

# The Proposed Direction of Long-Term Care Financing in Taiwan

## 台灣長期照顧財務制度規劃方向之探討

鄭文輝

長期照護研究所

臺中健康暨管理學院

朱澤民

財稅系

興國管理學院

June 10, 2005

Symposium on Long Term Care Financing

The Hong Kong Council of Social Service

# 台灣長期照顧財務制度規劃方向之探討

## 大綱

壹、問題背景

貳、建構長期照顧制度的必要性

參、長期照顧制度規劃的考量原則

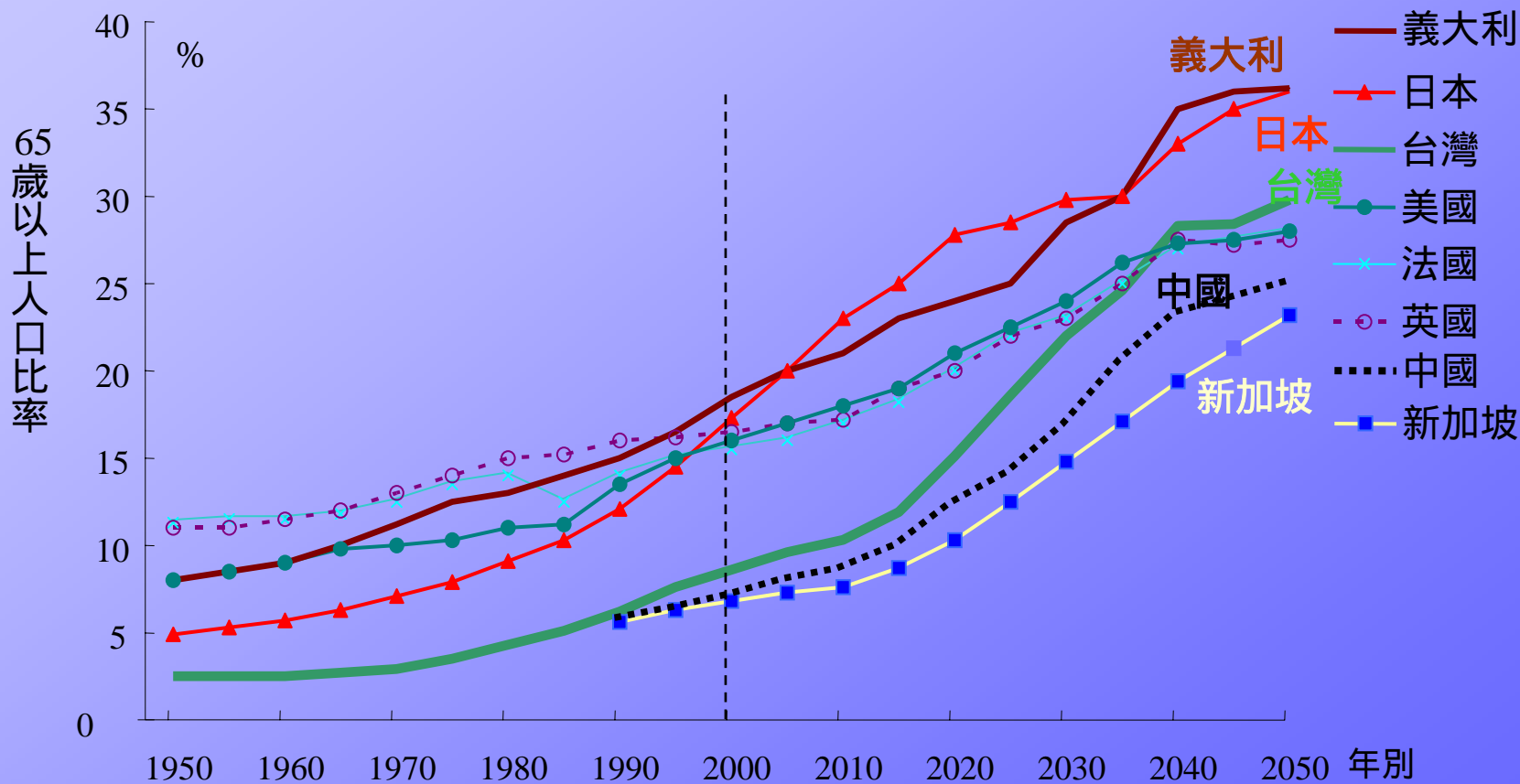
肆、長期照顧制度財務規劃的政策議題

伍、長期照顧制度財務規劃的初步評估

# 壹、問題背景

- 一、人口結構老化加速，高齡少子化社會漸次形成。(老人人口比率，2005年2月為9.54%；1993年，7%；2017-8年，倍升至14%，2025-26年，20%)。
- 二、慢性病盛行，照顧被視為家庭責任，公部門扮演補充角色。
- 三、家庭結構的改變，婦女勞動參與率、單身家戶、老人獨居或夫婦同住比率不斷提高，家庭照顧資源逐漸式微，長期、連續性照顧與財務壓力已非一般家庭所能負荷，社會安全網絡必須重整。
- 四、目前我國長期照顧所需費用，醫療相關部分由健保提供慢性病床及有限度居家護理給付；社政單位僅針對低收入、中低收入老人提供機構及居家式服務的補助。近年的照顧服務發展方案擴大至有限的一般失能者與老人。整體而言，政府所投入的經費及服務量有限。
- 五、經濟情況不佳，失業率偏高，國家財政困難。

# 隨人口出生率降低及壽命延長， 人口老化係全世界自然趨勢。



資料來源：1. UN Statistics Division, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, February 2001.

2. 行政院經濟建設委員會，中華民國台灣地區民國91年至140年人口推計，2002年5月。

目前台灣人口老化程度雖不若其他國家嚴重，惟人口老化速度卻較各國為快，65歲以上老年人口所占比例由10%加倍至20%僅需20年，到2025年老年人口比例即可達20%。

## 人口老化至高齡化社會所需時間

國別	到達65歲以上人口比例之年次					倍化期間(年數)	
	7%	10%	15%	20%	30%	7%~15%	10%~20%
法 國	1864	1943	1995	2019	-	131	76
瑞 典	1887	1948	1975	2011	2041	88	63
義大利	1927	1966	1990	2008	2033	63	42
英 國	1929	1946	1980	2020	-	51	74
德 國	1932	1952	1976	2010	2035	44	58
美 國	1949	1967	2015	2030	-	66	63
日 本	1970	1985	1996	2006	2038	26	21
台 灣	1993	<b>2005</b>	<b>2019</b>	<b>2025</b>	<b>2041</b>	<b>26</b>	<b>20</b>

## 貳、建構長期照顧制度的必要性

- 一、長期照顧制度的功能在於連結照顧需求與供給。
- 二、雖然長期照顧需要日益增加，而家庭照顧資源漸減，但對居家照顧服務之需求並未顯著增加。

- 不習慣外人照顧。
- 付費意願不高。
- 不知有何適當服務可購買。
- 付費能力低落。

- 三、目前長期照顧相關機構占床率約為七成，但產業投入居家、社區照顧資源則不足。

- 由於需求不振，影響投資意願。
- 在地老化觀念最近才逐漸被接受。
- 法令規範之限制

# 台灣長期照顧的挑戰與主要議題

照顧需要

照顧需要日益增加

服務提供

非營利部門

家庭

營利部門

現行問題

如何保持  
志願服務  
的特質

照顧資源漸減  
付費意願不高  
付費能力低落

投資意願不高  
法令規章限制

長期照顧制度

長期照  
顧制度  
設計主  
要議題

服務輸送

財務機制

資源開發

照護管理

法令規章

資訊系統

# 長期照顧制度的主要類型





# 參、長期照顧制度規劃的考量原則

## 一、四項核心價值：

- 邁向健康的人生。
- 認知老化和失能的必然性與長期照顧的必需性。
- 確保高齡者和失能者的尊嚴，並支持其自主與自立。
- 建構並提供可受使用者信賴的長期照顧體系和服務。

## 二、八項制度規劃願景：

- 建立以被照顧者為中心、家庭為主、社區為基礎的體制和服務。
- 建構普及而多元的體制和服務。
- 重視保健和支援自立的體制和服務。
- 建置人性、科技和資訊的體制和服務。
- 推動本土和先進的體制和服務。
- 自助互助和鼓勵創新的體制和服務。
- 歡迎志工和第二春生涯的體制和服務。
- 整合中央統籌和地方執行的體制和服務。

### 三、三項財務規劃原則：

- 選擇充裕、穩定財源，以支持制度的永續發展。
- 財務負擔應兼具公平性與合理性。
- 提供適當的財務誘因，兼顧提供的品質與合理的成本，使得照顧服務提供能夠健全發展。

# 肆、長期照顧財務制度規劃的政策議題

## 一、長期照顧的給付對象應包括那些？

- 就年齡面向區分

- (一) 20歲以上人口
- (二) 全部人口

- 就健康功能狀態區分

- (一) 失能（日常生活功能障礙：ADLs、IADLs）與失智（認知功能障礙）
- (二) 失能、失智與精障（精神障礙）

# 各國長期照顧的給付對象

年齡面向 健康功能狀態	65歲以上	20歲以上	全部人口
失能+失智		台灣先導計畫 (2001-03)	
失能+失智+精障	日本現制、 以色列 (女60歲)	日本擬議中	德國 (中度以上) 台北縣 (ADL兩項以上)

# 台灣依不同給付對象界定的長期照顧需要人數推估

	給付對象	2008年長期照顧需要人數推估
1.	65歲以上失能、失智老人	311,279人 占全人口 1.34%
2.	65歲以上失能、失智、精障老人	313,968人 占全人口 1.35%
3.	20歲以上失能、失智者	465,780人 占全人口 2.01%
4.	20歲以上失能、失智、精障者	485,761人 占全人口 2.10%
5.	全部人口失能、失智者	496,154人 占全人口 2.14%
6.	全部人口失能、失智、精障者	554,501人 占全人口 2.39%

算方式：

使用經建會2004-2051年人口推計，得到分年齡、性別之推計人口數

ADL、IADL、認知障礙等盛行率使用鄭文輝等（2004）推動長期照顧保險可行性研究頁67-69，分性別、年齡推計，固定於2001年

精障盛行率使用內政部慢性精神病患者佔全人口數之比例，分65歲以上及64歲以下加以計算，固定於2003年水準

## 二、長期照顧的給付方式應包括那些？

給付方式	優點	缺點	國內外經驗
<p>(一) 混合式 (in cash &amp; in kind)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 若實物給付不可近時，尤其偏遠地區及特殊族群，給予服務券或照顧津貼，較有彈性。</li> <li>2. 社會大眾對使用服務認知不足與嘗試動機尚未被激發，給予照顧津貼，代表肯定照顧者的付出。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 照顧津貼不限於購買服務時，需照顧者不一定獲得所需的服務。</li> <li>2. 支付照顧津貼給予照顧者，主要為女性，恐會約束女性照顧的責任。</li> </ol>	<p>德國 (保險制)</p> <p>英國 (稅收制)</p>
<p>(二) 實物給付 (in kind)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 需照顧者可以直接獲得服務，不受市場價格影響。</li> <li>2. 減少市場購買服務的障礙，例如資訊不流通。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 服務內容規格化，不具彈性，不一定符合使用者需要。</li> <li>2. 服務使用者較為被動，較少參與服務的選擇。</li> </ol>	<p>日本 (保險制)</p> <p>以色列 (保險制)</p> <p>台灣先導計畫 (2001-2003)</p>

### 三、長期照顧的服務項目應包括那些？

服務項目	優點	缺點	國內外經驗
<p>(一) 含括機構式 與居家/社區 式服務</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供連續性服務。</li> <li>2. 符合需照護者不同需求，尤其是居家/社區式與機構式服務可轉換時。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 產生鼓勵使用機構式服務的誘因，有違在地老化及社區正常化原則。</li> <li>2. 非需密集性服務者如使用機構式服務，成本比較昂貴。</li> </ol>	<p>德國、日本</p>
<p>(二) 只提供居家/ 社區式服務</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對輕度失能者比較便宜。</li> <li>2. 鼓勵開發社區資源，增加社區服務的可近性。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 服務不具連續性。</li> <li>2. 居家/社區式服務並非可以完全替代機構式服務。</li> </ol>	<p>以色列、 台灣先導計畫 (2001-2003)</p>



## 四、長期照顧財務體制採行稅收制抑或社會保險制？

	學理依據	社會、政治面考量
(一) 稅收制	基於「公民地位」，國家應提供全體國民最基本的保障，故採普及式的全民保障。	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 民眾易於接受政府免費式服務，無徵收保險費的困擾。</li><li>2. 符合全民性保障，但如民眾抗拒加稅，則易受政府稅收限制，影響其保障權益。</li><li>3. 預算編列必須與其他政事競用資源，且需考慮與其他社會保障制度的連接。</li></ol>
(二) 社會 保險制	將長期照顧風險性視為社會風險（normal life risk），且其性質異於醫療風險。強調自助、互助、他助的精神。	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 財務費用由社會成員共同分擔，但民眾必須願意繳交保險費。</li><li>2. 民眾因其盡繳費義務而取得法定權益（entitlement），制度財源獨立，權益保障較為明確，且民眾對服務內容較有自主選擇性。</li><li>3. 如其他社會保障制度同樣採社會保險制，則較易於銜接。</li></ol>

## 五、長期照顧的財源籌措方式有那些？

### (一) 稅收、保險費與部分負擔 -

(例如日本：10%部分負擔；其餘保險給付費用，由老人、40-64歲工作者、資方、政府約各負擔18%：16%：16%：50%；如給付超過上限則自行負擔。)

### (二) 稅收與自付部分費用 -

(例如英國：使用機構式照顧者需自付80%的國民基礎年金，其餘照顧服務經過資產調查後再決定個人自付額與政府補助額度。)

### (三) 保險費與政府補助資本支出 -

(例如德國：保費為薪資的1.7%，政府補助資本支出，如給付超過上限部分則自行負擔。)

## 六、長期照顧**組織體制**的安排方式有那些？

**(一) 單獨開辦長期照顧保險，財務與行政皆單獨建制**  
(例如日本，介護保險之財務與行政皆單獨建制。)

**(二) 單獨開辦長期照顧保險，但保險行政作業與健保合併**  
(例如德國，獨立的長照保險基金，但其行政事務委由疾病基金辦理。)

**(三) 將全民健保的給付擴大涵括長期照顧服務項目**  
(例如荷蘭，在健康保險體系下包含AWBZ長期照顧法。荷蘭的AWBZ長期照顧法原本在1968年實施時只提供長期照顧的服務項目，但逐漸加入許多項重大急性傷病的健保醫療給付。)

# 五、長期照顧制度財務規劃的初步評估

## 一、各界看法彙總

根據高森永等（2004）及行政院長期照顧制度規劃小組（2004）對學者專家、民間團體及政府相關單位問卷調查顯示，目前各界大多數對於上述六項政策議題的看法如下：

- （一）就長期照顧的給付對象而言，大部分受調查者較傾向**涵蓋全部人口（包括失能、失智者）**，至於是否納入精障，多有所保留。
- （二）給付的方式較傾向以**實物為主，現金為輔的混合給付方式**。
- （三）長期照顧的服務項目應包含括機構式與居家/社區式等**多元提供方式**。
- （四）國內各界較傾向師法德國、日本採用**社會保險方式**辦理長期照顧。
- （五）大部分受調查者較同意以**部分負擔、保費及政府稅收的多元財源籌措方式**。
- （六）組織體制安排則多傾向**財務獨立，但行政作業與現行健保體制合併**，以節省行政成本支出。

## 二、財務可負擔性初步評估

### (一) 就國家經濟能力分析：

根據鄭文輝等（2004）依ADL失能者人數的推估，在GDP實質成長率2.5%、長期照顧單位成本實質成長率0%的假設條件下，2001年-2046年期間全體人口長期照顧費用占GDP的比重，約在0.46%至0.56%之間，約為全民健保醫療費用的1/8 ~ 1/10之間，對照其他國家的經驗（德、日長照費用約占GDP之0.8-1%，而OECD平均為1.5%；德、日長照費用約為健保費用之1/9與1/6），此項經濟負擔應是可以承受的範圍。

## (二) 就民眾付費意願分析：

對照 二代健保規劃小組於2003年針對門診與住院約3,600份樣本進行的一項民眾付費意願調查，依鄭文輝等(2004)所做的基本推估2001年長照費用約435億元，而2006年約為516億元，假設部分負擔一成，其餘九成經費由勞、資、政依4：2：4，共同負擔（目前全民健保保費分擔比例約為40：33：27；如加計政府對弱勢者的保費補助，則約為37：33：30），並將全體人口納為保障對象，則2001年與2006年平均每人每月自繳保險費分別為58元與68元。此項保費負擔金額與民眾願付金額比較，約可獲得七成以上民眾的支持。



### (三) 就民眾付費能力分析：

根據同推估，2006年四口雙薪家戶長期照顧保險費平均約為家戶每月可支配所得的0.37%，而約為平均每人每月國民所得的0.8%。若將勞工保險費、全民健保保險費與長期照顧保險費三項社會保險費合計，則雙薪家庭四口之家，每月必須繳交2782元社會保險費，約占平均家戶每月可支配所得的3.81%，而為平均每人每月國民所得的8.19%。


#### (四) 就政府財政負擔分析：

上述推估2006年的長期照顧費用約為516億元，倘若全部以稅收來融通長期照顧制度的支出，則此新增的長期照顧支出佔2002年社會福利支出的比率約15.94%，占政府支出的比率2.88%。此項支出對於政府財政確實是一項重大的考驗。但如採用保險方式辦理，部分負擔一成，其餘九成經費由勞資政三方分擔。假設政府分擔四成，則2006年政府長期照顧保險補助金額約206.56億元，約占2002年政府支出淨額的0.97%，占社會福利支出的6.38%，應屬可控制範圍。



### 三、實施長期照顧制度的整備事項

- 建立具公信力的**照顧管理制度**。
- 評估服務提供者的**適當經營成本**，以免影響其經營意願與服務品質。
- 建構完整照顧**資訊系統**。
- 對於**照顧管理師**的資格、訓練項目、人員招募上，需要更精細的規畫與培訓目標，俾能夠因應長期照顧個案複雜的需求。
- 加強各大專院校或民間機構開設長期照顧人力所需的**課程**。

The top of the slide features five circles arranged horizontally. The first, third, and fifth circles are solid light blue, while the second and fourth circles are hollow white outlines.

謝謝聆聽  
請多指教