

趙偉翔科長：

署長、組長，各位分區業務組的長官們早安，今天是 110 年健保署英文讀書會的第三場，首先請主席為我們致詞。

李伯璋署長：

好，謝謝大家，每次看到大家一大早願意來聽課，感覺真的很好，雖然比較辛苦，不過一步一步來，健保署能維持這樣的氣氛，我覺得很不容易。我覺得健保改革事實上有很多東西，也有一些小細節，我最近一直在想，每個人都在挑戰我們的健保，譬如說支付的一些問題，吳昕的先生是保險公司的，假如說有些人做研究能夠把健保的制度跟保險的制度結合，我覺得那很重要，像特材、新藥都很花錢，不過我覺得這都是需要努力的。

各位同仁我跟你們報告，宗曦、孜瑜和佳慧，他們現在在幫我們出版健保改革日記 2.0 英文版，我覺得很感動，應該很快就會出版，那今天我們在署本部的特別來賓，就是我們溫溫組長，好那我們開始。

趙偉翔科長：

謝謝署長，接下來是由企劃組羅偉倫科員，為各位報告美國醫療照護之支付。

羅偉倫科員：

署長，各位長官，各位同仁大家早，我是企劃組羅偉倫，很榮幸有機會可以和大家一起共讀這本 **Understanding Value-Based Healthcare**，今天要介紹的是本書的第二章，美國醫療照護之支付，大家可以一起認識美國在支付醫療服務是採取甚麼樣的方式，以及美國健康保險的發展及面臨之問題。

第 2 章大致上可以分成三大部分，一開始先介紹為什麼需要健康保險？第二部分則是介紹美國的健康保險，包含勞工健康保險、個人健康保險兩種私人保險及政府經營之公營保險，最後第三部分則是因為醫療給付費用不斷上升，部分負擔機制因此發展起來，也會探討部

分負擔對病人行為的影響。

第2章一開始先以一位28歲男性James Green的故事作為開頭，他是一位沒有健康保險的美國人，平時沒甚麼身體健康問題，但就在某天他在餐廳打工時突然開始下腹痛，一直到下班回家之後他還是非常的疼痛，在慌張又不知所措的情況下他在網路上搜尋關鍵字腹痛，結果出現了闌尾炎、腸胃炎、腸躁症等等結果，接著他開始擔心是不是要去急診、去做檢查或甚至動手術，但這些醫療費用對他來說都相當昂貴，所以他決定用睡覺來撐過這陣疼痛，後來半夜受不了還是請朋友送他去醫院，最後被醫院診斷為闌尾炎惡化造成的闌尾穿孔。

我們可以看到這個故事，僅僅是腹痛就讓這位James Green帶來相當大的焦慮，除了要面對疾病的未知，對於需要哪些醫療服務也不了解，還要面對可能隨之而來的龐大醫療費用，所以他選擇不就醫，最後因為拖延就醫導致病情的惡化，這其實在台灣是不容易遇到的故事，大家在健保制度下都很習慣及早就醫，但這後面其實是台灣健保提供了可負擔及高可近性的醫療，讓我們不用面對和這位James Green一樣的處境。

接下來介紹為什麼需要健康保險。美國在20世紀初的時候，醫療費用的支付常常是病人和醫師依照負擔能力來議價，負擔能力不足的病人甚至會用以物易物的方式來作為支付醫療費用的方式，但醫療服務的成本和複雜性快速發展，已經無法像一般商品交易的方式來進行付費。而醫療服務和一般商品的差別在於基本醫療已經被認為是必需品而非奢侈品，所以可負擔的必要醫療照護是需要被保障的，但相對的也面臨一個問題，就是甚麼才是必要的醫療服務？再來是必要的醫療服務沒辦法被預測，所以醫療花費自然無法被規劃，即便是計畫性生產這類相對可被預測的情境，都可能有各種不同的可能性發生。另外還有一點是醫療服務的選擇仰賴專業知識，在資訊不對等的情况下，病人沒辦法自行決定要選擇哪一種醫療服務，這些原因都讓健康保險之存在有其必要性。

健康保險的出現是因為我們沒辦法知道誰會在甚麼時候需要昂貴但能延續生命的醫療服務，但我們很確定重大傷害或嚴重疾病一定會發生，例如嚴重意外需要急診手術、致命的傳染性疾病，或是癌症需

要昂貴的化療、放射線治療等，所以健康保險的目的就在於分散這些風險，減緩這些重大傷害或嚴重疾病導致之個人經濟衝擊，再進一步來說，除了昂貴或重大的醫療需求外，讓一般疾病及常規醫療服務成為可負擔的服務也是健康保險存在的目的。

接下來要介紹的是美國的健康保險，美國一開始是先以雇主提供的健康保險最早出現，這是因為二戰時勞力短缺，加上當時聯邦政府實施的薪資及價格控制政策，讓雇主無法以提高薪資來吸引勞工，所以改以提供健康保險作為額外福利來吸引勞工，後續也因為勞工健康保險的快速發展，工會開始會與雇主協商健康保險的內容，而聯邦政府也陸續制定勞工健康保險的相關規定。

但因為勞工健康保險是雇主向保險公司購買保險商品，不同雇主及眾多不同保險公司導致相同醫療服務給付金額卻有極大差異，也就是當你在問某項手術需要花多少錢的時候不會得到一個答案，而是會被問是誰要動手術？什麼時候要動手術？要在哪裡動手術？雖然大部分的保費是雇主替員工繳納，但勞工保險其實是一部分員工薪資或是福利轉換過來的，也就是說員工選擇了保險就可能是放棄了更高的薪資，如果選擇了較高的薪資就沒有勞工健康保險的保障，而且保費是免稅的，所以除了雇主繳納的保費外，政府補貼及員工薪資也算是間接的經費來源。

接下來是個人健康保險。個人健康保險的出現是因為保費快速成長，導致小公司雇主無法提供員工健康保險而發展出來，與勞工健康保險相比，因為額外的行政、行銷費用，以及保險公司需承擔的風險相對高的風險，所以個人健康保險的保費通常比較高。還有因為個人和雇主相比的話，比較沒有與保險公司談判的空間，所以除了保費比較貴以外，保險的內容通常也比較差，例如較高的自付額或是較高的部分負擔。在這樣的情況下，後續由歐巴馬總統提出的病患保障與可負擔醫療法案中的 **Health insurance exchanges** 的政策，就是要解決這樣的問題，在後面會有 **insurance exchanges** 進一步的介紹。

在大多數人是由雇主提供員工健康保險的情形下，勞工隨著年紀增加及退休，這些人就不再是勞工健康保險的納保對象，所以美國在 1950 年間僅有 15% 的年長者擁有健康保險，但這樣反而是讓最需要

醫療照護的族群失去了健康保險的保障。為了解決這樣的情況，在 1965 年由詹森總統簽署實施政府公營健康保險，以稅收為財源，為年長者及經濟困者提供可負擔之醫療照護，也就是 Medicare 和 Medicaid。

先來介紹 Medicare，不論經濟能力及過去病史，只要是 65 歲以上年長者、65 歲以下特殊族群就可以加入 Medicare，特殊族群包含了末期腎臟病及視障者等等。在 2012 年，Medicare 納保人數約 5 千萬人，也就是有約 1/6 的美國人口受到 Medicare 的保障。因為這樣，Medicare 成為提供年長者醫療保障的重要角色，但也面臨了醫療費用持續上升之挑戰，2012 年 Medicare 花費佔全美國衛生支出的 21%，隨著老年人口持續成長，Medicare 保險人數也持續上升，償付危機也因此逐漸浮現。另外比較特別的是 Medicare 分成 A、B、C、D 四個部分，分別有不同的保障範圍。

Part A 保障住院、護理機構、居家照護及安寧療護所需的費用，大部分的人在工作時已有繳交 Medicare 的稅，所以不需要再額外負擔保費，若是不符合免保費資格者也可以每月繳納保費加入 Part A 的保障範圍。Part B 保障門診、預防保健、居家照護及長期使用醫療設備所需的費用，例如輪椅及助行器，大部分人需要繳交一定的保費，但保費會因受益人的收入而有所不同。Part C 是 Medicare 優勢計畫，受益人透過私人保險加入 Part C，保障範圍主要涵蓋 Part A 及 Part B 保障內容，保費則依照私人保險方案而有所不同。最後一個 Part D 為保障門診處方用藥的費用，每個月的保費、自付額因不同方案而異，另外也需要負擔部分負擔。

介紹完 Medicare 之後是 Medicaid。Medicaid 的保障對象則是經濟弱勢者，包含兒童、孕婦、扶養小孩的成人、嚴重失能者、還有一些對象是 65 歲以上同時符合 Medicare 及 Medicaid 的年長者。其中兒童占了一半，扶養小孩的成人則占了約 1/4。Medicaid 是由各州政府自行管理，經費由聯邦政府及州政府共同負擔，聯邦政府依法規需分攤至少 50% 以上的經費，財務狀況較差的州則會由聯邦政府提供更多的經費。Medicaid 在歐巴馬總統時代的病患保障與可負擔醫療法案中擴大了適用對象，相關內容後面會有進一步的介紹。

接下來介紹的是管理式照護。在 1990 年間，管理式照護的出現是為了控制醫療費用，讓病人不需承擔巨大的財務風險，所以限制病人由指定醫院及醫師提供醫療服務，而且治療及照護費用會由管理公司負責監控，美國的管理式醫療保險機構，也就是 HMO，被普遍認為是管理式照護最早出現的一種模式。管理式照護在 1993 年至 1997 年曾讓美國醫療費用成長趨勢下降，這樣的趨勢要回溯到二戰前才有。但管理式照護在當時受到民眾及醫療服務提供者的強烈反對，因為醫療服務提供者不喜歡管理式照護帶來的價格競爭，民眾和醫療服務提供者也不喜歡受指揮控制的使用審查模式。這樣反對的氛圍在當時的電影及廣告都能發現，2002 年由丹佐華盛頓主演的迫在眉梢裡面，他的兒子被診斷為心臟肥大，但 HMO 拒絕給付心臟移植的費用，因此他綁架醫院的人，直到他兒子被放入接受心臟捐贈的名單裡面才結束這場綁架。另外一個廣告是由當時美國醫療保險協會 HIAA 資助拍攝反對管理式照護的廣告，敘述一對夫妻對政府採用管理式照護感到絕望。因為這樣的反對聲浪導致管理式照護的退縮，醫療費用的成長也不再受到有效控制。

接下來要介紹的是 2010 年由歐巴馬總統提出的可負擔醫療法案，全名是 Patient Protection and Affordable Care Act，也就是俗稱的 Obamacare 或簡稱 ACA。這個法案的主要目的是想要減少未納保人數、降低整體醫療花費，進而提升健康照護成效以及簡化醫療服務。在擴大健康保險覆蓋率的政策上，Obamacare 採用 Medicaid 擴大計畫以及 Health insurance exchanges 這兩項機制來達成，讓更多經濟困難者加入 Medicaid，也確保民眾購買健康保險能過獲得基本的保障。

這張投影片是可負擔醫療法案執行的時間軸，剛剛提到的 Medicaid 擴大計畫及 Health insurance exchanges 就分別在 2014 年及 2013 年執行。

我們再來了解一下這兩項擴大保險覆蓋率的政策，Medicaid 擴大計畫顧名思義就是要擴大 Medicaid 納保對象，方式就是降低收入限制條件，讓更多有經濟困難的美國人能夠加入，但在 2012 年時，美國最高法院裁決各州可自行決定是否擴大辦理 Medicaid，即使各州

不參加擴大計畫還是能夠獲得聯邦政府的經費補助，這項決定也讓原本法案實施後的未納保預期人數上修。**Health insurance exchanges** 的目的則是提供民眾更有條理、透明及競爭的個人健康保險購買市場，透過資訊接露協助民眾選擇最符合他們需求的保險方案，除此之外，**Health insurance exchanges** 也要求保險方案必須提供必要之給付項目，例如：孕產婦及新生兒照護。

這張圖就是 **Medicaid** 擴大計畫的示意圖，左邊是原本 **Medicaid** 納保對象，右邊灰色則是 **Medicaid** 擴大計畫實施後讓收入低於 138% 聯邦貧窮線的經濟弱勢者也能加入 **Medicaid**。

在可負擔醫療法案實施後，未納保的對象剩下無證移民、符合 **Medicaid** 資格但未參加者、自認無法負擔保險費而未加入者，還有一些人住在未擴大辦理 **Medicaid** 的州，也不符原有 **Medicaid** 納保資格或該州的新保險交易所補助保險資格的人。

在降低未納保人數之後，美國面臨的另一個問題是已納保對象的保障是否足夠？所以 **Underinsured** 的問題也逐漸出現。

Underinsured 沒有明確的定義，但普遍認為保險對象選擇的健康保險是高額自費醫療支出、給付條件嚴格，或是攸關被保險人健康之醫療費用未納入給付等，這些都將導致 **Underinsured** 的就醫障礙、選擇放棄部分的治療或是造成高經濟壓力。但另外也有研究顯示可負擔醫療法案全面實行後預期可以減少 70% **Underinsured**。

接下來介紹的是部分負擔機制，隨著醫療給付支出上升，部分負擔機制也被導入醫療費用的支付。美國的部分負擔主要有 **Deductible**、**Copayment** 及 **Coinsurance**。**Deductible** 是自付額的概念，也就是你必須先自付醫療費用到一定額度，保險公司才會開始給付，**Copayment** 則是每次使用醫療服務後須支付的定額費用，**Coinsurance** 則是當你自付的費用達到 **Deductible** 後，保險公司會依照費率來和你一起分攤醫療費用，是採定率的方式支付。這些部分負擔的方式，是利用使用者付費的精神來降低道德危害，避免使用者因不須負擔額外費用而傾向於承擔風險，造成非必要醫療的發生。

但在減少非必要醫療的同時，部分負擔機制也會抑制病人取得必要之醫療，**RAND** 健康保險實驗結果就說明，**Coinsurance** 負擔比例

最高的病人使用最少的醫療服務，後面會再進一步來介紹 RAND 健康保險實驗。部分負擔對保險公司來說最直接的目的就是抑制病人選擇較昂貴醫療，舉例來說，原廠藥 copay 負擔比例比學名藥來得高，但也遇到醫師是依病人要求開原廠藥處方的問題。

剛剛有提到 **Deductible** 也就是自付額的概念，而 **High-deductible health plans** 簡稱 **HDHP**，顧名思義就是自付額較高的保險方案，也就是你必須先自付比其他保險方案還要來得多的費用之後，保險公司才會開始幫你分攤醫療費用，**Deductible** 的計算方式有以一整年所有醫療服務合併計算的方案，也有依醫療服務分別計算的方案。根據美國國稅局的定義，**HDHP** 除了比一般保險方案有較高的自付額外，自付額和自付醫療費用總和會有額度的上限。因為 **HDHP** 保費通常較低，所以選擇 **HDHP** 的人數逐漸上升，這也同時造成有健康保險但負擔醫療費用有困難的人數上升。

這張是 2013 年美國國稅局對 **HDHP** 的定義，有分為個人和家庭兩種不同的額度，這些額度會隨時間調整，2021 年個人最低自付額已調整為 1400 美元，自付額及自費上限則是 7000 美元，家庭方案最低自付額是 2800 美元，自付額及自費上限則是 14000 美元。

為了讓使用者更能掌握他們的醫療花費，還有一些醫療費用帳戶制度的出現，像是 **Health Saving Account** 可以讓使用者存入作為醫療使用的經費，比較特別的是這些存入的錢是不會被扣稅的，而且 **HSA** 是個人擁有的帳戶，所以換工作的時候這些錢是可以帶著走的。還有一種型態是 **HRA**，**HRA** 與 **HSA** 不一樣的是帳戶裡的錢是由雇主存入提供員工醫療花費使用的，同樣也是不需要被扣稅，但因為是雇主擁有的帳戶，所以員工離職後便無法使用。第三種是 **FSA**，則是雇主及員工皆可存入經費。

這種醫療帳戶模式對年輕人或健康者來說是比較好的選擇，因為他們較少使用醫療資源，帳戶支出比較少，但對於老年或慢性疾病患者則是較差的選擇，因為他們較常使用醫療資源，所以帳戶支出也比較多。這種醫療帳戶模式讓使用者在使用醫療服務時有” **skin in the game**” 的感覺，類似切膚之痛的概念，所以有研究顯示這種方式可以減少使用者的醫療費用支出。

第二章最後提到的是部分負擔如何影響病人的行為，前面有提過的 RAND 健康保險實驗即是一個經典的實驗，RAND 健康保險實驗是一個研究不同保險計畫的隨機試驗，由醫療經濟學家 Joseph Newhouse 在 1971 年開始執行，這個研究有 5809 個病人被隨機分配至不同部分負擔費率之健康計畫，並在 1974 年至 1982 年間觀察參與者的行為。這個實驗的分組有免部分負擔、25 % 部分負擔、50 % 部分負擔、95 % 部分負擔，同時搭配年度自付額上限 1000 美元的限制。

RAND 健康保險實驗主要想探討的議題是如果免費提供的情況下，醫療服務使用量會是多少？後續的健康狀況又會是如何？結果發現當使用者必須負擔部分負擔時，會降低他們的醫療使用率，負擔 95% 部分負擔組別較免部分負擔組別的醫療使用率少了 25-30%，但大部分病人健康狀況不受這樣的差異影響或僅有些微影響，就代表著可能存在著非必要的醫療利用。雖然大部分病人健康狀況不受影響，但部分負擔同時降低經濟弱勢病人對必要醫療的使用，進而影響他們的健康狀況。

所以部分負擔減少非必要及過度醫療，但同時也減少部分必要之醫療。RAND 健康保險實驗告訴我們對於大部分非經濟弱勢的族群，適當的部分負擔可以減少非必要醫療的使用，而且對他們的健康狀況沒有重大的影響，所以這個研究結果也讓美國部分負擔機制在 1980 到 1990 年間快速發展起來。除了 RAND 健康保險實驗外，還有一些針對 Medicaid 納保的研究。奧瑞岡實驗是 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的成人加入 Medicaid 計畫，這樣的方式讓被抽中和沒被抽中的個案形成一個隨機對照試驗的架構，可以從中了解 Medicaid 納保後的影響。研究結果發現，加入 Medicaid 後的個案醫療服務使用上升、糖尿病偵測及管理比率提升、憂鬱比率下降、經濟壓力也下降，但加入 Medicaid 後對於生理健康狀況其實並沒有顯著的改善。

還有其他研究把參與 Medicaid 擴大辦理的州與未參與 Medicaid 擴大辦理的州拿來比較，結果發現 Medicaid 擴大納保讓死亡率下降，也改善保險、醫療可近性及健康自覺，但另一方面加入 Medicaid 的

病人其醫療花費也隨之上升。這樣的結果驗證了兩位醫療經濟學家之疑慮，也就是他們不認為短期內 **Medicaid** 可以減少醫療支出，但也不認為 **Medicaid** 納保不會對未納保者有任何的改變。

第 2 章最後提到了處方藥品部分負擔對病人行為的影響，誘因導向處方藥品計畫是根據成本和其他因素將藥物分級，並透過 **coinsurance** 誘導使用學名藥或較低價原廠藥，來達到降低藥品支出的費用。但藥品部分負擔也可能帶來一些不利的影響，包含藥物治療率降低、服藥遵從性降低、中斷治療頻率上升以及特定族群住院率及急診率上升，詳細的內容會在本書第 13 章進行介紹。

在第 2 章有提到另一個故事，是一位美國醫師在他還是一位研究生的時候曾經遭遇過的經歷，他在一個下午突然看到閃光、嘴唇手指刺痛、無力、心跳加速，送醫之後被懷疑是無症狀偏頭痛，並建議她做 **MRI** 進一步確認，但為了要符合保險給付的程序，他必須先找家庭醫師看診及協助轉診，並到指定的檢驗中心進行檢驗，他在一切都按照規定的情況下做完 **MRI** 後確認是單純的偏頭痛，但這卻是他另一個頭痛的開始，因為他在幾個月後拿到 2000 美元帳單，指稱他沒有在指定的檢驗中心做 **MRI**，於是他花好幾個月與醫院、保險提供者、保險理賠部門溝通，但是卻不斷得到一樣的結果，複雜的給付程序及不合理的帳單帶給他困擾跟壓力，他把這次的經驗銘記在心，作為他為未來建議病人時的借鏡。這個故事的經歷是我們在台灣難以想像的，因為台灣健保讓我們不需面對像美國這樣這樣複雜且混亂的程序，也不會因此造成就醫的障礙。以上就是今天第二章的介紹，謝謝大家。

李伯璋署長：

謝謝偉倫，偉倫是一位相當優秀的年輕同仁，最近有發表論文。我覺得每一個同仁都一樣，今天或許有很多人沒有來這邊聽課，各組長在人才培養的時候要用心，這也是一個很重要的議題。剛剛提到 **copayment** 的時候，我們就發現有些專家學者大部份都有不同的論述，像有些人會告訴我們美國學者怎麼講，可是我在現在這個職務，這段時間以來，我覺得健保相當 **unique**，我們的結構跟國外不太一樣，所以也不一定說國外怎樣，因為人性本來就不太一樣，所以偉倫剛剛

在講的時候我發現有些東西在台灣就沒有那樣的狀況。今天早上我在看一個報導，美國疫苗很多，可是美國人打疫苗的很少，台灣是疫苗不夠，但是台灣人是很認真去打疫苗，這個很奇怪，你看像台灣就是戴口罩，昨天聯合報訪問我的時候，他們有發現去年台灣肺炎的人口大幅度減少，這是一個很現實的狀況，因為台灣人的特質很特別，跟中國人又不一樣，所以我覺得台灣真的是一個寶島，我們真的要好好珍惜。那我們等等就開放大家做討論，今天主題是 **copayment**，我記得之前是佩軒負責的，姿曄也是跟他一起的，那你們等等在做個補充。那我們現在開放討論，溫溫你今天在現場，讓你先講。

張溫溫組長：

剛剛聽了偉倫的報告，我覺得美國的制度確實跟我們不太一樣，那台灣在一個單一保險的支付制度下，不論在費用或是民眾的醫療需求，可以提供的很多，台灣有一個很大的特色就是現在在做的總額支付制度，是已經把這些財務的風險轉嫁到醫療端，我們現在所碰到的風險就是沒有讓醫療費用合理的成長，這個是不是會讓醫療端不願意在進一些先進的醫療科技跟藥品，可能是我們最大的挑戰，再來可能是一些新東西要進來時，因為沒有去付費，所以讓有一些真的想用的人變成要花更多的錢，這個可能是我們現在面臨最大的問題。再來就是剛剛有提到部份負擔，事實上我們看到很多部分負擔都有它的缺失，那台灣現在也有實施，我們一直很希望讓那些最輕微的病人再多負擔一點點，讓這種情況可以下降，我想這個是我們未來要去努力的，目前已經有用定額的方式，要改成定率我相信會有一些困難，可是我覺得這個還是我們未來要去努力的，至於對嚴重疾病及需要去保障的人，我想是用另外一個制度去幫他們，這樣才能夠讓我們的醫療制度可長可遠，不然在目前這麼限縮的總額之下，就變的很多東西進不來，我想這個是我們目前碰到比較大的一個問題，以上。

李伯璋署長：

溫溫把很多重點都講出來了，我覺得真的很棒。這邊我突然想到，現在的五倍券，他算是哪種制度，是 **Deductible? Copayment?** 算是

哪一種?偉倫。

羅偉倫科員：

美國醫療支付主要其實可以分成三個階段，前面都是你自己付，然後到中間會有 **Copayment** 的方式，病人跟保險公司會共同負擔，那當達到一個上限的時候，保險公司會全部付費，所以五倍券可能比較像是中間的過程，自己有付一點，保險公司付一點的概念。

李伯璋署長：

佩軒你有沒有在場?被點名點到了，姿擘你講一下。

呂姿擘科長：

部分負擔調整，這是每年健保署都會做的事情，所以每年都會有不同的方案，只要到了健保會就會被打擊，但是今年我們還是很期待可以做一些調整，因為現在部分負擔的占率還是太低，全國平均下來只有 **6-8%** 而已，占率真的太低了，所以今年我們有朝向一些規劃的方向，包含調高檢驗檢查，像剛剛的例子，做一個 **MRI** 要收 **2000** 元美金，可是在台灣做一個 **MRI** 可能只會有門診的部分負擔，沒有另外在收費，其實這差距真的很大，所以在今年的規劃方案，在查驗的部分可能會做些調整。另外還有藥品的部分負擔，我們規劃的方向裡面都還會去考量到分級醫療，所以盡量還是小病就到基層診所就醫，透過轉診再到大醫院，所以如果直接到大醫院，不管藥品負擔或檢查的部分負擔一定會收的比較高，以上補充說明。

李伯璋署長：

姿擘講實務的規劃方向，溫溫做一個概念的建立，我覺得相當的好，我們有時候在公開場合不見得能夠講得很清楚，事實上這都可以整理一下，那我們開放討論，有誰會主動舉手的。

張禹斌組長：

偉倫整理的很精簡，我看這後半段部分負擔每一篇都很值得再思考一下，我舉個例，第 22 張投影片，學名藥跟原廠藥如何去向民眾，學名藥拿少一點，原廠藥拿多一點，這個制度看起來是對的，但是在台灣很難實行，台灣的一些民粹就很難去處理，那因為我們又口口聲聲說我們原廠藥跟學名藥有一樣的效能，所以不可能去分，但是在國外是可以認同原廠藥比學名藥好，我是舉這個例子，就是說這本書的後面，偉倫今天整理的這些東西，我回去可能都要再思考一下。再舉一個例子，投影片第 25 頁，醫療儲蓄帳戶，早期有在講大帳戶、小帳戶的概念，我記得新加坡以前是走這個路線，然後還可以遺留給子孫，那台灣是不可能，這很多東西是我們慢慢要去思考。另外那天去立法院，有學者提出健康保險是不是開始要考慮外溢的保險，台灣的健保是不是要慢慢走向這個路線了，這等等可能請吳昕再思考一下，以上。

吳昕專門委員：

署長、各位長官大家好，真的很感謝署長跟企劃組的安排，讓我們有學習的機會，每次在看美國制度的時候，都會覺得其實我們非常的幸福，因為有全民健保，不用擔心需要醫療的時候，我想美國的制度跟我們有很大的差異，但其實制度裡面都共同存在”浪費”，這是人性的問題，我想以汽車保險為例，一般買了新車後就會考慮買個保險，當意外時，有保險的情況下通常會先通知保險公司，他們會認定給付範圍，然後告訴你去甚麼地方修理，這樣的情況有點像是美國的制度，那沒有買保險的對象，想說省個保費不買，他可能就會選擇不修這台車，勉強再繼續使用，可能就會影響到整個安全問題，另外有人可能選擇甲式的保險，一旦發生了問題全部都付，甚至也不問原因，那有些民眾可能就會選擇順便把全車烤漆，這種情況下可能就是我們的制度給了民眾很大的方便，很低的價格，所以有點類似，在選擇服務的時候，他可能選擇多一些、本來沒有需要使用到的，在偉倫的報告中，我看到一個滿有趣的，就是講管理式醫療保險機構，他們中間去做控制，這個概念我覺得非常棒，有一點美國的概念在裡面，雖然

說在反革命的部分有提到一些價格競爭上升，或者是受到控制，因為其實這也是一體兩面，當有這樣的競爭時，消費者才能夠享受到比較合理的服務，但這個制度為什麼後來會被推翻，也滿值得探討的，以上是我的想法。

戴雪詠組長：

剛剛提到部分負擔的時候，我覺得生物相似藥就是部分負擔這個制度面臨的困境，生物相似藥是什麼？他跟小分子的化學學名藥不太一樣，他是大分子，而且更好玩的就是台灣目前有 10 個成份的生物相似藥已經進來了，而且它還是大廠，也就是它是研發型的大廠去做另外一個研發廠的生物相似藥，意思就是說他是有一個光環，藥廠去做生物相似藥的光環，可是在台灣就滿有趣的，他有 10 個成份進到台灣，這個市場推估大概有 65 億，但是他們陸續進來後，到去年大概兩千萬這個市場被他們吃走，他的原因在哪裡？有一次開研討會的時候，醫生就說，他有兩個癥結，醫師對生物相似藥跟學名藥一樣沒有信心，他說：「我擔心會被病人告，因為這類的生物相似藥就用在癌症病人、自體免疫病人還有重大傷病病人，萬一我用的生物相似藥藥效不好的話那他會告我。」第二個就是說病人也是無感，反正重大傷病沒有 copayment，醫師就講了一個很傳神的比喻，他說：「他明明可以選擇日本的和牛，病人為什麼要選擇吃台灣的黃牛？」這就是生物相似藥的困境，就是說沒有 copayment 的話，這明明是一個很好的品質、療效、安全的生物相似藥，它在台灣就是有這個困境，那當然署長也請我們去思考怎麼讓生物相似藥的困境能夠打開，所以目前是讓一些，就剛剛溫溫講的，我們這種總額制度下每年有限的藥品成長，怎麼樣在有限的給付範圍內，藉由適應症擴增，讓低價的學名藥能進來，整年藥費扣得小小的，原廠藥可能不願意進來的狀況下，讓生物相似藥能夠進來，那我覺得每次聽到 copayment 的時候，這比喻可能不太好，有點像是我們去超商，店員問要不要袋子？我們一定說要，那當店員說要一元的時候，我們就想說那算了不要了，這種 copayment 的心態，我覺得這是人性的感覺，我覺得台灣實施 copayment 的話應該也還好，重大傷病幾乎已經免部分負擔了，在大

型的醫學中心真的有一些老人家去那邊聊天等著領大包大包的藥回家，我知道醫管組後來是用銅板價去扣住人性的心態，少少的錢就會想說，我要付這個錢拿一大包藥，還是藥吃完了再來拿藥，我覺得這裡面就有很多很有趣的人性試驗，以上。

林純美組長：

這次偉倫整理的資料整理的非常好，有把美國整個相關制度 A、B、C、D 讓大家了解，我們現在年輕的同仁很少有出國的機會，用這個方式可以讓我們的年輕同仁學習到國外的資訊，那剛剛大家討論的部分負擔，我們要調阻力很大，可以考慮用上限，把 **saving account** 的概念放到部分負擔，因為我們之前要調慢連箋，大家就抗議「明明我都很遵守這個時間去領，本來不用錢，後來要錢。」我們可以用這個來設一個上限，超出 **2000** 元以上才要付，低於的話就不用付，這樣其實讓大家會摺節領取藥品或是相關檢驗，所以可以考慮設個上限。另外就是台灣非常幸運，我們大家都有保險，但是現在我們大家最大的難題就是我們偏鄉的就醫問題，前陣子雲林又說他的醫療資源不足，那確實雲林的平均餘命只有 **78** 歲，台北已經到達 **81** 歲了，我們每次在比較這個健康指標，尤其是可避免住院，雲林的數據就很差，這跟它的就醫可近性息息相關。雲林還有一個特殊問題，交通不便，有一些醫療院所他們會自己開車去載病人，那我們法規裡面是禁止這個部份，但交通部對偏鄉醫療的交通服務還是沒有辦法到位，這也是我們的困境，另外就是署長提到肺炎大幅下降，從 **109** 年衛福部統計，我們的死亡率是下降，這很特別，大家以為肺炎流行，其實是下降的，也是讓大家知道說我們的醫療費用支出跟國民的自我健康照護及衛生習慣也是有很重要的部份，很大的影響。最後一個問題是植牙這個問題，過去沒有這個技術，植牙會用到牙根，還有骨水泥，那牙根跟骨水泥在骨材裡面我們有附，可是我們到牙醫就不附，我們的法規裡面寫這個假牙植了牙根以後要把假牙放上去，所以這個也是要考量，因應未來的新興科技，是不是在這個部份可以做調整，或者是給病人比較多的醫療費用自付額，以上。

李伯璋署長：

有一些東西當年法規時空背景跟現在不太一樣，我也是期待我們在座的所有同仁，哪一些部份我們可以考慮，這不是官大或小的問題，不是說官大學問就大，自己覺得哪些東西可以改善都可以提出來，接著請玉娟。

劉玉娟組長：

謝謝署長，也謝謝偉倫的導讀可以讓我們跟著你的順序了解到很多見解，其實從今天的導讀會我們可以看到，以我們台灣的健保為例，我們其實就是面臨兩個大問題，也就是今天的內容，第一個就是我們池塘的水庫永遠不夠，但是我們的花費永遠過多，所以在裡面會討論到第一個池塘不夠的部份，其實在美國有分 A、B、C、D，也就是署長和張禹斌剛剛提到的外溢的保險，從剛剛 Medicare 的 Part C，如果你要做一些其他的費用處理時，其實你的保費是要再另外多加的，也就是把不夠的水庫再做填滿。第二個就是部分負擔要不要做，要怎麼做，效果如何？後面提到這幾位經濟學者提到的，譬如說奧瑞岡是一個很有名的試驗，我看這些 RAND 隨機計畫是在四十年前就已經在做這樣的執行計畫，他導出一個結果，其實部分負擔都可以下降醫療使用率，只是說不同的國情可能會有不同的結果，那這就是我們台灣自己在社區的時候，我們會比較有更多的一些政治議題和一些公共議題要去做一些宣示的時候，要花的功夫會比較多，那這是今天比較特別的發現，以上。

李純馥組長：

謝謝偉倫精彩的報告，讓我回想到 RAND 公司，因為我們在 84 年要開辦健保之前，RAND 公司其實負責了我們台灣健保的種子人員的訓練，後來我們因為跟這個訓練公司聯繫之後，我們才知道，原來美國有很多類似像智庫的公司，他們在幫政府做很多政策的評估以及研究，但我覺得，像今天看到 RAND 的公司做一些研究，對未來不管他們在推動 Medicare 或 Medicaid 的時候，其實都是一個很好的參考，也就是說，HCFA 這個政府單位在做任何決策之前，其實他們會

參考 RAND 這些智庫的研究，我一直覺得我們台灣其實缺少這樣的一個機構。那我覺得其實看到 RAND 公司的研究，我覺得非常好，因為他其實多少都讓我們在推動政策的時候，讓我們看到一些問題，我那時候在署本部醫管組，在推動部分負擔還有新政策的時候，其實我們都要做很多的考量，以及對未來可能的衝擊，還有對弱勢者的保障，那另外就是我覺得部分負擔，為什麼要定期要做調整，是因為他會僵化，因為我看到部分負擔的推動，每一次調整之後，看到量的下降，可是一段時間以後又上來，所以它其實是需要做一點調動跟調整，那我覺得這次這個報告裡面有很多很值得我們的學習，包括歐巴馬一個貴為總統，他在推動一個全民健保，在各州要推動，他也受到很多阻力，甚至最後連法院都出來對抗他，所以我覺得要做政策真的不容易。我很感佩署長帶領我們做了很多的改革，因為改革不是一件容易的事情，那也碰到非常多的挑戰，我是覺得今天這個報告讓我回想到民國八十三年我去美國受訓，就是 RAND 的公司安排的，學到很多，謝謝。

林淑華組長：

其實剛剛幾位 comment，我覺得都很好，那今天這一篇，我是覺得非常感謝偉倫，他有系統的去整理，美國就是現在健康保險的一些狀況，那其實我們在座的，螢幕上只有我，事實上我們也很多同仁都在場，那我是覺得就是給年輕同仁一個很好學習的機會，而且這個資料感覺跟我們以前的知道的真的有更新，那也非常謝謝署長跟企劃組的安排。總結剛剛幾位組長及主管，在實務上我們常會碰到，是我們的醫療申訴的部分，雖然目前台灣的部分負擔感覺上較低，因為我們是 copayment 門診定額，住院的部份定率，可是那個錢都不多，現在有一塊新科技的發展或是幾付適應症的項目有限，所以我們在申訴案、住院部分，而且是某一些相關科的部分，他其實 out of pocket 的錢真的不少，那這部分，有時候大家都會覺得這個也不付，那個也不付，這個就讓我們想到台灣的健保跟國外比起來，其實就是很有效率，可是現在是因為我們整個的醫療系統都是不一樣，美國他如果要去門診，要先電話預約，然後再去住院做一些處置。事實上，他的效

率很慢，可是台灣的部分它很 **free**，部分負擔也低，所以其實大家都沒有什麼戒心，但是這個過程當中都會讓我去思考說，台灣的健保到底我們是要保病人的哪一個部分，這個部分的話，整個起來可能就是像剛開放的保大不保小，這個議題好像一直都存在，實施到現在因為醫界這邊也一直覺得他們被限縮，所以前幾年開始有特材的差額給付，然後不給付的部分我們就是跟病人講清楚，他們簽署同意書，然後採取補助，也因為這樣，今年的商業保險尤其在實支的部分，在一般的民眾大概都有這樣的概念，我們覺得說健保這個總額資源，到底配在哪部分最恰當，這個需要比較深入的思考，可是其實我們也很贊同，因為在第一線我們也看到滿多浪費的，尤其是在門診給藥的部份，或者是一些檢驗檢查的部份，我們是覺得隨著時間的演進，你還是要讓民眾去了解說，這個資源是有限的，他的負擔、責任其實是要加重的，以上。

李名玉組長：

謝謝署長，我想謝謝偉倫，還有企劃組，特別是今天的報告我覺得對整個美國的這個保險，有更深入的了解。那我要分享的是，偉倫的例子，**Morgan** 照了一個 **MRI**，幾個月以後收到 **2000** 元美元的帳單，其實我是有切身之痛，就是在健保開辦前，因緣際會我在美國待了五年，住在東北的德拉瓦州，德拉瓦州很特別，它就是 **DuPont** 的總公司，那時夫家的公婆來探望我們，因為天氣很冷，我們還來不及幫他買留學生家屬的保險，結果我婆婆就中風了，那時送到附近的一個醫學中心，剛好感恩節住了三天，之後收到的帳單將近九千塊美元，我都快要嚇死了，想說怎麼辦，先生的學業還沒完成就負債累累，後來是經過美國人的協助，減少到剩下兩千多元，而且讓我們分期付款，其實我要告訴大家的是，這是真的，而且在美國，跟台灣很不一樣的是看病很不容易，你在那邊如果沒有家庭醫師很難看病，那留學生買的保險 **deductible** 非常的高，幾乎是看的吃不到，幾乎就是自己付錢，而且如果到美國沒有醫療保險，沒有車子保險，你就不要混了，是很危險的。那我要再回過頭來說，其實在美國的醫院其實跟台灣是不太一樣的，他是一個 **open** 的，所有的醫生都可以去用醫院的設備，不

像我們這裡，台大就台大，榮總就榮總...是很不一樣的，所以我要講的是，生活在台灣的所有民眾，都是很幸福的，如果你有一天親自到國外，然後遭遇到這樣的困難時，你再回想過來，你就會覺得我們真的要好好的教育民眾，好好的珍惜醫療資源，那以上是我今天的分享。

李伯璋署長：

謝謝。其實每次這樣念，大家都認真在聽，我看到有一些要報告的同仁，我想大家都有心，盡量整理，有時候實務跟學者看法會有一些落差，那今天因為時間有限，沒辦法讓育文跟惠萍表達 **copayment** 的意見，不過我們下次還有機會，那我們今天讀書會就到這邊，謝謝各位。