

Chapter2

Paying for Healthcare in the United States

美國醫療照護之支付

企劃組

羅偉倫

大綱

為什麼需要健康保險？

- 醫療服務之不可預測性、仰賴專業知識

美國支付醫療服務之方式

- 自費、勞工健康保險、個人健康保險、公營保險

部分負擔機制

- 醫療費用不斷上升
- 部分負擔如何影響病人行為

Mr. James Green的故事

「腹痛」所帶來之焦慮

- 對於疾病、所需醫療服務之未知
- 醫療費用所帶來之經濟負擔及不可預測性

拖延就醫導致病情惡化

- 闌尾炎惡化為闌尾穿孔

為什麼需要健康保險？-1

醫療服務及費用之特殊性

- 醫療服務昂貴，負擔能力差異大
- 醫療複雜度及費用迅速發展
- 基本醫療為必需品非奢侈品，但必要之醫療難以定義
- 必要之醫療服務及費用難以預測
- 醫療服務之選擇極度仰賴專業知識

為什麼需要健康保險？-2

健康保險之目的

- 重大傷害或嚴重疾病必然發生，但無法預測會發生在誰身上
- 分散風險
- 減緩重大傷害或嚴重疾病導致之個人經濟衝擊
- 讓一般疾病及常規照護成為可負擔之服務

美國健康保險-勞工健康保險

Employer-based private insurance

二戰時勞力短缺

- 雇主提供健康保險作為誘因

工會開始協商健康保險

- 聯邦政府陸續制定相關規定

保險內容因雇主及保險人而異

- 納保人數快速成長，但因不同雇主及眾多不同保險人導致相同醫療服務給付內容有極大差異

經費來源：政府補貼、員工薪資

美國健康保險-個人健康保險

Individual private insurance

小公司僱主無法提供員工健康保險 與勞工健康保險比較

- 保費較高
- 個人與僱主相比較無與保險公司談判保費之空間
- 保險內容一般比勞工健康保險差

Health insurance exchanges 醫療保險交易所

- 病患保障與可負擔醫療法案(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)

美國的健康保險-公營保險-1

Government-financed insurance

老年退休者及經濟困難者

- 退休後不再是勞工健康保險納保對象
- 最需要醫療照護之族群

1965年實施政府公營健康保險

- 以稅收為財源
- 提供可負擔之醫療照護
- Medicare及Medicaid

美國的健康保險-公營保險-2

Government-financed insurance

Medicare

- 對象：65歲以上年長者、65歲以下特殊族群
- 政府的挑戰：
 - 2012年Medicare花費佔全美國衛生支出之21%
 - 老年人口持續成長
 - 償付危機
- 分成Part A、B、C、D

Table 2-2 Medicare parts A-D

	Description	Coverage	Premium Payments	Portion of Benefit Spending
Medicare Part A	Hospital insurance plan largely financed through social security taxes from employers and employees.	Covers inpatient hospital stays, skilled nursing facility stays, home health visits, and hospice care.	Most people do not pay a premium as long as they or their spouse paid Medicare taxes while working. If one does not qualify for “premium-free Medicare Part A,” then they may pay up to \$441 each month (2013). Benefits are subject to a deductible (\$1184 for each benefit period [2013]) and coinsurance.	Accounts for 31% of total benefit spending (2012)
Medicare Part B	Outpatient services insurance financed by federal taxes and monthly premiums from beneficiaries. Covers people that are eligible for Medicare Part A and elect to pay the Medicare Part B premium.	Covers physician visits, outpatient services, preventive services, and home health visits. Also covers required durable medical equipment, such as wheelchairs and walkers.	Most people will pay a standard premium amount (\$104.90 [2013]), however this amount may be adjusted up or down based on the beneficiaries’ income. Subject to deductible (\$147 [2013]).	Accounts for 20% of total benefit spending (2012)

Medicare Part C	The “Medicare Advantage Program,” through which beneficiaries can enroll in a private health plan (such as an HMO) and receive all Medicare-covered benefits.	Plans may cover Part A, Part B, and/or Part D services.	Subject to premiums and deductibles determined by the private health plan, which vary.	Accounts for 22% of total benefit spending (2012)
Medicare Part D	The voluntary, subsidized outpatient prescription drug benefit.	Provides coverage for outpatient prescription drugs.	Most Medicare Prescription Drug Plans charge a monthly premium that varies by the plan (this is paid in addition to the Medicare Part B premium). Deductibles vary between Medicare drug plans, but may not exceed \$325 (2013). The plans include copayments and/or coinsurance for prescription drugs, and many include “tiers” for different medications (see Chapter 13).	Accounts for 11% of total benefit spending (2012)

Sources: Medicare.gov (accessed August 31, 2013); Bodenheimer T, Grumbach K. Understanding Health Policy: A Clinical Approach. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill Medical; 2012.

美國的健康保險-公營保險-3

Government-financed insurance

Medicaid

- 對象：經濟弱勢者，包含兒童、孕婦、扶養小孩之成人、嚴重失能者、65歲以上老人(雙重資格)
- 各州政府自行管理，經費由聯邦政府(50-76%)及州政府共同負擔
- Medicaid擴大計畫(Medicaid expansion)
 - 病患保障與可負擔醫療法案(ACA)擴大適用對象

美國健康保險—管理式照護與反革命-1

Managed care and the counterrevolution

管理式照護

- 限制病人由指定醫院及醫師提供醫療服務
- 治療及照護費用由管理公司控管
- 管理式醫療保險機構(Healthcare Maintenance Organizations, HMOs)
- 1993-1997年醫療成長率下降

美國健康保險—管理式照護與反革命-2

Managed care and the counterrevolution

反革命

- 民眾及醫療服務提供者皆強烈反對
 - 價格競爭上升
 - 受指揮控制之使用審查模式(command-and-control utilization review methods)
- 迫在眉梢(John Q; 2002)：HMO保險拒絕給付心臟移植
- Harry and Louise廣告：HIAA(AHIP前身)資助拍攝反對managed care

美國健康保險–2010年可負擔醫療法案-1

The Affordable Care Act of 2010

Patient Protection and Affordable Care Act

- Obamacare或ACA

目標：

- 減少未納保人數、降低整體醫療花費
- 提升健康照護成效、簡化醫療服務

擴大保險覆蓋率：

- Medicaid擴大計畫 (Medicaid expansion)
- 醫療保險交易所 (Health insurance exchanges)

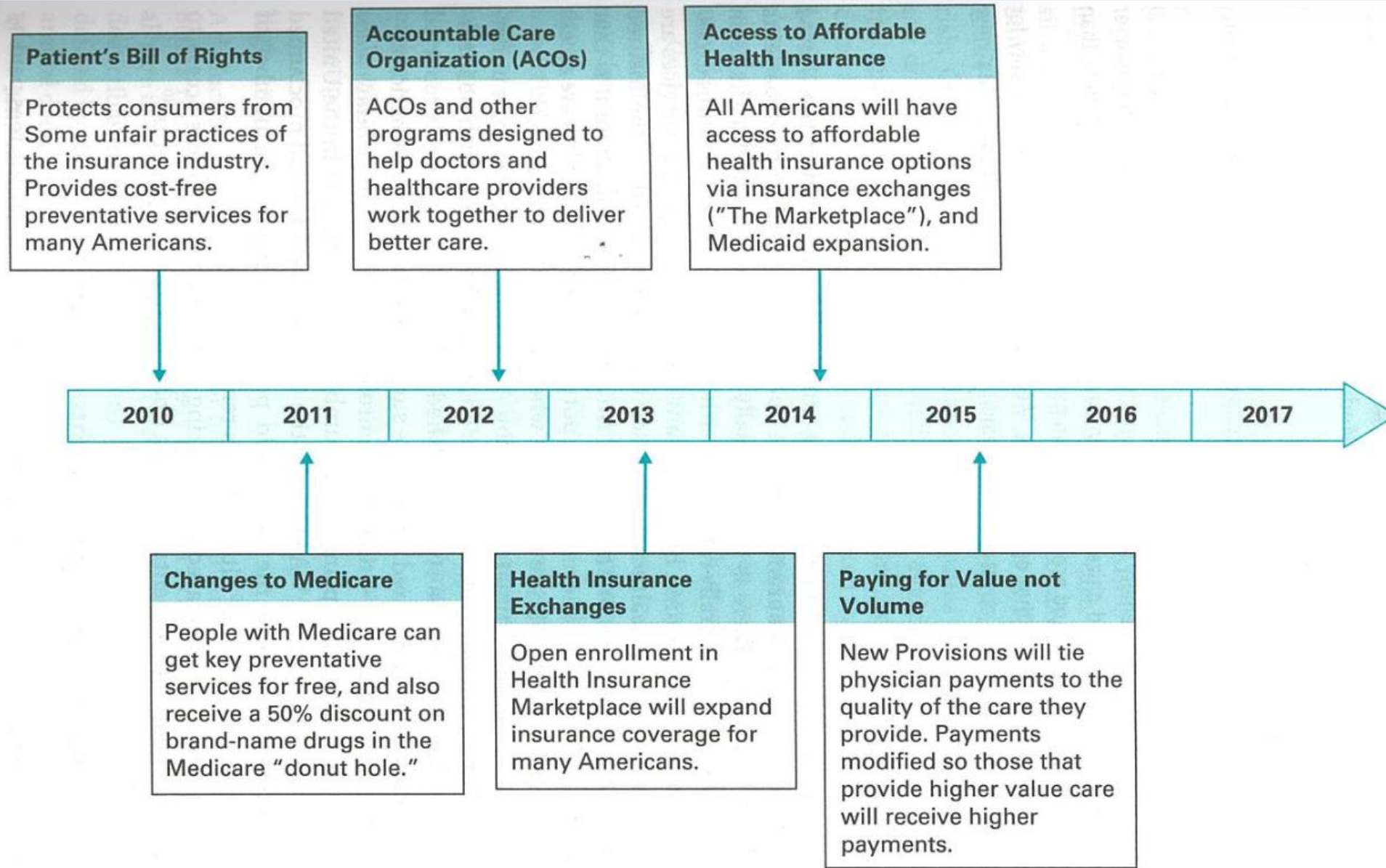


Figure 2-2. The Affordable Care Act—timeline. (Adapted from: Key Features of the Affordable Care Act, By Year | HealthCare.gov. <http://www.healthcare.gov/law/timeline/full.html>. Accessed August 13, 2013.)

美國健康保險–2010年可負擔醫療法案-2

The Affordable Care Act of 2010

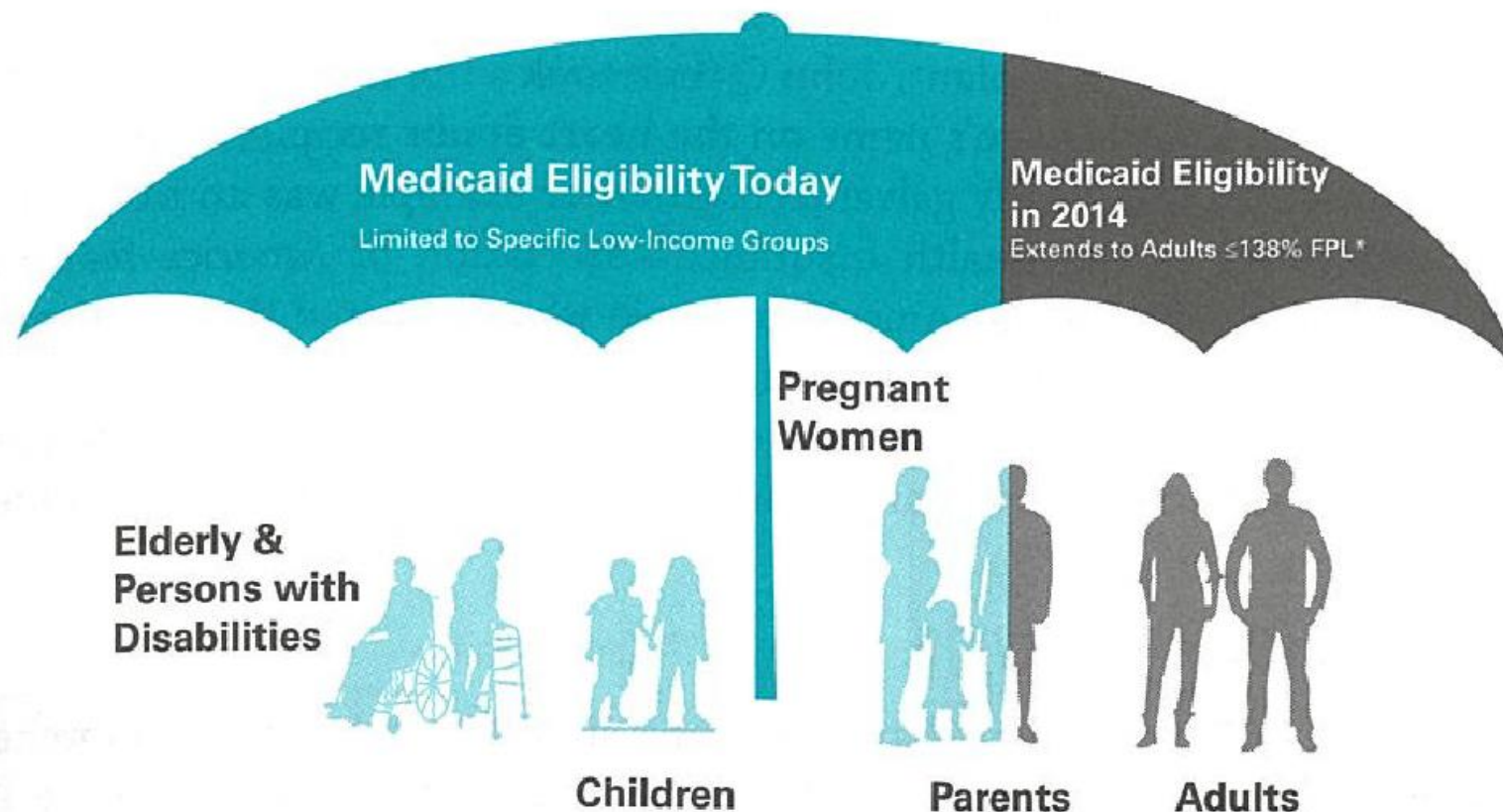
擴大Medicaid納保對象

- 降低收入限制條件
- 2012年最高法院裁決各州可自行決定是否擴大辦理Medicaid→未納保人數預期人數上升

醫療保險交易所(Health insurance exchanges)

- 提供更有條理、透明及競爭的個人健康保險購買市場
- 須提供必要之給付項目，如：孕產婦及新生兒照護

The ACA Medicaid Expansion Fills Current Gaps in Coverage



NOTE: The June 2012 Supreme Court decision in *National Federation of Independent Business v. Sebelius* maintained the Medicaid expansion, but limited the Secretary's authority to enforce it, effectively making the expansion optional for states. 138% FPL = \$15,856 for an individual and \$26,951 for a family of three in 2013.



Figure 2-1. The Medicaid expansion. (Reproduced, with permission, from The Henry J. Kaiser Family Foundation. Available at <http://kff.org/health-reform/slide/the-aca-medicaid-expansion-fills-current-gaps-in-coverage/>. Accessed January 16, 2015.)

美國健康保險–2010年可負擔醫療法案-3

The Affordable Care Act of 2010

剩下未納保對象(The Uninsured)

- 無證移民
- 未加入 Medicaid 者（符合資格但未參加）
- 自認無法負擔保險費用者
- 住在未擴大辦理Medicaid的州，且不符原有Medicaid納保資格及該州的新保險交易所補助保險資格者

The Underinsured

降低未納保(Uninsured)人數，但已納保者之保障是否足夠？

Underinsured未有明確定義

- 高額自費醫療支出、給付條件嚴格、攸關被保險人健康之醫療費用未納入給付
- 就醫障礙、放棄治療、高經濟壓力

ACA全面執行後預期減少70% Underinsured

部分負擔機制–Copayment與Coinsurance-1

部分負擔

- Deductible：保險開始給付前須先自付之費用額度
- Copayment：每次使用醫療服務後須付之定額費用
- Coinsurance：超過Deductible後須付一定費率之費用

降低道德危害(moral hazard)

- 不須負擔額外費用而傾向於承擔風險→非必要醫療

部分負擔機制–Copayment與Coinsurance-2

部分負擔機制也會抑制病人取得必要之醫療

RAND健康保險實驗

- Coinsurance負擔比例最高的病人使用最少的醫療
- 對部分健康狀態產生不利影響，即使負擔比例低的病人都可能不做重要的醫療服務(如：乳房X光攝影檢查)

部分負擔目的：抑制病人選擇較昂貴醫療

- 非學名藥copay負擔比例比學名藥高
- 醫師依照病人意願開原廠藥處方

部分負擔機制-高自付額健康計畫 High-deductible health plans (HDHPs)

自付額 Deductible

- 以一整年所有醫療服務合併計算
- 依醫療服務分別計算(如：每次住院500元)

美國國稅局定義之HDHPs：

- 年度自付額較高
- 年度自付額和自費醫療費用(不含保費)總和有上限

**HDHPs人數上升→負擔醫療費用有困難者上升
(Underinsured)**

Table 2-3 The minimum and maximum annual deductibles and other out-of-pocket expenses for high-deductible health plans in 2013

	Self Only Coverage	Family Coverage
Minimum annual deductible	\$1,250	\$2,500
Maximum annual deductible and other out-of-pocket expenses	\$6,250	\$12,500

Source: Internal Revenue Service. *Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans*. 2013. <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p969.pdf>. Accessed February 8, 2013.

部分負擔機制–消費者導向的健康計畫-1

Consumer-driven health plans (CDHPs)

醫療儲蓄帳戶 Health Saving Accounts (HSAs)

- 個人擁有(離職可續用)

健康給付帳戶 Health Reimbursement Arrangements (HRAs)

- 雇主存入經費供員工使用(離職無法續用)

彈性支出帳戶 Flexible Spending Arrangement (FSA)

- 雇主及員工皆可存入經費

部分負擔機制–消費者導向的健康計畫-2

Consumer-driven health plans (CDHPs)

不同立場：

- 年輕、健康者：較少使用醫療資源，較少帳戶支出
- 老年、慢性病患者：較常使用醫療資源，較多帳戶支出

使用醫療服務時有“skin in the game”→CDHPs減少醫療費用支出

部分負擔與病人行為—RAND健康保險實驗-1

The classic RAND health insurance experiment

不同保險計畫的隨機試驗

- 醫療經濟學家Joseph Newhouse, PhD
- 1971年開始執行
- 5809個病人隨機分配至不同部分負擔費率之健康計畫
- 觀察參與者的行為：1974年至1982年

健康計畫範圍

- 免部分負擔、25 %部分負擔、50 %部分負擔、95 %部分負擔
- 年度自付額上限1000美元

部分負擔與病人行為—RAND健康保險實驗-2

The classic RAND health insurance experiment

探討議題：

- 如果免費提供，醫療服務使用量會是多少？
- 後續之健康狀況如何？

結果：

- 部分負擔降低醫療使用率
 - 95% 部分負擔組別較免部分負擔組別少25-30%
- 大部分病人健康狀況不受影響或僅有些微影響
- 部分對經濟弱勢之病人影響較大

部分負擔與病人行為—RAND健康保險實驗-3

The classic RAND health insurance experiment

共同付費減少非必要及過度醫療，但同時也減少部分必要之醫療

適當的部分負擔(非經濟弱勢者)

- 減少非必要醫療使用
- 健康狀況無重大影響

部分負擔與病人行為–Medicaid擴大計畫-1

Statewide Medicaid expansions

奧瑞岡實驗(The Oregon Experiment)

- 2008年奧瑞岡從9萬名申請者中，抽出1萬名未納保之低收入戶成人加入Medicaid 計畫→隨機對照試驗
- Medicaid納保後的影響
 - 醫療服務使用上升
 - 糖尿病偵測及管理比率提升
 - 憂鬱比率下降
 - 經濟壓力下降
- 身體健康狀況並沒有顯著改善

部分負擔與病人行為—Medicaid擴大計畫-2

Statewide Medicaid expansions

參與與未參與Medicaid 擴大辦理之比較

- 擴大納保與死亡率下降、改善保險、醫療可近性、健康自覺有顯著相關
- 納保者之醫療花費也隨之上升

醫療經濟學家Katherine Baicker 及 Amy Finkelstein之疑慮

- 樂觀面：短期內Medicaid可以減少醫療支出
- 悲觀面：Medicaid納保不會對未納保者有任何改變

部分負擔與病人行為-處方藥品部分負擔

Prescription drug cost sharing

誘因導向處方藥品計畫(Chapter 13詳細介紹)

- 根據成本和其他因素將藥物分級
- 部分負擔(coinsurance)誘導使用學名藥或較低價原廠藥

藥品部分負擔可能的不利影響：

- 藥物治療率降低
- 服藥遵從性降低
- 中斷治療頻率上升
- 特定族群住院率及急診率上升

All this for a migraine? – Morgan Congdon

看到閃光、嘴唇手指刺痛、無力、心跳加速

診斷：無症狀偏頭痛→醫師建議做MRI確認

符合保險給付的程序

- 家庭醫師看診協助轉診
- 指定的檢驗中心(preferred provider network)

複雜的給付模式

- 幾個月後拿到2000美元帳單，花好幾個月與醫院、保險提供者、保險理賠部門溝通，仍得到一樣結果

THANK YOU!

