

《公共衛生政策》

試題評析

- 1.掌握答題技巧前，需熟悉考試題型及時間，申論題是致勝關鍵！
- 2.提綱挈領、內容充實：申論題要能拿高分，重點為內容需切題，且深度廣度要夠，作答時先標出答案的重點(條列答案之重點)，然後再根據重點加以分析說明。下筆前務必深思熟慮；切勿中途插入字句；勿連連看讓閱卷老師找答案。
- 3.答案建議採三段式回答-(文字敘述仍為答題重點)
第一段-破題：重要性(數據佐證)
第二段內文：描述多(分點說明)
第三段結語：簡要重點總結
- 4.表格格式比較：新舊前後之差異-答題輔助
- 5.大題小作、小題大作：申論式試題範圍往往內容牽涉非常廣泛(例如：政策分析、執行規劃)，若不採用「大題小作」之策略答題，那光寫一題的時間的不夠！同學需掌握一題25分鐘的時間答題，將有關考點之所有重點提綱挈領列出後並稍加說明細項即可；而若題目涉及範圍小但占比重卻相同，則需採用「小題大作」之策略答題，在有彈性之題目加油添醋式回答，列出題目標點相關之內容均可列出，盡可能充實答案內容爭取高分！
- 6.控制作答時間：拿到試題開始作答後，先花5分鐘構思各題考點及答題方向即下筆作答，考試時間2小時，故每題答題時間不應超過25分鐘，防止前面寫得很完整，後面考題因時間不夠寫得零零落落，4題答完後再從頭檢查一遍，防止錯誤與疏漏。
- 7.字跡工整清晰：答題時勿使用簡體字、錯別字。字體字列平整，勿忽高忽低，以讓他人看懂為原則，寫字速度勿太慢，影響答題內容之充實性。

一、當我們針對一個政策議題做分析時，了解其來龍去脈至為重要，請說明政策分析常用的5個階段或流程為何？(5分)並請說明在各個階段中政策分析的重點有哪些？(20分)

答：

政策分析 (policy analysis)：是在一個或多個政策制定過程的階段中，對政策進行創造、批判性評量以及傳播，內容著重於政策被採納的過程以及政策被採納後所產生之效果，是為對政策議題有更深入之瞭解，以及尋求最佳解決方案的一種應用形式，目的是希望能找出政策制定過程何以出現問題？政策目標設定是否正確？解決方案是否可行？政策結果是否發生正面影響等。政策制定的過程中每個階段都與下一個階段有關連，著重政策建言與實際的政策規劃藍圖，同時也包含政策評估與政策建議以及政策說服等工作。分析流程不僅為各種問題提出解答，也將導致不同行動的採用。因此，預測與規範性資訊通常應用於行動進行前(適用於處理未來的問題)，至於敘述與評估則是在行動發生之後被採用(對過去所發生的事件提出關心)。

政策分析包含五種政策資訊要素的調查過程，這些要素藉由運用五種政策分析程序而被轉化成其他形式的要素：

- 1.問題建構(problem structuring)：無論從事何種分析，首先都必須意識到問題的存在。
- 2.監測 monitoring：制定出有關政策過去原因與結果的資訊。
- 3.預測 forecasting：制定出有關政策未來結果的資訊。
- 4.評估 evaluation：能產出有關過去與未來政策價值的資訊。
- 5.建議 recommendation：考慮到未來所採取的行動，將可能造成何種後果與代價。

綜上政策分析係指對政策可能的變通方案進行系統的研究，並對每一方案就其利弊，作綜合分析，以供決策者參考。隨著社會的發展，許多公共問題日益複雜，政策制定者在面對這些問題時，需要有更多的資料充分的理由與證據，來增進決策能力，因此政策分析應運而生。

二、菸害防制是政府多年來努力的項目之一，請問衛生主管機關執行了哪些重要政策？請分項說明之。(20分)未來可以改進的方向為何？(5分)

答：

世界衛生組織指出慢性病佔全球死因63%，每年全球有6300萬人死於慢性疾病，而菸是導致慢性病主要因素，建議目標在2025年前慢性病盛行率下降25%，吸菸率下降30% (World Health Organization, 2013)於2008年發表「MPOWER菸害防制政策」，建議各國推動MPOWER策略來控制菸害，以落實「菸草控制框架公約」的執行 (World Health Organization, 2008)。目前菸害防制工作政策執行與檢討如下：

- 1.在監測吸菸率及菸害防制政策(M)方面，我國自 2004 年起於成人及青少年吸菸行為及菸品消費調查方面，已建立了監測系統進行趨勢分析，惟可再追蹤分析菸品的疾病負擔、醫療成本及社會成本，及與國際合作監視新興菸品如電子菸等影響。而我國半數商家仍違規賣菸予青少年，應依國際趨勢加強菸品販賣業者之管理如規範販賣執照，並對於違規賣菸予青少年知業者予以重罰及吊銷執照，並規範校園周邊商家禁止賣菸等，以降低青少年菸品可近性，營造無菸社會規範預防青少年吸菸，除減少新吸菸者外，應積極協助吸菸青少年戒菸。
- 2.在落實無菸環境保護民眾免於二手菸害 (P) 方面，我國菸害防制法新規定自 2009 年實施，規定室內公共場所及三人以上室內工作場所禁止吸菸，並訂定相關罰責，惟近半數孩童與青少年仍會暴露在家庭二手菸，住宅區、騎樓與公共場所等菸害申訴案件仍多，故應持續擴大無菸環境，並提供多元戒菸服務鼓勵吸菸者戒菸等，檢討與調整菸害防制法修法，縣市政府加強稽查與輔導，並持續推動無菸家庭，及公告無菸環境。
- 3.在提供吸菸者尼古丁替代藥物治療及戒治諮商服務 (O)方面，我國於 2002 年開始推動門診戒菸服務及戒菸專線服務等，於 2011 年辦理戒菸共同照護網，2012 年辦理年擴大戒菸服務，辦理二代戒菸服務，增加戒菸服務人力及減輕吸菸者藥費負擔，惟我國成功戒菸者的比率仍較許多國家低，吸菸者利用戒菸服務人數仍低，醫療人員提供戒菸諮商與轉介率仍低，可再鼓勵各醫療院所全面推動吸菸者辨識電腦提示系統，醫療人員提供戒菸服務，並持續推動戒菸服務媒體行銷以激勵吸菸者戒菸。
- 4.在菸品容器上印製健康警示圖文(W) 方面，我國自 2009 年開始推動菸盒警示圖文，惟菸盒警示圖文面積 (35%)仍未達世界衛生組織建議(50%)，可再修法提高菸盒警示圖文面積，並每二年更換菸害警示效果較強之圖文。
- 5.在禁止菸品廣告、贊助及促銷 (E) 方面，我國自 2009 年已全面禁止菸品廣告、贊助及促銷，惟菸品訊息仍會出現在電視、電影、報章與網路中，可再規範業者限制菸品訊息在媒體上的露出，並推動媒體素養教育。另我國菸盒警示圖文面積也未達世界衛生組織的建議(50%)，建議應再修法增加菸盒警示圖文面積，及每兩年更換菸害警示效果較好的圖文。
- 6.在提高菸稅與菸價(R: Raise Taxes on Tobacco) 方面，我國自 2002 年徵收菸品健康福利捐每包菸 5 元增加至 2009 年每包菸 20 元，惟我國菸價仍低於許多國家，目前菸品健康福利捐佔菸價的比率(54%)仍未達世界衛生組織建議(70%)，應再持續調高菸品健康福利捐，以預防青少年吸菸及強化吸菸者戒菸意圖。

※未來目標與建議策略

透過渥太華憲章健康促進五大行動綱領的策略，針對擬介入之吸菸族群規劃中長程菸害防制的整合教育宣導及戒治服務，分述如下：

- 1.建立健康公共政策：政策目標—吸菸率十年減半，透過生活公約、宣言、相關管理規定等，宣示與表達推動健康政策之決心。
- 2.創造支持性環境：規劃與執行符合需求的相關健康促進策略（硬體建設、軟體建設、宣導活動、海報等），營造支持氛圍；運用地方媒體通路及結合地方資源，辦理菸害防制宣導活動或展示、或徵文海報競賽、或成立志工等團隊。
- 3.強化社區的參與：收集、整合與運用場域內可獲的人力、物力、財力資源，如：社區內可獲的醫療、公共衛生、公部門與私人機構團體資源。
- 4.發展個人技能：辦理知識態度行為相關衛生教育訓練，針對接受教育訓練者，進行知識態度行為改變之調查，進行檢討與研提因應方案。
- 5.調整健康服務的取向：建立轄區提供戒治服務的健康照護網絡與轉介機制，主動提供戒治與輔導服務，進行個案資料與管理，定期追蹤輔導個案參與戒治服務之狀況

三、全國護理人力短缺，試分析其原因，以及政府因應之衛生政策為何？試評論之。(25分)

答：

我國護理人力短缺問題已有數十年，目前也是世界性問題。流失的原因很多，可能與社會變遷、女性角色擴張，女性有更多的機會選擇別的更吸引人的行業有關，加上護理工作得輪值大、小夜班，工作壓力大、福利

差、工作經驗與薪水調整比率偏低、升遷管道窄、個人無法由工作中得到成長、工作無挑戰性、無成就感、對上司不滿意、對組織結構不滿意、缺乏完善得護理人員分級制度、缺乏繼續進修機會、看不到前程遠景、加上家庭夫妻子女、民眾對醫療抱持的消費態度讓護病關係日漸緊張等因素都是造成護理人力流失之原因。

最近幾年，由於人口老化及急重症增加，再加上對醫療品質的要求，如評鑑、病人安全、交班等作業的強化，造成原已人力短缺的護理人員工作負荷過重，如此惡性循環，就產生所謂「血汗醫院」的問題。分析我國護理制度及現況，顯示主要問題可由：護理業務之專業範圍與跨專業團隊合作分工不明確；各類評鑑及工作流程之文書作業過於繁雜；健保護理費及護理人員薪資待遇福利未能合理反應護理貢獻；護理人力配置不足，執業環境不佳；護理教（教學）、考（考試）、用（用人）脫節；及護理專業之社會形象之強化等六面向分述如下：

- 一、護理業務之專業範圍與跨專業團隊合作分工不明確
- 二、各類評鑑及工作流程之文書作業過於繁雜
- 三、健保護理費及護理人員薪資待遇福利未能合理反應護理貢獻
- 四、護理人力配置不足，執業環境不佳
- 五、護理教、考、用脫節
- 六、專業護理之社會形象有待強化

衛福部就全國護理人力短缺之問題，頒布於101年5月10日公布並積極推動「護理改革近中程計畫」，包括6大目標及10大策略及 60 項行動方案，希冀降低護理人員工作負荷、提高護理薪資與福利待遇、改善職場環境，以留任及增加護理人力回流。內容分述如下：

※六大改革目標：

- 一、護理業務回歸護理專業。
- 二、回歸以「病人為中心」的照護，減少評鑑及工作流程的文書作業。
- 三、健保費及薪資福利應能充分反映護理的貢獻。
- 四、創造具吸引力的護理工作環境。
- 五、護理教、考、用的相互配合及接軌。
- 六、強化護理專業的正面形象。

並訂出 10 大策略，其中共包含 60項行動方案，10 大策略包括：

策略一：整合並減少評鑑、督考和訪查的作業及其項目，回歸以「病人為中心」的照護。

策略二：促使護理人員的工作內容以護理專業為主。

【說明】護理業務回歸護理專業，邀集專家訂定護理人員工作規範(Guideline)，規範護理人員做專業工作，其他非專業及雜事交由輔助人員協助。

策略三：減少護理人員不必要及繁瑣的文書作業，整合各類繼續教育要求，發展更有效率的工作流程。

策略四：創造具吸引力的護理職場，落實勞基法工時等規範，推動彈性工時/工日、固定班別措施。

策略五：調整健保給付之護理費，新增明訂健保護理費給付項目，以彰顯護理的貢獻。

【說明】健保護理照護品質獎勵金 20 億以專款專用限定用於護理人員之薪資、固定班別夜班費、績效獎勵、福利及增加聘用護理人員；並研議用於提高護理費，給付納入支付制度；並應在健保支付標準中成立「護理費專章」，呈現護理專業對健保醫療照護的貢獻。

策略六：明訂三班合理護病比(每名護理人員之照護病床數)，以減輕護理人員之工作負荷。

策略七：提升護理人員薪資待遇與福利，改善公立醫院高資低用及約用比例。

策略八：研擬「教考訓用脫節」解決方案，並強化護理人員養成教育和在職教育的品質。

策略九：研擬以考試制度（如公費生及衛生技術職系招考）增加護理人員之入學及進用管道。

策略十：營造並強化專業護理的社會形象。

護理改革後，執業人力增加及離職率有其成效，已見護理人力增加，離職率下降，然而護理執業環境改善非一蹴可幾，未來亦將繼續朝向每年增加護理人力等面向推動，良好政策及方案的推動有賴政府與民間團體通力合作

四、請從全球衛生角度，剖析我國近40年來的衛生政策。(25分)

答：

全球公共衛生革命，其背後之最大一股推力，無非為「全球化」對各類衛生事務所造成的衝擊，各類與全球化相生相成之經濟、社會與科技發展，使得疾病傳播的速度更形迅速。在我國中斷參與世界衛生組織的三十八年間，不論就世衛組織而言，抑或全球衛生事務所處的環境脈絡等方面上，都出現了既深且鉅之變化，我國也

已從過去的國際援助之「接受者」變為一個國際援助之「提供者」，全球正面臨人口快速老化與慢性疾病日益嚴重的威脅，近40年來全球性的健康挑戰，包含：全球化、城市化、工業化、健康不平等、疾病型態的巨大轉變、科技和商業化。回顧健康照護體系的建構歷程，隨著社會經濟發展背景之演進，我國採行之衛生政策皆配合時代需求，而使衛生醫療資源的配置展現出四種階段的樣貌：公共衛生時期、醫療體系發展時期、健康照護體系整合期、健康照護服務與財務整合期。茲分述如下：

- 1.公共衛生時期：傳染病防治是我國早期公共衛生最重要的議題，此外亦在山地及偏遠地區設置衛生室，此時公共衛生主要活動是防疫，如鼠疫、天花、狂犬病，主要死因為急性傳染病，民國 60 年行政院衛生署成立，成為台灣最高衛生機構，負責規劃全國醫政、藥政、保健、防疫、主導台灣地區的衛生政策，政府亦大力提倡婦幼衛生及家庭計畫，推廣預防接種，提昇人口品質。
 - 2.醫療體系發展時期：70 年代生活水平及公共衛生已有提升改善，中大型綜合醫院紛紛建立，發生醫療資源分佈不均，特殊醫療體系成長緩慢，如精神病、慢性病、復健體系不足。照護品質參差不齊及醫療費用快速上漲等現象。但有 60%以上民眾缺乏健康保險，造成社會許多的隱憂和負擔。
 - 3.健康照護體系整合期：國民所得與國民平均壽命也相較於 70 年代初期大幅提升，有鑑於醫療資源分佈不均、照護品質參差不齊及民眾無法就近使用醫療資源等的問題，衛生署「籌建醫療網計畫」列為重要項目之一，建立緊急、精神病及慢性病醫療服務網等；84 年 3 月 1 日開辦全民健保是台灣公共衛生推動一個重要的里程碑。全民健保自 1995 年開辦以來，大幅降低了民眾就醫的經濟障礙，提升了醫療的可近性。
 - 4.健康照護服務與財務整合期：為落實改革，二代健保於 2013 年 1 月 1 日正式上路。二代健保建立了收支連動、維持財務平衡的機制，並且在提升負擔公平的前提下，擴大費基，收取補充保險費；如同世界許多國家，人口老化是台灣面臨的重大挑戰。我國人口老化速度為已開發國家中最快者，隨著人口老化，非傳染病成為重大健康威脅，在台灣，癌症、心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸道疾病等非傳染病約占總死因的八成。
- 我國公共衛生近年來面臨愈來愈嚴峻的挑戰，包括：(1)人口往都市集中，但住宅與生活品質卻未隨之改善；(2)房價高漲、貧富差距擴大，但民眾的可支配所得卻減少且失業率升高；(3)老年人口快速成長，但家庭照護功能卻日益衰減；(4)醫療保健需求快速增加，但政府財政卻日益緊縮；(5)追求經濟快速成長，但食品安全及生態環境之衝突卻日益擴大。在上述問題的影響下，諸如憂鬱、自殺、肥胖、慢性疾病、癌症、藥物濫用、事故傷害、老人獨居、精神疾病、長期照顧及生態環境破壞等各種不利民眾健康問題一一浮現。

全球在面臨下一代公共衛生的各項挑戰時，需要跨部門、跨國的協調合作，妥適運用各種可獲取的有限資源，才可建構一個全球公民皆可獲得衛生照護(universal health coverage)的全球衛生體系(global health system)，實現 WHO 的全民皆健康(health for all)的最終目標。

【版權所有，重製必究！】