

衛生福利部出國報告（出國類別：會議）

**2016 年第 4 屆健康體系全球研討會
出國報告
(Global Symposium on Health
Systems Research)**

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：劉于鳳科員

派赴國家：加拿大溫哥華

出國期間：105 年 11 月 13~20 日

報告日期：106 年 2 月 3 日

摘要

健康體系全球研討會(Global Symposium on Health Systems Research, HSR)為每2年舉辦一次的國際年度大會，本次是第4屆，於2016年11月14日至18日假加拿大溫哥華會議中心(The Vancouver Convention Centre)舉行，由協會Health Systems Global(HSG)統籌主辦，參加者主要是來自世界各地衛生領域相關從業人員、決策者、研究人員等，2天衛星會議及3天正式會議，包括77場衛星會議、4場大會演講、125場分組討論及口頭報告，以及近500篇海報展示。

會議主題為「變動世界下，具有彈性及反應力的健康體系」(Resilient and responsive health systems for a changing world)，承襲前3屆對於全民健康照護、以人為本的健康體系等相關討論，深入探討健康體系面臨複雜挑戰時之因應策略。HSG執行長Sara Bennett擔任開幕大會主席，扮演承先啟後之角色，總結第3屆HSR至今之工作成果，包括：

1. 2015年世界衛生組織(World Health Organization, WHO)大會決議，實踐以人為本的整合型醫療服務框架仍是目前工作重點。
2. 維繫全球健康的社會責任逐漸受到重視。
3. 第3屆HSR有關提升全球健康體系能力之目標，其訓練課程及培訓工作坊之推展已具相當成效。

基於建立具有彈性及反應力的健康體系之原則，分組討論及口頭報告聚焦於如何強化健康體系的彈性、落實健康體系改進和創新、發展新夥伴關係與合作機制等，期許透過本次會議商討、融和多方觀點，激盪出新思維，使全球健康體系朝向更全面性、更符合以人為本的方向發展，並藉由各國交流分享之機會，精進專業知識，掌握國際健康政策潮流。

目錄

| | |
|-------------------------|----|
| 壹、前言及目的 | 4 |
| 貳、會議過程 | 7 |
| 參、會議摘要 | 8 |
| 一、11月14日(衛星會議)..... | 8 |
| 二、11月15日(衛星會議)..... | 9 |
| 三、11月15日(歡迎大會)..... | 10 |
| 四、11月16日(開幕大會)..... | 12 |
| 五、11月16日(口頭報告)..... | 14 |
| 六、11月17日(全體大會)..... | 15 |
| 七、11月17日(口頭報告)..... | 16 |
| 八、11月18日(口頭報告)..... | 17 |
| 九、11月18日(閉幕大會)..... | 19 |
| 肆、心得與建議 | 21 |
| 伍、附錄 | 24 |
| 一、會議資料目錄(完整資料詳電子檔)..... | 24 |
| 二、研討會相關照片 | 25 |

壹、前言及目的

健康體系全球研討會始於 2010 年，由世界衛生組織(World Health Organization, WHO)籌辦，於瑞士蒙特勒召開，旨在健全科學證據，促使衛生決策者、從業者加速推動全民健康照護(Universal Health Coverage, UHC)，並致力於強化中低收入國家的健康體系。具體作法包括：分享最新的全民健康照護研究、制定全球研究議程以加速全民健康照護進展、促進更多的合作研究、強化健康體系領域的科學研究、確定中低收入國家健康體系能力的強化機制。

2012 年，第 2 屆健康體系全球研討會於中國北京召開，除延續首屆精神探討全民健康照護，更注重包容性及創新，會上專題討論重點聚焦於知識轉移、最新的健康體系研究及健康體系研究方法學，期間並成立了專業協會—Health Systems Global(HSG)，該組織聚集全球研究者、決策者及執行者，致力於全球健康體系研究及知識傳遞，尤其側重推動中低收入國家的全民健康照護，每 2 年舉辦一次全球性研討會為主要活動。

2014 年，第 3 屆健康體系全球研討會於南非開普敦召開，主要呼籲各地宜深化、擴展以人為本的健康體系，以人為核心，積極探討解決健康不平等、改善健康照護品質、重視衛生體系工作者的人權與需求、確認資源分配及服務傳遞等目標。第 3 屆起由 HSG 主導會議，廣邀世界各地健康體系研究領域的衛生相關人員，期能發揮集體能力以強化健康體系，藉由知識的分享、創造及應用，實現更健康、更公平的全球健康體系。

2016 年，第 4 屆健康體系全球研討會於加拿大溫哥華召開，以「變動世界下，具有彈性及反應力的健康體系」為主軸，承襲前 3 屆對於全民健康照護、以人為本的健康體系等相關討論，進一步探究全球健康體系面臨複雜挑戰時，如何維持其穩定性及保護全民就醫權力與公平性。

從經濟危機、氣候變遷、外來移民，到新興傳染病、營養不良、母嬰健康等挑戰，再再考驗各國健康體系之運行，HSG 提到，如今西非正遭受伊波拉病毒肆虐、孕產婦健康、失靈的衛生系統等問題，導致數千人死亡。雖然臺灣所面臨的問題與西非不盡相同，少子化、快速老化、慢性疾病攀升等挑戰逐漸浮現，解決之道卻是殊途同歸，即建立有彈性、有韌性的健康體系，方能吸收內、外變化造成之影響，並維持現有體制不崩壞。

HSG 認為健康體系亦需具備反應能力，即以人為本，預測未來健康需求，利用新的機會及有效的政府政策，促進全民健康照護及各項措施介入。生物科技、媒體網路不斷進步，應藉此機會建立健康體系的反應機制；為解決當前及未來的各項挑戰，需要強而有力並具包容性的決策，政府支持至關重要，以有效分配資源，確保資金充裕，必要時尋求國際支持。

基於建立具有彈性及反應力的健康體系之原則，討論重點聚焦 6 大主題：

1. 強化健康體系的彈性：在每一環節吸收衝擊和維持體制。
2. 平等、權利、性別與倫理：以價值觀為基礎，維持健康體系反應能力。
3. 利用權力和政策促進健康和公共價值。
4. 落實健康服務體系之改進和創新。
5. 研究及發展健康體系的新夥伴關係與合作機制。
6. 發展健康體系未來互惠學習與評量之方法。

各項主題依其演說內容，又細分 5 項次目標：

1. 尖端研究。
2. 創新的研究方法和措施。
3. 發展潛能的新策略。
4. 學習型團體與知識傳譯。

5. 發展健康體系的創新做法。

本屆會議旨在深入探討不同國家或環境下，健康體系面對挑戰時之因應策略及人力、物力與數據需求，不論是懸而未決的沉痾或是新發生、未來預期會產生之挑戰，鼓勵各界提出創新研究，改善尚未完成或新出現的衛生問題，並樂見跨部門、跨團體，甚至是跨國界的合作關係。

本次參與第4屆健康體系全球研討會，拓展國際視野之虞，更期能吸收國際健康照護新知，做為未來相關政策制定之參考，主要目的包括：

1. 了解國際間推動全民健康照護之規劃、進展與現況。
2. 了解中、低收入國家建構健康體系、推動全民健康照護之國際合作模式
3. 觀摩他國建構具有彈性及反應力之健康體系的作法、成效與困境。
4. 學習國際健康新知，觀察未來健康議題國際關注重點。

貳、會議過程

2016 年第 4 屆健康體系全球研討會於 11 月 14 日至 11 月 18 日假加拿大溫哥華會議中心(The Vancouver Convention Centre)舉行，主題為「變動世界下，具有彈性及反應力的健康體系」，以衛星會議(Satellite Sessions)、全體會議(Plenary Sessions)、口頭報告(Oral Session)、分組討論(Organized Session)、多媒體會議(Multimedia session)、海報展示等形式舉辦，計有 100 多國、近 2,000 名衛生相關領域人員參加。

11 月 14、15 日為衛星會議時段，近 20 場會議同時舉行，依議程長短有全天、半天及 2 小時之分，2 天共舉辦 77 場，並於 11 月 15 日下午 5 點結束所有衛星會議，隨後召開歡迎大會>Welcome Plenary)，正式拉開第 4 屆健康體系全球研討會序幕。

11 月 16 至 18 日為正式會議時段，11 月 16、17 日首場分別以開幕大會(Opening Plenary)及全體大會(Plenary Sessions)開場，其後依討論主題及次目標，同時安排十幾場口頭報告或分組討論；11 月 18 日為會議最一天，於下午 3 點前完成所有周邊會議，而後進行閉幕大會及閉幕典禮，為本屆會議畫下完美句點，並期許於英國利物浦召開之 2018 年第 5 屆健康體系全球研討會持續傳承大會精神。會議議程安排如下：

| 日期 | 11/14(一) | 11/15(二) | 11/16(三) | 11/17(四) | 11/18(五) |
|------|----------|--------------|----------------------|----------------------|------------------------------|
| 會議形式 | 衛星會議 | 衛星會議 歡迎大會 | 開幕大會 口頭報告 分組討論 | 全體大會 口頭報告 分組討論 | 口頭報告 分組討論 閉幕大會 閉幕典禮 |

參、會議摘要

一、11月14日(衛星會議)

| | |
|------|--|
| 會議主題 | District health systems strengthening and community health platforms: presentations and discussion of evidence based on three decades of experience in Africa and Asia |
| 主持人 | United Nations Children's Fund (UNICEF) |
| 演講者 | David Hipgrave, Gabriele Fontana, Ngashi Ngongo, Theresa Diaz, Kumanan Rasanathan, Mark Young, Jerome Pfaffman, Nicholas Oliphant, Nathan Miller |

儘管許多國家的衛生政策權力逐漸下放，但強化健康體系之討論仍以國家層面為多。多年來，聯合國兒童基金會及其合作夥伴致力於克服區域及社區的健康服務提供障礙，早期以控制疾病和健康服務投入為主，近年則轉向區域及社區的健康體系強化(District and community HSS, DHSS and CHSS)。

健康體系強化(Health Systems Strengthening, HSS)是國際熱門衛生議題之一，不僅有利於全民健康照護的推動，更意味健康服務之供應、需求及品質等問題開始受人注重，聯合國兒童基金會認為推動時不能忽略2項重點：

1. 為達成全民健康所執行的相關政策，應該避免不同群體間的健康不平等加劇，消弭健康服務及健康結果的使用差異。
2. 為衡量全民健康照護的進展，需辨明導致不平等的原因，特別是針對區域或社區的健康服務水準評估。

有鑑於此，實現全民健康照護，有賴於強化所有行政層面的健康體系，聯合國兒童基金會藉由 Tanahashi 框架展開強化健康體系的工作，此框架為 Tanahashi 博士於 1978 年提出，以健康服務利用率評估健康體系能力及公平性。利用在亞洲、非洲中低收入國家的推行經驗，介紹地區健康體系強化要點、地方衛生相關人員之作用及能力、

地方政府做為等，強調地方衛生單位應收集當地數據，以利在地資源分配，以及經常性的監測有助於工作調整，會上集中探討 3 項主題：

1. 地區的健康數據收集及利用。
2. 衛生資金籌措、支出、追蹤及地方資源分配。
3. 地方政府的政策宣導、規劃方向等。

並有講者分享馬拉威國內地方健康體系強化之挑戰及地方數據收集之困境、簡介尼泊爾如何利用數據賦予地方政府權力及社區衛生相關工作者之作用、奈及利亞衛生現況及國家健康服務改善計劃，此外，尚有菲律賓、烏干達等多國分享其國內地方衛生規劃。

二、11 月 15 日(衛星會議)

| | |
|------|--|
| 會議主題 | Health programs and UHC: disentangling verticality, horizontality and diagonality |
| 主持人 | World Health Organization and Global Fund |
| 演講者 | Joseph Kutzin (WHO), Michael Borowitz (Global Fund), Kara Hanson (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Ajay Tandon (World Bank), Aparna Kollipara (South Africa National Treasury), Susan Sparkes (WHO), Shufang Zhang (Global Fund), Antonio Duran (WHO Consultant) |

開場由會議主持人講述議程安排及會議目的，旨在透過通用框架，協助各國檢視健康計畫，避免資源重複投入、重疊分配，使衛生資源回報最大化。會上並由南非財政部人員 Aparna Kollipara 分享試行結果，提出南非目前面對的挑戰、亟需整合的健康計畫，及未來努力方向等，為其他國家提供寶貴經驗。

健康計畫是針對特定疾病或群體的健康介入措施，許多國家藉此優先提供健康相關服務，尤其在中、低收入國家，因資金捐助者對特定領域的援助，導致健康體系縱向強化，但缺乏橫向聯繫，這些資金

援助健康計畫往往自主運作，以實現其單一、各自的預期目標。然而，隨著中、低收入國家疾病類型轉變，慢性非傳染性疾病漸增，相關成本不斷上升，加上全球經濟不景氣影響，國際援助資金減少，衛生資源逐漸轉回國內，自主運作的健康計畫不僅無助於持續執行與維持，更難以達成全民健康照護。

為此，世界衛生組織建構檢測框架，藉由簡易的分析步驟，期望改善中、低收入國家低效率的健康計畫，或至少維持現有計畫的運行，檢測項目主要是針對健康體系中的各項健康計畫，辨明有無跨計畫的資源重複、重疊或錯位，透過分析結果，改善整體健康體系的資源配置及計畫運行方式。

因各國的定性分析與計畫內容有所差距，此框架並未詳細定義每個階段的具體成果，世界衛生組織強調，檢測框架並非工具，其只能提供概念與技術方法，以整體衛生體系為考量，促進跨計畫的執行效率，框架有 3 大步驟：

1. 選擇方案並快速評估：選擇評估方案，分析其最終目標以及相對於其他健康計畫的績效。
2. 分析並診斷：確認重複、重疊、錯位的領域，以及最重要的低效率源頭，其可能是未來改善的再造標的。
3. 制定選項：為政策制定者提供合宜的政策選項，改善低效率源頭。

藉由本會議推廣系統化的檢測，期望能協助決策者解決健康計畫低效率問題，並使健康及財政部門了解如何將資源發揮最大價值，提高健康體系改革效率，並確保全民健康照護在中、低收入國家可持續性推行。

三、11 月 15 日(歡迎大會)

| | |
|----------|---|
| 會議 主題 | Resilient peoples, responsive health systems? Bringing indigenous understandings of health and wellness to health |
|----------|---|

| | |
|-----|--|
| | systems evaluation and improvement |
| 主席 | Malcolm King (Scientific Director, CIHR Institute of Aboriginal Peoples' Health, Simon Fraser University) |
| 演講者 | Nadine Caron (Academic Physician, Surgery, University of British Columbia), Nila Heredia Miranda (Executive Director, Andean Health Organization), Mark Tyndall (Deputy Provincial Health Officer, British Columbia Centre for Disease Control) |

開場邀請溫哥華 squamish 族等原住民族群代表上台致詞，講述加拿大原住民族群的過往歷史與發展足跡，並以原住民舞蹈及音樂表演揭開本屆會議序幕。

隨後由主持人 Malcolm King 開幕致詞，並提出本次會議 2 大基本原則：

1. Two-eyed Seeing，為加拿大東岸 Mi'kmaq 族長老 Albert Marshall 所提出，意指一隻眼睛以原住民族的知識及力量觀看世界，另一隻眼睛則以西方角度看待，如此，雙眼可以看得更遠、了解更多，無遠弗屆。
2. 聯合國原住民族權利宣言 (Declaration on the Rights of Indigenous Peoples) 提到民族自決權 (the right of self-determination)，其中有關各民族對健康的定義和認知，是健康 (Health) 研究中不可或缺的概念。

Mark Tyndall 是加拿大公共衛生領導者，目前為加拿大英屬哥倫比亞省副省級衛生官員，分享其在原住民衛生醫療部門的工作經驗及看法，他認為現有醫療體系無法反映少數民族需求，應該從患者的生活史、族群史等分析疾病成因，方能有效防治並促進健康，尤其是解決原住民族健康問題。

Nadine Caron 是第一位從英屬哥倫比亞大學醫學院畢業的女性

原住民學生(現職為內分泌科醫生)，長期致力於消除農村、偏遠地區、原住民等健康差距。她強調原住民健康與醫療體系的在地化，受到許多社會因素如缺少教育、衛生知識、醫療服務及設施等影響。醫療體系問題，往往造成原住民家庭生活問題，進而影響個人身心健康狀況，此外，藉由傾聽原住民的口述歷史，比統計數據更能有效瞭解各民族的需求。

Nila Heredia Miranda 是玻利維亞醫師，多年來深耕原住民公共衛生領域，她介紹南美原住民族群概況，以及反邊緣化、反殖民的人權抗爭進程，並表示促進健康是生命的基礎權力，應確保不同型態的生活方式都能維持平衡與和諧。

四、11月16日(開幕大會)

| | |
|-------|---|
| 會議主題 | Resilient and responsive health systems: learning from frontline experiences |
| 主席 | Sara Bennett (Chair of Health Systems Global Board of Directors, Johns Hopkins School of Public Health) |
| 座談主持人 | Agnés Soucat (Director for Health Systems, Governance and Financing, World Health Organization) |
| 演講者 | Karina Gould (Parliamentary Secretary, Minister of International Development et la Francophonie), Carissa Etienne (Director, Pan American Health Organization) |
| 與談者 | Ben Ramalingam (Leader of the Digital & Technology Cluster, Institute of Development Studies), Karsor Kollie (Neglected Tropical and Non Communicable Disease Program, Ministry of Health in Monrovia, Liberia), Midori de Habich (Associated Researcher, Instituto de Estudios Peruanos), Davide Mosca (Migration Health Department, |

開幕大會分為 2 部分，上半場由主席及 2 位講者演講，下半場為貴賓座談。

首先由 HSG 執行長 Sara Bennett 開場，總結 HSR 第 3 屆會議至今，全球健康體系相關機構、政策，以及學術研究的成果和轉變，列舉數項現今健康體系正面對的挑戰，包括伊波拉疫情擴散、難民營傳染病疫情、慢性病造成的社會負擔、經濟衰退和政治動盪等，並指出近年來國際政治事件與國家選舉趨勢，反映人民對於不平等和邊緣化的反彈和憤怒，期許透過本次會議商討、融和多方觀點，使全球健康體系朝向更全面性、更符合以人為本的方向發展。

第 1 位講者為加拿大政府部會秘書 Karina Gould，著重闡述難民弱勢處境，以及建立國際夥伴關係的重要性，並列述加拿大近年的相關貢獻和努力。第 2 位講者為泛美衛生組織主任 Carissa Etienne，過去任職於 WHO，相當重視初級健康照護領域，主張應由 WHO 領導大膽、創新、有企圖心的衛生政策。她強調研究和政策是解決傳染病及衛生問題的基礎，可持續的健康體系不能只靠衛生單位，而是要透過政府整合所有相關領域來達成。至於如何整合相關領域、社會經濟問題、疫情管控以及如何落實政策等議題，國際研究尚待加強。

在上下半場間穿插瓜地馬拉紀錄影片，反映當地弱勢族群在醫療照護上的邊緣化問題，呼籲全球應整合社會各領域力量。

貴賓座談由 Agnés Soucat 主持，邀請 4 位不同領域的專家學者，齊聚討論健康體系如何附加彈性或應變能力等重要特質及其意涵，並反思近期衛生政策與作為。Ben Ramalingam 本人未到場，以影片簡述其觀點，他認為健康體系必須是靈活且有彈性，以便適應需求，保持協調性，並以使用者需求導向、決策機制去中心化、網絡及夥伴關係、高機動性為衛生政策原則。Davide Mosca 則表示不只是政府相關領域需整合，公私部門的合作也是關鍵，重點在於動員更廣泛的全球

社會力量。最後由主持人總結，21 世紀以來全球健康危機不斷，天災、傳染病、戰爭等時有耳聞，健康體系應做出反應，透過國際、政府、公私部門多元領域整合來應對。

五、11 月 16 日(口頭報告)

| | |
|------|--|
| 會議主題 | Participatory action & social accountability |
| 主持人 | Carlos Caceres (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru) |
| 演講者 | Arshima Arshima (Sociation for Action on Health, Education and Environment, Bihar, India), Benilda Batzin (Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud, Guatemala), Isabel Bedoya (UNIVERSIDAD DE LA SALLE, Colombia), Christina Hackett (McMaster University/Nunatsiavut Government, Canada), Renu Khanna (SAHAJ, India), Shinjini Mondal (Public Health Foundation of India, India) |

許多團隊致力於探究公民的參與行動與社會責任之關聯，期望能加強民眾爭取應有的健康權力、促使政府重視健康體系發展。

印度有多個試驗性研究，藉由培訓當地民眾從事衛生工作，做為健康行動的切入點，如恰蒂斯加爾邦(Chhattisgarh)培訓村落婦女作為社區衛生工作者，處理諸多問題，包括營養、衛生、教育、酗酒、暴力、種姓歧視等，分析發現，許多影響健康行為的因素與基層行動有關；印度北部以鄉村衛生委員會為主，加強與當地成員聯繫，努力管理公共服務，帶動地方集體行動，透過正式請求與高階政府機構接洽，談判其訴求；印度西部的古吉拉特邦(Gujarat)則是訓練社區志願者，對懷孕婦女進行檢測，研究認為其可提升社區對孕產婦健康的認知，以及衛生系統的反應能力。

此外，尚有講者分享加拿大如何將社區協作擴展到高風險族群，跨機構、部門，改善個人健康和心理健康；哥倫比亞首都則是藉由公眾教育來促進民眾在健康和社區組織的權利意識。瓜地馬拉原住民人口約占 40%，卻無法享有平等的衛生條件及服務，通過社區志願工作，得以有效改善公共服務並獲得民眾響應。

綜觀研究，學者普遍認為建立社會責任、提高社區公共服務、滿足民眾健康權需求，需要公民持續參與以及部門間的合作。

六、11 月 17 日(全體大會)

| | |
|------|--|
| 會議主題 | Intersectionality as a research approach to understanding and promoting resilience and responsiveness in health systems |
| 主持人 | Daniel D. Reidpath (Head of Public Health, Jeffrey Cheah School of Medicine and Health Sciences, Monash University, Malaysia) |
| 演講者 | Olena Hankivsky (Director, Institute Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University), TK Sundari Ravindran (Achutha Menon Centre for Health Science Studies), Saira Shameem (United Nations Population Fund, Malaysia), Jean-Frederic Levesque (Chief Executive, Bureau of Health Information, Australia), Asha George (South African Research Chair in Health Systems, Complexity and Social Change, University of the Western Cape, South Africa) |

Daniel 表示，弱勢族群可能同時擁有多重弱勢身分，受到來自政治、社會、文化等交叉影響，並在不同的領域出現各種形式的健康威脅，為此，研究者需要透過交織性理論(Intersctionality)討論相關議題，並點出 HSR 的宗旨 leave no one behind 及 universal coverage。

首位演講者 Olena Hankivsky 介紹交織性理論的核心概念，一個

人在社會中不只具有性別身份，同時還擁有族群身份、階級身份、性傾向身份等，有些是被壓迫的劣勢身分，有些則屬於優勢身分，多重身份交互運作，使之成為壓迫者以及被壓迫者。意即全球化、殖民、歧視、恐同、父權中的特權和壓迫都是交互而成的。交織性研究並非明確的研究方法，而是指研究者同時關注彈性、權力、社會正義和平等、類別交互作用、多層次分析、回復力等核心概念，並藉此實踐現代社會科學研究價值；其後 4 位學者則分別介紹於各領域的交織性研究案例。

綜合座談以社會決定論(social determinants)為引言，學者認為交織性研究論和社會決定論雖可互通，但本質仍有所不同，社會決定論的分類模式會限縮討論範圍，而交織性研究則更加關注權力結構的複雜性及社會處境中的交互關係，有助於發現社會決定論下的政策缺失，如忽略改善貧窮的結構問題，得以讓決策者重新思考健康體系的定位與責任，並以整體性為原則，從政治權力分配的角度看待改革可能性。

七、11 月 17 日(口頭報告)

| | |
|------|---|
| 會議主題 | Universal Health Coverage: what does it mean and how should we measure it? |
| 主持人 | Eduardo Banzon (Asian Development Bank, Philippines) |
| 演講者 | Augustine Asante (University of New South Wales, Australia), Ashley Fox (University at Albany, United States), Kadidiatou Kadio (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique Burkina Faso), Mwifadhi Mrisho (Ifakara Health Institute, Tanzania), Trygve Ottersen (University of Oslo, Norway), Gemma Williams (London School of Economics and Political Science, UK) |

什麼是全民健康照護(Universal Health Coverage, UHC)? 在本場專題中，各國學者一同檢視全民健康照護的政策意涵，分析 UHC 主要模型，設計權衡公平、效率、品質及滿意度等的標準，並由斐濟、坦尚尼亞、布吉納法索、迦納等國學者分享推行 UHC 之方式，以及其帶來的效應、後續挑戰。

斐濟以橫斷研究的初級數據，評估家庭收支與醫療保健福利之關聯，結果顯示，在貧困群體獲得公共衛生支出補助方面，以及較富裕群體為健康系統提供較多資金方面成效斐然，然而挑戰依然存在，例如缺乏醫療品質資料、不使用正規衛生系統的比例；坦尚尼亞及迦納學者則是研究弱勢族群的醫療服務和財務公平性，坦尚尼亞殘障人士社經地位、教育程度都較差，儘管衛生部門努力提供醫療服務，多數殘障人士仍無法獲得多數醫療保健服務；迦納對 18 歲以下兒童實施保費豁免，卻未讓弱勢兒童獲得公平的醫療保障權利，究其原因，大多與兒童居住在農村地區、女性戶主或母親未受教育有關。

此外，美國學者 Ashley Fox 則是分析全球 3 種主要醫療服務模式的效率成本、財務公平及服務滿意度等，包括以社會福利制度為主的貝佛里奇模式(the National Health Service model or Beveridge Model)、以社會保險制度為主的俾斯麥模式(the Social Health Insurance or Bismark Mode)，以及混合 2 種模式的單一支付者模式(the single-payer or National Health Insurance model)，他認為單一支付者模式雖然漸受關注，但仍相對罕見，大多數 OECD 國家多採行多元保險人制度，然而無論採行何種模型，健康體系或多或少依賴一般收入及所得稅提供資金，基於低收入國家推行 UHC 之困境及稅基特質，提出其可仿效之模型與具體建議。

八、11 月 18 日(口頭報告)

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 會議 主題 | Interface between global and national |
|----------|---------------------------------------|

| | |
|-----|---|
| 主持人 | Edwine Barasa (Kemri-Wellcome Trust Research Programme, Kenya) |
| 演講者 | Angela Chang (Harvard T.H. Chan School of Public Health, United States), Lara Gautier (University of Montreal, Canada), Carmen Ho (University of Toronto, Canada), Ruth Iguiniz (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru), Stephanie Topp (James Cook University, Australia) |

全球政策進程與行動引領中、低收入國家政策方向，努力強化健康體系及擴展全民健康照護。本場會議中，藉由馬利、秘魯、尚比亞、南亞等國的案例研究，探討全球和國家間的聯繫，包括衛生政策介入所對不同層面的影響，並分析全民健康照護興起後之全球健康體系概念。全民健康照護是近幾年全球健康議題的關注點，Angela Chang 認為應該進一步探究該議題受重視的基本成因，藉此可預測未來健康政策動向、並檢視政策優先順序、確認過程是否完善。

為探討全球政策是否有助於國家政策改革，學者 Carmen Ho 以聯合國的全球協議 Scaling up Nutrition(SUN)為例，分 2 群組進行病例對照研究，一組為印尼與菲律賓，一組為寮國與柬埔寨，組內國家擁有相當的經濟、人口及營養狀況，差別在於菲律賓與柬埔寨非 SUN 協議簽約國，初步結果顯示，參與國際協定有可能促使國家政策變革，此外，健康不平等被認為是失敗政策的產物。

近年來，非洲的捐助者多使用以績效為導向的資金援助模式 (performance-based financing, PBF)，以期提高衛生服務的數量與品質，其中西非內陸國家馬利將 PBF 納入國家政策，並在世界銀行的資助下開展區域性合作；另研究秘魯近 20 年預防孕產婦死亡之政策，發現相關政策變革易受不同國家、民間社會、國際行動者的權利及資源影響；此外，愛滋病盛行的尚比亞，大量針對愛滋病照護的資金投入，反而帶來一系列負面影響，例如加劇健康體系的不平等以及

衛生部門的裙帶關係。

九、11月18日(閉幕大會)

| | |
|------|---|
| 會議主題 | Looking back to look forward: sharpening how we address the challenges of a changing world |
| 主持人 | Kopano Matlwa Mabaso (University of Oxford, UK) |
| 演講者 | Nana Yaa Boadu (Emerging Voices for Global Health Alumni Essay Competition Winner - 2016), Alain Beaudet (President, Canadian Institutes of Health Research) |
| 與談者 | Anne Mills (Deputy Director and Provost, Professor of Health Economics and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK), Arash Rashidian (Director of Information, Evidence and Research in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization, Egypt), Moses Mulumba (Executive Director, Center for Health, Human Rights and Development, Uganda), Rajani R. Ved (Community Processes and Primary Health Care, National Health Systems Resource Center, India), Soonman Kwon (Chief of Health Sector Group, Asian Development Bank) |

開場由主持人回顧本屆會議重要內容，接著介紹 2016 年全球衛生新興之聲徵文比賽優勝者 Nana Yaa Boadu，並由其演說投稿文章「Looking back to look forward: how key milestones in health policy and systems research can inform resilience building in health systems」。

Nana 首先闡述 21 世紀以來全球健康體系發展，她認為各國因政治、經濟利益等因素，導致健康體系設計不當且發展遲緩，難以即時因應世界需求，例如 2014 年西非爆發伊波拉疫情，WHO 過去針對愛

滋病、結核病、瘧疾所架構之衛生系統毫無應變能力，即使 WHO 於雅加達宣言將貧窮列入健康最大威脅之一，就結果而言，許多國家仍未重視。目前國際現況面對非傳染疾病、新型傳染病、食物安全、氣候變遷、青年就業、人民遷徙、難民流動等挑戰，但政治問題、資金壓力及各國負擔比例等爭論，卻分散各國對健康體系核心價值的注意力。Nana 指出良好的健康體系必須確保日常醫療服務的有效性，並在面臨全球衛生突發事件時能即時回應、恢復，C3 (Communication, Convergence, and Context) 是強化健康體系彈性的核心概念，並以「Resilience will require much more than each of us striving to do better; it will take us striving to do better together」勉勵眾人。

隨後綜合座談是針對衛生領域中的新興力量提出看法和建議，學者認為光靠年輕一代自行努力是不足的，引導和傳承更為重要，並鼓勵學生、青年研究者等年輕生力軍重視團隊合作，利用有限資源思考創新模式，以解決問題。

閉幕典禮由 HSG 主席 Kabir Sheikh 主持，宣讀本屆 Vancouver Statement 並頒發 2 獎項，最後播放影片，介紹 2018 年 HSR 主辦地—英國利物浦，並請主辦單位(利物浦熱帶醫學院)代表上台進行傳承儀式。

肆、心得與建議

世界衛生組織的目標在於為世界各地的人們建立美好、健康的未來，提高所有人健康水準，近年更致力於降低健康不平等，包括鼓勵中、低收入國家努力達成全民健康照護(Universal health coverage, UHC)，為此，每年舉辦多場相關研討會議，希望藉由國際交流促進各國衛生體系發展，健康體系全球研討會(Global Symposium on Health Systems Research, HSR)即是其一。

自第3屆起，HSR則轉由第2屆會上成立的協會 Health Systems Global(HSG)主辦，除承接世界衛生組織任務使命，並配合當前衛生時事訂定會議主題。綜觀近年全球重大衛生話題，伊波拉疫情必然在列，短短數月橫掃西非各國，究其原因，往往與當地民眾傳統信仰、生活習俗及貧乏的公共衛生基礎有關，失靈的衛生體系，導致疫情迅速蔓延，一時間國際上沸沸揚揚。HSG有感於新興傳染病對社會之衝擊，以「變動世界下，具有彈性及反應力的健康體系」做為本次會議主軸，深入探討如何建構強而有力又不易被擊垮的健康體系。

會上談及伊波拉、茲卡、黃熱病等疫情，拖垮中、低收入國家衛生系統，疫情爆發充分反映出當地基礎衛生不足以及整體環境問題，包含貧窮、經濟文化弱勢、資源缺乏等。這些疾病對大多數發達國家國民而言似乎很遙遠，然而面對全球新興疾病危機，我們不僅要引以為戒，更要見微知著，隨著科技、經貿發展，全球人口頻繁且快速移動，病原很容易就四處流竄，難以阻絕境外，對於他國盛行或爆發的傳染性疾病勢必謹慎對待；除此之外，亦有學者提醒，應將目光從疾病衝擊暫時移開，有時候政治、經濟對健康體系的破壞性更大，從歐洲諸國肥胖人口上升、英國醫師罷工，到近日國內爭執不休的醫事人力納勞基法、一例一休等，對醫療體系何嘗不是衝擊，再加上人口老化、少子化、慢性病盛行等，雖然高收入國家少有傳染性疾病爆發，但健康體系仍需面對不同的挑戰，並容納更複雜的問題。

在 2 天衛星會議及 3 天正式會議中，世界衛生組織、聯合國相關組織不遺餘力宣揚以人為本、全民健康照護的核心理念，分享他們在中、低收入國家介入相關政策的經驗與結果，並有諸多中、低收入國家的學者，藉由口頭報告展示該國建構健康體系的方法，以及遭遇的困境、挑戰，如衛生資源不足、資金短缺、缺乏醫事人力、民眾不信任感、與其他部門協調困難等；反思國內，健康體系由全民健保撐起一片天，然而在人口快速老化、慢性疾病增加、新醫療科技之下，仍舊要面臨醫療資源不足、醫療體系改革的困境。

雖然會中各國要克服的難題與台灣不盡相同，但在全民健康照護的核心目標下，解決之道卻是殊途同歸，另外有部分國家是由世界衛生組織或聯合國相關單位指導改革，藉此吸取他國先進經驗及建議，截長補短，精進國內健康照護體系。

有多位學者提及，為了介入有效政策，必須盡可能收集民眾健康數據，甚至是教育水準、社經地位等資料。在許多中、低收入國家，數據收載只到國家層次，地區、區域以下資料相當缺乏，無法普及至個人，不利於健康政策推行，決策者難以得知各地區民眾有無特殊需求，以及介入後之成效；而一個人、一個族群、一個區域的健康狀態不僅與疾病有關，通常還涉及外部環境，如教育程度、家庭收入、宗教信仰等，總總影響健康狀態的因素，構成通往全民健康照護路上的阻礙，惟有充分地收集數據，方可一一擊破。在台灣，得利於全民健康保險制度，可以完整收錄健保特約院所申報資料，相對之下擁有較為完善的醫療資料庫，然而尚有不足之處，例如缺乏民眾自費購買的健康服務資料，不易從生活型態、教育水準、社經地位分析弱勢族群、少數族群的健康差異等。

衛生資金不足是多數低收入國家的困境，尤其在西非地區，因多年戰亂，不僅資源缺乏，醫事人員也相當稀少，當地健康政策推行大多靠外來的援助計畫，由於計畫各自獨立，導致健康體系縱向強化，

缺乏橫向聯繫，甚至常有跨計畫的資源重複、重疊或錯位等情況。過去國內的衛生、社政單位分散於內政部與衛生署，權責不易區分之處，易產生三不管地帶，組織改造後，統合健康相關單位，則要避免資源使用疊床架屋，並重視如何合理且有效分配衛生資源，此外，健保總額制度施行多年，各部門專款計畫林立，如何跨醫事別、跨計畫整合，值得深思，讓有限的醫療資源發揮最大效用。

國際上有關健康體系的討論大多集中在國家層面，強調建構規範性聲明、準則等，然而健康管理的本質應該是下放的，由下而上的健康行動，才能真正強化健康體系。健康與自身行為息息相關，促進民眾參與政策的意願，讓民眾理解並對介入之政策有感，藉由使用者的意見回饋，有助於健全體系；以台灣健康體系而言，全民健保扮演相當重要的角色，穩健的健保制度才能使健康體系永續，在政府與醫界研擬健保政策、積極革新同時，更不能忽略使用者行為帶來的影響，如同捷運文化(靠右站、靠左走、不飲食)，思考建立健保文化的可行性，如分級醫療、節約醫療資源等，培養大眾擁有正確就醫觀念，時刻關注健康政策並反應缺失，讓國內健康體系逐步完善。

伍、附錄

一、會議資料目錄(完整資料詳電子檔)

#HSR2016 1

Table of Contents

| | |
|---|-------------------|
| Welcome to HSR 2016 | |
| Message from CSIH | 2 |
| Message from HSG | 4 |
| General Information | |
| Renseignements généraux | 6 |
| Get Involved | 11 |
| HSG Speaks | 12 |
| HSG Thematic Working Groups | 14 |
| Posters / Affiches | 16 |
| Program | |
| Monday / Lundi | 18 |
| Tuesday / Mardi | 28 |
| Wednesday / Mercredi | 40 |
| Thursday / Jeudi | 70 |
| Friday / Vendredi | 100 |
| Marketplace / Salle d'exposition | 130 |
| Committees / Comités | 134 |
| Downtown Map | 139 |
| Convention Centre East Floor Plans | |
| Level 1 | 140 |
| Leve 2 | Inside Back Cover |

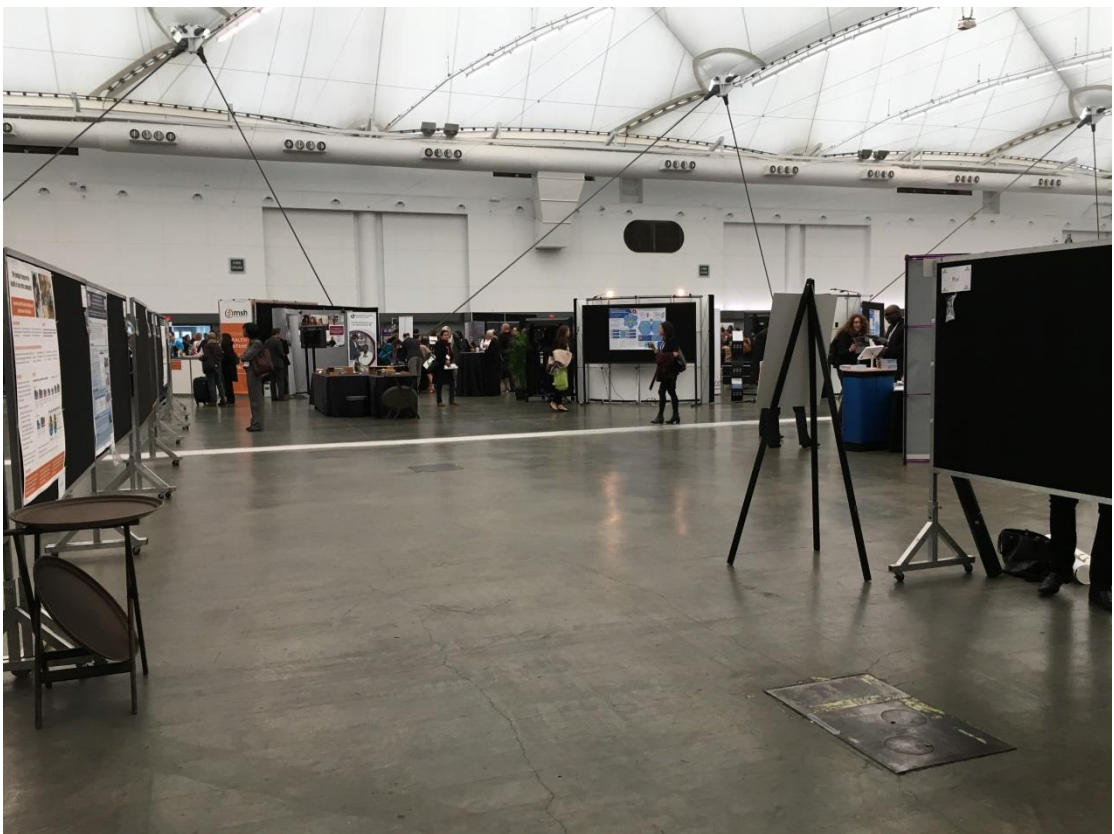


Photo: © UNICEF/UNI135077/Noorani

 **hsr2016**
Fourth Global Symposium on
Health Systems Research

二、研討會相關照片







Distributional Impact of the Universal Health Care System in Taiwan

Presentation #: GE-cel4

Vivian Chia-Rong Hsieh, Ph.D.

Department of Health Services Administration, College of Public Health, China Medical University, Taiwan
 *Email: hsiehchiarong@gmail.com

Taiwan's compulsory National Health Insurance (NHI) covers almost all of its population and provides a comprehensive benefit package. Its primary aspirations are to ensure accessibility to care regardless of income, sex or health and to help redistribute the country's social and financial resources. Inevitably, continuous payment reforms have been implemented in the last 20 years to try and mitigate the escalation of health care costs without forgoing quality and value of service. This study aims to assess the present and lifetime income re-distributional effects of the universal health care across socioeconomic groups with Taiwan's current health care financing policies and reform experiences.

1. METHODS

For our *cross-sectional* analysis, we measure average health care expenditure incurred by populations stratified by beneficiary income in quintiles (poorest Q1 - richest Q5). We estimate their average payments to NHI in the form of insurance premiums, and examine their spending and payments in relation to income for each stratum in order to examine the distributional impact in a single year (2013).

Finally, to account for the differential life span and patterns of health care utilization across income groups over their life course, a representative sample of 10,000 is established from the 2013 beneficiaries. Life tables are used to construct a model to estimate the *lifelong effects* for their health care spending and insurance payments. These measures are assessed relative to their income level, as well as between income strata for a comparative analysis.

2. RESULTS

Table 1 shows that, in 2013, Q5 group incurs a significantly higher mean premium payment (NT\$58,040 vs. NT\$1,261), seeks less service utilization (inpatient days: 6 days vs. 24 days) and lower total health care spending per capita (NT\$73,232 vs. NT\$115,351) as compared to the Q1 group.

With consideration of their life expectancy, we observe that Q5 beneficiaries, with higher premium payments on average, have shorter mean inpatient stays (6 vs. 25 days) and lower total health care spending per capita (NT\$122,329 vs. NT\$131,437) during their lifetime, despite their slightly higher number of outpatient visits per person (31 vs. 28 times), as compared to the lowest income quintile.

Figures 1+2 - When stratify by the type of health care spending, our Lorenz curves illustrate that a larger proportion of inpatient utilization and spending is attributable to the Q1 group (C.I.= -0.3229 and -0.1210, respectively) whereas larger proportion of outpatient utilization and expenditure is attributable to the highest income group (C.I.=0.0254 and 0.1076, respectively). Overall, the net gain (spending minus payment as % of income) from the re-distributional effect of the NHI is the highest in the poorest individuals (47.2%).

3. CONCLUSION

Our results established the responsiveness of the NHI to the priorities and realities of populations facing marginalization so as to adhere to its core values of universal health care.

Table 1. Cross-sectional distributions of mean premium payments and health care costs per person across income quintiles, 2013.

| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q5/Q1 |
|---|---------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Premium Payment (NTS) | 1,261 | 17,800 | 21,132 | 29,806 | 58,040 | 46.0 |
| Health Care Costs (NTS) | 115,351 | 62,916 | 94,722 | 75,106 | 73,232 | 0.63 |
| Outpatient Costs | 33,336 | 13,544 | 28,661 | 18,670 | 18,230 | |
| Inpatient Costs | 82,016 | 49,373 | 66,061 | 56,436 | 55,002 | |
| Health Care Cost as % Premium Payment | 91.5 | 3.5 | 4.5 | 2.5 | 1.3 | |
| Net Gain or Net Loss (Health Care Costs Minus Premium Payment) (NTS) | 114,090 | 45,116 | 73,590 | 45,300 | 15,192 | |
| Net Gain or Net Loss as % Premium Payment | 90.5 | 2.5 | 3.5 | 1.5 | 0.3 | |

Q: quintile; NTS: New Taiwan Dollar
 Q1= $\leq 17,280$; Q2= $17,280-20,999$; Q3= $21,000-23,999$; Q4= $24,000-40,999$; Q5= $\geq 40,100$

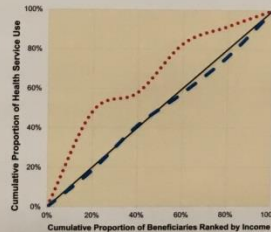


Figure 1. Lifetime distribution of health service utilization by income using Lorenz curves and concentration indices

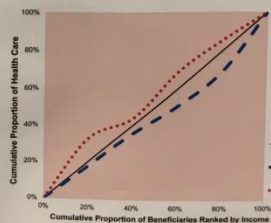


Figure 2. Lifetime distribution of health care expenditure by income using Lorenz curves and concentration indices