

編號：(98)027.810

「長期照護保險法制財務機制及財源籌措之評估」

計畫主持人：鄭文輝（南華大學非營利事業管理系）

協同主持人：朱澤民（中央健保局）

鄭清霞（中正大學社會福利系）

研究員：朱僑麗（亞洲大學健康暨醫務管理系）

周台龍（僑光技術學院會計資訊系）

委託單位：行政院經濟建設委員會

中華民國九十八年五月

目錄

中文摘要.....	5
英文摘要.....	6
第一章、緒論.....	7
壹、研究緣起與目的.....	7
貳、研究架構與方法.....	9
第二章、財務規劃原則.....	11
第三章、德、日、荷、韓長期照護保險財務規劃比較分析.....	14
壹、費用規模(占 GDP 的比例)及變遷趨勢.....	14
貳、支付制度的設計原則.....	15
參、財源籌措方式.....	16
肆、財務處理方式與調整機制.....	18
伍、費用控管機制.....	20
第四章 支付制度.....	23
壹、支付方式.....	23
貳、合理成本結構.....	28
參、支付標準的訂定.....	31
肆、支付標準的調整.....	32
第五章、財源籌措.....	33
壹、財源結構(保險費、政府補助、部分負擔、其他財源).....	33
貳、勞雇保險費及政府補助的比例.....	34
參、部分負擔比例.....	37
肆、保險費計算基礎及徵收方式.....	38
第六章、財務處理方式.....	40
壹、隨收隨付制或儲備制.....	40
貳、精算架構(參見圖 6.1).....	40
參、財務控管與調整機制.....	43
第七章、費用估算.....	45
壹、假設條件.....	45
貳、估算結果.....	51
參、影響因素分析.....	61
第八章、結論與建議.....	67
參考書目.....	74

表目錄

表 4-1	日本對長期照護需求者與需支援者之在宅與機構服務項目.....	26
表 4-2	居家照護每小時服務成本結構—含人力之勞退成本.....	29
表 4-3	機構每月每床成本結構—不含伙食、水電、洗衣外包、環境清潔外包等費用.....	30
表 5-1	勞資政分擔比例方案內容與實際分擔比例之估算.....	36
表 6-1	2011-2030年採10年平衡的基金累積與保費 —以方案「二-乙-B-1」為例.....	42
表 6-2	2011-2040年採15年平衡的基金累積與保費 —以方案「二-乙-B-1」為例.....	43
表 7-1	男性年齡別照護需要率—第一案分級標準	單位：％.....46
表 7-2	女性年齡別照護需要率—第一案分級標準	單位：％.....47
表 7-3	男性年齡別照護需要率—第二案分級標準	單位：％.....48
表 7-4	女性年齡別照護需要率—第二案分級標準	單位：％.....49
表 7-5	各種照護程度居家/社區與機構的使用比例	單位：％.....50
表 7-6	各項給付項目費用估算之假設.....	51
表 7-7	2011-2046年我國長期照護保險費用推估—第一案分級標準.....	52
表 7-8	2011-2046年我國長期照護保險費用推估—第二案分級標準.....	53
表 7-9	2011-2046年我國長期照護保險費用成長率—第一案分級標準.....	54
表 7-10	2011-2046年我國長期照護保險費用成長率—第二案分級標準.....	55
表 7-11	各方案費用的相對比重---以「照護分級—乙-B-1」為基礎.....	56
表 7-12	2011年推估費用規模分組.....	57
表 7-13	2011-2046年我國長期照護保險政府與民眾負擔推估 —第一案分級標準.....	59
表 7-14	2011-2046年我國長期照護保險政府與民眾負擔推估 —第二案分級標準.....	60
表 7-15	照護等級分級標準第二案相對於第一案的費用比重.....	61
表 7-16	給付水準乙、丙案費用相對於甲案的比重.....	63
表 7-17	支付標準 B、C 案費用相對於 A 案的比重.....	64
表 7-18	現金給付水準第 2 案相對於第 1 案的比重.....	65
表 7-19	影響長期照護費用規模的因素彙總.....	66
表 8-1	2011-2046年依各項假設條件推估我國長期照護費用彙總.....	68
表 8-2	支付制度建議彙總.....	69
表 8-3	財源籌措建議彙整.....	70
表 8-4	財務處理建議彙總.....	73

圖目錄

圖 3.1	德國費用規模變遷趨勢：1995-2005.....	14
圖 3.2	日本介護保險財源結構圖.....	17
圖 6-1	長期照護保險財務精算影響因素.....	41

附錄目錄

附錄一	專家會議紀錄.....	78
附錄二	現行全民健保保險費負擔比率.....	84
附錄三	現行全民健保保險部分負擔上限相關規定.....	85
附錄四	2008-2009 中央政府有關長期照護預算經費.....	86
附錄五	全民健保與長照相關的項目點數.....	88
附錄六	日本介護保險長期照護相關服務支付標準.....	89
附錄七	期中審查會議 會議紀錄.....	98
附錄八	期末審查會議 會議紀錄.....	102

附表目錄

附表 4-3-1	日本居家照護支付標準，2009年.....	89
附表 4-3-2	日本居家沐浴支付標準，2009年.....	90
附表 4-3-3	日本居家護理支付標準，2009年.....	90
附表 4-3-4	日本居家復健支付標準，2009年.....	91
附表 4-3-5	日本居家療養管理指導支付標準，2009年.....	91
附表 4-3-6	日本社區日間照護支付標準/小規模照護設施，2009年.....	92
附表 4-3-7	日本社區日間照護支付標準/一般規模照護機構，2009年.....	93
附表 4-3-8	日本社區日間照護支付標準/大規模照護機構 I，2009年.....	94
附表 4-3-8	日本社區日間照護支付標準/療養所，2009年.....	95
附表 4-3-9	日本社區復健支付標準/一般規模照護機構，2009年.....	95
附表 4-3-10	日本社區復健支付標準/大規模照護機構 I，2009年.....	96

中文摘要

本研究係針對長期照護保險的「財務機制」及「財源籌措」進行探討，首先針對各國經驗（德、日、荷、韓）分析，比較其財務機制及財源籌措方式。其次，擬定長期照護保險支付制度相關原則。第三，探討財源籌措與財務處理以及財務管控機制。第四，根據相關制度性因子的架構進行費用估算。第五、提出具體可行的政策建議。

本研究主要發現與建議如下：

- 一、 依本研究的中推計，2011 年長照保險費用共 591.66 億元，占 GDP 之 0.46%，約為全民健保之 1/8，其中政府負擔 178.84 億元，而民眾平均自繳保費約 72 元。
- 二、 支付方式宜採論人或論量計酬；支付標準應能夠反映合理成本結構，考量服務項目、特殊地區、特殊服務時段等因素，且建立支付標準的調整參考指標。
- 三、 以多元方式籌措財源，財源結構以保險費與政府補助為主，占九成，部分負擔與其他財源占一成。
- 四、 各項給付的部分負擔約 10%，中低收入者 5%、低收入戶免部分負擔，並設定全戶與個人的部分負擔上限。
- 五、 保費計算與徵收原則上配合全民健保制度。
- 六、 財務處理方式採取部分提存準備，平衡期間為 10 年或 15 年。
- 七、 保險費率精算主要採量出為入，應建立長期資料庫，蒐集相關精算數據。
- 八、 財務控管機制包括：審慎訂定給付上限、採行照護管理機制、部分準備提存、給付水準與支付標準的調整應有費率連動調整機制等。若費率調整困難，應改以「量入為出」原則，檢討給付水準的調整空間。

英文摘要

This study aims to investigate the major aspects of financial mechanism and financing methods which should be considered in planning long-term care insurance in Taiwan. First of all, the financial arrangements in various countries such as Germany, Japan, Netherlands and Korea will be reviewed. Secondly, relevant principles of establishing proper payment system will be explored. Thirdly, the arrangements of financing mix and balancing mechanism will be analyzed. Fourthly, future expenditures will be projected based on related systematic factors. Finally, the policy-oriented suggestions will be derived and their feasibility be evaluated.

Major findings and suggestions derived from this study are as following:

1. Projected long-term care insurance expenditures in 2011, according to medium estimate, are NT\$59,166 millions, about 0.46% of the GDP, and one-eighth of national health insurance expenditures, among which NT\$ 17,884 millions are subsidized by the government, while the average monthly premium payment by the insured is about NT 72 dollars.
2. Payment system should consider fee for services for home care and capitation by disability level for institutional care ; fee schedules should cover reasonable costs which may vary by different services, districts and service time and the adjustment mechanism should be established.
3. Major financing sources should come from premiums and government subsidy, accounting for 90% of total revenues, which are supplemented by copayments and other revenues.
4. 10% copayments are suggested to apply to all services, however, reduced 5% are applied to middle-lower incomers and all copayments are waived for low-income families. There are also copayment ceilings set for individual care users and all families.
5. Premium computation and collection procedure, in principle, follow the practice of national health insurance.
6. Partial funding of balancing in 10 years or 15 years is suggested to facilitate the soundness of finance.
7. Actuarial premium rates based on relevant data should be computed regularly.
8. Various financial control mechanisms including setting proper benefit level and ceiling, and applying appropriate care management and financial adjustment mechanism are also suggested.

第一章、緒論

壹、研究緣起與目的

為因應我國人口老化與失能者照護問題愈趨嚴重，行政院社會福利推動委員會於 2001-2003 年推動「建構長期照護體系先導計畫」，針對國內長期照護所欠缺的居家/社區服務及管理機制進行實驗，開發新型服務模式(吳淑瓊等，2003)。繼而於 2004 年 10 月 18 日成立「長期照護制度規劃小組」，該年 11-12 月完成長期照護現況的初步分析和議題設定，並於 2005-2006 年進行五項實質內涵的規劃研究委辦案，以及研擬總結規劃報告(呂寶靜等，2006)¹。行政院復於 2007 年 4 月核定「我國長期照護十年計畫」，預定於十年內挹注 817.36 億元經費，希望能建構多元化、社區化、優質化的長期照護制度(內政部，2007)。該計畫係參考日本的黃金計畫(Gold Plan)，希望能建構照護管理制度與強化居家與社區的照護服務體系。然其服務對象以 ADL 失能老人為主，服務項目著重居家與社區服務，而設定的社區失能照護服務使用率，至 2020 年亦僅為 40%，顯示其非涵蓋全部失能者的長期照護制度²。

鑑於長期照護需要已被視為重大社會風險(major social risk)，有必要納入完整的社會保障體系內。雖然世界各國基於不同價值理念，對於長期照護保障體制的作法有所不同³，但實務上，主要考量制度傳承，大致採取與其他社會保障制度，尤其醫療保障，相同的財務融通方式，以利制度間的協調與整合，構成完整的社會保障體系(Ikegami and Campbell, 2002; 周台龍、鄭文輝，2008)。

¹內政部於 2005 年針對服務輸送、資源開發、財務制度、法令制度、資訊系統等五項課題委外規劃，於 2006 年 4 月結案，並補助「台灣社會工作專業人員協會」，於 2006 年 6-12 月撰擬總結規劃報告(呂寶靜等，2006)。

²此計畫服務對象以 65 歲以上 ADL 失能老人為主(山地原住民適用年齡為 55 至 64 歲，而身心障礙者年齡為 50 至 64 歲，至於 IADL 失能者僅限於獨居老人，而機構服務亦僅補助中低收入且重度失能老人(內政部，2007)。

³先進國家除美國外，主要以稅收制與社會保險為主，其利弊比較分析，參見鄭文輝、鄭清霞(2005：74-75)。

我國自 1995 年實施全民健康保險，且自今年(2008)10 月起實施國民年金保險，將尚未有軍公教、勞及農保的國民納入基礎年金保障。參照同樣採行社會保險體制的國家，如德國(1995)、日本(2000)、韓國(2008 年 7 月)等均已建置獨立的財務與管理體系，實施長期照護保險，成為第五種社會保險⁴，我國亦有必要積極規劃符合國情與政策考量的長期照護社會保險，提供基本的保障水準⁵，藉以分攤長期照護需要事故風險，以確保需照護者的尊嚴，提升其生活品質。

過去台灣已經累積不少長期照護財務相關文獻(朱澤民等，1999；周麗芳、林佳慧，2003；徐偉初等，2002；曾薔霓，2003；陳孝平等，2003；鄭文輝，2004；鄭文輝等，2005)。另外也有文獻針對影響長照費用的制度性因素，例如部分負擔比率、各項長期照護的成本結構、各種失能程度的給付標準等，以模擬方式評估其影響(鄭文輝等，2004b；鄭清霞等，2006)。由於我國尚未建立完整長期照護體制，國內目前所推估的長期照護費用主要係依據嘉義實驗社區相關數據和參考德國、日本的失能盛行率等項資料，其推估的主要假設比較傾向以保險制為基礎(鄭文輝等，2003；鄭文輝等，2004a、2004b)。繼則有研究針對保險制與稅收制進行比較(鄭文輝等，2005；鄭清霞與鄭文輝，2007)，最近則有針對長期照護保險的規劃進行全面性的探討(鄭文輝與鄭清霞，2008)，但僅屬於制度規劃所涉及的各面向重要議題的原則性分析。

Cohen(1998)提出長期照護制度設計主要涉及三個面向：如何提供服務(how services are provided)、如何籌措財源(how services are financed)與如何評估需要(how the need of the individual client is assessed)。本研究係針對長期照護保險的「財務機制」及「財源籌措」進行探討，主要研究目的如下：

- 一、針對各國經驗(德、日、荷、韓)分析，比較其財務機制及財源籌措方式。

⁴除年金、醫療及長照保險外，另兩項社會保險為就業保險與職業災害保險。

⁵社會保險的財務規劃強調「自給自足原則」，因此給付水準與保費高低具有關聯性。保費高低須能被社會大眾所接受，而給付水準高低又關係到給付內容(如居家服務照護時間以及次數等)是否能滿足不同失能程度的需照護者需要。故考量保費的高低與民眾負擔能力，以及不同失能程度的需照護者需要，社會保險只能提供基本的保障水準(周台龍、鄭文輝，2008)。

- 二、擬定長期照護保險支付制度相關原則
- 三、探討財源籌措與財務處理以及財務管控機制
- 四、根據相關制度性因子的架構進行費用估算
- 五、提出具體可行的政策建議以及可行性評估

貳、研究架構與方法

一、研究架構

本研究主要區分為幾個部分，首先是德、日、荷、韓保險財務規劃的比較分析。其次針對支出制度，本研究將對合理成本結構、支付標準與調整機制的設計課題進行探討。第三部分則討論財源籌措、財務處理方式與費用估算。最後根據研究結果提出長期照護保險的財務規劃建議。主要內容如下：

(一)德、日、荷、韓長期照護保險財務規劃比較分析，包括費用規模及變遷趨勢、支付制度的設計原則、財源籌措方式、財務處理方式與調整機制、費用控管機制。

(二)台灣長期照護保險支付制度，擬考慮適當品質的合理成本結構，探討支付標準的訂定原則，並將支付標準的調整與保費調整相互連結，以利財務健全性。

(三)台灣長期照護保險財務來源規劃，考量與全民健康保險體系相容的保費計徵制度，並探討其他補充性財源的可能性。

(四)台灣長期照護保險的財務處理方式、精算架構與財務調整機制

(五)保險財務推估相關參數設定的檢討與分析，並配合其他各組的主要研究結果，進行 2011-2046 年的長期照護保險財務規模推估。

(六)長期照護保險財務規劃的政策建議。

二、研究方法

(一)支付制度、財源籌措與財務處理方式

針對我國長期照護保險的支付制度與財源籌措及財務處理等設計議題，將參

考各國經驗並兼顧國情考量，以政策管理觀點，探討符合政策目標的規劃構想。

(二) 財務費用推估

有關長期照護制度總體費用推估模型與主要構成概念，我們主要利用鄭文輝等（2003）修正德國長期照護學者 Schmaehl/Rothgang（1996）所發展之理論模型，配合我國國情與現況而構成的推估模式。法律定義長期照護的需要性，是影響費用推估的前置因素，接著區分為「人口結構變遷」、「失能率變遷」、「生活型態與服務使用偏好」、「照護服務的供給體系」等主要區塊，個別設定需要率與使用率等相關可能的參數，最後簡化為「需要照護者人數」與「每人平均支出」的乘積。

(三) 財務規劃可行性評估

長期照護保險的財務規劃主要將根據財源充足性、財務負擔公平性、資源運用效率性等三方面考量原則進行相關財務方案設計並評估其可行性。同時召開學者專家焦點座談會，以彙總各界意見，提出政策建議。本研究於 2009 年 2 月 23 日舉辦學者專家座談會，討論題綱與會議記錄，參見附錄一。

本報告共分八章。除第一章為緒論外，第二章探討長期照護保險財務規劃原則，第三章為德、日、荷、韓的長期照護保險財務制度比較。第四章至第六章分別就支付制度、財源籌措與財務處理等財務面設計課題，予以分析。第七章則呈現 2011-2046 年的費用估算與政府及民眾負擔模擬分析，最後第八章提出建議事項。

第二章、財務規劃原則

為因應快速形成高齡化、少子女化社會的挑戰，規劃長期照護保險的目標應在於建構普及而多元的長期照護服務體系與健全的財務機制，俾提供基本、必要，且適當品質的長期照護服務；並與全民健康保險及相關社會福利制度相輔相成，期能使每位國民均能享有長壽、健康、快樂、安心、安全，又保有生活尊嚴和生命價值的福祉。此項長期照護制度的建構應奠基下列四項核心價值，八項服務體系建構願景，與三項財務規劃考量原則(鄭文輝等，2005:15-18)：

一、核心價值

- (一)、邁向長壽而健康的人生
- (二)、認知老化和失能的必然性與長期照護的必需性
- (三)、確保高齡者和失能者的尊嚴，並支援其自主與獨立
- (四)、建構值得需照護者信賴的長期照護服務體系

二、服務體系建構的願景

- (一)、建構以需照護者為中心、以家庭為主、以社會為基礎的服務體制
- (二)、提供普及而多元的服務
- (三)、重視保健和支援自立的服務體制
- (四)、提供符合人性化，應用科技和資訊的服務
- (五)、開發本土化與先進的服務模式
- (六)、鼓勵自助、互助和創新的服務模式
- (七)、結合志願服務的服務體制
- (八)、中央統籌規劃，而由地方因地制宜配合落實各項服務

三、財務規劃的考量原則

在長期照護財務制度規劃的考量原則方面，首先就財源的部分進行討論，區分為財務充足性、支出控管、收支調整機制三方面；其次為財務負擔面向；最後為

財務誘因與運用效率。

首先在財源面向，就財務收入的充足性而言，為因應未來老化社會所需照護支出的成長，必須選擇穩定且具自然彈性的稅、費基為財源。再者，應避免與其他政事競用，而影響財務收入的穩定性。此外，也應考慮補充性財源的取得。其次，就財務支出的管控，宜建置完善的照護管理機制，依需要評核，設定不同需要照護程度的給付上限。基於個人及家屬責任分擔與道德危險的考量，也可考慮提供現金給付和部分負擔，超過給付上限或非給付項目部份(例如機構的食宿費用)採自付額方式。對於服務提供者，則可考慮採行適當的論人和論質支付制度。再者，就財務收支調整機制言，為確保財務收支的長期維持平衡，宜提撥適當安全準備金，一則因應短期緊急變故所需，再則避免稅率或費率急劇變化，影響代間負擔的公平性與民眾的接受度。更重要的是，應建置可落實的財務責任制度。

繼則，就財務負擔討論。應先考量照護服務使用公平性，必須依民眾需要提供普遍而多元化的照護服務，且允許需照護者自主選擇。各項資源無論居家、社區或機構服務，都應以社區為基礎，提供必要的服務。繼則考量財務負擔的公平性，主要以量能負擔為考量原則，再考慮是否引進部分使用者付費的設計，但應有負擔上限，避免造成弱勢者負擔過於沉重。由於長期照護制度涉及長期風險的承擔，必須考量個人生命週期，同代間與代間財務負擔的公平性，此涉及財務分擔比例與財務處理方式。

再就財務誘因與運用效率討論。首先應注重整體資源運用效率，考量長期照護費用占 GDP 比率的適當性，再依預防優先原則，考慮不同照護類型間的資源配置。第二，應考量不同照護服務的財務誘因設計，給付與支付制度設計時應避免正式與非正式服務間，居家、社區與機構服務間，不同服務項目間產生偏倚現象。第三，就節省行政成本而言，應考慮財務收入取得的徵收費用與組織體制的運作方式。

綜合上述的討論，財務規劃原則主要有三：

(一) 選擇充足、穩定的財源，健全財務責任制度。

(二) 財務負擔應兼具公平性與合理性。

(三) 財務制度設計應提供適當財務誘因，兼顧服務品質與合理成本。

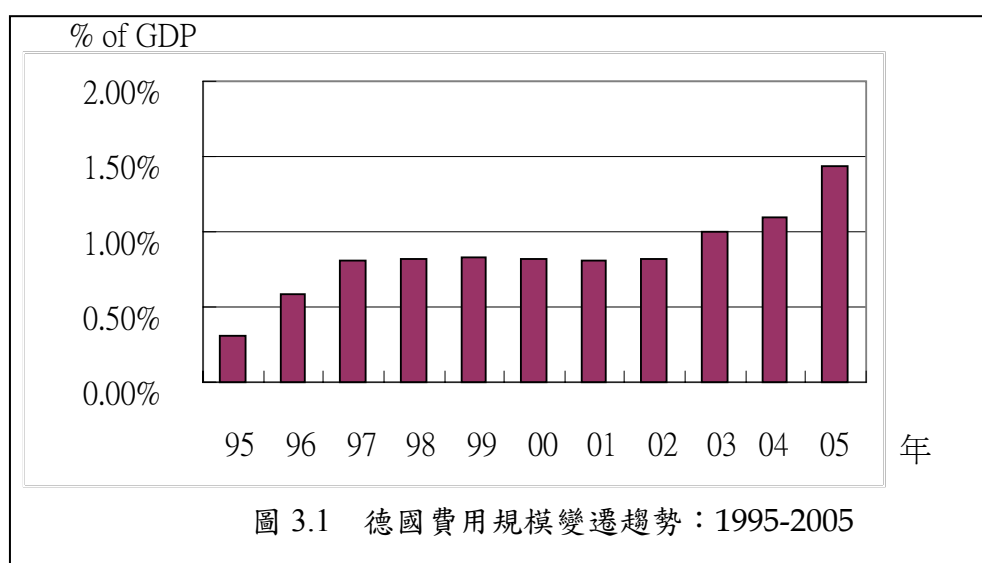
第三章、德、日、荷、韓長期照護保險財務規劃比較分析

在德、日、荷、韓四個國家的長期照護保險財務規劃比較分析上，主要的討論問題分為：（1）費用規模及變遷趨勢（2）支付制度的設計原則（3）財源籌措方式（4）財務處理方式與調整機制以及（5）費用控管機制等五個部份。

壹、費用規模(占 GDP 的比例)及變遷趨勢

一、德國

德國長照全部費用占GDP的比例，在1995年至2005年期間的變遷趨勢，如圖3.1所示，1995年為0.31%，1997-2002年，介於0.81-0.83%（林志鴻，2004）。2003年增為1.1%（鄭文輝等，2005，表3-2-7），至2005年則增為1.44%（Gibson and Redfoot, 2007:24）。



資料來源：本研究整理

二、日本

日本長照全部費用占 GDP 的比例，2000 年為 0.7%，到了 2005 年則增為 1.3%（Ikegami, 2005）。

三、荷蘭

至於荷蘭長照費用占 GDP 比重高於德、日，2000 年為 2.5%（鄭文輝等，2005，

表 3-2-7)；至 2003 年增為 2.7% (AARP, 2003:21)。

貳、支付制度的設計原則

一、德國

德國強調齊一認定執行標準與確保認定品質及其費用，以實施照護管理機制來達成。照護需要認定、照護計劃形成、照護品質與安全查核等照護管理程序由「健康保險醫事服中心」(MDK) 執行。由於工作重要，且認定者須到宅到機構認定與查核，必須使用大量人事費，2003 年 MDK 總共僱用 2000 位醫師，1000 位護理師。

德國支付制度的特色如下：(林志鴻 2004)

1. 實施照護管理機制。
2. 強調社區優先原則。
3. 實施現金給付制度。

二、日本

日本在支付制度基本結構的設定上，包括需照護認定基準、照護報酬單價與支給限度額的設定、照護服務業者、照護機構的基準等。實施照護管理計畫控管給付過與不足，制定給付上限額。

三、荷蘭

荷蘭的 AWBZ 自 2001 年起改為 open-ended 運作。而給付方式則由原先實物給付之外，增加現金給付之個人關聯預算制度(persoonsvolgend budget; PVG)，供照護需要者選擇。主要政策措施如下：(林美色，2004)

1. 設立地方照護保險人辦公室(Zorgkantoor)，執行個人關聯預算。
2. 設立區域照護需求評定機關，負責評定個人關聯預算的照護需要。
3. 廢除健康保險人與照護提供者之間強制締約義務。
4. 實施個人關聯預算(PGB)。

四、韓國

根據韓國老人長期照護保險法第 45 條規定，在衛生福祉部部長直屬下設置

長期照護委員會，其功能為審議下列事項：

1. 第 9 條第 2 項之長期照護保險費率。
2. 第 24 條至第 26 條之家屬照護費、特例照護費暨照護醫院護理費的支付基準。
3. 第 39 條之居家暨機構給付費用。
4. 其他由大統領令所訂之主要事項。

上述各國的支付制度中，皆相當重視照護管理機制的實施。依照護需要確認與評估機制，來判定合格領受照護給付之照護需要者。需要的照護程度可能因其身體功能、家庭與社會支持狀況之不同而呈現不同之分配狀況。為求計價與確認方便，對於照護等級予以區分，依照護等級之輕重而定不同之支付價格。此一區分以日本區分最為多等級，而德國僅區分主要三個等級。無論等級區分如何，每一照護等級內涵之照護需要項目為上限規定，作為照護支付之基準。至於實際個案需要多少項服務，以及所需要之時間，則依實際狀況具體認定。此外，支付總價則為所需服務之點數乘上協商或公佈之點值，此即前述上限之涵義。

參、財源籌措方式

一、德國

德國長期照護保險的最主要財源，為勞僱各半均擔所繳納之社會保險費，國庫只負擔少數的費用。財務處理方式採隨收隨付制度，但是於開辦前先預收三個月保險費作為安全準備基金。因此在財源籌措方式主要為保費和其他收入。「其他收入」包含營運財產或準備金之投資收益、保險人因核課滯納金、罰鍰、費用償還或請求損害賠償等。德國長照保險的財源特色如下：

1. 行政費用由保險費支應。
2. 政府補助資本支出。
3. 保險費由勞資各半分擔（勞僱各 50%；退休者與年金保險人各 50%）。受僱者依實際薪資計算；失業者由就業保險人負擔；低收入戶由社會救助補助。
4. 無部分負擔：超過給付限度，由被保險人全額自付。

二、日本

日本介護保險總支出除 10% 由利用者部分負擔外，其餘 90% 為保險給付，

其財源一半來自保險費，一半來自稅收。政府補助的 50%當中，中央政府固定負擔各市區町村總費用的 20%，另附加 5%統籌分配款，作為調整各市區町村人口結構及老人所得差距之用；而都道府縣則負擔 12.5%、市區町村亦負擔 12.5%。介護保險的營運主體為市區町村，亦即「保險人」。保險人每 3 年調整一次 65 歲以上老人的保險費，保險費如果提高，根據法律，公費負擔亦必須提高。

日本介護保險財源結構如圖 3.2。

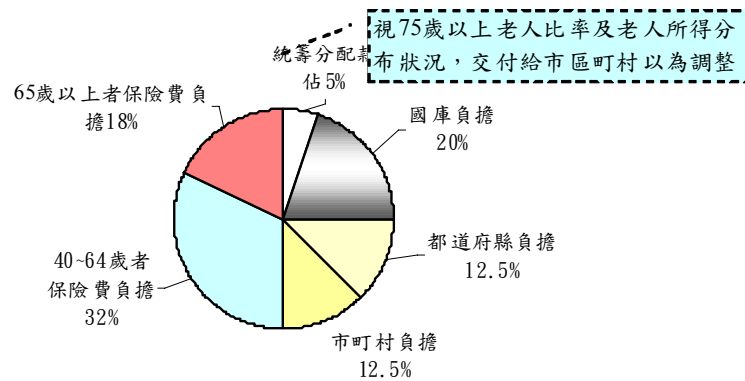


圖 3.2 日本介護保險財源結構圖

資料來源 厚生勞動省

三、荷蘭

在財源方面，荷蘭全民特殊醫療成本保險主要是以被保險人所繳納的保險費支付，而以被保險人的稅後所得為扣繳的基礎。其餘不足的費用部分由政府的補助款及病患部分負擔支付。

四、韓國

財源包含保險費（保險給付的 80%）、政府稅收（保險給付的 20%）與部分負擔。就整個財源結構，政府部分占 20%、保險費收入占 60-65%，而部分負擔約 15-20%。被保險人部分負擔率為機構服務 20%、居家服務 15%；低收入者減半或全免。

2008 年開辦之初的財源分擔，為長期照護保險費收入 4,872 億元，國庫補助 895 億元。國庫並補助健保公社創立初期營運費 458 億元。除給付外，部分負擔總額為 887 億元。

長期照護保險費之計算方式為健康保險費乘以長期照護保險費率，並連同健康保險費一同徵收，2008 年的長期照護保險費率為健保費率的 4.05%（約為所得水準之 0.2%）。

比較上述國家的財源籌措方式，在國家、社會、被保險人合作之社會保險體制中，則以被保險人所繳納之保險費為主，如德國、荷蘭。而居於其間之日本和韓國，長照保險制度則以混合財源方式加以支應。財源籌措方式顯然受該國長照保障制度體制，以及該國相關社會保障制度財源籌措傳統所影響。其中日本多元財源籌措方式較具特色，符合我國現行社會保險財源籌措方式。

此外，在兼顧風險分攤與社會福利功能目標下，平衡個人與社會責任，政府對照護責任亦應有所承擔，藉著補貼以彰顯國家的照護責任。不過日本透過國家稅收補助長照制度，是以整體保險制度支付為補貼，而非如我國現行全民健保或勞保以被保險人保費為補貼。

肆、財務處理方式與調整機制

一、德國

德國長照保險財務處理方式採隨收隨付制。採此制度，是因儲備制/完全提存準備制在立法討論當時被認為無法解決當期財務問題，且隨收隨付制使財務處理容易，無須建立龐大組織處理資金運用問題。

德國長期照護保險制度，於照護給付尚未給付之時，保險人即已事先收取 3 個月保險費充作安全準備。而後於 2004 年也修法通過無子女被保險人增加 0.25% 之費率，作為安全準備之用。德國長照法明文規定，各長照保險人受費率穩定原則之拘束，除依薪資上漲比例調動保險資薪資上限外，必須致力於費率穩定原則之達成。政府並建立財務節約檢查機制。

二、日本

日本介護保險財務處理方式採隨收隨付制。調整機制包含下列三項：

(1) 設置統籌分配款，其補助原則為：①該保險人的被保險老人當中風險高的後期老人（75 歲以上）比率偏高。②該保險人的被保險老人收入偏低。③該保險人的被保險人因災害而減免保險費時。

(2) 設立財務安定基金。為彌補市區町村被保險人滯納保險費或給付實際支出超出預算而導致的地方財務經費不足，各都道府縣設有介護保險財務安定基金，用來幫助解決財務赤字，以利制度順利維持。

(3) 保險費每隔三年調整一次。保險費及照護報酬每三年進行一次檢討評估及調整(2003 年第一次，2006 年第二次，以此類推)。

三、荷蘭

AWBZ 之財務處理方式為隨收隨付制度。於 1968 年制度初創時費率為 0.4%。迄 1991 年費率上升為 12%左右(Winters 1996)。根據 2003 年 Zorgnota 的估算，2003 年 AWBZ 保險費率為 12.05%，CVZ 建議將 2004 年的保險費率調整為 13.66%。如果以保險費平均每年 3%成長率計算，則在荷蘭從 2004 年至 2008 年之間中長期估算的成本抵償保險費率平均為 15.08% (林美色，2004)。

荷蘭 AWBZ 保險費基本上是健康、福利暨運動部根據 CVZ 所估算的保險費率調整建議而決定，然後再向內閣提出。接到健康、福利暨運動部所提出的保險費率調整建議，內閣會進行討論，再向國會提出，由國會做最後的決議。

因此，在荷蘭保險費率及保險費的決定並不是由保險人自行決定，但由於疾病基金及 CVZ 代表被保險人的利益，所以行政主管部門如健康、福利暨運動部擬定保險費率法律規定必須以 CVZ 所提建議為根據。這樣的政策擬定設計主要是給與被保險人代表在保費決定過程中的參與權。而且，既然是由被保險人代表所建議的保險費率調整幅度在事後實施上，較可以取得被保險人的共識及支持。惟保險費率的決定權在於國會 (林美色，2004)。

四、韓國

韓國設立長期照護委員會，其功能為審議以下事項：(1) 長期照護保險費率。(2) 家屬照護費、特例照護費暨照護醫院護理費的支付基準。(3) 居家暨機構給付費用。(4) 其他由大統領令所訂之主要事項。

根據上述分析可知，各國社會保險體制，制度實施以隨收隨付為原則，但是逐漸往部分提存準備方向邁進。德國長期照護保險制度於開辦之初，即事先籌集三月支付基金。而後於 2004 年也修法通過無子女被保險人增加 0.25%之費率。而日本設立財務安定基金，以彌補市區町村被保險人滯納保險費或給付實際支出，超出預算而導致的地方財務經費不足。此外，保險費的調整也成為必須的。日本保險費及照護報酬每三年進行一次檢討評估及調整。因此，基於 (1) 確保財務收支長期維持平衡，(2) 避免費率急劇變化，(3) 兼顧代間負擔的公平性與民眾的接受度，以及 (4) 考量保費負擔額度、保費調整幅度、基金累積規模等因素，建議我國長照保險財務處理採部分提存準備。

伍、費用控管機制

一、德國

德國統一認定執行標準，確定基本給付，並且實施照護需要評估與管理。德國以往社會保險費率由各保險人依其財務狀況與法定要求自行決定，然而長期照護社會保險費率則改由國會統一訂定。法律賦予保險人必須共同維護費率穩定原則之實施，因此政府建立財務節約檢查機制、實施前保險期間查核，即申領照護給付者自 2000 年起，必須具有至少 5 年之前保險期間，以防搭便車與投機心理，危害整體風險分擔機制運作。為求民眾負擔之公平起見，聯邦憲法法院於 2003 年宣判無子女被保險人必須比有子女被保險人負較重之負擔。2004 年起長期照護保險無子女被保險人須多負擔 0.25% 費用，此費用將作為安全準備之用。

二、日本

日本確定基本給付，建立照護需要評估與管理制度。在日本，利用介護保險給付必須透過下列三道手續始可成立，(1) 向市區町村行政單位申請 (2) 經照護管理師⁶認定 (3) 由照護管理師擬定適當的照護計畫表。介護保險的需照護認定手續主要在客觀判斷服務利用者需照護的程度，而不是判斷需照護者需要什麼樣的服務給付；重點放在需照護者的身心機能(包括失智者異常行為)退化喪失程度，至於需照護者的個人生活狀況、家庭支援、居住環境，經濟能力，甚至本人的需求意願等條件則未考慮在內。

按社會保險制度原本為「風險分攤」目的而成立，基於此，介護保險應具備「預防性給付」性質，而非為滿足某特定人口的需要所設。也因為如此，介護保險的支付標準不以滿足個別需要為著眼，而是設定全國性基準，普遍提供統一規格的服務；給付水準高低的設定則取決於保險財源的規模結構的影響。

三、荷蘭

AWBZ 自 2001 年起改為 open-ended 運作。在給付內容由原先只有實物給付之外，增加了現金給付之個人關聯預算制度(personsoosvolgend budget; PVG)，由照

⁶在日本，照護管理師 (care manager) 被喻為「介護保險事業之鑰」。

護需要者自行選擇。即 AWBZ 的被保險人可在個人跟隨預算⁷及個人關聯預算 (PGB) 做選擇。個人關聯預算則為一種現金給付體制，即選擇個人關聯預算的個人可以從保險人照護辦公室(zorgkantoor;) 得到一筆預算，被保險人可以自由運用這筆預算購買其所需要的健康照護項目 (林美色，2004)。個人關聯預算本質上為需求面的管制，因為由被保險人在固定的定額之內，自己決定健康服務需求數量及項目。

此外，將 AWBZ 的給付項目依功能分類，並據此實施照護需要評定 (indicatie)，負責照護需要評定的機構為區域照護需要評定機關(het Regionaal Indicatie Orgaan; RIO)，其必須依據功能裁定被保險人的需要，以達到護給付要求及財務支付符合功能適切性。由上可知 AWBZ 的管制政策由供給面管制改向需求面的管制⁸ (林美色，2004)。

四、韓國

設立長期照護委員會，負責審議居家暨機構給付費用。長期照護委員會由 16 人以上 22 人以下之委員所組成，委員長由衛生福祉部副部長擔任，副委員長由委員長在委員中指定。非擔任委員長之委員由衛生福祉部部長任命。委託以下各類團體人士所組成，每一類團體任命的人數應相同。這些團體包括 (1) 勞工團體、使用者團體、市民團體(指「非營利民間團體支援法」第 2 條之非營利民間團體)、老人團體、農漁業團體以及自營業者團體之代表人士。(2) 長期照護機構及醫療界之代表人士。以及 (3) 以大統領令所定之相關中央行政機關之高層公務員團體所屬之公務員、長期照護相關學界及研究界之代表人士、公社理事長推薦之人士。長期照護委員會委員的任期為 3 年。

長期照護委員會，其功能為審議以下事項：(1) 長期照護保險費率。(2) 家屬照護費、特例照護費暨照護醫院護理費的支付基準。(3) 居家暨機構給付費用。(4) 其他由大統領令所訂之主要事項。

以居家暨機構支付費用之計算而言，居家暨機構支付費用依據支付種類及

⁷個人跟隨預算即原有的實物給付方式。

⁸荷蘭健保是社會健康保險制度最早實施家庭醫師制度及轉診制度國家，每個被保險人必須向一位家庭醫師登記為被照護病患。在此，家庭醫師充當病患使用健康照護服務的守門員及協調者。家庭醫師提供被保險人一般的、社會的、心理的及身體的健康照護。一般被保險人若要使用第二層級或第三層健康照護必須要有家庭醫師的轉診。荷蘭實施轉診制度的目的是要達到照護分工及資源有效利用。登記要符合一定的期限，一般為半年。若病患/被保險人對於其家庭醫師的照護不滿意的話，在期滿半年之後，始可以變換家庭醫師。從而 AWBZ 之使用也由家庭醫師確認。(林美色，2004)

長期照護等級，並通過長期照護委員會的審議，由衛生福祉部部長訂定並告示之。而且衛生福祉部部長在訂定居家暨機構支付費用時，依據大統領令，得考慮是否能取得國家以及地方政府的長期照護機構設立費用之支援。此外，居家暨機構支付費用的具體計算方法暨項目等相關必要事項以衛生福祉部令訂之。

由上述可知，各國在節約機制與措施上，有以下幾個主要的作法：(1) 明訂制度保障事故之意義與範圍，以此作為制度給付與支付制度建構的基礎。(2) 都實施照護需要評估與管理。主要在透過此機制依客觀標準評估決定資源遞送，以求有限資源由真正需要者適時享用，兼以抑制誘發性需求。(3) 以基本需要滿足為主。(4) 依照護等級輕重支付照護費用。因此，基於確保資源運用的效率性，整體長期照護財務費的控制，以及避免費率調整過於頻繁或因政治因素而導致調整不易，傷害財務健全性等考量，建議我國採行下列費用控管機制：

- (1) 設立長照需要評估核定機關。
- (2) 採行照護管理機制。
- (3) 審慎訂定給付上限。
- (4) 若費率調整因政治等因素受阻，則改以「量入為出」原則檢討給付水準的調整空間。
- (5) 若給付水準與支付標準調整，則應有費率連動調整機制。

第四章 支付制度

保險之支付制度，會影響服務提供者之服務提供行為，進而影響服務使用者之使用意願與行為。支付額度之設計，對服務提供者是否有足夠的誘因，提供服務，以促進服務利用的可近性，是支付制度設計時所需面臨的第一項考驗。長期照護保險支付制度之設計，除使服務提供者有服務提供之意願外，亦應促使服務供給者提供有品質之服務。

壹、支付方式

台灣自從1995年實施健康保險以來，在支付制度上，經歷了幾次的變革。首先，健保剛開辦之初，對於支付採論量計酬，後續為控制醫療費用成長，使用醫療服務利用更有效率與提高服務品質，全民健保支付制度歷經了幾次次改變（李玉春等，2006）。台灣的支付制度的設計包含了總額預算、論人計酬、論病例計酬、論日計酬、論品質計酬、前瞻性支付、論量計酬等制度。1995年起，陸續增加了22論病例計酬之支付項目，其中包含自然生產與剖腹產等；總額制度的實施則是由1998年7月的牙醫師總額、1999年的健保分局財務責任制度、2000年7月的中醫師總額、2001年7月的西醫基層總額與個別醫院自主管理、2003年門診透析小總額、2005年醫院點值穩定方案等總額支付制度，至於在支付標準方面，則是建立全民健保支付標準相對值表(T-RVS)與陸續增列支付項目之相對給付標準。

全民健康保險支付項目中，直接與長期照護相關的項目為居家照護與呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付。居家照護可區分為護理居家訪視與醫師居家訪視，而支付之標準在1995年時，以診斷與照護時間區分成三類支付，至1997年時，則依資源耗用群組（Resource Utilization Groups，RUGs）分四類支付。呼吸器依賴患者整合性照護，針對呼吸器依賴患者連續使用呼吸器21天以上者，將其照護計畫區分為住院照護階段與居家照護階段，此處之支付標準在加護病房階段採論量計酬；呼吸照護中心採論日計酬，且依照護醫院之等級不同，入住時間長短不同，支付點數不同；呼吸照護病房因入住時間長短，支付點數不同；居家照護則採論次計酬，且支付點數中，已納入各類人員訪視費用（呼吸治療師至少2次/

每個案每月、護理師至少2次/每個案每月、醫師至少1次/每個案每2個月）、治療處治費、治療材料費、設備供應費、設備維修費等費用在內。

以居家照護來看，全民健康保險目前之支付原則採資源耗用來訂定支付標準，資源耗用訂定之依據為依受照護者之診斷與照護時間進行分類，以區分出不同之資源耗用情形，並定出每次提供服務時之支付標準，即論次計酬。此支付制度之優點為，以科學化與專業的角度了解每個個案之資源耗用，並以資源耗用之情形支付費用。若以長期照護服務的角度，在診斷與照護時間兩項標準之外，可再更深入探討，增加其他指標，建立資源耗用群組，以期更適用於長期照護服務之支付內涵。

日本對於長期照護需求者之給付可說是採個人限額（受照護者個人總額制）之給付制度。給付時，個案介護等級不同，其核定給付單位不同，且有給付上限。照護管理師（care manager）依據個案的照護判定等級與需求情形，提供照護計畫，對於照護管理師所提出之照護計畫設計，其支付的標準，視照護管理師有無排定親自訪視利用者、是否為會議召開的負責人、進行聯絡調整、資訊交換、有無對使用者本人與家族提供資訊與說明，並且視其服務的繼續性等條件，進行支付，若沒有達到其規定條件者，對於照護計畫的支付打7折計算，若照護管理師在計畫內容中有導入四項以上不同服務內容時，則設計報酬則加成計算，希望以此確立利用者的權益（李光廷，2006）。這項支付的標準是由2003年4月起改革的，其原因為日本之照護管理員受雇於長期照護產業之事業主，照護管理員在為長照需求者設計照護內容時，會考慮事業主下提供之服務為主，日本之長期照護開辦之初，就有此情況，為促進使用者之權益，故進行此項支付標準之改革。

由於長期照護制度下的受照護者在服務內容上有自決之權利，故在支付項目上，給付額度與計算單位，會影響使用者之利用度。例如，日本介護保險在設計之初，對於居家照護服務的給付中，居家訪視與日間照護以1個月為計算單位，短期入所（短期收容）之日數以6個月為計算單位，民眾在使用服務與計算額度時，認為手續複雜，故日本自2002年1月1日起將上述三種服務合併為單一給付，利用者可於給付額度內自由轉換不同服務類型，稱為居家給付額度一元化，這使得日間照護或短期收容服務利用率大增（李光廷，2004）。

在支付制度上，日本之介護保險是採論量計酬、論日計酬與包裹給付並行

制度。也就是在需照護者之個人給付總額下，當需求者使用服務時，提供服務之單位，可向介護保險申請提供服務之支付點數，支付方式有論次計酬、論日計酬與包裹式計酬等。在宅服務大多數為論次計酬，在機構照護方面，大多數為論日計酬。社區型照護之短期入住機構，亦為論日計酬。至於地區密集型照護服務，則有論次計酬、論日計酬與包裹給付。

表4-1為日本長期照護之服務項目，這些項目的支付方式，在宅服務大多數為論次計酬，以照護服務為例，居家照護服務滿30分鐘以上但不滿1小時者，每次可以得到402支付單位；日間照護方面，對需介護等級為1者，提供4小時以上不滿6小時之服務，每次可得到437之支付點數。

在機構照護方面，大多數為論日計酬。社區型照護之短期入住機構，需介護等級為1者，入住舊型個人房，支付費用為每日655單位；至於長期入住，需介護等級為1、住舊型個人房者之照護費用（身體與生活照護），在介護福祉設施，每日支付機構589單位；在介護保健設施，每日支付機構734單位；在介護療養設施，每日支付機構683單位。

至於地區密集型照護服務，則有論次計酬、論日計酬與包裹給付。以夜間照護為例，有採整個月的夜間居家服務總包，一個月支付2,760單位；或採每次夜間居家照護，依定期或不定期夜間照護，每次支付381-780單位。日間照護亦採論次計酬，以失智症日間照護為例，需介護等級1，日間照護服務使用時間4小時以上不滿6小時，每次支付526單位。小規模多功能型居家照護費，採論月總包制，需介護等級為1者，每月支付單位為11,430。在機構服務使用方面，採論日計酬制，在介護福祉機構，入住舊型個人室，介護等級為1者，每日支付單位為589單位；介護等級為2者，每日支付單位為660單位；介護等級為3者，每日支付單位為730單位；介護等級為4者，每日支付單位為801單位；介護等級為5者，每日支付單位為871單位。

表 4-1、日本對長期照護需求者與需支援者之在宅與機構服務項目

	在宅服務	社區密集型服務	機構服務
需 照 護	自宅中	夜間訪視照護	介護老人福利設施
	居家照護(含夜間)	失智症日間照護	(特別養護老人之家)
	居家沐浴	小規模多功能型居家	
	居家護理	照護	介護老人保健設施
	居家復健	失智症團體家屋	(老人保健設施)
	居家療養管理指導	小規模自費老人之家	介護醫療型醫療設施
	福利用具租借或購入	(生活照護)	(療養型病床)
	住宅修改	小規模老人特別養護	(失智症療養病房)
	非自宅/社區	之家(生活照護)	
	機構照護(日間照護)		
機構復健(日間復建)			
短期入住機構照護			
需 支 援	同上	同上	無

資料來源：李光廷，2008。與本研究自行整理而得。

對於長期照護支付制度設計，在適當照護管理制度之下，就個別服務而言，不同服務可考慮採取不同的支付方式。本研究小組討論以下三項建議方案：

方案一：論個案（人）計酬制。

支付方式為以月來計酬，以居家服務為例，如被判定為需照護等級1之需照護者，則其可能使用的相關居家服務內容（居家服務、居家沐浴等），直接由一個服務事業單位提供服務，不論服務者提供之次數與提供服務是否在特殊時段，均給予一個月的定額支付。

上述的支付方式亦可以運用在專業性居家與其他服務。其優缺點如下。

- a.優點：可控制費用、服務提供具有連續性、依資源耗用情形支付
- b.缺點：不太能夠誘使業者提供及時性服務，例如，夜間照護。可能會減低服務之次數、可能使業者不受理情況不穩定之個案。且應有大量之觀察資料佐證每月支付定額之合理性。

方案二：論量計酬

依提供服務之時數/日數進行支付。例如：支付標準訂出每小時服務之支付費用，則服務事業單位提供多少小時之服務，就支付多少小時之費用。

a.優點：計算簡潔。

b.缺點：不同照護等級，使用日數相同時，支付相同單位數，是不太合理的。

方案三：混合支付制

此方案為本小組認為長期照護保險剛開辦時，最適宜之方案。在居家照護採用論量支付，即服務多少小時，就支付多少點數相應之費用給服務提供事業單位。在社區照護方面，可依照護等級採每日/每月不同支付費用來計酬。至於在機構照護方面，則採依個人之需照護等級不同，採不同之支付點值，並且採每日或每月支付之方式。

a.優點：考慮了資源耗用情形、可行性高。

未來若能順利實行長期照護保險，累積了一定的服務數量與可提供服務之輸送量之後，可考慮對於某些長期照護服務給付，對地區提供密集服務者，對服務提供者採包裹式給付方式。

由於長期照護服務之在地使用之情況較醫療服務常見，使用包裹式給付方式，可使服務提供者，具有一定之經濟規模，且可誘使服務提供者減少進行cream skimming之行為，並可保障非都會地區/偏遠地區之需求者之服務提供。並且進行包裹式給付項目之內容，研究採受照護者之日間照護、居家服務項目均由同一地區性供給者提供服務之可行性，且定期調查受照護者身心功能改進情況，以及受照護者及其家屬之受服務滿意度，以進行品質與效益評估。

綜合上述分析，本小組對於支付制度的建議方案，為混合支付制度。

貳、合理成本結構

成本結構可提供保險訂出支付標準時之參考，合理成本結構則是支付服務單價時之重要參考數據。就服務提供者而言，支付之標準若低於市場價格，將無法產生供給；對保險而言，支付標準太高，則使財務惡化，無法持續經營。因此，瞭解長期照護供給者提供服務的成本結構，以及依成本進行給付之合理性，以進行合理支付標準之訂定。

就服務提供者的角度來看，其提供服務時，除直接成本與間接成本外，服務事業單位之資本門的投資與折舊，亦是其成本之一。服務事業單位之資本門之投資與折舊是否計入支付標準中，根據日本之經驗，在初期開辦時，政府對於各別機構與服務提供者，在設備上提供定額之補助，在後續之服務支付時，則不列入支付標準中，此因長期照護產業為勞力密集之產業，即服務之提供與品質之良窳，服務提供人員佔了其中最主要之角色，故資本門之投入，由該單位自行籌措與經營。至於長期照護保險，則確保支付之額度能夠使服務願意且提供有品質之服務。

以往的研究顯示，服務提供之完整成本結構，應包含直接成本與間接成本。直接成本指服務提供時之人力成本與物料成本；間接成本通常則包含，行政人力成本、行政雜支、設備折舊、租金等成本。成本應包含那些項目呢？以Hicks的研究為例，他們以1993年美國Missouri（密蘇里）州的403家護理之家為研究對象，探討影響其成本的因素為何，在成本項目中，他們將成本區分成：直接成本與間接成本。在直接照護成本方面，包含了：註冊護士（RN）薪資/每住民每日、有照實習護士（LPN）薪資/每住民每日、照護助手薪資/每住民每日、其他照護人員薪資/每住民每日、其他直接照護花費/每住民每日、輔助療法花費/每住民每日；間接成本方面，包含：行政管理費用/每住民每日、其他非直接照護花費/每住民每日等成本項目。其結果指出，美國Missouri州之護理之家的成本與花費，在護理之家權屬別之間並無顯著差異；護理之家的規模若在61-120床之間，則其平均每住民每日之花費成本最低。

日本經驗顯示，服務提供之成本，與受照護者之功能執行程度、專業要求、服務單位之服務品質提供、市場薪資結構有密切關係。以下呈現鄭文輝等人在

2005年研究與目前的一些研究結果，以瞭解在居家照護、日間照護與機構服務成本與成本結構之情形。

(一) 居家照護成本結構

鄭文輝等人(2005)之研究進行時，尚未有勞退新制條例之實施，本研究依人力費用再提撥6%之勞退費用，重新估算一次成本，結果見表4-2。加入了勞退成本後，每小時居家照護費用成本約在214-249元之間。整體來說，居家照護之人力費用佔總成本的80%-84%。此數值與陳惠姿教授提供2008年居家服務成本資料結構相近。

(二) 日間照護成本結構

鄭文輝等人(2005)所做之日間照護成本，是採個案研究。結果顯示，平均每案每月之成本為46,417元，日間照護平均每小時成本為194元。

表 4-2、居家照護每小時服務成本結構—含人力之勞退成本¹

成本結構	含督導費用	不含督導費
	平均費用 (%)	平均費用 (%)
每小時服務成本	249.2	214.4
照護服務員每小時薪資	155.3 (62.3)	155.3 (72.6)
兼職人員或其他人事費	17.8 (7.1)	17.8 (8.3)
督導費	35.2 (14.1)	—
行政費	13.9 (5.6)	13.9 (6.5)
方案活動費/人員訓練費	7.5 (3.0)	7.5 (3.5)
保險費	15.2 (6.1)	15.2 (7.1)
其他	4.3 (1.7)	4.3 (2.0)
人力費用/總費用	83.6% ²	80.9% ³

資料來源：鄭文輝（2005）我國長期照護制度規劃研究委辦案第三標—我國長期照護財務規劃研究，第 115 頁。並由本研究自行換算而得。以上費用均不含服務提供之交通成本。

註：1. 此處之勞退費用，計入個別人力之費用，不歸在保險費中。

2. 人力費用項目為：照護服務員每小時薪資、兼職/其他人力費、督導費。

3.人力費用項目為：照護服務員每小時薪資、兼職/其他人力費。

(三) 機構服務成本結構

機構成本亦是以案例分析而得，扣除了伙食與水電等費用後，表4-3顯示，每床每月成本，護理之家為24,000-35,000元，其中人力費用佔67%-73%；養護中心為20,000-31,000元，其中人力費用佔82%-92%。

綜合上述分析，本小組對於合理成本結構的考量提出二項建議事項：

(一)進行合理成本結構之估算：由於目前十分缺乏相關之研究，對於未來訂定長期照護服務之實際支付標準，會有限制，目前進行之十年長期照護計畫，應可提供成本計算基礎，故應以此基礎進行估算，以提供長期照護保險支付標準之參考。

(二)合理成本結構下，服務品質之議題：若全國之支付採同一標準，那全台灣的服務水準亦應進行品質至少要維持某一水準以上之要求，品質、成本與支付標準間的關係密切，為須持續研究之重要議題。

表 4-3、機構每月每床成本結構—不含伙食、水電、洗衣外包、環境清潔外包等費用

成本結構項目	護理之家		養護中心	
	基隆市	台北縣都會區	台北市南區	台北縣郊區
每月每床成本	23,700	34,938	31,008	20,409
專職/兼職人員	17,300	23,388	25,520	18,832
租金	4,000	—	1,357	—
其他	2,400	1,597	4,131	1,577
折舊費用	—	4,073	—	—
行政管理攤提	—	5,880	—	—

資料來源：本研究自行估算而得。鄭文輝（2005）我國長期照護制度規劃研究委辦案第三標—我國長期照護財務規劃研究，第 127-133 頁。扣除明細中伙食、水電瓦斯、洗被服費、環境整理清潔等費用後，估算而得。

參、支付標準的訂定

服務提供之內容、人力、服務提供之專業要求不同，成本亦不同，支付亦應不同，此為支付標準之依據。由於日本之支付標準在網路上容易可得，故先參閱日本之支付標準（附錄六：附表。附表4-3-1至附表4-3-10），由其中找尋支付標準訂定之相關原則。

支付標準訂定時之考量原則如下：

(一).每項服務支付標準應考量之變項：

支付標準	參考變項
基本支付標準	長期照護需求者之需求等級、服務內容、服務提供時間、機構型態、機構之設備（含人力/物力）、住房床數
加算/減算	服務時段、服務是否為偏遠地區、服務人員配置、其他影響服務品質之變項

基本支付標準之參考變項，主要是考量服務事業單位時，最基礎可能因為提供服務給某個程度的需求者，所必須付出的人力與物力。

至於在加/減算的項目，則是考量了需求者較為特殊的需求（例，時段與地區），以及提供服務時，更進一步的服務品質考量（服務人員的配置，例居家沐浴，若以後規定要有一位護理師再加上二位一級照護服務員，但實際到現場服務只有一位護理師再加上二位三級照護服務員，則可以減算支付單位）。

依此為基礎，將來有更多的資料時，可在支付標準的項目上，進行增減。

(二).服務項目專業性的考量

服務項目之專業性，例如居家服務、居家護理與居家復健之間專業性不同，在支付標準上亦要呈現出來。此部分在未來的研究，可參考李玉春在全民健保訂定服務項目與人力費用之研究，以進行更精密在專業人力/半專業人力之

計算。

(三). 服務項目不同，支付點數不同；特殊地區、特殊服務時段，點值加成計算。

肆、支付標準的調整

長期照護保險支付標準受國內生產毛額、經濟情況等影響，若是上述條件有所變動，支付標準亦應進行調整。日本之長期照護服務，每三年調整支付標準。

針對此議題，本小組提出下列二項建議事項：

(一) 支付標準的調整時程，在剛開辦之初，可進行每半年/每年的支付標準的調整，實行達穩定後，可每三年調整一次支付標準。此是為了剛開辦之初支付標準的訂定，可能有一些無法預期的使用情況出現，故可以在一年內就進行標準的調整，若是長期照護保險的實施穩定後，則可以不進行如此密集的調整措施。

(二). 建立支付標準調整之參考指標，可依勞動條件、國民所得與物價變動進行調整。在勞動條件方面，包含勞動薪資、勞動安全條件與其他影響人力成本之因素。至於物價變動，則是考量了物料成本之變動情形。

第五章、財源籌措

由於社會資源有其限制，長期照護保險的財源規劃，有四項必須考量的基本原則：（1）充分性，（2）公平性，（3）效率性，（4）中立性。首先，充分性係指長期而言，財源必須足以支應支出，以維持財務收支平衡，達到制度永續經營的目標。其次，公平性通常考慮兩個面向（陳聽安，1992）：一是「受益原則」，即使用者付費；另一是「量能原則」，即依實際經濟能力決定負擔的多寡，並應兼顧水平與垂直公平。第三，效率性的考慮在於，既定的費用前提下，徵收成本的多寡可以作為衡量效率高低的指標，通常將徵收的行政成本、民眾或團體繳費的時間成本，以及其他可能的政治或社會成本等項納入考慮。第四，中立性原則，指在財源籌措的過程中，必須盡量避免扭曲生產要素（如資本、勞力）的相對價格，以避免資源錯置造成無謂損失。如是，財源籌措方能將對於總體經濟產生的不良影響降到最低以下分別就財源結構、勞資政分擔比例、部分負擔比例與保險費計算基礎及徵收方式等四項規劃課題予以探討。（鄭文輝等，2005:217）

壹、財源結構(保險費、政府補助、部分負擔、其他財源)

長期照護保險財務應獨立於政府預算與其他社會保險制度。兼顧風險分攤與社會福利功能，以及平衡個人與社會責任，長期照護財源宜採多元籌措方式，較可以符合財源充分性與負擔公平與合理的規劃原則。社會保險費是長期照護保險的主要財務來源，政府補助與部分負擔則是協力財源。保險費由雇主與受雇者共同負擔，但基於家庭有照護家屬的責任，因而雇主的負擔比例宜較低，而基於政府對老人及障礙失能者應予照護的政策考量，也應適予補助保險支出。再則為兼顧使用者付費與個人公平性考量，也宜有部分負擔的設計。除此之外，尚可考慮其他補充性財源，例如公益彩券、鼓勵遺產捐贈或稽徵汽車保險附加捐融通，但應以確定比例，指定用途的方式確保財源。

針對上述混合財源結構，原則上，可考慮保險給付支出占整體費用的 90%，其中勞、資、政負擔比例為 40:20:40，(占總費用比例則為 36%:18%:36%)。部分負擔與其他補充性財源合計則占總費用的 10%。

貳、勞雇保險費及政府補助的比例

現行全民健保保費分擔的設計，存在身份別(職業別)上的差異(參考附錄 2)。義務役軍人(第四類)、低收入戶(第五類)、榮民(第六類第一目)皆由政府全額負擔；農漁民(第三類)、榮眷(第六類第一目)由政府負擔七成保費，其他類別如職業工會(第二類)、地區人口(第六類第二目)，則由政府補助四成保費。至於有固定雇主的受雇者(第一類第三目)，則存在政府對私校教職員與民營受雇者的補助 35%與 10%的差異；而雇主、自營業者、自行執業者(第一類第四、五目)，則全無補助。學理上言，全民性保障制度政府補助不應有類別差別性，以免形成保費負擔公平性的問題，甚且引發無工作者自負比例高於受雇者的爭議現象。

長期照護保險與全民健保的屬性有所差異，且長期照護保險主要需求者為老年人口，一旦發生事故，照護需要為持續不間斷；至於全民健康保險為不同年齡層皆有相當程度的事故發生機率，醫療保障至保險對象消除病痛為止。就責任分擔角度來看，長期照護的主要需要者並非就業人口，故長期照護保險的個人及家庭責任較重；而雇主分擔保費的分擔義務則就照護員工的福利角度，提前提撥未來累積給付義務，於員工未發生事故前預先分擔部分保費。至於政府補助的責任不僅應對於弱勢群體給予補助，更應基於社會風險共同分擔的理念，對於一般民眾亦應分擔相當的財務責任。

就政策可行性來看，考量雇主負擔過重可能招致反彈，以致該政策難以推行；另一方面政府財政困難，政府補助也不宜太重，因而勞、資、政三方的財務負擔必須適當平衡。現行全民健保勞、資、政三方實際負擔保險費比例約為 39：

35：26⁹。若將政府以投保單位身份負擔部分也計入政府負擔，則三者比例是39:30:31。倘若再考慮各級政府對於被保險人自付保險費的補助，則勞資政的負擔比例約為37：30：33左右。日本、德國社會保險中勞、雇雙方責任為五比五，我國健保目前對於有一定雇主的受雇者勞雇保費分擔比例則是30%：60%。綜合上述考量，我們建議將長照給付費用的勞、資、政三方平均負擔比例調整為40:20:40。

為兼顧現行健保制度與財務負擔合理性原則，本研究提出四項勞雇保險費與政府補助分攤比例選擇方案。方案1著重與全民健保財務制度間的一致性，方案1A是比照現行全民健保分擔比例，未來並隨健保改革而調整；方案1B則依1.5代健保方案，加以調整完全由政府負擔的第四、五類與榮民維持不變，而有固定雇主的民營受雇者、公教人員等，仍自行負擔30%，然雇主負擔減為40%(目前為60%)，政府補助增為30%(目前為10%)。至於農漁民及榮眷，維持與目前健保相同，自付30%與政府補助70%。其他保險對象，包含雇主、自營業主、專門職業及自行執業者，職業工會會員、與地區投保人口，則自行負擔50%、政府補助50%(目前補助職業工會與地區投保者為40%，而雇主與自行執業者則無補助)。

方案2與方案3則不特別針對農漁民及榮眷提供較高的補助，僅簡單區分為有無固定雇主者，分別制訂負擔比例。方案2政府對所有人的補助比例皆相同為40%，且雇主負擔比例大幅降低至30%。方案3則是各類目被保險人負擔率一律為40%，消弭負擔不公平之爭議，雇主負擔率折衷為35%(目前為60%)，政府對於受雇者補助25%，對其他國民則補助60%。

上述方案中，現行健保對於低收入戶、義務役及榮民等給予全部保費補助，仍然維持不變。

⁹ 全民健保下第一類第一目的公教人員，70%的保費皆由投保單位負擔，實際上公教人員的投保單位即為政府機構，因此，我們仿照民營企業受雇者由政府分擔10%方式，將公教人員投保單位所負擔的金額中的1/7，設算為政府負擔；依全民健康保險統計(2008)的數據重新計算後，勞、資、政三方實際負擔比例約為39：35：26。

根據上述方案設計，可估算在不同方案下，勞、資、政三方平均負擔整體保險給付付費的比例分別為：方案 1A 與現行健保負擔比例相同，為 39：35：26；方案 1B 則為 34：24：42；方案二為 39:18:43；方案三為 38：21：41(請參見表 5-1)。

表 5-1、勞資政分擔比例方案內容與實際分擔比例之估算

方案	方案內容	對象	不同政府負擔設算之實際分擔比例		
			(a)	(b)	(c)
方案 1A	比照現行全民健保分擔比例	保險對象	39%	39%	37%
		投保單位	35%	30%	30%
		政府	26%	31%	33%
方案 1B	A.30：40：30（受雇者）	保險對象	34%	34%	32%
	B.30：---：70（農漁民榮譽）	投保單位	24%	21%	21%
	C.50：---：50（其他）	政府	42%	45%	47%
方案 2	A.受雇者 —30：30：40	保險對象	39%	39%	37%
	B.其他國民—60：--：40	投保單位	18%	16%	16%
		政府	43%	45%	47%
方案 3	A.受雇者 —40：35：25	保險對象	38%	38%	36%
	B.其他國民—40：---：60	投保單位	21%	18%	18%
		政府	41%	44%	46%

說明(1)：義務役軍人、低收入戶與榮民皆維持完全由政府補助，實際分擔比例係按全民健保統計(2008)數據加以估算。

(2)：設算 (a) 仿照民營企業受雇者由政府分擔 10% 方式，將公教人員投保單位所負擔的金額中的 1/7，假設為政府負擔。且不考慮對部分保險對象的自繳保費補助。

設算 (b) 由於公教人員的投保單位即為政府，我們將此部分視為政府負擔。

設算 (c) 除 (b) 之外，並將政府對部分保險對象（例如失業者、身心障礙者、原住民、老人）減免其自繳保險費的金額，也視為政府負擔。

為避免現行全民健保各類目間負擔比例不同的缺失，且基於長期照護保險屬性與健保不同，並兼顧政策可行性，建議方案設計考量下列原則：（1）避免政

府對於不同身分的受雇者有差異性的補助；（2）對於弱勢群體，政府提供較高的補助比例；（3）雇主負擔合理化；（4）強化個人及政府的責任。

方案 1A 與現行健保負擔比例完全相同，隱含健保與長照保險兩者的政府責任是相同的。該方案的優點為與現行健保制度完全一致，無須再進行宣導；缺點為政府補助比例仍存在身份上的差別，有違保費負擔公平性的原則。方案 1B 對於各類目被保險人而言，則與 1.5 代健保負擔比例一致，相較於現行健保設計，已縮小類目之間補助比例的差異，且降低雇主負擔比率，減少推行阻力，具政策可行性。缺點是不同類別的政府補助比例仍不同；且政府須負擔整體負擔 42% 的保費，略微偏高。

方案 2 的優點是政府保費補助比例皆一致，且雇主負擔比例為所有方案中最輕，減少雇主財務壓力；保險對象與雇主負擔比例相同，與國外其他社會保險設計原則較為一致。缺點為未著重對經濟弱勢者的照護，且政府實際負擔估計高達 43%，政府財政能力能否負荷是主要考量。

方案 3 是方案 1 與方案 2 的折衷方案，加強受雇者的個人責任，兼考量政府財政負荷。優點是所有保險對象負擔比例一致，消弭自付保費比例不同的爭議；相較於現行全民健保設計，加強受雇者的個人責任；著重政府對於經濟弱勢者的責任，給予 60% 的保費補助，雇主負擔比率也降低，且勞、資、政三方負擔比例最為接近 40：20：40。缺點是不同類目保險對象的自付比率與現制有所增減，必須加強宣導。

參、部分負擔比例

長期照護保險中部分負擔的功能主要有下列幾點：（1）基於受益原則的使用者負擔概念，在風險共攤的基本理念之下，仍可考量部分個人公平性；然而部分負擔比重不宜過高，以免將戕害風險共攤的理念。（2）為提高使用者的成本意識，避免民眾將保險給付視為免費福利，部分負擔讓使用者面臨的財貨（服務）

價格可以較接近實際的價格，引導使用量趨於最適，避免效率上的損失，進一步降低長照保險的整體費用。(3)就保險財務而言，部分負擔也是長期照護的補助性財務來源。提高部分負擔比率，保險費費率相對降低，可以減輕財源籌措的壓力，對於保險制度的推行亦是助力。(4)部分負擔係在保險費之外，再次強調家庭(個人)與社會共同負擔照護責任。

在長期照護保險制度下，失能者必須經過失能程度及所需的各項服務項目皆需經過專業評核，才能接受服務。不像健康保險中，只要自覺健康有問題即可上醫療院所尋求醫療服務。所以在長期照護保險中較可不必透過部分負擔來處理道德危險的問題，但仍可兼顧使用者付費的公平性。

本研究原則上建議參考日本介護保險制度，將部分負擔比例訂為10%。若為鼓勵民眾多使用居家或社區服務，則可以參考韓國長照保險採差額部分負擔率的做法，將居家或社區給付部分負擔訂為10%，而機構給付則提高為15%¹⁰。

但為避免造成經濟弱勢者的沉重負擔，也應依經濟能力予以減免及設定部分負擔上限(鄭文輝等，2005:264-265)。故我們參酌全民健保的規定(請參見附錄三)，建議免除低收入戶部分負擔，中低收入者部分負擔比例為一般民眾的一半。在個人部分負擔上限方面，需照護個人每月部分負擔不超過平均薪資的4%，需照護個人每年的部分負擔，不超過平均薪資的3%¹¹。但家戶中如有2人及以上需照護者，則全戶適用個人上限的1.5倍。舉例來說，假設平均薪資為每月五萬元，則每人每月部分負擔不超過2000元，全戶不超過3000元。需照護個人每年部分負擔不超過18,000元，全戶不超過27,000元。

肆、保險費計算基礎及徵收方式

考量財務負擔的公平性，保費計算應以量能負擔為原則，則保費計徵宜以家

¹⁰ 韓國部分負擔比例為居家或社區給付15%，機構給付20%。

¹¹ 97年工業及服務業受僱員工每人每月平均薪資(含經常性與非經常性薪資)為44,424元。

戶所得為費基。但考量效率性，行政業務可委託中央健康保險局辦理，長照與健保保費宜合併徵收，原則上配合全民健保的保費計算基礎，如開辦時已為 1.5 代健保，則以個人總所得(薪資所得與部分非薪資所得)為保費計徵基礎；未來二代健保如實施，則配合更改保險費計算基礎及徵收方式，以家戶總所得為費基，且論戶計費，兼顧負擔公平性與財務收入的充足性及穩定性。

第六章、財務處理方式

壹、隨收隨付制或儲備制

長期照保險的財務處理方式，大致上可區分為隨收隨付制與儲備制。隨收隨付制係指當年度需要多少經費即編列等額預算或收取保費，但通常保有數個月的給付所需費用作為安定基金，以預防精算因子的變動超乎原來的假設，也可以緩和實際費率的經常變動。由於長期照護制度的給付對象多為老年人口，隨收隨付制容易受到人口結構老化影響；若採用儲備制的概念，宜事先部分提存準備，收取高於隨收隨付制費率下的保費，將可避免費率調升幅度過大，並減緩未來世代的財務壓力，落實財務穩定性，並兼顧世代間的公平性。

貳、精算架構(參見圖 6.1)

保險費率之精算主要採「量出為入」方式，影響支出面的因素包括社會經濟因素與制度性因素。社會經濟因素包括人口結構、功能障礙盛行率、家庭結構與女性勞動參與率等四項。制度性因素則包括長期照護需要率、給付水準、給付上限、支付標準、部分負擔比例、現金給付額度等。社會經濟因素與制度性因素均會影響服務的使用狀況，包括：各項服務使用率、現金給付利用狀況、社區/居家與機構利用比例等，這些也會影響支出規模。影響收入面的因素則包括：投保金額/家戶所得、被保險人總人數、被保險人投保類別結構、經濟成長等（鄭清霞等，2006:80,107；中央健保局，2008）。

影響支出面的因素

1. 社會經濟因素

人口結構
功能障礙盛行率
家庭結構
女性勞動參與率

2. 制度性因素

支付標準
長期照護需要率
給付水準
給付上限
部分負擔比例
現金給付額度

各項服務的使用率
現金給付利用狀況
居家/機構的利用比例

支出面

影響收入面的因素

投保金額/家戶所得
被保險人總人數
被保險人投保類別結構
經濟成長

收入面

平衡
費率

圖6-1：長期照護保險財務精算影響因素

為確保財務支出長期維持平衡，宜提供適當安全準備金。精算以 25 年為週期，每兩年精算一次考量下列因素：

1. 確保財務收支長期維持平衡
2. 避免費率急劇變化
3. 兼顧代間負擔的公平性與民眾的接受度
4. 保費負擔額度、保費調整幅度、基金累積規模等。

兼顧上述兩節考量，提出兩項建議方案：

方案一：

採 10 年平衡，最低約保持 3 個月準備提存，不足時則調整費率。最高約 8 個月準備提存。

方案二：

採 15 年平衡，最低保持約 3 個月準備提存，不足時則調整費率。最高約 14 個月準備提存。

表6-1、2011-2030年採10年平衡的基金累積與保費—以方案「二-乙-B-1」為例

年期	費率 0.83%,1.194% 的保費收入	長照支出 (億元)	當期收支(億 元)	累積基金(億元)	基金相當於支 出的倍數	基金相當於支 出的月數
2011	733	657	131	131	0.20	2.39
2012	747	695	111	242	0.35	4.18
2013	759	732	89	331	0.45	5.43
2014	771	770	67	398	0.52	6.20
2015	784	816	37	434	0.53	6.39
2016	793	845	20	454	0.54	6.46
2017	803	885	-6	448	0.51	6.08
2018	812	925	-33	415	0.45	5.39
2019	820	965	-61	354	0.37	4.40
2020	828	1015	-98	256	0.25	3.03
2021	1202	1045	249	505	0.48	5.80
2022	1213	1118	195	700	0.63	7.52
2023	1224	1191	141	841	0.71	8.47
2024	1234	1264	85	926	0.73	8.80
2025	1244	1355	14	940	0.69	8.33
2026	1253	1410	-26	914	0.65	7.78
2027	1262	1461	-64	851	0.58	6.99
2028	1270	1513	-102	748	0.49	5.94
2029	1278	1564	-141	608	0.39	4.66
2030	1286	1628	-191	416	0.26	3.07

資料來源：方案「二-乙-B-1」之費用推估，參見表7-8。

說明(1)：「二-乙-B-1」係指照護分級：僅心智功能障礙為需支援、51-70為需照護一級、31-50分為需照護二級、0-30分為需照護三級。給付水準上限：乙案為需支援15小時、需照護一級30小時、二級65小時、三級120小時。支付標準：每小時220元。現金給付：保險給付的30%

說明(2)：費率根據健保精算費率的保費收入反推十年平衡且準備金不低於3個月給付水準的所需費率。

說明(3)：2011-2020年費率約0.83%，2021-2030年約1.194%

表6-2、2011-2040年採15年平衡的基金累積與保費—以方案「二-乙-B-1」為例

年期	費率 0.92% 的保費收入	支出	當期收支 (億元)	累積基金 (億元)	基金相當於支 出的倍數	基金相當於支 出的月數
2011	812	657	211	211	0.32	3.84
2012	828	695	192	403	0.58	6.96
2013	841	732	171	574	0.78	9.40
2014	855	770	151	724	0.94	11.29
2015	869	816	121	846	1.04	12.43
2016	879	845	106	952	1.13	13.52
2017	890	885	81	1033	1.17	14.01
2018	900	925	55	1087	1.18	14.11
2019	909	965	28	1115	1.16	13.87
2020	917	1015	-8	1107	1.09	13.09
2021	926	1045	-27	1080	1.03	12.40
2022	935	1118	-83	997	0.89	10.70
2023	943	1191	-140	857	0.72	8.63
2024	951	1264	-198	659	0.52	6.26
2025	959	1355	-272	387	0.29	3.43

資料來源：方案「二-乙-B-1」之費用推估，參見表7-8。

說明(1)：「二-乙-B-1」係指照護分級：僅心智功能障礙為需支援、51-70為需照護一級、31-50分為需照護二級、0-30分為需照護三級。給付水準上限：乙案為需支援15小時、需照護一級30小時、二級65小時、三級120小時。支付標準：每小時220元。現金給付：保險給付的30%

說明(2)：費率根據健保精算費率的保費收入反推15年平衡且準備金不低於3個月給付水準的所需費率。

說明(3)：2011-2025年費率約維持在0.92%

參、財務控管與調整機制

全民健保採行總額預算支付制度，以控管總醫療費用的合理成長，但實務上我們發現，全民健保費率調整受到政治性、經濟性因素影響，仍不易調整。長期照護保險提供的照護服務水準，原則上為基本的必要服務。首先，保險局單位依

照失能者的失能程度評核給付額度。其次，以照護管理計量擬訂所需的各項服務項目。給付水準評核以及照護計畫擬定都不是服務提供單位，理論上較不易發生「供給誘發需求」的問題。再則，不同需要程度均訂定給付上限，超過部分由使用者自付費用。給付上限的設定，可以讓費用的最大估計值比較明確地出現，所以「給付上限」也是費用控管的機制。至於財務處理方式採取較長期間部份準備提存，可避免費率調整過於頻繁或因政治因素而導致調整不易，影響財務健全性。但若因政治因素影響費率調整，則改依「量入為出」原則，檢討給付水準的調整空間。如給付水準與支付標準調整時，也應有費率連動調整機制，以維持長期財務的穩健。

第七章、費用估算

為評估財務規劃的可行性，本節根據各項假設條件模擬推估2011-2046年期間可能的長照費用規模，與政府及民眾的負擔金額，並進而分析主要影響因素。

壹、假設條件

(一) 需求人數

根據王雲東團隊研究小組提供的年齡別、性別、照護程度別盛行率計算

(二) 照護等級

1. 照護等級：

分為需支援、需照護一級、需照護二級、需照護三級等四級。

2. 分級標準

以巴氏量表之分數作為分級標準

分級標準	需支援	需照護一	需照護二	需照護三
第一案	僅心智功能障礙	41-70分	21-40分	0-20分
第二案	僅心智功能障礙	51-70分	31-50分	0-30分

說明：經建會提供

根據上述分級，男女性別五歲年齡別照護需要率，分別列於表 7-1 至 7-4。

表 7-1 男性年齡別照護需要率－第一案分級標準 單位：%

年齡別	需支援	需照護一	需照護二	需照護三	合計
巴氏分數	僅心智功能 障礙	41-70 分	21-40 分	0-20 分	
6-9	0.00	0.07	0.03	0.09	0.20
10-14	0.00	0.10	0.03	0.16	0.30
15-19	0.00	0.07	0.02	0.09	0.18
20-24	0.00	0.09	0.02	0.14	0.24
25-29	0.00	0.08	0.06	0.14	0.28
30-34	0.00	0.12	0.04	0.08	0.25
35-39	0.00	0.10	0.05	0.18	0.33
40-44	0.00	0.09	0.05	0.20	0.34
45-49	0.00	0.08	0.12	0.25	0.45
50-54	0.25	0.51	0.20	0.35	1.31
55-59	0.31	0.88	0.23	0.46	1.88
60-64	0.32	0.90	0.48	0.72	2.42
65-69	0.44	1.94	0.67	1.61	4.66
70-74	0.54	2.33	0.94	2.32	6.13
75-79	0.77	3.58	1.37	3.88	9.60
80-84	1.92	6.33	2.07	5.74	16.05
85 歲以上	3.47	10.88	3.76	12.12	30.24

資料來源：王雲東團隊提供

表 7-2 女性年齡別照護需要率－第一案分級標準 單位：%

年齡別	需支援	需照護一	需照護二	需照護三	合計
巴氏分數	僅心智功能障礙	41-70 分	21-40 分	0-20 分	
6-9	0.00	0.08	0.08	0.12	0.28
10-14	0.00	0.10	0.04	0.12	0.26
15-19	0.00	0.01	0.01	0.14	0.17
20-24	0.00	0.02	0.02	0.08	0.12
25-29	0.00	0.05	0.02	0.06	0.13
30-34	0.00	0.02	0.01	0.12	0.15
35-39	0.00	0.00	0.07	0.10	0.17
40-44	0.00	0.04	0.03	0.08	0.15
45-49	0.00	0.06	0.06	0.12	0.24
50-54	0.33	0.33	0.05	0.22	0.94
55-59	0.54	0.64	0.23	0.31	1.73
60-64	0.55	0.96	0.35	0.61	2.46
65-69	0.83	1.93	0.64	1.28	4.67
70-74	1.53	2.73	1.05	2.76	8.07
75-79	2.59	5.81	1.99	5.23	15.61
80-84	5.53	10.56	3.05	8.29	27.43
85 歲以上	7.12	15.00	5.63	18.84	46.59

資料來源：王雲東團隊提供

表 7-3 男性年齡別照護需要率－第二案分級標準 單位：%

年齡別	需支援	需照護一	需照護二	需照護三	合計
巴氏分數	僅心智功能障礙	51-70 分	31-50 分	0-30 分	
6-9	0.00	0.07	0.01	0.13	0.20
10-14	0.00	0.06	0.07	0.17	0.30
15-19	0.00	0.07	0.00	0.11	0.18
20-24	0.00	0.04	0.05	0.15	0.24
25-29	0.00	0.06	0.05	0.17	0.28
30-34	0.00	0.09	0.05	0.12	0.25
35-39	0.00	0.07	0.06	0.19	0.33
40-44	0.00	0.07	0.01	0.25	0.34
45-49	0.00	0.07	0.08	0.30	0.45
50-54	0.25	0.39	0.23	0.45	1.31
55-59	0.31	0.66	0.32	0.59	1.88
60-64	0.32	0.66	0.45	0.99	2.42
65-69	0.44	1.45	0.81	1.96	4.66
70-74	0.54	1.87	0.91	2.81	6.13
75-79	0.77	2.79	1.57	4.47	9.60
80-84	1.92	4.75	2.63	6.76	16.05
85 歲以上	3.47	8.41	4.49	13.86	30.24

資料來源：王雲東團隊提供

表 7-4 女性年齡別照護需要率－第二案分級標準 單位：%

年齡別	需支援	需照護一	需照護二	需照護三	合計
巴氏分數	僅心智功能障礙	51-70 分	31-50 分	0-30 分	
6-9	0.00	0.05	0.02	0.21	0.28
10-14	0.00	0.08	0.05	0.14	0.26
15-19	0.00	0.01	0.00	0.15	0.17
20-24	0.00	0.02	0.01	0.09	0.12
25-29	0.00	0.03	0.02	0.08	0.13
30-34	0.00	0.01	0.02	0.12	0.15
35-39	0.00	0.00	0.02	0.15	0.17
40-44	0.00	0.04	0.01	0.10	0.15
45-49	0.00	0.03	0.05	0.16	0.24
50-54	0.33	0.26	0.10	0.25	0.94
55-59	0.54	0.54	0.24	0.41	1.73
60-64	0.55	0.80	0.31	0.80	2.46
65-69	0.83	1.60	0.71	1.53	4.67
70-74	1.53	2.14	1.24	3.16	8.07
75-79	2.59	4.51	2.22	6.30	15.61
80-84	5.53	8.39	3.59	9.91	27.43
85 歲以上	7.12	11.80	6.43	21.24	46.59

資料來源：王雲東團隊提供

(三) 給付項目

1. 給付項目包括實物給付及現金給付。
2. 實物給付包括居家服務、社區服務及機構服務等項。
3. 以需照護三級才可以申請機構給付為原則，部分例外。
4. 給付使用率假設：
 - (1) 設定整體平均給付水準為給付上限的 80%。
 - (2) 各年分級使用率之設定如表 7-5 所示。
5. 各項給付項目之假設條件，參見表 7-6。

表 7-5 各種照護程度居家/社區與機構的使用比例

單位：%

需照護等級	2011			2016			2021			2026		
	居家/社區		機構	居家/社區		機構	居家/社區		機構	居家/社區		機構
	實物	現金		實物	現金		實物	現金		實物	現金	
需支援	50	50	0	55	45	0	70	30	0	90	10	0
需照護一級	50	48	2	55	43	2	70	28	2	90	8	2
需照護二級	50	45	5	55	40	5	70	25	5	90	5	5
需照護三級	40	30	30	45	25	30	49	21	30	63	7	30

資料來源：經建會提供

表 7-6 各項給付項目費用估算之假設

給付項目	給付水準上限	支付標準
居家/社區照護服務	甲案：需支援 15 小時 一級 25 小時 二級 50 小時 三級 90 小時 乙案：需支援 15 小時 一級 30 小時 二級 65 小時 三級 120 小時 丙案：需支援 25 小時 一級 45 小時 二級 90 小時 三級 150 小時	A 案：每小時 200 元(保險實際支付 180 元) B 案：每小時 220 元(保險實際支付 198 元) C 案：每小時 240 元(保險實際支付 216 元) 包括:人事成本/0.8 行管 督導
機構服務	參考居家服務水準	參考居家服務支付水準
現金給付	甲案：居家服務保險給付的 30% 乙案：居家服務保險給付的 40%	
復健服務	費用規模約總費用的 6%	
護理服務	費用規模約總費用的 2%	
喘息服務	費用規模約總費用的 5%	
輔具及無障礙設施改善	費用規模約總費用的 5%	
行政費用	費用規模約總費用的 3.5%	
創新方案與其他	費用規模約總費用的 2.5%	

資料來源：經建會提供

貳、估算結果

根據上述的假設條件，我們分別就各種可能方案的組合進行費用估算，並假設實質 GDP 平均成長率 2009-2010 年為 0%、2011-2046 年為 2% 的情況下，分別推估長期照護保險總費用占 GDP 的比重。

以照護分級第一案的甲-A-1 案¹²為例，2011 年總費用年幣值依 2009 約為 415.39 億元。占約為 GDP 的 0.32%，一直到 2046 年總費用達 1638.79 億元，約為 GDP 的 0.63%。費用規模最高的是照護分級第二案的丙-C-2 案¹³，2011 年總費用為 794.99 億元，約為 GDP 的 0.75%，2046 年則上升至 3663.93 億元，約為 GDP 的 1.42%（參見表 7-7、表 7-8）。

表 7-7、2011-2046 年我國長期照護保險費用推估—第一案分級標準

單位：新台幣億元（2009 年幣值），%

年期	甲-A-1		甲-A-2		甲-B-1		甲-B-2		甲-C-1		甲-C-2	
	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%
2011	415.39	0.32	433.79	0.34	456.93	0.35	477.16	0.37	498.47	0.39	520.54	0.40
2016	534.75	0.38	556.94	0.39	588.22	0.41	612.63	0.43	641.70	0.45	668.32	0.47
2021	667.54	0.42	684.35	0.43	734.30	0.47	752.79	0.48	801.05	0.51	821.22	0.52
2026	904.66	0.52	910.72	0.52	995.13	0.57	1,001.79	0.58	1,085.59	0.62	1,092.86	0.63
2031	1,069.90	0.56	1,077.07	0.56	1,176.89	0.61	1,184.78	0.62	1,283.89	0.67	1,292.49	0.67
2036	1,284.50	0.61	1,293.11	0.61	1,412.95	0.67	1,422.42	0.67	1,541.40	0.73	1,551.73	0.73
2041	1,491.11	0.64	1,501.10	0.64	1,640.22	0.70	1,651.21	0.71	1,789.33	0.76	1,801.32	0.77
2046	1,638.79	0.63	1,649.78	0.64	1,802.67	0.70	1,814.75	0.70	1,966.55	0.76	1,979.73	0.77
年期	乙-A-1		乙-A-2		乙-B-1		乙-B-2		乙-C-1		乙-C-2	
	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%
2011	537.87	0.42	561.32	0.43	591.66	0.46	617.46	0.48	645.45	0.50	673.59	0.52
2016	692.09	0.49	720.37	0.51	761.30	0.53	792.41	0.56	830.51	0.58	864.45	0.61
2021	861.86	0.55	883.36	0.56	948.05	0.60	971.70	0.62	1,034.23	0.66	1,060.04	0.67
2026	1,166.88	0.67	1,174.64	0.68	1,283.57	0.74	1,292.10	0.74	1,400.26	0.81	1,409.57	0.81
2031	1,379.59	0.72	1,388.76	0.72	1,517.55	0.79	1,527.64	0.80	1,655.51	0.86	1,666.52	0.87
2036	1,656.52	0.78	1,667.55	0.79	1,822.18	0.86	1,834.30	0.87	1,987.83	0.94	2,001.06	0.94
2041	1,923.74	0.82	1,936.55	0.83	2,116.12	0.90	2,130.20	0.91	2,308.49	0.99	2,323.86	0.99
2046	2,114.81	0.82	2,128.89	0.82	2,326.30	0.90	2,341.78	0.91	2,537.78	0.98	2,554.67	0.99
年期	丙-A-1		丙-A-2		丙-B-1		丙-B-2		丙-C-1		丙-C-2	
	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%
2011	708.05	0.55	739.71	0.57	778.85	0.60	813.68	0.63	849.66	0.66	887.65	0.69
2016	911.66	0.64	949.85	0.67	1,002.83	0.70	1,044.84	0.73	1,093.99	0.77	1,139.83	0.80
2021	1,139.94	0.72	1,168.77	0.74	1,253.93	0.80	1,285.65	0.82	1,367.93	0.87	1,402.53	0.89
2026	1,545.91	0.89	1,556.24	0.90	1,700.50	0.98	1,711.87	0.98	1,855.09	1.07	1,867.49	1.07
2031	1,828.33	0.95	1,840.57	0.96	2,011.17	1.05	2,024.62	1.06	2,194.00	1.14	2,208.68	1.15
2036	2,194.52	1.04	2,209.21	1.04	2,413.98	1.14	2,430.13	1.15	2,633.43	1.24	2,651.06	1.25
2041	2,546.70	1.09	2,563.75	1.10	2,801.37	1.20	2,820.12	1.21	3,056.04	1.31	3,076.50	1.32
2046	2,798.33	1.08	2,817.07	1.09	3,078.17	1.19	3,098.77	1.20	3,358.00	1.30	3,380.48	1.31

資料來源：根據照護等級、給付上限、支付標準、現金給付水準等相關因素模擬各類方案計算。

說明(1)：分級標準第一案僅心智功能障礙為需支援、41-70 為需照護一級、21-40 分為需照護二級、0-20 分為需照護三級

(2)：甲-A-1 表示給付水準上限採甲案、支付標準採 A 案、現金給付為居家服務保險給付的 30%，餘此類推。

¹²甲-A-1 是需支援 15 小時、需照護一級 25 小時、二級 50 小時、三級 90 小時。每小時 200 元。現金給付為保險給付的 30%。

¹³丙-C-2 是需支援 25 小時、需照護一級 45 小時、二級 90 小時、三級 150 小時。每小時 240 元。現金給付為保險給付的 40%。

表 7-8、2011-2046 年我國長期照護保險費用推估—第二案分級標準

單位：新台幣億元（2009 年幣值），%

年期	甲-A-1		甲-A-2		甲-B-1		甲-B-2		甲-C-1		甲-C-2	
	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%
2011	458.71	0.36	478.27	0.37	504.58	0.39	526.09	0.41	550.45	0.43	573.92	0.44
2016	589.74	0.41	613.33	0.43	648.72	0.45	674.66	0.47	707.69	0.50	735.99	0.52
2021	731.43	0.46	749.47	0.48	804.57	0.51	824.42	0.52	877.71	0.56	899.37	0.57
2026	987.46	0.57	994.00	0.57	1,086.20	0.62	1,093.40	0.63	1,184.95	0.68	1,192.80	0.69
2031	1,167.86	0.61	1,175.60	0.61	1,284.65	0.67	1,293.16	0.67	1,401.44	0.73	1,410.72	0.74
2036	1,400.53	0.66	1,409.81	0.67	1,540.58	0.73	1,550.79	0.73	1,680.63	0.79	1,691.77	0.80
2041	1,623.54	0.69	1,634.30	0.70	1,785.89	0.76	1,797.73	0.77	1,948.24	0.83	1,961.16	0.84
2046	1,782.42	0.69	1,794.23	0.69	1,960.66	0.76	1,973.65	0.76	2,138.90	0.83	2,153.08	0.83
年期	乙-A-1		乙-A-2		乙-B-1		乙-B-2		乙-C-1		乙-C-2	
	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%
2011	597.42	0.46	622.54	0.48	657.16	0.51	684.80	0.53	716.91	0.56	747.05	0.58
2016	767.73	0.54	798.01	0.56	844.50	0.59	877.82	0.62	921.28	0.65	957.62	0.67
2021	950.12	0.60	973.37	0.62	1,045.13	0.66	1,070.71	0.68	1,140.14	0.72	1,168.05	0.74
2026	1,281.56	0.74	1,290.00	0.74	1,409.72	0.81	1,419.00	0.82	1,537.87	0.88	1,548.00	0.89
2031	1,515.28	0.79	1,525.26	0.79	1,666.80	0.87	1,677.78	0.87	1,818.33	0.95	1,830.31	0.95
2036	1,817.24	0.86	1,829.22	0.86	1,998.97	0.94	2,012.14	0.95	2,180.69	1.03	2,195.06	1.04
2041	2,107.19	0.90	2,121.07	0.91	2,317.91	0.99	2,333.18	1.00	2,528.62	1.08	2,545.29	1.09
2046	2,313.77	0.90	2,329.02	0.90	2,545.15	0.99	2,561.92	0.99	2,776.53	1.08	2,794.82	1.08
年期	丙-A-1		丙-A-2		丙-B-1		丙-B-2		丙-C-1		丙-C-2	
	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%	總金額	GDP%
2011	778.98	0.60	812.49	0.63	856.88	0.66	893.74	0.69	934.78	0.72	974.99	0.75
2016	1,001.72	0.70	1,042.14	0.73	1,101.89	0.77	1,146.35	0.80	1,202.06	0.84	1,250.56	0.88
2021	1,244.32	0.79	1,275.14	0.81	1,368.75	0.87	1,402.65	0.89	1,493.18	0.95	1,530.17	0.97
2026	1,681.01	0.97	1,692.13	0.97	1,849.12	1.06	1,861.34	1.07	2,017.22	1.16	2,030.56	1.17
2031	1,988.30	1.04	2,001.45	1.04	2,187.13	1.14	2,201.60	1.15	2,385.96	1.24	2,401.74	1.25
2036	2,384.11	1.13	2,399.88	1.13	2,622.52	1.24	2,639.87	1.25	2,860.93	1.35	2,879.86	1.36
2041	2,763.16	1.18	2,781.45	1.19	3,039.48	1.30	3,059.59	1.31	3,315.80	1.42	3,337.74	1.43
2046	3,033.20	1.17	3,053.28	1.18	3,336.53	1.29	3,358.60	1.30	3,639.85	1.41	3,663.93	1.42

資料來源：根據照護等級、給付上限、支付標準、現金給付水準等相關因素模擬各類方案計算。

說明(1)：分級標準第二案僅心智功能障礙為需支援、51-70 為需照護一級、31-50 分為需照護二級、0-30 分為需照護三級。

(2)：甲-A-1 表示給付水準上限採甲案、支付標準採 A 案、現金給付為居家服務保險給付的 30%，餘此類推。

在費用成長率方面，無論各項方案，我們以平均五年的成長幅度分析，2011-2016年成長幅度約28%上下，2016-2021年約25-22%、2021-2026年最高約36-33%，爾後開始下降，直到2041-2046年約10%(參見表7-9、表7-10)。

表 7-9、2011-2046 年我國長期照護保險費用成長率—第一案分級標準

單位：%

年期	甲-A-1	甲-A-2	甲-B-1	甲-B-2	甲-C-1	甲-C-2
2011	---	---	---	---	---	---
2016	28.73	28.39	28.73	28.39	28.73	28.39
2021	24.83	22.88	24.83	22.88	24.83	22.88
2026	35.52	33.08	35.52	33.08	35.52	33.08
2031	18.27	18.27	18.27	18.27	18.27	18.27
2036	20.06	20.06	20.06	20.06	20.06	20.06
2041	16.08	16.08	16.08	16.08	16.08	16.08
2046	9.90	9.90	9.90	9.90	9.90	9.90
年期	乙-A-1	乙-A-2	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2
2011	---	---	---	---	---	---
2016	28.67	28.33	28.67	28.33	28.67	28.33
2021	24.53	22.63	24.53	22.63	24.53	22.63
2026	35.39	32.97	35.39	32.97	35.39	32.97
2031	18.23	18.23	18.23	18.23	18.23	18.23
2036	20.07	20.07	20.07	20.07	20.07	20.07
2041	16.13	16.13	16.13	16.13	16.13	16.13
2046	9.93	9.93	9.93	9.93	9.93	9.93
年期	丙-A-1	丙-A-2	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2
2011	---	---	---	---	---	---
2016	28.76	28.41	28.76	28.41	28.76	28.41
2021	25.04	23.05	25.04	23.05	25.04	23.05
2026	35.61	33.15	35.61	33.15	35.61	33.15
2031	18.27	18.27	18.27	18.27	18.27	18.27
2036	20.03	20.03	20.03	20.03	20.03	20.03
2041	16.05	16.05	16.05	16.05	16.05	16.05
2046	9.88	9.88	9.88	9.88	9.88	9.88

資料來源：根據表 7-7 資料計算

表 7-10、2011-2046 年我國長期照護保險費用成長率—第二案分級標準

單位：%

年期	甲-A-1	甲-A-2	甲-B-1	甲-B-2	甲-C-1	甲-C-2
2011	---	---	---	---	---	---
2016	28.57	28.24	28.57	28.24	28.57	28.24
2021	24.02	22.20	24.02	22.20	24.02	22.20
2026	35.00	32.63	35.00	32.63	35.00	32.63
2031	18.27	18.27	18.27	18.27	18.27	18.27
2036	19.92	19.92	19.92	19.92	19.92	19.92
2041	15.92	15.92	15.92	15.92	15.92	15.92
2046	9.79	9.79	9.79	9.79	9.79	9.79
年期	乙-A-1	乙-A-2	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2
2011	---	---	---	---	---	---
2016	28.51	28.19	28.51	28.19	28.51	28.19
2021	23.76	21.97	23.76	21.97	23.76	21.97
2026	34.88	32.53	34.88	32.53	34.88	32.53
2031	18.24	18.24	18.24	18.24	18.24	18.24
2036	19.93	19.93	19.93	19.93	19.93	19.93
2041	15.96	15.96	15.96	15.96	15.96	15.96
2046	9.80	9.80	9.80	9.80	9.80	9.80
年期	丙-A-1	丙-A-2	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2
2011	---	---	---	---	---	---
2016	28.59	28.26	28.59	28.26	28.59	28.26
2021	24.22	22.36	24.22	22.36	24.22	22.36
2026	35.10	32.70	35.10	32.70	35.10	32.70
2031	18.28	18.28	18.28	18.28	18.28	18.28
2036	19.91	19.91	19.91	19.91	19.91	19.91
2041	15.90	15.90	15.90	15.90	15.90	15.90
2046	9.77	9.77	9.77	9.77	9.77	9.77

資料來源：根據表 7-8 資料計算

雖然我們根據各類假設條件呈現了 36 種方案的費用，但其實若以照護分級一的乙-B-1 為基本推估模式，2011 年其他費用相對於基本模式的費用規模，約從 0.70-1.65 左右，也就是費用最低的方案約為基本模式的 70%，相較於基本模式，減少 30% 的經費，費用最高的方案約為 165%，增加了 65% 的經費。根據費用規模約可區分為低推估、中低推估、中推估、中高推估、高推估與極高推估（參見表 7-11、表 7-12）。低推估的費用規模約 415-457 億元，約占 GDP 的 0.32-0.35%。中低推估約占 GDP 的 0.37-0.40%、中高推估約 0.50-0.55%、高推估約 0.57-0.63%、極高推估約 0.66-0.75%。

表 7-11、各方案費用的相對比重----以「照護分級一乙-B-1」為基礎

照護分級第一案							照護分級第二案						
年期	甲-A-1	甲-A-2	甲-B-1	甲-B-2	甲-C-1	甲-C-2	年期	甲-A-1	甲-A-2	甲-B-1	甲-B-2	甲-C-1	甲-C-2
2011	0.70	0.73	0.77	0.81	0.84	0.88	2011	0.78	0.81	0.85	0.89	0.93	0.97
2016	0.70	0.73	0.77	0.80	0.84	0.88	2016	0.77	0.81	0.85	0.89	0.93	0.97
2021	0.70	0.72	0.77	0.79	0.84	0.87	2021	0.77	0.79	0.85	0.87	0.93	0.95
2026	0.70	0.71	0.78	0.78	0.85	0.85	2026	0.77	0.77	0.85	0.85	0.92	0.93
2031	0.71	0.71	0.78	0.78	0.85	0.85	2031	0.77	0.77	0.85	0.85	0.92	0.93
2036	0.70	0.71	0.78	0.78	0.85	0.85	2036	0.77	0.77	0.85	0.85	0.92	0.93
2041	0.70	0.71	0.78	0.78	0.85	0.85	2041	0.77	0.77	0.84	0.85	0.92	0.93
2046	0.70	0.71	0.77	0.78	0.85	0.85	2046	0.77	0.77	0.84	0.85	0.92	0.93
年期	乙-A-1	乙-A-2	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2	年期	乙-A-1	乙-A-2	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2
2011	0.91	0.95	1.00	1.04	1.09	1.14	2011	1.01	1.05	1.11	1.16	1.21	1.26
2016	0.91	0.95	1.00	1.04	1.09	1.14	2016	1.01	1.05	1.11	1.15	1.21	1.26
2021	0.91	0.93	1.00	1.02	1.09	1.12	2021	1.00	1.03	1.10	1.13	1.20	1.23
2026	0.91	0.92	1.00	1.01	1.09	1.10	2026	1.00	1.01	1.10	1.11	1.20	1.21
2031	0.91	0.92	1.00	1.01	1.09	1.10	2031	1.00	1.01	1.10	1.11	1.20	1.21
2036	0.91	0.92	1.00	1.01	1.09	1.10	2036	1.00	1.00	1.10	1.10	1.20	1.20
2041	0.91	0.92	1.00	1.01	1.09	1.10	2041	1.00	1.00	1.10	1.10	1.19	1.20
2046	0.91	0.92	1.00	1.01	1.09	1.10	2046	0.99	1.00	1.09	1.10	1.19	1.20
年期	丙-A-1	丙-A-2	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2	年期	丙-A-1	丙-A-2	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2
2011	1.20	1.25	1.32	1.38	1.44	1.50	2011	1.32	1.37	1.45	1.51	1.58	1.65
2016	1.20	1.25	1.32	1.37	1.44	1.50	2016	1.32	1.37	1.45	1.51	1.58	1.64
2021	1.20	1.23	1.32	1.36	1.44	1.48	2021	1.31	1.35	1.44	1.48	1.58	1.61
2026	1.20	1.21	1.32	1.33	1.45	1.45	2026	1.31	1.32	1.44	1.45	1.57	1.58
2031	1.20	1.21	1.33	1.33	1.45	1.46	2031	1.31	1.32	1.44	1.45	1.57	1.58
2036	1.20	1.21	1.32	1.33	1.45	1.45	2036	1.31	1.32	1.44	1.45	1.57	1.58
2041	1.20	1.21	1.32	1.33	1.44	1.45	2041	1.31	1.31	1.44	1.45	1.57	1.58
2046	1.20	1.21	1.32	1.33	1.44	1.45	2046	1.30	1.31	1.43	1.44	1.56	1.58

資料來源：根據表 7-7 與表 7-8 資料計算

說明：乙-B-1 是需支援 15 小時、需照護一級 30 小時、二級 65 小時、三級 120 小時。每小時 220 元。現金給付為保險給付的 30%

表 7-12、2011 年推估費用規模分組

費用相當的組別			相對於 「一-乙-B-1」 的費用規模	2011年費用規 模占GDP比重%	規模
一-甲-A-1	一-甲-A-2		0.70	0.32	低
一-甲-B-1	二-甲-A-1		0.77	0.35	
一-甲-B-2	二-甲-A-2		0.81	0.37	中低
一-甲-C-1	二-甲-B-1		0.84	0.39	
一-甲-C-2	二-甲-B-2	一-乙-A-1	0.88	0.40	中
一-乙-A-2	二-甲-C-1		0.95	0.43	
一-乙-B-1	二-甲-C-2	二-乙-A-1	1.00	0.46	中高
一-乙-B-2	二-乙-A-2		1.04	0.48	
一-乙-C-1	二-乙-B-1		1.09	0.50	高
一-乙-C-2	二-乙-B-2		1.14	0.52	
一-丙-A-1	二-乙-C-1		1.20	0.55	極高
一-丙-A-2	二-乙-C-2		1.25	0.57	
一-丙-B-1	二-丙-A-1		1.32	0.60	極高
一-丙-B-2	二-丙-A-2		1.38	0.63	
一-丙-C-1	二-丙-B-1		1.44	0.66	極高
一-丙-C-2	二-丙-B-2		1.50	0.69	
二-丙-C-1	二-丙-C-2		1.58-1.65	0.72-0.75	極高

資料來源：根據表 7-7 與表 7-8 資料計算

在政府負擔與民眾每月保費負擔方面，照護分級標準第一案 2011 年甲-A-1 政府負擔約為 125.58 億元，民眾每月平均保費約為 50 元。2046 年政府負擔則為 490.79 億元，民眾每月平均保費約為 207 元。照護分級標準第二案 2011 年的丙-C-2 的政府負擔約為 295.54 億元，民眾每月平均保費約為 119 元。2046 年政府負擔則為 1097.86 億元，民眾每月平均保費約為 463 元（參見表 7-13、表 7-14）。

根據方案類型的不同，2011 年政府負擔金額約在 125.58 億元至 295.54 億元之間。再者，現行社會福利相關支出的 33.6 億元以及全民健保中與長期照護相關的支出約 137.5 億元¹⁴，可能因長期照護保險開辦而減少支出。有關於政府負擔部分的財源規劃，課徵營業稅附加捐是可行的財務來源之一，目前營業稅稅收大約兩千億元，營業稅稅率 5%，故增加約 0.5 個百分點的附加捐，預計可有 200 億元左右的稅收。

針對實際保費負擔設算，假設我們以分級標準第二案，給付水準上限採乙案：需支援 15 小時、需照護一級 30 小時、二級 65 小時、三級 120 小時。支付標準：每小時 220 元。現金給付為保險給付的 30%。則根據健保的精算費率設

¹⁴ 社會福利相關支出約 33.6 億元（參照附錄四）健保支出約 137.5 億元（參照附錄五）

算，10 年平衡的長期照護保險費率約為 0.83% (2011-2020 年)、1.2% (2021-2030 年)。以 2011 年為例，假設受雇者勞資政保費負擔為 30：60：10，投保薪資為 33300 元，則每月被保險人需繳交保費為 83 元、雇主負擔為 166 元、政府負擔為 28 元。

表 7-13、2011-2046 年我國長期照護保險政府與民眾負擔推估—第一案分級標準

年期	甲-A-1		甲-A-2		甲-B-1		甲-B-2		甲-C-1		甲-C-2	
	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)
2011	125.58	50	131.54	53	138.14	55	144.69	58	150.69	60	157.85	63
2016	161.55	64	168.74	67	177.70	70	185.61	73	193.86	77	202.49	80
2021	200.85	79	206.29	81	220.93	87	226.92	89	241.02	94	247.55	97
2026	270.93	106	272.89	107	298.02	116	300.18	117	325.12	127	327.47	128
2031	320.42	126	322.74	127	352.46	138	355.02	139	384.50	151	387.29	152
2036	384.69	153	387.48	154	423.16	168	426.22	169	461.63	184	464.97	185
2041	446.56	182	449.80	183	491.22	200	494.78	202	535.88	218	539.76	220
2046	490.79	207	494.35	208	539.87	227	543.79	229	588.95	248	593.22	250
年期	乙-A-1		乙-A-2		乙-B-1		乙-B-2		乙-C-1		乙-C-2	
	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)
2011	162.58	65	170.18	68	178.84	72	187.19	75	195.09	78	204.21	82
2016	209.05	83	218.21	86	229.95	91	240.03	95	250.86	99	261.86	104
2021	259.30	102	266.27	104	285.23	112	292.89	115	311.16	122	319.52	125
2026	349.46	136	351.97	137	384.40	150	387.17	151	419.35	164	422.37	165
2031	413.16	162	416.13	163	454.48	178	457.75	179	495.79	194	499.36	196
2036	496.10	197	499.67	199	545.71	217	549.64	219	595.32	237	599.60	238
2041	576.12	235	580.27	236	633.74	258	638.30	260	691.35	282	696.33	284
2046	633.35	267	637.91	269	696.68	294	701.70	296	760.02	320	765.49	323
年期	丙-A-1		丙-A-2		丙-B-1		丙-B-2		丙-C-1		丙-C-2	
	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)	政府負擔(億元)	民眾平均每月保費(元)
2011	214.07	86	224.33	90	235.48	94	246.77	99	256.89	103	269.20	108
2016	275.44	109	287.82	114	302.99	120	316.60	125	330.53	131	345.38	137
2021	342.99	134	352.33	138	377.29	148	387.57	152	411.59	161	422.80	166
2026	462.97	181	466.32	182	509.27	199	512.95	200	555.57	217	559.59	219
2031	547.56	215	551.52	216	602.31	236	606.67	238	657.07	258	661.82	259
2036	657.22	261	661.98	263	722.95	287	728.18	290	788.67	314	794.38	316
2041	762.69	311	768.22	313	838.96	342	845.04	344	915.23	373	921.86	376
2046	838.06	353	844.13	356	921.86	388	928.54	391	1,005.67	424	1,012.95	427

資料來源：根據表 7-7 計算

說明(1)：分級標準第一案僅心智功能障礙為需支援、41-70 為需照護一級、21-40 分為需照護二級、0-20 分為需照護三級。

(2)：甲-A-1 表示給付水準上限採甲案、支付標準採 A 案、現金給付為居家服務保險給付的 30%，餘此類推。

(3)：政府負擔以目前健保保險給付平均政府負擔比例 33% 估算。民眾保費負擔以 37% 估算。

表 7-14、2011-2046 年我國長期照護保險政府與民眾負擔推估—第二案分級標準

年期	甲-A-1		甲-A-2		甲-B-1		甲-B-2		甲-C-1		甲-C-2	
	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)
2011	138.62	56	144.95	58	152.48	61	159.45	64	166.34	67	173.94	70
2016	178.10	70	185.74	73	195.91	77	204.31	81	213.72	84	222.89	88
2021	220.04	86	225.89	88	242.04	95	248.48	97	264.05	103	271.07	106
2026	295.72	115	297.84	116	325.29	127	327.63	128	354.87	139	357.41	140
2031	349.75	137	352.26	138	384.73	151	387.48	152	419.70	165	422.71	166
2036	419.43	167	422.44	168	461.37	183	464.68	185	503.31	200	506.92	202
2041	486.21	198	489.70	200	534.84	218	538.67	220	583.46	238	587.64	239
2046	533.80	225	537.62	227	587.18	247	591.39	249	640.55	270	645.15	272
年期	乙-A-1		乙-A-2		乙-B-1		乙-B-2		乙-C-1		乙-C-2	
	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)
2011	180.51	72	188.65	76	198.56	80	207.51	83	216.61	87	226.38	91
2016	231.81	92	241.63	96	255.00	101	265.79	105	278.18	110	289.95	115
2021	285.82	112	293.35	115	314.40	123	322.69	126	342.98	134	352.02	138
2026	383.80	150	386.53	151	422.18	165	425.18	166	460.56	180	463.84	181
2031	453.79	178	457.02	179	499.17	196	502.72	197	544.55	214	548.43	215
2036	544.22	216	548.10	218	598.64	238	602.91	240	653.06	260	657.72	261
2041	631.05	257	635.55	259	694.16	283	699.11	285	757.26	309	762.66	311
2046	692.92	292	697.86	294	762.21	321	767.65	323	831.50	350	837.43	353
年期	丙-A-1		丙-A-2		丙-B-1		丙-B-2		丙-C-1		丙-C-2	
	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)	政府負擔 (億元)	民眾平均 每月保費 (元)
2011	235.42	94	246.28	99	258.96	104	270.91	109	282.51	113	295.54	119
2016	302.54	120	315.63	125	332.79	132	347.20	137	363.04	144	378.76	150
2021	374.34	147	384.33	151	411.78	161	422.77	166	449.21	176	461.20	181
2026	503.43	197	507.03	198	553.77	216	557.73	218	604.11	236	608.43	238
2031	595.45	233	599.71	235	655.00	257	659.69	259	714.54	280	719.66	282
2036	713.99	284	719.10	286	785.39	312	791.01	314	856.78	341	862.92	343
2041	827.51	337	833.43	340	910.26	371	916.78	374	993.01	405	1,000.12	408
2046	908.38	383	914.88	386	999.22	421	1,006.37	424	1,090.05	459	1,097.86	463

資料來源：根據表 7-8 計算

說明(1)：分級標準第二案僅心智功能障礙為需支援、51-70 為需照護一級、31-50 分為需照護二級、0-30 分為需照護三級。

(2)：甲-A-1 表示給付水準上限採甲案、支付標準採 A 案、現金給付為居家服務保險給付的 30%，餘此類推。

(3)：政府負擔以目前健保保險給付平均政府負擔比例 33% 估算。民眾保費負擔以 37% 估算。

參、影響因素分析

(一) 照護等級分級標準

首先針對照護等級的分類，分級標準第一案僅心智功能障礙為需支援、41-70 為需照護一級、21-40 分為需照護二級、0-20 分為需照護三級，分級標準第二案僅心智功能障礙為需支援、51-70 為需照護一級、31-50 分為需照護二級、0-30 分為需照護三級。在其他條件不變之下，照護等級分級標準第二案相對於第一案的費用為 1.08-1.11 倍，換言之，如果分級標準由第一案改為第二案約增加 8%-11% 的費用(參見表 7-15)。

表 7-15、照護等級分級標準第二案相對於第一案的費用比重

年期	甲-A-1	甲-A-2	甲-B-1	甲-B-2	甲-C-1	甲-C-2
2011	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2016	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2021	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2026	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
2031	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
2036	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
2041	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
2046	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
年期	乙-A-1	乙-A-2	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2
2011	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11
2016	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11
2021	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2026	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2031	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2036	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2041	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2046	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
年期	丙-A-1	丙-A-2	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2
2011	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2016	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
2021	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
2026	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
2031	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
2036	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09	1.09
2041	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08
2046	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08

資料來源：根據表 7-7 與表 7-8 資料計算

(二) 給付上限

給付水準上限區分為甲乙丙三案，甲案為需支援 15 小時、需照護一級 25 小時、二級 50 小時、三級 90 小時。乙案需支援 15 小時、需照護一級 30 小時、二級 65 小時、三級 120 小時。丙案需支援 25 小時、需照護一級 45 小時、二級 90 小時、三級 150 小時。根據我們模擬推估結果，乙案約為甲案費用的 1.27-1.29 倍，丙案約為 1.70-1.71 倍（參見表 7-16）。

表 7-16、給付水準乙、丙案費用相對於甲案的比重

照護分級第一案						
年期	乙-A-1	乙-A-2	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2
2011	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29
2016	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29
2021	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29
2026	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29
2031	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29
2036	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29
2041	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29
2046	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29	1.29
年期	丙-A-1	丙-A-2	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2
2011	1.70	1.71	1.70	1.71	1.70	1.71
2016	1.70	1.71	1.70	1.71	1.70	1.71
2021	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71
2026	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71
2031	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71
2036	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71
2041	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71
2046	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71	1.71
照護分級第二案						
年期	乙-A-1	乙-A-2	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2
2011	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30
2016	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30
2021	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30
2026	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30
2031	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30
2036	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30
2041	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30
2046	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30	1.30
年期	丙-A-1	丙-A-2	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2
2011	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70
2016	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70
2021	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70
2026	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70
2031	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70
2036	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70
2041	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70
2046	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70	1.70

資料來源：根據表 7-7 與表 7-8 資料計算

(三) 支付標準

支付標準區分為 A、B、C 三案，A 案每小時 200 元，B 案 220 元、C 案 240 元。根據我們模擬推估結果，B 案費用約為 A 案費用的 1.10 倍、C 案費用約為 A 案費用的 1.20 倍（參見表 7-17）。

表 7-17、支付標準 B、C 案費用相對於 A 案的比重

照護分級第一案					照護分級第二案				
年期	甲-B-1	甲-B-2	甲-C-1	甲-C-2	年期	甲-B-1	甲-B-2	甲-C-1	甲-C-2
2011	1.10	1.10	1.20	1.20	2011	1.10	1.10	1.20	1.20
2016	1.10	1.10	1.20	1.20	2016	1.10	1.10	1.20	1.20
2021	1.10	1.10	1.20	1.20	2021	1.10	1.10	1.20	1.20
2026	1.10	1.10	1.20	1.20	2026	1.10	1.10	1.20	1.20
2031	1.10	1.10	1.20	1.20	2031	1.10	1.10	1.20	1.20
2036	1.10	1.10	1.20	1.20	2036	1.10	1.10	1.20	1.20
2041	1.10	1.10	1.20	1.20	2041	1.10	1.10	1.20	1.20
2046	1.10	1.10	1.20	1.20	2046	1.10	1.10	1.20	1.20
年期	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2	年期	乙-B-1	乙-B-2	乙-C-1	乙-C-2
2011	1.10	1.10	1.20	1.20	2011	1.10	1.10	1.20	1.20
2016	1.10	1.10	1.20	1.20	2016	1.10	1.10	1.20	1.20
2021	1.10	1.10	1.20	1.20	2021	1.10	1.10	1.20	1.20
2026	1.10	1.10	1.20	1.20	2026	1.10	1.10	1.20	1.20
2031	1.10	1.10	1.20	1.20	2031	1.10	1.10	1.20	1.20
2036	1.10	1.10	1.20	1.20	2036	1.10	1.10	1.20	1.20
2041	1.10	1.10	1.20	1.20	2041	1.10	1.10	1.20	1.20
2046	1.10	1.10	1.20	1.20	2046	1.10	1.10	1.20	1.20
年期	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2	年期	丙-B-1	丙-B-2	丙-C-1	丙-C-2
2011	1.10	1.10	1.20	1.20	2011	1.10	1.10	1.20	1.20
2016	1.10	1.10	1.20	1.20	2016	1.10	1.10	1.20	1.20
2021	1.10	1.10	1.20	1.20	2021	1.10	1.10	1.20	1.20
2026	1.10	1.10	1.20	1.20	2026	1.10	1.10	1.20	1.20
2031	1.10	1.10	1.20	1.20	2031	1.10	1.10	1.20	1.20
2036	1.10	1.10	1.20	1.20	2036	1.10	1.10	1.20	1.20
2041	1.10	1.10	1.20	1.20	2041	1.10	1.10	1.20	1.20
2046	1.10	1.10	1.20	1.20	2046	1.10	1.10	1.20	1.20

資料來源：根據表 7-7 與表 7-8 資料計算

說明：A 案每小時 200 元、B 案每小時 220 元、C 案每小時 240 元

（四）現金給付水準

現金給付水準區分為（1）、（2）兩方案，（1）案為保險給付的 30%、（2）案為 40%。根據我們模擬推估結果，（2）案相對於（1）案的費用規模，在早期 2021 年之前，約為 1.05-1.04 倍。但 2026 年之後，由於現金給付使用的比例相當低，故兩案的費用規模其實幾乎接近（參見表 7-18）。

表 7-18、現金給付水準第 2 案相對於第 1 案的比重

照護分級第一案				照護分級第二案			
年期	甲-A-2	甲-B-2	甲-C-2	年期	甲-A-2	甲-B-2	甲-C-2
2011	1.04	1.04	1.04	2011	1.04	1.04	1.04
2016	1.04	1.04	1.04	2016	1.04	1.04	1.04
2021	1.03	1.03	1.03	2021	1.02	1.02	1.02
2026	1.01	1.01	1.01	2026	1.01	1.01	1.01
2031	1.01	1.01	1.01	2031	1.01	1.01	1.01
2036	1.01	1.01	1.01	2036	1.01	1.01	1.01
2041	1.01	1.01	1.01	2041	1.01	1.01	1.01
2046	1.01	1.01	1.01	2046	1.01	1.01	1.01
年期	乙-A-2	乙-B-2	乙-C-2	年期	乙-A-2	乙-B-2	乙-C-2
2011	1.04	1.04	1.04	2011	1.04	1.04	1.04
2016	1.04	1.04	1.04	2016	1.04	1.04	1.04
2021	1.02	1.02	1.02	2021	1.02	1.02	1.02
2026	1.01	1.01	1.01	2026	1.01	1.01	1.01
2031	1.01	1.01	1.01	2031	1.01	1.01	1.01
2036	1.01	1.01	1.01	2036	1.01	1.01	1.01
2041	1.01	1.01	1.01	2041	1.01	1.01	1.01
2046	1.01	1.01	1.01	2046	1.01	1.01	1.01
年期	丙-A-2	丙-B-2	丙-C-2	年期	丙-A-2	丙-B-2	丙-C-2
2011	1.04	1.04	1.04	2011	1.04	1.04	1.04
2016	1.04	1.04	1.04	2016	1.04	1.04	1.04
2021	1.03	1.03	1.03	2021	1.02	1.02	1.02
2026	1.01	1.01	1.01	2026	1.01	1.01	1.01
2031	1.01	1.01	1.01	2031	1.01	1.01	1.01
2036	1.01	1.01	1.01	2036	1.01	1.01	1.01
2041	1.01	1.01	1.01	2041	1.01	1.01	1.01
2046	1.01	1.01	1.01	2046	1.01	1.01	1.01

資料來源：根據表 7-7 與表 7-8 資料計算

說明：第 1 案是現金給付水準為居家服務保險給付的 30%，第 2 案為 40%

(五) 部分負擔比例

最後我們討論部分負擔比例對保險支付費用的影響，部分負擔比例除了直接影響保險支費用外，部分負擔比例也會透過影響使用者的使用行為而進一步影響總費用，但目前我們暫時不討論這第二階段的影響。在假設條件中，部分負擔比例區分為兩個方案，第一是各項給付均為 10%，第二個方案是機構給付的部分負擔為 15%，其餘者均為 10%。根據我們的模擬，在不考慮第二階段的影響

之下，兩個方案的總費用相同，但第二方案下，由保險支付費用的規模約為第一方案的 99% 左右。換言之，部分負擔這兩個不同的方案，對於保險支付費用以及後續的政府負擔與民眾保費負擔其實並沒有太大差異。

綜合上述分析，影響長照費用規模的最主要兩項因素為給付上限與支付標準（參見表 7-19）。

表 7-19、影響長期照護費用規模的因素彙總

影響因素	費用影響程度
照護分級	第二案較第一案增加 10%
給付上限	乙案較甲案增加 30% 丙案較甲案增加 70%
支付標準	B 案較 A 案增加 10% C 案較 A 案 20%
現金給付水準	初期 (2) 較 (1) 增加 5%，後期差異不大
部分負擔	差異不大

第八章、結論與建議

壹、結論

- (一)根據第七章所列各項假設條件，推估 2011-2046 年我國長期照護費用與政府及民眾負擔金額彙總列於表 8.1¹⁵。依中推計，2011 年長照保險費用共 591.66 億元，占 GDP 之 0.46%，約為全民健保之 1/8，其中政府負擔 178.84 億元，而民眾平均自繳保費約 72 元。
- (二)影響未來長期照護費用成長的最主要因素為給付上限與支付標準的訂定標準。

¹⁵政府負擔以目前健保保險給付平均政府負擔比例 33% 估算。民眾保費負擔以 37% 估算

表 8-1：2011-2046 年依各項假設條件推估我國長期照護費用彙總

單位：新台幣億元(2009 年幣值)，%億元，元

估算主要假設	年期	總費用 (億元)	占GDP 比重 (%)	政府負擔 (億元)	民眾每月 保費(元)
低推計（一-甲-A-1案）： 照護分級：僅心智功能障礙為需支援、41-70為需照護一級、21-40分為需照護二級、0-20分為需照護三級 給付水準上限：甲案為需支援15小時、需照護一級25小時、二級50小時、三級90小時。 支付標準：每小時200元 現金給付：保險給付的30%	2011年	415.39	0.32	125.58	50.37
	2046年	1,638.79	0.63	490.79	206.82
中低推計（二-甲-B-1）： 照護分級：僅心智功能障礙為需支援、51-70為需照護一級、31-50分為需照護二級、0-30分為需照護三級。 給付水準上限：甲案為需支援15小時、需照護一級25小時、二級50小時、三級90小時。 支付標準：每小時220元 現金給付：保險給付的30%	2011年	504.58	0.39	152.48	61.16
	2046年	1,960.66	0.76	587.18	247.43
中推計（一-乙-B-1）： 照護分級：僅心智功能障礙為需支援、41-70為需照護一級、21-40分為需照護二級、0-20分為需照護三級。 給付水準上限：乙案為需支援15小時、需照護一級30小時、二級65小時、三級120小時。 支付標準：每小時220元 現金給付：保險給付的30%	2011年	591.66	0.46	178.84	71.73
	2046年	2,326.30	0.90	696.68	293.58
中高推計（一-乙-C-2）： 照護分級：僅心智功能障礙為需支援、41-70為需照護一級、21-40分為需照護二級、0-20分為需照護三級。 給付水準上限：乙案為需支援15小時、需照護一級30小時、二級65小時、三級120小時。 支付標準：每小時240元 現金給付：保險給付的40%	2011年	673.59	0.52	204.21	81.91
	2046年	2,554.67	0.99	765.49	322.57
高推計（二-丙-A-1）： 照護分級：僅心智功能障礙為需支援、51-70為需照護一級、31-50分為需照護二級、0-30分為需照護三級。 給付水準上限：丙案為需支援25小時、需照護一級45小時、二級90小時、三級150小時。 支付標準：每小時200元 現金給付：保險給付的30%	2011年	778.98	0.60	235.42	94.43
	2046年	3,033.20	1.17	908.38	382.78
極高推計（二-丙-C-2）： 照護分級：僅心智功能障礙為需支援、51-70為需照護一級、31-50分為需照護二級、0-30分為需照護三級。 給付水準上限：丙案為需支援25小時、需照護一級45小時、二級90小時、三級150小時。 支付標準：每小時240元 現金給付：保險給付的40%	2011年	974.99	0.75	295.54	118.54
	2046年	3,663.93	1.42	1,097.86	462.63

貳、建議

根據本報告各節分析，對於我國長期照護保險的支付制度，財源籌措與財務處理等財務規劃，提出下列建議，彙總列於表 8-2，表 8-3 與表 8-4。

表 8-2：支付制度建議彙總

討論議題	問題背景與分析	建議方案	理由
1. 支付方式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 長期照護服務可區分為居家/社區與機構 2. 提供服務之事業單位可以提供上述之服務 3. 支付方式之選擇需考量可行性 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居家服務採論量計酬 2. 社區服務可採論量與論人計酬 3. 機構服務採論人計酬 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 實際可行。 2. 計算簡潔。
2. 支付標準訂定	<ol style="list-style-type: none"> 1. 支付標準的訂定，應能夠反映合理成本結構 2. 支付標準應能使提供者提供有效率與品質的服務，並使制度能永續經營。 3. 支付標準之訂定原則，應考量適當性、服務品質與效率 	<p>支付標準訂定原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 不同項目不同支付點數 2. 特殊地區，特殊服務時段支付點值加成 <p>支付點數與點值之訂定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本項目考量：服務內容，服務時間長短，需求者需照護等級 2. 加算/減算項目：特殊地區，服務時段，其他影響服務品質之變項 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 考量支付之公平性。 2. 合理成本結構之考量。 3. 可接受之服務品質。
3. 支付標準之調整	<ol style="list-style-type: none"> 1. 長期照護保險支付標準受國內經濟情況影響，應進行調整。 2. 支付標準之調整，可區分為同期與跨期之觀點 3. 支付標準之調整機制，須定期進行分析。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 支付標準每三年檢討並調整。 2. 建立支付標準調整之參考指標，可依勞動條件與國民所得進行調整。在勞動條件方面，包含勞動薪資、勞動安全條件與其他影響人力成本之因素。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 參考日本三年大調一次支付標準與點數。 2. 長期照護為人力密集產業，以勞動條件進行支付標準調整合乎實際情況。

表8-3：財源籌措建議彙整

討論議題	問題背景與分析	建議方案	理由
1.財源結構 (勞雇保險費、政府補助、部分負擔、其他財源)	<p>1.採多元方式籌措財源，較可以達到財源充分性目標。</p> <p>2.社會保險費是長期照護保險的主要財務來源，由勞雇雙方負擔，基於家庭照護責任，雇主負擔比例宜較低。</p> <p>3.政府對照護責任應有所承擔，目前相關法令已經規範政府責任，故政府補助長照保險費用的比例宜較健保為高。</p> <p>4.部分負擔為使用者付費概念，彰顯個人公平性，然採行保險制，事先已經繳交保費，取得風險發生的給付權利，故部分負擔不宜太高。</p> <p>5.日本經驗：除 10% 的部分負擔外，其餘九成費用，由政府補助 50%，65 歲人口負擔 19%，40-64 歲負擔 31%（其中勞雇各半負擔）。</p>	<p>1.保險給付支出占 90%。</p> <p>2.部分負擔與其他財源合計占 10%。</p> <p>3.保險給付支出勞資政之分擔比例，由目前健保的 39：35：26 調整為 40：20：40。</p>	<p>1.兼顧風險分攤與社會福利功能。</p> <p>2.平衡個人與社會責任。</p> <p>3.採多元財源，符合財源充分性。</p> <p>4.財務負擔兼具公平性與合理性。</p>
2.勞雇保險費及政府補助的比例	<p>1.改進保費負擔公平性。</p> <p>2.加強弱勢群體的補助。</p> <p>3.長期照護特殊。</p> <p>4.政策可行性。</p> <p>5.日本、德國等勞雇雙方責任約為五比五，我國健保目前受雇者是 30%：60%</p> <p>6.台灣目前健保保險給付勞資政分擔比例為 39：35：26（政府負擔不含政府以雇主身份的保費負擔及對弱勢者的自繳保費補助）。</p>	<p>方案 1A：比照現行全民健保分擔比例，並隨健保改革而調整。</p> <p>A.30：60：10（受雇者）</p> <p>B.30：---：70（農漁民及榮眷）</p> <p>C.60：---：40（其他）</p> <p>方案 1B：</p> <p>A.30：40：30（受雇者）</p> <p>B.30：---：70（農漁民及榮眷）</p> <p>C.50：---：50（其他）</p> <p>（勞、資、政平均負擔為 34：24：42）</p>	<p>1.與健保完全相同，不需要再加強宣導。</p> <p>2.不同類別的政府補助比例不同的爭議仍存在。</p> <p>3.假設長照保險與健保的政府責任是相同的。</p> <p>1.各類目被保險人負擔率與 1.5 代健保相同，可行性高。</p> <p>2.提高對弱勢者的補助。</p> <p>3.減輕雇主負擔比率，減少推行阻力。</p>

		<p>方案 2：勞、資、政保費分擔比例</p> <p>A.受雇者 —30：30：40</p> <p>B. 其他國民—60：--：40 (勞、資、政平均負擔為39：18：43)</p>	<p>1.政府對所有人的補助比例皆相同</p> <p>2.勞雇負擔比率相同</p> <p>3.雇主負擔比例最低，減少推行阻力</p>
		<p>方案 3：</p> <p>A.受雇者 —40：35：25</p> <p>B.其他國民—40：---：60 (勞、資、政平均負擔為38：21：41)</p>	<p>1.各類目被保險人負擔率一致，消弭負擔不公平之爭議。</p> <p>2.政府對弱勢者的補助較高。</p> <p>3.雇主負擔比例相當程度下降，減少推行阻力。</p>
<p>3.部分負擔比例</p>	<p>1.全民健保依據急症、慢性病房住院、門診、急診、住院天數、有無轉診等而有不同的部分負擔額度。</p> <p>2.全民健保住院有部分負擔上限。</p> <p>3.全民健保居家照護的部分負擔為10%。</p> <p>4.機構不給付食宿費用。</p> <p>5.日本部分負擔為10%；韓國居家/社區15%、機構20%。</p> <p>6.十年長照計畫一般民眾自付40%，中低收入者10%，低收入戶免部分負擔。</p> <p>7.健保全年住院部分負擔上限為47,000元。</p>	<p>方案一：</p> <p>各給付項目之部分負擔一律10%；</p> <p>但中低收入者減半為5%，低收入戶免部分負擔。</p> <p>個人部分負擔上限為每月部分負擔不超過平均薪資的4%，每年的部分負擔，不超過平均薪資的3%。全戶上限以一個人上限的1.5倍計算。</p>	<p>1.為達成個人公平性，宜有部分負擔設計，但已事先繳交保費，部分負擔不宜太高。</p> <p>2.使用機構服務者必須自付食宿費用，且機構收費超過保險給付上限部分也必須自付。</p> <p>3.避免造成經濟弱勢者的沈重負擔，應依經濟能力予以減免，並設定上限。</p> <p>4.全戶若有2人及以上需照護則僅以一個人上限1.5倍計算，以免造成過重負擔。</p>
		<p>方案二：</p> <p>居家社區給付部分負擔為10%、機構給付部分負擔為15%；</p> <p>但中低收入者減半為5%，低收入戶免部分負擔</p> <p>部分負擔上限為需照護一個人每月部分負擔不超過平均薪資的4%，一個人每年的部分負擔，不超過平均薪資的</p>	<p>1.為鼓勵在地老化，機構給付部分負擔可略高於居家社區給付。</p> <p>2.避免造成經濟弱勢者的沈重負擔，應依經濟能力予以減免，並設定上限</p> <p>3.全戶若有2人及以上需照護則僅以一個人上限1.5倍計算，以免造成過重負擔。</p>

		3%。則全戶上限以一個人的1.5倍計算。	
4.保險費計算基礎及徵收方式	<p>1.現行全民健保保險費計算基礎為薪資所得，費基成長較不能反映所得成長。</p> <p>2.1.5代健保保費計算基礎為個人總所得。</p> <p>2.二代健保保費計算基礎為家戶總所得。</p>	<p>1.原則上配合全民健保的保費計算基礎。</p> <p>2.如開辦時已為1.5代健保，則以個人總所得(薪資所得與部分非薪資所得)為保費計徵基礎。</p> <p>2.如未來實施二代健保，則改以家戶總所得為費基。</p>	<p>1.採行與全民健康保險體系相容的保費計徵制度，增進行政效率。</p> <p>2.改善財務負擔公平性</p> <p>3.符合財務收入的充足性與穩定性。</p>

表8-4：財務處理建議彙總

討論議題	問題背景與分析	建議方案	理由
1.隨收隨付制或儲備制	1.人口老化導致費用增加。 2.費率調整不易。 3.維持財務穩健。 4.日本三年調整一次費率。 5.德國 1995 年 1%，1996 年開始費率維持在 1.7%，2007 年安全準備有 2.06 個月。2008 年 7 月起費率調整為 1.95%。2005 年起無子女者多繳交 0.25% 附加保費，2008 年保險費率為 2.2%。	方案一：採 10 年平衡，最高約 8 個月準備提存。 方案二：採 15 年平衡，最高約 14 個月準備提存。	1.確保財務收支長期維持平衡。 2.避免費率急劇變化。 3.兼顧代間負擔的公平性與民眾的接受度。 4.考量保費負擔額度、保費調整幅度、基金累積規模等因素選擇適當方案。
2.精算架構	1.各項長期照護給付項目的使用率不易掌握。 2.需建立長期資料庫，相關精算因子數據蒐集。	1.保險費率之精算主要採「量出為入」方式。 2.影響支出面的因素包括社會經濟因素與制度性因素。 3.影響收入面的因素則包括：投保金額（家戶所得）、被保險人總人數、被保險人投保類別結構、經濟成長。	1.掌握影響支出與收入的相關因素變動趨勢。 2.確保財務收支長期維持平衡。
3.財務控管與調整機制	1.全民健保採行總額預算支付制度，控管總醫療費用的合理成長。 2.全民健保費率受到政治性、經濟性因素影響，調整不易。	1.設立長照需要評估核定機關，為健保局所屬單位 2.採行照護管理機制 3.審慎訂定給付上限 4.採行部分提存準備 5.若費率調整因政治等因素受阻，則改以「量入為出」原則，檢討給付水準的調整空間 6.若給付水準與支付標準調整，則應有費率連動調整機制。	1.確保資源運用的效率性。 2.採行照護管理制度，則長期照護財務費用不致無法控制。 3.避免費率調整過於頻繁或因政治因素而導致調整不易，傷害財務健全性。

參考書目

- 內政部 (2007)。《我國長期照護十年計畫》。取得日期:
2008.10.12。網址：<http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan/我國長期照護十年計畫.doc>。
- 中央健保局(2008)。《民國 96 年全民健康保險費率精算報告》。取得日期:
2009.02.15。
網址：http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_11408_1_96年精算報告.pdf。
- 行政院經濟建設委員會 (2004)。《照護服務福利及產業發展方案執行情形檢討報告》。台北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院經濟建設委員會 (2008a)。《中華民國台灣地區民國 97 年至 145 年人口推計》。台北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院經濟建設委員會 (2008b)。《照護服務福利及產業發展方案第二期計畫總結報告》。台北：行政院經濟建設委員會。
- 呂寶靜、吳淑瓊、徐亞瑛、莊坤洋、鄭清霞、陳正芬 (2006)。《我國長期照護制度規劃報告》。內政部委託研究計畫報告。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭、陳正芬 (2003)。《建構長期照護體系先導計畫—第三年計畫》。內政部九十一年委託研究計畫。
- 朱澤民、周麗芳、梁正德、鄭清霞 (2000)。〈老年長期照護財務經費推估〉。
《長期照護財務問題—各國經驗及台灣前景研討會論文集》，頁 135-151。
台北：國家衛生研究院。
- 陳孝平、王正 (2003)。《長期照護體系建構在社會資源中獲得的分配比率變遷趨勢》。內政部委託研究計畫報告。台北：內政部。
- 曾蕃霓 (2003)。《以家庭為中心的就地照護政策成本：長期照護費用動態推估之研究》。嘉義：中正大學社會福利研究所博士論文。
- 周台龍、鄭文輝 (2008)。〈台灣多層次長期照護財務保障架構之探討〉，《台灣社會福利學刊》，7(1)，65-122。
- 周麗芳、林佳慧 (2003)。〈台灣地區老年長期照護成本推估〉，《保險實務與制度》，2 (1)，59-81。
- 鄭文輝、吳淑瓊、林志鴻、鄭清霞、陳正芬 (2003)。《長期照護費用估算之研究》。內政部委託研究計畫報告。台北：內政部。

- 林志鴻(2004)。「照護需要風險制度化滿足之社會經濟效果 - 以德國長期照護保險為例」,刊於長期照護財務制度規劃:7-56。國家衛生研究院。
- 林美色(2004),荷蘭健康保險制度,羅紀琮主持,日德法荷等國健保財務制度及費率調整機制之比較探討。行政院衛生署九十三年度委託研究計畫。
- 日本:介護報酬の算定構造—介護サービス,2006年。
- 日本:介護報酬の算定構造(案)—介護サービス,2009年。
- 日本:介護給付費等単位数サービスコード,2008年。
- 李玉春、葉玲玲、黃光華、黃昱瞳、黃清郁、朱菊新。(2006)。全民健保支付制度未來改革方向之研究。行政院衛生署九十四年度研究計畫。計畫編號:DOH94-HI-1006。
- 李光廷。(2004)。日本介護保險的最新發展—由給付面看日本介護保險的財務危機。國家衛生研究院:長期照護財務制度規畫。
- 李光廷。(2008)。日本介護保險實施現況、發展與未來。研考雙月刊,32(6):53-67。
- 東京都福祉保健局:介護保險施設に係る介護報酬の地域差等に関する提言~大都市東京で深刻化する人材不足の打開に向けて,2007年。
- 鄭文輝(2004)。*《我國長期照護財務制度問題初探》*。內政部委託研究計畫報告。台北:內政部。
- 鄭文輝、林志鴻、陳惠姿、張宏哲、鄭清霞、朱僑麗(2004a)。*《推動長期照護保險可行性之研究》*。行政院經濟建設委員會研究計畫報告。
- 鄭文輝、鄭清霞、林志鴻、陳正芬、吳淑瓊(2004b)。*〈我國未來長期照護費用之推估其相關因素之影響分析—2001-2046〉*。*《長期照護財務規劃》*,111-154。國家衛生研究院論壇。
- 鄭文輝、鄭清霞(2005)。*〈我國實施長期照護保險之可行性評估〉*。*《國家政策季刊》*,4(4),69-92。
- 鄭文輝、鄭清霞(2008)。*〈長期照護保險制度之規劃〉*。*《國家政策季刊》*,出版中。
- 鄭文輝、藍忠孚、朱澤民、朱僑麗、李光廷、李美玲、沈茂庭、林志鴻、林依瑩、林昭吟、周麗芳、高森永、徐偉初、陳孝平、陳俊全、劉宜君、鄭清霞(2005)。*《我國長期照護財務規劃研究》*。內政部委託研究計畫報告。
- 鄭清霞、林志鴻、鄭文輝、陳正芬(2006)。*〈制度性因素對長期照護保險費用影響程度之初探—以ADLs功能障礙者為例〉*。*《東吳社會工作學報》*,15,75-112。
- 鄭清霞、鄭文輝(2007)。*〈我國長期照護制度的費用估算與財務處理〉*。*《台大社*

會工作學刊》, 15, 167-218。

AARP(2003), Proceeding of AARP International Forum on Long-Term Care ,
Retrieved 2009/02/20, from
[Shttp://assets.aarp.org/www.aarp.org_/articles/international/LTCforumproceedings.pdf](http://assets.aarp.org/www.aarp.org_/articles/international/LTCforumproceedings.pdf).

Busse, R., & Mays, N. (2008). *Chap. 9 Paying for chronic disease care*. New York: Open University Press.

Cohen, M. (1998). Emerging Trends in the Finance and Delivery of Long-Term Care: Public and Private Opportunities and Challenges. *The Gerontologist*, 38(1), 80-89.

Gibson, M. J., S. Gregory and S. Pandya (2003). *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*. AARP Public Policy Institute Research Report. Retrieved November 26, 2007 from
http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDEFile/16401.PDF?Archive=193439191161&File=16401_PDF

Gibson, Mary Jo and Donald L. Redfoot(2007), Comparing Long Term Care in Germany and United States: What Can We Learn from Each Other? The AARP Public Policy Institute, Washington, Retrieved 2009/02/20, from
http://www.aarpinternational.org/usr_doc/Comparing_LTC_in_Germany_&_the_US_2007.pdf

Hicks L.L., Rantz M.J., Petroski G.F., Madsen R.W., Conn V.S., Mehr D.R., & Poter R.(1997). Assessing Contributors to Cost of Care in Nursing Homes. *Nursing Economic*, 15(4): 205-212.

Holdenrieder, J. (2006). Equity and Efficiency in Funding Long-term Care from An EU Perspective. *Journal of Public Health*, 14, 139-147.

Ikegami, N., and Campbell, J. C. (2002). Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term care systems. *Social Policy and Administration*, 36(7), 719-734.

Ikegami, Naoki (2005) ,Design and Impact of Public Long-Term Care Insurance in Japan, Retrieved 2009/02/20, from
http://www.aarpinternational.org/resourcelibrary/resourcelibrary_show.htm?doc_id=545749

Johnson, P. and Falkingham, J.(1992), *Aging and economic welfare*, SAGE, London.
Ministry of Health, Welfare and Supports (2004), *En Route to a sustainable system of long-term care and social support cohesion and solidarity. Part 1.* DVV-U-2475903. DEN HAAG. The Netherlands.

Kwon S. (1997). Payment system for providers in health Insurance markets. *Journal of Risk and Insurance*, 64(1): 155-173.

附錄一、

「長期照護保險法制財務機制及財源籌措之評估」研究案學者專家會議紀錄

時間：2009年2月23日(一)10:00-13:30

地點：健保局9樓第3會議室

主持人：鄭文輝教授

學者專家：李玉春教授、林志鴻教授、李光廷教授、陳正芬教授、謝媽聘教授

研究團隊：鄭文輝教授、朱澤民教授、鄭清霞教授、朱僑麗教授、

周台龍講師、韓幸紋講師

討論題綱：

一、德、日、荷、韓長期照護保險財務規劃

- 1.長期照護費用規模(含個別給付的費用規模)及變遷趨勢
- 2.支付制度的設計原則
- 3.長期照護財務籌措方式
- 4.長期照護財務處理方式與調整機制

二、台灣長期照護保險財務規劃建議

- 1.合理成本結構、支付標準訂定、支付標準調整的考量原則
- 2.財源籌措、財源結構與部分負擔設計
- 3.精算架構、財務處理方式

三、如何落實財務責任制度

- 1.給付項目、給付水準、給付上限
- 2.管理機制—評估、認定、照護計畫、重新評估
- 3.定期精算→連結精算與短期財務重估算→調整機制

四、如何賦予地方政府適當參與角色

- 1.社會資源連結
- 2.創新方案委託
- 3.支援單位
- 4.管理機制

會議記錄

主席致詞：略

李教授玉春：實質部分負擔預計約多少？

主席：若是10%，約為8%。

李教授玉春：這會涉及到後面部分負擔的設計，除了經濟狀況外，還有沒有其他減免，因現在健保減免是因為重大傷病、偏遠地區...等。

主席：若是百分之八，希望兩個百分點是用其他財源，是鼓勵遺產捐贈。

李教授玉春：因為我們部分負擔設計時會考慮到價格彈性，其實長照的彈性應該是比急性醫療較高。在日本的設計來看應該是沒有考量。

就以居家服務與居家護理來說，相對於住院，他的價格彈性應該是會比較高。因為我們住院是10%，這邊是不是要用比較低的部分負擔。在日本是從新黃金計畫來的，基本上設計的概念我覺得與我們的保險是不一樣的，所以，當我們在設計時，這平衡性應該重新考量。應該可以比百分之十更高，在過去健保老人部分負擔是較低，是後來才逐年提高。所以實質的部分負擔還要算現金比例。那在長照裡對於急重症病患還要收嗎？

林教授志鴻：因日本走實物給付與入院，剛開始是有機構化問題。現金給付需要很多制度的配套，其實他的費用是相對低，也不要變成機構化。第二個是例如健保有重大傷病，是經過醫生的確認，免部分負擔。那長照不一樣的是經過確認，假如以後有照護評估制度的話，所以，遇發性需求會變低很多。及使他是經過被確認的，只少是重度以上，可以免部分負擔。在部分負擔上，他是怕會有道德危險的問題。長照比較上來講，他與疾病是不一樣的，長照一被認定有照護需要的話，他是長期的，假如部分負擔設計嚴格的話，很多人會受不了。德國是故意不表現成部分負擔。會限定什麼樣的狀況才能去機構，其他還是以居家為主。日本制度剛開始時就有百分之十，去機構住膳宿都是保險出。

李教授玉春：其實有兩個方向，剛提的實質部分負擔其實是要考慮領取現金給付比例。領取高部分負擔占整體是低的。很顯然的，大部分初期是領現金，尤其外籍看護工高達17萬，比例是很高的。

主席：就方案(一)、(二)，是否覺得方案(二)的15%有其必要？

林教授志鴻：是應該要談實質那些看不到的隱含性。可以參考德國，重度的人才到機構，其費用也高，再加上部分負擔，會很快就變成低收入戶，低收入戶又免收費了。德國長照與健保都是雙財源制度，分固定投資(由地方政府管控)與流動。

李教授玉春：依台灣經驗，地方政府不適合介入評估，到最後完全是站在利益觀點，只為了選票。地方政府的角色對台灣政治生態還試要考量。

主席：針對勞資政的保險給付四個方案的比例是否有其他看法？

朱教授澤民：較偏向方案(三)。在長照裡，雇主應該擔少一點的責任，因長照發生率以65歲以上居多，所以我比較偏向個人責任。另外，部分負擔10%，我認為不會很高。十年的平衡是差不多的。

林教授志鴻：提出一個想法參考，可能很多人會反對，在長照裡可能有四分之一的人終身不必用，是不是保費繳了六十年就不用繳。

主席：應該不要去計較用的到用不到，這還要去宣導。其他財源的話鼓勵遺產捐贈。

主席：說明方案(一)、(二)。

朱教授澤民：應說明“減輕雇主負擔”的理由和長照的本質，否則民眾容易變成情緒化。

李教授玉春：雇主的部分建議可以降低，或許可從方案(二)延伸，

例如：40：35：25。現在的居家照護10%，事實上對很多人是負擔很重，那是因為交通費自付，那以後交通費不應該另外收，成本應該算進去。

林教授志鴻：德國是以社區照護優先，要求就是服務就在你身邊，所以交通是不付的，連開個人課程都是在需要的人旁邊開，而且是免付費。在台灣，雇主在職災保險已經有負擔，所以，在長照上應該可以輕一點。

陳教授正芬：給付項目部分，有鑑於居家式及社區式服務發展的落後，且為避免長期照護的服務朝向機構化發展，建議社區式及居家式服務的給付項目及給付標準盡可能彈性化處理，且在短期之內（例如三至五年內），讓同樣失能程度者獲得居家服務或社區式服務的給付水準高於機構式，一則可以鼓勵民眾使用，另一方面亦可刺激居家服務或社區式服務的發展；待居家服務或社區式服務的供給量與服務使用趨勢逐遍攀升後，再考量逐步拉近其與機構式服務的給付水準。

且為提升居家式服務的使用彈性，建議可參考日本的給付標準，也就是參考7-11的時薪設計，提供週間與假日不同，日間、小夜班及大夜班不同的給付水準，鼓勵居家服務產業的發展，亦提供給民眾更加便利的服務使用。

在外籍看護工方面，建議在給付看護工的前提下，可在短期內（例如三至五年內）限定機構式服務的使用者必須四項失能者以上，再視財務狀況及服務使用情形逐步調整之。

老人餐飲服務固然目前係十年長期照護計畫的給付項目，但未來長期照護保險開辦後，建議應取消本項與長期照護需求無關的給付，讓有餐飲需求的低或中低獨居老人回歸社政的社會救助體系。

而交通接送服務涉及社區式服務的使用頻率，建議應提高給付水準及給付上限，且不應侷限於重度失能者，方能鼓勵社區式服務的使用。

再從服務給付項目回歸管理機制，考量我國民眾對長期照護相關服務的認知多侷限於機構式服務與外籍看護工的聘僱兩項，且如上所述，我國民眾已過於習慣健保制度之下“過於”自由的就醫選擇，故保險開辦初期，建議應由具公權力者進行長期照護需求的評估與認定，並依據需求評估結果擬定照護計畫，由具公權力的照護評估者詳細說明其建議的長期照護服務項目，以協助民眾增強對各項長期照護服務的認識；在此建議下，照護管理的人事成本必然提升，就在培養對各項服務的瞭解後，可依據民眾的服務使用行為的多元化趨勢逐步提高照護管理人員的個案量，據以降低人事成本。

李教授光廷：有關於給付水準、給付上限、財務控管等以下意見提供參考

- (1) 機構經營成本較高，給付水準低於居家服務給付恐引起不平之鳴。
- (2) 給付不足衝擊經營成本，業者恐以縮減人力負擔或降低服務水準對應。
- (3) 日本為鼓勵居家服務業者投入市場，居家服務報酬單價設定略高於市場行情（業者可以降低報酬費用但不能提高）。
- (4) 日本的部分負擔有高額上限，超過上限者，由保險償還，防止陷入低收入戶。但服務利用超過給付上限者，全額自付。
- (5) 照護服務單價基準由國家制定，每隔 3 年視財務收支情況調整，同時也調整保險費。
- (6) 照護服務的部分負擔若高於醫療服務，有轉嫁「社會性入院」之虞。
- (7) 2003 年後，入居機構以「視情況需要優先程度」為原則，各市區町村定有一定規則。
- (8) 控管保險財務除保險費及部分負擔外，「照護報酬」高低是決定保險支出的另一項重要關鍵。

謝教授媽聘：日本每三年大修一次支付標準，但是，每年對支付標準會小幅修改。修改仍是以學者、業界與民眾三方協商、討論與溝通，並且進行跨項目之討論。

陳教授正芬：針對中央與地方政府的角色分工，特別是地方政府的參與角色，從，從資源發展角度觀之，考量目前各地服務項目發展步伐並不一致，如果由中央政府統一管理，在資源無法滿足需求的危機下，恐怕會重蹈日本的覆轍，讓醫療院所附設的長期照護機構成為主要的服務提供單位，一則導致長期照護費用的大幅上漲，另一則讓失能老人提早失能（因為可能會接受太多不必要的服務）；再者，相對於中央政府，地方政府對於當地的資源服務提供者更為熟悉，故建議應賦予地方政府相當程度的社會資源開發與連結的角色與任務。建議可參考日本推動介護保險時同步推動的「黃金 21」政策，與地方政府共同訂定階段性發展目標，特別是居家式及社區式服務。

如上所述，地方政府對於當地的服務提供者較為熟悉，建議創新服務方案可委託或鼓勵地方政府積極開發，盡可能讓地方政府發展因地制宜的創新方案，藉以落實在地老化之理想。

管理機制方面，因為長期照護的對象並非有急迫醫療需求者，故管理機制應同時納入設政與衛政背景者，避免個案的社會及心理需求被忽略。

李教授光廷：補充報告一下，根據「老人福祉法第 15 條」唯「社會福利法人」可以設置老人療養機構。2007 年 6 月，醫療法人設置老人特別養護之家提

案被撤回。至少至目前為止尚不能設置。醫療法人可設置的是「療養型慢性病房—與醫療保險給付的醫療型慢性病房區隔」及「老人保健設施—強化復健，以促進老人回家為目的。接受急性治療後，一時無法回家由家人照護(或利用居家照護)的老人。原則上以 3 個月為入居期限」。但社區緊密型照護體制的「失智症老人團體家屋」「私費老人之家附設照護服務(稱為「特定機構」)則可以衛星型附設而營運(同社區緊密型照護服務，一般民間企業亦可營運)。---2012 年以前，厚勞省預定將 15 萬床「療養型慢性病房」廢止，因此支援其轉換。地方政府不應因導入「長期照護保險」而脫卸原來經營社會福利的責任及義務，保險無法給付的必要服務，政府應補充給付。

謝教授媽聘：有關日本介護認定流程，主要如下：

- 1.到市公所辦理。辦理時，市公所派調查員進行認定調查。同時，指定主治醫師製程醫師意見書。
- 2.依據認定調查結果與醫師意見書，根據國家定的基礎，評定需要照護的時間。稱為一次判定。
- 3.在舉行照護認定審查會，依據第一次判定結果，認定調查，醫師意見書的內容，綜合認定需要照護等級及有效期間。稱為二次判定。
- 4.市公所根據二次判定通知使用者。

其次在要介護認定基準時間：依據需要花費照護時間，單位為分。認定調查及醫師意見書是依據下列五個部份分別進行推算合成。

- 1.入浴、排泄、食事等照護
- 2.洗濯、掃除等家事援助等
- 3.遊走、對於不潔的行為的清潔。
- 4.步行訓練、日常生活訓練等機能訓練
- 5.點滴的管理，褥瘡等

	要介護認定等基準時間
要支援 1	需服務時間 25 分以上不滿 32 分鐘之狀態
要支援 2	為要支援之情形，需要支援服務每日 32 分以上不滿 50 分裡的狀態
要介護 1	每日需要 32 分鐘以上不滿 50 分鐘之介護服務的狀態
要介護 2	每日需要 50 分鐘以上不滿 70 分鐘之介護服務的狀態
要介護 3	每日需要 70 分鐘以上不滿 90 分鐘之介護服務的狀態
要介護 4	每日需要 90 分鐘以上不滿 110 分鐘之介護服務的狀態
要介護 5	每日需要 110 分鐘以上介護服務的狀態

第三，要介護認定等基準時間の推計方法

依據一分鐘時間觀察資料為原則，用樹形模式推估做成。由於花時間，國家將此基礎用軟體呈現，又稱認定軟體或一次判定軟體。此軟體分配到各市公所。

2003 後的認定結果，只要輸入軟體，就可以推算出使用者的需要照護時間。

有關樹形模式好像有點爭議，所以好像有在陸續修改中。

因此，給付上面的設計，仍是以需要照護之時間為主。

至於支付制度，有基本的支付點數，再依需照護者之照護等級、提供服務之內容、提供服務之人員，進行加算或減算。支付點值之設計，每一種服務均有學者、業界與使用者代表進行協商與設定，例如，入住機構之點值給付，學者就包含了：照護、醫療、福利、建築與空間規畫之學者，業界與使用者/使用者家屬與民眾等人員，進行討論，以期能夠反應成本結構與服務需求。

附錄二、現行全民健保保險費負擔比率

保險對象類別	負擔比例 (%)				
	被保險人	投保單位	政府		
第一類	公務人員	本人及眷屬	30	70	0
	公職人員	本人及眷屬	30	35	35
	私校教職員	本人及眷屬	30	60	10
	公民營事業、機構等有一定雇主的受雇者	本人及眷屬	30	60	10
第二類	雇主	本人及眷屬	100	0	0
	自營業主 專門職業及技術人員自行執業者	本人及眷屬	100	0	0
第三類	職業工會會員	本人及眷屬	60	0	40
	外僱船員	本人及眷屬	60	0	40
第四類	農民、漁民	本人及眷屬	30	0	70
	水利會會員	本人及眷屬	30	0	70
第五類	義務役軍人、替代役役男、軍校軍費生、在卹遺眷	本人及眷屬	0	0	100
	低收入戶	本人及眷屬	0	0	100
第六類	榮民、榮民遺眷	本人及眷屬	0	0	100
	榮民遺眷家戶代表	本人及眷屬	30	0	70
	其他地區人口	本人及眷屬	60	0	40

附錄三、現行全民健保保險部分負擔上限相關規定

門診部分負擔

醫院層級	西醫門診		急診	牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診			
醫學中心	210 元	360 元	450 元	50 元	50 元
區域醫院	140 元	240 元	300 元	50 元	50 元
地區醫院	50 元	80 元	150 元	50 元	50 元
診所	50 元	50 元	150 元	50 元	50 元

(1) 凡領有身心障礙手冊者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取 50 元。

(2) 門診手術及住院患者出院後 30 日內第一次回診視同轉診，依並得由醫院開立證明供病患使用，按經轉診規定收取部分負擔。

資料來源：健保局網站

藥費部分負擔

藥費	部分負擔費用
100 元以下	0 元
101~200 元	20 元
201~300 元	40 元
301~400 元	60 元
401~500 元	80 元
501~600 元	100 元
601~700 元	120 元
701~800 元	140 元
801~900 元	160 元
901~1000 元	180 元
1001 元以上	200 元

資料來源：健保局網站

住院部分負擔

病房別	部分負擔比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病房	-	30 日內	31~60 日	61 日後
慢性病房	30 日內	31~90 日	91~180 日	181 日以後

全民健康保險對象住院醫療費用自行負擔金額上限：

(1) 因同一疾病每次住院部分負擔上限：30,000 元(98 年度)。

(2) 全年住院部分負擔上限：50,000 元(98 年度)。

前列住院部分負擔上限之適用範圍，以保險對象於急性病房住院 30 日以下或慢性病房住院 180 日以下所應自行負擔之醫療費用為限，不包含全民健康保險法所規定不予給付之項目。

資料來源：健保局網站

附錄四、2008-2009 中央政府有關長期照護預算經費

部會	2008年		2009年	
內政部	居家服務	1,377,845	居家服務	1,499,321
	老人餐飲	33,293	老人餐飲	36,621
	日間照顧	174,006	日間照顧	191,404
	失智症老人日間照顧	11,602	失智症老人日間照顧	12,761
	失智老人團體家屋	-	失智老人團體家屋	20,600
	家庭托顧	8,116	家庭托顧	8,927
	交通接送服務	350,761	交通接送服務	259,750
	社區照顧關懷據點	238,400	社區照顧關懷據點	240,000
	文康休閒初級預防	48,834	文康休閒初級預防	48,834
	中低老人假牙補助	-	中低老人假牙補助	230,000
	照顧管理資訊平台	24,838	照顧管理資訊平台	1,200
	失能者需求評估及證明核發系統	-	失能者需求評估及證明核發系統	14,900
	充實及改善老人福利機構設施設備	267,619	充實及改善老人福利機構設施設備	277,055
	內政部 98年小計	2,535,314	內政部 99年小計	2,841,373
衛生署	辦理長期照護評估、整合照顧管理制度	241,677	辦理長期照護評估、整合照顧管理制度	219,653
	辦理喘息服務、居家護理服務、社區及居家復健	68,100	辦理喘息服務、居家護理服務、社區及居家復健	68,100
	建置發展遲緩兒童評估診斷及療育服務網絡	33,500	建置發展遲緩兒童評估診斷及療育服務網絡	28,000
	推動身心障礙醫療復健輔具中心計畫	31,000	推動身心障礙醫療復健輔具中心計畫	20,000
	捐助一般護理之家、日間照顧及失智症護理之家功能改造	22,300	捐助一般護理之家、日間照顧及失智症護理之家功能改造	22,300
	加強長期照護之專業人力培育及相關研究	9,200	加強長期照護之專業人力培育、業務政策規劃	10,000
	辦理各縣市護理機構督導考核、辦理護理之家及居家護理評鑑	13,180	辦理各縣市護理機構督導考核、辦理護理之家及居家護理評鑑	11,180
	辦理長期照護宣導、全國觀摩會及相關研討會	2,500	辦理長期照護相關研究、失智照護、長期照護宣導	2,500
	業務費及其他	4,934	建立ICF身心障礙分類鑑定機制、身心障礙鑑定作業資訊系統	7,500
			業務費及其他	3,558
	衛生署 98年小計	426,391	衛生署 99年小計	392,791

附錄四、2008-2009 中央政府有關長期照護預算經費（續）

部會	2008年		2009年	
	衛生署 98年小計	426,391	衛生署 99年小計	392,791
教育部	補助大學校院開設長照（老人）跨領域學分學程	1,000	補助大學校院開設長照（老人）跨領域學分學程	1,000
	輔導訪視大專校院提升長照系科課程品質等	250	輔導訪視大專校院提升長照系科課程品質等	250
	教育部 98年小計	1,250	教育部 99年小計	1,250
勞委會	照顧服務員培訓	30,663	照顧服務員培訓	52,233
	補助特定對象參加技術士檢定（補助項目為學科測試費、術科測試費、報名資格審查費及證照費）	14,091	補助特定對象參加技術士檢定（補助項目為學科測試費、術科測試費、報名資格審查費及證照費）	14,091
	勞委會 98年小計	44,754	勞委會 99年小計	66,324
農委會	辦理照顧服務員訓練5班	1,500	辦理照顧服務員訓練4班	1,200
	辦理家庭照顧者2班	200	辦理家事管理員訓練30班	3,000
	辦理家事管理員訓練43班	4,300	設置農村地區生活服務中心26個	2,600
	設置農村地區生活服務中心27個	2,700		
	農委會 98年小計	8,700	農委會 99年小計	6,800
原民會	補助辦理原住民族地區老人照顧服務－推動部落老人日間關懷站計畫及機構老人及身心障礙者養護計畫	21,884	補助辦理原住民族地區機構老人及身心障礙者養護計畫	6,000
	委外辦理部落老人日間關懷站專業訓練、諮詢、訪視輔導	4,000	辦理部落老人日間關懷站（含專管中心、專業訓練、諮詢、訪視輔導等）計畫	48,000
	原民會 98年小計	25,884	原民會 99年小計	54,000
	98年 合計	3,042,293	99年 合計	3,362,538

資料來源：經建會提供

附錄五、全民健保與長照相關的項目點數

照護項目	95 年 資料	96 年 資料	點數 (億點)
居家照護醫療		v	8.89
住院安寧療護		v	5.49
精神科社區復健		v	6.40
精神科日間住院治療	v		6.71
精神疾病住院 181 天以上者	v		56.00
呼吸器依賴患者	v		54.01
合計			137.50

資料來源：全民健保局提供

附錄六、日本介護保險長期照護相關服務支付標準

附表4-3-1、日本居家照護支付標準，2009年

基本支付		加算			減算
		服務時間為清晨/晚上/深夜	2位照護服務員到場	特別地區	居家照護員為三級證照者
身體 照 護	未滿30分鐘 (254單位)	清晨/晚上	×200% 支付單位	+15% 支付單位	×70% 支付單位
	30分鐘以上不到1小時 (402單位)	+ 25% 支付單位			
	1小時以上 (584單位，每再增加30分鐘服務時間，增加83單位)*	深夜 +50%之支付單位			
生 活 協 助	30分鐘以上不到1小時 (229單位)				
	1小時以上 (291單位)				

註：身體照護之服務，1小時以上者，最多再增加至249個支付單位。

附表4-3-2、日本居家沐浴支付標準，2009年

基本支付	加算		減算	
	特別地區	只有兩位照護服務員出席 護士未出席	全身沐浴有困難，以擦澡/部分沐浴取代	
一次1,250單位	+15%	x95%	x70%	

附表4-3-3、日本居家護理支付標準，2009年

基本部分		加算			減算
		服務時間為清晨/晚上或深夜	有2位以上之護理人員到場	特別地區之居家服務	準護理師到場
到宅	未滿20分鐘 (285單位)	清晨/晚上服務 + 25% 支付單位	未滿30分鐘 + 254 支付單位	特別地區之居家服務	x95%
	不到30分鐘 (425單位)				
	30分鐘以上不到1小時 (830單位)				
	1小時以上不滿1小時30分 (1,198單位)				
醫院/診療所	未滿20分鐘 (230單位)	深夜服務 +50% 支付單位	30分鐘以上 + 402 支付單位	特別地區之居家服務	
	不到30分鐘 (343單位)				
	30分鐘以上不到1小時 (550單位)				
	1小時以上不滿1小時30分 (845單位)				

附表4-3-4、日本居家復健支付標準，2009年

基本支付		加算	
		中山地區等居家復健之提供	短期內集中之服務提供
醫院/診療所	一次 305 支付單位	+ 5 % 支付單位	出院後介護界定
介護老人保健設施			30 日內 + 340 單位
			一個月以上三個月以內 + 200 單位

附表 4-3-5、日本居家療養管理指導支付標準，2009 年

基本支付		
醫師/牙醫師居家療養管理 (每月限 2 次)		居家療養管理指導 I (II 之外的情況) (500 單位)
		居家療養管理指導 II (居家與特定設施遷入時之醫學綜合管理費) (290 單位)
藥師	醫院/診療所藥師 (每月限 2 次)	居家利用者 (550 單位)
		設施利用者 (385 單位)
	藥局的藥師 (每月限 4 次)	居家利用者 (550 單位)
		設施利用者 (350 單位)
營養師 (每月限 2 次)	居家利用 (530 單位)	
	設施利用 (450 單位)	
口腔衛生 (每月限 4 次)	居家利用 (350 單位)	
	設施利用 (300 單位)	
保健師、護理師		400 單位

附表 4-3-6、日本社區日間照護支付標準/小規模照護設施，2009 年

基本支付		加算			服務時間	減算	
		個別機能訓練	青年失智症利用者	提供沐浴服務		利用者人數超該機構可提供服務人數者	護理人員與照護服務員之人數不滿基準者
3 小時以上 不滿 4 小時	介護等級 1 (437 單位)	+ 27 單位 / 日	+60 單位 / 日	+ 50 單位 / 日	2 小時以上不滿 3 小時 × 70%	×70%	×70%
	介護等級 2 (504 單位)						
	介護等級 3 (570 單位)						
	介護等級 4 (636 單位)						
	介護等級 5 (702 單位)						
4 小時以上 不滿 6 小時	介護等級 1 (588 單位)						
	介護等級 2 (683 單位)						
	介護等級 3 (778 單位)						
	介護等級 4 (872 單位)						
	介護等級 5 (967 單位)						
6 小時以上 不滿 8 小時	介護等級 1 (790 單位)						
	介護等級 2 (922 單位)						
	介護等級 3 (1,055 單位)						
	介護等級 4 (1,187 單位)						
	介護等級 5 (1,320 單位)						
					8 小時以上不滿 9 小時 + 50 單位		

附表 4-3-7、日本社區日間照護支付標準/一般規模照護機構，2009 年

基本支付		加算			服務時間	減算	
		個別機能訓練	青年失智症利用者	提供沐浴服務		利用者人數超該機構可提供服務人數者	護理人員與照護服務員之人數不滿基準者
3 小時以上 不滿 4 小時	介護等級 1 (381 單位)	+ 27 單位 / 日	+60 單位 / 日	+ 50 單位 / 日	2 小時以上不滿 3 小時 × 70%	×70%	×70%
	介護等級 2 (437 單位)						
	介護等級 3 (493 單位)						
	介護等級 4 (549 單位)						
	介護等級 5 (605 單位)						
4 小時以上 不滿 6 小時	介護等級 1 (508 單位)						
	介護等級 2 (588 單位)						
	介護等級 3 (668 單位)						
	介護等級 4 (748 單位)						
	介護等級 5 (828 單位)						
6 小時以上 不滿 8 小時	介護等級 1 (677 單位)						
	介護等級 2 (789 單位)						
	介護等級 3 (901 單位)						
	介護等級 4 (1,013 單位)						
	介護等級 5 (1,125 單位)						
					8 小時以上不滿 9 小時 + 50 單位		

附表 4-3-8、日本社區日間照護支付標準/大規模照護機構 I，2009 年

基本支付		加算			服務時間	減算						
		個別機能訓練	青年失智症利用者	提供沐浴服務		利用者人數超該機構可提供服務人數者	護理人員與照護服務員之人數不滿基準者					
3 小時以上 不滿 4 小時	介護等級 1 (375 單位)	+ 27 單位 /日	+60 單位 /日	+ 50 單位 /日	2 小時以上不滿 3 小時 × 70%	×70%	×70%					
	介護等級 2 (430 單位)											
	介護等級 3 (485 單位)											
	介護等級 4 (540 單位)											
	介護等級 5 (595 單位)											
4 小時以上 不滿 6 小時	介護等級 1 (499 單位)											
	介護等級 2 (578 單位)											
	介護等級 3 (657 單位)											
	介護等級 4 (735 單位)											
	介護等級 5 (814 單位)											
6 小時以上 不滿 8 小時	介護等級 1 (665 單位)				+ 27 單位 /日			+60 單位 /日	+ 50 單位 /日	8 小時以上不滿 9 小時 + 50 單位	×70%	×70%
	介護等級 2 (776 單位)											
	介護等級 3 (886 單位)											
	介護等級 4 (996 單位)											
	介護等級 5 (1,106 單位)											

附表 4-3-8、日本社區日間照護支付標準/療養所，2009 年

基本費用	減算	
	利用者人數超該機構可提供服務人數者	護理人員與照護服務員之人數不滿基準者
3 小時以上未滿 6 小時 (1,000 單位)	70 %	70 %
6 小時以上未滿 8 小時 (1,500 單位)		

附表 4-3-9、日本社區復健支付標準/一般規模照護機構，2009 年

基本支付		加算			服務時間	減算	
		失智症短期集中復健	青年失智症利用者	改善計畫		利用者人數超該機構可提供服務人數者	醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、護理人員與照護服務員之人數不滿基準者
1 小時以上 不滿 2 小時	介護等級 1 (270 單位)				2 小時以上不滿 3 小時 × 70%		
	介護等級 2 (300 單位)						
	介護等級 3 (330 單位)						
	介護等級 4 (360 單位)						
	介護等級 5 (390 單位)						
3 小時以上 不滿 4 小時	介護等級 1 (386 單位)	+ 80 單位/ 日 (每月限 13 次)					
	介護等級 2 (463 單位)						
	介護等級 3 (540 單位)						
	介護等級 4 (617 單位)						
	介護等級 5 (694 單位)						
4 小時以上 不滿 6 小時	介護等級 1 (515 單位)	+60 單位 /日				×70%	×70%
	介護等級 2 (625 單位)						
	介護等級 3 (735 單位)						
	介護等級 4 (845 單位)						
	介護等級 5 (955 單位)						
6 小時以上	介護等級 1 (688 單位)				8 小時以上不		

不滿8小時	介護等級2 (842單位)				滿9小時 +50單位 9小時以上不滿10小時 +100單位		
	介護等級3 (995單位)						
	介護等級4 (1,149單位)						
	介護等級5 (1,303單位)						

附表 4-3-10、日本社區復健支付標準/大規模照護機構 I，2009 年

基本支付		加算			服務時間	減算	
		失智症短期集中復健	青年失智症利用者	改善計畫		利用者人數超該機構可提供服務人數者	醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、護理人員與照護服務員之人數不滿基準者
1小時以上 不滿2小時	介護等級1 (265單位)				2小時以上不滿3小時 × 70%		
	介護等級2 (295單位)						
	介護等級3 (324單位)						
	介護等級4 (354單位)						
	介護等級5 (383單位)						
3小時以上 不滿4小時	介護等級1 (379單位)	+ 80單位/日 (每月限13次)	+60單位/日	營養改善 + 150單位/次 (每月限2次)		×70%	×70%
	介護等級2 (455單位)						
	介護等級3 (531單位)						
	介護等級4 (606單位)						
	介護等級5 (682單位)						
4小時以上 不滿6小時	介護等級1 (506單位)			口腔機能提昇 + 150單位/次 (每月限2次)			
	介護等級2 (614單位)						
	介護等級3 (722單位)						
	介護等級4 (830單位)						

	介護等級 5 (939 單位)					
6 小時 以上 不滿 8 小時	介護等級 1 (676 單位)				8 小時 以上不 滿 9 小 時 +50 單 位	
	介護等級 2 (827 單位)					
	介護等級 3 (939 單位)				9 小時 以上不 滿 10 小時 +100 單位	
	介護等級 4 (1,129 單 位)					
	介護等級 5 (1,281 單 位)					

附錄七

「長照保險法制財務機制及財源籌措之評估」計畫期中審查會議 會議紀錄

會議時間：98年2月25日（星期三）下午2：00

會議主持人：單副主任委員

審查委員：中央研究院經濟研究所副所長 羅紀瓊教授

政治大學財政學系 周麗芳教授

內政部老人服務科 莊金珠科長

行政院衛生署護理及健康照護處 黃美娜處長

審查委員意見：

（一）羅紀瓊教授

- 1.本研究涵蓋費用推估與財源籌措，費用推估部分討論保險對象、給付、支付標準、部分負擔四個部分，目前在期中報告還是空白。
- 2.財源籌措部分，在報告中談很多原理原則，也作了很好的彙整表，整個報告其實只是討論根本精神而且已經有結論，長保作為社會保險制度一環，應與健保一致。不容易作的是民眾的想法，民眾會問有沒有能力負擔保費，經濟不景氣產業重新洗牌，雇主與民眾未來的不確定性很高，這個問題要思考。長保與健保不同的是，健保當期用掉，民眾願意繳錢，長保則要有更多宣導及制度設計。另一個層面，健保專業度高，具資訊不對稱性，醫生決定服務及處置，健保會受到民眾歡迎，協助他們面對醫療體系；長保照護者自行可以決定服務，若管理規範太多，民眾會反彈，這都是討論費用時，要討論的議題。
- 3.研究規劃已決定保險制度，是否有其他選擇，林老師提過儲蓄帳戶可考慮，此議題可用民間保險、政府協助等，不一定要採行，但要進行討論產出結論。
- 4.已定調隨健保徵收，健保好，是以國際觀點，未繼續往下談的是，政府作為主導者要付很大的政治代價，財務有壓力時無法調整，是否加入長保問題會更嚴重。以日本經驗，制度

會影響行為，日年輕人消極抗稅，工作意願降低，不能不去討論就決定採行。

5.建議趁此時機檢討健保的缺失，給予健保改革的建議。

(二) 周麗芳教授

期中報告很多地方是概念性、原則性，建置長照保險基礎的工程、概念性問題一定要釐清。在效率的考量下，與健保配合是必然趨勢，但可否跳脫原來的框架，兩者有不同的地方，可以有不同的思考：

- 1.長保屬長期保險，健保為短期保險，65歲之後失能發生率高，以這樣差異性，收費過程中，目前公保、勞保以現金給付導向，健保以實物給付導向，長保未來為混合給付制，收進保費在未來現金給付有無個人對償性的機制，增加公平合理。
- 2.健保設計為量能原則，總所得愈高繳費愈多，長照保險假設機構照護給付標準齊一，要重新思考保費量能還是定額，從出生繳同樣保險費、同樣的給付，可開放思考。
- 3.健保本身給付過程相對較不具多元性，治療方式有醫療常規，長照保險同樣失能程度依據評估或本人選擇有不同服務搭配選擇，彼此為互斥，不同比例搭配。在多元給付內涵之上，使給付設計難度更高，採一定給付額度轉換時數、金額，或失能者選擇機構就全部給付。
- 4.勞資政三方負擔比例，雇主要有一定比例，但員工離開職場的發生率高，雇主相關代表是否有機會表達意見，以形成社會共識。
- 5.就保險類別而言，健保有六類，長保是否比照六類十四目？在不同類目中，政府的角色為何？不一定要跟隨健保，可有不同的設計。
- 6.部分負擔應回歸其基本精神在誘導民眾行為，以抑制不當需求，需思考哪一個需求是比較會被誘發而需抑制；而非以機構或居家區分部分負擔。
- 7.健保中的眷屬係跟著被保險人繳，未來因屬性為長期保險，民眾會精打細算眷屬該如何繳，如剛出生者是否跟著被保險

人，還是眷屬繳齊一保險費，我們應設身處地幫被保險人想，雇主也會關心。

8. 財務精算採部分準備制，是一個國際趨勢，勞、公保均採此制度，但要部分準備到什麼程度，如基金額度累存未來3年支出總額度為基金，要先定調，從國際經驗不宜過高，如3年，亦須考慮基金理財能力。
9. 計算費率的基準，報告中提出10、20、25年平衡，是否要拉到10年這麼長，以精算期間的平衡來作調整保費基準，10年可能過久，包含對未來數據的掌握能力也需考量。
10. 支付也必須先定調，長保要給付到什麼程度，機構分不同等級，服務樣態多元化，如健保床超過一定標準需在部分負擔以外差額付費。應設定長照願景，給付採基本型還是像健保包山包海，才能進行財務設計。

(三) 內政部

制度設計中民眾繳費之部分負擔、雇主負擔等，相關分析論述請團隊再作充實，以利本部同步適度跟外界溝通。

(四) 衛生署

有健保範例，長保規劃跟健保某程度近似，健保財務問題是在於實務上的機制無法做到，未來長照遇到健保的問題可能也無法避免，所以是否有相關規劃以避免未來遭遇如健保的問題。

(五) 鄭清霞教授回應

1. 跟著健保是為了收費便利及兼顧行政效率，財務是完全分開，整個設計是希望避開健保的過去缺失，勞資政負擔比例設計單純化，希望盡量避免互相援引比較。
2. 長照風險的部分，老人才會失能的質疑，主要是從生命週期及家庭的觀點來看發生長照的風險，從家庭的觀點出發，仍是會發生長照風險，民眾也會接受。
3. 民眾負擔的部分，之後會算出，大概是健保的八分之一。
4. 受限於給付對象、給付額度來計算財務，個別精算因子對財

務精算的影響程度，也會算出供制度參酌。

5.給付的中立性，財務的機制是依民眾需求規劃，不會有所不同。

(六) 鄭文輝教授回應

1.政策平衡考量。

2.執行的可行性，結合健保的特色，不管 1.5 代或 2 代，未來皆朝向家戶來負擔。對於雇主負擔，許多專家同意本研究之設計，至於很多人錯誤的觀念，需要透過宣導來解釋，長照保險通常是繳了之後，希望以後不要用到。德國長照設計，若沒有小孩，其費率通常較高。希望透過往後的宣導，可以讓年輕人接受。

結論：

同意受託單位所提研究報告，請受託單位依各審查委員之意見修正。

附錄八

「長照保險法制財務機制及財源籌措之評估」計畫期末審查會議 會議紀錄

會議時間：98年5月6日（星期三）下午2：00

會議主持人：單副主任委員驊

審查委員：國防醫學院公共衛生學系 高森永 教授

政治大學財政學系 周麗芳 教授

主計處 曾煥棟 視察 等

（一）高森永教授

- 1、第2章的願景部分可多一些說明。
- 2、第3章為各國的比較分析，但多為現況描述、較少比較分析，建議補充說明各國經驗哪些是值得參考。
- 3、在給付設計原則的探討上，從報告內容可看到各國的制度設計，但有哪些可以擷取優點學習，有哪些是沒辦法參考的，要分清楚。
- 4、財源籌措方式部分，各國多採行隨收隨付制度，可能會受人口老化影響。台灣為何要採行部分準備制？必須說明清楚。此外，也要再進一步釐清地方與政府責任為何？與現行健保的差異到底在哪裡？
- 5、支付制度建議部分，應補充採用混合支付制度之理由。
- 6、支付標準調整部分，開辦初期與後期可能會不一樣，可否容忍到三年才進行調整？
- 7、部分負擔比例上限部分，不超過薪資百分之3，是否太低？
- 8、從架構上來看，採量出為入抑或量入為出？這兩個的轉變過程如何？
- 9、建議表的彙總呈現方式是很好的，建議要補充立論依據（evidence-based）。

（二）周麗芳教授（書面審查）

鄭文輝教授所領導研究團隊對長期照護保險的財務機制與財源籌措有相當完整的探討：舉凡國際經驗、國內制度銜接、支付樣態、財務模擬等均詳加分析，並提出替選方案與利弊建言，深具政策參考價值，值得肯定。以下若干淺見，提供研究團隊卓參。

- 1、第4章支付制度中，說明未來支付方式採混合支付制，在居家、社區與機構的分類構面下，是否可對支付的內涵稍加說明，例如實物給付與現金給付的可能類型與組合，因為支付內涵將牽動財務負擔與規劃。
- 2、第6章財務處理方式中，方案1與方案2各假設「最高約八個月準備提存」，不知最低的準備提存為幾個月，又8個月準備提存的假設思考點為何？

- 3、第 6 章財務處理方式中，方案 1 採 10 年財務平衡、方案 2 採 15 年財務平衡，准由 28 頁、29 頁的表 6-1-1、6-1-2 可見，未來保費調升幅度將高達 60%、80%，如何在財務平衡的年限與保費調升的接受度間取得均衡，研究團隊可再思考。
- 4、長期照護保險的實施對現行全民健康保險是否會產生財務競合效果？與現有健保的居家照護給付如何銜接？

(三) 主計處

- 1、報告第 21 頁，提到現行全民健保勞、資、政三方實際負擔保險費比例為 39：35：26，建議比照簡報內容，加註「政府負擔不含政府以雇主身份的保費負擔及對弱勢者的自繳保費補助」等文字。
- 2、政府推動長照保險，應是政府醫療負擔減少，而政府整體負擔並未減少，建議研究團隊再修正相關文字。

(五) 主席

簡報第 46 頁及相關報告內容，請再加一個欄位分別說明勞資政負擔金額。

(六) 劉玉蘭參事

研究報告說明因非受僱者屬經濟弱勢，所以調高政府負擔比例，但非受僱者不必然為經濟弱勢，所以建議照護弱勢部分，比照健保方式規劃及估算財務負擔。

(七) 謝佳宜專門委員

- 1、新增的政事應有財源規劃，請研究團隊建議長照保險政府負擔部分可行財源。
- 2、有關民眾保費負擔部分，投保薪資不同，保費負擔亦會不同，建議設算費率後，再呈現保費負擔範圍較為清楚，不是只提供絕對值。
- 3、請研究團隊協助提供保險對象 40 歲以上與全人口的相關財務資料，以利後續比較分析。

(八) 周毓文組長

部分負擔比例上限部分，不超過薪資百分之三，似乎太低，請研究團隊再進一步考量。

(九) 主席

- 1、目前政策尚未決定保險對象為 40 歲以上或全民，請鄭文輝教授研究團隊協助提供這二個可能性的財務估算資料。
- 2、同意受託單位所提研究報告，請研究團隊參考各審查委員意見進行適當修正。
- 3、最後，感謝各研究團隊的努力與付出，產出豐碩的成果。本會後續將要向院長進行報告，並規劃對外進行溝通宣導，以廣泛聽取外界意見，屆時都要再請各研究團隊持續協助更新相關資料。