

F. 健康照護體系

- 一 Alma Ata Health for all 2000 宣言：「以基層醫療保健為手段，保護病促進全世界人類健康的方向。」
醫療立法目的：「為促進醫療事業健全發展，合理分配醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益、增進國民健康。」

WHO 1999 年世界衛生組織世界衛生報告：健康照護制度發展有六大目的：

- 1 改善醫療水平：開發中國家 vs 已開發國家，健康水平落差仍大，應協助這些地區的民眾受到應有的保障。
- 2 減少健康不公平：資源分配不均（醫療落後、偏遠地區）
- 3 改善體系對民眾期望的回應：整個體系必須能回應民眾的期望及建議，才能滿足民眾的需求。
- 4 增加效率：以最少資源達到最高效用。
- 5 保障個人、家庭、社會免於財務損失：良好的健康照護體系，可以使個人疾病迅速恢復、有效的利用醫療資源、保障個人家庭、社會避免財務損失。
- 6 增加健康照護財務及健康服務公平性。

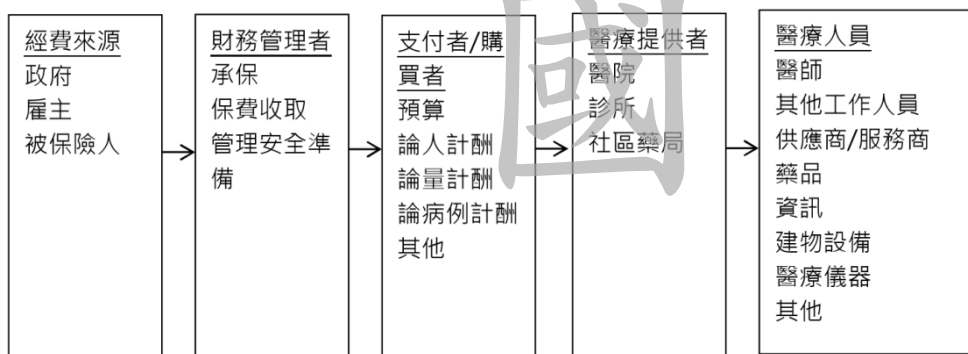
WHO 2000 年健康照護制度發展的五大方向：

- 1 服務範圍能擴及全民納保
- 2 成效上能有成本效益考量
- 3 財務上能達到公平負擔
- 4 費用負擔能達到有效率的購買醫療服務
- 5 服務提供能提供有品質的服務

二 健康照護體系的分類

- (一) 公共補助：多數開發國家健康照護並不普及，政府宣示對其民眾醫療照護責任，在少數都會區設置公立醫院，而大部分的醫療由私人醫院、診所提供服務。民眾需自掏腰包獲得服務。
- (二) 健康保險：德國首創，由政府規範、介入、建立醫療服務及財務體系，由集體納保的方式分攤健康風險，幾乎所有的國民都受到健康保險的服務。（日本、台灣、韓國、比利時、荷蘭、法國）
- (三) 國家健康照護體制：英國 1948 年開始，財源以一般稅收為主，照護體系的醫事人員多為受雇於國家的公務人員，特別是醫師，機構也是政府擁有、經營。（英國、北歐四國、義大利、冰島、希臘、葡萄牙、加拿大）

三 健康照護體系的財源流程圖



四 健康照護體系的評估

WHO 與 OECD 為評估整體醫療照護體系的績效，訂定三大目標：

- 1 健康水準：整體目標達成（平均）、個別目標達成（分佈）
- 2 病人滿意及可近性：整體目標達成（平均）、個別目標達成（分佈）
- 3 財務負擔/醫療保健支出：整體目標達成（平均）、個別目標達成（分佈）

健康照護體系的品質，依健康水準的平均及病人滿意及可近性的平均來評估

（平均）是達成目標的公平性
（分佈）是整體目標達成效率

五 台灣地區健康照護體系的發展

(一) 建立期 1947~1970 政府在每一個鄉鎮市區設立衛生所 對各類醫事人員的正式教育開始

(二) 擴張期 1971~1984

許多公私立和財團法人綜合醫院紛紛成立 (自由放任發展模式)

出現問題：① 醫療資源在地理上分佈不均 ② 特殊醫療服務 (精神疾病和慢性復健系統) 成長緩慢

③ 品質參差不齊 ④ 費用逐漸成長。

(三) 整合期 1985~現在 1985 推動「籌建醫療網計畫」→① 整合各自發展的各類醫療機構、② 均衡醫療資源分佈、③ 提高醫療服務品質、④ 改善醫療作業及管理效率。

台灣地區醫療網計畫，目前是 17 個醫療區域

六 台灣地區健康照護設施及人力

世界衛生組織界定健康照護體系包含 4 個主要項目：

- 1 資源形成
- 2 提供照護服務
- 3 財源籌措
- 4 規範管理

醫療資源

1 醫療機構：中小型醫院減少、大型財團法人醫院大幅成長；診所數量成長，尤其牙科。

2 病床：醫院急性精神病床↑↑、慢性精神病床↑、
特殊病床 (加護、安寧、呼吸照護、洗腎) ↑↑↑ (神速增加) 診所病床數↑ (尤其洗腎病床)

3 醫事人力：

各類登錄執業醫事人員↑ 護士、助產士人↓ (師級取代士)

各種專業醫事人員↑ (如：OT、RT、PT、SOCIAL WORKER 等)

4 醫療設備：醫療法第 68 條：「為防止醫療濫用、避免醫療費用高漲、醫療機構購買及使用昂貴或具有危險性的醫療儀器，中央衛生主管機關得予以必要的審查及評估。」但台灣昂貴、具有危險性的 (醫療) 儀器仍不斷地快速↑

七 特殊健康照護體系：

(一) 緊急醫療救護體系：

1 1995 年 8 月 9 日緊急醫療救護法

2 目前重點：毒化災害、核災、大量傷病患、空中緊急救護體系，成立國家級與地區級災難醫療救護隊。

(二) 精神疾病照護體系：

1 照護方式有門診、急診、急性住院、慢性住院、日、夜間留院、社區復健、居家治療。

2 台灣目前主要以長期養護為主，社區性的積極治療與復健較為缺乏。

3 精神病患回歸社區可以說是目前精神照護體系，最重要的工作。

4 精神衛生法 1990 年公佈，對嚴重的精神病患，規定需要強制鑑定及住院治療。

5 預防方面，中央/地方設有專責人員、單位負責辦理精神衛生防治規劃工作，縣市政府成立心理衛生中心，提供民眾心理衛生保健諮詢，教育宣導。健全持續發展戒癮模式：for 藥、毒癮。

(三) 長期照護體系：

1 1993 年台灣老年人口比例超過 7%

2 長期照護(long term care)係以出院病人或居住社區的重症病人為對象，提供 居家生活和疾病療養照護，使病人在社區中得到更好的生活品質，整體醫療效率提升。

3 我國長照服務體系劃分

- (1) 醫療服務體系：慢性醫療、技術性服務為主，包括：慢性醫院、護理之家、居家照護、日間照護。法規：醫療法、護理人員法。
- (2) 社會福利體系：生活照顧為主，照護設施包括：安養、養護機構、在宅服務、日間托老。法規：老人福利法。
- (3) 退輔會

(四) 安寧緩和體系

- 1 2000年6月公佈安寧緩和醫療條例，保證癌症病患選擇醫療服務方式的權利
- 2 1996年健保局將安寧居家療護納入全民健保給付範圍。

(五) 山地離島照護體系：

- 1 台灣共有20個山地鄉、8個離島鄉，設有29個衛生所，但資源缺乏。
- 2 衛生署配合行政院「國家資訊通訊基本建設」，結合醫療、資訊、通訊新科技，建立遠距醫療先導系統。
- 3 全民健保對需求較迫切的山地離島推動：
 - (1) 山地離島醫療包醫制
 - (2) 定時定點
 - (3) 定時全天候
 - (4) 定時定點假日門診

八 台灣健康照護體系的問題（八個）

- (一) 整頓基層醫療服務：「偏遠地區健康保險多元服務改善方案」及「全民進康保險醫療給付效益提升計畫」
 - 1 醫師從事基層醫療保健工作意願有限，經費、資源分配不足。
 - 2 努力提升基層醫療保健發展，讓更多經費挹注，改善工作環境，吸引醫事人員投入基礎工作。
- (二) 建立醫療品質管理制度：
 - 1 醫院評鑑與特殊項目評估已上軌道。
 - 2 未來加強臨床品質指標建立，蒐集及分析，培育醫療品管專業人員，發展臨床工作指引，在繼續教育中，加入醫療品質改善的概念。
- (三) 改善公立醫院經營：
 - 1 公立醫院背負研發教學和社會工作的重任，但也較無彈性。
 - 2 政府應重新評估公立醫院的角色與功能，賦予彈性的經營，減少公務預算的負擔。
- (四) 改善醫療資源不當使用以及浮濫使用：
 - 1 國人門診平均利用率高。
 - 2 運用支付制度基轉及申報費用的審查，加強對醫療機構的約束、管理，減少浮濫。
- (五) 健康促進、預防保健應優先於醫療服務：
 - 1 國內人口趨向高齡化，中老年疾病及慢性病居多。而多數慢性病可因見的生活型態而避免。
 - 2 定期健康檢查及篩檢，可早期發現、早期治療。預防保健比醫療服務來的有效，且費用低廉。
- (六) 及早準備老人健康照護措施：
 - 1 平均壽命延長，老年人口增加。
 - 2 台灣應加強老人醫療保健服務。
- (七) 鼓勵個人以及社區參與：
 - 1 健康社區計畫的推動，仍有努力的空間。
 - 2 善用社區資源，加重個人在健康問題上應有的認識與責任。
- (八) 增加醫藥衛生研究和教育訓練經費：
 - 1 醫藥衛生研究和科技發展，其重要性不亞於醫療服務或預防保健，政府在衛生醫療研究投資較其他

領域低。

- 2 充裕的醫學教育及訓練經費，強化教學醫院的教學訓練功能。

九 衛生施政面臨的挑戰

(一) 全民健保的定位與永續經營：

- 1 1995 年實施以來，在財務方面，醫療費用的成長幅度快速，遠高於保費收入的成長。民眾過度使用醫療的情況未見改善。
- 2 醫療品質提升受民眾詬病
- 3 健保醫療給付標準的適宜性，一再受到質疑。導致門診與住院醫療失恆，部份專科發展不均衡的現象，尤以外科住院醫師面臨招募無人的窘境，而慢性病床更是一位難求。(五大皆空：內、外、婦、兒、急診)。

(二) 資源分佈不均與醫療品質的提升：

- 1 1985 年醫療網計畫，17 個醫療區，13 個次區域
- 2 城鄉間醫療資源分佈不均的情況依舊存在，尤其以離島及偏鄉醫療資源不足的情況最為突顯。成了醫療弱勢者。
- 3 大型醫療機構持續擴張門診業務及日漸萎縮部份醫療專科(醫療 M 型化)。

(三) 醫療專業、醫病關係和病人安全：

- 1 強調團隊合作：醫療次專業意識到醫療內部分工變化，各醫事人員要求自主的呼聲越來越高，隨流行病學興起，疾病的變化，多元化的社會需要，醫療工作高度分工是大勢所趨，應意識到權利背後是責任和義務。
- 2 病人安全指標

(四) 高齡化社會的因應：(103 年是 12%，預計在 2025 年達到 20% 超高齡社會)

- 1 台灣人口呈現快速老化，「老人」似乎代表失能、無自我照顧能力，是依賴人口的烙印。
- 2 老人照護居家化、在地化，扶植老人產業的發展，以及政府角色多元化的多重角度，建構 21 世紀台灣高齡化社會的醫療照顧與福祉。(活躍老化)

(五) 衛生所功能的改造：

- 1 三段五級中，I-1 及 I-2 的功能，強調社區參與
- 2 公共衛生的目的，不僅是保障民眾免於因疾病引起財務或健康危機外，更應致力於民眾健康的維護，醫療品質的提升，促成全民的健康，達到生命素質提升的目標。
- 3 建立社區健康管理機制：
 - (1) 策劃社區健康營造。
 - (2) 健康促進的專業指導。
 - (3) 界定高危險群及強調預防個人健康管理計畫。
 - (4) 家庭評估。
- 4 公衛護理師扮演居家照護的重要角色，包括健康的維護與疾病的預防，訓練公衛護理人員成為個案管理師，民眾可得到充分的照顧，亦可逐漸改善部份民眾不當就醫的觀念。
- 5 強調家庭為健康行為觀念的發源地，以家庭為醫療照護的第一現場，對家庭的危險因子與健康促進因子了解，進而協助家庭健康維護。

(六) 全球趨勢下台灣公共衛生的挑戰與轉機：

- 1 科技與經濟的互相依賴，縮短區域間的距離，提供疾病全球快速蔓延管道。
- 2 全球化市場的發展，不但強化經濟競爭，增加政府預算壓力，當然包括公衛預算(預算排擠效應)。
- 3 公衛計畫透過世界衛生組織與相關的非政府組織走向全球化(ex.紅絲帶基金會、乳癌基金會、飢餓三十等 NGO 組織)

G. 醫療網

★ 我國健康照護體系在光復後，經歷「建立期」、「擴張期」、「整合期」以及目前的「精進期」；試述這四個時期健康照護體系的重要發展。(25分)(104 三等 公職護理師)

① 醫療網 §88 §89 §90 ② 公費醫師 ③ 健保

★ 試述健康照護制度發展的主要目的。(25分)(104 四等退除役軍人轉任考試 衛生行政學概要)

➤ 287 請從全球衛生的角度、剖析我國近40年來的衛生政策(25分)(103 高考公職護理師-公共衛生)
答法1：健康轉型 答法2：醫療網的規劃

➤ 289 根據行政院衛生署中程施政計畫，試述未來4年(102至105年度)在「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」方面的施政重點與關鍵策略目標(25分)(101 衛政特三)

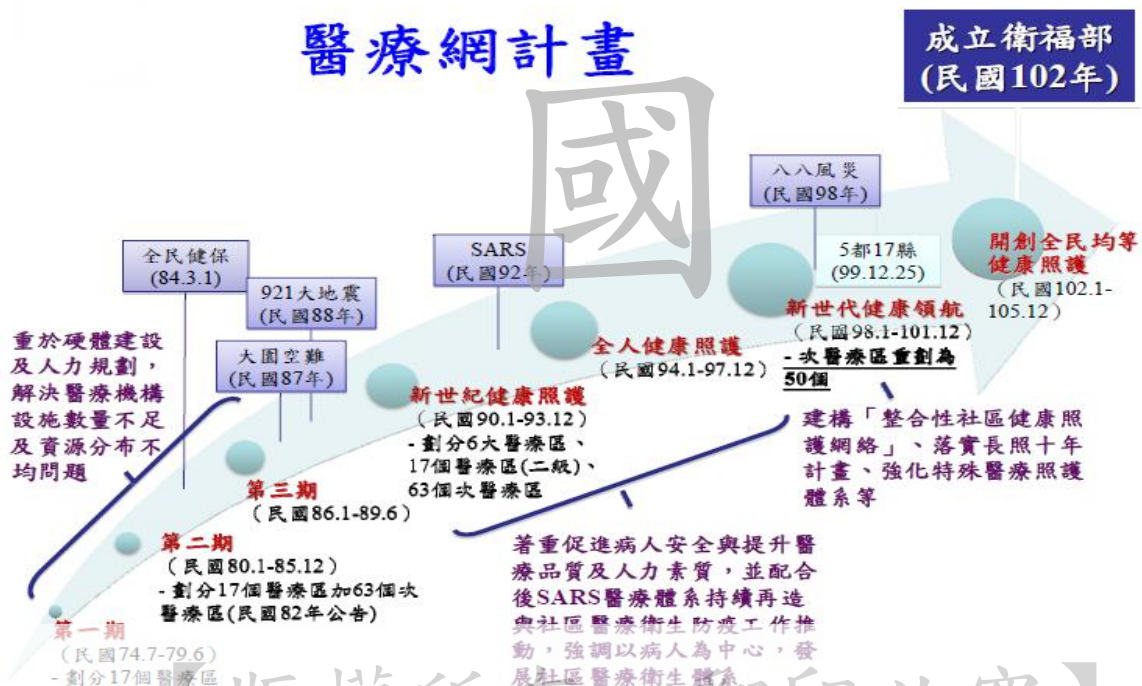
精進醫療體系→醫療網→開創全民均等健康照護計畫(7)

★ 42 行政院衛生署將推動「新世代健康領航計畫」，內容將包括醫政業務、醫事人力培訓工作、護理及健康照護業務等方面，署長據此對立法院提出施政報告重點項目之一。如果您是承辦幕僚人員，您認為依據上述工作計畫名稱，應擬具哪些具體實施內容，以作為行政院衛生署99年施政計畫重點(30分)

(一) 醫療網法源§88 §89 §90 不會再考新世代領航計畫→要答最新一期的醫療網

(二) 實施內容

1. 劃分：6個醫療區，17大醫療區，50個次醫療區
2. 醫療資源配置
3. 緊急醫療救護網的規劃
4. 重要目標
 - (1) 照顧弱勢族群：健保、菸捐、山地離島
 - (2) 資源配置/合理分布→醫療網
 - (3) 提高病人安全
 - (4) 整合性健康
 - (5) 推動醫學訓練→健全專科制度
 - (6) 全人照顧，發展醫療保健



【版權所有，翻印必究】

一、法源 醫療法§88 §89 §90

第 88 條 (促進醫療資源均衡發展之方法)	
I.	中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。
II.	主管機關得依前項醫療網計畫，對醫療資源缺乏區域，獎勵民間設立醫療機構、護理之家機構；必要時，得由政府設立。
第 89 條 (醫療區域劃分應考慮因素)	
醫療區域之劃分，應考慮區域內醫療資源及人口分布，得超越行政區域之界限。	
第 90 條 (醫療機構設立擴充之審查及限制)	
I.	中央主管機關訂定醫療網計畫時，直轄市、縣(市)主管機關應依該計畫，就轄區內醫療機構之設立或擴充，予以審查。但一定規模以上大型醫院之設立或擴充，應報由中央主管機關核准。
II.	對於醫療設施過賸區域，主管機關得限制醫療機構或護理機構之設立或擴充

二、醫療體系發展

1	第一期 74.7-79.6	基礎建設為主 ：著重硬體建設及人力規劃，解決醫療資源數量不足及分配不均的問題
2	第二期 80.1-85.12	
3	第三期 86.1-89.6	
4	新世紀健康照護 90.1-93.12	健全醫療照護體系，提升醫療品質 ：著重促進病人安全與提升醫良品質及人力素質，並配合後 SARS 醫療體系持續再造與社區醫療衛生防疫工作推動，強調以病人為中心，發展社區醫療衛生體系
5	全人健康照護 94.1-97.12	
6	新世代健康領航 98.1-101.12	完善建康照護體系 (1) 建構「整合性社區健康照護網路」、落實長照十年計畫、強化特殊醫療照護體系等 (2) 區域醫療網 緊急醫療網 精神醫療網 公共衛生醫療網
7	開創全民均等健康 照護計畫 102-105	健全醫療體系 (1) 重塑初級健康照護體系 (2) 強化急重症醫療能力 (3) 發展特殊醫療照護模式
8	第八期 106-109	(1) 落實分級醫療，強化連續性之全人健康照護體系。 (2) 提升區域緊急醫療應變量能，優化緊急醫療救護資訊平台。 (3) 推動受僱醫師納入勞基法，保障醫事人員勞動條件。 (4) 改善醫事人員執業環境，深化病人安全之核心價值。

【版權所有，翻印必究】

第七期 醫療網

◆ 開創全民均等健康照護計畫 102-105：健全醫療體系

1. 完備健康照護體系

(1) 重塑初級醫療照護網路(Alma Alta)

- a 以衛生所為整合性設區健康照護網路之操作中心
- b 整合各類疾病管理、預防保健等發展衛生資訊系統

(2) 協助基層醫療院所提升服務品質

2. 健全急重症救護網路

(1) 推廣自動體外心臟電擊去顫器(AED)之設置與應用§14-1 §14-2

(2) 推動醫院緊急醫療能力分級

(3) 緊急醫療品質提升相關計畫

- a 急診轉診品質提升獎勵計畫
- b 醫學中心支援偏遠地區醫院計畫

3. 偏遠地區醫療照護：在地化醫療

(1) 醫療照護

- a 衛生所、醫院
- b 巡迴醫療
- c 健保 IDS
- d 緊急醫療後送

(2) 在地人力

- a 醫學中心支援偏鄉醫院
- b 培育養成公費生

(3) 充實設備

- a 衛生所(室)重擴建
- b HIS/PACS 資訊系統建置
- c 醫療儀器設備補助
- d 離島地區醫院大樓建置

(4) 健康資料雲端化

- a 電子病歷
- b 個人健康照護紀錄
- c 雲端交換平台，醫療及健康資訊流通

4. 確保醫療照護品質

(1) 改革醫院評鑑制度

(2) 促進醫療品質及病人安全

5. 醫事人力資源與培訓

(1) 提升醫事人力素質

(2) 合理調整專科訓練容額

(3) 開辦五大科住院醫師津貼補助計畫

第 14 條之 1 (公共場所緊急救護設備之設置)

- I. 中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備。
- II. 場所管理權人或法人負責人於購置設備後，應送衛生主管機關備查後，登錄於救災救護指揮中心。
- III. 前二項必要之緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。
- IV. 第一項公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備，必要時得獎勵或補助。

第 14 條之 2 (緊急避難免責之規定)

- I. 救護人員以外之人，為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。
- II. 救護人員於非值勤期間，前項規定亦適用之

醫師法第 11 條 (親自診察檢驗原則及其例外)

【相關罰則】 §29

- I. 醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。
- II. 前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。

6. 改善法規制度以因應醫療體系變革需求

(1) 改善醫療執業環境

(2) 發展醫療服務產業

(3) 保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制

【版權所有，翻印必究】

- 人口老化是我國未來將面臨重大問題，請以公共衛生的角度，探討醫療資源應如何分配，來減少對公共衛生及醫療體系的衝擊？（100年地特四等）

醫療法§88 §89 §91 精神衛生法§5 醫療事業發展獎勵辦法§1 §2

<p>醫療法 第 91 條 (獎勵措施)</p> <p>I. 中央主管機關為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，應採取獎勵措施。</p> <p>II. 前項獎勵措施之項目、方式及其他配合措施之辦法，由中央主管機關定之。</p>
<p>緊急醫療救護法 第 56 條 (獎勵措施)</p> <p>I. 中央衛生主管機關為均衡緊急醫療資源、提升緊急醫療業務品質及效率，對於緊急醫療資源不足地區，應採取獎勵措施。</p> <p>II. 前項緊急醫療資源不足地區之認定、獎勵措施之項目、方式及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。</p>
<p>精神衛生法 第 5 條 (醫療保健計畫)</p> <p>中央主管機關得依人口及醫療資源分布情形，劃分醫療責任區域，建立區域精神疾病預防及醫療服務網，並訂定計畫實施</p>
<p>醫療事業發展獎勵辦法 第 1 條</p> <p>本辦法依醫療法（以下簡稱本法）第九十一條第二項及緊急醫療救護法第五十六條第二項規定訂定之。</p>
<p>醫療事業發展獎勵辦法第 2 條</p> <p>I. 本辦法所定獎勵措施，其項目如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、 緊急、重症醫療資源不足地區服務人力之改善。 二、 緊急、重症醫療資源不足地區相關醫療設備、設施之增購或更新。 三、 婦產科、兒科醫療資源及品質之改善。 四、 弱勢族群及山地、離島地區醫療照護服務之改善。 五、 醫療機構品質及效率之提升。 六、 重要慢性疾病预防醫療品質之提升。 七、 特殊或策略性醫療產業之發展。 八、 藥事照護服務之發展及用藥品質之提升。 九、 依本法中華民國九十三年四月二十八日修正施行前醫療發展基金相關規定許可在案之獎勵事項。 <p>II. 前項第一款、第二款緊急醫療資源不足地區之認定，由中央主管機關依醫院緊急醫療能力分級標準，及醫療資源分布狀況公告之。</p>

【版權所有，翻印必究】

H. 特殊醫療體系

- ★ 我國健康照護體系除了一般健康照護體系外，醫療網計畫還特別將特殊醫療體系為發展重點，請分別列出並試述其發展的內涵要點(105 身心障礙三等)
- 我國現有哪些「特殊健康照護體系」類型?請說明現況及依據的相關法規或政策(20 分)(103 地特三等)

Ans :

(一) 緊急醫療救護體系

1. 現況：事故傷害，一直是台灣地區主要的死亡原因，而且有些急病或事故，如心臟病等急性發作，或有大量災變傷患，都需要立即給予有效的急救處置。台灣地區到院前心肺停止的存活率不高，且民眾具備心肺復甦術(CPR)的能力普遍不足
2. 相關法規或政策
 - (1) 緊急醫療救護法
為健全緊急醫療救護體系，提昇緊急醫療救護品質，以確保緊急傷病患之生命及健康，特制定本法
 - (2) 法中明定，衛生醫療、消防單位工作之權責，以利分工；劃定緊急醫療救護區域，設置緊急救護指揮中心；救護車的設置、用途，皆有明確規範
 - (3) AED 的設置§14-1 公共場所緊急救護設備之設置
 - I. 中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備。
 - II. 場所管理權人或法人負責人於購置設備後，應送衛生主管機關備查後，登錄於救災救護指揮中心。
 - III. 前二項必要之緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。
 - IV. 第一項公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備，必要時得獎勵或補助。

(二) 精神醫療照護體系

1. 現況：目前主要以長期養護為主，社區性的積極治療復健則較缺乏
2. 相關法規及政策
 - (1) 精神衛生法：對嚴重病患有傷人之虞者規定需強制鑑定及住院治療；不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞者，則進行社區治療
 - (2) 中央及地方政府設有專責單位或專人，辦理精神衛生防治規劃工作，基層則設立心理衛生中心提供民眾心理衛生保健，諮詢及教育宣導
 - (3) 辦理災區心理重建工作及災難醫學心理研究

(三) 長期照護體系

1. 長期照顧：指身心失能持續已達或預期達 6 個月以上者，依其個人或照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務
2. 政策：長期照顧 10 年計畫 2.0
 - (1) 長照 10 年計畫：發展照顧服務、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、營養餐飲、喘息服務、交通接送服務、長期照顧機構服務
 - (2) 長照服務量能提升：加速長照服務及人力資源建置及普及、強化服務輸送效率，提升效能及品質【持續提供失能民眾長照服務並擴增服務對象，積極整備長照保險所需服務資源

(3) 長期照顧服務法：為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔的服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益

(4) 長照財源規劃：長照稅收制、長照保險制

(四) 安寧緩和醫療體系

1. 醫療科學的進步，使重症病患之存活率大為增加，但相對也導致部分病患的痛苦被無意義延長；緩和醫療照護的觀念，使重症病患能、平靜、安寧走完人生最後一段路
2. 政策
 - (1) 安寧緩和醫療條例
 - (2) 尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質

(五) 山地離島健康照護體系

1. 健保
 - (1) §48：山地離島之就醫免自行負擔
 - (2) 全民健保山地離島地醫療效益提升計畫(Integrated Delivery System,IDS)
因地理與交通不便，醫療資源普遍不足(1999)
 - 01 鼓勵大型醫院至該地區提供專科診療、急診、夜診等定點或巡迴醫療服務
 - 02 服務內容因地制宜，因應當地居民不同醫療需求及天災緊急事件，提供不同服務內容
 - (3) 醫療資源不足地區之醫療服務提昇計畫(2013)
以專款預算、點值保障方式，鼓勵醫療資源不足的區域或鄰近區域的醫院，提供 24 小時急診服務，急內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院醫療服務，強化民眾就醫在地化
2. 醫療資源不足地區改善方案
相對於平地醫療較不足鄉鎮，每年約額外投入 5 億元，以在地服務的精神鼓勵中、西、牙醫基層醫師至醫療資源不足地區執業，或採巡迴方式提供醫療服務
3. 保健服務
 - (1) 口腔黏膜檢查：18-29 歲有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者之原住民每二年補助一次 四癌篩檢
 - (2) 兒童牙齒塗氟：<12 歲之低收入戶、身障、原住民、偏遠離島地區兒童 1 次/每 3 個月補助
 - (3) 成人預防保健健康加值方案：55 歲以上原住民，補助 1 次/每年
4. 長照 10 年：原住民的認定條件較為寬鬆
 - (1) 65 歲以上老年人
 - (2) 55 歲以上山地原住民
 - (3) 50 歲以上之身心障礙者
 - (4) 僅工具性日常生活活動功能 (IADLs) 失能且獨居之老年人
5. 要求公共場所設置「自動體外心臟去顫器」(AED)，以降低心臟突發病患到院前死亡率，對於醫療資源可近性不足的山地離島地區尤其重要 次要
6. 設置分配醫療網計劃(第七期)，促進醫療資源均勻分配 次要
7. 醫師法§11 遠端視訊看診
醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。