

德國照護保險法制之研究 — 作為我國未來立法借鏡

謝 榮 堂*、周 佳 宥**

目 次

- | | |
|------------------|-----------------|
| 壹、前言 | (一)保險給付 |
| 貳、照護保險之實施背景及未來發展 | 1. 認定程序 |
| 一、人口老化與社會環境改變 | 2. 保險給付 |
| 二、社會保障體系之財政壓力 | (1)概述 |
| 三、改革芻議 | (2)給付樣態 |
| 參、德國照護保險法之架構 | 3. 照護者之資格 |
| 一、憲法位階上之探討 | (二)權利救濟 |
| (一)社會國理念之形成與發展 | 肆、德國照護保險法之評價 |
| (二)國家之社會義務 | 一、人民意識之改變 |
| (三)社會安全法治之建構 | 二、社會保障體制之統合 |
| 1. 社會保險制度 | 三、保險財務與給付之配合 |
| 2. 社會補償與福利服務 | (一)保險給付之擴增 |
| 3. 社會救助 | (二)財政狀況之掌控 |
| (四)社會法之立法工作 | 伍、德國照護保險法之困境 |
| (五)小結 | 一、保險給付品質之改善 |
| 二、德國照護保險法之具體內容 | 二、特殊被保險人之認定 |
| (一)保險關係 | 三、保險財務與給付連動 |
| 1. 保險人 | 陸、結論及對我國未來立法之啟示 |
| 2. 被保險人 | |

關鍵字：社會國原則、人口老化、健康保險、照護需求、照護保險、長期照護。

Keywords：Principle of the Social State, aging of population, care insurance, caring needs, health care insurance, the long-term care systems.

* 謝榮堂，德國曼海姆大學法學博士，中國文化大學法律學系副教授。

** 周佳宥，德國哥廷根大學法學博士。

摘要

醫學科技進步使得人類壽命得以延長，進而人口老化成為全球多數國家皆面臨之重要挑戰。因此，德國於 1994 年起開辦法定照護保險，將之納入社會保險體系第五大支柱，規範於德國社會保險法第十一編。本文首先從德國社會結構出發，探討開辦健康照護保險之目的。其次，以憲法社會國原則作為基礎，探究照護保險之憲法基礎。其次，闡述德國社會照護保險法之立法及內容，並進一步評價德國照護保險法內容。與德國法律制度相仿之我國，目前正積極從事照護保險之立法工作，故德國立法方式亦有值得效法與借鏡之處。本文將以德國照護保險法作為基礎，提出我國未來立法建議。

Research the Care Insurance in Germany as foundation of Taiwan lawmaking in the future

Shieh, Jung-Tang / Chou, Chia-Yu

Abstract

The advancement of medication and technology has prolong hominine life, it made the aging of population became one of the most important challenges to most countries in the word. For this reason, German has established Statutory Care Insurance since 1994, bring it into the fith foundation of its social insurance system, and govern in SGB XI. This text will first discuss the social structure of German, to expound the purpose of establishment of Health Care Insurance. Secondary, to take the Principle of the Social State which inside the constitution as a foundation, to consult the the basis of the constitution of Care Insurance. Third, to expand the legislation and the content of German Social Insurance Law, and to go a step further to estimate the content of German Care Insurance Law. Our authority who has a similar law system with German is now legislating Care Insurance Law aggressively, hence the mode of the legislation in German also has its value to followed and modeled. This text will take Social Insurance Law in German as a foundation to bring up some suggestions of future lawmaking.

壹、前言

經過二十年以上討論之後，德國國會於1994年5月26日立法通過之照護保險法（*Pflegeversicherungsgesetz vom 26. Mai 1994, BGBI. I S. 1014*）¹，作為社會保險體系之第五大支柱並納入德國社會法典第十一編。德國政府有鑑於法定健康保險（*Gesetzliche Krankenversicherung*）之財政負擔日益沉重，為解除此一困境並開發新財源，立法強制凡是及具有法定健康保險義務之保險對象，皆必須同時加入照護保險。目前照護保險制度施行已逾十四年，對德國政府及人民皆屬於全新嘗試，雖然於體制上仍延續社會保險之特色，如：強制納保且保險費與個人風險脫離、保險費義務與給付權利對等、以自己行政（*selbstverwaltung*）方式維持多元保險人體制等。但與其他社會保險體系相較，則仍得看出此一社會保險新制度之諸多特色，而這些改變亦得成為我國未來法制設計之重要考量。儘管於運作上，其嚴苛之給付條件及不甚完全之給付額度仍頗受詬病²，但不容否認者，制度實施以來，聯邦與地方政府之社會支出負擔已大為減輕；且對於家中有照護需求者亦獲得一定程度保障並減輕家屬之經濟負擔，同時亦解除當初創設時所受悲觀預告「三年後即將崩潰」之疑慮，而目前進一步需要調整之部分為如何讓此制度更加完善合理。

對照我國觀察，對於社會保障之意涵、性質與體制架構都甚為紛歧，自然無法進一步討論此等課題，亦造成我國迄今對此類議

題仍未有具體而整合之政策，而僅能以殘補、分立型式予以因應。然，隨著我國相關社會法制日益完善，面對逐漸老化之人口結構，未來對於照護需求之壓力勢必日益沉重。因此，本文試圖從社會法之角度觀察德國照護保險法制，冀望透過德國經驗能提供我國未來在建構上之些許啟示。

本文採取文獻分析（*Literature analysis*），除以比較法研究作觀察德國現行法制之實施，以作為未來我國立法參考；其次，因國內針對該法制以法律觀點論述並不多見，加上以德國照護保險法為範圍，因此，於文獻蒐集上多以外文法學專論等資料為主；輔以相關照護專書。

本文共分為六部分，除有關實施照護保險之背景探討外，並介紹目前德國照護保險之改革內容（貳），依序說明德國基本法之社會國內涵及其任務，再進而探討德國照護保險法之架構—由保險關係切入，依序說明保險人與被保險人之法律關係；其次針對保險給付與保險財務進行闡述，最後則針對權利救濟之部分予以論述（參）。此外，針對德國照護保險法實施十四年後相關評價予以說明（肆），並進一步檢討該制度目前所面臨之困境及未來相關發展願景（伍），於最後作成結論並提出對於我國發展之建議（陸）。

貳、照護保險之實施背景及未來發展

德國於1995年施行之照護保險，繼健康（疾病）保險、職業災害保險、年金保險及失業保險之後，成為第五種社會保險。德國

¹ 原文為 *Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit*，直譯為「照護需求風險分擔之社會保障法」，通常簡稱照護保險法（*Pflegeversicherungsgesetz*，以下簡寫為 *PflegeVG*）。相關說明，參見 Raimund Waltermann, *Sozialrecht*, 2000, § 9 Rn. 207-208.

² Bader, *BarbBl.* 1994, Heft 8/9, S.35, 36.

實施照護保險，具有其社會及經濟背景。德國實施照護保險之歷史背景主要有二大原因：

一、人口老化與社會環境改變

伴隨高齡化社會進展而需要照護者之數量大幅增加，另一方面家庭照護機能因家庭成員結構之改變而持續減弱。需要照護者之人數由 1995 年 165 萬人增加到目前之 186 萬人，約佔德國總人口數 2%，推估至 2010 年將超過 210 萬人，將佔總人口數（8 千 2 百萬）之 2.6%³。然而，相對地，由於近來小家庭與獨居家庭數增加，導致家庭照護機能不斷弱化，因為就德國目前得以提供照護對象觀察，仍以家庭中之女性—包括妻子、媳婦或女兒等，為提供照護者重心。換言之，透過女性照護佔所有照護者約七成⁴，此意味著若未有其他援助，她們勢必將被迫必須放棄個人職業生涯以擔任無酬之照護工作。然而若隨著女性陸續進入職場之趨勢觀察，今後家庭將無法如過往發揮照護功能，亦因此如何因應激增之需照護人口與潛在對象，開始出現要求以社會全體承擔照護責任之呼聲⁵。

二、社會保障體系之財政壓力

於透過照護保險法來因應照護需求前，除透過個人資產、儲蓄或商業保險等處理外，主要係透過其他相關社會保障體系之協助，

包括健康保險、職業災害保險或社會救助法等。由於各該法律所要保障指標之與此等需求有別，其得以發揮功能之範圍仍屬有限，故造成需照護對象及家庭精神上、經濟上沉重負擔便成一大社會問題。由於家庭能發揮照護之功能減弱，因此連帶地有照護需求之對象，勢必將提高社會照護機構之負擔，然而德國住院照護所需之費用須由需照護對象全額自行負擔，隨著照護需求之增加，往往面臨當事人所獲得之年金給付水準遠不及照護費用成長，因此無法僅以其所得作為支應，此一沉重費用負擔，使得需照護對象面臨必須接受社會救助窘境⁶，而社會救助制度非屬於社會保險，其係由國家編列預算予以支應。然而，社會救助體系面臨此類對象時，常發生適用上之問題。因為以稅收為財源之社會救助制度目的，被侷限於社會保險體系無法救濟之範圍，補充性地（*Subsidiarität*）保障個人合於人性尊嚴之最低限度生活保障。雖然於法律解釋上得放寬範圍而對此類需照護對象提供社會救助給付，不過讓當事人受領救助給付除會產生所謂「烙印」效果外，亦將使得多數受領此救助給付與社會救助原先之立法目的一補充性、最後手段性⁷發生抵觸；況且更甚者亦將嚴重增加地方自治團體之財政負擔。如何能減輕當事人與家屬經濟負擔，同時兼顧地方政府之社會保障財政能力，漸漸而有出現主張不應讓照護負擔由需

³ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Die Pflegeversicherung, Bonn, 1996, <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/Pflege/2236.cfm>.

⁴ Bundesministerium für Familie und Senioren, 40 Jahre Familienpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Neuwied 1993, S. 129.

⁵ 陳君山，〈德國照護保險制度之探究〉，《社區發展季刊》，第 78 期，1997 年 6 月，頁 107。

⁶ Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Sozialpolitische Umschau, Nr. 290, 1993.

⁷ 有關社會救助制度之「補充性」說明，參見張桐銳，〈補充性原則與社會政策〉，收錄於《黃宗樂教授六秩祝賀—公法學篇（一）》，學林，2001 年，頁 223 以下。

要照護者與其家庭獨自負擔，而應以社會保障體系因應之要求。

實則，德國為因應人民之照護需求，曾歷次修改相關社會保障法令，包括修改健康保險法提供居家照護、與治療有關之治療照護（Behandlungspflege）等給付（§ 37 SGB V）⁸、修改稅制以減輕需要照護者與其家屬之稅務負擔（Außergewöhnliche Belastungen）、甚至於年金保險之改革中亦有對應措施⁹。然而，由於現行法制無法完全涵蓋此等社會風險，因此便立法創設此一新社會保險制度¹⁰。

三、改革芻議

照護保險制度作為社會保險第五支柱實施以來，歷經數次改革，但德國目前仍然面臨出生率未有提升與人口老化之壓力，故立法者修法通過，自2008年7月1日起實施新法，針對給付內容作一重新修正與檢討，期待提供符合目前社會經濟現狀且人性化之照護給付。總結而言，此次修法將作階段性調整，亦即從新法實施後至2012年逐步增加保險給付額度。針對癡呆症或身體疾病而無法處理日常生活之被保險人，提供不同數額之照護費用。對於居住於療養機構中且須特殊照護者，提供照護助理。為使照護工作能有效執行，新法引入個別性與全面性照護諮

詢請求權。就照護機構而言，新法規定，若各邦決定成立照護據點時，將由健康保險與照護保險保險人（Krankenkasse und Pflegekasse）共同安排設置地點（Pflegeützpunkte）。關於照護人力問題，一方面藉由社會安全保障制度，給予照護家屬因照護工作而無收入者，六個月之照護期間（Pflegezeit），並予以補償；若照護家屬因故不能視事，則可請求十天短期休息；另一方面，將增加志工服務之給付。最後，為有效管理照護機構之品質，故將針對未立案之社區照護機構與全機構式照護機構，進行管理並公開各該機構之照護品質¹¹。

參、德國照護保險法之基本架構

首先，本文嘗試從憲法位階探討德國照護保險法之憲法基礎。進而探討照護保險法內之具體規定。

一、憲法位階上之探討

德國照護保險法作為社會保險體系第五大支柱，係作為實現社會國原則及實踐社會基本權保障之重要手段。因此，本文將從社會國原則（Sozialstaatsprinzip）出發，鳥瞰德國基本法有關社會國原則之理論與實踐。

（一）社會國理念之形成與發展

社會國理念之形成，可回溯至德意志帝

⁸ 楊全斌，〈德國醫療費用抑制之經驗〉，《台灣經濟研究月刊》，第20卷第11期，1997年11月，頁81-98。

⁹ 陳君山，前揭（註5）文，頁108。

¹⁰ 當初對於各種政策之評估與選擇，各政黨、利益團體等於不同時期所提出之法案，參見Schmähl Winfried: Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Pflegebedürftige in Heimen, Stuttgart, 1992, S. 10-18.

¹¹ http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarabegriff-Pflege-reform-2008.html.

國時代。於當代國家法學即有「福利國家」(Wohlfahrtsstaat)之概念。申言之,除國家安定性與司法救濟外,國家任務尚涵蓋滿足人民之生活上基本需求。然而,此時期所主導之福利政策與現代社會國之理念,仍存有一定差距¹²。工業革命後,資本主義興起,遂造成貧富差距擴大。在資本主義運作下產生巨大的貧富差距,亦即,經濟上之強者獨占優勢,經濟上之弱者則更屈居下位。若干學者對於此種「不公平」(Ungleichkeit)現象提出嚴厲批判,並課予國家解決此種社會現象之義務¹³。然,本文無意逐一探究不同時期關於社會國原則之理念與實踐。此處強調,於任何時期課予國家照顧、保障社會經濟弱勢基本生活需求之義務,係實踐社會國理想之重要手段。

蓋社會國原則僅被視為方針條款,則規範內容為不具拘束力之綱領規範。因此,現代憲法學已經揚棄過去一如威瑪憲法時期—將實踐社會國理想之規範視為方針條款之見解。德國在戰後制定基本法時,刻意將威瑪憲法中社會基本權利規定予以刪除,僅在基本法第20條及第28條第1項第1款確立社會法治國原則(Sozialrechtsstaat),並配合基

本法第1條第1項對人格尊嚴保障(Unantastbarkeit der Menschenwürde)及同條第3項對國家三權約束交互作用,以實踐社會正義與保障社會安全¹⁴。現今通說見解認為,社會國原則所欲實踐之目標,為藉由國家作為,照顧、保障經濟弱勢基本生活需求¹⁵。申言之,社會法治國原則賦予國家在憲法上之作為義務,亦即,藉由國家給付或服務行為¹⁶,以確保經濟成長所須之手段與制度及個人在經濟生活領域中自我發展可能性¹⁷。就實踐面向而言,立法者必須藉由立法方式,以形成一個「可接受的利益衝突平衡關係,與致力於為所有處於困境的人民創造適當的生存條件,以提升人民的幸福及平衡其生存上的負擔」¹⁸。

(二)國家之社會義務

承前述,社會國原則係課予國家照護、保障社會經濟弱勢基本生活所需之義務。然,人民無法藉由基本權利保護,以衡平人民彼此間社會經濟地位之差異。因為,無論係工作權或其他社會基本權,皆無法直接藉由規範本身推論出保障內容。進一步言,社會基本權利之實踐,必須以國家給付作為前提。例如,對於工作權保障,並非僅係將工作權

¹² 陳慈陽,〈法治國理念在自由民主憲法秩序下之理論發展與實踐〉,《翁岳生教授七十歲祝壽論文集》,頁575以下。

¹³ Zacher, Sozialpolitik und Verfassung im ersten Jahrzehnt der Bundesrepublik Deutschland, 1980, S. 735 f.; Obermayer, Der sozialstaat als Herausforderung zur Menschlichkeit, RdA 1979, S. 15; 陳慈陽,《憲法學》,元照,2005,2版,頁249。

¹⁴ Jarass/Peiroth, Grundgesetz, 5. Aufl., 2000, Art. 20, Rn. 102-107; 謝榮堂,《社會福利行政法規彙》,元照,2008,3版,頁4; 鍾秉正,《社會保險法論》,元照,2005,初版,頁20以下。

¹⁵ 同註12。

¹⁶ Forsthoef, Die Verwaltung als Leistungsträger, 1938; ders., Daseinversorge und die Kommunen, 1958; ders., Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 1973, S. 368 ff.

¹⁷ Zacher, Sozialpolitik, Verfassung und sozialrecht im Nachkriegsdeutschland, in: Alterssicherung als Aufgaben für Wissenschaft und Politik, 1980, S. 123 ff., 陳慈陽,前揭(註12)書,頁252。

¹⁸ BverfGE 1, 97 (105).

保障明文於憲法中即可實現，尚須國家實際創造就業機會，進而達到保障工作權之目標。因此，社會基本權之實踐，若僅係藉由憲法或法律保障，將有所折損。

蓋若從基本權利之參與功能¹⁹（die Funktion der Teilhabe）出發，則賦予社會基本權另一種含意。首先強調，基本權利之參與功能（Teilnahmerecht），係指基本權利主體得平等參與國家組織與一定領域內之給付分配之權利²⁰。其次，藉由參與功能，將使「個人」權利於整體憲政秩序中獲得表彰。然，除藉由參與功能以達到保護個人權利外，為實踐社會國原則，國家應正視社會經濟團體中所存在之階級與不平等，亦即，針對不平等之階級現狀，創造階級平等之條件，以改善個人及弱勢者之社會經濟地位。

具體而言，實踐社會國原則之首要步驟係，創造符合人性尊嚴之社會經濟條件，其次，對社會經濟弱者以法律方法，作特殊對待²¹。因此，國家社會義務之首要係針對社會經濟弱勢且已陷入困境之救助。其次，國家逐漸加強對社會經濟領域之給付，以滿足人民基本生活需求。此外，人民亦可藉由法律賦予之請求權，向國家請求給付基本生活需求。就此而言，國家給付人民生活基本需求，係基於法律規定負有給付義務，而非係國家對人民施予恩惠。質言之，社會法治國

理念係，賦予人民請求國家照護生活之法律請求權。最後必須強調者係，並非所有人民皆可基於憲法社會國原則，皆可向國家請求具體給付。誠如德國聯邦憲法法院判決中所強調者，社會國原則作為國家功能（Staatsfunktion）卻無具體實踐之方法，因此，立法者針對如何實踐社會國原則享有立法形成權。就整體而言，立法者藉由立法方式²²，以滿足人民基本生活需求。唯有如此，國家方不至於因為擴大給付範圍，遂造成國家財政崩解。

（三）社會安全法治之建構

為實踐社會國原則，國家以給付之方法取代傳統干預手段。就給付範圍而言，國家任務範圍包含社會、經濟及環境等²³。本文無意逐一探討國家在社會國原則下之行政方式及實踐目標²⁴，僅就社會安全法治之建構作梗概之介紹，於此先予敘明。

社會安全體系可區分為廣義與狹義，廣義社會安全體系包含勞工安全制度；狹義社會安全體系，即一般所稱之社會福利制度，係由下述制度共同建構：

1. 社會保險制度

社會保險係指，「由國家依據自治行政原則，所組織的公法上的強制保險，保護勞動大眾在遭遇因工作能力喪失、失業及死亡時所可能帶來的危害²⁵」。此定義明確地描

¹⁹ Vgl. Badura, Staatsrecht, 3. Aufl., 2003, S.83 f.

²⁰ Vgl. BverfGE 33, 303 (331ff.).

²¹ 陳慈陽，前揭（註12）書，頁253。

²² Hesse, Grundzüge des Verfassungsrechts der BDR, 20. Aufl., 1995, Rn.213.

²³ 陳慈陽，前揭（註12）書，頁255-257；李惠宗，《憲法要義》，元照，2006，3版，頁660-663。

²⁴ 社會國原則主要係要實踐「社會安全」與「社會正義」兩大任務。參閱鍾秉正，前揭（註14）書，頁23。

²⁵ Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1, 1965, S. 25；參閱謝榮堂，前揭（註14）書，頁13。

述社會保險之特性，同時亦與私人保險作出區隔。儘管社會保險與私人保險皆係以全體被保險人為危險共同分擔（**Risikoausgleich**）及互助（**Solidarität**）作為基礎，但差別在於，社會保險保費額度非以危險程度作為保費高低之標準，而係以被保險人收入高低作為取決標準。就此而言，社會保險相較於私人保險，係強調保險之互助功能。此外，社會保險具有強制性，亦即，被保險人在具備法定保險條件時，當然成為社會保險的被保險人，當事人並無自由選擇加入或不加入保險之權利²⁶。

就德國目前社會保險制度而言，包含健康、意外、老年、失業及照護保險五大項目。另外，尚包括公務員保險體制，但由於該項保險係基於公務員身分而產生之保險，故規定於公務員法領域而非社會保險法。德國憲法學界過去主要爭論之議題為：如何實踐保險制度，方符合社會國原則之最低限度之要求？誠如前述，社會國原則之具體實踐，須透過立法者藉由立法方式加以確定。因此，立法者藉由立法方式，創設德國五大社會保險內容，即係實踐社會國照顧人民基本生活需求之（最低）要求。然，須進一步探究者係，立法者得否藉由修法方式變更現有制度？陳慈陽氏以為，立法者對於現今制度之變更不容許低於今日制度之內容，否則即違反社會國原則²⁷，本文採之。

2. 社會補償與福利服務

社會保險制度運作，係以被保險人繳納保險金及國家編列預算補助，作為前提。社會補償（**Sozialentschädigung**）與福利服務

（**soziale Förderung**）財政主要來源係納稅人所繳納之稅金。建構社會保險體系，於一般情況下，足以提供人民生存保障，針對特別情況，人民未能受其保護，或社會保險給付不足以滿足其經濟生活基本需求時，則社會補償與福利服務制度，將具有補充社會保險制度不足之功能。由於社會補償與福利服務制度具有高度複雜性，故德國立法工作僅在社會法典第一篇第5條及第24條作原則性規定（§5 SGB I；§24 SGB I）。

本於尊重生命及人格尊嚴保障，社會補償及福利服務制度之給付對象不以本國人為限。就給付對象而言，以年齡作為區分，針對兒童、青少年及老人分別有立法規定；若以特殊性作為區分標準，則對身心障礙者及少數民族作立法保護。總之，社會補償與福利服務制度，既提供一般性需要且兼顧保障弱勢族群，俾使所有人皆可於特定條件下，獲得國家之給付，以完整生活所需²⁸。

3. 社會救助

社會救助制度（**Sozialhilfe**）作為社會安全防護體系最後一道防線及手段（**Finale Sozialleistung**），相對於前述之社會保險制度並不設任何前提要件，給付標準係取決於「事實需要」（**Bedürftigkeit**）。關於社會救助之實施，過去乃繫於行政機關單方認定，人民欠缺主觀公權利。此一見解直至1954年6月24日德國聯邦行政法院，基於人格尊嚴保障、社會國原則及個人人格形成自由保障，透過判決承認人民具有社會救助給付請求權，免除人民僅能祈求行政機關「施與救助」之尷尬²⁹。基於判決精神，遑論本國人或外國

²⁶ 參見謝榮堂，前揭（註14）書，頁13-14。

²⁷ 陳慈陽，前揭（註12）書，頁256。

²⁸ 參見謝榮堂，前揭（註14）書，頁21。

人，只要社會救助給付請求權存在，社會行政機關便具有義務依職權調查並為裁量，確定給付之形式與額度。原則上，社會救助之給付方式可區分為，個人協助、金錢給付與事實給付。就制度設計而言，社會救助無意提供一長期社會補助，毋寧是國家對特定處於困境之人民，提供協助，俾使其盡速脫離困境，憑藉自己之力，再次投身共同生活當中。

承前述，社會救助係對陷入生活困境之人民，提供協助，助其快速脫離困境。因此，實施社會救助須符合下述原則：(1)補充性原則（*Subsidiarität*）：藉由法規確定生活救助之消極條件，亦即，人民，於其具有生活能力或得藉由他人一家人或其他社會機構一獲得符合人格尊嚴之必要生活協助時，不得申請社會救助給付。因此，社會救助相較於其他社會安全制度，僅具有二線功能。(2)個別化原則（*Individualisierung*）：社會救助措施本質上係對特定之人民作特定之給付。因此，在不違反憲法平等原則下，社會救助之種類、方式及額度，應依具體個案之狀況，於合理範圍內及不增加國家支出原則下，儘量滿足申請人之請求³⁰。

（四）社會法之立法工作

社會法治國係指國家須基於法治國原則，實踐社會國理想之內涵³¹。申言之，國家為

實踐社會國之任務，須以形式法律作為實踐行政任務之法律基礎，以符合依法行政—法律保留原則之意義³²。作為聯邦制國家，德國基本法第 70 條至第 74 條明確劃分，聯邦與邦之立法權限，以貫徹權力分立原則。

龐大且複雜的社會安全任務內容，為符合社會法治國之要求，須以法律訂之。然，社會法內容涵蓋範圍包括社會保險、社會補助與福利服務及社會救助，故無法一蓋而論，立法權限究竟係屬何者，必須取決於「規範內容」加以決定。原則上，社會保險之立法權限，依據德國基本法第 74 條第 1 項第 12 款之規定，係屬競合立法事項（*Gegenstände konkurrierender Gesetzgebung*）。亦即，聯邦及各邦對社會保險任務，皆有立法權限，但回歸到基本法第 72 條第 1 項關於競合立法之總則性規定即可得知，各邦立法權限之行使範圍僅及於聯邦法律未有規定之處。

依德國聯邦憲法院歷來判決內容觀察，基本法第 74 條第 1 項第 12 款關於社會保險概念採廣義解釋³³，亦即，社會保險之概念不侷限於人或物之保險，舉凡涉及社會需求之衡平、以參與保險制度者所繳納之保險費用作為給付³⁴，及透過公法組織實施之保險³⁵等皆屬社會保險之範疇。

（五）小結

德國 1994 年正式頒布施行照護保險法

²⁹ BVerwGE 1, 159 (161).

³⁰ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, Sozialrecht, 5. Aufl., 2001, § 48, Rn. 4-5.; 中文文獻參見謝榮堂，前揭（註 14）書，頁 22-23。

³¹ 鍾秉正，前揭（註 14）書，頁 23。

³² Vgl. Jarass/Peiroth, Grundgesetz, 5. Aufl., 2000, Art. 20, Rn. 109 m.w.N.; 參見謝榮堂，前揭（註 14）書，頁 6；李惠宗，前揭（註 23）書，頁 659；法治斌、董保城合著，《憲法新論》，元照，2004，2 版，頁 81-82。

³³ BVerfGE 75, 108 (146 f.); 87, 1 (34); 88, 203 (313).

³⁴ BVerfGE 87, 1 (34).

³⁵ BVerfGE 11, 105 (111 f.); 63, 1 (34 f.)

(SGB XI³⁶)，並於隔年開始實施。為因應人口老化與社會變遷之事實，德國終於排除萬難，成立公法上社會保險體系中之第五大支柱，法定照護保險(Gesetzliche Pflegeversicherung)。該法之設置係補充法定健康保險之不足，或更確切地說，社會保險之保障範圍除固有範圍外，更延伸至醫療後照護服務。未有照護保險法前，針對需要特別照護個案，往往須藉由意外災害保險、社會補償及社會救助制度等共同承擔此項重責。另一個重要原因係，健康保險制度除給付生病、傷害或生育等保險事故外，亦對照護提供給付，因此造成健康保險財政上重大負擔。

社會國原則作為德國憲法上重要國家功能，係課予國家照護人民生活基本需求之義務。面對客觀外在之社會變遷，國家當有義務針對此項變遷，提供正確之法，以匡正事實需求之缺憾。德國照護保險制度即係在此條件下開辦，藉由立法方式，確認照護保險法在法律上之地位及內容，以達到國家有效照護與保障人民基本需求之目標。

二、德國照護保險法之具體內容

對於德國照護保險法之架構，本文主要著眼於保險人與被保險人之保險關係；並以此為基礎，論述有關認定程序與保險給付等

設計。由於保險給付往往涉及保險財務之運作，因此亦有必要觀察保險財務。而由於法制上強調「有權利便有救濟」，故在最後探討有關權利救濟之議題。

(一)保險關係

有關照護保險之保險法律關係，主要著眼於保險人與被保險人間之權利義務關係，然而保險人如何成立？又其法定地位與實際運作？在在攸關被保險人權益，故於此先行探討。

1. 保險人

德國照護保險體系是架構在疾病保險體系上，故負有收取保險費並提供保險給付義務之照護保險人，亦由疾病保險人(Krankenkassen)下新設之照護保險人(Pflege-kassen)擔任(§ 46-51 PflegeVG)³⁷。照護保險人與疾病保險人相同，是依據章程而自主管理之公法人(§ 47 PflegeVG)³⁸，尤其疾病保險人之各機關亦屬於照護保險人之機關(§ 46 II PflegeVG)，故照護保險人得使用疾病保險人之建築物、人員等資源，亦包括進行照護需求認定之機關亦得利用疾病保險人之認定機關，惟兩者間之費用負擔與財務則平均分攤、各自獨立計算(§ 46 III PflegeVG)³⁹。當然由於兩者具有一定關係，因此對於照護保險人之監督，亦由疾病保險人之主管機

³⁶ BGBl. I S. 1014.

³⁷ 延續過去社會保險「社會自治」之特色，目前法定疾病保險人有八種（共計約 400 個），分別為：地區疾病保險人(Allgestellten Ortskrankenkassen(AOK))、職員補充保險人(Angestellten-Ersatzkassen(EAN))、企業疾病保險人(Betriebskrankenkassen(BKK))、職業疾病保險人(Innungskrankenkassen(IKK))、聯邦礦業工會(Bundeskknappschaft)、農業疾病保險人(Landwirtschaftliche Krankenkasse)、勞動者補充保險人(Arbeiter-Ersatzkassen(EAR))、船員疾病保險人(See-Krankenkassen)。參見<http://www.mdk.desonstigeprofil.html#pflege>之統計資料。更深入之討論，參見郭明政，《社會安全制度與社會法》，翰蘆，1997 年，頁 173-177；許淑霞，〈德國多元化疾病保險人組織〉，《全民健康保險》，第 27 期，2000 年 9 月，頁 18-20。

³⁸ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, Sozialrecht, 5. Aufl., 2001, § 16, Rn. 5-6.

³⁹ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 16, Rn. 3.

關進行監督 (§ 46 VI PflegeVG)⁴⁰。

2. 被保險人

為實現德國基本法第 1 條保障之人性尊嚴，因此照護保險立法目的在使需要照護者過著獨立自主之生活 (§ 2 II PflegeVG)，故法律須支援需要照護者得以維持或回復其身體、精神或智能之能力 (§ 2 I PflegeVG)；加上照護保險制度當初係附隨疾病保險體制建立，並肯認此需求係全民皆得能遭遇之社會風險事項，故照護保險之被保險人同時亦為法定疾病保險之被保險人，加入法定疾病保險者，依個別加入之疾病保險類型而自動地加入各該保險人所設置之照護保險人 (§ 20；§ 21 PflegeVG)⁴¹，因此屬於法定疾病保險之被保險人眷屬，亦自動地納入照護保險之保障 (§ 25 PflegeVG)。依據照護保險法第 20 第 1 項之規定，強制投保健康保險者係，A. 受雇者、職員、接受職訓且領有薪水者、依就業促進法領有短期工作薪資收入者；B. 依就業促進法領有失業津貼者；C. 依社會救助法領有失業救濟金者；D. 農民及其一同工作的眷屬及同住該莊園之家人；E. 獨立營業之藝術家及新聞工作者；F. 在青少年扶助機構、身心障礙職業訓練機構接受職業能力訓練者；G. 接受職業技能訓練者、求職者以及職業檢定參與者；H. 於登記立案的身心障礙者庇護工廠、盲胞庇護工廠或從事家庭代工的身心障礙者；I. 於慈善機構、療養院或相似機構提供勞務相當於具完全工作能力者服務能力五分之一之服務，而該服務屬於對

機構經營者所提供的服務給付之身心障礙者；J. 於公立或國家承認之大學註冊的學生；K. 接受職業訓練但沒有薪資者、實習但沒有薪資者；L. 符合法定年金保險請求要件，且已提出請求者；M. 曾經為法定健康保險之被保險人，或未曾納保者。依據照護保險法第 20 條第 3 項規定，自願投保健康保險者係指 A. 公務員以及退休的公務員屬於自願投保健康保險者；B. 在德國有住所或居所而派駐歐盟議會之議員、德國國會議員、各邦邦議會議員。其次，依據照護保險第 21 條規定，既非法定疾病基金會成員也非私人健康保險之被保險人包含 A. 在德國境內有住所或居所卻未加入健康保險者，依聯邦照顧法有權請求疾病治療者；B. 戰爭受害者或戰爭受害之退休者；C. 依兒少扶助法受有疾病協助與持續性生活費用給付者；D. 依聯邦補償法受有疾病照顧權者；E. 義務役軍人。再者，照護保險法第 25 條規定之眷屬涵蓋下述二類，A. 有被扶養權之配偶與已登記之同居人一非以同性關係為限；B. 子女。最後，關於自願續保係規定於照護保險法第 26 條第 1 項，亦即，原屬於強制投保健康保險者與既非法定疾病基金會成員亦非私人健康保險之被保險人，因故喪失長期照護保險資格，仍有機會選擇繼續投保，但為避免續保制度遭到濫用，故可選擇續保者，必須在喪失資格之日的後五年內，至少二十四個月或原因發生日前十二個月為被保險人者。至於隨同被保險人加保的家庭成員，若因故不再隨同加保，亦有

⁴⁰ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 15, Rn. 2.

⁴¹ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 3, Rn. 4-19. 以目前統計資料來看，被保險人於 2001 年為 7089 萬餘人，私人照護保險之被保險人則有將近 836 萬人左右。Statistisches Bundesamt, Bericht: Pflegeestatistik 2001-Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Juni 2003, Bonn. 事實上當初對於被保險人之對象曾發生爭執，相關討論參見 Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, 1974, Köln.

權選擇繼續參加保險⁴²。

由於過去之疾病保險體系包含有法定與強制私人疾病保險兩部分，因此有關照護保險法亦直接將私人疾病保險之部分予以規範，連帶地於新制實施下。加入私人疾病保險之對象，亦須依法購買私人照護保險（§ 23 II PflegeVG）⁴³，因此，包括私人照護保險全體保障人口約已涵蓋全國總人口之 97.1%⁴⁴。

事實上，照護保險於被保險人之設定上，自之前以勞工及其眷屬為保險主體，透過自願加保及私人疾病保險等對象均納入而擴大為「全民」保險，明顯修正早期以職業別為保障區分之缺失，而朝全民納保之普及主義方向邁進⁴⁵。

（二）保險給付

有關照護保險之保障標的一照護需求，與疾病保險之「疾病」態樣不同，因此，於

保險給付之提供上將出現與疾病保險不同之步驟，以下僅先就認定程序開展，並藉此作為嗣後保險給付論述之基礎。

1. 認定程序

照護保險所保障之客體，有別於疾病保險之「疾病」，而須是醫學上無法治癒之障礙—即照護需求（Die Pflegebedürftigkeit），然而「照護需求」之有無並不像疾病一般地明確⁴⁶，故於提供保險給付前，保險人依法藉由一定程序予以認定。由於專業分工之要求，實際上進行照護需求認定與管理計畫之協助擬定與事後評估工作，以邦為單位共同設置疾病保險醫事鑑定服務處（Medizinischer Dienst der Krankenversicherung，以下簡稱 MDK）⁴⁷。而為確保有無需要照護之狀態及照護等級之認定標準及程序，皆有一套確實且統一之依據得循，因此聯邦主管機關負有

⁴² 參見林谷燕，〈德國長期照護制度之探討〉，收錄於《國家政策基金會》，（網址 <http://www.npf.org.tw/post/3/5368>）。

⁴³ 相關討論，參見 Dieck Margret :Sozialpolitische Diskussion rund um die Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in Westdeutschland, in: Josef Kytir, Rainer Münz (Hrsg.), Alter und Pflege, Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos, Berlin, 1992, S. 47. 至於照護保險與私人保險間之關係配合，參見 Wolfgang Gitter/Jochem Schmitt, a. a. O., § 3, Rn. 23-28.

⁴⁴ 私人疾病保險之被保險人多數為公務員、法官及自營作業者等高所得人口，於 1998 年為 813 萬人，約佔總人口 9%。唯私人疾病保險被保險人僅被要求投保與社會照護保險同樣水準之保險即得；至於社會疾病保險中超過保險薪資上限之自願被保險人，亦得以選擇購買較高給付水準之私人照護保險取代（§110, PflegeVG）。

⁴⁵ 林芸芸，〈德國健康福祉體系之研析及省思〉，《國家衛生研究院簡訊》，第 5 卷，第 1·2 期合訂本，2000 年 3 月，頁 14。然，為了避免未繳納保險費或僅繳納少數保險費之被保險人出現「搭便車」之現象，而違反社會保險之權利義務對等原則（Äquivalentprinzip）之要求，因此照護保險明文規定被保險人應履行繳納保費年資之義務（§ 33 II, PflegeVG）。Raimund Waltermann, a. a. O, Rn. 223.; Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 18-19.

⁴⁶ 有關照護需求之相關討論，林志鴻，〈德國長期照護保險照護需求性概念及其制度意涵〉，《社區發展季刊》，第 92 期，2000 年 12 月，頁 258-269。

⁴⁷ 照護保險人與 MDK 之關係非常密切，在照護保險未實施前，MDK 主要業務是為了判定是否具有年金保險之法定「障礙」事由，不過隨著醫療體制改革法（Gesundheits Reformgesetz，簡稱 GRG）之要求，業務始轉為涉及重度需要照護狀態之認定，連帶地其組織與功能之轉型由原內部各該醫師進行認定而轉變為專業而中立之單位。相關背景說明，參見楊全斌，前揭（註 8）文，頁 81-98。目前 MDK 之認

制定並審查相關照護方針 (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien, PflRi) 之義務 (§ 17 PflegeVG)⁴⁸，最後由 MDK 此等方針、原則，以量表測試來完成個案鑑定，並就復健措施、照護給付種類與範圍及針對個別申請人之照護計畫提出建議 (§ 18 PflegeVG)。

目前針對照護需求之認定，主要係以被保險人是否「因身體、精神、智能上疾病或障礙，對於生活中有關日常性、規律反覆進行之必要活動（如：洗澡、飲食、行動與料理家事等）具有相當程度之援助必要，且持續或預估將持續六個月以上者」 (§ 14 I PflegeVG)。至於「身體、精神、智能上疾病或障礙」係指：支持身體之器官或運動器官喪失或麻痺，甚至機能障礙；內臟、感覺器官之機能障礙；或者中樞神經組織機能障礙及精神疾病或障礙等 (§ 14 II PflegeVG)⁴⁹。

一般照護需求之認定程序係由被保險人或其眷屬等代理人向照護保險人提出申請 (§ 33 PflegeVG)，若有照護需求之虞或實際有照護需求卻沒有申請時，照護保險人亦得依職權進行調查 (§ 7 PflegeVG)；其次，對於申請者是否符合照護需求之要件及等級，則

由 MDK 進行實質審查，包括對於該申請者是否以及應該運用哪些處置措施？如何減輕或解除其照護需求？應運用何等合適及必要之醫療復健措施等項目。為有助於被保險人「獨立且自主生活」，該服務處亦得調查被保險人之住處，並於被保險人同意下，於認定過程中邀請其相關之醫師，特別為家庭醫師加入認定，並且就鑑定該被保險人之照護需求前置時期以及扶助需求性之種類、範圍以及存續期間等，對其照護需求相關鑑定具重要參考之醫師諮詢與文件之調閱。

一般而言，照護需求之程度區分為三個等級：等級一：中度 (Pflegestufe I- Erhebliche Pflegebedürftigkeit)；等級二：重度 (Pflegestufe II- Schwerpflegebedürftigkeit) 與等級三：極重度 (Pflegestufe III- Schwerstpflegebedürftigkeit) 三級 (§15 I ①～③ PflegeVG)⁵⁰，同時依據不同等級給予不同之照護時間。以中度患者為例，若認定屬實，其每日所需之照護時間得從 1.5 小時到 3 個小時不等⁵¹。以目前運作為例，以第一級與第二級之對象較多⁵²。至於其他有關照護等級之詳細規定，照護保險法要求須透過法規

定係以醫師與相關看護、老人照護人員等照護專家為之。目前德國境內 MDK 照護認定醫師約有 2100 人，另外包括其他看護護士、老人照護員等專業人員共 1200 人。參見 <http://www.mdk.desonstigeprofil.html#pflege>。

⁴⁸ 相關照護方針之制定與運作，已自 1994 年 11 月 7 日展開。參見 Dalichau/Grüner/ Müller-Alten, Pflegeversicherung, Anhang Bundesrecht Nr. 3. 101; Raimund Waltermann, a. a. O, Rn. 222.

⁴⁹ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn.5-7.

⁵⁰ 相關討論，參見 Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn.10ff. 中文文獻，參見周麗芳，〈德國長期照護保險制度及財務規劃〉，《保險專刊》，第 58 輯，1999 年 12 月，頁 61-62。

⁵¹ 事實上對於此一時間之設定，於規劃時曾出現分歧，主要得分為主張 1 小時之照護保險人及主張 1.5 小時之聯邦勞動社會省。最後則是著眼於實際照護時間之需求以及與年金保險法、照護津貼等給付之配合而採取後者之見解。

⁵² 制度初期實施時，主要集中於第二級與第三級。參見 Norbert Blüm, Pflegeversicherung Positiv Zwischen Blanz. Bundesarbeitsblatt, 10. 1997, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 不過隨著制度運作，目前逐漸改為集中在第一與第二級。參見 Statistisches Bundesamt, Bericht: Pflegestatistik 2001-Pflege im

命令或行政規則等下位規範予以具體化（§ 16; § 15 III PflegeVG）。

	照護範圍及頻率	照護時間 (每日)
照護等級 I：中度	身體照護、營養補充及移動等，單一或數部分有兩種活動以上每天至少進行一次；此外，每週至少須提供數次家事援助	至少 45 分鐘 整體照護至少 90 分鐘
照護等級 II：重度	身體照護、營養補充及移動之部分於不同時間裡每天至少須進行三次；此外，每週至少須提供數次家事援助	至少 2 小時 整體照護至少 3 小時
照護等級 III：極重度	身體照護、營養補充及移動之部分須全天候支援；此外，每週至少須提供數次家事援助	至少 4 小時 整體照護至少 5 小時

資料來源：Erlenkämper, Arnold / Fichte, Wolfgang / Fock, Michael/ Fische, Claudius, Sozialrecht, 6.Aufl., 2007, S. 850.

有關調查結果所應報告者，包括：說明申請者符合照護需求之要件，若符合者則開始實施之時間及建議給付認定之等級為何。此外，是否以及為何給付特別之照護費用等事項（§ 36 PflegeVG）。當然，為求申請者日常生活能順利進行，於調查結果之報告中亦應說明：照護給付各相關項目及個案中必要之輔助措施，包括必要之輔具（Hilfsmittel）及技術性之輔助措施（Technische Hilfen）（§ 40 PflegeVG）⁵³；有無建議復健或預防措施，以及對於認定結果不服要求認定複查（Die Wiederholungsbegutachtung）之教示救濟規定等，併送交保險人決定，保險人得接受或駁回該鑑定等級。申請人若對於最

後認定之結果有所不服者，得提出訴願或進一步向社會法院提起特別行政訴訟。

2. 保險給付

(1) 概述

保險給付原則上自照護狀態確認後，自申請時點起給付。為避免隨著個案情狀之差異而於確認作業上有所延誤，亦設有溯及生效之規定。由於該法之給付分階段實施，因此有關不同類型之給付存在差異。首先，有關居家照護給付部分，於 1995 年 4 月開放申請，主要給付項目分為十一種類，大致得依據給付內容區分為實物給付（Pflegesachleistung）與現金給付－即照護津貼（Pflegegeld für selbst beschäftigte Pflegehilfen）（§ 3 6; 37 PflegeVG）⁵⁴；其次，住院照護於 1996 年開始實施，因此依提供給付之場所又得細分為：急救照護給付（Ambulante Pflegeleistungen）與住院照護給付（Stationäre Pflegeleistungen）二類⁵⁵；又，為求彰顯被保險人之自主性，並考量被保險人之尊嚴與選擇（§ 2; 4 PflegeVG），故保險給付得以混合（Leistungskomplex）使用而有不同之給付類型組合（§ 38 PflegeVG）⁵⁶。以 1998 年為例，其中以住院照護（43%）支出最多，照護津貼（27%）次之，完全以照護實物給付者再次之；然，利用實物給付與混合給付之比例有升高之趨勢。不同之照護給付額度如下）表一）⁵⁷：

Rahmen der Pflegeversicherung, Juni 2003, Bonn, S.8ff.

⁵³ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 37.

⁵⁴ Raimund Waltermann, a. a. O, Rn. 215, 224-231; Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 23-31.

⁵⁵ 保險費自 1995 年 1 月 1 日起收取，費率為 1%。而前者於 1995 年 4 月 1 日起提供給付；至於後者依據法令（Gesetz zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung）於 1996 年 7 月 1 日起給付，同時費率亦從該日起全國均調升為 1.7%（§ I V, PflegeVG）。Statistisches Bundesamt, a. a. O., S. 3.

⁵⁶ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 32-33.; Aok-Bundesverband, Übersicht Leistungskomplexe, Stand 10. 09.1996.

給付單位：歐元

		第一級	第二級	第三級
居家 照護	實物給付 (月)	384	921	1432 (1918)
	照護津貼 ⁵⁸ (月)	205	410	665
代理照護 — 親屬/他人照護		205*/1432	410*/1432	665*1432
短期住院照護		1432	1432	1432
部分住院照護		384	921	1432
住院照護 ⁵⁹		1023	1279	1432 (1688)

(表一)

另外，針對癌症末期病人或其他特殊個案，若被保險人照護需求性已超過法定三級，因個案照護費用更高，故經健康保險醫事服務處審核通過後，被保險人不論現在或 2010、2012 年以後，每個月均可獲得 1918 歐元給付，但此項特殊個案不得超過向照護基金會投保照護等級三者人數百分之三 (§ 36 IV SGB XI)⁶⁰。

(2)給付樣態

為求確保被保險人之尊嚴與選擇並維持保險給付之品質，除於給付之提供方式上藉由實物給付、照護津貼及混合給付滿足被保險人之客觀狀況與主觀之偏好。依據照護保險法將照護方式區分為：

a.居家照護 (Leistungen bei häuslicher Pflege)

(A)實物給付

具照護需求之申請者，有權請求居家照護實物給付 (Pflegesachleistung)，亦即，基本照護 (Grundpflege) 與家務打理 (hauswirtschaftliche Versorgung)。此種給付方式，必須在申請者自宅實施。依照護理保險法第 36 條第 1 項第 2 款之規定，此種照護給付地點不限於申請者自宅，亦可於其他類似處所，例如老人院或社區服務中心等⁶¹。

「基本照護」係指個人身體照護、營養攝取、身體活動；「家務打理」係指生活用品採購、飲食照料、居家環境清潔等例行性日常生活事務。關於實物給付額度，將依照護理需求性等級作區分，於 2008 年 7 月 1 日以前，每月最高給付額分別為 384 歐元、921 歐元及 1432 歐元 (參見表一)。蓋若每個月照護費用超出給付額度者，則被保險人須自行負擔⁶²或申請社會救助。再者，依據長期照護結構持續發展法規定，自 2008 年 7 月 1 日、2010 年及 2012 年起，給付額度作以下之調整：

照護等級	2008 年 7 月 1 日起	2010 年	2012 年
等級一	420 歐元	440 歐元	450 歐元
等級二	980 歐元	1040 歐元	1100 歐元
等級三	1470 歐元	1510 歐元	1550 歐元

(表二) 表格出處：林谷燕，長期照護制度之探討

(B)對自覓照護人力所發給之照護津貼

⁵⁷ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 22-53.

⁵⁸ 照護津貼之發放對象是需要照護者本人，期盼能有效地提高需要照護者自己決定之得能性。實務見解，參見 BVerwGE 90, 217.

⁵⁹ 原則上有關住院照護須由當事人與照護服務提供者簽約。Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 49-53.

⁶⁰ 參見林谷燕，〈德國長期照護制度之探討〉，收錄於國家政策基金會，(網址 <http://www.npf.org.tw/post/3/5368>)。

⁶¹ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 24.

⁶² Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008, Übersicht über das Sozialrecht, 5.Aufl. BW Bildung und Wissen Verlag, S 551.

因為照護人力並非侷限於受過訓練的照護服務員，家屬、鄰居亦可成為照護人。因此，針對被保險人自覓照護人時，依照護理保險法第 37 條第 1 項之規定，得申請照護津貼（Pflegegeld），以取代實物給付。

2008 年 7 月 1 日以前，針對此類個案，基於不同照護等級，分別核發 205 歐元、410 歐元及 665 歐元津貼。自 2008 年 7 月 1 日起、2010 年及 2012 年，給付額度作下之調整：

照護等級	2008 年 7 月 1 日起	2010 年	2012 年
等級一	215 歐元	225 歐元	235 歐元
等級二	420 歐元	430 歐元	440 歐元
等級三	675 歐元	685 歐元	700 歐元

（表三）表格出處：林谷燕，長期照護制度之探討

此外，照護人力到府諮詢探訪之頻率，依據照護等級有所區別，第一及第二級，每半年一次，第三級者為每季一次。前者費用為 16 歐元，後者每次費用為 26 歐元（§37 SGB XI）。該項諮詢費用由照護保險人負擔。自 2008 年 7 月 1 日後，諮詢費用分別調整為 21 與 31 歐元⁶³。

（C）連結給付（Kombinationsleistung）

依照護理保險法第 38 條規定，被保險人可依其需求，混合請求照護實物與津貼。實物給付部份依前述(A)之內容；金錢給付部份依前述(B)之內容，二者組合比例。被保險人可自行決定請求給付之內容，但該項請求權須受六個月的限制。試舉例說明之，若被保險人被評定為第三等級之照護，且每月照護費用約為 1400 歐元，其中 980 歐元為實物給付，亦即，佔總照護費用之 70%，則剩餘

30%得請求照護津貼。再依據現行規定（參見表三），第三等級之照護津貼為每月最高 675 歐元，故被保險人得向保險人請求 212.5 歐元（ $675 \times 30\%$ ）。

（D）替代照護（Ersatzpflege）

自 2008 年 7 月起，對被保險人提供至少六個月之「非職業性」照護者，因照護者渡假、生病或其他原因無法提供照護時，保險人將提供被保險人每年四周之替代照護。此項費用（每年總和不超過四週），自 2008 年 7 月起，將不得超過 1470 歐元。自 2010 年起，不得超過 1510 歐元；自 2012 年起，不得超過 1550 歐元⁶⁴。若照護人員與被保險人具二等內血親或姻親或共住者，則替代照護費用不得超過「自覓照護人力之津貼」各等級之數額。針對照護人員之雜項開支，例如因照護工作所給付之交通費用或其他，保險人每年最高額度為 1432 歐元（§39 SGB XI）。關於替代照護期間，是否由職業性照護人力提供服務，被保險人得自行決定。

（E）照護輔具與機械式協助

被保險人於欠缺照護輔助器材時，得請求保險人提供該項協助，以減緩其身體或生活上之不便。進一步言，添購照護輔助器材除可方便照護工作外，亦可幫助被保險人獨立生活。當然，取得照護輔助器材，須由被保險人提出申請，保險人得依具體照護需求，准駁申請。關於消費性輔助器材，例如消毒劑或其他類似產品，每月支付總額以 31 歐元為限。若被保險人為 18 歲以上者，取得照護器具，須負擔自付額 10%，但每件最高額以 25 歐元為限（§63 I, II PflegeVG）。

（F）住宅環境改善

⁶³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, a.a.O., S.563.

⁶⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, a.a.O., S.564.

依照護理保險法第 40 條第 4 項之規定，為使照護輔助工具與機械式器材達到最佳功能，保險人給付每項（je Maßnahme）改善工程最高 2257 歐元，俾使被保險人之住家環境方便照護工作。

b. 部分機構式照護／短期照護（teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege）

依照護理保險法第 41 以下之規定，若居家照護無法提供被保險人足夠照護時，則被保險人得請求部分機構式照護。例如，被保險人得於日間或夜間至照護機構，為求該機構提供照顧或緊急醫療照護。此外，被保險人亦得向保險人請求往返車資；保險人針對此項措施，依據照護等級，提供不同額度之給付（參見表一）。自 2008 年 7 月 1 日起、2010 年及 2012 年，分三階段調整給付額度（參見表二）。自 2008 年 7 月 1 日起，被保險人除有日間與夜間照護之請求權外，尚得請求社區照護實物給付（ambulante Pflegesachleistung），以延續其必要之居家照護⁶⁵。該項措施實施後，將形成日、夜間與社區照護之連結給付，俾使照護給付無所缺漏。

短期照護係指，於客觀條件下，居家照護及部分式機構照護未能妥善實施照護時，被保險人得請求全機構式之短期照護。該項服務同時亦適用於被保險人住院治療後之恢復期及其他危險狀況（§ 42 I PflegeVG）。被保險人每年至多得請求四周之短期照護，保險人將支付照護費用及醫療照護等費用。依據護理保險法第 42 條第 2 項，短期照護每年最高給付額度為 1432 歐元；於 2008 年 7 月 1 日以後調整為 1470 歐元；2010 年起調整為 1510 歐元；2012 年起調整為 1550 歐元⁶⁶。

c. 全機構式照護服務（vollstationäre Pflege）

依照護理保險法第 43 條之規定，若居家照護或部分式機構照護，無法提供被保險人有效之照護工作，或因具體個案之考量而排除上述照護方式，被保險人得請求全機構式照護服務。照護服務內容涵蓋基本照護、醫療照護及社會照顧。就保險人支付費用而言，針對不同等級，每年給付總額分別為 1023 歐元、1279 歐元及 1432 歐元，針對特殊個案，上限則調至 1688 歐元（§ 43 I-II PflegeVG）。依照護理保險法第 43 條第 3 項第 2 款之規定，第三照護等級且接受全機構式照護服務之被保險人，不得超過第三級照護總人數的 5%；接受全機構式照護服務之被保險人，於機構中之住宿、伙食費用，須自行負擔（§ 88 PflegeVG）。

第一級及第二級全機構式照護之給付額度，至 2015 年以前將不作調整，但第三級與特別嚴重個案的全機構式照護給付費用變動將有所更迭：

照護等級	2008 年 7 月 1 日起	2010 年起	2012 年起
等級三	1470 歐元	1510 歐元	1550 歐元
特別嚴重個案	1750 歐元	1825 歐元	1918 歐元

（表四）表格出處：林谷燕／長期照護制度之探討

3. 照護者之資格

關於照護者之資格認定問題，德國法採較為寬鬆之規定。因此，就供給面而言，透過非專業照護、家屬、專業照護或特定機構等配合其照護需求，係德國照護保險法之一大特色。此外，如前所述，由於照護保險與疾病保險相互配合，因此於給付上得以避免

⁶⁵ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, a.a.O., S.565.

⁶⁶ 同註 64。

重複給付所致生之浪費⁶⁷，亦有助於提供給付之效果，例如：透過有效之治療與復健促進需要照護者之自立，不僅符合需要照護者之需要，亦能有效抑制照護費用之上漲。

一般而言，保險給付之提供者，原則上得由公營機構、非營利機構、私人機構、個人及一般非專業人員等（§ 72 PflegeVG）⁶⁸，為維持保險給付之水準，照護保險人必須先與照護服務提供者，締結支付照護費用之行政契約（Versorgungsvertrag）（§ 69 PflegeVG）⁶⁹，並確保此等照護服務提供者履行給付之法定義務。照護保險人與照護提供者，契約之優先順序必須為先與非營利、私人照護給付提供者訂定契約，仍有所不足時、或前兩者無法提供類似給付時，方得與公營照護提供者（由縣市、邦、聯邦所屬者）訂定契約（§ 72; § 75 PflegeVG）⁷⁰。由於照護保障為社會全體共同之責任，因此民間與政府間均具有相互配合之義務，不過若縣（Kreis）、邦、聯邦所屬者已改為非營利組織方式經營，則賦予一般非營利及私人照護

給付提供者相同之地位（§ 8; § 12 PflegeVG）。事實上，照護保險推行之後，德國大量興起小型化營利團體，承擔起照護保險居家服務中心之重擔。由於多數之居家服務中心均屬私立及營利性質，除開發諸多新職位外，其性質亦與先前多以宗教性與非營利性之服務提供者大不相同。

此外，照護保險制度亦承認每週服務時數超過 14 小時之非專業照護類型（§ 44; § 45 PflegeVG）⁷¹，並提供各種社會保險之保障，其優點在於一方面希望彌補傳統將照護工作視為無償勞務，一旦脫離職場勢必失去相關社會保障之缺憾；另一方面，照護保險亦希望藉此承認其工作價值⁷²，透過保障需要照護者之家庭背景與環境，以居家服務或家庭及鄰里照護之支援，落實照護保險法「居家照護優先原則」之要求（§ 3 PflegeVG）⁷³。

（三）權利救濟

目前對於照護保險之權利救濟途徑，一般皆依據爭議之標的性質不同，而有所區隔。若不服照護保險人對於認定程序或給付水準

⁶⁷ 為避免保險給付之過度浪費，照護保險法對此亦設有「經濟性」（Wirtschaftlichkeit）之要求（§ 29 I ①, PflegeVG）。Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 2.

⁶⁸ 以 2001 年之資料顯示，德國共有 12950 家社區式照護服務中心，2866 家半住院照護服務中心，住院照護機構共計 9007 家，其中與各保險人簽訂契約而提供機構式服務之業者則有 8600 家左右。Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 31, § 15, Rn. 5.

⁶⁹ Raimund Waltermann, a. a. O, Rn. 234.

⁷⁰ 有關照護服務提供之契約內容，由各邦照護保險人之上級機關與業者公會共同訂定聯邦層級之協定拘束全國各地之照護保險人與受到許得之照護機構，其中包括照護服務之內容、機構照護之一般服務、有關住宿或膳食給付、照護服務提供者之設立標準與原則、MDK 與檢查人員進行檢查等要求，若證實業者之服務品質未達標準時，MDK 亦得不經通知直接對業者或機構進行檢查（§ 77 PflegeVG）。Raimund Waltermann, a. a. O, Rn. 238-240.; Wolfgang Gitter/Jochem Schmitt, a. a. O., § 15, Rn. 6-8. 實務爭議，參見 30. Sep. 1993. 4RK 1/92.

⁷¹ Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn.59-60.

⁷² 事實上，照護保險之創設由於與失業保險等制度結合，確增加許多就業機會。自 1996 年止，照護服務產業提供 7.1 萬個工作機會；甚至 1997 到 1999 年間多提供 7.3 萬個工作得能，換言之，照護保險約提供德國近 10 萬個就業機會。Wolfgang Gitter/Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 64-69.

⁷³ Wolfgang Gitter/Jochem Schmitt, a. a. O., § 14, Rn. 3.

等決定時，由於其性質屬於行政處分，故首先得向照護保險人提出訴願（Widerspruch）。對於訴願，照護保險人將另有別於當初審查照護需求之人進行訪問調查。若訪問調查之結果仍維持原審查決定，照護保險人則維持原認定結果並將其意旨通知聲請訴願之當事人；若訪問調查之結果與訴願決定不同時，照護保險人應透過設置於照護保險人之訴願審議委員會（Widerspruchsstelle），依其獨立與中立之立場，對於該事件進行書面審查或另行審查，並進而作成判斷。若訴願審議委員會認為無理由，則作出駁回決定之行政處分⁷⁴。

若訴願人不服該決定時，得向社會法院（Sozialgericht）提出告訴（§ 1; § 51 SGG），社會法院為特別行政法院，負責審理社會行政爭議事項，此類社會訴訟制度為三審三級制，於邦設社會法院及邦社會法院，為第一級與第二級之事實審；聯邦則設有聯邦社會法院，為終審之法律審（§ 2 SGG）。社會法院由職業法官一人及榮譽法官兩人組成審判庭（§ 12 SGG），至於受理上訴之邦社會法院則以職業法官三人及榮譽法官兩人進行審判，其中對於榮譽法官按審判庭之管轄權而有不同之選任，其來源包括被保險人、雇主、各保險人與醫師等（§ 33 I; § 40 SGG）。社會法院一旦受理，訴訟案便進入司法程序。儘管社會法院之審理程序主要以口頭陳述等較一般訴訟簡便，但循此訴訟途徑仍需要二至三年之時間，對於急需要照護之被保險人

而言，仍然屬於過長。

其次，關於提供需要照護者之保險給付，為求儘速解決介於照護保險人與照護服務提供者間締結契約所生之爭議，於照護保險亦設有類似解決醫院照護病床與社會救助爭議之仲裁所（Schiedsstelle; § 76 PflegeVG）。主要係肇因於社會救助給付與否，關乎個人生活品質，其具有直接關連關係，因此為求爭議迅速解決爭議，於各邦設有仲裁所，同時須於申請後六週內作出決定。目前各邦原則上，皆設有一個仲裁所，全國合計有十六個仲裁所。至於當提供保險給付時，若發生侵害個人權利之情形，需要照護者除得以民事案件向普通法院主張照護者本人之不法行為與照護服務提供者之雇主責任外，亦得針對身為照護契約相對人之照護服務提供者主張私法上債務不履行之責任。

肆、德國照護保險法之評價

於德國實施逾十四年之照護保險，自實施時起，曾引發各式各樣之責難，例如：由於照護需求認定之申請數量遠超過事務處理之速度，進而使得認定多所延誤。但此等問題多屬於配合新制度實施所產生之短暫紊亂，且相關問題亦於實施一年後步上正軌而加以解決，因此，目前照護保險制度不但為融入德國社會，且屬於社會保險之第五大支柱。不過儘管如此，目前之新制照護保險究竟評價如何？以下仍有幾點值得注意⁷⁵。

⁷⁴ 實務上常見之爭議問題多是有關「照護需求」之認定及聲請「照護津貼」之案例，主要爭點在於：法律規定所作之認定，常和被保險人及其家屬之認知有很大差距，此點日後應如何克服，或許尚待觀察。不過相較於居家照護給付之部分，機構照護給付反而爭議較少，主要是因為爭議當事人非需要照護者本人或其家屬；其次，申請機構照護給付往往亦有相關業者之配合，故爭議較少。參見 Pick, P./Leistner, K., Begutachtung in stationären Alteinrichtungen, Die Krankenversicherung, Juli-August 1996, S. 207.



一、人民意識之改變

若問德國實施照護保險制度後對於德國人民最大之利益，應屬需要照護之對象能主張「當然之權利」而接受照護服務。而對於過去僅由家庭以無償方式且非專業提供照護者為比較，將照護津貼視為對照護者之「報酬」，則對於需要照護者之精神面有較大之變化。除一方面肯認家庭照護由原先不被承認之價值外；另一方面亦減緩一般民眾因為離開職場而無法獲得其他社會保障之困境。事實上，此等設計亦受絕大多數人民肯定，其中對於照護者，超過八成之人對照護保險持肯定之態度⁷⁶；另外，對於現金給付－尤其是照護津貼一項，亦有六成以上認為將有助於透過家庭－含親戚、朋友提供照護，故多數對於提供照護津貼給予家庭成員，亦持高度肯定之態度，蓋無償之照護，亦難以有一致性及持久性之保障。

二、社會保障體制之統合

照護保險雖然於法制設計上，屬另行規劃設立之體制，不過德國卻將其與疾病保險連結，因此有將照護與疾病保險一元化之趨勢。如此得以避免過去因不同社會保人險間之管轄問題，致使當事人無法一次性受領保險給付之窘境，連帶地得兼顧當事人之權益。

三、保險財務與給付之配合

(一)保險給付之擴增

除照護保險制度之實施，亦同時帶動服務業者大幅增加，特別是對於過去寄望透過住院照護卻需要等待期間之需要照護者，對於消除此等現象有相當之成果。其次，照護保險之實施平衡現行紛歧制度提供方式及因不同制度體系認定上之紊亂，避免因提供不同給付所產生之制度性給付不公問題。

事實上，從許可設立之照護給付提供者數量觀察，於居家照護方面從 1996～2000 年度間增加 22.3%（總數為 2345 件），相較於需要照護者之需求，於數量之要求已能滿足；另一方面，住院式照護之業者亦從 1992 年全國僅 4300 個機構倍增到 2001 年之 12950 個。由於住院式照護數量大量地增加，因此目前住院照護之收容人數亦能滿足德國之實際照護之需求。此外，於住院照護上，雖然傳統上多由非營利機構所提供，但照護保險實施後，亦增加民間營利企業之經營比例，主要係當初對於照護機構之設立及修繕費用多由政府補助，再加上政府開放讓符合一定要件之機構亦得加入為照護者，至於營利與否則在所不問，故多少亦有助於民間營利企業之參與。目前照護機構中佔 36%，係由民間營利企業經營⁷⁷。不容否認者，因為吸引多樣之業者加入照護給付中，導致照護市場競爭形態之改變，但亦改善相關服務之效率與品質⁷⁸。

(二)財政狀況之掌控

照護保險之財源主要係由被保險人所繳納之保險費予以支應（§ 1 VI; § 54 I

⁷⁵ 陳君山，前揭（註 5）文，頁 7-15。

⁷⁶ Wörner, W., Pflegeversicherung-Eine Zwischenbilanz aus Baden-Württemberg, Die Krankenversicherung Juli/August 1996, S. 215.

⁷⁷ Rudolf J. Vollmer, Long-Term Care Insurance in Germany, European Seminar on Dependency: A New Challenge for Social Protection, 14th, 2000.5.

⁷⁸ Kesselheim, H., Die Pflegeversicherung, eine erste Bilanz, DOK 16-1995, S.549-550.

PflegeVG)⁷⁹。然而德國照護保險體系實施當時，正好遇到德國內外經濟環境之嚴苛壓力，又深怕費率上漲過劇，因此於制度設計上嚴加管控財政狀況，輕度照護需求者不予給付則為適例。此外，對於中度以上等級給付之價格控制甚嚴。目前就財政狀況觀察，仍如同當初之估算，穩定於預期內成長，而被保險人繳交之保險費仍足以支應目前需要照護者給付之財源。目前就財政狀況觀察仍有盈餘，一方面係因選擇居家照護給付或照護津貼之對象佔多數，而照護津貼之給付水準又低於實物給付所致，連帶地亦減輕國家照護財政負擔，不過隨著人口高齡化之進展，將來必出現財政入不敷出之窘境⁸⁰。

為避免重蹈過去社會保險之財政危機，照護保險強調收支平衡（Bilanzgleichgewicht）。其中包括實施照護保險之各種照護保險人與實際提供各項給付之機關或設施等，所締結支付照護費用之協定不得超過保險費收入。換言之，必須確保保險費率之安定性（Grundsatz der Beitragssatzstabilität, § 70 PflegeVG）。為求落實此一原則，照護保險法明定法定之保險費率範圍內調整給付時，須獲得國會之同意（§ 30 PflegeVG），次與過去一般社會保險制度，單方面由保險人與被保險人代表共同決定即得，有所不同，民意機關就此亦得進行必要之監督與表示意見。

此外，由於八個照護保險人之財政收支依據被保險人之年齡及所得結構而有明顯之差異，鑒於此等保險財務上之收支不平衡，照護保險於各照護保險人間進行財政調整。

舉例來說，被保險人數最多之法定疾病保險人AOK，因被保險人年齡偏高且所得較低，因此保險財政出現入不敷出之困境；相對地，被保險人數次多之職員補充保險人EAN由於被保險人年齡較低且所得較高，因此保險財政營收較佳。為求財政收支平衡，照護保險法亦明文規定，以年金保險所負擔之部分照護保險費及安全準備金等盈餘，透過調整基金（Ausgleichsfonds）之名義，交由聯邦社會保險局管理（§ 65 PflegeVG）。該調整基金之資金運作須用於各照護保險人間之每月調整以及年度調整，其中包含對於安全準備金之提撥（§ 67; § 68 PflegeVG），藉此確保其業務、營運能順利進行。

伍、德國照護保險法之困境

儘管對於德國照護保險制度之順利進展，各界給予正面之評價，但是目前對於照護服務品質之改善以及失智症患者之照護需求認定程序等仍有疑問，以下詳述。

一、保險給付品質之改善

由於法令允許被保險人依其偏好選擇給付方式，因此當不同保險給付混合運用時，對於是否屬於確實妥善而適切之運用照護給付，除要求一定水準之照護品質外，重點仍在於保險人專業之定期再評估，申言之，不同之給付方式是否滿足被保險人之要求。

然而，德國自上個世紀以來，對於社會保障強調民間「非營利」福利團體自主及優先性及社會保險人之自治原則等基礎⁸¹。事

⁷⁹ 雖然當初於草案中訂有「聯邦補助」之規定，但於立法過程中遭到刪除，主要考量是照護機構等基礎規劃已由聯邦加以補助，因此無另行補助之必要；其次亦期盼能確保照護保險人之獨立、自主。

⁸⁰ 財政界曾以持續盈餘為由要求調降保險費率，不過聯邦政府著眼於未來需要照護者之增加率、伴隨照護程度增加選擇實物給付之比例會上升而拒絕。

⁸¹ Fachlexikon der sozialen Arbeit, 3. Auflage, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1993, S.

實上自照護保險法實施以來，亦得觀察出其係由民間先行提供服務後，再將其制度化並尋求服務量之擴大。此點亦表現於照護保險法之實施，然而對照其他先進諸國與歐洲統合之歐盟（EU）形成，漸漸地朝向市場多元主義之社會保障供給體制，連帶地衝擊非營利之「民間」優先性，亦因此社會法制之補充性原則是否應予繼續維持，目前正面臨新之挑戰。

二、特殊被保險人之認定

由於照護需求有無之認定與程度，係交由疾病鑑定機構執行，因此於認定上偏重醫學之判斷而忽視心理與精神上之特定狀況，加上對於特殊疾病之被保險人，包括失智症患者或智能障礙者，部分未於當初制度設計時予以特別考量，因此於照護需求認定上出現「難以符合照護需求之要件」之問題，導致與照護保險目的不符之結果。對此，疾病鑑定機構認為，首先，過去以來一直進行針對重度之需要照護狀態認定之經驗；其次，今後對於照護狀態認定將選任具有照護專業人員（如看護等）進行與醫師對等之相關認定，藉此避免過分偏重醫學判斷之情形⁸²；尤其從疾病與照護之關連性觀察，伴隨著以居家照護優先之照護保險給付實施，除提供符合需要照護者日常生活需求之居家照護外，以醫院等機構因應作為前提之醫學與照護教育亦有重新評估之必要；此外對於應優先於照護保險給付之復健，同樣地亦須開發適合居家之技術與方法。

儘管此類需求涉及「需要照護者」法律

定義之廣狹解釋，不過其係基於財政平衡之考量。但為減輕特殊疾病被保險人之照護費用負擔，德國目前正檢討是否應立法，例外地允許該照護保險人得有限度地利用其他之保險給付予以彌補。

三、保險財務與給付連動

隨著德國照護保險之實施，於保險給付上相較其他社會保險體系上帶有較為嚴苛之給付條件及偏低之給付額度，故亦有論者認為「給付水準不高，無法充分確保需要照護者之生活」等不滿，然由於照護保險主要目的，係協助被保險人基本照護費用，因此，實無法完全滿足需要照護者之需求；加上若要調整給付水準則須與保險費率連動。以德國經濟現況而言仍屬困難；其次，由於照護保險給付需求侷限於「中度」以上之範圍，因此於預防保健之功能上仍有不足。然，此等分類並不代表不重視「輕微」之照護需求，而係將其需求比照疾病保險之治療處置，透過各照護保險人與其他疾病保險及年金保險人合作，並依據自治規章協議訂出規範予以落實（§ 5 PflegeVG）。

其次，對於照護保險費之雇主負擔，如同其他社會保險體制，主要著眼於雇主之社會責任，然而，若從需要照護狀態發生之機率觀察，相較於其他社會保險之風險來得偏低；其次，照護保險給付對象多屬高齡者，而非屬與雇主具有利害關係之受雇人或其眷屬，因此雇主團體及學者對此仍有批評。

陸、結論及對我國未來立法之啟示

⁸² 為平息需要照護者及家屬之不滿，德國已制定關於專業看護人員之相關法令（Gesetz Über die Berufe in der Altenpflege sowie zur Aenderung des Krankenpflegegesetz (BGBl. I, S.1509, 1513ff, 略稱 AltPfllG），該法並自 2001 年 8 月起實施。

德國照護保險之設立，於體制上仍延續原有社會保險精神，如強制納保、保險費與個人風險係數脫鉤、保費義務與給付權利對等及於國家監督下實施自治行政原則，以維持多元保險人組織體制。然而儘管就名稱上仍保有社會保險名義，但與現行德國社會保險體系相較，則此一新制度仍有許多不同之特色。

首先，照護保險於被保險人之定義上，由以往以勞工及其眷屬為主體，透過自願納保與私人疾病保險等對象均納入而擴大為「全民」保險，明確修正以往以職業別作為保障之缺失，朝全民納保之普及主義方向發展；其次，為求確保被保險人之尊嚴與選擇，並維持保險給付之品質，於制度設計上貫徹多元且具競爭體制，除沿用疾病保險多元保險人外，亦強化被保險人之選擇權，除於給付之供給面透過非專業照護、家屬、專業照護或機構等配合其照護需求外，更於給付之提供方式上藉由實物給付、照護津貼及混合給付滿足被保險人之客觀狀況與主觀偏好。

依據人口結構老化及家庭結構變化及各級政府財政負擔沈重現象觀察，德國透過風險分擔之照護保險制度以回應及緩和人民照護風險之需求。而對照我國，於目前及可見未來，我國之人口結構已經屬於老年化狀態，未來將更趨老化。此一風險將越來越明顯，為減輕及緩和即將面臨之壓力，同時提供老人或特定疾病者有尊嚴且有希望地生存權，我國目前雖然已針對此一議題進行規劃與立法，除應儘速整合社會資源外，並宜採取配套之綜合性照護系統，以利社會保險制度與保險給付者之整合！

參考文獻

一、中文文獻：

1. 陳君山，〈德國照護保險制度之探究〉，《社區發展季刊》，第 78 期，1997 年 6 月，頁 107。
2. 楊全斌，〈德國醫療費用抑制之經驗〉，《台灣經濟研究月刊》第 20 卷第 11 期，1997 年 11 月，頁 81-98。
3. 陳慈陽，〈法治國理念在自由民主憲法秩序下之理論發展與實踐〉，《翁岳生教授七十歲祝壽論文集》，頁 575 以下。
4. 林谷燕，〈德國長期照護制度之探討〉，收錄於國家政策基金會，網址 <http://www.npf.org.tw/post/3/5368>。
5. 郭明政，《社會安全制度與社會法》，翰蘆，1997 年。
6. 鍾秉正，《社會保險法論》，元照，2005。
6. 謝榮堂，《社會福利行政法規彙編》，元照，2008。

二、德文文獻

1. Wolfgang Gitter/ Jochem Schmitt: *ialrecht*, 5. Aufl., 2001, München.
2. Erlenkämper, Arnold / Fichte, Wolfgang / Fock, Michael/ Fische, Claudius: *Sozialrecht*, 6. Aufl., 2007, Köln.
3. Dieck Margret: *Sozialpolitische Diskussion rund um die Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in Westdeutschland*, in: Josef Kytir, Rainer Münz (Hrsg.), *Alter und Pflege, Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos*, Berlin 1992.
4. Raimund Waltermann, *Sozialrecht*, Heidelberg 1999.
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008, *Übersicht über das Sozialrecht*, 5. Aufl., Bildung und Wissen Verlag.