

台灣長期照護保險的規劃與展望

李玉春

陽明大學衛生福利研究所教授兼衛生福利政策研究中心主任
行政院衛生署長期照護保險籌備小組總顧問

綱要

壹、背景

貳、台灣長期照護保險之規劃

參、長照保險之細部規劃

肆、現況問題與未來展望

壹、背景

因缺乏長期照護(簡稱長照)服務與相關社會支持，近年來，台灣社會悲劇層出不窮(如老翁無力照顧，釘死久病老伴)，長照議題日益受重視。長期照護是針對先天或後天身體或心智功能受限制，持續至少如六個月，且日常生活或身心機能需要他人協助維護者，所提供的家務、行動、飲食及身體衛生協助、以及復健、護理等服務，目的在維持或恢復其功能自立。

台灣過去長照服務的提供主要以老人為對象～雖然有近 40%需要長照者並非老人(衛生署，2011)。依據台灣內政部近年的調查(內政部，2009)，台灣老人對生活最擔心的問題中前三名為自己健康的問題(34.35%)、自己與配偶生病照顧的問題(18%)、經濟問題(16.67%)；在台灣全民健保與國民年金制度已實施後，目前台灣老人最急迫需政府協助的就是照顧的問題，也因此推動長期照護保險(簡稱長照保險或長保)成為政府推動的重要政策。

一、台灣為何需要推動長照保險？

(一)人口急速老化，照護需要急遽增加。

台灣 2012 年老人(65 歲或已上)僅占 11.8%，未來五年人口將急速老化，預計 2018 年進入「高齡社會」(14%老人)，2025 年進入「超高齡社會」(20%老人)(經建會，2012)。2033 年人口老指數(老人/幼年人口比例為)將居全球之冠。

人口老化，將使長照需要增加，依據台灣衛生署「2010 年國民長期照護需要調查」，全國 5 歲以上，依據「日常活動功能(Activities of Daily Living, ADLs)」，工具性日常活動功能(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)以及「認知功能簡易篩選(Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)」評估結果的失能率為 2.98%(衛生署，2011)，2031 年將成長為 5.19%，建置長期照護制度，刻不容緩。失能率隨年齡增加而增加，65 歲以上總失能率達 14.95%(其中 65-74 歲，75-84 歲以及 85 歲以上失能率分別為 7.29%, 20.44% 和 48.58%)。

(二)正式照護使用率低、家庭照顧能力弱化，很多仰賴外勞。

因高齡少子化，2011 年每 6.7 個 15-64 歲人口可支撐一個老人，到 2060 年只剩下 1.2 人。2011 年需照顧者中，22.6%使用過正式長照服務，其餘皆由家屬或外籍看護工照顧，後者已占失能者 27.5% (衛生署，2012)。未來家戶人口與外勞來源皆逐漸減少，加上有 25.86%主要照顧者已不堪照顧負荷(衛生署，2012)，對正式照護體系之需求恐急。

(三)長期照護資源嚴重不足，分布不均，利用率仍低。

目前以入住型機構床數較為充足，居家與社區照護嚴重缺乏(經建會，2009)。而居家照顧服務員訓練人數雖超過八萬人，但留任比率僅三成，長期恐人力不足。老人失能者，長照服務利用率雖由 2008 年的 2.3%成長為 2012 年的 27% (占所有失能者 16%，衛生署照護處資料)，很多失能者仍未使用長照服務。

(四)政府稅收不足，缺乏穩定財源帶動長照服務發展，家庭負擔沉重。

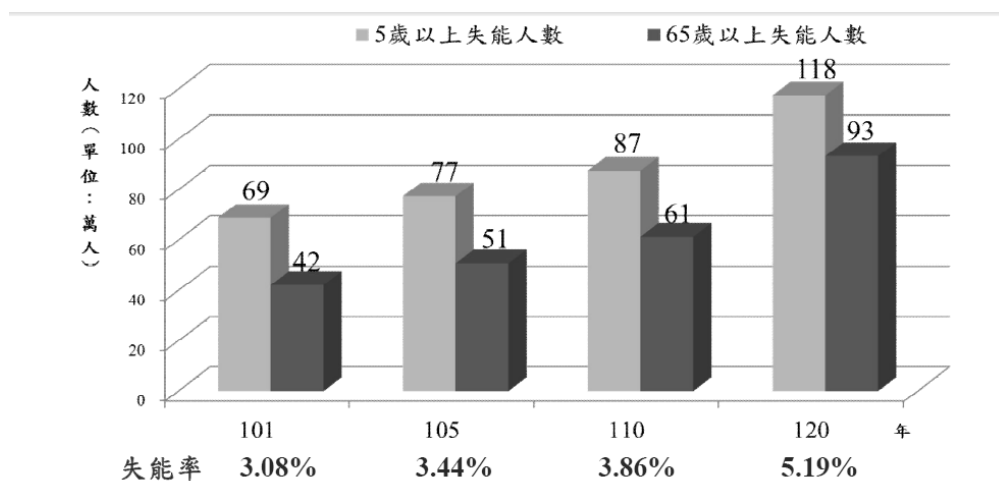
為建立台灣長照體系，自 2008 年起台灣以稅收推動「長期照顧十年計畫」，提供失能者八項長照服務，一般民眾使用社區與居家長照服務需自付 30%，中低收入得以減免；入住型機構照護僅補助經濟弱勢者，一般民眾需自費。

但受經濟不景氣與政府其他政事的競爭，預算日益不足。缺乏穩定而充足的財源，無法大幅帶動長照資源之成長。對家庭而言，有 40.49%主要照顧有經濟上

的壓力，照顧經濟負擔沉重（衛生署，2012）。為長照建立一個可以永續經營的財務制度～如社會保險，與 OECD 國家一樣，應列為長照體系最優先的政策（OECD，2011）。

由上述分析可知，未來因人口快速老化，對長照需求將急遽增加，但服務供給不足，又缺乏充足穩定的財源，帶動長照資源的成長，而制度建制需 5~10 年才能成熟，不能再等，因此有必要即刻開始積極推動長照保險，期能如全民健保一般，透過社會互助，減少家庭負擔，並帶動長照資源快速成長，以滿足民眾之需要。

有鑑於此，台灣的經濟建設委員會於 2009 年中完成「長期照護保險(簡稱長保)規劃報告」，衛生署自 2009 年中成立「長期照護保險籌備小組(簡稱長保小組)」進行細部規劃與推動長期照護保險。以下將簡介台灣長期照護保險之規劃。



資料來源：國民長期照護需要調查，2010年；2012-2060年台灣人口推計，2012年。

圖 1. 2011-2031 年各年失能人數推計(年指民國)

貳、台灣長期照護保險之規劃

目前長保總體的規劃扼要說明如下：

一. 保險體制～強制性社會保險，全民納保。

(一)長照保險之目標：

- 1.藉社會自助互助，分擔長期照護財務風險。
- 2.維護與促進失能者獨立自主生活。
- 3.帶動長照服務資源發展，提高可近性。
- 4.建構高齡化社會完善之長期照護制度。

(二)為何採社會保險，而不採稅收制或私人保險？

目前長照總體失能率低(2.98%)但發生風險後個人支出龐大，若採私人保險，未必每個人皆負擔得起，不足保障全民之需要，只能當補充保險。社會保險藉由社會互助與風險分擔的精神，不論長照風險高低，強制納保，分擔風險能力較高，每個人平均保費負擔較低，較負擔得起，不易有逆選擇或不公平的現象，政策路徑相依，較符合我國其他社會保險精神，可行性較高。

若採稅收制可行性較低，一方面政府需獨力籌措所有財源，較社會保險負擔要高出 1.8 倍，在低稅賦的台灣(中央稅收僅占 GDP11%)，可行性較低；另外稅收制容易受政事排擠與經濟景氣波動影響，財源較不穩定，且有近三成家戶不需繳稅，相對較不公平。因此在體制面的設計，仍採強制性社會保險規劃。

(三)為何選擇「全民強制納保」，而非 40 歲以上者加保？

各年齡層皆可能失能，若只允許 40 歲以上民眾加保，雖較不會造成年輕低風險者反彈，但會有年齡歧視之問題；且若僅 40 歲以上加保，其失能風險相對較高，整體風險分擔能力較弱。

採全民強制納保優點是與健保雙保一致，可行性較高、較公平，整體風險分擔能力亦較高，符合保險大數法則(納保人數越多，分擔風險能力越高)，不會有年齡歧視之問題，不會有人搭便車~等失能才加保。缺點是年青人風險低也要繳保費，未必願意支持。但依據民意調查(衛生署，2010~2012)，年青人對長保支持率仍近七成或以上；更何況長照險可減輕家屬負擔，受益者非僅個人。

此外，身心障礙者因擔心原享有的社會福利會縮水，對是否加入長保尚無定見。但未來非屬長保給付的社會福利仍將維持現狀，身心障礙者除福利不縮水外，將可獲得更普及的長保給付，雙重保障應較選擇以量力而為原則補助的社會福利為多。

(四) 等待期之規劃

為避免「搭便車」之弊端，曾經加保但因出國、旅居海外戶籍已除籍者，返國恢復國籍後必須有三年等待期，才能獲得保險給付。

二. 保險組織～單一保險人，健保長保雙保一致

長照保險的主管機關為衛生署或七月 13 日改制後的「衛生福利部」。另考慮長照保險在承保、財務、資訊、特約管理等制度與現行健保制度頗多重疊，因此政府決定不另設長期照護保險局，而將擴充健保局之組織與編制，由其負責辦理長照保險，除可資源共享、借重健保經驗、節省行政經費外，因雙保一致，民眾只需面對單一窗口，可收簡政便民之效。

未來健保局將負責全國所有保險對象長照需要評估、判定給付等級、核定照顧計畫等所有照顧管理工作，並負責特約長照機構之管理與支付費用，而不由地方政府負責擬定照顧計畫。由健保局以一條鞭方式統一負責全國全部照顧管理機制，可藉單一管道標準化的訓練與管理，提升評估與核定給付與照顧計畫一致性、公平性、合理性，減少地方之人情關說，避免縣市各自為政、造成地方請客保險人買單，權責不相符之現象，亦不需疊床架屋出動兩位訪視評估員或照管專員。其缺點是地方政府可能因此較缺乏開發創新型服務、發展長照資源之動機。但因「長照服務法」賦予地方政府規劃與執行轄區內長照體系，辦理長照訓練，督導、考核及評鑑轄區內長照服務單位之任務，因此上述顧慮應不致太嚴重。

三. 保險給付制度

(一) 給付方式：以提供長照服務（實物給付）為主。

(二) 給付服務原則：

1. 提供可負擔得起、好品質、可靠之服務。
2. 優先提供社區與居家服務，以達成在地老化之目標。
3. 尊重需照顧者之自主性、尊嚴、與文化差異。

(三) 給付內容：

1. 全日住宿型機構照護；
2. 社區式照護：日夜間照顧；

- 3.居家式照護：如居家服務、居家護理及居家復健；
- 4.照顧者支持服務：喘息服務，照顧者訓練與支持服務、關懷訪視；
- 5.其他服務：輔具服務、居家無障礙空間修繕，交通接送，其他經政府公告之服務。

上述居家服務，若需照顧者與家屬選擇部分或全部由家屬提供，亦可獲得給付，以增加需照顧者之選擇，但給付從嚴，且有品質確保機制，避免領了錢不照顧。

上述服務項目，將視開辦時程、民眾付費意願、及長照資源整備狀況，必要時得分階段實施。

(四)給付資格與條件：

- 1.領取保險給付者，必須事先經過保險人的需要評估，認定失能者，才能獲得保險給付。
- 2.只給付基本服務：依險對象失能程度核定給付等級及給付水準（額度）上限，超過上限部分需自付。
- 3.服務之提供以社區及居家服務為優先，重度失能者始可獲得全日住宿型機構式服務給付。不符資格但選擇全日住宿型機構者，應自付差額。其依現行社會福利或其他法規可入住機構者，其給付差額由相關法規主管機關補助。
- 4.全日住宿型機構式服務只給付評鑑合格機構之長照服務，且膳宿費用需自付。
- 5.家屬自行照顧者請領給付條件將從嚴：經評估有居家服務需要者，其主要照顧者經評估確認有照顧意願與能力且照顧負荷足以勝任照顧工作者，保險人將協助其擬定照顧計畫，主要照顧者需接受照顧訓練及服務品質督導，並依照照顧計畫提供服務，始得請領給付。其照顧品質不佳，或照顧者有「壓力性負荷」者，保險人得以提供服務取代。

四. 保險財務制度：財源為保費與部分負擔，強化財務責任制度

(一)財源籌措

為便於徵收，長保主要財源（費基）與健保一致～改革時亦將跟進，但財務獨立。保險收入 90%來自保險費～由被保險人、雇主、政府，三者依與健保相同

的分攤比例分擔保費，10%則來自部分負擔。

(二)強化財務責任制度

為使長照保險永續經營，長保財務有如下之規劃：1.長保之給付與保險財務、支付制度收支連動，其給付內容、水準與支付標準，將考慮全體付費者財務負擔能力，以「量入為出」的模式決定之～亦即有多少錢做多少事。復因長保只給付基本服務，服務內容不像健保有那麼多高科技醫療，費用成長率較可預期，因此其財務相對於健保具有較高的可預測性、穩定性，較可能達成財務收支平衡。2.採部分提存制，計算十年平衡費率，有八個月的安全準備，可提存部分資金，以供人口快速老化時調節財務收支之用，使保險費率藉時不需在短期內大幅調整。3.財務定期調整：每三年依公式定期調整費率，提高費率調整自主性與彈性。4.特殊狀況財務調整：由長照保險委員會負責費率、給付與支出之審議與協定後，必要時可調整給付或費率，其結果由主管機關逕行公告實施，不需報行政院核定，以避免太多外在因素之干擾，危及長保之永續經營。

參、長照保險之細部規劃

一、發展長照保險需要評估工具：多元評估量表（Multi-dimensional Assessment Instrument, 以下簡稱 MDAI）

「長照十年計畫」主要依據 ADL(獨居老人可依 IADL,失智者依 CDR(Clinical Dementia Rating, 失智症評估量表)核定給付，以身體功能失能的評估為主，無法完全反映心智功能障礙者長照需要，因此台灣歷經一年餘，研擬 MDAI。

MDAI 依據文獻探討、焦點團體、專家會議與顧問會議討論結果自行發展，包括六大面向，經測試後具有非常高的專家內容校度 (content validity index, CVI)、訪員間一致性信度 (Intra-class correlation coefficient, ICC)、與內部一致性信度 (Cronbach's α)，可見 MDAI 適合做為長照保險需要評估工具。目前正進一步修正 MDAI，期能適用於精障、失智症者等各群體。

表 1 長期照護保險需要評估工具~多元評估量表(MDAI)之內容與信效度

六大面向	內容	訪員間 信度 ICC	內部一 致性信 度 α	專家效度(CVI 值)		
				適當性	相關性	可行性
ADLs 及 IADLs	ADLs：移位、走路、吃飯、上廁所、上下樓梯、穿脫衣物、大便、小便、個人修飾、洗澡	.999	.955	0.95	0.98	0.98
	IADLs：上街購物、外出活動、備餐、家務處理、洗衣服、使用電話能力、服用藥物、處理財物	.996	.935	0.99	0.99	0.99
溝通能力	視力、聽力、說話能力、理解能力及意識	-	-	0.95	0.95	0.97
特殊及複雜照護需要	特殊照護(鼻胃管、氣切管、導尿管、呼吸器、傷口引流、造瘻部位、氧氣治療)、皮膚狀況、口腔牙齒、用藥、疼痛、進食、疾病診斷、疼痛、用藥、肌力、關節活動度、輔具、衰弱等	-	-	0.98	0.98	0.97
認知功能 情緒及行為型態	認知功能簡易篩選表(SPMSQ)	.999	.925	0.95	0.95	1.00
	情緒及行為型態：遊走、日夜作息困擾、語言攻擊行為、肢體攻擊行為、干擾行為、抗拒照護、妄想或幻覺、恐懼或焦慮、憂鬱、自殺或自傷	.994	.931	0.95	0.93	0.93
居家環境 家庭支持及 社會支持	居家環境：居住狀況、居家環境 家庭社會支持：社會參與、主要照顧者評估、主要照顧者工作與支持	-	-	0.97	0.95	0.97
主要照顧者 者負荷	照顧者壓力指標 (caregiver strain index, CSI)	.999	.977	0.95	0.90	0.90

二、發展「長期照護案例組合系統」

現行「長照十年計畫」給付分三等級，但主要以 ADL 失能項目為照顧服務分級標準。為提高給付核定之公平合理性，避免人情困擾，長保規劃建立電腦化給付核定系統，因此有必要研發「長期照護案例組合系統 (Long-term Care Case-Mix

System, LTC-CMS)」，依失能情形與所需長照服務種類與數量的相似，將個案分類(級)，做為核定長期照護給付(等級與標準)或支付費用之標準，或監控比較不同單位服務品質，做為擇優特約或論質支付之工具。目前已完成 5536 位接受居家、社區或全日住宿型機構服務個案資料之收集，主要以 MDAI 評估個案需要，並收集長照單位內各類服務人員直間接服務時數，經薪資加權後，反映個案長照資源使用多寡。目前正進行樹狀圖分析，期建構 LTC-CMS 之分類。

未來長保給付之核定，健保局之訪視評估員到宅評估後，只要輸入個案 MDAI 評估資料，電腦即可跳出依 LTC-CMS 核定之給付等級與對應之給付金額，訪視評估員當場即可據以跟需要照顧者及其家屬討論所需之照顧計畫。

三、規劃長照保險支付制度

(一)支付單位

採論時、論次、論案例組合(LTC-CMS)、論人(月)與論質支付。後者將以獎勵金鼓勵長照服務單位提升品質。

(二)支付標準

支付標準係以各類型服務單位之成本資料為訂價基礎，計算每案例每月、每小時或每次服務成本，訂定支付點數。成本計算考量人事、設備、耗材與器具、交通、督導管理、其他雜項支出、與工作負荷，期提供合理的報酬，鼓勵長照人力就業與留任，提高正式聘任～而非只以時薪彈性聘雇～居家服務員之比例。

為避免現行不論服務執行的難易度皆支付固定金額，易造成照顧服務員挑選容易個案之問題，長保小組邀集專家及實務工作者，藉相對值評量不同服務項目(如沐浴/移位)，相對於基本身體照顧(=1) 在服務技術難易度、付出的心力、發生傷害之風險高低、花費時間之長短、最少執行服務人數等之高低，藉以訂定合理支付標準。

目前已完成居家照顧服務成本以及相對值資料收集，其餘正進行中。

四、推估長保所需經費(表 2)

依據保險對象使用率、不同給付水準、支付標準等假設推估經費，以 2016 年而言，保險費用中推計為 824 億，約占 GDP 0.5~0.6%，其中政府負擔近 300 億。

表 2 台灣長期照護保險保費推計

年		推估保險費用	政府負擔(36%)	占 GDP%
2016	低推估	522	188	0.41
	中推估	728	262	0.51
	高推估	1,089	392	0.84
2021	低推估	706	254	0.44
	中推估	993	357	0.63
	高推估	1,515	545	0.96
2031	低推估	1,072	386	0.56
	中推估	1,510	544	0.79
	高推估	2,300	828	1.20

五、規劃品質確保與費用控制措施

(一)品質確保

為確保服務品質，保險人除訂定品質指標，公開揭露服務單位服務品質資訊以促進改善品質，提供選擇參考外，將藉擇優特約～如只特約評鑑合格住宿型機構、關懷訪視（對機構與家屬自行照顧者）與論質支付制度，鼓勵改善或提升品質。

(二)費用控制

長保主要以需求面費用控制策略為主，供給面為輔。前者包括：1.需事先經評估確認有需要者，才能獲給付，2.由保險人核定給付等級、給付計劃及給付額度上限，3.超過給付上限之需要應自付費用，4.全日住宿機構之膳宿費自付，5.有 10% 部分負擔。因此整體而言，長保僅是部分給付，家庭仍需負擔相當之責任。

供給面費用控制策略包括：1.擇優特約，2.前瞻性支付制度(論次、論月、論人、論質支付)。

六、長保與健保、社會福利及其他制度之無縫接軌

(一)長保與健保之分工

凡屬醫療、可治療、可逆的服務歸健保給付，屬照護且長期者歸長保給付。例如長期仰賴呼吸器病人若同時失能，其呼吸器屬醫療服務，由健保給付，而長保則給付其照顧服務。

(二)亞急性照護(sub-acute care)

指出院後一段時間，需要的密集性復健、技術護理、呼吸治療等服務，經過治療有些可免於失能，目前台灣亞急性病人多利用急性資源，健保局正規劃試辦計畫中。長保將銜接亞急性照護(失能六個月以上的長照服務之給付)，讓急性、亞急性與長期照護得以無縫接軌。

(三)長保與健保、衛政、社福之無縫接軌

為避免長照保險與健保、衛政、社會福利體系各自為政，未來將建立長期照護單一評估窗口，進行綜合性、整合性評估，並依據評估結果擬訂以需照顧者為中心的整合性照護計畫(含照護管理)，其經費視需照顧者之失能程度、資格、福利身分、服務需要，由長保、健保、衛政或社政單位給付或補助。藉單一管道評估、整合性服務與多元財源，促成服務單位與服務提供之整合(如各類居家服務單位)，避免重覆接受評估，或服務提供者各自為政，真正達成無縫接軌的目的。

七、長期照護保險民意調查

長保小組 11 次電話民意調查顯示民眾隊長保有高度的支持，在「需繳納保費與部分負擔」前提下，民眾贊成(含非常贊成)開辦長照保險比率在 72.7%~81.1% 間，而不贊成者(含非常不贊成)非常的少，僅 3.6~7.4%(衛生署，2010~2012)。對長照保險開辦的時程則以「愈快開辦愈好」者最多，占 38.3-51.1%，贊成在四年內(含前兩者)開辦者總共占 61.2-81.2%。

肆、現況問題與未來展望

長期照護保險的推動目前面臨下列爭議：

一、推動長照保險目前面臨之挑戰

(一)立法策略：台灣原預計在 2013 年通過「長期照護服務法」，於 2014 年通過「長期照護保險法」，但因前者陷於膠著，若 2014 年尚未通過，仍將依計畫推動長保法，預計通過兩年後實施。

(二)政策必要性與可行性：有學者建議既然政府財政吃緊，只要辦殘補式的社會福利即可，不需長保。但現實面因長照十年計劃已提供普及式社區

與居家服務，很難退回原點。因此政府只能勇敢向前，籌措財源開辦長保，否則稅收負擔越來越重，將無以為繼。

(三)擔心民眾不支持，雇主反彈：歷來民意對長保支持度皆超過七成，反對者不到一成。長保為社會安全體系一環，雇主理應分擔保費。

(四)組織體制：採社會保險或稅收制？(已說明)

(五)保險對象：是否包括 50 歲以下身心障礙者？(已說明)

(六)家屬自行照顧者能否請領給付？(已說明，目前規劃從嚴給付)

(七)外籍看護是否影響正式長照體系之發展(長照外勞化?)：依據調查 77% 聘外勞者在長保開辦後願使用長照服務(衛生署, 2012)，比總體失能者使用意願(74%)略高，加上長保給付有限，而外勞來源未來將漸減，因此應該不會高度阻礙長照體系之發展。

(八)擔心現有的社會福利會縮水。(已說明)

(九)擔心有保險無服務：韓國開辦保險後帶動服務快速發展，開辦不到兩年，資源成長為 2.18 倍，目前部分資源已過剩，我國若開辦長保，應該也會帶動資源成長。但如何結合長照十年計畫與長照護務網計畫，建構基礎的長照服務體系，仍需政府預算挹注。

二、關鍵議題

雖然長保面臨諸多挑戰，但目前最需突破的問題有三：

(一)政府推動長保之決心：只要政府有決心推動，應可說服民眾，於景氣復甦之後，藉由微調營業稅或開徵能源稅籌措財源；另外也可配合可籌措財源的多寡，設計不同的給付方案，提高開辦的可行性。

(二)雇主之支持：長照保險可減輕員工的負擔，增加工作的穩定性，因此雇主對員工保費之補助，有如老年給付一般，本屬社或連帶責任之一部分，理應予以補助。更何況工作人口也有失能風險，雇主也很容易藉薪資結構的調整吸收保費的增加。再則長保保費遠較健保低，更容易吸收。但因現行所有社會保險總保費負擔越來越重，政府仍應加強與雇主之溝通，尋求解決方案。例如德國即以減少全國受雇者一天的假期，降

低人事成本，以爭取雇主支持長保。

(三)建構基礎長照服務網：雖然保險可帶動資源的發展，但配合保險開辦，仍需建置基礎的長照資源，此需要政府挹注更多的預算，才能在長保開辦前完成長照服務網的基礎建設。

三、結語

台灣未來人口老化快速，即將進入高齡社會，未來對長照需求將逐年快速增加，且失能有 74.52% 願意在長保開辦後，使用長照服務；但長照資源不足，主要照顧者付擔沉重~40%有經濟負荷，25.86%有壓力性負荷，亟需政府積極推動長照保險，以帶動服務資源成長，減輕需照顧者家庭經濟負擔，而民眾支持長保者超過七成，推動長保應為民眾高度有感之政策。

長照保險的規劃鉅細靡遺，目前已初步完成保險需要評估工具之設計、長期照護需要之調查與推計、保險財務之推計、長照人力需求之推計、長照需要評估與照顧管理機制設計(因篇幅限制未介紹)。其餘有關給付範圍、長照案例組合、支付標準、品質確保機制、請領家屬照顧給付條件、輔具、無障礙設施之補助、特約機構管理、以及相關資訊系統之建制，預計在 2~3 年應可完成長照保險基礎之規劃。

長照保險若能順利開辦，除可減輕家庭經濟負擔、使人民安心養老、讓照顧者安心工作、提升生產力，帶動長期照護產業之發展，提升長照服務可近性外，尚可增加五萬名以上的就業機會，提升 GDP 0.5~1% (含自費)，也提供產業轉型下中年失業者新的工作機會，解決部分失業問題，讓社會更安定祥和，因此政府的投資將具有高度的社會效益，值得積極投資。

社會保險制度之規劃、立法與推動，涉及全民，推動不易。但因台灣民眾對長保支持度甚高，面對人口急速老化之挑戰，若各界人士能共體時艱、凝聚共識、積極推動，則長照保險之推動雖困難但並非不可能！期待全民的努力，可以讓長照保險順利立法與實施，讓我們老的時候，免於後顧之憂。此次研討會希望能跟兩岸三地學者專家取經，規劃一個更完善的長照保險制度。

(本文全文已發表在社區發展季刊：李玉春、林麗嬋、吳尚琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組(2013):台灣長期照護保險之規劃與展望。社區發展季刊 141:1-19；部分內容已更新)

參考文獻

- 內政部 (2009)。民國 98 年老人狀況調查結果摘要分析。
- 邱文達(2011)。衛生福利的融合綜效～長期照護的前瞻。研考雙月刊 35(2):123-130
- 李玉春 (2011)。我國長期照護保險規劃藍圖。醫療品質雜誌 5(5):9-11。
- 李玉春、林麗嬋、吳尚琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組(2013):台灣長期照護保險之規劃與展望。社區發展季刊 141:1-19。
- 經建會、衛生署、內政部等 (2009)。長期照護保險規劃報告。
- 經建會 (2012)。「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」報告。
- 衛生署 (2010-2012) 長期照護保險電話民意調查報告。
- 衛生署 (2011)。「2010 年國民長期照護需要調查」報告。
- 衛生署 (2012)。「國民長期照護需要第二階段調查」報告。
- OECD (2011) 。Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care 。
- Robinson, B. C. (1983) . Validation of a Caregiver Strain Index. Journal of Gerontology 38: 344-48.

作者簡介

李玉春

現職：陽明大學衛生福利研究所教授兼衛生福利政策研究中心主任

陽明大學醫務管理研究所合聘教授

行政院衛生署長期照護保險籌備小組總顧問

學歷：美國德州大學公共衛生學博士

台灣大學公共衛生學系學士

經歷：陽明大學衛生福利研究所創所所長，社會醫學科、公共衛生研究所、衛生福利研究所講師、副教授、醫務管理研究所合聘副教授、教授。行政院長期照護保險推動小組，全民健康保險改革諮詢委員會委員。行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會主任委員。行政院衛生署全民健康保險(規劃)小組支付制度組召集人、組長。

行政院衛生署顧問、中央健康保險局顧問。

行政院衛生署二代健保檢討小組、醫療品質政策諮詢委員會、統計委員會、健康資料加值委員會委員、全民健保監理委員會、醫事審議委員會、訴願委員會、醫療品質委員會、肝炎防治委員會、罕見疾病與藥物委員會、醫藥分業推動委員會委員。

行政院衛生署二代健保規劃小組醫療資源分配組召集人、研究員。

行政院衛生署牙醫、中醫、西醫基層、醫院總額支付制度研議小組執行秘書。

行政院衛生署中央健康保險局全民健保支付標準相對值(RBRVS)專家委員會、台灣 DRGs 專家小組、牙醫、中醫、西醫基層、醫院總額支付委員會委員。

國家衛生研究院全民健康保險體檢小組研究員。

全民健康保險研究資料庫專家諮詢審查工作小組委員。

台灣公共衛生學會理事，常務理事，公共衛生師推動小組召集人。

台灣健康保險協會常務理事、理事。

研究領域：長期照護保險規劃研究、健康保險支付制度規劃研究、健康保險與健康政策評估