

台灣邁向健康大國永續發展論壇

論壇資料

台北市醫師公會
中華民國基層醫療協會
提供

2 0 2 3 年 9 月 1 4 日

提升國民醫療福祉 邁向健康大國

醫療政策建言書

台北市醫師公會、中華民國基層醫療協會 提供

2023 年 9 月 14 日版

一、健保安定基金，保障健保點值

1. 現況：疫病之盛行非醫療院所之罪責，由於過去由疾管署給付的新冠感染(C5)案件改由健保給付，流感及其他感染案件也激增，導致看診案件大幅上升，在總額制度下，現在的健保給付點值已經滑落至一點只被給付 0.8 元，醫療院所失血嚴重，點值過度浮動危害院所營運，醞釀提高掛號費，民眾與院所將雙蒙其害。
2. 對策：醫療院所也需要健全保險，建立健保安定基金，保障點值維持在 0.9 - 1.1 之間浮動。

二、健保永續經營，充實醫療量能

1. 現況：目前醫療資源多元，但仍有所短缺。
2. 對策：充實現有健保資源，規劃適當商業健康保險，編列政府預算專款及合理的自費醫療，充實醫療量能，以利健保永續。健保總額支出應符合實際需求，需要調整現有的 MCPI 低估公式，同時控制藥價總額，應對高價新藥的挑戰。

三、以人為本照護，家醫整合計劃

1. 現況：家庭醫師整合照顧計畫推動 20 年來，已經具有成果，也建立以人為本照護的基礎。
2. 對策：建立以全人照顧為中心的照顧模式(大家醫計劃)，同時要建構健全的醫療網路。落實分級醫療，壯大基層醫療。

四、合宜醫事人力，吸引新的人才

1. 現況：鑒於醫療資源的短缺。

2. 對策：長遠規劃醫事人員的培育，建立互補性工作機制，考慮特定的時間、地點、情境和病患需求之可能與可行性。依社會經濟時勢狀況來關注醫療照顧人員的合理待遇，以吸引新的人才投入。

五、投資健康價值，提升 GDP 占比

1. 現況：OECD 各國都是以經常性醫療保健支出（CHE）作為統計，我國衛生福利部也會主年公佈 CHE 及 NHE（國民醫療保健支出），NHE 雖然範圍較大，但是 2021 年二者國內生產毛額（GDP）比重分別為 6.1% 及 6.6%，距離韓國的 8.4%，有很大的距離。這當中我們的國民健康品質呈現出下降的狀況，包括：國民餘命、不健康生命、新生兒死亡率、癌症存活率等都已經落後。

2. 對策：將醫療支出改變為醫療投資概念，合理給付，提升醫療人員工作待遇、加速引進及研發新藥新科技、注重預防保健、精準醫療、智慧醫療等，提升國民健康品質，打造健康大國。

六、長期照護 3.0，打造老有所養

1. 現況：台灣即將於 2025 年邁入超高齡社會，長期照護需求逐漸增加，又面臨台灣人口結構轉變，扶養比大幅攀升，對青壯年人口帶來沉重負擔。

2. 對策：延續長照 2.0 的成果，持續擴大社區小型多功能服務，參考日本介護保險，規劃及開辦我國的長期照護保險，打造完整的從居家、社區、機構、醫療、社福五面向的完整體系，讓嚴重失能民眾，得到周延、完備的 24 小時照護，減輕年輕人照顧負擔，安心就業創業，發展出台灣特色的長期照護體系，帶動台灣高齡服務產業。使台灣成為老有所養、壯有所用的理想社會。

評論 > 投書

自由廣場》設立風險基金，保障健保點值

2023/09/12 05:30



◎ 林應然

萬物齊漲，只有健保給付反其道打折給付而行，此不公不義的政策，醫界切齒隱忍多年，更因今年衛福部將新冠疾病診療案件之給付，本原由疾管署編列預算給付之方式，不經醫界同意，逕行轉由健保署全額負擔給付，導致健保給付的浮動點值今年台北區已經大幅滑落至零點八一，等於打八折給付。

眾所皆知，近幾年來原物料、藥物及人事成本激增，醫療院所也受波及，整個營運成本大幅調升，然而向健保申報醫療給付卻被打折，此情何以堪！台灣健保的九成民眾滿意度竟然是要建築在醫療院所的痛苦打折制度上，這豈是一個公義的政府應該有的作為？目前醫界群情激憤，大家一致希望政府應該要設立風險基金，保障點值不能任意浮動給付，若要浮動，也不應該無限任其浮動，至少要有安全警戒範圍，否則豈非以醫療行業為祭品，成就政府的健保醫療滿意度？試問，當下全世界有何國家的全民健保有台灣的總額打折給付的？難怪健保實施幾十年，全民滿意度高居不下的台灣全民健保，全世界稱羨，卻沒有任何國家敢仿效。再問，衛福部員工、甚至全體公務員的薪資要不要也來總額浮動給付？讓大家都一起嚐嚐總額打折的滋味如何？醫療院所既然不能拒絕病人的醫療需求，疾病的突發盛行也非醫療院所所引發，因此導致醫療申報點值超過預期的原因不是來自醫療院所，不應該由醫療院所來承擔後果，並因此被打折給付。敦請政府要設立風險基金，保障原應一點等於一元的給付，若要浮動，最多也只能在零點九至一點一之間浮動，讓醫療院所得以健全發展，讓健保制度可以長長久久，那才是真正全民之福。

（作者為中華民國基層醫療協會理事長，兒科醫學會監事）

健保永續打造健康大國

洪耳鼻喉科診所 台北市醫師公會智庫副召集委員 洪德仁

台灣擁有世界上最完善、最高效的醫療體系之一，台灣自詡醫療服務品質世界第一，多項健康指標評比表現不凡，在國際上受到讚譽。全民健康保險制度自1995年開辦以來，保費低、每年上漲率也是全球最低的國家之一；簡單講，健保是一項政府及民眾引以為傲的「物美價廉」德政，民眾只要付少許的代價，就能得到高品質的醫療照護，民眾滿意度都是9成以上，但是醫護人員不滿意度持續在7成左右，甚至於有「血汗醫院」、「血汗護理師」的悲劇，這麼大的滿意度落差，值得我們重視。加上人口老化、醫療科技進步、保費費率基於政治因素難以調整、健保點值下降、醫師和護理師過度勞累、醫護人員出走、醫院被迫縮減病床、許多新藥和治療方法不在保險範圍等，這是台灣的醫療健保照護體系警訊，我們面臨需要檢討和精進的階段，相信這也是新任總統不能逃避的責任。

CHE占GDP比率

「經常性醫療保健支出(Current Health Expenditure, CHE)」與國民醫療保健支出(National Health Expenditure, NHE)都是國際醫療保健支出常用的統計指標，差異在於經常性醫療保健支出(CHE)包含醫療服務、藥品消費支出等，國民醫療保健支出(NHE)還包含資本形成，例如：硬體如建築之建設、機器設備等。OECD國家及各國醫療支出統計普遍採用經常性醫療保健支出(CHE)為基礎，我國衛生福利部也有進行類似的統計，並且逐年公佈資料，是以本文採用「經常性醫療保

表一 2020年各國經常性醫療健保支出占GDP比

國別	經常性醫療健保支出占GDP比(%)
臺灣	6.1
日本	11.1
南韓	8.4
美國	18.8
加拿大	12.9
美國	12.0
德國	12.8
法國	12.2
澳大利亞	10.6
紐西蘭	9.7

資料來源：衛生福利部、OECD Health Statistics

備註：依OECD最新發布之醫療健康帳制度(A System of Health Accounts, SHA)，醫療支出與財源(Health Expenditure and Financing)以經常性醫療保健支出(Current Health Expenditure, CHE)為基準，統計各項健康照護之相關指標。經修改。

健支出(CHE)」作為比較。根據2020年衛生福利部和OECD資料顯示（表一），OECD國家CHE占該國內生產毛額(GDP)平均12.53%，美國為18.8%，德國12.8%，亞洲鄰國日本為11.1%，南韓8.4%，台灣國民醫療保健支出僅占GDP的6.1%。

台灣和南韓是兩個明顯的對比，1996年前，不論是CHE占GDP的比率、平均餘命等，我們都領先南韓，但是2000年開始，南韓在政策上，加大醫療投資，CHE占GDP的比例從4%，大幅提高到2020年的8.4%，台灣僅有小幅度從5%提升到2020年的6.4%，相對於南韓，我們的醫療投資少得太多。

我們健康指標也被韓國超越，研究指出2011至2019年標準化死亡率的比較，8年中，台灣癌症標準化死亡率下降8.2%，南韓下降20.4%；心臟標準化死亡率，台灣下降9%，南韓16.3%；腦血管疾病標準化死亡率，台灣下降14.9%，南韓40.1%；糖尿病標準化死亡率，台灣下降17.2%，南韓則下降49.8%。南韓標準化死亡率下降的幅度，可以說完勝台灣。

台灣國民醫療保健支出GDP遠低於OECD各國，加上每年醫療支出成長率也低於GDP成長率，台灣過去20年來距全民醫療需求的空缺愈來愈大，是不是真的可以持續維持政府引以為傲的「低醫療支出、高健康品質」的物美價廉結果？讓我們來參考一些醫療品質的國際評比，近年來，我們在重大疾病保護力、醫療可近性上，將逐漸變差，台灣部分醫療品質在國人輕忽的狀況中，逐步下降，國人平均餘命（表二）、新生兒死亡率、急性心肌梗塞住院後30天及一年死亡率，乳癌、肺癌、攝護腺癌存活率等指標，均落後日本、南韓及新加坡等國。另外，對比加拿大、英國、德國以及國情與台灣相似的日本及韓國等5個經濟合作與發展組織(OECD)國家，台灣死亡率前10大的癌症、腦血管疾病及糖尿病等疾病標準化死亡率明顯較高。原來20年來的自滿，突然間讓我們發現價廉保不住健康品質。

全民健康保險制度的特點

全民健康保險制度採用總額機制，造成台灣健康保險體系的特點與困境，包括：

表二 2020年各國人均GDP及平均餘命比較

國家	人均GDP	排名	平均餘命	排名
日本	40,449	23	84.62	1
新加坡	60,728	7	83.74	2
南韓	31,638	28	83.43	4
台灣	28,405	30	81.32	23

資料來源：衛生福利部：中華民國 110 年國民醫療保健支出¹、International Monetary Fund, Life Expectancy: 2019 Ranking，經修改。

1. 單一保險人(Single Payer)，醫療照顧提供者只是被決定的角色，特別是衛生福利部設計「全民健康保險會」，邀請付費者代表、學者專家等，來討論保險費率、保險給付範圍及保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配，政府授意付費者代表來決定，其公正性令人質疑，要付費者多付錢更是困難，如何能以醫療品質的角度，做出公允的決定？
2. 自由就醫(Free Choice of Providers)，全民健康保險法第43條第1項規定：保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。但是健保實施以來，並沒有落實，民眾在醫學中心或基層診所就醫，財務負擔相差無幾，造成自由就醫，重複檢查、用藥，醫療資源無止盡的耗用，更無法落實家庭醫師制度。
3. 論量計酬(Fee for Service)，全民健康保險法雖然有理想性的論質計酬、論病計酬或論

人計酬，但實務上，一直是論量計酬為主。造成醫療機構習慣以提升門診、住院服務量，雖然健保署近年來大力推動雙向轉診、醫院門診減量等，但是效果非常有限。

4. 總額預算制(Global Budget)，付費者與醫事服務提供者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為1年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），加上定義支付項目及標準(Fee schedule)，藉以控制醫療費用於預算範圍內。在服務總量往往大於給付總額的條件下，1點永遠低於1元，只有在COVID-19疫情期間，1點曾經大於1元，給付的不足和不確定性，造成醫療提供端為了精減服務成本，增加醫事人員工時，無法大力提升應得的薪資，以至於有血汗醫院的憾事。

總之，因為台灣全民健康保險制度的特色，造成提供台灣主要醫療照護的全民健康保險制度，國民及決策的政府官員一直有「物美價廉」的迷失，不敢輕言調漲保費，企業界也擔心多付出保費負擔，影響企業利潤和永續發展。

2022年，南韓人均GDP為32,237美元（約新台幣98.71萬元），稍微低於台灣的32,811美元（約新台幣100.46萬元），這是2003年來首見。然而預期壽命卻遠遠落人後，關鍵原因就在於台灣全民健康保險制度，限縮我們合理的健康醫療投資，讓台灣CHE在GDP占率過低，影響到我們健康的品質。

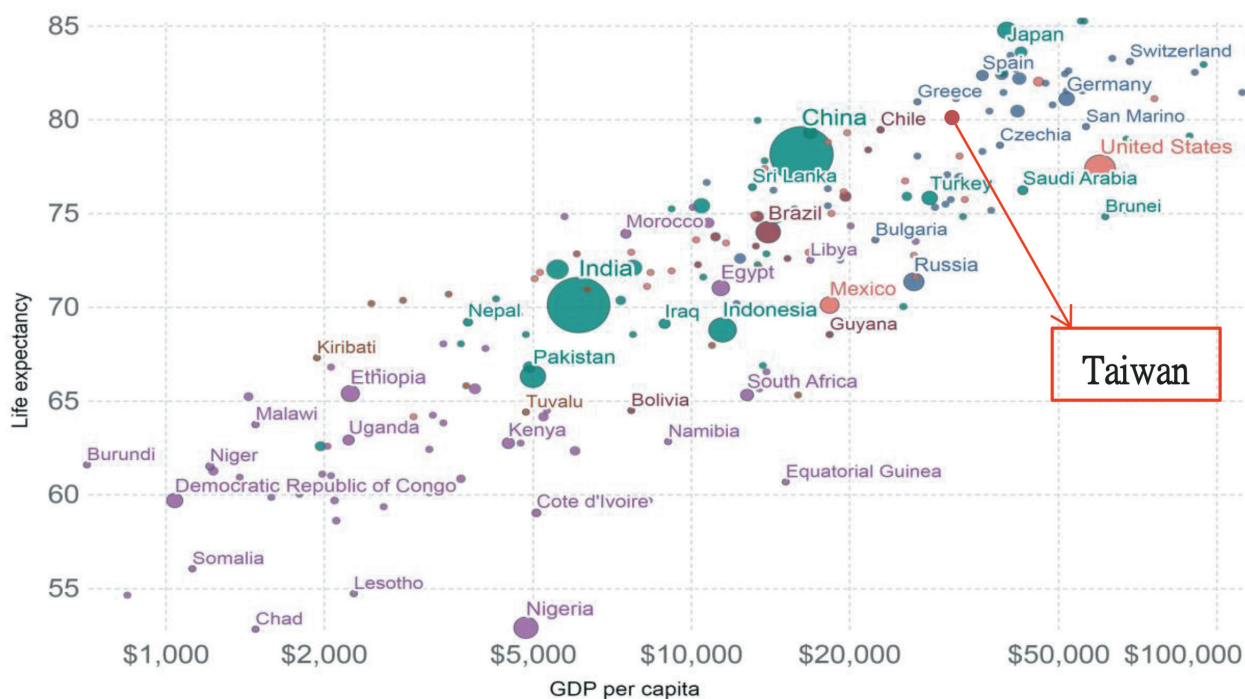
健康投資的效益

2015年，世界衛生組織(WHO)首次提出健康宣言，指出健康支出是強化生活品質、幸福與繁榮的投資，WHO主張「健康是一種投資，而不是成本」。

2023年，COVID-19疫情結束，WHO更呼籲各國提高醫療支出，建構完善的公共衛生、具韌性的醫療照護系統，以因應下一次全球疾病大流行的來臨，世界各國更應該增加投入健康醫療服務。

歐洲在台商會 ECCT主席Giuseppe Izzo在2023年05月26日，歐洲日年度晚宴表示，為了增強韌性，台灣現在和未來都需要在人口永續性、醫療保健和食品安全方面多花一點錢。大家都知道，增加國民醫療保健的投資，可以提升相關費用運用的效益，從而改善健康品質，讓台灣一些落後的健康品質指標得以改善。也因為資源的投入，可以改善醫事人員報酬，提升服務效率，除了減少相關人員的流失和病床無法開床的窘境，更可以在健康品質提升當中，優化從急性期的治療效果，減少後期失能狀況的發生，進而減少醫療及社會補助的需求，從而改善上述的台灣與各國醫療品質落差，延長平均餘命，更重要的是縮減長達8年的不健康餘命。

國民健康品質的改善，一方面可以增加勞動力的供給，提升生產力，加速生醫產業的發展，從而提升國家總體經濟產值(GDP)，增加稅收，讓國家有能力投資產業創新，並擁有更多的財政支持，投入社會福祉服務。簡單說，



圖一 2020年各國平均餘命與人均GDP比較

圖片來源：UN, World Population Prospects (2022); Data compiled from multiple sources by World Bank Our World In Data.

醫療保健的投資，不是資源的競爭，而是創造更大的生產力、競爭力、GDP、稅收等，讓國家有能力投入更多的社會福祉服務。

具體建議

國內外很多研究報告剖析，證實醫療保健投資與國民健康水準有正相關，平均餘命表現也會較好（圖一）、癌症相關失能調整人年有較佳表現的國家，公部門經常性醫療保健支出亦較高。

台灣醫療投資要盡快提升，如果以2022年（GDP22.67兆）為基期，醫療保健支出約為1兆3,830億元（6.1%），其中健保醫療給付費用總

額8,095億元，為醫療保健支出58.5%。

如果不估算每年GDP成長率，在4年內，台灣醫療投資要從現在的GDP占率6.1%，至少提升達到韓國8.4%的實質水準，也就是每年增加投資0.575% $(8.4\%-6.1\%/4\text{年})$ ，推估每年增加1,303億元 $(22.67\text{兆}\times 0.575\%)$ ，其中健保總額的增加為 $1,303\text{億}\times 0.585=762\text{億元/年}$ ；若再加計GDP每年3%成長，合理的全民健康保險費用增加投資總額應為784億/年。

另外，我們也要規劃「家戶所得制」，考慮施行的可能性，積極規劃調整商業健康保險機制，做為官方、唯一的全民健保的補位險。

借鏡新加坡、澳洲等國的制度和經驗，清楚切割出國家保險（台灣的全民健康保險）未能給付的範圍和項目，由民間保險公司設計保單，讓民眾依自己的需要及經濟能力選擇適當方案，以補全民健保的不足。至於，經濟弱勢的低收入戶的醫療保險落差，應由政府編列預算支應。

同時，我們也要加速發展智能化、數位化的智慧醫療及精準醫療，發展生技產業，創新醫療服務。

至於在節流方面，最重要的則是要適度提高健保自付額度，以減少不必要的重複而頻繁的看診、檢查和取藥，避免濫用，浪費醫療資源。

社會溝通打造健康大國

我們要積極進行社會溝通，從醫療投資專業的論述，轉譯為人民聽得懂、看得懂的材料，醫療投資的調整及醫療占GDP的比率等議題，絕對是新任總統不可逃避的國家重大議題，建請成立總統府或行政院跨部會小組，進行研議。積極進行倡議和說明，在全國各地辦理說明會、公民審議會議，召開國是會議，歡迎人民及專業團體的提問和討論，以凝聚共識。並秉持世界衛生組織倡議的「Health in All」，將增加健康投資與改善健康指標列為施政目標，整合政府跨部會協作，並持續匯集民間團體意見做為決策考量。

台灣醫療服務正處於一個面對不可測的新興傳染性疾病及期待健康服務優化的關鍵轉

型階段，從健康支出，轉為健康投資的共識，必須從根本思維及文化著手，健康的投資可以增進大眾健康與公共衛生，更能帶來經濟、稅收、生產力等成長，強化醫療體系、生醫產業發展，進而提高國家競爭力，建立永續的醫療環境。

賴副總統一直期待全國醫界攜手打造「健康台灣」，提升健康照護品質，縮短台灣人「不健康年數」，台灣健康永續發展的重要目標，就讓我們從健康投資的概念和政策做起吧！

參考資料

1. 衛生福利部：中華民國 110 年國民醫療保健支出。2023年2月。
2. 洪子仁：醫療支出是健康投資而不是成本，2023年05月29日，聯合新聞網健康名人堂。
<https://www.google.com/amp/s/udn.com/news/amp/story/7266/7196373>
3. 鍾佩芳：台灣健康投資報告出爐提4建議，2023年8月2日，Yahoo新聞網 <https://www.google.com/amp/s/tw.news.yahoo.com/amhtml/%25E5%258F%25B0%25E7%2581%25A3%25E5%2581%25A5%25E5%25BA%25B7%25E6%258A%2595%25E8%25B3%2587%25E5%25A0%25B1%25E5%2591%258A%25E5%2587%25BA%25E7%2588%2590-%25E6%258F%25904%25E5%25BB%25BA%25E8%25AD%25B0-133812166.html> 🌐

長照保險審慎規劃 優質照顧老有所養

洪耳鼻喉科診所 台北市醫師公會智庫副召集委員 洪德仁

前言：快速老化呈現照顧的需求

2008年，政府進行長期照顧制度，2017年，推動長期照顧2.0，著重於「以社區為基礎」的照顧模式，結合社區照顧資源，包括：推動長照2.0的ABC社區整體照顧模式，落實社區老化、在地老化；並在醫界推動社區醫療、居家醫療照顧整合計畫、出院準備銜接長照服務計畫以及居家失能個案家庭醫師照顧方案等，建立優質的社區醫養合作模式基礎。

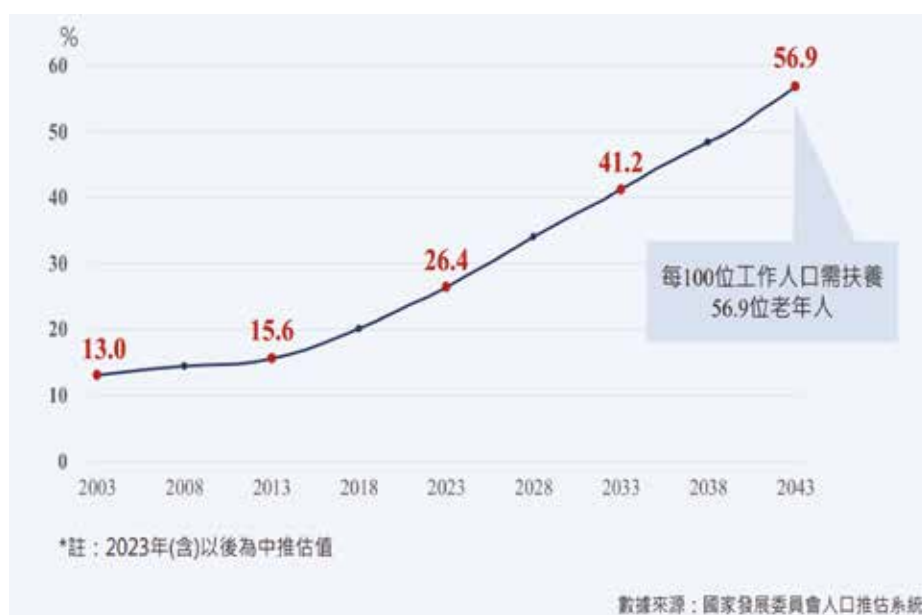
然而，台灣社會正面臨快速高齡化和少子化，扶老比趨勢快速惡化，每100位工作人口需扶養老人數，從2003年的26.4人，到了2043年將達56.9位老人。目前我們的長期照顧是建立在家庭照顧的基礎上，主要仰賴婦女同胞（台灣阿信），包括：媳婦、女兒、外籍看護工等的照顧；特別是主要照顧者如果還需要工作，即使部分工時是由居家服務人員照顧，兩頭燒的結果，苦不堪言；也有很多人辭去工作，全職照顧。不管是兼職或全職照顧，長期下來，身心疲憊，經濟來源拮据，甚至造成社會事件的悲歌。

政府雖然推出居家失能個案家庭醫師照顧方案，鼓勵醫師接受長照管理中心的派案，前往住家訪視，評估失能

個案整體健康、生活照顧需求、家庭和社會支持功能，開立醫師意見書，作為長照管理中心（A據點）個案管理師媒合長期照顧資源，立意良善。但是要求參與醫師諸多門檻和限制，必須完成參加的教育訓練，以及每6年120小時的長照繼續教育學分，以至於醫師參與意願低落，一方面個案整體健康及生活需求評估無法落實，醫師整合角色闕如，都會造成無謂的健康傷害，醫師負責的復能潛力評估流於形式，以至於復健相關介入資源往往耗用，不易評估其效益。

長照2.0的財源

長照2.0是稅收制，依《長期照顧服務法》第15條規定，長照財源包含：遺贈稅、菸稅、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入（房地合一稅）及政府預算撥



圖一 台灣扶老比趨勢

充。衛生福利部指出：長照基金之財務規劃係「以支定收」，也就是「量出為入」，係依據長照服務支出情形，來規劃收入規模，爰日後現有之稅收財源如無法因應失能人口之快速成長，則將長期照顧服務法編列公務預算予以支應，故無破產之虞。

財政部指出2022年撥入長照基金共920億元，較2021年增加200億元(+27.7%)。稅收來源有：房地合一課徵所得稅483億元、菸稅295億元、遺贈稅142億元等。雖然「以支定收」無破產之虞，然而快速老化，一定造成失能人口急速上升，長照服務人數和規模也跟隨增加，長照基金從2018年163億的支出，逐年飆漲，到了2022年支出為478億，上升達293%，未來的趨勢更令人擔心不已。而且，政府又不敢加稅的情況下，稅收大量的使用於長照基



圖二 2022年長照基本稅收來源（基金稅收總額為920億元）

金，一定會面臨稅源不足，排擠其他的政府預算，壓縮國家的公共建設，影響國家安全和永續發展。所謂「以支定收」或「量出為入」的說法，代表財源的不穩定，令人疑慮。

我國的稅率偏低，台灣並非社會福利國



圖三 長照基金近五年收支趨勢

家，絕對無法像北歐國家，政府承擔所有的社會福利服務。

長照基金使用於長照2.0服務，採用包裹性支付（俗稱4包錢），包括：

- (1)長照服務給付：照顧及專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務、喘息服務。
- (2)長照機構補助，建構失智共同照顧中心、失智社區服務據點等。

我們的長照基金只有補助住在機構的民眾每月1萬元，平均支出每月3.6萬元，以至於很多民眾認為台灣目前長照2.0不夠用，不好用¹，導致需要引進約25萬名外籍看護工，照顧在家裡安養的老人家。也造成長照服務發展成三種樣態：市場化（經濟富裕者聘本國生活照顧服務員在家照顧，每月約6萬元），甚至於加聘特別護理師；另外還有機構化（一般家庭將家人送至私人機構，每月約3-6萬元），或家庭化聘請外勞（每月約2-3萬元），模式雖然多元與階層化，但是不易整合銜接，造成長期照顧的缺口。

政府雖然推出居家失能個案家庭醫師照顧方案，期待醫師開立醫師意見書，作為以個案為中心，生活照顧和醫療服務的合作建議，但是制度的設計要求參與的醫師必須是社區醫療群或居家醫療團隊成員，還要參加認證課程，加上每6年120小時的長期照顧繼續教育課程，導致醫師意願薄弱，政府美意無法落實。因為醫師意見書開立的困難，影響醫師整合角色，醫療和長照合作之全人照顧不易實現，深深的

影響照顧品質和資源的耗用。

過去20年長照1.0、長照2.0，並沒有讓我們累積足夠的照顧人力，而且照顧人力不足、分布不均及穩定性問題，也是十分嚴重，值得重視。近年來，長照2.0改變為論量計酬，按照服務項目給予酬金，相關人員整體收入大幅增加，醫療部門和長照部門的競爭，不止護理師、復健治療師等醫事人員，從醫療院所流向長期照顧；連醫院陪病生活照顧人員，也轉換為到宅的居家服務員，加上城鄉差距，偏鄉居家照顧個案住宅距離非常遙遠，無法發揮最大服務的時效，造成長照服務人力調度缺口的窘境，更造成醫療院所護理師人力的不足，各大醫院病房關閉，影響到醫療服務量能。

日本介護保險開辦之初，日本就已經完成25萬人的照顧士的專業認證，讓長期照顧服務順利推動，日本經驗真的值得我們借鏡和學習。

日本介護保險財源

日本介護保險是依據《介護保險法》的強制性社會保險制度，由中央、都道府縣及市町村各級政府共同負擔，其營運主體為市町村地方自治體(政府)，委託營利與非營利機構提供照護服務。40歲以上國民需強制加保，65歲以上為第一號被保險者，40歲至64歲的人為第2號保險者。使用照護服務時，依照使用者財務狀況，自行負擔1至3成費用。

2022年，介護保險總費用為13.3兆日圓（2.9兆新台幣），總給付費為12.3兆日圓

(2.68兆新台幣)。介護保險的財源中，公費（相當於台灣的稅收制）占50%，國庫負擔20%、都道府縣12.5%、市町村也是12.5%。加上國庫負擔調整交付金5%。國民繳交的介護保險費也是50%，分成兩部分：(1)65歲以上國民負擔第一號保險費，占23%（2.8兆日圓）。(2)44-64歲國民負擔第二號保險費，占27%（3.3兆日圓）。

日本介護保險提供機構、社區、居家的長期照顧，機構住民的給付，是目前台灣長照

2.0所沒有的，也是很多台灣照顧者殷殷期待的服務。

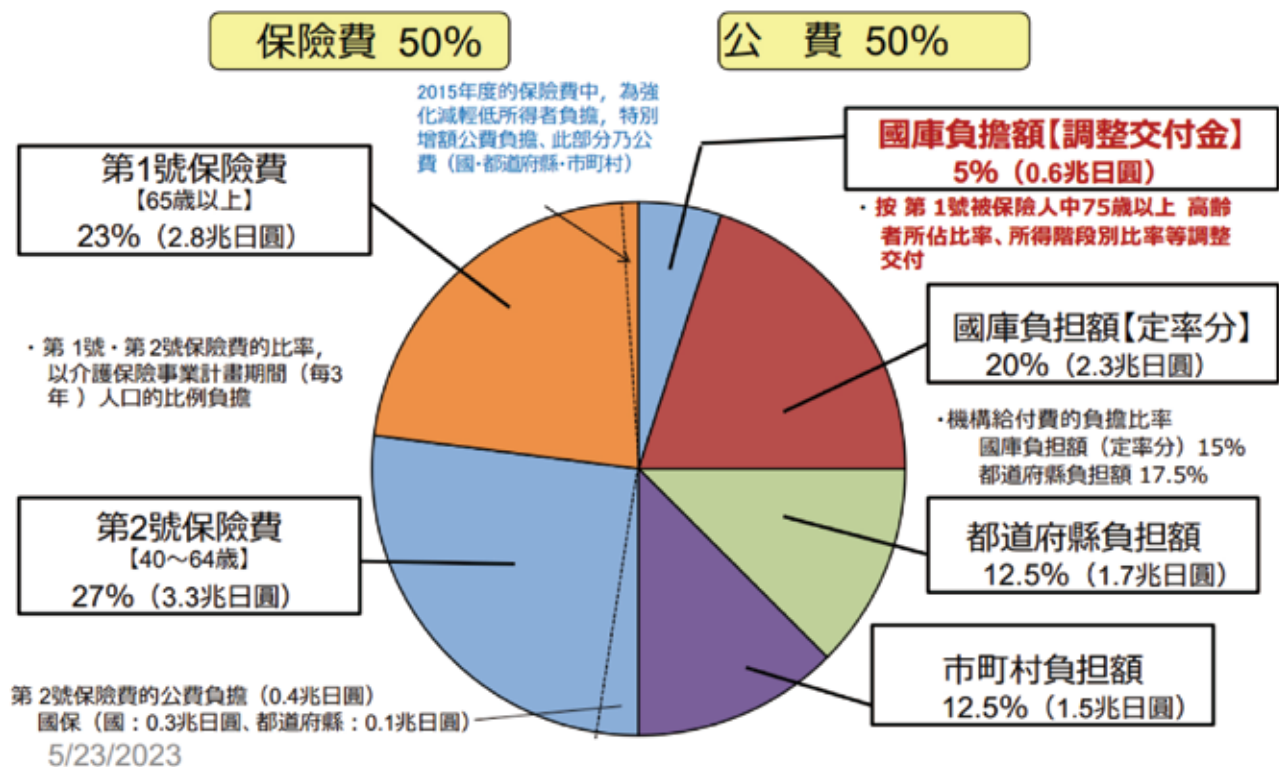
長照3.0混合制

長照服務在財務規劃，若採用社會保險制，必須經過立法，受到政黨輪替影響較低，專款專用特性強烈。強調事先加保始具有請領給付的資格，一旦風險發生，符合給付條件，被保險人即可申請給付。

保險制將面臨開放機構給付、現金給付壓力，但其後續對於社區照顧體系發展，以及

介護保險財源結構與規模

(2022年度預算案 介護保險給付費：12.3兆日圓)
總費用：13.3兆日圓



圖四 日本介護保險財源（資料來源：李光廷，轉載自2022年3月24日厚生勞動省老健局「介護保險制度最近動向」）



圖五 長照3.0混合制

對以「社會投資模式」，發展社會福利服務之影響，值得審慎評估因應。此外，服務輸送體系、長照需求及照顧人力規劃、與商業保險關係等，聘僱移工家庭支持服務，充實第一線服務者的專業知能。

日本介護保險強調自助、互助、公助，李光廷教授指出：社區整體照護體制的費用負擔以「自助・互助・共助・公助」方式支應。「公助」來自於公家的稅負擔；「共助」來自於被保險人共同負擔的介護保險費、「自助」是「自己的事自己負責」，包括由市場購入服務（轉載2013年3月 社區整體照護研究會報告書）。自己幫自己、鄰里互助、政府支援，相關理念深入國民內心。

李光廷教授也提到：日本自2015年起各自治體依法建構「居住」、「醫療」、「照護」、「預防」、「生活支援」等一體化提供

的「社區整體照護體制」，預計2025年付諸實現。屆時眾多戰後嬰兒潮出生人口全都邁入75歲以上的後期老人，即使他們變成重度需照護狀態，社區整體照護體制亦可支應其繼續在住慣的社區過自己想過的生活。

台灣具備良好的社區營造基礎，我們更有志願服務的文化，台日文化類似，我們可以大力推動時間銀行服務交換制度，善用初老人力資源，以長期照護、地方創生、青銀共創等，發展永續服務。

誠摯建議我們要借重日本介護保險經驗，以長照2.0的社會保險稅收為基礎，政策延續，階段精進，審慎評估規劃長照保險，加上補助性的商業保險，醫養合作，強化社區醫療，成為優質、完整性、永續性的長照3.0混合制，讓老有所養，壯有所用，年輕的工作族群安心就業創業，造福有需求的個案和家庭安心的老有所養、老有所終。

謝誌：台北市醫師公會智庫、台灣健康經濟學會在2023年舉辦長期照顧保險系列論壇，本文內容部分引用淡江大學會計系韓幸紋教授、輔仁大學跨專業長期照護碩士學程李光廷教授簡報內容，特此感謝。

參考資料

1. 葉冠妤：一廂情願 長照2.0不好用不夠用。聯合報新聞眼2021-09-29 <https://health.udn.com/health/story/6631/5778823> ㊞