

出國報告（出國類別：國際會議）

2024年歐洲健康經濟學會(EuHEA) 年 會出國報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：蔣翠蘋科長

派赴國家/地區：奧地利(維也納)

出國期間：113年6月29日至7月5日

報告日期：113年9月24日

摘要

歐洲健康經濟學會 (European Health Economics Association, EuHEA) 每兩年舉辦一次國際研討會，匯聚全球健康經濟學家發表最新研究成果，並探討其對各國衛生政策的影響與實踐。2024 年研討會於 6 月 30 日至 7 月 3 日在奧地利維也納舉行，主題為「開拓衛生經濟學的視角(Opening up perspectives on health economics)」，吸引了全球上千名專家學者參與。透過專題演講、專家討論會、分場研討會等形式，發表許多健康經濟學新知識和其他國家健康政策發展現況，並提供實證結果供政策制定參考；本次會議強調從開放多元的觀點分析與解決問題，相關研究為政策分析和規劃提供了重要的啟發。謹針對人口老化下之醫療保健支出預估及健保財源籌措建議如下：(一) 參考國際醫療保健支出預測技術及其過去成長趨勢，以更精確之模型與方法，進行長期的財務預測，俾政策規劃預為因應。(二) 高齡化衍生之需求與問題多元，政府財政不可能無限擴充下，須提升資源配置效率。政府近年對健保擴大協助，有助穩定財務，但醫療需求日趨成長，擴大財源才是健保永續的關鍵。(三) 擴大財源可從二個面向努力：秉持保險對象量能負擔及雇主社會責任之精神，隨著經濟成長及醫療規模擴大提升其保費貢獻，是健保穩健營運之基礎。另審慎評估所得面以外的資源投入，例如就有害健康之產品及環境污染源，研議課徵健康捐之可行性。

目錄

壹、目的.....	1
貳、過程.....	2
一、會議概述及議程.....	2
二、全體會議(Plenary).....	3
三、平行場次會議(Parallel Sessions).....	4
參、心得及建議.....	13
肆、附錄.....	15

壹、目的

歐洲健康經濟學會 (EuHEA) 是歐洲經濟學領域之重要學術組織，主要宗旨是促進歐洲國家衛生經濟學會和團體之間的合作，並致力於協助健康經濟領域研究人員之培訓與職涯發展。該學會每二年舉辦一次國際研討會暨會員大會，並由歐洲地區不同國家輪辦，迄今，已成為歐洲及全球健康經濟學領域交流最新研究與發展的重要平台，參與者除歐洲地區國家外，歷屆均有來自全球各地之專家學者、政府代表、NGO 組織代表等參與，透過專題演講及論文發表的形式，分享健康經濟學領域之最新研究成果及新知，並交換經驗及心得。本次會議在奧地利維也納舉辦，會議主題為「開拓衛生經濟學的視角(Opening up perspectives on health economics)」，強調由不同層面探討衛生經濟學，包括健康體系宏觀面分析、利害關係人決策研究，以及病人及醫療服務提供者之醫療行為研究等。本部派員參與本次會議，從中可瞭解健康經濟學領域當前受關注之重要議題，以及其他國家醫療衛生政策之現況及趨勢，供作未來政策擬定及推動之參考。

貳、過程

一、會議概述及議程

會議於2024年6月30日至7月3日在奧地利維也納(University of Economics and Business Vienna, 維也納經濟商業大學)舉行,大會主題為「開拓衛生經濟學的視角(Opening up perspectives on health economics)」,吸引來自全球各地之專家學者、團體、決策者、非政府組織等代表與會。

大會在6月30日安排會前工作坊(Pre-Conference Workshops),正式會議自7月1日上午至3日下午舉行。7月1日上午開幕時段、7月2日上午及7月3日上午,各有一場全體會議,主題分別是 Medical Labour under Low Powered Financial Incentives(專題演講:低度經濟誘因下的醫療勞動)、New Perspectives on the Healthcare Workforce Crisis(專家討論會:對於醫療保健勞動力危機的新觀點)及 Health Inequality: Causes, Concerns and Consequences(專題演講:健康不平等:原因、關注點和後果)。其餘則為平行場次時段(Parallel Sessions),共10個時段,每時段皆有18-19個場次會議同時進行,合計舉行了185場次研討會,議題涵蓋範圍綜整摘要如下:

- (一) Behavioral Health Economics (行為健康經濟學)
- (二) Health Policy Analysis (健康政策分析)
- (三) Applied Health Economics (應用健康經濟學)
- (四) Healthcare Market Competition (醫療市場競爭)
- (五) Cost of Illness Studies (疾病成本研究)
- (六) Mental Health Economics (心理健康經濟學)
- (七) Education and Health (教育與健康)
- (八) Health Technology Assessment (健康科技評估)
- (九) COVID-19 Related Research (COVID-19相關研究)
- (十) Healthcare Utilization and Costs (醫療利用與成本)
- (十一) Health Disparities (健康不平等)
- (十二) Economics of Long-Term Care (長期照護經濟學)

(十三) Environment and Health (環境與健康)

(十四) Child and Adolescent Health (兒童和青少年健康)

(十五) Addiction and Substance Use (成癮與藥物使用)

此外，大會安排二場社交活動，分別是年 6 月 30 日的開幕招待會和年 7 月 2 日的晚宴，讓與會者在輕鬆的氣氛下進行非正式的交流。

二、全體會議(Plenary)

全體人員共同參與的會議，包含二場專題演講，以及一場專家討論會。

第一場專題演講是由英國倫敦帝國學院經濟與公共政策系的經濟學教授 Carol Propper 主講「Medical Labour under Low Powered Financial Incentives」(低度經濟誘因下的醫療勞動)，她探討了影響公共服務提供者生產力的因素，並聚焦在醫療保健領域工作者，特別是臨床醫師及護理人力。演講中提到財務和非財務激勵措施的運用，她認為雖然近年來高強度財務激勵方式在醫療領域很受歡迎，但未必有效。因此，了解非財務的激勵效果顯得非常重要。Carol Propper 提出三個有關醫療保健領域的生產力案例研究，重點分別是團隊成員對創新獲得採用的影響、新資訊的響應對患者療效的影響以及團隊人員缺席對患者療效的影響；這些案例都顯示，財務激勵措施對生產力的影響很薄弱，甚至是不存在的；真正影響他們績效的因素，其實是來自於非財務的誘因。

第二場專題演講是由是荷蘭鹿特丹伊拉斯姆斯大學應用經濟學教授 Owen O'Donnell 主講「Health Inequality: Causes, Concerns and Consequences」(健康不平等：原因、關注點和後果)。一般認為，對於健康不平等原因是很難辨認的，但這卻是減少健康不平等政策規劃的前提要件。對此講者有不一樣的想法，他認為此觀點並非必然，並主張除了針對社會經濟決定因素進行干預外，弱勢群體的健康也應該是優先關注的重點。這種優先順序的決定，取決於社會對健康不平等的關注程度和性質，Owen O'Donnell 教授於會中針對此等關注提出實際研究結果，例如對健康不平等的厭惡程度取決於其對不平等原因的認知。而除優先順序考量外，他也強調對健康不平等的關注將對人口健康監測和醫療保健評估產

生潛在性影響。

在專家討論會方面，主題為「New Perspectives on the Healthcare Workforce Crisis」(對於醫療保健勞動力危機的新觀點)，由歐洲衛生系統和政策觀察站研究員 Ruth Waitzberg 主持，與談者包含德國重症監護與急診醫學學會(DGIIN)主席 Christian Karagiannidis、歐洲公共衛生協會(EUPHA)衛生勞動力研究部門前主席兼發起人 Ellen Kuhlmann、經濟合作暨發展組織(OECD)衛生政策研究員 Federico Pratellesi、倫敦帝國學院經濟學教授 Carol Propper 及倫敦大學城市學院高級講師 Victoria Serra-Sastre。

醫療照護體系長期以來，在各個層面都面臨醫療相關人力短缺的問題，COVID-19疫情爆發凸顯並更加惡化了這個問題，而且這個壓力隨著每一波大流行而更加嚴重。與談人來自不同的國家，也擁有不同的專業背景，分別從不同角度探討這個問題，並提出他們的觀察和看法。綜整而言，造成這些短缺問題的原因是多元的；首先，人口老化增加了對醫療的需求，而勞動力老化也同時意味著大量從業人員退休。其次，有些國家正試圖透過縮減醫療保健部門的預算來減少公共支出，使資源投入更加不足；在專業教育方面，某些國家因缺乏國際合作，對部分高成本的專業人員培訓採取緊縮措施，跨國際之醫療人員流通亦無適當的平衡措施，致人力未能作最有效率的使用。此外，新時代的社會變遷和世代差異，也對人力供給帶來新的挑戰，例如女性兼顧家庭的需要，以及年輕世代著重工作與生活的平衡。如何提出適當的誘因、有效的整合分配資源，以及國際間的合作協調，是當務之急。

三、平行場次會議(Parallel Sessions)

本次會議共有10個時段，各時段之議題及報告廣泛，個人係儘可能挑選與健康保險或業務上較相關之議題參與，摘錄重點如下：

- (一)主題：Unmet medical needs in a two-tier health system (二級健康照護系統中未滿足的醫療需求)

講者：Debora Di Gioacchino, Sapienza University of Rome(羅馬第一

大學)

重點：

1. 在公營健康保險存在的情況下，有一支持發展私營健康部門的論點是，私營部門可以減輕公共衛生預算的壓力，從而改善留在公共部門患者的就醫機會和照護品質。這一想法可以合理化以稅收優惠形式補貼私營部門的做法，也為許多 OECD 國家所採行。
2. 研究者認為，是否應朝向以私人保險為另一重要支柱的醫療體系發展，以及在何種條件下有利於留在公共體系的病人，值得從理論及實證面進行探討。本研究提出一政治經濟模型，由代理人決定是否加入自願性健康保險及選擇退出公共系統，並以觀察到的未滿足醫療需求作為公共醫療支出品質的指標。
3. 結果顯示，(1)公共醫療支出會受以下二個負面因素影響而未必降低：高所得者退出公營保險轉入私營保險，以及對私部門補貼的財政負擔。(2)私部門取代效果下，短期對公營服務有紓解效果，但長期而言可能降低民眾對政府的支持以及公共稅收的付費意願。(3)私營衛生部門的發展不一定會改善公共部門患者的醫療可近性和品質。

(二)主題：Progressivity in healthcare financing in the Netherlands from 2011 to 2019 (2011年至2019年荷蘭醫療照護財務籌措之進展)

講者：Rudy Douven, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis and Erasmus University Rotterdam (荷蘭經濟政策分析局和鹿特丹伊拉斯姆斯大學)

重點：

1. 該研究旨在利用卡克瓦尼累進性指數(Kakwani Progressivity Index, KPI)衡量 2011 年至 2019 年荷蘭醫療保健系統財源籌措的垂直公平性。其以全人口資料為基礎，針對荷蘭健康保險法規定4個財源項目分別計算 KPI：就醫自負額、名義(標準)保費、與所得相關的保費，以及一般稅收。

2. 研究結果顯示，財源分布在各年間保持相對穩定，4項財源中，與所得相關之保費約占50%，KPI 指數約為0.08。4項財源中，只有稅收是累進的(與收入成正比)，其餘項目都呈現累退。如依所得分位數觀察，最低收入幾個百分位組別，財務貢獻為累進，中高收入百分位則為累退，累退最明顯的部分是就醫自負額，其次為與收入相關的保費和名義保費。低收入之保費累進現象，應係政府提供的可觀保費補貼和醫療補助所致。
3. 趨勢結果顯示漸進式健康政策調整對累進效果有重要影響，如果政策制定者希望改善財務負擔的累退性，應考量強化與所得相關的保費徵收，這也是目前荷蘭健保收入的最大宗來源。其他可考量選項則為調整就醫自負額和名義保費。

(三) 主題：Status Tobacco taxes in Germany - Prevention of health or preservation of revenue ? (德國菸稅現況－預防健康還是保護收入?)

講者：Tobias Effertz, University of Hamburg - Hamburg Business School(漢堡大學-漢堡商學院)

重點：

1. 菸稅是德國最重要的消費稅之一，年收入高達140億歐元，僅次於能源稅。雖然吸菸導致肺癌等嚴重疾病是常識，但政府菸稅主責單位仍面臨利益衝突：若大幅提高菸稅，吸煙者可能會因此戒菸進而減少稅收；如果僅小幅提高，吸煙者將繼續吸煙而不利健康。
2. 研究者透過德國菸稅和菸草銷售的時間序列數據，導出稅收彈性(-0.6)，並計算出最大化稅收之稅率後，與2021年最新菸稅規定的實施稅率比較，發現二者幾乎一致。據以證明德國的財政政策，僅著眼於最大化菸稅收入，並未利用調高稅率來解決吸菸造成的健康損害，其認為政策規劃時，應將健康改善、生產力提高而增加的所得稅等潛在效益納入考量，使實際徵收之稅率，超過依傳統稅收最

大化為基礎之稅率；研究建議將稅率提高至目前的2倍。

(四) 主題：Ageing and sustainability of the Swiss healthcare system:
Healthcare expenditure projections up to 2060 (老化與醫療
保健系統永續：預測瑞士醫療保健支出至 2060 年)

講者：Benjamin Lerch, Federal Finance Administration FFA (瑞士聯
邦金融管理局)

重點：

1. 包括瑞士在內的許多歐洲國家，醫療保健支出占 GDP 比例持續上升，這一趨勢因新冠疫情更加明顯，對公共財政的永續性有很大隱憂。人口老化和其他非人口因素(如收入增長、醫療進步和鮑莫爾成本病)的影響，財政壓力將持續增加。由於醫療工作者短缺，甚至可能出現醫療服務供應不足的風險。
2. 本研究依年齡分組，並區分不包括長期照護的醫療照護、65歲以上的長期照護，預測瑞士到2060年的醫療保健支出(HCE)。結果發現HCE占GDP的比重，將從2021年的11.5%，上升到2060年的 15.4%，增加的成本有1/3將由政府承擔，主要是負擔住院治療、長期照護費用及個人保費的補助。政府因為必須承擔高比例的長照費用，人口老化對政府部門的影響相對嚴重許多。
3. 講者建議之改革策略包含：**(1)**採行有助於提升效率之措施，例如醫療費用預算目標制、強化醫療品質監控；**(2)**控制住院成本，以門診治療取代住院；**(3)**推廣預防保健措施，以減少未來醫療需求，例如健康生活方式、疾病篩檢等；**(4)**前瞻性的規劃醫療人力，改善醫療人員培訓和工作環境以減少人力短缺。

(五)主題：Can people afford to pay for health care? Evidence on
financial protection in 40 countries in Europe (人們有能力
支付醫療費用嗎？歐洲 40 個國家的財務保障實證)

講者：本場會議介紹歐洲40個國家（包括整個歐盟）在醫療財務保障（即

負擔得起的醫療保健服務) 方面的最新資訊。會議內容是來自世界衛生組織巴塞隆納衛生系統籌資辦公室(WHO Barcelona Office for Health Systems Financing)與歐洲各國專家合作的最新分析，由 Charles Normand 主持，包括三場簡短報告，再由主持人帶領小組討論及問答。

重點：

1. Tamás Evetovits 回顧歐洲因自付費用導致的經濟困難和未滿足需求的發生率、分佈和因素，並呈現其與公私醫療支出水準的關聯性。各國的自付費用平均水準掩蓋影響面的重大差異。在監測醫療財務保障時，需了解哪些族群最容易遭遇經濟困難和未滿足需求的風險；以及這些負面結果如何因醫療保健制度和富裕程度而有差異。重大醫療支出的發生率與醫療制度的自付費用水準密切相關，僅僅增加公共醫療支出並不足以改善醫療財務保障。
2. Sarah Thomson 探討哪些醫療涵蓋政策選擇會削弱或加強醫療財務保障。如果各國以漸進的方式減少自付費用，優先低收入者減免，那麼它們更有可能實現全民健康覆蓋。可選擇政策包括：將醫療權利與繳納保險費脫鉤；確保全民享有同等福利；擴大門診藥品、醫療產品和牙科保健的保障範圍；限制使用者付費並加強對使用者付費的保護，特別是針對低收入族群。
3. Jonathan Cylus 評估歐洲使用的兩個醫療財務保障指標的公平性和對醫療覆蓋政策的敏感性。分析發現，世界衛生組織歐洲區域辦事處使用的指標比永續發展目標中使用的指標，對醫療覆蓋政策的設計更為敏感，使其成為衡量健康系統公平性和全民健康覆蓋進展情況的更好指標。

(六) 主題：On the determinants of the willingness to pay for public long-term care insurance - Empirical evidence from OECD surveys (公共長期照護保險支付意願的決定因素－來自 OECD 實證

調查)

講者：Sylvain Botteron, HES-SO Genève (日內瓦 HES-SO)

重點：

1. 長期照護的財源主要來自政府(OECD 國家中政府投入約占 GDP%)，隨著需求與支出日擴大，若無新增財源，則須加稅或提高社會保險保費，因此需進一步了解財源配置，以及個人透過稅收或保費負擔經費的意願。
2. 本研究運用 OECD 於2020、2022年針對涵蓋25個國家的調查數據，調查人們對其面臨的社會和經濟風險的看法。核心問題是「您是否願意額外支付2%的收入作為稅收/社會繳款，為老年人提供更好的長期照護服務和可近性(包括家庭、社區和機構照護)」。
3. 結果發現，高教育程度、高收入、年齡較大、女性、沒有子女，以及現有的長期照護責任者，較有意願透過提高稅收或繳費，以獲得更好長期照護服務的可能性。個別國家分析則顯示，關注長期照護可近性與品質的受訪者和左翼選民，傾向支持增加公共貢獻以更好地獲得長期照護服務。
4. 研究者強調，大多數 OECD 國家對公共長期照護資金的態度存在代際、社會和政治分歧，本研究顯示以增加稅收和社會繳款來改善長照服務得到了特定族群的支持，有助於政府財政分配與爭取民眾支持之政策規劃。

(七)主題：Comparative analysis of long-term care financing models in Germany: Assessing demographic disparities and future implications(德國長期照護融資模式的比較分析：評估人口差異和未來影響)

講者：Thomas Neusius, Wiesbaden Business School(德國威斯巴登商學院)

重點：

1. 長期照護的資金籌措在高齡化社會中日益受到關注。德國面臨快速的人口老化，於 1995 年實施全民的強制性長期照護保險，雖然所有人享有一致的權益，但財務機制卻有二個分支，一個分支採用隨收隨付制，依薪資水準繳費(公辦長照保險，SPV)；另一分支採用完全準備制，根據財務精算原則計費(民營長照保險，PPV)。有些適用其中之一，有些人一定程度上可以自由選擇。
2. 本研究旨在探討這兩個體系未來發展及其財務影響。2022年 SPV 被保險人7430萬人、給付490萬人、總支出600億歐元；PPV 被保險人910萬人、給付30萬人、總支出23億歐元。PPV 規模較小，相對年輕、健康、所得較高，平均每人保費皆低於 SPV，但成長速度高於 SPV。

(八)主題：Long-term effects of a Diabetes Disease Management Program on guideline adherence, hospitalization rates, and healthcare costs in a Swiss primary care setting (糖尿病疾病管理計畫對瑞士初級照護機構於治療指引遵循性、住院率和醫療費用的長期影響)

講者：Marc Höglinger, ZHAW Winterthur Institute of Health Economics (ZHAW 溫特圖爾健康經濟研究所)

重點：

1. 糖尿病在瑞士約占成年人口5%，且逐漸增加中。本研究針對瑞士16個參與某一糖尿病管理計畫（DMP）的初級照護機構，就照護品質和成本進行5年(2018~2022年)的追蹤評估。
2. 本研究以逐步差異中差異(difference-in-difference)方法，分析在 SWICA 保險承保的第 I 型和第 II 型糖尿病成年患者申報資料。分析樣本包含參與疾病管理計畫的3,302人，以及接受常規照護的對照組20,104 人。評估項目包含：醫療提供者治療指引遵循性、住院率和醫療費用。
3. 結果發現，參與疾病管理計畫組的，治療指引遵循性提高了6%，並

在5 年的追蹤期間內持續保持。在整個研究過程中，兩組的住院率維持相近。但疾病管理組的醫療費用成長較慢，並在實施後第4年和第5年達到統計上的顯著差異，凸顯了疾病管理長期可節約醫療成本的潛力。

4. 不過研究也顯示，女性和具有較高自負額患者，醫療提供者治療指引遵循性較低，顯示並非所有病患皆可公平獲取適切醫療服務，建議針對目標群體採取針對性的干預措施，以確保所有糖尿病患皆可獲得有效的疾病管理。

(九)主題：Decomposing and projecting Dutch healthcare expenditures
(分解和預測荷蘭醫療支出)

講者：Geert Jan Kommer, National Institute of Public Health and the Environment (RIVM)(荷蘭國家公共衛生與環境研究所)

重點：

1. 為了醫療保健體系永續性，了解支出成長的驅動因素非常重要。本研究旨在藉由分析過去醫療費用的趨勢，以了解成長原因，從而預測未來醫療支出。研究者利用 2003 年以來按部門、疾病、患者年齡和性別區分之荷蘭醫療費用資料，透過時間序列數據估計各項成長率，得出到2050 年的醫療費用預測結果。
2. 結果顯示，由於人口老齡化，一般醫療支出每年成長1.1%，老人照護成長2.5%，而醫院照護成長0.8%。人口以外的因素，是決策者可以影響的部分，例如避免高罹病率、預防保健、延後昂貴治療或採替代醫療，都是大家關注的方式。研究建議就決策者可以著力的部分，進一步拆解原因，以便有更好的成本控制政策。

(十)主題：The drivers of Austrian health expenditures and their projection (奧地利醫療支出的驅動因素及其預測)

講者：Stephanie Lackner, Austrian National Public Health Institute (GÖG) (奧地利國家公共衛生研究所)

重點：

1. 公共衛生支出成長速度通常高於 GDP，因此需要較多的長期預算考量。但不同驅動因素下，衛生支出的成長會有顯著的不同，受制經濟或公共衛生情勢變化，準確預測衛生支出尤其具有挑戰性。奧地利是採用支出上限來避免衛生支出成長失控，為設定上限，需要充分了解支出成長的驅動因素。
2. 研究者利用分解歷史資料(2013~2019年)，來預測2020~2028年的醫療支出。其將公共衛生支出分解為數量和價格效應，其中數量效應包括人口成長和高齡化因素；結果發現，2013~2019年的參考期到2020~2028年的預測期，衛生支出驅動因素發生顯著變化。
3. 在參考期內，人口因素導致衛生支出平均成長1.3%，而在預測期內則略下降至1.07%。這種下降係源於人口成長趨緩，而老齡化效應幾乎保持不變（約為0.55%）。人口因素從而相對在整體衛生支出成長貢獻從31%下降到僅17%，而消費者物價通膨的貢獻則從36%上升到60%。

參、心得及建議

本會議雖名為歐洲區域性會議，但除了歐洲國家廣泛參與外，亦有許多來自世界各地的相關專業與從業人員參與發表與交流，可感受到此為全球健康經濟學領域的重大盛事；官方雖未發布與會人數，但從出席全體會議的人數及高達185場次平行會議，700餘篇研究發表之規模看來，出席人員應有千人之譜，可見其受重視的程度。

本次奉派參與此會議，無論在專業面或是個人成長，都有很大的幫助。首先，可藉此了解當前衛生政策與健康經濟之重大議題與各國重視程度及其因應趨勢，議題面最明顯的例子是醫療人力的短缺，COVID-19疫情爆發，不僅凸顯了這個長期存在的問題，也因此成為全球衛生領域優先解決問題之一，本會全體會議共有3場，其中有2場都是以此為主題，甚至有一場是以專家討論方式進行，且配合本次大會主軸，邀請不同國家與專業領域之資深人員與談，雖然未能因此獲致具共識且可立即解決之道，彼此的交流激盪已引發聽眾的高度迴響，即使是身為聽眾的我們，也因此獲得很多的啟發。

其次，透過此會議，可以直接看到全球性及國家級的第一手分析資料，對於掌握新知與開拓視野，有很大的幫助。與歐洲有深厚淵源和地緣關係的世界衛生組織(WHO)、經濟合作暨發展組織(OECD)，其分支機構及有關學者，亦在此發表相關最新資訊與研究，其中有幾個場次以專家討論的方式進行，由各該議題專業權威主持，各國官方或專業研究機構發表其研究結果。參與其中可以觀察到跨國合作與不同國家在同一領域的各自走向，例如 WHO 巴塞隆納衛生系統籌資辦公室探討歐洲40個國家的就醫財務風險保障、歐洲各國之國家公共衛生研究所及保險基金會等分析人口老化對醫療支出及財務永續的影響，都是令人印象深刻的報告，而且從中獲得許多資料查詢管道與資料分析技術。

另一個比較大收獲的議題是健康財務永續議題。我國因近年人口快速老化，持續帶動醫療費用攀升，健保財務壓力逐漸浮現，近期醫界又提出保障健保總額點值之訴求，更加重了健保收支失衡之困境。此次會議除收集最新資訊外，平行場次會議的選擇，儘可能以探討醫療支出成長及財源籌措為主，從該等議題相關

研究發表內容可知，這也是其他先進國家共同面臨且亟待解決之問題。以下謹就
會中所學並結合現行健保相關業務提出建議如下：

- 一、我國邁向超高齡社會的過程，醫療成本持續成長無可避免，但不同的費用
成長驅動因素會導致不一樣的結果與需要。我國醫療保健支出占 GDP 比
例，相對 OECD 國家有更大的成長彈性和空間，建議參考國際醫療保健支
出預測技術及其過去成長趨勢，以更精確之模型與方法，進行長期的財務
預測，俾政策規劃預為因應。
- 二、高齡化衍生的需求與問題多元，政府於醫療保健領域，除投入資源於醫療
照護體系外，長期照護之資金來源，政府更是扮演首要角色，況尚有其他
老人福利及提高出生率等政策，需要政府資源挹注，政府財政不可能無限
擴充，提升配置效率至為重要。另政府近年對健保擴大協助，有助穩定財
務，但隨著日趨成長的醫療需求，擴大財源才是健保永續的關鍵。
- 三、擴大財源可以從二個面向努力。首先，我國健保採社會保險制度，民眾及
企業雇主有其應承擔的保費責任，如何秉持保險對象量能負擔及雇主社會
責任之精神，隨著經濟成長及醫療規模擴大提升其保費貢獻，是健保財務
穩健營運之基礎。其次，在醫療費用成長速度高於經濟成長之現實下，所
得面以外的資源投入，例如就有害健康因素之產品及環境污染源課徵健康
捐，應審慎評估其可行性。

肆、附錄

會議海報與開會情形



會議簡要程序表

Sunday, 30 June 2024	Monday, 1 July 2024	Tuesday, 2 July 2024	Wednesday, 3 July 2024
Registration Desk open 08:00–18:00	Registration Desk open 07:30–18:00	Registration Desk open 08:00–18:00	Registration Desk open 08:00–12:00
Pre-Conference Workshops 09:00–12:00	Opening & 1st Plenary 08:30–10:00	Parallel Sessions 5 08:30–10:00	Parallel Sessions 9 08:30–10:00
	Coffee Break 10:00–10:30	Coffee Break 10:00–10:30	Coffee Break 10:00–10:30
	Parallel Sessions 1 10:30–12:00	2nd Plenary – Panel Discussion 10:30–12:00	Presidential Address & 3rd Plenary 10:30–12:00
Lunch 12:00–14:00	Lunch 12:00–13:15	Lunch 12:00–13:15	Lunch 12:00–13:15
Pre-Conference Workshops 14:00–17:00	Parallel Sessions 2 13:15–14:45	Parallel Sessions 6 13:15–14:45	Parallel Sessions 10 13:15–14:45
	Break 14:45–15:00	Break 14:45–15:00	Closing Ceremony 14:45–15:30/16:00
Policy Workshop by European Health Observatory 14:30–17:30	Parallel Sessions 3 15:00–16:30	Parallel Sessions 7 15:00–16:30	
	Coffee Break 16:30–17:00	Coffee Break 16:30–17:00	
	Parallel Sessions 4 17:00–18:30	Parallel Sessions 8 17:00–18:30	
Opening Reception 18:00–21:00	EuHEA General Assembly 18:45–19:45	Social Event 19:30–00:00 City Hall, Vienna	