

等 別：  
類 科：衛生行政  
科 目：

## 申論題解答

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】

結核病為目前在死因排名最前位的傳染疾病，近年常在 12 至 14 名的位置，而且政府為與全球疾病防治的措施接軌，參照 Stop TB Partnership 組織(終止結核夥伴 NGO 組織)推薦之全球結核病防治計畫「The Global Plan To Stop TB 2006-2015」，研訂及執行國內的相關防治計畫。具體成效如下：

- (一)推動結核病人直接觀察治療(都治)計畫，以「送藥到手、服藥入口、吃完再走」策略，有效降低治療失敗、個案復發的機率，將具傳染性之痰陽性病人納入都治關懷計畫，至 97 年底痰塗片陽性個案都治涵蓋率依世界衛生組織之公式達 100%，塗陽個案 DOTS 執行率 90.4%。
- (二)建置「MDR 結核病醫療照護體系」，以收治較難醫治或是多重抗藥性之病人，97 年「MDR 結核病醫療照護體系」收案 199 位(累計 397 位)，截至 12 月 31 日止，涵蓋率達 82.38% (318/386)，收案個案之 2 個月痰抹片陰轉率為 64.77%，6 個月痰培養陰轉率為 69.09%。
- (三)97 年 4 月 1 日起推動「潛伏結核感染之治療計畫」，以潛伏感染治療幾乎無服藥副作用的族群--12 歲以下之兒童接觸者為第一優先執行對象，並配合執行「直接觀察預防治療法(DOPT: Directly Observed Preventive Therapy)」，截至 12 月底，合計加入人數共計 1,440 人。
- (四)自 96 年 9 月 1 日公告實施「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點」，阻斷結核病傳染源之國際傳播，為全球第 1 個採取此種措施之國家，提升國家國際形象；截至 97 年 12 月底，全台灣結核病出境管制之人數為 667 人。

※本題於本班系 12 月 5 日考前複習中，有特別提醒※

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】

我國 2300 萬人口面臨嚴峻的考驗，在於醫療網及全民健保以發展急性醫療資源為主，已至長期照護體系的發展長時間為民間、NPO 組織為主，但面臨到我國目前的人口老化速度加遽，資料指出 2020~2025 年間，老化指數可能會超過 20 以上。其長期照護體系的主要問題，歸納如下述：

- (一)長期照護業務分散於不同行政與服務體系，且福利服務的獲得有不同的法源依據，亟需跨部會整合，方能有效發展。
- (二)目前居家照護、復健、諮詢或追蹤等社區式服務資源之分布，仍屬不足，導致住院時間延長、增加全民健康保險醫療費用，故需發展急性醫療與長期照護之銜接機制與服務。
- (三)目前機構式照護的發展，遠較社區照護快速，此與配套措施缺乏有關，例如法制、行政支持及居家無障礙環境的配合不良等，使我國有走向「重機構、輕社區」發展之虞；加上長久以來，福利措施均以社會救助為主，「使用者付費原則」無法建立，可永續經營的服務體系難以建置。
- (四)由於長期照護乃一新興勞力密集的服務，各類人力嚴重不足，跨專業合作模式亦仍模糊未定，各級政府社政與衛政管理人力同樣欠缺，長期照護就業環境亦不穩定，也影響人力投入意願。

- (五)外籍看護工引用浮濫，有礙國內長期照護體系之建立。
- (六)社區意識及民眾長期照護之能不足。
- (七)目前家事、交通服務、送餐、休閒等項目各界已有開放商業登記之共識，市場上並已存在諸多大小企業在經營，惟在涉及身體照顧之服務項目，如洗澡、餵食等，各界對於小型規模且獨立經營居家服務的事業團體是否開放民間參與則仍有異議。
- (八)原住民 65 歲以上有長期照護需求之老人近三千人，未滿 15 歲需長期照護之幼年人口有五百多人，偏遠地區照顧不易，如何成就原住民在地就業之機會，並輔導建立原住民地區自助助人助式長期照護體系尚待加強。目前根據長期照護法草案，各縣市政府陸續成立長期照護管理中心，但尚無具體成效的潛在可能因素為：
- (一)基層醫療體系尚無法有效與預防保健、復健服務、長期照護等體系相聯結。
- (二)緊急醫療救護業務涉及衛生及消防體系，跨部會間良好合作溝通之機制仍有待加強。
- (三)國內長期照顧服務的資源尚無法充分滿足民眾的需求，中央與地方預算經費有限，專業人力培育仍在起步，照管專員流動率高，跨專業領域，業務整合不易。
- ※本題於本班系講義及補充講義中，有詳細說明及解題參考※

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）

【擬答】

為落實醫療人權的憲法精神，以及在後醫療網時代的醫療資源均衡議題上，衛生署近年展開「精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益」計劃，其計劃的施政重點及策略目標有四點：

(一)長期照顧管理中心服務量

為應因長照服務推動及長照需求人口增加，並逐步擴大服務資源供給量，滿足個案多元長照需求，整合各類長照服務與資源，本署積極建構長照服務輸送體系，普及服務網絡，充實長照服務及人力資源，協同並輔導地方政府持續落實推動長照十年計畫，以滿足失能民眾及其家庭之長照需求。

(二)急重症醫療網領航計畫

鑑於近年心臟疾病、腦血管疾病、意外事故躍升為國人十大主要死因順位前五名之列，且醫院對於前類病人緊急醫療處置之效能，將大大影響病人預後之良窳。為捍衛國人健康，積極強化醫院緊急醫療能力及品質，建立急重症照護網絡。

(三)臨床醫事人員培訓計畫

於民國 100 年實施「臨床醫事人員培訓計畫」，包含教學醫院執行畢業後一般醫學訓練及 14 類醫事人員之二年畢業後臨床訓練，對於畢業後進入臨床服務的新鮮人，可在臨床專家的指導下接受規範化的培訓課程，接續學校教育與臨床服務訓練，培養專業核心能力，以獲得獨力醫療照護實踐能力與態度，確保醫療服務品質與病人安全。

(四)加速推動智慧醫療計畫-加速醫療院所實施電子病歷系統計畫

牽涉多單位(包含全國醫院、本署醫事處、本署醫院管理委員會及中央健康保險局)之協調，並包含醫療、管理、資訊、法律等多方面專業工作，且醫院資訊化程度差異大，對於小型醫院實施電子病歷時，往往遭遇經費不足等問題，有待持續推廣，其目標之達成情形實為挑戰性之工作。

※本題於本班系講義第一章，有特別提醒※

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】

根據策略管理中的 SWOT 情境分析，在衛生署升格前的情境分析中，能對組織內部的優勢及劣勢，進行下面的通盤檢討：

### (一)健康衛生組織體系內部優勢

#### 1.醫療體系已漸趨完善

國內醫療資源已漸趨充足，至 97 年底每萬人口急性一般病床為 31.94 床，每萬人口西醫師數 16.03 人；建置全國六分區緊急醫療指揮應變中心及國家級災難醫療救護隊，以應付重大災難發生時緊急醫療救護需求，並成立全國自殺防治中心及建置安心專線；醫療體系漸落實以病人為中心，並建置臺灣病人安全通報系統，及以社區醫療為導向之整合性醫療照護，且完成醫院評鑑新制作業，建立定期不定時醫院評鑑追蹤輔導機制。全民健保制度獲國際肯定，民眾滿意度高，人人擁有健保 IC 卡，以資訊化管理並提供網路 e 化服務。

#### 2.人口老化，弱勢族群、老人照護及健康促進議題受到重視

本國醫療及健保制度基礎健全，不但兼顧弱勢照護，且有助於長期照護發展，97 年「十年長期照顧計畫」正式施行，各縣市設置長期照顧管理中心，已朝向健康照護與社會照護資源相互整合邁進；行政院經建會自 98 年起進行長期照護保險先期規劃。國內護理教育普及，教育環境漸趨完整，護理專業品質備受民眾重視，國際學術交流暢通，有助護理品質的提升。健康促進議題漸受重視，衛生署國民健康局擁有若干全國性健康調查資料及主要癌症篩檢等資料庫，可供政策研擬、評價之參考。另外，社會上逐漸重視菸害防制，共同推動訂定防制菸害各項措施，有利推動健康促進相關業務。

#### 3.傳染病防治、藥物食品衛生管理等法制趨完備

完成傳染病防治法與人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例之修正，落實傳染病防治相關作為。傳染病監測通報系統全面網路化，大幅提昇疫病資訊處理能力及時效性。成立「國家衛生指揮中心」(NHCC)，建立分級化及標準化的傳染病防治醫療網，落實區域聯防運作。

在食品衛生管理方面，各類產業別逐步推動食品安全管制系統(HACCP)制度，食品相關主管機關成立跨部會溝通管道，中央與地方衛生單位已逐步建立資訊化系統，以有效縮短協調時間。與其他國家衛生單位進行藥物管理合作交流或相互認證，有助於法規國際化及開拓我國製藥產業之外銷市場。隨著食品貿易全球化之蓬勃發展，進口食品之種類與型態日益複雜，衛生安全的問題也日趨重要，挑戰隨之而來，影響邊境管理之成效。為強化進口食品之管理，保障國民健康權益，世界各國均採行諸多強化措施。各類食品於國際間流通頻繁，不安全食品事件均同時影響其他國家，為在有限人力及資源條件下，加強對進口食品安全管理，以保障國人飲食健康，本署於 96 年修正發布「輸入食品查驗辦法」，加入風險管理概念，將輸入食品邊境查驗改為「三級式」管理，對檢驗不合格之同產地、相同產品增加抽批查驗比率，同時，本署亦針對特定高風險地區進行年度加強抽驗。為因應日漸複雜之進口食品管控與稽核機制，同時亦針對日益增多之國際食品安全警訊資料及時且有效之處理，重建一套具查詢、核對、統計、分析及風險管理等多功能之資訊系統極為重要。另對於中草藥新藥開發的相關法規已陸續制定完成。管制藥品管理條例對於醫療院所使用及管理皆有規範之法源，以及完善的濫用藥物尿液檢驗機構認可管理法規制度。

98 年 5 月 12 日立法院通過「食品藥物管理局組織法」；將原衛生署食品衛生處、藥政處、藥物食品檢驗局、管制藥品管理局四個單位加以整併，成為事權統一的新機關。統合相關單位的事權與執行量能，強化食品藥物衛生管理機制，同時配合整體生技製藥產業發展政策，提升食品藥物管理、檢驗及研究之水準，為國人之健康嚴格做好把關工作，保障消費者之權益。

#### 4.生物科技之研究發展漸受重視

衛生署具備帶動國內衛生醫療合作研究團隊形成之能力，除成立國家衛生研究院，並與國內各大學共同舉辦各類學術活動，更組成合作研究群，為特定的醫藥衛生問題謀求解決之道。已推動基礎及臨床的跨領域整合性醫學研究計畫，如：中老年健康因子及健康老化研究、物質成癮整合性研究計畫，與建置衛生政策研究資

訊系統，並持續推動台灣癌症臨床研究合作組織（TCOG）整合之臨床試驗計畫，建構政策研議平台、建立跨領域共識運作模式，促成研究成果落實於政策，整合與建置衛生政策研究資訊系統，有助研究發展。在促進健康產業發展方面，96年7月4日公布「生技新藥產業發展條例」，本署成立建立單一收件窗口機制，加強輔導廠商對查驗登記相關法規之瞭解、提供業者完整的諮詢服務，進而促進我國新藥研發。

#### 5. 擁有優秀的醫療專業人才並逐步提高國際能見度

我國因建構醫療體系、全民健保以及緊急災難應變系統，各項公共衛生建設經驗，使我國擁有優秀的醫療專業、科技及經驗豐富之人才，包括公共衛生、醫藥、衛生資訊、流行病學、基因研究相關高水準之專業人才。另透過多年來完善之中醫藥教考用制度，並培訓跨領域之研究人才，已累積相關專業證照之人力及知識與技術資本，我國中醫師的考試制度與認證管理較世界各國完善。又如本署與外交部合作設立的 TaiwanIHA，國際能見度逐漸提高，已累積推動參與國際組織之人力資源與能量。

#### (二) 健康衛生組織體系內部之弱勢 (W)

##### 1. 醫療體系及長照服務的資源尚無法充分滿足民眾的需求

基層醫療體系尚無法有效與預防保健、復健服務、長期照護等體系相聯結。緊急醫療救護業務涉及衛生及消防體系，跨部會間良好合作溝通之機制仍有待加強。自殺防治策略之研擬及其效益評估，雖參考全世界經驗，但仍在發展階段中。電子病歷之推動上政策誘因不足，病人資料之使用權限、個人隱私權之保障、資通安全尚未完成確立。國內長期照顧服務的資源尚無法充分滿足民眾的需求，中央與地方預算經費有限，專業人力培育仍在起步，照管專員流動率高，跨專業領域，業務整合不易。

##### 2. 藥物食品相關法規之即時性與整合性尚待加強

輸入食品查驗業務尚未整合，所涉及的各個主管機關仍各有立場，造成溝通的時間拉長。輸入食品查驗業務尚未整合，標準限量制定程序及產品審核程序耗時，無法滿足各類新穎產品之需求。為因應急速發展的醫學生技產業需求及保護消費者用藥安全，我國藥物管理亟需整合現有科學審查量能，建立單一窗口輔導國內產業，檢討修訂符合國際趨勢之法規，必與跨部會、跨國合作共同打擊不法藥物，以建構產品上市前研發、製造及上市後之完善管理一元化體系。

##### 3. 全民健保營運面臨瓶頸

自 84 年到 97 年，健保費收入的年平均成長率為 4.34%，醫療費用支出的年平均成長率為 5.34%，兩者間存有約一個百分點之落差，醫療保健支出持續增加，保險費入不敷出，預估至 98 年底，依權責基礎累計將有約 493 億元之不足。為平衡健保財務，依法應調整費率，惟考量健保法修正案正送請立法院審議中，費率調整當配合修法之進度及財務之需求。健保局已積極爭取補充性財源，來改善財務收支失衡狀況。另立法院會於 98 年 1 月 12 日三讀通過菸品健康福利捐調漲案，將菸品健康福利捐由現行 10 元調高為 20 元，課徵所得的經費將對健保財務帶來挹注。

##### 4. 經費與人力之不足

防疫技術需要精進、生技產業尚待扶植、健康促進、藥物食品衛生管理等衛生工作皆缺足夠之經費。衛生專業人員素質亟待提升，基層衛生單位人力不足，且業務輪替頻仍，有礙各項衛生業務之推動。部分專科別醫師人力不足，例如，癌症已連續 24 年蟬連國人十大死因之首，但是癌症專科醫師人力的不足日趨嚴重，年輕醫師選擇腫瘤科的意願低落，突顯國內缺乏該專科醫師的嚴重性。又出國旅運經費有限，且每年刪減，影響派員出席國際會議之機會。

※本題於本班系 12 月 5 日考前複習中，有特別提醒※

※礙於篇幅，建議上述資料擇重點撰寫，篇幅 600 字左右即可※