

出國報告（出國類別：開會）

2025 年國際健康經濟學會（iHEA） 年會出國報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：李洵瑋科員

派赴國家/地區：印尼/巴里島

出國期間：114 年 7 月 18 日至 7 月 24 日

報告日期：114 年 9 月 5 日

摘要

國際健康經濟學會（International Health Economics Association , iHEA）每兩年舉辦一次大型研討會，為全球健康經濟領域之專家學者、民間組織及政府機關交流新知及分享實務經驗之重要場合。2025 年研討會於 7 月 19 日至 7 月 23 日在印尼巴里島舉辦，會議主要以專題演講形式進行，整體會議議程安排緊湊且充實，議題涵蓋範圍極廣，包括健康服務需求與利用、財源與支出，以及各健康經濟介入措施之影響評估等。透過參與會議，不僅能深入學習他國推動健康經濟政策之經驗、瞭解最新學術研究成果，亦有助於培養多元視角並啟發創新思維，對於未來衛生醫療政策規劃具有正面助益。

目次

壹、目的.....	1
貳、過程.....	2
參、心得與建議.....	16
肆、附錄.....	18

壹、目的

國際健康經濟學會（iHEA）是健康經濟領域中具指標性的全球性學術組織，其主要任務為促進健康經濟專業人才之培養、推動該領域之發展及學術交流，並致力於將健康經濟理論及實證研究結果運用於改善健康照護體系及提升醫療照護公平性。

該學會每二年舉辦一次國際研討會，為全球健康經濟領域之專家學者、民間組織及政府機關交流最新學術研究成果及實務推展經驗之重要場合，歷年之會議主要皆以專題演講形式進行，與會者於會議期間可接觸到多元廣泛之健康經濟議題，並有機會與他國專業人士交流認識。本（2025）年會議地點為印尼巴里島，為該學會第二次選擇於亞洲舉辦年會，相較以往，吸引更多來自亞太地區之健康經濟領域學者與實務工作者參與，提供深入瞭解亞洲各國健康政策發展現況之絕佳契機。

本部派員參與本次會議，期能掌握當前健康經濟學領域之重要議題，瞭解各國醫療衛生政策之推行情形與所面臨挑戰，並學習其因應方式，以作為未來政策規劃之參考。

貳、過程

一、 會議概述及議程

本次會議於 2025 年 7 月 19 日至 7 月 23 日在印尼巴里島的 Bali International Convention Centre 舉行，與會者包含各國專家學者、民間組織及政府機關代表。

大會安排於 7 月 19 日及 7 月 20 日舉行會前會 (Pre-Congress Session)，並於 7 月 20 日晚上舉辦全體會議暨開幕儀式，正式會議期間為 7 月 21 日至 7 月 23 日，第二場全體會議暨閉幕儀式被安排於 7 月 23 日下午舉行。議題部分，會前會之議題安排著重於各國醫療衛生發展現況、健康領域相關組織及研究單位之實務經驗分享，開幕全體會議主題為 Using Economic Policy Instruments to Improve Health: Challenges and Opportunities (運用經濟政策工具改善健康：挑戰與機會)，閉幕全體會議主題為 Mental Health Economics at a Crossroads: Tackling Key Challenges in the Field (心理健康經濟的十字路口：應對領域中的關鍵挑戰)，其餘時間則為平行場次時段，共 11 個時段，涵蓋 7 大項議題：

- (一) Demand & utilization of health services (健康服務的需求和利用)
- (二) Economic evaluation of health and related care interventions (健康及相關照護措施的經濟評估)
- (三) Evaluation of policy, programs and health system performance (政策、計畫及健康體系執行情形的評估)
- (四) Health beyond the health system (健康體系外的健康議題)
- (五) Health care financing & expenditures (健康照護的財源與支出)
- (六) Health, its valuation, distribution and economic consequences (健康的評估、分布及經濟影響)
- (七) Supply and regulation of health services and products (健康服務及產品的供應及管理)

除了上述學術交流之外，大會還安排多場社交活動，包括穿插於各場專題演講間的茶會、開幕及閉幕式後的接待會，並於 7 月 22 日晚上舉行晚宴，提供與會者進行非正式交流互動之機會。

二、 會前會議 (Pre-Congress Session)

本次會前會議因場地大小限制，以及部分專題場次時間重疊等因素，採事前報名方式，與正式會議相比，會前會議更著重於健康經濟領域實務運作之經驗交流，其中包含由各國衛生或健康保險主管機關、世界銀行等國際性組織、健康醫療研究單位及知名醫療服務提供機構所主辦之場次；另外也特別安排時段，邀請資深健康經濟學家與早期職涯研究者 (Early Career Researchers) 進行交流，針對早期職涯研究者的研究內容提供回饋建議。以下就個人參與的場次中，與健保業務較為相關之主題，進行重點摘要：

(一) 主題：Recalibrating Post-Pandemic Fiscal Health: Fiscal

Policy, Health Financing, and Sustainable Recovery in Asia and the Pacific (重整疫後財務健康：亞洲與太平洋地區的財務政策、醫療財源與永續復甦)

主辦：世界銀行

重點：

1. 亞洲與太平洋地區的財政格局深受 COVID-19 疫情的衝擊，許多國家政府為提升疫情期間之醫療防疫量能，採取舉債措施，於此同時，有部分國家經濟成長放緩，導致疫後多國政府財政狀況惡化。目前南亞地區正面臨高通膨及健康照護財源不足之困境，東亞及太平洋地區則出現復甦步調不均之情況。
2. 針對疫後應如何強化健康照護體系，與會專家指出應關注 (1) 伴隨人口高齡化所導致之非傳染性疾病 (Non-Communicable Diseases, NCDs) 增加、(2) 因氣候變遷造成的流行疾病型態變化，並建議持續投入於疾病預防與健康促進，提供以人為中心的整

合性照護。另在推動全民健康覆蓋（Universal Health Coverage，UHC）過程中，應重視經濟保障議題。

（二）主題：Data Driven Decision Making for Universal Health

Coverage: Leveraging Health Insurance Claims Data（以數據為導向的決策推動全民健康覆蓋：善用健康保險申報資料）

主辦：世界銀行

重點：

1. 專家指出健保申報資料可提供即時且多面向的群體健康訊息，然而許多中低收入或開發中國家雖已常態性地收集健保申報資料，卻尚無法將之有效運用於政策制定過程，其他實施健保並有能力分析利用申報資料之國家，則面臨將資料過度運用在找出 Healthcare fraud（醫療詐欺）及隱私權限制等問題。
2. 會議上由不同專家分別介紹了透過分析健保資料所得到的指標，包含 length of stay（住院天數）、readmission rates（再住院率）、hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions（可透過門診照護避免的住院率），並詳細說明這些指標之應用及限制。前二項指標被用於衡量住院醫療服務的品質及效率，但會受疾病治療需要（如：再住院情形分為計畫中（planned）和非計畫（unplanned）之入院）、健保支付方式、醫療照護體系與當地住院文化等影響；後者則可用於評估初級健康照護體系的品質及效率，然而，ambulatory care sensitive conditions 的定義會影響指標表現，進行各國比較時應特別留意。
3. 最後，專家提醒，由於疾病種類及嚴重度多樣且複雜，解讀指標時必須謹慎，此外，針對健康行為的介入措施往往需要數月甚至數年方能觀察到其效果或衝擊（time lag（時間延遲）），且許多健康風險因子並非僅靠衛生醫療單一部門的努力即能減少或消除，此皆制定衛生健康政策及衡量政策成效時須考量之重要面向。

三、 全體會議(Plenary)

全體會議分別於開幕式及閉幕式期間舉辦，包含一場專題演講，以及一場專家討論會。

開幕式期間舉行的專題演講由雪梨大學公共政策與健康學系的教授 Anne Marie Thow 主講「Using Economic Policy Instruments to Improve Health: Challenges and Opportunities」(運用經濟政策工具促進健康：挑戰與機會)，Anne Marie Thow 長期致力於營養政策領域的研究，本次演講她分享了與飲食相關的非傳染性疾病(如糖尿病及肥胖)對全球，尤其是亞太地區所造成的健康、經濟及社會負擔，演講內容除介紹現今不健康飲食之情況，另聚焦於運用經濟政策手段來因應與飲食相關的非傳染性疾病之可能性，以及政策推動過程可能面臨之挑戰。她指出，不健康飲食會增加罹病風險並導致健康照護支出上升，於此同時，罹病者參與經濟生產活動之能力亦會下降，進而形成外部性影響，而從內部性角度來看，消費者可能無法充分認知產品對健康之負面影響，所處環境則可能不利於其作出健康消費選擇。針對政府是否適合以調整食物價格來引導民眾選擇更健康的飲食，她指出食物價格的訂定往往具政治敏感性，另政府採取相關策略時尚須留意糧食危機議題及健康飲食的可負擔性，並強調了公平的重要性。

閉幕式專家討論會議探討的主題為「Mental Health Economics at a Crossroads: Tackling Key Challenges in the Field」(心理健康經濟的十字路口：應對領域中的關鍵挑戰)，邀請約克大學健康經濟學中心的 Rowena Jacobs 教授、蒙納士大學健康經濟學中心的 David Johnston 教授及亞洲開發銀行人類與社會發展部門健康實踐團隊主任 Dr. Eduardo P. Banzon 共同帶領討論進行。本次會議的背景資料提及，目前推估每四至五人中就有一人受心理健康問題的影響，心理疾病也是工作年齡人口中最常見的健康問題，常導致員工出勤率下降或需帶病工作，對於健康系統乃至整體社會均造成重大衝擊，並帶來龐大的健康經濟負擔。三位專家除強調心理健康議題在當今社會的重要性外，亦就未來政策可聚焦的方向提出具體建議，包含：應特別關注兒童心理健康問題，及早提供支持與介入、設定具體的促進心理健康的目標並持續投入資

源、深入探討生理健康及心理健康的關聯，以制定更符需求且有效之政策措施、推動以實證資料為基礎之政策，提升論述之說服力；最後，由於部分中低收入或開發中的國家可能仍深受傳染性疾病的威脅，缺乏足夠資源來因應心理健康問題，對此，專家建議應設定資源投入的優先順序，同時提醒部分心理健康問題其實與社會居住環境的品質密切相關，此須透過跨領域跨部門的合作，方能加以改善。

四、 平行場次會議 (Concurrent session)

平行場次會議安排的專題報告議題十分廣泛，會議場次極多，同一場次包含多位講者，以下就參加的場次中與健保業務相關的報告內容，摘錄重點如下：

- (一) 主題：Beyond Coverage: Evidence, Equity, and the Need for Transparent Data on Out-of-Pocket Health Expenditures in Taiwan (保險給付之外：臺灣自付醫療費用的證據、公平性與資訊透明的必要性)

講者：Christy Pu (National Yang Ming Chiao Tung University)

重點：

1. 自付醫療費用 (Out-of-pocket) 直接影響包含財務風險保障、健康公平性及醫療服務可及性，係健康政策中極為關鍵之議題。
2. 臺灣雖已實施全民健保，但因給付及支付制度上的限制，使醫療院所越發依賴民眾自付醫療費用作為其收益來源 (目前約占醫院總收益 (total revenue) 的 25%-40%)，因此，亟需如「健康帳戶系統」(System of Health Accounts, SHA) 的國際標準架構來系統性分析民眾自付醫療費用的情形。
3. 本研究資料來源包括家庭收支調查及研究者依據 SHA 架構設計的全國代表性調查。研究發現，2021 年臺灣民眾自付醫療費用占國民醫療保健支出 (National Health Expenditure, NHE) 的 29.6%，其中治療性照護占 50.1%，約 39% 自付醫療費用被用於醫療器材

（如：輪椅、溫度計及其他健保不給付項目等），暗示健保給付缺口，研究者認為此現象值得政策制定者予以關注。

4. 研究指出，臺灣有相當數量的家庭遭遇重大醫療支出（catastrophic expenditure）問題，且自付醫療費用呈現「高所得族群支出金額較高，但低所得族群的支出占其所得比率較高」的趨勢，且身心障礙族群之負擔尤為沉重。研究者認為，針對臺灣自付醫療費用呈現累退性的現象（從所得和健康兩層面分析皆然），政府於制定政策時應特別關注弱勢群體，確保提供其周全保障。

（二）主題：Persistent Catastrophic Expenditures and Chronic Illness in Older Populations（高齡族群之持續性重大醫療支出與慢性病）

講者：Rocio Garcia-Diaz（Tecnológico de Monterrey）

重點：

1. 儘管已開發國家目前擁有較高比例之老年人口，但新興工業國家及開發中國家是老化速度最快的地區，預計至 2050 年，將涵蓋全球 80% 老年人口。然而，這些國家缺乏慢性非傳染性疾病健康支出的持續性監測資料，現有之橫斷面資料，只能呈現單一時點的重大醫療支出（catastrophic health expenditure, CHE）狀況，無法掌握其長期趨勢與影響。
2. 研究蒐集分析墨西哥患有慢性疾病之老年家庭之醫療支出，發現其年度重大醫療支出發生率介於 28% 至 34%，此外，在有多重慢性疾病的老年家庭中，持續性重大醫療支出的發生率明顯偏高。
3. 研究整理與持續性重大醫療支出相關的因素如下：
 - (1) 家庭中有罹患共病的老年家庭成員。
 - (2) 較高的人均支出（per-capita expenditure）。
 - (3) 是否領有退休金。
 - (4) 罹患特定疾病，如：氣喘、中風及肥胖。

4. 研究總結，罹患慢性疾病（尤其是患有共病者）使老年人面臨重大財務衝擊，需要政策介入以減少重大醫療支出之發生，其認為建立強制性老年健康保險，或針對弱勢老年族群實施相關減免計畫，能降低其財務風險；另在優化健康保險設計方面，研究者建議可優先保障慢性疾病治療，以進一步降低重大醫療支出發生率，並提升高齡族群之健康公平性。

（三） 主題：Financial Protection Against Catastrophic Health

Expenditure in Burkina Faso: Evidence From National Surveys
Conducted in 2014 and 2018（布吉納法索重大醫療支出之財務保障情形：來自 2014 年及 2018 年全國調查的證據）

講者：Offosse Marie-Jeanne Ngbesso（ThinkWell Institute）

重點：

1. 本研究旨在探討布吉納法索自 2010 年實施之一系列健康融資制度（health financing mechanisms）之財務保障效果，資料來源為 2014 年及 2018 年實施之全國性家庭生活情況調查，並將「重大醫療支出」定義為扣除基本生活支出後，醫療支出占剩餘支出超過 40% 的情形；另將「因醫療支出致貧」定義為非貧困家庭因醫療支出致每日每人平均支出低於世界銀行所定之極端貧窮線。
2. 研究發現，政府推行之政策使發生重大醫療支出之家庭比率從 3.5% 下降至 1.0%；因醫療支出致貧之比率從 4.7% 下降至 2.5%。但對於不同社經地位群體之影響呈現不平等狀態，較高所得群體之重大醫療支出下降最明顯，而貧困家庭因醫療支出致貧之風險仍高；另政策效果於不同居住地區也存在明顯差異，因醫療支出致貧之情形在鄉村較為普遍。
3. 研究建議，政府制定政策時應更關注弱勢群體，設計差異化介入措施，以確保各族群權益均能受到保障。

(四) 主題：Nudging Nutrition: Lessons From the Danish "Fat Tax" (以政策引導營養選擇：丹麥「脂肪稅」之經驗)

講者：Giovanni Mellace (University of Southern Denmark)

重點：

1. 研究者援引過去之研究資料指出，丹麥平均飽和脂肪酸之攝取量高於多數歐洲國家，該國政府因此決定於 2011 年 10 月起針對飽和脂肪徵稅 (fat tax)，期能改變國民飲食消費習慣，主要課稅項目包含肉品、乳製品及奶油等脂肪含量高的產品，而儘管該項政策已於 2013 年 1 月取消，研究者仍希望瞭解政策對於民眾消費支出的影響。
2. 研究觀察到培根、起司、肝腸之消費下降 (特別是低所得家庭)，但花費於奶油、鮮奶油及人造奶油的支出則因產品價格上漲而增加，在政策取消後，部分產品之整體消費呈現增加趨勢。
3. 研究結論指出，丹麥針對食品課取脂肪稅之政策在實施期間對降低目標產品之消費上具有一定效果，但對低收入戶造成較大衝擊 (累退性)，顯示其暫時性課稅政策伴隨預期外的反效果。研究者建議政府於設計食品相關稅收制度時，應審慎評估潛在影響，以確保政策兼具公平性，並以維持長期效益為目標。

(五) 主題：Demystifying Anti Health Tax Advocates Arguments: Impact of Taxation on Production, Sales, Revenue and Consumption of Unhealthy Products in Uganda (揭開反健康稅倡導者論點之真相：稅收對烏干達不健康產品生產、銷售、收入和消費之影響)

講者：Richard Ssempala (Makerere University School of Economics- Uganda and Osaka Metropolitan University- Japan)

重點：

1. 不健康產品被認為是造成非傳染性疾病之重要因素之一，但是否適合針對相關產品施以財政介入手段仍存在爭議。本研究探討烏干達

針對特定不健康產品（酒精、菸草及含糖飲料）課徵消費稅及增值稅（Value Added Tax, VAT）之成效，以提供政策制定之參考。

2. 本研究之資料期間為自 2014 年起至 2023 年止，研究主要發現如下：

(1)不健康產品整體生產量呈增加趨勢，其中非酒精飲料最高，其次為酒精（啤酒）和香菸。

(2)不健康產品的銷售額呈現逐年上升趨勢，尤其是非酒精飲料及酒精（啤酒）。

(3)來自不健康產品的整體稅收（revenues）同樣呈現上升趨勢（僅於 COVID-19 疫情期間呈現下降趨勢），其中僅香菸的稅收和稅率呈現負相關。

(4)有關不健康產品的消費量亦持續增加。

3. 根據其統計分析結果，研究者認為，針對不健康產品課稅對於其生產、銷售及消費之衝擊不明顯，支持世界衛生組織倡議透過實施健康稅政策以降低非傳染性疾病之作法具有可行性（因研究結果顯示反對者主張課稅會影響相關產業經濟的說法並不成立），但其亦提醒要達成健康效益還需要課稅以外的多元政策介入手段。

（六）主題：Partial Change in Patient Cost-sharing Affects All?

Evidence from National Health Insurance Reform in Korea（部分負擔制度之部分變動會影響所有人嗎？來自韓國全民健康保險改革之實證證據）

講者：Yuichi Watanabe（Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization）

重點：

1. 自 2018 年起，韓國健保針對 65 歲以上民眾，調整其於診所門診就醫時之部分負擔計收規定，當次就醫醫療費用介於 1 萬 5,000 韓元至 2 萬 5,000 韓元者，其負擔比率由原先之 30%調降為 10%或 20%

（比率視費用區間而定），此措施旨在減輕因輕症就醫帶來之經濟負擔，並鼓勵高齡族群優先選擇至診所就醫。

2. 本研究資料期間為 2016 年至 2019 年，結果顯示，降低部分負擔比率，使研究對象至診所就醫之整體平均每次門診部分負擔金額減少約 1,000 韓元，但門診次數無顯著增加；進一步分析目標價格區間的就醫資料發現，平均每次門診部分負擔金額減少 2,000 至 4,000 韓元，門診次數則呈現顯著增加；另外，研究也發現對於超出目標價格區間之就醫，出現溢出效應（spillover effect）。前述變化在女性、高所得族群，以及眼、耳及循環系統等領域之疾病中尤為顯著，牙科部分則未觀察到類似效應。
3. 綜合上述發現，研究者認為，韓國針對 65 歲以上民眾於診所就醫之情形所實施之部分負擔調整政策，有助於引導輕症高齡患者選擇至診所就醫，但是否確能促進整體醫療資源有效配置，研究者持保留態度。

（七）主題：Primary Healthcare Resource Tracking: Strengthening Methods and Supporting Data Use（基層醫療資源追蹤：強化方法與支持資料運用）

講者：Anne Mills（London School of Hygiene & Tropical Medicine）

重點：

1. 許多國家致力於提升基層醫療照護（Primary Health Care, PHC），期能達成全民健康覆蓋（Universal Health Coverage, UHC）之目標，為能設計、施行強化基層醫療之政策並監測其成效，政策制定者需要在地化且具及時性之基層醫療資源流動數據，且要能和其他健康系統資料串連。
2. 講者點出，政府結構去中心化及與財政資訊系統之串連情形，均會影響基層醫療資源流動數據之取得，此外，實務上可能遭遇之挑戰

尚包括：難以追蹤來自外部捐贈之實物資源（特別是高度依賴外部援助的國家）、碎片化的資金來源與支付系統，以及人力或時間等資源不足問題等；而基層醫療照護操作型定義之多元性、基層醫療照護層級在預算體系中隱形化（invisibility），以及薄弱的問責制度都增加了數據獲取及資源優先投入之難度。

3. 講者總結，不同國家在進行資源追蹤（監控）時所面臨之阻礙亦不同，無法僅以單一方法解決，而當政府無法追蹤公共財政管理系統（public financial management systems）中有關基層醫療照護資源之情況時，將難以掌握整體資源投入情形，同時將阻礙基層醫療進一步發展。
4. 儘管講者強調掌握基層醫療資源流動數據之重要性，但對於受限於資源及人力有限之國家，其認為欲提升基層醫療之優先性，可先聚焦於政府支出，再逐步擴及至整體基層醫療照護支出；另，善用現有較易取得的數據（如：藥品可及性、疫苗覆蓋率等），亦為政策制定者的選項之一。

（八）主題：The Effect of Cost-Sharing on Medical Care Demand:

Insights from Novel Real-World Data for the Oldest-Old in Japan（部分負擔對醫療需求之影響：來自日本超高齡者真實世界數據之洞見）

講者：Rong Fu（Waseda University, School of Commerce）

重點：

1. 日本厚生勞動省自 2022 年 10 月起，將 75 歲以上（oldest-old）（以下稱超高齡）且達一定收入者（單人家戶以總年收入達 200 萬日圓為標準，多人家戶以總年收入達 320 日圓為標準）之部分負擔比率由 10%調升至 20%，本研究旨在探討該政策對目標族群（鎖定單人家戶）就醫行為之影響。

2. 研究分析指出，在政策實施前一個月，研究對象之整體醫療照護支出增加約 2-4%，政策實施當月則下降近 6%，且其後一個月仍呈現顯著負相關，下降幅度約為 3-4%；醫療服務利用下降幅度雖然較小，但亦呈現相似趨勢；另外，研究觀察到門診服務利用變化較住院大(即有較高之價格彈性)，此一現象與住院醫療服務具不可延遲性 (non-deferrable nature) 之認知相符。
3. 進一步探討研究對象 16 種疾病之就醫情形發現，在政策實施後，16 種疾病之醫療利用下降幅度介於蛀牙的 17%及糖尿病的 3.6%，但在實施六個月後，研究觀察到其中 10 種疾病（包含高血壓、氣喘）受影響之程度減少，白內障及肌肉骨骼系統疾病維持，針對糖尿病、阿茲海默等 4 種疾病之影響則轉變為不顯著。
4. 研究發現，部分負擔調整政策正式實施前，因民眾預期漲價心理，可能誘發產生就醫需求，導致實施前一段時間之醫療支出增加 (last-minute surge in demand)；此外，超高齡人口面對新制度，傾向減少服務利用量 (service quantity (intensive margin)) 來因應，而非選擇就不就醫 (extensive margin)。
5. 研究者總結，超高齡者為成熟的決策者 (sophisticated decision-makers)，日本針對一定收入以上超高齡族群提高其部分負擔，該族群透過選擇性地減少不同醫療服務之利用量來因應。建議未來規劃調整部分負擔時，應將以價值為導向之設計 (value-based insurance design)，以及超高齡人口之健康狀況納入考量。

(九) 主題：High-Deductible Health Plans and Receipt of Guideline-Concordant Care for Chronically-Ill Persons (高自負額健康保險計畫與慢性病患者獲得符合指引建議之照護之關聯性)

講者：Risha Gidwani (University of Colorado School of Medicine / RAND Corporation)

重點：

1. 在美國，高自負額健康保險計畫（High-Deductible Health Plans, HDHPs）涵蓋約 58%之私人保險投保人口，另 45 歲至 64 歲之美國人中有超過 50%患有慢性疾病，有定期就醫之需要。本研究旨在評估 HDHPs 是否能滿足慢性病患者之醫療需求，研究期間為 2016 年至 2018 年，研究對象為 MarketScan 資料中年齡介於 18 至 64 歲之慢性病患者。
2. 研究首先根據各疾病臨床專業指引訂定「建議醫療照護」，並分析被動加入 HDHPs 者（雇主僅提供一種保險方案）建議醫療照護服務利用情形之變化。結果顯示，HDHPs 保險對象之門診就診次數下降 2.1%，實驗室檢查次數下降 3.5%，處方藥使用則減少 12%。整體而言，HDHPs 保險對象較非保險對象減少約 4.7%之建議醫療照護服務之利用，其中女性減少幅度大於男性。
3. 研究認為，HDHPs 無法有效保障慢性病患者獲得建議醫療照護服務，對於女性造成之影響尤大，推測係因女性較常面臨收入與財富之不平等。本項研究提出之政策建議包括，將低成本且有效的慢性病醫療照護服務排除於 HDHPs 之自負額外，以及將重鬱症納入慢性病之範圍。

（十）主題：Patient Responses to Declines in Cost-Sharing:

Telehealth and High-Deductible Health Plans（病患對部分負擔下降之反應：遠距醫療與高自負額健康保險計畫）

講者：Risha Gidwani（University of Colorado School of Medicine / RAND Corporation）

重點：

1. 美國多數投保私人健康保險者都加入了高自負額健康保險計畫（High-Deductible Health Plans, HDHPs），保險對象需要先自行承擔一定金額之醫療費用（即自負額），保險公司僅針對超過自負

額之部分進行理賠。另，過去之研究已指出，部分負擔增加會使病人同時減少高效益及低效益之醫療利用，此對於需定期就醫之慢性病人，可能帶來負面影響。

2. 美國於 2020 年實施一項新政策，將 HDHPs 中遠距醫療服務之自付費用降為 0 美元，而非 HDHPs 僅有小幅下降。研究分析政策實施對於兩組計畫中之慢性病病人之影響，結果顯示整體門診就醫次數變化並無差異，但 HDHPs 保險對象相較於非 HDHPs 保險對象，其免自付費用之遠距醫療服務利用次數較多（增加 27%），出現將原實體門診利用轉移至遠距醫療之情形；另在需自付費用之遠距醫療服務方面，HDHPs 保險對象之利用次數低於非 HDHPs 保險對象。
3. 研究結果顯示，HDHPs 保險對象選擇使用遠距醫療服務之考量因素主要為價格，而非對遠距醫療服務之偏好。本研究之結果有助於美國 2023 年綜合撥款法案（Consolidated Appropriations Act）相關政策之推動，該法案規定於 2023 年至 2024 年間提供遠距醫療首付保障（first-dollar coverage）。研究者建議延續相關政策，以提供慢性病患者更適切且具持續性之門診醫療照護資源。

參、心得與建議

本次會議選擇於印尼巴里島舉辦，吸引來自全球，特別是亞太及非洲地區之與會者，會議議題亦有大部分與中低所得或開發中國家推動健康醫療政策之現況或研究有關，相較於已開發國家更關注因應人口高齡化、優化資源配置效率及降低非傳染性疾病負擔等議題，這些國家仍處在致力於降低傳染性疾病發生、尋找穩定健康財源並達成全民健康覆蓋之階段，儘管這些大多為臺灣在過去已克服之挑戰，但透過觀察不同國家所採取之因應策略，學習其在過程中導入新科技運用、新學術理論之作法，仍有助於未來政策規劃時，進行更多元且全面之思考；此外，臺灣推動健保之成功經驗，亦透過我國學者於會上之專題報告，以及健保署舉辦之臺灣健保專題論壇分享予與會者，實現良好之雙向交流。儘管公務預算有限，未來仍建議可選擇具指標性之大型國際會議，鼓勵同仁參與，拓展視野並提高我國健保及醫療衛生發展之能見度。

除了上述實務經驗交流，本次會議亦給予與會者瞭解健康經濟學術領域新知及認識各國專家學者之機會，從本年度會議議題擇定及各平行場次會議參與人數可發現，非傳染性疾病（包含慢性疾病、心理疾病、與氣候變遷相關疾病、飲食及肥胖問題等）防治及介入之評估、民眾自付費用狀況，以及 AI、遠距通訊等新興科技於醫療衛生領域之發展應用等，為當前極受關注之研究領域，透過講者之分享，可幫助與會者認識各項議題之發展趨勢及可能挑戰，有助於前瞻性地思考我國健保乃至整體醫療體系之可能精進方向，建議未來有機會參與會議之同仁，於會議結束後，仍可持續關注並深入瞭解各議題之學術研究發展，以利未來在政策規劃與推動時，能納入以實證研究為基礎之論述，提升政策正當性及可行性。

本次在選擇平行場次會議時，係以與負責業務相關之民眾負擔議題為優先，從專家學者發表之內容可知，民眾自付費用（Out-of-Pocket Payment, OOP）係衡量一國健康照護體系提供保障程度之重要指標，但大部分國家在面對此一議題時，均面臨資料不易取得或因定義不同無法直接進行跨國比較之困境；同時，多位學者亦點出對民眾自付費用進行持續性監測，相較於橫斷性研究更能反映醫療照護利用對個人/家庭造成財務之衝擊。有鑑於民眾自付費用率

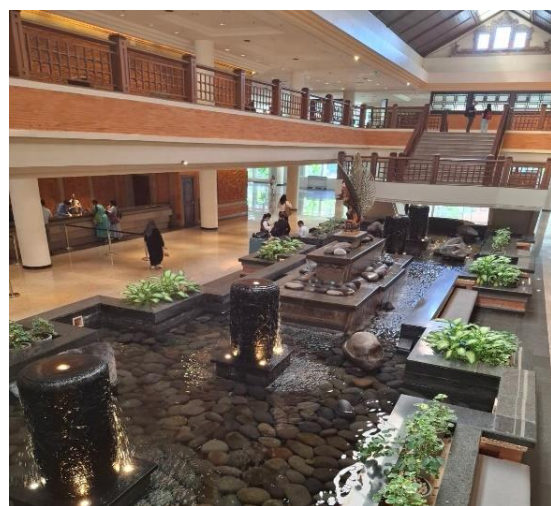
涉範圍極廣（除健保部分負擔及差額負擔外，尚包含民眾自費項目），且相關資料分散於公、私部門，政府短期內要全面掌握、整合相關資料並實際運用之難度甚高，建議可先瞭解國內學者既有之研究成果，初步掌握我國民眾自付費用現況，並蒐集這些研究中所揭示現行資料使用上之限制，為未來更深入之討論與分析做好準備。另現行健保推動中之各項擴大財源及精進資源配置之改革策略仍需持續推行，並注意各項政策對不同群體之可能影響，以提供民眾更周全完善之經濟保障。

另一與民眾負擔相關之議題為部分負擔制度，從此次參與之場次可觀察到，各國皆持續檢討調整其部分負擔制度設計，以因應多樣的政策需求，包括協助落實分級醫療、強化民眾財務分攤責任、以及導引民眾利用有效益的醫療服務等。然而，多位學者亦指出不同疾病、族群對於部分負擔之價格彈性存在差異，並認為透過差異化或價值為基礎的制度設計更能保障民眾權益，其中慢性病患者、高齡人口因有長期或較高之醫療需求，需審慎評估政策變動對其之影響。透過會中學者分享可知，在日本及韓國，儘管背後之政策考量不盡相同，但均針對高齡族群訂有差異化之部分負擔計收規定，而目前我國健保之部分負擔制度，主要針對重大傷病、經濟弱勢或身心障礙族群予以減免或設定較低收費金額，其他群體則適用同一計收規定。有鑑於人口高齡化及疾病慢性化為無法避免之趨勢，實有必要將其納入政策規劃過程之重要考量因素，建議未來可進一步針對慢性病患者及高齡人口之就醫需求及負擔情形進行監測與分析，作為日後研議部分負擔調整或討論法規修訂時之參考依據。

最後，在行政流程方面，本次會議議程及各專題演講之摘要，除公開於學會官方網站供瀏覽外，主辦單位亦推出專屬之 APP 供與會者下載使用，該 APP 除會議資料外，還能查詢到醫療資源、交通路線等資訊，主辦單位並於會前多次以電子郵件提醒報名者簽證辦理、當地天氣、行李準備建議及附近地區觀光資訊等事宜，有助於參與者妥善規劃行程並安心赴會，建議未來政府於籌辦大型國際會議時，亦可參酌運用相關數位工具與提醒機制，提升效率及與會體驗。

肆、附錄

會議現場照片



會場一隅



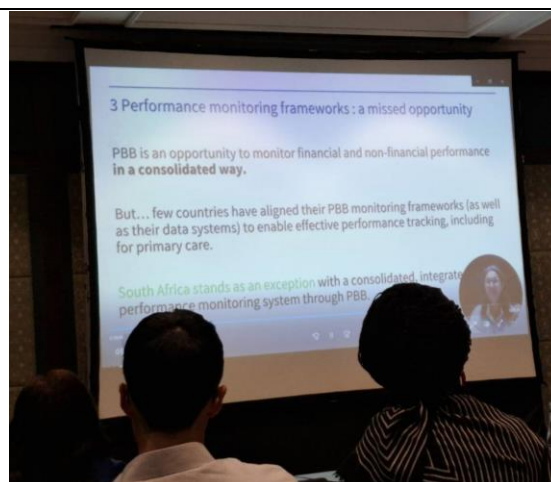
開幕式—Anne Marie Thow 演講



閉幕式—專家討論



舉行開閉幕式之展覽廳



專題演講



會場入口處標誌

簡版會議議程

PRE-CONGRESS				CONGRESS					
Saturday 19 July		Sunday 20 July		Monday 21 July		Tuesday 22 July		Wednesday 23 July	
7:30 AM - 4:30 PM	Registration	7:30 AM - 6:00 PM	Registration	7:30 AM - 4:00 PM	Registration	7:30 AM - 4:00 PM	Registration		
9:00 AM - 10:30 AM	Pre-congress sessions	8:30 AM - 10:00 AM	Pre-congress sessions	8:30 AM - 10:00 AM	Concurrent sessions	8:30 AM - 10:00 AM	Concurrent sessions	9:00 AM - 10:30 AM	Concurrent sessions
10:30 AM - 11:00 AM	Refreshment Break	10:00 AM - 10:30 AM	Refreshment Break	10:00 AM - 10:30 AM	Refreshment Break	10:00 AM - 10:30 AM	Refreshment Break	10:30 AM - 11:00 AM	Refreshment Break
11:00 AM - 12:30 PM	Pre-congress sessions	10:30 AM - 12:00 PM	Pre-congress sessions	10:30 AM - 12:00 PM	Concurrent sessions	10:30 AM - 12:00 PM	Concurrent sessions	11:00 AM - 12:30 PM	Concurrent sessions
12:30 PM - 1:30 PM	Lunch Break	12:00 PM - 1:00 PM	Lunch Break	12:00 PM - 1:30 PM	Lunch - IHEA Members' meeting	12:00 PM - 1:30 PM	Lunch - Mentoring lunch	12:30 PM - 1:30 PM	Lunch Break
1:30 PM - 3:00 PM	Pre-congress sessions	1:00 PM - 2:30 PM	Pre-congress sessions	1:30 PM - 3:00 PM	Concurrent sessions	1:30 PM - 3:00 PM	Concurrent sessions	1:30 PM - 3:00 PM	Concurrent sessions
3:00 PM - 3:30 PM	Refreshment Break	2:30 PM - 3:00 PM	Refreshment Break	3:00 PM - 3:30 PM	Refreshment Break	3:00 PM - 3:30 PM	Refreshment Break	3:00 PM - 3:15 PM	Break
3:30 PM - 5:00 PM	Pre-congress sessions	3:00 PM - 4:30 PM	Pre-congress sessions	3:30 PM - 5:00 PM	Concurrent sessions	3:30 PM - 5:00 PM	Concurrent sessions	3:15 PM - 4:45 PM	Closing plenary
		4:30 PM - 6:00 PM	Break	5:15 PM - 6:15 PM	Special Interest Group meetings	5:00 PM - 6:00 PM	Travel	4:45 PM - 5:30 PM	Closing Reception
		6:00 PM - 7:40 PM	Opening Plenary	6:15 PM onwards	Sponsored events & free evening	6:00 PM - 11:30 PM	Main Social Event Taman Bhagawan		
		7:40 PM - 9:00 PM	Opening Reception						