

論美國之醫療改革與醫療財務政策

林翠芳

美國總統歐巴馬先生於2010年的3月簽署了病患保護及可負擔醫療法案(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)，此重要改革改寫了美國的醫療保險歷史，使得數千萬尚無醫療保險的民眾也能擁有可負擔之醫療保障。本研究的主要目的在於介紹美國醫療保險改革歷史、說明病患保護及可負擔醫療法案的內容，討論美國醫療改革相關財務政策及其產生之衝擊。參考美國此次結構性的醫療改革經驗，我們認為政府可以考慮評估降低醫療支出的租稅政策、將更多的資源投注在家庭醫學科與疾病管理、推展健康生活型態，並結合支付制度改革鼓勵提升醫療品質的醫療服務。此外，我們建議未來進行醫療改革討論時，政府應詳盡評估目前二代健保相關政策的影響，在強調收支平衡的同時，也重視財務改革政策對勞動市場、經濟行為與醫療品質各層面可能產生的衝擊。(台灣衛誌 2014；33(4)：377-385)

關鍵詞：病患保護及可負擔醫療法案、醫療改革、醫療財務政策、美國

前 言

我國實施全民健康保險制度至今已逾十九年，全民健保成為政府的一項重要施政成就，不僅獲得國民的肯定，在國際社會上也受到相當的矚目。近年來，為使全民健保能永續經營，政府進行多項財務及支付制度的改革以維持收支平衡。我國的全民健保係參考先進國家的醫療保險體制，吸取各國醫療改革經驗而形成的一種制度[1]，探討世界其他國家醫療保險制度的發展，有益於了解醫療保險改革潮流，並提供政府考慮相關政策時之參考。

美國是全世界花費在醫療支出最多的國家，也是工業國家當中唯一尚未完全實施國民健康保險者。因此，儘管醫療科技進步，

醫療支出高，醫療不平等的問題始終存在，譬如非洲裔美國人的嬰兒死亡率高於白種人的嬰兒死亡率兩倍以上，不同族裔間健康狀態的差異應與其是否擁有醫療保險及其醫療服務利用狀態密切相關[2]。在美國，65歲以上的長者可透過參與聯邦政府主導的老年醫療保險(Medicare)獲得醫療保障、經濟弱勢者可申請聯邦與州政府共同經營的貧民醫療保險(Medicaid)，大多數的工作人口則購買雇主所提供的商業醫療保險(employer-provided insurance)。部分自營業者及無法自雇主處獲得醫療保險的工作人口雖能自行購買非團體之醫療保險(non-group health insurance)，卻面對許多不利的保險條件，譬如：不得帶病投保、昂貴的保險費用及較差的保險給付等[3]。然而，在2012年，美國仍有超過百分之十五的人口，約四千八百萬位民眾沒有醫療保險，缺乏基本醫療保障[4]，而多數沒有醫療保險的民眾為貧窮的工作人口(working poor)。

在歷經艱辛後，美國現任總統歐巴馬(Barack Obama)先生於2010年簽署了病患保護及可負擔醫療法案(Patient Protection

國立臺北大學財政學系

通訊作者：林翠芳

聯絡地址：新北市三峽區大學路151號

E-mail: tfilin@gm.ntpu.edu.tw

投稿日期：103年2月18日

接受日期：103年6月26日

DOI:10.6288/TJPH201433103013

and Affordable Care Act, PPACA)與醫療及教育調和法案(Health Care and Education Reconciliation Act of 2010)。此些法案通過後，萬眾矚目的歐巴馬醫療(ObamaCare)於2014年正式上路了，此一結構性的改革為美國醫療保險歷史上重要的一刻，將使得數千萬尚無醫療保險的民眾能擁有可負擔的醫療保障。本文的主要目的在於介紹美國的醫療保險改革歷史、說明病患保護及可負擔醫療法案的主要內容、討論美國此次醫療改革相關財務政策及改革可能造成的衝擊，希望能提供我國政府未來進行醫療改革及研擬醫療財務政策之參考。

美國醫療改革歷史

醫療保險改革一直是美國歷屆總統選舉的重要政策議題，涉及人民基本權利、醫療平等、預算限制、利益團體，及民眾對政府角色認同等因素的探討。過去美國無法落實國民健康保險制度的原因很多，例如：個人自由主義盛行，強調尊重經濟個體選擇購買醫療保險的意願；擔憂政府介入醫療市場會強化政府力量，導致社會主義盛行；民眾質疑政府行政單位的管理及執行能力；醫師、藥廠、醫療服務產業或保險業等利益團體的反對；醫療服務及醫療政策本身的複雜性等[5]。尚無醫療保障的廣大人口雖受到各界關注，許多國民及輿論仍認為政府實施強制國民健康保險可能違反消費者主權及破壞美國立憲精神[6]。歷任的美國總統亦不乏提出結構性醫療保險改革方案者，但因為經濟衰退、財政緊縮、政黨意識形態爭議等因素之干擾，多數改革無疾而終[5,7]。

早在1912年，美國共和黨的改革派提名曾擔任過總統的泰迪羅斯福(Theodore Roosevelt)先生為總統候選人，其政綱中提及政府應提供人民保障以因應疾病所帶來的威脅及支持社會保險的主張。23年後，美國國會簽署了著名的社會安全法案(Social Security Act)，然而基於經濟大蕭條的時空背景及利益團體如美國醫學協會(American Medical Association, AMA)的反對，全民皆

有醫療保險的理想並未達成。當時的社會安全法案有關醫療福利的部分並不多，其中包括了藉由聯邦政府對州政府的補助照顧懷孕婦女及兒童健康的項目。1965年，在強森(Lyndon Johnson)總統任內，美國修正了社會安全法案，正式提供社會醫療保險給特定族群如年長者及經濟弱勢者。1970年代的尼克森(Richard Nixon)總統簽署了健康維護組織法案(Health Maintenance Organization Act of 1973)，支持發展以預防醫療為主軸的保險醫療照護機構，但其欲推動類似全民納保的醫療改革方案，最後因政治風暴的紛擾而導致失利的下場。

在1990年代，美國前任民主黨籍總統柯林頓(Bill Clinton)先生在任期內曾推動不少成功的社會福利改革政策，但其欲大力推行國民醫療保險以照顧無醫療保障人口的政策，最後宣告失敗。當時的總統夫人希拉蕊(Hillary Clinton)女士極力推動國民醫療保險，也因醫療改革失敗而沉寂許久。柯林頓總統於1993年9月向國會報告的國民健康保險計畫十分複雜，其欲採行的管理式競爭(managed competition)醫療服務方式則包含了總額預算(global budget)、價格控制(price control)及政府部門大量介入醫療市場等措施。此計畫不僅與共和黨及保守派主張限縮政府職權的主張相違背，醫療服務提供方式及支付制度的變革也不利於部分消費者、醫療服務提供者、保險產業者與藥廠，而準備健康保險計畫的過程過長也使得媒體的批評聲浪持續發酵。最後，柯林頓總統的國民健康保險計畫在政黨政治意識形態、輿論的反對及利益團體的阻撓下步上了失敗的命運[5,7]。

雖然透過聯邦政府推行的結構性醫療保險改革並未成功，許多由州政府主導的醫療改革卻有不錯的成效，其中最為知名的莫過於2006年麻薩諸塞州的全州民納保醫療改革方案。此醫療改革先例，不僅強制州民納保、改變商業保險公司拒絕被保險人帶病投保的情況，亦透過補貼政策讓經濟弱勢者可購買到基本的醫療保險。之後，麻薩諸塞州的醫療改革方案成為歐巴馬總統醫療改革的

重要依據[3]。

歷經近一世紀的改革爭議，美國總統歐巴馬先生於2010年的3月簽署了病患保護及可負擔醫療法案。病患保護及可負擔醫療法案的最主要目的在於透過改革醫療保險市場、強制投保及租稅補貼等政策，使得原本無基本醫療保障的美國民眾可以購買到負擔能力範圍內的醫療保險，增加被保險人口。其次，此法案對商業保險市場的新規範不僅改善了擁有醫療保險者的保險條件，且法案在醫療品質及公共醫療計畫方面的改革措施預期也將達到減緩醫療支出成長及降低政府赤字的效果[8,9]。然而，改革的過程中，質疑與爭議卻未停止，反對黨如茶黨與部分共和黨代表對此改革方案持反對態度，其主要因素包括對醫療財貨是否為基本權利的認知不同、擔憂社會主義盛行及政府權力大量擴張等[10]。政府執行改革計劃的能力也因執行初期相關配套方案的不足而遭到媒體的質疑及民眾的埋怨[11]。儘管如此，此一重要改革正式開啟了美國邁入全民皆有醫療保險之路。

病患保護及可負擔醫療法案內容與 相關租稅政策

病患保護及可負擔醫療法案的首要政策目標為擴大納保人口，為了使原本無醫療保險者擁有基本醫療保障，擴大納保人數，美國政府採取放寬貧民醫療保險的申請資格、強制納保、改善個人購買非團體醫療保險的不利環境、提供合理費用與穩定的醫療保險及補貼購買醫療保險之租稅抵減(tax credit)等具體方法[12]。此外，為支應擴大公共醫療保險計畫後增加的醫療支出，美國聯邦政府將承擔較多的財務責任，因而新增或調整租稅政策如薪資稅(payroll tax)及特產稅(excise tax)，並進行醫療體系改革工作，以控制醫療支出成長與維持預算平衡。以下，將逐項說明法案重要內容及相關財務措施。

依據此法案，貧民醫療保險的納保資格下修至聯邦貧窮線(federal poverty line)的133%。至2019年前，擴大貧民醫療保險的

納保資格後，預計近一千六百萬的人口可經由貧民醫療保險獲得醫療保障[12]。為融通擴大貧民醫療保險後新增之醫療支出，美國聯邦政府將協助州政府分擔財務責任。例如，從2014年開始，聯邦政府將完全負責融通新納入貧民醫療保險者的前三年保險給付，至2020年前，聯邦財務責任降為負擔百分之九十[13]。

改善個人購買非團體醫療保險的不利環境及保障病患權益部分則包含了對保險公司的新規範，例如：保險公司不得拒絕帶病投保、不得任意取消給付項目、被保險人有權要求保險公司重新審視拒絕給付項目、取消保險公司對保險計畫網外急診的限制、病患可獲得免費的預防性醫療服務、病患有選擇保險計畫網內家庭醫師的自由、保險公司保費調漲應透明化及廢除保險給付上限之規定等[14]。

上述種種新規定，旨在要求商業保險公司放棄行之多年單獨以風險決定保險費用的方式，保障非團體的個人也能擁有公平的醫療保險條件。值得注意的是，倘若需求保險者皆為醫療風險較高之族群，逆選擇(adverse selection)的問題可能導致商業保險公司不願提供相關商品或拒絕某些族群的醫療保險需求。要求商業保險公司遵循新規定前提為各種風險型態的消費者皆購買保險，而非只有高風險者才需求保險。因此，在病患保護及可負擔醫療法案中，美國政府亦強制要求尚無醫療保險的個人購買醫療保險(individual mandate)及小型企業提供醫療保險的規定(business mandate)。為真正落實強制納保的規定，美國政府訂定了罰則，譬如：個人若在2014年沒有購買基本醫療保險，需繳納所得的1%或是至少95美元；2015年罰款增為所得的2%或是至少325美元；2016年罰款增為所得的2.5%或是至少695美元[15]。

由於強制個人及企業購買或提供商業醫療保險亦應考慮其負擔能力，否則將遭致民怨，因此美國政府一方面透過立法改善商業醫療保險的投保條件，另一方面則創造透明的保險市場交易環境(health insurance

exchanges or health insurance marketplaces)以增進競爭，降低非團體醫療保險保費，讓原本無醫療保險者或欲更換保險計畫者可以購買到在負擔能力範圍內且品質佳的保險商品。自2013年10月開始提供服務至2014年3月底前，已有超過七百萬的民眾透過此交易環境購買醫療保險[16]。除此之外，為了提高人民的負擔能力，美國政府還利用可退還之租稅抵減政策(refundable tax credit)補貼所得較低的族群購買醫療保險商品，確定人民的保費負擔不超過所得的特定百分比，以減輕民眾財務負擔並提高購買醫療保險意願，增加納保人口[15,17]。

在控制醫療支出的改革方案方面，限於篇幅，本文以公共醫療保險改革及推廣預防保健醫療服務項目為例說明。鑑於過去由聯邦政府所主導的公共醫療保險改革對私人醫療保險市場及總體醫療支出皆產生重要的影響，為持續控制公共醫療支出成長及保證公共醫療服務品質，美國政府依據病患保護及可負擔醫療法案，將成立一個獨立的支付諮詢部(Independent Payment Advisory Board)，負責監管老年醫療保險的醫療支出。政府賦與此獨立諮詢部門相當大的權力，其所提出對老年醫療保險的改革方案具有法律效力，若國會不贊成該改革提議，需進行投票程序始能否決[2,3]。

另外，法案中也強調透過支付制度的創新改革提升醫療品質及減少非必要的資源浪費。公共保險的醫療改革將增加對家醫制度的投資，並改革支付方法，將公共醫療服務提供者的報酬與其所創造之醫療價值相連結，而非僅是以服務量的多寡及服務的複雜程度計算酬勞。舉例而言，老年醫療保險支付給醫師治療慢性病患者如糖尿病病人的報酬，將與醫師如何協助病人選擇健康的生活型態以控制血糖，進而有效管理疾病，提升病患醫療品質等面向緊密結合，而非僅是論量計酬(fee-for-service)[8]。

在美國，慢性病及肥胖盛行率高，且兩者與醫療支出成長密切相關，因此預防慢性病及推廣健康生活型態可以減緩醫療費用的上漲。病患保護及可負擔醫療法案中強調

透過預防慢性疾病、提高預防保健醫療服務項目的可近性，以增進國民健康。在此法案下，將成立一個全國性的預防與公共衛生基金(Prevention and Public Health Fund)，基金的用途為持續性擴展在預防保健醫療、健康促進及公共衛生方面的投資，達到改善國民健康與提高醫療品質的目的[8,9]。以貧民醫療保險為例，法案中有關提高預防保健醫療服務可近性的部分包含了推廣預防慢性病計畫、推廣健康生活型態、預防肥胖計畫及協助懷孕婦女戒菸計畫等項目[18]。

為了達到維持預算平衡的目的，除了推動上述節流之醫療改革方案外，政府尚需開闢新財源。其中，新增及調整租稅政策方面涵蓋提高薪資稅及課徵對特定產業及保險商品之特產稅。薪資稅為美國融通公共老年醫療保險的主要財源之一，為了使經濟弱勢者能購買到合理負擔的醫療保險商品，美國政府除了利用保費租稅抵減政策補貼低所得者，也將加重高所得者的薪資稅負擔。此外，美國政府亦將對因可負擔醫療法案受益的保險業者、藥廠及醫療設備業者開徵新的特產稅[2]。上述租稅政策的調整不僅增加政府財源，也產生所得重分配的功能。

此外，美國內地稅務局(Internal Revenue Service, IRS)將於2018年起針對優渥的保險給付商品如家庭年保費超過美金兩萬七千五百元或個人年保費超過一萬兩百元美金的商品課徵40%的特產稅(excise tax on high cost coverage)，又稱凱迪拉克稅(cadillac tax)。當物價指數上升時，凱迪拉克稅所適用的課徵門檻或臨界值(threshold)會隨之調高[12,19]。課徵門檻或臨界值亦會隨年紀、性別或健康風險而調整[20]。

課徵凱迪拉克稅的主要用意在於增加稅收、抑制醫療支出，並減緩保險費用可列舉所得扣除額(itemized deduction)所產生不利於所得分配的效果。與許多國家相同，美國個人的保險費用可列舉所得扣除額。此種列舉扣除優惠措施鼓勵消費者購買優渥的保險計畫，不僅讓政府損失龐大稅收，也不利於所得分配。所得較高者通常購買比較優渥的醫療保險商品，因其所適用之個人所得稅

邊際稅率較高，所獲之減稅利益亦較高，產生倒置公平(upside down equity)的現象。再者，消費者亦可能因為保險給付優渥而產生道德風險(moral hazard)的情況，進而增加醫療服務利用。因此，政府可利用凱迪拉克稅抑制消費者購買昂貴的商業保險，並達到降低醫療浪費的目的[3,12,19]。

病患保護及可負擔醫療法案之衝擊

本節說明實施病患保護及可負擔醫療法案對納保人數、醫療平等、醫療市場、勞動市場、政府收支各及整體需求層面可能產生的影響。之前，麻薩諸塞州實施的全州民納保醫療改革方案為病患保護及可負擔醫療法案的重要依據，其實施成果提供了評估病患保護及可負擔醫療法案的參考。研究顯示麻州的改革方案不僅增加了納保人口、改變了商業醫療保險市場生態、也影響民眾的醫療利用及醫療支出。例如，Nardin等人發現在麻州改革後，仍有少數民眾沒有醫療保險，其主要原因為民眾短暫失業而失去保險或無法找到適合負擔能力的保險計畫[21]。McCormick等人發現麻州的改革大幅降低了無保險人口，且多數新納入醫療保險的民眾門診就診率較高。然而，由於新納入保險的民眾經濟能力仍然較差，在藥品、牙科及其他專科服務的醫療服務利用率則較低[22]。對商業保險市場的衝擊部分，學者發現麻州的保險市場改革方案及強制州民納保規定使得該州非團體醫療保險的費用較其他州為低[23]。

關於實施法案對納保人數、醫療平等及醫療保險市場的影響，依據美國國會預算局(Congressional Budget Office, CBO)之前的估計，病患保護及可負擔醫療法案的實施將大幅降低美國無醫療保險人口，至2019年前，原本無醫療保障的民眾中，將有三千兩百萬的民眾納保，而其中的一千六百萬人口係因貧民醫療保險申請資格的放寬而擁有健康保險[12]。此外，法案中關於未滿二十七歲的民眾仍能依附於父母醫療保險計畫的新規定已於2010年9月生效，研究顯示約有三百萬

年輕人將因此受益而獲得醫療保障[24]。學者也模擬病患保護及可負擔醫療法案實施後對各族群間無保險人口比例的影響，研究發現法案的實施可能降低不同種族及族裔間的醫療可近性差異，促進醫療平等[25]。在保險市場方面，國會預算局預測，公共醫療保險及非團體之保險市場將大幅成長，而雇主所提供的商業醫療保險市場則呈現些許萎縮狀況[2]。

至於實施病患保護及可負擔醫療法案對政府預算的可能衝擊，美國國會預算局的估計顯示，從2010年至2019年間，政府的支出將因公共保險的擴張增加約九千四百億美元，但與新增租稅收入及實施相關醫療改革導致支出下降約一兆八十億美元互相抵銷後，預期政府將於法案實施後的第一個十年減少一千四百億美元的赤字[2]。其中，支出增加項目包含貧民醫療保險申請資格放寬後新增的醫療給付支出約四千三百四十億美元、對保險市場交易環境的租稅補貼約四千六百四十億美元及對小型企業雇主提供雇員醫療保險所給予租稅抵減優惠約四百億美元[2]。新增租稅收入包含之前討論過的薪資稅及特產稅項目，金額約五千六百二十億美元。另外，課徵凱迪拉克稅預期將抑制醫療支出成長，每年醫療成本成長率將下降0.5%[26]。美國國會預算局亦指出，實施病患保護及可負擔醫療法案使得政府預算赤字降低的效果將與時俱增，預計於法案實施後的第二個十年，赤字減少將超過一兆美元[2]。

美國智庫的研究報告也指出，因貧民醫療保險擴張而新增的醫療支出與老年醫療保險改革及新增租稅等政府措施所產生的經濟效果將相互抵消。然而，支出及租稅水準的變動相對於整體經濟規模而言並不算高，譬如在2014年至2019年間，實施病患保護及可負擔醫療法案的預期新增支出占國內生產毛額僅0.38%，因此預期施行法案對總體需求及就業市場將不會產生顯著的不利影響[26]。

病患保護及可負擔醫療法案對勞動市場的衝擊受到相當多的關注，許多反對該法

案的人認為實施法案不利於就業環境，對美國的整體經濟將產生負面影響。在工資調整不易的前提下，病患保護及可負擔醫療法案要求雇主提供醫療保險及改善保險給付的規定，可能影響雇用成本，因而降低勞動需求，不利於勞動市場的就業。然而，保險人口的增加預期也將對醫療相關產業部門的擴張產生正面影響，提高部分部門的勞動需求。在勞動供給方面，對高所得者課徵較高的薪資稅及給予所得較低者保費租稅抵減皆可能降低工作意願，不利於勞動供給。

根據美國國會預算局的最新估計，病患保護及可負擔醫療法案對勞動市場的負面衝擊將於2016年後開始浮現，預期在2017年至2024年期間，整體工作時數將因法案的實施下降1.5%至2%，而工時下降的主因來自於勞動供給減少。此外，勞動供給的減少較有可能是來自於低工資勞動者，故法案實施後對整體勞動報償和整體經濟的影響將低於其對工時的影響。根據國會預算局的估計，法案實施後，整體勞動報償在2017年至2024年期間將下降1%[27]。此外，研究結果顯示，法案中關於年紀未滿二十七歲的民眾仍能依附在父母醫療保險計畫下的新規定不僅降低年輕人沒有醫療保險的比例，亦可能影響到部分年輕人的就業意願及工作選擇，而勞動市場工作時數也將變得更有彈性[28]。

關於實施病患保護及可負擔醫療法案對整體需求的影響，貧民醫療保險人口的擴張及政府對購買醫療保險所提供的租稅補貼措施不僅增加民眾對醫療服務的需求，也使得民眾對其他部門的財貨及勞務需求產生正面的影響。然而，政府新增租稅及降低對公共醫療服務提供者的支付措施，將部分抵消實施法案對整體需求的正面影響。值得注意的是，病患保護及可負擔醫療法案的實施，亦將改善過去受雇者因害怕失去醫療保險而不願放棄並非適合自己工作的情况，而增進工作轉換率，使得勞動市場的運行更具效率。實施病患保護及可負擔醫療法案，也將促進醫療可近性，提升國民健康及勞動生產力，進而對總體需求產生正面的影響[26,27]。

結 論

醫療改革的目標不外乎於在預算平衡的前提下，擴大醫療可近性、增進醫療提供效率、改善醫療品質及促進負擔公平。醫療改革本身不僅牽涉到社會價值觀，影響不同團體間的利益分配，多重改革目標間也可能互相產生衝突。在政黨政治的民主架構下，任何改革共識的達成皆有諸多困難。作為一個世界的經濟強國，提供國民基本醫療保障似乎是理所當然的事。然而，美國全民皆有醫療保險的理想歷經近一世紀的改革才逐漸達成的特例，讓我們深切體認到進行醫療改革的不易。

美國此次醫療改革的目的是在於增加納保人口、促進醫療可近性、改革醫療保險市場、提供可負擔且穩定的合理醫療保險給被保險人、改善醫療品質與減緩醫療支出成長。我國雖然在1995年就已經達到全民納保的理想，醫療保險的提供也不似美國制度複雜，但此次美國的醫療改革政策仍具有相當的參考價值。首先，美國政府採行促進所得分配公平的租稅工具如提高薪資稅及對優渥給付的保險商品開徵特產稅，融通因實施醫療改革法案所新增的支出。其中，對優渥給付的保險商品開徵特產稅不僅增加政府財源，亦可抑制醫療浪費及降低整體醫療支出。我國可觀察美國實施該稅之影響，評估未來開徵相關租稅之可能。

其次，與美國相似，慢性病的盛行及肥胖率的增加也是造成我國醫療支出成長的重要因素。全民健保的資源不應只用於延長國人預期壽命，亦應重視壽命延長的生活品質。我國可參考美國的改革方案，投注更多的資源在家庭醫學科、疾病管理及推展健康生活型態，並結合支付制度的改革，讓醫療服務提供者以增進病患生活品質為優先，鼓勵提升醫療品質的醫療服務。

最後，根據美國智庫及跨黨派國會預算中心所提供的政策模擬評估報告，醫療改革與醫療財務政策不僅涉及財政收支，亦對經濟個體的勞動供給與消費型態、廠商的雇用行為、整體勞動市場與經濟環境、所得分配

等層面產生衝擊。譬如，支付制度改革可能衝擊醫療產業人力供需及服務提供者的所得水準，而保費政策的改變對工作選擇、儲蓄行為及負擔公平性也產生一定的效果。我國的二代健保雖然實施不久，但要求再次改革之聲也時有所聞。因此，建議未來我國進行醫療改革討論，在強調預算平衡的同時，應先詳盡評估目前二代健保相關政策對勞動市場、經濟行為與醫療品質等各個層面可能產生的衝擊。

致 謝

本篇文章為作者訪問美國喬治城大學期間所完成，作者感謝國立臺北大學在此期間所提供的經費補助。

參考文獻

1. Cheng TM. Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far. *Health Aff* 2003;**22**:61-76. doi:10.1377/hlthaff.22.3.61.
2. Gruber J. The impacts of the Affordable Care Act: how reasonable are the projections? *Natl Tax J* 2011;**64**:893-908.
3. Gruber J, Schreiber N. *Health Care Reform: What It Is, Why It's Necessary, How It Works*. New York: Hill and Wang, 2011.
4. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE). New census estimates show 3 million more Americans had health insurance coverage in 2012. Available at: http://aspe.hhs.gov/health/reports/2013/CPSIssueBrief/ib_cps.cfm. Accessed April 4, 2014.
5. Starr P. *Remedy and Reaction: The Peculiar American Struggle over Health Care Reform*. New Haven: Yale University Press, 2011.
6. Rosenbaum S, Gruber J. Buying health care, the individual mandate and the constitution. *N Engl J Med* 2010;**363**:401-3. doi:10.1056/NEJMp1005897.
7. Altman S, Shactman D. *Power, Politics, and Universal Health Care: The Inside Story of a Century-Long Battle*. Amherst, New York: Prometheus Books, 2011.
8. Tuma PA. An overview of the intentions of health care reform. *J Acad Nutr Diet* 2012;**122**(3 Suppl):S56-63. doi:10.1016/j.jand.2011.12.012.
9. Davis CS, Somers S. National health care reform and the public's health. *J Law Med Ethics* 2011;**39**(Suppl 1):65-8. doi:10.1111/j.1748-720X.2011.00569.x.
10. Jacobs LR, Skocpol T. *Health Care Reform and Americans Politics: What Everyone Needs to Know*. New York: Oxford University Press, 2010.
11. Pear R, LaFraniere S, Austen I. From the start, signs of trouble at health portal. Available at: http://www.nytimes.com/2013/10/13/us/politics/from-the-start-signs-of-trouble-at-health-portal.html?_r=0. Accessed January 30, 2014.
12. Staff of the Washington Post. *Landmark: The Inside Story of America's New Health-Care Law and What It Means for Us All*. New York: Public Affairs, 2010.
13. Medicaid.gov. Affordable Care Act. Available at: <http://www.medicaid.gov/AffordableCareAct/Affordable-Care-Act.html>. Accessed January 28, 2014.
14. U.S. Department of Health & Human Services. About the law. Available at: <http://www.hhs.gov/healthcare/rights/index.html>. Accessed January 15, 2014.
15. Weltman BJK. *Lasser's New Tax Law Simplified 2011: How to Pay Less in Taxes for 2010 and Beyond*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2011.
16. Businessweek.com. Seven unanswered questions about Obamacare. Available at: <http://www.businessweek.com/articles/2014-04-01/only-time-can-answer-seven-key-questions-about-obamacare-s-success>. Accessed April 11, 2014.
17. Internal Revenue Service. Affordable Care Act tax provisions. Available at: <http://www.irs.gov/uac/Affordable-Care-Act-Tax-Provisions>. Accessed January 23, 2014.
18. Medicaid.gov. Prevention of chronic disease. Available at: <http://www.medicaid.gov/AffordableCareAct/Provisions/Prevention.html>. Accessed April 11, 2014.
19. Health Affairs. Excise tax on 'Cadillac' plans. Available at: http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=99. Accessed April 11, 2014.
20. UnitedHealthcare.com. Excise tax on high-cost coverage (Cadillac tax). Available at: http://www.uhc.com/united_for_reform_resource_center/health_reform_provisions/excise_tax_on_high_cost_coverage.htm. Accessed April 11, 2014.
21. Nardin R, Sayah A, Lokko H, Woolhandler S, McCormick D. Reasons why patients remain uninsured after Massachusetts' health care reform: a survey of patients at a safety-net hospital. *J Gen Intern Med* 2012;**27**:250-6. doi:10.1007/s11606-011-1868-5.
22. McCormick D, Sayah A, Lokko H, Woolhandler S,

- Nardin R. Access to care after Massachusetts' health care reform: a safety net hospital patient survey. *J Gen Intern Med* 2012;**27**:1548-54. doi:10.1007/s11606-012-2173-7.
23. Graves JA, Gruber J. How did health care reform in Massachusetts impact insurance premiums? *Am Econ Rev* 2012;**102**:508-13. doi:10.1257/aer.102.3.508.
24. Sommers BD, Buchmueller T, Decker SL, Carey C, Kronick R. The Affordable Care Act has led significant gains in health insurance and access to care for young adults. *Health Aff* 2013;**32**:165-74. doi:10.1377/hlthaff.2012.0552.
25. Clemans-Cope L, Kenney GM, Buettgens M, Carroll C, Blavin F. The Affordable Care Act's coverage expansions will reduce differences in uninsured rates by race and ethnicity. *Health Aff* 2012;**31**:920-30. doi:10.1377/hlthaff.2011.1086.
26. Holahan J, Garrett B. How will the Affordable Care Act affect jobs? Timely analysis of immediate health policy issues. Available at: <http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2011/03/how-will-the-affordable-care-act-affect-jobs->. Accessed April 11, 2014.
27. Congressional Budget Office (CBO). The budget and economic outlook: 2014 to 2024. Appendix C: Affordable Care Act: updated estimates. Available at: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/45010-breakout-AppendixC.pdf>. Accessed February 11, 2014.
28. Akosa Antwi Y, Moriya AS, Simon K. Effects of federal policy to insure young adults: evidence from the 2010 Affordable Care Act's dependent-coverage mandate. *Am Econ J Econ Pol* 2013;**5**:1-28. doi:10.1257/pol.5.4.1.

Healthcare reform and healthcare financing policy in the United States

TSUI-FANG LIN

The President of the United States, Barack Obama, signed the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) in March 2010. Passage of the PPACA has enabled the uninsured to purchase affordable healthcare insurance and access medical services. The main purpose of this paper was to introduce the history of American healthcare reform, explore PPACA, discuss relevant healthcare financing policies, and investigate the impact of PPACA. Learning from the USA experience, the government may consider using tax policies to curb healthcare expenditures. In addition, we suggest that the government devote more resources to primary care, disease management, and policies promoting a healthy lifestyle. Furthermore, the government can reform payment systems to pay providers based on health outcomes. Finally, we suggest that the government evaluate second-generation National Health Insurance policies thoroughly when formulating further healthcare reform proposals. In addition to achieving a balanced budget, the government should focus on the impact of healthcare financing policies on the labor market, economic behavior, and the quality of medical services. (*Taiwan J Public Health*. 2014;**33**(4):377-385)

Key Words: *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), healthcare reform, healthcare financing policy, United States*

Department of Public Finance, National Taipei University, No. 151, University Rd., San Shia Dist., New Taipei City, Taiwan, R.O.C.

Correspondence author. E-mail: tflin@gm.ntpu.edu.tw

Received: Feb 18, 2014 Accepted: Jun 26, 2014

DOI:10.6288/TJPH201433103013