

調 查 報 告

壹、調查緣起：委員自動調查。

貳、調查對象：行政院社會福利推動委員會、內政部、國防部、教育部、行政院勞工委員會、行政院衛生署、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院原住民委員會、行政院經濟建設委員會、行政院研究發展考核委員會、行政院人事行政局、行政院主計處、考試院銓敘部。

參、案由：從政策面、法令面、執行面，以歷史的、世界的觀點，就我國社會福利制度進行總體檢。體檢項目：職災保險、疾病保險、年金保險、失業保險、家庭津貼、社會救助、福利服務。

肆、調查依據：本院八十九年八月十日（八九）院台業壹字第八九〇七〇六八六一號函派查。

伍、調查重點：

一、瞭解世界各國及我國的社會福利制度實施狀況。

二、我國社會福利制度的檢討。

陸、調查事實：

一九四一年六月，正值第二次世界大戰，英國首相邱吉爾聘請威廉貝佛里奇爵士召集社會保險及相關服務的跨部門委員會，針對當時各項社會保險方案及相關福利服務進

行全面性的調查，並提出建議。當時的英國，如同我國目前的情形，社會福利的發展也是片斷式、切割式、零碎式的；各項制度獨立發展，彼此之間並沒有太多的關聯，同時在請領資格、給付水準、保費高低方面也各不相同，甚至於不合理。一九四二年貝佛里奇報告書提出後，不但為戰後英國的社會福利制度奠立基礎，亦成為世界各國仿效的對象。

我國的社會福利除有英國當時紛亂的情形外，又有政治力量介入，社會福利制度常為呼應公職人員的競選承諾而隨機提出，沒有一個整體機制來作全盤的考量；社會福利法規亦常隨社會重大事件發生才迅速通過立法；社會福利預算雖然龐大，但其措施常未顧及財源的穩定性，導致執行困難等等。此攸關人民生命財產的社會福利制度，在政策面、法令面、執行面，均有不足之處。

英國貝佛里奇報告書由跨部門委員會主導，專注範圍僅為社會保險。本院此次進行的社會福利制度總體檢，投注的人力較英國跨部門委員會為少，卻體檢較貝佛里奇報告書更大的範圍，即是希望藉由這份報告，為我國目前的社會福利制度提出一個總體的看法，俾有利於行政機關施政的檢討與改進，以發揮本院監督施政的積極性職能。

近年來，我國社會福利制度歷經多次重大變革：民國（下同）八十三年訂定社會福利政策綱領、八十三年召開第一次全國社會福利會議、八十七年召開第二次全國社會福利會議、八十九年訂定社會福利白皮書。順著歷史的脈絡，我們以謹慎的態度進行總體檢，歷次諮詢及座談會議，我們看到行政機關誠懇的配合，也感受到專家學者熱切的參

與，特別是古教授允文、林教授昭吟、郭教授明政、林教授萬億、林教授國明，或者幾乎全程陪同，或者提供寶貴意見，謹致謝忱。

本案歷次會議參與人員名單分別是：

監察院調查「我國社會福利制度總體檢」案歷次會議參與人員名單				
場次	時間	會議性質及主題	參與人員名單	人數
一	八十九年八月二十九日十四時至十七時三十分	諮詢會議	王教授永慈、林教授國明、郭教授登聰、古教授允文	四
二	八十九年十月十三日十一時三十分至十四時	諮詢會議	林教授國明、古教授允文、林教授昭吟	三
三	八十九年十一月十七日九時至十七時	「從世界的、歷史的觀點看社會福利制度的發	美國：林教授國明、王教授永慈；加拿大：王教授增勇、陳教授孝平；英國：林教授昭吟；德國：郭教授明政、呂教授建德；法國：胡教授祖慶；北歐：林教授萬億、古教授允文；日本：林教授顯宗、江教授亮演；新加坡：吳教授明儒；澳紐：	十四

五	九十年一月十六日 九時至十七時	「從民間 的觀點體 檢我國社 會福利制 度」諮詢 會議	中華民國全國工業總會郭秘書長永雄、中華民國 全國商業總會賈副秘書長大駿、中華民國中小企 業協會王秘書長振保、中華民國全國總工會邱專 員昭明、全國產業總工會林主任明賢、台灣勞工 陣線張秘書長烽益、兒童福利聯盟文教基金會李 研究員宏文、中華兒童暨家庭扶助基金會蕭主任 琮琦、老人福利推動聯盟吳秘書長玉琴、中華民 國殘障聯盟王秘書長榮璋、中華民國消費者文教 基金會楊董事孝、台灣世界展望會吳主任淑	十四
四	八十九年十二月八 日九時至十八時	「我國社 會福利制 度的探 討」諮詢 會議	職災保險：王教授惠玲、周教授玫琪；疾病保險： 林教授國明、陳教授孝平；年金保險：郭教授明 政、吳教授明儒；失業保險：詹教授火生、成教 授之約；家庭津貼：許教授雅惠；社會救助：鄭 教授麗珍、李教授淑容；福利服務：萬教授育維。 古教授允文、林教授昭吟	十四
		展「諮詢 會議	葉教授肅科	

六	九十年二月十五日 九時至十七時三十分	「從財經 觀點體檢 我國社會 福利制 度」諮詢 會議	惠、古教授允文、林教授昭吟 傅教授立葉、孫教授健忠、吳教授忠吉、朱教授 雲鵬、曾教授巨威、陳教授建良、羅教授紀瓊、 黃教授世鑫、周教授麗芳、林教授昭吟	十
七	九十年二月二十七 日十二時至十四時	諮詢會議	古教授允文、林教授昭吟	二
八	九十年四月二日十 三時三十分至十六 時三十五分	行政院勞 工委員會 座談會議	一、行政機關人員：陳主任委員菊、郭副主任委 員吉仁、王副主任委員三重、賀主任秘書端 蕃、林局長聰明、郭總經理芳煜、洪處長瑞 清、陳處長伸賢、莊處長填坤、賴處長錦豐、 蘇處長德勝、傅處長還然、龔處長文廣、趙 參事兼主任炳南、朱主任鶴群、孟執行秘書 藹倫、趙執行秘書肇建、藍副處長福良、王 專門委員幼玲、曾研究員安雯、張視察玉燕、	二五

十	九十年四月六日十時至十五時	行政院衛生署座談會議	<p>一、行政機關人員：李署長明亮、黃副署長富源、吳參事憲明、張總經理鴻仁、時經理玉珠、賴主任秘書進祥、林經理金龍、陳專門委員</p>	十四
九	九十年四月四日十分至十三時五十五分	內政部座談會議	<p>一、行政機關人員：張部長博雅、簡常務次長太郎、曾副司長中明、何專門委員明察、陳科長坤皇、古專門委員梓龍、莊編審金珠、鄭科長文義、林科長昭文、楊科長錦青、陳科長任建、陳科長其勳、林科長維言、劉科長輝男、游科長景明、陳視察素春、劉副署長慶男、盛視察仲達、吳科長敏男、廖主任秘書靜芝、趙科員秀珠、蔡執行秘書正道、吳組長素霞、黃科員椿雄、李隊長相臣</p> <p>二、陪同教授：李教授淑容、許教授雅惠、古教授允文、林教授昭吟</p>	二九
			<p>施科長銀河</p> <p>二、陪同教授：周教授玫琪、古教授允文、林教授昭吟</p>	

			寶國、譚處長開元、翁處長瑞亨、郭處長旭松 二、陪同教授：李教授淑容、古教授允文、林教授昭吟	
十一	九十年四月十三日 九時至十二時五分	行政院原 住民委員會 座談會議	一、行政機關人員：主任委員尤哈尼·伊斯卡卡夫特、邱處長汝娜、鄭處長天財、林處長江義、陳處長元義、趙副處長和賢、黃副處長海倫、陳科長淑敏、安科長榮進、廖科長福德、杞科長明錫、林科長益陸、張科長吳賢、李科長榮哲、楊專員錦浪 二、陪同教授：李教授明政、詹教授宜璋、古教授允文、林教授昭吟	十九
十二	九十年四月十三日 十四時至十六時四十分	行政院研 究發展考 核委員會 座談會議	一、行政機關人員：紀副主任委員國鐘、葉處長維銓、宋副處長餘俠、蔡專門委員明吟、吳科長再居、吳專員秀貞、陳科長成家 二、陪同教授：郭教授登聰、古教授允文、林教授昭吟	十

十三	九十年四月十六日 十四時至十六時五 十分	行政院經 濟建設委 員會座談 會議	一、行政機關人員：陳主任委員博志、李副主任 委員高朝、劉處長玉蘭、賴處長清祺、魏處 長宗德、胡處長仲英、林副處長昌華、張副 處長永河、蕭專門委員麗卿、張專門委員美 陽、黃專員舜卿、陳專員正民、謝專員佳宜、 吳科員慧君 二、陪同教授：郭教授明政、吳教授明儒、古教 授允文、林教授昭吟	十八
十四	九十年四月十六日 十七時十五分至十 八時二十分	諮詢會議	古教授允文、林教授昭吟	二
十五	九十年六月十一日 十一時三十分至十 四時	諮詢會議	古教授允文、林教授昭吟	二
十六	九十年八月六日十 一時三十分至十四 時	諮詢會議	古教授允文、林教授昭吟	二

十七	九十年八月十七日 上午九時	「我國地方政府社會福利制度的探討」諮詢會議	台北市政府社會局局長、高雄市政府社會局局長、台中縣政府社會局局長、台中市政府社會局局長、南投縣政府社會局局長、嘉義縣政府社會局局長、花蓮縣政府社會局局長、澎湖縣政府社會局局長、卓教授春英、郭教授登聰、李教授淑容、古教授允文、林教授昭吟	十三
十八	九十年八月十七日 下午一時三十分	諮詢會議	古教授允文、林教授昭吟	二
十九	九十年九月三日 下午二時	諮詢會議	郭教授登聰、李教授淑容、郭教授明政、古教授允文、林教授昭吟	五
二十	九十年九月四日 上午九時	行政院國軍退除役官兵輔導委員會座談會議	一、行政機關人員：楊主任委員德智、李副主任委員德武、吳副主任委員其樑、龔秘書長以敏、劉副秘書長國傳、李副秘書長惠鈞、韋副秘書長渝惠、蔡主任秘書籐雄、盧處長振中、商處長景全、李處長文章、林處長有嘉、朱會計長照男、楊統計長森、張執行秘書德傑、黃科長朝榮、徐科長志迅、林科長楹棟、	二三

二 一	九十年九月五日下 午二時	約詢會議	<p>雷科長台青、楊科長中山、鄧科長文漢</p> <p>二、陪同教授：古教授允文、林教授昭吟</p> <p>胡政務委員勝正；經建會李副主任委員高朝、劉處長玉蘭；勞委會郭副主任委員吉仁、賴處長錦豐、陳處長伸賢、王科長建宏；退輔會劉副秘書長國傳、商處長景全、林科長楹棟；社會司蕭司長玉煌、鄭科長文義、楊科長錦青、兒童局魏組長隆盛；衛生署譚處長開元、健保局張總經理鴻仁、劉經理在銓</p>	十七
二 二	九十年十月十九日 下午七時	銓敘部座 談會議	<p>一、行政機關人員：銓敘部吳部長容明、吳次長聰成、退撫司陳司長清添、江副司長汶珠、李簡任秘書政森、吳專門委員玲芳、張科長惠玲、莊科長淑芳、簡科長淑娟、賴科長俊男；公務人員退休撫卹基金管理委員會葉副主任委員長明、楊組長安城、錢組長釗、林主任美容、李專門委員韻清、賴科長東亮、張科長淑惠；國防部高次長揚、人力司范處</p>	三二

			<p>長致靖、人次室葉處長宜生、潘雯靜先生、郝名琪先生、楊慶永先生；教育部吳次長鐵雄、陳專門委員長德；人事局歐副局長育誠、給與處朱副處長楠賢、張專門委員勝旗、林科長錦慧</p> <p>二、陪同教授：郭教授明政、黃教授世鑫、盧教授正春</p>	
--	--	--	--	--

為本案所召開的諮詢、座談及約詢會議共計二十二場次，從八十九年八月二十九日起至九十年十月十九日止，前後歷時一年多，出席二七四人；另調閱內政部、行政院經濟建設委員會（下稱經建會）、行政院勞工委員會（下稱勞委會）、行政院衛生署（下稱衛生署）、行政院原住民委員會（下稱原民會）、行政院農業委員會（下稱農委會）、行政院主計處（下稱主計處）、行政院國軍退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）、銓敘部及二十五個縣市政府等機關相關案卷資料。茲彙整事實如后：

第一篇 各國社會福利制度簡介

第一章 美國的社會福利制度

一、項目與內容

（一）社會保險

1、老年、身心障礙、遺屬保險

(1)立法年代：一九三五年。

(2)制度設計：保障對象為擔任有酬工作者、自雇者；經費由被保險人及雇主各負擔薪資總額的六·二%、政府則負擔在一九六八年前滿七十二歲者的特別老年月給付的費用及資產調查津貼的特別給付；給付條件方面，老年給付須年滿六十五歲、滿四十季投保年資；身心障礙給付須因損害而無法從事實質性的有酬工作，且預期持續一年以上或導致死亡，自二十一歲後，每年有一季的投保年資；遺屬給付須死亡者為年金者，或自二十一歲後至死亡前一年，每年均有一季的投保年資。

2、六十五歲以上老人及身心障礙者醫療保險

(1)立法年代：一九六五年老年健康保險、一九七二年殘障健康保險。

(2)制度設計：住院給付的對象為年滿六十五歲的年金者、六十五歲以上特定非保險者、超過兩年殘障年金者與罹患慢性腎臟病者，皆可獲得給付。其經費來源由被保險人（住院：一·四五%，醫療：月繳三十六·六美元）、雇主（住院：一·四五%，醫療：無）、政府（住院：六十五歲以上特定非保險者，醫療：平衡自願保險的成本）依不同比例提撥。

3、失業保險

(1)立法年代：聯邦法一九六五年、州法律一九三二至一九三七年。

(2) 制度設計：以受僱者為保險對象，保險費由雇主及政府負擔，大約四分之三的州規定，在前一基本年最低薪資等於週給付的特定倍數、較高的季薪資或特定的總額時可領取失業給付，另須向就業服務單位登記失業，有工作的能力與意願且非因自願離職、行為不檢被革職、勞工爭議或拒絕適當工作提供而失業。失業給付的所得替代率約為薪資的五〇%。

(二) 社會救助

- 1、補充性的安全收入：即 S S I (Supply Security Income)，經資產調查提供低收入戶的老人及身心障礙者（值得幫助的窮人）補充性安全收入所得，一般窮人（不值得幫助的窮人）則認為政府不需要介入。
- 2、貧窮者的醫療補助：提供醫療服務給所有缺乏醫療的低收入者。
- 3、十八歲以下依賴兒童的家庭補助：一九八八年通過家庭支持法，對於有十八歲以下依賴兒童的家庭，給予現金給付與社會服務。

二、制度特色

(一) 自由放任主義

- 1、一九七二年尼克森總統提出「Guaranteed Annual Income」、一九九〇年柯林頓總統提出「Universal Health Plan」均未能通過。因此美國沒有家庭津貼，也沒有全民健保。
- 2、從社會救助系統來看，S S I 提供低收入的老年及身心障礙者（值得幫助的窮人

）補充性安全收入所得；TANF (Temporary Assistance for Needy Families) 規定必須工作方可領取給付，提供低收入戶臨時協助。社會保險系統方面，西方國家「普及性津貼與社會保險」的減低貧窮率（如德國為六二·九%、瑞典為七三·四%、加拿大為四二·六%）都高於「私人移轉所得」（如德國為九·九%、瑞典為〇·八%、加拿大為一六·四%），但美國則相反，「私人移轉所得」的減低貧窮率（一三·〇%）較高；「普及性津貼與社會保險」（二七·四%）則較低。

（二）重視市場：美國社會福利制度的設計大多在連結勞動市場，如EIC (Earned Income Credits)，經由稅制扣除額的設計，使有工作的中低收入戶繳交較少的稅，甚至可退稅，以稅務系統而非社會救助系統來鼓勵工作；TANF透過欲領給付即必須接受工作的方式，提供低收入戶臨時協助；另外，醫療問題透過市場解決的結果，亦造成美國很難推動全民健保，除了國會許多重要委員會多由較反對以政府為主導的福利措施的共和黨組成，致法案遲遲無法通過外，許多利益團體，如醫師、中小企業業主及保險公司的反對亦為主因。

（三）無居住地的限制：一九六九年美國最高法院宣告「領取給付設有居住期限」的規定違憲，惟我國對居住期限仍有限制。

三、可供我國參考借鏡之處

（一）從TANF重視就業市場的工作倫理，可運用到我國面臨的失業問題，如何將勞動

市場的失業保險及失業津貼系統與社會福利的社會救助系統作連結，是從TANF可以學到的經驗。

- (二) SSI係聯邦政府保證低收入的老人及身心障礙者最低所得政策，以補差額的方式，使相同家庭結構的低收入老人及身心障礙者的最後生活水準相同，讓結果平等；我國對於符合資格的老人及身心障礙者給予固定給付，並無保證所得的概念，故似可參考SSI制度。

第二章 加拿大的社會福利制度

一、項目與內容

(一) 健康保險

1、發展經過：一九五七年聯邦政府通過醫院與診斷服務保險法案，將住院服務納入給付；一九六八年聯邦政府通過醫療照護法案，將醫師門診服務納入給付。至此，醫療照護體系中最昂貴與最專業的住院服務與門診服務皆被納入全民健保，確立了加拿大健康照護的醫療取向；一九七七年聯邦政府制訂聯邦／省政府財稅處理與既有方案財務法案（Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Program Financial Act，簡稱EPF），將總額預算的精神引進健康照護體系，復為節約成本，開始進行長期照護制度的改革；一九八四年通過加拿大健康法案，再次確定健康保險的五大原則（普及性、周延性、可近性、可轉移、政府辦理）。

2、財務制度：醫療照護體制在健全的財務支持下充分發展，財務制度以稅收為主，聯邦與地方政府間依不同比例分攤。近年來主要改革重點是醫療成本的控制及以健康取向替代醫療取向，健康取向的完整照護體系受到醫療資源有限及聯邦政府角色受限的影響，必須有效控制成本，因此資源分配一直無法有效從機構照護與醫師轉移至公共衛生與社區照護服務上。

(二)老人經濟生活保障：老人經濟生活保障採多重保障。第一層保障是普及式老年安全津貼、社會救助性質的遺屬津貼及收入保障津貼，第二層保障是政府辦理的強制性附加年金保險，即加拿大年金保險，第三層保障是由雇主為員工投保或員工自行投保的私人年金保險，第四層保障是鼓勵年輕人為自己老年儲蓄所設置的儲蓄優惠減免額，即註冊退休儲蓄計畫，及私人儲蓄。發展方向是以殘補式福利取代普及式福利為原則，以富人受惠多的稅務福利取代窮人受惠多的現金給付。

(三)就業保險：加拿大於一九四〇年經濟蕭條時設立失業保險，一九九六年更名為就業保險。內容包括：收入補助福利與就業福利，前者提供過渡性經濟收入補助，後者包括對雇主的薪資補助、創業協助、技術貸款等。

(四)職業災害：因工致殘的勞工有三層保障：第一層是社會保險，包括就業保險、加拿大年金保險與省政府的勞工補償保險。第二層是身心障礙稅減免額（但僅有不到十分之一的身心障礙人士使用）。第三層是社會救助，單親家庭及身心障礙者有較高的給付標準，但都低於貧窮線。

(五)家庭津貼：一九七八年聯邦通過針對中、低收入戶家庭所發放的兒童扶養稅，一定淨收入以下的家庭，每扶養一個兒童可以領取同額補助，由主要扶養人領取；一九九三年聯邦政府將三大兒童補助方案：家庭津貼、可兌現的兒童稅、不可兌現的依賴兒童稅，合併成為兒童稅務福利，目的是對扶養十八歲以下兒童的家庭提供免課稅的現金補助；一九九八年聯邦政府為解決兒童貧窮的問題，大幅提高兒童稅務福利的補助水準與補助對象。八五%有兒童的家庭都是此項福利的受惠者。

(六)社會救助：加拿大低收入人口比例自六〇年代實施社會福利制度以來逐年下降，至一九七七年降到一三·三%新低點，之後隨著經濟景氣與就業機會而波動；一九九六年以前，社會救助的經費來自於聯邦政府的社會救助方案補助款與省政府的配合款，聯邦政府要求省政府應符合三項規定：以需求為依歸、不准要求居民資格以及要有申訴管道；一九九六年以後，聯邦只要求非居民資格限制，省政府因此得以自行訂定規定。

(七)福利服務：加拿大的福利服務多在省政府的層次進行，各省差異頗大。近年來聯邦政府補助款逐年減少，加拿大各省對福利服務體系因此進行頗多改革，改革的方向包括：區域化、社區發展為主、案主自助團體為主導、行政體制的整合等。

二、可供我國參考借鏡之處

(一)我國社會福利的發展深受早期「反攻大陸」及後期「追求經濟發展」的國家目標影響，在穩固政權及儲備軍力的考量下，社會福利資源的分配以軍公教及勞工為主，

形成了在市場競爭下無法謀取生活所須的弱勢族群反而被排除在外的現象，在這樣的歷史脈絡下，我國的社會福利嚴重地不足且不當。加拿大的福利發展經驗告訴我們，一個以全民為基礎的福利體系，不僅有助於社會的和諧與團結（如全民健保），鞏固其薄弱的國家認同，強化人民的向心力，而且對於國家經濟的轉型與社會產業結構的調節（如失業保險、老年年金保險），更有正面積極的促進功能。

（二）加拿大係內閣制國家，行政部門分聯邦與省政府二級制。聯邦政府權限不大，除非憲法明訂的項目，否則一律歸屬省政府的權責。以社會福利為例，省政府擁有行政管理權，聯邦政府擁有課稅權。一九二九年經濟大蕭條時，大量失業人口造成各省的危機，聯邦政府在推動社會福利政策上開始扮演重要角色，聯邦政府主要是透過憲法所附與的課稅權，交換省政府遵守中央所訂定的國家標準來影響省的決策與執行，聯邦政府的專業官僚非但不隨機喊價，反而採取主動積極的幕僚作業，因此其所主導進行的社會經濟改革，奠定戰後加拿大社會福利的雛形。反觀我國社會福利行政體系層級太低，社會福利官僚體制缺乏足夠的政策規劃能力，也就無法提出完善的社會福利政策，因此，淪為政客喊價式的社會福利政策。

（三）在財政壓力下，加拿大普及式福利雖部分修改，但重要措施諸如年金、健保均維持不變。且聯邦政府經由加拿大救助方案（Canadian Assistance Plan，簡稱CAP）與聯邦／省政府財稅處理與既有方案財務法案（EPF）合併成為加拿大健康與社會計畫補助款（Canadian Health & Social Transfer，簡稱CHST），以稅務

轉移、總額撥款方式，刪減對地方的補助，來平衡預算，應可供我國解決財政問題的參考。

第三章 英國的社會福利制度

一、項目與內容

社會福利項目	職災保險	疾病保險	年金保險	失業保險	家庭津貼	社會救助	福利服務
立法及最近修 法年代	一八九七年 一九九二年	一九一一年 一九四六年 一九九二年	一九〇八年 一九一一年 一九二五年 一九九二年	一九一一年 一九九二年	一九四五年 一九九二年	一六〇一年 一八三四年 一九四八年	1 兒童：一九 四八年、一九 九五年 2 婦幼：一九 一八年、一九 九三三年、一 九二〇年、一 九四〇年、一 九四四年、一 九五五年
當時背景與條 件	1 一八九七年 勞資關係改 變，由傳統 父權式改為 夥伴式；此 外勞資爭議 糾紛不斷	1 一九一一年 自由黨執 政，整合年 金、疾病、 失業保險於 單一國家保 險制度	1 一九〇八年 老年貧窮問 題嚴重，主 張以社會保 險取代社會 救助，解決 老人經濟不	1 一九一一年 自由黨執 政，整合年 金、疾病、 失業保險於 單一國家保 險制度	1 政策討論時 間介於第一 次與第二次 世界大戰 2 由婦女運 動者所倡導	1 一六〇一、 一八三四年 解決貧窮所 帶來的社會 問題，例如 疾病、騷 亂、犯罪等	1 婦幼：貧窮 家庭的嬰兒 死亡率偏 高，兒童健 康情形普 遍不佳 2 兒童與青少

社會福利項目	職災保險	疾病保險	年金保險	失業保險	家庭津貼	社會救助	福利服務
	2一九四二年 貝佛里奇報 告書	2一九四二年 貝佛里奇報 告書	安全問題 2一九四二年 貝佛里奇報 告書	2一九四二年 貝佛里奇報 告書		2一九四八年 作為社會安 全網的最後 防線	年：起初在 解決其特殊 問題，現以 促進一般福 利為主 ³ 身心障 者：一六〇 一年濟貧法 以社會救助 為主，後來 注意到其特 殊需求
實施理由	貝佛里奇報告 書主張將職業 傷害獨立於其 他保險事故之 外，因為受僱 者是聽命於雇 主而從事工作	1一九一一年 保障勞工在 無法工作時 的所得與健 康損失 2一九四二年 將健康照顧 視為民眾基 本需求；取 得與否以需 求為基礎	1一九〇八年 以普遍性的 社會保險取 代社會救 助，解決老 年經濟不安 全問題 2一九四二年 維持老年經 濟安全，並 促其早退 休	1提供受僱者 於失業時的 所得損失 2協助受僱者 於尋找新工 作時的所得 維持	1人口因素： 生育率降低 2經濟因素： 家計維生者 的工資不足 以養家活 口。不利於 子女的照顧 3去除福利烙 印問題	一九四八年協 助民眾在有需 求卻毫無資源 或資源有限的 情形下，給予 協助	
方案種類	社會保險制度	1現金給付部 分為社會保	1保險與救助 雙元制	社會保險制度	1全民制度， 政府負擔全	採申請制，須 經需求調查與	主要為地方政 府的業務，非

社會福利項目	職災保險	疾病保險	年金保險	失業保險	家庭津貼	社會救助	福利服務
		2 險制度 2 健康照顧部 分為公醫制 度	2 含老年、殘 障、遺屬給 付 3 基於代間移 轉的社會契 約，採隨收 隨付的財務 制度，由年 輕人負擔老 年人的年金 給付		2 部費用 2 子女必須 於十六歲，小 學生以十九 歲為上限 3 最年長子女 津貼最高， 之後遞減 4 單親家庭子 女的津貼高 於一般家庭 子女	財力調查	全國性的福利 制度
相關配套措施	1 醫療給付由 National Health Service 提 供（簡稱 NHS） 2 殘障給付 （比照殘障 年金） 3 遺屬給付 （比照遺屬 年金）	1 少部分由私 人年金保險 2 部分負擔 3 非必要性的 醫療服務由 民眾自行負 擔	職業年金保險 私人年金保險	1 繳費紀錄良 好 2 非自願性、 非因行為不 檢被革職 3 須向就業局 登記失業， 具有工作能 力與意願 4 積極尋找工 作，不得任 意拒絕適當 工作的提供	政府提供家庭 津貼，減輕父 母照顧子女的 負擔；但父母 仍必須承擔照 顧子女的主要 任務		1 教會及志願 性服務組織 提供 2 NHS 提供兒 童營養補給 品，身心障 礙者醫療復 健等
實施成果	受僱者	所有居民	所有居民	受僱者	有一個或以上	所有居民可以	設籍居住一定

社會福利項目 (保障對象)	職災保險	疾病保險	年金保險	失業保險	家庭津貼	社會救助	福利服務
實施檢討		<p>1 人口結構改變，老年人口增加，帶來醫療照顧需求的壓力</p> <p>2 醫療科技進步</p> <p>3 民眾對於醫療品質的期待提高</p> <p>4 醫療費用大幅上漲</p>	<p>1 年金給付水準過低，無法只仰賴年金維持老年生活</p> <p>2 普及性福利花費龐大，幾乎占社會安全總預算的一半。但老人貧窮問題仍然存在</p>		<p>小孩的居民</p> <p>1 單親家庭增加，家庭津貼的總支出亦增加。容易產生道德衰敗與福利依賴文化</p>	<p>申請，但非普及性福利</p> <p>1 給付水準過低</p> <p>2 為地方政府業務，各地貧窮線標準不同</p>	時間的居民
修正方向		<p>1 節制醫療費用</p> <p>2 控制預算</p> <p>3 部分負擔</p> <p>4 引進競爭管理機制</p> <p>5 強調預防性健康照顧</p> <p>6 範定核心醫療服務，非核心醫療服務可考慮由核心醫療服務考慮</p>	<p>1 一九八〇年刪減年金支出，估計二〇二〇年，年金給付將少於薪資的百分之十</p> <p>2 鼓勵民眾選擇職業或私人年金保險。由個人負擔生命風險</p>		<p>目前以解決單親家庭撫養子女的經濟問題為主，例如加強父親的責任，使其儘可能承擔子女的贍養費</p>		

社會福利項目	職災保險	疾病保險	年金保險	失業保險	家庭津貼	社會救助	福利服務
		7 由私部門提供 提供消費者 充分的訊息	險				

二、可供我國參考借鏡之處

- (一) 英國社會福利立法有長久歷史，並非一蹴可及。
- (二) 英國有全國性的社會安全制度，亦有地方性的福利服務。除了國家的福利制度外，亦有家庭、教會、志願性組織、營利部門的配套方案。
- (三) 戰前與戰後的社會福利制度有明顯差異，戰後社會福利制度主要以一九四二年貝佛里奇報告書為藍本。

第四章 德國的社會福利制度

一、項目與內容

(一) 健康保險

德國的健康保險於一八八三年實施，被認為係社會保險的鼻祖，目前有九〇％的德國國民納入健康保險，其餘十％，除少數為低收入戶可享免費醫療外，皆已加入私人保險。德國有近千個社會健康保險機構，皆採行自我管理的方式，各機構的保費不一，人民可選擇自由加入，因此具有競爭性。該保險的特色為：

- 1、採行一份薪水一份保費的財務方式。因此，沒有工作的家屬係免費附隨保險。
- 2、採行由健保機構與醫師團體集體協商議價並由醫師團體自行分配的支付制度。

（二）年金保險

- 1、德國勞工享有年金保險，所保障的風險包括老年、身心障礙與遺屬。其保費費率二〇〇二年預定為一九·二％。除了法定的年金保險外，另有自願性的企業年金，企業年金雖非強制，但一經採行，即受國家法律的規範。
- 2、近年來因壽命延長的問題，年金保險面臨極為嚴厲的挑戰。德國因此提出不少因應措施，預計自二〇〇二年起獎勵個人開設養老帳戶，開設時的所得提撥額為〇·五％，預計提升至四％。
- 3、由於年金保險制度具有社會保障與雇主責任的雙重功能，因此所得替代率可達到七五％。

（三）勞災保險：結合勞動檢查與勞災防護，由各同業公會自行經營勞災保險合作社。

（四）勞動促進：將職業訓練、職業介紹與失業保險結合為單一的就業促進體系。

（五）長期照護保險

1、立法年代：一九九四年長期照護保險法。

2、制度設計

（1）保障對象：普及式的全民保險。

（2）保險費率：由國會統一訂定。

（3）國家角色：國家不直接干涉供給與需求體系，居於監督立場，透過法律，規範提供照護需求者、照護給付提供者，以及給付遞送、財務、資訊透明化機制，

作為參與體系運作的相關人或團體行動的基礎。

- (4) 實施長期照護管理制度，以健康保險醫事鑑定服務處為主體的媒介服務模式，一方面認定照護需求者照護等級，協助照護需求者完成照護組合計畫，一方面接受國家委託，對照護給付提供者實施定期與不定期安全、品質檢查。
- (5) 提供基本保障。
- (6) 對價格形成實施干預，嚴格控管，採區分照護等級、論人、依需求者偏好的給付提供方式、按月加以計算。
- (7) 多元管理競爭體制，主要建構在健康保險多元保險人，被保險人選擇權，保險人強制締約權等，另外，給付方式亦多元化，以滿足照護需求者多元客觀支持能力以及主觀需要偏好的選擇，即供給面方面：非專業、家屬、個體專業者、機構；需求面：實物給付、現金給付以及混和方式；提供方式：在家、到宅、社區、喘息、機構。
- (8) 依照護需要者的需要、偏好與能力加以適當的規劃安排。社區化、在地老化、尊嚴、選擇權等均能一併綜合考量。
- (9) 使弱勢的照護需求者變成具有實質購買力的需求者，而供給者也在符合安全與品質要求下，以契約方式加入給付提供者行列。由於實質購買力的存在，以及制度財務的保證，使得供給者必然冒需求者不滿品質而離去的經營風險，但是其合理利潤與永續經營應得以維持。

3、長期照護保險的實施經驗給我國的啟示

長期照護保險乃是繼傳統四大保險體系後，基於現代社會照護需求而產生的新的社會安全體系，即「第五類社會保險」。德國的長期照護保險有一個介於保險人、被保險人與醫療服務提供者之間的中間領域，即健康保險醫事鑑定服務處，幫助照護需求者，尤其處於弱勢地位、不良於行、認知能力欠缺者，蒐集市場資訊，以作為其決策的參考。並藉此中間領域，結合社會團結與市場競爭，這個中間領域的組織原則是管理式競爭的，即各團體經由國家特別立法的方式，具備某些準公權力，彼此透過集體談判的方式解決問題。這種調控方式介於傳統的國家與市場調控，對於習慣偏向以單純市場機制來理解社會福利服務輸送的我國來說，應值參考。

(六)子女津貼與養育津貼：德國不只重視社會保險，其子女津貼與養育津貼的實施，說明非繳費的福利措施亦深受重視。社會政策已從隔代契約擴及至三代契約。

(七)社會救助：除社會保險外，德國亦實施社會促進與社會扶助制度，社會福利支出項目包括：社會救助、青少年救助、促進繼續教育、住屋補助、公共衛生、財產形成等項。目前德國約有五%的低收入戶。

二、目前面臨的問題

(一)過度社會福利支出常遭德國企業界的抱怨：德國社會安全制度的保險費財源是由雇主和勞工個別負擔五〇%，此外，雇主還須負擔職業意外災害保險、疾病中工資給

付、休假給付等成本。與世界各國相較，德國雇主為每一位員工支出的勞動附加成本約為勞工薪資的四一％，遠高於美國、英國及日本。德國企業界因而經常抱怨這些支出將不利德國的國際競爭力，並屢以產業外移作為壓迫政府及工會讓步的手段。

(二) 財務壓力將使德國的社會福利制度推動不利：由於人口結構的持續老化，經濟全球化下所造成的產業外移，失業率持續升高與稅收減少；政治上是否決定擴大或縮小社會福利體系的給付條件與範圍等因素，將使德國的推動能力大受限制。

三、可供我國參考借鏡之處

(一) 組合主義的集體協議機制

1、所謂組合主義可從組合團體的內部結構特徵與決策結構兩方面來分析。前者意指少數利益互相衝突，但其內部高度組織化（對內壟斷其利益表達的發言權並因而具備高度的紀律性）的部門寡頭組織，基於利害與共而結成「社會夥伴」關係，透過合作共同自我管理協商，因此具備對內最高與對外合法談判的代表權，德國的工資談判與法定疾病保險有關保險費率的訂定即是透過這種形式的社會團體。後者意指組合團體被整合到決策機構內，參與自身利益相關的政策制定，這樣的政策諮商與協調過程通常在議會立法階段之前即已舉行，受邀的代表則是上述的組合團體，而且必須是由利益相關且具平等代表數的兩造（或有限的多造）組合團體。組合主義自七〇年代以來在歐洲政治與社會科學界受到廣泛的注意，原因

在於它以功能代表性團體做為利益表達團體，一方面符合後工業社會功能分化的趨勢，另一方面有助於總體調控能力的提高，彌補了自由民主政體下久被詬病的管理能力不足問題。

2、德國社會福利政策中的組合主義可以健保基金會為例子來分析。健保基金會為一公法人組織，在內部經營權上（如人事及會計制度）享有自主權，就法定費率範圍內得訂定保費費率，向所屬會員徵收保費。透過國家特別立法的方式賦與基金會執行健保業務中若干具準公權力的事項，如承保、保費徵收及保費費率的調整，該基金會在人事、會計及預算等方面享有自主權，不受現行預算、決算、會計、審計及人事等法規的束縛。國家則僅以裁判的角色監督該基金會的事務。其目的在於透過制度上的設計，賦予基金會獨立運作的環境，一方面使其擺脫（不當）政治力的干預，另一方面則增加其運作的彈性，俾能擺脫官僚體制的束縛。

（二）失業保險、職業訓練、就業輔導一條鞭成立「單一窗口」：德國的就業安全制度係由失業保險、職業訓練、就業輔導結合為單一的就業促進體系，可提高行政效率並有效解決就業問題。

（三）至一九九四年止，德國社會安全體系所須費用約為一兆馬克，占當年度國民生產毛額的三分之一左右。約有二九·六%由保險人的保費支應，三五·五%由雇主的保費負責，其餘則由政府以公共預算負擔三一·二%。而德國之所以能處理此一龐大的社會安全制度預算的主要原因為：德國有歷史悠久、規模龐大且體系完整的社會

保險制度；復有大量社會促進與社會扶助制度的實施，如社會救助的改革、教育促進、勞動促進、子女津貼、養育津貼、兒童與青少年扶助、住宅津貼等及社會補償制度。另外，德國自一九七五年以降陸續完成社會法法典化，採三級三審的社會法院體系，係一高度法律化的國家，因此使得德國社會安全制度預算在行政體系、教育體系、司法體系高度配合下被有效執行。

第五章 北歐的社會福利制度

一、項目與內容（以瑞典為例）

（一）年金制度

- 1、開辦年代：一九一三年基礎年金，一九六〇年附加年金，一九九九年年金改革。
- 2、制度設計：一九三八年以前出生者採舊制，一九三八至一九五三年出生者採新舊制間的過渡條款，一九五四年以後出生者採新制。舊制為基礎年金與附加年金雙層制。附加年金的請領要件是勞工工作滿三十年，全額給付為最佳薪資的十五年平均值的六成。退休年齡為六十歲到七十歲間，以六十五歲為標準退休年齡，早五年為提前退休，年金給付減額，晚五年為延長退休，年金增額。基礎年金為定額給付，隨物價指數調整。財源來自稅收與雇主。新制改為保證年金與所得相關年金兩層，所得相關年金的全額給付須工作四十年（十六歲算起）。彈性退休年齡從六十一歲起算。所得相關年金保險費由勞雇雙方各負擔一半，費率為一·八·五%，其中二·五%入個人投資帳戶，餘為保險基金。保證年金給付為定額給付

。

(二) 失業保險

1、開辦年代：一九三四年。

2、制度設計：給付金額為薪資的八〇%，期間為三〇〇天。

(三) 醫療照顧

1、開辦年代：一八九一年志願性疾病保險，一九三七年預防性健康與社會服務法，一九八三年醫療照顧法。

2、制度設計：初級照顧由地方層級的保健中心、護理之家、家庭醫療照護醫師提供，照顧五千人到五萬人的鄉鎮。次級照顧由縣級醫院與區域醫院負責。病人由初級照護分級轉診到縣（市）立醫院，最後才到區域醫院。財源主要來自縣稅（六一%）、國稅（一五%）、保險費（八%）、自付額（四%），以及國家補貼醫學研究與教育（一二%）。給付項目包括：醫療照顧、疾病給付。

(四) 親職給付

1、開辦年代：一九七四年親職保險。

2、制度設計：總計十五個月的育兒假，夫妻的任何一方至少要請一個月以上，其中十二個月給付為常薪的八〇%，餘三個月給付為標準額。雙親也可申請照顧十二歲以下兒童有薪的病童照顧假，薪資亦為常薪的八〇%，期間為每年最多不得多於一二〇天。

（五）兒童照顧

1、開辦年代：一九三五年家庭津貼法。

2、制度設計：普及的孕婦照護中心，全國母性均能使用這些設施進行產前（後）檢查與諮商。普及的公立托育機構，超過三分之二的三歲到六歲兒童得到照顧，費用為成本價的十分之一。近年來，私立托育機構增多，家長合作設立的機構，國家亦提供補助。免稅的兒童津貼可領到十六歲，孩子越多可領額外津貼。十六到二十歲讀高中或成人學校者，可申請教育補助。

（六）老人照護

1、開辦年代：一九一三年基礎年金，一九八二年社會服務法，一九八三年醫療照護法。

2、制度設計：老人機構式照護與服務之家（收容八％的老人），家庭照護服務（服務一一％的老人）。老人機構式照護之家大部分為公立，少部分為非營利的民間機構（占有所有機構的八％）；老人服務之家大部分為非營利的民間機構；家庭照護服務由公立、非營利民間與營利民間機構共同提供。

（七）住宅津貼

1、開辦年代：一九四一年房租津貼法。

2、制度設計：有子女的家庭或老人可申請住宅津貼，或社會住宅（需要資產調查），餘者可申請購屋補助。

（八）就業

- 1、開辦年代：一九二八年勞工法庭，一九三三年就業服務，一九三八年勞資協定，一九五六年團結工資政策。
- 2、制度設計：每週工作四十小時，每年有五週的有薪假期，積極的勞動市場政策預防年輕失業及長期失業。職業安排與訓練為兩大勞動方案，職業訓練採目標取向的訓練方案。企業僱用失業者可向政府申請補貼工資；創業、通勤與遷移找工作亦可申請補助。身心障礙者受僱企業單位或自立創業者，均可獲得補助，外國移民亦享有上述就業服務。

（九）教育

- 1、開辦年代：一四七七年第一所大學，一六八六年教會學校，一八四二年國民學校，一九三七年強迫七年教育，一九六二年年九年國教。
- 2、制度設計：六歲入幼稚園，七歲入小學，未來走向十二年國教，學費、課本、教材、午餐全免。成人教育普及。

二、制度特色

- （一）公共社會政策的範圍大。涵蓋社會安全、社會服務、教育、住宅、就業。
- （二）國家涉入社會政策深。例如以積極勞動市場政策來維持充分就業，以充分就業來結合總體經濟與社會政策。
- （三）高度的普及主義。所有住民都可獲得社會安全給付與各種服務，不論是否具勞工身

分。

(四) 所得安全方案採雙層式保障：定額給付的基本安全與薪資相關的保險給付。

(五) 高社會支出與高稅賦。

(六) 普及且分散的社會服務國家。以稅收來支持高品質的社會照顧與健康服務，全國一致但地方政府執行服務提供。

(七) 所得分配相對平均。低貧窮率與生活水平差距小。

(八) 兩性平權。以個人身分取得福利權而非靠配偶身分。

三、可供我國參考借鏡之處

(一) 認為兒童照顧是社會而非僅是婦女或家庭的責任，應由社會大眾一起承擔，故有相當多且完整的孕婦照護中心與公立托育機構。

(二) 北歐有普及式的社會服務，但相對的人民賦稅亦高。

(三) 採取積極的勞動市場政策來預防失業，如：以充分就業結合總體經濟與社會政策，政府主動介入職業訓練、職業輔導、轉業訓練與就業介紹等。

第六章 法國的社會福利制度

一、項目與內容

(一) 退休與年金給付

1、立法年代：一九一〇年。

2、制度設計：採社會保險制度與強制民營年金制度，保險對象為受僱者，經費來源

分別由被保險人提撥年金薪資的六·五五%，及雇主提撥薪資總額的八·二%。老年年金給付薪資最高十年的平均薪資的五〇%，每年可領取的給付約在三萬七千至七萬四千法郎之間。年金制度經過多次修正，發展出「老人起碼生活品質保障制度」，旨在提供非付費性的老年給付。年金制度包括基礎津貼與社會互助附加津貼。前者計有九種項目，以高齡勞動者津貼、家庭主婦津貼、特別津貼及最低數額補償津貼最為重要；後者給付額視受益人其他收入的多寡而定，收入高則給付少，針對收入低或全無收入者，政府全額發放。

（二）住房補貼制度改革

1、目的：提供中低收入者起碼居住品質。

2、制度設計：政府提供若干平價出租住宅開放市民申請，提供住房現金補貼，由審核委員會根據申請人收入情況、承租居住面積、區段行情及自來水供應狀況等項目按月給予承租人現金補貼。其承租契約亦設計成有利於弱勢承租者。

（三）彌補實施每週三十五小時法定工時的收支缺口，之前法國法定工時為三十九小時，減為三十五小時後，政府必須與雇主及受僱人共同分攤因而產生的收支缺口，預計在二〇〇一年須花費八五〇億法郎。

（四）幼兒津貼：為了保障法國境內三歲以下幼兒的生活水準，政府發給父母幼兒津貼每月約一千法郎。此外，針對石棉建材造成嬰幼兒畸型家庭政府也給予津貼，補償受害者父母因此減少工作時數損失。

（五）疾病健康保險

1、預算比例：占法國社會安全支出最大部分。

2、實施要點：第一，強制保險（包括居留法國的外籍人士）；第二，以戶為保險單位（對於子女眾多家庭較為有利，提高法國人民結婚及生育意願）。第三，合理規範自付額及貫徹實施醫藥分業，減少醫療浪費。第四，堅持提供良好醫療品質，在用藥方面，德國醫師對被保險人只能開立同類藥品中價格最低者處方，法國則不做此等規定；另外，建立綿密醫療網絡。

（六）日常生活補貼：法國政府對於人民日常生活補貼包括：飲食、觀光及交通運輸。

（七）其他：尚有殘障保險、職災保險與各種家庭生活給付。

二、可供我國參考借鏡之處

（一）儲蓄保險重於社會福利：法國賦稅平均每人每月所得扣繳近三分之一，而大部分稅金用在支持各項社會保險制度，如失業保險、退休年金與疾病保險等。近年來我國陸續開辦多項無償性社會福利措施，卻沒有相應財源可供挹注，令人堪慮。

（二）維持起碼生活品質：法國社會安全制度主要在維持境內人民（包括外籍人士）起碼生活品質，住房津貼、幼兒補助、平價供應必要飲食及運輸需求，均為明顯例證。如何避免受惠者將上述福利挪作他用（如利用幼兒補助繳交房屋貸款），對法國政府而言是項考驗。類似情形在我國出現可能性更大，似應及早健全規劃。再以住房津貼為例，法國政府會詳細審查申請者的收入及居住條件再核定補助金額。因此，

申請者每月所獲補助自數百至千餘法郎不等。相較之下，我國國宅承租制度不僅有齊頭式平等缺陷，居住品質亦較平均水準為差。

(三) 優先照顧弱勢：法國社會安全制度可說是排富條款的具體實踐。除了疾病保險及幼兒補貼外，財產收入達到一定水準者均無法享受。

第七章 日本的社會福利制度

一、項目與內容

實	代	年	法	立	目	項	利	福	會	社
I 廢止軍人恩給制	一九四四年 一九五四年	一九五九年 一九六一年	一九二二年 一九八四年	一九三八年 一九五八年	一九一一年 一九四七年	一九四七年 一九七四年	一九七一年	一九四六年 一九五〇年	I 社會福祉六 2 兒童：一九 四七年 3 老人：一九 六三年 4 身心障礙： 一一九四九、 一一九六〇、 一一九七〇、 一九八七年	年金保險
										厚生年金保險
I 平均壽命的延長										疾病保險
										國民年金保險
I 二次大戰										健康保險
										國民健康保險
I 改善失業										職災保險
										失業
I 雙薪階級										家庭津貼
										社會救助
I 福利需求迫										福利服務

源來	財務	對象	保障	背景	實施
1 採積立制 2 由被保險人、雇主及政府共同負擔	1 採積立制 2 由被保險人、雇主及政府共同負擔	1 五人以上公司的受僱者 2 其他自願投保人須經核准	1 五人以上公司的受僱者 2 其他自願投保人	2 人口高齡化 3 就業結構改變 4 物價及工資上昇	2 人口高齡化 3 就業結構改變 4 物價及工資上昇
1 採定額制 2 被保險人：每年一、二、三〇〇日元；政府：二〇%	1 採定額制 2 被保險人：每年一、二、三〇〇日元；政府：二〇%	未受其他年金保障的所有成年居民	未受其他年金保障的所有成年居民	2 疾病結構的變化 3 保健對策的採行 4 醫療供應體制的變動	2 疾病結構的變化 3 保健對策的採行 4 醫療供應體制的變動
由被保險人、雇主及政府共同負擔	由被保險人、雇主及政府共同負擔	1 五人以上公司的受僱者 2 其他受僱者自由參加	1 五人以上公司的受僱者 2 其他受僱者自由參加	2 戰敗時期 2 振興工業	2 戰敗時期 2 振興工業
由被保險人、雇主及政府共同負擔	由被保險人、雇主及政府共同負擔	1 所有產業農漁森林業的受僱者自由參加 2 五人以下的農漁森林業的受僱者自由參加	1 所有產業農漁森林業的受僱者自由參加 2 五人以下的農漁森林業的受僱者自由參加	給付、保險費率及國庫負擔等問題 2 因應高齡化社會 3 促進就業	給付、保險費率及國庫負擔等問題 2 因應高齡化社會 3 促進就業
雇主責任與社會救助雙保險人、雇主及政府共同負擔	雇主責任與社會救助雙保險人、雇主及政府共同負擔	有三個以上未滿十八歲的子女且至少一個子女未完成義務教育的家庭	有三個以上未滿十八歲的子女且至少一個子女未完成義務教育的家庭	2 增加 2 出生率下降 3 核心家庭普遍 4 都市化	2 增加 2 出生率下降 3 核心家庭普遍 4 都市化
1 受僱者由政府預算 2 低收入者由政府負擔	1 受僱者由政府預算 2 低收入者由政府負擔	經最低生活費認定額調查與收入限定額調查，符合資格者	經最低生活費認定額調查與收入限定額調查，符合資格者	人、眷、僑民急增 2 補充每個國民都能達到最低生活水準	人、眷、僑民急增 2 補充每個國民都能達到最低生活水準
使用者付費	使用者付費	所有居民	所有居民	2 福利理念的實踐	2 福利理念的實踐

件條付給	措施配
<p>1 老年年金：滿六十歲男性或滿五十五歲女性及礦工，具二十年投保年資</p> <p>2 殘廢年金：全殘，滿六年投保年資</p> <p>3 遺屬年金：受僱者或年金者，具六個月投保年資</p>	<p>1 通算年金制度</p> <p>2 國會議員互助年金法</p> <p>3 地方議會議員互助年金法</p> <p>4 執行官年金法</p> <p>5 礦業年金基金</p> <p>6 農業者年金基金</p>
<p>1 老年年金：滿六十五歲具五年投保年資者</p> <p>2 殘廢年金：障礙程度七五%以上，最近一年有參加保險者</p> <p>3 遺屬年金：最近三年有參加保險者</p>	<p>1 健康保險</p> <p>2 船員保險</p> <p>3 國民健康保險</p> <p>4 公會工會互助保險</p>
受僱者（現金疾病及傷亡、生育給付）	
居民及職業協會的成員（醫療給付）	
無最低期間的限制	<p>1 勞動福利事業法</p> <p>2 勞動保險事業公會法</p> <p>3 特別加保法</p> <p>4 不服申訴法</p>
最近十二個月具六個月投保年資的失業者	
有十八歲以下子女年收入低於一定金額的家庭或失業者	
<p>1 採申請制</p> <p>2 以家戶為單位為</p> <p>3 按被救助者年齡、家庭結構及所在地而不同為準</p>	<p>1 生活保險</p> <p>2 低收入者</p> <p>3 低收入者福利品供應中心</p> <p>4 授產事業</p> <p>5 生活保護</p> <p>6 社會救助保護機構</p>
有需求者	<p>1 兒童：諮詢服務、母子福利法</p> <p>2 老人：年金、在宅服務、長期照護</p> <p>3 身心障礙：年金、社會參與、生業訓練、家政及諮詢服務、替代性服務</p>

項目	給付
1 現金給付：老年年金、眷屬補助金、退出補助金及收入調查津貼	1 永久殘廢與醫療給付：殘廢年金、收入調查津貼
2 永久殘廢與醫療給付：殘廢年金、定期照護補助金、眷屬補助金、一次給付	2 遺屬給付與眷屬醫療給付：遺屬年金、無父母孤兒補助、收入調查津貼、喪葬補助金
3 遺屬給付與眷屬醫療給付：遺屬年金	1 一次給付生育補助金及護理補助金 2 疾病、障礙、遺屬、喪葬及眷屬醫療給付 3 特定療養及訪問看護特別療養移送高額療費 4 生產 5 死亡 6 傷病 7 療養 8 入院 9 飲食 10 特定療養 11 訪問看護 12 特別療養 13 移送 14 高額療費 15 生產 16 死亡 17 傷病 18 療養 19 入院 20 飲食 21 特定療養 22 訪問看護 23 特別療養 24 移送 25 高額療費 26 生產 27 死亡 28 傷病 29 療養 30 入院 31 飲食 32 特定療養 33 訪問看護 34 特別療養 35 移送 36 高額療費 37 生產 38 死亡 39 傷病 40 療養 41 入院 42 飲食 43 特定療養 44 訪問看護 45 特別療養 46 移送 47 高額療費 48 生產 49 死亡 50 傷病 51 療養 52 入院 53 飲食 54 特定療養 55 訪問看護 56 特別療養 57 移送 58 高額療費 59 生產 60 死亡 61 傷病 62 療養 63 入院 64 飲食 65 特定療養 66 訪問看護 67 特別療養 68 移送 69 高額療費 70 生產 71 死亡 72 傷病 73 療養 74 入院 75 飲食 76 特定療養 77 訪問看護 78 特別療養 79 移送 80 高額療費 81 生產 82 死亡 83 傷病 84 療養 85 入院 86 飲食 87 特定療養 88 訪問看護 89 特別療養 90 移送 91 高額療費 92 生產 93 死亡 94 傷病 95 療養 96 入院 97 飲食 98 特定療養 99 訪問看護 100 特別療養 101 移送 102 高額療費 103 生產 104 死亡 105 傷病 106 療養 107 入院 108 飲食 109 特定療養 110 訪問看護 111 特別療養 112 移送 113 高額療費 114 生產 115 死亡 116 傷病 117 療養 118 入院 119 飲食 120 特定療養 121 訪問看護 122 特別療養 123 移送 124 高額療費 125 生產 126 死亡 127 傷病 128 療養 129 入院 130 飲食 131 特定療養 132 訪問看護 133 特別療養 134 移送 135 高額療費 136 生產 137 死亡 138 傷病 139 療養 140 入院 141 飲食 142 特定療養 143 訪問看護 144 特別療養 145 移送 146 高額療費 147 生產 148 死亡 149 傷病 150 療養 151 入院 152 飲食 153 特定療養 154 訪問看護 155 特別療養 156 移送 157 高額療費 158 生產 159 死亡 160 傷病 161 療養 162 入院 163 飲食 164 特定療養 165 訪問看護 166 特別療養 167 移送 168 高額療費 169 生產 170 死亡 171 傷病 172 療養 173 入院 174 飲食 175 特定療養 176 訪問看護 177 特別療養 178 移送 179 高額療費 180 生產 181 死亡 182 傷病 183 療養 184 入院 185 飲食 186 特定療養 187 訪問看護 188 特別療養 189 移送 190 高額療費 191 生產 192 死亡 193 傷病 194 療養 195 入院 196 飲食 197 特定療養 198 訪問看護 199 特別療養 200 移送 201 高額療費 202 生產 203 死亡 204 傷病 205 療養 206 入院 207 飲食 208 特定療養 209 訪問看護 210 特別療養 211 移送 212 高額療費 213 生產 214 死亡 215 傷病 216 療養 217 入院 218 飲食 219 特定療養 220 訪問看護 221 特別療養 222 移送 223 高額療費 224 生產 225 死亡 226 傷病 227 療養 228 入院 229 飲食 230 特定療養 231 訪問看護 232 特別療養 233 移送 234 高額療費 235 生產 236 死亡 237 傷病 238 療養 239 入院 240 飲食 241 特定療養 242 訪問看護 243 特別療養 244 移送 245 高額療費 246 生產 247 死亡 248 傷病 249 療養 250 入院 251 飲食 252 特定療養 253 訪問看護 254 特別療養 255 移送 256 高額療費 257 生產 258 死亡 259 傷病 260 療養 261 入院 262 飲食 263 特定療養 264 訪問看護 265 特別療養 266 移送 267 高額療費 268 生產 269 死亡 270 傷病 271 療養 272 入院 273 飲食 274 特定療養 275 訪問看護 276 特別療養 277 移送 278 高額療費 279 生產 280 死亡 281 傷病 282 療養 283 入院 284 飲食 285 特定療養 286 訪問看護 287 特別療養 288 移送 289 高額療費 290 生產 291 死亡 292 傷病 293 療養 294 入院 295 飲食 296 特定療養 297 訪問看護 298 特別療養 299 移送 300 高額療費 301 生產 302 死亡 303 傷病 304 療養 305 入院 306 飲食 307 特定療養 308 訪問看護 309 特別療養 310 移送 311 高額療費 312 生產 313 死亡 314 傷病 315 療養 316 入院 317 飲食 318 特定療養 319 訪問看護 320 特別療養 321 移送 322 高額療費 323 生產 324 死亡 325 傷病 326 療養 327 入院 328 飲食 329 特定療養 330 訪問看護 331 特別療養 332 移送 333 高額療費 334 生產 335 死亡 336 傷病 337 療養 338 入院 339 飲食 340 特定療養 341 訪問看護 342 特別療養 343 移送 344 高額療費 345 生產 346 死亡 347 傷病 348 療養 349 入院 350 飲食 351 特定療養 352 訪問看護 353 特別療養 354 移送 355 高額療費 356 生產 357 死亡 358 傷病 359 療養 360 入院 361 飲食 362 特定療養 363 訪問看護 364 特別療養 365 移送 366 高額療費 367 生產 368 死亡 369 傷病 370 療養 371 入院 372 飲食 373 特定療養 374 訪問看護 375 特別療養 376 移送 377 高額療費 378 生產 379 死亡 380 傷病 381 療養 382 入院 383 飲食 384 特定療養 385 訪問看護 386 特別療養 387 移送 388 高額療費 389 生產 390 死亡 391 傷病 392 療養 393 入院 394 飲食 395 特定療養 396 訪問看護 397 特別療養 398 移送 399 高額療費 400 生產 401 死亡 402 傷病 403 療養 404 入院 405 飲食 406 特定療養 407 訪問看護 408 特別療養 409 移送 410 高額療費 411 生產 412 死亡 413 傷病 414 療養 415 入院 416 飲食 417 特定療養 418 訪問看護 419 特別療養 420 移送 421 高額療費 422 生產 423 死亡 424 傷病 425 療養 426 入院 427 飲食 428 特定療養 429 訪問看護 430 特別療養 431 移送 432 高額療費 433 生產 434 死亡 435 傷病 436 療養 437 入院 438 飲食 439 特定療養 440 訪問看護 441 特別療養 442 移送 443 高額療費 444 生產 445 死亡 446 傷病 447 療養 448 入院 449 飲食 450 特定療養 451 訪問看護 452 特別療養 453 移送 454 高額療費 455 生產 456 死亡 457 傷病 458 療養 459 入院 460 飲食 461 特定療養 462 訪問看護 463 特別療養 464 移送 465 高額療費 466 生產 467 死亡 468 傷病 469 療養 470 入院 471 飲食 472 特定療養 473 訪問看護 474 特別療養 475 移送 476 高額療費 477 生產 478 死亡 479 傷病 480 療養 481 入院 482 飲食 483 特定療養 484 訪問看護 485 特別療養 486 移送 487 高額療費 488 生產 489 死亡 490 傷病 491 療養 492 入院 493 飲食 494 特定療養 495 訪問看護 496 特別療養 497 移送 498 高額療費 499 生產 500 死亡 501 傷病 502 療養 503 入院 504 飲食 505 特定療養 506 訪問看護 507 特別療養 508 移送 509 高額療費 510 生產 511 死亡 512 傷病 513 療養 514 入院 515 飲食 516 特定療養 517 訪問看護 518 特別療養 519 移送 520 高額療費 521 生產 522 死亡 523 傷病 524 療養 525 入院 526 飲食 527 特定療養 528 訪問看護 529 特別療養 530 移送 531 高額療費 532 生產 533 死亡 534 傷病 535 療養 536 入院 537 飲食 538 特定療養 539 訪問看護 540 特別療養 541 移送 542 高額療費 543 生產 544 死亡 545 傷病 546 療養 547 入院 548 飲食 549 特定療養 550 訪問看護 551 特別療養 552 移送 553 高額療費 554 生產 555 死亡 556 傷病 557 療養 558 入院 559 飲食 560 特定療養 561 訪問看護 562 特別療養 563 移送 564 高額療費 565 生產 566 死亡 567 傷病 568 療養 569 入院 570 飲食 571 特定療養 572 訪問看護 573 特別療養 574 移送 575 高額療費 576 生產 577 死亡 578 傷病 579 療養 580 入院 581 飲食 582 特定療養 583 訪問看護 584 特別療養 585 移送 586 高額療費 587 生產 588 死亡 589 傷病 590 療養 591 入院 592 飲食 593 特定療養 594 訪問看護 595 特別療養 596 移送 597 高額療費 598 生產 599 死亡 600 傷病 601 療養 602 入院 603 飲食 604 特定療養 605 訪問看護 606 特別療養 607 移送 608 高額療費 609 生產 610 死亡 611 傷病 612 療養 613 入院 614 飲食 615 特定療養 616 訪問看護 617 特別療養 618 移送 619 高額療費 620 生產 621 死亡 622 傷病 623 療養 624 入院 625 飲食 626 特定療養 627 訪問看護 628 特別療養 629 移送 630 高額療費 631 生產 632 死亡 633 傷病 634 療養 635 入院 636 飲食 637 特定療養 638 訪問看護 639 特別療養 640 移送 641 高額療費 642 生產 643 死亡 644 傷病 645 療養 646 入院 647 飲食 648 特定療養 649 訪問看護 650 特別療養 651 移送 652 高額療費 653 生產 654 死亡 655 傷病 656 療養 657 入院 658 飲食 659 特定療養 660 訪問看護 661 特別療養 662 移送 663 高額療費 664 生產 665 死亡 666 傷病 667 療養 668 入院 669 飲食 670 特定療養 671 訪問看護 672 特別療養 673 移送 674 高額療費 675 生產 676 死亡 677 傷病 678 療養 679 入院 680 飲食 681 特定療養 682 訪問看護 683 特別療養 684 移送 685 高額療費 686 生產 687 死亡 688 傷病 689 療養 690 入院 691 飲食 692 特定療養 693 訪問看護 694 特別療養 695 移送 696 高額療費 697 生產 698 死亡 699 傷病 700 療養 701 入院 702 飲食 703 特定療養 704 訪問看護 705 特別療養 706 移送 707 高額療費 708 生產 709 死亡 710 傷病 711 療養 712 入院 713 飲食 714 特定療養 715 訪問看護 716 特別療養 717 移送 718 高額療費 719 生產 720 死亡 721 傷病 722 療養 723 入院 724 飲食 725 特定療養 726 訪問看護 727 特別療養 728 移送 729 高額療費 730 生產 731 死亡 732 傷病 733 療養 734 入院 735 飲食 736 特定療養 737 訪問看護 738 特別療養 739 移送 740 高額療費 741 生產 742 死亡 743 傷病 744 療養 745 入院 746 飲食 747 特定療養 748 訪問看護 749 特別療養 750 移送 751 高額療費 752 生產 753 死亡 754 傷病 755 療養 756 入院 757 飲食 758 特定療養 759 訪問看護 760 特別療養 761 移送 762 高額療費 763 生產 764 死亡 765 傷病 766 療養 767 入院 768 飲食 769 特定療養 770 訪問看護 771 特別療養 772 移送 773 高額療費 774 生產 775 死亡 776 傷病 777 療養 778 入院 779 飲食 780 特定療養 781 訪問看護 782 特別療養 783 移送 784 高額療費 785 生產 786 死亡 787 傷病 788 療養 789 入院 790 飲食 791 特定療養 792 訪問看護 793 特別療養 794 移送 795 高額療費 796 生產 797 死亡 798 傷病 799 療養 800 入院 801 飲食 802 特定療養 803 訪問看護 804 特別療養 805 移送 806 高額療費 807 生產 808 死亡 809 傷病 810 療養 811 入院 812 飲食 813 特定療養 814 訪問看護 815 特別療養 816 移送 817 高額療費 818 生產 819 死亡 820 傷病 821 療養 822 入院 823 飲食 824 特定療養 825 訪問看護 826 特別療養 827 移送 828 高額療費 829 生產 830 死亡 831 傷病 832 療養 833 入院 834 飲食 835 特定療養 836 訪問看護 837 特別療養 838 移送 839 高額療費 840 生產 841 死亡 842 傷病 843 療養 844 入院 845 飲食 846 特定療養 847 訪問看護 848 特別療養 849 移送 850 高額療費 851 生產 852 死亡 853 傷病 854 療養 855 入院 856 飲食 857 特定療養 858 訪問看護 859 特別療養 860 移送 861 高額療費 862 生產 863 死亡 864 傷病 865 療養 866 入院 867 飲食 868 特定療養 869 訪問看護 870 特別療養 871 移送 872 高額療費 873 生產 874 死亡 875 傷病 876 療養 877 入院 878 飲食 879 特定療養 880 訪問看護 881 特別療養 882 移送 883 高額療費 884 生產 885 死亡 886 傷病 887 療養 888 入院 889 飲食 890 特定療養 891 訪問看護 892 特別療養 893 移送 894 高額療費 895 生產 896 死亡 897 傷病 898 療養 899 入院 900 飲食 901 特定療養 902 訪問看護 903 特別療養 904 移送 905 高額療費 906 生產 907 死亡 908 傷病 909 療養 910 入院 911 飲食 912 特定療養 913 訪問看護 914 特別療養 915 移送 916 高額療費 917 生產 918 死亡 919 傷病 920 療養 921 入院 922 飲食 923 特定療養 924 訪問看護 925 特別療養 926 移送 927 高額療費 928 生產 929 死亡 930 傷病 931 療養 932 入院 933 飲食 934 特定療養 935 訪問看護 936 特別療養 937 移送 938 高額療費 939 生產 940 死亡 941 傷病 942 療養 943 入院 944 飲食 945 特定療養 946 訪問看護 947 特別療養 948 移送 949 高額療費 950 生產 951 死亡 952 傷病 953 療養 954 入院 955 飲食 956 特定療養 957 訪問看護 958 特別療養 959 移送 960 高額療費 961 生產 962 死亡 963 傷病 964 療養 965 入院 966 飲食 967 特定療養 968 訪問看護 969 特別療養 970 移送 971 高額療費 972 生產 973 死亡 974 傷病 975 療養 976 入院 977 飲食 978 特定療養 979 訪問看護 980 特別療養 981 移送 982 高額療費 983 生產 984 死亡 985 傷病 986 療養 987 入院 988 飲食 989 特定療養 990 訪問看護 991 特別療養 992 移送 993 高額療費 994 生產 995 死亡 996 傷病 997 療養 998 入院 999 飲食 1000 特定療養 1001 訪問看護 1002 特別療養 1003 移送 1004 高額療費 1005 生產 1006 死亡 1007 傷病 1008 療養 1009 入院 1010 飲食 1011 特定療養 1012 訪問看護 1013 特別療養 1014 移送 1015 高額療費 1016 生產 1017 死亡 1018 傷病 1019 療養 1020 入院 1021 飲食 1022 特定療養 1023 訪問看護 1024 特別療養 1025 移送 1026 高額療費 1027 生產 1028 死亡 1029 傷病 1030 療養 1031 入院 1032 飲食 1033 特定療養 1034 訪問看護 1035 特別療養 1036 移送 1037 高額療費 1038 生產 1039 死亡 1040 傷病 1041 療養 1042 入院 1043 飲食 1044 特定療養 1045 訪問看護 1046 特別療養 1047 移送 1048 高額療費 1049 生產 1050 死亡 1051 傷病 1052 療養 1053 入院 1054 飲食 1055 特定療養 1056 訪問看護 1057 特別療養 1058 移送 1059 高額療費 1060 生產 1061 死亡 1062 傷病 1063 療養 1064 入院 1065 飲食 1066 特定療養 1067 訪問看護 1068 特別療養 1069 移送 1070 高額療費 1071 生產 1072 死亡 1073 傷病 1074 療養 1075 入院 1076 飲食 1077 特定療養 1078 訪問看護 1079 特別療養 1080 移送 1081 高額療費 1082 生產 1083 死亡 1084 傷病 1085 療養 1086 入院 1087 飲食 1088 特定療養 1089 訪問看護 1090 特別療養 1091 移送 1092 高額療費 1093 生產 1094 死亡 1095 傷病 1096 療養 1097 入院 1098 飲食 1099 特定療養 1100 訪問看護 1101 特別療養 1102 移送 1103 高額療費 1104 生產 1105 死亡 1106 傷病 1107 療養 1108 入院 1109 飲食 1110 特定療養 1111 訪問看護 1112 特別療養 1113 移送 1114 高額療費 1115 生產 1116 死亡 1117 傷病 1118 療養 1119 入院 1120 飲食 1121 特定療養 1122 訪問看護 1123 特別療養 1124 移送 1125 高額療費 1126 生產 1127 死亡 1128 傷病 1129 療養 1130 入院 1131 飲食 1132 特定療養 1133 訪問看護 1134 特別療養 1135 移送 1136 高額療費 1137 生產 1138 死亡 1139 傷病 1140 療養 1141 入院 1142 飲食 1143 特定療養 1144 訪問看護 1145 特別療養 1146 移送 1147 高額療費 1148 生產 1149 死亡 1150 傷病 1151 療養 1152 入院 1153 飲食 1154 特定療養 1155 訪問看護 1156 特別療養 1157 移送 1158 高額療費 1159 生產 1160 死亡 1161 傷病 1162 療養 1163 入院 1164 飲食 1165 特定療養 1166 訪問看護 1167 特別療養 1168 移送 1169 高額療費 1170 生產 1171 死亡 1172 傷病 1173 療養 1174 入院 1175 飲食 1176 特定療養 1177 訪問看護 1178 特別療養 1179 移送 1180 高額療費 1181 生產 1182 死亡 1183 傷病 1184 療養 1185 入院 1186 飲食 1187 特定療養 1188 訪問看護 1189 特別療養 1190 移送 1191 高額療費 1192 生產 1193 死亡 1194 傷病 1195 療養 1196 入院 1197 飲食 1198 特定療養 1199 訪問看護 1200 特別療養 1201 移送 1202 高額療費 1203 生產 1204 死亡 1205 傷病 1206 療養 1207 入院 1208 飲食 1209 特定療養 1210 訪問看護 1211 特別療養 1212 移送 1213 高額療費 1214 生產 1215 死亡 1216 傷病 1217 療養 1218 入院 1219 飲食 1220 特定療養 1221 訪問看護 1222 特別療養 1223 移送 1224 高額療費 1225 生產 1226 死亡 1227 傷病 1228 療養 1229 入院 1230 飲食 1231 特定療養 1232 訪問看護 1233 特別療養 1234 移送 1235 高額療費 1236 生產 1237 死亡 1238 傷病 1239 療養 1240 入院 1241 飲食 1242 特定療養 1243 訪問看護 1244 特別療養 1245 移送 1246 高額療費 1247 生產 1248 死亡 1249 傷病 1250 療養 1251 入院 1252 飲食 1253 特定療養 1254 訪問看護 1255 特別療養 1256 移送 1257 高額療費 1258 生產 1259 死亡 1260 傷病 1261 療養 1262 入院 1263 飲食 1264 特定療養 1265 訪問看護 1266 特別療養 1267 移送 1268 高額療費 1269 生產 1270 死亡 1271 傷病 1272 療養 1273 入院 1274 飲食 1275 特定療養 1276 訪問看護 1277 特別療養 1278 移送 1279 高額療費 1280 生產 1281 死亡 1282 傷病 1283 療養 1284 入院 1285 飲食 1286 特定療養 1287 訪問看護 1288 特別療養 1289 移送 1290 高額療費 1291 生產 1292 死亡 1293 傷病 1294 療養 1295 入院 1296 飲食 1297 特定療養 1298 訪問看護 1299 特別療養 1300 移送 1301 高額療費 1302 生產 1303 死亡 1304 傷病 1305 療養 1306 入院 1307 飲食 1308 特定療養 1309 訪問看護 1310 特別療養 1311 移送 1312 高額療費 1313 生產 1314 死亡 1315 傷病 1316 療養 1317 入院 1318 飲食 1319 特定療養 1320 訪問看護 1321 特別療養 1322 移送 1323 高額療費 1324 生產 1325 死亡 1326 傷病 1327 療養 1328 入院 1329 飲食 1330 特定療養 1331 訪問看護 1332 特別療養 1333 移送 1334 高額療費 1335 生產 1336 死亡 1337 傷病 1338 療養 1339 入院 1340 飲食 1341 特定療養 1342 訪問看護 1343 特別療養 1344 移送 1345 高額療費 1346 生產 1347 死亡 1348 傷病 1349 療養 1350 入院 1351 飲食 1352 特定療養 1353 訪問看護 1354 特別療養 1355 移送 1356 高額療費 1357 生產 1358 死亡 1359 傷病 1360 療養 1361 入院 1362 飲食 1363 特定療養 1364 訪問看護 1365 特別療養 1366 移送 1367 高額療費 1368 生產 1369 死亡 1370 傷病 1371 療養 1372 入院 1373 飲食 1374 特定療養 1375 訪問看護 1376 特別療養 1377 移送 1378 高額療費 1379 生產 1380 死亡 1381 傷病 1382 療養 1383 入院 1384 飲食 1385 特定療養 1386 訪問看護 1387 特別療養 1388 移送 1389 高額療費 1390 生產 1391 死亡 1392 傷病 1393 療養 1394 入院 1395 飲食 1396 特定療養 1397 訪問看護 1398 特別療養 1399 移送 1400 高額療費 1401 生產 1402 死亡 1403 傷病 1404 療養 1405 入院 1406 飲食 1407 特定療養 1408 訪問看護 1409 特別療養 1410 移送 1411 高額療費 1412 生產 1413 死亡 1414 傷病 1415 療養 1416 入院 1417 飲食 1418 特定療養 1419 訪問看護 1420 特別療養 1421 移送 1422 高額療費 1423 生產 1424 死亡 1425 傷病 1426 療養 1427 入院 1428 飲食 1429 特定療養 1430 訪問看護 1431 特別療養 1432 移送 1433 高額療費 1434 生產 1435 死亡 1436 傷病 1437 療養 1438 入院 1439 飲食 1440 特定療養 1441 訪問看護 1442 特別療養 1443 移送 1444 高額療費 1445 生產 1446 死亡 1447 傷病 1448 療養 1449 入院 1450 飲食 1451 特定療養 1452 訪問看護 1453 特別療養 1454 移送 1455 高額療費 1456 生產 1457 死亡 1458 傷病 1459 療養 1460 入院 1461 飲食 1462 特定療養 1463 訪問看護 1464 特別療養 1465 移送 1466 高額療費 1467 生產 1468 死亡 1469 傷病 1470 療養 1471 入院 1472 飲食 1473 特定療養 1474 訪問看護 1475 特別療養 1476 移送 1477 高額療費 1478 生產 1479 死亡 1480 傷病 1481 療養 1482 入院 1483 飲食 1484 特定療養 1485 訪問看護 1486 特別療養

後，其工作重點為家庭式收容。

- (二)健全完善的社會福利法規體系：日本的社會福利法規十分完整，能夠因應社會需要迅速頒訂各項社會福利法規，且視社會變遷的情形而迅速修正，使每一部法規均能發揮成效。
- (三)採取二層式的年金保險。第一層為保障全體國民最低生活所須的國民年金，分為老年、傷病、遺屬等年金；第二層為提供受雇者退休之後所得保障的厚生年金，採取比例年金的方式，亦分為老年、傷病、遺屬等年金。所得替代率可達六五%。
- (四)失業保險制度，結合職業訓練、職業輔導以及領取失業救濟的環環相扣，促進失業者再度就業的失業保險體系，值得參考。
- (五)重視院外救助工作：日本對健康尚可自理日常生活而須救助者，儘量用居家服務方式，免費提供衣、食、住、行、娛樂等日常生活必須物品及服務。
- (六)重視專業服務：規定社會福利工作人員應經過一定時間的學校教育與實習，並接受職前或在職教育與訓練。
- (七)社會福利機構能視社會需求而增刪或調整：將養護所、更生訓練所、庇護工廠等社會福利機構的設置或設備互為轉換，互通有無。
- (八)善用社會資源：政府與民間資源能相互結合，由政府規劃並領導，各大企業團體組織社會福利基金或社會服務團，積極配合政府推動社會福利，尤其大型醫院應組織身心障礙、育嬰、安老等的收容機構，回饋社會。

- (九)各銀行或金融機構能積極支援私立社會福利機構：為運用社會資源，對於有意投資設置非營利性社會福利機構的個人或團體，有各種貸款的優待，在營運中若須擴建、增設、改建，也積極給予支持，以利其事業發展。
- (十)日本為全世界最高齡的國家，女性平均年齡已達八十三·九歲，因此有一連串的休閒、安養、工作、療養照護、所得保障等完善的長壽計畫，可供參考。
- (十一)婦女從懷孕開始即享有免費健康檢查，至嬰兒三歲前提供免費醫療、疑難雜症與A I D S的醫療照顧。
- (十二)日本對於單親家庭給予經濟生活照顧，提供住宅及販賣場所的優先租用。

第八章 新加坡的社會福利制度

一、中央公積金制度

- (一)定義：所謂「公積金」係指：以受僱者薪資為基準，由雇主與受僱者共同提撥一定比率的金額，存入政府指定的基金專戶，並以個人名義記帳孳息，俟受僱者退休離職或殘廢死亡時，基金管理單位將個人帳戶所有提撥金額的本息，一次或定期撥付與本人或其遺族的一種強迫儲蓄制度。在給付型態上係屬「確定提撥制」，無社會風險分攤的社會保險效果。新加坡的中央公積金制度建立於一九五五年七月，主管機關為勞工部，下設執行機構——中央公積金局，將老年退休、殘障、遺屬保障、住宅、醫療、教育貸款，甚至個人財產的形成，完全涵蓋其中。因此成為新加坡社會福利的特色，同時也闡述新加坡以工作福利為主的福利價值。

(二) 發展沿革

- 1、第一個階段：一九五五年到一九六四年，主要的社會福利以提供老年及身心障礙者的社會安全制度為主。透過中央公積金制度的實施，有效的降低在老年及身心障礙方面逐漸提高的社會救助方面的需求。
- 2、第二階段：從一九六〇年推動「住者有其屋」的改革開始。一連串的國民住宅政策，如：一九六四年的「公共住屋計畫」及「住宅產業計畫」、一九六八年的國民住宅計畫。不但改善民眾居住生活的問題，也強化了民眾對於政府及國家的向心力及忠誠度。
- 3、第三階段：以一九八四年在C P F中增加「醫療帳戶」為起點，將各種醫療照顧的計畫整合到C P F之中，其措施有：「保健雙全計畫」、「增值保健雙全計畫」、「醫療儲蓄帳戶填補計畫」、「醫療儲蓄帳戶提早填補計畫」。以解決老人醫療支出逐年提高的問題。
- 4、第四階段：一九八七年中央公積金制度的改革，允許在年滿五十五歲之後，C P F的會員可以開始提領其他普通帳戶及特殊帳戶中的儲金。因此，提出「最低存款計畫」，希望透過在五十五歲之後仍能保留一部分的儲蓄在其帳戶之中，確保老年時的所得安全。

(三) 公積金帳戶及儲金的用途：受僱者名下的專戶，各區分為下列三個帳戶，總提撥金額係按年齡層以不同比例，存入各該帳戶。

1、普通戶頭：雇主與受僱者共同撥款總額的七五%（三十五歲至四十四歲者為七二·五%，四十五歲以上者為七〇%）撥歸此一帳戶。此一占薪資總額二八%至三〇%的提撥金所累積的個人帳戶餘額，可供作支付購屋、換屋、大專教育費以及參與政府認可的基金或增進投資方案（例如：投資有價證券、黃金、銀行定存、單位信託、資金管理信託、人壽保險保單）等之用。此一帳戶的餘額可視為個人投資置產基金。

2、醫療戶頭：雇主與受僱者共同提撥款總額的一五%（三十五歲至四十四歲者為一七·五%，四十五歲以上者為二〇%）歸撥此一帳戶。此一占薪資總額七%至八%提撥金所形成的個人基金餘額，可供作支付雇員及其住院、手術、特定醫療費及醫療保險費之用。此一帳戶的餘額可視為個人或家庭醫療基金。

3、老殘戶頭：雇主與受僱者共同撥款總額的十%撥歸此一帳戶。此一占薪資總額四%的提撥金所累積的個人帳戶餘額，專供傷殘或老年之用，平常不得動用。

二、公積金制度的特色

（一）強制性、單一性、綜合性的個人工作儲蓄帳戶：公積金制度的保障對象僅限於處於勞雇關係中的受僱者，由勞雇按月各提撥僱員月薪二〇%形成個人基金（普通戶頭）、醫療基金（醫療戶頭）及集體性的退休基金（由個人的老殘帳戶餘額與全體年滿五十五歲成員的最低存款餘額結合而成）。

（二）個人生命歷程的多元保障制度：同時兼具強制儲蓄、老年經濟安全保障、醫療保障、

高等教育、及具有勞工財產形成功能的住宅政策與投資理財等多元目標的保障制度。

- (三)分類帳戶，提供運用空間：普通戶頭內的公積儲金（約占勞資撥款總額的七五%），個人有權在未滿五十五歲前予以動用，例如購買國宅或私人房地產，以滿足當事人的經濟需求。同時為符合現代人投資理財的需求，以追求相對較高利潤與長期利益，會員亦可用來投資有價證券或黃金。
- (四)公共受託人，確保受益人權益：會員死亡，公積金由指定受益人繼承，否則交由公共信託局的信託管理，可確保未成年儲金受益人的合法權益。
- (五)多種老年經濟安全保障選擇：個人退休給付以一次給付為原則，並輔以至少二十年的分期給付。而最低存款計畫亦可用以購買商業年金保險，轉為生存基金。屬於公、私部門聯合提供的模式。
- (六)符合中國傳統家庭倫理的價值觀：子女的相關帳戶儲金可流通支援或填補父母相關帳戶，符合中國人的孝道精神；夫妻間的相關帳戶亦可相互流通與結合。此一設計有助發揮家庭成員間，以親情血源為基礎所建立的互助關係。

三、可供我國參考借鏡之處

我國的社會福利並非建立在單一制度之上，而係由社會保險、社會津貼、社會救助、職業安全等制度共同組合而成，此外亦有民間組織，彌補政府福利措施的不足。新加坡的中央公積金制度受到國際社會矚目乃是其退休保障的功能設計，而非其完善的社會福利措施，因此，我們必須以我國的退休保障制度來對應討論，始為公允。對

於我國退休保障制度而言，可依不同方案就性質、保障層次、給付型式、籌措方式、主管單位及權利義務的關係等方向來分析。不同制度之間要如何整合與銜接、給付權如何保障、財務負擔是否公平，均是我國面臨的重要課題。

第九章 中國大陸的社會福利制度

一、歷史沿革與發展

(一) 創辦期（一九四九至一九五七年）

此時期有多項社會保障制度被引進，如：勞動保險制度的建立、城鎮集體所有制社會保險制度的興起、國家機關工作人員社會保險制度的建立、優撫安置工作的展開、職工福利制度的建立、社會保障管理體制的建立及社會救助工作的發展等。

(二) 調整期（一九五八至一九六五年）

此時期進行社會保障制度的調整，如：統一退休退職制度、改進醫療保險制度、加強職工福利補貼措施、城鎮集體所有制社會保險的改進、調整學徒的社會保險給付、明定被精簡職工的社會保險給付、建立易地支付社會保險給付的辦法、明定職業病範圍與職業病患者處理辦法、農村合作醫療體制的興起及社會救助工作的持續發展等。

(三) 干擾破壞期（一九六六至一九七六年）

社會保障制度遭受質疑與破壞，如：社會保險措施被大肆批判、管理機構遭受撤銷，企業職工社會保險基金統籌制度被迫廢除，退休、退職工作被迫停止，易地

支付辦法被迫停止執行，社會救助及優撫安置工作遭受破壞等。

(四) 改革探索期 (一九七七至一九九二年)

一九七八年鄧小平奪取政權後，以四個現代化為口號，重建中共政權的合法性基礎，以博取民心，進行一連串的經濟改革，如「對內搞活、對外開放」政策、農村經濟體制改革、「外向經濟」政策、「治理整頓」政策及七五、八五計畫等，帶動大陸現代化。

(五) 改革突破期 (一九九三年至今)

受到經濟與勞動體制改革開放的衝擊，社會保障制度有許多突破性的進展，如：成立勞動和社會保障部、分項社會保險型態、建立失業保險制度、改革公費醫療勞保醫療保障制度、建立獨立的生育保險制度、最低生活保障制度等。

二、項目與內容

(一) 一九九二年以前

1、社會保險制度

全民所有制單位職工	集體所有制單位職工	勞動合同制職工	國家機關工作人員	農村社會保險
1 一九八六年十月一日以前參與勞動工作者，參加綜合制的勞動保險（享受勞動保險條例的各項保險	參加集體所有制企、事業職工保險。其中： 1 區、縣以上的集體所有制企業，如經濟條件允許，參照	1 合同制工人的勞動保險、醫療費用，應於勞動合同中明確規定，原則上其工資與保險福利待遇應與該	1 享受公費醫療，其各項福利待遇全由各單位行政費或事業費列支（屬職工福利，並不繳納保險費）	1 早期採行合作醫療、合作養老或農民養老保險 2 一九八六年後，配合農村社會保障基金的建立，部分

<p>給付) 2 一九八六年十月一日以後參與勞動工作者，適用合同制保險規定 3 一九八六年配合勞動合同制的實施，設立待業（失業）保險基金與退休養老基金，改採分項保險制 4 一九九二年擴大試行全員勞動合同制，統一各類職工社會保險待遇，試行配套改革</p>	<p>所有制單位單位勞動保險條例規定辦理 2 區、縣以下的集體所有制企業，視經濟條件，自行訂定辦法 3 少數地區以試點方式引進待業（失業）保險 4 一九八六年後以勞動合同制進用者，依合同制工人的規定</p>	<p>企業同種、同崗位原固定工人相同，其保險福利待遇低於原固定工人的部分，用工資性補貼來補償。工資性補貼的幅度為勞動合同制工人標準工資的一五% 2 合營企業、中外合資企業、外資企業、私營企業勞工的保險比照合同制工人規定辦理</p>	<p>2 除公費醫療外，福利給付項目還包括殘廢給付、死亡給付、生育給付及退休與退職給付 3 一九八六年後以勞動合同制進用者，依合同制工人的規定</p>	<p>地區開始實施分項保險：含養老保險、醫療保險及工傷保險等。部分地區則在社會保障基金下統籌支應 3 農村農民合同制工人試用期內享受城鎮合同制工人工資待遇（不含一五%工資性補貼）；試用期滿比照合同制工人，於合同中明定</p>
--	---	---	---	--

2、社會救助制度

- (1) 農村救助：農村貧困戶救助、五保戶供養（救助）、災民救助、優撫保障。
- (2) 城市救助：城市困難戶救助、精簡退職職工救助、收遣安置乞討人員、災民救助、優撫保障。優撫保障的本質與社會保險、社會救助並不相同。優撫的對象並非以投保者或低收入者為要件，而是指以具有特定身分人員，如復原退伍軍人、傷殘軍人、現役軍人家屬及陣亡軍人家屬等。因此，嚴格來說應只是一種由國家為其特殊成員所提供的優待措施，具有褒揚的性質。

(二)一九九二年以來的重要改革

1、整體社會保障行政管理體系進行調整

(1)一九九六年後，中共國務院將勞動與社會保障結合，成立「勞動和社會保障部」。使政策制定、資金運用、監督管理整合在一機構下，可謂幾乎整合所有的社會保險業務。

(2)民政部在勞動和社會保障部成立後，其主管的工作就以扶貧、救災、優撫、殯葬管理、浪民收容遣送及行政區劃分與民間組織的管理為主。在社會救助與社會福利服務方面，民政部則主要承擔老年人、孤兒、五保戶、殘疾人等特殊困難群體權益保護的行政管理工作。

2、社會保險制度由以往的綜合保險型態逐漸轉向分項保險型態發展。其中最主要的改變包括：

(1)養老保險制度朝向個人須繳納養老保險費及建立個人養老保險帳戶改革

A 改革背景：

當時中國大陸全民所有制、集體所有制企業、私營企業、個體工商戶，與農村對於職工養老保險基金的提撥規定不一，造成各地各企業的實際經營情況均不一致，且由於適用規定不同，以致同一企業但不同身分職工繳納養老保險基金的標準與企業提撥的標準均有差異。

B 改革方式：

建立個人養老保險帳戶，引進多層次的養老保險體系，第一層次為基本養老保險，第二層次為企業補充養老保險，第三層次為個人儲蓄性養老保險；經費管理方面，實施退休費用社會統籌，以及社會統籌和個人帳戶相結合（即由國家、單位和個人共同負擔）的養老保險制度。

（2）將「待業保險」正名為「失業保險」，正式建立失業保險制度

實施社會主義的國家，並無、也不應有失業的現象，因此，中國大陸一直沒有建立失業保險制度。近年來受到經濟市場改革開放的衝擊，終於意識到在商品經濟和市場經濟的條件下，失業是難以避免的。於是進行多項改革，一九九三年中國共產黨第十四屆三中全會，將待業保險正名為失業保險；一九九九年發布失業保險條例。目前中國大陸的失業保險制度，正朝著制度完善、資金雄厚、管理服務優良的目標前進。

（3）改革公費醫療、勞保醫療保障制度。

A 改革背景：

中國大陸國家機關工作人員的公費醫療制度於一九五二年開始實施，規定藥費由國家負擔，因與勞動保險條例的藥費規定不同（勞動保險條例最初只規定由企業行政或資方負擔普通藥費，貴重藥費由本人自理，且當時對後者的規定範圍又相當廣泛），因此，就醫療照顧而言，國家機關工作人員享受的待遇，要優於勞保醫療。

B 改革方式：

一九六五年中共提出公費醫療及勞保醫療應重新整頓，基此，衛生部和財政部發出「關於改進公費醫療管理問題的通知」，使國家機關工作人員的醫療照顧標準，大致與勞保醫療相同。此後進行多次試點改革方案，於二〇〇〇年推進到全國，建立全面城鎮職工基本醫療保險制度。

(4) 建立獨立的生育保險制度

一九五一年正式施行的勞動保險條例所規定的生育給付，是以實物給付的方式辦理，每人發給五尺紅布；一九五五年改為現金給付。歷經多次修正，一九八八年發布「女職工勞動保護規定」，同時廢止勞動保險條例有關生育給付的規定，生育保險始單獨立法。一九九五年試行「企業職工生育保險試行辦法」，將生育保險費，改為社會統籌。

3、在社會救助方面，建立居民最低生活保障制度

一九九二年以前中國大陸的社會救助是與救災活動相結合，一九九二年以後，則是以城鄉居民最低生活保障、災民生活救濟、社會捐贈和減災工作為主。

(三) 綜合言之，中國大陸近年來社會福利制度的改革是多方面的，在社會保險方面有朝向統一立法、統一政策、統一制度、統籌資金的趨勢。在社會救助方面則朝向與社會保險制度結合，建立保障最低基本生活標準制度著手。