

# 由第二屆世界衛生經濟學大會看 衛生經濟學之發展

紀駿輝<sup>1,2,\*</sup>

CHUN-HUEI CHI

<sup>1</sup> 中央健康保險局 研究員(1999年)  
Bureau of National Health Insurance

<sup>2</sup> 美國奧瑞岡州立大學公共衛生系  
Department of Public Health, Oregon State University, College of Health & Human Performance 317 Waldo Hall  
Corvallis, Oregon 97331-6406.

\* 通訊作者Correspondence author. E-mail: chunhuei.chi@orst.edu

國際衛生經濟學學會iHEA是衛生經濟學界最重要的環球學術團體，其舉辦的世界衛生經濟學大會亦是衛生經濟學的最重要之學術會議。在該大會所發表的論文，可以作為衛生經濟學界發展的指標。本文藉著作者參與該會在1999年6月6日至9日於荷蘭鹿特丹舉行第二屆大會觀察發表論文的數量與種類，來分析衛生經濟學近來與未來之發展。本文分為兩大部份，第一部份藉分析論文的性質可知，與衛生財務或健康保險相關的議題為衛生經濟學最熱門的主題，佔論文總數的30%。其次則為經濟評估相關的研究。文中亦由論文發表者的所屬機構及國家來分析衛生經濟學在各國的發展情況。第二部份則評介二個較重要的論文發表和一場衛生經濟學理論的大辯論。這些論文及辯論的共同主題是對衛生經濟學理論、分析模式與假設，以及研究方法的反省與批判。衛生經濟學家們繼續對此主題之探討研究，將會對衛生經濟學產生本質上的改變。文末提出幾個增進我國在世界衛生經濟學界的學術地位之策略。(中華衛誌 2000；19(2)：69-85)

關鍵詞：衛生經濟學、國際衛生經濟學學會、需求模式。

## The Future of health economics—Reflections on the second world conference of international health economics association

International Health Economics Association (iHEA) is, arguably, the most important international academic association for health economics. This paper summarizes the nature and contents of the Second World Conference of iHEA, held in Rotterdam from June 6 to 9 of 1999. The first part of this paper discussed the number and nature of papers presented at this conference. Results of analysis suggests that the subject related to health care finance and health insurance is the most popular in this conference, with a total of 163 papers, representing 30% of the total number of papers presented. The second most popular research area, with is economic evaluation, 129 papers (23.8%). Furthermore, I also examine the development of health economics in the world, by analyzing the number of papers presented by each country's delegates. Finally, discussion and comment on two plenary session papers and one debate session on health economics demand theory. A common thread to these sessions is the critical examination of health economic theories, analytical model and its assumptions, and research methods. If this introspection is followed by many health economists, it will have a profound impact on the field of health economics. Finally, I propose several strategies to promote the development of health economics in Taiwan and discussed the global significance of this development. (Chin J Public Health. (Taipei): 2000;19(2):69-85)

**Key words:** Health Economics, International Health Economics Association, Demand Analysis.

## 國際衛生經濟學學會(International Health Economics Association)

國際衛生經濟學學會創立於1995年，為目前衛生經濟學在國際上最重要的學會，通常簡寫為iHEA。本文嘗試藉由該會所召開的第二屆衛生經濟學世界大會，來探討衛生經濟學發展的趨勢。該會目前有1,323位會員遍佈世界各地，但來自歐洲及北美洲者仍佔大多數。

### 世界衛生經濟學大會

世界衛生經濟學大會至今僅舉辦了二屆。其第一屆大會於1996年5月19日至23日於溫哥華(Vancouver, BC)舉行，由英屬哥倫比亞大學(University of British Columbia)主辦，有665人參與。該會共有4位台灣的學者參加(江東亮、紀駿輝、張睿詒、謝啓瑞等)。今年(1999)6月6日至9日在鹿特單(Rotterdam)舉辦第二屆世界大會，由荷蘭的伊拉斯穆司大學(Erasmus University)主辦，共有852人參加，其中台灣的學者共有16人參加(其中13人來自台灣，另3位來自美國，而國籍為中華民國者共14人)。比起第一屆僅4人參加，可反映出台灣的衛生經濟學界這3年來的成長。

此世界大會的一大特色，為大多數在衛生經濟學界居領導地位的學者，包括衛生經濟學兩大期刊「衛生經濟學期刊」(Journal of Health Economics)及「衛生經濟學」(Health Economics)的大多數主編及編輯，均來參加。這些衛生經濟學家，通常是為其他學術會議聘為開幕專題演講者，在此會則與一般學者一樣，親自披掛上陣來作論文發表。

### 由參與的人數看各國衛生經濟學之發展

由每一個國家來參與此世界大會的人數，雖不一定能正確反應該國在衛生經濟學的相對實力，但是多少可反應該國對衛生經濟學重視的程度。在表一我將與會人數最多

的17個國家列出來，當中美、英、荷分居一、二、三位，充分反應這三國近年來在衛生經濟學上的領導地位。在這前17名國家中，歐洲包辦了11個國家，這當中除了地利之便以外，也相當反映了歐洲對衛生經濟學的重視。台灣排名15(我以學者所屬單位作統計，因此3位來自美國的台灣學者被統計在美國項內)，為亞洲之冠，還高過日本。歐美以外地區，值得注意的是澳大利亞(第9名)及南非(第12名)，顯示這兩國對衛生經濟學的重視。

再看論文發表的數目。我以大會接受發表的論文摘要數目作統計，比實際發表者略多，因有少數缺席未發表，但其摘要均收錄於大會出版的論文摘要手冊中。因許多論文均有共同作者，且各作者不一定來至同一國家，為求統計的方便及一致性，我均以第一作者為標準來統計。

表二列出以第一作者所屬機構國家別的前17名之統計。我們可以看到，美、英、荷同樣居前3名，再次反應其領導地位。法國的參與人數雖在第11名，其論文數卻在第4名。值得注意的是，台灣的論文數排名第9，光以數量來看，可以看出我國的衛生經濟學界之蓬勃發展，在亞洲可謂已略具領導地位的雛形。在論文數排行榜的前17名中，歐洲國家包辦了12名。

接下來我以學校或機構為單位，統計論文發表的數目。因許多論文均有共同作者，且各作者不一定屬於同一學校或機構，為求統計的方便及一致性，我同樣均以第一作者為標準來統計。表三列出了論文數最多的15個學校或機構。論文數排第一的是英國的約克大學(York University，下一屆大會的主辦者)，第二、三名依次為荷蘭的伊拉司慕思大學(Erasmus University)及美國的哈佛大學(Harvard University)。而英國的學校囊括了前五名中的三名。歐美以外地區，僅有南非的開普敦大學(University of Cape Town)及澳大利亞的衛生計畫評估中心(Center for Health Program Evaluation)列入前12名。值得注意的是，在前12名中排第6名的世界銀行，並非純學術機構，但其擁有龐大的研究人員，在

投稿日期：88年8月13日

接受日期：89年3月9日

衛生經濟學界不只提供計畫經費，本身也從事研究工作。

### 論文發表的類別分析

在對此次大會論文作量的分析後，也許對國內學者更有助益的資訊是藉由對論文性質的分析，來瞭解目前世界衛生經濟學界發展的趨勢。我根據大會的論文摘要及節目表，[1] 嘗試將所有論文依研究主題類別來作統計，並依此統計來評論目前世界在衛生經濟學的研究趨勢 (表四)。

衛生財政及健康保險相關議題為最熱門研究領域

衛生財政和健康保險相關議題為此次大會中最熱門的研究領域。和此領域有關的論文共有163篇，佔總數的30%。在此領域下的研究論文發表最多的主題包括：

1. 支付制度 (Payment system) (31篇，佔總論文數5.7%)
2. 公營與民營的醫療制度 (Public and private mix of health care) (30篇，佔5.6%)
3. 健康保險的理論與實際 (28篇，佔5.2%)
4. 醫療支出與國家總醫療支出 (Health expenditure and national health account) (22篇，佔4.1%)
5. 風險調節與風險選擇 (Risk adjustment and risk selection) (21篇，佔3.9%)

許多國家面臨醫療費用的成長，均每隔一段時間就興起醫療制度或健保制度的改革熱潮，不論是公民營之比較分析，各種支付制度，或不同的醫療服務組織系統等與衛生財政或健保相關議題，在未來仍將是衛生經濟學研究的熱門主題。

表一 第二屆世界衛生經濟學大會與會人員最多的17國國籍別統計

國 家	與會人數	佔總數%	排 行
美國 (U.S.A.)	210	24.6	1
英國 (United Kingdom)	120	14.3	2
荷蘭 (The Netherlands)	89	10.4	3
比利時 (Belgium)	48	5.6	4
瑞典 (Sweden)	36	4.2	5
瑞士 (Switzerland)	31	3.6	6
加拿大 (Canada)	31	3.6	6
德國 (Germany)	28	3.3	8
澳大利亞 (Australia)	24	2.8	9
丹麥 (Denmark)	23	2.7	10
法國 (France)	20	2.3	11
挪威 (Norway)	16	1.9	12
南非 (South Africa)	16	1.9	12
義大利 (Italy)	15	1.8	14
台灣 (Taiwan)	14	1.6	15
芬蘭 (Finland)	11	1.3	16
日本 (Japan)	11	1.3	16
與會總人數	852	100.0	?

資料來源：2nd World Conference of International Health Economics Association, Rotterdam, June 6 - 9, 1999, Attendees List, 1999.

表二 第二屆世界衛生經濟學大會接受發表之論文按最多的17國國籍別統計

國 家	發表論文數	佔總數%	排 行
美國 (U.S.A.)	179	33.0	1
英國 (United Kingdom)	74	13.7	2
荷蘭 (The Netherlands)	31	5.7	3
法國 (France)	30	5.5	4
加拿大 (Canada)	29	5.4	5
澳大利亞 (Australia)	26	4.8	6
德國 (Germany)	16	3.0	7
瑞典 (Sweden)	14	2.6	8
台灣 (Taiwan)	12	2.2	9
比利時 (Belgium)	11	2.0	10
瑞士 (Switzerland)	10	1.8	11
芬蘭 (Finland)	9	1.7	12
西班牙 (Spain)	9	1.7	12
丹麥 (Denmark)	7	1.3	14
挪威 (Norway)	7	1.3	14
南非 (South Africa)	7	1.3	14
義大利 (Italy)	6	1.1	17

資料來源：2nd World Conference of International Health Economics Association, Rotterdam, June 6 - 9, 1999, Abstract Book, 1999.

註：論文總數為542篇，是以大會出版的論文摘要為依據；此統計是以第一作者所屬學校或機構的國家為準。

### 經濟評估為第二熱門的研究領域

以論文發表的數量來看，經濟評估 (economic evaluation) 為目前衛生經濟學僅次於衛生財政與健康保險的熱門研究領域。由表四可看出，綜合性的衛生經濟評估佔所有論文發表數之詳細分類的首位(共65篇，佔12%)。若再加上其他較細的經濟評估領域的論文，則所有經濟評估相關領域的論文計有129篇，佔總數23.8%，接近四分之一。

在經濟評估領域中，此次大會發表的的論文中較多的為下列主題：

#### 1. 方法論(Methodology)

- (1) 意願付費值(Willingness to pay)
- (2) 條件估價(Contingent valuation)
  - 意願付稅值(Willingness to pay tax)
  - 假想金錢(Hypothetical money)
- (3) 聯合分析(Conjoint analysis)
- (4) 效用測量(Utility measurement)

#### (5) 時間偏好(Time preference)

#### (6) 統計推論(Statistical inference)

#### 2. 經濟學理論基礎

- (1) 分配的假設及公正加權(Distributional assumptions and equity weight)
- (2) 福利主義相對於外福利主義(Welfarism vs. extra-welfarism)

#### 3. 應用分析

- (1) 成本效益分析(CEA)，成本效用分析(CUA)，及成本利益分析(CBA) 對醫療科技與衛生政策之評估
- (2) 測量工具(Measurement instruments)
- (3) 調查方法(Survey methods)

造成經濟評估研究熱門有幾個可能因素。第一，各國對提高衛生與醫療服務之生產效率(technical efficiency)之需求；第二，各國對評估新的醫療科技之需求；以及第三，從事衛生經濟學研究的非經濟學家，特別是醫師，大多作經濟評估，因這個領域較不需

表三 第二屆世界衛生經濟學大會接受發表之論文按最多的15個學校及機構統計

學 校 或 機 構	發表論文數	佔總數 %	排 行
約克大學University of York	23	4.2	1
伊拉司慕思大學Erasmus University	18	3.3	2
哈佛大學Harvard University	17	3.1	3
倫敦衛生及熱帶病學院	11	2.0	4
London School of Hygiene and Tropical Medicine			
阿伯丁大學University of Aberdeen	9	1.7	5
英屬哥倫比亞大學University of British Columbia	8	1.5	6
世界銀行World Bank	8	1.5	6
法國衛生經濟學中心	7	1.3	8
INSERM, Center for Health Economics (France)			
凱撒伯門嫩惕衛生研究中心	7	1.3	8
Center for Health Research Kaiser Permanente, Portland			
開普敦大學University of Cape Town	6	1.1	10
楊百翰大學Brigham Young University	5	0.9	11
雪梨衛生計畫評估中心			
Center for Health Program Evaluation, Sydney	5	0.9	11
衛生經濟研究與評估中心	5	0.9	11
Center for Health Economics Research & Evaluation (U.S.A.)			
歐登瑟大學University of Odense	5	0.9	11
華盛頓大學University of Washington	5	0.9	11

資料來源：2nd World Conference of International Health Economics Association, Rotterdam, June 6 - 9, 1999, Abstract Book, 1999.

註：論文總數為542篇，是以大會出版的論文摘要為依據；此統計是以第一作者所屬學校或機構的國家為準；

依賴許多經濟學理論，而比較大的程度依賴臨床與醫療科技知識。隨著以證據為基礎的醫學(evidence-based medicine)研究與制度的普及，可以預見的，經濟評估在未來10年內仍會在衛生經濟學研究中佔很重要的地位。國內在此方面的研究也正逐漸的增加。另一方面，經濟評估方法並不是已經很完善，其方法論中尚有許多改善、發展的空間，且大多均仍在起步的階段。

### 評介重要的論文發表

如前所述，此次衛生經濟學世界大會可謂「眾星雲集」，聚集了大多數的居學術領導地位的衛生經濟學家。會中所發表的論文，有許多均稱得上是「重要」的論文，限於篇

幅，無法一一介紹。在本文中我僅簡要介紹並評論二篇論文及一場辯論。這二篇論文分別是作開幕演講的約瑟夫史帝格力支(Joseph Stiglitz)的「健康照護的公部門與私部門財源籌措」(Public and private financing of health care)，和作閉幕演講的維克多富赫(Victor Fuchs)的「衛生經濟學的未來」(The future of health economics)。將評介的一場辯論則是6月7日下午的大辯論：「爭辯解決了：(醫療)需求曲線必須廢除」(Resolved: The demand curve (for medical care) should be abolished.)

論文評介一：健康照護的公部門與私部門財源籌措(Public and private financing of health care)

此次大會的開幕特別演講邀請了1997年

表四 第二屆世界衛生經濟學大會論文發表依性質分類統計

紀駿輝

論 文 類 別	數 量	佔總數%	排 行
經濟評估Economic evaluation (general methods, CEA, & CBA)	65	12.0	1
衛生及健康照護之公正與公平Equity or equality in health and health care	33	6.1	2
醫療支付制度Payment system and reimbursement methods	31	5.7	3
健康照護之公民營Public and private mix of health care	30	5.6	4
健康保險Health insurance (theory and practice)	28	5.2	5
健康或健康照護需求分析Demand analysis (health or health care)	25	4.6	6
意願付費值,條件估價,及聯合分析Willingness to pay, contingent valuation, & conjoint analysis	24	4.4	7
醫療費用及國家總醫療支出Health expenditure and national health account	22	4.1	8
風險調節及風險選擇Risk adjustment and risk selection	21	3.9	9
成本效用分析,品質調節生命年數,及效用測量CUA, QALY, and utility measurement	18	3.3	10
醫院行為Hospital behavior	18	3.3	10
管理式醫療服務Managed care	16	3.0	12
記量經濟學Econometrics	15	2.8	13
健康照護之公共財政學Health care finance (societal)	15	2.8	13
醫療科技之開發與管理Medical technology-diffusion and management issues	13	2.4	15
疾病的經濟學與社會成本Economics and costs of illnesses	13	2.2	15
醫療服務使用之研究(非需求分析)Health care utilization studies (non-demand analysis)	12	2.2	17
醫師行為Physician behavior	11	2.0	18
健康,健康照護及勞力市場Health, health care and labor market	10	1.8	19
藥物經濟學Pharmaceutical economics	9	1.7	20
成癮性及管制性藥品或食品的經濟學Substance abuse economics	9	1.7	20
醫療市場分析Health care market analysis	9	1.7	20
醫療制度之國際比較International comparison of health care systems	8	1.5	23
其他Others	88	16.2	?
總數 TOTAL	543	100.0	?

資料來源：2nd World Conference of International Health Economics Association, Rotterdam, June 6 - 9, 1999, Abstract Book, 1999.

剛轉任世界銀行的前史丹佛大學經濟系教授約瑟夫史帝格力支(Joseph Stiglitz)。他的論文探討衛生財政學的公營與民營議題，特別是針對中、低所得國家的情況。史帝格力支的專長是總體經濟理論與政策，他的觀點是對市場經濟持保留或批判態度，認為自由市場並不適用於所有的財貨，特別是醫療服務和教育。

他的論文強調衛生發展必須多方面著手，而不是光靠醫療服務。在論及政府與市場功能時，他提出傳統的市場失衡(market failure)在醫療服務特別嚴重，特別是中低所得國家。即使市場很有「效率」，對分配公正的考慮也往往需政府介入。醫療市場失衡的關鍵在資訊不平衡，尤其醫療服務的一些特性，如：非經常性購買行為、服務的複雜與差異性、多重因素影響醫療服務的結果、聲譽與品牌的效果不彰等等，導致低效率的醫療服務得以持續。他並未詳細說明為何上述因素會「導致低效率的醫療服務得以持續」，由我來稍加解說這些概念及其影響。

1. 非經常性購買行為(non-repeated purchase)  
在競爭市場的一項假設為消費者對價格與品質的關係具充分資訊及判斷力。達成這項條件的因素之一為消費者透過多次的購買行為而累積此資訊及能力，因而供給者可能以過高的價格「騙」消費者一次，但很難再騙第二次或第三次。但是在醫療服務中有許多的購買行為均只發生一次，或很久才發生一次，使得消費者在原本就資訊不對稱的劣勢下，不易累積對醫療價格與品質判斷的資訊和能力。因此，使得醫療服務市場中的價格競爭，或價格功能無法充分發揮。
2. 服務的複雜與差異性(complex and heterogeneous products)  
比起其他商品，醫療服務是非常的複雜且差異性極大。兩個罹患相同疾病的消費者，會因病情不同及健康狀況不同，使得所用的醫療服務不完全相同。這些複雜性與差異性違反了競爭市場的條件之一——產品具同質性，因而使得消費者對價格與品質的關聯性之判斷相當困難。

3. 多重因素影響醫療服務的結果(multiple causes affecting medical care outcome)

因人體的健康受多重因素，如遺傳因子、生活方式、及環境等的影響，以致於同樣的醫療服務施於患相同病狀的不同病人，其結果不完全相同。如此一來，使得消費者對醫療品質的判斷相當困難，因而降低了消費者判斷價格與品質關聯性的能力。

4. 聲譽與品牌的效果不彰(reputation and brand-name are not significant)

因消費者缺乏對醫療品質的資訊，使得聲譽佳的供給者或「品牌」不易建立，市場中「劣貨」得以和「良貨」以相似的價格共存，難達競爭的效果。

由於上述的這些因素，使得因健康保險的介入而價格功能原本就不彰的醫療市場，其功能更受限制而使得市場缺乏競爭性。也因此，使得效率不佳的醫療服務得以繼續生存。

他並非盲目偏好政府功能，因此也提出「政府失衡」(government failure)的問題，特別是對資源分佈不當的政策使高所得者獲得更多的服務與資源，如印尼；還有對民營業者沒提供足夠的誘因等。

關於民營健康保險市場，他舉出幾個問題：

1. 健保業由風險選擇(risk selection)所獲利潤至少與由改善生產效率所獲利潤一樣多。
2. 高交易成本(transaction costs)，主要來自於防止風險逆選擇和防止道德危害。因此，市場制或民營健保並非「免費」的，因其隱含高成本。
3. 政策困境：
  - (1) 增加消費者選擇，則風險逆選擇增加，同時交易成本也增加；
  - (2) 促進競爭，則風險逆選擇亦增加，(1)的問題也隨之增加；和
  - (3) 增加消費者誘因(如個人醫療儲蓄帳戶 medical savings account)，同樣的會促使風險逆選擇增加。

對於低所得國家的衛生發展，他認為重點應放在基礎建設(infrastructure)和公共衛生措施。至於中所得國家，他建議發展初級和次級健康照護制度。初級制度包括公營醫院

診所和基本的健康保險或醫療服務；次級的制度則為類似個人醫療儲蓄帳戶的強制健保，但可導入一些市場機制。

他的結論包括六點：

1. 市場失衡越嚴重，影響(健康照護)所及越嚴重；
2. 應將發展重心放在最貧窮人口的健康之改善；
3. 利益團體的成長將危及健康的增進；
4. 政府部門失衡的防範；
5. 公共財需要社會共同行動；及
6. 以健康為重心，而不是把政策焦點放在醫療服務上。

綜合史帝格力支的論文，可以看出他強調對健康整體的關注，應該是衛生經濟學發展的重心。目前衛生經濟學的發展，仍太偏重醫療服務與財政，缺乏對衛生或健康的關懷與認識。嚴格的來說，絕大多數發表的「衛生經濟學」論文，特別是教科書，只能歸類為衛生經濟學的一分支——醫療經濟學(health care economics)，而非衛生經濟學(health economics)。史帝格力支喚醒衛生經濟學家要擴充視野，以使衛生經濟學更能對衛生發展有貢獻。他對中低所得國家衛生發展的建議，由國際衛生(international health)領域來看，其實並非新的概念，早在20多年前就已探討過了。不過，因為衛生經濟學界以往較封閉，對其他學界，特別是國際衛生的研究與發展，往往缺乏認知。因此，他的這些論點，可以讓衛生經濟學界稍接觸更廣的國際衛生之觀點。

值得注意的是，以史帝格力支身居世界銀行副總裁及首席經濟學家的要職，他的觀點將會影響世界銀行未來的政策走向，特別是公共衛生的貸款援助活動，很可能會有很大的轉向，不再「自由市場至上」了。遺憾的是，史帝格力支已於1999年12月底離開世界銀行，回到史丹佛大學去做研究。[2]在他任職世界銀行的3年中，帶給世界銀行很大的轉變，使其對經濟發展的方向著重社會正義，公正性以及對改善貧窮問題的重視。也許更重要的貢獻，是幫忙世界銀行擺脫美國的充分政策操縱(Washington Consensus)。這在新

古典經濟學與新自由主義當道的時代，頗為不易，想必得罪不少美國的政界及財經、金融界。也許他的離職也和此有點關係。史帝格力支雖已離開世界銀行，但他仍頗受世銀總裁詹姆士沃爾分宋(James D. Wolfensohn)的賞賜，將轉而擔任他的特別顧問，間接發揮他的影響力。

#### 論文評介二：衛生經濟學的未來(The future of health economics)

大會的閉幕特別演講邀請了曾任美國經濟學會會長，也是衛生經濟學的元老的史丹佛大學經濟系教授維克多富赫(Victor Fuchs)。富赫雖剛由史丹佛大學退休，但仍在經濟學界很活躍。他的論文探討衛生經濟學的未來之展望。他首先探討衛生經濟學面臨的挑戰。

第一個挑戰是目前衛生經濟學分析基礎的一些理論假設有問題，例如在研究醫療服務的供給與需求時，通常假設醫療科技和消費者偏好為外生變項(exogenous variables)，而忽略對這些變項本身的研究。富赫認為這樣的假設是錯誤的，因為醫療制度本身會影響科技的發展，同時消費者對醫療服務的偏好會受供給者以及醫療制度的影響，因此這兩個影響醫療服務供給和消費的因素都應該視為內生變項(endogenous variables)。他的這個論點若被接受，將影響衛生經濟學未來的研究方向，以及改變傳統計量經濟學在推估醫療服務需求時的模式設定。當傳統衛生經濟學的分析中將科技和消費者偏好視為外生變項時，在忽略其受醫療制度的影響之同時，也很少去研究這兩因素和醫療制度間的關係，特別是偏好，常被經濟學家視為「與生俱來」的。如此一來，在分析醫療市場的行為時，偏好和科技均只作為自變項，而略去其作為依變項的一面。如果我們同意富赫的觀點——有不少「反新古典經濟學」的經濟學家，如1998年諾貝爾經濟學講得主阿馬提雅申(Amartya Sen)就持相同觀點，則傳統的醫療市場分析結果是不完整的，甚至是偏差的。當我們將偏好與科技視為內生變項時，會迫使我們在研究醫療市場行為時，以這兩項因



素為對象來加以深入研究。

第二個挑戰是經濟學把人的基本行為動因之假設，狹隘的限制在利己的動因，忽略了社會規範(social norms)。第三個挑戰是「主體人與代理人」(principal-agent)的問題，普遍存在於醫療服務市場。經濟學假設在市場中的消費者和供給者均為以自己的利益為動因的行動者，稱為「主體人」(principal)；相對於此，在產業經濟學的廠商理論(theory of the firm)中，對於代表投資者利益的管理經營者稱為「代理人」(agent)，而發展出「代理人關係」理論(agency theory)。[3] 在衛生經濟學中，因消費者(病人)與供給者(醫師)間的資訊不平衡，也在彼此間產生了「代理人」的關係。一般的病人，當他／她去就醫時，對該使用什麼樣的診斷及治療方法非常的缺乏資訊，只好依賴醫師來替他／她做選擇，甚至做決定。此時醫師成為病人的「代理人」，但是醫師作為醫療服務的供給者，亦是市場上追求利益的「主體人」，此雙重的角色有利益衝突。這個理論對衛生經濟學的影響，在於認為傳統的消費者作為獨立的「主體人」之假設已不適用。也就是說，醫療市場上所觀察到的「醫療需求」，並非完全是消費者所決定的。衛生經濟學在這方面的研究尚不足，因居主流的新古典經濟學者忽視這項理論，使得衛生經濟學界對這方面的行為瞭解不夠。

第四個挑戰是行為經濟學(behavioral economics)，也就是說經濟學的人類行為理論與假設有太多的缺陷，且經濟學界故步自封，不屑於向其他社會科學學習，使得有些行為假設太天真幼稚(例如人類行為動機)。他呼籲經濟學界要向其他行為科學界學習關於人的行為，特別是心理學。

第五個挑戰是生活品質的測量與分析。經濟學傳統對社會福利的研究都是以效用(utility)來作測量，卻失之粗率籠統。對生活品質的定義與測量可彌補此缺失。

富赫論文的第二部份討論衛生經濟學對政策的影響。這一部份他也分成幾個要點來討論。第一個要點，經濟學為好的決策之必要條件，但非充分條件。

第二要點討論經濟學的長處和短處。長

處包括有系統化的理論；觀念與研究議題對政策的適切性；以及對各種數據分析的能力。短處方面包括缺乏以實驗設計來作研究、對問卷調查方法缺乏瞭解與研究、缺乏對制度(institutions)的重視、缺乏跨科際或多科際整合研究、以及忽略價值觀的重要性，而價值觀對研究及政策均有很深的影響。他以一簡單的公式說明價值觀對政策的影響：

政策 = 分析結果 + 價值觀

這第二個要點與第一個要點密切相關；也可以說，此第二要點提供了第一要點的理由。比起其他的社會科學，經濟學的理論與分析方法可以說是比較嚴謹。經濟學對概念的定義與量化在所有社會科學中是發展的最徹底的，使得其多數的理論可以數學模式代表之。經濟學的研究架構也較一致，特別在實證性研究上。因此在公共政策的分析上，經濟學佔了無法取代的地位，這也是富赫所說的「必要條件」。另一方面，經濟學的種種短處，如缺乏對制度的重視、缺乏對其他學科所發展的理論與知識之認識與應用、以及對價值觀的忽略等，均使得經濟學對公共政策的分析不完整或無法充分反應真實的世界。這也是為什麼富赫說經濟學並非好的決策之「充分條件」的原因。

第三部份探討為什麼衛生經濟學前景繼續看好。富赫舉出5點理由：

1. 醫療科技與現實(資源)可行性的差距之加大，使得對資源的分配與使用更加重視；
2. 對醫療資源使用與結果之關係的數據與研究逐漸增進中，這些研究均為了提昇醫療服務的生產效率；
3. 人口老化；
4. 財政限制；以及
5. 反平等主義趨勢(Anti-equalitarianism)。

這些理由中，前4項理由均和有限資源的分配使用有關(例如(3)人口老化會促使社會對醫療資源的需求增加)，而經濟學的本質與專長，正是研究社會如何分配使用有限的資源。同樣的，衛生經濟學的特性，也在研究如何有效率的使用及分配有限的衛生及醫療資源。特別是對於「生產效率」(technical efficiency)的分析，沒有其他的社會科學能與經

濟學競爭。這是為什麼這些趨勢使得衛生經濟學的前景看好。

第五項理由一反平等主義趨勢需稍加討論。富赫提出近年來國際上的3個反平等主義趨勢或原因：(1)國際間經濟競爭的提高；(2)越來越多社會對其社會福利政策所帶來的結果，特別是財政、生產力、和競爭力表示憂心；以及(3)缺乏戰爭的威脅(歷史上，戰爭是促使平等主義及政策發展的因素之一)。在反平等主義的潮流中，社會將忽略分配性的問題，而著重效率的問題。接著富赫又指出3點造成在健康照護中反平等主義趨勢的原因：(1)大家逐漸瞭解到醫療服務的「可近性」並非造成不同社會經濟階層間的健康差異之主要原因；(2)新的醫療科技主要影響生活品質，而非延長生命，而傳統的平等主義較關懷的是生命與健康，而非生活品質；(3)大家逐漸瞭解到醫療服務效果的或然性本質(probabilistic nature)，也就是說傳統平等主義所強調的「醫療服務可近性之平等」並不能保證達到健康狀況的平等。當社會及學界在醫療服務的焦點逐漸遠離「平等」時，其焦點自然的會著重在其他的問題，特別是生產效率的問題。如果說對平等的研究分析並非經濟學的長處，那麼，對效率的分析正好是經濟學的長處。這也是為什麼富赫會提出，當社會遠離平等主義時，會造成市場對衛生經濟學家的需求增加的原因。

最後一段，富赫針對他的主題提出5點結論與建議：

1. 不要忘了你的經濟學的根，要回饋到經濟學理論與方法的發展；
2. 學習衛生科技和機構、制度，作一個衛生經濟學家光有經濟學的理論和方法是不夠的；
3. 努力工作，且要用聰明的方法(work hard — work smart)；

他特別舉出，在所有經濟學期刊發表的論文中，有60%是「垃圾」，20%是與衛生經濟學無關，只有20%與衛生經濟學有關，所謂「聰明的工作」(work smart)是要去發掘這20%的論文；

4. 不要想同時當學者和實務經營者(player)，

因有效的實務經營者和學者需具備不同的特性，而兩者有衝突；

5. 培養學術的美德(scholarly virtues)，包括：

- (1)誠實(Honesty)，
- (2)勇氣(Courage)，
- (3)耐心(Patience)。

最後，我針對富赫的論文來作簡短的評論。經濟學自從十九世紀末期阿爾弗雷德馬歇爾(Alfred Marshall)將經濟學理論以數學模式來表達後，[4]由於其重視對各種概念的量化與測量，逐漸發展為一較接近自然科學的社會科學。因此，也逐漸使經濟學界發展出一種學術偏見(不客氣的批評者會稱為「學術傲慢」)，認為其他社會科學的理論與學說均不足取，只有經濟學的理論架構與方法才是最嚴謹的。這樣的態度，也存在於在衛生經濟學界。富赫以其衛生經濟學的元老且極具影響力的經濟學家之地位，對此態度提出反省與批判。他呼籲衛生經濟學家不要把眼光侷限在經濟學內，應從其他學科的研究與發現來補經濟學之短。他特別提到心理學，因經濟學家經常研究或應用的理論之一是有關人類行為的動機，而這方面在心理學很早就有深入的研究，卻長期被經濟學界忽略，使得經濟學所提出的人類行為動機之理論顯得相當天真幼稚。來因哈德(Reinhardt)[5]曾就這點如此批判過：「經濟學家想扮心理學家而忽視了心理學，結果是成為三流的心理學家。」除了對其他學科的忽視外，富赫也指出經濟學界應對同樣影響人類行為的價值觀、制度、和規範等予以重視和研究。

其次，富赫也一反美國的主流經濟學觀點，指出一些新古典經濟學的假設不適用於衛生經濟學，而需要修正。新古典經濟學的一些理論與分析架構之不適用於衛生經濟學，在美國以外地區早已被提出來批判。[6-8]在美國雖也有少數衛生經濟學者，如來因哈德(Reinhardt)[7]和來斯(Rice)[10]對之批判，但似乎仍無法動搖已根深蒂固的新古典經濟學之影響力。同樣的，台灣的大多數經濟學者或衛生經濟學者均是在美國受博士教育的，因此新古典經濟學理論也在台灣有深厚的影響力。此次由深受美國經濟學界尊重

的富赫提出批判，也許能發揮較大的影響力。

以經濟學家來說，富赫是極少數對健康與公共衛生有較深入認識的。大多數衛生經濟學家均缺乏對健康或公共衛生的深入瞭解，使得其研究或政策建議往往由醫學或公共衛生學界的角度來看是很幼稚或不合基本認知的。這一類缺乏對公共衛生的認識所從事的衛生經濟學研究，我稱其為「沒有『衛生』的『衛生經濟學』」(Unhealthy health economics)。富赫在其演講中呼籲衛生經濟學家要對其研究的主題內容「公共衛生和醫療制度作深入的瞭解，可謂針對此衛生經濟學界之缺陷的適切改善之道。衛生經濟學界若能對公共衛生和醫療服務作深入的瞭解，未來在作政策分析時也許能有更多的影響，其研究結果也更能獲得衛生及醫學界的接受。」

雖然富赫的演講似乎對衛生經濟學的短處與限制著墨較多，事實上他對經濟學與衛生經濟學深具信心。他頗引以為傲的是，不同的經濟學家們對實證性研究議題多能有一致性的研究結果和結論。他的批評都是建設性的，期望衛生經濟學能進一步改善，以對政策能有更多的影響力。這點與他擔任美國經濟學學會會長時對該學會年會的開會致詞之著名演講內容是一致的。[11] 瞭解了衛生經濟學的長處和短處，決策者在作公共政策選擇時，不要只依賴經濟學家的研究結果或政策建議，應該同時考慮其他的社會科學領域之研究，以充分運用不同分析架構及觀點，而不致落於以單一觀點或層面作決策。

### 衛生經濟學大辯論

此次大會的壓軸好戲之一，是一場關於衛生經濟學需求理論的辯論大會。為吸引較多的與會者來聽此場辯論(來因哈德(Reinhardt)說明是為了增加對此場辯論的「需求」)，籌辦單位對此辯論加以極富「刺激性」的標題：

「爭辯解決了：(醫療)需求曲線必須廢除」(Resolved: The demand curve (for medical care) should be abolished.)

這場辯論可以說是延續了1994年至1996年兩派衛生經濟學學者在「衛生經濟學期刊」(Journal of Health Economics)上所做的關於衛生經濟學理論，特別是有關經濟需求模型之辯論。[8, 12-15] (讀者若對這場大辯論的主題有興趣，請閱讀這裏舉出的相關的辯論論文。)在這些論文中，兩派的學者辯論的重點主要在新古典經濟學學派(neoclassic)的許多對以福利經濟學(welfare economics)為基礎的「分配效率」(allocative efficiency)和市場行為之假設，是否適用於衛生經濟學的分析架構，以及用於分析醫療服務市場。例如，伊凡斯(Evans)和庫利爾(Anthony Culyer)均認為在衛生經濟學的分析中，應著重以「健康狀況」之改進與否來作為「分配效率」和「生產效率」的衡量標準；另一方面，泡利(Pauly)則主張福利經濟學中的意願付費值(willingness to pay)應同樣適用於衛生經濟學中檢驗「分配效率」或「社會福利」的分析架構中，而健康狀況在衛生經濟學的分析中是無關緊要的。[8, 12-15]

這場辯論由亞藍梅納德(Alan Maynard)主持，參與辯論的雙方均是在當今衛生經濟學界居領導地位的學者。正方由鄔維來因哈德(Uwe Reinhardt，普林斯頓大學)，羅伯伊凡司(Robert Evans，英屬歌倫比亞大學)，和湯馬司來斯(Thomas Rice，洛山磯加州大學)代表，代表反方的是馬克泡力(Mark Pauly，賓州大學)，法蘭克史隆(Frank Sloan，督克大學)，和彼得揣佛(Peter Zweifel，蘇黎世大學)。正方辯論的重點，在於經濟需求模式的理論假設太狹隘，其估計結果之解釋非常的具規範性(normative)，卻又常被掩飾、或誤以為是實證性的研究結果。這其中最具規範性的假設，莫過於新古典經濟學派的分配效率之假設。其以「柏雷托最適境界」(Pareto optimality)及「卡爾多—希克斯補償原理」(Kaldor-Hicks compensation principle)為理論基礎的分配效率，本身即具主觀的價值判斷，以此標準對各種公共政策所分析的「分配效率」之結果，往往有利於既得利益階層，而不利於中下階層。另一方面，則是對消費者行為的

強烈(往往不符實際)之假設,如具備充分資訊及理性選擇等,其在衛生經濟學的分析結果與解釋之說服力有問題,特別是對公共衛生領域的學者。例如對部份負擔的效果分析,常被用來提出支持部份負擔的政策。像這樣的政策建議,事實上已經是一種規範性研究。

來斯(Rice)以一幅面帶愁容的老婦之油畫幻燈片來開場,引來一陣大笑。原來在油畫的左邊邊緣印有縱座標並標示「價格」,下方邊緣印有橫座標並標示「需求量」。他以此畫來比喻把經濟學的傳統需求模式應用在醫療服務之研究。他認為當經濟學家把決定醫療服務需求的因素簡化為價格與所得時,無形中排除了其他社會科學界對醫療服務的研究。他強調,如果需求曲線僅代表相關性,他沒有理由反對其使用於醫療市場分析;問題在於經濟學家們在解釋需求曲線時,加入了以規範性假設為基礎的因果論,例如「增加部分負擔可提高社會福利」等之解釋,遠遠超過需求曲線所能代表的資訊。他建議未來的衛生經濟學研究應走的方向,包括避免「強迫事實來適應理論」(Try not to make reality conform to theory);將研究焦點多放在自變項而非僅注意依變項;以及注意對偏好(taste)之研究,而非僅假設其為「與生俱來」的外生變項。

伊凡司(Evans)則批評需求模式過度簡化醫療服務使用的決策,忽略了「誰在作決定?」及「在什麼情況下作決定?」等關鍵性問題。他也提出除了價格以外,尚有許多影響需求的重要因素,且這些因素均為與價格相關的內生變項(endogenous variables);當價格改變時,這些因素亦隨之改變。他並提出一個有趣的新問題:對於被分析的對象而言,需求模式的使用是否利多於弊?他批評需求模式造成的錯誤(wrongs)是忽略或錯誤的假定決策境遇(decision context)。「錯誤的假定決策境遇」在此指的是消費者在就醫時,所使用的醫療服務有一大部分是由醫師所決定的;但需求模式卻假定這些決策均是消費者所做的,因而代表消費者的「需求」。此外,他也批評需求模式所帶來的傷害(harms),包括:

(1)經濟學家扮演祭司或神職人員(priest)的角色,來判斷誰該獲得多少資源,因以需求模式為基礎的分析,其結果具分配性的影響;(2)經濟學家是差勁的祭司,因為經濟學家對分配及公正的研究,並不優於其他社會科學家,而比哲學家或宗教學家要差;(3)把焦點放在價格且錯誤的假設決策境遇,將失去許多作適當決策(do things right)的機會。他並強調需求模式分析的本質是「規範性到極點」(normative to the core),只有在美國這個自由市場經濟的大本營才可能適用。

來因哈德(Reinhardt)則批評新古典經濟學家傾向於以類似宗教信仰的預設假定來解釋研究結果(faith-seeking understanding)。他以一個經濟學家面對研究的數據,說出「如果我不相信假設,我將不可能看到這些數據所代表的意義!」(I wouldn't have seen the data if I did not believe in it!)來諷刺這樣的治學態度。他歸納說,大部分的(醫療)需求之計量經濟學研究均為嘗試說服別人的論文(essays in persuasion)。他並且批評,當經濟學家以外部性(externality)來解釋需求的實證研究中不符合模式假設的地方時,等於宣告投降。在有外部性存在的情況下,需求模式已沒有意義了。

反方的辯論重點集中在兩點,一為需求模式具實用性,如果不用它,將失去很重要的分析工具,且無法獲得重要的資訊;一為若反對需求模式,勢必要找出取代它的分析架構,而目前沒有更好的分析架構。泡力(Pauly)在為屢受批判的福利損失(welfare loss)概念與分析辯護時,強調他的研究動機是為批評美國以公共財政補貼私人健康保險的購買,導致過度的消費健保,特別是高所得者。他強調需求模式是衛生經濟學家在對醫療市場作分析時所必備的工具(the tool you need to do the things you have to do);經濟學家使用它並非因為我們喜歡用它,而是因為我們必須用它。關於意願付費值,他認為是判斷個人及社會偏好的很有用資訊。使用需求模式的動機之一是消費者應該有選擇權,而需求模式便是建立在消費者有充分選擇權的假設上。他並且批評正方所提的「醫師對消費

者的影響力」並沒有充分證據證明它的存在，因此價格在醫療市場上扮演重要的角色。

揣佛(Zweifel)則認為若要提倡消費者的主權與選擇權，有賴運用需求模式分析來提供資訊。他以瑞士為例，在1911年瑞士開始實施社會健康保險時，就制訂了25%的部分負擔比率，因此能有效控制醫療費用的成長，這些均是由需求模式的研究所發現的。如果「廢除」需求模式的使用，將會使得衛生經濟學界及衛生界損失一項非常有力的分析工具，因而無法獲得許多重要的知識。

史隆(Sloan)則一方面承認傳統新古典經濟學有關消費者行為假設有缺陷，特別是應用在醫療服務上，但也同時強調需求模式為獲得資訊的有力分析工具。例如對部分負擔效果的分析，就得依賴需求模式。他承認醫療服務的外部性的確存在，但是卻很難去量化。他舉出需求模式中對市場價格重視的優點之一，是當市場價格提高時，邊際價值低的醫療服務將會降低其供應量(因為在競爭市場中，市場價格反映社會的邊際效用)；如此一來，將促使市場提供邊際價值較高的醫療服務，因而提高整個市場的生產效率及分配效率。

綜觀兩方的辯論，我認為正方對需求模式之缺陷，特別是其行為假設的不適當，和隱含著的濃厚價值判斷所提出的批判相當有力；反方辯護則或避開這些批判不去回應，或否認這些缺陷，例如否認醫師對病人醫療服務使用的影響力。其中以泡力(Pauly)為著名的新古典經濟學之忠實擁護者。他在1994年論戰中曾提出一「大膽」的論點：假使醫師明明知道其病人所欲選擇的醫療服務並非對其健康最有益者，因而「扭曲」病人的資訊來促使該病人選擇對其健康更有益的醫療服務，這樣的行為是「違反病人福利」而不值得贊同的。[15] 將「消費者主權」發揮到如此地步，大概會令不少衛生界及醫界的學者和實務界人士側目。反方的辯論重點在強調需求模式為一實用的分析工具，對各種衛生政策的研究不可或缺，且在目前仍無其他分析架構可取代。

這一場辯論並沒有所謂勝負(部分參與辯

論的學者抱怨他們發言的時間，相對於如此重大的議題，是太短了)，但卻達到了該辯論的一重要目的，即喚醒衛生經濟學家重新思考並檢驗需求模式及其假設，而不要盲目的使用。這當中一個關鍵性的問題，是怎麼去解釋需求推估。新古典經濟學家傾向於以需求模型推估結果來作政策建議，如此則越過了實證研究的界線，而跨入了規範研究的領域。伊凡司(Evans)等正方認為，如果一定要使用需求模型時，其推估結果，包括彈性係數，僅能以相關性來解釋，而不應賦與因果關係的解釋，如此才不至於越過實證研究的界線。可以預見的是，關於這個辯論議題，將會有更多的學者投入研究，尤其是當衛生經濟學者對公共衛生與醫療制度有更進一步瞭解時，會發現許多新古典經濟學的行為假設與實際行為的差距，而引起對這些假設的反省與檢驗。值得注意的是，正方的許多論點，和富赫(Fuchs)在閉會演講的論點是一致的。

### 由此次大會管窺國內衛生經濟學之發展

國際衛生經濟學會自1995年創立，不論是會員人數，或是其主導的學術活動，均迅速成長。國內的衛生經濟學界在這幾年來也成長的很快，尤其此次代表台灣參加世界衛生經濟學大會，不論是與會人數，或是被大會接受發表的論文數，均是亞洲之冠。可以指望在不久的將來，國內的衛生經濟學者們的努力與學術成果，將會促成台灣在世界衛生經濟學界上扮演一重要角色。如何使台灣的衛生經濟學研究在世界的衛生經濟學界更具影響力，大概是不少國內衛生經濟學者所關心的問題。在討論這方面的策略之前，讓我們先來看看此次國內學者被接受發表的論文之性質。

此次大會所接受發表的論文中，我將代表台灣的學者之論文整理於表五。首先我們先來看論文的性質。在這些論文中，屬於衛生財政與健康保險類別的有5篇(文羽萃、江東亮、周穎政、張睿詒、羅紀瓊等文)，是所有類別中最多的(佔總數的42%)。這一分佈

與前面統計的大會論文數分類排行是一致的。衛生財政與健康保險類論文居首的可能原因有三：一為國內實施全民健保以後，學者們對衛生財政與健保相關研究議題很有興趣；二為實施全民健保後，由衛生署、中央健保局、費用協調委員會、及國科會等提供的和健保相關的研究計畫數量增加；三為受世界研究趨勢之影響。有趣的是，佔大會論文數第二多之類別的經濟評估，在台灣學者被接受發表的論文中連一篇都沒有。這並非表示經濟評估之研究在台灣不受重視；較可能的原因是在台灣從事經濟評估研究的學者多非經濟學家，因而忽略了國際衛生經濟學會及其主辦的世界衛生經濟學大會，因而很少這方面的論文送審。台灣學者論文數佔第二位的類別是醫療行為研究(含供給者及消費者)，計有4篇(林欣蓉、邱亨嘉、胡玉蕙、彭信坤等文，佔33%)。這方面的研究是衛生經濟學家傳統上喜歡研究的主題，並非特別熱門或冷門的研究領域。此次這領域中論文被接受發表的第一作者多是經濟學背景出身的，也反應這種情況。剩下的3篇論文中有2篇屬於總體系統研究領域(林振輝、謝啓瑞等文)，另一篇則是衛生經濟學基本理論的研究(紀駿輝文)。

由前面的簡單分析，可以看出除了經濟分析的論文在此次大會「缺席」外，衛生經濟學在國內的發展大致與世界的發展趨勢一致。經濟評估之研究常為經濟學家所看輕，因此經濟學家參與此方面研究的興趣與數量均不多，多由衛生服務研究學者(health service researchers)或其他專業背景學者在從事。但是觀諸此次大會發表的論文數分類統計，這方面的論文仍佔第二位，可見其受國際衛生經濟學界的重視。國內參與這方面研究或對這方面研究有興趣的學者並不在少數，如果這些學者能多參與國際衛生經濟學界的學術活動，也許可以藉由交流而使這方面的研究在質與量的發展均獲得助益。

## 結 語

以上的討論簡要的介紹了第二屆衛生經

濟學世界大會的論文發表內容之分類，並藉此來粗略的分析衛生經濟學目前發展的趨勢。以一次的世界性學術會議內容來窺探衛生經濟學發展趨勢，儘管這是衛生經濟學界最重要的學術會議，其代表性仍受限制。如想更深入瞭解，必須再對所有衛生經濟學相關的期刊所發表的論文作分析。本文同時以第二屆世界衛生經濟學大會所發表的論文，來對國內衛生經濟學的發展趨勢作簡要的論述。雖然這僅只是一個橫切面的檢視，但是如果所採選的橫切面適當的話，還是可由此獲得具參考價值的資訊。

假如提升國內衛生經濟學在國際衛生經濟學界的影響力為多數公共衛生界及衛生經濟學界所贊同的目標，讓我根據參與此次大會的觀察與心得，嘗試提出幾點朝此方向發展的策略。

第一個策略是本土研究的國際化。我們國內有許多衛生經濟學可以發揮研究的地方，從健康保險相關議題，老人健康照護，醫療品質，健康狀況的分佈，到成癮性食品對健康的影響等，均為大多數國家共同關心的議題。透過嚴謹的研究設計與執行，所展現的高素質研究將會為國際衛生經濟學界所重視。這當中特別是經濟分析，就其在國際學術界受重視的程度，以及其對衛生政策影響的潛力，值得學者們的耕耘和參與。在國外，特別是歐洲的衛生經濟學者，已開始投入對經濟分析的一些基礎理論，如如條件估價(contingent valuation)、聯合分析(conjoint analysis)、時間偏好(time preference)和效用測量(utility measurement)等之分析。這些理論及方法論的分析可說是在經濟分析領域內的尖端研究，有待國內的經濟學者對這方面研究的參與。

第二個策略是研究主題、分析架構和研究方法要走在前端。所謂走在前端，指的是一方面要跟著最新的學術發展方向走，同時也要有創造力來改進傳統的分析架構和研究方法。例如，此次大會引起注意的包括對需求模式的檢驗與尋求取代的模式或分析架構；醫療科技評估的方法，特別是對社會的

表五 國內學者於第二屆世界衛生經濟學大會被接受發表的論文

學者姓名(依筆畫)	所屬學校或機構	論文題目
文羽芊	長庚大學醫務管理系	醫院對論病例計酬的反應 Hospital response to case payment
江東亮	台灣大學衛生政策與管理研究所	不同人口群體是否對健康保險有不同的行為反應？ Do different population groups respond to health insurance differently?
林欣蓉	銘傳大學經濟系	影響台灣已婚婦女使用避孕方法的因素分析 Estimating the determinants of contraceptive use among married women in Taiwan
林振輝	中興大學財政系	公共衛生與經濟成長 Public health and economic growth
周穎政	陽明大學公共衛生研究所	台灣的社會健康保險及儲蓄 Social health insurance and saving in Taiwan
邱亨嘉	高雄醫學大學公共衛生系	經濟因素對醫院垂直整合的影響 The effects of economic factors on hospital vertical integration
紀駿輝	中央健康保險局	如何的有效率？對醫療制度的效率之再檢視 Efficient in What? Reexamining efficiency in health care systems
胡玉蕙	美國奧瑞岡州立大學 台灣大學經濟系	吸煙行為及醫療服務使用之需求 Smoking behavior and the demand for medical utilization
張睿詒	台灣大學醫療機構管理研究所	台灣的風險評估模式之發展 Development of risk assessment model in Taiwan
彭信坤	中央研究院經濟研究所	台灣的越區使用醫療服務 Region crossing for medical care in Taiwan
謝啟瑞	中央研究院經濟研究所	台灣的生活方式，醫療資源，及健康的分佈 Lifestyles, medical resources, and the distribution of health in Taiwan
羅紀瓊	中央研究院經濟研究所	安寧照護中心對台灣醫療支出的影響 The impact of hospices on the health care expenditures-the case Taiwan

資料來源：2nd World Conference of International Health Economics Association, Rotterdam, June 6 - 9, 1999, Abstract Book, 1999.

註1：本表所列為被接受發表的論文，並非所有作者均與會發表其論文。作者欄僅列出第一作者，且係代表台灣的學校或機構與會。

註2：上列部分學者並未實際參與此次大會。

偏好之測量方法；以及醫療資源分配的優先性之決策方法等等，均是目前衛生經濟學界熱中探討的主題。

第三個策略則是合作，包括國內的合作和國際的合作。國內合作是將數目尚少的衛生經濟學家的能量和資源集中發揮更大的研究效果；同時如富赫(Fuchs)所建議，與其他的社會科學家或公共衛生學術界合作以擴充研究的廣度與視野，特別是對醫療行為研究，將有助於發展出較新古典經濟理論架構更合乎實際行為與制度，且同時保有其實用性的理論架構。即使在衛生學術界，衛生經濟學家若能多和流行病學家合作，藉助於流行病學家對療效評估的專長，來評估各種醫療服務的經濟效益，則對經濟分析領域的研究可收互補之效。同時，這方面的研究，對如何改善國內醫療服務的生產效率，以及控制醫療費用，將會產生很大的影響力。增加國際合作則是藉著和國際知名學者或機構合作，以取得研究的「技術轉移」和論文發表的便捷，作為發展期中的變通方法。

作為經濟學的一門分枝領域，衛生經濟學正在蓬勃發展中。為了使衛生經濟學能對公眾的健康更有實質的貢獻，如富赫所提出的，衛生經濟學家有必要以開放的視野，來融合其他學術領域的理論方法和研究發現。為達此目的，我認為衛生經濟學不應侷限於作為經濟學的一分枝領域，更應擴展為融合經濟學與公共衛生的科際整合領域，以經濟學的理論及方法為基礎架構，吸納公共衛生及其他社會科學的理論和方法以改善並擴充此基礎架構。在國內公共衛生界中，除衛生政策與管理領域外，其他領域的學界似乎對衛生經濟學的瞭解尚不足，而未能多參與衛生經濟學相關的研究，或結合衛生經濟學的長處來從事其領域內的研究(如衛生教育、健康促進、環境衛生政策、療效評估等)。這些均是國內衛生經濟學界和公共衛生學界雙方未來可努力的方向。

其他尚有許多可能的策略，有賴國內衛生經濟學者們與公共衛生學者們集思廣益，共同來朝此方向努力。大會結束後，我和與會的幾位台灣學者們討論此次大會時，曾共

同提出一個「夢想」。這個夢想就是第五屆(2005年)或第六屆(2007年)的衛生經濟學世界大會，要由台灣來主辦。前面已介紹過，要獲得主辦權，必須該國在世界的衛生經濟學界佔重要的學術地位。這一點也正是我以此文介紹此次大會的主要目的一促進國內對衛生經濟學的認識與發展。

## 致 謝

參加第二屆世界衛生經濟學大會，以及從事本文之研究時，正值作者任職於中央健保局。感謝中央健保局支持作者參與此大會及本研究；以及伊凡司(Bob Evans)、來斯(Tom Rice)、及揣佛(Peter Zweifel)等教授於大會期中的指教。

## 參考文獻

1. International Health Economics Association. Second World Conference-Private and Public Choices in Health and Health Care, Abstract Book. Rotterdam: IHEA; 1999.
2. World Bank. Stiglitz to leave World Bank at end of year. World Bank News Release No.2000/113/S. Washington, DC: World Bank, 1999.
3. Jensen MC, Meckling WH. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. J Financial Econ 1976;3:305-60.
4. Marshall A. Principles of Economics. London: Macmillan and Company, 1920.
5. Reinhardt U. Abstracting from distributional effects, this policy is efficient. In: Barer ML, Getzen TE, and Stoddart GL eds. Health, Health Care and Health Economics, Chichester: John Wiley & Sons, 1998;1-52.
6. Evans RG. Faith, hope, and charity: Health care in the utility function. Health Policy Research Unit discussion Paper Series 80-46, Center for Health Services and Policy Research, Vancouver: The University of British Columbia;1980.



7. Culyer AJ. The normative economics of health care finance and provision. In: McGuire A, Fenn P, and Mayhew K eds. *Providing Health Care: The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*. Oxford: Oxford University Press, 1991;65-98.
8. Culyer AJ, Evans RG. Mark Pauly on welfare economics: Normative rabbits from positive hats. *J Health Econ* 1996;**15**:243-51.
9. Reinhardt UE. Reflections on the meaning of efficiency: Can efficiency be separated from equity? *Yale Law & Policy Rev* 1992;**10**:302-15.
10. Rice T. *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago: Health Administration Press; 1998.
11. Fuchs VR. Economics, values and health care reform. *Am Econ Review* 1996;**86**:1-24.
12. Labelle RJ, Stoddart GL, Rice TH. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ* 1994;**13**:347-68.
13. Pauly M. Editorial: A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ* 1994;**13**:369-72.
14. Labelle RJ, Stoddart GL, Rice TH. Editorial: Response to Pauly on a re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Econ* 1994;**13**:491-4.
15. Pauly M. Reply to Roberta Labelle, Greg Stoddart, and Thomas Rice. *J Health Econ* 1994;**13**:495-6.