

行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書
(出國類別：專題研究)

銀髮產業發展－
英國照顧服務市場化發展與啟示

服務機關：行政院經濟建設委員會
出國人 職 稱：人力規劃處科員
姓 名：吳慧君

出國地點：英國

出國期間：91年9月26日至92年3月27日

報告日期：92年6月

系統識別號:C09105439

公務出國報告提要

頁數: 66 含附件: 否

報告名稱:

銀髮產業發展-英國照顧服務市場化發展與啓示

主辦機關:

行政院經濟建設委員會

聯絡人/電話:

/

出國人員:

吳慧君 行政院經濟建設委員會 人力處 科員

出國類別: 研究

出國地區: 英國

出國期間: 民國 91 年 09 月 30 日 -民國 92 年 03 月 30 日

報告日期: 民國 92 年 06 月 30 日

分類號/目: B0/綜合(社會類) B0/綜合(社會類)

關鍵詞: 照顧服務;產業;長期照護;民營化;英國;社區照顧

內容摘要: 我國照顧服務業已納入「挑戰二〇〇八國家發展重點計畫」，同時被定位為跨發展新興產業與福利社區化之中，政府期望藉由照顧服務產業發展，達到活絡經濟、社區發展與老年福利的多重目的，但在開辦初期，備受各界挑戰與質疑。英國政府積極推動照顧服務市場化至少歷經十年之久，期間經過許多困境與改革，截至目前為止，制度仍持續調整，期望藉由英國照顧服務市場化之研究，提供我國照顧服務產業發展之政策建議。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

目錄

壹、 前言.....	2
貳、 全球照顧服務市場化趨勢.....	6
參、 英國照顧服務市場化發展與困境.....	19
肆、 照顧服務新措施與政策建議.....	40
附錄一、 參訪報告.....	44
附錄二、 主要參考書目.....	61

壹、前言

台灣人口結構快速老化，依據行政院經濟建設委員會之推估，65歲以上老人占總人口比率急速上升，估計將由民國 90 年底的 8.8% 提高至民國 100 年的 9.9%、民國 120 年的 19.7%，甚至到民國 140 年將更高達 39.8%。老年人口數由民國 90 年底的 197 萬人，增加到民國 100 年的 239 萬人、民國 120 年的 503 萬人，以及民國 140 年的 600 萬人。

從高齡者立場來看，隨著生活與教育水準的提高，以及社會環境多樣化，高齡者對福利品質的要求逐漸提高，服務需求亦趨多樣化，單由政府所提供的老人福利服務，已經不足以滿足高齡者的需求；由政府立場來看，在老年扶養比日增的趨勢下，傳統由稅收支應老人福利的方式，將面臨「生之者寡，食之者眾」的危機，因此，有必要引導民間資金投入老人福利產業，改以一般性、自費性的方式提供老人福利服務，將老人福利服務重新包裝為可活絡經濟的產業市場，同時提升服務品質與數量，以維護老人的權益。由企業立場來看，老人人口數在可預見的 50 年內將增加近 400 萬人，加上老年年金制度的成熟，老年經濟自主性提高，顯見老人福利產業市場的潛力。從全球化趨勢來看，世界貿易組織 WTO 以服務業貿易總協定（GATS, General Agreement on Trade Services）將包括醫療保健及照顧服務等公共服務業，開放全球自由貿易與自由市場，未來公共服務產業不僅是國內市場的競爭，更將開放為全球市場的競爭。

因此，未來高齡者福利服務將以民間來主導的服務產業模式將蔚為潮流，政府亦將以輔導與監督角色，協助老人產業的開發。透過政府與民間合作的力量，使得老年人生活能更加舒適、便利、安全，以及更有尊嚴。

「銀髮產業」(Senior Industry)，範圍包括任何滿足多數高齡者需求有關的產品與服務，舉凡食、衣、住、行、娛樂，甚至文化、醫學、心理…者皆可屬之。亦即借重民間力量開發銀髮產業，來滿足老人食、衣、住、行、教育休閒、醫療保健、安養照顧、信託儲蓄等要求。老人產業的分類，根據 90 年「台閩地區老人生活狀況調查報告」顯示，老年人需求可以分為照顧服務、醫療保健、金融保險、教育休閒、以及其他商品與服務，茲分述如下：

一、照顧服務

依據內政部所做分析指出，民國 89 年需要長期照顧的老人

約有 34 萬人，民國 109 年增加到 58 萬人，民國 139 年增加到約 142 萬人，照顧服務相關產業相當廣，簡略粗分為三部分：

- (一) 銀髮住宅：老人獨居比率上揚，未來隨著平均子女數減少、奉養父母與老人自主觀念的改變，加以都市化之發展，各式銀髮住宅需求增加。
- (二) 照顧服務：包括照顧之家、養護之家、照顧住宅、喘息服務、日間照顧、到宅服務之需求將持續增加。
- (三) 輔具器材及住宅無障礙設施：輔具研發、設計、租賃以及住宅無障礙設計與改建等。

照顧服務業是上述銀髮產業中較易做出市場區隔的產業，尤其是銀髮住宅與社區到宅服務方面，有鑒於此，政府正大力推動「照顧服務產業發展方案」，積極鼓勵民間投入市場開發。和其他銀髮產業相較，已進入市場的產業業者，多集中在老人養護、老人安養、老人住宅等型態，其他相關照顧服務產業的規模與數量相對偏低。配合老人實際需求及國際趨勢，老人養護與老人安養走向小型規模，並且與社區鄰里照顧結合，政府積極鼓勵小規模民間企業投入照顧服務業。就居家輔助器材的種類與數量而言，大多是以進口國外產品為主，在國內需求尚未普及的情況下，業者多以代理商與經銷商的角色出現，且並未針對國人特殊需求進行本土化設計。在住屋無障礙空間設計方面，由於國人居住空間狹小，設計空間相對較小，加上施工設計人力與訓練缺乏，仍有待加強。

二、醫療保健

89 年我國老人人口占總人口 8.6%，醫療費用支出卻占醫療費用支出 31.3%，65 歲以上人口每人平均醫療費用約為 64 歲以下人口的 4.2 倍。老人除對醫療、藥品的高比例需求，隨著保健觀念的重視，老人醫療保健產業市場日益擴大，如保健食品、生化科技、復健、醫療看護等，不過這類產業不易做到市場區隔，很難將其定位為老人專屬的產業。例如助聽器基本上適用於所有的聽障人士，而老年人因為生理機能退化，用到助聽器的機會也就增加了。其他如協助行動的各種器材，情況亦是如此，而且業者均不願意將本身企業，局限定位為老人產業。由於老年人對於自身健康情況特別重視，所以健康食品亦具有市場潛力，需求量也就日益增加，例如全年健康食品的整體銷售應估計達新台幣一百億之多。

三、金融保險

目前國內老年人之金融保險產業，亟待業者積極研發，老年人對於經濟自主的需求，絕對是無庸置疑的。老年人亟需一個持久安全的經濟保護網絡，雖然目前行政院已提出國民年金保險之規劃，並陸續進行公、軍、勞、農保之老年年金保險制度之檢討，以及企業年金之改革，但除此之外，由於老年對生活品質要求逐漸提高，為維持穩定、充裕、安全的退休收入來源，政府或企業所提供的基本經濟保障已無法完全滿足退休後的生活要求。因此，提供老年時期定期給付之商業年金保險有相當之成長空間。

四、教育與休閒

老年人對於教育與休閒的需求，也不容忽視，老人對於學習新知日益熱中，避免與社會脫節，老人教育產業在未來將自成一格；經濟自主性的提高，願意消費額度亦以提高，雖然目前距離形成產業規模尚言之過早，但此一市場不可忽視。

五、福利商品

老人福利的商品，除了老人住宅及老人醫療、老人照顧等大型投資及服務商品外，老人產業相關商品的種類繁多，為老人的舒適性與便利性而開發出來，並且充滿了各種創意。以下概略敘述幾種類型：

- (一) 健康器材有血壓計、測驗鹽分計、尿試驗紙、體溫計、脂肪計、體重計、電動牙刷、口腔洗淨器、超音波洗淨器、按摩器、計步器、多功能運動機等。
- (二) 輔助器材：增加生活上便利性的器材，如自動開燈裝置、大門開關自動音響、蜂鳴器等。
- (三) 助行器材：隨腳形變化而自動伸縮的皮靴、易於穿脫的皮靴、購物推車、折疊手杖、四腳手杖、四輪助行輔助器、腳踏車式助行器、電動輪椅、各式輪椅、及輪椅配件。
- (四) 便利器材：便利門把、放大鏡、便利水龍頭、助聽器、電話集音器、護膝護肘、指壓輔助器。
- (五) 健康食品：各種特殊的維他命以及營養添加物的老人食品。重點在易吞嚥、嚼碎、消化的營養食品。
- (六) 服飾商品：保暖、便於穿脫、輕便大方的服飾。

- (七) 沐浴商品：沐浴座椅、沐浴台、協助把手、防滑吸盤、安定浴槽。
- (八) 飲食器具：老人專用磁碗、特製老人調羹、老人專用叉子、用餐圍巾、迴轉吸嘴壺。
- (九) 衛生用品：抗菌消臭的免洗褲、紙尿褲、紙尿片、特殊纖維消臭床單、通風防水床單、活動式便盆、老人專用便器、男女尿壺、攜帶式尿壺。
- (十) 臥床商品：電動臥床、床旁扶手裝置、床旁簡易桌、防滑床巾、防火床墊、抗菌消毒床墊、防痛靠墊、長期臥床預防褥瘡床墊、體位轉變器。
- (十一) 其他商品：失智老人防止走失感應器、防火電磁烹調爐、移動用升降機。

上述各產業間並非互斥，而有互相重疊與合作開發的空間，由於研究範圍過於廣闊，在研究時間限制之下，本文僅以照顧服務產業為研究之重點。我國照顧服務業已納入「挑戰二〇〇八國家發展重點計畫」，同時被定位為跨發展新興產業與福利社區化之中，顯見政府期望藉由照顧服務產業的發展，同時達到活絡經濟、社區發展與老年福利的多重目的，但在開辦初期，備受各界挑戰與質疑。英國政府積極推動照顧服務市場化至少歷經十年之久，期間經過許多困境與改革，截至目前為止，制度仍持續調整，期望藉由英國照顧服務市場化之研究，提供我國照顧服務產業發展之政策建議。

(英國包括英格蘭、蘇格蘭、威爾斯、愛爾蘭四區，以英格蘭為主要發展地區，因特殊政治及歷史因素，各區行政體系及福利制度獨立。尤其是 1997 年工黨上台後，賦予各國更大的行政權力。限於研究時間，本文有關英國部分研究範圍僅限於英格蘭地區，有關蘇格蘭地區則另以附錄之參訪報告概述補充。)

貳、全球照顧服務市場化趨勢

照顧服務 (Social Care) 引進市場機制是全球潮流。傳統由政府主導的教育、社會保險和醫療保健等，近年來逐步引進市場機制並開放私部門參與經營，照顧服務也不例外，自從 1980 年代以來，照顧服務在西方國家 (包括歐洲、美國和澳洲) 已經逐漸採取市場機制，即所謂的福利私有化、民營化、市場化、商業化、產業化，服務供給由公部門轉移到民間部門。

一、先進國家照顧服務市場化策略

表一列舉西方國家在長期照顧服務市場中，推動公、私部門混合經濟所採取的政策：

(一) 美國

自從雷根政府在 1981 年開始執政以來，對醫療照顧 (Medicare) 和醫療補助 (Medicaid) 擴大適用範圍，並對老人使用居家服務撤銷管制規定，隨即帶動到宅服務業快速蓬勃發展。從 1986 年到 1995 年間，長期復健病人設備管理公司收益，每年以 9.5% 的速度在成長，同時期，到宅服務照顧及醫療服務業每年平均更以 19.6% 的速度在成長。

(二) 英國

傳統來說，英國健康及照顧服務一直是由公部門在提供，但自從 1992 年社區照顧改革開始實施，引進一套獨立的採購委託和服務供給區分機制，公部門被嚴格要求減少服務供給量，改向民間部門進行服務採購，對於仍由公部門提供服務的機構進行成本效益分析，導致公部門獨立提供量大幅減少，相對地，私部門服務量和補助增加。

另外，在 1984 年到 1994 年間，老人接受到宅服務的情形顯示，同時期，當私部門每年以 99% 的速度在成長之際，非營利志願部門只成長 2.6%，公部門服務每年只成長 5.5%。由照顧服務市場的發展來看，英國已經成功地由從搖籃到墳墓的福利國家，轉型為強調私部門服務的準市場福利國家。

(三) 德國

過去，6 個主要的非營利福利組織，包括 Deutscher Caritasverband 以及 the Red Cross 等都已接受政府財源來提供長期照顧服務。它們提供的服務所得到的信任和聲譽，幾乎和公部門相當，每項服務幾乎都佔市場的 50% 以上，這樣的市場結構對於新進的私部門造成相當之市場障礙。

然而，自從 1995 年開辦長期照護保險制度以後，由於長期照護保險對於這類大型的福利服務組織的補助減少，相對地擴大對私人企業的補助，拉近兩者的競爭條件。另外，一些小型不知名的私人服務提供者有機會和 Pflegekas sen 長期照護保險人簽約合作，一方面可以得到客源，有機會進入市場；另一方面可以得到使用者的信任。因此長期照護保險制度在引進市場機制方面，扮演很重要的關鍵角色。

(四) 澳洲

傳統而言，澳洲私人照顧服務組織藉由政府提供的財源，為老人提供服務。在 1991 老年照顧改革策略開始，政府從開放私部門經營護理之家等服務，更進一步介入照顧之家的經營。但民間部門在到宅服務方面快速增加服務，主要是受到 1985 年到宅及社區照顧法案 (Home and Community Care Act) 的通過的影響，很多個人提供的小型代辦中心有機會為個人提供居家服務幫手。

(五) 瑞典

如大家熟知，瑞典是一個以高稅率支應福利的國家，且大部分的長期照顧服務是由公部門提供。然而，自從 1992 年的 Ädel 改革以來，私部門已經逐漸扮演重要角色，主要是在長期照護所需的周邊設備上，包括在都會地區，例如 Stockholm、Gothenburg、以及 Malmö 等地的到宅照顧服務、送餐服務以及交通服務，均可接受政府的委託契約。委託私部門的契約已經由 1991 年的 1% 增加到 1995 年的 5%，導致大型跨國公司逐漸合併，例如在以 Stockholm 為發源地的 Partena，成為接受公部門委託的最大公司。

(六) 日本

在日本，一方面，長期照顧服務被歸類在政府的公共福利服務項目之中，由地方市政當局所提供，即社會福利課 (Shakai Fukushi Hojin) 以及社會福利諮詢委員會 (Shakai

Fukushi Kyogikai)；另一方面，「銀髮服務」由私部門來提供。由圖一來看，目前公部門和非營利組織角色雖然仍為主流，但私部門已經在近幾年來穩定擴張，例如，從 1990 年到 1993 年來，到宅照顧市場每年成長 22.8%。

二、先進國家引進市場機制的主要考量

下列幾個因素被認為是在一向是公部門強勢主導的照顧服務市場服務中，引進市場機制的因素：

(一) 降低社會安全支出

在歐洲，降低財政赤字已經成為 1999 年以來歐洲貨幣聯盟國家所列計畫表中的首要目標，為了要降低社會安全成本，政府透過引進競爭以及轉移到私部門的手段，來追求福利輸送的效率。

(二) 福利事務地方自治

自從 1980 年以來，由於政府強調地方在社會福利事務上的自治權，地方政府在社會福利行政方面，被授予相當大的自治權、會計權責以及財政權力（英國的社區照顧改革，以及瑞典的 Ädel 改革就是最好的例子）。財政責任已經使得地方政府發展出較大的成本意識，並且在良好經驗、人力資源以及專業方面開放心態向民間部門採購服務，這種中央集中化去福利化已轉移私部門。

(三) 服務項目轉移到到宅服務

1980 年代西方國家有重要的改變，就是從機構式照顧轉為非機構式照顧的到宅服務。由於到宅服務在照顧服務發展歷史上落後於機構式照顧，所以在到宅服務的新服務項目，沒有歷史包袱以及大型機構的既有市場障礙下，較易開放給私部門參與。

以上三個因素是老人照顧服務市場化的重要背景因素，且在不同國家紛紛實現。英國在 1980 年代後期的社區照顧改革（1990 年通過法案，1992 年開始實施）；瑞典在 1992 年開始的 Ädel 改革；澳洲自從 1985 年開始的老年照顧改革；以及美國在 1980 年後期和 1990 年早期的針對護理之家給付的開放。所有這些改革目的在於達到服務供給多元化，以及服務成本效率，藉由市場化結果，將服務供給轉移到更具生產性的私部門。

另外，德國長期照顧保險制度的及時引進，也達到了市場化的效果。日本市場化的因素和西方國家差不多。第一，社會安全成本在日本持續上揚；第二，福利部門由中央集權到地方自治，導致 1990 年 8 個福利相關法規的修正，也加速了地方政府獨立運作老人福利服務，地方政府更在新的社會保險法之下成為新的保險人，責任更為擴大；第三，服務供給由機構式轉移到到宅服務，1990 年的 GDP 計畫（1990 年健康暨福利省的福利方案中），日本開始建立一個到宅服務體系；第四，和德國一樣，2000 年 4 月引進強制性長期照護保險，此為日本推動老人照顧服務市場化的重要性背景因素。

三、先進國家照顧服務市場分析

「私部門移轉」主要有兩種形式：一是服務提供重心由公部門移轉到私部門的過程；二是，公部門服務所需財源引進私部門財源支助。在上述討論的照顧服務政策主要是指服務供給面開放給私部門參與。照顧服務市場化，也就是所謂的福利私有化、民營化、市場化、商業化、產業化，有幾種運作模式，包括照顧服務供給部門重心由公部門移轉到私部門，或是由非營利部門到營利部門，並非刻意由政府法規所發起，此一市場化趨勢係由英國和美國所領導而起。

先進國家在照顧服務領域引進市場機制的結果，使得照顧服務由私部門提供的部分在過去 10 年來激增。然而，很多在英國之外的歐洲國家私部門參與者，主要仍由非營利組織的志願服務部門共同提供，營利組織尚有開發的潛力。（圖一）

以美國為例，在公部門長期照護服務仍大量存在美國時，服務量和多元性相當有限，公部門以外的照顧服務仍是由大型私人公司和非營利組織所提供的，有很多大型的健康及照顧服務公司，包括到宅服務經營公司，如 Kelly、Olsten、and Caretenders Health Corp 公司，（前兩個公司是由人力仲介公司開始起步的）以及經營護理之家的公司，如 Beverly Enterprises 以及 Sun Healthcare。在英國，在 1992 年社區照顧改革實施之後，在護理之家部分，私部門已經快速佔領一席之地，例如 TC Group、Care U.K.、以及 ANS。在這兩個極端例子的中間是德國、澳洲和日本，公私部門同時存在，彼此互相競爭和補充服務。

整體而言，日本雖然和西方國家有相同的改革背景，但私部門開放的步調還是落後許多。西方國家和日本在照顧服務管理有一個主要的差別在於，西方國家對於公、私部門提供的服務間給予的差別待遇很小，但日本對於公、私部門在進入照顧服務市場的障礙和補助上有很大的差別，對私部門的限制主要兩方面：(一)政府補助不足，導致營運成本差異：公部門服務成本是由稅收來支應，但私部門服務成本卻沒有補助的資格；(二)進入市場障礙：1997年以前，私部門公司不准營運有關老人到宅服務的部分。這些兩個限制阻礙了市場機制的引進。

在日本，由於經營到宅服務並不需要證書，提供這類服務的私人企業並沒有任何進入市場的障礙，但是阻礙公、私部門間的競爭是由於價格差異所導致，這是因為私部門並不能接受政府補助，部分服務項目早期甚至不開放私人企業營運。在日本社會福利服務法第四章，和高齡者福利法第十五章，老年公共之家的管理中，包括東京之家（針對老人的特別護理之家）、*yogo homes*（老年護理之家）、以及 *keihi homes*（收費適中的護理之家）都被是公部門限制開放的部分，在目前法令下私人公司不能經營公共之家，只有 *yuryo* 之家開放給私人公司來經營（對老人收費），截至目前為止，它們雖然可由社會福利和醫療服務財團法人貸款，但並沒有接受政府任何補助。（表二）

日本學者認為 2000 年 4 月長期照護保險的實施，有助於長期照護服務市場化的發展。透過新的長期照護保險制度開辦的刺激，一方面，會使公、私部門在相同的價格基礎上互相競爭；另一方面，由於照顧服務由政府統籌管理式契約轉為個人契約，消除上述的競爭的不公平性。但是這種效果的擴張還是會受到部分限制，當長期照護保險降低公、私部門間在政府補助間的不公平時，因為政府仍未全面開放各種服務它並不會直接減少參與市場的障礙，降低進入照顧服務市場的門檻是市場化的競爭起點。（表三）

四、GATS 對全球照顧服務市場發展的影響

WTO 成立於 1995 年元月，為推動全球商品、服務自由化以及解決其他經濟發展與合作議題所創設的國際性組織，他的前身是關稅及貿易總協定（GATT），GATT 於 1993 年 12 月烏拉圭回合談判達成協議，並簽呈所謂的服務業貿易總協定（GATS, General Agreement on Trade Services）。

WTO 不只是降低國際貿易障礙，它也放寬公共服務的商業開發，而 WTO 在西雅圖所召開的 WTO 部長會議中階段性地在西雅圖營造一個新的、私有化的財源，其旨在使當時 87 個會員國，超過 1100 項公部門開放予自由貿易及自由市場。其中包括 160 項 GATS 所含蓋的服務業部門如電信、運輸、郵務、保險、環境、觀光旅遊、娛樂、休閒服務，乃至於較少人所知悉的健康照護、社會服務、教育、福利、社會居住。高峰會主要的目的是要透過排除障礙來擴大私人市場，以利於商品、服務和資本的全球活動，很少有人知道主要的談話是針對公共服務，以及多國政府所採用的照顧服務私有化政策和全球 WTO 有很大的關係。

美國和歐洲政府利用 WTO 來推動跨國企業參與照顧服務的商業利益，由此看見了經濟繁榮的來源，柯林頓總統曾說「WTO 是加強美國國內繁榮和全球領導地位的主要工具」，並且疾呼「利用 WTO 來開放美國跨國企業的市場」。歐盟則將歐洲繁榮繫繫於歐盟的跨國企業商業利潤。

政府在公共服務部分支出佔國內生產毛額的比例逐年成長，隨著製造業獲利衰退，民間公司施壓目標改放在公共服務的開放上，為了要抓住預算的一杯羹，跨國企業（TNC，Transnational Corporations）正準備進一步向政府施壓開放更多民間部門參與空間，例如在健康和社會照顧業，行業陳情者主張健康及社會照顧業的開放可以使美國現有的民間部門的健康及社會照顧業者有機會跨足海外投資，美國的貿易部長即西雅圖會議代表和主席 Charlene Barshefsky 在圓桌會議中說，整個健康和社會服務業存在無線商機。

雖然醫療及社會服務業已納入 GATS 服務業別中，但 WTO 和主要會員國美國政府和歐盟政府卻認為，真正承諾支持此項市場開放的會員國太少，很多國家將醫療及社會服務業開放給外國經營承諾刪除，於是藉由 1999 年西雅圖會議的召開來確保會員國在 GATS 協定之下擴大和加強承諾，為達此目的 WTO 簽署人已經被告知要在 GATS 中納入更多的服務項目以符合他們先前對“積極的自由化”的承諾。

根據 GATS 協定，政府服務只有在完全免費的情況下才能保留，但現實上各國政府的醫療及社會服務是不可能完全免費的，有的國家會收取象徵式的費用，或是從全民保健中取回成本。因為政府提供的醫療服務並非完全免費，就必須開放給私人公司競爭，且在「公平競爭」原則下，政府若提供社會服務任何資助，私人企業就必須獲得同樣的資助。可以看的出來，WTO 就是要讓

社會療服務盡量私有化、商品化，讓私人企業擴大投資的領域，享有更豐厚的利潤。

五、小結

照顧服務引進市場機制目的不只在於增加效率和服務的彈性，更重要的是使用者選擇多樣性，例如，英國社區照顧改革刺激了短期居留的中途之家的增加和其他服務的提供，德國引進長期照護保險制度，許多小型公司間的競爭也促進六個大型官僚福利組織提升品質和效率。

但是要允許私部門進入照顧服務市場亦可能產生若干問題，在1970和1980年代，劣質服務品質的問題在美國經常發生，起因於管理者一味降低成本來追求邊際利潤；另外，投機取巧的產業個性，選擇性的拒絕提供某些服務，作出“奶油效應”(cream-skimming)，即民間部門基於成本考量，選擇服務對象，或拒絕提供某些服務，以避免護理之家成為低所得者集中區。要避免這樣的問題，必須要採用合法和制度性的方法，控制品質和保障使用者權力，包括建立服務標準、第三者監督系統、申訴系統。

拓展照顧服務市場的方式之一，在於建立制度化的財源，提供民間投資者及地方政府穩定的財源保證，例如日本與德國開辦長期照護保險，提供各類照顧服務的給付，進而擴大照顧服務市場規模，同時亦讓民間部門有相當的成長空間。

我國目前的照顧服務主要係由政府部門及非營利團體提供，為引導民間企業積極參與及投入發展照顧服務產業，參考先進國家照顧服務市場化的經驗，在漸進開放的原則下，透過完整的規範與管理機制，適度放寬民間企業參與照顧服務相關規定，循序漸進的建立一套健全的照顧服務機制，以彌補現有機制之不足，俾讓民間獲得更充足而多元的照顧服務。

表一 先進國家長期照顧服務引進市場機制的政策

年	國家	政策內容	類別
1965	美國	修正社會安全法-護理之家(含私立護理之家)納入 Medicaid 給付	○
1966	澳洲	聯邦補助擴及私立護理之家	○
1969	美國	住宅和都市發展部提供貸款興建護理之家(包括私立護理之家)	○
1980	美國	修正社會安全法-到宅服務納入 Medicaid 給付中	○
1980	英國	修正的補充醫療保險給付-老人使用護理之家費用納入補助	○
1981	美國	修正社會安全法-大幅放寬到宅服務給付範圍	○
1981	美國	通過 Omnibus Budgets Reconciliation Act-放寬醫療預算中 Medicare 支出	○
1985	澳洲	通過 Home and Community Care Act (HACC) 積極推動到宅服務	◎
1985	日本	社會安全制度審議委員會提議,利用私部門成為「促進老人福利的一種選擇方式」	*
1985	日本	健康暨福利省(MHW)設立「銀髮服務促進指導小組」(現改名為老人福利促進小組)以建立長期照護市場機制為方向之一	◎
1987	日本	健康暨福利省(MHW)發起老人服務經營者公會,促進銀髮服務發展	*
1987	日本	老人健康暨福利審議委員會、社會安全審議委員會以及醫療審議委員會闡明私部門在福利服務的定位	*
1989	德國	進行 Medical Reform Law-醫療保險給付範圍擴大到到宅服務	○

1989	日本	老人健康暨福利審議委員會、社會安全審議委員會以及醫療審議委員會共同提出一項政策，鼓勵私部門提供照顧服務	◎
1989	日本	公部門開始委託到宅服務給私部門	○
1990	英國	通過 National Health Service and Community Care	◎
1990	美國	修正社會安全法-把 Custodial Care 給付（協助身障者家事服務）納入 Medicare 的協助個人服務給付中	○
1990	日本	修正 8 項福利相關法案，授權並鼓勵地方政府利用私部門提供照顧服務	◎
1991	澳洲	通過老年照顧改革策略-開放私人公司經營照顧之家（Hostel）	◎
1991	澳洲	社區老年照顧方案（Community aged Care Package（CACP））擴大津貼範圍至到宅服務項目（針對符合照顧之家老人）	○
1992	英國	Community Care Act 開始實施-透過買賣區分機制，鼓勵地方政府照顧服務委託給私人企業	◎
1992	瑞典	Adel 改革-積極鼓勵服務委外給私部門	◎
1993	英國	Special Transitional Grants（STG）-其中至少有 85% 必須要用在購買私部門提供的服務，或推動發展私部門服務事務上（1996 年以前）	◎
1994	日本	產業組織審議委員會（國貿暨產業部長的諮詢機構）* 指出，「醫藥及福利業」是 12 個具發展潛力的新興產業之一	*
1994	日本	提供津貼給居住私立銀髮住宅之老人	○
1994	德國	通過 Long Term Care Insurance Law 長期照護保險法	◎
1995	德國	開始實施長期照護保險，很多私人企業開始經營到	◎

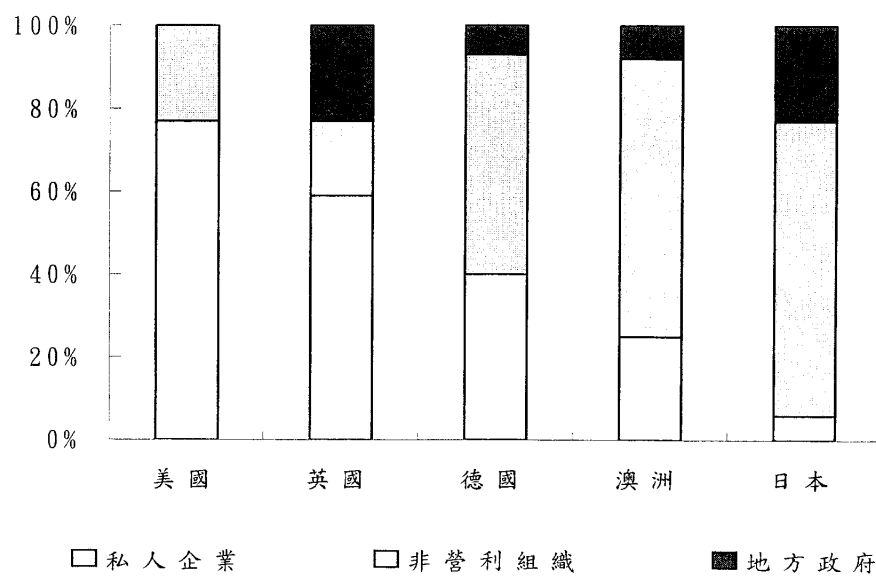
		宅服務	
1996	日本	老人健康暨福利審議委員會宣告建立長期照護保險制度，及鼓勵在市場競爭原則下，民間私部門積極投入	○
1996	英國	通過 Community Care Direct Payment Act-修正部分社區照顧法，鼓勵到宅服務	◎
1996	日本	健康暨福利省（MHW）宣布將私立照顧之家納入醫療保險給付範圍	○
1996	德國	修正長期照護保險法-把機構式照顧納入給付	◎
1997	日本	健康暨福利省（MHW）宣布將短期機構居留服務、日間照顧以及到宅服務支援中心委託私部門經營	○
1997	日本	強制性長期照護保險法通過（2000年生效）	◎
1997	法國	通過 Presentation Specifique Dependance 法-建立老人長期照護制度（as tentative measure until a new law provides independent living allowances to elderly long-term care）	◎

註：類別欄：○補助擴大到私部門服務；◎指法案或制度改革；*指宣言

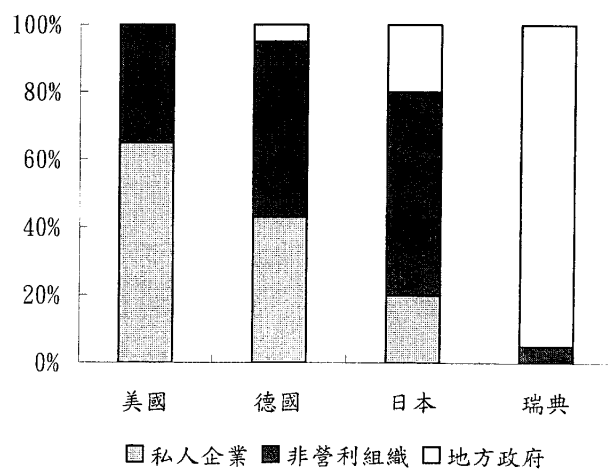
資料來源：NLI Research Institute

圖一 照顧服務供給者的國際比較

(一) 機構式照顧服務



(一) 到宅服務



表二 日本公部門服務開放私部門參與情形

服務項目	服務內容	可經營?	有補助?	可轉包?	LTC 保險給付
機構服務	Yuryo 之家 (Yuryo home)	○	× 但可貸款		# 但視為 到宅服務
	銀髮住宅 (Senior housing)	○	×		
	公共之家 (Public home)	#		# 東京可	# 東京可
到宅服務	家事服務	○	×	○	○
	洗澡服務	○	×	○	○
	送餐服務	○	□	○	×
	交通服務	○	□	○	×
	緊急通報服務	○	□	○	×
	短期或日間照顧	○	×	#	○
	輔具租售	○	□	×	# 僅租可
	住宅改建服務	○	□	×	○
到宅支援中心	×		#	×	
健康服務	Nurse house call for elderly	#		×	○
	Health facility for elderly	×		×	○

註：1．○是；#觀察中（在 LTC 保險給付中表部分給付）；×否

2．在有補助？欄中，○補助供給者；□補助使用者；×否

資料來源：NLI Research Institute

表三 日本長期照護保險對市場機制運作的影響

類別	給付範圍和形式	對市場化及引進私部門的影響
老年之家	給付僅限於老人健康設施、醫院的康復之家、Yutyo之家之護理照顧(屬到宅服務而非機構照顧)	Yutyp之家有提供護理照顧約有40%，這一部分市場可引進市場競爭；但對Yutyp之家無護理照顧約有60%，則沒有影響
家事協助 洗澡服務 短期照顧	給付(含私部門)	讓競爭條件更為公平，並且引進市場機制，有助轉移私部門
送餐服務 交通服務 緊急通報服務	未給付(但目前有提案邀求地方政府在保險財政允許前提下納入給付)	沒有直接影響，對於高支配所得者來說，購買第三部門的長期照護保險給付，有助於誘發潛在需求
住宅改建服務	給付	已經很多由私部門，給付會擴張需求
輔具租售	租有給付，但購買則不給付，除非有些不能租的項目，如洗澡和如廁需求	

資料來源：NLI Research Institute

參、英國照顧服務市場化發展與困境

照顧服務 (Social Care) 指支持性的照顧服務，1970 年代英國將老人及障礙者的照顧責任由國民健康服務 (NHS, National Health Service) 轉移到地方政府，服務內涵包括照顧之家、到宅服務、日間照顧、送餐服務，喘息服務等。地方政府負責部分除照顧服務以外，有關醫療照護部分則只涉及所謂預防性健康照護 (Primary health care)，其餘有關健康照護部分，仍由原來的 NHS 負責。涵蓋於 NHS 服務項目下，由國民健康服務體系支付；而地方政府的照顧服務基於經費短缺，除了中央政府補助和地方稅收外，另採資產調查方式，而有所謂的付費政策 (Charging for Services)，由各地方政府評量使用者情況酌收費用。

「照顧混合經濟」(Mixed Economy of Care)，政府不再扮演唯一的照顧服務供給者，而開放非營利組織 (Non-profit Organization、Voluntary Sector)、營利組織 (Profit Organization、Private Sector)、非正式部門 (Informal Sector) 合作或競爭。目標在於透過服務供給多元化、分散化、市場化，達到選擇主動性及多樣性、提升服務效率、抑制福利經費的成長、活絡照顧產業市場。

一、英國照顧服務市場化發展與策略

戰後由搖籃到墳墓的福利國，在 1980 年代柴契爾夫人上台後，福利政策經歷了重大的改變，在政府減少福利支出的第一目標下，原扮演照顧服務主要提供者的地方政府，逐漸減少服務供給量，同時轉向鼓勵包括非正式部門、志願部門以及商業部門共同投入照顧服務市場，進入所謂的「照顧混合經濟」時代。而至 1990 年「國民健康服務和社區照顧法案」(National Health Service and Community Care Act) 通過時達到最高點。綜觀整個英國的照顧混合經濟的發展，由歷史光譜來看可區分為二階段：第一階段，保守黨柴契爾時代 (1979 年至 1990 年) 以志願服務及非正式部門為主的混合經濟；第二階段，1990 年至今，重心轉移至商業部門為主的照顧服務，強調混合經濟照顧管理實踐。

(一) 第一階段照顧混合經濟

在保守黨柴契爾夫人 1979 年主政以前，隨著英國老年人口增加，照顧服務預算與醫院的支出不斷成長。調查指出，1950

到1970年代的照顧服務預算成長五倍之多，而1970年代的醫院服務支出占全民健康服務NHS的70%，由於各界認為醫院床位治療成本較高及免費給付，影響政府財政負擔甚鉅，因此開始出現關掉醫院（bed closures）以及社區內照顧（care in community）的聲音。到1979年，英格蘭地區關閉將近30萬個NHS的床位，釋放出來的照顧需求者，回到地方政府的社區照顧體系中，造成另一財政壓力。

隨著1970年代中期開始石油危機對英國帶來的經濟衝擊，各界對60年代快速擴張的公共福利支出所造成的衝擊反動，要求政府減少公共支出避免依賴文化的形成，柴契爾夫人上台後，宣稱以公部門的為首的照顧服務已不復存在，鼓勵轉移政府和社會關係，福利朝向市場化。期間積極發佈多項報告、政策與法案中鼓勵照顧服務市場化，包括：1986年審計委員會（the Audit Commission）所做的「務實社區照顧報告」（Making a Reality of Community Care）、1987年Firth報告-「公共支持安養居住照顧」（Public Support for Residential Care）、1988年Griffiths報告-「社區照顧行動方案」（Community Care: Agenda for Action）、1988年Wagner報告「安養居住照顧，正確選擇」（Residential Care: A Positive Choice）、1989年國家健康及社會安全秘書處發布的「全民社區照顧服務廿年願景白皮書白皮書」（the White Paper on Community Care in the Next Decade and Beyond）。

其所採取的策略為降低地方機構可使用的資源，以減少地方和社會服務機構在照護供給上的角色，並鼓勵機構照顧的供給由公部門轉移至私部門：

1. 減少地方政府的預算：

雖然1980年代英國老人持續增加，但中央及地方政府在福利上的支出一反過去卅年持續成長的趨勢，開始停止成長甚至減少。尤其是地方政府社會服務部門，在老人人口增加趨勢下，除要面臨中央政府刪減預算的壓力；還要執行80年代新通過的四法案外；此外還要接收中央政府為減少負擔，進行NHS關掉醫院政策後所釋放出來的病人照顧責任，逐漸已無法獨立承擔照顧服務提供角色，只得順勢配合中央政府開放民間部門經營的政策。

2. 鼓勵志願部門投入供給：

為鼓勵志願性服務組織加入，政府除增加經費的補助

外，亦在相關政策性文件裏反覆陳述其角色的重要性，並催促衛生機構與她們合作，1985 年更將志願性組織納入 NHS 和地方政府的聯合計劃過程，且規定衛生局須向志願服務部門諮詢的法定責任。（由於對於商業部門提供服務的信心尚未建立，加上志願部門強調「利他」的精神，容易取得民眾的信任，因此在第一階段政府發展照顧混合經濟中，成為主要取代公部門供給角色。）

3 · 增加非公部門供給誘因：

為回應 1989 年照顧白皮書，英國政府明確指出，自 1991 年月起，衛生及社會安全部對於接受所得維持者，選擇居住非公部門安養或護理之家的費用，予以全額補助，這筆經費將由中央社會安全預算轉撥給地方政府。許多地方政府受到財政誘因，因而將需要照顧者安置於私人部門，此將促使了私部門大量成長。（Griffiths 報告認為此項措施為逆向誘因（Reverse Incentive），意指此種給付將導致一窩蜂使用機構照顧，違反政府鼓勵在宅服務的政策方向，因此提議對使用照顧之家之社會安全給付降到最低，且其差額應由地方政府負擔，藉以降低地方政府鼓勵民眾機構照顧的不當行為，對於不需要機構照顧的使用者，亦可鼓勵將資源用在購賣到宅服務上。）

4 · 削減公部門服務的市場競爭力：

在 1989 年社區照顧白皮書中，英國政府除補助使用非公立安養或護理之家照顧外，甚至進一步提出決定地方政府經營的照顧之家，不可接受照顧之家津貼，明顯降低公部門市場競爭力，藉此促使地方政府將其經營的照顧之家私有化，或者鼓勵民眾使用非公部門機構。

5 · 財源誘導地方政府使用非公部門服務：

中央政府衛生部對於移撥給地方政府的特定移轉補助（STG, Special Transitional Grant）設有「85%條款」（85 per cent rule），規定地方政府需將補助款之 85%，用在補助私部門服務或相關事務上。

由以上分析可見，中央政府為推動市場化不遺餘力，軟硬兼施，一方面將社會安全預算移撥給地方政府，並將照顧服務執行權力下放地方；但同時，中央政府仍將資源集中控制，誘導地方政府使用非公部門機構式服務。地方政府由服務提供者角色轉向成為「市場管理與推動者」、「服務購買者」、「照

顧管理者」。

(二) 第二階段照顧混合經濟

1990年「NHS與社區照顧法案」的頒訂，為照顧服務市場化發展的另一巔峰，進一步促進照顧混合經濟的實施，以社區照顧計畫書（the Community Care Plan）為指導方針，設定三年的準備期，以專款專用的方式進行。為更進一步朝向市場化的照顧服務目標發展，英國政府繼第一階段透過財務控制及資源導向方式，鼓勵地方政府多使用民間力量後，在第二階段1990年的社區照顧法通過後，強調追求市場照顧服務輸送體系的效率，提出「照顧管理」（Care management）理念，引導第二階段市場化的實踐，以確實達到預期的市場化目標。綜觀第二階段市場化的策略偏向實務面，重點包括：

1. 引進買賣區分照顧管理機制：

照顧管理的實踐基本上由「買賣區分」（「購買者和供給者區分」：purchaser-provider split）概念開始。由於地方政府已逐漸退出供給者的角色，而改由民間部門（Independent Sector，包括志願部門及商業部門）提供服務，為達到市場供給者競爭、使用者多元選擇、服務需求導向的目標，而賦予地方政府「照顧服務市場管理」的角色，中央政府委託個人社會服務研究小組（PSSU，Personal Social Services Research Unit）進行的混合經濟實務研究，提出公部門照顧服務輸送轉型圖（圖二）

2. 設定特別社會安全基金使用限制：

此外，1992年底中央衛生部公佈將一項社會安全預算基金，以一種特別轉移補助金的方式移撥給地方政府，自1993年4月開始的三年裡，地方政府必須接受特別轉移補助金（STG，Special Transitional Grant），以作為應付其執行新責任之所需，但必須符合衛生部所提的兩項要求，始可獲得該項移撥補助金，包括安置使用者到私立照顧之家，以及透過新的照顧管理模式安置出院病人到社區。從1992/3到1997/8的5個年度間，中央政府提撥的特別移轉補助金增加了63%。（而同時間，中央政府補助地方政府的個人社會服務預算，在排除特別移轉補助金後，卻只成長8.5%，甚至如果考慮通貨膨脹，雖然需求逐漸增加，但實質成長率每年下降超過6%。）

3. 密集監控與督導系統：

中央政府贊助一個國民發展方案研擬實施方針，並向各地方政府宣傳並輔導市場化照顧管理及委託簽約工作（表四）；此外政府並透過 SSI 社會服務稽查小組 (social serviced inspectorate) 在 1990 年至 1993 年的準備期間，密集進行調查掌握地方政府準備情形，甚至由 NHS 副主席和 SSI 主管定期寄送「鼓勵及鞭策」(foster and laming) 積極進行中央政策。

4. 建立民間投資提案制度：

英國政府自 1992 年起推動民間投資提案制度 (PFI, Private Finance Initiative)，引導民間企業參與投資各項公共基礎建設計畫，主要係依據政府採購法辦理，實施項目亦涵蓋社會服務。為落實推動民間參與公共建設計畫，財政部又於 1997 年設立專案小組 (Treasury Taskforce)，負責建立制度，並對中央各主辦機關提供諮詢服務。此外亦成立 4Ps (Public Private Partnership Program Limited)，實地輔助地方政府辦理 PFI 業務。在照顧服務方面，在衛生部設有 PFI 個人社會服務小組 (PFI Personal Social Services Group)，自 1997 年至今已進行了六項照顧服務相關公私部門合作計畫。

二、英國推動照顧服務市場化現況分析

英國的照顧服務市場化真正落實是從 1990 年開始正式起跑，此一期間英國政府持續進行追蹤與市場調查，主要包括有審計委員會的促進公共財政最佳運用 (Audit Commission – Promoting the best use of public money) 系列研究，監督英格蘭和威爾斯地區地方政府和 NHS 在經濟、組織效率的執行情形。此外，還有中央衛生部委託個人社會服務小組 (PSSU, Personal Social Service Unit) 進行的混合經濟方案。我們首先引用上述的研究報告了解英國照顧服務在十年來的發展成果；其次則參考各界進行之實務調查交叉比對。

(混合經濟方案是由 DH-funded Mixed Economy of Care research 所主導，聯合 PSSRU 和 Community Care Division, Nuffield Institute for Health at the University of Leeds 自 1990 年開始進行「管理照顧服務的混合經濟」Managing the Mixed Economy of Care 系列研究，第一階段 (1990)、第二階

段（1992），第三階段（1997），DOH 監督和評估 1990 年法案的實施結果的一部分。研究對象包括 25 個地方政府，和 160 個安養及在宅服務供給者，以及 670 護理之家和超過 12,000 名安養者、到宅服務使用者以及照顧者，此一小組的研究被政府當成發展混合經濟的理論和發展論證，產生一個藍圖指引英國地方政府規劃和運作混合經濟和照顧服務市場化的基礎。）

英國保守黨政府為引導照顧服務市場化，而在 1990 年所提出的 1990 年的國民健康服務和社區照顧法案(National Health Service and Community Care Act)，即使 1997 年工黨布萊爾政府上台後，強調合作而非競爭機制，但也並沒有推翻這項政策，依據照顧服務白皮書-社會服務現代化（Modernizing Social Service）繼續執行市場化任務。由於照顧服務一直是透過市場的運作模式來提供服務，中央政府對於市場的推動和規範已完全下放給地方政府負責，地方政府也透過委託權力來承擔推動市場化的責任，委託的過程簡單的以圖三來表示。實施十年後的今天，成果如何？我們由照顧管理機制之委託過程中（圖三）所包含的三個角色和二個過程逐一分析。

（一）購買者

1990 年社區照顧法案因為強調使用者中心的精神而廣受歡迎，之後並提出照顧管理的工作方式，試圖要釐清採購過程中模糊的財務處理方式。初期，很多地方政府對於「福利營利化」（Welfare for Profit）以及「照顧服務商業化」（Commercialization of Care）感到不安，但那些意識形態的偏見很快就被揚棄，而朝向更務實的照顧服務市場化進行。到了 1990 年中，各地方政府的疑問已經從早期「是否要配合中央政府政策？」，轉而「如何才能配合中央政府的政策？」，並隨之在市場政策原則下，配合地方政、經和社會條件調整實施策略，直到現在，大部分的地方政府已經走向「市場實用主義」（Market Pragmatists），一方面鼓勵市場力量，在一定預算之下增加服務量；另一方面在競爭市場環境謹慎地監督服務品質。

地方政府的採購權力在 1990 年開始在照顧服務市場服務供給、購買以及規範管理上，扮演很重要的角色。如圖四所示，在機構照護中，地方政府已經很成功地利用把財政資源用在非公部門服務上。因此，雖然 1997 年勞工黨上台後評估過去為誘導地方政府購買民間部門服務的「85%規定」以達階段性任務，認為多數地方政府的委託民間的文化和態度已然

形成，不再需要透過預算限制，因此在 98/99 會計年度開始廢除「85%規定」。惟目前仍多在機構照顧，到宅服務仍需加強。

(二) 供給者

1. 民間部門機構式照顧增加快速：

很多地方政府已經把機構照顧(in-house care homes)賣掉或轉移給民間部門。無論這種服務外部化是否可以增加使用者的選擇權，但至少可以給地方政府增加短期且一次性的財政資源，這種移轉的速度比 1990 年預期的還快。民間的營利部門快速成為主導市場的力量，在 1979 年民間部門(營利部門和志願部門)已經佔領整體照顧服務機構市場的 33%。在照顧之家部分，營利部門佔了 16%，志願部門佔領 20%。在護理之家部分，1987 年以前，營利和志願部門間並沒有很大的市場差異，在 1979 年，志願和營利部門護理之家共佔長期照顧床位的 19.8%，但到了 2000 年，長期照顧需求床位約 538,300 中，371,000 床約 69%由營利部門提供，73,000 床約 14%由志願部門，但僅約 93,400 床約 17%由政府部門提供。總長期照顧支出 8.6 百萬英鎊中，約有 5.6 百萬磅是由營利部門提供(表五、六、圖四)

2. 民間部門到宅服務增加：

目前民間部門佔領到宅服務市場雖然不如機構照顧，但速度卻比地方政府預期成長快，在 1992 年只有 2% 的到宅照顧時數是由政府向民間部門購買的，但是到了 1999 年，這個比例已經增加到 51%了，在宅服務時數在 1992 到 1998 年間整體成長了 52%，圖五表示機構和在宅服務這段期間的相對趨勢。但事實上，這些數字可能還低估，因為目前很多私立到宅服務不是沒有登記就是尚未納入規範。但在照顧服務其他領域，如照顧住宅、中介照顧和日間照顧(intermediate care and day care)就沒有那麼明顯。(圖五)

3. 服務範圍與彈性擴大：

到宅服務供給者增加週末和加班(out of hours)服務量，地方政府購買者把資源集中在密集的服務方案，1992 和 1998 年間平均每戶每周服務時數由 3.2 小時，增加到 5.8 小時。但即使總服務時數增加，但實際上接受在

宅服務的人數卻減少，1992 到 1997 年間服務人數下降 11%，到 1998 又再下降 6%。服務範圍與彈性的擴大，使得使用者在安養、護理之家和在宅服務之間可做不同組合與選擇。

4. 供給者規模擴大：

雖然有很多小型的經營者投入市場，但近年來更多許多大型組織陸續投入，1997 年時，有三家以上連鎖店的大型組織操縱 26% 的民間部門服務量，到 2000 年初，卻有 18 家大型公司共經營 1360 家機構，提供 22% 的英國民間部門服務。許多委託者會認為大型機構的床位太多，恐影響服務品質，但又為其財務穩定的特性而吸引，1996 年大型公司平均有 54 床；在公立照顧之家平均床數是 35 床；私立照顧之家是 20 床；志願照顧之家是 30 床；雙重立案 (Dual Registered Home) 是 39 床；護理之家是 38 床。在宅服務很少集中在大型組織，但還是有朝向合併的趨勢。

5. 供給者轉型經營：

目前英國照顧服務市場上的供給者主要可分為六種主要種類為轉型經營：

第一類，傳統的經營者，曾接受過專業的照顧服務訓練者，或是接受政府鼓勵轉業者，例如，提早退休者採取小型經營。

第二類，房屋出租業轉型；多數接受英國行業擴大方案 (BES, Business Expansion Scheme) 輔導多元化經營的別墅出租業者 (Cottage industry)，歷經一段時間後轉型而尋找一些新的投資目標，例如 Takare，曾是英國最大的照顧之家經營者。

第三類，飯店和休閒同業轉型；如 Stakis 以及 Boddington。

第四類，營建和房地產業，例如 McCartney Stone 公司。

第五類，民間營利性健康照顧集團，包括英國和美國跨國公司，如原是美國健康照顧公司 NME 的子公司的 Westminster 健康照顧公司。

第六類，民間非營利健康照顧法人，包括 BUPA，

Nuffield 醫院和 GM 健康照顧中心。

最後兩類擁有龐大的財務和管理資源，投入區域性及國性照顧之家，並透過完全不同的經營層次，反應並影響照顧服務市場，以高度發展的管理、行銷和訓練經營。

6. 供給者受地方政府委託行為影響：

地方政府的委託策略和行為會影響供給者的市場行為，在訪問中供給者都提到和地方政府委託者之間關係不良的抱怨，包括給付太慢、案主審查和追蹤不足、契約價格太低、委託時偏好到宅服務。1997 年時有 1/5 的照顧之家經營者慎重的表示要退出市場；很多被迫降低價格，超過一半的供給者抱怨價格不敷成本，1999 年時有 1/5 的到宅照顧者被迫降低價以配合政府的低價政策，1/8 的人表示價格不敷成本，11% 的人慎重表示要退出市場。

(三) 使用者和照顧者

要檢驗照顧服務市場化的成果，主要當然是視服務是否能輸送高品質給使用者，以符合使用者和照顧者的需求和偏好而定。增加使用者的選擇，是 1990 年法案的主要目標，從鉅視層次來看，擴大選擇權可以透過新供給者進入市場，以及提供各種不同的服務來達成；從微視角度來看，擴大選擇權則可以從提供需求者各種資訊，協助作出正確決定來達成。

然而由於照顧服務的品質很難定義；對使用者和照顧者影響很難測量；而且服務資源、服務輸送過程和服務結果間的變數相當複雜，因此，少有明確證據可以證明社區照顧改革對於使用者選擇權擴增、參與決策或受到服務的正面影響。但從正面來看，地方政府會整理和蒐集一些有關安養或護理之家的資訊給新的使用者和家屬參考，或者會引用過去使用者的意見調查作為評選資料。即使如此，依據英國公平交易委員會 (the Office of Fair Trading) 在 1998 年所作調查顯示，近 6/10 的老人表示他們之所以會選擇進入現住的這家護理之家的資訊並不充足，而且住在公部門照顧之家的老人表示接受到的資訊少於住在民間部門機構的老人。

除選擇機構的資訊提供不足外，在到宅服務服務品質方面，在 1997 年中研究指出，很多使用者對到宅服務的服務包括服務提供者的流動率太高、服務缺乏彈性以及工作人員的態度不佳。儘管如此，總體滿意度還是相當高。

(四) 委託和契約過程

委託過程是所有服務的開始，但並沒有一個樣本可以完全套用在所有個案中，適合用在照顧老人的機構，並不適合用在在宅服務，或適用在學習障礙者的日間照顧上，用在東區的並不適合用在西區，因此地方政府應該要在中央政府的輔導下，逐步發展一套適合自己的委託過程，以追求不同的目標及需求。

委託過程是決定市場失靈與否的關鍵。而契約設計又是委託過程的協商開始，在購買者和供給者協商契約時，有些問題要先確定：長期或短期購買？包裹式或論件計酬（Block or Spot Contract）？要固定價格（Fixed-Price）或依成本計價（Cost-Plus）補助方案？允許偶發事件發生嗎？好的契約可以讓經營者在負擔得起的成本下，提供好的服務，讓供給者有意願和能力把經費投資在人員訓練或照顧管理上加惠使用者。（契約型態和市場競爭效果見表四）

1990 年以前，公、私部門間（特別是志願服務部門）採不確定補助，正式契約很少見，主要是用在對使用者的特殊需求做個案採購（Spot Contract）上。到了 1996 年，地方政府陸續開始試用契約，大多有使用過一種以上的契約，在了解各種契約間的平衡性後，會決定採取最適合的一種。現在，有先見之明的政府多半會採用較有彈性的論量計酬契約（cost-and-volume contracts）分散採購者和供給者之間的風險。

(五) 照顧管理和輸送體系

1989 年的社區照顧白皮書中認為「照顧管理」是「社區照顧的基石」，是為個人量身訂做服務的過程，照顧管理是從社會工作實務中移轉到照顧混合經濟中來使用。對使用者來說，它被用來做需求評估；對購買者來說，可避免供給者剝削；對供給者還說，避免採購者過分重視成本，忽視品質的風險。

然而，要達到這些好處，照顧經理人需要充分的時間、資訊和技巧，即使地方政府會形式地下放一些決策權給照顧經理人，但實際上仍無信心。到 1996 年仍僅有少數地方政府會把預算權力下放給照顧經理人，而照顧經理人的權力到底有多大，仍掌握在各地方政府手中。

三、英國推動照顧服務市場化成果的迷思

地方政府和中央衛生部合作，成功地實現了 1990 年的法案目標，洗刷初期各界對於地方政府執行能力的質疑，在地方政府內部也經歷一段意識形態的文化改變後終於認同市場機制的運作，在推動近乎十年後各界分別針對執行成果及政策必要性提出反思與批評：

(一) 執行成果的反思

1. 促進服務使用者的參與選擇？

使用者在接受服務及補助之前，需要經過照顧管理的評估程序，雖然這一個過程是為了保障使用者權力，但無形中也限制了使用者的直接選擇權，尤其是地方政府使用包裹式契約時；而且地方政府在轉包或簽約過程中，亦無法讓使用者參與協商的機會，而只能被動地接受安排，使用者無法表達自己意思。甚至多數使用者為身體障礙的弱勢使用者，很有可能因為個人特殊因素，而難介入參與決策或表示意見；某些服務是不能到市場上去選購或是靠經驗累積選擇的，因為可能一生只使用過一次，而且對使用者而言，不斷換服務者對他們並不利。

2. 提升服務品質滿足使用者需求？

服務成果很難定義，也很難測量；即使不喜歡也通常不會換，所以無法一直比較；而且民間部門會篩選病人，選擇較不嚴重的老人或身障者，如單以已使用者的服務滿意度來斷定服務成果，常會造成偏見。

3. 促進市場競爭？

從需求面來看，使用者通常屬社會弱勢者，即使有照顧管理者的協助，也很難像一般市場的消費者一樣，到處比價以找到合理且值得的服務；從供給面來看，在混合經濟競爭的強力競標下，可能會造成規模較小的供給者因無力競爭而慘遭淘汰（護理之家關閉比率逐年上升，1999、98、93 年分別有 215、141 以及 41 家因無力競爭而關閉），而且地方政府因對供給者的信心不足，通常偏好資源豐富且聲望較高的供給者購買包裹式契約，甚至偏向志願服務部門，如此將降低競爭。

4. 促進公、私部門合作或競爭？

1997年工黨上台後，雖然繼續執行保守黨提出的照顧服務市場化政策，但卻強調各部門間以合作代替競爭的夥伴關係。但一方面，民間部門抱怨地方政府一味降低價格；另一方面，民間部門為求績效與服務聲望，會採取所謂的「奶油效應」(Cream-Skimming，將付費能力較差或利潤較低之使用者視為咖啡上面的奶油泡沫，喝咖啡前會先將泡沫過濾掉，留下較為可口的部份，以此來比喻企業會將獲利較低的案主過濾掉)，將低收入老人留給公部門接收，引起公部門員工不滿；另外，私部門財政倒閉後，仍須由公部門收拾殘局。

5. 藉由市場競爭促進成本合理化？

由於成本較易量化，而服務效益不易評估，地方政府為強調成本效益，在採購過程中，傾向於以成本作為採購單一因素，而私部門為了要取得簽約權，通常會降低成本，但這並不同時代表可以維持一定的服務品質。

6. 鼓勵到宅服務以減少服務成本？

社會安全預算移轉到民間部門的機構照護，使得地方政府在執行照顧服務時反而得不到需要有的預算，許多學者批評這種政策就是鼓勵機構化，雖然市場化可以鼓勵機構小型化，但卻不利於到宅服務的發展，對政府而言，鼓勵使用者使用機構照護，反而比使用到宅服務便宜；對使用者而言，讓那些原本不需要住進去機構的人員而住進了，此原本的政策宗旨不符合；同時，相較於單純使用照顧服務（如家事服務、日間照護、喘息服務）時，當使用全民健康服務 NHS 時，使用者是不需要付費，如此，同時也是在鼓勵使用長期照護的 NHS，成本更高。

7. 中央權力下放地方政府促進服務可近性？

英國政府為鼓勵地方政府把 85%財源投入民間部門，但地方政府本身資源卻未相對增加，導致地方政府可投入社區的資源不足，服務從過去的普及性變成選擇性的資產調查。此造成付得起購買服務費用的使用者才能有較多的選擇，或者是那些因貧窮可使用可免費使用服務者才能得到服務，其他部分的人選擇及可近性相對較低。

(二) 政策必要性的反思

1. 照顧服務的特性適合市場化嗎？

照顧服務具有品質感受太過主觀、服務結果測量困難、使用者難以實際參與決策、買賣雙方資訊不對稱、特定服務的強制性、目標無法馬上顯現，這些特質和一般商品有很大的不同，此外最大差異仍在於，服務對象為弱勢者，因此必須投入部分的政府資金在市場流動，並且接受會計權責的檢驗，是者，照顧服務市場具有強烈的政治和經濟色彩。很多人質疑照顧服務的適合市場化嗎？然而，反過來說，也可能因為這樣，所以需要一個準市場過程來達到服務目標，而照顧服務也因為太重要且太複雜，結果和品質監督困難，以傳統輸送方式無法達成，以致於無法在純官僚體系通運作，而必須藉由照顧服務市場才能達到。

2. 照顧服務市場化的交易成本是否太高？

照顧服務對象為弱勢者，且投入部分政府資金，因此對於委託者和供給者的監理和會計權責的考驗不可避免的。為此，英國勞工黨引進新的規範架構來設定品質標準，地方政府也不斷定義服務範圍以及簽約模式，為的就是要控制在這個過程中可能被影響到的每一個環節。然而，過分重視監督過程，並且投入大量資源以防範弊端，是否已經有些本末倒置了，而忽略當初為節省政府財政與人力才引進市場化的機制目標，因此有人質疑，漸增的交易成本值得嗎？然而，資深的照顧經理人指出在1990年以前照顧服務的交易成本就已經相當高，但相對的民間部門卻認為政府可以把監督的資源用來補助使用者或供給者對於政策目標更為有效。

交易成本是否太高？這個問題真的很難回答，但是既然協商和監督在市場運作上的確不可避免，因此不妨反思，透過加強委託過程中的機制運作，使委託環境較為成熟以後，必定可以大幅簡化必要的交易成本。且在照顧服務市場裡，委託者和供給者的關係應該是競爭或是合作的？應該是建立在敵對的或權利義務的契約上？委託者一定要能夠相信供給者可以提供使用者和照顧者福利，而且不需要對每一個改變都要求最細節的承諾，地方政府的責任便是發展策略以促進和維持信任能力，這樣可以控制交易成本，但還是有一個危險：信賴是交易的潤滑劑，但還是需要小心被使用及監督，權利義務關係已經成為新的過程目標。

3 · 照顧服務市場是否真的可以促進效率？

在教科書中我們知道在某些條件下，市場是會促進效率的，這些條件和資訊可近性、消費者參與市場的能力等都有關係，而照顧管理的發展會克服這些困難，因為它會讓大部分的使用者變得比較像個教科書說的消費者，但其他和市場化效率有關的競爭問題，例如市場上有足夠的供給者可以達到使用者的選擇多元化？成本價格降低嗎？是否有供給者集中化的問題？是否進入市場的障礙存在，導致新經營者無法加入？仍然備受質疑，然而我們反思，這些問題多半是由於委託者和供給者之間信任不足，或是地方政府對民間部門仍然不願鬆綁所致，因此如果無法信任市場化機制，當然便無法進一步達到進效率的目標。

4 · 照顧服務市場化的未來？

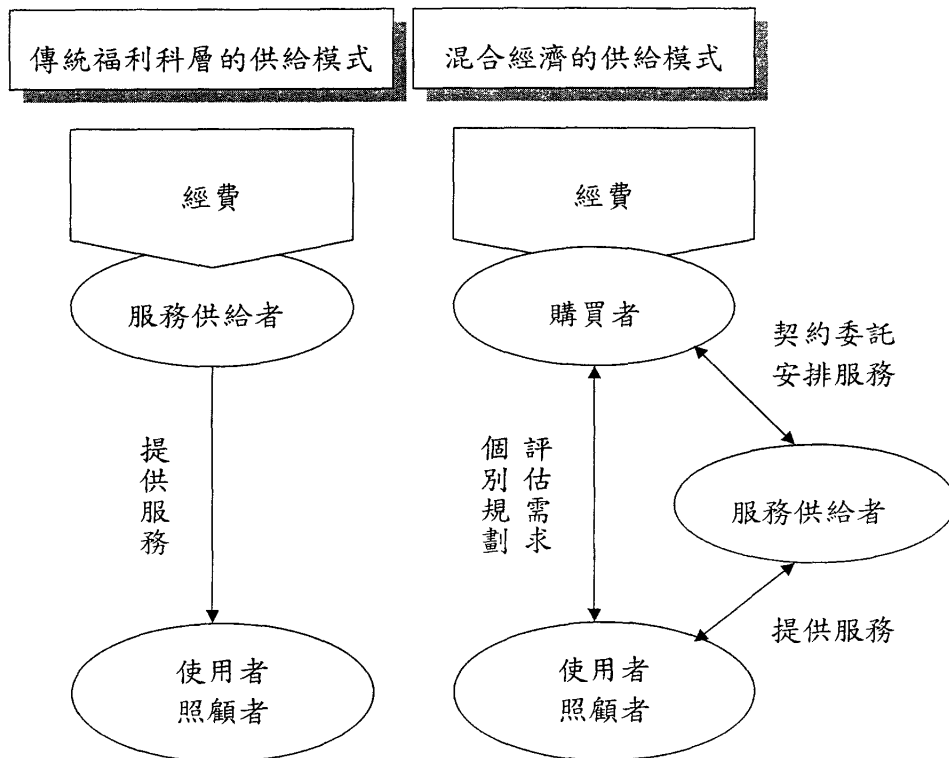
在經過一段不情願接受市場機制的抗拒過程之後，英格蘭現在已能完全運用它們的採購力量來塑造地方市場，委託方式可以透過鼓勵與供給者之間的關係由敵對改為權利義務關係而更為成熟，現在的情形已經和 1990 年完全不一樣了，選擇、品質和效益分析都需要進一步提升，資訊分享和系統化在建立長期的市場關係中也需要提升，以及輸送服務的能力，新規範架構和更嚴格的品質標準都需要被引進。但依據調查對地方政府來說，最主要的任務除了加強委託過程的潤滑度外，中央政府確定長期照護財源籌措方式更有助於地方政府長遠規劃。

五、小結

由於全球自由貿易化趨勢的影響，英國身為 WTO 主要會員國，目前推動照顧服務市場化的開放幅度，也因著服務業貿易總協定 GATS 的步伐前進，由國內私有化走向跨國企業的引進。英國在 GATS 上有關健康和社會服務次業別中承諾範圍包括「醫院服務」(Hospital Services) 以及「復健院、老人之家、療養院」(Convalescent, Old Peoples Homes, Rest Homes)。英國政府目前追求積極動作來增加民間部門在健康照顧和社會服務業別中提供輸送的角色，近年來英國在國民健康服務制度上，更進一步採用大量方法來促進民間部門的參與，設立 Public-Private Partnerships Program (4Ps)，加速推動公私部門的合作。歷

經 11 年的努力，我國已於 2001 年 11 月 12 日完成入世界貿易組織 WTO 之採認，照顧服務產業成為必然之趨勢。

圖二 公部門照顧服務輸送轉型圖



資料來源：Wistow, et al, 1996, p6

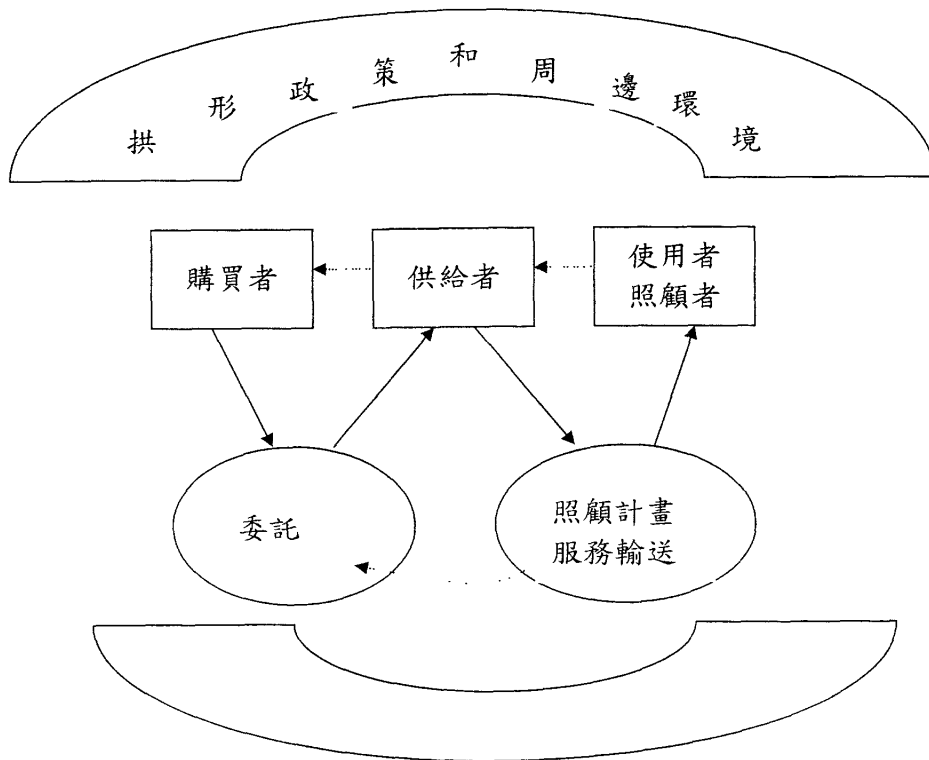
註：說明買賣分離概念之下，地方政府角色由傳統直接提供服務者中抽離而出，轉變為服務購買者，而供給者角色開放給民間民間部門擔任。地方政府，一方面評估使用者和照顧者需求，規劃適當的服務計畫，並篩選出適當的服務模式和供給者；另一方面則與民間民間部門供給者簽約，進行委託過程。

表四 英國照顧服務契約型態種類

	內涵說明	市場的影響	使用情形
包裹式 契約 Block Contract	以設定的 價格購買 特定服務 量	<ul style="list-style-type: none"> ● 服務床位不足或太多 ● 較大契約可產生規模經濟，但卻會抑制競爭，減少供給多樣性 ● 較小契約會因收入保證，而激勵新供給者加入，增加服務選擇性 	<ul style="list-style-type: none"> ● 1996 年多用在日間照顧，較少用購買在機構照顧床位上 ● 1997 年機構照顧供給者表示偏好包裹式或論量計酬契約，但沒有一家用這種契約 ● 1999 年有 28% 的民間部門經營者仍然使用塊狀契約，但屬少數
論件計酬 契約 Spot Contract	依個別狀 況協商服 務和價格	<ul style="list-style-type: none"> ● 彈性大，競爭大 ● 有加價風險 ● 交易成本高 ● 給予競爭者的保障較小，對新供給者較不利 	<ul style="list-style-type: none"> ● 1999 年時有 63% 的民間部門機構照顧供給者採用
論量計酬 契約 Cost-and -Volume Contract	以固定價 格提供指 定的最低 限量的服 務，超過 部份則論 件計酬	<ul style="list-style-type: none"> ● 交易成本較包裹是契約為高 ● 選擇限制比論件計酬契約為高 	<ul style="list-style-type: none"> ● 1996 年以後很少採用，多為到宅服務

資料來源：整理自 Mares P.，1996

圖三 混合經濟的拱型政策



註：上圖概念化混合經濟中，藉由委託和服務輸送過程，聯繫主要的資源控管者。其中實線部分指服務流動過程；虛線部份指資源流動部分。

資料來源：Commissioning for Quality: Ten Years of Social Care Markets in England, Martin Knapp, Britan Hardy, Julien Forder, 2001

表五 部門別長期照顧服務機構市場產值（百萬磅）1998-2000

	營利部門			志願部門			政府部門			總計
	安養之家	護理之家	合計	安養之家	護理之家	合計	照顧之家	護理之家	合計	
1988	971	763	1734	326	107	433	976	1368	2344	4511
1992	1664	2274	3939	459	205	659	1104	1505	2609	7207
1996	1968	3077	5044	701	295	996	1130	1250	2380	8420
1998	2103	3219	5322	715	341	1057	963	1092	2054	8433
2000	2347	3248	5597	764	367	1131	890	997	1886	8614

資料來源：Laing and Buisson, 2000.

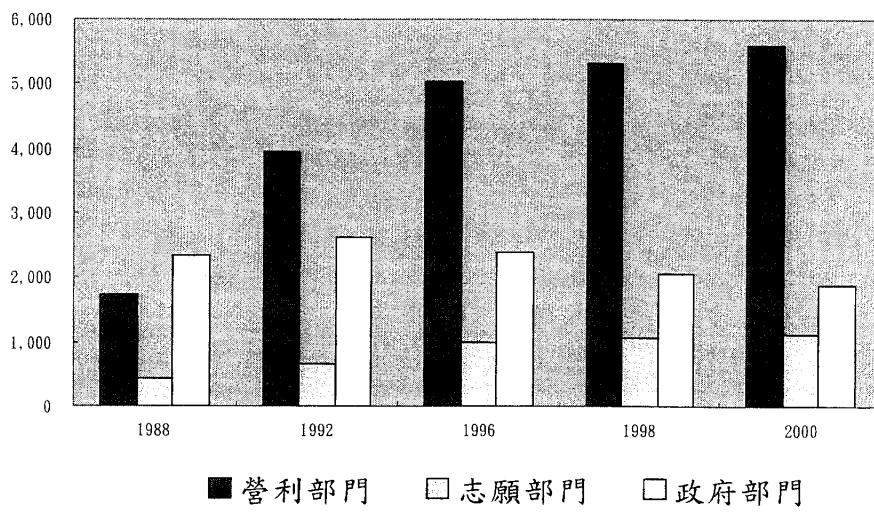
表六 1998 年長期照顧機構市場

	床位	產值
營利部門	371, 000	5, 597
志願部門	73, 000	1, 131
政府部門	94, 300	1, 886
總計	538, 300	8, 614

註：營利部門的受益者中，70%接受國家補助，其中53%是接受地方政府補助，11.5%是所得支持制度下的保障權利，5%是NHS補助；其餘的30%中，是由非正式照顧體系包括親戚、家人或第三部門捐獻或財產變賣支助。

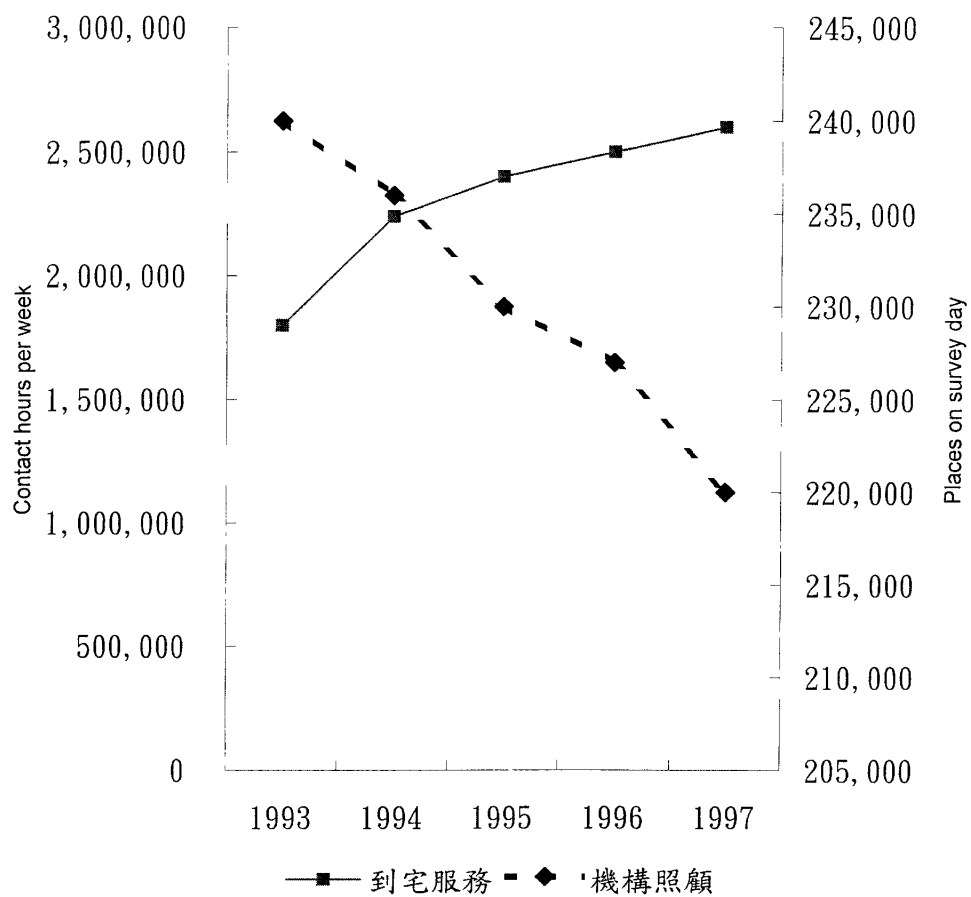
資料來源：Laing and Buisson, 2000.

圖四 長期照顧服務機構市場產值（百萬磅）1998-2000



資料來源：Laing and Buisson, 2000.

圖五 機構和到宅服務相對趨勢圖（英格蘭地區，1993-1997）



資料來源：Forder et al(1999) from Department of Health statistics

肆、照顧服務新措施與政策建議

英國 85 歲以上人口估計由 2002 年的 1 百 16 萬，約占總人口的 1.9%，上升到 2056 年的 3 百 33 萬，約占總人口的 5.1%。由於第一次世界大戰期間出生率下降，導致 85 歲以上老年人口比例在 2001 年和 2004 年間進入一個低點，因此長期照護需求在 2005 年以前將暫且舒緩。其他主要影響照顧服務需求的人口因素在於年輕人口減少，導致未來護理人力供給來源減少，但此可透過海引進海外專業人力、中高齡婦女投入等舒緩人力緊張。

有部分些學者樂觀認為，隨著離婚率增加、小家庭、勞動流動率上升以及更多婦女就業機會將導向婦女由傳統非正式照顧傳統角色的解放，未來照顧服務有給職的需求將大幅增加。但同時亦有其他學者認為”罹病期壓縮” (compression of morbidity)，使得長期照護需求減輕。

調查顯示 2002 年 4 月時預估英國老人及身心障礙安療養機構床位數約為 51 萬床，市場估計產值是 9.5 萬億磅，其中私立營利部門便有約有 6.3 萬億的市場，但最近幾年成長明顯趨緩，這是因為 1993 的發展所致，也因此造成 2002 年 4 月所有部門的產值由 1996 年時期的高峰 575,600 萬下降到 64,300 床，下降約 11%。目前英國各地在近年來有多項與照顧服務有關的新政策推動，各界褒貶不一，或許可以提供台灣地區制度照顧服務政策啟發。

一、英國廿一世紀照顧服務重要新措施

廿一世紀英國照顧服務陸續宣布多項新措施，簡略說明如下：

- (一) 蘇格蘭地區免費照顧服務措施 (2003 年 6 月開始)：蘇格蘭行政中心宣布，自 2003 年 6 月起所有身心障礙者照顧服務使用者免付費，而改由地方政府直接給付 (direct payment)，並計畫於 2004 年 4 月將該項福利措施擴大至所有使用者。
- (二) 英格蘭地區地方政府辦理社會服務等級評鑑 (2002 年 5 月)：英格蘭衛生部於 2002 年 5 月首次發布由社會服務稽查委員會 (Social Services Inspectorate (SSI)) 主導的「2001/02 年英格蘭地區社會服務評鑑等級報告」 (Performance Ratings for Social Services in England)

2001/02)。將所有辦理社會服務地方政府表現予以評鑑，由 0 至 3 共 4 級，作為判定中央政府監督寬鬆與預算補助之依據。

- (三) 國民健康服務自 2003/04 年度額外編列 9 億英鎊推動中介照顧 (intermediate care)：2000 年時便有學者開始建議推動中介照顧，鼓勵介於醫院與社區間的照顧，以降低住院天數，中央政府通過自 2003 年開始編列 9 億元投資該項照顧服務。
- (四) 提供免費護理照顧補助額度：2001 年 10 月英格蘭和威爾斯首度針對自費護理之家使用者提供補助，此項措施一方面有助於誘發自費使用安養機構的需求，另一方面則提高護理之家調高費用的空間。在英格蘭地區補助分成每週 35 鎊、70 鎊以及 110 鎊三級，威爾斯則均一補助 100 鎊，蘇格蘭地區則依據 2002 年 7 月通過的「健康暨社區照顧法案」(Health and Community Care Act 2002) 針對安療養機構”個人照顧”補助每週 145 鎊，對於護理之家之”個人及護理照顧”補助每週 210 鎊。
- (五) 制定到宅服務收費規範：過去安療養機構院內照顧收費是由中央政府統一制定收費標準，地方政府對於非院內照顧則有自由決定權，各地收費不一。英格蘭地區自 2001 年 12 月開始制定統一收費標準，而蘇格蘭地區則是自 2002 年 7 月通過廢除照顧服務收費。
- (六) 單一評估過程：2001 年 3 月英國中央政府發布一套老年國民服務架構 (NSF, National Service Framework) 列出八項標準作為老年服務協定，目標在於減少對醫院及安療養機構的依賴，整合社政及衛政作業系統，提高評估流程，目前尚在部分地方政府的實驗階段並未全面推廣。
- (七) 最佳價值評估：2000 年 4 月通過「最佳價值」(Best Value) 政策，要求地方政府每年必須要提出 20% 經費的服務內容作最佳價值測驗，而由於社會服務所需支出最為龐大，且各地單位成本差異最大，所以通常被列為主要測驗項目。測驗內容在於評定地方政府所委託採用的服務內容是否是目前市場中成本效益最高的，目前一般地方政府仍舊偏好與非營利部門合作。
- (八) 2000 年的競爭法案 (The Competition Act)：1999 年通過的公平競爭法案在 2000 年 5 月實施，該法案涉及有關

平經營及交易的相關規定，各界目前正爭議，該項法案是否適用於具有公權力的地方政府，例如經營機構式照顧甚或辦理社區照顧的地方政府上值得研究。

(九) 展期給付 (deferred payment)：展期給付方案在 2001 年 10 月引進，目標在於協助擁有不動產，但卻無足夠所得或動產的失能者，如何在不需變賣不動產的情況下支付照顧機構所需。此一方案特別吸引那些只希望短期居住在安療養之家者，而其家屬也能更具彈性多元選擇不同照顧方案。

(十) 照顧標準法 (The Care Standards Act)：2000 年照顧標準法取代 1984 年立案機構法案，成為照顧服務規定新依據，2002 年 4 月正式實施。該法適用於英格蘭及威爾斯地區，但細部規定仍有地區差異。2001 年蘇格蘭地區通過的照顧規範法 (The Regulation of Care) 僅適用於蘇格蘭地區，和英格蘭地區仍有許多差異。

2002 年 4 月英國總理宣布 2003/4 年度額外提供 3 億元，補助地方政府辦理社區照顧，之後每一年度則提高 6%，且將提高地方政府對補助民間部門投入照顧服務預算意味者政府對照顧服務的重視。

二、對台灣照顧服務產業發展政策之啟示

台灣的福利政策早期是以非正式支持系統為主，政府扮演補充角色；惟自民國八〇年代以來隨著經濟發展與民主意識成熟，福利意識也隨之高漲，此時高齡者之福利仍偏重國民經濟生活補助，如中低收入老人生活津貼、老農福利津貼、中低收入戶老人重病住院看護費補助、重病醫療補助等；對於高齡者之其他福利服務，如居家照顧、日間照顧或安療養機構照顧，政府的資源則偏向以中低收入者為主。

在可預見的人口高齡化社會中，我國初步規劃出照顧服務新興產業，並納入「挑戰二〇〇八國家發展重點計畫」中，同時被定位為跨發展新興產業與福利社區化之中，顯見政府期望藉由照顧服務產業的發展，同時達到活絡經濟、社區發展與老年福利的多重目的，在開辦初期，其實施成果遭受各界挑戰與質疑。

採擷英國政府推動照顧服務市場化十年以上的改革收穫與推動障礙等經驗，獲得以下幾點啟發與建議：

(一) 照顧服務引進市場機制，不僅可以提升服務效率和彈性，

亦可擴大產業範圍，增加民眾選擇彈性。例如，英國社區照顧改革刺激了短期居留的中途之家的增加和其他服務的提供；德國引進長期照護保險制度，許多小型公司間的競爭也促進六個大型官僚福利組織提升品質和效率。而照顧服務產業化方式主要為：

1．建立制度化的財源：

穩定且制度化的財源，為民間資金投資的首要基本條件，透過民間投資者及地方政府穩定的財源保證機制，提高政策投資意願。

例如日本與德國開辦長期照護保險，提供各類照顧服務的給付，進而擴大照顧服務市場規模，同時亦讓民間部門有相當的成長空間。目前全球辦理照顧服務制度財源籌措措施，包括保險費、津貼或稅收、以及個人帳戶支應。

我國政府長期照護財務研究多年，配合全民健保制度或國民年金制度研議過程中，均有各界提出併同規劃之建議，顯見各界對此議題之重視。呼籲政府應及早規劃長期照護之制度化財源，以作為市場發展之配合依據。

2．提高民間部門的競爭力：

英國政府過去陸陸續續使用各種方式多管齊下，包括刪減地方政府預算（使地方政府無法獨立承擔照顧服務提供角色，只得順勢配合中央政府開放民間部門經營的政策）、鼓勵志願部門投入供給（增加志願部門之經費補助）、增加民間部門供給誘因（對於接受所得維持者，選擇居住民間部門安養或護理之家的費用，予以全額補助）、削減政府服務的市場競爭力（地方政府經營的照顧之家，不可接受照顧之家津貼）。

以上方式均在於提高民間部門的相對競爭力。惟因國情不同，我國不宜全然仿效，但建議專案輔導民間部門辦理照顧服務設施與機構、輔導民間外勞仲介業者轉型為本國照顧員轉介、鼓勵並補助發展新興照顧服務項目等，提高民間部門競爭力。

（二）加強管考機制，誘導地方政府使用民間部門照顧服務：英國中央政府誘導地方政府使用民間照顧服務的方式主要

有二：

1．對地方政府的財源控制：

對於移撥給地方政府的特定移轉補助設有「85%條款」規定地方政府需將補助款之 85%，用在補助私部門服務或相關事務上。

2．對地方政府實施辦理評鑑：

包括 2002 年 5 月開始，英格蘭地區對地方政府辦理的社會服務等級評鑑；以及 2000 年 4 月通過「最佳價值」評鑑政策，檢測地方政府是否能確實執行中央政府政策目標，或者達到預算執行設定的成本效益。

以上目標在於誘導地方政府配合中央政府政策原則，鼓勵使用民間部門照顧服務。為避免地方政府政策執行薄弱而使政策空談，我國政策制定除考量執行可行性外，亦應加強各部會及地方政府的管考，確實達到預期效益。

(三) 惟允許民間部門進入照顧服務市場並非一勞永逸，亦可能產生若干問題。例如 1970 和 1980 年代，劣質服務品質的問題在美國相當頻繁，起因於管理者一味降低成本來追求邊際利潤；另外，投機取巧的產業個性，選擇性的拒絕提供某些服務，作出“奶油效應”(cream-skimming)，即民間部門基於成本考量，選擇服務對象，或拒絕提供某些服務，以避免護理之家成為低所得者集中區。

為避免這樣的問題，必須要採用合法和制度性的方法，控制品質和保障使用者權力，包括建立服務標準、第三者監督系統、申訴系統。此外，平衡機構與居家式照顧之供給，實際配合民眾需求，亦為建構照顧服務產業過程中需要隨時注意調整的地方。

我國目前的照顧服務主要係由政府部門及非營利團體提供，為引導民間企業積極參與及投入發展照顧服務產業，宜參考先進國家照顧服務市場化的經驗，在漸進開放的原則下，透過完整的規範與管理機制，適度放寬民間企業參與照顧服務相關規定，循序漸進的建立一套健全的照顧服務機制，以彌補現有機制之不足，俾讓民間獲得更充足而多元的照顧服務。

附錄一、參訪報告

壹、參訪行程表

<p>Monday 3 March 2003 10:00 am</p>	<p>RSH(Royal South Hants Hospital) Adult and Physical Disability and Older Persons Team , Level C New out Patients Building Brintons Terrace Off St.Mary's Road Southampton SO17 0YG Contact: Mr.Chris Martin Tel:02380 825378</p>
<p>Tuesday 4 March 2003 10:00 am</p>	<p>Deaprtment of Health Room G20 Richmond House 79 Whitehall London SW1A 2NS Contact: Mr.Peter Dunn/Ms Sue Breccan Sue.Brennan@doh.gsi.gov.uk Peter.dunn@doh.gov.uk Tel:020 7 972 4268</p>
<p>Wednesday 5 March 2003 3:30 pm</p>	<p>General Social Care Council Golding's house 2 Hay's lane London SE1 2HB Contact: Ms.Faye Banks/Ms.Eve Hessey Eve.hessey@gsc.org.uk Tel:020 7 397 5100</p>
<p>Thursday 6 March 2003 11:00 am</p>	<p>PSSRU University of Kent Cornwallis Building Canterbury CT2 7nf Contact: Ms.Ann Netten A.P.Netten@ukc.ac.uk Tel:0122782672</p>
<p>Friday 7 March 2003 10:00 am</p>	<p>Centre for Policy on Aging 19-23 Iremonger Row London EC1V 3QP Gillian.Crosby@cpa.org.uk Contact: Ms.Gillian Crosby Tel:020 7 553 6500</p>

<p>Monday 10 March 2003 10:30 am</p>	<p>Anchor Trust Chancery House St.Nicholas Way Sutton Surrey SM1 1JB Jeremy.Hawton@anchor.org.uk Contact: Mr.Jeremy Hawton Tel:020 8 652 1922</p>
<p>Tuesday 11 March 2003 10:00 am</p>	<p>Kent County Council Social Services Sessions House County Hall Maidstone Kent ME14 1XQ Michael.Thomas-Sam@kent.gov.uk Contact: Mr.Michael Thomas-Sam Tel:01622 694895</p>
<p>Wednesday 12 March 2003 10:00 am</p>	<p>Wolfson School of Health Sciences Thames Valley University 32-38 Uxbridge Road Ealing London W5 2BS Lindam.Smith@tvu.ac.uk Contact: Ms.Linda Smith</p>
<p>Thursday 13 March 2003 3:30 pm</p>	<p>Health and Social Care Department London School of Economics Room J403 Cowdray House Portugal Street London WC2 m.knapp@lse.ac.uk julien.forder@doh.gsi.gov.tw Contact: Professor Martin Knapp Tel:020 7 955 7540</p>
<p>Friday 14 March 2003 10:00 am</p>	<p>Age Concern Astra House 1268 London Road London SW16 4ER bridgej@ace.org.uk Contact: Mr.James Bridge Tel:020 8 765 7200</p>

<p>Monday 17 March 2003 2:00 pm</p>	<p>Social Policy Research Unit University of York Hesslington York YO10 5DD hjq2@york.ac.uk cp11@york.ac.uk Contact: Ms. Hazel Qureshi/Mr.Charles.Patmore Tel:01904 433600</p>
<p>Tuesday 18 March 2003 11:00 am</p>	<p>Nuffield Institute for Health University of Leeds 71-75 Clarendon Road Leeds LS2 9PL hsspmw@leeds.ac.uk Contact: Dr.Brian Hardie Tel:0113 233 6633</p>
<p>Wednesday 19 March 2003 10:00 am</p>	<p>City of Edinburgh Council Social Work Department Shrubhill House 7 Shrub Place Edinburgh EH7 4PD Anne.birch@edinburgh.gov.tw Contact: Ms.Eleanor Cunningham Tel:0131 553 8220</p>
<p>Thursday 20 March 2003 9:30 am</p>	<p>Glasgow Social Work Deaprtment City of Glasgow Council 20 India Street Glasgow G2 4PD John.donsldson@sw.glasgow.gov.tw Hugh.Kelly@drs.glasgow.gov.tw Bill.timoney@councillors.glasgow.gov.tw Contact: Mr.John Donaldson Tel:0141 287 8782</p>
<p>Friday 21 March 2003 9:30 am</p>	<p>Age Concern Leonard Small House 113 Rose Street Edinburgh EH2 3DT Maureen.o'neil@acscot.org.uk Contact: Ms.Evelyn Gibb Tel:0131 220 3345</p>

<p>Monday 24 March 2003 11:00 am</p>	<p>Scottish Executive Joint Future Unit St.Andrew's House Regent Road Edinburgh EH1 3DG margery.naylor@scotland.gsi.gov.uk Contact: Ms.Margery Naylor Tel:0131 244 3710</p>
<p>Tuesday 25 March 2003 2:30 pm</p>	<p>University of Bangor School of Social Sciences Dementia Services Development Centre Neuadd Ardudwy, Normal Site Holyhead Road Bangor Gwynedd LL57 2DG North Wales Contact: Professor Robert Woods Tel:01248 383719</p>
<p>Wednesday 26 March 2003 10:00 am</p>	<p>School of Social Sciences Social Policy Unit University of Bangor Bangor Gwynedd LL57 2DG Contact: Professor Howard Davies (Head of School) Tel:01248 382372/01248 382230</p>

貳、參訪單位介紹

一、RSH (Royal South Hants Hospital) Adult and Physical Disability and Older Persons Team，皇家南漢普郡醫院老人及身心障礙小組

網址：<http://www.nhs.uk/root/localnhsservices/orgs>

該小組名義上屬於南安普敦大學醫院國民健康服務基金會 (Southampton University Hospitals NHS Trust) 附設醫院社會服務部門，但由於該醫院服務範圍擴及南安普敦和漢普郡西南地區約 500,000 人居民，因此就所提供的服務範圍及項目扮演相當於其他地區市議會社會服務部角色，包括對使用者的服務需求

評估與轉介；對服務經營者的委託與篩選；預算的控制與分配；服務提供者的訓練等。

受訪者為該小組的資深照顧經理人表示：南安普敦市在社政和衛政服務整合上運作相當順利，尤其是在政府推動” Primary Care Trust” 聯合預算計畫之後（依業務量在各地成立數個” Primary Care Trust” ，將衛政和社政資源統一撥補到此一基金會下，供衛政和社政聯合計畫之用），由於南安普敦市人口較少，因此只有一個” Primary Care Trust” ，行政運作較其他地區簡單。

目前該市推動照顧服務最大的困難在於民間安養機構由於營運不良及利潤不敷成本等因素，關閉數量增加，一方面是因為政府鼓勵居家服務，對於符合機構服務居民其使用居家服務者提供相同補助，造成部門需求望居家服務流動，另一方面，則是因為政府提供的服務標準太過嚴謹，導致成本太高。目前南安普敦市議會只好提供土地，並保證前廿年的營運利潤歸民間所有，保證收益，鼓勵民間參與。在商業登記問題上，英國所有有關照顧服務機構或組織，都必須符合「照顧服務標準委員會」規定並登記才能提供服務，而在連續性照顧上，如果同時具有安養之家或養護機構性質者，便屬雙重登記機構，同樣可以營運，且任何形式的機構服務目前並無床位限制。

二、 **Older People Task Force, Department of Health**，衛生部老人事務工作小組

網址：<http://www.doh.gov.uk/cos/olderpeople/index.htm>

英國的衛生政策由中央政府主導，健康醫療方面的支出亦由中央政府給付。而長期照護服務主要由主管醫療照護中央層級的國家健康服務部門（NHS, National Health Service）與地方政府社會服務部門（social service department, SSD）兩大體系共同負責。1991 年所提出的社區照護白皮書將長期照護系統轉為強調「地方權限」的照顧模式。改革後財務責任由地方政府承當，經費則由社會安全預算移轉至地方政府並使民眾有購買能力。中央國家健康服務部門提供醫療相關服務，如初級醫療、老年醫院、居家護理、社區心理衛生服務等；財源來自稅收。地方政府社會服務部門則負責管理與提供部份各類社會福利服務，財源來自地方稅及中央政府的概括性補助。1997 年工黨上台後將權力進一步下放地方政府，因此中央衛生部所提政策將僅適用於英格蘭地區。

英國中央並不直接提供服務，在有關照顧服務方面由兒童、老年照顧服務委員會 (Directorate for Children, Older People and Social Care Services, 簡稱 COS) 負責相關事務監督和評估。COS 之下包括社會服務監督小組 (Social Service Inspector, 簡稱 SSI)、老人事務工作小組 (Older People Task Force)、兒童事務工作小組 (Childrens Task Force) 及社會照顧現代化工作小組 (Social Care Modernization Branch)。

受訪者 Sue 負責照顧服務訓練，Peter 則負責老人事務工作。

英國照顧服務混合經濟政策於 1990 年飽受黨執政時期正式推動，而在工黨 1997 年上台後，雖然沒有反對此一政策，但較為強調使用者多元選擇及服務品質的提升，不再拘泥於一味的鼓勵民間參與。一方面，取消 85%STG 規定的嚴格限制，授與地方政府更多權力；另一方面，為避免地方分權化導致之地區不均等現況，2002 年開始由國家照顧標準委員會 (National Care Standards Commission, 簡稱 NCSC) 制定一系列的「國家照護標準」(National Care Standards, 簡稱 NCS)，以確保機構照顧服務的品質，並有居家照顧服務標準 (Domiciliary Care Standard) 規範居家照顧標準，NCSC 並負責有關英國照顧服務，包括機構及居家照顧機構或公司之註冊登記。此外，在服務提供者方面的品質規範，於 2000 年通過照顧服務實務工作者規章 (Codes of Practice for Social Care Workers and Employers)，由照顧服務事務委員會 (General Social Care Council, 簡稱 GSCC) 於 2003 年開始進行工作者登記制度，建立服務提供者自我認同，穩定服務價格，改善居家照顧者高流動率的現況，同時促進服務品質。雖然有導致服務成本提高之虞，但受訪者均表示此為必要之趨勢。

對於存在已久的衛政和社政整合問題，除早期的 Primary Care Trust 的聯合預算策略外，中央衛生部提出 Single assessment 策略，進一步加強整合，目前尚未全面推動各地方政府採行，實施結果尚待評估。

三、 General Social Care Council (GSCC)，照顧服務事務委員會

網址：<http://www.gsc.org.uk>

英國歷經廿五年的規劃，依據 2000 年照顧服務標準法 (Care Standard Act 2000)，英格蘭地區終於 2001 年建立照顧服務事務委員會，目標在「規範照顧服務專業標準、提升照顧服務品質、保障趙故服務使用者權益」，GSCC 是接受衛生部贊助之非官方組織，主要工作有以下三項：

- (一) 建立照顧服務專業規章。於 2002 年 9 月建立照顧服務實務工作者工作規章 (Codes of Practice for Social Care Workers and Employers)
- (二) 建立照顧服務工作者登記制度。目前英國社會工作沒有證照制度，學校社會工作系畢業就具有社會工作者資格。制定照顧服務工作者評鑑制度，並於 2003 年開始分階段要求 12 個不同領域社工員開始註冊登記。
- (三) 進行教育和訓練。由中央社會工作教育訓練委員會 (Central Council for Education and Training in Social Work, 簡稱 CCETSW) 制定統一的課程內容，並於 2003 年開始引進不同專業分級制度。(在實際訓練上則由另一慈善組織—國家訓練機構 (National Training Organization, 簡稱 NTO 負責整合推動。)

四、 個人社會服務研究小組 (Personal Social Services Research Unit, 簡稱 PSSRU)

網址：<http://www.ukc.ac.uk/pssru>

PSSRU 是以社區健康和照顧服務為主要題目的研究及政策分析中心，1974 年在肯特大學 (University of Kent) 成立，之後在倫敦政治經濟學院 (London School of Economics) 及曼徹斯特大學 (University of Manchester) 設有分中心。訪問之 PSSRU 除協助地方肯特縣議會發展英國最先引進個案照顧於老年社區照顧外，1990 年英國照顧服務混合經濟 (Mixed Economy of Care Program) 開始實施以後，衛生部委託 PSSRU 和 Nuffield Institute for Health at Community Care Division (一研究中心，位於 University of Leeds) 聯合進行三階段的實施評估，分別為 1990-92、1992-96、1996-98 年，針對 25 個地方政府、160 個服務經營者、670 個照顧機構以及 12,000 個服務使用者進行大規模調查研究，其研究結果成為推動照顧服務市場化重要的政策參考。

Ann Netten 認為，1990 年法案以及之後的 85% 預算規定，對於安養之家私有化而言，的確有相當的效果，1990 年至 1992 年間營利部門的安養之家家數為近廿年的巔峰，但之後由於營運成本過高，加上政府於 1992 年民眾進駐安養之家必須要經過需求及所得評估才能得到政府補助，並且對於符合進駐安養之家的民眾使用居家服務者可得到相同補助，造成居家服務供給取代部分安養之家供給，造成 1993 年以後營利部門安養之家家數逐漸減

少。學者擔心 2002 年國家照顧標準以及實務工作者規章及登記制度開始實施後，由於人事成本提高，安養機構營運更為辛苦。因此 Ann Netten 建議台灣如要澳故服務市場化政策，需預先做好供需評估，如一味只是鼓勵民間投入興建或營運，將可能走向與英國相同的道路。

五、英國老人政策研究中心 (Centre for Policy on Aging)

網址：<http://www.cpa.org.uk>

1947 年由 Nuffield 基金會成立。鑑於當時英國長期照護機構照護品質及硬體設施之低劣，而成立的私人研究單位。當初的主要工作內容在於引導老人照顧服務提供者按照老人的需求來提供服務。目前其主要工作內容在於研究社會照護議題、諮議政府老人照護政策決策、進而提升社會照護實務品質。主要的工作內容則為：

- (一) 研究老人相關議題、諮議政府照護決策 (譬如英國中央政府衛生部社會照護組於 2001 年所出版的「國家照護標準」(National Care Standards)，以及「居家照顧標準」(Domiciliary Care) 即部分採用老人政策中心的研究結果)。
- (二) 蒐集有關資訊、建立老人學研究圖書資料館。收集老人社會學方面、老人健康議題及行為科學相關的書籍、期刊、報告及統計資料等。
- (三) 出版老人醫學、生物學及照護政策方面相關刊物” Aging and Society” (“老化及社會” 期刊) 即為其所發行之專業雜誌。另亦建立電腦光碟資料檔 (AgeInfo)。內含全球性老人學研究中心地址、研究議題、老人福利政策議題、最新老人學會議資訊、並提供老人在尋找機構時之諮詢網站等。
- (四) 參與 BGOP (Best Government for Older People) 計畫，地方政府聯合老年關懷中心 (Age Concern)、安閣住宅基金會 (Anchor Trust) 與老人政策研究中心 (Centre for Policy on Aging) 共同組成，主要研究老人需求，並將意見回匱至地方政府政策與執行。
- (五) 提出 BSI (British Society Instruction) 計畫，對於一定品質標準的老人商品，由國家給予類似 ISO 的認證，對於業者來說是一大鼓勵措施，受訪者認為這種鼓勵措施

的效果遠比減稅還大。

六、 安閣住宅基金會 (Anchor Trust)

網址：<http://www.anchor.org.uk>

安閣住宅基金會 (Anchor Housing Trust) 是英格蘭最大的一個為老人提供房屋的非營利組織。目的是在為老人提供適合的支援、照顧及房屋。該組織分英格蘭北、中西、南三區的照顧住宅，入住者為虛弱或身心功能輕度障礙之老人，強調住民獨立、自主及符合隱私權的生活空間。照顧住宅事實上是提供住民住宅方面的服務。住民日常生活盡量正常化；在住宅內設置管理員一名，其工作內容為早晨問安、平日巡視維修及替老人引進其所需要的服務等。英國近廿年來，非營利組織所提供的機構式安養數量穩定，沒有近年來營利部門所面臨的歇業問題，而安閣住宅基金會所提供的住宅達 97% 入住率。

有關今年起英國對於照顧服務員強制登記，除提升服務品質外，並可降低服務員的流動率，但受訪的安閣住宅基金會南區經理 Jeremy 卻認為此舉反而會提高非營利機構服務員的流動率。Jeremy 認為未來營利機構強制雇用註冊的照顧服務員，但又不願投資經費訓練機構內現有的服務員，轉而向非營利機構中接受訓練且已註冊的服務員挖角，造成短期內市場服務人員的流動和洗牌。

安閣住宅基金會多數提供安養住宅，少數是安養及養護雙重登記住宅，居住在安養住宅的老人一旦健康惡化，必須搬出安養住宅轉到養護住宅去，同樣有服務不連貫性問題，Jeremy 認為此模式不符合老人需求，未來安閣住宅基金會將採大型複合式社區發展模式發展。在日間照顧方面，Jeremy 表示安閣住宅基金會雖然嘗試發展日間照顧，但因為接送困難，時間難掌握，因此發展困難。

七、 肯特郡議會社會服務課 (Kent County Council Social Services)

網址：<http://www.kent.gov.uk/ss>

英國的長期照護服務主要由主管醫療照護中央層級的國家健康服務部門 (NHS) 與地方政府社會服務部門 (SSD) 兩大體系共同負責。國家健康服務部門提供醫療相關服務，財源來自稅收。地方政府社會服務部門的財源則來自地方稅及中央政府的概括性補助。1990 年國家健康服務與社區照顧法 (NHS and Community Care Act 1990) 通過後，加強地方政府在服務採購

和監督的責任。1997 年工黨上台後授與地方更大的自治權，加上近年在照顧服務上推動多新改革政策，包括 2002 年推動的國家照顧標準 (National Care Standards) 開始啟動照顧機構註冊及監督制度、2003 年階段實施照顧服務員資格審核及註冊制度、2001 年 4 月起英國開始透過預算統一提撥到地方政府管轄的 primary care trust、以及預計於 2004 年開始推動的單一評估制度 (single assessment) 達到整合社政和衛政的效果，地方政府在照顧服務推動上扮演相當重要地位。

英國地方政府 (Local Authority) 除北愛爾蘭之外，地方政府是由民選的市或縣議會組成，包括郡議會 (County Council) 及市議會 (City Council 或 Unitary Council) 兩種，由於強調地方自治，因此各地方政府彼此之間在組織架構、服務提供或人事安排上都有很大的差異，地方政府執行社會服務的部門在英格蘭稱之為社會服務局 (Social Services Department)。郡議會和市議會間最大差別在於，郡幅較遼闊、事務較複雜，因此縣議會之下又設有諸多行政區 (District) 及行政區議會 (District Council) 落實民眾需求。

以肯特郡為例，肯特郡位於英格蘭的東南區，人口共 1.3 百萬，除肯特郡議會外，尚有 12 個行政區議會，彼此之間為夥伴關係而非從屬關係，部分業務 (如交通) 由郡議會和行政區議會互相合作，部分業務 (如照顧服務) 分工進行。位於度假勝地，因此退休老人比例高於英格蘭其他郡市達約 25%，預算年約 10 億元中社會服務項目即達 500 萬之多，居英格蘭所有縣市之冠。肯特郡是英國最早引進個案管理運用於老年社區照顧的城市。可見肯特郡對於推動老人照顧服務之重視。

肯特郡的照顧服務預算中 15% 是直接提供服務 (目前安養機構有 9 家)，85% 用在購買獨立部門的服務 (安養機構有 300 家)。在付費機制上，平均安養機構成本約每月 250 英鎊，先由郡議會購買床位並支付安養機構，之後民眾如通過照顧需求評估者，必須同時進行收入調查，年收入低於 1 萬英鎊者不須付費，而由郡議會全額負擔 (換言之，郡議會負擔 250 英鎊)；所得在 1 萬英鎊到 19500 英鎊者，需支付 110 鎊給郡議會 (換言之，郡議會僅須負擔 140 英鎊)；所得超過 19500 者，則需百分之百支付 250 英鎊給郡議會 (換言之，郡議會不須負擔任何費用)。就目前肯特郡現有的安養之家床位來說，35% 是由肯特郡議會購買；35% 是由個人百分之百支付購買；30% 是由其他地區議會為其市 (郡) 民遷移到肯特郡的住民購買。

肯特郡建立良好的照顧服務體系，據調查肯特郡符合出院資格病人從 1970 年至今，平均減少兩天的住院時間，所省下的醫療資源相當可觀。在社政與衛政系統的實務工作上，受訪的社會服務課課長 Michael 認為合作良好，肯特郡本身共有 2 個主要的 trust 集結衛政及社政資源，且 2004 年即將推動的單一評估機制，改善目前個案需分別向衛政和社政的家庭醫師和照顧經理人提出評估申請導致標準不一及成本過高的弊端，將更有利於社政和衛政系統的合作。

在鼓勵使用居家服務上，Michael 表示肯特郡在推動居家服務上也曾出現過障礙，檢討之後發現原因之一，居家服務服務項目不足，無法滿足民眾需求，例如，肯特郡最初僅提供洗澡服務，但民眾卻要求提供送餐服務，因規模經濟和成本考量，短期無法開拓多種服務，因此接受度相當低，成本亦無法壓低；原因之二，在於如果經由家庭醫師進行需求評估，通常會考慮病人在社區內風險較高，家庭醫師不願承擔責任，通常會把邊緣案主評為適合機構照顧，這兩項原因造成肯特郡推動上居家服務的障礙。

Michael 表示，中央政府在 2001 年提出偏好評估架構 (Perference Assessment Framework, 簡稱 PAF)，要求地方政府簽署公共服務協議書 (Public Service Agreement)，設定兩項目標：第一，降低延緩出院病人 (Reduce Dealy discharge from Hospital) 由萬分之 126 人，降低到萬分之 100 人；第二，降低 75 歲以上老人進駐安養之家的人數。2004 年開始成果評估，達到標準之地方政府則加給 25% (以肯特郡為例目前總預算 10 億元，屆時如達標準則多出 2.5 億元的預算)，對於地方政府在推動居家照顧上具有相當鼓勵效果。另外，目前英格蘭政府在推動照顧服務私有化上已達到相當程度成果，但中央政府為進一步鼓勵地方政府推動私部門創新老人照顧服務項目，在預算上提出 85% 需支付在創新服務 (Innivative Service) 上，只有 5% 支付在行政上。上述種種績效顯示英格蘭政府透過預算誘導地方政府配合政策推動上的效果相當顯著。

八、 **Thames Valley 大學 Wolfson 健康科學學院 (Wolfson School of Health Sciences, Thames Valley University)**

網址：<http://www.wolfson.tvu.ac.uk>

Wolfson 健康科學學院主要在提供護士之養成課程，並與中央衛生部及各類健康相關組織及機構，包括 Marie Curie Cancer Care, the Letchworth Centre for Healthy Living, the Community and

District Nursing Association, the Department of Health and the British Council 合作，提供 North Thames and the Oxford & Anglia 地區，醫療、保健、照顧服務方案中所需的教育訓練。

透過 Linda Smith 教授介紹至位於倫敦西區郊區邊緣之 Princess Louise Community Hospital，該醫院服務對象僅限於老人，服務項目包括：第一，日間醫院 (Day Hospital)，經醫師評估後認為需定期至醫院門診或復健之病人，由醫院提供交通接送至醫院門診，門診結束後可與其他老人社交或參與醫院所提供之各式活動，畢後再由交通車接送回家；第二，轉介照顧 (Intermediary Care)，出院病人在出院後，等待接受照顧經理人或醫師評估下一步服務前所提供之臨時性收容中心，平均收容期間為六週，此項服務兩年前並不需要收費，但後來改為所得程度酌收費用，引起相當大的爭議；第三，延續性照顧 (Continued Care) 屬護理之家的性質，老人獨立性低，需技術性照料。前述轉介照顧和延續性照顧均須接受國家照顧標準委員會之監督，並須符合新訂定之國家照顧標準。英國老人所需之輔具多數均免費且長期提供老人在家使用。

九、倫敦政治經濟學院健康和社會照顧 **Martin Knapp** 教授
(**Professor Martin Knapp, Health and Social Care Department,
London School of Economics**)

網址：<http://www.lse.ac.uk>

英國 90 年代為推動照顧服務混合經濟政策，委託個人社會服務研究小組 PSSRU 進行長期調查研究以供作政策參考，該混合經濟研究小組組長即為在倫敦政治經濟學院社會照顧系的 Martin Knapp 教授，研究領域包括兒童照顧經濟學、社區照顧政策、健康經濟學、心理健康經濟學、照顧服務混合經濟、社會服務政策、非營利組織。其中有關照顧服務混合經濟領域，近年主要著作包括：(1993) "Markets for Social Care: opportunities barriers and implications"、(1994) "Social Care in a Mixed Economy"、(1996) "Competition in the mixed economy of care"、(1996) "Social care markets in England: early post-reform experiences"、(1996) "Social Care Markets: Progress and Prospects"、(2001) "Commissioning for quality: ten years of social care markets in England"、(2001) "Domiciliary Care Providers in the Independent Sector" (2001) "The Mixed Economy Programme, 1994-1998"。

Knapp 教授認為政府鼓勵民間部門投入照顧服務市場要注意以下幾點：第一，在提供者方面，政府需提供長期契約，藉由穩定提供者的長期利潤保證，使民間業者願意投入這個市場，而部分實驗計畫不會成功的原因，便是因為業者擔心一旦實驗計畫結束，預算也將跟著結束，阻礙投資意願，knapp 教授認為 Block contract 在機構照顧上是很好的選擇。而且長期穩定的契約一有助於潛在提供者的浮現。第二，在地方政府方面，除了採去預算控制，鼓勵地方政府購買民間部門服務外，建立地方政府與民間業者良好的契約信任關係，亦有助於發覺潛在提供者。

Knapp 教授認為英國照顧服務市場私有化推動並非成功經驗，十年前的私有化，政府為建立民間業者參與投入，提供所有老人免費使用機構照顧，一方面，造成不需要進入機構的老人紛紛進入機構，另一方面，造成過多業者投入，卻因近年來政府契約壓低成本利潤減少而紛紛倒閉。之後雖然居家照顧市場穩定成長，部分取代機構照顧需求，但近年來國家照顧標準法積極推動，成本無法下降，因此，安養或養護之家倒閉情形將會持續一段時間。

十、英格蘭地區老人關懷基金會 (Age Concern in England)

網址：<http://www.ageconcern.org.uk>

英國老人關懷基金會在第二次世界大戰時期開始發起，迄今餘 60 年，成為英國目前老人福利服務最大的慈善基金會。提供服務包括：

- (一) 老人相關資訊整合，供需求者查詢。
- (二) 大眾教育，建立社會大眾正確的老人相關資訊。
- (三) 調查研究，不定期進行老人議題調查作為政策建言。
- (四) 接受服務委託，包括 Social Services、Health trusts、Commissions for Racial Equality、Primary Care Teams、Local government。
- (五) 服務內容包括，日間照顧、午餐供膳、定時查訪、出院照顧、老年保健、冬季保暖、交通服務、送餐服務、家事服務、足部保養等。

十一、約克大學社會政策研究小組 Pro Hazel Qureshi 教授 (Pro Hazel Qureshi, Social Policy Research Unit, University of York, 簡稱 SPPU)

網址：<http://www.york.ac.uk/inst/spru>

1973 年創立，社會政策研究小組附屬於約克大學社會工作暨社會政策系，研究主題包括健康及照顧服務政策、就業政策和社會安全政策。目前有三主要研究小組，兒童及家庭政策小組、成人社區照顧政策小組、社會安全政策小組。其中社區照顧政策小組即是由 Hazel Qureshi 教授主導。目前主要接受中央衛生部委託進行第二階段照顧服務工作評估 2001-2005 (Department of Health Outcomes Programme, 2001-2005，第一階段為 1996-2000)。

受訪之 Patmore 博士主要研究領域在於居家照顧服務實務工作部分，最近研究發現如我們一般人所知，服務使用者通常不喜歡太多服務提供者到家提供服務，甚至如果使用者已熟悉服務提供者，最好不要更換，且每戶使用者所由服務均由同一位提供，如此可建立良好關係，但 Patmore 卻認為由於英國服務提供者更流動率太高，在結案前便已離職，因此使用者過分依賴一位服務提供者，無利於服務連續性，最適服務者為每戶三位，此項研究成為地方政府實務工作時的參考。而 Patmore 博士目前刻正進行有關倫敦外籍勞工照顧品質問題，未來研究成果或將可作為台灣參考。

十二、里茲大學 Nuffield 健康學會 (Dr. Brian Hardie, Nuffield Institute for Health, University of Leeds)

網址：<http://www.nuffield.leeds.ac.uk>

英國 90 年代為推動照顧服務混合經濟政策，委託個人社會服務研究小組 PSSRU 及 Nuffield 健康學會共同進行長期調查研究以供作政策參考，而 Brian Hardie 教授是其中一員。研究領域主要在照顧服務市場、組織間合作關係、荷蘭和英國照顧服務比較。主要研究方案為衛生部委託之 Mixed Economy of Care Research Programme 1990-2001、Inter-Agency Collaboration. 1995-1998、National Evaluation of Health Act 1999、Partnership Flexibilities 2000-2002、NHS SDO Continuity of Care R & D Programme: Partnership, Complexity and Integration 2002-2005、Evaluation of Intermediate Care for Older People 2002-2005。

受訪之博士 Tracy Hsueh 認為目前很多照顧之家關閉並不次是因為照顧服務市場化政策失敗，部分原因是因為地方政府和私立照顧之家之間未建立長期信任的委託關係，導致私立照顧之家

因為無法獲得長期委託契約，穩定營運成本導致營運不佳。而對於目前政府推動的國家照顧統一標準是否會因為提高營運成本而使倒閉問題更加嚴重，她認為並不至於，第一，這是必要趨勢，所以必須進行；第二，統一各地方不一的照顧之家標準，並建立各地統一的契約標準，有助於降低交易成本，並建立長期信任及契約關係。因此無論就長期或短期來看都是一件好事。至於建立照顧工作者登記制度及薪資給付標準，受訪者也是持正面態度，認為可以降低流動率，減低長期的訓練成本。

十三、愛丁堡市議會社會工作局 (Social Works Department, City of Edinburgh Council)

網址：

[http://www.edinburgh.gov.uk/CEC/Social Work/Social Work and Care Services/social.html](http://www.edinburgh.gov.uk/CEC/Social%20Work/Social%20Work%20and%20Care%20Services/social.html)

英國分成英格蘭、蘇格蘭、威爾斯和北愛爾蘭四區，諸多研究及法令並不包括英格蘭地區以外區域，甚至1990年的國民健康服務和社區照顧法案，亦僅適用於英格蘭及威爾斯地區，因此有必要進一部藉由訪問蘇格蘭首都愛丁堡了解。各區基本資料比較：

	總人口數	65+/total (%)	長期疾病者/total (%)
不列顛 (英格蘭、蘇格蘭、威爾斯)	5,500 萬	18.7	13.1
英格蘭	4,007 萬	18.7	12.8
威爾斯	290 萬	20.1	17.1
蘇格蘭	500 萬	18.2	13.7

蘇格蘭地區和英格蘭相同，地方政府是由民選的市或縣議會組成，但其地方議會負責照顧服務及社會服務的單位稱之為社會工作局 (Social Work Department)，而非社會服務局。同時，蘇格蘭國會議員以工黨居多，照顧服務的提供相較於英格蘭及威爾斯，則以公部門直接提供為多，1990年的國民健康服務及社區照顧法案對其照顧服務市場化的壓力較低。

十四、格拉斯哥市議會社會工作課 (Social Work Department, City of Glasgow Council)

網址：<http://www.glasgow.gov.uk>

格拉斯哥是蘇格蘭第二大都市，約有 60 萬人口，人口數逐

年減少。老年人口目前占總人口的 15%，亦因為人口遷移，預計 1999 年至 2009 年間下降 12%，目前格拉斯哥正積極推出各項政策吸引工作人口移入。在照顧服務上，格拉斯哥和其他蘇格蘭地區城市相同，仍以政府直接提供服務為主，強調社政和衛政體系合作，以求服務更有效率。

十五、 斯格蘭地區老人關懷基金會 (Age Concern in Scotland)

網址：<http://www.ageconcernscotland.org.uk>

英國老人關懷基金會在第二次世界大戰時期開始發起，迄今餘 60 年，成為英國目前老人福利服務最大的慈善基金會，包括英格蘭、蘇格蘭、威爾斯、北愛爾蘭、西班牙，其中蘇格蘭第斯約有 50 年歷史，基金會相當注重各地老人政策的差異性與財務的獨立性。基金會蘇格蘭分會執行長 Maureen 認為基金會對於蘇格蘭地區老人服務最大的貢獻在於推動今年四月實施的免付費照顧服務制度，未來將進一步積極推動中央政府直接補助私立照顧服務機構或設施辦理費用，以減緩目前私立照顧服務機構因入不敷出的流失情形。

十六、 蘇格蘭行政中心 (Scottish Executive)

網址：<http://www.scotland.gov.uk>

人口減少及老化可能損害蘇格蘭經濟，2001 年人口普查顯示，蘇格蘭人口自 1981 年以來減少 2%，僅超過 500 萬人。15 歲以下的居民數減少 18%，75 歲以上老人增加 29%。顯示人口老化嚴重。蘇格蘭行政中心為蘇格蘭的中央政府，在老人照顧服務方面 2003 年 4 月即將實施直接付費制度 (directly payment)，未來主要工作將檢討提高私立照顧服務機構或設施補助之可行性，促進照顧服務產業化。

十七、 北威爾斯 Bangor 大學社會科學學院失智症老人研究中心 (University of Bangor, School of Social Sciences, Dementia Services Development Centre)

網址：<http://www.bangor.ac.uk/dsdc>

威爾斯地區失智症患者預估有近 4 萬人，80 歲以上老人是高危險群。失智症的不只是醫學上的名詞，甚至具有各多的社會及經濟意義，家中有失智症患者連帶影響家中其他成員的就業、經濟甚至生活型態改變，預估對威爾斯地區所造成的經濟影響至少有 5 億英鎊，而此一研究中心研究範圍包括失智症相關的社會及經濟效果等。

十八、北威爾斯 Bangor 大學社會科學學院 **Howard Davies** 教授
(**Professor Howard Davies, School of Social Sciences, Social
Policy Unit, University of Bangor**)

網址：<http://www.bangor.ac.uk/so>

威爾斯地區高齡及長期疾病者的人口比例長期都比英格蘭及蘇格蘭地區為高，可見其對社區照顧的需求相對提高。人口密度較低與人口高齡化，加上經濟衰退，因此照顧服務需求相對提高，但服務輸送的挑戰性及成本較高。

附錄二、主要參考書目
(本文主要參考以下資料綜合整理)

- 周月清 (2000), 英國社區照顧：源起與爭議。台北：五南圖書公司。
- 黃源協 (2000), 社區照顧：台灣與英國經驗的檢視。台北：揚智文化。
- 蕭麗卿 (2000), 台灣銀髮產業之展望。經建會新聞稿。
- Audit Commission (1997), *The Coming of Age : improving care services for older people*, Audit Commission, London.
- Baldock, J. and C., Ungerson (1994), " User perceptions of a 'mixed economy' of care" , in *Becoming consumers of community care: households within the mixed economy of welfare*, Joseph Rowntree Foundation, Social Care Research 55.
- Bridgen, P. and J. Lewis (1999), " *Elderly People and the Boundary between Health and Social Care 1946-91, Whose Responsibility?*" , The Nuffield Trust.
- Clarke, T. and M. Barlow (2002), " Globalization? Privatization!" *Health Matters* issue 41, Globe and Mail Op-Ed.
- ECCEP team at the Personal Social Services Research Unit (1998), *the Bulletin of Evaluating Community Care for Elderly People*.
- Exworthy, M. and S. Peckham (1999), " Collaboration between health and social care : coterminosity in the "New NHS" " , Blackwell Science Ltd, *Health and Social Care in the Community*, 7 : 225-32.
- Forder, J. E., M. R. J. Kanapp and G. Wistow (1996), " Competition in the mixed economy of care" , *Journal of Social Policy*, 25 : 201-22.
- Parker, G. (1999), " Impact of the NHS and community care act

1990 on informal carers” , in *With Respect to Old Age*, Nuffield Community Care Studies Unit, University of Leicester.

Harrison, A. (2002) ,” Developing the public role in a mixed economy” , King’ s Fun.

Hardy, B. and G. Wistow (1999) ,” Changes in the private sector” , in B. Hudson (ed.) *The Changing Role of Social Care*, Jessica Kingsley Publishers, London.

Haynes, P. (1999) ,” Complex Policy Planning the Government Strategic Management of the Social Care Market” , Aldershot, Aldergate.

Hiscock, J. and M. Pearson (1999) ,” Looking inwards, looking outwards : dismantling the “berlin wall” between health and social services?” , *Social Policy and Administration*, 30 : 150-63.

Hudson, B. (1994) , ” *Making Sense of Markets in Health and Social Care*” , Sunderland : Business Education.

Hudson, B. (2000) ,” Conclusion : modernising social services- a blueprint for the new millennium?” in B. Hudson (ed.) *The Changing Role of Social Care*, Jessica Kingsley Publishers, London.

Kazuhisa, G. (1998) , ” *The Introduction of Mechanisms for Long-term Care Services- An International Comparison with Implications for Japan*” , NLI Research Institute.

knapp, M. R. J. and B. Hardy & J. E. Forder (2001) ,” Commissioning for quality : ten years of social care markets in England” , *Journal of Social Policy*, 30 : 283-306.

Kannp, M. R. J. and G. Wistow (1996) ,” Social care markets in England : early post-reform experiences” , *Social Service Review*, 70 : 355-77.

Kannp, M. R. J. , G. Wistow and J. Forder (1993) , ” *Markets for Social Care : opportunities barriers and implications*” , University of Kent at Canterbury, Personal Social Services Research Unit (PSSRU) .

- Laing and Buisson (2002) , " *Care of Elderly People Markets Survey 2002*" , London.
- Laing, W. and P. Saper (1999) , " Promoting the development of a flourishing independent sector alongside good quality public services" , in *With Respect to Old Age : Long Term Care-Rights and Responsibilities*, Research Volume 3 of the Report of the Royal Commission on Long Term Care, Cm 4192-II/3, The Stationery Office, London.
- Matosevic, T. , M. R. J. Knapp, J. Kendall, J. Forder, P. Ware and B. Hardy (2001) , " Domiciliary Care Providers in the Independent Sector" , Nuffield Institute for Health and Personal Social Services Research Unit.
- Means R. , H. Morbey and R. Smith (2002) , *From Community Care to Market Care ? The Development of Welfare Services for Older People*" , The Policy Insitution Press.
- Petch, A. (2000) , " The changing role of social care : UK variations" , in B. Hudson (ed.) *The Changing Role of Social Care*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Player, S. and A. M. Pollock(2001), " Long-term care: from public responsibility to private good" , *Critical Social Policy*, Health Policy & Health Services Research Unit, University College London , 21 : 231 - 255.
- Powell, J. L. (2001) , " *The NHS and Community Care Act (1990) in the United Kingdom : A Critical Review*" , Centre for Social Science, Liverpool John Moores University.
- PSSRU, Personal Social Services Research Unit (2001) , " *The Mixed Economy Programme, 1994-1998*" , the Nuffield Institute.
- Saltman, R. B. and C. V, Otter (1995) , " *Implementing Planned Markets in Health Care : balancing social and economic responsibility*" , Buckingham : Open University.
- Secretary of State(1989), *Caring For People*, Cm849, HMSO, London.
- Secretary of State (2002) , " *Derivering the NHS Plan-next steps on investment , next steps on reform*" , Presented to Parliament by the Secretary of State for Health By Command

of Her Majesty.

Wistow, G. , M. R. J. Knapp, B. Hardy and C. Allen (1994) , *Social Care in a Mixed Economy*, Open University Press, Buckingham.

Wistow, G. , M. R. J. Knapp, B. Hardy, J. Forder, J. Kendall and R. Manning (1996) , *Social Care Markets : Progress and Prospects*, Open University Press, Buckingham.

World Development Movement (2002) , " *Serving up the nation- A guide to the UK' s commitments under theWTO General Agreement on Trade in Services*" , 39-44.

Wright ,K. (1990) , " *Creating a Market in Social Care*" , University of York, Health Economics Consortium.