

## 出國報告（出國類別：會議）

# 第七屆國際健康經濟學會(iHEA)年會

服務機關：行政院衛生署

出國人：主任委員 楊銘欽

派赴國家：中國

出國期間：98年7月11-16日

報告日期：98年10月5日

# 摘要

國際衛生經濟學會(International Health Economics Association, iHEA)是目前國際上最大的衛生經濟學術團體，本次研討會全名為 iHEA 7<sup>th</sup> World Congress on Health Economics — Harmonizing Health and Economics，參加之目的在於聽取與會學者發表對於醫療體系方面最新的研究方法，或報告最新的研究結果，作為我國改革醫療體系與健保制度的參考。本次大會於 2009 年 7 月 12-15 日於中國大陸北京市的國際會議中心(BICC)舉辦，粗估應有 800 人參加。

7 月 12 日為開幕式，主題演講由韓啓德教授（中國人大常委會副委員長，中國科學技術協會主席，北京大學醫學部主任）及 Uwe Reinhardt 教授（美國普林斯頓大學經濟學教授，國際衛生經濟學會前任會長）主講。韓啓德教授研講主題為「健康中國 2020—基于中國國情的衛生經濟學戰略思考」。Professor Uwe Reinhardt 的演講題目為「衛生保健和衛生改革:衛生經濟學家能有什麼幫助?」他建議衛生經濟學家可以針對民眾如何使用衛生服務、如何生產更好的健康、衛生服務提供、高科技管理、成本效果分析等，加強研究。接著下來，7/13-15 日全天均有演講以及海報展示，本人之口頭報告講義及海報講義請見附件。這次研討會聽到一些目前台灣在改革醫療體系時，需要釐清的議題。建議未來應持續補助政府機關人員參加國際學術研討會，以汲取最新知識與技術，從而激發行政創新的靈感。

## 目 次

壹、目的.....	4
貳、過程.....	4
參、心得.....	6
肆、建議.....	6
伍、附錄.....	7

## 壹、目的

國際衛生經濟學會是目前國際上最大的衛生經濟學術團體，其主辦之國際研討會均吸引數百位醫療經濟研究者參與發表研究成果。本次研討會全名為 Ihea 7<sup>th</sup> World Congress on Health Economics — Harmonizing Health and Economics，參加之目的在於聽取與會學者發表對於醫療體系方面最新的研究方法，或報告最新的研究結果，作為我國改革醫療體系與健保制度的參考。

## 貳、過程

本次大會於 2009 年 7 月 12-15 日於中國大陸北京市的國際會議中心(BICC)舉辦，粗估應有 800 人參加，但因同一時間地點也舉辦大陸衛生政策研討會，故其中約有 200 人左右是大陸各省衛生單位指派參加的人員。

7 月 12 日為開幕式，主題演講由韓啓德教授（中國人大常委會副委員長，中國科學技術協會主席，北京大學醫學部主任）及 Uwe Reinhardt 教授（美國普林斯頓大學經濟學教授，國際衛生經濟學會前任會長）主講，以下簡述兩場演講的重點：

韓啓德教授研講主題為「健康中國 2020—基于中國國情的衛生經濟學戰略思考」，內容分為三部分，1.中國衛生事業發展取得的成就；2.中國衛生事業發展面臨的挑戰；3. 健康中國 2020—基于中國國情的衛生經濟學戰略思考。

有關衛生事業的成就，主要是由死亡率、平均餘命、疾病防治等方面，呈現其改善的數據，此外還介紹大陸公共衛生體系的建立。和特別值得一提的是，大陸這幾年也在建立初步的基本醫療保障體系，包括 1999 年將公費醫療制度和勞保醫療制度合併為城鎮職工基本醫療保險制度，截至 2008 年投保的職工有 2.2 億人。2003 年建立新型農村合作醫療制度，2008 年全部的縣都已經實施，參加合作醫療的農民有 8.1 億人。2007 年建立城鎮居民基本醫療保險制度，2009 年已經有一半的城鎮實施，預計 2010 年全部城鎮都要實施。

有關面臨的挑戰，首先是疾病防治，包括傳染病和慢性病的罹病率和死亡率持續上升。其次是經濟社會快速發展帶來的挑戰，主要是生活型態的改變，提高罹患慢性病的風險。第三是經濟發展不平衡導致的健康平等問題，包括衛生資源配置不平均、城鄉健康狀況差異等問題。第四為經濟尚未發達下的快速高齡化，2008 年 65 歲以上人口佔率為 8.3%。第五是衛生服務體系與居民健康需要之間的差距，尤其是農村基層衛生人力出現青黃不接的情形。第六為政府責任有待進一步確認，因為居民健康改善尚未納入大陸黨政領導幹部政績考核指標之中，而衛生相關管理單位間的協調尚不完善。最後第七點，是醫療服務體系的體制、價格機制、支付制度、監督制度等尚不健全。有些醫院和醫師過度追求高科技，甚至濫用該等服務項目。

有關從衛生經濟學提出的思考，首先是提出「健康中國 2020」，以全面提高全民

健康狀態做爲大陸中長期衛生發展規劃的方向。一共有三個階段規劃目標，第一階段爲 2010 年要建立基本醫療衛生制度的架構；第二階段爲 2015 年要初步建立基本醫療衛生制度，使大陸醫療衛生服務和保健水準局於發展中國家行列；第三階段爲 2020 年要建立比較完善的城鄉居民基本醫療衛生制度。實現人人享有基本醫療衛生服務，促進衛生服務利用均等化，大幅提高全民健康水準。衛生體系的建設方面，也強調需要加快推進基本醫療保障制度，相當於我國的全民健康保險制度。最後，韓教授也提出需要八項支持系統，包括體制、投入、科技、人才、文化、國際合作、資訊、以及法律面的支持。

第二位演講者 Professor Uwe Reinhardt 的演講題目爲「衛生保健和衛生改革:衛生經濟學家能有什麼幫助?」衛生經濟學家不是從大學產生的，而是由政府 and 私人機構資助對衛生體系的研究而產生的，但因爲看法不同，形成兩大派別，及市場派和規制派。

市場派認爲衛生服務的市場可以是足夠完美的，而且可以達到經濟學中 *second to the best* 的條件，因而致力使衛生服務市場更完美。

規制派認爲衛生服務市場從來就不會達到足夠完美的狀態，因此認爲政府必須強力介入衛生保健服務。

雖然這兩種看法截然不同，還好 Temple University 的 Professor Thomas Getzen 在 1990 年代聯絡 120 位各國的經濟學家，逐漸形成全球性的 International Health Economic Association (iHEA)，可以讓各國的經濟學家交換心得。

Professor Reinhardt 認爲針對民眾如何使用衛生服務，衛生經濟學家可以加強研究下列主題: 1. 如何讓民眾獲知衛生服務的價格和品質。2. 不同社會人口特性的民眾，如何利用相關資訊做決定。3. 民眾如何處理衛生服務不確定性和機率性的問題。有關如何生產更好的健康(production of better health)，衛生經濟學家可以加強研究: 1. 建構衛生的生產函數，特別應強調非醫療方面的因素。2. 研究個人在健康管理流程中，相關的行爲模式。3. 研究有哪些因素可以促使個人更重視自我健康管理，包括機構內的條件(如學校或雇主)、經濟誘因(如 value-based insurance contract)。

Professor Reinhardt 也對衛生服務提供、高科技管理、成本效果分析等提出未來研究建議。最後他認爲，在經濟危機的時代，因爲資源有限，更是衛生經濟學家好好發揮的機會，要大家把握機會，努力研究相關議題。

接者下來，7/13-15 日全天均有演講以及海報展示，但 7/13 上午在研討會論文發表之前，由台灣前往參加會議的衛生署主管，先和大陸衛生部相關主管進行非正式意見交換，一方面建立溝通管道，另一方面也可以瞭解彼此的想法。隨後各自前往研討會發表會場聆聽報告，或進行口頭報告。本人之口頭報告講義及海報講義請見附件。

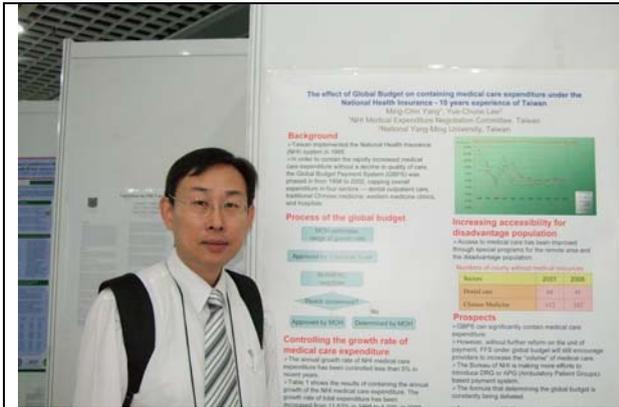
## 參、心得

科學知識的累積，需要透過不斷的發表、辯論、修正，才能加以推廣應用。參加 iHEA 的會議確實可以獲得這樣的效果。不但可以向大師學習其思考的哲理，也可以向不同領域的研究者學習研究設計和資料分析方法。這次研討會，我從 Professor Reinhardt 的演講得到最多收穫，因為他提出的研究方向確實都是目前台灣在改革醫療體系時，需要釐清的議題。我可以參考這些議題，作為選擇費用協定委員會下年度公開徵求研究計畫主題的參考，也可以作為學校碩博士班學生，選擇論文主題的參考。

## 肆、建議

台灣可以加強衛生經濟的交流，不論是透過研討會或專家對談，都有助於釐清議題，並進行有系統的研究，對台灣的衛生服務與健保制度才能有具體的貢獻。未來應持續補助政府機關人員參加國際學術研討會，以汲取最新知識與技術，從而激發行政創新的靈感。當然，也可透過研討會的報告，發現有些專家學者別有見地，可以邀請渠等前來公開演講，讓不克參加國際研討會的人，可以增加知識，拓展視野。

伍、附錄



照片一：設於海報前，題目為 The effect of Global Budget on containing medical care expenditure under the National Health Insurance - 10 years experience of Taiwan



照片二：設於口頭報告現場，題目為 Effects of Global Budget of Taiwan's NHI on Outpatient Visits and Expenditures, 2001-2005



照片三：與本次會議籌辦單位「衛生經濟研究所」所長（左三）及主要幹部合影。



照片四：與大陸衛生部相關主管餐敘合影

## The effect of Global Budget on containing medical care expenditure under the National Health Insurance - 10 years experience of Taiwan

Ming-Chin Yang<sup>1</sup>, Yue-Chune Lee<sup>2</sup>

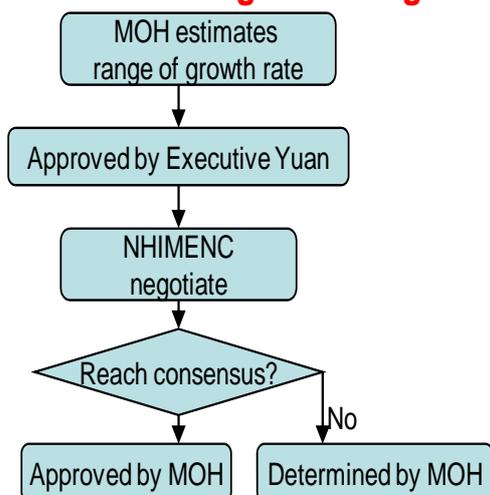
<sup>1</sup>NHI Medical Expenditure Negotiation Committee, Taiwan

<sup>2</sup>National Yang-Ming University, Taiwan

### Background

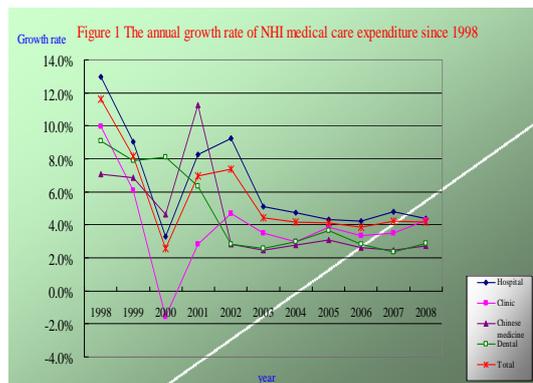
- Taiwan implemented the National Health Insurance (NHI) system in 1995.
- In order to contain the rapidly increased medical care expenditure without a decline in quality of care, the Global Budget Payment System (GBPS) was phased in from 1998 to 2002, capping overall expenditure in four sectors — dental outpatient care, traditional Chinese medicine, western medicine clinics, and hospitals.

### Process of the global budget



### Controlling the growth rate of medical care expenditure

- The annual growth rate of NHI medical care expenditure has been controlled less than 5% in recent years.
- Table 1 shows the results of containing the annual growth of the NHI medical care expenditure. The growth rate of total expenditure has been decreased from 11.63% in 1998 to 4.19% in 2008.



### Increasing accessibility for disadvantage population

- Access to medical care has been improved through special programs for the remote area and the disadvantage population.

#### Numbers of county without medical resources

Sectors	2001	2008
Dental care	68	41
Chinese Medicine	112	107

### Prospects

- GBPS can significantly contain medical care expenditure.
- However, without further reform on the unit of payment, FFS under global budget will still encourage providers to increase the “volume” of medical care.
- The Bureau of NHI is making more efforts to introduce DRG or APG (Ambulatory Patient Groups)-based payment system.
- The formula that determining the global budget is constantly being debated.
- A more acceptable formula is being developed.