

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。

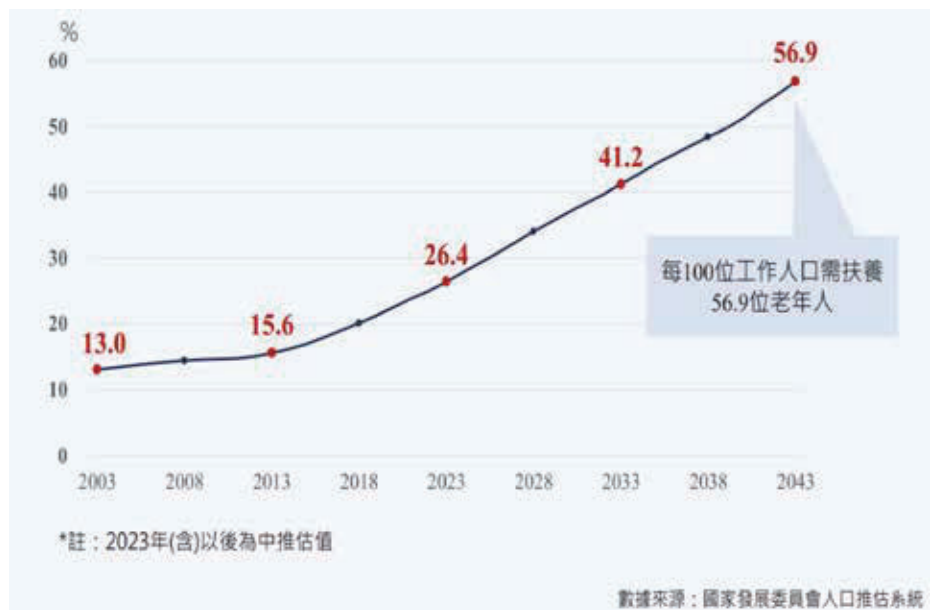
然而，台灣社會正面臨快速高齡化和少子化，扶老比趨勢快速惡化，每100位工作人口需扶養老人數，從2003年的26.4人，到了2043年將達56.9位老人。目前我們的長期照顧是建立在家庭照顧的基礎上，主要仰賴婦女同胞（台灣阿信），包括：媳婦、女兒、外籍看護工等的照顧；特別是主要照顧者如果還需要工作，即使部分工時是由居家服務人員照顧，兩頭燒的結果，苦不堪言；也有很多人辭去工作，全職照顧。不管是兼職或全職照顧，長期下來，身心疲憊，經濟來源拮据，甚至造成社會事件的悲歌。

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

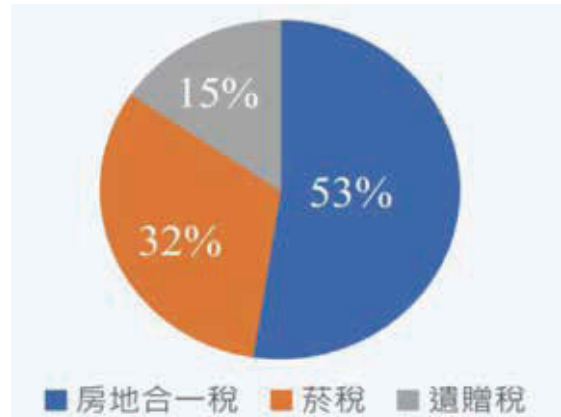
長照2.0是稅收制，依《長期照顧服務法》第15條規定，長照財源包含：遺贈稅、菸稅、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入（房地合一稅）及政府預算撥



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。

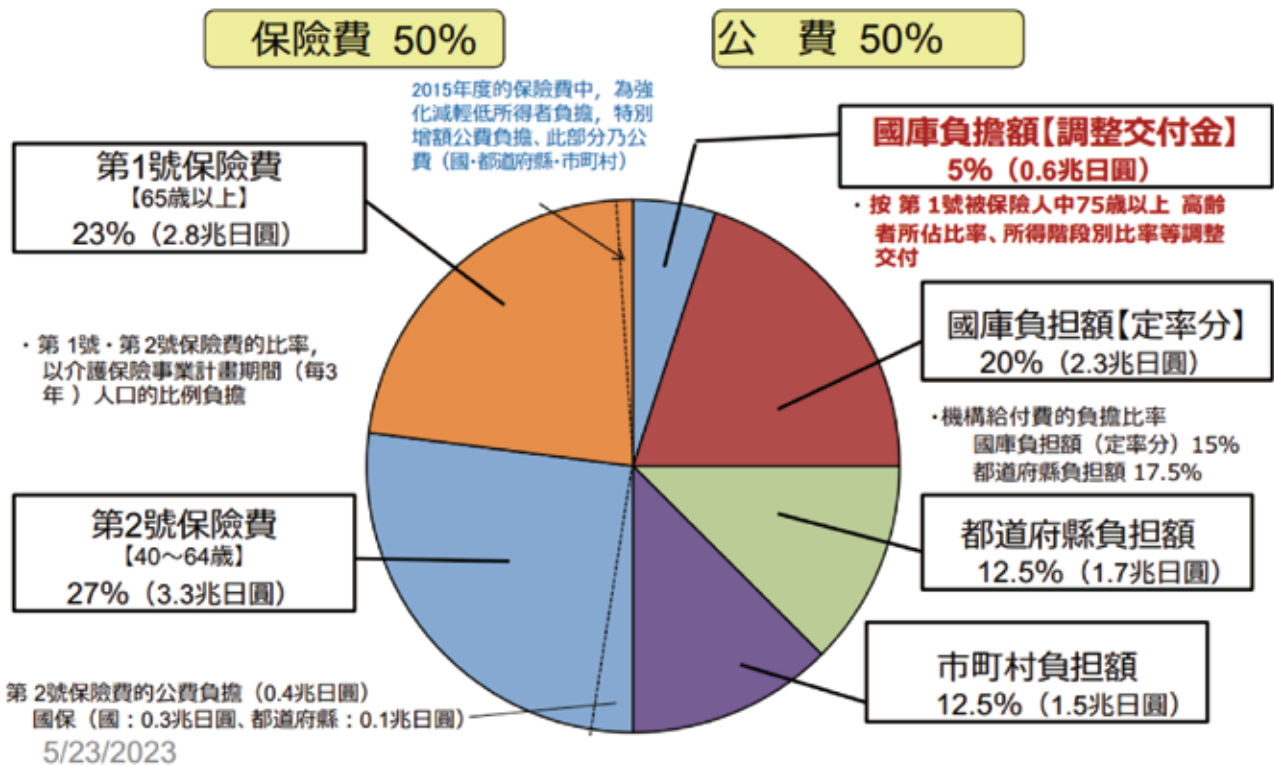
長照3.0混合制

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. 葉冠好：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> 📄