

出國報告（類別：參與國際會議）

2019 年國際衛生經濟協會第十三
屆年會(13th iHEA World Congress)
出國報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：張芸嘉薦任技士

派赴國家：瑞士

出國期間：108 年 7 月 12 日至 108 年 7 月 18 日

報告日期：108 年 8 月 28 日

摘要

2019 年國際衛生經濟協會(International Health Economics Association, 簡稱 iHEA)於瑞士巴賽爾舉辦第 13 屆國際年會，會議日期自 108 年 7 月 13 日至 7 月 17 日，為期 5 天，此次大會主題為「健康經濟新高峰(New heights in health economy)」，勉勵全球衛生界的夥伴共同腦力激盪，如何以新方法學促進健康經濟學發展，並透過各種最新研究，討論如何對衛生政策和實際執行面造成影響，此次會議主題，健康經濟新高峰，即是期望透過高品質及創新的研討會議，並促進全球衛生、經濟相關領域人士間的互動。

7 月 13 日及 7 月 14 日主要舉辦會前會議(Pre-Conference)及開幕會議(Opening Plenary)，7 月 15 日至 17 日為主要會議，包含各種專題及期中、閉幕會議(Mid-Congress Plenary、Closing Plenary)。

本次會議議程包括 18 場會前會議、3 場全體會議(開幕、期中、閉幕各 1 場)，及 230 餘場專題分組會議，主題包含健康服務需求與利用(Demand and Utilization of Health Services)、健康跟照護介入的經濟評估(Economic Evaluation of Health and Care Interventions)、評估健康政策、計畫與健康系統表現(Evaluation of Policy, Programs and Health System Performance)、健康保險經濟與花費(Health Care Financing and Expenditures)、方法學的新發展(New Developments in Methodology)、組織健康保險的市場機制(Organization of Health Care Markets)、健康行為及政策介入與健康產值(Production of Health, Health Behaviors and Policy Interventions)、健康服務的提供(Supply of Health Service)等豐富主題；另尚有高、中及低收入國家論質計酬實施的經驗分享與學習(Pay for Performance: Drawing Lessons from Across High, Low and Middle Income Settings)、長期健康照護的經濟與市場機制(Long-Term Care Financing and Markets)、健康平等性:經濟的評估不能只考慮效率性(Health Equity: Economic Evaluations Shouldn't Just be About Efficiency)等議題，於特別會議中進行及討論。

另外，主辦單位在此次會議設計的 iHea 2019 APP，方便與會者查詢會議議程、會議相關主題及論文外，另有各場會議匿名評分及回饋意見的功能，不但有效減少紙張印刷，也增加參與會議者互動機會，可供未來舉行國際或大型會議的參考。

目 錄

壹、 前言及目的	4
貳、 會議過程	4
一、 會議概述	4
二、 開幕會議	5
三、 期中會議	6
四、 閉幕會議	7
五、 各會議專題摘要	8
參、 心得及建議	21
肆、 活動相片及說明	22

壹、前言及目的

國際衛生經濟協會(International Health Economics Association , iHea)於 1994 年 5 月 10 日正式成立，為一專業學術組織，其成立之任務有三：

- 增加衛生經濟學家間之溝通與交流。
- 培育應用於衛生及醫療保健體系之高水準衛生健康經濟學。
- 幫助衛生經濟年輕研究者開始他們的職涯。

該協會每 2 年定期舉行 1 次國際研討會，為衛生經濟學及健保政策交流之重要國際會議，世界各國學者、政策擬定者、執行者、相關領域 NGO 團體人士皆受邀參與、演講及發表議題，參與此會議除可更新世界各國最新衛生醫療現況、政策走向外，也可初步了解各國因地制宜的保險支付制度、市場經濟機制、經濟學理論與方法等，並促使參加者反思如何將有限健保資源，以有效並具品質的方式提供給醫療資源需求者，臻於永續經營目標。

本部使命及願景中期許精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制，以及拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益等，為建立健保制度永續經營機制，需積極參與此類國際相關研討會，以汲取上述經驗，作為未來健保制度、健保業務規劃與推展、健保費用及衛生政策推行之借鏡及參考。

貳、會議過程

一、概述

今年國際衛生經濟協會(International Health Economics Association , iHEA)第 13 屆年會舉行的地點在瑞士巴賽爾大學，會議日期自 108 年 7 月 13 日至 7 月 17 日，共 5 天，此次會議主題為「衛生經濟新高峰(New Heights in Health Economics)」，7 月 13 日至 7 月 14 日為會前會議及贊助的課程(Pre-Conference、Sponsored Sessions)，7 月 15 日至 17 日為主要會議及大會會議，會議期間邀集世界各國衛生、經濟、健康相關專家、公共衛生政府或非政府部門、組織相關人士，一同分享各國衛生政策、健保制度實踐經驗。

本屆年會在全體會前會議議題，主要強調疫苗發展及預防保健與衛生經濟學環環相扣，現場亦有多篇疫苗及預防保健相關海報展

示，且大會為提倡環境友善概念，此次會議議程及相關資訊提供方式係運用 iHEA 網站、iHEA 2019 APP 等，僅提供一張紙本議程總覽供與會者參考，故如果與會者想追蹤每日會議議程、各種課程資訊、舉辦地點、主題內容、主講者資訊、會場資訊、交通方式等重要公告及訊息，即須使用 iHEA 2019 APP，會場亦提供免費 wifi，方便參加者使用 iHEA 2019 APP 篩選及規劃想要參與的主題課程。

在各會議議程中，大會會議(開幕、期中會議)係以單一演講者，並結合各個論文研究發現方式，分別探討「從大數據資料分析社經地位機會與健康不平等 (Economic Opportunity and Health Inequality: New insights from Big data)」、「兒童健康與人力資源(Child Health as Human Capital)」等議題，其餘(會前會議、分組會議、特別會議及期末會議等)均以小組方式進行，先以一個小組發起人總摘主題內容，再由小組成員分別以各自研究次主題(如不同國家在同個研究主題下，會有不同類型的挑戰及策略)來說明主題內容，報告完後再鼓勵與會者提問討論，參加此次國際會議，可學習並初步洞悉各國醫療健康體系架構、政策內容、健康政策改革過程及未來健康政策走向等寶貴經驗。

二、開幕儀式與會議

此次開幕儀式及會議於 7 月 14 日晚上 6 點於 Basel congress center 舉行，儀式表演為瑞士當地的樂器演奏，開幕會議的主題為從大數據資料分析社經地位機會與健康不平等 (Economic Opportunity and Health Inequality: New insights from Big data)，由 Raj Chetty (Harvard University) 擔任主講者。

會議一開始以美國夢為切入點，剖析何種因素影響人改善社經地位？以及出生於低社經地位家庭的孩子，有多少比例可以爬升至高社經地位？大數據資料研究發現，改變社經地位的關鍵因素，包含種族、出生年代、地區性、種族以及性別等因素。進一步研究地區性因素，發現具高社經機會地區，通常具較少的貧窮人口，家庭結構較穩定，具有較好品質的人脈，甚至校區都具較好品質；因地區是影響社經地位改善關鍵因素之一，研究者再深入研究「何時」移居社經機會較好的地區，可以提高低社經地位孩童，改善未來的社經地位的機會？研究發現孩童如果從 5 歲至 24 歲間已移居到社經機會較好的地區，通常都能改善社經地位，且發現年紀越小就移居到社經機會較好的地區，改善社經地位的機會越大，同時也發現在 24 歲以後，移居

到社經機會較好的地區，與改善社經地位的結果，已無具意義的相關性。

研究者也發現這不僅侷限於美國，多國（如丹麥、澳洲、加拿大等）的研究都證實了，越早移居至社經機會較好的地區，能扭轉社經地位的比率越高。針對這個現象研究者提出兩種建議，第一，希望政府能夠幫助低社經家庭遷居至社經機會較好的地區，第二，希望政府或相關組織投資社經機會較差的地區，增加低社經機會地區的潛力，比如針對受雇階級優惠的稅收政策，並期待未來可以就地區因素的影響深入剖析，如學校、犯罪率及公共衛生投資內容是如何影響社經地位的改變，並進一步影響健康。

三、 期中會議及活動

會議於 7 月 16 日下午 4 點 45 分於 Basel congress center 舉行，主題為兒童健康與人力資本（Child Health and Human Capital），由 Janet Currie（Princeton University）擔任主講者。

主講者以美國的 Medicaid 制度(1980-1999)為例，討論高齡產婦產期及分娩過程如果適用 Medicaid 的給付，發現可減少約 8.5% 新生兒死亡率，也降低了 50% 貧窮產婦族群產前照護服務被延遲的機會。進一步研究發現，有適用 Medicaid 給付的產婦，他的小孩長大成人後，可減少 1/3 機會罹患慢性病，也較少去看病，比較容易從高中畢業；而貧窮產婦所生小孩日後的影響更大，他的小孩長大成人後，減少 2/3 機會罹患慢性病，也較少去看病，比較容易從高中畢業，心理健康指數也較好。

並且發現從 1983 年 9 月 1 日後出生的小孩，與之前出生的小孩的健康情形有一個 gap，代表 Medicaid 全面施行後，不但增加健康保險的可近性，也影響了小孩的整體健康情形，也降低了成年後各階段的女性、男性死亡率，其中影響程度又以黑人及貧窮族群為鉅。但討論到如果幼年健康可以讓人們活得更久更健康，那是否有幫助人們賺得更多呢？根據多個研究發現，不論是先進或是落後國家，成人的薪資均與幼年的健康及日後接受教育程度機率有正相關。

主講者分別對先進及落後國家建議健康政策方向，對先進國家來說，應該增加健康保險的投保率及可近性、提高疫苗接種及減少物質濫用比率；對落後國家來說，則應減少感染性疾病醫療費用的負擔、寄生蟲防治及注意微量營養素的缺乏問題。主講者話鋒一轉，提到心

理健康也是很重要的一環，不但會影響成人表現，而且其實從產前、孩童早期就已經開始，並非只有影響成年階段，主講者並從 2014 年 6 個美國州別的 ER 就診診次分析發現，約有 13.4%的比例是因為心理健康的任何因素、2.8%物質濫用、5%心理疾病及 4.9%為焦慮症。

且心理健康問題，通常從孩童時期開始持續進展到成人時期，而產前不良的心理健康狀況，更容易提高孩子心理不健康的風險，有研究發現，如果產婦在懷孕過程遭遇到親近的家人死亡，容易影響產後小孩死亡的比率（包含增加 25%ADHD 藥物使用機率、增加使用 13% 焦慮或 8%抗憂鬱症藥物的機率）。另外研究發現，在美國處方抗憂鬱症藥物，多為全科醫師處方而非專科醫師，容易造成黑盒子效應、低估病人自殺的機會、增加仿單外適應症使用的病人、無法判斷使用抗憂鬱症的健康程度等問題。

主講者指出，現今的研究多侷限於幼年與成年健康評估，缺乏了青少年時期的健康評估，造成三個健康政策介入問題，第一是無法連接幼年與成年的差距，第二是從幼年各種因素去做健康介入，必須要等到成年才知道健康政策的效益（較久），第三是青少時期的健康介入，雖然可能不及幼年介入有效，但至少已經可以就不同族群及特性進行不同的健康政策介入（較便宜），而非對於幼年必須是全部施行健康政策（較貴）。期中會議結束後，iHEA 協會成員進行 107 及 108 年度學生論文及會前會議最佳論文的頒獎典禮，每年度大概會投 40-50 份的論文，就其中選出前三名進行頒獎。

四、 閉幕會議及典禮

會議於 7 月 17 日下午 2 點 45 分於 Basel 大學附設醫院會議室(ZLF - Gross)舉行，主題為前線經驗學習如何創造健康經濟（Making Health Economics Matter - Stories from the Frontlines），分別由 Lise Rochaix（Paris school of economics）、Joseph Kutzin（World Health Organization）擔任主講者。

因為時間因素，兩位主講者各以 10 分鐘口頭方式簡短報告，主講者再次強調健康不平等的重要性，並且認為需進一步探討改善健康不平等的機會等，且探討影響成功的重要因素有多個，其中包含政策、盡早營造健全的組織架構（架構應有政策擬定者、國際間或機構間人士、贊助者）、孩童的健康政策以及政策需要現實可行的。

最後闡明所有研究的目的，都是為了改變世界，勉勵未來研究者

可針對健康不平等的多種面向（貧富、性別、種族、地緣等等）進行研究，以達到人人健康平等的目的，並提到，在發展中國家常遭遇到的問題是，缺乏免費醫療服務的贊助者，未來應主要關注在如何挹注贊助資源、制定預算控制、正式政策以及如何結合衛生與經濟部門共同合作等，並強調研究應該要與當下健康政策做結合，不然無法發揮研究的影響力。

會後並針對此次年會會議主題及相關內容，進行 E 化匿名現場線上投票與分析。閉幕典禮並簡短預告了即將在挪威 oslo 大學舉行 2020 年歐洲健康經濟協會年會，主題為社會福利系統持續的健康經濟學（Health economics for sustainable welfare systems），及 2021 年在南非開普敦大學舉行的國際健康經濟協會年會。

五、 會議專題摘要

此次年會安排的會議議題種類多元，場次眾多，惟同時段舉行多場會議，且分散於不同會場及會議室，故每日僅能從有限的時間中，參加與各國疾病防治、健康政策、健保支付制度、醫療行為模式等較有興趣且與政府公共衛生政策及健保業務相關的主題與場次參加，重點內容摘要如下：

（一） 從亞洲及非洲經驗及方法，學習整合由上而下的疾病防治計畫與保險方案(Beyond Vertical: Experiences and Approaches to Integrating Vertically-funded Health Programs into Insurance Schemes - Lessons from Africa & Asia)

1. 背景概述:

- (1) 由上而下執行的政策，在 HIV、TB 防治上有很大的成果，在愛滋病部分，自 1996 年達到降低 HIV 發生率的高峰(47%)，2004 年達到降低愛滋致死率的高峰(51%)；在 TB 部分，TB 致死率從 2000 年的 23%，降至 2017 年的 16%。
- (2) 但是，疾病防治經費的贊助已經停滯不前，或甚至是減少，(HIV:從 11.8 billion 降至 9.5billion、TB 則維持在 1.6billion，單位：美金)，因此，如何透過當地資源或機制維持疾病防治計畫永續經營，是很重要的議題。
- (3) 將疾病防治計畫與保險方案整合，可以提高當地資源挹注的機會（相關防治人員可以得到保險的收入、促使統

整疾病的風險、補貼需要的病人、較容易集中資源等)、提升防治效率(較易促使策略性的支付方式、在不同醫療服務提供者增加競爭力、促使整合疾病防治服務)及提升防治品質、疾病防治的收入等。

- (4) 但將疾病防治計畫與保險方案整合，也有一些挑戰與困境需要克服，例如民眾參加保險會有額外的費用負擔、疾病防治服務的轉型、「健康」保險的優先性下降、人民反對改變的習性等。
- (5) 美國 USAID 組織希望政府機構持續金援健康計畫，及改善健康服務提供方式，其中能持續性計畫的關鍵，必須要鼓勵包裹式給付，減少外援資金的需求，提高自給自足的比例，並且強調健康保險在整合贊助者與在地經濟資源中，擔任了重要的角色。
- (6) 進一步分析健康保險提供疾病防治的策略性機會，包含：比原本由上而下的政策，多了更多額外資源、保險制度會衡量採購商品(服務、疾病防治用品等)的必要性、促使政府及相關機構支援整合計畫、挹注資源補助風險較高者(易感染者)之疾病防治相關服務、比醫師直接提供疾病防治服務，較能提高疾病防治品質。
- (7) 另針對經濟挹注 HIV 防治計畫的機會與困境，困境的部分有：一是外來經費主要資助在提升治療規模，以及建立平行提供服務的結構系統，二是現今已改善 HIV 患者致死率，則之後 PLHIV (People Living with HIV) 病程所需治療經費，對於各國將是很大的挑戰等；機會的部分，一是 HIV 防治所需藥品或服務內容之經費，已經納為政府預算，二是在 HIV 盛行率較低的國家，每個人所需負擔的 HIV 治療費用較低等。
- (8) 針對 TB 防治計畫進展的機會與困境，困境的部分一是 TB 都治計畫 (Directly Observed Treatment Short-Course, DOTS) 的人員條件要求較嚴格，二是其他類型抗藥型 TB 會花較多錢確診、治療以及預防進一步感染；機會部分，一是 TB 病人透過保險制度，接受完整的療程後，是可以被治癒的，二是公共衛生及經濟改善，可明顯降低 TB 發生率，也因此增強政治性動機提供在地經費。

2. 以印尼健保制度加速 HIV 防治的經驗為例：

- (1) 印尼健保醫療服務經費的來源，係由國人納入健康保險費用及國家編列經費補助，研究者發現有幾種方式，可以提高印尼健保制度防治 HIV 的功能，一是增加非中央政府預算來源的 HIV 經費，二是透過公衛合作支付制度及轉介機制，提升 HIV 經費使用的效率，再者，透過健保支付制度及醫學相關指引建議，提升 HIV 防治品質。
- (2) 但是印尼 HIV 防治計畫，多半是由中央政府撥預算補助，且現在統計資料顯示，許多潛在感染者並未確診（僅有一半的 PLHIV 確診為 HIV 陽性，1/6 的診斷為 PLHIV，剩餘的無詳細資料）及接受治療，所以 HIV 的防治計畫，需要更多資源及提倡，才能提高防治的效率。
- (3) 研究者建議以策略性支付的方式，提供防治 HIV 持續性的在地經費來源，分述如下：

甲、項目：HIV 檢測及諮詢項目，應該要考量如何去提供 HIV 防治服務、需要購買怎樣的產品、是否有可以共同分擔的花費、推廣及建立社區間提供 HIV 防治服務。

乙、地點：在初級預防照護機構應該提供 HIV 檢測結果的諮詢及抗病毒藥物治療，在藥局應該要持續補充抗病毒藥物，在轉介機構應該提供併發症及末期治療，在社區及推廣服務中心應該提供 HIV 檢測及諮詢、預防治療服務。

丙、經費來源：中央政府或地方政府、贊助者。

- (4) 結論：一個保險方案無法完成全部的事情，地方政府或其他在地機構，應該認領部分服務，如：較不適合由保險制度提供的重要醫療服務（尤其是對無保險者），而且應該用論質計酬方式支付疾病防治服務，並希望能針對預防保健階段，加強 HIV 防治計畫。

3. 坦尚尼亞（Tanzania）以實證為依據的整合計畫，建立未來健保方案模式為例：

- (1) 背景：因贊助的資源越來越少，為整合健保資源及提供持續性的 HIV 服務，需要增加在地資源，並希望能

透過挹注資源來源或增加健保服務內容，增加健保方案可行性。

- (2) 研究者認為，HIV 整合計畫可以透過增加不同在地財政來源，達到風險分散目的，或是允許策略性的支付醫療服務，以及用國家規模大量採購抗病毒藥物的方式得到好處，並認為 HIV 整合計畫是可行的，且有預期盈餘，另外，針對單一健保制度的國家而言，HIV 整合計畫也是可行的，但可能會有些許額外費用產生。
- (3) 另外，從 Tanzania 歷年防治 HIV 的經驗中可以學習，在健保的醫療費用不斷成長現況中，如果缺乏政治力量支持增加 HIV 防治的額外花費，將會較難推行整合式的 HIV 防治計畫，除此之外，如何在現存少量的資源中，決定各種 HIV 防治服務的優先性，將是很大的挑戰。

(二) 中國健保改革經驗分享(China's Health Care Reform: Global Lessons for UHC)

1. 2019 年恰逢中國健保改革政策實施 10 周年，此會議就改革政策施行 10 年來之醫療費用、就醫型態、醫療利用變化進行分析。
2. 整場研討會針對幾個面向進行深入分析：
 - (1) 當初改革制度的動機
 - 甲、都市、鄉鎮居民間或是不同社經地位族群間，存在不平等的健保利用機會及負擔能力，且都市居民使用較高等級醫院較方便，故有小病至大醫院就醫之習慣。
 - 乙、當下健保支付制度的經營危機。
 - 丙、健保覆蓋率不高、健保費用增加（利益經營為導向之大醫院及論量計酬之支付制度）。
 - (2) 健保制度改革的目標及策略
 - 甲、目標：達到全民皆能使用健保，且人人皆能享有基本的衛生醫療服務。

乙、策略：提供人人可負擔的具基本的衛生醫療照護健保制度、加強初級照護治療、建立監督機制。

丙、改革的階段目標:短期目標為建立社會健保制度、提供全體人民免費的預防公共衛生保健系統、建立初級預防照護機構等，最終目標希望減少不必要的藥物使用、健保支付制度（如 Healthcare delivery reform、integrated delivery、Provider payment）調整。

3. 有關提高健保投保率的目標，短期目標為每個人都能使用健保（但健保提供之服務內容較少），中期目標為提高醫療服務普及率以及每個人得到醫療服務支付的費用平等，最終目標是希望持續精進醫療院所提供之醫療服務內容（如住院、門診服務、門診病人慢性疾病控制）。
4. 但演講者也提到，改革過程中發現醫療費用成長率激增，且速度(12.2%)比 GDP 成長速度(8.1%)快很多，並進一步分析醫療費用成長的原因，包含人民生活水準提升伴隨對醫療服務質量的期待、人口老化、醫療科技進步以及非必要或無效的醫療服務。
5. 其中演講者希望未來改革醫療費用成長的方向，應該從非必要或無效的醫療服務，此種人為因素去著力，此外，經過十年的改革後發現，三級醫院的醫療費用使用比率，遠高於初級預防照護機構，形成一個倒三角，這也是中國政府未來應努力的方向。
6. 改革過程也遇到不少困境，比如政治因素介入、經費有限（十年間政府所花在衛生保健服務的費用，激增 3.5 倍），但最後改革的成果，包含健保醫療利用率大量成長（如住院率、門診病人相關服務），及都市與鄉鎮居民的醫療利用率差距拉近，但是常常跑大醫院的比率反而成長約 3 倍，這也是未來需要改革的目標。
7. 研究十年改革間醫療費用的成長率發現，醫療科技進步因素，佔醫療費用成長原因的比例逐漸上升，而人民收入增加對醫療費用成長的影響變小，再者就是健保投保率上升，造成醫療費用成長，除此之外，疾病轉型（感染性疾病的盛行率下降，非感染性的疾病，如心血管疾病、

癌症等病程較長的疾病開始盛行)及人口老化，也是影響費用成長的關鍵因素之一，研究者最後認為，如果沒有對醫療費用成長有所作為，最後門診病人醫療服務的費用，將是影響醫療費用成長的很大關鍵。

(三) 透過支付策略改變，增加全球衛生健康照護的經濟資源
(Financing for UHC: Driving Change Through Strategic Purchasing)

1. 以往醫療費用支付制度，係以政府直接決策支付方式，並由醫療院所提供服務給人民，但支付方是代表人民，故應有多元支付方式或多元決策者決定支付方式，而非政府直接決策的單一模式，支付制度的理想目標，希望能達到包裹式支付、可以根據品質及花費選擇不同醫療提供者等，但在決定支付方式過程中有許多困境，例如人民支付能力（或生活水準不同）、多種支付方式導致醫療提供者選擇性提供醫療服務。
2. 以愛沙尼亞（Estonia）初級衛生照護改革制度為例
 - (1) Estonia 屬於高生活水準國家，醫療費用占 GDP 率為 6.4%，從 1992 年開始建立醫療健保制度，投保率達九成以上，Estonia 初級衛生照護核心內容是實施家庭醫師制度，每人必須具有一位家庭醫師，可以是自己選擇的，或是政府指派的，家庭醫師提供的醫療服務，會與其他專科醫療服務嚴格的區分（不重疊、重複使用醫療資源）。
 - (2) 在初級衛生照護改革期間，包含納入新支付系統(導入免稅額概念、論量計酬基金、額外的支付內容)、新的健保合約內容、導入醫療服務者自願性參加 P4P（論質計酬）制度等，從 2003 年至 2017 年改革期間，論人計酬（家庭醫師制度）費用占率雖有所減少，仍為主要占率（55%），再來是護理費、假日加成費用(out of office hours fee)、論質計酬占率上升等，其中論質計酬（從 2006 年自願性質已演進成 2015 年為強制實施性質）強調預防保健、減少疫苗可防治的疾病發生率及非傳染性疾病住院率、改善非傳染性疾病的控制及促使家庭醫師提供多元醫療服務。

(3) 結論：

- 甲、支付制度的改革可以加強預防健康照護的結構。
- 乙、多重支付方式可以平衡不同支付方式的比例，及誘使醫療服務提供者，提供有品質及效率的醫療服務。
- 丙、改革過程中可能需要不斷檢討影響不同層級照護的誘因。
- 丁、因為預防健康照護的角色越來越重要，且預防健康照護需要融入醫療機構及社會照護的結構中，所以未來支付制度改革應該考慮重新設計初級照護服務提供的地點與機構。

3. 以肯亞（Kenya）檢視公共健康照護服務提供者的多重經費來源為例：

(1) 背景：肯亞醫療服務提供者收入有多種經費來源，造成醫療服務提供者具有一定程度的彈性與經濟自主性，決定提供醫療服務的內涵、品質及價格。肯亞不同層級醫療機構也有不同經費來源，比如四級地區醫院會有個人自費、論人計酬經費（又分成國家醫療保險、公民及勞工保險等兩種來源）、論量計酬經費、論病例計酬（項目包含專科服務及分娩服務）經費、住院病房費的私人保險回扣、國家公務員身分經費；五級地區醫院則有一樣有四級醫院的經費內容，只是更多了直接補助國家公務員特別經費的款項。

(2) 研究者針對這種多種經費來源，造成醫療機構行為改變之情形，進一步分析後發現：

- 甲、從不同經費來源占醫院收入比率分析：五級地區醫院較多國家公務員特別經費補助的病人的費用，也占了資金來源約 7 成；四級地區醫院則是較多個人自費的病人費用，佔了資金來源的 75-84%。
- 乙、從單一經費與醫療服務花費的分析：四級及五級地區醫院皆較喜歡使用論量計酬多於論人計酬的門診病人，也皆較喜歡使用國家醫療保險住院病人。

丙、從單次服務醫院所需負擔的費用比例分析：四級及五級醫院皆較喜歡個人自費的病人。

(3) 多重經費來源也造成醫療機構會區分不同族群來提供不同品質的醫療服務，如部分醫療機構針對具有國家公務員身分的病人，提供優先通道、部分醫療機構轉型成僅提供服務給具有國家公務員身分的病人等、具有國家醫療保險身分病人的特別病房、具有國家公務員身分的病人有特別藥物貯存庫。

(4) 未來政策的建議：希望地區政府促使醫療機構放棄以收入為導向的方式，並建立相對應的醫療費用給付機制，且國家醫療保險機構應該平衡不同支付方式與比率、加強政府監測跟歸責性、禁止特殊機構及病房、優先建立分配醫療資源的系統性機構。

(5) 結論：多重經費來源固可以改善醫療照護機構的經濟依賴性，但不同誘因也使醫療機構具有非預期的負面行為，最後導致醫療機構提供健康服務的品質不一且不平等，未來政府應努力使不同經費來源的病人，可以得到一致性醫療服務。

(四) 會議專題演講：醫師薪資支付與論質計酬制度－慢性病人在不同支付方式之醫師照護下，比較就診頻率、醫療費用花費及品質之關聯性（Physician payment and pay for Quality – Association of Specialist Physician Payment Model with Visit Frequency, Quality, and Costs of Care for People with Chronic Disease）

1. 研究者想了解在加拿大 Alberta，在實施醫師固定薪資制度與論量計酬制度下之醫師，慢性疾病病人所得到的照護情況及醫療行為有何不同？選擇慢性病討論的原因是，過去十年間，慢性疾病發生率上升 40%，且慢性疾病照護的費用佔了健康照護費用的 2/3，以及只有不到一半的慢性病人可以得到較好的健康介入方式，故研究之。

2. 初步發現固定薪資醫師的病人就診率、回診率較低，診療花費較高，且又以糖尿病病人得到照護品質較差，但是進一步與論量計酬支付的醫師，比較開立慢性病治療藥物情形及檢驗追蹤狀況，兩者其實差異不大（皆多使用 guideline

藥物、建議的檢驗項目及檢驗追蹤頻率)，但是在固定薪資醫師照顧的糖尿病病人，因糖尿病相關特殊病況入院或急診的機會卻比論量計酬支付的醫師大，且總診療花費較高，也病況較差。

3. 結論：固定薪資支付制度並沒有改善照護品質，且反而意外造成糖尿病病人醫療品質降低及提高醫療花費，建議 Alberta 政府應正視這個問題。

(五) 分別從高收入及低收入國家實施論質計酬的經驗學習 (Pay for Performance: Drawing Lessons from across high, Low and middle income settings)

1. 在高收入國家部分，以美國某研究機構控制膽固醇的策略為例，當初研究者選擇膽固醇控制的策略有三個原因：
 - (1) 在美國，每六個人就會有一個人是因為心血管疾病而死亡。
 - (2) 膽固醇控制的好壞，可以影響心血管疾病的發生率。
 - (3) 控制膽固醇用藥（如 statin）的持續服藥情形較差，約莫一年內就容易有停藥情形。
2. 為了提高膽固醇控制的品質，研究者同時針對醫療提供者（醫師）及醫療服務使用者（病人）提供不同誘因，誘因本質上是提供經濟支援，但結合行為科學內容，簡述如下：
 - (1) 每個病人被指派以每季結算一次結果的任務，每季目標為維持 LDL < 100mg/dL 或比前次 LDL 數值減少至少 10mg/dL 以上，且病人只要每天確實按時服藥（用一個 GlowCaps 工具測量），就有 1/100 的機會贏得 100 美金的樂透獎金，及每年有 1/18 機會贏得 10 塊美金，如果樂透預期都贏的病人每年可以得到 1024 塊美金。
 - (2) 醫師方面，只要每季收的病人有到上述標準，每季就給予 256 塊美金（1024 塊美金每年）。
 - (3) 如此共享誘因的方式，發現比傳統的論質計酬獎勵頻率還高。
3. 研究者分析，在這樣共享誘因的方式下，一年內有 49% 的

病人達到 LDL 的標準，如果只有提供醫師誘因（P4P）則是 40%，如果只提供病人誘因則是 36%，在一年計劃結束後三個月(第 15 個月)，研究者發現就算沒有誘因，LDL 值基本上沒有變化(也就是沒有變壞)。

4. 另外，訪問研究受試者後，受試者表示一年內頻繁檢測檢驗值，對控制血脂數據是有幫助的，最後研究者認為慢性疾病的控制，醫師跟病人間都佔有重要的比例，此時施予共享誘因的方式可能會是較好的策略，但同時也要考慮共享誘因方式是否合乎經濟成本與效率。
5. 不過在場的與會者也提醒演講者，提供誘因的內容必須很小心的處理，因為一旦受試者的胃口被越養越大，除了想要再回到原本的狀態會變得很困難外，也容易造成後期 LDL 回彈的機率變大。
6. 中低收入國家部分以 Nigeria 為例，發現論質計酬（P4P）改善醫療服務提供的模式，使藥物可近性上升，且醫療服務需花費的費用下降，使人民較願意去就醫，也使醫療機構較有動機提供適切的醫療服務（兒童預防接種比例提升、提供免費醫療諮詢、產前固定檢查比率較高），但是也發現住院分娩費用的所占比例較高，且醫療人員的工時、醫療人力等問題，仍無法改善。
7. 總歸來說，病人希望論質計酬的動機會比醫療服務提供者強烈，其中醫療服務者需要持續且長期的論質計酬計畫，但如何能提供長期持續的論質計酬計畫？此亦是未來全球需要努力的方向，最後 P4P 總結的好處有以下，最終目標是希望能夠有更好的策略去支付醫療服務。
 - (1) 提供明確的治療目標給醫護人員，並有相對應的測量方法及獎勵方式。
 - (2) 改善提供醫療服務的過程。
 - (3) 改善醫療服務提供者的行為及表現。
 - (4) 改善健康系統的監測及可歸責性。

(六) 影響醫師提供服務及決策因素(Physician supply and decision making)

1. 在英國健保制度下，不正當的誘因及決定因素誘使 C-section 手術 (Staffing, Perverse Incentives and the Determinants of Caesarean Sections in the English NHS)
 - (1) 研究動機：英國執行 C-section 分娩手術的比例從 1980 年的 9% 進展到 2013 年的 25%，C-section 除了是主要分娩手術式外，也同時是較具風險及昂貴的分娩方式，並發現有許多會誘使醫師執行 C-section 的因素，包含手術時間較短、可以預先排手術時程（容易安排在平日而非假日、早上非晚上等，也因此降低人力費用）、手術房更迭的速度快、收取較高費用等。
 - (2) 研究者想要探討甚麼樣的族群或是因素，會增加執行 C-section 手術的比例？發現在高齡、高社經、曾接受過 C-section、多胞胎或高危險產婦，較傾向接受 C-section 手術，另外，非白人族群則較不易接受預先排程的 C-section 手術，但卻有較高傾向在急診執行緊急的 C-section 手術，並發現產婦如果事前諮詢越多醫師、助產士的意見，則會降低執行 C-section 的比例，而醫院住房率越高，排程的 C-section 比例也會相對較高，但緊急執行 C-section 的比例反而降低，除此之外，如果醫院過去執行較多比例的 C-section，也會有較多產婦入該院接受 C-section。
 - (3) 未來研究目標，希望能進一步探討執行緊急 C-section 手術，跟執行排程 C-section 手術呈現反轉效應的因素，並希望探究 C-section 比例上升後，對其他類型分娩方式造成甚麼影響。
2. 從奈及利亞東南區域的公立醫院，探討影響醫療專業人員產生負面行為的因素及盛行情形 (Prevalence and Predictors of Counterproductive Work Behavior Among Different Categories of Health Professionals in Public Hospitals in South-East Nigeria)
 - (1) 研究背景：具負面影響的行為 (Counterproductive Work Behavior, CWB) 包含曠職、遲到、工作不努力、花太多時間在社交媒體、早退、喜歡八卦、言語暴力、偷竊等，且這些行為對於公共醫院醫療專業性的不良影

- 響，是可預想到的，因此研究者想進一步了解，甚麼因素會使醫療人員出現負面影響的行為（CWB）呢？
- (2) 研究結果：針對奈及利亞東南區域的公立醫院進行研究，發現 CWB 在男性相較於女性較易出現；年齡越大、任職工作年資越久，CWB 反而變少；單身相較於已婚的人士，出現 CWB 機會較大；醫療從業人員中，CWB 出現頻率是醫師 > 衛生專業相關人員（AHPs, allied health professionals） > 護理師。
 - (3) 研究者認為，人力資源或是人事相關部門應要正視這些促使 CWB 的背後原因，並進一步找出介入方法以改善 CWB 的發生。
3. 影響醫療機構參加台灣全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫社區醫療群計畫之因素探討（Factors Associated with Providers' Partnership of the Primary Care Coordination Networks (PCCNs) Under the National Health Insurance Program in Taiwan）
- (1) 研究背景：整合照護服務是解決健康照護困境主要的方法之一，其中為有效率地提供醫療服務，以提倡整合醫療機構及資源為主，但醫療機構網路常常較為鬆散、不易結合，故緊密的醫療服務網路是整合醫療服務的關鍵因素，研究者想了解台灣實施社區醫療群計畫後，醫療群的醫療機構合作情形（醫療網路緊密度）。
 - (2) 台灣健保自 2003 年 3 月發起這個社區醫療群的計畫，初步概念是希望一個醫療群裡有 5 個以上診所及 1 至 2 間合作醫院，在這個醫療群裡病人可得到集中的醫療服務，包含水平的（診所間就診）、垂直的（上轉合作醫院就診），病人的資訊及就醫內容可供社區醫療群的醫療機構共享，並促使這個醫療群的醫療人員衛教病人。
 - (3) 研究 2015 年至 2017 年社區醫療群診所的影響發現，社區醫療群的數量及參與社區醫療群診所的數量上升，平均每個醫療群的診所數量約是 6 至 7 個，社區醫療群內病人就診總次數也是維持約 122,000 次/年。

- (4) 研究者認為，醫療群數量上升會減少醫療機構間的競爭關係，且有越多都市區的診所參加醫療群之現象，並發現很多都是與家庭醫學科相關的診所，最後結果發現，社區醫療群有相對穩定共享的病人資訊，且也較願意合作去提供初級預防照護服務。
4. 醫師是否可以不受經濟誘因的影響？以瑞士改變配藥政策為例（Are Physicians Immune to Financial Incentives? Lessons Learned from a Regime Change in Drug Dispensing）
- (1) 研究背景:瑞士醫療費用佔 GDP 的比例高居全球第二名，其中發現醫療費用約有 13.8%的比例是藥物的費用，因為支付制度會影響醫師提供醫療服務的行為，研究者大膽假設提供經濟上的誘因可能會扭曲醫師開立處方的行為，並鑒於現行瑞士有關經濟誘因與醫師行為的經驗性證據較少，故開始相關研究。
- (2) 經濟誘因是如何影響醫師處方行為？
- 甲、2012 年 5 月起，蘇黎世的配藥政策開始改變。
- 乙、醫師可以賣藥及配藥給病人，因此醫師開立藥物的情形變得更加活躍。
- (3) 會有這樣的結果，主要原因是病人跟醫師間的醫療資訊不平等，並進一步研究醫師處方的藥物價格發現，藥物零售價介於 24 至 1000 法朗（約 720-30,000 萬新臺幣）左右的藥物，佔了總共處方藥物比例的 95%（其餘零售價有 4 至 10、13 至 20 法朗，另外，1001 法朗以上多為罕病藥物，故造成處方比例較低）。
- (4) 結果發現，因為此配藥政策使醫師可以直接配藥及賣藥給病人，故提高了醫師開藥的數量，其中，醫師傾向不願意開立藥物價格在平均值的藥，較喜歡處方能獲利較多的藥物，所以研究者認為，政府需要好好檢視如此配藥政策，因為提供醫師經濟誘因，而促成醫師開立過多營利為主的藥物，是否為一個良好的衛生政策？

參、心得與建議

此次參與 iHea 第 13 屆年會主題健康經濟新高峰，開幕主持人打趣的說，剛好此次年會地點瑞士巴賽爾，也是歷次舉行年會地點中海拔高度最高的地方，並期許這次年會也能激起健康經濟領域人士辯論及學習成長的新高峰。在參加此次年會過程中，學習不少各國因地制宜的最新衛生政策及改革經驗，也有不少探討改革策略及方法的學術議題，不論是公衛、醫療或經濟相關學者、教授、博士研究生、政府或非政府團體、民間企業者，都在會議中分享各自領域實務經驗並互相切磋討論，對於增加個人國際觀及衛生健康政策思維，受益良多。

此次參與會議時，發現主辦單位設計的 iHea 2019 APP 提供可以匿名評分會議及回饋意見的功能，有些會在會議前先提供 APP 投票的連結，讓與會者預先投票，之後在會議演講者群報告完及 Q&A 後，再讓會議演講者群與在場者進行各項議題匿名投票結果的討論，該協會如此重視意見交流與參與者互相的經驗分享，除可改善日後舉行年會的方式及內容，此種會議進行模式，亦可供未來國內舉行大型會議或是國際會議的參考。

面對全球化及國際化浪潮，為提升國民英語力以增加國際競爭力，國發會以 2030 年為目標，提出「2030 雙語國家政策發展藍圖」，此藍圖的兩大目標為「厚植國人英語力」、「提升國家競爭力」，內容包含培育公務人員英語溝通力等策略，以提升國家整體競爭力。

在參與本次年會，看到演講者和與會者以英文進行各種議題的討論、分別提出各自的見解及分享自己國家的經驗，深感在參與國際會議時，英語溝通能力的重要性，建議在現今整體政府提倡國家雙語政策下，能夠繼續加強英語能力，及財政經濟許可下，繼續編列預算參加類此國際會議，除有助提升公務人員雙語能力外，也期許能夠配合政策並達成「2030 雙語國家」的目標。

肆、活動相片及說明

<p>照片</p>	<p>Welcome!</p> <p>Here you can search or browse events scheduled for this meeting and create your own schedule of events.</p> <p>This personal schedule is simply a planning tool, not a way to register for sessions. Entry into each session at the meeting is on a first-come, first-served basis. There is no way to register to attend a plenary or concurrent session; however, pre-congress sessions do require separate registration.</p> <p>See the navigation bar for instructions on how to create your own schedule. NOTE: You must be logged in to use the schedule, favorite, and contact features.</p> 	 <p>EVALUATE</p> <p>Description</p> <p>How can we improve the life outcomes -- from income to education to health -- of children from disadvantaged backgrounds? In this talk, Raj Chetty will discuss recent</p>
<p>說明</p>	<p>iHea 2019 APP 總覽</p>	<p>iHea 2019 APP 評價功能</p>
<p>照片</p>		
<p>說明</p>	<p>海報展示區 (迎賓)</p>	<p>海報展示區</p>
<p>照片</p>		
<p>說明</p>	<p>大型儀式會場(外觀)</p>	<p>大型儀式會場(裡面)</p>

照片														
說明	開幕表演	開幕會議												
照片														
說明	會前會議	專題會議												
照片		 <table border="1"> <caption>Factors that improve utilization of health economics scholarship (Rank in order of likelihood of impact)</caption> <thead> <tr> <th>Factor</th> <th>Rank</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Economists on advisory panels</td> <td>1st</td> </tr> <tr> <td>Easy to understand policy briefs</td> <td>2nd</td> </tr> <tr> <td>Training policy makers in economic decision-making</td> <td>3rd</td> </tr> <tr> <td>Wider use of multi-criteria decision analysis</td> <td>4th</td> </tr> <tr> <td>Make regular salaries of CEOs more visible publicly for policy-makers</td> <td>5th</td> </tr> </tbody> </table>	Factor	Rank	Economists on advisory panels	1st	Easy to understand policy briefs	2nd	Training policy makers in economic decision-making	3rd	Wider use of multi-criteria decision analysis	4th	Make regular salaries of CEOs more visible publicly for policy-makers	5th
Factor	Rank													
Economists on advisory panels	1st													
Easy to understand policy briefs	2nd													
Training policy makers in economic decision-making	3rd													
Wider use of multi-criteria decision analysis	4th													
Make regular salaries of CEOs more visible publicly for policy-makers	5th													
說明	期中會議頒獎典禮	期末會議討論												
照片														
說明	以投票方式進行會後討論													