

# 未雨綢繆—由財政觀點看「長期照護服務」 民間參與之可行性

黃崇哲\*、洪美菁\*\*、陳佩琪\*\*\*

## 要 目

壹、前言	肆、日本及英國民間參與長期照護服
貳、我國目前長照服務提供概況	務之經驗
參、各國長期照護財源與我國之 對照比較	伍、結論與建議

## 提 要

面臨少子化及高齡化的人口變遷趨勢，我國政府長期照護服務之政策，是否具有足夠能量滿足社會需求，已成為各界廣泛討論的重要議題。而隨著國民預期壽命逐漸延長，亦可預期長期照護服務所需經費勢必大幅成長。

對照政府部門現行各項長期照護服務措施之經費來源，主要仰賴政府編列公務預算支應。然而，近年我國財政狀況卻受限於國內經濟發展停滯，歲入成長受限，正面臨財政緊縮，預算不足的情形；不久之後，長期照護服務的預算編列將不敷滿足國人所需。

本文援引日本及英國政府善用民間技術、活力與資金，以民間參與方式推動長期照護服務政策之相關經驗，建議當局可將此類案件結合國外行之有年的「民間財務主導公共建設」(Private Finance Initiative, 簡稱 PFI) 制度，以政府購買服務之方式，藉由績效付費制度，分散長期照護服務之興建、營運風險，並導入民間機構的資金與效率，協助政府滿足國人持續增加的長期照護服務需求，並減輕政府編列此類預算之龐大壓力。

\* 興萬研究顧問公司負責人、台灣經濟研究院兼任研究員顧問。

\*\* 財政部推動促參司專員。

\*\*\* 國立臺北大學財政學研究所碩士班研究生。

## 壹、前言

近五十年來，多數先進國家因國民預期壽命延長及第二次世界大戰後嬰兒潮世代陸續屆臨退休等因素，人口老化與高齡化社會現象已成為各國社會結構的共同發展趨勢；加上醫藥科技發達及婦女生育率持續下降，讓未來人口結構老化現象將更為嚴重，勢將成為各國社會安定、就業安全等永續發展的重要挑戰。

而面對此一國際發展趨勢我國同樣不能自免於外，以人口年齡結構分布圖觀察，我國近三十年之人口結構變動，未滿 15 歲（幼年）人口比率大幅下降，15 歲至 64 歲（青壯年）人口雖有增加，但增幅已逐次趨緩，最令人擔憂，65 歲以上（老年）人口比率更是明顯呈現逐次增加趨勢。如此使我國人口結構由過去幼年人口及青壯年人口較多、老年人口較少的高金字塔型，逐漸轉變為幼年人口及老年人口較少的底窄腰寬之燈籠型（圖 1）。展望未來，我國人口結構將可能出現高比例老年人口，而僅依賴薄弱的青壯年與幼年人口支撐的情況，顯現出我國邁入高齡化社會問題嚴峻<sup>1</sup>。

為此，政府部門亦規劃了相關對策因應，除在政府組織改造中將原衛生署與內政部社會福利相關單位整併為「衛生福利部」，使國內長久以來分屬衛生署與內政部管轄的護理之家及老人福利機構的長期照護機構，得朝向事權統一方向整合外，也配合訂定「長期照護服務法（草案）」與「長期照護保險法（草案）」，為健全我國長期照護服務體系發展，並銜接長期照護保險開辦，確保服務品質奠定基石。

只是，如同我國引以為傲的全民健保一般，如此攸關全民的福利政策勢必需要縝密的財源籌措規劃，尤其是面對我國平均餘命增加及少子化的高齡化社會趨勢，究竟該如何多元性的規劃服務體系，來滿足日益成長高齡人口的服務需求？加上，面對我國日益困難的財政情況，除了持續增加政府預算投資外，是否有機會引進民間機構協助相關服務系統的完備？

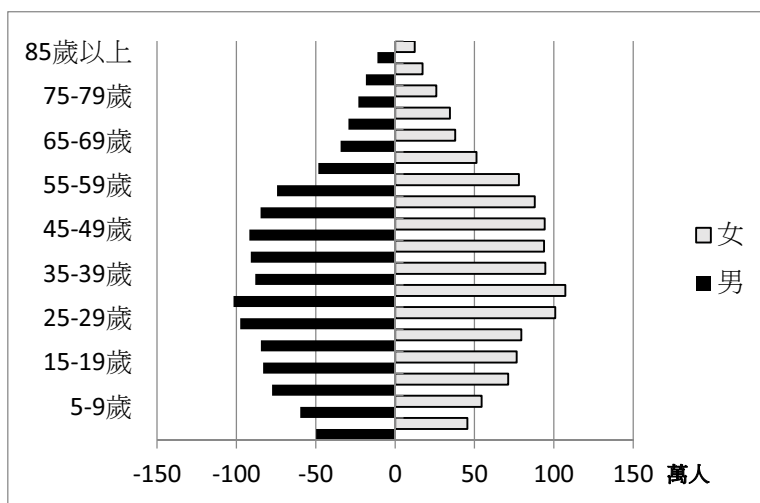
本文將由財政角度針對民間機構參與長期照護之可行性進行探討。探討我國可否在編列公務預算執行福利經費模式外，參酌國外經驗，經由利用民間機構

---

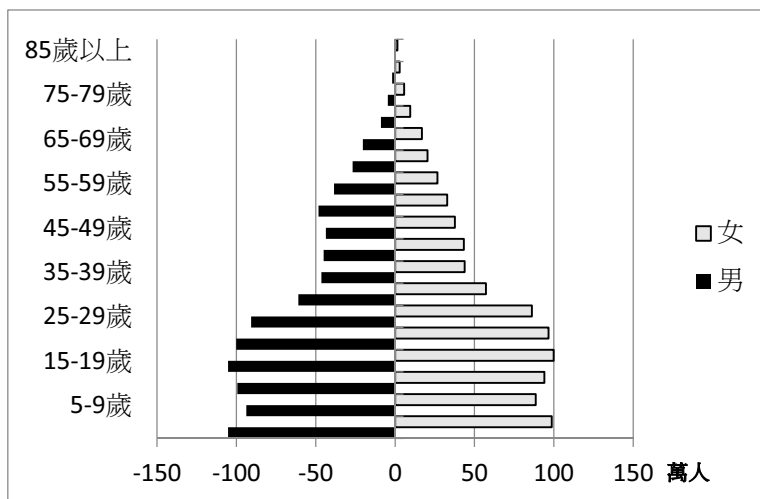
<sup>1</sup> 未來的人口結構變遷，可參考行政院經濟建設委員會（現為「國家發展委員會」）「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」中對於未來人口結構之推估結果。

與政府簽訂勞務採購合約之方式，增進長期照護服務內容與數量。而後將介紹我國現行長期照護服務提供概況，並探討世界各主要國家及我國在長期照護財源籌措方式，再分別介紹國外引進民間參與的方式與個案，最後就我國未來引進民間參與長照事業提出幾點政策建議。

2010 年底



1980 年底



資料來源：主計總處統計專區 > 人口及住宅普查 > 互動式統計圖常住人口年齡分布—按縣市別分。

圖 1 2010 年及 1980 年普查常住人口年齡結構分布

## 貳、我國目前長照服務提供概況

依據 2010 年底行政院主計總處辦理「人口及住宅普查」之「健康醫療補充報告」所指出：我國需長期照護之人口每十萬人就診率為 97,451 人，此比率為全體人口之 1.06 倍；而需長期照護就醫人口平均每人醫療費用達 189,529 點<sup>2</sup>，更為全體人口之 8.6 倍，這樣的醫療需求反應在照護成本上，在需長期照護就醫人口中，居住養護機構者平均每人醫療費用則為一般家戶者之 1.4 倍，而目前我國長期照護服務所需的費用，大部分係由個人及其家庭支應，提供服務的一般養護機構每月平均費用約為 4 萬元，顯見相關負擔之鉅。

整體而言，除針對如退伍軍人、弱勢民眾等特殊需求族群提供基本長期照護服務外，目前我國對於高齡者之照護政府機能上仍相當有限。也正因為尚未施行全面性長期照護制度，所以長期照護相關負擔主要仍由家庭部門自行承擔，而政府則是負責整體制度如機構的管理等行政責任，再由各所屬次級主管機關訂定相關法規予以規範及推動。

由於沒有一套統整的長期照護服務發展計畫，各部會對於長期照護服務業務的推動，時常有重複或不足等缺乏效率情況發生，因此，行政院在「2015 年經濟發展願景三年衝刺計畫」中，特別篩選出「建構長期照護體系十年計畫」為社會福利套案的旗艦計畫，其一即為「建立穩健長期照護財務制度」，試圖規劃專有的穩健財源，建構可長可久的長期照護制度，預估自 2007 年至 2015 年將投入 434 億元經費進行相關工作。

分析政府長期照護服務涵蓋範圍（如圖 2），以老人的健康情況及居住場域加以區分，目前我國政府照顧範圍大抵為陰影部分所示，就「健康」與「亞健康」高齡者，政府僅提供針對特定族群的仁愛之家以及一般民眾申請的老人長青住宅等機構服務，但數量相當有限。而就「需要長期照護者」，由於機構能量限制及國人對進駐安養機構不具興趣，所以極大部分的民眾仍在家中居住，藉由外勞或親友協助自費取得長期照護服務。近年來，藉由政府十年長照計畫開辦，一方面培養更多機構能量，包括公辦及民辦照護機構，另一方面也針對居家照護者提供

<sup>2</sup> 健保費用點數係醫療機構依據全民健康保險醫療費用支付標準與中央健保局醫療費用支付的標準基礎計算，2010 年健保點數平均每點約 1 元。

相關協助。

當然，包括政府預算補貼的全民健保亦對全體高齡者提供部分長期照護服務，但其範圍極為有限，除急重症醫療原係全民健保的保險範圍外，其餘如急重症開刀後恢復之治療，或因衰老所致之失能失智，除與醫療相關服務可請領補助外，其他長期且沈重的照護服務並非全民健保所能提供之範圍。

		健康情況	
		需要長期照護服務者	健康與亞健康
居住場域	居家	由親屬或外勞看護 十年長照	
	機構	公辦機構	民辦機構 民辦老人住宅等 公辦之長青住宅、仁愛之家

註：底部陰影部分為政府政策資源投入範圍。

圖 2 我國高齡者政府長照服務涵蓋範圍示意圖

資料來源：本研究自行繪製。

至於政府在長期照護工作組織分工上，依照「老人福利法」第三條：「本法所稱主管機關：在中央為內政部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。本法所定事項，涉及各目的事業主管機關職掌者，由各目的事業主管機關辦理。……」爰此，內政部社會司於 1998 年將老人福利業務自社會救助科獨立出來，成立老人福利科以主管老人福利業務。至於在衛生主管機關方面，則由過去執行長期照護業務單位行政院衛生署醫政處負責，2004 年起醫政處改為醫事處，並增設護理及健康照護處，處理老人事務。

2013 年，中央政府組織改造，成立「衛生福利部」作為我國最高衛生及社會福利行政機關，負責全國衛生及社會福利行政事務，並對各級地方衛生及社會福利機關負有業務指導、監督和協調的責任。其中，社會及家庭署的老人福利組照

顧發展科，即為組織改造後老人福利業務的負責單位，負責長期照護相關之工作項目，如：規劃研訂長期照護政策、長期照護服務法法令解釋與修訂、推動長期照護服務網計畫、長期照護十年計畫作業（含補助及委辦計畫）等事宜。

又「老人福利法」第十六條言明：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃辦理。直轄市、縣（市）主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。」因此，現行政府部門長期照護服務仍以縣市政府為第一線角色，其設計原因乃因我國現階段照顧管理者之職權涉及政府資源的控制和分配，照顧管理者宜須具備行政上法定權責，又須能因地制宜，貼近不同地區人民需求，故以縣市政府單位擔任較為妥適。

整體而言，我國長期照護服務政策實施至今，雖因應環境變化持續調整，但實施成果仍有待改進。尤其是我國正面臨人口結構改變，長照需求勢必與日俱增，再加上少子化與單身化發展趨勢，未來獨居老人比例將遠高於現在社會狀況。過去有極大部分居家聘用外勞或親屬照顧情況，而目前卻因獨居及東南亞國家禁止看護外勞輸出政策遭受根本性衝擊。為因應社會變遷、提高照顧品質，在財政限制下尋求替代方案，以進一步擴大服務能量，進而促成照顧產業形成，應是政府在思維長期照護服務上可以納入政策思維。

## 參、各國長期照護財源與我國之對照比較

### 一、世界各地長期照護財源籌措模式

如同我國一般，世界多數已開發國家也莫不面對長照服務需求持續成長，而採行各種方式來籌措相關財源，以下分別就歐洲、美國、日本等國之發展趨勢摘要介紹，以作為我國後續相關政策擬定參考。

#### (一) 歐洲

由於北歐國家福利思維發軔甚早，對聘僱專業或半專業人士提供長照服務（即「正式照護 formal care」）已有完善機制外，部分國家甚至規劃財源以支撐「非正式照護」，即利用家庭成員、親戚、朋友、鄰居所提供的照顧服務，這些

服務內容不論是維持日常生活或輔助性日常活動協助、情感上支持、或協助老人做決定都可以作為請領現金補貼的標的，如荷蘭早於 1967 年開始制定「除外醫療支出法（Exceptional Medical Expenses Act, ABWZ）」，以及挪威則在 1988 年開始有地方政府就提供照護服務之親友鄰居提供現金補貼<sup>3</sup>。只是，上述 2 國是利用高額稅負與社會安全保險來支撐如此完備的福利政策，在當前我國社會恐怕無法全然比照施行<sup>4</sup>。

而自 1980 年代開始，當挪威、丹麥與芬蘭等北歐國家開始結合年金制度讓提供照護之親屬與鄰居成為政府雇員；歐洲其他國家在 1990 年代開始，包括奧地利、德國與盧森堡等國則是利用社會健康保險來提供現金給付予非正式照護者，其中德國更同時開辦了強制性的長照保險計畫，由被保險者與雇主平均分攤長期照護成本。至於歐洲其他國家則相對較晚建立全面性長照計畫，例如法國在 2004 年針對需要照護老人設計了保險基金；而西班牙、義大利、波蘭、匈牙利等南歐與中歐國家目前則仍未有全國性支援計畫，只能依賴不同區域的非正式照護部門提供著差異化服務<sup>5</sup>。

## (二)美國

美國如同臺灣尚未開辦全面性長照保險制度，其長照服務財源分別來自政府部門提供的 Medicare 及 Medicaid 商業保險機構所提供的長照保險等，但大部分係由使用者自己掏腰包（Out-of-Pocket）或逆向房貸（Reverse Mortgages，如同我國以房養老制度）等方式支應長照服務。

在政府支援計畫中，Medicaid 與 Medicare 是兩個政府針對特性族群提供醫療與健康相關服務最主要之計畫，其中 Medicaid 係福利計畫，而 Medicare 則是社會保險計畫，兩者給付對象與給付條件有相當程度差異。一般而言，由於 Medicare 僅支付醫療與術後相關費用，對於長期照護或其他費用則不予支付。而 Medicare 計畫則為聯邦與地方政府針對低所得與低資產之貧困老人所設計，該計畫在多數州境係以支付部分在家或社區照護的服務費用，但相關服務條件與

<sup>3</sup> 見 wiki 百科中對於 Long-Term Care 的介紹分析。

<sup>4</sup> 依據 KPMG 資料，荷蘭的所得稅最高稅率為 52.0%，挪威則是 47.8%，我國目前為 40%，若加計社會安全捐，此兩國的平均稅率皆將近所得之一半。

<sup>5</sup> 同註 3。

內容在各州均有所差異<sup>6</sup>。

對許多人而言，以「自掏」腰包方式支付長照費用係在申請 Medicaid 支付前之過渡期不得不採用之方式，因個人儲蓄實難負擔長照費用，所以除個人儲蓄，包括退休帳戶、年金、或其他家族成員協助皆為相關資金的來源。以 2008 年為例，美國的 Medicare 及 Medicaid 涵蓋了近 71% 的全國長期照護支出，自掏腰包約 18%，個人保險支出 7%。此外，亦因私人保險之不足，67% 的護理之家更是利用 Medicaid 作為費用來源，因此 Medicaid 仍是全美長期照護市場最主要的參與者<sup>7</sup>。

### (三)日本

基於國民之共同理念日本於 2000 年制定「照護保險法」，設計以給付與負擔明確之社會保險方式，建構出社會整體支援照護之新體系。該長照保險財源除被保險人繳交之保險費外，國家與地方政府亦須負擔費用。此外，同時也另立以社會福利為主，視使用者身心狀況選擇醫療保健服務或社會福利服務之照護制度，提供需求者申請。

在長照保險制度開辦後，人口高齡化的速度遠超過了原本預期，使照護服務使用人數達開始施行時規劃的兩倍，導致長照保險財務危機。為確保制度得以持續，2005 年日本開始檢討長照保險制度，並於 2011 年進行給付對象與內容的改革，除了強化醫療與照護之合作、確保照護服務人才暨提升服務品質等項目外，最重要的是納入社區整體支持中心，使有照顧需求的老人得以在社區中獲得應有的服務，一直生活到臨終，不必離開熟悉的環境、熟悉的親戚朋友，住到大型機構當中。在社區整體照顧體制下，形成具自助、互助、共助、公助的精神，並且兼具社區地方文化，考慮在地的條件與照顧需求，發展成具在地性的服務體系<sup>8</sup>。

<sup>6</sup> 美國衛生和公眾服務部（United States Department of Health and Human Services；HHS）下的高齡化的專責機構，1974 年成立的 The National Institute on Aging（有翻譯為國家老年疾病研究院），持續提供著美國長照服務的相關資訊，見 <http://nihseniorhealth.gov/longtermcare/payingforlongtermcare/01.html>

<sup>7</sup> 同見註 3。

<sup>8</sup> 見立法院國會圖書館對「長期照護服務法」之國外法案介紹及 <http://www.coolloud.org.tw/node/77459>。



## 二、我國長期照護財源編列與支用分析

我國長期照護體系之財源目前主要來自社政部門有限的公務預算，而在長期照護經費的編列方面，由於近年中央政府總預算中歲出約有七成為法定義務支出，至於其他如「長期照護十年計畫」等相關業務經費，則屬非法定社會福利支出，而是依據計畫與政府財政情況逐年檢討編列。正因如此，長期照護相關預算的編列需要看各年度財政狀況餘絀才得以編列，相關額度往往因為預算困難而有波動。為避免長期照護服務因為預算因素而中斷，社會出現要求儘速開辦長照保險等呼聲，希望將「長期照護」納入政府義務之中，以穩定其財務來源。

而目前政府對於符合補助申請標準的高齡者及其家庭補貼內容，主要是依據長期照護十年計畫，來提供長期照護相關服務及給付。項目大致包括：居家服務、居家照護、居家復健、短期或臨時照顧、日間照顧（護）、機構式服務補助（含長期照護機構、護理之家、養護機構、安養機構）、營養餐飲服務、緊急救援服務、中低收入老人住宅設施設備補助改善、中低收入老人重病住院看護費補助、中低收入老人特別照顧津貼等項，並提供相關的喘息服務，支持、協助家庭照顧者。

然而，由於經濟發展停滯導致歲入成長受阻，政府刻正面臨財政緊縮、預算不足的窘境，部分年度甚至動用到第二預備金才足以因應。回顧中央政府長期照護經費之成長情形，自 2008 年起平均每年均編列約 20 億元以上之經費，2008 年至 2013 年共計編列 156.28 億元，經費由 2008 年 25.33 億元成長至 2014 年 41.62 億元，增加幅度為 64%，而單單 2014 年則比 2013 年增加 28%（詳表 1），可知為因應我國人口高齡化，長期照護需求之增加進而加重國家財政負擔。

表 1 我國社政及衛政公務預算經費成長情形

單位：新臺幣億元

單位		2008	2009	2010	2011	2012	2013	總計	2014 (待審)
社政	預算	22.23	22.85	15.22	15.97	18.85	20.15	115.3	34.6
	第二預備金			0.78	3.82	5.4	7.3	17.4	
	第一預備金 (原內政部)			0.22	0.18			0.4	
	其他社會福利 補經費			0.59	1.01	0.35		1.95	
	小計	22.23	22.85	16.81	20.98	24.6	27.45	135	34.6
衛政	預算	3.1	2.88	2.17	2.32	2.46	3.11	16.04	3.42
	醫療發展基金				1.25	1.25	1.8	4.3	3.6
	其他經費流用			0.3	0.25	0.92	0.02	0.95	
	小計	3.1	2.88	2.47	3.82	4.09	4.93	21.29	7.02
總計		25.33	25.73	19.3	24.8	28.69	32.38	156.28	41.62

資料來源：衛生福利部社會及家庭署，2014。

至於相關預算支用上，由於社會福利屬於地方自治事項，因此相關業務仍由地方政府負責服務提供，中央政府則利用一般性補助與計畫型補助方式撥付相關預算給地方政府，由地方政府進行預算之執行。所謂一般性補助款，係指 2001 年開始將補助地方政府(含直轄市、縣市政府及鄉鎮市區公所)之社會福利預算，依據「中央一般性補助款社會福利補助經費定額設算指標」設算補助標準，其中老人福利主要是以 65 歲以上人口為指標，再交由縣市政府執行。

而在計畫型補助方面，由前內政部(現業務移轉至衛生福利部)針對老人福利之相關需求項目設定規範，由地方政府提報計畫需求來進行不同標準的相關補貼，稱之為計畫型補助項目。此類包括：對長期照護機構之補助、對安養機構之補助、失智症團體家屋、我國長期照護十年計畫等多項計畫，中央均訂有補助

標準與申請辦法，逐年進行審查補助。而除了針對縣市政府外，中央主管單位亦針對照顧機構的直接補助，如對財團法人老人福利機構、財團法人老人安養機構等所進行修繕改建、充實設備的資本門補助項目或者服務費用的經常門補貼。

此外，針對老人長期照護的補助，由於需要照護者往往同時符合身心障礙者日間照顧之資格，所以另可依身心障礙者權益保障法所訂定之日間照顧及住宿式照顧費用申請補助，以減輕需要長期照護者的經濟壓力。只是，依據身心障礙者居家照顧費用補助辦法第十三條所訂：「所需經費，由直轄市、縣（市）主管機關編列預算辦理。」所以這項經費的來源都是地方政府自籌款支應，中央政府的補貼相當有限。

尤其因地方政府站在行政施行的第一線，考量地方人民需求之情形，往往會針對地方特性提供其他長期照護相關福利補貼，但有時會形成「不顧財政而行政政策買票」的質疑。故為穩健地方財政發展，2011年特別規劃「行政院主計總處對地方預算編列及執行預警項目表」，其中「編列非法定社會福利支出」一項，要求地方政府需依據「中央及地方政府預算籌編原則」之規定辦理。對於新增非法定社會福利支出項目者，會予以扣減考核分數或補助款，以避免地方政府賡續編列非法定社會福利支出，造成財政困難，影響施政延續。

實際上，地方政府為因應不同的在地需求，以及中央政府對各縣市地區主管機關的補助、控管標準不一，使得地方與中央政府在長期照護服務輸送體系中扮演的角色也常產生矛盾、齟齬情形。

而不論是透過一般性補助或計畫型補助，來自公共預算的長期照護財源終究有其瓶頸，實無法支應未來臺灣社會發展，再加上制度設計並非完善，縱使已進行各類事前審查評估，如需求評量、服務資格核定、照顧計畫擬訂、連結服務、監督服務品質，以及複評等步驟，然而，上有政策、下有對策，在管理漏洞方面我國長期照護服務仍有許多不足之處，導致當前優質床位一位難求，但整體照護床位卻大幅供過於求之情況，對於老人福利福祉與青壯年的照護負擔，更是莫大的生活壓力。

因此，「我國十年長期照護計畫」中即曾提及，希望能夠擴大引進民間參與，

也就是透過公共私營合作模式 (Public Private Partnership, PPP)，鼓勵民間加入長期照護服務之提供。而對照世界各國民間參與公共建設 (PPP) 之發展趨勢，除財務自償性高之案件以 PPP 模式推動外，對於財務自償性低之民間參與案件亦以民間財務主導公共建設 (Private Finance Initiative, PFI) 方式推動。因此對照國外民間參與案件之推動經驗，在公部門預算有限情形下，PFI 模式應可成為國內公部門推動基礎公共建設外，另就依法需由政府提供之公共服務方式提供另外一個選項。有鑑於此，行政院 101 年 6 月指示公共工程委員會 (前促進民間參與公共建設法令主管機關) 研議以 PFI 方式擴大國內民間參與方式，經過所屬行政部門的研議提出三項示範類別，其中長期照護即為其中之一項。其辦理方式之法源依據經相關行政部門開會研商，如符合「促進民間參與公共建設法」第三條及第八條規定者依該法辦理。然我國過去雖多有以促參模式提供的社會福利設施，但對於績效付費相關方式的著墨卻相當少。如何參酌國外經驗來改善服務水準，或許是我國現在應該加速考量規劃的重要課題。

#### 肆、日本及英國民間參與長期照護服務之經驗

面對國家財政困難，引進民間資金與效率來提供公共服務早已是國際上的發展趨勢，國內現行已訂有「促進民間參與公共建設法」引進民間資金推動公共建設，如能結合國外 PFI 制度推動國內公共建設及依法需由政府提供之服務，應可擴大民間參與。PFI 制度源起於英國，後被日本等國仿效，我國為因應現行法制環境，財政部目前將 PFI 制度稱之「政府購買公共服務型促參計畫」，即為一種強調績效付費的公共私營合作制度。此方式是指政府與民間機構間以長期契約之方式約定，由民間機構投資興建公共設施資產，於營運期間政府再向民間機構購買符合約定品質的公共服務，並給付相對費用或由民間機構以經營獲利平衡投資報酬；換個角度亦可說是由政府向有寬裕資金之民間團體借錢興建重要公共建設，分年償還借款，以促使民間提案參與公共建設。如此一來，政府無需舉借龐大公債，可避免舉債過多問題，並且能夠與民間分攤興建及營運風險，降低政府財政壓力。

當然，任何制度都有一定的優劣得失，各國 PFI 推動經驗亦是多有圖利民間

機構或公益性喪失的懷疑與質疑，但整體來說，對於政府財政能量的填補也發揮了一定程度的功效。

就長期照護服務而言，同樣的，需思考公益性的維持以及政府財政角色的扮演，以下分別針對「以長期照護服務之購買取代政府自行提供」、「提供長期照護用地來降低投資長照事業者之成本」、「整合長照需求活化少子化趨勢下的學校用地」及「用公益床位取代權利金的長照服務購買模式」等幾類政府長期照護服務購買的 PFI 模式進行介紹與分析：

### 一、以長期照護服務之購買取代政府自行提供—日本東京中央區「相生の里」案例

相生の里是位於東京春海運河旁的中央區複合式老人照護中心，是日本推動 PFI 制度相當早期的計畫。該案於 2002 年 3 月實施方針公告、同年 9 月特定事業之選定等項目，而在 2003 年簽約後，2005 年順利完工並營運至今，為中央區的高齡者提供完整且優質的服務。

本案推動目的是希望建設一個以失智高齡老人為主要服務對象的合適住房設施。除此之外，這個設施亦應該具備日間照顧，以滿足照顧能自理到需要看護的老人居住環境設施需求。換言之，該案乃利用 PFI 方式完成一座附帶安養照護功能的高齡者住宅，更期望在修建設施時也可將民間事業者所擁有的知識和資金有效的加以利用，為高齡老人提供優質福祉服務。其計畫架構為由中央區政府就服務標準訂出服務費，加上整個設備設施的成本攤提，由政府逐年付費給民間業者來取得長期照護。

在具體的服務內容上，包括：老人失智症、Care House、Service Center 與獨立生活不安者等服務所辦理的社會福利設施，並同時作為區域日照中心等多面向目標。所以開放民間機構採複合設施模式經營，以有效提供東京中央區民眾利用。在經過招商、審查與簽約興建後，目前經營者為由建設公司與照護機構合作成立之「高齡者介護福祉サービス株式会社」。

就分類而言，本計畫的事業方式是採用日本 PFI 法中所規範的 BTO 方式，

也就是民間機構完成興建後，由政府編列預算逐步買回設施設備，同時交由民間營運。在這樣的架構下，PFI 事業者除需確保事業實施所需求的資金外，更要顧及完成符合該區要求水準的老人介護福祉設施的設計和建設。竣工後、該區擁有建築物的產權，PFI 事業者在進行運營時，也被委任以建築物的維修和管理工作。

就經營者而言，本案 PFI 是業者的收入，可大致具體分為下列幾項：

- (一) 東京市中央區所支付的建築物、設備等的費用。
- (二) 設施竣工之後，區公所依據契約所支付的對價，也就是政府購買建築物、設備等的服務費用為 PFI 事業者的收入。
- (三) 長期照護的相關費用收取。
- (四) 以日本介護保險制度為基礎的收費。
- (五) 設施自費使用者：1. 針對使用設施所支付的使用費；2. 收取入住人租金、入住時一次性費用等收入。
- (六) 東京市中央區公所支付的其他辦理業務委託費。

為達到政府有效與民間機構整合，配合 PFI 風險分攤的主要目的，若對照全案由政府自行興建，透過 PFI 方式，不論是興建期建設經費的超支，或是經營期間的各項風險，都經由契約有效地移轉到經營者端。又因為納入了經營期間的考量，所以在興建期就更能掌握未來使用的確實需求，發揮終身成本節省的目的。

值得一提的是，在修建完備設施的同時，該案也重建了當地交流設施（提供給周邊區民的集會設施和資源垃圾的儲存場地），讓親子圖書館、老人健康促進運動設施等成為新的社區中心。本案的主要服務內容要求如表 2 所示。

表 2 「相生の里」服務內容

	名稱	服務人數	服務內容
入住設施	老年失智症	18 名	相對穩定的老人失智症患者
	家庭護理公寓	(9 名×2 單位)	
(入所設施)	病床	80 名	能自由站立者 32 名 (8 床×4 房), 特定設施居民生活護理 48 人 (長期護理) (8 床×6 房)
		(8 床×10 房)	
一般設施	老人居家服務中心	30 名	老人在家需要照顧之提供, 包括日常生活和護理和功能鍛鍊, 如吃飯, 洗澡, 或諮詢和建議
	服務中心		改善老人肌肉情況之相關服務

資料來源：日本中央區公所，2002。

## 二、提供長期照護用地來降低投資長照事業者之成本——江古田之森保健福祉設施

日本東京都中野區政府將原有的國立療養院中野病院 (占地面積 9,550 平方公尺), 改為設置老人保健、老人照護、以及殘障服務等設施, 希望經由 PFI 模式導入民間之活力, 改建既有設施並提供東京市需求者相關之公共服務。

如同其他新建的日本長照設施, 本案亦採用複合式、多元化的整合服務, 如介護老人保健設施 (即老人保健設施)、介護老人福祉設施 (即老人特別護理住宅)、小規模身體殘疾者護養設施 (兼有特別護養老人的住宅設施)、適合智力障礙人士入住設施、地域交流地等, 都是期望透過本基地開發達到目的與服務內容。

就 PFI 的分類而言, 該設施主要採「獨立採算型」, 也就是整體計畫開發的收入主要依賴使用者之付費來平衡期初之投資, 政府端不另行編列預算支付民間投資人。換言之, 本事業可歸類於 BOO 模式的開發方式, 也就是由選定的事業者自行調度資金、進行本事業有關的設施修建、經營業務, 政府端未支付相關服務購買經費, 僅提供用地, 中野區政府則是藉由舉借區債購置該筆土地並無償

設定給選定的事業者作基地使用，因此由公部門承擔了貸款的全部成本。

在修建本設施時，為確保機構設施盡可能的相互整合運用，以尋求多機能複合化帶來的效果和效率；同時，更希望本設施成為超越年齡層的交流場所，因此本計畫要求內容如表 3。

**表 3 「江古田之森」服務內容**

設施名及事業名	人數	
<b>(1) 老人設施</b>		
介護老人保健設施	介護老人保健設施	100 床以上（上限為 120 床）
	短期入住療養介護設施	20 床以上（利用空床）
	通所介護事業	40 人 / 天
介護老人福祉設施	介護老人福祉設施	100 床以上（上限為 130 床）
	短期入住生活介護設施	20 床以上（專用）
	通所介護事業	40 人 / 天
<b>(2) 殘疾人設施</b>		
※兼設介護老人福祉設施		
小規模身體殘疾者護養設施	小規模身體殘疾者護養設施	10 人
	身體殘疾者短期入住事業	2 人
	身體障礙者日間服務設施	15 人
適合智力障礙人士入住設施	適合智力障礙人士入住設施	30 人
	智力障礙人士短期入住事業	2 人
	智力障礙人士日間服務設施	15 人
<b>(3) 交流設施</b>		
地域交流地（防災中心型）	沒有特別規定人數，但提供發生災害時可容納 30 人左右的老人或殘障人士的避難場所，兼作為介護老人福祉設施。	

資料來源：日本中野區公所，2003。

正因為本事業的主要特色在於本案係由醫療機構投資經營，採用「獨立採算型」模式，也就是政府不出資保證購買服務，僅是利用提供用地來降低投資者原本必須承擔的高額購地成本，至於事業的主要收入則是由服務使用者自行負擔，或利用日本的介護保險支付相關費用。儘管如此，本計畫仍規劃相關的履約績效管理機制，以落實全案計畫目標。



另外，在當時多家競爭者中，此業者具醫療機構背景之優勢，並強調醫療急重症後期恢復功能之提供，以降低病患家屬照護成本因此脫穎而出。包括設置體能訓練室與機能恢復室等，讓高齡者結束開刀等治療後，得以在專業的輔助下逐步恢復體能，大幅降低家屬照顧的負擔。而藉由本事業也讓周邊的公園，對老人與病人提供良好的視野與恢復環境，更得以發揮原本公共設施設置目的。

### 三、整合長照需求活化少子化趨勢下的學校用地—日本千葉縣市川市立第七中學校舍、廚房、禮堂及幼稚園保育所興建計劃

千葉縣市川市市立第七中學校舍重建案，除了校舍外，也同時需要廚房、禮堂等設施，內容詳表 4。在考量少子化發展趨勢及政府財政困難，利用 PFI 方式將幼兒園、老人服務中心和老人照護設施等合併於新建計畫中，讓學校用地與照護產業有更緊密的結合，同時有效引入民間的活力與資金。

表 4 「市川第七中學 PFI 案」主要內容

公共設施管理者	市川市
所在地	市川市末広 1 丁目 1 番 9 号。
	基地面積 23,526.420 平方公尺
施設概要	總建築面積 14,901.968 平方公尺 (內部 3,280.518 平方公尺為照護事業用空間)
	施設内容 學校校舍、餐廳、禮堂，托兒所、日間護理中心，照護中心……等
事業期間	約 16.5 年 (設計、建設約 1.5 年；維持管理、營運 15 年)
設施所有權形態	BTO 方式
事業類型	服務購入型(學校校舍等部分)、獨立採算型(照護事業等)
總事業費	約 49 億日元(內約 10 億日元為照護事業)
選定事業者業務内容	包括施設之設計建設、設施維持管理、期滿之所有權移轉業務、設施之管理業務(照顧事業空間)

資料來源：整理自日本市川市ケアハウス整備等 PFI 事業之介紹，  
<http://www.city.ichikawa.lg.jp/pla01/1531000002.html>。

在整個計畫中，校舍、禮堂等相關設施採以「服務購入型」方式，由政府之

後逐年編列預算採 BTO 模式進行。至於一樓的幼兒園以及四、五樓的照護介護設施則為「獨立採算型」，由經營者對使用者進行收費，以平衡投資收益。

本事業的特色在於除了導人民間的資金以及興建效率之外，更讓位處市區中心的校舍用地有了垂直多元的利用面向，有效融合了不同年齡的空間運用，使學校不致因為少子化而形成空間浪費。而政府付費項目與自負盈虧項目之契約整合，如同讓該校青年學子與照護產業或幼教產業的結合一樣，強化了學習的產業銜接，對學校的教育訓練而言亦是難得的實務結合契機。

#### 四、用公益床位取代權利金的長照服務購買模式—英國西敏市 Forrester 老人照護中心

Care UK Community Partnership Ltd.（下稱「Care UK」）是英國一個新興的醫療團隊，目前經營 85 個居家照護點以及 12 個照護中心，服務全英國超過一萬多名行動不便的長者。而本案正是西敏市在 1998 年與 Care UK 簽約的長期照護服務購買契約，隨後也持續運作迄今。該案為 25 年契約期間內，由郡政府向該公司購買照護老人的服務，並要求由該公司在總數收費床位中至少一部分比例供公益需要使用，而付費機制係由市政府針對 72 個床位所進行的對價付費與風險分攤機制。

此計畫之緣起為西敏市有超過半數的老人為獨自居住，市政府每年約需花費 8,300 萬英鎊的社會服務支出，為尋求其他可能提供服務的模式，有鑑於 Care UK 曾與英國社會服務與國民健康服務簽訂 PFI 契約，在提供老人照護方面具有專業且豐富之經驗，且 Care UK 提案之價格較採用傳統政府採購方式低廉。西敏市政府遂於 1998 年 3 月與 Care UK 簽訂 25 年之長期契約，由 Care UK 在一個具有 110 個床位之設施中提供 90 個床位給政府，而政府向 Care UK 購買照護老人的服務，其中 72 個床位為政府簽約之床位，而另外 18 個床位供政府優先承購。政府簽約之 72 個床位包括 40 個照護床位、12 個重度照護床位、10 個精神疾病床位及 10 個早期老年失智症床位。

在本案中，Care UK 負責依「專案概要樣本」（Outline Business Case, OBC）所訂之標準維持並營運照護中心，而政府同意針對簽約之床位及服務支付對價。

因此，政府須負責填滿簽約之 72 個床位，並須承擔物價上漲造成之成本增加風險。

此外，Care UK 需承擔所有建設風險，包括建設成本、遲延完工、因設計不良及（或）為控管品質而需改善潛在缺陷之成本，以及其所委託之其他服務提供者未妥善提供服務之風險，Care UK 亦需承擔此 PFI 計畫相關融資之風險（例如利率攀升、收益不如預期及稅務等風險）。

本案的特性即將付費機制與服務績效進行完整的連結，例如政府須依契約每年支付 72 個床位之服務對價，但每 5 年可減少 2 個床位。如政府無法填滿床位，Care UK 有權降低簽約床位之價格。契約並約定衡量 Care UK 績效之監控標準，分為以下列五個面向評估：照護水準、排便節制管理、飲食內容、飯店式服務、老人健康及安全等。

如 Care UK 未達績效目標，將扣減每月應支付 Care UK 之服務對價（Unitary Charge）。如 Care UK 之整體績效未達 95%，每月應支付 Care UK 之服務對價將依表 5 所列比例扣減。

**表 5 西敏市 Forrester 老人照護中心績效付費表**

績效達成率	Care UK 可收取之服務對價比例
80%~84.9%	80%
85%~89.9%	85%
90%~94.9%	依實際績效達成率收取
95%以上	100%

資料來源：Tahir M Nisar, (2010)。

## 伍、結論與建議

就長期照護需求的角度來看，為因應我國未來大幅增加的高齡人口可能出現的長照服務需求，在有限財政資源中，需從各種層面去思考可能的政策方向。尤其究竟政府有無能量開辦長照保險？當前看來仍屬未定。本文藉由探討國內長期照護制度、國外長期照護財源籌措與個案 PFI 經驗，期可為我國若要引進民

間參與長照服務政策研擬參酌。

展望未來，我國若欲參考國外經驗，以 PFI 模式推動長照，下列三項建議將是可以思考的方向：

- 一、參考英、日等國經驗，建立 PFI 模式之長期照護服務委託民間參與試行案件。藉以探討如何明確釐定服務績效付費標準，落實風險分攤目的，以借助民間機構的資金與效率，協助滿足國人持續增加的長期照護服務需求。
- 二、將長期照護事業現行的社會福利定位，進一步延伸至產業層次，規劃產業發展策略，期使經濟發展與國民福祉保障結合，引進各界共同參與架構，完善長照服務輸送體系。
- 三、過去受限於經費補助條件、法令限制等因素，長照服務提供者往往忽視投資、折舊等資本建設面向，僅做短期成本考量，阻礙產業服務創新之空間。可規劃長照事業研發獎勵措施，有效引導民間自主投入長照市場，並透過 PFI 績效付費機制，一方面可提供足夠誘因使民間經營者同時考量其興建及營運成本，增加資本建設，促使產業進化，另一方面可減少民間經營者不斷削價經營的惡性循環，以改變提供長照服務的市場結構，健全整體產業之永續發展。

## 參考文獻

1. 中央區公所，「痴呆性高齢者グループホーム等の整備・運営事業 特定事業の選定」，2002。
2. 中野區公所，「江古田の森保健福祉施設の整備・運営事業特定事業の選定」，2003。
3. 立法院，立法院國會圖書館國外法案介紹，“長期照護服務法”，<http://npl.ly.gov.tw/do/www/billIntroductionContent?id=53> [Feb. 23 2014 accessed]。
4. 行政院，「我國長期照護十年計畫一大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，2007年。
5. 行政院主計總處，「99年人口及住宅普查健康醫療補充報告」，<http://www.dgbas.gov.tw/public/Attachment/33298512771.pdf> [Feb. 22, 2014 accessed]。
6. 國家發展委員會，「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」，

<http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455&ex=2&ic=0000153> [Feb. 22, 2014 accessed]。

7. 衛生福利部社會及家庭署，「我國十年長期照護推動情形與未來展望」，促進民間資源參與長期照護服務產業 BOT 研討會簡報資料，2014。
8. Tahir M Nisar, The Design and Implementation of Public Private Partnerships in the UK's Social Sector,  
<https://www.hse.ru/data/2011/08/31/1268408998/T.%20M%20Nisar%20Design%20and%20implementation%20of%20..ships%20in%20the%20UK%E2%80%99s%20Social%20Sector.ppt>[Feb. 23 2014 accessed]。
9. KPMG INTERNATIONAL, KPMG's Individual Income Tax and Social Security Rate Survey 2012, 2012。
10. Wikimedia Foundation, Inc., "Long-term care." date last updated (Jan. 24 2014), [http://en.wikipedia.org/wiki/Long-term\\_care#cite\\_note-Saltman-3](http://en.wikipedia.org/wiki/Long-term_care#cite_note-Saltman-3). [Feb. 23 2014 accessed]。