**113.5.13.第13屆「老人醫療與長照專案小組」第五次會議意見彙整：**

| 建議者 | 建議內容 |
| --- | --- |
| 甲委員 | 1. 以全聯會立場，現階段不贊成使用長照保險。
2. 政策設立初期有其理想性，一旦使用保險制，須納入付費者意見，為迎合付費者意見，其目標可能喪失。保險制的好處是監督性強，為防止長照變成錢坑，但服務內容可能遭限縮，進而可能扭曲服務內容，最後也可能淪為總額性質，「稅收制」政府負擔100%，「保險制」政府可能僅擔付30%-40%，責任比例是不同的。反觀健保，很多項目遭杯葛、窒礙難行，只能使用公務預算執行，甚至造成使用者自行承擔，民眾常常感覺服務不足。保險制唯一好處，就是省錢，然而長照實際需求、耗用規模及服務型態無法預估，如何訂定長照保險費率才合理，目前也是未知數。長照服務開辦至今才數年，建議應待長照服務制度實施穩定後再討論保險制，現階段應維持「稅收制」，由政府承擔100%的責任，政府才能依其政策理想性來執行較為合適。
 |
| 乙委員 | 1. 以長照醫療機構經營者的立場，應會支持「保險制」，因可增加機構之收入來源，惟值得注意的是，可能僅限於導入初期，因為目前提出之長照保險法草案之規劃全部來自於健保，亦可能步入健保之窘境，如各種因素導致給付限縮，可謂短多長空的制度。
2. 以國民的立場，依世代公平的正義性，若比照健保收取費用，對年輕世代來說無疑是雪上加霜的制度。
3. 以法規召委的立場，尊重各委員會委員的提出意見，待彙整後，以全聯會的立場提出法案的意見。
 |
| 丙委員 | 林全行政院長期間，鑑於稅收的不穩定性，曾由李玉春教授研議長照保險法的可行性，後來沒有實行。而即將上路的長照3.0與長照2.0的差別，並查無政府相關單位之明確論述。目前醫師於長照領域扮演的角色太弱，本會應極力爭取擴大醫師意見書的使用範圍外，應建議應於醫療端服務的病人，應回歸醫療端提供適當的醫療服務，不應太早進入長照端，現今如此怪異現象，對國家、社會及民眾沒有好處，唯一的受益者為長照機構。 |
| 丁委員 | 1. 目前朝小野大，保險制強行上路的可能性是存在的，建議本會不能僅持反對的立場進行建言，應正視長照保險法草案內容進行思考，提出可行的作法或替代方案，以符合醫界需求之意見。
2. 秉持「醫療照顧好，失能長照需求就會少」的醫界原則。
3. 建議參考日本介護保險經驗，滿40歲才須繳交長照保險費用。
4. 依目前台灣的狀況，建議推動「稅收制+保險制」。
 |
| 戊委員 | 1. 目前台灣高齡化率相當於2000年日本實施介護保險時期。
2. 去年6月與石崇良署長訪問日本，與當時設計日本介護保險官員意見交換表示：「日本介護保險是一種替代性服務，家庭照顧者可以完全不須參與，全部由國家的介護保險提供完善服務。」加上日本每位照專僅須負責40件個案，轉銜品質及效率上做得比台灣好，日本國民40歲以上才須繳費，對日本家庭主要照顧者的女性來說，是一個相當好的制度，無後顧之憂，與台灣現行的長照2.0是完全不同的。
3. 目前台灣長照2.0保小不保大、保輕不保重，個案若狀況嚴重或長照無法提供足夠的服務時，家庭照顧者只能另聘外勞或入住機構。
4. 目前日本健保規模43兆日元，日本介護保險規模為11兆日元，資金規模比例約為4:1；然而日本高齡化率29%，台灣不到20%，以目前台灣長照基金650億台幣，就台灣將面臨快速成長的高齡化現象，還能夠支撐多久，值得深思。
5. 建議目前朝小野大及高齡化加速的衝擊下，本會應思考：
* 若維持稅收制的話，長遠下來之配套為何?
* 若保險制實施的話，如何提出建言，才能對醫界有助益所，如何提高醫師於長照的角色。
1. 此外，檢視日本與台灣健保使用的差異性，台灣健保許多支付項目理應由長照端支付，但仍由健保端支付，尤以居家護理方面最為明顯。在日本，若為慢性照顧的居家護理部份，屬於介護保險支付項目，占總支付額75%以上，若屬於急症照護則屬醫療，由健保支付，建議政府參考日本分類，檢視目前健保支付項目，明確切割屬於長照端者回歸長照，對健保的財務應會有所幫助的。
 |
| 己委員 | 1. 政府智庫的台大醫務管理所與陽明管理所皆贊成實施長照保險，再加上朝大野小的情形下，長照保險勢在必行，醫界必須有所因應。
2. 此次新政府就任前辦理多場的「台灣健康論壇」，盼藉由此次詹鼎正召集人於每場論壇中多次提出「醫療與長照結合」的氛圍下，無論就未來的長照3.0或可能上路的長照保險制度中，本會應竭力爭取擴大醫師參與的角色。
3. 為預防失能，建議本會持續推動衰弱篩檢，若能成功推動，亦為擴大醫師參與長照的另一途徑。
 |

**彙整各縣市醫師公會、醫事法規委員會、醫療政策委員會及長照專案小組全體委員意見彙整如下：**

| 建議者 | 建議內容 |
| --- | --- |
| 台北市醫師公會 | 1. 建議第三十五條之"復健"改為"復能"，因復健已有健保資源，而復能才需要長照資源。
2. 不支持長照保險制，認為該制度會陷入三大困境，包括無法解決資源不足、政策無法長期規畫，當保險財源陷入困境，仍須以公務預算撥補等問題。

民眾常把長照保險聯想至全民健保，但健保開辦前，台灣醫療資源除少數偏鄉地區外，均已建置完備，但長照資源現仍持續布建，若改用保險制，經費無法用作資源建置；且保險經費須「隨收隨付」，無法由政府統籌，影響長照政策規畫。另國際採長照險制度的國家，最終均面臨財務難題，須由政府出面以公務預算撥補，或縮減給付項目、增加民眾自付額度。 |
| 花蓮縣醫師公會 | 長照一定要結合醫療，病人的長照的需求才不會一直擴大，因為長照的需求來自病人的失能，逆轉失能或減緩失能90%都是醫療問題，目前醫師介入長照流於形式，並未扮演關鍵的責任角色，未來應該要讓居家醫療與長照個管完全結合才能讓長照用在刀口上，並且應有適當的KPI監控病人復能的情況讓個案的長照需求下降，同時讓醫師的努力得到獎勵。由預防保健到疾病治療到長照復能應該是一個整體而非流於片段，這裡頭的關鍵角色就是醫師！ |
| A委員 | 長照保險要交保險費，而目前長照財源是政府稅收辦理。對醫師來說，再交保險費應該是較為不利，稅收的話，世界各先進國對於健康相關支出，也多有用稅收辦理的方式。個人建議維持現狀。 |
| B委員 | 反對再辦理保險，其他保險都快垮了，還在苦撐，還要再搞一個錢坑，拿子孫的錢先揮霍。 |
| C委員 | 目前稅收還足夠支應，且長照需求明顯屬於高齡者，並非一致性的需求下，倘如果比照健保收費方式，明顯會有世代經濟問題，（其實65歲以上免健保費也是有這個疑慮）很難想像在野黨立委會如此提案來減輕執政者的財務負擔。 |
| D委員 | 1. 長照保險法在長照服務法之後建立，為求國家照顧政策之一致性與穩定性，建議提案人參照長照服務法內容之相關名詞加以修改，並參考長照2.0政策實施優缺點設計法案內容，以期法案通過後能順利實施。
2. 第35條第11項，改為照顧諮詢與支持服務。
3. 第35條增加下列文字：接受第四、五項服務者，應經醫師出具意見書，並由照管中心或直轄市、縣（市）主管機關評估。說明：比照長照服務法第八條第三項意旨修正。
 |