

醫事人員對社會決定因素之認識與因應

邱淑媿

國立陽明交通大學醫學院、財團法人健康永續教育基金會、振興醫療財團法人振興醫院

摘要

社會決定因素是健康問題「上游的上游」，對不健康之影響超過健康照護體系、生活型態，造成顯著可預防之醫療支出與健康不平等。世界衛生組織及聯合國永續發展議程皆提出因應政策，以邁向全民均健、不讓任何一人掉隊。

為與國際接軌，國民健康署與英國倫敦大學健康公平學院合作，於 2016 出版「臺灣健康不平等報告」，為亞洲第一本國家級健康不平等報告，從健康狀況分析證實國人健康同樣存在「社會階梯現象」，政策分析列舉過去有效縮小健康不平等的成功案例，並依國際政策架構，提出臺灣未來精進建議。該政策架構與建議，有助於瞭解哪些是因應社會決定因素之正確措施。

醫事人員處在健康之下游，透過醫事教育、臨床、機構與社區四大層次之介入，提升醫事人員對社會決定因素之認識，發展公平正義之團隊文化，建立流程與採取行動，成為病人、組織及社區改善社會決定因素之觸媒，並以專業角色對政府與社會進行倡議，有助於逆轉惡性循環，共創醫療與社會的多贏及永續。（澄清醫護管理雜誌 2023；19（1）：4-13）

關鍵詞：健康之社會決定因素、健康不平等、醫事人員教育

前言

2017 年一則死亡車禍的新聞標題寫道：「月薪 25K 養全家、孩子遭求償 320 萬，陸客團遊覽車司機之死道出「貧窮」如何殺人」。一位 45 歲陸客團遊覽車男性司機，以月薪 2 萬 5 千元，獨力撫養 2 個孩子與老母親，為生計不敢休假，連上 46 天班，因心肌梗塞死於駕駛座。死前雖極力剎車，車上乘客無恙，然遊覽車仍撞上民宅及屋外賓士車，遭該車主向其孩子求償 320 萬。報導並指出，該司機因多年開車壓迫坐骨神經、幾乎無法行走，借貸 10 幾萬醫藥費，死後家屬經律師提醒才知道該狀況有機會判定為職業病，應爭取職災保險、由勞保負擔部份費用，並可申請低收入戶資格。有社會資源，但貧困家庭卻不知其存在，亦不知如何爭取、或奢望能爭取到 [1]。

不論從社會新聞或臨床診療經驗中，都可發現類似因貧窮而產生的不幸與就醫障礙。社經上的弱勢地位，對健康有何影響？有無防治之道？與醫事人員有何關係？醫事人員在自身工作中能做些甚麼？這些問題，在國際與各國醫事組織越來越受到重視，也紛紛採取行動。

社會決定因素與健康不平等

世界衛生組織（World Health Organization, 以下簡稱 WHO）於 2005 年成立「健康之社會決定因素委員會」（The Commission on Social Determinants of Health, 以下簡稱 SDH 委員會），綜整全球實證，於 2008 年發表報告指出：當發現健康呈現出系統

通訊作者：邱淑媿

通訊地址：台北市北投區振興街 45 號

E-mail：stchiou@nycu.edu.tw

性差異，經判斷係透過合理行動所能避免，則可稱之為「健康不平等」。該委員會找出造成國與國之間以及各國內部健康不平等最主要的原因，是「人們出生、成長、生活、工作與老化所處的日常生活『條件』，以及形塑這些條件的結構性驅動力—權力、金錢與資源的不公平分配」，稱之為「健康之社會決定因素」(Social Determinants of Health, SDH) [2]。結構性驅動力是指更龐大的外在力量與制度，例如經濟政策與制度、發展議程、社會規範、社會政策和政治制度等。WHO 列舉出幾種重要的社會決定因素，包括：收入與社會保護、教育、失業與工作缺乏保障、工作-生活條件、糧食不安全(三餐不繼、營養不良)、住居品質、幼年發展、社會融入與無歧視、組織與社會所存在的結構性衝突、優質醫療服務之可近性等。SDH 所形塑之健康不平等，常呈現「社會階梯現象」(Social Gradient)，例如，隨著收入由高至低，越低者健康狀態亦越差 [3]；教育程度、社區剝奪指數等亦然。

據不同研究估計，SDH 對總死亡之影響，約佔 30-55%，超過健康照護體系、生活型態 [4]。若細看各項社會因素之影響，依 Galea 等人分析，2000 年 25 歲以上美國人所有死亡中，分別有 8.8%、4.8%、5.8% 可歸因於個人之低教育程度、貧窮、低社會支持；而可歸因於社區之貧窮、收入不平等、種族隔離者，分別有 1.7%、5.1%、7.5%，合計超過 1/3 的成人死亡可歸因於這些社會因素 [5]。Stringhini 等人以 7 個高收入國家、170 萬多人之資料進行分析，顯示即使在調整主要危險因子(包括吸菸、高酒精攝取、缺乏身體活動、肥胖、高血壓、糖尿病)之影響後，低社經階層(依職業地位進行分級)與死亡風險間仍具獨立之顯著相關性，使相對死亡風險增加 26%；對成年男性與成年女性之可歸因死亡佔比高達 18.9% 與 15.3%，並造成 40 歲人口未來 2.1 年的壽命折損 [6]。顯示社經階層對健康之影響，除造成有較高的不健康行為與慢性病罹患率之外，尚有其獨立之角色。

近年，SDH 的重要性漸受重視，欲達全民均健(Health for all)之目標，則必須處理 SDH。許多人誤以為實施全民健康保障(例如全民健保)，甚或加上改善偏鄉醫療資源，有了全民健康照

護(Healthcare for all)，就能弭平健康不平等，達成全民健康，但事實是，全民健康保障(Universal Health Coverage)雖是促進全民健康之必要手段，卻非充分條件。不健康的上游因素若不解決，單靠衛生、醫療體系在中、下游努力，仍難有效減少失能及傷亡。例如，溫啟邦等分析臺灣健保實施之前 10 年與之後 10 年間的鄉鎮健康落差，發現健保實施後，原本死亡率最高的社區，其健康改善雖最明顯，但主要是來自於心血管疾病、不明確疾病、傳染病、事故傷害死亡率之降低，可能與急性醫療能有效減少這些問題發作時之死亡率有關，但糖尿病與癌症之死亡率，在健保實施後 10 年持續上升，其中癌症死亡率之上升更以原本健康狀態最差的鄉鎮最為嚴重，導致這方面之健康落差也惡化 [7]。在實施全民健保已久的日本，Nomura 等人分析其全國與各行政區健康表現之進展，也發現在 2005 到 2015 期間，雖然大多數重大疾病造成的死亡與失能下降，但進展趨緩，而且行政區之間的差異擴大 [8]。在下一代健康上，Marmot 與 Bell 比較英格蘭之國小六年級(10/11 歲)學童肥胖狀況在剝奪程度最小與最嚴重的社區間之落差，指出於 2006 年之後的 10 年期間，最優勢社區之肥胖盛行率不僅持續低於最弱勢的社區，且趨勢已平緩甚至略有改善，但在最弱勢社區仍持續上升，導致兒童肥胖盛行率之社區落差從相差 8.5% 擴大到 13.4% [9]，可預期其後在糖尿病、心血管疾病、某些癌症之疾病負擔落差也將加大，而疾病負擔最重、最需要相關資源的社區，卻也是資源最不足的社區。處理上游因素，尤其是「上游的上游」(亦即社會決定因素)，刻不容緩；若單靠醫療體系在下游努力，反將壓垮醫療。

臺灣健康不平等分析

為與國際接軌，國民健康署與曾任 WHO SDH 委員會主席之 Sir Michael Marmot 及其團隊合作，於 2016 出版「臺灣健康不平等報告」，成為亞洲第一本國家級健康不平等報告；該分析證實國人健康同樣存在「社會階梯現象」，但亦列舉臺灣諸多有效縮小健康不平等的成功案例，並對未來提出精進建議。

從該分析可看到社會決定因素在生命歷程及健康狀態的各階段與健康之關係：

從**總死亡與失能**來看，將所有鄉鎮市區依地區剝奪程度（由民國99年普查之初級行業人口比例、18-21歲不在學率兩項指標建構而成），分為五等級，比較其男女性零歲平均餘命之高低及近年變化趨勢，可看到：男女都是戶籍位於地區剝奪程度越高者，預期壽命越短，失能亦然；剝奪程度最高與最低地區之預期壽命落差，在2001-2005時，男性是相差6年、女性3.5年，到2006-2010時，各為6.4年、3.5年，在6年期間，健康落差並未縮小，在男性甚至有擴大趨勢。嬰兒死亡率及15歲以下兒童交通事故死亡率亦皆以剝奪程度最高之地區為最高 [10,11]。

從**危險因子、罹病率到疾病別死亡率**，也都有社會階梯現象存在。在疾病別死亡率方面，以2010-2012期間30至70歲癌症、心血管疾病與自殺之死亡率分別進行比較，可看到男女性在三者皆呈現隨地區剝奪程度越高、死亡率越高的現象。在疾病罹患率方面，20歲以上國人教育程度越高，高血壓、高血糖、高血脂之盛行率皆越低。在危險因子盛行率方面，各年齡層成年男性之吸菸率皆以大專以上教育程度者最低，2014年30-49歲男性教育程度在國中及以下者，吸菸率高達50%，為大專及以上者（27.0%）的1.9倍；而18歲以上可歸因於酒精的住院率、25歲以上過重或肥胖盛行率，也都是教育程度越低者比率越高，其中，女性肥胖率在國中以下程度最高、研究所以上程度最低，而其間的落差在2009至2012間有少許擴大 [10,11]。

在**生命歷程**上，工作與青壯年健康高度相關，而家庭狀況會影響下一代的學習、成長與健康。例如：在2000年失業之15-64歲男性，其後十年（2000-2010）之死亡率，不論何種教育程度，皆高於2000年未失業者，且不論有無失業，皆是教育程度越高、十年死亡率越低，顯示教育有保護作用。25-64歲男性死亡率在臺灣的北部、中部、南部、東部皆是藍領高於白領，且同類型勞工之死亡率皆以東部最高、北部最低。再細分之，農林漁牧與基層勞工死亡率最高，為最低的專業人員之6倍以上。母親教育程度越高，新生兒低出生體重百分比、3歲孩童就寢前刷牙情形、3歲孩童父母是否

唸書給孩子聽等情況皆越好；8歲孩童國語及數學表現也與家戶收入高低呈正相關 [10,11]。

社會決定因素之身不由己、禍不單行與惡性循環現象

許多人認為健康或不健康純粹是個人選擇與個人責任，事實不然。SDH造成「人在江湖、身不由己」的情境，使主控權較低的群體（例如兒童、婦女、老人、基層勞工、低收入家庭、偏遠地區民眾、身心障礙民眾、少數族群等），處在一個較不利的家庭、職場或社區環境中。此種情境使其易暴露到較高風險、形成不健康行為或罹病，傷害或阻卻健康，而影響其就學、工作，進一步加重個人與家庭的社經劣勢，且又欠缺因應其後果所需的資源與主控權，而進入一個「惡性循環」中。這種窘境，面對各種危害因素皆然，造成禍不單行的叢聚現象。

但，在此惡性循環的生命歷程中，從SDH或健康皆可作為介入起點，不論是透過改善SDH以利於改善健康，或改善健康以利於改善個人社經處境，可打破惡性循環，形成良性循環。越早打破，效果越好。

以新冠疫情為例，WHO之實證回顧指出，第一線醫護人員是感染率最高的行業之一，依2020年之研究，其感染風險可達社區一般民眾之11倍。而醫護之防護條件（包括個人防護裝備之供應、資訊及場所安全性等），在機構間差異甚大，資源不足的機構，防護條件最差。而工作人員本身的社經背景，例如低薪的女性護理或其他工作人員，以及非正式照護者，受到的衝擊亦較大 [12]。

在一小型而財務狀況不佳的機構工作之第一線護理人員，處在易感染的工作情境，卻無權主控防護物資、環境規劃與人力調度；而人數少的組織，經費與人力皆困窘，不僅感染率高，遇有員工感染，人力調度更形困難，個人負荷更重、身心更困窘，更易感染，感染後亦須提前返回崗位。此外，低薪勞工住家空間可能較狹隘，家人感染風險亦增加，問題叢生。

這種身不由己、禍不單行、惡性循環的現象，同樣存在於吸菸、肥胖、過勞、三高等各種健康問題上，而且，商業決定因素（Commercial Determinants of Health）與社會決定因素糾纏，社經

弱勢常為不健康商品加強行銷的目標，例如菸酒行銷鎖定青少年、女性與心理/精神疾病病人，含糖飲料與垃圾食物鎖定兒童、並向高度剝奪地區擴散。

若將健康行為視為「個人責任」，僅靠衛教，要當事人多多小心、避免感染，不要抽菸，少吃多動，而忽略其日常所處條件及外在權力、金錢與資源（亦即SDH）把人從上游大量推到下游之驅動力，不僅難有防治成效，更是一種「何不食肉糜」般的不公平。相反的，若能從權力、金錢與資源去設計正向驅動力，例如前述疫情情境，若由政府與醫事團體合作推出相關政策/行動，透過補助、獎勵及規範，使機構得以改善職業安全、勞動條件與人力調度，並媒合社區資源提供員工在個人隔離與家庭照顧上的支援或互助機制，尤其是對於資源較弱勢的社區、人員及機構，給予更大力的協助，則有助於減少感染與壓力，使人員願意留任，也減少醫療崩潰。

消弭健康不平等之政策行動

WHO 在 2005 年第六屆全球健康促進研討會發表「曼谷憲章—全球化世界中的健康促進」，指出不論是各國之間或各國內部之健康不平等，包括在已開發國家內部，均更形惡化，與全球貿易與網路帶來新的消費與溝通型態、商業化、環境變遷與都市化等有關。重申健康無法單靠醫療，更不能視為僅是個人行為或責任，將健康促進之定義更新為「使人們得以增加對他們健康與其決定因子的控制，並從而改善其健康的過程」（Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health.）。該憲章提出兩大健康促進策略，一是以強有力的政治承諾、廣大的參與和持續的倡議，促成有效介入；二是所有部門與場域須採取五大行動，包括：倡議健康人權與團結，投資於永續的政策、行動與基礎建設以回應健康之決定因子，提升效能（包括在政策發展、領導、健康促進實務、知識移轉與研發以及健康識能方面），透過管制與立法以保護民眾免於健康危害及促使所有人能有公平機會獲得健康幸福，以及強化夥伴關係與結盟 [13]。

Marmot 團隊在 2010 年為英國完成「公平的社

會，健康的生命」報告，依據 2008 年 SDH 委員會對全球與此次對英國之實證分析，提出消弭健康不平等的概念性政策架構，以兩大政策機制—「寓平等與健康平權於所有政策」、「採取以實證為基礎的有效執行措施」為原則，透過依據生命歷程設計的六大政策領域（詳敘於下）之行動，創造出讓個人和社區都能發揮最大潛能的社會並確保社會正義、健康和永續位於政策之核心，進而達成降低健康不平等並增進全民健康與福祉之目標 [14]。雖然此類政策之有效性不易研究，然 WHO 2017 年提出的兩份實證回顧報告，支持六大政策領域對回應社會決定因素與達成永續發展目標之重要性與有效性 [15,16]。臺灣報告亦採用此架構，對健康不平等現況與現行政策內容進行分析，進而提出策進建議 [10,11]。2015 年聯合國大會通過 2030 永續發展議程，提出 17 個永續發展目標與 169 個具體目標，以人類福祉（People）、地球永續（Planet）、繁榮（Prosperity）、和平（Peace）與夥伴關係（Partnership）為核心價值，展開良好治理，變革我們的世界，達到「不讓任何一人掉隊」（Leave no one behind）的任務，亦即落實人人平等、尊嚴與健康的公平正義精神 [17]，而前述六大政策領域已融入於其中 [15,16]。

Marmot 團隊與臺灣團隊依六大政策領域架構，對於臺灣在現有政策之外可再加強的行動重點，提出以下建議：

A. 給每位兒童最好的人生起點：

A1 降低不良生產結果之社會落差—普及生殖健康服務；普及孕期及產後服務並強化高需要者之服務。

A2 降低母嬰及幼童相關結果之社會落差—普及並強化母親產後心理支持；普及優質的親職、幼托、幼教服務並特別強化弱勢家庭親職與就業服務。

A3 提高性別平等—改善條件以支持工作-育兒之平衡；在社區與工作上給新手爸媽更大支持。

B. 使所有兒童、青年與成人得以獲致最大的能力，以掌握其人生：

B1 義務教育延長至 18 歲，提供技能訓練。

B2 確保足夠收入，改善貧困家庭學生之就學。

- B3 確保所有人都獲得優質教育服務，無差別待遇，並保障提供給最弱勢者。
- C. 為所有人創造公平就業與良好工作：
- C1 工作條件—採用管理標準以減少造成職場壓力的成因，尤其是對例行性重複性的工作；重視高風險職業之安全；推廣性別平權與家庭友善政策。
- C2 就業政策—發展積極性勞動市場政策，將最弱勢者納入優質工作並給予長期失業者再訓練與技能升級；確保弱勢者有高就業率，例如身心障礙者、長期失業者、偏鄉或弱勢社區、外籍配偶、原住民等；與雇主合作以增加有長期健康問題或失能者之就業率；為年輕人創造就業機會並給予教育訓練。
- C3 失業政策—減少年輕人之長期失業；失業之社會保障應重視性別與弱勢者之需要。
- C4 職場性別平權—給予女性平等尊重；推動家庭友善政策；有效預防歧視、霸凌、剝削。
- D. 確保所有人能有健康的生活標準
- D1 最低所得標準—依收入、社會參與及健康照護需要，為長者適當計算；保護女性長者免於絕對貧窮與孤立。
- D2 稅賦與福利—確保課稅與轉移制度以公平為重點，透過拉平階梯，投資於能有效使最貧困者更具生產力和經濟參與度的計畫，包括健康、教育、福利和積極的勞動力市場計畫；社會保障額度須足以過健康生活，並有因應變故（例如生病、失能、被解雇）的安全網；依國際標準架構發展臺灣的健康生活最低標準。
- E. 營造健康永續的場所與社區
- E1 重視弱勢鄉鎮的發展。
- E2 改善空氣品質。
- E3 確保所有群體，尤其是被排擠者（如遊民、難民）或弱勢者，有安全健康的環境條件。
- E4 所有新政策應進行健康平等與環境影響評估。
- E5 依社會需要與地理位置，採取行動，減緩極端自然事件與氣候變遷之衝擊。
- F. 強化預防之角色與成效
- F1 採取行動中止日益增加的不健康消費型態，針對行為與其社會決定因素雙管齊下，弭平

生活型態的社會落差。

F2 有效行動包括提高價格，包括對酒精設定最低價格，提高菸品稅捐，確保公共場所及在兒童、孕婦附近的強力禁菸。

F3 確保公共衛生服務體系與其他相關部門，在處理社會決定因素上有共同的目標 [10,11]。

醫事人員在縮小健康不平等之角色

欲根本而全面的改善 SDH 所造成的健康不平等，最強有力之道固然是國家層級做總體規劃，透過全政府（Whole-of-government）、全社會（Whole-of-society）的努力，在所有政策面向融入健康與公平（Health and equity in all policies），然而，地方政府/社區、衛生部門、醫療體系、民間各界，亦皆是全政府、全社會的一部分，且有其重要角色。例如前述六大領域之「E. 營造健康永續的場所與社區」有賴於地方政府/社區之行動；而「A. 給每位兒童最好的人生起點」之「A1 降低不良生產結果之社會落差」與「A2 降低母嬰及幼童相關結果之社會落差」，以及「F. 強化預防之角色與成效」在現有預防保健服務的推廣上，則有賴於健康照護體系在執行上重視到 SDH 造成的健康落差。

近年國際與歐美在 SDH 之因應上，大力著墨於健康照護體系與醫事人員之角色，許多醫事團體陸續發表行動聲明，原因包括：

一、欲達成健康照護目標及減少品質落差，即必須認識SDH之重要性並採取適當介入

惡性循環與禍不單行的特性，使健康上的弱勢者，會進一步因SDH而容易病情發作或惡化，例如：冠心症病人若住所欠缺適當空調，會成為寒流或熱浪來襲時發作的高危險群；孕婦、嬰幼兒、手術後或癌症治療後的民眾，需要適當營養，若食物與營養不足可能影響預後。SDH 在疾病自然史全程均有其角色，會直接影響病人之就醫、治療、控制與預後，因此醫事人員需要瞭解 SDH 對健康之影響，並透過 SDH 篩檢及善用相關資源，處理社會面因素，來改善照護品質表現；若評鑑或給付政策以及社會福利政策能針對 SDH 篩檢、介入與縮小品質落差建立獎勵或補助機制，則更有助於醫院或診所（尤其是位於弱勢地區者）強化服務。

二、健康照護體系是接觸到民眾（包括弱勢民眾）的機會點

在臺灣，九成以上民眾一年內曾使用健保。而 SDH 造成就醫需求升高，其社經問題往往以就醫來浮現。

三、透過SDH篩檢、轉介與跨領域合作，有助於扭轉惡性循環

弱勢民眾對社會安全網常不熟悉。以前面提到的司機案例，在其坐骨神經痛就醫過程，如有機制可發現其經濟狀況，轉介社工，媒合職災補助與低收入補助，其後果或能有所不同。此外，在政府提供的產前健檢、兒童疫苗接種、兒童健檢中，如有社經狀況篩檢，及早啟動孕產婦與嬰幼兒營養介入，不僅能「給每位兒童最好的人生起點」，亦有可能改善全家之生活條件。不論是改善其健康或其生活條件，皆有助於打斷惡性循環。

四、健康照護組織與醫事人員是社會信任的專業聲音與引領改變的力量

當醫事人員注意到 SDH 之重要性並提出觀察、呼籲與倡議，有助於提高社會各界對 SDH 的認知，並成為促使各級政府、各相關部門及衛生部門採取行動，從政策面營造更公平社會的領導力量。

五、共創醫療與社會的多贏及永續

醫界在下游，看到很多人溺水時，能大聲疾呼、對上游展開行動，啟動良性循環，不僅幫助到病人、社區，也避免因不健康的社會而透支有限的醫療資源，創造多贏 [18-22]。

如何強化健康照護體系及醫事人員對社會決定因素之回應

綜整英美對於動員健康照護體系及醫事人員，以共同因應 SDH 之建議，可分為醫事教育、臨床、機構與社區四大層次，包括：

一、醫事教育層次

- ✓ 知識：知道甚麼是 SDH；哪些做法對 SDH 有效、那些沒效。
- ✓ 技能：溝通、發展夥伴關係與倡議之技能；社會面因素問診與轉介之能力。
- ✓ 見實習安排：應包含到高剝奪社區/機構之經驗。
- ✓ 繼續教育：將 SDH 知識與因應技能納入必要項目。

二、臨床層次

- ✓ 確認每一位病人都獲得適切之健康促進/預防保健服務，積極追蹤未依時程執行或執行後有異常之民眾，瞭解其困難。
- ✓ Ask-Identify-Act（詢問-發現-介入）：適當評估社經狀態與困難，必要時轉介或媒合社工專業/社會資源。
- ✓ 對社經弱勢者給予額外時間與支持，以達到可比的治療結果。

三、機構層次

- ✓ 善盡雇主角色，提供友善安全之職場環境。
- ✓ 善用雇用、委託與採購機會，幫助在地社區與弱勢族群。
- ✓ 發展組織文化與管理，在組織各層級、各部門重視品質與公平。
- ✓ 提供教育訓練。
- ✓ 監測品質落差（含預防與健康促進），發現哪些病人品質落後，並改善。
- ✓ 建立社會面危險因子篩檢、轉介與追蹤流程。
- ✓ 有相關社區夥伴資源之資訊或連繫管道。
- ✓ 回應特殊需求：依社區特性或需求，提供文化友善（例如語言翻譯）、高齡或失能友善、社區友善（例如社區巡迴、駐點或居家服務）等措施。

四、社區層次

- ✓ 瞭解：透過社區評估與院內病人資料評估，瞭解所處社區與所服務群體之社經狀況與挑戰。
- ✓ 倡議：提出觀察與呼籲，提高政治領袖、醫療衛生體系與大眾對社會決定因素之瞭解及重視，並提出關於上游政策之建議（例如指出社區弱勢營養計畫或技職教育之重要性以及相對應之永續發展目標）。
- ✓ 促能：參與社區公共事務之討論、規劃與行動；提供關於縮小健康不平等有效策略之正確訊息，而非誤導。
- ✓ 合作：與社區跨領域夥伴合作，增進健康與公平 [18,21-25]。

美國經驗

美國在通過病人保護與平價醫療法後，基於越來越多證據顯示透過強化臨床與社區間的連結以回應「與健康相關的社會需要」，能增進健

康結果並降低成本，美國聯邦醫療保險和聯邦醫療補助創新中心（Center for Medicare and Medicaid Innovation, CMMI）於 2016 宣布一「盡責健康社區模式」（“Accountable Health Communities” Model），提供經費予健康照護組織，透過篩檢找出被保險人存在哪些與健康相關的社會需要、進行轉介（例如轉到社工）以協助其瞭解有哪些可用的社區服務，並提供資源導航以協助高風險者獲得社區服務，或由臨床組織與社區服務間建立結盟以回應其病人之需要。

CMMI 針對「與健康相關的社會需要」訂定了一套**標準篩檢工具**，由醫療組織發放給被保險人自填，包括五大類領域共 10 個問題：一、住居不穩定性（目前住居狀況；居住處所是否有一些常見的健康危害）；二、糧食不安全（是否擔心沒錢可買食物；是否發生三餐不繼）；三、交通需要（是否因缺乏交通而影響就醫、開會、工作或取得生活物資）；四、實用需求（一年內住處曾否發生被警告要停止供應電、水、瓦斯或油之狀況）；五、人際安全（曾否受到身體暴力；辱罵；恐嚇；尖叫詛咒）。此外，還有一套補充問題，供各組織自行選用，包括經濟困難、工作狀況、家庭與社區支持、教育程度、身體活動、物質濫用、心理健康、失能。迄 2021 年 8 月有 28 個健康照護組織獲得經費 [23,26,27]。

CMMI 另有州創新計劃模式，提供經費與技術支持，由各州主導多元付費者健康照護給付與服務輸送模式，有超過一半的州參與，都有建立基層健康照護與社區組織和社會服務之間的連結。另外，聯邦醫療補助（Medicaid）則推出創新給付以獎勵醫療院所篩檢及轉介處理病人的社會需要 [23]。

雖然 2017 年一項調查顯示美國 88% 的受訪醫院有對病人進行社會需要篩檢 [28]，但，新冠疫情期間，因社會失序導致許多弱勢病人迫切需要社會福利介入之際，以美國醫院協會之醫院調查資料進行分析發現，三類肩負服務弱勢角色之醫院（鄉村醫院、關鍵可近性醫院、安全網醫院）雖然在篩檢項目之多寡上與其他醫院相近，但在介入的執行程度上反而大多顯著低於其他醫院 [29]。兩個研究均顯示執行程度較佳的是教學醫院（大型又優於

小型）、非私立醫院（非營利醫院又優於公立醫院）[28,29]，此與前面所舉新冠防疫之情境類似，越是處於弱勢社區或服務弱勢之醫院，其財力、人力、社區資源以及夥伴關係往往越弱 [28,29]，必須考慮更大的外部經費與政策支持，或獎勵與較大型教學醫院間之合作、結盟，乃至於從上游根本改善社區發展，以進一步推進其成效，亦顯示前述四大層次之努力皆有必要。

結論

社會決定因素之重要性已廣為國際所知，聯合國 2030 永續發展議程正透過各國國家治理高度，進行全政府、全社會的動員與防治，但各地進展不一。醫事人員處在 SDH 造成的健康不平等之下游，角色至關重要，建議政府及專業組織能從醫事教育、臨床、機構與社區層次著手，培力醫事人員成為病人、組織及社區改善 SDH 之觸媒，並以專業角色對政府與社會進行倡議。

臺灣過去已整理並發表健康不平等報告，也曾在後 SARS 時期大力推動社區導向之健康照護、醫院評鑑，更有國際最大規模的健康促進醫院網絡，知道如何透過組織文化的提升及政策與管理，在臨床路徑導入健康促進，並強化與社區之夥伴關係，共同改善弱勢照護。本人於 2017 年於世界衛生組織健康促進醫院國際研討會大會演講曾提出將永續發展精神與做法納入健康促進醫院模組中，成為健康永續醫院 [30]，與美國目前之發展政策不謀而合。

以臺灣之基礎，如能設計適當之政策誘因加以支持，在推行上當能事半功倍。然而，國內醫事人員對於 SDH 仍相當陌生，未來須加強醫事人員教育及在職訓練，並搭配評鑑、給付、社會福利等相關政策，包括挹注一部分社會福利經費於衛生醫療體系中，產生共效，謀求社會、民眾健康與醫療體系之共贏。

參考文獻

1. 謝孟穎：月薪 25K 養全家、孩子遭求償 320 萬，陸客團遊覽車司機之死道出「貧窮」如何殺人。2017。Retrieved from <https://www.storm.mg/article/337281?page=1>
2. Commission on Social Determinants of Health:

- Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. 2008. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf
3. World Health Organization: Social determinants of health. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
 4. Booske BC, Athens JK, Kindig DA, et al.: County health rankings working paper. Different perspectives for assigning weights to determinants of health. University of Wisconsin Population Health Institute. 2010. Retrieved from <https://www.countyhealthrankings.org/sites/default/files/differentPerspectivesForAssigningWeightsToDeterminantsOfHealth.pdf>
 5. Galea S, Tracy M, Hoggatt KJ, et al.: Estimated deaths attributable to social factors in the United States. *Am J Public Health* 2011; 101(8): 1456-1465.
 6. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al.: Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 2017; 389(10075): 1229-1237.
 7. Wen CP, Tsai SP, Chung WS: A 10-year experience with universal health insurance in Taiwan: measuring changes in health and health disparity. *Ann Intern Med* 2008; 148(4): 258-267.
 8. Nomura S, Sakamoto H, Glenn S, et al.: Population health and regional variations of disease burden in Japan, 1990-2015: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 390(10101): 1521-1538.
 9. Marmot M, Bell R: Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ* 2019; 364: 1251.
 10. Chiou ST, Marmot M: Health Inequalities in Taiwan. Taipei: Health Promotion Administration; London: University College London, Institute of Health Equity. 2016. Retrieved from <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/health-inequalities-in-taiwan>
 11. 邱淑媿、麥可馬穆：臺灣健康不平等報告。臺北市：衛生福利部國民健康署；倫敦：英國倫敦大學健康公平學院。2017。Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=61&pid=7192>
 12. World Health Organization: COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief. Geneva: World Health Organization. 2021.
 13. World Health Organization: The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 7-11 August 2005. World Health Organization. Milestones in health promotion: statements from global conferences. Geneva: World Health Organization. 2009: 24-28.
 14. The Marmot Review Team: Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Marmot Review Team. 2010.
 15. Dyakova M, Hamelmann C, Bellis MA, et al.: Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020. (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 51). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2017.
 16. Saunders M, Barr B, McHale P, et al.: Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities. (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 52). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2017.
 17. United Nations: A/RES/70/1. Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations General Assembly 70th session. 2015.
 18. Allen M, Allen J, Hogarth S, Marmot M: Working for health equity: the role of health professionals. London: UCL Institute of Health Equity. 2013. Retrieved from <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals>
 19. World Medical Association: WMA declaration of oslo on social determinants of health. Adopted by the 62nd WMA General Assembly, Montevideo, Uruguay, October 2011, the title (Statement to Declaration) changed by the 66th WMA General Assembly, Moscow, Russia, October 2015; Amended by the 71st WMA General Assembly (online), Cordoba, Spain, October 2020. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-oslo-on-social-determinants-of-health/>
 20. Kuehnert P, Fawcett J, DePriest K, et al.: Defining the social determinants of health for nursing action to achieve health equity: a consensus paper from the American Academy of Nursing. *Nurs Outlook* 2022; 70(1): 10-27.
 21. Andermann A: CLEAR Collaboration: taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ* 2016;

- 188(17-18): E474-E483.
22. The EveryONE Project™: Addressing social determinants of health in primary care: team-based approach for advancing health equity. American Academy of Family Medicine. 2018. Retrieved from <https://www.ctc-ri.org/sites/default/files/uploads/Addressing%20SDOH%20in%20PC.pdf>
 23. Artiga S, Hinton E: Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. San Francisco, CA : Henry J. Kaiser Family Foundation. 2018. Retrieved from <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>
 24. Chiou ST: Social determinants of health - leading the way toward a fairer world. The 100th Congress of Medical Women’ s International Association. New York, Medical Women’ s International Association. 2019.
 25. Chiou ST: Social determinants of health- the role of health professionals. Plenary panellist. 43th World Hospital Congress. Muscat: International Hospital Federation. 2019.
 26. Centers for Medicare & Medicaid Services: Accountable health communities model. Retrieved from <https://innovation.cms.gov/innovation-models/ahcm>
 27. Billioux A, Verlander K, Anthony S, et al.: Standardized screening for health-related social needs in clinical settings: the accountable health communities screening tool. Washington, DC.: National Academy of Medicine. 2017. Retrieved from [https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/05/Standardized -Screening-for-Health-Related-Social-Needs-in-Clinical-Settings.pdf](https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/05/Standardized-Screening-for-Health-Related-Social-Needs-in-Clinical-Settings.pdf).
 28. Lee J, Korba C: Social determinants of health: how are hospitals and health systems investing in and addressing social needs? Deloitte Development. 2019. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/lifesciences-health-care/us-lshc-addressing-social-determinants-of-health.pdf>
 29. Figueroa JF, Duggan C, Toledo-Cornell C, et al.: Assessment of strategies used in US hospitals to address social needs during the COVID-19 Pandemic. JAMA Health Forum 2022; 3(10): e223764.
 30. Chiou ST: Creating synergies between HPH & SDGs. Plenary speech. 25th International conference on health promoting hospitals and health services. Vienna: International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services & WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care. 2017.

Health Professionals' role in Addressing Social Determinants of Health

Shu-Ti Chiou

College of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University;
Health & Sustainable Development Foundation; Cheng Hsin General Hospital

Abstract

Social determinants of health (SDH) is the root cause of all causes. The proportion of attributable deaths to SDH is higher than healthcare system and lifestyles. SDH caused avoidable healthcare cost and health inequalities. World Health Organization and the United Nations have both proposed policies addressing SDH to achieve health for all and to leave no one behind.

In response to such global efforts, the Health Promotion Administration has published "Health Inequalities in Taiwan" in collaboration with University College London, Institute of Health Equity in 2016 as the first national health inequalities report in Asia. Through analysis of health statistics, it showed similar social gradient phenomenon in Taiwan. Based on the conceptual policy framework, it reviewed and identified Taiwan's success practices and provided recommendations for doing better in the future. This framework and its recommendations provide insight on what works in addressing SDH.

Health professionals work at the downstream of ill health and play a pivotal role in addressing SDH to reverse the vicious cycle and create win-win co-benefits between healthcare system and the society. This paper provides summary of interventions at health professions education, clinical level, practice level and community level that aimed to raise awareness on SDH, develop a just-based team culture, renovate clinical pathways, and transform health profession into a change agent to improve SDH for patients, organizations and communities and to advocate for governmental policy changes. (Cheng Ching Medical Journal 2023; 19(1): 4-13)

Keywords : *Social determinants of health, Health inequity, Health professions education*