

108 年公務人員高等考試三級考試試題

類科：衛生技術

科目：衛生行政與法規

一、衛生福利部中央健康保險署為加強基層醫療服務量能，並引導民眾不要小病看大醫院，於民國 106 年起推動分級醫療政策。請說明主要措施為何？（15 分）並請分析不同利害關係人各自的立場。（10 分）

【擬答】

一、健保署為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有醫療機構及人力合理分布，故實施分級醫療政策，目的是讓醫院專注照顧急重症病患，民眾一般病痛有一位固定的家庭醫師提供基礎醫療照護，相對地提升診療品質，使醫療資源發揮更大的使用效益，主要措施臚列如下：

(一)提升基層醫療服務量能

- 開放基層表別，擴大診所服務範疇
- 編列 15.8 億況大家庭醫師整合性照護計畫
- 鼓勵診所朝多科聯合執業，提供一站式整合性服務
- 輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境

(二)導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

- 降低弱勢民眾就醫經濟障礙
- 提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢
- 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫
- 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞
- 建置電子轉診單並監控非必要轉診

(三)調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

- 挹注 60 億元調高重症支付標準
- 限制醫院輕症服務成長
- 持續推動緊急醫療能力分級

(四)強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- 建置轉診資訊交換平台
- 建置居家照護資訊共享平台
- 強化醫院出院準備及追蹤服務
- 挹注 1 億元鼓勵醫師跨層級支援
- 鼓勵診所及醫院共同照護

(五)提升民眾自我照護知能

- 加強宣導分級醫療
- 加強自我健康管理
- 宣導利用家醫群 24 小時電話諮詢服務

(六)加強醫療財團法人管理

- 修法加強醫療財團法人監督管理
- 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施
- 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人

二、醫療院所雙向互通蒐集「疑似藥品療效不等」及「上傳影像品質疑義」通報資訊，可防止重複用藥、避免不必要的 CT 及 MRI 檢查，病患醫療安全及不必要之醫療浪費，將資源更有效

公職王歷屆試題 (108 高考三級)

率運用，可減輕醫護過勞。另一方面，輕症、初級照護之客觀標準，尚未有明確定義，僅透過部分負擔調整、宣導，不足以影響民眾就醫習慣改變，且須提高假日基層開診之誘因，藥物給付點值不夠，加上假日開診人事支出，使診所經營不易。

三、民眾透過轉診系統可減少看病等待時間，因此減輕高齡者就醫困境，且健康存摺系統的建置，以病人為中心所儲存之跨機關、跨單位之醫療資料可協助自我健康管理；而民眾顧慮基層診所照護品質差異極大，且具有承擔家庭醫師功能的基層院所稀少，難落實家庭醫師責任制，加上全國診所無障礙就醫環境不夠友善，容易造成行動不便者就醫困難。

二、我國成人肥胖率過去十多年持續上升，近年來已達 47%，而含糖飲料的攝取被認為是肥胖的重要原因之一，因此有人提出可以比照菸品健康捐的方式來收取含糖飲料捐，但是也有人表示反對。請分析此構想在立法與執行面可能遭遇的困難為何？(25 分)

【擬答】

「國民營養健康狀況變遷調查」102-105 年結果顯示，國人過重及肥胖盛行率為 45.4%，相較於 94-97 年 43.4% 的結果，有上升趨勢，另教育部學生體位資料，105 學年度國小及國中學童過重及肥胖比率各為 28.1% 及 29.5%，其中國小學童過重及肥胖比率較 104 學年度下降約 0.6%，顯見過重及肥胖比率已略有下降趨勢，但國人過重及肥胖在台灣仍是重要的議題，須有法律積極的介入。

政策立法係指政策內容藉由法條的形式，並經民主審議的程序，使之合法化的過程。可使國人過重及肥胖問題政策獲得形式上的合法性，更使政策施行面展現正當性，故建議政府未來修法建立以法律強制力為基礎的政策工具。

政策立法影響因素甚多，可能遭遇的困難包括以下幾項：

一、含糖飲料與健康

世界衛生組織於 2002 年「Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases」建議，游離糖占每日攝取總熱量應小於 10%；經總結多項研究後，於 2015 年 3 月 4 日發布「Guideline: Sugars intake for adults and children」，再次明確指出建議糖分不超過每日攝取總熱量 10%，但是也建議各國應盡量降低含糖量不超過 5% 總熱量，即 22.5 公克的糖。

研究指出，攝取糖不僅會造成肥胖及齲齒，還會誘發許多慢性疾病，且與代謝症候群有關，包括：高血壓、血脂異常及糖尿病等，並加速身體老化；另外還會影響體內荷爾蒙作用，降低飽足感及進食後的愉悅感，使人吃進更多食物與熱量，進而導致肥胖及疾病的發生。

二、何謂含糖飲料捐

含糖飲料捐含糖飲料稅 sugary drink tax 或汽水稅 soda tax，是為了打擊含有游離糖的飲料消費量的稅或附加收取的費用。提倡者如世界衛生組織都宣傳這種稅是庇古稅 Pigovian tax 的一種範例，專門減少不均衡的飲食與平衡肥胖症所帶來的大量支出，該稅獲得政府高層的認可與支持，簡單明晰的政策規定降低了避稅、逃稅的機會，並將的健康和非健康因素均納入於稅收考量之討論(2018 年 2 月, 73-168 菲律賓含糖飲料稅的發展)。

三、對糖課稅的合理性

課徵含糖飲料稅時，反對的民眾與廠商認為，這是對人民財產權進行剝奪的一種稅收，因為中華民國憲法第 15 條：「人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。」保障了人民的財產權；但中華民國憲法第 23 條：「以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。」所以課徵含糖飲料稅時，其立法之源由主要是為了增進與保護人民身體健康而課徵的稅。

課徵含糖飲料稅其實面臨著，是否可聲稱增進公共利益之必要而成立，所立足的立論點就必

公職王歷屆試題 (108 高考三級)

須以國民身體健康的大量流病研究證據，來表達含糖飲料對於健康的傷害，以及國際間現行含糖飲料稅國家，如何改善龐大的醫療支出，進而推演至台灣的健保支出的優化與改善。

課含糖飲料稅，以正方的意見：可以減少不健康食品的消費、改善肥胖問題與減少疾病罹患機率，進而減少未來醫療支出，且稅收可用來改善國民健康；但反對方意見則為：課稅對消費行為影響的效果不明確、消費性產品價格上漲、影響廠商競爭力與公平交易的機制，更甚消費者可能購買更不健康的替代品而導致更嚴重的健康不平等的議題，所以課含糖飲料稅需有完善的食品標示和教育宣導的配套措施輔助與宣導，需要許多的政府部會的商討與合作給予民眾更完整的資訊與評估。

四、法源依據與相關法制立法遙遙無期

根據中華民國憲法第 19 條：「人民有依法納稅之義務，但納稅需有法律依據。」，故衛福部國民健康署於 2017/03/17 年公告「國民營養及健康飲食促進法草案」前曾考慮課徵食品健康稅捐，但經和各界討論後決定，先蒐集更完整的本土資料及凝聚社會共識，現階段不開徵食品健康稅捐。

另有專家學者認為可在衛生署目前正推動立法的國民營養法中增加課徵食品健康稅捐的規定，賦予正當法源。稅收運用宜專款專用以符合立法之利益與國民之期待，並要注意社會正義原則、公平原則和量能原則。目前現行匈牙利是完整將相關稅收僅用於與肥胖有關的預防與醫療用途。故含糖飲料稅用途應僅用於國民健康有關的措施、食品健康安全、肥胖和疾病研發、補助廠商研發和生產健康訴求之食品、與教育宣導等。

國民營養及健康飲食促進法第三章國民營養支持環境：輔導研發健康飲食及以在地生產之農產品為主原料之食品、飲食從業人員之在職訓練或繼續教育、供膳場所應標明餐食之營養訊息、獎勵各公、私立機關(構)建構職場健康飲食環境、未成年人之實際照顧者應提供符合兒童及少年營養需求之飲食等之規定。(草案第八條至第十二條)

國民營養及健康飲食促進法第四章健康飲食教育：應推動健康飲食教育之機關(構)及執行成果之監督。(草案第十三條至第十五條)

國民營養法草案已送至行政院院會審議多時，但遲遲未能通過最後立法，加上最近幾年陸續出現食品添加物，毒蛋事件，核食事件等食品安全疑慮，和日漸嚴重的國民肥胖與人口老化之老人營養問題驟升，顯現國民營養法的立法迫切性。

三、我國人口老化快速，為因應民眾對長期照護的需求，政府推動長照 2.0 的政策，請說明該政策的主要目標為何？(5 分) 具體措施為何？(15 分) 目前所面臨的挑戰為何？(5 分)

【擬答】

長照 2.0 為實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎之照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質，計畫總目標如下：

- 一、建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。
- 二、實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。
- 三、延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。
- 四、向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

具體措施如下：

1. 照顧管理機制

為統整建立地方政府長期照顧管理制度，整合社政、衛政資源，設立長期照顧管理中心，提供民眾申請長照服務、到宅評估、核定長照服務額度、擬訂照顧計畫、個案需求複評等服務。

2. 社區整體照顧模式

強調建立以社區為基礎的長照服務體系，並規劃推動試辦社區整體照顧模式，於各鄉鎮設立「社區整合型服務中心(A)」-「複合型服務中心(B)」-「巷弄長照站(C)」的社區整體照顧模式，建構綿密的照顧資源網絡，提供民眾整合、彈性，且具可近性的照顧服務。

3. 失智症照護服務

以疑似失智或失智症個案為中心，提供個案管理服務，並讓失智者及家庭照顧者能於診斷後獲得相關資訊、自主選擇所需服務，並可就近獲得服務資源，辦理以社區為基礎的「失智共同照護中心」，陪伴失智照顧者在照顧失智患者不同階段的照顧需求；引導及協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，建構失智安全社區環境。

4. 預防及延緩失能照護服務

以在厝邊的服務為中心，發展可近、普及、有效的社區預防照護網絡，並規劃六大預防照護主題，包括肌力強化運動、生活功能重建訓練、社會參與、口腔保健、膳食營養與認知促進等，以整合方式提供預防及延緩失能照護服務。

5. 長照出院準備服務

藉由各縣市長期照顧管理中心連結醫院出院準備服務的專業醫療團隊共同評估病人身體、經濟、心理或情緒上的照護需求，如有長照需求的服務對象，出院前即完成評估並取得長照服務，協助民眾及時獲得所需服務資源，使病人及其家屬取得完整性及持續性的長照服務。

6. 長照給付及支付基準及相關制度

包含確立長期照顧(照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務)給付及支付基準資料及特約相關文件。

7. 家庭照顧者支持服務

為發展家庭照顧者多元支持措施，減輕家庭照顧者照顧負荷，完善我國長期照顧服務體系，特針對長期照顧服務法所定家庭照顧者支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項制定本服務原則外，亦同步推動「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，俾同步充實我國服務資源之多元性。

8. 居家失能個案家庭醫師照護方案

失能個案有8成以上具有慢性疾病，除了提供適切之長照服務，也需要預防慢性疾病惡化導致進一步失能或失能程度加劇，故結合長照與家庭醫師制度，由醫師開立醫師意見書，提出長照醫事照護意見，並由醫師及護理師(個案管理師)定期家訪，進行失能個案健康及慢病管理，以建立居家失能個案長照與醫療整合之照護網絡。

我國長照政策之規劃係以居家、社區為主，機構式服務為輔，並積極鼓勵各地方政府結合民間服務提供單位共同投入資源建置行列，惟檢視整體資源之發展，以及民眾使用服務之情形，歸納出資源建置層面以及服務使用者層面二個面向之挑戰，說明如下：

1. 資源建置層面

- (1) 服務資源發展緩慢。
- (2) 各服務提供單位之間缺乏整合。

公職王歷屆試題 (108 高考三級)

(3)服務體系欠缺向前延伸初級預防、向後銜接在宅安寧照護之整合性規劃。

2.服務使用者層面

- (1)服務項目缺乏彈性。
- (2)服務可接近性待強化。
- (3)服務時段難回應照顧者需求。
- (4)家庭照顧者喘息服務需求未充分滿足。

因應上述之困難，因地制宜發展在地化長照服務，積極建置以社區為基礎的長照體系，爰推動社區整體照顧服務體系，透過佈建綿密的照顧服務資源，發揮互助、共助精神，提供民眾預防性健康服務以及在地、即時、便利的社區照顧，落實在地老化政策目標。

四、結核病和愛滋病是兩種相異的傳染性疾病，世界衛生組織（WHO）建議的防治策略也不同。請說明兩者在臺灣執行管控的法律依據，並比較說明推動這兩種傳染性疾病控制的計畫與成效。（25 分）

【擬答】

一、執行管控的法律依據

- 1.結核病執行管控的法律依據為：傳染病防治法
- 2.愛滋病執行管控的法律依據為：人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

二、結核病控制的計畫與成效

我國於 2006 年 7 月奉行政院核定實施「結核病十年減半全民動員計畫」，以有限經費 約原計畫經費 6 成推動該項計畫，9 年內發生率降幅仍達預定目標值之 8 成。2014 年發生率每 10 萬人口 48.4 例，在 2015 年世界經濟論壇 (The World Economic Forum WEF) 指出我國結核病發生率排名較 2014 年進步 3 名，顯示結核病已獲具體成效。未來，仍面臨人口老化嚴重，伴隨多重慢性病及國際交流密切，影響國內防治成效等困境，亟待努力。

(一)引進新診斷技術新藥，縮短診斷治療期程

建置完整的通報機制，及早預警，並於診斷及通報流程中訂定標準檢驗流程且適時引進國際間認可檢驗診斷技術，以提供結核病患者更快速且正確之診斷。另定期追蹤國際上新藥物之治療效益，以適時引入縮短病患或潛伏感染者治療期程。另運用各類管道，提供第一線醫療及防疫人員相關教育訓練，以提升我國結核病防治專業水準。

(二)擴大潛伏結核感染治療對象，防止後續發病

持續推動潛伏結核感染監測及治療計畫，強化相關機構自行監測與執行接觸者追蹤轉介之能力，並運用更具效益之檢驗工具，找出潛伏結核感染者，透過有效介入措施，降低結核病新個案發生。

(三)提升公衛處置效能，減少個案管理及醫療障礙

整合包括社工、心理等跨域專業，建立特殊個案之診治、照護及轉介模式，以解決個案就醫障礙。持續提供個案就醫之部分負擔補助，並依傳染病防治法，對於不合作個案落實公權力執行，避免個案成為社區傳染源。

(四)逐步拓展分子診斷及流行病學監測族群對象

建置我國基因分型資料庫系統，並以多重抗藥性結核病/超級多重抗藥性結核病個案及發生群聚等為首要對象，再階段性擴展成全面性結核病患菌株基因分型，準確判斷感染傳播鏈。

衛生福利部108年度施政計畫(核定版)

重要計畫項目	實施內容
--------	------

<p>我國加入 WHO2035 消除結核第一期計畫</p>	<p>一、推動潛伏結核感染治療，在個案發病前及早介入，透過有效預防措施，降低結核病新個案發生。</p> <p>二、適時引進新藥、新檢驗及診斷技術，完善通報機制，提昇結核診斷時效，並縮短治療期程。</p> <p>三、建立結核病特殊個案之診治、照護及轉介模式，跨域專業整合，以提升公衛處置效能，減少個案管理及就醫障礙。</p>
--------------------------------------	---

三、愛滋病控制的計畫與成效

我國愛滋疫情 2015 年新增通報數 2,330 人，主要為男男間不安全性行為感染，15-49 歲愛滋盛行率為 0.2%~0.2%，屬低盛行率的國家。透過中長程施政計畫，2015 年新增感染人數年增率 4%~4%，達到計畫目標值，顯示防治策略已獲得初步成效。新增感染者中，75% 知道自己病況，73% 知道病況者有服用藥物，87% 服用藥物者其病毒量成功被抑制。未來在社會對特定族群之歧視、藥物濫用造成不安全性行為感染人數增加、醫療費用持續擴張排擠預防預算及衝擊國家財政等面向，是政策推動的重點。

(一)強化政府行政決策體系，編列足夠防治預算

愛滋病的流行涉及社會文化與行為改變，非僅公共衛生或醫療單位能獨力完成，亟需強化中央政府間行政諮詢及決策體系，再透過組織動員力量，結合中央各部會資源並與地方及民間等機構共同合作，方能有效遏止愛滋病的蔓延。

(二)提升全民預防知能，制定反歧視去污名策略

針對全民辦理愛滋防治宣導活動，並加強第一線防疫及醫療人員教育訓練，將愛滋病基本概念、反歧視等內容納入。為保障民眾之權益，落實違反「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」者，依法處以罰鍰。另依不同之易感族群，擬訂適宜之防治策略，以提升風險認知，降低其感染愛滋之機會。

(三)建構防疫醫療妥適分工的愛滋醫療照護體系

為確保愛滋病患治療無虞，積極進行藥品價格協調、集體採購、引進同品質學名藥等策略，降低醫療花費。建構防疫與醫療分工的愛滋醫療照護體系，初期與穩定治療期感染者之醫療分由政府與健保負擔。另整合社工、心理及各科別資源，提供個案整合性之醫療服務。

(四)加強整合非法藥物濫用防制與愛滋防治策略

結合教育、法務及警政單位共同推動非法藥物之管理及查緝，建立轉介諮商輔導系統，並加強非法藥物濫用宣導，同時於教育體系開設融入藥物濫用及愛滋病防治之通識課程。

(五)全面提供完善的抗病毒治療，強化預防策略

「以治療作為預防」為國際上證實有效的愛滋防治策略。藥物治療可有效降低病毒量，使傳染力降低達 80%~96%。持續提供感染者免費醫療服務，使其維持低病毒量，以落實感染者預防策略。

衛生福利部108年度施政計畫(核定版)

重要計畫項目	實施內容
<p>愛滋防治第六期五年計畫</p>	<p>一、持續透過宣導及教育，提升全民預防知能，減少對愛滋之污名與歧視。</p> <p>二、建置多元化愛滋病毒篩檢、諮詢服務及宣導管道，提高感染者知道自己感染狀態之比率。</p> <p>三、推行暴露前預防性投藥 (PrEP) 策略，尤其對感染者的配偶或性伴侶 (女性優先)、年輕族群，以降低感染機會。</p> <p>四、推動愛滋診斷即刻治療策略，提高感染者用藥比例，並加強個案管理，降低病毒傳播之風險。</p>