

出國報告（出國類別：會議）

參加 2009 年國際健康經濟學會第七屆年會

服務機關：全民健康保險爭議審議委員會

姓名職稱：羅素惠技士

派赴國家：中國北京

出國期間：98 年 7 月 11 日至 7 月 16 日

報告日期：98 年 10 月 12 日

摘 要

國際健康經濟學會（簡稱 iHEA）每 2 年舉辦 1 次國際研討會，本次第七屆國際健康經濟學會年會安排於今（2009）年 7 月 12 日至 7 月 15 日在中國北京舉行，為該會第一次在亞洲地區舉辦年會，且由中國衛生經濟學會負責辦理。本次大會主題為和諧發展-健康與經濟「Harmonizing Health and Economics」，研究報告的內容多為探討醫療資源配置、醫療體系之改革、長期照護保險制度或健康照護公平性。

開幕典禮後由中國科學院韓啓德院士，針對中國當今醫療體系現況與未來展望進行「健康中國 2020-基於中國情的衛生經濟學戰略思考」專題演講。及美國普林斯頓大學 Uwe E.Reinhardt 教授演講「Health Care and Health Reform：How Can Health Economists Help？」專題。中國衛生經濟學會於 7 月 13 日舉辦為期一天的“中國論壇”，邀請中外知名專家、學者和政府官員就當前中國衛生體制改革，進行深入探討。

近年我國因經濟發展迅速，對醫療保健的需求日益增加。人口老化進入高齡社會、少子化及醫療費用需求增加，導致醫療資源如何妥善分配及合理使用等研究，值得我國擬定相關衛生政策之參考。中國衛政單位積極及重視衛生改革，其中有關新舊傳染病防疫，策略方針為促進基本公共衛生服務的均等化(公平性)。呼應我國衛政及醫療單位不能懈怠外，明確的防疫機制及民眾的參與及配合，方能將防疫網編織無漏洞，並維護我國公共衛生。

長期照護保險。我國已有健保寶貴十五年的經驗，如何擷取國外實證及符合本土化民情，確實需審慎規劃。醫療改革為制定性的變革，但重點是每人心態的改變，才能達到改革成功之境界。

目 次

壹、目的.....	3
貳、會議參與過程.....	4
參、心得及建議.....	5

壹、目的

國際健康經濟學會（International Health Economics Association，簡稱 iHEA）成立於 1995 年，是健康經濟學界最重要的國際學術團體。國際健康經濟學會每 2 年舉辦 1 次國際研討會，會議歷年主題涵蓋衛生政策議題，強調健康經濟學的實證研究在衛生政策及醫務管理的應用及意涵，並促進經濟學在衛生醫療與健康照護領域應用的學術討論。國際健康經濟學會所舉辦之年會，每次參與會議者包含各國學者、衛生組織及衛生官員等，可見此為健康經濟學界的重要學術會議。

本次第七屆國際健康經濟學會年會安排於今（2009）年 7 月 12 日至 7 月 15 日在中國北京舉行，為該會第一次在亞洲地區舉辦年會，且由中國衛生經濟學會負責辦理。本次大會主題為和諧發展-健康與經濟「Harmonizing Health and Economics」，研究報告的內容多為探討醫療資源配置、醫療體系之改革、長期照護保險制度或健康照護公平性。參與本次會議為增進目前本會辦理全民健保爭議審議案件之醫療資源分配、健康照護公平性與效益，藉由國際重要健康經濟學者討論之議題，瞭解各國健康照護體系（尤以健康保險層面）所面臨之問題及關切焦點，及其嘗試解決問題所發展之政策方向，從中擷取供全民健康保險相關業務及爭議審議方向之經驗，以提升本會審議品質。

貳、會議參與過程

一、行程：

- (一) 2009 年 7 月 11 日：抵達北京國際會議中心(BICC)，向大會註冊並完成報到手續。
- (二) 2009 年 7 月 12 日：參加開幕典禮，中國科學院韓啓德院士演講「健康中國 2020-基於中國情的衛生經濟學戰略思考」與美國普林斯頓大學 Uwe E.Reinhardt 教授演講「Health Care and Health Reform：How Can Health Economists Help?」。
- (三) 2009 年 7 月 13 日：參加中國論壇及各專題學術報告。
- (四) 2009 年 7 月 14 日：參加美國普林斯頓大學鄭宗美教授主持「Taiwan Breakfast Meeting」及各專題學術報告。
- (五) 2009 年 7 月 15 日：參加各專題學術報告。
- (六) 2009 年 7 月 16 日：結束行程，返回台北。

二、主題報告：

- (一)「健康中國 2020-基於中國情的衛生經濟學戰略思考」：

開幕典禮後由中國科學院韓啓德院士，針對中國當今醫療體系現況與未來展望進行「健康中國 2020-基於中國情的衛生經濟學戰略思考」專題演講。

韓院士介紹了中國衛生事業發展取得的顯著成效，包含人民的健康狀況得到極大的改善、疾病預防控制工作取得顯著發展、

醫療衛生服務體系基本建成、公共衛生體系建設穩步推動及基本醫療保障體系初步建立。

而中國衛生事業發展即面臨的挑戰，包括第一次衛生革命與第二次衛生革命的雙重挑戰，所謂第一次衛生革命即傳染病尚未完全控制，而慢性病嚴重威脅其國民健康為第二次衛生革命；另經濟社會快速發展所帶來之新挑戰、經濟發展不平衡導致的健康不公平問題、老齡化的社會、衛生服務體系與居民健康需要之間存在較大的差距、政府責任有待進一步明確與落實及醫療服務體系的體制有待健全和完善等七大挑戰。

韓院士提出“健康中國 2020”定位為以全面提高全民健康素質為目的，更需政府管理和社會參與，是疾病預防和健康促進的路線圖，更是國民健康水平的檢測器。除了提出健康中國 2020 邏輯框架，更規劃階段性的目標，其基本策略包括制定促進健康的公共政策增進全民健康，並以健康為導向，改變以疾病治療為中心的醫療衛生模式，更以提供基本醫療衛生服務為重點，加強基層，提高衛生保健的公平性。

(二)「Health Care and Health Reform: How Can Health Economists Help?」

(健康保健和健康改革：健康經濟學家能作什麼幫助?)：

此專題由美國普林斯頓大學 Uwe E.Reinhardt 教授演講，Uwe

E.Reinhardt 教授提出健康經濟為高級商品，其 GDP 彈性係數超過

1。當一個國家經濟發展，GDP 增長超過 1%，健康經濟需求的增長

超過 1%。但不論經濟條件的差異，全球任何時間、任何地方皆有進行醫療改革的呼聲，原因大多為上一次之醫療改革失敗的或不盡人意。

早期健康經濟學是源自政府機關和私人機構資助對健康體系的研究，此類研究吸引公共財政、勞動經濟、統計及對健康體系有興趣之各學者熱烈參與。但多年來，基於對健康保健領域不同的看法，健康經濟學家們分為截然不同的兩個派別。一是“市場派”～相信健康服務的市場可以是足夠完美的，而且可以達到經濟學中“第二最優定理”的條件，並且致力使健康服務市場更完善。另一是“規則派”～相信健康服務的市場從來就不會達到足夠完美的程度，此派學者深信政府必需很大程度介入健康保健服務。由於這兩學派在美國的健康改革中總是爭論不斷，導致很大程度困擾著政治家和政府官員的決策，相對的很多國家與政府也有相同的困擾。

美國芝加哥經濟學家 Richard Thaler，被譽為行為經濟學派之父，最近提出傳統經濟學家於制定政策時是相當直接的、理性的，當制定最好的政策時，需確信有提供足夠的訊息及多的選擇方式，並能做出對自己最有利的決定。Richard Thaler 更提出現實社會中，對人民的研究也就所謂的「行為經濟學」，屬描述性經濟學，其目的是在描述人們事實上是怎樣做。有鑑於此，教授認為健康經濟學家對於健康保健和健康改革，需著重“消費者”（病人）於健康照護市場中如何獲得充足的訊息，此訊息包括照護服務所需的價格及所獲得照護的品質。且更需注意不同年齡層、不同之社經情況和不同文化背景的

“消費者”，如何利用有限的訊息做出決定，著重以人為本(以消費者為導向)的健康消費需求。

在健康體系中有三個生產程序，其息息相關包括健康保健

(Health-care Production Function) → 健康 (Health Production Function) → 幸福 (Happiness Production Function ; Utility

Function)。由此可見，健康是基石，更是幸福之根源。故如何得到

“更好健康(better health)”，研究上有三個不同面向，1.健康的

生產性功能，非醫學性的決定因素、2.個人健康管理的行為方面、3.

機構設置和財務激勵。教授特別提出，收入和教育對健康狀況影響甚

大。曾有學者研究台灣母親的教育程度，發現提高教育程度，可降低

整體的死亡率。另外財務激勵部分可藉由保險政策之制定，鼓勵做好

個人之健康管理，鼓勵提供更具成本效果之醫療服務。經濟學家對於

壞的經濟消費，鼓勵制定稅收（如香煙健康捐），以鼓勵健康行為。

健康經濟學家提出另一問題，即健康保健及醫療提供者，需明智制定

醫療給付制度。有關醫療費用設置標準可分成 3 個層次，分別為：1.

單一管理費用的規定、2.各方的談判、3.自由市場決定。而支付的基

礎則有 4 種方式，分別為：1.論件計酬、2.論病計酬、3.論人計酬、

4.每年編列預算。如何選擇最適的支付制度，最新的研究是按照每種

疾病給付一個總額，這是以實證為基礎並考量品質的支付方法。惟依

這種支付制度，將引起醫療服務提供的革命，有可能造成臨床全面的一

體化。

健康經濟學家對於日新月異醫療技術及創新，舉凡新藥及新醫療技術

的研發，都將面臨高固定成本與低邊際成本，很難制定一個能兼顧動態效率與靜態效率的價格政策，最常以 1. 政府補助研發經費、2. 政府收買私人機構的研發專利、3. 獎助等方式，藉以實現醫藥產品與技術創新的動態效率價格政策。

健康經濟學家更需幫助健康體系成本效率分析，依據學者 Jeremy Bentham 的正義功利理論，在一定的預算或資源下，尋求調整品質後存活人年【Quality Adjusted Life Years (QALYs)】最大化。但這不一定就是正確，依據學者 Jeff Richardson 認為健康經濟學家更應關注衛生保健預算分配的合理性與有效性。另外對於近年來的全球金融危機，很多國家的健康衛生體系面臨經費與預算短缺，無法正常運作，如何以最小的資源努力出最大的成本效率，是需要現今健康經濟學家扮演重要的角色，這就中國字常說的危機就是轉機！

三、中國論壇：

中國衛生經濟學會於 7 月 13 日舉辦為期一天的“中國論壇”，邀請中外知名專家、學者和政府官員就當前中國衛生體制改革，以中國農村醫療保障制度建設、基本藥物制度建設、醫院管理體制改革和醫院經濟管理等四個重大專題進行深入探討。

由中國衛生部副部長尹力以「深化醫藥衛生體制改革：實現人人享有基本醫療衛生服務」為題，介紹體制改革所面臨之問題及改革的重點。摘錄其報告內容如下：

（一）中國衛生事業發展取得的成就

1. 有效控制重大傳染病及地方病：法定報告傳染病發生率及死亡率明顯

降低。國民平均壽命由 1978 年的 68.2 歲增至 2005 年的 73 歲；孕產婦死亡率及嬰兒死亡率也明顯降低。

2. 衛生服務體系不斷健全：群眾獲得服務的方便性明顯改善，醫療機構總數及衛生醫療服務人員增加。2007 年衛生總費用占 GDP 的 4.52%，平均每人衛生總費用為 112 美元。
3. 建立多層次的醫療保障體系：參加基本醫療保險的職工與居民明顯增加。新型農村合作醫療服務更多人，而城鄉醫療救助面與救助力不斷提高，且發展商業健康保險，保費收入也提高。
4. 規範醫藥監管體系，群眾用藥需求得到基本保障。
5. 積極發展國際交流合作，為國際衛生發展做積極貢獻。

（二）中國醫藥衛生改革與發展面臨的問題和挑戰

1. 人口老齡化過程加快：2007 年底 60 歲以上人口已達 1.53 億人，占總人口數 11.6%，已邁入老齡化社會。
2. 新舊傳染病防疫形勢嚴峻：全國結核病患者約 450 萬人，僅次於印度。B 型肝炎帶原者約 9300 萬人，佔世界的 1/3。尚包括需面臨新傳染病如 SARS 與人禽流感等。
3. 慢性病成爲城鄉居民主要死因：腦血管疾病與惡性腫瘤最多分別占 22.5%與 22.3%。
4. 公共投入比例逐年下降：政府預算支出逐年下降，但個人現金衛生支出逐年提高。
5. 衛生資源配置不合理：城市與鄉村衛生資源配置，近年來約有 65%：35%之差距。

6. 醫療費用上漲過快，居民個人負擔加重。

(三) 中國深化醫藥衛生體制改革的基本框架和近期重點改革工作

1. 目標：建立可涵蓋全民的基本醫療衛生制度，為全民提供安全、有效、方便及價廉的醫療衛生服務。
2. 策略：建置完善四大體系（含公共衛生服務體系、醫療服務體系、醫療保健體系、健全藥品供應保障體系）；建立八項支撐（協調統一的醫藥衛生管理體制、醫藥衛生機構運行機制、政府主導的多元衛生投入機制、科學合理的醫藥價格形成機制、嚴格有效的醫藥衛生監管體制、發展醫藥科技與人才保障機制、實用共享的醫藥衛生訊息系統、健全醫藥衛生法律制度）。
3. 近期改革重點：
 - (1) 加速推動基本醫療保障制度建設。
 - (2) 初步建立國家基本藥物制度。
 - (3) 健全基層醫療衛生服務體系。
 - (4) 促進基本公共衛生服務的均等化(公平性)。
 - (5) 推廣公立醫院改革。

四、專題演講：

(一)「Taiwan Breakfast Meeting」-2009年7月14日 7:00-8:15 Am

美國普林斯頓大學鄭宗美教授主持，由中央健康保險局陳孝平副總經理演講「Management of Pharmaceutical Benefit in Taiwan's NHI Program」，會中日本、英國與澳洲學者以各國相關經驗參與評論。

- (二)「Physician Financial Self-interest (FSI) in Imaging: Magnitude and Implications for Healthcare Costs, Outcomes, and Policy」
-2009年7月13日
- (三)「Supplementary Insurance」-2009年7月13日
- (四)「Doctor-Patient Relationship」-2009年7月13日
- (五)「Economic Evaluation and Clinical Trials」-2009年7月13日
- (六)「Issues Facing Pharmaceutical Policy」--2009年7月13日
- (七)「Hospital Quality」-2009年7月14日
- (八)「Health Care Spending and Aging」-2009年7月14日
- (九)「Health Insurance」-2009年7月14日
- (十)「Insurance Reform」-2009年7月14日
- (十一)「Disease Prevention」-2009年7月14日
- (十二)「Incentives and Competition in Hospital and Physician Markets」
-2009年7月15日
- (十三)「Efficiency in Hospitals」-2009年7月15日
- (十四)「Physician Issues」-2009年7月15日
- (十五)「Health payment and reimbursement research in health reform and development」-2009年7月15日
- (十六)「Measuring inequality of opportunity in health」-2009年7月15日

參、心得及建議

- 一、國際健康經濟學會（iHEA），舉辦全球性學術會議，每次會議都有來自經濟開發程度不同的國家之學者參加，參與會議的各國學者除致力於研究當前衛生經濟發展中的重大問題，實證經驗及分享成果，藉以推動衛生改革。經濟開發程度較低的國家，議題偏重於醫療資源的充足與國民就醫可近性的增加；經濟開發或以開發中的國家，議題則較注重於健康公平性的改善與醫療資源分配與使用效率。我國實施全民健保十五年，健保制度發展經驗及議題，一直都是國際間學者們關注的焦點。近年我國因經濟發展迅速，國民所得提高，生活與教育水準提昇，對醫療保健的需求日益增加。且民眾對於促進健康、改善生活品質之要求亦越來增加，經濟開發之先進國家所提議題，有關人口老化進入高齡社會、少子化及醫療費用需求增加，導致醫療資源如何妥善分配及合理使用等研究，值得我國擬定相關衛生政策之參考。
- 二、現今很多國家與我國面臨相同問題，即健康照護費用支出提升，同時遭受金融風暴及人民平均所得的減少，如何取得健保費用之收支平衡，確實為現今最重要又難處理之課題。除了減少醫療費用浪費和控制支出，尚需改善健保財務收入，增加財源。另在有限的醫療資源下，醫療提供者仍需確保醫療品質不減，除衛政相關單位稽核評鑑制度外，醫療品質資訊的公開與透明化，我國仍需持續努力。另透過宣導並教育民眾，讓民眾確實掌握醫療院所的醫療品質資訊，雖中央健康保險局有作此項服務，但尚未普及化，對於無法使用網路系統之民眾，宜建立適宜之諮詢平台，落實醫療資訊公開之機制。

- 三、由本次參加國際研討會中，中國衛政單位積極及重視衛生改革，其中有關新舊傳染病防疫，策略方針為促進基本公共衛生服務的均等化(公平性)。呼應我國也曾遭受 SARS、禽流感及近來威脅我們的 H1N1 新型流感，防疫的工作是你、我、他共同的責任，衛政及醫療單位不能懈怠外，明確的防疫機制及民眾的參與及配合，方能將防疫網編織無漏洞，並維護我國公共衛生。
- 四、人口老化，已是一個全球性的議題，研討會中更多篇幅的討論長期照護專題。雖國內經濟建設委員會已推估未來扶養比提高之趨勢，且規劃民國 100 年推動長期照護保險。我國已有健保寶貴十五年的經驗，如何擷取國外實證及符合本土化民情，確實需審慎規劃及宣導教育，以實踐「老吾老，以及人之老」的理想。
- 五、研討會中討論醫療服務體系改革議題，讓國內醫療體系省思，如何在有限的健保資源下，使醫療品質及醫療服務提升，就如今年大會主題和諧發展-健康與經濟「Harmonizing Health and Economics」，醫療提供者與消費者都取得雙贏的立場。醫療改革為制定性的變革，但重點是每人心態的改變，才能達到改革成功之境界。
- 六、參與國際研討會的經驗，可深刻瞭解近年來全球熱烈討論之衛生經濟問題，藉由參酌國外保險制度及審查機制，本會宜定期辦理審查專家持續教育及建置實證醫學共識平台，達到審查之共識及一致性，以提升爭議審議品質。本會已建置之審議案例資訊分享，有利改善醫療及健保制度，提升醫療安全暨品質，宜持續推展。未來，建議在預算許可下，衛政相關人員，增加參與國際衛生經濟研討會機會，以增長新知識及新視野，

提升專業素養。