

本文之著作權屬台灣通商法律事務所所有，未經許可不得使用及轉載。

## 長期照顧制度簡介

### 前言

人口結構是國家構成的重要因素之一，並影響著國家政策的發展。由於營養均衡、醫療環境改善，據統計，於民國107年，我國老年人口比率將達百分之14，邁入世界衛生組織（World Health Organization，簡稱為WHO）所定義的「高齡社會」。為因應人口老化伴隨而來之健康問題，我國於87年起陸續推動「建構長期照護先導計畫」、「新世代健康領航計畫」、「加強老人安養服務方案」、「照顧服務福利及產業發展方案」、「我國長期照顧十年計畫」及「長期照護服務網計畫」等各項方案，以積極因應高齡化社會來臨，並於104年完成「長期照顧服務法」之立法<sup>1</sup>，而為使長期照顧制度持續推行，行政院並於104年6月完成「長期照顧保險法」草案，暨能健全財政來源。隨著政權的交替，原本的規劃的保險制可能改為稅收制，惟著眼於長期照顧制度的重要性，本文在此仍欲對長期照顧制度做一簡單介紹，俾供參考。

### 長期照顧之定義及其適用對象

長期照顧保險法草案第3條第6款所定義之長期照顧（以下簡稱長照）係指：身體或心智功能部分或全部喪失，持續已達或預期達六個月以上者，經評估其日常生活有由他人照顧之需要。參照美國長期照護學者肯恩等人對長期照顧之定義為：「長期照護的服務對象包括先天以及後天失能者，所提供的服務包括醫療照護、個人照顧和社會性之服務等一系列的照護措施，服務的時間是長期的」<sup>2</sup>。由此可知，長期照顧保險法本身雖是因應高齡社會的產物，惟立法者並未排除其他因先天或後天的身心障礙而須有長照需求之族群，而係作一全面性的政策規劃，此點值得肯定。

### 保險制與稅收制之優缺點

我國長期照顧制度已陸續通過一系列相關法律，現只待資金的投入。以下將分析

1

[http://www.mohw.gov.tw/MOHW\\_Upload/doc/%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E9%A1%A7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E6%B3%95%E8%8D%89%E6%A1%88\(1040604%E8%A1%8C%E6%94%BF%E9%99%A2%E9%99%A2%E6%9C%83%E9%80%9A%E9%81%8E%E7%89%88\)\\_0049650001.pdf](http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E9%A1%A7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E6%B3%95%E8%8D%89%E6%A1%88(1040604%E8%A1%8C%E6%94%BF%E9%99%A2%E9%99%A2%E6%9C%83%E9%80%9A%E9%81%8E%E7%89%88)_0049650001.pdf)

2

<http://www.knuh.org.tw/www/kmcj/data/10304/7.htm>

本 Newsletter 謹就法律之原則，作一說明，並不構成對具體個案提供法律意見，蓋因每一個案內容及事實不同，恐有不同之考量，故若需尋求對具體個案之法律諮詢，煩請與本所聯絡。

本文之著作權屬台灣通商法律事務所所有，未經許可不得使用及轉載。

保險制與稅收制之利弊，供作參考。

## 一、保險制之優點

### 1. 不必與其他經費競爭：

保險制採專款專用自負盈虧，強化財務責任制度，財源由社會成員分擔並監督，容易隨需要微調，落實收支連動機制<sup>3</sup>。

### 2. 財源穩定：

民國 97 年之國稅為 1.46 兆元，由於 97 年發生金融海嘯，致 98 年及 99 年分別降至 1.23 兆元及 1.29 兆元，與 97 年比較，降幅達 15% 及 12%，但同期健保費仍成長 0.3% 及 14%<sup>4</sup>。

### 3. 較具成本意識：

我國經濟型態的特殊性，使部分民眾無所得資料無法課稅，保險制有基本責任之設計（財源來自政府、雇主及保險對象），人人共同分擔所需費用<sup>5</sup>。

## 二、保險制之缺點

### 1. 保險費負擔方式不合理：

依照換算，約只有 2% 國民會用到長照，惟雇主卻要依雇用員工人數、薪資，負擔約 4 成的長照費用；對投保民眾而言，依各國推動長照經驗，壽命長者主要為所得高者，但所有藍領勞工卻須負擔相同保費，有造成所得逆分配之嫌<sup>6</sup>。

### 2. 與健康保險之適用模式不盡相同：

目前調查顯示，需要長照服務者，八成在家中，僅兩成在機構。將長照比照健保，透過支付給機構，機構再提供服務給失能者，易產生機構化、集中化、標準化的後果<sup>7</sup>。

### 3. 長期照顧制度商業化之疑慮：

長照一旦仿健保模式，機構為領取更多支付，會主動積極建議老人使用各種長照服務，形成長照使用資源的浪費。此外，有利可圖的服務，營利機構都會樂於提供；至於辛苦、無利可圖，如失智老人的照護，恐怕就少有機構願

<sup>3</sup> [http://www.mohw.gov.tw/cht/LTC/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=903&fod\\_list\\_no=5549&doc\\_no=50965](http://www.mohw.gov.tw/cht/LTC/DM1_P.aspx?f_list_no=903&fod_list_no=5549&doc_no=50965)

<sup>4</sup> 同註 3

<sup>5</sup> 同註 3

<sup>6</sup>

<http://udn.com/news/story/8126/913537-%E5%90%8D%E5%AE%B6%E8%A7%80%E9%BB%9E%EF%BC%8F%E6%89%BE%E9%95%B7%E7%85%A7%E8%B2%A1%E6%BA%90-%E5%AE%9C%E5%BE%9E%E7%A8%85%E6%94%B6%E6%94%AF%E6%87%89>

<sup>7</sup> 同註 6

本 Newsletter 謹就法律之原則，作一說明，並不構成對具體個案提供法律意見，蓋因每一個案內容及事實不同，恐有不同之考量，故若需尋求對具體個案之法律諮詢，煩請與本所聯絡。

本文之著作權屬台灣通商法律事務所所有，未經許可不得使用及轉載。

意開辦<sup>8</sup>。

### 三、稅收制之優點

#### 1. 符合公平正義：

由國家指定稅收辦理長照服務，高所得者承擔多，低所得者負擔少<sup>9</sup>，較能達成所得再分配的原則，並可以不動產交易稅、遺贈稅等項目為固定財源，減少民眾負擔。

#### 2. 得因地制宜：

透過稅收穩定財源，由地方政府整合當地社福單位、長照機構與各項老人福利服務，並由當地社區、鄰里監督服務品質，符合長照在地化、社區化的特性<sup>10</sup>。

#### 3. 資源整合：

政府衡量財政狀況決定服務範圍與補助額度，資源較不浪費；漸進式推動，有足夠時間建立照顧服務體系與培養人力；且若能由公益、非營利性質 NGO 來提供長照服務，照護品質比較能透過「夥伴關係」來維持，這可使長照服務網絡更加穩固與永續發展<sup>11</sup>。

### 四、稅收制之缺點

#### 1. 預算不足，長照對象受限：

我國賦稅負擔率僅 12%，且政府法定支出占歲出比率達 7 成，長照十年計畫經費即因以公務預算支應，故須以特定條件之民眾為優先服務對象，無法普及所有民眾<sup>12</sup>。

#### 2. 財源不穩：

我國政府歲入可能因民眾、企業規避行為增加，而無法收到預期稅收。此外，稅收亦受景氣影響，在景氣不佳時，稅收制有可能無法因應需求逐漸增加的長照需求。而不動產交易稅、遺贈稅等更屬於機會稅<sup>13</sup>，若無遺贈、贈與或不動產交易行為即無稅收。

<sup>8</sup> 同註 6

<sup>9</sup> <http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20150519/612550/>

<sup>10</sup> 同註 6

<sup>11</sup> 同註 9

<sup>12</sup> 同註 3

<sup>13</sup> [http://www.ettoday.net/news/20151130/605543.htm?feature=88&tab\\_id=89](http://www.ettoday.net/news/20151130/605543.htm?feature=88&tab_id=89)

本 Newsletter 謹就法律之原則，作一說明，並不構成對具體個案提供法律意見，蓋因每一個案內容及事實不同，恐有不同之考量，故若需尋求對具體個案之法律諮詢，煩請與本所聯絡。

本文之著作權屬台灣通商法律事務所所有，未經許可不得使用及轉載。

### 比較法借鏡

行政院並於 104 年 6 月完成之「長期照顧保險法」草案係以保險制為基礎，而荷蘭是全世界第一個透過社會保險方式籌措長期照護制度財源的國家，也是德國、日本、韓國等陸續開辦長期照護保險國家最主要參考的對象<sup>14</sup>，故在此介紹荷蘭的相關法制。

荷蘭的長期照顧分成四大部分，分別是健康保險法（Health Insurance Act）、特別醫療支出法（The Exceptional Medical Expenses Act，簡稱 EMEA 或 AWBZ）、社會支持法（Social Support Act）與政府對住宅之措施（Government Measures to Housing）。其中，健康保險法主要係針對疾病的即時治療；社會支持法則是為使特別醫療支出法還原其“專門提供慢性的、重大的疾病，以及身心障礙者等需長期照護者之照護給付”目的之配套措施；而政府對住宅之措施則是致力於住宅政策，讓老人與失能者能安心在家居住。

由於我國當前所要推行之長照保險法與特別醫療支出法較為相關，本文將著重此之介紹。

#### 一、荷蘭長照資金來源

荷蘭 AWBZ 基金（AFBZ）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（見下表）<sup>15</sup>。

經費來源	收費及撥補方式	備註
1-1 有一定雇主	雇主由薪資中隨所得稅預扣，再繳給稽徵單位 (tax authorities)。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(Inland Revenue Service)再匯給 CVZ(Health Insurance Board)底下的 AFBZ (AWBZ 基金)。
1-2 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。
2. 已申請使用 AWBZ 保	18 歲以上需部分負擔 (Personal contribution)，	由保險公司收取，再繳給 AFBZ，但有申請現金給

<sup>14</sup> <http://www.npf.org.tw/2/6117>

<sup>15</sup> 同註 14

本 Newsletter 謹就法律之原則，作一說明，並不構成對具體個案提供法律意見，蓋因每一個案內容及事實不同，恐有不同之考量，故若需尋求對具體個案之法律諮詢，煩請與本所聯絡。

本文之著作權屬台灣通商法律事務所所有，未經許可不得使用及轉載。

險給付者	費用依所得、在家或在機構、年齡、是否單身等收取。	付(personal care budgets, PGB)者，需先扣除部分負擔的額度。
3. 政府透過稅收補貼	每年隨保費收支情況撥補。	直接撥到 AFBZ。

## 二、荷蘭 AWBZ 的保險對象為全民

荷蘭的 AWBZ 是一種強制性、全民納保的社會保險制度 (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2009)。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 (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2009；周世珍，2006，p. 142)，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 (周世珍，2006，p. 142)，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 (health care insurers; implementing bodies; executive bodies)，每個保險公司都必須向健康保險局 (CVZ, Health insurance Board) 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 (周世珍，2006)<sup>16</sup>。

## 三、荷蘭 AWBZ 的三種給付方式

荷蘭的 AWBZ 是由照護評估中心 (Centrum indicatiestelling zorg, CIZ) 負責評估每個被保險人可以得到多少和什麼形式的照護，等到被保險人的權利確定後，被保險人就可以選擇實物給付 (care in kind) (含醫療給付)、現金給付 (personal care budgets or cash benefit) (1995 年開始實施)，或混合給付 (combination) (Dementia in Europe, 2006；周世珍，2006，p. 141)。實物給付意指由健康照護提供者直接提供服務，現金給付則是允許被保險人用現金購買服務，而且不限於健康照護提供者，其他願意提供服務的朋友、鄰居及親戚都可以。因此，現金給付是較受被保險人歡迎的給付方式 (Dementia in Europe, 2006)。

根據 AWBZ 三大目標人口 (老人、失能者與精神疾病者) 選擇給付方式之統計 (2008 年 11 月) 資料顯示，近年來選擇現金給付的人數逐年增加，但

<sup>16</sup> 同註 14



本文之著作權屬台灣通商法律事務所所有，未經許可不得使用及轉載。

選擇實物給付的人數並未隨著減少（Ministry of Health, Welfare and Sport, 2009）<sup>17</sup>。

### 結語

在各國已就長期照顧施行餘十餘載的今日，我國卻因長期照顧財務來源尚未取得共識而滯足不前，亦未規劃相應的配套措施。隨著老年、失能人口的增加及幼年人口的減少，青壯年人口的負擔日趨沉重，許多青壯年人口或無力負擔長期、高額的醫療費用，或無法親自提供照顧，使長期照顧因此成為即將邁入高齡社會的台灣，一個不能忽視的議題。本文在此提供荷蘭面對長期照顧之因應方式，期朝野能撇下意識之爭，共同擬定一套可行的方案，實現禮記中，老有所終之大同社會。



---

<sup>17</sup> 同註 14