醫療保健服務。缺點為①私人保險只接受健康人口加保，造成真正需要慢性病療養者被拒絕，或需繳交較高的保險費；②保險費率按私人保險公司營運狀況隨時調整，被保險人缺乏保障。另一方面，保險公司的行政及廣告成本亦需由被保險人負擔。

附加保險若按純私人保險方式辦理，其優點與上述純私人保險相同；若按社會保險方式辦理，其優點除了財務可與一般性醫療保險分開外，其他優點與前述社會保險相同。

由雇主與員工共同投保之保險，其優點為①由年輕、有工作能力時即加保，具儲蓄功能；②由雇主及受雇者一同繳納保險費，個人負擔減輕。缺點為①保險期限隨著喪失工作而結束，較無保障；無工作能力者及長期失業者的

權益則被忽視；②若所需費用過高，易引起雇主不安，甚而拒絕替員工加保。

四、補償制度

主張照顧長期照護患者是家庭的責任，同時病患由家人自行照顧亦是最符合病患期待的方式，所以除了專業的醫療照護仍由醫療體系提供外，其他照顧皆由家庭自行承擔。政府為鼓勵此種照顧方式，對於照顧患者的家庭給予定額的補助金及各項減稅的優待。其優點為①兼顧推行家庭責任及病人享受親情的權利；②避免醫療資源過度使用。缺點為①政府稅收減少，影響財力；②高收入家庭可能獲利較多。

五、組合形式

主張長期照護是國家、社會及家庭共同的責任，所以運用上述第一至第四種模式的綜合體。至於應以何種模式為主，何種模式為輔，則視國家、社會及家庭三者責任之分擔比率而定。分擔比率的標準則依國情之不同而不同。

六、折價券

凡符合政府法定標準者，皆可按月領取定額的長期照護折價券，自行購買私人保險。對於領取折價券者的年齡、收入、健康狀況、保險能力及其他相關要素都有具體且嚴

格的規定。其優點為①讓有長期照護需要者，都有錢去自由選購所需的基本服務；②私人保險公司因相互競爭，而提供最佳的服務，吸引人們購買。缺點為①年老、體衰或教育程度較低的患者毫無選擇保險公司的能力，甚至因缺乏專業醫學知識而被保險公司欺騙；②私人保險公司通常只接受病情較輕微的購買者，拒絕高危險群的購買者；③市場競爭的結果，造成總保險成本的增加，定額折價券也因此使得許多使用者無法購買到足夠的給付項目，或無法繳清保險費。

七、房地產借貸

老年人或慢性病患可將自有房地產抵押給借貸公司，由借貸公司依契約規定按月支付其零用金、長期照護費用、或保險費。借貸期限由屋主與借貸公司訂定，通常有持續至屋主死亡、屋主遷移或轉賣房地產、及屋主滿一百歲後可再續約，借貸期間屋主仍然享有房地產之法定擁有及居住權。至於，最後借貸款之還繳可由屋主選擇以房地產抵還，然而其繼承人有優先依市價將房屋購回之權利。其優點為①老人或慢性病患可獲得經濟支援，購買所需的長期照護服務，又能繼續留住家中；②維護老人或慢性病患之自尊；③政府社會福利支出可專用於低收入又無房地產之病患。缺點為①不肖

商人可能占有借貸權後，卻不提供公平合理的經濟支援；②有些老人或慢性病患於借貸契約期滿後，被迫搬出住家；或被屋主繼承人原法定繼承權剝奪；③有些老人或慢性病患之房地產價值不高，並不足以支付昂貴的長期照護服務，一般借貸公司因而不願輕易借貸。

八、前瞻性論人付費專案管理計畫

依照健康維護組織(HMO)的方式，專案管理經理安排被保險人接受急性或慢性的醫療保健服務，或稱為社會健康維護組織(SHMO)。其優點為①透過專案管理方式，被保險人可獲得完整性、連續性及協調性的急、慢性醫療保健服務，同時也可避免保險所帶來的道德危機，節省醫療資源；②被保險人可於年輕、健康時，預先選擇未來希望得到的醫療服務。缺點為①被保險人擔負組織破產之風險，屆時被保險人毫無保障；②因採事前論人付費方式，使得醫療院所只願意照顧輕病患者；此外，醫療院所為節省成本，可能降低服務品質；③由於限制較多且保險費高，故僅有高所得者方可可能加入本計畫。

伍、對我國長期照護財源之建議

長期照護一方面因其所得彈性較高，貿然

納入全民健康保險，容易引起超量使用，造成保險財務的沉重負擔。另一方面，若將長期照護納入給付範圍，保險費率勢必要調高，屆時政府、雇主及被保險人是否有能力負擔？雇主的意願與政府財政日益嚴重的赤字更是問題。美國老人健康保險發現：不到五分之一的長期照護病患花去了五分之四的長期照護總費用，即少數的人使用了大部分的費用。絕大多數的被保險人是否願意付出如此高昂的代價？答案很可能是否定的，然而若不調高費率，又將造成保險債務的代間移轉，讓下一代負擔債務。

固然目前保險已多少涵蓋慢性醫療部分費用，但全面性的長期照護給付仍非良策。欲有效利用醫療資源，同時在合理範圍內提供需要者必需的照護服務，醫療照護服務體系必須有整體考量，長期照護制度也該有整體規畫。對我國長期照護制度之規畫，我們有下列幾點建議：

一、社會福利政策與醫療保健政策應相互配合，提供國人整體性的保障。

二、國家、社會、家庭或個人責任之分擔比率應儘早釐清，並建立國人共識。

三、有關長期照護機構之設置與評鑑標準、慢性病照護各階段醫療保健費用之支付及審查方式、使用者部分負擔制度等相關之

法規應儘早訂定或修訂。

四、對於造成慢性病的各種疾病、環境或社會因素應早日公布，加強宣導慢性病預防保健工作，以減少日後長期照護支出。

五、政府對於照顧長期照護患者的家庭，應考慮給予適度的補助或減稅優待。

六、鼓勵老年人利用退休金購買長期照護相關保險。

七、加強向目前正在工作的人口宣導，或為未來多做儲蓄，或儘早加入長期照護保險，以備不時之需。

八、鼓勵私人保險公司提供長期照護保險，儘速訂定其相關管理法規。

(本文作者：羅紀琮現任中研院經濟所研究員；吳正儀任職於台北市政府秘書處)

註釋

註一：公保僅給付住院膳食費之 $1/2$ ，所以比較時僅計算 $1/2$ 之膳食費。

註二：美國老人健康保險包括一些有嚴格限制的長期照護給付：(一)護理之家每年最多一五〇日，第一日至第八日每天須自付二〇%。(二)居家照護：醫師治療每年最多三十八天，護理照護不限。(三)安寧院治療：給付日數雖不限，但須經醫師證

明已為疾病末期。(四)病後療養：含家事服務、護理與個人照護，每年最高八〇小時。

參考文獻

1. 行政院經建會人力處 中華民國臺灣地區民國八十一年至一二五年人口推計 行政院經建會 一九九三
2. 行政院主計處 中華民國老人狀況調查報告 行政院主計處 一九九二
3. 羅紀琮 民國八〇年勞保被保險人住院資料分析 未發表 一九九三
4. 行政院衛生署醫政處 台灣地區各醫療區域醫療資源資料 未發表 一九九三
5. 行政院衛生署醫政處 長期照護政策業務報告 未發表 一九九四
6. 劉嘉年 居家護理與護理之家經濟評估——以北市護理師護士公會居家護理組耕莘護理之家為例 台大公衛所碩士論文 一九九三
7. 中信局公保處 公務人員保險辦理居家照護實驗計畫評估報告(民國八十年、八十二年度) 一九九一 一九九三
8. 行政院保健處 八十二年度衛生署補助公保居家照護試辦計畫報表 未發表 一九九三
9. 余玉眉等 居家照護納入全民健康保險給付之可行性研究 行政院經建會委託研究計畫 一九九〇
10. 藍忠孚、傅瓊瑤 慢性病療養納入保險支付費用之可行性研究 行政院衛生署委託研究計畫 一九九二
11. Leo M. Cooney and Brant E. Fries "Validation and Use of Resource Utilization Groups as a Case-mix Measure for Long-term Care" Medical care 23(2): 123-132, 1985.
12. U.S.A. Statistics Index Year Book, 1991.
13. Steven R. Eastaugh "Long-Term Care: Issues and Options" ch. 8 in Financing Health Care-Economic Efficiency and Equity, Auburn House Publishing Company, 1987.
14. William A. Glaser "Long-Term Care" ch. 15 in Health Insurance in Practice, Jossey-boss Publishing Company, 1991.
15. Abraham Monk "Long-Term Care Policy" Presented at Conference on "Community-Based Long-Term Care for the Elderly" Taipei, May 21, 1992.
16. Health and Public Policy Committee "Financing Long-Term Care" Annals of Internal Medicine 108(2): 279-288, 1988.