

第一章 全民健保付費 大家一起按摩

作者曾經因緣際會成為物理治療的長期病患，在擔任病患的過程中，發現身邊接受物理治療者幾乎都是像我一般四肢健全無重大病痛的患者。每次固定報到時總是帶著輕盈的步伐步上樓梯，主動告訴治療師今天要做的治療及級數¹，治療中常常彼此還會分享哪些儀器的不同療效。除了幾位小孩因為被壓制而掙扎哭泣，診間充斥的幾乎都是話家常的歡娛聲。這樣的醫療經驗讓我開始對這個醫療場域產生疑問並有了研究的興趣，適逢研究論文的發想，想透過實際地研究搭配作者於田野場域的觀察，將醫療場域中的物理治療用社會學角度勾勒出來。除了希望可以進一步地了解這個商機很大的醫療場域如何聚集這麼多的病患定期地報到於此，更想回答自己這麼久的治療過程所看到的疑問與不解。

在醫療社會學的領域中，針對單一科別進行微觀的討論亦已有許多貢獻，本篇論文特別針對物理治療場域進行討論，實有其獨特於其他科別之特殊性，與其他醫療服務業相較，復健與物理治療有些特性與本篇論文欲討論主題息息相關。第一部份是物理治療師不得單獨提供物理治療服務，需要透過醫師的轉介方可憑醫囑進行治療，這與一般直接由醫師提供治療的方式有很大的不同。而物理治療聲稱其三大技術領域(運動治療、徒手治療、儀器治療)的專業高度，加上轉介制度的限制，應該已經排除了一般性病人，而以急性及重大傷殘病患為主要治療對象，但事實卻相反，在後面章節的討論中將呈現病患的組成卻以一般骨骼疾患為主。第二為患者需要密集且重複接受服務：復健與物理治療通常在治療計畫訂定後，需要患者配合接受密集的治療。而許多慢性與退化性的疾病，更是長時間的持續復健²，是故在接受服務的頻率與時間長度上比其他醫療服務來得更密(例如：每兩天治療一次)、時間拉得更長(許多患者接受復健的時間長達數年甚至數十年)。這樣的醫療特性並非單向地由醫生指示需要長期接受治療即可達成，病患在其中扮演著主動角色是不可忽略的，能夠長時間接受同一治療不只是「療效」的訴求一以蔽之，「病人」對此項醫療產業的觀看更是令人玩味。

¹ 例如筆者有一項治療是腰牽引的儀器治療，計算方式就是以體重的 1/3 作為第一次儀器治療施加的重量，每隔 3 次再往上加 1 公斤。另一項治療則是頸椎牽引，計算方式則是以體重的 1/5 作為基準，有時也常常自己判斷今天拉多少公斤數比較舒服。電療則是隨著我當日的不舒服狀況而可隨時要求治療師調整擺放位置及電量大小。

² 筆者曾擔任某復健診所櫃檯小姐，發現持續進行復健超過 5 年者不在少數，但是卻都是看著同樣的症狀。

第三，與其他醫療或非醫療的類似服務互相競爭：由於我國傳統的骨骼肌肉疾病的處理方式是以國術推拿、民俗療法為主。復健源於西方醫學且起步晚，故一直以前者作為其專業樹立時的主要攻擊對象。還有近年逐漸興起的整脊、按摩、SPA 等等，在其服務行為上難以界定是否屬於醫療行為，而許多業者也都巧立名目避開醫療行為的事實，但在服務提供的目的、方法與潛在客戶與物理治療有明顯的重疊。這使得復健與物理治療的市場佔有率及民眾內心形象的佔有率一直處於與這些替代品相互的競爭。近日，衛生署也針對中醫傷科提供的「推拿」(或稱中醫復健)服務祭出更嚴格的規範，要求必須要由中醫師全程親自操作。這項法規上的執行，可能減少產業間的競爭程度，對復健與物理治療產業是否能產生利多的影響，未來也相當值得關注(魏文一，2010：12-13)。類似的醫療與非醫療行為的競爭，亦呈顯出這項產業的利益無限，坊間不斷開立的按摩中心仍可從中獲利，這亦可見其蓬勃成長之跡象。在此不加討論物理治療之專業如何有別其他類似產業，但是有趣的是，可以在這頭角崢嶸的眾多產業中持續維持其業務量並獲利，勢必有其他不可或缺的因素在作用。而第一線的物理治療人員的專業形象(包含證照取得)的確立卻有實質的影響。

目前我國西醫體制下復健與物理治療機構可分為五大類型：1.醫院復健科：附屬於醫院的復健科。其營收來源都仰賴全民健保。2.復健科診所：由復健科醫師獨立開業的診所並附設物理治療服務。此類復健科診所多數營收上仰賴健保³。3.自費復健診所：提供部分非健保給付的服務，目前國內有幾家以復健為主要業務的診所採取完全自費的方式經營。4.治療所：由治療師獨立開業，接受相關科醫師轉介，提供服務。5.其他非醫療機構：如安養中心、健身中心、運動防護、特教機構、長照中心、自費工作室、輔具中心、居家復健、社區活動中心等。物理治療提供的方式則更多元化。由於其服務不屬於健保給付的範圍，多為自費、政府補助或由非營利機構提供經費來進行(魏文一，2010：11)。雖然類型很多，但仍以醫院復健科為物理治療大宗，其次則為復健科診所，而其主要收入來源亦以全民健保給付為主。雖然自費之物理治療能夠達成意謂此象醫療產業漸趨成熟，礙於作者能力及聚焦，本篇論文將焦點鎖定在全民健保給付的物理治療。

³由於屬於復健科醫師獨力經營，財務實力不如醫院，許多診所近年為求生存，也開始推動自費的物理治療項目。在服務提供的方式則是以門診復健為主。此外，部分骨科、神經科診所也附設物理治療服務，與復健科診所相互競爭。

復健人力需求分成「長期復健性」及「急性」，長期復健性物理治療是著重日常生活功能(ADL)的恢復增進，主要以門診居多；而急性物理治療則較著重於局部肌肉骨骼神經之功能恢復增進，以急性住院病患為主(熊嘉玲等人，1997；陳志鳴等人，2006)。考量作者能力有限，本文討論物理治療時，將焦點放在長期性的門診物理治療，而以急性物理治療作為必要時的對照角色。

在本文中，對身體的討論不置放於一般性的議題，並非前輩的研究無參考價值，而是在本篇論文中，主要聚焦於政治及醫療在身體這個平台交互作用了什麼，導致當前對復健醫療的觀看及使用。身體做為醫療化作用的對象，勢必因此馴化或者產生有別接受醫療前的樣態，避免焦點模糊，身體微觀的描述在本篇論文中較不論及，以個人產生的主動性使用醫療行為的探討，作為身體面對醫療化鋪天蓋地壟罩時另一種層次的自主性。復健醫療的普及勢必不是單線性的歷史進程，而是一種集體的共謀，在當中，醫療組織、個人與政府各自著力於眼前的需求及利益，交織成一幅天羅地網，而所有參與者各自使力維持平衡。

本章緒論主要進行三部份，第一節即本研究的問題意識，在全民健保開辦以來，列屬於復健醫療部門下物理治療呈現快速的成長，其中所營造的論述及利潤是本文試圖回答的問題。第二節將介紹物理治療的內容，讓讀者可以在進入本文討論之前，先對物理治療這個較為陌生的場域有初步的了解。第三節則進行文獻回顧，回顧社會學界對醫療社會學的討論，試圖在本文中開展出有別於前輩們的不同觀看視野。面對醫療、公衛學者針對全民健保及物理治療的討論，發現有許多研究是點到為止、隱而不現，這或許與其身處場域之中有極大的關係，本文試圖站在這個醫療場域與國家互動之上觀看兩者之間糾葛與牽扯下發展出什麼樣的醫療樣貌？

第一節 物理治療全民運動

全民健保開辦以來，復健相關治療之總金額及總人數大幅成長⁴，復健所屬相關治療中，以物理治療為最多數(約佔復健總人次的 93%)，但是接受物理治療的病患

⁴ 參考吳英黛等人(2002:2-3),比較 1997 及 1998 年度之 1~4 月復健相關治療之總人次與總金額,成長分別為 26.1% 和 39.2%。

中，卻是以非重大傷殘、非殘障者為主⁵(吳英黛等人，2002：3)。復健科的成長主要是以物理治療為主，其中又以骨科提報復健門診的成長居高⁶，而復健醫學的其他領域如職能治療、語言治療等，並無明顯的成長，針對此種弔詭的現象，有必要進行深入的探討。有公衛學者認為起因在前兩年健保以量計酬支付制度的設計，使得復健科與其他相關科別(如骨科、外科)傾向提供物理治療之儀器項目的治療，以增加服務人次賺取較高的報酬(高木榮等 1999；吳英黛等，2002)。

針對以上，有必要再做討論，如果論量計酬的支付制度是主要原因，那在 2002 年全民健保總額制度施行以後，物理治療應該恢復到全民健保實施前的服務量，實則未然，物理治療醫療服務量直至今日仍呈現攀升的狀態，甚至坊間已出現不加入全民健康保險制度的物理治療所，所有的治療費用皆需由醫療接受者自費⁷卻仍門庭若市⁸，可見物理治療的需求已經被製造出來，不是健保給付制度改善後即可挽回。

本研究將焦點放置在一個醫學場域中的新秀之輩-物理治療，隨著 1995 年全民健康保險開辦，民眾接受物理治療的人次快速成長。筆者首先感到好奇的是：全民健康保險的審核與給付方式是否已讓醫療化後失能身體大量增加？

特別是在 1997 年全民健保開辦後，物理治療的迅速大幅成長，透露這是一塊新興產業，其周圍的醫療器材、儀器產業與所需的物理治療師也跟著蓬勃發展。我們無法抹滅病人需要復健治療的需求，但是病人身體的能/不能的界線卻是隨著全民健康保險開辦後產生游移，其中似乎有一套強大的醫療利潤需求在其中，使得醫生得以界定需要接受復健治療的病人們逐年上升？第二，科層化的醫療組織與專業的醫療表現如何折衝與妥協？Selznick (1949，引自陳美智，2000：38)在研究非營利機構(如醫院、社會福利機構)時，即指出「組織為了生存或成長，會出賣它既定的目標。那套應該已經被制度化的價值體系已經在組織的運作過程中被破壞殆盡。」如此，醫療行為勢必無法與組織利益一刀兩斷，組織利益是否影響著醫生對病人身體失能

⁵約佔物理治療總數之 97.5%。

⁶參考高木榮等人(1999：41)從 1997 年至 1998 年，比較各科別各自在門診申報復健治療之人次與金額的成長。發現復健科門診治療人次與治療費總成長約在 10%以內；但是骨科門診卻在申報復健治療上成長許多，治療人次於 1997 年成長了 57.81%、1998 年則成長了 89.17%，而申報金額則是於 1997 年成長了 61.64%、1998 年成長 92.01%。

⁷物理治療師法將物理治療所收費標準交由各縣市自行訂定，比較各縣市支付標準與健保給付予醫療院所申報物理治療地給付標準後發現，在自費的物理治療所中，醫療接受者單次至少需要支付 800 元的治療費。

⁸感謝所上學長提供資料，發現自費的物理治療所目前已形成一股新的就醫趨勢。

的判斷呢？

第三，當物理治療普及於社會時，他帶給我們什麼樣的想像？除了鼓吹物理治療的重要性外，在這樣的說服過程中還帶來什麼樣的思維方式？在這裡對論述的分析將是回答的關鍵所在。第四，也是本研究最主要的問題：復健科收入的大幅成長，除了依賴全民健保給付的影響之外，醫生在定義何謂需要復健的身體的界線是否已經產生了游移？在這當中，醫生如何使用其專業知識來論述病人應該接受復健？

物理治療不論在何種醫療給付制度下，均歸類於復健治療部門之下，所以其中的增長若無刻意突顯，實難從醫療給付大餅中分割出來。而每年呈現 3%~5%增長的健保費卻無法可解(如下圖表 1)，我試圖從中藉著觀看分析物理治療的異常成長，反應全民健保下的醫療產業如何在考量整體醫療收益狀況，藉著專業論述增加無謂的病名、療程，從全民身上製造更多的利益。最終，身體成為利潤製造的對象，而物理治療則是醫院用來賺取更多利潤的工具。

圖表 1



全民健保每年申報金額

來源：財團法人台灣醫療改革基金會網站-議題資料庫，2010，〈請鐵漢署長 打開健保虧損「潘朵拉」99.02.03〉

網址：http://www.thrf.org.tw/Uploads/%7B972BC92F-9AB1-4700-A7FA-EB7466D1610F%7D_990202ExpenseGraphics1.jpg

物理治療的快速成長不只反映在大型醫療組織內，甚至只要持復健科、神經科、骨科與整形內外科醫師的處方單，就可以直接在社區的物理治療所接受治療。從當時的報導中亦顯示，社區的復健診所成了一種具發展性的可見商機。

...實健士林診所在附近新光、榮總等大醫院環伺下，每月仍有 200 到 250 位新增病患，成績頗令該公司滿意。實健計劃未來在台灣開設 20 個社區診所。

【1996-03-08/經濟日報/18 版/商業 1】

在全民健保開辦之初，新開的復健科診所就有這麼好的成績，著實令人好奇，其中醫療組織明確點出因為有利可圖，所以將廣設之。在面對健保給付時，有意識地利益需求下，身體在物理治療的快速成長過程中，已悄悄地轉變為利潤兌現的工具。不只是病患的身體，病患在此仍具有決定自己是否成為病患的自主權，一旦成為病患，醫療儀器及利潤兌現在身體上作用的權力則已全盤交出。醫療產業中的操作者並不因此多些自主權，物理治療師的專業指標亦在求職過程中貢獻後便隱身於整體醫療論述之後，決定身體不舒服需要求助的是醫療論述，決定病患需要接收物理治療的是醫師，而物理治療師變成了「按按鈕」的個體。個體在這樣的醫療過程中消失，留下的是接續的利益製造及論述生成。

物理治療成為生活中面對不舒服狀的必需品，這樣的新聞⁹在當時層出不窮，透露出物理治療在當時已經被有意識地透過報章雜誌宣傳及廣告。2001 年聯合晚報即以專欄方式大力稱讚物理治療的好處。

「老骨頭有活力 復健去！甩甩手拉拉腰 老奶奶手腳變靈活了復健去！
電一下泡一下 老爺爺的痠痛變少了」

【2001-06-10/聯合晚報/38 版/健康人】

從專業的醫療行為變成了左右鄰居相邀一同進行的活動，為期不過 5 年時間，物理治療成為家喻戶曉且十分親近的醫療活動，似乎看醫師的恐懼、擔任病患可能

⁹ 張耀懋(2001 年 6 月 4 日)，健保局與物理師公會簽約，7 月起，復健可在居家附近做，民生報 /A7 版/醫藥新聞。

產生的污名在這樣一片歡愉聲浪中蕩然無存。這是多麼弔詭的狀態，特別當全民健保連年虧損，健保政策不斷翻騰的當下，不應坐視看待這樣的特殊醫療演變而不做任何反應，帶著對這個社會的關心，我試圖觀看整體物理治療產業演變，從中釐出一條觀看物理治療普及化不同的道路。

全民健保開辦無疑是一個轉類點，公衛學者不斷針對物理治療的快速上升提出研究及政策建議，卻無法降低物理治療持續上升的速度。首先就是，有那麼多的身體或許不用接受復健，為什麼無法遏止呢？已有一些研究針對全民健保開辦後的復健醫療的成長進行探討，主要發現也是以物理治療的成長較為顯著，並傾向建議全民健保局對復健門診的費用進行控制與注意(高木榮等人，1999；吳英黛等人，2000)，但這卻無法停止復健門診量的增加？這當中一定有公衛學者看到無法明白直言的現象，但這是否就是造成醫療資源不斷浪費的原因呢？

在不確定復健醫療是否改善了人民的生活品質，卻先發現已建立了許多日新月異的病名，在此，我們勢必要思考一個問題，隨著醫療體系的知識建立漸趨完善，所有人都難逃被一個或以上的病名烏雲照頂的日子，病人需要醫療的幫助來恢復健康，醫療是否也需要病人的幫忙以維持或擴大它的權威、獲利呢？此醫療化的過程與社會控制的關聯是如何呢？而其中病人的身體被視為權力運作的載體，醫生如何運用知識指涉和定義疾病以提高經濟上的收入呢？

筆者試圖透過一個跨領域的觀察，以社會學的方式來揭開復健醫療中的黑盒子，提供社會大眾在面對強大的醫學論述時另一種不一樣的思考模式。由於復健醫學包含了物理治療及職能治療兩大區塊，考慮筆者自身的親近性及跨領域能力的限制，在之後討論的對象，將以物理治療為主要的觀察點，如有需要，會適時地加入職能治療的討論。在此，也必須先做一個詞彙上的澄清，在以下的討論中，「失能」的定義主要來自世界衛生組織所界定的狀態。所以引發筆者試圖深入探討復健醫療這個新興的醫療場域如何對於所謂「失能」的身體進行論述，試圖回歸到最原始的問題，即病人真的需要復健嗎？抑或是復健製造病人呢？

第二節 物理治療簡介

本節稍微簡述物理治療的治療項目及發展，試圖釐出其治療項目中的特別之處，讓這個產業可以獨霸受傷肢體修復的論述。

美國物理治療學會(American Physical Therapy Association, 1983)認為是：以主要目標為藉由科學原理的運用，來達到促進人們健康和功能的一種醫療專業，包括預防、確認、評估、矯正、消除急性與慢性的功能障礙。

中華民國物理治療學會也對專業名詞提出說明：

1. 物理治療是以增進人類健康和發揮最大功能為目標的專業。
2. 物理治療是屬於預防醫學、治療醫學和復健醫學三大領域中的醫療專業。
3. 物理治療是基於科學原理，利用各種物理方法來評估及治療各種傷害、疾病和殘障。物理方法包括運動治療、操作治療、步態訓練、冷療、熱療、光療、電療、水療、超音波療法、牽引治療、振動治療、醫學按摩治療等。

(中華民國物理治療學會，1996)。

物理治療通常使用的治療內容有三種，簡稱三 M：運動治療(Movement therapy)、儀器治療(Modality therapy)與徒手治療(Manual therapy)。物理治療中「運動治療」歷史脈絡亦可上溯至西元前一千年古中國的功夫拳。18 世紀基於解剖學的概念，各類針對不同疾患之運動測驗與訓練方法被發展出來(廖華芳，2003)，運動治療逐漸細緻化、分眾化，推崇的不再是全體人類皆可進行的運動；不再是單單提倡適量的運動足以保身、預防疾病。運動成了一種治療的技術，特定的群體單獨指向已經分類的疾患群體進行評估、分類並促進其肢體功能的治療技術。

儀器治療在物理治療中最被廣泛使用，目前有牽引、治療性冷／熱敷、紅外線、石蠟浴、超音波、短波、微波、向量干擾、經皮神經刺激、超高頻低能、雷射治療、紫外線、磁場治療、循環治療、肌肉電刺激、上肢水療、下肢水療、全身水療、被動性關節運動、牽拉運動、運動治療、傾斜台訓練、肌力訓練、耐力訓練、按摩等。19 世紀交流電的發現，刺激電療儀器陸續用於臨床治療。熱因子療法在 20 世紀高

頻率電流產生之磁場對人體身部組織之熱透療開始運用於西方臨床醫學。水療部份，在物理治療中，水療則作為治療關節炎、人工關節術後、骨折或肌腱韌帶受傷或術後、腦性麻痺、或神經肌肉病變之用¹⁰。直至今日，坊間溫泉業者亦聲稱水療是療病的好方法，不同性質的溫泉針對不同的病徵療效不一(廖華芳，2003)¹¹。儀器治療隨著醫療專業的界定及使用，透過醫療論述的劃分、定義，加上評量紀錄(如附表 1 歐式下背痛傷殘指數量表)的使用，使得原本習以為常的物理因子，變成醫療專業的技術。

徒手治療透過系統化的醫療論述、解剖學的興起及搭配量表評估，讓原本人類一開始即會使用的物理因子(最簡單的就是按、壓、揉，例如：孩子撞傷，媽媽也會幫忙揉一揉。)搖身一變成為專業的醫療項目。19 世紀，Mennell JB 將徒手治療系統化，確認緩和按摩手法較激烈手法適合臨床病患之治療。至 20 世紀，關節調整術被納入醫學領域中，伴隨著臨床醫學的成熟，「徒手治療」根據解剖關節結構系統化，由「按摩」手法，發展到一套有系統的評估和治療方法。有效的關節調整已經發展成必須經過完整的評估並配合臨床醫學的觀察，才能聲稱是好的醫療流程。(廖華芳，2003)可見徒手治療的制度化，來自臨床醫學的教育課程搭配證照制度，加上文字化的紀錄與評估製表，讓其聲稱獨立於一般傳統治療之上。

物理治療的名稱至 20 世紀方才有明確的定義。物理治療的定義在 1920 年代著重在物理因子治療的定義，包括肌肉訓練、治療性按摩、熱療、光療、電療、水療、機械療等(Pinkston，1989；廖華芳，2003)。後來則定義物理治療為「藉著科學原理之運用，以預防、鑑定、評估、治療及性或慢性動作失能，達到促進人類健康與功能之衛生專業。」會有如此界定，主要因應第一次世界大戰後，傷殘士兵成為工業社會進步的一大阻力，生產力的需求甚至是不增加社會扶養的負擔是主要的目標，物理治療於此時開始被視為重建肢體功能之醫療行為(廖華芳，2003)。

這樣的狀況引起我發問的動機，一個受傷或生理上不舒服的身體是如何被界定

¹⁰ 參照 <http://www.taiwanpt.net/ptdc2.asp?mrm=829> 2010/07/24，物理治療博物館網站資料。

¹¹ 碳酸泉對於高血壓心臟病、動脈硬化症、不孕症、更年期、風濕症、關節炎、神經衰弱、手腳冰冷等現象有改善作用。碳酸氫鈉泉除了可清潔皮膚去角質，促進皮膚新陳代謝作用、降低血糖，如為飲泉可中和胃酸改善痛風、糖尿病、慢性胃炎。鹽泉則對手腳冰冷及婦人病症、糖尿病、過敏性支氣管炎、貧血、坐骨神經痛有改善效果。硫磺泉可改善慢性皮膚病之症狀，也有鎮痛止癢的功能。以上資料摘錄自 <http://www.hot-spring-association.com.tw/hsa/spa04.html> 2010/07/24，中華民國溫泉觀光協會-泉質介紹。

為需要接受復健？而這樣的界定如果隨著醫療給付、保險、醫學系統而有所變化或游移，那身體在這之中剩下什麼？整個復健醫療背後的醫療論述除了恢復健康外，更直接的說，如何運用知識指涉或定義病名來維持或增加整體收入？

我認為，物理治療形成一專業的學門探討，有幾項因素不可忽略。第一是單靠經驗傳承的受傷肢體功能訓練已有了文字化的紀錄，這代表著知識規則的確立，也使知識傳遞成為可能。第二是文字化亦包含了病患受檢的紀錄得以保存與調閱，一整份完整的病例數據成了說明個體的最佳指南，數據的統計比較再利用已不勝其數。第三是組織的形成，團體的形成使得團體權力及定位爭取更有說服力，加上美國的醫療體制發展是由許多獨立的機構組成，並非由政府主導，未設立中央管理機關，醫療團體有絕對的權力決定團體成員及其具備的條件。

而藉著物理治療師養成教育最低要求從學士攀升至碩士，也間接地向社會大眾說明物理治療的專業性。已有眾多社會學者研究歐美專業發展的歷史過程（Larson 1977；Turner 1987；Collins 1990）指出任何一種專業知識要取得崇高的地位，必須藉著壟斷知識取得的方式，使學術機構為此專業知識背書，並獲得政府的支持以便在市場中取得獨佔的地位。

在台灣，物理治療不論在何種給付制度下，均歸類於復健治療之範疇，而一般民眾亦容易將物理治療等同於復健，雖然本文焦點坐落在物理治療中，但試圖反省的是整體復健醫療被營造的利益生產過程。雖然復健醫療尚包含職能治療及語言治療，但考量作者的能力及評估忽略後並不影響本文想凸顯的醫療產業的漏洞，故在本文中將不針對另兩種治療分別進行討論，文中所指復健醫療主要皆以物理治療為主。

第三節 理論基礎與文獻回顧

對於 18 世紀中軍隊、工廠、監獄、學校、醫院的工作／課程時間表鉅細靡遺的考察中，傅科認為在權力的凝視下，人體成為被知識捕捉的對象，透過理性之眼，將人體的特徵、結構、體態、姿勢、力量、心理與情緒反應全部予以描述、分析、歸類、登錄，之後再進行測量、評估、診斷，以及相生相隨的矯正和治療，這些就

是傅科所稱的規訓技術（Foucault，1979，劉北成、楊遠嬰譯）。這個規訓技術到了現代醫療社會中，更細緻地透過測量、評估、診斷將人體支解化，在疾病之中再也看不見主體，但是個體卻依靠著醫療社會中的邏輯審視自我與生存。

從傅科的觀察，醫療規訓全面化，從 18 世紀開始的文字化病歷即可窺見一二。最深的影響是文字的書寫及傳遞，這是一種權力的技術亦是一種知識規則。第二因素是時間的序列化，透過時間的連續整合，權力得以明確介入操練人體的控制中。第三透過操練人體，衍生出對人體的不斷檢查，規訓權力是不可見的，但透過檢查使對象客體化的技術，得以確保權力的行使。檢查結果往往透過紀錄得以保存回顧，紀錄中的每個個體資料、數據可以進行分析比較，於是在穩定的知識體系下，個人成為一種可描述的、可分析的對象，除個人特徵外亦可比較個人於群體之間座落的位置。每個經過記錄的個體，亦成為一單獨的個案，在統一的標準上，是一個可以描述、判斷、度量及與他人比較的個案。檢查技術透過數據將每個個體重新被標誌化呈現，使個體與其「個案」的特徵、計量重新連結，形成一個「肉體的政治解剖學」（Foucault，1979，劉北成、楊遠嬰譯：217）。

傅科將身體的規訓認為是權力運作的表現，是為權力的展現場域。他認為最大的假象是由意圖的普遍性基礎衍生對社會身體的單一想像。並非是共識讓社會的身體出現，而是權力侵入到身體裡面，在身體中權力和自己對話。所以論述的展示是一種權力的展演，而身體的規訓張顯的是一個外於個體的多元論述權力之運作及展演。所以重點不在個體本身，而在論述如何透過細微地物理性操作來促使個體成為權力運作的論述主體。在權力與知識脈絡交織之下的個體，也是一個論述主體自我形構的過程，身體亦成為個體形構自我的場域。我試圖透過對這樣論述的考察，進一步深化對社會的說明。在考察物理治療論述的過程中，發現強勢醫療論述下的個體不再覆蓋神秘的色彩，而是作為一個個成本考量及利益的來源。

藉此理論視野，幫助我們重訪醫療政策發展史時選擇合適的觀察面向，深入了解醫療政策與主流政治的互動關係。在討論台灣物理治療歷程演進時，不時也要記住並反省傅科提醒世人醫學論述寓含的學術政治複雜的關係，是個依附權力不平等關係，也是排除其他代表不同社會文化經驗論述的結果（Foucault：1975）。

在醫學社會學的研究中，Turner (1997)指出，醫療社會學已經從過去應用性質的研究，例如：瞭解造成病人不順服醫師指示的種種原因、醫病之間溝通的隔閡等問題、以協助醫療機構和醫療人員達到照顧病人的目的，逐漸轉向思考醫療機構和體制的知識/權力，疾病的分類和論述對身體的形塑作為一種控制社會成員的方式(成令方，2000)。

社會學早期看待醫療專業時，強調其倫理性義務所形成的規範力量，Parsons(1951)在《社會體系》一書中，將醫療專業視為利他的、具有集體傾向的，總是把病人的福利放在自己的利益之前，竭盡所能地利用科學、客觀的知識，來協助病人恢復健康。而這種制度化的專業角色規範，形成醫病關係的信任基礎(林國明，1997)。

張苙雲(1994)針對就醫行為的研究時，在探討醫療資源的成長與分佈時，提到醫療現象是由醫療服務的提供者、消費者和包括國家、保險機構作為第三者，由三方面互動關係來呈現。所以不可缺少的就是國家對醫療制度的訂立和投資及保險機構的審核及給付方式所帶動的醫療資源的流動與配置。我試圖從物理治療對失能身體論述的轉變著手，其中是否與全民健保開辦後帶來巨大的醫療利益有極大的關係，使得醫生在定義何謂需要復健的身體的界線已經產生了游移。

關於醫學專業知識建構的討論已有許多，在張苙雲(1998)從探討台灣西醫的制度信任建構中，認為台灣人對於西醫的接受是來自於對整個西醫體制慢慢的信任建構。而整個西方醫療體系以傳教及照顧人民的方式在台灣扎根，到現今集研究、教學和醫療三者於一體的醫院成型後，個人健康上的苦痛，卻成為醫生觀看、研究和處理的標的，醫院也成了醫療專業施展專業權力的場所。

成令方(2000)則改採用「醫用關係」的分析，他認為過去台灣有關「醫病關係」的研究，基本上是站在（西）醫師和（西）醫療體制的立場，藉著滿意度的測量瞭解病人的順從(compliance)程度。他們完全認同醫療人員專業的權威，接受醫師們的權力觀點，把病人當嬰兒或當青少年般的指導。因為醫療專業者與使用者有不同的身體經驗，也都是具有「多重認同的主體」，他們在不確定的醫療診斷狀況下，進行知識交流與權力的運作。在醫師與醫用者的知識交流過程中，除了眾所皆知必有的

生物醫學知識之外，還有社會論述以及個人隱微的知識。

社會學在醫療場域相關的討論亦有不少的發現，如在醫病關係上的研究，黃彥莉(2001)採用微觀的視角觀察小兒科這個診療室中的醫病互動，分成醫病之間的互動情境與角色扮演，醫病言語對話，以及影響醫病之間權威支配關係的變異因素。郭俊偉(2004)進而針對小兒科領域的醫病關係現象增加更多具影響的互動關係，包含了其他成員(如父母、監護人或老師等重要的成員)，而小兒科醫生對兒童無孔不入的病名指涉，已經延伸到兒童的日常生活中的每個活動。張芷雲(1998)亦針對醫病關係中的不平衡產生的「三長兩短」，以及二次確認(second opinion)的動作衍生的病人逛醫院的結果作深入的討論。

醫-病關係中，較常看到的討論是關於醫生與病人間知識的不對等，特別是醫生對於病人所需的資訊不透露，強烈地造成病人不遵從醫囑的行為(胡幼慧，2001)。在雙方彼此對「何謂真實」的競爭、說服(被說服)以取得優勝的過程中，醫生便是藉著對訊息的控制來維持醫病的「主控—從屬」的關係。醫療專業的權威和知識從醫生的專業培訓過程中已加注其中，使得醫者只是依照本身學習的脈絡來「客觀地」看待病人不舒服的狀況。在復健醫療中，醫學權力並非是赤裸裸的作用在患者的身體上，而是透過不舒服的舒緩與增加病患身體的舒適感來建立專業知識的權威。當病人的疼痛狀況得到紓解時，醫生的專業基礎也更加穩固。

林明泉(2002)點出外科手術是一項具有高度專業技術的領域，一旦舉證責任改由醫方負責，醫生會偏向採用「防禦性醫療」(defensive medicine)，作更多的血液檢查或體檢以防止可能發生的醫療糾紛。也討論到由於醫病之間的資訊不對等使得在面對醫療糾紛時，病人往往無法得到公平的待遇及補償，所以往往會採取變項的非理性地抗爭手段。

另外，蘇宣如(2004)則認為醫院空間生產過程主要受到「參與人員」、「考量面向」及「決策過程」三方面影響，但就是沒看到病人的主體性及影響，而病人的需求淹沒在種種的決策之中，病人的權力位在決策權力的最低層，慢慢的，病人也消失在決策過程中。在接受復健的病人們，其實也面臨到相同的情況，在復健中心所呈現的是開放式的空間(除非是進行較私密處的復健，會使用毛巾覆蓋或是以簡單的

布簾隔開)，此時病人就是毫無反抗的接受冰冷冷的儀器治療，然後安靜且無聲的看待復健師加附在其身上的動作。

而在物理治療中，醫生利用專業的醫療過程中，將「病人」的不舒服行為轉為一種疾病，進而進行醫治。原本看不見的不舒服情況經過了醫生專業性的判斷，卻明顯的呈現其「失能」的部位與變成「病人」的事實。就如同「疾病是醫生將病痛以異常現象的理論術語重新改造創立的，醫生以狹隘的科技論點，將患者與家屬的病痛問題轉為疾病問題」¹²（凱博文著，陳新綠譯，1995）。

本篇論文站在這些研究根基之上時，試圖將焦點落在物理治療快速成長這樣一個醫療現況的分析，我發現，確實是隨著全民健康保險的制度而有這樣驚人的成長。本篇論文希望可以以物理治療為一觀察基點，從中解析當國家福利政策帶著成本的考量以權威性地、單方向的介入醫療領域時，當醫療領域原本的利益受到擠壓時相對地亦有一股反作用力回擊，而這股反作用力最無法被挑戰的就是其醫療專業權威的行使。醫師透過行使診斷的決定權力，平衡在費用支付體制中的無能為力，使得國家的規範目標無法達成¹³。

如果說，醫療專業最具策略性的特質在於醫師對於醫療工作過程的內容條件做自主性的決定(Freidson 1973；林國明，1997)，那麼，這項珍貴的特質在面對國家權力時，就有足夠的自由度將利潤移轉至未開發之地並合理化他的醫療行為。這問題所牽涉的涵蓋國家政策、醫療產業、福利政策及物理治療專業團體等外在情境，都圍繞著我們的身體各自獨奏或多重奏。特別是在現在學科的分殊與體制化後，為了爭取有限的資源與經費，各醫院無不努力設法從全民健保的給付架構下爭取最大的利益。

針對國家制度與醫療產業的討論，陳端容(1989)分析醫療集中首要化、機構大

¹² 在《談病說痛》中說到：「不同的醫療體系，針對同一種症狀或表現，會有不同的解釋和處遇(treatment)。」而不舒服(illness)意味著社會承認這個人不能完成自己正常的任務，從文化的角度來看，每個文化對於不舒服的定義是不盡相同的。所以我們必須將病理學概念上的疾病(disease)和文化概念上的不舒服(illness)區分開來。在西方醫學體系裡，醫生藉由聆聽病人不舒服的症狀，將這些症狀歸類到一個既有的疾病，雖然實際上醫生是在對付病人不舒服的狀態，而且通常是功能性損害，而非疾病的病原體的存在才使我們去尋求醫生的幫助。所以病人感到的是不舒服的狀態，而醫生卻是透過儀器來檢驗、診斷和治療疾病所帶來的症狀。

¹³ 以歷年來不斷增的全民健保費用即可以觀之。

型化與連鎖式的醫療體之原因。國家透過群醫中心規劃、醫療網計畫等醫療政策，將大量資源投入優先投入醫學中心，在醫療政策規劃中隱含了偏遠地區依賴性發展。加上 80 年代的醫療政策多以社會福利出發，雙重因素影響，導致醫療資源分配不均的狀況。陳端容以醫療產業的發展及 70 年代的醫療政策規劃，連結到鉅視的社會經濟發展經驗，並探討 70 年代醫療政策與現存於醫療組織間權利結構之間的互動關係。也就是將社會經濟發展模式當作深層結構，向上分析醫療產業與醫療政策規劃，並且以國家中介的制度環境作為一種機轉，探討醫療資源的配置模式，以及醫療政策的規劃與醫療產業的複雜關係。

林國明(1997)在探討台灣醫療保險體制費用支付制度時，依循 Eliot Freidson 的理論，認為面對國家已較強勢地規範方式介入醫療場域時，只要醫師對醫療的工作內容具有自主的決定權力，那麼，不管國家如何企圖規範醫師工作的外部經濟和社會條件，都不會動搖醫療專業的權力基礎。有幾點的論述很值得我們再加以深思，他發現，在台灣，威權統治¹⁴排除了醫療專業組織的集體權力，使得國家能對醫療保險體系的資源分配原則操縱獨斷的權威，可是國家卻缺乏制度能力來監督醫師的工作內容，醫療專業由於缺乏集體權力保護其經濟利益，乃轉而利用個別的臨床權力來追求私利。

這樣的論點放在全民健康保險制度下依然可以適用，雖然總額給付制度看似比論量計酬制度較能規範醫療組織在醫療給付總額上的限制，但實質卻只是將決定醫療診斷的權限與風險同時加諸於醫療組織。政府不再也無法透過逐件審核醫療診斷內容，在一定的額度中，醫療組織為了成本利潤的考量，勢必控制成本高的治療並增加成本與風險都較低的醫療行為。Glaser(1970:139)曾經指出，在論量計籌費用支付體系中，過低的價格常迫使醫療提供者必須從事多不必要的治療：「為了要賺取足夠的收入，醫師通常會增加治療的程序，尤其是那些對病人無害的項目，例如門診。」(林國明，1997：10)而物理治療在這樣的成本脈絡考量下，因為多數治療使用儀器即可達成，且非侵入性治療，又是多做無害的治療，變成不只為肢體傷殘病患提供治療，舉凡骨骼疾患、腰酸背痛等所有可以沾上邊的都可以在治療中照會一筆。

¹⁴ 作者當時是以 1980 年待前的台灣勞保體系作為觀察的重點，所以國家威權統治較為明顯顯現。

林國明(1997)在討論保險體系醫療費用的成長時，發現政府對醫療價格的控制並沒有達到降低醫療成本的目的，透過實地訪談的結果及針對國家醫療行政制度的分析，發現因為行政單位人力不足而衍生的門診免審範圍已經成為開業診所、中小型醫院及醫學中心共同地浮報與虛報的空間。但這樣過多不必要的診療呈現的總體效果則是每人每年平均醫療費用巨幅上漲的元素之一。這些不必要的診療除了是因應政府的醫療支付制度外，更重要的其背後隱含著論述的傳遞。必須要有一套醫療論述持續鼓舞民眾接受物理治療，而這套論述則來自國家、醫療組織所共謀交織而成。

在醫療與社會的變遷中，或許可以由論述的變遷中呈現出來，亦即轉移的關鍵在於論述如何來建構他們。我們看到，醫療論述在描述病人/病徵現象時，其實亦是一種說服與命名的過程，換言之，醫療是論述的。在這樣的過程中，透過現代醫學語言描述，我們對於生命的意義卻呈現出不同的想像。

因此，在面對現在已經成為醫療習慣的物理治療，是如何為我們所感知、如何成為當代醫療產業面對國家政策時所因應而生的成本平衡之道？同時也點出了另一個值得我們關心的，醫學論述當中對社會所帶來的外在表現及想像是什麼？當物理治療快速進到日常生活當中時，除了鼓吹治療的重要之外，在這樣的說服過程中還帶來什麼樣的思維方式？將會描繪出什麼樣的身體觀？這也超越了以往社會學討論身體時的框架，身體除了是權力論述的載體，也是權力再製的主體，更是醫療身體商品化中不可或缺的秤斤叫賣的個體。

Conrad 則是透過四個醫療專題研究，說明許多今天共同的疾病狀況，從骨質疏鬆症到過動症，未曾在醫療領域中被認識前，醫療化或許是這些現象和許多其他被看作為及病狀況的最佳代言。透露出醫療化的普及，以成年男人骨質疏鬆研究突顯醫師如何擔當看守門員，通過診斷他們，並且熱切開發療程對待他們。而人類生長激素(HGH)對個子矮小的病患而言是否具備相當的影響。過動症的診斷的成人像是孩子，被鼓勵按照療程開始治療，而此類患者的脫序行為皆被認為是疾病所導致。甚至是同性戀在醫療化的壟罩下，同性戀從有罪的行為改變到一不幸情況該當哀

憐。Conrad 指出這些情況中的每一個症狀如何演變成一個醫療類別的引伸。一般來說，然後，Conrad 提供了對醫療化更加微妙的透視。

國內對於復健醫學進行探討的文章多以醫學性的文章居多，主要顯露出一個共同點，即「殘而不廢」、「廢而有用」的冀求。在西方醫學體係中認為身體的傷殘是不可避免的，但是必須透過治療「受傷的零件」的過程將其重新送回社會的生產體系中。醫界對於復健治療的定義：「復健醫療的目的不是治癒身心障礙，而是要增進患者的身體功能，以獲得某種程度之獨立生活。」(熊嘉玲等人，1997)增進身體的功能是什麼樣的功能？而某種程度的獨立生活又是如何作界定及標準？這些曖昧不明的標準，成為民眾必須接受物理治療的呼籲，甚至如今，患者已由身心障礙者轉為一般大眾時，這些醫療論述中的界線逐漸擴張，看不到邊界。

公衛學者指出，台灣地區於 1995 年實施全民健康保險，由於制度支付設計無法完全考量各專科與次專科之服務特性，在經濟誘因的影響下，已對台灣地區醫師人力結構發生重要的影響(洪錦墩等人，2003)。是什麼狀況導致多少的經濟誘因？這是公衛學者沒有說明也含糊其詞的地方。

公衛及醫療學者於健保開辦首幾年即陸續對物理治療的健保給提出質疑，至今給付制度卻依然無太多改變。曹昭懿針對健保局對復健治療的支付方式即提出了質疑。首先，復健治療依醫療院所之層級及醫療院所中有無復健科醫師而對同一類治療給予不同的待遇。此種多層級與特定對象的支付方式有別於其他科單一支付標準。第二，物理治療方式分為簡單-簡單至複雜等五級，並限制除復健科醫師，他科醫師不可開立「複雜」之物理治療處方。學者含蓄地認為此兩特點共同操作似乎有更多的空間可以改變申報行為，求取更高的申報金額，影響醫療資源的合理分配，進而導致不恰當的醫療方式(曹昭懿、吳英黛，2004)。

公衛學者研究 1991 年至 1997 年的專科醫師相關成長顯示，全國住院醫師成長率較高的科別為急診醫學科、復健科、內科、小兒科、牙科、泌尿科。除了急診科是因應處理急診病患產生的需求外，其他都是處置較不費時、風險度低、容易自行開業的科別(楊志良，1998)。執業醫師的成長依序為家醫科、神經外科、復健科、骨科、精神科...等，而各科別診所設置成長率則依序是復健科、病理科、骨科、家

醫科、眼科...等(邵以鈞, 2005)。這些科別中,除了相對的醫療投入較低外,支付標準的不同、醫療市場利潤的誘因或許才是解釋這些不均衡成長的因素。其中,與物理治療相關的科別:復健科、骨科更是位居執業醫師與診所設置成長排行榜的榜首。而物理治療高度成長的過程中,此二科亦是開出最多處方的科別。我想這不是巧合可以解釋的,低成本、高獲益且低風險的利潤取得,才是這波不平衡的成長中,有心的選擇。

在國內,復健科學者黃美涓提出物理治療有被濫用的情形,不但民眾利用率高,醫師也樂得從事物理治療,此偏頗的發展,讓困難度較高,但卻最需要的復健醫學受到忽略。而同時醫師致力於身心功能障礙者的復健意願不高,在醫療資源有限的情況下,不斷利用物理治療,將對復健醫學產生排擠的效應(洪淑菁, 2000)。

另一研究方向則著重探討物理治療的利潤分析,如陳文尉(2003)透過一套完整的成本計算方式,物理治療將可成為醫院中的利潤中心。站在這樣的資訊前,若以成本考量為出發,確實很難避免不將物理治療作為醫院利潤中心,甚至是提倡醫院應該更加大力地提供物理治療這項醫療服務。本文於探討物理治療成本時,將藉著陳文尉已經統計好的資料作為佐證,釐清物理治療各項治療項目成本及利潤。在討論的過程,本文將視野拉高置醫療組織與國家政策互動之上,思考若醫療組織中有明確的利潤中心,很難避免醫療的天平向其傾斜,這樣的傾斜對於醫療組織或許是利益追求的結果,但其造成的蝴蝶效應究竟會有多大?民眾對於健康身體的認識因此改觀,國家醫療資源失衡,這樣的論述既已形成,或許很難有被檢討的機會,但至少透過本文,希望可以帶給大家在被動性地接受所有醫療服務時,能停下腳步思考一下,是否真的需要?

醫療確實改善了人民的生活品質,卻也創造了許多日新月異的疾病,在此,我們勢必要思考一個問題,隨著醫療體系的知識建立漸趨完善,所有人都難逃被一個或以上的病名烏雲罩頂的日子,病人需要醫療的幫助來恢復健康,醫療是否也需要病人的幫助以維持或擴大它的權威、獲利呢?有學者提到的,醫療已轉變成了主要的經濟產業,環繞其中的市場,如醫院產業、製藥業、甚至是其他醫療器材或健康食品產業都在快速擴張中(胡幼慧, 2001)。特別是在全民健保開辦後,復健醫療(特

別是物理治療)的快幅成長，透露出是一塊新興產業的蓬勃發展。我們無法抹滅病人需要復健治療的需求，但是病人能/不能的界線卻是游移的，其中有一套強大的醫療利潤需求在其中，這是不可輕易忽視帶過的。

醫療技術的進步或許真會必然導致醫療費用上升。是否忽略的是除了某些特定精密儀器的檢測耗費的費用增加，其他多餘的醫療費用卻是來自不斷被強化的醫療需求，物理治療是否是其中之一呢？

第四節 章節安排

第二章我將藉著回顧物理治療在台灣成長脈絡及專業化的形成，抽絲剝繭出物理治療得以在全民健保實施之際便達到高產能的內、外在因素。復健醫學的全稱是「物理醫學和復健」，包含著物理治療和復健醫學。台灣最早關切「復健醫學」是始於第二次世界大戰過後，專門辦理戰後「傷殘兵的身體重建工作」，主要是物理治療、職能的恢復。可以推知由於國家戰時急需兵力，所以開始計算健康的人口，並希望透過復健醫療讓受傷的官兵能重回崗位，最低要求則是希望其不要造成社會的負擔。透過對傷殘官兵的重視，國家對「健康的生產力」有了最基本的訴求。於 1958 年開始將治療對象轉向人民，針對當時猖獗的小兒麻痺「病人」進行身體功能的恢復，直至 1965 年，才開始收治小兒麻痺以外之病人，其中最常見的是中風病人，到了 1967 年才正式列入大學學科中，台灣大學以復健醫學學系首度招生，台灣此時才開始正式培育物理治療師的人才。物理治療在國家有目的地的運用中，成長並不順利也不快速。

到 1995 年全民健保的開辦，將復健科的給付納入後，復健科便成了一個熱門的醫療領域。這中間的建置過程及國家、醫療組織如何共同將物理治療推向一個準備好的位置，著實需要交代。加上台灣獨特的傳統推拿盛行許久，不可忽視，我在本章亦將適度地呈現兩者之間的角力拉扯。

第三章我將呈現物理治療的異常成長，並依據公衛及醫療學者的健保數據考察，試圖釐清在物理治療下的身體已經不只是簡單的病人角色，身體除了是醫療權力佈局下的載體，更是醫療利益獲取的最佳籌碼，身體在醫院組織與醫生的共謀之

下早已成為一個個利益製造的對象。同時醫生與病人對物理治療的不同期待，亦交織助長了物理治療蓬勃的樣貌。

第四章將討論在前述的現狀下，國家目標、醫療政策與實際醫療產業如何激盪。而當健康、健康照護、健康照護部門、醫療照護及健康體系被交互混用，也意味著醫療照護體系成為健康體系的的核心。所以「使每個人都健康」已經簡化成每個人都可得到現代醫學導向的健康服務。而我國在面對國際衛生組織 Alma Ata 宣言：「2000 年人人都要健康」，當政治、經濟、社會等問題，已遠不及醫療導向成為衛生政策應遵行的方向時，因應方式卻是在制定衛生政策，整套醫療發展機構，與國際、政經強權的現代化醫療觀扣聯。逐步參考美國為主的醫療政策，合理化管理者由上而下從事政策制定的位階及立場，從而排除本地由下而下歷史脈絡之思考可能的社會效果。醫療儼然已形成社會福利中重要的一環，當醫療產業的演變早已脫離社會福利的宗旨時或是社會福利無法迎頭趕上時，這樣的是背離或是維持危險的平衡。第二部份試圖與公衛學者目前聲稱的老人化社會導致物理治療攀升的論點作對話。老人化社會是未來台灣即將面臨的大趨勢，但是這是長時段的演變而成。而物理治療的成長卻是一蹴即成，兩者在此時是否有必要的正相關，著實不可隨言論斷。

在揭開台灣醫療的面紗同時，試圖呈現身體做為醫療權力的載體，亦作為醫療利潤的製照對象。這不是悲觀的，而是認清事實，藉著認清我們的身體不能如何，也試圖丟出一個議題，我們的身體可以如何？Foucault(1983)曾經說過：「並非一切都是壞的，但一切都很危險，這同壞還不完全是一樣。如果每件事都是危險的，那我們總是做一些事。所以我立場並不是導向冷漠，而是導致一種超越（hyper-）和悲觀的行動主義」¹⁵。這句或許可以作為本文寫作最初的原動力，本文盡量從各方角度看待物理治療地異常成長，希望可以提供未來有興趣在此領域深入探討者或是默默被動地接受物理治療者多方向的視野，雖然改變的力量很小，但是只要我們踏出這一步，或許都能產生些許漣漪效應。

¹⁵引自高榮禧，2003，〈傳科《性史》寫作階段的主體概念〉。《揭諦》5：95-121。

第二章 物理治療普及、專業化歷程

本章試圖透過物理治療在台灣的發展歷程及專業化形塑的過程，釐清物理治療能夠在全民健保施行之時，便快速成長，其中絕非一蹴即成。國家面對強勢的國際衛生組織所聲稱的健康的概念必須因應修正的全民健康的概念，讓物理治療能夠在生理性的生活功能部分取得檢驗及診治的先機。物理治療師法及證照制度的通過，展現物理治療成功地爭取專業化的確認，因應而生的教育普及則為物理治療增添專業提升更好的籌碼，可藉教育制度的協助，讓物理治療成為一般人無法輕易踏入的門檻，一旦專業門檻越高，則其能聲稱的論述將更有說服力。

第一節 物理治療緩慢發展

物理治療場域普遍認為世界早期物理治療之技術與專業發源自歐洲，特別是英國與法國，1895年在英國成立的「Society of Trained Masseurs」則被認為是第一個物理治療專業團體。然而這個團體組成主要卻是為了匯聚當時英國從事治療性按摩的女性從業人員。此團體陸續更名，1900年更名為「Incorporated Society of Trained Masseurs」；1920年加入男性按摩者及運動治療者，更名為「Institute of Masseurs & Remedial Gymnastics」(按摩與體操矯正協會)。此時依照組織形成的條件，已經具備了具備章程的合理性，1930年則再度更名為「Chartered Society of Physiotherapy」(物理治療協會)。而同時期，美國因為小兒麻痺¹⁶大流行及1914年第一次世界大戰後傷殘士兵的身體復健，由醫院訓練重建助理(reconstruction aides)，1921年承續英國成立團體的概念，成立「The American Women's Physical Therapeutic Association」，1922則打開性別的限制，以「The American Physical Therapeutic Association」為名(廖芳華，2003)。

美國先於英國製訂物理治療人員教育規範，1953年通過 Allied Health Profession

¹⁶小兒麻痺症在醫學上稱為「脊髓灰白質炎」。病毒染途徑經由口腔進入人體，並在腸道繁殖。染病症狀輕者有發燒、頭痛、腸胃障礙、甚至頸背僵硬等症狀。嚴重者，造成肢體麻痺、終身殘障、甚至造成吞嚥困難或呼吸肌肉的麻痺而死亡。台灣曾在1982年發生一波大流行，當時有一千多名幼兒發生小兒麻痺症，其中更有98名幼兒不幸死亡。以上資料摘錄自：<http://www.kmu.edu.tw/~kmcj/data/8602/860214.htm> 2010/07/25 全面通緝小兒麻痺病毒。

Trained Act(健康專業結盟訓練法案)，明定物理治療師的教育至少要學士以上¹⁷。物理治療已經擺脫了單項傷殘肢體復原的功能，第一次被列入關乎健康的專業醫療職業行列中。這是一個很大的轉變，物理治療正式以專業人士進入醫療的場域之中。

與我國相關之復健醫學發展可追溯至 1940 年，貴州軍醫學校系統表中附屬醫院下即轄有理療科。1945 年時抗戰初期，陸軍衛生人員訓練所成立時，其編制組織中亦有理療科及復健醫學組之編制。而衛訓所遷貴陽後設立傷殘矯形中心，除從事研究發展外，並直接從事整形復健及義肢裝配之工作，期許傷殘官兵殘而不廢，對社會安定有著無比之作用(三軍總醫院，復健醫學部)。由此可推知，復健醫療源起背景來自國家備戰急需兵力與生產力，開始計算健康的人口，並希望透過復健醫療讓受傷的官兵能重拾生產力，繼續使用其剩下的功能，最低要求則是希望其不要造成社會的負擔，成為復健醫學發展的重要動力。

在 1946 年國防醫學院成立之原始計畫中，已可見到「設立復健機構：其編制相當於一個團...」之構想。隔年國防醫學院復員於上海江灣，編制中即有「復健醫學室」執行復健工作；而學院各級養成教育中，亦有(一)理療及義肢裝配佐理。(二)理療職業專科。(三)復健醫學部門特科進修。¹⁸此時復健醫療之人力及對象仍以軍人為主，雖仍為醫官兼任，但隨著科別的確立，已列為專業技術進行培訓。透過對傷殘官兵復原的重視，可見國家當時對「健康的人口」最基本的訴求與定義為肢體剩餘功能的善加運用，不要增加國家的負擔。

1949 年國民政府遷台，持續延伸國共內戰直至動員戡亂時期，台灣政府也徹底執行「軍民一體」的管理。1967 年，三軍總醫院改組成立，院內的復健及傷殘重建之工作參照當時美軍的編組，在物理醫學系之下設立了體能恢復組、物理治療組、作業治療組以及義肢工廠，負責全院之復健工作。在民間，直至 1962 年，台大醫院修改組織規程，成立「物理治療復健部」，並在世界衛生組織(World Health Organization)之資助下，集合國內、外之早期培育人員。1966 年世界衛生組織(WHO)派遣第一位復健醫學專家奧地利籍 DR. Pirker 醫師來台。第一位英國籍的物理治療師 Mr. Jacques，訓練台大醫院物理治療人員，擬定台灣大學大物理治療學系之教育

¹⁷目前美國對物理治療師的養成教育已經明訂於碩士層級。

¹⁸參照三軍總醫院復健科網頁：<http://wwwu.tsgn.nmcmstgh.edu.tw/reh/history.htm>。取用日期：2007 年 12 月 17 日。

方案與課程(莊永明, 1998)。台灣大學物理治療學系於 1967 年首度招生, 開始了國內正式的大學物理治療教育, 我國於民間此時才開始正式培育物理治療師的人才。

探討台灣的醫療政策, 不可不反省終戰後, 尤其退出聯合國後, 台灣的統治者與知識份子以較無質疑的態度, 讓美國政策帶領台灣走向現代化的過程(蔡篤堅、李玉春, 1997; 蔡篤堅, 1998)。台灣目前說的物理治療歷史背景主要承續美國的醫療脈絡, 這與台灣光復之初依賴美援醫療¹⁹, 而經濟導向及政治的選擇致使台灣健康國民概念一直圍繞著美國對台政策, 而台灣的西醫體系也在當時轉向以美國為主的醫療思考。

由政府主導的一連串物理治療建制過程, 目的除了傷殘官兵的修復工作, 更重要的為了落實「使人民健康是每個政府的崇高目標」(楊思標 1995: 82)。健康不再只是疾病的控制、衛生習慣的宣導, 攸關勞動力的肢體健全是國家此時更注重的目標。因著戰後國民政府急需兵力, 迫切希望受傷的官兵能重回崗位, 最低要求則是冀其不要造成社會的負擔, 因此催化著復健醫學。至此, 國家對於健康身體概念被重新塑造, 介入身體管理不再僅限於生與死的界線。

1970 年代, 我國復健醫學將醫療對象坐落在肢體殘障的病患當中, 將復健醫療工作視為一種殘障兒童的社會服務工作(彭達謀, 1977)。復健醫學是一種積極的善後工作, 亦說是一種維護人類自尊及確保求生條件的一種工作, 使人類不論在疾病侵襲或意外傷害或遭致重大殘障之後能發揮所遺留下的有限生理或心理機能, 做最有價值的運用(劉尚修, 1975)。很明顯的, 復健醫療有一個功能論的概念, 認為傷殘病患須藉著復健醫療而恢復或至少發揮其社會功能。此時正逢台灣經濟起飛, 需要大量的人力投入發展, 復健醫療扮演的功能更清楚的是作為人力資源的恢復。但是此時的復健醫療並不普及, 即便論者一直認為復健醫療是整體醫療中重要的修復作業, 但當時約為 10 多間醫療院所設有復健醫療, 且單日服務人數平均少於 30 名病患(劉尚修, 1975)。而從唯一一間設有物理治療的台灣大學畢業者亦只有 30% 投入物理治療工作行列。

¹⁹考察台灣政府在戰後的歲支, 直至 1960 年代的國防支出比例仍高居七成之多(行政院主計處, 1967), 衛生預算卻在 1964~1970 年間仍只占省政府總預算的百分之三點五(王金茂, 1972), 而美援在 1951~1960 年間, 總計援助十億兩千八百萬美元, 為當時進口總額的百分之四十七點九(郭文華, 2006)。顯示出台灣戰後衛生支出多數仰賴美援之助。

直至後來因應世界衛生組織強調健康是為了達成社會、經濟、及個人發展的重要資源，生活重要要素，健康的定義從想目標轉為資源要素(周禪鴻，2007)。台灣方才進行「醫療保健計畫」的頒布與分期執行²⁰及接續的「全人照護計畫」²¹，正式於政府論述中顯示國家對復健醫療的觀看。有關於面對世界衛生組織政策的轉變，健康與失能的概念如何游移，將在第四章有清楚的說明。

雖然國家政策在醫療保護計畫中，特別明訂加強復健醫療，但是物理治療整體發展卻是自 1996 年全民健保後方才快速蓬勃發展，在台灣物理治療史 65 年間，前 50 年的發展非常緩慢，在近 15 年間卻呈現跳躍式發展，這是醫療產業中少見的樣態，十分令人好奇造成這 15 年間成長茁壯的因素是否就與醫療產業面向國家醫療政策時，意欲爭奪的醫療利潤有關呢？回溯歷史，物理治療引入台灣後，它就在國民政府較無系統地推動下，以一種有別於傳統醫療系統的形象出現。在國家政策方面，當醫療服務體系規劃整合期(1985-1994 年)提倡中老年疾病防治、慢性醫療與長期照護相關政策時，對接下來要推動的物理治療師法或許具備某種程度的影響力²²。

在公衛學者的論述中，隨著病患需求的增加以及產生的緣故，物理治療除了提供功能障礙或殘障的病患，也針對慢性或退化性病患提供積極性的治療，甚至擴張到許多不同的領域和範圍，在醫療團隊中扮演重要的角色(熊嘉玲，1997)。此時物理治療似乎在醫療場域中包山包海，無論是急性或慢性疾病都是物理治療應該涉入的場域了。實際的狀況真是如此？令人啟疑的是，需要接受物理治療的病患在 1995 年開始爆增。當時在報章雜誌中出現一些質疑聲浪，質疑物理治療被過度濫用。其中在商業周刊中直白地道出了復健中心被當成按摩的工具。

²⁰「醫療保健計畫--籌建醫療網計畫」共分為四期，分別為均衡各地區醫療發展、加強醫療資源分布與特殊醫療服務、增加復健醫療及長期照護服務、建立跨縣市合作的醫療模式。實施日期自 1986 年至 2004 年。參考行政院衛生署，2007，《公共衛生風華雲湧一百件衛生重要檔案選輯》，頁 67-69。

²¹「全人照護計畫」接續「醫療保健計畫--籌建醫療網計畫」，主要提升醫療照護品質，建構全人照護體系為願景。實施日期自 2005 年 1 月至 2008 年 12 月止。參考行政院衛生署，2007，《公共衛生風華雲湧一百件衛生重要檔案選輯》，頁 67-69。

²²醫療保健計畫-籌建全國醫療網分成三期計畫，第一期(1986~1990)計畫主要目的為均衡急性醫療資源，提升急性醫療服務品質。計畫中雖明訂：中老年疾病防治計劃等慢性醫療與長期照護相關政策，但政府卻無力發展相關服務；以致各種未立案之養護中心、安養機構紛紛成立，但卻無相關法源及人力加以管理。第二期計畫(1990~1996)，明列慢性醫療、復健與長期照護服務之外，另有「國民保健計畫-中老年病防治計劃與長期照護」計畫，以推展及試辦護理之家、居家護理、日間照護及出院準備服務。第三期計畫(1996~2000)則持續加強慢性醫療及長期照護服務。

過去一年來(1995年)，隨著全民健保的實施，台灣的醫界生態出現翻天覆地的變化。有些原本很好賺的醫療項目，變成無利可圖；一些不怎麼樣的科別，卻忽然大紅大紫起來。例如復健中心，就拜全民健保所賜，而大發利市。而所謂的「復健」，其實對象並不只限於罹患中風患者或曾經嚴重受傷的病患，只要你覺得「肌肉不太舒服」，就可以拿著健保卡，付個掛號費，讓復健醫師為你，「復健」一番。……病患「跑機器」造成民眾對物理治療師的刻板印象，這跟健保給付確實有關聯，...健保給付的標準竟然是機器，……

【1996-10-21 商業周刊/116-118】

可以知道，當時零星的報章雜誌質疑並未減輕物理治療的服務量，物理治療隨著全民健保給付商機無限，治療對象不只限制在罹患中風者或嚴重受傷之病患，只要是「肌肉不太舒服」就可以接受物理治療。醫療對象的指涉似乎在物理治療場域中被淡化了。任何人都可以診斷自己，擔任自己的復健醫師，只要自覺到肌肉不舒服，都可以隨時決定接受物理治療。接下來將探討物理治療在這個兵家爭奪利益之弟如何被放置至賺錢的工具，而有病治病、無病強身的概念無疑地已經使越來越多的人成為病患，當所有人毫不質疑地成為病人時，病人的狀態則演變成人們生活的常態。

進入探討物理治療的分析中，政府與醫療產業因著各自需求，各有一套急欲作用在個體身上的論述分頭進行，卻在相遇之時又交織成另一套吊詭卻又看似平衡的論述。政府面對世界衛生組織國際性地對人類健康的宣示²³，為了國家的主權及自主性，勢必針對全民健康的目標進行階段性的政策規劃，擺放在政策眼前的已是缺乏獨特性的單個個體，進行著全面性的健康要求。1995年急促開辦的全民健保則是指標性地不分種族、族群進行全面性地落實全民要健康。物理治療則隨著這波強勢地且挾帶社會福利觀念的論述順勢開展，成為醫療過程中修復性的復健醫療之重要的一環。此時政府較強勢地介入醫療產業中，藉著決定性地立法地位，豎立了物理治療的專業地位，也界定了物理治療專業醫療行為中的能與不能。

²³世界衛生組織聯合國兒童基金會，於1978年在前蘇聯哈薩克共和國首都阿拉木圖(Alma Ata)，宣示公元2000年全人類達到健康的目標，並且希望以基層醫療保健為手段，呼籲各國政府允諾達到此目標。世界各國面對此項宣言，都在實際地推行中。當然我國也深深受到這種觀念和趨勢的影響，正朝向健康人權，和整合性健康保險的目標前進(葉金川，1993：112)。

第二節 邁向專業化的成長歷程

物理治療在台灣的養成教育早期仰賴國外師資培訓。1966年英國物理治療師至台灣培訓人員並協助擬定台灣大學復健醫學系物理治療組之教育方案與課程(莊永明, 1998), 開啟物理治療教育制度化。物理治療在接下來20年間呈現低度發展, 至1985年方出現中山醫學院設置復健醫學系物理治療組, 直至1995年立法院進行物理治療師法的討論, 明訂物理治療師需為物理治療系畢業者方可參加檢覈考試。各校紛紛在1995年至2002年間紛紛更名為物理治療系(參照表格1, 為台灣地區各大學暨科技大學物理治療學系創立及名稱確定)。物理治療在創立之時各校主要都設置在復健醫學系下的物理治療組, 這與醫療政策的呼應有極大的關連。藉著系所的獨立, 加上醫療政策的確認, 物理治療可說是進行了一次完整的制度化。

50年代, 台灣發生小兒麻痺大流行, 由於大量肢體障礙的小兒麻痺患者對物理治療的需求, 開啟了台灣物理治療的發展。60年代為了因應大量的小兒麻痺患者, 開始開設「物理治療人員訓練班」, 以儲備物理治療人員。直至1967年方於台灣大學復健醫學系下設立物理治療組, 由於需要的對象仍維特定族群, 台大早期招收的學生皆為20名而已(王淑芬等人²⁴)。

物理治療教育正式建置直到1985年才開始於中山醫學大學設立第二所物理治療組, 推測與1980年世界衛生組織(WHO)訂定的「國際損傷障礙與殘障分類系統」(International Classification of Impairment, Disability and Handicap, 簡稱ICIDH)²⁵。明確地將失能定義成因為外在的意外事故造成殘障後, 這些患者面對生活時所產生的障礙稱之為失能。呼應上述健康是社會及個人的資源, 當失能產生時勢必威脅著國家應該保護的健康存在, 因著這樣的論述, 雖然政府尚未針對物理治療師立法確認身分, 但在80年代則已有3個學校(中山醫、陽明、高雄醫)於復健學系下開設物理治療組。1991年至1995年當物理治療從業人員開始進入立法保護的階段時, 教育機構的變動就更加明顯。除了原先設利物理治療組的三個學校陸續將物理治療

²⁴ 引自物理治療博物館, 網址: <http://www.taiwanpt.net/ptdc2.asp?mrn=113>。取用日期: 2011年6月12日。

²⁵ 在ICIDH架構的定義中, 傷殘(impairment)是指個人因為疾病或意外, 造成身體功能上的異常與缺損; 殘障(handicap)就是因傷殘而造成個人在參與正常活動時, 因能力不足而受到限制; 而失能(disability)則是因為傷殘或殘障, 使個人在社會生活出現了阻礙。

獨立成一系，其餘各校依續建置物理治療學系，這為了突顯證照制度中需由物理治療學系畢業者方可申請物理治療師(生)執照考試，亦表示在國家政策的規劃之下，物理治療在學校教育中已被視為專業人員的訓練。

表格 1 台灣地區各大學暨科技大學物理治療學系創立及名稱確定

| 學校 | 招生 | 開始招生年度(名稱) | 確定更名年度(名稱) |
|--------|----|------------------|---------------|
| 台灣大學 | | 1967(復健醫學系物理治療組) | 1992(物理治療學系) |
| 中山醫學大學 | | 1985(復健醫學系物理治療組) | 2000(物理治療學系) |
| 國立陽明大學 | | 1988(復健醫學系) | 1992(物理治療學系) |
| 高雄醫學大學 | | 1988(復健醫學系物理治療組) | 2002(物理治療學系) |
| 國立成功大學 | | 1990(復健醫學系物理治療組) | 1994(物理治療學系) |
| 中國醫藥大學 | | 1990(復健醫學系物理治療組) | 1995(物理治療學系) |
| 長庚大學 | | 1994(物理治療學系) | |
| 義守大學 | | 2002(物理治療學系) | |
| 慈濟大學 | | 2009(物理治療學系) | |
| 輔英科技大學 | | 1996(二專復健科) | 1999(四技物理治療系) |
| 弘光科技大學 | | 1999(四技物理治療系) | |
| 慈濟技術學院 | | 1989(復健科) | 1999(物理治療科) |

備註：資料為作者收集各校創立物理治療學系的時間，並製成表格。

在政策方面，1991年，物理治療師法由當時衛生署長張博雅以「物理治療系復健醫療中之重要一環，為健全復健醫療體系，加強病人復健醫療照護，亟需將物理治療人員納入專業體系管理，建立專業制度...，以提升服務品質。」為由，第一次在立法院提案。而提案之立委謝美惠亦提出：「因社會進步，物質生活富裕，導致許多富貴病須靠物理治療師來恢復健康，而其除了有治療的功能外，更對健康的人們在預防疾病上扮演一重要角色」(立法院，1995)。此時國家藉著法令的訂定滲透至每個個體的過程逐漸清晰，無論執行醫療行為的醫事人員及接受醫療凝視的國民

無不例外。提案通過或修正的醫政類法令包含了藥師法(1979年修正)、助產士法(1992年修正)、醫師法(1992年修正)、營養師法(1992年修正)、護理人員法(1991年通過)及後來通過的職能治療師法(1997年通過)。

物理治療在歷時四年的法案審核過程後，搖身為專業的西醫醫療的一份子，確定了物理治療師的身分為醫學之專業技術人員。舉凡治療、矯正、或預防人體疾病、傷害、殘缺等作為直接目的之醫療行為，皆被規定須由專業人員來執行(立法院，1995)。本節主要針對與物理治療演變相關之政策作討論，我將於下一章進一步討論國家醫療政策的演進及醫療與政策之間的依存關係。

而物理治療師(生)執行業務需依據醫師開具之診斷、照會或醫囑執行治療業務(第12條)，如此也確認了醫師與物理治療師之間的位階關係。在此所謂「醫師」，並不專指復健醫師，直至健保法通過時才定物理治療能接受的醫令來自復健科、神經科、神經外科、骨科、整形外科醫師或內科專科醫師具風濕病次專科專任醫師皆可開立²⁶。

在台灣，關於物理治療師證書之發給，須經中央衛生主管機關甄審，但該機關得委託相關之物理治療協會辦理初審。故專科之物理治療協會是物理治療師執業資格取得的實質把關者。運用執照機制排除其他傳統推拿治療人員從事相關醫療業務。這是一套醫療體系完整地向下管理的系統，醫生得以於物理治療評估中確認病狀及接受何種物理治療，物理治療師則依照醫囑交代進行醫療行為，其他未通過執照審核者則不可進行相關之物理治療行為。

在確認物理治療專業的過程中，也同時界定了需要接受治療的個體形像，並將個體習以為常並主動性相當高的推拿、按摩踢出角力場外，不得加入戰局中。於是第一套論述已經形成，物理治療成為擁有國家保證的專業復健技術人員，而個體原本習慣的按摩推拿需要更換場地、找尋通過國家保證的專業人員進行，個體也從解

²⁶ 唯復健科醫師方可開立中度-複雜以上的物理治療。在西醫體系中，骨科醫師對復健科醫師的「功能」及角色並未全然認同，不但對復健科醫師的訓練表示懷疑，更尤其對健保給予復健科的「優厚」給付極端不以為然。復健科醫師則認為骨科(尤其是大型醫院的骨科醫師)，太重視外科手術，對病患的其他層面未予以充分的瞭解，醫病間互動少，一個診次動輒上百名病患。復健科醫師認為一個真正的骨科醫師其實本來就該有復健的訓練，是比較全面性的，矛盾的是，當醫院的復健科醫師有如上的評論時，開業的復健科醫師卻埋怨開業的骨科醫師「兼營」並非其專長的復健。

決不舒服的自覺性動作變成必須接受醫療的病患。

從事物理治療人員包含物理治療師及物理治療生，根據世界物理治療聯盟 (World Confederation for Physical Therapy) 之標準與國內物理治療師法規定，物理治療師必須具備大專以上物理治療科系組畢業並通過物理治療師檢覈考試通過者為之；物理治療生為專科或高職復健科物理治療組畢業並通過物理治療生檢覈考試通過者為之。物理治療師法於 1995 年方才通過，在此之前尚無物理治療師證照考試，因此各醫院所多聘用非專業人員進行物理治療(廖華芳，1995)。1991 年指的物理治療時為大學物理治療系畢業之學生。在 1995 年試辦、2000 年正式開辦物理治療師檢覈考試後，至 2000 年通過物理治療師考試並核准給證之物理治療師有 1,708 名²⁷，實際已有執業者 1,454 名。

在立法確定身分的過程中，可以推論物理治療人員由政府核准給證從無至有的顯著成長率。但從 2000 年至 2009 年間物理治療師成長率亦達 213%，顯示執業物理治療師數量並未因身分取得的巔峰期過後而持平。比較其他醫事人員的成長，依據衛生署統計醫療院所職業醫事人員數量，10 年內物理及職能治療人員成長 1.3 倍，在所有醫事人員成長率中位居最高²⁸。因為衛生署將物理治療與職能治療一併加總成長率，單獨看待物理治療師時，更加突顯成長的快速，而因為物理治療生數量降低導致整體物理治療人員成長率較物理治療師成長率低。2011 年將不再舉辦物理治療生檢覈考試。此項結果亦說明物理治療將透過國家制度將學歷提升，試圖增加其專業地位。

為什麼物理治療在近三十年的低度發展後，卻趕在全民健保開辦前快速立法通過物理治療師法，除了正式由國家奠定物理治療師的專業地位外，在國家的保護之下，明定物理治療師的資格及業務範圍、物理治療所的設置規定，明白切割與其他接骨所或傳統推拿中心的糾纏，制度的確立將物理治療向上提升至身體整復領域中唯一的專業地位。2000 年正式舉行第一次物理治療師(生)國家考試，透過國家級的證照考試制度，確立物理治療師(生)之專業角色，並藉此切開與民間傳統接骨師的

²⁷ 行政院衛生署，2010，歷年醫事人員核准給證統計表。

²⁸ 行政院衛生署，《衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計》，〈98 年度醫療服務量-簡要分析〉。

模糊界線。物理治療師法案通過及施行使得西醫醫療系統得以壟斷物理治療，也取得定義病名權力之先機。

物理治療師法第 5 條明文規定，「非領有物理治療師或物理治療生證書者，不得使用物理治療師或物理治療生名稱。」將物理治療專有名詞在西醫醫療體系之中。除此，條列物理治療師業務²⁹中亦是將其專業突顯的方式，這樣的建置化過程，已一刀劃出體制內體制外，界定了誰才擁有表述的權力。透過法律更深刻的將體制外推向彼端，明定「未取得物理治療師或物理治療生資格而執行業務者，處一年以上三年以下有期徒刑，並科新台幣三萬元以上，十五萬元以下罰金...」(物理治療師法第 4 章第 32 條)。

如此，藉著法律的制定，以取得證書與否界定醫療行為的正當性，也排除民俗療法的接骨師等接骨技術員。加上醫師法中明文規定不列醫療管理之行為：1.未涉及接骨或交付內服藥品，以傳統推拿方法或民間習用之外敷藥膏、生草藥、藥洗，對運動跌打損傷所為之處置行為。2.未使用儀器、未交付或使用藥品，未有侵入性，以傳統習用方式，對人體疾病所為之處置行為。如藉按摩、指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之功術等方式，對人體疾病所為之處置行為。

這一套管理系統，嚴格地將施行醫療者做層級分類，而所謂的「醫療專業」，在醫療專業團體主導的目標性的醫療教育及執照制度，細緻且深刻地分流成不同的層級。醫學教育益形標準化，使得市場上醫事人員的多樣性遭到壓抑，有效的醫療論述形成單一窗口，對照之下，原本從診斷到治療全包的傳統推拿被推向「非專業」的一端。

在一般醫院中，物理治療歸屬於復健科中，復健科醫師得以直接將病患轉介予物理治療。若以轉介模式來看，同一醫院中骨科、神經科、神經外科、整形外科得以將病患直接轉介物理治療，符合自我轉介模式(陳志鳴，2002)³⁰。因其沒有財務上

²⁹物理治療師業務，如左：一、物理治療之評估及測試。二、物理治療目標及內容之擬定。三、操作治療。四、運動治療。五、冷、熱、光、電、水、超音波等物理治療。六、牽引、振動或其他機械性治療。七、義肢、輪椅、助行器、裝具之使用訓練及指導。八、其他經中央衛生主管機關認可之物理治療業務。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(第 12 條)。

³⁰ 自我轉介模式意指病患須透過醫師的轉介，才可以到被轉介的物理治療部門或物理治療師尋求專業的諮詢與

的關連，各自申報，固在形式上雖只是當次醫療跨科轉介，但實質上卻是將病患一次醫療延續成六次³¹。以整體的醫療機構利潤考量下，這樣的跨科轉介實是開啟了利潤展延的空間³²。物理治療團體曾經因支持物理治療從復健科中獨立出來而有一些討論，他們認為因為轉介就可以有收益，將造成物理治療服務被濫用，並抑制專業的發展；同時也將誤導消費者、保險給付者及所有的物理治療師，使醫療照護的可近性受到限制而降低了自由經濟市場追求品質的價值(簡盟月等人，1998)。

這樣的討論是應該被延續的，但目標不應是只放在物理治療機構的獨立。若物理治療師法的規定仍是以轉介模式進行，總額給付下，在同一醫療機構中，利潤是共享共生的概念，物理治療仍成為眾所企盼的利潤生產之地。而物理治療學者擔憂的濫用情形，此時正加劇地上演，特別是每年經骨科開出的物理治療轉介達 8 成以上(陳志鳴，2002)，不只是無法提供資源於需要病患的問題，更多的是製造了許多需要物理治療的病患。在健保局的資料中顯示復健治療費用一直呈現大規模成長趨勢，健保局也對復健治療療效提出質疑，認為可能部份舒適效果大於功能改善，但似乎都是雷聲大雨點小，沒有針對醫療費用成長的原因提出有效的解決方式。

物理治療亦透過專業論述的形象將非西醫體系的傳統推拿推向非專業，這樣的論述常在物理治療師法通過那幾年頻繁出現在報章雜誌中，例如：「台北市物理治療師公會理事長簡文仁表示，腰痠背痛時，有的選擇貼膏藥、接受推拿、按摩，或找整脊師整脊，不然就是接受短波、熱敷、牽引，不一而足，但接受正統醫療的物理治療者不到一成。……」³³或是「台大醫學院物理治療研究所講師王興國表示，較令人憂心的是，國術館內通常沒有超音波或 X 光等檢查，無法採用影像數據做較科學的診斷，也無抽血，完全靠『師父』的經驗。……」³⁴透過論述與證照制度將原本在進行類似治療的傳統推拿界定於不正統，讓物理治療成為唯一正統的肢體復健。從這則新聞中亦可發現，物理治療此時界定病患的界線已然放寬許多，從身體

服務，當醫師因轉介、處方或建議物理治療產生多餘的收入。在我國因為醫療環境和保險給付，幾乎都是自我轉介。例如基層診所附設物理治療部門，醫院中醫師藉由轉介而獲得一定比率的績效獎金，在國內皆很常見。

³¹ 申報方式非但原本的門診可進行申報，接下來此 6 次的物理治療皆可依循其物理治療支付層級向健保局申報費用。

³² 在 2000 年 2 月 1 日健保局以健保醫字第 88041918 號函回覆中華民國物理治療學會，確認同一醫院之骨科、神經科、神經外科、整形外科開具之物理治療處方，適用之支付層級和復健科轉介一致。

³³ 詹建富，2002，〈頸背痛 不及 1 成尋求正規治療〉。《民生報》，A15 版/醫藥新聞，4 月 11 日。

<http://udndata.com/ndapp/Print?id=1398516&udndbid=udnfree&date=2002-04-11> 2010/12/1

³⁴ 楊美珍，2003，〈物療所、國術館 差別何在？〉。《民生報》，a14 版/健康平台，9 月 4 日。

明確傷殘的對象擴展至腰酸背痛者都算是目標群，甚至顯示出關注的主體已經轉型，普遍及無區隔性的腰酸背痛對象都成為其利益收入的來源。

從謝慧欣等人(2000)針對骨骼肌肉疾患之市場瞭解台灣醫療多元性進行的深度訪談中得知，無論復健科醫師或骨科醫師，對中醫傷科診療或拳頭師傅之診療皆以「那些中醫」或「那些民俗療法」稱之，認為他們是同一類，源出同一體系。尤其是骨科醫師，對這類民俗或中醫療法至為輕蔑鄙視。最抨擊的即這些療法毫無學理根據，執業人員連最基本的解剖訓練亦無，如何瞭解問題之癥結？如此常因錯誤的輕率的診斷及侵入性極強的肌肉骨骼操弄而致惡化原有的症狀。另一個較普遍的批判，則是認為這些醫療者，自認為可處理的疾患並無極限，似乎什麼都可以處理。西醫及其他非西醫與非西醫在診療上最大的差異，在於對儀器的依賴³⁵。老一輩的拳頭師傅則流露著極濃厚的悲涼、感嘆及無奈。他們認為自己是健保體制下最被打擊的一群³⁶。

黃蕙棻(2008)透過中醫傷科後續推拿手法可交由物理治療師(生)執行之可行性評估中將中醫傷科與物理治療的源流、學理特色及治療對象進行相近性的比較(如下表 2)，中醫傷科與物理治療其實具有相當程度的相近，很明顯的景況是，民俗或傳統中醫並不具備施行或聲稱物理治療資格、由此顯示西方醫學在政府的政策執行下，已經確立其專業自主和決定地位，西方醫學機構已成為物理治療論述的單一窗口、發給憑證的主要場域，物理治療師則成為了施行物理治療的關鍵角色³⁷。

正如學者論述醫療專業所形塑出來的「專業常規和倫理」，具有的「公信力」和「品牌保證」，是在教育部(政府組織)、醫學院(教育組織)、醫療界(專業組織)共同運作的結果(張苙雲，1996；1998：164)。

³⁵文中亦發現中醫傷科及拳頭師傅二者所處理的問題，多為傷筋類，遠多於傷骨類，就這點而言，與復健科醫師所處理者極為類似，最常見者是「勞損」及「痠痛」。

³⁶他們對自己的功夫及傳承頗為自豪，認為和當今年輕一代的各類診療者比較，自己所接受的訓練是紮實的、是經過歲月挑戰的，其中不僅涵蓋技巧技能還融合了醫德的講求。他們認為政府並未仔細評估他們的技能及成效，相對之下，卻任憑三兩個月便出師而只有一些「三腳貓」功夫的推拿技術員在中醫師的庇護下胡亂為之，甚至連有執照的中醫師也好不到哪裡。

³⁷西醫雖不是完全取代中醫，但其中的位階關係仍相當明顯，1928年西醫成為國民黨支持的正統體系，其後便隨著國民黨來到台灣。因此，在20世紀後期西醫進駐台灣後，一連串的國家權力和專業優勢的交互作用下，中西醫之間的不對等關係是必然的結局，詳張苙雲《醫療與社會》第七章部分的討論。

表格 2 中醫傷科與物理治療之比較

| 類別 | 科別 中醫傷科 | 現代物理治療 |
|------|--|---|
| 源流 | <p>▲約 3000 年前西周時期有關“瘍醫”治療創傷骨折的記載...。</p> <p>▲戰國秦漢時期，[內經]、[難經]相關基礎理論形成.....</p> <p>▲三國時期，華佗、葛洪等醫家成就了{折傷醫}為朝廷醫官之一。</p> <p>▲隋唐時期，骨傷科正式成為{太醫署}的一門分科。</p> <p>▲宋元時期，朝廷確立{正骨兼金科}，民間亦出現骨傷專門醫院。</p> <p>▲明清時期，{正骨科}為朝廷太醫院九門分科之一，名醫輩出，學派完整。</p> <p>▲近年來，中西醫學匯流整合，專業教育，考覈，執業等制度完備。</p> | <p>▲早期古埃及、希臘等西方醫學源起.....</p> <p>▲第一世界大戰時為大量傷殘進行復健，開啟以各種物理因子來協助治療的臨床及學理研究之先河。</p> <p>▲在臺灣則是因民國 40 年間小兒麻痺症大流行而觸發物理治療得的研發。</p> |
| 學理特色 | <p>▲臟象學說：從生理機能的角度去論述人體相關的解剖構造。</p> <p>▲氣血學說：皮肉肌筋骨等運動系統器官之生長與功能皆需氣血之濡養，氣血的阻滯與紊亂皆會致病。</p> <p>▲經絡學說：由穴位應激效應²¹發展出與臟腑間生理病理關連通路，進而多方運用在診斷治療上。</p> | <p>▲大體解剖</p> <p>▲細胞組織學、分子生物學、蛋白質學、基因學等微觀學理。</p> <p>▲藉各種物理因子及徒手操作或運動方式來改變病體。</p> |
| 治療對象 | <p>▲各種由於內因、外因、不內外因所引起人體的筋骨損傷(外)及氣滯血瘀(內)之治療。</p> | <p>▲骨骼肌肉系統疾病、神經系統疾病、小兒問題、心肺〈胸腔〉問題。</p> <p>▲老年及退化之慢性疾病、〈燒〉燙傷病患等之治療。</p> |

來源：黃蕙棻，2008〈中醫傷科後續推拿手法可交由物理治療師（生）執行之可行性評估〉：7-8

第三節 保險給付標準與漏洞

物理治療在不同的制度下更動數次給付的標準。依據全民健康保險給付標準，醫生通常開立物理治療療程依據兩部分：1.病患之診斷與殘障程度：通過詢問病史後再根據放射科之x光分析歸納後進行診斷。2.根據中央健保局所規定的診療項目(簡單治療-簡單、簡單治療-中度、中度治療-中度、中度治療-複雜、複雜治療)，及規定之治療項目(如牽引、治療性冷/熱敷、紅外線、向量干擾..等)，開立治療單。

物理治療不論在何種給付制度下，均歸類於復健治療之部門，在公保時期，是以點數給付每個給付項目，勞農保依據復健科醫師人區分為甲乙丙表，而健保實施後則依據醫院評鑑等級為給付分級依據，包括醫學中心、區域醫院與地區醫院、基層診所 3 級，但復健診所則可以區域醫院等級給付(如表格 3)。1998 年健保局雖取消復健診所可依地區醫院等級給付，但隨即修法在地區醫院與基層醫院之間新增復健專科一層級。

物理治療(含中醫傷科)，同一療程可作 6 次，每次簡單或中度治療均收取門診部分負擔費用，同一療程第一次收取就診院所層級部分負擔金額(醫學中心 150 元，區域醫院 100 元，地區醫院及基層診所 50 元)，同療層第 2 次至第 6 次不分層級，每次治療自行負擔 50 元(中央健康保險局-全民健康保險醫療費用支付標準³⁸)。

物理治療依診斷項目可分為簡單治療-簡單、簡單治療-中度、中度治療-中度、中度治療-複雜、複雜治療 5 種治療項目。4 級醫療院所對照 5 種治療項目共計 18 項給付的種類，在同是物理治療人員執行物理治療的狀況下，竟存在著同工不同酬的歧異現象，而當中的依憑卻是醫療院所的等級及是否具備復健科醫師。這樣的弔詭狀況亦存在了 10 多年，亦為大型的醫學中心開啟利益謀取的另一條道路。

醫療給付制度的差異影響的不只是醫療組織的規模，大型醫療組織在本意上由於人力及固定成本較高，所以給付較高的額度。但是在物理治療的場域上，由於多是儀器治療為主，在成本的考量中，每年都會有見習生的大型醫療組織不見得會高

³⁸行政院衛生署中央健保局，網址

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&webdata_id=3633&WD_ID=900。取用日期：2011 年 4 月 10 日。

於醫療診所。這是在未來的討論中應當可以深入探討的。由上表得知，復健科診所的給付標準變動三次，最後是介於地區醫院與醫療診所之間，其勝於一般診所的還有一點，即可以開立複雜治療項目。在這般同酬不同工的給付項目之下，各級醫療院所各自利用其最有利的方式爭取利潤，於是，我們可以見到教學醫院、地區醫院、復健科診所多開立中度治療以上的項目；而一般診所則多選擇較不被刪減的簡單-中度。

表格 3 物理治療各級支付制度下的支付標準

| 級別 | 時間 醫療院所 類別 | 公保時期/勞農保 1995年(舊三級制度) | | | | | | 1998年/1-4(新三級制度) | | | | | | 1998/5-(四級制度) | | | | | |
|----------|------------------------------------|--------------------------|---------------|----------|----------|-----|-----|------------------|----------|----------|----------|-----|-----|---------------|----------|----------|----------|-----|-----|
| | | 簡單 簡單 | 簡單 中度 | 中度 中度 | 中度 複雜 | 複雜 | 評估 | 簡單 簡單 | 簡單 中度 | 中度 中度 | 中度 複雜 | 複雜 | 評估 | 簡單 簡單 | 簡單 中度 | 中度 中度 | 中度 複雜 | 複雜 | 評估 |
| | | A | 醫學中心/ 區域醫院 | 160 | 320 | 320 | 480 | 600 | 240 | 160 | 320 | 320 | 480 | 600 | 240 | 160 | 320 | 320 | 480 |
| B | 地區醫院 | 140 | 280 | 280 | 420 | 525 | 240 | 140 | 280 | 280 | 420 | 525 | 240 | 140 | 280 | 280 | 420 | 525 | 240 |
| R | 復健專科診所 | 140 | 280 | 280 | 420 | 525 | 240 | 95 | 190 | 190 | 290 | 360 | 240 | -- | -- | 265 | 400 | 500 | 240 |
| C | 專科診所/ 區域醫院/ 地區醫院(無復 健科醫師) | 95 | 190 | 190 | 290 | 360 | 240 | 95 | 190 | 190 | 290 | 360 | 240 | 95 | 190 | 190 | 290 | 360 | 240 |

資料來源：1.洪珍瑜、曹昭懿、吳英黛，1999，〈不同物理治療分及支付標準對各級醫療院所之影響〉，《中華衛誌》，24：2。2. 行政院衛生署中健康保險局，2011，《全民健康保險醫療費用支付標準》³⁹。

參照陳文尉針對個案醫院進行之物理治療產品成本標的之費用成本（如表格 4）。發現在大型醫學中心，扣掉所有成本，平均一個治療皆可以有 100 元以上的獲利。而在他的個案醫院中接受中度治療-中度的數量相對高很多，或許在人力成本的

³⁹ A 級為醫學中心與聘有復健科醫師之區域；B 級為聘有復健科醫師之地區醫院，舊三級時包含復健科診所；C 級為可以申報物理治療之專科診所(骨、神經內科、神經外科、整形外科)及無復健科醫師之區域醫院/地區醫院；R 級為四級制中復健科診所專屬。舊三級制指 1995.3.1 開始實施的物理治療給付制。新三級制指 1998.1.1 開始實施的物理治療給付制。將復健科診所列為一般診所。四級制自 1998.5.1 開始施行，在 B 級與 C 級中另加一 R 級供復健科診所給付用。

考量下，中度治療-中度是比複雜治療相對具有利潤的(因為大多皆為儀器治療)，對於民眾而言接受中度治療-中度又比簡單治療具有治療的說服力。透過陳文尉的實證結果發現儀器設備使用密度對醫療產品利潤具正向顯著之影響，這與筆者前面陳述相同，當我們把醫院成本利潤考量加入時，醫療產品的選用一旦多屬於儀器治療時，醫院便能從中節省更多人力成本，創造更多利潤⁴⁰。

表格 4 物理治療產品之成本比較

| 物理治療產品 | 2001 產品業務量 (一間醫院) | 單筆療程平均成本 | 療程成本內容 |
|---------|----------------------|----------|---|
| 簡單治療-簡單 | 472 | \$53.18 | 報到作業、治療前服務作業、經皮神經電刺激儀器治療作業 |
| 中度治療-中度 | 7,685 | \$222.78 | 報到作業、治療前服務作業 儀器治療：經皮神經電刺激、治療性冷熱敷、牽引 人力治療：肌力訓練作業、運動治療作業 |
| 複雜治療 | 1,467 | \$504.14 | 報到作業、治療前服務作業 儀器治療：經皮神經電刺激 人力治療：肌力訓練作業、運動治療、促進技術、牽拉運動、平衡訓練 |

資料來源：陳文尉，《作業基礎成本制下醫療產品利潤凍因之探討-以物理治療為例》。

《全民健康保險支付標準》物理治療適應症中(如表格 5)，從重大的腦血管疾病、截肢後復癒、至不知名的神經疾病、骨科疾病皆被視為應該接受物理治療的病症，面對的病患不只是領有身心障礙手冊或有明確定義障別的病患，更是包含了全體人民。在物理治療的場域裡，除了特殊的重大疾病，一個不小心的扭傷都有可能成為物理治療的對象。目前以台灣的健保制度而言，物理治療的病患可由骨科、神經內外科、整形外科、及復健科醫師直接照會，治療內容已經超出全民健保局所規定之適應項目例如：骨科：手術前後的運動指導，運動傷害的處理；神經內外科：中風、腦外傷、脊髓損傷病患的運動復健；小兒科：發展遲緩兒童物理治療，早產

⁴⁰雖是透過陳文尉的二手資料，但透過他實證地計算三種物理治療醫療產品的成本，我們對物理治療的利潤能有多方向的認識，而各家醫院的物理治療產品、治療方式、儀器皆已被制度化，所以藉著陳文尉的分析，我們亦可初步估計各家醫院之物理治療產品的成本。

兒的動作誘發及促進。；胸腔、心臟內外科：拍痰、咳嗽教導，呼吸功能訓練；整形外科：燒燙傷病患術後的傷疤處理，肌力訓練；婦產科：產前及產後運動指導，尿失禁訓練；耳鼻喉科：前庭訓練及眩暈治療⁴¹。這當中，特別是其他骨科疾病及扭傷與挫傷列為目前物理治療的主要申報項目。從物理治療適應的症狀中可以發現正常/不正常的身體中間那條隱形的分隔線不斷游移，隨著國家的需求、社會的期待、醫療組織的利潤，身體不斷被客體化，成為秤斤叫賣的待宰肥羊。

表格 5 實施物理治療之適應症

| 神經系統損傷 | 肌肉及骨骼傷害 |
|-------------------|---------------|
| 腦血管意外 (CVA) | 截肢 |
| 頸部症候群，合併手部感覺麻痺或無力 | 關節炎 |
| 下背症候群，合併腳部感覺麻痺或無力 | 骨折（癒後不良攣縮） |
| 脊索（髓）傷害 | 冷凍肩（五十肩） |
| 顏面麻痺 | 脊髓灰質炎，小兒麻痺 |
| 周邊神經傷害(肌肉麻痺) | 全人工膝(股)關節－換術後 |
| 腦性麻痺 | 頭部外傷 |
| 其他神經疾病 | 其他骨科疾病 |
| | 扭傷與挫傷 |
| 其他損傷 | |
| 胸腔復健 | 其他 |
| (1)胸腔手術前後 | |
| (2)慢性阻塞性肺疾病 | |

備註：作者自行整理，內容下載至行政院衛生署中央健康保險局網站 99.02.11 更新

透過物理治療在培育、醫療機構、專業人員各項數據統計(見表格 6)將更能具體呈現整體成長。1980 年次世界衛生組織對於宣示各國應該正視因身體殘障而失能的

⁴¹ 引自私立中山醫學大學私立中山醫學大學系所簡介，網址：
<http://pt.csmu.edu.tw/front/bin/ptdetail.phtml?Part=080&Category=44>，取用日期：2011 年 6 月 11 日

患者至 1991 年物理治療師法正式於立法院提案，這段期間是物理治療因著外在因素的要求及專業化的形塑進行第一波地成長，而教育機構及醫事機構是最先反應成長的。第二波成長則在於全民健保開辦期間，此時包含通過物理治療師法及物理治療師證照招考的影響，在外顯的各項特徵上面皆有充足的成長。

第三波較為明顯的成長則是物理治療師(生)持續以倍數成長，這亦代表著有相對的醫療需求亦在成長著。1991 年物理治療人員僅 940 人，而在 2009 年衛生署登入的資料中，物理治療人員總數已達 4,867 人，在近 18 年間物理治療人員總人數成長了 4.2 倍。若以全民健保規定一個物理治療師一天可申報 45 件，一年可產出的物理治療件數達 36,851,760 件，這樣的數字看似驚人，但在 2002 年中央健保局的資料中，當年健保局實際給付的物理治療服務件數已經達到 20,356,222 件，總點數有 58.9131 億點(約 58 億)，平均一件可向健保局申請 289 元。

表格 6 物理治療各項數據統計成長表

| 物理治療相關項目 | 1975 年 | 1991 年 | 2000 年 | 2009 年 |
|---------------------------|--------|--------|---------|---------|
| 物理治療學系 | 1 所 | 7 所 | 10 所 | 12 所 |
| 物理治療學系成長率 | - | 600% | 43% | 20% |
| (健保特約)提供物理治療醫事機構 | 28 家 | 271 家 | 629 家 | 896 家 |
| 健保特約物理治療醫事機構成長率 | - | 868% | 132% | 42% |
| 執業物理治療師 | 30 人 | 243 人 | 1,454 人 | 3,102 人 |
| 執業物理治療師成長率 | - | 710% | 498% | 113% |
| 執業物理治療人員(含物理治療生及非專業之操作人員) | 150 人 | 940 人 | 2,333 人 | 4,867 人 |
| 執業物理治療人員成長率 | - | 527% | 148% | 109% |

備註：健保特約提供物理治療醫事機構數量資料來源：中央健保局網站-「健保特約醫事機構查詢」。搜尋條件：第 6 項服務項目點選「復健-物理治療業務」。http://www.nhi.gov.tw/inquire/query3_list.asp 2011/03/06

以目前物理治療師數量遠高於物理治療生的數量來看，提供的服務卻是以簡單

-中度及中度-中度這兩種以儀器治療為主的治療方式，再次由業務之執行量顯示執業者基於成本與利潤的考量，以制式的儀器治療求取較高的治療人次與利潤的傾向。學者把這樣的狀況迂迴的解釋成健保局的審查制度，致使業者採行較不易刪減的項目申報，以應付現實環境的結果。如此，醫療產業一邊掌握著醫療論述、決定誰才是病患，一邊卻抨擊健保支付制度的規劃導致其不得不像現實低頭，為了較高的利潤不得不犧牲醫療品質，而全民的身體就是它用來捍衛自己求取更高利潤的武器。

第三章 利益之所在

Newhouse(1992)認為影響醫療費用成長的兩大因素為：(1)需求增加：包含著人口老化、人民所得增加、醫療保險普及(2)供給增加：醫師誘發需求及醫療服務相對價格提升。Reinhardt(1985)也認為醫療供給者對醫療需求的誘發與操縱能力，是影響醫療支出的一個重要因素（張斐綾，2003：18）。在本文中提出一個重要的討論，雖然醫師誘發需求的討論已有許多，但是卻無法因此降低發生的頻率，意味著在現實的環境中，勢必存在其無法抹滅的生存之道，這個部分是鮮少為學者提之。我試圖以全民健康保險制度的設立及規範對應於醫療論述的生成作為探討國家制度與醫療組織間拉扯的討論對象。從兩者糾葛拉扯的互動中，一套觀看個體健康與否的界線隨之游移，在其中擺盪著個體進行或接受診療的方向。

全民健保開辦後，開始有些學者針對復健科門診(特別是物理治療)的大量成長有些疑慮，可見下文。

健保開辦後，復健科診所開設如雨後春筍，前年復健門診醫療費用成長率高達百分之廿六點七，根據一項比較兩年間復健科門診業務的分析指出，物理治療佔復健治療總額的九成、復健醫療費用成長率高於治療人次，學者認為目前的復健門診治療生態有扭曲之虞，復健醫療給付沒有全部用在刀口上。

【1999-09-20/聯合報/6版/生活】

由上述新聞可以得知，全民健保開辦後，即有許多增加的復健門診量實非必要，並不如學者聲稱復健科成長的原因來自民健保許多需要接受復健卻無力支付醫療費之需要的對象⁴²。但實際上這些掩蓋的狀況究竟有多嚴重呢？

觀看 1995 年實施全民健康保險以來，國家醫療政策的游移與物理治療業務之間

⁴²台灣自 1995 年實施全民健康保險以來，整個醫界的產業生態有著重大的改變。全民健保制度的實施，將老人、兒童、殘障者等不具工作能力弱勢團體納入保險，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。而復健科的主要醫療對象皆為以往無業而不具保險身份者，因此，在全民健保制度實施後，復健科的業務量大幅上揚（李雅櫻、彭朱如，2002）。

的互動關係，我將分成三階段來說明此醫療政策與現存於醫療組織結構之間的交互影響。第一階段是 1995 年~1999 年 7 月，這段期間是物理治療快速茁壯期。物理治療與醫療政策互動的第二階段，為 1999 年 8 月~2002 年 7 月間，我稱為調整期。第三階段則可以 2002 年 7 月總額給付政策實施至今，我稱之為穩定成長時期。

第一節 全民健保引爆物理治療快速成長

社會行動通常碰到一個問題是：正式組織的某些特質，經常會讓規劃者意想不到的，或與組織的官方目標相違背的結果。因此，支付醫師費用方式，不應該誘使醫師和病人從事違反專業規範的行為。以過量的、不必要的診療來賺錢的行為，應該被避免。 William A. Glaser(1970:138)

台灣因為面臨聯合國世界衛生組織 Health for All 的壓力，倉促地在不斷修法的過程中，提前於 1995 年開辦全民健康保險⁴³。回顧 1995 年，醫療衛生多位學者提到，「全民健保開辦以前，由於復健科的主要醫療對象多為身心障礙兒、重大傷病者及罹患慢性疾病的老年人，通常不具有醫療保險身分，無法負擔龐大復健醫療費用，間接的限制復健醫學的發展⁴⁴。」全民健保開辦後三個月，依據健保局粗估統計資料中，顯示復健科的業務在短期內大幅上漲⁴⁵。

進一步地由畢柳鶯等人分析 1995 年台灣中部復健醫療發展結果得出，復健科住院醫療費用佔所有復健醫療費用的 12.5%，而門診醫療費用中用於傷殘病患之功能復健佔其 15.8%，骨骼肌肉系統疾病者佔 46.6%，骨科門診理療佔 10.1%，門診兼任理療佔 15.1%。整體看來，門診醫療費用中支出最高為骨骼肌肉系統疾病，達 71.75%⁴⁶，但是傷殘病患的功能復健卻只有 15.8%。如此看來，門診復健業務快速的成長中，實際因為重大傷病或傷殘病患的比率約佔 1/6，其餘幾乎為骨骼肌肉系統囊括，而短期內國人因重大的骨骼肌肉系統就醫的機會著實難何常理，究竟還有哪些因素影響著物理治療業務快速上漲，仍有等待解開的黑盒子。

⁴³ 吳凱勳，1993，〈台灣健康保險制度的回顧、現況與前瞻〉，《醫院》，26(3)，P.134-152。

⁴⁴ 葉金川，1996，〈全民健康保險實施一年來回顧與展望〉，P.3。

⁴⁵ 醫療費用行政審查研討會，1995，中央健康保險局，P.60。

⁴⁶ 畢柳鶯、連倚南，1997，〈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布及其未來走向〉，《中華復健醫誌》，25(1)，P.65-72。

而 1997 年一個物理治療師月產能已經達到 147,750 元，金額真的偏高。經復健醫療學者分析，偏高原因為申報複雜比例偏高、聘用高職畢業或非相關科系人員從事大量儀器治療、浮報治療次數等(畢柳鶯，1997)。可見在尚未成熟的申報機制中，亦充斥著國家醫療政策執行與專業組織的矛盾，由下文可以觀之。

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醫師審查。(畢柳鶯，1997)

由於醫療制度的規定，會診復健科的復健治療費用由該科申報，導致許多非復健科醫師皆可以藉此申報復健治療。由於復健專科醫師不足，一開始開放復健科醫師不得已採用兼任辦理。1995 年 11 月復健科專任醫師兼任辦法停止，大部份復健醫師兼任院所皆改為非復健科醫師申報，且以骨科醫師占大多數。

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，充其量只是增加民眾接受電療的機會。(畢柳鶯，1997)

全民健保支付標準在 1995 年時，給予基層復健診所等同地區醫院之待遇，使得基層復健科診所申報金額逐年快速衝高(吳英黛等人，2000)⁴⁷。並使復健科住院醫師人數、執業醫師人數及診所數的成長為各科中前三名⁴⁸。健保局因此在復健治療支付標準上做了多次調整，1998 年先將復健科診所之申報標準降為診所層級，與其它可申報復健治療之診所(骨科、神經外科等)相同待遇。為期 4 個月後同年 5 月又做調整，申報項目之中度、中度-複雜及複雜 3 類治療之支付，針對復健科診所加開一個層級，位於基層診所及地區醫院之間(曹昭懿、吳英黛，2004；中央健保局)。

⁴⁷ 作者比較 1997 年及 1998 年 1-4 月復健相關治療健保支付金額成長 39.7%(10.2 億成長至 14.2 億)，人次成長 28.1%(487 萬人次成長至 623 萬人次)，其中由復健科診所申報的金額達總數 1/5，人次量達 1/3。支付復健診所的金額成長 83%，人次成長 66%。而此期間復健科診所數成長 72%(從 76 家增至 131 家)。

⁴⁸ 洪碧蘭、楊志良，1999，〈健保支付與醫界生態關係之初探〉，《醫院》，32：17-31。

曹昭儀、吳英黛透過全民健康保險學術研究資料庫分析 1997-1999 年間基層診所的申報行為再再顯現醫療組織如何因應國家醫療政策而作變形與調整。三年間申報復健治療的總量分別為 30.4 億、38.1 億及 35.5 億，基層診所申報總金額則為 10.2 億、12.4 億及 12.5 億，平均為 1/3，代表亦有 2/3(約 23 億)是坐落在大型區域醫院或教學醫院之中。透過三年間復健醫療的抽樣檔中發現，基層診所以復健科(78%、66%、69%)及骨科(17%、29%、26%)為主要申報科別，其中物理治療費用約佔復健科診所整體申報金額 88%，占骨科診所整體申報金額之 85%，可見復健治療中，以物理治療為絕對多數的治療方式。站在物理治療學者的專業研究之上，我試圖從社會學的觀點來呈現物理治療在面對國家醫療政策的游移時，進進退退的趣味。

借用曹昭儀、吳英黛文中統整的全民健康保險資料庫抽樣檔中，復健科診所在不同時段申報各項物理治療項目之數量及金額(如表格 7)，發現簡單治療在此階段為主要的治療方式，由於非復健科醫師不得開立複雜治療，在此階段的骨科申報物理治療項目中，簡單治療高達 90%。

表格 7 復健科診所在不同時段申報各項物理治療項目之數量及金額

| 治療項目 申報 時間 | 簡單治療 | | 中度治療 | | 複雜治療 | | 物理治療 評估 | |
|------------------|-------|--------|------|--------|------|--------|------------|--------|
| | 數量 | 金額(千元) | 數量 | 金額(千元) | 數量 | 金額(千元) | 數量 | 金額(千元) |
| 1997/1-4 月 | 979 | 251.95 | 162 | 45.80 | 46 | 24.15 | 4 | 0.4 |
| 1997/5-8 月 | 1,230 | 323.60 | 167 | 42.92 | 48 | 25.20 | 4 | 0.96 |
| 1997/9-12 月 | 1,459 | 372.62 | 172 | 53.62 | 50 | 26.25 | 4 | 0.96 |
| 1998/1-4 月 | 1,236 | 250.23 | 226 | 54.44 | 43 | 15.98 | 5 | 1.20 |
| 1998/5-8 月 | 1,353 | 251.16 | 548 | 148.90 | 57 | 27.80 | 0 | 0.00 |
| 1998/9-12 月 | 1,395 | 260.21 | 551 | 148.33 | 66 | 32.16 | 0 | 0.00 |
| 1999/1-4 月 | 1,087 | 200.64 | 557 | 155.85 | 45 | 22.50 | 0 | 0.00 |
| 1999/5-8 月 | 1,594 | 298.21 | 665 | 192.11 | 90 | 45.00 | 3 | 0.72 |
| 1999/9-12 月 | 1,908 | 355.40 | 937 | 281.40 | 91 | 45.50 | 5 | 1.20 |

備註 1：抽樣比例為 0.2%，上表數字皆需再乘以 500 倍方接近原始資料。

備註 2：以上資料整理自曹昭儀、吳英黛，2004。

此項結果呼應畢柳鶯(1997)發現清一色的物理治療為病情較輕的骨骼肌肉系統疾病，且多以儀器進行。推斷此階段由於物理治療人員考試方舉行不久，物理治療人員尚未足夠，但無損醫療費用的申報，透過簡單的儀器治療亦能聲稱物理治療療效，只是在醫療資源被分食時，真正需要物理治療的重大傷殘病患是否接受到完善的物理治療就不得而知了。在 1998 年 5-8 月以後，中度治療比上一期間多了一倍且之後持續維持，此時呼應 1998 年 5 月全民健保局於物理治療申報項目之中度、中度-複雜及複雜 3 類治療之支付，針對復健科診所加開一個層級，使其更靠近地方醫院支付金額。但是並不因中度治療增加而減少其他治療項目，為什麼在這個階段忽然暴增需要接受物理治療的病患呢？

我認為這不只與醫生誘發需求有關，更與醫療政策下的整體醫療利益有關。全民健保開辦後，在政策仍在修訂階段時，各科莫不爭相搶奪大餅。甚至以往回診率不高的骨科，也藉著物理治療來增加回診率，並增加收入。高木榮等人分析北區各級門診申報復健治療費用，發現骨科的門診復健治療費用申報成長率從 1997 年 7-12 月的 61.64%至 1998 年 1-6 月的 92.01%(高木榮等人，1999)。一年內接進一倍的成長，又多以簡單的儀器治療為主，其中之利益早已彰顯無疑。

流行病學上，骨骼關節肌肉系統疾病發生率確實大於重大傷殘許多，然而在傷殘患者的復健醫療資源仍嚴重不足的情況下，但已有低品質的電療被部分醫療機構浮濫使用的現象...。(畢柳鶯，1997)

物理治療學者比較 1997 年及 1998 年 1-4 月復健相關治療健保支付金額成長 39.7%(10.2 億成長至 14.2 億)，人次成長 28.1%(487 萬人次成長至 623 萬人次)，而物理治療在此兩年佔據的金額及人次皆達總數 90%。在 1998 年復健科之支付標準從比照區域醫院降低至比照基層醫院，但是此期間支付復健診所的金額成長 83%，人次成長 66%，表示此項政策並未影響復健診所的收益，反而造成以增加服務量及改

變申報級數⁴⁹來彌補支付額度降低的現象(吳英黛等人, 2000)。代表著申報級數的調整是游移的, 隨著收益的需求而可以做任意的調整。而學者將這樣的結果推估成由於支付制度的設計, 誘使部門負責人偏好提供物理治療之儀器項目治療, 以增加服務人次, 賺取高報酬。進而擔心物理治療人員在高工作量下提供的治療成效與服務品質。

以社會學的角度看, 支付制度設計的漏洞有可能成為有心人賺取利益利用的手段, 但背後卻是意含著醫療已不再是以社會服務為優先考量。病患是可以製造的, 病患的不舒服狀態(例如腰酸背痛)加上論述後就變成名符其實的疾病, 而治療疾病的方式則隨著健保給付的金額而隨意變換, 這究竟是治療級數沒有太大的差異抑或人們根本不需要接受這些多餘的治療! 在這樣醫療產業的邏輯之下, 給付制度的修正無法達到成效是可以預期的。

學者針對從事臨床物理治療業務的物理治療人員服務病患的種類分析, 超過 95% 的臨床物理治療人員對於肌肉骨骼系統、神經系統的疾患提供物理治療服務, 此兩種系統的病患也正式物理治療人員傳統上主要的服務對象⁵⁰。(陳英作, 1998: 45-46)物理治療對象以肌肉骨骼系統及神經系統為大宗, 但是隨著時間的演進, 一樣是肌肉骨骼系統及神經系統, 受診人次卻快速攀升, 在短時間內能夠創造出這麼多病患意味著是治療評估的標準提昇致使原先不在診療範圍內的個體逐一被網羅進來。

物理治療人員每月治療人次約為 768.2±750.9 人次(中位數為 555), 而其中有一半的治療為以儀器為主的中度治療⁵¹。如果再仔細計算每位物理治療師每天的治療量⁵², 每天需進行 26 人次的服務量, 以每次治療時間平均 40 分鐘計算, 每位治療師負擔的日工作量為 1,040 分鐘(17.3 小時), 這樣的績效明顯超出於其 8 小時的工作時間(甚至已超過 2 倍)。如果考量工作的時間及每個物理治療師的體力, 勢必不能

⁴⁹ 此期間基層院所的簡單-簡單從 39.2%降為 7.2; 簡單-中度則從 46.3%提升至 77.2%。

⁵⁰ 陳英作比較了 1976 年與 1998 年接受物理治療的病患種類, 因為無明確數量, 僅以數量多寡排序, 在 1976 年為腦血管障礙、肌肉骨骼系統病變、脊髓病患、小兒麻痺後遺症等; 1998 年則發現肌肉骨骼系統以增加許多, 列為主要的治療對象, 次則為神經系統疾患。

⁵¹ 其中實施複雜治療 168.9±257.9 人次(中位數為 100); 中度治療 415±552 人次(中位數為 280); 簡單治療 144.4±216.6 人次(中位數為 50)。實施物理治療評估平均每月 72.8±187.7 人次(中位數為 16)。

⁵² 以每月工作 22 天計算, $555 \div 22(\text{天}) = 26(\text{人次})/\text{天}$ 。

以物理治療師的親自治療作為治療的主要內容，這亦意味著：物理治療的內容幾乎以儀器為主，且同一時間物理治療師可以承載的病患量至少是一般醫師的 2 倍，如此可以想像，物理治療的單點時間績效至少是其他科別的 2 倍。透過儀器的協助，不只降低人力成本，獲益亦是其他單純使用醫師一對一看診的科別無法比擬的。如果再將物理治療評估納入考量，每日不到 1 次的服務量，透露出被掩蓋的事實，這代表前述的物理治療服務對象幾以不需要再做物理治療評估的舊病患為主。這樣不禁令人懷疑，以長期病患為主且又多使用非專業人力親自操作的儀器作為物理治療主要病患及治療方式的構成，這樣的治療需求真的有這麼多嗎？而長期的儀器治療是否早已淪為安慰性的治療？

陳祐蘋等(2004)指出，目前台灣地區的物理治療人員每日治療人次平均為 23.05 人，相較於美國物理治療師每日約 8.16 人次；美國物理治療師對於每個病人的服務時間相對較多，顯示在物理治療的服務品質上可能有差異，另外，因為長期以來物理治療業務大多被歸類在復健業務之下，因為目前健保對物理治療相關支付制度均是總額給付，並且因為院所層級的不同、醫師科別的不同而給予同樣治療而不同的待遇，導致隨著醫院層級越低，治療師平均所要負擔的病人量也越大；在骨科及運動傷害的病人中，治療師生產力並不會隨著醫院不同而有所不同，均是以電療儀器為主重複性高的治療方式。但是基層開業者必須承擔較低的給付標準，導致以衝高業務量的方式生存，更遑論顧及病人應接受到的醫療品質了。

專業人力之人事成本在醫療服務業內往往較儀器設備之折舊費用成本為高。尤其物理治療所用到之儀器設備屬一般之治療儀器設備，非健保局所訂定之高科技昂貴檢查儀器設備，所以在物理治療作業中，人事成本比治療儀器設備之折舊成本較高。當我們把醫院成本利潤考量加入時，醫療產品的選用將不再以病人身體為主要考量標準。因為一旦治療內容多屬於儀器治療時，醫院便能從中節省更多人力成本，創造更多利潤⁵³。從下表 8 物理治療各項項目列表中可以發現在最常申報的簡單治療及中度治療中，其治療項目普遍是儀器與人工治療皆可以進行，亦即儀器治療可以取代人工治療。

⁵³物理治療作業中，須經由人力操作的治療項目如下：被動性關節運動、牽拉運動、運動治療、傾斜台訓練、肌力訓練、耐力訓練、按摩、鬆動術、促進技術、平衡訓練、義肢訓練、等速肌力訓練、心肺功能訓練、行走訓練

表格 8 物理治療各項項目列表(包含內容及其花費時間)

表 8-1 簡單治療項目

| 治療項目 | 人工治療花費時間 | | 機器操作花費時間 | |
|---------|----------|----|----------|----|
| | 範圍 | 平均 | 範圍 | 平均 |
| 牽引 | 10-15 | 10 | 15-30 | 20 |
| 治療性冷/熱敷 | 5-10 | 7 | 15-30 | 20 |
| 紅外線 | 5-15 | 10 | 15-30 | 20 |
| 石蠟浴 | 5-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| 超音波 | 5-15 | 10 | 10-15 | 10 |
| 短波 | 5-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| 微波 | 5-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| 向量干擾 | 10-15 | 10 | 15-30 | 20 |
| 經皮神經電刺激 | 10-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| 超高頻 | 10-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| 低能雷射治療 | 5-15 | 10 | 5-15 | 10 |
| 紫外線 | 10-20 | 10 | 10-20 | 10 |
| 磁場治療 | 10-15 | 10 | 30-40 | 30 |

表 8-2 中度治療項目

| 治療項目 | 人工治療花費時間 | | 機器操作花費時間 | |
|------|----------|----|----------|----|
| | 範圍 | 平均 | 範圍 | 平均 |
| 循環治療 | 10-15 | 10 | 20-30 | 20 |

| 治療項目 | 人工治療花費時間 | | 機器操作花費時間 | |
|---------|----------|----|----------|----|
| | 範圍 | 平均 | 範圍 | 平均 |
| 肌肉電刺激 | 20-30 | 20 | 20-30 | 20 |
| 上肢水療 | 20-30 | 20 | 30-50 | 30 |
| 全身水療 | 30-45 | 40 | 40-90 | 40 |
| 被動性關節運動 | 15-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| 牽拉運動 | 15-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| 運動治療 | 10-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| 傾斜台訓練 | 20-40 | 20 | 20-40 | 20 |
| 肌力訓練 | 15-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| 耐力訓練 | 15-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| 按摩 | 10-20 | 10 | 10-20 | 10 |
| 鬆動術 | 15-30 | 15 | -- | -- |

表 8-3 複雜治療項目

| 治療項目 | 人工治療花費時間 | | 機器操作花費時間 | |
|--------|----------|----|----------|----|
| | 範圍 | 平均 | 範圍 | 平均 |
| 促進技術 | 20-30 | 20 | -- | -- |
| 平衡訓練 | 20-30 | 20 | -- | -- |
| 義肢訓練 | 20-30 | 20 | -- | -- |
| 等速肌力訓練 | 20-30 | 20 | 20-30 | 20 |
| 心肺功能訓練 | 20-30 | 20 | -- | -- |

| 治療項目 | 人工治療花費時間 | | 機器操作花費時間 | |
|------|----------|----|----------|----|
| | 範圍 | 平均 | 範圍 | 平均 |
| 行走訓練 | 20-30 | 20 | -- | -- |

資料來源：全民健康保險醫療費用支付標準

現行支付制度的設計，常常誘使醫療機構偏好提供物理治療之儀器項目設計，以增加服務人次，賺取較高利潤。透過業務執行量顯示醫療機構基於成本與利潤的考量，以制式的儀器治療求取較高之治療人次與利潤的傾向。但是此現象也反映出由於健保局之審查制度，使醫療組織得以根據以往申報與核減的經驗，採取較不易被刪減的項目申報，以應付現實環境的結果。

第二節 難以箝制的醫療專業權力

由於缺乏集體性協商空間和組織化的力量來解決國家和醫療專業的利益衝突，醫療專業轉而利用在工作領域所具有專業權力，以多做不必要的診療和浮濫申報醫療費用來對抗政府的價格控制，國家機關雖然操縱強大的權力來控制醫療價格，可是從未建立有效的監督體系在臨床行為曾面控制醫療提供者的工作表現。而醫療提供者之所以能虛報費用和舞弊，是建立在「付費者認為醫療專業的臨床行為和判斷是正確的。」

(Glaser,1991:241-42；林國明，1997:11)

物理治療與醫療政策互動的第二階段，為 1999 年 8 月~2002 年 7 月間，我稱為調整期。全民健保開辦之初，醫療費用持續上漲，1999 年 6 月中央健保局在需求面上試圖透過實施門診復健部分負擔之節制醫療資源新制，同年 8 月立即實施。在門診復健治療的部分負擔新制中，主要針對簡單和中度的復健治療，以 6 次以內之治療視為同一療程，第一次治療按層級別收取定額部分負擔外⁵⁴，第二次治療起，不

⁵⁴ 依據全民健康保險法第三十三條第二項規定，改以定額方式收取。1999 年時，除了掛號費外，按層級別定額部份負擔如下：醫學中心：150 元，區域醫院：100 元，地區及基層診所：50 元。2005 年開始，醫學中心：210 元，區域醫院：140 元，特約診所或地區醫院 50 元。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

分層級每次治療需再自付 50 元的部份負擔。復健醫療學者針對此階段選取了 5 家特定醫院進行研究，包含 2 家醫學中心、2 家區域醫院及 1 家地區醫院。發現三種程度的物理治療在實施前後有截然不同的轉變，如表格 9。

表格 9 門診復健治療部分負擔新制實施前後比較表

| 治療方式 | 簡單治療 | | | 中度治療 | | | 複雜治療 | | |
|------|-----------------|---------------------|-------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|-------------------------|
| | 實施前 (1999/7) | 實施初期 (1999/8-12) | 實施後期 (2000/1-2001/1) | 實施前 (1999/7) | 實施初期 (1999/8-12) | 實施後期 (2000/1-2001/1) | 實施前 (1999/7) | 實施初期 (1999/8-12) | 實施後期 (2000/1-2001/1) |
| 申報量 | 2,077 (100%) | 870 (41.9%) | 2036 (98%) | 34,642 (100%) | 18,542 (53.5%) | 27,797 (80.2%) | 6,733 (100%) | 9,170 (136.2%) | 12,435 (184.7%) |
| 申報費用 | 367,460 | 150,480 | 364,080 | 12,104,880 | 6,367,520 | 9,601,000 | 4,019,775 | 9,601,000 | 7,260,075 |

備註：圖表來源：整理陳皇仲等人，2006，台灣復健醫誌，34(2)：73-80。

門診復健部分負擔的實施在初期確實有降低了簡單及中度治療的申報量，但若觀看整個實施的階段並加入複雜治療作為考量，發現其實簡單治療的差別不大，而中度治療減少的申報量卻在複雜治療補足了，在短短 2 年多間，需要複雜治療的患者快速上升 84.7%，但若是在總申報量差距不大的狀況下調整申報級數則較能解釋。且在此階段複雜治療尚未列入部分負擔之中，在衡量醫療服務的相對價格上漲及醫生的目標所得中，將醫療方式由中度的儀器治療轉為複雜的運動或徒手治療是醫生可行的操控能力，且也因為複雜治療量的提升，在整體申報的費用上，反而增加了 4.3%。若以國家與社會對立的二元概念來掌握國家醫療政策與醫療組織間的互動關係，在此階段的辨證中，雙方的互動模式更加清晰。

交叉比照表一，發現在全國復健科診所物理治療申報中，這一時期(1999 年 9-12 月)的中度治療成長了將近 50%，簡單治療成長了將近 20%。雖然門診申報量只佔全部 1/3，但仍可說明部份負擔的政策在基層醫院並未造成很大的影響，這樣或許是

一次物理治療，因為疾病通常為慢性病且不易在短時間之內復原，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(陳皇仲等，2006)

50 元的負擔對民眾而言或許是比接受其他民間治療或按摩相較便宜的。這或許也反應出現代人的健康保健型態，而現代人生活作息的改變，適當地運動成為遙不可及，藉助儀器短暫地解除不舒服的狀態或協助做適當地運動成為熱門。

第三階段則可以 2002 年 7 月總額給付政策實施至今，我稱之為穩定成長時期。「2002 年 7 月全面實施全民健保總額支付制度，相較於鄰近體制相近的日本及韓國，實施的方式是以分配為控管機制，實施總額也是以部門別或小規模的方式進行。台灣的健保總額支付制度則直接劃成中醫、牙醫及西醫三大部分。在異質性很高、支付項目又多的西醫中，施行總額制度無疑是一大挑戰。(葉金川，2004)」

目前我國全民健康保險採行的醫療費用支付方式為總額預算制度，是一種整體預算控制(global budget)的方式。我國醫療給付支出預算總額範圍分成住院及門診部分支出(包含藥品費用)，醫療保險保險人(中央健康保險局)與醫療服務供給者間協商決定固定期間內(大多以一年為單位)醫療費用之預算總額，期滿後配合支付點數表，將協商之總金額除以醫療服務供給者期間內所申報的服務總點數，即可得到每個服務點數兌換的金額⁵⁵。

總額支付制度可以有效控制醫療費用，但是，其可能的負面影響有(1)醫療機構的增加自費項目及額度，如：建議病患採用健保不給付的藥品、檢查、及調高掛號費等(黃彥聖，1999；邱永仁，2000；吳慧芬，2001；黃庭郁，2001)；(2)醫療機構藉由聯合壟斷，減少醫療供給於健保部分，造成被保險人長時間等候必要的醫療服務(楊漢，1997；顏裕庭，2002)；(3) 當同儕制約力弱時，醫療機構間有劣幣逐良幣之現象，如：使自己的醫療服務量增加率超過總額預算成長率的醫師，將使其他提供合理醫療服務的醫師受害(楊漢，1997；邱永仁，1999；周麗芳、陳曾基，1999)；(4) 門診、住院、西醫、中醫、牙醫等各部門分配比例的僵化(陳孝平，1997，3-4, 3-6)；(5)影響被保險人就醫權益，降低醫療品質(吳運東，2000)。

總額預算制度設定的本意在透過總體預算額及支付標準表的機制，控制醫療服務的價格及數量。也藉著總體預算額的限制，使醫師們「同儕制約」，進而改變個

⁵⁵ 衛生署，《全民健保法》，第四十五至四十八條。

別醫事行為，共同節約醫療資源。雖然執行狀況與期待有許多落差，部份大型醫院為了避免單點服務量兌換的金額少於 1 元，在門診量管制上已過頭，甚至發生將病患排除在外的狀況⁵⁶。但弔詭的是，物理治療量卻呈現逐年上升的狀況，可知全民健康保險的物理治療支付制度有些討論的空間。

總額預算制度從 1998 年開始分批執行，執行方法為支出上限制(expenditure cap)，原意為預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點值反映各項服務成本，以有效地控制醫療費用支出成長。支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際服務量(點數)，當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將會低於 1 元，反之將增加，但是每項醫療的成本不一。若分析物理治療給付金額及成本，可以發現物理治療獲利與醫療組織在總額制度下的選擇。以健保局給付復健門診申報量佔多數的地區醫院或教學醫院為討論對象，健保局對其之物理治療產品作業規定與給付金額如下表 10。目前物理治療的方式多為簡單治療-中度(完全依賴儀器治療)及中度治療-中度(運動治療約需 1/3 專業治療人力)，兩種治療方式皆可獲得 320 點，比起其他需要專科醫師看診的科別，物理治療大多數患者皆以儀器或少量人力治療之。由此可知，在看診數無法完全控管在預算內，搭配醫院的成本考量，物理治療獲得的點數對照其付出的成本就有較高的利潤空間。因為總額預算只支付「醫院的醫療服務」，而以醫院的醫療服務成本看來，物理治療應是最低成本的，所以物理治療是在有目的的前提下被鼓勵提升。

表格 10 中央健保局對物理治療產品之作業規定與給付金額(區域醫院及教學醫院)

| 醫療產品名稱 | 作業規定 | 治療項目(如下表) | 健保給付一次治療費用 | 醫療產品特性 |
|---------|----------------------------|-----------|------------|----------|
| 簡單治療-簡單 | 實施單項簡單治療項目 | 簡單治療項目 | \$160 | 完全依賴儀器治療 |
| 簡單治療-中度 | 實施簡單治療項目兩項以上,且合計時間超過 30 分鐘 | 簡單治療項目 | \$320 | 完全依賴儀器治療 |

⁵⁶ 2004 年 10 月 7 日健保局中部分局將台中榮總自卓越計畫除名。原因包括中榮關閉兩百多張病床、門診限量管制、拒絕開立重症病患用藥或要求自費、拒絕開立慢性病連續處方籤等，且連續溝通要求改善未果。《聯合報》，A1，2004 年 10 月 8 日。

| 醫療產品名稱 | 作業規定 | 治療項目(如下表) | 健保給付一次治療費用 | 醫療產品特性 |
|---------|------------------------------|-----------|------------|-------------------|
| 中度治療-中度 | 大部分為中度治療項目 | 中度治療項目 | \$320 | 運動治療約需 1/3 專業治療人力 |
| 中度治療-複雜 | 實施中度治療項目 3 項以上,且合計時間超過 50 分鐘 | 中度治療項目 | \$480 | 運動治療約需 1/3 專業治療人力 |
| 複雜治療 | 大部分為複雜治療項目 | 複雜治療項目 | \$600 | 完全依賴專業治療人力 |

資料來源:全民健康保險醫療費用支付標準

專業人力之人事成本在醫療服務業內往往較儀器設備之折舊費用成本為高。尤其物理治療所用之儀器設備屬一般之治療儀器設備，非健保局所訂定之高科技昂貴檢查儀器設備，所以在物理治療作業中，人事成本比治療儀器設備之折舊成本較高。當我們把醫院成本利潤考量加入時，醫療產品的選用將不再以病人身體為主要考量標準。因為一但治療內容多屬於儀器治療時，醫院便能從中節省更多人力成本，創造更多利潤⁵⁷。

以目前物理治療師數量遠高於物理治療生的數量來看，提供的服務卻是以簡單-中度及中度-中度這兩種以儀器治療為主的治療方式，再次由業務之執行量顯示執業者基於成本與利潤的考量，以制式的儀器治療求取較高的治療人次與利潤的傾向。

若觀察單間醫療院所，台北榮總復健科從 2003 年至 2004 年間單獨計算物理治療人項次從 97,660 成長至 128,979，成長率為 32.06%，占整體復健科比例亦從 69% 提高至 71%。而淨收入較 2000 年增加 13.6%；作業損益由 2000 年虧損 1,000 萬轉為 2004 年盈餘 900 萬，而醫療成本則較 2000 年還降低 300 萬元⁵⁸。若以治療人項次的比例推估，物理治療在復健科的比重約 2/3 強，加上其驚人的年增率，可見 4 年內收益 1,900 萬的成長，物理治療確實。可以推估，在總額制度下，醫院莫不追求

⁵⁷物理治療作業中，須經由人力操作的治療項目如下：被動性關節運動、牽拉運動、運動治療、傾斜台訓練、肌力訓練、耐力訓練、按摩、鬆動術、促進技術、平衡訓練、義肢訓練、等速肌力訓練、心肺功能訓練、行走訓練

⁵⁸ 節錄至台北台北榮民總醫院復健醫學部年報，2004 年。網址：<http://homepage.vghtpe.gov.tw/~pmr/93.htm>，取用時間：2011 年 5 月 1 日。

低成本高利潤的時代，物理治療在醫院的收入上面有相當程度的幫助及成長空間。而年報中亦直言：「為配合總額支付對醫療生態的影響，本部也陸續朝開發自費治療項目努力。」這個部分能夠產出多大的利潤，我已無法推估，但是令人擔憂的是，為了利潤及收益，原本在醫療化下的破碎的身體，已經成為論斤叫賣的物體，叫賣的過程卻是舉起健康快樂的旗幟搖旗吶喊，而人們就在半推半就的過程中，進行著或許不需要的醫療行為。

公衛學者在分析住院復健醫療時也指出現行的物理治療支付標準是採服務計量論酬，理論上是適用於急性專科的物理治療。長期復健醫療理論上應該採用功能關係群來計酬，亦即以增加行走功能所要耗費的資源費用，一律給定額的給付，應該研擬一套長期性物理治療的支付標準。(熊嘉玲等人，1997)但直至 2011 年的今日，長期性的物理治療仍舊蓬勃，甚至變成了平衡西醫總額支出的工具，醫療費用浪費可見一般，孰非我輩期待。

政府於全國醫療費用支出，擔負著完全的行政責任，這使它有更強的誘因就是想要控制醫療成本。而全民健保所建構的單一費用支付體系，使政府有更強的結構權力來操縱成本控制。面對政府控制成本的考量和能力，現在在經濟上完全倚賴於國家的醫療提供者，他們的經濟利益被推到與政府利益完全對立的位置。在這種全面性的，結構性的對立情境中，卻依然沒有制度化的安排，來處理政府和醫療專業的衝突。(林國明，1997)

第三節 共謀的默契

全民健保設計原則由第三造付費(third party payment)，即由第三造-保險人-給付醫療服務供給者之服務報酬。在全民健保的協助下，醫療消費決定者(病人與醫師)與費用分擔者(社會集體買單)分離，以致有些醫療消費在缺乏成本意識的狀態下作成。以物理治療單次掛號即可以一次 50 元得到六次治療的機會，病人在喪失成本意識狀態下，享受醫療資源只需負擔一小部份的費用，「理性」的決定：「消費該項服務」變成理所當然。

醫療服務的選擇往往取決於醫事人員提供的資訊，病人被告知可以接受什麼醫療行為、何種醫療有效...等被動的資訊。所以醫療服務的型態及費用，並非由病人客觀地分辨也非實際的醫療需要，也非醫療科技所決定，醫事人員主觀的醫療利用往往是主要的因素。所以可以知道，醫療費用的成長，醫療體系的內部制度面影響大於外部的社會結構。全民健保施行後，更常見的是醫療資源密集化(intensively)⁵⁹，甚至出現許多安慰式的醫療⁶⁰。

透過以下物理治療中常見於報章雜誌的醫療論述(如下表 11)，可見整體物理治療形塑出的身體觀看已有了轉變。在以下的整理中，透過近 10 年幾位常見於報章雜誌中的復健科及物理治療醫事人員對物理治療的討論及公開聲稱，可以發現當專業醫療論述覆蓋在平時常見的「不舒服」症狀且又冠以病名時，似乎就勾起人民對健康的好奇心，亦成為說服人民前往接受治療的最佳武器。

在這些討論中可以發現，姿勢不正確往往成為這些日常病的病因，而解決的方式則是共同透露出需要找物理治療師尋求正確的姿勢以降低復發率。首先突顯的是所謂姿勢正確與否的定義成為令人好奇的標準，當姿勢不正確不斷被重複提及，且又直接對應著實際存在的不舒服時，醫療論述在其中就起了作用，似乎「不舒服」的症狀就有了病因，亦成為了病名。而這些病名掛在身上時，搭配病症應該治療的論述，求診變成人民主動關照自己的最好行為。第二部份是將疾病普遍化，透過統計數據的說明(下背痛從 2004 年至 2010 年間已經從 80%的罹病率提高至 90%)，讓病痛成為理所當然的普及，人民面對這個疾病從無閃躲之處至必須正面面對，又是在這樣的論述中不斷地提醒大家。但是物理治療在其中又佔據優勢，因為號稱不需手術、打針即能減緩病痛的治療在一片侵入性醫療行為中獨樹一格，如此亦推動著更多人民主動尋求這項非侵入性又能準確的說出其病痛原因的醫療行為。

第三，物理治療的治療方式不斷擴充，當一般的運動加上「復健」二字，就已代表著經過專業醫療人員的評估、規劃而成的治療方式，當許多經常使用的物理性運動或讓肌肉放鬆的方式都冠上醫療的頭銜時，人民似乎已麻痺在都是醫療行為的生活中。如同伊萬·伊利區(Ivan Illich)指出，生活的醫療話就是廣義工業化的一部

⁵⁹醫療資源使用的密集度由每位病人所使用之醫療服務量每項服務的單價組成。病患接受的醫療服務量增加或是對應的單價增加，則代表著醫療資源密集度越高，所能產生的經濟效益也越高。

⁶⁰許多無效的安慰性醫療可以參閱尤格·布雷希著作的《無效的醫療》。

份：它使所有普通人的好奇心、求知慾、衝突、放鬆、休閒及創造性等都變得「有問題」，從而迫使人們四處求助「建議忠告」(John O'neil, 張旭春譯：2001：154)。

表格 11 報章雜誌的物理治療論述

| 聲稱者 | 主要論述 | 病症治療論述 | 資料來源 |
|--------------------|--|--|--|
| 劉復康/振興醫院復健醫學部主任 | 門診中常見患者抱怨肩膀僵硬、脖子痠痛、手臂痠麻等，檢查後不少都是「肌膜疼痛症候群」。此病好發年齡在三十至五十歲之間，不過，近年來電腦使用普遍，青少年上網、玩電動一坐就數小時以上，加上姿勢不正確，肌膜疼痛症候群患者年齡有降低趨勢。 | 除了給予藥物、物理治療外，特別引進運動處方軟體，在了解患者工作型態、疼痛點、病史後，醫師使用電腦列印出適合個人的運動、坐臥姿圖例，還附有講解，患者回家後就可依此正確的運動，改變錯誤的姿勢。 | 2000，〈腰酸背痛除吃藥姿勢也要矯正〉，民生報，第7版，醫藥新聞，3月12日。 |
| 蔡永裕/台中市澄清醫院復健技術部主任 | 造成椎間盤突出最常見的原因是彎腰拿重物，一般稱為「閃」到腰，約八成患者只是單純腰痛，但有一成患者可能造成身體一側歪斜，甚至從腰到臀部、腳部疼痛不堪，嚴重時導致下肢麻木、肌肉萎縮、小便功能失調，因而絕不能掉以輕心。 | 急性椎間盤突出若未及時治療，將造成椎間盤破裂，髓核阻塞神經導致「馬尾症候群」，就必須開刀治療。 | 2001，〈歪腰「矯枉過正」靠3多〉，聯合晚報，第23版，1月29日。 |
| 簡文仁/國泰醫院物理治療組長 | 運動治療是物理治療非常重要的項目之一，小至舉手投足、大至坐臥跑跳，甚至運氣呼吸、腹肌收縮等，都算是一種運動，就看患者需要及適合何種運動而定。 | 運動治療的方法多樣，可由物理治療師針對患者的病況來設計，例如被動關節運動、誘發技巧、肌力訓練、有氧運動、平衡訓練、功能訓練等，都是運動治療的方法之一。 | 2003，〈運動治療〉，聯合報，E4版/健康，11月9日。 |
| 邱俊傑/台北市立萬芳醫院復健科醫師 | 據統計，80%的人一生中至少會有一次嚴重困擾的背痛，而台灣背痛求診的人數，只僅次於感冒！背痛問題造成龐大的醫療花費及社會成本的損失，根據87年中央健保局統計，台灣政府每年需花費30億元來治療背痛！ | 要降低背痛的復發率，並不是光靠吃藥、打針以及熱敷就可以達成的，「運動復健」治療是目前被證實是降低復發率最有效的治療方式，也是恢復身體機能的根本治療方式。 | 2004，〈Pilates運動復健新紀元「改善背痛、塑身、舒壓」〉。 |

| 聲稱者 | 主要論述 | 病症治療論述 | 資料來源 |
|-------------------------------|--|---|---|
| 簡文仁／ 國泰醫院 物理治療 組長 | 現代人肩頸部痠痛的情形愈來愈普遍，「輕而易舉」、「舉手之勞」等用語，對他們都是不可承受之重，大大干擾著工作和心情，也影響了生活品質。 | 肩膀一痛，大家便想到五十肩，醫師多開給止痛消炎肌肉鬆弛劑，有心一點的會建議你做一些運動，或轉介給物理治療師，接受藥物以外的物理療法。 | 2005，〈肩膀痛不要只怪五十肩〉，聯合報，E4 版/健康，4 月 21 日。 |
| 林頌凱/墾 新醫院運 動醫學中 心副主任 | 如果我把病患酸痛的位置來作統計分析，下背痛的比例絕對是遠遠超過了身體其他部位的酸痛。你也許不知道：大概有九成以上的成年人都曾經有過背痛的經驗，下背痛儼然已經成為一個不分族群、不分性別、不分年齡的「全民運動」。 | 所謂的「單純下背痛」，是指造成背痛的原因並不是因為某些特定的疾病（例如椎間盤突出、脊椎滑脫症）所引起的，真正造成疼痛的原因並不明確，但相信與個人平常的姿勢與運動狀況有很大的關係。 | 2010，〈不分男女老少的下背痛〉，《天下雜誌》，web only。 |

在人民部份，物理治療學者在實際場域的觀察分析可做為我們進一步討論與反思的起點，物理治療場域中不同的年齡層的不舒服症狀及治療需求並無明顯的不同，除了 20 歲以下的多為小兒感覺統合及足部矯正為多，21 歲以上者多為筋膜炎疼痛症候群及椎間盤疾病。但有趣的是，學者將其劃分成失能者與非失能者時，在疾病的差別則非常明顯，失能以先天腦性麻痺或中風等重大傷殘為主要醫療需求者，無失能者則多是骨骼相關疾患(魏文一，2010：82)。目前健保給付復健者卻多為後者，這部份的觀察加上上述的論述分析，我們可以發現有些利益的獲得與鋪陳是物理治療學者無法論及卻十分重要的。從論述中呈顯的是一般不舒服的症狀推向疾病且應接受治療的過程，而罹病率的普及化亦讓人民習慣在身體的不舒服即是疾病的樣態。在醫療化的社會中，我們同時發現，人民並非被動地接受醫療論述，而是在有選擇的狀況下選擇了一個既不侵入性又擁有醫療專業的物理治療。至此，醫療論述的刻意營造及病名的製造加上病人主動地尋求一較為「安全」的治療方式，已可勾勒出一個共謀的圖像。病人可能與醫師彼此共謀，因此有效強化了後者的醫療霸權，雖然醫療權力可被視為在「規訓」與控制人的生活，但也有可能是人們因為某些明顯的利益而自願將自己獻給醫療權力。

而學者針對物理治療顧客行為分析，呈現出不同年齡層使用物理治療的動機及

對其產生價值的要素(如下表 13)，從每個年齡層對物理治療產生的需求動機顯示出此項醫療產業有別於其他醫療科別，因為此項醫療產業的內容至今已經橫跨數個科別(最多仍是來自骨科及復健科)，加上自費醫療的項目難以列數，致使每個年齡層主動使用它的動機迥然不同。這其實隱含著在醫療化社會中醫療使用者並非總是被動地接受醫療，反之是在有選擇的前提下選擇了物理治療。這也意味著當醫療實踐發展出一些論述性語言，用以外化、擴展和控制健康時，無法決定接下來的反作用力如何運作。雖然不同年齡層擁抱物理治療的原因迥異，但是可以確認的是這些擁抱的主動成分確實是在其他傳統醫療服務內較少見到的。

表格 12 物理治療顧客動機分析

| 年齡層 | 動機 | 價值要素 |
|-----------|--|-------------------|
| 20 歲以下族群 | 此購買決定者主要為家長，無失能者的購買動機來自於「防患於未然」的想法；失能者的購買動機來自於「提高認知能力與學習生活自主」。 | 復健治療的專業性與技術能力。 |
| 20-40 歲族群 | 接受復健治療之動機主要為處理「急性」疼痛或是希望能早日重返「工作崗位」。 | 治療技術、服務品質、品牌。 |
| 40-65 歲族群 | 處理「慢性疼痛」比例高過「急性疼痛」。「保養」意義大於「根除」。 | 服務品質、社區之經營、品牌與口碑 |
| 66 歲以上族群 | 此族群未失能接受復健治療之目的，主要希望減輕疼痛維持生活品質。由於大多數人已離開職場，家中子女長大進入空巢期，因此「做復健」亦對其有滿足其社交需求之意。至於失能者則希望能增進各方面生活或溝通功能，並維持其正面積極之情緒。 | 服務品質、各治療專業的全方位介入。 |

資料來源：魏文一，2010：84-86

我們發現主要接受復健醫療的「病患」多即中於中壯年人口(約佔 36.77%)，與一般認為復健治療針對老人人口有出入，若搭配物理治療師或復健科醫師所聲稱的論述深入研究，發現其來有自。多數論述指出，門診復健治療的對象多數是背痛患者，而中壯年時期仍多在職場中，工作時間加上運動習慣或許造成了其成為主動求助復健醫療的原因。這樣的結果不禁令人訝異，「腰酸背痛」已經變成不得不治療的疾病。坊間亦存在著許多針對筋骨紓絡、放鬆壓力的類醫療廣告，亦聲稱可以解

除壓力、降低酸痛。如此，不禁令人啟疑，如果物理治療聲稱的醫療效果與這些坊間的推拿、整脊中心差別只剩下其經過國家考試的證照足以宣稱專業的角色及療效。那蓬勃的物理治療成長究竟意味著醫療的進步抑或是已經為了追尋醫療利潤而不得不將觸手伸向廣大的腰酸背痛人群，並以專業的醫療權威聲稱其與眾不同，搭配全民健保給付補助，便宜的治療費用亦成為這共謀的一員。

表格 13 骨骼肌肉系統及結締組織之疾病中各年齡層佔據比例及次序表

| 年齡層 (歲) | 50~54 | 45~49 | 40~44 | 55~59 | 60~64 | 65~69 | 35~39 | 70~74 | 20~24 | 25~29 | 30~34 | 75~79 | 15~19 | 10~14 | 0~4 | 5~9 |
|------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 比例 | 10.63% | 9.72% | 8.56% | 7.86% | 7.23% | 7.21% | 6.78% | 6.55% | 5.88% | 5.71% | 5.57% | 5.29% | 3.13% | 2.06% | 2.00% | 1.66% |
| 名次 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |

備註：本表整理自 2005，《全民健康保險醫療統計年報》，2005 年門、住診合計患者總人數 excel 表。

第四章 反思復健醫療

本章第一節從復健醫療面對作為國家醫療政策的全民健保的因應之道反省當代國家醫療政策牽起醫療組織試圖走一條社會福利之路時，醫療組織並不如其所想像地乖順、受控制。相反的，醫療組織挾著其難被挑戰的醫療專業，述說著有利可圖的醫療論述，作用在抵抗力薄弱的人民身上，取得其想要的利潤，以抵抗國家透過醫療給付制度所賜與的筋箍圈。第二節則透過失能身體論述的轉變，回應台灣物理治療觀看患者視角隨著失能界限的游移增擴張，並透過報章雜誌報導深化物理治療的需要。第三節反省當代公衛、醫療學者面對物理治療成長時最常以老人化社會及服務殘障患者兩項原因作為其解釋的依憑，然後實際狀況卻不然。物理治療的成長多反映在一般患者身上，這樣如果是有一定的績效或必要性，應亦能如實反映在公衛及醫療學者的討論中。以目前的資料顯示，卻是貶大於褒，這樣的狀況確實啟人疑竇。

第一節 社會福利、國家醫療或是成本考量

憲法第一五五條：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」，基本國策中社會安全章節第一百五十七條：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」由此可見「醫療人權」之保障和維護健康是我國社會福利中重要的一環亦是國力的表徵。社會福利可被界定為「直接或間接處理人類需要及社會問題的方法」。其目的不僅在於預防、減輕、或解決社會問題，亦包含增進個人、家庭、團體、及社會的福祉。（官有垣，2000）」

葉金川針對我國健康照護回顧時指出：「世界衛生組織聯合國兒童基金會於1978年在前蘇聯哈薩克共和國首都阿拉木圖(Alma Ata)，宣示公元2000年全人類達到健康的目標，並且希望以基層醫療保健為手段，呼籲各國政府允諾達到此目標。世界各國項宣言，都在實際地推行中。當然我國也深深受到這種觀念和趨勢的影響，正朝向健康人權，和整合性健康保險的目標前進(葉金川，1993：112)。」而依循著Alma Ata 宣言，健康、健康照護、健康照護部門、醫療照護及健康體系被交互混用，

也意味著醫療照護體系成為健康體系的的核心。所以「使每個人都健康」已經簡化成每個人都可得到現代醫學導向的健康服務。

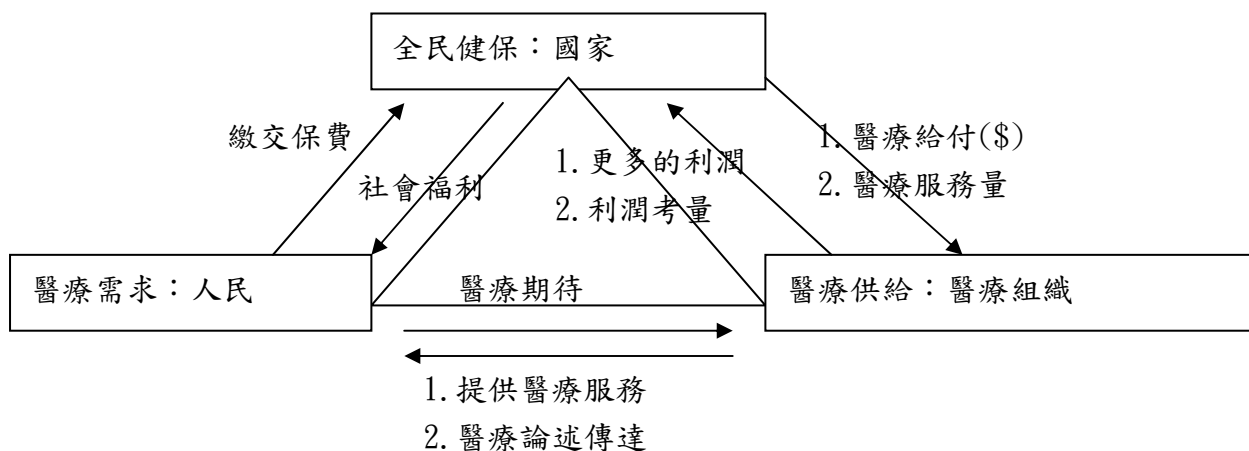
台灣的全民健康保險在這樣的國際壓力下快速地依循勞保的體制成軍，全民健保對於國家既是社會福利政策⁶¹又是醫療政策，所以本質內含著利益重新分配及解決民眾無法支付高額醫療費的概念卻也帶著國家須觀照各方的行政策略與實際的成本考量。但是在實際提供醫療服務的醫療組織內面對這項政策卻又打著不同的利潤算盤，從公衛學者對全民健保實施以來的擔心與號召看來⁶²，可以發現醫療組織面對全民健保並非與國家有同樣的想法。公衛學者苦口婆心地勸導醫療組織本著醫療專業尊嚴，不應以利益追求為優先考量。醫療組織在追尋什麼利益呢？這些利益的追求難道是國家行政單位鞭長莫及、無法控管的嗎？當各懷己意的國家與醫療組織攜手走入全民健保時，會擦出什麼火花或是取得什麼樣的平衡？

全民健保的加入讓原本的醫病關係擴張成由國家與醫療機構兩力拉扯的三角關係(如下圖 2)。面對醫療組織，國家希望能夠在有限的醫療成本中，讓醫療組織達到最高的醫療服務，於是在政策規劃上呈現控管醫療成本與提高需要的醫療服務量兩者看起來相互拉扯的目標。面對國家，各醫療組織無不希望能在有限的醫療資源中獲取最高的醫療支付、降低被核減的量以維持及提昇醫院的利潤。在兩邊各自考量的目標下，呈現的即是不斷修正與更改的全民健保醫療給付標準及醫療組織的因應方案。當國家舉著社會服務且醫療組織舉著醫療論述的旗幟作用在人民身上時，這些人民卻處在醫療資訊不對等卻又期待國家予以提供社會福利的弱勢中。這樣微妙的互動形成了不平衡的三角關係，本節試圖透過復健醫療觀察國家與醫療組織的策略應對間，反省目前全民健康保險隱而不現的問題。

⁶¹基本上社會福利是處理個人的問題或是社會的問題，但除了解決社會問題以外，有些社會福利的定義還提到「增進人類的福祉」。社會福利與社會政策有它的價值與意識形態，例如公平、正義、協助弱勢、解決社會不平等，這些是社會福利另一層的概念。以制度型態區分，全民健保屬於制度再分配模式，指的是制度化、普遍性的保障，通常有明確法令基礎。以福利性質而言，為普及性福利，指的是福利給付的取得並非基於調查，而是基於公民權，然而普及性福利的成本極高，故可能為達到普及性，但卻降低給付水準，如此則易成為象徵性福利。

⁶²在合理的社會條件制約中，對國人提供保險給付，及合理的支付醫療供給者的診療報酬，醫師應全力參與全民健康保險，亦應體認維護專業尊嚴，遠較爭取利益相形重要；以如何改善醫病關係，重新塑造醫界形象為首務，國人亦須有正確的健康保險觀念，改變就醫習慣，不浪費醫療資源，共同檢視醫療缺失；尤其更需保險人、被保險人及醫療供給者攜手合作，並共秉誠信原則，全民健康保險制度始能造福全民（楊志良，2002）。

圖表 2



全民健保中，國家、醫療組織、人民三角關係圖

備註：本圖參考張苙雲(1994)在探討醫療資源的成長與分佈時，提到醫療現象是由醫療服務的提供者、消費者和包括國家、保險機構作為第三者構成的三角關係。作者加入了彼此雙向的糾葛關係，藉此圖突顯本研究所關心的交互關係。

全民健康保險整合過去勞、公、農保體系的保險，保存社會保險的社會互助與人人平等就醫的精神⁶³。但是，同時國家對醫療費用的控制策略，卻影響著醫療組織提供與人民的醫療服務內容與品質。這樣的情形在過去公保時代已經十分嚴重，甚至造成醫武競爭的狀況⁶⁴(楊志良，1992；林國明，1997)。而面對政府獨斷的醫療支付制度，醫療專業組織挾著其很難監督與挑戰的專業論述，進行著醫療服務的過量生產(或是浮報)、不實申報(舞弊)及其他可以從中擠出利潤的任何不合倫理的事件，這樣的情節重複出現在全民健保時代。鑑於台灣醫療產業之環境特殊，國家政策對醫療產業的影響是多方面的，這些政策可能直接改變醫療業的生存環境，使得

⁶³ 整理全民健康保險簡介，全民健保實施的意義事在民眾願意並付的起保險費的前提下，對民眾收取低廉保費，本著風險分攤的觀念，以去除民眾醫療財務障礙、保障公平就醫權利，滿足民眾就醫方便性之需求，不分年齡、性別、貧富、職業、居住地，均能獲得適切的醫療服務，解決民眾面對重大傷病或意外傷害時的龐大醫療費用，減輕經濟負擔以達到人人都可獲得健康照護的目的。
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=659&webdata_id=2891&WD_ID=897，取用日期：2010年6月2日。

⁶⁴ 觀察與醫療體系利潤來源最為相關的為國家一手主導的醫療保險支付體系，以勞保而言(1958年至1995年)，費用支付結構的擬定由國家一手包攬，支付數額由政府片面決定，除大型教學醫院得以個別洽定醫療費用支付價格。在1970年代後期，大型私立醫院開始加入勞保特約，個別協商費用支付模式成為醫院擴張的動機。由於來自持續的經濟成長的支持，醫療體系中的醫院部門大幅擴充，不但各公立醫院系統的整建、擴建與興建計畫紛紛展開，大型財團如台塑和國泰集團等，也開始跨足有利可圖的醫療產業。憑藉雄厚的資本，這些新建的私人大型醫院，招募名醫，引進新近昂貴的醫療設備，並吸引越來越多的病患(楊志良，1992)。

醫療院所必須面對環境的改變所帶來的挑戰，也會使得醫院診所採取不同的策略(張荳雲，1998)。

全民健保實施後，政府為了控制醫療費用上漲，從需求面，讓病患分擔就醫成本而設計「部分負擔」；從供給面，則以「論量計酬制」及「總額預算制」作為全面性的醫療給付標準設定。部分負擔的設計是希望病患在就醫時亦分擔成本，試圖藉改變使用醫療服務的價格進而影響醫療資源的使用率。健保局於1999年8月1日實施新制門診部分負擔，其中復健物理治療(含中醫傷科)即設定每掛號看診1次之同一療程第2至第6次物理治療需收取部份負擔50元。但是葉金川曾經於立法院表示由於實施負擔制度，短期門診次數有減少的趨勢，但等民眾習慣了，將部分負擔視為另一種掛號費，其抑制需求的效果將非常有限(施桂雲，2002：50)。

而部份負擔的原意是減少醫療需求者不必要的醫療需求，如果醫療需求者無法辨別哪些症狀是有必要或不必要就醫，且辨別的標準來自醫療提供者，那部份負擔能夠喚醒醫療需求認清就醫需求的效力真的有限。就像學者擔心的，部分負擔針對不同所得的人，所產生的抑制效果不一，因部分負擔而減少需求的人群，幾乎集中在窮人與老年人，而這些人卻正是健保體制所要保護的對象，所以部分負擔對抑制醫療成本的效果極其有限(盧瑞芬，2000)。物理治療施行部份負擔之結果就是短期內降低了需要部份負擔的中級治療，卻增加了不須部份負擔的複雜治療，經過醫師的調整，整體申報量不減反升。在這一場戰役中，醫療組織仍然維持了其保衛的利益。

論量計酬支付方式實際上就是因量致酬，看的病人越多，收入就越高，在利潤的考量下，多看診、多檢查、多給藥、多處置已是眾多學者批評的給付方式。由於第三者付費，人民就醫經濟負擔較小，如果對於病情疑惑或困擾，常常直接赴大醫院就醫，結果大醫院醫師的病人太多，沒有足夠時間與病人溝通，病人對病情不了解，若選擇更換其他醫師，亦遇到相同就醫情形，極易造成病人「逛醫師」的短期政策，反而增加就醫次數，浪費更多醫療資源。

總額預算支付制度是國家將部分的財務風險轉嫁到醫療提供者身上，藉由醫療提供者承擔財務風險來影響其醫療行為，目標用以抑制不必要的醫療浪費。但搭配

醫療自主管理政策⁶⁵，各醫院便自行在其總額預算下調配各科別的比例，相關的負面影響已有多位論者提及⁶⁶。全民健保總額給付的設計，主要依循著之前勞保體制的支付態度，亦即不同程度的醫療服務行為對應著仍是相同點值醫療給付金額。在醫學中心裡，大量擴充低成本的門診服務以彌補住院診療的虧損已是相同的默契。這樣便可推測醫療給付制度的設計其實已經變相地引誘醫療機構增加多是儀器成本之物理治療的使用。

如此一條軸線較為清楚地顯現，當總額預算下醫院申請金額不斷被刪減的情況，物理治療卻逐年上升？因為總額預算只支付「醫院的醫療服務」，而以醫院的醫療服務成本看來，多是儀器治療的物理治療是最低成本的，所以物理治療在成本考量的前提下被鼓勵提升。

國家權力以「福利政策」的立場介入醫療產業的互動過程，即反應出國家角色的雙重性，一方面國家介入具有正當性，其必須完成其強制的目的；另一方面，國家的政策規劃卻可能再創造優勢團體立場與利益。在醫療保險系中，國家權力企圖支配醫療專業的經濟條件，但是國家權力卻無法控制醫療專業的臨床權力。在勞保時代，國家對醫療價格的控制並沒有達到降低醫療成本的目的，因為行政單位人力不足而衍生的門診免審範圍已經成為開業診所、中小型醫院及醫學中心共同地浮報與虛報的空間。但這樣過多不必要的診療呈現的總體效果則是每人每年平均醫療費用巨幅上漲的元素之一(林國明，1997)。進到全民健保時代這樣的積習依舊，政府於全國醫療費用支出，擔負著完全的行政責任，這使它有更強的誘因就是想要控制醫療成本。而全民健保所建構的單一費用支付體系，使政府有更強的結構權力來操縱成本控制。

⁶⁵其主要誘因是風險的控管，免除核減率與點值浮動、經營策略方面則是以預算誘導品質的提升。加入自主管理之醫院，其經與健保局協商醫院經營計劃時，雙方得就去年移動平均成長率趨勢，及參考各月份核減，議定每季合理成長範圍。超出上限值部份皆不予給付（斷頭），在合理協商下並控制醫療費用；協商不成功；政策亦不會改變。

⁶⁶總額支付制度可以有效控制醫療費用，但是，其可能的負面影響有(1)醫療機構的增加自費項目及額度，如：建議病患採用健保不給付的藥品、檢查、及調高掛號費等(黃彥聖，1999；邱永仁，2000；吳慧芬，2001；黃庭郁，2001)；(2)醫療機構藉由聯合壟斷，減少醫療供給於健保部分，造成被保險人長時間等候必要的醫療服務(楊漢，1997；顏裕庭，2002)；(3) 當同儕制約力弱時，醫療機構間有劣幣逐良幣之現象，如：使自己的醫療服務量增加率超過總額預算成長率的醫師，將使其他提供合理醫療服務的醫師受害(楊漢，1997；邱永仁，1999；周麗芳、陳曾基，1999)；(4) 門診、住院、西醫、中醫、牙醫等各部門分配比例的僵化(陳孝平，1997，頁 3-4, 3-6)；(5) 影響被保險人就醫權益，降低醫療品質(吳運東，2000)。

在醫療市場與健保體系中，醫療專業者的「多重角色」，跨越供應與需求面，掌握相對資訊優勢，對醫療費用成長造成顯著的影響。醫生不只是醫療服務的提供者，同時也是消費者/病患購買何種醫療商品的建議者。醫生的定價行為也直接影響公共與私人醫療服務的成本。尤有甚之，在第三人付費的健保體系中，醫生一直是選擇診斷與治療的決策者，因此，醫生實際上也擔任第三者/付費者(公共或私人健康保險)的代理人。當健康保險同意給付醫生認為必要的醫療時，事實上醫生是在代替保險人做成購買的決定，同時也是為病人做了消費的決定。當政府為保險人時，醫生便擁有政府授予的購買權威(Stone, 1980: 5-9; Blank & Burau, 2004: 122-123, 引自藍於琛, 2008: 4)

面對政府控制成本的考量和能力，在經濟上完全倚賴於國家的醫療提供者，他們的經濟利益被推到與政府利益完全對立的位置。在這種全面性的，結構性的對立情境中，卻依然沒有制度化的安排，來處理政府和醫療專業的衝突。而缺乏組織化的利益協商制度，醫療專業轉而濫用對工作內容的自主控制能力來追求私利，到頭來醫療專業權力的濫用，不但顛覆了國家想要藉由保險制度達到社會福利及控制醫療成本的意圖，亦腐蝕醫療專業的道德基礎。

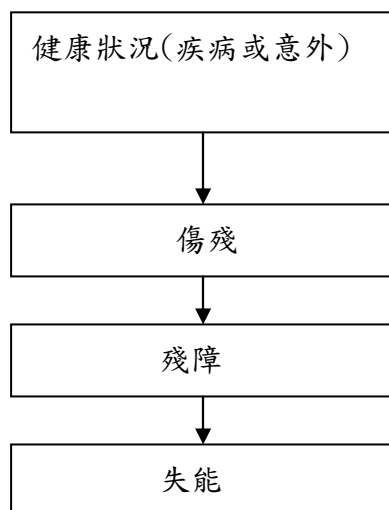
第二節 失能身體無限擴張

在西方醫學體系中認為身體的傷殘是不可避免的，但是必須透過治療的過程將其重新送回社會的生產體系中。有一套「失能」的身體論述在其中隱而不現。「失能」代表著消極的、灰暗的，且增加社會的負擔，讓社會損失生產力。所以社會花費一些資源，透過復健治療方式，使病人盡快回到工作崗位；甚至是透過復健使身體的功能做最大發揮，進而降低對社會的依賴。失能的論述隨著世界衛生組織（WHO）將 1980 年訂定的「國際損傷障礙與殘障分類系統」（International Classification of Impairment, Disability and Handicap，簡稱 ICIDH）⁶⁷修正為 2001 年公布的「國際健康功能與身心障礙分類系統」（International Classification of Functioning, Disability, and Health，簡稱 ICF）做了清楚的轉變。在國際損傷障礙與殘障分類系統中，傷殘、殘

⁶⁷在 ICIDH 架構的定義中，傷殘（impairment）是指個人因為疾病或意外，造成身體功能上的異常與缺損；殘障（handicap）就是因傷殘而造成個人在參與正常活動時，因能力不足而受到限制；而失能（disability）則是因為傷殘或殘障，使個人在社會生活出現了阻礙。

障和失能之間存有因果關聯（見圖 3），把出現「失能」的起因，歸於個人的傷殘和殘障。

圖表 3



ICIDH 之分類-失能為傷殘或殘障的結果

資料來源：林金定，2008：103。

因此，醫學模式主張經由醫療復康的介入，來減少傷殘惡化，或恢復原有的身體功能；把醫療復康視為解決傷殘、殘障和失能問題的主要方法。這樣的想法反映在台灣復健醫療的論述中，因為早期台灣復健醫療主要對象亦為身體傷殘後須恢復其部份或全部之功能，在台大復健部的簡介中可以看到：「大凡一個人因為生理疾病引起的疼痛，關節攣縮、變形，肌肉萎縮、無力或痙攣，平衡、協調能力變差，或者因為肢體殘缺、畸形，心肺疾病，心智障礙，語言障礙等導致生活能力的降低或喪失，皆為接受復健醫療之對象。⁶⁸」也就是說，除了已經定義障別的肢體殘障的肢體功能復健之外，生理疾病所引起的疼痛且已經影響到生活能力的就必須接受復健。此時針對失能的想法放在生理上的遭受傷害，透過復健治療可以修復或降低其傷害的程度，恢復其生活、工作的能力。

⁶⁸引自台大復健部網站。

<http://www.ntuh.gov.tw/PMR/AboutUs/%E4%BD%95%E8%AC%82%E5%BE%A9%E5%81%A5.aspx>。取用日期：2010/10/11。

1995 年美國物理治療學會定義物理治療內容以失能者為對象，治療目的包含評估失能並透過治療手法、方法的設計及執行降低失能或功能受限。在失能的指涉上面，與世界衛生組織定義的 ICIDH 失能的定義如出一轍。

此時這個失能的概念是帶有負向的想法，但也清楚的畫出「正常」與「異常」二分的線，清楚地指出誰才是須要接受復健治療的對象。但是醫學模式側重於從身體功能喪失，來解釋殘障和障礙的成因。這種模式往往把出現失能的原因個人化，令無法通過復健來恢復身體功能的人，長期處於有障礙的生活。

世界衛生組織在 2001 年公布「國際健康功能與身心障礙分類系統」(International Classification of Functioning, Disability, and Health, 簡稱 ICF) 中，採用了社會模式的觀點，取代用醫學模式制定的 ICIDH。ICF 分成兩個部份，第一個部份涵蓋功能運作與失能 (**functioning and disability**)，透過個人自我描述其身心功能與結構及活動參與能力評估⁶⁹。第二部份則分類環境與個人的外在結構因素⁷⁰，這些因素對於個人健康的影響可能為正向或負向(梁惠雯，2007：2)。

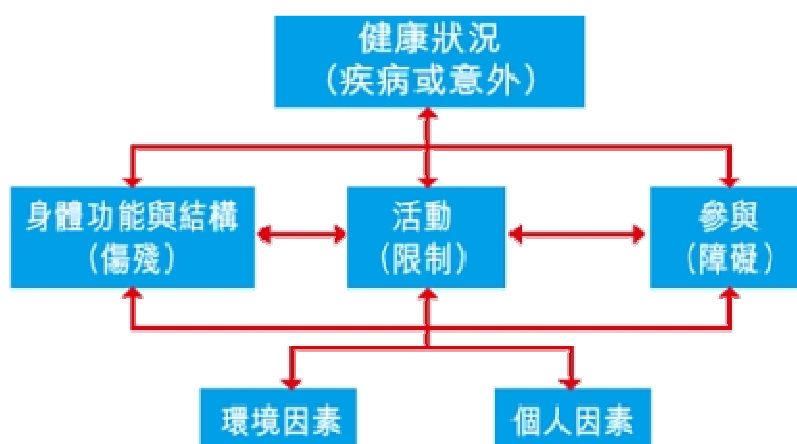
ICF 指出殘障的成因，不僅是因個人的身體功能與結構受損，才會令傷殘人士出現活動限制和參與阻礙，以上的 3 個狀況，同時亦受個人因素（例如年齡、學歷、生活型態），及環境因素（例如科技、建築設計、家庭支援、社會態度）所影響。ICF 整合了醫學模式和社會模式，失能的定義被擴大，不再針對傷殘人士的活動限制、參與阻礙，而是從更廣大層面出發，解釋失能的根源是多種因素互動下的結果（請見圖 3）。透過復健功能量表（請看附錄 1 歐式下背痛傷殘指數量表；附錄 2 台灣復健功能量表(TaRFS)-----住院病患適用），更可以了解台灣的復健醫療論述發展主要依循著世界衛生組織對身體傷殘的看待游移，其中主要的概念都是以傷殘或是失能的指數作為衡量一個人失能的標準。而附錄 2 之「日常生活量表」、「認知-社交量表」、以及「主觀安適量表」（潘瓊琬、鍾麗英、曾美惠，2001：389-398），更是依循著 ICF 將人在各方面適應能力數字化、分割化。

⁶⁹ 身體功能與結構 (body functions and structure)：例如感官功能、言語能力，一旦身體功能與結構受損時，便有可能造成傷殘；活動 (activity)：個人執行動作的能力，例如看、聽、書寫和步行能力，當人們會因為身體功能缺失而出現活動限制時，亦可能產生障礙。

⁷⁰ 個人部份包含年齡、性別、種族、經驗、態度、職業…等；環境因素則包含實體設施及社會環境(政策或社會態度)。

可以見得，世界衛生組織針對傷殘的國際定義確實對物理治療在台灣的論述發展影響很大。而失能的定義非絕對的判斷標準，利用常態分配人為切割線來決定的傷殘定義，在不同時代、不同國家、不同社會環境中，事實上會有不同的結果。

圖表 4



國際功能、失能和健康分類(ICF) 理論圖

資料來源：林金定，2008：109。

世界衛生組織的國際傷殘標準對物理治療論述已可見一般，但物理治療在台灣能夠蓬勃發展，單單藉著國際傷殘標準做為聲稱是不夠的，復健醫療近年來透過新聞、報章雜誌傳遞並深化醫療論述予一般人民。現在的社會裡，物理治療這項醫療服務已流傳於大眾之中，亦已成為筋骨不舒服、腰酸背痛的治療選擇，醫院裡各科醫師的轉介、病人定期地於診間報到和大眾都直接地將復健指向於物理治療，都是物理治療普及於日常生活中的證明。物理治療論述相當程度支配了大眾醫療文化，如果物理治療已滲透到日常生活實踐之中，並與當代的健康論述相互滲透，那在近十幾年來的物理治療論述如何被用在日常生活當中，作為個人身體健康實踐的場域呢？

最常見的方式是透過物理治療師宣導成功擺脫痠痛困擾的實際案例作為宣導⁷¹(如附錄 4 物理治療專業性廣告)，這類型的宣導名為醫療知識的傳達，實則進行置入性行銷。另一種方式則結合長期照護將復健醫療鑲嵌在醫療體系與持續照護體系之間，將物理治療塑造成具備預防、評估、治療、復健、諮商及教育等功能，以預防及改善機能損傷及功能障礙為目的的全方位醫療組織(胡名霞，1998：52)。這類型宣導更具醫療專業性，在聲稱中可見完整的國民醫療照護的概念，且透過老人化來臨的恐慌⁷²，營造物理治療的需要及物理治療人員的缺乏。我認為，老人化是一個因為人口結構轉變的長期結果，孰無法在十幾年間明顯線是其影響。且老年人口的增加意味著可能的病患群增加，但實在無法解釋這些老人著實需要接受物理治療。在下一節中我將針對老人化部分與物理治療的相對關係進行討論。

在新聞中常見到下面這一種論述：「急性腰部椎間盤突出的患者，不僅真的會身體歪一邊，嚴重時還會造成下肢肌肉萎縮、小便功能失調，台中市澄清醫院復健技術部主任蔡永裕提醒患者，除了盡快做物理治療，也要遵守少坐、多站、多走路、不坐沙發、矮椅子的自療原則。……」⁷³物理治療成為防止酸痛惡化成需要開刀的非侵入性治療，此種論述因為皆由醫療專業者(復健醫師或物理治療師)背書，已具備所謂的公信力；以專業的治療方式(例如：站立脊椎鬆動術及麥氏腰椎療法...等)搭配患者自主性的努力(論述中都說明患者要自己努力矯正)宣示著不用開刀即可復原。這樣的論述往往將物理治療型塑地很厲害，只要患者持之以恆，就可以有效避免開刀。姑且不論有多少的腰酸背痛因為不治療而需要開刀、有多少的腰內手術是無效的治療⁷⁴，物理治療論述確實是普及於日常生活當中。但是這些論述無異透露出更多失能與需要復健的身體，而失能的界線卻隨著這些論述而越顯模糊。在這之中，「失能」與否已經不再重要，重要的是，如何製造更多「失能」的身體！

⁷¹ 物理治療師法第 28 條規定：物理治療所之廣告，其內容以左列各款事項為限：(1) 物理治療所之名稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。(2) 物理治療師或物理治療生之姓名及其證書字號。(3) 其他經中央衛生主管機關公告容許登載或直播事項。(4) 非物理治療師，不得為物理治療廣告。

⁷² 論者多透過下列模式形容老人化：台灣即將進入老人社會，老人的問題很多，高血壓、心臟病、糖尿病、關節炎、摔跤、走路不平衡、手腳腫脹、不靈活、疼痛各種問題都有可能出現在老人身上，需要物理治療師積極介入(劉孟玲，2005)。

⁷³ 張三舜，2001，〈歪腰〉。《聯合晚報》，第 23 版/中台灣，1 月 29 日。

<http://udndata.com/ndapp/Print?id=739033&udndbid=udnfree&date=2001-01-29> 2010/12/1。

⁷⁴ 可參考尤格·布雷希著的《無效的治療》。

此種身體觀是一個「不斷地自我指涉的過程」，也就是說醫療論述下的失能身體是不斷變動且互相連帶的，並且具有其特殊的責任與功能--判斷健康與不健康或是「指揮」接受治療等行動。當物理治療與大眾健康論述的結合，影響了我們對於身體的認知、健康的概念與身體的大眾文化想像。藉由風險的焦慮、控制與「健康自我」的塑造，當代的「健康身體」建構，亦同時排除了不適合生存的、不健康的他者。

健康的概念與界線亦非自古以來無變化，在世界衛生組織宣稱的「健康是全人類的基本權利」下，行政院體委會全民運動處(2005)發表健康的新定義：「隨著生活水準的提高，以前人們認為身體沒有病痛就是健康之狹義的健康概念，已逐漸被全人健康(wellness)的觀念所取代。全人健康觀念擴展對於增進民眾的幸福具有非常深遠的意義，他寬廣了人們生命的意義，也提升了生命的品質。」(周禪鴻，2007：22)換句話說，狹義的想法是：以前的人們除了身體病痛者外都認為自己是健康的人；新的觀念則是：不能達到全人健康的人都是「不健康」的人。

這樣一來，大多數的人都是不健康的人。關於全人健康的概念解釋紛紜，較為人使用的為 WHO 提出的「肉體、精神及社會適應上的完全良好狀態」⁷⁵。這樣的論述跟前述 ICF 評斷傷殘指標的概念是一致的。亦即若非全人健康者，則某種程度上皆具備失能的可能。但是真的把自己界定在不健康或失能的狀況下是幸福的嗎？在這裡我無法加以評斷，但可以確認的是，國家對於健康的認定不斷游移，劃定並與健康的界線不但曖昧，更充滿恣意性。態度擺盪下讓醫療組織爭取許多論述的空間，將全人健康的訴求塑造成不只是病痛的解除更是在藉著改善個人的健康習慣或行為以預防可能產生的病痛。

⁷⁵ 根據世界衛生組織對健康的定義，人的健康標準可概括為三條：軀體健康、心理（精神）健康和社會適應性良好。一個人只有同時具備了這三個條件，才稱的上是完全健康的人。1、軀體健康。指人在生物學方面的健康，即機體完整或功能完善。同時，還要有對健康障礙的預防和治療的基本知識，能夠對健康障礙及時採取合理的預防、治療和康復措施。2、心理健康。指人的內心世界豐富充實，處事態度和諧安寧，與周圍環境保持協調均衡。心理健康包括兩層含義：一是自我人格完整，心理平衡，有較好的自控能力，有自知之明，能正確評價自己，並能及時發現並克服自己的缺點；二是有正確的人生目標，不斷追求和進取，對未來充滿信心。3、社會適應性良好。指一個人的外顯行為和內在行為都能適應復雜的社會環境變化，能為他人所理解，為社會所接受，行為符合社會身份，與他人保持正常的人際關係。

Illich(1979)大力呼籲應該將醫療設限，他主張「現代的醫療系統與醫療機構已漸漸成為了對人類健康的最主要的威脅，因著專家對於醫療的支配所造成的破壞性影響，已經到了流行病的規模，醫原病就是這個流行病的病名。」(周禪鴻，2007：22)而現在醫學在歷史上獨一無二的特徵在於其建立在生物醫學模型上的意識形態，這意識型態構成了一套因果互為蘊含包含三基本元素的套套邏輯：每一個疾病都有一個生物性的致病原因，也都可以找到科學的方法治癒。這邏輯最大的問題在於未能認清疾病的認定需經一套僵化價值的判斷，將致病因子限制於生物模型則從根本上排除了將社會文化機制列為病因的可能，對科學法的全然執迷，則完全忽略了由病名訂定開始，就已預設了遊戲架構的循環邏輯(蔡篤堅：1997)。

醫療組織享有定義病名的權力，決定誰是病人，誰該接受診斷治療？甚至決定未來可能發生的病痛，讓所有的人民成為潛在性的患者。物理治療中認定的健康狀態就像是一套數據框出的標準值，健康意謂著坐落在標準值之內。將健康的責任放置在全體人民之間時，致力於維持健康的狀態變成是每個人努力的目標，深怕超標後可能造成的傷殘，於是一點小小的超標都須尋求醫療專業的協助，已避免更大未知的風險。

醫療化社會已經將人們對不舒服的感知程度訓練的十分敏銳，而醫療組織與國家共謀的結果，無疑將人們壟罩在大家都是病患的潛在擔憂當中。這些論述催促著人們向前追趕，努力接受不健康的事實已較為容易，眼前卻要望著「全人健康」這個遙遠的目標不斷奔跑。人們透過醫生的專業性判斷得到不會殘疾的曙光，國家透過論述的聲稱及醫療組織的努力已型塑出醫療化的社會，而醫療組織在其中透過成長中的物理治療稀釋總額給付下的人力成本並獲得更多的利潤，這些利潤則由人民及國家買單。

第三節 揭開物理治療成長數據的黑盒子

醫療費用的上升在全民健保實施之前已有多位學者進行討論，有些歸因於醫療體系外部的社會結構面因素，如：老年人口的增加、醫療型態的改變、醫療科技的

更新進步、國民財富的增加及醫療需求提升，這些外部社會結構導致醫療需要⁷⁶增加。老年化人口的成長與醫療費用快速增加雖然相關卻非主要原因，每個世代的老年人口的醫療費用支出都會比同一世代的其他年齡層高。這顯示出老年人口所接受的醫療服務的量及成長都較其他年齡層要高，也代表著老年人口醫療型態與治療方法的改變對醫療費用的影響顯著於人口結構的變化。短期內看不出影響，時間軸拉長時則顯示出醫療型態隨之轉型，改變整體醫療服務的風貌(宋承恩，1993)。

台灣的老年人口在 1994 年正式跨過聯合國世界衛生組織(WHO)所定義老人國家 7%的門檻，正式邁入老人國之列。醫療機構、公共衛生學者多指出隨著社會人口逐漸老化，復健醫療產品將因著老人比例上升被廣泛利用。針對此點，我有不同的看法，依照全民健康保險資料庫之健保資料指出，近十年來接受物理治療不斷攀升之年齡層落在 40~50 歲，代表的是老年人口增加雖然增加，並不一定意味著這些老年人口都會因自然老化及關節的退化而需要接受物理治療。

參照人口學以年齡階層及人生階段將年齡組成分成 8 個階段，並將 15~64 歲界定為扶養人口，其中 25~44 為壯年期，45~64 歲為中年期。依據行政院衛生署 2005 年全民健康保險醫療統計年報中⁷⁷發現，因「骨骼肌肉系統及結締組織之疾病」接受門診之患者年齡層分佈，發現平均有 10.63%落在 50~54 歲的年齡層，第 2 名為 45~49 歲的年齡層，平均為 9.72%，第 3 名落在 40~44 歲的年齡層，平均為 8.56%，第 4 及第 5 名分別為 55~59 歲及 60~64 歲。由此觀之，接受骨骼肌肉相關疾病門診者為中壯年齡層為最。而物理治療中又多以骨骼肌肉損傷為多，如此與醫學報導或醫療學者所說說隨著老年化越巨，物理治療需求量將隨著上升有本質上的差異。再者，依據全民健康保險醫療統計數據中顯現，65~79 歲仍有 6.35%的比例，至 80 歲以上只剩下 2.08%的比例，可以想見物理治療的需求不因年齡層的增加而正向的甚至快速的成長。由此可知，醫療衛生領域在觀看及分析醫療數據時，有其系統性的遺漏。那是什麼原因導致物理治療在總額給付打壓下、看診緊縮遍佈於各科別中，卻仍是傲然地向上成長呢？

⁷⁶ 醫療需要(needs)與醫療需求(demand)在本質上需要釐清，醫療需要為接受治療的病人確實因治療而獲得健康改善或復原；醫療需求則常來自醫療人員的選擇性建議，或來自其他專家論述而產生，病人願意由市場上的「價格」獲得的醫療服務。

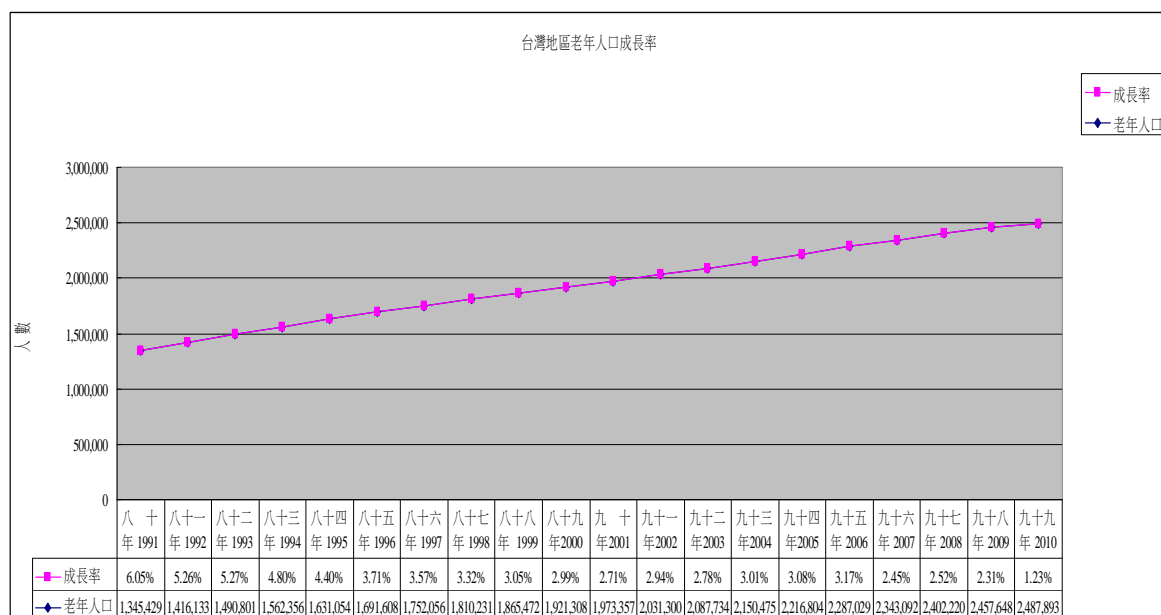
⁷⁷表四 門診人數統計—按疾病別及就醫科別分

醫療費用的上升在全民健保實施之前已有多位學者進行討論，有些歸因於醫療體系外部的社會結構面因素，如：老年人口的增加、醫療型態的改變、醫療科技的更新進步、國民財富的增加及醫療需求提升，這些外部社會結構導致醫療需要增加⁷⁸。亦有學者認為老年人口每增加 1%，則百萬人口物理治療師人力需求增加 20% (廖華芳，2000)。但是老年化人口的成長與醫療費用快速增加雖然相關卻非主要原因，每個世代的老年人口的醫療費用支出都會比同一世代的其他年齡層高。這顯示出老年人口所接受的醫療服務的量及成長都較其他年齡層要高，也代表著老年人口醫療型態與治療方法的改變對醫療費用的影響顯著於人口結構的變化。短期內看不出影響，時間軸拉長時則顯示出醫療型態隨之轉型，改變整體醫療服務的風貌 (宋承恩，1993：43)。雖然整體的醫療型態雖然會隨著人口型態的轉型而改變，但這是長期的影響，實在無法作為短期內物理治療快速且持續上升的原因。

2000 年我國老年人口已佔全國人口 8.8%，預計 2020 年老年人口將達 14%，2036 年時，老年人口更將高達 21% 以上 (李世代，2002)。眾多學者聲稱老年人口比例的增加將增加醫療需求，但這增加的數字卻同時意味著我國的出生率的下降及國民平均壽命的延長使我國 65 歲以上的人口增加，由於有兩個原因加乘，所以若要看老年人口的成長是否在短期內影響醫療支出，不可以其佔總人口的比率做推估，將失之準頭。依照內政部提供的戶籍人口統計資料中取得 1991 年至 2010 年老年人口數 (65 歲以上)，進行老年人口的成長率比較 (如下圖表 4)，發現成長較快集中在 1991-1998 年，平均成長率約 4.5%，若計算 1991-2010 年，此 20 年左右的老年人口的成長率持平，平均成長率只約 3.43%。交叉比較物理治療近年的成長率 (如下表 14)，發現老年人口成長率呈現穩定的上昇，無明顯其他外來影響因素，但復健治療的成長率則在 2004 年至 2005 年幾近呈現零成長 (推估應與總額預算方才實施，醫院需做總體預算考量而控制各科的業務量有相當關係)。但是 2007 年至 2010 年間的成長則明顯超出老年人口的成長，或許老年人口的成長未來 10 年間可能造成復健治療的版塊改變，但目前的數據看來，兩者的成長各有其背景因素，若免強將其設定成因果關係，將可能遺漏了其他重要影響物理治療成長的因素。

⁷⁸ 醫療需要 (needs) 與醫療需求 (demand) 在本質上需要釐清，醫療需要為接受治療的病人確實因治療而獲得健康改善或復原；醫療需求則常來自醫療人員的選擇性建議，或來自其他專家論述而產生，病人願意由市場上的「價格」獲得的醫療服務。

圖表 5



台灣地區老年人口成長率

資料來源：2011 年內政部內政統計年報/戶政-人口年齡分配；作者自行統整繪圖。

表格 14 2004-2010 年復健治療治療量及成長率

值：百萬點

| 層級-費用分類 | 資料顯示 | 2004 全年合計 | 2005 全年合計 | 2006 全年合計 | 2007 全年合計 | 2008 全年合計 | 2009 全年合計 | 2010 全年合計 |
|----------|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 醫學中心復健治療 | 值 | 375 | 352 | 336 | 340 | 356 | 370 | 405 |
| | 成長率 | - | -6.1% | -4.6% | 1.1% | 4.8% | 4.0% | 9.3% |
| 區域醫院復健治療 | 值 | 359 | 342 | 390 | 415 | 425 | 444 | 501 |
| | 成長率 | - | -4.6% | 13.1% | 6.5% | 2.4% | 4.4% | 12.9% |
| 地區醫院復健治療 | 值 | 177 | 206 | 182 | 191 | 207 | 215 | 246 |
| | 成長率 | - | 16.2% | -10.7% | 5.1% | 8.4% | 3.9% | 14.4% |
| 復健治療合計 | 值 | 911 | 900 | 907 | 946 | 988 | 1,029 | 1,152 |
| | 成長率 | - | -1.1% | 0.8% | 4.2% | 4.5% | 4.1% | 11.9% |

備註：1.本表以 2004 年為基準點

2. 本表資料來源：行政院衛生署中央健保局-全球資訊網，網址：

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD_ID=812&webdata_id=1173

取用日期：201 年 7 月 9 日。

而邵以鈞在研究台灣地區物理治療人員分布趨勢時，亦懷著擔憂，物理治療人員的地理分布多集中在老年人口比例較低及收入所得較高的縣市，亦即都會區(邵以鈞，2005)。這樣的擔憂其實沒有講清楚，物理治療分佈並非如同聲稱的需求集中在老人及低生活功能居多的鄉村，卻是集中在有利可圖的大都市中。那大都市中如何提供這麼多的物理治療需求？透過醫療的論述、便宜的費用及利用人們想要簡單地解除高工時工作下腰酸背痛的期盼，眾多的物理治療需求就逐年遞增。從接受物理治療的年齡多坐落於中壯年年齡層(合計佔 44%)的結果可以作為佐證(詳見表格 12)。

由上述討論可見，近十多年來物理治療的快速成長實非老年人口的成長可以提供的，當多數公衛學者做如此的指稱時，是較為方便看起來似乎也理所當然的結果，一旦深入探究，卻發現其實老人化國家是未來社會結構轉變的隱憂，而非當前物理治療快速成長的主因。另一組物理治療應當持續照顧的對象-實際重大傷殘者，是否亦成為物理治療成長的空包彈呢？

若依循著物理治療建置的中心目的，肢體殘障患者應為其主要照顧對象，但醫療學者在研究重大傷病與殘障患者使用健保門診復健時卻指出，1997-1998 年間，重大傷病及殘障病患的復健相關治療只佔總數之 2.8%和 3.9%，其他約 94%都是非重大傷病或殘障病患(吳英黛等人，2002：3)。這樣的醫療提供雖然耗費了大量的復健相關治療的資源，卻絕少照顧到殘障患者，1998 年 5 月時，復健科診所更以多照顧殘障病人為由，將支付標準改為四級制，讓復健科診所的支付標準高於一般科別的診所。如此打著照顧殘障患者的口號以獲得更大的利益及社會支持，實質卻是向廣大的民眾投出只要不舒服就應該接受物理治療的論述，吸引更多民眾接受並投入物理治療當中。

可見全民健保施行後，利益的追逐已讓醫療組織練就了應對國家及民眾的兩套邏輯論述，當這兩套論述分開審視似乎都有道理亦能得到其訴求的利益增長，但兩相比較之下中間卻矛盾重重，藉著聲稱服務殘障患者以進行醫療角色的定位，實質卻透過多是儀器治療組成的中度治療不強化並使一般民眾適應物理治療需求，而壓縮應當接受物理治療的真正患者。

當醫療化已經成為事實，每個人身上似乎都已背負著幾個疾病的名稱亦是常

態。另一個現象卻站在醫療化的肩膀上悄然成長茁壯，夾帶的龐大利益的追求，作用在已然接受醫療化的個體身上，以利益的角度投入各式醫療行為，利益取向的醫療邏輯儼然成型，變成主導現今醫療組織經營的主要宗旨，對抗著國家將醫療視為社會福利的初衷。這是一個令人擔憂的趨向，當醫療化的定義成為醫療詮釋的範圍擴張進而變成一種社會控制，這是一種從健康和疾病的角度，詮釋人類的某些行為與狀態，進而以醫療意義衡量行為的主體意即個人的身體狀態。為了達到維持社會規範的目的並減輕因為違反社會規範所衍生的困擾，醫療取向成為種工具或是手段。

第五章 結論

在觀看物理治療的場域時，本文多方向地透過醫療制度(國家角色)的分析、醫療專業權力的行使及接受醫療行為的個體三方向的角度與交互作用形塑出現在蓬勃發展的物理治療面貌。全民健保實施以降，醫療制度經過論量計酬、部分負擔及總額給付的更修，在降低物理治療的成長率上卻起不了恆久的作用。反而讓物理治療地服務量更確定地坐落在非重大傷殘的一般骨骼疾患中。這樣的結果是三方共謀之下所造成的，面對醫療組組織的專業門檻，國家執行醫療政策的行政單位無力介入過多，而隨時又必須估量著醫療成本降低及提供社會福利的天平，這樣的壓力再度轉嫁至醫療組織之中，而以儀器治療居多的物理治療則在現今的總額制度下成為醫療組織考量成本時的獲利科別。

在醫療化的社會中，我們同時發現，人民並非被動地接受醫療論述，而是在有選擇的狀況下選擇了一個既不侵入性又擁有醫療專業的物理治療。至此，醫療論述的刻意營造及病名的製造加上病人主動地尋求一較為「安全」的治療方式，已可勾勒出共謀的圖像。病人可能與醫師彼此共謀，因此有效強化了後者的醫療霸權，雖然醫療權力可被視為在「規訓」與控制人的生活，但也有可能是人們因為某些明顯的利益而自願將自己獻給醫療權力。

隱含著在醫療化社會中醫療使用者並非總是被動地接受醫療，反之是在有選擇的前提下選擇了物理治療。這也意味著當醫療實踐發展出一些論述性語言，用以外化、擴展和控制健康時，無法決定接下來的反作用力如何運作。雖然不同年齡層擁抱物理治療的原因迥異，但是可以確認的是這些擁抱的主動成分確實是在其他傳統醫療服務內較少見到的。

近年來物理治療諸多論者轉向自費物理治療的行銷及可能的擴張方式，意味著物理治療這項醫療產業亦已在健保的支持之下逐漸成長茁壯，可以發展成不需健保給付的自費模式。這亦表示或許人民對於身體療育的概念逐漸轉型，在傳統的醫療化之下的個體自由度較不被重視與討論，在物理治療的產業中，卻無法忽略人民主動因其各自需求找尋合適的醫療方式之可能，甚至樂意主動成為「病人」。有別於以

往在醫療產業下被操縱的個體，總帶著些不願與劣勢接受醫療行為，在物理治療中，無論病人以何種角度看待接受治療的事實，或許是復元傷肢功能、是按摩、是紓絡筋骨，更或許是社交聯誼的場合，不變的是這項產業提供了便宜且專業的治療改變了人民看待身體的方式。當多數的比例是以往不被視為應當接受的醫療的「不舒服」成為主動接受治療成為「病人」時，「病人」的角色及身體觀亦是令人玩味的。除了表面可以觀之的產業蓬勃發展，未來不必依賴健保給付的自費物理治療產業代表著是人主動又自願地將自己獻出，共同構築這無限的醫療利益。

衛生署在今後的衛生策略上有一很重要的改變：以促進健康(health promotion)及預防疾病(disease prevention)代替傳統的診斷與治療；以購買「健康」代替購買「治療」。

~~~李明亮，2002，〈署長的話〉

物理治療在近 15 年來的成長茁壯，呈現出健康概念的轉變及醫療組織逐利的過程。就如上方引文所述，因著國家視野的放置，目前買「健康」已是健康風險中的顯學，在風險概念中，健康就像是遙不可知的理想，而我們則是努力去逐夢，任何打著健康頭銜的產品都成了極欲買的對象。

目前出現兩種看似背離卻皆為商品化的結果，一是隨處可見將醫療產品做為商品販賣，打著做自己的診療師的名號，任意販賣以前需醫師或治療師使用的醫療器材(如附錄 3)，可見專業化已建築起來後，專業的界線隨著商業化漸漸模糊。另一種狀況則是：目前台灣已有部分物理治療工作所脫離健保體制，以自費方式不經由醫師的診斷、照會、醫囑，直接服務病患(許澤民，2006)<sup>79</sup>。依據各縣市自定的收費標準，每次治療費用約為 1,000 元上下，這樣不啻是造成雙重的醫療資源付出？

本文試圖透過物理治療快速成長的研究反省醫療組織懷抱著逐利者的心態經營醫療論述時，即便面對的是單方向的國家醫療政策，仍會試圖在其中找尋出口。那麼剝奪的不只是眼前醫療資源，在總額預算之下，醫療組織內各科的預算皆打包在

---

<sup>79</sup>物理治療師自行設立自費工作室之規範於法並無明文所記載，是以從事工作室執業方式的治療師大多十分低調，且治療師之間並無固定組織與聯誼會。

一起計算，最令人擔心的是其他需要較多資源及成本的科別(例如：職能治療、口與治療、外科等)因此被壓縮，成為醫療組織另類踢人球的方式。

一個對醫療社會學議題的討論其背後都蘊含著一個更關鍵的期待，那是社會對「人」的各種想像和溝通。社會學不僅是在觀察社會對人的溝通，當它這麼做時，其本身同時也參與到「人」的社會建構性裡頭，亦即社會學觀察社會如何想像人這回事，也一併構成了對人的形塑(賴維倫，2008)。醫學的進步除了表面所見，更多的是帶著人們寄予的厚望，對疾病和醫學的抵抗與期望，其中牽涉的不只是外在環境的問題，而是直指「人」本身，影響了對何謂「健康的人」的後設思考。

不再是國家機器單方面介入建構，背後所隱含的社會意義與思維方式，值得我們用更為謹慎與不同的眼光來反省與思考。去尋找在物理治療蓬勃發展的背後，在醫療及資本主義脈絡下各方論述所呈現的，對人的本質上的認識論觀點。醫療作為可以觀照人自身為主的特質，特別在醫療全景式的眼光之下，人的特質被支解成片段來看待，在這樣的醫療論述中，「人」及其「身體」如何被認識、被呈現，值得我們有所警惕。

因著醫療組織逐利而為的邏輯，目前顯示出另一個令人擔心的現象，觀看目前現狀，醫療產業一直圍繞著內科、外科、婦科、兒科基本科別的發展，也有了明顯的轉變，傾斜至「五官科」或其他科別<sup>80</sup>。這幾年內、外、婦、兒傳統四大科漸漸式微，近來調查顯示台灣醫學系前三名學生選科的意願多朝向「生活品質」與「收入」考量。而且這幾年抗老、美容、養生盛行，又不少是自費醫療項目不必受限於健保規範，作息規律、壓力小、醫療風險低。所以收入穩定的「五官科~眼、耳(鼻喉)、皮膚」、「抗老、美容醫學」和「預防醫學、家醫科」等「小科」蔚為顯學，成為醫學生最愛<sup>81</sup>。在全民健保實施總額給付多數醫學生擔心同酬不同工的狀況下，寧願選擇風險較低、若自行開診則較能讓患者自費的醫療科別。這樣的選擇若依然持續，令人擔心未來我們要找一個外科醫師都是難事了。

<sup>80</sup> 天下雜誌整理監察委員黃煌雄於2011年發表的「我國全民健康保險總體檢查」調查報告。謝明玲，2011，《新署長不得不面對的健保四大問題》，〈天下雜誌〉，466：80-81。

<sup>81</sup> 陳怡靜、王昶閔，2011，〈新世代從醫 偏好「五官科」〉。《自由時報》，4月11日。

會在社會學領域中討論物理治療這項醫療服務，無非透漏著筆者對全民健保中的醫療浪費的深深關注，如果說本論文可以有些貢獻之處，我想就是試圖帶領讀者撥開蓬勃的醫療化之下其實是由國家、醫療組織及個人三方共同構築而成，而原本不舒服的樣態就這這三方力向推拉之間亦以形成需要接受醫療的習慣。當醫療習慣亦以形成，要改變則需要更大的動力才行，這非本文能夠處理的，沒有消極的逃避，轉向積極的面對我們熟悉不多卻又被論述掩蓋的現實是個不錯的方式，既然「入世」已是必然，學習社會學的我們也必須善盡職責地呈現所見所聞，這不是必然的結果，而是頗具爭議的討論。這是好事，正因為如此，社會中的多元才得以存在，至少在個體受到強烈規訓之下，思維是奔放的、自由的。

本文仍有許多無盡之處可待未來有興趣者加以深入，特別在自費物理治療已悄悄形成物理治療界的共識及討論時，意味著這項產業漸趨成熟，不再需要全部依靠全民健保的補助，更多的病名、論述及治療方式相信將陸續出現並要你我接受，未來這塊產業將形成什麼樣貌確實可以再深入觀察與探究。



## 附錄

附錄 1 歐式下背痛傷殘指數量表

| 歐式下背痛傷殘指數量表                   |      |
|-------------------------------|------|
| 部分 1：痛苦強度                     | 自我評分 |
| 我能忍受疼痛，但我沒有必須使用止痛藥。           | 0    |
| 疼痛變嚴重，但我沒有吃止痛藥。               | 1    |
| 止痛藥能完全解除疼痛。                   | 2    |
| 止痛藥適度解除疼痛。                    | 3    |
| 止痛藥很少解除疼痛。                    | 4    |
| 止痛藥沒有作用，我不使用止痛藥。              | 5    |
| 部份 2：個人照顧                     | 自我評分 |
| 我能照顧自己，沒有導致額外疼痛。              | 0    |
| 我通常能照顧自己，但它會導致一點點疼痛。          | 1    |
| 我通常能照顧自己，並且我會慢和小心。            | 2    |
| 我需要一點幫助，但能照顧自己，大多數日常生活自理。     | 3    |
| 我需要幫忙，需要生活活上各方面需要協助。          | 4    |
| 我無法換洗衣服，需長期臥床。                | 5    |
| 部分 3：提重                       | 自我評分 |
| 我能提重，沒有額外痛苦。                  | 0    |
| 我能提重，但有點額外痛苦。                 | 1    |
| 疼痛讓我無法將地板上的重物抬起來，但我能在桌上移動重物。  | 2    |
| 疼痛讓我無法提重物，但對輕量及中等重量的東西移位沒有問題。 | 3    |
| 我只能提起非常輕的重物。                  | 4    |
| 我根本無法提起任何重物。                  | 5    |
| 部分 4：走(壞的問題)                  | 自我評分 |
| 疼痛不會限制我走任何距離。                 | 0    |

|                         |      |
|-------------------------|------|
| 疼痛限制我走超過 1.6 公里。        | 1    |
| 疼痛限制我走超過 800 公尺。        | 2    |
| 疼痛限制我走超過 400 公尺。        | 3    |
| 我只能用棍子或拐杖走路。            | 4    |
| 我大半時間臥床，必須爬行到洗手間。       | 5    |
| 部分 5：坐(喜愛的椅子，有靠背)       | 自我評分 |
| 我能做在任何一把椅子，多長時間都可以。     | 0    |
| 我只能做在我喜愛的椅子，多長時間都可以。    | 1    |
| 痛到讓我無法坐超過 1 小時。         | 2    |
| 痛到讓我無法坐超過 0.5 小時。       | 3    |
| 痛到讓我無法坐超過 10 分鐘。        | 4    |
| 我根本痛到沒辦法坐。              | 5    |
| 部分 6：站立(記住，只站立不走動)      | 自我評分 |
| 我能站立，沒有額外疼痛。            | 0    |
| 我能站立，但造成我一點點不舒服。        | 1    |
| 疼痛讓我無法站立超過 1 小時。        | 2    |
| 疼痛讓我無法站立超過 0.5 小時。      | 3    |
| 疼痛讓我無法站立超過 10 分鐘。       | 4    |
| 疼痛讓我根本無法站立。             | 5    |
| 部分 7：睡覺                 | 自我評分 |
| 疼痛不影響我睡覺。               | 0    |
| 使用安眠劑才能睡覺。              | 1    |
| 即使使用安眠劑才能睡 6 個小時以內。     | 2    |
| 即使使用安眠劑才能睡 4 個小時以內。     | 3    |
| 即使使用安眠劑才能睡 2 個小時以內。     | 4    |
| 疼痛讓我根本無法睡覺。             | 5    |
| 部分 8：性生活(由痛苦：為對導致疼痛的恐懼) | 自我評分 |

|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| 我的性生活是正常的，也沒有導致額外疼痛。            | 0    |
| 我的性生活是正常，但引起一些額外疼痛。             | 1    |
| 我的性生活是幾乎正常的，但是非常疼痛。             | 2    |
| 我的性生活會因為疼痛而受到嚴重限制。              | 3    |
| 我的性生活是幾乎由於疼痛而無法做。               | 4    |
| 我痛到無法進行性生活。                     | 5    |
| 部分 9：社交生活                       | 自我評分 |
| 我的社交生活正常，無任何額外疼痛。               | 0    |
| 我的社交生活是正常，但會增加疼痛的程度。            | 1    |
| 疼痛沒有影響或限制我的生活，除了需要精力充沛的運動，例如跳舞。 | 2    |
| 疼痛限制了我的社交生活，並且我經常不出去。           | 3    |
| 疼痛限制我家人的社交生活。                   | 4    |
| 我因疼痛，沒有任何社交生活。                  | 5    |
| 部分 10：旅行                        | 自我評分 |
| 我能到處旅行，沒有額外疼痛。                  | 0    |
| 我能到處旅行，但它給我額外疼痛。                | 1    |
| 疼痛不是很好，但我還能旅途 2 個小時。            | 2    |
| 疼痛不是很好，限制旅途少於 1 個小時。            | 3    |
| 疼痛是嚴重，限制旅途少於 30 分鐘以內。           | 4    |
| 除了找醫師或醫院，疼痛讓我無法旅行。              | 5    |
| 總分                              |      |

總分 50 分，分為十大部分，分別計分，每部份五分。

計算方式：總分/50 x 100 = %

0%~20% 最小的傷殘：患者能應付多數生存活動，通常不需治療，需注意姿勢。

21%~40% 適度傷殘：患者這有更多痛苦和坐立難安。旅行和社會生活更加困難。個人照顧、性生活、睡覺不是常受影響的，患者可能以保守的手段處理。

41%~60% 嚴重傷殘：痛苦依然是主要問題，每日居住的活動是受影響的，這些患者需要一次詳細的調查。

61%~80% 致殘：背部疼痛衝擊患者所有的生活，必須正面的干預。

81%~100%：這些患者臥床或是症狀會繼續惡化。

來源：吳定中，2011，〈預防是最佳治療-腰背痛之自我評量〉。《台中榮總醫訊 156 期》：18-20。

附錄 2 台灣復健功能量表(TaRFS)-----住院病患適用(引自潘瓊琬等人，2001)

日常生活功能(ADL)(1 分代表完全依賴；7 分代表完全獨立；N/A 代表無法評估或不適用)

|                     |                                                                                             |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| A1.進食.....          | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A2.儀容修飾.....        | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A3.上半身穿衣.....       | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A4.下半身穿衣.....       | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A5.床、椅子、輪椅移位.....   | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A6.浴廁移位.....        | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A7.如廁.....          | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A8.洗澡.....          | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A9.行動能力(步行或輪椅)..... | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| A10.上下樓梯.....       | 1 2 3 4 5 6 7 N/A                                                                           |
| 日常生活功能總分.....       | <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="."/> |

認知-社交功能(Cognitive-Social)(1 分代表完全依賴；7 分代表完全獨立；N/A 代表無法評估或不適用)

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| A11.定向力.....      | 1 2 3 4 5 6 7 N/A     |
| A12.理解日常生活.....   | 1 2 3 4 5 6 7 N/A     |
| A13.綜合解決問題能力..... | 病人 1 2 3 4 5 6 7 N/A  |
|                   | 照顧者 1 2 3 4 5 6 7 N/A |
| A14.理解力.....      | 病人 1 2 3 4 5 6 7 N/A  |
|                   | 照顧者 1 2 3 4 5 6 7 N/A |
| A15.表達力.....      | 病人 1 2 3 4 5 6 7 N/A  |
|                   | 照顧者 1 2 3 4 5 6 7 N/A |

認知-社會功能總分.....

主觀安適感(Subjective well-being)

A16.我覺得我目前的整體健康狀況.....(非常差) 1 2 3 4 5 6 7 N/A(非常良好)

A17.最近 1 個月來，我的心情.....(非常差) 1 2 3 4 5 6 7 N/A(非常良好)

A18.最近 1 個月來，我和親屬朋友的來 (受到很大影響) 1 2 3 4 5 6 7 N/A(完全沒有影響)

A19.我對己的功能是否恢復.....(非常沒有信心) 1 2 3 4 5 6 7 N/A(非常有信心)

A20.我可以去做我想做的事.....(非常不同意) 1 2 3 4 5 6 7 N/A(非常同意)

主觀安適感總分.....

總分.....

來源：潘瓊琬、鍾麗英、曾美惠，2001，〈復健功能量表之發展與效度研究〉。《台灣醫學》5(4)：389-400。

附錄 3 物理治療儀器(電療)已被當成商品於市面上販售

附圖一 低週波經皮神經器即物理治療中的電療



附圖二 通過衛生署醫療器材的認證





附圖四 依照圖示，所有酸痛處皆可自行進行治療

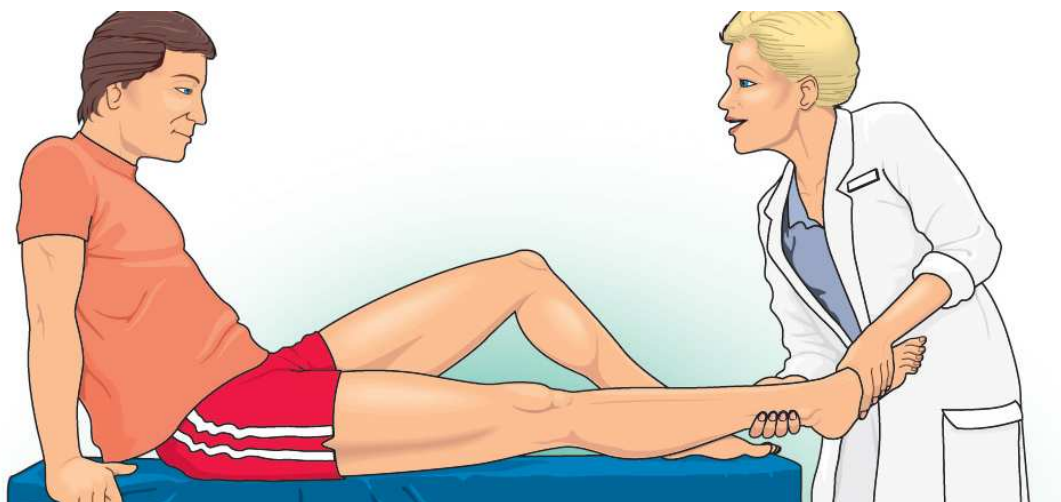


附圖五 直接提供電療導片，共分成 8 種方式，各有 10 個強度等級，在無說明書的狀況下，由消費者自行調整合適的強度使用。





## 附錄 4 物理治療專業性廣告



## 物理治療

## Physiotherapy

**物**理治療 — 集合世界各國醫治傷痛之大成的天然治療法。無論閣下是因為運動，工作，日常生活，交

通意外受傷，又或是受到關節或筋骨傷痛等遠年舊患所困擾；位於士嘉堡Finch夾Midland美蘭中心醫務大樓內的專業物理治療康復中心都可為閣下解除痛苦。專業物理治療康復中心由傅卓明物理治療師主理，並有多名安省註冊物理治療師、按摩師及針灸師註冊。傅卓明畢業於安省皇后大學物理治療系。除考獲加拿大及香港執業資格外，還不斷進修世界各地的深造課程，考取紐西蘭McKENZIE 物理治療脊椎證書及安省McMASTER大學醫學院針灸證書，治療方法集合加拿大，美國，澳洲，紐西蘭，日本，中國及瑞典等七國之所長。專業物理治療康復中心佔地三千多呎，地方寬敞，環境舒適，設備先進。開業四年來求診者眾，以下詳列數個甚具代表性的病例：

### 病例（一）：

David，三十五歲，從事電腦工作，平常在公司要整天坐在電腦前面工作。上週六在車房搬一箱舊報紙時懷疑因為太心急而不小心扭傷了腰骨。這幾天坐下工作時覺得腰很痛，勉強駕駛汽車回家時甚至痛得難以轉身下車，朋友於是介紹David去找物理治療師幫忙。經診斷後發現病因是腰椎錯位引致腰部肌肉抽筋及神經線受壓。解決方法包括首先使用一些簡單的物理治療機器及按摩手法以舒緩症狀，再配以適當的手力復位以矯正錯位部份，之後物理治療師再教導David簡單的矯正運動，及教他佩帶腰封。一星期後David已能如常地工作及在後園做園藝，不再受到腰痛的煎熬。這是一個治療急性腰傷的成功病例。

## 病例（二）：

張女士已屆中年，在寫字樓工作。年輕時喜愛穿高跟鞋，但近年因上落樓梯時膝蓋無力兼且作響，晚上感覺膝蓋骨有酸痛，所以改穿平底鞋望能改善症狀。但是每當走路或上落樓梯太多時都總覺症狀沒有多大改善，痛楚有時接連幾日不退。張女士從收音機節目得知物理治療可以治療膝蓋痛，於是來找物理治療師幫忙，根據診斷原來病因Patella Femoral Syndrome膝蓋磨損。治療方法包括度腳訂造矯形鞋墊以減少膝蓋所承受壓力，使用超聲波及手力正骨以解決發炎及膝蓋內部的摩擦力。再配以電子肌肉刺激器及輔助運動以強化膝蓋附近肌肉對體重的負荷能力。在三管齊下的治療方法互相配合之下，張女士在三個星期後已經能夠在公司連續走幾層樓梯而不感吃力，甚至行公司Shopping連走數小時也不會導致膝蓋痛發作。物理治療對張女士來說是一種既有效，而且治標又治本的治療方法。

## 病例（三）：

Cecilia，23歲，學生。一個月前開始感覺頸痛，之後連帶引起頭痛。服食了一段時間的止痛藥只能帶來暫時性的舒緩作用。朋友於是介紹來看物理治療。經診斷後發現Cecilia的頭痛其實起源於頸椎第一至第三節。由於長期看書及使用電腦時的不良姿勢使到這些頸椎骨的位置有所偏差，導致通往頭部的血管受壓形成頸部肌肉痙攣及頭痛。治療師們於是根據Cecilia的病況運用治療機以放鬆Cecilia的頸部肌肉，再配以安全而有效的手力治療法及穴位按摩法。之後治療師再教導Cecilia適當的運動及為她配以適合高度的壓力調整枕頭，這些複合的全方位治療法有效地解決一切令到Cecilia不適的外在和內在因素。因此Cecilia的頸痛及頭痛便沒有再復發，就算在考試時也不再影響她的學習及表現，令她完全體驗到「健康就是財富」這一句致理名言。

## 病例（四）：

蔡女士，四十歲，因為雙腿不適而到本中心求診。經診斷後發現蔡女士因身體過重而引致雙腿的肌肉及關節痛。肥胖亦引致身體多個部份如足部等因為超過負荷而產生疼痛。治療師們於是為其設計出既治標又治本的全面治療法。針對蔡女士本身的關節及肌肉疼痛，可使用物理治療及按摩的方法解決。針對超負荷的問題，物理治療師於是為她度腳訂造矯形鞋墊及壓力承托形座墊。至於病源的身體過重，針灸師引用針灸瘦身法，再輔以物理治療運動。在三管齊下的治療方法協助下，蔡女士在半年後已不再感到雙腿疼痛，更成功地減輕了十多磅，自覺步履輕盈之餘，更感精力充沛。由於身體輕了，關節不再因超負荷而疼痛，肌肉亦因治療而回復正常彈性。平時活動多了，體重亦自然不會因缺乏運動而回昇，成功地扭轉了「體胖@關節痛@不願活動」的惡性循環。

## 病例（五）：

劉先生，六十歲，已退休。兩年前經專科醫生診斷患有嚴重Spondylolisthesis，腰椎由第二到第五節向前移位，如得不到適當治理，有下半身癱瘓的危險。可是由於劉先生年老骨脆，無法進行手術接駁固定前移部份。劉先生也患有腎病，在小腹側面有新近移殖的腎臟，固亦難以使用腰封來固定腰部前移部位。最近病況加重，更影響腰椎盤後移壓到坐骨神經，令到右腳麻痺及肌肉痙攣，直接影響日常生活。劉先生在過去兩年也根據醫生指示遍尋多名不同物理治療師，針灸師，按摩師，推拿師，腳底按摩師，脊椎醫師，可惜病情始終未能得到控制。

經過本中心治療師診斷後發現劉先生的病況主要由數種症狀組成。針對每種症狀必需採取相應的治療方法。如右腳的痲痺及肌肉痙攣可使用機器療法舒緩症狀，再配以適當的手力拉筋及按摩患處，可使患處的肌肉回復正常狀態。至於病源的腰椎及椎間盤，由於不能使用牽引或腰封等治療法，治療師便採用AthleticTaping的繃帶固定法以穩定前移部份再配合適當的運動，劉先生的病情漸受控制，身體功能也得到逐步恢復。此一病例証明配搭得宜的治療方法可有效控制及治療難治之症。

#### 病例（六）：

黃太，六十歲，已退休。平常會在家做一些輕便的家務及照顧孫兒，六星期前發現早上起床時右肩膊疼痛，難以轉動及使勁。黃太以為是扭傷了肩膊，休息兩三天就會沒事，所以不予理會，可是過了兩星期，痛楚雖然稍稍減輕，但是肩膊卻開始僵硬及不能轉動，甚至連穿衣服也感到力不從心，更別說做家務及抱孫！醫生介紹黃太來看物理治療。經過診斷，發現黃太患AdhesiveTendinitis即俗語所謂五十肩。為了治療黃太的病況，物理治療師應用了幾種不同的技巧，包括超聲波以鬆馳肩膊關節，針灸及電療以減低肩膊及軟組織的收縮及阻力，再配以手力治療及關節伸展運動把僵硬的肩膊鬆開。經過治療師們的悉心照料，黃太已能於二週後如常地穿衣服及做一些輕便家務。這時物理治療師已開始教導黃太使用健身器鍛練右肩的力量。再過兩週，黃太已能抱起30磅的孫兒。物理治療師認為黃太並不是最快康復的病例，但黃太康復的循序漸進模式卻是一個很好的典範。

**P T Rehab Center**

Tel: (416) 332-1168

Chapman Fu 傅卓明

B.Sc PT., R.P.T., C.MDT., C.CMA., M.C.P.A.

## 參考書目：

### 一、中文

江東亮，《衛生政策的未來與展望》，發表於許子秋逝世十週年紀念研討會，台北：台大醫院。

行政院衛生署，1989，《群體醫療執業中心之計劃與執行》；《全民健保法》；《醫師法》。

行政院衛生署中央健康保險局，2011，《全民健康保險醫療費用支付標準》。

成令方，2002，〈醫「用」關係的知識與權力〉。《台灣社會學》3：11-71。

台北：台灣社會學編輯委員會。

邵以鈞，2005，〈台灣地區物理治療人員執業分佈趨勢分析〉。長庚大學醫務管理學研究所碩士論文。

吳定中，2011，〈預防是最佳治療-腰背痛之自我評量〉。《台中榮總醫訊 156 期》：18-20。

吳英黛等，2000，〈復健相關治療兩年同期間門診業務成長之分析〉。《中華衛誌》，19：61-65。

-----，2002，〈重大傷病與殘障患者使用健保門診復健相關治療之分析〉。

《中華民國物理治療學會》27(1)：1-9。

吳凱勳，1993，〈台灣健康保險制度的回顧、現況與前瞻〉。《醫院》26(3)：134-152。

宋承恩，1993，《醫療市場之管制與競爭「全民健康保險」與醫療費用之抑制》。

台北：國立臺灣大學法律學研究所碩士論文。

李世代，2002，〈我國長期照護政策之發展〉，《護理導航》，5(1)：1-10。

李雅櫻、彭朱如，2002，〈特殊功能醫院經營策略分析—以中山醫學大學附設復健醫院為例〉。《醫務管理期刊》3(4)：95-117。

- 周禪鴻，2007，〈全人健康觀〉。《護理雜誌》54(3)：20-26。
- 官有垣，2000，〈非營利組織在台灣的發展：兼論政府對財團法人基金會的法令規範〉。《中國行政評論》10(1)：75-110。
- 林金定，2008，〈世界衛生組織「國際功能、失能和健康分類(ICF)」：理論架構、範圍、分類與編碼原則〉。《身心障礙研究》6(2)：102-127。
- 林明泉，2002，台灣地區外科手術醫療糾紛之研究以醫病關係為例，國立台灣師範大學三民主義研究所碩士論文。
- 林國明，1997，〈國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析〉。《台灣社會學研究》，第一期。
- 林綺雲，1998，〈醫病關係-人際互動理論的分析〉。《諮商與輔導》，149：8-12。
- 洪淑菁，2000，〈黃美涓：復健科已成為第一線醫療〉。《常春月刊》2000年12月號：140-144。
- 洪錦墩、藍忠孚、宋文娟，2003，〈台灣地區內科醫師人力之數量與地理分布〉，《醫務管理》，4(1)：21-31。
- 洪珍瑜、曹昭懿、吳英黛，1999，〈不同物理治療分及支付標準對各級醫療院所之影響〉，《中華衛誌》，24：2。
- 施桂雲，2002，《以系統思考觀點探討健保總額預算制度對醫療系統影響之研究》。  
彰化大葉大學事業經營研究所碩士論文。
- 胡名霞，1998〈物理治療與長期照護〉。《中華物療誌》23(1)：52-60。
- 胡幼慧，2001，《新醫療社會學》。台北：心理。
- 高木榮等，1999，〈北區全民健康保險後復健醫療費用成長分析研究〉。《中華復健醫誌》27(2)：37-45。
- 高榮禧，2003，〈傳科《性史》寫作階段的主體概念〉。《揭諦》5：95-121。
- 張芷雲，1994a，〈組織場域的浮現—台灣醫療產業的研究〉，《中央研究院民族學研

- 究所集刊》，第 77 期，頁 157-192。
- ，1994b，〈就醫流向的長期變遷〉。《中華公共衛生雜誌》13(1)：54-76。
- 張苙雲、謝幸燕，1994c，〈醫療資源成長與分析：制度面成因的思考〉，《人口學刊》，16 期，頁 79-106。台北：台大人口研究中心。
- 張苙雲，1998，〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉。《台灣社會學刊》21：59-87。
- 張斐綾，2002，《全民健保 1999 年部分負擔新制實施之成效評估—以復健科為例》，長庚大學醫務管理研究所碩士論文。
- 莊永明，1998，《台灣醫療史》。台北：遠流。
- 曹昭懿、吳英黛，2004，〈健保復健治療支付方式改變對基層診所申報行為之影響〉。《中華民國物理治療學會》29(4)：225-232。
- 許澤民，2006〈物理治療師執業模式探討—以成立自費物理治療工作室者為例〉。台北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 郭俊偉，2004，《身體、權力、醫療化：探討小兒科醫師之論述場域》，東吳大學社會學研究所碩士論文。
- 陳美智，2000，〈組織真是「理性」的嗎？——一個組織社會學的新制度論觀點〉。《東海社會科學學報》，20：27-59。
- 陳文尉，2003，〈作業基礎成本制下醫療產品利潤動因之探討—以物理治療為例〉。中正大學會計與資訊科技研究所碩士論文。
- 陳志鳴，2002，《探討物理治療專業之轉介模式》，中山學人力資源研究所碩士在職專班論文。
- 陳志鳴、吳英黛、曹昭懿，2006，〈全民健保住院病患復健治療利用概況與高齡化衝擊之探討〉。《中華民國物理治療學會雜誌》，31(6)：357-363。
- 陳祐蘋等人，2004，〈台灣地區未來二十年物理治療人力供需推估研究：第一部份—

- 物理治療人員生產力現況調查〉。《物理治療》，29(5)：281-292。
- 陳皇仲、張斐綾、盧瑞芬、朱岳喬、蔡文鐘、石琳娜、劉耀宗、鄧復旦，2006，〈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〉。《台灣復健醫學雜誌》34(2)：73-80。
- 陳英作，1998，《台灣地區物理治療人員執業現況之調查與分析研究》，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
- 陳端容，1989，《70年代台灣醫療產業和醫療政策規劃的互動關係》，國立臺灣大學社會學研究所碩士論文。
- 傅柯，1979，劉北城，楊遠嬰譯《規訓與懲罰--監獄的誕生》，臺北市：桂冠，1992初版。
- 彭達謀，1977，〈我國復健醫學的實施和特質〉。《台灣教育》，4月號：42-43。
- 黃彥莉，2001，〈「遊戲間」還是支配場域？診療室的醫病互動關係〉，國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 黃進興，2004，精神病患醫療人權之研究，國立中正大學法律學碩士研究所論文。
- 黃蕙棻，2008，〈傳統與現代的中醫傷科學〉。《台灣醫學》，12(2)：178-182。
- 畢柳鶯、連倚南，1997，〈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布及其未來走向〉，《中華復健醫誌》，25(1)，P.65-72。
- 楊志良，1992，《公共衛生學新論》，台北：巨流。
- ，2002，《健康保險》，巨流圖書。
- 楊志良、洪碧蘭，1998，〈健保支付與醫界生態關係之初探〉，《醫院》，31(6)：41-60。
- 楊思標，1995，〈全民健保時代的醫療體系、醫學倫理及醫學教育〉。《台灣醫界》，38(2)：82-88。

葉金川，1993，〈我國健康照護體系〉，《健康保險》，楊志良編。台北：巨流。頁 111-151。

-----，1996，〈全民健康保險實施一年來回顧與展望〉。中央健保局。

-----，2004，〈全民健保總額制度的困境與解決方案〉。《台灣健康保險行政協會》，1(1)。

詹火生，1983，《民主主義的社會安全理論與實施》，台北：中央文物供應社。

-----，1985，〈社會福利事業之範圍及特質〉。《社區發展》32：97-99。

詹啟賢，1998，〈衛生政策的基本理念〉，《衛生政策》，第 8 卷，第 2 期，頁 2-10。

詹遠華、衛三，1977，〈論整體醫療體系中的復健醫學〉，《健康教育》，12 月號：60-61。

廖華芳、柴惠敏、江東亮，2000，〈物理治療人力之供需與地理分佈實証研究〉，  
國衛院：各醫事人力組政策建言書及學術論文。

廖華芳，2003，〈認識物理治療〉。頁 55-78，收錄於張天鈞編，《人與醫學》。台北：  
國立台灣大學出版中心。

裴晉國，1995，〈台灣地區國家機關與醫療體系之發展〉，台北：台灣大學三民主義  
研究所。

凱博文著，陳新綠譯，1995，《談病說痛》。台北：桂冠圖書股份有限公司。

劉尚修，1975，〈復健醫學之研究〉，《光復大陸》，12 月號：22-24。

劉孟玲，2005，〈以平衡計分卡建構物理治療行業-某醫學中心物理治療組為例〉。  
國立台灣科技大學管理研究所碩士學位論文。

蔡篤堅、李玉春，1997，〈科學的政治，政治的科學：由比較歷史的觀點談台灣醫學  
政治之趨勢與歷史文化意義〉。「科學、科學主義、與人」討論組，「宗教、靈異、  
科學與社會」學術研討會。南港：中央研究院，12 月 4-5 日。

蔡篤堅，1998，〈醫療網規劃過程中國家概念之重塑：台美比較研究〉，86 年度國科



- 會計畫成果 NSC86-2412-H-010002-T,「政策」討論組。國科會 84-86 學年度社會組專題計畫補助成果發表會。南港：中央研究院,1 月 16 日至 17 日。
- , 2001,《當代台灣衛生福利政策論述的解構與重塑》,台北：唐山。
- 潘璦琬、鍾麗英、曾美惠, 2001,〈復健功能量表之發展與效度研究〉。《台灣醫學》5(4): 389-400。
- 賴維倫, 2008,〈(對)身體論述的觀察〉, 國立清華大學社會學研究所碩士論文。
- 謝啟瑞、盧瑞芬, 2000,《醫療經濟學》,台北：學富文化出版。
- 謝慧欣、鄭首夏、丁志音, 2000,〈住院病患的就醫選擇資訊之需求：初步調查發現〉。《中華公共衛生雜誌》, 19(6): 437-445。
- 謝琇蓮、江東亮, 1994,〈臺灣地區醫院歇業及新設之決定因素〉。《中華公共衛生雜誌》: 453-458。
- 簡盟月、曹昭懿、廖文炫、吳英黛, 1998,〈全民健康保險實施後國內物理治療師就業分佈及工作異動之研究〉。《物理治療》, 23(2):117-126。
- 魏文一, 2010,《台灣復健及物理治療經營策略與服務行銷探討》。國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所碩士論文。
- 醫療費用行政審查研討會, 1995, 中央健康保險局。
- 蘇宜如, 2004,〈以病人為中心—探討醫院門診空間中之隱私需求〉, 國立台灣大學建築與城鄉研究所碩士論文。

## 二、英文

Lamb DW. A Review of Manual Therapy for Spinal Pain. In: Grieve's Modern Manual Therapy. 2nd ed. Boyling JD, Palastanga N. ed. New York: Churchill Livingstone. 1994. p. 629- 650.

Parsons Talcott,1951, "The Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medicine." Pp428-479 in The Social System, Glencoe, Ill. Free Press.

Peter Conrad, 2007, The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. The Johns Hopkins University Press.

### 三、其他

#### (一)新聞

施靜茹、陳于媯，2004，〈拒收病患台中榮總遭處分〉。聯合報，A1 版，10 月 8 日。

陳香蘭，2001，〈老骨頭有活力 復健去！甩甩手拉拉腰 老奶奶手腳變靈活了復健去！電一下泡一下 老爺爺的痠痛變少了〉。聯合晚報，38 版/健康人，6 月 10 日。

陳怡靜、王昶閔，2011，〈新世代從醫 偏好「五官科」〉。《自由時報》，4 月 11 日。

張三舜，2001，〈歪腰〉。《聯合晚報》，第 23 版/中台灣，1 月 29 日。

黃靜宜，2000，〈腰酸背痛除吃藥姿勢也要矯正〉，民生報，第 7 版/醫藥新聞，3 月 12 日。

楊美珍，2003，〈物療所、國術館 差別何在？〉。《民生報》，a14 版/健康平台，9 月 4 日。

魏忻忻，1999，〈復健醫療給付 未全花在刀口 學者建議配合支付制度誘導門診治療合理使用〉。《聯合報》，6 版/生活，9 月 20 日。

簡文仁，2005，〈肩膀痛 不要只怪五十肩〉。聯合報，E4 版/健康，4 月 21 日。

張耀懋，2001 年，〈健保局與物理師公會簽約，7 月起，復健可在居家附近做〉。民生報，A7 版/醫藥新聞。6 月 4 日。

#### (二)網路資料

94 年度台北榮總復健醫學部業務成效報告；台北榮民總醫院復健醫學部年報。

<http://homepage.vghtpe.gov.tw/~pmr/93.htm>，取用日期：2011 年 5 月 4 日。

三軍總醫院復健科網頁。

<http://wwwu.tsgh.ndmctsgh.edu.tw/reh/history.htm>。取用日期：2008 年 2 月 17 日。

林頌凱，2010，〈不分男女老少的下背痛〉，《天下雜誌》，web only。

<http://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5006230>，取用日期：2011 年 7 月 12 日。

行政院衛生署中央健保局-全球資訊網，醫療費用給付規定-各部門總額會議紀錄-醫院總額。

[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu\\_id=710&WD\\_ID=812&webdata\\_id=1173](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD_ID=812&webdata_id=1173)。取用日期：2011 年 7 月 9 日。

李明亮，2002，〈台灣未來的衛生醫療政策〉。

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH\\_RESULT.aspx](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx)。取用日期：2011 年 7 月 9 日。

邱俊傑，2004，〈Pilates 運動復健新紀元 「改善背痛、塑身、舒壓」〉。

<http://article.denniswave.com/545>，取用日期：2011 年 7 月 12 日。

物理治療博物館。<http://www.taiwanpt.net/ptdc2.asp?mrn=113>。取用日期：2011 年 6 月 12 日