

編號：(98)023.806

長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估

行政院經濟建設委員會
民國 98 年 5 月

[鍵入文字]

編號：(98)023.806

長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估

計畫主持人：楊志良

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：亞洲大學

本報告內容係研究單位之觀點，不代表委託機關之意見

行政院經濟建設委員會

民國 98 年 5 月

[鍵入文字]

目錄

第一章 前言.....	1
第一節 計畫緣起.....	1
第二節 研究目的.....	3
第二章 文獻探討.....	4
第一節 保險對象之界定.....	4
壹、各國保險對象概述.....	5
貳、我國目前長期照護服務之對象.....	9
第二節 長期照護保險組織體制.....	13
壹、國際經驗.....	13
貳、各類保險組織體制之優缺.....	18
參、我國目前長期照護相關法制組織體系.....	22
肆、健康保險組織體制的省思.....	23
第三章 材料與方法.....	26
第四章 研究結果.....	27
第一節 長期照護保險涵蓋對象.....	27
壹、基本構想與規劃.....	27
第二節 長期照護保險法制組織體制.....	29
壹、規劃構想.....	29
貳、長期照護保險與現行健保醫療體系、社會福利 措施之競合與消長.....	32
第五章 結論.....	34
參考文獻.....	35
附錄一 專家座談會議紀錄.....	37
附錄二 期末審查報告簡報資料.....	51

圖表目錄

圖 2-1-1 我國現行長期照護相關法規規範主體體之範疇	12
圖 2-2-1 日本保險關係圖.....	15
圖 2-2-2 日本介護保險組織圖.....	16
圖 2-2-3 德國保險關係圖.....	17
表 2-1-1 各國長期照護制度特性.....	8
表 2-1-2 我國近五年來長期照護相關政策.....	10
表 2-2-1 不同組織體制之特色.....	21

提要

人口的快速老化、家庭結構的改變、疾病型態的轉變，促使我國長期照護需求快速地成長。然而，目前我國健康照護體系對長期照護的投入十分有限，各項政策方案執行方面的缺乏連結機制，導致資源分散，阻礙體系的統籌發展。因此，發展長期照護制度為重要施政方向。我國稅收佔 GDP 的比例很低(僅 14%)，採用保險的方式來實行長期照護是目前國家現況下比較適合的財務選擇。如何籌措適切財源，建構高效率的組織體制，讓民眾在合理承擔的範圍之下，建構一個能提供失能者及其家庭整合性與持續性之照顧服務的長期照護保險，是長期照護保險的規劃重點。本研究主要係針對長期照護保險法制組織體制及保險對象進行研究，提供我國未來規劃長期照護保險之參考。

本研究透過文獻探討彙整各國長期照護保險現行組織體制、作業模式、保險涵蓋對象等資訊，蒐集不同組織體制、行政作業模式的內涵、優缺點及適用範疇等資訊；並運用比較研究法就各國組織體制及保險對象進行分析比較；同時舉辦專家座談，邀請長期照護保險領域之實務工作者、專家學者，就長期照護的組織體制、行政作業模式及涵蓋對象等議題進行討論，尋求一個適合我國國情的可行方案。

研究成果提出保險對象及組織體制的初步規劃構想：在保險對象方面，為了發揮社會互助、社會連帶的精神，全民加入長照保險，較符合風險分攤的互助公平原

則。初步規劃構想為『全民納保、全民給付』，提供全民無隙的服務與保障。在組織體制設計則著重課責，希望建構一個權責相符的體制，使長期照護保險運作順利。在組織體制方面，建議建構「長期照護保險法」及「長期照護服務法」使該制度的實行具備足夠法源基礎，長期照護保險的主管機關為行政院衛生署，承保機關為中央健康保險局，主管機關下設立長期照護保險委員會及長期照護保險爭議審議委員會二個相關組織，賦予相關權責與任務。

Abstract

Long term care is an important social issue in Taiwan due to rapid population aging, changes in family structures and disease patterns in recent years. Since the tax revenue in Taiwan accounts for a very low proportion of GDP (only 14%), premium based insurance would be an appropriate financial option to implement the national long-term care system.

Through “Literature Review” and “Comparative study” the information on strengths and weaknesses of various organizational structures, operational models, and insurance coverage were gathered and analyzed. Experts in long-term care fields were also consulted for suitable options of national long-term care insurance organization and coverage of insurance.

In order to enhance the meaning of social solidarity, fairness, and risk sharing, the study suggests a universal coverage of the long-term care insurance. The beneficiary of the nationwide insurance includes everyone who is insured. Design of the long-term care administration organization is focused on accountability with suitable authority and responsibility. The study suggests establishing a "Long-Term Care Insurance Act" and a "Long-Term Care Services Act" to ensure sufficient legal foundation. The Department of Health (DOH) of the Executive Yuan will be the execution authority for the long-term care insurance while the insurer will be the Bureau of National Health Insurance. Under the DOH, there will be two committees with relevant authorities and responsibilities – “Long-Term Care Insurance Administration Committee” and “Long-Term Care Insurance Arbitration Committee”. The integration of National Health Insurance and Long-Term Care Insurance can provide public a seamless services and an integrated health protection.

第一章 前言

第一節 計畫緣起

我國於1993年已邁入聯合國世界衛生組織所稱「老人國」，人口快速老化將促使長期照護需求快速地成長。根據研究指出老人因日常生活活動或認知障礙而需要長期照護約佔老人人口的9.47% 或全人口的1.45%(吳淑瓊、張明正，1997)；另一方面，家庭結構的改變，家庭中能執行照護失能者之人力短缺(呂寶靜，1998)，也造成家庭照顧能力減弱；疾病型態的轉變，導致慢性病與慢性功能障礙盛行，再再都促使了長期照護的需求與日俱增。

目前我國服務體系對長期照護的投入有限，雖有社會福利體系對中低收入戶提供機構式和居家式服務的補助，衛生體系將重症病患的居家護理服務納入全民健保給付，但仍存在下列問題：(1)醫療衛生支出總額及公共財源比率偏低，政府支應長期照護的能力受限，絕大多數長期照護的責任，均由個人或家庭獨立負擔，造成家庭的沈重身心與財務負荷；(2)民眾需承擔較高的部分負擔，以致於利用率偏低；(3)社區服務體系欠缺，對機構過度依賴，影響民眾選擇服務的權利及偏高的照護成本；(4)過去大量未立案機構雖已陸續申請立案，但其能否保障服務使用者的安全和照護品質，仍是問題；(5)長期照護病人長期使用急性醫院病床，不但無法得到適切服務，反而每年浪費數十億醫療經費(吳淑瓊、徐慧娟、莊英智、張明正，1996)。(6)外勞看護工影響我國照護產業的正常發展及品質的提升。

目前我國的長期照顧是屬於多元分歧模式，在體制上分屬中央多個部門(衛政、社政與退輔會)，在服務項目兼具住宿機構及社區/居家模式，在服務輸送上有衛政與社政混合的照顧管理機制。各項政策方案執行方面的缺乏連結機制，欠缺緊密連結的相關要點、方案或計畫，導致資源分散、管理標準不一、獎助條件差異等問題，阻礙體系的統籌發展。

為因應我國未來快速成長的長期照護需求，持續發展長期照護制度為重要施政方向。因此，需在民眾得以合理承擔的範圍之下，籌措適切財源，建構高效率的組織體制，提供失能者及其家庭整合性與持續性之照顧服務。North 認為制度與組織之間相互作用形成一個經濟制度的演變，如果制度是遊戲規則，那組織與組織中的活動家，便是遊戲的參與者，亦即制度與組織，如同是規則與選手。因此，在研擬長期照護相關制度的同時，組織體制與參與者需加以釐清，以利後續制度的發展與推估。本研究主要係針對長期照護保險法制組織體制及保險對象進行研究，提供我國未來規劃長期照護保險之參考。

第二節 研究目的

本研究目的在於研究長期照護保險的組織體制及涵蓋的對象，供未來規劃長期照護保險之參考，具體研究目的如下：

一、 長期照護保險對象評估

1. 分析國際間長期照護保險涵蓋的對象範疇(包括納保及給付對象)，及其優、缺點。
2. 檢討我國目前長期照護服務之對象。
3. 提出我國長期照護保險涵蓋對象的基本構想與規劃。

二、 長期照護保險組織體制評估與規劃

1. 蒐集國際間長期照護保險之法制組織體制概況，分析不同組織體制、不同行政作業模式之利弊得失。
2. 檢討我國現行長期照護相關組織體制之優、缺點。
3. 提出長期照護保險之組織體制基本構想。
4. 探討該構想與我國現行健保醫療體系、社會福利措施可能產生的競合關係或消長影響。

第二章 文獻探討

第一節 保險對象之界定

依據Kane & Kane(1987)對「長期照護」的定義：「長期照護泛指對因疾病、意外而導致日常功能部分或全部缺乏、喪失者連續供給三個月以上之醫療與個人照護服務；其特質為以生活照顧為主，醫療照護為輔。Weissert 則對長期照護的服務對象、服務內容性質與服務提供者作了更加明確的說明-長期照護是對罹患慢性疾病的患者，提供診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務。這些服務可經由不同的機構或非機構設施獲得。其目的在促使患者的生理、心理、及社會功能各方面皆達到最佳狀態。

在國內有關長期照護服務對象的範疇，吳淑瓊等（1998）引用 Weissert（1991）之文獻指出長期照護之服務對象包含所有年齡組之人口，只要罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家庭中提供。國內文獻對於長期照護的界定，在服務對象上亦包含了老年人、各類身心功能損傷者或家庭照顧者等（吳淑瓊等，1998；李世代，2000）。李雪楨等（2003）則是依據疾病的類型來定義長期照顧，包括腦性麻痺或發展遲緩患者、先天畸形殘缺者、精神疾病患者、遺傳性疾病、退化性疾病、AIDS 患者，或因重大意外事故（如脊髓損傷、頭部外傷）而造成無自我照顧能力者。由上述定義可知，長期照護的服務對象為具功能障礙的所有個體。

茲先針對國際間長期照護保險對象進行概述與整理，供本計畫擬定長期照護保險保險對象之參酌，其次就我國目前長期照護相關施政之服務對象進行描述與檢討。

壹、各國保險對象概述

區分為納保(被保險人)對象及給付(服務)對象說明於下：

一、納保對象

(一) 日本

日本介護保險法第一條明示，介護保險的設立是基於國民共同連帶的理念，對於因高齡伴隨而來之疾病而需要照顧的人，為回應其本身所具有的能力並使其能自立於日常生活中，提供醫療保健服務或社會福利服務。故日本的長期照護(介護)保險係以年滿 40 歲者為強制保險對象，並依年齡分為下列二類被保險人，兩者的保費負擔、照護給付與財源均不相同：

- (1) 第一類被保險人：於市町村的區域內，65 歲以上居民。
- (2) 第二類被保險人：於市町村內，年滿 40 歲未滿 65 歲參加醫療保險者。

滿足上述條件的外國人，只要其辦理外國人登錄且在日本居住一年以上者亦可成為被保險人。

(二) 德國

「生、老、病、死」既是人生無法避免的過程，絕大多數人終其一生都有被照護的需求，所以，德國長期照護保險強調以全體人民為保險對象，是一國民保險 (Volkversicherung)，其保險義務與疾病保險的範圍相連結。

德國長期照護制度分為法定或社會的長期照護保險、私人長期照護保險。依社會法典第 11 篇規定，法定的長期照護保險被保險人分為：(1)強制投保健康保險者；(2)自願投保健康保險者；(3)既非法定疾病基金會成員也非私人健康保險之被保險人；(4)眷屬；(5)自願續保者。私人長期照護保險被保險人，則分為：(1)參加私人健康保險者；(2)公職人員，或依公務員退撫規定領取補助之被保險人；(3)邦、國會議員，其參加私人健康保險或完全未投保者；(4)警察、職業軍人、消防隊員等得請求免費醫療而未加入法定長期照護保險者；郵政疾病基金會成員；德國國鐵

疾病照顧成員；(5)原屬於私人長期照護之自願續保者；(6) 眷屬。

(三)荷蘭

荷蘭於 1968 年開始實施長期照護保險，為全世界最早對長期照護採社會保險方式的國家 (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2009;周世珍，2006，p. 138)。它是全民納保的社會保險制度，所有荷蘭的居民及在荷蘭工作繳稅的外國人都需強制參加，即使不是荷蘭人但能合法居住在荷蘭者，也可以受到長期照護保險的保障，15 歲以下、不需課稅者，保費由國家負擔 (周世珍，2006，p. 142)。

二、給付對象

(一)日本

介護保險制度是以高齡者的自立援助為目的，以共同連帶的理念，藉由國民全體的相互援助進行高齡者看護。故其給付對象以 65 歲以上的高齡為主，40 至 64 歲則限定 15 種特定疾病¹所導致的需照護或需支援狀態者，才可以利用服務給付 (李光廷，2005；王增勇，2005)。當被保險人有長期照護需求時，需向保險人 (市町村) 提出認定申請，由市町村所屬之認定調查員進行相關訪問調查結果及主治醫師的意見來判定是否需要照顧及程度。

(二) 德國

德國長期照護保險是一個國民保險，故給付對象為全體民眾。該國長期照護保

¹ 此 15 種特定疾病包括：肌肉萎縮性側索硬化症、後縱韌帶骨化症、骨折導致的骨質疏鬆症、Shy-Drager syndrome 症候群 (自律神經失調症候群)、初老期失智症、脊髓小腦病變、脊椎管狹窄症、早老症、「糖尿病性神經障礙、糖尿病性腎臟病及糖尿病性視網膜病變」、腦血管疾病、帕金森症、閉塞性動脈硬化症、慢性間接性風濕症、慢性閉塞性肺疾病、兩側膝關節或股關節明顯變形所導致的變形性關節症等 (奈良県福祉部高齡福祉課介護保險室，2004；李光廷，2005；王增勇，2005)。

險制度主要在保障「照護需求性」，即當身、心、靈生病或障礙，日常生活需要持續性、規律性地被照顧至少六個月時，就具備「照護需求性」（社會法法典第十一篇第十四條），得請求長期照護，由醫事鑑定服務處（MDK）進行資格認定。依據林志鴻（2009）之文獻回顧：德國長期照護保險給付對象之認定係以照護風險而非年齡做為判定基準，賦予全民普及式照護給付申領權。以照護風險而非年齡做為判定給付基準，主要係因照護需要風險人人皆可能面臨，而非老人單獨的需要。

（三）荷蘭

荷蘭長期照護保險的服務對象雖然是全民，然而實施至今，其主要的三大目標人口群包括：老人（含身體退化、失智等）、失能者（大部分是心理障礙者），及精神疾病者（Ministry of Health, Welfare and Sport, 2009）。由 CIZ(Centrum indicatiestelling zorg)負責評估被保險人可以得到多少和什麼形式的照護(周世珍，2006，p. 141)。

茲將各國長期照護制度特性整理於表 2-1-1，由上述資料可以看出保險對象傾向全民納保的趨勢，而服務對象則係依據被保險人的需求性加以認定。

表 2-1-1 各國長期照護制度特性

國 家	日 本	德 國	荷 蘭
保險對象	<ul style="list-style-type: none"> ● 65 歲以上居民 ● 年滿 40 歲未滿 65 歲參加醫療保險者。 	全民	全民
保險人	市町村	照顧基金會 （保險事務由既存的健康保險組織承擔，另設獨立自主之行政與財務自治機關）	健康福利體育部
給付對象	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齡者為主 ● 40-64 歲限定因特定疾病引發障礙而需要照顧者 	全人口	<ul style="list-style-type: none"> ● 全人口 ● 三大目標群(老人、失能者、精神疾病者)
資格認定	原則上置於市町村之“照顧認定審查會”認定	委託健康保險醫事鑑定服務處 (MDK)	地區評估委員會
財源性質	社會保險	社會保險	社會保險、稅收
費用負擔	政府補助 保險費	保險費	政府補助 保險費

資料來源：周月清，2000；鄭文輝、林志鴻、鄭清霞，2004；Brodsky, Habib & Mizrahi , 2000。

貳、我國目前長期照護服務對象

表2-1-2整理了我國近五年來長期照護相關政策，僅有行政院長期照顧十年計畫中，明確規範了我國長期照顧服務的對象，依民眾失能程度及家庭經濟狀況給予不同的補助額度，對象包括：

- (1) 65歲以上之老人。
- (2) 55至64歲的山地原住民。
- (3) 50至64歲的身心障礙者。
- (4) 僅 IADLs 失能且獨居之老人。

從長期照護相關法規所規範的主體可以看出其保障對象局限在老人、身心障礙者、中低收入及精神病患者等特定對象(圖 2-1-1)。除了各法保障對象有重疊(overlap)外，更有一群需長期照護者是沒有受到任何保障的，顯示對全民的保障並不完整；且制度紛亂、資源分散、多頭馬車、標準不一、行政成本偏高，導致績效不彰。目前雖有「老人津貼」、「身心障礙補助」以及「健保醫療給付」等途徑來因應長期照護所產生的經濟問題。然而，這些制度多屬「殘補式」且給付額度甚低，如有不足則要個人透過商業保險等方式，而最後則落入家庭責任。可見目前我國長期照護主要係以個體家庭責任為主，國家社會責任為輔之殘補理念與架構(王增勇，2005)。

表：2-1-2 我國近五年來長期照護相關政策

計畫名稱	計畫期程	長照的計畫目標	相關長照的計畫執行策略
挑戰 2008：國家發展重點計畫 (行政院)	2002-2007	服務醫療社區化	<ul style="list-style-type: none"> ● 社區化長期照顧網絡 規劃自我照顧能力缺乏失能者所需之特殊群體醫療照護網絡，以目標管理進行績效監控，按結果、過程及結構面研擬六年分年績效指標
台灣健康社區六星計畫 (行政院)	2005-2008	發展社區照護服務	<ul style="list-style-type: none"> ● 建立社區照顧關懷據點計畫 ● 強化長期照護管理中心功能
我國長期照顧十年計畫 (行政院)	十年計畫 2007-2015	建構完善長期照顧體系、結合民間資源提供長期照顧服務、建立支持家庭照顧者體系、強化長期照顧服務人力培育與運用、建立穩健長期照顧財務制度。	<ul style="list-style-type: none"> ● 建構長期照顧管理中心綜合評估機制 ● 結合民間資源提供長期照顧服務 ● 建立支持家庭照顧者體系 ● 強化長期照顧服務人力培育與運用 ● 建立穩健長期照顧財務制度
老人安養計畫 (內政部社會司)	2005-2007	加強老人生活照顧、維護老人身心健康、保障老人經濟安全、促進老人社會參與。	長期照顧與家庭支持、保健與醫療照顧服務、津貼與保險、老人保護網絡體系、無障礙生活環境與住宅、社會參與、專業人力培訓、教育及宣導

<p>全人健康照護計畫-醫療網第四期與第五期計畫 (行政院衛生署)</p>	<p>2001-2004 2005-2008</p>	<p>健全社區化長期照護及身心障礙醫療復健網絡</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 建構長照相關作業平台 ● 建立長照資源整合與管理機制 ● 發展社區化服務資源 ● 規畫長照資訊系統 ● 提升身心障礙者醫療復健服務 ● 研修長照相關法規與行政組織體系 ● 規劃研析長期照護相關制度
<p>照顧服務福利及產業發展方案 (行政院經濟建設委員會)</p>	<p>2002-2004 2005-2007</p>	<p>發展照顧服務產業擴大就業需求</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 建立照顧服務管理機制 ● 引進民間參與機制：執行「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」、設置「輔具資源中心」及「醫療復健輔具中心」。 ● 全面提升機構照顧服務品質：建立居家照顧服務操作標準；制定各類型照顧機構定型化契約範本，保護使用者權益。 ● 健全照顧人力培訓與認證制度：培訓照顧人力,完成照顧服務員職類規範編訂檢定。 ● 適度調整外籍監護工引進政策： ● 排除民間參與障礙：核定通過「推動民間參與老人住宅建設推動方案」

資料來源：內政部，2004；衛生署，2005；經建會，2002；行政院，2002；行政院，2004；行政院，2006；行政院，2007a)

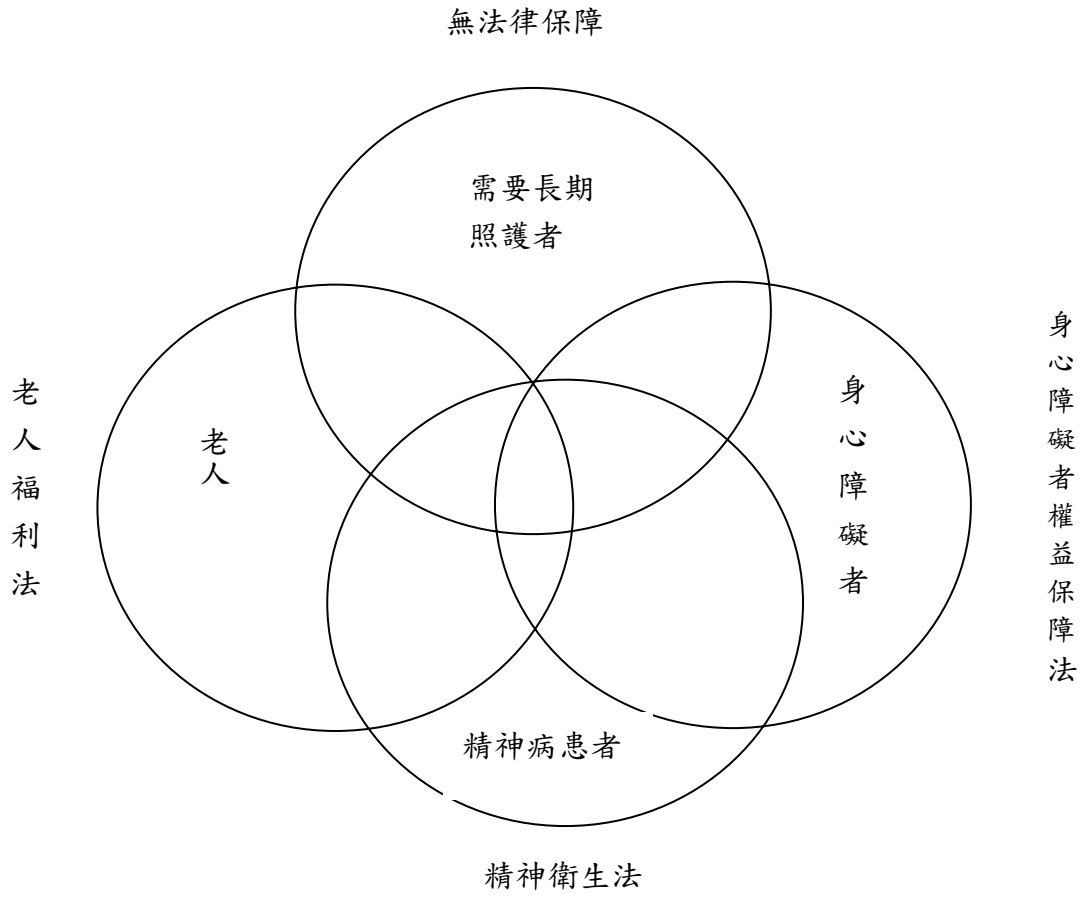


圖 2-1-1 我國現行長期照護相關法規規範主體之範疇

第二節長期照護保險組織體制

組織體制之設計，將直接影響長期照護保險政策決定與執行模式，進而關係到承保、服務輸送與財務平衡各方面之實際運作策略與方式，更牽動績效評核指標，進而影響長期照護保險整體運作與管理之績效。陳聽安(2003)指出欲建立一個能長且久的保險組織，基本上必須符合「政治淡出化」、「行政自主化」、「財務獨立化」、「經營競爭化」及「事業民營化」等原則，亦即該組織在法律授權範圍下，獨立運作，除受主管機關之監督外，既不應受行政部門的指令行事，更要隔絕來自立法部門討好選民的種種作為；且其理監事的產生非經由官派，必須透過民主方式為之，使其具備民意基礎，然後始有可能在法律授權下，承擔平衡財務，確保品質，承擔責任。

組織體制的設計尤其應著重「課責 (accountability)」的問題，各機關間的運作或合作，應該建立在權責分明的基礎上，有效的課責能夠矯正地方政府因本位主義而拒絕承擔公共政策的相關責任或政治干預。同時亦可提升行政自主化，提升機關的表現與績效。如何促使公民參與(civic participate)長照相關政策的擬定也是組織體制設計時的重要考量之一，因為公民參與是權力體系之外的制約，可以有效防止公共權力的濫用；它亦能迫使決策者傾聽公民的意見，並且按照公民的意見來制定有關政策，從而使相關的政策變得更加符合公民的利益。

本研究先針對國際間長期照護組織體制進行概述與整理，供本計畫擬定長期照護保險組織體制之參酌：

壹、國際經驗

(一) 日本

日本介護保險法係於1997年通過，該法清楚明訂保險人及國家與都道府縣之責任與義務。介護保險的保險人為地方行政單位--市町村及特別區，負責管理保險收

入(保險費的計算、徵收、統籌分配款等)，及保險給付的核定、支付，照護服務輸送、提供需照護程度、給付額度等情報，並將統計資料向管轄的都道府縣報告以及監督各相關機關。另一方面，中央(政府)、都道府縣、醫療保險單位、年金保險單位等相關體系必須給予多層支援。例如，地方政府的照護財政與其保費收繳、照護服務量有關，為縮短彼此間的差距，責成都道府縣成立市町村相互財務安定事業，創設「財務安定基金」及「中期財務營運方式」機制，來穩定地方照護財務(吳凱勳，1997：19-20)。

市區町村徵收的保險費額，其標準由各地區保險主體(市町村及其議會)依當地服務量需求自行訂定，因此有因居地而異之落差。為了使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，相鄰市町村得自行協議成立區域性聯盟。其保險關係見圖2-2-1。服務權責下放到地方政府，此項作法合乎福利分散原則，也與「在地老化」(aging in place)或照護社區化的理念不謀而合。

介護服務費用由國庫(各級政府)與保險費各負擔50%，其中各級政府的負擔以2:1:1的比例分擔，即中央(負擔25%)，都道府縣負擔12.5%，市町村負擔12.5%，見圖2-2-2。自付額以外的介護保險財源當中，第1號、第2號被保險人與政府三者間的比例大約是第1號被保險人：第2號被保險人：租稅負擔=1：2：3。

「介護保險」的特色之一在於由中央規劃制度，而營運由地方自治體自訂。在這樣的組織體制下仍產生部份問題：各縣市地區由於地理環境不同、區域內的需照護老人數不同、機構設施或照護人力的整備程度不同以及自治體的營運技巧不同，其產生的服務利用率自然不同，居民負擔的保險費及利用者的平均給付額亦不相同；服務品質低下；居家服務人員因其通勤移動的時間不列入報酬支付的考量，基於實質報酬的考量，居家服務人員有不願到偏遠地區服務之虞(陳玉蒼，2005)。

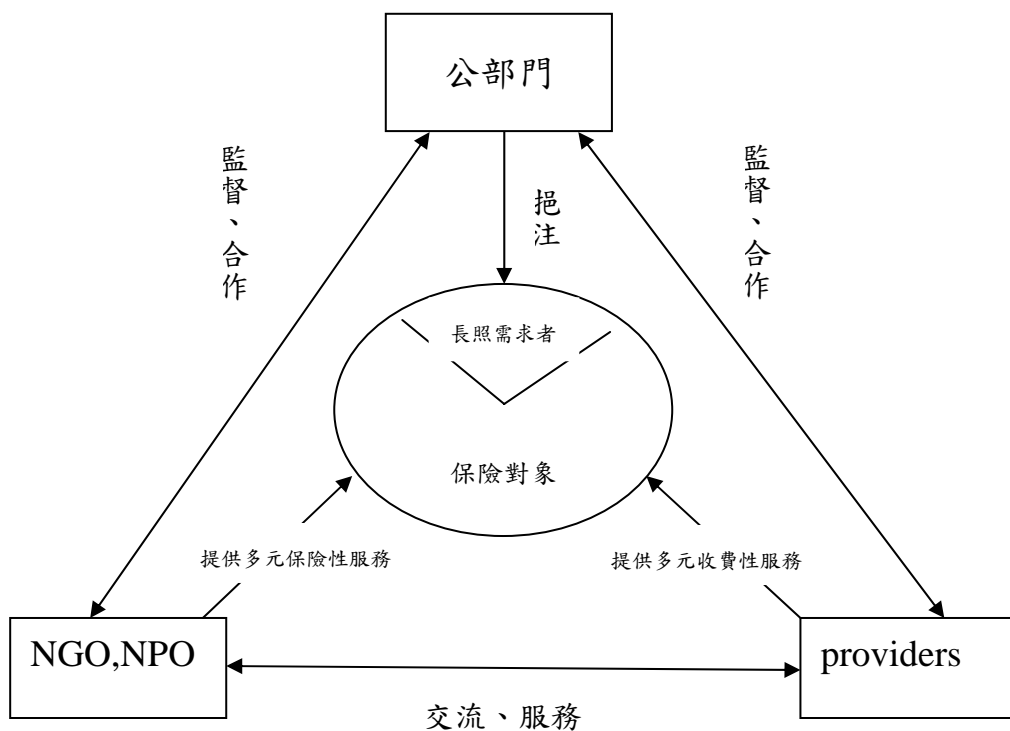


圖 2-2-1 日本保險關係圖

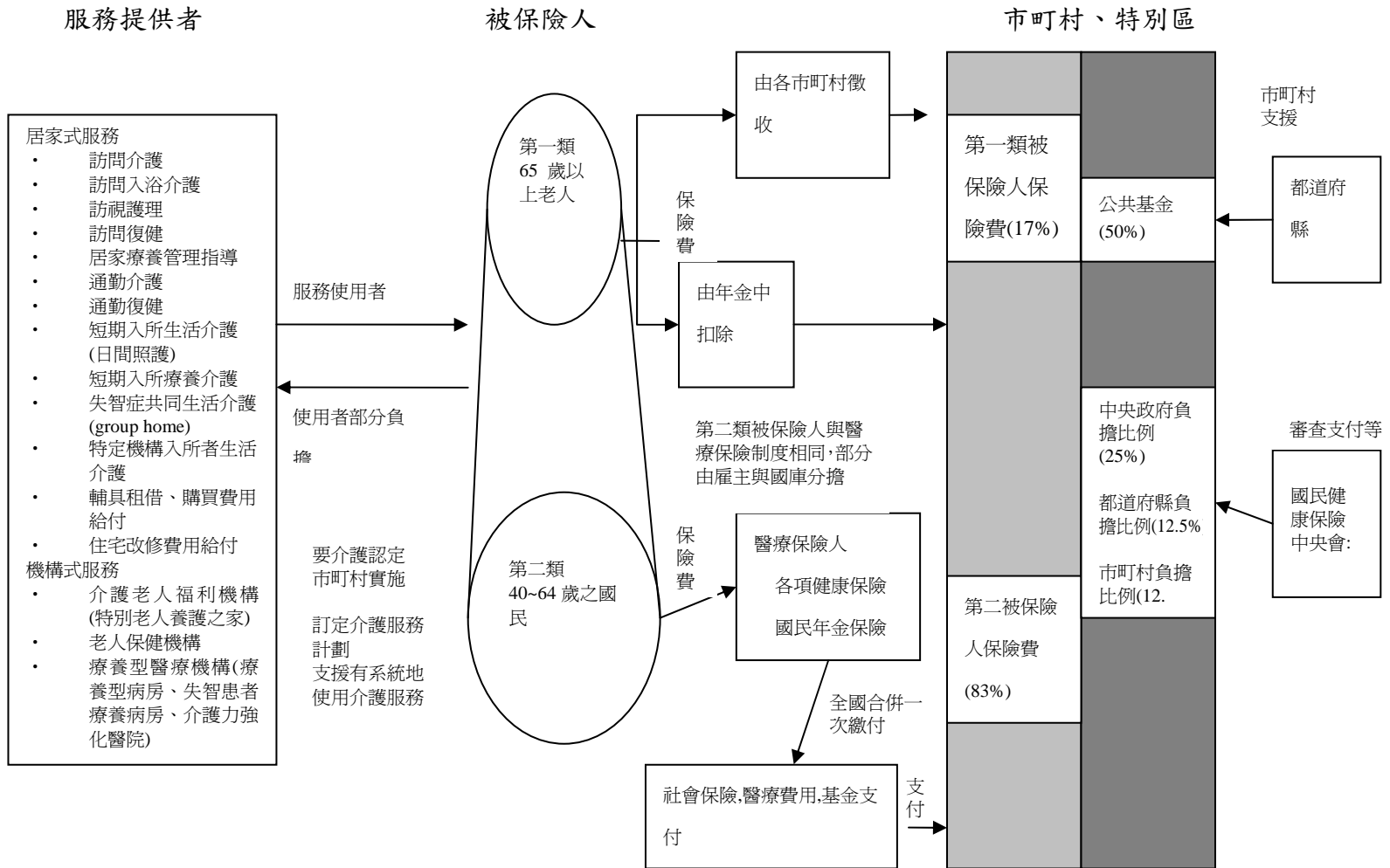


圖 2-2-2 日本介護保險組織圖

(二) 德國

德國的保險組織體制是一個多元、合作且開放的自治管理體制，其內涵包涵「民主與參與」、「分權與獨立」以及「多元與競爭」三個運作之機制及價值(李玉君，2000)。在德國頒佈的社會法典中明白指出社會保險主體之法律地位，為享有自治權之公法上有權利能力的社團法人。依此規定，保險組織為一社團性質的公法人，亦即依公法由相關人(成員)所組成的有權利能力的團體，在國家的監督下，承擔義務享受權利。其保險關係圖如 2-2-3。

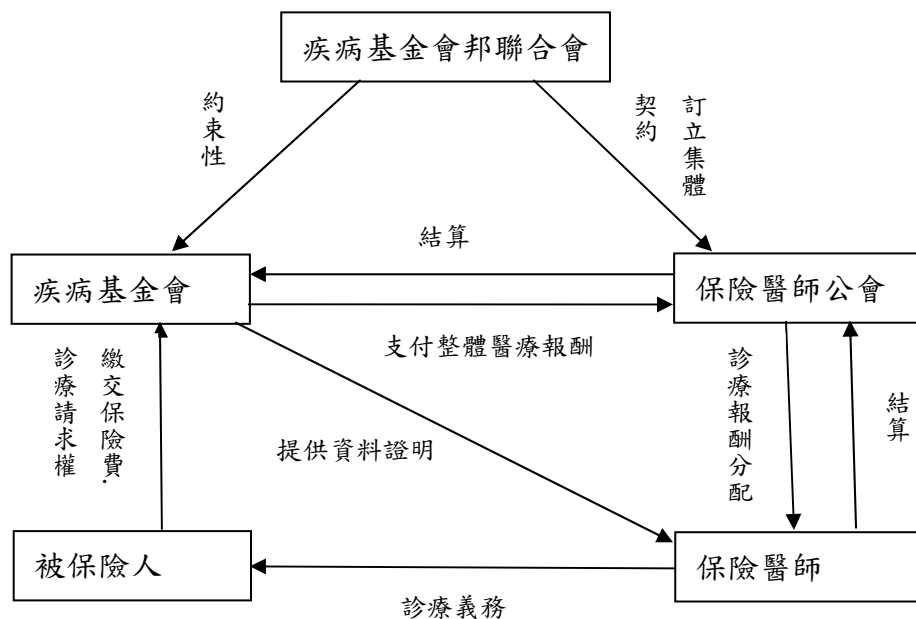


圖 2-2-3 德國保險關係圖

保險組織的決策單位係由被保險人及雇主透過直接選舉(社會選舉)的方式而成立。該選舉採比例代表制的選舉方式，由被保險人及雇主分組選出一半之代表，任期為 6 年。有權提出名單者提出候選人名單，每一名單之得票數必須超過總投票有效票數的 5%，才可在行政委員會中分得席次。保險組織的執行單位為理事會，

自 1996 年後為一專職機關，行政委員會可因理事會執行職務能力之不足而免去其職，強化了自治機關之監督與控制功能。行政委員會在法律授權的範圍內，可自訂附加之保險給付或縮減法定之保險給付，對保險給付之擬定享有一定之自主空間。同時，行政委員會可透過章程決議，訂定保費之費率。

長期照護保險制度雖是獨立的社會保險第五支柱，也有獨立的財源，但卻與「健康保險」共處於同一屋簷，也就是所謂「長期照護保險依隨於健康保險」，在長期照護保險依隨於健康保險原則下，照護基金會雖是受國家監督之自治行政體系下，具權利能力的公法人，但並沒有獨自的行政管理機構和官僚體系，而由疾病基金會同時處理照護基金會事務，所以，就被保險人角度而言，只有一個同時具備健康和照護的基金會。

因為透過空間、事務、人力基本設施的共同使用，整個照護基金會須從保費收入與給付使用平均值的 3.5% 支付行政費用；對於個別疾病基金會與個別照護基金會行政費用的分配，比例上為 7:3；除了行政費用，照護基金會也須分攤 50% 健康保險部分的醫療給付費用(林谷燕，2009)。

不同保險公司(保險人，即基金會)之間存在著競爭狀況，不同保險公司有其不同的保險費率，但為維持不同保險公司間內在財政上平衡，德國長期照護保險法規規定，不論德國本國或外國保險公司，都應遵守私人長期照護保險社會契約形成的基本要件，提供持續且有效的帳務平衡。在此相互競爭中，立法者僅對財務衡平做重要的限制，例如，許可一個統一的稅後保險費存在。由聯邦財稅局負責監督保險公司之財務衡平系統與執行。

貳、各類保險組織體制之優缺

一般而言，保險組織體制可區分為基金會、特殊公法人、委員會、行政機關等

類型，不同的體制反應出不同的價值撰擇(社會公平或效率)、不同調控策略(國家統合或市場競爭)以及財務支援方式(保費或稅收)，茲將其內涵及優缺敘述如下：

(一)基金會

政府僅負責大方向的規範及依法監督，而保險的具體內涵則由被保險人透過由下而上的民主程序來決定。付費者代表自行籌組基金會，根據需要與能力自行決定給付範圍(國家最低標準的範圍之上)，並以此決定收取多少保費，負有財務平衡的權責。自負盈虧、自給自足，成敗由基金會自行負擔。具有民營化可能產生的效應，即降低成本、提高效率、提升競爭力、富有創新性、健全財務結構。但相對地，基金會這樣的組織型態需要建立在具高度公民意識的社會，達到公民充份參與並實現自主管理、自主行政，方可促成一個足以高效率、高品質服務，且可節制整體費用之照護體系。目前我國缺乏此方面的經驗，民眾對基金會型態缺乏信任，且民意傾向公眾事務由政府與負責(蔡憶文，2006)。

(二)特殊公法人機構

指透過國家特別立法的方式，賦予保險人組織執行保險業務中若干具準公權力的事項，如承保、保費徵收及費率的調整。該組織在人事、會計及預算等方面享有自主權，不受現行預算、決算、會計、審計及人事等法規的束縛，國家僅以裁判的角色監督其事務，此與目前的農、漁會類同。

特殊公法人的優點在於透過制度上的設計，賦予保險人組織獨立運作的環境，較能減少政治力的干預，同時亦能增加運作的彈性，擺脫官僚體制的束縛。但公法人最高權力機構理事會成員的產生，其代表性及合法性可能是個問題(李建良，2002)。

(三)委員會

由相關團體推薦代表經由主管機關首長任命，與政府單位代表共同組成，例如健保制度下的費用協定委員會或監理會，透過小團體的參與發揮效率並體現成員意志。委員會被認為是一個能夠體現參與精神又能平衡內部成本與外部風險的理想民主運作機制與單位。委員會的成員通常仍然會透過選舉或推舉產生，並要求其向外部決策接受者（利害關係人）負責，根據「多數原則」透過「投票」決策。

委員會相較於其他民主代議機制，雖然同樣作為一種少數人為多數人決策的機制，但決策團體規模卻小得多。但委員會有時會容易出現「多數」與「少數」之間的惡性競爭，難以建立長期互信的利益交換機制；同時，如果委員會並沒有具備長期存在的制度性地位，並持續扮演重要議題的決策角色，反而只是單純為解決特定議題而設置，無法達成降低決策的外部風險(張世強、張世澤，2007)。

(四)行政機關

長期照護保險屬社會福利政策範疇，事涉公益，舉凡費率之訂定調整、給付項目之種類等，均攸關全體國民之民生福祉，保險預算及政策經由立法院之朝野協商，可展現民主正當性（陳新民，2006）。且因長期照護保險有時需佐以強制性之手段及公權力之行使，從其業務屬性、機關特質、法律規範及社會期待，採用行政機關性質的組織體制有其正當性。與全國行政機關適用相同之人事制度，與其他行政機關人才交流更為容易；一切經費須與一般行政機關一樣，編列公務預算，納入中央政府總預算額度內控管。但行政機關相對於其他組織體制將大幅增加政府的負擔，尤其員工未來領取月退休金之負擔頗鉅，在政府財政拮据之際，是否適合仍存疑；且行政機關將因預算制度無彈性，而經營常導至官僚及無效率。

茲將不同組織體制之特色整理於表：2-2-1

表2-2-1 不同組織體制之特色

分類	單一基金會		特殊公法人	委員會
	單一保險人	多元保險人		
保險人	單一保險人	多元保險人	單一保險人	單一保險人
特色	將基金會及保險人分離, 基金會定位為長照服務之買方, 不直接辦理長照保險給付事宜。 保險人不得自設長照服務機構, 以免有球員兼裁判之混淆現象。 保險人負擔其特約機構之管理責任(責任中心制)	基金會定位為長照服務之買方, 不直接辦理長照保險給付事宜。 保險人不得自設長照服務機構。 被保險人得以選擇不同保險人之權利 保險人相互競爭, 可提供更好、有品質的服務。 責任中心制	具有公法人性質之組織, 由繳交保費之相關團體推派代表(即付費者代表)組成董事會, 在法律授權範圍內進行決策, 並負經營成敗之責, 衛生署僅對其業務及財務進行監督, 不直接介入。 合議制	由相關團體推薦代表與政府單位代表共同組成。負責制訂相關政策並行使監督權。 組織精簡 法定負責財務平衡。 強化社會參與, 具民意基礎。 減輕不當政治干預。
利害關係人參與性	+++	+++	++	++
財務課責	+++	+++	++	+
政治介入	+	+	+	++
當前接受度	+	+	++	+++

參、我國目前長期照護相關法制組織體系

我國現行長期照護服務相關法規分別由不同行政體系訂定相關法令予以規範與推動，包括社政、衛政及退輔會等三大體系，說明如下：

一、 社政體系：1980 年所公佈的「老人福利法」主要係規範照護機構的設立以

及各種相關服務方案的進行，並提供中低收入戶有關長期照護之相關補助等。該法之規範主體為 65 歲以上之老人；主管機關在中央為內政部，在地方為各縣市政府。

「身心障礙者保護法(原殘障福利法)」亦於 1980 年公佈，該法主要目的在於維護身心障礙者之合法權益及生活，依其障礙類別、等級及家庭經濟狀況提供生活、托育、養護等補助以及規範身心障礙福利機構設立標準等。規範主體為身心障礙者；主管機關在中央為內政部，在地方為各縣市政府。「身心障礙者保護法」於 2009 年修正為「身心障礙者權益保障法」。

二、 衛政體系：主要著眼於慢性醫療與技術性護理服務之提供，鼓勵醫院附設護

理之家，提供機構式的照護，相關內容由「醫療法」及「護理人員法」等法規加以規範。另一方面，慢性病床及重症居家護理服務等服務則由「全民健康保險」予以給付。

1990 年公佈的「精神衛生法」以預防及治療精神疾病，保障病人權益，增進國民心理健康為目的，規範主體為精神疾病患者，其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央衛生主管機關認定之精神疾病。主管機關在中央為行政院衛生署，在地方為各縣市政府。

三、 退輔會體系：「國軍退除役官兵輔導條例」提供榮民就養服務，規範對象為榮民。主管機關為行政院國軍退除役官兵輔導委員會。

由上述資料可發現我國目前長期照護服務業務分屬不同部門，各部門目標人口群不同，執行重點與理念亦有所不同，獲得照護的條件也有所不同，造成長期資源無法統籌運用，服務片斷零散，阻礙連續性長期照護之提供。

肆、健康保險組織體制的省思

全民健保組織體制的經驗可做為長期照護保險組織體制思考的方向之一。現行健保組織體系，係以行政院衛生署為中央主管機關，下設中央健康保險局為單一保險人，辦理全民之生育、傷害、疾病等健康保險業務，其組織及預算體制為國營事業，完全公辦公營，沿襲「公營金融保險事業機構」之用人制度，該局之人事管理及職務列等，比照公營金融保險事業機構辦理。中央健康保險局因為比照事業機構，員工領有績效獎金，引發各界批評，認為健保局做為一個執行公權力的單位，應改制為行政機關，較符合其定位。直至 2009 年 1 月立法院三讀通過「行政院衛生署中央健康保險局組織法」，將健保局的組織回歸行政機關，健保局總經理編制改為局長，並取消原有的績效獎金制度，方才解決相關爭議及公權力定位問題。全民健康保險醫療費用協定委員會，其在行政院核定之醫療費用總額範圍內，協定醫療費用總額及分配方式；全民健康保險監理委員會提供保險政策、法規研究及諮詢等事宜；全民健康保險爭議審議委員會審議被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定案件之爭議事件；全民健康保險精算小組審查健保局提報之費率精算結果；另有全民健康保險小組為署長幕僚，提供政策、解釋法令及執行的相關意見。

從健康保險的經驗可以發現中央健康保險局及其主管機關衛生署夾擠於醫療提

供者要求提升支付標準，及消費者要求健保不能倒、醫療不能少及費用不能漲的雙重壓力下。再加上民意機關或利益團體屢屢介入費率調整及預算編列的過程中，使得中央健康保險局運作困難。未來於規劃長期照護保險組織體制時，將著眼於吸取健保組織體制的優點，避免缺點，以利長期照護保險制度之順利遂行。茲將全民健保待改進之處(周秀娟，2008)條列如下：

- (1) 決策組織之權責混淆、權責不平衡；衛生署內部運作機制不當；維持財務平衡之權責歸屬未能明確；監理會定位不明，造成其與衛生署、健保局之權責劃分常由冗長之政治手段決定，不僅耗費行政資源，也使權責相符之原則難以落實；監理會與費協會採分立制，前者對費率提供建議，「表示意見」，後者負責支出，不利健保財務之平衡；醫療服務提供者因毋須負擔健保財務責任，容易產生誘發性醫療需求，造成醫療費用上升；維持財務平衡之權責不明；監理會及立法院不必負責，均由衛生署及健保局負責，有「別人點菜，衛署買單」而無從課責之不合理現象。
- (2) 缺乏有效之社會民主參與機制；民眾及醫療提供者參與給付範圍之調整等決策、共同承擔責任及多重選擇等權利不足；健保決策缺乏民主參與，致立法院容易以民意監督為由，對健保進行不當之政治干預，嚴重影響衛生署及健保局之專業自主性；給付範圍之調整欠缺民眾參與；民間參與決策不足，不利全民健保社會基礎之建立。
- (3) 易受民意機關與利益團體之政治力量介入；政治力介入太深，嚴重影響專業自主性，且使得保費調整困難；保險費率調整不易，較難維持財務平衡。
- (4) 全民健保之相關議題，雖謂經由監理會、爭審會、費協會等委員會（均隸屬於衛生署）之運作作為民間參與之管道，惟各委員會決議尚須衛生署核定，始生公法上之效力，顯示衛生署仍具有主導各委員會決議內容之權力（吳全峰，

1999)；又若監理會意見與衛生署相左時，健保局仍會以衛生署意見為重。爭審會委員由署長遴選，正當性與客觀性亦遭質疑，費協會雖負責總額預算之分配，惟協商不成時，衛生署可以行政權逕行裁定，最終決策權力仍操在政府手中。

- (5) 政府身兼健保政策之立法、監督及實際執行三種角色，有球員兼裁判之非議；健保局兼具辦理承保、管理特約醫療機構、訂定支付標準、審查與核付醫療費用等多重身分，不但未能清楚劃分承保機關和主管機關之權責，亦有球員兼裁判之嫌，且夾擠於付費者不停要求「健保不能倒、給付不能少、費率不能漲」，醫療提供者不斷要求提升支付標準的困境裡(楊志良，2008)。
- (6) 衛生署健保小組、監理會、費協會、健保局之間，各單位業務與功能重疊、權責不明，使得保險費收入與醫療支出之決策分散，且常出現「有權無責」情況(行政院衛生署，2004)。

第三章 材料與方法

一、文獻探討

蒐集不同組織體制、行政作業模式的內涵、優缺點及適用範疇等資訊；彙整各國長期照護保險現行組織體制、作業模式、保險涵蓋對象等資訊。

二、比較研究法

對於各國所採用不同的組織體制及行政作業模式及保險涵蓋對象等內涵，就組織治理(Stewardship)、財源籌措(Financing)、資源籌組(Resources)及服務輸送(Delivering services)等面向進行分析比較，期能提供未來我國長期照護保險建構時參考資訊。

三、舉辦焦點團體/專家座談

邀請長期照護保險領域之實務工作者、專家學者，就長期照護的組織體制、行政作業模式及涵蓋對象等議題進行討論，尋求一個適合我國國情的可行方案。

第四章 研究結果

第一節 長期照護保險涵蓋對象

壹、基本構想與規劃

任何一個制度或方案在推行時，技術層面需要考量其「廣度」、「深度」及「高度」，其中廣度就是指涵蓋的對象，涵蓋的對象越廣泛，則社會公平的願景越容易達成，因為任何一個國家企圖達到健康公平的願景，必要條件就是全民納保 (universal coverage) (WHO, 2008)。

保險對象的界定應依循「社會連帶互助」、「危險共同分擔」、「大數法則」等原則，因應非個人所能承擔的風險，藉由社會團體之間的互助，將個人很小的危險機率，但一旦發生需要承擔巨大的損失，轉換成小額的費用，人人均可承擔且必須共同負擔的損失，以維持經濟安全。

一般而言，因為疾病、意外或衰老所造成生理、心理或認知功能障礙而導致無法自理生活者，皆為需要長期照護之對象。換言之，從國民的需要來看，**任何年齡都可能有長期照護的需求**。目前討論的重點往往著重於高齡者，主要原因係由於年齡越高者，其發生長期照護需求的機率較高。

長期照護保險並非僅對失能者提供幫助，更是對家中有失能者的**家庭**提供莫大的助益。目前我國長期照護所需的費用，大部分由個人及其家庭支應，一般養護機構每月平均費用約 3~6 萬元。此項長期照護費用對個別家庭而言，將是沈重的財務負擔。

我國**現行與長期照護相關的保障並不完整**，如果要限制年齡必然需針對這些未受到保障的失能民眾，如遲緩兒及脊髓損傷之中低收入戶，另外維持或設立一套制度或體系，則又需耗用許多行政成本，也會形成一種風險多種制度之差別待遇，除了對提昇全民福祉無法發揮綜效，也會降低風險分擔機制。經由多次專家會議討論

結果，建議採行「全民納保」、「全民保障」，比照健保，所有人都有繳費義務，但也享有長期照護給付權利，即凡是有長期照護需求者皆為長期照護保險的給付(服務)對象，至於長期照護需求的判定或評估標準，另由「給付方式及給付項目之評估」乙案說明之。簡而言之，長期照護之支出或成本其重點不在保險對象而在於照護(給付)對象或給付內容。

第二節長期照護保險法制組織體制

壹、規劃構想

從國外興辦長期照護的經驗得知，保險的運作宜有法源基礎，經專家會議討論後，初步有關法制組織體制的部份，規劃如下：

一、法制：

未來實施長期照護保險之前要建構二個法案，一為母法「長期照護保險法」針對保險人、保險對象、保險財務、保險給付、服務機構、總則等政策性基本事項進行界定與規範。同時亦應類同全民健康保險的方式，針對各項長期照護資源配置、機構管理、設施供需、設置標準、服務供給者之資格條件、品質規範與評鑑標準等執行面向之內涵，訂定「長期照護服務法」加以規範，以促進長期照護事業之健全發展，有效整合照護資源，提昇照護品質，維護失能者權益，增進國民健康。

二、組織體制：

(1) 中央主管機關：

行政院組織法修訂後為衛生福利部，修訂前為行政院衛生署。長期照護保險涉及照護專業甚多，並期與醫療照護相結合，形成無縫的照護(seamless care)，故目前以衛生署為主管機關應較為適當，相關辦法的制定也能更切合實際。

(2) 地方主管機關：

在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。

(3)承保機關(保險人)：

由中央健康保險局做為長期照護保險的保險人，由於中央健康保險局已有實施全民健保相關經驗，且主管機關同為衛生署，則較不會有互踢皮球的狀況，內部協調與整合亦較為方便一致，行政、人事成本較低。從民眾的角度來看，對口單位僅有一個，但同時享有健康保障與長期照護服務。

(4)相關委員會：在主管機關下，設立

a. 長期照護保險委員會：

由付費者代表、政府代表及學者專家組成，依法共同決定給付內容，依給付內容與提供者代表洽商支付標準、評估需求數量及費用，以之訂定達成收支平衡之費率來購買及支付長期照護。由長期照護保險委員會在財務平衡下提出數種選擇方案，供主管機關審核選擇，以達到雙方權責平衡。

委員由各相關單位推薦，由署長任命，委員要包括消費者代表（如消基會）、學界代表（如長照學會、學術單位）、政府代表等。但是主任委員的部分，為了避免由主管機關直接任命缺乏民意基礎或選舉或票選所產生的可能問題，就由署長提名，半數委員投票通過，則民意基礎較健全也較具正當性，不會成為橡皮圖章。開辦初期考量該委員會需有相關的行政資源支持及重大決策的決議，主任委員或可由主管機關首長或副首長兼任，以促使該委員會發揮出實質的協商效果。

長期照護保險委員會應依法有權審議保險收入與保險支出，二者功能合而為一，並課予負擔財務平衡的責任，有助於建立權責相符的組織體制；它亦可與照護提供者組織相互制約，談判給付項目及價格，依費用總額計算費率，故無調漲費率之困難，且費用之上漲常由付費者代表所抑制。長期照護委員會負責收與支之研訂後，則照護項目、價格、部分負擔與費率會在單一機構內形成動態平衡，收支連動。

b. 長期照護保險爭議審議委員會：

由長期照護學者專家、法律專家及社會公正人士組成。審議各項有關長期照護之爭議審議事項。

(4)財務平衡：

長期照護與全民健保基金分立，財務獨立。對被保險人則是長期照護保險與健康保險保費分列，統一收取。有關財務平衡相關機制另由「財源籌措與財務處理」乙案說明之。

三、中央及地方縣市政府之角色功能區分：

關於中央及地方政府權責分工或地方主管機關之權責問題，涉及後續服務輸送體系之設計，宜建立在提升各級政府權能、兼顧各地方政府差異之原則以及與我國現有的長期照護體制無縫式接軌等原則。

由於目前我國各地方政府的經驗、能力、人力與財力等差異甚大。醫療與社會福利資源仍分布不均，城鄉差距以及偏遠地區在資源可及性（availability）與可近性（accessibility）仍待努力的階段。因此，長期照護保險的權責下放到地方在執行初期仍有困難。

長期照護保險應有需求評估機制，評估單位與付費單位最好為同一體系或有財務連帶責任，較利於財務管理及確保資源使用效率。初期規劃建議整體照顧管理機制、評估與照管計畫皆由中央健康保險局負責，中央配合健保局及其他分支機構作為核心，地方為輔助角色，並鼓勵地方發展創新服務方案。開辦初期單一體制有助於建立事權統一之組織管理，行政成本較節省、低廉。在同一制度下，公平分擔保險費，獲得相同之服務，可維持社會公平性。對整體費用支出可有效控制。詳細內容見「長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估」報告之說明。

開辦一段時間後，為了顧及因地制宜之彈性，亦可採用類似總額制度的精神，縣市地方政府依據保險人口的數量與特性(如老化程度與健康水準)給予一個總額度，同時由中央主管機關及保險人訂定一個基準的給付項目及內涵，在符合這個基

準以外的項目則由各地方政府發揮創意，在這個總額下提供更多元、更符合在地民眾需求的服務。

貳、長期照護保險與現行健保醫療體系、社會福利措施之競合與消長

長期照護因為具有下列特性而不同於健康保險的醫療照護：(1)長期照護並非疾病治療，而是因生活自理功能喪失；(2)發生率較疾病為低，但期間可能持續至生命終結；(3)個案平均費用較一般疾病高昂；(4)照護需要性與年齡相關很高；(5)常不具恢復性，醫療處置僅具有有限作用；(6)照護需要者常伴隨慢性病或其他疾病同時出現，而有多重需要；(7)專業與實施領域與醫療不同。因此，以長期照護事故（Long term Care）為保障主軸的長期照護保險制度與以急性醫療（acute care）為保障主軸的健康保險制度雖有所關聯，但在制度上是不同的。了解其間相互關聯的結構點，建立可能的制度轉銜機制，才能與其他社會安全制度建立分工合作關係，形成完密的、必要的、有效率的需要協助網絡。

長照保險與全民健保責任之劃分方面，德國是將凡是屬於治療(cure)的部分歸為健康保險，屬於照護(care)的部分則歸為長照保險；日本則是將凡是須看到醫師(屬醫療)的部分則歸為健康保險，然而，還是很難在健康保險與長照保險間做清楚切割。

依照目前本計畫有關組織體制的規劃構想，長期照護保險與全民健康保險同屬於一個被保險人-中央健康保險局，具有下列優點：

- 一、 可將長期照護保險與健康保險做最好的分配與整合，提供民眾無隙的保障。
- 二、 組織內部協調方便一致，不易發生互踢皮球的現象。
- 三、 人事、行政成本較為節省、低廉。

四、 對民眾而言，單一窗口。

五、 共同使用健保資訊系統與資料庫。

但這樣的組織設計當然也存在部份限制與困境：

- 一、 迫使長期照護保險受到健康保險制度的箝制，如投保薪資、費率、部分負擔、給付項目等等的調整，都會受到健保制度一定程度的影響。
- 二、 中央健保局要同時承受兩個保險，在組織、資源上是否能負擔，需進一步釐清。

第五章 結論

為因應我國未來快速成長的長期照護需求，讓民眾可以得到良善的長期照護，持續發展長期照護制度是國家衛生政策重要的方向。然而由於我國稅收佔 GDP 的比例很低(僅 14%)，採用保險的方式來實行是目前國家現況下比較適合的財務選擇。因此，如何籌措適切財源，建構高效率的組織體制，讓民眾在合理承擔的範圍之下，建構一個能提供失能者及其家庭整合性與持續性之照顧服務的長期照護保險，是長期照護保險的規劃重點。

本研究主要係針對長期照護保險法制組織體制及保險對象進行研究，為了發揮社會互助、社會連帶的精神，初步規劃構想為『全民納保、全民給付』，與健保整合，提供全民無隙的服務與保障。在法制組織體制方面，建議建構「長期照護保險法」及「長期照護服務法」使該制度的實行具備足夠法源基礎，長期照護保險的主管機關為行政院衛生署，承保機關為中央健康保險局，主管機關下設立二個相關組織，賦予相關權責與任務。

台灣目前整個社會正在急速老化，平均一個年輕人將要負責照顧兩老，如果家庭有長期照護的需求，負擔實在太過沉重。因此，應全民加入長照保險，較符合風險分攤的互助公平原則。在組織體制設計則著重課責，希望建構一個權責相符的體制，使長期照護保險運作順利。同時，長期照護保險是一個新的制度，需要民眾支持才能走向成功，建議現在即應開始向民眾宣導新制度之目的、內涵，讓民眾對於長期照護保險制度有所了解。

參考文獻

- WHO (2008).The world health report 2008 – Primary Health Care: now more than ever。
- Weisser, W.(1991).Community-base long term care: a prospective budgeting strategy for achieving cost effectiveness. In J. C. Romeis & R. M. Loe(Eds), Quality and cost containment in care if the elderly. New York:Springer. Pp.175-189.
- 王增勇(2005)。我國長期照顧服務輸送規劃研究。林谷燕(2009)。德國長期照顧制度之探討。http://www.npf.org.tw/post/3/5368#_ftn25。
- 行政院(2007) 我國長期照顧十年計畫摘要本。
- 吳肖琪(2006)。我國長期照顧法令制度規劃研究。台北：內政部我國長期照顧制度規劃研究規劃報告。
- 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-二十一世紀保險的前瞻》，19-20，台北，繼耘保險文教基金籌備會。
- 吳凱勳(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，國家衛生研究院。
- 李玉君(2000)。德國健康保險組織體制之探討。歐美研究，30(3)，41-88。
- 李建良(2002)。論公法人在行政組織建制上的地位與功能。月旦法學雜誌，84，43-59。
- 卓俊吉(2004)。德國長期照護保險法制之研究。國立政治大學法律學研究所碩士論文。
- 周世珍(2006)。「荷蘭健康照護法制新趨勢」。長期照護雜誌季刊，10(2)，136-152。

- 周秀娟(2008)。我國全民健保組織體制之研究。國立臺灣大學政治學系碩士論文。
- 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論文集，國家衛生院。
- 林谷燕(2009)。德國長期照護制度之探討。<http://www.npf.org.tw/post/3/5368>
- 胡幼慧、王孝仙、郭淑珍(1995)。家人照護失能老人的困境：一項質化與量化整合的研究。公共衛生，22(2)，99-113。
- 徐慧娟(2002) 失能老人家庭照顧者之照顧信念：照顧信念的測量及其對照顧付出的影響。國立臺灣大學衛生政策與管理研究所博士論文。
- 張世強、張世澤(2007)。美國高等教育治理當中委員會角色之評析。思與言：人文與社會科學雜誌，45(4)，139-177。
- 陳玉蒼(2005)。日本介護保險之介紹。社區發展季刊，110，351-359。
- 陳君山(1997)。德國照護保險制度之探究，社區發展季刊，78，105-122。
- 陳君山(2002)。德國社會福利行政體系之探討。社區發展季刊，98，87-104。
- 陳聽安(2003)。健康保險財務與體制。台北：三民書局。
- 曾蕃霓(1998)。第五種社會保險藍圖之建構：台灣長期照護保險資源配置之研究。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 楊志良(2008)。健康保險。台中：華格那企業。
- 蔡憶文(2006)。台灣地區民眾健康保險調查計畫。國家衛生研究院。

附錄一 專家座談會議紀錄

長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估

專家座談會議紀錄

開會時間：中華民國 98 年 1 月 13 日(星期二)下午 2 時 00 分

開會地點：亞洲大學行政大樓 L509 會議室

主席：亞洲大學楊志良 教授

出席者：朱教授僑麗、徐教授慧娟、葉教授玲玲、謝教授媽娉(請假)

會議紀錄：王秀英研究助理

主席報告：長期照護保險是國家衛生政策發展的方向。為了讓民眾可以得到良善的長期照護，長期照護保險大概是目前國家現況下的比較適合的選擇。大家都知道我國稅收佔 GDP 的比例很低，所以我們基本上是不太適合採用像瑞典、英國這些國家用稅收來支應的方式。我所負責的部分是有關保險對象及體制的部分，希望藉重大家在長期照護領域的經驗，給我們一些意見。

討論議題一、長期照護保險的保險對象

主席：由於保險對象的定義會影響被保險人的數目、需要的經費、費率等等，因此，我們先就保險對象這個議題來討論。在保險對象的部分，我們初步列了幾個子議題，包括保險對象是否要區分年齡？納保的年齡？保障對象與繳費對象是否可以不同？不知各位專家有什麼看法。

徐教授慧娟：以 WHO 所倡導的看法，長期照護保險對象的涵蓋範圍是越大越好，不過一旦保險對象越廣越好，接踵而來的就是經費問題。以日本為例，他們是以年滿 40 歲者為強制保險對象，65 歲以上的老年人因為

有老人年金可以支付保費，而且他們的利用率也較高，所以比較沒有問題；中年(40歲)以上的人較有可能意識到自己可能有失能的機會，或是看到自己的父母有在利用長期照護，他們的接受度也比較高。但是，長期照護保險不像醫療保險人人都會用到，它的比例大約十個人中才會有一個失能者需要利用，所以年輕人會認為自己不可能那麼倒楣，參與意願通常不大。其實，依據鄭文輝老師的研究結果，40歲以下的民眾失能的機會不是很多，負擔不大的話，其實也是可以納入。

朱教授僑麗：早期我們在估算長期照護需求人數時，是從20歲開始估算，因為兒童的部分，像遲緩兒也是長期照護的對象，國家有另外一個法令來協助他們。

主 席：那麼各位覺得是全國一種制度比較好還是18歲以下分二種制度好？

朱教授僑麗：我認為要整合。如果我們從國民的需要來看，其實任何年齡都可能有長期照護的需求。

主 席：所以大家都同意長期照護保險照護的對象就是有長期照護需要的人，不分年齡、不管收入高低。至於哪些人是有長期照護需要，會有別組計畫去詳細定義。

葉教授玲玲：精障者要不要放入？從精神醫學的角度來看精障者泛指所有精神疾病，可是從社會福利的角度只納入慢性精神疾病，失智及自閉症被獨立出來。精障者的經費目前是散佈在衛生署、內政部等各個不同的單位，並未被好好的整合，是不是我們就趁這次的規劃機會納入？還是分階段進行？

主 席：那我們採二案併呈的方式好了。一案是全部納入；另一案是慢性精神障礙先排除，下階段再進入，因為目前尚有其他服務支援。那接下來

我們來討論繳費的對象。

葉教授玲玲：早期鄭文輝老師就曾經估算過長期照護保險所需的費用，按照鄭老師所估算的金額其實並不高，加上健保局的行政效率也很好，是不是就比照全民健保，全民都納入，如果只有老人納入，保費會太高，也無法發揮社會保險互助的精神。

徐教授慧娟：我非常同意葉老師的意見，納入長期保險的對象越多越好，才符合互助的精神。可是民眾的反彈也應納入考量，民眾如果認為請外勞看護的錢可能比加入保險使用正式服務來得便宜，參加意願一定不高。

朱教授僑麗：還有另一個問題，現在全民健保是論口計費，以新生兒為例，小朋友其實在某個年齡之前有個死亡率，他還沒活過那個年齡的話，能活過40歲的機率其實並不確定，那民眾也許會選擇不加入保險，40歲以後再繳。而且我們目前規劃的長期照護保險應該不會對未加保有任何懲罰條例，那這種狀況要如何避免。

主 席：我們前面所定義的照護對象其實涵括了老人(如失智或其他失能等等)及小孩(遲緩兒等等)，這樣的話，年輕人應該會願意加入。

徐教授慧娟：楊老師您所說的狀況是假設這個社會連帶意識十分強烈，但是我很擔心實際狀況可能會不如預期。我所接觸過的家庭照顧者都認為自己不會這麼倒楣，十個人才有一個人失能，怎麼可能那麼倒楣剛好是我。長期照護保險畢竟不像醫療保險，從小到大一定會生病，有利用到醫療保險的機會，可是長期照護卻不是人人都會用到的。

朱教授僑麗：日本是個相對社會連帶意識非常強的社會，他們都到40歲以上才繳長照的保費，以我國目前的現況是不是大家都願意參加長照保險，可能值得商榷，萬一沒有充份的宣導，可能會引起很大的反彈。

葉教授玲玲：而且，日本在訂定長期照護保險決策前，其實都有一段時間讓國民充分討論，學者跟各部門充份宣導，他們這段前置作業就花了十年。我們要在這麼短的時間說開辦就開辦，宣導的工作更加重要。

主席：全民健保開辦之前，那時的宣導工作就做很多，把不同的利害關係人統統找來，我們來跟他們介紹全民健保的內容，解答他們的疑問，那時光我個人去演講就不下 200 場次。這次的長期照護保險應該也要這麼做，那是執行面的問題。所以大家都同意為了發揮社會互助、社會連帶的精神，而且我們照護的對象是涵蓋全民，所以應該全民都納入長期照護保險，繳納保險費用。這個費用的原則就是『財務獨立，費率另訂，收費金額另立，但投保薪資與健保同，與健保費一併收取』。

討論議題二、長期照護保險的體制

主席：接下來我們是不是來討論長期照護保險的體制，有關長期照護保險的主管機關、中央地方如何分權、誰來決定費率等等。

葉教授玲玲：主管機關應該還是衛生署，因為它有實施全民健保的經驗。如果屆時行政院組織法修訂通過，主管機關就是衛生及社會安全部。

主席：那保險人部份，依據剛剛我們所說的原則應該是由中央健保局來辦理較為恰當，因為另立一個機關又要增加許多人事、行政成本。縣市政府要承擔什麼責任？執行的部份是不是要交給地方的長期照護管理中心？

徐教授慧娟：長期照護管理中心目前只能做到個案的轉介，談不上所謂的執行。分權是有好處的，它可以迫使社政跟長照資源整合、彼此合作，但是各

縣市長期照護管理中心的差異很大。

朱教授僑麗：以日本經驗來說，他們地方政府所承擔的責任是評估被保險人，因為評估的工作一定要最接近民眾才行；另一方面，市村町也要負責一部份的費用；還有他們會去監督供給者所提供的服務。

徐教授慧娟：以其他國家改革的經驗看來，如果中央跟地方分權，當長照費用上漲太快，中央就把事情歸給地方，只給固定的補助，地方要自負盈虧，既要負責財源又要負責管理。以我國目前的狀況來看，各縣市政府的差異太大了，長期照護管理中心有的設立在社政科底下，有的設立在醫政科這邊，雖然希望他們整合，但目前的狀況差異太大，所以短期內不宜分權。

葉教授玲玲：所以初期應該還是要中央統籌，慢慢地再由地方承擔起責任。

主席：那接下來是有關如何課責的問題，怎麼樣讓所有的利害關係人都能參與並承擔責任。以健保為例，它是由上而下；德國則是由下而上。長期照護保險是不是需要成立一個基金會或委員會，來決定照護範圍、給付的價格等等，來執行類似健保費用協定或監理委員會的角色及功能。

葉教授玲玲：其實費協會的運作機制還不錯，是不是我們就成立長期照護基金會。

主席：委員由各相關單位推薦，由署長任命，委員要包括消費者或業界(如消基會、護理之家協會)、非業者照顧者代表、學界(如長照學會)、政府機關代表等。但是主任委員的部分，為了避免選舉或票選所產生的可能問題，就由署長提名指派，半數委員通過，那民意基礎就比較健全也較具正當性。

葉教授玲玲：萬一名額一直無法獲得半數委員通過而流產怎麼辦？

主席：那我們可以訂定說超過幾次(例如三次)就由署長逕行任命。

結論

主席：非常感謝各位專家百忙之中撥空前來，就長期照護保險對象和體制給了我們很多寶貴的意見。今天所討論的二個議題，我們大致上得到以下的結論：

1. 長期照護保險照護的對象就是有長期照護需要的人(身體功能與認知功能失能者)，不分年齡、不管收入高低。有關保險對象目前採二案併呈的方式，一案是全部納入，另一案是慢性精神障礙先排除，下階段再進入。
2. 主管機關為衛生署或衛生及社會安全部。
3. 財源籌措的原則為財務獨立，費率另訂，收費金額另立，但投保薪資與健保同，與健保费一併收取。
4. 保險人是由中央健保局來擔任，辦理相關事宜。
5. 成立長期照護基金會，委員由各相關單位推薦，由署長任命，委員要包括消費者或業界、非業者照顧者代表、學界、政府機關代表等。主任委員的部分，就由署長提名指派，半數委員通過。

長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估

專家座談會議紀錄

開會時間：中華民國 98 年 2 月 9 日(星期一)上午 10 時 00 分

開會地點：台灣大學公共衛生學院 505 討論室

主席：亞洲大學楊志良 教授

出席者：吳教授肖琪、李教授玉春、陳教授惠姿、鄭教授文輝、謝副秘書長東儒、
薛教授承泰(請假)

會議紀錄：王秀英研究助理

主席：今天要討論的主題有二個，一為長期照護保險的納保對象，一為長期照護保險的給付對象，這二個部分一旦確立了，後面的服務輸送、財務、人力供給等等議題才有具體的方向。希望藉重大家在長期照護領域的經驗，我們彼此交換一些意見。

討論議題一、長期照護保險的納保對象

主席：凡是有需要的人，現在已經有給付存在，然而在給付水準，內容都不一樣。少部分的人運用的資源皆分散在各部門，所以在其行政成本，社會成本方面則缺乏應有的效益。若現行為全民納保，則請各位專家學者給與寶貴的意見。

鄭教授文輝：一個制度要成功，「願景」很重要，長期照護保險也是如此。不論是納保對象還是給付對象，應該先看想要藉由這個保險制度把國民帶到什麼境界，並據此告訴民眾(宣導)10 年、20 年後的情景。例如全民健康保險的願景就是「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療保健服務」；另外，制度規劃時一定要考慮「國情不同」。我們當然可以參考其他國家的作法，可是不能忽略了我們的特點，我們

有獨一無二的「全民健康保險」。所以規劃長期保險時應設立一套管理制度來與全民健保銜接、整合。我們的國情是比較偏重家戶的觀念，所以我們不但是全民納保，我們還三代同保。

主席：在這樣的民情下，大家對於納保對象與給付對象有何意見？

鄭教授文輝：我個人是贊成全民納保，如果保險對象是全民，那麼給付對象應該採用方案 A，全民都是我們服務的對象。從權利義務的觀點來看，長照不同於健保的急性醫療照護，一人住院全家住院。其實站在年輕人的角度來看，雖然他個人可能使用不到長期照護服務，但他的家人可能會使用到，之前有學者做的研究就發現每年約有 10 萬人因為要照顧家人而被迫離開市場，所以這個長期照護保險不是只有老人或失能者受益，而是整個家庭都受益。

主席：對，例如喘息服務，它的對象其實就是家裡有失能者的家庭，更可以分攤家屬的照顧壓力。

鄭教授文輝：韓國是納保對象與給付對象不同，未來則考慮是否分階段實施，再擴充到全民。日本，從財務面有關的因素來考量，若考慮下降到 20 歲就納保，則務必要交代他們的權利及義務。

謝副秘書長東儒：政策上，最終目標的考量應是全民納入。當初慢性精神障礙被排除的原因，主要是因為評估工具以及供給方面仍未成熟發展。然而，現今評估工具越趨成熟，供給部份也應要提升，所以應會在下階段納入。

主席：評估工具沒問題，那提供照護方面有沒有問題？

謝副秘書長東儒：主要社區照護方面，現在健保有給付，各縣市精神社區復健都有成長，可以支持到某種程度。這個部份多是內政部負責。

陳教授惠姿：但它存在一個問題，用急性的錢來提供慢性照護。

鄭教授文輝：全民納保最重要的是要與健保銜接，也就是所謂「保險整合」、提供需照護者及其家庭「自主與尊嚴」、「不應差別待遇」，不要漏掉，不要重複。

謝副祕書長東儒：全民納保的部分，最重要是要借助風險分攤來降低被保險人的負擔。風險分擔程度越高，對於長期照護更好。

鄭教授文輝：我國還有一個發展長期照護的優勢，就是發展 NGO，主要是 55 歲到 64 歲的人力，發展他們的能力，會是可觀的。

李教授玉春：長期照護發展已經有十年了，要如何提昇效益，一定要基於教育訓練課程，包括照顧者、經營者，都要有這樣的智識與共識。

吳教授肖琪：教育的部分有高教司、技職司、社教司、國教、特教都應該參與長期照護的規劃。例如高教司的部分，應對於人口老化方面制定教育課程，如建築系的學生如何規劃老人住宅等學程制度。技職司可以用學系的制度。社教司：成立老人大學及大量成立樂齡支援中心。

吳教授肖琪：教育應該把上述體系都納入。媒體教育以及這五個教育都應該都要做。若是到後來才來行銷推動，在執行上會有問題。若普通大學沒有相關學系的，應該設課程。若為相關學系，如衛教系或是媒體教育系開始要注重照顧的技巧，這對保險是幫忙的。

鄭教授文輝：也可以提供一筆錢給予單位，而非給予志工酬償。例如弘道提供訓練，他們相當有經驗；提供志工訓練，發揮其潛力。反觀日本的經驗方面，則似乎樂觀過頭導致有點後悔。將來則可以將志工納入體系、制度化，例如送餐服務，提供關懷而非照顧。送餐即送關懷及愛心。

李教授玉春：支持全民納保及全民保障(給付)的設計方向，目前針對給付對象及項

目仍有幾項問題需要解決：第一，亞急性照護必須決定在健保或是長照。第二，要解決社會性住院。第三，照護管理是必須的，且應有綜合性評估，透過照顧管理師來決定照顧的程度。請大家對此提出看法。

吳教授肖琪：長期照護若是增加亞急性的部分，如呼吸照護，會增加保險複雜度。

若是運用 ADL 或是 IADL 來評估，會較單純。但是一定要推動亞急性的部分，兩部分保險銜接才不會有問題。

謝副祕書長東儒：長期照護的目標是需要永續的提供。

鄭教授文輝：提供全民納保的支持論據。當初規劃二代健保有諮詢民眾，從民眾的角度來說，認為最好與健保一起，成為附加保險。若要類似國民年金或是其他方式，那會很難。國民也會抱怨。若與健保一起，可以節省行政成本。

長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估

專家座談會議紀錄

開會時間：中華民國 98 年 4 月 13 日(星期一)上午 14 時 00 分

開會地點：陽明大學衛生福利研究所

主席：亞洲大學楊志良教授、吳肖琪教授

出席者：林麗嬋、蔡閻閻、周麗華、林秀玲、李淑婷、石惠文、張美珠、李劭懷、
許銘能、劉惠賢

會議紀錄：王秀英研究助理

楊教授志良：在體制方面，我們知道國際上有德國、荷蘭、日本及韓國的經驗。目前長照保險的規劃要單一體制，就像健保一樣，為了公平、公正及效率單獨開辦，獨立的話才能有課責的議題。收取保費的話，統一由健保局收取，地區人口收到保單，上面就會清楚註明健保費金額多少，長照保費金額多少，跟日本及韓國的作法是一樣的。台灣早期就是這樣，勞保、農保，其保費由勞工保險局統一收取，公務人員還有私校則是由中央信託局的公管處收取，這樣可以權責相符、精簡行政。因應長照保險人力的增加則可在健保局底下增加一至二個相關單位，可以減少很多行政成本。設立一個長照保險服務法，在機構設置辦法、人力的證照跟訓練、長期照護資源的配置上，才會有所依據。

吳教授肖琪：當初會議上朱總經理是認為，把兩個法合併成一個法送入立法院會比較容易過。我們的想法是體系跟財務是一樣重要的，服務法跟管理法都是很重要，要一起並行，分開設立怕會有組織再造的問題。

周副局長麗華：要把機構結合在一起，需要有一個法來規定，但立法是相當繁複的。

楊教授志良：我同意立一個法沒有那麼簡單，但是我們有相關經驗，你看勞保局跟

公保局現在都還存在，只是把健康照護的那一塊切出來而已。

周副局長麗華：有很多長期照護機構不只有做照顧，它還有包括教育或其他功能，而且保險的年齡層那麼廣，需要有一個法來規定提供的服務內容。

楊教授志良：那就是重點，如果只有長期照護保險法是沒有辦法做長期照護保險，還需要有長期照護服務法。

蔡教授閻閻：我們現在的規劃對於身障者比較沒有保障到，因為身障者並不是用照顧服務員的概念，因此他們稱為生活輔導員或保育員，角色是不一樣。因此在照顧服務員上要有所區隔，照顧兒童的、身障的、老年的要分開。

周副局長麗華：精神科病人除了照顧外，還需要教育，教育的部份是希望能回歸到社區來做。以庇護工廠為例，它其實對身障者提供的服務是可以一起做，白天做職業訓練，晚上就直接住在那裡，但是因為服務分屬不同單位管理，該怎麼切割，是很重要的問題。

蔡教授閻閻：所以除了分類還是需要要有法規的依據。

楊教授志良：必須讓經建會和健保局知道，如果不制定長期照護服務法，那其服務的內容是很難去規範和界定，會衍生很多問題。

周副局長麗華：一個方案是制定新的長期照護法，兒少跟身障的不納入，適用原本的法源；另一個是將其全部納入，在修改其他法規。

吳教授肖琪：我們現在是希望能藉助法源有效率的將各長期照護資源整合在一起。

楊教授志良：中央主管機關是衛生署，權責的部份就是長期照護資源的配置、規劃、相關法規的制定跟範圍，保險人設於中央主管機關底下；依據地制法地方主管機關為各縣市政府，負責執業人員的登記及核定。

楊教授志良：目前規劃成立一個委員會，由政府制定給予的標準跟服務的項目，再

與服務提供者進行協商。長期照護保險在財務平衡的狀態下，提供數種方案給主管機關做審核。希望成立的長期照護委員會能夠收支連帶。

楊教授志良：長期照護保險與健康保險的銜接，希望能夠提供急性的後續照顧，減少社會性的住院。至於中央與地方的分工，原則是決定提供什麼服務跟收取費用需要是同單位，但實際提供者可以是一般業者，避免制度走不下去。初步規劃照顧計畫的擬定，由於各縣市差異很大，初期以保險人為主，如果縣市有能力且有意願，經主管機關認定後將其委託縣市。證照的認定及人員登記由地方負責。在座很多是在地方有實務經驗的專家，不知大家對目前的規劃有何看法？

許局長銘能：保險人提供錢給服務單位，至於要給哪些服務，則透過各縣市照護服務計畫去制定服務的內涵。照顧計畫的擬定透過各縣市政府提供適合需要照顧者的照顧服務是可行的，主要考量應該是能不能提供被保險人所需要的服務，這是要互動的。同時也要提供一個管道給被服務的人有申訴的機會告訴保險人，縣市政府所制定的照顧計畫可能並不符合他的期望。

周副局長麗華：長期照護保險是一個保險體系，而非一個福利體系。其人員也是由地方政府出資，但是他們都屬於臨時人員，不具公務人員的資格，難道要一直以臨時人員來執行照護管理業務嗎？人力的部分應該要由中央管理，不要佔用到地方的資源及人力。就像健保局，其有配置人力於區公所，該名人員乃屬於健保局的員工。但是照顧計畫卻會涉及到後續申訴的問題。像日本是由特約的方式，跟有資格的照顧管理師來負責照顧計畫的擬定。我們可以看到前面有提到，規

劃由中央規劃，地方只是被動的處理申請、登記、管理的責任，在資源缺乏的初期，是否適用還有待商榷；在財務上，還需要把其地方人員的薪水加上退休金算清楚。

楊教授志良：初次的評估跟訪視還有照顧計畫的擬定用特約的方式也是可行，但是這些人的資格認定，需要訂定通過考試或證照的認定，要不他們就屬於臨時性質，將來會衍伸許多問題。所以將來負責評估的人員、照顧計畫擬定人員要有一套資格認定制度，成為專業人員也必須成立一個委員會來進行監督。另外，全國要有一致的標準，中央跟地方要合作一起來做資源的配置，地方政府可以加上開發的資格，但要符合中央的配置原則。

吳教授肖琪：委外的方式可以有兩種，一種是委託給縣市政府；另一種是委託給有資格的機構。當然，委託給縣市政府，縣市政府也是委託給有資格的單位。

許局長銘能：還沒給錢之前就要先看過你評估出來的結果，但是訪視評估出來之後，就很難管控到需求部份的標準是在什麼地方，若送到委員會，也只是針對書面資料進行審查，很難確保其品質。

楊教授志良：依據局長的意思就是，評估跟訪視的這些人員必須是長期照護保險人的員工，具有公務人員資格，若隨便亂來，就受到公務員相關法規規範。

張祕書長美珠：剛剛您提到原則是提供服務跟收取費用需要是同一人，那委外的話會不會有衝突。

楊教授志良：這些是管理層面的議題。

許局長銘能：台北縣早期是有委外評估，但是其執行評估者並不是服務提供者，所

以在訪視評估跟需求的認定上，要排除服務提供者來進行此項業務。

以往是由縣市政府進行監控，希望改由保險人進行監控。

劉技士惠賢：是不是規範負責評估的人不會是提供該案主服務的人即可，因為我擔心偏遠地區如果按照這個限制，可能很難找得到人。

楊教授志良：重點就是不能球員兼裁判。也可以採用健保總額的機制來管控。

劉技士惠賢：我們好像一直沒討論到如何功能的銜接或整合

吳教授肖琪：功能的部份是屬於支付項目那個組要討論的。

楊教授志良：有關照管中心的照管人員需通過考照才可任用，但因他們有經驗上的優勢，所以不用擔心找不到工作。前期用約聘的方式，那開辦後，因為他們有經驗，所以會被優先納入成為照顧管理員。

林督導秀玲：我擔委外會不會造成商業行為，而且會不會受限於地方資源的豐富性。

許局長銘能：未來要提供的項目跟長照十年計畫的項目是否一樣？那對於縣市政府如果有提供額外的服務，那事必要針對這個額外的服務再成立一個單位來執行。

蔡教授閻閻：我們在評估各縣市的資源，是以全部可用的資源作為依據，並不會去區分資源是從長照十年計劃裡來還是由縣市政府單位。

許局長銘能：在評估的部份，那些額外自己開創的服務，保險人是不會評估的，那縣市政府就必須要自己去評估。

林教授麗嬋：所以可以學習健保所謂代位求償的機制，就像意外事故是由勞保局委託健保局處理。

楊教授志良：假設送餐服務不給，但是因為他是獨居老人，經過評估過後需要此項服務，那他可以用自費的方式來申請此項服務，就像醫師開處置，開了這麼多項，該健保給付就由健保付，健保沒付的，就自行掏腰包。

吳教授肖琪：現在長照保險裡，你不可能覆蓋全部的東西。

張祕書長美珠：我比較擔心那個評估或設計照護計畫的人，能不能清楚地了解地方
擁有哪些資源及數量可以運用。

周副局長麗華：我想評估的人還是來自地方，這個問題應該不大。

楊教授志良：現在最重要的就是責成衛生署通過那二個法案。

期末審查報告一

長期照護保險法制組織體制與 保險對象之評估

計畫主持人：亞洲大學楊志良教授
協同主持人：陽明大學吳肖琪教授
研究助理：亞洲大學王秀英

大綱

- ▶ 前言
- ▶ 計畫緣起
- ▶ 研究目的
- ▶ 文獻探討
- ▶ 保險對象之界定
- ▶ 長期照護保險組織體制
- ▶ 材料與方法
- ▶ 研究結果
- ▶ 長期照護保險涵蓋對象
- ▶ 長期照護保險法制組織體制
- ▶ 結論

前言-計畫緣起

- ▶ 人口快速老化、家庭結構的改變、疾病型態的轉變，促使長期照護需求快速地成長。
- ▶ 發展長期照護制度為重要施政方向。
- ▶ 我國稅收佔GDP的比例很低(僅14%)，採用保險的方式來實行是目前國家現況下比較適合的財務選擇。
- ▶ 如何籌措適切財源，建構高效率的組織體制，讓民眾在合理承擔的範圍之下，建構一個能提供失能者及其家庭整合性與持續性之照顧服務的長期照護保險，是長期照護保險的規劃重點。

3

前言-計畫緣起

- ▶ 目前我國長期照護服務體系仍存在下列問題：
 - (1) 醫療衛生支出總額及公共財源比率偏低，政府支應長期照護的能力受限，絕大多數長期照護的責任，均由個人或家庭獨立負擔，造成家庭的沈重身心與財務負荷；
 - (2) 民眾需承擔較高的部分負擔，以致於利用率偏低；
 - (3) 社區服務體系欠缺，對機構過度依賴，影響民眾選擇服務的權利及偏高的照護成本；
 - (4) 過去大量未立案機構雖已陸續申請立案，但其能否保障服務使用者的安全和照護品質，仍是問題；
 - (5) 長期照護病人長期使用急性醫院病床，不但無法得到適切服務，反而浪費醫療經費；
 - (6) 外勞看護工影響我國照護產業的正常發展及品質的提升。

4

前言-研究目的

- ▶ 本研究目的在於研究長期照護保險的組織體制及涵蓋的對象，供未來規劃長期照護保險之參考，具體研究目的如下：

一、長期照護保險對象評估—

1. 分析國際間長期照護保險涵蓋的對象範疇，及其優、缺點。
2. 檢討我國目前長期照護服務之對象。
3. 提出我國長期照護保險涵蓋對象的基本構想與規劃。

5

前言-研究目的

二、長期照護保險組織體制評估與規劃—

1. 蒐集國際間長期照護保險之法制組織體制概況，分析不同組織體制、不同行政作業模式之利弊得失。
2. 檢討我國現行長期照護相關組織體制之優、缺點。
3. 提出長期照護保險之組織體制基本構想。
4. 探討該構想與我國現行健保醫療體系、社會福利措施可能產生的競合關係或消長影響。

6

文獻探討-保險對象之界定

- ▶ 長期照護泛指對因疾病、意外而導致日常功能部分或全部缺乏、喪失者連續供給三個月以上之醫療與個人照護服務；其特質為以生活照顧為主，醫療照護為輔(Kane & Kane, 1987)。
- ▶ Weissert (1991)定義長照服務提供可在機構、非機構及家庭中，對象包含所有年齡組之人口、罹患慢性病及身心障礙者。



長期照護直接的服務對象為具功能障礙的所有個體；間接服務的對象是家庭成員中具有功能障礙者的家庭。

7

文獻探討-保險對象之界定

▶ 各國保險對象概述

國家	日本	德國	荷蘭
保險對象	<ul style="list-style-type: none"> ● 65歲以上居民 ● 年滿40歲未滿65歲參加醫療保險者。 	全民	全民
保險人	市町村	照顧基金會	健康福利體育部
給付對象	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齡者為主 ● 40-64歲限定因特定疾病引發障礙而需要照顧者 	全人口	<ul style="list-style-type: none"> ● 全人口 ● 三大目標群(老人失能者、精神疾病者)
資格認定	原則上置於市町村之“照顧認定審查會”認定	委託健康保險醫事鑑定服務處 (MDK)	地區評估委員會
財源性質	社會保險	社會保險	社會保險、稅收



保險對象傾向全民納保的趨勢，而服務對象則係依據被保險人的需求性加以認定。

8

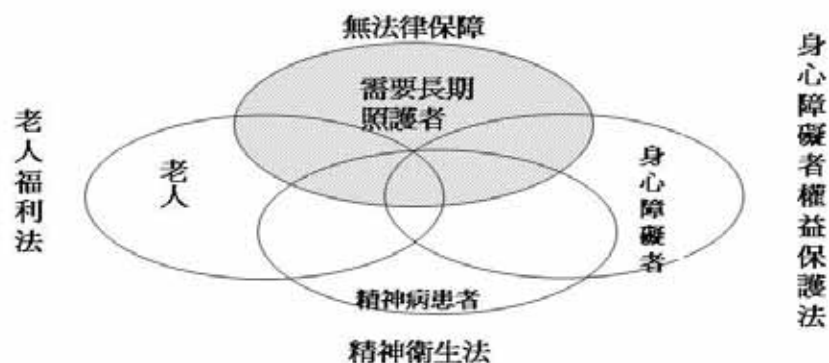
文獻探討-保險對象之界定

▶ 我國目前長期照護服務對象

- 老人長期照護三年計畫(1998-2001年)之對象為無自我照顧能力的老人。
- 建構長期照護體系先導計畫(2000-2003年)之對象為20歲以上，至少具有一項以上ADL功能障礙者或經診斷有輕度失智症者，在2001年7月1日前設籍實驗社區(台北縣三峽鎮、鶯歌鎮及嘉義市等)且實際居住者。
- 照顧服務福利及產業發展方案(2002-2007年)之對象由中低收入失能者擴展至一般失能者。
- 台灣健康社區六星計畫(2005-2008年)之對象為社區中的失能者及老人，但以健康老人或失能程度較輕的老人為主。
- 十年長照對象涵蓋
 - 65歲(含)以上老人(優先服務對象)
 - 因身心障礙、地區因素致使提早老化而需照顧之對象
 - 55至64歲的山地原住民
 - 50至64歲的身心障礙者
 - 僅IADL失能之獨居老人，因無法在家獨自生活而需有人提供協助。

文獻探討-保險對象之界定

▶ 我國目前長期照護服務對象



各法保障對象有重疊(overlap)外，更有一群需長期照護者是沒有受到任何保障的，顯示對全民的保障並不完整；且制度紛亂、資源分散、多頭馬車、標準不一、行政成本偏高，導致績效不彰。

文獻探討-長期照護保險組織體制

- ▶ 欲建立一個能長且久的保險組織，基本上必須符合「政治淡出化」、「行政自主化」、「財務獨立化」、「經營競爭化」及「事業民營化」等原則(陳聽安，2003)。
- 1. **課責**：各機關間的運作或合作，應該建立在權責分明的基礎上。
- 2. **公民參與**：公民參與是權力體系之外的制約，可以有效防止公共權力的濫用；迫使決策者傾聽公民的意見，使相關的政策變得更加符合公民的利益。
- 3. 在**法律授權範圍下，獨立運作**。
- 4. 代表(委員、理監事)的產生必須具備民意基礎，然後始有可能**在法律授權下，承擔平衡財務，確保品質，承擔責任**。

11

文獻探討-長期照護保險組織體制

- ▶ 各國長期照護組織體制-日本：



圖2-2-1日本保險關係圖

12

文獻探討-長期照護保險組織體制

日本--

- 長期照顧體制以介護保險為主
- 初期服務對象主要以65歲以上ADL失能者為主，並納入罹患老化併發疾病之40-64歲者
- 實施五年後，研議將所有身心障礙者全部納入介護保險，並第二類被保險者(40-64歲)之年齡範圍涵蓋至40歲以下人口(吳肖琪、周世珍，2006)
- 長照保險系體將要求20-40歲成年人納保，使20-40歲的失能者能獲益(Houde et al., 2007)

13

文獻探討-長期照護保險組織體制

▶ 各國長期照護組織體制-德國：

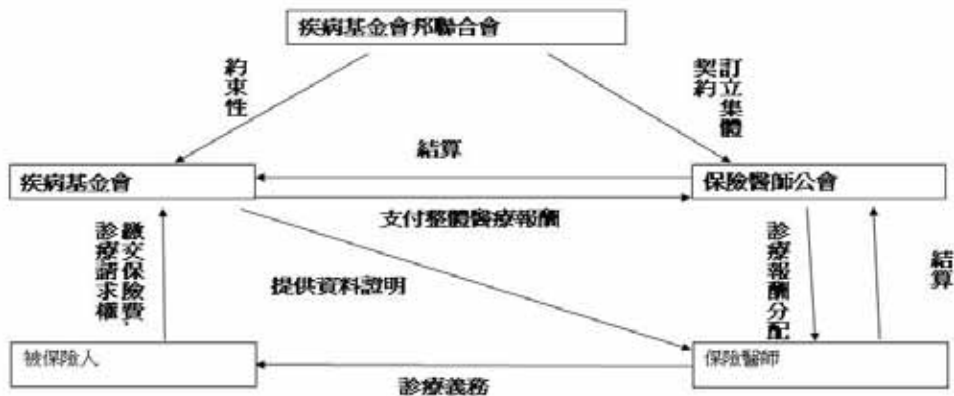


圖2-2-3 德國保險關係圖

14

文獻探討-長期照護保險組織體制

德國--

- 長期照顧體制以照護保險為主軸，照護需求為核心概念
- 服務對象
 - (1)年齡：全人口中有照顧需求的失能者(含一般人、精障、失智及腦傷者)
 - (2)身心功能狀態：至少2項以上ADL障礙，並持續一段時間
- 依據符合照護需求資格之受益人其不同程度需求(三種等級：相當、非常、極度)來決定給予於居家式或機構式中適度照護(Geraedts et al., 2000)
- 需求程度較低者則不涵蓋於長照保險中(Comas-Herrera et al., 2006)

15

文獻探討-長期照護保險組織體制

- ▶ 各類保險組織體制之優缺：
不同的保險組織體制反應出不同的價值撰擇(社會公平或效率)、不同調控策略(國家統合或市場競爭)以及財務支援方式(保費或稅收)。
- ▶ 茲將不同組織體制之特色整理於下表：

16

文獻探討-長期照護保險組織體制

分類	單一基金會		特殊公法人	委員會
	單一保險人	多元保險人	單一保險人	單一保險人
保險人特色	<ul style="list-style-type: none"> 將基金會及保險人分離,基金會定位為長照服務之買方,不直接辦理長照保險給付事宜。 保險人不得自設長照服務機構,以免有球員兼裁判之混淆現象。 保險人負擔其特約機構之管理責任(責任中心制) 	<ul style="list-style-type: none"> 基金會定位為長照服務之買方,不直接辦理長照保險給付事宜。 保險人不得自設長照服務機構。 被保險人得以選擇不同保險人之權利 保險人相互競爭,可提供更好、有品質的服務。 責任中心制 	<ul style="list-style-type: none"> 具有公法人性質之組織,由繳交保費之相關團體推派代表(即付費者代表)組成董事會,在法律授權範圍內進行決策,並負經營成敗之責,衛生署僅對其業務及財務進行監督,不直接介入。 合議制 	<ul style="list-style-type: none"> 由相關團體推薦代表與政府單位代表共同組成。 負責制訂相關政策並行使監督權。 組織精簡 法定負責財務平衡。 強化社會參與,具民意基礎。 減輕不當政治干預。
利害關係人參與性	+++	+++	++	++
財務課責	+++	+++	++	+
政治介入	+	+	+	++
當前接受度	+	+	++	+++

17

文獻探討-長期照護保險組織體制

▶ 我國目前長期照護相關法制組織體系：

我國現行長期照護服務相關法規分別由不同行政體系訂定相關法令予以規範與推動，包括社政、衛政及退輔會等三大體系。

1. 社政：規範照護機構的設立以及各種相關服務方案的進行相關補助等，「老人福利法」、「身心障礙者權益保護法」等法規加以規範。
2. 衛政：主要著眼於慢性醫療與技術性護理服務之提供，相關內容由「醫療法」及「護理人員法」等法規加以規範。另一方面，慢性病床及重症居家護理服務等服務則由「全民健康保險」予以給付。
3. 退輔會：「國軍退除役官兵輔導條例」提供榮民就養服務。



我國目前長期照護服務業務分屬不同部門，各部門目標人口群不同，執行重點與理念亦有所不同，獲得照護的條件也有所不同，造成長期資源無法統籌運用，服務片斷零散，阻礙連續性長期照護之提供。

18

文獻探討-長期照護保險組織體制

- ▶ 健康保險組織體制的省思：
- ▶ 全民健保組織體制的經驗可做為長期照護保險組織體制思考的方向之一。
- ▶ 中央健康保險局及其主管機關衛生署夾擠於醫療提供者要求提升支付標準，及消費者要求健保不能倒、醫療不能少及費用不能漲的雙重壓力下。再加上民意機關或利益團體屢屢介入費率調整及預算編列的過程中，使得中央健康保險局運作困難。

19

文獻探討-長期照護保險組織體制

- ▶ 健康保險組織體制的省思：
- ▶ 未來於規劃長期照護保險組織體制時，將著眼於吸取健保組織體制的優點，避免缺點，以利長期照護保險制度之順利遂行。
- ▶ 全民健保待改進之處-

 1. 決策組織之權責混淆、權責不平衡。夾擠於醫療提供者與消費者的雙重壓力，健保不能倒、醫療不能少及費用不能漲；
 2. 監理會與費協會採分立制，前者負責收，後者負責支，不利健保財務之平衡；
 3. 「有權無責」，「別人點菜，衛署買單」；
 4. 缺乏有效之社會民主參與機制；
 5. 決策權力仍完全操縱在政府手中；
 6. 球員兼裁判。

20

材料與方法

▶ 文獻探討

蒐集不同組織體制、行政作業模式的內涵、優缺點及適用範疇等資訊；彙整各國長期照護保險現行組織體制、作業模式、保險涵蓋對象等資訊。

▶ 比較研究法

對於各國所採用不同的組織體制及行政作業模式及保險涵蓋對象等內涵進行分析比較

▶ 舉辦焦點團體/專家座談

邀請長期照護保險領域之實務工作者、專家學者，就長期照護的組織體制、行政作業模式及涵蓋對象等議題進行討論，尋求一個適合我國國情的可行方案。

21

研究結果-長期照護保險涵蓋對象

▶ 基本構想與規劃- 「全民納保」、「全民保障」

▶ 比照健保，所有人都有繳費義務，但也享有長期照護給付權利，即凡是有長期照護需求者皆為長期照護保險的給付(服務)對象，至於長期照護需求的判定或評估標準，另由「給付方式及給付項目之評估」乙案說明之。

▶ 長期照護之支出或成本其重點不在保險對象而在於照護(給付)對象或給付內容。

22

研究結果-長期照護保險涵蓋對象

▶ 基本構想與規劃-「全民納保」、「全民保障」的考量

1. 任何一個國家企圖達到健康公平的願景，必要條件就是全民納保(WHO, 2008)。
2. 保險對象的界定應依循「社會連帶互助」、「危險共同分擔」、「大數法則」等原則。
3. 從國民的需要來看，任何年齡都可能長期照護的需求。
4. 長期照護保險並非僅對失能者提供幫助，更是對家中有失能者的家庭提供莫大的助益。
5. 我國現行與長期照護相關的保障並不完整，另外維持或設立一套制度或體系，則又需耗用許多行政成本，也會形成一種風險多種制度之差別待遇，除了對提昇全民福祉無法發揮綜效，也會降低風險分擔機制。

23

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 規劃構想

一、法制：

未來實施長期照護保險之前要建構二個法案，一為母法「**長期照護保險法**」針對保險人、保險對象、保險財務、保險給付、服務機構、總則等政策性基本事項進行界定與規範。同時亦應類同全民健康保險的方式，針對各項長期照護資源配置、機構管理、設施供需、設置標準、服務供給者之資格條件、品質規範與評鑑標準等等執行面向之內涵，訂定「**長期照護服務法**」加以規範，以促進長期照護事業之健全發展，有效整合照護資源，提昇照護品質，維護失能者權益，增進國民健康。

24

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 規劃構想

二、組織體制：

1. 中央主管機關--

行政院組織法修訂後為衛生福利部，修訂前為行政院衛生署。長期照護保險涉及照護專業甚多，並期與醫療照護相結合，形成無縫的照護(seamless care)，故以衛生署為主管機關應較為適當，相關辦法的制定也能更切合實際。

2. 地方主管機關--

在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。

25

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 規劃構想

二、組織體制：

3. 承保機關(保險人)--

由中央健康保險局做為長期照護保險的保險人，由於中央健康保險局已有實施全民健保相關經驗，且保險人及其主管機關均相同，內部協調與整合亦較為方便一致，行政、人事成本較低。從民眾的角度來看，對口單位僅有一個，但同時享有健康保障與長期照護服務。

26

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 規劃構想

二、組織體制：

4. 相關委員會--在主管機關下，設立

▶ 長期照護保險委員會：

由付費者代表、政府代表及學者專家組成，依法共同決定給付內容，依給付內容與提供者代表洽商支付標準、評估需求數量及費用，以之訂定達成收支平衡之費率來購買及支付長期照護。由長照保險會在財務平衡下提出數種選擇方案，供主管機關審核選擇，則達到雙方權責平衡。

▶ 長期照護保險爭議審議委員會：

由長期照護學者專家、法律專家及社會公正人士組成。審議各項有關長期照護之爭議審議事項。

27

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 長期照護保險委員會：

委員由各相關單位推薦，由署長任命，委員要包括消費者代表(如消基會)、學界(如長照學會、學術單位)、政府代表等。但是主任委員的部分，為了避免由主管機關直接任命缺乏民意基礎或選舉或票選所產生的可能問題，就由署長提名，半數委員投票通過，則民意基礎較健全也較具正當性，不會成為橡皮圖章。

長期照護保險委員會應依法有權審議保險收入與保險支出，二者功能合而為一，並課予負擔財務平衡的責任，有助於建立權責相符的組織體制；它亦可與照護提供者組織相互制約，談判給付項目及價格，依費用總額計算費率，故無調漲費率之困難，且費用之上漲常由付費者代表所抑制。委員會負責收與支之研訂後，則醫療項目、價格、部分負擔與費率會在單一機構內形成動態平衡，收支連動。

28

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 規劃構想

二、組織體制：

5. 財務平衡-

長期照護與全民健保基金分立，財務獨立，長期照護保險費與健保保費分列，統一收取。有關財務平衡相關機制另由「財源籌措與財務處理」乙案說明之。

29

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 規劃構想

三、中央及地方縣市政府之角色功能區分：

關於中央及地方政府權責分工或地方主管機關之權責問題，涉及後續服務輸送體系之設計，宜建立在提升各級政府權能、兼顧各地方政府差異之原則以及與我國現有的長期照護體制無縫式接軌等原則。

由於目前我國各地方政府的經驗、能力、人力與財力等差異甚大。醫療與社會福利資源仍分布不均，城鄉差距以及偏遠地區在資源可及性（與可近性仍待努力的階段。因此，長期照護保險的權責下放到地方在執行初期仍有困難。

30

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 規劃構想

三、中央及地方縣市政府之角色功能區分：

長期照護保險應有需求評估機制，評估單位與付費單位最好為同一體系或有財務連帶責任，較利於財務管理及確保資源使用效率。初期規劃建議整體照顧管理機制、評估與照管計畫皆由中央健康保險局負責，即中央配合健保局及其他分支機構作為核心，地方為輔助角色，並鼓勵地方發展創新服務方案。

單一體制有助於建立事權統一之組織管理，行政成本較節省、低廉。在同一制度下，公平分擔保險費，獲得相同之服務，可維持社會公平性。對整體費用支出可有效控制。詳細內容見「長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估」報告之說明。

31

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 從組織體制層面看長期照護保險與現行健保醫療體系、社會福利措施之競合與消長：

長照保險與全民健保責任之劃分方面，德國是將凡是屬於治療(cure)的部分歸為健康保險，屬於照護(care)的部分則歸為長照保險；日本則是將凡是須看到醫師(屬醫療)的部分則歸為健康保險，然而，還是很難在健康保險與長照保險間做清楚切割。

32

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 依照目前本計畫有關組織體制的規劃構想，長期照護保險與全民健康保險同屬於一個保險人-中央健康保險局及同屬一主管機關-行政院衛生署(衛生及社會福利部)，具有下列優點：

1. 可將長期照護保險與健康保險做最好的分配與整合，提供民眾無隙的保障。
2. 組織內部協調方便一致，不易發生互踢皮球的現象。
3. 人事、行政成本較為節省、低廉。
4. 對民眾而言，單一窗口。
5. 共同使用健保資訊系統與資料庫。

33

研究結果-長期照護保險法制組織體制

▶ 但這樣的組織設計當然也存在部份限制與困境：

1. 迫使長期照護保險受到健康保險制度的箝制，如投保薪資、費率、部分負擔、給付項目等等的調整，都會受到健保制度一定程度的影響。
2. 中央健保局要同時承受兩個保險，在組織、資源上是否能負擔，需進一步釐清。

34

結論

- ▶ 發展長期照護制度是國家衛生政策重要的方向。
- ▶ 採用保險的方式來實行是目前國家現況下比較適合的財務選擇。
- ▶ 在保險對象方面，全民加入長照保險，較符合風險分攤的互助公平原則，故初步規劃構想為『**全民納保、全民給付**』，提供全民無隙的服務與保障。
- ▶ 在組織體制方面，著重課責，希望建構一個**權責相符的體制**，使長期照護保險運作順利。建議建構「**長期照護保險法**」及「**長期照護服務法**」使該制度的實行具備足夠法源基礎，長期照護保險的主管機關為行政院衛生署，承保機關為中央健康保險局，主管機關下設立二個相關機關，賦予相關權責與任務。

35

報告完畢~敬請指正

36

長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估
/楊志良計畫主. —初版. —台北市：行政院
經濟建設委員會，民 98

面：表，公分

編號：(98)023.806

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：亞洲大學

1. 長期照護

419.79

長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估

計畫主持人：楊志良

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：亞洲大學

出版機關：行政院經濟建設委員會

電話：02-23165300

地址：臺北市寶慶路 3 號

網址：<http://www.cepd.gov.tw/>

出版年月：中華民國 98 年 5 月

版次：初版 刷次：第 1 刷

編號：(98)023.806 (平裝)