

## 110 年公務人員高等三級考試試題

類 科：公職護理師

科 目：公共衛生政策

一、請以我國公共衛生師立法為例，論述公共政策制定過程與相關運作。(25 分)

【擬答】

衛生福利部自 2003 年 SARS 過後，即著手推動公共衛生師立法工作，惟因其定位、業務範疇、專業排他性及應考資格等問題，始終未能順利於立法院進行審議。此次公衛師法草案於歷經多方討論及公聽會後，109 年 4 月 23 日獲行政院審查通過送請立法院審議，一個月內即完成三讀，進展迅速，推測可能是因為正值國際 COVID-19 疫情時代。

按照金敦(Kingdon)提出的多元流程模式(multiple streams model)，來看公共政策制定過程與相關運作，議程設定過程包括三種毫無相關的流程：「問題流(problem stream)」、「政策流(policy stream)」、「政治流(political stream)」。而 COVID-19 疫情時代將這三流在關鍵時刻連接在一起(coupling)，因此公衛師立法議題就很容易進入政策議程，此關鍵時刻稱為政策櫥窗(policy windows)。

二、全國路理人力短缺，2019 年 5 月衛生福利部醫事司公告醫療機構設置標準，將護病比明確入法。試引用政策分析理論，分析該政策規劃與評值成效。(25 分)

【擬答】

護病比明確入法，歷經一段時間的努力。2011 年醫改會首度提出「血汗醫院」一詞，2013-2014 年衛福部試評，104 年正式納入評鑑項目，但標準不是理想的 1:7，而是與醫界協商後妥協為全日平均護病比醫學中心 1:9(白班平均護病比應達 1:7 之標準)、區域醫院 1:12、地區醫院 1:15，且未達標準者限期 2 個月內改善，否則將評鑑為不合格。104 年度也由健保以三班護病比連動給付當作誘因，鼓勵醫院降低每位護理人員照護的住院病人數。但實務上，評鑑每 3-4 年才評鑑一次，且醫院就算每季未達健保獎勵標準，還是照樣可領原有的護理費，因此多位立委主張提案要求把護病比入法規範，如果醫院違反將遭到罰款或停業。衛福部也作出回應，於 107 年 5 月 23 日進行第一次預告，打算依據醫療法第十二條第三項之授權，把護病比增訂至「醫療機構設置標準」第 12 條。然 1:9 的規定，和目前實際狀況差距不大。到時候，即便護病比入法，不僅沒有醫院會違規受罰，醫院也不會因新規定而增加護理人員的人力。而醫院團體即便面對與現況相同、1:9 以上的寬鬆標準，仍要求要延期實施。所以衛福部又修訂條文後於 107 年 12 月 20 日再次預告修改過去【醫療機構設置標準】採取「修正條文自發布日生效」規定之慣例，允許護病比規定延至 108 年 5 月再上路。

針對此政策規劃和成效評值，將引用伊斯頓(D. Easton)的系統理論五大要素(投入、轉換過程、產出、回饋、環境)之投入跟回饋進行分析。投入包括需求及支持，所謂「需求」是指個人或團體要求政府當局作出權威性決策的種種呼籲。「支持」是指人民對於政治體制的順服行為。回饋指的是政治體系具有自我修正調整的功能。就政策運作的好壞與否、正功能與反功能，加以評估，以為重新的投入。

(一)政策規劃不符國際情況的標準，以及一直延宕的施行時程，可能因為投入的強度還不夠，醫改會即呼籲基層醫護團體，對於這次再度預告的修正條文有意見者，一定要在法定 14 日內向衛福部醫事司表示意見，表達基層醫護的心聲！另外，也可運用社群媒體與民眾力量，於公共政策網路參與平台提案，期提高標準及加速進行。另外，懲罰與誘因規劃的強度也許也不夠，目前是依「醫療法」第 102 條開罰一萬元至五萬元不等。獎勵性質則當各層級

## 公職王歷屆試題 (110 高考三級)

醫院護病比達到特定標準時，住院護理費給付加成率由現行三%至十四%擴大為二%至二十%；以醫學中心為例，護病比小於一比七時，可加成二十%。另規劃三·七二億元調升加護病房護理費五%。

(二)成效評值部分，過去都用醫院評鑑來要求醫院注意護理人力，醫院也多能遵守。現在明確入法後將不定時抽查，如果醫院違法且屢勸不聽，最重可停業處分。護理師護士公會全國聯合會理事長高靖秋表示，過去健保署已針對護理人力提供獎勵方案，結果發現有 9 成的醫院都能達標，也代表護病比已有足夠條件納入法律規範。新制的護病比確實還不夠理想，但過去法律從未規範，現在改革已經起步，且兼顧臨床所需，希望能做到雙贏。後續如何執法很重要。除政府稽查，希望護理人員能勇敢擔任「吹哨者」角色，如果醫院有違法，應勇敢檢舉。醫院也應釋出善意，一起改變醫護過勞困境。

三、COVID-19 病毒全球大流行已超過 1 年半以上，為判斷傳染病之傳染力及公共衛生措施介入後之傳染病控制成效，在流行病學上常以  $R_0$  及  $R_t$  值來進行監測，請詳述  $R_0$  及  $R_t$  值之意義？另  $R_0$  及  $R_t$  值  $<1$ ， $=1$  及  $>1$  各自代表之意義？(15 分)

### 【擬答】

(一)  $R_0$  及  $R_t$  值之意義分述如下：

1.  $R_0$ ，基本傳染數，又稱基本再生數，是在流行病學上，指在沒有任何防疫作為介入，同時所有人都沒有免疫力的情況下，一個感染到某種傳染病的初發個案，會把疾病傳染給其他多少個人的平均數。
2.  $R_t$ ，有效傳染數 (Effective reproduction number)，又稱有效再生數，則為有防疫措施底下，一段時間內(time, t)病毒傳播的能力，常用最近 7 日的確診個案數來估算。

(二)  $R_0$  及  $R_t$  值  $<1$ ， $=1$  及  $>1$  各自代表之意義，如下表說明

數值	$R_0$	$R_t$
$<1$	傳染病將會逐漸消失。	新增個案人數會少於脫離病程人數，個案人數會逐漸減少，疫情趨緩甚至消失。也是在實際防疫過程之中，疫情是否可以得到控制的指標。
$=1$	傳染病會變成人口中的地方性流行病。	一個個案只會造成一個新個案，新增個案人數與脫離病程(康復或死亡)人數會相等，傳染病的擴散趨勢也會穩定。
$>1$	傳染病會以指數方式散布，成為流行病 (epidemic)。但是一般不會永遠持續，因為可能被感染的人口會慢慢減少。部分人口可能死於該傳染病，部分則可能病癒後產生免疫力。	新增個案人數會持續增加。

四、肝病是臺灣之國病，C 型肝炎是臺灣病毒性肝炎之第二號的人，僅次於 B 型肝炎，WHO 宣示於 2030 年全球消除病毒性肝炎，我國為儘早達成國內消除 C 肝之目標，衛生福利部將消除 C 型肝炎目標定為「提前至 2025 年完成治療國內八成之 C 肝病人」，並公布「2018-2025 臺灣 C 型肝炎政策指引」，提出三大核心策略，期望如期達成目標，請詳述該三大核心策略之內容？又該核心策略推動至今遭遇找不到病人之問題，請申論原因及可行之對策？(35 分)

### 【擬答】

(一)「2018-2025 台灣 C 型肝炎政策指引」三大核心策略為「精準公衛防治」、「防治一條龍」、

「防治在地化」，其內容如下所述：

### 1. 精準公衛防治

優化資源運用 提高成本效益

針對四大目標群，分別有不同的防治規劃重點，包括 C 型肝炎高盛行地區、山地離島地區、特殊族群、和一般地區。

- (1) C 型肝炎高盛行地區：應界定出 C 型肝炎高盛行地區(如圖六)，並列為優先介入目標群，積極推動篩檢與治療等防治介入。
- (2) 山地離島地區：山地離島地區首重 C 型肝炎治療可近性模式的建立，並配合當地特殊社會文化，如飲酒習慣、青壯年工作人口外移等狀況，發展防治模式，推動在地化的服務方案。
- (3) 特殊族群：指 C 型肝炎病毒感染高風險族群，例如血液透析病人、社區靜脈注射藥癮者、在監護機構的靜脈注射藥癮者、未採安全性行為之男男性行為、未採安全性行為之性工作者等族群，針對這些族群的防治重點在於建立預防感染與再感染策略，並與其他現有常規檢查介入相結合。
- (4) 一般地區：對一般 C 型肝炎盛行率較低的地區，應考量篩檢之成本效益，發展適合低盛行地區的篩檢策略，如利用現有健檢項目組成之其他替代指標，並評估其可行性與成本效益。

### 2. 防治一條龍

民眾為中心連續性整合式服務

雖然此政策綱領是以治療病人為目標，但由於多數的慢性 C 型肝炎病人本身仍不知道自己的感染狀態，或是已知感染但未積極就醫，因此，如何將篩檢找到的病人銜接至後端的治療，以民眾為中心，提供連續性一條龍服務，是成功的重要關鍵。此外，除了篩檢與診斷及治療間的銜接，亦應以健康照護三段五級的觀點，再向前延伸至健康促進與預防感染，並向後延伸至後續疾病定期追蹤管理，為 C 型肝炎防治提供一條龍式的整合服務。除了在第一線提供以民眾為中心的連續性整合式服務外，為了讓 C 型肝炎防治在中央及地方的各相關主管單位及私部門、非營利組織間，能互相協作，邁向共同的目標，亦需有 C 型肝炎協調評估單位來居中協調以支持各項服務業務，推動滾動式合作。

### 3. 防制在地化

增進服務可近性 提升健康平等權

依據我國 C 型肝炎流行病學研究，C 型肝炎的高盛行區多位於醫療資源較缺乏、民眾經濟能力較弱勢、或是交通較為不便之區域，在這些地區 C 型肝炎診斷治療可近性的不足往往成為民眾接受治療的障礙。為能有效率地為慢性 C 型肝炎病人提供治療，C 型肝炎防治需進一步發展在地篩檢、在地確診、在地治療、在地追蹤的模式，讓民眾可以在當地完成篩檢、確診及治療，以增進防治服務的可近性，提升國人健康平等權。

(二)找不到病人的狀況或可分成兩種，有帶原但不知自己有帶原之人，及已知帶原但未接受治療者，以下針對前者未能接受檢查知道自己帶原情形，可能原因及可行之對策，試申論如後：

1. 個案不知道檢查的重要性：說明 C 型肝炎與肝硬化及肝癌有極大相關性，而目前的藥物可治癒，避免因其提前死亡。
2. 個案沒有時間：協助安排檢查便利性，有工作者則融入員工健檢項目中，無工作者則與里長或社區中心合作。
3. 個案有經濟考量：說明 40 歲以上成年者可使用健康署免費的成人預防保健服務終身免費

## 公職王歷屆試題 (110 高考三級)

檢查一次，而 C 型肝炎的治療費用目前皆由健保給付。小於 40 歲者則可與雇主協調於員工健檢中給付。

4. 接觸個案管道不得其法：以戶籍地造冊會包含外地工作者，工作者則可與公司企業合作，而小規模工廠，則需由衛生所主動聯絡；也可透過各醫療診所之原有患者名單，了解其相關檢查情形；因此如何接觸個案，須公私部門合作，個案管理與後續追蹤等則需跨縣市合作。此外，如何匡列尚未接受過檢查者，以免重複探訪，則須利用健保大數據之優勢；然而，倫理考量下最好能先經過個人同意。
5. 特殊族群個案有所疑慮：需與當地相關團體合作，並且利用滾雪球方式，口耳相傳讓有高風險卻尚未檢查者，能安心主動接受檢查。

公  
職  
王