

南華大學社會科學院國際事務與企業學系歐洲研究碩士班

碩士論文

Master Program in European Studies

Department of International Affairs and Business

College of Social Sciences

Nanhua University

Master Thesis

我國與荷蘭長期照顧制度之比較研究

A Comparative Study of Long-term Care System

Between Taiwan and Netherlands



黃宗欽

Chun-Chin Huang

指導教授：鍾志明 博士

Advisor: Chih-Ming Chung, Ph.D.

中華民國 108 年 6 月

June 2019

摘要

臺灣於 2017 年開始推動長照 2.0，顯示出老人照顧是臺灣社會很大挑戰。現在最新趨勢是希望盡可能讓失能者住在家裡，保有生活品質。不過這需要充分的照顧資源支持。政府推動長照 2.0 後可以發現，主要困境是缺乏投入長照的人力和工作意願，照顧體系如何更穩定更有地緣親近性，以及基層照護人員和管理經營階層的互信溝通等。到底要怎麼讓照顧者、被照顧者及經營者達到多贏是目前臺灣政府所面臨的相當大的挑戰。本研究借鏡荷蘭，全球第一個推動長期照顧保險的國家，甚至比社會保險大國德國還早，因此成為德國、日本、韓國等陸續開辦長照保險國家的重要參考。多年來，因應財政壓力、以需求替代供給、社會支持配套等各項改革，值得開辦長照保險的臺灣學習參考。臺灣的長照制度在財源、人力與推動機制上皆面臨著阻礙，如何透過荷蘭的經驗來改善臺灣的長照制度，是本研究的問題核心。最後本研究也提出可行的解決方式，期望能改善臺灣長照制度的問題，邁向更美好健全的未來。

關鍵詞：長照服務體系、長照經費、長照人力

Abstract

Taiwan government began to promote long-term care 2.0 in 2017, showing that the problem of the elderly is a major challenge for Taiwanese society. The current trend is to hope that the disabled will live at home and maintain the quality of life, but this requires adequate care resources. After the government promoted long-term care 2.0, the main dilemma was the lack of human and work willingness to invest in long-term care, how to maintain a more stable and more intimate care system, and the mutual trust and communication between grassroots care workers and management. How to achieve a win-win situation for caregivers, caretakers and operators is a considerable challenge facing the Taiwanese government. This study takes advantage of the Netherlands, the first country in the world to promote long-term care insurance, even earlier than the social insurance country Germany, so it has become an important reference for Germany, Japan, South Korea and other countries to start long-term care insurance. Over the years, in response to various financial reforms, demand substitution, and social support, it is worthwhile to start a long-term care insurance study in Taiwan. Taiwan's long-term care system is facing obstacles in terms of financial resources, manpower and promotion mechanisms. How to improve Taiwan's long-term system through the experience of the Netherlands is the core of this research. Finally, this study also proposes a feasible solution, and hopes to improve the long-term system of Taiwan and move towards a better and better future.

Keywords: Long-term care delivery system, Long-term care financing, Long-term care manpower

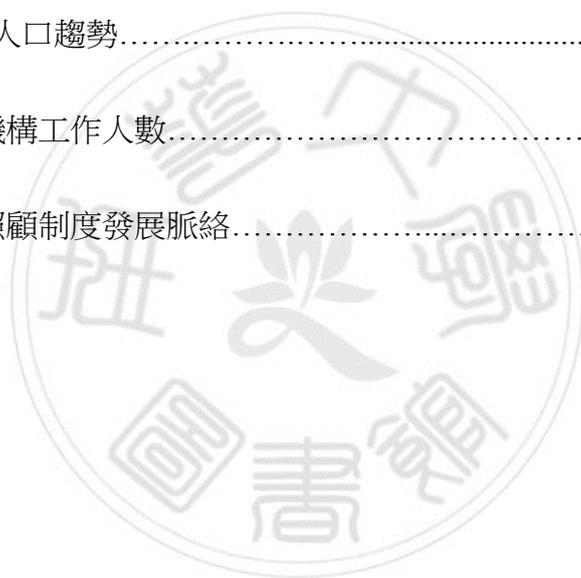
目 錄

摘要.....	I
Abstract.....	II
目錄.....	III
圖目錄.....	IV
表目錄.....	V
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 研究背景.....	4
第三節 文獻探討.....	11
第四節 研究方法與架構.....	19
第二章 荷蘭的長期照顧政策.....	23
第一節 荷蘭長期照顧體系概況.....	23
第二節 荷蘭長照體系的現況與發展.....	29
第三節 荷蘭長照體系的優勢與劣勢.....	41
第三章 臺灣的長期照顧政策.....	46
第一節 臺灣長期照顧體系概況.....	46
第二節 臺灣長照體系的現況與發展.....	52
第三節 臺灣長照體系的優勢與劣勢.....	56
第四章 臺灣與荷蘭的長期照顧政策之比較.....	62
第一節 長期照顧人力與資源發展.....	62
第二節 長期照顧支付系統與經費.....	64
第三節 長期照顧推動機制分析.....	67
第四節 小結.....	71
第五章 結論.....	75
參考文獻.....	82

一、中文文獻.....	82
二、外文文獻.....	88

圖目錄

圖 1-1：長照 2.0 十年經費推估.....	13
圖 1-2：研究架構圖.....	21
圖 2-1：特殊醫療費用支出法（AWBZ）的「健康保險局」.....	30
圖 2-2：各國長期照顧支出比較表.....	33
圖 2-3：荷蘭老年人口趨勢.....	35
圖 2-4：老年照顧機構工作人數.....	35
圖 3-1：我國長期照顧制度發展脈絡.....	54



表目錄

表 2-1: 荷蘭長照資金來源及財源籌措.....	44
表 3-1: 社區整體照顧服務體系-A-B-C 服務說明一覽表.....	59
表 4-1: 臺灣長期照顧制度 SWOT 分析表.....	74



第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

(一)研究動機

行政院為了因應臺灣人口老化的趨勢與少子化所帶來的衝擊，於 2017 年 4 月正式實施「長期照顧十年計畫 2.0」¹（以下簡稱長照 2.0），更完善的建構我國的長照服務體系（Long-term care delivery system），兼併實施長期照顧保險，透過社會保險的方式來籌措長照 2.0 的資金來源。臺灣的社會保險制度主要是由德國學習而來，引進臺灣後，透過全國人民共同承擔社會風險，並且為未來預先準備。透過社會保險籌措長照財源（Long-term care financing）的先例是位於西歐的荷蘭，也是德國、日本等先進國家開辦長照服務時的參考對象。近年來，臺灣由於社會變遷快速與醫療技術的進步，導致生育率和死亡率都出現了下降的趨勢，使得臺灣整體的人口結構開始出現高齡化的趨勢，這也意味著需要長期照顧的人數也會同步增長。而如何建立完善的照顧體系，也是目前政府完備整體社會安全的重要挑戰之一。根據行政院國家發展委員會的推估，我國已於 2018 年邁入高齡化社會，老年人口已突破 14.5%²，而根據行政院國家發展委員會推估，2026 年台灣邁入超高齡社會，老年人口比率將達 20.6%；2061 年老年人口比率將升高至 38.9%。³臺灣的長期照顧相關政策起源於 1980 年代，之前則是依靠民間機構的力量提供相關服務。政府從老人福利相關政策的制定到真正實施，已是 1998 年時所推出的「加強老人福利方案」和「老人長期照顧三年計畫」，直到 2007 年行政院核定「長期照顧十年計畫」時才完整的建構出臺灣長期照顧制度。⁴然

¹ 衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0 核定本》（臺北：衛生福利部，2016），頁 1。

² 同前註，衛福部，頁 1。

³ 同前註。

⁴ 同前註，衛福部，頁 29。

而剛上路的長照服務出現了許多問題，包含資源分佈不均、未建立良好的勞動制度與留人策略等等。為了健全臺灣長期照顧服務體系之發展，2015年5月15日經立法院三讀通過「長期照顧法」，內容涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照顧者權益服務、服務發展獎勵措施五大要素⁵，可說是臺灣未來長照體制的里程碑。

與我們鄰近的日本，無論在地緣、文化及歷史上之淵源上，乃至於政治、經濟依存關係上，臺灣與日本確具有不可忽略之聯結與互動關係存在。日本在基本之政經水準上，日本擠身世界前茅，無庸置疑。日本有1億2千6百萬之人口，其中老年人口高達2千7百萬之眾，佔有全人口之兩成以上。日本為當今舉世知名之「老人國」，其人口老化速度，其國民之平均壽命，以及老人所佔之人口比例與老年人口中偏高比例之高齡，高居世界第一。⁶因應高齡社會的來臨，日本於1990年開始實施「老人保健福利推動十年戰略(黃金計畫)」，1994年底重修制定「新黃金計畫」，2000年起推動介護保險，提出使用者本位、普遍主義、提供綜合性服務及社區(地域)主義等四大基本理念，俾使任何需要照護服務者都能就近獲得服務以營自立生活。介護保險制度的建立，基於1995年日本厚生省老人保護福祉等議會通過「有關新高齡照顧系統之確立」的政策建議。⁷實施與給付的方式包含：介護保險的給付方式以「實物給付」也就是「服務給付」為給付原則，若是遇到情況特殊者給予「現金給付」，介護保險服務費用90%由保險給付，使用者負擔10%，但對於機構服務使用者，除部分負擔外，機構之食宿費用與日常生活雜費等需自付，低所得由各市町村自訂減輕措施⁸。綜觀日本長期照

⁵ 同前註，衛福部，頁48。

⁶ 黃瓊瑤，《花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究》(花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文，2012)，頁27。

⁷ N.Curry, "What can England learn from the long-term care system in Japan?". *Research report, 2018*, 2-47.

⁸ 梁亞文、劉立凡、林育秀，〈英日兩國長期照顧制度對推動我國長期照顧之意涵〉，《長期照顧雜誌》，2010，第3卷第14期，頁311-324。

顧的發展理念，長期照顧的演變為對高齡者的生活支持，依其個人意願，支持其過獨立的生活⁹，雖然日本政府早已關心並投入國內的長期照顧政策，但面對快速老化的社會政府依舊無法負擔。

反觀西歐的荷蘭 1968 年就開始實施長期照顧保險，比起其它國家要來的早實施。其原因來自於荷蘭政府是屬於歐洲社會統合主義（Corporatism），其精神為關注貧窮並實行福利國家的平等公平原則，認為人民的健康是國家的責任，也是人民的權利。另外，醫療社會的進步也使得荷蘭長期住院人數增加、住院費用不斷高漲，必須解決醫療成本控制問題。除了人口老化、長期住院導致醫療費用高漲，還有大量的慢性病人、身心障礙者、精神疾病患者的高額醫療費用，促使荷蘭政府改革傳統醫療保險，將長期照顧抽離醫療保險範疇。¹⁰荷蘭政府不僅要能夠解決醫療費用膨脹的問題，同時國家還要保障失能等弱勢民眾就醫的權利。因此，荷蘭政府推動並建立長照制度，在 1962 年由健康部提出保障全民免於主要疾病風險的一項社會保險計畫，而長照的財務負擔歸為「特殊醫療費用支出（Exceptional Medical Expenses）」，也就是長期照顧保險。2016 年由荷蘭中央統計局公佈的數據顯示，從 1995 年至 2016 年，全荷蘭 65 歲以上老年人的數量增加了 8%，目前占總人口的 18% 左右。¹¹在長期照顧保險的領域上，荷蘭可說是制度上的先驅者，領先世界各國實施長照政策，實施多年以來，荷蘭政府不斷的改革與改善長照保險制度，荷蘭政府自 2006 年實施新式健康保險以來，舊有的保險制度(疾病基金、私立保險與公務人員保險等等)已不復存在，取而代之的是所謂的照顧保險人，其負有提供法定的基本健康保險服務的責任。臺灣目前也正邁向高齡化社會，長照需求與日俱增，荷蘭是最早發展長照保險的國家，荷蘭政府實施長照保險時的過程蜿蜒崎嶇，為了讓人民能夠安心養老，提供各式各樣的

⁹ 阮玉梅，《長期照顧概論》（臺北：華杏，1999），頁 28。

¹⁰ 劉惠敏，〈荷蘭長期照護保險制度的啟示〉，《全民健康保險雙月刊》，2014，第 111 期，頁 34-37。

¹¹ 〈荷蘭邊境地區老齡化現象嚴重〉，《每日頭條》，2016.7.10，<https://kknews.cc/zh-tw/world/px4rjp.htm>。

照顧服務，更與民間機構合作成立失智村，讓失智的長輩能夠和以前一樣生活，即使他們經常忘記，但透過失智村照顧人員的細心照料，讓長輩們老化的速度不會太過，也能與過去一樣生活，基於他山之石，荷蘭政府實施長照的過程能提供臺灣推動長期照顧政策之參考。

(二)研究目的與問題

依據上述的研究背景與動機，本研究之目的是在瞭解臺灣與荷蘭實施長照政策之異同，希望荷蘭推動並實施長照政策的經驗能夠對臺灣實施長照保險後遇到的困難與挑戰有所助益。根據上述的研究動機，說明研究目的如下：

- 1、瞭解臺灣與荷蘭目前長照政策的實施現況。
- 2、分析臺灣與荷蘭辦理長照政策的起源、目的、優勢與劣勢。
- 3、根據研究結果，提供衛生福利部與各縣市相關單位推動長照政策之參考。

基於上述之研究動機與目的，本研究所欲探討之研究問題如下：

- 1、臺灣與荷蘭目前長照政策的實施現況為何？
- 2、臺灣與荷蘭辦理長照政策的起源、目的、優勢與劣勢有何不同？
- 3、依據研究結果，能對台灣的長照政策提出哪些建議？

第二節 研究背景

不只臺灣，世界各國都走向高齡化的社會，也體認到照顧的重要性，如居家照顧、日間托顧、居家醫護、照顧管理等。目前除了德國、日本、荷蘭等國以長

期照顧保險來推動長期照顧外，大部分國家都以政府一般稅來補助國民使用長期照顧所需經費。

(一)英國

英國於 1946 年開始實施國民保健服務法案 (National Health Act)，在 1945 年至 1948 年設立了歐洲第一個現代化的年金制度，開啟了社會福利的先端。且於 1989 年通過「照顧人民：社區十年願景」的社區照顧政策白皮書，明確指出適切的需要評估及良好的照護管道是高品質的照護基石，並以需求導向為目標，鼓勵使用居家服務而非機構式照護。1991 年通過國民保健服務級社區照護法，主要是順應去機構化照護模式而發展，目標是在提升使用者和照護者的「選擇和自主」，朝向福利混合經濟的社區照護，規定英國全面實施照顧管理配置，將長期照顧的財務責任由中央轉移至地方政府，並提升使用者的選擇自主性，使用者可藉此降低個人對長期照顧的經濟負擔。¹²

(二)瑞典

瑞典是全世界人口最老化的國家，1990 年時瑞典 65 歲以上的老年人口佔總人口數的 17.8%，瑞典對於長期照顧的重視開始於 1960 年，藉由在醫院中開設長期照顧的病床，並且增加護理之家、老人院的床數，提供服務給需要的老人。瑞典的長期照顧是一系列針對必須長期依賴醫療和社會服務的人，包括身體或精神殘疾的慢性疾病，所提供的基本活動與日常生活的照護；而由政府提供的社會護理則針對身體或精神障礙以及日常生活需要支援的長者和特定需要的族群。因此，瑞典的長期照顧政策是由不同政府部門、私人單位及私人的共同責任所建立起的服務網¹³。

¹² 〈「不列顛國寶」NHS 英國全民公費醫療 70 華誕回首〉，BBC 中文網，2018.07.15，<https://www.bbc.com/zhongwen/trad/uk-44724616>。

¹³ 黃齡儀，〈尊嚴優先，瑞典長照以人為本〉，《全球中央》，2017.02.10，<https://www.cna.com.tw/topic/newsworld/93/201702030002.aspx>。

北歐國家以高福利聞名全世界，福利的體現來自於對於人權的重視，因此北歐政府對於肢體上有任何不便的國民，提供多項方便的措施與建設，期望使其與一般人能有一樣的生活水準。針對肢體不便的國民包括失能者與老年人，在瑞典 65 歲以上的老人已占全國人口的 17%，是世界上擁有最多銀髮族的國家之一，因此，對於瑞典老人及殘障人口的生活，政府會透過安裝輔助設備，使他們能夠透過簡單的居家護理設備而自理生活。綜觀瑞典的長期照顧發展，大至可以分為以下四點：¹⁴

- 1、機構式老人照顧。
- 2、照顧責任由中央部門轉至縣級地方政府，使得所提供的服務更接近需求者以方便利用服務。
- 3、服務原來以完全由公部門提供服務，轉變為與私部門共同提供服務。
- 4、運用照護管理，例如建立個案管理系統來決定提供服務的優先順序，並且讓使用者參與選擇所需之服務，使所提供的服務能符合使用者之需求。

(三)美國

美國之長期照顧啟蒙於殖民地時代，由歐洲之殖民者開辦救濟院，到 20 世紀初開始有城市設立之收容所及療養院；1935 年有社會安全保險 (Social Security)，老年人和某些殘疾人可以購買長期護理服務，到 1950 年美國政府提供貸款資助不以營利為目的療養院，1965 年實施醫療補助(Medicaid)和聯邦醫療保險(Medicare)制度，營利性長期護理業受到激勵，更加蓬勃發展，弊端也應運而生。到了 1970 年美國國會就有聽證會，公開長期照顧病患所受到不人道的待遇及業者的一些疏失，例如：護理之家之工作人員未經訓練或人手不足，病患生活於危險、衛生不佳的環境，療養院用藥過量或不足，對少數民族的歧視及病患財物失竊等¹⁵。

¹⁴ 同上註，〈尊嚴優先，瑞典長照以人為本〉。

¹⁵ 黃瓊瑤，〈花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究〉（花蓮：國立東華大學公共行政研究所

由於美國土地遼闊、人口眾多，長期照顧產業也走上連鎖經營之路以增加競爭力。許多大型業者具有數萬名員工、數百處照護所、分佈於二、三十州。美國目前的長期照顧業務，大致可分為以下幾種經營模式¹⁶：

- 1、護理之家 (Skilled nursing facilities, Nursing Homes)：護理之家專責照顧其他照護機構無法照顧的居民(住在長期照顧機構中的人謂之居民)，提供 24 小時的醫療及生活照護(含醫療復健)，為僅次於醫院層級的醫療照護機構，護理之家的居民通常都是老年人。
- 2、輔助照護機構 (Assisted living facilities, ALF)：輔助照護機構是介於護理之家和居家照護之間的機構，因為護理之家的收費昂貴，而有些居民自己還能照顧自己的部分生活起居，事實上並不需要如此專業之照護，但獨立生活又存在風險，輔助照護機構因此應運而生。輔助照護機構是按月收費，較護理之家按日計費便宜許多。
- 3、居家照護 (Home care services)：居家照護是起源於 20 世紀初期，為服務工業化城市移民的一項社會福利。顧名思義，這是一種到府服務的照護，病患可以在自己的家裡接受照護。照護的內容通常包括日常生活行動照料、協助上下樓梯、行走和轉乘輪椅，打理簡單家務、準備三餐、代為購物、跑腿、交通協助等。短期的家居照護病患大多是重症後的療養恢復照護，較長期的則是因為慢性疾病所需。
- 4、安寧照護：在美國安寧照護 (Hospice care) 多由志工來執行，2008 年有 145 萬人接受安寧照護，2009 年志工的人數為 55 萬人，創歷史新高。安寧照護是聯邦醫療保險 (Medicare) 的唯一福利，其中包括藥品、醫療器械、每天 24 小時/每週七天的照顧和死亡後對其親人的補助。醫療補助 (Medicaid) 和大部分私營保險計劃也涵蓋安寧照護。大多數的安寧照護

碩士論文，2012)，頁 31。

¹⁶ 同上註，頁 32-33。

是在病患家裡進行，也有些是在家庭般的安寧公寓、輔助照護機構、護理之家、退伍軍人的宿舍、醫院或監獄進行。

5、喘息照護服務 (Respite care)：喘息照護服務是提供短期、間斷的臨時性服務，以替代家庭成員照顧病患；如果沒有這種服務，病患可能就得安置在安養中心等照護設施。所以喘息照護服務通常都是專家到府服務，基本上這是一種依照客戶的需求，如照護時間長短、病人之狀況而設計的服務，有時也可以在其他照護機構，如成人日間護理中心進行。

6、成人日間護理中心 (Adult day care Center)：許多的長期病患是由家人照護的，但是有時家人因工作分身乏術，也所以需要成人日間護理中心，一方面讓家人可以日間繼續工作，晚間接病患回家共同生活；一方面讓病患取得較專業之醫護，避免住進護理之家，降低照護費用。

從國外的長期照顧可以發現，每個國家都面臨高齡化的未來，對於老年人口的照顧也都各有優缺，但不論是西方國家或是國內學者，皆認為在家老化是最好的作法。反觀台灣，關於長期照顧，我們正在面臨的四大危機：¹⁷

1、照顧員人力不足：八年來政府所培訓的服務人力尚不足以因應所需，且服務人力的勞動條件未明訂，造成本勞受訓後嚴重流失。根據 2014 年衛福部、勞動部統計，本國照顧服務員在受訓後有 80%並未投入照顧職場，總計 8 萬名勞工。

2、社區式照顧服務嚴重不足：我國老年人長期照顧與安養機構(含榮民之家與護理之家)總床位為 10 萬 3,879 床，而供給超過需求 3 萬 4237 床。機構式照顧老年人占需求長期照顧老年人的 19.5%，比率遠低於歐美國家機構式(30%)。機構式服務役已經足夠，普及的社區式服務則嚴重不足。

¹⁷ 〈有一天我們都會變老，誰會照顧我們？〉，《點亮台灣》，2015.09.11，http://iing.tw/policies/long-term_care。

- 3、政府預算編列不足、家庭負擔沉重：2015 年依需求推估長照經費需 110 億元，但政府只編列 48 億元，在過去七年，長照經費更總共僅編列 245 億元，平均每年僅有 35 億，編列嚴重不足。在經費短缺下服務提供不足、不均，難以真正減輕家庭照顧負擔。
- 4、城鄉差距嚴重、未能因地制宜：財政資源短缺的縣市，長期照顧資源嚴重不足。而如原住民族部落因地理偏遠、專業長期照顧資源不足，無法以都市補助標準與專業條件來統一規範，在不影響專業品質下，長照資源因地制宜，採行殊異的專業條件要求與補助標準有其必要。

(四)德國

德國長期照顧保險制度自 1995 年實施至今，已逾 15 年，因財務尚稱健全，長期亦能維持低保險費率，確實降低民眾照顧費用負擔。此一制度雖獲得多數人民及政治家支持，但也認為它並非完美，必須不斷改進及修正，因此曾於 2008 年進行大幅修法。德國長期照顧保險制度在歷經近年全球經濟衰退，及面臨未來人口持續老化之社經環境下，目前必須面對之問題及未來努力方向，說明如下：

- 1、德國目前全國人口約計 8,000 萬人，其中老人人口為 2,000 萬人，約占總人口 25%，預估至 2030 年，將增至 2,850 萬人。此外，目前獲得長期照顧保險給付者約計 240 萬人，預估至 2030 年，將增至 300 萬人。
- 2、德國長期照顧政策目標為「居家照護優於機構照護」，目前獲得保險給付者中，三分之二在家中接受照顧，其中 8 成由家人照顧（現金給付）、2 成購買居家照顧服務（實物給付）；另三分之一為機構照顧（機構給付）。德國不諱言其長照體系最大的服務提供者為家中女性，因此必須於制度中給予家庭照顧者足夠的支持，包括以現金給付補償其薪資、給付年金保險費、提供喘息服務等。
- 3、全德國目前約有 80 萬名照護人力，亦面臨人力不足問題，但考量外籍人

力因語言文化差異，對於照護品質有負面影響，因此仍不傾向引進外籍人力。惟目前國內存在東歐人民至境內從事照顧工作之情形，稱之為灰色市場（grey market），依學者估計約有 7 至 10 萬人。

德國於 1970 年代因面臨人口老化及家庭結構變遷，導致需長期照顧者迅速增加，加以長照費用龐大，造成個人及家庭極大經濟壓力，因此而落入低收入戶者亦不在少數。德國歷經 20 年討論後，將「失能需長期照顧」定義為需由社會共同分擔之風險，並建立社會保險制度，協助民眾面對此一新風險。我國人口結構將進入快速高齡化階段，預估於民國 114 年老人比率將達 20%，進入超高齡社會，因此及早建構一完整健全的長照服務體系及費用支付制度，已為我國政府目前亟需面對之重大課題之一¹⁸。德國實施長照保險之經驗，包括財務制度、品質確保機制、失智症照護之因應等，確可作為我國進行相關規劃之重要參考。

從上述五個西方國家的長期照顧政策來看，不同國家因為對於照顧責任的價值理念不同，在發展長期照顧政策時產生很大的差異。然而無論這些國家採用的是稅收或者保險來支應長期照顧所需的開支，在面對人口老化、長期照顧需求增加、整體支出不斷提升的現實壓力下，如何提供符合「成本效益」的長期照顧服務，成為這五個國家必須共同面對的問題。而透過「在地老化」的理念趨勢，藉由非正式照顧者做為提供長期照顧的替代人力，更是這些國家共同的現象，同時也連帶產生了要解決家庭如何兼顧「工作」和「照顧」雙重角色的困境。這也是臺灣長照所面臨的困境。

¹⁸ 〈德國長期照護保險制度之現況及未來〉，《行政院經濟建設委員會人力規劃處》，2008.08.31，<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0014170>。

第三節 文獻探討

(一)長期照顧十年計畫

臺灣自 2008 年推動長期照顧十年計畫以來，至 2016 年 4 月服務的老年失能人口比率，已從 2008 年的 2.3% 提升至 2016 年的 35.7%。雖然長期照顧的人數已經明顯提升。但是從衛生福利部（2016）所公佈的檢討報告可以發現長照 1.0 存在著以下問題：服務對象範圍待擴大、人力資源短缺且待培訓、偏遠地區服務及人力不足、補助核定額度與服務品質未能回應民眾期待、家庭照顧者支持與服務體系仍待強化、長照服務項目未能回應民眾多元新增需求、服務輸送體系散置而未能集結成網絡、行政作業繁雜影響民間資源投入意願、長照服務系統待整合、長照政策之宣傳待加強¹⁹。長照 1.0 的實施結果帶出了人力資源的不足、資源分佈不均的問題以及政府橫向連結未整合等問題，最重要的是政策宣傳不足，根據衛生福利部（2016）公佈的民調數據顯示，65 歲以上的老人有 51.1% 不知道居家服務、70.9% 不知道居家護理服務，政府的政策主要服務的群體過半數都未接收到訊息，可見政府在政策推動方面有待加強。

(二)長期照顧服務十年計畫 2.0

政府在長照 1.0 執行十年後，接著由長照 2.0 接下棒子，繼續服務著人數年年攀升的老年失能人口；相較於長照 1.0 的版本，政府 2017 正式實施的長照 2.0 端出更多的方案，以期改善長照 1.0 實施後的問題，但是長照 2.0 實施後則隱含著更多的問題包含人力與財源問題。²⁰長照 2.0 規劃了許多配套措施，如：人力及資源發展、照顧管理制度、原住民長期照顧、支付系統與經費來源、教育宣導。服務對象的擴大意味著需要長照的人數更多，在人力與財政方面都需要有更多的

¹⁹ 同前註，衛生福利部，頁 41。

²⁰ 劉惠敏，〈長照 2.0 版正式上路，變得更好嗎〉，《報導者》，2017.1.2，<https://www.twreporter.org/a/opinion-long-term-care-version2>。

資源才能有效支撐起整個長照體系。整個長照 2.0 牽引著臺灣整個社會福利的脈動，希望能在超高齡化社會來臨之前建立好完善的社會福利體系，以盡到政府的責任。

臺灣已經邁入老年化社會，隨著人口結構的改變，台灣至 2016 年時的「扶老比」已上升至 18.0%，超過「扶幼比」，預估到了 2060 年，臺灣每 10 人中有 4 人是 65 歲以上老人，其中 2 人年齡更超過 80 歲。²¹如此的社會氛圍中，老年人口的安置與照顧更成為了政府的一大挑戰。從長照 2.0 的人力資源來看，依據 2014 年衛福部長照照顧資源盤點結果，目前台灣長照人力，照顧服務員計 26,942 人、社工人員計 3,439 人、護理人員計 10,826 人、物理治療人員計 1,987 人、職能治療人員計 1,091 人²²。以 2016 年實施長照保險，涵蓋率 70% 推估，需充實照顧服務員為 30,912 人、社工人員為 2,559 人、護理人員為 5,668 人、物理治療人員為 705 人、職能治療人員為 1,686 人等，顯示各類專業人力均極需培訓與擴展²³。在長照 2.0 的支付系統方面，根據衛生福利部長照 2.0 十年經費推估發現，實施後經費從原本的 162.26 億元一路提升到 2026 年的 736.48 億元²⁴，而這些經費來源將由何處取得以及如何有效的使用將是政府要面臨的問題。長照 2.0 十年經費推估如圖 1-1：

從下圖 1-1 可發現，長照的經費逐年增加，如何維持長照穩定的資金來源是亟待解決的問題，除了靠基本稅收之外，如何擴展財源來平衡財政支出，是政府目前的困擾也是最為人民所質疑的部分。

²¹ 〈台灣人口結構驟變，2016 年扶老比將正式超過扶幼比〉，《全球人壽》，2018.11.12，<http://www.transglobe.com.tw/transglobe-web/periodical/191>。

²² 同前註，衛福部，頁 1。

²³ 同前註，衛福部，頁 42。

²⁴ 同前註，衛福部，頁 166。

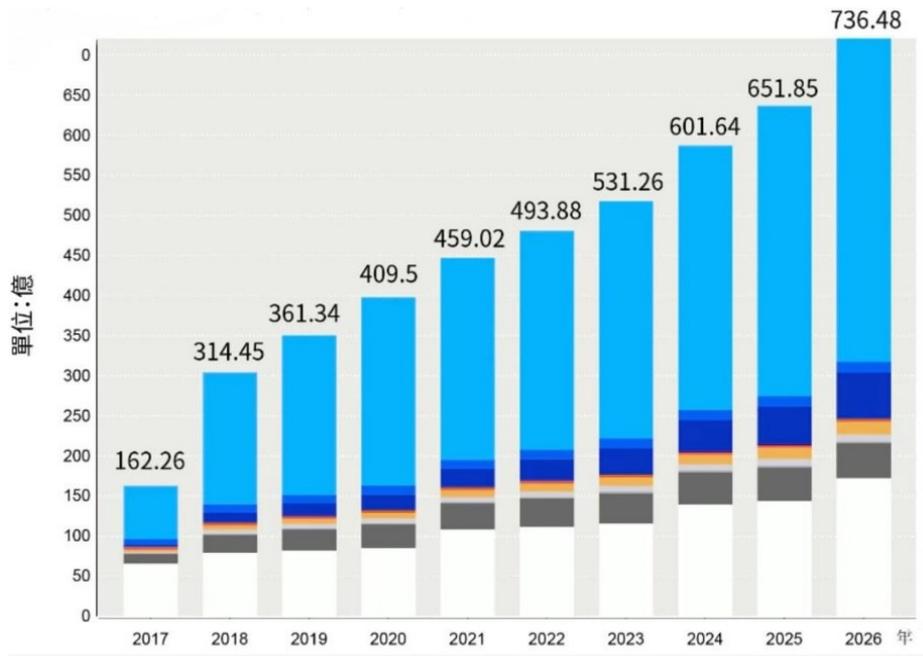


圖 1-1：長照 2.0 十年經費推估

資料來源：衛生福利部（2016）

最後是長照 2.0 的推動機制，長照 1.0 的其中一個問題就是接觸到長照訊息的人數不多，因此在長照 2.0 的部分新增了許多如社區整體照顧服務、建置團體家屋、各縣市的長照服務提供單位掛牌等等...增加民眾對於長照的使用率與曝光度。

(三)長期照顧論文之評論

臺灣老人福利機構協會榮譽理事長賴添福談到臺灣的長照政策時認為：目前各方僅圍繞在財源問題打轉。社會大眾皆認為，唯有健全臺灣的財政系統，才有辦法支撐現在的長照 2.0。長照政策實施之後，長期緊縮的照顧人力就會更變本加劇，業主也可能為了轉嫁人力成本而提高收費標準，最後被傷害的將會是弱勢的低收入戶。因此，賴添福在長照 2.0 政策上路之前即提出七項改善建議：1. 人力配置標準應由任何時段之照顧比，改為總人力配置比；2. 教育部規劃以技職、高中職設立照護科，增加年輕照護人力；3. 勞動部開放多層級照服員技能檢定，考試院增設照護師國家考試；4. 衛福部應設法提升照護工作的專業性及價值感；

5.針對護理人員法中部份人體侵入性的工作項目，可開放資深照服人員執行此項工作；6.減少不必要的書面作業；7.外籍監護工每年繳交的就業安定基金，建議用來補貼本國照顧服務員薪資。²⁵臺灣已經邁入超高齡社會，老年長者的照顧需求日益增加，成為了現代新興產業，然而長期以來的人力缺口導致照服員長期處於高時數低薪資的工作環境當中，政府應當思考，如何解決人力缺口才能真正解決問題。賴添福理事長以其實務經驗結合理論基礎，針對台灣長照政策之經費及人力提出改進建議，正提供了本文於分析台灣與荷蘭長照制度上之比較重點。

學者吳尚琪在《我國長照政策之新契機》一文中指出：長照體系仍存在品質、數量、分佈、整合與效率等諸多挑戰。在快速高齡少子女化的社會，罹患多重慢性疾病長者、長照需求者及獨居人口的快速增加；家庭照顧者的減少及醫療照護財務與勞動人力有限的情況下，政府應提供失能者更有效率的醫療與長照整合服務、鼓勵機構朝多功能及專業人員多技巧方面發展²⁶。依此研究結果可讓我們瞭解台灣長照制度面臨的挑戰，作為本文撰寫台灣長照制度劣勢之參考。

學者方敬綸與劉淑娟在《論我國推動長照保險與其可能帶來的挑戰》一文中認為長照保險開辦之後將會面臨到經費來源與服務內容和提供方式的挑戰，以及服務供需的問題，因此他們認為如果政府能夠確實參考其他國家的經驗，制訂明確且符合需求的相關制度，且在政策推動後運用行政資源輔導並加強相關服務單位之效率與品質，而民眾則能夠認識長期照顧的重要性與社會保險的強調的互助精神²⁷。此文明確指出台灣長照制度將面臨經費問題，可從參照其他國家之長照制度尋求解決方法，提供吾人編撰本文之基本方向。

邱慈穎、陳雅美在《長照整合機制概述》一文中提到，為因應長者人口增加

²⁵ 賴添福，〈解決長照人力不足的七大建議〉，《風傳媒》，2016.4.5，<https://www.storm.mg/lifestyle/96734>。

²⁶ 吳尚琪，〈我國長照政策之新契機〉，《長期照顧雜誌》，2017，第21卷第1期，頁1-7。

²⁷ 方敬綸、劉淑娟，〈論我國推動長照保險與其可能帶來的挑戰〉，《遠流護理》，2013，第7卷第2期，頁10-14。

帶來的衝擊，許多長照服務因應而生，但過去在服務提供過程中常出現機構彼此之間協調不順利、服務效率不彰的情況，因此提出世界衛生組織及學者所發表的長照整合機制，期待透過這些機制的建立能改善其困境，主要的四大整合機制為：(1)組織間的管理（Inter-entity organization and management）；(2)個案管理（Coordination of care）；(3)整合資訊系統（Integrated information systems）；(4)財務的整合（Integrated financing）²⁸。透過文獻中提及之長照整合機制檢視目前長照 2.0 之整合狀況，對於本文探討台灣未來長照政策修改方向有相當助益。

周怡君、林倖如、黃全慶、林谷燕分析德國、奧地利與日本的長照政策形成過程後發現，德奧日三國的長照制度在財源籌措、給付類型以及保障人口上皆有差異，德國與日本長照制度大致延續其傳統福利體制特徵，奧地利長照制度則與其傳統福利體制有極大差異，而造成差異的結果源自於三國的政黨與利益團體協商的結果²⁹。渠等研究結果，可讓吾人瞭解不同國家政策、環境背景、福利制度等對於長照政策制度之影響，提供本文在國際長照制度上的認知程度。

公共政策研究員王兆慶在網路上發表一篇〈五千億的長照 2.0，是否會是一場空？〉的論述，內容指出要拉高長照 2.0 的市占率，並以高達十年 4700 億的經費支出來支撐，政策的理想藍圖是：家人之間可以有愛與孝道的付出，但是照顧勞動可以由居家服務員及社區托老所來分擔³⁰。此文以道德情感論述台灣長照政策之理想藍圖，對於本文探討台灣未來長照政策之改進方向，提供更廣泛之參考面向。

筆者將「長期照顧」的關鍵字鍵入碩博士論文網與華藝線上圖書館，分別找到 297 筆與 504 筆相關論文，顯示出這幾年來由於老年人口的上升，讓長照議題

²⁸ 邱慈穎、陳雅美，〈長照整合機制概述〉，《長期照護雜誌》，2018，第 22 卷第 1 期，頁 1-5。

²⁹ 周怡君、林倖如、黃全慶、林谷燕，〈德國、奧地利與日本長照政策形成的政治過程分析〉，《社會政策與社會工作學刊》，2018，第 22 卷第 1 期，頁 1-47。

³⁰ 王兆慶，〈五千億的長照 2.0，是否會是一場空？〉，《端傳媒》，2017.1.12，<https://theinitium.com/article/20170112-opinion-wangmancer-2/>。

逐漸成為顯學。2018 年由周宇翔、王舒芸、吳明儒、林怡婷共同發表之《照顧機器人倫理議題探討：以長照服務為例》文章中指出，除了身體的協助外，由於照顧服務亦強調人際互動、關係、陪伴及情感回應等面向，使得照顧機器人的運用可能產生社會孤立、降低人際互動與欺騙等倫理議題³¹。長期照顧最累也最重要的就是照顧者，除了個人無力、沉重的撐著外，社會應該也要給予照顧者相當程度的喘息服務，這同時也是長照 2.0 正在推動的項目³²。對於家戶照顧者與被照顧者的人口組成，高雄醫學大學劉千嘉副教授透過 2010 年人口普查資料分析後發現，高齡家戶約占全臺老人家戶之四成三，但是當高齡親子家戶中的照顧者無力再負擔照顧時，僅一成三的家戶有接替的照顧人選，顯示出長期照顧人力大部分是落在子女身上³³。為了解照顧問題，臺北市政府於 2016 年推動「石頭湯計畫-社區整合照顧服務」，結合衛政、民政、社政加民間資源，和家屬共同從生到死的生活照顧，讓長者能在家安養³⁴。上述學者及教授所提出之著作皆以解決當前台灣長照制度所面臨之困境為主，並未就台灣長照之整體環境、歷史背景、國際趨勢提出論述，因此本文從各面向探討台灣長照制度，並以荷蘭長照制度為比較依據，試圖瞭解台灣與荷蘭長照制度之本質差異。

碩博士論文的長期照顧大部分皆從政策與法律的角度來論述，具有比較研究相關議題之論文並不多³⁵，2017 年由張滋珍所發表之《日本長期照顧體制對我國推動長期照顧之啟發-以長期照顧十年計劃 2.0 為例》碩士論文，明確指出長期照顧體制將成為我國社會福利的另一主幹，並從比較角度分析日本與我國於長期照

³¹ 周宇翔、王舒芸、吳明儒、林怡婷，〈照顧機器人倫理議題探討：以長照服務為例〉，《長期照護雜誌》，2018，第 22 卷第 2 期，頁 205。

³² 郭哲延，〈阿財的重擔，誰人知！—長期照顧者喘息之必要〉，《人醫心傳—慈濟醫療人文月刊》，2018，第 176 期，頁 78-81。

³³ 劉千嘉，〈高齡家庭與高齡照顧者的特性：2010 年人口與住宅普查資料的應用〉，《人口學刊》，2018，第 56 期，頁 82。

³⁴ 孫文榮、璩大成、黃勝堅，〈居家照護與長期照顧 2.0 的結合〉，《台灣醫學》，2018，第 22 卷第 3 期，頁 278。

³⁵ 張滋珍，〈日本長期照顧體制對我國推動長期照顧之啟發-以長期照顧十年計劃 2.0 為例〉（臺北：國立台灣大學國家發展研究所碩士論文，2017）。

顧體制現況差異，及日本 2000 年施行長期照顧保險後的改革經驗，以此提供我國長期照顧體制發展參考以及未來制度改革的方向。唯日本長期照顧之介護制度仍處於改革階段且尚未解決財務危機，因此本研究擬以已臻完善之荷蘭長期照顧制度為比較研究目標。

洪詠雯則從英國之長期照顧制度作為比較分析的對象，發表《我國與英國長期照顧制度之比較研究》碩士論文，參照英國之長期照顧制度的發展與現行的照顧法 2014 作為我國在長期照顧制度之參考。然該研究主要以兩國之法規、經費為比較方向，本研究則聚焦於台灣與荷蘭長期照顧優勢與劣勢分析，並比較兩者推動機制差異，希望能以不同觀點分析我國長照體制。³⁶

曾慧芬從德國的社會保險法探討長期照顧議題，發表《德國長期照顧保險制度之探討—誰照顧你：公營長照？民營長照？》碩士論文，內容主要是以社會保險為主軸，論述德國的長期照顧保險制度雖為法定強制的社會保險，但已朝向多元化的方向發展，讓民營的保險公司也參與社會保險的運作，以增加市場競爭力及提升服務的品質。此外，民眾可以自由投保的民營商業保險在長照體系中，亦扮演著不可或缺的角色，因此德國政府也制定鼓勵方案，補貼民眾購買商業長照保險。該研究是以德國為主要的比較對象，對於台灣的相關研究而言，能運用之處大多屬於社會保險之類別³⁷。

蘇家鏞則是以商業保險的角度來論述長照問題，發表《探討政府長照 2.0 消費者知曉程度對商業長照險購買需求之研究》碩士論文，這篇論文主要論述臺灣由於長照社福體系尚未建制完成，面臨前述風險問題衝擊下，照護需求已無法完全由家庭負擔，而潛在長期照顧需求所帶來的財務風險，將成為臺灣民眾必須面

³⁶ 洪詠雯，《我國與英國長期照顧制度之比較研究》（桃園：國立中央大學法育與政府研究所碩士論文，2017）。

³⁷ 曾慧芬，《德國長期照顧保險制度之探討- 誰照顧你：公營長照？民營長照？》（臺北：國立臺灣大學財務金融學系碩士論文，2017）。

對的重大議題，為減輕照護者的財務負擔，保障民眾基本生活外，個人亦必須為自己老年生活做好準備，商業性長期看護保險值得民眾考慮做為老年風險之控管的工具。對於台灣人而言，保險是生活中相當重要得一部份，不只是為了意外更是為了儲蓄，近年來商業保險也開始發展出長照險，讓民眾除了政府的長照資源外，還能夠運用私人保險服務來提高長照時的生活品質。荷蘭也有類似的私人保險服務，不過荷蘭特殊醫療費用支出法(AWBZ)的保險人則是私人保險公司，每個保險公司都必須向健康保險局註冊，每個民眾都必須向任何一家保險公司註冊，期限一年，若沒更換保險公司則自動續約，換約應在期滿兩個月前通知保險公司³⁸。

李豐耀同樣以商業保險的角度論述長照問題，同時導入長照村的概念，發表《長照險結合長照村發展研究—以 S 壽險公司為例》碩士論文，主要的訴求是在長照 2.0 推行不足之餘之處，結合商業壽險的選擇，再加入長照村完善的福利措施，使家人、子女在未來若有一天，遭遇類長照狀況發生之時，能夠有優於現況的選擇，免於工作、家人長照兩頭燒的煩惱，在長照村能夠享有的照顧，比在家中由家人親力親為的照護要專業且無後顧之憂，又有專屬的醫療團隊。長照村的概念類似於荷蘭的失智村，台灣比較有名的則是長庚養生文化村，主要強調的是讓長輩活得健康有尊嚴，不像我們一般所認知的長照中心，進去之後就像是在等待死亡的到來³⁹。

臺灣實施長照制度行之有年，2016 年開始更擴大實施，讓政府可以照顧到更多的族群，然而長照這些年來實施的問題大多為經費與人力資源上的問題，臺灣兩大政黨皆相當關心長照議題，目標都是以居家服務跟社區服務為主體，並且逐年減少對外籍看護工的依賴。要建立良好的長照體系，首先需要建立有願景的

³⁸ 蘇家鏞，《探討政府長照 2.0 消費者知曉程度對商業長照險購買需求之研究》(高雄：正修科技大學經營管理研究所碩士論文，2018)。

³⁹ 李豐耀，《長照險結合長照村發展研究~以 S 壽險公司為例》(台北：銘傳大學風險管理與保險學系碩士在職專班碩士論文，2018)。

產業規模，才會有人願意進來提供服務，所以政府無法拒絕產業進入長照體系。其次，要深化在地化的醫療，整合照顧體系，以社區為據點，擴展居家服務。長照如同政府的其他政策，上路後邊實施邊修改，以期達到平衡，目前最急迫的莫過於人力的問題，醫院與機構長期存在著人力問題，如何解決才是目前政府應該要思考的方向。

第四節 研究方法與架構

(一)研究方法

本研究以臺灣與荷蘭的長期照顧政策發展，來探討其優勢與劣勢。一面要整理臺灣與荷蘭目前長照政策的實施狀況，同時也要對官方的政策加以瞭解，需要大量官方與非官方的相關資料作為全部研究的發展基礎，因此在研究方法的選擇上，將以次級資料分析法(Secondary Data)與比較研究法(Comparative Research)為基礎。

1、次級資料分析法

對於任何研究來說，都存在各種與之相關並足堪參考的文獻與資料，這些都屬於次級資料的範疇。以這些資料為基礎，在面對所欲探究的主題時，研究者可以輕易獲得初步的發展。因此對於研究而言，次級資料最大的優點就是節省時間並降低研究成本。⁴⁰甚至在有些主題，次級資料將成為唯一的資料來源。⁴¹為此，基於研究發展的考量上，次級資料的取得與分析，必然成為本研究的一個資料來

⁴⁰ 董旭英、黃儀娟譯，《次級資料研究法》(臺北：弘智文化，2000)，頁 24。

⁴¹ 潘明宏，《社會科學研究法(上冊)》(臺北：韋伯，1999)，頁 382。

源。而在實際資料取得的過程中，將大量擷取國內外相關文獻、資料庫數據以及政府檔案，藉以發展並佐證研究內容。

次級資料分析法的資料，可是補充性的資料來源，也可作為主要資料，是一種透過官方或半官方資料的使用，進行研究對象的探究。⁴²多數論文都會引用次級資料，只是在程度上有所差異。而與原始資料不同，次級資料是對原始資料的再詮釋，由於並未親自參與，因此在援用上必須注意避免違背原始含意。⁴³次級資料指涉搜尋並解釋與研究目標有關的現有資料，次級資料分析也是探索性研究的「核心」。除了引用先前研究者的次級資料作為研究的基礎之外，亦對既有的資料加以解釋和闡述，對於自身的研究增加了更多的便利性。次級資料又可稱做二手資訊（Second Hand Information Data），是對於初級資料加以分析、比較和彙整後的綜合性資料。使用次級資料的主要要點在於研究者可以不需花費大量金錢與時間就能針對大型樣本所提供的資料進行分析，且資料庫的資料蒐集是基於隨機抽樣原則，因此具有將研究成果推論至整體社會的功能，隨者科技進步與網路介面發達，次級資料分析也成為當代最常見的社會學研究方法之一⁴⁴。本研究蒐集臺灣與荷蘭長照政策的相關資料並進行分析與比較，資料來源包括研究相關書籍、論文、期刊、報章雜誌與評論、政府文書以及記載政府相關研究報告等等。

2、比較研究法

比較研究法乃是將兩種以上的不同現象、事物或制度進行比較分析，以判別其特徵、異同或優劣的一種研究方法。⁴⁵比較社會研究方法中，比較研究方法時常使用於跨文化研究，做為界定、分析、解釋跨社會中的相同與相異，而跨越國界的研究也愈來愈多，最常見的即是跨社會、文化等的分析。⁴⁶比較研究可分為

⁴² 陳文俊，《社會科學研究方法》（臺北：雙葉書廊，2005），頁 443。

⁴³ 林育珊，《Top 研究的必修課：學術基礎研究理論》（臺北：寂天文化，2008），頁 220。

⁴⁴ 周文欽，《研究方法概論（第二版）》（新北市：國立空中大學，2005）。

⁴⁵ 謝文全，《教育行政－理論與實務》（臺北：文景，1995）。

⁴⁶ L Hantrais., *Social Policy in the European Union* (London: MacMillan, 1995).

四大類：單項比較與綜合比較，橫向比較與縱向比較，求同比較與求異比較，質化比較與量化比較四大類。依據屬性的數量，比較研究可分為單向比較和綜合比較，單項比較是按事物的一種屬性所作的比較，綜合比較是按事物的所有（或多種）屬性進行的比較，單項比較是綜合比較的基礎。但只有綜合比較才能達到真正把握事物本質的目的科學研究中，需要對事物的多種屬性加以研究，只有通過這樣的比較，尤其是將外部屬性與內部屬性一起比較才能把握事物的本質和規律。因此本研究透過比較研究中橫斷面的比較來探討臺灣與荷蘭兩個國家的長期照顧政策。從多種政策制度的比較分析，和他國長期照顧制度完善的國家中，汲取經驗。研究其異同，找出得為我國借鏡之制度與做法，供改善建議之參考。

(二)研究架構

1、研究架構

本研究以臺灣與荷蘭地區的長期照顧發展概況，來探討長期照顧的優勢與劣勢以及差異，在研究架構的設定上，有必要先針對研究範圍進行確認，進而發展出合適的研究架構。

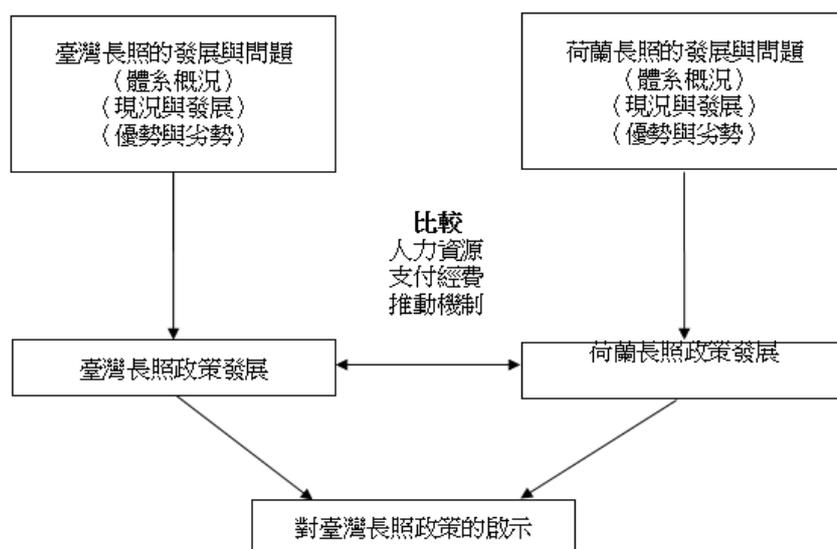


圖 1-2：研究架構圖

資料來源：研究者自行繪製

圖 1-2 即為本文研究架構，由長期照顧的概念來描述臺灣與荷蘭地區長照發展的差異與問題，並針對其體系概況、現況與發展、優勢與劣勢，以及政策發展中的人力資源發展、支付與經費、推動機制做比較。說明兩者的差異與做法。

2、章節安排

本論文之章節安排如下：

- (1)第一章為研究背景與動機，描述台灣、日本以及荷蘭長期照顧政策的實施概況，並提出本研究之目的與問題。研究方法採用次級資料分析法與比較研究法。並探討目前長照論文的資料並評論，形成本研究之焦點。
- (2)第二章討論荷蘭長照政策的實施狀況，包含了保險人的界定與資格評定、如何實施服務、待遇給付、服務提供者、以及資金的來源。荷蘭政府如何推動長照政策，以及其優勢與劣勢。
- (3)第三章討論台灣長照政策的實施狀況，包含了長照政策的發展脈絡、實施後的爭議、以及其優勢與劣勢。著重在台灣長照政策設計以及資金來源與人力資源問題。
- (4)第四章為台灣與與荷蘭的長期照顧政策之比較，包含了長期照顧人力與資源發展、長期照顧支付系統與經費以及長期照顧推動機制的比較分析，期望藉由荷蘭經驗來改善台灣的長照制度。
- (5)第五章為結論與建議。透過第一章至第四章的文獻與比較分析後，借鏡荷蘭經驗與台灣本土經驗，改善人力、經費以及推動機制上的問題，並提出建議。

第二章 荷蘭的長期照顧政策

人口老化，是一個全球性的議題，世界衛生組織已將其列為 21 世紀人類所需面對的主要衛生議題。⁴⁷面對「老人潮 (Aging Boomers)」的到來，政府除了鼓勵家庭提供照顧服務外，並積極研擬推動長期照顧制度與「長期照顧保險」以滿足老年人的需求，並落實「社區化」與「在地老化」原則，朝向活力在地老化的目標。長期照顧以生活照顧為主，醫療照護為輔，為一具備長期性照顧、支持與保護、自助、互助與公助的社會保障理念、模式與制度。然而，台灣長期照顧制度仍於發展中，導致使用者多以急性醫療替代。長期照顧服務的技術層面較低，服務時間較長，以「照顧」個案為主，目標在協助個案維持或恢復身心功能，或降低損失程度，儘量增進個案獨立自主的常態生活。⁴⁸長期照顧的需求已經成為了世界的潮流與趨勢，各國開始準備因應全球老化的時代，但是推動長期照顧制度多元又龐大，臺灣政府自 2016 年推動長期照顧保險以來，一直以高品質的服務為主要訴求，但是在經費、人力、物力的缺乏下，實行的步履蹣跚。⁴⁹放眼國際，荷蘭是最早實行長期照顧的國家，實施的經驗與過程皆值得臺灣借鏡與參考，為此本節將介紹與省思荷蘭的長期照顧政策。

第一節 荷蘭長期照顧體系概況

⁴⁷ World Health Organization, *Health: 21-health for All in the 21st Century* (Geneva: WHO Regional Office for Europe, 1999).

⁴⁸ 吳淑瓊，〈人口老化與長期照護政策〉，《國家政策季刊》，2005，第4卷第4期，頁5。

⁴⁹ 薛承泰，〈長照 2.0 「照」得住嗎？〉，《ETtoday 新聞雲》，2018 年 12 月 5 日，<https://www.ettoday.net/news/20181205/1323127.htm>。

荷蘭長期照顧體系可分成中央及地方兩部分，中央由四個單位組成，分別為 1、健康福利體育部（Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS）：制定長照政策及法案 2、健康保險局（Health Care Insurance Board, CVZ）：管理特殊醫療費用支出法（The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ）之公共基金（Public Funds, AFBZ）、並提供長照政策建議及監督長照基金、預算的運用、協調保險公司及提供長照服務之機構 3、健康照護機構（Healthcare Authority, zorgautoriteit, NZa）：負責控制荷蘭之醫療照護市場及監督保險公司是否正常項被保險人提出給付 4、中央管理中心（Central Administratie Office, CAK）：裁決被保險人應向保險公司繳交之自付額額度。而地方則主要為照護評估中心（The Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ）：評估被保險人需要照護的類型，並將評估結果通知保險公司使其據以提供相關照護服務。

荷蘭的長期照顧保險制度，是在其老年人口及慢性病、智力障礙等患者不斷增長、維持社會保障的醫療成本不斷上升的背景下建立的。⁵⁰此時政府實行傳統的統合主義和福利國家平等及公平原則的政策，加之經濟均衡增長，為擴大社會保障提供了條件。⁵¹1968 年正式通過《特殊醫療費用支出法（AWBZ）》，透過社會保險的方式籌措長期照顧保險制度之資金，以下為荷蘭長期照顧體系的基本架構：⁵²

（一）保險人

保險人由荷蘭健康福利體育部擔任，負責長期照顧保險的政策制定和立法，通過指定健康保險公司來負責具體執行照護評估中心（CIZ）。健康保險局獨立於政府、被保險人、保險人、服務提供者，主要為政府提供政策建議、接受機構認

⁵⁰ 林美色，《長期照顧保險：德國荷蘭模式析論》（臺北：巨流，2011），頁 1-28。

⁵¹ 伍江、陳海波，〈荷蘭長期照顧保險制度簡介〉，《社會保障研究》，2012，第 5 卷，頁 102-105。

⁵² 〈荷蘭長期照護保險制度體系〉，《每日頭條》，2017.10.26，<https://kknews.cc/zh-tw/finance/xv9np2r.html>。

證及其質量檢查。每個保險公司都必須向健康保險局註冊，每個民眾都必須向一家保險公司註冊，期限為一年，若無更換則自動續約，換約應在期滿兩個月前通知保險公司。保險公司將自己的責任交給區域照護辦公室（care offices; care administration offices; care liaison office），尤其是和照護服務提供者簽約、收取病人支付的保險費及諮詢服務等責任。目前，荷蘭劃分為 32 個照護區域，在每個區域中由區域照護辦公室代表所有保險公司對所有居民執行特殊醫療費用支出法（AWBZ）。由於長期照顧服務由公共基金付費，這些區域照護辦公室除了支付自己的管理成本外，不存在支付額外費用的風險。

(二)保險對象與資格評定

長期照顧保險制度覆蓋所有的合法居民，但必須繳納保費。個人收入水準不作為獲得保險的標準。而資格評定主要由照護評估中心負責⁵³，需要長期照顧的人，通常是重症患者，進入長照體系前，需聯繫照護評估中心，以確定其需要何種類型的照護，並依據照護評估中心診斷所得「特殊需求評估（special-needs assessment）」，再和客戶進行討論，期間客戶或其代表人亦可提出其所偏好的需要。然後，再由照護評估中心通知特定獨立運作的健康照護管理辦公室（healthcare administration offices，目前荷蘭共有 31 家），據以提供相關照護服務。這些辦公室在每個地區必需與相關商業健康保險公司相結合。並由他們安排各種健康照護服務的提供方式。

(三)服務類型

長期照顧保險制度實施之初，特殊醫療費用支出法照護服務內容包括照護院服務、對失智者的機構照護及超過一年的住院服務。後來擴展到家庭健康照顧和家庭照顧，如 1980 年的住院後居家復健、受傷老人照護，1982 年的短期心理健

⁵³ 林延增、徐敏軒〈荷蘭政府矯正、社福及文化部門組織 型態、員額規模及運作情形考察報告〉，《行政院人事行政總處》，2016.12.28，<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10504845/001>。

康照護服務，以減少人們對於機構照護的使用。

- 1、家庭照護：分為居家照護和家事服務。主要由非營利機構提供，機構之間沒有競爭；居家照護：包括照護服務和輔助工具租借，服務由具備公共健康背景的專業護士到照護需求者家中提供，服務時間根據老人的需要調節，但最多不超過每天 3 小時（特殊情況者可延長至每天 8 小時）；家事服務：包括家政服務、個人照護和精神支持；還有一種被稱為 Alpha Care 的服務，由家庭主婦們提供，直接由被保險人支付，費用不高，每週不超過 16 小時。
- 2、機構照護，由非營利機構提供服務。照護院：提供診斷和評估、照護服務、康復和臨終服務；養老院：65 歲及以上的老人能夠入住，養老院為不能單獨居住的老人提供了合適的居住環境及行為治療和藥物治療。有時，他們也向社區提供例如送餐、叫醒服務、沐浴幫助等服務。照護院和養老院都面向社區提供設施，為社區老人提供日間照護。在養老院的老人都有自己的公寓，而照護院的老人可幾位共住一間房間。在養老院的老人比在照護院的老人接受的照護服務頻率少且不太集中。

荷蘭政府在 2003 年以前的長照制度的照護類型分為家庭照護與機構照護，2003 年後，為鼓勵創新、滿足消費者的需求及提供更有效率的服務，照護服務分為七大照護功能。2007 年家事服務再從特殊醫療費用支出法服務內容中剔除並轉移給 2007 年開始實施的《社會支持法》支持下的市政當局負責。從原有的 7 項功能指標⁵⁴：家事服務（domestic care）、個人照護（Personal care, 如提供淋浴、穿衣等服務）、護理（Nursing, 如換藥、注射等服務）、支持性陪同指導（Supportive guidance or ADL support, 如協助生活管理、日托等）、積極主動性陪同指導（Activating guidance or behavioural support, 如協助行為改變或心理輔導

⁵⁴ 葉至誠，〈老人福利國際借鑑〉（臺北：秀威資訊科技，2011），頁 188。

等)、治療 (Treatment, 如協助中風後的復健治療) 及入住機構 (Accommodation, 如多功能住宅、居住收容), 縮減為個人照護、護理、支持性陪同指導、積極主動性陪同指導、治療及入住機構等 6 項。

(四)待遇給付

長期照顧保險制度未規定給付上限, 只限制了接受具體服務(如家庭照護)的需求量。被保險人可選擇接受實物或現金給付, 或者兩者結合。實物給付是指提供服務, 現金給付則允許被保險人用現金購買服務, 服務提供者不限於照護服務提供者, 也可用願意提供服務的親戚、朋友及鄰居。因此, 現金給付是被保險人比較願意接受的給付方式。現金給付是實物給付費用的 75%, 現金給付可以用於非正式的照護 (支付給家人等), 相對較便宜。從 2002 年起, 選擇現金給付的數量以每年 20% 的速度增長, 現已占到整個特殊醫療費用支出法支出的 11% (2013), 但選擇實物給付的人數並未顯著減少。2011 年改革後現金給付的人群僅限於機構照護服務享受者。為進一步加強被保險人選擇的自由和照護成本的控制, 2008 年通過「照護包 (care level packages, zorgzwaartepakketten, ZZPs)」制度即根據病人的照護需求來決定服務提供者的給付。「照護包 (ZZPs)」包括被保險人的類型、被保險人需要被照顧的每週總時數、服務的輸送方式等。被保險人經由照護評估中心決定照護需求指標後, 即可通過相對應的服務包得到需要的服務。荷蘭政府為了保障服務品質, 2006 年 10 月成立健康照護機構 (NZa) 負責監督及控制荷蘭的醫療照護市場。

(五)服務提供者

荷蘭的長期照顧服務提供者由政府機構、非政府組織和營利機構所共同組成。⁵⁵ 主要服務由非政府組織即區域照護管理中心 (care offices; care administration

⁵⁵ 林建成,〈從荷蘭的經驗看我國未來長照保險的推動〉,《國政研究報告》, 2009 年 07 月 10 日, <https://www.npf.org.tw/2/6117?County=%25E8%2587%25BA%25E5%258D%2597%25E5%25B8%2582&site=>

offices; care liaison office) 負責提供，每個地區的照護管理中心是獨立運作的並接受保險公司委託與照護服務提供者 (care providers) 訂立契約、收取民眾部分負擔費用、辦理區域性的服務供給與需求諮商。主要的目的在於確保完整提供民眾的服務需求及提供民眾量身訂製的服務 (tailor-made care)。

(六)資金來源

在資金來源方面，保險基金由三部分組成：強制性保險費、使用者付費和一般性稅收。1、強制性保險費：凡年滿 15 歲並有納稅收入的公民都應該繳納與收入掛鈎的保險費，15 歲以下的兒童和 15 歲以上但沒有應納稅收入的人無需繳納。2、使用者付費：使用者付費也與受益者的收入相關，並決定於所接受的服務類型。不論是「個人預算」還是機構照護，個人收入水準都是使用者付費多少的重要考慮因素。收入水準低於一定標準的人，可以得到全部或部分豁免。3、一般性稅收：荷蘭採取現收現付的財務模式，無準備基金積累。如果當年公共基金 (AFBZ) 收不抵支，將在下一年度提高保費來彌補虧損。

然而荷蘭在 1968 年施行特殊醫療費用支出法後亦發現了許多問題⁵⁶：1、如何確保自願性團體的服務品質；2、在荷蘭設立及經營組織，必須有 ISO9001 國際認證及 HKZ 荷蘭高品質組織雙重認證，惟經過品質管理系統 (ISO9001) 及 HKZ 的認證是否就能確保照護服務提供機構的品質？3、公民權利的強調，以及社區化的照顧是否能取代專業的機構式照護？能否真正滿足民眾的需求？4、隨著 AFBZ 成本不斷的上漲，荷蘭政府是否能有效的控制費用的成長，並減輕民眾的保費負擔？而後荷蘭政府為解決上述問題並提升長照保險的服務效能，發展出照護包制度，即依被保險人的需求來決定服務提供者的給付範圍及項目。

荷蘭的長期照顧保險制度從建立開始，一直處於不斷的自我改革與完善的過

⁵⁶ 〈臺灣老得太快了！借鏡荷蘭、德國、奧地利等七個國家，看看他們的長照怎麼做？〉，《愛長照》，2017.06.28，<http://www.ilong-termcare.com/Article/Detail/1237>。

程中，不論是在服務內容方面，還是在費用控制等方面，都不遺餘力的適時進行革新。特別是其 1995 年推出的「個人照護預算」(Personal Care Budget) 制度，即使用者手中有一部分的資金支配權，可以自行選擇決定購買服務的方式、內容和提供者。最初主要是為了擴大個人自由選擇照護服務機構的權利，後來其範圍和開支規模不大擴大，到了 2008 年，其已經占到了公共基金(AFBZ)總費用支出的 7%，有超過 10%的照護服務使用者利用過該預算。⁵⁷ 荷蘭特殊醫療費用支出法(AWBZ)最主要的爭議仍在於照護成本的不斷增加與政府的財務負擔沉重，以及因應社會支持法的通過而引發的質疑。例如荷蘭公共健康暨健康照護委員會 (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Council for Public Health and Health Care, RVZ) 就曾針對慢性病患者在社會支持法 (WMO) 通過後，其照護服務需求的轉銜問題提出批評：「現有健康照護及 WMO 之間在法律通過期間欠缺提供連續性照護的保證」。特殊醫療費用支出法的改革雖然減輕了政府財政負擔，但對於服務品質的提昇及被保險人權利的保障上也不斷的受到挑戰。

第二節 荷蘭長照體系的現況與發展

(一) 荷蘭特殊醫療費用支出法 (AWBZ) 的組織體制

荷蘭政府的健康保險局 (Health Care Insurance Board, CVZ) 是介於政府與被保險人、保險人、服務提供者之間的獨立中間人。主要的任務是對公共基金及預算提供諮詢意見，並對政府的計劃與保險政策、立法提供建議，以及對於服務提供者進行服務品質查核。對被保險人而言，健保局的責任在於保障所有公民都

⁵⁷ 伍江、陳海波，〈荷蘭長期照顧保險制度簡介〉，《社會保障研究》，2012，第 5 卷，頁 102-105。

能得到應有的健康照護權利。健康保險局與保險公司及照護服務提供機構之關係圖如下：

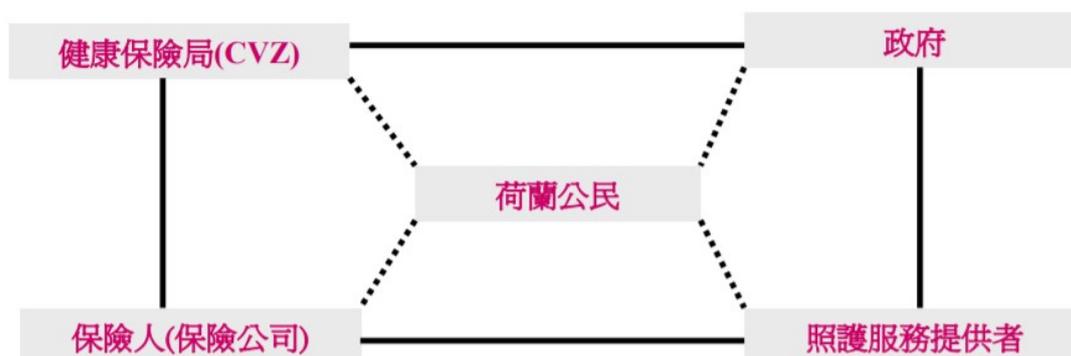


圖 2-1：特殊醫療費用支出法（AWBZ）的「健康保險局」

資料來源：行政院經濟建設委員會（2009）

健康保險局有三項主要任務，以確保所有荷蘭公民都能得到適切的照護：1. 風險調節（Risk Adjustment）：將私人保險公司與公共基金分離調節以避免風險，並提供保險公司及服務提供機構良好的服務，尤其是收集、提供服務內容及服成本的相關資訊。2. 照顧特定族群（Care for Specific Groups）：保障及照顧所有被排除於現行醫療保險制度之外的民眾。3. 管理照護包（Package Management）：提供照護包的相關諮詢建議，並提供內容說明。

（二）長期照顧財源

目前荷蘭長期照顧制度主要包括兩部分：特殊醫療費用支出法和社會支持法兩種。AWBZ 是強制性社會保險制度，是目前荷蘭長期照顧制度的核心。WMO 是 2007 年建立的社會支持制度，將家庭居家照顧等等的服務從 AWBZ 制度中另外分離出來，由荷蘭的地方政府負責運行。⁵⁸本部分將從資金、社會支持法、荷

⁵⁸ 劉德浩，〈荷蘭長期照顧制度：制度設計、挑戰與啟示〉，《中國衛生事業管理》，2016，第 8 期，頁 568。

蘭長照資金規模的變動等方面對荷蘭的長照財源進行分析。

1、資金

根據荷蘭政府《特殊醫療費用支出法》規定，長期照顧保險制度資金來源主要有三個管道：強制性保費、使用者付費以及一般性稅收。其中，強制性保險費為最重要的資金來源管道，約占整體長照資金的 70%，一般性稅收占 22%，使用者付費比例為 8%。從資金來源構成來看荷蘭的長照制度，與韓國的長期照顧保險制度非常類似。其資金來源如下：⁵⁹

(1)強制性保費：

保費費率為 12.15%，由稅務辦公室（Tax office）透過收入和工資稅徵收進行籌資，保費劃入健康保險局管理的公共基金當中。

(2)一般性稅收：

健康保險理事會每年都會提出公共基金的總預算，荷蘭政府根據此預算確定每年對長期照顧保險制度的預算資金支援規模。

(3)使用者付費：

荷蘭的長期照顧服務受益者需要根據收入高低來承擔一定比例的服務費用。根據不同的服務類型，使用者付費的標準也不同：A、如果是居家照護服務，使用者每小時最高支付 12.6 歐元，個人自行負擔的費用高低除了考慮收入外，家庭成員的數量以及是否超過 65 歲都是重要考量因素。B、機構照護的成本分攤方案包括高和低兩個標準。照護服務接受者最初的六個月或者配偶也需要接受照護服務，按較低的自付標準支付服務費，每月需支付個人稅後收入的 12.5%，最低為 141.2 歐元，最高不超過 741.2 歐元，如果需按高標準來分攤成本，個人每月最高支付不超過 1838.6 歐元。服務使用者繳納的費用由中央管理中心負責徵收後將資金放入公共基金中。

⁵⁹ 戴衛東等，〈韓國老年長期護理政策新動向〉，《中國衛生事業管理》，2008，第 25 卷第 1 期，頁 67。

2、社會支持法（Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO）

荷蘭政府的《社會支持法案》規定，該制度的資金主要來自於中央對地方的財政撥款以及使用者付費，地方政府可自行確定服務使用者付費標準。當上述兩個管道的資金來源出現問題時，由地方政府負擔，或者調整使用者付費標準，當中央對地方撥款存在盈餘時，地方政府可以自由支配該資金。

荷蘭政府的中央預算撥款涉及兩個層面的問題：第一是宏觀預算（Macro Budget）：即中央政府向地方政府撥款的總規模；第二是微觀預算（Micro Budget）：中央用於社會支援服務的撥款如何在各地政府之間分配。宏觀預算由中央政府每年根據社會和文化規劃局（Sociaal en Cultureel Planbureau ,SCP）的研究建議進行分配，主要考慮的面向是服務使用量及其價格因素：(1)使用量指數：75 歲以上人口的變化以及需要照護服務的人數變動。(2)價格指數：健康部門工資的變動和家庭消費價格指數變動的加權平均，前者占 90%。從預算資金情況來看，宏觀預算分配不存在問題，但地方政府之間的資金使用存在差異，大約 11%的地方政府在資金使用方面經常超出預算 5%以上，但是又有 16%的地方政府僅使用了預算資金的 75%。

3、荷蘭長照資金規模的變動

荷蘭長期照顧資金的支出規模呈現不斷上升的趨勢，從 2003 年占 GDP 的比重為 3.5%，2013 年增加到 4.3%，其規模接近於瑞典，但遠高於其它國家。研究顯示，隨著全球人口老化的不斷加劇，如果維持現有政策不變，到 2040 年時，將達到 GDP 的 7%至 9%。⁶⁰

從下圖 2-2 對比台灣與荷蘭的長期照顧支出狀況，在 65 歲以上老人接受家務助理服務的比例以及被照顧者權利方面的支出皆高於台灣相當多，但財務卻比台灣健全，值得進一步探究。

⁶⁰ “Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society?”, 2014.6.19, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12808&langId=en>.

國家		瑞典	英國	荷蘭	臺灣
政策 措施			時間限制，應由用人單位安排。		
	照顧服務自行負擔比例	3~4% (依經濟條件)	NA*	8%	0~40% (依經濟條件)
	65 歲以上老人接受家務助理服務比例	16%	9%	8%	0.01%
被照顧的權利	長期照顧相關支出占 GDP 比例	3.6%	0.8%	3.5%	NA**
	正式服務使用比例	4.2% (居家 2.8%、機構 1.4%)	2.9% (居家 2.9%、機構 0%)	3.8% (居家 2.3%、機構 1.5%)	0.0127% (占 65 歲以上人口比例)

圖 2-2：各國長期照顧支出比較表

資料來源：朱貽莊、陶屏、陳玉芬（2012）

資金是世界各國辦理長期照顧時的共同問題，目前荷蘭殊醫療費用支出法的主要架構並沒有改變，主要還是以保險費為主，占了整體支出的三分之二以上。近年來人口老化越來越嚴重，使得荷蘭政府的長期照顧成本不斷的增加，以至於只能不斷的提高保費來因應，徵收更多的保險費用。荷蘭政府自 1968 年時開辦長期照顧保險，至 2010 年為止保費已經上漲 23 倍。高保費自然會引起荷蘭人民的反對聲浪，為了防止保費繼續調升，荷蘭政府的健康保險局將 AWBZ 的照顧經費轉由一般特殊疾病公共基金支出，費用來自於 AWBZ 保險費、政府撥款補助以及自付額。實施之後仍然年年出現赤字，以至保險費率依舊居高不下，且有持續不斷的調高之虞，是荷蘭政府目前所面臨的最棘手問題。⁶¹面對世界人口的不斷老化，各國政府不斷的提出各式各樣的長照服務，資金來源就成了各國政府最棘手的問題，不得不想方設法透過提高保費或其他方式來籌措足夠的金錢維持長照的運作。

(三) 長期照顧的機構與人力資源

⁶¹ 同 49。

荷蘭老年人在無法獨立生活或是行動不便後，大多會選擇賣掉房子並自行搬到安養中心（Verzorghuis）或是老人公寓（Woonzorgcentrum or Serviceflat），而有醫療需求的老人則大多選擇去看護中心（Verpleeghuis）或是向政府申請居家看護（Thuiszorg）。隨著醫療技術的進步以及安全的食物和環境，人類的壽命延長許多，當國家的生育率下降，人口老化已經是一個不可避免的現象。根據荷蘭中央統計局的資料指出，預計在 2040 年，65 歲以上的人口為 470 萬人，佔總人口的 26%。⁶²

1、人口老化與照顧機構

荷蘭的長期照顧機構，依照護理類型規劃為看護中心以及安養中心。看護中心提供行動不便或是患有精神疾病的人適當的協助。長者或病人若不想離家，也可以選擇申請居家照護，但前提是申請人的狀況以及居住環境是否適合，如果生活環境已不敷需求且不安全，或不能有效地幫助其起居生活，還是必須搬遷到設有完善設備的照顧機構。一所看護中心視規模可提供各種不同的服務，以 Stichting Humanitas Verpleeghuis 為例（可容納 65,000 人入住的看護機構），其設備完善可以提供治療並且照顧患有疾病的人（例如癌症），同時接受患有老年癡呆或是不同程度的失智症患者，照顧機構內也有復健中心，以及安寧治療的區域。⁶³

即使荷蘭政府規劃了看似完善的照護機構，但在實際執行面上，荷蘭政府較希望長者盡可能留在家中生活，首要原因當然是經費問題。自從 2012 年起，AWBZ 所負擔的照護服務已經成為國家無法負荷的重擔，國會決定必須改變政策並減少經費，因此有大量的人事被刪減，然而事實是銀髮人口的依然逐年增加，各機構的床位也相對需求量變大。為了減緩申請人口數，地方政府會首先徵求家人朋友的參與，之後提供居家看護，盡量延長申請人的居家時間，以解決近年來看護機

⁶² De feiten en cijfers over ouderen in Nederland, in NOS. 2017。

⁶³ 孫偉倫，〈老人照護該是社會的負擔還是家庭的壓力？淺談荷蘭長照〉，《荷事生非》，2018.7.13，<https://is.gd/ilraDH>。

構床位以及人力不足的問題。

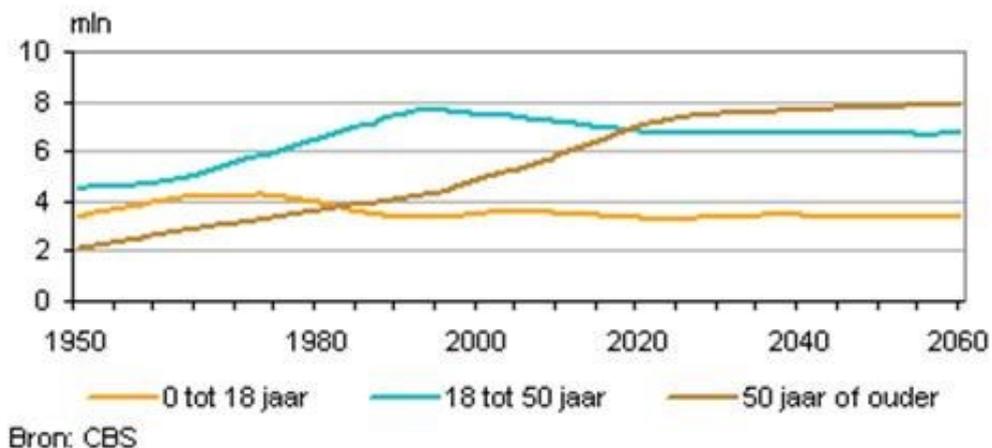


圖 2-3：荷蘭老年人口趨勢

說明：棕色指出目前約有 7 百萬人為 50 歲以上的人（單位為百萬）。
資料來源：孫偉倫（2018）

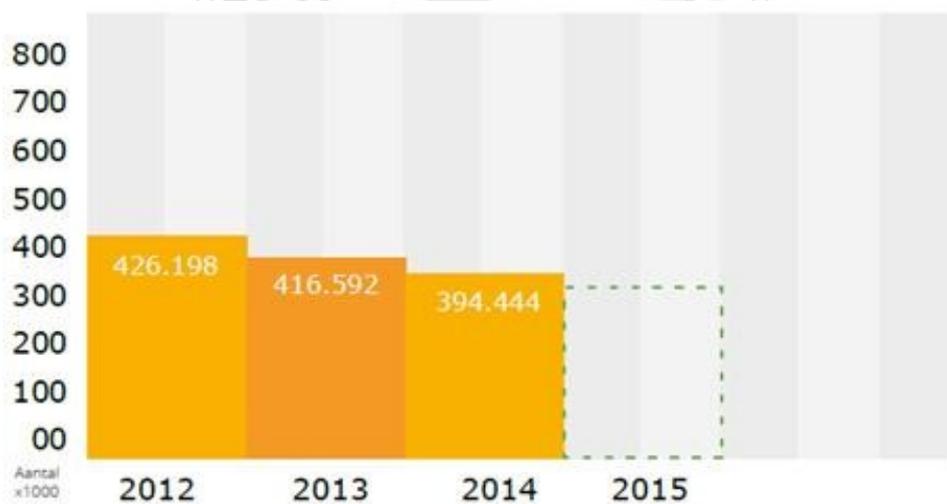


圖 2-4：老年照顧機構工作人數

說明：老年照護機構的工作人數正在逐年下降（單位為千人）
資料來源：孫偉倫（2018）

從圖 2-3 可以發現人口將近一千八百萬人的荷蘭，有將近三分之二的人皆為

50 歲以上的人，另從圖 2-4 可以發現老年照顧機構的人逐年減少，代表大部分的老年人皆不於機構內，而是選擇在家養老，並由服務員到家進行到宅服務。

目前，荷蘭政府的長照政策正歷經轉型期，原本大多數荷蘭的銀髮族只要提出申請，就可以入住安養中心，但由於現階段床位不足的問題，荷蘭政府希望老人們能夠盡量留居在家中。然而，與原先改造老人居住環境的作法(例如於住家增設輪椅軌道)不同，荷蘭政府參考北歐老人長照政策，期待老人能自理並且獨立生活，因為能夠獨立生活才是長壽及維持健康的不二法門。根據荷蘭國家電視台 NOS 的新聞報導指出：⁶⁴荷蘭政府分別考察了丹麥、瑞典、冰島、以及愛沙尼亞的老人長照政策，其中丹麥政府採用的方式是讓老人們能夠快速回復獨立生活的狀態。社會組織會指派治療師到需要幫助的老人家家中，教導老年人如何配合自己的體力以及步調獨立生活，例如用吸塵器打掃、到超市購物、自行洗衣晾衣等等，讓老人們可以再次獨立生活，這種類型的社會服務稱為 **Reablement** (自立訓練)。

2、荷蘭民間照顧機構

Buurtzorg 機構⁶⁵是於 2007 年由一位社區護士 Dr. Jos de Blok 所首創，以「創新基層照護模式」(Innovative Primary Care Model) 提供高齡者社區居家服務為主的照護方式。**Buurtzorg** 字意為「鄰里照護」(Neighborhood Care)，創立理念是秉持「人本精神」與「低成本創造整體服務」的宗旨所推展的一項寧靜改革，此模式自推出後，十年中成功地扭轉政府的照顧政策。此模式為居家照護模式的轉型，改變傳統以醫院為主軸的照護方式，改善過去採單項技術服務為導向與按鐘點計費的給付制度，所造成被切割的「斷裂式服務」，改以自主管理 (Self-Management) 與結果導向 (Outcome Oriented) 為核心；以往各項服務工作為節

⁶⁴ 相關內容請參閱〈Regina Pacis, Arnhem〉：<http://www.attentzorgenbehandeling.nl/zorg-en-behandeling/wonen/huizen/regina-pacis-arnhem>.

⁶⁵ Buurtzorg 機構的詳細介紹請參閱：<https://www.ilon-termcare.com/Article/Detail/1819>.

省成本而分派給較低教育程度的照護者負責，導致接受服務者須被迫和許多不同專業類型與教育背景的服務者溝通，形成溝通限制、多頭馬車、聯繫困難、照護方式分歧與成效不彰等缺點。傳統醫療體系中護理人員也常因醫院病患就診量大，工作時數長與壓力大，致使許多受過專業訓練的護理人員因服務內容難以充分發揮專業自主性，及未能提供整合性照護工作而深感挫折，形成對工作的滿意度低與高離職率的困境。新的照護模式可達到善用與留住護理專業人才、紓解醫療機構一床難求與改善因門、急診人滿為患而降低服務水準等終極目標。

該團隊初期僅有 4 位護理人員參與服務，整合照護模式是透過扁平化的人事組織，以護理師與病患為中心，簡化團隊成員的行政層級以控制人事成本，無須指派督導員監督，一線護理人員皆為獨當一面的領導人，組成小型團隊深入家庭，充分發揮專業自主的精神。專業者依據健康需求自己設計和安排專業服務內容，提供給社區的長者和病患，在緊密的護病關係中，落實「支持獨立」(Support Independence) 與鼓勵「自主管理」的理念，建立彼此的信賴與默契。護理師以精湛的專業知能，在社區中採一站式與包辦服務方式直接提供精緻的居家照護，包含須要專業訓練的護理服務，同時也提供對專業訓練要求較低的輔助服務。

照護模式是透過該機構的護理人員先運用充分的時間與緩和的溝通速度進行詳盡地初訪與收案，初訪重點包含：藉由詢問病史與引導個案進入照護模式。鼓勵個案詳細地描述狀況，自然地詢問生活的快樂點與困難點。

根據 2010 年荷蘭會計師事務所的報告，使用 Buurtzorg 機構提供的服務模式，每位個案平均花費金額減少 40%，該服務模式已納入保險給付範疇⁶⁶。若全國均採取 Buurtzorg 模式，估計每年可節省約 20 億歐元。依據 2012 年 KPMG 聯合會計師事務所的研究發現，提供 Buurtzorg 服務的護理人員每小時的服務雖然

⁶⁶ 李選、張婷，〈臺灣長照服務借鏡歐美創新整合型照護模式之可行性探討〉，《T&D 飛訊》，2017，第 233 期，頁 2。

單價較高，但因採單一窗口服務故總時數較少，因此能減少 50%的照護時間，提高照護品質，並提升工作人員的工作滿意度。於 2010 至 2012 年，Buurtzorg 機構三度獲選為年度全國最佳僱主獎。十年間此模式已獲顯著成效，其照護模式與成功經驗也從荷蘭複製至瑞典、日本、英國及美國等國。

3、荷蘭的失智村

位於荷蘭阿姆斯特丹郊外 Weesp 的一個美麗村莊 Hogeweyk⁶⁷，那裡的住民，每日過著正常的生活，固定上街去雜貨店購物、偶爾和鄰居抱怨壞天氣，甚至還可享受每週的賓果遊戲或者去美容院剪個頭髮再去戲院看個電影，這群 152 位居民乍看之下與一般人無異，但其實他們全都是輕度至重度的癡呆症患者。其實 Hogeweyk 是一個偽裝成外面世界的先驅護理養老院。養老院經理想傳遞世人一份「同理與尊重」概念，若將病患當成自己長輩與家人般對待，能夠幫助患者在餘生歲月中遭受少一點的痛苦，即使他們都需要接受醫療治療，但基本上他們也是活生生、清楚意識的人，癡呆症患者並不是精神錯亂者，因此每位「居民」都需保留基本人權的自治意識和行動自由。與傳統養老院相比，居住在 Hogeweyk 養老院患者對生活參與率更加活躍且需要較少藥物依賴，為了確保居民安全問題和立即協助，居民被 250 名全職或兼職資深護士及專家貼身照顧。

住民的工作是在鎮上閒逛卻也兼職村莊裡工作，例如雜貨店收銀員、賓果遊戲主持人、鄰居和郵局郵差等，照顧者被訓練讓居民自行活動、可以做些什麼，而不是限制他們行動自由；關心與交流更甚藥物治療，所有居民都可以隨意漫步在開闊庭院與街道、可以恣意地上下馬車、步行去超市、去喝杯咖啡或者在餐館裡吃一頓飯。若迷了路，不用擔心，「適時」就會出現鄰居幫忙，幫助你找到回家的路。研究發現，外出，對癡呆症病患也是很重要的，若保持身體活躍，即使只是坐在戶外長凳上與他人閒聊，都能改善他們的頭腦、情緒和身體狀況。

⁶⁷ 相關內容請參閱：<https://www.storm.mg/lifestyle/42579>.

Hogewey 大部分的資金來自荷蘭政府，且由於長者無金錢管理能力，大多數的費用已由親人支付，入住價格約為 8000 美元。失智村的存在就是要讓老年人有尊嚴的活著，要活就要動，荷蘭政府的政策是減少老年人出外活動的機會，但是民間團體卻是認為要保持老年人身體健康的最佳解決方案就是讓他們生活的和以前一樣，甚至更好。

(四) 荷蘭長期照顧服務推動背景與機制

由於長期住院以及住院費用不斷的高漲，迫使荷蘭國會從 1962 年開始重視醫療成本控制的問題，並認為醫院及長照機構的照護費用應另謀財源。⁶⁸然而除了人口老化與長期住院之醫療費用高漲外，大量的慢性病患，以及照顧身心障礙者及精神疾病患者所需的高額醫療費用，都是荷蘭推動長期照顧保險的主要原因，尤其目前有超過 10% 的荷蘭人口患有慢性疾病；超過 16% 的人患有需要長期治療的精神疾病。再者，為了實踐統合主義與福利國家（Welfare state）的平等及公平原則，並將民眾的健康照護視為社會權一般的重要權利，這也是荷蘭推動長期照顧制度的重要因素之一。基本上，荷蘭長照制度主要是鎖定三大目標人口，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。

1962 年，荷蘭健康部長 Gerard Veldkamp 提出一項保障全民免於主要疾病風險的社會保險計劃，尤其是針對需要長期照顧且有沉重醫療費用負擔的失能民眾或精神病患者提供必要的照顧服務，這個計劃成為後來荷蘭長期照顧制度的濫觴。由於長期照顧的財務負擔往往不是一般人所能承受的，因此採用「特殊醫療費用支出」此一名詞來做為長期照顧保險的命名。荷蘭政府有鑑於長期住院醫療費用的高漲，荷蘭國會乃於 1967 年 12 月 14 日通過特殊醫療費用支出法，並於

⁶⁸ 周世珍，〈荷蘭健康照護法制新趨勢〉，《長期照護雜誌》，2006，第 10 卷第 2 期，頁 136。

1968 年 1 月 1 日開始實施，成為全世界最早對長期照顧採社會保險方式的國家。

由於 1968 年開始實施的特殊醫療費用支出法舊制缺乏自由競爭的機制，且行政效率不佳。使得荷蘭醫療費用占 GDP 的比重也隨著人口老化不斷的升高，從 1970 年的 5.9%，到了 1985 年時已經高達 7.9%。⁶⁹因此，荷蘭政府於 2003 年開始逐漸引進規範性的市場力量來進行特殊醫療費用支出法的「現代化（Modernisation）」，例如每年由地方政府招標福利服務等，並於 2005 年底通過特殊醫療費用支出法修正案，2006 年 1 月 1 日新修正的特殊醫療費用支出法開始實施。

另荷蘭隨著 1980 年代長期照顧支持持續上昇的演變，以及關懷社會（Care Society）與替代性政策（Substitution Policy）的影響，長照保險的給付範圍延伸至擴展居家服務（有 24 小時，每星期 7 天）、增加手術後恢復期的居家護理服務、臨終照顧的居家服務、日間照顧、臨時照顧與庇護之家。1980 年代，特殊醫療費用支出法涵括精神方面疾病照顧、輔具租借。1990 年代，特殊醫療費用支出法的給付項目擴大納入老人健康檢查、復建、語言治療、藥物治療。目前特殊醫療費用支出法的給付對象為需要一年以上住院治療的長期照顧者、須高額治療費的重大疾病患者與慢性病患者。而 2007 年開始院外與院內的精神疾病，由原來特殊醫療費用支出法給付改由新的健康保險法支付，但長達一年以上之長期性精神照護仍然由特殊醫療費用支出法給付。

荷蘭為了抑制長期照顧費用不斷的上升，於 2007 年通過社會支持法，社會支持法取代舊有的福利法（Welfare Act, Welzijnswet）、身心障礙服務法（Disabled Services Act; Wet voorzieningen gehandicapten, WVG）與 AWBZ 原有的家事協助服務等。社會支持法涵蓋社區照護、婦女庇護與志工支持服務等，並由地方政府（例如阿姆斯特丹市）負責提供。家事協助等服務被保險人需部分負擔，費用由

⁶⁹ 同上，頁 143。

中央管理中心收取。被保險人也可以申請現金給付（Personal Care Budgets, PGB）以購買輪椅、改善家中障礙設施等必要的需求或服務。社會支持法最主要目的是在協助所有人都能獨立自主的生活，未來特殊醫療費用支出法將以提供護理服務為主，以降低公共基金的財務壓力。

第三節 荷蘭長照體系的優勢與劣勢

荷蘭長期照顧制度經過近 50 年的改革發展，在服務品質、服務的可獲取性和成本控制等方面做了相當積極的努力與改進。但是，制度運行過程中同時也面臨著相當多的問題，值得進一步的去探討。

(一)劣勢

1、長期照顧成本不斷提高，面臨著巨大的成本壓力

影響國家長期照顧總成本的因素主要包括：人口結構與長期照顧制度的待遇給付高低。制度不變的情況下，人口年齡結構與健康狀況會直接影響潛在受益人羣的規模。根據預測，荷蘭人口老齡化程度將不斷加深，2030 年 65 歲以上老年人比重將由 2013 年的 16.8% 增加到 24.1%，2060 年為 27.4%；與此同時，高齡老人的比重也顯著增加，2013 年 80 歲以上老人的比重占 65 歲以上老人的比重為 24.9%。從人口年齡結構和健康狀況的資料中推測，荷蘭未來長期照顧制度面臨極大的財務壓力，如果維持 2010 年待遇水準不變，2060 年長期照顧服務支出占 GDP 的比重將從 3.8% 提高到 8.4%，遠高於歐盟平均水準（2010 年為 1.8%，

2060 年為 3.6%)。⁷⁰

2、不同長照制度間的協調問題

荷蘭健康保健系統中，涉及到許多不同的制度安排：醫療保險制度主要用於治療性疾病的診治，長期照顧保險主要承擔因身體、精神或意識等原因導致的身體機能下降、自理能力降低所需要的長期照顧服務支出，而社會支援服務則用於因自理能力降低所需要的家庭說明服務的支出。不同制度之間各有分工，但也存在著職責模糊的問題，例如一些疾病（比如中風、外科整形等）在醫院治療後還需要進行康復治療，出院後如果繼續在護理院治療，則相應的支出由特殊醫療費用支出法承擔，為了使長期照顧制度集中在慢性病以及長期照顧服務領域，荷蘭政府 2008 年將精神疾病的治療從特殊醫療費用支出法中劃出，由荷蘭醫療保險法（Zorgverzekeringswet,ZVW）負責；2011 年，將康復治療期間的支出也納入荷蘭醫療保險法（ZVW）。

但是，這些制度間的微調並未解決不同制度之間的協調問題，主要體現於：當一個人需要不同類型的服務時，由於分屬不同的制度，管理運營的主體也不同，個人首先需要解決在哪裡申請服務及申請何種服務的問題；其次，因不同服務的評估機構不同，申請者需要多次向不同的評估機構繳交評審資料；最後，受益者可能會接受來自不同機構和不同專業人員提供的照護服務，而不同服務提供者之間也缺乏溝通協調，有可能影響服務效果。由於制度間職責分工，也存在「搭便車」的問題，降低了照護服務的總體效益。例如：如果地方政府增加對具有自理能力的獨居老人家庭支援服務的供給，會大幅降低其因意外事故受傷導致自理能力下降的概率。但由於缺乏有效的激勵機制，地方政府顯然缺乏足夠的動力提供此類服務，因為成本由地方政府承擔，但荷蘭醫療保險法和特殊醫療費用支出

⁷⁰ D.Duell, X.Koolman, & F.Porrait, "Practice variation in the Dutch long- term care and the role of supply- sensitive care: Is access to the Dutch long- term care equitable?". *Health Economics*, 2012, 26(12): 1728-1742.

法制度都會從中受益。

3、正式與非正式照護

隨著人口年齡結構的變化以及長期照顧服務的公共支出規模不斷擴張，荷蘭政府不斷調整長期照顧服務的制度結構和照護服務的便利程度，提高長期照顧服務的自我依賴（self-reliance）逐漸成為一種新的標準，但福利水準削減也產生了一些問題。荷蘭長期照顧服務削減，尤其是 2007 年通過的《社會支持法案》有一個隱含的前提是認為有許多照護服務並不是必須的，可以由未經培訓的非正規照護者來滿足。但正規福利削減後，非正規照護者並未完全承擔起相應的照護責任，被照護者的福利受損。阿姆斯特丹大學學者的一項調查顯示：39%的受訪者認為削減後的照護服務被部分或完全替代，其中 51%認為還需要額外的服務；另外 61%的受訪者沒有收到任何替代服務，其中 62%的人認為有服務需求。⁷¹

(二)優勢

荷蘭長照保險是一典型的社會保險制度。財務的健全與否，成為政府最關切的議題。荷蘭長照保險採取全民納保及現金給付的方式，為其最主要的特色，其他諸如委託私人保險公司、照護服務包制度等，都是荷蘭政府因應長期照顧不斷高漲的財務壓力所採行的改革措施，相信對我國未來發展長期照顧產業及實施長期照顧保險制度，將有相當的參考價值。

1、採隨收隨付式的社會保險制度⁷²

荷蘭的特殊醫療費用支出法為全世界第一個採行社會保險方式辦理的長期照顧制度，並採隨收隨付（Pay-As-You-Go）的財務處理方式辦理，並無提存準

⁷¹ E. Groogetoed, & D. V. Dijk. "The Return of the Family? Welfare State Retrenchment and Client Autonomy in Long-Term Care". *Journal of Social Policy*, 2012, 41(4): 677-694.

⁷² 同 54，頁 189。

備 (Funding)，主要是透過保費收入及政府稅收補貼維持制度的運作。依據 2008 年的統計資料顯示，隨著老年人口不斷的增加，特殊醫療費用支出法的成本及費率亦不斷的調高。荷蘭政府每年依據「最低兩組所得級距」的課稅標準來訂定保險費率，2008 年特殊醫療費用支出法的保險費率為 12.15%，和我國全民健康保險較不相同的是，荷蘭的雇主並不需要分擔受僱者 AWBZ 的費用。總而言之，荷蘭公共基金的主要來源包括保費收入、服務使用者的部分負擔費用，以及政府的稅收補貼等，如表 2-1。

表 2-1：荷蘭長照資金來源及財源籌措

經費來源	收費及撥補方式	備註
有一定雇主	雇主由薪資中隨所得稅預扣，再繳給稽徵單位。惟使用某些服務需額外付費，如護理之家，費用依所得而定。	由中央稅務局再匯給 CVZ 底下的 AFBZ。
無一定雇主，但有繳稅及繳交保費義務者	依課稅標準自行繳給地方稽徵單位。	15 歲以下或 15 歲以上無課稅義務者不需繳保費。
已申請使用 AWBZ 保險給付者	18 歲以上需部分負擔，費用依所得、在家或在機構、年齡、是否單身等收取。	由保險公司收取，再繳給 AFBZ，但有申請現金給付者，需先扣除部分負擔的額度。
政府透過稅收補貼	每年隨保費收支情況撥補	直接撥到 AFBZ

資料來源：林美色 (2011)

表 2-1 顯示荷蘭政府為了穩定長照財源採取政府、雇主及使用者各自負擔一定費用之方式，對於合法居民而言無論有無工作，只要到了法定年齡 18 歲就必

須開始繳納保險費用，為之後的長照費用慢慢累積財源，才不會因老年人口過多而拖垮財政。

2、照護包制度⁷³

荷蘭政府為提升長照保險的服務效能，近年來已透過照護包的制度，依被保險人的服務效能來決定服務提供者的給付。「照護包」包括被保險人的類型、被保險人需要被照護的總時數（每週）、服務的輸送方式等。被保險人經由照護評估中心決定照護需求指標後，即可透過相對應的服務包得到需要的服務。每個「服務包」都有一定的價格（有最高額度的限制）。

3、荷蘭長照保險對象為所有合法居民

荷蘭的特殊醫療費用支出法是一種強制性、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，也受到 AWBZ 的保障並必須繳納保費。然而如果年齡在 15 歲以下、不需要課稅者，保費則由國家負擔對年輕人及弱勢民眾提供一定的保障。荷蘭 AWBZ 的保險人則是私人保險公司，每個保險公司都必須向健康保險局註冊。目前荷蘭約有 19 家保險公司，近十年來由於合併和收購，數量不斷減少。每個民眾都必須向任何一家保險公司註冊，期限一年，若沒更換保險公司則自動續約，換約應在期滿兩個月前通知保險公司⁷⁴。

4、荷蘭特殊醫療費用支出法的三種給付方式

荷蘭的 AWBZ 是由照護評估中心負責評估每個被保險人應獲得之給付項目及內容，被保險人可經照護評估中心評估完成後，選擇實物給付（含醫療給付）、現金給付（1995 年開始實施），或混合給付。此三種給付方式可使被保險人選擇最符合需求之給付，並大幅提升給付服務的精準性及適切性。

⁷³ 同 55。

⁷⁴ 同 68，頁 142。

第三章 臺灣的長期照顧政策

第一節 臺灣長期照顧體系概況

(一) 長期照顧的意涵

根據 Kane & Kane 對長期照顧 (Long-Term Care) 所下定義為:「長期照顧乃指對身心功能障礙者,在一段長時間內,提供一套醫療、護理、個人、與社會支持的照顧;其目的在促進或維持身體功能,增進獨立自主的正常生活能力。⁷⁵」早期台灣較不特別著重在長期照顧這個名詞上,但人們早已有從事長期照顧服務的行為,而長期照顧隨著時代演變而漸漸發展,在近年來更是各國相當重視的議題。長期照顧是由於先天或後天因素,造成心智(心理)或身體(生理)的功能受到限制,時間持續至少六個月以上,致使無法獨立完成生活起居,需要他人協助行動、清潔衛生、飲食打理、醫療護理等事務,服務的目的是為了幫助受照護者能夠恢復及維持正常生活機能。⁷⁶行政院 101 年長期照顧服務法草案中,定義長期照顧為針對不分年齡、身分別、障別之身心失能,且有長照需求者,提供其所需之社區式、居家式及機構式等照護服務。另外,針對長期照顧服務對象的概念,Weissert 則更廣義地定義長期照顧之服務對象,包含所有年齡組人口,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。⁷⁷

⁷⁵ Kane, R. A. & Kane, R. L. (1986). *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*. New York: Springer.

⁷⁶ 李玉春、林麗嬋、吳尚琪、鄭文輝、傅立葉,〈臺灣長期照護保險之規劃與展望〉,《社區發展季刊》,第 141 期,頁 30。

⁷⁷ 吳淑瓊,《配合我國社會福利制度之長期照護政策研究》(臺北:行政院研究發展考核委員會,1998)。

(二) 臺灣長期照顧的發展脈絡

臺灣早期屬於農工業社會，家庭人口數眾多，受到傳統儒家中孝道觀念的影響，照顧責任多以「家庭成員」承擔照顧的責任，加上傳統以父權主義式的思想為中心，受到男主外女主內的價值觀影響，長期以來台灣的照顧責任多為家庭中的女性擔任照顧者的角色，政府缺乏足夠的政策做為回應，較少負責照顧的責任。⁷⁸而隨著產業發展的轉型，女性逐漸走出家庭，成為負擔家庭經濟支出的工作者，不再只是擔任家庭主婦的角色。台灣家庭結構從核心家庭轉為雙薪家庭，女性勞動人口率增加。高齡化下的結果，使得人口結構從大家庭的型態逐漸步入少子女化的小家庭，以上各種因素導致家庭照顧服務提供者數量開始萎縮，亦使得家庭照顧功能逐漸式微。現今疾病型態的轉變，由於國人飲食漸趨多樣化，加工食品充斥市面，造成國人的慢性疾病比例提升，如癌症、心血管疾病、糖尿病、阿茲海默氏症及其他老化相關的精神健康疾病等，須有旁人協助照顧才有辦法正常生活，這樣的情況下使得醫療服務與長期照顧的需求提升。政府為因應長照的需求，訂定相關長照政策，長照十年計畫已於 2016 年結束，而 2015 通過的長照服務法是為規範長照體系下的人員、機構所訂立之法條，未來將以長照十年計畫 2.0 版延續，接軌長照十年計畫的政策內容，並搭配長照服務法，解決臺灣長照家庭所面臨的各種問題。

臺灣民國 97 年 1 月~100 年 12 月衛生福利部針對長照個案所做的一般特性分析中以年齡、性別、經濟狀況、身分及失能情況進行相關統計。個案中以 75-84 歲老年人居多；女性 53.34%高於男性 46.66%；經濟以一般戶 73.53%為絕大部分；申請個案失能程度有將近 51.26%為重度失能者，較嚴重的失能者需要更專業的照顧技巧與花費更大的體力負荷，因此受照顧的需求性越高，服務的有

⁷⁸ 王惠娟，《失能老人家庭照顧者之生活經驗與其相關社會福利之探討－以老年妻子照顧者為例》（新竹：玄奘大學社會福利學系碩士論文，2007）。

效性也越高，使用服務的機會也較大；有 54.88%的個案領有身心障礙手冊，而其他高達 44.31%的個案也有申請長照十年計畫服務的需求，但因為未領有身心障礙手冊，無法進而申請，得到所需的服務。顯示出並非所有失能者皆到達政府規定之身心障礙標準，目前長期照顧的服務對象僅包含 64 歲以上的老年人及 50 歲以上的身心障礙者（或原住民），因此許多長期照顧家庭個案經評估無法申請相關服務，但其實這類個案對於長照服務的需求依賴程度是相當高的。⁷⁹

(三) 長照政策設計與相關爭議

為了因應台灣長期照顧的需求，行政院於 2007 年 4 月核定「長期照顧十年計畫」，預估 10 年內投注約 817 億元經費，以建構一個具備多元服務、普及於社會，並可兼顧性別、健康、經濟、族群、城鄉、文化、職業條件差異下的長期照顧制度，總體目標是為健全長期照顧體系，保障身心障礙者得到適切的服務，得到更好的生活品質。長照十年計畫的服務對象主要是指日常生活功能受損而需要由他人提供照顧服務者，服務對象包含 1、65 歲以上老人；2、55-64 歲的山地原住民；3、50-64 歲的身心障礙者；4、僅 IADLs 失能且獨居之老人。

再者，長照十年計畫中的服務原則中的給付型態以實務給付，也就是以服務提供的型態提供給失能者，現金則為輔助的性質。補助程度依家庭的經濟狀況及失能情況而定，失能情況越高則補助越高；經濟程度越高則部分負擔的費用越多。依失能程度又可分為三級，輕度失能：一至二項日常生活活動能力（簡稱 ADLs³）失能者；僅 IADLs⁴ 失能之獨居老人；中度失能：三至四項 ADLs 失能者；重度失能：五項（含）以上 ADLs 失能者。而服務內容主要可分為發展照顧服務、居家護理、社區及居家照顧復健、輔具購買（租借）及居家無障礙環

⁷⁹ 簡慧娟、莊金珠、楊雅嵐，〈我國長期照顧十年計畫現況與檢討〉，《社區發展季刊》，第 141 期，頁 6-18。

境改善、營養餐飲、喘息服務、交通接送服務，及長期照顧機構等多元服務。

學者指出未來欲推動的長期照顧制度規劃應有具體的調整方案以改善長期照顧十年計畫所遭遇的問題。⁸⁰根據行政院草案，2007年所推動長照十年計畫的服務對象僅包含四類失能者：1、65歲以上老人 2、55歲以上山地原住民 3、50歲以上之身心障礙者 4、僅 IADLs 失能且獨居之老人，應與未來長照保險規範的服務對象做對照。長照十年計畫的服務對象被學界批評有對不同年齡和疾病的歧視，不應該排除在年輕就失能、失智或心智失能的朋友。雖然長照十年計畫提供照顧者多元以及有利於照顧失能的服務項目，但由於制度的轉換期間，需要相關的銜接機制與業務上的連結時間，在未來台灣新接軌長照十年計畫的政策與配套措施中，應設定服務對象範圍能符合現在失能者年齡與態樣複雜化的趨勢。⁸¹

長照十年計畫只看見失能者所需要的資源，卻忽略了家庭照顧者的需求。台灣有 40% 的家庭照顧者有憂鬱症的現象，但長照十年計畫卻沒有任何服務能夠提供協助，而政府往往把家庭照顧者視為理所當然，因此在各項政策的評估工具上，也應該重視照顧者的情況，而非僅著重在失能者的需求上而已。雖然長照計畫開辦至今，服務項目的使用人數逐年穩定成長，但仍與政府當初所預期之目標人數有落差，目前學界長照十年計畫所歸納出目前長照計畫的困難在於服務資源體系尚未健全與拓展，服務所提供的照顧人力不夠穩定及應付現今長照的需求，民眾尚未建立使用者付費的觀念，並對服務使用的認知不足，且長照補助經費的財源並不穩定。從文獻上來看，過去對於長照十年計畫的評估大多以使用量的層面及數據評估的方式進行探討，較未從長照家庭的角度對於服務內容的態度與相關長照之爭議。

⁸⁰ 劉子瑋，《台灣長期照顧政策之發展與內涵-兼論長照十年計畫與長照保險規劃》（新竹：玄奘大學社會福利學系碩士論文，2011年）。

⁸¹ 王品喬，《家庭女性照顧者需求之探討-以高雄市長期照顧管理中心為例》（南投：國立暨南大學國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文，2008年）。

臺灣人口老化速度比日本更快。老年人伴隨老化產生慢性病，導致功能退化或失能失智不斷增加，因此，近十多年來，長期照顧政策及相關服務輸送議題相當受重視。長照 2.0 政策是小英政府 2016 年以來的重大施政，也可以視為是 2007 年推動長照以來的政策改革，希望應對民眾需求、並將原先政策問題及服務提供不足部分加以改善。2.0 政策內容豐富，主要包括擴大服務對象，增加服務項目以及推動 ABC 社區整體照顧模式。關於政策推動，有所謂由上而下或由下而上的方式。臺灣長照 2.0 政策主管機關衛生福利部也做了全台政策問題大體檢，官員指出問題都在我們的理解與掌握範圍內。然而，令人不解的是，那麼 2.0 政策的「滾動式修正」，為何尚未能有效對應由下而上反映的全台問題？又未能清楚說明每次修正的邏輯及考量？

台灣過去老人福利主要是針對弱勢民眾。目前長照制度從 1.0 到 2.0，也是以社會福利的角度，針對符合條件的民眾提供政府服務。這個納入條件（eligibility）在政府德政下不斷放寬，希望走向普及式長照，立意良善。然而，在政府福利服務量能發展的限制下，已產生許多未滿足需求（unmet needs）的疑慮。雖然健康如同教育事業，應保障民眾的受照顧權，但是對於福利體制的規範，不應等同於對於長照產業發展的限制，而應透過長照政策常使用的配套措施保障福利對象的權益。在福利服務量能資源有限的事實下，民眾應有權在市場中購買所需的長照服務，而非形成大家都無法滿足的大鍋飯制度！也就是說，政府對於長照產業的發展，不應該與福利服務綁在一起，影響或阻礙長照需求者購買所需的服務。俗話常說，有多少錢做多少事，台灣社會的長照需求增加已然成為事實，如果無法找到合適的照顧與長照服務，大家只能落入選擇自行照顧或聘雇看護工的窘境。⁸²

⁸² 劉立凡，〈我們真能安心變老嗎？長照 2.0 的幾個迷思〉，《獨立天下評論》，2018.1.22，<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/6544>。

西方國家也曾不斷討論，到底在福利服務的輸送上，是否營利組織就是洪水猛獸，為了營利而罔顧受照顧者的人權？營利是否就是服務品質差的代名詞？文獻實證得知，機構或組織的服務品質深受組織管理與運作的影響，這是大家容易忽略的。政府對於長照品質可以用服務監測或評鑑制度方式把關；針對弱勢者也可以設立部分保障名額或相對補助，而不是以意識形態上的「營利」與「非營利」組織來代表照護品質。台灣在醫療體系發展過程中，也有許多高品質但屬營利組織發展的經驗。何況，歐洲國家經驗中為了刺激社會福利的良性競爭，也曾刻意創造所謂的泛市場（quazi-market），來提高福利服務的品質。⁸³

ABC 社區整體照顧模式在 2016 年下半年開始推動，希望整合各類服務，提升服務成效並設立個案管理師，為複雜需求的長照個案解決服務片段化，提高深度與廣度，滿足需求。從其他國家的經驗可以發現，個案管理師要能發揮功能，必須在體制內擁有資源的掌控權力。台灣在 22 縣市照管中心下設立照管專員，過去 10 年來，已經為了照管專員的公權力問題，在組織定位與人員聘任上費心改革。如果要讓社區整體照顧模式有效運作，個案管理師應有存在必要，否則與目前照顧管理中心的照管專員功能何異？只是其運作機轉為何？現況下能否成立較佳的解決方案？每一個政策或方案實施，都應說明政策源由與考量，藉由有效溝通讓大眾了解。⁸⁴

相較於 1.0 政策時代，2016 年開始的長照 2.0 政策，政府大幅提升長照預算。雖然換算失能人口，需求仍有不足，但各縣市的長照服務並非給了錢就能長得出來。資源發展與配置需要時間與誘因，在經費主要用在服務的前提下，有錢無處花，沒有相對同步發展人力，如何提供服務？政策與政治的分野何在？這是政治家帶領國家政策績效展現的最佳時機。

⁸³ 同 76。

⁸⁴ 黎世宏，〈社區整體照顧模式 A 級單位的推動經驗〉，《網路 PPT》，2019.6.12，<http://ltcpa.org.tw/uploadfile/class/28533ca7d15aa9a8be6089fbcbe01339.pdf>。

正確的需求評估是長照體制的關鍵。長照需求者經由照管專員或個案師的需求評估後，擬定照顧計畫與連結長照資源。台灣長照 2.0 政策推出所謂多元需求評估量表 (MDAI)，經完成評估後，系統自動帶出長照失能等級、長照服務額度及問題清單。這麼做看似考量多元需求，比 1.0 政策更周全，但許多照管專員均反映：系統帶出的失能等級與親眼所見的個案需求常有出入。實際上，長照需求評估應分為兩個概念：一個是個案客觀失能狀況評估；一是包含主觀家庭與社會資源的評估，最後再與案家討論，做出個人化的照顧計畫並連結正式與非正式長照資源。

另外，「包裹式給付」在 2016 年中先以居家服務包裹式方案試辦。經評估後，系統自動帶出每一失能等級與對應的給付金額。大家不了解的是這是如何計算的，為何某些級距之間有較大的給付落差？同時，長照需求者經常可能有多項長照服務組合的需要。試問，所謂居家單一項服務的包裹式方案，對象是民眾需求還是服務機構？似乎僅是針對機構解決過去除服務費本身按時間計價以外的相關行政費用，並形成包裹？雖然公告的服務範圍已逐一擴大為照顧組合，但原理相同，透明公開與有效溝通是應有的政策過程，期待政策過程要能讓人民看見，並具有說服力。

長期照顧十年計畫雖已告一段落，不管是服務對象的侷限性、資源的可及性、對於照顧者層面規劃欠缺或者在於服務內容之權責劃分規定之複雜程度高，在這幾年相關長期照顧政策之接軌下，應借鏡過去長照十年計畫之缺失，以利更新與更加完善更貼合長期照顧家庭之需求與期望，減低家庭照顧之壓力。

第二節 臺灣長照體系的現況與發展

臺灣在 2015 年 2 月底 65 歲以上的人口已達到臺灣總人口的 12.08%，另根據經建會推估 2020 年將達到 16.26%。再加上健保機制讓醫療變成平價且優質，以及醫療技術的快速發展與醫療器材的日新月異，死亡這件事已經是越來越不容易，而老年人主要的疾病大多是慢性疾病，例如：腦中風、糖尿病、失智症等。身體的老化再加上慢性疾病，會造成老年人日常生活無法自理需要他人部份或全部協助，但家庭結構的改變，2000 年到 2010 年每家戶人口數從 3.3 人至 3.0 人，呈現逐年縮小，再加上現今的社會低薪環境，雙薪家庭方能平衡家庭日常生活開支，因此家庭內成員相互支持功能逐漸薄弱，家庭的照顧能力也呈現不足，需仰賴外在資源介入。⁸⁵

家庭類外籍看護工就成為選擇外在資源補充家庭照顧能力的一種選項，根據勞動部統計 2015 年 2 月份約 20 萬 8549 人，長期照顧機構（含長期照顧型、養護型、失智型、護理之家）截至 2013 年共有 1510 家。家庭類外籍看護工費每月大約薪資為 21400 元（含基本薪資 15840 元、健保費 920 元、就業安定基金費 2000 元、5 天加班費 2640 元）；長期照顧機構每月費用會因區域、機構型態與房型不同，收費會有所不同，但不包括自費耗材（如紙尿褲、衛生紙、醫療用品等）約在 2.5 萬至 4 萬之間。不論是聘雇家庭類外籍家庭看護工或是將失能長者送至長期照顧機構，每月的費用支出對於一般家庭而言，皆是一筆沉重的負擔。再加上，我國長期照顧服務資源發展不均，居家式與社區式服務不足，民眾有需求但卻無服務資源可用，因此，在建構臺灣長期照顧體制，就必須有完整的相關計劃與法制推動。⁸⁶

據此，行政院社會福利推動委員會即於 2000 至 2003 年推動「建構長期照護

⁸⁵ 國家發展委員會，〈中華民國人口推估〉，《國家發展委員會》，2018.8.30，https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72。

⁸⁶ 科學月刊，〈我國長期照護法制發展現況與未來〉，《科學月刊》，2015.6.07，http://www.mobisnet.com/core/news/news_info.php?cntType=1&Id=80。

體系先導計畫」，進行三年期的社區實驗計畫，以實驗多元化服務方案與設施，整體勾勒出我國長期 29 照顧體系之策略藍圖。其中，更於 2004 年成立「長期照顧制度規劃小組」，透過內政部 2005 年進行五項「我國長期照顧制度規劃研究委辦案」之研究報告，並於 2006 年專案補助臺灣社會工作專業人員協會進行「我國長期照顧十年計畫規劃報告」，而後召開多次工作會議與焦點團體討論，依照行政程序於 2007 年通過核定「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，訂立基本目標為「建構 完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」據以建構我國長期照顧制度。長期照顧十年計畫上路後，即公私協力以發展多元長期照顧服務模式、建立階梯式補助及部分負擔機制、建立便民單一服務窗口與建置照顧服務管理資訊平臺等推動，奠定我國長期照顧服務圖像。惟長照十年計畫仍未能完全回應人民期待，因而於 2016 年推動「長期照顧服務十年計畫 2.0」⁸⁷。如圖 3-1。



圖 3-1：我國長期照顧制度發展脈絡

資料來源：衛福部（2016）

⁸⁷ 同 1，衛福部，頁 28-29。

為因應臺灣推動長期照顧制度所遭遇的問題⁸⁸：1、人口結構快速老化，依賴人口比例增加；2、需長期照顧人口隨之增加，照顧成本大幅提高；3、長期照顧費用負擔沉重，少子化家庭無法承擔；4、長期照顧體系缺乏穩定及充足之財源；5、部分家庭需仰賴外籍勞工來提供長期照顧。⁸⁹我國長期照顧制度目前已決定採取稅收制，希望能以公權力的積極介入方式來達到長照政策的目標，依按政府的長照規劃，主要是以指定稅收加上公務預算，籌措每年三百至四百億元資金，投入長照服務，同時，在中央設置跨部門「長期照顧推動小組」，整合政府各單位層級長照事務。在長照稅收制中，政府的長照財源主要是以增加遺贈稅、菸酒稅及菸品健康捐，作為落實長期照顧的財源。

長期照顧完善之老人照護制度應涵蓋「生活照顧服務」、「醫療服務」及「長期照顧服務」等三大體系，以滿足不同身體狀況之老人各方面之需求。而此三大體系必需政府與民間共同努力，才能發展多元照護服務網，以強化服務輸送體系之連結，除了滿足民眾需求之外，亦可發展相關產業，促進經濟成長，進而創造就業機會。整體而言，長期照顧個案的需求較多元化，並且在資源取得或使用服務方面亦較容易遭遇困難。在服務體系層面上，長期照顧服務的提供者，可能牽涉公立單位或私人機構的服務，以及跨專業團隊的合作，故使得服務輸送流程更為複雜。因此，有必要透過長期照顧管理制度，以民眾多元需求為導向，連結其所需的服務體系與資源，配合個別差異的需求，並強化個案的自主選擇權，以提供完整的照顧服務，進而提升服務的品質與效率。

⁸⁸ 李玉春，〈臺灣長照制度之檢討與改革策略建議～如何建立「平價、優質、普及」的長期照顧體系？〉，《社區發展季刊》，第 153 期，頁 19-31。

⁸⁹ 謝明瑞，〈長照保險制與長照稅收制比較分析—兼論政府的長照政策之適宜性〉，《臺灣競爭力論壇》，2016.6.17，<https://www.tcf.tw/謝明瑞：長照保險制與長照稅收制比較分析-兼論政/>。

第三節 臺灣長照體系的優勢與劣勢

在長照 1.0 執行 10 年後，長照 2.0 接下棒子。對比 1.0 版，雖然 2.0 大肆宣傳照顧對象、服務量能增加，服務更彈性多元。但是，這些服務背後卻仍有人力不足、財源不穩的長期隱憂，此架構真能解決台灣超速高齡化、失能失智者增加的照護難題？臺灣對高齡化社會一點也不陌生。1993 年，台灣 65 歲以上人口已經超過 7%，正式步入所謂的「高齡化社會」，而 65 歲以上人口佔 14% 以上，就是「高齡社會」，超過 20% 即為「超高齡社會」⁹⁰。因此長期照顧制度推動之成功與否已成為當前政府施政一大課題，然而臺灣在推動長照體系上除面對許多劣勢及問題外，亦有其獨特的優勢與制度值得探討。

(一) 優勢

1、以「長期照顧服務機構法人條例」健全政策制度

與長照機構組織設立及管理有關的「長期照顧服務機構法人條例」已於 107 年 1 月 31 日正式公布施行，長照機構法人制度的建立除保障現行長照機構持續營運，更有助於鼓勵更多企業投入，開啟產業轉型契機⁹¹。「長期照顧服務機構法人條例」亦規定僅財團法人或社團法人可成立住宿式長照機構，將使長照機構財務更公開透明，健全我國長照體系制度。

2、嬰兒潮人力充足

1950 年至 1965 年為臺灣嬰兒潮年代，約佔目前臺灣總人口的 26%，且年齡皆在 50 到 67 歲之間，這表示他們即將退休或已經退休，他們的父母親接近 80

⁹⁰ 劉惠敏，〈長照 2.0 版正式上路，變得更好嗎？〉，《報導者》，2017.1.02，<https://www.twreporter.org/a/opinion-long-term-care-version2>。

⁹¹ 周筱姿，〈兩大策略打造長照產業優勢〉，《聯合新聞網》，2018.8.9，<https://udn.com/news/story/11316/3300653>。

歲或更老一些。台大社會系教授薛承泰即指出：「他們是很好的人力。嬰兒潮的一代有時間，有錢，也有兄弟姐妹，因此可以一起出時間、出錢照顧上一代。如果能讓他們取得看護的技能，何必把父母送去給別人照顧？」，薛承泰主張，這個做法不僅可以為國家節省許多經費，也符合台灣的傳統，另一項好處是，嬰兒潮一代照顧上一代，就會更瞭解自己未來的需要⁹²。因此若能掌握住嬰兒潮人力規畫投入長照居家照護體系，將可節省大量長照人力及經費支出。

3、全民健保體系優勢

台灣全民健保實施至今已超過 20 年，累積龐大的族群就醫資料，也造就了「全民健保研究資料庫」。這個資料庫擁有 2,300 萬居民過去 23 年就醫資料，包括用藥、診斷、處置及檢驗檢查項目等，近年更囊括檢驗檢查結果報告及影像紀錄，這樣的醫療資料庫世上絕無僅有，與我們相似的只有北歐幾個國家，例如丹麥，其雖擁有 30 年的全民就醫資料，但人口不到台灣三分之一。在人工智慧發展迅速的今天，龐大的就醫資料被視為極度重要的資料寶庫⁹³。臺灣的長照體系如能善用全民健保的研究資料庫及就醫資料，在長照資格評估及長照服務之推動將達事半功倍之效。

(二)劣勢

1、無法建制穩定之長照財源

以我國 2017 年長照財源為例，原定長照財源的遺贈稅及菸稅可達 148 億，實際稅收僅 57.6 億多元，僅僅一年之間便比原本預估的 148 億元少了 90 億元，菸稅、菸捐佔了長照基金的八成，但是菸價越來越高，以及勸導戒菸的成效越好，

⁹² Timothy Ferry,〈論台灣長照計畫〉，《工商雜誌》，2017.3.7，<https://topics.amcham.com.tw/2017/03/論台灣長照計畫/>。

⁹³ 李友專，〈高齡社會、長照問題怎麼解決？從健保超越歐美的 2 大特點，看台灣發展醫療 AI 的優勢〉，《商周.com》，2018.10.19，<https://www.businessweekly.com.tw/article.aspx?id=24064&type=Blog>。

菸捐的總額也就因此降低。至於長照政策另一大支柱贈與稅，2018 年底統計顯示，贈與稅前 11 個月僅為 91 億元，比去年同期劇減 194 億元，創下近五年最低紀錄，等於長照政策的重要資金來源都已經出現問題。⁹⁴

2、長照人力供給需求問題

從長照的人力需求而言，根據衛福部統計，目前台灣長照人力約 5 萬多人，而長照 2.0 服務對象為 73.8 萬人，人力明顯不足，因此目前台灣有很大程度仰賴外籍工人，但許多負責照顧老人的外勞並沒有適當的訓練，難以照顧殘障者或嚴重失智症患者。事實上，欲留下人才，就必須有完整的訓練、合理的薪資與福利、良好的升遷管道、長期的願景以及社會對照顧服務者的尊重與認同。然而，由於社會對照護員之認同不足、薪資福利不佳，而加上政府提供的長照服務項目及時段僵化、缺乏彈性，致使從事這個行業的人數依然不足，在長照 2.0 計畫中，亦缺少對人力的培養與建置的規劃。⁹⁵

立法委員陳靜敏即指出⁹⁶2019 年台灣的失能人口數推估有 100 萬人，照顧者平均需要照顧長輩將近 10 年，每天平均照顧時數則高達 13.6 小時！在照顧需求如此龐大的情況之下，我國最主要的長照人力「照顧服務員」與「護理師」，卻各有將近 6000 人的人力缺口，若再加上職能治療師、物理治療師、社工師、照顧管理專員所欠缺的人力，長照人力缺口共有高達 1.3 萬人，而我國的 28 萬名領照護理師，其中有高達 81% 的護理師皆就任於急性醫療機構，而非最適合長期照顧的社區。

3、城鄉資源配置的不合理

⁹⁴ 梁家豪，〈觀點投書：長照資金百億缺口，如何減輕家屬負擔？〉，《風傳媒》，2019.2.27，<https://www.storm.mg/article/991114>。

⁹⁵ 工商時報，〈長照 2.0 計畫的困境與突圍〉，《工商時報》，2018.5.13，<https://www.chinatimes.com/newspapers/20180513000185-260202?chdtv>。

⁹⁶ 陳靜敏，〈長照人力缺口高達 1.3 萬人，政府應讓護理師開設生活保健站！〉，《民報》，2019.4.13，<https://www.peoplenews.tw/news/60de3121-d744-46f0-8cb0-0a11cef4cbf9>。

長照 2.0 有一個重點就是建構社區長照服務體系 ABC。(表 3-1)

表 3-1：社區整體照顧服務體系- A-B-C 服務說明一覽表

單位	A-社區整合型服務中心	B-複合型服務中心	C-巷弄長照站
功能	<ol style="list-style-type: none"> 1.依該區域長期照顧管理中心研擬之照顧計畫進行協調連結照顧服務資源。 2.提升區域服務能量，開創當地需要但尚未發展的各項長期照顧服務項目。 3.資訊提供與宣導。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.提升社區服務量能。 2.增加民眾獲得多元服務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.提供具近便性的照顧服務及喘息服務。 2.向前延伸強化社區初級預防功能。
服務對象	長照十年計畫 2.0 服務對象		
服務內容	<ol style="list-style-type: none"> 1.於一定區域內建立在地化服務輸送體系，整合與銜接 B 級與 C 級之資源。 2.提供下列服務： <ol style="list-style-type: none"> (1)同時辦理日間照顧及居家服務之長照服務單位，除既有服務外，另擴充辦理營養餐飲、居家護理、居家/社區復健、喘息服務或輔具服務等至少一項服務。 (2)透過社區巡迴車與隨車照服員定時接送，串連 A 級、B 級、C 級服務。 	於固定區域內提供在地化照顧服務，目前已在社區提供相關長期照顧服務之單位(如居家服務、日間照顧、家庭托顧、營養餐飲、交通接送、喘息服務、輔具租借、購買及居家無障礙環境改善、居家/社區復健、居家護理、長期照顧機構等)，除提供既有服務外，且須擴充功能提供小規模多機能、團體家屋、社區復健或共餐服務等其中一項之社區式長照服務。	<ol style="list-style-type: none"> 1.預防失能或延緩失能惡化服務。 2.短時數照顧服務或喘息服務(臨托服務)。 3.營養餐飲服務(共餐或送餐)。 4.就近提供社會參與及社區活動之場域。

資料來源：衛生福利部，《長期照顧十年計劃 2.0 核定本》(臺北：衛生福利部，2016)，頁 92。

表 3-1 的 A、B、C 所指的是，依照實質的據點設立，分別為 A 社區整合型服務中心、B 複合型日間服務中心及 C 巷弄長照站，要讓各地都能享有便利、整合的長照服務。社區服務體系 ABC 的建構原則主要依據人口密度，實際上偏鄉和都市的人口差異極大，地理空間及需要的差異也非常大。當人口密度高的鄉鎮如新北市板橋區，依人口密度設置 5A、11B、42C 的據點時，偏鄉如台東縣長濱

鄉卻只有 1A、1B、1C，但長濱鄉幅員廣大，區域面積足足是板橋區的 6 倍，人口老化比率更是偏高。如果長照 ABC 如衛福部宣導的便民，人人都可找得到服務在哪裡，以達成社區、在地老化，那麼我們得問：長照 ABC 的設置，是否把現有城鄉、人力的極大差異考慮進去。⁹⁷

4、長照涵蓋率偏低

根據衛生福利部在民國 101 年 10 月 22 日發布的新聞稿，長照十年計畫服務人數每年超過 10 萬人，涵蓋率 25%，18%失能老人接受機構式長照服務。而衛生福利部再度於民國 106 年發布長照失能人口服務情形：居家式/社區式服務人口數涵蓋率 15.42%；機構住宿式服務人口數涵蓋率 12.14%⁹⁸。另至 2019 年 5 月為止，接受長照 2.0 服務民眾共 24.2 萬人，對比國內長照需求人數 70 多萬人，服務涵蓋率仍占不到四成。衛福部長陳時中說，長照 2.0 最大缺點是太多人不知道，並呼籲民眾發揮社區力量找出長照弱勢家庭，共同預防照顧悲歌再發生⁹⁹。分析長照涵蓋率偏低的原因係許多民眾誤以為「長照服務是給弱勢使用」，不知道一般戶也能補助；許多民眾認定長照服務不好用；民眾普遍覺得長照服務很複雜，不知道如何使用，也不知道如何跟家人或長輩溝通；許多民眾寧可自己照顧，所以沒有「積極去用」長照服務等原因¹⁰⁰。因此如何提升長照涵蓋率，使政府投入的資源獲得相對的效應亦成為目前推動長照體制的重大問題。

臺灣於 2025 年 65 歲以上老年人口將逼近 500 萬人，龐大的人口將大量使用長照服務，政府實際上不可能以現在的制度來因應，而必須要借鏡目前醫療院所、公共運輸、甚至零售百貨的產業架構，引導企業、金融業、醫療業、社會福

⁹⁷ 同 90。

⁹⁸ 王竹語，〈70%的臺灣人不了解長照 2.0？政府「施力點」哪裡不對〉，《愛長照》，2019.3.27，<https://www.ilong-termcare.com/Article/Detail/3144>。

⁹⁹ 聯合新聞網，〈長照 2.0 服務 24 萬人 陳時中：太多人不知道〉，《聯合新聞網》，2019.6.25，<https://udn.com/news/story/7266/3892127>。

¹⁰⁰ 同 98。

利機構全面進入長照產業，利用產業化的方式來補強政府分配資源的社會福利架構，才能夠滿足長照的需求¹⁰¹。因此如能借鏡荷蘭透過收取保費、服務使用者支付部分負擔及政府對低收入者補貼的「使用付費制」等制度發展我國長照體制，將有助於我國長照體系的健全發展。第四章的部分即從我國與荷蘭長期照顧的人力與資源發展、支付系統與經費、推動機制等面向進行分析比較。



¹⁰¹ 同 90。

第四章 臺灣與荷蘭的長期照顧政策之比較

第一節 長期照顧人力與資源發展

荷蘭長照服務的提供者，由政府機構、非政府組織和營利機構組成。大部分服務由非政府組織提供。為了保持服務品質，政府設置了品質保證體系。照護系統的代表會定期對服務提供者進行檢查。而服務提供者也會設立內部品質管控機制來評估所提供的服務。2003 年以前，荷蘭長期照顧保險制度的照護類型仍有家事服務，2003 年以後荷蘭政府為鼓勵創新、滿足消費者的需求及提供更有效率的服務，照護服務分為個人照護、護理、支持性陪同指導、積極主動性陪同指導、治療及入住機構、家事服務等七大照護功能，2007 年後更縮減為個人照護、護理、支持性陪同指導、積極主動性陪同指導、治療及入住機構等六項，另將照顧的類型與方式交由專責機構與家庭共同負擔。照顧機構方面依照護類型規劃為看護中心以及安養中心。看護中心提供行動不便或是患有精神疾病的人適當的協助。長者或病人若不想離家，也可以選擇申請居家照護，但前提是申請人的狀況以及居住環境是否適合，如果生活環境已不敷需求且不安全，或不能有效地幫助其起居生活，還是必須搬遷到設有完善設備的照顧機構。

荷蘭對於長期照顧人力的訓練，主要是著重於實習的經驗，至於荷蘭照護人力所需要的訓練時間，分為三個等級：一般照護協助人員（care-worker helpers）約需兩到三年；而一般照護工作者（care workers）則需三至四年的時間；荷蘭為滿足長照服務提供者對於服務人力的需求，從 2000 年開始，新增一種新的專業（職業）類別，稱為照護助理人員（Care-work assistant）。照護助理人員主要的任務是在處理較不複雜的照護工作，而讓專業的照護人力可以有更多時間處理

需要專業技巧的照護工作。¹⁰²

長期照顧服務之範圍相當廣，所需之專業人力亦相當多元，需要來自護理、社工、職能治療、物理治療等專業人力，以及進行長照需求評估之照管人員的投入，方能提供服務使用者完整、連續且具品質之照顧，滿足其照顧需求。臺灣於 105 年根據衛生福利部資料顯示，我國老人有 296 萬 9,778 人，占總人口 12.64 %。伴隨人口老化趨勢，我國需長期照顧人口亦隨之快速增加。另據衛福部國民長期照顧需要調查研究，105 年 55 歲以上長期照顧需求人數約 77 萬人，其中老人有 50 萬餘人。至 105 年底取得照顧服務員結業證明書者計 11 萬 263 人，但依衛福部 108 年專案報告資料¹⁰³，至 106 年度實際投入長照工作者僅為 28,417 名，其中居家照服員為 10,478 名、社區照服員為 1,419 名及機構照服員為 16,520 名；107 年度實際投入長照工作者為 35,081 名，居家照服員為 13,677 名、社區照服員為 2,371 名，及機構照服員為 19,033 人。截至 108 年 3 月底，照服員總計為 36,162 名，居家照服員計有 14,538 名、社區照服員有 2,507 名及機構照服員 19,117 名。從有長照需求與實際投入長照工作者之比例而言，長照人力不足的情況非常嚴重，未來如何儘速讓這部分的人力供給提升，也是長照人力發展的重要課題。

台灣的長照人力資源及發展依現況可分成照顧服務人力、社會工作人力、醫事專業人力等面向探討：¹⁰⁴

- 1、照顧服務人力：照顧服務員為目前所最缺乏之事第一線服務人員，照服員職業訓練「畢業」後，只有不到三成的人願意投入照顧工作。探究原

¹⁰² 王淑貞，《長期照護發展與護理走向的連動－交錯、互動與輔成》（台北：國立臺北護理健康大學長期照護研究所碩士論文，2015），頁 16-17。

¹⁰³ 〈長照 2.0 執行情形、困境及未來規劃〉專案報告，〈衛生福利部〉，2019.05.09，<https://www.mohw.gov.tw/dl-53891-a30c6a62-26ad-4e63-a98d-ee80247e1d4e.html>。

¹⁰⁴ 同 1，衛福部，頁 98-110。

因除了工作辛苦外，薪資過低亦為國人不願意投入長照工作的原因之一，因而導致有長照需求的家庭聘僱外籍勞工，從而導致本國勞工失去工作機會，另因基層照服員的人數不足，使得許多長照政策推動窒礙難行¹⁰⁵。現階段發展狀況可由地方政府確實推估照顧服務員供給與需求，以利勞動部及教育部訂定適當之培訓及培育目標，並透過持續擴大培訓及培育人力、簡化補助行政流程、檢討訓用媒合機制、鼓勵長照服務提供單位自行或與培訓單位合作辦訓等方式，達到即訓即用之目的，提升培訓效能；整合學、訓、用機制，定期就長照人力充實議題進行跨部會討論，促進老人照顧相關科系與長照單位產學合作，鼓勵開設校外實習課程，吸引年輕世代投入，儲備未來長照人才。

- 2、社會工作人力：依衛福部長照 2.0 計畫推估，需再充實之社工人員約為 648 人，顯示未來社工人力仍需持續拓展補足，以因應我國長期照顧需求上升情形。
- 3、醫事專業人力：依衛福部長照 2.0 計畫推估，至 117 年底所需之醫事專業人力需再增加長照醫事專業人員計 8,422 人（護理人員 5,678 人、物理治療人員 883 人、職能治療人員 1,861 人）。顯示各類專業人力均亟需培育與擴展

第二節 長期照顧支付系統與經費

荷蘭的特殊醫療費用支出法自 1968 年開始實施，經費來源為所有在荷蘭的

¹⁰⁵ 〈長照人力發展之困境與挑戰〉，《衛生福利部》，2016.03.23，<https://www.mohw.gov.tw/dl-14733-74458734-394b-44a2-a922-98e5556ce4ab.html>。

人民共同繳交，其公共基金由三部分組成：強制性保險費、使用者付費和一般性稅收。1、強制性保險費，年滿 15 歲並有納稅收入的公民都應該繳納與收入一起的保險費，15 歲以下的兒童和 15 歲以上但沒有應納稅收入的人無需繳納。2、使用者付費，使用者付費也與受益者的收入相關，並決定於所接受的服務類型。不論是個人預算還是機構照護，個人收入高低都是使用者付費多少的重要考慮因素，收入水準低於一定標準的人，可以得到全部或部分豁免。3、一般性稅收，荷蘭採取現收現付的財務模式，無準備基金積累，如果當年公共基金收支不平衡，將在下一年提高保費來彌補虧損。¹⁰⁶

荷蘭的長期照顧相當依賴入住型的照護機構(機構照護)，照護主要是護理之家 (nursing homes) 與長者之家 (homes for the elderly) 提供。與其他歐洲國家相較，荷蘭的年長者住在護理之家以及精神與綜合醫院的比例相當高。長者之家是給健康情況仍能自我照顧的長者居住，提供醫療、生活與活動服務給住民使用。年長者可以自費入住長者之家，或者透過市鎮的需求評估委員會申請入住，經過社工或護理師的評估，若符合入住資格，便會予以安排，這種情況下荷蘭的特殊醫療費用公共基金給付大部分的入住費用，住民只須繳交些許部分負擔。有某種身體障礙，無法單獨住在家裡的年長者，經過市鎮的需求評估的審核，可以住到護理之家，費用完全由重症醫療保險支付。¹⁰⁷

依據行政院人事行政總處出國考察報告表示¹⁰⁸，荷蘭一年長照所需的經費約 170 億歐元，大約需要近新臺幣 5,950 億的經費。因此，長照制度的建立，財源是成功的重要因素之一。依目前行政院的規劃，我國 106 年經費為新臺幣 177.52 億元，至 115 年總經費預估需新臺幣 3,148.73 億元，而目前推動之「長期照顧十

¹⁰⁶ Alders, P. & Schut, F. T., "The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right?". *Health Policy*, 2019, 123(3): 312-316.

¹⁰⁷ 周恬弘，〈荷蘭的健康照護體系〉，《周恬弘部落格》，2009.8.8，<http://thchou.blogspot.tw/2009/08/3.html>.

¹⁰⁸ 同 55。

年計畫 2.0」，係以稅收制來支應長照財源，提供長照所需的照護及服務，與荷蘭以長照保險來支應相關經費及服務並不相同。另外，我國長照係由中央編列經費，相關照護服務則是交由各地方政府所成立照顧管理中心來執行，與上開所述荷蘭交由保險公司所成立照護服務中心來提供，也不盡相同。

目前我國長照支付系統係由地方政府研提長期照顧整合型計畫，中央主管機關逐年進行審查補助，地方政府再透過勞務採購合約或計畫型補助等方式，結合民間單位共同辦理，廣納民間資源；民間單位當年度計畫執行終了後，再依契約項目或核定結果，陳報經費支用情形，據以核銷，相關行政程序較為複雜繁瑣。另政府亦透過多方補助服務使用者及服務提供單位項目，協助民間資源之發展與投入意願，惟各項補助經費需依據現行補助作業要點辦理核銷事宜，政府美意反增加服務提供單位庶務負擔，補助項目繁多使專業人力需投入大量時間處理行政及核銷，有礙整體服務品質及效率提升；且過去為尊重地方自治及主計作業流程，現行核銷作業應需依地方政府需求檢附各種表單憑證，然各地方政府核銷表單及需檢附憑證認定不一，補助核銷及撥款效率不彰，致使居服單位往往需先行墊付費用，更甚者已影響單位正常運作，故有關經費支付的行政流程與作業程序之改革已不容拖延。¹⁰⁹

在經費收入及支出方面，台灣於 104 年 6 月 3 日經總統公布長期照顧服務法，並於二年後實施。另為更積極回應失能家庭需求，擴大長照服務經費，以擴增與普及長照服務量能及資源發展，充實服務與人力資源，於 106 年 1 月 11 日依立法院三讀通過，修正納入遺產及贈與稅、菸酒稅菸品應徵稅為長照擴大財源，「遺產及贈與稅法」及「菸酒稅法」部分條文分別自同年 5 月 12 日及 6 月 12 日公布實施，以調增遺贈稅及菸稅所增加之稅課收入，挹注長期照顧服務財源，並於於 106 年 6 月 3 日設置長照服務發展基金。長照服務發展基金來源包括

¹⁰⁹ 同 1，衛福部，頁 160-161。

遺贈稅、菸稅、政府預算撥充、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入以及依「房地合一課徵所得稅稅課收入分配及運用辦法」規定，房地合一課徵所得稅，稅課收入扣除由中央統籌分配予地方之餘額，用於住宅政策及長期照顧服務支出之分配。¹¹⁰

依衛福部 106 年級 107 年長照經費收入及支出統計資料顯示，經費收入方面 106 年長照基金收入累計新臺幣 118.5 億元，其中來自菸稅收入計 55.24 億元，連同遺贈稅、菸捐及房地合一稅之收入，總計有 93.14 億元挹注至長照基金；107 年長照基金收入計 363.46 億元，其中菸稅收入 281.83 億元，約占長照基金收入 8 成。經費支出方面 106 年實際用於長照支出 87.3 億元、107 年約 163 億元。¹¹¹

目前臺灣有關長照議題的討論，幾乎都被財源爭議綁架：「是要保險制、還是稅收制？」爭議之後終於決定採用稅收制。稅收制，勢必有其先天性的致命傷——「不穩定」。理論上，加菸稅增加短期稅收，但長期來說，菸稅的目的就是以價制量，愈少人買菸愈好，收入成長幅度將可能縮小。把長照預算建基在菸稅上，從精神到實質皆矛盾。從居家服務、復健、醫療及大小機構及各樣長照服務到底要花多少錢？若比對採保險制度，曾有人預估可年收約 1100 億元來建構長照體系與培養人力¹¹²。台灣 107 年長照基金財源雖已達 363 億元，資金足以長照服務推動所需。然而實施長照最重要的就是資金的來源，如何建立穩定且充足的長照資金已成為我國長照政策順利推動之重要關鍵。

第三節 長期照顧推動機制分析

¹¹⁰ 同 95。

¹¹¹ 同 95。

¹¹² 〈長照 2.0 版正式上路，變得更好嗎？〉，《報導者》，2017.01.02，<https://www.twreporter.org/a/opinion-long-term-care-version2>。

由於長期住院以及住院費用不斷的高漲，迫使荷蘭國會從 1962 年開始重視醫療成本控制的問題，並認為醫院及長照機構的照護費用應另謀財源。然而除了人口老化與長期住院之醫療費用高漲外，大量的慢性病患，以及照顧身心障礙者及精神疾病患者所需的高額醫療費用，都是荷蘭推動長期照顧保險的主要原因，尤其目前有超過 10% 的荷蘭人口患有慢性疾病；超過 16% 的人患有需要長期治療的精神疾病。再者，為了實踐統合主義與福利國家的平等及公平原則，並將民眾的健康照護視為社會權一般的重要權利，這也是荷蘭推動長期照顧制度的重要因素之一。¹¹³基本上，荷蘭長照制度主要是鎖定三大目標人口，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。¹¹⁴

荷蘭長期照顧體系屬於健康照護保險體系的一部分，其運作係由中央政府立法監理各項健康照護，將身心障礙者及青少年的特殊性照護業務，授權地方政府共同來施行，並且由各投保人接受其所選定的保險契約，交由各該保險公司所屬健康照護中心來執行所需的健康照護。¹¹⁵

荷蘭長照推動機制在 2005 年之前由地方性質的委外機構 RAOs（Regional Assessment Organizations）負責，其係由被保險人、消費者組織、服務提供者、醫生、保險公司和當地官方組成的「區域評估組織」（Regional Investigation Organization, RIO）委派一個審查團隊就被保險人來進行評估。審查人員可能是護士、社工人員、心理老人科醫師以及社會老人科醫師。RIO 會考量個人狀態，如：案主的個人現況以及居住環境。對於被評估為需要機構式服務的接受服務者

¹¹³ Jongen, W., Commers M. J., Schols, J.M., Brand, H., “The Dutch Long-Term Care System in Transition: Implications for Municipalities”. *Gesundheitswesen*, 2016, 78(8): 53-61.

¹¹⁴ 〈從荷蘭的經驗看我國未來長照保險的推動〉，《國政研究報告》，2019.01.10，<https://www.npf.org.tw/2/6117?County=%25E6%2596%25B0%25E7%25AB%25B9%25E7%25B8%25A3&site=>

¹¹⁵ 同 98。

而言，需要由專家團隊做進一步回顧評估¹¹⁶。接著從 2005 年 1 月 1 日開始由 74 個區域性機構及全國性指標單位所組成的照護評估中心(CIZ)，取代 1998 年即成立的區域評估機構接續推動長期照顧。

2005 年荷蘭為了確保長照推動機制的完善，提高長照品質及避免資源的浪費，以照護評估中心針對有長照需求的民眾進行評估，其下設四個區域評估辦公室。由這個性質類似行政法人的專業機構，來決定長照者所應接受之長期照顧方式（如：提供清潔、穿衣、如廁或餵食等），並依每個個案不同之需求，提供照護套裝方案，個案依據長照評估中心診斷所得「特殊需求評估（special-needs assessment）」，再和客戶進行討論，期間客戶或其代表人亦可提出其所偏好的需要。再由長照評估中心通知特定獨立運作的健康照護管理辦公室（healthcare administration offices，目前荷蘭共有 31 家），據以提供相關照護服務。這些辦公室在每個地區必需與相關商業健康保險公司相結合。並由他們安排各種健康照護服務的提供方式，完整的推動長照機制。未來我國修正長照計畫，此種評估機構的設置係有其必要性。¹¹⁷

臺灣推動長期照顧保險之背景為：1、人口結構快速老化，依賴人口比例增加；2、需長期照顧人口隨之增加，照顧成本大幅提高；3、長期照顧費用負擔沉重，少子化家庭無法承擔；4、長期照顧體系缺乏穩定及充足之財源；5、部分家庭需仰賴外籍勞工來提供長期照顧；6、十年長照計畫以稅收支應，經濟弱勢為主。長期照顧保險之政策目標：1、建構完善之長期照顧制度，滿足高齡化社會之照護需求；2、以社會保險方式籌措長期照顧制度之財源，分擔長期照顧財務風險，減輕需照護者個人與家庭的負擔；3、提供需照護者適切之照護服務，維護與促進其獨立自主之生活能力；4、帶動各類長照服務資源之發展，提高民眾

¹¹⁶ 陳信木、楊培珊〈我國長期照護服務需求評估〉，《國家發展委員會》，2009.05，<https://ws.ndc.gov.tw/Download>。

¹¹⁷ 同 100。

接受服務之可近性。

在我國長照推動體制中，中央政府主要肩負政策規劃及協助資源發展的角色；而地方政府則扮演發展社區照顧服務體系之角色，承擔需求評估、委託服務與照顧服務品質管理的責任。根據長期照顧服務法第四條，明定中央主管機關掌理事項，包括規劃整體長照服務體系與長照相關人力之培訓與管理事宜、監督輔導地方政府辦理長照服務、保障長照服務使用者之權益、監測長照服務品質、協調資源不足區長照資源發展等；第五條則敘明地方主管機關所承擔的是配合中央整體政策方向，規劃因地制宜的長照服務，並鼓勵民間單位投入長照服務的角色。¹¹⁸

目前我國長照推動機制依實際執行狀況可分成社區整體照顧體系及政策推動兩方面：¹¹⁹

(一)社區整體照顧體系：106 年度全台共布建 720 處 ABC 長照服務據點，其中 A 級服務據點 82 處、B 級 199 處、C 級 441 處；107 年度 ABC 長照服務據點共 5,050 處，其中 A 級服務據點 472 處、B 級 2974 處、C 級 1604 處。ABC 長照服務據點為我國推動長照機制的實際執行單位，其目的為建構以社區為基礎之整合式服務體系，增進長照服務提供單位分布密度，提高服務資源多元、可近的服務，以達在地安老之長照福利目標。

(二)政策推動：自 106 年 11 月 24 日開通長照專線（1966），可快速、方便地申請長照服務，由各縣市之照管中心人員負責接聽，為鼓勵民眾使用，更設定前 5 分鐘通話免費的措施。另持續透過製作微電影、電視廣告、服務短片、廣播帶、海報、摺頁、懶人包等多元素材，並運用大眾傳播

¹¹⁸ 同 1，衛福部，頁 147。

¹¹⁹ 同 95。

通路(如電視媒體、網路及 Line@、臉書粉絲專頁、Youtube、廣播媒體、戶外媒體等)宣導辦理公關活動，如線上學習活動、記者會等方式進行宣傳，以期提升民眾對長照申請流程、長照服務項目及內容、長照服務對象、給付支付制度等制度之了解。

荷蘭實施長期照顧政策是因為該國為福利國家，有權照顧國民的生老病死，因此規劃出了完善的基層醫療照護網絡。臺灣在長照政策方面是為了要滿足社會的期待以及老年人的需求，使得政策上路以來面臨了許多的問題與挑戰，不只是資金、人力、政策方面等等的都是邊修邊改，走走停停，如台灣的長照政策能立基於全民健保推行的基礎上並參考各國的經驗，將有助於我國長照制度的建立及推行。

第四節 小結

透過本研究分析發現，荷蘭的長照保險制度，經過多年來的發展與改革，相當程度都扣緊了「財務的平衡」與「健全的服務」等兩個重要議題。目前荷蘭的長期照顧保險制度採社會保險的方式辦理，並已朝向「多元化」、「私有化」的方向發展，以減少政府的財政負擔，並增加市場競爭力及提升經營的效能。荷蘭在 2006 年 1 月 1 日開始實施的長照保險新制，甚至規定被保險人須向各私人保險公司購買服務與繳費，不僅保有原來社會保險的精神，也因為透過私人保險公司負責營運而避免保險財務虧損擴大，並能透過行政控管以維持照護的品質。

因此，保險財務的控管、照護品質的提升，以及社區化的服務等都是未來荷蘭持續改革的主要目標，同時也是臺灣未來建構長期照顧制度所需優先考慮的方

向。政府從民國 87 年開始就著手推動「長期照顧體系先導計畫」，但實施三年之後即告停擺，直到民國 96 年 11 月政府才又推出「長期照顧十年計畫：大溫暖社會福利套案」，進而於民國 106 年 1 月推行「長期照顧十年計畫 2.0」。目前六十五歲以上老年人口的比例已突破總人口的百分之十二，而政府現階段所提供的照護服務仍無法趕上民眾的照護需求。¹²⁰

一般而言，長期照顧的財源籌措方式有 5 類，包含有：1、自助：依賴個人或家庭的扶養、儲蓄和財產作為支應；2、市場機能：個人以私人保險方式投保，政府不加干預，或由政府提供投保誘因；3、儲蓄帳戶制：以個人（或家戶）為風險單位，由每個月薪資中提撥固定比例之金額，轉入個人專屬之儲蓄帳戶，做為未來支應長期照顧的支出；4、社會保險：以社會保險方式將所有可能面臨風險者，強制納入保險；5、移轉模式：政府以社會福利的方式提供，財務由政府稅收支應。而經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）多數國家皆同時採納 2 種以上的財源籌措方式，主要的國與國間差異是財源籌措組合在比重上的差異。¹²¹臺灣的長照財源大部分是從自助或是社會保險與移轉模式的方式來支應，荷蘭的部分則是完全由移轉模式來支應長照政策的費用支出。臺灣政府則訂定以稅捐方式支援長照財源，時任馬英九總統持反對意見並建議用保險來支付，並表示「保險制較稅捐支援更可靠、穩定」。荷蘭在資金方面的保險基金由三部分組成：強制性保險費、使用者付費和一般性稅收，如果當年公共基金收不抵支，將在下一年提高保費來彌補虧損。

荷蘭是最早施行長期照顧保險的國家，為提升長期照顧保險的服務效能，荷蘭近年推出「照護包」制度，以包裹的概念，依被保險人的類型、被保險人每周需要被照護的總時數、服務的輸送方式等，經由照護評估中心決定照護需求指標

¹²⁰ 〈德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究〉，《財團法人國家政策研究基金會》，2009.05.15，https://www.ndc.gov.tw/News_Content.aspx?n=2DCDB96EC62664CF&sms=75F5C3F1D89C1224&s=4743C300857C48F7。

¹²¹ 葉秀珍，〈各國長期照護財務機制與實施經驗之探討〉，《長期照護財務問題》，2000，頁 21-39。

後，提供量身訂製的套裝服務，每個套裝服務都有一定的價格，並有最高額度的限制。目前在荷蘭適用「照護包」的對象包括：有身體疾病或障礙者、精神障礙者、心理障礙者、生理障礙者、官能障礙者及有嚴重社會心理問題者等。但缺點是，所謂的「照護包」服務可能不符合所有人的需求，導致某些被保險人接受「不完全合適」的服務，出現服務資源變相浪費的疑慮。臺灣的部分則是將所有的服務人群與機構全部納入長照制度之內，讓長照制度包山包海，同時也面臨了許多的問題，包含了資金與人力的問題亟待解決。

本文依據台灣與荷蘭長照制度之人力資源、支付系統與經費及推動機制等面向，並參照應用 Porter 所提出 SWOT(Strength 優勢、Weakness 劣勢、Opportunity 機會、Threat 威脅) 分析架構，就台灣長照制度之 SWOT 進行分析(表 4-1)

由下表 4-1 可看出我國於長照制度之推行雖已妥善規劃、設計及執行相關政策，但與荷蘭長照制度相比，我國於人力資源、支付系統與經費及推動機制方面實仍具有許多弱勢及威脅，仍需從培養國民對長期照顧正確的認知與態度、中央及地方政府、民間相關團體或機構協助配合等方面著手，使國人瞭解長照政策的目標及推動原則，增加購買及使用服務比率，進而增進民間部門機構團體提供長照服務意願，達成長照資源社區化與普及，減少城鄉資源差距，以利長照服務體系穩健發展與永續經營。

面對臺灣的長照制度所帶來的問題與缺失，第五章結論的部分將從荷蘭經驗探討臺灣長照制度在人力資源發展、支付系統與經費、推動機制三方面所面臨的問題與挑戰，並試圖從荷蘭經驗提出對臺灣實施長照制度的建議。

表 4-1：臺灣長期照顧制度 SWOT 分析表

因素	S (優勢)	W (劣勢)	O (機會)	T (威脅)
人力資源	<p>1、勞動部補助長照訓練費用，特定對象為 100%補助，一般對象則補助參訓費用 80%。</p> <p>2、照服員任職滿一年後可擔任照服督導員、長照機構業務負責人，具備升遷機制。</p> <p>3、嬰兒潮世代人力充足。</p>	<p>1、平均薪資過低，於四成照服員薪資不足新台幣 3 萬 2 千元。</p> <p>2、參與長照訓練後實際從事長照工作者僅約 3 成，投入比例偏低。</p>	<p>1、民眾健康意識提高長照需求增加，大幅增加照服員需求人數及就業機會。</p> <p>2、結合民間組織與非營利機構，增加長照人力及資源</p>	<p>1、大幅依賴薪資低廉之外籍看護工，影響長照人力正常發展。</p> <p>2、無法有效扭轉照服員社經地位刻板印象，年輕人投入意願低。</p>
支付系統與經費	<p>1、政府以一般性稅收補助長照經費。</p> <p>2、目前之長照支付程序可由地方政府與民間機構簽訂勞務採購合約或計畫型補助等方式，提升民間單位加入長照服務提供者行列之機會。</p>	<p>1、地方政府行政分歧、財務效率不彰等經費支付問題，造成民間單位難以永續經營與創新發展。</p> <p>2、現行核銷作業地方政府需檢附各種表單憑證，然各地方政府核銷表單及需檢附憑證認定不一，補助核銷及撥款效率不彰，致使居服單位往往需先行墊付費用，更甚者已影響單位正常運作</p>	<p>1、政府可考慮推動長照保險法，穩定長照財源。</p> <p>2、善用相關電子支付系統，提高費用申請及核銷之行政效率</p>	<p>1、稅收制經費來源不穩定，尤其菸捐經費難以預估。</p> <p>2、隨著老年人口成長、服務需求升高、長照經費需求將不斷升高，另受少子化影響，每人所需負擔之長照經費將逐步增加。</p>
推動機制	<p>1、全民健保制度已臻完善，可作為長照制度推動之參考。</p> <p>2、107年度全國ABC長照服務據點較 106年度同期成長 6 倍，逐漸完善長照推動據點。</p>	<p>1、長照資源城鄉配置的不合理。</p> <p>2、長照業務由中央及地方各自負責分屬不同行政體系，缺乏統一之監督機制。</p>	<p>1、申請長照服務及各項長照服務使用人數逐年成長。</p> <p>2、國人健康意識抬頭、老年人口遽增，有利長照制度推行。</p>	<p>1、經濟不景氣影響長照制度推行成效。</p> <p>2、政黨輪替可能影響長照政策推動之方式及類型，影響政策連貫性。</p>

資料來源：研究者自行繪製。

第五章 結論

第五章的結論部分，試圖以二、三、四章所觀察得知的資訊，來瞭解臺灣未來長期照顧可行的發展走向，並結合荷蘭成功的經驗來試圖修正之後套用到臺灣目前的政策環境當中，希望尋找出有助於尋找出有助於臺灣的作法或是解決方式，來符合臺灣的民情。

(一)結論

政府推動長照 2.0，顯示老人照顧是台灣社會很大挑戰。現在最新趨勢是希望盡可能讓失能者住在家裡，保有生活品質。不過這需要充分的照顧資源支持。政府推動長照 2.0 後可以發現，主要困境是缺乏投入長照的人力和工作意願，照顧體系如何更穩定更有地緣親近性，以及基層照護人員和管理經營階層的互信溝通等。到底要怎麼讓照顧者、被照顧者及經營者達到多贏是目前臺灣政府所面臨的相當大的挑戰。

荷蘭，是全球第一個推動長期照顧保險的國家，甚至比社會保險大國德國還早，因此成為德國、日本、韓國等陸續開辦長照保險國家的重要參考。多年來，因應財政壓力、以需求替代供給、社會支持配套等各項改革，值得開辦長照保險的臺灣學習參考。

荷蘭的長期照顧保險，從 1968 年實施，比德國還早了 27 年。最主要的原因在荷蘭長期住院人數增加、住院費用不斷高漲，必須解決醫療成本控制問題。除了人口老化、長期住院導致醫療費用高漲，還有大量的慢性病人、身心障礙者、精神疾病患者的高額醫療費用，促使荷蘭政府改革傳統醫療保險，將長期照顧抽離醫療保險範疇。同時，包括荷蘭在內的歐洲國家，都相當關注貧富差距問題，崇尚福利國家平等及公平原則，民眾的健康照護是社會權利。不僅為了解決醫療

費用的膨脹，同時國家應保障失能等弱勢民眾就醫的權利。荷蘭長期以來的實施經驗與做法值得我們進一步借鏡，讓臺灣的長照政策越來越完善。

社區化、在地老化，是多國長照制度追求的目標，包括臺灣。荷蘭的長照服務，值得我們參考。荷蘭長照制度鼓勵家人自己照顧，但提供喘息服務及給付，減少實際負責照顧工作的家人身心壓力。因此在居家服務的範疇中置入有酬概念，依照前述的照護包給予不同標準的給付，但給付沒有上限。臺灣長照保險草案亦規劃現金給付，不過國內婦女、社福團體表示反對。從荷蘭、德國發展經驗來看，照顧服務不全然由家中女性負責，然而基於家事勞動有酬的概念，提供照顧者現金給付，滿足被保險人選擇的自由，也同時有利發展多元性、符合各樣需求的服務、長照產業，良性循環下讓被保險人充分可選擇自己所需的服務。相對的多元性還包括提供服務的機構、利益團體。

在荷蘭等國，長照財源的穩定及服務品質提升，都是最大的難題，荷蘭透過多年的改革，採行不同方法改善長照財務及服務，包括建立使用者部分負擔機制，除了減輕保險財務負擔，也能提醒、養成被保險人珍惜照護服務資源的觀念。「照護包（ZZPs）」的給付方式，不僅確保服務品質，也避免浪費服務給付，進而減輕長照財務的負擔。另外，荷蘭照護評估中心不僅是醫療專業人員，還廣納各界代表性團體實際評估需求，可防止服務資源配置過於集中或分配不均，避免不必要的請領保險給付爭議。並透過網路，隨時動態檢視服務的品質及監控服務輸送。在臺灣，長照保險及服務刻不容緩，在大量仰賴外勞、服務產業未能多元發展的現在，我們更應該加快腳步落實長照規劃，慢慢往前走。

以下就針對臺灣與荷蘭在人力資源發展、支付與經費以及長期照顧推動機制方面做一個簡單的總結，期望能夠對臺灣推動長期照顧制度能有所助益，臺灣是個逐漸老化的國家，未來必須要靠年輕人以及國家才能夠撐起老化的世代，因此要如何做，才能完善長期照顧機制，本研究期許結論能夠對臺灣的長照制度能有

些許的改善，在未來衛生福利部的施政過程當中，能夠更詳加的考量不同因素所帶來的結果與挑戰。

1、人力資源發展方面

照護人力長期不足、工作負荷壓力大的情況下，如何提供有品質的照護，實在令人擔憂。但即使如此，我們還是可以看到許多加入長照行列的人員，懷抱著一顆服務的心持續往前走。服務的初衷與熱誠，是支撐著他們繼續從事這一行的動力。如何讓長照人員有持續的動力，除了合理的薪資結構、營造有願景的工作環境，讓他們可以從工作中獲得成就感，也是很重要的一點。如此一來，也才能吸引年輕一代加入長照大軍。

臺灣的長期照顧 2.0 分為 ABC 三級。A 代表社區整合型服務中心，B 是複合型服務中心，C 則是巷弄長照站。A 級提供 B、C 級技術支援與整合服務，另一方面促使 B 級與 C 級普遍設立，並提供近便性照顧服務。A 級也能稱為「長照旗艦店」，一定會有「居家服務」+「日間照顧」兩個服務項目。B 級的「長照專賣店」，則是原本就有提供居家照顧、社區照顧、機構照顧其中一項服務的單位。屬於 C 級的「長照柑仔店」，失能長者可以在這裡得到共餐、健康促進、延緩失能等服務。要達到這樣的服務，必須要有非常龐大的人力，而政府與許多的醫院、長照機構以及非營利組織共同擬訂方案，將長照方案相當複雜化，一般人難以理解也難以接近，必須要靠政府不斷的進行政策行銷與解釋之後民眾才會慢慢的了解到 ABC 及的意義與作用。而荷蘭只是簡單的分為個人照護、護理、支持性陪同指導、積極主動性陪同指導、治療及入住機構等 6 項照護，相當簡單明瞭，讓老人家可以選擇是要在機構或住家養老，若長者不想離家也可以申請居家服務，不一定要到日照中心或是機構當中。反觀，荷蘭政府提供的照護方式，長輩可自主選擇生活方式及居住環境，讓長輩有尊嚴地安享晚年。長照所協助的不僅僅是當下的老人或病人，其實是保障了我們所有人的未來。台灣的長照，或許

可以此為借鏡，讓我們一起思考規劃，如何讓長輩及需要的人受到完善的照顧，並且擁有自己的生活空間。

2、支付與經費方面

財源的問題，從長照 2.0 政策上路之後就不斷的被提出來，目前衛生福利部是透過稅收的方式來達到財政的平衡，但是老年人口眾多，使得稅收已經難以平衡支出，直到 2018 年衛生福利部才繼續增加菸酒稅、遺產贈與稅以及房地合一稅的方式來平衡資金的缺口。荷蘭資金來源則是，由三部分組成：強制性保險費、使用者付費和一般性稅收。大部分的資金來源是強制性保險，佔了 70%之多，其餘的資金再由使用者付費和一般性稅收，但是臺灣的全部由稅收來補貼，明顯的會拖垮財政負擔，或許可以考慮荷蘭將長照保險納入作為臺灣全體保險的一部份，就像是全民健康保險一樣，由全體國民共同承擔風險，減少衛生福利部的資金負擔，以及增加長照的延續性，畢竟每個人都會老，老了就會用到長期照顧的服務。

3、長期照顧推動機制方面

荷蘭在 1962 年的時候就開始意識到長期照顧的問題，開始為老化、慢性病以及身心障礙的人群開辦長期照顧，讓他們的生活無後顧之憂，實現荷蘭作為福利國家應該要照顧人民的責任。臺灣也在 2007 年開始實施長照 1.0 的政策，照顧老年人與弱勢群體的生活，更於 2016 年將長照擴大並更名為長照 2.0，服務相當繁多而且複雜，導致一般人難以了解，服務方面不具有可接近性的特點。或許臺灣的長照政策可以在全民健保的體系基礎上，藉由完整的就醫資料庫主動透過電腦篩選有需要的群體進而提供長照服務，讓服務更具有價值性與可接近性，否則國家僅制定政策卻無完善推動機制，形同浪費社會資源。

(二)建議

荷蘭殊醫療費用支出法（AWBZ）的發展經驗，包括照護評估中心（CIZ）制度、長照保險、現金給付（PGB）、照護包（ZZPs）、部分負擔，以及津貼制度等，皆值得做為我國未來規劃長期照顧制度之參考，以下即參考荷蘭長照制度之體系及特色提出幾點建議：

- 1、成立照護評估中心：荷蘭的照護評估中心，屬於健康福利體育部（VWS）直接監督，其為代替政府執行照護方案評估的非政府組織，可決定受照護者的照護項目及類型（如：陪伴用餐、就醫、盥洗或餵食等），並依受照護者的實際需求選定並提供照護套裝方案。我國目前之照護評估由長期照顧管理中心務負責，長期照顧管理中心由各縣市以任務編組的方式組成，並無跨局處整合社會福利與衛生行政體系之能力，且其內部所配置之人力多為約聘人員專業性亦為一大問題。我國未來長照機制的推動可參考荷蘭照護評估中心的設置，廣納各界代表性團體成立服務給付的需求評估中心，統籌各縣市長照管理單位以提升照護的必要性及精準性。
- 2、採取稅收制及保險制結合的長照財源制度：荷蘭因採取完全的保險制度，導致照護成本不斷提高並面臨巨大的成本壓力，而我國亦因為稅收制財源不穩定的問題無法完善照護體系，如能在稅收制體系上加入收支連動機制之保險制，不僅可提升此社會福利制度之互助性及長照經費的穩定性，更可促使民眾直接接觸長照政策，大幅提升長照推動機制成效。
- 3、成立長照專責單位：荷蘭由健康保險局（CVZ）管理長照公共基金（AFBZ），並負責對服務提供者進行品質監督與查核、確保長照制度能對所有公民發揮效能。台灣長照制度於長照服務法通過後亦已設置特種基金作為長照財源，惟目前由中央及地方主管機關各自負責長照業務，甚至自行規劃、籌措長照財源，如此行政多頭馬車已造成臺灣長照支付系統與經費之問題，建議可複製全民健保的成功模式設立長照局等專責單位，由此專責單位統籌長照特種基金之財源規劃、籌措及經費之分

配、補助等事宜。

4、以實物給付搭配提供現金給付：荷蘭因失能者不滿意公共長照服務，希望能自己安排所接受服務的模式，現金給付（*Persoonsgebonden Budget, PGB*）於 1996 年實施；至 2001 年，只要被評定具 3 個月以上居家照護需要者，都可申請現金給付。PGB 希望讓不需要長期住宿型服務的人可以選擇量身訂做且較便宜的替代性服務；其於 2010 年約有 12.3 萬人申請，占 60 萬長照需要人口的 20.5%¹²²。依據荷蘭的長照發展經驗，現金給付具有滿足長照需要者之多元照顧需求、維持家庭照顧功能並給予家庭照顧者經濟支持、提升家庭照顧者的自我價值等優點，而目前我國長照制度正面臨照顧人力短缺的重大問題，建議可採取實物給付為主搭配現金給付為輔之待遇給付模式，除能適度減輕長照人力資源問題，更可給予家庭照顧者完善的支持性服務，並進一步提升其工作權及生活品質。

5、發展「照護包」制度：荷蘭為提升長照保險的服務效能，透過照護包的制度，依被保險人的服務效能來決定服務提供者的給付。「照護包」包括被保險人的類型、被保險人需要被照護的總時數（每週）、服務的輸送方式等。被保險人經由照護評估中心決定照護需求指標（*indications*）後，即可透過相對應的服務包得到需要的服務¹²³。我國的長照實物給付除機構式服務外，居家照護服務可分為基本身體清潔（如梳頭修面、穿脫衣服、床上擦澡、床上洗頭、排泄物清理）、基本日常照顧（如協助翻身、移位、上下床、坐下/離座、刷牙洗臉、穿脫衣服、如廁、更換尿片或衛生棉、倒尿桶、清洗便桶、造瘻袋清理、清洗臉及手、刮鬍子、

¹²² 立法院第 8 屆第 7 會期內政委員會第 14 次全體委員會議，〈長照保險規劃之照顧者津貼政策對長照服務體系發展優劣評估分析報告〉，《立法院第 8 屆第 7 會期第 14 次會議議案關係文書》，2015.05.27，<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4306&pid=610>。

¹²³ 同 120。

修剪指甲、協助用藥、服藥、整理床、會陰沖洗等)、陪同就醫(如定期復健及血液透析)等,整體項目零碎且繁雜,除此之外一般戶更需依自行選取之服務項目自付 16-30%的部分負擔比率,因此常導致受照顧者為節省開銷選取較便宜之服務項目,失去長照服務的支持功能,建議可參照荷蘭「照護包」制度,由中央主管機關訂定數種照護套裝方案,經專業評估中心評估後,依套裝內容據以提供相關照護服務,以加強被保險人選擇的自由及照護成本的控制。



參考文獻

一、中文文獻

BBC 中文網，〈「不列顛國寶」NHS 英國全民公費醫療 70 華誕回首〉，《BBC 中文網》，瀏覽日期：2019.5.13，<https://www.bbc.com/zhongwen/trad/uk-44724616>。

Timothy Ferry，〈論台灣長照計畫〉，《工商雜誌》，瀏覽日期 2019.6.7，<https://topics.amcham.com.tw/2017/03/論台灣長照計畫/>。

工商時報，〈長照 2.0 計畫的困境及突圍〉，《工商時報》，瀏覽日期：2019.5.13，<https://m.ctee.com.tw/expert/cp/9939>。

工商時報，〈長照 2.0 計畫的困境與突圍〉，《工商時報》，瀏覽日期：2019.5.13，<https://www.chinatimes.com/newspapers/20180513000185-260202?chdtv>。

中國醫療保險雜誌，〈荷蘭長期照顧保險制度體系〉，《中國醫療保險雜誌》，瀏覽日期：2019.5.18，<https://kknews.cc/zh-tw/finance/xv9np2r.html>。

內政部、行政院經建會、行政院衛生署、行政院勞委會、行政院原住民委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會，《長期看護保險規劃報告》。臺北：衛生福利部，2009。

方敬綸、劉淑娟，〈論我國推動長照保險與其可能帶來的挑戰〉，《遠流護理》，2013，第 7 卷第 2 期，頁 10-14。

王兆慶，〈五千億的長照 2.0，是否會是一場空？〉，《端傳媒》，瀏覽日期：2019.6.13，<https://theinitium.com/article/20170112-opinion-wangmancer-2/>

王竹語，〈70%的臺灣人不了解長照 2.0？政府「施力點」哪裡不對〉，《愛長照》，瀏覽日期：2019.6.13，<https://www.ilion-termcare.com/Article/Detail/3144>。

王竹語，〈臺灣老得太快了！借鏡荷蘭、德國、奧地利等七個國家，看看他們的

- 長照怎麼做？》，《愛長照》，瀏覽日期：2019.4.13，<http://www.ilong-termcare.com/Article/Detail/1237>。
- 王品喬，《家庭女性照顧者需求之探討-以高雄市長期照顧管理中心為例》。南投：國立暨南大學國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文，2009。
- 王淑貞，《長期照顧發展與護理走向的連動－交錯、互動與輔成》。台北：國立臺北護理健康大學長期照顧研究所碩士論文，2015。
- 王惠娟，《失能老人家庭照顧者之生活經驗與其相關社會福利之探討－以老年妻子照顧者為例》。新竹：玄奘大學社會福利學系碩士論文，2008。
- 立法院第 8 屆第 7 會期內政委員會第 14 次全體委員會議，〈長照保險規劃之照顧者津貼政策對長照服務體系發展優劣評估分析報告〉，《立法院第 8 屆第 7 會期第 14 次會議議案關係文書》，2015.05.27，<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4306&pid=610>。
- 伍江、陳海波，〈荷蘭長期照顧保險制度簡介〉，《社會保障研究》，2012，第 5 卷，頁 102-105。
- 全球大樂退，〈台灣人口結構驟變，2016 年扶老比將正式超過扶幼比〉，《全球大樂退》，瀏覽日期：2019.2.13，<http://www.transglobe.com.tw/transglobe-web/periodical/191>。
- 朱貽莊、陶屏、陳玉芬，〈從跨國經驗看臺灣長期照顧政策中的照顧權〉，《社區發展季刊》，2013，第 138 卷，263-278。
- 江清謙，〈德國、荷蘭長期照顧保險內容與相關法令之研究〉，《國家發展研究會》，瀏覽日期：2019.1.18，https://www.ndc.gov.tw/News_Content.aspx?n=2DCDB96EC62664CF&sms=75F5C3F1D89C1224&s=4743C300857C48F7。
- 考核委員會，1998。
- 行政院經濟建設委員會人力規劃處，〈德國長期照顧保險制度之現況及未來〉，《行政院經濟建設委員會人力規劃處》，瀏覽日期：2019.5.25，<http://www.cepd>。

gov.tw/ml.aspx?sNo=0014170。

吳尚琪〈我國長照政策之新契機〉，《長期照顧雜誌》，2017，第 21 卷第 1 期，頁 1-7。

吳淑瓊，〈人口老化與長期照顧政策〉，《國家政策季刊》，2005，第 4 卷第 4 期，5-24。

吳淑瓊，《配合我國社會福利制度之長期照顧政策研究》。臺北：行政院研究發展
李友專，〈高齡社會、長照問題怎麼解決？從健保超越歐美的 2 大特點，看台灣
發展醫療 AI 的優勢〉，《商周.com》，瀏覽日期：2019.6.6，<https://www.businessweekly.com.tw/article.aspx?id=24064&type=Blog>。

李玉春，〈臺灣長照制度之檢討與改革策略建議～如何建立「平價、優質、普及」
的長期照顧體系？〉，《社區發展季刊》，第 153 期，頁 19-31。

李玉春、林麗嬋、吳尚琪、鄭文輝、傅立葉，〈臺灣長期照顧保險之規劃與展望〉，
《社區發展季刊》，2013，第 141 卷，26-44。

李豐耀，長照險結合長照村發展研究-以 S 壽險公司為例。臺北：銘傳大學風險
管理與保險學系碩士在職專班碩士論文，2018。

每日頭條，〈荷蘭邊境地區老齡化現象嚴重〉，《每日頭條》，瀏覽日期：2019.4.1
3，<https://kknews.cc/zh-tw/world/px4ryp.html>。

阮玉梅，《長期照顧概論》。臺北：華杏，1990。

周文欽，《研究方法概論》。新北市：國立空中大學，2008。

周世珍，〈荷蘭健康照護法制新趨勢〉，《長期照顧雜誌》，2002，第 10 卷第 2 期，
頁 136-153。

周宇翔、王舒芸、吳明儒、林怡婷，〈照顧機器人倫理議題探討：以長照服務為
例〉，《長期照顧雜誌》，2018，第 22 卷第 2 期，頁 205。

周宇翔、王舒芸、吳明儒、林怡婷。〈照顧機器人倫理議題探討：以長照服務為
例〉，《長期照顧雜誌》，2018，第 22 卷第 2 期，195-210。

- 周怡君、林倖如、黃全慶、林谷燕，〈德國、奧地利與日本長照政策形成的政治過程分析〉，《社會政策與社會工作學刊》，2018，第 22 卷第 1 期，頁 1-47。
- 周恬弘，〈荷蘭的健康照護體系〉，《周恬弘部落格》，瀏覽日期：2019.6.29，
<http://thchou.blogspot.tw/2009/08/3.htm>。
- 周筱姿，〈兩大策略打造長照產業優勢〉，《聯合新聞網》，瀏覽日期：2019.6.25，
<https://udn.com/news/story/11316/3300653>。
- 林育珊，《Top 研究的必修課：學術基礎研究理論》。臺北：寂天文化，2008。
- 林延增、徐敏軒〈荷蘭政府矯正、社福及文化部門組織 型態、員額規模及運作情形考察報告〉，《行政院人事行政總處》，瀏覽日期：2019.6.28，<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10504845/001>
- 林建成，〈從荷蘭的經驗看我國未來長照保險的推動〉，《國政研究報告》，瀏覽日期：2019.1.7，<https://www.npf.org.tw/2/6117?County=%25E6%2596%25B0%25E7%25AB%25B9%25E7%25B8%25A3&site=>。
- 林美色，《長期照顧保險：德國荷蘭模式析論》。臺北：巨流圖書，2011。
- 邱慈穎、陳雅美，〈長照整合機制概述〉，《長期照顧雜誌》，2018，第 22 卷第 1 期，頁 1-5。
- 洪詠雯，《我國與英國長期照顧制度之比較研究》。桃園：國立中央大學法律與政府研究所碩士論文，2017。
- 科學月刊，〈我國長期照顧法制發展現況與未來〉，《科學月刊》，瀏覽日期：2018.9.7，http://www.mobisnet.com/core/news/news_info.php?cntType=1&Id=80。
- 孫文榮、璩大成、黃勝堅，〈居家照護與長期照顧 2.0 的結合〉，《台灣醫學》，2018，第 22 卷第 3 期，頁 278。
- 孫偉倫，〈老人照護該是社會的負擔還是家庭的壓力？淺談荷蘭長照〉，《荷事生非》，瀏覽日期：2019.5.23，<https://is.gd/RN8003>。
- 國家發展委員會，〈中華民國人口推估〉，《國家發展委員會》，瀏覽日期：2018.0

- 8.30，https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72。
- 張滋珍，《日本長期照顧體制對我國推動長期照顧之啟發-以長期照顧十年計劃 2.0 為例》。臺北：國立臺灣大學國家發展研究所碩士論文，2017。
- 梁亞文、劉立凡、林育秀，〈英日兩國長期照顧制度對推動我國長期照顧之意涵〉，《長期照顧雜誌》，2018，第 3 卷第 14 期，311-324。
- 梁家豪，〈觀點投書：長照資金百億缺口，如何減輕家屬負擔？〉，《風傳媒》，瀏覽日期：2019.2.27，<https://www.storm.mg/article/991114>。
- 郭哲延，〈阿財的重擔，誰人知！—長期照顧者喘息之必要〉，《人醫心傳—慈濟醫療人文月刊》，2018 第 176 卷，78-81。
- 陳文俊，《社會科學研究方法》。臺北：雙葉書廊，2005。
- 陳信木、楊培珊，〈我國長期照顧需求評估〉，《國家發展委員會》，瀏覽日期：2019.6.25，<https://ws.ndc.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9hZG1pbmlzdHJhdG9yLzEwL3JlbGZpbGUvNTY3Mi80MzAwLzAwMTIwOTBfMS5wZGY%3D&n=MDMu6ZW35pyf54Wn6K236ZyA5rGC6KmV5LywLeacn%2Bacq%2BWgseWRiiAgICAgMjAwOTA3MTEgdmVyc2lvbi5wZGY%3D&icon=..pdf>。
- 陳靜敏，〈長照人力缺口高達 1.3 萬人，政府應讓護理師開設生活保健站！〉，《民報》，瀏覽日期：2019.5.30，<https://www.peoplenews.tw/news/60de3121-d744-46f0-8cb0-0a11cef4cbf9>
- 曾蕙芬，《德國長期照顧保險制度之探討- 誰照顧你：公營長照？民營長照？》。臺北：國立臺灣大學財務金融學系碩士論文，2017。
- 黃瓊瑤，《花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究》。花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文，2012。
- 黃齡儀，〈尊嚴優先，瑞典長照以人為本〉，《中央通訊社》，瀏覽日期：2019.5.13，<https://www.cna.com.tw/topic/newsworld/93/201702030002.aspx>。
- 葉至誠，《老人福利國際借鑑》（臺北：秀威資訊科技，2011），頁 188-189。

- 葉秀珍，〈各國長期照顧財務機制與實施經驗之探討〉，《長期照顧財務問題》，2000，無期數，21-39。
- 董旭英、黃儀娟譯。《次級資料研究法》。臺北：弘智文化，2000。
- 劉千嘉，〈高齡家庭與高齡照顧者的特性：2010年人口與住宅普查資料的應用〉，《人口學刊》，2018，第56卷，81-119。
- 劉子瑋，《台灣長期照顧政策之發展與內涵-兼論長照十年計畫與長照保險規劃》。新竹：玄奘大學社會福利學系碩士論文，2011。
- 劉立凡，〈我們真能安心變老嗎？長照 2.0 的幾個迷思〉，《獨立天下評論》，瀏覽日期：2019.1.22，<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/6544>
- 劉惠敏，〈長照 2.0 版正式上路，變得更好嗎？〉，《報導者》，瀏覽日期：2019.1.2，<https://www.twreporter.org/a/opinion-long-term-care-version2>。
- 劉惠敏，〈荷蘭長期照顧保險制度的啟示〉，《全民健康保險雙月刊》，2014，第111卷，34-37。
- 劉德浩，〈荷蘭長期照顧制度：制度設計、挑戰與啟示〉，《中國衛生事業管理》，2016，第8卷，567-571。
- 潘明宏，《社會科學研究法（上冊）》。臺北：韋伯，1999。
- 衛生福利部，〈長照人力發展之困境與挑戰〉，《專案報告》，瀏覽日期：2019.5.13，<https://www.mohw.gov.tw/dl-14733-74458734-394b-44a2-a922-98e5556ce4ab.html>。
- 衛生福利部，〈長照 2.0 執行情形、困境及未來規劃〉，《專案報告》，瀏覽日期：2019.6.25，<https://www.mohw.gov.tw/dl-53891-a30c6a62-26ad-4e63-a98d-ee80247e1d4e.html>。
- 衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0 核定本》。臺北：衛生福利部，2016。
- 黎世宏，〈社區整體照顧模式 A 級單位的推動經驗〉，《網路 PPT》，瀏覽日期：2019.6.12，<http://ltpa.org.tw/uploadfile/class/28533ca7d15aa9a8be6089fbcbe013>

39.pdf。

賴添福。〈解決長照人力不足的七大建議〉，《風傳媒》，瀏覽日期：2019.4.13，<https://www.storm.mg/lifestyle/96734>。

戴衛東等，〈韓國老年長期護理政策新動向〉。《中國衛生事業管理》，2010，第25卷第1期，66-69。

聯合新聞網，〈長照 2.0 服務 24 萬人 陳時中：太多人不知道〉，《聯合新聞網》，瀏覽日期：2019.6.26，<https://udn.com/news/story/7266/3892127>。

薛承泰，〈長照 2.0 「照」得住嗎？〉，《東森新聞》，瀏覽日期：2019.6.13，<http://www.ettoday.net/news/20181205/1323127.htm>。

謝文全，《教育行政－理論與實務》。臺北：文景，1998。

謝明瑞，〈長照保險制與長照稅收制比較分析—兼論政府的長照政策之適宜性〉，《臺灣競爭力論壇》，瀏覽日期：2019.7.2，<https://www.tcf.tw/謝明瑞：長照保險制與長照稅收制比較分析-兼論政/>。

點亮臺灣，〈有一天我們都會變老，誰會照顧我們？〉，《點亮臺灣》，瀏覽日期：2019.5.3，http://iing.tw/policies/long-term_care。

簡慧娟、莊金珠、楊雅嵐，〈我國長期照顧十年計畫現況與檢討〉，《社區發展季刊》，2013，第 141 卷，6-18。

蘇家鏞，《我探討政府長照 2.0 消費者知曉程度對商業長照險購買需求之研究》。高雄：正修科技大學經營管理研究所碩士論文，2018。

行政院經濟建設委員會，《德國、荷蘭長期照顧保險內容與相關法令之研究》。臺北：行政院，2009。

二、外文文獻

Alders, P. & Schut, F. T., The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy*, 2019. 123(3): 312-316.

- Curry, N., What can England learn from the long-term care system in Japan?.
Research report, 2018, 2-47.
- Duell, D., Koolman, X., & Portrait, F., Practice variation in the Dutch long-term care and the role of supply-sensitive care: Is access to the Dutch long-term care equitable? *Health Economics*, 2012, 26(12): 1728-1742.
- Groogetoed, E. & Dijk, D. V. The Return of the Family? Welfare State Retrenchment and Client Autonomy in Long-Term Care. *Journal of Social Policy*, 2012, 41(4): 677-694.
- Hantrais, L. *Social Policy in the European Union*. London: Macmillan, 1995.
- Jongen, W., Commers M. J., Schols, J.M., Brand, H. The Dutch Long-Term Care System in Transition: Implications for Municipalities. *Gesundheitswesen*, 2016, 78(8): 53-61.
- Kane, R. A. & Kane, R. L. *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*. New York: Springer, 1986.
- Social Protection Committee. *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. 2018/12/21, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724>.
- World Health Organization. *Health 21-health for all in the 21st century*. Copenhagen, Geneva: WHO Regional Office for Europe, 1999.