

101 年特種地方政府公務人員考試試題

等別：三等考試
類科：衛生行政
科目：衛生行政學

一、試述「結核病十年減半全民動員計畫」的主要內容與具體成效。(25 分)

【擬答】

壹、「結核病十年減半全民動員計畫」主要內容：

結核病目前仍是台灣公共衛生的重要問題，因應完治率不高及結核病藥物抗藥性等問題，使結核病不僅耗損社會生產力更嚴重影響國家競爭及國際形象。因此為解決此問題，衛生署提出「結核病十年減半全民動員計畫」，經由推動下列政策：

- (一)推動都治(DOTS)計畫，由經過訓練的關懷員，每週至少執行5日(含)以上之關懷服藥；執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」，關懷結核病人服藥治療過程，以保證個案能確實服藥。針對細菌學陽性結核病人，都治執行率由95年之50%逐年提升，100年已達90%以上，減少治療失敗比率。
- (二)成立「多重抗藥性結核病醫療照護體系」，收治多重抗藥性結核病個案，藉由高品質照護，有效減少我國多重抗藥性結核病人數，96年5月至101年4月，多重抗藥性結核病管理人數由440人減少到245人。
- (三)編列公務預算支付結核病醫療費用，範圍包括：
 1. 法定傳染病(結核病)強制住院醫療費用。
 2. 列管結核病患，含接觸者門診、潛伏感染治療醫療費用之部分負擔。
 3. 痰塗片陽性個案住院≤14天之醫療費用。
 4. 抗結核藥物副作用個案住院≤30天之醫療費用。
 5. 無健保之結核病患醫療費用(含非本國籍)、無健保接觸者門診檢查費用、無健保潛伏感染治療之醫療費用。因各項部分負擔減免，增加民衆就醫意願，減少因社經地位低下造成的就醫困難，讓弱勢無健保民衆獲得傳染病的治療，使結核病防治不因貧病弱勢而受阻礙。

貳、具體成效

上述政策有效減少我國結核病新發生人數，自94年每十萬人口73人下降為100年每十萬人口55人(預估值)，降幅約25%。

自95年度起，行政院核定實施「結核病十年減半全民動員計畫」，為期十年，經推行第一期五年計畫，每年新增個案數由94年16,472例下降至97年14,265例已略見成效，衡酌結核病流行現況及評估過去執行成效，並配合知名國際組織 Stop TB Partnership(終止結核夥伴)推薦之全球結核病防治計畫「The Global Plan To Stop TB 2006-2015」，與世界接軌，廣納專家學者建言，爰於近期研擬提出「結核病十年減半全民動員計畫」第二期延續計畫，以期使結核病減半能收具體成效。

二、試述我國長期照顧體系的主要問題。(15 分) 目前有些縣市的長期照顧管理中心仍無法發揮統籌

管理功能，請分析其主要原因。(10分)

【擬答】

壹、台灣老化程度

經建會推估 2051 年台灣 65 歲以上老人人口將達 695 萬人，占總人口數 35.5%，衛生署指出，2010 年我國 65 歲以上的老人人口已占總人口數之 11%，且自從 1984 年起生育率就低於替代水準，逐漸轉型到低出生率的階段；這些統計數據正顯示我國正逐步面臨因人口老化問題，將對目前公共衛生及醫療體系帶來嚴重衝擊，強化長期照護系統，勢必成為醫療體系重要課題。

貳、我國長期照顧體系主要問題

依據近年諸多研究發現，我國長期照顧體系之主要問題可歸納為以下五項：

(一)現行長期照顧制度分歧，長期照顧基礎目標有待確立：

目前長照體系相關業務主管之機關仍分屬不同行政體系，包括內政部社會司、行政院衛生署、退輔會等，法規方面有社政方面，如：老人福利法...；衛政方面有醫療法、護理人員法、全民健康保險法...；還有退輔會方面有國軍退除役官兵輔導條例等三大體系，事權不易統一，資源也無法統籌發展與管理。

長照服務法是以全人口身心失能照護需要作為基礎，不分年齡、身分、障別，而以身心失能程度為主要的考量。本法制定目的主要在於健全長期照護服務體系發展，確保服務品質，為我國的長照服務制度做好奠基工作，以確保民眾都可以獲得有品質、普及式且可近性高的長照服務。

(二)各縣市照顧管理體系發展不一，服務效率與公平性倍受質疑：

長久以來，我國長期照護制度分歧，各相關照顧機構分屬不同法規所規範，各法規標準鬆緊不一，致成長照機構品質難以掌握。因此需藉由長照服務法使長照機構與人員有一致的規範可供依循，並透過一致的評鑑制度讓長照服務更有品質。

(三)人力資源嚴重不足、跨專業間的團隊合作模式有待建立：

民眾仍偏好使用外籍看護工，但外籍看護工入境台灣後，必須再接受指定之訓練，藉以維護服務品質。而長照人力定位不明、不足也是問題，現行照顧服務員、生活服務員、教保員、訓練員、社會工作人員、評估照護需要之人員及各類醫事人員，未來如果符合此一定義，即為長照服務人員，藉以增加長照人力。長期照顧係透過跨專業領域之工作，長照人員在提供服務應具備相關專業知能，才可促進服務品質。

(四)長期照顧方案類型有限，服務品質監督機制不健全：

需要建立長期照顧方案綜合評估機制，使服務提供的品質與效率達到極大化的效果，有必要透過照顧服務品質監督管理制度，以民眾多元需求為導向，由照顧管理者 (care manager) 擔任需要照顧者與照顧體系間的橋樑，透過監督服務品質執行，連結需要照顧者與其所需的服務體系及資源，進而發揮提升照顧品質及控制照顧成本的功能，確保照顧資源之有效配置。

(五)長期照顧經費逐年上漲，健全財務制度有待建立。

目前除我國長照十年計畫提供各項補助外，全民健保亦提供慢性病床及居家照護；但所需龐大財源絕非現行社福經費所能夠承擔，也只有經由稅收及保險兩種途徑可以解決，規劃長照保險即是政府在規劃相關政策時必須有的前瞻性規劃。

(六)長期照顧資訊系統分立，有待整合。

參、目前有縣市長照中心仍未發揮統籌管理功能之主要原因

各縣市實際運作反映長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心）人員部分資格條件較嚴及偏遠地區專業人力不足，導致照管人員聘僱不易且流動率高，為有效連結服務資源，需充實照管中心評估人力。還有各縣市服務資源及服務輸送體系有待積極拓展與佈建。長照計畫有關服務項目，除居家服務為各縣市政府運作機制成熟並穩定提供服務外，其餘服務項目與資源，於各縣市發展情況並不一致。而整體長期照顧資源不足，特別是山地離島地區，隨地區越偏遠，服務量就越下降。

三、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「精進醫療照顧體系，保障民眾就醫權益」方面的施政重點與關鍵策略目標。（25分）

【擬答】

壹、「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」施政重點

衛生署依據行政院102-105年度施政方針，配合中程施政計畫及核定預算額度，針對當前社會狀況及未來發展需要，編定年度施政計畫，其內容關於「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」施政重點如下：

- (一)推動新世代健康領航計畫，建置急重症照護網絡，提升心理健康照護品質。
- (二)營造以病人為中心之就醫安全環境，規劃「無論有無過失醫療事故救濟制度」，以改善醫病關係提升醫療品質。
- (三)推動智慧型醫療服務及國民健康資訊建設計畫，建立公共衛生資訊整合服務，促進健康資訊加值應用。
- (四)強化原住民族及離島、偏遠地區及原住民醫療保健服務；持續辦理「山地離島醫療給付效益提昇計畫」。
- (五)身心障礙者醫療照護。
- (六)加強精神科及藥癮病人防治，推動署立醫院開辦失智失能者社區照護服務
- (七)落實十年長期照護計畫，充實照護服務資源，持續發展長期照護保險服務之輸送及管理體系。
- (八)推動長期照護保險立法。
- (九)強化天然災害應變，推動災後重建工作，強化緊急醫療、心理衛生、防疫保健等災害前之減災整備、災害後之應變處置、災損情形與焦點問題及其相關之處置作為等。
- (十)加強天然災後重建，包括精神復健、心理衛生保健、醫療服務與公共衛生等重建工作。

貳、「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」關鍵策略目標

其關鍵策略目標有：

- (一)完備初級健康照護體系，強化急重症照護網絡，均衡醫療照護資源，提升醫療服務品質與效率。
- (二)促進全民心理健康，精進精神疾病防治與照護服務，強化成癮防治服務，加強特殊族群處遇服務，整合及加強心理健康基礎建設。
- (三)完備長照服務體系，普及長照服務網絡。
- (四)改善護理執業環境，提升護理人員專業能力及照護品質。

(五)建置雲端化電子病歷，降低醫療院所建置或維護時所遭遇之困難，最終達成全國醫療院所互通之目標，提供持續性的醫療照護紀錄。

四、針對未來環境情勢分析，請評論我國的衛生組織體系具有那些內部優勢（Strengths）與弱勢（Weaknesses）。(25分)

【擬答】

在衛生相關單位人員及民衆努力下，我國衛生醫療及公共衛生成就，廣受國際讚揚；但現今社會、經濟環境變遷，少子女化、高齡化等人口結構以及民衆生活型態改變，慢性病防治及長期照護需求增加，醫療資源分配正義及弱勢照護問題；另因全球化及氣候變遷的影響，新興及再現傳染病之威脅；以及健保永續發展、食品藥物管理與安全等公共衛生的挑戰，更需要全球化視野及創新思維，思考未來健康、醫療照護、預防保健等需求及挑戰，規劃研擬政策，以因應未來的公共衛生環境，提供全民一個幸福、健康、整體性的健康照護體系。

壹、分析我國健康衛生組織體系內部優勢（S）

(一)衛生醫療照護及緊急應變體系健全：

擁有完善便利的衛生醫療體系以及緊急災難應變系統，臨床技術與醫療服務先進在國際上享有盛譽，醫衛人才優秀並經驗豐富且對於國際事務具有熱忱；成立跨部會食藥安全之溝通管道，有效執行食品衛生安全管理及查緝偽劣假藥。

(二)人口老化，長期照護議題受到重視：

台灣已有公保、勞保及健保等社會保險制度，可做為未來建構長期照護保險制度之參考，利於民衆接受以長期照護保險方式提供照護服務，並減輕使用長照服務之財務負擔。

(三)防疫體系完整：

我國歷經SARS、H1N1新型流感疫情，防疫體系架構完整，並強化傳染病監測通報系統全面網路化，提昇疫病資訊處理能力及時效性；依「傳染病防治諮詢會預防接種組」（ACIP）之專業諮詢與建議，近年陸續導入新疫苗政策，我國推行之疫苗項目與接種完成率皆與歐美先進國家相當。另各縣市衛生所、合約醫院診所提供便捷的接種服務，並充分運用全國性預防接種資訊管理系統（NIIS），進行追蹤催種與統計作業，維持高接種完成率。

(四)完善健保制度，保障民衆就醫權益：

全民健保納保率超過99.5%，可謂「人人有保」，民衆能獲得平等醫療服務權利；醫療院所特約率達92%，提供便利就醫選擇。另健保制度獲國際肯定，民衆滿意度高。另健保資料庫完整，可協助及建構各種支付制度改革，平衡醫療發展，確保醫療資源有效運用。

(五)資通訊科技實力完備：

我國資通訊科技發達，配合政府以「推動六大新興產業，再創產業榮景」為主題，希望以資通訊技術（ICT）協助推動六大新興產業，創造ICT產業新藍海商機之政策方向，衛生署推動衛福資料加值應用雲端化服務，將共通性的研究資源以共享方式加以開發、建置，提供學界、業界使用，提升應用量能。

(六)生技醫藥產業漸受重視：

我國生技醫藥環境與實力完備，審查制度透明一元化，審查品質好、效率高，並積極推動法規與國際接軌；且生物科技之研究發展漸受重視，衛生署與國內各大學共同組成合作研究

群，推動基礎及臨床跨領域整合性醫學研究計畫，並促成研究成果落實於政策；建置之國民健康實證資料庫，包括不同年齡層之國民健康監測調查，癌症登記、出生通報等，可據以研析以實證為基礎之施政方向，進一步確保政府施政效能。

貳、分析健康衛生組織體系內部之弱勢（W）

(一)政府預算及人力短缺：

政府預算逐年縮減，防疫經費不足，影響防治工作推動、食品衛生管理及健康促進等業務，且食品藥物業者達32萬家以上，中央及地方政府之衛生單位人力不足以因應，另溝通、法制、研究及臨床醫療專業人才不足，造成業務決策溝通困難。

(二)組織改造之磨合：

二代健保預定102年1月1日上路，依據行政院組織調整時程，正逢衛生福利部成立，健保主管機關之內部幕僚單位（社會保險司）、政策諮詢單位（健保會）及保險人（健保署）同時面臨機關改制及人員變動，不單各項新制上路有制度銜接與施行之挑戰，組織與人力不確定性，亦增添業務順利推動之風險；另二代健保將新增保險人多項業務，行政經費逐年縮減，將面臨人力不足情況。

(三)健保收支重要政策仰賴協議，增加決策難度：

健保費收入與醫療費用支出多年來持續存在一定百分比的落差，配合二代健保的實施，須建立收支連動機制，全民健康保險會（以下稱健保會）被賦予更多職責，未來健保會的委員代表需承擔更大財務壓力，總額協議共識之達成將更加困難。

(四)長照財源有限，不足以健全長照服務體系：

長期照護服務體系缺乏穩定及充足之財源挹注，長照資源成長緩慢，長照服務之經濟規模不易擴大，亦不利提供適當之長照人力勞動條件。

(五)衛生資源未系統性整合：

國內衛生政策資源未系統化整合及對於衛生政策研究及資源沒有系統性整合與分享，不利人才養成與延攬，更削弱了學術研究國際競爭力。其他如網際網路科技的發展，快速且無國界，增加食品、藥物管理的困難。又如新興科技運用於生育保健所衍生之法律、倫理、社會秩序等問題，都是科技發展帶來的威脅。

(六)傳染病防治：

我國結核病人中65歲以上病人佔53%，人口老化速度加快，更形成結核病防治挑戰。醫護人員對結核病診療照護經驗不足，使不適當處方易致治療失敗。還有愛滋病有年輕化趨勢，而男男間性行為者更使疫情增加，且全球化交通便利更增加防疫挑戰，而該類高危險對象之介入相當困難。

（以上參自行政院衛生署中程施政計畫《102至105年度》）