

各國長期照護財務機制與實施經驗之探討

葉秀珍

一、前言

我國自1993年以後已進入人口老化國家之林，全國六十五歲以上之人口已超過百分之七之總人口比例，以老化程度而言，僅需二十八年時間，六十五歲以上人口比例即可從7%增加一倍為14%，老化速度堪稱世界第二位，僅次於日本，與歐美工業化國家相較，我國人口老化速度約快二十年以上。國人近年來對長期照護之需求與日俱增，除與「人口結構高齡化」以及「疾病型態慢性化」密切相關外，家庭結構變遷造成核心家庭、雙薪家庭以及單親家庭比例增加，婦女勞動參與率上升，代間居住安排型態之轉變，獨居老人比例之增加，物價指數之上揚，以及對醫療品質期望之提升，嚴重挑戰家庭是否能繼續維持其傳統上全方位之照護功能。在此背景下，國人對長期照護之殷切需求恐會有增無減（衛生署，1996；石曜堂等，1996；邱亨嘉等，1996；吳淑瓊等，1998），其為當前重要之社會政策議題不言可喻。

本研究之目的主要在透過探討當前世界各主要工業化國家實施長期照護政策之經驗，從財務機制觀點探討，希望藉由各國經驗之檢視，提供我國未來規劃長期照護體系之政策參考。由於各OECD國家在形塑其福利政策之歷程中各有其文化傳統與福利哲學，在因應其老年人口之長期照護需求上，各有不同之政策方案與財源籌措方式，惟為便於以下之討論，大致上吾人可將OECD國家針對長期照護之財源籌措方式區分為三大類型：(1)以社會保險方式支付長期照護；(2)以一般稅收支付長期照護；(3)以私人付費支付長期照護（OECD，1996）。值得一提的是，雖然長期照護之財源籌措方式包括以上三大類型，但OECD國家大多採

納二種以上之財源籌措方式，國與國之差異主要在於財源籌措組合在比重上之差異。

二、長期照護各國實施經驗

(一) 北歐國家

根據Esping-Andersen (1990) 之分類，福利國家大致可區分為三大範型 (welfare-state regime)，「北歐模式」(Scandinavian model) 強調的是普遍的可近性、重分配機制與高水平的福利與服務提供，並透過一般稅收由國家提供所得安全與福利服務。與北歐模式極為不同的是以美國為典型代表之「自由主義模式」(liberal regime)，此模式國家僅針對個人力有未逮之範疇，提供殘補式之福利。介乎以上兩種極端範型之間則為歐陸國家之「保守組合主義模式」(conservative corporatist model)，其社會保險架構主要建立在個人之勞動市場地位 (status on the labor market)。就老人政策言之，北歐模式之特點在於強調老年人口之所得安全與老年照護服務之提供，兩者均由公部門主導。在北歐模式下，國民年金 (National Old Age Pension) 係基於普遍性原則與居住地區 (residence)，而非個人之工作身份 (employment)；此外，老年照護服務絕大多數係由公部門提供，此點與其他OECD國家相當程度倚賴外包方式 (contracted out) 以及家庭成員提供老年照護頗為不同 (Daatland, 1996)。

基本上，大多數OECD國家老年照護服務之提供都同時來自公私部門 (public-private mix)，但在北歐國家係以公部門為最主要提供者，提供項目同時包括居家照護與機構式服務，其福利政策理念強調照護服務應容許窮人與富人均能平等享用，因此北歐國家刻意抑制市場機制之成長，營利之私部門只扮演極次要之角色。老年照護一般分為三種類型：機構式照護、庇護之家以及居家照護。老年照護傳統上均由地方政府提供，因此不同自治區 (municipalities) 在服務提供之組合與數量均有相當大差異；惟地區間最主要之共同特色在於醫療照護與社會服務 (health and social services) 均整合為同一體系，透過中央與地方稅收來支付；因此，無論案主 (clients) 是否付稅，任何人都得使用醫療或社會服務。機構照護之使用者必須付費，數額約其個人所得之75%，至於居家照護多屬免費提供，或僅收取極小費用。整體而言，北歐國家機構式服務之使用率並非特別高，而居家照護服務之使用率則相當高

式支付長期照護服務。以1995/1996年度長期照護支出結構來看，「國民保健服務」之支出佔率為23%，社會服務部門（中央與地方合計）之支出為41%；換言之，長期照護之政府支出共佔64%。至於民間支出則佔36%，其中民眾個人自費佔20%，個人部分負擔佔16%。英國長期照護大致可分為在宅照護（Domiciliary Care）以及機構照護（Institutional Care），以1995/1996年度為例，在270萬長期照護使用者當中，有八成六係使用在宅照護，而僅一成四係使用機構照護。以上係從照護項目之使用者佔率來看，若從支付結構來看，1995/1996年度之長期照護總費用中，在宅照護僅佔四分之一，而有四分之三係用來支付機構照護，由此可見在宅照護使用者眾，卻花費較少，機構照護使用者較少，卻花費昂貴。就財務來源來看，在宅照護之總支出中，政府支出佔絕大多數（82.4%），而民間支出僅佔少數（17.7%）；相對來看，機構照護之總支出中，有相當比例來自民間支出（42.1%），政府支出佔不到六成（57.9%）（沈茂庭，1999）。

英國機構式照護依不同性質分別由NHS與地方政府提供服務，其中急性醫院照護在NHS架構下，使用者不必付費，但長期醫院照護必須由使用者之國民基礎年金（basic state pension）中扣除百分八十以支付費用，其餘百分之二十保留為個人支出用途。至於地方政府所屬照護機構之費用收取係自低收入使用者基礎年金中扣除80%支付部分費用，其餘費用則由中央政府之block grant與地方稅收來支付，機構照護使用者之所得與資產若超過社會救助標準則必須自行付費。私人照護機構之費用雖然自1980年以後透過「補充津貼」（須經資產調查）可支付部分照顧費用，惟津貼額度自1985年以後不得超過中央政府所定上限，私人照護機構之使用者依規定必須由其基礎年金之百分之八十支付照護費用。根據相關統計數字1985至1986年間英國私人護理之家之照護費用有一半以上係由住民與其家人所直接負擔。關於社區與居家照護之財源籌措，NHS所提供之社區保健服務係由中央政府之稅收支付，使用者不必付費，至於地方政府提供之社會服務，使用者通常必須付費，費用負擔額度隨不同地區而異，此係針對較高所得者而言，若屬低收入者，地方政府所提供之社會服務則屬免費（OECD，1996）。

1989年11月英國政府發表長期照護白皮書（White Paper），其後並於1990年通過「國民保健服務與社區照護法案」（National Health Service and Community Care Act），這項立法於1992年與1993年分二階段實施。這項改革主要重點首推1993年4月所實施之新制將長期照

(Daatland, 1996)。

1980年代為因應經濟不景氣，北歐國家在長期照護政策上有兩大改革方針，其一為強調分權化並將長期照護交由地方政府負責整合、規劃與實施，中央政府則加強成本控制與監督。其二為block grants新制度之實施，以瑞典為例，在1992年以前各類型照護服務係接受政府之特定補助款 (earmarked public subsidies)，其額度係決定於照護人力供給之數量以及各類服務之數量。自1992年元月起開始實施block grants新制，其數額係由地區特性如老年人口數目等來決定，此新制度迫使地方自治區必須審慎分配經費，以最符合經濟效益方式滿足案主最迫切之需求。北歐國家包括挪威、瑞典、丹麥雖在長期照護政策上有諸多共同特點，但在發展方針上亦逐漸出現兩種不同模式，其中挪威屬於較傳統之模式，強調監護主義 (custodialism) 與醫療化意識型態 (medical ideology)，主要發展重點在機構照護 (尤指護理之家) 與醫療化照護 (a medical model of care)。與之相對的為丹麥之新型模式，將老年人視為公民 (citizens) 而非病人 (patients)，強調促進復健以及協助自助 (help to self-help)，尤其著重在居家照護、社區照護以及庇護之家。瑞典可謂介乎傳統與新型模式二者之間，其傳統模式色彩在於其與挪威同樣強調醫療化意識型態，但另一方面卻又如丹麥同樣致力發展居家照護與庇護之家之提供 (Daatland, 1996)。

(二) 英國

英國長期照護最主要之執行責任在地方當局 (Local Authority)，其為具民意基礎之機構，有權決定中央撥補預算中用於地方社會照護服務之預算比例。長期照護另一次要執行責任則在「國民保健服務」，其係中央政府主掌業務，無論在財源或執行上均透過中央政府下達地方衛生局 (Health Authority)。「國民健康服務」基於提供持續照護服務 (Continuing Care)，其長期照護之提供項目主要包括護理之家、長期醫院、社區護理、以及日間照護等。英國長期照護涵蓋範圍相當廣，其財務來源亦相當多元，其中包括中央政府之一般稅收、地方政府之稅收、社會安全部門提供之現金給付以及「國民保健服務」所提供之服務，以上係為政府支出，至於民間支出則包括慈善機構、民眾個人自費以及個人部分負擔 (沈茂庭，1999)。

基本上中央政府對地方當局之經費補助來自一般稅收，除此之外，地方當局得自行徵收地方稅以開闢財源。而社會安全部門所提供之現金給付如退休金、寡婦津貼、殘障津貼、住宅津貼等，或以直接或間接方

護財務責任由中央政府移轉至地方政府，其次則為照護使用者選擇權與自主性 (choice and independence) 之提升。因此，自1993年4月起中央政府不再依據照護提供量補助地方政府，而係依據地區人口與社會特質以Block Grants方式補助地方政府，財政赤字則須地方政府自行吸納。另一方面，英國政府亦延續NHS改革特點，強調服務供給者 (provider) 與購買者 (purchaser) 之角色分離，地方政府必須盡量運用私部門之照護提供(OECD, 1996)。

(三) 加拿大

加拿大健康照護體制係由十個省分 (provinces) 與二個轄地 (territories) 之健康保險共同組成，其中各個健康保險均建立在普遍主義基礎並由公共財源支付，因此整體上各省及轄地之健康保險可視為一全民健康保險體系，因為各省 (轄地) 之健保架構均須符合聯邦政府所定之統一標準。1966年加拿大「醫療照護法案」(Medical Care Act) 之訂定，確定其健保體系之五大原則：(1) 普遍性保障 (universal coverage)；(2) 廣泛性醫療服務 (comprehensive)；(3) 無財務障礙之合理可近性 (reasonable access without financial barriers)；(4) 醫療保障之移轉性 (portability of coverage)；以及(5) 公部門主導之健保體系 (public administration of insurance plans) (OECD, 1996)。

加拿大長期照護服務之提供係開放給所有公民，沒有年齡限制，服務項目包括機構式與居家照護服務，惟事實上使用者仍以老年人居大多數。加拿大老年照護服務在使用上係以居家照護佔大多數約84%，機構式照護僅佔16%；此外，非正式照護為長期照護服務提供之主流，約佔八成左右，且多來自家庭成員與朋友之服務提供。在加拿大無論醫療服務、社會服務以及長期照護服務，其財源均來自一般稅收，其中政府稅收對長期照護之支付係分別透過三種政策方案，其一是由「保險健康服務」方案 (Insured Health Services programme) 支付門診、急慢性照護與復健之費用；其二是由「長期健康照護服務」方案 (Extended Health Care Services program) 支付機構式照護與專業居家護理照護之費用；其三是由「加拿大協助計畫」(Canada Assistance Plan) 補助特殊照護設施與家庭協助服務 (home support services) (OECD, 1996)。

機構式長期照護之服務提供在加拿大各省間存在相當程度之差異，原本係根據機構設施類別 (type of facility) 或病床類別 (type of bed)

支付其長期照護費用，惟自1970年代以來部分省分（Manitoba、British Columbia、Saskatchewan）陸續採納新制，改以住民（resident）照護需求水準為支付標準。由於1984年「加拿大健康法案」（Canada Health Act）規定健康照護不得要求使用者付費（user fees），否則將導致財務懲罰，因此凡涉及醫療需要之健康照護（包括長期照護），使用者不必付任何費用，惟住宿費部分仍須自付；另外機構住民若欲使用標準設備以外之服務（如私人房間、洗衣、有線電視）則需額外收費。加拿大絕大多數護理之家係私有營利機構，惟機構住民若基於醫療需要住進護理之家則不必付費，其費用係由各省補助款直接支付該護理之家（OECD，1996）。

整體言之，加拿大長期照護之實施經驗可歸納出以下三項特點。首先，加拿大之長期照護體系由於全民健保之醫療體系吸納大部分之健康資源，其最初之發展主要被定位為替代醫院之解決方案，因此在長期照護資源之分配上具有相當強烈之醫療化與機構化之取向。1977年加拿大由於面臨經濟衰退以及醫療費用急遽上漲之雙重壓力，進行財稅改革，其中護理之家首先成為長期照護之給付項目，目前加拿大95%以上人口皆受到護理之家服務之照護保障，因此加拿大長期照護體系之第一項特色在於普及式養護機構之照護保障。其次，加拿大長期照護體系由於受到其全民健保五大原則之影響，採取普遍性原則，因此照護體系之付費原則係依使用者之付費能力而定，以消除照護使用之財務障礙。換言之，加拿大之照護體系在確保基本照護服務之提供，使其不致因個人自費影響使用者之生活品質。第三，加拿大各省之長期照護政策在總額預算制以及行政決策地方化之實施下，有效地結合民間資源，發展多元化之社區照護服務，雖仍處於實驗階段，仍可謂各省未來照護改革之方向（王增勇，1999）。

（四）德國

德國與許多OECD國家相同，亦面臨與日俱增之長期照護需求以及相關之財務壓力，直到1993年德國國民若財力許可，無論是居家照護或機構照護都必須由當事人自費，或由個人購買之私人長期照護保險支付，而低所得者若非由其家人支付長期照護費用，僅能透過地方政府之社會津貼（social benefits）支付其照護費用，因此德國護理之家住民大約80%必須仰賴社會津貼支付部分照護費用，而1993年德國社會津貼支出中，約三分之一係用以支付長期照護費用。這些數據顯示長期照護費用不僅對個人造成相當沈重之財務負擔（相當高比例人口需耗盡家產

方能透過社會救助方式支付其費用)，對於提供社會津貼之地方政府亦形成極大之財政壓力，加上地方政府透過增稅開闢財源之可能性並不高，使得政府財政赤字問題益形嚴重，在如此背景下，德國政府決定開辦社會長期照護保險以因應民間對長期照護之迫切需求與其相關之財政壓力 (Gotting, Haug and Hinrichs, 1994; Goerke, 1996)。

德國「社會長期照護保險」(Social Dependency Insurance, SDI) 係分二階段實施，第一階段起自1995年1月1日，給付範圍僅包括居家照護；第二階段起自1996年4月1日，給付範圍擴及機構式照護。在財源籌措上，德國社會長期照護保險所成立之照護基金 (dependency care funds) 係與既有法定疾病基金各自獨立，但在行政組織與業務執行上仍將透過疾病基金保險公司運作 (Scheil-Adlung, 1995)。保費徵收係採「隨收隨付制」(pay-as-you-go)，所有法定疾病保險 (statutory sickness insurance) 之被保險人均強制加入社會長期照護保險，因此凡受雇者薪資未超過特定上限，其本人與眷屬均納入此保險架構。此外，領退休金者、學生、服役者、失業者、領社會津貼者亦為被保險對象。凡個人所得超過特定上限者，如自雇者以及相當高比例之公務人員，得選擇不加入社會長期照護保險，但必須購買私人長期照護保險。根據此項新制度，德國人口高達99.8%納入公私有部門長期照護保險之保障 (Gotting, Haug and Hinrichs, 1994; Scheil-Adlung, 1995; Goerke, 1996)。

德國長期照護保險 (SDI) 在第一階段實施期間 (1995年1月1日起) 給付居家照護，包括實物給付 (benefits in kind) 以及現金給付。在第二階段實施期間 (1996年7月1日起) 給付項目包括機構式照護，惟機構住宿費必須由當事人自付。無論居家照護或機構照護，SDI之給付額均設有上限，此項機制係為抑制長期照護費用支出過度上揚，亦顯示SDI之設計並不在支付所有照護費用，被保險人本身亦必須負擔一部分財務責任。德國SDI財源來自保費徵收，其中雇主與受雇者各負擔一半保費，1995年1月1日起，保費為1%之薪資稅 (payroll tax)，即雇主與受雇者各負擔0.5%薪資稅，自1996年7月1日起，保費調高為1.7%之薪資稅，即由雇主與受雇者擔0.85%薪資稅。私人長期照護保險公司得依年齡調整保費，但保費額度不得超過法定保險SDI之保費上限。受雇者如係加入私人長期照護保險將能領受雇主之保費補助，補助額度相當於受雇者如加入SDI架構雇主應該負擔之薪資稅額度。至於領退休年金者其保費之一半係由退休年金扣除，另一半保費則由公共退休基金 (public

pension funds) 支付。此外，被保險人之配偶與子女亦為被保險對象，保費負擔不因眷口數多寡而異，而失業者之保費係由失業保險支付 (Scheil-Adlung, 1995; Goerke, 1996)。

德國SDI之保險給付依據照護需要程度之高低區分為三種等級，依次分別為依賴者 (dependent persons)、重度依賴者 (seriously dependent persons) 以及完全依賴者 (totally dependent persons)，其中照護使用者不僅包括老年人，亦包括兒童、精神病患者以及智能障礙者 (Scheil-Adlung, 1995; Goerke, 1996)。具體言之，德國長期照護保險在居家照護之給付上可分為以下八類：

- (1) 實物給付：係指被保險人使用居家照護，再由保險人支付照護提供者之費用，其中實物給付可分為三級，由第一級依次分別為每月750馬克、1800馬克、2800馬克，至於特殊個案之給付最高每月可達3750馬克。
- (2) 現金給付：給付對象為住家內之照護提供者，此照護者不侷限於個案之近親，其中現金給付可區分為三級，由第一級依序分別為每月400馬克、800馬克、1300馬克。
- (3) 混合給付：當個案之實物給付利用未達上限，其差額部分得申請作為現金給付額度。
- (4) 代理照護：家庭照護者一年最多可享有四週休假，在休假期間之照護工作可委由他人代理，其照護支出由保險支付，一年最多2800馬克。
- (5) 日間 / 夜間照護：係指非全天候之機構式照護，保險給付可分為三級，由第一級分別為每月750馬克、1500馬克、2100馬克。
- (6) 短期照護：當暫時無法使用居家或日 (夜) 間照護時，可申請短期之全天候機構式照護，一年最高期限為四週，金額上限為2800馬克。
- (7) 照護課程：提供家庭照顧者相關照護課程，主旨在提升其照護品質。
- (8) 其他：係提供相關照護設備、特殊器材以及室內改裝費用。至於機構式照護之給付，至1997年底可區分為三級，由第一級依序為2000馬克、2500馬克、2800馬克，特殊個案可達3300馬克，差額部分 (包括膳宿支出) 係由當事人自行負擔 (周麗芳, 1999)。

(五) 日本

日本長期照護公共支出之財源主要有二，其一為健康保險之保費收

入，其二為中央與地方政府的一般稅收。健康保險體系所支付之長期照護項目包括醫院照護，「老年醫療服務設施」(Health Services Facilities for the Elderly, HFE)以及護理訪視服務(visiting nursing service)，至於中央與地方稅收支付之項目包括護理之家、照護之家(Care House)、居家照護以及日間照護。醫院照護之提供來自公私立部門，其中私立部門多屬非營利醫療照護基金會。「老年醫療服務設施」之提供來自地方自治區以及非營利基金會。在稅收財源支付項目中，中央政府補助公營護理之家、居家照護以及日間照護百分之五十費用。護理之家以及照護之家之服務提供主要來自非營利社會福利基金會，至於居家照護主要由地方自治區提供(OECD, 1996)。一般而言，日本長期照護之服務提供偏重機構式照護，尤其是長期醫院照護，居家照護與社區照護之提供相對缺乏(Ikegami and Yamada, 1996)。在機構式照護上使用者付費額度隨機構型態以及個人財力(ability to pay)而異，居家照護與日間照護之使用者通常必須付費，額度則依個人所得或服務使用多寡而定(OECD, 1996)。

日本為因應與日俱增之長期照護需求，於1989至1999年實施「老年醫療福利十年計畫」(Ten Year Strategy on Health and Welfare for the Aged)，又稱「黃金計畫」(Gold Plan)，主要目標在擴大護理之家、居家照護以及庇護之家之服務提供。1997年日本通過「公共長期照護保險法案」(Public Long-Term Care Insurance Act)，預訂於2000年正式開辦公共長期照護保險，其中50%財源來自強制性保費徵收，另外50%來自政府稅收，由中央政府負擔50%之稅收，其餘50%稅收由縣(prefectures)與自治區(municipalities)平均分攤。被保險人為40歲以上人口，包括受雇者、自雇者以及領退休金者(pensioners)，其中受雇者之保費係由其薪資扣除，雇主與受雇者各負擔50%保費；領退休金者之保費則由其退休金扣除。除保費繳交外，被保險人於使用照護服務時尚須付10%之部分負擔，惟低收入者的保費與部分負擔則視情況得以減免或免除。保險人為各自治區，包括市、鎮、村之行政當局，其中自治區原本即是自雇者與領退休金者健康保險之承攬人(carriers)，自治區同時為社會服務之主要提供者。由於各自治區之年齡結構不同，為達到社會保險風險分攤之目標，保費財源將匯集交由中央政府統籌運用，透過重分配機制平衡不同自治區之財務負擔(Furuse, 1996; Ikegami, 1997)。

日本公共長期照護保險在給付項目上包括機構式照護與居家照護，

其中機構式照護主要涵蓋老人醫院、HFE、護理之家，居家照護則涵蓋居家協助（home-help services）、護理訪視以及日間照護。照護使用之資格依年齡而異，凡年齡在六十五歲以上者均符合資格，年齡介於40至64歲之人口只有在其罹患與老化相關疾病時，方符合使用資格。至於老化相關疾病之界定標準尚未明訂，但可能限定於老年癡呆症（Alzheimer disease）與腦血管中風（cerebrovascular stroke）。無論社區照護或機構照護，均必須通過身體功能、認知能力以及辨識能力（sensory status）之評估，將案主健康狀況區分為六個等級，照護給付則依不同評估等級而異。值得一提的是，是否有家庭成員之非正式照護並不影響個人取得正式照護之使用資格，就此點言之，日本係採納「北歐模式」之理念，將老年照護之責任歸於國家而非家庭，此點係為紓解日本家庭在老年照護提供上之沉重負擔。此外，長期照護保險並未提供直接現金給付給當事人之家人，現金給付只能用於購買長期照護服務（Furuse, 1996；Ikegami, 1997）。

日本之長期照護保險在2000年實施後，仍有以下六項問題尚待解決：

- (1) 日本之照護保險雖為公辦公營，惟其保險人係由3,255個市町村與特別區公所組成，由於各保險人所訂保險費額不等，造成第一類被保險人除個人付費能力外，必須負擔不同市町村區間在保險費之差異，形成地區間之不公平現象。
- (2) 第二類被保險人的保險單位為1,814個健康保險組合，在照護保險未開辦前，其老人保健之財務負擔已加重，一旦照護保險開辦後，恐將有不少組合會因財務吃緊面臨解散命運。
- (3) 日本照護保險規劃期間預定達到之照護供給人力與設施，在進度上落後甚多，一旦照護保險開辦，恐有供不應求之隱憂。
- (4) 依規定個案若被評定未達照護需要程度者，不得使用機構照護，對於照護保險開辦前已進住機構之個案，雖於開辦後得有五年緩衝期，惟期滿後如何安置這些為數達15,000人之個案，並未有一共識。
- (5) 日本照護保險係排除現金給付方式，惟衡諸既有照護人力不足，實有需要以非正式之家庭照護補專業照護人力之不足，其中鄉間及離島地區之處境尤較城市地區來得迫切，現金給付有其現實面之必要性。
- (6) 日本之照護保險在費用給付之項目分類上相當混亂，有必要進一步

明確區分日常生活費、照護費用以及醫療費用，以確立照護保險給付之責任範圍（吳凱勳，1999）。

（六）美國

美國長期照護政策向來富有極為濃厚之「福利」色彩，殘障老人照護多與貧窮老年救助密切相關，直到1935年美國「社會安全法」（Social Security Act）通過，老年照護之需求不再侷限於貧窮老年人口，更擴及一般老年人口在經濟安全、醫療保健與社會服務方面之需求。1965年美國實施「社會醫療保險」（Medicare）與「醫療救助」（Medicaid）。「社會醫療保險」屬於社會保險性質，主要在提供老年人與殘障者醫療保障，其財源有一部分來自薪資稅課徵，用以支付住院、短期護理之家、短期居家醫療服務（home health services）費用（Part A），另一部分財源來自志願性投保之保費，用以支付門診以及輔助性服務（Part B），幾乎美國65歲以上人口均納入Medicare Part A之保障。Medicare屬聯邦政府方案，但多透過合約方式交由私人保險公司執行（OECD，1996；Wiener and Stevenson，1998）。

「醫療救助」則屬社會救助性質，主要針對貧窮者提供醫療保健與長期照護，其主要財源來自聯邦與州政府之一般稅收。聯邦政府之稅收補助率介於50%至84%，一般而言，凡州內每人平均所得愈低者，聯邦政府之補助率則愈高。「醫療救助」之申請資格須經資產調查，其方案執行雖由聯邦與州政府共同負責，但詳細運作流程係由州政府負責。聯邦法案規定各州之「醫療救助」方案必須提供某些基本服務項目包括護理之家以及居家醫療服務，至於其他服務項目各州得自行決定是否提供，因此各州Medicaid所提供之長期照護在內容上有相當大歧異。基本上美國老年人最主要之醫療保障來自Medicare，而Medicaid主要功能在提供醫療保障給以下三類人口，第一類人口是無法負擔Medicare自付額與共同負擔費用的低收入者，第二類人口是無法負擔「Medi-gap」私人保險的低收入者，在美國有二分之一以上老年人口透過購買「Medi-gap」保險以支付Medicare自付額與共同負擔之費用，第三類人口是無法負擔Medicare未給付之長期照護費用（如護理之家），此類人口多屬醫療窮困者（medically indigent）在住進護理之家後因高額照護費用耗盡家產後（spend-down），方符合Medicaid救助資格（OECD，1996）。

美國Medicare有關長期照護之給付項目僅限於居家醫療照護（home health agency services，HHA）以及出院後短期護理照護（skilled nursing facility，SNF），其中HHA申請者必須有居家專業護

理之需求，申請人不需付自付額或共同負擔費用，至於SNF之申請人必須先前曾住院三天以上。不論HHA或SNF，其主要功能均在加速病人出院，促進出院後之康復與復健照護，因此均屬「短期」性質之照護提供，惟自1980年後由於立法相關規定改變，Medicare之居家醫療服務逐漸走向「長期」照護之性質，並且不再強調傳統之專業護理照護。Medicaid早期所提供之長期照護服務大致僅限於HHA與SNF，與Medicare給付項目十分相近。自1960年代晚期Medicaid提供之服務項目包括居家個人協助（personal assistance services in the home），至1990年代居家個人協助成為居家照護服務中成長最速之項目（OECD，1996）。

美國長期照護服務最主要之提供者來自家庭，1987年殘障老年人口中僅22%係居住在護理之家，雖然如此，美國長期照護支出最主要部分來自護理之家費用。美國長期照護之財源僅有少部分來自保險支付，其中約1%長期照護支出係由私人保險支付，Medicare則支付8%以下之照護支出，其中主要為短期護理之家的費用。美國長期照護支出有一半左右係由使用者自行付費，另外一半支出係由Medicare與Medicaid共同負擔，其中又以Medicaid為長期照護最主要之公共財源（Wiener and Illston，1996；Wiener and Stevenson，1998）。

綜合言之，美國之長期照護體系目前面臨的主要問題如下，首先，長期照護之費用對每一個人均可能造成財務危機。依據統計數據，每一個人在一生中住進療養院之機率高達40%至50%，一般小康之家往往因長期照護之沉重財務負擔，淪為社會救助對象，承受負面之社會烙印。其次，美國照護體制相當缺乏風險分攤之機制，既有Medicare僅支付長期照護費用之極少部分，而Medicaid雖為公共財源中長期照護最主要的支付者，但給付對象為弱勢團體，並非一般國民，加上私人照護保險之市場不大，一旦個人必須使用長期照護，僅能仰賴個人付費，缺乏風險分攤之機制。第三，照護資源在可近性上的缺乏與不均，美國公部門之照護使用者往往因支付標準不如私人付費者而遭到歧視。進一步言之，美國長期照護資源在地理分佈上亦相當不均衡，而在各州之間有頗大差異。第四，美國照護體系中，機構式照護仍然佔很高比重，主要原因在於相關法案與政策規定對社區與居家照護之發展限制過多所致，影響所及使得很高比例之照護負擔落於家屬身上，尤其是家庭中的女性成員。第五，美國照護體系之照護品質相當可慮，箇中癥結在於缺乏具有共識之衡量指標。此外，照護品質亦在公私立療養機構間存在明顯差異。第

六，未來美國之長期照護費用將因人口結構而快速激增，預估至2030年，65歲以上人口將佔總人口之21.2%，其照護金額之成長將對美國各級政府造成巨大財政壓力，尤其將可能對Medicaid之財務狀況帶來重大之負面衝擊（陳孝平，1999）。

（七）新加坡

有別於大多數工業化國家以「隨收隨付」方式支付社會安全制度費用，新加坡之社會安全制度係奠基於強制私人儲蓄之中央公積金制度（Central Provident Fund, CPF）。新加坡之公積金制度建立於1955年，大多數新加坡公民均強制加入成為中央公積金成員，每位成員均有其專屬帳戶，每月帳戶儲金（deposit）來自受雇者以及雇主，至1995年每月帳戶儲金為薪資之40%，或以不超過每月\$6000坡幣為上限，所有儲金在存入或提出時均免稅。每位公積金成員均擁有三種帳戶，其中一般帳戶（Ordinary account）儲金佔薪資30%，其用途可包括購買住宅、保險、大學教育貸款或補充退休帳戶金額；醫療儲蓄帳戶（Medisave）儲金佔薪資之6%（45歲以上者為8%），其用途在支付住院或重大門診費用；以及特別帳戶（Special account），其儲金佔薪資4%，主要用途為老年與緊急事故需要（Asher, 1995；羅紀瓊，1997；吳淑瓊等，1998）。

在1984年以前，新加坡之醫療照護體制主要沿襲英國體制，因此醫療保健服務主要透過一般稅收支付，服務提供亦多來自公部門，醫療服務多為免費或僅收取少許費用，多數重大疾病多於公立醫院就診，使得私部門醫療服務之發展相當有限。由於1970年代新加坡面臨醫療支出上揚之壓力，遂於1984年實施醫療儲蓄帳戶制度以抑制醫療支出過度成長。醫療儲蓄帳戶之基本精神在於自助（self-reliance）與自我負責（self-accountability），每位工作者包括自雇者在內必須將其薪資之部分百分比存入個人醫療帳戶，唯有少數昂貴門診或住院方能支用醫療帳戶儲金。個人醫療帳戶儲金可以用來支付自己或直系親屬之住院或昂貴門診費用，亦可視為個人為自己老年醫療支出之儲蓄，醫療帳戶同時可做為遺產，轉贈予家人、朋友或慈善機構。在醫療儲蓄帳戶制度下，病人有權選擇醫療服務提供者，並於使用醫療服務時直接付費。為抑制醫療使用之道德危險（moral hazard），規定醫療儲蓄帳戶只能用來支付重大門診或住院支出，至於門診費用一般較低，只能由個人所得自付。此外，低收入者可至政府補助之診所就醫或申請豁免醫療費用（Hsiao, 1995；Massaro and Wong, 1995；羅紀瓊，1997）。

由於既有醫療儲蓄帳戶制度仍然無法解除重大傷病患者之沉重財務負擔，為保障個人免於遭遇重大醫療困境，1990年新加坡政府實施「重大傷病保險」(Medishield)制度，此制度屬社會保險性質，具備風險分攤機制，所有醫療儲蓄帳戶成員均自動加入「重大傷病保險」，但亦得自行選擇不加入此保險。「重大傷病保險」之保費係自參加者之「醫療儲蓄帳戶」扣除，此保險規定相當高之自付額(deductible)，給付項目僅包括住院支出與特定昂貴門診支出，透過自付額、共同負擔(coinsurance)以及終生給付上限(lifetime limits)以抑制醫療道德危險，避免醫療成本過度上揚。為協助低收入者與貧戶支付醫療費用，新加坡於1993年設立「醫療基金」(Medifund)用來支付低收入者之住院費用，惟申請者必須通過資產調查以符合此項醫療社會救助之資格(Asher, 1995; Hsiao, 1995; Massaro and Wong, 1995)。

三、結論

我國目前長期照護之服務提供機構分別來自社政與衛政兩大行政體系，另有部分機構則隸屬輔導會，其中社會福利行政體系所提供之照護服務包括在宅服務、日間托老以及療養機構，衛生行政體系所提供之照護項目包括居家護理、日間照護、護理之家以及醫院，至於輔導會所提供之服務則包括榮民之家以及榮民醫院(衛生署，1996；吳淑瓊等，1998)。當前我國長期照護之服務提供主要面臨以下四項困境。首先，國內尚未建立兼具綜合性與連續性之長期照護體系。長期照護之服務內容係以生活照顧為主，醫療照護為輔，因此其服務項目往往涉及醫療、保健、復健與社會支持等。目前我國之照護提供體系紛歧，加上各服務體系彼此間之轉介機制尚未健全，往往使得需要照護之當事人及其家屬無所適所，阻礙延誤其及時接受最適切之照護(衛生署，1996；吳淑瓊等，1998)。

其次，國內長期照護無論在機構設施以及服務人力上均普遍不足，目前我國尚未建立長期照護特定人力之培訓制度，衛生行政體系雖已致力將長期照護訓練課程納入醫事人員與護理人員之培訓計畫，然而成效緩不濟急，而社政體系主管之療養機構其醫護與照護人員亦因人力與資源不足，造成照護品質之低落。因此，需要照護之當事人往往不當使用急性醫療照護，如久佔醫院病床，造成急性病患未能及時住院治療，形成醫療資源之浪費，或者轉至未立案之療養機構，接受不合格之照護服

務（邱亨嘉等，1996；衛生署，1996；吳淑瓊等，1999）。

再者，目前我國長期照護體系缺乏制度化之財源機制，我國長期照護之財源主要來自家庭，衛生體系之全民健康保險在長期照護之給付相當有限，僅包括慢性病人以及需居家照護之病人的部分給付，社會福利體系所支付之長期照護費用，則僅限於低收入戶之社會救助對象，因此大部分民眾若有照護需求，僅能仰賴家庭作為主要財務來源（衛生署，1996）。

另外，我國長期照護在獎勵措施之不對等性造成各類型照護機構與服務提供之失衡，亦為影響長期照護體系形成之主要因素。目前社政單位之獎勵法源係根據「內政部加強推展社會福利獎助作業要點」，其財源來自社會福利基金，在獎助額度與項目上均相當優渥，其八十五年度之補助預算高達二億一千八百萬元。相對而言，衛政單位之獎勵措施，並無明確之法源依據，其財源來自醫療發展基金，在獎助額度與項目上則相當有限，其八十四年度之補助款在二千萬元以下（衛生署，1996），獎勵措施之不對等連帶造成二種體系下之服務提供未能均衡發展。

基於以上所陳當前我國長期照護所面臨之困境，學者專家以及政府相關主管機構均曾對長期照護體制提出可行性之評估（衛生署，1996；經建會，1998；吳淑瓊等，1999）。綜合言之，我國未來長期照護制度之規劃大致可分為以下五種方式之財源組合：（1）社會保險；（2）一般稅收；（3）國民年金；（4）醫療儲蓄帳戶；以及（5）商業保險及國人直接付費。鑑於世界各國實施經驗中醫療照護與長期照護二者間在體制設計之一致性考量，因此我國未來長期照護制度應以社會保險方式之可行性最高。惟長期照護體制若採社會保險方式，又可進一步分為以下四種方案：（1）獨立開辦社會長期照護保險，如德國、日本；（2）將長期照護納入全民健保強制性附加保險；（3）將長期照護保納入全民健保任意性附加保險；以及（4）長期照護納入全民健保之一般醫療給付（邱亨嘉等，1996；衛生署，1996；杜敏世等，1997；經建會，1998），其中前三種方案均符合財務獨立之原則。

此外，未來我國長期照護制度即使以社會保險方式為主，仍可考慮兼採其他四種方式之財源作為配套方案，透過年金制度與照護保險之結合，或醫療儲蓄帳戶與照護保險之配套，可分散照護保險在財務上之經營風險，而兼採稅收方式主要功能在針對經濟弱勢族群，以社會救助方式予以照護上之協助。衡諸目前國內之社會經濟條件，未來如開辦社會長期照護保險，在現實面有以下四點須予以考量（經建會，1998）。第

一點，德國實施長期照護保險一年半後即由1%薪資稅（即保費）調高到1.7%，我國之人口老化速度比德國快，既有之全民健保以及2000年即將開辦之國民年金，如再加上長期照護保險，將使國人同時負擔三種社會保險保費，財務負擔相當沈重。第二點，2000年實施國民年金後，部分民眾之年金給付可能因實施初期年資不足造成給付偏低，如此將不足以支付其長期照護費用。第三點，目前全民健保以及規劃之國民年金均有政府稅收補助，未來長期照護保險若開辦，很難不比照前例予以稅收補助，如此將加重政府之財政負擔。第四點，長期照護體系之制度化，需有足夠之機構設施與服務人力，目前我國長期照護體系仍未健全，貿然實施長期照護保險將無法解決供不應求之窘境（經建會，1998）。由以上現實面之考量，可以得知未來我國即使開辦社會長期照護保險，將必須秉持漸進性原則，待長期照護體系在設施與人力之供給臻於健全後，方可能全面實施長期照護保險。

參考文獻

一、中文部分

1. 王增勇，1999「加拿大長期照護制度」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
2. 石曜堂、楊漢淥、蔡素玲、李孟芬，1996「老年醫療照護與全民健康保險」，社區發展季刊，第七十四期，頁62-67。
3. 行政院經濟建設發展委員會，1998「德、日兩國長期照護保險制度簡介與我國實施可行性之評估」，行政院經濟建設發展委員會人力規劃處。
4. 行政院衛生署，1996「長期照護納入全民健康保險給付可行性評估報告」，行政院衛生署。
5. 朱澤民、周麗芳、梁正德、鄭文輝，1999「老年長期照護支付方式與給付範圍之探討」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
6. 朱澤民、周麗芳、梁正德、鄭清霞，1999「老年長期照護財務經費估算」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
7. 杜敏世、陳敏雄、譚雪莉、李碧、張治安、王美鳳，1997，護理之家醫療照護費用納入全民健康保險給付評估研究，行政院

衛生署中央健康保險局委託研究計畫。

8. 邱亨嘉、江宏哲、許國敏、趙秀雄、劉宏文、戴桂英，1996，全民健康保險對長期照護體系影響之研究，行政院衛生署中央健康保險局委託研究計畫。
9. 吳凱勳，1997「第五種社會保險-兼論『高齡化社會』與『長期照護保險』」。1999，「日本介護保險制度及財務規劃」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
10. 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬，1999，配合我國社會福利制度之長期照護政策研究，行政院研究發展考核委員會委託研究計畫。
11. 吳淑瓊、王正、林萬億、吳玉琴、王榮璋，1999，「建構台灣長期照護體系十年計畫」，行政院社會福利推動小組委員會第三次會議提案。
12. 沈茂庭，1999，「英國長期照護制度」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
13. 周麗芳，1999，「德國長期照護保險制度」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
14. 徐偉初、蘇建榮，1999，「長期照護財務機制之比較-經濟面評估」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
15. 陳孝平，1999，「美國長期照護的財務制度與服務體系」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
16. 葉秀珍，1999，「長期照護財務機制與各國經驗之探討-社會面評析」，「長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景」研討會，台北：國家衛生研究院。
17. 羅紀瓊，1997，「從社會保險到自費醫療-談全民健康保險與醫療儲蓄帳戶之結合」，自由中國之工業。

二、英文部分

1. Alber, Jens, 1996, "The Debate about Long-term Care Reform in Germany." in *Caring For Frail Elderly People: Policies in Evolution*, OECD.
2. Asher, Mukul G., 1995 "Compulsory Savings in Singapore: An Alternative to the Welfare State." *National Center for Policy*

- Analysis*, Report No. 198, Singapore.
3. Daatland, Svein Olav, 1996 "Adapting the 'Scandinavian Model' of Care for Elderly People." in *Caring For Frail Elderly People: Policies in Evolution*, OECD.
 4. Davies, Bleddyn, 1995 "The Reform of Community and Long-term Care of Elderly Persons: An International Perspective." in *International Perspectives on Community Care for Older People*, edited by Thomas Scharf and G. Clare Wenger, Avebury.
 5. Esping-Andersen, G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.
 6. Evers, Adalbert, 1995 "The Future of Elderly Care in Europe: Limits and Aspirations." In *International Perspectives on Community Care for Older People*, edited by Thomas Scharf and G. Clare Wenger, Avebury.
 7. Furuse, Tohru, 1996 "Changing The Balance of Care: Japan." in *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*, OECD.
 8. Goerke, Laszlo, 1996 "Introduction of Long-term Care Insurance in Germany: An Economic Interpretation." *International Social Security Review*, Vol 49: 25-38.
 9. Gotting, Ulrike, Karin Haug, and Karl Hinrich, 1994 "The Long Road to Long-term Care Insurance in Germany." *Journal of Public Policy*, Vol 14(3): 285-309.
 10. Hsiao, William C., 1995 "Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore." *Health Affairs*, Vol 14(2): 260-6.
 11. Ikegami, Naoki and Takeshi Yamada, 1996 "Comparison of Long-term Care for the Elderly between Japan and the United States." in *Containing Health Care Costs in Japan*, edited by Naoki Ikegami And John Creighton Campbell, Ann Arbor: The University of Michigan Press.
 12. Ikegami, Naoki, 1997 "Public Long-term Care Insurance in Japan." *Journal of the American Medical Association*, Vol 278 (16): 1310-4.
 13. Kane, Robert L. and Rosalie A. Kane, 1991 "Special Needs of Dependent Elderly Persons." in *Oxford Textbook of Public Health*, Vol 3, 2nd edition, edited by W. W. Halland, R. Detels, and G. Knox,

- Oxford: Oxford University Press.
14. Massaro, Thomas A. and Yu-Ning Wong, 1995 "Positive Experience with Medical Savings Accounts in Singapore." *Health Affairs*, Vol 14(2): 267-72.
 15. OECD, 1996, *Caring For Frail Elderly People: Policies in Evolution*, OECD.
 16. Schneider, Ulrike, 1995 "Germany's Social Long-Term Care Insurance: Design, Implementation and Evaluation." *International Social Security Review*, Vol 52: 31-74.
 17. Scheil-Adlung, Xenia, 1995 "Social Security for Dependent Persons in Germany and Other Countries: Between Tradition and Innovation." , *International Social Security Review*, Vol 48:19-34.
 18. Siim, Birte, 1990 "Women and the Welfare State: Between Private and Public Dependence: A Comparative Approach to Care Work in Denmark and Britain." in *Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*, edited by Clare Ungerson, Harvester Wheatsheaf.
 19. Sundstrom, G., 1994 "Care by Families: An Overview of Trends." in *Caring For Frail Elderly People: New Directions in Care*, OECD.
 20. Tester, Susan, 1999 "Comparative Approaches to Long-term Care for Adults." in *Comparative Social Policy: Concepts, Theories and Methods*, edited by Jochen Clasen, Blackwell Publishers.
 21. Waerness, Kari, 1990 "Informal and Formal Care in Old Age: What is Wrong with the New Ideology in Scandinavia Today?" in *Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*, edited by Clare Ungerson, Harvester Wheatsheaf.
 22. Wiener, Joshua M. and David G. Stevenson, 1998 "Long-term Care for the Elderly and State Health Policy." *Urban Institute Publications*, <http://newfederalism.urban.org/html/anf17.html>.
 23. Wiener, Joshua M. and Laurel Hixon Illston, 1996 "The Debate About Long-term Care Reform: A View from the United States." in *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*, OECD.

美國長期照護的財務 制度與服務體系

陳孝平

一、前言

美國的醫療體系，曾受人戲稱為「非體系」(non-system) (Klass, 1989)，蓋因其號稱「以私部門為核心，以公部門為邊際 (private core, public periphery)」的醫療體系(Brown, 1992)，其保險方案支解離散 (fragmented)，而其受益條件又分畛域 (categoric) 之故也。長期照護既為整體醫療體系之一環，因此在財務機制、服務輸送與管理上，整體照護體系缺乏整合之性質，自不待言。以美國社會性醫療保險的主幹Medicare而言，其對長期照護的給付極其有限；Medicare雖為長期照護之最主要支付者，惟其納入保障的條件非貧即殘。至於民間性質的長期照護方案也因明顯的市場失靈，而遠不若急性照護發達。要而言之，美國之長期照護保險迄今仍屬低度發展，而作為一個美國人，若有必要使用長期照護，除非有豐厚之積蓄，否則難免在耗盡貲財之後，成為Medicaid的救助對象。

是則，美國之長期照護體系，究竟有何值得借鏡之處？

美國之值得作為借鏡，首先是「三折其肱，乃成良醫」。整體而言，美國可說是一個醫療政策的大型實驗場域。全面性的改革提案雖然屢戰屢敗，但局部的、地區性的，或以大型醫療服務提供集團為推手的改革、試辦、實驗性質之方案，卻無時或缺。有些提議，雖從未得以實踐，但也累積出車載斗量之文獻。換言之，美國之醫療照護體系，足資為人詬病之處雖為數甚多，但也具有十足充沛之動能，潛藏無盡的可能性。特別值得一提的，是有些源生於美國的策略構想，在美國發育不良，但在外國卻反而生機蓬勃，例如 managed competition的改革策略

即是。因此，美國的醫療體系，不管在理論與實踐，均有大量之資料可供參考。

其次，台灣作為一個價值多元，經濟自由的社會，其政經情勢，尤其是改革共識凝聚過程之糾結難解，其實與美國在許多重要的意義上極為接近。因而，美國醫療體系革新之成敗與困頓，對台灣反而具有重要之參考意義。相反的，政經情勢容許採行霹靂手段（Big-bang approaches）的經驗，其參考價值反而略遜。此因在多半的社會當中（而台灣亦屬之），能輻輳出有利於採行霹靂手段，依理想型態根本重新塑造醫療體制的歷史機緣都是可遇而不可求，漸近改革（piecemeal approaches）乃為常態。因而，在改革進程中，理想雖不可無，但為牽就現實，減輕阻力，任何可行的改革策略，必然是歷史軌跡的函數。觀乎美國醫療保健改革，由於社會價值歧異，政治體制缺乏有利政策形成之機制，經濟思想崇尚私有化等的糾葛之下，即使一開始聲勢浩大，勢在必行的改革議案，十之八九均以虎頭蛇尾收場(Naioni, 1995)。台灣之社會對任何改革的糾結，也同樣使得改革的空間為狹小。例如依法必須多方檢討的全民健康保險法的修正，在蕭內閣初期亦提出包括體制改革之大規模改革方案，但最後僅以小幅度修法結案，是為其例。因此，美國醫療改革之舉步維艱，以及如何協調交錯之利害，以達成漸進之改革，適足為台灣有用之參考案例。

二、美國長期照護政策之演進

被稱為福利落後者（welfare laggard）的美國，公部門介入長期照護也一直採漸進、保守的態勢（表一）。

拜經濟大恐慌之賜，羅斯福總統（FDR）成功推動了社會安全法案（1935年）。在這項立法中，除為人熟知的年金制度之外，政府得提供低收入戶非政府部門收容機構之福利。戰後趁著凱因斯經濟學大行其道之際，Hill-Burton法案除大肆補助興建急性醫療機構之外，亦提供資金興建非營利性之療養院(Starr, 1982)。而有關長期照護最重要的立法，當屬1965年社會安全法的第18章及19章的成立，分別建立了Medicare與Medicaid(Fein, 1986)。

Medicare對美國的四千萬老人人口的保障，其重要性自然無與倫比，甚至有人指出，所謂老人醫療政策，簡直就是等同於Medicare政策(Rowland, 1991)。然而Medicare卻是以急性照護為主，雖然有提供部

表一 美國與長期照護相關之法案：1935-1996

年代	法案	相關內涵
1935	社會安全法	提供非政府之收容機構之福利
1948	Hill-Burton Act	提供金援興建療養院
1965	社會安全法第18及19章	成立 Medicare及Medicaid. Medicare 支付150日之SNFs， Medicaid支付 SNFs及ICFs，但給付規定因州而異
1967	社會安全法修正案	Medicare提供醫療耐用器材
1970	公共衛生服務法修正案	進行居家照護之研究
1972	社會安全法修正案	增加Medicare之殘障及洗腎給付
1975	PL 94-63號法案	居家照護之方案；老人精神醫療委員會之成立
1977	PL 95-200號法案	鄉村衛生所納入Medicare
1980	預算協調法	取消Medicare的居家照護必須在住院之後的規定；容許醫院成立“swing beds”，（即可同時用作acute beds及SNF beds）
1981	預算協調法	允許以社區或居家照護代替機構照護，但須維持預算中立
1982	TEFRA	Medicare增加安寧照護
1987	預算協調法	醫療機構改革
1988	Medicare Catastrophic Coverage Act (MCCA)	擴大Medicare給付，包括藥品、暫歇照護及設定自行負擔之上限等
1989	MCCA廢止	
1996	預算平衡法	聯邦對 Medicaid的補助改為有頂限之block grant

資料來源： 1. Raffel and Raffel, 1989
2. Rowland, 1991
3. Feder, et al, 1997

份之長期照護，但基本上卻著眼於節省急性照護的費用，因此，必須與急性照護出院後相關的服務方才納入保障範圍。反而是一個被認為「分立而不平等」，照顧社會邊緣人的Medicaid成為美國長期照護市場的最大支付者。

在1965年之後，關於Medicare的給付顯著的一項擴張，就是1972年加入了洗腎(end-stage renal dialysis, ESRD)。在該項法案通過之後，洗腎站如雨後春筍般的出現(Raffel and Raffel, 1989)。有關機構式及社區或居家式照護的法案，有一項值得注意的是，這些法案其最原始之著眼點，往往是為了使這些長期照護作為急性照護的替代服務，用意在於節省整體醫療費用，而非真正考慮到長期照護的發展。

另一次與長期照護相關的Medicare修正，則是1988年所謂的「Medicare重大傷病給付法(Catastrophic Coverage Act, MCCA)」該項法案大大擴充了Medicare的給付，而且改變了Medicare財源籌措的重要特徵--由代間移轉變成局部(即新增之項目)的財源由老人自行負擔。這項法案雖號稱是Medicare成立以來最大幅度的修正，但在一年多之後，卻迅即壽終正寢。原因是其財務方式觸怒了中產階級以上的老人，因為MCCA所提給付之中，他們多半已藉著類似Medigap等方案獲得保障，因而並不願意分攤為了保障所有老人所增加的費用(Rice, et al, 1990)。

MCCA一役，充分顯示出美國老人(透過AARP, American Association for Retired Persons等)的強大遊說力量，使爾後美國政府對於Medicare的修正大感投鼠忌器。例如克林頓總統提出的Health Security Act (US Government, 1993)，對Medicare的改變形式上授權給各州政府，實質上則是敷衍，不輕易更動。

美國對於醫療政策的消極，或者更精確來說，對於長期照護之缺乏強大推動之決心，尤其顯示在1996年的預算平衡法上。在該項經由政府與國會往來討價還價多次的法案中，改變了自Medicare成立以來，聯邦原則上負責一半費用的傳統，而改變為聯邦以專款定額補助(block grant)的方式。換言之，聯邦政府的補助由開放式(open-ended)變成依據公式計算，具有上限的補助，或者依被保險人數定額補助。此舉將迫使各州政府緊縮對Medicaid的開銷。由於Medicaid與長期照護之間的密切關係，長期照護在各方面均可能受到負面的影響(Feder, et al, 1997)。

由美國關於長期照護的立法過程，可以歸納出幾個特徵：(1) 殘補

性質濃厚：美國在急性照護方面迄今尚未有一全國性的方案，何況長期照護；（2）採取漸進策略：極少見大開大闔的改革，即使偶爾嘗試亦以失敗告終；（3）利益團體運作的明顯；（4）對效率的考量往往超越對公平的考量。

三、美國長期照護的現狀與問題

美國人口的年齡結構，在OECD國家中，應屬於中度老化的水準。估計在公元兩千年時，65歲以上人口占全部人口中的13%，此項數字將穩定上升，到公元2030年將達22%，2050年達23%（表二）。值得注意的是“老老人”以更高的速率在成長，而老老人正是長期照護使用比率最高的族群。75歲以上的人口群到下個世紀的中期其人數將超越65到74歲的人口，必須對長期照護費用帶來極大的影響。

至於使用長期照護的人數，依據GAO的一項估計，1994年65歲以上者，有7.3百萬人必須使用到長期照護，其中的四分之一利用到機服務（表三）。但是在使用長期照護的人當中，並不局限於老人，如果包括非老人，則美國有將近一千三百萬人必須使用到長期照護。而此項數字亦將隨人口年齡結構的增加而快速增加。

長期照護的提供者，就廣義而言，應包括住房、餐點、暫歇照護等，但就狹義而言，則以療養院、居家照護機構以及日託中心為主：

1. 療養院（nursing homes）：平均每1000名65歲以上老人有53床，佔床率高達94.5%，且估計仍將維持高佔床率。在所有的療養院中，有59%屬於醫療成份較高的（精確說來是符合Medicare的給付標準的）所謂skilled nursing home；57.5%為營利性質。
2. 居家照護機構（home health care agencies）：在1992年全國有7000家居家照護機構，共服務一百廿萬人。這些機構大多數都符合Medicaid的給付規範。其中有42%屬於非營利性質。
3. 日間照護中心（day care centers）：這類型機構主要是針對社區中功能殘障患者，以全人健康為取向，提供醫療、人身以及社會性的服務。在1992年全國有3000家左右，其中70%為私立之非營利機構。

長期照護的財源，則以個人或家庭的支出為主（約50%），公共部門（Medicare與Medicaid）合計不足50%，而私人擁有的長期照護保險，則僅佔1%。根據文獻，美國長期照護現存的問題可以歸納為：

表二 美國老人人口年齡結構預測1990-2020

年	總計	65-74	75-84	85+	65+
1990	250,410	18,373(7.3)	9,933(4.0)	3,254(1.3)	31,599(12.6)
2000	268,266	18,243(6.8)	12,017(4.5)	4,622(1.7)	34,882(13.0)
2010	282,575	21,039(7.4)	12,208(4.3)	6,115(2.2)	39,362(13.9)
2020	294,364	30,973(10.5)	14,443(4.9)	6,651(2.3)	52,067(17.7)
2030	300,629	35,988(12.0)	21,487(7.1)	8,129(2.7)	65,604(21.8)
2040	301,807	30,808(10.2)	25,050(8.3)	12,251(4.1)	68,109(22.6)
2050	299,849	31,590(10.5)	21,655(7.2)	15,287(5.1)	68,532(22.9)

資料來源：Moody, H.r.(1998) , Aging: Concepts & Controversies , p.7

表三 必須使用長期照護之人數及其服務型態

年 齡 組	機 構	居 家 或 社 區	合 計
5~17	90	330	420
18~64	710	4,380	5,090
65+	1,640	5,690	7,330
合 計	2,440	10,400	12,840

資料來源：GAO/HEHS 95-26:5

1. 長期照護的費用，對財務有災難性的影響：根據統計，美國任一時點，雖然僅有5%的老人住在療養院，但每一個人在一生中可能利用到療養院的機率達40%~50%，而其中有20%的人會進住療養院達一年以上，療養院一年的費用接近一個中產階級的年所得，因此，絕大多數的美國人均擔心因進住療養院而破產。如果進一步考量退休人士所得已減少以及經濟弱勢者之處境，問題更形嚴重。一個小康之家，往往因長期照護的費用而落入貧窮，必須接受社會救助（謂之spend down）。經濟的煎熬固然痛苦，而在講求獨立自主的美國社會中，接受社會救助甚至是一個傷害案更重的社會標籤。
2. 風險分攤機制的欠缺
一般的風險可以藉保險機制予以吸收。但長期照護的風險分攤機制（即長期照護保險）總是難以健全，因為：年青力壯時對老年的風險認識不清；及時行樂的慾望壓過積穀防飢；偏好非正式的照護（即家庭成員的照顧）；收入低，無法繳納保費；對社會救助的期待（Schneider, 1999）。
以美國的公共保障而言，Medicare所支付的長期照護費用僅及全部所需的5%，而Medicaid又是以弱勢團體為主要對象，因而彼此之間也並無風險之分攤。而由民間提供給退休人士的所謂Medigap方案，雖意在補Medicare之不足，但也原則上不及於長期照護。以此之故，美國老人的長期照護費用，來自於公私保險的保障極少，一旦使用到長期照護，捨自行負擔以外，往往別無他法。
3. 可近性的缺乏與不均
儘管公部門提供部份的療養院服務保障，但其支付標準往往不如自費者，因而依賴公部門的老人，難免受到歧視。而且，從供給面來說，長期照護資源分佈，也有地理上的不平衡。每千名65歲以上老人的療養院床數，平均雖有52.8床，但在Nevada僅有26.2床，而在Kansas則有85.3床。由於政府財政的困窘，各州往往藉著各種「需要核証（certificate of need, CON）」的機制，進一步控制這些床數的成長。
4. 儘管療養院的可近性不足，但在長期照護的各種服務中，機構式照護卻仍然享有制度上的偏愛。這為了控制費用的考量，在1981年的OBRA法案（Omnibus Budget Reconciliation Act）中，

授權各州擴大社區與居家式的長期照護。但是適用範圍仍然極其有限：首先是受益民眾必須是「如果沒有這些居家或社區照護，就必須使用到機構照護」才行；其次是所使用的社區與居家照護，其費用不得超過機構式照護。許多的州雖以預算挹注居家及社區照護，但也極為有限，所以一直到1987年，只有3%的殘障老人享受到這些方案的利益。由於可近性不足，根據調查，在有兩次以上ADLs的老人中，有20%沒有任何ADL的協助，而獨居老人當中，竟有高達44%沒有人身照護（Rowland, 1989）。而在缺乏正式照顧資源之下，許多照護就落在家庭中的成員身上，特別是家庭中的女性。更不幸的是，這些照顧者本身也經常是老人（約有36%是65歲以上）。

5. 品質可疑

有部份的長期照護服務品質非常可疑。而阻礙品質改善的是長期照護品質衡量的不易，甚至衡量品質的適當指標也缺乏共識。在1987年的OBRA曾針對智障病患設定標準的檢驗程序，然其效果尚未確知。

此外，在私費療養院與收容Medicare/Medicaid老人的療養院之間也明顯存在品質之差異。

6. 長期照護費用快速成長

美國老人人口成長快速，估計到公元2030年，65歲以上的人口將達到總人口的21.2%。而由於長期照護物價上升經常超過一般物價的一倍以上，因而，儘管長期照護費用占國民生產毛額的比率應不至於超過3%（Wiener, et al, 1994），但其絕對金額之成長，仍將給各級政府帶來沈重的財政壓力，對長期照護的主要財務來源--Medicaid的財務健全性恐將有難以承受之影響。

基於漸進改革的精神，儘管並無全國性、大規模的長期照護方案，但在地方層次上卻有許多小規模試驗方案（Kane and Kane, 1987：318-334）。而整合層次較高者有：

1. Massachusetts與Oregon的單一窗口試驗：利用一個守門員機構，在每一地區設立接納長期照護的病人將之安置於適當之機構或場所（Leutz, 1999）。
2. 將Managed care的策略導進Medicaid中，在論人計酬制之下，使一機構管理一特定人口群之長期照護需要。例如：Arizona的Long-Term Care System（ALTCS）方案，即採這種方式，以

郡為單位負責該郡之長期照護事宜。這是一種以擴大Medicaid動能為基礎的實驗方案 (Feder, et al, 1997)。

3. 社會性HMOs (S/HMOs)：這是一種以Medicare為基礎，以論人計酬為原則的方案，其特色是整合了原屬於Medicare的急性醫療與某種程度的長期照護。在舊金山唐人街的「安樂 (On Lok)」方案就是這種模式的一種型式。

四、美國長期照護政策

鑑於長期照需要之日形迫切，遂有各式各樣旨在建立長期照護的建議案出現。根據美國社會安全諮詢顧問小組之歸納，一個可行的方案，必須要包括四個面向 (advisory council on social security council, 1991)：

1. 有擴大風險聚皿 (risk pooling) 之功能，亦即分攤個別人士、各別方案之風險。
2. 要有明確之財源籌措方式，包括可能之公私協力方法以及相對應之財務分析。
3. 給付範圍的界定。以美國而言，急性照護的項目多半已涵蓋於Medicare當中，而長期照護則包括醫療服務 (如有醫療性之療養院)，人身服務 (即ADLs之協助) 與社會性服務 (即IADLs) 之協助。

涵蓋之人口群。依其範圍可分為低收入之殘障者，殘障之老人，所有殘障者，所有老人，所有老人及殘障者。

這些面向，可畫成如下之圖一以表達其概念架構：

根據這樣的架構，可能的財務機制的選項可整理成表四：

一、以公共財源為主的方案

Medicaid的改革

由於Medicaid在目前已經是長期照護單一最大的支付者 (1993年支付療養院費用中的41%，居家及社區照護費用的17%，Wiener, et al, 1994:259)，因此，藉擴大Medicaid的功能以建立長期照護之財務機制，遂成為順理成章的考量。而在採行本案時主要的步驟應是：(1) 放寬Medicaid受益條件，亦即其受益者並毋須事先耗竭 (spend down) 其資產；(2) 擴大Medicaid的給付範圍；(3) 廢除原先Medicaid豁免方案中預算中立之規定 (即以居家照護或社區照護取代機構照護時，

其費用不准增加)。

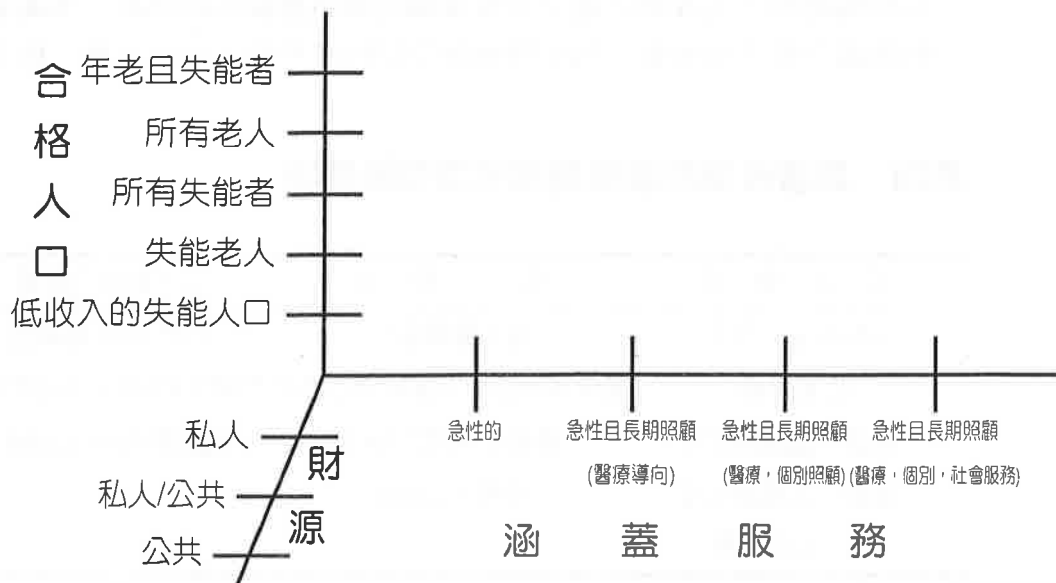
本案之優點，在於牽動美國社會保險的體系較小，但首先必須祛除Medicaid是社會邊緣人的方案的印象，另外，此案大部份的財務將由政府承擔，可能會大幅增加公共財務，特別是地方政府的財務。

○ 社會保險

社會保險的概念，在美國雖然不若在其他福利國家中被視為理所當然，但仍然已有相當的基礎，因此採用社會保險亦不失為可以考慮之方案。認同社會保險機制的人，認為社會保險具有全面性 (universal) 保障、擴大政治支持、平衡醫療體系各部份發展 (因為均可獲得公共財源的挹注)、提高品質與可進性的效果。但反對者則指出，以社會保險來涵蓋長期照護，成本可能太高，並且加深代間之不公平 (目前Medicare已有此問題)，可能不能讓最需要幫助的人受益，而且依照美國自由經濟的理念，社會保險恐怕太過僵化且限制人民選擇的自由。最後則是：以美國現行醫療體系當中，比長期照護還需要優先處理的，恐怕是將近四千萬人無法獲得急性照護的問題，因此不宜本末倒置 (Wiener, et al, 1994:131-140)。

若採社會保險的機制，則應進一步究竟全面性涵蓋，還是僅一部份。

(1) 全面性之給付--全面性之給付顯然有利於長期照護提供體系之平衡發展與整合，然而其所需要費用之鉅，自不在話下。要獲得政



圖一 長期照顧體系的概念性架構

治上廣泛的支持恐非易事。

- (2) 療養院之前端 (front-end) 給付--此案之邏輯，在於儘快使病人回歸到社區，而回歸到社區之後仍保有原來之資產。至於保障之時間，Pepper Commission建議為3個月，Kennedy參議員則建議為6個月。反對此案的人認為3個月之療養院費用平均約為7500美元，對於大部份的人尚不構成嚴重的財務問題。
- (3) 與前一案相反，有人主張應保障療養院之”後端”(back end) 因為如此才可真正免除財務之災難。支持此案者認為大部份人均可透過市場購買“前端”之保險，形成理想之互補關係。然而事實是，迄至目前為止，擁有私人長期照護保險的老人仍然是極少數，更棘手的問題是，這些業已進住療養院兩年以上（如Mitchell參議員所建議者）的老人，大多都將老死於療養院中，因此所謂保障云云，往往是保障了其後代，而非本人。
- (4) 擴大居家照護方案--本案之主要精神在於將現行偏向機構式照護的扭曲現象扭轉回來，例如Clinton總統的方案（US Government 1993）就提倡此議。由於目前在社區與家庭中的老人仍有許多長期照護的需要未獲滿足，因此本案顯然有其作用。但因為真正造成財務災難的，仍是機構式照護，本案對此並無積極之幫助。

二、以私人財源為主之方案

個人醫療帳戶 (Individual Medical Accounts, IMAs) --本案即是以財稅誘因，促成個人建立旨在儲備長期照護費用的資源。本案最大的問題在於人的短視，因而積極建立這樣帳戶的人可能不多。但是如

表四 美國長期照護財務機制的可能選項

公共財源	私人財源	公/私協力財源
Medicaid 改革	個人醫療帳戶	Medicaid 耗竭險
社會保險	提供購買長期照護保險的誘因	自願性的Medicare附加險
“前端” 醫療院給付	提前使用死亡給付	全面性Medicare給付
“後端” 醫療院給付	使用年金基金	
擴大居家照護		

資料來源：Advisory Council on Social Security,1991.p37.

果能配合長期保險方案市場，使年輕時即可購買長期照護保險，或許可以提高案之可接受性。

提供購買長期照護保險的財稅誘因--本案上一案類似，除了不牽涉到特定帳戶的建立。本案對中產階級以上雖具有一定之意義，但於經濟弱勢者（也是最需要照顧者）意義不大。

提前使用死亡給付或年金基金--這兩種方案精神類似。其最大的優點是：雖然僅有少數人有長期照護保險，但生命／年金保險則遠為普遍。因此若能提前使用其給付，不失為實際的辦法。但所需要考慮的是這些財源有限，在無風險分攤之下，一旦須長期使用長期照護，仍有嚴重的財務危機。

三、公私協力方案

Medicaid的耗竭險（spend-down insurance）--本方案對於購買長期照護保險者，准予放寬Medicaid的耗竭條件，亦即在享有Medicaid時仍可保有相當之資產。根據研究，若擁有長期照護保險的人越多，則Medicaid的財務壓力越能獲得減輕（Cohen, et al, 1994），故Medicaid提供相對之優惠條件應屬合理。

將長期照護加於Medicare之上，而由民眾自行購買。此種財務機制將有利於提供連續性醫療（continuum of care）的醫療機構，如社會性HMOs（S/HMOs）的出現。

由前文所顯示出的美國長期照護體系，遠非一個理想的圖像：在急性照護都尚未建立健全的體系，長期照護自然不占有最優先的地位；反映美國立國以來，對政府擴權的疑懼，政府角色顯得被動消極；多元社會，在利益團體之間的推擠之下，一方面不能沒有改革，但一方面卻又不可能有大開大闢的改革。一切的作為均是漸進的；因而，體系缺乏整合，可近性不足又不均。而因為大部分長期照護費用均需自行負擔，因而一旦使用到長期照護，就極易落入貧窮；長期照護保險市場所提供的保險市場較諸急性保險薄弱許多，根本產生不了保障作用；整個長期照護以Medicaid做為骨幹，而Medicaid又帶有嚴重的負面標籤。

然而，觀察美國的長期照護仍然對我國建立長期照護體系有相當的啟發性。

首先，雖然本文並未加以分析，然而台灣作為一個多元社會，並且

崇尚自由經濟，因而欲強化政府力量來介入長期照護，其困難度必然不下於美國。因而，除非出現歷史極為偶然的機緣，並且配合超乎尋常的領導能力，否則一點一滴式的改革恐怕是難以避免的。其次，美國的長期照護在行動的層次上雖受限於各種因素而無法大開大闢，但卻有形形色色的實驗、試辦方案，這些實驗累積了大量的資料，具有相當的參考價值。

基於以上之觀察，本文提出以下之建議：

1. 基於大幅度、全面性改革的困難與高風險性，而台灣又面臨著高齡化問題的迫切性，因此應該立即準備進行地區性、小規模的長期照護試辦計畫以累積本土經驗，作為進一步深化改革的基礎。
2. 宜參酌美國經驗，迅速而廣泛建立各項有助於長期照護決策與管理的數據與指標，例如長期照護品質之指標、機構數量與管理之規範、照護人員之訓練等。
3. 為避免未來持續體系之支離、支付多元的問題，長期照護與目前的全民健保有某種形式的結合可能是一個比較值得重視的思考方向。就如同美國長期照護發展經常以Medicaid為基礎一樣。特別是在考量急性與慢性醫療的整合的前提之下，由現行全民健保為起點去思考長期照護應適一個合理的方向。
4. 但為避免受長期照護的遷累以至於產生全民健保財務的危機，對於如何健全目前的全民健保使之足以成為長期照護發展的基礎，也是不可偏廢的政策重點。
5. 為避免過度仰賴目前全民健保的財源（即薪資稅），長期照護的財源必須與目前規畫中的年金之間建立某種關連性，以擴大長期照護的財源並使長期照護具有較大之風險聚皿。
6. 為了適度利用公私協力，使長期照護有穩定健全的財務基礎，如何發展民間之長期照護保險市場，並強化目前民間之生命保險體系亦應並列為政策之重點。

一、英文部份

1. Advisory Council on Social Security (1991), *The Financing and Delivery of Long-Term Care Services: A Review of Current Problems and Potential Reform Options*, Washington, D.C.

2. Brown, L. D. (1992), "The Political Context for Implementing Health Care Reform" in C. Brecher.(ed.), *Implementation Issues and National Health Care Reform*, Washington, D.C.: 13-46.
3. Cohen, M. A., N. Kumar, and S. S. Wallack (1994), "Long-Term Care Insurance and Medicaid" , *Health Affairs*, 13(4): 127-139.
4. Dunkle, R. E. and M. Stone (1995), "Long-Term Care Services: Process and Outcome" in Z. Harel , R. E. Dunkle (eds.), *Matching People with Services in Long-Term Care*, p.137-58, New York: Springer Press.
5. Feder, J., J. Lambrew, and M. Huckaby (1997), "Medicaid and Long-Term Care for the Elderly: Implications of Restructuring" *The Milbank Quarterly*, 75(4): 425-60.
6. Fein, R. (1986), *Medical Care, Medical Cost: The Search for a Health Insurance Policy*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
7. GAO/HEHS-95-26 (1994), *Long-Term Care: Diverse Growing Population Includes Millions of Americans of All Ages*, U.S. GAO.
8. Kane R. A. and R. L. Kane (1987), *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*, New York: Springer Press.
9. Klass, G. M. (1989), "United State" , in J. P. DeSario, *International Sourcebook of Public Policy, Vol. I: Health and Socail Welfare*, New York: Greenwood Press.
10. Leutz, W. N. (1999), "Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United State and the United Kingdom" *The Milbank Quarterly*, 77(1): 77-110.
11. Maioni, A. (1995), "Nothing Succeeds Like the Right Kind of Failure:Postwar National Health Insurance Initiative in Canada and the United States" , *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(1): 5-30.
12. Raffel, M. W. and N. K. Raffel (1989), *The U.S. Health System: Origins and Functions*, Albany: Delmar Publishers Inc.
13. Rice, T., K. Desmond, and J. Gabel (1990), The Medicare Catastrophic Coverage Act: A Post-Mortem, *Health Affairs*, 9(3): 75-87.

14. Rowland, D. (1991), "Financing Health Care for Elderly Americans" in E. Ginzberg(ed.), *Health Service Research: Key to Health Policy*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
15. Schneider, U.(1999), "Germany's Social Long-Term Care Insurance: Design, Implementation and Evaluation" , *International Social Security Review*, 52(2): 31-74.
16. Starr, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books, Inc.
17. US Government (1993), *Health Security Act*.
18. Wiener, J. M., L. H. Illston, and R. J. Hanley (1994), *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*, Washington, D.C. : The Brookings Institution.

加拿大長期照護制度

王增勇、林小嫻*

一、前言

在討論長期照護的財務問題時，政策規畫者常常因兩個直覺判斷而裹足不前。一是，全民普及式的醫療保險往往都快無法負擔，在人口急速老化的情況下，政府怎可能再支付長期照護？其次是，雖然社區照護模式顯然優於機構照護模式，但完善的社區照護可能會使其成本無法控制，不若機構照護單純、容易掌控。但是加拿大近二十年的長期照護改革經驗推翻了以上兩項命題，證明一個普及式的長期照護制度是可行且可負擔的，而且完整多元的社區照護服務不會引發過度需求而導致政府預算的失控(Kane, 1993)。本文的目的就在介紹加拿大長期照護制度近年的演變、發展脈絡，並從中提出對台灣長期照護未來發展的建議。

一、政策背景與人口需求

影響長期照護政策發展之因素很多，以下先就加拿大的地理與人口結構，以及政治制度等兩方面做說明，作為討論長期照護制度發展之背景。再針對長期照護需求的主要標的人口-老人，做詳細之特性說明，以掌握加拿大長期照護制度所面對的族群特性。

(一) 地理與人口結構特性

加拿大幅員遼闊，地廣人稀，領土面積約997萬平方公里，為世界領土第一大國（原本次於蘇聯），但多為無人居住或人煙稀少的寒冷地區，可耕地區多分佈於與美國接壤的二百英里內之臨界區域。總人口約二千八百萬，是台灣人口的1.14倍，但領土卻是台灣的277倍。人口多集中在都會區，尤其是多倫多、蒙特婁及溫哥華三大都市，高度都市化導致的人口集中與城鄉差距形成加拿大在發展全民普及式長期照護的挑戰之一。

加拿大是多種族、多語言、多文化的移民社會。早期為法屬殖民

地，之後被英國征服，納為英國殖民地，原有法裔後代被迫遷離家園貶入低階層，從事中下勞工階層工作。這種迫害經驗埋下日後法裔人口集中的魁北克獨立運動的遠因。1960年代之前，移民多來自歐洲。在70年代的開放政策下，亞裔、非裔、中東、印度移民漸增，尤其是經濟發展迅速的亞洲移民，近年來增加最速。移民多集中在都會區，形成文化背景的多元化，造成都會區的人口雖集中但差異性又高的現象，形成長期照護提供上的另一項挑戰。

(二) 政治制度

加拿大的立國是被動地因為不願加入獨立戰爭新立國的美國，而由仍執意效忠英皇的保皇黨人士，聯合法裔與印地安原住民三方於1867年簽署不列顛北美條約(British North America Act)。這種被動立國的過程使加拿大成為一個沒有強烈國家認同的國家，即使是國家象徵的楓葉國旗也是近年才被認定，甚至許多長期收看美國廣播節目的邊境民眾常誤以為美國國歌才是加拿大國歌。加拿大在地理、貿易、交通、文化和外交上，與美國親如兄弟之邦水乳交融，卻又在心理上恐懼被美國併吞的矛盾情結，形成特殊的『美國情結』。但是這種缺乏強烈愛國主義、國家認同的立國過程，也使加拿大社會對外來種族與文化有著特殊的包容力。加拿大人常比喻美國是民族大熔爐，而自喻加拿大是沙拉大拼盤，因為每個民族在加拿大社會不會有被要求同化的社會壓力，仍能保持自身文化的特質。種族衝突在加拿大政治史上並未如美國的黑白種族是重要的衝突來源，反而是英語與法語之爭才是主要的爭議所在(Brooks, 1993)。原因是簽署不列顛北美條約的三方代表：英裔、法裔與原住民，名義上雖是平等關係的立國族群(Founding groups)，但實質確是英裔人士主導，爾後在政府行政架構下又在聯邦政府下分成十個省分(province)及兩個特別行政區(Territory)，而法裔的魁省與原住民的兩個行政區，被視為與其他英裔九省相同的行政地位，直接稀釋了法裔與原住民的影響力。這三種不同的代表性（法語/英語，白人/原住民，聯邦/省）成為加拿大政治運作中最易引發爭議的點。

加拿大至今仍為大英國協的一員，奉英女皇為國家元首，由女皇派遣總督代表，但實質權力掌握於內閣總理。政治制度採內閣制，部會首長由總理提名，總督任命之。在不列顛北美條約中明訂政府結構為三權分立之內閣體制，行政部門分聯邦與省政府二級制。聯邦政府權限不大，且規範除非憲法明訂之項目，一律歸屬省政府之權責。以醫療照護為例，聯邦政府只負責檢疫中心，海軍醫院及特殊團體，如軍人與退伍

軍人之醫療照護業務，至於其他醫院、收容所、慈善機構皆屬省政府管理。因此醫療照護，連同長期照護，主要是省政府的業務，此一原則在80年代再度為憲法法庭所肯定(Chappell, 1991)。但這並不代表聯邦政府無法影響省政府的健康照護政策，相反地，聯邦政府主要是透過財稅補助以及訂定國家標準二種管道來影響省的決策。其中又以財稅補助最為重要，這種以財稅為主要手段的中央與地方政府互動模式，被稱為「財稅聯邦主義」(Financing federalism)(Brooks, 1993:162-6)。

加拿大聯邦政府與省政府之間並無從屬關係，且省向來堅持聯邦政府不得逾越憲法賦予之權限。加拿大自立國以來，憲法即是以一個小聯邦政府為規範架構，因此當聯邦政府想有積極作為，即會被視為「擴權」、「侵犯省政府權限」，而造成中央與地方之緊張。這種聯邦與省政府之間的不信任關係是加拿大發展任何全國普及式政策的一大障礙，也是長期照護政策推動的阻礙，但全民健保算是少數成功突圍的例子。

全民健保之所以實施的主要動力是因為二次世界大戰之後，民眾期待強有力的政府介入，保障人民的生活；再加上聯邦政府提供相對補助給省政府，提供經濟誘因。健保實施的結果是，聯邦政府對省政府影響力大增。因為省的政策必須符合聯邦所定的全國標準，才能得到補助。隨著健保實施的成功與民眾的支持度（約在90%上下），再加上80年代健保費用的高漲，使的要求政府大力介入的呼聲高漲。聯邦政府曾嘗試修改憲法擴張其職權，但隨著米其湖協商(Meech Lake)以及查拉敦條約(Charlottetown Accords)的破裂，由財稅聯邦主義轉型為行政聯邦主義(Executive federalism)的努力宣告失敗，使聯邦政府在推動普及式政策上所能使用的政策工具(Howlett & Ramesh, 1995)仍需依賴財稅形式(Deber & Williams, 1995:298)。然而，擴大政府支出對於仍未完全自80年代經濟衰退中復原的加拿大而言，政治可行性並不高。

(三) 老人現況

加拿大是個高齡化的社會。在1998年，加拿大六十五歲以上的老人約有370萬人，佔總人口的12.3%(Statistics Canada, 1999)。與其他工業先進國家人口老化趨勢相同的是其中以85歲以上老人增加速度最快，在1991至1996年之間，65歲至84歲的青老與中老增加了10.5%，而老老人則以一倍的速度(19.6%)增加。由於女性平均壽命高於男性，女性老人比例高於男性老人，且愈老比例差異愈大。一般老人間男女比為1:1.4，到了85歲以上男女比例為1:2.3。

就分佈區域而言，除了兩個自治區的老人比例偏低以外(分別是5%

及3.2%)各省的老人比例從最低的艾柏塔 (Alberta) 9.9%至最高的 Saskatchewan 14.6%。其中四分之三的老人住在都會區(59%在人口超過十萬的城市，17%在較小的市郊社區)，只有24%的老人住在鄉下。三大都會區 (多倫多、蒙特婁及溫哥華)的老人佔總人口比例分別是11%，12%及12%。

就生活居住安排而言，93%老人住在社區中。在1996年大多數老人與配偶同住 (58%)，29%獨居，只有7%與配偶之外的家人同住，2%與非親屬 (朋友) 同住。若以歷年資料來看，老人與家人同住 (配偶除外) 的比例從1971年的16%降至1996年7%；同時期，獨居老人則從20%升至29%。若以性別看，女性老人獨居的比例 (38%) 高過男性老人 (16%) 一倍，且年紀愈大，獨居的機率愈大。85歲以上女性老人中有58%獨居，而同齡男性老人只有29%獨居。

另外有7% (約25萬) 的老人住在機構內，佔所有住在機構內接受照顧總人口的75%。不過，由於近二十五年來「去機構化」政策的影響下，住在機構的老人已由1971年全部老人的10%降至1996年的7%。這些住在機構的老人85%是住在養護機構，9%住在醫院，其餘6%在宗教機構內。若以地區來看，住進機構老人比例最高的是魁北克省的10%，英屬哥倫比亞省的5%最低。

就健康狀況而言，82%的老人被醫生診斷至少有一種慢性病，但只有28%的老人因此在活動能力上受到限制。78%的老人自認健康狀況不錯，只有6%的老人自認健康狀況差。25%的65歲以上居家老人有慢性失能情形，85歲以上的居家老人則升高至45%(National Population Health Survey, 1996)。

就社會支持而言，84%的老人有人提供協助。老人的社會支持有34%來自女兒，29%來自鄰居朋友，27%來自兒子。10%的老人接受社會服務機構的服務，且隨著年齡增加 (85) 歲而提高，而且女性 (39%) 高於男性 (24%)。老人不只是接受別人照顧，老人也提供支持給他人：35%的老人拜訪他人，27%提供情緒支持，21%幫忙別人買東西，21%做家事，17%幫忙照顧小孩。

就經濟狀況而言，老人在1996年的平均收入為19,952加幣，實質收入比1981年時增加了17%，而同時期青壯年人口的平均實質收入卻沒有增加，顯示老人的收入正持續改善。老人收入的主要來源為老人津貼 (Old Age Security, 相當於我國民進黨縣市實施的普及式敬老津貼) 與中低收入生活津貼 (Guaranteed Income Supplement)，佔29%；其次

是私人年金保險21%與國民年金保險20%。老人的貧窮率為21%，較18-64歲青壯年人口的16%高，與18歲以下兒童的21%相同。從1980至1996年，老人貧窮率由34%降至21%，但同時青壯年人口的貧窮率由14%升至19%，兒童由16%升至21%。推測與加拿大經濟不景氣及失業率高有關，而老人受到制度性社會救助與社會保險之保障而受較少波及所致。但是，老年婦女的貧窮率（27%）卻高過男性（13%）的一倍，有明顯貧窮女性化的趨勢，且以無家庭老年婦女最為嚴重（53%）。

二、長期照護制度演進

加拿大長期照護制度的演變與醫療照護制度息息相關，學者探討加拿大長期照顧多半以醫療照護制度作為背景(Chappell, 1994; Williams & Deber, 1995)甚至是對比(Neysmith, 1997)。前者是因為加拿大長期照護制度是立基於全民健保支付的醫療照護體系所建立起的中央/地方行政體系與互動模式，另一方面也反應了加拿大對健康定義從疾病的治療到生理、心理、社會面的全面定義的思潮演變，導致1984年加拿大健康法案(Canada Health Act)中界定的政府有責任提供「醫療所必須的服務」(Medically necessary services)正逐漸被擴大解釋，而長期照護正是被大力倡導納入定義的項目之一。後者則是反應女性主義者對於長期照護遲遲未如醫療照護被政府接納為國家重要政策，因而危害女性福祉的不滿與批判。無論加拿大醫療照護與長期照護間是互補或競爭關係，這都顯示醫療照護對長期照護制度的演變有深遠的影響。下面就從此一歷史脈絡來說明加拿大長期照護制度之演變。

(一) 全民健保的進程

由於聯邦政府有較大的稅基，因此在行政權責受限於不列顛北美條約的情況下，聯邦政府透過財稅機制確保其對政策的影響力(Vayda & Deber, 1995)。1957年聯邦政府通過醫院與診斷服務保險法案(Hospital Insurance & Diagnostic Services Act)，將住院服務納入給付，並與省政府各負擔一半的費用。省政府各自負責經營各省的服務體系，但必須符合聯邦政府所訂定的五項原則：1.涵蓋對象普及至全體居民(universal)；2.提供之服務必須周延(comprehensive)；3.不得以其他方式阻礙居民使用合理醫療服務(accessible)；4.保險必須可隨居民的遷徙而轉移(portable)；5.保險的管理應由省政府辦理(publicadministration)。

1968年聯邦政府通過醫療照護法案(Medical Care Act)將醫師門診服務納入給付。至此，醫療照護體系中昂貴與最專業的住院服務與門診服務接被納入全民健保，排除了民眾使用的經濟障礙，從此也確立了加拿大健康照護的醫療取向(Chappell, 1994)。Evans(1984)估計醫師掌握了全民健保80%的服務費用，雖然只有19%的健康費用是直接支付給醫師，但醫師掌握了住院許可、開處方簽、申請檢驗許可、建議回診等醫療決定。儘管如此，仍有許多醫師認為健保給付不足而向病人額外收費，因而違反聯邦政府所訂定的健保實施的五大原則之一：服務的可近性。為了阻止額外收費的情形，聯邦政府再通過1984年加拿大健康法案(Canada Health Act)，再次確定健保的五大原則，並訂定以降低補助比例，作為對省政府的罰則(Armstrong et al., 1994)。

醫療照護法案的醫療取向也導致地方為了爭取聯邦政府的相對補助款，集中資源發展醫院和醫師服務方案，而忽略了其他促進健康的服務方案。況且相對補助款制度拉大了富有省分與貧窮省分間的城鄉差距，同時期，為了要抑制醫療成本的快速增加，1977年聯邦政府制訂聯邦/省政府財稅處理與既有方案財務法案(Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Program Financial Act，簡稱EPF)。該法案打破原有聯邦與省政府各付一半醫療費用的模式，改以稅務轉移¹(Tax transfer)與總額撥款²(Block funding)的補助方式，並限制給付各省之補助款成長率不得超過當年經濟成長率，超出者由各省自行吸收，以強化各省節制費用的誘因。另一項特色是，聯邦對補助項目的範圍不再作硬性規定，而給予省政府更多彈性去嘗試新的健康照護方案，例如社區健康中心、老人藥品保險等。總額預算的精神至此被初步引進加拿大健康照護體系，省政府在節約成本的前提下，開始嘗試各項長期照護制度的改革。在經濟衰退、政府赤字上升的壓力下，聯邦對各省之補助款一再調降補助比例。在1990年聯邦政府宣佈凍結醫療補助費總額度，直至1996年仍未解除，雖然這些年間醫療費用仍然持續增加。

1984年的加拿大健康法案，除了上述對允許額外收費的省分明列罰則外，重大的改革是將可給付的範圍由條列式改為原則性宣示。凡是省政府訂為「醫療必須的服務」皆可納入給付。雖然該法擴大健康定義的意圖明確，該法案名稱也由1968年的「醫療」照護法案改為加拿大「健康」法案，並賦予各省更大的決定權，但其對扭轉加拿大健康照護體制的醫療取向並沒有太多助益，因為80年代時龐大的醫院、醫師、製藥工

¹稅務轉移(Tax transfer)是指聯邦政府同意降低個人所得和公司營業稅率，使省政府有多餘課稅空間，可以將省稅提高相同百分點(Health Canada, 1997)

²總額撥款(Block Funding)係聯邦政府以各省人口為基礎撥總額預算的現金補助方式，但補助成長率以當年國民生產毛額成長率為上限。

業早已形成強有力的既得利益團體。以1998年加拿大健康照護支出為例，醫院、醫師與藥品的支出分別為33.4%、14.4%及14%共佔61.8%；相對的，公部門的居家服務預算雖然在1991至1998年間以每年11%的成長率增加，但在同年健康費用支出中，居家服務仍僅佔4%而已(Health Canada, 1998)。換句話說，加拿大醫療照護體制在全民健保的財務支持下得到充分發展，在聯邦有明確的政策，如1984年的加拿大健康法案。財務制度上以稅收為主，爭議點在於聯邦與地方政府間的財務分攤比例，但普及式無障礙醫療使用已被充分保障。近年來主要改革重點是醫療成本的控制以及以健康取向替代原有的醫療取向，但是在醫療資源有限與憲法對聯邦政府角色的設限，使健康取向的完整照護體系受到限制，必須在控制成本的前提下進行，因此資源分配比例一直無法有效從機構照護與醫師轉移至公共衛生與社區照護服務上。

(二) 長期照護之演變

相對於醫療照護，長期照護政策是較被忽略的。聯邦政府並沒有採取如1984年加拿大健康保險法般明確的長期照護政策，也沒有制訂如同全民健保的五大原則一般全國性的標準。相較於英國與澳洲所制訂明確的社區照護政策，加拿大長期照護服務的推動是在沒有全國統一的政策與標準下進行的(Neysmith, 1997)，因此各省之間的差異頗大(Beland & Shapiro, 1994)。全國性的統計資料也因此分散與缺乏共同定義而厥如。

至於長期照護的財務來源更是多元如同碎花布補貼而成的被套。早期聯邦政府對省政府提供的主要財源是1966年的加拿大救助方案(Canada Assistance Program)，專門給付不被健保納入的服務項目，但有附帶資產調查的排富條款，給付項目由地方政府自行決定。這項方案並不是對非醫院、非醫師的健康照護提供完整的給付，更不足以排除一般人使用長期照護之經濟障礙(Chappell, 1994)。相反地，加拿大救助方案只是對既有的慈善收容機構提供補助，並未接受長期照護為政府應盡的責任(Deber & Williams, 1995:300)。因此，在70年代以前，加拿大的長期照護制度與現在的台灣和美國相仿，也就是，一個老人必須在耗盡其所有資產成為低收入戶之後，政府才會介入(林萬億, 1994)。在全民健保的支持下，醫院快速興建，而社區照護低度發展，長期照護機構以傳統慈善收容所，如老人之家(Home for the Aged)為主。雖然長期照護機構的補助一半以上來自政府，但是省政府卻對服務品質與機構的使用用途沒有掌控權。

這種殘補式的政策方向到了1977年聯邦政府進行全民健保財務改革

台灣的情況還更進一步將整個家庭的資產與收入都納入計算範圍。

時通過的既有方案財務方案(EPF)，出現了轉機。為了鼓勵省政府發展醫院以外較便宜較合理的照護服務，聯邦政府引入了專門針對失能者的延長照護補助款(Extended Care Grant)，一開始以每人每年20元加幣的基準，撥發以人計費的總額預算，提供各省政府開辦普及式護理之家保險的經濟誘因。由於聯邦政府的財務支援，以及實務界對健康照護過度醫療化的改革聲浪，各省政府自70年代末期以來，即開始二十年的長期照護改革，從被動的殘補式救助措施，轉為較主動的政策規畫者，服務提供者以及財務供給者。在長期照護的改革上，加拿大政府將政府經費用在保障人民的基本照護需求，人民個人資產則用於提昇服務等級上。至今超過95%的人口有護理之家服務保險(Kane, 1993:91)。儘管聯邦政府的補助正逐年減少，社區照護服務方案仍如火如荼地展開。1995年聯邦政府建立新的總額撥款方式，叫做加拿大健康社會服務轉移方案(Canada Health & Social Transfer, 簡稱CHST)，取代原有的加拿大救助方案(CAP)以及既有方案財務方案(EPF)。持續以總額預算之精神，以現金轉移或財稅轉移的方式補助地方政府，允許地方政府有更大的自主性，依地方性需求設計其健康與社會照護方案。其範圍廣泛包括健康照護、教育、社會救助及福利服務等(Health Canada, 1997b)。

三、機構式護理

1973年聯邦政府將機構式健康照護分為急性醫院(Acute Hospital)、復健醫院(Rehabilitation Hospital)、慢性醫院(Chronic Hospital)、延長照顧(Extended Care)以及安養照護(Residential Care)等五級(Kane, 1993)。其中延長照顧的對象是指每日需要1.5小時的個人照護或護理服務的人，相對應於台灣的機構照護大約是現行護理人員法的護理之家與老人福利法的長期照護機構與養護機構，在美國的系統則約是技術性與中級護理之家(Skilled & intermediate nursing home)；至於安養照護大約是台灣的安養機構或美國的住宿照護服務(board & care)(Kane, 1993)。(名詞對照詳見表一)。

安大略省及曼尼托巴省(Manitoba)在70年代率先給付護理之家服務，爾後在聯邦EPF的總額撥款補助下，各省紛紛加入，至今除了大西洋區三個較貧窮的省尚未給付護理之家外，超過95%加拿大人都被保障基本的護理之家服務。雖然各省執行細節有所差異，但仍可識別若干共同原則。

加拿大有關長期照護設施的名詞分雜不一，此處呈現的是聯邦政府的分類名詞，有關加拿大各省常用之長期照護設施名詞，請參見V. Marshall, 1989: 12。

第一，服務的分配原則(Principle of Allocation)是以案主喪失功能的程度決定，沒有收入、資產和年齡因素的限制。也就是，護理之家被視為失能者的基本權利。

第二，顧及使用者收入的付費制度。護理之家不是完全免費，相反地，使用者必須付費。有些省分是採定額付費制以當地病房費用的1/3為準；但也有的省是以使用者每月收入的1/3為標準；也有的是以老年年金扣除當地生活水準所必須的生活津貼(comfort allowance)為收費標準。上述形式都在確保窮人也可以負擔，且不致因失能而落入貧窮，因而保障了使用者的生活品質。

第三，組合主義精神的協商機制。各省的護理之家都有組成協會，成為省政府政策對話的對口單位。每年的收費標準以及支付標準都是由省政府與協會共同協商。透過協會，業者內部彼此的自律與律人機能也得以發揮，減少政府稽查的行政要求。

第四，支付制度中考量照護程度與機構性質。有的省如曼尼托巴省、英屬哥倫比亞，制訂了鑑定失能程度的分類與標準表格。護理之家提供不同程度的照護可獲得不同的支付。其次，營利性質與非營利性質

表一 加拿大、台灣和美國機構式照護名詞對照表

加 拿 大	台 灣	美 國
Acute Hospital	急性醫院	Acute Hospital
Rehabilitation Hospital	復健醫院	Rehabilitation Hospital
Chronic Hospital	慢性醫院	Chronic Hospital
Extended Care (Nursing home , Home for Age)	養護機構、長期照 護機構、護理之家 (安養中心)	Skilled & intermediate Nursing Home
Residential Care (rest home)	安養機構 (仁愛之家)	Board & Care

註：括弧內係一般常用之名詞

的護理之家會有不同的支付形式，營利機構的給付較低，給付計算方式也較嚴苛。例如，安大略省以每日計費的方式支付營利性護理之家每人每日75加幣，而以每人每月的方式支付非營利性護理之家每人每月3900加幣（平均每日130加幣），幾乎是營利機構的兩倍(Deber & Williams, 1995)。但是英屬哥倫比亞省刻意地排除這種偏好非營利組織的傾向，而將二者經常性的支付標準統一，非營利組織多的只是資本門補助給非營利組織，因為他們相信營利與非營利只要能提供相同的品質就應該得到相同的補助。

第五，多元化的監督制度。護理之家必需取得執照始得營業，其運作由省政府負責監督。但是比起美國、加拿大相關法令較不嚴格詳盡，因為加拿大政府較不依賴法令規定與行政稽查去確保服務品質。相反地，加拿大政府透過多元化管道去促進服務品質，例如，透過護理之家協會的自律，以及扶植使用者的草根組織。安大略省近年興起的安大略護理之家居民之友協會(Concerned Friends of Nursing Home Residents)即是家屬所發起組成，專門監督護理之家品質，保障居民權益的民間團體之一。在他們的堅持下，省政府頒佈了居民權益守則(Codes of Resident's Rights)。

第六，護理之家的經營型態是營利與非營利共存，非營利性護理之家多是早期縣市所成立的收容所隨著收容對象的老化所演變的養護機構，這些機構成立時間久而且容量較大。營利性護理之家則規模較小且成立時間短。1984年安大略省護理之家的床數共51,000床，其中非營利機構180家提供30,000床，而營利機構332家提供21,000床(Marshall, 1989)。這些護理之家的經營形態多屬獨立經營，只有少數床位是附屬在醫院內，但偏遠地區的護理之家多附屬在醫院內。不過醫院內的護理之家與獨立型態的護理之家的支持標準是一致的，而且醫院的護理之家是納入醫院的總額預算之內控制。

第七，護理之家的床位是受到省政府的控制，以限制機構照護成本的增加。安大略省為例，護理之家的床位配額是由地區健康委員會規畫建議後，省政府在當地招標床位的興建權，競標的廠商不是以低價格取勝，因為補助興建的單價是固定的，競標的取決是依據廠商所提出的服務計畫以及過去的服務記錄。

長期照護中被納入政府給付最早就是機構照護部份，因此也導致長期照護制度的過度機構化，而社區照護資源相對不足，使得老人有過早或不當被送入機構的情形。70年代末期，Dulude(1978)研究發現住在機

健康委員會(District Health Council)是地區名譽、服務提供者、政府官員組成的規畫小組，對地區健康委員會資源的分布有建議權，是加拿大政府行政體制區域化(regionalization)的具體作法。

構養護的老人有45%是屬於可以自理或功能尚可，大多可以住在社區之中。各省近年皆致力將長期照護資源中的機構部份轉移至社區。以安大略省為例，1988/9年長期照護經費20億加幣中，有80%是機構照護(23%護理之家，22%仁愛之家，34.1%慢性醫院)(Deber & Williams, 1995)，到了1994年機構照護比例降至68.5%，社區部份增至31.5% (Neysmith, 1997)。

四、社區/居家照護

居家服務有多重發展源頭，包括早期志工提供的友善訪視。但居家服務受到政府重視是在70年代，是為了節省醫療成本、紓解住院病人所提供的醫院替代方案之一(Chappell, 1994)以專業護理人員為主的居家護理。目前加拿大最大的居家護理組織-維多利亞護理人員協會(Victorian Order of Nurses, VON)就是在此一背景發展而成。由於居家護理的目的就是在替代住院服務，因此居家護理只是醫師在安排病人後續照顧的其中一項選項，必須有醫囑才能提供。1974年曼尼托巴省首先突破了醫囑的限制，而以病人失能程度為主要考量，只要經過護理師與社工師共同評估後，認為有需要，即可提供。居家服務才開始被視為獨立的一項服務，有其不同於住院服務之功能。居家服務的內在此時也得到擴充，除了原先的居家護理外，也增加了其他專業，如物理治療、職能治療、復健、社會工作等。除了專業的多元化之外，最主要的擴充是半專業人員所提供的個人照護(personal care)以及家務助理服務(homemaker)。曼尼托巴省的居家服務改革計畫在學術界頗負盛名，是許多跨國性比較研究中加拿大的代表方案，如Monk & Cox(1995)與Rosen(1988)。其改革重點包括統一評估標準，建立統一窗口，實施個案管理，在醫院設置居家服務辦公室做出院計畫，以及透過成人教育體系實施護佐(health aide)以及家務服務員(homemaker)的教育訓練體制，並將其與護理教育銜接，以解決半專業人力不足的現象(Havens, 1985; Rosen, 1988; 王增勇, 1991)。

1978年英屬哥倫比亞省也展開社區照護改革，稱為持續性照護方案(Continuing Care Program)，其改革原則與曼省相似，其更進一步將機構養護系統與居家服務系統加以整合，由同一個案管理員負責評估與審核。

魁北克省的改革則是以「社區服務中心(Centres locaux de

services communautaires, CLSC)」為核心概念，在70年代中期，以魁北克境內各區的天主教堂為起點，將初級醫療照護（家庭醫師）、公共衛生（心理衛生、家庭計畫健康促進）、社會福利服務（婚姻暴力、兒童保護、家庭暴力）以及老殘社區照顧（居家服務、日間照顧）都整合在社區健康中心內提供，進行社會福利與健康照顧的改革，以解決貧窮問題與平衡偏遠地區醫療缺乏為重點（Leseman, 1984）。經過二十多年的努力後，1995年時魁北克省境內建立161個功能齊全的社區服務中心，外帶分佈在偏遠地區300餘個部份功能或部份開放的社區中心，形成一社會福利與衛生整合的服務網絡。這些社區服務中心的效益評估研究發現可有效降低老人住院率及用藥量，且以低於醫院17%的成本提供初期醫療照護(Williams, 1992; Angus & Manga, 1990)。

安大略省的社區/居家照護制度是最為殘補與不整合的，1968至1984年前居家服務仍是以出院病人短期護理服務的形式，在醫囑的情況下提供。1984年開始開放定期服務，1986年才在多倫多展開六個整合型家務助理服務方案(Kane, 1993)。安大略省的社區照護制度是各省中最接近美國的自由市場取向，向來任由民間慈善團體發展，因此行政架構重疊、資源分配不均的現象嚴重。1993年安大略省進行長期照護改革(Ontario Government, 1993)，打算將省內1200個機構整合成500個區域機構，但遭遇強大阻力而失敗(Deber & Williams, 1995)。之後只實施了單一窗口的服務中心，仍保留了既有的服務行政體系。與魁北克、曼尼托巴、英屬哥倫比亞形成強烈對比。

1. 服務體系

儘管各省社區照護體制差異頗大，但也有其共通性。省政府介入的居家服務內容至少包括、護理服務個人照護以及家務助理三部份。服務提供前都強調完整的評估，並沒有各案管裡制度控制服務資源的分配。物理治療、職能治療、社會工作等專業常被包括在居家服務體系內，但是在偏遠地區常常沒有這些專業服務。日間照顧(Day Care)與送餐服務常附屬於居家服務下。暫歇性服務則同時以居家服務、日間照顧與機構養護等三種形式提供給照顧者使用。

服務輸送體系是公辦公營、公辦民營、補助民間辦理和市場提供等方式多元進行。以居家服務為例，曼尼托巴省的居家護理是委託民間機構（如紅十字會、維多利亞協會）辦理，而個人照護與家事助理服務的護理督導人員與半專業人員則都是政府納編的公務人員。英屬哥倫比亞則剛好相反，居家護理是政府自雇護理人員辦理，其他居家服務則是委

託民間辦理。魁北克則是全部由政府雇人辦理。在都會地區則會有營利性居家服務機構的存在，但數量與供給量不多。

個案管理則含括評估與服務監督，多由社工師或護理師執行。除非短期性末期病人的安寧居家照護，個案管理裡者所核准的居家服務成本多半不超過護理之家的成本（王增勇，1997a）。在英屬哥倫比亞與曼尼托巴省的個案管理者同時控制護理之家與居家服務之審核權，以防止不當或過早的進入機構。其他省分則多將居家服務與護理之家的窗口分開管理。

2. 收費制度

除了Nova Scotia省之外，居家護理在各省是完全免費的，但超過政府補助的時數，民眾必須自費。其他居家服務有二省是免費，魁北克省只收送餐與交通服務之費用，另有七省設有使用者付費制度，不過付費標準是依使用者的經濟能力決定，稱為漸進式收費標準(Sliding Scale)（日本稱為輕費制度）。差異在於審查的範圍，大多數是以個人收入為範圍，或是以家庭總收入計算（通常只含配偶與同住之18歲小孩）少數還包括資產部份（但不包括現有住家）。以艾柏塔省為例，其收費標準是以家庭總收入與家庭人口數為考量變項（參見表二，王增勇，1997b）。不過各省對使用者自費部份皆設有上限，如艾柏塔省為每月300元加幣。

加拿大艾柏塔省的家務助理服務收費制度，其以每月收費上限而非收費單價做為反應案主收費能力的指標，相同的原則但簡單易行。艾柏塔省的社區照護，自1978年實施以來，只對家務助理服務及送餐服務收費，而居家看護並不收費。家務助理服務及送餐服務的收費目的，不在於反應成本，而在於避免民眾濫用。只要曾經過政府資產調查，目前正接受社會救助的民眾完全免費，其餘民眾則依家庭淨收入及家庭人數設定每月50元(合台幣1000元)至300元(合台幣6000元)的收費上限，其家庭之定義只包括夫妻(含同性伴侶)及同住之十八歲小孩，同住之老年父母與夫妻分開計算。

由於居家服務（包括個人照護與家事助理）是政府補助提供服務，目的在保障所有人都可以使用，因此服務時數多設有上限。例如魁北克省是35-40小時/週，愛德華王子島是28小時/週，英屬哥倫比亞是30小時/週，安大略省是第一個月80小時，之後每月60小時，必要時可再申請個人照護每週30小時(Health Canada, 1999)。

居家服務在各省衛生預算約佔2-6%，儘管聯邦政府補助款逐年減

表二 1994/5年加拿大艾伯特省的家務助理服務收費制
收入及收費類別表

家庭總收入		收入	家庭人數								
年收入	月收入		1	2	3	4	5	6	7	8	
0-15720	0-1310	001	A	A	A	A	A	A	A	A	A
15721-31440	1310-2620	003	B	A	A	A	A	A	A	A	A
31441-36672	2620-3056	004	C	B	A	A	A	A	A	A	A
36673-41904	3056-3492	005	D	C	B	A	A	A	A	A	A
41905-47136	3492-3928	006	E	D	C	B	A	A	A	A	A
47137-52368	398-4364	007	F	E	D	C	B	A	A	A	A
52369-57600	4364-4800	008	G	F	E	D	C	B	A	A	A
57601-62832	4800-5236	009	G	G	F	E	D	C	B	A	A
62833-68604	5236-5672	010	G	G	G	F	E	D	C	B	A
68605-73296	5672-6108	011	G	G	G	G	F	E	D	C	B
73297-78528	6108-6544	012	G	G	G	G	G	F	E	D	C
78529	6544	013	G	G	G	G	G	G	F	E	D

收費上限表

收入類別	每小時餐單價	每月收費上限
A	0	-
B	5.00	50
C	5.00	100
D	5.00	150
E	5.00	200
F	5.00	250
G	5.00	300

少，但各省投入居家服務的經費有增無減，過去七年（1911-98）間增加兩倍（1億至2億），每年成長率達11%，總金額達20億加幣，各省平均每人每年的居家服務金額從尤康自治區及愛德華王子島的33元至曼尼托巴省及安大略省的98至124元之間。使用率也從二處原住民自治區與Nova Scotia的每一千人不足19人，到魁北克及New Brunswick的每千人30人以上之間不等⁶（Health Canada，1999）。值得注意的是，近年來各省政府嘗試發展完善的社區照護服務後，只有初期使用率急速增加，但不久即呈現穩定，使用率皆在控制範圍內，預算也維持在各省政府總健康預算5%左右。家庭成員並沒有因為完善的社區照護服務，而將老人照護責任拋給政府，反而家庭成員仍持續參與照護，只是轉換另一個角度而已。換句話說，加拿大的社區照護制度經驗並未引發家庭則任意拋給政府的擊木效應（woodwork effect），因供給引發大量潛在需求（Hooyman，1992）。經過二十年的發展，居家服務的對象以不再侷限於急性醫院出院的病人，而有2/3使用者是屬長期慢性病人，只有1/3是甫出院的病人。

為了使經費的配置決策更能反應社區需求，各省政府正推動行政區域化（regionalization），讓社區擁有更多決策權。在魁北克省有社區服務中心（CLSC），其管理委員會有社區選舉產生的代表，政府官員與民間機構代表，省政府規定服務項目，省政府規定服務項目而委員會有權決定預算分配之比例（Leseman，1984）。安大略省有區域健康委員會（District Health Council）同樣由政府、社區、民間機構提出建議書（Deber & Williams，1995）。英屬哥倫比亞也在進行相類似的改革。

五、加拿大長期照護之特色與發展

在缺乏聯邦政府強有力的主導，加拿大長期照護體系主要是由各省政府推動。在醫療體系透過全民健保吸納大部份的健康資源後，長期照護的發展被定位在替代醫院的節約方案。除了資源分配有強烈的醫療化取向，長期照護資源的分配也有機構化的取向。在醫療費用急遽增加與經濟衰退的財政壓力下，1977年的財稅改革是關鍵時刻，使各省有更大彈性發展其他方案，護理之家是首先被納入給付的項目。至今95%以上人口皆有護理之家保險，因此普及式養護機構保險是加拿大長期照護的第一特色。

⁶居家服務的使用率統計資料共有四個來源，其結論不一致，此處係引用Health Canada之官方資料。

受到全民健保五大原則背後的社會主義原則影響，加拿大長期照護

政策採取普及式原則。具體表現在外的是，付費制度依使用者付費能力決定，以確保需要者不會因經濟因素而被拒絕服務。因此，加拿大政府將經費用於基本照護服務的提供，且自費部份不致影響使用者的生活品質，若使用者有餘力，可以自費增加時數或提昇品質（例如由二人房升級為單人房）。

第三，加拿大各省政府運用總額預算制的精神，配合行政決策地方化的策略，提昇社區組織發展，強化資源分配的效能。透過政府經費運用決策的鬆綁，社區照顧服務可以多元化地發展，且結合更多的民間資源。這種透過總額預算節制成本，同時又促成社區發展的策略，仍屬嘗試階段，但是目前各省推動的方向(Tudiver & Hall, 1999)。

加拿大近二十年的長期照護改革似乎卓然有成，與南方美國殘補不全的體系形成強烈的對比(Kane, 1993)，但其背後仍有許多的隱憂。首先，長期照護的財源缺乏穩定性。目前主要來源是聯邦補助與省政府預算，聯邦政府的角色受限於加拿大憲法之規範不易擴張，以財稅作為政策工具又受限於當前的經濟與政治氛圍。省政府則仍擔心政府預算的節制，在預算刪減的考量中，長期照護常是容易被刪項目。

其次，1988年美加自由貿易協定(FTA)與1994年北美自由貿易協定(NAFTA)使加拿大政府大量補助的長期照護服務可能成為違反自由市場競爭原則而被檢討的案例，且使美國營利性組織可以自由進入加拿大長期照護市場。雖然目前NAFTA官員仍承諾加拿大現有社會服務方案不在商業競爭範疇內(Health Canada News Release, 1996, 引自Tudiver & Hall, 1999: 21)，但所謂「促進大眾福祉的社會服務」(social services for the public good)的定義仍有許多曖昧不明的灰色地帶。換言之，加拿大目前普及式取向的長期照護政策可能受到國際貿易自由化的影響而被迫開放市場自由競爭，政府的介入被視為「不公平對待」受到糾正而被迫改變。

第三，偏遠地區的長期照護專業人員難尋，半專業人力流失率高。都會地區被迫運用新進移民提供居家服務(Neysmith & Aronson, 1997)，因語言、文化不同而造成許多服務困擾。Neysmith(1994; 1997)認為加拿大近二十年長期照護政策由機構養護轉向社區照護的過程中，在節制成本的考量下，關閉機構所節省下的經費並未全部轉移到社區，導致原本工作條件較好的專職工作被工作條件較差的兼職低薪所取代，其結果是從事長期照護工作的女性受到影響。換句話說，政府所節省下的成本是由從事照護工作的女性工作人員所承擔，因此強化了女

性經濟弱勢的地位。

六、結語

政府預算失控及健康及社會福利部門的服務效率等問題自1960年代至今一直是歐美先進國家政府的頭痛問題，甚至是熱門的政治話題。加拿大的NHE佔率，(國民健康總支出相對於GDP的百分比)由1970年代的7%成長至1993年間的10%，1994~1996間並有下降趨勢。而在同期間，美國的NHE佔率則由8%成長至14.3%，至Clinton政府後維持在14%，其成長趨勢始獲得初步掌控。相對於美國，加拿大國民健康服務的管理似乎更值得學習。Kane(1993)認為加拿大近20年的長期照護改革經驗，證明一個普及式長期照護體系是可行且可負擔的，而且完整多元的社區照護服務不會引發過度需求而導致政府預算的失控。本文即是嘗試瞭解、說明及驗證此一國際經驗。

面臨醫療體系中種種低效率現象，如醫療成本快速增加，資源集中於醫院醫師服務等，且忽視健康促進的其他方案等，加拿大聯邦政府於1977年採用總額預算精神的財務改革方案，並針對失能者的延長照護補助，也引入以人計費的總額預算。因此，各省政府在節約成本的誘因下，開始嘗試各項長期照護制度的改革。1984年將1968年的「醫療照護」法案改為「健康」法案，將可給付範圍由條列式改為原則性宣示，而長期照護正是被大力倡導納入定義的項目之一。聯邦政府於1995年的加拿大健康社會服務移轉方案，更進一步整合原有的CAP及EFP(加拿大的救助方案及財政收支劃分法)成為一新的總額預算方案，允許地方政府有更大的自主性，依地方性需求設計其健康與社會照護方案。正當台灣進行『精省』工程之際，除了行政層級的簡化外，我們仍需要的是中央與地方政府之間的分工，而不是中央與地方重複同一執行功能，加拿大經驗即提供了一個參考。1977年之前加拿大的中央地方補助款模式正是目前台灣中央與地方推動各項福利措施的模式，其效果正是擴大城鄉差距。

回應上述近20年的總體財務制度改革，加拿大不但維持健康總支出相對穩定成長，且加拿大健康體系內的資源配置逐漸獲得一些改善，例如醫院、醫師的支出佔率由早年的59%下降至近年的近49%，而長期照護為主的其他機構式服務雖有小幅升降，但大致穩定，公共健康及其他支出則較明顯地上升，該兩項包含社區健康中心及居家照顧等(Health Canada, 1997)。雖然藥品費用具有高額的私人自付支出，但藥品支出

的佔率卻未降反升。與德國健康保險的總額預算制度相較，加拿大僅針對政府支出設定總額預算，忽視醫療專業對消費決策的主宰性，因此，在政府支出固定或減縮之時，透過部分負擔，民眾直接自負支出卻快速增加。這證明了當醫療既得利益團體一旦形成了盤根錯節的共犯體系，資源的轉移就十分困難，改革的可能性更小，以致加拿大的長期照護體系至今仍有過度機構化的現象，而使社區照護資源相對不足，但各省近年皆致力於改善此一現象。加拿大至今仍能稍有小成，得力於其政府將長期照護視為政府責任，而以普及式福利觀點介入，在掌握多數財務優勢的情況下主導資源的分配與使用目的。聯邦政府藉由總額預算的制度，促使各省政府積極地推動改革，但也造成了各省的差異。台灣在實施全民健保之後，醫療生態正在產生巨大變化，其中之一就是醫療財團化的發展，醫院、財團，挾持醫學專業的權威正壟斷所有國家健康資源，社區照護的發展空間始終無法開展。老人長期照護的需求在國家遲遲無積極作為下，只能在市場機制下由外籍看護工、護佐在公寓開設的未立案安養中心裡得到滿足。政府至今最積極的作為只有依據老人福利法對未立案安養中心進行取締與罰鍰。1998年中和慈民老人安養中心大火後，行政院通過的成立四百所居家服務中心決議至今成效仍寥寥無幾，僅八所而已，顯示政府在長期照護政策仍未有足夠的決心介入。面對高齡化社會的到來，長期照護體制的建立至今仍『只聞樓梯聲響、卻未見伊人人影』，豈不令人擔憂。

加拿大各省政府運用總額預算精神，配合行政決策地方化的策略，提升社區組織發展，強化資源分配的效能，社區照顧服務可以多元化地發展。以安大略省為例，社區照護比例由1988/89的20%升至1994年的31.5%，更值得深入學習的是較能兼具公平與效率的魁北克省改革經驗：20餘年的努力建立一社會福利與衛生整合的服務網絡，至1995年已經設立普及且功能齊全的「社區服務中心」，將初級醫療照護、公共衛生、社會福利服務、以及老殘社區照顧整合在此中心內提供。台灣近年持續談論社政與衛政的整合，但卻未見具體成效。例如，護理人員法的『護理之家』與老人福利法的『長期照護機構』雖然設置標準相同，但社會司與衛生署仍各自持本位主義，堅持機構只能選擇一種名稱、分屬不同的主管單位、申請不同的經費補助，因而無法做到實質的統合。又如，台北市衛生局和社會局推動的日間照護（顧），彼此之間並無協調，以致資源的分佈重疊（王增勇，1997b）。個案管理中心的推動也因政府部門之間的缺乏整合，導致個案管理成為『資料』管理，只有轉介

服務，缺乏對個案管理者的充分授權，以致對老人服務的整合成效有限。加拿大的經驗告訴我們，長期照護的發展必須透過社區發展才能落實。唯有社區力量的產生，專業間、政府部門間的本位主義才能被突破，使服務輸送體系回歸到以案主為中心的理想。這是台灣在政治民主化之後，更進一步深化民主內涵的課題所在。

附 錄

加拿大長期照護制度相關法今年代表

1. 1867年簽署不列顛北美條約(British North America Act)。規定除非憲法明訂之項目，一律歸屬省政府之權責。
2. 1957年聯邦政府通過醫院與診斷服務保險法案(Hospital Insurance & Diagnostic Services Act)，將住院服務納入給付，並與省政府各負擔一半的費用。
3. 1966年的加拿大救助方案(Canada Assistance Program)，專門給付不被健保納入的服務項目，但有附帶資產調查的排富條款，給付項目由地方政府自行決定。
4. 1968年聯邦政府通過醫療照護法案(Medical Care Act)將醫師門診服務納入給付。
5. 1973年聯邦政府將機構式健康照護分為急性醫院(Acute Hospital)、復健醫院(Rehabilitation Hospital)、慢性醫院(Chronic Hospital)、延長照顧(Extended Care)以及安養照護(Residential Care)等五級。
6. 1977年聯邦政府制訂聯邦/省政府財稅處理與既有方案財務法案(Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Program Financial Act，簡稱EPF)。打破原有聯邦與省政府各付一半醫療費用的模式，改以稅務轉移(Tax transfer)與總額撥款(Block funding)的補助方式，並限制給付各省之補助款成長率不得超過當年經濟成長率，超出者由各省自行吸收。另外引入針對失能者的延長照護補助(Extended Care Grant)，以每人每年20元加幣的基準，撥發以人計費的總額預算，提供各省政府開辦普及式護理之家保險的經濟誘因。
7. 1984年加拿大健康法案(Canada Health Act) 再次確定健保的五大原則，並訂定以降低補助比例，作為對省政府的罰則，同時將可給付的範圍由條列式改為原則性宣示。凡是省政府訂為「醫療必須的服務」皆可納入給付。

8. 1995年聯邦政府建立新的總額撥款方式，叫做加拿大健康社會服務轉移方案(Canada Health & Social Transfer, 簡稱CHST)，取代原有的加拿大救助方案(CAP)以及既有方案財務方案(EPF)。持續以總額預算之精神，以現金轉移或財稅轉移的方式補助地方政府，允許地方政府有更大的自主性，依地方性需求設計其健康與社會照護方案。其範圍廣泛包括健康照護、教育、社會救助及福利服務等。

參考文獻

一、中文部分

1. 王增勇。(1991)。老人居家服務。徐麗君主編，*老人志工服務手冊*。台北：台北市政府。
2. 王增勇。(1997a)。殘補式或普及式福利？－台北市居家照顧政策的抉擇。*社區發展季刊*80：213-32。
3. 王增勇。(1997b)。台北市日間照顧政策規劃期末報告。台北市政府委託研究。台北：台北市政府。
4. 林萬億。(1994)。福利國家。台北：巨流。

二、英文部分

1. Angus, D. & p. Manga (1990). *Co-op/Consumer Sponsored Health Care Delivery Effectiveness*. Ottawa: Canadian Co-operative Association.
2. Armstrong, P., H. Armstrong, J. Choiniere, G. Feldberg, & J. White (1994). *Take Care: Warning Signals for Canada's Health System*. Toronto: Garamond Press.
3. Beland, F. & E. Shapiro (1994). Ten Provinces in Search of a Long Term Care Policy. In V. Marshall & B. McPherson (eds.), *Aging: Canadian Perspectives*. Peterborough, Ontario: Broadview Press.
4. Brooks, S. (1993). *Canadian Democracy*. Toronto: McClelland & Stewart.
5. Chappell, D. (1994). Health Care in Canada. In D.G. Gill & S.R. Ingman (eds.), *Elder Care, Distributive Justice, and the Welfare State: Retrenchment or Expansion*. Albany: State University of New York Press.
6. Deber, R. & A. Williams (1995). Policy, Participation and Payment:

- Long-Term Care Reform in Ontario. *Canadian Journal on Aging*, 14(2): 294-318.
7. Dulude, L. (1978). *Women and Aging: A Report on the Rest of Our Lives*. Ottawa: Advisory Council on the Status of Women.
 8. Evans, R. (1984). *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto: Butterworths.
 9. Havens, B. (1985). A Long-Term Care System: A Canadian Perspective. In *The Feasibility of a Long-Term Care System: Lessons from Canada*. Tempa, FL.: International Exchange Center on Gerontology, 19-27.
 10. Health Canada (1996). *National Population Health Survey*.
 11. Health Canada (1997a). *National Health Expenditure in Canada 1975-1996*. <http://www.hwc.ca>
 12. Health Canada (1997b). *Canada's Health System*. <http://www.hwc.ca>
 13. Health Canada (1998). *Public Home Care Expenditures in Canada 1975-76 to 1997-98*. <http://www.hwc.ca>
 14. Health Canada (1999). *Provincial and Territorial Home Care Programs: A Synthesis for Canada*. Ottawa: Health Canada.
 15. Hooyman, Nancy R. (1992). Social Policy and Gender Inequities in Caregiving. In Dwyer, Jeffrey and Raymond T. Coward (eds.), *Gender, Families, and Elder Care*. Thousand Oaks: Sage Publications.
 16. Howlett, Michael & M. Ramesh. (1995). *Studying Public Policy*. Toronto: Oxford University Press.
 17. Kane, R. (1993). Delivering and Financing Long Term Care in Canada's Ten Provinces. In A. Bennet & O. Adams (eds.), *Looking North for Health: What We Can Learn from Canada's Health Care System*. Jossey-Bass.
 18. Lesemann, F. (1984). *Services and Circuses*. Montreal: Black Rose Books.
 19. Marshall, V. (1989). *Models for Community-based Long Term Care*. Toronto: Centre for Studies of Aging.
 20. Monk, A. and Cox, C. (1995). Trends and developments in home care services: An international perspective. *Journal of Gerontological*

- Social Work*, 24(3/4):251-270.
21. Neysmith, Sheila. (1994). Canadian Long-Term Care: Its Escalating Costs for Women. In Olson, Laura (ed.), *The Graying of the World: Who Will Care for the Frail Elderly?* Haworth Press.
 22. Neysmith, Sheila (1997). Toward a Woman Friendly Long-Term Care Policy. In Evens, P. & G. Wekerle (eds.), *Reconstructing the Welfare State: Women and the Canadian Experience*. Toronto: University of Toronto Press.
 23. Neysmith, S., & Aronson, J. (1997). Working Conditions in Home Care: Negotiating Race and Class Boundaries in Gendered Work. *International Journal of Health Services*, 27(3), 479-499
 24. Ontario Government. (1993). *Partnerships in Long-term Care*. Toronto: Ontario Government.
 25. Rosen, S. (1988). *Home care and home care workers in five countries: Britain, Sweden, Norway, and Canada*. New York: Center for Labor Management Policy Studies, CUNY.
 26. Statistic Canada. (1999). *1999 Census of Canada*.
 27. Tudiver, S. & M. Hall (1999). *Women and Health Care Delivery in Canada*. <http://www.hc-sc.gc.ca>
 28. Vayda, E. & R. Deber (1995). The Canadian Health Care System: A Developmental Overview. In R. Blake & J. Keshen (eds), *Social Welfare Policy in Canada: Historical Readings*. Toronto: Copp Clark Ltd.
 29. Williams, J. (1992). Assessing Primary Health Care Delivery. In F. Tudiver, M. Bass, E. Dunn, P. Norton, & M. Stewart (eds.), *Assessing Interviews: Traditional and Innovative Methods*. Newbury Park, CA: Sage.

英國長期照護制度

沈茂庭

一、前言

當全球正陶醉在千禧年來臨的喜悅時，所看見的都是二十世紀後期科技帶給人類的新希望；這些科技不但讓二十世紀發展達到尖峰，而且可預期的將帶領我們進入一個充滿希望的二十一世紀。但是縱使人類已經可以成功的以活體細胞複製出新生命，但卻無法克服“時間”對人的影響。人類以高度醫藥發展延長壽命，但卻想不出辦法解決所帶來的老化問題，著實有點令人洩氣。

英國65歲以上老人人口由1901年的約一百萬人，歷經一世紀到1998年已成長5倍，約5百萬人(佔人口8.3%)，預計到2030年代達到高峰，約8百萬人(佔人口13.3%)。

英國自二次大戰後實施了國民保健制度(National Health Service, NHS)，同時也開始提供安養所給老人居住，實現其“從搖籃到墳墓”的社會政策。

但歷經五十年後，卻有民眾不滿的說“我一生辛苦得來的房舍，卻必須賣掉支應安養費用”時，我們不禁要問：英國長期照護制度到底那裏出了問題？

二、英國長期照護制度

英國的長期照護源於二次世界大戰後，與國民保健服務(NHS)有同樣長的歷史，但兩者辦理的方式迥異。當時因為有大量因戰殘廢人士須照護，因此政府設立安養所收容，因安養所數量有限，無法收容許多須照顧的人，因此有些應該在安養所照顧的老人，其實一直留在醫院內，由國民保健服務經費照顧，因此早期國民保健服務與長期照護難以明確劃分。直到1980年代，國民保健服務(NHS)財務亮起紅燈，才

開始將長期住院病患送回社區。同時民間安養機構逐漸興起，原因有三：大量需照顧之老人回到社區以及柴契爾夫人一貫的民營化政策加上人口日益老化。因此彌補了政府安養機構之不足。以下分別就長期照護之近期演變、組織、財源、服務提供四方面加以敘述。

(一)英國長期照護之近期演變

1990年代長期照護面臨結構性之改革，當時執政的保守黨將民營化之精神也帶到長期照護領域上。在1989年的白皮書（White Paper）上，首度揭露長期照護之未來方向，重點如下：

1. 鼓勵在宅照護。
2. 對照護者（Carer）給予實際支持。
3. 事先評估照護之需要。
4. 鼓勵私部門發展。
5. 釐清政府角色以評估其績效。
6. 引進新的財務機制以保證不浪費納稅人的錢。

1993年是個分水嶺，保守黨政府擬定了具體措施，也就是著名的社區照護改革（Community Care Reform），主要目的是讓地方政府退出直接提供長期照護之角色，而鼓勵民間提供，政府只是購買者。這一套理論與NHS之改革一致。其重點共4項：

1. 若民眾住在地方自治團體（Local Authority）自設之安養機構，則中央政府不再撥補個人安養津貼給地方自治團體。
2. 緊縮對地方自治團體之資本支出補助(迫使出售部份公有安養機構以應其他資本支出)
3. 地方自治團體自行提供之安養服務，成本不能高於民營部門，否則不具存在價值。
4. 由中央撥給地方的“社會安全撥補”（Social Security Transfer）必須85%用在民營部門。

到了1996年，保守黨政府提出了“老年照護之新伙伴”（A New Partnership for Care in the Old Age）。何謂新伙伴？長期照護保險是也。政府希望透過立法鼓勵民眾自行購買長期照護保險，政府也相對提供各種優惠。

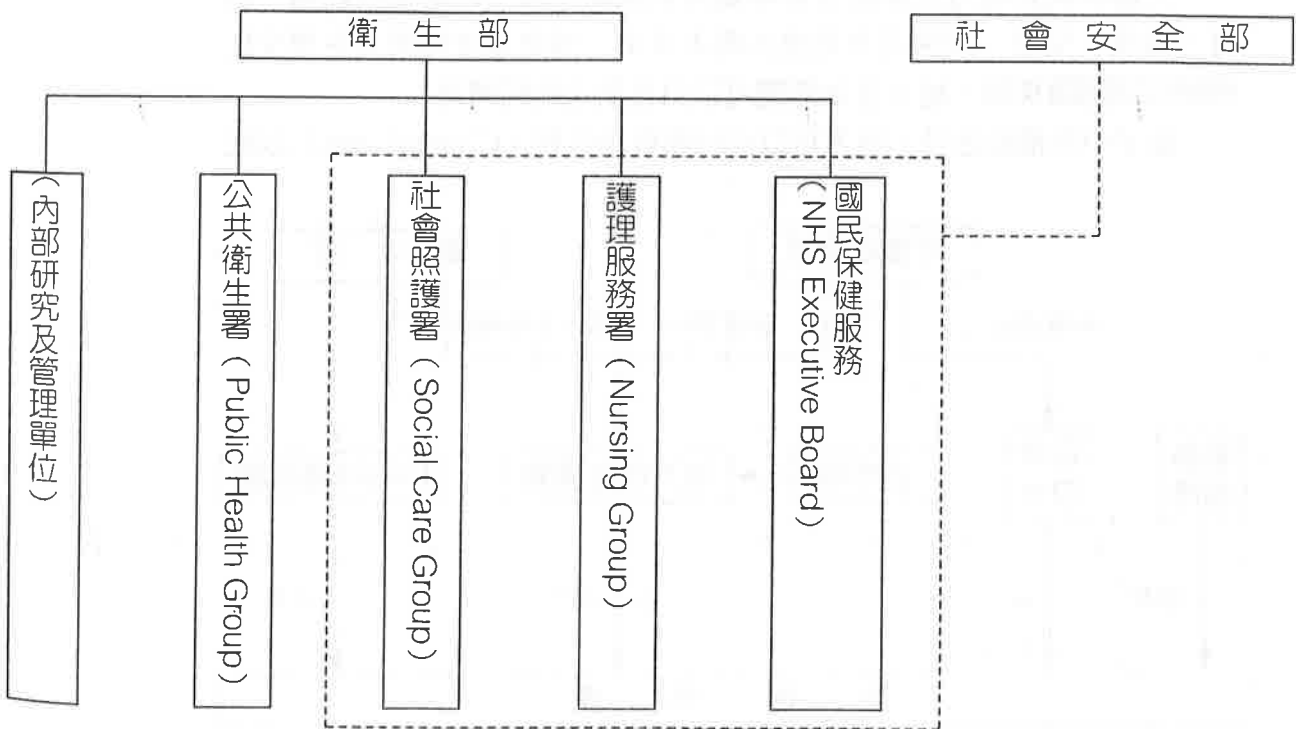
但是保守黨政府在1997年下台後，新伙伴立法也就無疾而終了。“新工黨”（New Labor）政府對長期照護政策並未作重大改變，僅取消了1993年四項措施中之第四項，以及組成一個長期照護委員會，對政府提出建言。

(二)長期照護之組織架構

英國的長期照護主要係由衛生部下設之「社會照護署」(Social Care Group)主管(圖一)；社會照護署有兩大功能，其一是社會照護政策之訂定，另一個功能是社會照護之監督。社會照護之對象主要包括小孩、老人、殘障者及精神疾病患者，因此長期照護為其主要工作；所提供的老人照護主要係透過安養之家(Residential Care Home)、護理之家(Nursing Home)、居家照護者(Home Carer)、日間照護中心(Day Center)及午餐俱樂部(Lunch Club)等。

社會照護之執行責任在於地方自治團體(Local Authority)，在英國，其為具有民意基礎的機構，有權分配中央撥補之預算，包括多少預算分配在社會照護服務上。為了監督地方是否確實執行社會服務，衛生部社會照護署之監督小組(Social Care Inspection Division)會隨時收集資料並分析、公佈。由於高度地方自治之故，中央並不能干涉地方財源之使用，但可以藉由各項指標之比較，讓民眾了解預算之運用，使地方自治團體之決定能符合民意。

另有一部份長期照護係由國民保健服務體系中之持續照護(Continuing Care)提供。國民保健服務係由中央主控的業務，財源及



圖一 長期照護之組織架構

執行均由中央直達地方衛生局 (Health Authority)。對於需要長期照護之病人，國民保健服務體系也提供護理之家，也安排一部份住在長期病院 (Long-Stay Hospital)，也提供社區護理、日間照護及足科醫師照護。

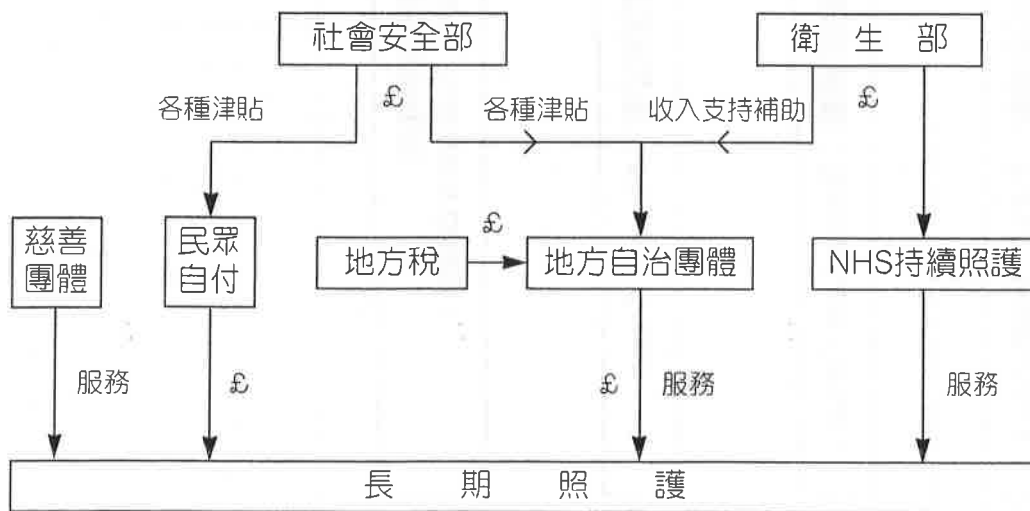
(三)英國長期照護之財源

因為長期照護之範圍很廣，加上由地方執行，因此財務來源亦很廣。政府之支出包括中央政府之一般稅、地方政府之稅收、以及社會安全部門之現金給付及國民保健服務體系提供之服務；民間支出則包括慈善團體及民眾自行付費等 (圖二)。

中央政府對地方之補助經費來自稅收。每年中央政府先與“地方自治團體協會”(Local Authority Association) 討論決定年度補助「總額」，再依據公式分配到地方。此公式為“標準支出評估公式”(Standard Spending Assessment Formula)，標準支出評估是中央政府依據各地方人口、地理、社會、經濟特性後，作為預算分配的一種方法。利用這種方式計算出來之補助金稱為“收入支持補助”(Revenue Support Grant, RSG)，此補助金目的在於彌平各地先天之差異，使「不同地方相同財富的人」所負擔的地方稅是相近的。

上述中央對地方之補助並非單獨針對長期照護，而是包括社福、教育、警政、交通、環保及其他重大資本支出。因此並未標明其中多少比例係長期照護費用，地方自治團體可以自行決定如何使用。

除了中央補助金外，地方可以自行收取地方稅 (Council tax) 以充



圖二 長期照護財源示意圖

裕財源。另外，社會安全體系所提供的各項福利，例如退休金、寡婦津貼、殘障津貼、住宅津貼等，也有部分直接或間接流入長期照護服務上。例如老人拿了退休金，若不符合政府補助長期照護之規定，可自行入住私人安養機構，並以此筆退休金支付安養照護；若老人住進政府提供的安養之家，則原先之住宅津貼改由支付給地方自治團體。

另外，國民保健服務亦提供護理之家或居家護理之服務給需要基本醫療照護之民眾，此部份為國民保健服務體系之持續照護（Continuing care）。

總體而言，1995/96年度的長期照護支出中，國民保健服務支出23%，社會服務部門（中央及地方）支出41%，民間支出36%。

個人如果需要長期照護，可以申請住進政府自設或民間的安養機構，所需的費用可以申請政府補助，而政府補助則視當事人之需要性及財力而定，也就是必須通過需要性評估及資產調查（means-test）才能決定補助金額。

資產調查的計算很簡單，如果申請者之「個人」資產高於16,000英鎊（約新台幣80萬元），則政府不補助長期照護費用；若個人資產少於10,000英鎊（約新台幣50萬元），則政府支付全額費用。而個人資產介於10,000~16,000英鎊者，政府補助部份費用。由於估算個人實際所得不容易，因此以每250英鎊之資產每週可產生1英鎊的所得來計算，稱為「計費所得」（Tariff Income）。而政府補助金額就是要彌補長期照護費用及生活費與計費所得之差距，亦即

長期照護費用 + 生活費 = 計費所得 + 政府補助

其中生活費亦以政府公告之金額為準，1996年為每週14.45英鎊。

因此若一個人長期照護費用每週須100英鎊，而擁有之15,000英鎊資產每週可產生60英鎊「計費所得」，則政府補助金額為54.45英鎊。

上述公式僅適用於經評估須住進安養機構之民眾而且各地標準一致，若僅是申請居家照護或其他社會服務，則各地有不同之評估及計費標準。

(四)長期照護之提供

長期照護可分為在宅照護（Domicilliary Care）及機構式照護（Institutional Care）。在宅照護包括居家照護（Home Care）、社區護理（Community Nursing）、日間照護（Day Care）、生活協助（Private Help）及飲食提供（Meals）。機構式照護則有安養照護（Residential Care）及護理之家照護（Nursing Home Care）及長期

醫院三種。1995/96年度有約270萬人接受長期照護，其中86%係接受在宅照護，14%接受機構照護。

若以支付的經費來表示，1995/96年度之長期照護費用約11,065百萬英鎊，其中在宅照護佔25%，機構式照護佔75%，可見在宅照護雖然人數較多，但程度均較輕，而機構式照護則費用昂貴（表一）。

若將醫院提供的長期病床也列為政府支出之長期照護費用，則國民保健服務負擔23%，地方社會服務部門之個人社會服務（Personal Social Service）負擔41%，兩者合計為64%，即為政府對長期照護之支出。另外個人部份負擔佔16%，完全由個人自費安養佔20%。

在宅照護財源大部份由政府支出，佔82.4%，民間支出只佔17.7%（表二）。

而機構式照護則差距較少，政府支出佔了57.9%，民間支出佔了42.1%（表三）。

以機構式照護之容量（床位）而言，1998年共有561,600床，私人提供了385,700床，佔68.7%，慈善機構提供了71,500床，佔12.7%，政府則提供104,400床，佔18.6%（表四）。

英國長期照護之供給近年來擺盪在公營及民營之間，廣受討論。1997年工黨執政後，於該年底組成“長期照護委員會”（Royal Commission on Long-Term Care），針對長期照護的問題深入探討，該委員會已於1999年3月提出調查報告。

綜觀英國目前面臨之問題，仍以財務問題居首。由本文可知目前政府大概負擔了一半的長期照護費用，但是民眾仍然覺得不夠。有民眾反應說“為什麼一個得心肌梗塞的老人可以得到政府完全照顧，而一個得老人痴呆症的老人可能得不到政府照顧？”在社會公平的立場上確實很難自圓其說。

更有民眾直接的說：“我已經80歲，我一生規矩的納稅，堅信我能如貝佛里奇爵士所說的從搖籃到墳墓都受到良好的照顧。……政府拿走我的錢卻違背了合約……對我而言，這是詐欺。”

現今民眾最擔心的就是當年紀大了需要安養時，因為擁有房子而無法通過資產調查（means-test），因而得不到政府補助，其結果就是必須賣掉房子以供安養之費用。但當安養幾年後現金用盡，無法再住安養所

表一 1995/96 年長期照護支出

單位：百萬英鎊

支出類別	NHS	PSS	個人部份 負擔	個人自費	合計
居家照護	—	970	75	—	1,045
在 社 區 護 理	675	—	—	—	675
日 間 照 護	125	235	20	—	380
私 人 協 助	—	—	—	210	210
飲 食	—	95	70	35	200
足 科 醫 師 照 護	145	—	—	70	215
安 養 機 構	—	1,910	1,030	1,200	4,140
護 理 之 家	195	1,300	530	750	2,775
機 構 式 長 期 性 醫 院	1,425	—	—	—	1,425
合計	2,565 (23%)	4,510 (41%)	1,725 (16%)	2,265 (20%)	11,065

註：1. NHS在長期照護之支出之估算係以老人住院55天以上之費用及由NHS付費之護理之家之費用加總而得。

2. 個人社會服務(Personal Social Services),指由地方自治團體所提供之服務。

資料來源：DOH: With Respect to Old Age: Long-Term Care- Rights and Responsibilities, 1999.

時，唯一希望安身的房子早已賣掉了。

因此“長期照護委員會”對資產調查提出了許多改進方案，包括：

1. 資產調查中政府不給付之門檻由£ 16,000提昇到£ 60,000。
2. 民眾入住安養機構前三個月，資產調查不計算其房屋價值。
3. 資產調查完全不計算房屋價值。

以上三項方案擇一實施或併同實施均可。

另外委員會亦提出一些就現制提供民眾喘息機會之改革建議，例如：

1. 貸款給民眾，以避免必須立即出售房屋。
2. 民眾自付費用設定上限或付費年限。
3. 需要護理之費用比照NHS由政府提供。

另外，該委員會也沒有忽視私人保險的功能。但是在一項民意調查

表二 在宅照護支出分配表(1995/96)

	NHS	PSS	個人部份負擔	個人自費	合計
金額	945	1,300	165	315	2,725
百分比	34.7	47.7	6.1	11.6	100
百分比合計	82.4%		17.7%		

表三 機構式照護支出分配表(1995/96)

	NHS	PSS	個人部份負擔	個人自費	合計
金額	1,620	3,210	1,560	1,950	8,340
百分比	19.47	8.5	18.7	23.4	100
百分比合計	57.9%		42.1%		

表四 安養及護理之家床位之提供(1998)

	私部門	慈善機構	公部門	合計
床位數	385,700	71,500	104,400	561,600
百分比	68.7%	12.7%	18.6%	100%

資料來源：Liang's Health Care Market Review, 1998-99.

註： 1. U.K.指英格蘭、蘇格蘭、威爾斯、北愛爾蘭。

2. 公部門包括國民保健服務及地方自治團體，其中以國民保健服務之長期病床占絕大部份(98%)。

中，立法強制國民買長期照護私人保險的構想並沒有得到支持。因此要鼓勵民眾趁年輕時購買長期照護保險，必須有足夠的誘因才行。

英國長期照護制度目前還有一些非財務面的問題需要解決。首先是各地方對是否需要安養的評估常有標準不一的情形；再者所提供的服務品質也不整齊，因為有些服務人員並未受完整的訓練。為了改善這些狀況，衛生部的“社會服務調查組”（Social Service Inspectorate）及稽核委員會（Audit committee）將成立聯合審查會（Joint Reviews）從事各地服務品質之調查。

每年預定調查三十個地方自治體，並出版調查報告；衛生部也將成立“社會服務諮詢總會（General Social care Council）對社會服務人員作規範及訓練。

地方對民眾入住安養之家或護理之家補助金額均依循資產調查之公式；但在非安養之服務方面，各地對資產或收入之評估方法並不一致。衛生部已公佈“社會服務之公平使用規則”（Fair Access to Care guideline），並要求所有地方自治團體在2001年前須符合規定。

英國政府另有兩項提高照護品質的措施，其一是“直接支付（現金）”，目前先試辦六十五歲以下之身體殘障或學習障礙民眾。政府不再直接提供服務或代為購買服務（指定服務地點），而是直接將補助金交給民眾，由民眾自行選擇服務處所。

另一項是對在家照顧患者之“照顧者”（Carer）之支持，如果有好的照顧者，其結果將更美好。措施包括設立暫放機構（drop-in facility）及設立救助專線（help line）與網際網路，以提供相關訊息及協助。

除此之外，加強政府內部之合作亦是提供民眾良好服務之方法。英國的國民保健服務與社會服務均在衛生部督導之下，但兩者之間合作仍待加強。對於加強國民保健服務與社會照護之合作，除了在衛生部成立聯合委員會外，工黨對原來保守黨所推動之內部市場（Internal Market）已決定拋棄，而以“基層照護群組”（Primary Care Group）代替，此群組包括家庭醫師、社區護士、社會服務員等，共同為民眾服務，企圖“推倒醫療與社會服務間之柏林圍牆”。

其實目前最令人困惑的問題在於每年花了這麼多的社會照護費用，到底成果在那裏？英國政府已經準備面對問題，目前正著手建立績效評估指標（表五），評估範圍將包括服務之優先次序、成本、效率、效果、品質及公平性。

四、結 論

英國1995/96年度花費在國民保健服務（NHS）之經費約334億英鎊，而同時花用在長期照護之經費約為110億英鎊。但是前者照顧了六千萬人口，而後者僅照顧了三百萬（5%）人口，可見長期照護費用昂貴，妥善之規劃實不容忽視。

台灣已漸步入高齡化社會，但因傳統上家庭成員仍負有照顧老人之責，因此長期照護問題尚未突顯。但也正因為問題還未惡化，目前規劃還來得及。

從英國經驗來看，長期照護之規劃有三大決策點，分述如下：

1. 需要性評估之責任歸屬：長期照護需要與否的界線比醫療服務更模糊，因此更需要先作評估。而評估應該是地方或中央的責任？由於長期照護之需求來自當地，且服務之提供也在當地，因此以由地方政府評估為宜。此點可由英國經驗證明，但是中央必須制

表五 社會服務績效評估架構（草案）

評估項目	指標（舉例、暫定）
A：服務優先次序及策略目標 →評估地方政府執行國家重大政策之成果。	1. 受照顧中之小孩每年有超過三次需要接受安置的比率。 2. 75歲以上老人緊急住院比率。
B：成本及效益	單位成本
C：服務成果	1. 精神疾病患者緊急再住院率。 2. 有75歲以上老人之家庭接受服務之比率。 3. 檢查安養之家之執行率。
D：品質	1. 滿意度調查。 2. 醫院出院延誤比率。 3. 住進安養之家單人房之比率。
E：公平使用（Fair Access）	1. 65歲以上老人受協助在家安養比率。 2. 日間照護提供之比率。 3. 兒童照護之比率。

資料來源：DOH：Modernising Social Service, Nov, 1998。

訂監督政策以縮小地區差異。

2. 長期照護之財務責任：責任可歸屬於政府或個人，但通常是兩者兼負部分責任。政府的財源來自稅收，具有世代互助的功能；當然政府之補助必須因個人財力不同而異；而且中央及地方均負部分責任；中央負部分責任是因要平衡地區差異，地方負擔則是為了與需要性評估之權責相符。個人財源則來自資產或儲蓄，或個人購買之長期照護保險。
3. 安養服務之提供：依台灣目前環境而言，不太可能由政府直接提供社會服務，因此必須仰賴私部門提供。政府的任務在於提供誘因鼓勵私部門，另一方面則需制訂監督方法保障品質。

如果政府及人民眼光夠寬廣，應當鼓勵或立法強制民眾及早購買長期照護保險，或以儲蓄帳戶方式強制民眾未雨綢繆，應當是解決長期照護問題的最佳選擇。

感謝

長期照護並不是我專長的領域，因此這篇文章可以說是集體創作。在撰稿期間，感謝英國雪菲爾大學Turrell教授對我的問題提供及時之資料；也感謝我的三位同事－藍祚運先生（即將前往英國劍橋大學攻讀長期照護博士學位）及李妙純小姐（英國倫敦政經學院碩士）對初稿提供意見及楊蕙冰小姐對本篇文章資料之整理及繕打，使成果更完美。

參考文獻

1. D.O.H：White Paper-Caring for People, 1989。
2. Laing & Buisson：Laing's Health care Market Review, 1998-99。
3. D.O.H：With Respect to Old Age：Long-Term Care-Rights and Responsibilities, 1999。
4. D.O.H：Modernising Social Services, 1998。

日本介護保險制度 及財務規劃

吳凱勳

一、前言

日本介護保險¹，可以說是繼全民醫療保險²及年金保險於1961年同時實施之後，最重大的社會福利政策措施。其主要政策目的，乃在解決長期存在的社會性住院，終日臥床而未能得到妥善照顧的老人，以及長期照護重殘者的家屬，經年累月，身心疲憊，費用負擔沉重，甚至頻臨崩潰的家庭問題。尤當社會大眾逐漸認同：高齡化社會的來臨，長期負擔老人或重殘者的照護費用，乃是多數人老後不安與家庭不幸的主要肇因，且將形成為普遍化現象之際，社會就應該建立起提供適切的風險分擔及支援服務體系，才能達到「妥適照護，善待老殘」的社會保障政策目的。本文謹就日本介護保險創制經緯、制度概要，以及財務規劃等內容，分別作簡要的介述。

二、創制經緯

(一) 前置規劃

1. 日本厚生省於1994年3月，擬定「21世紀福利願景」，提出高齡者保健福利推進十年新戰略（NEW GOLD PLAN）及新介護體系構想；同年12月，「高齡者介護自立支援體系研究會」發表研究報告，建議基於高齡者自立支援的基本概念，以社會保險方式創設高齡者支援體制。
2. 1995年7月，總理府諮詢機構「社會保障制度審議會」首先建議政府創辦公共介護保險制度；1996年6月，厚生省諮詢機構「老

全民健康保險醫療費用
協定委員會主任委員、
台灣大學衛生政策與管
理研究所教授。

¹日本將長期照護(long-term care)稱為「介護」，國會通過的法律稱為「介護保險」一詞。

²日本「健康保險」一詞，乃專指適用於民間受雇者的制度而言，惟對於全國統括性制度，則稱為「醫療保險」。

人保健福祉審議會」建議採行社會保險方式，建立「新的高齡者介護體制」，並對厚生省所擬「介護保險制度案大綱」提出答詢意見。同年9月，執政黨修正通過「介護保險法綱要」，11月內閣向第139屆臨時國會提出「介護保險相關三法案」，惟閉會前作成繼續審議的決議。

(二) 完成立法

1. 1997年1月，第140屆國會開議；2月先由眾議院厚生委員會開始對「介護保險相關三法案」進行質詢，3月召開地方（福島、岡山、札幌、新潟）公聽會，4月因審議健保法部分條文修正案而中止審議，5月厚生委員會完成初審，嗣經眾議院全院會議通過後，移送參議院。
2. 1997年9月，召開第141屆國會，10月參議院進行審議，12月厚生委員會完成初審，並於12月3日經參議院院會作部分修正後通過，再移回眾議院於12月9日審議通過，遂完成立法程序，並於12月17日正式公布「介護保險法」、「介護保險法施行令」及「醫療法（部分條文修正）」等相關法案。

三、制度概要

(一) 制度宗旨

介護保險開辦的目的，在使國民基於共同連帶的理念，對處於需要支援（如入浴、排泄、進食等日常生活）及需要介護（因年齡增長隨之而來的疾病所引起長期臥床不起等需要常時介護）狀態者，為求儘可能在自立的情況下，得以維持日常生活起見，提供必要的保健、醫療及福利服務。

(二) 保險人

介護保險的保險人為市町村及特別區，在國家及都道府縣的支援下，負責經營介護保險事業。惟醫療保險及年金保險的各保險人，為使介護保險能順利與健全營運起見，須依法協辦保險費徵收業務；並為需要介護者便於利用近鄰服務設施，消除相鄰地區保險費負擔差距，及提升事務處理效率，規定相鄰市町村得自行協議成立區域性聯盟。

(三) 被保險人

介護保險以年滿40歲者為強制保險對象，並依年齡區分為下列兩類被保險人及其保險費繳納管道：

第1類被保險人：凡年滿65歲的居民，由介護保險的保險人（市町村特別區）徵收保險費；

第2類被保險人：年滿40歲未滿65歲參加醫療保險者（包括被保險人及眷屬），各由其保險人徵收保險費。

（四）介護認定

1. 申請要件：第1類被保險人無論何種原因，只要符合及被認定為需要介護或支援者，即可接受保險給付；但第2類被保險人僅限於罹患下列15種特定疾病而遺存有需要介護或支援狀態時，始得提出申請：

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| (1) 筋萎縮性側索硬化症 | (2) 後縱韌帶骨化症 |
| (3) 骨質疏鬆症引起的骨折 | (4) 初老期癡呆症 |
| (5) 脊髓小腦變性症 | (6) 脊髓管狹窄症 |
| (7) 早衰症（華格納症候群） | (8) 腦血管病變 |
| (9) 帕金森氏症 | (10) 閉塞性動脈硬化症 |
| (11) 糖尿病性神經障礙、糖尿病性腎臟病及糖尿病性網膜症 | (12) 慢性閉塞性肺病（肺氣腫、支氣管喘息等） |
| (13) 兩側膝關節或股關節顯著變形的變形性關節症 | (14) 夏伊德·雷格症候群（原因不明進行性神經障礙） |

(15) 慢性關節痛風

2. 認定作業：被保險人有需要接受介護服務者，須填寫申請表並檢附保險證向市町村提出申請，並由「介護認定審查會」加以認定。原則上，認定作業自1999年10月起開始，並自申請日起30日內完成認定程序，而且規定每6個月須再認定一次；其認定結果可區分為「自立」、「需要支援」，及「需要介護」。被審定為自立者即不予給付，需要介護者又依其必要介護的基準時間區分為五種程度。至於認定作業分為下列一次審查及二次審查的兩階段方式進行：

(1) 一次審查：由市町村所屬調查員前往申請人的住處（住家或收容機構）訪查，訪查內容包括73項日常生活動作（ADL）、12項醫療項目，及附加開放式特定記述項目。調查員根據本人或家屬的陳述，在調查表（85項選擇題）上加勾選，事後將表內資料全部輸入電腦，經過統計分析，並計算出每天必需介護的基準時間，用以判斷申請人符合何種需

外國人如符合外國人登錄法規定，且居留期間在1年以上或被認為可滯留1年以上者，須參加介護保險為第2類被保險人。

第2類被保險人非因特定疾病而導致需要介護者，例如發生交通事故而確有必要介護時，雖非屬介護保險的給付對象，但得適用1997年12月起實施的「障礙者計畫」，而獲得適當的保障。

要介護的程度。

(2) 二次審查：是由醫師、社會福利專家等五人所組成的介護認定審查會，根據一次審查結果、特定記述事項，以及主治醫師的意見，進行最後的裁定。惟由於一次審查結果，往往有難以把握的狀況，例如老人癡呆症的症狀，會有一時正常一時癡呆的交互出現狀況，或者會遇到很難以勾選問卷項目的方法來判斷的微妙症狀等；因此，在二次審查階段難免會偏向以主治醫師的意見或特定記述事項為主要依據，而加以裁定。

3. 基準時間：介護認定審查會審查認定的基準時間，暫定如表一：

4. 不服申訴：申請人如對介護認定審查會的認定有不服時，得向由各都道府縣設置的「介護保險爭議審議委員會」（日本稱為「介護保險審查會」）請求審議。該委員會由被保險人代表三人、市町村代表三人、公益代表三人以上（依組織條例定其名額）所組成，但由公益代表三人合議體即可受理爭議案件。原則上，爭審案件須自認定內容得知日的翌日起60日內，以書面或口頭提出。厚生省雖於1996-98年度即著手模擬認定作業，但根據統計結果，一次審查與二次審查相違案件占率，1996年度高達27.6%、1997年度為23.2%，1998年度才下降為12.5%；因此，相當擔心採行兩階段審查制度，倘出現認定結果差異大時，將影響認定作業的信賴度，而且也會連帶增加爭審案件的發生。

所謂認定基準時間，是以實際對被機構收容者，在二日內每隔一分鐘提供何種服務的調查結果為基礎，推定每一被收容於機構照護者，每日需要提供的照護服務所必要的基本時間。

表一 介護保險認定基準時間

需要支援或介護程度	認定基準時間
需要支援者（社會性支援）	25分鐘以上未滿30分鐘，或洗衣掃除等家務助理及機能訓練合計10分鐘以上
需要介護度Ⅰ（部分介護）	30分鐘以上未滿50分鐘
需要介護度Ⅱ（輕度介護）	50分鐘以上未滿70分鐘
需要介護度Ⅲ（中度介護）	70分鐘以上未滿90分鐘
需要介護度Ⅳ（重度介護）	90分鐘以上未滿110分鐘
需要介護度Ⅴ（極重度介護）	110分鐘以上

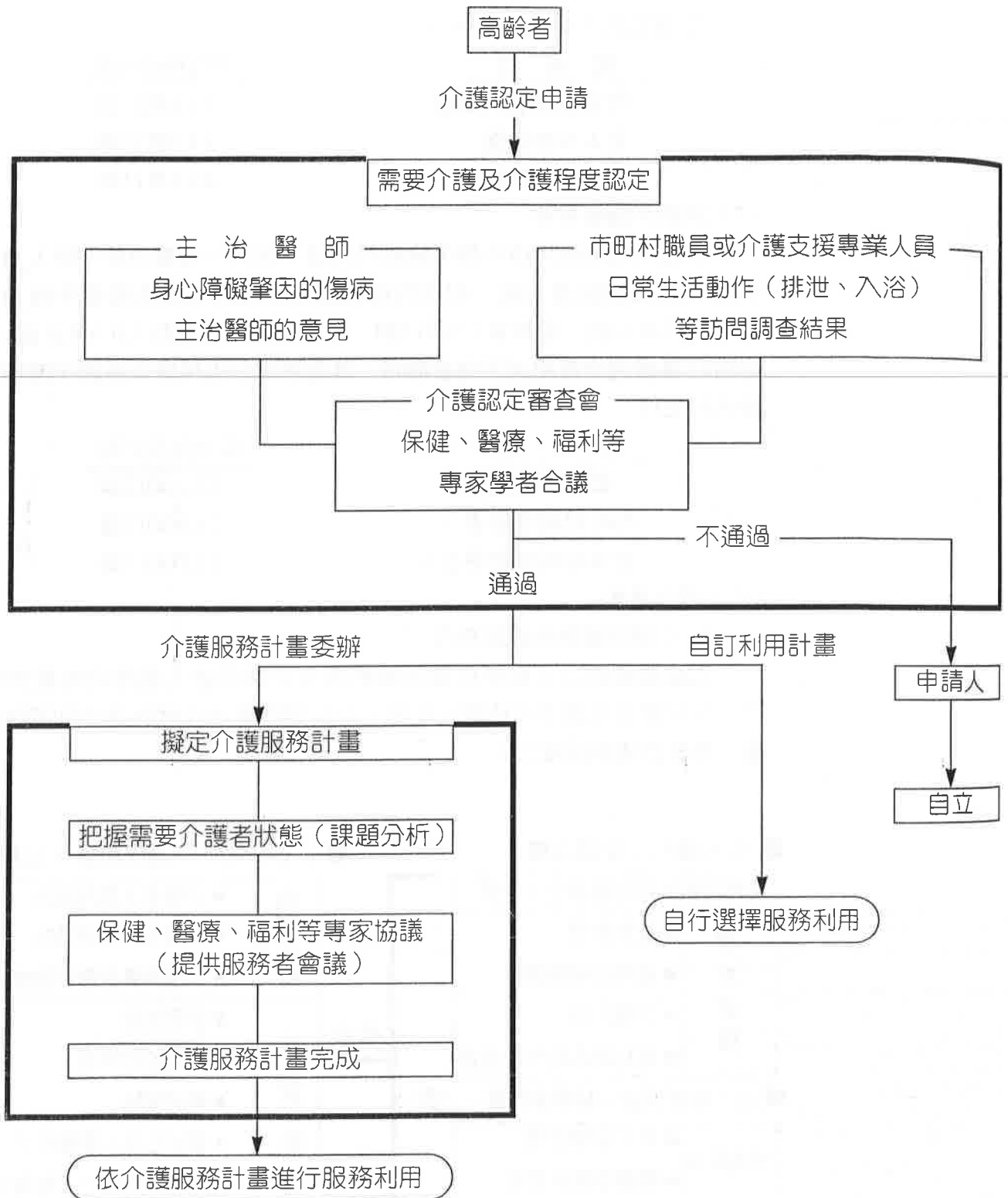
(五) 保險給付

1. 給付種類：法定給付分為介護給付（給付對象為需要介護者）及預防給付（給付對象為需要支援者）兩種。
2. 介護給付：介護給付分為居家服務及機構服務兩類。居家服務包括訪問介護（home help services）、門診照護、居家護理、訪問復健、門診復健、入浴照顧、居家療養管理指導、短期收容生活照顧、短期收容療養照顧、福利用具借貸、住家環境改善等；機構服務包括介護服務，即分由老人福利機構（稱特別養護老人之家）、老人保健機構、療養型醫療機構（含療養型病床群、老人性癡呆病人療養病房、介護力強化醫院）提供，以及高額介護服務費等。這些服務均須由都道府縣知事指定的專業服務機構來提供。為使被保險人能適切地利用所需要的服務，得先經介護支援專業人員（care manager）擬定介護服務計畫，並依此計畫接受服務（詳圖一）。
3. 介護費用：依服務項目種類、內容及地區等，加以區分訂定，其支付標準由厚生大臣定之（預定於2000年初頒定）。通過認定的被保險人，依其需要支援或介護程度及認定基準時間，而在給付限度額、服務種類等上限範圍內接受所需服務。但市町村得依法規定：以第1類被保險人所繳保險費為財源，另外提供超出法定給付以外的特別服務，如寢具烘乾、機構設施利用時的交通移送服務，以及自辦保健福利事業，如對家屬提供支援服務、介護方法指導、利用者負擔資金融貸等。

有關居家服務及機構服務的費用支付標準，經厚生省試算1998年度的價格如下：

(1) 居家服務平均利用月額：

<u>支援或介護程度</u>	<u>平均利用月額</u>
需要支援者	6 萬日圓
需要介護度 I	17萬日圓
需要介護度 II	20萬日圓
需要介護度 III	26萬日圓
需要介護度 IV	31萬日圓
需要介護度 V	35萬日圓



圖一 介護認定與介護服務計畫

(2) 機構服務平均利用月額

機 構 別	平均利用月額
特別養護老人之家	31.5萬日圓
老人保健設施	33.9萬日圓
療養型病床群	46.1萬日圓

(3) 高額介護服務費

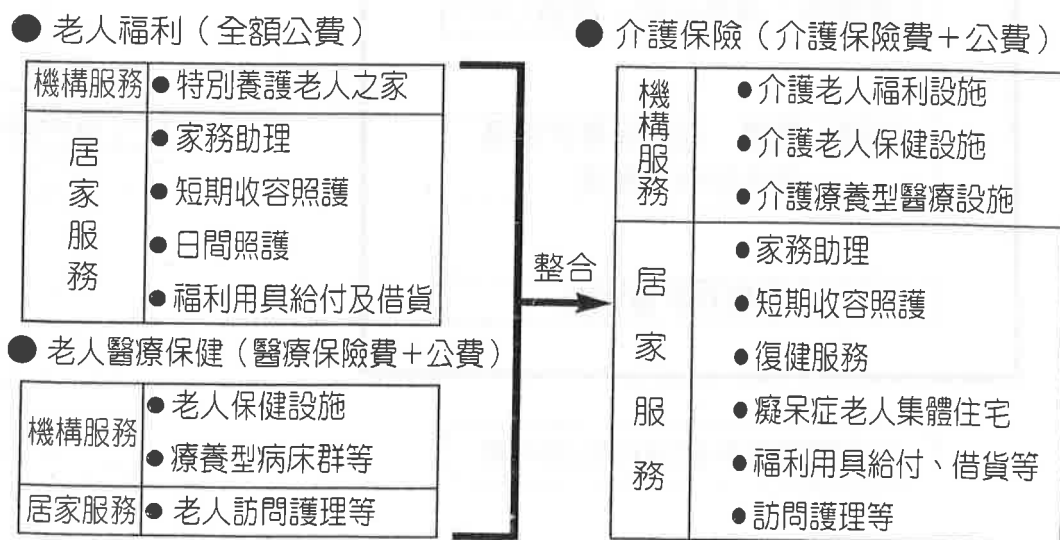
上述兩項金額均由介護保險給付九成，另外一成需由被保險人自行負擔；在機構服務方面，利用的被保險人尚需自付膳食費標準負擔額（一般2.3萬日圓，免稅者1.5萬日圓，老年福利年金受益人0.9萬日圓）。如自行負擔過重而超過下列金額時，其超過部分由保險以高額介護服務費名目支付：

對 象 別	部分負擔限額
一般被保險人	37,200日圓
市町村稅免除者	24,600日圓
老年福利年金受益人	15,000日圓

(六) 設施重整

1. 介護保險服務設施整合

介護保險將以往醫療保健與福利各自分離的老人照護設施重加整合，以利需要介護者可依個人所需，加以選擇更適合與更良好的服務措施。其整合情形如圖二：



圖二 介護保險有關醫療保健與福利設施整合情形

2. 介護服務供給體制

有關提供介護服務的設施與人力方面的規劃工作，日本早在1990年代初起，即進行推展所謂「GOLD PLAN」(1989年)及「NEW GOLD PLAN」(1994年)。截至1998年7月，全國老人保健設施共有2,142所(收容量18.7萬人)、訪問護理站2,824所(利用量12.9萬人)、療養型病床群909單位(病床7.3萬床)，以及居家福利服務事業單位3,431所。又根據 NEW GOLD PLAN 至1999年度各項設施或人力設置的目標值為：訪問介護員(home helper) 17萬人、短期收容生活照顧(short stay) 6萬入量、日間介護設施(day service center) 1.3萬所(如含日間復健服務設施即1.7萬所)、居家介護支援中心1萬所、老人訪問護理站5千所(以上為居家服務部門計畫)、特別養護老人之家29萬入量、自費老人之家(care house) 10萬入量、老人生活福利中心400所，及老人保健設施28萬人(以上為機構服務部門計畫)。同時依既定計畫自2000年4月起，為配合介護保險的正式實施，對相關供給體制採行若干必要的重整措施，使事業單位自有直營設施者，得以指定介護服務事業的合法地位，直接提供需要介護者的介護服務，相對地，需要介護者也有廣泛的介護服務供給者可供選擇，以促進介護服務業之間的競爭。

四、財務規劃

(一) 費用分擔

1. 介護保險所需給付費用，除利用者個人部分負擔一成外，其他九成以公費(稅收)及保險費名義分擔。公費部分占50%，其中國庫占25%(含定率負擔20%及5%的財務調整交付金)⁶、都道府縣占12.5%，及市町村特別區占12.5%；保險費部分占50%，由第1類及第2類被保險人按其人數比率分擔(詳圖三)。
2. 第1類被保險人的介護保險費採量能負擔原則，依被保險人負擔能力區分為五個等級繳付(詳表二)，並分為特別徵收(適用人數約占80%)及普通徵收(約占20%)二種不同方式。前者乃針對支領年金基準額⁷以上的年金受益人，採由年金保險人定期總繳保險費方式，以簡化徵收手續；後者乃對其他第1類被保險人，一律由市町村特別區公所個別徵收，或由個人帳戶轉繳。
3. 附表2中所稱第1類被保險人的保險費「基準額」(以月為單位)，其計算方法如下：

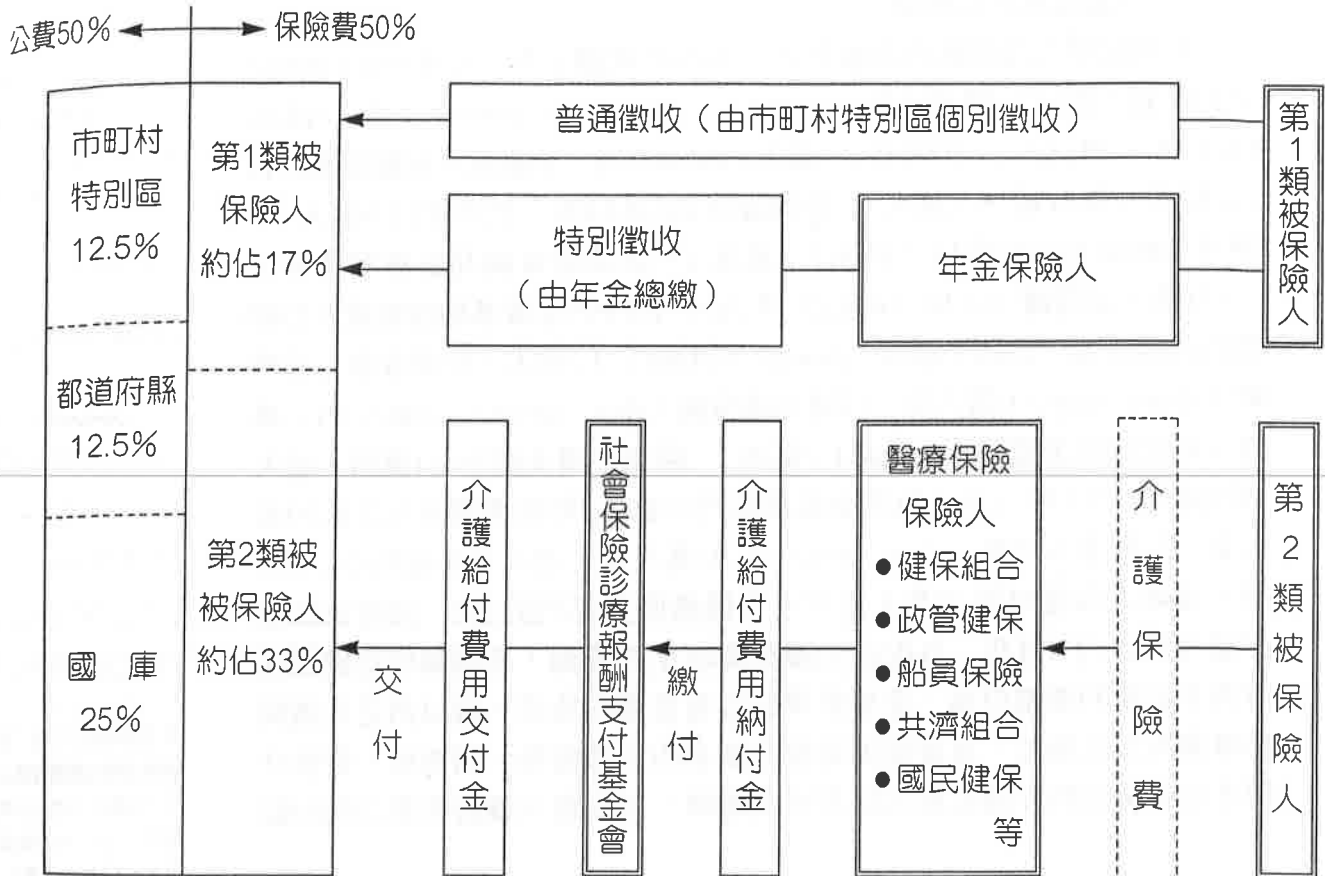
財務調整交付金，係國庫對第1類被保險人中75歲以上老人占率偏高(以「後期高齢者補正係數」處理)，及低所得老人偏多(以「所得補正係數」處理)的市町村特別區，提供補助的特定財源。

根據介護保險法施行令第41條規定：年金基準額為每年18萬日圓(每月1.5萬日圓)的年金額；倘被保險人為複數的年金受益人，則先從老年基礎年金中扣繳。

前三年度指的是2000年度至2002年度。

實質給付率係以利用者的法定部分負擔10%，與膳食費標準負擔額估計占2%加以合算而來。

介護費用總額中，前3年度第1類被保險人負擔保險費的占率設定為17%。



圖三 介護保險費用負擔情形

表二 第1類被保險人所得級別保險費計算方式

所得級別	適用對象	保險費計算方式
第1級	老年福利年金受益人	基準額×0.5
第2級	市町村住民稅非課稅戶	基準額×0.75
第3級	住民稅非課稅對象的被保險人	基準額
第4級	住民稅課稅對象，但合計年所得金額未滿250萬日圓者	基準額×1.25
第5級	不符合第1級至第4級要件者	基準額×1.5

前3年度第1類被保險人總保險費 = 前3年度⁸介護費用總額 × 實質給付率(88%)⁹ × 17%¹⁰ × 後期高齡者補正係數 × 所得補正係數

保險費基準額 = (前3年度第1類被保險人總保險費 ÷ 3) ÷ (第1級所得被保險人數 × 0.5 + 第2級所得被保險人數 × 0.75 + 第3級所得被保險人數 × 1 + 第4級所得被保險人數 × 1.25 + 第5級所得被保險人數 × 1.5) ÷ 12

4. 第2類被保險人的介護保險費，乃併同醫療保險費一起徵收。其保險費的計算依各醫療保險法的規定，同樣有雇主的負擔及(或)國庫的補助。各醫療保險人將徵收後的介護保險費，以介護納付金的名目繳給社會保險診療報酬基金會，經其調整後再撥付各市町村特別區。

5. 各醫療保險人的介護納付金依下列公式計算：

介護納付金額 = [(介護給付費 × 第2類被保險人負擔率33%) / 第2類被保險人總數] × 各醫療保險所屬第2類被保險人數 = 第2類被保險人平均每人負擔額 × 各醫療保險所屬第2類被保險人數

6. 上述第2類被保險人平均每人負擔額，每年於12月底或次年1月初公告。

7. 各醫療保險人當年度所應繳介護納付金的計算公式如下：

當年度納付金 = 當年度概算納付金 + (上上年度確定納付金 - 上上年度概算納付金) + 調整金額

所謂調整金額，乃指前項納付金差額的利息。

8. 各醫療保險所需承擔的介護保險費率，即其介護納付金除以具有第2類被保險人資格者的投保薪資總額。由於第2類被保險人為年滿40歲至未滿65歲者，所以同一醫療保險的被保險人，將因適用介護保險而有不同的保險費率；但醫療保險費率與介護保險費率的合計數，在組合健保部分仍然須受法令規定上限費率9.5%的限制。

9. 醫療保險人如未依期限(每月5日)繳付介護納付金時，則支付基金會將發出催繳函；醫療保險人又未於催繳函指定期限內繳清納付金及滯納金(相當於年息14.5%)時，支付基金會得向厚生省或都道府縣請求代付，厚生省或都道府縣即可依國稅滯納金案例加以處分。惟醫療保險人礙於財務極為困難時，得向厚生省申

述理由請求展期（不得超過一年）繳納全部或部分納付金。

（二）財務預估基礎

1. 需要支援及介護者的發生率

根據厚生省國民生活基礎調查結果，推估需要支援者（虛弱及非長年臥床不起的癱瘓症者）及需要介護者（長年臥床不起者）的發生率（如附表三）。

2. 保險給付對象人數

根據上述發生率及未來人口推估，需要支援與介護者的人數，以及40~64歲間罹患腦血管病變、初老期癱瘓症等需要介護及虛弱者人數在內，預估未來將由介護保險提供給付的對象人數（如附表四）。

3. 需要程度別給付單價

(1) 需要程度別給付對象人數，依高齡者支援體制基礎調查及國民生活基礎調查等結果加以推估。

(2) 需要介護者的居家服務與機構服務比例，由2000年度的5：5，至2010年度設定為6：4。

(3) 有關需要程度別服務報酬（給付單價），以典型案件為例，並依1995年度國庫補助基準額或保險診療報酬支付標準額加以推算。

(4) 居家服務量自介護保險制度實施後，預估被保險人將逐年擴大利用而俱增；因此，2000年度基本供給備置量設定為40%，2010年度加倍設定為80%。

(5) 綜上各項基礎，推算2000年度給付對象人數及給付單價如附表五：

（三）財務估算

1. 厚生省根據各都道府縣試算轄區內市町村初年度第1類被保險人每人每月保險費結果，平均約需2,500日圓；厚生省預估第2類被保險人平均每人每月保險費，約需3,400日圓，惟健康保險組合個別試算結果，多數組合將在4,000 ~ 5,000日圓之間。

2. 介護保險開辦當（2000）年度所需費用總額，經厚生省估算結果，約需4兆1600億日圓，2005年度為5兆5400億日圓，2010年度為6兆9100億日圓（前5年度平均年增率約5.9%，後5年度平均年增率約4.5%）；其中，各級政府需負擔半數（詳附表六）。

表三 需要支援者及需要介護者年齡別發生率

區分	單位：%				
	65~69歲	70~74歲	75~79歲	80~84歲	85歲~
需要支援者	2.5	3.0	6.5	11.5	20.5
需要介護者	1.5	3.5	6.5	11.5	24.0
合計	4.0	6.5	13.0	23.0	44.5

表四 介護保險給付對象人數

區分	單位：萬人				
	1995年度	2000年度	2005年度	2010年度	2020年度
需要支援者	110	130	160	190	260
需要介護者	115	140	170	200	270
中年需要支援、介護者	10	10	10	10	10
合計	235	280	340	400	540

表五 給付對象人數及給付單價（1995年度價格）

區分	給付對象人數（萬人）	給付單價（萬日圓）
虛弱	133	6
輕度	4	14~16
中度	4	17~18
重度	13	21~27
癡呆	21	23
極重度	32	23~30
居家服務	207	—
機構服務	71	29~43
合計	278	—

表六 介護保險財務估算（1995年度價格）

單位：億日圓

區 分	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2010年度
介護費用總額	41,600	44,100	46,700	49,500	52,400	55,400	69,100
給付總額	36,700	38,800	41,100	43,500	46,000	48,600	60,700
第1類被保險人負擔	6,200	6,600	7,000	7,800	8,200	8,700	11,800
第2類被保險人負擔	12,100	12,800	13,600	14,000	14,800	15,600	18,500
其中保險費	9,500	10,100	10,700	11,000	11,600	12,300	14,600
受雇者保險	8,100	8,600	9,200	9,500	10,000	10,700	12,800
其中保險費	7,500	8,000	8,400	8,700	9,200	9,800	11,800
國民健康保險	4,000	4,200	4,400	4,500	4,700	4,900	5,700
其中保險費	2,000	2,100	2,200	2,300	2,400	2,500	2,900
公費（政府）負擔	18,300	19,400	20,600	21,700	23,000	24,300	30,300
國庫負擔	9,200	9,700	10,300	10,900	11,500	12,100	15,200
都道府縣負擔	4,600	4,900	5,100	5,400	5,700	6,100	7,600
市町村特別區負擔	4,600	4,900	5,100	5,400	5,700	6,100	7,600
利用者負擔額	4,900	5,200	5,600	6,000	6,400	6,900	8,400
第1類被保險人平均每人保險費月額（日圓）	2,500	2,500	2,500	2,800	2,800	2,800	3,500

五、問題探討

- (一) 日本介護保險雖採公辦公營，但其保險人卻是為數多達3,255個單位的市町村及特別區公所；而各保險人所訂保險費數額可不盡相同，即隨同其所提供介護服務水準的高低而有差別。因此，第1類被保險人除個人所得能力因素外，尚須依所屬市町村區的不同，而負擔差別保險費。
- (二) 第2類被保險人的主要保險人？健康保險組合（全國共有1,814組合），由於老人保健的制度改革遲未進行，致使各組合對老人保健的財務分擔逐漸加重；如政府再開辦介護保險，勢必對於當前財務窘困的狀況更加惡化，估計屆時因財務不支而陷入解散命運的組合將不在少數。
- (三) 在規劃介護保險實施初期，基本上所必要的介護服務供給設施與人力目標值的所謂NEW GOLD PLAN，以當前執行進度來看，顯然落後許多。例如普遍需要的訪問介護員（home helper），依據計畫所訂目標值為17萬人，但1997年度才達成15萬左右；其中，專任者僅佔三成，兼任者占七成，而且僅接受50小時的課程講習，即可出任三級介護員，如此能否勝任工作，目前在民間已對此引起不少疑慮。又訪問護理站方面，迄未設置的市町村超過六成，對即將實施的介護保險而言，是一項莫大的隱憂。
- (四) 根據規定：被認定為「自立」或「需要支援」，而未達到「需要介護」程度者，不僅不能利用機構服務，而且介護保險實施前已被機構收容者，實施後固然尚有五年的緩衝措施，但自第六年起必須依法離院。估計第六年後須離院者約有1.5萬人，這些人如何處遇已成為廣受社會議論的問題。
- (五) 介護保險乃基於「介護社會化」的基本理念所創設者，倘上述供給面不足，或市町村間存有懸殊差距時，難免引人「空有保險而無介護」的指謫。因此，1998年底全國市町村會（全國市町村長的組織）向首相提出延後二年開辦的請求。由此可見，涉及能不能滿足社會有關介護服務需求的供給資源是否大致具備，乃是介護保險能否如期開辦的一大關鍵所在。
- (六) 德國長期照護保險開辦在先（1995年1月），並在居家照護方面搭配照護服務（現物給付）與照護津貼（現金給付）兩種，提供受照護者依自己的需要及意願選擇利用；而日本介護保險雖在立法前有

所議論，但終將現金給付方式予以排除。如就實施前的現況而言，日本有關居家介護服務在人力資源的開發及民間業者的參與方面，在在顯示不足，實在有以家屬介護暫代專業介護的相當空間；因此，不僅在城市地區如此，鄉間及離島地區尤其有提供現金給付的必要性。惟基於德國現成事例，實施初期不少家庭選擇家屬照護，以領取現金給付，致專業人員的照護服務受到排擠，而有輕忽照護服務品質之虞；值得訝異的是，日本連女性團體也以有礙女性家屬就業自由及助長虐待老人為理由，而加入反對提供介護津貼。

- (七) 介護保險既屬社會保險的一種，即應對保險對象可能發生的風險，提供其費用保障；因此，不能不慎重釐清介護保險所應承擔的給付責任範圍。介護費用從廣義的範圍而言，可區分為日常生活費（如膳食）、狹義的介護費用（如入浴、飲食、排泄等照護援助）及醫療費用。而日本目前與介護服務相關的各項設施提供服務所涉及的費用項目相當混亂，不像德國很清楚地將醫師所介入的行為，歸為醫療保險的給付對象，而介護保險僅以日常生活的援助照顧為責任對象。是以合理的安排，乃由醫療保險負責醫療費用，社會福利服務負擔日常生活費，而介護保險則限於負責所謂狹義的介護費用。因此，日本才規定機構服務項目中的膳食費用，不由介護保險負擔，而交由利用者自付的道理即在於此。

六、結語

- (一) 日本於1997年12月17日制頒介護保險法，並規定自2000年4月1日起正式實施；其間1年3個月，正積極進行人員培訓、機構設置、財務規劃、認定作業，以及利用多媒體廣為宣導，期使全國法定適用國民皆能順利參加，且妥適獲得支援及介護服務。
- (二) 估計2000年度65歲以上第1類被保險人數有2,200萬人，40~64歲第2類被保險人數有4,300萬人，而虛弱老人有130萬人，長期臥床老人有120萬人，需要介護的癡呆老人有20萬人，合計約達280萬人（約占65歲以上老年人口13%）需要介護保險提供支援或介護服務。其中導致老人長期臥床的原因，根據1995年厚生省的調查統計，腦溢血最多占31.7%、老衰占22.8%、骨折占8.5%、關節炎痛風占5.6%，心臟病占4.5%，其他占26.8%。由此可見，三分之一長期臥床不起者與所謂生活習慣病有關，尤其與高血壓、動脈

硬化、糖尿病、骨質疏鬆症，以及攝取過多鹽分、飲酒等危險因子密切相關。因此，日本正要實施介護保險的同時，對於國民的衛生教育、健康指導、預防保健、生活習慣等方面，深入社區，廣施宣導，用以強調其重要性，並蔚為身體力行的運動。

- (三) 日本所以採社會保險方式，推展介護服務事業並建立其體制，主要著眼於自立支援、自主選擇、自治管理及促進介護服務效率。惟如制度規劃、財務籌措及宣導共識不足時，有可能造成負擔過重，有保險無介護服務，甚至供需失調，以及地區差距擴大，而形成另一種社會的不公平。
- (四) 日本鑒於參加國民年金制度的國民，尤其屬於二、三十歲的年輕者繳納保險費意願偏低的現實考慮，並未完全仿照德國模式，即將介護保險與醫療保險的被保險人一致化，而強調老年世代自助與中年世代互助的基本建制原則，將二十、三十年代排除適用範圍。老年世代（65歲以上）稱為第1類被保險人，主要從年金方面籌措財源，採保險費總繳方式撥付介護保險；中年及初老年世代（40～64歲）稱為第2類被保險人，為簡化手續、降低成本、提升行政效率，及避免資訊系統重疊建制，乃依附現有醫療保險籌措財源，計繳保險費。而介護保險的半數給付費用，另由三級政府共同負擔，既可減輕被保險人保險費負擔，又可發揮所得重分配的期待效果。
- (五) 日本初創介護保險制度固非十全十美，而在規劃及立法過程中，曾有些少數派意見，雖未能獲得採納，但值得重視，包括町村方面主張提供現金給付，及擔心第1類被保險人未來負擔保險費是否過重。經營者方面質疑強制雇主分擔保險費的合理性，以及各方共同關切醫療與介護應密切配合，但也應有其責任分際（尤其療養型病床群的機能區分與利用管理），居家服務與機構服務希望能同時實施等課題。特別一提者，即町村方面擔心未來保險費的負擔趨勢將使65歲以上的老人不勝負荷，故曾建議屆時應考慮將20～39歲者，納入強制投保範圍為第3類被保險人。
- (六) 厚生省已於1999年7月26日根據都道府縣的報告，初步公告2000～2002年度三年內的第1類被保險人每月保險費基準額為2,885日圓（較原估計2,500日圓高出15%），其中最高月額為6,204日圓（現仍在檢核中），最低為1,409日圓，依其分布在2,000～4,000日圓的市町村占90.4%，適用人口占97.5%。由此可見，1995年估算介護保險財務需求量偏低。

(七) 同年8月31日厚生省經黨政協調後向大藏省提出2000年度介護保險預算概算數，即介護保險費用總額計4兆3,000億日圓，利用者負擔額5,020億日圓，給付總額3兆7,980億日圓，公費（政府）負擔額1兆8,990億日圓，其中國庫負擔9,495億日圓（含介護給付費7,596億日圓、財務調整交付金1,899億日圓）；此外，國庫尚需負擔第2類被保險人補助款2,897億日圓、財政安定基金220億日圓，及介護認定事務費260億日圓，合計負擔1兆2,972億日圓。如將繼續推展介護服務基本設施，包括特別養護老人之家、癡呆症老人集體住宅、老人保健設施、老人福利中心等所需硬體建設經費2,283億日圓計算在內，則國庫負擔總額為1兆5,255億日圓。

參考文獻

一、中文部分

1. 內政部（1997），《身心障礙者保護法》。
2. 吳凱勳（1997），『第五種社會保險—兼論「高齡化社會」與「長期照護保險」』，《陳繼堯教授退休紀念論文集—21世紀保險的前瞻》，繼耘保險文教基金會。

二、日文部分

1. 土田武史（1999），「介護保險の課題と將來」，《週刊社會保障》，53（2049）：128-131。
2. 石本忠義（1999），「介護制度の現狀と課題—ドッ、オ-ストリ、メリカ、日本」，《政經研究》，35（4）：75-94。
3. 京極高宜（1997a），《介護革命》，ベネッセコ-ポレ-ミヨン。
4. 京極高宜（1997b），《介護保險の戰略》，中央法規出版社。
5. 株式會社法研（1999），《介護保險月刊》，4（34～40）。
6. 宮武 剛（1997），《「介護保險」のすべて》，保健同人社。
7. 健康保險組合連合會（1999），「介護保險制度關係資料」。
8. 金野充博（1999），「介護保險制度の仕組みと課題」，《共濟新報》，40（7）：12-22。
9. 本一三郎（1997），《介護保險—福祉の市民化》，家の光協會。
10. 齋藤義彥（1997），《公的介護保險》，ミネルヴ書房。

德國長期照護保險制度

周麗芳

一、前言

探究德國老年照護體系新近的發展，首要討論者當推其長期照護保險制度（Pflegeversicherung, LTC insurance）¹。雖然需要長期照護者不限於老人，不容否認，確以老人居多；長期照護亦是老人問題的一大主軸。

德國早於百年前，在社會政策學者的擘畫與當政者的推動下，陸續創立各種社會保險制度，經歷數度改朝換代，政權更迭，仍能維持制度於不墜，提供國民適當的保障。然而，縱使有二次世界大戰後的經濟奇蹟、健全的年金保險制度、普及的社會福利措施與大幅改善的老人經濟生活，伴隨平均餘命延長而增加的長期照護風險卻已無法由舊有制度來承擔，勢必另闢蹊徑，謀求完善解決。德國朝野在前後討論長達二十年後，終於在1994年4月底塵埃落定，1995年1月1日起分段實施長期照護保險制度，成為1883年以來社會保險體系的第五大支柱（健康、職災、年金、失業、照護）。

世界先進國家中，德國係繼荷蘭之後，以社會保險的方式來解決長期照護問題；盧森堡亦於1998年跟進採行（Kostler, 1997），日本則將於2000年實施。德國長期照護保險制度係建構於整個社會法典體系之中，在法理與行政實務上與其他社會安全制度環環相扣，加上各類文獻探討源源不斷，有助於外人理解與釐清制度的來龍去脈與可能優缺，頗具參考價值。

本文主要在簡介德國的長期照護保險制度，將先略述相關歷史背景、公共討論沿革與法律架構，再扼要介紹制度內容，最後則是提供實施現況的部分數據與結論。

作者為國立政治大學財
政學系副教授。

¹德文Pflege一字原意為
照護（例如Hauptpflege:
skin care）或護理（
例如Krankenpflege:
patient care, nursing
care），並無長期之
意。經過二十多年來
的公共討論，Pflege通
常用來特稱長期照護
（long-term care, LT
C）。本文為避免混
淆，Pflegeversich-
erung一字譯為長期照
護保險。

二、歷史背景

德國在本世紀初，老年人口（60歲以上）即佔全國人口的7.8%，1991年東、西兩德統一時，老年人口比重更高達20.4%（參見表一）。若將0至20歲的人口與21至59歲人口的比值當做未成年人口扶養比（Jugendquotient），將60歲以上的人口與21至59歲人口的比值當做老年人口扶養比（Altenquotient），兩項比值的加總當作總扶養比（Gesamtquotient），則在1990年，老年人口扶養比為35.2%，總扶養比為72.7%；預估在2030年，老年人口扶養比將達73.5%，總扶養比為109.3%（參見表二）。

在1993年，長期照護保險制度進入立法程序，當時德國約有一百五十萬名接受長期照護的個案，其中約一百一十萬名係在家居環境中接受照護，約四十萬名則於機構中接受全天候照護，長期照護個案人數約佔全國人口的1.87%，或是約佔60歲以上人口的9.17%（Schmahl, 1998）。此外，亦有統計預測，在2040年時，長期照護個案人數將達223萬人，佔全國人口的比例約為3.09%（參見表三）。一般而言，長期照護個案的確以老年人為主：在59歲以內的年齡層，長期照護個案人數的比例不到1%；在90歲以上的年齡層，長期照護個案人數的比例則高達62%，其中37.4%住在家中，24.6%住在機構（1993年資料，參見表四）。

1993年以後的長期照護個案人數統計，大抵依照長期照護保險法的定義。在此之前，供給面的容量，特別是全天候服務的長期照護機構，通常依照住房性質來區分計算。機構一般分為三類：老人公寓（Altenwohnheim）、老人之家（養老院）（Altenheim）與老人護理之家（Altenpflegeheim），不少機構係混合性質，同時有多類住房（Scholkopf, 1998）。至兩德統一之前，西德共有51萬機構床位，其詳細統計參見表五。

貧病交迫，中外皆然。根據德國聯邦家庭暨老人部在1992年的一項委託調查顯示（Krug and Reh, 1992），當時長期照護機構的平均照護費用為每日94馬克，其中需要輕度照護者為66馬克，中度為82馬克，重度為100馬克。56%的長期照護個案，每個月的照護費用在2500至3500馬克之間；18%的個案，每個月的照護費用多於3500馬克。然而，當時所謂的「基準年金」（Eckrente）²也不過每個月1868馬克（德西）或1357馬克（德東）。是以，機構個案中只有33%的人能夠自行全額支付

²「基準年金」並非正式法律用語指稱年金類型，而是在年金精算上，指投保金額為全國平均值的被保險人，在有45年投保年資後，可領取的年金金額。

表一 德國歷年人口統計

年 份	總人口 (百萬)	60 歲 及 60 歲 以 上	
		人 數 (百 萬)	比 例 (%)
1900	56.0	4.4	7.8
1910	64.6	5.1	7.9
1925	63.2	5.8	9.2
1939	69.3	8.5	12.3
1950	69.3	10.1	14.6
1961	73.7	13.1	17.8
1970	78.1	15.6	19.9
1980	78.4	15.1	19.4
1990	79.1	16.1	20.3
1991	80.3	16.4	20.4

註：1950年起的資料包括東、西德。
資料來源：Deutscher Bundestag (1994)，第63頁。

表二 德國人口扶養比趨勢

單位：%

年 份	未 成 年 人 口 扶 養 比	老 年 人 口 扶 養 比	總 扶 養 比
1990	37.5	35.2	72.7
1995	37.8	36.9	74.7
2000	38.8	42.8	81.6
2005	37.0	45.3	82.3
2010	34.1	46.6	80.7
2015	32.5	49.8	82.3
2020	32.4	55.1	87.5
2025	34.1	64.4	98.6
2030	35.8	73.5	109.3

資料來源：Deutscher Bundestag (1994)，第69頁。

表三 德國長期照護個案人數趨勢

年 份	人 數 (百 萬)	比 例 (%)	
		佔全國人口	佔60歲以上人口
1993	1.52	1.87	9.17
2030	2.10	2.72	8.13
2040	2.23	3.09	9.10

資料來源：Schmahl (1999a)，第9頁。

表四 德國人口各年齡層長期照護個案人數比例 (1993年)

單位：%

年 齡 層	居 家 照 護	機 構 照 護
15歲以下	0.5	0.0
16-39	0.4	0.1
40-59	0.5	0.2
60-64	1.5	0.3
65-69	1.7	0.5
70-74	3.2	1.1
75-79	6.3	2.2
80-84	10.8	4.9
85-89	22.6	12.0
90歲以上	37.4	24.6
59歲以下	0.4	0.1
60-79	2.7	0.8
80歲以上	17.0	9.1
65歲以上	6.8	3.2
60歲以上	5.5	2.5

資料來源：Schmahl (1998)，第10頁。

表五 西德長期照護機構容量統計

年 份	老人公寓	老人之家	老人護理之家	總 計
1961	35,000	161,500	37,500	234,000
1966	44,000	177,000	49,000	270,000
1971	57,376	201,708	65,757	324,841
1978	73,733	211,283	109,660	401,985
1986	93,502	188,350	197,148	485,873
1990	96,500	165,500	254,900	516,819

資料來源：Scholkopf (1998)，第3頁。

費用，其他的人則必須仰賴社會救助等社會福利措施。社會救助往往需做資產所得調查，並非全額補助；接受社會救助的長期照護機構個案中，只有11%的人得能接受全額補助。社會救助補助照護費用平均每位每月2022馬克，反觀社會救助提供一般貧民亦不過每位每月491馬克。長期照護個案顯然帶給社會救助制度沉重的財務壓力，而這些負擔往往又落到地方政府（邦與縣市）頭上（Albers, 1990），長期照護保險的創立，亦有政府部門間財政平衡的考量。

三、公共討論

一般文獻或官方報告（Jung, 1995a; Vogel and Schaaf, 1995; Meyer, 1996），皆視1974年為德國公共討論長期照護保障的起始。當時首由德國老人扶助協會（Kuratorium Deutsche Altershilfe）提出專業報告，分析罹病老人機構治療的情況。政府方面，則於1977年由聯邦青年、家庭暨衛生部提出首份報告，分析老人長期照護的需要與保障。同年，聯邦勞動暨社會秩序部組成中央地方工作小組（Bund-Länder-Arbeitsgruppe），研究社區機動與機構長期照護服務的架構與財務，以及預擬解決方案。1982年國會大選，施密特（Helmut Schmidt）總理與內閣下台，柯爾（Helmut Kohl）開始執政（基民黨CDU、基社黨CSU與自民黨FDP），國會重新討論此一問題，當時主流的解決模式有二：

- (1) 獨立的長期照護保險：涵括全民；實際執行委由健康保險；保險費由勞雇各半負擔；中央及地方政府將社會救助部門因而節省的

款項，移作補助長期照護保險之用。

- (2) 另訂長期照護法：財源由中央及地方政府籌措；行政上由政府部門獨立運作，不加重健保保險人的負擔；給付方面可有排富條款。

之後十年間，不僅民間熱烈討論，正式的法律提案也有十三件，其中除了國會朝野黨團的提案外，尚有四件係由地方邦政府（Hessen, Bayern, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg）向聯邦參議院提出。德國憲法（基本法Grundgesetz）第七章係規範中央（聯邦）與地方（邦）的立法權限，有所謂的「競合立法」（konkurrierende Gesetzgebung），意即某些事項若無聯邦法律，則地方可以立法³，長期照護保險即是屬於此類事項（憲法第74條第12項）。

1991年兩德統一，柯爾繼續執政，提出施政計畫中，宣示將於該（第十二次）立法任期內解決長期照護問題，經歷兩年多聯合執政內閣各黨派的討論協商後，1993年6月23日內閣通過聯邦勞動暨社會秩序部⁴所擬的長期照護保險法草案，提交國會進入立法程序。

四、基本情況

國家欲以財政手段介入長期照護風險的保障，基本上可分為三大類型：私人保險、社會保險與全由稅收支應（Klanberg, 1982; Heuser-Meyc, 1984; Prinz, 1987; Hopfe, 1993）。在私人保險方面，可用強制投保的方式，或是利用租稅減免的措施與直接補貼價格（保險費）的方式來獎勵自由投保。在以租稅支應的類型中，則牽涉中央與地方政府的財務分擔以及地方政府間的財務平衡。縱使選擇社會保險類型，尚有諸多重點留待抉擇。

1990年代初期，德國公部門有三份重要的報告，多從財務觀點來審視長期照護保險的可行性與可能架構：一為聯邦財政部顧問委員會的評估報告（Wissenschaftlicher Beirat, 1990），一為聯邦家庭暨老人部委託布來梅（Bremen）大學Winfried Schmahl教授的研究報告（Schmahl, 1992），另一則為聯邦眾議院勞動暨社會秩序委員會的公聽會記錄及專家書面意見全集（Deutscher Bundestag, 1992）。

其中，Schmahl教授的報告雖著重在比較長期照護保險不同財務處理方式（隨收隨付制與基金制）的優缺，然其亦很有系統地比較各個政黨提案的差異，並清楚地陳述實施長期照護保險前應有的基本決定

引申意涵即是：若聯邦已立法，地方不得為之（Sperrwirkung，阻卻效果）（Jarass and Pieroth, 1992）。

⁴彼時部長為Dr. Norbert Blüm，實際運作的核心人物為處長Karl Jung。

(Schmahl, 1992 and 1999b)。

1. 自由加保或強制加保
2. 私人承辦或政府承辦
3. 保險性質
 - a. 純保險(主要intertemporal income redistribution及風險費率)
 - b. 社會保險(尚有interpersonal income redistribution)
 - c. 可由私人或國家承辦，可以是一家或多家
4. 保障範圍
 - a. 事實狀況：有哪些“病”
 - b. 符合請領給付的標準：有無“需要”
 - c. 照護相關費用：是否亟需“財務支援”(包括被照護者的機會成本)
5. 給付型式
 - a. 現金、實物或費用核退
 - b. 門診(社區、居家)或機構
 - c. 給付與所得相關或無關
6. 給付水準
7. 保險對象
 - a. 全民
 - b. 非全民
 - b1. 依職業區分
 - b2. 依所得區分
 - c. 可否允許免除保險義務
8. 財務支應
 - a. 財務收入種類
 - a1. 稅
 - a2. 保險費：有或無風險費率？
 - b. 財務處理方式
 - b1. 隨收隨付制
 - b2. 基金制
9. 支出及給付的租稅處理
 - a. 長期照護支出及保險費可於所得稅中扣除？
 - b. 給付(尤其是現金給付)應否課稅？
10. 組織架構

- a. 單一保險人或多元保險人
 - b. 單獨辦理長期照護保險制度
 - c. 依附於健康保險制度
 - d. 依附於年金保險制度
11. 與其他社會安全制度的銜接與配合 (Paquet, 1999)
- a. 與健康保險
 - b. 與年金保險
 - c. 與職災保險
 - d. 與失業保險
 - e. 與社會救助
 - f. 家庭內非受薪照護者的社會安全保障

德國社會法典化

德國自德皇威廉一世 (Wilhelm I) 在位及宰相俾斯麥 (Otto von Bismarck) 執政時代以來，社會立法不斷，然而散見各種法律，雖曾於 1911 年有彙整成為「帝國保險法」(Reichsversicherungsordnung, RVO) 之例，數十年以降，歷經變動，又見龐雜無序。聯邦德國 (Bundesrepublik Deutschland, Federal Republic of Germany, 1949-) 肇建後，阿德諾 (Konrad Adenauer) 總理即曾有構想推動社會立法的整合。直至 1970 年，布蘭特 (Willy Brandt) 政府 (社民黨 SPD 與自民黨 FDP) 才邀集三十位專家，進行法典化工作；首部社會法典 (總則) 於 1975 年底通過，1976 年正式實施 (Jager, 1995)。原訂計畫有十部法典，三十多年來略有更動，例如長期照護保險法即是額外加入者，為第十一部社會法典。目前已編為法典者計有：1、通則，3、勞動促進 (失業)，4、社會保險共同規定，5、健康保險 (疾病)，6、年金保險 (老年、失能、死亡)，7、職災保險 (職災、職業病)，8、兒童及青少年扶助 (福利)，10、行政程序，11、長期照護保險 (長期照護)。⁵

在通過長期照護保險制度之前，德國政府便已逐步修改其他法律，改善長期照護當事人 (個案與家庭內照護者) 的處境。重要的改革有三：

- (一) 1989 年健康改革法：健康保險開始提供居家照護 (機動式到宅服務)；家庭內照護者得享有每年四週的休假 (Pflegeurlaub)，其間的照護費用由健康保險支付；1991 年起，重度個案可獲得每月

括號內係指該部法典欲保障的事實或風險 (Schewe, 1999)，第二部社會法典社會法典應為教育促進，第九部社會法典應為身心障礙者扶助，第十二部社會法典應為住屋津貼，第十三部社會法典應為社會救助，第十四部社會法典應為兒童津貼與教育津貼 (Schulin, 1999)。

400馬克的津貼 (Pflegegeld)。

- (二) 1990年租稅改革：長期照護個案及其家庭內照護者享有部分租稅減免。
- (三) 1992年年金改革：家庭內照護者得加入年金保險及併計保險年資。這三項改革對於當事人而言，並無太多實質助益：第一項中的給付仍屬杯水車薪；第二項裏，當事人多屬清寒，本未繳稅，何來優惠；第三項亦未盡合理，固然將家庭內照護者的照護工作視為有職工作 (Erwerbsarbeit)，藉以取得以單獨身份加入 (或延續) 年金保險的資格，然而未來年金額度係與現在個人所繳保險費相關，當事人有無繳費能力，不無疑問；此外，照護者多為老伴，開始執行照護工作時，即已達或將屆退休年齡，何來年資併計。

至於長期照護保險法草案，則是於1993年7月1日正式在眾議院 (Bundestag) 開始一讀。其間的立法經過一波三折，主要的癥結在於雇主負擔保險費方面的補償 (Kompensation) 方式。雖然內閣亦提出一件修正案，眾議院提出128件修正案，而且執政黨以多數票決在1993年10月23日通過草案的二、三讀，不過參議院 (Bundesrat) 仍於1993年11月5日駁回 (拒絕同意) 該案並召集調查委員會 (Vermittlungsausschuss)。前後來回兩次審查，爭執點主要有九項 (Jung, 1995a)：

- (1) 被保險人的範圍；
- (2) 投保金額上限；
- (3) 需要長期照護 (Pflegebedürftigkeit) 的定義；
- (4) 給付額度；
- (5) 投資 (補助機構硬體設施) 費用的財務來源；
- (6) 中央集權的立法架構；
- (7) 德東地區的特殊投資方案；
- (8) 復健給付較長期照護給付優先；

不過真正的爭執點還是：

- (9) 雇主保險費的補償。經過協調妥協，眾議院同意更改部分內容，參議院終於在1994年4月29日通過法案，送交總統於1994年5月26日公告。

德國長期照護保險法 (Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit - Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)，係一包裹立法法案，第一部分為第十一部社會法典「社會長期照護保險法」(Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) - Soziale

德國其他社會保險皆稱為法定 (gesetzlich)，有別於私人 (privat) 保險。然而，長期照護保險制度是唯一涵括全民的強制保險制度 (Volkerversicherung)，保險人包括法定公法社團法人與私人保險公司，所以改以社會 (sozial) 一字指稱。

Pflegeversicherung)”，第二部分至第六部分係其他法律的修正案，第七部分規範實施時程。社會長期照護保險法共有十一章，一百一十二條條文，其十一章分別是：通則、保險給付受益對象、保險對象、保險給付、保險組織、保險財務、保險人與照護服務提供者的關係、照護費用支付、資料保護與統計、私人長期照護保險、罰則。與健康保險法相較，長期照護保險法架構的兩大特色為：專章（第二章）釐清保險給付受益對象，特別將家庭內非受薪照護者涵括在內；專章（第十章）規範私人保險。

六、政策目標

長期照護保險法亟求建構一完整體系，其目標為（Jung, 1995b）：

- (1) 將需要長期照護的風險，以保險的方式，由社會全體共同保障。
- (2) 保障足敷正常所需的基本照護，減輕當事人的身、心及財務負擔，而不至淪落求助於社會救助。
- (3) 充分考量未來社會人口結構變化。
- (4) 保險給付依循原則：預防與復健較照護優先，社區機動式照護較機構式照護優先，暫托機構照護較全托機構照護優先。儘可能協助個案生活在其所熟悉的家居環境中（在地安養）。
- (5) 保障非受薪照顧者的權益，鼓勵於家庭內照護的意願。
- (6) 協助建立國內長期照護服務的基本架構（Infrastruktur），特別是社區機動式居家服務、暫托與全托照護。為了促進競爭，照護機構設立申請的核准不以現有需求為限⁷。

此外，為了尊重人的尊嚴，法律第二條即是自決（Selbstbestimmung）條款：長期照護個案可自行選擇照護機構，其宗教上的需求亦應列入考量。

七、制對

限於篇幅，以下擇要簡述德國長期照護保險制度（Klie, 1996; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1996）。

（一）保險對象

長期照護保險的保險對象規定，基本上係依循健康保險。不過，由於長期照護保險性質上並非短期保險，因而對於不屬於強制投保（於法

⁷意即無certificate-of-need之類的限制。

定健康保險)者,亦要求必須投保,法定保險或私人保險皆可,所以近乎全民皆保。

(二) 承保單位

德國社會保險體例,概由被保險人自主成立各類組合(基金會),負責保險業務。長期照護保險的保險人即是長期照護基金會(Pflegekasse),其運作方式與健保基金會(Krankenkasse)相同。目前全國數百個基金會兩會(長期照護保險及健保)係同在一屋簷下,共用行政人員,惟財務獨立計算。

被保險人如果係於私人保險公司投保,其權利義務則在保單(保險契約)中規範,但保單內容需受相關主管機關監督。

(三) 保險財務

保險收入亦仿健保之例,係由勞雇雙方繳交保險費而來。1995年1月1日至1996年6月30日期間,保險費率係投保金額的1%;1996年7月起,保險費率為1.7%。

(四) 保險事故

需要長期照護的認定有幾項要件:

- (1) 身心疾病或殘障所致;
- (2) 無法執行日常生活中普通與例行活動;
- (3) 短期(預計至少達六個月)之內無法復原;
- (4) 中重程度以上需要定期照護。

需要長期照護及其程度的認定,係由中立的「健康保險醫事鑑定服務處」(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK)執行。有關日常活動需要協助的項目,可分為四大類:

- (1) 清潔身體:擦澡、沖澡、泡澡、刷牙、梳髮、剃鬚鬚、大小便;
- (2) 營養:經口飲食的配膳、進食;
- (3) 活動:自行起床與就寢、穿衣及脫衣、走路、站立、爬樓梯、離家並返家;
- (4) 家計:購物、烹調、打掃、沖洗、更換與清洗衣物、控溫。

得以請領保險給付的個案,其需要長期照護的程度可分為:

- (1) 第一級(中度)(Erheblich Pflegebedürftige):在清潔身體、營養及活動類別方面,至少有兩項活動需要每日至少一次的協助,加上在家計類別方面,需要每週多次的協助。基本照護與家計協助需達至少每日一點五小時,其中基本照護多於四十五分鐘。
- (2) 第二級(重度)(Schwerpflegebedürftige):在清潔身體、營養

及活動類別方面，需要每日不同時段至少三次的協助，加上在家計類別方面，需要每週多次的協助。基本照護與家計協助需達至少每日三小時，其中基本照護至少二小時。

- (3) 第三級（極重度）（Schwerstflegebedürftige）：在清潔身體、營養及活動類別方面，日夜需要協助，加上在家計類別方面，需要每週多次的協助。基本照護與家計協助需達至少每日五小時，其中基本照護至少四小時。
- (4) 特殊個案（Härtefall）：夜間的基本照護需要多位照顧者協助。在清潔身體、營養或活動類別方面，需要協助達至少每日七小時，其中夜間協助至少二小時。

（五）給付範圍

依據德國聯邦勞動暨社會秩序部於1998年公佈的第一份「長期照護保險發展報告」（Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung）（Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1998），給付可分類為：

（1）（社區）機動式照護

- (a) 實物給付：指的是個案利用居家照護（到宅）服務。保險支付給服務供給者的費用，在第一級的個案最高可達每個月750馬克，第二級1800馬克，第三級2800馬克，特殊個案可達每個月3750馬克。
- (b) 照護津貼（現金給付）：係給予住家內照顧個案的人，此照顧者並不限於個案的近親。第一級個案的照顧者，每個月可領取400馬克，第二級800馬克，第三級1300馬克。
- (c) 混合給付：若實務給付的利用未達上限，可申請其差額當作照護津貼。
- (d) 代理照護：家庭照顧者一年可有至多四星期的休假，休假期間的照護工作可由他人代理，此項額外支出一年最多2800馬克。
- (e) 日間或夜間照護：指非全日的機構式照護。保險支付費用在第一級的個案最高可達每個月750馬克，第二級1500馬克，第三級2100馬克。
- (f) 短期照護：若暫時無法居家或日（夜）間照護，亦可申請短期的全日機構式照護，一年內至多有四星期，最高金額2800馬克。

- (g) 照護課程：係提供給家庭內照顧者的學習課程，用以提升其照護品質。
- (h) 其他：提供照護器材、特殊用品（床、墊）及室內改裝費用。
- (2) 機構式照護：至1997年底的過渡期間，保險支付給照護機構的費用，分別為第一級2000馬克，第二級2500馬克，第三級2800馬克，特殊個案3300馬克，不足額部份（包括膳宿費用）由長期照護個案自行負擔。1998年起，比照醫院之例，由保險人分別與照護機構簽訂契約，協商照護費用；若個案於非特約機構接受照護，保險最多只能核退百分之八十的費用。

八、實施現況

德國自1995年1月1日實施長期照護保險，開始收取保險費，1995年4月1日起提供（社區）機動式照護的給付，1996年7月1日起提供機構式照護的給付。目前（1999年3月官方統計資料）約有7938萬名被保險人，其中約175萬人領取給付。（如表六）

保險財務方面，開辦前三年收支相抵後，尚有盈餘。（如表七）

表六 德國長期照護保險長期個案人數（1998年初）

等 級	居 家 照 護	機 構 照 護
第一級	60萬	17萬
第二級	51萬	20萬
第三級	15萬	12萬
總人數	126萬	49萬

註：約略值。

資料來源：德國聯邦衛生部網站。

表七 德國長期照護保險財務概況

單位：馬克

	1995年	1996年	1997年（上半年）
收	164億	235億	151億
支	97億	212億	144億

資料來源：德國聯邦衛生部網站。

德國實施長期照護保險，迄今（1999年）不到五年。初期以建立國內長期照護服務的基本架構為主，尚難稱已進入成熟期。除了以往的學理探討外，學界亦不斷地進行實證評估，特別是經濟與財務面（Rothgang, 1995 and 1997; Krieglmeier, 1996; Sievering, 1996）。

1998年9月下旬德國國會大選，柯爾陣營落敗，結束十六年的執政，施瑞德（Gerhard Schroder）繼任總理，10月20日預計聯合執政的兩黨（社會民主黨 Sozialdemokratische Partei Deutschlands 與九〇聯盟／綠黨 Bündnis 90/Die GRÜNEN）共同發表協議（Koalitionsvereinbarung, 1998），在長期照護保險方面亦設定目標：維持既有照護品質，並在有限財務下繼續改進品質，以保障合乎人類尊嚴的完整照護。此外，將採以下措施：

- (1) 長期照護保險的安全準備優先用於穩定保險費率，嘗試建立部分提存準備的基金；
- (2) 落實前一立法會期約定的改善給付方案；
- (3) 審視或重新規範現有長期照護保險與健康保險或社會救助的法律分界與任務分工；
- (4) 由健康保險支付具有醫療性質的照護。

1999年3月間，新內閣亦提出長期照護保險法的修正案，其後續發展有待觀察。

世界先進國家之中，德國係繼荷蘭之後，以社會保險方式來解決長期照護問題。徒法不足以自行，尤其長期照護保險具有長期保險的性質，除了保險的運作外，尚需有層層綿密的相關方案，建構完整的長期照護體系，方能維持制度於不墜，此亦德國長期照護保險法案的精神所在。

1. Albers, W. (1990), "Grundsätze der Aufgabenverteilung," in Kitterer, W. ed., *Sozialhilfe und Finanzausgleich*, Heidelberg: R. v.

- Decker's Verlag, 1-14.
2. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ed. (1996), *Die Pflegeversicherung*, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
 3. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ed. (1998), *Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
 4. Deutscher Bundestag ed. (1992), *Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung: Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages am 21., 22. Mai und 3. Juni 1992*, Bonn: Deutscher Bundestag.
 5. Deutscher Bundestag ed. (1994), *Zwischenbericht der Enquete-Kommission Demographischer Wandel-Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik*, Bonn: Deutscher Bundestag.
 6. Heuser-Meye, M.R. (1984), *Pflegeversicherung-Modellkritik und Lösungsvorschläge*, Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag.
 7. Hopfe, C. (1993), *Die Pflegeversicherung: Was sie kostet und was sie leistet*, München, Landsberg am Lech: Bonn Aktuell.
 8. Jäger, H. (1995), *Einführung in die Sozialversicherung und die sonstigen Bereiche des Sozialgesetzbuches-einschließlich Pflegeversicherung-mit Schaubildern und Beispielen*, 11th ed., Berlin: Erich Schmidt.
 9. Jarass, H.D. and B. Pieroth (1992), *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland: Kommentar*, 2nd ed., München: C.H. Beck.
 10. Jung, K. (1995a), *Die neue Pflegeversicherung Sozialgesetzbuch XI: Das Recht der sozialen und der privaten Pflegeversicherung*, Bonn: Stollfus β .
 11. Jung, K. (1995b), "Sozialgesetzbuch 11. Buch Pflegeversicherung," in Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ed., *Übersicht über das Sozialrecht*, 3rd ed., Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 437-493.
 12. Klanberg, F. (1982), "Die finanzielle Absicherung der Pflegebe-

- dürftigkeit,” in Brenner, G. and F.W. Schwartz eds., *Finanzierungsprobleme in der Sozialversicherung: Symposium des Zentralinstituts am 9./10. Oktober 1981 in Berlin*, Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag, 51-60.
13. Klie, T. (1996), *Pflegeversicherung: Einführung, Lexikon, Gesetzestext SGB XI mit Begründungen und Rundschreiben der Pflegekassen, Nebengesetze, Materialien*, 3rd ed., Hannover: Vincentz.
 14. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die GRÜNEN (1998), *Aufbruch und Erneuerung-Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert*, Bonn (20. Oktober 1998).
 15. Köstler, U. (1997), “Luxemburg wird 1998 eine soziale Pflegeversicherung einführen,” *Sozialer Fortschritt*, 46(9-10): 238-241.
 16. Krieglmeier, R. (1996), *Effizienz und Verteilungswirkungen der deutschen Pflegeversicherung: Bestandsaufnahme und Analyse*, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
 17. Krug, W. and G. Reh (1992), *Pflegebedürftige in Heimen: Statistische Erhebungen und Ergebnisse*, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
 18. Meyer, J.A. (1996), *Der Weg zur Pflegeversicherung: Positionen-Akteure-Politikprozesse*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
 19. Paquet, R. (1999), “Risikozuweisung und Risikoverlagerung im Bereich der Pflegeversicherung,” *Sozialer Fortschritt*, 48(1-2): 33-38.
 20. Prinz, A. (1987), *Pflegebedürftigkeit als ökonomisches Problem*, Spardorf: Rene F. Wilfer.
 21. Rothgang, H. (1995), “Konzeptionelle Überlegungen zur Evaluation des Pflege-Versicherungsgesetzes,” in Fachinger, U. and H. Rothgang eds., *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*, Berlin: Duncker & Humblot, 11-24.
 22. Rothgang, H. (1997), *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: Eine ökonomische Analyse*, Frankfurt, New York: Campus Verlag.
 23. Schewe, D. (1999), “Risikoordnungen und Risikoverlagerungen: Eine Einführung in das Generalthema,” *Sozialer Fortschritt*, 48(1-

2):1-3.

24. Schmähl, W. (1992), *Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren*, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
25. Schmähl, W. (1998), "Pflegebedürftigkeit in Deutschland: Zahl der Pflegefälle und familiäre Versorgungspotentiale-Ausgangslage und Perspektiven für die Zukunft," *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 87(1-2):1-26.
26. Schmähl, W. (1999a), "Pflegeversicherung in Deutschland: Finanzbedarf und Finanzverflechtung-Empirische Befunde und offene Fragen," *Allgemeines Statistisches Archiv*, 83(1):5-26.
27. Schmähl, W. (1999b), "Grundlegende Entscheidungen für Reformen im Bereich der Alterssicherung," *Zeitschrift für Sozialreform*, 45(3): 189-198.
28. Scholköpf, M. (1998), "Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen," *Sozialer Fortschritt*, 47(1):1-9.
29. Schulin, B. (1999), "Einführung," in Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ed., *Sozialgesetzbuch*, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, IX-XLIII.
30. Sievering, O. (1996), *Pflegeversicherung: Allokative, meritorische und distributive Aspekte staatlicher Eingriffsmöglichkeiten*, Frankfurt am Main, Berlin, Bern: Peter Lang.
31. Vogel, G. and M. Schaaf (1995), *Soziale Pflegeversicherung SGB XI*, München: C.H. Beck.
32. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Finanzen (1990), *Stellungnahme zur Frage der zukünftigen Finanzierung der Pflegekosten*, BMF-Dokumentation 6/90, Bonn: Bundesministerium für Finanzen.

長期照護各國實施經驗 之比較分析

葉秀珍

人口結構老化以及與日遽增的照護需求可謂當前主要工業化國家一致面臨之重大課題，所謂「他山之石，可以攻錯」，我國在1993年後成為人口老化國家，其他國家長期照護之實施經驗，正可以提供我國未來規劃長期照護相關政策之參考。表一係就各主要工業化國家當中，選擇五個較具代表性之國家包括美國、加拿大、英國、日本以及德國，就其照護體系之特質範型，進行照護體系之跨國比較。

首先，在財源籌措方式上，五國當中美國照護體系仰賴私人財源之比重最高，約五成，公共財源之比重亦佔五成，但以「醫療救助」(Medicaid)為最大支付者(佔42%)，「社會醫療保險」(Medicare)僅佔8%。加拿大與英國同樣以稅收為照護體系之主要財源，而日本與德國之照護體系則以社會保險作為財源籌措之主要機制，其中日本雖然施行長期照護之社會保險，但稅收佔總財源之比重並不低，佔45%。

其次，就照護體系之基本原則言之，美國與英國均秉持殘補式原則，強調資產調查，以社會救助方式提供照護服務。至於加拿大、日本、德國均強調普及式原則，著重長期照護廣泛的社會保障。再就照護體系之組織類型加以區分，美國與加拿大均為地方分權型態，照護政策在各州或省之間，差異頗大。照護組織型態採中央集權方式之國家則包括英國、日本與德國，其中英國長期照護之中央主管官署為衛生部之下的「社會照護署」(Social Care Group)，日本係以「社會保險診療報酬支付基金會」負責調整與撥付各市町村特別區之保險給付，德國則以「長期照護基金會」統籌照護給付之撥付。

就公共照護方案之提供而言，日本與德國由於針對長期照護單獨成

立社會保險，因此公共照護方案較為單純化，納入單一照護體系。其他三國如美國則以「醫療救助」與「社會醫療保險」為特定族群或弱勢團體提供照護服務，加拿大與英國則依照護性質之不同，提供多元化之特定方案。在照護使用的型態上，美國、日本均以機構式照護為主，社區與居家照護之提供相對上較為缺乏；至於加拿大、英國與德國均以社區及居家照護為主，機構式照護為輔。

從照護使用之資格限制來看，以加拿大最為寬鬆，只要具備加拿大公民資格，即可使用照護服務，不受年齡限制。根據1984年「加拿大健康法案」(Canada Health Act)之規定，凡涉及醫療需要之健康照護(包括長期照護)，使用者不必付費。英國雖與加拿大同樣以稅收為照護體系之主要財源，但照護資格之限制則較加拿大嚴格。大致上英國之「國民保健服務」(National Health Service, NHS)對於急性照護均予免費，但長期性醫院照護則須以使用者80%的基礎年金支付。地方政府之機構式照護除符合資產調查得予補助外，使用者必須以其80%基礎年金自行付費，而地方政府所提供之社會服務除低收入者得免費外，使用者仍須付費，惟各地方政府之付費標準不一。

美國在照護使用之資格限制上，依不同方案而定，其中「醫療救助」主要限定為醫療貧困者之低收入戶，有資產調查之限制，「社會醫療保險」則限定使用資格為六十五歲以上老年人以及殘障者。日本與德國雖同樣實施長期照護之社會保險，但德國之保險給付不受年齡限制，日本則因被保險人限定為四十歲以上人口，因此照護給付亦有年齡限制，分為兩級，凡六十五歲以上人口均符合給付資格，而四十歲至六十四歲人口必須罹患老化疾病，才符合給付資格。在五個國家中，英國、日本與德國之長期照護體制均與年金制度配套，凡領取退休年金者，其照護費用(個人付費或保費)均自其退休年金中扣除若干比例予以支付。

最後，就照護體系之缺失予以評估，五個工業化國家雖面臨若干相似之缺失，但亦因各國之結構環境不同而有其特殊之問題存在。舉例言之，美國與英國均因實施殘補式照護救助(Spend Down)而造成貧窮人口之增加。美國與加拿大均因地方分權之組織型態形成各州或省間照護政策之差異，導致地區照護資源分配不均。英國與日本亦分別因各地方照護需求評估標準不一(如英國)或保費負擔不等(如日本)而面臨地區間之不公平問題。加拿大與日本均因地理條件相似同時面臨專業照護人力在城市與偏遠地區之顯著差距。美國與日本均過度偏重機構式照護，在照護提供上發展相當不均衡。而英國與德國雖然在醫療與照護體

續表一 主要工業化國家長期照護體系之跨國比較

照護系特質	美國	加拿大	英國	日本	德國
照護體系之缺失	<ul style="list-style-type: none"> ● 殘補式照護救助 (Spending Down) 造成貧窮人口。 ● 各州照護政策差異，造成地區間照護資源分配不均。 ● 照護提供發展不均，過度偏重機構式照護。 ● 長期照護主要仰賴私人財源，缺乏風險分攤機制。 ● 由於嚴重財務障礙，照護可近性缺乏。 ● 長期照護費用快速增加。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 長期照護之財源來自省政府預算與聯邦補助，在預算刪減之考量下，照護財源欠缺穩定性。 ● 各省照護政策差異，造成地區間照護資源分配不均。 ● 偏遠地區缺乏照護專業人員，節制機構式照護所省下之成本並未轉移至社區照護。 ● 受到北美自由貿易協定之衝擊，未來普及式照護政策不一定能有政府之大量補助。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 殘補式照護救助 (Spending Down) 造成貧窮人口。 ● 各地方政府對安養照護需求之評估標準不一，以及對社會服務使用資格之資產評估標準不一，均違反照護使用之公平性。 ● 不同疾病種類因分屬醫療體系 (NHS) 與照護體系，造成「相同需要，不同待遇」之水平式不公平。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 照護人力與設施之開發進度落後，保險開辦後恐有供不應求之虞。 ● 照護保險各地區之保險人所訂保費不等，造成地區間保費負擔之不公平現象。 ● 專業照護人力分佈在都市與鄉間離島地區間之差異頗大。 ● 照護提供發展不均，過度偏重機構式照護。 ● 照護給付排除現金給付方式，在既有專業照護人力不足下，有必要以現金方式支付家庭照護之提供，以補專業照護人力之不足。 ● 照護給付在日常生活費、照護費用以及醫療費用三者間之區分不夠明確。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 照護保險實施後，保費徵收之重分配效果呈累退模式，對高所得者較為有利，對中低收入者最為不利。 ● 照護保險由於高所得者可選擇不加入以規避風險分攤之責任，因此重分配機制之效果未能發揮極致。 ● 照護保險之體制採隨收隨付制，鑑於德國生育率逐年降低，未來世代在照護上之財務負擔將過於沈重，違反重分配之公平性。 ● 照護保險採均一給付，其累退效果對低所得者最為不利，違反「量需受益」原則。 ● 不同疾病種類分屬醫療體系 (法定疾病保險) 與照護體系 (SDI) 造成「相同需要，不同待遇」之水平式不公平。

資料來源：作者自行整理。