

出國報告(出國類別：國際會議)

衛生福利部 102 年度中高階衛生行政人員 工作坊暨台美公共衛生圓桌會議計畫

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：李偉強司長、楊慧芬副司長
王玲紅科長、楊育珊技士

服務機關：衛生福利部食品藥物管理署

姓名職稱：吳秀英副署長、王慧英簡任技正

服務機關：衛生福利部疾病管制署

姓名職稱：簡大任組長

服務機關：衛生福利部中央健康保險署

姓名職稱：林淑華副組長

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：施靜儀簡任技正

服務機關：衛生福利部玉里醫院

姓名職稱：孫效儒院長

服務機關：衛生福利部台北醫院

姓名職稱：施玲娜副院長

服務機關：衛生福利部桃園醫院新屋分院

姓名職稱：陳瑞昌分院長

派赴國家：美國

出國期間：102 年 8 月 20 日至 8 月 29 日

報告日期：102 年 10 月 31 日

摘要

本計畫本(102)年度主題為「增進群體健康-制定以實證為基礎之政策 (Pathways to Improving Population Health: Evidence-Based Practices)」，由衛生福利部暨所屬機關、醫院之中高階主管共 12 人組成代表團，前往美國參加委由杜克大學籌辦之台美公共衛生圓桌會議，與美國各州多位現任、前任衛生部門首長、高階官員、衛生福利領域之專家學者，就當前重要公共衛生議題進行討論與交流，分享彼此實務經驗，建立良好的溝通互動平台及夥伴關係，並拓展我國國際衛生外交關係。

此行除了與美方衛生官員及專家學者舉辦多場論壇及圓桌會議，就公共衛生重要議題及政策制定進行互動交流外，亦實地參訪馬里蘭州衛生部、北卡州衛生福利部、杜克大學癌症研究院等機構，藉由實地參訪了解其衛生福利行政部門之運作，俾利團員未來制定相關政策之參考，以達到人員培訓之最佳效益。

目 錄

壹、 目的.....	4
貳、 行程簡介.....	4
參、 活動內容.....	6
肆、 心得.....	41
伍、 建議.....	43
陸、 附錄	
一、 活動照片.....	45
二、 附件.....	54
附件 1 Risk Management Strategies for the Contamination of Maleic Anhydride Modified Starch in Food	
附件 2 High-Quality Health Care at Affordable Cost: Taiwan's Experiences and Challenges	

壹、目的

為拓展我國衛生行政部門與美國衛生界之交流層面，建立我國與美國衛生行政高層互動之溝通平台，並增加我國中高階衛生行政人員之國際視野與實務交流經驗，由衛生福利部暨所屬機關、部立醫院之中高階主管組成代表團，參加由本部委託美國杜克大學規劃辦理之「102 年度中高階衛生行政人員工作坊暨台美公共衛生圓桌會議計畫」。

本計畫主要目的有二：

- 一、增進台美雙方公共衛生領域之交流與互動，並透過重要公衛議題之實務經驗分享與討論，汲取他國經驗，拓展我國國際衛生外交關係。
- 二、提升我國衛生行政中高階人員國際視野，強化其規劃政策之量能。

貳、行程簡介

一、8 月 20 日

團員於桃園國際機場第二航站集合，一同搭乘中華航空班機 CI0006 赴美，並於美國時間 8 月 21 日清晨抵達華盛頓州杜勒斯國際機場，由 Duke 大學政策與組織管理研究中心主任涂碧桂教授(Dr. Pikuei Tu)及副主任林倩蓉教授(Dr. Cheryl Lin)接機並協助安排住宿。

二、8 月 21 日

上午先由 Duke 大學政策與組織管理研究中心主任涂碧桂教授及副主任林倩蓉教授，進行本次各項行程之詳盡介紹，接著前往美國公共衛生協會(APHA)，與美國公共衛生協會執行長 Dr. Georges Benjamin 及其同仁進行就食品安全及醫療照護等議題進行討論與交流，我方代表團由食品藥物管理署王慧英簡任技正報告我國食品安全管理之現況，下午則進行文化之旅，在國會眾議員 David Price 及 G.K. Butterfield 辦公室同仁帶領下，參觀美國國會山莊 (U.S. Capitol Hill)，國會大廈是美國民主政治的象徵，1800 年以來就是國會會議的召開地，美國總統亦在此宣誓就職。

三、8 月 22 日

上午參訪美國聯邦衛生部之醫療資源與服務署(HRSA)，雙方就醫療照護體系、醫療資源分配、弱勢族群照護等議題進行實務經驗交流，我方代表團由中央健康保險署林淑華副組長報告我國全民健保制度及照護弱勢之計畫，中午參訪少數族裔健康局(OMH)，就增進弱勢族群照護之議題進行討論，下午參訪美國醫療保健協會(AHCA)，雙方就長期照護議題進行實務交流，我方代表團由社會保險司楊慧芬副司長報告我國長照保險之規劃。

四、8月23日

上午至馬里蘭州衛生福利部，以「Evidence-Based Policies & Practices for Stronger Population Health (I)」為主題，與該州衛生福利部部長及多位高階衛生官員進行圓桌會議，美方介紹該州醫療照護體系、照護弱勢族群之方案，以及分享如何設定與執行該州醫療衛生政策之優先順序，我方代表團則由醫事司李偉強司長報告我國醫療照護體系，並由疾病管制署簡大任組長報告我國疫病防疫現況。下午則分三組進行參訪行程，參訪馬里蘭州巴爾地摩衛生局、醫療服務成本審查委員會、精神衛生機構等機構，以瞭解其實際運作狀況。

五、8月24日

上午於杜克大學，由曾出使委內瑞拉之 Patrick Duddy 大使與本團分享其在中南美洲外交工作經驗，與跨國衛生援助之挑戰。Duddy 大使分享他參與國際救援協調的經驗，並說明在援助他國時，應提供該國需要的資源，而且不能以救援者角色而感到偉大，才能達到國際援助的目的。

六、8月25日

上午於杜克大學，由芝加哥州立大學健康科學研究所副院長 Dr. Damon Arnold、北達科他州衛生署署長 Dr. Terry Dwelle 進行專題演講，主題為「Engaging Stakeholders and Communities for Sustainable Health Outcomes」，2位專家與本團分享面對重要公共衛生議題，應充分了解各界利害關係人想法，彼此持續溝通協調，以取得共識。

七、8月26日

今日全日進行台美公共衛生圓桌會議，上午於國際三角研究院(RTI)舉辦會議，主題為「The Power of Prevention to Changing Population Health」，美方由三位公衛官員及專家分享公衛資訊整合、醫療照護體系、初級預防保健對之重要性，我方代表團則由食品藥物管理署吳秀英副署長進行台灣食品安全風險處理之經驗分享，以及國民健康署施靜儀簡任技正報告我國孕產婦及新生兒照護政策，中午於 RTI 進行公開論壇，由醫事司李偉強司長分享台灣醫療照護體系、全民健保與弱勢照護政策。下午前往北卡羅萊納州社區照護機構 (CCNC)，進行「Driving Public Health Transformation in Communities」之圓桌會議，由桃園醫院新屋分院陳瑞昌院長介紹新屋醫院對當地居民的醫療照護及公共衛生之重要性，並由玉里醫院孫效儒院長分享玉里醫院於台灣精神照護之角色，台美雙方藉由分享彼此實務經驗，並對重要公衛議題溝通交流，互動非常熱烈。

晚上杜克大學醫院董事會董事(前北卡州衛生署署長)Dr. Leah Devlin 邀

請台灣代表團人員、以及所有參與圓桌會議之各州衛生部部長及公共衛生專家學者至其府邸進行餐敘。美國國會眾議員 Dr. David Price 亦應涂碧桂教授邀請出席晚宴。

八、8月27日

上午參訪北卡羅萊納州衛生福利部(NC DHHS)，受到北卡州衛生福利部部長 Dr. Aldona Wos 女士與其同仁熱烈歡迎，首先帶本團參觀該州威克縣福利衛生局轄下衛生福利服務部門，接續進行主題為「Evidence-Based Policies & Practices for Stronger Population Health (II)」之圓桌會議，由綜合規劃司王玲紅科長報告衛生福利部組織改造過程及未來展望。

中午北卡州衛生福利部部長 Dr. Aldona Wos 率領衛生福利部之高階主管，邀請台灣代表團人員至州長官邸進行午宴，雙方繼續針對上午討論之衛生福利議題進行非正式溝通與交流，互動十分熱烈，建立友好關係。

下午參訪杜克癌症研究院(Duke Cancer Institute)，與醫學中心執行長 Michael B. Kastan 及其同仁進行論壇，主題為「Linking Health Technologies and Opportunities for Tomorrow's Health」，我方代表團由台北醫院施玲娜副院長分享我國大腸癌防治現況，醫學中心同仁並帶領我們參觀該院之癌症施。結束所有美國參訪行程後，最後由杜克大學 Dr. Pikuei Tu、Dr. Cheryl Lin 與本團成員進行綜合討論、心得分享及成果回顧。

九、8月28~29日

上午前往北卡羅萊納州達姆市(Durham)國際機場，搭乘美國聯合航空班機，經洛杉磯轉機，於台北時間8月29日晚間返抵桃園國際機場，結束本次國際會議行程。

參、活動內容

一、圓桌會議

第一場：

主題：Evidence-Based Policies & Practices for Stronger Population Health (I)

時間：102年8月23日(星期五)上午

地點：馬里蘭州衛生部 Maryland Department of Health & Mental Hygiene
(MD-DHMH)

與談人：

- Joshua Sharfstein, MD, Secretary, Maryland Department of Health and Mental Hygiene 馬里蘭州衛生部部長；前美國食品藥物管理局第一副局長
- Laura Herrera, M.D., MPH, Deputy Secretary, Public Health Hygiene 馬

里蘭州衛生部副部長

- Gayle Jordan-Randolph, M.D., Deputy Secretary, Behavioral Health & Disabilities馬里蘭州衛生部副部長
- Karen Mastuoka, Ph.D., Director, Health Systems and Infrastructure Administration馬里蘭州衛生部醫療體系和基礎設施署署長
- Lisa Ellis, Chief Administrative Officer, Office of the Secretary馬里蘭州衛生部幕僚長
- Michelle Spencer ,M.S., Director, Prevention and Health Promotion Administration馬里蘭州衛生部健康署署長
- Carlessia Hussein, Deputy Director, Minority Health and Health Disparities馬里蘭州衛生部少數族裔健康處處長
- Mary Shepherd, Deputy Director, Mental Hygiene Administration馬里蘭州衛生部精神健康署副署長
- Oxiris Barbot, M.D., Commissioner, Baltimore City Health Department馬里蘭州巴爾地摩市衛生局局長
- Steve Ports, Deputy Director, Maryland Health Services Cost Review Commission馬里蘭州醫療服務成本審查委員會副主委

會議摘要：

(一) 首先馬里蘭州衛生部部長 Dr. Joshua Sharfstein 介紹馬里蘭州人文地理背景，馬里蘭州是美國第一個將健康與心理衛生並列為部名的州，突顯該州對心理衛生的重視。目前馬里蘭州和美國其他各州一樣，除了聯邦主政的 Medicare (為 65 歲以上老人) 、Medicaid(為窮人)等醫療保險以外，並無單一保險給付制度，因此他對於台灣的全民健保非常讚賞，他認為改善現有照護制度、控制醫療費用成長，以及照顧弱勢族群是目前該州重要的醫療衛生課題，他也期望在歐巴馬總統推動全民健保(ObamaCare)完成立法後，成為第一個實施全民健保的州。

(二)接著由該州醫療體系和基礎設施署署長 Dr. Karen Matsuoka 報告

「Advancing Community –Clinical Linkages to Advanced Payment and Delivery Reform in Maryland」，她指出美國醫療費用支出遠高於其他歐洲國家，但平均餘命卻相對較短，主要因為行為型態(例如吸菸、藥物、肥胖、交通事件等)的關係，雖然馬里蘭州不論黑人與白人的平均餘命皆高於全國，但要達到歐洲國家水準，仍須更多的努力。為達到此目的，馬里蘭州於 2012 年 7 月成立醫療體系和基礎設施署 (Health Systems and Infrastructure Administration)，主要有三項任務：增進健康照護可近性、提升居民醫療照護的品質、有效利用資料，持續整合公共衛生與社區醫療，並提升服務品質，達到同時改善居民健康與降低醫療照護成本的目標，推動 State Health Improvement Process(SHIP)計畫。

SHIP 計畫為提供地方所需的資源，建立服務網絡，讓其能夠持續改善居民健康品質與健康照護之可近性及公平性。目前已設置了 18 個改善健康地方聯盟(LHICs)，由醫院與公衛部門共同參與，整合衛生與社會福利服務，並分成六大面向 1.健康嬰兒 2.健康社會環境 3.健康生理環境 4.減少傳染病 5.預防與控制慢性病 6.改善醫療照護可近性，擬訂 39 項州與各地方的績效指標，設定現在值及 2014 年預計達成之目標值，每年分析執行成效並持續檢討改進，以增加平均餘命及解決種族就醫不公問題。

他們也進行健康照護系統轉型，由傳統昂貴高品質之急性醫療照護體系，經由著重個案管理與強化預防保健，轉型為以社區為中心，提供社區複合健康照護系統，將照護由醫院設法社區化，利用社區醫療資源設置複合式社區居家醫療照護模式，以降低醫療支出成本，主要有四個策略：初級健康照護、強化社區衛生、有策略性的使用新資訊以及相關人才培訓，藉由個案管理者與社區公衛護士分享居民健康資訊，結合初級健康照護與社區健康，並藉由釋出省下之醫療成本為誘因，讓醫院與診所的醫師願意釋出病患到社區接受居家治療，達到提升社區醫療照護能力與降低健康照護支出成本之雙贏局面。SHIP 計畫目前持續推動中，並將持續檢討改進，以作為推動馬里蘭州全民健保之先期準備作業。

(三)接續由負責督導心理衛生的衛生部副部長 Dr. Gayle Jordan-Randolph 報告「Department of Health and Mental Hygiene Division of Behavioral Health Services」，介紹馬里蘭州提供民眾之行為衛生服務，包括：居民心理衛生、身心障礙者復健、酒與藥物濫用防治、法律諮詢。

(四)接續由醫事司李偉強司長報告「High Quality Health Care at Affordable Cost: Taiwan's Experiences and Challenges」，與美國衛生官員分享台灣醫療照護及全民健保經驗，相較於美國有將近 20%的民眾沒有保險，台灣自 1995 年開始實施全民健保，而且僅用 17%GDP 的醫療支出，已經解決 ACA 想要解決的多數問題，並且更徹底。臺灣民眾以相對於全世界先進國家較低的保費及部分負擔，可以得到優質之醫療照護，而且可自由選擇至基層醫療診所或醫學中心就醫，這是令美國人羨慕不已的事。

然而台灣現在面臨的問題為因為低報酬及高使用量，醫事人員逐漸因過勞而選擇離開這個職業，醫界面臨「五大皆空」的問題，護士執業人數亦逐漸下降，另一方面，醫療糾紛層出不窮，醫病關係日益緊張，而醫院增加門診服務以平衡住院的支出及虧損，有三分之二的健保支出都是用於門診而非較嚴重的住院，以及每年平均 15 次的看診量也讓醫療資源的分配產生問題，分配到急重症的資源被迫稀釋，這些醫療資源分配問題都是台灣現正面臨的挑戰。

(五)最後由疾病管制署簡大任組長報告「Taiwans efforts in infectious disease Prevention and Control」，簡組長介紹疾管署業務，以及台灣對於傳染病之作為，1948 年到 2000 年間，台灣根除了鼠疫、天花、瘧疾與小兒麻痺，並在 1948 年開始推動各種疫苗施打計畫，尤其是在 1984 年推動的 B 型肝炎疫苗注射計畫，將兒童的 B 型肝炎帶原率由 10% 降到 1% 不到。目前台灣主要死因為癌症與心血管疾病，而非傳染病。

現在台灣傳染病防治重點為 HIV/AIDS 與 TB (這兩者的防治費用就佔疾管署一半的預算)、新興與再浮現傳染病的挑戰(例如 SARS、H7N9、H5N1、H1N1、中東新型冠狀病毒、狂犬病等,這些大多與中國大陸有關)。

為了及早發現傳染病源並進行防治，疾管署建立六大傳染病監測資訊系統，1990 年以來我們面對多次腸病毒、登革熱及 2003 年 SARS、2009 年 H1N1 等群聚與今年的 H7N9 事件。以 2009 年 H1N1 全球大流行事件為例，我們遵循 WHO 的指引與策略，分圍堵、減災、疫苗注射 3 階段執行防疫工作，很幸運的到疫情結束，台灣只有少數個案死亡。

由於台灣鄰近中國大陸且來往密切，自 SARS 事件之後，我們重新在國際空海港建立常規檢疫制度(目前也只有東亞地區國家如此執行，歐美國家已經非常少見到了)，目前的檢疫標準為有疫區旅遊史的旅客體溫超過攝氏 38 度，或通報嘔吐、腹瀉、黃疸、皮膚紅疹、動物叮咬、曾被診斷疑似傳染病的旅客，都是檢疫的對象。疑似傳染病患須填寫傳染病防治調查表，列入傳染病症狀通報系統，如此可有效掌握疫病資訊，及早採取有效防制措施，避免發生疫病群聚擴散情形。另在 2003 年 SARS 後，台灣爭取到可以和 WHO 日內瓦總部直接交換訊息的 IHR National Focal Point 作為台灣緊急公衛事件的通報窗口，目前所有的公共衛生緊急事件的資訊都是經由這個窗口與 WHO 及世界各國聯繫。

「境外圍堵」與「邊境管制」是防止重大傳染病輸入台灣的兩大基本方法，我們所有的防檢疫準備工作都是為了孫子兵法“毋恃敵之不來，恃吾有以待之”這一句話，台灣為地球村公民，我們承諾不輸出疫病與感染源，並加強我們的指定港口核心能力，這也是我們加入 IHR 體系時所做的承諾。

第二場：

主題：The Power of Prevention to Changing Population Health

時間：102 年 8 月 26 日(星期一)上午

地點：國際三角研究院 Research Triangle Institute(RTI International)

與談人：

- Damon Arnold, MD, MPH, Founding Director, Public Health Graduate Program, Chicago State University; former Director, Illinois Department of Public Health 芝加哥州立大學健康科學研究院副院長及公共衛生研究所所長, 前伊利諾州衛生署署長
- Dr. Georges Benjamin, Executive Director, American Public Health Association(APHA)美國公共衛生協會執行長
- Dr. Kaye Bender, President and CEO , Public Health Accreditation Board 全國公共衛生認證委員會執行長
- Dr. Steve Cline , Vice President for Strategic Partnerships at Community Care of North Carolina; former Assistant Secretary for Health Information Technology at NC Department of Health and Human Services北卡社群照護副總裁,前北卡州衛生福利部助理部長
- Susan Cooper, Chief Integration Officer & Senior Vice President of Ambulatory Care Centers, Regional Medical Center at Memphis ; former Tennessee Health Commissioner & Assistant Dean for Practice at the Vanderbilt University School of Nursing 孟菲斯醫學中心資深副總裁及首席協調整合長,前田納西州衛生部部長,前范德比爾大學護理學院副院長
- Dr. Leah Devlin, Distinguished Visiting Professor, Gillings School of Global Public Health , University of North Carolina-Chapel Hill北卡大學全球公共衛生學院講座教授,杜克大學醫院董事會董事,(前北卡州衛生署署長,前全美國五十州衛生首長協會主席)
- Dr. Terry Dwelle, State Health Officer& Director , North Dakota Department of Health北達科他州衛生部部長
- Dr. Edward Ehlinger, Commissioner , Minnesota Department of Health明尼蘇達州衛生部部長
- Dr. Brenda Fitzgerald, Commissioner , Georgia Department of Public Health and State Health Officer喬治亞州公共衛生部部長
- Dr. Laura Gerald, State Health Director & Director , Division of Public Health North Carolina Department of Health and Human Services北卡州公共衛生署署長
- Dr. David Gifford, Senior Vice President of Quality and Regulatory Affairs , The American Health Care Association (AHCA) and National Center for Assisted Living; former Director, Rhode Island State Department of Health美國醫療保健協會及全國長期照護總部資深副總裁,前羅德島衛生署署長
- Dr. Cheryl Lin, Associate Director, Policy and Organizational

Management Program, Duke University 杜克大學政策和組織管理研究中心副主任

- Dr. Jewel Mullen, Commissioner, Connecticut Department of Public Health 康乃狄克州公共衛生部部長
- Dr. Patrick O'Carroll, RADM , Assistant Surgeon General & Regional Health Administrator, Region X, the United States Department of Health and Human Services (US DHHS) 美國聯邦衛生福利部副醫療總長及美國第十區域跨州衛生總指揮
- Dr. Karen Remley, Founding Director, Foscue Brock Institute for Community and Global Health , Eastern Virginia Medical School; former Health Commissioner, Virginia Department of Health 東維吉尼亞醫學院社區與全球健康研究院創始院長, 前維吉尼亞州衛生部部長
- Mary Selecky, former Secretary, Washington State Department of Health; past President , Association of the State and Territorial Health Officials 前華盛頓州衛生部部長, 前全美國五十州衛生首長協會主席
- Dr. Pam Silberman, President and CEO, North Carolina Institute of Medicine 北卡醫學研究院總裁及執行長
- Dr. Pikuei Tu, Director, Policy and Organizational Management Program, Duke University 杜克大學政策和組織管理研究中心主任

Participants form RTI International

- Dr. Wayne Holden, President and CEO, RTI International 國際三角研究院總裁及執行長
- Tim Gabel, Executive Vice President, SSES 國際三角研究院執行副總裁
- Dr. Doris Rouse, Vice President for Global Health 國際三角研究院全球醫療衛生副總裁
- Dr. Amy Roussel, Vice President of Public Health and Environment Research 國際三角研究院公衛與環境研究副總裁
- Cathy Fort, Senior Director, Center for International Health 國際三角研究院國際醫療衛生中心資深主任

會議摘要：

- (一) 首先由食品藥物管理署吳秀英副署長(同為本團團長)報告「Risk Management Strategies for the Contamination of Maleic Anhydride Modified Starch in Food」, 以順丁烯二酸酐化製澱粉事件為例, 對台灣食品安全風險處理進行報告。此報告雖只有短短 10 分鐘, 但其目的並不是想要詳細介紹整個事件始末, 而是以風險管理的五個策略為架構, 說明台灣如何處理此事件, 以及如何進行大眾溝通及媒體說明, 美方官員對此報告印象深刻, 引起熱烈的討論, 以下簡述報告。

吳副署長以風險管理之五大策略(identify hazard, asses risk, decide control measures, implement control measures, monitor and review)介紹台灣在處理順丁烯二酸酐化製澱粉事件時，是如何扣合此五大策略。首先為 identify hazard：說明廠商使用順丁烯二酸酐之目的、美國 FDA 及歐盟 EFSA 是被允許當成包材之材料，所以是間接之食品添加物，但在台灣並未核准。並以產品圖片介紹台灣受污染產品種類。asses risk：介紹順丁烯二酸(酐)之低急毒性、無基因毒性、無生殖毒性、無發育毒性及致癌性，而腎功能方面之影響，則在動物實驗有短暫性之腎功能不全現象，但很快就會恢復且就是給予重複劑量也不會造成永久性之腎功能損傷。介紹 TDI (tolerable daily intake)為 0.5 mg/kg，以珍珠奶茶之珍珠為例，其若含 400 mg/kg 之順丁烯二酸，每天要吃 75 克之珍珠且長期食用才會超過其 TDI。decide control measures：在決定防制策略之前應先思考該事件之影響為何？什麼產品會使用順丁烯二酸酐化製澱粉，使用之範圍有多廣，盛行率為多少？順丁烯二酸酐來源為何？受污染產品輸出到那些國家？防制策略主要是找源頭及清空市場上所有被污染產品。implement control measures：包括在市場上之抽樣、追蹤源頭及產品回收下架，但是由於媒體持續報導，所以台灣推出「0527 專案」，並且選出五個指標，來說服民眾事情已經接近尾聲請民眾放心，並修正通過食品衛生管理法，研擬 10 大防制策略。monitor and review：事件結束後，仍持續進行後市場之監測。

美方官員對此報告很感興趣，引發熱烈的討論，我們也請教國外專家學者，台灣媒體對於 TFDA 於事件發生三個月後，才對外說明，認為有隱匿案件之嫌，美國對此事件之看法為何？雖然國外專家學者表示應該儘早告知民眾，但是當我們說明在初期連這個污染物是否為順丁烯二酸及檢驗方法都尚無法確認情況，而且重點是在找到源頭等理由後，他們也認為這三個月之時間差是可以接受的。另外，有關立委要求 TFDA 研議食品安全基金之需要性，國外專家也表示，如果只是要對無法確認因果關係之情況下給予消費者補償之需要性，就沒有這麼高。

- (二)接續由康乃狄克州公共衛生部部長 Dr. Jewel Mullen 分享該州如何致力於所有利害關係人的健康促進及預防工作。例如該州運用人口衛生統計資料，監測該州的 Maternal, Birth, and Infant Outcomes、Low Birth Weight and Preterm Birth，以規劃進行全州孕產婦嬰幼兒需要評估之衛生教育與家訪程序、以及透過家訪服務識別孕婦，兒童和家庭的需求及其優先順序，並透過數據系統性鑑別核心議題，以滿足民眾健康需求。
- (三)喬治亞州公共衛生部部長 Dr. Brenda Fitzgerald 分享該州致力於健康促進行為。由於該州的健康挑戰包括：不良飲食習慣、缺乏活動、有 40

%兒童有體重過重之情形、只有 16%通過 SHAPE 基本體能…等。故該州分享其透過公立小學、初中和高中學校推展 SHAPE 活動，提倡青少年健康生活方式的重要性，以及提供一項促進營養飲食及身體活動，並可解決案肥胖的方案。例如，在 SHAPE 計畫其中的 FITNESS GRAM，包括提供有氧運動能力，肌肉力量，肌肉耐力，柔韌性和使用客觀標準評估身體成分之 SHAPE 計畫的經驗。

(四)全國公共衛生認證委員會執行長 Dr. Kaye Bender 分享如何運用認證機制，提升公共衛生服務措施及預防計畫層面的績效。其介紹認證之目的，是要以具標準的項目及指標來衡量衛生部門績效，以及對於那些符合標準的衛生部門給予獎勵或表彰。認證文件也是作為公共衛生部門可以保證的公共衛生三大核心功能和十大基本公共衛生服務的能力，另 Dr. Kaye Bender 也簡介了公共衛生認證的七個步驟，從預申請、應用、提交文件、實地審查、評審決策、報告及重新認證等。另也介紹 PHAB Standards 12 個 Domains，包括從 ASSESS、INVESTIGATE、INFORM & EDUCATE、COMMUNITY ENGAGEMENT、POLICIES & PLANS、PUBLIC HEALTH LAWS、ACCESS TO CARE、WORKFORCE、QUALITY IMPROVEMENT、EVIDENCE-BASED PRACTICES、ADMINISTRATION & MANAGEMENT，及 GOVERNANCE 等，內容非常實用。

(五)最後國民健康署婦幼組施靜儀簡任技正報告「Maternal and Child Health Promotion in Taiwan」。首先介紹台灣孕產婦、新生兒及嬰兒死亡率趨勢，與 OECD 國家之比較，以及現行台灣在婦幼健康促進服務措施，從孕前、懷孕及產後提供孕產婦於不同期間所需之產前檢查、健康照護及諮詢。在兒童健康促進服務部分，從出生、學齡前及學齡期提供全面性的照護及服務補助措施。

當前台灣婦幼衛生面臨的挑戰是雖然嬰兒或孕產婦死亡率均較美國低，但相較於 WHO 千禧年發展目標，我國嬰兒死亡率自 1990 年起的下降速度，尚不足以達到 WHO 千禧年發展目標，仍高於 WHO 的 195 個會員國 20 個國家，與 OECD 國家比較仍有努力空間。此外，檢視我國嬰兒最重要死因(2008-2011 年)為(1)與早產相關之死亡約 1‰;(2)先天性畸形約 1‰、(3)事故傷害、周產期感染、嬰兒猝死症候群，合計約 0.6‰，均仍具挑戰。

因此，台灣目前正規劃健康新世代計畫，希望從對新婚夫婦，孕產婦及配偶，6 歲以下兒童，提供全人全程全家之健康促進。另也將規劃透過懷孕登記找出高危險的孕婦、兒童，進而從健康懷孕、安心生產到平安成長，降低孕產婦、嬰兒死亡率，提昇孕產婦與兒童健康。

與會的美方衛生官員在對於降低孕產婦及嬰兒死亡率部分，也針對該州如何發現低出生體重、早孕 (Teen pregnancy)、高危險妊娠等議題

部分，進行熱烈的討論，達到實務經驗分享及交流之目的。

(六)最後美國三角研究院 Dr. Amy Roussel 分享該機構的業務 Community Transformation Grant(CTG)以及在全球衛生援助計畫的實務經驗及成果。RTI 成立於 1958 年，是由北卡羅萊納州政府、地區大學及產業界等產官學界所共同合作籌劃設立之非營利研究機構，其主要的設立宗旨在藉由知識轉譯，改善人類生活品質。其內部組織可分為 5 個主要研究單位。另該部門分享其如何透過公私部門的夥伴關係以找出改善全球健康的對策及目前進行的全球計畫，如 USAID 被漠視的熱帶疾病研究計畫、CDC 全球衛生計畫、CDC 全球愛滋病研究計畫，分享 RTI 團隊致力於研究到行動的連結與相關研究到應用成果。

第三場：

主題：Driving Public Health Transformation in Communities

時間：102 年 8 月 26 日(星期一)下午

地點：北卡社群照護 Community Care of North Carolina(CCNC)

與談人：

- 與第二場同樣之18位美國衛生官員及專家
- Dr. Allen Dobson, President, Community Care of North Carolina北卡社群照護總裁
- Tork Wade, Executive Director, Community Care of North Carolina北卡社群照護執行長
- Dr. Steve Cline, Vice President for Strategic Partnership at Community Care of North Carolina; former Assistant Secretary for Health Information Technology at NC DHHS北卡社群照護副總裁,前北卡州衛生福利部助理部長

會議摘要：

(一)下午會議主題為「促進社區健康營造」，由東維吉尼亞醫學院社區與全球健康研究院創院院長，前維吉尼亞州衛生部長 Karen Remley 醫師主持。

(二)首先由新屋分院陳瑞昌院長報告「社區醫院如何執行醫療照顧及它在公共衛生上的角色-以新屋分院為例」，新屋分院位於桃園縣西南邊靠海的小鎮，與最近的區域醫院、醫學中心約需 1-2 小時的車程，但它靠近台灣桃園國際機場，這獨特的地理位置，使它擔負重要防疫責任，由疫區回國的居民中有類流感症狀，一旦檢驗陽性，將被送到分院接受隔離治療，在全國急診照護網中，新屋分院負責新屋地區的急診業務屬於初級急診照護，是這個地區唯一擁有這醫療處置能力的地區醫院。

新屋分院的特點為(1)完整的門診服務(2)24 小時急診在偏遠地區也是

唯一可提供者(3)在地醫療：提供新屋地區居民的醫療需求(4)感控專責醫院，陳院長詳細的介紹醫院提供之醫療服務與設備，他也提到 5 年前在補充人員設備後，重開開刀房可減少病人轉診比例，一月約 1500 名急診病人約 4%才須轉院。

而 24 小時急診服務使病人不須因簡單的內科、外科疾病，而長途奔波轉院延誤病情。另因新屋地區大於 65 歲人口占 14%，高於全國平均值，醫院也針對大於 65 歲的老人提供特殊服務，如老人特別門診、免費醫療專車等醫療照護服務。而新屋分院也是感控專責醫院，有確診流感病人及多重抗藥結核之病人，將送至分院進行隔離治療。

(三)接著由玉里醫院孫效儒院長報告「台灣精神專科醫院在品質提昇及社區健康促進的努力及成果」。報告分為三部份，首先孫院長對台灣精神醫療發展及心理衛生政策的演變作簡要的回顧。台灣精神醫療的發展起於二十世紀初，晚於美國精神醫療的發展。初期只有少數私人及部份公立精神醫院提供住院服務，至 1950 年代，許多大型公立醫院設立，主要是以療養之方式收容嚴重精神病患為主。到了 1960 年至 1980 年間，大多數綜合醫院亦開始提供精神醫療各項服務。近二十年來有幾項重要心理衛生政策的推展，對台灣精神醫療有重大的影響：如 1985 年起開始精神科醫院評鑑並且要求所有醫院一定要通過每三或四年一次的評鑑，此制度大幅提升病人照顧品質；1986 年起每五年一期的精神醫療網計畫對精神醫療資源有十足的影響，它增加精神醫療的經費、改建並更新公立精神科醫院設備、補助並鼓勵公立醫院建立社區精神復健機構。1995 年開始的全民健康保險對精神醫療之發展有決定性的影響，急性全日住院病床增加了約 4 倍，社區精神復健機構更有大幅度的進步。

第二部份孫院長以玉里醫院為例，說明台灣的精神科醫院何以在平均專業人員數遠低於西方已開發國家的平均水準情況下，仍然能夠提供有品質的服務。玉里醫院在以人為本的核心價值及落實政府精神醫療及長期照顧政策下，提供優質的全人全程服務。透過平衡計分卡策略績效管理、三段五級公共衛生預防醫學之健康促進、以及病人安全年度工作及品質促進之指標管理，玉里醫院整體的醫療品質有系統性改善，也因此獲得醫策會 2010 年醫療品質獎的肯定。

第三部份說明台灣公立精神科醫院在社區健康促進之努力。台灣多數公立精神科醫院已經是世界衛生組織健康促進醫院網絡會員，且積極投入周遭社區的各項公共衛生及健康促進活動，與許多政府或非政府組織建立合作的關係。除了提供專業的心理衛生服務外，也參與社區感染控制、疫苗注射、免費健康檢查、帶領社區老人健康促進活動、居家老人藥物諮詢、居家護理服務等。

美方代表對台灣精神科醫院以較少的人力，卻能提供品質的服務及積

極參與社區健康營造的努力，表示他們的肯定，並針對台灣健保制度對物質及酒精濫用不予給付之原因及影響進行討論。

(四)接下來北卡州政府公共衛生署長 **Dr. Laura Gerald** 醫師以她個人成長的社區及目前居住的社區為例，說明一個健康且重視整體社區營造的環境對居民健康的影響。她描述她成長的社區有著各樣不佳的公共環境，居民有高比率的吸煙率；沒有健康飲食的概念，肥胖比率很高；街道十分髒亂；治安也不佳。而她目前居住的社區有較佳的生活環境。此種環境的差異反應在居民整體健康的表現，環境較差的社區其居民平均餘命較短，嬰兒及懷孕婦女死亡率則多一倍。

署長利用此鮮活的對比說明北卡州政府在其一百個地區縣市中投入相當多經費來做社區整體營造，期盼能夠結合社區自身的力量，來改造生活環境，進而促進居民整體的健康。

署長強調社區照顧之重要性，只有以社區為根本的照顧才是最好的系統，1998年他們結合衛生部及全州100郡，連結14個獨立的網路，建立的公私部門夥伴關係，將醫師、護士、藥師、醫院、衛生所、社福人員以及其他社區組織形成一個網路，使每一個病人及他的家庭醫師所領導的醫療團隊緊密結合以符合病人的醫療需求，根據健康照顧分析專家的評估，在2007年至2009年節省了1.5億美元，因此北卡州以病人為中心的醫療照顧正逐漸建立中。

(五)第四位報告者為前華盛頓州衛生部長 **Mary Selecky**，報告主題為「轉變中的華盛頓社區-建立健康的社區」，華盛頓州衛生部由聯邦CDC2011年 *affordable Care Act* 經費中得到320萬美元，執行社區轉變計畫，在社區的居民因為收入、教育及種族等因素，導致他們在選擇健康生活的資源，並沒有相等的機會，因此創造有益的健康社區環境，免於抽菸的生活、預防健康照顧服務、健康的飲食，對當地居民之健康是很重要的。

(六)第五位報告者明尼蘇達州衛生部部長 **Dr. Edward Ehlinger**，以「改變健康議題的對話」為題，說明該州如何去建構一個所謂的“健康社區”。他首先陳述一個法案可能對健康指標有重大的影響：1920年8月26日美國通過憲法第十九號修正案，不得以性別為理由拒絕或限制婦女的投票權利。此法案雖然彷彿與健康議題無關，但是從懷孕婦女死亡率之統計來看，全美各地之懷孕婦女死亡率在往後的20年間大幅減少90%以上。原因在於相關懷孕婦女健康狀態保護與協助的法案，在1921至1929年間逐漸通過，內容包括在州衛生署下設婦女兒童健康照護的專責單位、出生登記制度、增加在地公共衛生護士等等。他指出為了建構一個健康的社會，第一必須結合全民的力量與關注；第二社區力量的結合，可以改善健康狀態；第三要改變健康議題論述的範圍，因為健康不單單決定於臨床醫療，而必須考慮身體及社會的

影響因素。一個健康且有高品質的社會(社區)決定在有足夠休閒活動及開放空間、健康的食物、醫療服務的便利性、便利的大眾運輸工具、有品質卻不昂貴的房子、足夠的工作機會、友善支持的鄰里關係、安全且治安良好、適合小孩成長、清潔的飲水及空氣等等。為了達到建構理想健康社區的願景，明尼蘇達州提出「健康明尼蘇達 2020」計畫，建立合作網絡、健康促進架構、社區健康評估，期盼結合醫療、公共衛生、社會福利、心理健康促進、長期照護以及社區各類組織、社團等意見領袖，整合全州各式政策、系統、環境，共同打造一個健康的社會。

(七)最後由 CCNC (Community Care of North Carolina)北卡社群照護總裁及執行長說明北卡社群照護之理念、運作方式及效益。

第四場：

主題：Evidence-Based Policies and Practices for Stronger Population Health
(II)

時間：101 年 8 月 27 日(星期二)上午

地點：北卡州衛生福利部 North Carolina Department of Health and Human Services (NC DHHS)

與會者：

■ Dr. Aldona Zofia Wos, Secretary, NC DHHS 北卡州衛生福利部部長

■ Sherry Bradsher, Deputy Secretary of Human Services 北卡州衛生福利部副部長

■ Dr. Robin Cummings, Acting State Health Director, Director, Division of Rural Health 北卡州衛生福利部偏遠衛生處處長

■ Danny Staley, Acting Director, Division of Public Health 北卡州衛生福利部公共衛生署署長

■ Dr. Kevin Ryan, Section Chief, Women's and Children's Health, Division of Public Health 北卡州衛生福利部公共衛生署婦幼組組長

■ Dr. Megan Davies, State Epidemiologist, Division of Public Health 北卡州衛生福利部公共衛生署首席流病官

■ Wayne Black, Director, Division of Social Services 北卡州衛生福利部社會福利署署長

■ Kevin Kelley, Section Chief, Child Welfare Services, Division of Social Services 北卡州衛生福利部社會福利署兒童福利組組長

■ Dave Richards, Director, Division of Mental Health, Developmental Disability and Substance Abuse Services 北卡州衛生福利部身心健康署署長

■ Mark Payne, JD, Chief of Compliance Officer 北卡州衛生福利部首席法

規檢定官

■ Matt Mckillip, Senior Policy Advisor 北卡州衛生福利部資深政策顧問

■ Jason Simmons, JD, Senior Policy Advisor 北卡州衛生福利部資深政策顧問

■ Ramon Rojano, MPH, MFT, Director, Wake County Department of Human Services 北卡州威克縣福利衛生局局長

會議摘要：

(一) 首先由北卡州衛生福利部部長 Dr. Aldona Zofia Wos 率領北卡州威克縣福利衛生局局長 Ramon Rojano 及其同仁帶領我們實地參訪北卡州威克縣福利衛生局(Wake County Department of Human Services)，其部門主要包括社會福利服務部門、醫療門診服務部門及公共衛生服務部門，社會福利服務部門提供社會工作及經濟服務、食物及營養之諮詢及服務、保護性服務、志工訓練服務、對弱勢者或經濟困難者之醫療及相關緊急救助；醫療門診服務部門提供嬰幼兒、孩童、孕婦等的門診服務、藥局服務、牙科門診服務、愛滋及肺結核等服務，為確保家庭的衛生發展，也特別針對女性、嬰兒、孩童、以青少年，加強從懷孕前到整個孩童時期之衛生服務。

(二) 會議開始先由綜合規劃司王玲紅科長報告「Reorganization of the Ministry of Health and Welfare」，與美方分享台灣衛生福利部組改業務過程之規劃及架構，以及未來的願景與使命。

首先介紹台灣衛生福利部組改規劃歷程，台灣很早就設有衛生司與社會部，負責推動醫療衛生與社會救助，中央政府組織歷經數次改組，由內政部社會司與衛生署各自推展我國衛生與社會福利業務，1971年行政院衛生署掛牌成立。

台灣為因應近年來高齡人口增加、總生育率下降、新移民增加等改變，加上醫療衛生與社會福利的結合是目前 OECD 先進國家之潮流趨勢，故衛生福利部將衛生署原管轄之醫療保健領域擴大與社會福利結合，以更前瞻、宏觀地規劃，完整照護全體國人從出生到死亡的每一個階段。

2011 年衛生署、內政部以及教育部成立衛生福利部籌備小組，積極規劃衛生福利部運作，2012 年 7 月 23 日衛生福利部掛牌成立。這是自 1971 年衛生署成立以來，最大幅度變革，整合衛生醫藥與社會福利業務，全方位照顧國人生理、心理及社會各層面，符合 WHO 全方位覆蓋(Universal Coverage)的世界潮流，期望透過衛生醫療與社會福利合而為一，達到全人健康與福祉的新境。

衛生福利部整合了過去的內政部衛生署與教育部等相關單位，結合了衛生醫療網與社會福利網，設有 8 司 6 處 5 署 1 研究所，主要之突破與變革，包括新成立的「社會及家庭署」；設置「社會保險司」；此外，

「社會救助及社工司」、「保護服務司」也都是過去衛生署所沒有的業務；同時仍持續推動醫療衛生業務，繼續為國人的健康與福利把關。目前組織之架構，完整統籌疾病防治、食品藥物管理、全民健康保險、國民健康促進、社會及家庭福利及支持事項等政策規劃與執行之業務；另設置社會福利機構及醫療機構，提供健全的服務網絡。

台灣雖然在中央已將衛生及福利整合為一，然在地方機關仍分屬衛生局及社會局兩個不同機關之權責，故現階段在中央與地方之合作部分，地方衛政及社政仍維持現行體系運作，惟未來可先就推動方案及業務做整合。

在未來，期望能建構健全的衛生福利網，使全國之衛生醫療資源與社會福利能確實整合，藉由組織精實的整併，將現行醫療、保險、福利三大重點工作融合互補，並針對各種身分、族群提供整合式健康福利服務，弭平社會、經濟等因素造成的健康不平等。並使地方與中央協調及合作，完整規劃及落實對弱勢族群之關懷與協助，共創健康幸福的社會，體現社會正義之真諦，使全體國民能活得更健康、活得更長久、活得更幸福。

- (三) 接續北卡州衛生福利部部長 Dr. Aldona Zofia Wos 與我們分享北卡州威克縣福利與衛生整合的經驗，首先從政策制定方面，在美國政府需遵循相關聯邦法；但每州州政府亦有議會制定各州細則，可以有不同的組織型態，有些州衛生與福利是分開的，但如北卡州則是衛生與福利整合成衛生福利部，又其中威克縣福利衛生局，則屬衛生與福利之整合。威克縣福利衛生局組織架構，分為八處，員工達 1,585 人，年度預算達約 2 億美金，每日服務超過 4000 人，另有每日有 3000 人使用 phone call center。部長與大家分享整合的好處，包括透過緊密合作，提高效率，減少浪費；而且以一條鏈式監管，如只有一個財務部門；簡化組織結構，避免工作跨到不同組織；提供民眾更佳之可近性服務，同時提供員工跨領域之學習經驗。當然也面臨些挑戰，包括，雖然目前是福利與衛生整合，未來可能會面臨回到分開的部門；很多政策還是會沿用過去的提案或計畫；由於業務及屬性差異大，監管全局業務及專業技術交流較困難；需要有更適合的管理人才訓練；同時要強化社區宣導教育，讓民眾更認識這樣的整合體系。

二、專題演講

第一場

主題：Conversation with US Ambassador

時間：101 年 8 月 24 日(星期六)上午

地點：北卡州杜克大學

報告者：Ambassador Patrick Duddy, Duke faculty of International Studies;

Former US Ambassador to Venezuela & Minister Counselor, U.S.
State Department 前美國駐委內瑞拉大使,前國務院副助理部長,
美國國務院駐杜克大學外交官

演講摘要：

Patrick Duddy 是美國非常資深的拉丁美洲專家，對於經貿、能源、國際事務和危機處理等事項，都有非常豐富的經驗，他曾擔任美國駐委內瑞拉玻利瓦爾共和國大使，處理最複雜的政治，經濟和公共外交事務，不僅提供美國政府對委內瑞拉策略之建言，維持雙方重要能源夥伴關係外，並領導了美國跨十個部門近四百人，作為兩國溝通聯繫之橋梁，強化兩國人民情誼。

在任委內瑞拉大使前，Duddy 曾是第一位負責西半球國際事務的副助理國務卿(DAS)，針對經濟政策協調等外交事務以及能源投資組合，提供政府很多的建議，他曾居中協調聯合國及其他國際組織，對於美國支援海地恢復民主扮演一個非常重要的角色，也對美國與巴西的國際關係有非常多的貢獻，他並任教於華盛頓國際戰事學院，在外交領事館發表演講，發表多本著作，對美國國際外交事務上扮演非常重要的角色。

Duddy 說明美國大使館是代表美國政府在外國運作之單位，甚至可視為美國政府的縮影。外交情勢瞬息萬變，須即時應變，危機來臨時，不能各自為政，需以大使館作為統籌指揮中心，收集訊息加以分析後，即聯繫分派各單位處理，運籌帷幄，始能發揮最大效益。因此，大使館平時即應做好事前準備，例如建立各方聯絡管道，包括國內各單位、其他國家大使館及駐在國相關單位等。對駐在國進行援助計畫時，可結合 2 至 3 項重點，以引起國際關注，為達到成效，應事先瞭解其他國家或國際組織相關援助計畫內容，不要重複援助浪費資源，也可共同合作，藉此建立援助國家間之關係。同時應瞭解配合當地方土民情，以確認所提援助對需要者確有助益。有時涉及政治敏感，駐在國因不願受制於人，而不願接受援助，然而大使館仍應以國家利益為考量，盡力來促成。對於台灣對外援助方式，建議可由雙方認同且可永續經營的公共衛生服務作銜接。

第二場：

主題：Engaging Stakeholders and Communities for Sustainable Health

Outcomes

時間：102 年 8 月 25 日(星期日)上午

地點：杜克大學

報告者：

- Damon Arnold, MD, MPH, Founding Director, Public Health Graduate Program, Chicago State University; former Director, Illinois Department

of Public Health 芝加哥州立大學健康科學研究院副院長及公共衛生研究所所長，前伊利諾州衛生部部長

- Terry Dwelle, MD, MPH, State Health Officer and Director, North Dakota Department of Health 北達科他州衛生部部長

演講摘要：

(一) 首先由北達科他州衛生部部長 Dr. Terry 演講「Public Health, Oil and Coalitions in North Dakota」，與我們分享環境對公共衛生造成的影響，北達科他州產油超過 50 年，在 5000 英尺的地下油頁岩層蘊藏豐富石油，必須用深井高科技水壓注射列解岩層的方式抽取石油，但是如果抽取方法不當，會造成嚴重的空氣與地下水污染。為了因應此一狀況，北達科他州訂定了嚴格的空氣品質標準，也面臨了開採石油對環保的挑戰(空氣、水、廢棄物)。

健康的定義有 5 個面向：社會、精神、情緒、經濟、生理。在石油工業發展後，以前在這邊工作的石油工人，多屬年輕、單身、短期打工居無定所的族群，因為工作在這邊成家、定居，變成固定的族群，使他們更重視環境保護的議題。他們分析在職場受傷者以 18 歲以下年輕人居多，受傷原因則以跌倒和滑倒居多。而意外事件致死率最高的是交通事故，原因則為冬天下雪、積雪、或是強風造成的影響。針對開發石油可能的污染，以前 70 年代土耳其曾發生間皮瘤癌症是否與開採油頁岩石油的廢棄物 - 沸石有關?曾被提出來討論，雖然目前在西北達科他州間皮瘤癌症登錄個案並未增加，但公共衛生人員持續關注環境等風險因子對公共衛生造成的影響，他們由該州石油工業業者、健康照護者、州與地方公衛當局、民選與非正式社區領導者、心理衛生專家、社工、受到信任的組織、學校、議員組成監督聯盟，閱讀流病研究報告、規範與防範風險因子，持續監督環境是否會造成公共衛生的危害。

他們最近也推動了一些合作計畫，成立內科免疫診所，提供短期與長期基本健康照護、急診醫療服務，加強居民心理衛生服務，加強工作場所職業安全以及沸石減災。利益關係人每月開會一次，以發展真正的合作與參與關係，讓各利益關係人共同分享目標、貢獻自我能力、以及承諾持續對話。

他表示聯盟成立的目的是在於人民與不同組織聯合起來，在特定問題上發揮有影響力的結果。而好的聯盟應該是參與的團體彼此協助、互信、持續協商，造成實質的改變，讓所有人共享利益。決定聯盟有效與否的 6 項因子為形成規則與步驟的方式、領導方式、成員參與度、成員多樣性、合作、團體內聚力。

Dr. Terry 提出了很新穎的觀念，在事情有風險而不是已經造成危害時，就應讓各利害關係人討論共同的利益，公衛運動不一定是對立

與抗爭，可以集合立場不同利害關係人一起討論，解決風險管理的問題。

(二) 接下來由前伊利諾衛生部部長 Dr. Damon 演講「The Theory of Social Disruption」，他提出社會列解理論，主要是指每個人面對健康危險因子時做出的行為選擇，會影響自己的身體健康甚至壽命長短。雖然基因與外在環境無法改變，每個人從出生到死亡如果遇到危險因子出現，如果能夠採取預防、減災、緩和的行為改變(例如停止吸煙)，都會確實影響個體不同的健康情形與不同的壽命，所以並非同一族群在遇到風險時都只能由基因決定相同的命運。

美國疾管署列出七種由減少接觸危險因子就能避免之疾病，如：食品安全、健康照護(伴隨感染)、HIV/AIDS(安全性行為)、交通事件受傷、肥胖、青少年懷孕、戒菸，例如抽菸造成罹患癌症、飲食過量造成肥胖、有毒物質造成腎臟疾病、肝炎等。

另外環境之危險因子對健康造成的影響，可由下列方式進行預防：職業因素影響、管理因素控制、個人防護裝備選擇、建立圍堵系統、暴露因子測量以及三段五級預防。

另外 Dr. Damon 指出由科學方法研究分析到介入策略，例如抽菸少女懷孕，如果不可能墮胎，可以讓她先戒菸，以確保嬰兒健康，嬰兒生下來送人領養，再給予少女心理衛生教育與正確之性教育，不要讓她再懷孕。

而社區之健康優先議題為：菸酒、藥物濫用、心理衛生、肥胖、口腔衛生、病患安全與品質、意外受傷、暴力等，政府衛生部門擬定健康改善計畫之優先議題：改善健康服務可近性、強化健康資訊應用、找出可利用與無法利用健康照護的社會決定因子、改善與支持公衛系統(例如建立安全之運動設施、進行職安訓練及防護)、確保足夠的醫護人力資源，並持續進行民眾教育宣導，以及與不同組織之合作。

三、論壇

第一場：

主題：Advocacy and Its Impact on Enhancing Quality of Life and Care

時間：102 年 8 月 21 日(星期三)上午

地點：美國公共衛生協會 American Public Health Association(APHA)

與會者：

- Dr. Georges Benjamin, Executive Director, APHA美國公共衛生協會執行長
- Dr. Susan Polan, Associate Executive Director, Public Affairs and Advocacy美國公共衛生協會副執行長
- Dr. Regina Davis, Associate Executive Director, Health Policy and

Practice美國公共衛生協會副執行長

- Donald Hoppert, Director of Government Relations美國公衛協會政府關係處處長
- Annette Ferebee, Center for Professional Development, Public Health Systems and Partnership美國公共衛生協會公衛體系夥伴關係中心主任
- Vina HuLamm, Global Health Manager, Center for Professional Development, Public Health Systems and Partnership, APHA美國公衛協會全球衛生經理
- David Fouse, Director of Communications, APHA美國公共衛生協會新聞公關部主任
- Amanda Raziano, Health Policy Analyst, Center for Public Health Policy, APHA公共衛生政策中心分析師
- Rayshiang Lin, WIC Program Director, DC Department of Health, 美國華盛頓特區衛生局婦幼組組長

會議摘要：

- (一)美國公共衛生協會是自 1872 年以來的是最古老和最多樣化的組織，該協會宗旨以提高公眾的健康、保護美國人的家庭和社區預防及倡議工作，並致力於以社區為基礎的健康促進、疾病預防活動和預防保健服務。APHA 為最具影響力的 NGO 之一，此次造訪美國公共衛生協會(APHA)總部，由美國公共衛生協會 Dr. Benjamin 親自率領主要幹部接待及主持會議，並由兩位副執行長 (Dr. Susan Polan 及 Dr. Regina Davis)、協會政府關係處處長 Donald Hoppert 分享 APHA 針對維護民眾健康所作之宣導及美國首都華盛頓特區衛生局婦幼組組長 Rayshiang Lin 針對華盛頓特區如何解決食物不足問題之分享計畫。
- (二)首先由食品藥物管理署王慧英簡任技正報告「Challenge and Prospect of Food Safety Policy in Taiwan.」，本報告係以 2011 年台灣發生塑化劑污染食品事件為例，提出台灣食品安全面臨之挑戰、因應措施及未來願景，並討論相關倡議團體(advocacy groups)所扮演角色及對政府施政之正面與可能之負面影響。
2011 年台灣發生塑化劑污染食品事件，係在執行查緝偽劣藥計畫，抽驗一項益生菌產品檢出 DEPH 塑化劑成分所發現，而主因是業者製造起雲劑添加非法成分 DEPH 所致，因起雲劑為廣泛使用之食品添加物，故啟動檢調單位進行查緝。為使案件儘速清查完畢，消除大眾的疑慮恐慌，當時衛生署設定 D-day，要求可能使用起雲劑之五大類食品應提出安全證明，始得上市販售，D-day 後地方衛生局執行稽查並抽驗市面產品，均已無摻有塑化劑者。同時衛生福利部亦成立緊急應

變小組、提供醫療門診、各項資訊對外透明公開，並與各界充分溝通，因此一個月內，相關民眾陳情電話及媒體報導即大幅減少。

由此案件來說明台灣政府面臨食品安全挑戰之因應策略-如何預防、如何回應及如何溝通。包括：台灣政府如何發掘並避免非法添加物使用於食品中；小型業者缺乏自我管理能力；食品未將成分完整標示於包裝上；如何追蹤及追溯違規產品以及時回收銷毀；民眾對塑化劑或汙染物要求完全零檢出之觀念並不切實際；各倡議團體間之意見很難整合等。

為解決以上問題，所採取之因應策略包括以下：針對非預期而可能添加於食品之非法成分資訊，衛生福利部啟動計畫蒐集相關科學研究、國際監測數據、其他國家研究報告及業者提供之資訊等，並開發檢驗方法加以檢測；為加強小型業者之自我管理能力及產品管理，衛生福利部制定衛生操作指引供其遵行，地方衛生局製作手冊辦理說明會加強宣導，並修法加重罰則、要求全成分標示、並訂定追蹤追溯系統規定，要求業者必須保留產品之原料、半成品及最終產品之相關紀錄，經公告指定之業者並須向政府進行登錄，始得營業，食品添加物業者即列為最優先強制登錄之對象。

實務上減少民眾暴露風險最好且合理的方法是 ALARA “As Low As Reasonably Achievable”。為傳達此訊息，衛生署透過各種溝通媒體宣導方式向大眾說明，也與教育單位合作，與健康教育計畫者建立夥伴關係。為與各倡議團體有個好之溝通，衛生福利部決策過程及訊息分享更透明化，綜整各審議會及諮議會委員意見，也透過召開國家安全大會及公聽會收集及平衡倡議團體間之各種不同意見。

倡議團體的確對政府施政有許多正面影響，例如他們經常指出政府缺失也提出創新的建言、透過對立法院之施壓加速法案之增修訂、有時他們的建議也使政府的作為更切實可行。然而其建議有時太過理想化而不易執行，同時倡議團體間意見經常對立分歧而不易達成共識。

而食品藥物管理署未來對食品安全管理之願景為確保食品之安全品質、在食品安全事件之回應及處理更迅速有效、更好的協調統籌與風險溝通，以贏得消費者信心。

(三)接下來由 APHA 人員簡報「Food Security in the United States」及美國首都華盛頓特區衛生局婦幼組組長 Rayshiang Lin 簡報「Assuring Food Security to the US Population Local Food Access Programs」，分別說明美國針對 Food Security(糧食安全)之全國性計畫以及華盛頓特區地方性計畫執行情形。

雖然美國是富強的國家，然而仍有為數不少的族群存在糧食不足或營養不良的問題，因此美國在食品管理，優先著重於糧食安全議題。目前所推動全國性相關計畫有 supplemental nutrition assistance

program(SNAP 又稱 food stamp, 屬於福利型計畫)、special supplemental nutrition program for women, infants and children (WIC, 屬於公共衛生計畫)及 national school lunch program。2012 年 SNAP, 經費 740 億美元, 共有 4660 萬人參加, 平均每人每月獲取 133 美元(約台幣 4000 元)補助來購買食物, 其中 99% 是以電子轉帳方式付費(electronic benefit transfer), 購物費用 86% 使用於超市, 最近則進一步探討如何讓民眾運用此經費來購買更健康的食物; 2012 年 WIC 計畫, 提供食物、營養教育及照護轉診等, 服務 890 萬人, 用於食品之花費計 48 億美元, 平均每人每月 45 美元(約台幣 1350 元); 學校午餐計畫重點在於免費供應或減少午餐或點心之價格, 共有 3160 萬名學童受惠, 共供應 52 億份午餐, 且午餐內容符合飲食指引。

華盛頓特區執行前述 WIC 計畫, 其標的族群為低收入之懷孕及哺乳婦女、5 歲以下之嬰幼兒童。該計畫供應所謂高營養密度之食品, 係包括牛乳、乾酪、豆腐、黃豆飲品、果汁、乾豆、花生醬、全穀、穀片、蔬果、嬰兒奶粉及蛋, 其中果汁因含糖較高、嬰兒奶粉與哺育母乳政策相左, 較有爭議。本計畫之效益, 尚包括對標的族群之健康評估、營養教育諮詢、母乳哺育之促進與支持、使新生兒體重增加等。

第二場：

主題：Fostering Innovation and Collaboration for Better Health

時間：102 年 8 月 22 日(星期四)上午

地點：美國聯邦衛生部之醫療資源與服務署 Health Resources and Service Administration(HRSA)

與會者：

- RADM Kerry Paige Nessler, Ph.D., Assistant Surgeon General & Director, Office of Global Health Affairs, HRSA; Chief Nurse Officer, U.S. Public Health Service Corps(US PHS)醫療資源與服務署副醫療總長及美國公衛軍團首席護理長
- RADM Sarah Linde, MD, Chief Public Health Officer, Office of the Administrator醫療資源與服務署首席公衛長
- Dr. Seiji Hayashi, MD, MPH, Chief Medical Officer, Bureau of Primary Health Care醫療資源與服務署家醫局醫療長
- CDR Heather Dimeris, MS, RD, Associate Director/ Senior Advisor, Office of Rural Health Policy醫療資源與服務署偏遠衛生政策處副處長
- CDR John Mallos, M.ScN., R.N., Deputy Director, Office of Global Health Affair全球衛生辦公室副主任
- Alexis Beyer, Pharm.D., LCDR, International Health Officer, Office of

Global Health Affairs全球衛生辦公室國際衛生官

- LT Dave Young, International Health Officer, Office of Global Health
Affair全球衛生辦公室國際衛生官
- Ms. Sue Lin. MS, Public Health Advisor, Bureau of Primary Health Care
家醫局公共衛生顧問

會議摘要：

(一)醫療資源與服務署是美國聯邦衛生及人類服務部之下屬機構，是一個聯邦級專責提供醫療弱勢族群或是未納保人的衛生照護服務之機構。HRSA 透過多元化的計畫，照顧每位美國居民從出生到老年的健康，確保美國國民都可以得到必需的公共衛生服務及醫療照護，並提升沒有醫療保險、醫療弱勢、孤立族群之醫療照護可近性，以及協助對臨床人員進行訓練及研究。HRSA 針對負擔不起醫療保險的人、HIV 病患、懷孕的婦女以及孩童提供醫療照護，並訓練醫事人員及改善鄉村社區的醫療系統。

HRSA 下設有 6 個局以及 10 個辦公室，包括臨床人員招募及服務局、醫事局、初級照護局、醫療照護體系局、HIV/AIDS 局、親子健康局，及規劃分析評估辦公室、鄉村衛生政策辦公室、地區辦公室、婦女衛生辦公室等，領導美國各州的健康照護服務機構並提供補助。

而美國公共衛生軍團(US PHS)，成立已超過 200 年，全球有 6625 名官員及 800 個單位，是國家對捍衛公共衛生及安全的象徵，主要任務在透過教育，進行疾病預防及推廣衛生，以捍衛、促進國家衛生及安全。海軍少將(RADM) Kerry Paige Nessler 為公衛軍團首席護理長及全球衛生事務辦公室的負責人，Nessler 針對改善全球弱勢族群醫療照護服務，發展出一套策略，強化 HRSA 的參與度，在全球衛生方面，HRSA 協調醫療資源，強化多邊組織，改善監管評估機制及推動婦女中心系統等，並透過協調合作服務。在 2015 年的全球衛生，HRSA 針對家庭計畫、營養計畫及 HIV/AIDS、肺結核、瘧疾、性病等疾病，皆訂有相關目標，期望達成給全人類更健康、安全的環境。

有關提升初級照護機構品質，初級照護局(Bureau of Primary Health Care)透過提供服務照護機構，資助社區醫療照護中心，提供低收入、未納保、醫療資源匱乏的族群高品質、家庭導向的完整初級照護以及預防醫學照護，醫療中心依照每個人的能力來收取費用(sliding fee scale)，不因經濟能力而有差別待遇。惟總結而言，還是需要聯邦政府提供基金及技術，以達成提升弱勢族群之醫療服務。

(二)接續由中央健康保險署林淑華副組長報告「Taiwans NHI Experience on Reducing Health Disparity」，介紹台灣全民健保，全民健保為強制保險，自 102 年二代健保實施，把受行人列入加保對象後，納保率幾達 100%，由單一保險人經營，全國有 92% 醫療院所與健保署特約，

2012 年總額預算為 16.4 億美元，給付方面提供被保險人完整的醫療服務，包括門診、住院、手術、檢驗（查）、藥品、精神醫療、復健、居家護理、洗腎等。

對於弱勢民眾之照顧方面，除政府透過立法補助低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿 20 歲及年滿 55 歲之無職業原住民保費外，也以紓困、分期協助經濟困難民眾繳交保費；對於具身心障礙、重大傷病證明之民眾或於醫療資源不足地區就醫者，則酌予全免或部分免除部分負擔。最終目的為確保弱勢民眾醫療之可近性。

此外台灣有 48 個偏遠山地鄉或離島，這些區域因地處偏遠交通不便，且人口較少，難以吸引醫療資源及醫師人力進駐。鑑於當地民眾有繳保費卻無醫療之窘境，自 1999 年 11 月起，健保署即推動『全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(Integrated Delivery System, 簡稱 IDS 計畫)』，由大型醫院為計畫執行中心，結合當地衛生所或小型醫療院所提供服務，確保當地民眾醫療可近性。本計畫藉由較具彈性支付方式，鼓勵醫療院所在一定收入保障下，提高其至偏遠山地離島進行醫療服務的意願，並透過健保署、當地衛生所主任、鄉鎮代表及醫院主管組成督導管理委員會，定期會議協調以提供當地民眾適切服務，滿足其醫療需求。

計畫所提供之內容分必要與因地制宜之服務。必要服務有專科診療、24 小時急診、夜診、巡迴醫療服務及轉診後送服務，並配合公共衛生任務需求，提供居家照護、預防保健、疾病篩選、衛生教育等服務。因地制宜之服務則依當地人口特性，醫療利用狀況、加強多樣化服務，如在離島（琉球、七美、馬祖）提供洗腎或復健業務等。

實施以來，全台 48 個山地離島鄉均納入 IDS 計畫，有 25 家醫院投入服務，2012 年每月提供專科醫療 1902 診次，民眾滿意度高達 95%。雖然該計畫成效不錯，滿意度也高，未來健保署仍希望從下列二方面持續改善：(一) 落實在地化醫療：從最初把醫療服務引進偏遠地區，進而培訓在地醫療人力，俾提供更切合當地民眾醫療需求；(二) 建構偏鄉數位資訊醫療：應用資訊科技克服偏鄉離島醫療障礙，建構數位資訊醫療照護網，最終達成提升當地醫療服務品質的目的。

第三場：

主題：Fostering Innovation and Collaboration for Better Health

時間：102 年 8 月 22 日(星期四)中午

地點：美國聯邦衛生部之少數族裔健康局 Office of Minority Health(OMH)

與會者：

- CDR Jacqueline Rodrigue, MSW, LGSW, Deputy Director, Office of

Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services 少數族裔健康局副局長

- CAPT John Walmsley, R.E.H.S., Senior Health Advisor, US HHS Region IX 美國衛生部第九區跨州資深衛生顧問
- Michelle Loosli, Director, Minority Health Resource Center, US HHS 少數族裔健康局資訊中心主任
- Jay Blackwell, MA, Director, Capacity Building Division, Minority Health Resource Center 少數族裔健康局資訊中心組長
- Onyemaechi Nweke, DrPH, MPH, Physical Scientist, Office of Environmental Justice, U.S. Environmental Protection Agency, & National Partnership for Action Representative 美國環保署環境正義辦公室科學家及聯邦機構間健康權益夥伴行動代表
- CDR Samuel Wu, Pharm.D., Public Health Advisor, Office of Minority Health 少數族裔健康局公衛顧問
- Liany Arroya, MPH, CPH, Public Health Advisor, Office of Minority Health 少數族裔健康局公衛顧問
- Lacreisha Ejike-King, PhD, Public Health Analyst, Office of Minority Health 少數族裔健康局公衛分析師
- Shuen Chai, MPH, International Health Analyst, Office of Global Affairs, US HHS 美國衛生福利部全球事務處國際衛生分析師

會議摘要：

- (一) 少數族裔健康局(OMH)成立於1986年，該局主要是透過推行公衛政策跟計畫來彌平族群間健康狀況的不平等，並改善少數人種的健康。並於2010年的Patient Protection and Affordable Care Act法案中獲得更多授權。相對於其他的美國國民，非裔美國人、西班牙裔美國人、印第安以及阿拉斯卡原住民、亞裔美國人、夏威夷原住民、太平洋島嶼居民的在衛生健康指標上是比較差的，上述的族群有更高的疾病發生率以及死亡率，像是心臟病、中風、癌症、糖尿病、HIV感染、氣喘、病態肥胖等比例都比較高。OMH的首要任務就是改善這些少數族群的健康及醫療照護服務，主要透過制定或改善政策、法案、提高執行效率來解決衛生問題以及其他會影響健康的因素，像是社會、經濟、環境等因素。OMH和社區以及民間組織合作，形成一個體系來彌平種族間健康狀況不平等，並協助決定國家計畫的優先順序，並透過焦點倡議來做回應。OMH也提供州辦公室資金來處理跨文化的健康議題，促進健康平等。另外也補助一些宗教團體、高等教育組織、部落機構以及其他促進衛生的機構。
- (二) 少數族裔健康局副局長CDR Jacqueline Rodrigue提到HHS Action Plan 是以降低不同種族、族裔間健康狀況不平等為目標,OMH主導整個

HHS Action Plan,確保在各級機關以及社區內都能夠確實運作。透過HHS Disparities Action Plan ,持續的評估所有少數族裔健康政策的績效，整合資源推動有科學根據的政策，來彌平不平等的狀況。HHS Action是Affordable Care Act的基礎,也和Healthy People 2020、First Lady's Let's Move initiative、President's National HIV/AIDS Strategy等計畫密切合作。而HHS Action Plan目標包括醫療照護轉型、強化HHS組織架構及提升人力素質、提升美國國民的衛生安全跟社會福利、提升科學知識跟創新、讓HHS 成為一個更有效率、廉能並且對人民負責的政府組織。預估在2012~2013年提供157,000人，接種免費流感疫苗。

另外她也提到的國家對終結衛生水準差距之計畫(National Partnership for Action to End Health Disparities (NPA))，主要是推動國家級以社區為導向之持續的計畫，目的是為了消除衛生水準不平等的現象，以帶領國家達到真正的健康平等。其策略包括增進民眾對健康不平等重要性的認知，並以實際行動去改善這種因種族、族裔的不同造成的醫療資源差別的情形，增強並擴展各層級機關的領導能力，執行計畫以增進少數族裔的衛生及健康照護，增進醫療工作者的文化多樣性及語言能力，增加研究及評估資料之可用性、完整性、利用性和普及性，透過這些行動，來彌平美國不同族裔間的健康落差。

少數族裔健康資源中心(OMH Resource Center)是一個研究少數民族健康狀況的科研機構，中心也提供社區在面對HIV/AIDS相關問題之科技協助。這個中心有超過40,000冊的藏書，另每月新增約200冊，以提供OMH 相關研究報告資源。又少數族裔健康資源中心(OMHRC)訓練機構，提供所有美國轄下的健康照護機構技術協助，以及舉辦教育訓練，以增強機構的能力。

文化為是消除醫療照護不平等最重要的要素，醫療服務是需要醫病間互相信任並彼此尊重，消除文化跟語言的障礙，對患者的健康狀況有正面的幫助。醫療服務提供者對病人描述疾病，若因語言的隔閡，也會影響最後治療的結果，若讓醫生跟患者之間能越過文化隔閡來進行溝通，可以增進醫療品質。少數族裔的增加，以及他們基於自身文化對健康的不同認知，是現今的醫療照護體系的一個挑戰。在不同文化背景下，醫療服務提供者以及患者對醫療行為都有各自不同的認知，但為了達到平等的醫療照護品質，必須要克服跨文化跨語言間所產生的問題，故OMH致力於確保整個照護系統的在文化及語言上的能力，讓少數族群能夠融入整個國家健康照護體系。

- (三)中央健康保險署林淑華副組長報告「Taiwans NHI Experience on Reducing Health Disparity」，介紹台灣全民健保，全民健保為強制保險，自102年二代健保實施，把受行人列入加保對象後，納保率幾達

100%，由單一保險人經營，全國有92%醫療院所與健保署特約，2012年總額預算為16.4億美元，給付方面提供被保險人完整的醫療服務，包括門診、住院、手術、檢驗（查）、藥品、精神醫療、復健、居家護理、洗腎等。

對於弱勢民眾之照顧方面，除政府透過立法補助低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿20歲及年滿55歲之無職業原住民保費外，也以紓困、分期協助經濟困難民眾繳交保費；對於具身心障礙、重大傷病證明之民眾或於醫療資源不足地區就醫者，則酌予全免或部分免除部分負擔。最終目的為確保弱勢民眾醫療之可近性。

此外台灣有48個偏遠山地鄉或離島，這些區域因地處偏遠交通不便，且人口較少，難以吸引醫療資源及醫師人力進駐。鑑於當地民眾有繳保費卻無醫療之窘境，自1999年11月起，健保署即推動『全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(Integrated Delivery System，簡稱IDS計畫)，由大型醫院為計畫執行中心，結合當地衛生所或小型醫療院所提供服務，確保當地民眾醫療可近性。本計畫藉由較具彈性支付方式，鼓勵醫療院所在一定收入保障下，提高其至偏遠山地離島進行醫療服務的意願，並透過健保署、當地衛生所主任、鄉鎮代表及醫院主管組成督導管理委員會，定期會議協調，以提供當地民眾適切服務，滿足其醫療需求。

計畫所提供之內容分必要與因地制宜之服務。必要服務有專科診療、24小時急診、夜診、巡迴醫療服務及轉診後送服務，並配合公共衛生任務需求，提供居家照護、預防保健、疾病篩選、衛生教育等服務。因地制宜之服務則依當地人口特性，醫療利用狀況、加強多樣化服務，如在離島（琉球、七美、馬祖）提供洗腎或復健業務等。

實施以來，全台48個山地離島鄉均納入IDS計畫，有25家醫院投入服務，2012年每月提供專科醫療1902診次，民眾滿意度高達95%。雖然該計畫成效不錯，滿意度也高，未來健保署仍希望從下列二方面持續改善：(一) 落實在地化醫療：從最初把醫療服務引進偏遠地區，進而培訓在地醫療人力，俾提供更切合當地民眾醫療需求；(二) 建構偏鄉數位資訊醫療：應用資訊科技克服偏鄉離島醫療障礙，建構數位資訊醫療照護網，最終達成提升當地醫療服務品質的目的。

第四場：

主題：Strategic Approaches to Provide Services for a Healthier Population

時間：102年8月22日(星期四)下午

地點：美國醫療保健協會 American Health Care Association(AHCA)

與會者：

- Governor Mark Parkinson, CEO, AHCA美國醫療保健協會執行長
- Dr. David Gifford, Senior Vice President for Quality and Regulatory Affairs, AHCA美國醫療保健協會資深副總裁
- Ruta Kadonoff, Vice President for Quality, AHCA美國醫療保健協會服務品質副總裁
- Elise Smith, JD, Senior Vice President for Finance, AHCA美國醫療保健協會資深財務副總裁
- David Farrell, CEO, Greenhouse Project 綠屋銀髮共居計畫執行長
- Becky Kurtz, Director, Ombudsman, Administration on Aging(AOA)& Administration for Community Living(ACL), US HHS美國聯邦高齡健康生活署申訴組織主任
- Dr. Mary Jane Koren, Vice President, Commonwealth Fund美國聯合公民基金會副總裁
- Oliver Kim, JD, Deputy Staff Director, Senate Special Committee on Aging美國參議院高齡特別委員會副參謀長

會議摘要：

(一)美國醫療保健協會(AHCA)是一個極具規模的長期(long term)及急性後期(post-acute care)服務提供者的組織，倡議對身體虛弱、老人及失能者提供有品質的照護。AHCA 成員有 12000 個非營利組織與私營組織，提供約 100 萬人的基本照護。協會代表全國性的長照服務提供組織，和政府、企業領導者及民眾對話。AHCA 提供長照訊息與教育、管理技巧，以提升各個層面的品質。

(二)首先由社會保險司楊慧芬副司長代表報告台灣長照保險規劃情形

「The National Long-term Care Insurance Program in Taiwan」。楊副司長從台灣人口快速老化及失能人口之預估來闡述台灣建構長期照護制度的背景及必要性，同時介紹我國長期照護制度建構三階段，現行已有以稅收(tax-based)為基礎的長期照護十年計畫(第一階段)，但在政府財政困難情況下，其服務對象僅限於 65 歲以上老人及部分弱勢低收入對象而其日常生活功能(ADL)需他人協助者。相對於一般民眾接受服務必須負擔 30%之部分負擔，而且機構式照護之補助對象，亦僅限於重度失能低收入者，屬一般收入而重度失能者入住機構皆為完全自費，對於多數失能者及家庭而言，負擔極為沈重。所以在建置服務資源的同時，必須要思考其他方案，以建構風險分攤(risk-share)的財務永續制度(第三階段)，規劃採社會保險性質的長期照護保險，以減輕失能者及家庭之財務負擔。在二個階段之間要積極建構長照服務網，均衡長照服務資源，並完備長照服務法的建置。

接下來並介紹我國長期照護保險規劃內容，規劃歷程包括 2009 年行政院經建會的先期規劃，衛生署成立長期照護保險籌備小組進行各項

細部規劃，在今（2013）年由衛生福利部接手規劃，同時亦簡要說明長期照護保險之規劃原則及制度設計，採強制納保、以中央健康保險署為單一保險人；財務面則是以保險費為主要財源，由政府、雇主及被保險人三方分擔分式；給付面則以實物面給付為主，提供社區、居家、機構式服務及照顧者支持服務與其他實物給付(如輔具、交通接送、無障礙環境修繕)，照顧者津貼(現金給付)則為從嚴給付；發展多元評估量表為長期照護保險實施的評估工具等相關規劃內容，而民意調查的結果有高達八成的民眾支持規劃長期照護保險。楊副司長並提出我國長期照護保險面臨的挑戰，包括 1.政府財源及 65 歲以下族群是否納保，2.制度採行稅收制或風險分攤制度，3.資源建置面是否充足與分布不均問題，4.雇主負擔意願，5.是否提供現金給付等。

楊副司長報告完後，也請教美方在面對人口老化的情況下，美國有無相關因應的政策。美方表示，美政府在 1980 年代一直是忽視人口老化的趨勢(aging trend)，而且認為是自然的現象也是個人的責任。現在美國國會關注人口老化的問題，設定了許多任務，重視長期照護的議題。美國很少國家級的長期照護政策(national level policy)，但各州有各州的政策(state level policy)，所以有 50 個不同的長期照護政策。目前醫療保險(Medicare)由聯邦執行，係針對 65 歲以上老人和具有永久性殘疾者提供保險給付，對於出院後住在護理之家或復健中心，只提供有限度的給付。而貧窮補助醫療保險(Medicaid)是由州政府執行的計畫。若要限制人民的選擇自由(這對美國人民是非常重要的價值)，採取強制性措施，國家是沒有政治意願的，因此就沒有一致性的政策。

玉里醫院孫效儒院長並提出我國在長期照護保險實施前，必須先通過長期照護服務法，以規範長期照護服務單位的標準、評鑑及品質等等。孫院長也提問美國在長期照護制度下有關不平等(disparity)的問題，因為有些人可能因為付不起而無法接受長照服務。美方說不平等問題可從有無保險(insured v.s uninsured)及有無接受長照服務(access)二個觀點來看。這個議題的不平等現象其實往往是在 65 歲以下的人口，因為他們沒有健康保險，而到了 65 歲以後，可以使用 Medicare，所以這個不平等的狀況主要發生在沒有保險的人身上，而另一個觀點是在取得健康照護城鄉差距及照顧品質的問題。

吳秀英副署長也詢問，若是一個在美的獨居老人，美國政府可以提供何種的照護服務。美方表示並不是由美國政府提供甚麼服務，而是由私人照顧服務提供者來提供服務，一般來說，這是由個人付費，除非符合聯邦醫療保險(Medicare)的居家照護給付資格，而如果像是失智者，需要長年的照顧，應該已由聯邦醫療保險(Medicare)提供。當一旦經濟有問題，應該是轉入 Medicaid 服務中。而各州的等候居家

照護服務的提供的情況並不相同，有些州需要等很久才會排到居家照護服務。可以說 Medicare 只是提供醫療照護(health care)，並沒有提供長期照護(long term care)。醫事司李司長也分享我們的醫療照護提供者多數為私人機構，而因為我們的健保是單一保險人(single payer system)，係由政府經營，幾乎是要承擔所有的責任與給付，包括從出生到生病的治療，現在亦正在討論生病治療之後的照護。

(三)第二個報告者由 AHCA 副總裁 Dr. David Gifford 報告美國的長期照護制度、人口結構、長期照護的設施及服務來源，並介紹長期照護體系的財源，長期照護體系品質確保計畫與指標及未來挑戰。美國的長期照護設施(skilled nursing care centers)家數自 2007 至 2013 年整體家數(numbers)變化不大，其屬性分為營利、非營利、政府所有等三類型，以營利性機構為多數，家數並有成長，而非營利型及政府機構二類是逐年下降。而整體平均床數無任何變化，佔床率卻逐年下降。Medicare 只支付居住在護理之家或復健中心(institutional skilled nurse facility.) 前 21 天的全額費用，21 至 100 天每天需自付美金 148 元，100 天後不再給付，若符合 Medicaid 資格者則由 Medicaid 給付部分負擔與自負額部分。私人商業保險則提供非常少的長期照護服務，且多需自付費用。為確保服務的品質，政府制定了詳細的品質指標，也有懲罰的法令，品質資訊必須公開，還有一些財務誘因 (pay for performance)。品質測量指標，包括流感、肺炎的接種率，development of new pressure ulcers(新壓力性潰瘍)、持續性疼痛等指標。Dr. David Gifford 也表示，目前各州有不同的執照核發標準(licensure criteria)及不同的支付方式(payment)是現在面臨的挑戰。

(四)第三個報告者是「The green house project」的執行長介紹 green house project，這個計畫是一個創新的長期照護服務模式，係以人為中心(person-directed)、有連繫關係(relationship-based)的照護，讓每個接受機構式照護的長者活得有品質，並接受有品質的照護。此項照護模式每個家庭(green house home)提供一個 10-12 人而有家庭氣氛的環境，以自我管理的團隊，為長者提供天天的照護及家庭管理。目前在全美有 24 州 146 個 green house home，服務 1539 個老人，亦有 123 個正在發展。

(五)最後 Becky Kurtz 簡要補充自 1971 年起各州政府層級有發展一項長照申訴調查專員計畫「State Long-Term Care Ombudsman Programs」，該計畫基本上是由社區支持推動，有許多工作人員都是志工，主要是專責調查老人受虐的投訴有無行政弊端，維護居住在長期照護機構的老人權益。服務對象是針對居住在 nursing homes、board and care homes、assisted living facilities 所進行的抱怨申訴處理，該計畫也要求各機構必須把申訴熱線電話號碼張貼在明顯之處，以保障弱勢住民

的權益。

第五場：

主題：Linking Health Technologies and Opportunities for Tomorrow's Health

時間：102 年 8 月 27 日(星期二)下午

地點：杜克大學癌症研究院和癌症醫學中心 Duke Cancer Institute

與會者：

- Michael B. Kastan, MD, PhD, Executive Director, Duke Cancer Institute
杜克醫學中心癌症研究院和癌症醫學中心執行長
- Steven Patierno, PhD, Deputy Director, Duke Cancer Institute; Director, Population Sciences and Health Services, DCI; and Professor of Medicine, Duke University Medical Center 杜克癌症研究院/醫學中心副執行長
- Christina Cianflone, JD, Administrative Director, Cancer Health Policy and Outcomes Research, Duke Cancer Institute 杜克癌症研究院癌症健康政策和成果研究中心行政總監
- Michaela Dinan, MD, Research Associate, Center for Research on Prospective Health Care, Duke University Medical Center 杜克大學醫學中心前瞻性保健研究中心研究員

會議摘要：

- (一)台灣代表團參訪杜克大學癌症研究院，受到醫學中心執行長 Michael Kastan 及副執行長 Steven Patierno 熱情接待，Michael Kastan 是著名的癌症科學家，也是腫瘤科、兒科和分子生物學之教授，曾當選國家科學院醫學科學研究所之院士，因癌症基礎研究的傑出貢獻得到第 47 屆美國癌症研究協會 GHA 紀念柯羅威斯獎，也是國家癌症研究所的科學顧問委員會主席，也是 Molecular cancer research 雜誌之首席主編。而 Steven Patierno 是除了是醫學中心副執行長外，也是人口科學和健康服務部門之主任，研究包括癌症防治、健康可近性、全球健康、癌症政策科學。
- (二)首先由台北醫院施玲娜副院長報告「以衛生福利部所屬臺北區域醫院大腸癌糞便篩檢成果作為分享」(The hospital-based colorectal cancer screening program in community)，施副院長提到 30 年以前臺灣為大腸癌低發生率地區，經由這二、三十年飲食習慣、生活型態之改變，大腸癌之死亡率、發生率逐年快速成長，依衛生福利部癌症死亡趨勢圖顯示 1986 年每十萬國人有 7.1 人死於大腸癌，至 2011 年每十萬國人有 21.2 人死於大腸癌。與美國及其他 OECD 國家比較，發生率及死亡率較美國及大多數 OECD 國家高，而 5 年存活率卻落後於美國。國民健康署為了降低大腸癌之發生率及死亡率，自 2004 年至 2009 年

推動五年國家癌症控制計畫，藉由大腸癌免疫糞便法每兩年篩檢 50-69 歲國人之計畫來降低大腸癌發生及死亡率，至 2009 年時，僅有 10% 的 50-69 歲國人參與這計畫，分析結果發現透過衛生所來推展大腸癌糞便篩檢社區民眾成效不彰。為了增加大腸癌糞便篩檢率，於 2010 年推動四年國家癌症控制計畫，要求所有台灣區醫療院所及醫療機構一起參與此新計畫，期望能達到一年有 30% 的 50-69 歲國人完成大腸癌篩檢率。

衛生福利部臺北醫院於 2010 年參與此新計畫，為了增加大腸癌篩檢率。利用醫令系統以及健保卡來尋找符合大腸癌篩檢之目標族群以及利用提示系統來提醒醫師為目標病患安排糞便篩檢檢查，若糞便篩檢檢查結果陽性者，由個案管理師通知並安排大腸鏡檢查。2010 年臺北醫院共安排 8201 病患接受大腸癌糞便篩檢檢查，其中糞便篩檢陽性者共 545 位病患，陽性者中有 336 位病患接受大腸鏡檢查，而接受腸鏡檢查者其中 156 位有瘻肉，14 位有大腸癌，再針對病患進行後續處理。臺北醫院 2010 年整年大腸癌篩檢完成率達 34.8%。依據台灣癌症登記統計結果，比較有接受篩檢及無接受篩檢病患，發現有接受篩檢之族群，當癌症被發現時，其期別較無接受篩檢之族群為早期且預後較好。

所以大腸癌糞便篩檢可降低大腸癌發生率、死亡率及醫療費用，提示系統併健保卡癌篩登錄可提高篩檢率。由國民健康署統計 2004-2012 年之資料顯示 2010 年以後約有 30% 的 50-69 歲國人完成大腸癌篩檢率，為 2010 年之前之三倍。在國民健康署努力推廣癌篩下，未來台灣之大腸癌發生率、死亡率很快將降下來。

副主任 Steven Patierno 談及美國大腸癌糞便篩檢政策，一般乃每人每年篩檢一次，與我國每二年篩檢一次不同，美國男人糞便篩檢率普遍不高，可能與美國男人較不照顧自己健康有關，因此他們認為要降低大腸癌死亡率及發生率是很困難，很讚賞我國在男性大腸癌糞便篩檢參與率的推廣。我方參訪團並實際展示我國健保卡，告訴美方幾乎每人均有這張健保卡，可記錄個人之醫療病歷記錄，成人健康檢查之登錄及癌症檢查之登錄。因目前美國並無健保卡可幫忙癌篩之登錄，我方參訪團也請教美方大腸癌高危險群者如糖尿病患者、代謝症候徵患者以及肥胖者等如何處置，因大腸癌糞便篩檢之準確率、診斷率及敏感度均不高，建議直接安排大腸鏡檢查，談及國人害怕大腸鏡檢查，因保險並未給付麻醉大腸鏡檢查，而美方大腸鏡檢查保險也幾乎不給付。

(三)第二議題由副主任 Steven Patierno 報告，題目為「Overview of Duke cancer institute and cancer control」，杜克大學癌症研究院位於達勒姆·北卡羅萊納州，是國家級癌症研究院，它是一個以綜合研究與醫

療之癌症中心。該中心是杜克大學醫學及醫藥衛生體系的一部分。癌症研究中心主要是從事癌症治療和預防，在美國排名第 11 位，每年超過 50000 名以上之癌症患者來此接受治療。杜克大學癌症研究所也是第一個將癌症照護治療和研究緊密的聯合起來的機構。杜克大學癌症研究院將癌症醫師，研究者，教育工作者，以及醫療中心、醫學院、衛生系統的工作人員等結合一起，提供了實驗室的科學家及醫院、診所間的照顧者前所未有的團隊合作之機會。杜克大學癌症研究所的願景是要加快與癌症有關的研究，並將最先進研究發現提供給癌症病人臨床照護上之使用。杜克大學癌症研究院有 300 位研究者、100 位腫瘤科醫師以及 500 位臨床工作人員。其臨床和研究的夥伴有印度、中國、新加坡。每年的癌症研究經費有 3 億美元。

2012 年 02 月 27 日，杜克大學癌症研究院建立了一個新的 7 層樓的癌症中心，是一個充分整合醫療照護和研究之癌症中心，致力於癌症照護。它有最新的、最先進的病人照護設施，提供癌症病人一個更簡化、更方便和更舒適的治療照護環境。它是以病人為中心及配合獨特功能及空間所做新的設計。杜克大學癌症中心希望在同一層樓，提供所有的癌症服務，因此以疾病為基礎，將其相關之臨床及支援服務、診療設置於同一樓層。要求所有癌症治療團隊工作成員- 從醫生、護士、臨床試驗團員、藥劑師、社工及營養師提供全面性、同理性的照顧。

- (四)會議結束後，美方帶領我方代表團進行杜克大學癌症中心實地參訪，所有空間設計，均是參考患者、他們的照顧者、工作人員和教師所提供之意見和建議來做設計，除了方便和協調，癌症中心的設計也考量癌症病人的舒適感和心靈的復原及癒合。癌症中心大廳設有一個壁爐，營造溫暖歡迎的感覺，專用空間可以讓病患與醫事人員討論其相關臨床的試驗；每個門診等候區多設有大窗戶和一個志工站，提供溫馨、寬敞、舒適之服務；寬敞安靜的房間，提供個人反思和冥想或群組計畫如日誌，椅子瑜伽及身心類課程；大輸液室：患者可以選擇坐下來與他人或個人單獨接受治療，在且此空間將注射之用品放置在隱密之處，較不像在醫院之感覺；是室外屋頂花園，患者可以選擇戶外接受化療；另為提供癌症患者的獨特需求，設立專業藥房於癌症中心內；並設有餐廳，提供注重健康的菜單，以及不定時的烹飪示範；服飾店提供假髮和頭巾、義乳、義肢，術後服裝，敏感肌膚的溫和的化妝和除臭劑，處處設計皆以病人為中心作設計，極具巧思。

三、馬里蘭州分組參訪活動

時間：102 年 8 月 23 日(星期五)下午

主題(一)：參訪馬里蘭州巴爾地摩市衛生局

參與者：

本部食品藥物管理署吳秀英副署長

本部醫事司李偉強司長

本部疾病管制署簡大任組長

本部綜合規劃司楊育珊技士

參訪摘要：

(一)首先巴爾地摩市衛生局局長 **Dr. Oxiris Barbot** 介紹該州人口地理特性，巴爾地摩市是馬里蘭州州政府所在地，人口約 62 萬人，面積是 80.94 平方英哩，22.4% 的居民的收入低於貧窮線。巴爾地摩市衛生局設置於 1793 年，為全美最古老的衛生機關，衛生局的使命為透過全市各階層的合作增進與保護全體巴爾地摩人的健康與福祉，願景為成為一個全體居民了解自己所有潛能的都市，該市優先議題：1. 提升健康公平性、2. 嬰兒死亡率、3. 心血管健康、4. 藥物濫用/減害、5. HIV/AIDS、6. 預防青少年懷孕，衛生局組織架構包括流病室：負責分析資料，瞭解全市健康需求，制訂施政優先順序，目標協調與計畫評估，協助施政說明與決策；政策計畫室：將目標與策略轉化成明確的行動方案及優先實施範圍；疾病管制處：HIV 與性病科、診療服務科、環境健康科-負責環境稽查，預防食物安全與學校、游泳池等造成的疾病，動物服務科-預防人類感染人畜共通傳染病，動物棄養或虐待動物事件處理；公衛事件整備與應變辦公室，負責緊急事件時聯繫大眾衛生醫療資源整備情形、監看公衛監測系統資料，應變時確保醫療照護單位得到所需的資源；急性傳染病辦公室：例行監測法定傳染病通報、處理群聚事件、協調州市調查事宜；老年與照護服務辦公室：避免獨居老人與社會隔絕、促進老人身心健康狀況、提供免費或折價餐給老人、針對無法獨自居家的老人提供安全選擇方案、協助老人家人尋求保險照護計畫、提供衛教與主動預防；健康促進與疾病預防處：婦幼衛生科、學校衛生科、青少年暴力防制辦公室、野外服務辦公室、慢性疾病預防辦公室。

(二)局長也跟我方代表團介紹「健康巴爾地摩 2015」，他們先掌握巴爾地摩詳盡相關健康資訊後，訂出優先議題為促進全民得到高品質健康照護、禁菸、預防肥胖、促進心血管健康、阻止 HIV 與其他性傳染病散播、確認與處理心理衛生需求、減少藥物濫用與酗酒、鼓勵癌症早期篩檢、兒童與青少年健康促進、營造良好健康促進週遭環境，並訂定詳盡指標。

(三)另巴爾地摩市衛生局也針對 H1N1 整備應變、狂犬病與群聚事件、藥物濫用與針具交換、天然災害後的食物安全等議題進行報告，台美雙方公衛人員就此議題進行深度之意見交流，其中 H1N1 整備應變、群聚事件、藥物濫用與針具交換等議題台美作法都大同小異，而狂犬病

議題，野生動物監測、動物疫苗注射管理與動物族群數目管理，在台灣均屬於農業部門管理，暴露前與暴露後人用疫苗施打原則完全一致。天然災害後的食物安全這項議題，因在台灣農產品與食品界定不童，值得本部繼續研議如何學習本項議題。

主題(二)：參訪馬里蘭州 Spring Grove Hospital Center

參與者：

本部桃園醫院新屋分院陳瑞昌院長

本部台北醫院施玲娜副院長

本部玉里醫院孫效儒院長

本部國民健康署施靜儀簡任技正

參訪摘要：

- (一)由馬里蘭州衛生部副部長 Dr. Gayle Jordan Randolph 帶領台灣代表團參觀 Spring Grove Hospital Center，由該中心執行長 Cheryl Heilman 帶領其醫院專業團隊向我們介紹此歷史悠久公立精神科醫院的過去歷史及現在運作狀況，以及實地參訪院區及慢性精神科病房。Spring Grove Hospital Center 是全美歷史第二悠久之精神病醫院。在 1920 年的全盛時期，機構內有一萬一千名病患，非常擁擠。但 1970 年以後，因為美國精神醫學界“去機構化”運動，將大量病患釋出到社區，此機構規模逐漸減少。時至今日，它只收容大約四百多位病患。孫院長也以國內精神醫療及公立精神科醫院面臨病患老化及合併內外科疾病時的處理策略與美方人員深入討論。此州立精神科醫院與玉里醫院有許多相似之處，都具有廣大開放空間、如公園般的院區設計、住院病患的實驗室檢查委外辦理、若有內外科急症，由照顧的精神科醫師轉介到其他綜合醫院接受治療等。
- 從此次分組參訪可見台灣精神醫療的水準已不低於美國水準。而且，美國州立精神科醫院設立時間都已久遠，在病患去機構化的運動後，關閉了大量的醫院，剩下的公立精神科醫院亦因沒有足夠的經費支持，無法將數十年或上百年歷史的老舊建築物予以更新，也因設施的老舊，影響了這些醫院執行更人性化醫療的彈性。以 Spring Grove Hospital Center 為例，它的病室數人一間，卻沒有配備衛浴設備，必須數間病室病人共用一間公共衛浴設備，而且沐浴的時間也必須按男、女病室分開排定時段使用，影響了照護品質。反之，台灣公立精神科醫院，在過去數期醫療網計畫下，逐一更新或新建符合現代化及人性化的硬體設備，再加上持續品質改善的努力，在精神病患照顧的舒適度及人性化程度優於美國目前許多州立精神科醫院水準了。

主題(三)：參訪馬里蘭州醫療服務成本審查委員會(Health Services Cost Review Commission, 縮寫 HSCRC)

參與者：

- 本部社會保險司楊慧芬副司長
- 本部綜合規劃司王玲紅科長
- 本部中央健康保險署林淑華副組長
- 本部食品藥物管理署王慧英簡任技正

參訪摘要：

- (一)首先美方簡介馬里蘭州醫療服務成本審查委員會(以下簡稱 HSCRC)之由來、組織運作、任務與成果，以及審查核訂醫院收費標準。HSCRC 於 1971 年成立，源於該州議會之消費者保護法案，以大眾基本生活需求之企業模式(如電力公司)作為制訂醫院收費原則。該委員會由州長指派七名成立委員會，委員屬兼任性質，其中與醫療服務相關者不得超過三人；該委員會職權獨立不受政黨外法干涉。透過服務規費的收取做為委員會預算開支。2012 年委員會經費預算 530 萬美元，同年度全州各醫院之總營收為 154 億美元，有 32 位員工。該委員會由馬里蘭州立法授權，執行下列任務：公開發佈各醫院之管理營運成本資料及財務狀況、審查核訂各醫院所有醫療服務科目之收費標準、收集醫院與其相關機構之財務往來資料，俾防患避免非法之利潤轉帳。
- (二)該委員會之權限與管轄範圍如下：1.老人醫療保險(Medicare)所訂之住院醫療服務項目(no part B) 2.醫院門診 3.急診 4.所有非聯邦政府之一般急性醫院 5.非州政府之慢性醫院 6.私立精神病院。
- (三)由於 HSCRC 經立法授權，審查核訂醫院收費標準，因此在此機制下，醫院必需遵守下列規定：
 1. 醫院向病人收取之費用必需經委員會審核通過
 2. 醫院除非經特別核准，否則不可擅自改變收費標準
 3. 醫院必須完全遵守 HSCRC 所核准的折扣標準給予保險公司折扣
 4. 醫院必須依法提供 HSCRC 所要求的詳細資料與表格
- (四)又 HSCRC 以何種機制去審查核訂各醫院的收費標準呢?資料主要分三大部分：1.醫院財務：包括年終會計報表，經會計師認證過之查核報告，營收月報及特別查核報告 2.病例組合：包括住院、門診手術及私立精神病院之病例組合 3.其他：如醫院員工薪資調查、醫院董事會報告資料和與其他機關之財務往來等。
- (五)透過三大資料之蒐集、比對及查證，HSCRC 正式發佈每一個別醫院科別收費標準，此乃屬前瞻性收費標準訂定。每一個別醫院之收費標準不同，但個別醫院對所有保險付費者之收費會一律相同，避免醫院為截長補短或劫富濟貧，致對不同保險人收費不一致差異大之狀況發

生。

- (六)從 1976-2010 年，馬里蘭州醫院成本之成長由 25%(高於全美平均值)，降為 3% per case (低於全美平均值)；最近 2013 年 6 月 2 日 The New York Time National Sunday 報告，以大腸鏡檢查為例，美國\$8,233 per case 遠高於歐美其他國家，但再作全國性比較時，馬州則介於 \$1908-715 美元之間，遠低於其他州，如紐約則為\$8577-748 美元間。顯示 HSCRC 依成本核訂醫療收費標準之機制可以有效控制費用之上漲。
- (七)此次參訪，本團員詢問 HSCRC 每年於何時公佈醫院之收費標準，又此制度對民眾就醫之 waiting list 有否負面影響？HSCRC 代表回應：醫院之收費標於每年七月公佈，但之前會與各家醫院進行溝通協調（有人性化與實際性），讓醫院在合理之訂價制度下，提供服務且能確保品質；又因為醫院須注意成本控制，故住院轉換率也列入控管指標，對 waiting list 並無太大影響。

五、公開論壇

主題：Coverage for All? ObamaCare vs. Universal Health Care

時間：101 年 8 月 26 日(星期一)中午

地點：國際三角研究院 Research Triangle Institute(RTI)

演講摘要：

- (一)這是本團在美國的公開演講。本場公開論壇，共有三位主講人。主題為「Coverage for All? Obama Care vs. Universal Health Care」。我方代表團由醫事司李偉強司長分享台灣醫療體系及全民健保經驗。
- (二)第一位報告者是美國衛生及醫療部副醫療總長及美國第十區域跨州衛生總指揮 Patrick O' Carroll 少將醫師，他負責規劃美國西北部(第十戰略區)的醫療及衛生業務，他系統性地介紹美國歐巴馬總統大力鼓吹的 Affordable Care Act (ACA)，究竟希望解決那些美國目前遇到的醫療問題，並且希望能解決到什麼程度，以及可能面臨的困難。由 Dr. Patrick O' Carroll 報告內容可知 O' Carroll 少將副醫療總長在立場上支持 ACA，但他也不諱言困難重重，因為預計明年 1 月 1 日起實施的 ACA 屬於聯邦法，仍需視各州政府的不同態度而有不同的落實程度，不像台灣是完全中央到地方一條鞭式的執行方式。
- (三)第二位是美國公共衛生協會執行長 Dr. Benjamin，主要是延續第一位 Dr. O'Carroll 的主題，從公共衛生的角度看 ACA(或是所謂的 ObamaCare)對解決美國當前醫療問題的可行性。他對結果並不樂觀，也不諱言美國人常常很自負，認為自己什麼都是最好的，也不太願意去改變現況，往往必須等其它方法都全部試過無效之後，才可勉強同意去接受全民健保。

(四)第三位講者是醫事司李偉強司長，主題是 High Quality Health Care at Affordable Cost: Taiwan's Experiences and Challenges。相對於美國有將近 20%沒有保險的民眾，台灣用近 17%GDP 的醫療支出，自 1995 年實施偏向社會主義的全民健保，且已經解決 ACA 想要解決的多數問題。臺灣民眾以相對於全世界先進國家較低的保費及部分負擔，可以直接選擇至基層醫療診所或醫學中心就醫，這是令美國人羨慕不已的事。

但卻也因為低報酬及高使用量，醫事人員逐漸因過勞而選擇離開目前辛苦的工作，由護士執業人數的下降，到醫師「五大皆空」的問題，同時醫糾層出不窮，醫病關係緊張，而醫院增加門診服務以平衡住院的支出及虧損，有三分之二的健保支出都是用於門診而非較嚴重的住院。每年平均 15 次的看診量也讓醫療資源的分配產生問題，分配到急重症的資源被迫稀釋等問題，都是現在醫療體系的危機。

在李司長報告之後，現場聽眾問到台灣對美國實施 ACA 的想法，李司長回答：可能美國人必須先討論一個根本共識，就是是否願意讓多數健康的人去分擔生病人的風險及健康照護，讓有錢的人去分擔窮人的醫療支出，大家都願意參與在一個足夠大的醫療風險庫中，而分擔彼此的醫療及健康風險。如果願意才能去談 ACA 的政策形成及如何落實。由之前參訪馬里蘭州及北卡兩州衛生部的過程中，很明顯感得出各州尚未達成共識，民主及共和兩黨立場仍十分分歧。因此像台灣這種全民單一保險且由政府經營的模式，在美國恐不易執行。

肆、心得：

- 一、本次會議透過杜克大學政策和組織管理研究中心涂老師、林老師精心安排及多年深耕，讓此行能在短時間內參訪、拜會不同衛生部門，美方各級政府的官員以及各組織的成員皆以非常熱情的態度及非常高層級的接待規格來歡迎代表團，本次與各州或聯邦的衛生首長、官員及各界公共衛生專家學者一同討論當前重要之公共衛生議題，分享彼此實務經驗，不僅向國際宣揚我國全民健保及醫療衛生實務經驗與成就，亦瞭解及學習美國作法，在台美目前無正式官方外交關係的情況下，此參訪行程極具衛生外交之效果，是非常好且難得的經驗，應持續維繫此種非官方管道，建立關係並保持聯絡，以拓展我國國際外交關係，並可藉此機會增廣團員國際視野，增加其未來制定相關政策之量能。
- 二、此行與我方接觸之美國高階官員及學者，均有深厚之學養與經驗，且對公共衛生議題非常熱忱與投入，亦保持謙遜風範，在互動交流中美方官員都非常親切並樂於分享其經驗，並對會議內容及時間進度之掌握非常有

效率，尊重並不吝稱讚部屬等，令人印象深刻，可讓團員學習其領導統御能力。

- 三、此次課程安排到美國公共衛生全國性組織如（APHA，AHCA）及各級政府公共衛生與福利部門參訪，對於同一議題，聯邦政府、州及縣針對許多公共衛生、醫療、社會福利政策往往有不同的看法，各州政策所呈現之多樣性也讓我們見識到美國政府尊重州、縣政府的自主及包容性，與我國衛生醫療體系中央集權式的行政作業體系非常不同，這種文化差異也呈現美國文化創意及生命力，但是美國缺乏一致性的機制也造成許多溝通及整合成本，有些部門之存在目的就是要去溝通彼此的差異，協調處理共同的議題，因此跨部門合作非常重要，必須捨棄本位主義，彼此以民眾利益為優先考量，共同合作解決問題。
- 四、以巴爾地摩市衛生局為例，在制定該市衛生政策「健康巴爾地摩 2015」時，係先掌握巴爾地摩市詳盡之相關健康資訊，才訂出優先議題及績效指標，我國也可利用相關衛生統計資料，如人口趨勢、國人各疾病發生率、各縣市疫病流行情形為基礎，規劃需解決之重要議題及優先順序，以及預期達成之指標，制定更完備之衛生及社福政策，並將衛生統計資料提供各縣市衛生局及社會局參考，俾利其制定因地制宜之政策。
- 五、衛生福利部剛於 2013 年 7 月成立，不論在文化或業務上，衛生與福利如何完整的緊密合作，以及未來可能面臨之挑戰，可參考北卡州威克縣福利衛生局衛生福利整合之經驗作為參考；另本次參訪「杜克大學癌症中心」，其醫院理念為提供一個溫馨、人性化的癌症治療環境，讓病人接受治療時有一個舒適溫馨之環境，我國醫療照護體系亦可思考如何以病人為中心，提供整合性之溫馨照護服務。
- 六、台灣因全民健保及醫院林立，故醫療普及且便利，美國地域廣大，都市鄉村資源差異非常大，故美國衛生照護體系為了能提供完整的身心照護，將醫療照護、社會服務、公眾健康、心理健康、流行病學、學校教育等部門結合在一起，讓居民可以在同一地點得到其所需之醫療照護服務和社會福利資源，如北卡州衛生部試辦醫療及社福的二合一服務，也就是提供沒有醫療保險的弱勢族群，尤其是少數民族，給予其需要之醫療服務與社會福利需求，如食物券，救濟金領取，及疫苗注射，母嬰教育券。我國衛生及社福已整合為衛生福利部，可思考將基層衛生所，轉型成提供醫療照護、社會福利、公共衛生服務之「一站式」三合一服務，讓衛生所不僅提供醫療照護，也提供社會福利服務、公共衛生、心理健康等服務。
- 七、有關於天然災害後的食物安全這項議題，在台灣農產品與食品安全分屬不同部會管轄，應加強跨部門合作，以確保災後食品安全，這也是值得我國重視及學習之議題。
- 八、台灣為因應人口老化，政府曾推出許多計畫，目前是以政府預算(稅收)為

基礎自 2008 年開始實施的長期照護十年計畫，惟因政府預算之不足，其服務對象亦有所限制，自 2009 年即著手規劃以社會保險風險分擔為理念的長期照護保險計畫。惟長期照護資源與人力的整備情形、政府財源配置的優先順序，民意的接受程度亦為決定是否實施長期照護保險的條件。政府也要思考長期照護保險需要照護對象及範圍為何，以 65 歲以上失能者為主要照顧對象？或是對於未達失能的人亦為政府照顧的對象？民間的資源如何發展(empowerment)？或是政府的資源僅需照顧經濟弱勢的失能者？如何設計在長照產業化後亦讓產業對弱勢人口與地區亦需擔負必要的社會責任？這些都是政府應思考的議題。

九、本次實地參訪馬里蘭州醫療服務成本審查委員會(HSCRC)，其介紹之收費標準(Rate Setting)的方法，係由財務、病例組合及其他等三大構面，進行資料蒐集及處理，並經由立法強制醫院遵循，令人印象深刻。台灣二代健保實施後，初期要求年收入六億以上之醫院於次年要提出財務報表，以強化健保資訊之透明公開，未來如何善用醫院所提出之財報，以及結合申報資料及病例審查，用於健保支付標準之增修或支付制度之改革，則是思考的方向。

在控制醫療費用上漲部分，美方表示論量計酬支付制度並無法有效控制醫療費用之上漲，尤其在「服務量」方面之控管是很難達成的，故美國採取由服務項目之計價方式改為以住院診斷關係群(Diagnosis-Related Groups, DRGs)方式付費，以控制醫療費用之上漲，且規劃擴大至門診實施。他們也推動部分醫院以類似個別醫院總額方式支付全年醫院住院收入(Total Patient Revenue)，使醫院有較強誘因避免不必要之住院或再住院，目前我國健保支付制度改革類似，都是朝提高醫院費用控管來著手。

伍、建議

- 一、**廣續建立臺美衛生行政交流平台**：本次會議所接觸到的美方衛生行政及公共衛生官員及專家，層級十分高，許多美方高階官員不僅十分熱忱地接待代表團，也很樂意與團員分享執行面之實務經驗或溝通交流，並讚賞台灣在健保及醫療照護之成就，這些都是長期紮根並且相互交流的結果，建議可每年分別在台美兩地舉行會議與交流，讓美方專家能實地參訪台灣衛生行政部門及醫療照護機構，以了解台灣整體醫療與衛政社政之現況，建立交流互動平台。
- 二、**建立公私部門溝通及合作關係**：以 APHA(American Public Health Association 美國公共衛生協會)為例，其於倡議公眾議題時，均以具權威性理論，理性的態度影響政策，其發展性已屬領導公眾議題的地位，政府應學習與這些具影響力之 NGO 共同合作，建立良好夥伴關係，共同倡議及推展有助於民眾健康的公眾議題。

- 三、**積極規劃推動中期照護**：長期照顧為各國醫療照護面臨之議題，目前美國雖尚未開辦全民健康保險，但對老年人則有 Medicare 之保險照護，提供急性期及亞急性期之數月的醫療給付，這段期間借由復健、教導病患家屬學習照護病患，協助病患早日出院回家。一來可減少醫療給付之負擔，二來可讓病患過著較有尊嚴及溫暖的家庭生活。我國目前試辦之中期照護，即類似美國實施之制度，希望藉由中期照護銜接病患急性期後之照護，除透過此機制避免病患再次住院，減少醫療費用上漲外，亦可規劃設計由中期照護更進一步銜接至長期照護體系。
- 四、**建構支持性的健康環境**：美國目前正推動社區改造計畫，讓社區居民決定如何改造自己所居住之社區，希望提供居民一個在生活、學習、工作、娛樂上更健康之支援性環境。如華盛頓之社區改造，希望成立一個無菸、吃得健康、活得健康、強調疾病預防保健之社區環境。為了讓國人活得更健康，建議可以社區為單位，利用社區居民對居住環境之覺醒力量，創造一個輕鬆、健康、福利之友善環境，讓全民不管精神、身體均活得更健康、更幸福、更快樂。
- 五、**規劃長期照護模式**：高齡化為全球趨勢，長期照護是各國面臨的重要議題，參訪美國醫療保健協會及全國長期照護總部時，美方介紹之綠色銀髮共居計畫(Greenhouse project)溫馨及人性化的設計，藉由醫護人員幫忙，讓長者能有尊嚴去照護自己之基本生活，這種替老人創建一個「有意義的溫馨家園」，可以像在自己家裡自由活動，彼此間建立較緊密的關係，引發團員熱烈討論，這也提供我們另一種老人照護環境之參考，非常值得我國參考學習。

102 年度「中高階衛生行政人員工作坊暨台美公共衛生圓桌會議」
活動照片



2013.8.21 團員與美國公共衛生協會 Dr. Georges Benjamin 及協會人員合影



2013.8.21 團員與美國公共衛生協會人員進行業務交流會議



2013.8.22 團員與聯邦衛生部醫療資源與服務署官員進行業務交流會議



2013.8.22 團員與聯邦衛生部少數族裔健康局官員進行業務交流會議



2013.8.22 團員與美國醫療保健協會人員進行業務交流會議



2013.8.23 疾管局簡大任組長於馬里蘭州衛生部報告台灣防疫政策



2013.8.23 團員參訪馬里蘭州巴爾地摩市衛生局並進行業務交流會議



2013.8.24 團員與美國前駐委內瑞拉大使 Patrick Duddy 於杜克大學合影



2013.8.25 團員與芝加哥州立大學健康科學研究所副所長 Dr. Damon Arnold 及北達科他州衛生部部長 Dr. Terry Dwelle 於杜克大學進行業務交流會議



2013.8.25 團員與芝加哥州立大學健康科學研究所副所長 Dr. Damon Arnold 及北達科他州衛生部部長 Dr. Terry Dwelle 於杜克大學合影



2013.8.26 台美公共衛生圓桌會議大合照



2013.8.26 團長於公共衛生圓桌會議進行報告



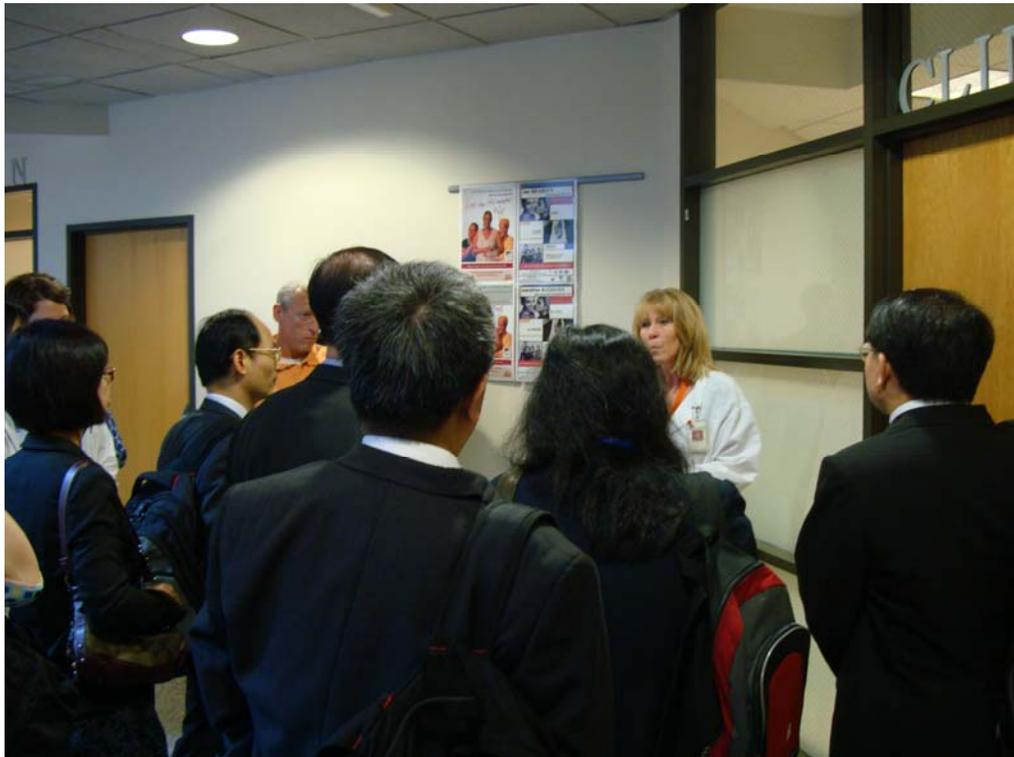
2013.8.26 台美公共衛生圓桌會議(與會人員為 16 位美國現(前)任衛生部長、2 位美國杜克大學老師及 12 位團員)



2012.8.26 醫事司李司長於國際三角研究院進行公開論壇



2013.8.26 團長致贈紀念品予北卡社群照護總裁 Dr. Allen Dobson



2013.8.27 參訪北卡衛生福利部威克縣福利衛生局



2013.8.27 團員與北卡衛生福利部官員進行業務交流會議



2013.8.27 團員與杜克癌症研究院執行長 Michael B. Kastan 及其同仁進行業務交流會議

Risk Management Strategies for the Contamination of Maleic Anhydride Modified Starch in Food

Shiow-Ing Wu,
Deputy Director-General
Food and Drug Administration. Ministry of
Health and Welfare, Taiwan
Aug. 26, 2013

1

Scenario

- ❖ Reports received: TFDA received reports that there **may be** manufacturers use unapproved maleic anhydride modified starch as a food additive on Feb. 2013.
- ❖ What is your next step?
 - What is the maleic anhydride modified starch?
 - Is it a hazard?
 - How to assess it?
 - How big an impact does it have on?
 - What are our control measures?

2

Risk Management



3

Why does the food need to use **Modified Starch**?

- ❖ Modified starch is a starch treated with chemicals to modify its physical characteristics, such as **viscosity, texture, and stability**. It may be used for food and non-food applications.
- ❖ What is the maleic anhydride modified starch?
- ❖ 1. It is used in **food packaging materials**, and is an **indirect food additive** approved by the **US FDA and EU EFSA**.
- ❖ 2. It is not approved as food additive in Taiwan.
- ❑ What kinds of food was contaminated by maleic anhydride modified starches?

4

Common foodstuff contaminated with maleic anhydride modified starch



5

Risk Management



6

Safety of Maleic Acid/Maleic Anhydride

Toxicity	Maleic acid	Maleic anhydride
acute toxicity	Low (LD ₅₀ 708 mg/Kg, Rat)	Low (LD50 400 mg/Kg, Rat)
reproductive and developmental toxicity, genotoxicity, carcinogenicity	none	none
nephrotoxicity	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kidney damage was observed in dog with a single dose of 9 mg/kg maleic acid; 2. In the same study, no nephrotoxicity was observed in rat, mice and monkey, at doses of 117, 191, and 29 mg/kg maleic acid, respectively. It indicates animals of different species show different sensitivity toward 	US EPA reported that no kidney damage was observed in a dose of 100 mg/kg maleic anhydride every day for 2 years in rat. Similarly, no kidney damage was observed in a dose of 60 mg/kg maleic anhydride every day for 90 days in dog.

Although animals given maleate alone showed transient impairment of renal function, all promptly recovered and showed no persistent impairment of health or renal functions despite repeated dosage

TDI

Based on EFSA's information, a TDI (tolerable daily intake) of 0.5 mg/kg is set for maleic acid

Risk Assessment :

Assume tapioca balls contain 400 mg/kg maleic acid. More than 75 g tapioca balls (250 tapioca balls) would be consumed every day over a long period of time to exceed the TDI.

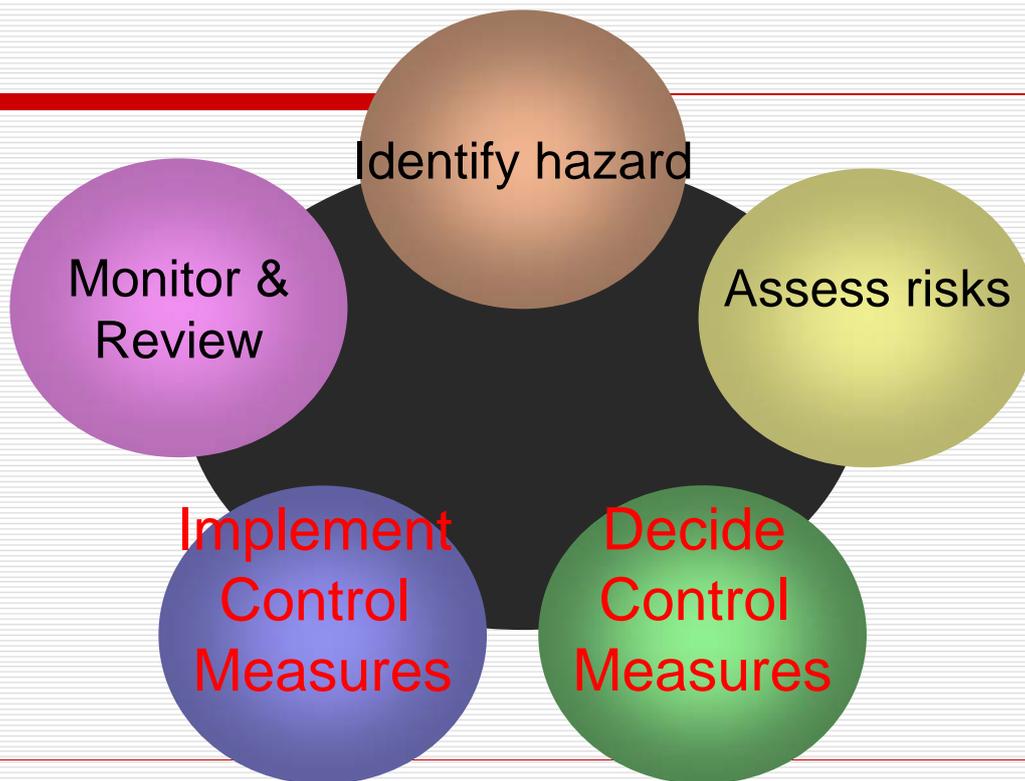
* $0.5 \text{ mg/Kg} \times 60 \text{ Kg} = 30 \text{ mg/day}$ for a 60 Kg adult

* $30 \text{ mg/day} \div 400 \text{ mg/kg} = 75 \text{ g/day}$

Pearl milk tea



Risk management



9

How big an impact dose it have?

- What **percentage** of products contain contaminated maleic anhydride modified starches?
- Do we need to test the commercial products?
- Where dose the **sources** come from?
- What **countries** are those contaminated products exported to?

10

What are the control measures?

The purpose of control measures

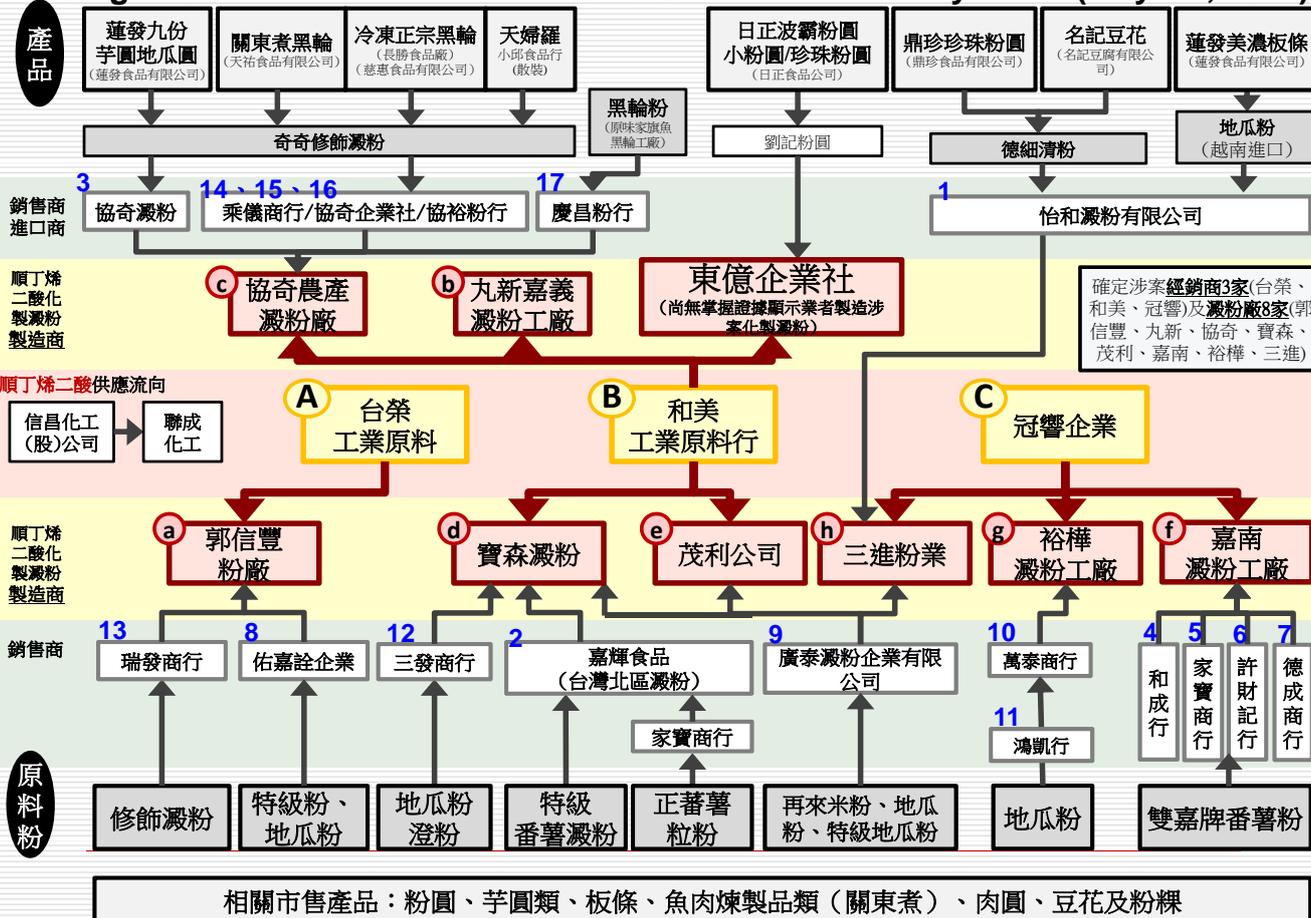
□ Stopping Source & Market Clearance

□ Market Inspection

- ❖ continue to **test** commercial products;
- ❖ **tracking and tracing** the source and distribution of products and ingredients involved;
- ❖ **recalls**, and taking products off the shelves

11

Tracing of Starches in Maleic Acid-Tainted Food Products by TFDA (July. 27, 2013)



Negative media coverage

TFDA hides the impact...



Director General of TFDA ought to consider resigning.....



It is obviously that those control measures cannot fulfill public's expectation.

Start of 0527 Food Safety Project

- ❖ Health authorities complete the investigations, recall and seal the non-compliant products and destroy the product **within 1 week**
- ❖ All manufacturers of starch based products shall **provide Affidavit or Certificate** to the sellers
- ❖ Health authorities start the **overall inspection again** from June 1
- ❖ **Speed up** amendment of the **Act Governing Food Sanitation**
- ❖ Cooperation among governmental Agencies: chemical management, food exporting, and public communications

0527 Food Safety Project Inspection of Affidavit or Certificate Provided starting from June 1



15

Food Manufacturers and Products Involved

- ❖ By June 1, 2013, 1,178 samples have been tested by TFDA's lab. (372 products, 806 ingredients)
- ❖ Testing result: 163 samples have tested positive for maleic acid (44 products, 119 ingredients)
 - ❖ chemical sellers involved: 4
 - ❖ starch manufacturers involved: 9
 - ❖ starch importer involved: 1
 - ❖ starch dealers involved: 27
 - ❖ products involved: 11

16

5 indicators show the end of contaminated modified starch-crisis

Sources of illegal manufacturers:

only 9 manufacturers involved and no more manufacturers involved

Amount of seized products destroyed:

the amount of seized products destroyed decreased sharply and 71.6% of them were destroyed

Non-compliant rate of laboratory test:

the non-compliant rate decreased from 53.8% to 1.1%

Maleic anhydride modified starch-free certification:

100% of food sellers post a certificate.

Hotline service: questions received through the hotline service

decreased from 41.1% to 9%

17

17

Amendment of Act Governing Food Sanitation

Strengthen food safety control and risk management

Strengthen food import management

Strengthen domestic food business management

Impose heavier penalties

For adulteration, counterfeiting, or use unapproved additives in food, imprisonment of not less than 3 years shall be imposed; if any death is caused, the maximum punishment may be life imprisonment

Consumer protection

10 future strategies for food safety

- Mandatory registration of food business
- **Cross-ministry involvement in controlling the distribution of non-food chemicals.**
- Establish food tracing and tracking system
- **Comprehensive labeling of ingredients**
- Heavy penalties for illegal behaviors
- Forfeit all of illegal profits from business
- Offer a large reward to whistleblower
- An idea for food safety fund
- Partnership with NGOs and experts
- Provide manpower and budget for TFDA and establish a good risk management system.

19

Risk management



20

It's safe to eat these foodstuff.



Thank you for your attention

Questions

- When is the appropriate time for press release when facing food safety crises?

Take modified starch event as an example, we received an uncertain information on Feb and revealed it on May. The interval of 3 months allow us to investigate and clarify the whole picture, and we even figure out how to deal with it promptly. Instead of being ambiguous and hasty, what we brought to the public is the real situation and solution.

However, the public just can't stop complaining us about the lag because they believes that they should have been informed on the moment. So, could you please give us some suggestion or comment about the timing for press release?

Question

- Is there any possible way to compensate consumers when food safety problems come up?

For those unexpected incidents, insurance could be a way to compensate. Actually, in Taiwan, we have already established **product liability insurance** for **definite health hazard** from the consumption of tainted food. But the compensation could be not enough to consumer side. In the meanwhile, the consumer protection group urged the **government** to **set the food safety fund** for those cases **without definite connection** between hazard and the contaminated food which seems unfeasible. How could we deal with that situation?

High-Quality Health Care at Affordable Cost: Taiwan's Experiences and Challenges

Wui-Chiang Lee, MD, PhD, MHS
Director-General,
Department of Medical Affairs
Ministry of Health and Welfare,
Taiwan (R.O.C)
Aug 26, 2013



1

Dr. Wui-Chiang Lee

- **Director-General**, Department of Medical Affairs, Ministry of Health and Welfare, Taiwan (R.O.C)
- **President**, Asian Society for Quality in Health Care
- **Former CEO**, Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation
- Adjunct Associate Professor, National Yang-Ming University
- Gastroenterologist, internal medicine by training

Education

- **Ph.D.**, Health Service and Outcomes Research, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health
- **MHS**, Health Finance and Management, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD
- **MD**, National Yang-Ming University School of Medicine, Taiwan



2

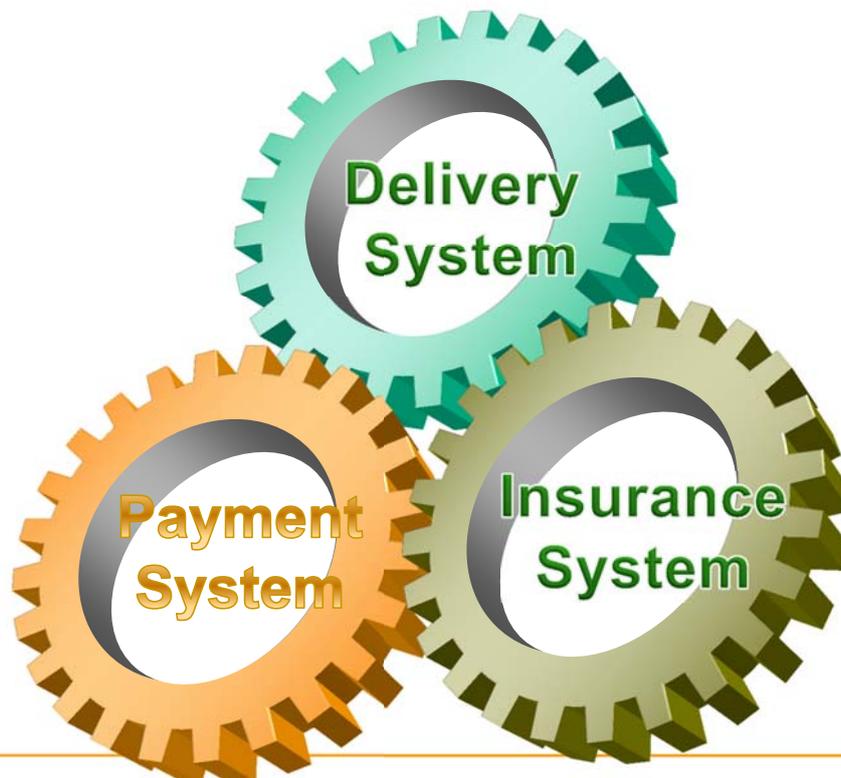
Outlines

- High-quality health care at affordable cost
- Emerging challenges
- The next

3



Health Care Services in Taiwan



Quality Care Strategies

Hospital infrastructure

Training & Education

...

Health Care Networking

Accessibility

Affordability
Equity of Care

National Health Insurance

Quality Improvement

TQM, QCC, ISO, Clinical Pathway
Quality indicators, EBM...

Taiwan Joint Commission

Patient Safety, EBM



WC Lee



The Constitution of Republic of China

- Chapter XIII
- Section 4 Social Security
- Article 155

The Country shall establish a system of social insurance to promote social welfare.

To the aged and the physically disabled who are unable to make a living, and to victims of extraordinary calamities, the Country shall provide appropriate assistance and relief.

1947



Health Insurance Evolution in Taiwan

1950 Labor (40.1%)

1958 Government Employee (8.5%)

1985 Farmers (8.2%)

1995 National Health Insurance (99%)

* () indicates % of total population as of 1995



Affordability and Equity of Care

Coverage	Compulsory enrollment for citizens and legal residents
Administration	Single-payer system by government
Financing	Premiums (including basic and supplementary premiums)
	Insured's premium shared by the employee, employer and government
Benefits	Uniform package, affordable copayment
Providers	92% of providers contracted with NHI
Payment	Plural payment schemes under a global budget
Privileges	Premium and copayment subsidies for the disadvantaged



Benefits Package

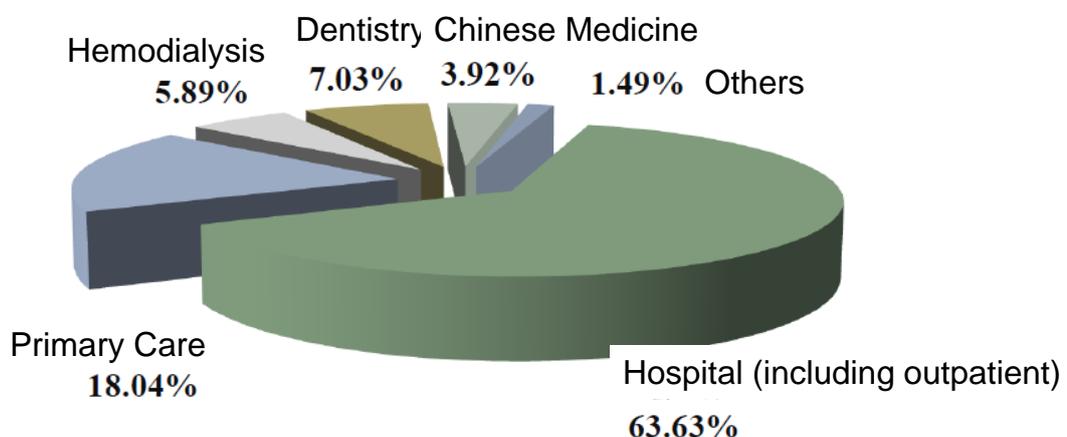
Scope of Benefits

- Child delivery
- Inpatient care
- Outpatient care
- Prescription drugs and certain OTC drugs
- Dental services
- Traditional Chinese medicine
- Day care for the mentally ill
- Home nursing care



Budgets Allocations

US\$ 17 billions for 23 million people in 2012
About 6.6% of GDP



Contribution Shares

Current premium rate: 5.17%

Unit:%

	Category	Government	Employer	Insured
1	Private-sector employees	10	60	30
	Government employees	--	70	30
	Self-employed/Employers	--	--	100
2	Union members of independent workers	40	--	60
3	Farmers/Fishermen	70	--	30
4	Conscripted military personnel	100	--	--
5	Low-income households	100	--	--
6	Veterans	100	--	--
	Community groups	40	--	60

11

Low Copayment for Outpatient Fully Subsidize for the Poor and Very Sick



	Outpatient Care		Emergency Care	Dental Care/ Chinese Medicine	Drug (20%)
	With Referral	Direct Visit			
Medical Centers	7	12	15	1.7	0~6.7
Regional Hospitals	4.7	8	10	1.7	0~6.7
District Hospitals/	1.7	2.7	5	1.7	0~6.7
Clinics	-	1.7	5	1.7	0~6.7

Exemptions:

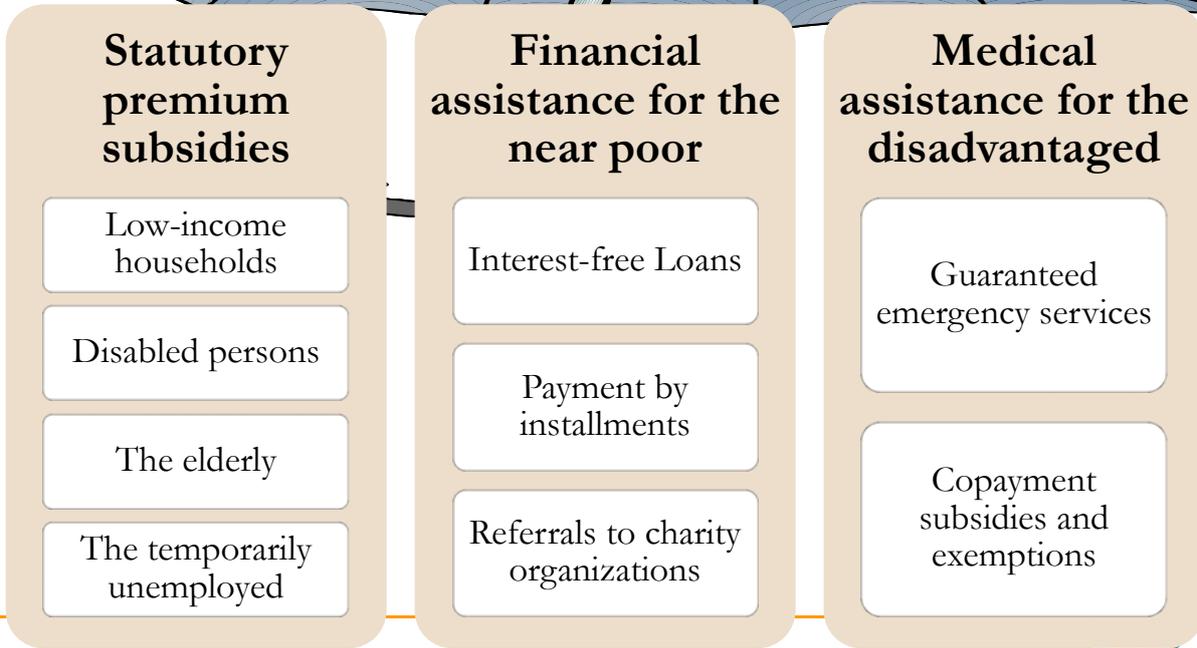
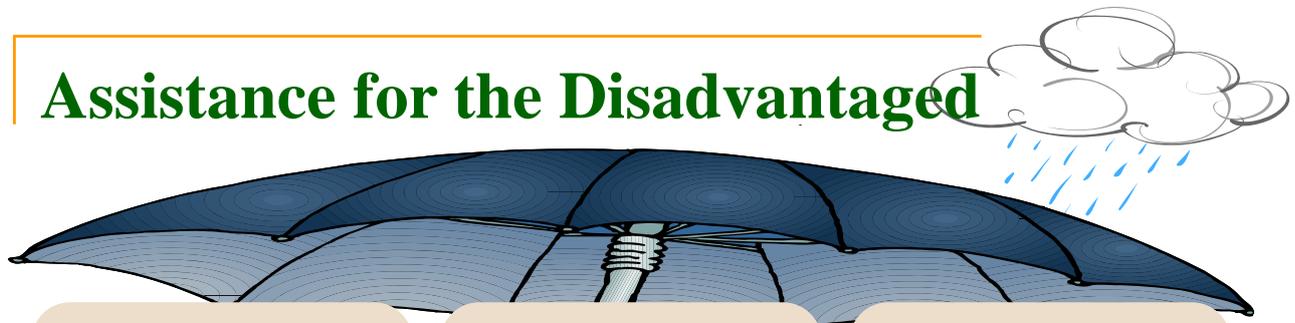
1. Catastrophic diseases, child delivery.
2. Medical services offered in mountain areas or on offshore islands.
3. Low-income households, veterans, children under the age of 3.

Unit: US\$



12

Assistance for the Disadvantaged



“Smart Hospital” Everywhere

Supported by the strong ICT industries and highly-educated practitioners, many hospitals have widely adopted ICT in daily practices for the past 10 years:

Hospital Information System	workforce less
Electronic Medical Records (EMR)	paper less
Picture Archiving and Communication System (PACS)	film less
Mobile Hospital	wait less



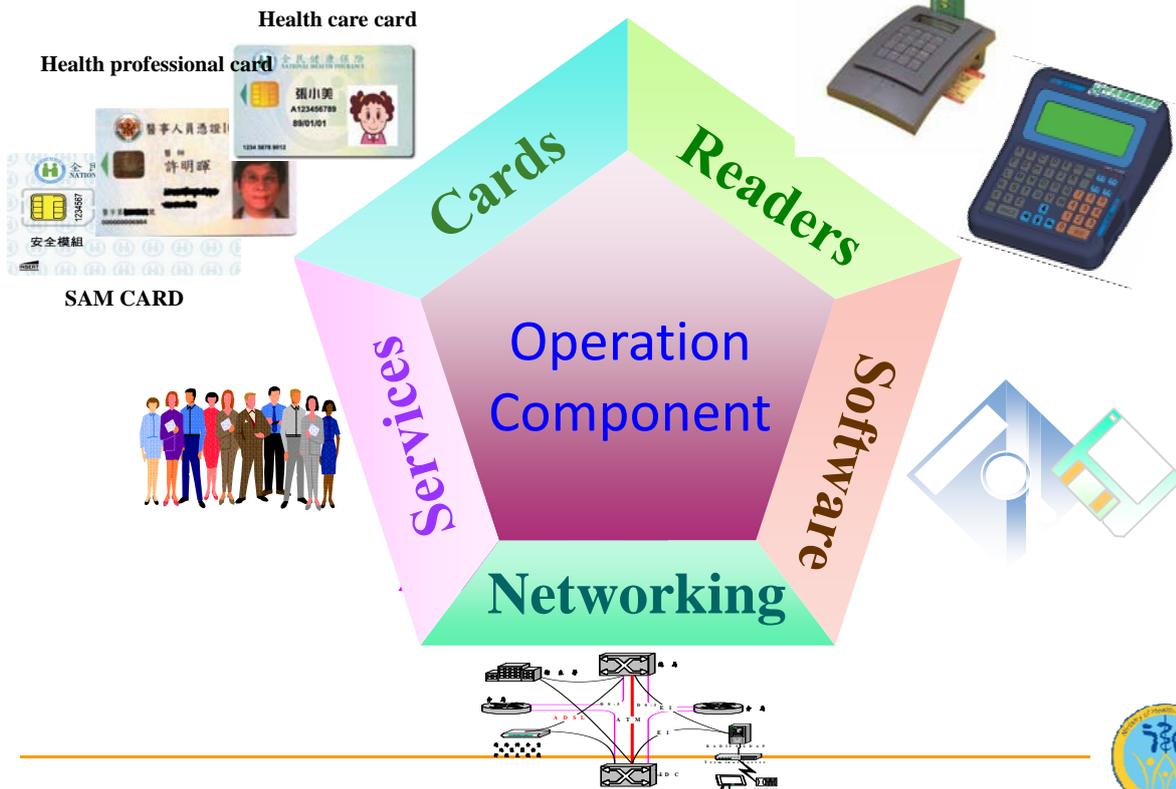
Barcode Systems for Patient Safety



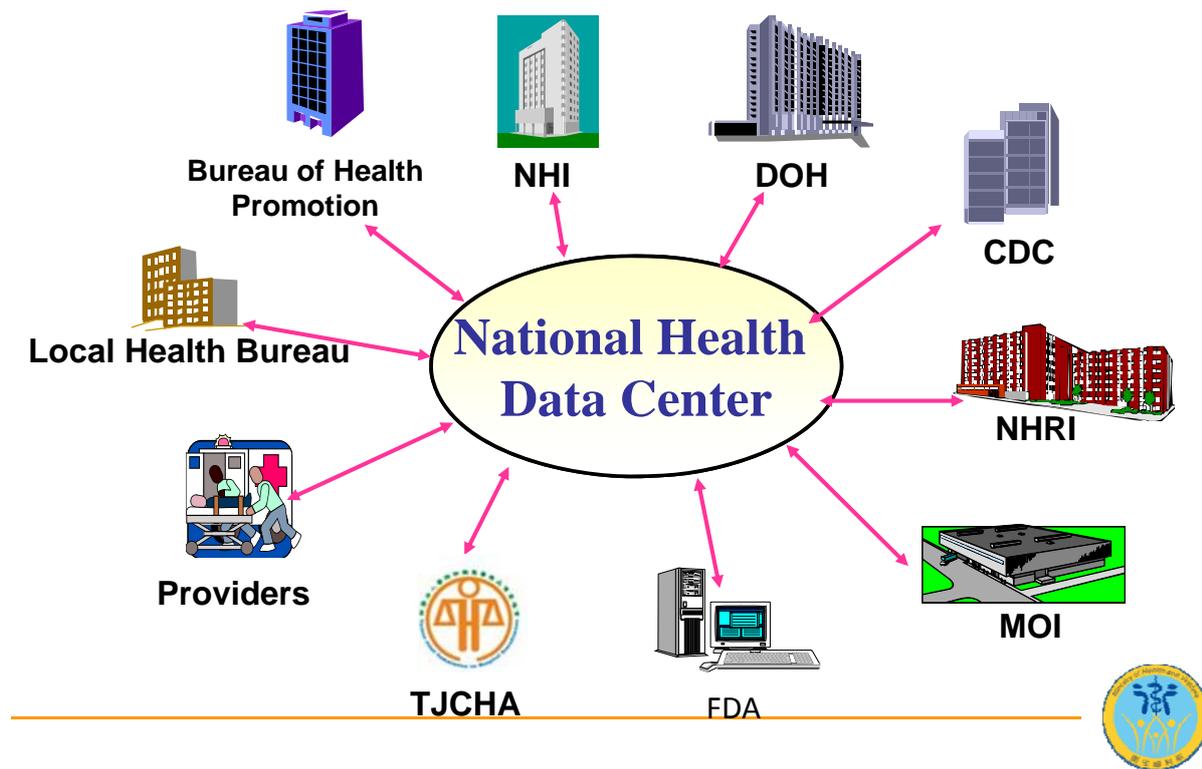
Source: Taipei Veterans General Hospital



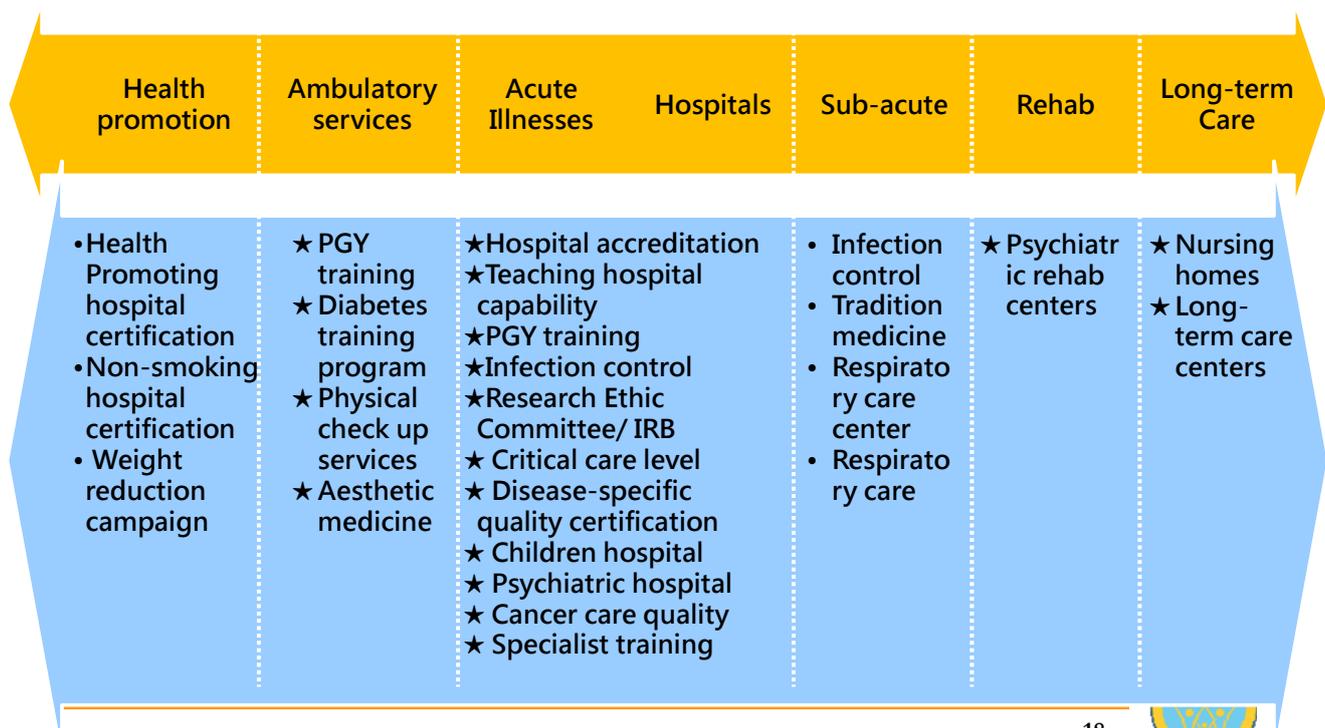
NHI Smart Card



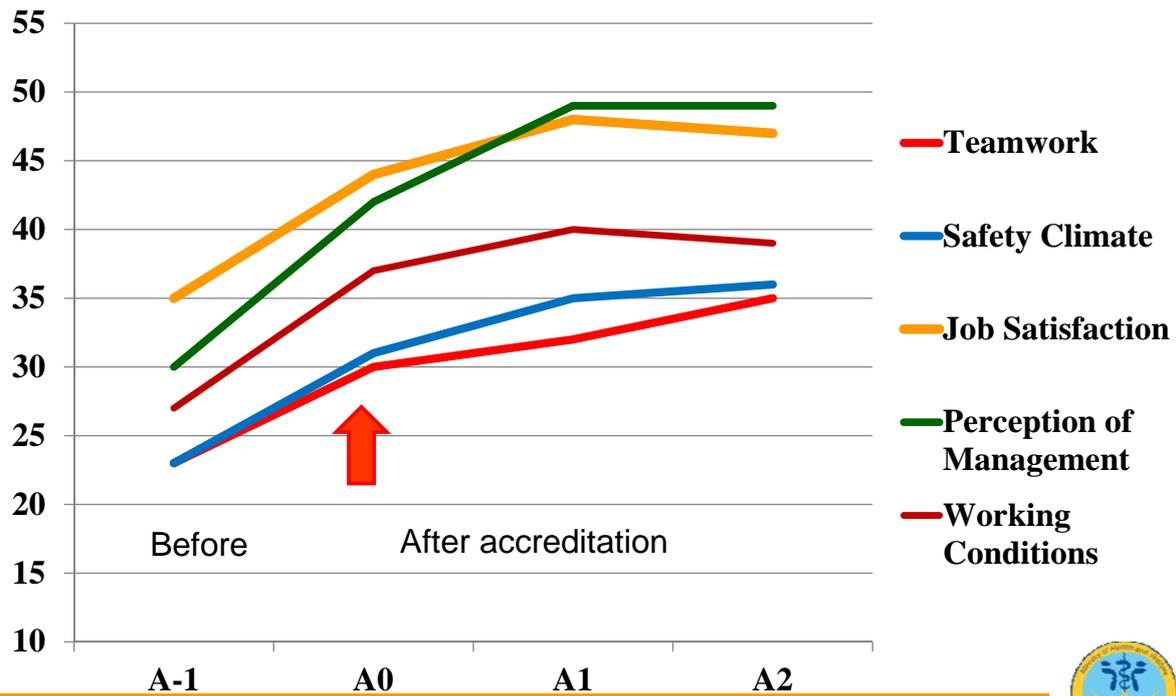
Clouding System for Health Data



Accreditation System since 1978



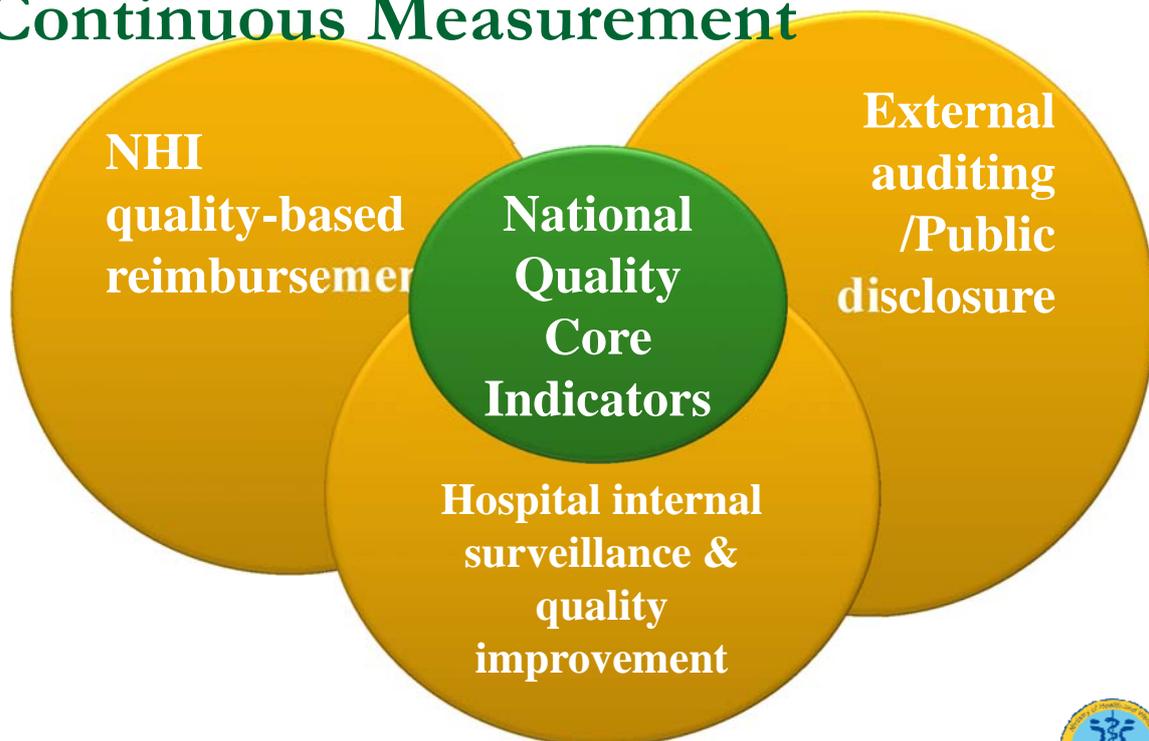
Positive Impacts of Accreditation on Hospital's Safety Culture



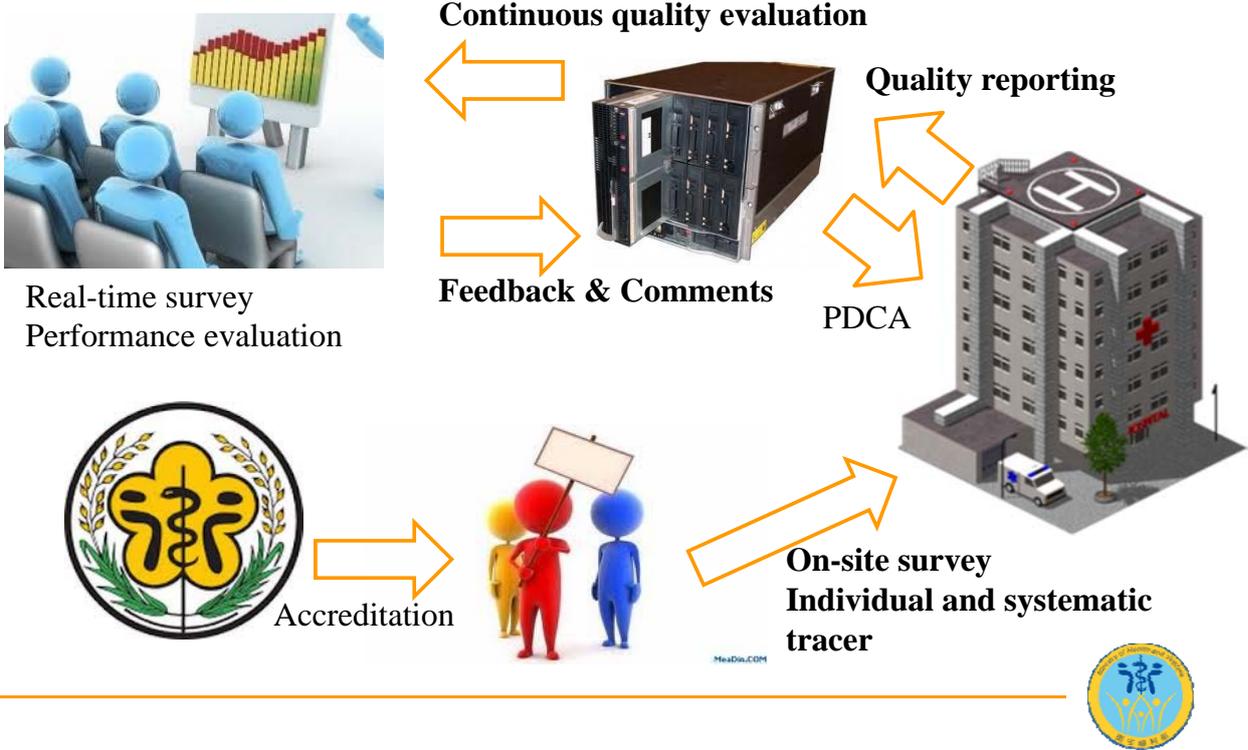
19



Toward One Measurer System, Continuous Measurement

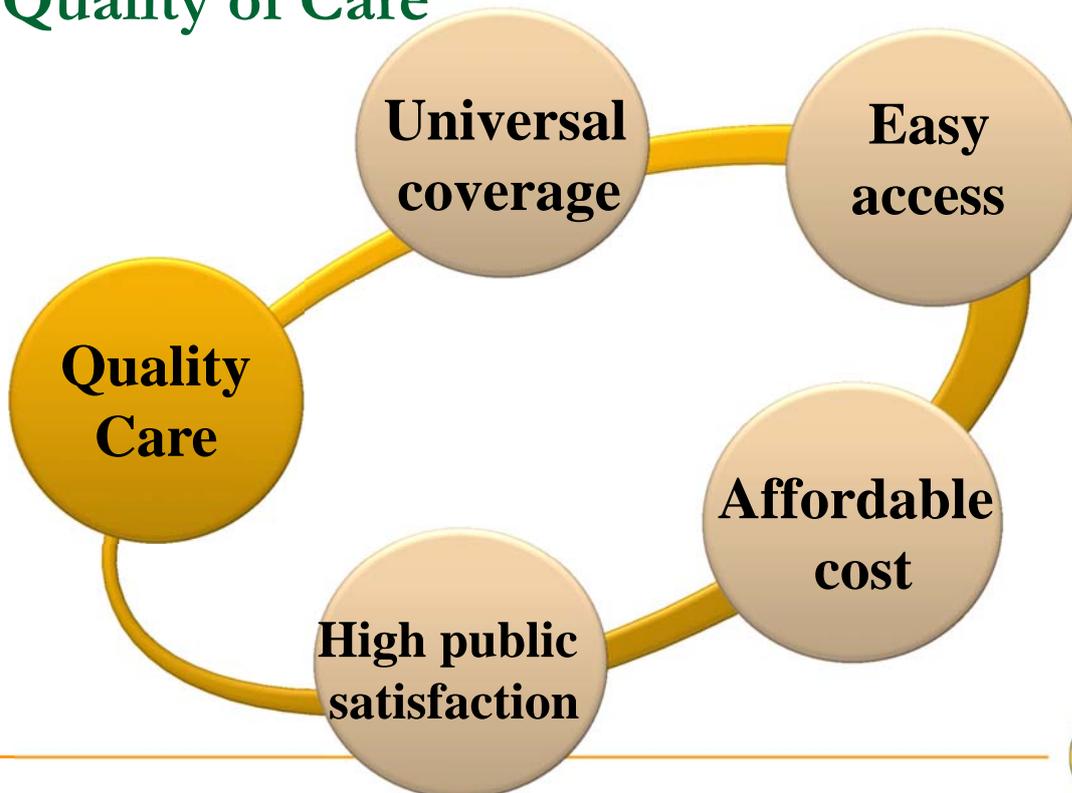


Real-Time Feedback & On-site Evaluation (Accreditation Clouding System)



21

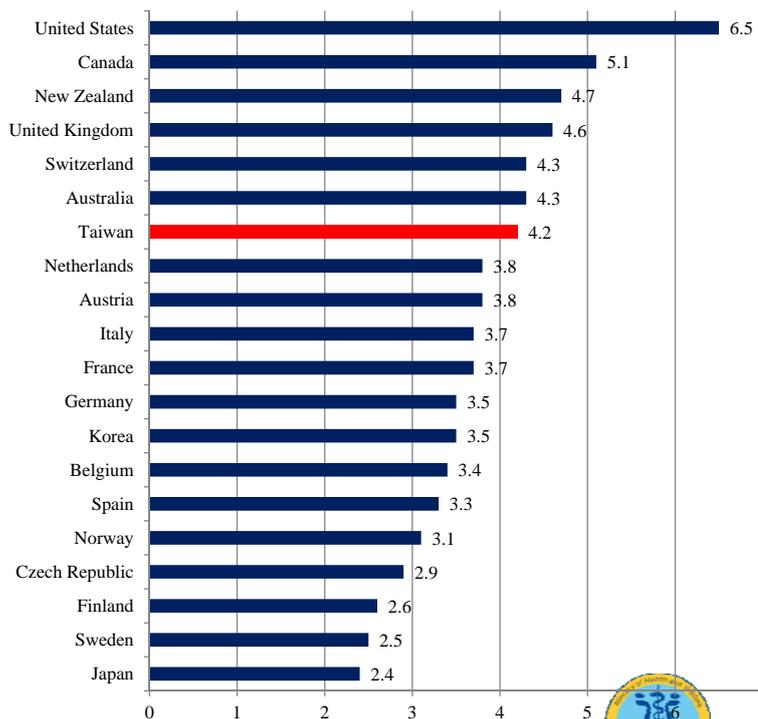
Hospitals Compete with Each Other on Quality of Care



Assured Quality of Care

	Life Expectancy (2009)	
	Female	Male
Japan	86.4	79.6
Spain	84.9	78.6
Switzerland	84.6	79.9
Italy	84.5	79.1
France	84.4	77.7
Australia	83.9	79.3
Korea	83.8	76.8
Finland	83.5	76.6
Sweden	83.4	79.4
Norway	83.2	78.7
Austria	83.2	77.6
Canada	83	78.3
Germany	82.8	77.8
Belgium	82.8	77.3
New Zealand	82.7	78.8
Netherlands	82.7	78.5
United Kingdom	82.5	78.3
Taiwan	82.3	76
United States	80.6	75.7
Czech Republic	80.5	74.2
Mexico	77.6	72.9

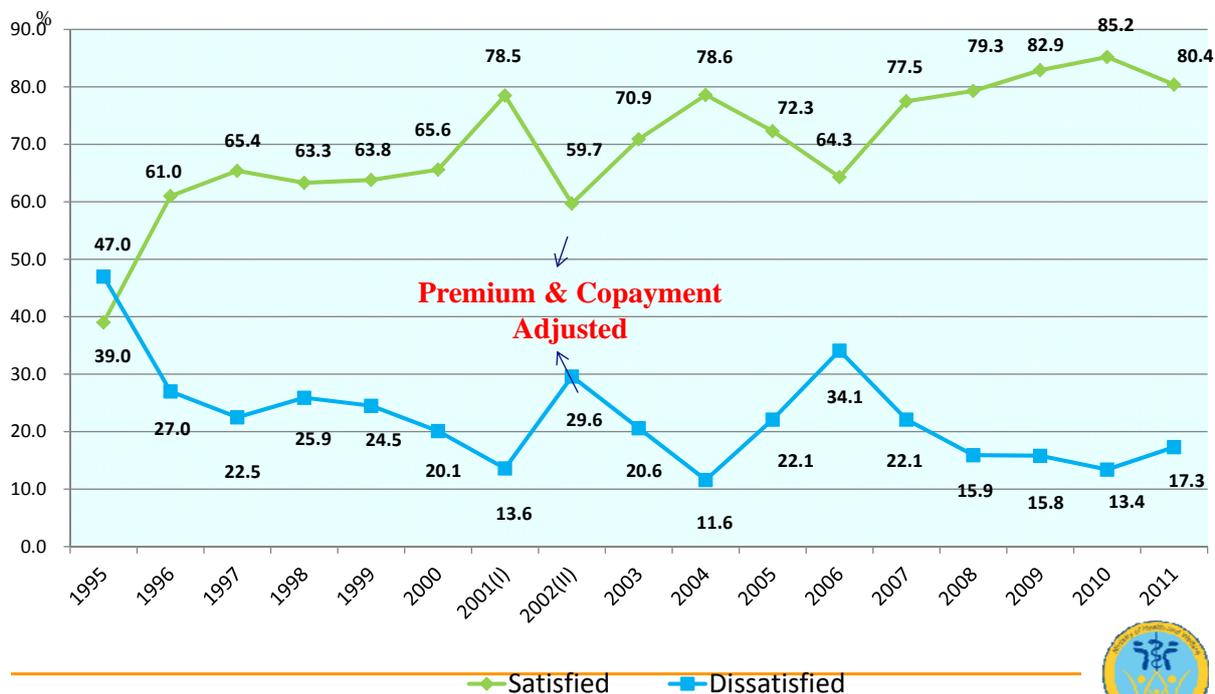
Infant Mortality Rate: 4.2 per 1,000



Source : OECD Health Data 2011
Department of Health



High Public Satisfaction to the Universal Insurance and Medical Services



Emerging Challenges

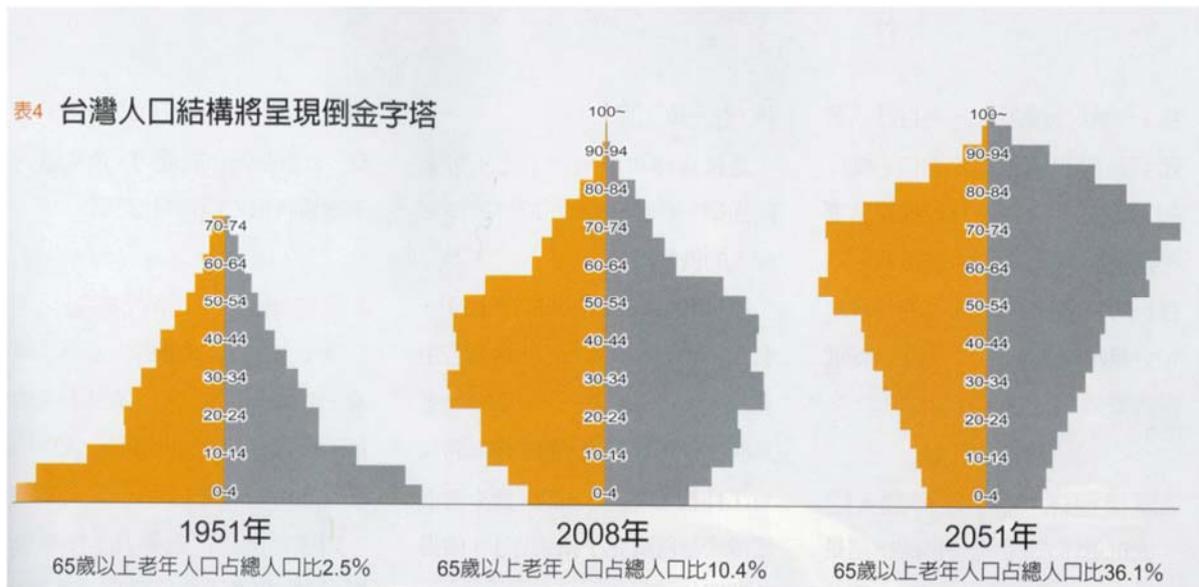
25

Demand Side

- **Old age with multi-comorbidity**
- **“Civic failure” that ask more but unlike to pay**
- **Unlimited and unregularly access to care**
- **Increasing subsidized groups**
- **High volume (might not medically necessary)**
- **Growing “medical consumerism” after NHI**



Demographic Transition



27



Chronic and Long-term Care Will Turn Out to be the Main Issues, but the Current Healthcare System is Designed for Acute Care Services



28



The Subsidized Patients

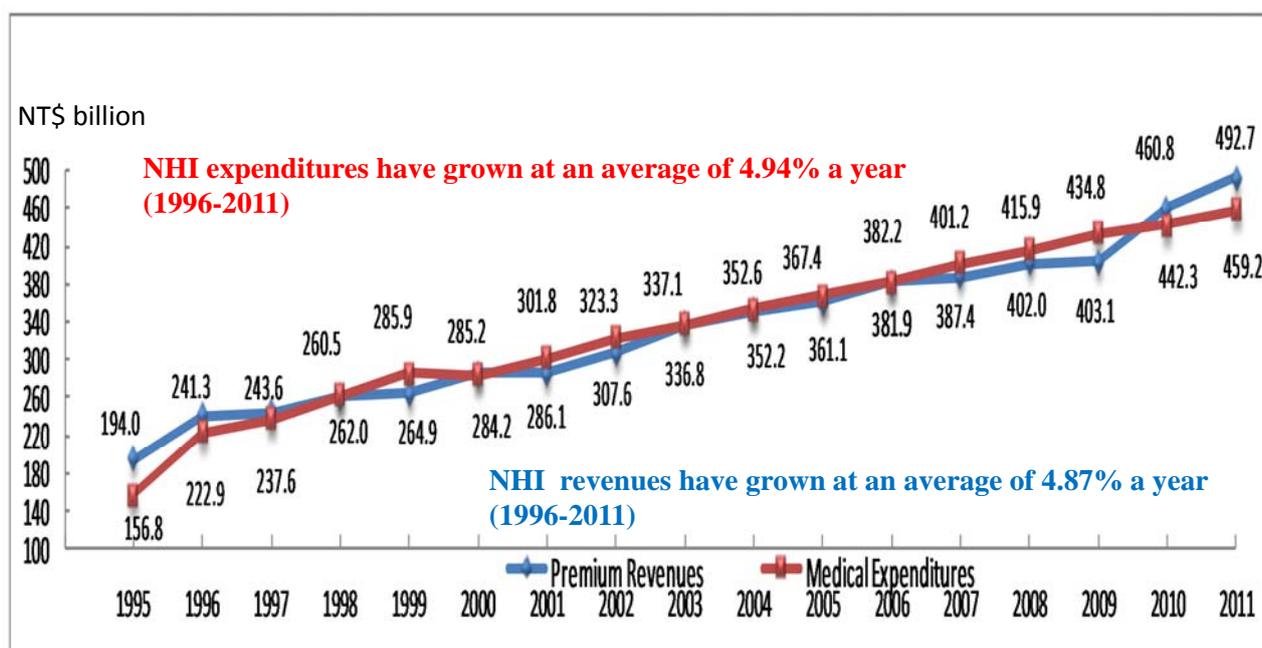
3.76% of population cost 27.14% budget



29



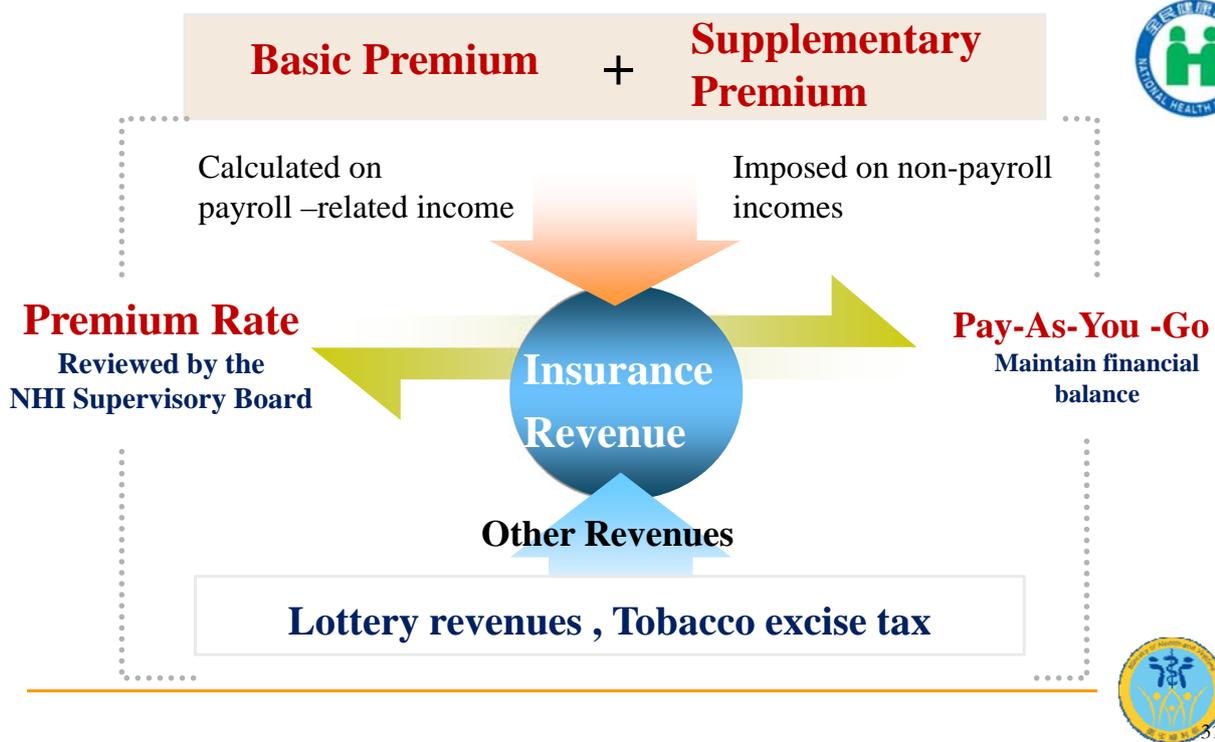
NHI Financial Status



year

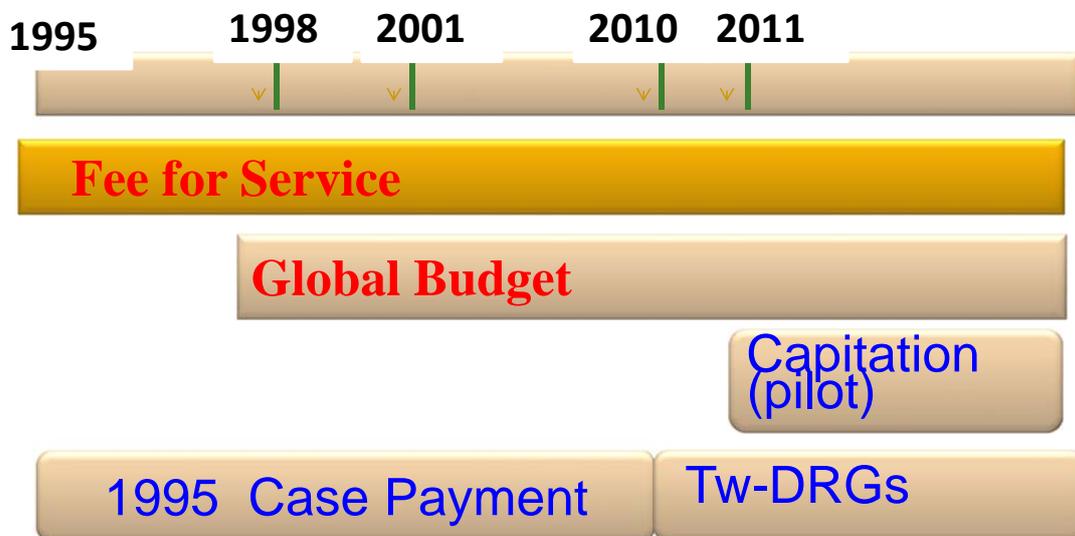


The 2nd Generation NHI Financing



NHI Payment Reform

Plural payment schemes to ensure effectiveness:



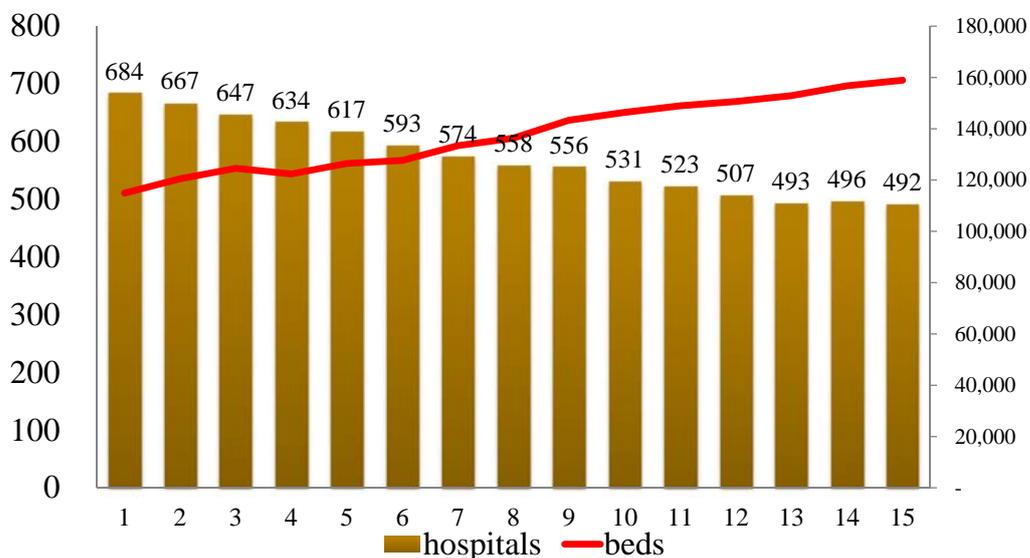
Supply Sides

- Critical care in remote areas
- Discounted reimbursement (10~15% discount) with high financial risk
- High volume/market share to gain the economic scale and purchasing power
- Consolidation and affiliation
- Burning-out medical staffs and losing new blood in critical care
- Intense patient-physician relationship

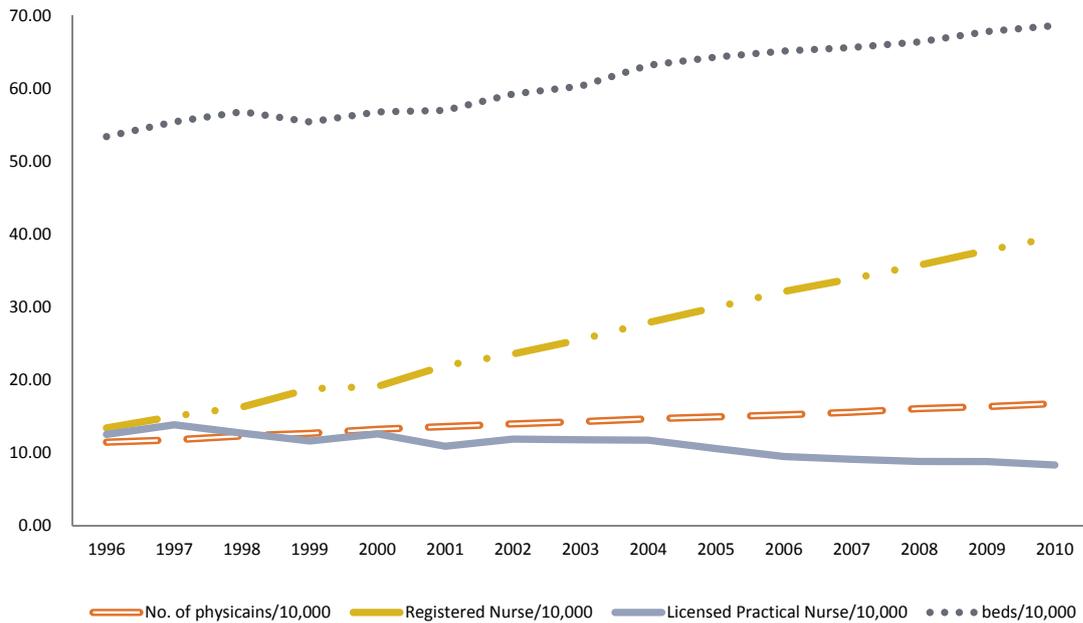
33



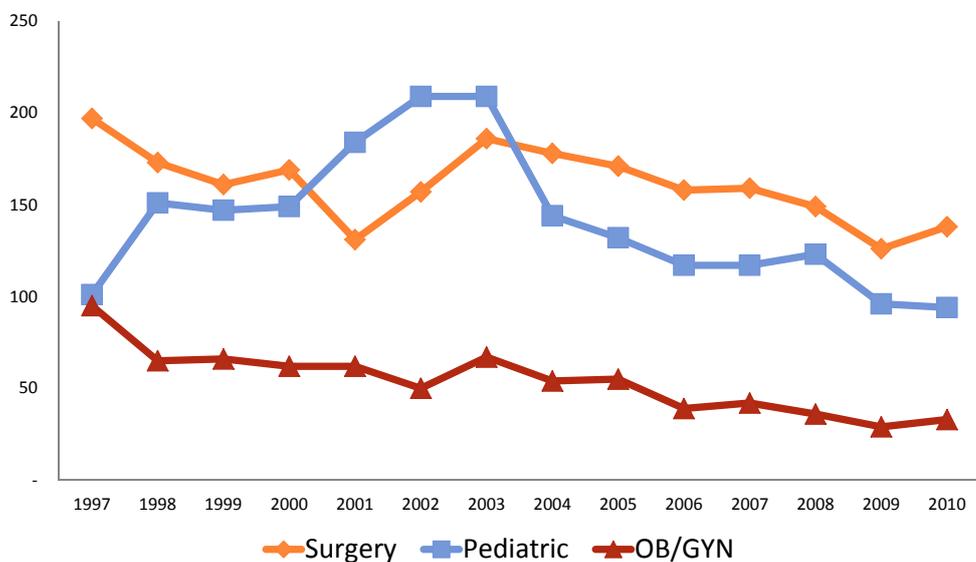
Low Financial Margin Compensated by Economy of Scale, High-Volume Services and Burning-out Healthcare Workers



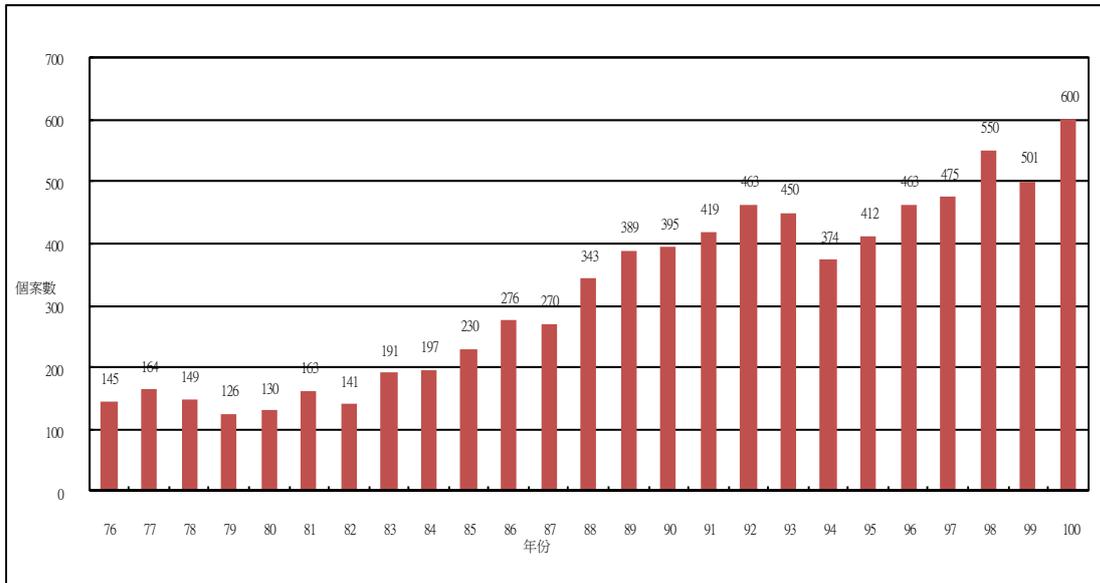
Manpower Shortage especially for Nurses and Critical Care Physicians



New-blood Are Less Willing to Choose High-Risk Specialties



Intensive Patient-Physician Relationships with Increasing Claims/Litigations



37



Safety Network for Critical Care around the Island



- 26 basecamp for all referral
- 77 can treat 95% of referral
- 87 for 24 hours services

The Next



39

Strategies

- To reallocate budget between inpatient and ambulatory services; between critical and non-critical care
- To reorganize the delivery system in response to demographic change and patient's need
- Payment system reform shall support the above two strategies
- To continuously educate our people
- To retain healthcare workers and to increase their resiliencies



Thank You for Your Attentions
New MOHW, New Hope

