

行政院所屬各機關出國報告
(出國類別：會議)

2015年健康學院AcademyHealth年度研究會議-出國報告

服務機關：全民健康保險會

姓名職稱：葉尚梅 研究員

出國地區：美國明尼亞波里斯市(MSP)

出國期間：104年6月13日~104年6月18日

報告日期：104年9月2日

摘要

近年來世界各國醫療費用不斷成長，在有限的財源下如何合理配置醫療資源、提供公平適切的醫療服務、提昇醫療品質、讓品質資訊更公開透明，是各國政府努力的目標。美國AcademyHealth年度研究會議(Annual Research Meeting，簡稱ARM)主要匯集全美及國際健康照護服務研究的學者，以實證資料為基礎，共同探討健康照護政策與研究方向的一個重要平台，該研究會議已舉辦超過32年，今年超過2,300位與會者從世界各地參與本會議，適逢美國聯邦醫療保險(Medicare)及醫療補助(Medicaid)50週年慶，以及2014年1月1日正式上路的「可負擔健保法」(The Affordable Care Act，簡稱ACA)，即「歐巴馬健保改革方案」(Obamacare)實施滿1年。因此，在本次的研討會中，延續過去研究主題方向，除涵括健保覆蓋範圍及可近性(Coverage and Access)、支付制度與醫療照護系統之改革(Payment and Delivery Systems Innovations)、健康照護人力(Health Care Workforce)等醫療照護主題外，許多專家學者亦針對美國新的健保法案實施1年，提出初步的評估研究報告，及聯邦醫療保險(Medicare)及醫療補助(Medicaid)實施50週年之檢討報告。

該會議每年提供一個健康照護專家學者、健康照護政策制定與執行者，交換實證資料及心得的機會，學者、專家也於此年會提出評估國際間及美國各地不同衛生政策及保險制度之相關論文，進而將研究成果回饋給實務作業者，以提高實施成效。爰本會派員參加本次研討會議，擬藉由國際間的交流，了解美國及其他國家最新研究結果及實務經驗，供推動健保業務之參考。

目 錄

壹、目的	1
貳、議程及相關資訊說明	1
一、大會主題	1
二、參加議程主題	3
參、參加會議過程	5
一、健保涵蓋範圍及可近性(Coverage and Access)	5
二、聯邦醫療保險(Medicare)/醫療補助計畫(Medicaid)之回顧與展望	7
三、醫療服務體系之創新(Delivery System Innovations)	12
四、支付制度之改革(Payment System Reform)	15
五、護理照護人力(Health Care Workforce)之問題	19
六、國際健康照護系統(International Health System)	21
肆、心得與建議	31
伍、附錄	
附錄 1 參加會議照片	34
附錄 2 健康學院 AcademyHealth 年度研究會議簡報	35

壹、目的：

近年來世界各國醫療費用不斷成長，在有限的財源下如何合理配置醫療資源、提供公平適切的醫療服務、提昇醫療品質、讓品質資訊更公開透明，是各國政府努力的目標。2015 年健康學院 AcademyHealth 年度研究會議之大會主題：「The premier forum for health services research」，內容涵蓋衛生政策影響(Health Policy Implications)、支付制度改革(Payment Reform)、醫療體系改革(Delivery System Innovations)、健康服務研究(Health Services Research)、增強研究方法(Sharpen Research Method)等範圍，其目的在針對美國及其他國家每年重要健康政策及醫療改革議題提供研討平台，以帶領大家共同面對未來世紀健康議題之挑戰。

由於健康照護的改革一直是各國重要的施政方向，我國全民健保制度雖已邁進第 21 年，其間陸續推動許多改善方案。而如何於有限的財源下，提供公平、效率及品質的醫療服務，是我國當前健保面臨之問題。因此，瞭解國際間對於健康與醫療照護政策的經驗，有助於我國相關政策的擬訂與推動，本會為能與時俱進，擬藉由參與國際研討會汲取新知及學習各國實務經驗，尤其美國近年健保政策重大改革之實施情形，有助於台灣現行健保相關政策改革之參考。

貳、參加會議過程

一、大會主題：

美國健康學院(AcademyHealth)為一非營利組織，每年之年度研究會議(Annual Research Meeting, 簡稱 ARM)均匯集全美及其他國家健康照護服務研究的學者，提供健康照護領域之研究者與實務界互動的重要平台，探討的議題非常廣泛且深入，各種創意及政策反省，都是國內醫療政策研討會望塵莫及，內容偏重公共衛生(public health)、健康政策(health policy)及健康照護之管理(healthcare management)等方面。

該研究會議迄今(2015)年已邁入第 32 年，今年度研究會議於 6 月 14 日至 16 日在美國明尼亞波利斯(Minneapolis)舉行，會議內容計有論壇、早餐會，以及海報展覽等。今年的主題計有 18 個主要議題，超過 160 多場會議，並有超過 1,400 份海報展覽，本次會議討論議題摘述如下：

(一)ADE：Aging, Disability and End-of-Life(老化、失能及臨終生命)。

- (二)BEH : Behavioral Health(行為健康)。
- (三)CCC : Complex Chronic Conditions(複雜的慢性病)。
- (四)CCBE : Consumer Choice and Behavioral Economics(消費者選擇及行為經濟學)。
- (五)COV : Coverage and Access(涵蓋範圍及可近性)。
- (六)DIS : Disparities and Health Equity(不對等及健康公平性)。
- (七)HCW : Health Care Workforce(健康照護人力)。
- (八)HIT : Health Information Technology (健康資訊技術)。
- (九)ISQV : Improving Safety, Quality and Value(增進安全、品質和價值)。
- (十)MCH : Maternal and Child Health(母親和兒童健康)。
- (十一)MSQV : Measuring Safety, Quality, and Value(測量安全、品質和價值)。
- (十二)MED : Medicare(聯邦醫療保險)。
- (十三)MET : Methods Call for Papers(論文徵集方法)。
- (十四)ORG : Organizational Behavior and Management(組織行為與管理)。
- (十五)PCOR : Patient-Centered Outcomes Research(以病人為中心的研究成果)。
- (十六)PDI : Payment and Delivery System Innovations(支付制度與服務體系之改革)。
- (十七)PPH : Public and Population Health(公共衛生與人口健康)。
- (十八)RTD : Research Translation, Dissemination, Implementation and Impact(轉譯、
傳播、實施和影響研究)。

二、參加議程主題

本次研討會討論議題十分廣泛且多元，除承襲過去傳統，涵括所有的健康及醫療主題外，亦著重於美國健保制度及美國聯邦醫療保險(Medicare)及醫療補助(Medicaid)之改革等議題，由於會議設計係以小型研討會同時進行，18 個主要議題分別安排在 20 個會議廳舉行，同時段只能選擇某一議題參與，每日開會時間自上午 9 點至下午 6 點，與會者可自行依研究主題參與分組會議。職參與分組會議的主題彙整如下：

美國醫療服務研究協會 2015 年度會議參與主題時間表(6/14)

日期時間	內 容
6 月 14 日 9:00-10:30	分組會議進行 參與議題主題 HCW：Health Care Workforce (健康照護人力) 題目：Effects of Scope of Practice on Nurse Practitioner Practice: Results from a Mixed Mode Study(護理人力執業觀點之影響：混合模式研究之結果)
6 月 14 日 11:00-12:30	分組會議進行 參與議題主題 ORG：Organizational Behavior and Management(組織行為與管理) 題目：Innovation and improvement in Healthcare Organizations (醫療照護組織的創新和改革)
6 月 14 日 14:00~16:30	Poster-session A (海報展示 A) - Medicare (聯邦醫療保險) - Organizational Behavior and Management(組織行為與管理)
6 月 14 日 16:30-18:00	分組會議進行 參與議題主題 HCW：Health Care Workforce (健康照護人力) 題目：inside the Black Box：What Happening in Team-Based Care (黑盒子裡面：以團隊為基礎的照護怎麼了?)

美國醫療服務研究協會 2015 年度會議參與主題時間表(6/15)

日期時間	內 容
6 月 15 日 8:00~9:30	分組會議進行 參與議題主題：無 題目：50th Anniversary of Medicare(聯邦醫療保險 50 週年)
6 月 15 日 9:45-11:15	Poster-session B (海報展示 B) - Coverage and Access (涵蓋範圍及可近性) - Payment and Delivery System Innovations(支付制度與服務體系之改革)
6 月 15 日 11:30~12:15	分組會議進行 參與議題主題 MED：Medicare(聯邦醫療保險) 題目：Medicare Integrated Care Systems: Medicare Advantage plans and ACOs (醫療整合照護系統：醫療優勢計畫和責任醫療機構)
6 月 15 日 15:00~16:30	分組會進行 特別專題 MED：Medicare (聯邦醫療保險) 題目：People Dually Eligible for Medicare and Medicaid：Improving Care and Cost (獲得醫療保險和醫療補助雙重資格者：改善醫療和成本)
6 月 15 日 16:45~18:15	分組會議進行 參與議題主題 COV：Coverage and Access (涵蓋範圍及可近性) 題目：Andy Hyman：Early impact of the ACA (安迪·海曼：「可負擔健保法案」初期影響評估)

美國醫療服務研究協會 2015 年度會議參與主題時間 (6/16)

日期時間	內 容
6 月 16 日 8:00~9:30	分組會議進行 參與議題主題 ISQV：Improving Safety, Quality and Value(增進安全、品質和價值) 題目：Reducing Low Value Care (降低不適當/低價值醫療)
6 月 16 日 9:45-10:30	分組會議進行 參與議題主題 PDI：Payment and Delivery System Innovations(支付制度與服務體系之改革)

日期時間	內 容
	題目：Reference Based Benefits：Consumer and Priverder (具參考基礎之給付：消費者和提供者)
6月16日 11:30~13:00	分組會議進行 參與議題主題 COV：Coverage and Access(涵蓋範圍及可近性) 題目：What Happened to the Uninsured？Longitudinal Studies of Post-ACA Coverage Transitions and Enrollment Experience (沒有保險者發生了什麼事嗎？「可負擔健保法案」實施後，覆蓋轉換和加入保險經驗的縱向研究)

參、會議經過：

本次研討會討論議題十分廣泛且多元，承襲過去傳統，涵括所有的健康及醫療的議題，由於美國自 103 年起開始實施「可負擔健保法案(The Affordable Care Act，簡稱 ACA)」，又稱為「歐巴馬健保改革方案」，今(104)年 7 月適逢美國聯邦醫療保險(Medicare)及醫療補助計畫(Medicaid)成立 50 週年，部分議題融入相關改革之元素，使研討會議題更為豐富。由於會議設計係以小型研討會同時進行，同時段只能選擇某一議題參與，僅提出以下報告：

一、健保涵蓋範圍及可近性(Coverage and Access)

本項議題在本次研討會中最受人矚目，由於「可負擔健保法案」規定，美國未加保民眾須於 2015 年 4 月 30 日前完成加保，否則要繳交罰款。從 Brookings Institution 研究員 Jeremy Barofsky 提出之報告顯示，聯邦醫療補助(Medicaid)在 ACA 健保改革法案下，各州可以自行選擇是否擴增低收入人士納入醫療補助計畫，美國政府以罰款制度，來強迫民眾加入健保，且罰款一年貴過一年。截至本(2015)年 5 月底，美國共有 28 州實施擴增計畫，即依法將收入低於貧窮線 1.38 倍的民眾，納入醫療補助(Medicaid)中，受惠於 Medicaid 的美國民眾大增，根據統計約有 1,010 萬人通過政府或州立的健保交易市場註冊加入，較前一年增加約 17.5%。

另 Dr.Lewis A.Raynor 等亦提出類似之研究報告，截至 2015 年 3 月底，沒有保險民眾約有 1,640 萬人取得保險，其中 1,410 萬為成人，230 萬為未滿 26 歲年輕人。以奧勒岡州為例，過去未有保險者，約有 73%註冊參加健保(如圖 1)，其中新加入有 54% 加入 Medicaid，46%加入其他保險(如圖 2)，未加保者主要因為保險費用太高、無法

負擔(58%)(如圖 3)。

圖 1 :

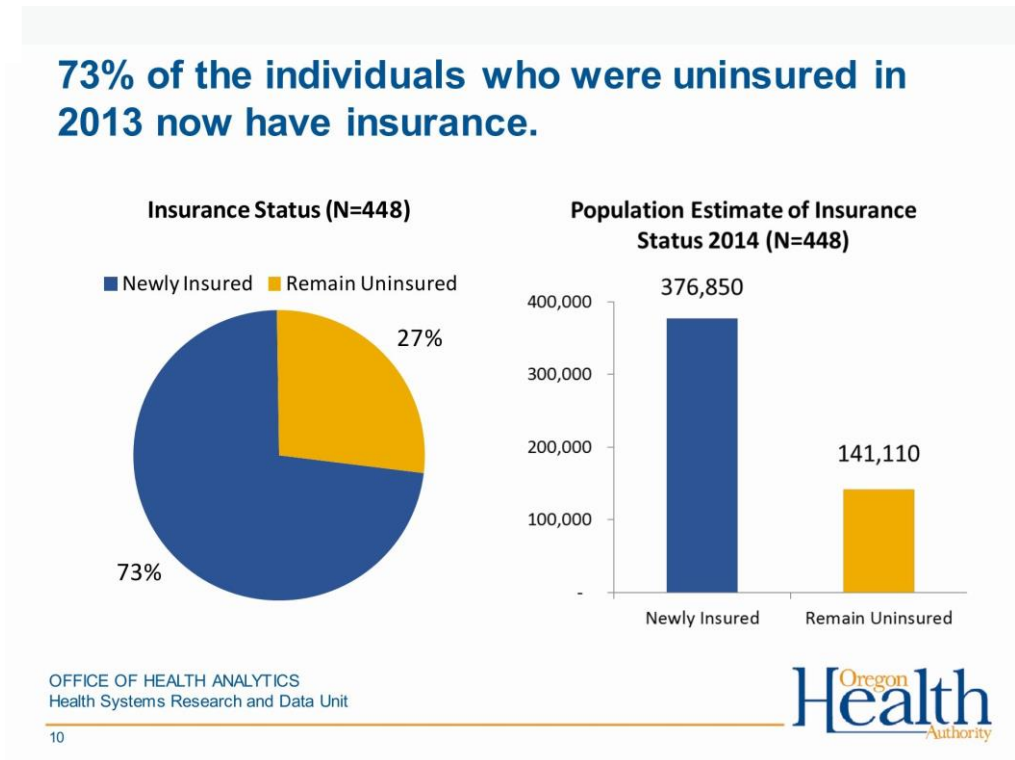


圖 2 :

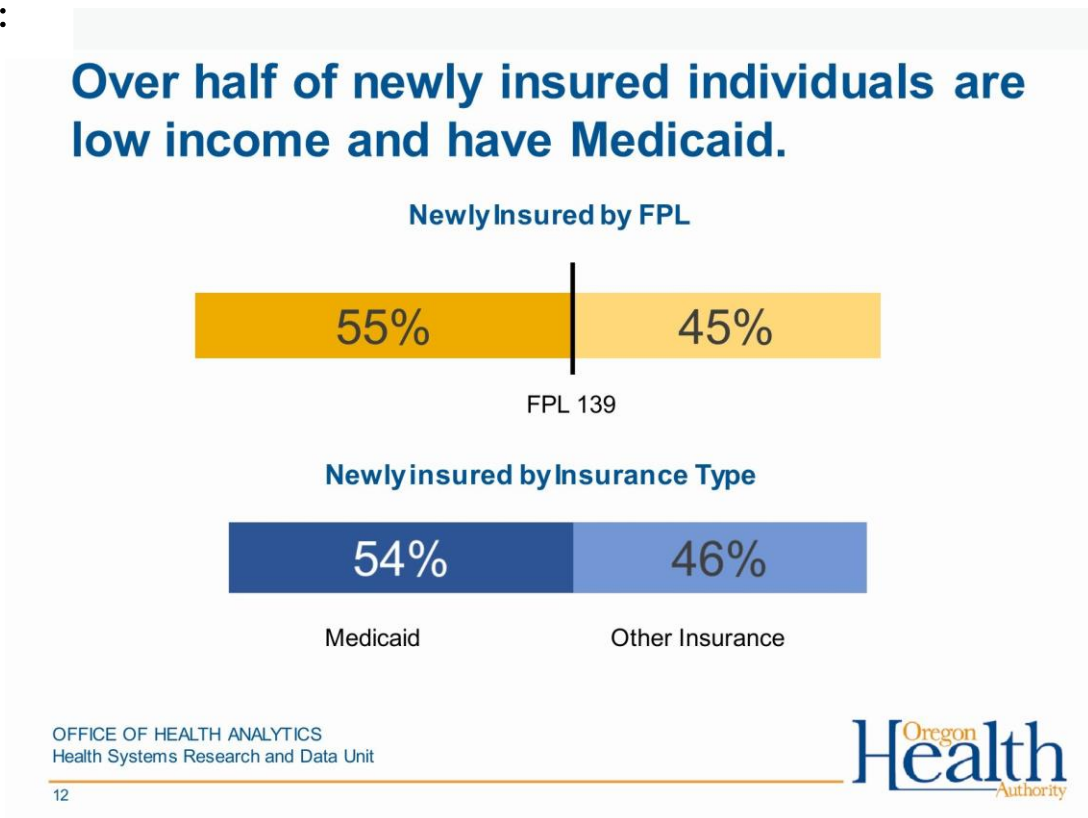
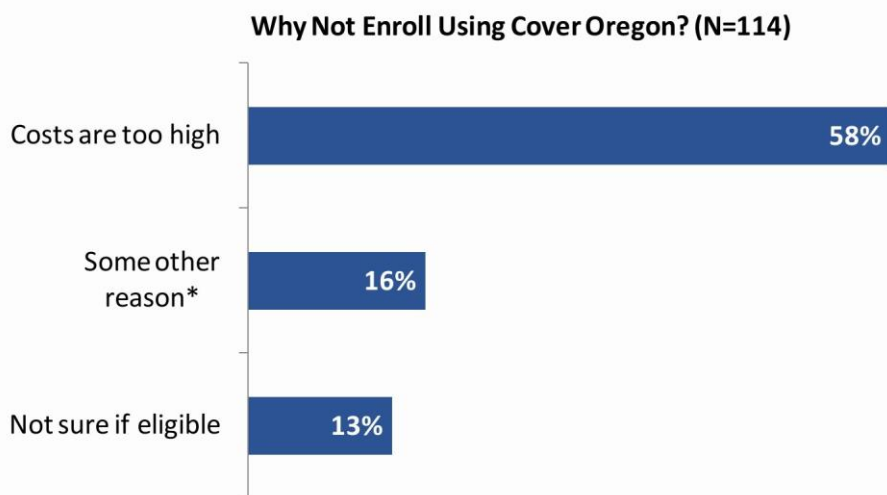


圖 3 :

58% of currently uninsured individuals did not enroll because of cost.



OFFICE OF HEALTH ANALYTICS
Health Systems Research and Data Unit

Oregon
Health
Authority

11

二、聯邦醫療保險(Medicare)/醫療補助計畫(Medicaid)之回顧與展望

(一)50 週年回顧

本項議題由來自美國 Urban Institute 之 Robert Reischauer 等專家及學者於 Medicare 50 週年慶之分組會議中，回顧聯邦醫療保險(Medicare)/醫療補助(Medicaid)於 1965 年 7 月 30 日，係林登·詹森總統任期內推出之全國性醫療保險，50 年來該項政策已完成以下目標：

1. 挽救生命：原本沒有保險的老人、殘疾人士及貧窮者獲得醫療保健，於 50 年間，65 歲以上老人的平均餘命，提高約計 5 年。其中對於貧窮者的影響最為顯著，比沒有保險者得到更多醫療照護(如圖 4)。
2. 減少貧困：保障被保險人不受到醫療費用所帶來的財務困難，因為兩項制度之實施，美國老年人之貧困發生率也大幅度下降，由 1966 年之 29%下降至 1995 年之 10.5%，自此後均維持在 10%以下。
3. 健保的核心：Medicare 及 Medicaid 是美國推動全民健保的先導，也是目前美國最大的醫療保險項目，推動的政策影響該國之醫療體系。過去未實施 Medicare 前，只有一半的 65 歲以上人口參加醫療保險；現在幾乎所有的老人及失能者均有醫療

保險。

本次研討會有關團體相繼提出許多研究報告，針對該兩項政策之比較，雖有部分相似之處，然過去 50 年社會大眾對於 Medicare 的關注，遠超過 Medicaid。以投入的研究計畫而言，無論民間或政府對於 Medicaid 之研究報告明顯較少(如圖 5)，而且除了兒童的議題外，其他議題幾乎乏人問津(如圖 6)。

圖4： **Medicaid and private insurance provide similar access to care – the uninsured fare far less well.**

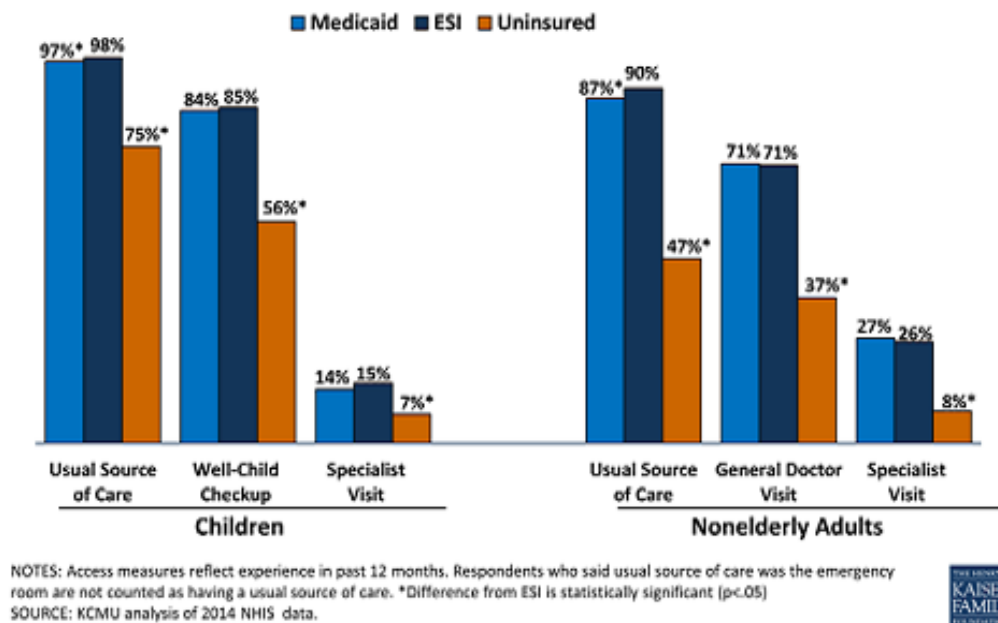


圖 5： **Medicaid in the Literature**

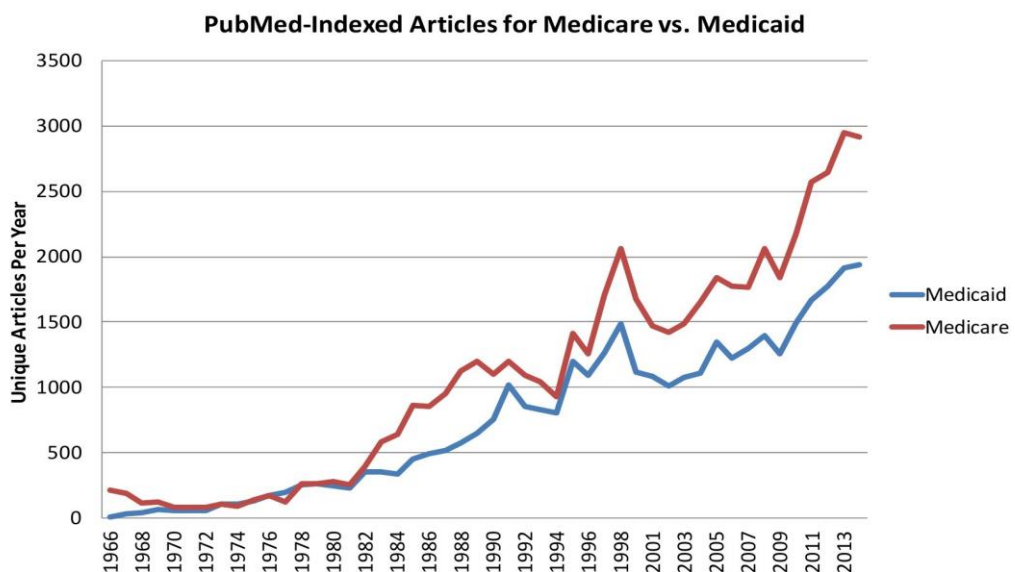
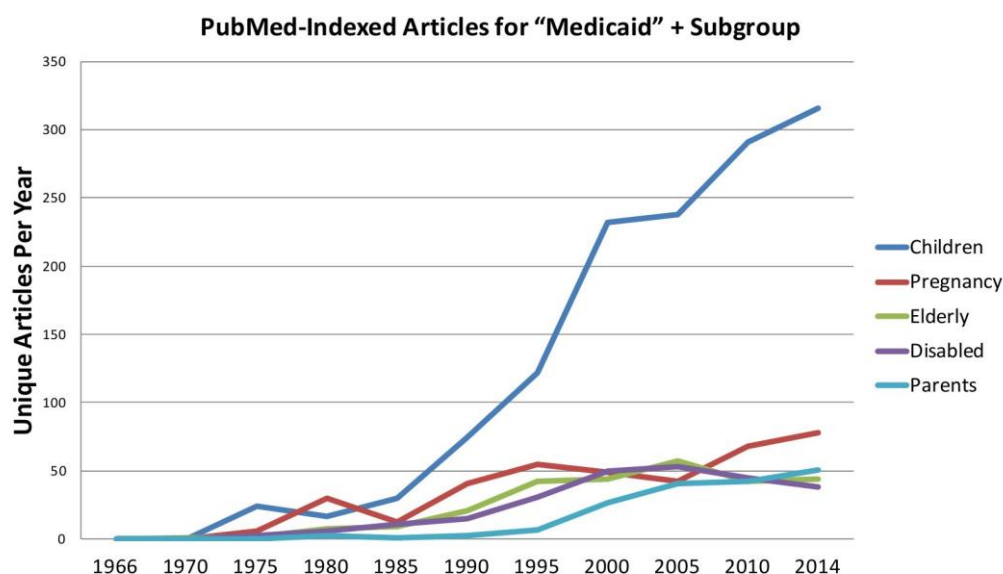


圖 6： Medicaid in the Literature



(二)面臨挑戰及未來展望

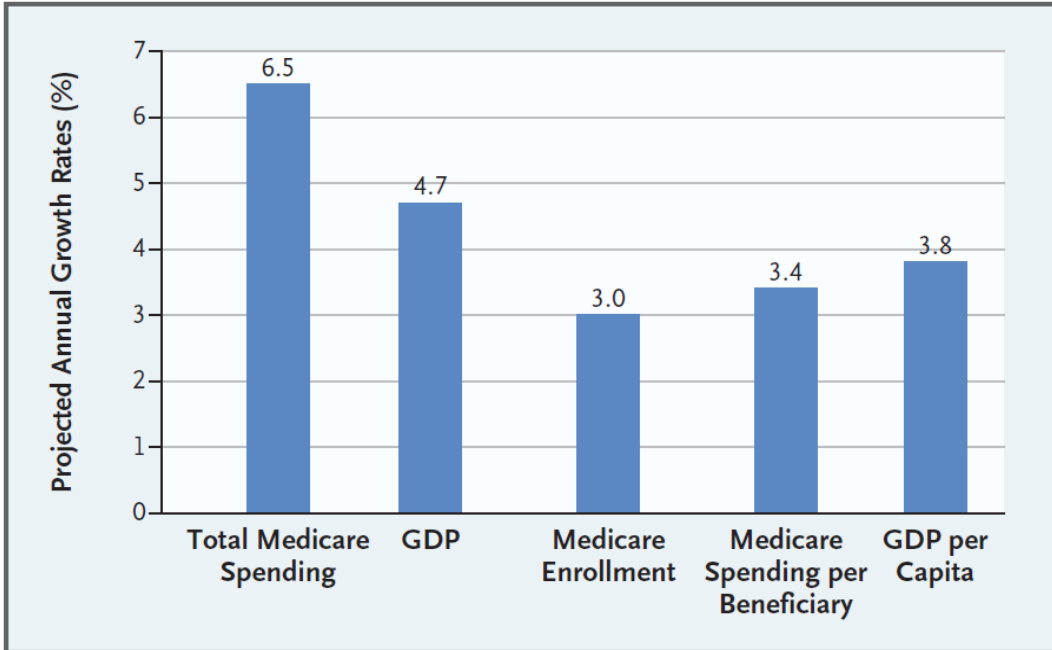
1. 面臨挑戰

(1) 政府財政面臨的重大挑戰

截至 2014 年初，Medicare 照護人數共有 5,500 萬人，Medicaid 亦有 5,000 多萬人，依據醫療照護和醫療救助服務中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) 之估計，ACA 法案通過後，兩者之覆蓋範圍已超過 1 億人，未來仍將持續大幅成長。另聯邦政府 (CMS) 公布之報告書表示，健保改革計畫中最重要的財務來源，係由未來 20 年預計減省 5,000 億美元的 Medicare 支出，亦即 Medicare 每年花費的成長率，至少必須是過去 20 年的一半。故與會學者提出，雖然目前 Medicare 總支出增長的比率 (6.5%) 遠遠超過 GDP (國內生產毛額) 成長率 (4.7%)，每位受益人支出成長率 (3.4%) 仍較每位受益人平均國內生產毛額的成長 (3.8%) 緩慢 (如圖 7)。另在 Medicaid 方面，每位受益人支出成長率 (2.3%) 低於醫療照護的物價指數 (3.3%)、國家衛生醫療支出成長率 (3.3%) 及私人保險每位受益人醫療支出成長率 (5.3%)，但遠超過 Medicaid 每位受益人平均國內生產毛額成長率 (0.8%) (如圖 8)。

圖 7 :

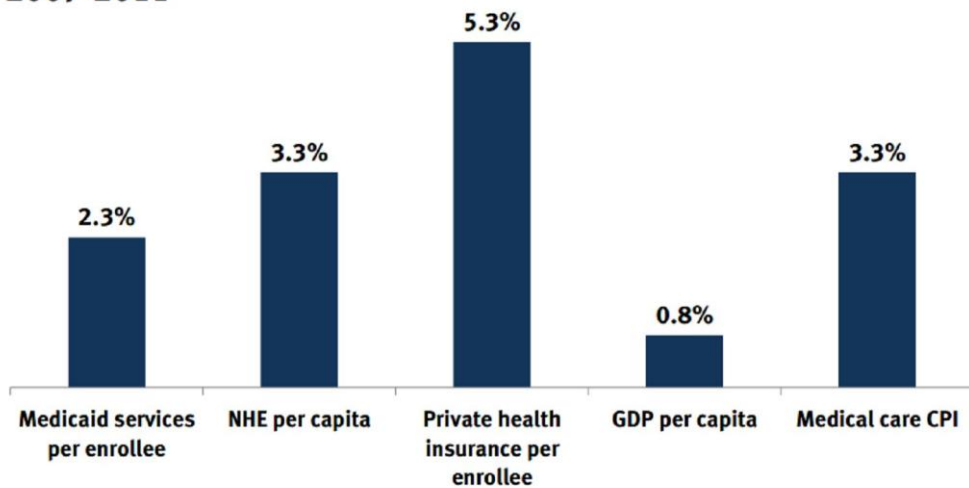
Figure 3 Projected Annual Growth Rates for Total Medicare Spending, as Compared with the Gross Domestic Product (GDP) and Medicare Enrollment, 2013–2023.



Note : Data are from the Centers for Medicare and Medicaid Services

圖 8 :

Average Annual Medicaid Spending on Medical Services Growth Versus Growth in Various Benchmarks, 2007-2011



SOURCE: Medicaid estimates from Urban Institute analysis of data from the Medicaid Statistical Information System (MSIS), Medicaid Financial Management Reports (CMS Form 64), and Kaiser Commission and Health Management Associates data. NHE and private health insurance data from Centers for Medicare & Medicaid Services Office of the Actuary, National Health Statistics Group. GDP data from Bureau of Economic Analysis. Medical care CPI from the Bureau of Labor Statistics, Consumer Price Index Detail Report Tables.

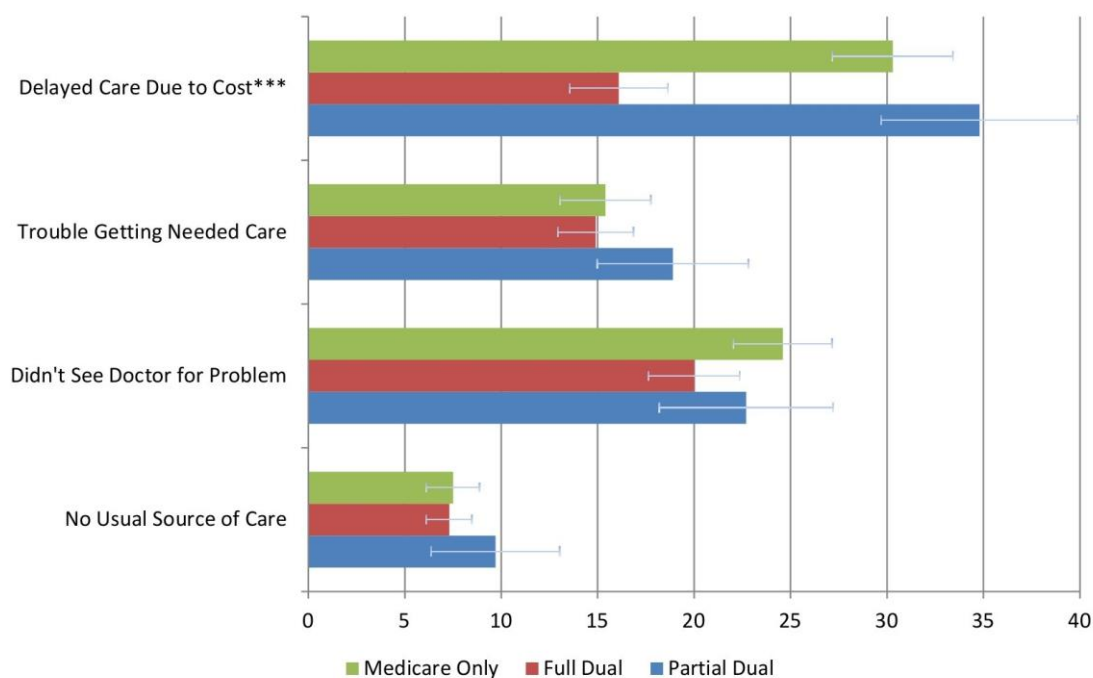


(2)給付規定複雜，就醫可近性仍不高

依據 Dr.Jessie Parker 的報告指出，Medicare 以給付初級照護為主；Medicaid 則提供概括性給付範圍。兩項計畫內容均很複雜，Medicare 的給付可分為四個部分，A 部分涵蓋醫院服務和醫療硬體設備的花費，即 Hospital Insurance(HI)；B 部分涵蓋醫師收費；C 部分是以上兩部分的一個替代形式，即政府付費由私人公司提供 A 和 B 部分的服務，也稱為優勢計畫(Medicare Advantage，MA)；D 部分是在小布希任內加上的，涵蓋藥物花費。Medicare 的 Part B 和 Part D 則係一選項，參加的人需繳交部分保險費。另依 Zuckerman and Goin 2012 年之研究報告顯示，Medicaid 支付的醫師費不到 Medicare 的 66%，醫師大多不願參與 Medicaid 計畫。另有許多符合 Medicare 及 Medicaid 的民眾(包括僅符合 Medicare 資格、完全雙重資格及部分雙重資格)，仍有很大比例的民眾，因為醫療成本過高等因素而延遲就醫(如圖 9~ 10)。

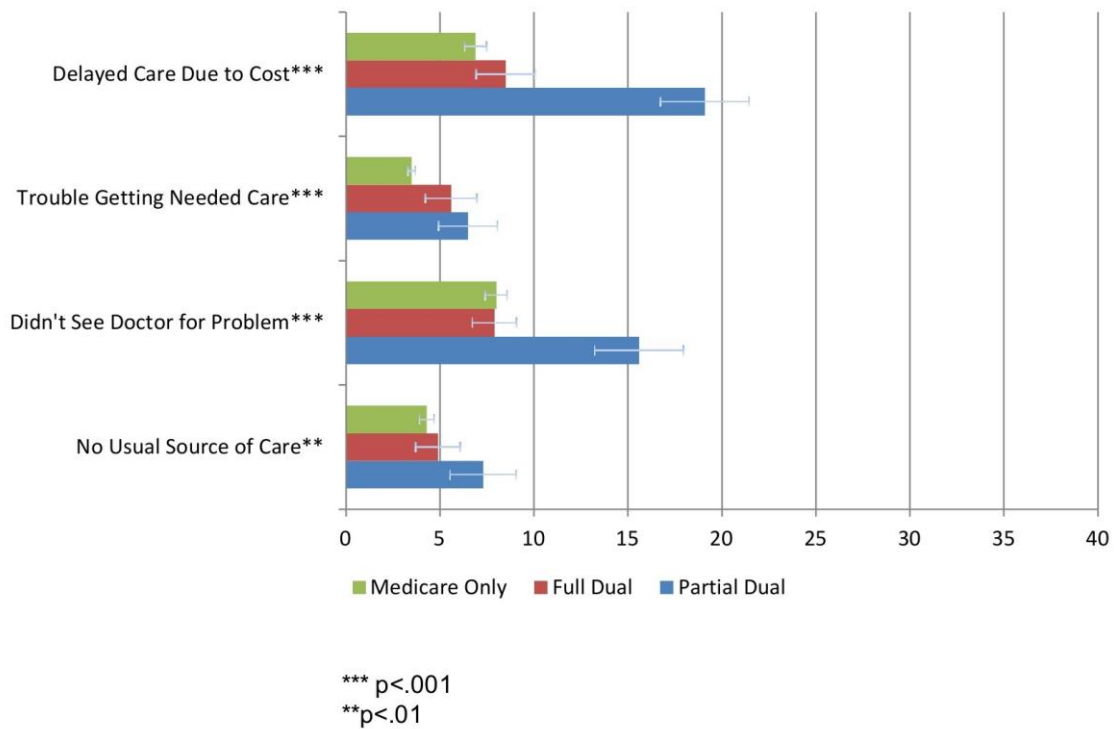
圖 9：

Access to Care Among Medicare Beneficiaries, by Medicaid Enrollment: 64 years or younger



***p<.001

圖 10： Access to Care Among Medicare Beneficiaries, by Medicaid Enrollment: 65 years or older



2. 未來展望

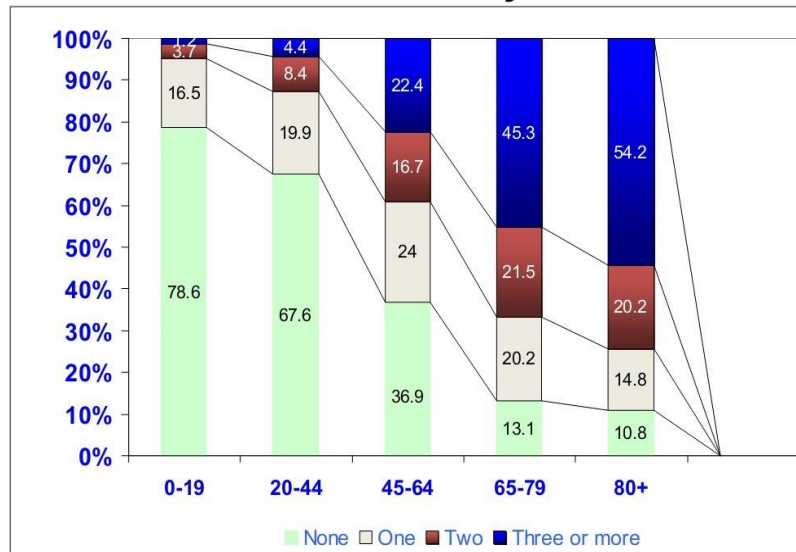
健保改革法案(ACA)實施後，除了沒有保險的民眾陸續加保外，最大的挑戰就是 Medicare 及 Medicaid 的改革，為了因應覆蓋範圍的擴大，原本健康照護體系中醫護人力不足、財政緊縮及民眾就醫可近性不高等問題更為嚴峻。本次研討會中，多位學者提出改善健保相關建議之研究，如降低醫療資源不當耗用、支付制度及醫療體系之改革，以及採行「電子病歷健康紀錄」(Electronic Health Records, EHRs)系統等，期能提升醫療服務效能，達到健保業務順利擴展的目標。

三、醫療服務體系之創新(Delivery System Innovations)

會議中有多位學者提出「責任醫療照護組織 (Accountable Care Organization, ACOs)」之相關研究，Dr. J. Loyd Michener 提及 Medicare 由原 HMO 轉換到 ACOs 演變過程，根據一項 10 年期追蹤研究(Paez KA, Zhao L, Hwang W., 2005 年)，顯示大部分的疾病都是慢性疾病，且與病人的生活型態有關(如圖 11)。大部分疾病的發生與照護都是在社區，因此，以社區為基礎連結且介入健康照護系統是有必要的(如圖 12)，近年來聯邦政府(CMS)發展的 ACOs 模式，即在此理念下孕育而

生。

圖 11 : **Most Illness is Chronic**
MEPS Survey 2005

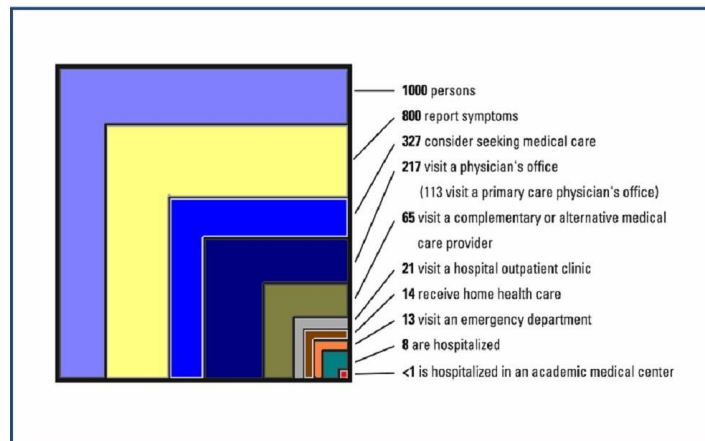


*Source: Paez KA, Zhao L, Hwang W. Rising out of pocket spending for chronic conditions: A ten year trend. Health Affairs, Vol 28, Number 1, pp 15-23.

DUKE CONNECTED CARE



圖 12 : **Most illness and care occurs in the community**

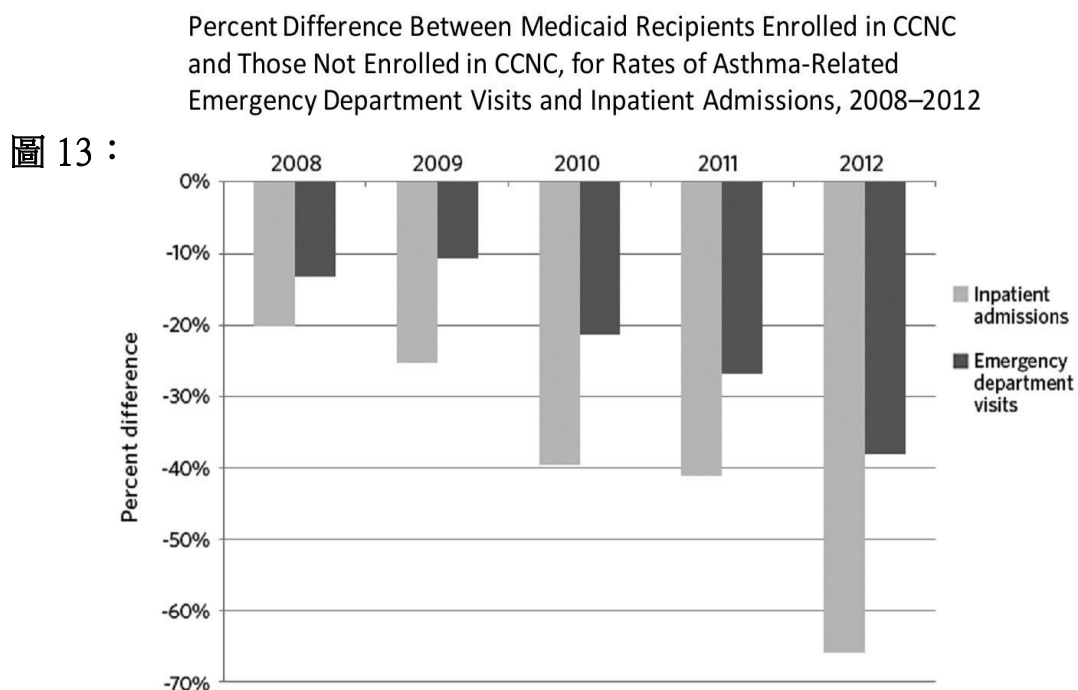


Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, and Dovey SM.
Ecology of Medical Care Revisited. NEJM 344:2021-205. June 28, 2001.



ACOs 對於社區民眾的健康管理是一項重大變革與嘗試，主要目標在於解決過去片段式照護及醫療不連續之問題，期以課責式的醫療照護體系，整合組織間醫療資源，運用科學的醫療健康資訊技術，促使醫師、醫事人員與醫院之協作，以達到提高醫療品質、提高全民健康水準及降低醫療成本之目標。近年北卡羅來納州

Medicaid 推出的社區健康照護計畫(Community Care of North Carolina, CCNC)為例，即為 ACOs 之一種，該組織研究分析 2008~2012 年資料，發現登記參加 CCNC 與未參加 CCNC 兩者比較，參加 CCNC 者的住院及急診的次數均較未參加者低，且下降比例逐年擴增中(如圖 13)。



Note. CCNC, Community Care of North Carolina. NCMJ September/October 2013, Volume 74, Number 5

CMS 委託 Dr.Brant Morefield 等多位學者，在 Medicare 及 Medicaid 實施先驅型 ACOs 兩年後，分析轄下的 ACOs 實證資料，顯示兩年整體的 ACOs 共節省約 3.85 億美元(第 1 年 2.8 億元；第 2 年 1.05 億元)，個別 ACOs 之研究，也得到類似的結果。整體而言，醫療的成長幅度較一般非 ACOs 的醫療費用低，民眾對部分急性醫療服務的利用亦減少(如圖 14)。另 Dr.Aaron L.Schwartz 也提出類似的報告，針對 2012 年 32 家 Medicare 實施之先驅型 ACOs 的資料進行分析，結果顯示較一般醫療機構減少約 1.2%的醫療支出，且 ACOs 較其他機構減少低效能之醫療支出(Low-value service spending) (如圖 15)，且照護品質反而略有進步。

不過 Dr.Laruen Hersch Nicholas 等學者亦提出，先驅型 ACOs 階段性成果雖可以節省成本，但第二年成長的趨勢呈現減少，成效是否只是曇花一現？不同的 ACOs 間差異甚大，哪一種運作模式是最有效率及成功的？未來應如何擴展？以上的問

題，有待進一步探討及研究。

圖 14：

Pooled Pioneer Results, totals

	2012	95% CI	2013	95% CI
Spending (million)	-\$280	-\$315 to -\$244	-\$105	\$148 to -\$61
Utilization				
Acute care stays	-9,926	-11,498 to -8,354	-8,444	-10,288 to -6,600
Acute care days	-40,799	-50,993 to -30,606	-15,314	-26,692 to -3,936
Primary care E&M	-227,500	-235,167 to -219,834	-246,145	-255,778 to -236,512
Procedures	-235,901	-269,542 to -202,261	-184,453	-227,791 to -141,116
Imaging	-138,519	-151,823 to -125,215	-78,768	-95,123 to -62,413
Tests	-411,107	-451,688 to -370,527	-404,397	452,518 to -356,277

Negative numbers indicate savings. Total pooled beneficiary months for 32 Pioneer ACOs was 7,851,613 in 2012 and 9,349,724 in 2013. Estimates shown are for services with statistically significant estimates the $p < 0.05$ level. Results are risk adjusted using Oaxaca-Blinder reweighting method.

L&M POLICY RESEARCH, LLC

13

圖 15：

Results

Results: Overall Effect of Pioneer ACO Program

Outcome per 100 beneficiaries	Mean for ACO Group	Differential Change	95% CI	Differential Change as Percent of ACO Mean	95% CI
Total low-value services, no.	41.0	-0.8	(-1.2, -0.4)	-1.9%	(-2.9, -0.9)
Total low-value service spending	\$10,301	-\$459	(-\$773, -\$146)	-4.5%	(-\$7.5, -\$1.4)

四、支付制度之改革(Payment System Reform)

(一)RBRVS(Resource-Based Relative-Value Scale) -以冠狀動脈心臟手

術為例，估算不同內涵下整體之手術費用

美國國會自 1988 年委託哈佛大學的團隊根據照顧病人醫師所付出的資源價值，制訂資源耗用相對價值表(Resource-Based Relative-Value Scale，簡稱為RBRVS) 以來，計算方式擬由傳統論量計酬方式計算耗用的醫療資源，朝包裹式支付(Bundled payment)，把手術或處置病程不同的照護服務，均納入支付系統一起計算及支付。

Dr. Aandrew Mulcahy 等多位學者以冠狀動脈心臟手術為例，以不同方式計算手術期間耗用之醫療費用，首先將費用之計算期間分為手術前(Day before)、手術中(Day-of procedure)及手術後(Post-operative)三部分(如圖 16)，將現行醫療保險給付方式與對照組(3,179 個個案)比較，發現實際個案手術前及手術中兩項之費用，均較現行支付方式加權量少，而手術後費用占率則由原來 23%增加為 40%(如圖 17)。雖然聯邦政府(CMS)的政策，尚未決定將手術後費用包裹列入每一個相對值 (RVUs ; Relative Value Units)中，但從本研究結果顯示，手術後費用是醫療費用成長的重要因素，建議聯邦政府應持續追蹤該項服務的實際流程及花費，並準確估算該項費用以納入包裹式支付。

圖 16： **Bundling: Global Periods**

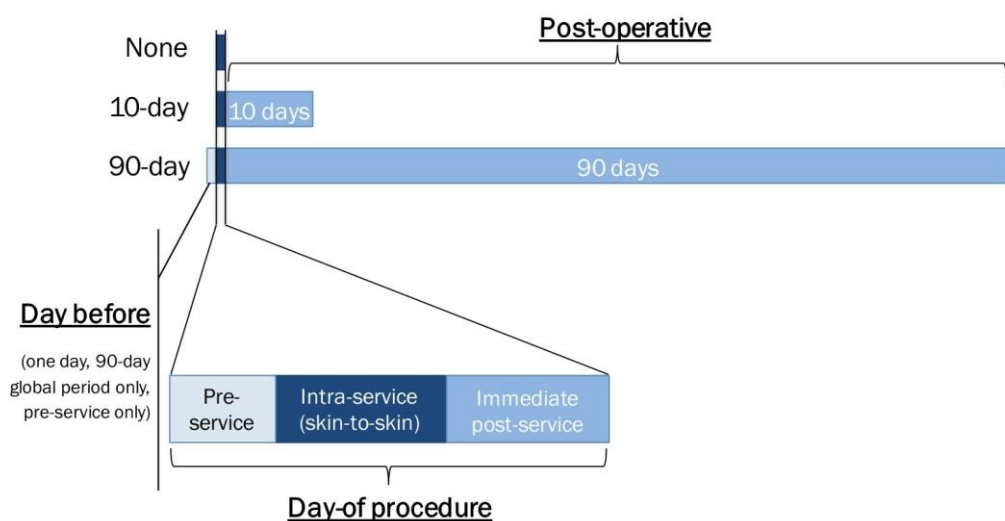
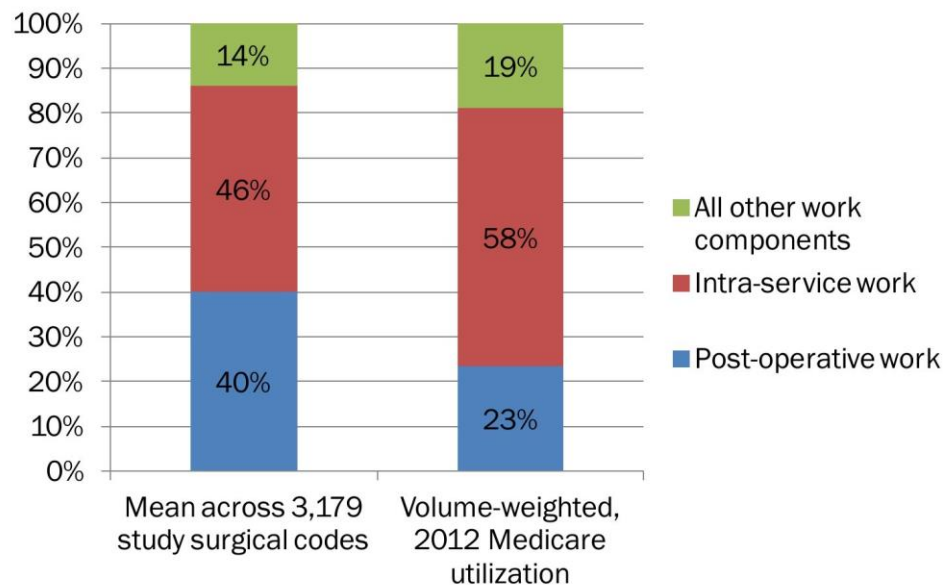


圖 17：

Post-operative Work Is an Important Component of Total Work

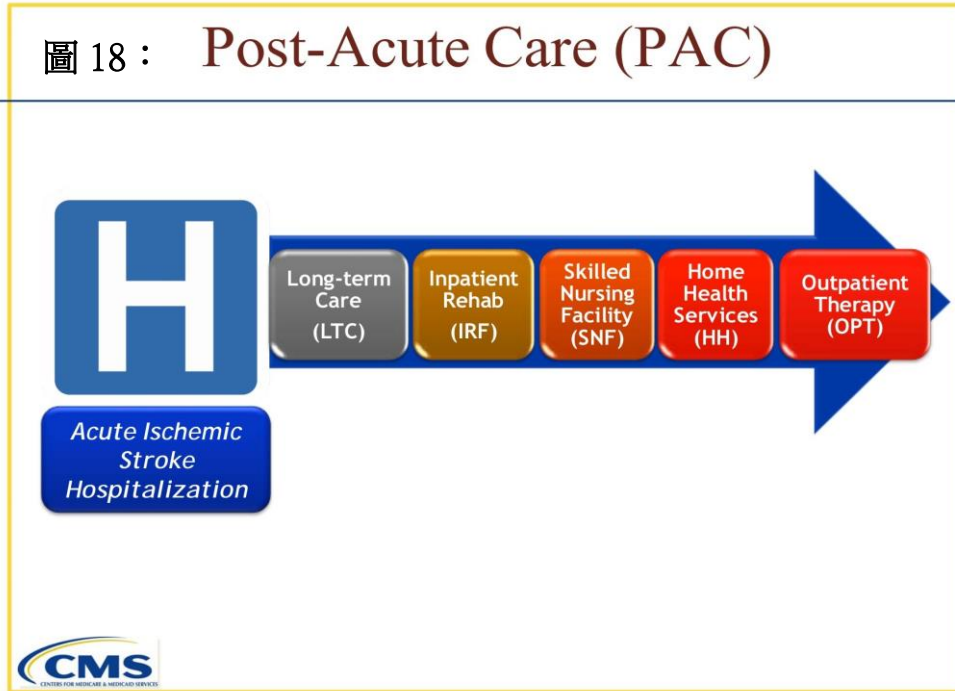


5

(二)急性後期照護(Post-Acute Care, PAC)-缺血性中風之案例分析

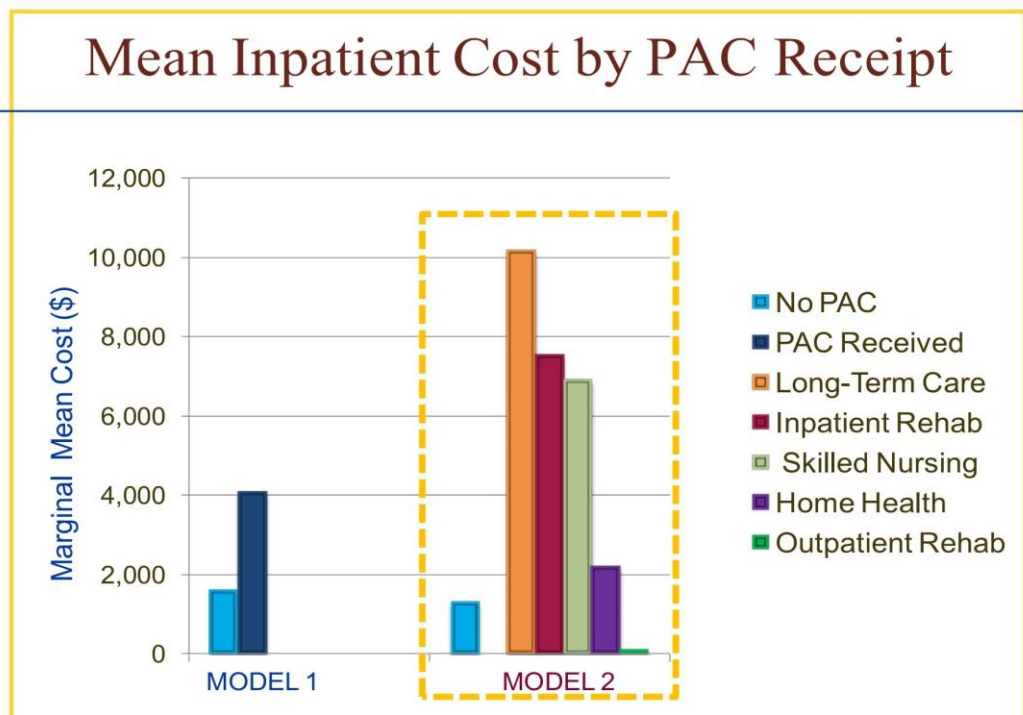
急性後期照護，在 1997 年美國通過「平衡預算法案」施行後更受重視，因該法案擴大 Medicare 急性後期照護之給付服務。本項議題由美國聯邦政府(CMS)研究講習會之 Dr. Iman K. Martin 等學者提出報告。該研究係由美國疾病管制中心(Center for Disease Control and Prevention, CDC)及聯邦政府(CMS)共同指導之一項心臟病防治計畫，透過正確使用藥物、控制血壓、膽固醇的管理等方法，以降低心臟病發作之風險。為降低醫療支出，美國自 1983 年起推動以住院診斷關聯群(Diagnosis Related Groups, DRGs)為基礎之前瞻性支付制度，之後發展急性後期照護(Post-Acute Care, 簡稱 PAC)服務，目前聯邦政府擬逐步擴大其給付範圍。急性後期照護(PAC)介於醫院及門診照護之間，聯邦保險將其分為居家健康照護(Home Health Agencies, HHAs)、技術性護理之家(Skilled Nursing Facilities, SNFs)、復健機構(Inpatient Rehabilitation Facilities, IRFs)和長期照護醫院(Long-Term Care Hospitals, LTCHs)4 大類照護單位(如圖 18)。

圖 18： Post-Acute Care (PAC)



本研究分為兩個模式，模式一由被保險人自行決定使用 4 種型式醫療服務；模式二依被保險人病情規劃適當之 PAC 照護單位，兩者進行世代研究，研究結果顯示有事先規劃 PAC 者，其醫療照護較完整，治療效果較好，因此，病人病發時接著立即住院的比例較多，住院成本也較高，醫療費用支出以長期照護醫院 (LTCHs) 的費用最昂貴，其次依序為復健機構 (IRFs)、技術性護理之家 (SNFs) 及居家健康照護 (HHAs) (如圖 19)。

圖 19：



研究之結論，PAC 的規劃與後續醫療成本有很大關聯，因此，需更細緻規劃，提高使用 4 個 PAC 醫療單位之效率，為避免急性後期患者再次住院，應加強預防保健的措施及民眾的衛教，以有效降低醫療成本。

五、護理照護人力(Health Care Workforce)之問題

美國專科護理照護人員是為適應社會民眾對健康服務的需求，及因應基層醫師不足而發展的一種特殊護理人才，本項議題由 Dr. Joanne Spetz 提出關於護理照護範疇 (Scope Of Practice, SOP) 之效果研究報告，由於美國各州政府對於護理人員於醫療照護可參與範疇有不同之規範，本研究依現行法規，將護理人力的服務型態分為三類，第一：可完全行使醫療行為，且可開立處方；第二：可完全行使醫療行為；第三：限制醫療行為。為瞭解各種服務型態之執行成效，本研究將美國各州依不同 SOP 之分類，並以地圖標示如圖 20。

三類範疇之護理人力於不同層級院所服務情形，以大型醫療機構照護病人之比例最高，遠高於其在基層醫療院所服務之比例，如圖 21。

圖 20：

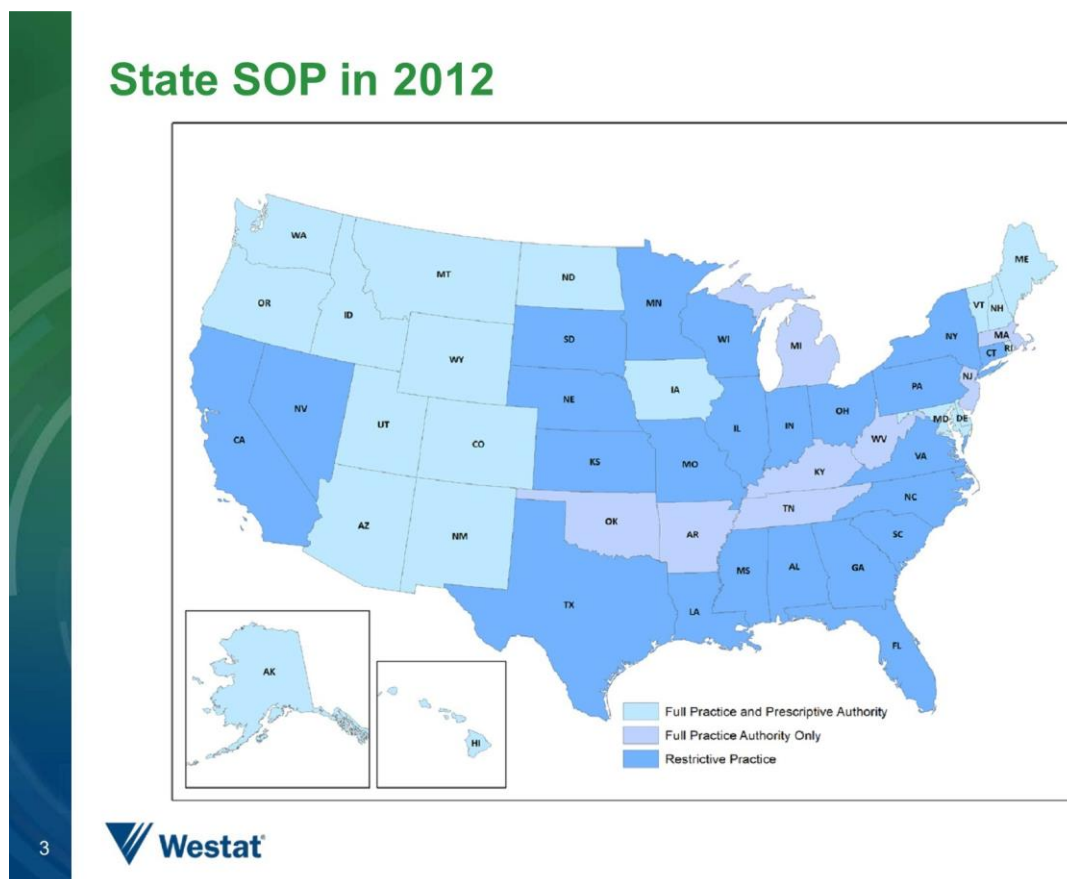
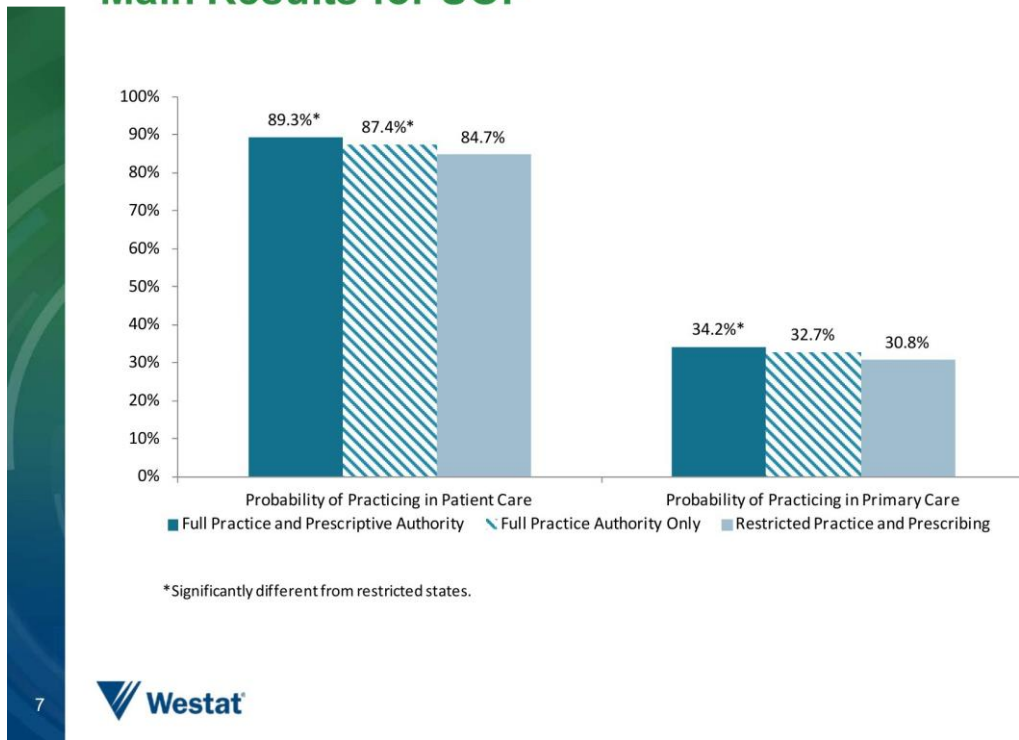
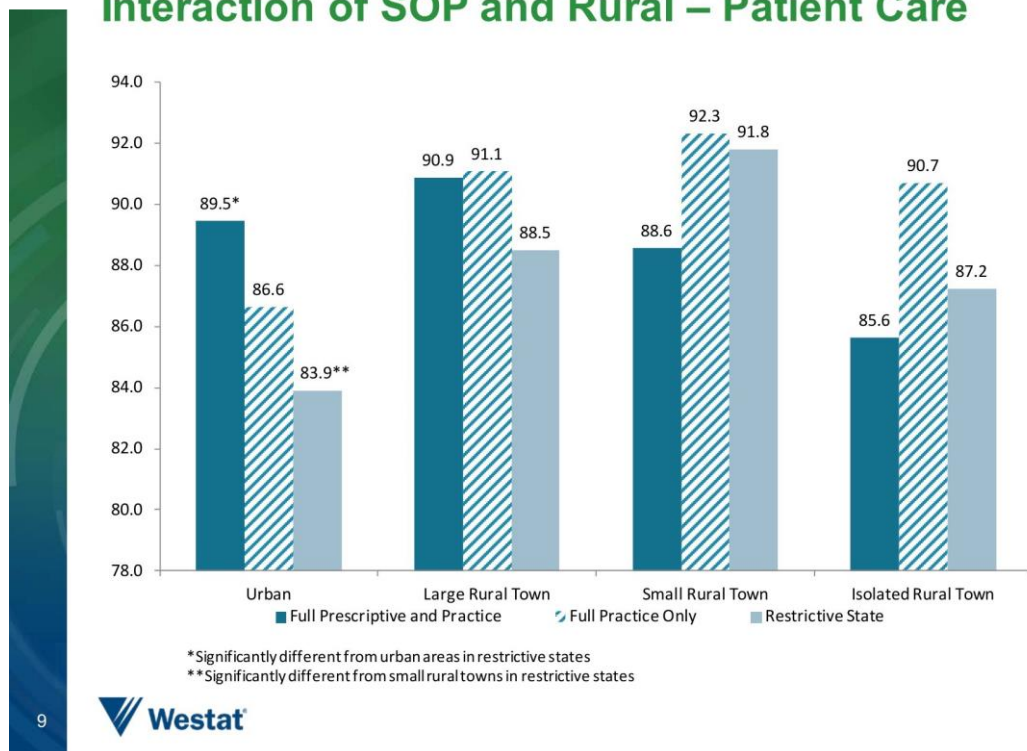


圖 21 : Main Results for SOP



若將各州再細分為都會區、大型郊區市鎮、小型郊區市鎮及獨立鄉村，「可行使完全醫療行為且可開立處方」之護理人員在大型郊區市鎮的比例最高；「可行使完全醫療行為」之護理人員在小型郊區市鎮的比例最高；「限制醫療行為」之護理人員在小型郊區市鎮的比例最高，如圖 22。

圖 22 : Interaction of SOP and Rural – Patient Care



綜上，本研究之結論如下：

- (一)各州特色及城鄉位置的差異對醫療照護之影響，較護理照護範疇(SOP)更大。
- (二)SOP 對於各州或個人最大的影響在於護理人員是否具有開立處方之權利。
- (三)SOP 的重要性城鄉之間有差異，尤其在都會區對於病患的照顧決策更形重要。
- (四)在美國各州現有體制下，對於增加護理照護人力之供應，SOP 並非關鍵之政策。

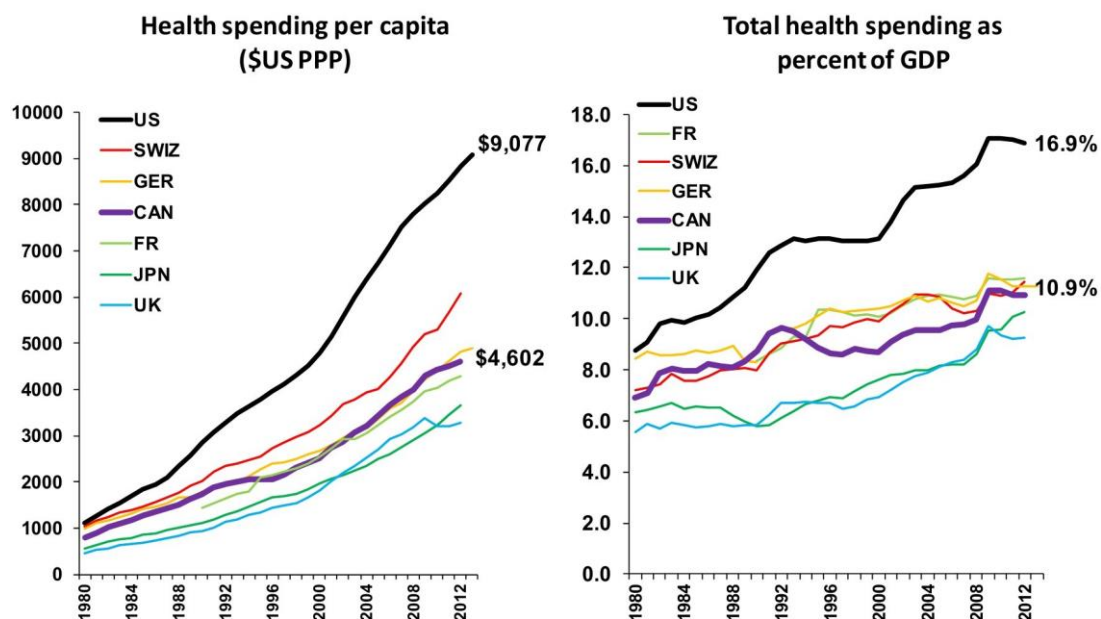
六、國際健康照護系統

聯邦基金會(The Commonwealth Fund)成立於 1918 年，其宗旨在關切社會中最弱勢之群體如老人、失能及貧窮者的醫療需求，多年來致力醫療衛生相關研究，期能促進美國醫療體系的服務效能，並提高民眾的醫療照護品質。該會除了專注美國國內的醫療衛生外，自 1998 年起，亦針對 OECD 等 11 個先進國家的健康照護系統，每年持續的追蹤比較，分析各國醫療衛生的長期趨勢發展。研究範圍非常廣泛，包括健康照護制度、民眾就醫可近性及可負擔性、初級照護、醫病關係、預防保健、醫療照護整合模式、醫療品質改善等主題；研究對象包括病人、醫療提供者及一般民眾等健保相關議題。

本次研討會共參與兩項國際健康照護議題，均由聯邦基金所委託的研究報告，第一項係由 Dr.Eric Schneider 提出，分析報告分為兩部分，先就各國整體健康照護系統統計分析，再就美國及加拿大的民眾就醫可近性及可負擔性作細部分分析及比較，說明如下：

以各國健保支出國際趨勢來看，美國醫療費用支出(2012:US\$9,077)及其占 GDP 的比例(16.9%)，表示美國人每花 6 美元，就有 1 美元用於醫療。美國醫療費用是 11 國中最高，與鄰國加拿大相比，不僅每人年醫療費用超過加拿大(2012:US\$4,602)，醫療費用支出占 GDP 的比例也超過加拿大的 10.9%(如圖 23)。

圖 23： International Trends in Health Spending

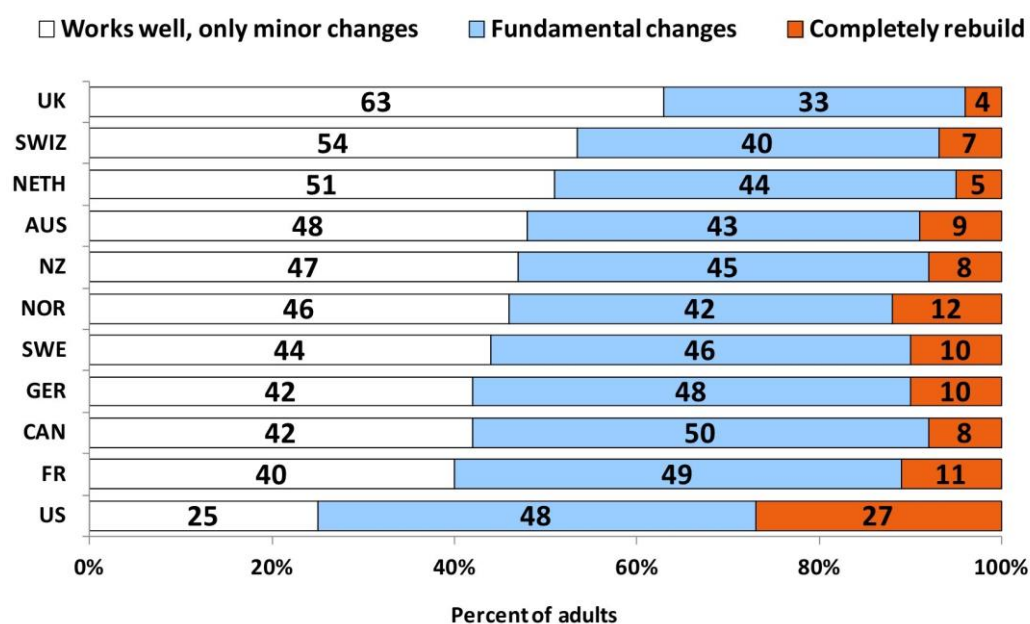


Note: PPP = Purchasing power parity.
Source: OECD Health Data 2014; U.S. National Health Expenditure Accounts.

4

以各國健康照護系統為主題，以民眾為對象所進行之民意調查，結果為美國有 75%的民眾認為其健保照護系統應做全面改革(根本改變 48%、完全重健 27%)，高居 11 國第一；英國僅 37%的民眾認為應全面改革，63%民眾認為「運作良好只需微幅調整」(如圖 24)。

圖 24： Adults' Views of Health Care System, 2013



Source: 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in Eleven Countries.

5

從 2013 年接受調查之 11 個先進國家中，各國健康照護以品質照護、可近性、實施效率、民眾權益及健康生活等指標進行之調查分析，整體而言以英國的績效最佳，其次依序為瑞士、瑞典、澳大利亞、德國、荷蘭、挪威、紐西蘭、法國、加拿大及美國(如圖 25)。

圖 25：“Mirror, Mirror” Ranking of Health Care System Performance

11

	COUNTRY RANKINGS										
	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING (2013)	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11

以美國、加拿大兩國民眾可近性和權益做比較，可近性方面，兩國並列第 9 名；權益方面：加拿大第 9 名、美國第 11 名(如圖 26)。

圖 26：Ranking of Canada and US Health Care System Performance: Access and Equity

	CANADA	USA
ACCESS	9	9
COST-RELATED PROBLEM	5	11
TIMELINESS OF CARE	11	5
EQUITY	9	11

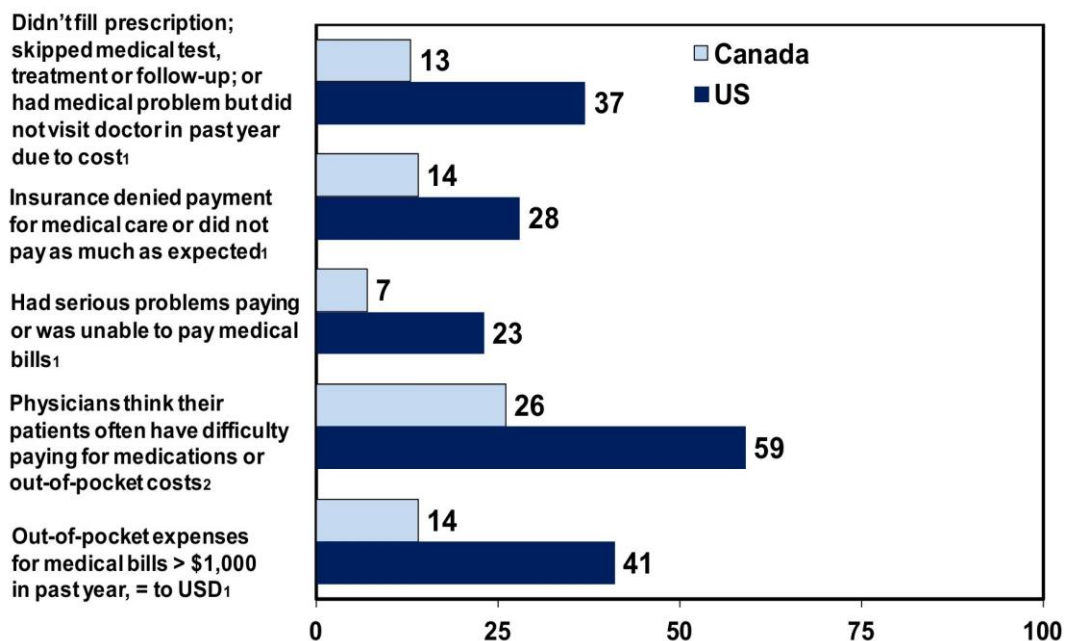
14

若再細部分析，醫療可近性之研究可分為「成本相關問題」及「照護及時性」兩項問卷調查，分別有 5 個題目，比較美國、加拿大兩國之差異。在「成本相關問題」方面，問項包括「因成本的因素醫師未開立處方，或忽略檢查、處置，或病人未就醫」(加：13%、美：37%)、「醫師認為他的病人支付診療費或自費有困難」(加：26%、美：59%)及「在過去一年就醫自付醫療費用大於 1,000 元者」(加：14%、美：41%)(如圖 27)，本項係負向指標，調查結果加拿大每一項均低於美國，顯示在「醫療可近性」1 項，加拿大的績效優於美國。

圖 27： Cost-Related Access Problems

15

Percent of adults who(se):



Source: (1) 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey; (2) 2012 International Survey of Primary Care Doctors

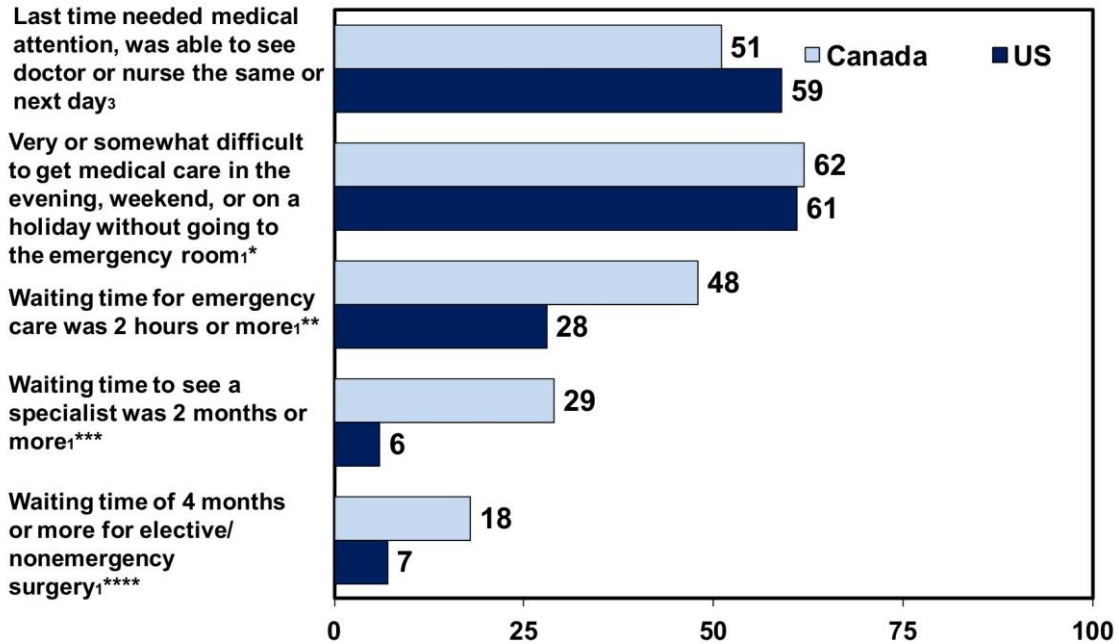


另在「照護及時性」方面，亦為負向指標，問項包括「病人申請 CT、MRI 等特殊檢查有些或非常困難的經驗」(加：62%、美：61%)、「急診等待期超過 2 小時」(加：48%、美：28%)、「預約專科醫師等待期超過 2 個月」(加：29%、美：6%)、「預約選擇性或非緊急手術等待期超過 4 個月」(加：18%、美：7%)(如圖 28~29)，加拿大的結果大多高於美國，顯示在「照護及時性」1 項，美國的績效優於加拿大。

圖 28 :

Timeliness of Care

Percent of patients reported:



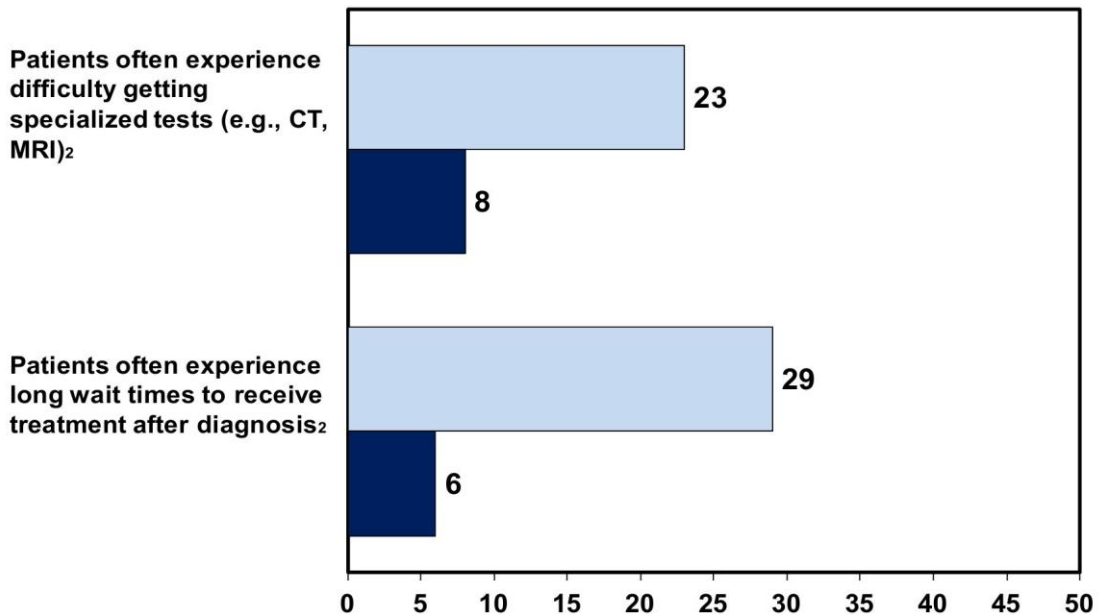
Source: (1) 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey; (3) 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries; *base: sought after-hours care; **base: used an emergency room in past 2 16 years; ***base: saw or needed to see a specialist in past 2 years; ****base: those needing elective surgery in past year

圖 29 :

Timeliness of Care Cont'd

Percent of doctors who reported:

Canada US

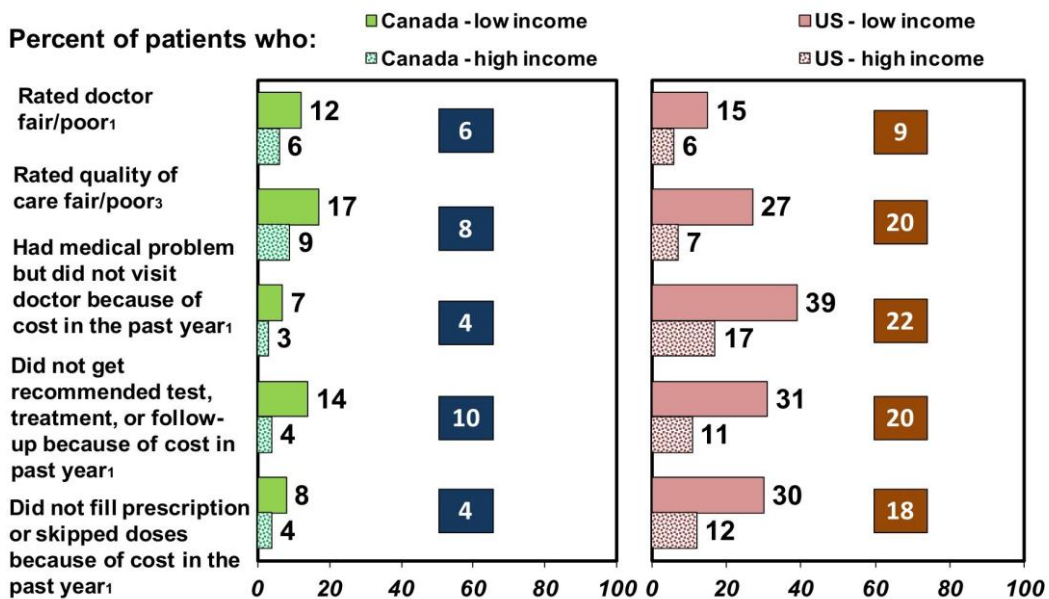


Source: (2) 2012 International Survey of Primary Care Doctors

17

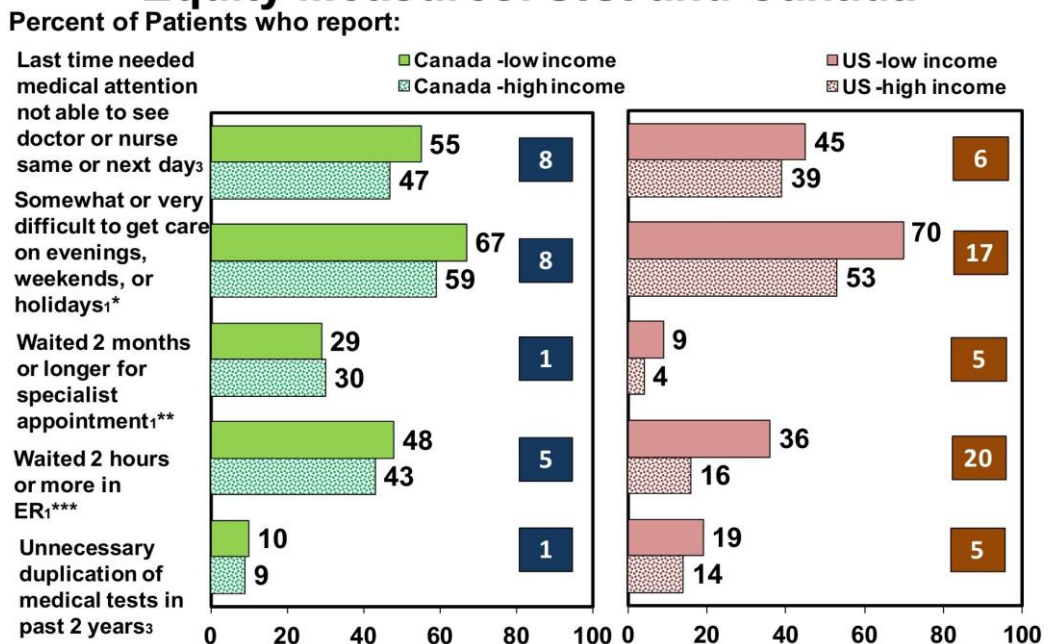
在美國、加拿大民眾權益乙項，係分為高所得及低所得兩個面向評估比較，每項指標係衡量高、低所得者的觀點，美國高、低所得者的差異，平均較加拿大高，表示美國的貧富之間對於接受醫療照護權益的差異較大。由於權益指標均為負向，如評定醫師、品質不佳，及過去 1 年病人因成本而未就醫等，美國每項指標的比重，除了有關等待期相關指標外，比例多較大，故美國在權益之評比亦略為不如加拿大(如圖 30~31)。

圖 30： Equity Measures: U.S. and Canada



Source: (1) 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey; (3) 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries

圖 31： Equity Measures: U.S. and Canada

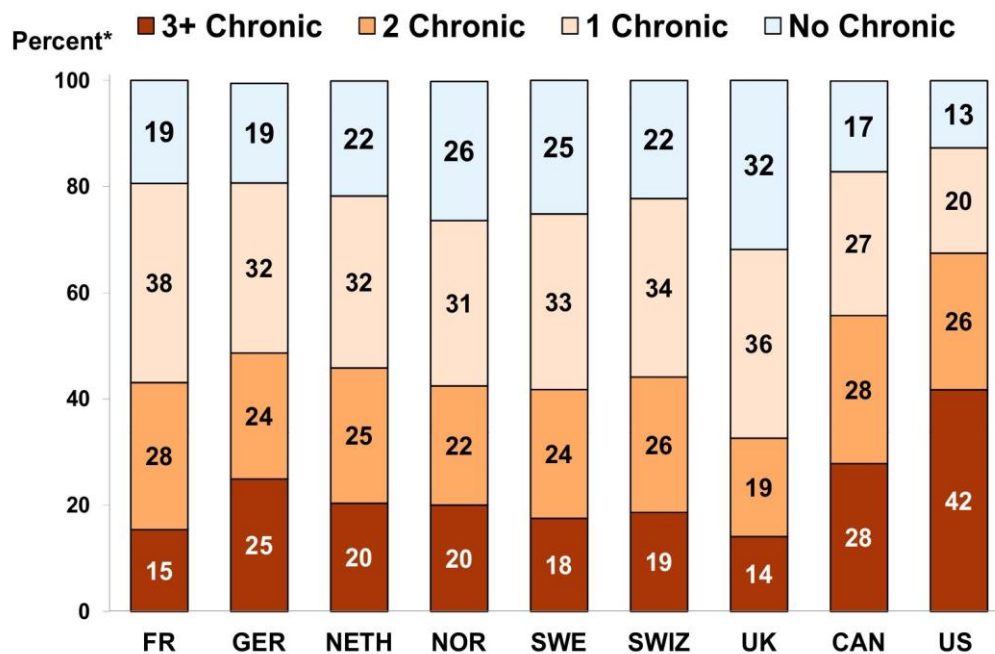


Source: (1) 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey; (3) 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries; *base: sought after-hours care; **base: needed to see specialist in past 2 years; ***base: those going to ER

第二項係由 Dr.Dana Sarnak 等學者提出，由於人口愈來愈老化，且疾病型態以慢性病為主，美國民眾對於醫療需求日趨複雜，依據研究顯示，美國 5%的病人使用全國 50%的醫療資源，本研究針對德、英、法等 9 國高醫療需求之疾病進行研究，以 65 歲以上老人罹患慢性病種類統計，發現在美國罹患 2 種以上慢性病者，約占所有 65 歲以上老人的 68% (2 種：26%、3 種：42%)，在 9 國中嚴重度最高；英國罹患 2 種以上慢性病者，僅占所有老人的 33% (2 種：19%、3 種：14%)，比例不及美國的一半，為各國中民眾同時罹患慢性病種類最少的國家(如圖 32)。

圖 32：

Number of Chronic Conditions Among Adults Age 65 or Older



* Reported having hypertension or high blood pressure, heart disease, diabetes, lung problems, mental health problems, cancer, and/or joint pain/arthritis.

Source: 2014 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults

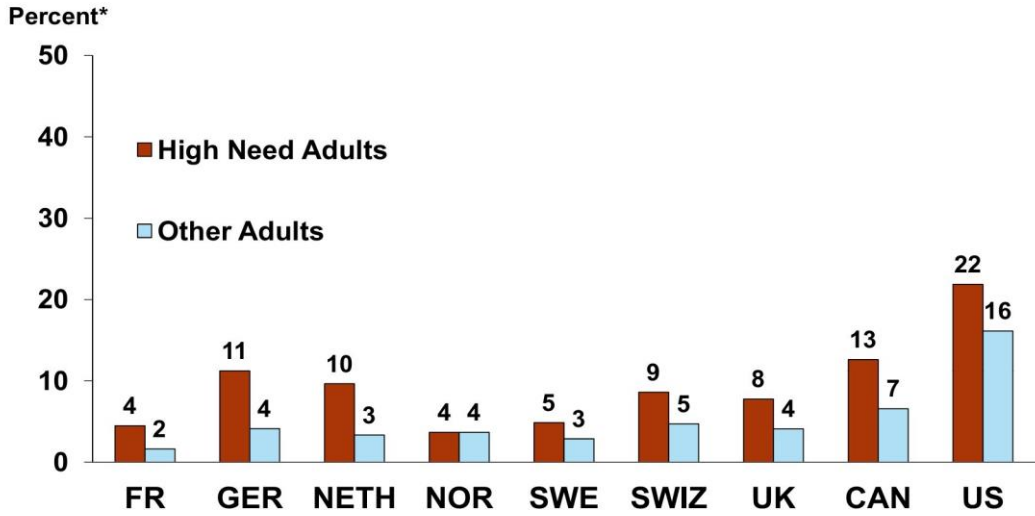


在民眾就醫的財務障礙方面，過去一年因成本因素造成醫療可近性問題，每個國家高醫療需求的比例均高於一般民眾，其中在美國，高醫療需求民眾及一般民眾均高出其他國家許多，顯示美國民眾在過去一年(103 年)就醫的財務障礙仍很高，其次為加拿大、德國及荷蘭等國，最低的是法國(如圖 33)。

圖 33 :

Financial Barriers to Care

Cost-Related Access Problems in the Past Year



*Had a medical problem but did not visit doctor, skipped medical test or treatment recommended by doctor, and/or did not fill prescription or skipped doses because of the cost.
 High Need: Age 65 and Older with 3+ Chronic Conditions or a Functional Limitation
 Other: Among all other adults age 65 and older
 Source: 2014 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults

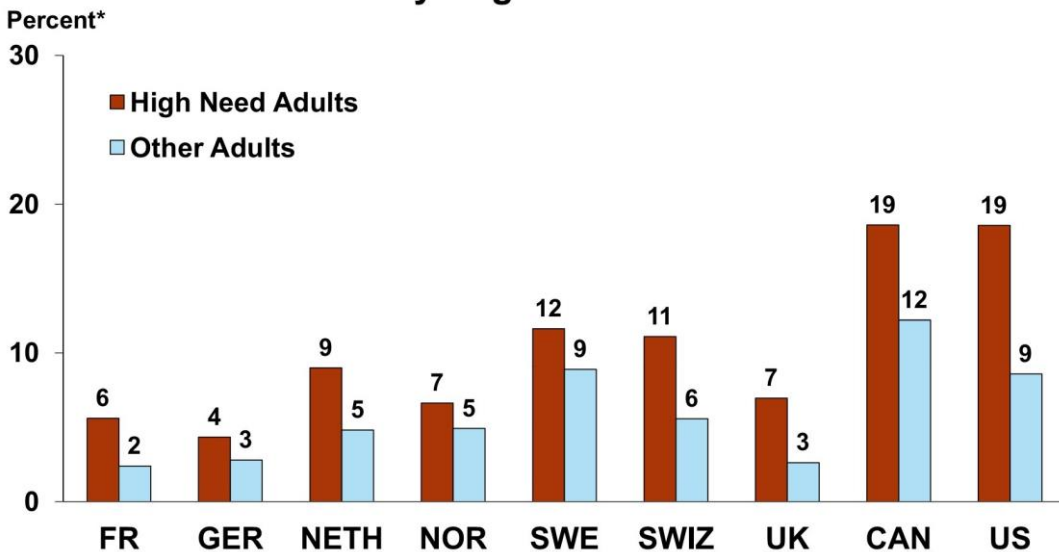


在照護之可近性方面，各國民眾至急診就醫者，過去 2 年曾定期至一般門診就醫經驗的占率，以美國及加拿大高醫療需求民眾之占率最高(19%)，最低的是德國(4%)，一般民眾占率以加拿大最高(12%)，其次是美國(9%)，顯示美、加兩國常規的醫療服務無法滿足民眾需求，尤其是高醫療需求者之需要(如圖 34)。

圖 34 :

Access to Care

Went to Emergency Department for Condition that Could Have Been Treated by Regular Doctor in the Past 2 Years



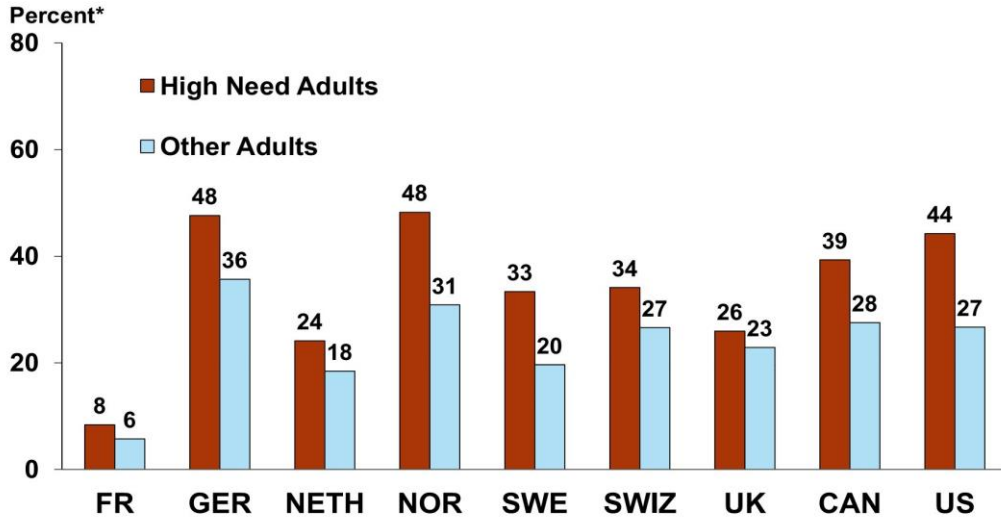
*Base: Had regular doctor/place and used the ER in past 2 years
 High Need: Age 65 and Older with 3+ Chronic Conditions or a Functional Limitation
 Other: Among all other adults age 65 and older
 Source: 2014 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults



在照護之協調方面，民眾過去 2 年就醫過程中，曾發生協調問題者，無論高醫療需求或一般民眾，均以德國(48%、36%)和挪威(48%、31%)兩國最高，其次為美國(44%、27%)，協調問題以法國最少(如圖 35)。

圖 35 : **Care Coordination**

Experienced a Coordination Problem in the Past Two Years



*Test results/records not available at appointment or duplicate tests ordered; received conflicting information from different doctors; and/or specialist lacked medical history or regular doctor was not informed about specialist care.

High Need: Age 65 and Older with 3+ Chronic Conditions or a Functional Limitation

Other: Among all other adults age 65 and older

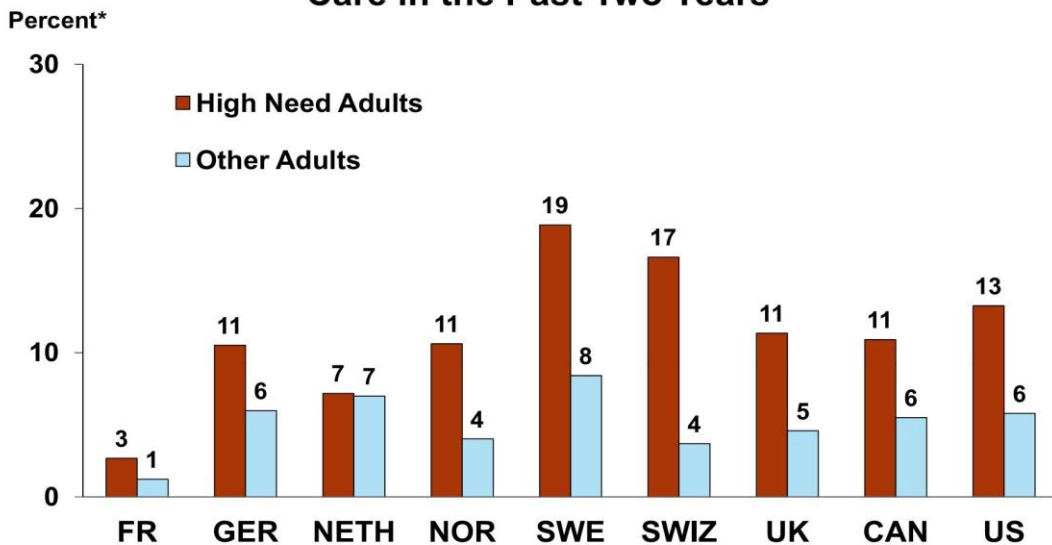
Source: 2014 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults



在病人安全方面，民眾認為過去 2 年有醫療疏失的經驗者，以瑞典居最高，高醫療需求者及一般民眾分別為 19%及 8 %，其次是瑞士(17%、4%)，美國居第三(13%、6%)，法國兩者均最低(3%、1%)(如圖 36)。

圖 36 : **Patient Safety**

Thought a Medical Mistake Was Made in Their Treatment or Care in the Past Two Years



*This could include being given the wrong medication or wrong result from a medical test

High Need: Age 65 and Older with 3+ Chronic Conditions or a Functional Limitation

Other: Among all other adults age 65 and older

Source: 2014 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults



在管理式照護方面，醫療提供者對於慢性病患之照護，在日常生活中會有治療計畫者，以美國最高(88%、78%)、其次是加拿大(78%、75%)、英國(75%、72%)、法國(65%、57%)，最低的是德國(34%、25%)(如圖 37)；另在病人兩次就醫之間會有專業人員聯繫之比例，以英國最高(54%、43%)，其次為美國(37%、23%)，最低的是瑞士(11%、8%)(如圖 38)。

圖 37：

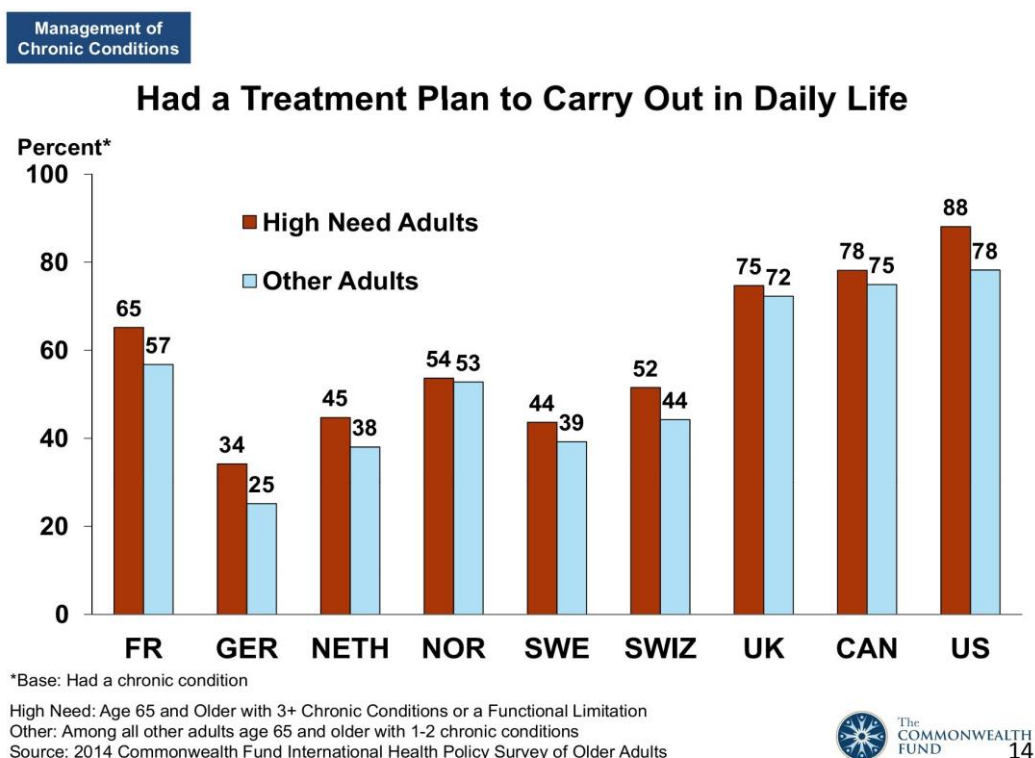
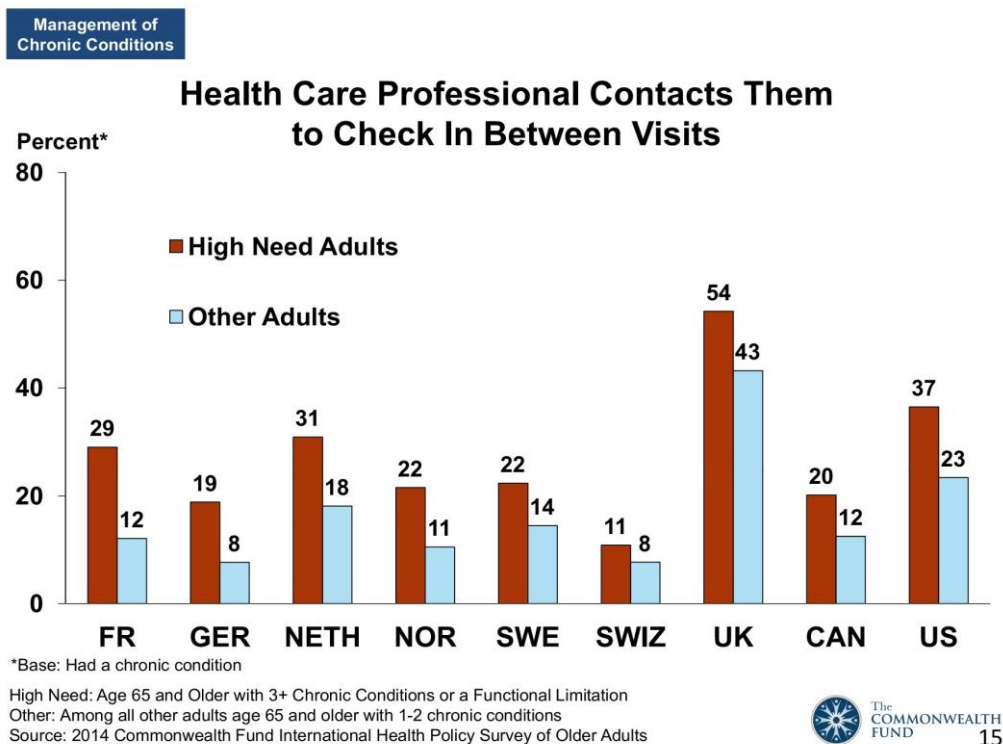


圖 38：



肆、心得與建議：

一、心得

美國建國 200 多年，一直未完成全民健保，2010 年 3 月歐巴馬政府為實現競選承諾，提出之健保改革方案，在眾議院民主、共和兩黨勢均力敵的多次對決下，2010 年 3 月 21 日以些微差距(219 票支持、212 票反對)驚險過關，首次通過健保改革方案，於同年 3 月 23 日簽署「可負擔健保法案(The Affordable Care Act，簡稱 ACA)」，並定於 2014 年 1 月 1 日正式實施。

健保改革法案獲國會通過成為法律後，依照該法案內容，不但要求各級政府持續擴大健保涵蓋範圍，同時也要求保險人/公司必須降低保險費，以及醫院與醫師應維護病人安全及提高醫療品質，換句話說，美國政府須同時完成「Better Health. Better Care. Lower Cost.」三重目標，面對這項艱鉅的挑戰，美國面臨以下難題：

(一)在降低民眾保費前提下，持續擴大健保之涵蓋範圍

健保改革的首要目標是讓保險擴及更多民眾，健保改革方案規定，保險人/公司不得任意漲價(包含保險費及部分負擔)，依據美國國會預算處估計，健保新法實施後，擴大健保涵蓋範圍的民眾，大多係因過去病情嚴重、未達補助標準的貧困人口，或是失業人口等陸續加入健保，未來 10 年美國政府的赤字預計將增加 2,390 億美元。聯邦政府為避免加稅，可能造成民怨，僅能擷節聯邦醫療保險及醫療補助計畫的醫療支出，支應這項龐大的費用，以降低政府財務赤字。

(二)在醫護人力嚴重不足下，滿足民眾新增之醫療需求

為因應改革，將納入尚未加入保險民眾的醫療需求，與會的醫療專業人士憂心，健保體系未來將逐步增加 4,500 萬人，基層醫師及護理人員均有嚴重短缺之情形。依據美國醫學院協會(Association of American Medical Colleges)之估計，2015 年前美國將缺少 63,000 名醫師，2025 年將短缺 130,600 名醫師。針對快速增加的民眾醫療需求，因此，為滿足健保民眾之醫療需求及確保民眾就醫權之前提下，促使醫療資源重新合理分配之革新措施勢在必行。

(三)在政府財務預算縮減下，提高民眾健康及醫療品質

依據美國聯邦政府(CMS)於可負擔健保法案(ACA)通過時公布的報告書中表示，健保改革方案最重要的財源-節省 Medicare 未來 20 年總計 5,000 億美元的支

出。然而該法案亦規定，為確保民眾健康及提高醫療品質，未來將投入更多健康促進與疾病預防費用，並投資在臨床有效性的研究上，設法找到較有成本效益的治療，將錢花在刀口上。

綜上，目前美國已逐步朝全民健保的方向邁進，儘管有許多難關需要克服，在本次研討會中，學者、專家就健保改革如何達成目標，紛紛提出各種興革意見，包括「以病人為中心照護模式」、「責任醫療組織(Accountable Care Organization, ACOs)」、「包裹式給付」、以及減少低價值醫療支出等研究成果，會議期間與會人員對於相關議題之熱烈討論，均留下深刻的印象。

二、建議

美國健保制度與 OECD 先進國家比較，各項指標都是敬陪末座，惟從本次研討會觀察美國醫療改革近期走向，發現部分的改革制度，如醫療體系改革、支付制度、以病人為中心之核心價值，及運用資訊科技等創新作為，均可作為台灣健保後續改革與努力之借鏡，爰提出以下建議：

(一)以科學實證資料為基礎，建立決策理性溝通之平台

美國健康學院 AcademyHealth 年度研究會議(ARM)核心價值是以實證資料為基礎，提供醫療提供者、政策決定者及民眾一個理性溝通的平台，美國民間的保險公司及社會大眾，每年均投入大量資源進行研究，故不同立場的利益團體可以透過這個平台，理性及成熟地參與政策討論。我國二代健保修法後，本會須辦理保險費率及給付範圍之審議，以及醫療給付費用總額之對等協議訂定等多項任務。由於本會委員係由各界代表所組成，分屬不同的利益團體，立場及意見各異，常無法取得共識。為建立理性溝通的機制，建請健保署提送之法定事項，應以科學實證資料為基礎，以提升政策決定之效率。

(二)整合現有健保相關照護計畫，落實以病人為中心的目標

台灣健保目前所推出的整合性照護制度，均標榜以病人為中心的照護模式，性質有些類似，但支付方式、評估指標都有所不同，且均屬片斷式照護，不但耗費較多成歷，且無法達到垂直整合的效果，為落實以病人為中心的照護目標，建議可參酌美國責任制醫療機構 ACOs 的作法，將現有社區醫療群、醫院以病人為中心整合照護制度，及論人計酬制度等試辦計畫整合，並由所有參與照護計畫的合

作對象，如健保署、醫院、診所及醫師等，藉由促進服務整合，並搭配節餘共享，建立風險共同承擔之機制。

(三)加速支付制度的改革，擴大包裹式給付範圍及全面導入 DRGs 制度

健保署現有包裹式給付項目，僅限於將手術及處置中使用的部分特材包裹支付，為使醫療照護的流程標準化，病人接受治療的效率提高，宜擴大範圍或納入門診項目；另於住院部分，請健保署盡快全面導入 Tw-DRGs，原 Tw-DRGs 排除之精神病、癌症、愛滋病、血友病、罕病及相關試辦計畫，研議可否納入 Tw-DRGs，或整合以疾病別包裹方式支付。

另因應人口老化，疾病型態改以慢性病為主，並配合住院部分將逐步實施 Tw-DRGs 制度，建議可參考美國包裹式支付制度，將急性照護與急性後期照護之相關服務包裹支付，以減少健保醫療支出，並提供民眾更好的健康照護品質。

(四)有效運用醫療資訊科技，提升醫療照護之適切性

資訊科技的引進，不但可抑制醫療成本上升，亦可提升醫療品質，及提高全民健康水準，欲達此目標，需要醫師與醫院合作，並配合改變組織架構，以實現這些利益。目前台灣健保刻正推動之電子病歷及雲端藥歷，用意亦如此，惟在保護個人資料及充分運用醫療資訊科技兩者之間，需配合建構一套合宜適用之法規，以免失去原先規劃之美意。另若要善用資訊帶來的好處，必須有增加訓練、提高個人決策權限，以及組織改造等配套措施，才能使醫療照護更為人性化及全面化。

會議中心外面



海報展覽會場



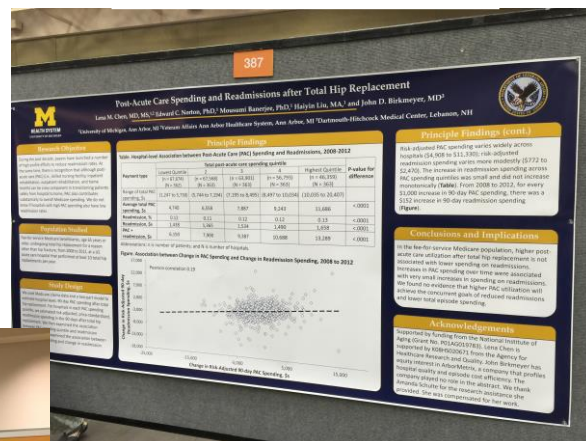
與會學者名單



分組會議



海報



會議中心大廳

