

衛生福利部出國報告（出國類別：會議）

**2015年國際健康經濟學會(iHEA)  
第11屆世界研討會  
(11<sup>th</sup> World Congress in Health  
Economics) 出國報告**

服務機關：衛生福利部全民健保會

姓名職稱：黃偉益 科員

派赴國家：義大利

出國期間：104年7月10日至17日

報告日期：104年10月5日

## 摘 要

近年來，因人口持續老化及醫療科技不斷進步，造成世界各國醫療費用快速成長。在有限的財源下，如何合理配置醫療資源、提供公平且適切的醫療服務、提升醫療品質與效率、讓資訊公開透明，是各國政府努力的目標。

國際健康經濟學會(iHEA)世界研討會已舉辦 20 年，超過 2,000 位專家學者從世界各國前來參與本會議，此次會議以「衛生經濟與營養(Health Economics and Nutrition)」為主題，其中包含許多營養、衛生經濟、衛生政策及健康保險制度等相關議題，如：台灣全民健保 20 年周年(Taiwan's 20-Year Journey of Universal Health)、醫療可近性(Access to Health Care)、應用經濟計量學(Applied Econometrics)、行為健康經濟學(Behavioral Health Economics)、大數據分析(Big Data)、疾病費用(Cost of Illness)、醫療需求(Demand for Health Care)、健康決定因素(Determinants of Health)、經濟評估(Economic Evaluation)、醫療儀器經濟學(Economics of Medical Devices)、營養經濟學(Economics of Nutrition)、健康照護提供者資金(Funding of Health Care Providers)、醫療財務(Health Care Financing)、保健管理(Health Care Management)、醫療改革(Health Care Reforms)、健康照護體系成效(Health Care System Performance)、醫療保健支出(Health Expenditure)、健康保險(Health Insurance)、健康狀態測量(Health Status Measurement)、醫藥科技評估(Health Technology Assessment)、醫院管理(Hospital Administration)、不公平與不平等(Inequity & Inequality)、整合性照護(Integrated Care)、方法學(Methodology)、病患選擇偏好(Patient Preferences)、藥物政策(Pharmaceutical Policy)、初級照護(Primary Care)、安全與稅收政策(Security & Taxation Policies)、全民健康覆蓋(Universal Health Coverage)等議題。該會議提供一個健康經濟學專家學者、健康保險、衛生政策制定與執行者交換心得的機會，學者也於此世界研討會中提出評估世界各國不同衛生政策及保險制度之相關論文，並進而將研究成果回饋給政策制定者作為修正參考，適合健康保險及衛生政策制定者與執行者前往學習，並藉由國際間學術交流，了解國外最新研究結果及實務經驗，並提供本國參考。

提升醫療品質、降低醫療成本是全民健保追求的目標，欲達此目標，應建立以病人

為中心的醫療服務，及配合推動電子病歷，雲端設置及分享等，以達跨院間醫療資源共享，避免重複不必要之檢查。建議中央健康保險署可學習美國責任制醫療機構 ACOs(Accountable Care Organizations)做法，對於特約醫療院所的醫療品質進行評估，對醫療品質表現好的診所及醫院給予適當獎勵。

除了透過醫療體系的改革外，現在社會面臨人口不斷的老化，應該要加強全民健康老化的概念，給予老年人良好的社會及家庭支持，以達成健康老化的目標，政府並應重視長期照護，給予失能患者日常生活支援。國民亦須有自我照護的意識，並養成定期運動、均衡飲食習慣、及良好的生活習慣等，才能維持國民健康的身體。

## 目 次

摘要.....	1
目次.....	3
壹、目的.....	4
貳、過程.....	6
一、議程說明.....	6
二、議程相關資訊.....	8
參、會議內容.....	11
肆、心得.....	19
伍、建議.....	21
陸、會議活動照片.....	22

## 壹、目的

國際健康經濟學會 (International Health Economics Association, iHEA) 於 1993 年由 Thomas E. Getzen 等人籌組成立，其宗旨在增進國際間健康經濟學者之交流，促進參與者在健康經濟學與健康照護體系領域應用上有更高層次的討論，並提供年輕的研究學者參與健康經濟相關議題之討論。1996 年於加拿大溫哥華舉辦第一屆國際健康經濟研討會，在 1999 年荷蘭鹿特丹舉辦了第二屆健康經濟研討會，之後 iHEA 定期每兩年舉行一次國際研討會，陸續於英國約克郡(2001)、美國舊金山(2003)、西班牙巴塞隆納(2005)、丹麥哥本哈根(2007)、中國北京(2009)、加拿大多倫多(2011)及澳大利亞雪梨(2013)。國際健康經濟學會為健康經濟學領域中最重要的學術組織之一，2015 年 7 月 12 日至 7 月 15 日於義大利米蘭 Bocconi 大學舉辦第 11 屆世界研討會，約 2,000 位各國專家參與本次會議，而此次會議以「衛生經濟與營養(Health Economics and Nutrition)」為主題，其中包含許多營養、衛生經濟、衛生政策及健康保險制度等相關議題，如：台灣全民健保 20 年周年(Taiwan's 20-Year Journey of Universal Health)、醫療可近性(Access to Health Care)、應用經濟計量學(Applied Econometrics)、行為健康經濟學(Behavioral Health Economics)、大數據分析(Big Data)、疾病費用(Cost of Illness)、醫療需求(Demand for Health Care)、健康決定因素(Determinants of Health)、經濟評估(Economic Evaluation)、醫療儀器經濟學(Economics of Medical Devices)、營養經濟學(Economics of Nutrition)、健康照護提供者資金(Funding of Health Care Providers)、醫療財務(Health Care Financing)、保健管理(Health Care Management)、醫療改革(Health Care Reforms)、健康照護體系成效(Health Care System Performance)、醫療保健支出(Health Expenditure)、健康保險(Health Insurance)、健康狀態測量(Health Status Measurement)、醫藥科技評估(Health Technology Assessment)、醫院管理(Hospital Administration)、不公平與不平等(Inequity & Inequality)、整合性照護(Integrated Care)、方法學(Methodology)、病患選擇偏好(Patient Preferences)、藥物政策(Pharmaceutical Policy)、初級照護(Primary Care)、安全與稅收政策(Security & Taxation Policies)、全民健康覆蓋(Universal Health Coverage)等。希望透過此次會議學習世界各國與會專家學

者經驗，並做為未來衛生政策、保險制度改革及推動時之依據。

近年來，在人口持續老化及醫療科技不斷進步下，各國醫療費用不斷快速成長，如何讓有限的醫療資源合理配置，以提供人民公平適切的醫療服務、並提升醫療品質與效率，是各國政府努力的目標。而台灣也面臨因營養過剩及不均衡，造成慢性病患不斷增加的現象，為瞭解各國對於營養、衛生政策、衛生經濟及保險支付制度改革的經驗，並且藉由參與國際大型研討會學習新知，並了解各國最近的衛生政策及健康保險發展趨勢，奉派前往參加於義大利米蘭舉行之 2015 年國際健康經濟學會第 11 屆世界研討會。

## 貳、會議參與過程

### 一、議程說明

國際健康經濟學會（International Health Economics Association, iHEA）2015 世界研討會於 7 月 12 日(星期一)至 7 月 15 日(星期三)在義大利米蘭(Milano)舉行，該會議已邁入第 11 屆，今年約有 2,000 人參加。本次研討會主題為「衛生經濟與營養(Health Economics and Nutrition)」，會議期間共舉辦約 300 多場分組專題討論，每個時段約有 25 場分組專題討論同時進行，並有 200 多篇的海報成果發表。本次會議分為下列 30 個主要議題：

(一)台灣健保 20 年周年(Taiwan's 20-Year Journey of Universal Health)

(二)醫療可近性(Access to Health Care)

(三)應用經濟計量學(Applied Econometrics)

(四)行為健康經濟學(Behavioral Health Economics)

(五)大數據分析(Big Data)

(六)疾病費用(Cost of Illness)

(七)醫療需求(Demand for Health Care)

(八)健康決定因素(Determinants of Health)

(九)經濟評估(Economic Evaluation)

(十)醫療儀器經濟學(Economics of Medical Devices)

(十一)營養經濟學(Economics of Nutrition)

(十二)健康照護提供者資金(Funding of Health Care Providers)

(十三)醫療財務(Health Care Financing)

(十四)保健管理(Health Care Management)

(十五)醫療改革(Health Care Reforms)

(十六)健康照護體系成效(Health Care System Performance)

(十七)醫療保健支出(Health Expenditure)

(十八)健康保險(Health Insurance)

- (十九) 健康狀態測量(Health Status Measurement)
- (二十) 醫藥科技評估(Health Technology Assessment)
- (二十一) 醫院管理(Hospital Administration)
- (二十二) 不公平與不平等(Inequity & Inequality)
- (二十三) 整合性照護(Integrated Care)
- (二十四) 方法學(Methodology)
- (二十五) 病患選擇偏好(Patient Preferences)
- (二十六) 藥物政策(Pharmaceutical Policy)
- (二十七) 初級照護(Primary Care)
- (二十八) 安全與稅收政策(Security & Taxation Policies)
- (二十九) 全民健康覆蓋(Universal Health Coverage)
- (三十) 其他(Other)

另本次研討會共舉辦兩場論文海報展示，共有超過 200 篇論文海報於會場中張貼，並安排作者們於海報前接受與會者詢問，讓與會者與作者間可直接互動與交流。

## 二、議程相關資訊

本屆世界研討會議之開會時間，自每日上午 8 點 30 分至下午 17 點 30 分，30 個主要議題分別安排在 25 個會議廳舉行，與會者可自行依研究主題參與分組會議。職所參與之分組會議主題彙整如下：

### 7 月 12 日(星期一)研討會會前會(Pre-Congress Events)

時間	內容
9:30~13:00	衛生經濟學創新教學 (Innovative Teaching in Health Economics)
9:00~12:30	健康照護分權：普及或混亂？ (Decentralization in Health Care : Diffusion or Confusion ?)
13:00~16:45	健康照護費用及計算之模式 (Modelling Health Care Costs & Counting)
17:00~18:15	大會開幕式 (Opening Plenary)

### 7 月 13 日(星期二)研討會議(Congress Events)

時間	內容
8:30~9:30	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：健康決定因素(Determinants of Health) 題目：兒童肥胖(Child Obesity)
9:30~10:30	海報展示及討論 (Open Discussion Forums)
10:45~11:45	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：醫療改革(Health Care Reforms) 題目：可持續性健康照護之創新 (Innovations in Sustainable Health Care)
13:15~14:15	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：疾病費用(Cost of Illness) 題目：慢性疾病經濟負擔(Economic Burden of Chronic Illness)
14:45~16:00	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：全民健康覆蓋(Universal Health Coverage) 題目：台灣健保 20 年周年我們學到些什麼(Taiwan's 20-Year Journey of Universal Health Coverage : What Have We Learned ?)

16:15~17:30	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：健康保險(Health Insurance) 題目：公共政策與健康結果(Public Policies and Health Outcomes)
18:30~21:30	參與議題主題：台灣晚餐研討會 (Taiwan Dinner Session)

7月14日(星期三)研討會議(Congress Events)

時間	內容
8:30~9:30	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：醫療需求(Demand for Health Care) 題目：老年人之醫療利用(Utilization by the Elderly)
9:30~10:30	海報展示及討論 (Poster Viewing Session)
10:45~11:45	星期二全體會議 (Tuesday Plenary)
13:15~14:15	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：行為健康經濟學(Behavioral Health Economics) 題目：生活方式的選擇(Lifestyle Choices)
14:45~16:00	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：健康保險(Health Insurance) 題目：保險議題(Issues in Insurance)
16:15~17:30	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：疾病費用(Cost of Illness) 題目：肥胖的影響(Impact of Obesity)

7月15日(星期四)研討會議(Congress Events)

時間	內容
8:30~9:30	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：安全與稅收政策(Security & Taxation Policies) 題目：營養政策 (Nutrition Policy)
9:30~10:30	會員會議 (Member Meeting)

10:45~11:45	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：不公平與不平等(Inequity & Inequality) 題目：肥胖：汙名化、教育及社經地位(Obesity: stigma, education and SES)
13:15~14:15	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：病患選擇偏好(Patient Preferences) 題目：生命末期照護(End-of-Life Care)
14:45~16:00	分組專題討論 (Concurrent Session) 參與議題主題：醫療需求(Demand for Health Care) 題目：尋求醫療行為(Health-Seeking Behaviour)
16:15~17:30	大會閉幕式 (Closing Plenary)

### 參、會議內容：

本次國際健康經濟學會（International Health Economics Association , iHEA）世界研討會中，有 30 個主要議題。職參與 10 個議題包含：

- 一、健康決定因素(Determinants of Health)。
- 二、醫療改革(Health Care Reforms)。
- 三、疾病費用(Cost of Illness)。
- 四、全民健康覆蓋(Universal Health Coverage)。
- 五、健康保險(Health Insurance)。
- 六、醫療需求(Demand for Health Care)。
- 七、行為健康經濟學(Behavioral Health Economics)。
- 八、安全與稅收政策(Security & Taxation Policies)。
- 九、不公平與不平等(Inequity & Inequality)。
- 十、病患選擇偏好(Patient Preferences)

以下摘錄部分重點：

#### 一、台灣全民健保實施經驗之國際分享與交流：

台灣全民健保自 1995 年 3 月 1 日開辦至今已滿 20 年，台灣全民健保制度擁有普及、方便、自由、經濟、滿意度高之五樣特性，2008 年之諾貝爾經濟學獎得主保羅·克魯曼（Paul R. Krugman）曾撰文稱讚台灣擁有全世界最好的健保制度，英國經濟學人雜誌（Economist）2000 年在評估世界健康排行榜時，評估各項指標後，將台灣評比為世界第 2 名。台灣中央健康保險署(以下簡稱健保署)為本次會議贊助單位(Organizational Supporters)之一，大會特別安排一場分組會議，專題討論台灣健保 20 年周年我們學到些什麼(Taiwan's 20-Year Journey of Universal Health Coverage：What Have We Learned?)本場次由國立陽明大學黃文鴻教授擔任主席，邀請長庚大學盧瑞芬教授、國立陽明大學蔡憶文教授、國立台灣大學鄭守夏教授、國立中央大學蔡偉德副教授專題演講。

台灣全民健保為強制性保險，當初係整合公保、勞保、農保三大社會保險，

擴大涵蓋原先 43% 未有任一健康保險之人口，目前全民健保納保率為 99.6%，醫療院所特約率亦達 93%，民眾就醫非常方便且自由，可隨自己意願至任何一家院所就醫，跨層級就醫只會加收少許之部分負擔費用，大幅降低民眾的就醫負擔。透過全體國民繳納保費，集合資金分擔民眾就醫之醫療費用，讓弱勢民眾可獲得基本的醫療保障，達成平等的就醫機會與可近性。全民健保核心價值係保障民眾的「就醫平權」及「經濟平權」；「就醫平權」係解決民眾「因病而貧」的問題，「經濟平權」係避免民眾「因貧而病」。全民健保對於弱勢族群的照護提供保費補助、欠費協助、醫療保障等多項措施，協助台灣約 300 萬人之弱勢族群就醫。全民健保滿意度歷年平均維持在八成以上，台灣全民健保達成納保率高、公平性高、肯定度高及醫療費用低等目標，也成為世界各國推行全民健保制度學習的榜樣。

台灣全民健保為單一保險人制度，即由健保署擔任單一保險人，也因此簡化了許多行政程序及費用。健保署於 2013 年 7 月開始運用雲端藥歷查詢系統，提供醫師、藥師可即時於線上查詢病患用藥紀錄，避免醫師重複開立處方並減少病患重複用藥，提升用藥安全，相對的也節省不必要的醫療資源浪費。健保署於 2014 年 10 月推行「全民健保健康存摺」(My Health Bank) 系統，可以提升民眾對自我健康及就醫狀況的瞭解。

台灣全民健保的行政費用只占健保總醫療費用的 1.7%，相對於美國老人醫療保險(Medicare)行政費用為 7.3%、荷蘭 4.0%、韓國 3.6%、加拿大 2.7%，顯見台灣全民健保有極高的行政效率。另台灣公立醫院病床數約占總病床數 35%，公立醫院常年來扮演社區健康守護及執行公共衛生的角色，約有三分之二的公立醫院分布於偏鄉及離島，提供居民醫療照護服務。然而 1995 年健保剛開辦時，台灣 65 歲以上老年人口約 163 萬人，占總人口 7.6%；至 2014 年 65 歲以上老年人口已成長為 280 萬人，占總人口 12.0%。由於人口結構老化及醫療科技進步，造成健保醫療費用不斷成長。健保總額從剛開辦總醫療費用為新台幣 2,800 億元，增加至目前約 6,000 億元；平均每人每年醫療保健支出從開辦之初約新台幣 18,000

元，到 2013 年增加為新台幣 41,242 元(約 1,385 美元)；而醫療保健支出占 GDP 的比例從 5.25%增加為 6.33%；台灣民眾至 2013 年平均餘命已達 80.02 歲，其中男性為 76.91 歲，女性為 83.36 歲，國人平均餘命增加 5 年多。相對於美國 2013 年醫療費用達 2.75 兆美元，平均每人每年醫療費用金額約 8,713 美元，醫療保健支出占 GDP 達 16.4%，而民眾的平均餘命僅 78.8 歲。台灣因有全民健保，讓民眾享有較低廉的醫療費用，並有較高的平均餘命。

台灣於 1998 年由牙醫門診開始試辦總額支付制度，至 2002 年全面推動，抑制醫療費用的過度成長。總額支付制度在實際運作上，可分為支出上限制（expenditure cap，浮動點值）及支出目標制（expenditure target，固定點值）。台灣全民健保總額支付制度係採支出上限制，從過去台灣發表的一些學術研究發現，總額支付制度對於成本控制是有效的，但對於醫療照護的品質則有些下降。故健保署除推動總額支付制度外，也進行各項支付方式改革措施，以控制成本並提高醫療照護品質，如採行整合性照護、推動住院診斷關聯群(DRGs)、論質計酬計畫(pay-for-performance)等。研究也發現這些改革措施確實可以達到抑制醫療費用成長，並且提高醫療品質。

從 2000 年到 2013 年，健保藥品的總支出從新台幣 829 億元成長至 1,540 億元，相當於由 27.6 億美元成長至 51.3 億美元，藥費支出約占健保總醫療支出 25%。健保署自 1999 年起開始辦理藥價調查，並且每二年就進行一次藥價調整，以縮小健保藥價與市場交易價格之差異，藉由藥價調整的節餘，運用於引進新藥及新科技，讓全體國民分享藥價調整節餘的效益。並自 2013 年開始試辦「藥費支出目標制」二年，每年就超出目標值額度作為次年藥價調整額度之上限，定期檢討藥品支付價格，讓藥價調整結果更具有可預測性。然而經過多次藥價調查及調整後，台灣部分藥價比美國、加拿大、德國、英國、法國、瑞士、日本、韓國、中國、澳洲等主要國家都還要低廉，雖然有助於成本控制，但也可能造成本土製藥產業的衝擊，及部分外國原廠藥不願進口至台灣的問題。

由於醫療費用的快速成長造成健保財務收支不平衡，台灣於 2013 年起實施

二代健保，民眾除負擔原有的保險費外，另外針對兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及獎金徵收 2% 的補充保費。因實施財務改革，2014 年全民健保安全準備金達新台幣 487 億元。

## 二、台灣晚餐研討會 (Taiwan Dinner Session)

台灣晚餐研討會係由健保署所主辦，2015 年 7 月 13 日星期二晚上於 Grand Visconti Palace Hotel 舉辦晚宴及演講，邀請關心台灣事務之外國專家學者參與，由美國普林斯頓大學鄭宗美教授主持，並由健保署李副署長丞華發表專題演講，講題為「台灣全民健保 20 年之成就與挑戰」(20-years of Taiwan's National Health Insurance : Achievements and Remaining Challenges)。會中提到 2014 年台灣全民健保負擔比例，一般民眾為 35.45%，企業雇主為 28.55%，政府為 36.0%。而醫療費用支出醫院佔 69.6%(其中門診為 37.3%；住院為 32.3%)、西醫基層診所 18.7%、牙醫診所 7%、中醫診所 3.9%。在手術等待時間方面，在眼科手術一年約有 17 萬個病例，平均等候時間為 11 天；膝關節手術一年約有 2 萬個病例，平均等候時間為 17 天；髖關節手術一年約有 9 千個病例，平均等候時間為 12 天。若將民眾所得分成五等分，最低所得組的獲利/保費(Benefit/Premium)比值為 7.3，而最高所得組的獲利/保費(Benefit/Premium)比值為 2.2，民眾平均獲利/保費(Benefit/Premium)比值為 3.4，顯示全民健保幫助收入較低的民眾較多。台灣的健保實施二十年以來，已部分達成當初制度設計之目的，如提高就醫可近性 (accessibility)、提升醫療體系效率 (efficiency)、就醫公平性 (equity) 及就醫品質 (quality)，並獲得民眾之高滿意度。

然而目前台灣全民健保仍存在一些挑戰，如新醫療科技及新藥急待引進、人口持續老化導致醫療費用上漲、持續推動支付制度改革、利用健康促進取代提供醫療服務等。在新醫療科技及新藥方面，例如台灣有 2.5% 人口感染 C 型肝炎，約 60 萬人。目前治療 C 型肝炎新藥每人費用為 8 萬美元，總醫療費用為 480 億美元，約為目前全民健保總醫療費用的 2.5 倍。如何在引進新醫療科技、新藥與健保財務之間取得平衡，為目前全民健保之難題。在人口老化方面，2014 年約

有 12% 的老年人口(大於 65 歲)，預計到 2025 年約有 20% 的老年人口。2014 年全民健保醫療費用約新台幣 5,600 億元，預計到 2030 年全民健保醫療費用將達新台幣 9,100 億元。面臨醫療費用快速上漲的壓力下，需進行支付制度改革，以論病例計酬、論質計酬之包裹式給付(Bundle payment)取代傳統的論項目計酬(itemized payment)，並對民眾施行衛生教育，以健康促進取代醫療服務。

### 三、醫療改革與健康保險

美國於 2014 年正式實施可負擔健保法案(Affordable Care Act, 簡稱 ACA)，採強制納保，對於年收入在美國聯邦政府貧困標準 1.38 倍以下的個人與家庭，由政府全額補助，可免費納保。對於年收入在美國聯邦政府貧困標準 1.38~4 倍的民眾，政府給予部分的保費補貼，民眾若未加入健康保險將被罰鍰。並規定健康保險應該要包含多項基本服務，除門診、住院和處方藥之外，也包括婦女生產和新生兒保健、精神健康和藥物濫用服務和復健服務等。並且規定保險業者不得拒保已有疾病者，及罹病後亦不得強制斷保。自從美國實施可負擔健保法案後，未納保率已從原先 20.3% 下降至 12.3%。

在醫療改革方面，世界各國之健康保險業者常利用守門員(gatekeeper)、個案管理、疾病管理、事前審查、病歷事後審查、電子病歷、雲端建置與分享等方式，促使醫療照護提供者改善醫療品質、避免醫療資源如醫療儀器及藥品濫用，以控制醫療費用上漲。美國正在推動電子健康紀錄(Electronic Health Record, EHR)，希望五年內可以全面實施電子病歷，希望能降低醫療資源不當耗用。美國為配合可負擔健保法案推出醫療體系改革方案，如責任制醫療機構(Accountable Care Organizations, ACOs)。責任制醫療機構係希望通過整合醫療資源的方式來降低成本、提高醫療服務品質。責任制醫療機構是由醫院和診所按地域自行組合成的醫療團體，其成員包含醫院、診所、醫師和其他醫療服務提供者組成。每個責任制醫療機構要保障 5,000 名以上聯邦老人醫療保險(Medicare)被保險人的醫療需求。美國醫療保險和醫療扶助中心(CMS)按責任制醫療機構照顧的人數支付費用，並從電子病歷分析數據，對品質好的責任制醫療機構給予 1~5% 的獎勵，並

要求責任制醫療機構提供以病人為中心之整合式照護(Patient Centered Medical Home, 簡稱 PCMH), 避免不必要及重複的醫療支出, 並提供病患高品質、安全又有效率的醫療服務。研究顯示實施責任制醫療機構 Accountable Care Organizations (ACOs)有較好的醫療品質及較低的醫療成本。

#### 四、人口老化、醫療需求與長期照護

近年來由於醫學進步, 世界各先進國家之平均餘命均不斷的延長, 日本為 OECD 國家中, 最長壽的國家, 2014 年日本國民平均餘命達 83.4 歲, 其次是西班牙 83.2 歲、瑞士 82.9 歲、義大利 82.8 歲、法國 82.3 歲、澳大利亞 82.2 歲。台灣國民平均餘命為 80.0 歲, 鄰近的韓國平均餘命為 81.8 歲, 而美國僅有 78.8 歲。隨著平均餘命的延長, 人口結構也不斷老化。聯合國訂定老年人口(65 歲以上)佔總人口之比率為人口老化的指標, 老年人口占率達 7%以上為「老化的人口」(ageing population), 達 14%以上為「已經老化的人口」(aged population)。人口老化是造成醫療費用快速上漲的原因之一, 也是現在世界各國普遍面臨的問題。目前 OECD 國家中, 日本面臨最嚴重的人口老化問題, 2014 年日本老年人口占 26.0%; 德國也突破 20%, 達到 20.8%; 瑞典老年人口占 19.3%; 美國老年人口占 14.5%; 南韓老年人口占 12.7%; 台灣老年人口占 12.0%。人口老化也造成慢性病盛行率增加, 致使醫療費用快速上漲, 根據研究顯示, 65 歲以上老年人口之醫療費用占總醫療費用支出的三分之一。

人口老化已是全世界之趨勢, 關於老年健康與長期照護更是各國關注的焦點。近年來各國越來越重視健康老化的概念, 不應只追求平均餘命的延長, 更重要的是讓老年人的生活更健康、更滿足。所以對於老年人的健康關注不再侷限於慢性病患者或長期失能的功能障礙者, 而希望在延長平均餘命與減少死亡風險下, 促進老年人健康, 不僅僅只是減少慢性疾病與失能的風險, 更希望維持良好的身體健康、心智功能, 並促進社會心理層面的健康, 使老年人能積極地享受老年生活。要達成成功老化(successful aging), Rowe & Kahn 在 1997 年 Gerontologist 期刊中, 曾對成功老化提出三元素: 1. 避免疾病(avoiding disease)、2. 維持高認知

與身體功能(Maintaining high cognitive and physical function)、3.生活積極承諾(Engagement with Life)。許多疾病風險是可避免的，若能藉由均衡飲食、規律運動、良好的生活習慣，如戒菸、戒酒，以避免高血壓、高血脂、高膽固醇等代謝性疾病，即可避免糖尿病、高血壓等疾病。而老年人需盡其可能維持獨立生活的能力，才能擁有自尊與滿足感。「維持高認知與身體功能」的方法，包括：教育、常運動以維持好的身體功能與體適能、環境因素（如工作、家人相處）、訓練及社會支持等。「生活積極承諾」，包括維持與他人的社會關係，社會、家庭的情緒性支持，例如情感、尊重等，並持續參與活動，如參與有給職工作與無給職的義工等。

對於慢性病患者或長期失能的功能障礙者，則應該給予長期照護系統。長期照護係指對身心失能持續已達或預期達六個月以上，且狀況穩定者，依病患之需要，提供其生活及醫療照護。大多數照護為提供病患日常生活的支援，如穿衣、吃飯、洗澡和上廁所等服務。該服務可在家庭、社區或在護理之家進行；任何年齡的人都可能需要長期護理，而老年人是長期照護主要的照護對象。

## 五、營養、健康決定因素、行為健康經濟學與疾病費用

目前全世界面臨糧食嚴重分配不均的問題，依據聯合國糧食及農業組織統計指出，全世界目前有多達 8 億 4,200 萬人仍生活在飢餓狀態。全世界每年在生產與消費過程中，浪費的糧食卻高達 13 億噸，約可養活 20 億人。食物浪費有 54% 發生在收割、運輸與儲存的生產過程，剩下的 46% 則發生在零售商販賣過程與消費者。生產過程中的損失大多發生在開發中國家，而在零售商和消費過程中的浪費常發生在中、高收入的國家，這些損失與浪費，導致全世界每年生產的 30% 穀物、40%~50% 塊根作物、水果與蔬菜、20% 的肉類與乳製品，以及 30% 的魚類無謂的損耗，這也造成全世界每年經濟損失達 7,500 億美元。並且因為栽種及養殖這些浪費掉的農作物及動物，也造成自然資源的浪費，需消化 13 億噸糧食及 250 立方公里的水、14 億公頃土地，也因此排放 33 億公噸的二氧化碳。在富裕國家中因營養過剩及不均衡，常造成肥胖等相關慢性疾病；相對地在非洲較窮困

的國家，仍面臨飢荒的問題，造成營養不良導致的疾病，而現在因飢荒及戰亂所引發的難民問題，也正衝擊著歐洲社會。

均衡的飲食、適當的運動及良好的生活習慣是健康的決定因素，本次研討會重點之一為營養與疾病的關係。過度的飲食導致肥胖，肥胖已經成為文明國家日益嚴重的健康問題，因肥胖導致的疾病，如：糖尿病、高血壓、高血脂症、心臟病、腦中風、睡眠呼吸中止症、不孕、痛風、退化性關節炎、脂肪肝、膽結石、癌症等。兒童偏食也常造成某些營養素缺乏而導致疾病，如：便秘、口角炎、腹瀉，食慾不振、發育不良等。然而相對於文明國家，部分開發中國家，仍存在飢荒等糧食危機，而造成營養不良的情況。2010 年全世界約有 9 億人營養不良，世界兒童死亡原因中，有 1/3 是營養不良造成。估計全世界有 150 萬兒童與婦女死於營養不良，有 1.65 億兒童因營養不良導致發育遲緩。

生活習慣中，抽菸行為也被廣泛研究及討論。目前全世界約有 9.67 億抽菸人口，中國大陸約佔 2.76 億人，全世界每 10 個人死亡其中約有 1 個人可歸因於抽菸所引起，抽菸者約有 1/3 到 1/2 的機率死於菸害。相較於不抽菸者，抽菸者平均早逝 15 年。全世界每年約有 600 萬人死於抽菸所引起的相關疾病，其中約有 60 萬人為不抽菸者，卻因暴露於二手菸而死亡。台灣約有 350 萬抽菸人口，每年因抽菸而死亡人數約 2.8 萬人。2014 年世界香菸消費總量為 5.8 兆支，抽菸引發許多疾病，如：惡性腫瘤、心臟疾病、血管疾病、肺炎、慢性下呼吸道疾病、慢性阻塞性肺疾（COPD）等。全世界花在抽菸所導致疾病的醫療支出，每年超過 2,000 億美元，估計世界各國因治療抽菸引起的相關疾病，其醫療費用約占總醫療費用的 6~15%。

## 肆、心得

國際健康經濟學會(iHEA)世界研討會提供健康經濟專家學者及健康政策制定與執行者交換心得的機會，學者也於此年會提出評估世界各國不同衛生政策、營養保健及保險制度之相關論文，並進而將研究成果回饋給健康政策制定者參考，適合健康保險、健康政策制定者及執行者進行交流、學習，以了解國內外最新的研究結果及實務經驗，並提供我國參考。對於本次會議心得摘述如下：

本次年會探討許多台灣全民健保、人口老化、長期照護、營養、健康行為、衛生政策、衛生經濟等相關議題。雖然人口老化已是全世界之趨勢，目前世界各國愈來愈重視如何讓老年人可以健康地老化，不單單只重視老年人的醫療需求，更重要的是促進老年人健康，包含身體、心理、社會的全方位健康。

而世界各國面臨的營養問題也各不相同，對於歐美及台灣等先進國家，營養過剩造成的肥胖所引發的各項疾病，是先進國家需要面對的課題。而開發中國家仍有許多人民面對飢荒等營養不良的問題，這也是我們需要深入思考的議題，先進國家的人民過度浪費食物，但貧窮國家的人民卻連吃飽都成為問題，因此要懂得珍惜食物，及讓食物平均分配到每個人，是全世界都應該面對的問題。

抽菸造成的健康危害，仍然是全世界關注的焦點之一，抽菸是人們可以自己選擇的行為，世界各國需要更多的宣導、教育並且制定相關法令，以減少抽菸人口。台灣目前推廣禁菸餐廳、禁菸校園等，在法令上也規定不得在公共場所抽菸，並且對於菸品課健康福利捐，已經有效降低台灣的抽菸人數，惟仍值得繼續推廣實施。

台灣全民健保已經實施 20 年，全民健保維持納保率高、公平性高、民眾滿意度高及醫療費用低廉等特色，一直是世界各國學習的對象。在本次研討會中，有專門的時段討論台灣全民健保制度，讓各國的專家學者可以學習台灣實施全民健保的經驗及優點，大幅擴展台灣的能見度，做了許多國民外交的工作，全民健保真的是台灣的驕傲，因此民眾更應該珍惜全民健保，醫療資源是有限的，要珍惜使用，不要浪費醫療資源。世界各國也積極進行支付制度改革、醫療體系改革，希望提升醫療品質及降低醫療成本等部分，也是台灣全民健保值得學習之處。

台灣民眾也越來越重視健康促進，提倡慢跑等活動，各大都市及團體會自主辦理各項慢跑活動，參加民眾也越來越多。提升民眾健康，除了進行醫療體系的改革外，民眾亦須有自我照護的意識及養成定期運動、均衡健康的飲食習慣等，才能達到提升健康的目的。

## 伍、建議

下列建議提供政策規劃及未來業務推動參考：

- 一、應持續推動改革全民健保支付制度，以論質計酬或論病例計酬方案取代論量計酬，並對於醫療品質較佳的院所給予獎勵。
- 二、應建立以病人為中心的醫療服務，持續推動電子病歷及雲端藥歷查詢系統，達成跨院之間醫療資源共享，以避免不必要之重複檢查，並應推動健康促進活動，以取代只有提供醫療服務的概念。
- 三、世界各國皆面臨人口老化的問題，建議應建構友好的社區、家庭環境，給予老年人社區及家庭支持，並應推動長期照護保險，使需要接受長期照護的人，可得到妥善照護。
- 四、教育民眾養成均衡飲食、定期運動及良好的生活習慣，以提升健康，並持續宣導戒菸，以避免菸害之相關疾病。
- 五、建議政府在經費許可下，持續派員參與國際會議，以拓展國際視野，及掌握國際間衛生政策及健保政策的最新趨勢，有助我國衛生政策及健保政策的擬定與推動。

## 陸、會議活動照片



會議場地



會議現場-1



會議現場-2



海報展示