

# 長期照顧政策模型的發展 —稅賦制、保險制之比較分析

杜秀秀

## 壹、前言

在一個社會中，人口老化速度受到出生率與死亡率影響。例如，經濟發展、科技發達、營養改善、醫療進步等因素使人壽命延長、死亡率降低；而初婚年齡延後、生育意願轉弱、使出生率降低；失業處境、雙薪家庭型態、工作機會減少、金融風暴等等，也影響出生率；此外，文化、法律或照顧體系的外在環境進步有助於老人生活。這些因素都加速社會老化。

目前，臺灣地區老人人口已經超過 252 萬人，佔總人口 10.88%。（行政院經濟建設委員會，2011）。老人人口持續上升，臺灣接著可能成為世界上人口老化速度最快的國家，老人社會福利的需求是當前重要課題。

全球皆面臨人口高齡化與少子化現象雙重衝擊，建構一套完備的長期照顧制度是各國政府刻不容緩的重要議題。推行長期照顧保險制度方面，德國、日本已有相當成效與規模，德國完全以社會保險為架構，日本則是一半稅收挹注的方式混合經營，2008 年開

始實施老人長期療養保險的韓國則是折衷了德、日兩國制度的特色；另一方面，奧地利以社會津貼的形式建制一種不同型態的長期照顧制度，與瑞典、法國等，同為以稅賦推動長期照顧制度的國家。

本文將針對各國所推動長期照顧保險制度的發展背景、理念、對象、成立時間、優缺點、制度特色等方面分析探討，在我國規畫研擬長期照顧保險制度的當下，做為參考對照與理解基礎。

各國在思考長期照顧政策的制度建構取向時，通常會將不同的制度模式加以比較而做選擇，也會有所謂路徑依賴現象，受過去已經建制的社會福利模式的範圍限定，而有類似的建構，例如：瑞典、法國、奧地利的稅賦制或德、日、韓的保險制；其中，奧地利、法國則是很稀奇的脫離了路徑依賴，奧地利的長照政策從習慣的社會保險建制轉為稅收支應，而法國原是依循英國路線完全稅收制，也轉而發展連動基金的津貼發放。希望藉由這些理解，可以找出值得我們在長照制度建制過程中，可供思考與借用的地方。

探究各國長照制度的過程，亦留意身心障礙者在不同的國家，有相當迥異的待遇，從完全納入長照制度到完全排除皆有之，身心障礙者的權利如何在長照制度的建構中被看見，實為一值得觀察的變數，基於筆者的實務工作所致，格外關注。

## 貳、採用稅賦制的國家

### 一、瑞典

2011 年瑞典是第四個人口老化嚴重的國家，60 歲以上的長者佔總人口數的 25%（行政院經建會，2012）。早從 1982 年瑞典的長期照顧制度因社會服務法案有了明確的起始，以普及性概念明訂各項福利服務範圍，成為地方政府長期照顧提供的基礎。2006 年迄今，執政黨聯盟是由第二大黨「溫和黨」結合中間黨、自由人民黨和基督教民主黨等組成，走中間偏右路線，主張自由市場、民營化、減稅等政策，目前政黨政策仍主張維持過去的社會福利與服務措施，以稅賦支應長期照顧之需。

瑞典的長期照顧發展是基於公民權的行使，強調國家責任。1982 年社會服務法案指出，政府有責任適切的照顧兒童、青少年、老年人、身心障礙者；且地方政府有義務提供居家服務、日間照顧、送餐服務、喘息服務、照顧住宅等（吳淑瓊，2005）。因此發展財務上以稅收支應長期照顧需求，協助不限年齡而失能的國民。隔年，1983 年的健康及醫療服務法以及 1992 年老人照顧法更明確建構了長期照顧體系。

瑞典的長期照顧制度具有（1）強調國家

支配與普遍性原則，（2）人人享有同樣權利，（3）國家提供服務解除家庭壓力，（4）高度可近性的服務提供，多項的優點。

瑞典長期照顧的責任是地方政府自負盈虧，強調分權化與地方發展，1992 年老人照顧法具體指出長期照顧責任由郡政府下放到自治市，且責任範圍由居家服務增加到機構式服務（葉至誠，2012）。中央補助款分配方式原以服務提供數為主，後修改為地方老人人口數，使補助款的挹注可以更照顧到不同區域有差異的人口老化程度；至於服務提供的形式是實物給付，並沒有全國統一的照顧需求標準，近年來因為各地方政府都呈現財源緊縮，使服務限定在最嚴重的失能老人，同時在資產調查方面也更為嚴格。早在 1993 年，部分負擔費用就由 4%，大幅提高到 10%，以緩解稅支壓力。

瑞典長期照顧的對象主要是失能的年長者與身心障礙者。過去這些對象都由醫療體系照顧，幾乎不須負擔額外的醫療費用，大多住在醫院中。1993 年後，瑞典法律規定以自治市為單位，負責提供社會照顧服務，郡政府提供醫療照護服務給這些對象。因此民眾出院後的照顧便轉移到自治市，出現「去醫療化」的過程，因此醫院縮床，地方照顧人力不足等問題，是目前瑞典長期照顧所面臨最大的困境。因為大量年長者的照顧從醫院轉到地方政府，導致地方照護人力需求大增，自治市不易招募到足夠的專業照顧人員。再加上個案年齡增長，年長者的症狀或照顧需求變得複雜，地方照顧系統缺乏因應的能力。

1994 年將服務對象擴大到功能障礙的民

眾可以獲得必要的長期照顧，導致照顧支出大幅成長，不過各自治市的照顧成本相差很大。對身心障礙者的社會照顧服務主要包括個人生活協助，ADL 協助與緊急連絡協助服務。至於家屬沒有責任或義務要照顧失能年長者或身心障礙者，但有不少的長期社會照顧是由家屬所提供的，有些自治市給付這些非正式的照顧者，因為沒有全國統一的照顧需求標準，各自治市發展出具差異性的照顧服務（葉至誠，2012）。

## 二、法國

法國是稅賦制國家之一，關注老人長期照顧議題是從 1975 年社會福利法案修法檢視機構收容狀況開始，社會福利法案明定老人福利機構服務目標與人力配置比；2003 年針對重度失能老人訂出收容與收費方式。由於稅收支出不斷上升，法國逐漸發展出健康、社會、家庭三大社會方案，健康方案中包含老人的醫療支出，家庭協助方案提供住宿補助，採取類似社會保險的國民連帶基金是由僱主和員工相對提撥並加上政府稅收，來支付因社會給付還無法達到生活水準的老人生活津貼，。

在法國，保障老年人的最低所得水準、降低居住環境障礙、收容無法自立的老人，是發展長期照顧重要的理念。政府是主要的推動力量，地方縣政府為執行單位，設有高齡委員會，負責協調社福中心、老年年金局、疾病保險局、家庭津貼局及其他相關服務能統合與調整（葉至誠，2012）。稅收支付基本的社會給付，不足之處成立國民連動基金，支付老人生活津貼，因支付增加，地方

政府也增加老人特別津貼與獨自津貼加以補充。實施住宅津貼改善環境。機構式照顧由醫療養護中心轉為老人住宅、老人之家，政府在財務分配上，著重於機構照顧。

## 三、奧地利

二次世界大戰後，奧地利已有戰爭受害者或政治受迫害者的社會補償制度，並擴及軍事、犯罪、疫苗注射的受害者；然而身心障礙者並沒有津貼的請求權，身心障礙團體提出「同樣需求應有同樣待遇」。到了 1980 年代，公務員保障優於其他，而居家或社區照顧費用昂貴，多數人無法負擔而陷入貧窮，同時機構式照顧不符在地老化的期待。1990 年代奧地利社會保險費率與所得稅捐已過高，奧地利政府決定脫離路徑依賴，發展了長期照顧津貼。奧地利是主張普及主義、國家完全責任以及公民權的行使，經由身心障礙團體倡權推動之下，1993 年 7 月通過聯邦照顧津貼法，以全民為照顧對象，包含合法居留者，並沒有年齡限制。甚至立法指出，人民符合條件而政府不提供照顧服務者，可向勞動社會法院提起告訴（黃全慶，2010）。

奧地利的長期照顧制度具有普及性、不須資產調查、額度大方、自由使用照顧津貼、控制最少的國家之一（黃全慶，2010）。如此一來，增加照顧需求者購買照顧服務的能力，促進照顧服務產業的發展，同時增加許多就業機會，減少政府行政成本，減輕家庭負擔，增加在地老化的可能。然而也出現許多家屬擔任家庭照顧者的角色，尤其是女性照顧者為多數，使家庭中的女性喪失個人職涯的發展機會。因為津貼不足購買服務，許

多人聘用收費低廉的外籍看護擔任照顧者，但有不合法的爭議。如此說來，政府立意雖好，但民眾批評政府只提供現金津貼，沒有實質的照顧服務，政府提供的醫療、法律、照顧等專業服務太少，所以還是得不到服務。近年來奧地利政府開始安排社工員訪視評估居家照顧實際情形以確保品質，提高照顧津貼額度，擴建福利服務措施，保障照顧家屬權益等等作為。

## 參、採用保險制的國家

### 一、日本

日本是人口老化最嚴重的國家，60 歲以上的長者佔總人口數的 31%（行政院經濟建設委員會，2012）。追溯自 1946 年頒布新憲法，奠定了從恩惠的時代來到重視國民權利的社會福利基礎，尤其是對生存權的重視（周世珍，2007）。過去，老人福利法服務種類由政府決定，使用者沒有選擇自由；再者，老人保健法造成照顧需求者入住一般醫院的醫療浪費，因此日本實施介護保險法企圖整合老人福利法與老人保健法兩者。在 1989 年，日本政府提出「長者健康與福利促進十年策略計畫」，又稱為「黃金計畫」，規劃老人長期照顧需求。1997 年通過介護保險法，2000 年開始依法實施 40 歲以上國民強制性長期照顧保險。在這之前，對於老人長期照顧，只是對弱勢長者的社會福利或公共救助，只幫助需要長照的中低收入老人。政府認為長照的成本早已經存在，只是轉移到健保及各級政府，而且實施長照保險可以將原本零散的照顧體系整合，有助於照顧品質改

善，並平等地照顧到每一位需要的長者。還有，政府預估初期使用長期照顧的比例應該不高，因此可以積存一些資金。在這些社會背景、考量及假設上，日本才實施長照保險制度。

日本長照制度是分階段進行的。以各級政府為計畫執行基礎，考慮到因地制宜的差異發展，整合各種資源有效而多元的福利服務，長期照顧服務的財源一半來自長照保險的保費，一半來自政府挹注，保障了 65 歲以上的長者依需求評估可以使用全部的服務。比較可惜的是日本在規劃長期照顧制度時，從頭到尾都不考慮同時整合身心障礙者的介護制度，至於負責執行的地方政府的介護服務是否稱職值得觀察，各介護服務機構的狀況差異性很大。

日本政府認為各地方政府長照服務規模與能力參差不齊是可以想見的，並不打算干預地方政府自主性；近年來發展「廣域聯合」策略，鼓勵弱小地方政府合併辦理，使長期照顧服務更周全，不失為一很好的解決方法。

日本的長照制度是一種強制性且以年齡為基礎的社會保險，每位 40 歲以上國民依法都要投保及繳交保費。只有國家辦理，沒有私人商業保險。經費一半來自保費，另外一半來自三級政府的稅收（中央政府 25%、省政府及市政府各 12.5%）。受益人有兩種，一種是 65 歲以上且有長照需要的長者，另一種是 40-64 歲且具有因為與年齡有關疾病（如失智、巴金森氏症等）所導致需要長照的個案（葉至誠，2012）。40-64 歲的國民若因意外事故導致失能需要的長期照顧需求仍然不屬於給付範圍。但是 2003 年以後，以支援費

制度開放身心障礙者購買服務，同時政府給予部分補助，導入「利用者負擔」的量能機制，將可能考慮將身心障礙者也全數納入介護保險（周世珍，2007）。在地方政府雖然同時執行長期照顧與健保，但是卻是分開的系統，各有獨立區分的經費預算。保險受益人的認定是由市政府派專業人員到申請人居住地點進行鑑定，每半年進行一次實地鑑定，指派一位照護管理者，擬定照護計畫。至於給付則僅限於給專業照護機構及人員，偏重機構式的照護。

日本政府可能低估了長照保險開辦之後的需求及財務壓力，進而擬定全國一致的給付標準，設立長照保險的安定基金。近年來，更是著重於對長照保險經營虧損的地方政府給予補助。

## 二、德國

1973年，老年人口比率達14%，長期照顧問題受到重視。但因為資源不足且支出龐大，需照顧者容易陷入貧窮，仰賴社會救助維生。政府陸續提出三項政策：1988年「健康改革法」、1990年租稅改革、1992年年金改革，減輕個案與家庭內照顧者的負擔（江清謙，2009）。德國是全世界第一個實施長照保險制度的國家。發展長照保險之前德國的照顧需求由社會救助體系提供，當時財政困難，右派政治思潮質疑社會保險制度的存續，德國人口高齡化，家庭結構變化，家庭支持能力脆弱化，失業率惡化，國債高築，社會救助人數多且分受不同制度規範，有違公平原則，民眾因照顧費用過高而淪為低收等社會亂象…，1994年才終於通過長照保險

法。德國本於社會風險事故應由公共集體力量協助並有個人負責、給付正義的社會保險概念，並且保險架構是建立在個人勞動市場的地位上。所有有照顧需求的失能者，都是長照保險的給付對象，從保險原理來看，長期失能/身心障礙是每個人不願意且較無法預測的狀況，所以有投保意願且認定較為客觀。

德國的健保與長照保險制度是分開的，具備了即時、合乎品質要求、兼顧個別需求的滿足、相對低保費、獲得制度信任、創造就業機會、發展照服產業與輔具工業、開放納保選擇權、多元給付選擇權（林志鴻，2008）。但是被詬病的是欠缺風險與財務分攤機制，高所得家戶持續流出健保體系達15%，對照顧服務的支付價格壓抑，照顧服務提供者的工作環境與待遇較差，壓低價格自然影響服務品質。從另一個角度觀察，人民從出生到死亡都由國家照顧，生活過於安逸，社會沒有生氣。

德國的長照保險具有強制性，保費由雇主與受雇者各支付50%，採隨收隨付制。政府只做低收保費補助及小額照顧機構投資，實物給付與現金給付混合，提供機構式、社區式、以及居家照顧等多元給付方式（林志鴻，2008）。政府建立財務節約檢查機制，並不提供輕度需求給付。保險費率由國會訂定，無子女多負擔0.25%費率，每三年依物價調整一次。非長達6個月的照顧需求仍可經由社會救助法補充，使保費的收支有正常的連動；2008年增加志工給付、家屬津貼，藉以鼓勵女性擔任照顧者。近年來政府將長照責任下放地方政府，形成地方差異，產生照顧不平等的問題，因此才開始訂定全國統一

指標，以補助款的撥放審核來要求地方政府遵守。

特別值得一提的是德國政府認為鼓勵居家照顧可以降低成本，也創造了 7 萬個新工作給非專業照顧者。大量使用非專業照顧人員，品質難一致；所以由專業護理人員定期家訪、現場指導及提供諮詢。如此一來，照護機構使用率偏低，機構設施閒置。至於預防及復健項目仍在健保的給付範圍內，不由長照保險給付，這兩項也是長期照護個案經常使用的服務，因此對個案及照顧者有所不便，因為有些服務於長照保險給付，有些需求是健保給付。

### 三、韓國

2000 年韓國進入高齡化國家，人口老化快速、少子化現象、老人醫療支出過高有拖累健保的疑慮，政府基於孝道式微的社會趨勢，認為老人照顧需由國家協助，遂開始研擬長照保險制度。保健福祉家族部進行基礎研究，提出中長期計畫，促使政府決心分議題形成、正式研擬、最終定案三階段進行。

2007 通過立法，2008 實施老人長期療養保險法，20 歲以上健保投保人為保險對象，給付 65 歲以上或未滿 65 歲有老人慢性疾病者，排除 64 歲以下的身心障礙者。

韓國的長照制度以居家照顧為給付基礎，能與家人共同生活，老人因老化疾病難以維持日常生活者經過評估能使用此服務；政府部門則由諮詢委員會與保健福祉家族部共同建構制度，以日本介護法為範本採用德國運作模式，居家給付、機構照顧給付、現金給付三種。保費由政府 37%、納保人 53%、使用者自付額 10%組成。採取一元化管理，國民健康保險公團為保險人，與健保統一徵收分帳管理，職員負責照顧計畫擬定執行與管理，弱化地方政府能力（呂慧芬、趙美敬，2009）。制度訂定之初，國會、地方政府與社會大眾參與很少，社會關注不足，沒有感受照顧需求的迫切，保險公團的承辦能力倍受質疑，給付門檻很高、社會大眾認同低；而且，照顧設施不足，照顧人員專業素質不一、社會地位也不高……等等問題。

國家	瑞典	法國	奧地利	日本	德國	韓國
制度	稅賦制	稅賦制	稅賦制	保險制	保險制	保險制
發展原因	1982 年社服法案	最早高齡化國家 1975 年社福法案	1980 身障團體提出「相同需求應相同待遇」	人口老化最快 1989 黃金計畫	社會救助過高	擔心老人醫療影響健保
發展理念	(1) 國家責任 (2) 公民權行使	(1) 國家責任 (2) 公民權行使	(1) 國家責任 (2) 公民權行使	1946 新憲法「從恩惠到權利」	社會風險由公共集體力量協助。	老人照顧需國家協助。
推動力量	政府	政府	身障團體	政府	政府	政府
投保對象	全民	全民	全民	40 歲以上	全民	20 歲以上

國家	瑞典	法國	奧地利	日本	德國	韓國
給付對象	全民	65 歲以上老人	全民	65 歲以上 65 歲以下老人 慢性病	全民	65 歲以上或 65 歲以下老人慢性 性病
開始時間	1983	1975	1993	2000	1995	2008
特色	(1) 地方政府自負盈虧	(1) 地方政府執行 (2) 高齡委員會 協調社福中心、老年年金局、疾病保險局、家庭津貼局 (3) 保障最低所得、降低居住障礙、收容失依老人	(1) 充分自主 (2) 高度公平 (3) 保障弱勢	(1) 強制保險 (2) 健保分開 (3) 區域差異、廣域聯合 (4) 年齡基礎	(1) 強制保險 (2) 與健保分開 (3) 減少逆選擇與道德危害 (4) 大量給付非專業照顧者	(1) 一元化管理 (2) 與健保統一徵收分帳管理 (3) 居家照顧為給付基礎
優點	(1) 可近性 (2) 普遍性	政府統籌	(1) 普遍性，不須資產調查 (2) 額度大方，控制最少	(1) 每半年實地鑑定 (2) 偏重機構式照顧	(1) 開放納保選擇權 (2) 多元給付選擇權。	提早立法因應老化。
缺點	不重家庭責任	稅收支付困難	(1) 重現金、輕服務 (2) 照顧女性化 (3) 照顧品質不一	(1) 未納身心障礙者 (2) 低估財務壓力	(1) 缺風險與財務分攤機制 (2) 地方差異 (3) 照顧品質不一	(1) 未納身心障礙者 (2) 弱化地方政府能力 (3) 社會大眾認同低。

(稅賦制國家與保險制國家之比較整理，資料來源：作者整理)

## 肆、他山之石

### 一、臺灣長照政策發展

我國長期照顧的概念在禮記禮運大同篇就提到「老有所終」的觀念。因應人口快速老化，需照顧人口急速增加，家庭照顧能力弱化，長照資源供給與可近性不足、品質不

一，而家庭照顧者壓力很高，國家財政負擔沉重，衛生署成立長照保險籌備小組推動立法（李玉春，2012）。1986 年「中老年疾病防治四年計畫」，算是臺灣長期照護的起頭，可以看出臺灣的長期照顧是從醫療角度去思考與規劃的。接著 1991 年加強復健醫療和長期照護服務；1995 年，衛生署提出長期照護

需求與服務體系政策分析，同年開辦了全民健保。1997 年身保法修法納入長期照護機構；1998 年推行「老人長期照護三年計畫」，開始試辦長照管理中心，衛生署發表衛生白皮書，提出居家與社區照顧為主、機構為輔的發展重點。2000 年行政院社會福利委員會再推「臺灣長照先導計畫」。2002 年「照顧服務福利與產業發展方案」、2005 年「六星計畫」、2007 年推動長期照顧十年計畫。

內政部（2009）依據老人生活狀況調查報告，規劃出照顧服務補助標準、居家護理、社區及居家復健、輔具服務與居家環境改善服務、老人營養服務、喘息服務、交通、機構服務及待開發服務方案等，共九項的服務規劃。由此可以看出長照服務的周延與發展正在逐步的前進。

根據政府的規畫，我國未來的長期照顧保險是採用社會保險，全民納保，中央健保局承辦，以服務給付為主、但家屬自行照顧亦得請領給付；給付內容包括居家、社區及機構式照護，服務使用者除繳交 10% 的部分負擔外，還可能有自付的費用（李玉春，2012）。這樣的政策架構幾乎與全民健保的輪廓完全一樣，也證實了經濟學與社會科學所指出的途徑依賴。

目前，我國長期照顧保險制度尚未立法，目前的規劃是以健保局為惟一保險人，財源和財務負擔比例雙保一致，便於徵收但財務獨立，有三年等待期，運用強化財務責任制度，徵收財務部分提存、十年平衡費率，每三年依公式定期調整費率，有收支連動調整機制；需要經過評估才能獲得給付，而給付項目以基本服務為主。未來，透過長期照

顧政策的推動，朝向建構完整社會安全網，滿足全體國民的需求；帶動長期照顧相關產業發展，提高 GDP 成長率，創造就業機會，紓解因產業轉型而造成的失業問題，漸進的改革有機會逐漸建構合乎民眾期待之長照體系（李玉春，2012）。

## 二、值得臺灣借鏡之處

稅賦制國家多將身心障礙者的照顧需求一併納入，實施保險制的德國亦是如此。日本與韓國在實施長照保險後，都重新評估納入身心障礙者照顧需求的必要性，這樣的結果值得我們參考。顯然在立法之初排除身心障礙者的照顧需求，雖另有其他福利法規支應，但整體國民的照顧需求應整合與考量，因此在長照保險開辦後，都傾向重新檢討將身心障礙者的需求納入長照保險的給付範圍。目前我國籌備小組的規劃中，強調長照保險與保健、醫療、健保及福利體系無縫接軌，將老人、精神病患、醫療需求者與身心障礙者都涵蓋在長照保險的範圍，這是可喜之處，顯見籌備小組亦注意長期照顧需求族群非僅有年老長輩，只是實際立法時，是否會考量財政而限制部分需求者的權益以減少給付，就是未來讓人關心的問題了，筆者基於實務工作於身障場域的瞭解，不免要呼籲身心障礙者的照顧需求應被重視，亦期待政府在參考他國經驗後，能真正落實整體國民之照顧需求於未來的長照制度之中。

原來，女性照顧者與外籍照顧人力運用的問題不單是臺灣獨有，顯然在奧地利，與臺灣一樣大量運用外籍看護以及照顧給付現金不足以支撐家庭聘用本籍看護，家庭沒有

經濟能力者，只好冒險聘用品質沒有保障的外籍看護；在臺灣外籍看護較本籍看護便宜，國人使用外籍看護行之有年，未來在長照保險給付上是否能考量現況？而德國對家庭非專業照顧者提供報酬、協助加保職業年金以及進修機會等等支持，不禁讓我們必須思考，是否臺灣也能朝認真對待家事工作者或家庭照顧者的權益保障的方向努力，而不是將家庭成員評估為現成照顧能力而影響需求者使用服務的權利。

無論是稅賦制或保險制國家，多數國家的政策方向是分權於地方，我國長照保險目前規劃依循健保施行路徑，仍以中央統籌較為容易，不禁會想各國一致朝分權化、地方化的政策發展，必然有其行政便捷與服務可近性的考量，長照制度實施後，若諸多實施細節都需由中央統籌，在行政上的浪費也是可以想見的，那麼規劃之初去預見未來，是否也需逐步朝地方化推動？

在韓國的經驗中，凸顯了政府的政策方向未獲得多數的社會認同。李玉春（2012）指出，根據「行政院衛生署 100 年長期照護保險民意調查報告」，100 年 4 月、6 月、9 月、12 月共四次，每一季的民調中，顯示分別有 78%、74%、82%、77% 民眾是贊成政府規劃長照保險，並且 76%、80%、81%、81% 民眾支持四年內開辦長照保險。然而，實際瞭解長照保險內容的民眾少之又少，籌備過程政府對社會大眾的宣導與說明不足，甚至企業部門亦不知在政策中部分負擔的角色，雖然許多規劃立意良好，又能提出高比率的民調支持率，但是不禁讓人擔心是否也如韓國立法過程，未真正反映出社會認同問題。

## 伍、結語

目前我國人口老化加速，確實急需落實照顧政策與健全照顧體系，殷切期待能早日立法解決全體民眾之照顧需要。將來長照保險法通過立法實施，預計會有幾個轉變：

### 一、不再是福利的思維

長照保險實施後，長照機構將被納入公共領域，受到來自民眾、社會、媒體、政府的批評與監督，自主性逐漸縮小。以前非營利機構在提供長照服務時，會受到社會大眾的肯定與感謝，但是長照保險實施後長照服務的提供不是福利輸送而是保險理賠，是屬於法定責任，民眾將視為理所當然，對於保險所給付的服務品質有所期待與批評，這是長照機構必須要有的心理準備。

### 二、不再是委託案作法

目前長期照顧服務是由政府以委託案方式委由民間非營利組織提供服務，未來長照保險的保險人是中央健保局，長照服務是一種需求評估與照顧服務給付的系統，恐怕當前長照服務機構的專業人員工作思維與工作流程都需有所因應；健保局最擅長的就是費用審查與管控，有強大的資訊處理能力，我相信長照保險推動後，長照機構也必須強化自己的資訊能力，才能執行電子申報以及相關的服務資料統整。此外，長照保險應該也會如同全民健保經常有新的管控措施實施，長照機構為因應這種變革，恐需在資訊與管理人才有所投資才行，對目前以中小型規模為主的長期照顧機構而言，將是沉重的負擔。

### 三、不容易獲得社會共識

以全民健保的經驗來看，全民健保是整合農保、勞保、公保等體系，且是人人可用，所以民眾繳費意願較高。長照保險對主要繳保費的人是目前的工作人口與雇主，如果一二十年以後才用得到照顧給付，要不是有高度的社會共識，推展起來必定艱難，也缺乏社會正義的基礎。但是目前民眾對於勞保、公保、軍保的信任都逐漸降低，此時要再向社會青、中年代的大眾說明長期繳交長照保費卻暫時使用不到的情形，恐怕是很難獲得支持。

### 四、不單是需求評估而已

長照保險實施後，個案失能程度及需求的認定標準比較模糊，不同的評估者可能有不一樣的判斷，現有的居家服務、送餐、居家環境打掃、居家復健等服務在納入長照保險後，會不會容易誘發大幅的需求？因此，可能民眾基於對自己長照給付的最大化而質疑照管專員所進行的評估是否精準，勢必衍

生許多申訴案件，當爭議產生時，如何健全配套措施與評估標準化，又是另一個重要議題。

目前我國老人照顧服務規模仍不能滿足市場需求，很多長輩等不到服務或是等不到需求評估，這種情形與日、韓兩國推動長照保險初期的困境是一致的；至於照顧人員的證照制度與專業人員社會地位不高、不容易找到照顧人力的問題，也與瑞典或奧地利等國相似。既然已有許多先進國家前後建制長照制度，無論是稅賦制或保險制國家，其實施過程的優缺點與演變都是非常值得我們更多思考，使我國推動長照制度時，能記取前車之鑑、減少社會成本的浪費、縮短摸索與陣痛期、真正落實長照制度，實為民眾的福氣了。

（本文作者為陽光社會福利基金會社工督導、東吳大學社工系碩士班學生）

**關鍵詞：**長期照顧，長照保險法，稅賦制，保險制

### 📖 參考文獻

- 行政院經建會（2011）。內政統計年報：戶政人口年齡分配。<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>
- 行政院經建會（2012）。全球人口老化的衝擊與因應。
- 內政部（2009）。中華民國 98 年老人生活狀況調查報告。
- 李玉春（2012）。長照保險與長照服務法規劃。2012 年社會福利與社工發展研討會，社工師聯合會主辦。
- 葉志誠（2012）。老人長照政策。揚智出版社。
- 沈珍榮（2010）。韓國老人長期療養保險制度形成之研究-給臺灣的啓示。臺灣大學社會工作學研究所學位論文。
- 黃全慶（2010）。以照顧津貼為導向的長期照顧制度對家庭照顧者的影響：以奧地利長期照顧

- 制度為例。朝陽人文社會學刊。
- 江清謙（2009）。德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究。行政院經濟建設委員會委託。
- 呂慧芬、趙美敬（2009）。韓國啟動長期照顧保險機制：老人長期療養保險。臺灣社會福利學刊。
- 林志鴻（2008）。德國長期照顧制度之發展、現況及未來。研考雙月刊。
- 周怡君、林志鴻（2008）。從德國最新健保改革論其對德國社會保險典範轉變之意義。社會政策與社會工作學刊 12 卷 1 期。
- 周世珍（2007）。日本介護保障法制及其基本理念之發展。明新學報。
- 吳淑瓊（2005）。人口老化與長期照護政策。國家政策季刊，第 4 卷第 4 期 P5-24。