

# 牙醫師對全民健康保險實施後執業安排與 支付制度的意見調查

江東亮<sup>1</sup> 李彩萍<sup>1</sup> 林芸芸<sup>2</sup>

為探討牙醫師對全民健康保險實施後執業安排與支付制度的意見，本研究以中華民國牙醫師公會聯合會之所有登記會員為研究對象，於1989年年底進行郵寄問卷調，共收集1303名有效樣本資料，回收率為24.9%。調查結果顯示：(1)九成以上牙醫師都願意接受全民健康保險特約，但祇有三分之一的牙醫師贊成須經評鑑合格才准特約；(2)大多數牙醫師贊成轉診制度，但祇有半數同意限制牙醫師前往牙醫師人力過剩地區執業；(3)牙醫師大都贊成論量計酬制度，但對於支付標準，則診所牙醫師傾向於主張同病／同項同酬，而醫院牙醫師則尚支持依評鑑等級與牙醫師資歷支付診療報酬；以及(4)近半數的牙醫師贊成差額負擔。根據上述發現，本研究進一步討論對全民健康保險政策的啟示與未來研究方向。(中華衛誌 1994；13(3)：223-228)

關鍵詞：牙醫師、全民健康保險、執業安排、支付制度

儘管困難重重，政府對於1994年完成實施全民健康保險的決心迄今仍未動搖。而根據行政院衛生署的規劃[1]，牙科診療為建議給付項目之一，因此可以預期全民健康保險的實施將影響牙醫師執業甚鉅。本研究旨在調查牙醫師對執業安排與醫療費用支付制度的意見，以為規劃全民健康保險制度的參考。

## 材料與方法

本研究以1989年10月底中華民國牙醫師

<sup>1</sup>台大公共衛生學院公共衛生研究所

<sup>2</sup>國防醫學院公共衛生研究所

江東亮副教授

台大公共衛生學院公共衛生研究所

台北市仁愛路一段1號 1519室

電話／傳真：(02) 341-4493

公會全國聯合會之所有登記會員為研究對象，共5226名。本研究利用郵寄問卷法收集資料，自1989年11月20日起，經兩次函催，至1990年2月15日止共得1303名有效樣本，回收率為24.9%。雖然適合度檢定結果指出，回收樣本與母群在性別與年齡分布上的差異皆達統計顯著水準，但實際差異不大。與母群比較，回收樣本的男性百分比高2.7%，平均年齡低0.2歲而已。

關於問卷，設計上本研究以「醫師對全民健康保險的意見調查」[2]為藍本，內容則包括牙醫師的基本資料及其對執業安排與支付制度的意見。就執業安排而言，調查項目有：實施全民健康保險時，願意接受特約或聘用？若採特約，則以那一種方式為宜？是否贊成限制前往牙醫師人力過剩地區執業？以及是否贊成轉診制度？就支付制度而言，調查項目有：贊成那一種支付方式？那一種支付標準？以及是否贊成差額負擔？

資料分析上，本研究特別關心執業場所別(醫院／診所)與保險特約別(有／無)對牙醫師意見的影響，因此原擬以此二變項做為分層變項，但調查結果顯示：95.1%的醫院牙醫師服務於公勞農保特約醫院，所以分層分析時將牙醫師分三組，即醫院牙醫師(19.2%)、特約診所牙醫師(41.7%)與非特約診所牙醫師(39.0%)。本研究使用的統計方法包括百分比分布與卡方檢定。

## 結 果

表一顯示：接受調查的牙醫師大多為男性(87.9%)、年齡在45歲以下(85.4%)、未具專科資格(88.6%)、與單獨執業(54.6%)。三

組牙醫師的特性差異很大：(1)特約診所牙醫師的平均年齡最高(38.4歲)，其次為非特約診所牙醫師(37.8歲)，醫院牙醫師最低(35.5歲)，(2)絕大多數特約診所牙醫師與非特約診所牙醫師都不是專科醫師(分別祇佔2.4%與6.1%)，但醫院牙醫師則有三分之一(34.0%)為專科醫師，以及(3)非特約診所牙醫師單獨執業的百分比最高(76.4%)，其次為特約診所牙醫師(53.3%)，醫院牙醫師祇有12.8%單獨執業。

表二說明牙醫師對全民健康保險實施後執業安排的意見。幾乎所有的牙醫師都願意參與全民健康保險，提供牙科診療服務，其中64.5%選擇特約，5.8%選擇聘用，祇有27.9%兩者皆可。特約診所牙醫師與非特約

表一、牙醫師樣本之特性分布情形(%)

變 項	總計 (n=1303)	醫院牙醫師 (n=250)	診所牙醫師		卡方檢定 ( $\chi^2$ )
			特約 (n=544)	非特約 (n=509)	
總計	100.0	100.0	100.0	100.0	
性別					10.0*
男	87.9	82.8	90.6	87.4	
女	12.1	17.2	9.4	12.6	
年齡(歲)					108.1*
25-34	44.7	57.6	30.0	54.0	
35-44	40.7	31.6	55.7	29.1	
45-54	8.5	4.4	9.7	9.2	
55+	6.1	6.4	4.6	7.6	
專科牙醫師					206.2*
是	9.9	34.0	2.4	6.1	
否	88.6	64.4	95.8	92.9	
不詳	1.5	1.6	1.8	0.1	
執業型態					297.6*
單獨	54.6	12.8	53.3	76.4	
聯合	36.5	74.4	39.5	14.7	
不詳	8.9	14.7	7.2	8.8	

\* P<.001.

表二、牙醫師對全民健康保險實施後執業安排的意見(%)

變 項	總計 (n=1303)	醫院牙醫師 (n=250)	診所牙醫師		卡方檢定 ( $\chi^2$ )
			特約 (n=544)	非特約 (n=509)	
總計	100.0	100.0	100.0	100.0	
特約或聘用					26.9*
特約	64.5	56.4	67.1	65.8	
聘用	5.8	10.4	6.1	3.3	
皆願意	27.9	29.6	26.1	28.9	
皆不願意	1.8	3.6	0.7	2.0	
特約方式					47.9*
全部強制特約	35.1	24.4	36.6	38.9	
自由申請，不得拒絕	28.9	21.6	29.2	32.0	
自由申請，但須評鑑	31.5	47.6	30.5	24.8	
其它	4.5	6.4	3.7	4.3	
限制前往牙醫師過剩地區執業					18.3*
贊成	51.3	44.8	57.9	47.4	
無意見	15.0	14.8	13.6	16.5	
不贊成	33.8	40.6	28.5	36.1	
轉診制度					120.7*
贊成	84.6	70.8	90.8	84.7	
無意見	9.0	8.0	6.8	11.8	
不贊成	6.4	21.2	2.4	3.5	

\* P&lt;.001.

診所牙醫師之間對於特約或聘用的意見相差不大，但醫院牙醫師比診所牙醫師稍較為願意接受聘用。

關於牙科醫療機構的特約方式，牙醫師的意見相當分歧：35.1%認為均應成為全民健康保險的特約機構，28.9%認為得自由申請且保險機構不得拒絕，31.5%則認為得自由申請但須經評鑑合格後才准特約。相對於評鑑合格才准特約，全部強制特約以及自由申請而保險機構不得拒絕之特約可稱為無條件特約。三組牙醫師中，以非特約診所牙醫師最贊成無條件特約，而醫院牙醫師則最主張評鑑合格才准特約。

就應否限制前往牙醫師過剩地區執業而

言，贊成與反對的牙醫師各佔51.3%和33.8%，其餘15.0%無意見。相對於特約診所牙醫師(28.5%)，醫院牙醫師與非特約診所牙醫師反對的百分比都較高(分別為40.6%與36.1%)。

就轉診制度而言，牙醫師大多(84.6%)表示贊成，僅少數反對；而三組牙醫師中，則以醫院牙醫師贊成的百分比(70.8%)最低。

表三說明牙醫師對全民健康保險醫療費用支付制度的意見。就支付方法而言，牙醫師的意見相當一致，大多數(84.2%)都贊成論量計酬。但是在支付標準方面，醫院牙醫師與診所牙醫師之間則大不相同，診所牙醫

表三、牙醫師對全民健康保險實施後支付制度的意見(%)

變 項	總計 (n=1303)	醫院牙醫師 (n=250)	診所牙醫師		卡方檢定 ( $\chi^2$ )
			特約 (n=544)	非特約 (n=509)	
總計	100.0	100.0	100.0	100.0	
支付方式					12.2
論量計酬	84.2	86.8	83.6	83.5	
論次計酬	5.6	4.0	7.5	4.3	
論人計酬	3.3	3.2	3.5	3.1	
其它	6.9	6.0	5.3	9.0	
支付標準					118.6***
同病或同項同酬	72.0	46.0	81.8	74.3	
按評鑑等級	10.3	19.6	7.4	8.8	
按牙醫師資歷	6.1	14.8	3.5	4.7	
其它	11.6	19.6	7.4	12.2	
差額負擔					10.0*
贊成	46.3	47.6	42.1	50.1	
無意見	19.6	15.6	21.9	19.1	
不贊成	34.1	36.8	36.0	30.8	

\* P<.05; \*\* P<.01; \*\*\* P<.001.

師無論有無特約大多(78.4%)選擇同病同酬或同項同酬，而醫院牙醫師則祇有近半數(46.0%)做相同選擇。此外，不少(34.4%)的醫院牙醫師主張按評鑑等級或牙醫師資歷支付醫療費用。

對於應由誰來訂定支付標準的複選題，牙醫師的偏好依序為牙醫師公會(64.4%)、醫療院所(31.4%)、保險機構(22.1%)，以及衛生主管機關(12.7%)。至於另設訂定支付標準的獨立機構，則祇有22.1%的牙醫師贊成。

對於同一診療，除申請保險支付外，醫療院所另行向被保險人收取的醫療費用，稱之為差額負擔。調查結果顯示，贊成與反對差額負擔的牙醫師各佔46.3%與34.1%，其餘19.6%無意見；醫院、特約診所與非特約診所三組牙醫師雖然主張有所不同，但答案型態類似。

## 討 論

為提高郵寄問卷的回收率，本研究曾一再努力，包括與中華民國牙醫師公會聯合會合作以及進行兩次函催，而遺憾的是與醫師對全民健康保險的意見調查一樣[2]，本研究的回收率亦低於25%。雖然如此，中華民國牙醫師公會聯合會的理事們，在聽取本研究結果報告後認為大底可以代表牙醫界的意見。

就執業安排而言，本研究發現大部分牙醫師(尤其是診所牙醫師)選擇特約而非聘用，不但與公勞農保現況符合，而且也與規劃方向一致[1]。眾所週知聘用制度因為保障收入，以致生產力往往偏低，例如在醫事人員大都為國家聘用的瑞典，全國的醫療服務生產力甚至每年下降2-3% [3]，至於我國省市立醫院生產力低的問題，更為人詬病

[4]。是以相對而言，在特約制度下因為收入與績效息息相關，將有助於提高醫療服務的供給效率。

本研究結果顯示：三分之二的牙醫師主張無條件特約。由於有無保險特約直接影響診療收入，牙醫師會極力爭取特約自不難想像，而健康保險機構尤不可放棄對特約牙醫醫療院所的管理，德國於1989年進行醫療改革時甚至主張與無效率的醫療院所解約[5]，值得借鏡。

臺灣地區牙醫師人力地理分布十分不均[6]，嚴重影響牙科診療的可近性。為落實全民健康保險，應迅速謀求改善牙醫師人力的地理分布，而策略之一為限制牙醫師人力充足地區的牙醫醫療機構增加特約，以減少牙醫師前往執業的機會。但是本研究發現，祇有半數牙醫師贊成限制牙醫師前往牙醫師人力過剩地區執業，顯示限制特約的政策仍有待考驗，而鼓勵牙醫師下鄉的策略則較為積極可行，包括優先特約、提高支付標準以及保障收入等。根據本研究調查，40.0%的牙醫師在每月10萬元的收入保障下即願意前往偏遠地區執業，這些牙醫師傾向為年輕、沒有保險特約、病人少、和收入少。

關於支付制度，本研究發現大多數牙醫師不但贊成論量計酬，並且偏好由牙醫師公會訂定支付標準，與政府規劃方案大不相同。規劃中的全民健康保險將住院採診斷相關群計酬，門診採論次計酬，而支付標準則由獨立的醫療費用協定委員會訂定[7]。由於支付制度攸關牙醫師之收入，牙醫師對支付制度的關心程度可想而知，為避免牙醫師不贊成規劃方案而影響全民健康保險，政府應加強與牙醫師溝通以建立共識。

根據行政院衛生署的規劃[1]，全民健康保險禁止差額負擔，但是本研究發現則有近半數的牙醫師贊成差額負擔。差額負擔可以緩合部分被保險人要求提高醫療給付以及部分醫療提供者要求提高醫療費用的壓力，但亦會造成被保險人被分等級而醫療費用又難以控制的困境。為了控制醫療費用的高漲，加拿大聯邦政府於1984年毅然立法禁止差額負擔[8]，而美國國會亦於1989年立法

限制老人醫療保險之差額負擔[9]，足以為鑑。此外，雖然公勞農保向來禁止差額負擔，但事實上醫療院所向被保險人另行收取醫療費用之情事並不罕見[10]，未來應如何落實禁止差額負擔以控制醫療費用之上漲，宜未雨籌繆。

最後，本研究結果顯示：對於執業安排與支付制度的意見，特約診所牙醫師與非特約診所牙醫師之間大同小異，但是診所牙醫師與醫院牙醫師之間則差異頗大，尤其是有關特約方式、支付標準與轉診制度的看法。診所牙醫師大多主張無條件特約以及同病／同項同酬的原則，而醫院牙醫師則傾向於支持評鑑合格才准特約，且依評鑑等級與牙醫師資歷支付診療報酬。至於轉診制度，診所牙醫師少有反對，而醫院牙醫師則超過五分之一表示反對。何以醫院牙醫師與診所牙醫師之間看法會不一致，係因醫院牙醫師關心診療品質，所以強調以評鑑等級和牙醫師資歷作為特約與支付的依據，抑或利益衝突，醫院牙醫師為了保障收入，而以診療品質為限制牙醫診所特約的藉口，且贊成轉診制度的百分比比較低，還是另有其他原因？有待進一步研究。

## 致 謝

本研究承蒙行政院經濟建設委員會提供研究經費與中華民國牙醫師公會聯合會全力協助，特此致謝。

## 參考文獻

1. 行政院衛生署·全民健康保險法(草案)，中華民國八十一年十二月二十八日。
2. 林芸芸、江東亮·醫師對全民健康保險的意見調查，中華衛誌 1992；11：220-7。
3. von Otter C, Saltman RB. Towards a Swedish health policy in the 1990s: planning markets and public firms. Soc Sci Med 1991; 32: 473-81.
4. Schneider M. Health care cost containment in the Federal Republic of Germany. Health Care Financ Rev 1991; 12(3): 87-101.
5. 江東亮·臺灣地區公元兩千年牙醫師人力的供給

- 與地理分布推計。中華醫誌 1992；50：153-60。
6. 行政院衛生署·全民健康保險規劃簡報，中華民國八十一年九月廿九日。
  7. Iglehart JK. Canada' health care system. N Engl J Med 1986; 315: 778-84.
  8. Ginsburg PB, LeRoy LB, Hammons GT. Medicare physician payment reform. Health Aff 1990; 9(1): 178-88.
  9. 吳新英、江東亮、林瑞雄·健康保險對被保險人醫療消費行為的影響，行政院科技顧問組委託研究報告，1989。

## AN OPINON SURVEY OF DENTISTS ON PRACTICE ARRANGEMENT AND PAYMENT SYSTEM UNDER NATIONAL HEALTH INSURANCE

TUNG-LIANG CHIANG<sup>1</sup>, TSAI-PING LEE<sup>1</sup>, YUN-YUN LIN<sup>2</sup>

This study examines dentists' opinions on practice arrangement and payment system under national health insurance (NHI). The data for the analysis came from a mail survey of 1303 members from the China Dental Association in late 1989 (response rate of 24.9%). The results of this study showed that (1) more than 90% of dentists are in favor of making a contract with NHI to provide services, but less than one third agree with the requirement of accreditation for contract; (2) most dentists support the policy of referral system, but only half agree with the restriction of the number

of dentists practicing in communities with an oversupply of dentists; (3) most dentists prefer to be paid on the basis of fee-for-service; in particular, office-based dentists like 'equal payment for equal diagnosis/service' while hospital-based dentists like being paid according to accreditation and professional merits; and (4) approximately half of dentists are in favor of balancing billing. Based on the findings, this study discussed the implications for national health insurance policy and future research. (*CJPH (Taipei)*: 1994; 13(3): 223-228)

**Key words:** *dentist, national health insurance, practice arrangement, payment system*

---

<sup>1</sup> College of Public Health, National Taiwan Universty, Taipei, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Institute of Public Health, National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan, R.O.C.