

# 臺灣長期照護保險之規劃與展望



李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉  
與衛生署長期照護保險籌備小組

## 壹、背景與目的

因缺乏長期照護（簡稱長照）服務與相關社會支持，近年來，社會悲劇層出不窮（如老翁無力照顧，釘死久病老伴），長照議題日益受重視。長期照護是針對先天或後天身體或心智功能受限制，持續至少六個月，且日常生活或身心機能需要他人協助維護者，所提供的家務、行動、飲食及身體衛生協助、復健以及護理等服務，目的在維持或恢復其功能自立。

臺灣過去長照服務的提供主要以老人為對象～雖然有近 40%需要長照者並非老人（衛生署，2011）。依據內政部的調查（內政部，2010），老人對生活最擔心的問題中前三名為自己健康的問題（34.35%）、自己與配偶生病照顧的問題（18%）、經濟問題（16.67%）；在全民健保與國民年金制度實施後，目前老人最急迫需政府協助的就是照顧的問題，也因此馬總統將推動長期照護保險（簡稱長照保險或長保）納入 2008 年競選政見，也讓長照保險正式成為政府推動的重要政策。

## 一、臺灣為何需要推動長照保險？

（一）人口急速老化，照護需要急遽增加。我國未來五年人口將急速老化，預計 2018 年進入「高齡社會」（14%老人），2025 年進入「超高齡社會」（20%老人）（經建會，2012）；再加上社會制度的規劃與推動非一蹴可及，至少需 5-10 年才能成熟，因此建置臺灣長期照護制度，刻不容緩。

（二）正式照護使用率低、家庭照顧能力弱化，很多仰賴外勞。

因高齡少子化，2011 年每 6.7 個 15-64 歲人口可支撐一個老人，到 2060 年只剩下 1.3 人。2011 年需照顧者中，22.6%使用過正式長照服務，其餘皆由家屬或外籍看護工照顧，後者已占失能者 27.5%（衛生署，2012）。未來家戶人口與外勞來源皆逐漸減少，加上有 25.86%主要照顧者已不堪照顧負荷（衛生署，2012），對正式照護體系之需求孔急。

（三）長期照護資源嚴重不足，分布不均，利用率仍低。

目前以入住型機構床數較為充足，居家

與社區照護嚴重缺乏（經建會，2009）。而居家照顧服務員訓練人數雖超過八萬人，但留任比率僅三成，長期恐人力不足。老人失能者長照服務利用率雖由 2008 年的 2.3% 成長為 2012 年的 27%（占所有失能者 16%，衛生署照護處資料），很多失能者仍未使用長照服務。

(四) 政府稅收不足，缺乏穩定財源帶動長照服務發展，家庭負擔沉重。

受經濟不景氣與政府其他政事的競爭，近幾年長照十年計劃皆預算不足，必須動用第二預備金，2012 年共使用 28.4 億，無法如原先規畫以十年挹注 817 億元，以建立長照基礎建設。缺乏穩定而充足的財源，民間對長照體系的投資多存觀望，無法如全民健保一般，大幅帶動資源之成長。對家庭而言，照顧經濟負擔沉重，有 40.49% 主要照顧有經濟上的壓力（衛生署，2012）。為長照建立一個可以永續經營的財務制度～如社會保險，與 OECD 國家一樣，應列為長照體系最優先的政策（OECD，2011）。

由上述分析可知，未來因人口快速老化，對長照需求將急遽增加，但服務供給不足，又缺乏充足穩定的財源，帶動長照資源的成長，而制度建制需 5~10 年才能成熟，不能再等，因此有必要即刻開始積極推動長照保險，期能如全民健保一般，帶動長照資源快速成長，以滿足民眾之需要。

## 二、推動臺灣長期照護制度三階段策略

因應上述問題，政府規劃分三階段建構完善的長期照護制度：

(一) 第一階段（2008~2017）繼續推動長期照

顧十年計畫，建立長照服務體系雛形；

(二) 第二階段（2013~2016）推動「長期照護服務法」（簡稱長服法）以及「長照服務網計畫」（簡稱長服網），期保障照護品質，滿足失能者照護需要，建立週全的長照服務網絡。長照服務網計畫比照醫療網計畫，目的在建置普及的長期照護體系，均衡長照資源發展，提升資源可近性與在地化。該計畫將全國劃為 22 大區（縣市），63 個次區（數個鄉鎮市組成），與 368 個小區（鄉、鎮、區），各區訂定 2016 年各類型長期照護單位及人力配置之基本目標（如大區入住型機構，每萬失能人口至少要有 700 床，次區至少要有一個長期照護日照中心，小區至少要有一個居家服務據點）；若某些區無法達成目標，則政府將以「長照發展基金」挹注，直接補助服務單位開發資源。若能具體落實，2016 年臺灣長期照護體系將可達成第一期之目標，屆時即可進入第三階段開辦長期照護保險

(三) 開辦長期照護保險（預計 2016 年）（簡稱長保）。以長服法與服務網之體系為基礎，藉社會保險分擔風險，使全民獲得基本保障。

本文將針對長照保險制度之規劃以及遭遇之挑戰加以探討。有關長照保險之規劃，過去已有相關報告或文章介紹（經建會，2009；邱文達，2011；李玉春，2011）。衛生署自 2009 年中成立「長期照護保險籌備小組（簡稱長保小組）」已三年餘，期中已完成「長期照護保險法（草案）」報行政院，並進行很多基礎的調查與規劃研究，目前正在整理

三年規劃報告。因此本文以綜合論述的方式，以衛生署執行的兩個系列重要調查做佐證，介紹長期照護保險制度之規劃與面臨之挑戰。

### 三、本文目的

- (一) 評估民眾或失能者對長期照護之需要與需求。
- (二) 說明長期照護保險之總體規畫。
- (三) 介紹長期照護保險制度之細部規畫。
- (四) 討論長期照護保險當前面臨之挑戰與未來展望。

### 四、本文參考之調查資料收集方法說明

本文所參考的調查資料來源有二：(一)「衛生署國民長期照護需要調查」第一與第二階段調查(簡稱長照需要調查(一)、(二))(衛生署, 2011, 2012)與(二)「衛生署長期照護保險民意調查(2010-2012)」。為利於了解，先將調查的目的及方法說明如下：

#### (一) 衛生署國民長期照護需要調查：(衛生署, 2011, 2012)

長保小組於 2010 年起，分兩階段進行國民長期照護需要調查，目的在調查全國失能率，建置我國長期照護基本資料庫，以推估未來長期照護需要，作為發展長期照護設施、培訓長期照護人力、規劃長照服務網、精算長期照護保險費用與設定保險給付水準之參考。

第一階段調查，以臺澎金馬地區(含離島及山地鄉)5 歲以上人口為母群體，依年齡與縣市分層，採不等比例系統抽樣方法抽出

35 萬個樣本，由各縣市衛生局協助，以面訪方式收集資料。調查總計動員 3,245 位訪員，由衛生署進行標準化的訪員訓練，全國總計完成 154489 份問卷，完訪率為 54.63%。

第二階段調查針對第一階段篩選出的可能失能個案及其主要照顧者各 1 萬人，以衛生署自行發展的「長期照護多元評估量表」(詳見肆之說明)，於 2011 年進行面訪，以測試「多元評估量表」之信效度，並深度評估失能者之長期照護需要，了解主要照顧者所需資源及照顧負荷。回收率在失能者與主要照顧者分別為 83.8%、79.4%。

#### (二) 長期照護保險電話民意調查(以下簡稱電話民意調查)

長保小組自 2010 年 3 月迄今，共辦理長照保險電話民意調查 11 次，以瞭解民眾對長照的認知以及對長保的支持度，作為規畫長保政策之參考。該調查針對年滿 20 歲之臺灣地區(含離島、金馬地區)民眾，以分層隨機抽樣方法，藉電腦輔助電話訪問調查(CATI)收集資料，每次有效樣本約為 1,069 ~ 1,090 人。

## 貳、長期照護之需要與需求

長照保險的規畫，首先要先確認有多少民眾有長照需要，有多少人在開辦長照保險後願意使用長照服務？說明如下：

### 一、長期照護之需要

#### (一) 全國 5 歲以上人口失能率(表 1)

依據長照需要調查(一)，以「日常活動功能量表(Activities of Daily Living, ADLs)」，工具性日常活動功能量表(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)以及「認知功能簡易篩選表(Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)」初步篩檢失能者(後續將依多元評估量表進一步評估)，發現全國5歲以上失能率為2.98%，分布如下：1.ADLs有障礙者(<=70分)占全部人口1.56%，其中輕度占0.44%；中度占0.32%，重度占0.80%；

2.ADLs無障礙(>70分)但僅IADLs有障礙者(8項中無法執行5項以上)占全部人口0.65%；僅有認知功能障礙者占0.77%。

## (二) 性別年齡別失能率

失能率隨年齡增加而增加，65歲以上總失能率達14.95%(其中65-74歲，75-84歲以及85歲以上失能率分別為7.29%、20.44%和48.58%)。就性別而言，在65歲以下，男性失能率略高於女性，而65歲以上，女性失能率高於男性(詳見表1)。

表1 2010年衛生署全國長期照護需要調查結果~失能率

性別、年齡	失能率(%)						未失能	合計	分析樣本人數	
	ADL 0-30分	ADL 31-50分	ADL 51-70分	ADL>70分		小計				
				僅 IADL 障礙	認知功 能障礙					
合計	0.80	0.32	0.44	0.65	0.77	2.98	97.02	100.00	154,489	
5-14 歲	0.22	0.11	0.27	0.00	0.00	0.6	99.41	100.00	14,354	
15-29 歲	0.19	0.04	0.06	0.29	0.39	0.97	99.03	100.00	22,524	
30-49 歲	0.21	0.12	0.14	0.28	0.50	1.25	98.74	100.00	32,754	
50-64 歲	0.50	0.21	0.32	0.52	0.68	2.23	97.78	100.00	48,783	
65-74 歲	2.11	0.69	1.26	1.58	1.65	7.29	92.71	100.00	20,756	
75-84 歲	5.99	2.46	3.00	4.68	4.31	20.44	79.56	100.00	12,654	
85 歲以上	17.01	6.42	7.12	9.03	9.00	48.58	51.41	100.00	2,664	
男 性	小計	0.76	0.31	0.45	0.66	0.61	2.79	97.22	100.00	76,418
	5-14 歲	0.26	0.10	0.29	0.00	0.00	0.65	99.35	100.00	7,530
	15-29 歲	0.19	0.04	0.09	0.30	0.40	1.02	98.97	100.00	11,811
	30-49 歲	0.26	0.12	0.18	0.30	0.51	1.37	98.62	100.00	16,351
	50-64 歲	0.66	0.30	0.39	0.58	0.69	2.62	97.38	100.00	23,437
	65-74 歲	2.26	0.73	1.26	1.61	1.04	6.9	93.10	100.00	9,751
	75-84 歲	5.11	2.41	2.70	4.80	2.53	17.55	82.45	100.00	6,326
	85 歲以上	13.26	4.96	7.18	8.92	4.79	39.11	60.88	100.00	1,212

性別、年齡		失能率(%)					小計	未失能	合計	分析樣本人數
		ADL 0-30分	ADL 31-50分	ADL 51-70分	ADL>70分					
					僅 IADL 障礙	認知功 能障礙				
女性	小計	0.84	0.32	0.43	0.64	0.94	3.17	96.83	100.00	78,071
	5-14 歲	0.18	0.12	0.25	0.00	0.00	0.55	99.46	100.00	6,824
	15-29 歲	0.18	0.04	0.03	0.27	0.39	0.91	99.08	100.00	10,713
	30-49 歲	0.16	0.12	0.11	0.26	0.49	1.14	98.85	100.00	16,403
	50-64 歲	0.34	0.11	0.26	0.45	0.67	1.83	98.17	100.00	25,346
	65-74 歲	1.97	0.66	1.25	1.55	2.18	7.61	92.37	100.00	11,005
	75-84 歲	6.82	2.51	3.29	4.58	6.00	23.2	76.81	100.00	6,328
	85 歲以上	20.04	7.60	7.08	9.11	12.39	56.22	43.77	100.00	1,452

資料來源：行政院衛生署「2010年國民長期照護需要調查」(衛生署，2011)

ADLs 障礙係指總分 70 分以下；認知功能障礙為 ADLs>70 分，但 SPMSQ 量表錯 6 題以上者；

IADLs 障礙指 8 項 IADLs (使用電話、服藥、處理財物、上街購物、備餐、家務處理、洗衣服及外出活動) 中有 5 項以上不能完全獨立者。

### (三) 縣市別失能率 (表 2)

25 縣市中，各縣市失能率最低為 1.79% (連江縣)，最高為 5.09% (臺東縣)，除前

者外，其餘縣市均低於 5% (見表 2)。整體而言，老年人口占率越高，失能率大致也越高；花東與中南部失能率普遍較其他區為高；而市~如五都，失能率一般較縣低。

表 2 各縣市失能率暨 65 歲以上人口占率

地區別	失能率 (%)	65 歲以上人口占率 (%)	地區別	失能率 (%)	65 歲以上人口占率 (%)
全國	2.98	11.10	嘉義縣	3.40	16.20
連江縣	1.79	10.10	宜蘭縣	3.46	13.50
桃園縣	1.95	8.61	基隆市	3.64	11.30
嘉義市	2.01	11.30	金門縣	3.64	12.70
新北市	2.07	8.39	苗栗縣	3.70	13.90
新竹縣	2.32	11.90	澎湖縣	3.75	15.20
高雄市	2.33	10.50	南投縣	4.16	13.90

地區別	失能率(%)	65歲以上人口占率(%)	地區別	失能率(%)	65歲以上人口占率(%)
臺中市	2.35	8.98	屏東縣	4.30	12.90
臺北市	2.45	13.10	雲林縣	4.55	15.50
臺南市	2.83	12.00	花蓮縣	4.70	12.90
新竹市	2.92	9.97	臺東縣	5.09	13.50
彰化縣	2.97	12.50			

資料來源：行政院衛生署「2010年國民長期照護需要調查」(衛生署，2011)

#### (四) 失能人數推估 (圖 1)

依據長照需要調查(一)之失能率，加權放大回推，計算全人口之失能人數，並假設年齡、性別失能率不變，參考經建會(2012)人口推計之中推計人口數，推計到2031年。

結果發現2011年全國有67萬人失能(其中老人占61%)，2016年將成長為77萬(成長14.9%)，2021與2031年失能人口將達87萬與118萬，較2011年成長29.9%與76.1%，失能人口成長快速。

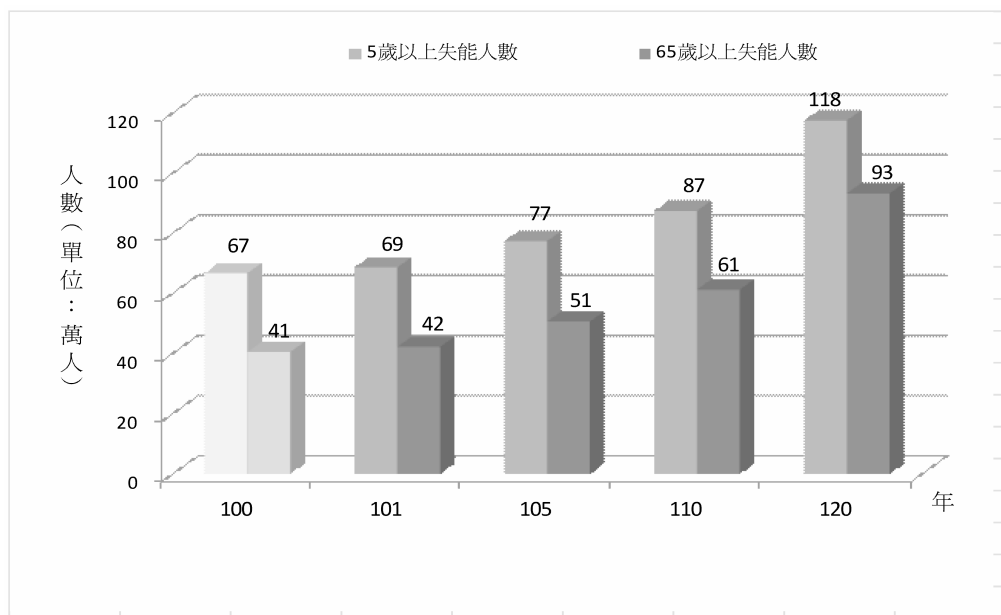


圖 1 2011-2031 年各年失能人數推計

100 年失能人數推計=「國民長期照護需要調查」男女各年齡層失能率 x 內政統計年報男女各年齡層人數；

101~120 年失能人數推估=「國民長期照護需要調查」男女各年齡層失能率 x 經建會「2012 年人口推計—中推計數」男女各年齡層人數

## 二、主要照顧者需要（衛生署，2012）

主要照顧者負荷，以經濟負荷最高占40%，其次為社交活動限制、煩惱個案改變、無法承受照顧壓力、造成生活不便。依據

Robinson（1984）主要照顧者壓力指數（Caregiver Strain Index, CSI）測量結果，僅36.32%無任何負荷，26.86%主要照顧者有「壓力性負荷」（CSI≥7）；可見長照保險擬提供照顧者支持服務是符合民眾需要的政策。

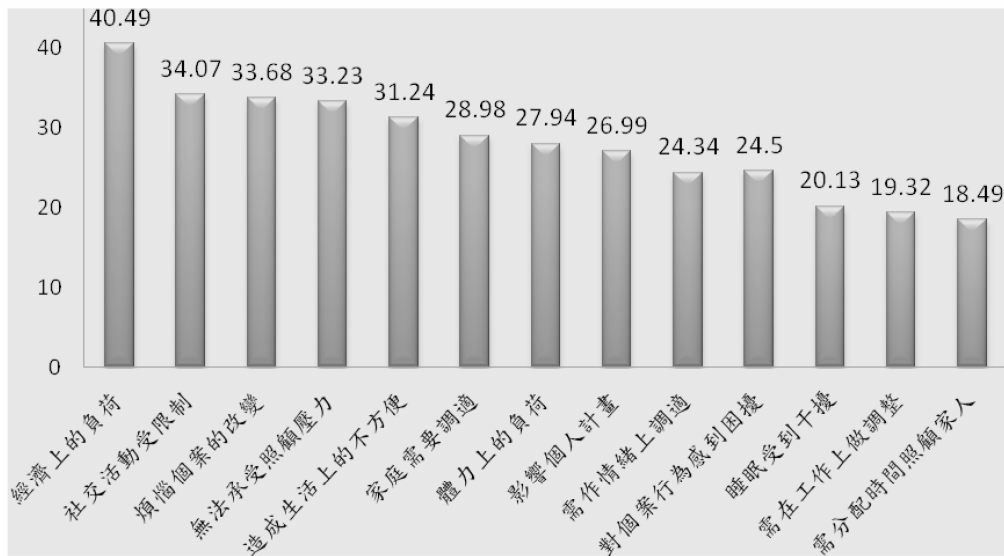


圖 2 主要照顧者會因為照顧失能者而感到有負荷的比率 (%)

資料來源：衛生署國民長期照護第二階段需要調查報告（2012）

## 三、長保開辦後失能者使用長期照護服務意願（衛生署，2012）

「若開辦長照保險，在需要部份負擔的情況下」，願使用任一服務者高達 74.52%。各項服務使用意願皆超過五成，以「交通接送」、「輔具購買租借」的比率最高，其次為各類居家式服務，約有 2/3 願意使用。「日間」以及「全日住宿型機構」較低，顯示民眾仍偏好在家生活。

表 3 若有長照保險時使用長照服務的意願

願意使用服務類型	百分比
任一長期照護服務	74.52%
交通接送	73.53%
輔具購買租借	69.64%
居家護理	66.24%
居家無障礙環境改善	65.20%
居家復健	64.90%
喘息服務	62.91%
居家服務	61.91%
日間照護中心	59.11%
全日住宿型服務機構	52.83%

資料來源：衛生署「國民長期照護需要第二階段調查」（衛生署，2012）

由以上分析可知，臺灣需要長期照護者，五年內將成長 15%，二十年成長 76%，且失能者對長照服務需求甚高，有 74.52%願意在長照保險開辦後，使用任一種長照服務，而主要照顧者付擔沉重，40%有經濟負荷，亟需推動長照保險，以帶動服務資源成長，減輕需照顧者家庭經濟負擔。

## 參、長照保險之規畫

長保小組於 2009 年完成「長期照護保險法（草案）（簡稱長保法）」報行政院，並持續進行相關的細部規畫。依據報院的長保法，目前長保總體的規劃扼要說明如下：

### 一、保險體制～強制性社會保險，全民納保

#### (一) 長照保險之目標

1. 藉社會自助互助，分擔長期照護財務風險。
2. 維護與促進失能者獨立自主生活。
3. 帶動長照服務資源發展，提高可近性。
4. 建構高齡化社會完善之長期照護制度。

#### (二) 為何採社會保險而不採稅收制或私人保險

目前長照總體失能率低（2.98%）但發生風險後個人支出龐大，若採私人保險，未必每個人皆負擔得起，不足保障全民之需要，只能當補充保險。社會保險藉由社會互助與風險分擔的精神，不論長照風險高低皆強制

納保，分擔風險能力較高，每個人平均保費負擔較低，較負擔得起，不易有逆選擇或不公平的現象，政策路徑相依，亦較符合我國其他社會保險精神，可行性較高。

若採稅收制可行性較低，一方面政府需獨力籌措所有財源，較社會保險負擔要高出 1.8 倍，在低稅賦的臺灣，可行性較低；另外稅收制容易受政事排擠與經濟景氣波動影響，財源較不穩定，且有近三成家戶不需繳稅，相對較不公平。因此在體制面的設計，仍採強制性社會保險規畫。

#### (三) 為何選擇「全民強制納保」，而非 40 歲以上者加保

各年齡層皆可能失能，若只允許 40 歲以上民眾加保，雖較不會造成年輕低風險者反彈，但會有年齡歧視之問題；且因 40 歲以上失能風險較高，風險分擔能力相對較弱。

採全民強制納保優點是與健保雙保一致，可行性較高、較公平，整體風險分擔能力亦較高，符合保險大數法則（納保人數越多，分擔風險能力越高），不會有年齡歧視之問題，不會有人搭便車～等失能才加保。缺點是年青人風險低也要繳保費，未必願意支持。但依據衛生署歷年的民意調查（衛生署，2010~2012），年青人對長保支持率仍近七成或以上；更何況長保受益者非僅個人，也可減輕家庭之負擔。

此外身心障礙者因擔心原享有的社會福利會縮水，對是否加入長保尚無定見。但未來非屬長保給付的社會福利仍將維持現狀，身心障礙者除福利不縮水外，將可獲得更普及的長保給付，雙重保障應較選擇以量力而

為原則補助的社會福利為多。

#### (四) 等待期之規畫

曾經加保，但因出國、旅居海外戶籍已除籍者，返國恢復設籍後必須有三年等待期，才能獲得保險給付，以避免其返國後立即復保使用服務，有搭便車之弊端。

### 二、保險組織～單一保險人，健保長保雙保一致

長照保險的主管機關為行政院衛生署或改制後的「衛生福利部」。另考慮長照保險在承保、財務、資訊、特約管理等制度與現行健保制度頗多重疊，因此政府決定不另設長期照護保險局，而將擴充健保局之組織與編制，由其負責辦理長照保險，除可資源共享、借重健保經驗、節省行政經費外，因雙保一致，民眾只需面對單一窗口，可收簡政便民之效。

未來健保局將負責全國所有保險對象長照需要評估、判定給付等級、核定照顧計畫等所有照顧管理工作，並負責特約長照機構之管理與支付費用，而不由地方政府負責擬定照顧計畫～原經建會規劃之乙案。由健保局以一條鞭方式統一負責全國全部照顧管理機制，可藉單一管道標準化的訓練與管理，提升評估與核定給付與照顧計畫一致性、公平性、合理性，減少地方之人情關說，避免縣市各自為政、造成地方請客保險人買單，權責不相符之現象，亦不需疊床架屋出動兩位訪視評估員或照管專員。其缺點是地方政府可能因此較缺乏開發創新型服務、發展長照資源之動機。但因長照服務法，賦予地方

政府規劃與執行轄區內長照體系，辦理長照訓練，督導、考核及評鑑轄區內長照服務單位之任務，因此上述顧慮應不致太嚴重。

### 三、保險給付制度

(一) 給付方式：以提供長照服務（實物給付）為主。

(二) 給付服務原則：

1. 提供可負擔得起、好品質、可靠之服務。
2. 優先提供社區與居家服務，以達成在地老化之目標。
3. 尊重需照顧者之自主性、尊嚴、與文化差異。

(三) 給付內容：

1. 全日住宿型機構照護；
2. 社區式照護：日夜間照顧；
3. 居家式照護：如居家服務、居家護理及居家復健；
4. 照顧者支持服務：喘息服務，照顧者訓練與支持服務、關懷訪視；
5. 其他服務：輔具服務、居家無障礙空間修繕，交通接送，其他經政府公告之服務。

上述居家服務，若需照顧者與家屬選擇部分或全部由家屬提供，亦可獲得給付，以增加需照務者之選擇，但給付從嚴，且有品質確保機制，以鼓勵使用正式服務，避免領了錢不照顧。

上述服務項目，將視開辦時程、民眾付費意願、及長照資源整備狀況，必要時得分階段實施。

#### (四) 給付資格與條件

1. 需要評估：領取保險給付者，必須事先經過保險人的需要評估，認定符合失能資格者，才能獲得保險給付。
2. 只給付基本服務：依保險對象失能程度核定給付等級及給付水準（額度）上限，超過上限部分需自付。
3. 服務之提供以社區及居家服務為優先：原則上只有重度失能者可獲得全日住宿型機構式服務給付。
4. 不符資格但選擇入住全日住宿型機構式服務者，應自付差額。其依現行社會福利或其他法規可入住機構者，其給付差額由相關法規主管機關補助。
5. 全日住宿型機構式服務只給付評鑑合格機構之長照服務，且膳宿費用需自付。
6. 家屬自行照顧者請領給付條件將從嚴：經評估有居家服務需要者，其主要照顧者經評估確認有照顧意願與能力且照顧負荷足以勝任照顧工作者，保險人將協助其擬定照顧計畫，主要照顧者需接受照顧訓練及服務品質督導，並依照照顧計畫提供服務，始得請領給付。其照顧品質不佳，或照顧者有「壓力性負荷」者，保險人得以提供服務取代。

#### 四、保險財務制度：財源為保費與部分負擔，強化財務責任制度

- (一) 財源籌措：為便於徵收，長保主要財源（費基）與健保一致～改革時亦將跟進，但財務獨立。保險收入 90%來自保

險費～由被保險人、雇主、政府，三者依與健保相同的分攤比例分擔，10%則來自部分負擔。因此受雇保險對象每出 1 元保費可獲得 3.3 元的給付，非受雇或無工作者亦可獲政府補助保費，比自費享受更多服務。

- (二) 強化財務責任制度：為使長照保險永續經營，長保財務更為穩健，避免健保經常面臨之財務危機，長保財務有如下之規畫：

1. 長保之給付與保險財務、支付制度收支連動，其給付內容、水準與支付標準，將考慮全體付費者財務負擔能力，以「量入為出」的模式決定之～亦即有多少錢做多少事。復因長保只給付基本服務，服務內容不像健保有那麼多高科技醫療，費用成長率較可預期，因此其財務相對於健保具有較高的可預測性、穩定性，較可能達成財務收支平衡。
2. 採部分提存制，計算十年平衡費率，有八個月的安全準備，可提存部分資金，以供人口快速老化時調節財務收支，使保險費率短期內不需大幅調整。
3. 財務定期調整：每三年依公式定期調整費率，以提高費率調整之自主性與彈性。
4. 特殊狀況財務調整：強化財務收支連動之調整機制，由長照保險委員會負責費率、給付與支出之審議與協定後，若精算費率與現行費率相差>10%，安全準備降至最低限，預估給付總費用增減>10%，將可調整給付或費

率，其結果由主管機關逕行公告實施，不需報行政院核定，以避免太多外在因素之干擾，影響保險財務之調整，危及長保之永續經營。

## 肆、長照保險之細部規畫

現行「長照十年計畫」已建立評估、照顧管理與支付費用之機制，長照保險將在「長照十年計畫」良好的基礎上，繼續改革，說明如下：

### 一、發展長照保險需要評估工具

多元評估量表 (Multi-dimensional Assessment Instrument, 以下簡稱 MDAI)

「長照十年計畫」主要依據 ADLs (獨居

老人可依 IADLs, 失智者依 CDR (Clinical Dementia Rating, 失智症評估量表) 核定給付, 以身體功能失能的評估為主, 無法完全反映心智功能障礙者長照需要, 因此長保小組歷經一年餘, 研擬 MDAI。

MDAI 依據文獻探討、焦點團體、專家會議與顧問會議討論結果自行發展, 包括六大面向, 經長保小組測試, 具有非常高的信效度 (詳見表 4): 包括專家內容效度 (content validity index, CVI)、訪員間一致性信度 (Intra-class correlation coefficient, ICC)、與內部一致性信度 (Cronbach's  $\alpha$ ), 可見 MDAI 適合長照保險做為需要評估工具。目前長保小組正進一步修正 MDAI, 期能適用於精障、失智者、兒童及需復健者等特殊群體。

表 4 衛生署長期照護保險需要評估工具~多元評估量表 (MDAI) 之內容與信效度

六大面向	內容	信度 ICC	內內部一 致性 $\alpha$	專家效度 (CVI 值)		
				適當性	相關性	可行性
ADLs 及 IADLs	• ADLs: 移位、走路、吃飯、上廁所、上下樓梯、穿脫衣物、大便、小便、個人修飾、洗澡	.999	.955	0.95	0.98	0.98
	• IADLs: 上街購物、外出活動、備餐、家務處理、洗衣服、使用電話能力、服用藥物、處理財物	.996	.935	0.99	0.99	0.99
溝通能力	• 視力、聽力、說話能力、理解能力及意識狀態	-	-	0.95	0.95	0.97
特殊及複雜 照護需要	• 特殊照護 (鼻胃管、氣切管、導尿管、呼吸器、傷口引流、造瘻部位、氧氣治療)、皮膚狀況、口腔牙齒、用藥、疼痛、進食、疾病診斷、疼痛、用藥、肌力、關節活動度、輔具、衰弱等	-	-	0.98	0.98	0.97

六大面向	內容	信度 ICC	內內部一 致性 $\alpha$	專家效度 (CVI 值)		
				適當性	相關性	可行性
認 知 功 能、情 緒 及 行 為 型 態	• 認知功能簡易篩選表 (SPMSQ)	.999	.925	0.95	0.95	1.00
	• 情緒及行為型態：遊走、日夜作息困擾、語言攻擊行為、肢體攻擊行為、干擾行為、抗拒照護、妄想或幻覺、恐懼或焦慮、憂鬱、自殺或自傷	.994	.931	0.95	0.93	0.93
居 家 環 境、家 庭 支 持 及 社 會 支 持	• 居家環境：居住狀況、居家環境 • 家庭支持狀況：主要照顧者評估、主要照顧者工作與支持 • 社會支持：社會參與	-	-	0.97	0.95	0.97
主 要 照 顧 者 負 荷	• 照顧者壓力指標 (caregiver strain index, CSI)：睡眠、生活、體力、社交、家庭調適、個人計畫、時間分配、情緒調適、個案行為困擾、煩惱個案的改變、工作調整、經濟負荷、壓力承受	.999	.977	0.95	0.90	0.90

## 二、發展「長期照護案例組合系統」或「臺灣長期照護資源使用群」

現行「長照十年計畫」給付分三等級，但主要以 ADLs (IADLs, CDR) 失能項目為照顧服務分級標準。為提高給付核定之公平合理性，避免人情困擾，長保規劃建立電腦化給付核定系統，因此有必要研發「長期照護案例組合系統 (Long-term Care Case-Mix System, LTC-CMS)」～或稱為「臺灣長期照護資源使用群 (Taiwan Resource Utilization Groups)」，失能情形 (need) 與所需長照服務種類與數量 (resources use) 相似者，可被歸於同一類，做為核定長期照護給付 (等級與標準) 或支付費用之標準、或監控比較不同單位服務品質，做為擇優特約或論質支付

之工具。

透過委託計畫，目前已完成居家、社區與全日住宿型機構服務 5,536 名個案 LTC-CMS 資料之收集，主要藉 MDAI 評估個案需要，再由長照服務單位內各類服務人員填寫對每個個案之直間接服務時數，並以薪資加權，反映個案長照資源使用多寡。目前正進行樹狀圖分析，期建構 LTC-CMS 之分類。

未來長保給付之核定，健保局之訪視評估員到宅評估後，只要輸入個案 MDAI 評估資料，電腦即可跳出依 LTC-CMS 核定之給付等級與對應之給付金額，訪視評估員當場即可據以跟需要照顧者及其家屬討論所需之照顧計畫，特殊個案才會送到「給付核定審查小組」審查。

### 三、規劃長照保險支付制度

#### (一) 支付單位

採論時、論次、論案例組合(LTC-CMS)、論人(月)與論質支付。後者將以獎勵金鼓勵長照服務單位提升品質。

#### (二) 支付標準

係特約單位向保險人申請費用之依據。長保支付標準將包括總則、居家型服務、社區型服務、全日住宿型服務、家庭照顧者支持服務、輔具、交通接送、特殊材料支付標準等。

前三者將依據 LTC-CMS 分類，訂定論時、論次(居家型服務)、論月/人(社區與住宿型機構)支付之標準。支付標準係以各類型服務單位之成本資料為訂價基礎，計算每案例(及每類個案)每月、每小時或每次服務成本，訂定支付點數。成本計算考量人事、設備、耗材與器具、交通、督導管理、其他雜項支出、與工作負荷，期提供合理的報酬，鼓勵長照人力就業與留任，提高正式聘任～而非只以時薪彈性聘雇～居家服務員之比例。

為避免現行不論服務執行的難易度皆支付固定金額，易造成照顧服務員挑選容易個案之問題，長保小組邀集專家及實務工作者，藉相對點數評量不同服務項目(如沐浴相對於基本身體照顧(=1))在服務技術難易度、付出心力多寡、發生傷害之風險高低、花費時間之長短、最少執行服務人數等之高低，藉以訂定合理支付標準。

目前已初步完成居家照顧服務成本以及

相對值資料收集，其餘正在進行中。

### 四、推估長保所需經費(表5)

依據保險對象使用率、不同給付方式、給付水準、支付標準等假設推估經費，以2016年而言，保險費用中推計為728億，約占GDP 0.57%，其中政府負擔為262億。

表5 長期照護保險保費推計(億元)

		推估保險 費用	政府負擔 (36%)	保費占 GDP%
105 年	低推估	522	188	0.41
	中推估	728	262	0.57
	高推估	1,089	392	0.84
110 年	低推估	706	254	0.44
	中推估	993	357	0.63
	高推估	1,515	545	0.96
120 年	低推估	1,072	386	0.56
	中推估	1,510	544	0.79
	高推估	2,300	828	1.20

### 五、規畫品質確保與費用控制措施

#### (一) 品質確保

為確保服務品質，保險人除訂定品質指標，公開揭露服務單位服務品質資訊以促進改善品質，提供選擇參考外，將藉擇優特約～如只特約評鑑合格住宿型機構、關懷訪視(對機構與家屬自行照顧者)與論質支付制度，鼓勵改善或提升品質。

## (二) 費用控制

長保主要以需求面費用控制策略為主，供給面為輔。前者包括：1.需事先經評估確認有需要者，才能獲給付，2.由保險人核定給付等級、給付計劃及給付額度上限，3.超過給付上限之需要應自付費用，4.全日住宿機構之膳宿費自付，5.有 10%部分負擔。因此整體而言，長保僅是部分給付，家庭仍需負擔相當之責任。

供給面費用控制策略包括：1.擇優特約，2.前瞻性支付制度（論次、論月、論人、論質支付）。

## 六、長保與健保、社會福利及其他制度之無縫接軌

(一) 長保與健保之分工：凡屬醫療、可治療、可逆的服務歸健保給付，屬照護且長期者歸長保給付。例如一個洗腎（或使用呼吸器）病人若同時失能，其洗腎（呼吸治療）係屬醫療服務，由健保給付，而長保則給付其照顧服務。

(二) 亞急性照護（sub-acute care）：是指出院後一段時間（如六個月內）內，需要密集性復健、技術護理、呼吸治療等服務之病人，經過治療有些可免於失能。目前國內尚未普及，病人出院後利用急性資源，在各醫院輪流住院。建議未來健保可重新精算費率，涵蓋亞急性照護，鼓勵醫院藉此替代較昂貴的急性醫療，提升服務效率。而長保則銜接失能六個月以上的長照服務之給付，讓急性、亞急性與長期照護得以無縫接軌。

(三) 長保與健保、衛政、社福之無縫接軌

為避免長照保險與健保、衛政、社會福利體系各自為政，未來將建立長期照護單一評估窗口，進行綜合性、整合性評估，並依據評估結果擬訂以需照顧者為中心的整合性照護計畫（含照護管理），其經費視需照顧者之失能程度、資格、福利身分、服務需要，由長保、健保、衛政或社政單位給付或補助。藉單一管道評估、整合性服務與多元財源，促成服務單位與服務提供之整合（如各類居家服務單位），避免重覆接受評估，或服務提供者各自為政，真正達成無縫接軌的目的。

## 七、教育宣導與民意調查

### (一) 教育宣導

為使長保可以順利通過立法並實施，長保小組自 2009 年成立以來，即積極舉辦或參與國內外有關長保的研討會、主題演講、座談會、節目訪談、文宣稿刊載、調查活動、展覽活動、社區宣導等活動，到 2012 年底共計 310 場次。另亦運用網際網路及新聞稿之管道，宣導長照保險規劃相關訊息。期廣泛蒐集各界意見，藉溝通尋求社會共識，提高民眾對長保的認知與支持，設計符合社會需要的制度，使政策得以順利推動。

### (二) 長期照護保險民意調查

長保小組 11 次電話民意調查，結果摘要如下：（衛生署，2010~2012）

1. 長期照護服務的認知：是否聽過「長期照護」

民眾對長期照護的認知率由 2010 年 3 月僅 49.3%聽過，至 2012 年 12

月已增加至 66.7%，增加 35%。聽過的服務項目，以「居家服務」最多，其次為「居家護理」。

2. 使用長期照護服務項目：在過去一年，有 3%~5% 民眾，使用各項長照服務，其中以「居家服務」為最多。
3. 對長保規畫之支持度：圖 3 顯示，在「需繳納保費與部分負擔」前提下，民眾贊成（含非常贊成）開辦長照保險比率在 72.7%~81.1% 間，而不贊成者（含非常不贊成）非常的少，僅 3.6~7.4%。
4. 願意支付的長保保險保費，中位數皆

為 300 元（平均數在 344~432 元間）約為健保之 60%，遠高於長保目前規畫的保險費（約健保 1/5~1/6），可見長保財務規劃具有高度可行性。

5. 對家屬自行照顧者得請領給付之規畫：60.8%~72.6% 民眾贊成（含非常贊成），僅 16.5%~29% 反對。
6. 長照保險開辦的時程：圖 4 顯示，表示「愈快開辦愈好」者最多，占 38.3-51.1%，其次為二年以後開辦者，贊成在四年內（含前兩者）開辦者總共占 61.2-81.2%，僅 7.4%~13.6% 要在四年以後開辦；「不贊成開辦」者低於 5%。

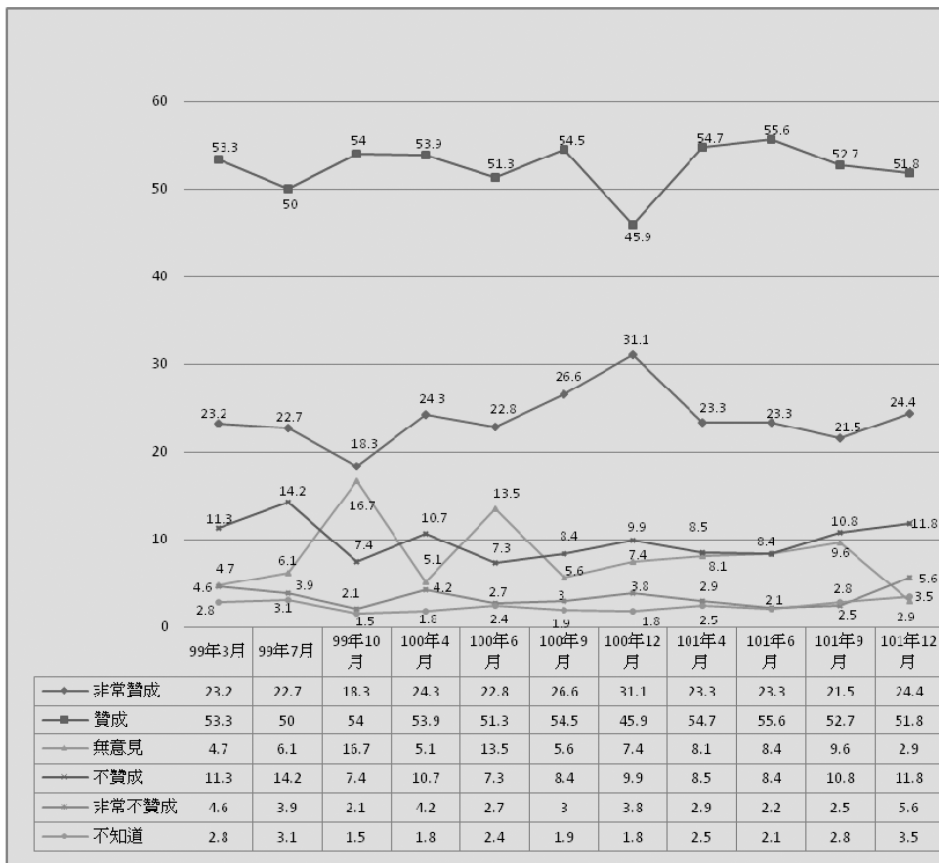


圖 3 民眾對政府規劃長期照護保險制度之態度

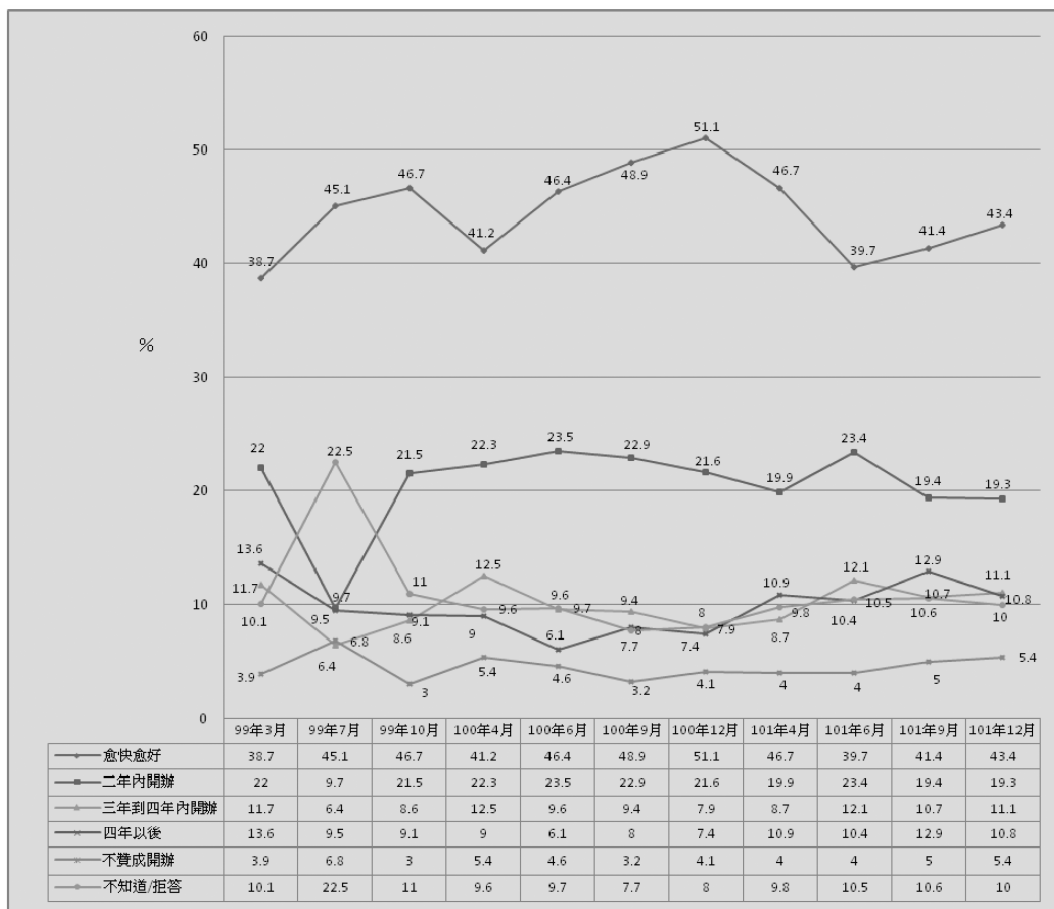


圖 4 民眾對政府開辦長照保險時程之意見

## 伍、現況問題與未來展望

長期照護保險的推動目前面臨下列爭議：

### 一、立法策略之爭議

1. 繼續依現行規畫：先推長服法再推長保法。
2. 直接推動長保法，不立長服法。
3. 將部分長服法條文，納入長保法推動。
4. 同步推動長照雙法。

5. 以「長期照護機構管理法」取代長服法。

6. 將長期照護納入健保給付。

若政府預計於 2016 年開辦長保，而長服法遲遲無法通過，則有可能採取 3~6 之替代方案，以加速立法。

### 二、推動長照保險目前面臨之挑戰

(一) 必要性與可行性：有學者建議既然政府財政吃緊，只要辦殘補式的社會福利即可，不需長保。但現實面因長照十年計劃已提供普及式社區與居家服務，很難

退回原點。因此政府只能勇敢向前，籌措財源開辦長保，否則稅收負擔越來越重，將無以為繼。開辦長保尚有雇主與民眾保費挹注，可行性較稅收制高。

- (二) 擔心民眾不支持，雇主反彈：歷來民意對長保支持度皆超過七成，反對者不到一成，但雇主確有可能反彈，應持續溝通。
- (三) 組織體制：採社會保險或稅收制？（已於參說明）
- (四) 保險對象：是否包括 49 歲以下身心障礙者？（已於參說明）
- (五) 家屬自行照顧者能否請領給付？（已於參說明，目前規畫從嚴給付）
- (六) 外籍看護是否影響正式長照體系之發展（長照外勞化？）：依據調查 77%聘外勞者在長保開辦後願使用長照服務（衛生署，2012），比總體失能者使用意願（74%）略高，加上長保給付有限，而外勞來源未來將漸減，因此應該不會高度阻礙長照體系之發展。
- (七) 擔心現有的社會福利會縮水（已於參說明）
- (八) 擔心有保險無服務：韓國開辦保險後帶動服務快速發展，開辦不到兩年，資源成長為 2.18 倍，目前部分資源已過剩，我國若開辦長保，應該也會帶動資源成長。但如何結合長照十年計畫與長照服務網計畫，建構基礎的長照服務體系，仍需政府預算挹注。
- (九) 擔心人口老化，社會保險無法支撐。誠如前言，照顧問題與健保、年金為人口老化下民生三大議題，不可偏廢；政府

目前已進行各類社會保險財務之檢討，若能漸進改革，使權責相符，仍能維持社會保險之永續經營。而民眾對長照需求殷切，即便不開辦，民眾仍會住院使用昂貴健保資源。長保總經費僅健保 1/5~1/6，規畫以「量入為出」，需事前審查，只給「基本給付」，財務採「部分提存制」，且較少高科技醫療，成本上漲率較健保低，財務穩定及可預期性亦高於健保；因此即便社會保險面臨財務危機，仍不可因此停止長保之推動。至於開辦時間可視籌備狀況，在經濟復甦後擇期開辦。

### 三、未來展望

臺灣人口老化快速，即將進入高齡社會，未來對長照需求將逐年快速增加~需照顧者 5 年內將成長 15%，20 年成長 76%，且失能有 74.52%願意在長照保險開辦後，使用長照服務；但長照資源不足，主要照顧者付擔沉重~40%有經濟負荷，25.86%有壓力性負荷，亟需政府積極推動長照保險，以帶動服務資源成長，減輕需照顧者家庭經濟負擔，而民眾支持長保者超過七成，值得政府積極推動。

建議政府應儘快決定長照雙法立法策略，才能放手一搏，積極推動立法。目前衛生署預計在 2014 年將長保法送立法院審查，預計通過立法兩年後（2016 年）實施，若能順利實施，我國將完成社會安全體制的最後一塊拼圖，使社會保險體制邁向新的里程碑。

長照保險的規畫巨細靡遺，目前已初步完成保險需要評估工具之設計、長期照護需

要之調查與推計、保險財務之推計、長照人力需求之推計、長照需要評估與照顧管理機制設計（因篇幅限制未介紹）。其餘有關給付範圍、長照案例組合、支付標準、品質確保機制、請領家屬照顧給付條件、輔具、無障礙設施之補助、特約機構管理、以及相關資訊系統之建制已陸續收集資料、已完成或正進行委託規劃中，預計在 2~3 年應可完成長照保險基礎之規畫。

雖然長保面臨之挑戰有九大項，但目前最需突破的問題有三：

(一) 政府推動長保之決心：長照保險所需政府補助之經費中推計雖需 300 億元，但只要政府有決心推動，應可說服民眾，於景氣復甦之後，藉由微調營業稅或開徵能源稅籌措財源；另外也可配合可籌措財源的多寡，設計不同的給付方案（或逐步導入給付項目），提高開辦的可行性。更何況現行各級政府除補助長照十年計畫，尚有其他長照補助經費，推動長保將可替代部分支出。

(二) 雇主之支持。有些雇主認為長保屬老年人的需要，非雇主責任，未必願意負擔員工長保保費。但雇主對員工社會保險保費之補助～如老年給付之保費，本屬員工福利之一部分，理應予以補助。更何況工作人口也有失能風險，雇主也很容易藉薪資結構的調整吸收保費的增加。再則長保保費遠較健保低，更容易吸收；但因現行所有社會保險總保費負擔越來越重，政府仍應改革相關社會保險財務制度，並加強與雇主之溝通，尋求解決方案。例如德國即以減少全國受

雇者一天的假期，降低人事成本，以爭取雇主支持長保。

(三) 建構基礎長照服務網：長照十年計畫與長照服務網之整合。

雖然保險可帶動資源的發展，但配合保險開辦，仍需建置基礎的長照資源，此需要政府挹注更多的預算，並調整長照十年計畫推動策略，與長照服務網相輔相承，才能在長保開辦前，讓使用服務的失能者成長到至少 35%。保險開辦後，因保險的刺激帶動，而目前聘雇外勞者 77%願意使用長照，將可使長照服務使用者超過 5 成。

2012 年使用長照十年計畫有 11.1 萬，占全部失能人口 16%，依此推估，2016 年扣除機構照護預估涵蓋 15%失能者，至少還需增加 4%的使用者，若政府能確實依據長照十年中程計畫以及長照服務網計畫編列預算，應可順利達成目標，開辦長照保險。

在資源發展策略方面，建議未來政府增加之預算，應以擴大涵蓋對象（如 49 歲以下失能者）使用人數與建置長照服務網為目標，對於長照十年計畫每位受益者之補助額度，不建議大幅增加，否則將增加長保開辦之難度。未來政府新增之預算，應至少五成挹注於長照服務網，針對資源不足區與不足類型的服務，重點式的發展資源，完成長照服務網之建置，讓長照服務更為普及、可近，才能銜接長照保險之開辦。

長照保險若能順利開辦，除可減輕家庭經濟負擔、使人民安心養老、讓照顧者安心工作、提升生產力，帶動長期照護產業之發展，提升長照服務可近性外，尚可促進總數近十萬個就業機會產業的發展，總產值達

GDP 0.6~1.0%甚至更高(含自費)，也提供產業轉型下中年失業者新的工作機會，解決部分失業問題，讓社會更安定祥和，因此政府的投資將「高度有感」，且具高度社會效益。

社會保險制度之規劃、立法與推動，涉及全民，推動不易。但因臺灣民眾對長保支持度甚高，面對人口急速老化之挑戰，若各界人士能共體時艱、凝聚共識、積極推動，則長照保險之推動雖困難但並非不可能！期待全民的努力，可以讓長照保險順利立法與實施，讓我們老的時候，免於後顧之憂；屆時我們可以驕傲的說「臺灣人民有健保也有

長保，我以身為臺灣人為榮！」。

(本文作者：李玉春為陽明大學衛生福利研究所教授、衛生福利政策研究中心主任、衛生署長保小組總顧問；林麗嬋為陽明大學臨床護理研究所教授；吳肖琪為陽明大學衛生福利研究所教授；鄭文輝為南華大學非營利事業管理學系教授；傅立葉為陽明大學衛生福利研究所副教授兼所長；林、吳、鄭、傅為衛生署長保小組顧問；與衛生署長期照護保險籌備小組)

**關鍵詞：**長期照護保險、長期照護、長照需要調查、多元評估量表(MDAI)、民意調查

## 📖 參考文獻

- 內政部(2010)。老人狀況調查報告民國98年。
- 邱文達(2011)。衛生福利的融合綜效~長期照護的前瞻。研考雙月刊 35(2):123-130
- 李玉春(2011)。我國長期照護保險規劃藍圖。醫療品質雜誌 5(5):9-11。
- 經建會、衛生署、內政部等(2009)。長期照護保險規劃報告。
- 經建會(2012)。「中華民國2012年至2060年人口推計」報告。
- 衛生署(2010-2012)長期照護保險電話民意調查報告。
- 衛生署(2011)。「2010年國民長期照護需要調查」報告。
- 衛生署(2012)。「國民長期照護需要第二階段調查」報告。
- OECD(2011)。Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care。
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology* 38: 344-48.