

國立交通大學

管理學院碩士在職專班經營管理組

碩士論文



榮家長期照護系統自負盈虧之可行性研究

**A Feasibility Study on the Budget Accountability of
VAC Veterans Homes Long Term Care System**

研究生：洪玉芬

指導教授：毛治國 教授

中華民國 九十七 年 六 月

摘 要

基於榮家住民老化凋零，並配合內政部為滿足高齡化社會下老人安養需求規劃推動十年長期照顧計畫等外因內緣情境，榮家之經營將配合政府政策調整，而對於榮家財務機制之相關研究尚屬起步階段。因此，本研究希望運用財務分析技術，瞭解榮家在作業基金制度下自負盈虧之可行性。

由榮家之歷史脈絡及經營現況了解，榮家的業務雖已部分委外，但其業務範圍涉及公權力之行使，然為因應經營發展之困境與自負盈虧之挑戰，由傳統公務預算體制改設作業基金型態營運，成為經營轉型之最佳選擇。

為進一步了解榮家在作業基金制度下自負盈虧之可行性，本研究在以符合入住條件榮民及非榮民長照者為客源之先決條件下，透過情境分析方法，以「是否增床」、「榮家床位是否維持」等兩變數，進行四種模擬情境之財務分析，分別設算在各種情形下之床位使用情形、可否達成全面（含折舊）或部分（不含折舊）損益平衡、現金流入及流出情形、以及資本支出投資效益等財務資訊。

透過各種情境之財務分析，本研究進一步推估榮家未來發展之可能情境與最佳情境，並提出由「現況不作為」下之最可能情境，至「必須有所投入才能達全面損益兩平目標」之最佳情境之轉型建議，希望提供退輔會未來在執行榮家轉型策略之參考。

關鍵詞：榮家、榮民安養機構、退輔會、情境分析、作業基金、自負盈虧。

A Feasibility Study on the Budget Accountability of VAC Veterans Homes Long Term Care System

Student : -----

Advisor : Dr. -----

**The Master Program of Business and Management
College of Management
National Chiao Tung University**

ABSTRACT

Facing the reality that veterans living inside the veterans homes are aging, and that, because of the need to satisfy the demand of home care for aging citizens in the senile society, the Ministry of Interior Affairs is pushing a 10-year long term care project, the management policy of veterans home will have to adjust to that of the central governmental policy. However, the related studies on the veterans homes financial mechanism are still in the initial stage. Therefore, this study is aimed to find out, through technical analyses, the feasibility on the budget accountability of VAC veterans homes under operational fund system.

The historical and current management of veterans homes shows that even though some of their operations have been outsourced, the execution of them is still of government power, and so, to cope with the management difficulties and the challenges of budget accountability, the evolution from the traditional governmental budgeting mechanism into the operational fund budgeting should be the best choice in their management model change.

To further understand the feasibility on the budget accountability of VAC veterans homes under operational fund mechanism, this study targets on two subjects: the veterans eligible to be home-cared, and those non-veterans waiting to be long-term cared. Under the methodology of scenario analysis, with two variations: 'Should more care-beds be added' and 'Should the veterans homes' care-beds be kept the same', four finance scenario analyses are conducted. Hypotheses are made to review that under each scenario how care-beds are used, if an overall (including facility depreciation) or partial (excluding facility depreciation) budget balance can be achieved, what the results of cash in-flow and out-flow are, and what the financial information of capital expenditure and investment effectiveness shows, etc.

Through the various finance scenario analyses, this study will further evaluate on the possible and the best scenario of the future development of veterans homes, and make model change proposals on the most possible scenario in which no actions should be taken, and the best scenario in which input should be done in order to achieve a budget balance, for the VAC veterans homes to make decisions on their future model change strategies.

Keywords: veterans home, VAC home-care institutes, scenario analysis, operational fund, budget balance

目錄

中文提要	.....	i
英文提要	.....	ii
目錄	.....	iii
表目錄	.....	iv
圖目錄	.....	vii
一、	緒論.....	1
1-1	研究動機.....	1
1-2	研究目的.....	3
1-3	研究背景.....	4
1-4	論文架構與研究流程.....	11
二、	文獻探討.....	14
2-1	政府介入長期照顧經濟活動之理由.....	14
2-2	我國老人長期照顧相關文獻.....	17
2-3	榮家相關文獻整理.....	22
三、	研究方法.....	23
3-1	研究架構.....	23
3-2	策略規劃.....	25
3-3	策略情境分析.....	25
3-4	資料蒐集之實施.....	27
3-5	研究限制.....	28
四、	策略規劃.....	30
4-1	長照產業分析.....	30
4-2	政策環境分析.....	36
4-3	榮家營運分析.....	41
4-4	策略設計.....	50
五、	策略情境分析.....	55
5-1	分析架構.....	55
5-2	需求面推估.....	56
5-3	供給面推估.....	61
5-4	財務推估.....	73
5-5	分析結果.....	98
5-6	可能情境與敏感度分析.....	101
5-7	最佳情境與敏感度分析.....	105
5-8	財務缺口解決方案.....	109
六、	結論與建議.....	111
6-1	研究結論.....	111
6-2	研究建議.....	112
6-3	後續研究方向.....	115

表目錄

表 1	台灣地區未來高中低推估之 65 歲以上人口結構	1
表 2	榮家進住概況表	9
表 3	自費安養中心進住概況表	10
表 4	策略情境變數與分析軸面	27
表 5	自費安養中心 95 年經費支出概況	42
表 6	自費安養中心試編 95 年底資產負債表	42
表 7	榮家 95 年經費支出概況	43
表 8	榮家試編 95 年底資產負債表	43
表 9	自費安養中心經費收支及自足率概況	44
表 10	自費安養中心成本分析概況	44
表 11	自費安養中心定價邊際貢獻分析	45
表 12	最近十年榮民就養人數統計表	46
表 13	最近十年榮家進住狀況統計表	47
表 14	最近十年榮家預算概況統計表	48
表 15	榮家之 SWOT 分析規模推估	52
表 16	公務預算與作業基金差異	52
表 17	榮家長照市場需求規模推估	58
表 18	榮民對榮家床位需求人口推估	59
表 19	長照人口對榮家床位需求推估	60
表 20	BASE CASE 情境下床位供給推估	62
表 21	BASE CASE 情境下床位使用推估	63
表 22	CASE A 情境下床位供給推估	66
表 23	CASE A 情境下床位使用推估	67
表 24	CASE B 情境下床位供給推估	69

表 25	CASE B 情境下床位使用推估	70
表 26	CASE C 情境下床位供給推估	72
表 27	CASE C 情境下床位使用推估	73
表 28	Base case 情境下損益兩平分析(含折舊)	74
表 29	Base case 情境下損益兩平分析(不含折舊)	75
表 30	Base case 情境下財務缺口	76
表 31	Base case 情境下現金流量	77
表 32	Case A 情境下損益兩平分析(含折舊)	79
表 33	Case A 情境下損益兩平分析(不含折舊)	80
表 34	Case A 情境下財務缺口	81
表 35	Case A 情境下現金流量	82
表 36	Case B 情境下損益兩平分析(含折舊)	84
表 37	Case B 情境下損益兩平分析(不含折舊)	85
表 38	Case B 情境下財務缺口	86
表 39	Case B 情境下現金流量	87
表 40	Case B 情境下資本支出效益	88
表 41	Case B 情境下資本支出效益收入減少 20%之敏感度分析	89
表 42	Case B 情境下成本增加 50%之敏感度分析	90
表 43	Case C 情境下損益兩平分析(含折舊)	91
表 44	Case C 情境下損益兩平分析(不含折舊)	92
表 45	Case C 情境下財務缺口	93
表 46	Case C 情境下現金流量	94
表 47	Case C 情境下資本支出效益	95
表 48	Case C 情境下資本支出效益收入減少 20%之敏感度分析	96
表 49	Case C 情境下成本增加 50%之敏感度分析	97
表 50	榮家自負盈虧「可能情境」之敏感度分析成本結構假設	102

表 51	可能情境下損益敏感度分析(含折舊)	103
表 52	可能情境下損益敏感度分析(不含折舊)	104
表 53	可能情境下現金流量損益敏感度分析	105
表 54	榮家自負盈虧「最佳情境」之敏感度分析成本結構假設	106
表 55	最佳情境下損益敏感度分析(含折舊)	107
表 56	最佳情境下損益敏感度分析(不含折舊)	108
表 57	最佳情境下現金流量損益敏感度分析	109



圖目錄

圖 1	論文架構及研究流程	13
圖 2	研究架構	24
圖 3	榮家地理位置分佈圖	54
圖 4	榮家策略規劃觀念架構圖	54
圖 5	情境分析架構圖	55
圖 6	需求面推估架構圖	56
圖 7	榮家長照市場需求規模推估	57
圖 8	榮家之市場需求趨勢圖	59
圖 9	BASE CASE 情境下床位供給推估	62
圖 10	BASE CASE 情境下床位使用推估	63
圖 11	CASE A 情境下床位供給推估	65
圖 12	CASE A 情境下床位使用推估	66
圖 13	CASE B 情境下床位供給推估	68
圖 14	CASE B 情境下床位供給推估	69
圖 15	CASE C 情境下床位供給推估	71
圖 16	CASE C 情境下床位供給推估	72
圖 17	BASE CASE 情境下損益兩平分析(含折舊)	74
圖 18	BASE CASE 情境下損益兩平分析(不含折舊)	75
圖 19	BASE CASE 情境下財務缺口	76
圖 20	BASE CASE 情境下現金流量	77
圖 21	CASE A 情境下損益兩平分析(含折舊)	79
圖 22	CASE A 情境下損益兩平分析(不含折舊)	80
圖 23	CASE A 情境下財務缺口	81
圖 24	CASE A 情境下現金流量	82

圖 25	CASE B 情境下損益兩平分析(含折舊)	83
圖 26	CASE B 情境下損益兩平分析(不含折舊)	84
圖 27	CASE B 情境下財務缺口	85
圖 28	CASE B 情境下現金流量	86
圖 29	CASE B 情境下資本支出效益	87
圖 30	Case B 情境下資本支出效益收入減少 20%之敏感度分析	88
圖 31	Case B 情境下資本支出效益成本增加 50%之敏感度分析	89
圖 32	CASE C 情境下損益兩平分析(含折舊)	91
圖 33	CASE C 情境下損益兩平分析(不含折舊)	92
圖 34	CASE C 情境下財務缺口	93
圖 35	CASE C 情境下現金流量	94
圖 36	CASE C 情境下資本支出效益	95
圖 37	Case C 情境下資本支出效益收入減少 20%之敏感度分析	96
圖 38	Case C 情境下資本支出效益成本增加 50%之敏感度分析	97
圖 39	各種策略情境財務推估結果	101
圖 40	可能情境下損益敏感度分析(含折舊)	102
圖 41	可能情境下損益敏感度分析(不含折舊)	103
圖 42	可能情境下現金流量損益敏感度分析	104
圖 43	最佳情境下損益敏感度分析(含折舊)	106
圖 44	最佳情境下損益敏感度分析(不含折舊)	107
圖 45	最佳情境下現金流量損益敏感度分析	108

一、緒 論

1-1 研究動機

1-1-1 高齡化社會及安養需求增加

內政部[1]民國九十五年度社政年報指出，民國八十二年九月底台灣地區六十五歲以上的老年人口為 148 萬 5,200 人，佔總人口之 7.09%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標；民國九十五年度，老年人口更增加到 2,287,029 人，佔總人口的 10%。另依據行政院經建會[2]推估，至民國一百一十五年左右老年人口將達總人口的 20%，即每五人中就有一位是老年長者。由此可見，醫療衛生、科技的快速進步，促使國民平均餘命延長，也增進人口老化的速度。台灣地區未來高中低推估之 65 歲以上人口結構，如表 1。

表 1 台灣地區未來高中低推估之 65 歲以上人口結構

民國	65 歲以上人口推估				65-74 歲人口		75 歲以上人口	
	萬人	低%	中%	高%	萬人	%	萬人	%
95	226	9.9	9.9	9.9	132	58.1	95	41.9
105	302	12.8	13.0	13.1	175	58.1	126	41.9
115	475	19.8	20.6	21.2	296	62.3	179	37.7
140	686	32.3	37.0	40.2	317	46.2	369	53.8

資料來源：行政院經建會，民國 95 年

相關統計資料顯示：民國 95 年人口老化指數（65 歲以上人口數除以 0 至 14 歲以下人口數乘以 100）為 55.17%，老年人口依賴比（65 歲以上人口數除以 15 至 64 歲人口數乘以 100）為 13.91%，分較 82 年增加 26.93 及 3.43 個百分點，平均每七位工作年齡（15 至 64 歲）人口要負擔一位老年人口。

隨著老人人口的快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率呈現急遽上升趨勢；而這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，除健康與醫療服務外，也需要廣泛的長期照顧服務。為滿足日漸增多的老人人口對於健康醫療與長期照顧需求，已發展國家無不積極推動長期照顧服務。依據民國 89 年 12 月底行政院主計處[3]辦理之「戶口及住宅普查」報告顯示，估計台閩地區約有 33 萬 8 千餘人需要長期照顧，其中屬於 65 歲以上老年人口占 53.9%，有 18 萬 2,351 人，占全體老年人口 9.7%。又依據內政部 94 年度委託辦理之「我國

長期照顧財務制度規劃研究」報告[4]顯示，預估民國 95 年全人口當中具有巴氏量表（ADL，日常生活功能表）¹及巴氏量表搭配工具性日常生活量表（IADL）²失能者人數合計達 55 萬餘人，預估民國 105 年將達 72 萬餘人，總人數較民國 95 年成長近 30%，顯示長期照顧需求問題不容小覷。

老人安養照顧已成為現今社會必須面對與重視的問題；社會結構變遷及少子化的結果，老人安養照顧工作，更加仰賴專業照護機構。榮民安養機構長期照顧系統（以下簡稱榮家）為政府老人安養資源供給之重要一環，如何提升資源效率，滿足民眾需求，有探討之必要，此為本研究之動機之一。

1-1-2 榮家經營管理挑戰

榮家之設置，緣於民國 41 年國防部為提高國軍戰力，建立退除役制度，使軍中老弱機障官兵退出軍隊，並藉以騰出缺額，訓儲後備兵員，增加國防潛力；惟此等老弱機障官兵皆從軍多年，功在國家，且來自大陸各地，單身未成家，必須妥為安置，方能落實「在營良兵，在鄉良民」國防政策。政府基於崇功報勳之責任，依據國軍退除役官兵輔導條例設置「榮譽國民之家」，安置因戰（公）致身心障礙，失去工作能力，或年老無依及生活無著之退除役官兵，使其晚年能獲得妥善照顧，有尊嚴地頤養天年；至於就業輔導以及醫療服務工作，則另設置榮民服務處、榮民（總）醫院辦理[5]。自民國 41 年起至今（96 年 12 月）據統計[6]已安置就養榮民計 24 萬 5,655 人，對安定社會及照顧年老無依之榮民貢獻良多。雖然榮家之設置固有其歷史因素，然隨就養榮民之快速凋零，榮家未來之經營管理及發展方向必須重新定調。

政府為因應人口老化，滿足民眾安養需求，以經濟安全、健康維護、生活照顧三大規劃面向為政策主軸，推動「十年長期照顧計畫」，列為大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。本計畫[7]以日常生活需他人協助者為服務對象，服務內容包括照顧服務（含居家服務、日間照顧、家庭托顧）、居家護理、社區及居家復健，輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務，老人營養餐飲服務，喘息服務，交通接送服務，以及長期照顧機構服務等八大項目。榮家屬公立老人福利資源之一環，為配合行政院大溫暖社福計畫，全面推動日間照顧及臨托服務工作，朝多元化多功能轉型，除運用部分資源，安置社會低、中低

1.對於一般失能老人及身心障礙者之認定，乃經巴氏量表（ADL，日常生活功能表）之評估。

2.對於失智症者之認定，乃經巴氏量表搭配工具性日常生活量表(IADL)評估。

收入失能老人及身心障礙等弱勢民眾外，協助在地村里、社區建置照顧關懷據點，開放家區醫療復健及休閒運動設施，與民共享；另目前正評估規劃擇定佳里、太平榮家及花蓮安養中心，轉型為安置身心障礙家庭之專責機構，以符照顧弱勢，有效運用榮家資源[8]。配合榮家經營之轉型，相關財務行政自當思量跳脫傳統公務預算體制，朝人力及預算更具彈性之方向調整，此為本研究動機之二。

1-1-3 榮家經營財務規劃相關研究闕如

以往對於老人安養、養護機構之收費標準、輔導管理、營運計畫、甚至接管的可能，均已有一些初步研究；惟因榮家是政府照顧榮民的主要措施之一，自成立以來一直處於相對穩定狀態，較少面臨外界挑戰，相關之研究也因此相對欠缺。衡酌符合就養資格之榮民進住榮家接受安置照顧，經費雖係由政府全數負擔，無須繳交任何費用；然配合榮家多功能發展趨勢然，仍有部分不符公費就養條件者，仍可於申請核准後進住榮家，則必須依據相關規定，繳交基本生活費用，渠等業務之開發，具有特定之收入來源及部份自償性，似可在兼顧「榮民安置就養」及「社區老人服務照顧」之公共任務之前提下，發展出一套更符合「受益者付費」之預算機制。

近年來政府財政困難，榮家所獲分配之行政維持額度限縮，如何避免財務資源競合問題，有效運用既有設施，多元開拓經費來源，滿足業務需求應是當務之急。此外為配合榮家多功能發展趨勢，導入企業經營理念，提升服務質量，亦必須建構一套在人力及經費之運用上更具彈性的預算行政模式。而財務性質類似之國立大專院校及社教機構多已設置作業基金辦理，關於榮家長期照護系統在作業基金型態下自負盈虧經營之可行性如何，隨高齡化社會之發展，相關議題有研究之價值，此為本研究動機之三。

1-2 研究目的

基於高齡化社會下老人安養需求日增，而榮家之經營也配合政府政策調整，而對於榮家財務機制之相關研究尚屬起步階段。因此，本研究希望運用財務分析技術，瞭解榮家長期照護系統在作業基金型態下自負盈虧之可行性，研究目的歸納為以下幾項：

1-2-1 探討榮家自負盈虧經營之必要性

1. 透過文獻探討與榮家次級資料之蒐集，了解榮家設置之沿革，探討之項目包括歷史背景、業務發展、進住現況、以及人員編組等，旨在對本研究之對象現況做全般性了解。
2. 透過前項次級資料之進一步整理分析，釐清榮家目前經營發展之困境，包括在服務對象、業務發展、軟硬體設施、以及預算財務等層面所面臨之問題。
3. 透過相關文獻探討，綜整榮家當前因內外環境變遷所需面臨之挑戰，包括政府政策、榮民需求、經營方向、市場競爭，乃至目前住民之服務要求等，藉以辨識榮家自負盈虧經營之必要性，確定本議題之研究價值。

1-2-2 研究榮家自負盈虧經營之策略規劃

1. 經由長照產業分析、政府政策方向、以及榮家營運狀況等構面之研討，了解進行組織變革之可行方向。
2. 透過相關文獻探討，了解政府介入長期照護經濟活動之理由，除釐清榮家繼續維持公營體制之必要性外，並作為研提組織變革具體可行方向之參考依據。
3. 針對榮家體質進行 SWOT 分析，希望結合內在優勢與外在機會，研提榮家自負盈虧經營之具體可行方案。

1-2-3 推估榮家自負盈虧之可行性

1. 運用情境分析方法以及財務分析技術，預測本研究所擬策略規劃方案，在不同情境下之財務設算結果，俾據以推估達成自負盈虧經營之可行性。
2. 運用敏感性分析方法，了解在最有可能及最佳情境下，不同之基本假設下，各項財務設算結果之變化情形，期能找出影響自負盈虧經營之關鍵因素。

1-2-4 提出榮家自負盈虧永續經營之建議

1. 綜整研究結果，認知及利用榮家利基之所在進行組織及管理變革，提出榮家長照系統自負盈虧經營之可行性方案。
2. 根據本研究結論，提出未來榮家自負盈虧永續經營策略建議。

1-3 研究背景

1-3-1 榮家之歷史背景

民國四十三年，政府為貫徹建軍政策，發揮新陳代謝，保持國軍精壯，經

檢討有七萬人需離開軍中，政府為眷顧國軍官兵半生戎馬、功在國家，期使彼等離營後，獲得妥善照顧，故指示行政院於同年十一月一日創立「行政院國軍退除役官兵就業輔導委員會」，並以輔導退除役官兵就業為主要工作，後為進一步擴大服務層面，自民國五十五年九月八日改稱「行政院國軍退除役官兵輔導委員會」（以下簡稱退輔會），統籌辦理輔導榮民就業、就醫、就養、就學及服務照顧等各項工作。

民國八十九年中華民國憲法增修條文制定公佈，其中第十條第九項規定：「國家應尊重軍人對社會之貢獻，並對其退役後之就學、就業、就醫、就養予以保障。」退輔會之行政任務正式納入憲法規範。民國九十一年三月三十日經政府改造委員會³決議，退輔會未來擬改制為「退伍軍人事務部」，事務對象將包括依兵役法規定服役退伍之人員，預估人數將較目前之五十五萬餘人擴增十二點五倍，達七百零七萬餘人，並計畫將原屬國防部掌理之義務役後備軍人服務照顧、退除給付、眷村改建工程、待退官兵職訓、軍墓管理、單身退舍管理、相關政策規畫等業務予以納入，以就退伍軍人之權益事項有一整合而單一之部會予以統籌。

而榮譽國民之家（以下簡稱榮家）設置，最早溯自民國四十一年由國防部聯合勤務總司令部設立「陸軍臨時教養院」，負責國軍退除役官兵安養工作；嗣後因人數日增，四十二年交由台灣省政府以克難方式，在新竹、台南，屏東及花蓮成立榮家，優先安置體能傷殘及單身無依之退除役官兵，此為榮家創肇之伊始。直至民國四十三年退輔會成立後，則劃歸為該會專責業務。

另外值得一提的是，韓戰返國反共義士，除參加國軍行列者，餘由台灣省政府設立「反共義士生產輔導所」安置，並於六十年七月十六日併歸退輔會「反共義士輔導中心」；而大陸剿共作戰傷殘及大陸淪陷後逃亡至港澳地區，並經政府接運來台者，則由內政部成立「大陸榮家」安置，並於五十九年七月一日改稱「大陸榮胞輔導中心」，由退輔會接管。「反共義士輔導中心」與「大陸榮胞輔導中心」於八十三年九月一日簡併為「台北榮譽國民之家」。民

3. 網站及相關資訊請參考 <http://www.ey.gov.tw/COR/index.htm>(final visit:2004/12/11)

國四十七年元月，退輔會先後設立新竹(山崎)就業講習所及台南、彰化、花蓮三處就業訓練中心，後因榮民年歲漸長，且無法再參予訓練或生產，於八十三年九月改制為自費安養中心。

透過歷史回顧吾人了解，榮家設立初衷，本係為收容單身無依之退役榮民，惟時間之推移，住民之老邁，榮民安養已非單純之養老問題，還牽涉到殘疾照顧、袍澤情感、醫療保健等問題。因此安養目的在使身心障礙或年老無工作能力者之退除役官兵，都能獲得妥善照顧，頤養天年。

1-3-2 長期照顧業務發展

1. 公費就養

榮家之設置，原係以單身無依榮民為對象，依據國軍退除役官兵就養安置辦法第三條規定，退除役官兵具有下列情形之一，得申請就養安置榮譽國民之家：

- 一、服現役期間因作戰或因公致傷病成殘，無工作能力者。
- 二、服現役期間因作戰或因公致傷病成殘，退伍除役後，原致傷病情形惡化，無工作能力者。
- 三、前兩款以外體能傷病、殘或年滿六十一歲，生活無著且無工作能力者。

換言之，現役國軍官兵因作戰、傷成殘或因公致病成殘，或退除役官兵因體能傷殘，失去工作能力或年滿六十一足歲，定居國內，設有戶籍，未支領軍公教月退休俸(金)、生活補助費、大陸半俸，無固定收入，全家人口每月平均收入低於當年榮家就養給與額度(現每月一萬三、五五〇元)，全家人口房屋土地公告價值低於新台幣六百五十萬元，均為公費安養(全部供給制)對象。面對榮民年歲漸長，退輔會陸續增建、擴建十四所榮民之家作為合乎資格之榮民申請安養之用。公費就養方式區分下列三種：

- 一、內住就養：退輔會現有十四所公費安養機構，直接進住由榮家生活輔導與服務照顧者稱之「內住就養」。
- 二、定居大陸：政府自七十六年十一月開放國人赴大陸探親，為完成就養榮民落葉歸根，返鄉定居的心願，配合政策自八十二年一月十四日實施「就養榮民赴大陸定居」。
- 三、外住就養：因受限榮家床位，經核定在自己家中安養者，生活輔導與服

務照顧，則由服務機構負責。

2. 自費安養

鑒於老年榮民人數日增，經濟條件逐漸改善，為進一步使未能合乎進住榮民之家資格之其他榮民，亦有獲得安置之機會。退輔會自民國七十八年十月二十七日實施「自費安養榮家實施計畫」，往後又分別於八德、彰化、楠梓、花蓮增設四所榮民自費安養中心，採部份供給制（即進住者並須繳交基本生活管理費），安置未能公費安養之榮民，身心正常，無精神病或法定傳染病，能自行照料起居生活者。自費安養條件如下：

一、榮民：

- (一)須年滿六十一歲以上。
- (二)須在台無配偶、無須撫養子女者(若有配偶，業經配偶同意切結者)。
- (三)身心狀況正常無法定傳染疾病，能自行料理生活起居，不須他人照顧者。

二、榮民夫婦：

- (一)榮民須年滿六十一歲，配偶年滿五十歲以上者。
- (二)無子女或子女無扶養能力，經訪查屬實者。
- (三)夫婦身心狀況正常無法定傳染疾病，能自理生活起居，不須他人照顧者。

三、殘廢榮民：

- (一)殘廢但意識清醒者。
- (二)行動須賴輪椅、拐杖或其他工具者。
- (三)自理生活困難者(不含精神病、法定傳染病，二十四小時抽痰之植物人)。
- (四)前列情形，如仍在住院醫療或未經醫療機構鑑定證明須長期養護照顧者及老弱乏人照顧者，不予安置。
- (五)經榮民(總)醫院鑑定持有「身心障礙手冊」，屬中度以上老人癡呆症之榮民，可申請至退輔會公費安養機構附設之自費失智養護專區安置。

3. 多元發展

退輔會因應時空環境變遷及發展，依據九十一年十二月十八日立法院審議通過之「國軍退除役官兵輔導條例」九十二年度選擇部分榮家房舍，依「老人福利機構設立標準」整建為「榮民配偶、父母安養專區」及「榮民配偶、父母或身心障礙子女養護專區」並將房舍格局及庭院，規劃設計為人性化、

家庭化之頤養環境。另為配合政府整體社會福利政策，整建馬蘭榮譽國民之家部分房舍，接受內政部委託，收容安置社會殘廢老人及身心障礙者養護；另將原新竹就業講習所及烏山頭前台南榮民自費安養中心舊址及建物，撥交內政部運用，籌設老人安養及養護機構。

此外，為發揮既有組織經營整合之綜效，退輔會於民國九十三年推動「榮民服務處—榮家—榮民醫院」整合策略，使得符合公費就養之榮民，當榮民未進住榮家前，透過榮服處經常性的訪問、探視、勸進，適時輔導進住榮家；而榮民醫院接受醫療之榮民屬「需出院繼續療養」之「亞急性」患者，也能輔導返回榮家療養。此一由「榮服處—榮家—榮民醫院」鐵三角所建構之完整照護體系，使榮家的服務功能朝全面性發展。

民國九十六年十月為配合行政院「大溫暖社會福利套案—強化老人安養重點計畫」，充分運用安養資源與民共享，以符合「全人照顧」、「在地老化」及「居家」、「社區」服務優先之社會福利政策，退輔會推動以適量資源提供各榮家所在地縣市政府或財團法人、社會福利、宗教組織、文教基金會與社區、人文關懷組織，轉介養護、日間照顧、臨托服務及社區關懷等安置服務措施。

1-3-3 進住現況

1. 榮家

退輔會現有板橋榮家等十四所榮家，採「全部供給制」收住「六十一歲以上」、「未支領月退休俸」、「低收入」之具備就養條件之榮民。另台北榮家等十所榮家為妥善運用騰餘安置能量，併設「安養」或「養護」專區，採「部分供給制」兼收殘廢榮民（繳費規定同自費安養中心）。另配合政府「大溫暖」政策，自九十六年十月十九日（重陽節）起，開辦「日間照顧」及「臨托服務」，提供社區老人及身心障礙者日間托老、喘息服務照顧服務，其中屬「安養」性質者，每人每月平均收費 1,320 元、屬「養護」性質者，每人每月平均收費 2475 元，預定提供床位 180 張。

十四所榮家截至九十六年十二月底止，總床位 9,165 床，其中屬公費床位 8,300 床、自費床位 865 床；實際進住榮民 7,972 人，其中公費 7,354 人、自費 618，平均佔床率 86.98%，平均年齡 80.8 歲。

表 2 榮家進住概況表

機構名稱	床位數	進住數			佔床率	自費性質及收費	
		公費	自費	小計		性質	服務費
板橋榮家	1,323	1,269		1,269	95.92%		
台北榮家	1044	870	41	911	87.26%	養護	6,180
桃園榮家	656	662	84	746	113.72%	養護	6,490
新竹榮家	406	414		414	101.97%		
彰化榮家	496	431	12	443	89.31%	養護	6,180
雲林榮家	620	437	142	579	93.39%	養護	6,180
白河榮家	636	345	111	456	71.70%	安養	3,430
佳里榮家	492	256	10	266	54.07%	安養	5,350
台南榮家	562	417	51	468	83.27%	養護	6,490
岡山榮家	911	822		822	90.23%		
屏東榮家	647	478	80	558	86.24%	養護	6,490
花蓮榮家	352	424	4	428	121.59%	養護	6,490
太平榮家	612	263	83	346	56.54%	養護	6,180
馬蘭榮家	410	266		266	64.87%		
合計	9,165	7,354	618	7,972	86.98%		

註：桃園、新竹、花蓮榮家執行房舍整建，故暫有進住數超過床位數情形。

資料來源：作者自行整理。

2. 自費安養中心

退輔會現有八德、彰化、楠梓、花蓮等四所自費安養中心，採「部分供給制」收住「六十一歲以上」、「能自行照料起居生活」之榮民，並依據本會「榮民自費安養、養護作業規定」收繳交伙食費及服務費。另配合政府「大溫暖」政策，自九十六年十月十九日（重陽節）起，開辦「日間照顧」及「臨托服務」，提供社區老人及身心障礙者日間托老、喘息服務照顧等服務，其中屬「安養」性質者，每人每月平均收費 1,320 元、屬「養護」性質者，每人每月平均收費 2,475 元，預定提供床位 60 張。四所自費安養中心截至九十六年十二月底止，總床位 1,871 床，進住榮民 1,599 人，平均佔床率 85.46%，平均年齡 81.5 歲。

表 3 自費安養中心進住概況表

機構名稱	床位數	進住數	佔床率	收費標準		
				伙食費	服務費	合計
八德安養中心	720	676	84.03%	4,050	4,000	8,050
彰化安養中心	440	374	86.82%	4,050	3,430	7,480
楠梓安養中心	503	412	75.75%	4,050	4,000	8,050
花蓮安養中心	208	137	66.35%	4,050	3,430	7,480
合計	1,871	1,599	85.46%			

資料來源：作者自行整理

1-3-4 人員編組

1. 榮家

榮家置主任，綜理一切事務，副主任襄助之；並置組長、室主任、秘書、專員、輔導員、副技師、醫師、組員、護理長、技術員、藥劑員、保健員、護士、辦事員、護理佐理員、書記，並得酌用雇員。甲、乙種類型榮家設人事室，置主任、組員，丙、丁種類型榮家置人事管理員，依法辦理人事管理事項；甲、乙種類型榮家設會計室置會計主任、稽核、佐理員；丙、丁種類型榮家置會計員、佐理員，依法辦理歲計、會計事項，並兼辦統計事項。此外，甲、乙種類型榮家尚設政風室，置主任、組員，依法辦理政風事項。有關榮家中工作人員各職稱之官等及員額，另以編制表定之；各職稱之職等，依職務列等表之規定。就人事上最具特色者，乃榮家各級職員之遴用，除技術專業人員外，多數由退除役官兵經由轉任考試及格後充任之。

2. 自費安養中心

依「行政院國軍退除役官兵輔導委員會榮民自費安養中心組織規程」(以簡稱「榮民自費安養中心組織規程」)之規定，為妥善照顧年老無依退除役官兵，特依輔導會組織條例第十六條之規定，採部分供給制(自費)於各地置榮民自費安養中心(以下簡稱安養中心)，其名稱分別冠以所在地地名。組織架構方面，安養中心設「社會工作組」掌理安養榮民生活照護與心理輔導及善後處理等事項、「保健組」掌理安養榮民衛生保健及疾病醫療等事項、「行政組」掌理文書、印信、出納、庶務、財產保管及不屬其他各組之事項。安養

中心為落實安養榮民生活照顧與服務，得設堂，置堂長，由輔導員兼任。

人事編制方面，安養中心置主任，綜理中心業務；副主任襄助之，並置組長、秘書、輔導員、副技師、醫師、社會工作人員：、組員、護士、保健員、技術員、藥劑員、營養員、辦事員、護理助理員、書記，分掌各項業務。安養中心尚置人事管理員，依法辦理人事管理事項；會計員，依法辦理歲計、會計事項，並兼辦統計事項。有關安養中心中工作人員歲計、會計事項，並兼辦統計事項。有關安養中心中工作人員各職稱之官等及員額。就人事上最具特色者，乃安養中心各級職員之遴用，除技術專業人員外，多數由退除役官兵經由轉任考試及格後充任之。

1-4 論文架構及研究流程

本論文屬於財務分析研究，共分六章，茲將各章節內容依序說明如下：

一、緒論

說明研究動機、研究目的、研究背景、以及論文架構。

二、文獻探討

首先探討政府介入長期照顧經濟活動之理由，進而分從制度面、財務面及供需面整理我國老人長期照顧之相關文獻，期能進一步對本研究產業研究方向，建立基本認識與觀念；嗣後再蒐集以榮家為主題之相關研究，期能確立對相關文獻獲得較充分之了解。

三、研究方法

本研究屬於財務分析研究，首先藉由對榮家之過去、現在與未來等相關研究背景之探討，說明榮家經營為何需要變革；進而運用策略規劃程序，分別從產業面、政策面、以及榮家核心資源等內因外緣分析，以及SWOT分析之策略設計，辨識榮家由傳統公務預算改以作業基金型態營運之必要性，以及以老年長照人口取代榮民之正當性。

為進一步了解榮家「以作業基金型態營運」、以及「以老年長照人口取代榮民」之策略設計下，達成自負盈虧之可行性，本研究接續運用行政院經建會有關我國台灣地區 2006-2020 年老年長照人口統計推估，以 2007 年為基準年，2007-2020 年為期間，分別設算榮家進入一般長期照顧市場之需求人口、依目前條件可進住榮家之潛在顧客（含老年榮民及非榮民長照人

口)；再以榮家目前市占率為設算基本假設，推估各年度床位需求。

根據各年度榮家床位需求推估，運用情境分析方法，以「榮民床位得否維持」、「是否投資新建床位」為變數，運用財務分析技術，分別在榮家在「榮民床維持、不新建床位」、「榮民床維持、新建床位」、「榮民床遞減、不新建床位」、「榮民床遞減、新建床位」等四種情境下，設算「收入是否可能達成損益兩平」(包括含折舊、不含折舊、財務缺口等三種情況)、「有否淨現金流入」(現金流入大於現金流出)，以及在「榮民床維持」、「榮民床遞減」等兩種情境下，新建床位之資本支出效益等。

為進一步了解策略設計之不確定性風險，本研究續針對「可能情境」與「最佳情境」之下，分別比較在「預測情況」(基本假設)、「樂觀情況」(目前最低成本)、「悲觀情況」(目前最高成本)、「固定成本減少 10%」(以基本假設為基準)、「固定成本增加 10%」(以基本假設為基準)財務假設下，進行敏感度分析，以作為本研究主題之結論與建議之依據。

四、策略規劃

運用策略規劃程序，分別從產業面、政策面、以及榮家核心資源等內因外緣分析，以及 SWOT 分析之策略設計，辨識榮家由傳統公務預算改以作業基金型態營運之必要性，以及以老年長照人口取代榮民之正當性。

五、策略情境分析

運用行政院經建會有關我國台灣地區 2006-2020 年老年長照人口統計推估，以 2007 年為基準年，2007-2020 年為期間，分別設算榮家進入一般長期照顧市場之需求人口、依目前條件可進住榮家之潛在顧客(含老年榮民及非榮民長照人口)；再以榮家目前市占率為設算基本假設，推估各年度床位需求。

根據各年度榮家床位需求推估，運用情境分析方法，以「榮民床位得否維持」、「是否投資新建床位」為變數，運用財務分析技術，分別在榮家在「榮民床維持、不新建床位」、「榮民床維持、新建床位」、「榮民床遞減、不新建床位」、「榮民床遞減、新建床位」等四種情境下，設算「收入是否可能達成損益兩平」(包括含折舊、不含折舊、財務缺口等三種情況)、「有否淨現金流入」(現金流入大於現金流出)，以及在「榮民床維持」、「榮民床遞減」等兩種情境下，新建床位之資本支出效益等。

為進一步了解策略設計之不確定性風險，本研究續針對「可能情境」與「最佳情境」之下，分別比較在「預測情況」（基本假設）、「樂觀情況」（目前最低成本）、「悲觀情況」（目前最高成本）、「固定成本減少 10%」（以基本假設為基準）、「固定成本增加 10%」（以基本假設為基準）財務假設下，進行敏感度分析，以作為本研究主題之結論與建議之依據

六、結論與建議

彙總本論文之研究結果，並針對榮家長照系統在作業基金制度下自負盈虧之建議作為，提出參考意見。

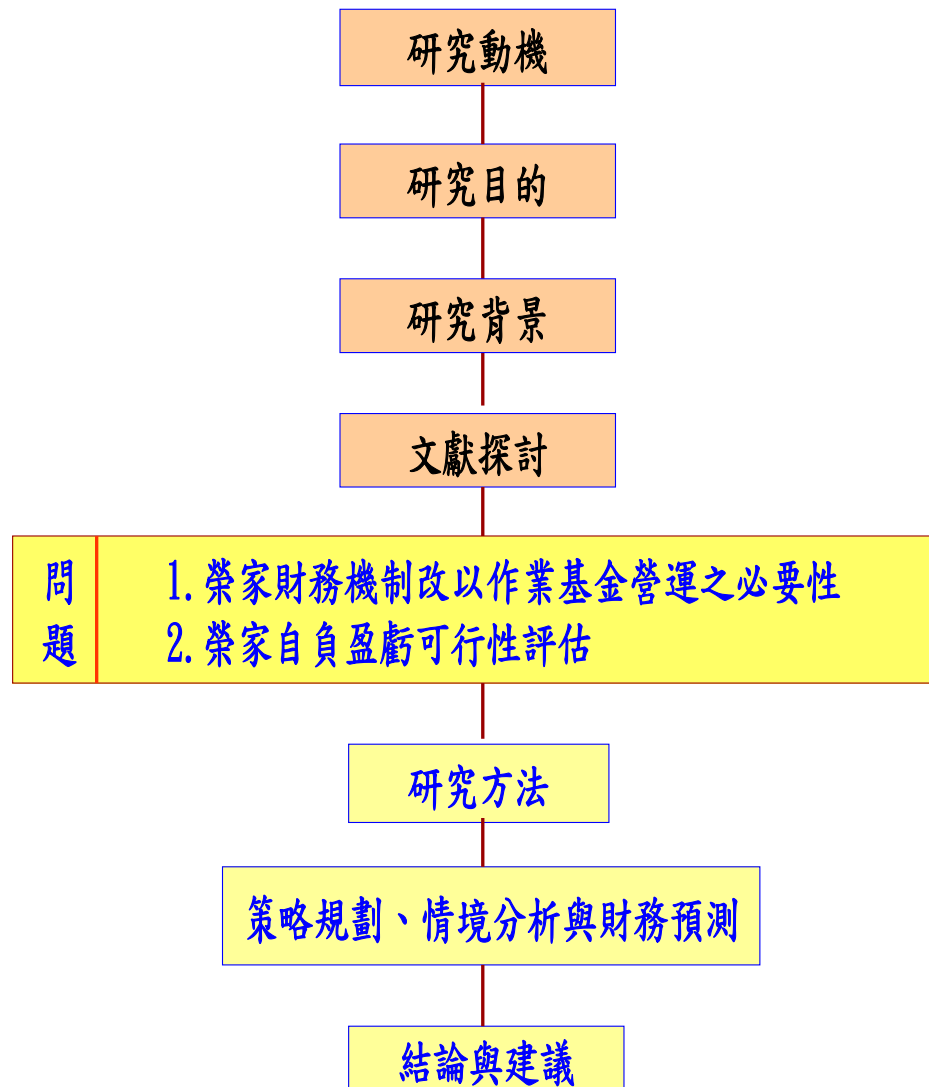


圖 1 論文架構及研究流程

二、文獻探討

2-1 政府介入長期照護經濟活動之理由

從經濟學的觀點來看，假設人是理性、市場結構為完全競爭市場、在資訊充分情況下，市場會自動達到均衡的最適狀態，政府也不應介入。但事實上，經濟學所假設的完美條件並不存在，「市場失靈」的現實需要政府介入以達到效率資源配置與公平所得分配的目標。根據朱澤民與徐偉初的整理[9]，政府介入長期照護經濟活動的理由，可分為以下幾點來討論：

一、長期照護服務的提供具有外部性

單純就財貨的消費型態來說，長期照護服務具有敵對及排他的特性，可歸類為私有財。個人對未來長期照護財貨的選擇行為，本與社會大眾無關。然而，大多數國家基於社會安全的目的，當人民面臨生活困境時，國家有責任予以適當的扶助與救濟。有長期照護需要因而生活陷入困境並接受公共移轉性支付者，一方面可能是客觀上經濟能力本就不足，另一方面也有可能是個人主觀上對於未來長期照護財貨需要低估以及道德危險(moral hazard)行為所造成的。而道德危險行為的形成，可歸諸於：國家對個人提供移轉性支付時，多依據最終原則，不考慮因果原則，因而個人存在誘因，於考量未來長期照護預作儲備時，蓄意將個人責任移轉至國家，藉以提高個人實質可支配所得。道德危險者對未來長期照護服務不願儲備或只願意部分儲備，一旦長期照護風險發生，生活陷入困境，再享受國家的社會移轉性支付。而移轉性支付其財源來自國家稅收，成本由社會大眾共同負擔。因此，公部門有必要介入個人對未來長期照護財貨的選擇行為，避免道德危險行為者對社會其他人造成外部成本。

其次，長期照護具有外部性，亦可從愛心外部性來解釋，本於利他的動機，老吾老以及人之老，見到孤苦無依需要照顧的老人可以因長期照護保險而得到妥善照護時，大家會感到社會充滿溫暖，會比較快樂，因此社會利益遠大於私人利益，所以長期照護保險具有外部利益。

二、長期照護處於不完全市場(incomplete market)

一個完全的私人市場是指只要產品的製造成本低於消費者願意支付的代價，則生產者就願意提供消費者所需產品的市場。另一方面，在若干特殊的情形下，某些財貨與勞務的生產成本雖低於消費者願意負擔的價格，但私人市場仍然無法保證生產者會提供這種財貨與勞務來滿足消費者的需求。這種市場失靈的情況，經濟學者稱為不完全市場，也就是市場不存在，最明顯的例子是在保險市場中，某些事件的保險在私人市場是買不到的。例如：一個對抗貧窮可能性的保險，由於存在逆選擇(adverse selection)與道德危險的問題，也就是購買保險的人多是風險較高的人，使得依平均風險來收取保費的保險公司財務無法維持平衡。此外，保險理賠的機率受個人行為影響，也使得保險公司無法正確地計算保險的成本來收取保費。因此，即使某些事件的保險是消費者想要購買的商品，也無法在市場上買得到。這個理由也支持了政府的介入。

正因長期照護的風險較健康照護與年金保險更集中於少數人，因此，私人保險公司若依據平均風險計算保費，則很難避免逆選擇的情況發生。再者，消費者一旦發生風險事件(失能)，幾乎不可能再恢復原有的功能，私人保險公司要承擔之長期財務負擔也很難估計。此外，長期照護需要的認定比健康照護及年金保險更加困難，以健康照護為例，醫生可經由專業診斷來判定是否罹患某種疾病，而長期照護需要的認定，一般是依照日常生活活動功能(ADLs)，或工具性日常生活活動功能(IADLs)等兩種評估指標，以ADLs的評估項目—吃飯為例，一個人不能吃飯究竟如何認定？若一個人吃飯必須要花一個小時以上，算不算能吃飯？又以IADLs中煮飯這個評估項目而言，如何認定不能煮飯呢？有些人一輩子沒煮過飯，是「不能」還是「不會」？只生活功能認定上的困難，使得長期照護發生道德危險的可能性也比健康照護與年金保險來的高。因此，即使目前有少數商業保險公司提供長期照護保險，但多數保險公司並不願意提供此類保單。由於長期

照護風險很難由私人保險來提供足夠的保障，因此提供政府的介入的理由。

三、長期照護是一種殊價財

依 Musgrave[44]對殊價財所下的定義，係指「強制而非依個別消費者的選擇，所提供的財貨」。依此定義，殊價財具有下列的特性：第一，可以適用排他原則，對於某種特定財貨或勞務是否能夠消費，全視其是否支付代價。如支付代價，即可享有，否則即被排除。在財貨性質上，殊價財與一般市場交易的私有財無異；第二，強制消費性，為殊價財的主要特性，係指「基於強制性偏好(imposed preference)，依據強制性選擇(imposed choice)，由政府提供給個人消費的財貨」；第三，殊價性，係指「個人對於這些財貨的享有，不能因個人的經濟能力不同，而有差異」，例如國民教育、國民醫療、公共電視等。正因殊價財具有這些特性，政府有其正當性可以介入此類財貨的生產與提供，以保障此類財貨的基本消費。

根據周麗芳[10]的研究，長期照護服務是私有財，可藉由市場運作讓想買的人以合理的價格購得，但前提是個人必須有基本的經濟能力，才能將「需要」化為「需求」進入市場交易，這也意味著沒有「基本」經濟能力的人將被排除於市場之外，但不代表這些被排除的人沒有長期照護的需要。政府為保障長期照護的基本消費不會因為個人經濟能力而有所不同，因此，往往會介入長期照護的生產與提供。個人因經濟能力之限制而無法做足夠的儲備，這是客觀上缺乏經濟能力，與個人意願無關，但也可能主觀上對於未來所需之長期照護低估因而儲備不足，此乃起因於個人無法事先預測長期照護風險，自然不能精確計算未來長期照護支出，而且，在預算限制下，對未來費用預作儲備，將排擠目前的消費水準。因此，在追求效用極大的目標下，某些人將低估未來長期照護方面的需要，也就對未來長期照護支出未做足額儲備，縱使投保私人保險，所投保的保障範圍也會不足夠。由此可知，長期照護服務為殊價財，就其本身的性質而言，就具有需政府介入的特質。

四、社會及政治因素

曾薔霓[11]的論文指出，在長期照護經常被視為是一種「愛的勞動」(labor of love)，傳統上大多由非正式部門的家庭來提供，而「家庭照護」實際上等同於「女性照護」，照顧的責任總是落在女性親屬身上。女性對家人提供照顧，向來被認為是天經地義之事，特別是家中老人的照顧，長久以來還被賦予孝道倫理的意涵，既有的文化規範，不僅透過社會結構運作迫使女性成為當然的照顧者，此外並將女性的照顧工作美化為「自我犧牲」、「無私」的表現，建構女性自願投入其間的表象。此外，照顧工作對女性的影響也是多層面的，除了照顧工作本身所帶來的心理負荷、經濟負荷、社會負荷外，也對女性的生涯規劃、就業自由產生影響。因此，近幾年來，有關長期照護的議題受到女性主義者的關注，即使不同流派的女性主義者對政府以何種角色介入長期照護似乎仍存在不同的看法，但不可否認的是隨著社會環境、家庭結構等的變遷，長期照護的問題已不適合且無法由家庭或個人來處理，亦即超越個人、家庭而成為社會問題，國家不應再坐視女性照顧者之公民權、社會權因照顧工作而被剝奪，政府必須透過公共政策來加以解決。

從政治面的考量，近年來民眾社會福利意識的抬頭。在人口高齡化、疾病型態慢性化、家庭結構變遷、婦女就業率提高等背景因素下，加上全民健康保險實施後，民眾對於醫療品質期望提升，國人對於長期照護的需求似乎愈來愈重視。面對此民意的需求，政府介入長期照護應有其民意基礎與正當性。

2-2 我國老人長期照顧相關文獻

2-2-1 制度面

楊培珊[12]指出，長期照護具有長期性與複雜性的特質，多元專業已陸續介入但彼此缺乏整合性的作法。因此，資源管理已經成為長期照護服務或

方案成功的關鍵，資源管理的主要目標在於提升資源運用效能，避免資源缺口、資源重疊或錯誤使用而造成浪費，同時亦能創造更具永續發展能力的資源系統。

李榮輝[13]的研究也說明，社會人口的急遽變遷及目前市場的需求，長期照護機構在台灣正如雨後春筍般設立，完全是以市場為導向，並沒有完善的管理制度，就長期照護而言可能面臨無法永續經營的命運。台灣醫療界目前推動長期照護政策，將來可結合東西方國家的優點，在推動長期照護方面能迎頭趕上其他國家的水準，讓我國的老年人真正享有高品質、有尊嚴、無後顧之憂的老年生活，以達「老吾老以及人之老」的境界。

根據中華民國長期照護專業協會[14]九十一年度臺閩地區失能老人機構式照護供需分布狀況調查研究結論，政府應儘速整合各級單位建立失能及失智個案資料之通報管理系統，以充分掌握不同地區機構式照護的真實需求，作為未來機構設置資源分配之參考，加強輔導機構經營管理，提昇整體照護品質；對於床數低且入住率低的區域應優先考量機構之經營輔導，而非繼續補助增設床數，使相關資源配置與管理發揮最大效益。

行政院在民國 89 年核定「建構長期照護體系先導計畫」三年計畫，經過吳淑瓊等[15]之整理，到民國 91 年 7 月為止，照顧經理總共替 1031 位個案擬定照顧計畫，其中 469 位個案依據照顧計畫接受服務。初步結果顯示服務提供者有發展居家和社區式服務的意願，但是民眾對此服務並不熟悉，可能造成初始之低使用率。在計畫的補助標準和照顧管理制度的設計下，提供居家和社區式服務的財務負擔並不如預期沉重，但須更長的觀察，才能驗證上述之成果。

臺灣地區長期照護服務現況，根據藍忠孚、熊惠英[16]之整理，概有醫療模式、來自家人或親友的支持模式、獨立生活模式等三種方式；長期照護服務則採機構性照護與社區照護體系網路介紹。機構性照護有慢性病醫院、復健科及復健醫療院所、療養機構社區照護、居家照護、日間照護等五種。吳淑瓊、江東亮[17]指出，目前我國最迫切的問題是長期照護人力與設施的嚴重缺乏，以致不但失能老人的照護大都由其家人單獨承擔，且慢性病人長

期佔用急性病床，與未立案安養中心快速成長；而長期照護費用幾乎全由老人或其家人負擔，而全民健保只列入慢性病床與有限的居家護理給付，並未將其它長期照護服務納入給付。此外，長期照護業務分屬衛生與社會福利體系，造成長期照護資源與服務提供無法有效組織與管理的困難。

「在地老化」為台灣二十一世紀長期照護的政策方向，根據吳淑瓊、莊坤洋[18]的研究，需要努力的方向包含：1. 評估地區長期照護需求，設定發展目標；2. 發展多元的『在地』服務，服務當地民眾；3. 連結資源建構社區照顧網路，提升服務成本效益；4. 優先提供居家支持服務，降低對機構式服務的依賴；5. 建構財務制度，支持社區式長期照護體系發展。

2-2-2 財務面

有關長期照護財源籌措，根據徐慧娟[19]的整理，國外常見長期照護財源方案，包括個人家戶自付、私人個人保險、私人群體保險、自我支付、住屋抵押、預付人頭制、強制保險、社會福利、減稅優惠等。以美國為例，陳盟榮、劉憶萍[20]的研究指出，美國加州老年人長期照護服務有來自公有及私有的資源，提供的範圍包含護理之家照護，個人照護，雜務服務，居家醫療照護，交通服務及協助購買私人長期照護保險。而其所面臨的政策課題則包括：1. 老年人的人口數增加的問題。2. 高漲的醫療費用所可能引起的財務破產危機。3. 長期照護人力的缺乏。4. 照護品質的監控。5. 整合及協調的不足。日本則實施「公共介護保險制度」，莊秀美[21]的研究指出，日本長期照護保險制度之實施，乃採民營化、契約化方式建構服務供給體系。其中以（營利）企業加入服務供給體系最受矚目。長期照護保險制度的實施開啟日本（營利）企業參與社會福利服務經營之端緒。而公共介護保險制度實施後，對企業參與長期照護服務輸送的發展狀況，以及對長期照護服務供給體系結構，都產生重大的影響。

莊宇勝[22]針對本土失智症機構照護收容模式成本效果分析，失智症住民平均每人月照護成本最高者為專業型，其次為混合型，最低者為區隔型。就成本效果分析之結果而言，區隔型無論於住民認知功能及日常活動功能皆佔成本優勢，且透過敏感度分析，發現當佔總成本最大宗之人力成本增減時，

其成本效果優勢不變。

吳淑瓊等[23]調查行政院「建構長期照護體系先導計畫」三年計畫實驗社區介入前之照護需求與自付費用的結果顯示，目前需要照顧的民眾除進機構，或僱用監護工外，很少有其他選擇。具有五項以上日常生活障礙或認知功能障礙，是入住機構或僱用監護工的重要決定因素。七成以上民眾的長期照護需求完全由家人照顧，入住機構和僱用家庭監護工為目前主要的外來協助，都在一成左右。而社區式的照顧對民眾的幫助十分微少，是未來建構「在地老化」照顧體系的一大障礙。因此，開辦長期照護保險確有其必要性。

有關開辦長期照護保險之規劃，根據高森永、劉慧蓉[24]的研究，首先須整合社會福利與衛生行政體系、建立協調管道，俾利長期照護保險之整體規劃；其次宜儘速建立管理制度，解決當前諸多問題。在制度方面以全民健保附加險是目前較為可行的制度。財源籌措方式以稅收與保險費混合方式較為適宜，且能照顧到其他弱勢族群。在保險對象界定及保險屬性方面以全民性與強制性較能發揮危險共同分攤及保險大數法則精神，制度易行且減少逆選擇問題產生。政府應成立獨立跨部會小組為主導規劃及管理相關事宜，以公辦公營方式辦理長期照護保險。凡身心功能障礙程度合於需長期照護者，不限年齡均為給付對象，並以護理之家、居家照護、日間照護、養護機構及臨托照護為優先給付的照護型態；以論人計酬方式依接受照護人數及其需求程度來支付相關費用。

2-2-3 供需面

蔡惠怡[25]的研究指出，長期照護機構社工人員組織承諾之影響因素，以努力承諾的表現最高，其次為價值承諾，最後為留職承諾；公立機構、財團法人機構者的留職承諾和整體組織承諾諾大公設民營機構者；薪資福利制度和教育訓練制度的感受與組織承諾呈正相關；角色壓力與組織承諾呈負相關，工作特性與組織承諾呈正相關；教育訓練制度、薪資福利制度、角色衝突、工作自主性、工作完整與回饋性等變數，能預測組織承諾。

關於長期照護機構工作人員之人格特質與組織承諾相關性，根據董明先[26]之研究結果，具備嚴謹自律性及為和善性之人格特質者，較符合長期照護機構員工應有的特質。而機構員工都有高度的組織承諾，其中以努力承諾與價值承諾最高。整體而言，嚴謹自律性、外傾支配性與和善性的人格特質

與組織承諾的三個構面都有明顯的正相關，而神經質的人格特質則與組織承諾的三個構面有明顯的負相關。此外，年齡與月薪可預測價值承諾、努力承諾及留職承諾，且兩變項皆呈正向關係。

至於民眾對會如何選擇長期照護機構，羅萱等[27]以知覺風險為市場區隔基礎作歸類，低知覺風險集群較偏好以「機構形象因素」、「便利性因素」及「照護品質因素」等屬性來評估機構品質好壞；且對使用機構式照護的意願較高。中等知覺風險集群較偏好「醫療專業護照服務因素」及「尊重與安全的照護環境因素」等屬性來評估機構品質好壞；但使用機構式照護的意願較低。高知覺風險集群較不以機構形象因素及便利性因素等屬性來評估機構品質好壞；且使用機構式照護的意願也較低。長期照護機構提供者可利用知覺風險程度為市場區隔的基礎，並針對不同區隔市場選擇屬性的偏好與特色，發展不同的行銷組合策略。而吳惠萍[28]的研究亦指出，「醫療滿意」、「硬體設備」、「整體環境」、「整體服務」、「舉辦活動」、「政府政策」等項目為影響高齡者進住高齡養生村意願之主要因素。

至於影響老人選擇機構式長期照顧服務之影響因素，鄧惠文[29]的研究結果顯示：1. 當子女個數越少、居住於都市、無伴侶、無自有屋、自評健康狀況越差及男性皆將傾向以安養院作為最佳安排；2. 65歲以上老人不論在獨居或與子女同住相對於安養院的選擇下，無宗教信仰、居住於都市、無伴侶、自評健康狀況越差皆使得老年人越傾向將安養院視為最佳安排；3. 64歲以下的中年人僅有教育程度及子女個數會顯著影響中年人在老年理想居住安排上的選擇，且教育程度越高及子女個數越少者越傾向將安養院視為老年理想安排。3. 沒有男性子女的老年族群選擇獨居或安養院的比例則明顯提高，且女兒個數越少者越傾向認為安養院的安排對於沒有男性子女奉養的老年族群較佳。而陳秀華[30]的研究亦顯示：1. 不同生活型態之中高齡者，對於養生住宅的態度會有所不同，生活型態屬於健康品質型者，對於養生住宅的認同度及進住意願較高；2. 不同二代關係滿意度之中高齡者對於養生住宅的態度會有所不同二代關係滿意度愈高者，對於養生住宅認同度愈高；3. 女性、軍公教、大專大學以上學歷者對於養生住宅的認同度及進住意願最高。

2-3 榮家相關文獻整理

國內對榮家的相關文獻不多，且多數以榮家之服務品質為研究眾多。例如曾微婷[31]針對榮家榮民健康相關生活品質暨五年存活做追蹤研究指出，影響榮家榮民健康之危險因子，主要有身體安全保障、資訊技能、工作能力、負面感覺等。故其照護策略著重於預防慢性病、多做休閒活動、睡眠充足、增加安全感、可方便的得到所需的資訊、滿足自我的工作能力，增加自我存在的價值。郭洺豪[32]的論文亦指出，榮家榮民健康生活品質屬於中上程度。其中環境範疇生活品質最優，其次為生理範疇、社會關係範疇，心理範疇則最差。而健康相關生活品質最佳預測變項為「自覺健康狀況」、「自覺快樂程度」、「日常活動能力」、「規律運動 30 分鐘以上」、「休閒活動」。

張桂津[33]針對台灣失能榮民眷醫療與長期照護服務使用之研究指出，教育程度、子女數、婚姻、認知障礙、失能情形、插管等因素，均顯著影響長期照護服務之使用。相對於不識字，中學以上使用機會較高；相對於無子女及 1-2 個子女者，3 個以上子女之老人使用機會較低；有偶者比無偶者使用機會較低；有認知障礙者比無認知障礙者使用機會較高；有插管者比沒有插管者，使用機會較高。



三、研究方法

3-1 研究架構

本研究屬於財務分析研究，首先藉由對榮家之過去、現在與未來等相關研究背景之探討，說明榮家經營為何需要變革；進而運用策略規劃程序，分別從產業面、政策面、以及榮家核心資源等內因外緣分析，以及 SWOT 分析之策略設計，辨識榮家因應組織變革之策略設計(具體可行方案)。

在初步研訂「以作業基金型態為財務配套」及「以老年長照人口取代榮民」之策略設計下，本研究將進一步進行自負盈虧可行性之研究。為獲取相關財務資料設算之基本假設，本研究以行政院經建會有關我國台灣地區 2006-2020 年老年長照人口統計推估基礎，2007 年為推估之基準年，2007-2020 年為期間，分別設算榮家進入一般長期照顧市場之需求人口、依目前條件可進住榮家之潛在顧客(含老年榮民及非榮民長照人口)；再以榮家目前市占率為設算基本假設，推估各年度床位需求。

根據各年度榮家床位需求推估，選定「榮民床位得否維持」、「是否投資新建床位」為「重要」且「確定」之變數，發展四種策略情境，並運用財務分析技術，針對榮家在「榮民床維持、不新建床位」、「榮民床維持、新建床位」、「榮民床遞減、不新建床位」、「榮民床遞減、新建床位」等不同策略情境下，設算「收入是否可能達成損益兩平」(包括含折舊、不含折舊、財務缺口等三種情況)、「有否淨現金流入」(現金流入大於現金流出)，以及在「榮民床維持」、「榮民床遞減」等兩種情境下，新建床位所需投入資金其資金回收時間及投資報酬率等資本支出效益分析等。

為進一步了解策略設計之不確定性風險，本研究續針對「可能情境」與「最佳情境」之下，分別比較在「預測情況」(基本假設)、「樂觀情況」(目前最低成本)、「悲觀情況」(目前最高成本)、「固定成本減少 10%」(以基本假設為基準)、「固定成本增加 10%」(以基本假設為基準)財務假設下，進行敏感度分析，以作為本研究主題之結論與建議之依據。

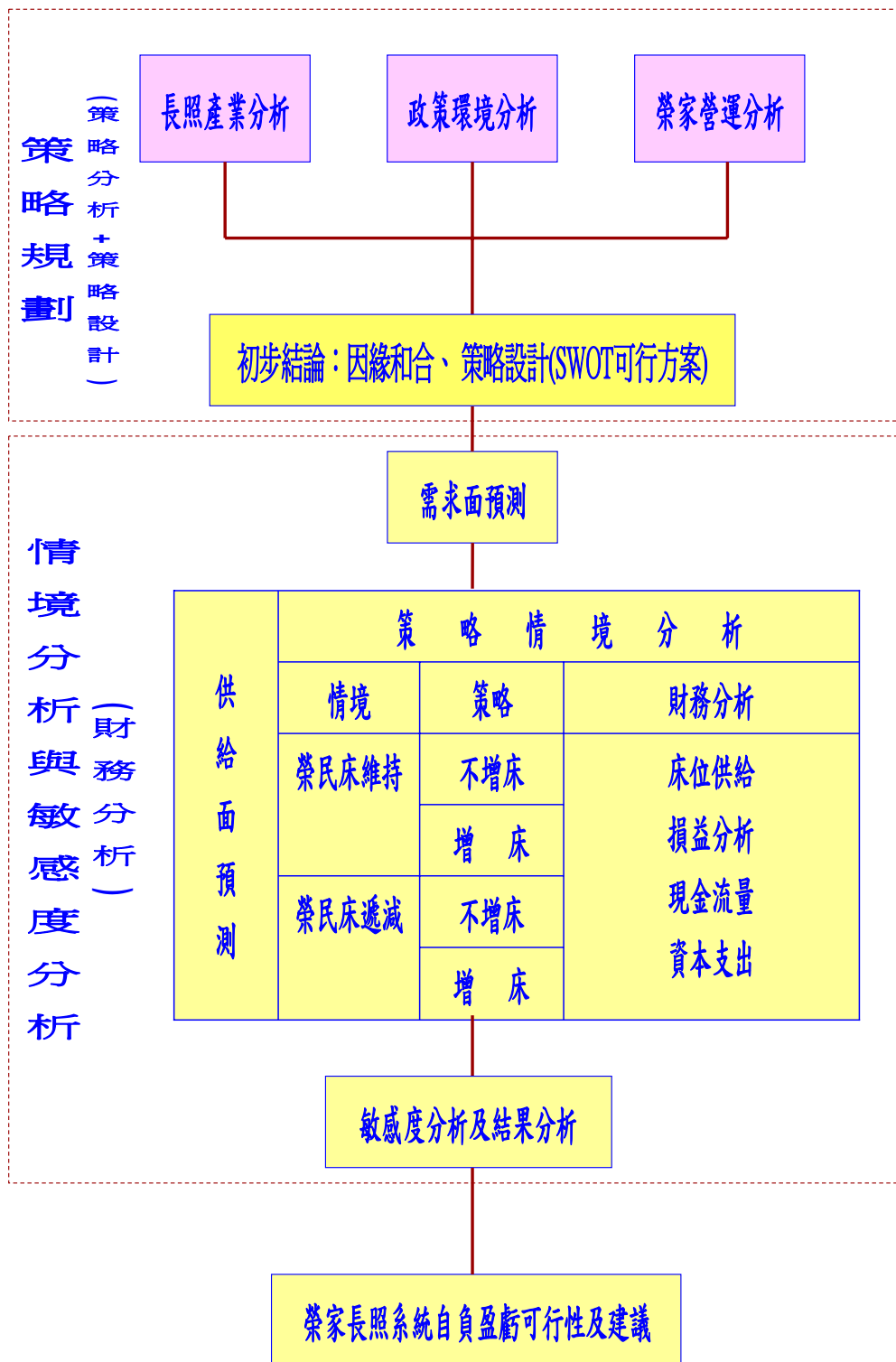


圖 2 研究架構

3-2 策略規劃

毛治國[34]將企業組織系統的存在與演化，歸納出「價值律」、「自強律」、「守常律」、「應變律」、「演化律」及「因革律」等六個自然規律，簡稱「組織六律」。其中「價值律」指出，任何能夠存在的企業組織，對於外在產業與市場生態系統來說，必然有它特有的功能或價值—例如：能夠提供滿足市場需求的產品或服務，以及能夠在產業的供應鏈中扮演重要的角色等—這種功能與價值就是組織生存的核心利基，也是組織核心競爭力的基礎。換句話說，組織的生存發展其實是一種「內因為依據，外緣為條件」的互動過程。核心利基是組織得以存活的內在基本面，也就是內因。他與外在市場與產業條件(亦即外緣)能夠互相調和，組織就可以在生態系統中找到適當的定位，也因此獲得他成長的機會。反之，內因與外緣彼此無法搭配，組織在生態系統中就無法發揮功能，他就失掉了生存的立足點，難免就步上天折或衰亡的命運。這正是荀子：「萬物各得其和以生、各得其養以成」所描述的關係。

榮家是公家機關，他的存在與演化通常必須通過「價值律」之檢驗。換言之，就整個政府機關之功能而言，榮家特有的功能或價值是否繼續存在，就成為榮家組織是否永續維持之關鍵因素。而透過榮家過去、現在與未來等研究背景之探討，我們了解榮家目前發展瓶頸，以及未來經營管理挑戰，並試圖尋找新出路。因此，本研究應用策略規劃[策略分析+策略設計(具體行動方案)]程序，分別從產業面、政策面、以及榮家核心資源等內因外緣之資料蒐整及分析，以SWOT之組織診斷技術，從榮家之「優勢與機會」(SO)面出發，試圖透過策略分析，辨識榮家因應組織變革之策略設計(具體可行方案)。

3-3 策略情境分析

1970年代，殼牌石油(Shell)因事先進行了阿拉伯實施石油禁運的「情境規劃」(Scenario Planning)，而降低了全球石油供給驟變所造成的營業衝擊。事實上，殼牌石油沒有預知會發生石油禁運的超能力，只是藉由預先設想情境及發展出解決方案，一旦禁運發生，就可以靈活應變，將衝擊減至最低。¹

「情境規劃」(Scenario Planning: The Link Between Future and Strategy)一書作者Mats Lindgren與Hans Bandhold指出，情境規劃與預測(Forecast)或願景(Vision)不同。情境規劃是中長程導向，不確定性極高，聚焦於「描述

接近未來的真實形貌」(Plausible Futures)，主要是協助組織在高度不確定的環境下，將情境規劃與策略規劃的思維結合，並付諸執行，以降低風險，創造可預見的成功，而不再只是摸著石子過河。

Lindgren 與 Hans Bandhold 提出情境規劃的步驟如下：

1. 探尋軌跡：決定未來規劃期程目標與時間範圍後，運用焦點團體或德菲法(Delphi)，依循環境變化及發生徵兆，探尋潛在的機會與威脅，了解環境中的各種驅力，以「確定性」與「重要性」兩個座標軸線，發展更深入的討論與思考，進而確認趨勢。
2. 分析：根據某些已發生或正在發生的事件，透過路徑圖的描繪，將各項趨勢間的關係連結起來，找出最可能且最正確的趨勢，據以規劃未來情境分析趨勢的因果關係，並規劃未來可能發生情境。
3. 想像：透過願景建立共識，會提高成員共同參與的動機，讓他們了解，這個願景是成員共同規劃出來的，讓每位成員對組織產生承諾。再者建立組織願景並確認未來情境發生的可能機率，以樂觀、持平、悲觀觀點，完整思考組織可預期的未來。
4. 決定：根據所獲得的資訊衡量其重要程度，並進行群體決策，且據以發展行動策略，同時檢視這些策略是否符合當前組織與顧客的需求？是否已善用組織現有的優勢與能力？是否符合未來情境的成長趨力與特色？
5. 行動：將組織所規劃的新資訊帶至組織及成員的舊經驗中，並與策略行動與風險管理機制整合，為風險做好準備後，開始行動。

當榮家選擇以「以長照人口替代榮民」之策略設計時，其所面臨必須面臨之組織變革，並非線性預測或數字管理所可以掌握，而本研究以榮家能否自負盈虧為問題核心，在面臨諸多不確定性變數，策略情境分析法正可提供較完整的、系統性的分析探討。而影響榮家能否於達成損益平衡、穩健發展之重要變數，主要以「榮民床位能否繼續維持」、以及「是否為滿足非榮民長照需求辦理增床」等兩個「確定」且「重要」之因素為決策核心，並構成四種情境軸面。透過對於各種情境之財務分析、敏感度分析，適足以幫助我們釐清榮家自負盈虧之可行性與關鍵成功因素，作為研究結論之依歸。

1. 摘自經濟日報 97 年 4 月 20 日 c5 版，梁源湘「情境規劃，不再摸著石子過河」文稿。

表 4 策略情境變數與分析軸面

情境變數 決策	榮民床位遞減	榮民床位維持
不增床	<p style="text-align: center;"><u>Base Case</u></p> <p>1. 情境假設：</p> <p>(1)do nothing 服務品質維持現況 (2)不積極勸進榮民，榮民床依榮民凋零情形自然遞減 (3)不考慮增加資本支出新建床位 (4)閒置床收住非榮民長照人口</p> <p>2. 分析軸面：</p> <p>(1)床位供需 (2)損益分析 (3)現金流量</p>	<p style="text-align: center;"><u>Case A</u></p> <p>1. 情境假設：</p> <p>(1)提升服務品質 (2)積極勸進榮民，以維持現行榮民床數標準 (3)不考慮增加資本支出新建床位 (4)餘閒置床再收住非榮民長照人口</p> <p>2. 分析軸面：</p> <p>(1)床位供需 (2)損益分析 (3)現金流量</p>
增床	<p style="text-align: center;"><u>Case B</u></p> <p>1. 情境假設：</p> <p>(1)服務品質維持現況 (2)不積極勸進榮民，榮民床依榮民凋零情形自然遞減 (3)為滿足市場長照人口增加之需求，以 109 年為滿足年來設算增床數(小額) (4)新增及閒置床皆收住非榮民長照人口</p> <p>2. 分析軸面</p> <p>(1)床位供需 (2)損益分析 (3)現金流量 (4)增床投資效益</p>	<p style="text-align: center;"><u>Case C</u></p> <p>1. 情境假設：</p> <p>(1)提升服務品質 (2)積極勸進榮民，以維持現行榮民床數標準 (3)為滿足市場長照人口增加之需求，以 109 年為滿足年來設算增床數(大額) (4)新增及閒置床皆收住非榮民長照人口</p> <p>2. 分析軸面</p> <p>(1)床位供需 (2)損益分析 (3)現金流量 (4)增床投資效益</p>

3-4 資料蒐集之實施

3-4-1 榮家資料

1. 榮家財務報表資料，這些資料係用來做為自負盈虧之各項成本設算基礎，以

作為評估與提供建議之依據。由於榮家目前並非自負盈虧機構，並無獨立之財務報表可供直接採用，因此本研究從退輔會屬本研究涵蓋期間之年度預算書表獲得初級資料，再逐一按其成本屬性重新歸類，俾能獲取本研究情境分析所需之基本假設資料。

2. 退輔會相關業務及統計報告，這些資料係用來了解榮家歷史脈絡及政策走向，並據以推估榮家床位未來變化趨勢。由於退輔會相關統計資料至多以五年為期，本研究為獲得未來榮民床位增減變化之推計推估基礎，並須針對公費就養榮民人數進行直線迴歸分析，俾預測未來(2007-2020)人數遞減情形，因此除須蒐整相關統計年鑑資料外，亦必須參酌相關業務統計資料輔助之。

3-4-2 政府出版品及相關研究數據

1. 蒐集內政部老人福利政策業務報告，以了解政府老人長照政策取向。
2. 蒐集老人福利機構供需等相關研究統計資料，以估測非榮民對榮家床位之需求。
3. 政府長期照顧十年計畫之內容，以作為本研究所提出「以長照人口取代榮民」之榮家組織變革策略之立論依據，並依據計畫內容之補助基礎及需求推估，作為相關財務設算之基本假設基礎。

3-5 研究限制

3-5-1 榮家床位需求之推估

本研究有關榮家床位之推估，係依據政府十年長期照顧計畫內容，有關民國 95-109 年長照人口機構式照護需求人口之推估數據為基礎，再根據目前榮家床位 96 年第二季收住人數占全國老人實際進住機構式安養人數之比率，作為榮家市場率之基礎，並據以作為未來每年新增老人機構式長照需求人數，榮家應提供之床位數。惟實務上，目前之市場率並不同未來之市占率，榮家床位之需求仍需取決於整體市場價格、床位供給、以及民眾進住意願等因素影響。而本研究為便於各種策略情境之比較，逕以榮家目前市占率推估未來十年長照人口對於榮家床位需求數，並以基本假設陳述，此為本研究之限制之一。

3-5-2 榮家床位供給之推估

榮家床位之使用，除現住榮民之老化凋零因素，受醫療科技及照顧體系之影響之外，由於目前多數具有公費就養資格之榮民，因不願受拘束寧可選擇

單身在外獨居，不願入住榮家。惟未來可能隨渠等人員年歲增長衰老提高入注意願，以及退輔會可能採取更積極之勸進措施，致使榮家可供釋出之床位資源縮小。但是，這並不表示榮家無需進行「以長照人口替代榮民」之組織變革策略，僅係榮民及非榮民床位增減趨勢可能因此未如預期。然本研究係依據民國 90 至 96 年之公費就養榮民遞減趨勢，運用直線回歸方法推估研究民國 97-109 年之人數變化，再依民國 96 年實際入住比率作為公費床位需求推估基礎，並依各情境核算可供釋出之床位數，並作為相關財務分析之設算依據。惟如前述實際情況可能受勸進政策、老化凋零速度等不確定因素影響，可供釋出吸納長照人口之床位供給或有增減之可能，惟為利本研究之各種策略情境財務分析之進行，逕依據歷史資料以直線回歸方法預測榮民床遞減情形，並據以設算可供釋出之床位供給，此為本研究之限制之二。

3-5-3 收入及成本單價

本研究有關長照人口進住榮家之收費標準，係以政府十年長照計畫所定之中低收入重度失能老人機構式安置費補助準，每人每月最高補助金額 1 萬 8,600 元之基礎設算，惟因收費標準可能受各轉介機構經費或預算限制，以及物價波動因素之影響，客觀上並無法確保未來十年不變；此外，有關榮家之成本設算，因其目前屬公務預算機關，各項經費之支出係「業務計畫」或「用途別」表達，無成本習性歸屬及損益資料可參，又最近五年之相關預算間無顯著差異，受研究時間及資料蒐整困難等因素影響，本研究逕以民國 95 年度決算金額，由筆者依經費用途屬性主觀的做固定及變動成本之區別，自不免欠周延。此外，榮家之各項成本亦可能因為自負盈虧之組織變革，逐年抵銷原公務體制下之無效率，至相關成本獲得控管不致繼續膨脹。但因以上收入及支出單價之設算，僅係供推估各種策略情境下損益情形及現金流量之比較分析，在假設基礎一致下尚不足以影響研究結論之歸納，故將相關成本及收入單價列作基本假設，同時忽略員工人口結構、物資成本等未來物價調整因素，此為本研究之限制之三。

四、策略規劃

4-1 長照產業分析

4-1-1 老人長期照護之演進方向

各先進國家在長期照護的推展上為時已久，經過不斷的改進及演變，整個長期照護的演變情形大致可以分為以下五個發展階段[35]：

1. 由濟貧到防貧(1940-1950 年代)

在早期社會福利最早開始推動的英國，傳統上基於濟貧法以少數無力自立自助的貧民為特定對象，且多半由轄區教會施以照護；進入工商業社會之後，趨向放寬對於救助對象的限制，並由當時的社會民主主義者，倡導由濟貧走向防貧的功能。例如 1942 年的英國貝佛里奇報告書的發表，引起各國的重視，而且產生相當程度的影響。但此一時期的老人長期照護普遍被認為是家屬應負的責任。

2. 選擇主義到普遍主義(1950-1960 年代)

長期照護發展至 1950 年代，各國政府有關長期照護政策，多奉行所謂的選擇主義(selectivism)，即透過資產或所得調查，篩選無法自立或依賴家屬照護的人為受助對象。惟至 1960 年代，逐漸朝向普遍主義(universalism) 的福利理念發展，放棄資產調查，並盛行長期照護機構的收容服務。即英國社會福利學者 R. M. Titmus 所稱：從殘補性福利模式(residual model) 移向制度化福利模式(institution model) 的時期。此一時期，除了英國之外，北歐各國的社會福利制度也廣受注視，各國紛紛派員前往考察學習。

3. 正常化與統合時代(1970-1980 年代)

長期照護的觀念在進入 70 年代以後，由於受到福利理念與政策轉變的影響，老年福利設施方面發生了相當多的變化，特別是在英國及北歐國家，更積極展開興建老人集合住宅(service housing)，附帶提供照護服務，同時具備完備的警報系統等等，一改以往執行收容式的老人福利設施面貌，但利用者(老人) 需與提供者(鄉、鎮單位) 簽約及繳付房租(僅領基礎年金的低收入老人，最高可獲得相當於房租八成的住宅津貼。同時，採行較開放的管理方式，即利用者可自由佈置室內、自炊伙食、招待外客等，如同在自己的家中過正常生活。這種正常化措施(normalization)，是將住宅、福利設施及醫

療院所三者綜合起來規劃設置，以利老人接受長期照護及綜合性醫療服務；相對地，以往的老人之家開始減少，重度殘障以及需要長期照顧者，則移往社區護理之家(local nursing home) 就近照顧。

4. 重視互助共生、自由選擇的時代(1980 年代中期— 1990 年代)

老人長期照護到了 1980 年代中期，始獲得更進一步的發展。因為正常化理念的實現，不僅涉及上述機構收容的家庭住宅化，而且更尊重個人願望，在自己所習慣的住宅環境中接受長期照護，政府方面也相對提供有利的相關支援服務；換言之，在此時期，利用者個人對於照護場所(重度需要長期照護者，有必要時也可在改造後的自宅中接受 24 小時的照護服務)及服務方式的自行決定權與選擇自由，較受到充分的尊重。同時，將訪視護理、基層醫療及老殘福利設施，移交鄉鎮自行負責管理。自 1980 年代後期開始，老人集體住宅(group housing) 逐漸取代老人集合住宅(service housing)，前者形同附有小型照護功能的家庭式集合住宅，利用對象主要以精神障礙老人為主，期以減少機構收容案件。瑞典 1992 年 Adel (老人委員會) 改革，以及英國 1991 年實施「社區設施化」(Institutionalization of Community) 構想均屬之。

5. 二十一世紀的新理念(1990 年代後期至今)

在二十一世紀的今日，老人已今非昔比，不再像過去擔心三餐不繼，然而，如今對於醫療照護的關切，卻成為步入老年之後不安的主要原因。以日本 1993 年對 36-60 歲國民舉辦有關「高齡期生活形象民意調查」為例，認為高齡期不安的原因，以「配偶身體病弱」及「自己或配偶臥床不起或罹患老人痴呆症需人照護」兩項，同占第一位(約 50%)，因應時空變遷，對於今後老人福利及老人醫療保障的政策理念，宜隨同老人基本需求的多樣化而應變革新。

4-1-2 老人長期照護之發展趨勢

以往十年以來，對老人長期照護採取特別政策，或對長期照護制度進行重大改革的國家，包括奧地利、德國、日本、紐西蘭、澳洲、瑞典、英國、加拿大、丹麥及美國等。歸納起來，其改革動向分別有[36]：

1. 綜合醫院的病房等設施，從社會、財務、技術等層面來看，均非長期照護的最適環境，反而花費成本最高。因此，多數國家一直努力設法抑低其長

期住院病床數；以美國為例，長期住在醫院的老人，已經較 1980 年代減少四分之一。

2. 護理之家(nursing home) 的病床反見增加，但其增加率較老年人口增加率為低。主要原因是，多數國家認為護理之家應屬老年人肢體不自由而需長時照護者的專門收容機構，因此，需要加強事前專業審查制度，嚴謹認定照護的需要性，並以興建老人集合住宅，或提供居家照護來疏導未通過機構收容認定的需要者。減少傳統形式的老人之家，並以小規模專門設施取代大型收容機構。如英國及瑞典。
3. 不能完全依賴公共照護服務及收容設施，宜以各項配合措施(如訂定照護計畫、提供日間照護、家事協助、家屬照護者休假等)，鼓勵居家照護的利用，用以降低照護成本及政府負擔。另外，公營護理之家的成長，亦嚴重影響公立醫院及社會救助預算，在政府極端困難的情形之下，轉而寄望民間保險能扮演互補角色，同時並開發經營長期照護保險，如日本及美國。

4-1-3 老人安養護與長期照護的服務提供模式

依照國內目前現況及發展所趨以及國外長期照護的發展經驗，可將一完善之長期照護模式的提供服務場所以及服務內容加以分類[37]，以下並就長期照護的各項模式逐項加以說明。

1. 機構式照護的意義

在長期照護體系中，所謂的機構式照護指的是個案居住於機構中接受照護，由機構負責一切日常生活所需，其中也可以包括專業照顧及醫療服務等。

「老人福利法」中將老人福利機構分為五種，包括：

- 一、安養機構：以安養自費老人，或留養無扶養義務之親屬，或扶養義務之親屬無扶養能力之老人為目的。
- 二、養護機構：以照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人為目的。
- 三、文康機構：以舉辦老人休閒、康樂、文藝、技藝、進修及聯誼活動為目的。
- 四、服務機構：以提供老人日間照顧、臨時照顧、就業資訊、志願服務、在宅服務、餐飲服務、短期保護及安置、退休準備服務、法律諮詢服務等綜合性服務為目的。

五、長期照護機構：以照顧罹患長期慢性疾病且需要醫療服務之老人為目的。

然而，一般常見的長期照護之機構照護模式，大致上可以分為護理之家、安養機構以及養護機構。以下逐項作一說明：

(1) 護理之家

護理之家是目前國內提供機構式照顧的主流，在未來的發展趨勢中，更有其一定的重要性。護理之家，顧名思義指的就是以專業的護理服務，提供住民一個安全居住的環境。護理之家所提供的服務內容，會依其機構的特性而有所不同，但是主要的還是以維護健康、發揮住民身體功能為主要的照顧目的。其服務對象主要為罹患慢性病而需要長期護理之病人，及出院後需繼續護理之病人；機構內的人員編制包括護理人員、病房服務員、社會工作人員以及視其業務需要特約物理治療人員、職能治療人員以及營養師(護理人員法施行細則，1993)；而國內的經營型態大致上可分為兩種：a、醫院附設之護理之家，強調醫療方便性。b、獨立型態之護理之家，強調符合社區需求特質。

而合格的護理之家可依其提供服務的內容及收案的狀況分為以下三種類型：技術性護理機構、中度照顧機構以及個人照顧機構。技術性護理機構提供了較為複雜的護理照顧，以台灣目前狀況而言，住民多屬於重度依賴、有明顯技術性服務需求者，如使用氣切管或胃管、尿管護理者，住民以臥床不起者居多，甚至到達植物人的程度。其服務內容包括了：醫療、護理照顧、物理治療、復健照顧、藥品服務、營養服務、檢驗、社會服務等。

當疾病發生，由急性期轉入亞急性期以致慢性期，家屬需經歷對照顧工作陌生，以致熟練的階段，期間家屬須在疾病過程的改變中學習日後返家的照顧工作。中度照顧機構提供了中途轉運的功能，除了讓病人得到在亞急性期的照顧服務之外，更緩衝家屬對於返家照顧工作的焦慮，並能得到更多的學習。機構提供了24小時的照顧，其服務內容包括：部分護理技術服務、個人照顧、日常生活協助、必要時提供復健照顧、家屬照顧諮商與指導，在中度照顧機構中，健康諮詢為其主要的特性，相對的硬體設備及護理人員人力配置較技術性護理機構來的低。

個人照顧機構主要提供一種支持性、保護性的照護方式，住民通常沒有明顯的健康問題，身體功能亦沒有明顯的殘障，即大部分的日常生活照顧工作皆能獨立完成。個人照顧機構提供了一個保護良好、安全的環境，其提供的

服務包括：必要的日常生活協助(進食的準備)、生活環境的安排、娛樂設計、必要的職能治療。其目的在於提供住民一個安全的居住環境，並豐富其生活內容，以減少慢性病患或老人身體功能退化的程度。

(2) 安養機構

根據老人福利法中的規定，安養機構是指，以安養自費年滿 65 歲以上老人或留養無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人為目標。人員的編制上依機構的收容人數不同而有不同的規定。收容老人人數五人以上未滿五十人的小型安養機構，應設置主任一人、隨時至少有一名護理人員值班、日間每照顧十五人應設置照顧服務員一名、夜間每照顧三十五人應置一人，並得視機構業務置專任或特約社會工作人員及其他必要人員。至於收容老人人數五十人以上，二百人以下的大型安養機構，人員的編制上除院長(主任)外、隨時至少有一名護理人員值班、至少一名的社會工作人員，每安養八十位老人應增置一名社會工作人員、日間每安養十五人應置照顧服務員一人，夜間每照顧三十五人應置一人，同樣得視機構需要置輔導員、行政人員、專任或特約醫師、職能治療人員、營養師或其他工作人員。而其所提供的服務內容為：個人日常生活照顧為主的服務，包括安全的居住環境、營養照顧等。

(3) 養護機構

同樣的在老人福利法中也規定，養護機構所服務的案主為 65 歲以上，照顧生活自理能力缺損，且無技術性服務需求之老人。人員的編制上依機構的養護人數不同而有不同的規定。養護老人人數五人以上未滿五十人的小型養護機構，應設置主任一人、隨時至少有一名護理人員值班、日間每養護八位老人應設置照顧服務員一名，夜間每照顧二十五人應置一人，且機構內隨時需保持有一位服務人員值班，並得視機構業務置專任或特約社會工作人員及其他工作人員。至於養護老人人數五十人以上，二百人以下的大型養護機構，人員的編制上除院長(主任)外、隨時至少有一名護理人員值班，且每養護二十位老人應置一名護理人員、至少一名的社會工作人員，且每養護一百位老人應增置一名社會工作人員、日間每養護八位老人應置服務人員一名，夜間每養護二十五位老人置服務員一名，並得視機構需要得置行政人員、專任或特約醫師、物理治療人員、職能治療人員、營養師或其他工作人員，而其服務的內容包括了部分的醫護照顧及復健服務，同時也提供個人日常生活照顧

服務，亦包括營養照顧等。

2. 社區式照護的意義

社區式照護係指依社區需求加以規劃、整合及運用社區資源，提供社區民眾所需之長期照護服務。社區照護的對象泛指社區中所有的居民；但針對長期照護而言，則指身體功能有部分缺失或為失能、殘障患者，或因年齡、疾病需要長期照護者，有時家庭照顧有困難者，亦屬於社區式照護之服務對象。

社區式照護服務的內涵依個案需要而有不同的服務型態，包括日常生活照顧、醫療、護理、復健、社會服務等。服務的型態有：居家護理、個人服務、家事服務、送餐服務、老人公寓、其他輔助服務等。以下就社區式照護服務之各個不同之服務型態加以說明。

(1) 居家護理

居家護理係指有系統的提供給活動侷限在家中或失能者有關之健康照護及社會服務，服務場所以案主家中為主。居家護理之場所強調以案主家中為主，也就是案主的活動限制於家中，無法自行外出。就醫，居家護理正是一種對於這些臥床及行動受限制之病人，在其自宅提供衛生、保健、復健性之服務。其目的是維持、促進案主的健康或安寧的死亡。換言之，由一群醫護專業的團隊到案主家中提供有系統的照護服務。此項服務在台灣有大致上是以醫院為基礎的居家護理機構，以及獨立型的居家護理機構來提供服務。其服務對象為符合全民健保收案條件者：(1) 病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時間超過百分之五十以上，活動限制在床上或椅子上。(2) 有明確之醫療與護理服務項目之需求者。(3) 病情穩定能在家中進行醫護措施者

(2) 居家服務

居家服務所提供的服務有個人照顧及家事服務等日常生活的協助，而其主要的服務對象是沒有太多醫療照護需求之老人或失能者。在個人照顧服務方面，主要是提供一些不需要刻意策劃的指導以及提供案主個人性的需要，而且讓案主可以自然的生活在家中。由家事服務員或所謂的在宅服務員、居家服務員來提供相關的服務，服務包括一些必要性的支持服務以及心理健康服務。個人照顧機構也提供醫療及諮詢服務。支持性服務的服務內容包括 家事服務、個人協助服務、喘息服務、陪伴服務、送餐服務、緊急呼叫系統等。

(3) 日間照護

美國國家成人日間照護機構於發展日間照護服務指引[43]中指出：日間照護是以社區為基礎之服務，照護計畫依個人身體功能受損程度而設計所需之服務，並且在安全的環境之下提供各種醫療性、社會性及各項支持性之服務，照顧時間可以在一天中之各個時段，但必須少於 24 小時，亦即讓患者有部分時間在家中接受親友的照顧。而日間照護的機構可依其性質分為成人日間醫院、精神病患日間照護中心、成人日間照護中心。其服務的內容包括：健康服務、心理社會活動及復健訓練。

(4) 其他：老人公寓、短期居住

隨著社會型態的轉變，獨居老人或失能者有日漸增加的趨勢。老人公寓是針對此類個案加以設計衍生的，主要提供老人一個安全居住的環境。其服務對象為所有老人或失能者，但自己能執行日常生活照料者。

而短期居住則與前述之喘息服務類似，主要目的在使主要照顧者得到休息的機會。其居住有一定的限制，並非長期居住。其服務對象為日常生活需人照顧而家屬短期無法照顧者。所提供的服務內容為日常生活的照顧、醫療、復健等。



4-2 政策環境分析

4-2-1 人口老化與安養護需求

我國台灣地區因人口結構改變與醫療衛生進步，使平均餘命不斷延長，老年人口占總人口比率逐年提升，根據內政部 96 年度社政年報資料，民國 82 年 9 月底台灣地區 65 歲以上的老年人口為 1,485,200 人，佔總人口之 7.09%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標；民國 96 年 2 月份老年人口更增加到 2,296,368 人，佔總人口的 10.04%。另依據行政院經建會推估，至民國 115 年左右老年人口將達總人口的 20%，即每 5 人中就有一位是老年長者。由此可見，醫療衛生、科技的快速進步，促使國民平均餘命延長，也增進人口老化的速度。

相關統計資料顯示：95 年度人口老化指數（65 歲以上人口數除以 0 至 14 歲以下人口數乘以 100）為 55.17%，老年人口依賴比（65 歲以上人口數除以 15 至 64 歲人口數乘以 100）為 13.91%，分較 82 年增加 26.93 及 3.43 個百分

點，平均每7位工作年齡（15至64歲）人口要負擔一位老年人口。從這些資料顯示高齡化社會之快速變遷，將引發新的需求與問題，已成為政府及民間關注的焦點，因而也需有相對的規劃及因應對策與措施，乃至法規的修訂均為必要，俾使政策、立法、服務合一，有效落實老人福祉。在高齡化社會裏，如何讓老人維持尊嚴和自主的生活是一項挑戰，也是整個社會包括老人本身、家庭、民間部門和政府的責任。再加上社會型態及家庭結構急遽轉變，老人照顧與扶養所衍生之相關問題，顯得相當重要並值得加以重視。

解決人口老化所衍生的各種相關問題，健全老人福利法制、規劃完善的老人福利措施、建立完整老人福利服務輸送體系，是當前各級政府推展老人福利服務最重要之課題。而為了協助老人重新調適其晚年生活，政府先後制定老人福利政策和方案，先是民國六十九年元月二十六日公佈施行及八十六年、八十九年修訂的「老人福利法」，民國八十八年修訂「老人福利法施行細則」，民國八十七年修訂發布「老人福利機構設立標準」，並於八十七年五月七日推出「加強老人安養服務方案」，逐年增編預算推展老人福利服務。

在各種老人福利政策與措施中，機構式的照顧(Institutional Care)是一項最具規模、最為多數人所熟悉、且存在也最久的作法。因應社會福利發展的趨勢，老人安養、養護機構已漸漸從以往救濟院的慈善施捨，轉為以服務為宗旨的方式。同時，隨著人們觀念的改變、生活水準的提昇，以及家庭規模與家庭功能的改變，機構式的安養與養護對象，也逐漸從孤苦無依、無法謀生的老人，擴展到能自負費用、自行決定如何安養的長者。近年來，因老人壽命的延長，導致罹患慢性病或癱瘓老人增加，提供此等老人養護與長期照護的機構亦不斷增加，台閩地區老人各類福利機構從民國八十五年的六十四家，至民國九十年底已達六百六十家[38]：到九十二年底止，全國計有安養機構四十九家，可收容一一、七一二床，實際收容七、五六三人，進住率為六成五，尚足因應未來健康老人的安養需求；養護機構七百五十八家，可收容二六、八一〇床，實際收容一九、二〇八人，進住率為七成二；長期照護機構二十家，可收容八七五床，實際收容六四五人，進住率為七成四；社區安養堂十五家；老人公寓四家，可收容七九一床，實際收容三七一人；老人福利機構提供的照顧已成為社會結構變遷下所不可缺少的一環。[39]

4-2-2 我國長期照顧十年計畫

有鑑於我國近年來人口快速老化，長期照顧需求人口數劇增，惟國內長期照顧服務體系未臻完善，行政院於民國九十六年三月核定我國長期照顧十年計畫，併列入大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。該計畫以日本（採取社會保險制度之國家代表）及英國（以稅收制作為長期照顧財源之國家代表）兩個國家之長期照顧實施經驗為借鏡，並參考已開發國家長期照顧政策之發展趨勢，訂定我國長期照顧制度之目標、規劃原則與實施策略。

一、規劃目標

本計畫的基本目標為「建構完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」。為求總目標的達成，政府應儘速建立穩健長期照顧財務制度，並建構一個符合多元化、社區化（普及化）、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之老人長期照顧政策。再訂六項目標如下：

- (一)以全人照顧、在地老化、多元連續服務為長期照顧服務原則，加強照顧服務的發展與普及。
- (二)保障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務，並增進民眾選擇服務的權利。
- (三)支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任。
- (四)建立照顧管理機制，整合各類服務與資源，確保服務提供的效率與效益。
- (五)透過政府的經費補助，以提升民眾使用長期照顧服務的可負擔性。
- (六)確保長期照顧財源的永續維持，政府與民眾共同分擔財務責任。

二、規劃原則

- (一)普及化：以全民為服務對象，不侷限於低所得家戶；以因應老化所致日常生活活動需要協助之失能者為對象。
- (二)連續性照顧：發展多元服務之長期照顧，優先發展居家和社區式服務，並整合保健醫療與社會照顧。
- (三)鼓勵自立：發展復健服務及居家環境改善服務，以支持失能者自立。
- (四)支持家庭照顧責任：透過照顧服務及喘息服務方案，支持家庭照顧持續照顧能量，並增進照顧者之生活品質。
- (五)階梯式補助原則：依照需求者家戶經濟能力及失能程度，提供不同額

度補助。

(六)地方化：為促使失能者在社區內可獲得所有必要之服務，服務資源開發以縣市為中心的策略。縣市政府之社政、衛政間應協同合作，透過整合計畫之共同研議、預算統籌運用之作法推動長期照顧。

(七)伙伴關係：內涵包括(1)中央與地方政府，(2)政府與民間單位，(3)政府部門之間，(4)政府、市場、家庭間的伙伴關係。

三、實施策略

(一)培育質優量足之人力投入服務：推估各類專業人力和照顧服務員之需求，並規劃養成教育和在職進修。

(二)擴展長期照顧服務設施：依據長期照顧需求調查結果積極發展居家式、社區式服務設施，並以提升機構式服務品質為目標。

(三)鼓勵民間參與長期照顧服務提供：從補助經費、檢討法令等策略提供協助，以減少參與障礙；另明訂服務提供單位之資格條件及監督管理機制，以確保服務品質。

(四)政府投入適足之專門財源，以推動長期照顧制度；並由中央配置資源，以避免地方政府各自設定資源發展之優先順序。

(五)政府和民間共同承擔參與長期照顧財務責任：政府應依老人失能程度及經濟狀況提供合理的補助。

(六)以需求評估結果作為服務提供之依據：配合自付額機制的設計，以控制長期照顧費用於合理範圍內。

(七)強化照顧管理機制：配置專業且具能力之照顧管理者，以進行需求評估，核定資格並擬訂照顧計畫，期能協助失能者獲得符合個別需求之服務。

(八)組成跨部會長期照顧推動小組：將規劃轉化為實施方案，積極推動並執行各項支援對策。

四、服務對象

本計畫考量我國人口老化趨勢之快速、資源開發的有限性，以及推動的急迫性，以下列資格者為優先之服務對象：長期照顧係為滿足老化導致之照顧需求，故以老人為主要服務對象；但考量個人之老化經驗不同，除以 65 歲年齡為切割點外，亦需將因身心障礙、地區等因素致使提早老化而需照顧之對象一併納入，包含 55 至 64 歲的山地原住民，以及 50 至 64 歲的身心障礙者。

至於僅 IADL 失能且獨居老人，因較易缺乏家庭社會支持，造成因無人可協助購物、煮飯、洗衣服，致使無法在家獨自生活，而過早進住機構，故亦將其納入現階段規劃的服務對象內。依據上述服務對象之界定，推估長期照顧服務需求人口數，民國 96 年年為 245,511 人，民國 99 年為 270,324 人，民國 104 年為 327,185 人，民國 109 年為 398,130 人。

五、服務項目

本計畫涵蓋的服務項目以協助日常生活活動服務為主，即所謂「照顧服務」，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧服務；另為維持或改善服務對象之身心功能，也將居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）納入；其次為增進失能者在家中自主活動的能力，故提供輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務；再其次以喘息服務支持家庭照顧者。

至於服務項目及補助方式之規劃原則有二：(1) 針對一般社會大眾，補助型態以實物補助（服務提供）為主，現金補助為輔，而以補助服務使用為原則。(2) 依老人失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的照顧服務補助，失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度愈高者獲得政府補助額度愈高。照顧服務補助對象在補助額度下使用各項服務時，仍需部分負擔費用，部分負擔的費用則與失能者之經濟狀況有關，收入愈高者，部分負擔的費用愈高。其中服務對象失能等級之界定如下：(1) 輕度失能：一至二項 ADLs 失能者；(2) 中度失能：三至四項 ADLs 失能者；(3) 重度失能：五項（含）以上 ADLs 失能者。

而有關補助服務時數之規劃為：輕度失能每月 25 小時；中度失能為每月最高 50 小時；重度失能則是 90 小時。另有關費用部分負擔之設計依經濟狀況設定不同補助標準：(1) 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍者：由政府全額補助；(2) 家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者：由政府補助 90%，民眾自行負擔 10%；(3) 一般戶：由政府補助 60%，民眾自行負擔 40%；(4) 超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。至於每小時的補助經費則是以每小時 180 元計（隨物價指數調整）。

六、規劃與現制不同之處

- (一)「訂定照顧服務」補助標準，提高補助經費之額度，並擴展服務項目，除了居家服務外，也納入日間照顧服務、家庭托顧服務。將居家服務、日間照顧及家庭托顧服務之服務項目統整稱為「照顧服務」，且為滿足社區裡中、重度失能者之照顧需求，提高失能者留住社區之誘因，依據個案失能程度調增補助時數。照顧服務補助和現有居家服務補助之新舊制比較，以輕度失能者為例，檢視補助標準，當民眾使用時數越多，政府補助額度越高；中度及重度失能者獲得的政府補助額度亦隨著使用時數提高而增加，顯示新制對使用照顧服務量較多之民眾較為有利。另為培養服務使用者付費的概念，避免照顧資源之浪費，規定將原免費（試用）服務時數全部轉為每小時均需部分負擔之補助額度。
- (二)為提升照顧品質，增補全民健保給付不足之居家護理服務：除目前全民健保之居家護理每個月給付二次外，得依失能者需求另再增加二次服務。
- (三)為支持失能者自主生活之能力，全面辦理居家復健服務：從目前部分縣市辦理到全省各縣市全面展開服務。
- (四)擴大輔具購買、租借服務及住宅無障礙環境服務之對象：從中低收入失能老人擴展到一般戶失能老人。
- (五)補助長期照顧需求者，使用長期照顧服務所需之交通接送服務。
- (六)考量若干中低收入老人若居住於社區，仍面臨照顧資源有限的境況，中低收入戶（一倍至 1.5 倍）居住於機構仍給予補助，原則上以現行政府對於低收入戶公費安置的補助費每月 18,600 元為準，補助資格限定於家庭總收入未達社會救助規定最低生活費用 1.5 倍之重度（ADL 五項失能）失能者。但居家護理、居家復健、喘息服務等給付項目則均不予給付。
- (七)增加喘息照顧服務，且以多元化提供和提高補助天數的方式來支持家庭照顧者：將目前各縣市分歧的制度統一化並擴大辦理，一者提高補助額度，並視照顧需求等級不同而有異（輕度、中度失能者補助 14 天，重度失能者補助 21 天），再者，可混合使用機構式和居家式喘息服務。

4-3 榮家營運分析

4-3-1 經費支出及財務概況

1. 自費安養中心

榮民進住自費安養中心必須依規定繳交伙食費及服務費。其中伙食費全數用於榮民伙食，由進住榮民「生活自治管理委員會」管理或採外包辦理；服務費（含「日間照顧」及「臨托服務」）則全數歲入解繳國庫；至於進住榮民服務照顧所需經費，則納入本會年度預算編列。四所自費安養中心 95 年度經費支出 2 億 9156 萬元，主要支出事項包括：

- (1) 行政維持：法定編制人員待遇及機關行政維持經費等計 2 億 79 萬元。
- (2) 醫療照顧：進住榮民之醫療照護事務及設施養護經費等計 492 萬元。
- (3) 安養養護：包括養護人力、用品消耗及安設備養護等經費計 8008 萬元。
- (4) 資本支出：係營舍整建工程及設備採購等經費計 576 萬元。

表 5 自費安養中心 95 年度經費支出概況 單位：新台幣千元

區分	經常門			資本支出 (營建工程)	合計
	行政維持	醫療照顧	安養養護		
八德	47,547	1,249	33,338	4,160	86,295
彰化	55,093	1,204	18,277	910	75,485
楠梓	50,047	1,548	20,583	97	72,276
花蓮	48,106	925	7,885	594	57,511
合計	200,794	4,927	80,084	5,763	291,569

資料來源：作者自行整理

表 6 自費安養中心試編 95 年底資產負債表 單位：新台幣千元

區分	資產				負債		淨值(代 管資產)
	流動資產	土地	設施	小計	榮民遺財	保管款	
八德	72,311	88,486	256,140	416,937	62,111	10,200	344,626
彰化	82,371	15,054	349,865	447,290	73,763	8,608	364,919
楠梓	101,445	276,587	406,052	784,084	94,204	7,241	682,639
花蓮	16,984	124,094	131,381	272,459	13,734	3,50	255,475
合計	273,111	504,221	1,143,438	1,920,770	243,812	29,299	1,647,659

資料來源：作者自行整理

2. 榮家

具就養資格之榮民進住榮民之家無須繳費。除伙食費按就養給與之「主副食費」標準（現為 3500 元），由榮民就養金內扣繳外，餘服務照顧經費，悉數編列本會年度預算支應。至於併設之自費安養或養護業務所收取之服務費（含「日間照顧」及「臨托服務」）則全數歲入解繳國庫。14 所榮家 95 年度經費支出 26 億 2060 萬元，主要支出事項包括：

- (1) 行政維持：法定編制人員待遇及機關行政維持經費等計 14 億 9412 萬元。

(2) 醫療照顧：進住榮民之醫療照護事務及設施養護經費等計 2442 萬元。

(3) 安養養護：包括養護人力、用品消耗及安設備養護等經費計 4 億 377 萬元。

(4) 資本支出：係營舍整建工程及設備採購等經費計 6 億 9827 萬元。

表 7 榮民之家 95 年度經費支出概況

單位：新台幣千元

區分	經常門			資本支出	合計
	行政維持	醫療照顧	安養養護		
板橋榮家	142,831	3,975	42,276	3,643	192,726
台北榮家	127,756	1,752	44,203	4,825	178,538
桃園榮家	143,855	1,531	50,375	4,493	200,256
新竹榮家	86,858	1,036	24,918	85,412	198,225
彰化榮家	113,277	2,115	35,327	110,363	261,083
雲林榮家	85,207	2,568	34,242	13,216	135,235
白河榮家	102,989	1,134	26,257	37,613	167,995
佳里榮家	80,448	1,216	20,261	119	102,046
台南榮家	102,819	1,788	16,521	6,040	127,169
岡山榮家	133,541	1,585	33,738	224,062	392,928
屏東榮家	100,744	1,120	30,729	32,537	165,131
花蓮榮家	99,540	1,273	16,980	71,762	189,556
太平榮家	88,030	1,849	20,461	6,458	116,800
馬蘭榮家	86,221	1,480	7,481	97,726	192,909
合計	1,494,122	24,426	403,776	698,277	2,620,604

資料來源：作者自行整理

表 8 榮家試編 95 年底資產負債表

單位：新台幣千元

區分	資產				負債		淨值（代 管資產）
	流動資產	土地	設施	小計	榮民遺財	保管款	
板橋榮家	94,065	653,646	230,861	978,573	84,287	9,778	884,508
台北榮家	95,627	9,543	468,456	573,627	81,466	14,160	477,999
桃園榮家	146,042	145,263	350,063	641,369	117,560	28,481	495,327
新竹榮家	114,871	1,139	142,908	258,919	45,677	69,194	144,048
彰化榮家	131,433	9,809	444,291	585,534	102,165	29,267	454,100
雲林榮家	169,376	85,012	317,161	571,549	133,439	35,936	402,173
白河榮家	82,903	82,616	411,454	576,974	74,603	8,300	494,071
佳里榮家	58,519	116,518	477,163	652,202	50,790	7,728	593,682
台南榮家	61,985	479,850	315,370	857,206	58,316	3,669	795,220
岡山榮家	118,241	192,915	301,510	612,668	108,677	9,564	494,426
屏東榮家	86,831	34,841	572,046	693,719	72,640	14,191	606,888
花蓮榮家	69,725	158,553	117,474	345,753	55,486	14,239	276,027
太平榮家	110,696	40,881	314,875	466,453	100,701	9,994	355,757
馬蘭榮家	34,128	173,931	304,534	512,595	30,345	3,783	478,466
合計	1,374,450	2,184,524	4,768,173	8,327,148	1,116,159	258,291	6,952,698

資料來源：作者自行整理

4-3-2 自費安養經費收支及自足率

茲以四所自費安養中心 96 年 7 月底實際進住床位數，依現行服務費收費標準，推估全年可獲收入（不含伙食費）計 6610 萬元，與 95 年度經費支出 2 億 9156 萬元比較，收不抵支差額 2 億 2546 萬元，財務自足率 22.67%，其中八德自費安養中心 26.59% 最高、花蓮自費安養中心 11.07% 最低。

表 9 自費安養中心經費收支及自足率概況 單位：新台幣千元

機構名稱	收入	支出	不足數	自足率
八德安養中心	22,911,249	86,295,618	-63,384,369	26.55%
彰化安養中心	18,336,000	75,485,833	-57,149,833	24.29%
楠梓安養中心	18,288,000	72,276,134	-53,988,134	25.30%
花蓮安養中心	6,369,310	57,511,682	-51,142,372	11.07%
合計	66,108,168	291,569,267	-225,461,099	22.67%

資料來源：作者自行整理

4-3-3 成本分析

以 95 年度決算資料推估，安養中心照顧進住榮民成本，平均每人每年為 16 萬 4 千元，遠低於榮民之家平均成本 21 萬 6 千元，初步研判差異原因，應係進住人員健康狀況有別所致。四所安養中心以花蓮之 29 萬 5 千元最高、八德 12 萬 3 千元最低。

進一步分析成本結構，其中變動成本部分平均約 5 萬 6 千元，公費與自費者之間無顯著差異；惟固定成本部分平均成本 10 萬 7 千元，則遠低於榮民之家 16 萬 3 千元，應係受機構規模不同影響所致。四所安養中心個別之固定成本，以花蓮之 23 萬 1 千元最高，八德之 6 萬 6 千元最低，主要原因應為各機構開設床位數差異過大所致。

表 10 自費安養中心成本分析概況 單位：新台幣千元

區分	變動成本			固定成本			每人每年 平均成本
	進住數	總金額	每人平均	床位數	總金額	每人平均	
八德	605	34,588	57	720	47,547	66	123
彰化	382	19,481	51	440	55,093	125	176
楠梓	381	22,131	58	503	50,047	99	157
花蓮	138	8,810	64	208	48,106	231	295
平均	1,506	85,011	56	1871	200,794	107	164
榮民之家	8,022	428,203	53	9,149	1,494,122	163	216

資料來源：作者自行整理

4-3-4 邊際貢獻分析

依安養中心現行收費標準按前項成本分析數據進一步伸算收住每位榮民之邊際貢獻程度均為負值，亦即每人每年之服務費收入，尚不足以支應因增加收置人員所需增加之開支。其中除花蓮因進住人數偏低致短差數達 2 萬 2685 元顯有異常外，餘八德、彰化、楠梓之短差數均約在 1 萬元左右。初步分析安養中心邊際貢獻負值致衍生經費補貼情形，與收住對象為榮民、中低收入老人等社福照顧對象之特性有關，收費標準之訂定及調整，必須考量社會觀感及當事人負擔能力等客觀環境因素限制所致。

表 11 四所安養中心訂價邊際貢獻分析 單位：新台幣元

機構名稱	每人每年收費	每人每年變動成本	每人每年邊際貢獻
八德安養中心	48,000	57,171	-9,171
彰化安養中心	41,160	50,999	-9,839
楠梓安養中心	48,000	58,087	-10,087
花蓮安養中心	41,160	63,845	-22,685

4-3-5 目前經營發展之困境

1、內住榮民老化快速凋零，外住榮民勸住效果有限

由歷史回顧得知，榮家之設置本係為收住就養榮民，早期或因容量或個人因素，就養榮民可選擇「住在榮家」、「榮院就醫」、「大陸定居」或「外住」等方式接受安養，故實際進住榮家比例不高。依據退輔會最近十年統計資料顯示，就養人數由 12 萬 6,834 人，逐年遞減至 8 萬 5,287 人，減幅 32.76%；而住在榮家人數更由 1 萬 4,598 人，減至 6,134 人，減幅 57.98%；無論是就養榮民人數或者是住在榮家之人數，均呈現大幅遞減情形。而就養榮民之平均年齡則由 72.8 歲提高到 78.5 歲，應是統計人數減少之主要因素。

另以就養榮民實際進住榮家之比列研析，截至九十六年十二月止，就養榮民人數 8 萬 9454 人，其中實際內住榮家者 7,354 人(含因病在榮院就醫者 1,220 人)，外住人數 8 萬 2100 人，與八十七年資料比較，進住率由 11.51% 降為 8.22%，比例略減；而外住率則由 82.09% 增為 91.78%，比例反而增加。換言之，隨著時空環境之變遷，內住就養榮民日漸老化且快速凋零，期間雖曾配合榮民需求，放寬允許就養榮民之配偶得隨同進住(故公費床位使用數略

高於內住榮民人數)；然因外住榮民勸導進住效果有限，致榮家產生床位閒置現象；再對照就養榮民之平均年齡與國人平均壽命相當之實況，如無積極替代措施，預判榮家資源閒置情形無法改善。

表 12 最近十年榮民就養人數統計表

年度	住在榮家	就醫	定居大陸	單身外住	有眷外住	合計	年齡
87	14,598	2,365	5,751	27,021	77,099	126,834	72.8
88	13,598	2,272	5,920	24,787	75,320	121,897	
89	12,931	2,135	6,090	23,303	75,075	119,534	
90	11,838	2,201	6,101	21,815	73,870	115,825	
91	10,715	2,260	5,824	20,060	73,152	112,011	
92	9,943	2,136	5,513	19,552	70,657	107,801	
93	9,425	2,110	4,931	20,422	64,295	101,183	
94	8,864	2,097	4,593	20,460	59,650	95,664	
95	8,405	1,887	4,225	18,010	59,490	92,017	
96	6,134	1,695	3,839	10,808	62,811	85,287	78.5

資料來源：作者自行整理

2、自費安養業務公務體制下缺乏推動誘因，服務質量亟待提升

榮家自民國八十七年實施自費安養業務，收住未符就養條件之榮民，因本項業務係採「部分供給制」，當事人所需自行負擔之費用，遠低於民間安養機構。惟此項業發展近十年，收住人數由民國 87 年 1809 人，微幅增加至 96 年 2217 人，成長極為有限，對照老年榮民人數達 30 萬餘人情況，相關業務確有再努力之空間。隨著公費床位需求之遞減，自費安養業務之推展，已成為未來榮家能否永續發展之關鍵。而如何提升服務質量，增加進住誘因，也應是榮家必須面對之課題。在傳統公務體制預算型態下，欠缺積極推動自費安養業務之激勵制度，而住民繳納之服務費解繳國庫，易造成「服務」與「收費」脫鉤現象，也就是提高收費只是在反映規費標準，與服務品質未必相關，如制度不改變，業務的發展勢必難有重大突破。

表 13 最近十年榮家進住狀況統計表

區分	公費			自費			合計		
	床位	進住	%	床位	進住	%	床位	進住	%
87	16,673	14,951	89.67	2,010	1,809	90.00	18,683	16,760	89.71
88	14,583	12,939	88.73	2,060	1,803	87.52	16,643	14,742	88.58
89	14,131	12,127	85.82	2,222	1,833	82.49	16,353	13,960	85.37
90	13,063	11,065	84.70	2,631	2,032	77.23	15,694	13,097	83.45
91	11,619	9,939	85.54	2,721	2,054	75.49	14,340	11,993	83.63
92	10,312	9,147	88.70	2,710	2,054	75.79	13,022	11,201	86.02
93	10,312	8,629	83.68	2,710	2,091	77.16	13,022	10,720	82.32
94	9,437	8,164	86.51	2,772	2,135	77.02	12,209	10,299	84.36
95	8,793	7,642	86.91	2,732	2,160	79.06	11,525	9,802	85.05
96	8,300	7,354	88.60	2,736	2,217	81.03	11,036	9,571	86.73

資料來源：作者自行整理

3、進住榮民老化，既有之軟硬體尚待充實

依據老人福利機構設立標準規定，養護機構應置工作人員並符合下列規定：一、院長(主任)：應置一人，綜理機構業務。二、護理人員：負責辦理護理業務與紀錄，隨時保持至少有一位護理人員值班，每養護二十位老人應置一人。三、社會工作人員：至少置一人，負責老人收容與轉介業務、老人諮詢服務、社會資源之結合與運用、老人福利服務方案之設計與執行、個案輔導工作及紀錄管理，每養護一百位老人應增置一位社會工作人員。四、服務人員：每養護八位老人應置一人，負責老人日常照顧服務。前項機構視業務需要，得置行政人員、專任或特約醫師、治療師、營養師或其他工作人員。

因退輔會成立時尚未有老人福利法的設置，故各機構的人力編制，在醫師、護理人員，社工人員的比例上，確有困難，目前各榮家均針對此一部分積極招募符合資格之人員進入榮民服務照顧體系，然因人員招募不易，所以在專業化部份仍有待持續規劃各項專業在職訓練補足及引進各類社會資源協助。

目前公私立安養機構均面臨此一問題，受過合格完整照顧服務員訓練之照服員明顯不足，此一區塊之工作人力流動率高，薪資水準不佳，工作壓力亦頗重，導致台灣本土人力參與意願不高，導致許多安養護機構都必須引進

外籍勞工或是大陸籍勞工來補足此一人力缺乏的問題，然而也引發照顧服務上的許多問題，例如語言溝通、文化差異、管理不易、照顧專業不足、人員流動大等等各項問題，榮民安養護機構目前利用編制內工級人力擔任照顧服務員，不足部分則採取外包聘僱方式辦理，然而外包人力愈來愈多情況下，上述各項問題亦引起榮民照顧服務上的品質引起疑慮。

4、行政人力過多，人事成本壓縮經費運用空間，限縮服務品質

根據退輔會最近十年預算資料顯示，96 年度榮家維持經費（含人員維持、行政維持、業務費及作業維持等）達 20 億 6163 萬餘元，與當年度實際進住人數 9571 人為基礎，則每人所耗照護成本達 24 萬 3500 元，與 86 年平均成本 9 萬 7600 元比較，成長幅度高達 2.5 倍。進一步分析得知，維持經費額度雖能逐年成長，惟多屬用作人員維持與行政維持之需，以 96 年度為例，人員及行政維持總額 19 億 4320 萬元，占總經費 94.25%；與 86 年度 82.35%比較，經費使用比例成長 12%。換言之，在 86 年每 100 元經費扣除行政維持費後，尚有 17.65 元可用作住民服務；然至 96 年僅於 5.75 元，尚不足原額度之 1/3。榮家在公務體制之下，因行政人力過多，所衍生人事成本偏高壓縮經費運用空間情形，確已限縮整體服務品質提升空間，如無因應作為，很難提升競爭力。

表 14 最近十年榮家預算概況統計表

年度	人員維持	行政維持	業務費	作業維持	合計	入住人數	平均成本
86	631,829	172,947	172,454	345,401	977,230	14,598	97.60
87	685,616	166,682	165,959	332,641	1,018,257	13,598	117.94
88&89	788,069	155,154	152,493	307,647	1,095,716	12,931	199.75
90	1,080,963	177,002	174,947	351,949	1,432,912	11,838	158.35
91	1,138,073	168,872	136,422	305,294	1,443,367	10,715	192.41
92	1,121,739	150,492	152,519	303,011	1,424,750	9,943	196.97
93	1,324,905	143,269	135,583	278,852	1,603,757	9,425	222.65
94	2,138,923	250,464	193,560	444,024	2,582,947	8,864	221.63
95	1,570,524	204,464	99,549	304,013	1,874,537	8,405	235.36
96	1,719,765	223,435	118,437	341,872	2,061,637	8,157	243.50

資料來源：作者自行整理

4-3-6 自負盈虧經營之趨勢與挑戰

1、政府政策

目前我國國家整體政策方向，正朝向下「新管理主義」、「行政組織瘦身」、「去任務化」、「地方化」、「法人化」以及「委外化」…等等發展[40]。這些政策發展方向，一方面是世界各國近年來共同的發展趨勢，另外一方面這些發展趨勢所產生的壓力也不僅僅是對退輔會或是個別的自費安養中心，而是對於所有行政機關全面的、全盤的組織變革。面對此種組織的全面變革如何因應，是榮家必須面對與思考的挑戰。

配合政府大溫暖計畫，榮家已開始釋出賸餘能量，參與社區老人照顧工作，隨著老人長期照顧的各項政策推動，榮家未來所需之經營管理方式，將因服務對象及內容之調整產生變化，在由傳統照顧榮民單一對象朝多元發展之同時，財務行政體制之調整恐無可避免。

2、榮民需求

我國老人人口快數增長，造成數量與比例的增加，老人安養護與長期照護的需求愈來愈高；同時，榮民的平均年齡也有逐日升高趨勢，其養護與長期照護的需求亦是愈來愈高。榮家既是為榮民而設，所有的經營管理措施，自當以滿足榮民需求為依歸，否則無存續價值。面對就養榮民老化凋零，自費安養業務發展侷限之境，如何迎合榮民需求，顯有再思量空間[41]。

3、經營方向

我國社政及衛生主管機關在老人安養護與長期照護政策上的轉變，已經逐漸從「單一的機構式照顧」改變為「居家、社區與機構式照顧多元組合」的方式[42]；政府在補助、委託，甚至定期評鑑的方向上等等政策工具，也鼓勵盡量往社區與居家服務發展。此種舉措代表老人安、養護機構之經營及服務，也逐漸走上社區化與多元化，而這種趨勢對於傳統上僅照顧榮民、性質單一、較為封閉、自成一家的榮家體系以及自費安養中心對於社區的參與，逐漸形成壓力。

榮家未來之經營與社區結合，已是必然趨勢，服務對象之改變勢必牽動相關財務規劃，如何在兼顧社會公平之基礎下，朝「受益者付費」之社會價值努力，將是未來榮家在財務運用上所必須面對之衝擊。

4、市場競爭

民間老人安養護與長期照護機構數量的增加，及其所帶來的市場競爭壓力。尤其是小型、位於社區內的機構，雖然受到「政府不補助、不得募款、不得有稅法上的優待」等「三不政策」之限制，但是憑藉著彈性而靈活的各種經營管理策略，以及「顧客導向」的服務方式，使得目前各縣市財團法人型的安養護機構中，比較傳統或比較保守者，感受相當大的壓力，紛紛轉型或改弦更張，進行組織重整或策略聯盟的動作。對於榮家及自費安養中心而言，短期之內尚能受法令規定以及照顧固定對象而不必與其競爭，但是來自民意代表、一般老人安養護機構的比較壓力，則日益增加。

5、服務對象

由於一般民間有愈來愈多老人進住機構，一方面由於這些老人教育水準比以往要高，另一方面由於政府強調「使用者付費」，加上前述小型機構的殺價與服務導向，使得現在的老人比以往更加挑剔、更強調消費者的選擇與滿意度。住於榮家的公費榮民，雖然一時之間不致以消費者自居，但是自費安養中心的榮民們，卻已逐漸自視為消費者，而逐漸有要求服務品質的呼聲。

4-4 策略設計

4-4-2 SWOT 分析

組織在策略規劃時，必須針對組織之內、外部競爭環境進行分析。也就是對組織內部之優勢、劣勢與外部之機會、威脅進行分析比較，然後再訂定一系列之策略方案。這種優勢(strengths)、劣勢(weaknesses)、機會(opportunities)、威脅(threats)的比較，通常稱為 SWOT 分析(SWOT 是前述四個英文字母第一字母之縮寫)。SWOT 分析的主要的在尋找能夠使公司資源與潛能可以和所處環境相配合的策略，換言之，由 SWOT 分析而產生的策略方案，應該是建立在公司的優勢之上，而得以利用機會對抗威脅，並且能克服公司的劣勢。因此透過 SWOT 分析，組織才能真正選擇到正確與適當的策略。就榮家而言，概可歸納如下：

一、優勢

- (一) 買方的良好評價：公立機構軟硬體設施相對較符合評鑑標準。
- (二) 關鍵領域的核心能耐：設立有時住民平均年齡較高，照顧高齡老人之

核心能力相對優於民間。

- (三) 良好的組織功能：附設保健組並有榮民醫院支援，符合醫養合一社會趨勢。此外現有完整照護體系『榮服處—榮家—榮民醫院』鐵三角，是榮家之核心競爭力、最大的無形資產，也是全球獨一無二利基所在。
- (四) 和強勢競爭壓力絕緣：公立機構收費標準政府管制，價格相對低廉；此外未來收入對象除榮民外，僅擴大將政府十年長期照顧計劃補助之長照人口納入對象，多屬政府濟助之中低收入戶等弱勢族群，與商業部門訴求爭取之對象有別。

二、劣勢

- (一) 產品線狹窄：公務預算體系經營不具彈性，較難滿足住民多元需求。
- (二) 疲弱的市場形象：齊頭式平等，收費標準與服務提供無對價關聯，不符受益者付費之社會公平原則。
- (三) 研發落後：軟硬體設施運用缺乏效率，並欠缺多元化轉型誘因。

三、機會

- (一) 擴充到新市場：榮民之家為主要公立安養機構，可優先配合政府長期照顧政策多元發展。
- (二) 能夠因應市場需要的強勁提升而成長的能力：老年人口逐年增加，安養床位供不應求，而榮家養護設施近年來已全面更新，整體環境優於民間，長期照顧核心資源相對優於民間機構式服務單位，產品具競爭力，業務發展具未來性。
- (三) 擴充產品線滿足範圍較廣顧客需要：年老及領有退休給與榮民比率高，而榮民對榮家之認同度相對高於民間機構，自費業務市場具開發潛力。

四、威脅

- (一) 耗費成本之法令規定：榮家受限公務體系限制，人員去化不易，隨進住榮民人數快速遞減，平均養護成本逐年墊高，可支配預算額度限縮。
- (二) 不利的人口特質變化：榮民年事偏高，凋零速度快，如未及時引進新客源，現有設施必大量閒置，機構有存續危機，榮家、榮院、榮服處已形成之整體聯結網絡之核心價值將蒸發。

表 15 榮家之 SWOT 分析

<p>優勢：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 價格較民間安養機構低廉 • 榮家軟硬體設施相對較符合老人福利機構評鑑標準 • 結合榮院、榮服處及榮家建構完整之服務體系完整，核心能力優 • 營運多年長期照顧經驗優於民間 	<p>機會：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 高齡化及少子化趨勢，機構式養護需求增加 • 政府推動長期照顧計畫，榮家可優先配合政策提供服務 • 榮民族群認同度且經濟條件改善，自費業務具開發潛力
<p>劣勢：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 經營不具彈性 • 欠缺多元化轉型誘因 • 收費與服務無對價關係，難以提升品質，滿足住民需求 	<p>威脅：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 行政人員去化不易 • 住民凋零速度快，每人平均養護成本遞增，需面臨成本效益檢討，機構有存續危機，榮家、榮服處、榮院整體聯結網路核心價值蒸發

資料來源：作者自行整理

4-4-2 以作業基金為自負盈虧之財務配套

1. 跳脫傳統公務預算限制，增加財務及人事運用彈性

依預算法及行政院所訂預算執行之相關規定，公務預算採統收統支，基金則為一獨立之財務個體，其執行彈性較公務預算大。

表 16 公務預算與作業基金差異比較

項目	公務預算	基金預算
1. 收入部分	除法律有特別規定(如高級中學法規定部分收入得採代收代付)外，各項收入均應繳庫。	收入全部由基金統籌規劃運用，且年度進行中超收得超支，再併決算辦理。
2. 支出之編列及執行	全部支出應按政事別、計畫或業務別與用途別科目編製之。於執行時，人事費不能流入及流出，其餘各項經費之流用亦有較嚴格之限制。	業務支出除少數公共關係費、國外旅費、捐助或補助、廣告宣導費等，行政院有限制外，其餘可視需要超支或流用，併決算辦理；購建固定資產一般執行原則可在預算總額內調整容納；若有不足，可報經行政院同意先行執行，於以後年度補辦預算。

3. 與總預算之關係	以全部歲入、歲出編入總預算。	以賸餘應繳庫額、收入不足支應支出由國庫補助額、填補短絀及增撥基金部分，編入總預算。
4. 經費保留	無論經常支出或資本支出，應就已發生契約責任或權責者，報經行政院核准後，始得保留於下年度繼續支用。	經常支出無須保留，資本支出於報主管機關(如教育部)同意後，得保留於下年度繼續支用。
5. 年度賸餘款之處理	年度終了未支用之餘款除依規定辦理保留者外，均應繳庫。	年度終了之賸餘得滾存基金於以後年度繼續運用。
6. 資金調度及運用	因由國庫統收統支，無資金調度問題，亦無法自行運用資金作其他投資。	脫離國庫統收統支，由基金自行統籌調度資金。另資金可轉存定期存款及投資政府債券、國庫券或其他短期票券等財務規劃。
7. 公款支付	由財政部支付處付款。	由各基金出納人員開具支票為原則，亦有少數基金仍由支付處付款之情形。

資料來源：作者自行整理

2. 榮家之設置有其政策任務，不宜民營化

榮家之業務，表面上來觀察似乎未涉及公權力本質，然就由其組織架構及任務編排觀之，所設「社會工作組」有掌理安養榮民之善後處理事項，所設「行政組」則有掌理安養榮民之財產保管事項，就此往往亦涉及民法、民事訴訟法、兩岸人民關係條例之適用，而涉及行政或司法等相關公權力行使。

此外，目前榮家雖然有部分業務委外，但是在短期之內，由於榮民過去生活經驗的不同，以及長久與外界社會接觸的不足，如果服務及管理業務完全委外，榮民可能會有適應不良的情形，所以不宜貿然將核心業務委外。因此，在公營體制下具營運彈性且講求企業化經營之作業基金型態，理應成為榮家發揮優勢、補強劣勢、把握機會、以及面對威脅之最佳選擇。

4-4-3 將長照人口納入需求對象

1. 公費安養榮民凋零，有釋出資源空間
2. 高齡化社會民眾長照需求人口遞增，榮家必須配合政府推動十年長照計畫，提供未利用床位，滿足基本需求
3. 公立安養機構以滿足弱勢族群基本長照需求為主，必須與商業部門作市場區

隔，避免「與民爭利」

4. 安養機構社區化為發展趨勢，榮家資源利用必須與在地民眾需求結合



圖 3 榮家地理位置分佈圖

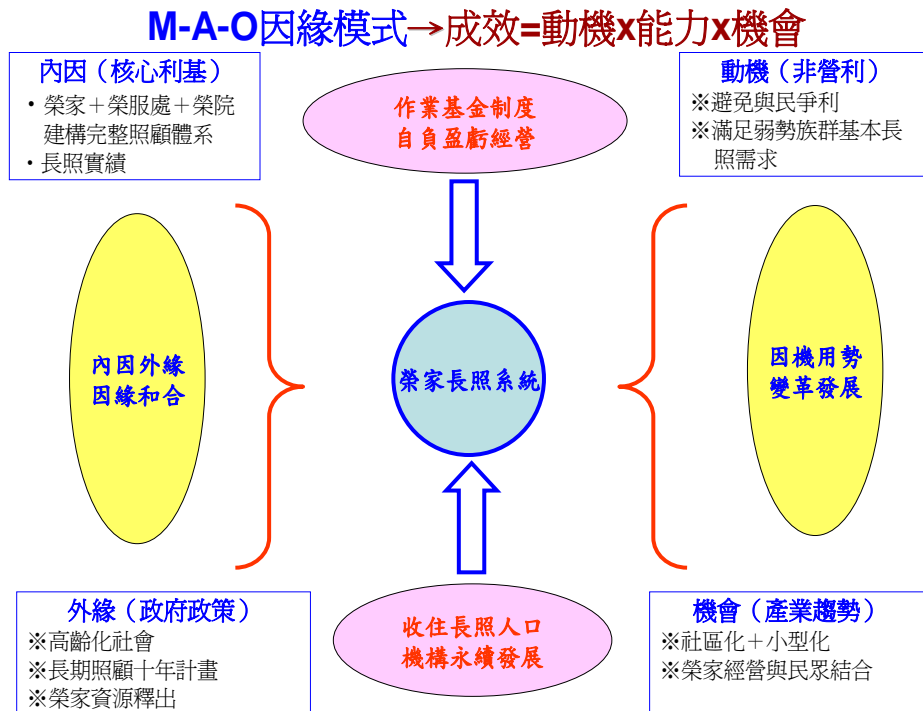


圖 4 榮家策略規劃觀念架構圖

五、策略情境分析

5-1 分析架構

為進一步分析榮家在「將長照人口納入需求對象」之組織變革策略設計下，能否達成自負盈虧、永續發展，本研究繼續運用策略情境分析方法，依據榮家床位未來需求之推估假設，以「榮民床是否維持」與「榮家是否新建增床」等兩個「確定」且「重要」之變數，發展情境軸面，並運用財務分析技術，分別設算各種策略情境下之「損益兩平分析及財務缺口」(含折舊或不含折舊)、「現金流量分析」，以及增床情境下之「資本支出效益分析」。

透過上述各種情境之財務設算，我們可以進一步辨識「可能情境」及「最佳情境」，換言之，此兩種情境均有可能成為未來榮家組織變革之選擇方案。為評估此兩種策略選擇之不確定風險，本研究繼續分別以「持平」、「樂觀」、「悲觀」、「固定成本減少 10%」、「固定成本增加 10%」等各種財務數據，重新設算相關財務分析結果，以釐清各種選項下之關鍵成功因素，以作為研究結論與建議之依據。

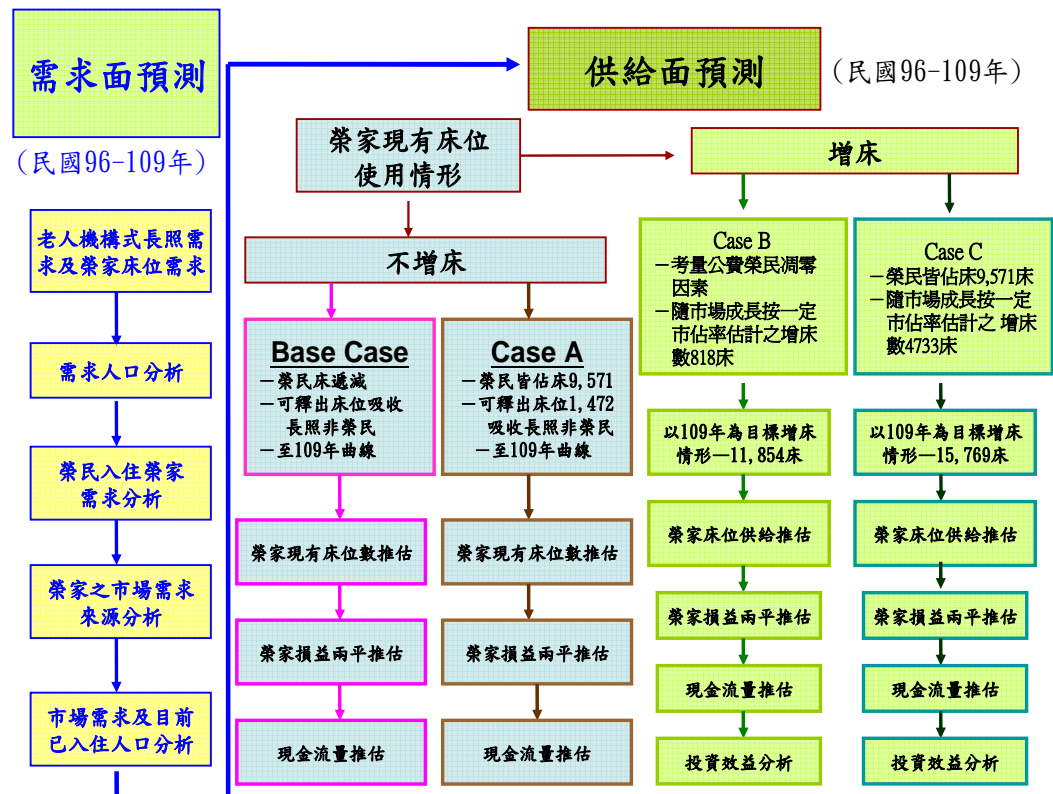


圖 5 情境分析架構圖

5-2 需求面推估

5-2-1 推估架構—以民國 96 年為推估基準年

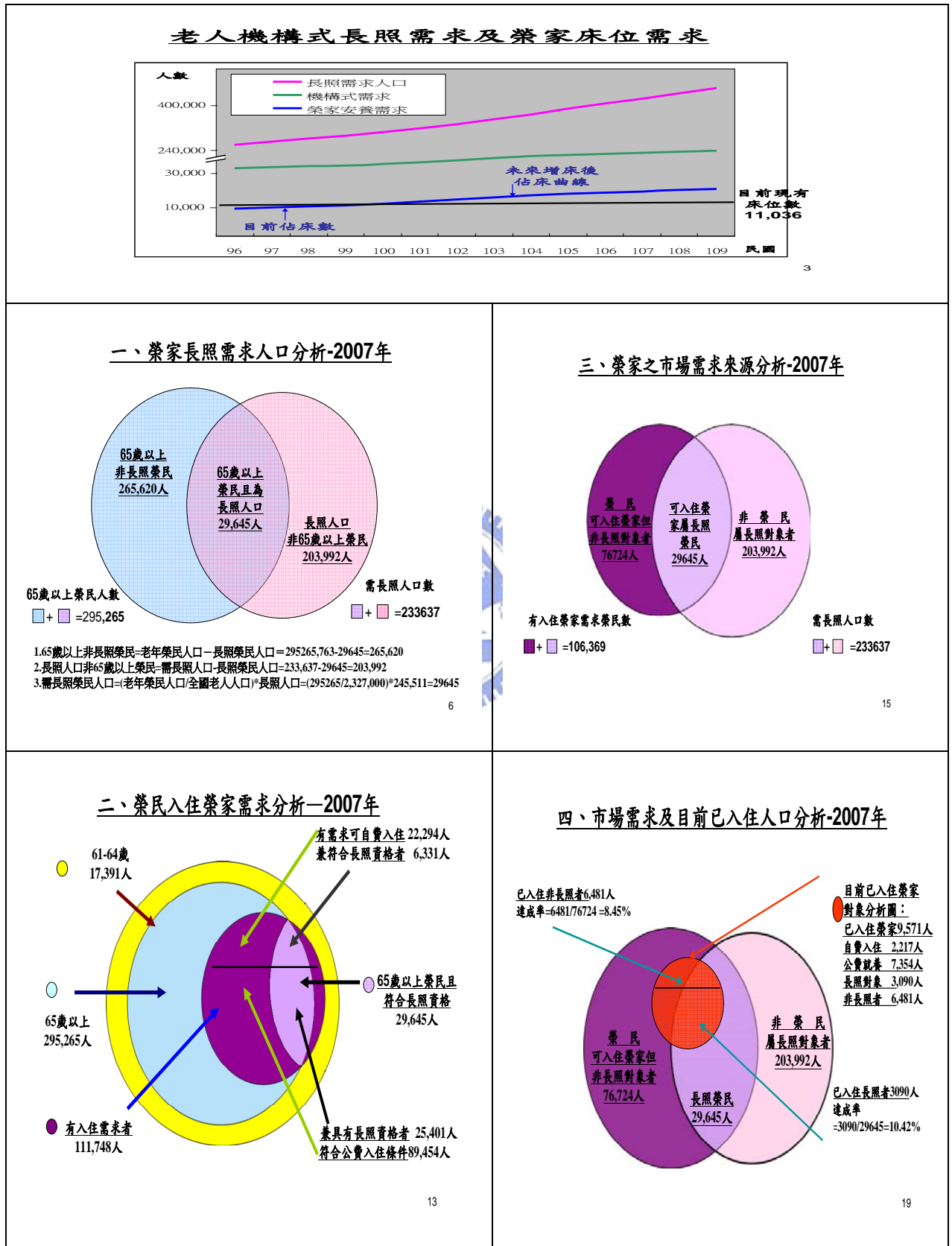


圖 6 需求面推估架構圖

5-2-2 榮家長照市場需求規模推估

1. 依據經建會之人口推估，民國 96 年 65 歲以上人口 232 萬 7 千人，其中長期照顧需求比率 10%，總需求人口 23 萬 3,637 人。
2. 依據退輔會統計資料，民國 96 年 65 歲以上榮民 29 萬 5,265 人，佔全國老年人口 12.69%，依比率伸算長期照顧需求榮民 2 萬 9,645 人 (233637×12.69)。
3. 依據內政部之推估資料，未來長期照顧需求人口將逐年快速遞增，預計民國 101 年達 27 萬 3,783 人(+17.26%)，至民國 106 年為 33 萬 9943 人(+50.95%)。
4. 運用退輔會資料以最小平方法迴歸直線公式 $y=mx+b$ ，(其中因變數 y 值【老年榮民人數】是自變數 x 值【各觀測年度】的函數； m 值是每個 x 值的係數，而 b 則為常數項) 採民國 90-96 年底實際老年榮民人數為觀測值(89 年因榮民資格放寬至總人數驟增，為免影響直線迴歸預測之精確性，故未採較長時間之觀測值，經試以民國 90-95 年觀測值，推估 96 年底老年榮民人數精確度達 95%)，推估未來老年榮民人數將逐年遞減，預計民國 101 年降為 23 萬 6,346 人(-19.95%)，至民國 106 年為 17 萬 7151 人(-44%)。

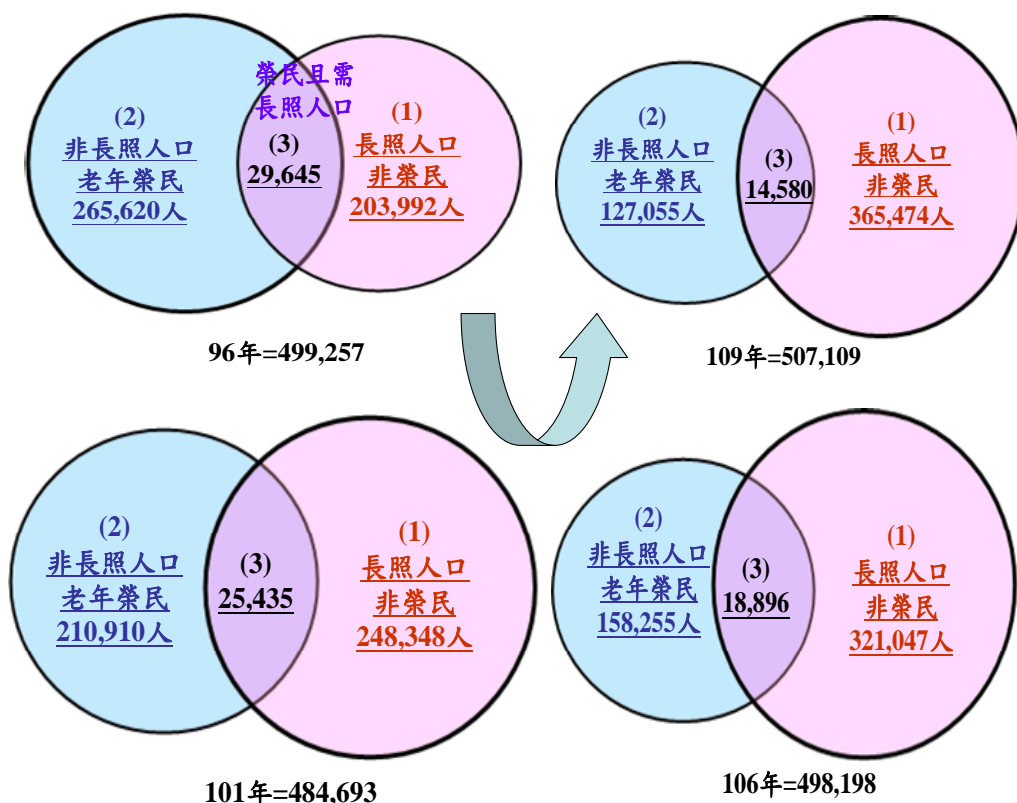


圖 7 榮家長照市場需求規模推估圖

表 17 榮家長照市場需求規模推估-民國 96-109 年

民國	全國老年			老年榮民				總人口
	總人口	長照比	長照需求	總人口	長照比	長照需求	非長照者	
96	2,327,000	0.10	233,637	295,265	0.10	29,645	265,620	499,257
97	2,379,000	0.10	241,399	283,701	0.10	28,787	254,914	496,313
98	2,425,000	0.10	249,368	271,862	0.10	27,956	243,906	493,274
99	2,446,000	0.10	256,277	260,023	0.10	27,244	232,780	489,057
100	2,480,000	0.11	264,518	248,184	0.11	26,471	221,713	486,231
101	2,544,000	0.11	273,783	236,346	0.11	25,435	210,910	484,693
102	2,630,000	0.11	285,650	224,507	0.11	24,384	200,123	485,773
103	2,741,000	0.11	297,282	212,668	0.11	23,065	189,602	486,884
104	2,864,000	0.11	310,083	200,829	0.11	21,744	179,085	489,168
105	3,030,000	0.11	325,195	188,990	0.11	20,283	168,707	493,902
106	3,187,000	0.11	339,943	177,151	0.11	18,896	158,255	498,198
107	3,346,000	0.11	352,666	165,312	0.11	17,424	147,888	500,554
108	3,513,000	0.10	366,875	153,473	0.10	16,028	137,446	504,321
109	3,692,000	0.10	380,054	141,634	0.10	14,580	127,055	507,109

5-2-3 榮民對榮家床位需求人口推估

1. 依據退輔會榮家收住規定，可進住榮家者包括「就養榮民公費安養」（無須負擔任何費用）、以及「非就養榮民自費安養」（個人負擔部分費用）等兩大類。其中「就養榮民公費安養」對象，多係大陸來台榮民將隨時間遞移逐漸凋零，惟政府在台建軍備戰近 50 年，在台入伍之榮民人數眾多，渠等人員仍可於有安養需求時，以「自費安養」（部份供給）方式入住榮家，故榮民仍將是未來榮家收住之主要對象，而這也提供榮家存續正當性合理支撐。
2. 運用退輔會統計資料，民國 96 年就養榮民 8 萬 5287 人，以最小平方迴歸直線公式 $y=mx+b$ （其中因變數 y 值【就養榮民人數】是自變數 x 值【各觀測年度】的函數； m 值是每個 x 值的係數，而 b 則為常數項；和 b 是根據以下的公式計算而來的： $m = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{n[\sum(x^2)] - (\sum x)^2}$ ； $b = \bar{y} - m\bar{x}$ ；其中 \bar{x} 及 \bar{y} 為樣本平均數），採民國 90-96 年底實際就養榮民人數為觀測值（89 年因榮民資格放寬至就養總人數驟增，為免影響直線迴歸預測之精確性，故未採較長時間之觀測值，經試以民國 90-95 年觀測值，推估民國 96 年底就養榮民人數精確度達 95%），推估未來就養榮民人數將逐年遞減，預計民國 101 年降為 6 萬 1,239 人（-28.20%），至民國 106 年為 3 萬 7308 人（-61.87%）。

3. 依據前述老年榮民及就養榮民人數，伸算非就養老年榮民人數，民國 96 年總人數 20 萬 9978 人，以經建會長照需求比率 10%推估，其中 2 萬 1082 人有長期照顧需求；推估民國 101 年未就養人數 17 萬 5107 人，長照需求人口 1 萬 8845 人(10.76%)；至民國 106 年未就養人數 13 萬 9843 人，長照需求人口 1 萬 4916 人(10.53%)
4. 依就養榮民及非就養榮民長照需求趨勢分析，核算榮民對榮家床位需求人口，民國 96 年有 10 萬 6369 人，民國 101 年減為 8 萬 0084 人(-24.71%)，至民國 106 年降至 5 萬 2224 人(-56.27%)。

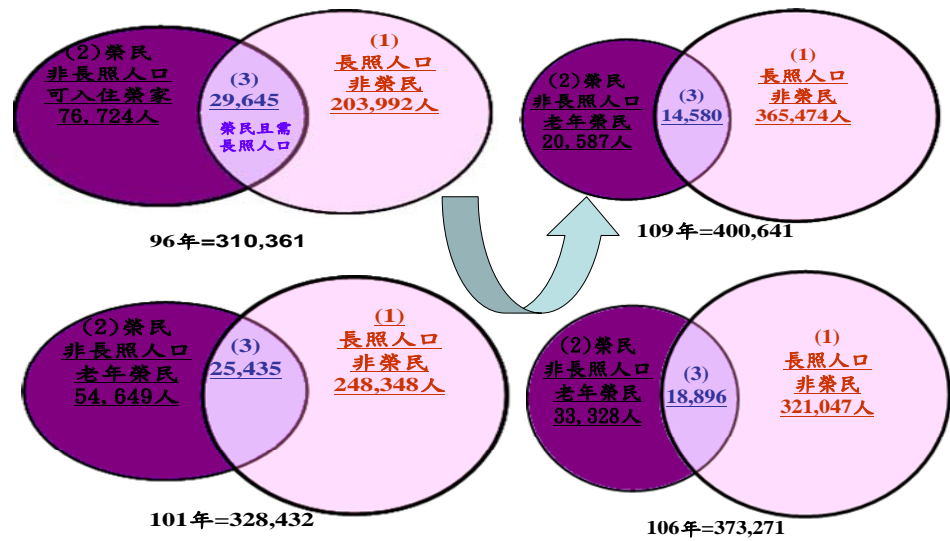


圖 8 榮家之市場需求趨勢圖

表 18 榮民對榮家床位需求人口推估

民國	老年榮民			未就養有長照需求		需求人口
	總人口	就養	未就養	需求率	需求人口	
96	295,265	85,287	209,978	0.10	21,082	106,369
97	283,701	80,383	203,319	0.10	20,631	101,014
98	271,862	75,597	196,266	0.10	20,182	95,779
99	260,023	70,811	189,213	0.10	19,825	90,636
100	248,184	66,025	182,160	0.11	19,429	85,454
101	236,346	61,239	175,107	0.11	18,845	80,084
102	224,507	56,453	168,054	0.11	18,253	74,706
103	212,668	51,667	161,001	0.11	17,462	69,129
104	200,829	46,880	153,948	0.11	16,668	63,548
105	188,990	42,094	146,896	0.11	15,766	57,860
106	177,151	37,308	139,843	0.11	14,916	52,224
107	165,312	32,522	132,790	0.11	13,996	46,518
108	153,473	27,736	125,737	0.10	13,131	40,867
109	141,634	22,950	118,684	0.10	12,217	35,167

5-2-4 長照人口對榮家床位需求推估

1. 榮家市占率=96年榮家進住人數/老人福利機構需求=9,571/71,778¹=13.34%
2. 長照人口對榮家床位需求=新增長照人口需求*榮家市占率(民國109年累計需求6198床)，隨著長照人口的增加，榮家爭取長照人口，以維持榮家在產業中市佔率為最低要求爭取數。(即較保守態度，儘量不影響民間業者的機會)
3. 長照人口係政府十年長期照顧計畫之全部適用對象，包括「65歲以上ADL一項以上失能」(民國96年為22萬7595人)、「65歲以上僅IADL失能且獨居」(民國96年為6042人，與前項合計為全國老人長照需求總人口23萬3637人)、「55歲以上至64歲ADL一項以上失能之山地原住民」(民國96年為757人)、「50歲以上至64歲ADL一項以上失能之身心障礙者」(民國96年為1萬1117人)等，以96年度為例，長照總需求人口24萬5510人，依據經建會預測入住比率14%推估，機構式需求人口3萬3144人。
4. 新增需求係長照人口各年度新增數，以97年度為例，新增需求=97年機構式需求-96年度機構式需求=35546-33144=2402
5. 分攤床位數係以各年度新增需求，按榮家96年度市占率估算，以97年度為例，分攤床位=新增需求*榮家市占率=2402*13.34%=320

表 19 長照人口對榮家床位需求推估

民國	長照人口	入住率	機構式需求	新增需求	榮家市占率	分攤床位	累計需求
96	245,510	0.14	33,144	0	0.133	0	0
97	253,899	0.14	35,546	2,402	0.133	320	320
98	262,570	0.15	38,073	2,527	0.133	337	657
99	269,607	0.15	40,441	2,368	0.133	316	973
100	279,411	0.16	44,706	4,265	0.133	569	1,542
101	289,356	0.17	49,191	4,485	0.133	598	2,140
102	301,825	0.18	54,329	5,138	0.133	685	2,825
103	313,957	0.19	59,652	5,323	0.133	710	3,535
104	327,185	0.20	65,437	5,785	0.133	771	4,306
105	342,549	0.20	68,510	3,073	0.133	410	4,716
106	357,486	0.20	71,497	2,987	0.133	398	5,114
107	370,439	0.20	74,088	2,591	0.133	345	5,460
108	384,840	0.20	76,968	2,880	0.133	384	5,844
109	398,130	0.20	79,626	2,658	0.133	354	6,198

1. 內政部社會網站資訊 sowf.moi.gov.tw

5-3 供給面推估

5-3-1 Base Case：榮民床占床數逐年遞減，現有總床位數維持不增床

1. 基本假設

- (1) do nothing 服務品質維持現況
- (2) 不積極勸進榮民，榮民床依榮民凋零情形自然遞減
- (3) 不增床：不考慮增加資本支出新建床位
- (4) 榮民床位公費及自費消長無法互抵
- (5) 榮民床減少及閒置床位全數釋出，收住非榮民長照人口
- (6) 固定總成本及單位變動成本不變
- (7) 長照人口對榮家床位需求，以內政部推估民國 97-109 年每年新增機構式照護需求數，按榮家民國 96 年底收住人數佔全國老人福利機構需求比率 13.34%(9,571/71,778)估算。

2. 床位供給情形推估

- (1) 依據退輔會統計資料，民國 96 年底 18 所榮家總床位數 1 萬 1,036 床，其中公費床 8,300 床，自費床 2,736 床。
- (2) 民國 96 年 12 月底實際收住人數 9,571 人(86.73%)，其中公費榮民 7,354 人(76.84%，其中屬長照需求人口 2,478 人)、自費榮民 2,217 人(23.16%，其中屬長照需求人口 612 人)。
- (3) 運用退輔會資料以最小平方方法直線迴歸公式 $y=mx+b$ (其中因變數 y 值【公費就養入住榮民人數】是自變數 x 值【各觀測年度】的函數； m 值是每個 x 值的係數，而 b 則為常數項； $m=[n(\sum xy)-(\sum x)(\sum y)]\div\{n[\sum(x^2)]-(\sum x)^2\}$ ； $b=y-mx$ ；其中 x 及 y 為樣本平均數)，推估未來公費床人數將逐年遞減，預估民國 101 年降為 6,650 人(-9.57%)，民國 106 年為 4,766 人(-41.92%)。
- (4) 運用退輔會資料以最小平方方法直線迴歸公式 $y=mx+b$ (其中因變數 y 值【自費就養入住榮民人數】是自變數 x 值【各觀測年度】的函數； m 值是每個 x 值的係數，而 b 則為常數項； $m=[n(\sum xy)-(\sum x)(\sum y)]\div\{n[\sum(x^2)]-(\sum x)^2\}$ ； $b=y-mx$ ；其中 x 及 y 為樣本平均數)，推估未來榮民自費床人數僅微幅遞增，預估國 101 年為 2,408 人(+8.62%)，民國 106 年為 2,605 人(+19.31%)。
- (5) 因榮民床公費大幅減少，而自費床增幅有限。因此每年可釋出非榮民床位遞增，至民國 101 年可利用非榮民床 1,978 床，民國 106 年 3,665 床。

區分	自費&非長照 (1)	自費&長照 (2)	公費&非長照 (3)	公費&長照 (4)	可釋出床 (5)	總床位
96	1,605	612	4,876	2,478	1,465	11,036
101	1,580	828	4,248	2,402	1,978	11,036
106	1,534	1,071	3,060	1,706	3,665	11,036

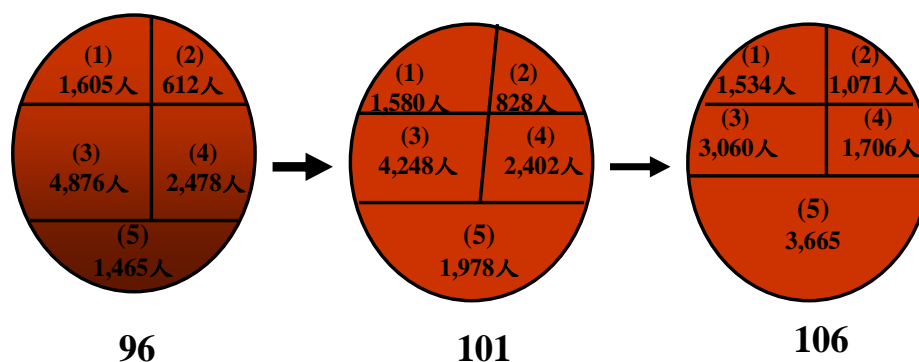


圖 9 Base Case 情境下床位供給推估

表 20 Base Case 情境下床位供給推估-民國 96-109 年

民國	公費			自費			合計		
	小計	非長照	長照	小計	非長照	長照	非長照	長照	非禁民
96	7,354	4,876	2,478	2,217	1,605	612	6,481	3,090	1,465
97	7,188	4,740	2,448	2,250	1,616	634	6,356	3,082	1,598
98	7,001	4,585	2,416	2,290	1,607	683	6,192	3,099	1,745
99	6,785	4,399	2,386	2,329	1,598	731	5,997	3,117	1,922
100	6,747	4,332	2,415	2,369	1,589	780	5,921	3,195	1,920
101	6,650	4,248	2,402	2,408	1,580	828	5,828	3,230	1,978
102	6,490	4,124	2,366	2,447	1,570	877	5,694	3,243	2,099
103	6,270	3,988	2,282	2,487	1,561	926	5,549	3,208	2,279
104	5,989	3,813	2,176	2,526	1,552	974	5,365	3,150	2,521
105	5,377	3,440	1,937	2,566	1,543	1,023	4,983	2,960	3,093
106	4,766	3,060	1,706	2,605	1,534	1,071	4,594	2,777	3,665
107	4,155	2,685	1,470	2,645	1,525	1,120	4,210	2,590	4,236
108	3,543	2,301	1,242	2,685	1,516	1,169	3,817	2,411	4,808
109	2,932	1,919	1,013	2,724	1,507	1,217	3,426	2,230	5,380

3. 床位使用情形推估

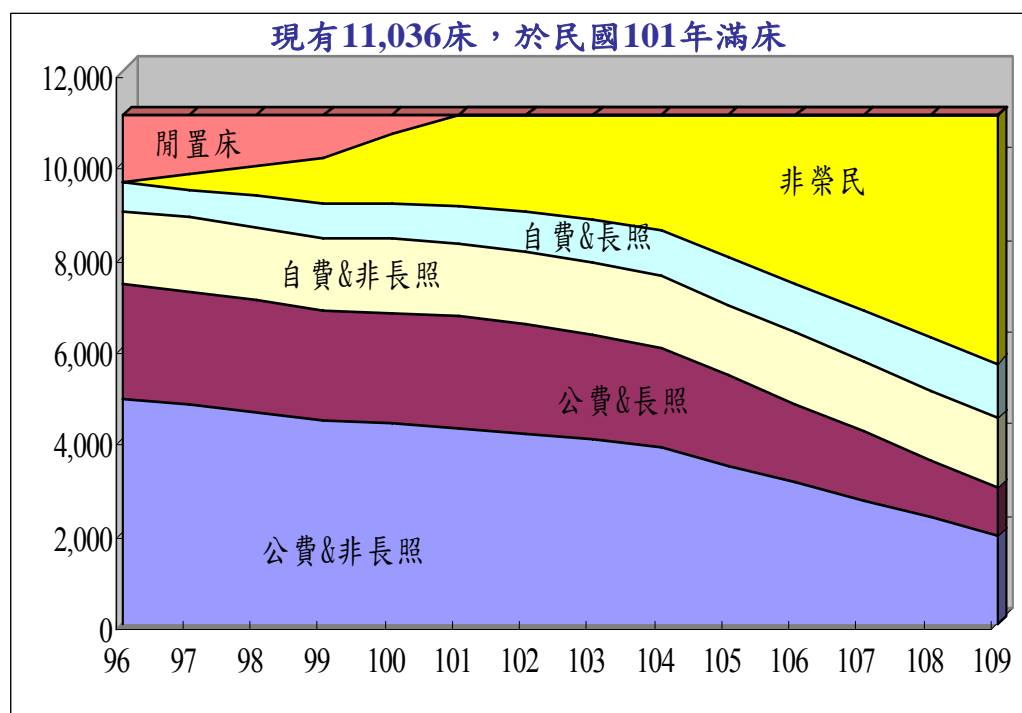


圖 10 Base Case 情境下床位使用推估

表 21 Base Case 情境下床位使用推估-民國 96-109 年

區分	榮民&公費		榮民&自費		非榮民	合計
	長照	非長照	長照	非長照		
96	2,478	4,876	612	1,605	0	9,571
97	2,448	4,740	634	1,616	320	9,758
98	2,416	4,585	683	1,607	657	9,947
99	2,386	4,399	731	1,598	972	10,086
100	2,415	4,332	780	1,589	1,542	10,657
101	2,402	4,248	828	1,580	1,978	11,036
102	2,366	4,124	877	1,570	2,099	11,036
103	2,282	3,988	926	1,561	2,279	11,036
104	2,176	3,813	974	1,552	2,521	11,036
105	1,937	3,440	1,023	1,543	3,093	11,036
106	1,706	3,060	1,071	1,534	3,665	11,036
107	1,470	2,685	1,120	1,525	4,236	11,036
108	1,242	2,301	1,169	1,516	4,809	11,036
109	1,013	1,919	1,217	1,507	5,380	11,036

註：109 年非榮民床位總需求 6198，榮家供給 5380，不足 818

5-3-2 Case A：榮民床可以繼續維持，現有總床位數亦維持不增床

1. 基本假設

- (1) 提升服務品質
- (2) 積極勸進榮民，以維持現行榮民床數標準
- (3) 不考慮增加資本支出新建床位
- (4) 榮民床位公費及自費未來消長互抵
- (5) 榮民使用床位維持民國 96 年總數 9571 人不變(根據需求面推估，至民國 109 年就養榮民對榮家床位需求人口尚有 3 萬 5167 人，提升服務品質，積極勸住，維持榮民人數 9571 人應無問題)
- (6) 閒置床位全數釋出，收住非榮民長照人口
- (7) 固定總成本及單位變動成本不變
- (8) 長照人口對榮家床位需求，以經建會推估民國 97-109 年每年新增機構式照護需求數，按榮家民國 96 年底收住人數佔全國老人福利機構需求比率 13.34%(9,571/71,778)估算。

2. 床位供給情形推估

- (1) 依據退輔會統計資料，民國 96 年底 18 所榮家總床位數 1 萬 1,036 床，其中公費床 8,300 床，自費床 2,736 床。
- (2) 民國 96 年 12 月底實際收住人數 9,571 人(86.73%)，其中公費榮民 7,354 人(76.84%，其中屬長照需求人口 2,478 人)、自費榮民 2,217 人(23.16%，其中屬長照需求人口 612 人)。
- (3) 就養榮民人數以民國 90-96 年底實際人數為基礎，以最小平方方法回歸直線公式 $y=mx+b$ (其中因變數 y 值【就養榮民人數】是自變數 x 值【各觀測年度】的函數； m 值是每個 x 值的係數，而 b 則為常數項； $m=[n(\sum xy)-(\sum x)(\sum y)] \div \{n[\sum(x^2)]-(\sum x)^2\}$ ； $b=y-mx$ ；其中 x 及 y 為樣本平均數)，估測民國 97-109 年底人數。
- (4) 榮民公費入住率以民國 96 年實際入住率為基礎(7354/85287)，依經建會推估民國 97-109 年長照人口機構式照顧需求入住成長率，伸算各年度預估入住率。
- (5) 公費就養榮民兼屬政府長期照顧計畫對象，以民國 97-106 年推估就養榮民人數，依經建會 97-109 年長照需求比率伸算。

- (6) 公費就養榮民兼屬政府長期照顧計畫對象入住榮家比率，(就養人數*長照需求率，以民國 96 年為例，計 8563 人【85287*0.10】)，以民國 96 年底實際入住率(2478/8563=0.29)為基礎，依內政部推估民國 97-109 年長照人口機構式需求入住成長率伸算。
- (7) 公費就養榮民但非長照入住人數=榮民公費入住人數－榮民公費&長照入住人數
- (8) 可自費就養榮民但非長照人口床位需求數，以民國 90-96 年底實際入住人數為基礎，以最小平方法回歸直線公式 $y=mx+b$ (其中因變數 y 值【自費就養榮民人數】是自變數 x 值【各觀測年度】的函數； m 值是每個 x 值的係數，而 b 則為常數項； $m=[n(\sum xy)-(\sum x)(\sum y)]\div\{n[\sum(x^2)]-(\sum x)^2\}$ ； $b=y-mx$ ；其中 x 及 y 為樣本平均數)，估測民國 97-109 年底人數。
- (9) 假設公費床及自費非長照床之遞減數，可全數由「自費就養榮民有長照需求人口」吸收，則榮民床位維持目前 9,571 床，推估公費:自費:非榮民床位比，民國 96 年=67:20:13；101 年=60:27:13；106 年公費:自費:非榮民床位比=44:43:13
- (10) 因榮民床公自費增減相抵，在不增設床位之現況下，每年釋出收住非榮民需長照人口之床位最多至 1,465 床止，推估至民國 100 年滿床。

區分	自費&非長照(1)	自費&長照(2)	公費&非長照(3)	公費&長照(4)	可釋出床(5)	總床位
96	1,605	612	4,876	2,478	1,465	11,036
101	1,580	1,341	4,248	2,402	1,465	11,036
106	1,534	3,271	3,060	1,706	1,465	11,036

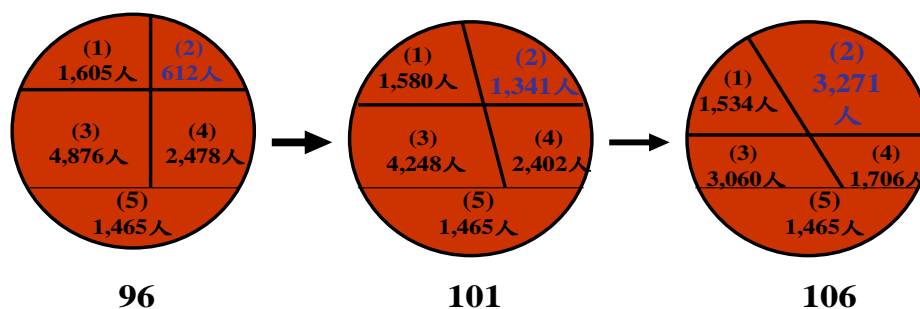


圖 11 Case A 情境下床位供給推估

表 22 Case A 情境下床位供給推估-民國 96-109 年

民國	公費			自費			合計		
	小計	長照	非長照	小計	長照	非長照	長照	非長照	非榮民
96	7,354	2,478	4,876	2,217	612	1,605	3,090	6,481	1,465
97	7,188	2,448	4,740	2,383	767	1,616	3,215	6,356	1,465
98	7,001	2,416	4,585	2,570	963	1,607	3,379	6,192	1,465
99	6,785	2,386	4,399	2,786	1,188	1,598	3,574	5,997	1,465
100	6,747	2,415	4,332	2,824	1,235	1,589	3,650	5,921	1,465
101	6,650	2,402	4,248	2,921	1,341	1,580	3,743	5,828	1,465
102	6,490	2,366	4,124	3,081	1,511	1,570	3,877	5,694	1,465
103	6,270	2,282	3,988	3,301	1,740	1,561	4,022	5,549	1,465
104	5,989	2,176	3,813	3,582	2,030	1,552	4,206	5,365	1,465
105	5,377	1,937	3,440	4,194	2,651	1,543	4,588	4,983	1,465
106	4,766	1,706	3,060	4,805	3,271	1,534	4,977	4,594	1,465
107	4,155	1,470	2,685	5,416	3,891	1,525	5,361	4,210	1,465
108	3,543	1,242	2,301	6,028	4,512	1,516	5,754	3,817	1,465
109	2,932	1,013	1,919	6,639	5,132	1,507	6,145	3,426	1,465

3. 床位使用情形推估

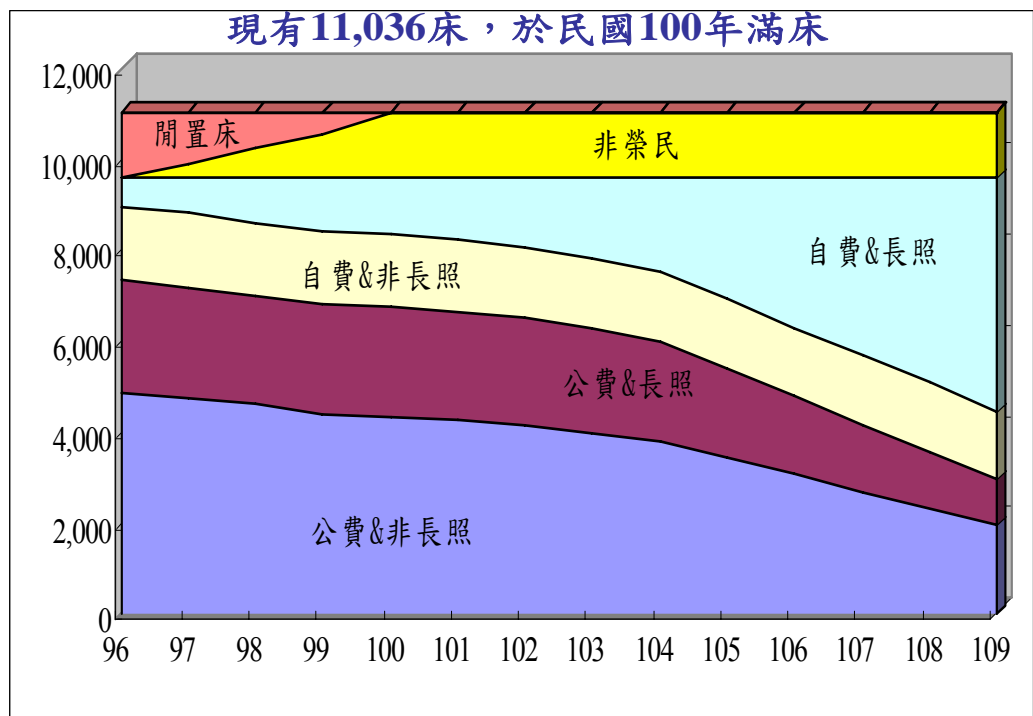


圖 12 Case A 情境下床位使用推估

表 23 Case A 情境下床位使用推估-民國 96-109 年

區分	榮民&公費		榮民&自費		非榮民	合計
	非長照	長照	長照	非長照		
96	4,876	2,478	612	1,605	0	9,571
97	4,740	2,448	767	1,616	320	9,891
98	4,585	2,416	963	1,607	657	10,228
99	4,399	2,386	1,188	1,598	973	10,544
100	4,332	2,415	1,235	1,589	1,465	11,036
101	4,248	2,402	1,341	1,580	1,465	11,036
102	4,124	2,366	1,511	1,570	1,465	11,036
103	3,988	2,282	1,740	1,561	1,465	11,036
104	3,813	2,176	2,030	1,552	1,465	11,036
105	3,440	1,937	2,651	1,543	1,465	11,036
106	3,060	1,706	3,271	1,534	1,465	11,036
107	2,685	1,470	3,891	1,525	1,465	11,036
108	2,301	1,242	4,512	1,516	1,465	11,036
109	1,919	1,013	5,132	1,507	1,465	11,036

註：109 年非榮民床位總需求 6198，榮家供給 1465，不足 4733

5-3-3 Case B：榮民占床數逐年遞減，現有總床數增加 818 床

1. 基本假設

- (1) 服務品質維持現況
- (2) 不積極勸進榮民，榮民床依榮民凋零情形自然遞減
- (3) 為滿足市場長照人口增加之需求，以 109 年為滿足年來設算，需小額增加 818 床
- (4) 榮民床位公費及自費未來消長無法互抵
- (5) 閒置及增加床位全數釋出，收住非榮民長照人口
- (6) 長照人口對榮家床位需求，以內政部推估民國 97-109 年每年新增機構式照護需求數，按榮家民國 96 年底收住人數佔全國老人福利機構需求比率 13.34%(9,571/71,778)估算。
- (7) 單位變動成本及固定成本總額不變
- (8) 民國 101 年滿床前二年(99-100 年)增建新床，於 101 年完工投入營運
- (9) 總投資成本=增床數*每床坪數*每坪建造成本+設備投資(建造成本 10%)=2

億 7169 萬 4610 元(818*16.5*18300*1.1=271,694,610)

2. 床位供給情形推估

- (1) 依據退輔會統計資料，96 年底 18 所榮家總床位數 1 萬 1,036 床，其中公費床 8,300 床，自費床 2,736 床。
- (2) 96 年 12 月底實際收住人數 9,571 人(86.73%)，其中公費榮民 7,354 人(76.84%，其中屬長照需求人口 2,478 人)、自費榮民 2,217 人(23.16%，其中屬長照需求人口 612 人)。
- (3) 因榮民床遞減速度低於非榮民床位增加率，在不增設床位之現況下，每年釋出收住非榮民需長照人口之床位最多至 1,465 床止，推估至 101 年滿床。
- (4) 為滿足非榮民長照人口民國 109 年床位需求，必須在民國 101 年滿床前二年投入興建床位 818(103-108 年間可能出現暫有供不應求情形)，並釋出收住非榮民需長照人口，總床數增為 11,854 床，則 103 年滿床，非榮民長照床增加 3097 床，嗣後逐年遞增至 109 年為 6198 床。



區分	自費&非長照 (1)	自費&長照 (2)	公費&非長照 (3)	公費&長照 (4)	可釋出床 (5)	總床位
96	1,605	612	4,876	2,478	1,465	11,036
101	1,580	828	4,248	2,402	2,796	11,854
106	1,534	1,071	3,060	1,706	4,483	11,854

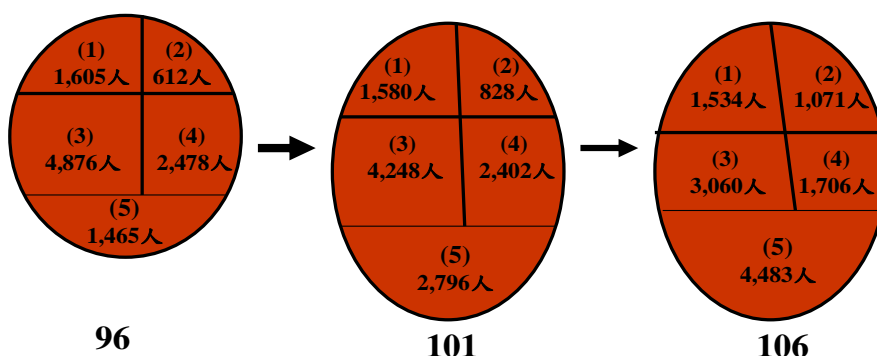


圖 13 Case B 情境下床位供給推估

表 24 Case B 情境下床位供給推估-民國 96-109 年

民國	公費			自費			合計		
	小計	非長照	長照	小計	非長照	長照	非長照	長照	非榮民
96	7,354	4,876	2,478	2,217	1,605	612	6,481	3,090	1,465
97	7,188	4,740	2,448	2,250	1,616	634	6,356	3,082	1,598
98	7,001	4,585	2,416	2,290	1,607	683	6,192	3,099	1,745
99	6,785	4,399	2,386	2,329	1,598	731	5,997	3,117	1,922
100	6,747	4,332	2,415	2,369	1,589	780	5,921	3,195	1,920
101	6,650	4,248	2,402	2,408	1,580	828	5,828	3,230	2,796
102	6,490	4,124	2,366	2,447	1,570	877	5,694	3,243	2,917
103	6,270	3,988	2,282	2,487	1,561	926	5,549	3,208	3,097
104	5,989	3,813	2,176	2,526	1,552	974	5,365	3,150	3,339
105	5,377	3,440	1,937	2,566	1,543	1,023	4,983	2,960	3,911
106	4,766	3,060	1,706	2,605	1,534	1,071	4,594	2,777	4,483
107	4,155	2,685	1,470	2,645	1,525	1,120	4,210	2,590	5,054
108	3,543	2,301	1,242	2,685	1,516	1,169	3,817	2,411	5,626
109	2,932	1,919	1,013	2,724	1,507	1,217	3,426	2,230	6,198

3. 床位使用情形推估

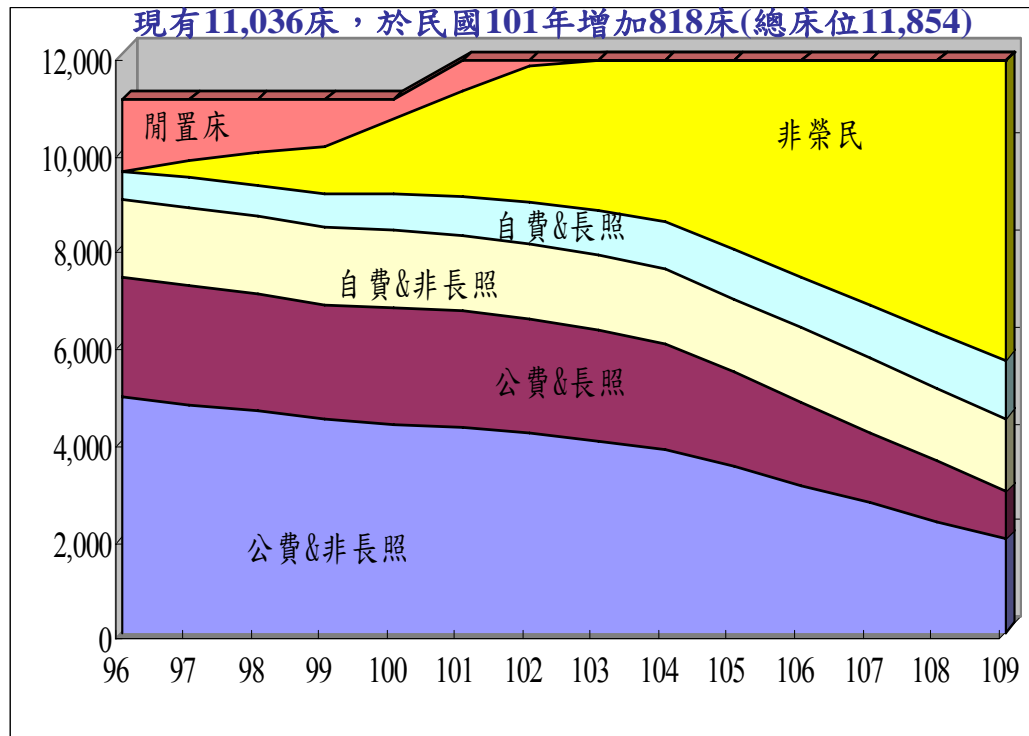


圖 14 Case B 情境下床位使用推估

表 25 Case B 情境下床位使用推估-民國 96-109 年

區分	榮民&公費		榮民&自費		非榮民	合計
	長照	非長照	長照	非長照		
96	2,478	4,876	612	1,605	0	9,571
97	2,448	4,740	634	1,616	320	9,758
98	2,416	4,585	683	1,607	657	9,948
99	2,386	4,399	731	1,598	973	10,087
100	2,415	4,332	780	1,589	1,542	10,658
101	2,402	4,248	828	1,580	2,140	11,198
102	2,366	4,124	877	1,570	2,825	11,762
103	2,282	3,988	926	1,561	3,097	11,854
104	2,176	3,813	974	1,552	3,339	11,854
105	1,937	3,440	1,023	1,543	3,911	11,854
106	1,706	3,060	1,071	1,534	4,483	11,854
107	1,470	2,685	1,120	1,525	5,054	11,854
108	1,242	2,301	1,169	1,516	5,626	11,854
109	1,013	1,919	1,217	1,507	6,198	11,854

5-3-4 Case C：榮民床占床數可以繼續維持，現有總床數增加 4733 床

1. 基本假設

- (1) 提升服務品質
- (2) 積極勸進榮民，以維持現行榮民床數標準
- (3) 為滿足市場長照人口增加之需求，以 109 年為滿足年來設算，需大額增加 4,733 床
- (4) 榮民床位公費及自費未來消長互抵
- (5) 榮民使用床位維持民國 96 年總數不變
- (6) 閒置及增加床位全數釋出，收住非榮民長照人口
- (7) 固定成本總數及單位變動成本不變
- (8) 民國 100 年滿床前二年(民國 98-99 年)增建新床，於 100 年完工投入營運
- (9) 總投資成本=增床數*每床平方公尺數*每平方公尺建造成本+設備投資(建造成本 10%)=15 億 7204 萬 2285 元(4733*16.5*18300*1.1=1,572,042,285)
(註：依據老人福利機構設立標準之規定，每一長照床至少需 16.5 平方公尺；另中央政府總預算 97 年度共同性費用編列標準表規定，每平方公尺之建造成本標準為 1 萬 8300 元；另為便於估算，依實務經驗以建造成本之 10%設算)
- (8)由於目前 18 所榮家分散全國各地，各榮家個別增床數規模不大，一次興建較符經濟效益。此外，公家機關爭取預算不易，且需完成中長程計畫規劃及效益分析，送經各主管部會審查，曠日費時，考量床位之擴建應最少干擾現有住民正常作息之情境下推動較佳。因此，雖然採此一增床初期可能發生床位大量閒置之最情境產生，仍屬現況下較可行之增床方案，且利

於本研究不同決策情境下之比較。

- (9)原估計需求數係以最保守估計為設算基礎，故以滿足 109 年需求一次即增床 4733 床。興建完成初期為使不致大量閒置床位，可視狀況擴大吸收長照人口，積極增加市佔率；或彈性調整供作臨托照顧及喘息服務等多元經營之所需。

2. 床位供給情形推估

- (1) 依據退輔會統計資料，民國 96 年底 18 所榮家總床位數 1 萬 1,036 床，其中公費床 8,300 床，自費床 2,736 床。
- (2) 民國 96 年 12 月底實際收住人數 9,571 人(86.73%)，其中公費榮民 7,354 人(76.84%，其中屬長照需求人口 2,478 人)、自費榮民 2,217 人(23.16%，其中屬長照需求人口 612 人)。
- (3) 假設公費床及自費非長照床之遞減數，可全數由「榮民自費&長照人口」吸收，則榮民床位維持目前 9,571 床，推估公費:自費:非榮民床位比，民國 96 年=67:20:13；101 年=60:27:13；106 年公費:自費:非榮民床位比=30:31:39
- (4) 因榮民床公自費增減相抵，在不增設床位之現況下，每年釋出收住非榮民需長照人口之床位最多至 1,465 床止，推估至 100 年滿床。
- (5) 為滿足非榮民長照人口民國 109 年床位需求，必須再民國 100 年滿床前二年投入興建床位 4,733，並釋出收住非榮民需長照人口，則民國 100 年非榮民床照床增加至 6198(1465+4733)，於民國 109 年滿床。

區分	自費&非長照 (1)	自費&長照 (2)	公費&非長照 (3)	公費&長照 (4)	可釋出床 (5)	總床位
96	1,605	612	4,876	2,478	1,465	11,036
101	1,580	1,341	4,248	2,402	6,198	15,769
106	1,534	3,271	3,060	1,706	6,198	15,769

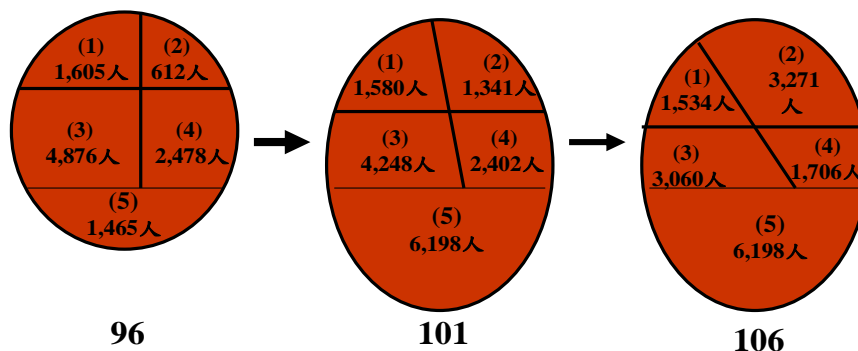


圖 15 Case C 情境下床位供給推估

表 26 Case C 情境下床位供給推估-民國 96-109 年

民國	公費			自費			合計		
	小計	長照	非長照	小計	長照	非長照	長照	非長照	非榮民
96	7,354	2,478	4,876	2,217	612	1,605	3,090	6,481	1,465
97	7,188	2,448	4,740	2,383	767	1,616	3,215	6,356	1,465
98	7,001	2,416	4,585	2,570	963	1,607	3,379	6,192	1,465
99	6,785	2,386	4,399	2,786	1,188	1,598	3,574	5,997	1,465
100	6,747	2,415	4,332	2,824	1,235	1,589	3,650	5,921	6,198
101	6,650	2,402	4,248	2,921	1,341	1,580	3,743	5,828	6,198
102	6,490	2,366	4,124	3,081	1,511	1,570	3,877	5,694	6,198
103	6,270	2,282	3,988	3,301	1,740	1,561	4,022	5,549	6,198
104	5,989	2,176	3,813	3,582	2,030	1,552	4,206	5,365	6,198
105	5,377	1,937	3,440	4,194	2,651	1,543	4,588	4,983	6,198
106	4,766	1,706	3,060	4,805	3,271	1,534	4,977	4,594	6,198
107	4,155	1,470	2,685	5,416	3,891	1,525	5,361	4,210	6,198
108	3,543	1,242	2,301	6,028	4,512	1,516	5,754	3,817	6,198
109	2,932	1,013	1,919	6,639	5,132	1,507	6,145	3,426	6,198

3. 床位使用情形推估

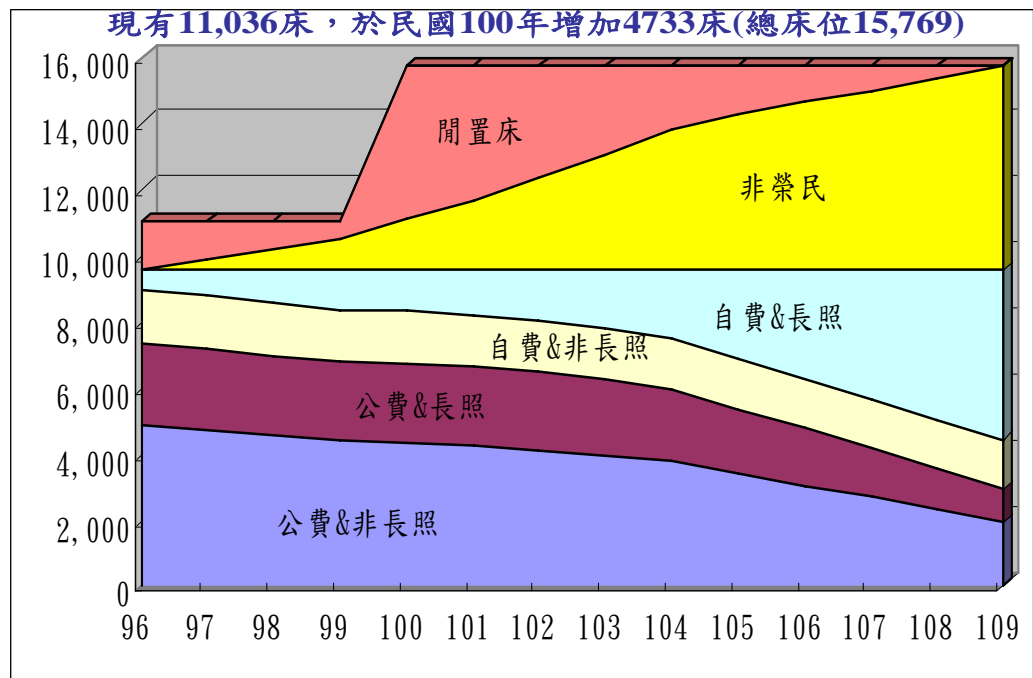


圖 16 Case C 情境下床位使用推估

表 27 Case C 情境下床位使用推估-民國 96-109 年

區分	榮民&公費		榮民&自費		非榮民	合計
	長照	非長照	長照	非長照		
96	2,478	4,876	612	1,605	0	9,571
97	2,448	4,740	767	1,616	320	9,891
98	2,416	4,585	963	1,607	657	10,228
99	2,386	4,399	1,188	1,598	973	10,544
100	2,415	4,332	1,235	1,589	1542	11,113
101	2,402	4,248	1,341	1,580	2140	11,711
102	2,366	4,124	1,511	1,570	2825	12,396
103	2,282	3,988	1,740	1,561	3535	13,106
104	2,176	3,813	2,030	1,552	4306	13,877
105	1,937	3,440	2,651	1,543	4716	14,287
106	1,706	3,060	3,271	1,534	5114	14,685
107	1,470	2,685	3,891	1,525	5460	15,031
108	1,242	2,301	4,512	1,516	5844	15,415
109	1,013	1,919	5,132	1,507	6198	15,769

5-4 財務推估

5-4-1 Base Case：榮民床遞減，不增床

1. 基本假設：

- (1) 單位成本=變動成本+固定成本+折舊=27 萬 9,609 元
 - a. 變動成本：每床 10 萬 4,600 元(95 年自費床變動成本+伙食費)
 - b. 固定成本：每床 15 萬 3582 元(95 年榮家固定成本/總床位)
 - c. 折舊：每床 2 萬 1427 元(95 年榮家固定資產每年折舊/總床位)
- (2) 榮民床之單位成本全由退輔會負擔(自費不足亦應由退輔會負擔，因收費低於變動成本，無邊際貢獻)
- (3) 65 歲以上非榮民長照者，依中長期長照十年計畫規定，入住機構中低收入戶補貼，每月 1 萬 8,600 元(每年 22 萬 3,200 元)，扣除變動成本後邊際貢獻 118,600 元，與固定成本仍有差異 3 萬 4982 元。
- (4) 固定成本因不增床，故仍維持不變，折舊亦同。
- (5) 假設每年無重大新增資本支出，故忽視不計入現金流量及折舊。

2. 損益兩平分析

(1) 含折舊

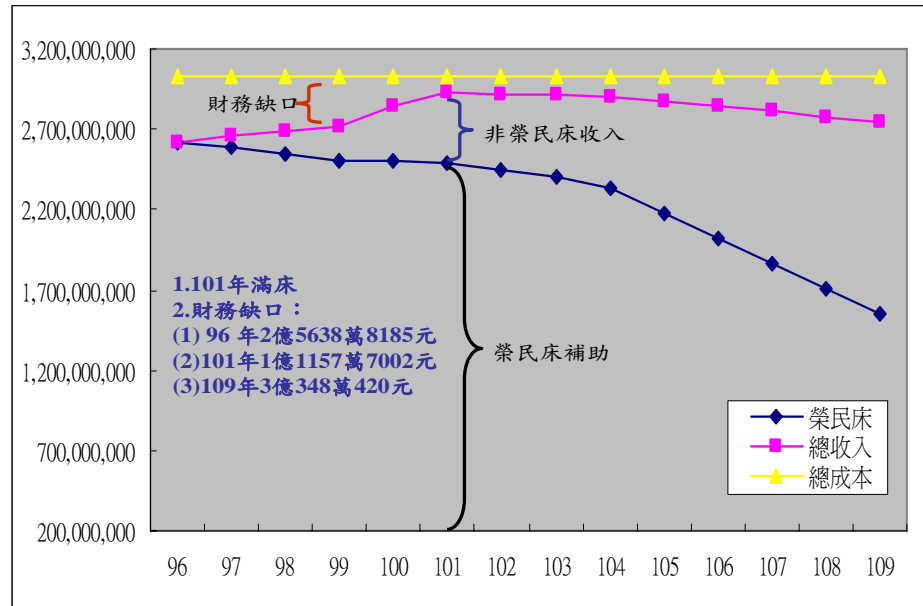


圖 17 Base Case 情境下損益兩平分析(含折舊)

表 28 Base Case 情境下損益兩平分析(含折舊)

民國	榮民床		非榮民床		損益分析		
	床位	補助款	床位	收入	總收入	總成本	損益
96	9,571	2,676,137,739	0	0	2,676,137,739	2,932,525,924	(256,388,185)
97	9,438	2,638,949,742	320	71,424,000	2,710,373,742	2,952,086,124	(241,712,382)
98	9,290	2,597,567,610	657	146,642,400	2,744,210,010	2,971,855,524	(227,645,514)
99	9,114	2,548,356,426	972	216,950,400	2,765,306,826	2,986,394,924	(221,088,098)
100	9,115	2,548,636,035	1,542	344,174,400	2,892,810,435	3,046,121,524	(153,311,089)
101	9,058	2,532,698,322	1,978	441,489,600	2,974,187,922	3,085,764,924	(111,577,002)
102	8,937	2,498,865,633	2,099	468,496,800	2,967,362,433	3,085,764,924	(118,402,491)
103	8,757	2,448,536,013	2,279	508,672,800	2,957,208,813	3,085,764,924	(128,556,111)
104	8,515	2,380,870,635	2,521	562,687,200	2,943,557,835	3,085,764,924	(142,207,089)
105	7,943	2,220,934,287	3,093	690,357,600	2,911,291,887	3,085,764,924	(174,473,037)
106	7,371	2,060,997,939	3,665	818,028,000	2,879,025,939	3,085,764,924	(206,738,985)
107	6,800	1,901,341,200	4,236	945,475,200	2,846,816,400	3,085,764,924	(238,948,524)
108	6,227	1,741,125,243	4,809	1,073,368,800	2,814,494,043	3,085,764,924	(271,270,881)
109	5,656	1,581,468,504	5,380	1,200,816,000	2,782,284,504	3,085,764,924	(303,480,420)

(2) 不含折舊

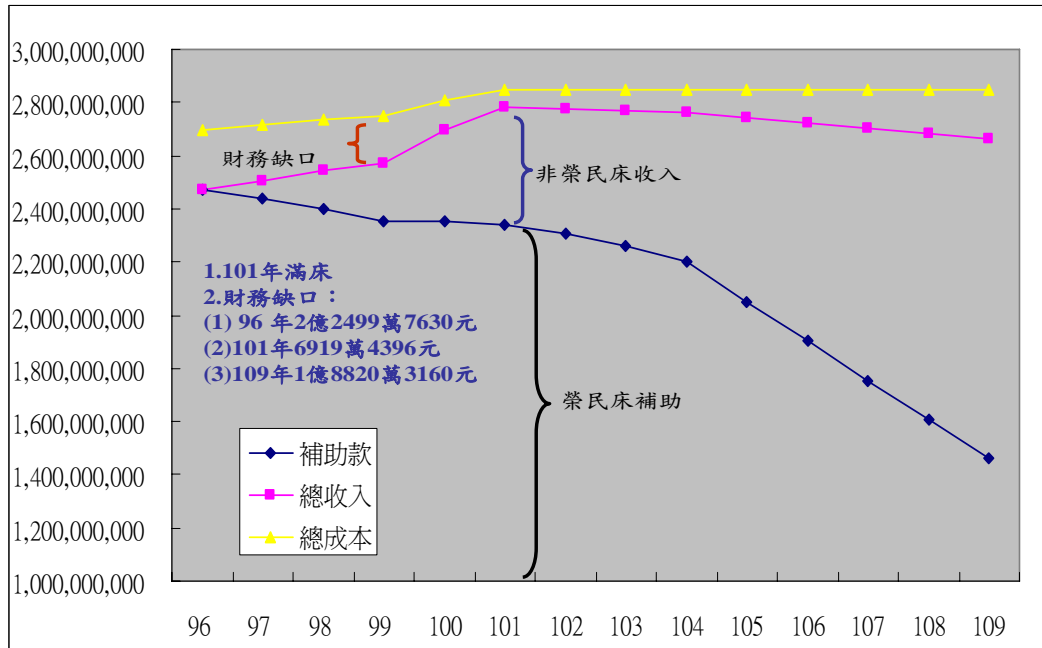


圖 18 Base Case 情境下損益兩平分析(不含折舊)

表 29 Base Case 情境下損益兩平分析(不含折舊)

民國	榮民床		非榮民床		損益分析		
	床位	補助款	床位	收入	總收入	總成本	損益
96	9,571	2,471,059,922	0	0	2,471,059,922	2,696,057,552	(224,997,630)
97	9,438	2,436,721,716	320	71,424,000	2,508,145,716	2,715,617,752	(207,472,036)
98	9,290	2,398,510,780	657	146,642,400	2,545,153,180	2,735,387,152	(190,233,972)
99	9,114	2,353,070,748	972	216,950,400	2,570,021,148	2,749,926,552	(179,905,404)
100	9,115	2,353,328,930	1,542	344,174,400	2,697,503,330	2,809,653,152	(112,149,822)
101	9,058	2,338,612,556	1,978	441,489,600	2,780,102,156	2,849,296,552	(69,194,396)
102	8,937	2,307,372,534	2,099	468,496,800	2,775,869,334	2,849,296,552	(73,427,218)
103	8,757	2,260,899,774	2,279	508,672,800	2,769,572,574	2,849,296,552	(79,723,978)
104	8,515	2,198,419,730	2,521	562,687,200	2,761,106,930	2,849,296,552	(88,189,622)
105	7,943	2,050,739,626	3,093	690,357,600	2,741,097,226	2,849,296,552	(108,199,326)
106	7,371	1,903,059,522	3,665	818,028,000	2,721,087,522	2,849,296,552	(128,209,030)
107	6,800	1,755,637,600	4,236	945,475,200	2,701,112,800	2,849,296,552	(148,183,752)
108	6,227	1,607,699,314	4,809	1,073,368,800	2,681,068,114	2,849,296,552	(168,228,438)
109	5,656	1,460,277,392	5,380	1,200,816,000	2,661,093,392	2,849,296,552	(188,203,160)

(3) 財務缺口

1.固定成本缺口：
 (1)96年：2億2499萬7630元
 (2)101年：6919萬4396元
 (3)109年：1億8820萬3160元

2.折舊缺口：
 (1)96年：3,139萬555元
 (2)101年：4238萬2606元
 (3)109年：1億1527萬7260元

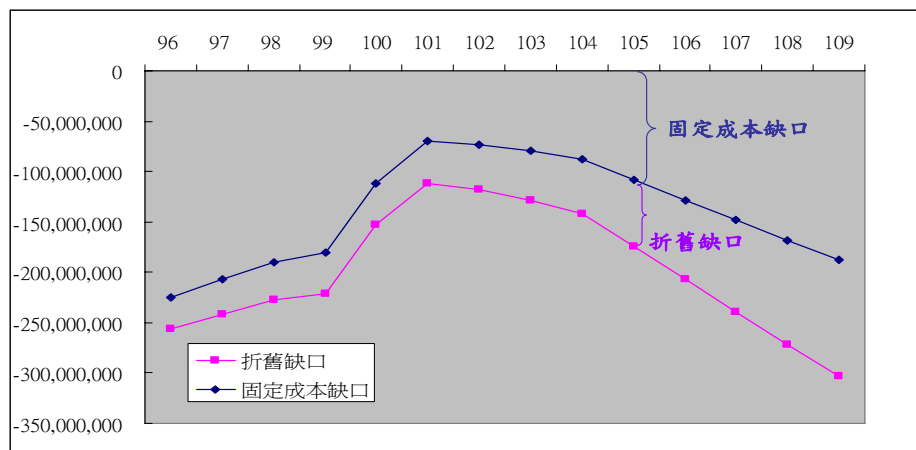


圖 19 Base Case 情境下財務缺口

表 30 Base Case 情境下財務缺口

區分	非榮民床			財務缺口		
	可利用	已利用	未利用床	固定成本缺口	折舊缺口	合計
96	1,465	0	1,465	(224,997,630)	(31,390,555)	(256,388,185)
97	1,598	320	1,278	(207,472,036)	(34,240,346)	(241,712,382)
98	1,746	657	1,089	(190,233,972)	(37,411,542)	(227,645,514)
99	1,922	972	950	(179,905,404)	(41,182,694)	(221,088,098)
100	1,921	1,542	379	(112,149,822)	(41,161,267)	(153,311,089)
101	1,978	1,978	0	(69,194,396)	(42,382,606)	(111,577,002)
102	2,099	2,099	0	(73,427,218)	(44,975,273)	(118,402,491)
103	2,279	2,279	0	(79,723,978)	(48,832,133)	(128,556,111)
104	2,521	2,521	0	(88,189,622)	(54,017,467)	(142,207,089)
105	3,093	3,093	0	(108,199,326)	(66,273,711)	(174,473,037)
106	3,665	3,665	0	(128,209,030)	(78,529,955)	(206,738,985)
107	4,236	4,236	0	(148,183,752)	(90,764,772)	(238,948,524)
108	4,809	4,809	0	(168,228,438)	(103,042,443)	(271,270,881)
109	5,380	5,380	0	(188,203,160)	(115,277,260)	(303,480,420)

3. 現金流量分析

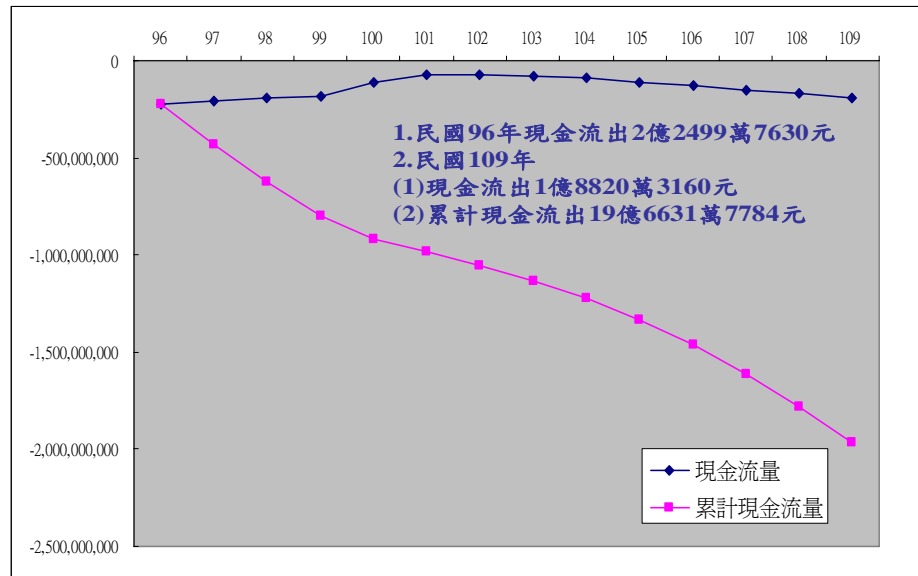


圖 20 Base Case 情境下現金流量

表 31 Base Case 情境下現金流量

年度	總收入	總支出	現金流量	累計現金流量
96	2,471,059,922	2,696,057,552	(224,997,630)	(224,997,630)
97	2,508,145,716	2,715,617,752	(207,472,036)	(432,469,666)
98	2,545,153,180	2,735,387,152	(190,233,972)	(622,703,638)
99	2,570,021,148	2,749,926,552	(179,905,404)	(802,609,042)
100	2,697,503,330	2,809,653,152	(112,149,822)	(914,758,864)
101	2,780,102,156	2,849,296,552	(69,194,396)	(983,953,260)
102	2,775,869,334	2,849,296,552	(73,427,218)	(1,057,380,478)
103	2,769,572,574	2,849,296,552	(79,723,978)	(1,137,104,456)
104	2,761,106,930	2,849,296,552	(88,189,622)	(1,225,294,078)
105	2,741,097,226	2,849,296,552	(108,199,326)	(1,333,493,404)
106	2,721,087,522	2,849,296,552	(128,209,030)	(1,461,702,434)
107	2,701,112,800	2,849,296,552	(148,183,752)	(1,609,886,186)
108	2,681,068,114	2,849,296,552	(168,228,438)	(1,778,114,624)
109	2,661,093,392	2,849,296,552	(188,203,160)	(1,966,317,784)

5-4-2 Case A：維持榮民占床數，不增床

1. 基本假設：

- (1) 單位成本=變動成本+固定成本+折舊=27萬9,609元
 - a. 變動成本：每床10萬4,600元(95年自費床變動成本+伙食費)
 - b. 固定成本：每床15萬3,582元(95年榮家固定成本/總床位)
 - c. 折舊：每床2萬1,427元(95年榮家固定資產每年折舊/總床位)
- (2) 榮民床之單位成本全由退輔會負擔(自費不足亦應由退輔會負擔，因收費低於變動成本，無邊際貢獻)
- (3) 65歲以上非榮民長照者，依政府長照十年計畫規定，入住機構中低收入戶補貼，每月1萬8,600元(每年22萬3,200元)，扣除變動成本後邊際貢獻118,600元，與固定成本仍有差異3萬4,982元。
- (4) 固定成本因不增床，故仍維持不變，折舊亦同。
- (5) 假設每年無重大新增資本支出，故忽視不計入現金流量及折舊。
- (6) 損益平衡點之關鍵在單位收入減除單位變動成本後之邊際貢獻，可否全數平衡分攤固定成本(或固定成本+折舊)。
- (7) 以上貨幣單位以95年為基礎，為方便比較各種情境下之財務分析結果，暫忽略物價水準變動因素，如將物價水準納入考量，則各年度損益兩平及現金流量等計算結果均將有所變動。(詳本研究3-5研究限制3-5-3)
- (8) 本研究之非榮民老人收費標準1萬8600元，係以內政部補助中低收入者入住機構長照每人每月最高補助額假設基礎，依據內政部社會司95年8月整理老人安養護機構長期照護平均收費標準，其中北區每月為3萬至3萬5000元、中區為2萬5000元至2萬9千元、南區為2萬5000元至3萬3000元、東區為2萬至2萬4000元，故相關收費標準遠低於民間平均收費水準，惟為使榮家自費盈虧經營財務分析更具參考價值，乃採最保守數值計算，當榮家實際收住非榮民時，仍有再提高收費標準之空間。

2. 損益兩平分析

(1) 含折舊

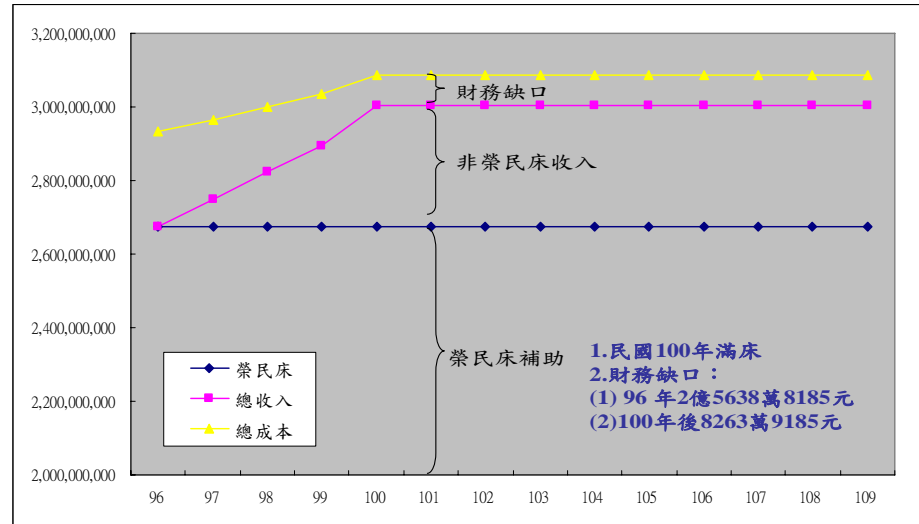


圖 21 Case A 情境下損益兩平分析(含折舊)

表 32 Case A 情境下損益兩平分析(含折舊)

民國	榮民床		非榮民床		損益分析		
	床位	補助款	床位	收入	總收入	總成本	損益
96	9,571	2,676,137,739	0	0	2,676,137,739	2,932,525,924	(256,388,185)
97	9,571	2,676,137,739	320	71,424,000	2,747,561,739	2,965,997,924	(218,436,185)
98	9,571	2,676,137,739	657	146,642,400	2,822,780,139	3,001,248,124	(178,467,985)
99	9,571	2,676,137,739	973	217,173,600	2,893,311,339	3,034,301,724	(140,990,385)
100	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
101	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
102	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
103	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
104	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
105	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
106	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
107	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
108	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)
109	9,571	2,676,137,739	1,465	326,988,000	3,003,125,739	3,085,764,924	(82,639,185)

(2) 不含折舊

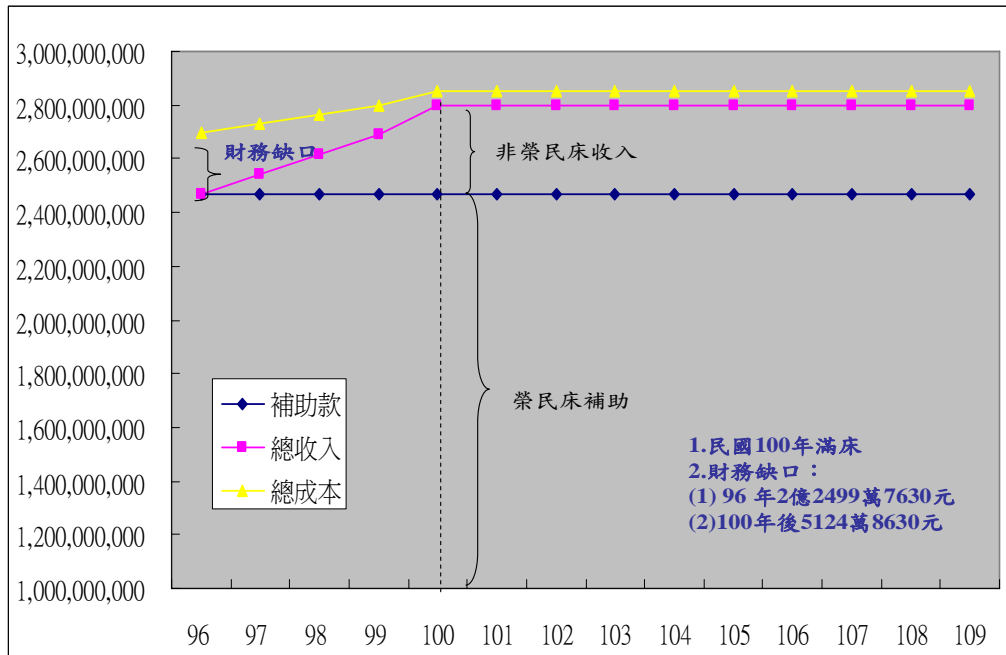


圖 22 Case A 情境下損益兩平分析(不含折舊)

表 33 Case A 情境下損益兩平分析(不含折舊)

民國	榮民床		非榮民床		損益分析		
	床位	補助款	床位	收入	總收入	總成本	損益
96	9,571	2,471,059,922	0	0	2,471,059,922	2,696,057,552	(224,997,630)
97	9,571	2,471,059,922	320	71,424,000	2,542,483,922	2,729,529,552	(187,045,630)
98	9,571	2,471,059,922	657	146,642,400	2,617,702,322	2,764,779,752	(147,077,430)
99	9,571	2,471,059,922	973	217,173,600	2,688,233,522	2,797,833,352	(109,599,830)
100	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
101	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
102	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
103	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
104	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
105	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
106	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
107	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
108	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)
109	9,571	2,471,059,922	1,465	326,988,000	2,798,047,922	2,849,296,552	(51,248,630)

(2) 財務缺口

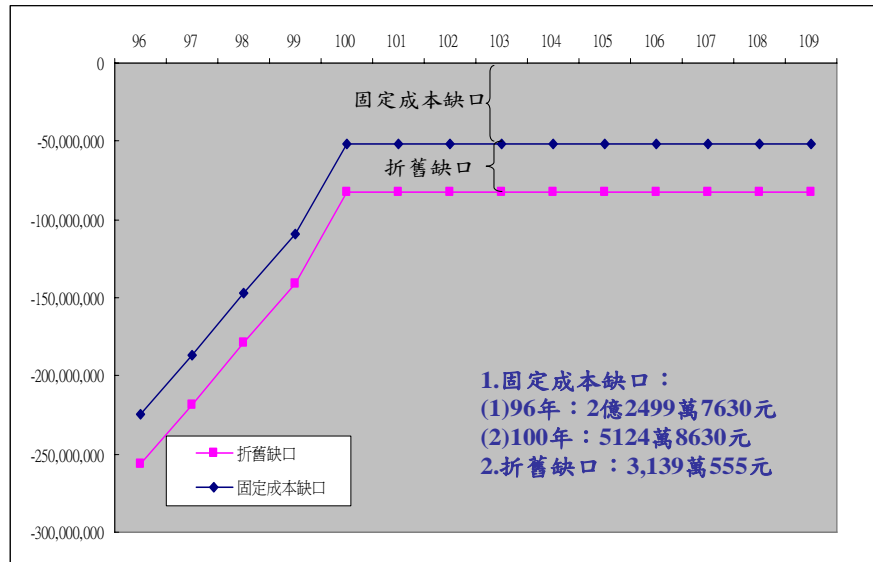


圖 23 Case A 情境下財務缺口

表 34 Case A 情境下財務缺口

區分	非榮民床			財務缺口		
	可利用	已利用	未利用床	固定成本缺口	折舊缺口	合計
96	1,465	0	1,465	(224,997,630)	(31,390,555)	(256,388,185)
97	1,465	320	1,145	(187,045,630)	(31,390,555)	(218,436,185)
98	1,465	657	808	(147,077,430)	(31,390,555)	(178,467,985)
99	1,465	973	611	(109,599,830)	(31,390,555)	(140,990,385)
100	1,465	1,465	492	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
101	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
102	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
103	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
104	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
105	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
106	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
107	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
108	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)
109	1,465	1,465	0	(51,248,630)	(31,390,555)	(82,639,185)

3. 現金流量分析

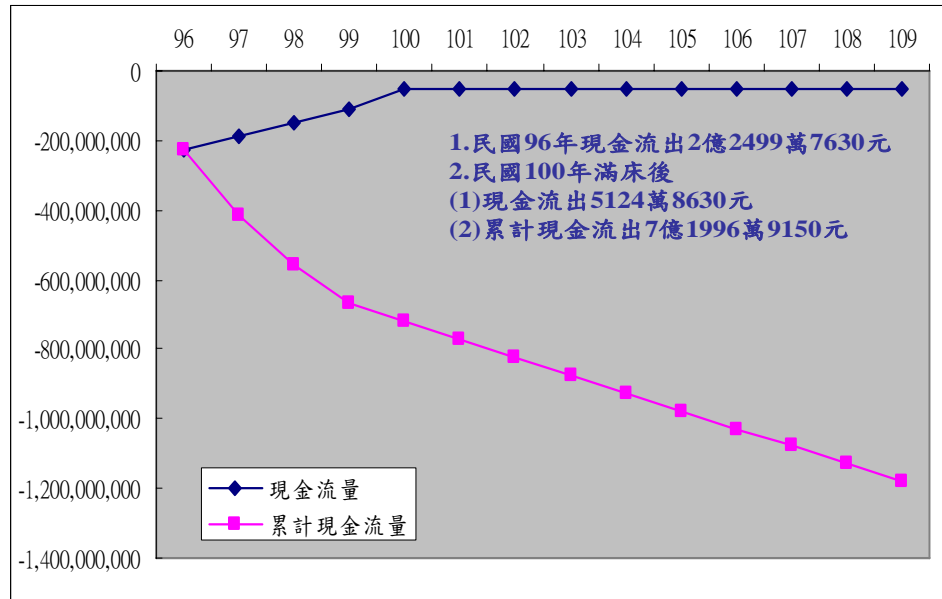


圖 24 Case A 情境下現金流量

表 35 Case A 情境下現金流量

年度	總收入	總支出	現金流量	累計現金流量
96	2,471,059,922	2,696,057,552	-224,997,630	-224,997,630
97	2,542,483,922	2,729,529,552	-187,045,630	-412,043,260
98	2,617,702,322	2,764,779,752	-147,077,430	-559,120,690
99	2,688,233,522	2,797,833,352	-109,599,830	-668,720,520
100	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-719,969,150
101	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-771,217,780
102	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-822,466,410
103	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-873,715,040
104	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-924,963,670
105	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-976,212,300
106	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-1,027,460,930
107	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-1,078,709,560
108	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-1,129,958,190
109	2,798,047,922	2,849,296,552	-51,248,630	-1,181,206,820

5-4-3 Case B：榮民遞減，增床 818

1. 基本假設：

- (1) 單位成本=變動成本+固定成本+折舊=27 萬 9,609 元
 - a. 變動成本：每床 10 萬 4,600 元(95 年自費床變動成本+伙食費)
 - b. 固定成本：每床 15 萬 3,582 元(95 年榮家固定成本/總床位)
 - c. 折舊：每床 2 萬 1,427 元(95 年榮家固定資產每年折舊/總床位)
- (2) 榮民床之單位成本全由退輔會負擔(自費不足亦應由退輔會負擔，因收費低於變動成本，無邊際貢獻)
- (3) 65 歲以上非榮民長照者，依中長期長照十年計畫規定，入住機構中低收入戶補貼，每月 1 萬 8,600 元(每年 22 萬 3,200 元)，扣除變動成本後邊際貢獻 118,600 元，與固定成本仍有差異 3 萬 4,982 元。
- (4) 雖然榮民床位遞減，但因遞減速度無法填補非榮民入住需求，為滿足民國 109 年非榮民長照人口床位需求，必須於民國 101 年完成增床 818 床，預計 99-100 年投資興建，總投資成本=增床數*老人福利法規定每床 16.5 平方公尺*97 年預算每平方公尺建造成本編列標準 1 萬 8300 元+設備投資(建造成本 10%)=2 億 7169 萬 4610 元，其中 98 年投入 2/3，99 年投入 1/3。
- (5) 增床後依新床位總數重新核算，每床固定成本下降至 14 萬 2,984 元，榮民補助款隨同調整。

2. 損益兩平分析

(1) 含折舊

1. 民國 101 年增床後每床單位成本降低，補助款減少
2. 109 年滿床，非榮民床 6,198，因邊際貢獻 118600 < 固定成本 142984 + 折舊 20864，故尚有財務缺口 2 億 8043 萬 4708 元

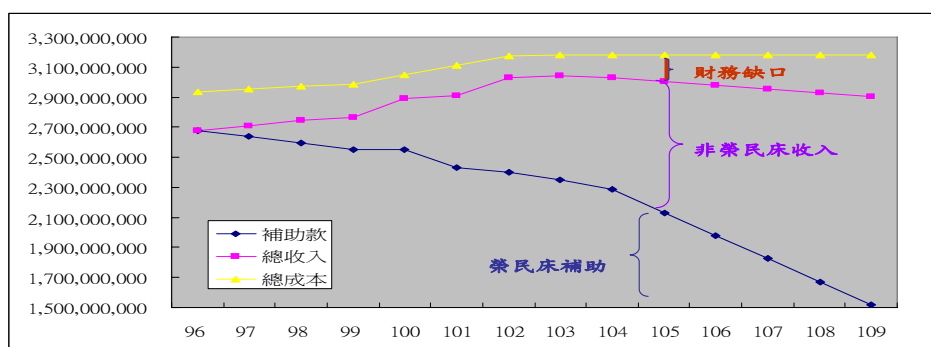


圖 25 Case B 情境下損益兩平分析(含折舊)

表 36 Case B 情境下損益兩平分析(含折舊)

民國	榮民床		非榮民床		損益分析		
	床位	補助款	床位	收入	總收入	總成本	損益
96	9,571	2,676,137,739	0	0	2,676,137,739	2,932,525,924	(256,388,185)
97	9,438	2,638,949,742	320	71,424,000	2,710,373,742	2,952,086,124	(241,712,382)
98	9,291	2,597,847,219	657	146,642,400	2,744,489,619	2,971,960,124	(227,470,505)
99	9,114	2,548,356,426	973	217,173,600	2,765,530,026	2,986,499,524	(220,969,498)
100	9,116	2,548,915,644	1,542	344,174,400	2,893,090,044	3,046,226,124	(153,136,080)
101	9,058	2,431,583,868	2,140	477,648,000	2,909,231,868	3,113,541,284	(204,309,416)
102	8,937	2,399,101,902	2,825	630,540,000	3,029,641,902	3,172,535,684	(142,893,782)
103	8,757	2,350,781,622	3,097	691,250,400	3,042,032,022	3,182,158,884	(140,126,862)
104	8,515	2,285,817,690	3,339	745,264,800	3,031,082,490	3,182,158,884	(151,076,394)
105	7,943	2,132,266,578	3,911	872,935,200	3,005,201,778	3,182,158,884	(176,957,106)
106	7,371	1,978,715,466	4,483	1,000,605,600	2,979,321,066	3,182,158,884	(202,837,818)
107	6,800	1,825,432,800	5,054	1,128,052,800	2,953,485,600	3,182,158,884	(228,673,284)
108	6,228	1,671,881,688	5,626	1,255,723,200	2,927,604,888	3,182,158,884	(254,553,996)
109	5,656	1,518,330,576	6,198	1,383,393,600	2,901,724,176	3,182,158,884	(280,434,708)

(2) 不含折舊

- 1.民國101年增床後每床單位成本降低，補助款減少
- 2.因邊際貢獻118600<固定成本142984，每增加非榮民床1床，財務缺口增加2萬4384元，無法損益平衡

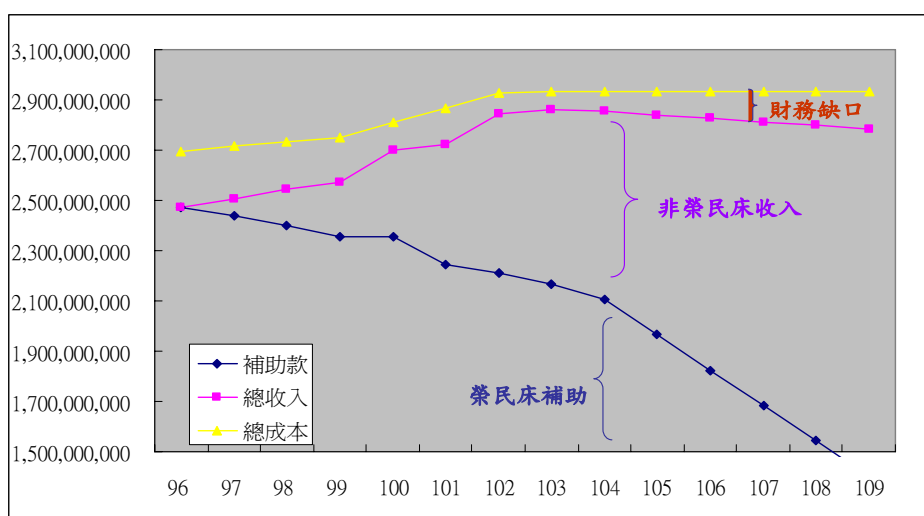


圖 26 Case B 情境下損益兩平分析(不含折舊)

表 37 Case B 情境下損益兩平分析(不含折舊)

民國	榮民床		非榮民床		損益分析		
	床位	補助款	床位	收入	總收入	總成本	損益
96	9,571	2,471,059,922	0	0	2,471,059,922	2,696,057,552	(224,997,630)
97	9,438	2,436,721,716	320	71,424,000	2,508,145,716	2,715,617,752	(207,472,036)
98	9,291	2,398,768,962	657	146,642,400	2,545,411,362	2,735,491,752	(190,080,390)
99	9,114	2,353,070,748	973	217,173,600	2,570,244,348	2,750,031,152	(179,786,804)
100	9,116	2,353,587,112	1,542	344,174,400	2,697,761,512	2,809,757,752	(111,996,240)
101	9,058	2,242,615,872	2,140	477,648,000	2,720,263,872	2,866,219,428	(145,955,556)
102	8,937	2,212,658,208	2,825	630,540,000	2,843,198,208	2,925,213,828	(82,015,620)
103	8,757	2,168,093,088	3,097	691,250,400	2,859,343,488	2,934,837,028	(75,493,540)
104	8,515	2,108,177,760	3,339	745,264,800	2,853,442,560	2,934,837,028	(81,394,468)
105	7,943	1,966,559,712	3,911	872,935,200	2,839,494,912	2,934,837,028	(95,342,116)
106	7,371	1,824,941,664	4,483	1,000,605,600	2,825,547,264	2,934,837,028	(109,289,764)
107	6,800	1,683,571,200	5,054	1,128,052,800	2,811,624,000	2,934,837,028	(123,213,028)
108	6,228	1,541,953,152	5,626	1,255,723,200	2,797,676,352	2,934,837,028	(137,160,676)
109	5,656	1,400,335,104	6,198	1,383,393,600	2,783,728,704	2,934,837,028	(151,108,324)

(3) 財務缺口

1. 固定成本缺口：

- (1)96年：2億2499萬7630元
- (2)103年滿床：7549萬3540元

2. 折舊缺口：

- (1)96年：3,139萬555元
- (2)103年：6463萬3322元

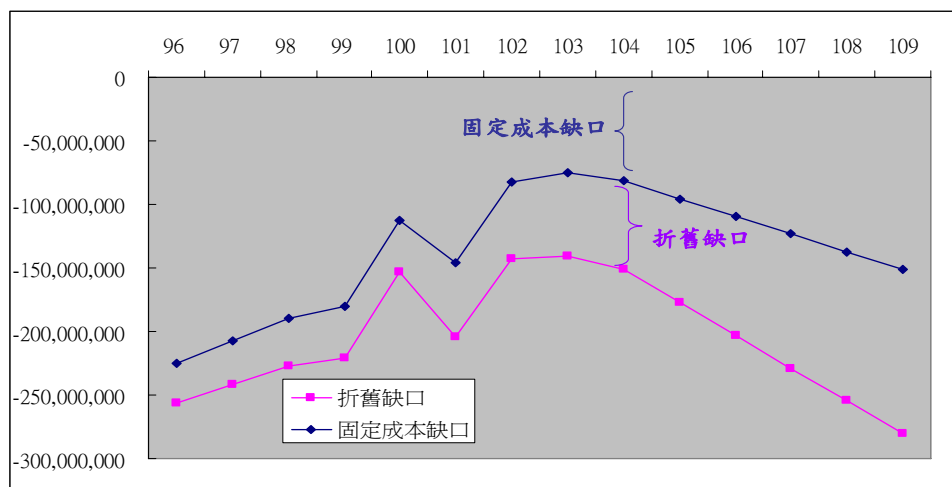


圖 27 Case B 情境下財務缺口

表 38 Case B 情境下財務缺口

區分	非榮民床			財務缺口		
	可利用	已利用	未利用床	固定成本缺口	折舊缺口	合計
96	1,465	0	1,465	(224,997,630)	(31,390,555)	(256,388,185)
97	1,598	320	1,278	(207,472,036)	(34,240,346)	(241,712,382)
98	1,745	657	1,088	(190,080,390)	(37,390,115)	(227,470,505)
99	1,922	973	949	(179,786,804)	(41,182,694)	(220,969,498)
100	1,920	1,542	378	(111,996,240)	(41,139,840)	(153,136,080)
101	2,796	2,140	656	(145,955,556)	(58,353,860)	(204,309,416)
102	2,917	2,825	92	(82,015,620)	(60,878,162)	(142,893,782)
103	3,097	3,097	0	(75,493,540)	(64,633,322)	(140,126,862)
104	3,339	3,339	0	(81,394,468)	(69,681,926)	(151,076,394)
105	3,911	3,911	0	(95,342,116)	(81,614,990)	(176,957,106)
106	4,483	4,483	0	(109,289,764)	(93,548,054)	(202,837,818)
107	5,054	5,054	0	(123,213,028)	(105,460,256)	(228,673,284)
108	5,626	5,626	0	(137,160,676)	(117,393,320)	(254,553,996)
109	6,198	6,198	0	(151,108,324)	(129,326,384)	(280,434,708)

3. 現金流量分析

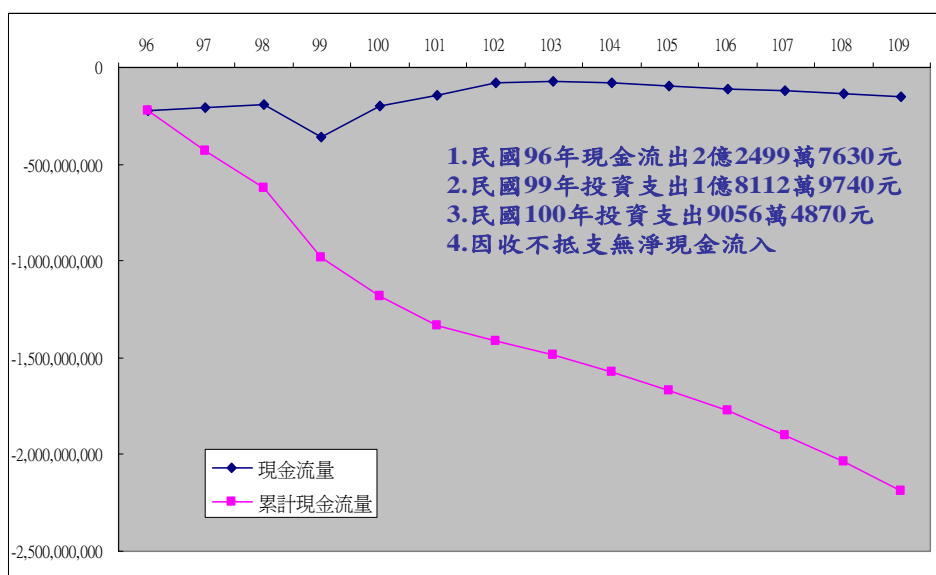


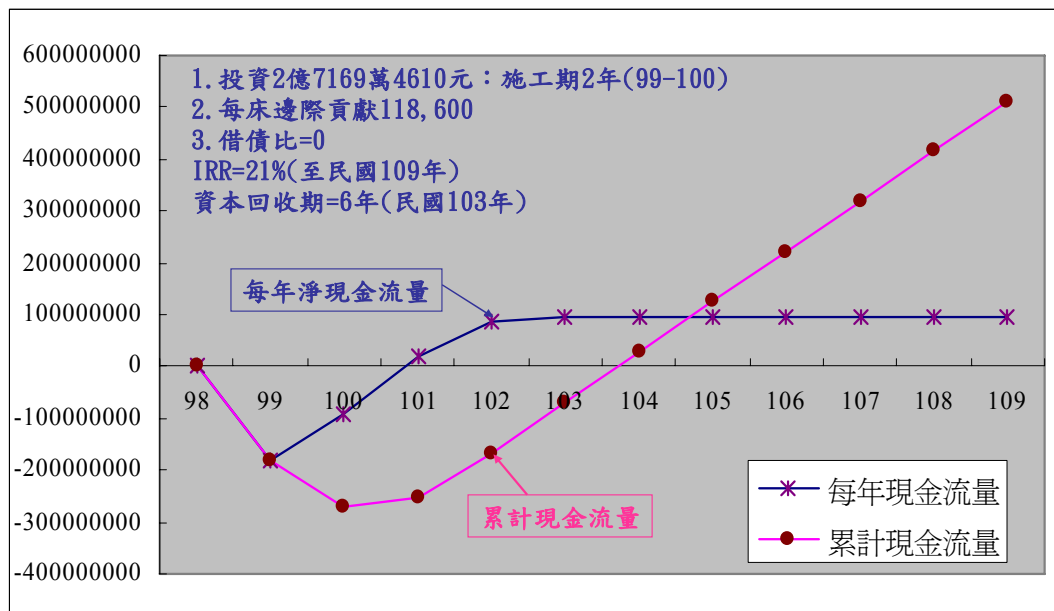
圖 28 Case B 情境下現金流量

表 39 Case B 情境下現金流量

年度	總收入	總支出	現金流量	累計現金流量
96	2,471,059,922	2,696,057,552	(224,997,630)	(224,997,630)
97	2,508,145,716	2,715,617,752	(207,472,036)	(432,469,666)
98	2,545,411,362	2,735,491,752	(190,080,390)	(622,550,056)
99	2,570,244,348	2,931,160,892	(360,916,544)	(983,466,600)
100	2,697,761,512	2,900,322,622	(202,561,110)	(1,186,027,710)
101	2,720,263,872	2,866,219,428	(145,955,556)	(1,331,983,266)
102	2,843,198,208	2,925,213,828	(82,015,620)	(1,413,998,886)
103	2,859,343,488	2,934,837,028	(75,493,540)	(1,489,492,426)
104	2,853,442,560	2,934,837,028	(81,394,468)	(1,570,886,894)
105	2,839,494,912	2,934,837,028	(95,342,116)	(1,666,229,010)
106	2,825,547,264	2,934,837,028	(109,289,764)	(1,775,518,774)
107	2,811,624,000	2,934,837,028	(123,213,028)	(1,898,731,802)
108	2,797,676,352	2,934,837,028	(137,160,676)	(2,035,892,478)
109	2,783,728,704	2,934,837,028	(151,108,324)	(2,187,000,802)

4. 資本支出分析

(1) 效益分析(IRR 係針對本案投資至民國 109 年可獲之預計現金累計淨流入量之現值/累計淨現金流出之淨值，所設算得之內部投資報酬率)



- 投資成本=增床數*每床所需平方公尺數*每平方公尺建造成本+設備投資(建造成本10%)
 $=818*16.5*18300*1.1=271,694,610$
- 假設固定成本為沉沒成本不影響資本支出決策

圖 29 Case B 情境下資本支出效益

表 40 Case B 情境下資本支出效益

民國	累計增床數	每年現金收入	每年現金支出	每年現金流量	累計現金流量
98	0	0	0	0	0
99	0	0	0	-181,129,740	-181,129,740
100	78	0	0	-90,564,870	-271,694,610
101	162	36,158,400	16,945,200	19,213,200	-252,481,410
102	726	162,043,200	75,939,600	86,103,600	-166,377,810
103	818	182,577,600	85,562,800	97,014,800	-69,363,010
104	818	182,577,600	85,562,800	97,014,800	27,651,790
105	818	182,577,600	85,562,800	97,014,800	124,666,590
106	818	182,577,600	85,562,800	97,014,800	221,681,390
107	818	182,577,600	85,562,800	97,014,800	318,696,190
108	818	182,577,600	85,562,800	97,014,800	415,710,990
109	818	182,577,600	85,562,800	97,014,800	512,725,790

1. 投資總額=271,694,610，興建期 99-100 年，99 年 2/3、100 年 1/3
2. 每床年收入 223,200=18,600*12 營運成本=變動成本=104,600
3. 每年現金流量=每年現金收入-每年現金支出=118,600

(2) 敏感度分析

A. 收入減少 20%

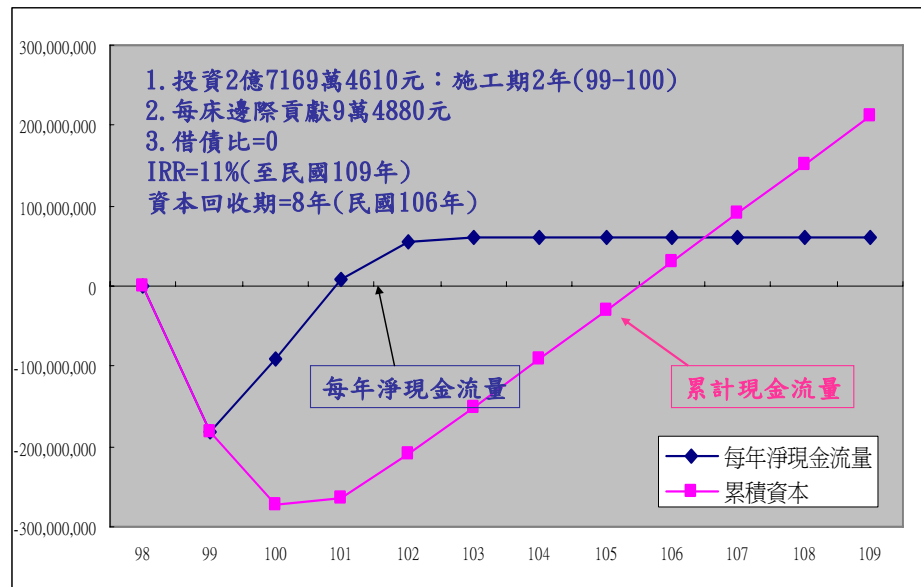


圖 30 Case B 情境下資本支出效益收入減少 20%之敏感度分析

表 41 Case B 情境下資本支出效益收入減少 20%之敏感度分析

民國	累計增床數	每年現金收入	每年現金支出	每年現金流量	累計現金流量
98	0	0	0	0	0
99	0	0	0	-181,129,740	-181,129,740
100	0	0	0	-90,564,870	-271,694,610
101	162	28,926,720	16,945,200	11,981,520	-259,713,090
102	726	129,634,560	75,939,600	53,694,960	-206,018,130
103	818	146,062,080	85,562,800	60,499,280	-145,518,850
104	818	146,062,080	85,562,800	60,499,280	-85,019,570
105	818	146,062,080	85,562,800	60,499,280	-24,520,290
106	818	146,062,080	85,562,800	60,499,280	35,978,990
107	818	146,062,080	85,562,800	60,499,280	96,478,270
108	818	146,062,080	85,562,800	60,499,280	156,977,550
109	818	146,062,080	85,562,800	60,499,280	217,476,830

1. 投資總額=271,694,610，興建期 99-100 年，99 年 2/3、100 年 1/3
2. 每床年收入 178,560=18,600*12*0.8 營運成本=變動成本=104,600
3. 每年現金流量=每年現金收入-每年現金支出=73,960

B. 成本增加 50%

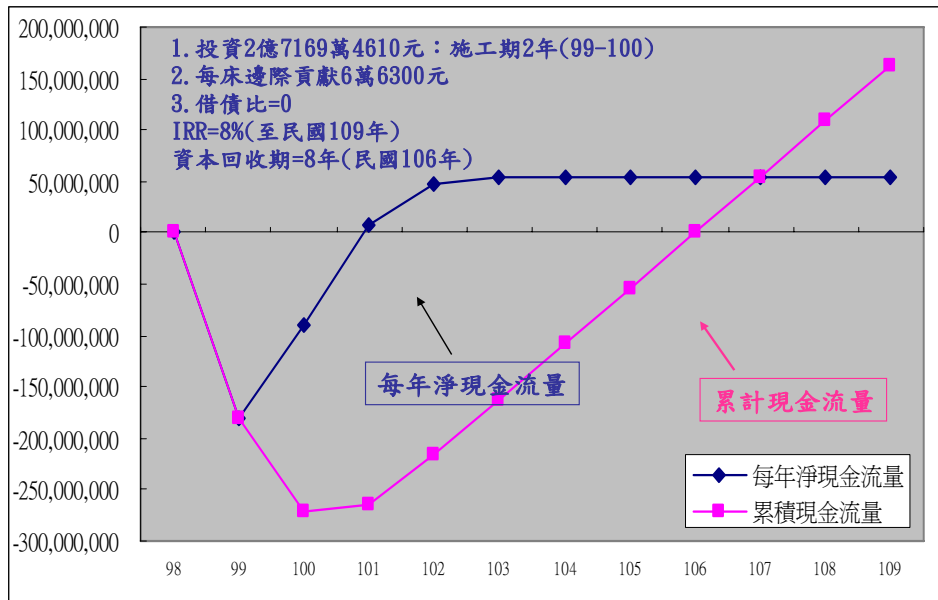


圖 31 Case B 情境下資本支出效益成本增加 50%之敏感度分析

表 42 Case B 情境下資本支出效益收入成本增加 50%之敏感度分析

民國	累計增床數	每年現金收入	每年現金支出	每年現金流量	累計現金流量
98	0	0	0	0	0
99	0	0	0	-181,129,740	-181,129,740
100	0	0	0	-90,564,870	-271,694,610
101	101	22,543,200	15,846,900	6,696,300	-264,998,310
102	726	162,043,200	113,909,400	48,133,800	-216,864,510
103	818	182,577,600	128,344,200	54,233,400	-162,631,110
104	818	182,577,600	128,344,200	54,233,400	-108,397,710
105	818	182,577,600	128,344,200	54,233,400	-54,164,310
106	818	182,577,600	128,344,200	54,233,400	69,090
107	818	182,577,600	128,344,200	54,233,400	54,302,490
108	818	182,577,600	128,344,200	54,233,400	108,535,890
109	818	182,577,600	128,344,200	54,233,400	162,769,290

1. 投資總額=271,694,610，興建期 99-100 年，99 年 2/3、100 年 1/3
2. 每床年收入 223,200=18,600*12
3. 營運成本=變動成本*1.5=104,600*1.5=156900
4. 每年現金流量=每年現金收入-每年現金支出=66,300

5-4-4 Case C：維持榮民占床數，增床 4733

1. 基本假設：

(1) 單位成本=變動成本+固定成本+折舊=27 萬 9,609 元

a. 變動成本：每床 10 萬 4,600 元(95 年自費床變動成本+伙食費)

b. 固定成本：每床 15 萬 3,582 元(95 年榮家固定成本/總床位)

c. 折舊：每床 2 萬 1427 元(95 年榮家固定資產每年折舊/總床位)

(2) 榮民床之單位成本全由退輔會負擔(自費不足亦應由退輔會負擔，因收費低於變動成本，無邊際貢獻)

(3) 65 歲以上非榮民長照者，依中長期長照十年計畫規定，入住機構中低收入戶補貼，每月 1 萬 8,600 元(每年 22 萬 3,200 元)，扣除變動成本後邊際貢獻 118,600 元，與固定成本仍有差異 3 萬 4,982 元。

(4) 由於榮民床位維持 96 年底水準，為滿足民國 109 年非榮民長照人口床位需求，必須於民國 100 年完成增床 4733，預計 98-99 年投資興建，總投資成本=增床數*老人福利法規定每床 16.5 平方公尺*97 年預算每平方公尺建造成本編列標準 1 萬 8300 元+設備投資(建造成本 10%)=15 億 7204 萬 2285 元，其中 98 年投入三分之二，99 年投入三分之一。

(5) 增床後依新床位總數重新核算，每床固定成本下降至 10 萬 7485 元，榮民補助款隨同調整。

2. 損益兩平分析

(1) 含折舊

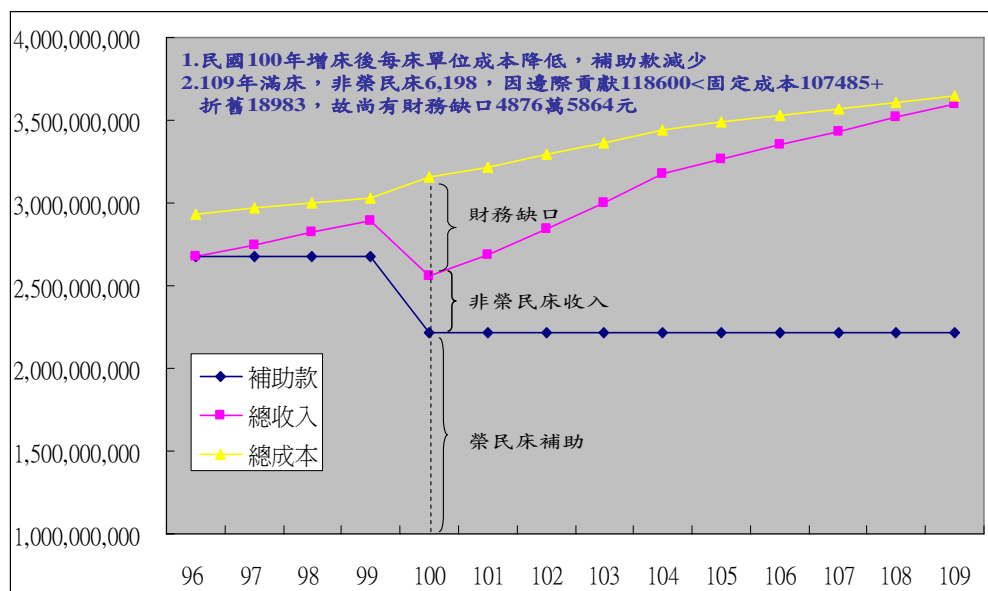


圖 32 Case C 情境下損益兩平分析(含折舊)

表 43 Case C 情境下損益兩平分析(含折舊)

民國	榮民床		非榮民床		損益分析		
	床位	補助款	床位	收入	總收入	總成本	損益
96	9,571	2,676,137,739	0	0	2,676,137,739	2,932,525,924	(256,388,185)
97	9,571	2,676,137,739	320	71,424,000	2,747,561,739	2,965,997,924	(218,436,185)
98	9,571	2,676,137,739	657	146,642,400	2,822,780,139	3,001,248,124	(178,467,985)
99	9,571	2,676,137,739	973	217,173,600	2,893,311,339	3,034,301,724	(140,990,385)
100	9,571	2,211,551,828	1,542	344,174,400	2,555,726,228	3,156,693,692	(600,967,464)
101	9,571	2,211,551,828	2,140	477,648,000	2,689,199,828	3,219,244,492	(530,044,664)
102	9,571	2,211,551,828	2,825	630,540,000	2,842,091,828	3,290,895,492	(448,803,664)
103	9,571	2,211,551,828	3,535	789,012,000	3,000,563,828	3,365,161,492	(364,597,664)
104	9,571	2,211,551,828	4,306	961,099,200	3,172,651,028	3,445,808,092	(273,157,064)
105	9,571	2,211,551,828	4,716	1,052,611,200	3,264,163,028	3,488,694,092	(224,531,064)
106	9,571	2,211,551,828	5,114	1,141,444,800	3,352,996,628	3,530,324,892	(177,328,264)
107	9,571	2,211,551,828	5,460	1,218,672,000	3,430,223,828	3,566,516,492	(136,292,664)
108	9,571	2,211,551,828	5,844	1,304,380,800	3,515,932,628	3,606,682,892	(90,750,264)
109	9,571	2,211,551,828	6,198	1,383,393,600	3,594,945,428	3,643,711,292	(48,765,864)

(2) 不含折舊

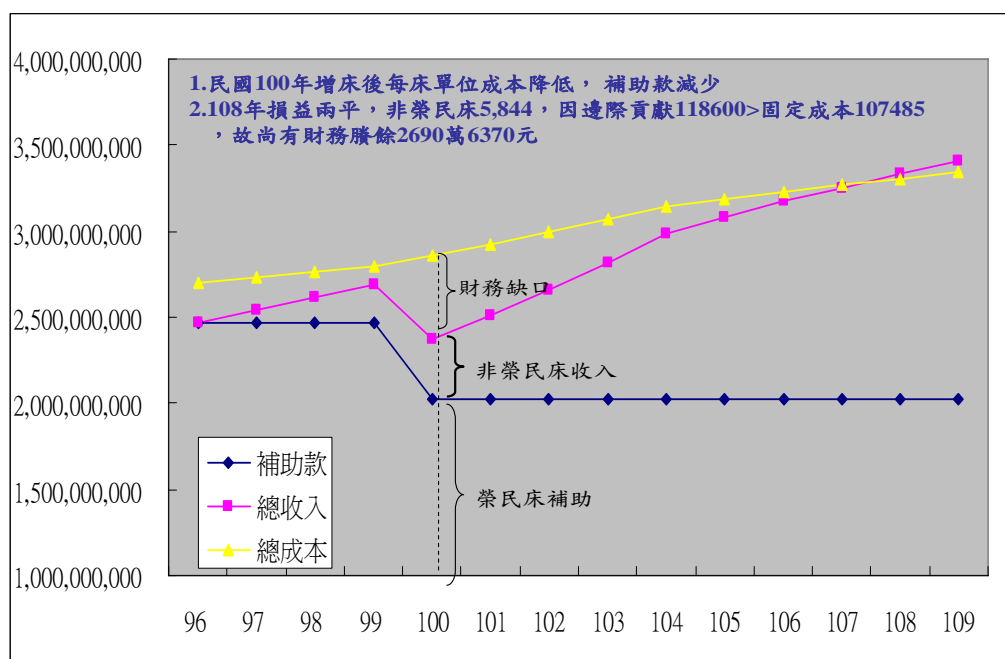


圖 33 Case C 情境下損益兩平分析(不含折舊)

表 44 Case C 情境下損益兩平分析(不含折舊)

民國	榮民床		非榮民床		損益分析		
	床位	補助款	床位	收入	總收入	總成本	損益
96	9,571	2,471,059,922	0	0	2,471,059,922	2,696,057,552	(224,997,630)
97	9,571	2,471,059,922	320	71,424,000	2,542,483,922	2,729,529,552	(187,045,630)
98	9,571	2,471,059,922	657	146,642,400	2,617,702,322	2,764,779,752	(147,077,430)
99	9,571	2,471,059,922	973	217,173,600	2,688,233,522	2,797,833,352	(109,599,830)
100	9,571	2,029,865,535	1,542	344,174,400	2,374,039,935	2,857,350,765	(483,310,830)
101	9,571	2,029,865,535	2,140	477,648,000	2,507,513,535	2,919,901,565	(412,388,030)
102	9,571	2,029,865,535	2,825	630,540,000	2,660,405,535	2,991,552,565	(331,147,030)
103	9,571	2,029,865,535	3,535	789,012,000	2,818,877,535	3,065,818,565	(246,941,030)
104	9,571	2,029,865,535	4,306	961,099,200	2,990,964,735	3,146,465,165	(155,500,430)
105	9,571	2,029,865,535	4,716	1,052,611,200	3,082,476,735	3,189,351,165	(106,874,430)
106	9,571	2,029,865,535	5,114	1,141,444,800	3,171,310,335	3,230,981,965	(59,671,630)
107	9,571	2,029,865,535	5,460	1,218,672,000	3,248,537,535	3,267,173,565	(18,636,030)
108	9,571	2,029,865,535	5,844	1,304,380,800	3,334,246,335	3,307,339,965	26,906,370
109	9,571	2,029,865,535	6,198	1,383,393,600	3,413,259,135	3,344,368,365	68,890,770

(3) 財務缺口

1.固定成本缺口：

(1)96年：2億2499萬7630元

(2)108年：邊際收入>固定成本

2.折舊缺口：

(1)96年：3,139萬555元

(2)110年邊際收入>固定成本+折舊

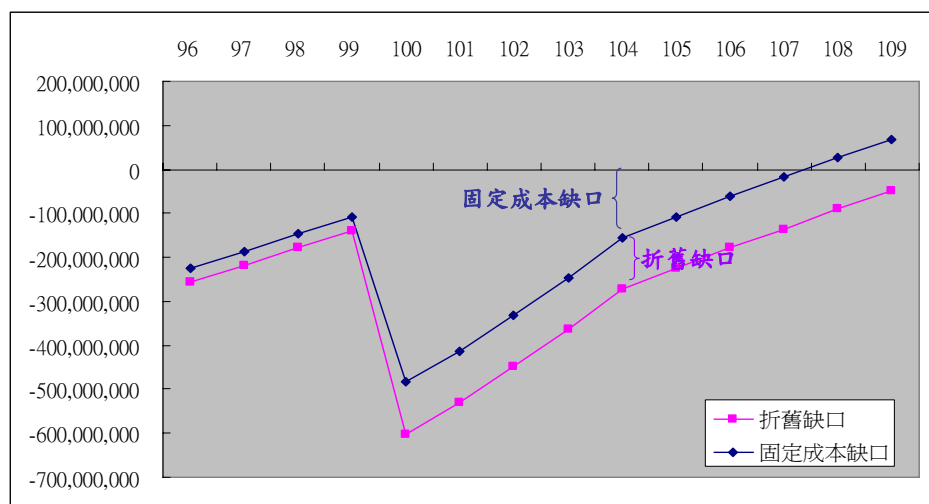


圖 34 Case C 情境下財務缺口

表 45 Case C 情境下財務缺口

區分	非榮民床			財務缺口		
	可利用	已利用	未利用床	固定成本缺口	折舊缺口	合計
96	1,465	0	1,465	(224,997,630)	(31,390,555)	(256,388,185)
97	1,465	320	1,145	(187,045,630)	(31,390,555)	(218,436,185)
98	1,465	657	808	(147,077,430)	(31,390,555)	(178,467,985)
99	1,465	973	492	(109,599,830)	(31,390,555)	(140,990,385)
100	6198	1542	4,656	(483,310,830)	(117,656,634)	(600,967,464)
101	6198	2140	4,058	(412,388,030)	(117,656,634)	(530,044,664)
102	6198	2825	3,373	(331,147,030)	(117,656,634)	(448,803,664)
103	6198	3535	2,663	(246,941,030)	(117,656,634)	(364,597,664)
104	6198	4306	1,892	(155,500,430)	(117,656,634)	(273,157,064)
105	6198	4716	1,482	(106,874,430)	(117,656,634)	(224,531,064)
106	6198	5114	1,084	(59,671,630)	(117,656,634)	(177,328,264)
107	6198	5460	738	(18,636,030)	(117,656,634)	(136,292,664)
108	6198	5844	354	26,906,370	(117,656,634)	(90,750,264)
109	6198	6198	0	68,890,770	(117,656,634)	(48,765,864)

3. 現金流量分析

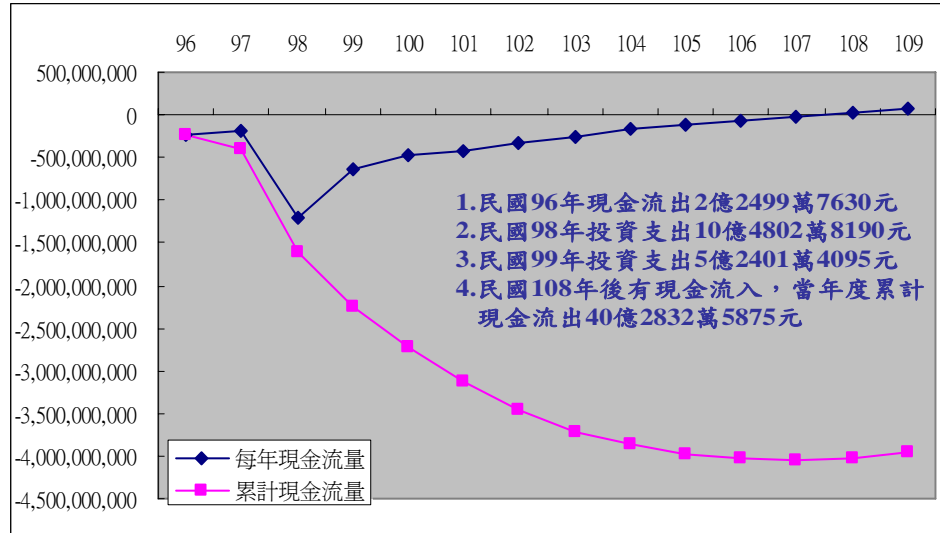


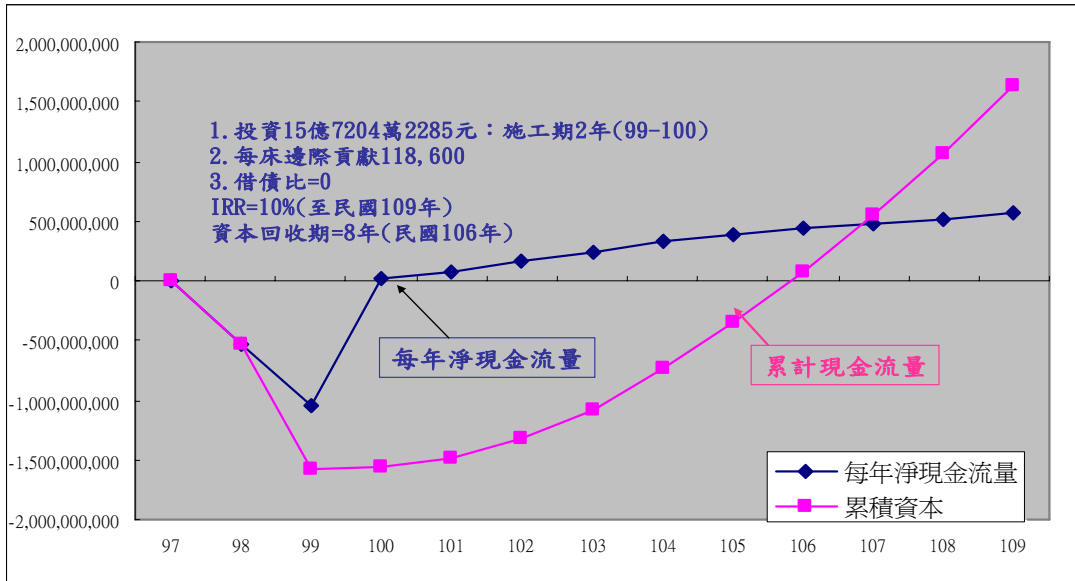
圖 35 Case C 情境下現金流量

表 46 Case C 情境下現金流量

年度	總收入	總支出	現金流量	累計現金流量
96	2,471,059,922	2,696,057,552	-224,997,630	-224,997,630
97	2,542,483,922	2,729,529,552	-187,045,630	-412,043,260
98	2,617,702,322	2,764,779,752	-1,195,105,620	-1,607,148,880
99	2,688,233,522	2,797,833,352	-633,613,925	-2,240,762,805
100	2,374,039,935	2,857,350,765	-483,310,830	-2,724,073,635
101	2,507,513,535	2,919,901,565	-412,388,030	-3,136,461,665
102	2,660,405,535	2,991,552,565	-331,147,030	-3,467,608,695
103	2,818,877,535	3,065,818,565	-246,941,030	-3,714,549,725
104	2,990,964,735	3,146,465,165	-155,500,430	-3,870,050,155
105	3,082,476,735	3,189,351,165	-106,874,430	-3,976,924,585
106	3,171,310,335	3,230,981,965	-59,671,630	-4,036,596,215
107	3,248,537,535	3,267,173,565	-18,636,030	-4,055,232,245
108	3,334,246,335	3,307,339,965	26,906,370	-4,028,325,875
109	3,413,259,135	3,344,368,365	68,890,770	-3,959,435,105

4. 資本支出分析

(1) 效益分析(IRR 係針對本案投資至民國 109 年可獲之內部投資報酬率)



1. 投資成本=增床數*每床所需平方公尺數*每平方公尺建造成本+設備投資(建造成本10%)
=4733*16.5*18300*1.1=1,572,042,285
2. 假設固定成本為沉沒成本不影響資本支出決策

圖 36 Case C 情境下資本支出效益

表 47 Case C 情境下資本支出效益

民國	累計增床數	每年現金收入	每年現金支出	每年現金流量	累計現金流量
97	0	0	0	0	0
98	0	0	0	-524,014,095	-524,014,095
99	0	0	0	-1,048,028,190	-1,572,042,285
100	78	17,409,600	8,158,800	9,250,800	-1,562,791,485
101	676	150,883,200	70,709,600	80,173,600	-1,482,617,885
102	1361	303,775,200	142,360,600	161,414,600	-1,321,203,285
103	2071	462,247,200	216,626,600	245,620,600	-1,075,582,685
104	2842	634,334,400	297,273,200	337,061,200	-738,521,485
105	3252	725,846,400	340,159,200	385,687,200	-352,834,285
106	3650	814,680,000	381,790,000	432,890,000	80,055,715
107	3995	891,684,000	417,877,000	473,807,000	553,862,715
108	4379	977,392,800	458,043,400	519,349,400	1,073,212,115
109	4733	1,056,405,600	495,071,800	561,333,800	1,634,545,915

1. 投資總額=1,572,042,285，興建期 98-99 年，98 年 2/3、99 年 1/3
2. 每床年收入 223,200=18,600*12
3. 營運成本=變動成本=104,600
4. 每年現金流量=每年現金收入-每年現金支出=118,600

(2) 敏感度分析

A. 收入減少 20%

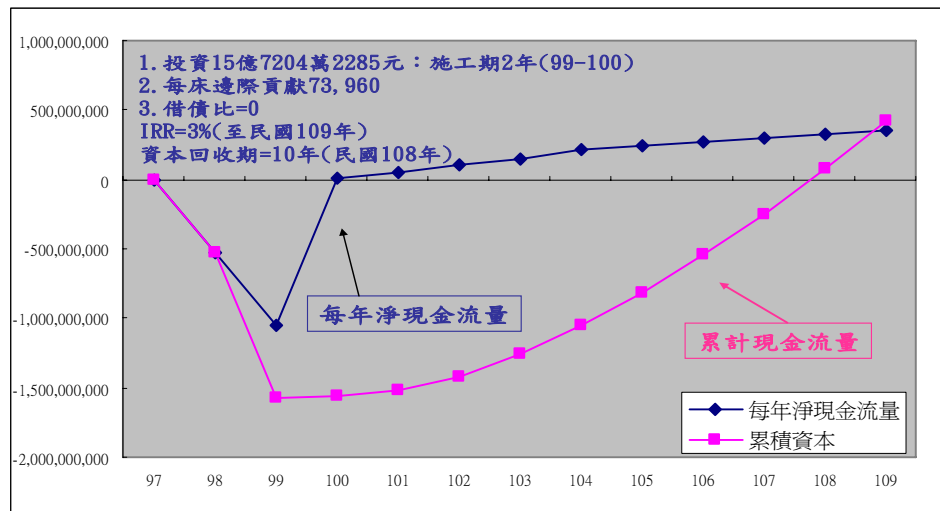


圖 37 Case C 情境下資本支出效益收入減少 20%之敏感度分析

表 48 Case C 情境下資本支出效益收入減少 20%之敏感度分析

民國	累計增床數	每年現金收入	每年現金支出	每年現金流量	累計現金流量
97	0	0	0	0	0
98	0	0	0	-524,014,095	-524,014,095
99	0	0	0	-1,048,028,190	-1,572,042,285
100	78	13,927,680	8,158,800	5,768,880	-1,566,273,405
101	676	120,706,560	70,709,600	49,996,960	-1,516,276,445
102	1361	243,020,160	142,360,600	100,659,560	-1,415,616,885
103	2071	369,797,760	216,626,600	153,171,160	-1,262,445,725
104	2842	507,467,520	297,273,200	210,194,320	-1,052,251,405
105	3252	580,677,120	340,159,200	240,517,920	-811,733,485
106	3650	651,744,000	381,790,000	269,954,000	-541,779,485
107	3995	713,347,200	417,877,000	295,470,200	-246,309,285
108	4379	781,914,240	458,043,400	323,870,840	77,561,555
109	4733	845,124,480	495,071,800	350,052,680	427,614,235

B. 成本增加 50%

1. 投資15億7204萬2285元：施工期2年(99-100)
2. 每床邊際貢獻66,300
3. 借債比=0
- IRR=2%(至民國109年) 資本回收期=11年(民國109年)

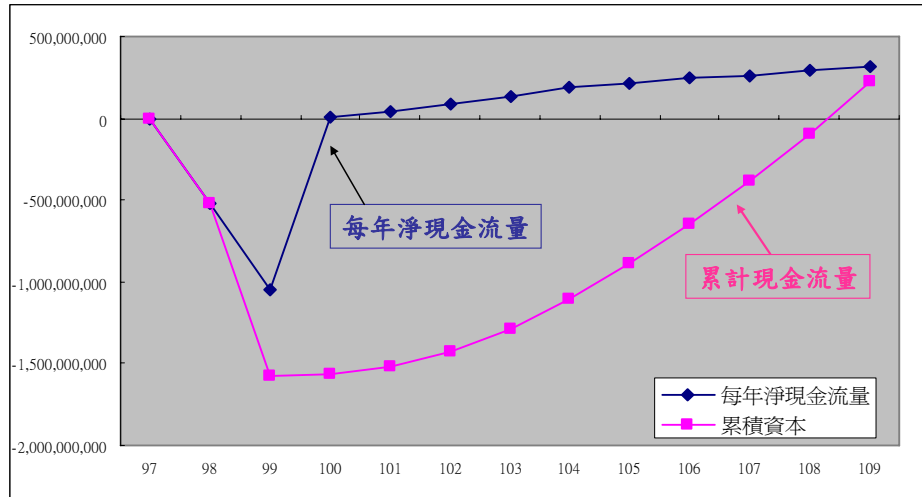


圖 38 Case C 情境下資本支出效益成本增加 50%之敏感度分析

表 49 Case C 情境下資本支出效益成本增加 50%之敏感度分析

民國	累計增床數	每年現金收入	每年現金支出	每年現金流量	累計現金流量
97	0	0	0	0	0
98	0	0	0	-524,014,095	-524,014,095
99	0	0	0	-1,048,028,190	-1,572,042,285
100	78	17,409,600	12,238,200	5,171,400	-1,566,870,885
101	676	150,883,200	106,064,400	44,818,800	-1,522,052,085
102	1361	303,775,200	213,540,900	90,234,300	-1,431,817,785
103	2071	462,247,200	324,939,900	137,307,300	-1,294,510,485
104	2842	634,334,400	445,909,800	188,424,600	-1,106,085,885
105	3252	725,846,400	510,238,800	215,607,600	-890,478,285
106	3650	814,680,000	572,685,000	241,995,000	-648,483,285
107	3995	891,684,000	626,815,500	264,868,500	-383,614,785
108	4379	977,392,800	687,065,100	290,327,700	-93,287,085
109	4733	1,056,405,600	742,607,700	313,797,900	220,510,815

5-5 分析結果

5-5-1 Base case 情境

1. 市場狀況：民國 109 年非榮民長照人口對榮家之累計床位需求數為 6198 床，而因公費就養榮民自然凋零可釋出床位數僅 5380 床，故仍有床位需求缺口 818 床待滿足。
2. 在不增床之基礎下，固定成本及折舊維持原一貫金額，就算到民國 101 年滿床，皆沒辦法使固定成本部份損益兩平，折舊更不用談
3. 財務缺口自民國 96-101 年滿床期間，因閒置床位由非榮民吸收，故財務缺口逐漸縮小，但固定成本也是有級距的，亦即半變動性，多收非榮民長照者，可能使固定成本增加，造成每增加多收一個，則多虧本一個，因此民國 101 年後因已非榮民取代榮民之收費不足(低於榮民補助款)，因此財務缺口再度逐年擴大。
4. 非榮民收費標準提高或固定成本降低之幅度需較高，否則難達損益兩平。
5. 財務缺口解決方案：
 - (1) 固定成本逐年降低至合理化，即更有效益利用，但幅度需較 Base case 大。
 - (2) 增床使達到經濟規模之效益，降低固定成本之單位成本。
 - (3) 提高收費標準，其幅度亦需較 Case A 大。

5-5-2 Case A 情境

1. 市場狀況：民國 109 年非榮民長照人口對榮家之累計床位需求數為 6198 床，而公費就養榮民自然凋零床位因採積極勸進措施及時由榮民遞補，可釋出床位僅 1465 床，故仍有床位需求缺口 4733 床待滿足。
2. 在不增床之基礎下，固定成本及折舊維持原一貫金額，就算到 100 年滿床，皆沒辦法使固定成本部份損益兩平，折舊更不用談，但至少虧損縮減至 0.8 億元(不含折舊虧損 0.5 億元)
3. 多收非榮民長照者無法吸納固定成本，造成每增加多收一個，則多虧本一個。
4. 如非榮民收費標準提高或固定成本降低一點即可損益兩平。
5. 此為可行性較高方案。
6. 財務缺口解決方案：
 - (1) 固定成本逐年降低至合理化，即更有效益利用
 - (2) 增床使達到經濟規模之效益，降低固定成本之單位成本。

(3) 提高收費標準。

5-5-3 Case B 情境

1. 市場狀況：民國 109 年非榮民長照人口對榮家之累計床位需求數為 6198 床，而公費就養榮民自然凋零可釋出床位數僅 5380 床，加計 101 年完成小額增床 818 床，故無床位需求缺口。
2. 在榮民床位遞減由非榮民長照人口遞補(如 Base Case)下，其榮民床遞減速度雖低於非榮民床位需求，但因非榮民長照人口對榮家床位需求於 104 年達到高峰期後，增加率逐年遞減，故以榮民以及長照人口在 109 年對榮家床位需求數為滿床基準，僅須微幅增床 818，以滿足非榮民 109 年床位需求，其中榮民 5,656 床，非榮民 6,198 床。
3. 為增加床位必須於 99-100 年投入興建，以及時於 101 年增加床位滿足超額需求，總投入成本 2 億 7,169 萬 4,610 元。
4. 新增床位於 103 年滿床，並需求大於供給，但之後則供過於求。
5. 假設增床後固定成本不變，因增床之規模經濟使每床：
 - (1) 固定成本由原 153,582 元，下降至 142,984 元
 - (2) 折舊由原 21,427 元，下降至 20,864 元
6. 在變動成本不變前提下，新增床位後，每床邊際貢獻仍小於固定成本，無法損益平衡，如再加計折舊，則離全面損益兩平目標更遠。
7. 收費提高之百分比或固定成本降低之百分比皆須較 Case B 高，才能達損益兩平，難度很高。
8. 財務缺口解決方案：
 - (1) 逐年降低固定成本至合理化
 - (2) 提高收費標準且幅度大。
 - (3) 據資本支出敏感性分析，設若收入減少 20%，則 IRR 由 21%降至 11%；成本增加 50%，則 IRR 降至 8%。

5-5-4 Case C 情境

1. 市場狀況：民國 109 年非榮民長照人口對榮家之累計床位需求數為 6198 床，而公費就養榮民自然凋零床位因採積極勸進措施及時由榮民遞補，可釋出床位 1465 床，加計 100 年完成大額增床 4733 床，故無床位需求缺口。
2. 在榮民床位維持恆常(如 Case A)下，為滿足非榮民置 109 年床位，必需增床

- 4,733 床，榮家總床位數 15,769 床，其中榮民 9,571 床，非榮民 6,198 床。
3. 為增加床位必須於 98-99 年投入興建，以及時於 100 年增加床位滿足超額需求，總投入成本 15 億 7204 萬 285 元。
 4. 假設增床後固定成本仍維持 95 年度總額 16 億 9493 萬元不變，因增床之規模經濟使每床：
 - (1) 固定成本由原 153,582 元，下降至 107,485 元。
 - (2) 折舊由原 21,427 元，下降至 18,983 元。
 5. 在變動成本不變前提下，在新增床位後，每床邊際貢獻大於固定成本，惟仍不足以吸收折舊，但只論固定成本加變動成本則民國 108 年即可達損益兩平。
 6. 如收費標準提高一點或固定成本降低一點，即很容易全面損益兩平。
 7. 此為最佳方案。
 8. 財務缺口解決方案：
 - (1) 降低固定成本(每床固定成本減少 7868 元，約 7.32%)
 - (2) 提高收費(每床邊際貢獻提高 7868 元，約 6.63%)
 - (3) 另依據資本支出敏感性分析，設若收入減少 20%，則 IRR 由 10% 降至 3%；成本增加 50%，則 IRR 降至 2%。

5-5-5 小結

1. 在不增床 Base case 及 case A 之情況下，以 Case A 可行性較高，其榮民床必須維持目前佔床水準，餘積極爭取非榮民入住，可以縮小虧損，惟仍無法達損益兩平。如要能達損益兩平，非以提高非榮民收費標準或降低固定成本為必要手段不可。
2. 在增床情況下，以 Case C 增床 4,733 床較優也較為可行，其榮民床仍必須維持目前佔床水準，餘才積極爭取非榮民入住，但雖於民國 108 年開始，在不考慮折舊費用下，已可達損益兩平，惟若要再進一步全面損益兩平，則必須考量提高非榮民收費標準或降低固定成本或再次增床擴大經濟規模降低單位成本。
3. 若再以不增床 Case A 及 Case C 增床 4,733 床二方案來評估，則 Case C 優於 Case A，因其累計現金流量曲線已有向上爬升收斂之情形，只要稍微運用前開財務策略即能早日達自負盈虧之目標。換言之，榮家長期照顧系統欲達成自負盈虧經營，必須採取榮民及非榮民兼容並蓄策略，除維持既有榮民服務

成果外，並應增加床位收住非榮民。



圖 39 各種策略情境財務推估結果圖

5-6 可能情境與敏感度分析

5-6-1 基本假設

由前節財務設算結果得知，榮民為達自負盈虧可採之策略設計(具體行動方案)以 Case A(設法維持榮民床，不額外增加床位)為「可能情境」(因為榮民床維持榮家才能繼續存在))。

榮家欲達成自負盈虧目標，如前節所述，成本控制為關鍵成功因素。另如第三章研究方法之說明，長照人口之收費單價，受轉介機構經費或預算限制，以及物價波動等因素限制，非榮家可片面決定，屬不可控事項，本研究將其列為研究限制，亦不納入敏感度分析)。為進一步了解榮家在「可能情境」之下，成本變動對相關財務設算結果之影響，本研究續以各種假設情況進行敏感度分析，各種假設說明如下：

1. 預測值：即本研究所採榮家及自費安養中心成本之平均數，此為在持平情境下之成本結構。
2. 樂觀值：採榮家及自費安養中心目前實際固定及變動成本之最低數，此為在最樂觀情境下（目前最佳效率）之成本結構。
3. 悲觀值：採榮家及自費安養中心目前實際固定及變動成本之最高數，此為在最悲觀情境下（目前最無效率）之成本結構。
4. 固定成本減少 10%：即以本研究所採榮家及自費安養中心固定成本平均數為基礎，計算如行政及人事成本可配合組織變革酌予精簡情境下之成本結構。
5. 固定成本增加 10%：即以本研究所採榮家及自費安養中心固定成本平均數為基礎，計算如行政及人事成本因吸納長照人口而增加情境下之成本結構。

表 50 榮家自負盈虧「可能情境」之敏感度分析成本結構假設

敏 感 度	變動成本	固定成本	折舊	總成本
預 測 值	104,600	153,582	21,427	279,609
樂 觀 值	101,978	107,319	21,427	230,724
固定成本-10%	104,600	138,224	21,427	264,251
固定成本+10%	104,600	168,940	21,427	294,967
悲 觀 值	105,048	163,310	21,427	289,785

5-6-2 損益分析

1. 含折舊

1. 預測值(基本假設)：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損8263萬9185元
2. 樂觀值(目前最低成本)：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損1102萬2660元
3. 固定成本 -10%：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損6013萬9422元
4. 固定成本+10%：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損1億513萬8948元
5. 悲觀值(目前最高成本)：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損9754萬7025元

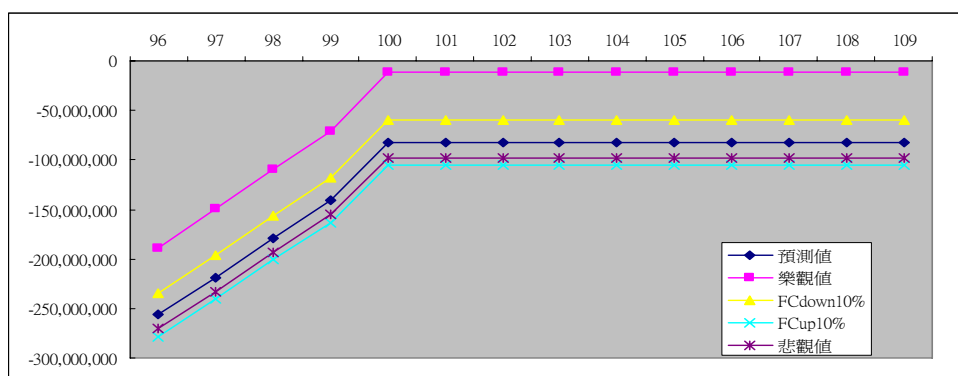


圖 40 可能情境下損益敏感度分析

表 51 可能情境下損益敏感度分析(含折舊)

民國	預測值	樂觀值	FCdown10%	FCup10%	悲觀值
96	(256,309,075)	(188,612,890)	(233,888,422)	(278,887,948)	(270,639,705)
97	(217,673,555)	(149,821,850)	(195,936,422)	(240,935,948)	(232,831,065)
98	(176,985,523)	(108,970,036)	(155,968,222)	(200,967,748)	(193,013,841)
99	(138,832,947)	(70,663,884)	(118,490,622)	(163,490,148)	(155,677,809)
100	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
101	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
102	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
103	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
104	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
105	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
106	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
107	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
108	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)
109	(79,430,835)	(11,022,660)	(60,139,422)	(105,138,948)	(97,547,025)

2. 不含折舊

1. 預測值：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損5124萬8630元
2. 樂觀值：滿床後損益兩平，自民國100年後每年盈餘2036萬7895元
3. 固定成本 -10%：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損2874萬8867元
4. 固定成本+10%：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損7374萬8393元
5. 悲觀值：滿床後財務缺口不變，自民國100年後每年虧損6615萬6470元

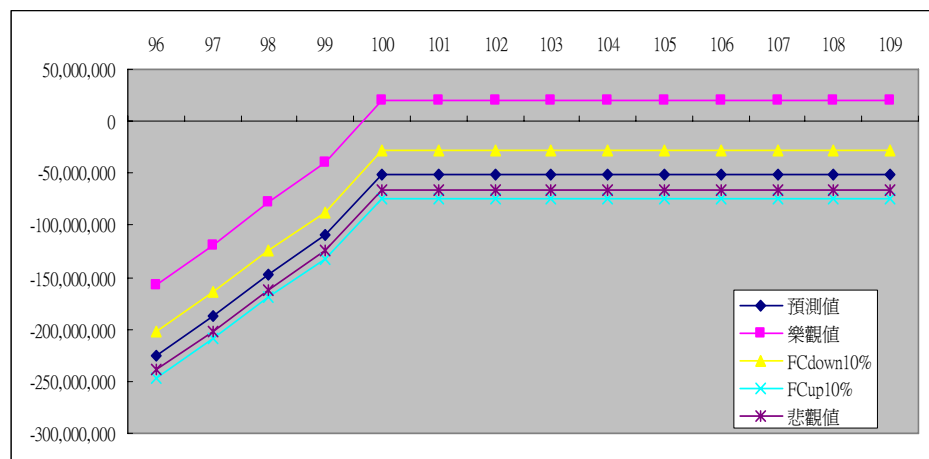


圖 41 可能情境下損益敏感度分析

表 52 可能情境下損益敏感度分析(不含折舊)

民國	預測值	樂觀值	FCdown10%	FCup10%	悲觀值
96	(224,918,520)	(157,222,335)	(202,497,867)	(247,497,393)	(239,249,150)
97	(186,283,000)	(118,431,295)	(164,545,867)	(209,545,393)	(201,440,510)
98	(145,594,968)	(77,579,481)	(124,577,667)	(169,577,193)	(161,623,286)
99	(107,442,392)	(39,273,329)	(87,100,067)	(132,099,593)	(124,287,254)
100	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
101	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
102	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
103	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
104	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
105	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
106	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
107	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
108	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)
109	(48,040,280)	20,367,895	(28,748,867)	(73,748,393)	(66,156,470)

5-6-3 現金流量分析

1. 預測值：現金缺口擴大，至民國109年累計現金流出11億8120萬6820元
2. 樂觀值：民國100年滿床後現金缺口縮小，至109年累計現金流出1億8882萬7490元
3. 固定成本 -10%：現金缺口擴大，至民國109年累計現金流出8億6621萬0138元
4. 固定成本+10%：現金缺口擴大，至民國109年累計現金流出14億9620萬3502元
5. 悲觀值：現金缺口擴大，至民國109年累計現金流出13億8816萬4900元

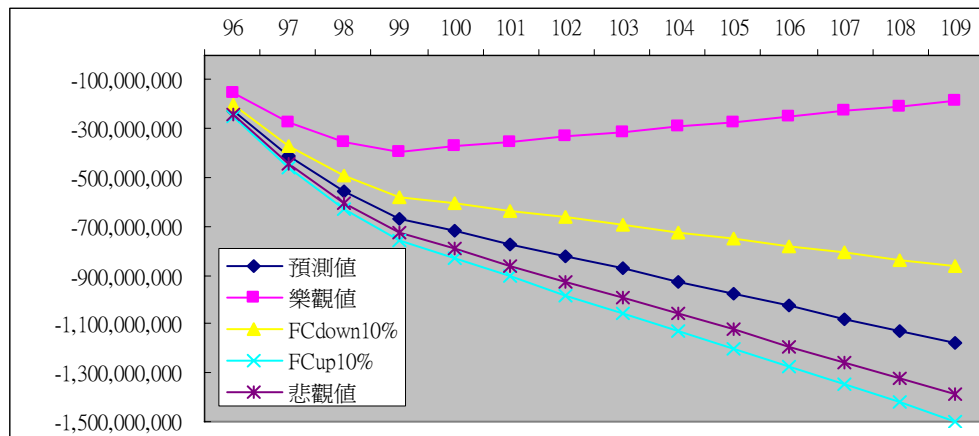


圖 42 可能情境下現金流量敏感度分析

表 53 可能情境下現金流量損益敏感度分析

年度	預測值	樂觀值	FCdown10%	FCup10%	悲觀值
96	-224,997,630	-157,222,335	-202,497,867	-247,497,393	-239,249,150
97	-412,043,260	-275,653,630	-367,043,734	-457,042,786	-440,689,660
98	-559,120,690	-353,233,111	-491,621,401	-626,619,979	-602,312,946
99	-668,720,520	-392,506,440	-578,721,468	-758,719,572	-726,600,200
100	-719,969,150	-372,138,545	-607,470,335	-832,467,965	-792,756,670
101	-771,217,780	-351,770,650	-636,219,202	-906,216,358	-858,913,140
102	-822,466,410	-331,402,755	-664,968,069	-979,964,751	-925,069,610
103	-873,715,040	-311,034,860	-693,716,936	-1,053,713,144	-991,226,080
104	-924,963,670	-290,666,965	-722,465,803	-1,127,461,537	-1,057,382,550
105	-976,212,300	-270,299,070	-751,214,670	-1,201,209,930	-1,123,539,020
106	-1,027,460,930	-249,931,175	-779,963,537	-1,274,958,323	-1,189,695,490
107	-1,078,709,560	-229,563,280	-808,712,404	-1,348,706,716	-1,255,851,960
108	-1,129,958,190	-209,195,385	-837,461,271	-1,422,455,109	-1,322,008,430
109	-1,181,206,820	-188,827,490	-866,210,138	-1,496,203,502	-1,388,164,900

5-6-4 小結

1. 在「維持榮民床、不增床」之可能情境下，如成本結構能控制在樂觀值之下，榮家在不攤提固定折舊之狀況下，可達成損益兩平。
2. 從現金流量之觀點，除非榮家成本結構能控制在樂觀值之下，否則無法產生淨現金流入，無法達成自負盈虧。

5-7 最佳情境與敏感度分析

5-7-1 基本假設

由前節財務設算結果得知，榮民為達自負盈虧可採之策略設計(具體行動方案)以 Case A(設法維持榮民床，不額外增加床位)為「可能情境」(因為榮民床維持榮家才能繼續存在)，而 Case C(設法維持榮民床，並增加床位吸納長照人口)為「最佳情境」(擴大照顧對象並透過增床達成規模經濟)。

榮家欲達成自負盈虧目標，如前節所述，成本控制為關鍵成功因素。另如第三章研究方法之說明，長照人口之收費單價，受轉介機構經費或預算限制，以及物價波動等因素限制，非榮家可片面決定，屬不可控事項，本研究將其列為研究限制，亦不納入敏感度分析)。為進一步了解榮家在「最佳情境」之下，成本變動對相關財務設算結果之影響，本研究續以各種假設情況進行敏感度分析，各種假設說明如下：

1. 預測值：即本研究所採榮家及自費安養中心成本之平均數，此為在持平情境下之成本結構。

2. 樂觀值：採榮家及自費安養中心目前實際固定及變動成本之最低數，此為在最樂觀情境下（目前最佳效率）之成本結構。
3. 悲觀值：採榮家及自費安養中心目前實際固定及變動成本之最高數，此為在最悲觀情境下（目前最無效率）之成本結構。
4. 固定成本減少 10%：即以本研究所採榮家及自費安養中心固定成本平均數為基礎，計算如行政及人事成本可配合組織變革酌予精簡情境下之成本結構。
5. 固定成本增加 10%：即以本研究所採榮家及自費安養中心固定成本平均數為基礎，計算如行政及人事成本因吸納長照人口而增加情境下之成本結構

表 54 榮家自負盈虧「最佳情境」之敏感度分析成本結構假設

敏 感 度	變動成本	固定成本	折舊	總成本
預 測 值	104,600	107,485	18,983	231,068
樂 觀 值	101,978	75,108	18,983	196,069
固定成本-10%	104,600	96,737	18,983	220,320
固定成本+10%	104,600	118,234	18,983	241,817
悲 觀 值	105,048	114,293	18,983	238,324

5-7-2 損益分析

1. 含折舊

1. 預測值(基本假設)：財務缺口收斂，至民國109年仍有虧損4876萬5864元
2. 樂觀值(目前最低成本)：財務缺口收斂，至民國106年損益平衡且有盈餘3675萬2090元
3. 固定成本 -10%：財務缺口收斂，至民國109年損益平衡且有盈餘1785萬3339元
4. 固定成本+10%：財務缺口收斂，至民國109年仍有虧損1億1538萬5067元
5. 悲觀值(目前最高成本)：財務缺口收斂，至民國109年仍有虧損9373萬8552元

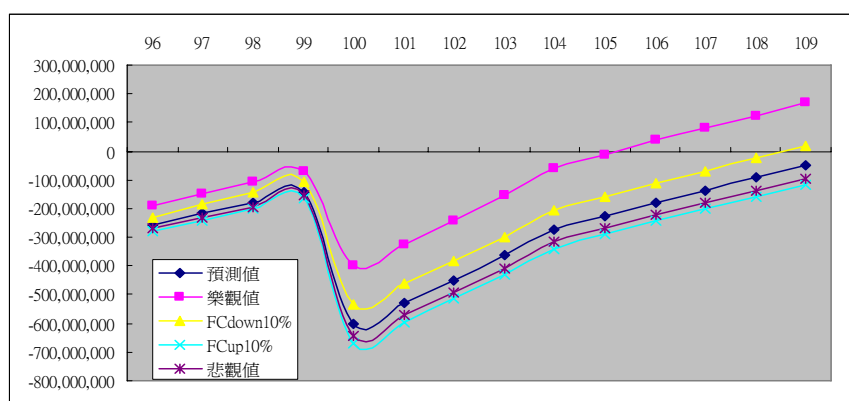


圖 43 最佳情境下敏感度分析-損益(含折舊)

表 55 最佳情境下敏感度分析-損益(含折舊)

民國	預測值	樂觀值	FCdown10%	FCup10%	悲觀值
96	(256,309,075)	(188,612,890)	(233,888,422)	(278,887,948)	(270,639,705)
97	(217,673,555)	(149,821,850)	(182,749,977)	(240,935,948)	(232,831,065)
98	(176,985,523)	(108,970,036)	(142,781,777)	(200,967,748)	(193,013,841)
99	(138,832,947)	(70,663,884)	(105,304,177)	(163,490,148)	(155,677,809)
100	(597,673,752)	(396,251,694)	(534,348,261)	(667,586,667)	(643,854,264)
101	(525,473,624)	(323,760,938)	(463,425,461)	(596,663,867)	(573,199,368)
102	(442,769,464)	(240,723,868)	(382,184,461)	(515,422,867)	(492,265,248)
103	(357,046,904)	(154,656,248)	(297,978,461)	(431,216,867)	(408,377,328)
104	(263,959,448)	(61,194,086)	(206,537,861)	(339,776,267)	(317,282,136)
105	(214,457,688)	(11,493,066)	(157,911,861)	(291,150,267)	(268,839,816)
106	(166,404,760)	36,753,290	(110,709,061)	(243,947,467)	(221,815,320)
107	(124,630,104)	78,696,102	(69,673,461)	(202,911,867)	(180,934,728)
108	(78,267,480)	125,245,350	(24,131,061)	(157,369,467)	(135,564,360)
109	(35,526,936)	168,157,938	17,853,339	(115,385,067)	(93,738,552)

2. 不含折舊

1. 預測值(基本假設)：財務缺口收斂，至民國108年可損益平衡且有賸餘2690萬6307元
2. 樂觀值(目前最低成本)：財務缺口收斂，至民國104年損益平衡且有盈餘5646萬2548元
3. 固定成本 -10%：財務缺口收斂，至民國106年損益平衡且有盈餘694萬7573元
4. 固定成本+10%：財務缺口收斂，至民國109年損益兩平賸餘227萬1567元
5. 悲觀值(目前最高成本)：財務缺口收斂，至民國109年仍有虧損3906萬5994元

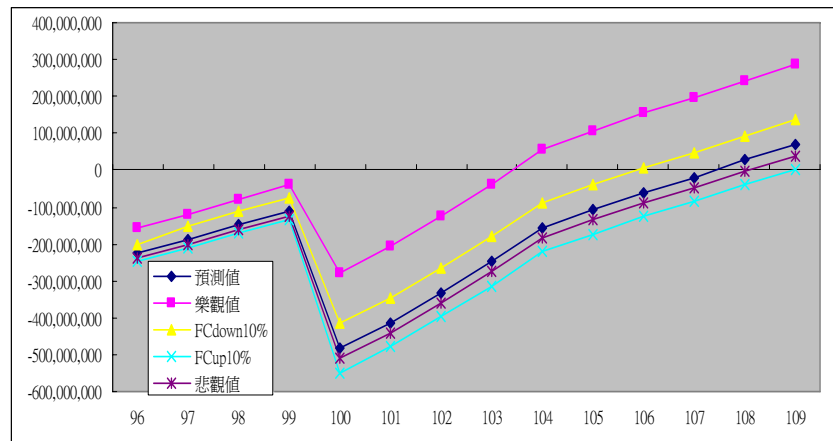


圖 44 最佳情境下損益敏感度分析-損益(不含折舊)

表 56 最佳情境下損益敏感度分析-損益(不含折舊)

民國	預測值	樂觀值	FCdown10%	FCup10%	悲觀值
96	(224,997,630)	(157,222,335)	(202,497,867)	(247,497,393)	(239,249,150)
97	(187,045,630)	(118,431,295)	(151,359,422)	(209,545,393)	(201,440,510)
98	(147,077,430)	(77,579,481)	(111,391,222)	(169,577,193)	(161,623,286)
99	(109,599,830)	(39,273,329)	(73,913,622)	(132,099,593)	(124,287,254)
100	(483,310,830)	(278,595,060)	(416,691,627)	(549,930,033)	(511,049,718)
101	(412,388,030)	(206,104,304)	(345,768,827)	(479,007,233)	(440,394,822)
102	(331,147,030)	(123,067,234)	(264,527,827)	(397,766,233)	(359,460,702)
103	(246,941,030)	(36,999,614)	(180,321,827)	(313,560,233)	(275,572,782)
104	(155,500,430)	56,462,548	(88,881,227)	(222,119,633)	(184,477,590)
105	(106,874,430)	106,163,568	(40,255,227)	(173,493,633)	(136,035,270)
106	(59,671,630)	154,409,924	6,947,573	(126,290,833)	(89,010,774)
107	(18,636,030)	196,352,736	47,983,173	(85,255,233)	(48,130,182)
108	26,906,370	242,901,984	93,525,573	(39,712,833)	(2,759,814)
109	68,890,770	285,814,572	135,509,973	2,271,567	39,065,994

5-7-3 現金流量分析

1. 預測值：民國108年後現金缺口縮小，至民國109年累計現金流出39億5943萬5105元
2. 樂觀值：民國104年後現金缺口縮小，至民國109年累計現金流出15億6720萬9605元
3. 固定成本 -10%：民國106年後現金缺口縮小，至民國109年累計現金流出31億8711萬3008元
4. 固定成本+10%：現金缺口擴大，至民國109年累計現金流出47億0594萬5883元
5. 悲觀值：民國109年後現金缺口縮小，至民國109年累計現金流出43億646萬8145元

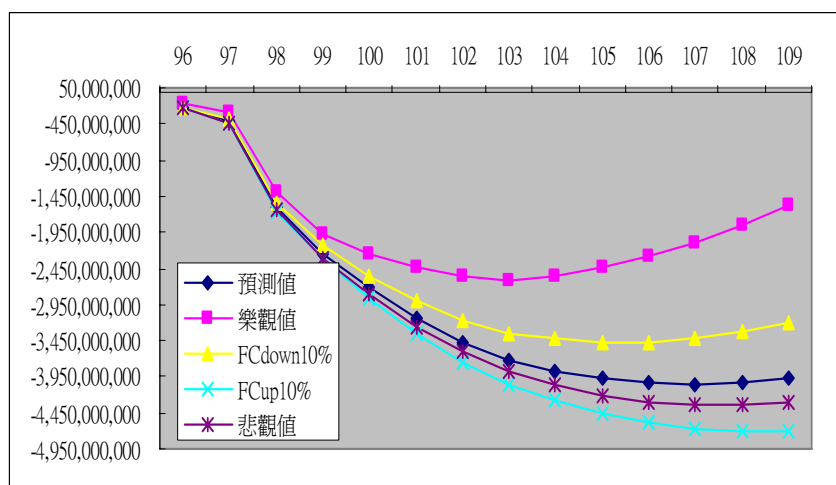


圖 45 最佳情境下敏感度分析-現金流量

表 57 最佳情境下敏感度分析-現金流量

年度	預測值	樂觀值	FCdown10%	FCup10%	悲觀值
96	-224,997,630	-157,222,335	-225,926,187	-237,817,039	-239,249,150
97	-412,043,260	-275,653,630	-377,285,609	-447,362,432	-440,689,660
98	-1,607,148,880	-1,401,261,301	-1,536,705,021	-1,664,967,815	-1,650,341,136
99	-2,240,762,805	-1,964,548,725	-2,134,632,738	-2,321,081,503	-2,298,642,485
100	-2,724,073,635	-2,243,143,785	-2,551,324,365	-2,871,011,536	-2,809,692,203
101	-3,136,461,665	-2,449,248,089	-2,897,093,192	-3,350,018,769	-3,250,087,025
102	-3,467,608,695	-2,572,315,323	-3,161,621,019	-3,747,785,002	-3,609,547,727
103	-3,714,549,725	-2,609,314,937	-3,341,942,846	-4,061,345,235	-3,885,120,509
104	-3,870,050,155	-2,552,852,389	-3,430,824,073	-4,283,464,868	-4,069,598,099
105	-3,976,924,585	-2,446,688,821	-3,471,079,300	-4,456,958,501	-4,205,633,369
106	-4,036,596,215	-2,292,278,897	-3,464,131,727	-4,583,249,334	-4,294,644,143
107	-4,055,232,245	-2,095,926,161	-3,416,148,554	-4,668,504,567	-4,342,774,325
108	-4,028,325,875	-1,853,024,177	-3,322,622,981	-4,708,217,400	-4,345,534,139
109	-3,959,435,105	-1,567,209,605	-3,187,113,008	-4,705,945,833	-4,306,468,145

5-7-4 小結

1. 在「維持榮民床、增床」之最佳情境下，成本結構控制在「樂觀值」或「固定成本減少 10%」下，榮家即可達成損益兩平。
2. 從現金流量之觀點，在五種敏感度分析之情境下，皆有機會產生現金流入，有達成自負盈虧之可行性。

5-8 財務缺口解決方案

1. 從各種情境分析結果歸納，無論在任何情境下均出現財務缺口。換言之，每多收一個非榮民多虧一個。然此並不意味榮家不具設置作業基金自負盈虧經營之條件。由於非榮民之收入遠大於單位變動成本，進而產生邊際貢獻分攤固定成本，從政府預算支出之角度來看，任何有助於逐年減輕政府負擔之方案，均值得鼓勵推動。
2. 榮家長期照顧系統在作業基金制度下自負盈虧經營為最終目標，但非一蹴可及，初期財務缺口雖仍需由政府預算補足，但已因收入增加產生減少政府預算支出之效果，且未來隨「增加床位達到規模經濟」、「多元化服務增

加收入」以及「任務單純化降低成本」等經營績效提升策略之落實，達成自負盈虧經營並非不可能。

3. 初期財務缺口雖係以政府預算補足，仍可參照校務基金逐年提高自足率經驗，要求提升營運效能解決。
4. 本研究之收費標準，係以政府補助中低收入者入住長照機構每人每月最高補助額為基礎，價格約僅一般民間機構收費之六成，基於受益者付費原則，仍有要求入住者於政府補助額外自負生活費之可能；此外榮家目前屬公務預算體系，人員編制、福利待遇、財產運用多所限制效益偏低，相對影響開源節流措施之推動，未來由公務預算改以作業基金型態運作，加以推動責任中心制，收入提高及支出降低均有改善之可能，自負盈虧經營之達成亦非難事。



六、結論與建議

6-1 研究結論

6-1-1 榮家轉型為大勢所趨

隨著就養榮民年歲增加及人數凋零，榮家跳脫傳統「單一對象」、「公費就養」之任務導向，朝多層次、多元化及多功能之老人福利機構轉型，已是大勢所趨。因此，除既有榮民就養工作外，運用部分安養、養護及醫療資源，積極投入關懷照顧社區老人及弱勢者，協助政府解決社會問題，為資源有效利用及機構永續發展之關鍵。而各安養機構運作多年，累積數十年照顧「老人」、「老老人」之核心能力，透過設置作業基金鬆綁經費收支，可誘導經營創意，發揮開源之潛力，將可造福民眾，且節省公帑

6-1-2 以非榮民填補榮民床位才能永續發展

榮家是公家單位，不以營利為目的，又政府推動「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗鑑計畫」，其對象為中低收入戶、65歲以上須長期照護者，未來長期照護人口將快速成長，機構式長照將供不應求，故正符合榮家資源釋出、拓展社會人口之市場來源，既可永續發展，又可解決政府目前及未來棘手之老年人口長期照護問題。

6-1-3 預算財務制度必須配合業務調整

1. 榮家之預算為公務預算，在榮家成員皆為榮民時，由政府編列公務預算支應應無問題，惟在收住非榮民後，其已進入市場經營型態，原公務預算型態已無法因應轉型收住非榮民之預算型態，故必須轉型為非營業基金型態，才能因應其財務結構。
2. 既轉型為非營業基金型態，財務獨立，自應朝自負盈虧方向來邁進，按目前榮家預算規模來估算單位成本，由內政部或地方政府轉介入住之非榮民長照者之收費標準仍無法自負盈虧，而須有降低成本、調高收費標準或擴床達經濟規模之決策運用，以求最低要求之損益兩平。

6-1-4 自負盈虧需榮民及非榮民兼容並蓄並擴床

1. 4種情境皆須收住非榮民，其中維持現況之可能情境(Case A)及決策增床之最佳情境(Case C)，皆必須維持目前榮民床占床率為前提。
2. 財務推估預測結果，在可能情境(Case A—維持目前榮民占床數，總床位不增

床)下可縮小虧損，但無法損益兩平；而最佳情境(Case C—維持目前榮民占床數，總床位數增加 4733 床)，在不考慮折舊時可達成損益兩平自負盈虧經營之要求。

3.純資金考量，僅決策增床在最佳情境(Case C)下之累計現金流量曲線可向上爬升收斂，所以只要稍加財務運作，提高非榮民收費標準或降低固定成本，抑或再次增床擴大經濟規模降低單位成本，即可自負盈虧，此為最優情境，是政府最佳決策選擇。

6-1-5 成本控制為自負盈虧之關鍵因素

- 1.由敏感度分析得之，榮家在作業基金制度下能否自負盈虧，成本之控制為重要變數。
- 2.目前公務預算體制下，固定成本之調整因人事費受編制侷限調整不易，必須透過增床策略達成規模經濟。

6-1-5 財務缺口必須以逐年提高自足率方式解決

- 1.設置作業基金可減輕政府財政負擔，自負盈虧經營為最終目標但非一蹴及。
- 2.無論採行何種方案，再轉型初期均將產生財務缺口，仍需由政府編列預算補助，惟就資源有效運用級政府財政負擔觀點而言，政府預算用於榮家之支出將逐年遞減。
- 3.為儘速達成榮家長照系統自負盈虧經營目標，可參照目前校務基金實施經驗，以要求逐年提高自足率方式，提升營運效能解決，逐年縮減財務缺口。

6-2 研究建議

6-2-1 改變現狀必須先期溝通

退輔會創立的精神，是對於退除役官兵「崇功報勳」而目前所謂的「自費安養」其實與一般人所認知的「自費」有差異。榮家的「自費安養」其實是「部分供給」，在法令層次本來就並未預設必須「完全自負盈虧」的假定，但是一般人一聽到「自費」，就會很自然地以為各自費安養中心必須完全地自負盈虧。所以除非從法令源頭、經營策略、服務對象…等等各方面都加以改變，否則一時之間要求目前院民負擔當前所有成本，自有其不公平之處。

6-2-2 榮家任務必須配合自負盈虧效益單純化

各榮家除了提供「就養」功能，以照顧退除役榮民外，尚有提供退除役官

兵「就業」的功能，所以目前從財務資料當中所顯現的人事成本偏高現象與問題，有一部份即屬於此種就業安置政策目的所致，實在不能完全將其與民間照顧成本相提並論。所以未來如果希望榮家要能完全地自負盈虧，退輔會必須考量將榮家的任務單純化，使各種收入面及支出面的計算基礎，都能與外界類似民間機構相當，如此才能有與其競爭的可能。

6-2-3 在資源條件許可下多元化經營、社區外發展

因應老人照顧需求，各級政府(尤其是社政及衛政)在老人安養護與長期照護方面的政策方向與政策工具，逐漸朝向多元化的發展。這些發展方向至少包括下列各端：強調及補助社區照顧、居家服務、發展替代性照顧人力(如鼓勵家人、照顧服務員及志工來提供照顧)、鼓勵機構推動外展工作、鼓勵失業勞工投入照顧服務產業、各縣市成立「長期照護管理中心」、「照顧管理中心」、提供「喘息服務」補助…等等，對老人、對家屬、機構經營者、專業人員、專職照顧者、志工等都有極為深刻的影響，所以不但必須經常注意這些政策發展，而且機構應該要有一個較具制度性與經常性的作法，嚴密監控及瞭解政府政策的發展。

目前榮家雖然已逐漸開始重視社區，但是在深度、廣度、進度、速度上與一般老人安養護機構仍有差距。展望未來，社區化及居家服務的趨勢，勢必是榮家要關心及學習的，在資源條件許可下多元化經營、社區外發展將是一項重要工作。

6-2-4 經營管理觀念必須隨服務對象改變調整

以往榮家體系常認為榮家是「收容」、是「照顧」、是「恩澤」不是「顧客導向」，所以「只要照顧，不必服務」的組織文化，對於榮民的實質照顧也多少受到影響；而榮家服務人員對於榮民常常有一種認為「收費較低，所以無法提供好的照顧」的迷思；此外，榮家的幹部及員工多數不是相關系所的專業人員，所以在以往僅僅是「收容」的時期尚足以勝任，但是專業方面仍有不足，對於目前外界的政策、市場、社會變遷、服務技巧與知識相對地比較無法適時察覺，更談不上因應，所提供的服務量與服務品質，自然未能因應時代變遷與社會市場的轉變而做改變；而未能與時俱變的結果，對於提升服務能力與品質，以及榮家的聲譽，都可能是一種負面的效果。

目前榮家所照顧者都是榮民，在其早期服從命令成為習慣，同時多數老人

家又不知道那些是法令上所規定的榮民權益？那些是可以爭取的部分？加上收費又不高，過份爭取似乎無理，所以也就習慣了。久而久之成為一種「理所當然」的組織文化現象。但是從各種文獻、資料，總的來看，目前國內外的照顧服務觀念，已經從以往的「收容、救助」導向，轉變成「服務、顧客」導向，所以以往的「慈善公益」已漸漸轉成「市場服務」的觀念—好的服務才可以有好的收費，好的收費才有好的服務。當然這是「蛋生雞、雞生蛋」的問題，可是其所代表的是收費與服務必須有一定的對應關係，提供者與消費者都無法投機，只享好處不花成本。未來擴大對象及於非榮民，榮家之經營管理亦應有全面性調整。

6-2-5 專業化的服務是關鍵成功因素

老人安養護的品質是一個相當主觀的現象，因為通常照顧者會認為自己善盡心意、照顧地很好；而受照顧者可能又會認為不足。可是我們要知道，為什麼醫生要有執照？為什麼以往照顧服務員只要有愛心，現在卻要有證照？為什麼以前擔任志工只要善心，現在卻要受訓、實習、取照？那就是隨著時代與社會的進步，這些工作逐漸需要更多的技術與專業(或半專業)。

內政部對於老人安養護機構定期評鑑時所使用的評鑑向度與指標，其所要求的水平，最主要的首先是法定事項，其次是專業平均水準。也就是說內政部的指標與評鑑，主要是希望受評機構至少能夠符合法令規定，也就是「過關」，其次才是以之挑選績優機構。而退輔會自民國九十一年起，引用內政部的指標每三年辦理評鑑一次，榮家未來可以運用該評鑑之向度與指標來檢視行政制度、員工制度、財務制度、專業服務、生活照顧、環境設施、意外防護、權益保障…等等層面，來當作經營管理及服務之參據。

6-2-6 善用利基才能進入藍海

榮家成立超過 50 年，其所累積之長照經驗，並須藉由組織變革釋放能量，才能創造利基。而現有完整照護體系『榮服處—榮家—榮民醫院』鐵三角，是榮家之核心競爭力、最大的無形資產，也是全球獨一無二之利基所在。

由長期照顧產業的發展趨勢我們得知，綜合醫院的病房等設施，從社會、財務、技術等層面來看，均非長期照護的最適環境；而經過事前專業審查的護理之家則被公認為老年人肢體不自由而須長期照顧者之專門收容機構。榮家更應掌握時代脈動，善用既有「榮服處失能榮民轉介服務」及「榮民醫院

亞急性患者後送療養」等平台之功能銜接，跳脫一般老人安養服務市場，發揮特有的核心能力進入新藍海。

6-2-7 因機用勢擴充成果

本研究有關長照人口對榮家床位需求之推估，係基於保守穩健之基本假設，目的在探討榮家長照系統有否透過經營轉型自負盈虧之可行性。然從產業趨勢與社會發展情勢研判，機構式長期照顧服務應屬未來因應高齡化社會重要之明星產業，市場潛力大。而從榮家之資產使用情形亦可得知，目前空間尚屬低度利用階段。因此，設若未來長照人口需求高於預期，榮家仍可再視市場實需，進一步擴充床位；惟應兼顧服務品質之維持。此外，設若榮民自費安養或非榮民長照服務規模超越公費就養人數，亦可考量將榮家進一步導入「市場服務」觀念—好的服務才可以有好的收費，好的收費才有好的服務，朝營利組織發展轉型。

6-3 後續研究方向

6-3-1 長照人口進入榮家應有之配套作為

長照人口進入榮家，對一向自成體系的退輔會結構而言，是一項重大之組織變革，除了財務上之自負盈虧考量外，在內部管理、服務軟硬體設施，均應有一套迥異以往的配套作為，值得進一步探討。

6-3-2 如何妥善運用榮家資源

從榮家的資產狀況及床位開設情形可以了解，除住宿設施外，休閒活動空間顯非民間安養機構所能及，而無論未來對象是榮民或長照人口，除安養(護)以外之老人服務均亟待開發，因此如何善如榮家資源，促成榮家、住民、社區及員工全贏的機制，亦有進一步研究之價值。

6-3-3 榮家自負盈虧後之績效評估與獎酬制度

為激勵榮家主事者發揮經營管理創意，提升榮家資源之使用效能，一套合理之績效評估與獎酬制度不可或缺，因此當榮家改以財務自負盈虧方式營運，相關之必要配套機制，自有接續研究之必要。

參考資料

一、中文部份

- [1]內政部，社政年報，民國九十五年。
- [2]行政院經濟建設委員會，中華民國台灣地區民國 95 至 140 年人口推計，民國九十五年。
- [3]行政院主計處，戶口及住宅普查報告，民國九十年。
- [4]鄭文輝等，我國長期照顧財務規劃研究，內政部委託規劃報告，民國九十四年。
- [5]行政院國軍退除役官兵輔導委員會，榮民服務白皮書，民國九十二年。
- [6]行政院國軍退除役官兵輔導委員會，榮民統計月報，第 588 期，民國九十六年十二月。
- [7]內政部，「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，民國九十六年三月。
- [8]行政院國軍退除役官兵輔導委員會，「行政院國軍退除役官兵輔導委員會安養機構資源共享實施計畫」，民國九十六年十月。
- [9]朱澤民、徐偉初，「長期照護保險的提供以及財務籌措」，國家衛生研究院論壇，民國九十三年。
- [10]周麗芳，「德國長期照護保險制度」，長期照護問題：各國經驗及台灣前景研討會論文集，國家衛生研究院論壇，民國八十九年。
- [11]曾蕃霓，「第五種社會保險藍圖之建構：台灣長期照護保險資源配置之研究」，中正大學，碩士論文，民國八十七年。
- [12]楊培珊，「長期照護資源管理與社會工作」，國家政策季刊，4 卷 4 期，民國九十四年十二月。
- [13]李榮輝等，「各國長期照護之探討」，福爾摩莎醫務管理雜誌，1 卷 2 期，民國九十四年十二月。
- [14]中華民國長期照護專業協會，「九十一年度臺閩地區失能老人機構式照護供需分布狀況調查研究」，長期照護雜誌，7 卷 2 期，民國九十二年六月。
- [15]吳淑瓊等，「建構長期照護體系先導計畫—理念與實踐」，臺灣公共衛生雜誌，23 卷 3 期，民國九十三年六月。
- [16]藍忠孚、熊惠英，「臺灣地區長期照護服務之現況及其問題」，護理雜誌，40 卷 3 期，民國八十二年九月。
- [17]吳淑瓊、江東亮，「台灣地區長期照護的問題與對策」，中華公共衛生雜誌，14 卷 3 期，民國八十四年六月。
- [18]吳淑瓊、莊坤洋，「在地老化：台灣二十一世紀長期照護的政策方向」，臺灣公共衛生雜誌，20 卷 3 期，民國九十年六月。
- [19]徐慧娟，「長期照護財源籌措」，護理雜誌，44 卷 6 期，民國八十六年十二月。
- [20]陳盟榮、劉憶萍，「美國加州老年人長期照護之介紹」，長期照護雜誌，8 卷 1 期，民國九十三年三月。
- [21]莊秀美，「日本社會福利服務的民營化—公共介護保險制度現況之探討」，臺大

社會工作學刊，11期，民國九十四年六月

- [22] 莊宇勝，「本土失智症機構照護收容模式成本效果分析」，臺灣大學，碩士論文，民國九十六年
- [23] 吳淑瓊等，「建構長期照護體系先導計畫：實驗社區介入前的照護需求與自付費用」，臺灣公共衛生雜誌，23卷3期，民國九十三年六月
- [24] 高森永、劉慧蓉，「產官學界菁英對於規劃長期照護保險制度之看法—Delphi Technique」，醫療品質雜誌，3卷1期，民國九十三年十二月
- [25] 蔡惠怡，「安養護、長期照護機構社工人員組織承諾影響因素之探討」，臺灣大學，碩士論文，民國九十六年
- [26] 董明先，「長期照護機構工作人員之人格特質與組織承諾相關性之研究」，臺灣大學，碩士論文，民國九十六年
- [27] 羅萱等，「長期照護機構選擇屬性之研究—以知覺風險為市場區隔基礎」，臺灣公共衛生雜誌，20卷5期，民國九十年十月
- [28] 吳惠萍，「高齡安養照護選擇因素之研究與分析」，國立台北科技大學，碩士論文，民國九十六年
- [29] 鄧惠文，「探討中老年人未來居住安養院之影響因素」，國立政治大學，碩士論文，民國九十五年
- [30] 陳秀華，「影響中高齡者選擇養生住宅態度之因果模式研究」，淡江大學，碩士論文，民國九十四年
- [31] 曾微婷，「榮家榮民健康相關生活品質暨五年存活之追蹤研究」，國防醫學院，碩士論文，民國九十五年
- [32] 郭洺豪，「榮家內住榮民健康生活品質之探討」，國防醫學院，碩士論文，民國九十年。
- [33] 張桂津，「台灣失能榮民眷醫療與長期照護服務使用研究」，臺灣大學，碩士論文，民國九十六年
- [34] 毛治國，「組織變革原理」，交大思源基金會叢書，民國九十五年。
- [35] 吳凱勳，「第五種社會保險—兼論『高齡化社會』與『長期照護保險』」，臺灣大學，碩士論文，民國八十六年。
- [36] 吳淑瓊等，「建構長期照護體系先導計畫—理念與實踐」，台灣衛誌，民國九十三年。
- [37] 周月清，「長期照顧制度服務對象、提供方式、服務項目與照顧管理初步探討」，內政部委託研究，民國九十三年。
- [38] 內政部社會司，身心障礙者人數統計，民國九十一年。
- [39] 內政部，老人安養護及長期照護資源分布表，民國九十六年。
- [40] 黃源協，「新管理主義、社區照顧與社會工作」，社區發展季刊、第八十五期，民國八十八年三月。
- [41] 鄭讚源，「輔導會所屬四所自費安養中心『行政法人』及『自負盈虧』經營評估研究」，退輔會委託研究，民國九十三年十二月。

[42] 行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規畫小組，「整合照顧管理組織及功能規劃報告」，民國九十五年。

二、英文部份

[43] Gibson, M. J., Gregory, S. R., & Pandya, S. M. , Long-term care in developed nations: A brief overview , Washington,D. C : AARP , 2003

[44] Musgrave,R.A.and Peggy B.Musgrave , Public Finance in Theory and Practice,5th editon,New York:McGraw-Hill , 1989

