



12-31-2006

# The Impact of NHI Co-payment Policy on the Utilization Pattern of Hospital Outpatient Rehabilitation Services

Huang-Chung Chen

Fei-Lin Chang

Jui-Fen Rachel Lu

Ngok-Kiu Chu

Wen-Chung Tsai

*See next page for additional authors*

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

### Recommended Citation

Chen, Huang-Chung; Chang, Fei-Lin; Lu, Jui-Fen Rachel; Chu, Ngok-Kiu; Tsai, Wen-Chung; Shih, Lin-Na; Lau, Yiu-Chung; and Tang, Fuk-Tan (2006) "The Impact of NHI Co-payment Policy on the Utilization Pattern of Hospital Outpatient Rehabilitation Services," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 34: Iss. 2, Article 2. DOI: [https://doi.org/10.6315/2006.34\(2\)02](https://doi.org/10.6315/2006.34(2)02)

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol34/iss2/2>

This Original Article is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact [twpmrscore@gmail.com](mailto:twpmrscore@gmail.com).

---

# The Impact of NHI Co-payment Policy on the Utilization Pattern of Hospital Outpatient Rehabilitation Services

## Authors

Huang-Chung Chen, Fei-Lin Chang, Jui-Fen Rachel Lu, Ngok-Kiu Chu, Wen-Chung Tsai, Lin-Na Shih, Yiu-Chung Lau, and Fuk-Tan Tang

原著

# 全民健保部分負擔政策對醫院復健科門診醫療使用的影響

陳皇仲 張斐綾<sup>1</sup> 盧瑞芬<sup>2</sup> 朱岳喬 蔡文鐘 石琳娜  
劉耀宗<sup>3</sup> 鄧復旦

林口長庚紀念醫院復健科 台北榮民總醫院醫務企管部研考品管組<sup>1</sup>  
長庚大學醫務管理研究所<sup>2</sup> 高雄長庚紀念醫院復健科<sup>3</sup>

全民健保自開辦以來，醫療費用持續上漲，中央健保局為因應財務壓力，實施多項開源節流方案。於需求面採行部份負擔的主要目的，在於透過被保險人成本分攤的觀念，進而抑制醫療資源的濫用，民國 88 年 8 月實施的門診復健部份負擔就是其中之一。本研究針對復健部份負擔實施前後，於醫療利用和醫療費用之差異情形及趨勢進行探討。資料來源以五家研究醫院提供之門診物理治療件數為個案研究進行分析。部分負擔新制實施後一年的研究結果顯示：醫療利用和醫療費用皆比 88 年 8 月部份負擔新制實施初期有減少的情形；然而，於實施五個月之後隨時間逐漸減緩。此外本研究也發現，於復健部分負擔實施後，簡單和中度治療項目申報件數減少，但複雜治療項目申報有隨之增加的趨勢，顯現診療項目間有轉移複雜等級申報的情形。綜而言之，於實施初期五個月可看出復健部份負擔新制對於控制醫療利用和醫療費用上的短期效應，但因追蹤的時間不夠長，因此，復健部份負擔的長期效應有待未來持續研究。（台灣復健醫誌 2006；34(2)：73 - 80）

**關鍵詞：**全民健保(national health insurance)，部分負擔(co-payment policy)，物理治療(physical therapy)，醫療利用(medical utilization)，醫療費用(medical expenditure)

## 前 言

我國自民國 84 年開辦全民健保以來，國人對醫療資源的使用大幅增加，而費率則始終維持 4.25%，健保財務自民國 87 年開始入不敷出，且自開辦至民國 88 年未作調整，是我國全民健保欲永續經營所面臨的最大挑戰。

我國全民健保開辦之初，即實施部份負擔制度。而健康保險醫療費用部份負擔制度的主要目的，在於抑制被保險人過度或不當的醫療需求，特別是肇因於健康保險所誘發的「道德危害」行為；同時，部份負

擔制度尚有挹注保險財務的次要目的，藉以減輕健康保險的財務壓力。此外，我國依就診場所層級別而有差別部份負擔的設計，則另有落實轉診制度與改善醫療分工的目的。

為合理節制醫療費用，提高醫療品質，衛生署在考量健保自助、互助的基本精神下，賦予使用者付費之公平原則，遂於民國 88 年 6 月份公告修正全民健保保險對象應自行負擔之門診費用，並自民國 88 年 8 月 1 日起開始實施門診復健部份負擔新制。此節制醫療資源浪費措施的實施範圍則涵蓋藥品、門診高診次和復健簡單或中度治療(含中醫傷科)部份負擔方案。在門診復健治療的部份負擔新制中，輕度或中度復健治療(含

投稿日期：94 年 2 月 25 日 修改日期：94 年 10 月 11 日 接受日期：94 年 11 月 15 日

抽印本索取地址：鄧復旦醫師，林口長庚紀念醫院復健科，桃園縣 333 龜山鄉復興街 5 號

電話：(03) 3281200 轉 3846 e-mail：fttang@adm.cgmh.org.tw

中醫傷科)以 6 次以內之治療視為同一療程，復健物理治療及中醫傷科除療程第一次按層級別收取定額部份負擔外(就診民衆於醫學中心需支付部份負擔 150 元、區域醫院 100 元、地區及基層診所 50 元)，第二次治療起，不分層級每次治療需再自付 50 元的部份負擔，惟僅收取一次掛號費(全民健康保險法及其施行細則對於門診費用部份負擔，原則上規定採定率方式繳納，為方便施行，目前門診費用部份負擔金額，改以定額方式收取)。

基於疾病嚴重度、復原時間長短的特性，加以上述物理治療施行的治療方式，一般復健科的病患大部份為慢性退化性疾病、職業傷害及運動傷害等，因此其治療流程也與一般門診看病而有所不同。第一次門診掛號收取之基本部份負擔即包含醫師看診及第一次物理治療，因為疾病通常為慢性病且不易在短時間內復原，所以設計以六次治療為一個療程的實施方式，以顯現治療計畫與成效。在實施復健部份負擔新制之後的簡單及中度治療同一療程第二次到第六次，患者每次治療都需再自付 50 元的部份負擔費用；患者於完成六次治療若還沒有復原或達到治療目標，則必須再掛號讓醫師進一步診療，視病況而定是否需要下一個六次的療程。

至於六次療程除第一次在當天看門診之後施行之外，其後第二到第六次的治療時間則視醫療院所服務時間及病患個人時間與病況而定，但同一病患在同一天僅能在一醫療院所接受治療，且同一療程之治療必須在一個月內完成，若有超過一個月未完成的剩餘療程則必須重新掛號並視為另一療程開始。

此外，為同時考量民衆就醫的保障，對於不會有資源濫用顧慮或是需要長期治療而費用高昂的疾病，則另有 4 種免收取復健部份負擔的對象規定如下：(一)符合全民健保法第 36 條之重大傷病，且本次治療屬該重大傷病範圍者。(二)至山地離島地區院所門診者。(三)實施中度—複雜治療或複雜治療者。(四)榮民及低收入戶之保險對象，其部份負擔費用已由相關單位支付者。

衛生署此次修訂之部份負擔制度，是希望藉由以價制量的方式，建立抑制醫療資源浪費的機制。然而，門診次數增加是否就表示醫療資源的浪費？即使是浪費，以國內醫療資源需求彈性不高的情況看來，以價制量是否能奏效？即使以價制量能減少醫療資源的使用，卻也可能導致真正需要醫療服務者因財務障礙而無法就醫。所以，即使部份負擔制度確實能夠產生財務挹注效果，但是否能夠在需求面達到抑制醫療需求的成效呢？因此有必要針對復健部份負擔新制的影響作一成效評估。所以，本研究的目的是探討部分負擔

新制實施前後，五家特定研究醫院復健醫療資源利用與治療費用的差異情形趨勢。

## 材料與方法

### 一、研究對象

五家特定研究醫院當中，評鑑等級包含醫學中心兩家、區域醫院兩家及地區醫院一家。在權屬別的分類上，包括法人醫院和私立醫院兩類，其中一醫學中心和一區域醫院為某法人醫學中心的分院。而在地理區域的分佈上，四家醫院位於北部，只有一家位於南部；為了維護醫院資料的保密性，本研究將依照五家研究醫院的地理位置由北至南依序以英文字母作為代號。此外，在研究期間的選擇上，以各醫院所能提供最大範圍的申報資料時間為原則，因此 A、B、D、E 四家醫院提供 86 年 1 月至 91 年 2 月的復健科物理治療申報件數，而 C 醫院因 86 年 8 月才正式營運，所以該醫院提供 86 年 8 月至 91 年 2 月的物理治療申報件數資料。

### 二、分析方法

本研究之資料以 EXCEL 及 SAS 套裝軟體(for Windows V8)進行統計分析，並以描述性分析方式個別分析並比較五家研究醫院在實施前後，申報件數的分佈及變化情形。

## 結果

- (一)本研究將五家醫院由 86 年 1 月至 91 年 1 月之物理治療各治療項目之申報情形用圖表表示。由圖 1 可知簡單治療項目由 86 年至 88 年呈現成長狀態，大部分醫院在 88 年 7 月達最高峰，在實施部分負擔後，五家醫院中除 B 醫院之簡單治療在 91 年底比實施前增加之外，其餘四家均呈大幅降低之勢。圖 2 顯示中度治療由 86 年至 88 年各醫院均有明顯成長，至 88 年 7 月皆達到最高峰。而在實施部分負擔後，五家醫院均有明顯下降。在實施初期(88 年 8 月至 12 月)，大部分醫院之降幅約在百分之五十左右；而在實施後期(89 年 1 月至 91 年 1 月)，大部分醫院回升至百分之八十左右，僅有一家醫院超過實施前之申報量。圖 3 顯示複雜治療在實施部分負擔後，除 C 醫院持平外，其餘皆呈現大幅上升，其幅度由 1.2 倍至 9.9 倍不等。
- (二)五家醫院之治療量在 88 年 6 月與 7 月間業務量均到達巔峰，為比較實施前、實施初期及實施後期之各

種治療申報量，特將 88 年 7 月之業務量訂為 100%，再與實施初期之最大申報量及實施後期之最大申報量比較，以得出此三期之申報趨勢，並將結果詳列於表 1。根據表 1 所示，針對簡單治療而言，實施初期下降至實施前之 41.9%，而實施後期則回升至實施前之 98.0%。在中度治療方面，實施初期下降至實施前之 53.5%，而實施後期則回升至實施前之 80.2%。在複雜治療方面，實施初期申報量平均增加為實施前之 1.36 倍，而實施後期則平均增加為實施前之 1.84 倍，其中 D 醫院之增加量最為可觀，其申報量增加約 10 倍。

從五家醫院治療總件數比較，實施前總件數為

43,452 件，實施初期總件數為 28,572 件，實施後期為 42,268 件。所以實施後期總件數仍比實施前減少(詳如圖 5)。從復健治療費用比較，實施前五家醫院申報金額為 16,492,115 元，實施初期為 11,970,125 元，而實施後期為 17,226,055 元。相較於實施前申報金額增加了 4.3%(詳如圖 6)。

綜合而言，簡單及中度治療在實施部分負擔後，其申報量不論在實施前期及後期均有萎縮，特別是申報量最大之中度治療經過一年半的時間，仍只有實施前之 80%左右，但複雜治療則有明顯成長，至實施後期平均增加至 1.84 倍。在復健治療總金額而言，實施後期增加 733,940 元(4.3%)。

表 1. 五家醫院在部分負擔實施前、實施初期及實施後期之物裡治療申報量變化情形

物理治療項目與期間 醫院	簡單治療			中度治療			複雜治療		
	實施前*	實施初期	實施後期	實施前*	實施初期	實施後期	實施前*	實施初期	實施後期
A	150(100%)	10( 6.7%)	48( 32.0%)	4872(100%)	2510(51.5%)	3500( 71.8%)	700(100%)	1400(200.0%)	2083(297.6%)
B	1275(100%)	549(43.1%)	1728(135.5%)	14796(100%)	7200(48.7%)	12430( 84.0%)	450(100%)	800(177.8%)	1133(251.8%)
C	18(100%)	0(0%)	0(0%)	4764(100%)	2291(48.1%)	2769( 58.1%)	650(100%)	666(102.5%)	668(102.8%)
D	160(100%)	153(95.6%)	60( 37.5%)	4578(100%)	3800(83.0%)	5074(110.8%)	267(100%)	665(249.1%)	2667(998.9%)
E	474(100%)	158(33.3%)	200( 42.2%)	5632(100%)	2731(48.5%)	4024( 71.4%)	4666(100%)	5639(120.9%)	5884(126.1%)
合計	2077(100%)	870(41.9%)	2036( 98.0%)	34642(100%)	18532(53.5%)	27797( 80.2%)	6733(100%)	9170(136.2%)	12435(184.7%)

\* 表示以部分負擔實施前(88 年 7 月)之業務量作為各種物理治療項目之比較基準

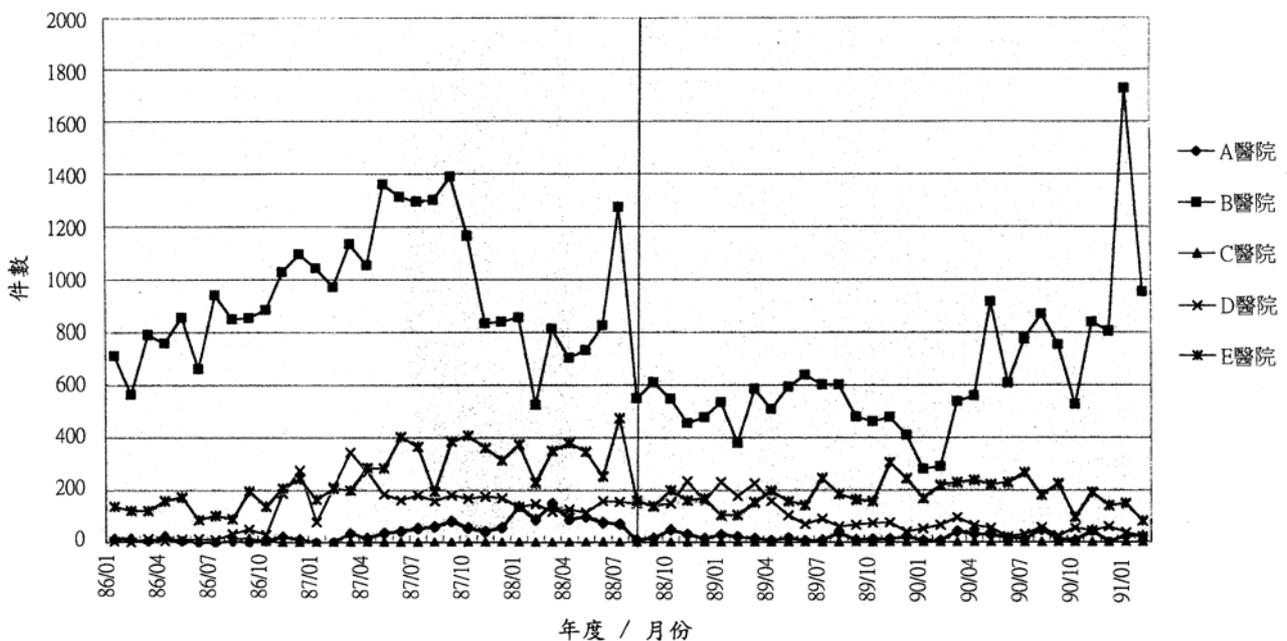


圖 1. 五家研究醫院各年度/月份簡單治療趨勢圖

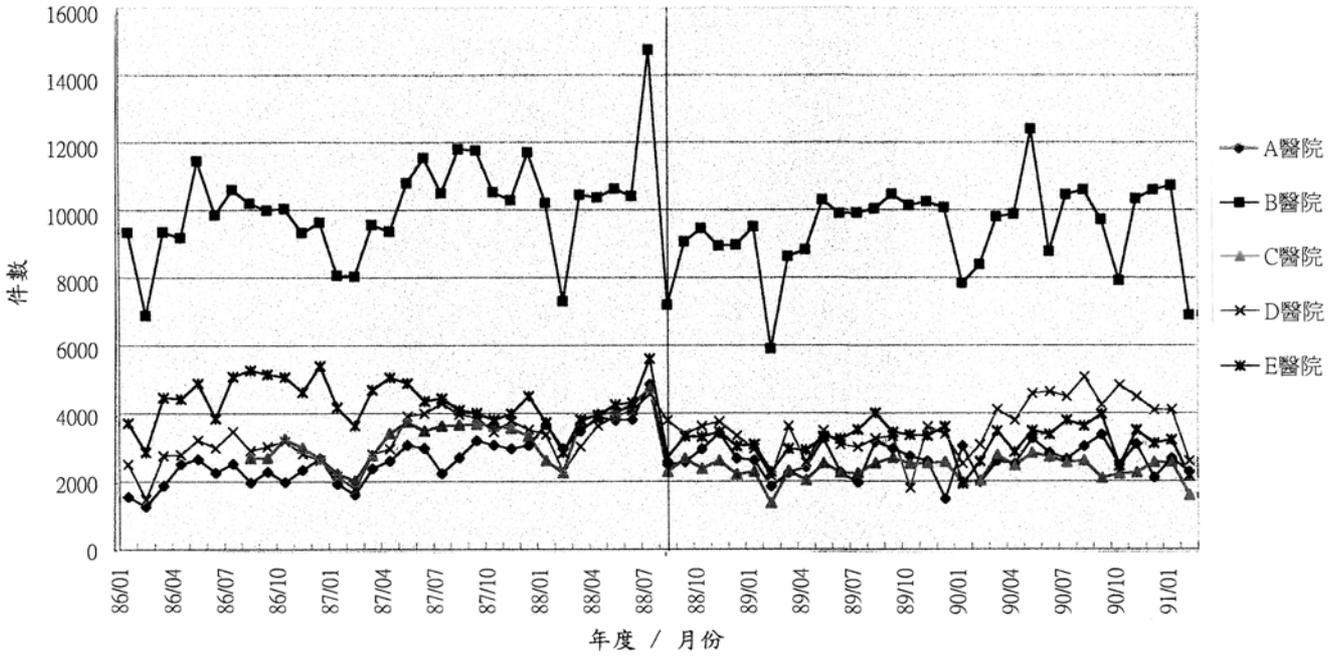


圖 2. 五家研究醫院各年度/月份中度治療趨勢圖

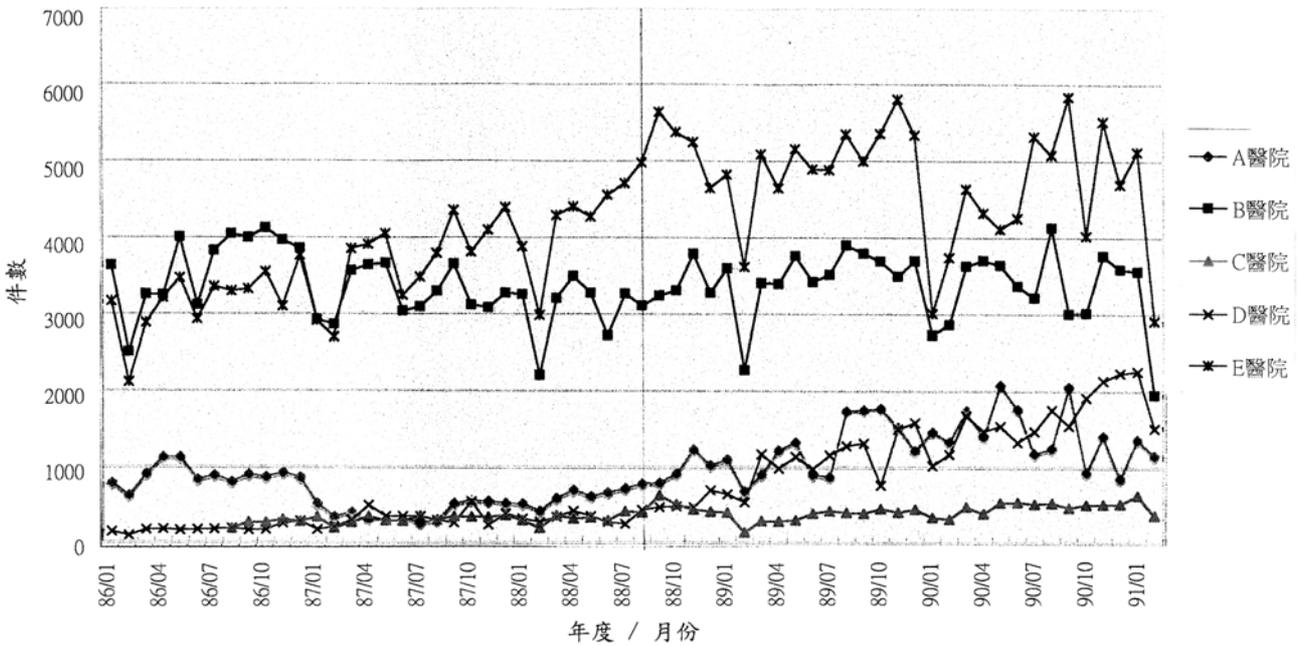


圖 3. 五家研究醫院各年度/月份複雜治療趨勢圖

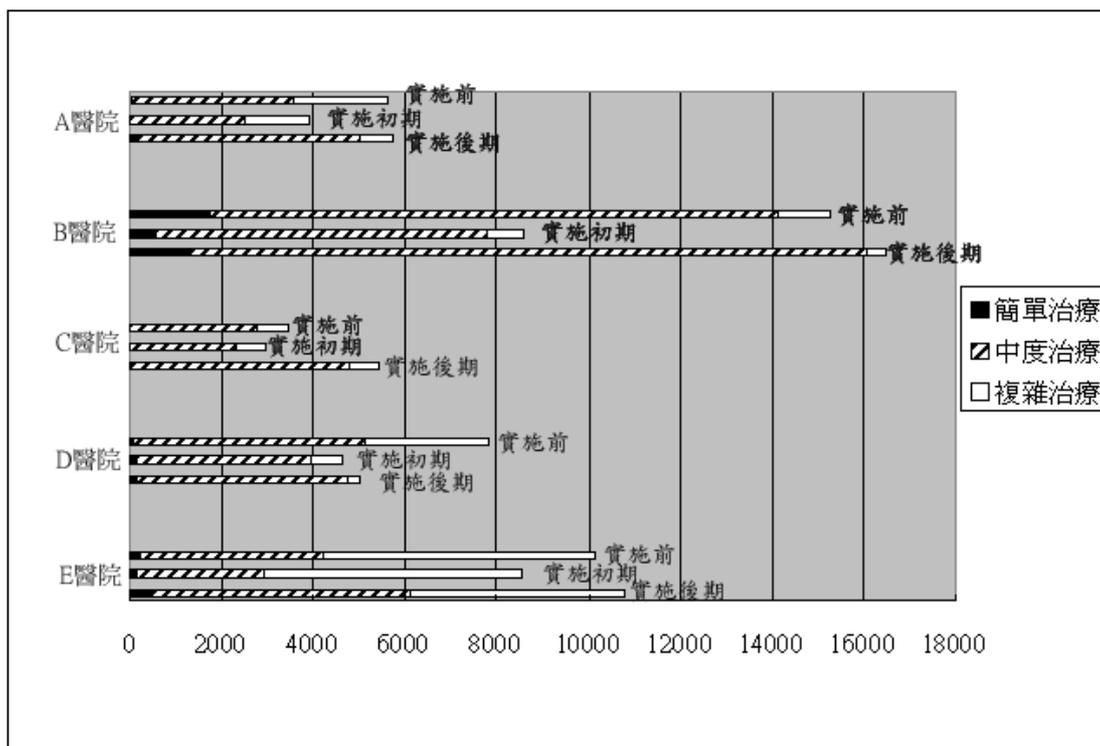


圖 4. 五家研究醫院在實施前、實施初期及後期申報件數情形

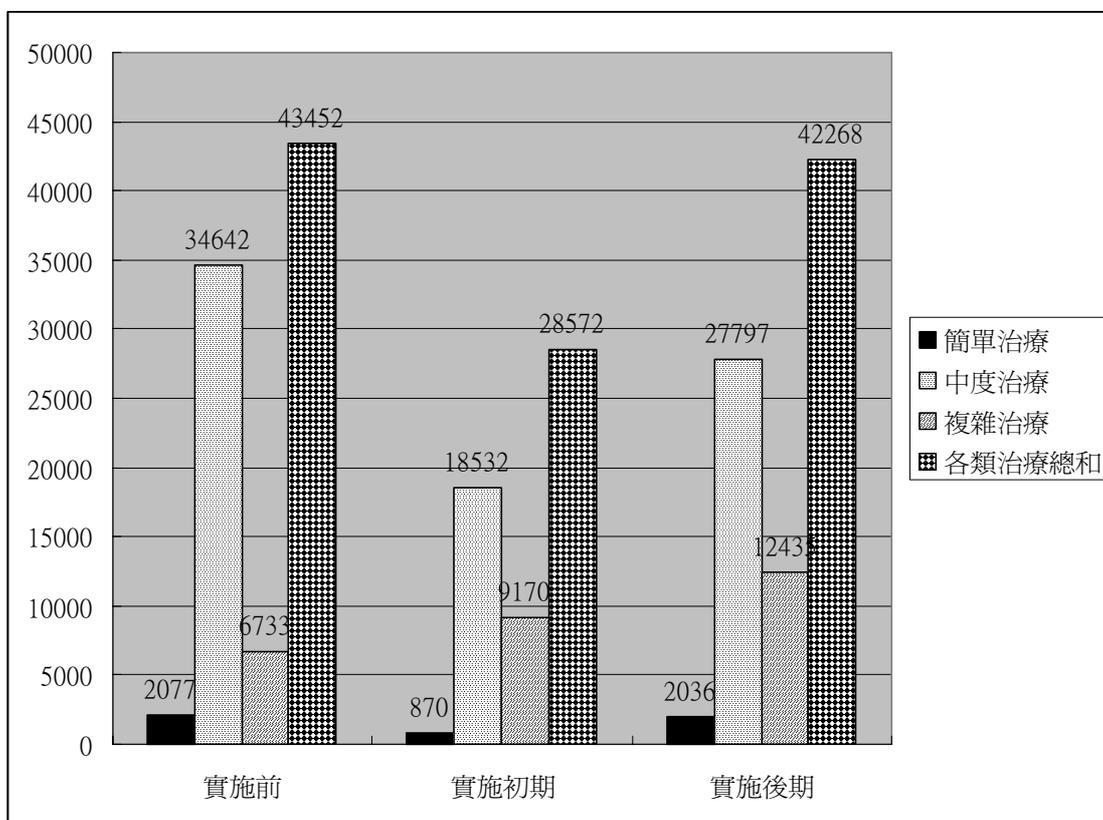


圖 5. 五家研究醫院在實施前、實施初期及後期申報總件數情形

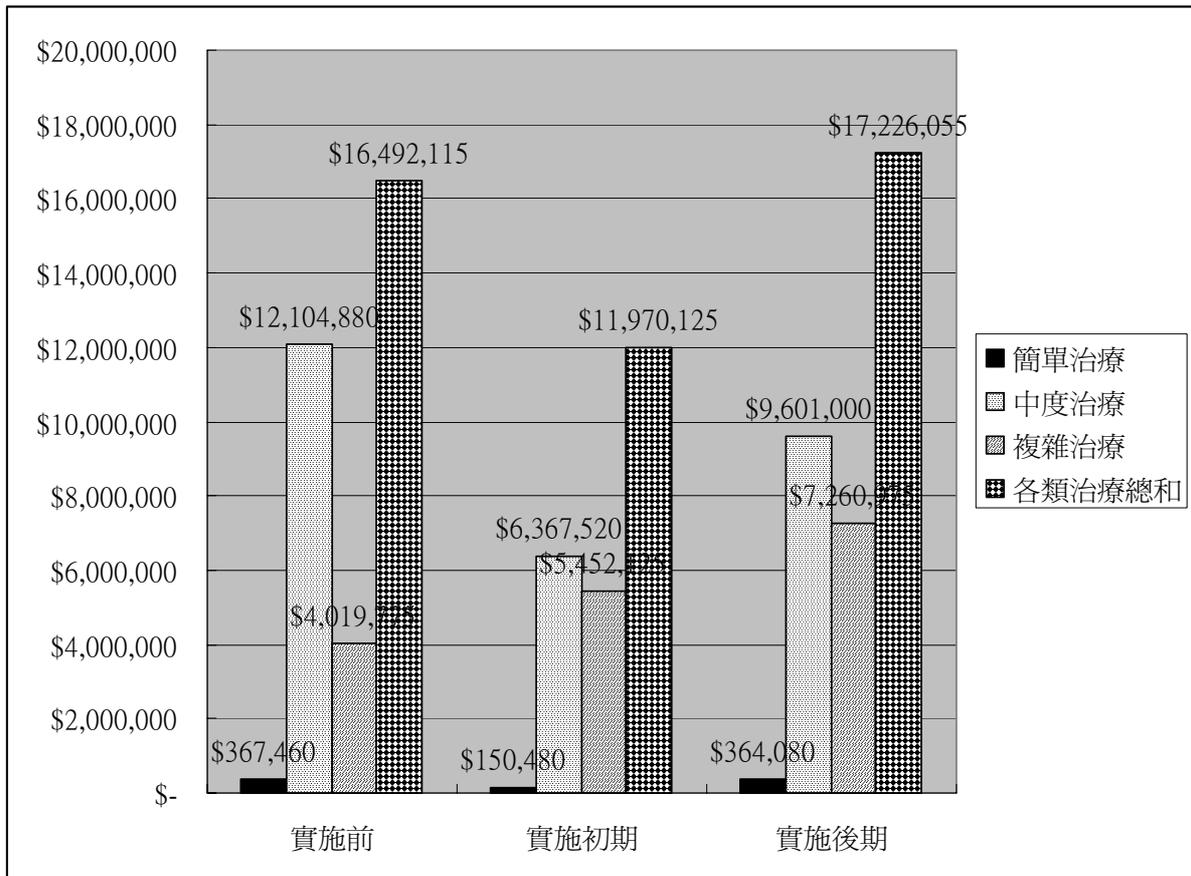


圖 6. 五家研究醫院在實施前、實施初期及後期復健治療總費用申報情形

## 討 論

本研究結果顯示，部分負擔的實施確實可以減少簡單及中度治療的申報量。由實施初期簡單治療降至 41.9% 至後期才回升至 98.0%。而佔物理治療申報量最大宗的中度治療，在實施初期下降至 53.5% 至後期才回升至 80.2%。由此可見部分負擔對治療量的抑制效果。在實施初期複雜治療在短期內增加 36.0%，則有可能與治療型態由儀器治療轉為運動治療有關，亦有可能為調整申報等級所致。然而實施後期複雜治療增加至 1.84 倍，不過本研究並未取得診斷碼，所以此項增加是因各醫院轉型或其他原因所致，仍待進一步探討。

全民健保自民國 84 年開辦以來，醫療費用的支出年年上漲；而健保支出的快速成長，不僅影響到健保財務的健康，進而影響到全民健保制度的永續性。Newhouse 認為影響醫療費用成長的因素，主要有兩大類：一是需求面的因素；另一項則是供給面的因素。

需求面的因素包括人口老化、實質所得成長與醫療保險的普及三項，而供給面的因素則包括醫師誘發需求與醫療服務的相對價格上漲這二項因素。<sup>[1]</sup>就需求面來看，一個「人口老化」國家的醫療支出，必會隨著人口結構高齡化的比例增加而提高。而我國人口結構正在急速老化中，醫療支出亦明顯成長。

在供給面的影響方面，醫師誘發需求會造成醫療費用的增加，主要是因為醫師人數增加後或是為了因應保險支付制度的改變，醫師為維持目標所得，會有誘發病患需求的傾向。Reinhardt 也認為供給者，特別是醫師，對於醫療需求的誘發與操控能力，是影響醫療支出的一個重要因素。<sup>[2]</sup>我國由於全民健保實施之後，健保特約醫療院所的普及，增加了民眾就醫的可近性，相對地提高醫療服務的利用，而使得醫療費用呈現逐年上漲的情形。<sup>[3,4]</sup>因此，醫療費用的持續上漲既是一種無法避免的長期趨勢，如何維持健康照護制度良好的財務狀況，成為各國政府之重要政策。用以抑制需求面不當利用醫療資源的部分負擔制度，因而

備受各國所重視。

有關國外部分負擔的實證研究，當中最負盛名者為美國聯邦政府在 1974 年，委託 Rand Corporation 所進行的 Health Insurance Experiment 研究。目的在於藉由控制試驗(controlled experiment)研究，排除消費者自我選擇的影響，期能估計部分負擔的差異對消費者醫療需求的真正影響效果。該研究結果顯示，部分負擔對於消費者醫療需求的影響有下列幾項：1.消費者的醫療需求會隨著價格的上升而降低。2.每人每年平均醫療費用，亦隨部分負擔率的提高而降低。3.相對於住院需求，門診的需求較易受價格變動的影響。<sup>[5,6]</sup>

此外，由消費者的立場來看，部分負擔制最明顯的效果，就是增加就醫者的財務負擔，<sup>[4]</sup>這項財務負擔對不同病症有不同的影響，其主要是取決於兩個因素，第一個因素是「該病況的嚴重程度」，若是越嚴重，則部分負擔對消費者財務影響越小，嚴重度會因人的特性(如忍受疼痛、不便之程度，及自我診治的能力等)而異。第二個因素是「替代性療法」，如果某些處置的部分負擔加重，不過卻存在著其他可替代的處置，而且這些處置的部分負擔或費用沒有增加，則會促使部份消費者會去使用這些「替代品」；在台灣，最普遍的替代性服務包括藥局、中醫或是民俗療法。同時 Rice 等提出，所得或財富亦是重要因素。<sup>[7]</sup>部份負擔制對民衆造成的財富負擔並不平等，對較低所得者在使用醫療服務的抑制作用，必然遠大於較高所得者。

然而，並非一旦實施部份負擔即能有效減少醫療資源的利用，尚需要其他層面或措施的配合，同時端視各個國家的衛生政策與醫療型態而加以修正來實施。因此，就現有的文獻資料看來，部份負擔制度的設計，似乎並未能有效發揮減少醫療資源使用的功能，而造成部份負擔效果未如預期的可能原因有三項：(1)部份負擔的比率太低，無法產生足夠的經濟誘因。(2)健保醫療機構特約率的提高，使得被保險人就醫時間成本亦隨之降低。此一就醫時間成本的減少，將抵銷部份負擔所增加的貨幣成本。(3)現行制度爲了減輕可能造成的不利影響，有許多免部份負擔的條款。此一優惠亦將進一步削弱部份負擔制度所發揮的

功能。<sup>[8]</sup>

## 結 論

部分負擔在實施後一年半內確實對簡單與中度治療的申報量產生抑制作用，申報總件數亦有下降，同時所研究的五家醫院均轉型從事困難度較高的複雜治療，復健治療總費用也有微幅成長，但長期效應仍有待日後追蹤探討。

## 參考文獻

1. Newhouse JP. Controlled experimentation as research policy. In: Ginzberg E, editor. Health Services Research: key to Health Policy. Chapter 7. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
2. Reinhardt UE. The theory of physician-induced demand: reflections after a decade. *J Health Econ* 1985;4:187-93.
3. 徐偉初、周麗芳、陳曾基：藥品部份負擔之採行與影響評估之研究。行政院衛生署 88 年度委託研究計畫；2000。
4. 紀駿輝、郎慧珠、李卓倫等：全民健保醫療費用成長趨勢及其影響因素之分析。全民健保費用協定委員會 89 年度委託研究計畫；2001。
5. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, et al. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev* 1987; 77:251-77.
6. Gerard JW. Health status and the demand for health: result on price elasticities. *J Health Econ* 1988;7:151-63.
7. Rice TH, Thorpe KE. Income-related cost sharing in health insurance. *Health Aff* 1993;12:21-39.
8. 盧瑞芬、謝啓瑞：醫療經濟學。台北：學富文化事業有限公司；2000。

# The Impact of NHI Co-payment Policy on the Utilization Pattern of Hospital Outpatient Rehabilitation Services

Huang-Chung Chen, Fei-Lin Chang,<sup>1</sup> Jui-Fen Rachel Lu,<sup>2</sup> Ngok-Kiu Chu, Wen-Chung Tsai,  
Lin-Na Shih, Yiu-Chung Lau,<sup>3</sup> Fuk-Tan Tang

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan;

<sup>1</sup>Division of Quality Control, Veterans General Hospital, Taipei;

<sup>2</sup>Graduate Institute of Health Care Management, Chang Gung University, Taoyuan;

<sup>3</sup>Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Chang Gung Memorial Hospital, Kaohsiung.

In response to pressing financial distress as a result of escalating health care expenditures, Bureau of National Health Insurance (NHI) has adopted various deliberate policy interventions to increase the sources of incomes and meanwhile enhance cost containment. Co-payment policy is one measure often taken when focusing on demand-side mechanism, which aims to reduce the potential misuse of medical resources by the insured through cost sharing. The co-payment policy for outpatient rehabilitation services implemented since August, 1999 is one good example.

The purpose of this study is to assess the impact of the co-payment policy on the utilization pattern of hospital outpatient rehabilitation services. The analytical sample is composed of the detailed visit records for physical therapy from five selected hospitals. Examining the visit records before and after the co-payment policy was introduced, we have found that both the utilization rates and expenditures have decreased after the co-payment policy was initially implemented, although the rate of decrease stagnated after the first five months. In addition, a shift before treatment items of different levels of complexity was detected; cases of treatment items of simple and moderate complexity decreased while those of most sophisticated complexity were on the rise. In conclusion, a short-term effect on the control of utilization rates and expenditures due to the introduction of co-payment policy has been observed in the initial five months. Future research should focus on investigating the long-term effect of the policy by extending the length of the follow-up period. ( Tw J Phys Med Rehabil 2006; 34(2): 73 - 80 )

**Key words:** national health insurance, co-payment policy, physical therapy, medical utilization, medical expenditure