

醫師對全民健康保險的意見調查

林芸芸* 江東亮**

我國已經決定在 1994 年完成實施全民健康保險，以保障人人有公平就醫的機會。為探討醫師對實施全民健康保險的意見，本研究以中華民國醫師公會全國聯合會醫師會員為研究對象，於 1989 年 11 月進行郵寄問卷調查，共收集 1619 名醫師資料，回收率為 21.6 %。結果顯示：(1) 四分之三的醫師贊成實施全民健康保險；(2) 三分之二的醫師贊成醫療院所的保險特約以自由申請為主；(3) 四分之三的醫師贊成以論量計酬支付醫療費用；(4) 六成的醫師贊成同病同酬的醫療支付標準；(5) 約六分之一的醫師預期全民健康保險實施後會改行；(6) 大多數的醫師認為實施全民健康保險後理想的執業地點為都市，並且贊成限制醫師前往醫師過剩的地區執業；(7) 大多數的醫師認為實施全民健康保險後理想的執業科別為一般科與家庭醫學科。根據上述發現，本研究對全民健康保險規劃提出有關的政策與研究建議。
(中華衛誌 1992；11 (3)：220-227)

Key words: *National Health Insurance, reimbursement, practice pattern, practice location, choice of specialty*

前言

我國為了進一步保障人人有公平就醫的機會，已經決定在 1994 年完成實施全民健康保險〔1〕，預期對臺灣地區醫療體系將產生鉅大的衝擊。由於醫師是醫療體系的重心，主控醫療服務的提供，因此不能不特別重視其對全民健康保險政策的反應。本研究旨在調查醫師對全民健康保險的意見，作為供規劃全民健康保險制度之參考，調查內容包括：(1) 是否贊成實施全民健康保險？(2) 對醫療院所申請特約方式與醫療費用支付制度的主張，(3) 全民健康保險實施後醫師的

理想執業選擇。

方法與步驟

研究對象

本研究以中華民國醫師公會全國聯合會(簡稱全聯會)1989 年 7 月的 18,029 位醫師會員為研究母群。首先依縣市別及醫院診所別將全體醫師分層，然後利用等距系統抽樣方法，抽出 7500 名樣本醫師。於 1989 年 11 月進行郵寄問卷調查，經二次函催及電話催覆，共得 1619 名有效樣本；回收率為 21.6%。診所醫師的回收率(28.3%)，顯著高於醫院醫師(15.4%)。經適合度檢定結果顯示：除性別外，樣本與母群在年齡與教育背景的分佈上皆有顯著差異(表 1)。與母群相比，樣本的平均年齡較高(51.4 歲比 46.8 歲)；甄訓特考及格的比例也較高(27.0% 比 21.8%)。

*國防醫學院公共衛生研究所

**國立台灣大學公共衛生學研究所

聯絡人：林芸芸

台北郵政 90048-509 號信箱

研究問卷

本研究自擬問卷內容分為四部分：(1)個人基本資料，包括性別、年齡、專業背景等，(2)對實施全民健康保險的態度，(3)對醫療院所申請特約方式與醫療費用支付制度的主張，與(4)理想執業選擇，包括地點、型態，及科別。

統計分析

本研究基於下列兩個前提，以執業形態別與保險特約別為分層變項進行描述性分析與卡方檢定：(1)醫院醫師的診療行為有別

於診所醫師，以及(2)有保險特約醫師的診療行為有別於無保險特約醫師。本研究使用的統計軟體為 SAS。

結 果

是否贊成實施全民健康保險？(表 2)

接受調查的醫師中，75% 贊成實施全民健康保險，8% 反對實施，17% 沒有意見。醫院醫師的贊成率(84%)顯著高於診所醫師(69%)。有保險特約診所醫師的贊成率(75%)

表 1：樣本醫師特性之適合度檢定

Table 1. Goodness of fit test for comparing the characteristics of population and sample physicians

	母 群		樣 本		適 合 度 考驗
	No.	%	No.	%	
性 別(1)					
男	16777	93.06	1513	93.45	$\chi^2=0.40$
女	1252	6.94	106	6.55	D.F.=1
總計	18029	100.00	1619	100.00	P=0.530
年 齡(2)					
25-34	4243	24.89	194	12.13	$\chi^2=209.96$
35-44	4960	29.10	411	25.68	D.F.=4
45-54	2069	12.14	263	16.44	P=0.000 **
55-64	2655	15.57	369	23.06	
65+	3119	18.30	363	22.69	
總計	17046	100.00	1600	100.00	
教 育 背 景(2)					
醫學院畢業	13330	78.20	1176	73.00	$\chi^2=25.57$
甄訓或特考	3716	21.80	435	27.00	D.F.=1
總計	17046	100.00	1611	100.00	P=0.000 **

資料來源：(1)醫師公會全聯會電腦報表，1989 年 8 月。

(2)衛生署醫師資料庫，1989 年 4 月。

* P<0.05 ** P<0.01

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

亦顯著高於無保險特約診所醫師(61%)，但醫院醫師保險特約的有無，則與是否贊成實施全民健康保險無顯著相關。控制執業型態後，有保險特約醫師贊成實施全民健康保險的比例顯著高於無保險特約醫師。

對醫療院所申請特約方式的看法(表 2)

五分之二的醫師認為所有的醫療院所均應成為全民健康保險的特約院所，三分之一的醫師則認為應自由提出申請，但須經評鑑合格才准特約，三分之一的醫師認為得自由申請，且保險機關不得拒絕。醫院醫師贊成須經評鑑合格的比例最高，佔48%；而診所醫師則較贊成全部成為保險特約院所，佔44%。比較有、無保險特約對特約申請方式看法的不同，發現醫院醫師無顯著差異，而診所醫師則有顯著差異。無保險特約的診所醫師都較有保險特約者贊成自動成為特約院所(47% 對 44%)；或自由申請不得拒絕(38% 對 29%)。而贊成須經評鑑合格才可成為特約者，則有保險特約者較高(25% 對 14%)。因此，一般而言醫院醫師或保險特約醫師較診所醫師或無保險特約醫師有較高的比例贊成自由申請，但須經評鑑合格才可成為特約院所的申請方式。調整醫院、診所的差異後，保險特約的有無和其期望的保險特約申請方式仍具顯著性差異。

對醫療費用支付方式的想法(表 2)

75% 的醫師贊成論量計酬，17% 的醫師贊成論次計酬，而只有 5% 的醫師贊成論人計酬。其中，診所醫師贊成贊成論量計酬的比例(68%)低於醫院醫師(87%)，但贊成論次或論人計酬的比例(29%)則高於醫院醫師(10%)。保險特約的有無與醫院醫師對保險支付方式的想法有顯著相關：保險特約醫院醫師，及無保險特約醫院醫師贊成論量計酬的比例分別為 88%、73%；論次計酬為 7%、23%；論人計酬的有 3%、5%。雖然大多數醫師都較傾向論量計酬，但控制院所別後，有、無保險特約和對支付方式的想法仍具顯著相關，即有保險特約者較無保險特約者有較高比例贊成論量計酬；而無保險特約者則

較有保險特約者大有較高比例贊成論次計酬。醫師的期望支付方式和目前規劃的預付制度(Prospective Payment System)有極大的差距。因此，保險單位與醫療提供者宜加強溝通，取得共識以利健康保險的推行。

對醫療費用支付標準的看法(表 2)

對於四種不同醫療費用支付標準，醫師贊成比例高低依序為：同病同酬(58%)、醫療院所評定等級(36%)、專科評定標準(29%)，最後是城鄉劃分(11%)。調整保險特約別的差異後，醫院和診所醫師間，對各保險醫療費用支付標準的看法皆無顯著差異。診所醫師贊成同病同酬的比例(65%)顯著高於醫院醫師(48%)，而醫院醫師贊成依院所評定等級或專科資格認定的比例(47% 及 48%)則高於診所醫師(30% 及 19%)。除醫院醫師對專科認定看法和保險特約的有、無具顯著相關外，其餘皆無顯著差異；無保險特約醫院醫師較有保險特約者贊成專科認定(50% 對 47%)。且經調整院所別後，醫師對各保險支付標準的看法和保險特約的有無間都無顯著相關。須注意的是對上述四種支付標準贊成者的最高比例不到六成，那麼醫師心目中期望的支付標準究竟是那一種，有待進一步深入的研究。

理想執業型態(表 3)

全民健康保險實施後，表示仍以目前執業型態為理想方式，診所醫師(75%)高於醫院醫師(56%)，認為會改變目前執業型態或改行不當醫師的比例則是醫院醫師(37%)高於診所醫師(21%)。保險特約的有無和診所醫師對執業型態的看法沒有顯著相關，但和醫院醫師間則有顯著相關。有、無保險特約醫院醫師認為全民健康保險實施後，診所是理想執業型態的相對比例分別為 22%、53%；以醫院為理想執業型態者，為 57% 對 21%；想改行的醫師則為 14% 對 21%。換言之，即有保險特約的醫院醫師較無保險特約者，有較高比例仍以醫院為理想執業型態；有較低的比例想改行。如果上述的期望執業型態不變的話，醫院醫師轉為診所醫師

表 2：醫師對全民健康保險的實施、保險特約申請、及支付制度的看法

Table 2. Physicians' opinion on the implementation of National Health Insurance

	總計	醫院醫師			診所醫師			Summary χ^2
	%	無保險 %	有保險 %	統計 考驗	無保險 %	有保險 %	統計 考驗	
全民健康保險看法								
	N=1608	N=21	N=576		N=431	N=580		
贊成	74.69	80.95	84.36	$\chi^2=0.12$	61.71	74.48	$\chi^2=19.21$	$\chi^2=19.33^{**}$
沒有意見	17.23	9.52	9.33	D.F.=2	28.31	18.10	D.F.=2	D.F.=4
反對	8.08	9.52	7.29	P=0.942	9.97	7.41	P=0.000**	
保險特約申請方式								
	N=1597	N=18	N=577		N=423	N=579		
全部特約	38.38	33.33	27.04	$\chi^2=1.24$	46.57	43.87	$\chi^2=20.01$	$\chi^2=21.25^{**}$
自由申請	28.93	27.78	22.18	D.F.=3	38.06	29.02	D.F.=3	D.F.=6
不得拒絕				P=0.261			P=0.000**	
自由申請	30.62	38.89	48.53		13.71	24.87		
評鑑資格								
其他	2.07	0.00	2.25		1.65	2.25		
保險支付方式								
	N=1587	N=22	N=576		N=416	N=573		
論人計酬	5.48	4.55	3.12	$\chi^2=8.94$	8.65	5.58	$\chi^2=6.84$	$\chi^2=15.78^*$
論次計酬	16.51	22.73	6.60	D.F.=3	20.19	23.56	D.F.=3	D.F.=6
論量計酬	75.05	72.73	87.50	P=0.032*	68.99	67.02	P=0.081	
其他	2.96	0.00	2.78		2.16	3.84		
保險支付標準								
1. 同病同酬	N=1599	N=23	N=575		N=423	N=578		
不應該	41.59	56.52	52.00	$\chi^2=0.18$	34.52	35.81	$\chi^2=0.18$	$\chi^2=0.36$
應該	58.41	43.48	48.00	D.F.=1	65.48	64.19	D.F.=1	D.F.=2
				P=0.179			P=0.179	
2. 醫療院所	N=1596	N=23	N=575		N=422	N=576		
評定等級	63.66	60.87	52.55	$\chi^2=0.62$	72.51	68.40	$\chi^2=1.96$	$\chi^2=2.58$
不應該	36.34	39.13	47.48	D.F.=1	27.49	31.60	D.F.=1	D.F.=2
應該				P=0.163			P=0.116	
3. 城鄉等級	N=1599	N=23	N=576		N=422	N=578		
不應該	88.74	82.61	89.41	$\chi^2=1.06$	87.44	89.27	$\chi^2=0.80$	$\chi^2=1.86$
應該	11.26	17.39	10.59	D.F.=1	12.56	10.73	D.F.=1	D.F.=2
				P=0.148			P=0.157	
4. 專科認定	N=1598	N=22	N=576		N=423	N=577		
不應該	70.65	50.00	52.60	$\chi^2=5.76$	82.98	80.42	$\chi^2=1.06$	$\chi^2=6.82$
應該	29.35	50.00	47.40	D.F.=1	17.02	19.58	D.F.=1	D.F.=2
				P=0.018*			P=0.148	

* P<0.05

** P<0.01

的比率將高於診所醫師轉為醫院醫師的比率；無保險特約的醫院醫師，較有保險的醫院醫師有高比例轉為診所醫師或改行，且有一成左右的醫師會改行。

理想執業地點(表 3)

不論醫院醫師或診所醫師認為理想執業地點的順位：直轄市、省轄市、縣轄市、鎮、平地鄉、山地鄉。保險特約的有無和醫

院醫師對執業地點選擇的看法沒有顯著相關，但和診所醫師的看法有顯著相關。無保險特約診所醫師理想執業地點的順位大體和前述醫師相似，但選擇鎮者的比例和選擇縣轄市者極相近(皆約 15%)；相對地，有保險特約診所醫師的理想執業地點順位卻有所不同，依序為：直轄市、縣轄市、鎮、平地鄉、省轄市、山地鄉，選擇省轄市者的比例竟和選擇平地鄉者差不多，約 14%，且比無保險特約診所醫師有較高比例選擇縣轄市和鎮。

全民健康保險實施後，是否應限制醫師前往醫師過剩區開業的看法，有一半以上的醫師認為應該，有三分之一弱認為不應該，而有五分之一沒意見。診所醫師較醫院醫師有較高比例(56% 比 43%)贊成應限制。而無論是醫院或診所醫師，保險特約的有無和醫師對限制開業的看法間無顯著相關。

理想執業科別(表 3)

全民健康保險實施後，醫師認為理想執業科別的順位為：(1)一般科(一般內、外、婦、兒科)，佔 52%；(2)家庭醫學科，佔 23%；(3)一般專科(眼、耳鼻喉、皮膚、泌尿、精神、神經等科)，佔 21%；(4)特殊專科(復健、麻醉、放射、病理、核子醫學、實驗診斷科等專科)，佔 2%。醫院及診所醫師的選擇順位都如前述，兩者間無顯著差異。惟診所醫師選擇一般科的比例(59%)，遠高於醫院醫師(40%)；相反地，選擇一般專科、特殊專科及家庭醫學科(18%、0.6%、21%)的比例，則皆較醫院醫師低(25%、5%、27%)；尤以特殊專科為然，不到百分之一。經調整院所別後，保險特約的有、無和醫師理想的執業科別看法間無顯著相關。由此推之，全民健康保險實施後，有四至六成的醫師傾向選擇一般科；而有五分之一至四分之一的醫師選擇家庭醫學科。

討論與建議

本研究於抽樣設計時，曾針對郵寄問卷及醫師群體回應率可能偏低的考量，假設問

卷回收率為三分之一，將原估計約需 2500 份樣本，膨脹抽取 7500 份樣本。並為提高回收率、增進外在效度，於「臺灣醫界」、「臺灣省醫師公會十一月會訊」刊登本研究之目的、重要性、內容，促請醫師支持合作。並於全省醫師公會總幹事會議中專題報告，敦請協助催覆；同時，針對未回覆者，再次函寄問卷催覆，結果共得有效卷 1619 份，回收率 22%。但實際若針對目標樣本數 2500 而言，回收率為 65%。比較母群和樣本特性發現：性別分佈無顯著差異。而樣本醫師的平均年齡、及甄訓、特考醫師所佔比例，則顯著高於母群。因此，有必要進一步分析影響醫師對全民健康保險預期的相關因素，以適當調整選擇誤和樣本偏差對研究結果可能造成的影響。同時，為避免對各個意見結果調整的繁瑣、和支離破碎，作者將進一步進行醫師對全民健康保險意見的隱性結構模式及其相關因素研究。

雖然本研究結果顯示，醫師贊成實施全民健康保險的比例為 75%，且有保險特約醫師較無保險特約者、醫院醫師較診所醫師有較高的贊成百分比，但需注意的是無保險特約醫師中，無論醫院或診所醫師都有 10% 反對，甚至已有保險特約者中，亦有 7% 以上反對，且無保險特約醫師中，醫院醫師約有 10%，診所醫師約 28% 表示沒意見。這些反對或心存觀望的醫師都可能成為推行全民健康保險的阻力，須進一步瞭解其反對或冷漠的理由，以作有效疏導。

另一方面，本研究發現：雖然多數醫師所期望的保險特約方式傾向院所不需評鑑、全部特約；且偏好論量計酬的支付方式，及同病同酬的支付標準。同時無保險特約醫師較有保險特約者，診所醫師較醫院醫師傾向全部特約、論次或論人計酬，與全民健康保險規劃構想有些一段差距，如醫療院所須評鑑合格才予以特約；住院擬採以 DRG 為基礎的預付制度(Prospective Payment System)，及門診擬採論次計酬(2-5)等。因此，目前規劃的全民健康保險支付策略急需爭取醫師的認同和共識，否則一旦貿然實施必引起抗爭，而影響全民健康保險的成敗

表 3：醫師預期實施全民健康保險後理想的執業選擇

Table 3. Physicians' choice of practice pattern, practice location and specialty after the implementation of National Health Insurance

	總計	醫院醫師			診所醫師			Summary χ^2
	%	無保險 %	有保險 %	卡方 考驗	無保險 %	有保險 %	卡方 考驗	
理想執業形態								
	N=1536	N=19	N=563		N=409	N=545		
醫院	30.47	21.05	57.19	$\chi^2=12.31$	12.22	16.88	$\chi^2=6.98$	$\chi^2=19.29^{**}$
診所	55.60	52.63	22.20	D.F.=3	77.26	73.94	D.F.=3	D.F.=6
改行	9.38	21.05	14.03	P=0.007**	7.82	5.32	P=0.077	
其他	4.56	5.26	6.57		2.69	3.85		
理想執業地點								
	N=1503	N=19	N=525		N=404	N=555		
直轄市	29.30	47.37	36.95	$\chi^2=1.99$	31.19	27.93	$\chi^2=21.47$	$\chi^2=23.46^*$
省轄市	16.48	15.79	23.62	D.F.=6	21.04	13.15	D.F.=6	D.F.=12
縣轄市	20.17	21.05	15.81	P=0.921	15.35	23.60	P=0.002**	
鎮	17.31	10.53	16.00		15.35	18.74		
平地鄉	14.08	5.26	6.10		13.61	14.41		
山地鄉	1.56	0.00	0.76		1.73	1.44		
其他	1.15	0.00	0.76		1.73	0.72		
醫師過剩地區是否應限制開業								
	N=1607	N=23	N=577		N=428	N=576		
應該	51.03	60.87	42.12	$\chi^2=4.13$	52.80	58.34	$\chi^2=4.34$	$\chi^2=8.48$
沒意見	20.04	4.35	16.81	D.F.=2	22.43	22.05	D.F.=2	D.F.=4
不應該	28.93	34.78	41.08	P=0.127	24.76	19.62	P=0.114	
理想執業科別								
	N=1573	N=23	N=557		N=424	N=569		
一般科	51.88	52.17	39.32	$\chi^2=6.97$	58.96	58.88	$\chi^2=2.59$	$\chi^2=9.56$
一般專科	20.47	8.70	25.67	D.F.=4	19.58	16.52	D.F.=4	D.F.=8
特殊專科	2.29	0.00	5.39	P=0.137	0.71	0.53	P=0.628	
家庭醫學科	22.89	30.43	26.57		18.87	21.97		
其他	2.48	8.70	3.05		1.89	2.11		

* P<0.05 ** P<0.01

與否與推行的速度。

同時，全民健康保險實施後，56% 的醫師預期選擇診所為理想執業型態，31% 選擇醫院，而約 10% 表示會改行。醫院醫師較診所醫師有較高的比例，欲改變目前執業型態或改行。且有保險特約醫師較無保險特約者，有較高比例以醫院為理想執業型態或欲改行。因此，若醫師的執業理想型態不變，一旦實施全民健康保險後，果真有 10% 的醫師改行，那麼是否可能導致有保險而無足夠醫師、或醫療院所的流弊，違反健康保險增加醫療可近性的美意？此需引為戒惕、未雨綢繆，尋求解決之道〔6-8〕。同時，回

顧我國診所的數量，由 1971 年的 6833 家成長為 1988 年的 11,302 家，其中 90% 以上均為私立；且醫師的分佈，私立佔 75%，公立佔 25%〔1〕；再加上本研究發現，醫院醫師欲轉為診所醫師的百分比，高於診所醫師欲轉為醫院醫師者。如此一來，目前以市場導向，尤以私立診所導向的台灣醫療市場，於全民健康保險實施後，是否會更趨向市場導向，而偏離目前健康保險策劃中的「規劃導向」，及「醫療社會化」的政策理想？是個值得深思的問題。

另外，我國目前醫師人力集中在都市的情形仍然嚴重，1989 年醫師人力最豐富與

最缺乏的縣市，相差約 4.3 倍〔9〕。本研究發現大部份醫師預期全民健康保險實施後，以直、省、縣轄市為理想的執業地點，且 49% 的醫師沒意見、或認為不應該限制醫師前往醫師過剩地區開業。因此，全民健康保險實施後，醫師人力仍將集中於醫療資源豐富，或高國民所得的地區。因此，必需設計適當的保險支付機轉和經濟誘因，鼓勵醫師下鄉，否則醫師人力分佈不均的弊象，將無法獲得改善。又全民健康保險實施後，理想執業科別的選擇有四至六成的醫師選擇一般科；五分之一至四分之一的醫師選擇家庭醫學科。此和國外有些國家，於實施健康保險後，醫師更傾向專科化的現象有異〔4, 6-8〕。其成因有待更深入的研析，以瞭解全民健康保險介入對醫師地理分佈及專科分佈的影響。

誌 謝

感謝行政院經濟建設委員會提供研究經費(統一編號：17034790295)；醫師公會全聯會和省醫師公會的協助問卷效度測驗和調查聯繫工作；幫忙資料整理的陳海燈、沈益宏先生、王靜慧小姐。更謝謝回覆問卷的醫師們。

參考文獻

1. 行政院經濟建設委員會。全民健康保險制度規劃報告。1990:117。
2. Cook DB: Resource-based relative-value scale for physicians' reimbursement. *N Engl J Med* 1989;320:533.
3. Feldstein PJ: *Health Care Economics* 3rd ed. Michigan: John Wiley & Sons Inc., 1988:169-97.
4. Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ: How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations. *N Engl J Med* 1989;321:86-92.
5. Hall JA, Roter DL, Katz NR: Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988;26:657-75.
6. Stoline A, Weiner J: *The New Medical Market Place - A Physician's Guide to Health Care Revolution*. London: The Johns Hopkins University Press, 1988:68-79.
7. Schulz R, Schulz C: Management practices, physician autonomy, and satisfaction. *Med Care* 1988;26:750-63.
8. Willke RJ, Cotter PS: Young physician and changes in medical practice characteristics between 1975 and 1987. *Inquiry* 1989;26:84-99.
9. 行政院經濟建設委員會。全民健康保險制度規劃報告。1990:119。



AN OPINION SURVEY OF PHYSICIANS ON NATIONAL HEALTH INSURANCE

YUN-YUN LIN, TUNG-LIANG CHIANG*

In order to further protect the right of access to health care by citizens, the government of the Republic of China has decided to fully implement the National Health Insurance (NHI) program by 1994. This study examines opinions of physicians in Taiwan on NHI. The data for the analysis came from a mail survey of 7500 physicians in November 1989, among them 1619 or 21.6% responded. The results of this study showed that: (1) three-quarters of the physicians are in favour of NHI; (2) two-thirds of the physicians are in favour of freely making a contract with NHI to provide health care services; (3) three-quarters of the physicians prefer a fee-for-services system to a capitation

payment system; (4) fifty-eight percent of the physicians agree with the "equal service, equal pay" criterion of payment; (5) approximately one-sixth of the physicians might stop practicing after NHI starts; (6) most physicians are in favour of practicing in urban areas in the NHI era, and agree to restrict entry of physicians into oversupplied areas; and (7) most physicians are in favour of being a general practitioner or family physician in the NHI era. Based on the above findings, this study further discusses the policy and research implications for NHI planning. (*J Natl Public Health Assoc (ROC)*: 1992;11(3):220-227)

Key words: National Health Insurance, reimbursement, practice patterns, practice location, choice of specialty

National Defense Medical Center, R.O.C.
*National Taiwan University, R.O.C.