

牙醫實施全民健康保險家庭醫師整合性照護制度之可行性研究—以高屏地區為例

巫雲光¹ 黃純德² 嚴雅音² 藍守仁³

1 中華民國中醫師公會全國聯合會

2 高雄醫學大學口腔衛生科學研究所

3 臺中健康暨管理學院

推動家庭醫師制度及建構社區醫療體系為後SARS時期國家基層醫療體系改造的重要目標。中央健保局也積極推動家庭醫師整合性照護制度，以健康管理及論人計酬制度，提供全人健康照護，使預防保健和社區醫療得以落實。本研究旨在（1）探討牙醫師對家庭醫師制度相關政策的瞭解程度。（2）探討牙醫師對牙醫之基層醫療功能、符合家庭醫師型態、實施健保家庭醫師整合性照護制度之認同程度。本研究以高屏地區與中央健康保險局有特約關係的執業牙醫師（1381位）為研究母群體，採用分區分層系統取樣法選出牙醫師400位為研究樣本，進行橫斷式郵寄問卷調查，所得資料利用JMP統計軟體進行資料統計分析。研究結果發現63.4%牙醫師有實施口腔定期檢查，16.1%牙醫師有建立家庭病歷，37.5%牙醫師有參與社區醫療服務，53.7%牙醫師有實施轉診，72.6%牙醫師有實施口腔衛生教育。牙醫師對於家庭牙醫師整合性照護制度認同程度較高51.3%（平均分數3.41），認知程度較低25.3%（平均分數2.71），實施認同度50.5%（平均分數3.41），參與意願42.5%（平均分數3.28），總額支付制度瞭解程度66.1%（平均分數3.69），其中以男性、40歲以上年齡層、執業20年以上、在鄉鎮及縣轄市執業及自行開業之牙醫師在照護制度之認知與認同程度較高，呈現統計上的顯著差異。根據本研究在牙醫之基層醫療功能、符合家庭醫師型態和實施健保家庭醫師整合性照護制度三項，分別得到68.8%，52.7%，50.5%牙醫師之認同，因此，推論牙醫實施健保家庭醫師整合性照護制度具可行性。但家庭醫師制度相關政策的認知程度較低，因此，建議主管單位

關鍵詞：家庭醫師整合性照護制度、家庭牙醫師整合性照護制度、論人計酬支付制度

聯絡人姓名：黃純德（Shun-Te Huang）

通訊處：高雄市十全一路100號

電話：07-3121101-2272

傳真：07-3233752

受文日期：民國九十四年七月二十日

接受刊載：民國九十四年九月二十日

在健保政策形成的過程中必須規劃完善的配套措施及舉辦宣導說明會，讓醫事人員充分瞭解健保政策之實施內容及目的，以促成整合性照護制度提供民眾口腔預防保健、口腔醫療照護之全人醫療照護模式，達成牙醫基層醫療社區化的目標。

前言

2003 年嚴重性呼吸道症候群（SARS）的來襲，讓我們引以自豪的台灣醫療體系嚴重受挫，另一方面卻也同時讓全體國民及衛生行政人員對醫療院所的角色及功能有了重新的思考。醫療資源過份集中不僅影響民眾醫療可近性，也同時形成醫療品質的缺口。是以，推行醫療資源的均衡分佈是現今國家衛生當局應進行之重要改革項目，其最重要的政策即推動家庭醫師制度。自 2003 年 3 月起中央健保局即實施西醫基層家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，藉以落實家庭醫師之觀念，並經由該計畫對於以家庭為單位的被保險人提供門診、轉診、住院之共同照護模式⁽¹⁾。

台灣地區自從健保制度實施以來均採用論量計酬的醫療費用支付模式，造成醫療行為以“疾病”“量”為重點，忽略了以“病人”“質”為中心的醫療模式，更讓預防醫學及社區醫療型態缺乏發展的空間。牙醫團體自 1998 年實施總額支付制度以來，在有限的醫療費用下完成了大多數國人口腔疾病的治療，對於國人的齲齒、牙周疾病方面提供完善的口腔醫療服務，而對於口腔疾病預防的部份，也有許多的計畫陸續執行，如學童潔牙活動、學校含

氟水漱口、口腔粘膜篩檢…等。對於口腔疾病的預防有一定程度的效果，但因為計畫的延續性不足，所以對於口腔疾病的預防仍達不到預期的效果。醫療的目的是提昇病人的生命品質，而提昇病人的生命品質就必須納入口腔健康，只要是牙齒喪失的病人，就是缺乏完整生命品質的病人⁽²⁾。所以，必須加強口腔衛生教育，以促進口腔健康，達到提昇生命品質的目標。實施口腔衛生教育所花費的成本遠較於口腔疾病的治療來得少，所以面對國人口腔疾病的種種挑戰，需要建立一個能夠有效整合各方資源，以預防（preventive dentistry）為基礎，以社區（community dentistry）為著眼點，以健康促進（dental health promotion）為核心價值的人力資源網⁽³⁾。牙科門診是直接頻繁面對民眾的場所，所以希望推動牙科門診從診治疾病的模式逐漸轉變成管理病人口腔健康的模式。因而，在牙醫總額保險中，必須有一項適當的制度提供牙醫師合理的費用，在口腔醫療中加強口腔預防保健及健康管理的服務，朝向家庭和社區醫療的型態，以管理病人健康的方法提供優質的家庭牙醫師整合性口腔保健醫療照護。

家庭牙醫師整合性照護制度的主要目

的在於結合口腔衛生教育、口腔預防醫學及口腔臨床治療，達成整體性的口腔照護模式。口腔健康首重預防醫學及衛生教育，只要有良好的口腔衛生觀念，並依照牙醫師所指導的潔牙及護牙方法，產生牙疾的機會即可大大減少。口腔衛生教育乃衛生教育之一環，而藉傳授口腔衛生之知識及技能，培養正確口腔衛生態度，並養成良好之口腔衛生習慣，此乃預防牙醫學中最重要的部份；由經濟的觀念來看，口腔衛生教育的成本遠比治療來的低，成效卻大的多⁽⁴⁾。在兒童時期尤其要加強口腔預防措施，例如：含氟水漱口、塗氟、飲水加氟、氟錠、裂溝封填等口腔早期防護，自然能減少大量的齲齒及牙周炎的發生⁽⁴⁾。兒童時期的口腔預防及衛教介入將帶給人們一口美麗健康的牙齒，對於兒童

身心健康的發展及牙科醫療費用的節省將有莫大的助益⁽⁴⁾。行政院衛生署公佈「2001年癌症登記報告」指出口腔癌已成為國人癌症死因第七位，男性癌症死因第四位（表1），也是1997-2001年間所有癌症罹患人數增加幅度最高者（29.4%），對男性國人的威脅，十分嚴重。台灣地區已證實口腔癌與嚼食檳榔有非常密切的關係⁽⁵⁾，所以，戒斷檳榔的衛教及口腔黏膜定期篩檢，必須同時有計畫的實施。最重要的是必須將口腔衛教及口腔黏膜篩檢納入健保給付範圍，以加強早期防治的觀念及成效。口腔疾病與全身系統性疾病有著密切的關係，口腔的面積在頭面部佔三分之一強，對於說話、表情、咀嚼……都佔有極重要的地位。WHO在2004年2月提出一份厚達38頁的報告指出，齲齒、牙齦疾

表 1：2001 年國人及男女性十大癌症

排名	國人	男性	女性
1	子宮頸	肝	子宮頸
2	女性乳房	肺	乳房
3	肝	結腸及直腸	結腸及直腸
4	結腸直腸	口腔	肝
5	肺	胃	肺
6	攝護腺	攝護腺	胃
7	口腔	膀胱	甲狀腺
8	胃	食道	皮膚
9	皮膚	皮膚	卵巢
10	膀胱	鼻咽	子宮體

資料來源：行政院衛生署 2004

病、口腔癌、鼻咽癌已是工業化國家普遍的衛生問題，開發中國家的病例也逐年攀升。據統計，全球六十三億人口中，近八成有齲齒問題⁽⁶⁾。等於全球有五十億人口飽受齲齒之苦，許多人不瞭解注重牙齒保健有助於生活過得更好，生命更長壽。WHO 轄下的全球口腔衛生組織負責人 Dr. Petersen 說，口腔衛生不佳對於全身健康、生活品質都有深遠的影響⁽⁶⁾。舉凡牙疼、口腔潰瘍、咬合與咀嚼的問題，乃至於齲齒、缺牙，在在會對日常生活與心境造成重大衝擊。報告中也指出，缺牙通常導致營養不良，係因患者所能咀嚼的食物有限，以致無法攝取身體所需的各種養分。全球普遍有一個錯誤觀念，認為掉牙係老化的自然結果，其實若及早預防，掉牙是可以避免的。歐洲地區國家的口腔健康危機則比其他地區來得樂觀，如挪威的成年人重視口腔健康如同全身健康一般⁽⁷⁾。中東地區國家如科威特、沙烏地阿拉伯、黎巴嫩和土耳其，普遍瞭解改善口腔衛生和減少糖類產品的消費，有利於降低齲齒和牙周病疾病的盛行率⁽⁸⁾。由以上文獻可知全球多數國家已將口腔疾病防治列為重要的衛生政策，我國 92 年 4 月也立法通過口腔健康法，對於全民口腔健康的照護應該要加快腳步，而口腔疾病的防治應該以家庭及社區為單位，才能達到事半功倍的效果。

本研究旨在探討牙醫師對健保可能實施家庭牙醫師整合性照護制度之可行性認知、認同及參與意願的各方面意見及看法以瞭解實施家庭牙醫師整合性照護制度對於牙醫師執業之可能改變和影響。主要研

究目的如下：

- (1) 探討牙醫師對家庭醫師制度相關政策的瞭解程度。
- (2) 探討牙醫師對牙醫之基層醫療功能、符合家庭醫師型態、實施健保家庭醫師整合性照護制度之認同程度。
- (3) 探討牙醫師基本人口學、執業資歷、執業型態與家庭牙醫師整合性照護制度認知及認同程度的相關性。

推行家庭醫師制度為政府既定之基層衛生政策，全民健保的改革也朝向論人計酬制度規劃，牙醫醫療為基層醫療之重要一環，也是健保體系的重要成員。本研究將匯整牙醫師對於家庭牙醫師整合性照護制度的結果，提供牙醫團體參考以適時因應健保總額政策改革及總額費用之有效管理。

材料與方法

一、研究對象

本研究以高屏地區執業牙醫師為研究對象。母群體為民國九十三年六月底前與中央健保局有特約關係的牙醫師 1381 位，以分區分層等距隨機抽樣的方式抽樣牙醫師 346 位，再加上未隨機抽中之高雄市各區及高雄縣、屏東縣、澎湖縣各鄉鎮牙醫師至少二位，合計牙醫師 400 位為研究樣本，以郵寄自填結構式問卷調查的方式來探討牙醫師對全民健康保險家庭醫師整合性照護制度的認知、認同及牙醫實施家庭牙醫師整合性照護制度、論人計酬支付模式的可行性研究。本研究 12 月 1 日寄發牙醫問卷 400 份，並以電話請託樣本醫師填

寫問卷，至 12 月 30 日止共回收牙醫問卷 191 份，回收率 47.8%，其中有五份填答不完整，予以排除，有效問卷合計 186 份，做為本研究之資料分析。

二、研究工具

本研究採問卷調查研究法（Survey Research），以郵寄問卷調查方式蒐集資料，為橫斷式研究，以結構式問卷為測量工具，本問卷係參考全民健保家庭醫師整合性照護制度及家庭醫師制度相關文獻，自行研發之自填結構式問卷，在內容效度方面，經十五位相關學者及專家針對題目之重要性，適當性及明確性進行檢視，並給予適當指正與建議，以確保問卷之效度，隨後邀請 20 位執業牙醫師進行前測，做為評估及修正問卷內容中題意不清或不適合的部份以完成施測問卷。為使抽樣醫師較能瞭解照護制度的涵義，除問卷外另附上一份家庭醫師制度、家庭醫師整合性照護制度及論人計酬制度內容的背景說明。本問卷內容分為三個部份，係以家庭牙醫師整合性照護制度的認知、認同二個構面之三十項題目及醫師基本資料，執業資歷、執業型態之二十項題目合計五十項題目，做為半開放結構式問卷，由受訪醫師自行填答，在認同構面中另設一開放式問題，讓醫師對照護制度充分的提供相關的看法和意見。利用 Likert's scale 五點量表來測量填答者對各項題目的認知（非常瞭解、瞭解、普通、不瞭解、非常不瞭解依序 5.4.3.2.1 計分）及認同（非常認同、認同、普通、不認同、非常不認同依序 5.4.3.2.1 計分）。

三、統計方法

本研究將有效問卷鍵入 JMP5.0 電腦統計軟體中，並以頻率分析檢視資料有無登錄錯誤，經除錯及檢核處理後，以確保資料之準確性，再進行描述性及推論性統計分析。在描述性統計方面進行各變項之頻率分析，包含次數、百分比、平均值，標準差、最大值及最小值；在推論性統計方面以無母數統計分析檢定進行變項分析，再依據分析結果來探討牙醫師對家庭牙醫師整合性照護制度之認知、認同及參與意願的結果。

結果

一、牙醫師基本人口學（性別與年齡）

本研究共蒐集 186 位牙醫師，在性別相關資料方面，男性較多，有 173 人（93.0%），女性有 13 人（7.0%）；在年齡資料方面，本研究將所有的樣本分成三個年齡層，其分布狀況以 40 到 49 歲的年齡層最多 87 人（46.7%），其次是 40 歲以下年齡層 55 人（29.6%），50 歲以上年齡層最少 44 人（23.7%）。整體研究樣本平均年齡 43.8 歲，最大者為 68 歲，最小者為 28 歲。

二、牙醫師執業資歷（教育程度、專科背景、執業年資、醫學會）

在教育程度方面以大學（學士）139 人（74.7%）最多，其次是碩士 39 人（21.0%），博士 8 人（4.3%）最少；在專科背景方面依序為補綴 21 人，矯正 17 人，牙周病 11 人，口腔外科 9 人，根管治療 7 人，兒童牙科 6 人，其他 38 人，未回答 77 人；在執業年資方面，本研究將所有樣本分成三個執業年資層，其分布狀況以 10-19 年 84 人（45.2%）最多，其次以 20 年以上 66 人（35.4%），10 年以下 36 人（19.4%）最

少，平均執業年資 15.95 年，執業年資最長者為 38 年，最短者為 1 年；在服務年資方面，以 10 年以下 85 人 (45.7%) 最多，其次以 10-19 年 69 人 (37.1%)，20 年以上 32 人 (17.2%) 最少，平均服務年資為 11.3 年，服務年資最長者為 38 年，最短者為 1 年；在參與醫學會方面依序為中華牙醫學會 113 人，家庭牙醫學會 25 人，牙周病醫學會 15 人，社區牙醫學會 10 人，其他 32 人，未回答 43 人。

三、牙醫師執業型態 (執業地點、場所、狀況、每週診數、每週看診人次、助理數、社區服務、診療疾病前三位、建立家庭病歷、口腔定期檢查、每月轉診人次、實施衛教)

在執業地點方面，在都會區 73 人 (39.2%) 最多，其次在縣轄市 66 人 (35.5%)，在鄉鎮地區 47 人 (25.3%) 最少；在執業場所方面，個人診所 144 人 (77.4%) 最多，其次是公立醫院牙醫部 21 人 (11.3%)，聯合診所 14 人 (7.5%)，私立醫院牙醫部 7 人 (3.8%) 最少；在執業狀況方面，以單獨開業醫師 132 人 (71.0%) 為最多，其次是與人合夥醫師 30 人 (16.1%)，受僱醫師 24 人 (12.9%) 最少；在每週診數方面，以 10-15 診 110 人 (59.0%) 為最多，其次為每週 16 診以上 52 人 (28.0%)，10 診以下 24 人 (13.0%) 最少；在每週健保門診人次方面，以 51-100 人次 95 人 (51.0%) 最多，其次以 1-50 人次 40 人 (21.5%)，101-150 人次 39 人 (21.0%)，151 人次以上 12 人 (6.5%) 最少；在每週自費門診人次方面，以 1-10 人次 93 人 (50.0%) 最多，其次以 0 人次 36 人 (19.4%)，11-

20 人次以上 29 人 (15.6%)，21 人次以上 28 人 (15.0%) 最少；在聘任助理數方面，以助理數 2 名，57 人 (30.7%) 最多，其次以助理 4 名以上 46 人 (24.7%)，助理 3 名 41 人 (22.0%)，助理 1 名 38 人 (20.4%)，助理 0 名 3 人 (1.6%)，未回答 1 人 (0.5%)；在每月社區服務方面，有參與醫師 77 人 (41.4%)，其中巡迴醫療 39 人 (37.5%) (共 627 小時)，其中 10 小時以下 13 人，11 小時以上 26 人，學校牙醫師 36 人 (34.6%) (共 226 小時)，其中 10 小時以下 30 人，11 小時以上 6 人，社區牙醫服務 23 人 (22.1%) (共 131 小時)，身心障礙機構 6 人 (5.8%) (共 31 小時)；在診療疾病前三位方面，其中以牙體復形 165 人 (32.5%) 最多，其次為根管治療 138 人 (27.2%)，牙周疾病 119 人 (23.5%)，拔牙 69 人 (13.6%)，其他 16 人 (3.2%)；在建立家庭病歷方面，沒有建立家庭病歷 154 人 (82.8%) 最多，有建立家庭病歷 30 人 (16.1%)，未回答 2 人 (1.1%)；在口腔定期檢查方面，有定期檢查者 118 人 (63.4%) 最多，沒有定期檢查者 58 人 (31.2%)，未回答 10 人 (5.4%)；在定期檢查時間方面，以 6 個月定期檢查 93 人 (78.8%) 最多，其次以 3 個月定期檢查 4 人 (3.4%)，以 8 個月定期檢查 3 人 (2.5%) 最少，未回答 18 人 (15.3%)；在定期檢查追蹤方式方面，以電話 68 人 (57.6%) 最多，其次以郵寄 14 人 (10.9%)；未回答 36 人 (30.5%)；在每月轉診方面，有轉診 100 人 (53.7%)，沒有轉診 64 人 (34.4%)，未回答 22 人 (11.8%)；在每月轉診人次方面，以 1-5 人次 75 人 (75.0%) 最多，其

次6-10人次16人(16.0%)，11人次以上9人(9.0%)；在每月實施衛教方面，有實施衛教135人(72.6%)，沒有實施衛教51人(27.4%)；在每月實施衛教時間方面，以1-5小時82人(60.7%)最多，其次以6-10小時30人(22.2%)，11小時以上23人

(17.1%)最少；在每月實施衛教人次方面，以1-20人次63人(46.7%)最多，其次以21-50人次40人(29.6%)，51人次以上32人(23.7%)最少(表2，表3，表4)。

表 2：牙醫師基本資料與執業狀況資料表

(n=186)

變 項 名 稱	人數	百分比	最小值	最大值	平均值	標準差
性別						
男	173	93.0				
女	13	7.0				
年齡						
40 歲以下	55	29.6	28	68	43.8	8.07
40-49 歲	87	46.7				
50 歲以上	44	23.7				
教育程度	139	74.7				
學士	39	21.0				
碩士	8	4.3				
博士	21					
專科背景(可複選)	17					
補綴	11					
矯正	9					
牙周病	7					
口腔外科	6					
根管治療	38					
兒童牙科	77					
其他	36	19.4	1	38	15.9	7.62
未答	84	45.2				
執業年資	66	35.4				
10 年以下	85	45.7	1	38	11.3	7.75
10-19 年	69	37.1				
20 以上	32	17.2				

服務年資		
10 年以下	113	
10-19 年	25	
20 年以上	15	
醫學會 (可複選)	32	
中華牙醫學會	43	
家庭牙醫學會		
牙週病學會	73	39.2
社區牙醫學會	66	35.5
其他	47	25.3
未回答	144	77.4
執業地點	21	11.3
都會區	14	7.5
縣轄市	7	3.8
鄉鎮		
執業場所		
個人診所		
公立醫院牙醫部		
聯合診所		
私立醫院牙醫部		

表 3：牙醫師基本資料與執業狀況資料表(續一)

(n=186)

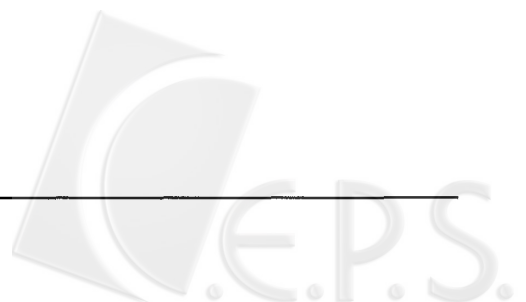
變 項 名 稱	人數	百分比	最小值	最大值	平均值	標準差
執業狀況						
單獨開業	132	71.0				
與人合夥	30	16.1				
受僱醫師	24	12.9	1	20	13	3.87
每週診數	24	13.0				
10 診以下	110	59.0				
10-15 診	52	28.0				
16 診以上	40	21.5	20	300	88	46.84

每週健保門診人次	95	51.0				
1-50 人	39	21.0				
51-100 人	12	6.5				
101-150 人			0	120	13.4	20.91
151 人以上	36	19.4				
每週自費門診人次	93	50.0				
0 人	29	15.6				
1-10 人	28	15.0	0	20	2.7	2.05
11-20 人	3	1.6				
21 人以上	38	20.4				
聘任助理數	57	30.7				
0 人	41	22.0				
1 人	46	24.7				
2 人	1	0.5				
3 人	77	41.4				
4 人以上	39	37.5				
未答	13					
每月社區服務（可複選）	26					
有	36	34.6				
巡迴醫療(627 小時)	30					
10 小時以下	6					
11 小時以上	23	22.1				
學校牙醫師(226 小時)	6					
10 小時以下	165	32.5				
11 小時以上	138	27.2				
社區牙醫服務(131 小時)	119	23.5				
身心障礙機構(31 小時)	69	13.6				
未答	16	3.2				
診療疾病前三位						
牙體復形						
根管治療						
牙周疾病						
拔牙						
其他						

表 4：牙醫師基本資料與執業狀況資料表(續二)

(n=186)

變 項 名 稱	人 數	百 分 比	最 小 值	最 大 值	平 均 值	標 準 差
建立家庭病歷						
有						
沒有						
未答						
口腔定期檢查	30	16.1				
有	154	82.8				
3 個月	2	1.1				
6 個月	118	63.4				
8 個月	4	3.4				
未答	93	78.8				
追蹤方式	3	2.5				
電話	18	15.3				
郵寄	68	57.6				
未答	14	10.9				
沒有	36	30.5				
未答	58	31.2				
未答	10	5.4				
每月轉診人次						
有	100	53.7				
1-5 人	75	75.0				
6-10 人	16	16.0				
11 人以上	9	9.0				
沒有	64	34.4				
沒有	22	11.8				
未答						
每月實施衛教	135	72.6				
有	82	60.7				
衛教時間	30	22.2				
1-5 小時	23	17.1				
6-10 小時						
11 小時以上	63	46.7				
衛教人次	40	29.6				
1-20 人	32	23.7				
21-50 人	51	27.4				
51 人以上						
沒有						



四、家庭牙醫師整合性照護制度整體認知和認同的結果

1. 在家庭牙醫師整合性照護制度的認知部份，整體回答非常瞭解和瞭解者有 20 人 (10.7%) ~ 123 人 (66.1%)，八題的平均為 47 人 (25.3%)，回答不瞭解和非常不瞭解者有 15 人 (8.1%) ~ 113 人 (60.7%)，平均有 88 人 (47.0%)，回答普通者，平均有 52 人 (27.8%)，平均分數 2.71，以變項內容分析，對於牙醫門診總額支付制度的認知為最

高，回答非常瞭解和瞭解者有 123 人 (66.1%)，回答不瞭解和非常不瞭解者有 15 人 (8.1%)，平均分數 3.69。其次為家庭牙醫師制度，回答非常瞭解和瞭解者有 53 人 (28.5%)，回答不瞭解和非常不瞭解者有 89 人 (47.9%)，平均分數 2.73。認知最低者為全民健保家庭醫師整合性照護制度，回答非常瞭解和瞭解者有 20 人 (10.7%)，回答不瞭解和非常不瞭解者有 113 人 (60.7%)，平均分數 2.40 (表 5)。

表 5：家庭牙醫師整合性照護制度之認知次數分配表

(n=186)

變項名稱	平均分	標準差	非常瞭解 n(%)	瞭解 n(%)	普通 n(%)	不瞭解 n(%)	非常不瞭解 n(%)
• 政府基層醫療體系改造方案中，推動家庭醫師制度	2.47	0.89	1 (0.5)	25 (13.4)	57 (30.6)	81 (43.5)	22 (11.8)
• 政府基層醫療體系改造方案中，推動社區醫療照護型態	2.45	0.86	1 (0.5)	24 (12.9)	51 (27.4)	92 (49.5)	18 (9.7)
• 全民健保家庭醫師整合性照護制度	2.40	0.83	1 (0.5)	19 (10.2)	53 (28.5)	94 (50.5)	19 (10.2)
• 家庭醫師制度	2.78	0.88	1 (0.5)	40 (21.5)	74 (39.8)	59 (31.7)	12 (6.5)
• 論人計酬支付制度	2.65	1.06	4 (2.2)	45 (24.2)	43 (23.1)	69 (37.1)	25 (13.4)
• 家庭牙醫師制度	2.73	1.03	4 (2.2)	49 (26.3)	44 (23.7)	71 (38.2)	18 (9.7)
• 家庭牙醫師整合性照護制度	2.53	0.97	1 (0.5)	38 (20.4)	43 (23.1)	81 (43.5)	23 (12.4)
• 牙醫門診總額支付制度	3.69	0.83	22 (11.8)	101 (54.3)	48 (25.8)	10 (5.4)	5 (2.7)

2.在家庭牙醫師整合性照護制度的認同部份，整體回答非常認同和認同者有63人(36.5%)~140人(75.3%)，平均為95人(51.3%)，回答不認同和非常不認同者有7人(3.8%)~51人(27.4%)，平均為27人(16.7%)，回答普通者平均有63人(33.8%)，平均分數3.41。以變項內容分析，對於照護制度有助於口腔預防保健的服務之認同為最高，回答非常認同和認同者有140人(75.3%)，回答不認同和非常不認同者只有12人(6.4%)，平均分數3.82。其次為對家庭牙醫師的基層醫療功能之認同，回答非常認同和認同者有128人(68.8%)，回答不認同和非常不認同者，只有7人(3.8%)，平均分數3.82。再其次為

照護制度有助於加強醫病關係，回答非常認同和認同者有124人(66.7%)，回答不認同和非常不認同者只有21人(11.3%)，平均分數3.65。對於照護制度有助於提昇民眾健康與生活品質之認同，回答非常認同和認同者有118人(63.4%)，回答不認同和非常不認同者有26人(14.0%)，平均分數3.59。在認同部份最低的是照護制度的論人計酬支付模式，回答非常認同和認同者有60人(32.2%)，回答不認同和非常不認同者有51人(27.4%)，平均分數3.02。在照護制度參與意願的認同方面，回答非常認同和認同者有79人(42.5%)，回答不認同和非常不認同者有26人(14.0%)，平均分數3.28(表6)。

表 6：家庭牙醫師整合性照護制度之認同次數分配表 (n=186)

變 項 名 稱	平均 得分	標準差	非常 認同 n(%)	認 同 n(%)	普 通 n(%)	不 認 同 n(%)	非 常 不 認 同 n(%)
• 家庭牙醫師的基層醫療功能	3.82	0.79	33 (17.7)	95 (51.1)	51 (27.4)	5 (2.7)	2 (1.1)
• 牙醫實施全民健康保險家庭 牙醫師整合性照護制度	3.41	0.86	13 (7.0)	81 (43.5)	67 (36.0)	19 (10.2)	6 (3.2)
• 家庭牙醫師制度的論人計酬 支付模式	3.02	0.94	6 (3.2)	54 (29.0)	75 (40.3)	40 (21.5)	11 (5.9)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於牙醫保險制度的發 展	3.20	0.95	9 (4.8)	71 (38.2)	62 (33.3)	36 (19.4)	8 (4.3)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於牙醫執業空間的發 展	3.16	0.92	7 (3.8)	65 (34.9)	74 (39.8)	31 (16.7)	9 (4.8)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於牙醫執業空間的發 展	3.29	0.96	12 (6.5)	75 (40.3)	63 (33.9)	27 (14.5)	9 (4.8)

• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於提昇牙醫師的專業 知識	3.39	0.97	17 (9.1)	78 (41.9)	60 (32.3)	23 (12.4)	8 (4.3)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於提昇牙醫醫療品質	3.59	0.96	24 (12.9)	94 (50.5)	42 (22.6)	20 (10.8)	6 (3.2)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於提昇民眾健康與生 活品質	3.40	0.93	11 (5.9)	92 (49.5)	50 (26.9)	26 (14.0)	7 (3.8)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於民眾就醫的周全性	3.52	0.93	21 (11.3)	86 (46.2)	51 (27.4)	24 (12.9)	4 (2.2)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於落實分級轉診制度	3.43	0.94	21 (11.3)	72 (38.7)	63 (33.9)	26 (14.0)	4 (2.2)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於整合牙醫醫療資源	3.12	0.87	3 (1.6)	65 (34.9)	80 (43.0)	27 (14.5)	11 (5.9)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於促進牙醫學術發展	3.82	0.80	27 (14.5)	113 (60.8)	34 (18.3)	9 (4.8)	3 (1.6)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於口腔預防保健的服 務	3.65	0.93	24 (12.9)	100 (53.8)	41 (22.0)	14 (7.5)	7 (3.8)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於加強醫病關係	3.33	0.91	12 (6.5)	75 (40.3)	67 (36.0)	26 (14.0)	6 (3.2)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於醫師間的交流互動	3.41	0.93	19 (10.2)	77 (41.4)	58 (31.2)	26 (14.0)	6 (3.2)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 有助於醫師減少非必要之 醫療處置	3.59	0.75	19 (10.2)	82 (44.1)	76 (40.9)	8 (4.3)	1 (0.5)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 可能會改變牙醫師的收入	3.28	0.79	3 (1.6)	77 (41.4)	82 (44.1)	18 (9.7)	6 (3.2)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 的相關認證	3.49	0.74	12 (6.5)	82 (44.1)	79 (42.5)	12 (6.5)	1 (0.5)
• 家庭牙醫師整合性照護制度 的參與意願	3.28	0.91	10 (5.4)	69 (37.1)	81 (43.5)	15 (8.1)	11 (5.9)
• 牙醫醫療符合家庭醫師的型 態	3.42	0.88	11 (5.9)	87 (46.8)	66 (35.5)	14 (7.5)	8 (4.3)

討論

本研究以牙醫未來可能實施家庭醫師制度或整合性照護制度為題，探討牙醫師在照護制度上的認知、認同、參與意願的結果及其他看法以供照護制度的規劃及執行時之方向及建議。在認知部份，以制度題目為主，係醫師自答瞭解程度，較難推論及呈現實際之認知情境。文中有關認知部份之非常瞭解和瞭解百分比合併為“瞭解”；不瞭解和非常不瞭解百分比合併為“不瞭解”；認同部份之非常認同和認同百分比合併為“認同”，不認同和非常不認同百分比合併為“不認同”分述如下。

牙醫師基本人口學資料分析結果顯示，本研究樣本的牙醫師大多數為男性，年齡層以 40-49 歲為主，教育程度以牙醫學士為主，專科背景以補綴為多，執業年資以 10-19 年為主，主要參與中華牙醫學會，執業地點主要在都會區，執業場所以個人診所為主，執業狀況以單獨開業為主，每週診數以 10-15 診為主，每週健保門診人次以 51-100 人次為主，聘任助理數以 2 人為數，有 41.4% 的牙醫師參與相關的牙醫社區服務，並以巡迴醫療為主，診療疾病以牙體復形、根管治療、牙周疾病為前三位，有 16.1% 的牙醫師建立家庭病歷，有 63.4% 的牙醫師實施口腔定期檢查，期間以 6 個月為主，追蹤的方式則以電話為主，有 53.7% 的牙醫師有牙科轉診的經驗，每月以 1-5 人為多數，有 72.6% 的牙醫師實施口腔衛生教育，每月以 1-5 小時佔多數，每月衛教人次以 1-20 人次為主。本研究結果與楊桂花（2002）的研究結果比較⁽⁹⁾，在牙醫師基本人口學（性

別、年齡）部份相符；執業地點部份，本研究結果在都會區執業醫師（39.2%）較楊桂花研究結果（49.0%）少；執業狀況部份，受聘醫師（12.9%）較楊桂花研究結果（3.4%）多，可能與牙醫聯合執業型態增多有關；執業年資部份，執業 10 年以下牙醫師（19.4%）較楊桂花研究（25.8%）少，執業 20 年以上牙醫師（35.4%）較楊桂花研究結果（21.4%）多，平均執業年資 15.9 年則相符；每週診數、時間及每週門健保診人次均相符。牙醫師每週平均診數為 13 診，換算成門診時間大約為 40 小時，與大部份勞動人口的工作時數大致相同，但由於門診診次分佈在早上、下午、晚間三個時段，所以，如果以生活休閒品質而言，每週的五個工作天是包括晚間門診，因此，牙醫師在工作時間的分配上是比大多數人來得長一些。

家庭牙醫師整合性照護制度的認知結果發現大多數牙醫師對於衛生及健保政策的認知仍然不理想（瞭解 25.3%，不瞭解 47.0%），其中對於牙醫總額支付制度的認知最高（瞭解 66.1%，不瞭解 8.1%），顯示牙醫師對現行制度的認知較高；而對於家庭牙醫師整合性照護制度的認知較低（瞭解 20.9%，不瞭解 55.9%），顯示新制度的形成須要充分的宣導和說明。男性、40 歲以上年齡層、執業 20 年以上、個人診所執業、自行開業、每週 10~15 診數、聘任助理 1~2 人、實施口腔定期檢查及衛教之牙醫師在照護制度之認知程度較高。男性、資深、自行開業的牙醫師有較高的認知，可能與經歷牙醫保險的演進歷史有關，較能瞭解及接受相關的健保政策（表

7，表8，表9，表10)。

表 7：牙醫師性別、年齡層與家庭牙醫師整合性照護制度之認知分析

變項名稱	性 別		P-value *
	男 n=173	女 n=13	
	n (%) mean	n (%) mean	
牙醫門診總額支付制度	118 (68.2) 95.7	5 (38.5) 63.8	0.0223

變項名稱	年 齡 層			P-value *
	40 歲以下 n=55	40-49 歲 n=87	50 歲以上 n=44	
	n (%) mean	n (%) mean	n (%) mean	
家庭牙醫師制度	8 (14.6) 75.7	29 (33.3) 100.4	16 (36.4) 102.2	0.0090
家庭牙醫師整合性照護制度	5 (9.1) 76.6	20 (23.0) 98.5	14 (31.8) 104.8	0.0109

* Significant test by Wilcoxon rank-sum test or Kruskal-Wallis test

n：非常瞭解和瞭解的個案數 %：非常瞭解和瞭解的佔率 mean：排序分數的平均值

表 8：牙醫師執業年資、實施衛教與家庭牙醫師整合性照護制度之認知分析

變項名稱	執 業 年 資			P-value *
	10 年以下 n=36	10-19 年 n=84	20 年以上 n=66	
	n (%) mean	n (%) mean	n (%) mean	
家庭牙醫師制度	6 (16.7) 87.5	20 (23.8) 85.0	27 (40.9) 107.6	0.0202
家庭牙醫師整合性照護制度	2 (5.6) 85.1	13 (15.5) 85.7	24 (36.4) 108.0	0.0161

變項名稱	實 施 衛 教		P-value *
	有 n=135	沒有 n=51	
	n (%) mean	n (%) mean	
家庭牙醫師制度	43 (31.9) 81.7	5 (9.8) 71.6	0.0152

* Significant test by Wilcoxon rank-sum test or Kruskal-Wallis test

n：非常瞭解和瞭解的個案數 %：非常瞭解和瞭解的佔率 mean：排序分數的平均值

表 9：牙醫師執業場所、執業狀況、每週診數所與家庭牙醫師整合性照護制度之認知分析

變項名稱	執業場所			P-value *
	聯合診所及醫院牙醫部	個人診所		
	n=42	n=144		
	n (%) mean	n (%) mean		
家庭牙醫師整合性照護制度	7 (16.6) 80.1	32 (22.2) 97.5		0.0494

變項名稱	執業狀況			P-value *
	自行開業	受僱於人	與人合夥	
	n=132	n=30	n=24	
	n (%) mean	n (%) mean	n (%) mean	
論人計酬支付制度	40 (30.3) 98.1	8 (26.7) 91.7	1 (4.2) 70.3	0.0386

變項名稱	每週診數			P-value *
	10 診以下	10-15 診	15 診以上	
	n=24	n=110	n=52	
	n (%) mean	n (%) mean	n (%) mean	
論人計酬支付制度	3 (12.5) 91.9	32 (29.1) 93.4	14 (27.0) 94.4	0.0486

* Significant test by Wilcoxon rank-sum test or Kruskal-Wallis test

n：非常瞭解和瞭解的個案數 %：非常瞭解和瞭解的佔率 mean：排序分數的平均值

表 10：牙醫師執業地點、聘任助理數與家庭牙醫師整合性照護制度之認同分析

變項名稱	執業地點			P-value *
	都會區	縣轄市	鄉鎮地區	
	n=73	n=66	n=47	
	n (%) mean	n (%) mean	n (%) mean	
牙醫符合家庭醫師的型態	31 (42.5) 82.0	42 (63.6) 102.6	25 (53.2) 98.6	0.0366
家庭牙醫師照護制度的參與意願	21 (28.8) 80.8	33 (50.0) 101.1	24 (51.1) 102.7	0.0143

變項名稱	聘任助理數			P-value *
	1-2 位	3-4 位	5 位以上	
	n=95	n=46	n=41	
	n (%) mean	n (%) mean	n (%) mean	
照護制度有助於加強醫病關係	71 (74.7) 100.4	26 (56.5) 79.6	26 (63.4) 90.3	0.0282

*Significant test by Wilcoxon rank-sum test or Kruskal-Wallis test

n：非常認同和認同的個案數 %：非常認同和認同的佔率 mean：排序分數的平均值

家庭牙醫師整合性照護制度的認同結果發現大多數牙醫師對於照護制度的認同較高（認同 51.3%，不認同 16.7%），尤其在照護制度有助於口腔預防保健的服務（認同 75.3%，不認同 6.4%），家庭牙醫師的基層醫療功能（認同 68.8%，不認同 3.8%），照護制度有助於加強醫病關係（認同 66.7%，不認同 11.3%）照護制度有助於提昇民眾健康與生活品質（認同 63.4%，不認同 14.0%）等方面的認同度較高，而照護制度的參與意願（認同 42.5%，不認同 14.0%）的認同較低，認同項目中最低的是家庭牙醫師制度的論人計酬支付模式（認同 32.2%，不認同 27.4%）。由研究結果發現牙醫師對於照護制度有半數以上（51.3%）的認同，在口腔預防保健、牙醫基層醫療等項目中有高度的期待及使命感，雖然，在參與意願的認同沒有超過半數（42.5%），顯示大多數牙醫師對於新制度有疑慮，論人計酬部份的認同（32.2%）是所有認同項目最低者，顯示大多數牙醫師對於這項不同支付模式的改變將難以預期其所產生的給付費用結果，這點與牙醫公會幹部的看法有些許的落差^(10、11)，總額支付制度的精神隱約含有論人計酬的意義，因為分區預算以投保人口為最終之費用計算基礎，是以，在照護制度中只是先加入口腔預防保健服務的執行及費用，擴大論人計酬支付模式的運用。但與許銘恭（2003）對基層醫師研究結果⁽¹²⁾，論人計酬的參與意願（非常願意及願意 19%）相較，牙醫師的參與意願還是較高一些。研究中發現，在鄉鎮及縣轄市地區服務、40 歲以上的牙醫師對於照護制度的認知和認

同程度較高，可能在都會區執業的牙醫師有較多的非健保執業項目（如牙齒矯正、美白、植牙等），都會區民眾的經濟較好，較有能力支付這些費用，相反地，在鄉鎮及縣轄市地區服務的牙醫師，健保執業可能是主要的費用收入來源，所以對於健保相關政策較為關注及瞭解。至於 40 歲以上的牙醫師都是在牙醫健保制度中的主要中堅醫事人力，已經適應牙醫保險的相關制度及費用支付模式，也經歷牙醫重要的保險歷史，較能接受及適應牙醫保險制度的運作模式。大多數的醫師對於衛生健保公共政策向來過於冷漠，沒有事前積極參與規劃的動力，因此，對於健保政策的瞭解不夠，本研究中牙醫師對於多項制度面問題較不瞭解；反觀在認同項目中，已列出家庭牙醫師制度可能衍生出來的一些執行面問題，所以，牙醫師較能表達相關的認同程度。整體而言，牙醫師在衛生健保政策面的問題比較陌生，整體瞭解與不瞭解比為（25.3%，47.0%），但在於實務執行面上卻表達了十分積極正向的看法及意見，整體認同與不認同比為（51.3%，16.7%）。這點是十分令人期許的，將匯整這些結果提供給中央健保局及牙醫師全聯會作為牙醫健保業務的參考。

結論

本研究之目的在於探討牙醫師對於健保家庭醫師整合性照護制度的認知及認同，藉由研究結果瞭解牙醫師對於健保議題的相關意見，所獲致結論有三：

- (1) 在認知方面，牙醫師對於總額支付制度及家庭醫師制度的兩項認知分數較高。

- (2) 在認同方面，牙醫師對於家庭牙醫師的基層醫療功能、預防保健、提昇民眾生活品質、加強醫病關係及符合家庭醫師型態的五項認同分數較高。
- (3) 牙醫師對於實施健保家庭牙醫師整合性照護制度及參與意願的認同分數較高，具可行性，但對於論人計酬支付模式之認同分數較低。

建議

- (1) 全民健保家庭牙醫師整合性照護制度實施前必須規劃完善的配套措施並與醫事團體充分溝通宣導及取得共識。
- (2) 牙醫團體積極參與衛生健保政策之規劃，以適時表達及維護相關權益。

參考文獻

1. 行政院衛生署。全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫。2003。
2. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1(1): 40(8 Sep 2003)。
3. 季麟揚。二十一世紀家庭牙醫師的挑戰。家牙通訊 2003(5): 14-15。
4. 黃松元。學校口腔衛生工作指引修訂版。台灣省政府教育廳、中華民國學校衛生學會；1994。
5. Ko YC, Huang YL, Lee CH, Chen MJ, Lin LM, Tsai CC. Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consumption related to oral cancer in Taiwan. *J Oral Pathol Med* 1995; 24: 450-3。
6. World Health Organization. Releases new report on global problem of oral diseases. WHO 2004。
7. Astrom AN. Comparative risk judgements for oral health hazards among Norwegian adults: a cross sectiona study. *BMC Oral Health*. 2002; 2(1): 3 (20 Aug 2002)。
8. Al-Ansari J, Honkala E, Honkala S. Oral health knowledge and behavior among male health sciences college students in Kuwait. *BMC Oral Health*. 2003; 3(1): 2(7 May 2003)。
9. 楊桂花。牙醫師對總額支付制度滿意度之調查研究。國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文 2002。
10. 葉君宇。總額支付制度下同儕制約不當運用對牙醫師行為模式影響之探討，高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文 2003。
11. 鍾尚衡。牙醫門診總額支付制度實施後，牙醫健保醫療資源使用狀況分析－以高屏區為例。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文 2002。
12. 許銘恭、林恆慶。基層醫師對國內實施論人計酬制度可行性認知調查研究。台灣家醫誌 2003; 13: 157-70。



Feasibility Study on the Implementation of National Health Insurance Family Physician Integrated Care System to Dental--Example in Kao-Ping Area

Yun-kuang Wu¹, Shun-Te Huang², Yea-Yin Yen², Shou-Jen Lan³

¹The National Union of Chinese Medical Doctors' Associations, R.O.C

²Graduate Institute of Oral Health Sciences, Kaohsiung Medical University

³Taichung Healthcare and Management University

Background: The campaign of family physician system and establishment of community health system became the top priorities for the reform of Taiwan's primary care delivery system in the post SARS era. In order to provide holistic health care to the residents and reinforce preventive medicine as well as community health, the Bureau of National Health Insurance (BNHI) advocated family physician integrated care program (FPICP) aggressively, by developing the mechanisms of health management and capitation.

Objective: The purposes of this study were: 1) to investigate dentists' recognition of the policy of family physician system; and 2) to examine dentists' consensus on the functions of primary care, the ideal model of family physician system, and the implementation of NHI family physician integrated care program. The study population was 1381 dentists who contracted with BNHI Kao-Ping Precinct. From which, 400 dentists were selected as study samples, using stratified systematic sampling technique. A cross-sectional self-administered questionnaire was mailed to the subjects. JMP statistical software was utilized in the process of data analyses.

Results: The findings indicated that 63.4% of the dentists practiced periodical oral check-up; 16.1% of dentists established dental records of patients' families; 37.5% of the dentists participated in community dental services, 53.7% of the dentists referred patients to their colleagues; 72.6% of the dentists offered health education services of oral hygiene. The percentages of acceptance, cognition, practicability, and willingness of participation in family dentist integrated care system among dentists were 51.3, 25.3, 50.5, and 42.5% respectively. Sixty-six percent of the dentists reported that they understand the global budget payment system. Male dentists aged over 40, with more than 20 years of experience, and practice dentistry in rural areas tended to have significantly higher levels of acceptance and cognition than their counterparts.

Conclusion: The majority of dentists concurred their functions in primary health care, the ideal family physician model, and the implementation of NHI family physician integrated care system. Therefore, the findings of this study support the feasibility of NHI family physician integrated care system, in terms of dental care. However, only one-fourth of the subjects understood the policy of family physician system. In order to promote the FPICP and achieve the objectives of community-based primary care and holistic health care, NHI officials should establish a decent strategic plan with series of action plans, invite primary care givers to the conferences and meetings held in the precincts regularly, and open-up the two-way communication channel between caregivers and the third party payer.

Key words : family physician integrated care system, family dentist integrated care system, capitation payment system.

Correspondence: Shun-Te Huang

Address: 100, Shih-Chuan 1st Road, San Ming District, 807 Kaohsiung City, Taiwan

Kaohsiung Medical University

TEL: 07-3121101ext 2272

FAX: 07-3233752

Submitted: July, 20, 2005

Accepted: September, 20, 2005

