

立法院第 10 屆第 8 會期

社會福利及衛生環境委員會第 7 次全體委員會議

因應長照需求逐年增加，
我國推行長照保險制度，
緩解醫療體系負擔
專題報告

(書面報告)

報告機關：衛 生 福 利 部

報告日期：112 年 10 月 26 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第 10 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 7 次全體委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。茲就「因應長照需求逐年增加，我國推行長照保險制度，緩解醫療體系負擔」提出專案報告，敬請各位委員不吝指教。

壹、前言

長期照顧十年計畫 2.0(以下稱長照 2.0)執行至今已 6 年餘，推動重點包含建構居家及社區式服務為基礎之社區照顧服務體系(長照 ABC);推動長期照顧給付及支付制度，建立以個案為中心之服務模式，落實以人為中心之社區整合照顧模式，貼合使用者之長照需求；提升居家照顧服務員薪資，充實各類長照人力；逐步布建住宿式服務資源及辦理機構住民補助，提升居家式、社區式及機構住宿式服務量能，建立連續性長期照顧服務體系。

貳、長照 2.0 執行亮點

一、長期照顧服務資源持續布建及人力充實：

(一) 社區整體照顧服務體系顯著成長：長照 ABC 自 106 年 80A-199B-441C，總計 720 處，至 112 年 8 月底已成長至 712A-8,176B-4,043C，總計 12,931 處，成長 17 倍。

(二) 公私協力加速布建日照資源：為達總統提出「一國中學區一日照中心」布建政策，截至 112 年 8 月底止，全國已布建 957 家日照中心，計 705 國中學區設立及規劃設立日照中心，布

建達成率 86.4%(705/816)。針對原鄉日照資源布建，本部推動「原住民族長期照顧整合型服務試辦計畫」，鼓勵地方政府輔導山地原住民地區設立日照中心，並於 112 年公告「山地原住民及離島地區多元照顧服務模式發展計畫」，除以山地原住民地區及離島地區既有日照中心為標的，增設臨時夜間喘息服務，亦鼓勵新設立小規模多機能，滿足前述地區夜間照顧需求。

- (三) 鼓勵國人投入長照工作，充實照顧服務人力：統計 106 年於長期照顧服務提供單位之照顧服務員總計為 28,417 名，其中居家式為 10,478 名、社區式為 1,419 名及機構住宿式服務為 16,520 名；截至 112 年 6 月底止，登錄於各類長照服務提供單位之照服員總計為 96,978 名，其中居家式為 50,588 名、社區式為 10,973 名及住宿式為 35,417 名照服員，與 106 年相較整體成長 3.41 倍。

二、給付及支付服務人數及整體服務涵蓋率：

經統計 111 年 7 月至 112 年 6 月之長照給支付服務人數已達 47.8 萬人，較 106 年度成長 4.47 倍；111 年 7 月至 112 年 6 月長期照顧服務服務涵蓋率 76.91%，相較 106 年 20.3%，成長 3.79 倍。

三、家庭照顧者支持服務：

- (一) 本部於 107 年頒布「家庭照顧者支持服務原則」，並於全國 22 縣市推動「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」廣布家照

據點，提供家庭照顧者個案服務、到宅照顧技巧指導、個別心理輔導、諮商服務及照顧相關訓練課程等八大項支持服務。112年1-6月底，全國家庭照顧者免費諮詢專線計服務2,592人次，全國家照據點累積布建達121處，投入257名家照專員服務達41,303人次，並結合在地資源發展創新服務，主動發掘高負荷家庭照顧者之潛在個案，提升家庭照顧者支持性服務之近便性及涵蓋率。

- (二) 另為提升家庭照顧者關懷據點服務品質，本部於112年9月28日公告「長照與身障家照據點共融試辦計畫」，鼓勵各縣市於113年起增設共融據點，讓長照需要、身心障礙者及精神病人之家庭照顧者可於同一據點接受服務，並強化工作人員的專業能力，借重彼此的優勢與特色共同服務，以鼓勵家庭照顧者善用長照資源，驅動家庭成員達成共識做好階段性照顧安排，以減少照顧事件對照顧者造成衝擊與限制。

四、持續提升住宿式長照服務量能及品質：

- (一) 截至112年7月底，全國可提供住宿式服務床數達116,077床，服務使用率為82.1%。本部自107年陸續推動「獎助布建長照住宿式服務資源試辦計畫」及「獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫」等相關布建計畫，目前已核定布建中之住宿式機構計53家，計6,325床。查部分區域仍有完全無設立機構或供給不足之情形，爰本部於112年8月23日推動「獎助布建住宿式長照機構資源計畫」，引進民間量能透過公私協力方式共同布建住宿式長照機構，預計在116年

前完成布建 6,500 床。

- (二) 為提升住宿式長照服務品質，本部自 109 年起推動「住宿式服務機構品質提升卓越計畫」，訂定 4 項品質指標，並對當年度達成全部指標之機構給予獎勵、「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」，獎勵機構與單一醫療機構簽約專責就住民健康管理，減少住民至醫院就醫；為提升機構之感染管控量能，於 112 年 2 月 20 日公告「住宿式機構強化感染管制獎勵計畫」，訂定感染管制指標、要求機構完善住宿式機構應變整備作戰計畫及演練，並依床數及達成指標情形核予一年至少新臺幣(以下同)18 萬元至 76 萬元之獎勵金。
- (三) 108 年起推動住宿式服務機構使用者補助方案，以年度補助入住住宿式機構 90 天以上之住民，一年最高 6 萬元。統計 110 年度本方案補助、中低收入失能老人公費安置及身心障礙者住宿補助之人數，已有 90.8% 入住機構者獲得政府相關補助；另為減輕機構住民之經濟負荷，本部業於 112 年 5 月 15 日公告調增中重度失能者之補助每年最高 12 萬元，追溯自 112 年元月起，並取消排富規定。

五、鼓勵聘用外籍看護工家庭使用長照服務改善措施：

- (一) 鼓勵經各縣市照管中心評估符合長期照顧需要等級第 2 級以上之聘僱外看家庭使用長照服務。考量外看行蹤不明、轉換雇主或期滿離境等不同情境而有空窗期，本部前已開放是類家庭經出示證明文件即視同未聘外看。個案經評估符合資格者，可申請包括照顧服務之各類服務。又於 112 年 1 月 30

日再放寬外看請假返國期間，亦可申請居家服務、日間照顧或家庭托顧等照顧服務，兼顧聘僱外看家庭實務需求。

- (二) 勞動部於 112 年 10 月 13 日修正公告外國人從事就業服務法第四十六條第一項第八款至第十一款工作資格及審查標準部分條文，針對「使用長照照顧服務持續達 6 個月」、「失智症患者」及「肢體障礙、罕見疾病、呼吸器官或吞嚥機能失去功能」等三大類有照顧需求對象採取多元認定方式，免經病症暨失能診斷證明書專業評估，採簡政便民措施。本部業與勞動部共商前揭免評認定證明文件及執行方式等，並於 112 年 10 月 2 日函知地方政府；另針對專業評估方式注意事項，亦於 112 年 10 月 13 日函知地方政府及辦理專業評估之公告醫院。

六、急性後期照護推動成果及減少醫療體系負擔之作為：

- (一) 為使急性期過後病情穩定的病人，在黃金治療期內立即給予積極性整合性照護及復健治療，使其恢復功能，減少後續再住院醫療費用，本部中央健康保險署(下稱健保署)自 103 年開始辦理「提升急性後期照護品質試辦計畫」，106 年 7 月擴大辦理，修訂為「全民健康保險急性後期整合照護計畫(下稱 PAC 計畫)」，目前照護疾病範圍包括腦中風、燒燙傷、脆弱性骨折、創傷性神經損傷、衰弱高齡、心臟衰竭等 6 類疾病。
- (二) PAC 計畫參與醫院家數由 107 年至 112 年 9 月，從 202 家成長至 228 家。收案人次在 107 年(8,176 人次)至 109 年

(11,243 人次) 呈現成長，但至 109 年後成長趨緩，並出現些微下降趨勢，可能為 COVID-19 疫情所致。111 年結案病人整體功能有明顯進步，約 8 成病人順利回歸門診或居家自行復健。參加 PAC 計畫之病人再住院率、急診率低於未參加 PAC 計畫者。

- (三) 依全民健康保險中長期改革計畫，賡續辦理建立急性後期照護(復健)體制，減少病人短期內再住院，或後續嚴重失能而入住長照機構，提升急性病床的利用率，甚或是不當耗用，促進病床資源運用效能。
- (四) 另為鼓勵醫院做好出院準備及出院後追蹤諮詢優質服務，重視病人持續性照護，提升出院照護之品質，減少出院病人短期內之再急診及再住院，健保署自 105 年 4 月 1 日起配合長期照顧政策，新增「出院準備及追蹤管理費」，每次住院支付 1,500 點。
- (五) 出院準備服務包含個案需求評估、跨團隊溝通協調、適當轉介後續照護資源(如居家醫療、各類居家照護、長照機構等)、電話諮詢專線及出院後電訪追蹤服務等項目，並透過觀察各醫院申報情形、病人出院後轉介流向，及「同一疾病出院後 3 日再急診率」、「同一疾病跨院 14 日內非計畫性再入院率」等指標，持續輔導醫院提升出院準備服務品質。自 106 年 12 月至 112 年 6 月，民眾出院前接受評估至出院後接受長照服務日數，當月平均已從 51.39 天降至 4.94 天。
- (六) 另因應人口高齡化，全民健康保險自 84 年開辦起，陸續提

供行動不便之失能病人一般居家、慢性精神病人、呼吸器依賴患者、末期病人安寧等多項居家醫療照護。為改善不同類型居家醫療照護片段式之服務模式，健保署 105 年起推動「全民健康保險居家醫療整合照護計畫(下稱居整計畫)」，著重於促進社區內照護團隊之合作，以病人為中心提供完整醫療服務，鼓勵社區內醫療院所組成整合照護團隊，就近收案提供居家醫療服務。居整計畫 111 年 4 月 19 日公告修訂，個案若符合本部「居家失能個案家庭醫師照護方案」之「長期照護醫師意見書」開立條件者，照護團隊醫師得開立長照醫師意見書，協助個案連結長照資源。居整計畫 112 年截至 6 月，計有 224 個團隊、3,280 家醫事服務機構及 2,606 位醫師參與，收案約 6.8 萬人。

(七) 此外，居家醫療個案常因肺炎、尿路或軟組織感染等急性症狀需住院治療，健保署規劃於 113 年推動「在宅急症照護試辦計畫」，由照護團隊到個案家中提供醫療服務(如施打抗生素等)，病患及家屬不必來回奔波醫院，降低照顧負擔及住院期間交叉感染的風險，並緩解醫院病房人力之負擔。

參、我國推動長照保險可行性評估

一、本部為因應我國邁入高齡社會，自 98 年行政院衛生署時期規劃長照保險制度，以社會保險理念為基礎，完善長照制度、發展長照資源、促進失能者獨立自主、社會自助互助等為目標，建立一套長照保險制度，曾於 105 年擬具「長期照顧保險法」草案函送立法院，後考量現階段長照服務仍屬於布建資源及提

升服務量能階段，長照基金之財務規劃係「以支定收」，使財源可視需求做調整，保持彈性空間，並達社會重分配的效果，因此長照 2.0 以指定稅收做為推展長照制度之財源，以積極落實資源布建與提升服務涵蓋率為目標，仍為務實可行做法，故法案屆期不續審。

- 二、依長期照顧服務法(下稱長服法)第 15 條規定，於 106 年設置長照服務發展基金(下稱長照基金)。長照基金來源包括遺贈稅、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(以下稱房地合一稅)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。
- 三、上述挹注財源由長照基金統籌運用於長照服務、擴增與普及長照服務量能、促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源及補助各項經費；另為掌握長照財源之收入，本部定期監控各項財源挹注情形，各項稅收挹注於長照基金之數額超出推估金額，未出現財源不足之狀況，且長照基金之賸餘額可保留至次一年度使用，111 年底長照基金餘額約 1,187 億元，今年 1 至 9 月各項稅收挹注約 748 億元，達預估收入 122.8%，現行稅收尚足以支應長照業務之執行，未有基金支出超過收入之情形。因應失能人口之成長，未來長照支出逐年增加及避免當年度稅收不如預期，導致長照基金收支不平衡，則將依長服法第 15 條第 2 項第 3 款規定，編列政府

預算撥充予以支應。

- 四、開辦長照保險存在資源布建是否足夠，繳費年齡及費率設定，除需向雇主、民眾收取保費外，政府亦須編列預算，其籌措方式實質與加稅方式類同，以全民健保經驗，每次調漲保費都引發抗爭，且雇主負擔保費之意願不高，恐會轉嫁壓低員工薪資；另發放照顧津貼，可能深化家庭照顧者是女性之刻板化形象，且目前德國經驗，家庭照顧領取現金給付是機構照顧給付的40-50%，較低的現金給付額度，恐被質疑家庭照顧者是廉價勞力，進而影響全國勞動力及照顧產業發展；在缺乏服務資源之原鄉、離島之被保險人照顧需求，僅能以現金補助來替代，導致更不易發展出在地服務長照資源，而無法在地終老。
- 五、國際上以保險作為長照財源仍為少數國家採取之制度，以日本為例，政府仍須以公務預算撥補半數以上費用，德國及荷蘭開辦長照保險以來，因面對老年人口逐漸增加，歷經多次改革，將給付項目不斷縮減，而產生私人自付額逐年增加情形，且政府仍須撥補公務預算支應，由其他先進國家經驗，顯見開辦長期照顧保險非唯一解方。

肆、結語

長照財務來源方案仍需與財政、經濟等相關部會持續評估，並凝聚社會共識，本部將賡續推動長照 2.0，穩健居家、社區及住宿式服務之多元連續服務體系，並積極透過公私協力布建資源，翻轉長照服務之觀念，以維持個案自主生活為主軸，達到在地老化之目標，強化失

能、失智者權益保障及提升長照服務品質。

本部承 大院各委員之指教及監督，在此敬致謝忱，並祈各位委員繼續予以支持。