

出國報告(出國類別：國際會議)

行政院衛生署 101 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

報告人：服務機關：臺中市政府衛生局
姓名職稱：陳南松副局長、張瑞麟主任秘書

全體團員：服務機關：行政院衛生署
姓名職稱：邱文達署長、鄧素文處長、
李雨育科長、陳馨慧技正
服務機關：行政院衛生署疾病管制局
姓名職稱：張峰義局長
服務機關：行政院衛生署國民健康局
姓名職稱：林宇旋簡任技正、陳妙心研究員
服務機關：行政院衛生署食品藥物管理局
姓名職稱：劉淑芬副組長
服務機關：行政院衛生署中央健康保險局
姓名職稱：龐一鳴專門委員
服務機關：行政院衛生署樂生療養院
姓名職稱：林慶豐院長
服務機關：高雄市政府衛生局
姓名職稱：何啓功局長
服務機關：桃園縣政府衛生局
姓名職稱：劉宜廉局長
服務機關：新北市衛生局
姓名職稱：林金富副局長
服務機關：臺南市政府衛生局
姓名職稱：林碧芬副局長

派赴國家：美國

出國期間：101 年 8 月 12 日至 8 月 24 日

報告日期：101 年 10 月 31 日

摘要

本計畫本(101)年度主題為「群眾健康與福祉之導航 (Navigating for Population Health and Wellness)」，由行政院衛生署暨所屬機關、署立醫院及衛生局之高階主管組成 16 人代表團，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 12 州現任、前任衛生署長及其中高階衛生官員，就當前重要公共衛生議題進行討論與交流。此行並由前北卡羅萊納州衛生署長，現為該州合理化醫療體系委員會主委 Lanier Cansler 先生陪同，前往美國北卡羅萊納州政府拜會州長 Beverly Perdue 女士，獲州長熱情接待。此行亦實地參訪位於華盛頓西雅圖之美國第十區域跨州衛生福利部辦公室 (DHHS 區域辦公室)、華盛頓州公共衛生實驗室、華盛頓州金恩縣公共衛生局與國際三角研究院 (Research Triangle Institute International) 等機構。

另為提升組團赴美之最大效益，爰於舉辦圓桌會議前，規劃中高階衛生行政代表團之會前工作坊，與美國專家學者就公共衛生重要議題進行相關研討，並進行論述議題之實地演練。

目 錄

壹、	目的.....	4
貳、	行程簡介.....	4
參、	活動內容.....	7
肆、	心得.....	31
伍、	建議.....	32
陸、	附錄	
	活動照片.....	33

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，創造我國與美國衛生行政高層直接互動之溝通平臺，並藉此拓展我國高階衛生行政人員之國際視野，增進實務交流經驗，由行政院衛生署暨所屬機關、署立醫院及衛生局之高階主管組成代表團，參加由本署委託美國杜克大學規劃辦理之「101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」。

本計畫主要目的有三：

- 一、增進臺美雙方公共衛生行政領域之交流與互動，維護臺美友好關係。
- 二、透過衛生實務經驗分享，與美國聯邦及各州衛生官員達成實質交流。
- 三、提升我國衛生行政中高階人員國際視野與應對能力，強化施政效能。

貳、行程簡介

一、8月12日

團員於桃園國際機場第二航站集合，一同搭乘長榮航空夜航班機BR26赴美，並於美國時間8月12日當晚抵達華盛頓州西雅圖市 Tacoma 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13日

上午由 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，以及部分團員英文演講預演。下午由華盛頓州衛生署署長 Mary Selecky 女士帶領，於西雅圖市區進行文化之旅。

三、8月14日

上午於 Radisson Hotel 之會議廳，與美國聯邦政府副醫療總長 Dr. Patrick O' Carroll、美國華盛頓州政府衛生署官員、金恩縣衛生局官員，進行「Evidence-Based Best Practices Facing Limited Health Resources」圓桌會議。下午分三組進行參訪行程，地點包括美國第十區域跨州衛生部辦公室(DHHS 區域辦公室)、華盛頓州公共衛生實驗室，以及金恩縣衛生局，以瞭解其實際運作狀況。

四、8月15日

上午搭乘美國聯合航空，經舊金山轉機飛往北卡羅萊納州達姆市(Durham)國際機場，並於晚間抵達目的地，隨後驅車前往旅館住宿。

五、8月16日

上午由杜克大學副校長 Dr. Michael Merson 向全團表示歡迎之意，並說明該校治校理念與如何培育學生具備面對未來環境之能力。杜克大學學生有 80% 來自世界各國，在確保學術品質、學術自由、對地方文化具敏感度，以及多元學門整合之前提下，提供教員及學生發展空間，以具全球化及國際社會觀點之頂尖學府自期。席間提到美國前 10 名大學都與中國大陸有合作，亦簡述該校在新加坡及中國大陸崑山設置分支學校之經驗，藉以與亞洲國家建立區域性合作研究網絡。崑山是中國富裕的城市之一，但沒有大學，因此希望杜克大學協助創立大學，目前是由杜克大學與武漢大學一起合作在崑山設置學校，當地也有不少學生來自臺灣。而新加坡希望改善其健康照護系統及醫學訓練，故由政府出資，亦請杜克大學幫忙在新加坡建立國際醫學院校，同時也研究亞洲地區的疾病(如登革熱、心血管、成癮症等)。Dr. Merson 也提到印度與巴西等其他國家亦希望學習美國教育方式，有與該校合作之意願。目前該校政策與組織管理研究中心協助臺灣衛生署每年辦理的此項出國計畫，也是該校支持的國際合作計畫之一。Dr. Merson 另提到面對全球化的趨勢，應秉持謙虛的心去學習、保持耐心、建立夥伴關係並互相信任以求雙贏；對於很難處理的 AIDS、藥物濫用、網路遊戲成癮等全球性問題，則需要各國經驗交流，美國目前也面臨了氣候劇烈變化引起的傳染疾病改變問題，他肯定臺灣處理傳染病的能力，也期望未來學習臺灣的經驗。

接續安排曾兩度出使委內瑞拉之 Patrick Duddy 大使與本團會談，大使暢談其在中南美洲之外交工作經驗，與跨國衛生援助之挑戰。其以總統(領導者)之高度來解析參與國際救援協調的經驗，以海地地震救援為例，各國以自有的馳援模式及標準作業流程(SOP)，就其認領地區進行救災重建程序，因此給災民的相關規範會因不同國家的介入而不同，造成一個受災國得面對多個制度，也增加中間的困難度。因此，除非受災國是很有組織的政府，在面臨天災時，相關政府功能上已能維繫且有能力作國外投入資源之管理，否則會如海地一樣，地震災害已經過去多年了，但重建的速度仍緩慢。而同樣地，給予外部救援的國家亦有相對責任，不能以救援者角色而感到偉大，應與在地及外來其他資源者協調整合，才能達到國際援助的目的。

下午則進行主題為「Enhancing Health Quality, Safety, & Care Experience」之研討會，由北卡醫院協會執行長兼北卡醫院協會資深副總裁 Dr. Carol Koeble、北卡醫學研究院執行長 Dr. Pam Silberman 及臺中市衛生局陳南松副局長分別進行專案報告與討論。

六、8月17日

上午驅車前往北卡羅萊納州衛生福利署(NC-DHHS)，以「Evidence-Based Best Practices Facing Limited Health Resources (II)」為主題，與該州衛生福利署署長 Dr. Albert Delia 及該署多位高階衛生官員進行圓桌會議。中午並以餐敘方式進行非正式交流。

下午返回杜克大學進行研討會，主題為「Realigning Services for a Changing Population」，由美國臨床醫療系統品質提升研究院總裁兼執行長，前明尼蘇達州衛生署署長 Dr. Sanne Magnan 與新北市衛生局林金富副局長分別進行專題報告與討論。

七、8 月 18 日

上午參觀杜克家族菸草博物館，瞭解杜克家族以菸草業發跡過程，以及北卡羅萊納州早年以菸草為主要經濟命脈之歷史，惟當前菸業及相關貿易已非北卡羅萊納州主要經濟活動，杜克家族早已淡出菸草工業，達姆市（Durham）亦轉型為醫療重鎮（City of Medicine）。

下午進行研討會，主題為「Engaging Policy Makers and Communities to Strengthen Healthy Communities」，由芝加哥州立大學公共衛生研究所所長，前伊利諾州衛生署署長 Dr. Damn Arnold、北達科他州衛生署署長 Dr. Terry Dwelle 與本署國民健康局陳妙心研究員，分別進行專題報告與討論。

八、8 月 19 日

上午參觀杜克大學校園及圖書館，下午則為次日圓桌會議進行暖場活動，邀請臺灣代表團人員、參與圓桌會議之各州衛生署署長及北卡羅萊納州當地衛生相關單位人員，於北卡羅萊納州衛生福利署助理署長 Dr. Steve Cline 府邸進行餐敘。

九、8 月 20 日

今日全日進行台美公共衛生圓桌會議，上午之主題為「Prioritizing for Improving Population Health Outcomes」，下午之主題為「Making a Difference - the Impact of Public Health Leadership」，臺美雙方深入分享實務經驗，互動熱烈。

十、8 月 21 日

上午前往北卡羅萊納州州政府，由州長 Beverly Perdue 女士親自接見，表示歡迎之意，並由該州合理化醫療體系委員會主委，前北卡州衛生署長 Lanier Cansler 先生陪同接見，雙方互贈紀念品後，簡短參觀州議會之古蹟建築。隨後前往參訪北卡羅萊納州社區照護機構（Community Care of North Carolina），由該機構人員簡介該州首創之 Patient-Centered

Medical Home 模式與運作方式。

中午轉赴國際三角研究院(Research Triangle Institute International，簡稱 RTI)，由本署疾病管制局張峰義局長以「The Perpetual Challenges of Keeping the Population Healthy: Taiwan Experience of Epidemic Control and Prevention」為題，進行公開演講。下午續與 RTI 研究人員進行主題為「Applying research knowledge to Health Policy and Practice」之研討會議。本署食品藥物管理局劉淑芬副組長及本署國民健康局林宇旋簡任技正分別於會中進行專案報告。

十一、8 月 22 日

上午由杜克大學 Dr. Pikuei Tu、Dr. Cheryl Lin 與代表團成員進行綜合討論、心得分享及成果回顧。下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，經芝加哥、洛杉磯轉機，結束本次國際會議行程。

十二、8 月 23~24 日

搭乘長榮航空公司 BR15 班機，於臺北時間 8 月 24 日上午返抵桃園國際機場。

參、活動內容

一、圓桌會議

第一場：

主題：Evidence-Based Best Practices Facing Limited Health Resources (I)

時間：101 年 8 月 14 日(星期二)上午

地點：西雅圖 Radisson Hotel

與談人：

- n** Mary Selecky, Secretary, Washington State Department of Health (WA DOH)華盛頓州衛生署署長
- n** Dr. Patrick O'Carroll, RADM, Assistant Surgeon General and Regional Health Administrator, Region X, the United States Department of Health and Human Services (US DHHS)美國聯邦副醫療總長及美國第十區域跨州衛生總指揮
- n** Karen Matsuda, M.N., R.N., Deputy Regional Health Administrator, the United States Department of Health and Human Services 美國聯邦衛生福利部第十區域跨州衛生副總指揮
- n** Maxine Hayes M.D., State Health Officer, WA DOH 華盛頓州衛生

署高階官員

- n** Allene Mares, Assistant Secretary of Prevention and Community Health, WA DOH華盛頓州衛生署預防和社區健康助理署長
- n** Jennifer Tebaldi, Assistant Secretary of Disease Control and Health Statistics, WA DOH華盛頓州衛生署疾病管制和衛生統計助理署長
- n** Martin Mueller, Director of Public Health Systems Development, WA DOH公共衛生系統發展處處長
- n** Brian Peyton, Director of Policy, Legislative, and Constituent Relations, WA DOH 政策法規處處長
- n** Kelly Cooper, Assistant Director of Policy, Legislative, and Constituent Relations, WA DOH政策法規處副處長
- n** Terry Bergener, Executive Assistant to Secretary, WA DOH 署長特別助理
- n** Romesh Gautam, Ph.D., Director, Public Health Laboratories, WA DOH華盛頓州衛生署公共衛生實驗室主任
- n** Robert Soldier, Assistant Director, Public Health Laboratories, WA DOH華盛頓州衛生署公共衛生實驗室副主任
- n** Yolanda Houze, Director of Public Health Microbiology, Public Health Laboratories, WA DOH公共衛生微生物學實驗室主任
- n** Mike Glass, Director of Newborn Screening, Public Health Laboratories, WA DOH 新生兒篩檢主任
- n** Blaine Rhodes, Director of Environmental Laboratory Sciences, Public Health Laboratories, WADOH 環境科學實驗室主任
- n** Jerrod Davis, Director of Office of Shellfish and Water Protection, WA DOH華盛頓州衛生部貝類和水源保護辦公室主任
- n** Jenna Bardi, Program Manager of Immunization Program CHILD Profile, WA DOH 疫苗計劃主任
- n** David Fleming, M.D., Public Health Director, Seattle & King County Department of Public Health西雅圖市和金恩縣衛生局局長

會議摘要：

- (一)華盛頓州衛生署署長 Mary Selecky 介紹華盛頓州衛生部組織架構、願景及執行運作狀況。Selecky 署長在簡介該州推動菸害防制宣導時，曾運用一張冰箱中冷火雞（Cold turkey 俗諺堅決意志）也在抽菸的圖片，顯示自我戒菸之困難，請欲戒菸之民眾一定要請專業人員協助，此點子的運用為結合當地文化之創意之一。另外，面對傳染病之威脅，該州主打之衛生宣導是鼓勵民眾洗手，在此方面他們亦展示了另一個創意，將華盛頓州的名字”Washington”和洗手”Wash”連結再一起，成為”Wash your Handsington “之特殊標語字

句，鼓勵洗手，使民眾容易記住並執行，成效頗佳。

(二)Maxine Hayes 醫師(輔助非醫療背景之署長之重要幕僚)和免疫及兒童照護部門負責人 Janna Bardi 女士，共同說明美國及該州近期百日咳疫情流行狀況，以及目前疫苗施打的困境。美國百日咳近期盛行率上升，尤其 1 歲以下，從 2009 年開始急遽上升，更顯示出疫苗施打的重要性，但是許多民眾卻對疫苗施打有疑慮。我國張峰義局長即就臺灣 2009 年流感疫苗副作用引發之社會不安，及特殊體質孩童衍生之藥害救濟做了回應，並突顯出媒體的播報方式明顯的影響了疫苗施打政策的成敗，如何和媒體保持良性的互動十分重要。

(三)高雄市衛生局何啓功局長就「臺灣登革熱防治狀況及經驗分享」進行專題報告，報告內容說明臺灣登革熱疫情狀況及高雄市防疫工作之推動成效與未來挑戰。會中雙方並就登革熱與百日咳為例，進行傳染病防治的政策推動與執行經驗交流，討論十分熱烈。Dr. Patrick O'Carroll 回應了何局長的報告，他認為臺灣在這方面工作已非常完整及成效良好，值得肯定，同時美國近來發生西尼羅病毒事件，在德州已死亡九人，當地亦展開滅蚊噴藥，臺美都面臨病毒、蚊蟲、氣候變遷所帶來的疾病問題，雙方殊途同歸，更展現本次會議的重要性，及雙方有必要建立長久互通交流管道。

(四)雙方人員亦就資源有限的前提下，衛生政策之推動應該如何選擇優先順序交換意見，並達成應優先執行有效且合乎科學證據支持的衛生政策。例如：美國目前面臨低收入戶、老人醫療照護體系（保險制度）及一般民眾醫療費用節節高升之問題，在此經濟困難狀況下，乃定下以預防為優先之施政原則。美方所提出之保障民眾健康的運作模式，舉凡飲水、食品安全衛生、三高防治、菸害管控等和臺灣的衛生政策重點相類似，但是肥胖的問題在美國特別嚴重，衍生出慢性病負擔及醫療費用不堪負荷，政策上已開始研議針對高熱量飲食課稅。

(五)美國聯邦副醫療總長 Dr. Patrick O'Carroll 簡介美國聯邦衛生部衛生行政運作和州的衛生署、地方政府衛生局之互動與合作機制，並分享如何落實美國中央與地方照顧民眾健康之分工及各自職責的看法。

第二場：

主題：Evidence-Based Best Practices Facing Limited Health Resources (II)

時間：101 年 8 月 17 日(星期五)上午

地點：北卡羅萊納州衛生福利署

與談人：

- n** Albert Delia, Secretary, NC DHHS 北卡羅萊納州衛生福利署署長
- n** Dr. Beth Melcher, Chief Deputy Secretary for Health Services 北卡羅萊納州衛生福利署第一副署長
- n** Maria Spaulding, Deputy Secretary for Long-Term Care and Family Services 北卡羅萊納州衛生福利署副署長
- n** Dr. Steve Cline, Assistant Secretary for Health IT 北卡羅萊納州衛生福利署助理署長
- n** Dr. Laura Gerald, State Health Director and Director, Division of Public Health 北卡羅萊納州衛生處處長
- n** Sherry Bradsher, Director, Division of Social Service 社會福利處處長
- n** Jim Slate, Executive Director, North Carolina Budget and Analysis & NC Excel 預算與分析處處長及北卡羅萊納州衛生卓越行動總執行長

會議摘要：

- (一) 首先由北卡羅萊納州衛生福利署 Albert Delia 署長向本團致歡迎詞，並說明該州的衛生狀況、人口特色及其施政重點。該州天氣宜人，環境適中，故吸引老人移居，所以造成人口成長與老化均快速的特殊現象，也成為健康服務、公共衛生與財務的重大挑戰。
- (二) 美方由該署預算與分析處 Jim Slate 處長負責報告。Mr. Slate 將該州的醫療、衛生計畫以預算控管的方式陳現，說明該州如何在有限的資源上，執行各項醫療保健計畫。這是非常典型的績效預算 (Performance Budget) 作業方式，相較我國的預算作業，可以發現該州完全是以人為中心或病人中心 (Patient center) 的計畫設計，而且以結果面指標為計畫管考指標，因此看不到以補助特定對象、專業人員、醫療機構為目的的計畫。
- (三) 我方則由中央健康保險局龐一鳴專門委員報告，主題為經由美國糖尿病學會、世界衛生組織的建議，及臺灣糖尿病醫學會的討論，探討醫療科技評估 (Health Technology Assessment) 如何運用在判斷臺灣的全民健保，是否應將糖化血色素 (HbA1c) 納為常規的糖尿病診斷標準，並說明科學化決策的重要性。此議題雖然看起來不是很大，但起因於美國糖尿病學會，所以也引起其州部長的興趣，垂詢其同仁該州的相關政策，負責 Medicaid 的同仁表示該州亦未隨美國糖尿病學會的建議改變現行標準。可見各國政府都並未因專業團體的建議立即修改相關政策，尤其涉及資源分配的問題時。
- (三) 「資源有限」是各國處理醫療保健與公共衛生服務普遍遇到的問題，北卡羅萊納州衛生福利署採以人為中心的計畫，分配及管考相關預算，將費用落實到住民健康的改善，並藉以爭取政治勢力對其

方案的支持。我國的相關計畫尚有許多停留在結構面的改善，以專業人員和機構的補助為主，對於民眾可以得的利益反而著墨不多。美方的策略，應是我們可以學習的。至於科技評估的政策，在二代健保的規劃下，即將更進一步開展，應是我國未來討論醫療資源分配的重大突破與變革。

第三場：

主題：Prioritizing for Improving Population Health Outcomes

時間：101 年 8 月 20 日(星期一)上午

地點：杜克大學

與談人：

- n** Damon Arnold, MD, MPH, Founding Director, Public Health Graduate Program, Chicago State University; former Director, Illinois Department of Public Health 芝加哥州立大學公共衛生研究所所長, 前伊利諾州衛生署署長
- n** Susan Cooper, MSN, RN, former State Health Commissioner, Tennessee Department of Health; former Assistant Dean at Vanderbilt University's School of Nursing 前田納西州衛生署署長, 前范德比爾大學護理學院副院長
- n** Leah Devlin, DDS, MPH, Distinguished Visiting Professor, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina-Chapel Hill; former North Carolina State Health Director; past President, Association of the State and Territorial Health Officials 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
- n** Terry Dwelle, MD, MPH, State Health Officer and Director, North Dakota Department of Health 北達科他州衛生署署長
- n** James Galloway, MD, FACP, FACC, FAHA, Assistant U.S. Surgeon General & Regional Health Administrator, Region V, US Department of Health and Human Services 美國聯邦副醫療總長及美國第五區域跨州衛生總指揮
- n** David Gifford, MD, MPH, Senior Vice President of Quality and Regulatory Affairs, The American Health Care Association 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
- n** Cheryl Lin, PhD, 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

- n** Sanne Magnan, MD, PhD, President and CEO, Institute for Clinical Systems Improvement; former Minnesota Commissioner of Health 臨床醫療系統品質提升聯會總裁及執行長，前明尼蘇達州衛生署署長
- n** Jose Montero, MD, MPH, State Health Officer and Director, Division of Public Health Services, New Hampshire Department of Health and Human Services 新罕布什爾州衛生署署長，下任全美國五十州衛生首長協會主席
- n** Jewel Mullen, MD, MPH, Commissioner, Connecticut Department of Public Health 康乃狄克州公共衛生署署長
- n** Karen Remley, MD, MBA, FAAP, Health Commissioner, Virginia Department of Health 維吉尼亞州衛生署署長
- n** Joanne Schaefer, MD, Director, Division of Public Health & Chief Medical Officer, State of Nebraska 內布拉斯加州公共衛生署署長
- n** Mary Selecky, Secretary of Health, Washington State Department of Health 華盛頓州衛生署署長
- n** Joshua Sharfstein, MD, Secretary, Maryland Department of Health and Mental Hygiene; former Principal Deputy Commissioner, US-Food and Drug Administration 馬里蘭州衛生署署長，前美國食品藥物管理局第一副局長
- n** Pikuei Tu, PhD, 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
- n** 由署長邱文達帶領之臺灣代表團16位成員

會議摘要：

(一)首先由本署國際合作處李雨育科長分享我國國際衛生合作經驗及相關歷史背景，詳細內容如下：

1.臺灣在 1950 年代曾經是國際援助的受援國，每年接受 1 億美元援贈款，其中有大部分的國際援助是來自美國。臺灣也由過去全國僅 15 家衛生所，發展迄今有 372 家衛生所、469 家衛生室，藉由完整的基層醫療體系，奠定臺灣在公共衛生及醫療體制發展的基礎，進而展現傲人的醫衛成就：我國有 2 萬多家醫療院所，547 醫院，其中 105 家醫院超過 500 床，35 家超過 1000 床，另 5 家超過 2500 床之規模，且前述 85%醫療院所為私立醫院。此外，值得一提的是，我國在 1995 年開辦全民健保，納保率超過 9 成，滿意度超過 8 成，且我國的健保制度在 2000 年被經濟學人雜誌評為第二名，僅次於瑞典，並獲 CNN、紐約時報、國家地理頻道的讚揚及報導。

- 2.有鑑於臺灣過去曾接受許多國際間的援助才有今日的成就，我國十分願意回饋國際社會，分享我國的成就及經驗。因此，2007 年 4 月及 10 月分別委由署立臺北醫院及新竹醫院於馬紹爾及索羅門群島設立「臺灣衛生中心」，派員長駐協助進行公共衛生防治計畫，例如降低學童寄生蟲發生率，高血壓、糖尿病等慢性病防治，建置糖尿病指紋辨識系統，以及婦幼衛生相關人員訓練等工作。2005 年開始委託臺大醫院醫工部辦理，募集全國醫療院所汰舊堪用之二手醫療器材，並配合外交政策捐贈友邦或友好國家，迄今共完成 29 國 1,660 件之醫療器材捐贈。2002 年開始委由署立臺北醫院辦理，藉由國際醫療衛生人才培訓計畫進行醫療外交，迄今已培訓來自 41 個國家共 666 人次之國外醫事人員。
3. 2006 年外交部及衛生署共同成立 TaiwanIHA 致力推動國際醫療衛生合作與緊急人道救援工作，迄今共執行 17 次緊急人道醫療援助及災後衛生重建，包括印尼海嘯、秘魯地震、厄瓜多水災等。2010 年 1 月海地遭受強烈地震侵襲，TaiwanIHA 醫療隊隨即前往海地太子港進行為期半個月的人道醫療協助，共協助約 2,500 名病患；並配合外交部「中華民國協助海地地震災後重建計畫」，執行三項公衛醫療面向子計畫：「臺灣衛生中心計畫」、「捐贈醫療器材計畫」、「防疫生根計畫」等。
- 4.由於臺灣的 IT 製造產業蓬勃發展，當我們發現友邦醫療院所，因缺乏病人就醫記錄及病歷紀錄等資訊，進而導致治療的延誤，因此發展了指紋辨識系統，幫助醫院建立病人的資訊，並追蹤病人就醫及服藥的情形，改善病人就醫的品質。這套系統的建置自 2004 年在馬拉威開始使用後，迄今共在 5 家馬國區域醫療院所使用，並且有 2 萬多的愛滋病患受惠。
- 5.問題討論：
- (1)美方對臺灣慈濟功德會在國際緊急救災時的動員迅速趕到欽佩，並想了解我國公私部門之合作關係。我方表示官方的動員必須遵照一定的行政流程，而慈濟因為是非官方組織，且出於自願，所以其動員及決策的效率確實比官方要迅速，本署非常樂於與私部門合作救災。此外，救災時，不論是公、私部門，我國外交部皆會提供協助或協調相關資源。
- (2)美方詢問我國 Taiwan IHA 是否有與其他國家共同合作。我方表示目前我國 Taiwan IHA 與日本亞洲醫師會（Association of Medical Doctors of Asia, AMDA）共同合作，例如，去年臺日雙方共同前往斯里蘭卡進行白內障手術，共有 130 多名病患受惠。
- (3)美方詢問本署在執行國際救災工作時，在當地是否有人員可以

提供協助？本署目前駐外人員僅有 4 名，分別在美國、歐洲日內瓦及歐盟，以及非洲，因此當國際緊急救災事件發生時，除了上述本署駐外人員外，本署需仰賴我國外交部駐外館處的協助，尤其是災情的掌握，以及當地政府的協調等工作。

(二)華盛頓州衛生署 Mary Selecky 署長分享，為建立健康的社區，該州進行社區健康改造，該州使用聯邦支付得起的醫療補助款，共 320 萬美元進行全州之策略性轉變，以減少慢性疾病，目的在於建立健康的社區並提供所有民眾健康平等的機會，其策略重點在持續發展以下列四個優先領域：

1.積極生活

- (1)民眾得到更多的鍛煉。
- (2)更多的街道是安全的，特別是學生可步行。

2.健康飲食

- (1)民眾吃更多的水果，蔬菜和其他健康食品。
- (2)更方便的健康食品和飲料在社區和工作場所方便地訪問。

3.預防保健服務

- (1)患有高血壓，高膽固醇和晚期癌症的人少了。
- (2)衛生保健提供者提供更多的技術援助，以加強防範服務。
- (3)以病人為中心的健康家園提供了一個全面的方法來滿足廣大患者的身體和心理健康護理的需要，包括預防和保健，緊急護理，慢性病護理。

4.無菸生活

- (1)對煙草促銷和稅收的本地控制。
- (2)民眾可以生活於無菸環境。
- (3)無菸住家，公園及校園。
- (4)更多的戒菸轉介服務和治療。

推行上列工作係透過各合作夥伴網絡進行共同合作，包括領導團隊、預防聯盟和社區。如區域內的網絡中心提供其合作夥伴(縣)有關領導和協調、預防等的活動，在該區域開拓公共和私人資源，提供技術專長和加強合作夥伴關係。目前共有 5 個當地衛生司法管轄區(中西區：格雷斯港縣衛生和社會服務部、西北：霍特科姆縣衛生局、中環：格蘭特縣衛生區、西南地區：克拉克縣衛生局及東區：斯波坎地區衛生區)作為區域網絡中心，負責連結 36 個縣。領導團隊是由州領導人及在各領域具影響力的領導組成，透過 25 個不同領域的成員互相合作以達成全州合作；網絡成員則包括州長辦公室、醫療服務提供者、企業家、民間組織-全面的健康教育基金會(CHEF)、國家機構、地方政府-華盛頓社區和移民健康中心(WACMHC)及所有民眾等。我國防治重點項目與華盛

頓州相近，然策略的執行於跨領域的合作層面未如該州如此廣泛，我國政府於預算逐年減少的情況下，如能參考該州經驗，相信將會事倍功半。

(三)臺灣臺南市政府衛生局林碧芬副局長分享臺南市推行自殺防治的成果，其分享臺南市於 2009 年自殺死亡率每十萬人達到 18.4 人，高於全國平均，所以該市介入許多防治策略後於 2010 年死亡率每十萬人下降到 12.8 人。相關策略摘述如下：

1. 制定全國第一個自殺通報及關懷自治條例規定醫療院所、公部門及社區必須要通報自殺企圖者，接獲通報後由專人列管追蹤並提供相關資源以防悲劇再度發生。
2. 由於大臺南幅員十分遼闊且交通不便所以於該市 13 行政區成立心理諮商門診，此門診為免費且不經健保系統，所以非常隱密，另考量上班族也提供夜間時段的服務。
3. 成立珍愛生命守門員，訓練各行業之工作人員(包括大賣場店員、超商店員、農藥商、計程車司機、旅館人員、藥局及大樓管理員等)擔任守門員，透過通報由衛生局列管追蹤並提供相關資源以防悲劇發生。

由於美國每年有 3 萬人自殺身亡，自殺仍落於十大死因中第 8 位，而 15 至 24 歲人口中自殺死亡原因第 3 位，於 2007 年統計，美國因可擁有槍支，所以自殺方式以槍支最多(男:56%/女:30%)其次為上吊(男:24%/女:21%)及服毒(男:13%/女:40%)，情形較我國嚴重。所以美國各州署長對於臺南市政府的分享很感興趣，提問如何能動員各領域擔任守門人，林副局長回答因臺南市賴清德市長是醫師、顏純左副市長及衛生局林聖哲局長也是醫師，所以對於健康及自殺議題非常重視，跨局處總動員的結果才有良好的防治成果，如農藥商則由農業局負責、計程車由交通局負責、工作提供由勞工局及補助由社會局等。

(四)本署樂生療養院林慶豐院長分享樂生療養院之過去、現在與未來，其內容摘要如下：

1. 樂生療養院位於臺灣北部，橫跨新北市新莊區及桃園縣龜山鄉迴龍村，佔地約 30 公頃，醫療科別齊全。本院創建於西元 1930 年，最初命名為「臺灣總督府癩病療養樂生院」，是日治時期強制收容癩病病患之場所，為臺灣第一所公立漢生病防治與強制隔離機構。為了讓病患遠離人群、不受他人異樣眼光還能擁有安棲之所，樂生院不僅依當時癩病療養所的制度加以管理外，其他建築群也與病患生活關係密切，能滿足病患食衣住及育樂的需求，原僅住宅三棟，收容百人患者，後因日本政府確實執行強制措施且國民政府延續該強制隔離政策，至使病患愈來愈多，陸續擴建

病舍至六十多幢，有近千張病床，儼然是個小型社會。

2. 2003 年增設「迴龍門診部」擴展醫療服務方向，考量舊有院舍的殘破與醫療設備不足，並在關閉遷移、都市更新、交通建設及醫療資源等議題中，政府決定捷運計畫與樂生療養院整建合併進行之折衷方案，包括：興建大樓及臺北捷運新莊線迴龍站與機廠工程，新大樓於 2005 年完成，落成兩棟相互連結的樂生療養院迴龍院區。2012 年將醫院使命定為「強化漢生病的認同與照護」，針對漢生病患特別安排專業醫療及照護人員協助院民生活照護，提供全方位且無微不至的照護漢生院民。對外的使命為「營造社區全方位優質醫療」，即抱持「以顧客服務為導向」的觀念，積極走入社區，與鄰近學校、醫療院所簽訂合作備忘錄，進行學術及醫療交流，希望透過水平整合機制，結合大迴龍地區醫療聯絡網，以建立快速、優質的轉診制度來服務民眾。
3. 漢生病(麻瘋)在美國已經絕跡，因此許多美方官員對於漢生病感到好奇，對於樂生療養院之貢獻十分肯定。

第四場：

主題：Making a Difference - the Impact of Public Health Leadership

時間：101 年 8 月 20 日(星期一)下午

地點：杜克大學

與會者：同前一場

會議摘要：

- (一)美國維吉尼亞州衛生署署長 Dr. Karen Remley 擔任主持人，特別強調「希望、預算及遠景(Hope, budget and vision)」為領導力(leadership)的三要素。
- (二)衛生署邱文達署長以「A life course approach to reducing economic burden of non-communicable diseases」為題發表 20 分鐘演講，說明我國以生命週期之概念，在不同階段介入不同之衛生保健措施，針對每個成長階段容易發生的健康危害，或疾病預防，導入適合的醫療保健措施，提高國人健康狀況與平均餘命，充分展現我國在非傳染病方面所作的健康促進努力與成效。多位署長對我國公共衛生之進步表示印象深刻，特別是他們曾經來臺實地考察過，亦表示臺灣在公共衛生的投入，有許多值得學習的地方。
- (三)本署護理及健康照護處鄧素文處長以我國長期照護政策為例，談「Making a Difference-the Impact of Public Health Leadership」，主要內容包括：
 1. 臺灣老化速度極快，故研擬「長期照護」政策，長照推動分為三階段：長照十年計畫、長照服務網與長照服務法及長照保險。

2. 長照服務輸送體系之建立：包括服務提供方式，如：長照管理中心、失能評估及部分負擔制度等。
3. 相關專業人力資源發展、平衡各區差異並強調特殊群體需求。

(四)桃園縣衛生局劉宜廉局長以桃園縣推動運動減重之成果，分享衛生保健活動之推動經驗，報告內容摘要如下：

1. 由推動運動做肥胖預防，由研究結果找實證，研擬計畫提供民眾簡易工具或方法。
2. 依渥太華健康促進憲章發展策略，召集人員溝通，建立執行網絡，運用各種場合推動，全縣減重成效卓著，public confidence 亦隨之提昇，下一步將進行健康飲食之 my plate 計畫。
3. 不同情境要有不同 motivation，在以首長為代言者之同時，亦要設法使民眾有 ownership，才能永續。
4. 劉局長現場撥放桃園縣政府推動之瘦瘦拳舞蹈 DVD 並親自示範，獲與會者熱烈回響與參與，部分署長並表示將於該州衛生署推廣此運動。

(五)康乃狄克州公共衛生署署長 Dr. Jewel Mullen 就「Internal leadership」提出報告，內容摘要如下：

1. 由數據顯示該州民眾相對全國較為健康，但仍應探求民眾健康需求為何。
2. 身為領導者需要具備正直(integrity)及可信賴性(credibility)，以使民眾信任，需管理能力，以使各項工作之推動井然有序，另需有明確願景，以使民眾瞭解努力方向。
3. 對界定之健康問題設定目標，建立工作團隊並定期召開電話會議，在追求成功之際亦保有容錯空間，遇新增工作項目亦應同步思考有那些工作可以停止，除了州內或地方人員共事，亦與聯邦合作。
4. 在策略規劃方面，運用具成本效率的方法，將以往在醫療照護層次的溝通與合作，進一步擴大至更大的公共衛生範疇。
5. 身為領導者不宜先有定見，應讓不同專長之團隊成員均願意表達意見。
6. 建議閱讀哈佛大學甘迺迪學院(Harvard Kennedy School)出版的「Leadership on the line」增進彼此領導統御之能力。

(六)前田納西州衛生署副署長 Susan Cooper 就「leadership」發表演講，其演講內容重點：

1. 州的衛生單位之角色在保障州內居住、工作及旅遊人口之健康，思索政策對民眾健康之影響，提供 move more, eat well and not use tobacco 等有助健康之簡明訊息。
2. 邀請議員、市長、媒體對話討論，傾聽社區及企業聲音，相信自

己可以作出改變。

3. 身為領導者的用詞技巧：要用我們(We)不要用我(I)，以建立夥伴的關係。
4. 沒有一體適用(one size fit all)的事，擬定策略時對不同地區要有不同思考，了解其差異所在，才能真正解決問題。

(七)臺中市張瑞麟主任秘書以臺中市的流感防治經驗為例分享衛生政策推動之實務經驗，其演講內容摘要包括：

1. 流感防治案例所運用之政策方法與策略考量，可運用於其他類似之緊急應變規劃。
2. 運用健保資料可計算流感疫苗接種人數，亦可監控流感相關疾病。
3. 各層級病毒實驗室提供病毒分析資料，提交疾管局，再將經統計之監測資料回傳地方參考，其地區別數據，可供分散急診病人及防疫資源分配參考。
4. 地方衛生局平時亦需有必要之準備與演練。
5. 基於個人隱私，疾病相關之地區別統計資料，不宜全數公開，或做必要之區域合併。

(八)意見交流：

1. 快速老化社會之因應，許多老人仍有很好的活力及能力，卻屆齡退休，我們應增進活躍老化之類的活動，包括健康、社會參與及安全感等要素，及健康促進，以及高齡友善城市、高齡友善醫院之推動等。
2. 由於人口結構改變(人口老化加少子化)，照護人力將面臨嚴重不足，應思考如何增能及有效應用人力。

二、專題討論

第一場：

主題：Enhancing Health Quality, Safety, & Care Experience

時間：101 年 8 月 16 日(星期四)下午

地點：杜克大學

報告者：

- n** Dr. Carol Koeble, Executive Director, North Carolina Center for Hospital Quality and Patient Safety (NC Quality Center) and Senior Vice President of North Carolina Hospital Association (NCHA).北卡羅萊納州醫院品質和醫病安全中心執行長兼醫院協會資深副總裁
- n** Dr. Pamela Silberman, Executive Director, North Carolina Institute of Medicine (NCIOM)北卡羅萊納州醫學研究院執行長
- n** 臺中市衛生局陳南松副局長

摘要：

本場專題討論會首先由 Dr. Carol Koeble 以「National Quality Strategy and Partnership for Patients」為題目作專題報告。她指出高醫療成本不等於高品質，美國每三位住院病人就有一位遭受醫療錯誤，20% 的出院病人於 30 天內又再住院，健康支出佔 GDP16%，為世界第一，但美國的健康結果評比卻排名第 37 位。

目前 4,700 萬美國人仍然沒有健康保險，針對美國醫界這些醫療品質與病人安全現況，聯邦衛生部提出「最適照護法案 (The Affordable Care Act)」來建立一個全國性醫療品質促進策略。希望達到(1)Better care(2)Healthy People/Healthy Communities(3)Affordable Care 等三個目標。北卡羅萊納州於 2011 年 4 月推出「Partnership for Patient」計畫，計畫目標是在 2013 年底，醫院感染事件較 2010 年能降低 40%，醫療費用能節省 350 億美元(\$35 billion)。

Dr. Pamela Silberman 則是以「North Carolina Institute of Medicine (NC IOM)」為題做專題報告，介紹 NC IOM 的設立背景與成員組織及目前正在進行的大型研究。

NC IOM 是 1983 年設立，係由 28 個醫學相關公會協會等組織及社區、商業團體共同組成，定期出版 NC IOM 雜誌。目前正在進行三項大型研究，分別是兒童早期肥胖預防計畫，地方衛生組織實證策略執行計畫，執行「最適照護法案」成果評估。最近剛完成一項大型計畫「HEALTHY NORTH CAROLINA 2020」他們運用每項研究計畫的成果形成可執行的衛生政策，例如在「HEALTHY NORTH CAROLINA 2020」的計畫中，他們所提出的各項建議，已收集完成基礎資料，希望在報告釋出的 3-5 年內，所有的建議事項能達成 50%-90%。

本團陳南松副局長以「The Mediation Service For Medical Malpractice Cases in Taiwan」為題做專題報告，介紹臺灣地區醫療糾紛現況，及臺中市衛生局執行醫療糾紛調處的成果，為了減少醫療糾紛案件及醫糾鑑定的等待時間，也提出調解前與調解失敗後，衛生局與地方法院的努力策略及建議方案。

陳副局長的報告吸引與會美國學者的高度興趣，他們不了解為何臺灣醫師被以刑事犯提出告訴的比率如此之高，以及臺中市的調處成功率又為何能夠如此之好(約有 4 成的成功率)，成功的案例是具何種疾病特性，針對這些議題，本團其他團員亦提出個別城市的經驗與心得。

第二場：

主題：Realigning Services for a Changing Population

時間：101 年 8 月 17 日(星期五)下午

地點：杜克大學

報告者：

n Sanne Magnan, MD, PhD, President and CEO, Institute for Clinical Systems Improvement; former Minnesota Commissioner of Health 臨床醫療系統品質提升聯會總裁及執行長，前明尼蘇達州衛生署署長

n 新北市衛生局林金富副局長

摘要：

Dr. Sanne Magnan 是臨床系統品質提昇聯合會的總裁及執行長，她先前擔任明尼蘇達州衛生署長。她特別準備 2 個題目進行本專案報告，一個是「Achieving Accountability for Health and Health Care」，另一個則是介紹一個心理健康整合性照護計畫模式，又叫做 COMPASS Program (Care of Mental, Physical And Substance use Syndromes)。

她提出一個願景：希望透過”Triple Aim”來達成一個較佳的全州健康。此三個目標包括：

- (一) 提昇民眾健康
- (二) 提昇病人的照護經驗包含醫療品質
- (三) 提昇最適健康照護，降低每人健康費用。

這個 COMPASS Program，最後用以衡量它是否成功的衡量指標就是看有無達到上述三個目標：

- (一) 在人口健康(population health)面項之衡量指標為：(1)增加憂鬱症的減輕率(remission rate) (2)減少危險物質使用。
- (二) 在照護經驗(experience of care)面項之衡量指標為：(1)增加醫療院所及病患二者的滿意度(2)增加糖尿病、心血管疾病的照護。
- (三) 在可負擔(Affordability)面項之衡量指標為：降低再入住院率，降低門診次數，降低急診次數。

另外有鑑於美國的醫療保健支出佔國民生產毛額近 17%，她也提出下列議題與我們交換彼此的工作經驗：

- (一) 美國現正全面進行重新思考，過多的健康費用支出是否剝奪了我們下一代的未來。
- (二) 美國也深知更多的健康照護和更昂貴的醫療照護，對「使民眾能更健康」這個目標其實並沒有必然性。
- (三) 影響健康的 4 大決定因素，如何去平衡各個面項所應投入的資源。我們過度投資在臨床，過少的資源投入在公共衛生社區中，但這些事實如何讓民眾能了解，如何去教育民眾。

最後由新北市衛生局林金富副局長報告，有關新北市的全人照護模式與經驗，新北市人口約 391 萬人，是臺灣地區人口數最多的城市，透過各種健康照護計畫及體系整合，來提供增進民眾的健康，他同時也提出多項新北市所實施的社會福利措施，以及分享建構高齡友善城市的各項準備策略。

第三場：

主題：Engaging policy makers and communities to strengthen healthy communities

時間：101 年 8 月 18 日(星期六)下午

地點：杜克大學

報告者：

n Damon Arnold, MD, MPH, Founding Director, Public Health Graduate Program, Chicago State University; former Director, Illinois Department of Public Health 芝加哥州立大學公共衛生研究所所長, 前伊利諾州衛生署署長

n Terry Dwelle, MD, MPH, State Health Officer and Director, North Dakota Department of Health 北達科他州衛生署署長

n 本署國民健康局陳妙心研究員

摘要：

首先由芝加哥州立大學健康科學學院副院長，前伊利諾州公共衛生署署長 Damon Arnold 博士，以「Developing Community Engagement」為題進行演講，他提到許多慢性疾病(如肥胖、心血管疾病、糖尿病、癌症、腎疾病、肝炎等)都是經由口(如吸菸、飲食過量、毒物、毒品、藥物不當使用、過量飲酒等)引起(類似我國病從口入之說法)。而健康行動則可以很有效地防止上述經口引起的不健康結果，並採取健康行為。而洞察到相關環境因子後，要透過社區或職場採取適切之策略措施(如：於作業場所提供個人防護設備，預防吸入污染物質)、立法(如：禁止買菸給未成年者)、行政規定(如：道路限速及標示)、衛生醫療系統(當前述策略皆無效時，民眾生病可能性就高，因而進入衛生醫療系統)等管道進行介入。可以也需要動用之資源及支持系統，從聯邦政府、州政府，到社區層次都在內，必須能有效協調溝通，整合運用，才能達到最好的結果。Dr. Arnold 強調，要進行健康介入時，建立互信的人際關係為首要，要溝通解釋，不是強制執行。

伊利諾州政府透過各式委員會，如慢性病防治與健康促進委員會、衛生教育委員會、農夫行銷委員會(行銷蔬果)等強化社區參與，這些委員會皆有邀請民眾參加。Dr. Arnold 並提到美國疾病管制預防中心認定該國最重要，且可以克服之七大健康議題(winnable battles areas)為：1.食品安全，2.醫療相關之感染，3.愛滋病毒感染，4.機動車輛事故，5.營養、肥胖、運動，6.青少年懷孕，7.菸害。另外也分享了伊利諾州在2007年的十大死因，與男女十大癌症發生與死亡率。

當日下午另由北達科他州(North Dakota)衛生署署長 Terry Dwelle 博士，以「Community engagement and worksite wellness」為題進行簡短演講，內容主要說明如何結合公共衛生及基層醫療資源推展職場健康促進。他強調影響健康的決定因素中，有 40%來自個人生活型態。要改變民眾不利健康的行為，可從三方面著手，在政策制定上，聯邦、州政府、機關組織、學校等都要依各自之權責，制定有利健康的環境與

內部治理(governance)政策；醫療機構在服務過程，提供一對一的個人健康諮商，對當事人的行為改變是具有很大大之影響力，必須善加利用；公共衛生服務方面，則要善用社會行銷 social marketing，有效引發社區參與(community engagement)才能成功。Dr. Dwelle 也特別提到社區參與(community engagement)與社區強制(community coercion)的差別，前者強調社區成員應該學會面對自我健康問題，並建構自我解決社區健康問題的能力(community own their problems and solutions)

Dr. Dwelle 表示社區的定義，必須符合二個要件：1.居民彼此認識(members know each other by name)，2.居民在社區事務中有其責任分工(sense of unity, trust, care, and responsibility for each other)。爰此，不論個人居住之鄉鎮、就讀之學校、工作職場等，只要符合前面二定義，都可視為一個社區，並據以推動社區參與，發掘社區重要健康議題，共同促進社區健康。政府部門職責是要訓練 trainer 去協助社區診斷其健康問題，排定優先序位，進而支持社區解決其健康問題。

以 community engagement 之策略改變民眾的行為，必須考量民眾通常和相同或較高社會層級的對象互動；因此，Dr. Dwelle 提到社區健康營造採取的溝通手法，可分成二種：垂直式溝通方式(vertical communication)，是以高社會階層的專家來教育中低社會階層的民眾，此方式民眾會尊敬專家(respect for the messenger)，但訊息被傳達之量能較低(volume of information transferred)，民眾被說服的可能性也低(persuasion potential)；而水平溝通方式(horizontal communication)，則是由社區內具有影響力的非官方意見領袖，來對社區民眾進行健康訊息傳輸，由於倡導者之社會階層與一般民眾相似，民眾被說服願意改變行為的可能性較高。因此，他提到行政部門與社區的水平溝通(horizontal communication)的重要，政策的執行成功與否，涉及民眾是否理解與接受政策的益處及其內涵，而單靠行政部門以高姿態的方式進行垂直溝通(vertical communication)，是很難達成目標的。對於社區的夥伴關係(partnership)的建立，初期找出社區的意見領袖(opinion leader)或是具影響力的人士(influential individual)是很重要的。

Dr. Dwelle 以 Johnson & Johnson 職場成功案例說明，員工健康狀態不佳對企業的損失，有 presenteeism (雖出勤，但生產力不佳之損失)、absenteeism (缺勤損失)、clinical cost (看病支出)、medication(藥品支出)等，在職場推動 community engagement 時，可就此四面向切入，使雇主及員工意識到職場健康促進之效益及切身利益之重要性。

在兩位美國專家演講後，由國民健康局陳妙心研究員分享臺灣推動社區健康營造的經驗，包括我國社區健康營造的早期(保健處時代)提出三階段目標：參與學習(participation & learning)、前瞻規劃(foresighted planning)與永續發展(sustainable development)。介紹由保健處時代到國民健康局成立後所推動的各項健康議題，包括口腔衛生、健康飲食、規律運動、肥胖防治、無菸社區、高齡友善、低碳、健康促進醫院等，及近年鼓勵的各項國際認證。三個報告基本上都非常強調社區參與的重要性。桃園縣衛生局劉宜廉局長也利用與 Dr. Terry Dwelle 晚餐同桌機會，分享臺灣社區如何啟動社區參與，如安全社區與社區健康營造的經驗。

三、研討會

主題：Applying Research Knowledge to Health Policy and Practice

時間：101 年 8 月 21 日(星期二)下午

地點：國際三角研究院

與談人：

- n** Dr. E. Wayne Holden, Executive President 國際三角研究院總裁
- n** Dr. Tim Gabel, Executive Vice President 國際三角研究院副總裁
- n** Dr. Elizabeth Andrews, Vice President, Pharmacoepidemiology and Risk Management, RTI-Health Solutions 藥物流行病學與風險管理副總裁
- n** Nicole Barnes, Senior Business Development Leader, International Development Group 國際開發計劃主管
- n** Dr. Linda Dimitopoulos, Director, Center for the Advancement of Health IT 醫療衛生資訊中心主任
- n** Dr. Matthew Farrelly, Senior Director, Public Health Policy Research Program 公共衛生政策研究資深主任
- n** Dr. James Hersey, Senior Scientist, Director of CDC Program Assessment Projects 美國聯邦疾管局合作之計劃評估專案負責人
- n** Dr. Elizabeth Hill, Senior Director, Environmental and Industrial Sciences 環境和產業科學部資深主任
- n** Dr. Barbara Kennedy, Executive Vice President, Global Health Group 全球醫療衛生執行副總裁
- n** Dr. Kenneth LaBresh, Leader of American Heart Association's Pilot Testing Program, 美國心臟協會試點方案負責人
- n** Dr. Barbara Massoudi, Senior Research Health Scientist and Leader, Health Informatics Program 資深衛生研究學家及醫療衛生資訊組負責人
- n** Dr. Josephine Mauskopf, Global Director of Health Economics, RTI-Health Solutions 全球衛生經濟學主任
- n** Dr. Paul Pulliam, Senior Survey Director & Program Manager for Disease Control and Registries 研究調查組資深主任及疾病控制和註冊專案負責人
- n** Dr. Doris Rouse, Vice President for Global Health, RTI 全球醫療衛生副總裁
- n** Dr. Brian Thomas, Director, Analytical Chemistry and Pharmaceuticals 化學製藥與分析部主任
- n** Dr. Dan Winfield- Director, Technology Assessment, Engineering

Technology Unit (ETU) 工程技術與評估部主任
會議摘要：

本會議主要藉由雙方的專案簡報，由 RTI 資深專家與臺灣團隊成員進行對話與分享，說明如何應用和執行以科學及研究為基礎的知識至衛生政策，為民眾帶來更好的健康。RTI 團隊分別由 Dr. Doris Rouse、Dr. Barbara Massoudi、Dr. Kenneth LaBresh 及 Dr. Paul Pulliam 等資深專家進行相關計畫簡報，包括：

一、透過公私部門的夥伴關係以找出改善全球健康的對策：

RTI 團隊致力於研究到行動的連結，因此從基礎研究到應用研究、從產品開發到商業化、從技術的完成到升級都是他們努力的方向，會中以三個計畫為例：

(一) 抗結核藥物的開發：全球每年約 170 萬人死於結核病，但在市場上已超過 50 年沒有新藥出現，多重抗藥性是全球重要議題，臺灣在此類病人的治療具績效，但多重抗藥性的治療由於時間很長、具有毒性且費用昂貴，對於大多中低收入國家而言相對困難。RTI 與藥廠、政府部門及捐贈者建構公部門與私部門的夥伴關係，自 1999 年起與各大藥廠合作發展新藥，建立藥物臨床試驗之能力，並透過聯合計畫與歐洲及開發中國家建立合作關係。

(二) 改善婦女及新生兒健康技術評估：為達成降低婦女及新生兒死亡率之最大效果，透過資源投入項目以及投入方式之檢視，將孕產婦感染及出血列為研究重點，運用有效介入方法並評估其影響。然降低孕產婦死亡率之作為，並不限於科技層面，政策介入亦有其成效，須綜合考量運用。

(三) 菸品依賴治療藥物研發：近年世界各國在菸品依賴之科技研究已有長足進展，這項計畫之目的在發展安全有效之藥品，以治療菸品依賴，合作單位包括 National Institute of Drug Abuse、American Cancer Association，以及相關機構或組織等。

在決定研究議題或研究計畫重點，RTI 會與計畫資助或合作執行單位研議，遇特定地區基礎設不佳，人力或物力不足時，亦會在計畫執行之前與計畫推行國家充份討論，以確保計畫執行成果與該國家之需求相符。

二、公共衛生監測之技術合作：

因應資料收集及公衛業務之所需，RTI 於公共衛生監測服務項目包括：在資訊安全之前提下，儲存及處理資料，進行不同資料型態轉換與雲端分析，以及合作資料分享。為確保資料傳輸與使用之安全性，運用加密 ftp 及 VPN 技術，參與人員亦需遵守保密協定與相關規範。Massoudi 博士並介紹 RTI 所發展的 BioSense 2.0 資訊系統，臺灣團員則分享我國 ICT 發展經驗，就系統開及所涉人員、技術與程序而言，技

術層面的問題往往最容易解決，人員與相關程序之設計則相關複雜，故須邀集相關單位共同參與系統開發，並有賴與利害關係人之溝通及開誠布公(transparent)之討論。

三、改善醫療照顧以拯救生命

由於研究可加以控制之情境與現實環境有所不同，臨床研究所得之介入效果(Efficacy)，與實際運用之介入效果(Effectiveness)會有落差，LaBresh 博士以美國心臟學會缺血性腦中風治療指引 Get With the Guidelines Program(GWTG)計畫進行案例分享，該計畫旨在探討如何將治療指引的遵從度，量化為可參考的治療品質指標，以評估各項治療的效果，然這項評估的問題在於若無合適之模型或資料來源，以對不同病人進行風險調校(risk adjustment)，即無法在控制疾病嚴重度之情況下，客觀進行治療成效評估。

臺灣團隊於會中就連結知識與行動之相關議題提出問題與交流。此外，本署食品藥物管理局劉淑芬副組長就臺灣打擊偽藥的努力與成果進行簡報分享，偽劣藥危害民眾健康已成國際間重要的公共衛生問題，臺灣曾於 2008 年進行調查發現偽藥盛行率 2.56%，然統計 2010 年大規模稽查的數據推估偽藥盛行率約達 5%，種類以提升能力及減肥為主。偽藥問題存在已久，然牽涉龐大利益難以根除，為維護民眾健康，行政院特於 2010 年成立跨部會打擊偽藥專案小組，透過橫向縱向的分工查緝、強化藥廠管理、修法加重刑責、全面衛教宣導正確用藥、及結合國內外相關組織共同合作，歷經 2 年努力終使臺灣的偽藥問題有顯著的改善，這是自流行病數據、研擬衛生政策至執行成果一個實例的分享。同時，本署國民健康局林宇旋簡任技正則以和國家衛生研究院共同辦理轉譯研究，以及將先天性髖關節發育不良(Developmental Dysplasia of the Hip, DDH)篩檢，列入一歲以下兒童預防保健服務之案例，說明我國在連結知識與行動之努力與經驗。

另因近日對於菸捐調漲之相關媒體報導，與會者爰就相關監測研究資料，是否有助釐清菸捐調漲對不同次族群之吸菸率下降效果，以及所涉健康不平等議題提問，故藉此討論機會，分享我國定期檢視調整菸捐之策略，目前推動之二代戒菸計畫，如何促進民眾健康等。同時，會中亦分享歷次菸捐調漲，對降低青少年族群吸菸率之效果。

四、華盛頓州分組參訪活動

時間：101 年 8 月 14 日(星期二)下午

主題(一)：參訪美國第十區域跨州衛生辦公室(DHHS 區域辦公室)

參與者：

本署疾病管制局張峰義局長

本署國民健康局陳妙心研究員

本署照護處鄧素文處長

本署國際合作處李雨育科長

本署中央健康保險局龐一鳴專門委員

參訪摘要：

本署疾病管制局張局長首先針對 H1N1 大流行期間臺灣在公共衛生的狀況以及面對的挑戰進行說明，當時臺灣的流行分為三波，並且有年輕人的致死率較高，以及對於政策有是否過度反應的討論。由於臺灣的公共衛生系統，呈現中央化，以分布在城市和鄉鎮中的醫療機構為基礎，日本殖民政府留下來的系統與後來的系統整合，也因此臺灣的公共衛生有優於其他國家之處。臺灣的健康系統(health system)，五十年間從公共期(public phase)轉變為個人期(personal stage)，醫療的使用率達每人每年 14 次。流感期間，我國政府提供老人、小孩、及有重大傷病者免費的疫苗施打。

鄧處長接續說明，有鑒於臺灣的單一支付系統，臺灣採取 IDS 整合醫療服務。我們提供大醫院資金，而這些大醫院則會安排院內的醫生至偏遠地區服務並治療當地的病患，促進基層醫師、社區醫院與醫學中心的充分合作，且讓偏遠地區的人民享受到醫療照護。

美國方面分享經驗，該國由國家級團隊協助疫苗生產，提供疫苗實驗室(vaccine clinic)給州政府，提供其他資源幫助疫苗生產更快速，使人民更快速達到免疫，也必須監督疫苗的分配是否恰當，並與 CDC 直接合作。回想當初 H1N1 大流行時期，嚴重度不易評估，只知道墨西哥許多年輕人死亡，且迅速在美國擴散，當時來自不同政府機關的人共同合作，盡速決定應變措施，有許多計畫是進行了數年，但對於 H1N1 的流行我們做了不少沒有計畫過的事情。HRSA (health resources and service administration)的窗口說明，在 H1N1 流行時期，沒有直接地提供臨床服務，但是協助加強臨床照護的能力，和幫助教學計畫，制定 H1N1 GUIDANCE。

參訪現場我方團員對美方提出許多問題請教，詳細問答內容如下：

(一) 在 H1N1 期間有些媒體報導懷孕婦女打疫苗導致流產等問題，引起民眾關切，在美國與民眾(general population)溝通關於疫苗的安全性，請問中央與地方如何分工？

美方回答：在美國第 10 區不負責對媒體說明，相關說明由州政府政府回答媒體問題(比如疫苗相關反應，孕婦該不該打疫苗等)，有些更專業的問題則由美國疾病管制局於回應。媒體的分工上，中央主要是發布 1.政策 2.科學上的訊息 3.處理問題時做了哪些準備。地方則是要直接與民眾溝通，解決民眾提出來的問題。州政府有很多分支將服務帶到社區層面(community

level)(降低糖尿病罹病率，加強長期照護等)。舉 Administration for Community Living (ACL)為例，在社區的層面幫助老人或傷殘。舉 ACF(administration of children and families)為例，藉由分配資源至社區，進行孩童的教育計畫(education programs for children)等，並由受頒者(grantees)來監督。我們有專門的部門和州政府(state)溝通，也有專門的部門直接和社區與受頒者(communit y & grantees)溝通。

- (二) (前面簡述臺灣 CDC 的部門和分局)針對預防肥胖和癌症篩檢，臺灣於中央和地方皆設定特定目標，並共同執行這些醫療政策，如：子宮頸癌篩檢、大腸癌篩檢等，使人民健康獲得保障。想請問一下美國州政府和國家政府是否也會在醫療政策上，分別設定各自的目標來執行？

美方回答：我們國家的情況是各州政府會針對各州的健康狀況設定不同的目標，以要求地方機關配合執行相關政策。至於不同的政策在執行上的優先順序，則必須仰賴國會在各健康議題上給予預算多寡來決定。

- (三) 請問不同政黨間是否會影響公共衛生政策執行？

美方回答：不同政黨間代表會坐下來一起協商，獲得一定共識。因為公共衛生政策本身執行上需要非常久的時間，才會有成效，若是意見尚有分歧，將使政策執行延宕，效果也就不佳。同時，公共衛生政策執行的目的是為了全體人民健康著想，不同政黨間當然應該一致，才不會影響全體人民健康。

主題(二)：參訪華盛頓州衛生署公共衛生實驗室

參與者：

本署樂生療養院林慶豐院長
本署食品藥物管理局劉淑芬副組長
本署國民健康局林宇旋簡任技正
新北市衛生局林金富副局長
臺中市衛生局張瑞麟主任秘書
本署企劃處陳馨慧技正

參訪摘要：

華盛頓州衛生署由五個處組成，其中之一為流行病學衛生統計處及公共衛生實驗室，本組由華盛頓州衛生署署長 Dr. Maxine Hayes 及華盛頓州衛生部疾病管制和衛生統計助理部長 Jennifer Tebaldi 帶領，參訪華盛頓州衛生署公共衛生實驗室，並由華盛頓州衛生部公共衛生實驗室主任 Dr. Romesh Gautam 介紹該實驗室，華盛頓州衛生部傳染及流行病疾病處處長 Dr. Wayne Turnberg 介紹該處的傳染病

流行病學。

華盛頓州衛生署公共衛生實驗室的任務，係對於感染性、傳染性、先天性疾病以及環境污染方面提供一個廣泛的診斷及分析以協助評估及監測工作，尤其當有已知或潛在的疾病爆發時，實驗室的人員除了檢驗臨床和環境檢體，也和流行病學家、護理及環境衛生人員共同工作找出可能的致病原，一年的檢體量平均 500 萬件，包括：性媒傳染病、以食品為媒介傳染病、病毒分離、病毒血清、黴菌、細菌、寄生蟲、環境微生物、生物毒素、重金屬、水、無機化學及輻射等等。該實驗室是華盛頓州的參考實驗室，為最終提供診斷確認檢驗之所在，因此對其他州、地方衛生局、醫院、診所及民間實驗室提供訓練及諮商服務。該實驗室人員並且提及，去（2011）年日本發生 311 核災事件後一週，他們在空氣中即偵測到相關的輻射能污染，並詢問我方是否有進行檢測？我們回答在我國輻射能檢測是由專責單位行政院原子能委員會負責，依據其檢測結果，衛生署再依照食品中放射能污染安全容許量標準，作為食品是否可以輸入我國的准駁。

實驗室人員對兩件事非常自豪，一是致力開發及執行具創新、快速、符合成本及可信賴的實驗室系統，尤其是分子生物檢驗技術，該實驗室是全美少數幾個檢驗以食品為媒介傳染病的國家級分子實驗室。參訪中我方提問，每年主要檢出的微生物為何？如果遇到以食品為媒介的傳染病爆發，實驗室的量能為何？他們回答該州主要的微生物感染是沙門氏菌（*Salmonella*），傳染病爆發時是由他們訓練及認證的區域實驗室負責檢驗工作，若還無法負荷，會和鄰近的其他州簽訂備忘錄（MOU）共同協助執行，並且在貝類水生動物管理方面，他們已做到食品履歷制度，有完整的追溯、追蹤系統，廠商必須登錄管理，產品需有清楚標示。二是為出生在該州的每一位新生兒進行篩檢，以預防 25 種發展性的損傷及威脅生命的疾患。他們與全州的醫院、診所及生育中心合作，對陽性病患提供追蹤與轉診服務以確保他們得到適當的診斷和治療，以 2011 年為例，新生兒約有 84,000 名，其中篩檢陽性者計 172 名，陽性率約千分之 2。

在傳染病方面，華盛頓州定有公共衛生法以預防疾病發生，包括：對通報情況的監測、個案及疫情調查、管控措施的執行、危險人口的確認、對民眾的衛生教育、及預防計畫的規劃等。該州規定須進行通報的狀況約有 80 項，通報來源包含訊息提供者、醫院及實驗室，35 個地方衛生局的調查與報告須通報州衛生署，再由衛生署彙報給聯邦的疾病管制局（CDC）。該州並對通報狀況中的 65 項進行監測，如：流感、疫苗可預防性的疾病、食媒/水媒性疾病、人畜共通性疾病（Zoonotic diseases）、急性肝炎、不尋常的疾病或死亡、

可能的生物恐怖攻擊等等，介紹中特別提到，該州目前有百日咳的流行，過去年平均 500-1000 名病例，今年以來已通報 3400 名病例。

主題(三)：參訪華盛頓州金恩縣公共衛生局

參與者：

高雄市衛生局何啓功局長

桃園縣衛生局劉宜廉局長

臺中市衛生局陳南松副局長

臺南市政府衛生局林碧芬副局長

參訪摘要：

華盛頓州金恩縣衛生局提供 1.8 百萬居民的公共衛生服務。員工 1,491 名、所屬機構包括 33 個消防部門、29 個地方執行機構、19 家急性醫院，7,000 多位醫療專業人員。預算經費來源：縣經費 11.4%、州政府補助 4.4%、醫療收入 25.2%及其他收入 59%(有 200 個收入來源)，總預算為 3 億 2 千多萬(美元)，其服務包括醫護服務、反式脂肪和菜單標示法規、餐廳檢查、應急準備、家庭計畫和生育保健服務，並在網站上提供健康的食譜供縣民參考。該衛生局不管是經費或人力配置均高於我國各縣市衛生局所能運用的資源，故於執行各項防治業務與個案管理時比較能提供更優質的服務。

該部門公共健康價值定位：1.提高服務質量，增加可近性，並減少醫療保健費用支出。2.提供醫療保健服務。3.確保食物，水和空氣的安全，並保護免受新的健康威脅。4.健康保護，停止常見的、可預防的原因，如吸煙，肥胖和傷害死亡。5.召集衛生系統的合作夥伴，以確保高質量的醫療保健，透過 10 個公共健康中心提供全縣民眾醫療保健服務，另為無家可歸者提供的醫療保健支持。6.建立緊急醫療系統。7.提供監獄保健服務。

另，該縣縣民來自多國比例越來越多，例如有 18%(約 29 萬)5 歲以上的人在家裡講英語以外的語言。6.6%(約 5 萬戶)處於語言孤立情況，所以相關衛生政策的宣導即採取多語言方式進行，不論是以郵報方式或網路上之宣導，皆以多種語言來宣導相關政策。

五、拜訪北卡羅萊納州社群照護機構

主題：Community Care of North Carolina (CCNC)

時間：101 年 8 月 21 日(星期二)上午

地點：北卡羅萊納州社群照護機構

介紹人：

n Dr. Annette DuBard, Director of Informatics, Quality and Evaluation,
CCNC 北卡羅萊納州社群照護資訊品質評鑑主任

n Denise Levi Hewson, Director of Clinical Programs and Quality Improvement, CCNC 北卡羅萊納州社群照護臨床方案和品質提升主任

參訪摘要：

北卡羅萊納州的社群照護(Community Care of North Carolina，以下簡稱 CCNC)模式目前在美國頗為知名，此照護模式係以該州的 Medicaid 保險對象為基礎，提供以病人為中心(Patient center)的照護之家(Medical home)服務模式，有效地改善了醫療結果並降低了醫療支出而成為其他州學習的對象。

CCNC 是以社區為基礎的基層醫療介入模式，設立一個健康中心並以此開始建立相關支援網絡，將醫院、社會服務、當地的衛生部門和相關社區資源連結在一起，整合式地提供保險對象高品質的醫療保健服務。目前北卡羅萊納州已建立了 14 地區的健康網絡，受患者多達 120 萬人。參與此模式的醫療服務提供者有責任遞送、統整和管理病患所接受的醫療照護服務，並接受州政府的每人月費(per-member-per-month，PMPM)支付方式。CCNC 對於複雜的慢性病亦規畫並提供特別地照護計畫，以改善臨床的治療結果，例如糖尿病的管理。以病人為中心的照護模式係以納入相關的醫療成員，例如醫師、藥師、營養師、心理治療師等人組成小組來運作，共同合作與努力改善病患的健康情形。這對病情複雜又慢性的病人來說幫助很大，不只改善了醫療品質和病人自我照顧的技巧，也減少了許多不必要的醫療花費。從 2003 年到 2008 年，CCNC 節省了超過 16 億美元的醫療支出，表示在這段期間，每投入 1 元可產生 8 美元的效用。

CCNC 之所以可以有效的掌握與管理每一位病患的情況，落實以病人為中心的服務概念，強而有力的資訊系統是不可或缺的，透過資訊系統的協助，病患的檢查數據、回診狀況及醫療服務的利用情形都數據化，有系統地被收集起來，成為一個豐富的資料庫，不僅醫療小組的成員可以透過系統的協助分享相關訊息，提升醫療照護服務品質，更可以明確地計算出醫療費用的節約。

此照護模式之概念與臺灣中央健康保險局推動的家庭醫師整合計畫類似，皆以基層醫療照護為基礎，希望家庭醫師成為病患的健康守門人，以病人為中心的整合病患健康需求及服務的提供，但臺灣的計畫推動並未能如北卡羅萊納州社群照護這般成功，可能與我國民眾就醫無限制，偏好至醫學中心求診有關，此部分應值得再進一步的去了解與探討。

六、本署疾病管制局張峰義局長公開演講

主題：The Perpetual Challenges of Keeping the Population Healthy – Taiwan's Experience in Epidemic Prevention and Control

時間：101 年 8 月 21 日(星期二)上午

地點：國際三角研究院(RTI International)

演講摘要：

RTI International 成立於 1958 年，最初由北卡羅萊納州政府、當地大學及產業界等產官學界共同出資美金 5 萬元，合力籌設之非營利研究機構，該機構設立宗旨為藉由知識轉譯改善人類生活品質；在過去 50 年來，持續藉由進行人類基因體研究、全國健康行為調查及實施全球衛生計畫，對世界衛生有莫大的貢獻。

此行 RTI 特別邀請本署疾病管制局張峰義局長以「The Perpetual Challenges of Keeping the Population Healthy –Taiwan's Experience in Epidemic Prevention and Control」為題，舉辦大型公開演講，RTI 邀請了北卡羅萊納州醫藥衛生科技產官學界人士蒞臨，現場聽眾約 150 人。張局長精闢介紹臺灣過去對疫病防治之努力與重要成就，我國自 1999 年成立疾病管制局，努力引進專業及先進的全方位防治策略，防衛國人不受疫病威脅，對傳染病防治有卓越進步。張局長亦以目前臺灣較重要的傳染病-流行性感冒、登革熱、腸病毒為例，詳盡分享了臺灣的疫情狀況、病毒研究、實施策略、民眾衛生教育宣導及相關防治成效，以及透過國際合作，分享防疫知識與技能，共同對抗疫病威脅。主辦單位更邀請了前美國聯邦疾病管制局局長 Dr. Julie Gerberding 女士(現為默克疫苗集團總裁)擔任回應人，其對臺灣在疾病防疫的貢獻多予肯定，也認為未來面對傳染病威脅應該透過國際合作，達到最佳成效。現場人士對於臺灣傳染病防治之觀念與監測體系之進步讚譽有加，聽眾中有數位專家曾於 2003 年臺灣受 SARS 威脅期間，代表美國疾病管制局來臺協助防疫工作，因此對臺灣的傳染病防治策略有深刻認識。

肆、心得：

- 一、此行見識到美國複雜及各州有別的衛生部門結構與組織，各州衛生首長稱謂也不盡相同，聯邦政府資金充裕，鼓勵各州政府向其申請經費以執行各項聯邦想執行之衛生政策，但各州可以不理會聯邦的要求，州政府擁有自主權。和我國相同之處，在於州政府會訂定方向予地方衛生局，各地會自主地以不同方式朝向州政府的目標前進。
- 二、各州皆面臨資源不足的狀況，各衛生部門普遍體認到由最前段之預防著手，為節省經費之最佳方法，然因預防之成效並非立竿見影，故仍有賴相關單位及人員之持續努力。在經費緊縮之際，除思考應為事項，亦應明辨是否有不需再持續投入之事項。
- 三、美國飲食口味重、份量大，體會到美國肥胖的嚴重性，此行所接觸來自不同州的幾位衛生署署長表示，健康行為的改變不容易，過去無菸

環境的成功倡議手法，在肥胖防治議題上無法全然應用。紐約市長限制飲料杯容量的創舉，可喚起各方對肥胖問題的重視，產業發展不一定會帶來肥胖防治的阻力，也可能是肥胖防治的助力或夥伴。

- 四、包括衛生部門在內之政府單位，應加強建立民眾信任之基礎，傳達之訊息必須清楚且聚焦，透過網站發布民眾及醫療服務提供者所需資訊，遇公共衛生問題發生時，即能集民眾之力與平日建立之夥伴關係，共同因應。
- 五、提供民眾全人、全隊之照護，為當前衛生發展重點，遇政府組織龐大、分工亦複雜之情況，橫向及縱向溝通極為重要，不同國家之問題解決經驗，可供參考借鏡，以避免各自為政及重複資源投入。
- 六、美國土地面積大，人口多，健康醫療體制相當複雜，此次，經由杜克大學安排的課程，由中央到地方進行廣度及深度皆俱的課程安排，並與美國公部門的官員，進行近距離的接觸及問答，讓學員對美國的體制有更深刻的體悟及了解。
- 七、本團學員赴美之時，年底即將進行美國總統大選，歐巴馬及羅姆尼兩位總統候選人的選戰，正打的沸沸揚揚，其中歐巴馬提出的健康保險政策改革更是討論的熱門議題，讓學員有機會對於歐巴馬的政策有進一步了解，相關衛生官員也感慨的說，這是一項好的政策，但是選舉期間，當反對黨攻擊時，執政團隊倘無法當時及時提供適切的政策說明，會造成民眾對於政策的不信任及誤解（備註：在野黨攻擊執政黨要求民眾皆應納入健保保險的政策，會導致民眾增加財政負擔）。由此可見因選舉而引起的政策辯護之因應問題，中外皆然。
- 八、此次讓全團研習人員感受頗多，尤其相較於近年國內公務部門普遍存在之退休或離職潮，本次所接觸到的美方人員不論現任或已經卸任，均可明顯感受其對於增進群眾健康的工作所保有之熱情，值得深省。
- 九、邱署長以衛生外交可謂當前碩果僅存之實質外交項目，勉勵縣市衛生局應主動開發國際合作機會，利用臺灣的醫療、健保與健康促進的實力，幫臺灣擴展外交空間，他並鼓勵同行的衛生局(新北市、臺中市、臺南市、桃園縣)，可以分別與不同的國家衛生單位建立關係，實質擴展醫療衛生外交。

伍、建議

- 一、應提高決策與資訊透明度：決策及資訊透明度為避免大眾疑慮要素，其過程有賴與媒體協力，但應避免媒體過度主導群眾視聽。包括衛生部門在內之政府單位，應藉由專業度之提昇，加強建立民眾信任之基礎，轉譯之訊息必須清楚且聚焦，遇公共衛生問題發生時，即能集民眾之力與平日建立之夥伴關係，共同因應。
- 二、加強預防經費投入與社區參與：面臨資源不足，各衛生部門普遍體認

到由最前段之預防著手，為節省經費之最佳方法，然因預防之成效並非立竿見影，故仍有賴相關單位及人員之持續努力。而在經費緊縮之際，除思考應為事項，亦應藉由實證及監測評估所得到之客觀數據，明辨是否有不需再持續投入之事項。而在推動社區健康促進時，外來的力量或組織協調力再強，均無法取代當地參與者之角色，故需建立社區參與機制，配合當地需要，並因時因地制宜。

- 三、跨單位整合與建立夥伴關係：當前衛生單位所因應之民眾健康問題，均為全球衛生之一環，各單位縱有其業務分工，但對民眾而言，實無法切分(One health 之概念)，提供民眾全人、全隊之照護，則為當前衛生發展重點，遇政府組織龐大、分工亦複雜之情況，橫向與縱向溝通以及資訊之交換及分享極為重要，不同國家之問題解決經驗，可供參考借鏡，以避免各自為政及重複資源投入。而在考量跨單位資訊交換與分享應用之同時，亦應謹守個人資料安全之份際，僅於最小及有用之範圍內進行資料交換，以降低資訊揭露之風險。

活動照片

101 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



2012.8.16 臺中市政府衛生局陳南松副局長於杜克大學公開演講，介紹「The Mediation Service For Medical Malpractice Cases in Taiwan」。



2012.8.17 團員與北卡衛生福利部進行業務交流會議



2012.8.20 臺中市政府衛生局張瑞麟主任秘書於杜克大學公開演講，介紹「臺中市的流感防治經驗為例分享衛生政策推動之實務經驗」。



2012.8.20 台美公共衛生圓桌會議大合照（臺灣團員與 10 位現任與前任各州衛生署長及 3 位杜克大學教授合影）



2012.8.21 與國際三角研究院(RTI)進行圓桌會議後大合照

