



6-1-1997

The Influence of National Health Insurance Policy on Rehabilitation Medicine — Current Resource Distribution and Perspectives in Rehabilitation Medicine in Central Taiwan Area

Liu-Ing Bih

I-Nan Lien

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



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

Recommended Citation

Bih, Liu-Ing and Lien, I-Nan (1997) "The Influence of National Health Insurance Policy on Rehabilitation Medicine — Current Resource Distribution and Perspectives in Rehabilitation Medicine in Central Taiwan Area," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 25: Iss. 1, Article 8.

DOI: <https://doi.org/10.6315/JRMA.199706.00659>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol25/iss1/8>

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.

全民健保制度與復健醫療發展

—以台灣中區為例看復健醫療資源分佈及其未來走向

畢柳鶯 連倚南*

台中市立復健醫院復健科 *國立台灣大學醫學院復健科

本研究以民國八十四年六月台灣中區四縣市所有提供門診及住院復健醫療服務院所申報的復健醫療總金額、醫療費用明細金額對應醫療院所型態、醫療院所人力設施作資源運用及產能分析，以瞭解目前復健醫療資源在中部四縣市的分佈狀況，並探討全民健保制度對未來復健醫學的發展造成何種影響。

六十二家醫療院所共申報醫療費用五千一百五十七萬餘元，其中復健科住院費用六百四十一萬餘元（12.4%），提供傷殘病患之門診功能復健醫療費用八百一十五萬餘元（15.8%），專任復健科醫師督導之骨骼肌肉系統疾病門診物理治療共兩千四百零三萬餘元（46.6%），兼任復健科醫師督導之門診物理治療約七百七十九萬餘元（15.1%），以骨科為主的非復健科醫師申報之門診物理治療約五百一十八萬餘元（10.1%）。復健治療費用中物理治療佔 89.8%，職能治療佔 9.4%，語言治療佔 0.8%。門診收入中每位治療師之月平均產能約為 14 萬元，其中五家院所每位治療師之月平均產能超過 30 萬元，但住院病人平均每日申報費用僅 1,833 元。建議參考人力、心力與設施等成本修訂全民健保復健科之支付標準，以免治療不同類型疾患之投資報酬率差距過大，加速復健醫療次專業之不均衡發展。（中華復健醫誌 1997; 25(1): 65-72）

關鍵字：復健醫學(rehabilitation medicine)，健保(national health insurance)

前 言

行政院響應世界衛生組織 Health for All 運動，於 1986 年宣示我國將於 2000 年達成全民健康保險之目標^[1]，後經一再修改而提前於 1995 年 3 月倉促開辦。在全民健保立法及宣導的數年間，引起社會各階層熱烈的討論與角力，各方人士莫不冀望以最少的付出換取最佳的醫療服務。全民健保制度下，健保局成為醫療機構的單一主要付費者，但在決定支付標準時雙方並沒有對等的談判基礎，加上籌備時間不足，延續公勞保時代未充分考慮人力、設備及專業知識成本的支付辦法，因此對醫療機構造成極大的衝擊^[2]。

台灣自 1950 年開始勞工保險以來，各種社會政策性健康保險實施已有 44 年歷史，但在 1995 年 2 月全

民健保實施之前，仍有 40.1% 的國民未被涵蓋在該制度內^[3]。復健科的主要醫療對象如身心障礙兒、重大傷病者、殘障者及罹患慢性病的老年人等，通常不具有醫療保險身份。多數需要復健醫療的老弱傷殘者無法負擔龐大復健醫療費用，間接的限制了復健醫學的發展。全民健保為強制性納保制度，和行之有年的公、勞、農保比較，其最大的差異之一是老人、兒童、殘障者等不具工作能力的弱勢團體也被納入保險，且有減免保費、減免部份負擔等措施，以減輕殘障者、重大傷病及慢性病患者的醫療負擔^[4]。從這個角度來看，全民健保的實施對復健醫療的發展而言，絕對是一個有利的局面。果然在健保實施三個月後，健保局發佈的粗略統計資料中顯示復健科的業務量在短期內大幅上揚，復健科從冷門科一躍而成為最熱門的科別之一^[5]。本研究的目的是希望經由較詳細的統計資料呈現復

投稿日期：85 年 11 月 13 日 覆審日期：86 年 1 月 7 日 接受日期：86 年 3 月 18 日

抽印本索取地址：畢柳鶯，台中市太原路三段 1142 號，台中市立復健醫院

電話：(04) 2393855 轉 3163 傳真：(04) 2393821

健醫療更真確完整的面貌，並探討全民健保對復健醫學未來長遠的發展有何影響？制度上需做哪些修正以促進復健醫療多方面健全的發展，確保全體國民得到最完善的復健醫療照顧。

材料與方法

本研究的對象為台灣中區（台中縣、台中市、彰化縣及南投縣四縣市）向健保局申報復健醫療費用的各級醫療院所，共六十二家。

研究方法分為三部份，第一部份是請前述 62 家醫療院所提供其復健科的人力資源、空間及設備等資料給健保局，該資料將建檔並定期更新作為審查其申報業務是否合理的參考依據之一。第二部份是將民國八十四年六月份申報復健費用所有案件，委請中區復健科全體審查醫師逐一過目，個別將其意見登錄於審查意見表中，列舉各院所之特殊醫療行為模式，並計算各院所治療對象疾病種類分佈，及其物理治療申報複雜與中度項目之相對比例。第三部分是將以上 62 家院所當月的健保給付診療費用申請表中各項明細費用輸入 EXCEL 軟體，分析各家申報內容，比較各項費用平均金額之差異，例如每件平均總金額、每件平均復健費用、每件平均口服藥費、每件平均局部注射藥費及每位治療師當月平均產能等等。並計算復健醫療費用分佈於不同類型醫療院所，住院與門診病人，物理治療、職能治療與語言治療等次分類所佔的百分比，以反映復健醫療資

源應用於不同性質之醫療服務的分佈。

結 果

一、醫療院所復健醫療之人力與設施

我們依據人員設施將申報復健治療的 62 家醫療院所分成下列五組(A)訓練醫院 (B) 復健團隊 (C) 專任治療 (D) 兼任治療及 (E) 骨科治療。A 組為四家復健專科醫師訓練醫院，聘有兩位以上復健專科醫師，有高比例大學畢業物理、職能及語言治療師，皆設有復健病房及門診診療。B 組有九家，各聘有復健專科醫師一名以上，有專任的大學畢業物理及職能治療師，其中三家各有一位語言治療師，提供獨立的門診復健團隊治療，但沒有復健病床。C 組有 12 家院所，各聘有復健專科醫師一名，僅提供物理治療，其中有五家為復健診所。D 組有 17 家院所，各聘請兼任復健專科醫師每週看門診兩次以上，僅提供門診物理治療。E 組有 20 家，由非復健科醫師與物理治療人員提供門診物理治療，其中 19 家為骨科醫師負責，一家為神經外科醫師，共有 9 家為診所。其治療對象皆為骨骼關節肌肉系統疾病，故簡稱骨科治療。中部四縣市現有人口約四百五十萬，四家復健專科醫師訓練醫院共提供復健病床 150 床，這 62 家院所共聘有復健專科醫師 35 名，住院醫師 21 名，物理治療人員 222 名，職能治療人員 39 名，語言治療師 12 名，義肢裝具師兩名及心理治療師一名（表一）。

表一、中區不同型態醫療院所復健醫療專業人員配置分佈表

人員配置 醫院型態*	醫 師		物 理 治 療 人 員				職能治療人員		語 言 治療師
	主治	住院	大學	高職	其他	兼任	大學	高職	
訓練醫院(n= 4)	11	19	39	22	0	0	22	2	8
復健團隊(n= 9)	12	0	16	24	3	0	12	2	3
專任治療(n=12)	12	2	12	22	11	1	0	0	0
兼任治療(n=17)	0	0	12	29	1	7	1	0	0
骨科治療(n=20)	0	0	10	16	4	5	0	0	1
總 計(人)	35	21	89	113	19	13	35	4	12

*訓練醫院：復健專科醫師訓練醫院。

復健團隊：聘有專任復健醫師，設立物理及職能等治療部門。

專任治療：聘有專任復健醫師，僅設立物理治療部門。

兼任治療：聘請兼任復健醫師，除一家以外僅設立物理治療部門。

骨科治療：骨科等非復健專科醫師負責，僅設立物理治療部門。

二、審查醫師審查意見彙整

(一)復健治療申報辦法爭議之處：

- 1.有 3 家區域級以上院所，在沒有會診復健科情況下，出現加護病房、內科、骨科自行申報復健治療費用的情形。
- 2.有 10 家院所復健科申報案件中有很高比例由其他科別醫師申報，其中專任復健科醫師負責的有 3 家，兼任復健醫師負責的有 5 家，骨科醫師負責的有 2 家。
- 3.有 3 家院所由骨科醫師負責，應申報丙表卻申報乙表，但健保局相關工作人員並未發現，凸顯健保各項相關法令宣導不周及執行不力之處。
- 4.有 5 家院所沒有聘用職能治療師但申報職能治療費用，此肇因於國內大學制復健系分物理治療及職能治療組，而高職畢業復健治療人員由於未分組，既能執行物理治療又能執行職能治療。
- 5.有 3 家院所派員到療養機構從事維持性復健治療，其中兩家未經申請且申報內容與事實不符。

(二)特殊醫療行為模式：

- 1.藥物使用浮濫：口服藥、外用藥、局部注射的施予機率過高且用藥種類繁多的共有 12 家院所，另有 4 家局部注射過於浮濫，有 3 家口服藥過於浮濫。所謂浮濫意指平均 50%以上病人在給予復健治療的同時又有服藥或作局部注射，較嚴重者口服藥使用率高達 95%，止痛藥或維他命局部注射率高達 60-90%。
- 2.藥物使用不當：中樞神經藥物如 baclofen、tegretal 使用於骨骼肌肉疾患之疼痛，重複使用多種消炎鎮痛解痙藥物、制酸劑，偏好使用高價位維他命、循環促進劑等。
- 3.完全不處方口服、局部注射及外用藥的有 12 家。
- 4.物理治療刻板使用某幾項電療儀器，未適當配合病情，且沒有給予適當運動治療的有 8 家。

(三)復健治療費用申報異常：

- 1.一般骨骼肌肉系統疾病申報物理治療複雜項目比例高於 30%的有 8 家院所，其中有三家申報複雜比例高達 80%以上。
- 2.非必要物理治療評估過多的有 12 家院所，通常是每一位患者該月第一次看診一律申報物理治療評估，而其治療對象以骨骼肌肉疾病為主，且評估報告內容簡單公式化。
- 3.有 3 家骨科院所其復健治療只申報一次或兩次的案件比例過高，通常是患者看診當次給予患者局部電療，並沒有周詳的治療計畫及積極性的治療效果。

三、申報復健醫療費用明細分析

六十二家院所之復健科共申報復健醫療費用 51,573,930 元，其中住院總醫療費用 6,417,000 元，門診總醫療費用 45,156,930 元，門診總費用中 83.1%為復健治療費。門診之疾病分佈可以概括分為兩類。第一類為需要功能性復健的腦性麻痺、腦中風、外傷性腦傷、脊髓損傷、關節置換、截肢及骨折等重大傷殘 (major disability)，第二類為以理療儀器治療為主的退化性關節炎、坐骨神經痛、韌帶扭傷、肌肉拉傷、肌腱炎及局部挫傷等骨骼肌肉系統疾病。各型態院所門診提供之重大傷殘病患功能復健案例所佔比例如下：台中市立復健醫院為 70%，其他三家訓練醫院為 15-30%，專任復健科醫師督導院所為 5-10%左右，兼任復健醫師及非復健科醫師申報院所則低於 5%。門診共申報 23,757 件，每件申報總金額平均 1,901 元，每件平均復健治療費 1,580 元，平均每人內服藥費 95.7 元，外用藥費 18.9 元，局部注射藥費 7.8 元。五組醫療院所分組計算，上列各項平均費用如表二。各院所申報之藥物費用差距很大，以口服藥為例，費用最高者每件平均 436.1 元，最低者完全不開藥。治療師月產能是以該院所申報之當月復健治療費除以治療人員人數來計算，兼任治療人員以 0.5 倍計算。門診收入中每位治療師之月平均產能約為 14 萬元，其中有五家院所（均屬地區醫院或診所）每位治療師之月平均產能超過 30 萬元。復健治療費用之分佈為物理治療費 32,800,609 元 (89.8%)，職能治療費 3,438,849 元 (9.4%) 以及語言治療費 283,608 元 (0.8%)。物理、職能及語言治療師之人力分別佔 81.3%、14.3%及 4.4%，三者之產能分別為 147,750 元/人/月、88,175 元/人/月及 23,634 元/人/月（表三）。六十二家院所都沒有申報心理治療及製作義肢裝具之費用。原因是唯一聘有心理治療師的台中市立復健醫院未設精神科，故不得申報心理治療費；義肢裝具則因申報辦法尚未確定，當月並未申報。

復健科住院病人醫療費用約 6,417,000 元，佔所有復健醫療費用的 12.4%。門診醫療費用共 45,156,930 元，其中用於提供傷殘病患之功能復健的醫療費用為 8,153,067 元，佔所有復健醫療費用的 15.8%，專任復健科醫師督導之骨骼肌肉系統疾病之物理治療費共 24,030,589 元 (46.6%)，兼任復健科醫師督導之物理治療費為 7,788,812 元 (15.1%)，以骨科為主的非復健科醫師申報物理治療費為 5,184,462 元 (10.1%)，見圖一。四家復健專科醫師訓練醫院中，一家因病床借給其他科，該月沒有申報住院費用。另一家復健科

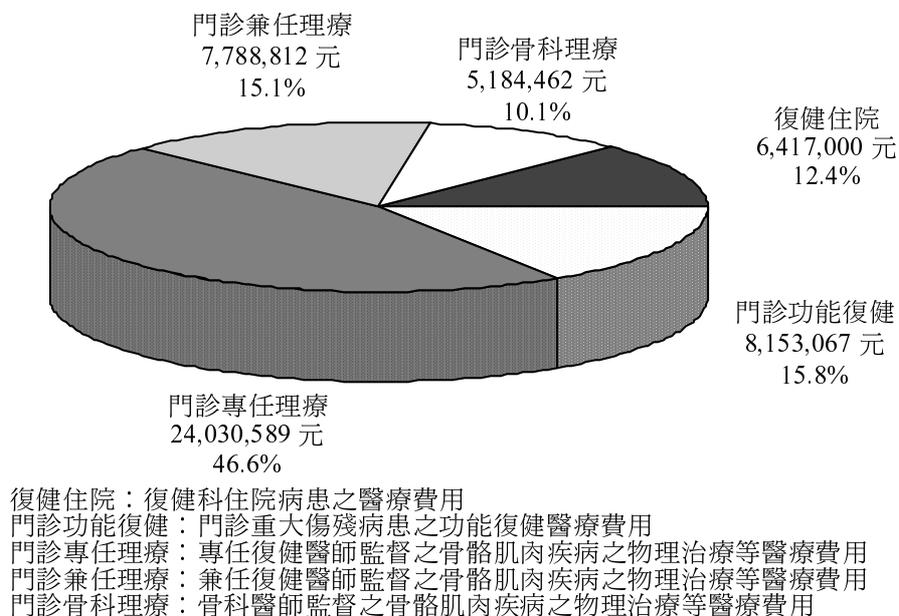
表二、各種型態醫療院所復健科細項醫療費用之分析

費用細項(元)	每人 次 平均 費用			復 健 治 療 費	
	內服藥	外用藥	注射藥	件平均	治療師月產能
醫院型態*					
訓練醫院(n=4)	192.2	28.2	7.9	1,883	135,693
復健團隊(n=9)	97.4	25.7	4.7	1,787	122,812
專任理療(n=12)	68.6	12.4	11.1	1,523	173,255
兼任理療(n=17)	43.3	8.8	2.6	1,616	143,172
骨科理療(n=20)	51.9	18.6	11.5	994	121,238
總 計 (n=62)	95.7	18.9	7.8	1,580	139,316
範 圍	0-436.1	0-109.8	0-52.0	457-2,677	34,485-535,990

*醫院型態定義見表一說明

表三、物理、職能、語言三種復健醫療次專業申報量及產能分析

	物理治療	職能治療	語言治療
申報總費用(元)	32,800,609	3,438,849	283,607
費用比	89.81%	9.42%	0.78%
治療師人力(人)	222	39	12
人力比	81.3%	14.3%	4.4%
月產能(元/人/月)	147,750	88,175	23,634



圖一、中區全民健保復健醫療費用分佈圖

住院費用與急性期在其他科治療費用一起申報，難以分開計算。另外兩家共申報 56 件住院案件，平均住院日數 34.1 天，平均每人每日向健保局申報 1,669 元。若包括病人之部分負擔在內，照顧一位復健科住院病人平均醫療費用收入為每人每日 1,833 元。

討 論

根據衛生署統計，民國 82 年底本國每十萬人口醫師數為 112 位，每十萬人口有急性病床 351 床，精神科病床 61 床，慢性病床 21 床^[6]。中區復健醫療有關的資源為每十萬人口復健醫師 0.8 位，物理治療師 4.5 位，職能治療師 0.9 位，語言治療師 0.3 位，義肢裝具師 0.04 位，復健心理師 0.02 位，復健病床 3.33 床。美國每十萬人口有復健醫師 1.9 位^[7]，物理治療師 37 位^[8]，職能治療師 12.7 位^[9]，復健心理師 0.38 位^[10]。日本每十萬人口有物理治療師 9.7 位，職能治療師 4.7 位，義肢裝具師 1.5 位^[11]。由以上資料可以瞭解台灣中區復健醫療資源在各方面都嫌不足，然而以下幾點異常現象，使得問題更趨嚴重。物理治療人員中，高職畢業或其他非相關科系人員比例高達 62.2%，比美國的 17.5%^[8] 高出數倍，可以推測其治療品質有待加強。物理治療師與職能治療師比例在先進國家通常為二到三比一^[12]，在中區為五比一，顯示職能治療師之不足遠比物理治療師嚴重，其主要原因是只雇用物理治療人員而不雇用職能治療師的醫療機構佔很高比例。

在所有專業人員中又以復健心理師及義肢裝具師之不足最為嚴重。不論是過去的公勞保法或是現行的全民健保法，對心理治療之給付都偏低，且只有設精神科的院所可以申報。目前全國只有九位復健心理師服務於五家區域級以上醫院的復健科及一家復健診所。復健科醫療對象主要雖為肢體殘疾患者，然許多患者同時併發腦部病變，而單純肢障者也常面臨很大心理傷害，因此復健心理師在幫助殘障者加強心智功能以及克服心理障礙方面，扮演著非常重要的角色。建議應在物理治療、職能治療、語言治療、義肢裝具外，再加上心理復健項目，其給付金額應稍高於語言治療，因心理治療與語言治療類似，非常重視一對一個別指導，心理評估或治療前後，治療師通常需花更多的時間，分析其結果以及撰寫報告。唯有將心理復健給付合理化，才能徵召更多心理系畢業生參與心理復健工作，如此國內心理復健的水準才可能提昇，從而造福腦部病變及重大傷殘患者。義肢裝具製作方面，不但多項義肢裝具之支付金額不敷成本，且給付的項目有限，許多常用的治療性支架或裝具，病患必

須自付費用，造成該等醫療用品主要由坊間無專業教育背景的廠商來製作，其品質管理及價格控制又沒有受到專業機構的監督，整體來看傷殘病患未得到良好的照顧，國內義肢裝具學的發展也受到壓抑。日本於 1970 年成立第一家義肢裝具學校，現全國已經有四家義肢裝具學校^[13]，連復健醫學遠遠落後我國的中國大陸也有一家義肢裝具學校。我國不但沒有義肢裝具的專業科系，且全國醫療單位中只有九位大學學歷接受短期訓練的義肢裝具師，在提供傷殘者義肢裝具以改善其行動能力及日常生活品質方面，實在落後先進國家太多。

全民健保審查制度下，復健醫療案件理論上應由復健專科醫師審查，但其實不然。住院病人如果會診復健科，其復健治療費用由該科申報，部分其他科審查醫師或行政審查人員會將該等案件之復健治療轉給復健科醫師審查。但各分局辦法不同，可能不少案件未經復健科審查醫師審查。當月至少有三家區域級以上醫院，本身設有獨立復健科，但其他科別未經轉診自行申報復健治療。區域級以上院所復健科需符合一定之設置標準，才可申報甲表，如今該醫院其他科別並未接受復健醫療人員設施之評估，是否聘有治療師也未向健保局核備，就比照甲表申報復健治療，這是一個有失公平原則的大漏洞。健保局應該要能做到所有以復健治療代碼申報案件一律由電腦或行政審查過濾交由復健科審查醫師審查，才能瞭解該等案件數量之多寡，進而研討出統一的政策，以建立公平的原則。

全民健保審查辦法中，原本設計以媒體申報的資料做檔案分析，對特定項目使用異常之醫療單位，將加重抽審比率以達到監督醫療行為之目的^[14]。本研究資料顯示各單項醫療費用之平均值或總費用之平均值，確實是具有高度參考價值之指標。例如每件平均藥費最高的幾家院所，通常具有下列多項特殊醫療模式，包括高比例的患者服藥、藥物種類繁多、重複處方同療效藥物、常開高價且療效不確定藥物等。局部注射使用率高的院所，最常注射的藥物是維他命及止痛藥。對於藥物使用浮濫現象，醫療院所最常持的理由是鄉下或年老病患喜歡吃藥打針，然而從同地區同質性的院所可以有完全不同的給藥方式，以及醫師更換服務醫院後開藥方式很快就被同化等現象來看，相信醫師之習慣及醫院文化應具有更大的影響力。從醫療專業及醫學倫理的觀點來看，應加強宣導醫師有教育病患審慎服藥的責任，不宜以病患喜歡吃藥打針作為浮濫開藥的理由。另有 12 家院所其接受復健治療的病患完全不開藥，常被提到的理由是以為復健科不可以開藥。實際上也可能是基於會計分帳上的需要、行

政管理上的方便，或請病患另外掛號取藥以增加收入而產生此種現象。不論真相如何，仍應宣導實施復健醫療院所，當病患因復健疾患需要服藥時，可以直接開藥給患者，既可給患者方便，減少社會成本，也能維護復健醫師的專業形象。案件申報平均總金額特別高或特別低的院所，通常也都能分析出原因。除了台中市立復健醫院因為治療對象 70%為嚴重傷殘患者，常同時給予物理、職能或語言治療，因而費用較高外，其他平均總金額偏高的院所，都是因為申報物理治療複雜項目比例太高所致。平均總金額太低的都是骨科診所，原因是有很高比例的案件只做一次或兩次物理治療，僅給予局部的儀器治療，且適應症的選擇不夠嚴謹，常見到某某部位挫傷或疼痛等輕症或診斷不明確的處方簽。

治療師月平均產能為 14 萬元，範圍從 34,485 元至 535,990 元。經分析發現月產能偏高的原因包括：(1)申報複雜項目比例偏高。(2)聘用高職畢業或非相關科系人員從事大量儀器治療。(3)浮報治療次數，例如未依照實際出席次數申報，一律申報六次。(4)因聘用不合格人員從事醫療行為而未向健保局報備，因此低估其人力。月產能較低的院所則都是因為申報件數很少。開放夜間治療的院所，由於治療時間延長，其治療師月產能較高於平均的 14 萬元是合理可接受的，然若月產能為 25 萬元以上，通常值得分析有何特別因素。月產能 30 萬元以上者共有五家，皆有複雜項目比例偏高、浮報及提供低品質服務的現象。物理治療師的平均產能高於職能治療師，兩者的產能又遠比語言治療師高（見表三），顯示對於不同服務對象及方式的復健治療，給予相同的給付，造成投資報酬率的差距過大，將影響該專業人員之市場供需及該專業之長遠發展。

整體復健醫療費用中有 28.25%應用於住院及門診傷殘患者之功能復健，71.75%利用於骨骼關節肌肉系統之物理治療。流行病學上，骨骼關節肌肉系統疾病發生率確實比重大傷殘高出許多，然而在傷殘患者的復健醫療資源仍嚴重不足的情況下，已經有低品質的電療被部份醫療機構浮濫使用的現象，是值得吾人警惕的。當不少傷殘病患抱怨被社區內的復健醫療單位拒絕或僅提供儀器治療，因而不得不遠道前往其他院所尋求復健醫療的時候，我們應該探討如何將目前仍嫌不足的復健醫療資源應用在最迫切需要的對象上。部份醫療院所僅聘用高職或非相關科系人員，自然無法提供傷殘患者的功能復健。然而治療傷殘患者需投資龐大空間、設施及人力，在現有給付制度下，其投資報酬率明顯偏低，也是造成醫療院所沒有

意願提供傷殘患者功能復健之原因。

六十二家院所中有 37 家為復健專科醫師兼任或非復健科醫師負責，其開放理由是由於復健專科醫師不夠。民國 84 年 11 月復健專科醫師兼任辦法停止，大部份復健醫師兼任院所皆改為非復健科醫師申報，且以骨科醫師佔大多數。實際上從該等院所申報案件看來，治療對象清一色為病情較輕的骨骼肌肉系統疾病，以高職治療人員實施局部儀器治療為主，根本無法提供整體性的復健醫療，如何寄望其紓解復健科醫師不足的困境，充其量只是增加了民眾接受電療的機會。由於其治療對象及提供的復健醫療品質與專業復健科不能相提並論，其支付標準當然不應與復健專科醫師提供的復健醫療相同，故應維持其丙表的給付。為健全專科醫師制度，提昇各專業醫療的品質，根本之道應廢除非復健科申報復健治療的不尊重專業作法。目前非復健科醫師申報復健治療的醫療單位，為復健專科醫師負責的醫療單位的 1.4 倍，若不嚴格規範開放標準，控制治療品質，相信非專業市場之成長速率將是專業市場所望塵莫及的。八十五年六月中區四縣市申報復健醫療費用的院所增為 72 家，包括復健專科訓練醫院 4 家，提供完整團隊復健的院所 9 家，專任復健醫師理療 23 家，及骨科理療 36 家。

復健科病房主要的收容對象為腦中風、脊髓損傷、外傷性腦傷、關節置換及截肢等嚴重傷殘病患，每十床一位醫師，每四床一位護士，復健治療需要龐大治療師人力，復健病房所需空間比一般病房還要大，但在健保制度下照顧一位復健科住院病人平均每日收入僅 1,833 元，比門診治療六位骨骼肌肉疾病患者的收入還少，造成復健病房床數越多賠的越多的局面。中區四縣市的四百五十萬人口僅擁有復健病床 150 床，平均每十萬人口僅分得 3.33 床，且病床集中在台中市立復健醫院及彰化基督教醫院兩家。每年每十萬人口腦中風及外傷性腦傷的發生率各為 150 人，脊髓損傷的發生率為 5 人，另有關節置換、截肢、嚴重骨折、燒傷等等需要住院復健的傷殘患者，且這些重大傷殘的復健醫療動輒需要住院數月，可見目前的復健病床數嚴重不足。中區四縣市除了台中市立復健醫院所屬的中山醫學院附設醫院、彰化基督教醫院及草屯療養院以外，總床數三百床以上的院所有十一家，這十一家院所總共有急性病床 6,652 床，但只有台中榮總及省立豐原醫院各有復健病床五床，可以想見多數需要接受較長期積極性復健醫療的上述重大傷殘患者，沒有就近在接受第一手治療的醫院繼續其必要的復健治療的機會，少數患者會被轉介到其他醫院接受復健醫療，大多數患者因此失去接受復健醫療的先機，經常

會因為併發症而反覆入院，造成醫療資源的浪費。傷殘者未經復健回到家中多半仰賴他人照顧，也消耗很大的社會成本，並產生許多家庭及社會問題。

健保制度在政治力的干預下，要降低保費，減少部份負擔，又把自給自足列為最高原則，因而支付標準的設計無法顧及各科特性，反映各種不同型態醫療服務所需的人力設備成本，住院醫療的給付普遍偏低，復健病房又是各科病房中投資報酬率較差的，健保實施後未聞醫療院所增設復健病房，不少醫院被迫減少復健病房床數或將之轉借他科。全台灣的復健病床數在健保實施一年後由 891 床減少到 802 床，本就不足如今又減少了 10%，影響不可謂不巨。全民健保開辦後，殘障者雖能加保，擁有減免醫療費及保費的優惠，最根本的問題卻出在提供完整復健醫療的院所不足且分佈不均。目前殘障者雖然身懷健保卡、殘障手冊、重大傷病卡，卻不易找到醫療院所接受完整復健醫療。為改善此種現象，有下列幾項建議(一)根本檢討全民健保支付標準，依據各種醫療所需人力、設施及場地等成本制訂合理的支付標準，避免投資報酬率差距過大，造成照顧病情嚴重患者或需高度專業訓練的醫療市場嚴重萎縮。(二)若無法及時修訂支付標準，可針對治療兒童或重大傷殘患者時，給予加成給付。使提供該等患者完整復健醫療時不處於不敷成本的局面，以提高醫療院所的意願。(三)比照加強精神科醫療的辦法，規定區域級或數百床以上院所每百床急性病床要有一定比例的復健病床，讓重大傷殘患者享有就近取得復健醫療的權益。

參考文獻

1. 吳凱勳：台灣健康保險制度的回顧、現況與前瞻。

- 醫院 1993；26(3)：134-52。
2. 李玉春、林蕙卿：全民健康保險支付標準協商模式之檢討與改革之芻議。醫院 1996；29(1)：1-9。
 3. 全民健康保險手冊。中央健康保險局。民國八十四年六月：26, 39。
 4. 葉金川：全民健康保險實施一年來回顧與展望。民國八十五年四月：3。
 5. 醫療費用行政審查研討會。中央健康保險局。民國八十四年九月：60。
 6. 中華民國公共衛生概況。行政院衛生署。民國八十四年三月：20。
 7. Delisa JA: Academic physiatry: Trends, opportunities and challenges. *Am J Phys Med Rehab* 1993;72(3): 113-6.
 8. Gwyer J: Personnel resources in physical therapy: An analysis of supply, career pattern, and methods to enhance availability. *Phys Ther* 1995; 75:56-67.
 9. Okerlund VW, Jacksen PB, Parsons RJ, et al: Job recruitment and retention factors for occupational therapists in Utah. *Am J Occup Ther* 1995;49:263-5.
 10. 水落合也：最新米□リハ事情。總合リハ 1994; 22(9):797. (In Japanese)
 11. 社會保障入門。日本中央法規出版社。平成七年版(1995)：228. (In Japanese)
 12. Niki R, Ueda S : World's rehabilitation. Tokyo : Ishiyaku Publishers, 1980:218. (In Japanese)
 13. 障害者白書。日本總理府編。平成七年版(1995)：191. (In Japanese)
 14. 全民健康保險醫療機構業務講習。中央健康保險局籌備處。民國八十三年十二月：99。

The Influence of National Health Insurance Policy on Rehabilitation Medicine ---- Current Resource Distribution and Perspectives in Rehabilitation Medicine in Central Taiwan Area

Liu-Ing Bih, MD, I-Nan Lien*, MD

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Taichung Rehabilitation Hospital

* Department of Physical Medicine and Rehabilitation, National Taiwan University Hospital

The objective of this study is to determine the distribution of medical resources for rehabilitation in the central Taiwan area (including three counties and one provincial city) and foresee the possible influence of National Health Insurance policy on rehabilitation medicine.

The subjects of this study were sixty-two hospitals or clinics in the central Taiwan area that instituted rehabilitation outpatient and/or inpatient medical services in June of 1995. Among them, four provided comprehensive rehabilitation medical services for inpatients as well as outpatients; nine had outpatient physical, occupational, and/or speech therapy departments; twelve employed full-time physiatrists but provided physical therapy only; seventeen employed part-time physiatrists and only provided physical therapy; and remaining twenty provided physical therapy supervised by non-physiatrists.

The total amount of rehabilitation medical charges declared by these hospitals or clinics in June 1995 was NT\$51,573,930. Hospitalization charges totaled NT\$6,410,000 (12.4%); medical charges of outpatients with major disability were NT\$8,153,067 (15.8%); charges for physical therapy under supervision of full-time physiatrists for outpatients with musculoskeletal diseases were NT\$24,030,589 (46.6%); charges for physical therapy under supervision of part-time physiatrists for outpatients mainly with musculoskeletal diseases were NT\$7,778,812 (15.1%); and, finally, total charges for physical therapy supervised by non-physiatrists for outpatients with musculoskeletal diseases were NT\$5,184,462 (10.1%). Physical therapy charges account for 89.9% of the total cost of rehabilitation therapy, occupational therapy for 9.4% and speech therapy for 0.8%, respectively. On average, these hospitals or clinics received approximately NT\$140,000 per month from the Bureau of National Health Insurance for medical charges in outpatient medical services for each active therapist. The figure could be as high as NT\$300,000 per therapist per month in five of these hospitals or clinics. On the contrary, the Bureau of National Health Insurance only paid NT\$1,833 per day for each inpatient receiving comprehensive medical rehabilitation. This shows that the difference of investment returns rates for different kinds of rehabilitative treatment is tremendous and, therefore, can worsen the disproportionate development of rehabilitation medicine and physical medicine. Suggested ways to cope with the situation include: (1) revising the payment standards for rehabilitative medical services in the National Health Insurance system to avoid the disproportional development of different sub-specialties in rehabilitation medicine; (2) increasing the amount of payments to inpatients and those with major disability to avoid the shrinkage of the market of rehabilitation medicine for major disability; (3) reimbursing as well as encouraging hospitals to hold rehabilitation wards, and setting a ratio of rehabilitation beds to beds for general patients in order to increase opportunities for patients with major disability to receive rehabilitative medical treatment as soon as possible. (*J Rehab Med Assoc ROC* 1997; 25(1): 65-72)

Key words: rehabilitation medicine, national health insurance