

## 108 年公務人員高等考試三級考試試題

類科：衛生行政

科目：衛生行政學（包括衛生教育及公共溝通）

- 一、由於健康照護體系的問題叢生，許多國家持續進行健康照護體系改革（Health Care Reform）。試述各國的健康照護體系不同，可以歸納的常見問題包含那些及從國際經驗說明健康照護制度的改革策略。（25 分）

### 【擬答】

各國因健康照護體系不同，各面臨不同的問題，但可歸納出下列常見之問題：

#### (一)公平性問題 (equity)

1. 有些國家國民就醫的可近性仍未受到公平的保障。
2. 在國民健康服務體系 (NHS) 病人等候問題 (queuing) 嚴重。

#### (二)總體經濟效率 (macroeconomic efficiency) 之問題

1. 醫療費用快速成長 (cost)
2. 預算不足或財源不穩健影響醫療品質。

#### (三)個體經濟效率 (microeconomic efficiency) 不彰

1. 社會保險給付廣泛，易放難收。
2. 過度醫療化，導致過多或不必要服務或藥品之提供。

#### (四)醫療照護之成效與價值有待改善

1. 缺乏誘因提升醫療服務品質、療效或民眾健康。
2. 醫療院所無法靈敏的回應與日俱增的病人 (民眾) 之需要。
3. 醫療服務提供片段零碎，缺乏整合。

上述問題中有的係因人口老化、疾病型態、改變、高科技醫療的成長、或國民對醫療水準的期望日益提高造成的，但醫療體系缺乏鼓勵醫療提供者節約與提升品質的財務誘因，及健康照護組織與管理結構的不良，則是政府改革主要想要解決之問題。儘管各國健康照護之價值觀不同，但歷年來先進國家健康照護制度改革目標卻甚相似：

1. 確保國民對需要的健康服務的可近性 (access to needed health-care)。
2. 改善健康服務品質及其成效 (quality and outcomes)。
3. 配置適當的資源於健康服務上 (宏觀經濟效率)：指總體之預算或資源。
4. 確保健康服務的提供符合成本效率 (cost-efficient) 與成本效果 (cost-effective) 原則 (微觀經濟效率)。
5. 推動以病人為中心以證據醫學為基礎的整合性照護體系

- 二、癌症盤踞國人死因之首已 31 年，占全部死亡人數 28%。有鑑於癌症造成人民生命和社會的嚴重威脅，衛生福利部國民健康署依據癌症防治法，自民國 94 年起廣續推動國家癌症防治計畫。自 103 年起，計畫將邁入第三期，請說明第一期到第三期的主要策略思維，以及第三期的主要工作項目與執行策略。（25 分）

### 【擬答】

癌症盤踞國人死因第一名已 31 年，佔全部死亡人數 28%。有鑑於癌症造成人民生命和社會的嚴重威脅，國民健康署依據癌症防治法，自 94 年起持續推動國家癌症防治計畫。

自 94 年推動第一期國家癌症防治計畫迄今，已建立癌症診療品質認證制度，有 48 家醫院通過認證，提供優質專業醫療。惟，資料顯示當時因僅全面補助子宮頸癌篩檢，其他可篩檢癌症仍

## 公職王歷屆試題 (108 高考三級)

常因發現較晚，雖有好的醫療水準，亦難達到最佳存活率。因此，在爭取到菸捐補助後，於 99 年推動第二期計畫，係著重於早期發現，將全面免費癌症篩檢從 1 種（子宮頸癌）推廣至 4 種（加上口腔癌、大腸癌及乳癌），成為全世界唯一將世界衛生組織推薦的 4 種癌症篩檢全面補助的國家，並且於短期內即大幅提升癌症篩檢率。

自 103 年起實施第三期，焦點將從過去的治療、早期發現，向上力溯至源頭之預防。三大新興工作項目及執行策略如下：

1. 防治新興致癌因子—肥胖、飲食與運動不足，強化致胖環境監測與改善、推行「現代國民營養計畫」，並達成規律運動人口倍增。
2. 持續推廣具預防效果之癌症篩檢，尤其是口腔癌與大腸癌，找出癌前病變加以根除，阻斷癌症發生。
3. 推出「癌友導航計畫」，不錯失任何一位可治療之癌症病人，使早期病人得以治癒，對晚期病人則提供安寧療護，減少病友迷航。

三、衛生福利部（前行政院衛生署）早年籌建醫療網計畫的推動與執行，擁有整體性的醫療保健計畫，請從民國 74 年醫療網的沿革，說明第一期到第七期的主要重點方向及第八期醫療網的主要內容為何？（25 分）

### 【擬答】

我國自 75 年起開始分期推動醫療網計畫，第一期至第三期著重於硬體建設及人力規劃，以解決醫療機構設施數量不足及資源分布不均之問題。自第五期新世紀健康照護計畫起，逐步轉為著重病人安全、提升醫療品質與人力素質等工作，強化特殊醫療體系，發展社區醫療衛生體系、推動長期照護服務等。

第八期計畫承續前期醫療網計畫「開創全民均等健康照護計畫」，為利醫療資源整合，規劃辦理內容如下：

#### 一、健康照護體系新定位

為提升醫療品質建立分級醫療制度，衛福部於 100 年將全國劃分為 6 個一級醫療區、17 個二級醫療區、及 50 個次醫療區域，以合理分配醫療資源，並依醫療法第 28 條辦理醫院評鑑，將醫院區分為醫學中心、區域醫院及地區醫院 3 種層級，提供在地醫療與分級轉診之基礎架構。

健康照護體系之設計，宜由基層醫療單位發揮核心功能，扮演民眾健康之第一線照護者。為因應人口老化所伴隨之醫療照護需求，應積極推動家庭醫師制度，建置社區健康照護網絡平台，以民眾需求為中心，以基層診所及社區醫院為基礎，連結衛生局、所之健康保健服務資源，及醫院出院後服務及社區長期照護資源，擴大社區醫療機構提供個案管理、居家醫療及社區安寧照護服務之量能，納入各公、私協力夥伴之組織運作，建置可近、可用與可接受之社區健康照護服務模式。

#### 二、全面提升緊急醫療救護體系與網絡

自 106 年度起配合本部醫院評鑑改革，整合醫院緊急醫療能力分級評定條文與醫院評鑑條文，簡化行政程序與優化指標，並透過「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」與「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」等方案，提升醫療資源不足地區急救責任醫院之緊急醫療能力。

#### 三、以病人安全為核心價值之醫療體系

106 年度起，區域醫院及地區醫院已適用新版醫院評鑑基準，為因應未來健康照護體系發展需要，除持續檢討評估醫院評鑑提供醫院外部監控品質改善之模式，亦規劃建置「醫院評鑑持續性監測系統」，將 4 年一次準備文書資料的作業分散於平時完成，並設置歷年提報資料下載等功

## 公職王歷屆試題 (108 高考三級)

能以便於醫療品質監測，作為醫院內部醫療品質持續改善之機制。未來將逐步整合醫院評鑑持續性監測及健保品質指標，適度介接醫事管理系統、健保資料庫等相關資料，以簡化指標收集作業，建立公正客觀之品質監測機制，提升整體健康照護品質。

### 四、健全法規制度發展

近年來，因社經環境快速變遷，醫療科技日新月異，加上人口結構少子女化、高齡化及新移民等因素，為因應社會需求加速醫事法規之全面盤點、檢視及檢討，以符合時代發展需求。

### 五、改善醫事人員執業環境，充實醫事人力

鑑於醫療服務之需求及特殊性與一般行業不同，涉及層面廣泛，於保障民眾就醫權益、確保醫療體系健全發展並兼顧醫師勞動權益之前提下，爰擬定各項配套措施，如醫院整合醫學照護制度、住院醫師工時指引、重點科別公費醫師培訓計畫、增加醫療輔助人力、檢討鬆綁執業限制及遠距醫療相關規定等，期使將醫師勞動權益保障法制化

四、醫療糾紛是醫療法律的核心議題，主要是指醫病之間因為醫療傷害產生之責任歸屬的爭議。

醫療糾紛事件背後隱藏的醫療傷害與醫療錯誤，更可能是攸關全民健康的公共衛生議題。請說明醫療傷害的成因，以及醫療傷害賠償的三種主要模式。(25分)

#### 【擬答】

由於醫療行為具有高度不確定性與風險，對醫療的過程、內容、方式、結果、收費或服務態度不滿，以致於病人於接受醫療過程中所致之傷亡，多半源自於醫病關係與溝通不良，多形成醫療糾紛事件，病人或家屬為追求真相及請求損害賠償而動輒興訟，除造成兩造當事人之訟累，並衍生醫界因憚於刑責而採防衛性醫療、醫病關係對立、醫師畏懼投入高風險科別等問題。另現行司法實務運作，也易造成訴訟程序冗長及高額訴訟成本支出等。為通盤解決病人與醫事人員面對醫療糾紛之困境，並有效減少訟源與司法資源之虛耗。分析其醫療傷害賠償責任模式如下列：

#### (一)醫療意外

在具有「預見可能性」的前提下，倘若行為人於行為時竟然未預見其發生，對於其行為，可能導致的結果，此時即有所謂「客觀結果預見義務之違反」。即刑法第14條(1)前項中所謂「按其情節應注意、能注意而不注意」的情形。由於行為人違反注意義務導致自始根本就沒有認知到可能的構成要件結果，因此學說上稱之為「無認識過失」。

#### (二)醫療不幸

若行為人已預見可能發生的結果，此時即有義務採取避免結果發生的迴避措施，如果行為人怠於履行此項義務，就構成結果迴避義務之違反，行為人對於因此所導致的結果，自不能解於過失之責。此即刑法第14條第2項所謂「行為人對於構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信其不發生」的情形，由於行為人對於結果事先有所認知，僅是心存僥倖而未為結果迴避措施而已，此種過失型態稱之為「有認識過失」。但應注意者，倘若該構成要件結果之發生，在客觀上並無迴避可能性，此時即無所謂違反迴避義務之可言，行為人自亦無庸負疏失之責。

#### (三)醫療過失

在醫療過程處置、診斷、治療發生錯誤，處置不當可能有器具之消毒不完全、異物遺留於患部、患部部位、注射之藥劑出錯之情形，而誤診的情況包含所施行之治療行為無效且多餘，或使患者喪失原有治療之機會，甚至可能誘發其他病症等危險，或病患於緊急病症中，採取過時的治療介入，在施行治療時，醫事人員不適切的治療方法、或擅自執行醫療業務、或醫院管理疏失，皆屬於此範疇。值得注意的是，醫療行為上認定是否有構成疏失要件的該當性，還就需判斷疏失與結果之間是否有因果之歸責性。由於在我國刑法上並不承認所

## 公職王歷屆試題 (108 高考三級)

謂「過失未遂犯」之存在，因此關於結果是否可歸責給行為人違反注意義務之行為，即為判斷過失犯成立的關鍵要素之一。例如，麻醉醫師未經病患同意的情況下，以靜脈注射麻醉的藥物打入病患脊髓內麻醉，雖然此行為有疏失，但並沒有任何病患有後遺症，如此只有造成過失未遂，並無可追究之刑責。

而疏失在客觀歸責判斷上的基本原則為：如果行為人在構成要件效力範圍內，製造了法所不容許的風險，而這個風險在構成要件結果中實現了，此時該結果即應該歸由行為人來負責。所以在此就關於已經「製造法所不容許之風險」以及「實現法所不容許之風險」二項客觀歸責要件上的可排除性來進行討論，我們以反面排除其歸責性，如果無法排除了這些可歸責性，那就成立疏失的有責性。

# 公 職 王