

連賢明教授 Seminar 導讀

國發所 碩一 09341039 張崑

許多國家面臨如何在提供足夠醫療服務與治療選擇下，有效控制健保成本。大致上有三種做法：第一種是”Full Coverage”，此做法可滿足患者的各種醫療需求，但會伴隨著高額的醫療支。另一種做法是，”No Top-up Coverage”，僅涵蓋基本治療，並不包括更先進的治療方式，此方式的好處是可以減輕道德風險。為了克服上兩種缺點，有第三種做法為”Top-up Design”，涵蓋基本治療，但若患者要求更高階的治療方式，則需自行補足差額，第三種做法被目前台灣健保所採用。關於台灣施行的制度，我們思考理論上，醫院可以提高價格差異，來提取願意選擇更昂貴治療方式之患者的消費剩餘。若發生此情況，可能會限制患者使用更昂貴的治療方法，而減少消費者的福利，關鍵在於，我們因缺乏實證數據，故無法確定這種方式是否確實降低了道德風險。簡而言之，若我們不知道醫材供應商對”Top-up Design”的反應，我們就很難全面評估此設計對福利產生的影響。

自 2006 年以來，台灣的國民健康保險（National Health Insurance, NHI）針對「心臟支架」採用了 “Top-up Design”。NHI 負擔了使用純金屬支架(Bare-metal Stents, BMS)之基礎治療的全部費用；若患者偏好更高階的治療方法，藥物洗脫支架（Drug-eluting Stents, DES），則必須自行支付差額。”Top-up Design”是一種在為大眾提供基本醫療服務的同時，還可以控制醫療開支的良好模式。台灣的健管理者為了進一步減少醫療支出，NHI 在 2009 年 1 月將 BMS（到醫院）的報銷率降低了 26%。本文研究了醫院如何對這種報銷減少做出反應，以及這種反應如何影響 NHI 和患者的實際支付。根據健保資料，患者個人記錄和醫院報告的支架價格（2007-2010 年），並未發現任何證據表明，醫院有針對患者提高 DES 價格。然而，本文發現，平均而言醫院於 2009 年使每次「入院」的支架數量增加了 0.14，並且大多數增加是針對 BMS。本文的研究結果，BMS 價格調降後，2009-2010 年 BMS 的使用卻增加了 18%，表示醫師說服病患多使用支架，供應

商反而補回了 30% 的收入損失。這表明，儘管醫院已進行了道德風險調整，但調降價格仍可有效減少心臟支架的 NHI 支出。