

芬蘭老年照顧政策轉型研究

顧燕翎

<http://feminist-original.blogspot.com/>



委託研究單位：財團法人婦女權益促進發展基金會

中 華 民 國 一 〇 〇 年 九 月

芬蘭老年照顧政策轉型研究

顧燕翎

摘要

研究主旨

本研究旨在探討芬蘭老年照顧政策變遷的脈絡、中央統一標準和地方自主之間、公共化和私營化之間、機構照顧和居家照顧之間，以及正式和非正式照顧之間的政策抉擇、資源分配以及經費來源，做為本地政策討論的參考。

緣起

老年人口的照顧在台灣已日益形成重要的社會議題，甚至政治議題。一方面由於台灣人口在快速老化，今年（2011）根據內政部統計處的估算，平均餘命已達 79.24 歲（女 82.66；男 76.15）。同時，老年人口（65 歲以上）的數目也呈上升之勢，1949 年占總人口 2.5%，至 1970 年 2.9%，1990 年 6.2%，至 2010 年 10 月已超過 10%。另一方面，由家庭負擔所有照顧責任的傳統社會已由於人口遷移、出生率降低、婦女就業等多種因素而逐漸解體。雖然女性仍然是家庭中的主要照顧者，然而近二十年來，女性勞動力參與率上升。1988 年，全體勞動力參與率為 59.11%，女性為 44.52%，男性為 73.67%；2008 年，全體勞動力參與率雖略降（58.25%），但女性提升至 49.72%；男性則降為 67%。所以女性除了肩負就業與照顧的雙重負擔，也面臨較長的老年期、身兼家庭中主要照顧者和晚年缺人照顧的窘境。因此照顧除了是社會議題和政治議題之外，也是與女性生命息息相關的性別議題。

多數已開發國家比台灣更早步入高齡社會，也比台灣更早面對老年照顧的需求。自 1990 年代以來，因應老年人口增加，照顧需求上升，OECD 諸國為求財務不致枯竭，提高成本效益，皆採取儘量減少高齡者和身心障礙者機構式照顧的做法，轉而增加居家照顧服務。同時，在新公共管理思潮的影響下，歐洲國家在照顧政策上以不同的速度走向市場化，從過去傾向於反對市場制的立場，走向採取某種市場運作機制。在歐洲各國中，北歐國家的社會民主主義傳統和高稅率有助於建立照顧政策的一致性，而成

為各國學者在討論照顧政策時的楷模。原則上，北歐諸國的公民，在其國內：一·不分經濟地位，都有權利而且可以享有同樣水準的照顧服務；二·大多數公民在有需要時都會使用服務；三·照顧服務由地方政府負責提供經費來自於稅收，而非社會保險。然而事實上，各國的社會政策及其執行過程不僅因文化、習俗、歷史、政治之異而有國家之間的差異，地方自治的實施也使得政策在執行過程中產生同一國之內地區性的差別，中央和地方政府財政收支的變化，全國人口結構和數量的改變導致的服務需求增加，也直接衝擊到社會福利經費的來源和分配。再加上成本效益、公平競爭的考量，以及對受照顧者多元需求的重視，北歐諸國和其他諸多歐洲國家一樣，照顧政策呈現私營化、市場化、非正式化和去機構化的趨勢。

本地照顧論述經常以北歐的公共化照顧服務為師，因緣際會本人近來深入接觸到數位芬蘭人類學及老人研究學者 Taru Salmenkari, Teppo Kröger 及 Taina Rantanen(時間順序)後，發現 1990 年代後北歐的照顧政策與 1980 年代相比，產生了很大的轉變，有必要深入了解其政策走向。而芬蘭的顧政策在許多方面都高具代表性，若能釐清其政策內涵及轉折過程，將可供本地照顧政策思考。

經 過

芬蘭人口約五百三十萬，65 歲以上者在 2010 年已占了 17.5%，早在 1950 年代末期 65 歲以上人口即已突破 7%，邁入聯合國所定義的高齡社會。其經濟發展的歷史與台灣有相似之處，1960 年代之前同樣都是以農業為主(芬蘭還加上森林業)、相對貧窮的國家，1960 年代末開始的工業化和都市化造成了經濟起飛，逐漸邁入現代國家之列。

與台灣不同的是，芬蘭的社會政策在此時也從過去針對最弱勢民眾的殘補式福利轉向中央控制的統一標準，對高齡者的正式照顧以機構為主。直到 1980 年代末期。1980 和 1990 年代，芬蘭對高齡公民權利的保障也被國際社會公認為領先其他國家。然而，1991 年芬蘭經濟歷經嚴重衰退，中央政府預算緊縮，對地方的補助減少。1993 年福利政策大轉彎，中央給予地方政府更大自主性，各地方政府開始採用多元方案，採取向民間採購照顧服務、發放照顧券和照顧津貼、減稅等方式增加服務量，並發展非正式照顧。2000 年之後，中央政府的主導性再度加強。2009 年以後年滿 75 歲的長者有權利在一週之內接受需求評估，提升其受照顧的機會。

本研究探討芬蘭老年照顧政策變遷的脈絡、中央統一標準和地方自主之間的協調取捨，公共化和私營化之間的選擇、機構照顧和居家照顧之間、正式和非正式照顧之間的資源分配以及經費來源以及非正式照顧的支持系統。在北歐其他國家，如瑞典、挪威、丹麥等，大量進用外籍勞工之際，

芬蘭的照顧人力來源為何，如何訓練、管理，以及老人照顧私營化的轉變過程與操作模式。在中央化和去中央化的循環、以及中央政府和地方政府的分工與授權、正式與非正式照顧、公營和私營服務的取捨中，芬蘭福利政策在矛盾與妥協之中的諸方面考量，和政策演變過程。

由於時間及經費限制，本研究的資料來源以搜集芬蘭及其他歐洲學者的研究報告、政府報告及統計資料為主，並參考對上述芬蘭學者的訪談、座談及電子郵件。因為各研究報告和統計資料的完成時間有落差，而且政策變遷快速，以後應持續追蹤後續發展，方能掌握最新動態。

重要發現

本研究發現芬蘭二十年來老年照顧政策的重要改變包括：

1 去機構化

芬蘭的老年照顧體系源自於十八世紀的濟貧系統，十九世紀末，政府建造農莊式救濟院，收容貧苦、失能、精神病患、孤兒、遊民等，其中老人只占少數。之後老人比例增加，至 1940 年代，65 歲以上老人已超過半數，政府開始針對不同屬性的被收容者建造不同的收容中心。1982 年後，照顧機構開始獲得中央補助，1990 年代，老年服務最大宗的支出是機構照顧。2008 年老人收容中心屬於私營的僅占 12%。

1993 年機構照顧減量，以照顧住宅取代，在照顧住宅內高密度的照顧服務可到達一天廿四小時。為了節省成本，只有失能狀況特別嚴重或複雜的才能留在機構內。在去機構化的趨勢下，附帶服務的老人照顧住宅興起，以因應日增的高齡人口。

2 市場化／私營化

二次大戰後的芬蘭推行典型的北歐福利政策，由中央及地方政府共同負責人民的社會福利及社會安全，中央制定政策，地方負責福利輸送，以直接服務的方式提供服務，照顧者都具備公務員身分。中央的主導性至 1980 年代末期達到顛峰，之後地方政府角色轉化為在地資源的整合者，從提供直接服務轉變為服務的購買者、售賣者和管理者，其購買對象包括營利和非營利機構，開啟了私營化的大門。地方政府以各種形式採購照顧服務，也以抵稅和發放服務券等方式鼓勵民眾自行採購服務，特別是在都會地區。

3 整合社會與醫療照顧

原本屬於社會福利的家庭協助和原本屬於醫療服務的家庭護理近年來整合為家庭照顧。部分地方政府也將社政與衛政部門合併，以提供整合性的服務。

4 非正式照顧及混合治理模式

1982 年開始，非正式照顧者可以得到政府補助，正式照顧與非正式照顧混合並用。2005 年芬蘭修訂非正式照顧支持法，明訂照顧津貼的最低標準，2010 年的最低標準是 347.41 歐元，2011 年則是 353.62 元。

5 照顧產業

在北歐諸國中，芬蘭的照顧者的教育程度最高，51%受過兩年以上專業訓練，而且大部分是全時工作者，外籍人士的比例在各國中最低。但照顧工作者有外移到薪資較高的其他歐洲國家的趨勢。

芬蘭照顧業者經營的規模普遍很小，大部分業者是中年婦女，曾經在政府部門擔任社會或醫療服務工作，但曾任社工者遠少於曾任醫護者，小孩長大後離開原職自行創業，動機是想脫離公部門的工作模式，得到較大的工作滿足感。業者希望和政府簽約能有較長的期限，以便做較長程的規劃；其次是希望能夠發展較為平等的夥伴關係，以及有充分的資訊交流。大部分客戶也對私營居家照顧感到滿意，因為可以縮短等候時間，及時獲得需要的服務。

主要建議

目前歐洲諸國政策方向都是以協助老人留在家中，越久越好為目標，節省經費固然是重要理由；老人們也寧願留在熟悉的生活環境，不要進住機構；聯合國老人綱領也明白揭示老年人應儘可能長期在家居住。在地老化似乎已成國際趨勢。在此潮流下，家人的照顧角色必然因而加重，因此地方政府需要提供給擔任非正式照顧的家人更多支援。但事實上必然有部分老人最後仍然需要機構照顧，所以多元化的混合式服務結構需要存在，家庭、親友、志工團體、鄰里、私營業者、醫療部門之間的橫向聯繫必須緊密和有效率，才能建構好照顧體系的安全網，及時發現破洞、及早處理，避免漏接。

芬蘭的照顧政策從由政府直接大量提供全國一致標準的照顧服務轉向市場化，有一個非常重要的理由，便是考慮到預算的平衡。市場化可以在經費支配上更靈活，回應上更快速，但使用者仍抱怨家事服務不夠、政府提供的機構式喘息服務難以接受，服務員也感到時數不夠寬裕，影響服務品質。這些不滿之處都涉及大量人力需求，需要更多經費。對高稅收國家

如芬蘭，經費來源仍是一個重大的考驗，對台灣而言也是必須面對的嚴肅課題。

歐洲國家比台灣更早邁入高齡社會，除了提供高齡者照顧服務之外，也努力提高老人的自我照顧能力，讓他們減少依賴，如丹麥的自助助人方案及預防性訪視、英國的強化自我照顧能力。芬蘭則將從事體育活動視為基本人權，加強對社區老人運動健身的訓練，提升高齡人士身心健康和獨立自主。人們往往在失去健康以後才發現自我照顧的重要，才開始追求健康，往往為時已晚。若能及早養成健康的生活習慣，發展自我照顧的能力，到了晚年就可以減少依賴。台灣在傳統的養生、健身方法上資產豐厚、承傳優良，若能有效加以研究發展，並有系統推廣，政策性發展健康產業和照顧產業，不但可以提升高齡者的活力和生產力，減少對家庭和社會的依賴；發展健康產業也可以創造新的就業機會給所有年齡層的工作者，進而開發成為向外輸出的特色產品，與人類社會分享，創造愛己愛人的新價值。

芬蘭在照顧產業私營化的過程中，業者多半從原有的社工或醫療體系轉變跑道，成為經營者，並且感到較高的自主性和工作滿意度。在發展自我照顧和健康產業的過程中，可以訓練照顧工作者成為產業的推動者和教練，提升其專業形象和專業水準。政府若能透過專業人員倡導健康的生活習慣、運動習慣、自我照顧與互相照顧，不但可以創造工作機會和創業機會，減少醫療支出和病痛，也可以縮短失能期間、減少依賴。

最後，放眼世界，照顧產業仍是女性集中的行業、報酬低、工作重、甚至自主性低、社會地位低。在社會現實上，男性和女性在一生中都同樣有某些階段需要別人照顧，因此，互相照顧是人類生存的必要條件，只要求女人擔任照顧者不只是不公平的強迫分工，也使得全球的照顧人力始終不足，最終剝奪了最弱勢女人受照顧的權利。因此政策導向應誘導男性參與照顧，包括正式或非正式的照顧以充實照顧人力。再者，在就業市場劇烈變動的今日，就業者無法預期長久穩定或者永遠沒有無薪假的工作合約，發展第二專長或許可以是就業的另一重保障。鼓勵男性參與照顧工作，不僅可能因為優勢性別者加入而改善照顧工作的環境，提升專業水準，也可以降低男性的失業率，改變傳統分工型態，並進而倡導助人為樂的社會價值。值得政策制定者慎重考量。

芬蘭老年照顧政策轉型研究

目次

1 前言	1
1.1 老年照顧是性別議題也是國際議題	1
1.2 芬蘭的照顧政策	3
1.3 研究重點及方法	4
2 芬蘭老年照顧政策的歷史轉變	5
2.1 從機構式照顧到去機構化	5
2.2 市場化／私營化的走向	5
3 老年照顧服務的各種模式	9
3.1 家庭協助服務(home help services)	9
3.2 照顧住宅(sheltered housing or service housing)	11
3.3 社區照顧中心(community care centers)	12
3.4 整合社會與醫療照顧的家庭照顧服務	12
3.5 非正式照顧及混合治理模式	12
4 照顧服務的補助方式	15
4.1 服務券	15
4.2 抵稅	15
4.3 照顧津貼(care allowance)	16
5 照顧產業	17
5.1 照顧工作者	17
5.2 照顧業者(care entrepreneurs)	18
5.3 照顧產業的管理	19
5.3.1 代表性及決策	19
5.3.2 中央統一標準 vs 地方自治	20
5.3.3 競標機制	20
5.3.4 經費來源	21
6 結論	23
參考資料	27

圖目錄

圖 1	芬蘭的老人照顧服務 (1995-2006)	7
圖 2	Tampere 及 Jyväskylä 兩地 75 歲以上老人使用私營服務 (2010)	8
圖 3	照顧住宅之使用	11

表目錄

表 1	北歐各國機構照顧占 65 歲以上人口之百分比 (1984-2005)	2
表 2	北歐各國使用家庭協助者占 65 歲以上人口之百分比 (1980-2005)	3
表 3	家庭協助服務及支持性服務的使用 (1990-2009)	9
表 4	定期居家照顧使用者，每月訪視次數、百分比及中數 (1995-2009)	10
表 5	私人家庭中主要照顧者年齡.....	13
表 6	老年人其家屬接受非正式照顧津貼人數及占 65 歲以上老人 百分比 (1990-2009)	16
表 7	在公營、非營利、營利機構從事社會服務人員之比例 (1990-2007)	18
表 8	私營老人照顧服務漸增，機構漸減 (2000-2006)	19
表 9	芬蘭的居家照顧政策總表	23

1 前 言

1.1 老年照顧是性別議題也是國際議題

老年人口的照顧在台灣已日益形成重要的社會議題，甚至政治議題。一方面由於台灣人口在快速老化，今年（2011）根據內政部統計處的估算，平均餘命已達 79.24 歲（女 82.66；男 76.15）。同時，老年人口（65 歲以上）的數目也呈上升之勢，1949 年占總人口 2.5%，至 1970 年 2.9%，1990 年 6.2%，至 2010 年 10 月已超過 10%。另一方面，由家庭負擔所有照顧責任的傳統社會已由於人口遷移、出生率降低、婦女就業等多種因素而逐漸解體。

雖然女性仍然是家庭中的主要照顧者，然而近二十年來，女性勞動力參與率上升。1988 年，全體勞動力參與率為 59.11%，女性為 44.52%，男性為 73.67%；2008 年，全體勞動力參與率雖略降（58.25%），但女性提升至 49.72%；男性則降為 67%。（參閱顧燕翎等）所以女性除了肩負就業與照顧的雙重負擔，也面臨較長的老年期、身兼家庭中主要照顧者和晚年缺人照顧的窘境。因此照顧除了是社會議題和政治議題之外，也是與女性生命息息相關的性別議題。

多數已開發國家比台灣更早步入聯合國所定義的高齡社會（ageing society），也比台灣更早面對老年照顧的需求。一般而言，北歐諸國的社會民主主義傳統和高稅率有助於建立照顧政策的一致性（universalism），至少在原則上可以對全體國民提供相同標準的福利設施及照顧服務，而成為各國學者在討論照顧政策時的楷模。原則上，北歐諸國的公民，在其國內：一·不分經濟地位，都有權利而且可以享有同樣水準的照顧服務；二·大多數公民在有需要時都會使用服務；三·照顧服務由地方政府負責提供（參閱 Anttonen 2011），經費來自於稅收，而非社會保險。

然而事實上，各國的社會政策及其執行過程不僅因文化、習俗、歷史、政治之異而有國家之間的差異，地方自治的實施也使得政策在執行過程中產生同一國之內地區性的差別。追求全國統一標準和尊重地方自主性的雙重目標使得政策的制定和執行經常在統一化和在地化之間拉鋸。此外，中央和地方政府財政收支隨景氣變化，全國人口結構和數量的改變導致服務需求增加，也直接衝擊到社會福利經費的來源和分配。再加上成本效益、公平競爭的考量，以及對受照顧者多元需求的重視，北歐諸國和其他諸多

歐洲國家一樣，照顧政策呈現私營化、市場化、非正式化和去機構化的趨勢（參考表一）。（Hämäläinen 2010）

表 1 北歐各國機構照顧占 65 歲以上人口之百分比（1984-2005）

	1984	1996	2005
Denmark	7.2	8.4	8.3
Finland	6.7	6.6	6.9
Norway	10.5	9.4	11.7
Sweden	9.5	8.2	7.0
Source: NOSOSCO 1993 & 1998 & 2007. 轉引自 Dr. Teppo Kröger 2011 年在銀領協會之演講			

自 1990 年代以來，因應老年人口增加，照顧需求上升，OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 諸國為求財務不致枯竭，提高成本效益，皆採取儘量減少高齡者和身心障礙者機構式照顧的做法，轉而增加居家照顧服務 (Rostgaard 2011:5)。同時，在新公共管理 (new public management) 思潮的影響下，歐洲國家在照顧政策上以不同的速度走向市場化，整體而言，從過去傾向於反對市場制的立場，走向採取某種市場運作機制。在歐洲各國中，英國最早開始市場化，照顧系統內的各私營企業之間高度競爭，但同時政府訂立品質標準，由全國性的團體監督。與機構照顧總量減少的同時，居家照顧整體服務量增加，但使用者總數減少（參考表二）。也就是說，重度失能者才有資格享有高密度服務，輕度失能者需仰賴非正式照顧或自費購買服務¹。無論政府或私人都傾向於向營利機構購買服務，但也因為強調價格競爭，而導致服務人員低工資、高流動率。歐洲其他國家，包括北歐諸國²，也緊跟英國，各自增加各種市場機制，包括購買服務、減稅、發放照顧津貼、發放服務券等，甚至僱用外籍看護住在家中³。（Rostgaard 2011:30-40）

1 瑞典、挪威、丹麥、英國、芬蘭都嚴格限制申請家庭照顧，只給最老最弱者。（Rostgaard 2011:30）

2 丹麥瑞典近期立法都給予人民更多選擇，可以向政府或民間購買照顧服務，二十年前瑞典的照顧工作者全屬政府僱用，目前則有五分之一的工作時數是由私營業者提供。（33）

3 11 在可以領取照顧者津貼的國家，如奧地利、義大利、德國，領取津貼者傾向於私下購買外籍看護的服務，看護住在家中。德奧並因此制定新法，規定工作條件，也因而將此類服務置於政府管理之下。（11）

表 2 北歐各國使用家庭協助者占 65 歲以上人口之百分比 (1980-2005)

	80-82	90-92	2000	2005
Denmark	16	18	25	22
Finland	15	21	11	10
Norway	18	17	16	14
Sweden	16	10	8	9

Source: Szebehely 2003 & NOSOSCO 2007.
轉引自 Dr. Teppo Kröger 2011 年在銀領協會之演講

國際組織如 OECD 及歐盟則發揮了市場化推波助瀾的功能。在其諸多國際規範中強調各會員國需遵守以下原則：顧客應有選擇權、供應者對使用者應友善、政府服務外包、各供應者之間應有公平競爭的機會等。(參閱 Clarke 2006; Newman & Tonkens 2011; Vabø 2006; Ingo Bode et al 2010)。歐盟執行委員會(European Commission; EC)也於 2005 年將業者間的競爭視為降低成本、提升品質的手段。(Bode et al 2010:2)

在本地照顧論述經常以北歐的公共化照顧服務為師之際，有必要深入了解其政策走向，因此選擇一個代表性國家釐清其政策內涵及轉折過程，將可供本地照顧政策思考。

1.2 芬蘭的照顧政策

芬蘭位於遙遠的北歐，人口約五百三十萬，65 歲以上者占了 17.5%(and, 2010)，早在 1950 年代末期 65 歲以上人口即已突破 7%(The Population Research Institute, 2009)，邁入聯合國所定義的高齡社會(ageing society)。其經濟發展的歷史與台灣有相似之處，1960 年代之前同樣都是以農業為主(芬蘭還加上森林業)、相對貧窮的國家，1960 年代末開始的工業化和都市化造成了經濟起飛，逐漸邁入現代國家之列。

與台灣不同的是，芬蘭的社會政策在此時也從過去針對最弱勢民眾的殘補式福利轉向中央控制的統一標準，直到 1980 年代末期(Kröger 1997:96-99)。1980 年代以前，對高齡者的正式照顧以機構為主。不過，1960 和 1970 年代由地方政府提供的家庭協助服務(home-help service)也開始大幅擴張，Anttonen 及 Häikiö (2011:5)認為，1966 年家庭協助服務開始提供給

所有有需要的家庭，不分年齡和經濟地位，是芬蘭首次落實的全國一致的社會服務(universal social service)。根據芬蘭國內的統計，1970年65歲以上人口有7%使用家庭協助服務，1990年達到18.6%（OECD1990年的統計則高達24%），同年在75歲以上人口中達到31.7%。（Kröger 2003），被列為國際榜首。1980和1990年代，芬蘭對高齡公民權利的保障也被國際社會公認為領先其他國家。（Anttonen and Häikiö 2011:5-7）

然而，90年代之後，芬蘭的照顧政策重大轉變，1991年芬蘭經濟歷經嚴重衰退，失業率高達18.9%，中央政府預算緊縮，對地方的補助減少。1993年福利政策大轉彎，地方政府獲得了更大的自主性，開始採用多元方案，採取向民間採購照顧服務、發放照顧券和照顧津貼等方式增加服務量。然而地方政府的執行能力不一，導致各地居民未能享受齊一標準的福利，而於2000年之後，中央政府的主導性再度加強。（Rostgaard 2011: 40）2009年以後年滿75歲的長者有權利在一週之內接受需求評估，雖然法律並未保證被評估為有需求者就可以得到居家照顧，不過獲得照顧者的比例實際上有增加。（Kröger & Leinonen 2011: 129）

1.3 研究重點及方法

本研究探討的重點包括：芬蘭老年照顧政策變遷的脈絡、中央統一標準和地方自主之間的協調取捨，公共化和私營化之間的選擇、機構照顧和居家照顧之間、正式和非正式照顧之間的資源分配以及經費來源以及非正式照顧的支持系統。在北歐其他國家，如瑞典、挪威、丹麥等，大量進用外籍勞工之際，芬蘭的照顧人力來源為何，如何訓練、管理，以及老人照顧私營化的轉變過程與操作模式。在中央化和去中央化的循環、以及中央政府和地方政府的分工與授權、正式與非正式照顧、公營和私營服務的取捨中，芬蘭福利政策在矛盾與妥協之中的諸方面考量，和政策演變過程。

由於時間及經費限制，本研究的資料來源以搜集芬蘭及其他歐洲學者的研究報告、政府報告及統計資料為主，並參考對芬蘭學者的訪談、座談及電子郵件。因為各研究報告和統計資料的完成時間有落差，以後應經常並持續追蹤後續演變，方能掌握快速改變的政策發展。

2 芬蘭老年照顧政策的歷史轉變

2.1 從機構式照顧到去機構化

芬蘭的老年照顧體系源自於十八世紀的濟貧系統，最初孤苦無依的老人受到教會照顧，或者由同一地區的各家庭輪流照顧，後來則由政府出資交給個別家庭所經營的農莊照顧。

十九世紀末，政府在各地建造農莊式救濟院，收容貧苦、失能、精神病患、孤兒、遊民等，其中老人僅占少數。隨後農莊收容的老人比例逐漸增加，至 1940 年代，65 歲以上老人已超過半數，政府開始針對不同屬性的被收容者建造不同的收容中心。(Kröger 2003)

1956 年芬蘭開始發放國民年金之後，老年人在經濟上獲得自立，可以自費住進收容中心，在 1960 年以前，收容中心已有三分之二是 65 歲以上的老人。1982 年社會福利法(Social Welfare Act, 以下簡稱社福法)通過後，照顧機構開始獲得中央補助，1990 年代，老年服務最大宗的支出是機構照顧。不過由於地方醫療體系於 1960 年代即已得到中央經費，一大部分的老年照顧服務已經轉移到了醫療部門，根據官方統計，1998 年，65 歲以上人口有 2% 長期住在醫院，3% 住在公立安養中心。(Parkatti & Eskila 2004: 43; Kröger 2003)

1993 年照顧政策的轉變將機構照顧減量，而以照顧住宅(sheltered housing)取代，在照顧住宅內高密度的照顧服務可到達一天廿四小時。基於成本考量，只有失能狀況特別嚴重或複雜的才能留在機構內。中央對地方照顧服務的補助雖於 2001 年重新增加，但機構照顧減量的政策則始終未有改變。(Parkatti & Eskila 2004: 13)

私人經營的安養機構則有不同的發展軌跡，成立之初即專門以老人為對象，1951 年這些機構的居民有 89% 超過 65 歲，1960 年之後，民間自願團體建立的安養機構提供了芬蘭全國 10% 至 15% 的機構式照顧。(Kröger 2003) 根據 2008 年的資料，老人收容中心(old-age homes)屬於私營的僅占 12%。(Anttonen & Häikiö 2011: 15)

2.2 市場化／私營化的走向

二次大戰後的芬蘭，特別是在 1960 年代之後，開始推行典型的北歐福利政策，由中央及地方政府共同負責人民的社會福利及社會安全，中央制定政策，地方負責福利輸送，以直接服務的方式提供服務，照顧者都具備公務員身分。(Hämäläinen 2010)

1968 年成立的社會福利局 (National Board of Social Welfare，以下簡稱社福局) 指導地方政府進行現代化。1982 年通過社福法之後，社福局與各省政府負責檢視地方的執行成果，通過檢驗的才核發中央補助款。中央的主導性至 1980 年代末期達到顛峰，但也開始呈現問題，一方面是地方政府認為中央干預太多，地方失去自主性；另一方面中央政府則對地方未能做有效規劃、福利支出日益增高而感到不堪負荷。(Kröger 1997: 98-100)

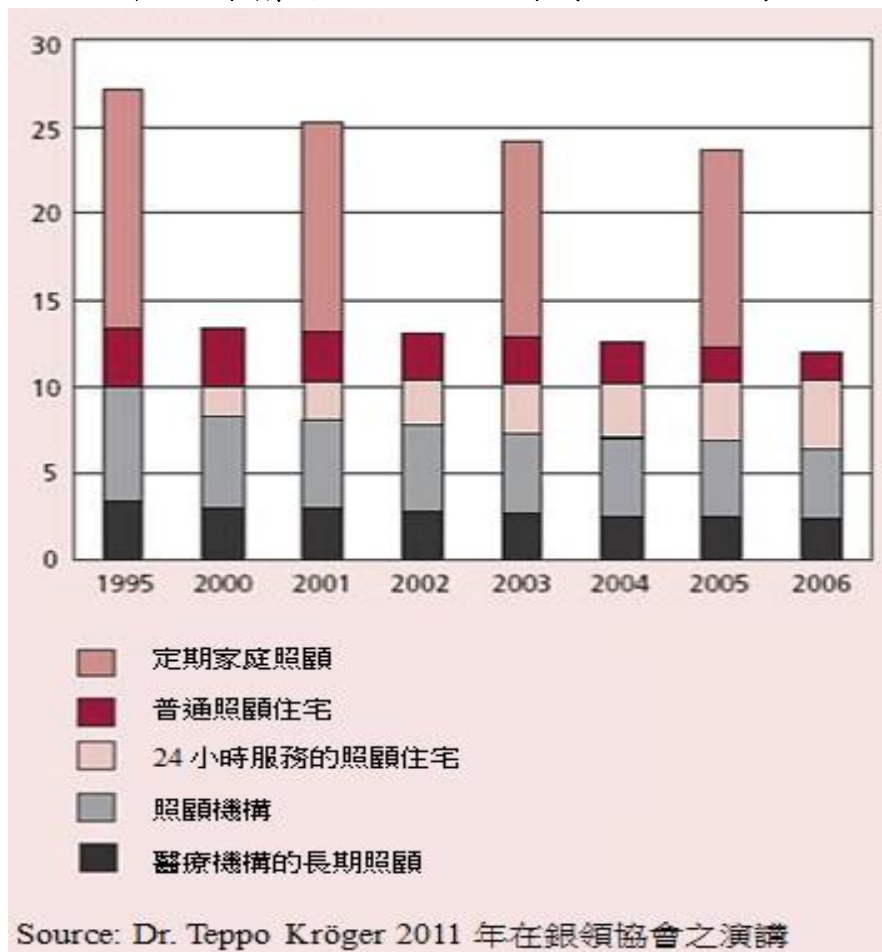
1990 年代之後，芬蘭經濟經歷萎縮，政府預算因而緊縮，但人民的各種服務需求卻不斷增加，公營化的傳統自此改變了方向，地方政府仍然負責福利輸送，但其角色轉化為在地資源的整合者。公部門從提供直接服務轉變為服務的購買者、售賣者和管理者，其購買對象包括營利和非營利機構，開啟了私營化的大門。

1990-94 年芬蘭經歷的經濟衰退導致失業率由 3.5% 升到 18.9%，中央及地方稅收大減，中央對地方的補助款也因而減少，中央補助的金額從過去占地方福利支出的 40% 左右降至 25% 左右 (Kröger 2003: 98-99)。至 2011 年更低於 20% (Anttonen & Häikiö 2011: 9)，導致地方政府不得不大量刪減福利支出 (Anttonen & Häikiö 2011: 5)。

不過，Anttonen 及 Häikiö (6) 也指出，早在 1990 年代經濟衰退之前，自由主義的市場導向思維已經對照顧政策產生了具體影響，社福法雖然明文規定地方政府必須提供服務，卻始終沒有限制服務提供的方式，給地方很大的選擇空間。

上述種種原因造成了政策大轉彎，1990 年代之後，中央放手地方自行決策。中央補助款和地方執行成果脫鉤，而改以居民數、年齡、失業率、地理位置等結構性因素做為計算發放中央補助的標準。也有不少地方政府為了平衡預算，開始向民間業者採購服務，減少了直接服務的項目，例如不再提供清潔打掃之類的家事服務。1993 年以後，地方政府可以更自由使用中央補助款，包括用來做為照顧津貼，發放給提供非正式照顧的家人或親友。(6) (參考圖一)

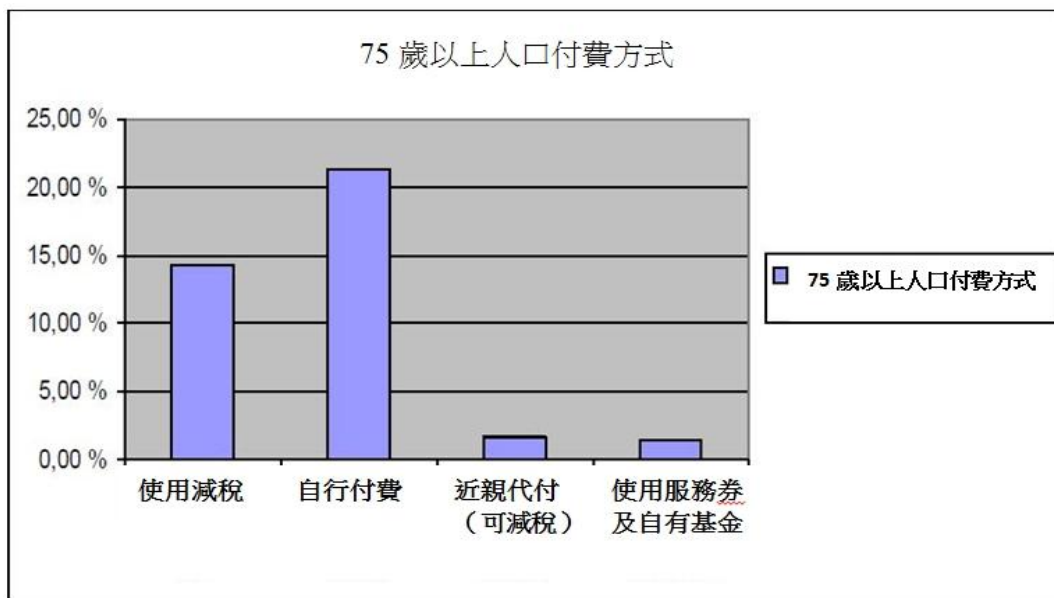
圖 1 芬蘭的老人照顧服務 (1995-2006)



1990年代後照顧服務快速私營化，特別是2000年以後。雖未經過全國性政策辯論，但基於實際需要及經費考量，地方政府開始大量以各種形式採購照顧服務，也以減稅和發放服務券等方式鼓勵民眾自行購買服務，特別是在都會地區，民眾自行採購數量大（參考圖二），但在偏遠鄉間仍是由政府提供直接服務(Rissanen et al. 2010: 334)，其他地區則一方面當地政府仍然自行提供短期的照顧服務，同時也購買愈來愈多的長期服務，而呈現混合式的照顧模式(Hämäläinen 2010; Anttonen & Häikiö 2011:6)。

對許多使用者和專業人員而言，購買私人服務正好彌補了單一規格的公共服務的不足，更為貼近個人需求(Sinkkonen & Rissanen 2005: 312-324)。Sinkkonen 及 Rissanen 指出，私營化的趨勢不只是由政策主導，也是因為需求而產生，一方面服務使用者期望有較多選擇，同時也避免公營或私營業者獨占市場而降低了服務品質。

圖 2 Tampere 及 Jyväskylä 兩地 75 歲以上老人使用私營服務 (2010)



Source: Anttonen et al. 2010

然而這樣一來將原本由政府公務員提供品質齊一的直接服務轉化成為多樣化的商品，服務使用者從受保護的個人變成消費者，個人雖然獲得了選擇權，但也多負擔了選擇的責任，對政府和個人而言都是重大的改變，其成效有待長期實施之後仔細觀察評估。此外，各地方政府所提供的服務方式和服務水準難免有差異，違反全國福利水準一致的基本原則，使得地區之間失去了公平性，引致民眾訴願。(Hämäläinen 2010:2-3)

為建立全國一致的服務水準，2001 年社會與衛生部(Ministry of Social and Health Affairs)與芬蘭地方政府聯盟(Finnish Local and Regional Authorities)聯手起草了全國高齡人士照顧服務品質推薦綱要，但原則仍尊重地方決策，因而不具有強制性。至 2008 年綱要經過修訂，援引憲法明訂政府需提供人民必要的照顧，並且進一步訂出機構最低照顧人力的量化指標和其他指標，要求中央和地方政府持續追蹤指標的達成(Kröger 2011: 150-155)，扮演品質監督的角色。目前芬蘭政府也在修法給予高齡者更多保障。

綜合 Rissanen & Helisten (2009:320-330)以及 Hämäläinen(2011:5)的分析，芬蘭走向照顧私營化，基於以下幾個理由：

- 一、符合歐盟要求公平競爭的政策，以較低的價格購買較高品質的照顧服務。
- 二、國家政策的改變，新公共管理思維的興起，對小政府的期待。
- 三、使用者和專業人員對多元服務的需求。
- 四、照顧需求持續增加，地方政府必須考慮服務成本的負擔。

3 老年照顧服務的各種模式

3.1 家庭協助服務(home help services)

如同機構式照顧，家庭協助服務亦始於民間，後來經由政府採用。1930年代，民間團體開始自動提供各種協助給貧窮、子女眾多的農家，1950年代這些團體轉向服務老人和失能者。於此同時，中央政府也開始補助地方政府雇用居家協助員(home helper)，後來發展成為固定的服務。1966年以後，因應老年人口服務需求的增加，在受過專業訓練的家庭協助員之外，又增加了一批訓練標準較低的家協助手(home help assistant)，居家服務與送餐、居家護理等項目結合成為家庭協助的核心服務。(Kröger 2003)

芬蘭的家庭協助服務包含居住、個人生活、兒童照顧養育、及其他日常生活的協助、身體照顧等，法律規定的服務內容包括對個人或家庭提供受訓練的家庭協助員，或輔助性服務，如送餐、衣物處理、洗澡、洗衣、清掃、交通、伴送、購物或電話或網路訂貨等等。送餐服務多半由地方政府向民間機構購買，獨居和無人照顧是送餐的主要標準，在都會區每天可供應一餐熱食，在鄉下則數天送一次冷凍食品。(Parkatti & Eskila 2004: 37)

不住在機構的老人可以在家中接受家庭協助，1980年代末期很多老人多少都可以得到一些協助，2000年以後政策轉變，只有少數人得到很多協助。換言之，因為資源增加趕不上需求增加，政府的服務只給那些最老最弱的，這些人以從前的標準看，是應當住進機構的。需求評估也變得更加嚴格，服務內容也集中在比較密集的身體照顧需求上(表三)。(Kröger 2003)

表 3 家庭協助服務及支持性服務的使用 (1990-2009)

年	家庭協助服務*				支持性服務**	
	服務家戶數	65+ %	75+ %	85+ %	65+	65+ %
1990	125 571	18,7	31,5	42,4	103 096	15,3
1995	86 748	11,8	22,1	35,7	97 967	13,4
2005	85 604	10,2	18,3	34,4	108 249	12,9
2009	103 863	11,4	20,4	37,3	116 347	12,8

* 接受服務家戶數 / ** 接受服務個人 (如送餐等)
Source: SOTKAnet 2011.

原則上，家庭協助服務對象不限年齡，但實務上卻是針對高齡者，另外也提供給部分失能者。自 1990 年後，申請標準變嚴格，只有最需要的人才得到服務，而且時數縮短了。目前政府提供的家庭協助越來越以老老人（85 歲以上）和失能者為對象。(Kröger, 1997 & 2011; Parkatti & Eskila 2004) 另外，Kröger & Leinonen(2011: 121)指出，1990 至 2005 年間，家庭協助的覆蓋率減少了 45.2%。(參考表四)

表 4 定期居家照顧使用者，每月訪視次數、百分比及中數（1995-2009）

	1-8	9-16	17-20	21-40	41+	Total	Median
1995	49.7	18.1	4.1	15.6	12.5	100	8
1999	43.8	17.2	3.9	14.4	20.7	100	10
2005	43.8	13.0	2.9	15.2	25.1	100	11
2009	40.8	11.2	2.4	17.3	28.2	100	14
Change %	-17.9 %	-38.1 %	-41.5 %	10.9 %	125.6 %		

Sources: Vaarama et al., 2000, 84; Vaarama et al., 2004, 47; Counts of Regular Home-Care Clients, 1999, 2005 and 2009.

轉引自 Kröger & Leinonen 2011 : 123.

1980 年代家庭協助服務大部分由地方政府提供，1982 年通過的社會福利法雖只是一個架構，但藉由中央主導的行政體系規定地方政府，若欲取得中央補助，就必須遵守中央政策的規範，不過 1993 年之後，中央即棄守此政策，地方取得了相當的自主權，而呈現更多地方性的差異。(Kröger, 1997 & 2011; Parkatti & Eskila 2004)

1990 年代以後，家庭協助服務的內涵也有轉變，變成以對個人身體的照顧為主，如洗澡、穿衣、如廁等，很多地方政府不再提供家事服務，諸如清潔打掃。於此同時，芬蘭有越來越多私營業者提供私人可直接購買的家庭協助，特別是清潔打掃，很多高齡人士自行購買。(15)根據 2008 年的資料，全國三分之一的家庭協助服務由民間機構（非營利及營利）提供，其中 56% 屬於營利事業，其餘的非營利。(Anttonen & Häikiö 2011: 13) 2011 年之後，政府提出新的家務工作減稅(tax deduction for household work)方案，鼓勵人民自行購買服務，目前每人（夫妻分別計算）每年最多可得到歐元 3,000 元的減稅額來支付購買服務（最高達支付金額的 60%）。(Eurofound 2009)除了為自家購買服務，減稅的範圍尚包括為父母、祖父母及部分親戚購買服務，由於向地方政府購買服務的價格是按個人的收入計費，收入高者付費高，所以對一般及一般以上收入者，購買私人服務比較划算。(Bode et al 2011: 232)2000 年以後，有些地方政府開始發放服務券，讓使用者自行選擇合格的服務業者，如此亦強化了私人服務，也可能增加

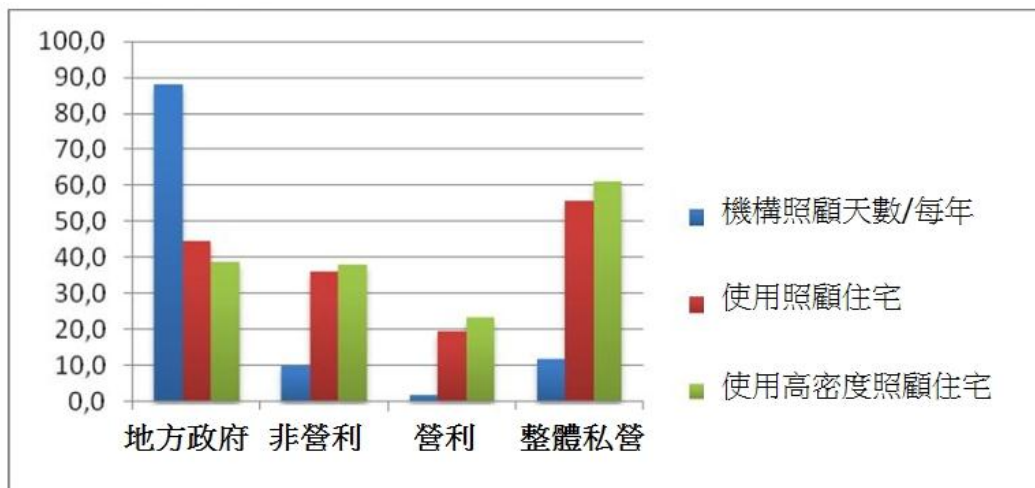
了服務使用率。此外，一些地方政府也將本身的服務業務外包，特別是輔助性服務，如供餐、交通、安全警示等等，實際上交給民間的營利和非營利機構承辦。(Kröger & Leinonen 2011: 123-125)

3.2 照顧住宅(sheltered housing or service housing)

1980 年代在去機構化的趨勢下，附帶服務的老人照顧住宅興起，以因應日增的高齡人口，在 1998 年的統計中，使用照顧住宅的人口與使用醫院長期照護的人口數目相當。

原則上在照顧住宅中的住戶有自己的公寓，在其中可以獲得個人生活所需的各種照顧和服務。但在實際執行上卻有很大出入，有些地方完全沒有服務，只提供住處，大部分地方的服務不是由照顧住宅本身的員工提供，而是仰賴地方政府的家庭協助服務。有些則是將原有的機構式安養中心改個名字而已，因此被戲稱為居家服務機構化 (institutionalisation of domiciliary care services)。將家庭協助集中到機構來做，節省了居家服務的人力與時間。(Kröger 2003) (參考圖三)

圖 3 照顧住宅之使用



Source: Anttonen et al. 2010

2011 年芬蘭的醫療與社會服務部組織了一個工作小組，經研究之後建議，老人之家和醫院的長期照護部門應當重新改組，在 2020 年以前整併為照顧住宅，入住者的照顧服務、醫療和住宅分別計價，如此一來，一方面可以將部分財務負擔從地方轉移到中央，另一方面也可以吸引私營企業投入。(Anttonen & Häikiö 2011:7)

3.3 社區照顧中心(community care centers)

社區照顧中心通常提供日間照顧服務，包括洗澡、用餐、休息，每週五天，早上九點到下午三點，有些地方到下午七點，社區照顧中心通常設在與照顧住宅同一處。(Parkatti & Eskila 2044: 38)

3.4 整合社會與醫療照顧的家庭照顧服務

原本屬於社會福利的家庭協助和原本屬於醫療服務的家庭護理近年來整合為家庭照顧。家庭協助的重點在生活層面，服務員受過一至兩年職業訓練，家庭護理則由護士或助理護士擔任，負責分藥、打針等。為了減少不同照顧者之間協調的障礙，提升成本效益，同時也讓使用者更感到方便，部分地方政府將社政與衛政部門合併，以提供整合性的服務。因應這種改變，自 1993 年起，訓練方案也隨之調整，家庭協助和家庭護理的工作合而為一。實務護士(practical nurse)需要經過三年訓練(高中畢業則僅需兩年)，可以操作簡單的護理工作，進入家庭服務。但在機構內，護理與生活照顧仍然是分離的工作項目。(Kröger & Leinonen 2011: 122-123)

整合性服務雖然讓使用者感到方便，卻同時遭受護理和社工雙方專業團體的批評，護士團體認為服務者護理訓練不足，社工團體則認為過度醫療導向，忽略了社會需求面向，如人際互動、休閒活動等。而照顧工作者的負擔也因為服務內容整合而加重，根據研究報告，四分之一的服務員覺得工作太重，五分之一認真考慮換工作，不少人表示希望減輕時間壓力，而且工作範圍不要僅限於基本需求，也就是希望可以獲得較長的工作時數，來滿足使用者更多的需求。(Kröger & Leinonen 2011: 134-135)

提供長時數以及個人化的服務需要更多財力，2007 年芬蘭實施地方政府與服務改造法(Act on Restructuring Local Government and Services)，要求居民少於兩萬的地方政府併入其他地方政府，以減輕財政負擔，同時也要求地方政府加強社政與衛政的合作，以及強化這些服務的經濟基礎。(Kröger 2011: 155-158)

3.5 非正式照顧及混合治理模式

正式照顧指的是專業性的或職業性的機構照顧和家庭協助服務，非正式照顧則是由家人、鄰居、朋友所提供的照顧，通常是無償的，照顧的基礎是彼此的關係與感情。人民團體的志工和教會也提供部分非正式照顧，

探訪長者，偏鄉地區的鄰居則是長期互相照顧(Parkatti & Eskila 2004:10)。1980年代起，芬蘭政府即訂有補助非正式照顧者的辦法，1982年正式納入社福法，1990年代對於照顧者的支援系統更為確立，並於1993年正式立法，2005年修法後，命名為非正式照顧支持法(the Act on Support for Informal Care)。雖然中央政府訂有非正式照顧者的補助標準及喘息服務等服務方案，但各個地方政府在執行時仍有其經濟及行政考量，而有差異。根據近年的一些調查，六十歲以上的年長者幾乎全賴家人照顧，即使年齡更長的失能者有接受正式照顧，但仍以家人照顧為主。也有家人不願貼上照顧者標籤，而不願申請政府支援，這樣的人占絕大多數。(Kröger & Leinonen 2011: 126)

90%老人住家中，(Parkatti & Eskila 2004:20)，家人照顧者的喘息服務、復健、休閒活動等支持性服務主要由民間團體提供，公營的彩券基金(The Finnish Slot Machine Association)贊助。(Parkatti & Eskila 2004:9)

擔任主要照顧者的家人以女性為主(75%)，年齡則有增高之趨勢，根據1994-2002年間的統計，50歲以上的照顧者人數增加，50歲以下者則由40%減少至27%。(參考表五)。(Parkatti & Eskila 2004:16)

表5 私人家庭中主要照顧者年齡

主要照顧者年齡	百分比
18-49 years	30 %
40-64 years	33 %
> 65 years	39 %

Source: Vaarama et al 2003b.
轉引自 Parkatti et al. 2004

1982年開始，非正式照顧者可以得到政府補助，條件是照顧對象必須很親近、無法自我照顧、而且住在家中。照顧津貼需要繳稅，地方政府有權決定津貼金額。2002年，全國平均照顧津貼金額是每人每月287.89歐元，2004年最低金額為229.29歐元。(Parkatti & Eskila 2004:47)2005年芬蘭修訂非正式照顧支持法，明訂最低標準，2010年是347.41歐元。(Kröger & Leinonen 2011: 123-124)

芬蘭總理 Matti Vanhanen 於2007年(Prime Minister's Office 2007: 46-47)

連任時指出，為了確保服務的提供，需要健全的財務基礎和新的方法來組織和生產服務，因此政府會促進公私部門和第三部門的夥伴關係，鼓勵服務購買，擴大社會服務券、家事服務抵稅以擴增服務業市場。

不僅芬蘭，2000 年以後，歐洲各國紛紛重組其公共政策和照顧服務，強調公民的參與、責任和選擇權，公私界線不再截然二分，政府之外，個人、家庭、公民社會、私營企業都參與照顧服務的生產，照顧服務私營化、市場化、非正式化的結果，產生了各方參與的混合治理模式，正式與非正式照顧並存。混合治理模式也表現在家庭協助和醫療服務的整合成為家庭照顧。

4 照顧服務的補助方式

4.1 服務券

2004 年地方政府開始發放服務券，讓需要的家庭可用以購買家庭協助、清掃、喘息服務等，2009 年正式訂定醫療與社會服務券法(the Law on Health and Social Service Voucher)，醫療與社會照顧服務券的使用從 3,000 人增至 7,000 人。在服務券使用範圍擴大的情況下，預期照顧產業的市場勢必持續成長。(Anttonen & Häikiö 2011: 15)

4.2 抵稅

1997 年開始，芬蘭政府開始以抵稅方式鼓勵人民購買家庭協助服務。首先在部分地方試行了三年，居民向私營公司購買服務的支出可以併入免稅額計算，2001 年立法後擴大至全國實施⁴。最初可以購買的項目包括照顧服務、房屋修繕、庭院整理、清潔打掃等，後來還增加了資訊軟硬體的安裝和維修、網路連線及其安全維護等。身為子女和孫子女者也可以用免稅額為父母和祖父母購買服務。個人最多可扣繳薪資的 30%（尚未扣除社會安全保險費）或工作補償金(work compensation)⁵的 60%。自 2009 年至今最高免稅額為每人每年 3000 歐元。

2004 年全國有 6.6%的家戶利用此項減稅服務，2009 年增加到 10%。(Anttonen & Häikiö 2011: 7-14)Eurofound(2009) 根據稅政單位 2009 年的統計，全國的減稅額僅有 3%用於身體照顧，17%用於家事服務，其餘用於房屋修繕。為父母及祖父母購買服務尚屬新制，使用者僅占 2%。2010 年在 Tampere 及 Jyväskylä 兩地對 75 歲以上老人所做的調查，發現其中將近 15%的老人使用減稅額購買家事服務，20%使用個人積蓄購買私人的照顧服務。(Anttonen & Häikiö 2011: 14)

Eurofound 指出，根據 2004 年的資料，使用減稅額購買的服務相當於 12,100 個工作機會，其中 4,600 個是新增的工作。此外，過去私下進行交易的服務性質工作也因為使用者有減稅的誘因而改為合法報稅，業者本身評

4 當時試行的尚有另一套制度：由政府直接付費給服務公司。Eurofound 2009

5 工作補償金指的是給予企業主或企業的工作報酬。Eurofound 2009

估，未報稅的服務工作已從 60%降至 25%。同時，由於減稅方案增加了對於家事服務的市場需求，創造了新的工作機會，歐洲其他國家，如丹麥、瑞典，也已經採用了類似的方案(Eurofound 2009)。

4.3 照顧津貼(care allowance)

1982 年開始，非正式照顧者可以得到政府補助，條件是照顧對象必須很親近、無法自我照顧、而且住在家中。照顧津貼需繳稅。2005 年芬蘭修訂非正式照顧支持法，明訂照顧津貼的最低標準，2010 年的最低標準是 347.41 歐元，2011 年則是 353.62 元。Kröger & Leinonen(2011: 124-126)指出，照顧津貼是近年來少數擴增的福利項目，1990-2009 年間，領取津貼的照顧者增加了 78.2%，接受非正式照顧的老人增加了 30%，(如表六所示)。2007 年開始，非正式照顧者每月可以休息三天，由照顧機構提供喘息服務。但一般照顧者和被照顧者對於機構式的喘息服務都感到難以接受。(134)

表 6 老年人其家屬接受非正式照顧津貼人數及占 65 歲以上老人百分比
(1990-2009)

	65-74 (number)	65-74 (% of age group)	75-84 (number)	75-84 (% of age group)	85+ (number)	85+ (% of age group)	65+ (number)	65+ (% of age group)	75+ (number)	75+ (% of age group)
1990	3,869	1.0 %	5,866	2.5 %	3,441	6.6 %	13,176	2.0 %	9,307	3.3 %
1995	3,253	0.8 %	4,672	2.0 %	3,369	5.0 %	11,294	1.5 %	8,041	2.7 %
2000	4,055	0.9 %	6,142	2.3 %	4,158	5.3 %	14,355	1.8 %	10,300	3.0 %
2005	5,279	1.2 %	9,231	3.0 %	5,286	6.0 %	19,796	2.4 %	14,517	3.7 %
2009	6,032	1.2 %	11,071	3.5 %	6,371	5.9 %	23,474	2.6 %	17,442	4.1 %
Change	55.9 %	20.0 %	88.7 %	40.0 %	85.1 %	-10.6 %	78.2 %	30.0 %	87.4 %	24.2 %

Source: SOTKANet data base (www.sotkanet.fi).

5 照顧產業

5.1 照顧工作者

在北歐諸國中，芬蘭的照顧者的教育程度最高，51%受過兩年以上專業訓練，(瑞典 25%、挪威 32%、丹麥 19%)，(Rostgaard 2011: 36)而且大部分是全時工作者，助人的動機很強，負責個案管理的家庭協助經理(home-help managers)需獲得三年半或四年應用科技大學(polytechnic)的社會或護理學位，照顧服務員則需三年的實務護士學位，專業教育使她們很投入工作。不過 Kröger (2011)擔心工作條件差，工作人員難以提供高品質的服務，未來將不易吸收並且留住優秀人才。

歐洲許多國家都面對照顧工作者的進用和留用困難的問題，因為工資低和工作條件差，造成離職率高。瑞典、愛爾蘭、丹麥、挪威因而增加僱用外籍人士，(Rostgaard 2011: 12-13)正式僱用為家中看護的外勞在瑞典占照顧工作者 20%，挪威 10%。丹麥政府並且特別鼓勵第一代和第二代移民接受照顧工作訓練，以提高他們的就業率(Rostgaard 2011: 36)。與其他歐洲國家相比，芬蘭的移民和外籍勞工都很少，照顧服務員幾乎全為本國人(Parkatti & Eskola 2004: 14)，在 1970 年以前，芬蘭主要是移出國，住在芬蘭的外國人只有 1%，出生於外國的只有 2%(Parkatti & Eskola 2004: 20)。由於芬蘭的老老人(85 歲以上)增加，照顧人員負擔加重，照顧工作者因而外移到薪資較高的其他歐洲國家(Parkatti & Eskola 2004: 40)。有研究者預測，將來芬蘭政府可能因為照顧需求而改變固有的移民政策，引進外籍照顧服務員。

為預應未來需求，社會與衛生部(Ministry of Social Affairs and Health)和教育部設立了一個協調小組，預測未來的勞務需求，配合教育設計，並且增加醫學院學生名額，勞工部也著手提升照顧工作者的工作能力及工作條件。

從照顧服務從業人員的身份統計可以看到民間服務機構(非營利及營利)的明顯增加。芬蘭的非營利機構在提供老人社會服務上一直扮演要角，直至 1990 年以後營利機構才加入，所以在表七我們可以看到營利機構的照顧服務員在 1990 年提供不到 1%的服務，之後逐年增加，至 2007 年已達 12.5%，非營利機構則由 11.6%增至 17.9%，二者相加超過照顧市場的三成。

以私營企業的家數來看，1990 年僅 741 家，2000 年增加到 2664 家，2008 年則有 4100 家，成長快速。(Anttonen & Häikiö 2011:14)

表 7 在公營、非營利、營利機構從事社會服務人員之比例 (1990-2007)

供應單位	從業人員百分比%						
	1990	1995	2000	2002	2004	2006	2007
公營	87.6	86.6	79.3	76.0	73.3	71.4	69.6
非營利	11.6	11.9	16.2	18.1	19.0	17.8	17.9
營利	0.5	1.6	4.5	5.9	7.7	10.8	12.5
非營利+營利	12.1	13.4	20.7	24.0	26.7	28.6	30.4

Source: www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto [11.3.2011].

Kröger & Leinonen(2011: 122)指出，照顧工作在芬蘭屬於女性集中的行業，男性從業者不到 20%。

5.2 照顧業者(care entrepreneurs)

根據 Sikkonen & Rissanen(2005:317)的研究，芬蘭照顧業者經營的規模普遍都很小，大部分只有一兩位工作人員，但未來可能擴展到地區性規模。大部分業者是中年婦女，曾經在政府部門擔任社會或醫療服務工作，(不過，曾任社工者遠少於曾任醫護者，Rissanen et al. 2010)小孩長大後離開原職自行創業，她們對專業嫻熟，但缺乏管理知能，因此很多人去進修管理課程，特別是價格計算方法和人力資源管理。在各級照顧人員訓練中，也開始加重管理課程。研究顯示，公務員自行創業的動機往往是想脫離公部門的工作模式，走自己的路，得到較大的工作滿足感。Sikkonen & Rissanen(2005)引用本身以及瑞典對社會工作者所做的研究指出，社會工作者和醫療工作者都有自行經營服務工作的願望，自行開業讓他們得到社會地位、公眾認可、自主性和對工作的主控感。表八顯示本世紀初私營照顧服務增加，機構性照顧漸減的狀況。

表 8 私營老人照顧服務漸增，機構漸減（2000-2006）

	2000	2006	增加	2006 以後	
				非營利機構	營利機構
機構式照顧	53	44	-17%	34	10
照顧住宅及團體家庭（包括身心障礙及其他失能者）	1042	1400	34%	655	745
家庭協助服務（不限老人）	353	530	50%	96	434
其他照顧活動	47	109	132%	71	38
Source: Stakes 2007; see also Rissanen et al. 2009					

Sikkonen & Rissanen(2005)引用 1994 年對服務於公立機構、非營利機構及私人開業的社工做的調查，私人開業者工作滿意度較高。兩位研究者自己的研究則發現，照顧業者本身即使在感到壓力時，工作滿意度和工作動機仍然頗高，而且感到可以控制自己的生活。她們的壓力程度與其他行業主相同，高於公部門工作人員。開業的前三年特別辛苦，但她們少有人放棄，除非是家庭出了狀況或者家人不支持。

業者的獲利率不等，部分與和地方政府的合作程度有關，根據 Sikkonen & Rissanen(2005)的調查，受訪者有 4%認為獲利情況非常好(excellent)、46%好(good)、46%還好(satisfactory)、4%不好(poor)。和政府合作的重大問題在於合約期限，（通常以三年為期，）業者希望有較長的期限，以便做較長程的規劃；其次是政府人員的態度，希望能夠發展較為平等的夥伴關係，以及有充分的資訊交流。不過以芬蘭目前的發展看來，老年照顧產業已不再與政府緊密相關，南方都會區的部分老人可以自行負擔照顧費用，不必完全仰賴政府補助。大部分客戶也對私營居家照顧感到滿意，因為可以不必長期等待政府評估，及時獲得需要的服務。

5.3 照顧產業的管理

5.3.1 代表性及決策

為了讓服務使用者充分了解和參與決策，有些地方政府組織了老人顧

問委員會(Councils of Older People)和失能者顧問委員會(Councils of Disabled People)，地方政府也需對服務對象做滿意度調查，負責品質管制，中央政府則負責提供建議(Kröger & Leinonen 2011: 132-133; Parkatti & Eskola 2004: 39)。大部分城市都訂有經由當地議會通過的老年照顧策略。有些城市則對高齡居民進行預防性訪視，以了解需求。當照顧服務員發現制度缺失時，則有義務向地方政府提報；被服務者若覺得不滿意，也有權利一級級往上向服務單位提出申訴。((Kröger & Leinonen 2011: 123)目前芬蘭政府正在修法，給予高齡者更多要求照顧的權利。

5.3.2 中央統一標準 vs 地方自治

在芬蘭的老年照顧制度上始終可以看到北歐民主制度的兩個互相矛盾的意識型態，一方面追求在質與量方面皆沒有地區和階級差異的全國齊一的照顧服務；一方面重視地方自治權，避免中央過度干預。因此 1970 年代至今，芬蘭的社會福利政策歷經中央化和去中央化的循環，70 年代從農林業為主的社會發展為工商社會，國民生產力大為提升，但城鄉差距仍在，為提升偏鄉地區的社會福利執行能力，中央政府透過補助款的發放和行政力量，追求全國一致的福利標準，但也被批評造成公共資源浪費和不尊重地方自治。90 年代地方政府享有較高自主性，卻並未發展出優質的、具地方特色的福利服務，反而無法週全而平等的照顧到所有的需要。於是 2000 年以後，經過數度修法及政策調整，再回到中央控制的原點。然而，由於服務的輸送由地方政府主責，經費來源也以地方稅收為主，地方仍保有相當大的自主性。(Kröger 2011)

5.3.3 競標機制

在轉向購買私營服務的過程中，大部分地方政府仍保留部分自行生產的服務，從管理的角度來看，這樣做有助於政府做為管理者正確掌握市場行情，也可以精準定義品質要求和進行品質管理。為了兼顧價格與品質，而非以最低價決標，購買單位除了需要明訂基本的品質標準以外，尚需要說明服務提供者可以如何爭取加分。亦即在所有競標者都符合基本品質標準之後，除了考慮價格外，尚需考慮整體品質，訂出一套加分標準，做為取捨。許多地方政府為了因應政策的轉彎，特別成立了處理標案的專門單位。(Hämäläinen 2010:6-7)

所有競標文件在決標之後都可公開取閱，競標廠商若覺得政府未遵守

自訂的規範，可以要求重新決標，所以過程必須十分嚴謹。政府採購單位有權決定服務品質的標準，也需要明確定義品質，並為品質負責，所以書寫標案變成政府社工非常重要的工作。通常合約以三年為期，若承包商未遵守合約規範，政府可以提前解約。(8)

5.3.4 經費來源

不論是地方政府本身提供的照顧服務或者政府購買的私營服務，其經費來源都以地方稅收為主，其次是中央補助，再其次是使用者私人付費。(Parkatti & Eskola 2004: 46) 2001 年地方政府的社會與醫療照顧支出 70% 來自地方稅收，21% 來自中央補助，9% 來自私人經費。從前非營利的民間團體可以獲得彩券盈餘的額外補助，但現在已經在營利及非營利機構必須公平競爭的原則下被禁止了。私人以減稅和服務券購買服務亦是如此，營利和非營利機構站在相同的立足點上公平競爭，因而營利和非營利機構的界線變得模糊，兩者都必須顧及成本效益。

必須一提的是，芬蘭是一個高稅率的國家，對個人所得採累進稅制，2011 年個人所得繳給中央政府的占收入的 6.5%-30%，繳給地方政府 15%-20%，繳給教會 1%-2%，公司稅的標準稅額為 26%，營業稅／附加價值稅為 23%。(Finland Income Taxes & Tax Laws, 2011)此外，受僱者尚需繳交社會保險，包括醫療費 1.19%，每日生活費 0.82%，二者共計占收入的 2.01%。(Finland: 2011 Social Security, Personal Income Tax Rates)

6 結 論

平均餘命延長、人口高齡化、人口結構和家庭結構改變以致使得照顧需求增加，是當今世界已開發國家共同面對的問題。芬蘭早在 1960 年代即已邁入高齡社會，老年照顧政策歷經轉變，從最早期的殘補式福利轉向中央控制的統一標準、地方政府提供直接服務，再轉變到給予地方政府更多自主權，從直接服務的提供者轉變成為私營服務的購買者和管理者，並且透過抵稅、發放津貼及服務券等方式，給予使用者更多選擇和責任。在照顧方式上則減少機構照顧，轉而強化居家服務。在歐盟的推動和強調公平競爭的原則下，營利性服務機構得到發展機會，與傳統的非營利機構競爭政府標案，非營利機構也必須注重成本效益等管理原則，營利與非營利組織的界線因而變得模糊。表九是當前芬蘭居家照顧政策的概要性簡表。

表 9 芬蘭的居家照顧政策總表

長期照顧系統	
居家照顧的定義	個人身體照顧、家事協助以及由專業人員負責的居家護理
分工	地方政府負責提供服務，但家庭與市場角色正在加重
政策改變的動機與策略	降低成本、去中央化、去機構化、擴張照顧住宅、整合居家照顧與居家護理、整合非正式照顧
重要改變：現金給付	1993：非正式照顧法；2005 修訂：明訂全國最低標準（2010 年為每人每月 347.41 歐元）
重要改變：服務	1982：社會福利法 1993：非正式照顧法；2005 修訂 自 2006 年起，80 歲以上者（2009 年改為 75 歲以上）有權利接受需求評估
組織、規範與治理	
權責	中央政府負責制定法律規範，地方政府負責居家照顧與機構照顧的組織及財務地方自主，各地差異大
供需	
需求評估	由地方政府家庭協助專案經理評估
服務提供	地方政府 75% 營利及非營利機構 25%
經費來源	
政府 vs. 私人	地方政府稅收、中央補助、私人付費
私人費用計算	按照個人收入計算，高收入者購買私營服務較划算
家庭照顧者的專業資格	
類型	正式照顧者：實務護士、家庭協助經理 非正式照顧者：親人，75% 為女性

訓練	實務護士：需受三年社會及醫療照顧之整合性訓練 家庭協助經理：三年半至四年應用科技大學社會或護理學位
品質管理	
中央與地方分工	中央提出服務內容的建議，地方政府對使用者進行問卷調查

Source: Rostgaard 2011:43-45

私營化／市場化之所以成為歐洲諸國照顧政策的主要趨勢最大原因是基於成本考量，由政府公辦的照顧服務受到層層法規、預算制度、監察制度的限制，成本高、關卡多，缺乏彈性，不易滿足使用者突發的、即時的需求，因此芬蘭購買私人服務的長者會對即時得到的服務感到滿意。

Vabø (2011: 207-209)參考挪威的管理個案研究發現，在醫療與照顧資源的管理上，一方面要顧及個案的需求（創造性正義，creative justice），同時也要顧及資源的有限和個案之間分配的公平（比例性正義，proportional justice），若由服務者決定如何輸送資源，完全滿足個案需求，就可能發生資源分配不均，而忽略了其他個案的情形，在競爭有限資源的情況下，也可能因執行者衡量標準不一，而分配不公；但若將需求評估與服務輸送完全分離，以明確、透明的標準來決定服務內容，同時要求服務者協助評估者決定個案需求，卻因為決策仍來自上層管理單位，服務水準也由整個系統負責，而非個別服務員負責，以致產生按表操作、計時工作的結果，而被批評缺乏對個案的關心和敏感。此外，由誰來定義需求的差異性，專業人員所定義的需求可能與不同個案因文化、家庭、個人的差異而衍生的需求有落差，而且因為涉及評估和採購，需要作業時間，無法立即回應突發性或快速改變的需求。以上種種原因都使得服務使用者希望有更多個人的自主性選擇。

然而，減稅和發放服務券等措施固然一方面給予個人或家庭更多服務的選擇權，但也同時將採購的責任轉移到個人和家庭。而個人，尤其是老弱的個人，所能獲得的資訊和執行選擇權的能力是無法與機構對等的，仍然需要公權力的保護。再者，營利機構以追求利潤為動機，若追求利潤為最高目的，服務品質便無法受到保障。減稅以鼓勵家人自行照顧（如德國）則將照顧負擔又推回家中女人，因為女人做為家人主要照顧者仍是跨文化的普遍現象。而服務券的採用則可能降低照顧品質的專業水準，而使照顧服務成為低教育、低收入、位居邊緣（如新移民或外勞）女性集中的行業，強化了女人之間的階級差距。服務使用者與提供者資訊極不對等，照顧者不需要具備高度專業的技術，但需要一些非正式的能力，使用者在簽約前不易判斷，即使事後感到不滿意，也因心理成本太高，而不願輕易換人，

尤其是如果使用者本人的身心已十分脆弱。(Bode et al. 2011) 若缺乏政府的介入和管理，即使是有錢人也未必可以輕易從市場上購買到稱心如意的醫療和照顧服務。

所以芬蘭的照顧政策從由政府直接大量提供全國一致標準的照顧服務轉向市場化的過程中，政府強力介入管理，換言之，政府從服務直接提供者的角色轉變為管理者和購買者。2011 年芬蘭政府也在研議新的立法，強化高齡人士接受照顧的權利，同時也加強對業者的管理，以確保服務品質。不過，一般使用者的抱怨，如照顧服務不足、只注重身體的照顧、家事服務不夠，而政府提供的機構式喘息服務也難以接受等，這些不滿之處都涉及大量人力需求，需要更多經費來購買服務。而服務員也都希望有更寬裕的工作時數，可以提供受照顧者更週全的照顧，這也需要更多經費來提升照顧質量。但社會資源終究有限，對高稅收國家如芬蘭，經費仍是一個重大的考驗。

目前歐洲諸國政策方向都是以協助老人留在家中，越久越好為目標，節省經費固然是重要理由；一般而言，老人們也寧願留在家中，留在熟悉的生活環境，也不要進住機構。(Parkatti & Eskila 2004: 8) 1991 年 12 月 16 日聯合國大會通過的聯合國老人綱領也明白揭示老年人應儘可能長期在家居住。在地老化似乎已經成為國際趨勢。在此潮流下，家人或親屬的照顧角色必然因而會加重，因此地方政府需要提供給擔任非正式照顧的家人更多支援，包括發給照顧津貼或提供服務或者二者並用。但事實上必然有部分老人最後仍然需要機構照顧，如重症、失智症患者或是無家人照顧的長者。所以，更為多元化的混合式服務結構，家庭、親友、志工團體、私營業者、醫療部門之間的橫向聯繫必須更為緊密和有效率，才能建構好照顧體系的安全網，及時發現破洞、及早處理，避免漏接。整體而言，照顧體系未來的方向應當更具彈性和內容更為多元化，良好的管理能力也就更形重要。

歐盟之內對於老年照顧系統的共識是：提供高品質服務，平衡照顧者的工作與生活，讓女人可以無後顧之憂，投入勞動力市場。(Parkatti & Eskila 2004: 11-14)然而以目前的市場狀況和家庭照顧而言，無論公私營機構照顧服務員絕大多數仍是女性，報酬低、工作重、甚至自主性低、社會地位低，呈現出傳統女性集中行業的特質。因為女性集中，所以低報酬，但也因為低報酬，所以女性集中。非正式照顧者也是女性為主。我們不禁要問，如果更多男性投入照顧產業或分擔家人照顧，是否可能提升照顧服務的專業

度和社會形象？男性和女性在一生中都同樣有某些階段需要別人照顧，因此，互相照顧是人類生存的必要條件，只要求女人擔任照顧者是不公平的強迫分工，也使得全球的照顧人力始終不足，最終剝奪了最弱勢女人受照顧的權利。因此政策導向應誘導男性參與照顧，不論是正式或非正式的照顧，讓人人具備照顧別人的能力，也接受別人的照顧。

在經費的限制下，芬蘭的照顧工作者和受照顧者都抱怨政府核定的照顧時數不足，影響照顧品質。在就業市場劇烈變動的今日，就業者無法預期長久穩定或者永遠沒有無薪假的工作合約，發展第二專長或許可以是就業的另一重保障。鼓勵男性參與照顧工作，不僅可能因為優勢性別的加入而改善照顧工作的環境，提升專業水準，降低男性失業率，也可以倡導助人為樂的社會價值。

芬蘭在照顧產業私營化的過程中，業者多半從原有的社工或、醫療體系轉變跑道，成為經營者，並且感到較高的自主性和工作滿意度，各級相關的教育體系也加強經營管理能力的訓練課程。不過，Hämäläinen (2010)認為，以目前全球發展的趨勢來看，在醫療界已經看到大公司和機構鯨吞小機構的現象，在社會照顧服務業也看到全國性和跨國性組織市場占有率不斷擴大。地方政府除了維持購買服務的品質之外，也應支援小型機構，同時維持部分的公共服務，避免私營者輕易抬高價格、降低品質。

歐洲多國在對高齡者的社會服務和醫療服務之外，也努力提高老人的自我照顧能力，讓他們減少依賴，如丹麥的自助人助方案(help-to-self-help)及預防性訪視(preventive visits)、英國的強化自我照顧能力(reablement)等。(Rostgaard 2011)芬蘭將從事體育活動視為基本人權，從 Jyväskylä 大學體育系開始，加強對社區老人運動健身的訓練，並逐漸推廣至全國，也是提升高齡人士身心健康和獨立自主的有效作法。人們往往在失去健康以後才發現自我照顧的重要，才開始追求健康，往往為時已晚。若能及早養成健康的生活習慣，發展自我照顧的能力，到了晚年就可以減少依賴。台灣在傳統的養生、健身方法上資產豐厚、承傳優良，若能有效加以研究發展，並有系統推廣，政策性發展健康產業和照顧產業，不但可以提升高齡者的活力和生產力，減少對家庭和社會的依賴，發展健康產業也可以創造新的就業機會給所有年齡層的男女工作者，進而開發成為向外輸出的特色產品，與人類社會分享，創造愛己愛人的新價值。

老年不必然等於問題。老年也可以活得健康、快樂、創意無限。

參考資料

- 內政部統計處 2011 《內政部統計年報》：
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm> last visit 8/23/2011
- 顧燕翎等 2010《北京宣言暨行動綱領落實狀況檢視》，行政院婦權基金會。
- Anttonen, Anneli and Lisa Häikiö 2011 Care “going market” :Finnish elderly caring policies in transition. *Nordic Journal of Social Research*.
<https://boap.uib.no/index.php/njsr/article/view/111/99> last visit 8/18/2011
- Bode, Ingo, Laurent Gardin and Marthe Nyssens 2011 Quasi-marketisation in domiciliary care: Varied patterns, similar problems? *International Journal of Sociology and Social Policy*. 31(3/4):222 – 235.
- Clarke, John 2006 Consumers, clients or citizens? Politics, policy and practice in the reform of social care. *European Societies*, 8(3), 423–442.
- Eurofound 2009 Tax credit for domestic help, Finland.
<http://www.eurofound.europa.eu/areas/labourmarket/tackling/cases/fi004.htm> last visit 9/23/2011
- Finland Income Taxes &Tax Laws 2011
http://www.worldwide-tax.com/finland/finland_tax.asp last visit 8/23/2011
- Finland: 2011 Social Security, Personal Income Tax Rates 2011
<http://totallyexpat.com/news/finland-2011-social-security-personal-income-tax-rates/>
last visit 8/21/2011
- Härmäläinen, Juha 2010 Privatization of Social Care Services in Finland. *ERIS webjournal*.
http://periodika.osu.cz/eris/dok/2010-01/privatization_of_social_care_services.pdf
last visit 08/05/2011.
- Kröger, Teppo 1997 Local government in Scandinavia: Autonomous or integrated into the welfare state? in Sipilä, J. (ed.), *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*, Avebury, Aldershot, 95–108.

- Kröger, Teppo 2003 “Universalism in social care for older people in Finland-- weak and still getting weaker,” Nordic journals on line.
- Teppo Kröger & Anu Leinonen 2011 Home Care in Finland. in Danish National Centre for Social Research (ed.) *Living independently at home: Reforms in home care in 9 European countries*, 117-138.
- Kröger, Teppo 2011 Retuning the Nordic welfare municipality: Central regulation of social care under change in Finland. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31 (3/4), 148-159.
- Newman, J., & Tonkens, E. (eds). (2011). *Participation, responsibility and choice: summoning the active citizen in western European welfare states*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- OECD 1996 caring for frail elderly people: policies in evolution. Social Policy Studies No. 19 Paris: OECD.
- Parkatti, Terttu and Päivi Eskola 2004 National Background Report, Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage of Finland.
- Population Research Institution 2009 <http://goo.gl/pDO1b> last visit 09/2/2011
- Rissanen, Sari, Anneli Hujala & Merja Helisten 2010 The state and future of social service enterprises—a Finnish case. *European Journal of Social Work*, 13(3), 319-337.
- Prime Minister’s Office 2007 *Government Programme of Prime Minister Matti Vanhanen’s second Cabinet*.
- Rostgaard, Tine 2011 Overview of Study. in Danish National Centre for Social Research (ed.) *Living independently at home: Reforms in home care in 9 European countries*, 5-45.
- Sinkkonen, Sirkka & Sari Rissanen 2005 Private social services in Finland: The effects on social work. *Nordic Journal of Social Work* 25, no 4, pp. 312-324.
- Statistics Finland (2010).

http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/vaerak_2010_2011-03-18_tie_001_en.html
last visit 10/2/2011

- Vabø, Mia 2011 Home Care in Norway. in Danish National Centre for Social Research (ed.) *Living independently at home: Reforms in home care in 9 European countries*, 207-230.