

健康術語詞彙表

以下是常用健康保險術語和定義的總結表*。

非住院醫療照護——向門診患者提供的醫療服務。患者到診所或外科醫院接受診療時，無需留院過夜者均視為非住院醫療照護；家庭看護不在此列。

核准——對接受醫療的核准，例如住院。病人若要到不屬於健康維護組織 (HMO) 的醫療院所住院或接受醫療照護時，必須取得預先核准。

保障套餐——一整套醫療服務，例如包含在客戶的保單或團體健康計畫內的醫生訪問、住院治療和處方藥物。

自選式福利計畫——具有彈性的福利計畫，通常可在兩種以上的可選福利中選擇所需項目，亦可選擇領取現金。

按人給付——在按人給付的體系中，無論客戶是否尋求醫療照護，都以客戶為單位向醫療服務提供者，即客戶所屬的醫師或醫師群體支付一定的款項。

案例管理——由醫療顧問或者護士等人擔任的醫療管理人，對患有特殊疾病或醫療費用較高的病患，進行醫療照護的調節。

重大疾病險——提供有限保障的保險品種，同時伴有大量的減扣款。此險種主要對不可預見或花費巨大的重大疾病或意外傷害進行保護。主要吸引身體狀況較好的年輕人投保。

聯邦兒童醫療保險計畫 (CHIP) ——聯邦兒童醫療保險計畫 (CHIP) 由美國健康與公共服務部管理，為各州的醫療保險提供相應資金補助撫養兒童的低收入家庭。其目標人群是那些家庭收入中等，不符合醫療援助准入條件的家庭的兒童。

慢性病照護管理——協調醫療照護和支援服務來提高慢性病人健康狀況，例如糖尿病和哮喘。這些專案旨在提高照護品質並管理成本。《**合併總括預算調節法案**》——1985年通過的《合併總括預算調節法案》（**COBRA**）適用於僱傭 20 名及以上全職員工的僱主。失去工作的雇員在特定時期內仍可享受僱主自主保險。例如，員工在失業後仍可享受 18 個月的保險覆蓋，然而若社保委員會認定員工殘疾，這一時間可延長至 29 個月。

共同保險——指的是在保險覆蓋範圍內所能報銷的金額或者比例。在扣除款的基礎上會員必須支付醫療服務費用。

以消費者為導向的醫療方案——這些醫療方案旨在提高消費者關於醫療服務成本的意識以及在他們做是否接受醫療服務決定時，鼓勵他們考慮成本預算問題。這項方案扣除款額高，一般與醫保服務儲蓄帳戶掛鉤。醫保儲蓄帳戶有兩種——健康儲蓄帳戶(**HSA**)和醫療報銷帳戶(**HRA**)。

共同支付——在會員計畫內接受醫療照護服務的個人需要繳納的固定數額的金錢。

費用分攤——醫療保險計畫成員需支付一定比例的服務費用，這些費用包括共同支付、共同保險和年度自負額等。

證照審核——審查醫師或其它提供醫療保險服務人員的證照，確定其有資格在醫院或管理式醫療機構提供診療服務。

現實程式技術（CPT）——由美國醫學會 (**American Medical Association**) 研發的五位元編碼系統，可將不同的醫療程式加以分類。醫療帳單上經常使用此種編碼系統。

減扣款——會員在每年投保人報銷醫保之前必須繳納的醫療服務金額。2014 年開始，小團體保險計畫的減扣款個人上限為 2000 美元，家庭上限為 4000 美元。

疾病控制——指的是在整個治療過程中的照護協調，包括預防照護，病患教育及門診看護，住院看護和重症監護。該過程旨在提高患有慢性疾病病患的生活品質，減少費用。

雙重資格人員——這一術語用於形容符合聯邦醫療保險方案和一些其它醫療福利收益標準的個人。

電子健康記錄/電子醫療記錄——用電腦存儲病人健康記錄，包括醫療資訊、人口統計資訊、行政區劃資訊。這些記錄可由一個機構創建存儲，也可在多個醫療機構和地點間分享。

員工輔助計畫 (EAP) ——針對有酗酒、藥物濫用或情緒或家庭問題的員工，提供心理諮詢或其它形式的幫助項目。

治療期——指的是有關同以疾病治療的所有治療保健服務。對於較嚴重的情況（比如說腦震盪或者是骨折），一個治療期包括從病情開始到確診的過程中所進行的所有的治療及服務。對於慢性疾病（如糖尿病），一個治療期包括在某一給定時間段內所進行的所有的治療和服務。一些付款改革提案希望能根據治療期進行收費，而不是根據服務一一收費。

醫療保險交易所——醫改法案在每各州建立了醫療保險交易所（競爭性保險市場），在這裡個人和員工可以購買醫療計畫。

指定醫療服務機構（EPO）——一種更加嚴格的優先醫療機構計畫(PPO)，規定客戶只能到指定的醫療機構接受診療，否則即需完全放棄保險理賠。優先醫療機構計畫 (PPO) 則與其不同，通過更多的保險賠償，來鼓勵客戶到“優先”醫療機構接受診療，不過即使到不屬於優先醫療機構就診的客戶，仍可獲得保險賠付。

經驗費率法——一種決定保費的方法，依據特定群體的人口特徵和和經驗效用來調整使用的保險費率，而非以不同人群的平均值來判斷。

按次計費服務——支付醫療費用的傳統方式，按次支付醫生和醫院提供的服務。

醫院處方藥——醫院或管理醫療機構所選擇的用來治療病患的藥品。只有在特定情況下，才會使用非處方藥物。

把關醫師——商業醫療保健組織 (HMO) 的醫師，負責協調病患治療，把不必要的醫療服務減到最低，有效控制醫療成本。

團體健康方案——指的是一種方案的贊助人，通常是代表員工的僱主所提供的醫療保險。

1996 年醫療保險問責法案（HIPPA）——這項法案建立保護個人健康資訊的安全和隱私的標準。另外，此項法案還簡化了個人更換工作程式，並且過程中不會因為既往病史而延長等待時間。

健康維護組織 (HMO) ——一種通過醫院、醫師和其他醫療照看服務提供者所組成的服務網路提供醫療保險的健康方案。HMO 通常要求選擇首選健康護理醫師負責管理和協調所有的保健服務。一般情況下，轉診病人需要指定專門醫師，HMO 只承擔醫療網路內服務人員所提供的服務的費用。

醫療報銷帳戶 (HRA) ——一種免稅帳戶，能夠用於支付某些醫療費用。HRAs 通常和高扣除款健康計畫掛鉤，僅由雇主貢獻提供資金。

醫療儲蓄帳戶(HSA)——這是一種免稅的儲蓄帳戶，可用於支付醫藥費。個人可以在大多數金融機構或者雇主那獲得醫療儲蓄帳戶。雇主和員工都可參與該專案。個人必須通過 HAS 審查，在健康計畫下持有健康保險才能申請開醫療儲蓄帳戶。高扣除款健康計畫指的是在 2010 年一年內個人所扣除金額至少為 1200 美元，家庭所扣除金額至少為 2400 美元。

高扣除款醫療保險計畫——該項醫療保險計畫較之傳統的保險計畫，扣除款較高，保險金較低。

獨立醫師協會 (IPA) ——指的是獨立的簽約醫師或者其他醫療照護提供者所組成的群體組織，為不同的 HMO 會員提供服務，或者其他的保險方案，通常每個病患支付固定費用。

個人強制投保——2014 年開始實施，要求多數個人購買醫療保險，並對不購買醫療保險的人進行處罰。麻塞諸塞州是第一個實行個人強制投保的州，要求全部青年購買醫療保險。

限費計畫 ——各類為補償醫生及其他醫保人員提供標準的費用清單

長期護理 —— 一個個體在社區內獨立生活所需的服務，例如家庭保健、個人護理及為機構所提供的服務，例如療養院。這些服務中許多都不受醫療保險或私人保險覆蓋（請見之前詞條：“社區居住輔助服務及支援”）

管理式醫療 —— 一種旨在減少醫療福利所需費用及提高醫保水準的衛生保健服務提供系統。該方案常需依靠初級醫師來控制其患者所受護理。

強制性福利 —— 聯邦或者州政府要求，醫療方案所需提供的一些福利、治療方案和服務。

醫療補助制度 —— 為低收入美國人民提供醫療與健康相關服務的聯邦及州資助項目。

聯邦醫療保險計畫 —— 為下列人群提供醫療保險的聯邦專案：65 歲及以上老人、65 歲以下患有永久性身體殘疾的人群、或者先天身體殘疾人群；或者符合其它特殊要求的群體，如患有末期腎臟病的患者。符合條件的個人可以享受住院保險服務（醫療保險 A 部分）、醫師為中心的醫療保險服務（醫療保險 B 部分）和處方藥品（醫療保險 D 部分）

醫療保險優勢 —— 亦稱作醫療保險 C 部分，醫療保險優勢專案可使聯邦醫療保險受益人通過私營保險項目來獲得醫療保險保障。

醫療保險 A 部分 —— 醫療保險計畫中有關醫院、長期護理院所、慢性病中心等相關機構費用的給付。

醫療保險 B 部分——醫療保險計畫中有關醫師服務和其它不在住院保險（A 部分）給付範圍內的給付項目。

會員——加入管理式健康保險計畫或由其承保的個人或親屬。

開放登記——開放接受再保企業員工申請加入保險計畫的期間。

醫療付現成本——不包含在保險之內的醫療成本，比如減付款、共同分攤、共同保險。醫療付現成本不包括保險費。

現金支付最高額度——要求個人支付的醫療費用的醫療付現成本的最高限額，不包括保險費。

合約醫療護理提供者——聯合健康保險公司達成書面協定，為承保服務提供服務、治療以及/或供給的醫院、醫師、機構或其它醫療護理提供者。

以病人為中心的醫療之家——這一術語用於定義一種醫療機構，在這個機構內病人接受綜合的基層醫療服務，與指導和協調該服務的基層 理療提供者保持聯繫；並能夠方便地獲得非緊急護理。

病人保護和平價醫療法案（PPACA）——又被稱為“醫療改革法”，這個法案頒佈的一系列法規實施之後開始實行，這些法規的開始生效期為 2010 年 3 月 23 日。該法律計畫旨在讓更多的美國人享有醫療保險，也包括諸多影響商業健康保險市場、聯邦醫療保險計畫和聯邦醫療補助計畫的變化。

按效績付費——醫療照護供者因達到或超越了品質和成本基準而受到獎勵的付費系統。在有些系統內，那些未達到基準的醫療照護供者會受到懲罰。該專案（按效績付費）的目標是逐漸提高護理品質。

既往病情——在投保到新保險計畫之前的特定時期內，投保人因疾病和身體狀況接受診斷或治療。

優先醫療機構（PPO）——一種醫療保險機構的安排方式，通過醫療提供者網路來提供醫療保健服務。會員到醫療提供者網路外尋求醫療服務時，通常需付更高的費用。

保險費——購買醫療保險應付的費用，常按月支付。保險費用可能由僱主或政府購買者和個人共同承擔。

預防保險服務——衛生保健強調在發病早期對疾病進行診斷和治療。

主治醫師——醫療服務提供者，通常是內科、家庭保健、兒科的專業醫師，負責為病人提供主要醫護照護及協調其它必要的醫療服務。

合格的醫療保險計畫——醫療保險法規定，通過醫療保險市場出售的保險計畫必須經認證滿足最小基準保障（如基本健康保障）。

複查增長率——保險管理者複查健康計畫中提出的保險費用和保險費用的增長。複查增長是為確保保險費用足夠支付索賠，而且與醫療賠償額和福利相比，金額較為合理，並在應用中對投保人無差別對待。

喘息服務——與患者家中暫時提供的護理照顧服務，讓主要負責照顧病患的護理人員（通常為家屬）能夠暫時休息一下。

125 自選方案——這又被稱之為“自助餐計畫”，根據國內稅收法規第 125 款制定。之所以以此命名，是因為這個方案能讓雇員從不同種類的保障中自行選擇，就

像客人在自助餐館可以自選菜品一樣，而且員工的稅前工資不受聯邦、州或者社會保障稅的限制。

熟練照護機構（SNF）——為需要熟練照護的人員提供住院服務的機構。此機構為醫院的一部分或為單獨的護理中心。

止損保險——當損失超過一定限額時，對保險計畫、保險計畫贊助人以及醫療團體／獨立醫師協會進行償還的保險。限額通常為預計索賠款項的一定百分比或具體金額。

稅收抵免——一個人或企業從收入所得稅中減免的部分。如果抵稅額是可退的，那麼納稅人可從政府獲得的抵稅額甚至會高於其所繳稅款。

減稅——這指的是在計算需要繳納的稅額時，個人在調整後的總收入基礎上扣除的金額。通常情況下，享有減稅的個人可以減免一部分醫藥費，包括醫療保險金，其占個人調整後總收入的比例超過 7.5%。

三級治療——對於住院病人治療方案，主要針對患有嚴重疾病、需要在高度專業醫療中心接受治療而治療費用高昂的病人。

協力廠商管理人（TPA）——為團體保險保障計畫提供管理服務的個人或組織。管理服務包括：保險金結算、投訴審查和賠付、賠付效用審查、雇員資格記錄維護，以及與提供高賠付金額的止損保險承保人進行談判。

病人鑒別歸類——這一術語起源於戰場，用於評估病人狀況的緊急程度與嚴重程度，並建立多位元病人的診療先後順序。

通常、管理、合理額度（UCR）——最大補償額度，基於歷史費用模式制定，有時也稱作U & C 額度。

效用評估——近些年來一些承保人和雇主使用的成本控制方法，根據適用性、必要性和品質來評價醫療保險。用於對醫院的評估時，還包括住院前審查、出院同步審查、計畫及回顧審查。

以價值為準的購買——一種支付改革，該改革措施依據品質測評結果對醫院和其他醫療提供者發放獎金。

健康計畫/項目——一個關於雇主的項目，用於提高健康、避免疾病。這些專案的目的包括：減少醫療照護費用、保持和提高雇員的健康和生產能力以及減少因疾病造成的曠工。

*以上定義僅為提供資訊。術語/定義之間如產生矛盾，以您保險檔為準。