

# 顧客導向之長期照顧：政策與管理議題



徐慧娟

## 壹、前言

顧客導向 (consumer-direction) 原本是企業管理以及醫療品質的核心概念，近年來顧客導向的觀念也應用到長期照顧的領域上。在服務提供的實務管理層面上，顧客導向的觀念影響長期照顧提供者的管理模式和經營方向。而顧客導向在長期照顧政策上的表現，是讓長期照顧的使用者（失能者與家人）更有彈性、更具自主性和選擇性來利用長期照顧服務，例如國家提供選擇可給付長期照顧服務或提供津貼可自由購買服務（如德國、奧地利）或直接雇用親友（如澳洲、英國），而美國實施的現金諮詢示範評估計畫（The Cash and Counseling Demonstration and Evaluation, CCDE）中顧客導向模式，甚至讓使用者自行聘雇、訓練、監督居家的照顧服務員（Lundsgaard, 2005）。

相較於醫療照護，長期照顧內涵當中含有專業照護的比例較低，其中個人照顧與社會服務的層面是偏非專業或半專業，以及著重個人偏好與生活品質的部分，這與專業化的角度和照護品質的角度不完全相同，也因此顧客導向的概念在長期照顧中會比醫療照

護更有發揮空間，然而這也引起政策與管理上諸多議題之討論。本文中所討論的「顧客導向」包含三種層次：一是討論實物給付或現金給付的政策作法，在此將討論各國在長期照顧之顧客導向的政策作法；二是社區式服務的顧客導向計畫實施後的效果；三是討論顧客導向的精神反映在機構式照護中，如何影響服務提供者在管理層面可能遭遇的議題。

## 貳、顧客導向的長期照顧政策

以 OECD 國家為例，各國長期照顧政策對於支持家庭照顧者以及提供長期照顧正式服務的選擇可分成幾類（Lundsgaard, 2005）：

（1）韓國、西班牙與其他南歐國家以家庭照顧為主，正式長期照顧服務多由公共部門提供，主要由私有資源來支付。（2）奧地利、盧森堡、德國、愛爾蘭、英國、澳洲等國，均有公共的長期照顧財源，因此這些國家是以支持家庭照顧者的支付或津貼的方式，讓他們可選擇是否分享津貼或用於購買正式服務（奧地利、德國、盧森堡），或對實際照

顧的親戚給予長期照顧津貼（澳洲、愛爾蘭、英國）。（3）日本是以家庭照顧為主，但公共財務並不直接支持家庭照顧者，在介護保險中則提供多種長期照顧正式服務的選擇。

（4）美國與加拿大的家庭照顧占有部分角色，但不受公共財源支持。但在顧客導向趨勢下，開始以現金自行購買服務的模式。（5）荷蘭、挪威與瑞典有相當程度的公共支出，但多是經由正式服務的提供居家式和機構式照護。

長期照顧政策採取以提供實物或現金給付，以及對家庭照顧者的支持除了有無之外，是津貼還是雇用，有不同的政策效果。現金給付的顧客導向模式的優點，包括可以降低行政成本，增加民眾使用服務的自主性，較有彈性回應民眾需求；同時若政策允許雇用家人親友為照顧者，更可在政策上認知家庭照顧者的付出，不再是無酬無償，也能鼓勵支持家庭照顧。而從實物給付的政策途徑，可確保民眾獲得適當的長期照顧服務，並藉由個案管理和評估，提供單一窗口和使用資訊，較可獲得整合性的服務。

## 參、顧客導向計畫實施與實證研究結果

傳統上是以提供者導向模式（agency-directed model）來安排居家照顧的人力。傳統的提供者導向模式是由居家照護機構設有護理人員、社工、其他醫技人員或護佐等訓練與監督，再提供人力給服務使用者，通常是關切失能者的脆弱、依賴、醫療不穩定性、與安全需要而需由專業人員提供服務計畫。

而美國實施顧客導向計畫的長期照顧服務，是以實施顧客導向（consumer-directed model）模式，也就是由使用者或代理人自行聘顧居家照護的人力，並需自行負起訓練、監督、甚至更換人力的責任，但可尋求諮詢協助，而公共財源的支付可能會透過接受服務者，由聘雇者（使用者或家人）來付給照顧人力。美國 Medicaid 的支持下實施的計畫，例如加州的 In-Home Supportive Services（IHSS）（Benjamin *et al.*, 2000），以及跨州的 CCDE 計畫（Doty *et al.*, 2007）。此類計畫的精神是希望強調顧客選擇、個人獨立與自主、以及低成本，然而當然也有人提出品質保證、專業自主、顧客安全、未滿足需求等疑慮。因此，不少實證研究亦對這些計畫的服務模式進行效果的比較。主要的研究發現大致如下：

### 一、客觀結果評估與主觀感受評估

曾有聘雇與監督經驗、失能程度較嚴重、有家庭照顧者，使用者比較有興趣使用現金自行聘雇照顧者的方案（Mahoney *et al.*, 2004）。顧客導向模式顯著較提供者導向模式有較好的使用者居家安全性與較低的未滿足需求（Benjamin *et al.*, 2000）。HSS 計畫與 CCDE 方案下顧客導向模式較提供者導向模式的滿意度較高（Benjamin *et al.*, 2000; Wiener *et al.*, 2007）。

Foster 等人研究（Foster *et al.*, 2005）則是比較一開始均為無給的家庭照顧者，後來分為參與計畫接受聘雇者和維持沒有接受聘雇兩組的追蹤，結果發現接受聘雇的家庭照顧者比沒有接受聘雇者，有較低的身體、情緒、和財務方面的壓力，有較好的生活滿意

度，較少抱怨隱私、社交失活、和工作表現的問題，也較少擔憂照顧不足和安全的問題，顯示家庭照顧者接受給付可降低其照顧負荷。

顧客導向是否影響民眾使用正式長期照顧服務的偏好成為另一個關心的重點。Meng 等人研究比較在 CCDE 方案下，提供護理人員健康促進衛教、提供顧客導向的現金券 (voucher)、以及結合兩者並行共三種介入，發現有顧客導向模式的兩種介入，可顯著增加個人照護的看護的使用，但對於居家技術性護理的使用則無顯著影響 (Meng *et al.*, 2005)。這表示顧客導向模式對失能者或家庭的影響主要適用於個人照顧的部分，一般人較不會期待自行聘雇訓練的看護來執行需要醫療專業部分的照護，然而增加個人照顧的正式服務使用，也增加長期照顧財務的支出。然而在 Dale & Brown (2006) 的研究中，比較接受個人照顧津貼者 (顧客導向模式) 與接受傳統機構模式者，發現在三年中顧客導向模式使用者的護理機構使用率較傳統模式者低了 18%，所節省的成本比支出的照顧津貼為多，整體而言降低了照顧成本。

## 二、對象適用性

(一) 年齡：在 HISS 計畫顧客導向模式中的使用者，65 歲以下成人認為服務自主選擇性、服務的自我主張、失能需求滿足、與服務有助於戶內戶外活動的滿意度，都較 65 歲以上的使用者顯著較高，而做為聘雇者的角色、其他的服務滿意度 (照顧技術層面的品質、提供者的缺點、綜合滿意度、人際互動等) 則沒有顯著差

異 (Benjamin & Matthias, 2001)，顯示老年使用者可能在顧客導向模式中有較多障礙。但在另一個跨州的研究中，不同年齡對使用自雇看護需要各類協助的比率，雖有差異但沒有一致趨勢 (Mahoney *et al.*, 2004)。在 CCDE 方案下使用顧客導向模式的老年人比使用提供者導向者的滿意度高，但在年輕使用者中則無顯著差異 (Wiener *et al.*, 2007)。

- (二) 種族：對傳統提供者模式和顧客導向模式有種族上偏好的顯著差異，華裔和拉丁裔較不喜歡傳統機構模式，而非裔美國人則和白種人無顯著差異，尤其是與控制能力 (locus of control) 的感受有關 (Sciegaj *et al.*, 2004)。
- (三) 認知功能障礙或精神病患者：認知功能為輕中度障礙者，仍有能力一致性地回答其偏好、選擇、和每天日常生活的參與情形，也就是認知功能障礙不嚴重時，仍可表達對其照顧的偏好與選擇 (Feinberg & Whitlatch, 2001, 2002)。而在另一個實施 CCDE 計畫的研究中，使用者分有無精神疾病，再分別分配到參與傳統提供者模式或顧客導向模式中，對於照顧工作的滿意度差異僅在於參與模式的不同而非使用者，且未滿足需求並無差異；也就是說顧客導向模式的居家照顧也能適用精神病患者 (Shen *et al.*, 2008)。

## 三、不同參與者看法的差異

Simonrusinowitz 等人 (2012) 檢視 CCDE

計畫中不同立場的參與者對此計畫的看法，包括對政策專家進行訪談，以及對消費者和代表進行的調查與焦點團體訪談。結果發現不同參與者對此消費者導向計畫的觀點有所差異，例如政策專家關心消費者是否有能力自行判斷所需要的服務，對所需服務和偏好在專家和消費者的看法並不一樣；專家認為老年消費者可能會抗拒消費者導向的計畫，年輕使用者的滿意度會較好也較方便；家人參與消費者導向計畫能否真正代表失能者的需要；專家擔心消費者為弱勢族群，是否有能力避免詐騙與虐待的問題，以及擔心消費者要自行負擔雇主稅務問題。此外專家也關心人力的問題，例如服務提供者是否有足夠的已訓練人力，萬一計畫實行不順暢，可以做為消費者導向計畫的備用服務人力。此外看護的工作環境、適當薪資、福利與工作安全等勞動條件，也是專家關心的政策議題。然而在消費者的角度，他們大多對消費者導向計畫感到滿意，他們並不認為自己沒有能力，但許多人也表示有強烈意願需要相關的訓練，有助於自行聘用與訓練家庭看護；他們也願意負擔比機構模式下付給看護更高的薪資。

儘管專家可能擔心民眾無法自行聘雇及監督訓練看護，或無法適當使用現金津貼，但大多研究均顯示現金給付自行聘雇的顧客導向模式滿意度很高（Schore *et al.*, 2006）。專家擔心自聘看護的顧客導向模式可能會產生虐待、忽視或詐騙的情形，這也是的確存在的，是否可藉由官方的探訪或連繫就可以查覺，也是一個問題（Schore *et al.*, 2006）。美國的自聘看護的顧客導向模式實施以來，

有相當的比例是聘用自己的親友來照顧，除了偏好以外，這也可能代表正式看護人力不足無法聘到，因此要雇用親友（Schore *et al.*, 2006）。而在管理式照護組織（managed care organizations）的眼中，認為顧客導向模式可促使他們提供更好品質的服務，但在競爭力、成本效益、和提高顧客獨立性上則無顯著差異，他們尤其擔心影響營利能力，有些管理式照護組織甚至不允許顧客導向模式的實施，顯示在管理式照護組織的營利能力和被保險人使用者的自覺利益之間有平衡的問題（Meiners *et al.*, 2002）。

從文獻回顧產生幾點反思如下：對於社區式服務的低利用，目前我們還沒有雇用家庭照顧者的制度與照顧者津貼，許多失能者及其家屬可能也對社區式服務以及相關條件相當不熟悉，因此不符合申請外籍看護的條件但又未利用社區式服務以滿足其照顧需求者大有人在。此外，民眾偏好雇用外籍看護，主要原因是成本較低且仍能保留失能者住在家裡，而相對於社區式服務來說又更為方便。目前由各縣市辦理的長期照顧管理中心，經由轉介或民眾申請，可提供適當的社區式服務，因此長期照顧管理中心的轉介功能與網絡建立，以及各種可能顧客來源的資訊提供，是主要關鍵。而在各類的社區式服務中，要如何能與居家看護競爭其顧客導向的優勢，或許要從各類服務提供者的照顧品質上來加強，在社區式照顧過程中的隱私、自主、獨立仍然是顧客導向之品質重點，這將成為社區式長期照顧的品質界定上主要的發展議題。

傳統模式下是由長期照顧服務提供者訓

練照顧服務員或各類工作人員，再提供服務給消費者。而以顧客導向模式自行聘雇照顧者的研究顯示，此類模式的使用者表示希望可接受相關訓練，以便他們在自行聘雇照顧者時，不論是外聘人員或是自己的親友，消費者有能力訓練他們配合自己的需要。我們可以預見顧客導向的社區式服務模式，對於消費者來說的難度較高，難怪老年失能者會較遲疑使用這類模式。從服務品質和安全性的角度，以及當前臺灣的情形來判斷，建議一開始仍由長期照顧業者提供經過訓練並合格的照顧者，並在訓練過程中加入顧客導向中尊重自主的服務概念；之後可以設計針對失能者家屬的照顧服務訓練，或是失能者的自我照護知識課程，以便自行聘雇照顧者時，或是未來開放可聘雇家人親友擔任照顧者制度時，失能者有能力與照顧者溝通，以配合他們個人的需求，並提供必要的諮詢和協助。

## 肆、顧客導向下的機構式照護

在機構式長期照顧中，尤其是護理之家，通常需要提供技術性護理，使用者對於專業醫療需求的比例較社區式服務高，同時由於住民居住在長期照顧機構中，較不可能由使用者自行聘雇。然而顧客導向的概念，也影響到機構式長期照顧的服務提供和管理方式，其精神是失能者（機構住民）應有能力自行選擇其所需要的照護環境和照護內容，不再只由專業人員決定，並強調隱私、自主、和管理協調個人風險（Stone, 2006）。例如輔助住宅（assisted living）的照顧哲學就

是此類概念的展現，在照顧方式上著重隱私、自主和獨立，例如可以自己鎖門和有獨立浴室；以公寓式的住宅方式，住民的個人與共享空間；使住民有能力了解和決定各類照護及其後果，因而可自行決定協調其照顧風險，例如自己下樓可能有跌倒風險。此外，例如單人房也是輔助住宅常見的形式以提高隱私，家人可方便探訪等。而如美國住民失能程度較高的護理之家，也在顧客導向的風潮下，進行了文化改變（culture change），也就是說在機構照護中，要創造能使住民符合其需求、偏好、與生活方式的空間，在物理環境、社會環境、與臨床環境中加以設計。例如住民可自行做照護決定；機構是屬於住民的地方；工作人員配合住民的生活作息，而非由住民來配合機構；工作人員與住民建立個人關係，而非去人性化的醫病關係；住民和家屬都是照護團隊的一部分，參與照護內容的決定（Stone, 2006）。

不論是住在哪一類長期照顧機構，顧客導向趨勢不但影響服務的提供方式，亦帶來機構服務提供者和管理者的挑戰。長期照顧機構在文化改變或顧客導向的趨勢下，可能會朝向多樣化服務與活動設計、個人房空間、有利社區參與的環境設計、發展輔助住宅、甚至提供家屬與中輕度失能住民同住的選擇。但在此趨勢下，可能遭遇的管理問題包括：1. 顧客自行決定照護內容的能力，例如認知功能障礙住民有無能力做所有照護決定；2. 顧客的決定的風險與安全問題，例如住民健康情形宜有人陪同行動較為安全，但住民卻希望有個人隱私和私人活動空間；3. 機構提供多種生活選擇的管理複雜度增加，

例如提供多種活動選擇，或一天多次用餐時間，其設施與人力成本會增加外，管理上的難度也提高；4. 機構提供多樣化選擇和維持隱私的生活空間使照顧成本上升，將轉嫁到消費者身上，但在同一區域內彼此競爭的長期照顧機構收費接近，若提高品質而提高收費，常使服務提供者卻步。以上議題都將成為長期照顧機構經營者和管理者所需要思考的問題，長期照顧機構管理與品質標準也將隨之改變。

## 伍、結語

本文探討顧客導向在長期照顧中扮演的角色。在我們思考顧客導向的適用性之前，必須先考慮長期照顧服務的可近性和公平性，相信在臺灣即將實施長期照護社會保險之後，顧客導向將會隨之成為政策制定者和

服務提供者關心的議題。民眾的知識水準和生活品質要求提高，而長期照顧產業也會慢慢走向更精緻和多元化的方向，因此顧客導向是長期照顧服務發展的必然趨勢之一，不論在社區式服務或機構式照護都展現此一趨勢。尤其是長期照顧服務中屬於非醫療的部分慢慢成為服務品質關切的主要部分，政策將改變其給付方式，而管理上也將面對更複雜和更細緻的品質議題。我們期待在政策制定者思考此一問題的同時，長期照顧產業提供者能夠在服務上及早因應顧客導向的需求。

（本文作者為亞洲大學健康產業管理學系教授）

**關鍵詞：**長期照顧政策、顧客導向、社區式照顧、機構式照顧

## 參考文獻

- Benjamin, A. E., Matthias, R., Franke, T. M. (2000). Comparing consumer-directed and agency models for providing supportive services at home. *Health Services Research*, 35: 1, Part II: 351-366.
- Benjamin, A. E., Matthias, R. E. (2001). Age, consumer direction, and outcomes of supportive services at home. *The Gerontologist*, 41(5), 632-642.
- Dale, S. B., Brown, R. (2006). Reducing nursing home use through consumer-directed personal care services. *Medical Care*, 44(8), 760-767.
- Doty, P., Mahoney, K. J., Simon-Rusinowitz, L. (2007). Designing the Cash and Counseling Demonstration and Evaluation. *Health Services Research*, 42(1): 378-396.
- Feinberg, L. F., Whitlatch, C. J. (2001). Are persons with cognitive impairment able to state consistent choices? *The Gerontologist*, 41(3): 374-382.
- Feinberg, L. F., Whitlatch, C. J. (2002). Decision-making for persons with cognitive impairment and their family caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia*, 17(4),

237-24.

- Foster, L., Brown, R., Phillips, B., Carlson, B. L. (2005). Easing the burden of caregiving: the impact of consumer direction on primary informal caregiver in Arkansas. *The Gerontologist*, 45(4), 474-485.
- Lundsgaard, J. (2005). Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: How can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability? Organization for Economic Co-operation and Development, Paris.
- Mahoney, K. J., Simon-Rusinowitz, L., Loughlin, D. M., Desmond, S. M., Squillace, M. R. (2004). Determining personal care consumers' preferences for a Consumer-Directed Cash and Counseling Option: Survey results from Arkansas, Florida, New Jersey, and New York elders and adults with physical disabilities. *Health Services Research*, 39(3): 643-663.
- Meiners, M. R., Mahoney, K. J., Shoop, D. M., Squillace, M. R. (2002). Consumer direction in managed long-term care: an exploratory survey of practices and perceptions. *The Gerontologist*, 42(1): 32-38.
- Meng, H., Friedman, B., Wamsley, B. R., Mukamel, D., Eggert, G. M. (2005). Effect of a consumer-directed voucher and a disease-management-health-promotion nurse intervention on home care use. *The Gerontologist*, 45(2), 167-176.
- Schore, J., Foster, L., Phillips, B. (2006). Consumer enrollment and experiences in the Cash and Counseling Program. *Health Research and Education Trust*, 42(1): 446-466.
- Sciegaj, M., Capitman, J. A., Kyriacou, C. K. (2002). Consumer-directed community-care: race/ethnicity and individual differences in preferences for control. *The Gerontologist*, 44(4), 489-499.
- Simonrusinowitz, L., Marks, L. N., Loughlin, D. M., Desmond, S. M., Mahoney, K. J., Zacharias, B. L., Squillace, M. R., Allison, A. M. (2012). Implementation issues for consumer-directed programs. *Journal of Aging & Social Policy*, 14: 95-118.
- Shen, C., Smyer, M. A., Mahoney, K. J., Loughlin, D. M., Simon-Rusinowitz, L., Mahoney, E. K. (2008). Does mental illness after consumer direction of community-based care? Lessons from the Arkansas Cash and Counseling Program. *The Gerontologist*, 48(1), 93-104.
- Stone, R. I. (2006). Emerging issues in long-term care. In: Binstock, R.H., George, L.K., eds. (2006). *Handbook of aging and the social sciences*. 6<sup>th</sup> ed. San Diego, Academic Press, p. 397-415.
- Wiener, J. M., Anderson, W. L., Kahtutsky, G. (2007). Are consumer-directed home care beneficiaries satisfied? Evidence from Washington State. *The Gerontologist*, 47(6): 763-774.