

調 查 報 告

壹、案由：據訴，行政院衛生署中央健康保險局現行「全民健康保險醫療費用支付標準」有關復健治療之給付，迄未導入醫療費用支付標準相對值量表，造成非必須醫療資源之浪費與違反醫療資源分配之公平正義，並助長醫療科別間不平等及不利各醫療分工及專業發展，究實情為何？認有深入瞭解之必要乙案。

貳、調查意見：

本案係社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會（下稱物理治療師全聯會）、中華民國物理治療學會（下稱物理治療學會）、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會（下稱職能治療師全聯會）、社團法人臺灣職能治療學會（下稱職能治療學會）、臺灣聽力語言學會（下稱聽力語言學會）之6位代表於102年1月14日向本院陳訴略以：衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）現行「全民健康保險醫療費用支付標準」有關復健治療之物理治療、職能治療及語言治療仍沿用「基層院所、地區醫院、區域醫院及醫學中心」之四級支付點數，其餘科別均採一級制給付，並未符合科別間支付之公平性及合理性，故本院委員立案調查。

調查期間，台灣復健醫學會（下稱復健醫學會）於102年8月16日另向本院陳訴略以：健保署於102年5月17日函請復健醫學會討論「復健資源高成長管控措施」，經分析近年健保復健業務高成長，主要係非復健科醫師（含骨科、神經內科、神經外科、整型外科）申報之復健業務過度成長，而非復健專科本身復健醫療業務成長所致；現今復健專科醫師人力已足，非復健專科醫師又未受「復健」專門技術，且非其他專科別醫師之核心業務，應儘速限縮非復健專科醫師從

事復健專科醫療業務；倘非復健專科醫師過度經營復健業務，而不致力於發展其專科本身業務，將造成非復健專科醫師人才之流失...等情。爰請本院敦促健保署規範各申報復健業務之非復健專科醫師，申報時其就醫科別代碼應與其本身之專科醫師別一致，不得使用復健科代碼作為其就醫科別申報碼，並對非復健專科醫師申報復健業務進行管控。爰依本院收受人民書狀及處理辦法第10條規定併案處理。

案經本院函請衛生福利部（下稱衛福部）、健保署針對上開陳情內容說明及提供相關卷證外，並於102年6月7日邀請物理治療師全聯會、物理治療學會、職能治療師全聯會、職能治療學會、聽力語言學會、復健醫學會、神經科醫學會、神經外科醫學會（下稱神外醫學會）、整形外科醫學會（下稱整外醫學會）、骨科醫學會、風濕及免疫科醫學會等12個學會出席座談；另於同年9月16日邀請復健醫學會、神經科醫學會、神外醫學會、骨科醫學會、物理治療師全聯會、職能治療師全聯會、物理治療學會、職能治療學會、聽力語言學會等9個全聯會/學會、國立台灣大學公共衛生學院陳○○院長、國立台灣大學健康政策與管理研究所江○○教授、國立台灣大學醫學院復健科連○○教授、弘光科技大學物理治療系洪○○教授及健保署主任秘書蔡○○暨林○○科長出席第二次座談。

本院除召開上述二場座談外，亦於102年6月20日及同年7月24日分別諮詢國立台灣大學醫學院復健科連○○教授、長庚醫院桃園分院黃○○院長、國立台灣大學醫學院復健科賴○○教授及弘光科技大學物理治療系洪○○教授。並於102年7月25日約詢健保署長黃○○暨相關主管人員；於102年10月2日約詢衛生福利部林○○政務次長率醫事司司長李○○及健保署署長黃○○、教育部陳○○常務次長率高教司司長黃○○及教育部醫學教育委員會委員黃○○等人，業已調查竣事，茲將調查意見臚列如下：

一、現行我國醫療法律規定，醫師須經考試及格並依法領有醫師證書者始能擔任，醫療法律並賦予只有醫師能執行醫療業務之核心職權；又按現行醫事法規，醫事人員應依醫師開具之診斷、照會或醫囑執行業務，雖復健醫學會對簡單理療提出可獨立於復健醫學而釋出此部分處方之善意，惟仍有待透過修法方可執行

(一)按醫師法第 1 條規定：「中華民國人民經醫師考試及格並依本法領有醫師證書者，得充醫師。」第 11 條第 1 項前段規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」第 28 條第 1 項前段規定略以：「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，...。」可知，現行法律規範取得醫師證書者始能充任醫師，並賦予醫師執行醫療業務之職權，另對未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，訂有相關刑責，惟前揭所稱之醫師，尚無限定於特定專科別之醫師。復按物理治療師法第 12 條規定略以：「物理治療師業務如左：...。物理治療師執行業務，應依醫師開具之診斷、照會或醫囑為之。」、職能治療師法第 12 條規定略以：「職能治療師業務如下：...。職能治療師執行業務，應依醫師開具之診斷、照會或醫囑為之。」及語言治療師法第 12 條規定略以：「語言治療師業務如下：...。前項業務，應經醫師診斷後，依醫師之照會或醫囑為之。」亦可知，物理治療師法、職能治療師法及語言治療師法第 12 條皆規定，前揭醫事人員應依醫師開具之診斷、照會或醫囑，依其專門職業技術人員法律規定之業務範疇執行其業務。

(二)據衛福部函覆本院，有關從事復健治療之醫師及治療師執行醫療業務之規範表示，依醫師法規定，凡具醫師資格者，均得執行各項醫療業務；至按醫師法第 7

條之 1 第 1 項規定：「醫師經完成專科醫師訓練，並經中央主管機關甄審合格者，得請領專科醫師證書。」，此專科醫師制度之規定係為提昇醫療品質，對已取得醫師資格而繼續接受臨床專業訓練者，所為之一種專長認定。依現行醫事相關法令規定，未具特定科別專科醫師資格之合格醫師從事該專科別醫療業務，尚無違反醫師法相關規定；即不同專科醫師類別，僅於訓練重點及甄審內容有別，醫事法規並未規範其照護範疇；個案病人照護時，可由醫事機構及醫師依其專長，區分其照護範圍；因此，現行得開立復健處方之相關專科醫師，於開立處方後，可直接交由相關治療師進行復健治療，不需再照會復健科醫師。惟依物理治療師法、職能治療師法及語言治療師法等規定，各該治療師其執行醫療業務應依醫師開具之診斷、照會或醫囑為之，故各該治療師並不得自行規劃決定病患相關復健治療項目，需按醫師開具之診斷、照會或醫囑為之。

- (三)經查衛福部 98 年 7 月 21 日衛署醫字第 0980208083 號函釋略以：「...二、按醫師法第 28 條規定，未取得合法醫師資格，不得擅自執行醫療業務；...醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉之醫療行為，係屬醫療業務核心，應由醫師親自執行，其餘醫療業務得由相關醫事人員依其各該專門職業法律所規定之業務，依醫囑執行之。...」衛福部 85 年 7 月 18 日衛署醫字第 85038723 號函釋有關物理治療師法第 12 條第 1 項各款之物理治療師業務，其與醫師法第 28 條前段所稱之醫療業務，其區別標準略以：「...醫療業務係指以醫療行為為職業而言，不問是主要業務或附屬業務，凡職業上予以機會，為非特定多數人所為之醫療行為均屬之。...上揭所稱醫療行為，係指凡以治

療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱。此一定義，於醫師、中醫師、牙醫師均適用之。三、按物理治療師法第十二條第一項所稱物理治療師業務，係醫療業務之一部分，得由醫師或物理治療師依醫師開具之診斷、照會或醫囑為之。物理治療師對未取得醫師開具之診斷、照會或醫囑之病患，逕自決定物理治療之療程與執行，應屬違反同法第十二條第二項規定，物理治療師如逾越該法所定之業務範圍，則應受醫師法第二十八條之規範。」；另按 77 年 7 月 15 日衛署醫字第 736432 號函釋略以：「...提供復健醫療器材並指導傷殘病患做復健工作，係屬醫師法第二十八條所稱執行醫療業務之行為，應由醫師或經接受復健訓練之醫事人員（如護士、助產士）及各級醫事學校復健醫學系（科、組）畢業之人員依醫師處方，始得為之...」據上開函示，已對醫師所應執行之醫療業務界定非常清楚，醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉之醫療行為，係屬醫療業務核心，亦說明復健治療係醫療業務之一部分，得由相關復健治療師依醫囑為之，否則違反醫師法第 28 條之規定相當明確。

(四)次查被譽為國內復健之父的連○○醫師與旅美從事復健醫學及教職多年之洪○○醫師，2002 年於台灣醫界以“復健醫學之真義”為題撰文表示：「...在美國的另一項發展乃是『物理治療師』『職能治療師』『語言治療師』的獨立作業。他們可以不必經過復健醫師處方而直接處理病人的問題。可是當他們獨立作業時，就絕對不用『復健』(rehabilitation)這個名詞。因為『復健醫療』一定是由復健專科醫師主導，協調

的一種團隊工作。若沒有復健團隊存在，則只是個別治療，就要稱為『骨科物理治療』『神經科物理治療及職能治療』或『手外科職能治療』等，而絕對不會稱為『骨科復健』『神經科復健』或『手外科復健』等。因為『復健』專科醫師也是一種專業，他們受到與其他專科醫師不同之訓練，他們可以處理其他專科醫師所不能處理之復健問題。」另據本院 102 年 9 月 16 日召開之座談，復健醫學會代表洪○○醫師亦表示，在美國復健並不管所有的物理治療，物理、職能、語言治療有一部份是獨立的，稱為骨科的物理治療、或各方面的一個物理治療。很多州物理治療師不需要處方，可以治療病人，有一些州要 refer（照會），就可以看病人。我們跟連教授一個共識，就是復健這一塊是復健專科醫師的，別的專科醫師沒有辦法處理，而依美國制度，一個很簡單的物理治療不需要處方，就直接可以治療，假定台灣可行，健保在復健部分物理...等治療單獨一塊，屬於物理治療、職能治療，點值另訂，如此就可解決層級制給付的問題，這是我們的一個共識。可知，復健醫學會亦已針對不涉及復健醫學之簡單理療，提出可參考美國制度獨立於復健醫學之外，而釋出此部分處方權之善意。

(五)綜上，醫療工作之診斷、處方、手術及施行麻醉等醫療行為為醫療業務之核心，應由醫師親自執行，其餘醫療工作得在醫師就特定病人診療後，依各該醫事人員專門職業法律規範之業務範疇，依醫師指示或醫囑為之，又前揭所稱之醫師，係指領有醫師證書且合法執業之醫師，法令尚無限定於特定專科別之醫師。因此，依現行我國醫療法律規定，醫師須經考試及格並依法領有醫師證書者始能擔任，醫療法律並賦予只有醫師能執行醫療業務之核心職權；又按現行醫師法、

物理治療師法、職能治療師法及語言治療師法...等皆規定，前揭醫事人員應依醫師開具之診斷、照會或醫囑，依該等醫事人員法律規定之業務範疇執行業務，雖復健醫學會對不涉及復健醫學之簡單理療，提出可獨立於復健醫學而獨立釋出此部分處方之善意，惟此與前開現行醫事法規有違，有待朝醫療相關法規進行修法方可執行。

二、現行全民健康保險有關聽力語言治療之支付點值，相較於其他復健治療項目之支付點值，有偏低之情形，各醫學會及復健治療相關學會均已表明支持其調升支付點值，健保署允宜儘速落實

(一)「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(下稱支付標準)係依醫療臨床執行內容訂定各項診療項目，未有因專科醫師別不同而訂定不同診療項目，其中支付標準第二部第二章第四節係針對復健治療之給付項目及支付標準，分別於第一項至第五項，針對：一般復健檢查及治療、物理治療、職能治療、語言治療及心理社會復健治療費等，訂有適應症與各醫院層級之支付點數...等相關規範。

(二)經查目前物理治療、職能治療及語言治療支付點數(以醫學中心層級為例)，在中度-複雜以上之支付點值相對較低如下：

		物理治療	職能治療	語言治療
評估		240	240	240
簡單	簡單-簡單	160	160	240
	簡單-中度	320		
中度	中度-中度	320	320	320
	中度-複雜	480	480	
複雜		600	600	480

據健保署表示，目前物理治療、職能治療及語言治療之評估、簡單及中度治療支付點數相近；物理治療、職能治療之複雜治療支付點數高於語言治療，係考量

物理治療之複雜治療另訂有不同於簡單及中度治療之特殊複雜項目，職能治療之複雜治療則訂有特定之適應症，故兩者之複雜治療所費心力遠大於中度治療，故訂定較高之支付點數。

(三)次查中華民國醫師公會全國聯合會於 101 年召開「全民健康保險醫療費用協定委員會 102 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨 186 次會議」之會前協商時，曾口頭提及 102 年欲調高語言治療支付點數，然於正式費用總額協商會時，該會並未提出調高語言治療支付點數乙案。

(四)本院於 102 年 6 月 7 日邀請復健相關治療師學會及相關醫學會參與座談，席間聽力語言學會表示：語言治療面臨最大困境是，雖與職能、物理治療是同一個族群，可是在治療點數上不對等，期盼語言治療點數，能跟職能及物理治療一樣；考量語言治療屬長期的治療模式，如果點數太低，恐流不住所培育的語言治療人員。而復健醫學會回應表示：附議語言治療的提議，對語言治療師要爭取點數，完全同意，因為語言治療大部份是一對一個治療非常花時間。另復健醫學會亦表示：最該先處理的就是語言治療的費用，復健治療是一個團隊，有不同治療病人的需求，可是同樣的物理治療、職能治療或語言治療裡面，物理治療跟職能治療的給付是一樣的，但是語言治療做同樣的事情，就比兩個治療師的費用相對偏低很多。102 年 9 月 16 日再次邀請相關醫學會、治療師學會、健保與復健專家學者及健保署代表，進行第二次座談。聽力語言學會及語言治療師全聯會再次強烈表達，職能、物理或聽力語言治療至少在點數上應該要有一致性及爭取比較合理的點值給付之訴求，並獲各相關團體發言支持，復健醫學會亦表全力支持。健保署則表示，語言

治療點值調高目前是有共識，這部份已經在籌備，如果預算協商有著落，會先處理語言治療這一塊。

(五)另據健保署表示，目前中華民國醫師公會全國聯合會已將語言治療支付標準之調整，列為基層總額支付標準調整項目之一，其建議為調高中度及複雜之語言治療支付點數，分別比照中度複雜及複雜之職能治療點數。若按該會所提方案，健保署推估基層將增加 60.8 百萬點預算，醫院將增加 195.2 百萬點預算。目前刻正進行之 103 年醫院及西醫基層總額成長額度已編列相關預算，預算編列若經全民健康保險會同意，健保署將儘速辦理語言治療支付點數調整事宜，惟尚須同時考量醫院層級之意願及意見。

(六)據上，現行全民健康保險有關聽力語言治療之支付點值，相較於其他復健治療項目之支付點值，有偏低之情形，各醫學會及復健治療相關學會均已表明支持其調升支付點值，健保署允宜儘速落實。

三、全民健康保險在復健治療支付制度四級制及一級制間，各學會爭議已久，迄未能解決；考量復健醫療利用主要來自復健科、骨科與神經科，爰有必要定期公布各專科利用復健醫療資源的真實情形，俾落實同儕制約作用；另為因應今後人口老化與復健醫療需求，健保署允宜考量在調整復健治療總額的同時，斟酌審慎處理縮短層級

(一)依全民健康保險法第 42 條第 1 項及第 2 項規定略以：
「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，...。前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，...並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；...。」可知，支付標準之訂定除以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則考量外，

尚應考量以病人為中心、醫療成本效益及保險財務狀況。復依同法第 61 條規定略以：「健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，…。第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。」爰此，目前總額支付制度預算，係依全民健康保險法第 61 條規定，於衛福部全民健康保險會中，由付費者代表及醫事服務提供者代表，以協商溝通方式，就醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診及門診透析獨立預算各總額別及地區分布分配總額預算。另醫療機構設置標準第 3 條及第 9 條分別規定，綜合醫院、醫院設置標準及診所設置標準，其中醫院設置標準包括：名稱之使用、診療科別之設置、人員配置要求、醫療服務設施及建築物之設計、構造與設備等五大項；診所設置標準則包括：診療科別之設置、人員配置要求、設施要求及其他等四項。

- (二)經查健保署於 90 年啟動 RBRVS 評量結果，復健治療項目，雖復健治療相關學會同意導入，惟復健醫學會反對。物理治療師全聯會曾於 93 年 8 月第六次「全民健康保險醫療給付協議會議」提案討論「建議儘速分項導入全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第四節復健治療費用給付一級制案」惟無共識，復健醫學會並於 94 年 1 月 13 日函文健保局（現為健保署，下同），表達為反映醫院成本、維持醫療品質及避免點值過度膨脹等因素，堅決反對不同醫院層級同一給付點數。中華民國醫師公會全國聯合會並於同年 4 月 14 日第七屆第三次全民健保對策委員會議決議：請復健醫學會向物理治療學會表達反對立場。據上可知，

復健各治療師學會對「全民健康保險醫療費用支付標準」有關復健治療給付，表示反對「基層院所、地區醫院、區域醫院及醫學中心」之四級制支付制度，建議改為一級制；惟復健醫學會贊成維持現行四級制，不建議改採一級制，各學會間始終未能達成共識。

(三)次查上開爭議，迄今已超過十年以上仍未解決。爰此，物理治療師全聯會、物理治療學會、職能治療師全聯會、職能治療學會、聽力語言學會代表乃於102年1月14日向本院陳訴，健保署現行「全民健康保險醫療費用支付標準」有關復健治療之物理治療、職能治療及語言治療仍沿用「基層院所、地區醫院、區域醫院及醫學中心」之四級支付點數，其餘科別均採一級制給付，並未符合科別間支付之公平性及合理性。而復健醫學會亦於102年8月16日另案向本院陳訴，經分析近年健保復健業務高成長，主要係非復健科醫師（含骨科、神經內科、神經外科、整型外科）申報之復健業務過度成長，而非復健專科本身復健醫療業務成長所致；並主張復健專科醫師人力已足，非復健專科醫師未受專科訓練，應儘速限縮非復健專科醫師從事復健專科醫療業務，並提出請健保署訂定各非復健專科醫師申報復健治療給付代碼，不得使用復健科代碼為就醫科別申報碼，並對非復健專科醫師申報復健業務進行管控等建議。

(四)本院為了解本案緣由及各醫事團體立場，於102年6月24日召開第一次座談，邀請各復健治療師學會及相關醫學會參加，與會的復健治療師學會及相關醫學會，皆重申復健治療給付應將四級制改採一級制之訴求。本院再於102年9月16日召開第二次座談，會中復健醫學會與復健治療師學會等，仍對現行健保支付點值四級制是否改為一級制未能達成共識。健保署則於

會中具體而又彈性表示，現行健保復健治療項目支付點數，不只含投入人力的費用，還有整個醫療機構空間及設備的費用；復健治療各專家所反映在不同醫院層級，做一樣事情，故要同工同酬之訴求，是僅考量人力成本，但健保署在點值支付上是採包裹制，除人力外，尚包括空間、設備的成本，即醫療機構設置標準對各層級醫院及其部門所要求的設施標準，依該標準復健科的設置標準在醫院與診所，包括空間、設備、人力的要求皆不同，所以健保在復健治療支付上，目前還存有醫院層級的差距，但有檢討的空間，可以先嘗試在配合醫療機構設置標準下，縮短、簡化差距層級...等類此方向規劃，不要驟然縮短至一級，因為以現行的設置標準，診所跟醫院的標準仍有差別。

- (五)另查針對復健醫學會所建議請健保署訂定各非復健專科醫師申報復健治療給付代碼，不得使用復健科代碼為就醫科別申報碼等建議乙節，健保署中區業務組自96年第2季開始實施西醫基層分科管理，對復健專科以分科預估點數及目標點數進行費用管控，然該區實施分科管理遭遇之困難，有：分科目標點數不易符合實況，且對突發事件的處理（如爆發流感），尚無調整機制；以診所為科別管理單位，對聘有多位不同專科醫師之診所在分科及管理上有瓶頸；由醫界代表及分區業務人員組成之醫療資源耗用合理管控小組運作不易，無法發揮控制醫療費用上漲功能；部分科別管理機制較弱，未能有效發揮同儕制約；分科間超過目標點數之處理原則，未有統一標準需透過協商，易引起科別間質疑與爭議。據健保署於本院約詢表示，目前健保法規沒有實施小總額法令依據，推動上有困難。總額分太細技術上不可行，且小總額技術執行上有困難，會牽一髮而動全身。復健會因人口老化、手術

、醫學進步...等因素有成長趨勢，若進行小總額措施反而自限發展，並不宜。現行實施總額具有截長補短調控各科預算的機制，可供日後其他科成長或下降的調節。因此，健保署基於上開因素及評估，現行其他分區業務組於費用管控措施上，並未採用另訂申報代碼等匡列各專科小總額方式辦理。

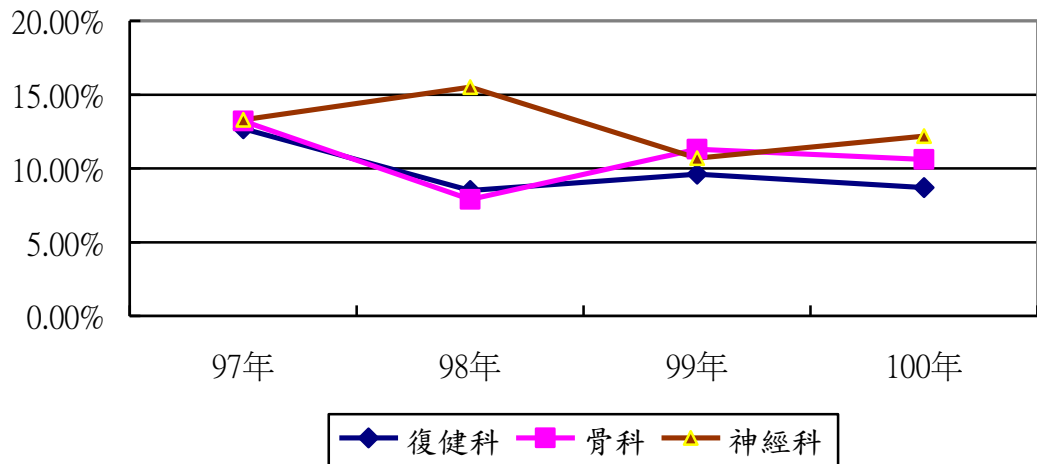
(六)惟查健保署 102 年 10 月 2 日約詢提供資料：

- 1、有關復健醫療利用按各專科別×按各醫院層級統計資料顯示，100 年醫療件數占率（如下表），骨科的基層診所在復健醫療件數占整體骨科復健醫療利用 81.3%；而神經科的基層診所在復健醫療件數占整體神經科復健醫療利用 75.9%。顯示骨科及神經科的復健醫療件數，主要來自基層診所。

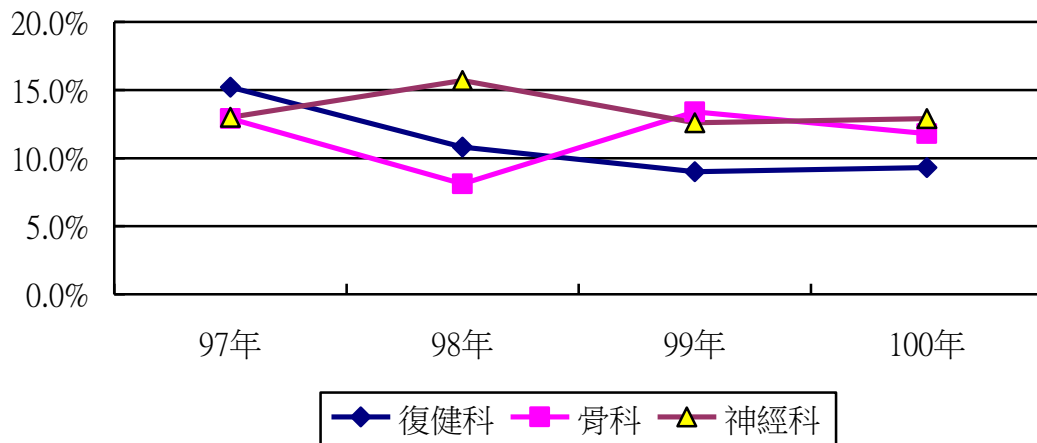
	總體	復健科	骨科	神經科	其他
基層診所	57.5%	46.0%	81.3%	75.9%	46.0%
地區醫院	22.2%	25.3%	16.3%	17.5%	11.9%
區域醫院	14.5%	20.7%	1.6%	6.3%	15.1%
醫學中心	5.7%	7.9%	0.8%	0.2%	27.0%

資料來源：健保署 102 年 10 月 2 日約詢資料。

- 2、有關 96-100 年復健治療醫療利用，按申報專科醫師別統計復健治療醫療費用成長率（以 96 年為基礎值）所呈現之趨勢圖（如下），顯示復健科近年呈持平趨勢，神經科及骨科成長皆較復健科快。



3、另以 96-100 年復健治療醫療利用，依專科醫師科別 x 複雜度治療統計，簡單治療件數成長率（以 96 年為基礎值）所呈現之趨勢圖（如下），顯示近年復健科係呈下降趨勢，而骨科及神經科則呈成長趨勢，且成長幅度高於復健科。



依上分析資料可知，近年在復健醫療件數占率中，骨科及神經科的復健醫療件數，主要來自基層診所；而復健治療醫療費用成長率中，神經科及骨科成長皆較復健科快。另近年在復健醫療簡單治療件數成長率中，復健科係呈下降趨勢，而骨科及神經科則呈成

長趨勢，且成長幅度高於復健科。

(七)然依健保署「92-100年門診復健治療申報情形-依專科醫師別×複雜度治療」統計資料。復健科醫師 92-100年所申報復健醫療費用中，簡單治療平均年成長率為 9.9%，中度治療為 9.2%，複雜治療為 9.8%；骨科醫師 92-100年所申報復健醫療費用中，簡單治療平均年成長率為 9.3%，中度治療為 3.4%；神經科醫師 92-100年所申報復健醫療費用中，簡單治療平均年成長率為 8.7%，中度治療為 0.3%。長期整體而言，簡單治療、中度治療及複雜治療皆呈現成長趨勢，平均成長幅度約 9%。以 100 年復健醫療利用各科占率比較，無論按民眾就醫科別或按專科醫師別分類統計，復健科仍占復健醫療費用約七、八成以上：

	按就醫科別	按專科醫師科別
其他（非骨科、復健科及神經科者）	1.7%	1.3%
神經科（含神經科及神經外科）	1.1%	2.9%
骨科	12.3%	18.4%
復健科	84.9%	77.4%

資料來源：健保署 102 年 10 月 2 日約詢資料。

另以復健醫療利用按各治療程度×按各專科別而言，100 年醫療件數，簡單、中度及複雜治療醫療統計件數占率（如下表），其中中度治療及複雜治療仍以復健科占率最高，複雜治療醫療件數更高達 96.1%，顯示目前復健醫療中度以上之治療，仍以復健科為主。

	簡單治療	中度治療	複雜治療
其他	1.0%	0.7%	3.8%
神經科	5.5%	1.4%	0.1%
骨科	40.2%	5.9%	0.0%
復健科	53.3%	91.9%	96.1%

資料來源：健保署 102 年 10 月 2 日約詢資料。

(八)另外，考量現行復健治療醫療利用主要來自復健科、骨科與神經科，及近年復健治療醫療費用，神經科及

骨科成長皆較復健科快等因素，為使健保資源有效分配及達到同儕制約效果，爰有必要將各專科利用復健醫療資源情形予以定期公布，以使相關專科團體對自身科別利用復健資源成長有所制約管控。另為因應我國人口老化、慢性疾病的增加、殘障照顧的重視、社會福利的推展及復健醫療蓬勃發展等因素，民眾利用復健治療之醫療需求，長期整體而言係呈現成長之趨勢，若依上開復健醫療整體成長趨勢，復健總額勢必需逐步增加，方能符合民眾就醫需求。目前法令雖未禁止分科管理之措施，但健保署在實施技術上確有窒礙難行之處，且分科管理之實施將可能限縮復健醫療總額之成長，長遠而言，並不利於復健醫療之發展及民眾之需求。

- (九)總上而論，全民健康保險在復健治療支付制度四級制及一級制間，各學會爭議已久，迄未能解決；考量復健醫療利用主要來自復健科、骨科與神經科，爰有必要定期公布各專科利用復健醫療資源的真實情形，俾落實同儕制約作用。另為因應今後人口老化與復健醫療需求，健保署允宜考量在調整復健治療總額的同時，斟酌審慎處理縮短層級。

四、目前有關復健治療系學生培育與衛生福利部治療師需求人力並未有人力供需推估機制；又復健相關學系之畢業生人數與考取各該治療師之人數出現教、考失衡現象，教育部與衛福部允宜研議相關措施以資因應

- (一)教育部基於維持教學品質，對專科以上學校培育學生人數控管，係依該部「專科以上學校總量發展規模與資源條件標準」（下稱總量標準）規定，建立招生名額調控機制如下：

1、於新設科系專業審查階段，除請專家學者進行專業

審查（資源條件如師資、設備、課程規劃、辦學績效等）外，並送請衛福部就產業人力需求與專業職能要求等提供意見；於召開審查會議時，邀請衛福部出席就產業人力需求與外審結果提出意見，經教育部通盤考量申請案之專業條件與招生規模後核定，以控管醫事相關系科設置及整體培育人力。

- 2、因應少子女化趨勢及高等教育容量已趨飽和，依據總量標準第 8 條規定，調整控管大學招生名額總量。
- 3、針對師資質量未達基準（生師比、專任師資數及講師比）的院、系、所及學位學程，給予一年的改善期，經追蹤評核後仍未改善者，扣減招生名額，以進行院、系、所及學位學程的師資質量追蹤。

(二)經查目前國內並沒有在醫學生養成階段就區分出非主修復健與主修復健的醫學生，醫學系的醫學生在養成階段，均接受不分科的共同醫學教育訓練。近 10 年國內物理治療、職能治療、聽力語言等復健相關學系畢業之學生人數如下表：

學年度		92	93	94	95	96	97	98	99	100	101
系所	物理治療學系	2,550	2,637	2,743	4,253	5,137	5,039	4,980	4,996	5,023	5,058
	職能治療學系	7,81	8,83	1,003	1,134	1,223	1,375	1,464	1,583	1,622	1,656
	聽力語言治療學系	238	250	295	314	347	350	381	401	397	691

物理治療學系畢業學生人數，自 92 年之 2550 人逐年增加成長至 101 年之 5058 人，十年間成長近二倍；職能治療學系畢業學生人數，自 92 年之 781 人逐年增加至 101 年之 1656 人，十年間成長超過二倍；聽力語言治療學系畢業學生人數，自 92 年之 238 人逐年增加至 101 年之 691 人，十年間成長近三倍。

(三)次查醫學系醫學生畢業取得醫學士與醫師證書後，會再接受各種不同的專科醫師訓練，在這個階段接受完

整衛福部所認可之復健專科醫師訓練課程的醫師，經復健專科醫師甄試合格後方能成為復健專科醫師。近10年國內每年取得復健專科醫師、復健相關治療師之人數如下表：

(1) 每年取得復健專科醫師之人數：

年度	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101
人數	40	48	40	33	34	44	49	39	50	48

每年通過復健專科醫師甄試合格人數變化不大，平均每年取得復健專科醫師人數約為40人上下。

(2) 每年取得復健相關治療師人數：

年度	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101
物理治療師	327	208	279	414	363	401	460	348	390	401
物理治療生	139	242	341	306	399	414	443	412	7	2
職能治療師	136	159	157	278	191	226	290	390	326	246
職能治療生	37	28	74	38	100	146	102	110	1	—
語言治療師	—	—	—	—	—	—	—	594	66	81
聽力師	—	—	—	—	—	—	—	233	51	38

近年通過考試合格而取得物理治療師人數變化不大，平均每年人數約為400人上下；通過考試合格而取得職能治療師人數，每年介於130~400人間；而聽力及語言治療師因屬新興醫事人員，近兩年通過考試合格而為該治療師者僅約70及40人上下。據上可知，復健相關治療學系招生人數逐年增加，惟每年取得復健相關治療師人數並未依比例有增加之情形。

(四) 另據教育部在對復健治療學系學生人數與復健專科醫師及所需治療師人數之調節機制表示，目前衛福部僅提出醫師人力（非指復健專科醫師）需求推估，並會商該部共同管控招生學系及招生名額，該部並在核定醫學系招生名額時配合衛福部人力推估數據進行名額管制，惟物理治療、職能治療、聽力治療…等學系並無相關單位之人力供需推估，係依據各校於招生總量

作業審議後予以核定之。然依上開近 10 年物理治療、職能治療、聽力語言等復健相關學系畢生人數與國內每年取得各該治療師之人數可知，教育部在復健相關學系之畢業生人數與每年各該學係考取各該治療師之人數出現相當大之落差，顯示目前在復健治療相關學系之教、考人數明顯失衡。綜上，目前有關復健治療系學生培育與衛生福利部治療師需求人力並未有人力供需推估機制；又復健相關學系之畢業生人數與考取各該治療師之人數出現教、考失衡現象，教育部與衛福部允宜研議相關措施以資因應。

調查委員：黃煌雄