

衛生行政與法規講義

第一回

704590-1



社團法
考友社
出版發行

衛生行政與法規講義 第一回



第一講 衛生行政學之發展及專業知識.....	1
命題大綱.....	1
重點整理.....	2
一、衛生行政學之發展歷史及趨勢.....	2
二、衛生行政學之專業知識範疇.....	12
三、衛生行政實務.....	20
精選試題.....	32

第一講 衛生行政學之發展及專業知識



一、衛生行政學之發展歷史及趨勢

- (一)國際衛生行政之發展
- (二)國際衛生行政之重要趨勢
- (三)衛生行政組織
- (四)衛生行政之重要政策

二、衛生行政學之專業知識範疇

- (一)衛生行政學與流行病學及社區衛生
- (二)公共溝通與政策行銷知能
- (三)衛生教育相關知能
- (四)衛生行政相關之公共行政知能

三、衛生行政實務

- (一)衛生企劃
- (二)保險業務管理



一、衛生行政學之發展歷史及趨勢

(一)國際衛生行政之發展：

1.公共衛生之意義：

係經由有組織之社區力量，從事環境衛生、傳染病管制、個人衛生教育、組織醫護事業，以利早期診斷、治療，與發展社區機構以保障每個人健康之生活水準。

2.公共衛生之範圍：

(1)健康服務：

①內涵：

A.包含衛生教育、早期診斷及預防治療。

B.衛生教育：

係指透過學習，使自己、家庭、社會養成良好衛生習慣，以提升生活品質。

②性質：

A.易取得性。

B.品質確信。

C.持續性。

D.效率。

(2)環境衛生：

①內涵：

包含環境衛生、傳染病管制。

②項目：

A.飲水衛生。

B.污水處理。

C.垃圾處理。

D.病媒管制。

E.房屋衛生。

F.食品衛生。

(3)輔助業務：

①衛生教育：

即「健康教育」，使民衆建立正確觀念，樂於接受與合作，以達到預期效果。

②醫療業務：

A. 政府設置醫療機構，使病患獲得早期診斷、早期治療之機會。

B. 目的：

(A)減少疾病痛苦及死亡。

(B)針對傳染病患早期發現，早期治療，遏止蔓延。

③生命統計：

應用統計學之方法，以數字表示公共衛生各項業務成果，以針對需要決定適當之對策，並將統計結果作為檢討業務得失、確定施政方針之依據。

3. 國內之衛生行政發展：

(1)日據時代：

①策劃上下水道設施，聘請英國籍顧問，策劃上下水道之興建。

②制定「污物掃除規則」、「飲食物暨其他物品取締法」、「台灣飲食物防腐劑、木精、有害性著色料、人工甘味，飲用器具取締規則」、「市場、屠畜、獸肉營業，清涼飲料水營業，冰營業、理髮營業等取締規則」及「大清潔法施行規程」。

③各項環境衛生施政，例如：上下水道建設、污物清理、清潔大掃除、家屋與廁所之改善、市場及屠宰場衛生管理、墓地及火葬場管理及營業衛生管理等，加強醫療服務之供應、整合醫療體系、提升衛生服務品質，促使我國國民死亡率下降、平均壽命延長及醫療品質提升。

(2)台灣光復以後：

①民國 34 年：

國民政府接收台灣總督府警務局衛生課，並改制為「衛生局」直隸於行政長官公署民政處。

②民國 36 年：

A. 台灣省政府成立，「衛生局」晉升為「衛生處」，為當時最高衛生決策單位，於各鄉鎮執行基層公共衛生建設，積極推動地方衛生業務。

B. 光復初期，首創 15 家衛生所（民國 49 年，增為 300 多家衛生所、室）。

③民國 71 年：

衛生署擴大編制，環境衛生處改制為「環境衛生局」。

④民國 75 年：

環境衛生局，升為「環保署」隸屬行政院。

(3)我國醫療保健事業之發展：

①建立期：

A. 政府接收日據時代留下來之醫療設施、醫學體系，開始建設衛生工作及擴充醫學教育制度。

B. 衛生行政組織方面：

(A)民國 36 年 5 月：

台灣省政府改制，原隸屬於行政長官公署民政處之衛生局改制為衛生處，直隸於台灣省政府，各縣市衛生院維持原建制，各鄉、鎮、市、區則陸續設立衛生所，隨後，又在山地及偏遠地區、村落普設衛生室。

(B)民國 50 年：

配合地方自治之實施，各縣、市衛生院改制為衛生局，至此衛生行政組織體系已具雛形。

C. 醫學教育方面：

除原有醫師人數擴增外，也開始對各類醫事人員制度化教育。

②擴張期：

A. 民國 60 年之後：

由於社會經濟發展，醫療科技不斷引進，中大型綜合醫院也逐漸蓬勃發展。

B. 民國 60~74 年間：

許多公立、私立和財團法人綜合醫院紛紛設立，舊有的公立和教會醫院也整建或擴建，醫院服務功能逐漸分化，經營型態也趨向多元化，醫療保健人力、設施和科技有長足進步。

③整合期：

A. 民國 75 年起：

實施「籌建醫療網計畫」，通過「醫療法」、「醫師法修正案」。

B. 民國 79 年：

根據第 1 期籌建醫療網之缺失，規劃「建立全國醫療網第

2 期計畫」，加強辦理增設基層醫療服務網等，並配合醫療網之建立，開始推動「建立全國醫療資訊網」。

④全民健保期：

A. 政府為照顧全體國民健康，策劃推動全民健康保險，於民國 77 年由行政院經濟建設委員會設立專責規劃小組進行總體規劃。

B. 中央健康保險局：

民國 79 年 7 月行政院指示，由行政院衛生署接辦後續規劃工作，為此，衛生署於民國 80 年 2 月成立全民健康保險規劃小組，並於民國 82 年 12 月 29 日成立中央健康保險局籌備處。

C. 全民健康保險法：

民國 83 年 7 月 19 日立法院三讀通過全民健康保險法，同年 8 月 9 日總統公布全民健康保險法，並於同年 10 月 3 日修正部分條文，增列「強制性投保」之規定，後於民國 84 年 3 月 1 日正式實施全民健康保險。

⑤衛生社政結合期：

立法院於民國 99 年三讀修正「行政院組織法」，將新增「衛生福利部」，主要結合衛生署與內政部部分業務，將原體系之衛生與社政結合，資訊業務融合，落實「以人為本」之照護。

4. 國外衛生行政發展：

(1) 最早之公共衛生萌芽於英國：

① 英國的死亡登記制度：

係為預測鼠疫、瘟疫來臨，而收集死亡資料。

② 工業革命。

③ 環境衛生問題，為疾病發生主因。

(2) 法國：

於西元 1848 年設立「公共衛生審議會」。

(3) 德國：

於西元 1871 年設立「中央衛生辦事處」。

(4) 美國：

於西元 1878 年組織國家衛生委員會。

(二) 國際衛生行政之重要趨勢：

1. 世界衛生組織 (WHO)：

(1)設立：

聯合國於西元 1948 年 4 月 7 日設立之專門機構，協調當局在國際公共衛生，總部設於日內瓦、瑞士。

(2)宗旨：

- ①世界衛生組織之宗旨，在求各民族企達健康之最高可能水準。
- ②並倡導促進人民衛生為政府之職責，需實行適當之衛生與社會之措施。

(3)會員國：世界衛生組織憲章第 3 條

所有國家，均得為世界衛生組織之會員國。

(4)主要機構：

①世界衛生大會（The World Health Assembly；WHA）：

A.係該組織之最高權力機關，由全體會員國各派代表組成。

B.表決：

議事表決採一國一票制。

C.年會：

大會每年舉行年會 1 次。

②執行委員會（The Executive Board）：

由大會選出 31 個會員國所指派之合格衛生技術人員組成，每年至少集會 2 次。

③秘書處：

設秘書長（Director General）1 人，由執行委員會提請大會任命之，係該組織技術兼行政首長。

2.我國與世界衛生組織之關係：

(1)中華民國與 WHO：

- ①我國為 WHO 創始會員，曾與 WHO 進行多項合作。
- ②國內衛生專家曾經在 WHO 任職，WHO 也協助我國推動多項改善衛生工作，例如：根除瘧疾、防治砂眼、麻瘋、性病、推廣婦幼衛生等。

(2)西元 1972 年～迄今：

根除鼠疫、天花、狂犬病、瘧疾、小兒麻痺等傳染病；白喉、百日咳、霍亂、麻疹及 B 型肝炎等傳染病亦有效控制。

(3)我國參與國際醫療合作現況：

- ①衛生技術合作及教育訓練。
- ②醫療實物捐贈。

♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥
♥ 精選試題 ♥
♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥

一、我國現行之全民健康保險，有何相關之重要政策？試論述之。

答：(一)對經濟弱勢民衆之補助措施：

1. 弱勢群體保費補助：

各級政府對特定弱勢者補助健保費，包括低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、19 歲以下及年滿 55 歲之無職業原住民。

2. 紓困貸款：

提供經濟困難之民衆，無息申貸健保費用及應自行負擔而尚未繳納之醫療費用，以保障就醫權益。

3. 分期繳納：

對不符合紓困貸款資格，但積欠健保費達 2,000 元以上，因經濟困難無法 1 次繳清者。

4. 轉介公益團體，補助保險費：

對於無力繳納健保費者，健保署提供轉介公益團體、企業及個人愛心捐款，以補助其健保費。

5. 重症醫療協助：

因經濟困難欠繳健保費之弱勢民衆，經醫院醫師診斷需住院、急診或急重症須門診醫療者，只要持有村里長或由醫療院所出具清寒證明，即可以健保身分先行就醫。

6. 醫療保障：

- (1) 安心就醫方案。
- (2) 結合社會網絡共同協助。

7. 減輕特定病患就醫部分負擔費用：

- (1) 對於領有「身心障礙手冊」者，門診就醫時不論醫院層級，門診基本部分負擔費用均按診所層級收取 50 元。
- (2) 對於包括癌症一慢性精神病、洗腎、罕見疾病及先天性疾病等領有重大傷病證明之病患，免除該項疾病就醫的部分負擔費用。
- (3) 為保障罕見疾病患者權益，屬於行政院衛生福利部公告之罕見疾病必用藥品，健保均全額支付，減輕就醫之經濟負擔。

(二)對山地離島及醫療資源缺乏地區族群之照護：

1. 全民健康保險山地離島地區醫療效益提升計畫：

山地離島地區因地理環境及交通不便，醫療資源普遍不足；因此健保署規劃由有能力、有意願之醫療院所以較充足之醫療人力送至山地離島地區，自西元 1999 年 11 月起，陸續在山地離島地區實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，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。

2. 醫療資源不足地區改善方案：

衛生福利部對平地醫療較不足鄉鎮每年額外投入約 5.6 億元，辦理醫療資源不足地區醫療給付改善方案，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. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：

為加強提供離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區民衆的在地醫療服務及社區預防保健，增進就醫可近性，並實施「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，以專款預算、點值保障方式，鼓勵位於上述區域或鄰近區域，提供 24 小時急診服務及內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院醫療服務，強化民衆就醫在地化。

二、按我國現行「全民健康保險法」之規定，各類保險對象健保之保險費負擔比例為何？試論述之。

答：全民健保保險費之負擔比例：全民健康保險法第 27 條

健保保險費負擔比例

保險對象		負擔比例 (%)		
		被保險人	投保單位	中央政府
第 1 類	公務人員	30	70	0
	公務人員、志願役軍人			
	私立學校教職員		35	35
	公、民營事業、機構等有一定雇主的受僱者		60	10
第 2 類	雇主	100	0	0
	自營業主			
	專門職業及技術人員			
	自行執業者			
第 2 類	職業工會會員	60	0	40
	外僱船員			