

中國醫藥大學
醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-290

牙醫師至無牙醫鄉執業之原因與其特性
The Reasons and Characteristics of Dentists
Practicing in no-dentist Rural Areas



指導教授：蔡文正 博士

研究生：林家湖

中華民國九十三年七月

誌謝

隨著論文即將完成，一晃眼間兩年的研究所求學生涯已過；首先必須感謝指導教授蔡文正老師，對於資質不是很聰穎的我，由於蔡老師的耐心指導與啟發下，使得論文才可以順利完成；再者，非常感謝口試期間蒙陳世堅老師及藍守仁老師對本論文內容提供更完整與精關的建議，使得學生的論文能更臻完善。

回首這兩年的時光，衷心的感謝周遭關心過我與幫助過我的師長、親朋好友、同班同學、學長姐及學弟妹們，有你們的陪伴與互相鼓勵，讓這兩年的時光更溫馨與精采，在此獻上我最誠摯的謝意。

最後，更要感謝我最敬愛的家人，在我研究所生活與論文寫作的期間，讓我能無後顧之憂，專心地求學與研究，給我物質與精神上最大的支持與鼓勵，謝謝你們！

再次感謝曾經所有幫助過我、關心過我與照顧過我的每個人，有你們的陪伴才能成就今日的我，願你們也能和我一樣分享這份喜悅與榮耀。

林家湖

2004.7.6

摘要

目的：台灣地區長久以來都存在著醫療資源分配不均的問題，截至民國 90 年底中央健保局統計顯示台灣地區有 66 個無牙醫鄉，因此政府於民國 90 年度推行「牙醫總額支付制度鼓勵牙醫師至無牙醫鄉醫療服務」，以鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執醫。本研究藉由前往無牙醫鄉的牙醫師作深入調查，了解這一群牙醫師至無牙醫鄉之原因與其特性，作為未來政策訂定與支付制度設計之參考，以減少城鄉間的差距與醫療資源分配不均的情形。

方法：本研究對象為申請「民國 90 年度牙醫總額支付制度鼓勵牙醫師至無牙醫鄉醫療服務方案」的牙醫師，針對這一群至無牙醫鄉執業的牙醫師，以問卷及深入訪談的方式調查，探討牙醫師的個人特性、過去經驗、執業狀況、所得情形、牙醫師願意至無牙醫鄉執業服務的原因及牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度的看法。

結果：至無牙醫鄉執業的牙醫師中，其性別皆為男性，且牙醫師的年齡集中於 41-50 歲。執業狀況方面，牙醫師本身總執業經驗年數超過 10 年的人數最多，佔全部牙醫師的 80%。在一天平均的看診人數方面，又以平均看診人數 5 人以下(66.67%)為最多，可知無牙醫鄉民眾的醫療利用率偏低，而與該無牙醫鄉民眾的互動情形來看，又以原住民牙醫師互動情形最為良好。牙醫師選擇至無牙醫鄉執業的動

機與因素，以「金錢因素」為最主要的原因，其次是「服務奉獻因素」與「公費生制度之派定因素」。在牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度的觀感，其中又以認為無牙醫鄉鼓勵制度的「初衷立意良好」認同感的牙醫師最多，其次是認為鼓勵制度有「朝令夕改」與「需建構網絡支持系統」。

結論與建議：由本研究結果得知牙醫師願意至偏遠無牙醫鄉執業服務的原因，以「金錢因素」為最主要的原因，可知無牙醫鄉的鼓勵制度在其獎金制度的訂定上，發揮了所謂「重賞之下，必有勇夫」的成效。無牙醫鄉鼓勵制度實施一年後，由於政府對政策鼓勵制度保障月薪的降低，使得部份牙醫師放棄繼續在無牙醫鄉執醫。因此本研究建議中央健保局與牙醫全聯會：(1)無牙醫鄉鼓勵制度的實施，使得偏遠地區民眾都能享有平等的就醫權，政府應持續推行相關計畫；(2)政策鼓勵制度不應朝令夕改；(3)無牙醫鄉應建立適當轉診制度；(4)至無牙醫鄉執業牙醫師的醫療行為應給予品質的監控；(5)宣導偏遠地區民眾應選擇合格牙醫師。

關鍵詞：牙醫師、無牙醫鄉、偏遠地區、總額支付制度

Abstract

Objectives: The unbalanced allocation of medical resource has long been a problem in Taiwan. Up till 2001, according to the statistics of Bureau of National Health Insurance, there were 66 no Dentists Areas in Taiwan, which triggered the government to promote the system of “Global Dental Budget System Encouraging Dentists to Practice in No Dentists Areas.” With deep exploration, this research seeks to understand the motives and characteristics of these dentists who go down to these areas, so as to serve as a source of reference for future policy formulation and designing of payment system, hopefully to diminish the discrepancy between urban and rural area, and eventually to resolve the problem of the unbalanced allocation of medical resource.

Methods : The subjects of this study are dentists who applied for the system of “Global Dental Budget System Encouraging Dentists to Practice in No Dentists Areas” in 2001. In the form of both questionnaire and in-depth face-to-face discussion, we conduct a survey on those dentists into their personal traits, past experience, practice states, income condition, motivation of coming to no Dentists Areas, and their opinion of the entire system.

Results : Dentists who come to the no Dentists Areas are males who are mostly in their forties. As for their practicing experience, the percentage of those dentists with more than 10 years of experience reaches 80%. In terms of daily average patient number, those dentists who serve no more than 5 patients makes 66.67% of them, which again accounts for the fact that medical usage rate in no Dentists Areas is relatively low. In terms of residents’ interaction with dentists in these areas, the aboriginals have the best interaction with dentists. We come to understand the first factor that attracts dentists to rural area is monetary incentive, followed by dentists’ personal sense of commitment to be devoted to these areas; with the top third one being that these areas are designated as practicing locations for students who study on government’s expenses. When it comes to dentists’ view of the project, most of them do recognize that government implement this project out of good will and benevolent intent, but they also believe that improvement can be made on the fact that the governmental policies change too frequently and also that the supporting network system needs to be established.

Conclusion and Recommendations : based on this research, we learn that monetary factor still top the list of incentives that prompt dentists to serve in rural area, which again evinces that the entire system is under the sway of the principle that “the brave is propelled by handsome reward”. One year after the implementation of this system, part of the dentists just gave up their practice in rural areas, due to the fact that government reduced their monthly wage originally stated in the encouraging policy system. Hence, based on this study, we’d like to strongly recommend the Bureau of National Health Insurance and National Dentists Union that: (1) they should urge government to be continuously supportive to associated plans, which guarantees the equality of medical right for residents in rural area; (2) government should refrain from changing policies fickly in the future; (3) medical referral mechanism should be established in no Dentists Areas; (4) Quality-control should be imposed upon the medical treatment offered by dentists who practice in no Dentists Areas; and (5) they should propagandize among residents in rural areas the methods of selecting qualified dentists.

Keywords : Dentists, No-Dentist Areas, Rural Areas, Global Budget System

目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	3
第二章 文獻探討	4
第一節 牙醫師人力與地理分布之現況.....	4
第二節 牙醫總額支付制度對醫療資源分布之影響.....	9
第三節 影響醫師人力分布的因素.....	13
第四節 影響醫師執業地點選擇之因素.....	17
第五節 質性研究之意涵.....	19
第六節 文獻總結.....	26
第三章 研究設計與方法	27
第一節 研究流程.....	27
第二節 研究設計.....	28
第三節 研究工具之效度與信度.....	30
第四節 資料收集與分析.....	33
第五節 研究倫理.....	35
第四章 研究結果	36
第一節 描述性分析.....	36

第二節	無母數統計分析.....	44
第三節	牙醫師至無牙醫鄉執業之動機與因素.....	48
第四節	牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之觀點.....	55
第五章	討論.....	62
第一節	至無牙醫鄉執業牙醫師之特性.....	62
第二節	牙醫師至無牙醫鄉執業之原因.....	66
第三節	牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之看法.....	67
第四節	綜合討論.....	68
第六章	結論與建議.....	69
第一節	結論.....	69
第二節	建議.....	71
第三節	研究限制.....	72
參考文獻.....		73
附錄一、九十一年牙醫師至無牙醫鄉執業服務醫療給付 試辦計畫.....		80
附錄二、問卷與深入訪談內容.....		84

表圖目錄

表 2-1 歷年台灣地區牙醫師人口數與服務人口統計.....	6
表 2-2 2000 年世界各主要國家每萬人口牙醫師數.....	6
表 2-3 1998 台灣都市與鄉村地區人口與牙醫師人數之比較.....	6
表 2-4、民國 84 年至 91 年台灣地區各縣市牙醫師人數.....	7
表 2-5 無牙醫師特約鄉鎮地區一覽表(民國 90 年 11 月底).....	16
表 2-6、質性研究與量性研究之比較.....	22
表 3-1 民國 91 年無牙醫鄉執業牙醫師及鄉鎮.....	29
表 4-1、研究對象特性之次數分配表.....	40
表 4-2、研究對象之執業狀況與所得情形之次數分配表.....	42
表 4-3、牙醫師特性與執業情形滿意度之關係.....	46
表 4-4 牙醫師特性與無牙醫鄉民眾互動情形之關係.....	47
表 4-5、牙醫師之代碼與相關資料.....	48
表 4-6 牙醫師至無牙醫鄉執業之動機與因素.....	49
表 4-7、牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之觀點.....	56
圖 2-1 牙醫師在鄉鎮的地理分布.....	8
圖 2-2 民國 91 年度牙醫門診醫療給付費用總額架構.....	12
圖 3-1 研究流程.....	27

第一章 緒論

第一節 研究背景及動機

近年來隨著台灣整體醫師人力供給的提升，醫師人力的議題由原本的供給不足逐漸轉為分布不均的情形(江東亮，1988)。另一方面，也由於國家經濟逐步成長以及全國人民所得的提高，使得國人對於醫療服務的需求量也日益增加。更因為全民健康保險的實施，降低了民眾就醫財務負擔的門檻，使得醫療的需求利用量更是大幅增加，誠如上述所言，醫療對於民眾的可近性和地理上的平均分布就更加重要。因此醫師人力的分布與影響醫師選擇執業地點的因素，都將是目前醫師人力所探討的主要議題。

長久以來，台灣地區都存在著醫療資源分布不均的問題(楊漢?，1992；楊志良、蕭慶倫、盧瑞芬，1980)，且醫療資源分配不均的問題，也是世界各國所面臨的相關問題(高文惠，1995)，因此促進地區醫療資源分布均勻不僅是世界努力的趨勢，也是政府在醫療照護體系改革所該努力的目標。因而不論總額支付制度是否有無達到資源重分配的效果，如何促使醫師願意至偏遠醫療資源缺乏的地區執業服務，這才是真正的根本解決之道。

全民健保開辦初期，衛生署基於總額預算制度在國內為一新制度、且缺乏運作經驗，故擬定由門診服務量 92% 由開業醫提供的牙醫率先試辦。截至民國 90 年底，中央健保局調查顯示，台澎金馬地區缺乏牙醫師的無牙醫鄉共有 66 個，在無牙醫鄉中又以屏東縣的十四個鄉所佔比率最高。台灣山地離島地區長久以來醫療資源不足與就醫不便，如果能提供牙醫服務機構給予偏遠地區民眾就醫的可近性及持續性，讓偏遠地區民眾也能享有與一般平地民眾相同的醫療品質，相信是一大德政。因此政府於民國 90 年度開始試辦「鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執業服務計畫」，要求每週至少看診 4 天(30 小時)，保障每月月薪至少 30 萬元，以鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執行醫療服務，以促進醫療資源的分配均勻。

台灣自實施牙醫總額制度後，雖有促進醫療資源均衡分布的政策，但從未有相關研究探討牙醫師願意配合該鼓勵政策至無牙醫鄉執業服務之因素。因此這一群願意至無牙醫鄉執業服務牙醫師的個人特性、所得情形、執業情形以及誘發牙醫師至該偏遠地區執業之原因，值得深入加以探討。

第二節 研究目的

本研究之研究目的主要分為以下四點：

- 一、分析至無牙醫鄉執業牙醫師之個人相關特性。
- 二、瞭解牙醫師至無牙醫鄉執業之執業狀況與所得情形。
- 三、探討牙醫師選擇至無牙醫鄉執業之原因。
- 四、瞭解牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之觀感。

為了瞭解至無牙醫鄉執業牙醫師之原因與其特性，就牙醫師之個人相關特性、執業情況與所得情形，以及探討牙醫師至無牙醫鄉執業之原因與對無牙醫鄉鼓勵制度之觀感，以這四點作為本研究之研究目的。

第二章 文獻探討

本研究之文獻回顧分為六節，第一節探討牙醫師人力與地理分布之現況，第二節探討牙醫總額支付制度對醫療資源分布之影響，第三節針對影響醫師人力分布的因素做探討，第四節引用國內外相關文獻以瞭解影響醫師選擇執業地點之因素，第五節針對本研究所使用的質性研究方法做一簡單概念性的介紹，第六節為文獻總結。

第一節 牙醫師人力與地理分布之現況

一、牙醫師人力之現況

台灣的牙醫教育開端最初始自國防醫學院軍醫人員的牙醫師訓練班。自民國 43 年後，民間國立大學則由台灣大學牙醫學系開始創立，後來陸續設有牙醫學系的大學有台北醫學院、高雄醫學院、中山醫學院、陽明醫學院以及中國醫藥學院等學校創辦牙醫學系；直到約民國 50 年後，由民間所創辦牙醫學系訓練出來的牙醫師，於考取國家考試執業執照而投入醫療服務後，牙醫執業醫師才逐漸進入正軌。

根據行政院衛生署統計室統計顯示，自民國 77 年全國牙醫師人數為 4,511 人，每萬人口牙醫師數有 2.77 位，每位牙醫師平均服務人數為 4,412 人；民國 85 年全國牙醫師人數為 7,254 人，每萬人口牙醫師數有 3.37 位，每位牙醫師平均服務人數為 2,967 人；至民國 91 年

全國牙醫師人數為 9,206 人，每萬人口牙醫師數有 4.09 位，每位牙醫師平均服務人數為 2,446 人 (表 2-1)，牙醫師人數雖逐年有增加趨勢，但與其他世界先進國家比較下，少者(如澳洲)每萬人口 4.55 位牙醫師，多者(如德國)每萬人口 7.59 位牙醫師(表 2-2)相比較之下，臺灣的牙醫師仍稍嫌不足，所以牙醫師在人力成長上仍有相當大的空間。

二、牙醫師地理分布之現況

以民國 77 年台北市、台北縣、宜蘭縣、台東縣、嘉義縣為例(表 2-3)，可以看出台灣都市地區與鄉村地區人口與牙醫師數的差異能非常大。根據行政院衛生署統計室統計顯示，民國 84 年至 91 年台灣地區各縣市牙醫師人數(表 2-4)，至民國 91 年底牙醫師人數最多的縣市為台北市有 2,122 人，依次為台北縣、高雄市、桃園縣、台中縣，分別為 1,419 人、811 人、614 人、522 人，而牙醫師人數最少的縣市為外島的連江縣(馬祖地區)有 7 人，依次為金門縣、台東縣、嘉義縣、新竹縣，分別為 11 人、22 人、56 人、77 人。

國內學者指出有將近 90%的牙醫師集中在 29.8%的鄉鎮市裡(圖 2-1)，也就是在全台灣僅有的 111 鄉鎮市內執業(蔡文正，2004)，由此可知牙醫師在地理分布上，實在有分布不均的情形。

表 2-1、歷年台灣地區牙醫師人口數與服務人口統計

民國 牙醫師人數	八十五年	八十六年	八十七年	八十八年	八十九年	九十年	九十一年
	7,254	7,573	7,900	8,240	8,597	8,944	9,206
每萬人口 牙醫師數	3.37	3.48	3.60	3.73	3.86	3.99	4.09
每一牙醫師 服務人數	2,967	2,871	2,776	2,681	2,591	2,505	2,446

資料來源：行政院衛生署統計資料室，2003。

表 2-2、2000 年世界各主要國家每萬人口牙醫師數

	台灣	美國	英國	日本	法國	德國	澳洲	加拿大
每十萬人口 牙醫師數	3.86	5.53	4.73	6.79	7.18	7.59	4.55	5.46

資料來源：張進順：牙醫師人力供需研究，「我國醫事人力規劃與預測研討會」，2000。

表 2-3、1998 年台灣都市與鄉村地區人口與牙醫師人數之比較

地區	人口數	牙醫人數	人口/牙醫數
台北縣	2,598,493	2,040	1,273.8
台北縣	3,420,535	1,092	3,732.4
宜蘭縣	466,603	97	4,810.3
台東縣	253,002	45	5,622.3
嘉義縣	567,695	39	9,621.9
全國	21,742,815	7,963	2,730.5

資料來源：張進順：牙醫師人力供需研究，「我國醫事人力規劃與預測研討會」，2000。

表 2-4、民國 84 年至 91 年台灣地區各縣市牙醫師人數

民國	八十四年	八十五年	八十六年	八十七年	八十八年	八十九年	九十年	九十一年
	牙醫師數	牙醫師數	牙醫師數	牙醫師數	牙醫師數	牙醫師數	牙醫師數	牙醫師數
總計(人)	7,026	7,254	7,573	7,900	8,240	8,597	8,944	9,206
臺北市	1,896	1,968	2,027	2,010	2,033	2,087	2,142	2,122
高雄市	706	717	725	733	725	780	813	811
臺北縣	944	988	1,036	1,109	1,185	1,274	1,342	1,419
宜蘭縣	86	83	88	97	105	108	107	106
桃園縣	352	355	393	459	488	527	591	614
新竹縣	70	72	71	74	78	84	85	96
苗栗縣	83	98	104	102	106	103	104	103
臺中縣	396	394	414	443	489	480	504	522
彰化縣	287	304	298	324	372	373	380	401
南投縣	108	102	121	128	134	133	138	140
雲林縣	102	102	112	114	127	127	127	129
嘉義縣	44	48	52	59	56	70	76	77
臺南縣	151	166	189	210	225	233	245	249
高雄縣	224	219	254	281	282	289	311	323
屏東縣	135	137	140	149	162	178	188	184
臺東縣	32	35	40	43	45	46	53	52
花蓮縣	81	84	85	89	92	96	97	105
澎湖縣	14	15	21	19	23	24	23	26
基隆市	108	102	110	125	126	123	125	132
新竹市	136	144	151	158	164	168	170	176
臺中市	624	654	664	680	717	765	785	861
嘉義市	114	134	139	139	139	146	149	152
臺南市	328	327	331	345	355	370	378	388
金門縣	3	5	7	9	8	9	8	11
連江縣	2	1	1	1	4	4	3	7

資料來源：行政院衛生署統計室，2003。

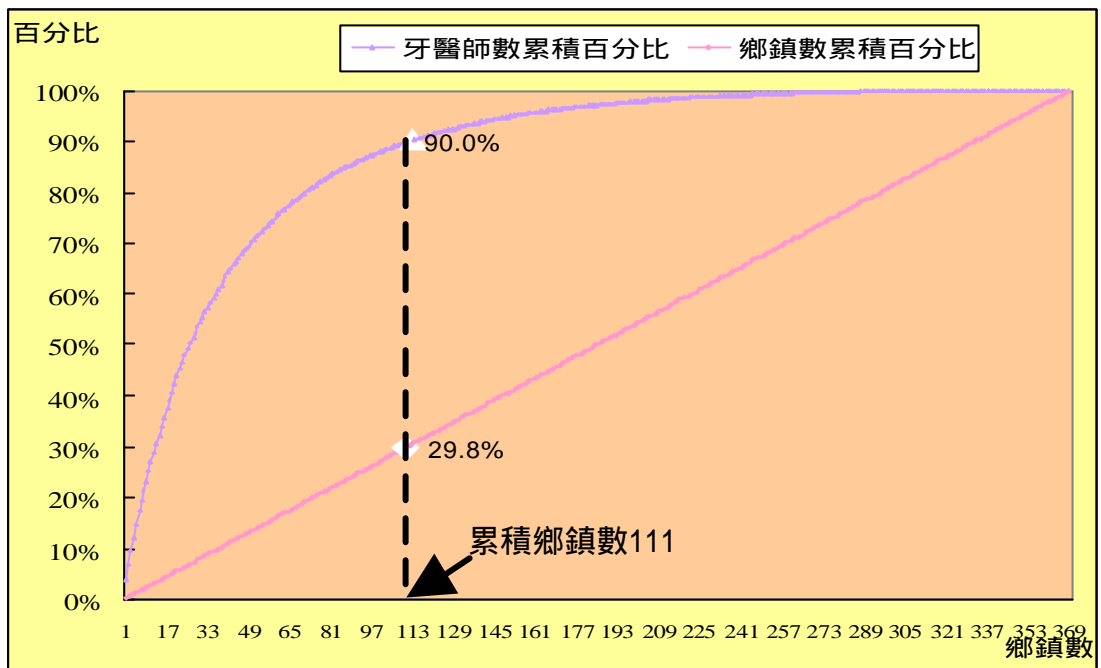


圖 2-1 牙醫師在鄉鎮的地理分布

資料來源:蔡文正：論人計酬在家庭醫師制度之應用-以牙醫為例，「家庭醫師制度及基層醫療改革研討會」，2004。

第二節 牙醫總額支付制度對醫療資源分布之影響

所謂牙醫總額支付制度係指付費者(保險人)與醫療提供者(醫療相關機構院所)，就特定的醫療服務提供部門或整體醫療服務，預先以協商方式訂定未來一段時間內健康保險醫療服務的支出預算，以酬付該服務部門或服務在此協定期間內所提供的醫療服務費用(李玉春，1998)。

傳統的論量計酬(Fee for service, FFS)支付制度由於醫療服務提供者缺乏分擔財務風險的誘因，致使醫療費用支出節節高漲，而醫療資源的配置也受到扭曲。但總額預算支付制度具有協商機制，有利於解決「資源有限」的基本問題，並可透過醫療費用總額預算的重分配，解決資源分配不均的問題。

總額預算制度本身即存在強制減少經費成長的機制，支出上限制更直接藉由協商方式，限制醫療費用總支出的上限額度，進而可能產生促進醫療資源均勻分布的機轉。

然而，總額預算制度在資源重分配及可近性上的效果，在國外學者的研究結果呈現出不同分歧的現象。有些學者研究認為施行總額支付制度可促進醫療資源重新分配及增進就醫可近性(Etter & Perneger, 1998; Carr-Hill, 1994; Rogal et al. 1993)，亦有學者研究指出總額制度並

無促進資源重分配與增進就醫可近性之效果(Chu, 1992; Iglehart, 1991)。而在國內實施牙醫總額支付制度對資源重分配成果，根據研究結果顯示呈現贊成(張友珊、楊志良，1999；李玉春，1998)與反對(廖翊舒，2000；蕭秀如，1999)兩派。在促進醫療資源重新分配及增進就醫可近性方面，得到結果與國外有相似的結論。

總額預算在費用節省及成長控制方面，是明確而可預期的。但在促進資源均衡分布與可近性方面，單就結果比較尚未有定論；且全民健保牙醫門診給付項目僅支付基本牙科醫療部分，因此雖然制度設計上，就理論而言應具有促進均衡醫療資源分布的效果，但對執業牙醫師而言，尚存在近一半為自費的收費來源，因此牙醫師的資源分布是否會受總額支付制度所影響仍有待觀察。

牙醫總額給付制度於設計之初，已將醫療資源合理分佈之方向包含在內，計劃於5年內將所有醫療費用能均勻分配至被投保地區，即發揮都會型分區預算會向城鄉型分區作大幅度的移動，希望能發揮將醫療資源過度充足區域之醫師人力，引導至醫療資源不足的區域。然而其功效並不是非常理想，因為大部分新投入執業的醫師人力仍然以都會區域為優先選擇。為了緩和調整的壓力，現將原先計畫調整為7年，但是最後的狀況仍舊如此，在都會區域間執業的牙醫師必將面臨更強的競爭壓力及點值較低的健保執業環境。即便如此，牙醫總額支

付制度仍有許多設計與誘因，如民國 91 年度開始試辦「鼓勵至無牙醫鄉執業計畫」、「無牙醫鄉巡迴醫療服務計畫」(圖 2-2)，以鼓勵牙醫師下鄉服務，並以專款專用方式分別提撥 4,320 萬元及 8,554 萬元，在牙醫師定點執業服務上，要求每週至少看診 4 天(30 小時)，保障每月月薪 30 萬元，以鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執行醫療服務方式，促進醫療資源的分布均勻。

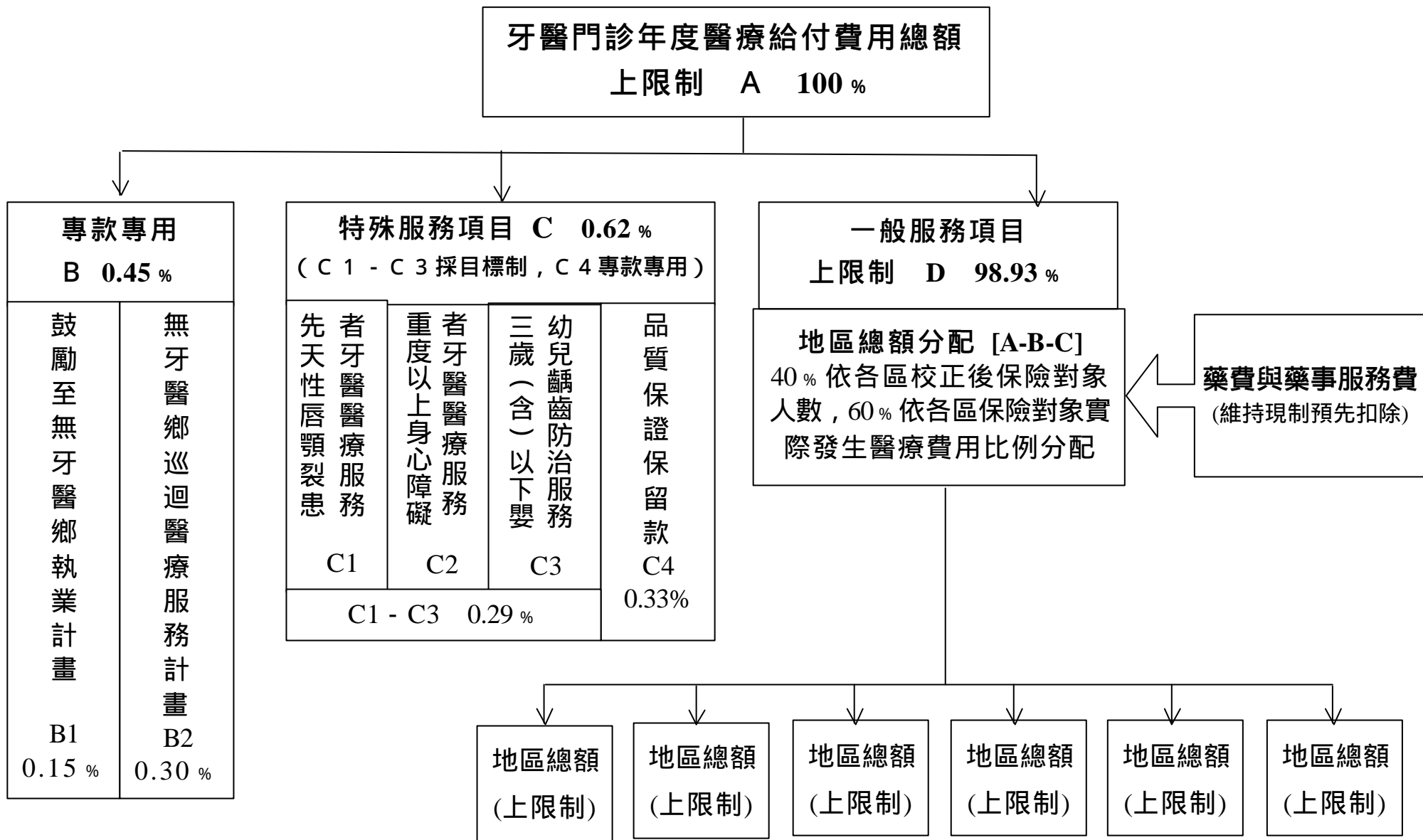


圖 2-2 91 年度牙醫門診醫療給付費用總額架構

第三節 影響醫師人力分布的因素

醫師人力的地理分布是醫療照護可近性重要議題之一，在探討醫師人力地理分布的議題時，可分為兩個面向：巨觀與微觀。巨觀層面主要探討環境因素對醫師地理分布的影響，如市場力與政策介入的影響(Chiang,1995; Ernst & Yett,1985; Fruen, Hadley,Korper,1980)。微觀層次主要探討醫師特性對執業地點選擇的影響，如專業支援考慮、個人偏好、醫師人口學特性、畢業學校與醫學教育等因素(Ernst,Yett,1985)。微觀層次主要探討醫師特性對執業地點選擇的影響，如專業支援考慮、個人偏好、醫師人口學特性、畢業學校與醫學教育等因素(Ernst,Yett,1985)。就理論而言，有兩種理論可用來解釋醫師選擇執業地點的行為：1.醫師誘發需求理論；2.空間競爭理論(spatial competition)，因此當醫師人力出現分佈不均的現象，即代表兩種涵意：1.醫師們選擇的執業地點大多集中在某些地區，如人口數多、都市化程度高的地方，因而導致其他地區醫師人力缺乏；2.醫師人數可能不足，因此未達成預期的擴散效果(盧瑞芬、謝啟瑞，2000)。

根據過去文獻的研究，醫師人力的分佈會受到當地區的人口數、面積、老年人口、以及當地的醫院數所影響(游素蘭，2001)。在美國甚至只有 9%的醫師，在總人口數占全國 20%的偏遠地區執業(Dis, 2002)。

台灣有關醫師人力的研究，最早始於 1962 年由 Baker 及 Perlman 等所主持的台灣地區醫師人力的供需調查與推估之研究(周穎政，1991)。之後有許多學者也陸續對台灣醫師人力的供需作預測，並在醫療人力政策上提出相關的建議。

行政院衛生署為了提高醫療照護的可近性，自 1985 年起推動醫療網計劃，目標為公元兩千年達到每一醫師服務 750 人(行政院衛生署，1997)，事實上，在公元兩千年台灣地區每一醫師服務人口數為 753 人，已接近目標值，可說是醫師人力充足。就牙醫師的部分而言，目前 2001 年台灣每 10 萬人有 39.9 名牙醫師，已經超過行政院衛生署於 1986 年所訂的目標：每 10 萬人有 33.3 名牙醫師，台灣的牙醫師問題不在於人力供給量的不足，而在於地理資源上的分配不均，且並不會因牙醫師人力的大幅增加成長，而有所顯著改善(江東亮，1992)。又牙醫師的執業地點多在人口密集的都會區，以 2002 年來看，牙醫師人數最多的是台北市的 2,142 人，最少分別是連江縣(馬祖地區)、金門與澎湖這三個離島地區，分別只有 7 人、11 人與 26 人；若以鄉鎮區為單位，則有 66 個鄉鎮沒有牙醫師執業(表 2-5)，約佔台灣全部 369 個鄉鎮百分比的 17.9%。

外國研究指出在偏遠地區的民眾其就醫時機與就醫次數比都市的民眾要少且有更高的交通障礙問題(Dis, 2002)。再再顯示出牙醫資源

缺乏地區其就醫比率偏低，對偏遠地區及山地居民之就醫需求急需改善(郭瑩璉，2002)。

台灣政府最早在 1975 年開始介入醫師人力市場，當時因為醫師人力不足，尤其是偏遠地區，因此設立公費生的方式，要求公費生畢業後至退輔會所屬的各榮民醫院等服務。然而這些公費生服務期滿後在私立醫療院所執業的比例增加，且執業地點主要在直轄市及其他地區(楊慧芬，1992)。由此可見公費醫師制度對於均衡醫師人力分布的成效是相當有限的。

過去曾有研究指出，要解決醫師人力分佈不均最好的方法，在於藉入學政策篩選出專業生涯期望較傾向於願意至醫師人力缺乏區服務的醫學生(Mattson et al.,1973)。除此之外，如整體開發偏遠地區、提高偏遠地區醫師的特別獎金、限制在資源過剩區開業、發展交通以縮短就醫時間等，也是解決醫師人力分布不均的方法(藍忠孚、李玉春，1983；李應元，1980)。就政策面而言：1.設置群醫中心牙醫師的員額；2.辦理公費牙醫師養成計畫；3.改善全民健保之支付制度，對於資源豐富地區，使其點值較低，相對地對於資源缺乏地區，尤其是偏遠地區則加成支付(江東亮，1992)。

表 2-5、無牙醫師特約鄉鎮地區一覽表 (截至 90 年 11 月底)

縣市別	鄉鎮別	縣市別	鄉鎮別
台北縣	石碇鄉	屏東縣	崁頂鄉
	石門鄉		琉球鄉
	平溪鄉		滿州鄉
	貢寮鄉		枋山鄉
桃園縣	復興鄉		三地鄉
新竹縣	橫山鄉		霧臺鄉
宜蘭縣	員山鄉		瑪家鄉
苗栗縣	南庄鄉		泰武鄉
	頭屋鄉		來義鄉
	西湖鄉		春日鄉
	三灣鄉	獅子鄉	
	獅潭鄉	牡丹鄉	
	泰安鄉		
台中縣	和平鄉	澎湖縣	湖西鎮
彰化縣	芳苑鄉		白沙鄉
南投縣	中寮鄉	花蓮縣	秀林鄉
嘉義縣	六腳鄉		萬榮鄉
	東石鄉		卓溪鄉
	番路鄉	台東縣	卑南鄉
	阿里山鄉		大武鄉
	太麻里		
	東河鄉		
台南縣	北門鄉		鹿野鄉
	南化鄉		綠島鄉
	左鎮鄉		延平鄉
	龍崎鄉		達仁鄉
高雄縣	田寮鄉		金峰鄉
	六龜鄉	金門縣	金沙鎮
	杉林鄉		金寧鄉
	內門鄉		烈嶼鄉
	茂林鄉		烏坵鄉
	桃源鄉	連江縣	北竿鄉
	三民鄉		莒光鄉
	東引鄉		
屏東縣	竹田鄉		
	新埤鄉		

資料來源：中央健康保險，2001。

第四節 影響醫師選擇執業地點之因素

國內相關學者所做的研究中發現，社區結構、社經狀況與醫療環境是影響醫師選擇執業的重要因素(江東亮，1995；張笠雲，1983)。從國外許多研究針對探討醫師選擇執業地點的因素，研究結果指出，女性醫師進入偏遠地區執醫的比例比男性人口少；醫師在選擇執業地點上，其配偶扮演著極重要的影響角色；偏遠地區醫師的收入皆比都市醫師收入來的低(Rabinowitz, Paynter, 2002)。

至偏遠地區服務的醫師中有 67.3%的醫師出生於偏遠地區，而不論選擇在都市或偏遠地區執業的醫師，在選擇是否要進入偏遠地區執業的時候皆會優先考慮子女的教育問題及與子女相關的議題、其次則是配偶的工作機會與日常生活機能，以及未來重返都市執業的困難等(Simmons et al., 2002)。另外亦有許多研究也得到類似的結論：人口數大於二萬五千人之地區，較易吸引醫師前往服務，而且當醫師供給過多時年輕醫師會傾向鄉村地區散佈；醫師選擇在非都市地區執業的相關因素有本身及配偶的背景經驗、是否能與配偶在同一地區執業、過去的實習地點與經驗、休閒時的生活品質、該地區距離主要都市距離、平均收入，當地是否有醫院等因素，都會影響醫師是否選擇在該地區執業的原因(Mitka, 2001; Pathman, Konrad, Ricketts, 1994; Langwell, Drabek, Nelson, 1987; Carter, 1987; Dionne, Langlois, Lemire,

1987; Langwell, Nelson, Calvin,1985)。

然而在國內的研究則有不同的結果：醫師的執業地點分布與其性別、學校別、高中以前的居住地經驗、婚姻狀況並無顯著關係，但與其訓練的經驗則有顯著相關(高文惠、黃文鴻、楊漢?，1998)。牙醫師的執業地點受健康保險實施的影響，牙醫師地理分布出現擴散減緩的現象，同時也受執業地點的生活機能所影響(黃偉堯，2002)。

依據上述，國內學者將影響醫師選擇執業地點的因素歸類為：

一、個人背景：年齡、性別、家庭背景等。二、居住地經驗：成長地及其人口數、求學地點及其人口數、訓練地等。三：家人的意見：父母親、配偶、子女等，及其子女的教育環境。四、經濟因素：該地區是否有足夠的利潤或經濟的誘因(陳雅雯，2001)。也有學者明確將其劃分為二個面向來做探討，一為「個人層面」：1.個人過去經驗：包括個人背景、成長接觸的環境、訓練的過程等；2.個人主觀偏好：包括醫療專業的認知、態度與動機；另一方面為「環境層面」：包括地區性因素，例如該地區具有何種特性可對醫師產生聚集性的吸引力或促使醫師離開的因素(高文惠，1995)。

第五節 質性研究之意涵

一、質性研究的定義與方法

任何種類的研究，只要它並非藉著統計程序或者其他量化的手段而獲致產生研究結果的方法(Strauss,Corbin,1990)，都可以稱作質性研究。它可以是對人的生活、人們的故事、行為以及組織運作、社會運動或人際關係的研究。也就是以非數學方式的分析程序，藉由觀察、訪問來蒐集資料，並且利用文件、官書、書籍、錄音帶，甚至人口普查這種為其他用途而搜集到的量化資料加以分析的程序(徐宗國，1997)。

二、質性研究的類型

質性研究的類型大致可分為以下七種類型(胡幼慧，1996)：

- 1.象徵互動論(symbolic interactionism)(或稱符號互動論)：是當代社會學理論中芝加哥派的傳統。此理論關注人們如何從「互動」得到意義，並以凸顯人們的語言、行動符號的「意義」結構，發展象徵互動之原則為宗旨。
- 2.俗民方法論(ethnomethodology)：此為社會學家發展之理論，旨在瞭解人們如何將日常現象，轉成「理所當然」的常識。其最常用的研究技巧，是以「打破常規」方式來探討人們如何「修補」常規

受損的行動。

- 3.現象學(phenomenology)：Edmund Husserl(1931)認為現象學旨在瞭解一個人在其「生命世界」(life world)的生活經驗(live experience)及意圖(intention)。為了達到此宗旨，研究者必須框出並移出(bracket)自己的先見(preperception)以進入受訪者的生命世界和其「自我」的經驗解釋，並以言辭的描述來表達經驗。後有一些心理學者加以發展，此法亦受到護理學界的鍾愛。
- 4.詮釋學(hermeneutics)：此研究主旨除了瞭解「現象學」關注的生活經驗及其解釋外，再進一層了解其政治、歷史及社會文化的情境脈絡，以及這些經驗在行動實踐層面的表達。
- 5.紮根理論(grounded theory)：此理論的哲學基礎為現象學，其發展之主旨在探出核心(core)的社會心理或社會結構過程，以發展出紮根在社會實相和情境脈絡下的理論。其方法主要是以備忘錄(memo)，來不斷地對資料予以記載、比較得到領悟。此理論由 Glaser 及 Strauss(1967)提出，在質性研究中有其重要地位。從資料中發現問題的歸納過程，強調歸納過程，但也會用到演繹過程，以持續不斷的比較方式進行。
- 6.民族誌(ethnography)：此理論在文化人類學中是最為長久的傳統，此法旨在探索一個文化的「整體性」生活、態度和模式。民族誌

研究者往往在田野停留相當一段的時間，以多元方法得到各種資料。由於理論視角(如功能論、結構論、新馬論)及關注的現象不同，而有不同的派別。其中種族科學(ethnoscience)或稱認知人類學(cognitive anthropology)，較注重以當地文化圈內人(emic)的意義建構。符號人類學(symbolic anthropology)則進一步檢視神話、儀式及其他文化事件如何在日常生活中被使用，及如何以溝通分享來達到他們的需要。有時稱為自然的研究，強調仔細觀察每天的生活，是非常真實的，強調居民的文化研究。

7.行動理論(action theory)：此理論根基於 Kurt Lewin 之行動科學與 Argyris(1985)之實踐主義研究典範(praxis research paradigm)。此方法之理論在於將研究視為一種實踐、研究過程為批判式的探討。

三、質性研究與量性研究之比較

質性研究與量性研究的主要差異在於基本的意義、及對於各自所描述的典範。量性研究偏向於測量變項上的數字貢獻；而質性研究則在於透過研究者藉各種抽象方式，以確定人們經驗之主觀描述及解釋，而且質性研究較能真實反應研究對象之感受，在一種自然、非控制的觀察下，取得正確、真實、豐富和深度的資料；同時在深入訪談過程裡，研究對象可以自由表達其認知及觀點，藉此瞭解其內在及外在的世界，使研究問題能達到全面性、整體性的瞭解，這正是質性研

究的可貴之處(陳宛辰, 1997)。質性研究與量性研究研究皆是為了發展理論的科學為目的, 但還有其不同之處(表 2-5)。

表 2-6、質性研究與量性研究之比較

	質性研究	量性研究
分析	不經由數量化分析方法而獲致結論	將研究的問題數量化, 採用數量分析方法以獲致結論
價值	發現(discovery)	驗證(verification)
目的	確定某一事物是否存在	確定某一事物存在的數量
內容	較不結構化、彈性較大	較結構化、較確定
方法	深度訪談、團體訪談、參與觀察、投射技術等	調查、實驗等
研究目的	解釋性理論, 尋求複雜性	證實普遍狀況, 預測, 尋求共識
對知識的定義	由社會文化所建構	與情境無關
價值與事實	密不可分	分離
研究內容	故事, 事件, 過程, 意義, 整體探究	事實、原因, 影響, 凝固的事物變量
研究層面	微觀	宏觀
研究問題	過程中產生	事先確定
研究設計	靈活的, 演變的, 廣泛的	結構性的, 具體的, 事先確定的
研究手段	語言, 圖像, 描述分析	數字, 計算, 統計分析
研究工具	研究者本人, 錄音機	量表, 統計軟體, 問卷
抽樣	目的抽樣, 樣本通常較少	隨機抽樣, 樣本通常較多
研究情境	自然性	控制性
資料搜集	訪談、參與觀察、實物分析	問卷、實驗、結構性觀察
研究架構	逐步形成	事先設定
研究結論	獨特性	概括性
理論來源	由下而上	由上而下

資料來源：許士軍：定性研究在管理研究上的重要性，1996；陳向明：社會科學質的研究，2002；本研究參考以上資料來源整理。

四、質性研究的資料收集方式

質性研究的資料收集方式，主要為經由研究者之「觀察」、「錄製」、「訪談」三種方式取得(Miller & Crabtree,1992)。在訪談的方式上，Patton(1990)將開放性訪談的質化研究大致分為有三種形式，以下加以說明(Rubin & Babbie,1993)：

1. 非正式的會話訪談：無結構性的面談，詢問者與回答者有較好的互動，詢問者建立特定的詢問方向，讓回答者根據主題回答，而以回答者的談話為主。
2. 有引導性取向的訪談：相較於非正式的會話訪談更具有結構性，雖亦為開放式訪談，但允許受訪者用自己習慣的語言來表達自己的觀點，其步驟多變化。以高結構性的方式詢問受訪者同樣的問題、同樣的過程，以此收集資料，可以減少訪問誤差，以減少訪員產生的不一致；並容易組織、分析並加以比較，獲得大多數人的認同。
3. 標準的開放式訪談：應於訪問前，清楚正確的把預定訪問的內容寫下來，其用字用詞、訪問的限制、哪些需要高技巧的詢問方式、哪些需要彈性等，一一加以記錄。此方法適用於當資料來源有限、無充足時間進行無結構式訪談，或者必須減少會談次數等問題時，可採用此法。

五、質性研究的嚴謹度

(1985)Lincoln 和 Guba 曾對質化研究的信度與效度所提出的見解為主，認為信度是可重複性(replication)，效度則是可靠性(dependability)、穩定性(stability)、一致性(consistency)、可預測性(predictability)與正確性(accuracy)。再綜合歸納各學者、專家對質性研究效度與信度的觀點來分別說明控制研究嚴謹性的方法(簡春安、鄒平儀，1998)。

(一)、確實性(credibility)

即內在效度(internal validity)，是指質化研究資料的可信度，真實的程度，即研究者真正觀察到所希望觀察的。所謂具有「確實性」的資料，是指研究結果能真實反應研究對象的主觀經驗感受及其文化脈絡，有相同經驗的人們能立即確認研究結果就是他們的對於此經驗的感受。研究者可以下列方法提高確實性，包括：延長投入在研究場域的時間(prolonged engagement)、持續地觀察(persistent observation)、同儕辨證參與討論(peer debriefing)、資料收集上有足夠的輔助工具(referential analysis)、研究對象的稽核(member check)等(胡幼慧，1996；陳世堅，2001)。

(二)、可轉移性(transferability)

即外在效度(external validity)，指資料適用性及廣泛應用性。亦

即研究結果在其他相似的情境中是否可被應用。經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效的作資料性的描述與轉換成文字陳述，以深厚描述(thick description)來達成。受訪者在原始資料所陳述的情感與經驗，研究者能謹慎地將資料的脈絡、意圖(intention)、意義、行動轉換成文字資料。指研究的發現，在研究情境相似的情況下是否可以有相同結果的轉移。此外，研究者在研究報告中有義務提供豐富足夠的描述資料，以供讀者檢視其資料的可轉移性。

(三)、可靠性(dependability)

指內在信度(internal reliability)，個人經驗的重要性與唯一性。因此如何取得可靠性的資料，以使研究結果具穩定性、可重複性、一致性等，在檢視研究一致性的指標為「可審查性」。

(四)、可確認性(conformability)

即客觀性(objectivity)，指研究者在研究過程中能排除偏見，而維持中立(neutrality)，意即研究者必須確認所收集到的資料，結果的解釋都是來自於研究對象，並且是根基於研究情境下，而非來自研究者自己的想像。當確實性、可轉移性、可靠性被建立時，可確認性即可達到。研究過程中，研究者要求自己保持「客觀」、「中立」的態度，隨時記錄資料收集過程中研究者自身的心得、想法、情緒、態度，以作為資料分析時澄清的參考。

第六節 文獻總結

根據以上文獻之探討，過去之研究多針對醫師以問卷調查的方式，調查醫師選擇執業地點之因素，然大部分之醫師多在人口集中之都會區執業，所得之結果，並不能真實反映出醫師選擇至偏遠地區執業的真正因素。因此本研究採用問卷及質性研究的方式，針對「九十一年鼓勵牙醫師進入無牙醫鄉執業之獎勵措施」，以至無牙醫鄉執業服務的牙醫師為研究對象，並用問卷及深度訪談的方式，調查牙醫師們的個人特性、執業狀況、所得情形及瞭解牙醫師至無牙醫鄉的原因與對無牙醫鄉鼓勵制度的看法，以作為未來政策訂定與支付制度設計之參考，藉此減少城鄉間的差距與醫療資源分配不均的情形。

第三章 研究設計與方法

本章將介紹本研究之研究設計與方法，第一節說明研究流程；第二節說明研究設計；第三節說明研究工具之效度與信度；第四節說明資料收集與分析；第五節說明研究倫理。

第一節 研究流程

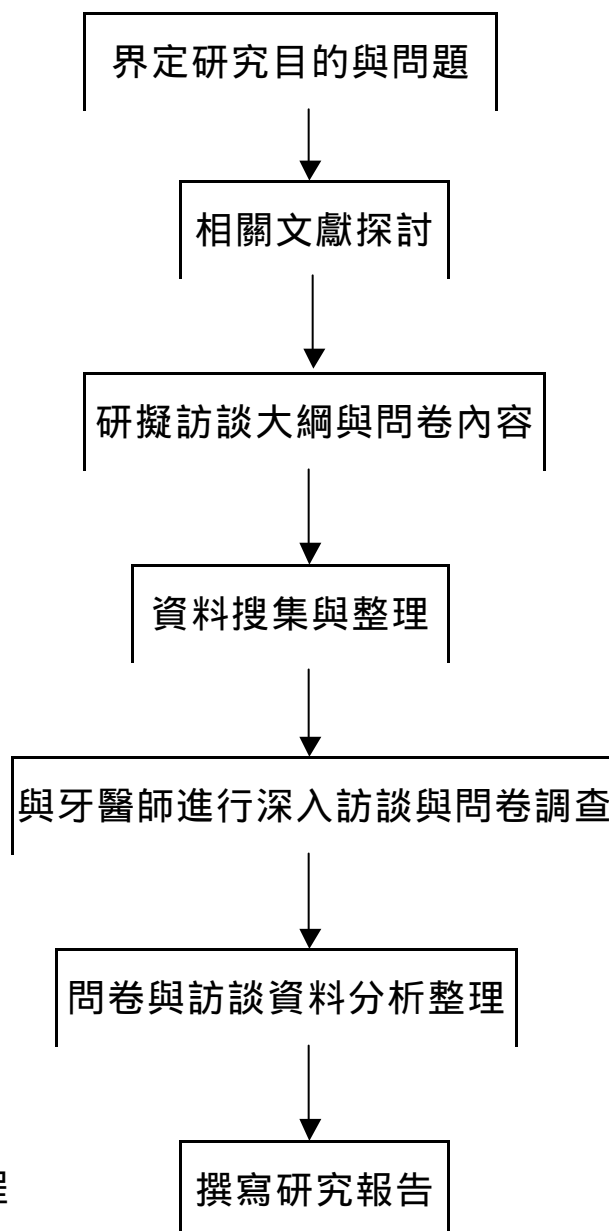


圖 3-1 研究流程

第二節 研究設計

一、研究對象

本研究對象主要是找出申請「91 度牙醫總額支付制度鼓勵牙醫師至無牙醫鄉醫療服務方案」的牙醫師作為研究對象，申請至無牙醫鄉服務之執業牙醫師共有 22 位(表 3-1)。針對以台灣本島至無牙醫鄉的牙醫師做深入訪談與問卷調查，扣除離島以及其他無法接受訪問的牙醫師 7 位外，實際所調查訪問的牙醫師有 15 位。

二、研究方法

本研究的研究方法主要是採質性研究與問卷調查的方式，質性研究部分是以深入訪談作為研究的理論基礎，用歸納的方式對現象加以分析整理所得的結果。在進行訪問前，先參考過去的文獻，用來提昇作者的理論觸覺(theoretical sensitivity)作為未來訪問時與分析階段的概念與範疇。而半結構式問卷調查部分主要分為三大構面，分別為個人特性、執業狀況與所得情形，主要是以描述性統計與無母數統計分析。

表 3-1、民國 91 年無牙醫鄉執業牙醫師及鄉鎮

分區	申請縣市鄉鎮	申請人
台北	台北縣貢寮鄉 台北縣平溪鄉 台北縣石碇鄉 台北縣石門鄉 金門縣金沙鎮	李牙醫師 蕭牙醫師 宋牙醫師 楊牙醫師 翁牙醫師
北區	桃園縣復興鄉 新竹縣橫山鄉	李牙醫師 陳牙醫師
中區	彰化縣芳苑鄉 南投縣中寮鄉	劉牙醫師 李牙醫師
南區	嘉義縣六腳鄉 台南縣左鎮鄉 台南縣北門鄉	許牙醫師 黃牙醫師 林牙醫師
高屏	屏東縣霧台鄉 屏東縣竹田鄉 屏東縣新埤鄉 屏東縣牡丹鄉 屏東縣泰武鄉 高雄縣內門鄉	柯牙醫師 鍾牙醫師 王牙醫師 梁牙醫師 吳牙醫師 郭牙醫師
花東	花蓮縣秀林鄉 台東縣金峰鄉 台東縣綠島鄉 花蓮縣萬榮鄉	王牙醫師 徐牙醫師 李牙醫師 陳牙醫師

資料來源：台灣牙醫網，2002。

第三節 研究工具之效度與信度

研究工具分別為深入訪談之訪談大綱與半結構式問卷，就訪談大綱與問卷的效度與信度，本研究採用以下方法來控制：

一、深入訪談方面

(一)、確實性(credibility)方面：

1. 長期的投入(prolonged engagement)：指長期地涉入研究場域之中來獲得較真實的資訊，以避免獲得錯誤的資訊或扭曲了資訊的內容。作者因家庭背景因素，就對此議題有所略聞，進行資訊與文獻上的蒐集、並瞭解政策的推行等投入大量心力，因此對研究情境可說是十分熟悉。
2. 持續地觀察(persistent observation)：充分持續地觀察，能使研究者認知與掌握在研究情境中與研究問題相關的重要因素。作者在投入此議題之後，持續的留意政府衛政體系官方網站佈告、平面消息、參與相關的研討會活動，以掌握最新消息，逐步的探索。
3. 資料收集上有足夠的輔助工具(referential analysis)：本研究在資料收集時，先致電予這 15 位牙醫師告知訪談事宜，事先以電話訪問 1-2 次，以建立彼此信賴關係，而之後當面拜訪面談並收集真實的資料。採用在訪談的同時除了臨場紙筆紀錄牙醫師們的口述內容及對話相關部分外，全程亦輔以錄音存檔，透過多重工具的

輔助，以收集足夠的研究資料，避免在後續的資料分析上，因資料不足而曲解了受訪者的意思。

4. 研究對象的再驗證(member check)：在資料的搜集與分析的過程中，作者需不斷地與研究對象確認研究者的理解是否有誤。這樣的過程有兩個好處：其一是可以讓受訪對象有修正其觀點的機會；其二是可以獲得受訪對象更多的資訊。因此本研究在訪談結束後即撰寫訪談逐字稿，在整理逐字稿的過程當中，若有發現不明確，或是訪談時仍需補充的地方，即進行第二次的補充電訪，此外，在審稿的過程當中亦請指導教授過目予以指證，避免因個人主觀的見解而偏頗或曲解了受訪牙醫師們所真正想表達的意義。

(二)、可轉移性(transferability)方面：

作者在研究報告中有義務提供豐富足夠的描述資料，以供讀者檢視其資料的可轉移性。因此於本研究中，作者將訪談過程中，受訪牙醫師對此研究主題所想表達的一切訊息，包括口語及非口語的訊息，都詳實記錄下來，以使有興趣的研究者和實務工作人士，在遇到相似情境時，可以有機會自行詮釋及理解作者所得到的結論。

(三)、可靠性(dependability)方面：

本研究的資料皆是作者親自做深度訪談所收集而來的，並從思索

研究主題，到研究過程相關步驟與決策，以致最後結果的產生，都有詳細清楚說明，期待透過嚴謹的紀錄，使研究過程有跡可循，以建立本研究的可靠度。

(四)、可確認性(conformability)方面：

本研究中為避免使用受訪者不易聽懂的話來訪談，且使受訪牙醫師以自己的話來表達及述說自己的想法；透過「人在情境」的運作，以深入訪談融入受訪者的觀點及文化當中，去理解他們自身的經驗與感受。

二、問卷方面

(一)效度方面

依先前收集的文獻、研究目的編制研究問卷內容，本問卷採專家效度，請相關專家學者(牙醫師、醫務管理學學者)對所訂定的問卷內容作修改及確認，以了解問卷的適用性，作為問卷調查之內容。

(二)信度方面

在信度方面，本研究利用再測法 (test-retest method)，前測於民國 92 年 8 月進行，並於民國 92 年 10 月進行再測，以電訪的方式詢問牙醫師先前填答相關的回憶性問題，如：過去三年每月的平均收入、對目前執業的滿意度等問題，測得後其穩定係數為 85 分，顯示本問卷的信度相當高。

第四節 資料收集與分析

一、資料收集

本研究在資料收集上，針對申請至無牙醫鄉執業服務的牙醫師，於92年7月~92年9月持續調查，透過深入訪談的方式，以開放式的訪談大綱進行研究資料的搜集，在深入訪談的同時，亦以錄音筆作為訪談時的錄製工具，達到能完整清楚地紀錄訪談過程的言談，以避免因筆錄結果所產生的遺漏與不完整，並保持訪談過程的清楚性與流暢性。

二、資料分析

(一)質性資料分析

質性研究的資料在分析整理上，有一定的概念化與歸納原則，但並無絕對制式的標準步驟，其會隨著研究資料、研究目的之不同，及研究者本身的分析典範與個人分析風格而有所不同(林玉恩，2003)。在收集深入訪談內容資料後，將所紀錄及錄音的資料內容整理成逐字稿，並將資料分解與概念化，然後層析方式將概念重新組合及歸類。並且把相似的概念歸類為範疇，把範疇歸類為一個名稱，並分別出這些範疇名稱的類型。

(二)量性資料分析

將收集的資料進行整理之後，再以 SPSS 統計軟體處理及進行統計分析的工作。

1.描述性分析：

(1)個人特性：依牙醫師個人年齡、婚姻、健康狀況、自認人生觀等個人特質之描述。

(2)執業狀況：依牙醫師總執業年數、一週執業天數、一天平均看診人數、目前執業情形之滿意度等執業相關情形之描述。

(3)所得情形：依牙醫師過去三年每月之平均收得與目前在無牙醫鄉每月之平均收入作所得情形描述。

2.無母數統計 Sign、Kruskal-Wallis Test：

(1) Sign Test：由於本研究樣本數偏低，且沒有符合常態分配，因此採用無母數統計當中的 Sign Test 檢驗是否為原住民牙醫師對執業情形滿意度與民眾互動情形、是否居住於無牙醫鄉的牙醫師對執業情形滿意度與民眾互動情形、目前在無牙醫鄉每月平均收入對執業情形滿意度，是否達到有顯著差異。

(2) Kruskal-Wallis Test：採用無母數統計當中的 Kruskal-Wallis Test 檢驗牙醫師年齡、牙醫師總執業年數與牙醫師過去三年每月之平均收入對執業情形滿意度，是否達到有顯著差異。

第五節 研究倫理

質性研究為保護研究對象不被傷害，必須涉及到研究倫理的層面，本研究對質性研究方面也做出以下兩點的倫理考量：

一、研究對象方面

於研究進行之開始，先以書信方式通知受訪者，告知其相關訪談內容與研究目的，再以電話詢問方式，徵得受訪者的同意，且訪談地點與時間的安排，皆由受訪者決定。受訪者有權拒絕參與訪談，完全以受訪者之意願為主。於訪談進行的同時，以口頭詢問受訪者，是否允許錄音，於徵求受訪者同意，方才開始進行錄音記錄，並於研究報告完畢後，自行銷毀錄音內容。

二、撰寫報告方面

訪談完成後於資料處理方面，為保護受訪者之隱私權，皆以匿名的方式來代替受訪者本人之真實姓名，以避免受訪者之真實身分的暴露。

第四章 研究結果

本研究結果共分為四節，第一節為描述性分析，以至無牙醫鄉執業牙醫師的基本資料、個人特性、執業狀況及所得情形，透過次數分配作資料的統計結果說明，第二節為無母數統計分析，第三節以深入訪談瞭解牙醫師至無牙醫鄉執業的動機與因素，第四節就牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之觀點，將深入訪談的內容概念化歸納性的整理。

第一節 描述性分析

一、至無牙醫鄉執業牙醫師之基本特性

本研究對象總計有 15 位，由表 4-1 可看出，15 位至無牙醫鄉執業的牙醫師中，在性別方面，所有的牙醫師皆為男性(100%)。其年齡分佈情形方面，以 41-50 歲者最多(5 位)，佔 33.33%，31-40 歲者次之(4 位)，佔 26.67%，年齡最小為 28 歲，最大為 71 歲，其平均年齡為 46.93 歲。婚姻狀況分佈情形以已婚者居多(14 位)，佔 93.33%，而未婚者僅有 1 位，佔 6.67%。在健康狀況方面，健康狀況良好有 10 位，佔 66.67%，其他在健康狀況普通的有 5 位，佔 33.33%。在牙醫師自認其人生觀方面，正面積極的有 9 位，佔 60.00%，中性的有 6 位，佔 40.00%。

受訪牙醫師的教育程度分佈情形，專科畢業有 2 位，佔 13.33%，大學畢業有 12 位，佔 80.00%，碩士畢業者有 1 位，佔 6.67%。在宗教信仰上看來，有宗教信仰的牙醫師，佔 40.00%，其中信仰佛教者有 4 位，基督教者有 2 位。至於牙醫師本身是否為原住民的統計情形，牙醫師本身為原住民者有 3 位，佔 20.00%，而非原住民者有 12 位，佔 80.00%。

在家人是否支持牙醫師至無牙醫鄉執業方面，以家人支持至無牙醫鄉執業的 12 位為最多數，佔 80.00%，而家人反對至無牙醫鄉執業的有 3 位，佔 20.00%。是否居住於無牙醫鄉方面，居住於無牙醫鄉的牙醫鄉有 4 位，佔 26.67%，其他沒有居住於無牙醫鄉的牙醫師有 11 位，佔 73.33%。

二、至無牙醫鄉牙醫師之執業狀況與所得情形

(一)、至無牙醫鄉執業牙醫師之執業狀況

至無牙醫鄉執業之牙醫師在執業狀況上，由表 4-2 可看出，在總執業年數方面，以總執業年數超過 10 年以上的 12 位為最多數，佔 80.00%，其中執業年數 5 年以下(包含 5 年)有 2 位，佔 13.33%，執業年數 6-10 年(包含 10 年)有 1 位，佔 6.67%，執業年數 10-15 年(包含 15 年)有 4 位，佔 26.67%，執業年數 15-20 年(包含 20 年)有 3 位，佔 20.00%，執業年數 20 年以上有 5 位，佔 33.33%。

至無牙醫鄉牙醫師在牙醫師一週執業天數方面，以執業天數 5 天的 8 位為最多數，佔 53.33%，其中執業天數 4 天的有 5 位，佔 33.33%，執業天數 6 天的有 2 位，佔 13.33%。牙醫師在無牙醫鄉一天平均看診人數方面，以一天平均看診 5 人以下(包含 5 人)的 10 位為最多數，佔 66.67%，其中一天平均看診 6-10 人(包含 10 人)的有 2 人，佔 13.33%，一天平均看診 10-15 人(包含 15 人)的有 2 位，佔 13.33%，一天平均看診 20 人以上有 1 位，佔 6.67%。在診所房子所有權方面，以承租的 13 位為最多數，佔 86.67%，診所房子為自己所有的僅有 2 位，佔 13.33%。在與無牙醫鄉民眾之互動情形方面，互動情形普通的 8 位為最多數，佔 53.33%，其中互動情形良好的有 6 位，佔 40.00%，互動情形不良的有 1 位，佔 6.67%。

在對目前執業情形之滿意度方面，執業情形滿意的有 7 位為最多數，佔 46.67%，其中執業情形沒有意見的有 6 位，佔 40.00%，執業情形不滿意的有 2 位，佔 13.33%。在對牙醫全聯會運作模式滿意度方面，運作模式沒有意見的 8 位為最多數，佔 53.33%，其中運作模式滿意的有 4 位，佔 26.67%，運作模式不滿意的有 2 位，佔 13.33%，運作模式很不滿意的有 1 位，佔 6.67%。對分區牙醫公會傳遞訊息之滿意度方面，沒有意見的 9 位為最多數，佔 60.00%，滿意的有 4 位，佔 26.67%，不滿意的有 2 位，佔 13.33%。

(二)、至無牙醫鄉執業牙醫師之所得情形

至無牙醫鄉執業之牙醫師在所得情形上(表 4-2)，在未進入無牙醫鄉前的過去三年每月之平均所得方面，每月平均所得 10 萬元以下(包含 10 萬)有 3 位，佔 20.00%，每月平均所得 11-20 萬元(包含 20 萬)有 9 位，佔 60.00%，每月平均所得 21-30 萬元以下有 3 位，佔 20.00%。目前在無牙醫鄉每月之平均收入方面，每月平均收入 30 萬元(包含 30 萬)有 13 位，佔 86.67%，每月平均收入 30 萬元以上有 2 位，佔 13.33%。

表 4-1、研究對象特性之次數分配表 (n=15)

項目	內容	人數(n)	百分比(%)
性別			
	男	15	100.00%
	女	0	0.00%
年齡			
	30 歲以下(包含 30 歲)	1	6.67%
	31-40 歲(包含 40 歲)	4	26.67%
	41-50 歲(包含 50 歲)	5	33.33%
	51-60 歲(包含 60 歲)	3	20.00%
	61-70 歲(包含 70 歲)	1	6.67%
	71 歲以上	1	6.67%
婚姻狀況			
	未婚	1	6.67%
	已婚	14	93.33%
健康狀況			
	良好	10	66.67%
	普通	5	33.33%
	不良	0	0.00%
自認人生觀			
	正面積極	9	60.00%
	中性	6	40.00%
	不積極	0	0.00%
教育程度			
	專科	2	13.33%
	大學	12	80.00%
	碩士(含)以上	1	6.67%
宗教信仰			
	無	9	60.00%
	佛教	4	26.67%
	基督教	2	13.33%

表 4-1、研究對象特性之次數分配表(續)

項目	內容	人數(n)	百分比(%)
是否為原住民	是	3	20.00%
	否	12	80.00%
家人是否支持 至無牙醫鄉	是	12	80.00%
	否	3	20.00%
是否居住於無 牙醫鄉	是	4	26.67%
	否	11	73.33%

表 4-2、研究對象之執業狀況與所得情形之次數分配表 (n=15)

項目	內容	人數 (n)	百分比 (%)
總執業年數			
	5 年以下(包含 5 年)	2	13.33%
	6-10 年(包含 10 年)	1	6.67%
	10-15 年(包含 15 年)	4	26.67%
	15-20 年(包含 20 年)	3	20.00%
	20 年以上	5	33.33%
一週執業天數			
	4 天	5	33.33%
	5 天	8	53.33%
	6 天	2	13.33%
一天平均看診人數			
	5 人以下(包含 5 人)	10	66.67%
	6-10 人(包含 10 人)	2	13.33%
	10-15 人(包含 15 人)	2	13.33%
	15-20 人(包含 20 人)	1	6.67%
診所房子所有權			
	自己所有	2	13.33%
	承租	13	86.67%
與該地民眾之互動情形			
	良好	6	40.00%
	普通	8	53.33%
	不良	1	6.67%
目前執業情形之滿意度			
	很滿意	0	0.00%
	滿意	7	46.67%
	沒有意見	6	40.00%
	不滿意	2	13.33%
	很不滿意	0	0.00%

表 4-2、研究對象之執業狀況與所得情形之次數分配表(續)

項目	內容	人數 (n)	百分比 (%)
對牙醫全聯會運作模式之滿意度			
	很滿意	0	0.00%
	滿意	4	26.67%
	沒有意見	8	53.33%
	不滿意	2	13.33%
	很不滿意	1	6.67%
對分區牙醫公會傳遞訊息之滿意度			
	很滿意	0	0.00%
	滿意	4	26.67%
	沒有意見	9	60.00%
	不滿意	2	13.33%
	很不滿意	0	0.00%
過去三年每月之平均所得			
	10 萬元以下(包含 10 萬)	3	20.00%
	11-20 萬元(包含 20 萬)	9	60.00%
	21 萬元以上	3	20.00%
目前在無牙醫鄉每月之平均收入			
	30 萬元	13	86.67%
	30 萬元以上	2	13.33%

第二節 無母數統計分析

本研究由於受限於樣本數較少，所以採用無母數統計分析，分析結果由表 43、表 44 可看出，在牙醫師是否為原住民牙醫師、牙醫師是否居住無牙醫鄉與牙醫師目前在無牙醫鄉每月平均收入對執業情形滿意度，以及牙醫師是否為原住民牙醫師與牙醫師是否居住無牙醫鄉對民眾互動情形方面，皆有達到統計上顯著差異($p < 0.01$)。而在牙醫師年齡、牙醫師總執業年數與牙醫師過去三年每月之平均收入對執業情形滿意度方面，皆無達到統計上顯著差異($p > 0.05$)。

在牙醫師是否為原住民對執業情形滿意度上，達顯著意義($p < 0.01$)，表示原住民牙醫師在執業情形滿意度比非原住民醫師來得高。在牙醫師是否居住在無牙醫鄉對執業情形滿意度上，達顯著意義($p < 0.01$)，表示居住於無牙醫鄉的牙醫師在執業情形滿意度比非居住在無牙醫鄉的牙醫師來得高。在牙醫師對目前在無牙醫鄉每月平均收入對執業情形滿意度上，達顯著意義($p < 0.01$)，表示目前每月平均收入 30 萬以上的牙醫師比每月平均收入 30 萬元(包含 30 萬元)的牙醫師在執業滿意程度上偏高。

在牙醫師是否為原住民對民眾互動情形上，達顯著意義 ($p<0.01$)，即表示原住民牙醫師與民眾互動情形都比非原住民醫師來得好。在牙醫師是否居住在無牙醫鄉對民眾互動情形上，達顯著意義 ($p<0.01$)，即表示居住於無牙醫鄉的牙醫師與民眾互動情形都比非居住在無牙醫鄉的牙醫師來得好。

表 4-3、牙醫師特性與執業情形滿意度之關係

變項	n	滿意度平均值 ^c	p 值
是否為原住民			<0.01 ^a
是	3	4.00	
否	12	2.25	
是否居住於無牙醫鄉			<0.01 ^a
是	4	3.75	
否	11	2.18	
目前無牙醫鄉平均月收入			<0.01 ^a
30 萬元	13	2.38	
30 萬元以上	2	4.00	
牙醫師年齡			0.389 ^b
40 歲以下(包含 40 歲)	5	3.40	
41~50 歲(包含 50 歲)	5	3.00	
51 歲以上	5	3.40	
牙醫師執業總年數			0.126 ^b
10 年以下(包含 10 年)	3	3.33	
11~20 年(包含 20 歲)	7	3.14	
21 年以上	5	3.80	
過去三年每月平均收入			0.732 ^b
10 萬以下(包含 10 萬)	3	3.33	
11~20 萬(包含 20 萬)	9	3.44	
21 萬以上	3	3.33	

註：a 以 Sign Test 檢定

b 以 Kruskal-Wallis Test 檢定

c 為滿意度以五分法表示(非常滿意 5 分 非常不滿意 1 分)

表 4-4 牙醫師特性與無牙醫鄉民眾互動情形之關係

變項	n	滿意度平均值 ^b	p 值
是否為原住民			<0.01 ^a
是	3	2.00	
否	12	1.58	
是否居住於無牙醫鄉			<0.01 ^a
是	4	1.75	
否	11	1.64	

註：a 以 Sign Test 檢定

b 為滿意度以三分法表示(良好 3 分 不良 1 分)

第三節 牙醫師至無牙醫鄉執業之動機與因素

將深入訪談資料整理前，先將 15 位至無牙醫鄉執業的牙醫師予以編代碼(如下表 4-3)，訪談資料經過分析整理後，發現「牙醫師至無牙醫鄉執業之動機與因素」，由 15 位牙醫師至無牙醫鄉的動機與因素中，主要可分為 7 種類型，分別為「金錢因素」、「地點便利性因素」、「服務奉獻因素」、「子女教育問題因素」、「公費生制度之派定因素」、「回饋鄉民因素」、「養老因素」，以下將以受訪之牙醫師所述內容說明之。

表 4-5、牙醫師之代碼與相關資料

代碼	年齡	執業區域	總執業服務年數	至無牙醫鄉執業年數
D1	59	中區	30	約 1 年
D2	28	中區	3	約 1 年
D3	40	北區	12	約 1 年
D4	33	北區	5	約 1 年
D5	48	南區	20	約 1 年
D6	41	南區	14	約 1 年
D7	71	南區	30	約 1 年
D8	37	南區	9	約 1 年
D9	44	南區	17	約 1 年
D10	66	南區	30	約 1 年
D11	58	南區	30	約 1 年
D12	36	東區	15	約 1 年
D13	48	台北	21	約 1 年
D14	41	台北	14	約 1 年
D15	54	南區	20	約 1 年

表 4-6、牙醫師至無牙醫鄉執業之動機與因素

受訪者代碼	金錢因素	地點便利性因素	服務奉獻因素	子女教育問題因素	公費生制度之派定因素	回饋鄉民因素	養老因素
D1			*				
D2			*				
D3	*						
D4			*		*		
D5	*						
D6				*			
D7							*
D8					*	*	
D9							
D10							*
D11		*				*	
D12					*		
D13	*	*					
D14	*						
D15	*						
總計人次	5 人次	2 人次	3 人次	1 人次	3 人次	2 人次	2 人次

一、「金錢因素」

就「金錢因素」方面，有 5 位牙醫師因金錢因素選擇至無牙醫鄉執業服務，分別代碼為 D3、D5、D13、D14、D15，其回答內容舉三例說明如下：

D3：覺得至無牙醫鄉執業服務的計畫，在鼓勵月薪保障制度上很誘人，所以便決定參加無牙醫鄉的執業服務計畫。

D5：剛接到無牙醫鄉的試辦計畫，看到獎勵每月保障薪水很不錯，於是便報名參加，結果很幸運地有機會錄取。

D15：因為 MONEY 的因素，讓我對無牙醫鄉的計畫很感興趣。

從 5 位受訪的牙醫師的陳述中，發現由中央健保局與牙醫師全聯會所試辦的「鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執業服務計畫」，在每週至少看診四天(30 小時)，保障每月月薪至少 30 萬元的獎勵辦法下，的確符合當初在設計鼓勵制度上，達到了促使牙醫師至無牙醫鄉執醫的效果。

二、「地點便利性因素」

就「地點便利性因素」方面，有 2 位牙醫師因就地便利性因素選擇至無牙醫鄉執業，分別代碼為 D11、D13，其回答內容舉一例說明如下：

D11：居住於該鄉內，地理區域的交通都很熟識，離本身的居住地大約 10

分鐘的車程。

從 2 位受訪的牙醫師的陳述中，牙醫師們在其選擇至無牙醫鄉執業服務的因素裡，考量他們的居住地與該無牙醫鄉的距離的便利性，都是希望不要離本身的居住地相隔太遠。

三、「服務奉獻因素」

就「服務奉獻因素」方面，有 3 位牙醫師因服務奉獻因素選擇至無牙醫鄉執業，分別代碼為 D1、D2、D4，其回答內容舉二例說明如下：

D1： 先前有參加慈濟所舉辦的「人醫會」活動，所以常常和慈濟「人醫會」的會員，一同至偏遠深山鄉的無醫村和偏遠離島作巡迴義診與健檢服務，得知有無牙醫鄉的試辦計畫，便積極想參與響應至無牙醫鄉執業的活動。

D4： 本身是原住民，很想以自己的心力，奉獻給偏遠地區的原住民同胞，以貢獻自己的力量，讓偏遠的原住民們也能共享應有的醫療資源，得以獲取健康的福祉。

從 3 位受訪的牙醫師的陳述中，牙醫師們願意至偏遠的無牙醫鄉執業服務，只是能為偏遠地區的鄉民同胞盡一份心力，解決他們有病不能就地求醫的窘境，發揮同胞大愛的精神，真是令人敬佩，更足以成為同業借鏡效法之。

四、「子女教育問題因素」

就「子女教育問題因素」方面，有 1 位牙醫師因子女教育問題因素選擇至無牙醫鄉執業，代碼為 D6，其回答內容說明如下：

D6： 之前在北部執業，由於每天看診時間忙碌，無法有時間能兼顧小孩的課業，選擇至該鄉執業之最主要原因，就是希望能多陪陪小孩，照顧與督促小孩的課業，且怕小孩因生長在北部地區，養成市膽心理 。

從這位受訪牙醫師的陳述中，其選擇至無牙醫鄉執業服務，主要是為了子女的教育問題，由於無牙醫鄉在服務的業務量上比重較輕，所以可挪出更多的時間來關心子女的生活與交友情形，並輔導教育子女的課業問題。

五、「公費生制度之派定因素」

就「公費生制度之派定因素」方面，有 3 位牙醫師因公費生制度之派定因素選擇至無牙醫鄉執業，分別代碼為 D4、D8、D12，其回答內容舉二例說明如下：

D8： 原先於畢業後必須至指定衛生所執業，後來政府試辦無牙醫鄉執業計畫，於自己的家鄉有名額，便剛好搭上這班無牙醫鄉的列車，優先至家鄉執業服務 。

D12： 依公費生的制度規定，當初有兩種選擇，一種是至省立醫院或鄉衛生所執業，另一種是選擇至偏遠無牙醫鄉地區執業，由於對無牙醫鄉深感興趣，於是選擇至偏遠地區的無牙醫鄉服務 。

從 3 位受訪牙醫師的陳述中，其選擇至無牙醫鄉執業服務，主要

是因為公費生制度之派定因素，先前的規定是公費生必須依公費生制度規定，至該指定定點執業，由於政府實施牙醫師至無牙醫鄉的試辦計畫，促使公費生的牙醫師能下鄉至無牙醫鄉執業服務。

六、「回饋鄉民因素」

就「回饋鄉民因素」方面，有 3 位牙醫師因回饋鄉民因素選擇至無牙醫鄉執業，分別代碼為 D8、D9、D11，其回答內容舉二例說明如下：

D8： 生長在原住民的家鄉，如今可以回鄉服務，為自己家鄉的民眾服務，且在語言溝通上也無障礙。

D11： 曾是該無牙醫鄉國小的校友，對這份土地有一份關懷的心，想回饋給母校的學弟妹與鄉親們。

從 2 位受訪的牙醫師的陳述中，牙醫師們在其選擇至無牙醫鄉執業服務的因素裡，主要是取決於對家鄉與鄉民的愛，「取之於家鄉，用之於家鄉」的心理，以及飲水思源的道理回饋鄉民。

七、「養老因素」

就「養老因素」方面，有 2 位牙醫師因養老因素選擇至無牙醫鄉執業，分別代碼為 D7、D10，其回答內容舉一例說明如下：

D10： 當初會選擇至無牙醫鄉執業，就是為了養老，讓自己能多面對大自然。

從 2 位受訪的牙醫師的陳述中，牙醫師們在其選擇至無牙醫鄉執業服務的因素裡，主要是因為年紀大了，想找一個較安靜與恬淡的生活，讓自己能好好地養老度過此生。

根據以上對牙醫師至無牙醫鄉執業之動機與因素方面，統計結果顯示「金錢因素」的人有 5 位；「地點便利性」的人有 2 位；「服務奉獻因素」的人有 3 位；「子女教育問題因素」的人有 1 位；「公費生制度之派定因素」的人有 2 位；「養老因素」的人有 2 位。

第四節 牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之觀點

在牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之看法方面，訪談資料經過分析整理後，發現「牙醫師對無牙醫鄉執鼓勵制度之觀點」，由 15 位牙醫師至無牙醫鄉的看法，主要可分為種類型，分別為「初衷立意良好」、「朝令夕改」、「治標不治本」、「需建構網絡支持系統」、「需再加強口腔衛生教育宣導」、「硬體設備與人力資源提供」、「醫師道德感」，以下將以受訪之牙醫師所述內容說明之。

一、「初衷立意良好」

就「初衷立意良好」觀點方面，有 9 位牙醫師認為無牙醫鄉鼓勵制度的初衷立意良好，分別代碼為 D1、D2、D6、D7、D8、D9、D10、D12、D15，其回答內容舉四例說明如下：

D1：在無牙醫鄉還沒有實施之前，先前就有參加響應慈濟「人醫會」的偏遠地區義診活動，後來得知由中央健保局與中華民國牙醫師全聯會策劃的無牙醫鄉鼓勵制度，覺得此制度的訂定上，可以使無法得到醫療資源偏遠地區的民眾，也能享有醫療的利用，政策的設立很棒。

D2：覺得該鼓勵制度，可以促進醫療資源的利用，並改善都市與城鄉醫療資源的不對等性，設立的美意很好。

D6：鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執業的行為，在政策當初的推行面上，是很有意義的，因為可以對口腔的衛生觀念作更進一步的再教育。

D8：該鼓勵制度的訂定，對於本身是公費生的我，更可以讓自己下鄉為自己的鄉民服務，設立與訂定的意義良好。

表 4-7、牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之觀點

受訪者代碼	初衷立意良好	朝令夕改	治標不治本	需建構網絡支持系統	需再加強口腔衛生教育宣導	硬體設備與人力資源提供	醫師道德感
D1	*						
D2	*			*		*	
D3		*					
D4			*	*			*
D5		*					
D6	*						*
D7	*						
D8	*						
D9	*			*			
D10	*						
D11					*		
D12	*						
D13		*				*	
D14		*			*		
D15	*						
總計人次	9 人次	4 人次	1 人次	3 人次	2 人次	2 人次	2 人次

從 9 位受訪的牙醫師的陳述中，牙醫師們對於無牙醫鄉鼓勵制度的觀點，皆認為在政策的設計面與推行面上，其初衷立意良好，因為大部分的牙醫師認為，鼓勵制度的實施，可以促進醫療資源的利用率，更可以減少偏遠地區醫療資源不足的問題。

二、「朝令夕改」

就「朝令夕改」觀點方面，有 4 位牙醫師認為無牙醫鄉鼓勵制度有朝令夕改的感覺，分別代碼為 D3、D5、D13、D14，其回答內容舉二例說明如下：

D5：當初無牙醫鄉在月薪的鼓勵制度上，保障薪水為每月 30 萬，如今卻通知於明年度起，將原先訂定的鼓勵保障月薪調降為 15 萬，這樣制度改來改去，頗有受騙的感覺。

D14：政府在任何政策制度的設立方面，總是沒有作周詳的考慮，好不容易將本身的醫療設備器材與資源投入該無牙醫鄉，如今卻在制度實施一年後，將原新的鼓勵獎金縮水，這樣的制度在沒有預警的情況下改變，真的使我進退兩難，不知道是否要放棄還是繼續在此鄉執業。

從 4 位受訪的牙醫師的陳述中，牙醫師們對於無牙醫鄉鼓勵制度的觀點，覺得政府當局有朝令夕改的感覺，在政策制度在推行上，總是走一步改一步，讓已經將醫療資源投入無牙鄉的他們，因為制度本身的改變，使他們有被受騙的感覺。

三、「治標不治本」

就「治標不治本」觀點方面，有 1 位牙醫師認為無牙醫鄉鼓勵制度有治標不治本的看法，其代碼為 D4，其回答內容說明如下：

D4：此鼓勵制度屬於消極的鼓勵辦法，只是去消弭無牙醫的鄉鎮數，由原先的 66 個無牙醫鄉，減為 44 個無牙醫鄉，就其功能面上，並不能真正達到預期的效果。

從 1 位受訪的牙醫師陳述中，牙醫師對於無牙醫鄉鼓勵制度的看法，認為無牙醫鄉鼓勵制度的設立，只是讓原先的無牙醫鄉鎮數減少，並不能真正使醫療資源充分利用，還必須靠政府的大力宣導讓無牙醫鄉的醫療利用率能提高，才是真正的解決之道。

四、「需建構網絡支持系統」

就「需建構網絡支持系統」觀點方面，有 3 位牙醫師認為無牙醫鄉鼓勵制度需再建構網絡支持系統，其代碼為 D2、D4、D9，其回答內容舉二例說明如下：

D2：牙醫師的鼓勵制度辦法的實施，還必須考慮到轉診系統制度的層面，這樣無牙醫鄉牙醫師在醫療過程中，才不會備感孤獨，且有一連貫醫療資源的支持，才是完整的醫療系統。

D9：鼓勵制度的實施，不僅僅要靠牙醫師本身的力量，還必須集結社會的關懷與區域醫療系統的支持與提供，才能讓無牙醫鄉的鼓勵制度發揚光大。

從 3 位受訪的牙醫師陳述中，牙醫師對於無牙醫鄉鼓勵制度的看法，認為無牙醫鄉鼓勵制度的設立面上，需在加強網絡支持系統給予的協助與提供，才能有更完善與完整的醫療系統，這樣牙醫師下鄉職醫的功效才能更提升與發揚。

五、「需再加強口腔衛生教育宣導」

就「需再加強口腔衛生教育宣導」觀點方面，有 2 位牙醫師認為無牙醫鄉鼓勵制度需再加強口腔衛生教育宣導其代碼為 D11、D14，其回答內容舉一例說明如下：

D11：鼓勵制度的推行，讓牙醫師能下鄉到無牙醫鄉附近的國民小學推行口腔保健的宣導，但是單靠牙醫師的講解口腔衛生的重要與宣導是不夠的，還必須再加強對無牙醫鄉的社區民眾做宣傳與推行，政府在這一方面的宣導方向，需再加強努力。

從 2 位受訪的牙醫師陳述中，牙醫師對於無牙醫鄉鼓勵制度的看法，認為無牙醫鄉鼓勵制度的實施進行中，還需再加強政府在口腔衛生教育宣導，使無牙醫鄉鼓勵制度的推行，除了在牙醫師的衛生教育努力外，還必須配合民間與政府宣導的相輔相成下，才能達到盡善盡美的效果。

六、「硬體設備與人力資源提供」

就「硬體設備與人力資源提供」觀點方面，有 2 位牙醫師認為無

牙醫鄉鼓勵制度需要有硬體設備與人力資源提供，其代碼為 D2、

D13，其回答內容舉一例說明如下：

D2：希望無牙醫制度辦法上，除了每個月的保障薪水外，政府若能在醫療的硬體設備與人力資源的配給，讓牙醫師至無牙醫鄉前便能有妥善的安排與執醫場所，在人力資源方面也能提供牙醫助理的人手，不但可以更吸引牙醫師願意至偏遠無牙醫鄉執業服務。

從 2 位受訪的牙醫師陳述中，牙醫師對於無牙醫鄉鼓勵制度的看法，認為無牙醫鄉鼓勵制度的實施推行前，能備妥相關的牙醫硬體設備與牙醫助理的提供，相信牙醫師在無牙醫鄉的執業上，能更順暢與無後顧之憂。

七、「醫師道德感」

就「醫師道德感」觀點方面，有 2 位牙醫師認為無牙醫鄉鼓勵制度在醫師道德感方面有以下的觀點，其代碼為 D4、D6，其回答內容舉一例說明如下：

D6：無牙醫鄉的鼓勵制度在醫師本身的職業道德上，對該制度的實施成功與否，扮演很重要的角色，如果醫師在申請成功至無牙醫鄉執業後，並沒有認真且負責地為該鄉民眾執醫，只為了領取所謂的保障月薪，而不顧當地居民的口腔保健衛生，就失去當初政策設定的美意，卻變成醫師圖利的方法。

從 2 位受訪的牙醫師陳述中，牙醫師對於無牙醫鄉鼓勵制度的看法，在醫師本身的道德感方面，真的是件很嚴重的事情，要是醫師只為了己利，卻沒有想把無牙鄉民眾在醫療保健上發揮其功效，不但會

造成反效果，使醫療資源白白浪費。

根據以上對牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之觀點方面，統計結果顯示認為「初衷立意良好」的人有 9 位；「朝令夕改」的人有 4 位；「治標不治本」的人有 1 位；「需建構網絡支持系統」的人有 3 位；「需再加強口腔衛生教育宣導」的人有 2 位；「硬體設備與人力資源提供」的人有 2 位；「醫師道德感」的人有 2 位。

第五章 討論

本研究討論共分為四節，第一節為至無牙醫鄉執業牙醫師之特性，第二節為牙醫師至無牙醫鄉執業之原因，第三節為牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之看法，第四節為綜合討論。

第一節、至無牙醫鄉執業牙醫師之特性

至無牙醫鄉執業牙醫師之特性，就牙醫師的性別而言，研究結果顯示所有至無牙醫鄉執業的牙醫師皆為男性，先前的文獻提到女性醫師進入偏遠地區執醫的比例比男性人口少(Rabinowitz, Paynter, 2002)，由於女性醫師在家庭牽絆因素抑或是在安全考量上皆有所不便的因素，因而無牙醫鄉的牙醫師皆由男性前往之。

在年齡的分佈情形來看，就無牙醫鄉牙醫師的平均年齡與全國牙醫師的平均年齡做比較，無牙醫鄉牙醫師的平均年齡為 46.93 歲與全國牙醫師平均年齡的 40.54 歲(90 年度健保資料庫的醫事人員基本資料檔)，有達到統計上顯著意義($p < 0.05$)，表示無牙醫鄉執業的牙醫師比全國牙醫師的平均年齡來得高。在健康狀況方面，健康狀況良好的牙醫師於全部牙醫師 15 位中就有 10 位，佔全部牙醫師的百分比高達 66.67%，且研究結果顯示沒有健康狀況不良的牙醫師，可知至無牙醫鄉的牙醫師在身體健康方面，都是健康良好的比例居高。

在教育程度上，除了 2 位牙醫師因為舊體制的專科學校畢業外，其他牙醫師皆為大學學歷以上。在牙醫師本身是否為原住民方面，研究結果指出，有 3 位牙醫師為原住民且皆為公費生，而所居之地又符合獎勵方案之無牙醫鄉，在公費生的相關規定下，有義務前往無牙醫鄉執業服務，因此牙醫師們本身都樂此不疲。在家人是否支持牙醫師至無牙醫鄉執業服務上，有 80.00%的家人皆支持牙醫師前往無牙醫鄉執業，僅有 3 位(20%)牙醫師的家人反對，其反對的原因主要是以路途遙遠為主，促使牙醫師無法與家人同住，是造成家人反對的原因。在牙醫師是否居住於無牙醫鄉境內，有 70%以上的牙醫師皆不住在無牙醫鄉，且都是以通勤的方式每天往返無牙醫鄉執醫。

在牙醫師本身總執業年數方面，有 10 年以上執業經驗牙醫師的人數有 12 位，佔全部牙醫師百分比的 80.00%，可知至無牙醫鄉執業的牙醫師，本身在執業的年數與經驗長久的比率來的高。在無牙醫鄉牙醫師一天平均看診人數方面，有將近 66.67%的牙醫師一天平均看診人數少於 5 人以下，就無牙醫鄉牙醫師一天平均看診人數與全國牙醫師一天平均看診人數 11 人(90 年度健保資料庫資料檔)相比較，至無牙醫鄉執業牙醫師的一天平均看診人數明顯較少，即表示無牙醫鄉民眾的醫療利用率偏低，僅以保障月薪吸引牙醫師至無牙醫鄉執醫，卻未對該地區民眾的口腔衛生教育進行宣導，對於促進偏遠地區民眾

的口腔保健並無幫助。在診所房子所有權方面，診所房子為自己所有的僅有 2 位(13.33%)，其主要原因是因為牙醫師本身出生於該鄉，在無牙醫鄉鼓勵制度實施後，便前往故鄉執業服務，且房子為牙醫師本身家族所擁有。在與該無牙醫鄉地民眾之互動情形方面，互動良好的有 6 位(40.00%)，互動不良的僅有 1 位(6.67%)，互動不良的主要原因是該無牙醫鄉民眾對外來牙醫師有強烈的排斥性與不信任感。

比較是否為原住民牙醫師對執業情形滿意度與民眾互動情形方面，由研究結果顯示原住民牙醫師不論在執業情形滿意度與當地民眾的互動情形來看皆明顯比非原住民牙醫師來得好，可知原住民牙醫師由於語言與種族相同的因素，獲得當地民眾對原住民牙醫師們的信賴與支持的緣故。比較是否居住於無牙醫鄉的牙醫師對執業情形滿意度與民眾互動情形方面，研究結果顯示居住於無牙醫鄉的牙醫師明顯比非居住在無牙醫鄉的牙醫師不論在執業情形滿意度與民眾互動情形上皆來得好，表示可能因為居住於無牙醫鄉的牙醫師可以與民眾有更多的互動時間與機會，是造成執業情形滿意度與民眾互動情形皆比非居住在無牙醫鄉的牙醫師來得好的主要原因。比較牙醫師的年齡、牙醫師得總執業年數與過去三年每月平均收入對執業情形滿意度方面，研究結果顯示皆無顯著差異($p>0.05$)，表示牙醫師的年齡、執業總年數及過去的平均收入與執業情形滿意度並沒有相關。

在目前執業情形之滿意度方面，執業情形滿意的有 7 位 (46.67%)，執業情形不滿意的有 2 位(13.33%)，對目前執業情形不滿意的牙醫師而言，其主要不滿意原因是由於無牙醫鄉的生活機能欠佳。在對牙醫全聯會運作模式滿意度方面，滿意的有 4 位(26.67%)，不滿意的有 3 位(20.00%)，由於無牙醫鄉鼓勵制度實施一年後，將原先鼓勵制度的保障月薪調降，是造成 3 位牙醫師對牙醫全聯會運作模式不滿意的原因。對分區牙醫公會傳遞訊息之滿意度方面，滿意的有 4 位(26.67%)，不滿意的有 2 位(13.33%)，不滿意的原因是牙醫師認為分區牙醫公會無法給予最立即與正確的訊息。

在牙醫師所得情形方面有超過 80.00% 以上的牙醫師在未進入無牙醫鄉前過去三年的平均所得皆為 20 萬元以下，可知當初無牙醫鄉鼓勵制度的 30 萬保障月薪，是促使牙醫師至無牙醫鄉所考量的誘因。在無牙醫鄉每月之平均收入方面，僅有 2 位牙醫師平均收入超過 30 萬元以上，其餘皆為保障月薪的 30 萬元，研究結果顯示無牙醫鄉民眾的醫療利用偏低，是造成牙醫師平均收入無法超過 30 萬元以上的原因。

第二節、牙醫師至無牙醫鄉執業之原因

先前的研究結果顯示，牙醫師至無牙醫鄉執醫的動機與因素中，分別為「金錢因素」、「地點便利性因素」、「服務奉獻因素」、「子女教育問題因素」、「公費生制度之派定因素」、「回饋鄉民因素」、「養老因素」七種類型，七種類型中又以「金錢因素」的人數為最多數，其次是「服務奉獻因素」與「公費生制度之派定因素」，就無牙醫鄉的鼓勵方案中，以優厚每月 30 萬元的保障月薪鼓勵牙醫師至偏遠地區無牙醫鄉執業，相信的確是促使牙醫師願意至偏遠無牙醫鄉執業服務的主要誘因。

牙醫師至無牙醫鄉之原因在「服務奉獻因素」中，牙醫師本著史懷哲奉獻行醫的精神，願意至無牙醫鄉為偏遠地區無牙醫鄉民眾執醫，在服務奉獻的精神方面上是值得大家所推崇效法的。

在「公費生制度支派定因素」中，因為公費生的相關規定，公費生於畢業後必須至政府所指定的機構執業服務，由於公費生本身皆為原住民牙醫師，又因牙醫師家鄉所居之地有處於該鼓勵方案所訂定之無牙醫鄉，促使牙醫師選擇至無牙醫鄉執業服務。

第三節、牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度之看法

在研究結果中牙醫師對無牙醫鄉鼓勵制度的觀點，分別為「初衷立意良好」、「朝令夕改」、「治標不治本」、「需建構網絡支持系統」、「需再加強口腔衛生教育宣導」、「硬體設備與人力資源提供」、「醫師道德感」七種看法。

其中又以認為無牙醫鄉鼓勵制度的「初衷立意良好」認同感的牙醫師最多，牙醫師認為無牙醫鄉鼓勵制度的實施，使得偏遠地區的民眾都能享有平等的就醫權，且能縮短城鄉間醫療資源的分配不均，在政府當初的政策制定上，其設立的意義良好。

其次是認為無牙醫鄉鼓勵制度有「朝令夕改」與「需建構網絡支持系統」。在「朝令夕改」方面，會認為鼓勵制度朝令夕改的牙醫師，最主要的原因是因為於無牙醫鄉鼓勵制度實施一年後，原先鼓勵每月的保障月薪 30 萬元，將依地區等級調降為 15~20 萬元，使得已經將醫療設備資源投入無牙醫鄉的牙醫師，認為有被受騙的感覺，且覺得政府訂定的無牙醫鄉制度缺乏周全與一致性。

在「需建構網絡支持系統」的觀點中，牙醫師們認為雖然無牙醫鄉如今有牙醫師進入執業服務，使民眾能享有平等就診的權利，但還必須配合良好的轉診制度，使醫療系統功能發揮到最大，這才能讓無牙醫鄉鼓勵制度更具其意義。

第四節、綜合討論

鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執業服務計畫，其旨在能推動促使偏遠地區與都會地區的醫療資源能平均分配，自 91 年度開始實施一年後，東區健保簡訊第 62 期指出，有某位牙醫師申請參加無牙醫鄉的執業服務計畫，牙醫師於無牙醫鄉執業享有保障每月月薪 30 萬收入，卻未全力於該無牙醫鄉提供醫療服務，又另以支援其他診所方式申報醫療費用，顯為投機心態，經調查結果醫療費用不予給付並予以歇業。由以上事件得知無牙醫鄉鼓勵制度的美意卻淪為醫師的投機心理，辜負當初設立無牙醫鄉鼓勵計畫的美意。

偏遠地區缺乏牙醫師的鄉鎮，由於不符合建制成本的因素，使得牙醫師不願進入偏遠地區執業服務，但由於無牙醫鄉鼓勵制度的實施，以保障月薪 30 萬元的方式，就是為了能促使牙醫師願意投入偏遠地區執業服務，如今實施一年後也發現相關問題的浮現，就一天平均看診人數 5 人以下的牙醫師有將近七成，可了解無牙醫鄉民眾的醫療利用率偏低，無牙醫鄉鼓勵方案將醫療診所設置在那裡，卻沒有發揮其該有的價值與效用，往後在相關的無牙醫鄉的鼓勵制度的訂定與修正上，該如何讓牙醫師們能主動出擊，使不肯主動就醫的民眾都能接受治療，並提升民眾的就醫率，讓無牙醫鄉的鼓勵制度發揮其最大的功效，相信是在實施無牙醫鄉計畫政府與民眾所樂見的。

第六章 結論與建議

第一節 結論

台灣山地離島地區長久以來醫療資源不充足且就醫不便，在提供的醫療服務的機構，常常無法給予可近性與持續性的照顧，使得偏遠地區的民眾不能享有與一般平地都會地區民眾相同的醫療品質與醫療資源照顧，所以為達到醫療資源均衡分配的目的，政府於 91 年推行「獎勵牙醫師至無牙醫鄉執行醫療服務實施方案」，其旨在鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執行醫療服務，以均衡牙醫醫療資源的利用，促使全國具有保險的民眾，都能享有適當的牙醫醫療服務。進而解決在牙醫醫療資源上，偏遠地區的民眾與平地都會地區民眾可享有的醫療資源相同抑或是儘可能縮小差異，讓所有健保對象都能獲得適切且妥善的醫療照顧。

無牙醫鄉的鼓勵制度推動後，使得很多牙醫師願意至偏遠地區執業服務，本研究結果顯示，其主要願意下鄉執業服務的原因包含「金錢因素」、「地點便利性因素」、「服務奉獻因素」、「子女教育問題因素」、「公費生制度之派定因素」、「回饋鄉民因素」、「養老因素」等。其中又以「金錢因素」為首要，可知無牙醫鄉的鼓勵制度在其獎金制度的訂定上，發揮了所謂「重賞之下，必有勇夫」的成效。

無牙醫鄉鼓勵制度實施一年後，由於政府對政策鼓勵制度保障月薪的降低，造成部份牙醫師放棄繼續在無牙醫鄉執醫，背棄了初始設立鼓勵制度的美意。姑且不論無牙醫鄉鼓勵制度的成效如何，至少有個好的開始。因此對於山地離島偏遠地區醫療資源不足的問題，政府應該持續地推動無牙鄉計畫，並提供可近性、完整性及連續性之口腔保健與醫療照護，注重口腔衛生教育與預防保健的宣導，相信是促進醫療資源分布均衡最主要的方法。

第二節 建議

一、對中央健保局與牙醫全聯會之建議

- (一) 無牙醫鄉鼓勵制度的實施，使得偏遠地區無牙醫鄉民眾都能享有平等的就醫權，政府應持續推行相關計畫。
- (二) 無牙醫鄉的鼓勵制度在政策的制定上，於實施一年後將原先的 30 萬元的鼓勵保障月薪調降為 15~20 萬，這樣的政策制度改變，促使牙醫師認為政策的朝令夕改且很沒有保障，建議往後在政策及鼓勵制度的訂定上，能夠周全與一致性。
- (三) 應建立適當的轉診制度，使無牙醫鄉醫療資源發揮更完善。
- (四) 對於至無牙醫鄉執業牙醫師的醫療行為應給予品質的監控。
- (五) 無牙醫鄉長久以來都存在有密醫的情形，如今無牙醫鄉有牙醫師進駐，政府應該宣導民眾選擇合格牙醫師才具有醫療保障。

二、對後續研究之建議

- (一) 本研究僅探討至無牙醫鄉執業牙醫師之原因與其特性，後續相關無牙醫鄉的研究，可加入探討無牙醫鄉醫療提供者的醫療品質及滿意度之研究。

第三節 研究限制

- (一) 91 年度無牙醫鄉鼓勵計畫實施一年後，由於鼓勵制度的改變，將原先每月 30 萬的保障月薪，依地區等級調降為 15~20 萬元，造成部分牙醫師的離開，在研究對象上無法一一調查訪問。
- (二) 本研究由於經費與時間的限制，僅針對台灣本島至無牙醫鄉的牙醫師作調查研究，缺乏相關離島的研究對象，若將本研究結果推論至離島地區，可能與離島實際情形有所誤差。

參考文獻

1. Carter RG. The relation between personal characteristics of physicians and practice location in Manitoba. *Can Med Assoc J* 1987; 136: 336-8.
2. Carr-Hill RA. Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Soc Sci Med* 1994; 39: 1189-201.
3. Chu KW. Global budgeting of hospitals in Hong Kong. *Soc Sci Med* 1992; 35: 857-68.
4. Dionne G, Langlois A, Lemire N. More on the geographical distribution of physicians. *J Health Econ* 1987; 6: 365-74.
5. Dis JV. Where We Live: Health Care in Rural vs Urban America. *JAMA* 2002; 287:108.
6. Ernst RL, Yett DE. Physician location and specialty choice. *Health Administration Press* 1985.
7. Etter JF, Perneger TV. Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 370-6.

8. Fruen MA, Hadley J, Korper SP. Effects of financial incentives on physicians' specialty and location decisions. *Health policy educ* 1980;1:143-159.
9. Iglehart JK. Health policy report: Germanys' health care system. *N Engl J Med* 1991; 324: 1750-6.
10. Langwell KM, Nelson S, Calvin D et al. Characteristics of rural communities and the changing geographic distribution of physicians. *J Rural Health* 1985;1: 42-55.
11. Langwell KM, Drabek J, Nelson SL et al. Effects of community characteristics on young physicians' decisions regarding rural practice. *Public Health Rep* 1987; 102: 317-28.
12. Mattson DE, Stehr DE, Will RE. Evaluation of a program designed to produce rural physicians. *J Med Educ* 1973; 48: 323-31.
13. Miller WL, Crabtree BF. Primary Care Reserch:A Multimethod Typology and Qualitative Road Map. *Doing Qualitative Res* 1992;22:3-28.
14. Mitka M. What Lures Women Physicians to Practice Medicine in Rural Areas? *JAMA* 2001; 285: 3078.

15. Pathman DE, Konrad TR, Ricketts TC. Medical education and the retention of rural physicians. *Health Serv Res* 1994; 29 : 39-58.
16. Rabinowitz HK, Paynter NP. The Rural vs Urban Practice Decision. *JAMA* 2002; 287:113.
17. Rogal DL, Gauthier AK, Barrant NL. Managing the health care system under a Global expenditure limit: A workshop summary. *Inquiry* 1993; 30: 318-22.
18. Rubin A, Babbie E. *Research Method for Social Work*. CA:Wadsworth.
19. Simmons D, Bolitho LE, Phelps GJ, Ziffer R, Disher GJ. Dispelling the myths about rural consultant physician practice: the Victorian Physicians Survey. *Med J Aust* 2002; 176: 477-81.
20. 江東亮：台灣地區醫療照護的發展與問題。 *中華衛誌* 1988 ; 8 : 75-90。
21. 江東亮：台灣地區公元二千年牙醫師人力的供給與地理分佈推計。 *中華醫誌* 1992 ; 50 : 153-60。
22. 江東亮：台灣地區的醫師人力政策：1945-1994。 *中華衛誌* 1995 ; 14 : 383-91。

- 23.李應元：鄉村醫師人力缺乏之原因及其解決辦法。公共衛生 1980；6：342-345。
- 24.李玉春：全民健保支付制度實施現況檢討與改革方向建議。政策月刊 1998；35：14-6。
- 25.周穎政：公費醫學生對公費制度的認知與態度。國立陽明大學衛生福利所碩士論文，1991。
- 26.林玉恩：當代醫院社區化角色功能之探討。中國醫藥學院環境醫學研究所碩士論文，2003。
- 27.胡幼慧：質性研究-理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流圖書公司，1996。
- 28.高文惠：公費醫師服務期滿後執業變遷與影響因素研究。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1995。
- 29.高文惠、黃文鴻、楊漢?：公費醫師服務期滿後執業選擇之研究。醫學教育 1998；2：54-66。
- 30.許士軍：定性研究在管理研究上的重要性。中原學報 1996；24：1-3。

- 31.徐宗國：質性研究概論。台北：巨流圖書公司，1997。
- 32.張笠雲：台灣地區衛生分布問題之初探。中國社會學刊 1993；7：133-156。
- 33.張友珊：牙醫門診總額預算第二年費用之協商與省思。醫院 1999；32：1-9。
- 34.張友珊、楊志良：全民健保對各科醫師消長影響之初探。中華衛誌 1999；18：123-137。
- 35.張進順：牙醫師人力供需研究。我國醫事人力規劃與預測研討會，2000。
- 36.黃偉堯：台灣牙醫人力地理分布之分析。國立台灣大學醫療機構管理研究所博士論文，2002。
- 37.陳雅雯：醫師執業地點、執業機構型態之選擇及其影響因素探討以家醫科醫師之專業生涯選擇為例。長庚大學醫務管理研究所碩士論文，2001。
- 38.陳世堅：從社政到衛政長期照顧連續性光譜系統模式研擬。當代社會工作學刊 2001；4：1-55。

- 39.陳向明：社會科學質的研究。台北：五南書局，2002。
- 40.游素蘭：影響台灣地區醫療資源分佈之因素。國立台北大學財政學系碩士論文，2001。
- 41.陳宛辰：探討婦女子宮頸抹片檢查行為-以質性內容分析法論述之。國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文，1997。
- 42.郭瑩璵：高雄縣居民牙科就醫行為及口腔保健知識需求城鄉差距之探討。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，2002。
- 43.楊志良、蕭慶倫、盧瑞芬：從全民健康保險看我國醫療保健體系。公共衛生 1980；16：341-57。
- 44.楊漢？：台灣地區醫療服務體系之檢討與展望。公共衛生 1992；19：12-24。
- 45.楊慧芬：公費醫師執業科別、地點、執業型態之趨勢研究。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1992。
- 46.蔡文正：論人計酬在家庭醫師制度之應用-以牙醫為例。家庭醫師制度及基層醫療改革研討會，2004。

47. 廖翊舒：牙科總額制度對醫療價量之影響。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2000。
48. 蕭秀如：牙科總額支付制度試辦計劃效果之初探-以中央健保局台北分局轄區範圍之牙科醫療院所為例。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1999。
49. 盧瑞芬、謝啟瑞：醫療經濟學(初版)。台北：學富文化，2000。
50. 簡春安、鄒平儀：社會工作研究法。台北：巨流圖書公司，1998。
51. 藍忠孚、李玉春：台灣地區未來二十年醫師、牙醫師人力供需之規劃研究。行政院經濟建設委員會委託研究計畫，1983。
52. 中央健康保險：<http://www.nhi.gov.tw>，2003。
53. 台灣牙醫網：<http://www.dent-twa.org.tw>，2001。
54. 行政院衛生署：<http://www.doh.gov.tw>，2003。
55. 行政院衛生署統計資料：<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>，2003。

附錄一、九十一年牙醫師至無牙醫鄉執業服務醫療給付試辦計畫

一、依據

依據全民健康保險醫療費用協定委員會九十年十二月二十七日費協字第 九 Z 三八二號公告暨費協會第四十六次及第五十三次委員會議決議訂定之「九十一年度牙醫門診醫療給付費用總額牙醫師至無牙醫鄉服務(執業及巡迴)獎勵方案」。

二、目的

本試辦計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至無牙醫鄉及離島執行醫療服務，均衡牙醫醫療資源，促使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。

三、施行區域

以健保局九十年十一月所訂無牙醫鄉為適用範圍。

四、實施期間：試辦期間由 91 年 7 月起

五、申請條件

每週開診天數至少四天，每週診察時間至少三十小時。如因故休診時，應以函中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱全聯會)報備。

六、申請程序

申請施行之特約醫療院所應檢送下列資料，以掛號郵寄至全聯會
審查：

(一)申請書(格式如附件)

(二)執業計畫書書面資料及檔案，執業計畫書之內容如下：

1.書寫格式：以 word 形式建檔，A 4 版面，由左而右，由上而下，

(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

2.封面：包括姓名、身分證字號、牙醫師證號、診所名稱、執業地
點之縣市鄉鎮。

3.內容至少應包括：

(1) 前言：請敘述執業動機，包括執業地點之醫療資源提供情況、
口腔問題狀況等。

(2) 目的：分點具體列述執業所要達成之目標。

(3) 執業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

a.執業地區及人口分布：請竭盡所能具體詳述執業服務之地區
分布情形及面積、戶籍人口數及其性別年齡別分布情形、外
流人口比率、納保人口數及納保率等相關資料。

b.地理環境概況及交通情形：請簡要敘述執業服務地區地理環
境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距

最近牙醫醫療服務所需車程時間等。

c.醫療需求情形：請詳述執業地區之醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。

(4) 執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(5) 評估預期效益：請詳述執業服務預期將對該地區達成之效益，並表列各項預定達成指標。

七、 受理審查

全聯會於每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件，並於次月十五日進行公開審查，審查十日內以函回覆審查結果，經審查通過並收到回覆函者，依醫師法相關規定辦理後，持全聯會之同意函向健保局簽訂申辦並依現行合約換文辦理。

八、 簽約期間

經審查通過執行本試辦計畫之特約醫療院所與健保局所簽合約以全民康保險醫療費用協定委員會協定期間為限，如執業期間未滿一年者，醫療費用按實際提供醫療服務之點數及該區每點支付金額計算。

九、 支付標準

每位醫師每月至少支付 30 萬元，如申報點數超過 30 萬元者，以實際申報點數計算。

十、 執行報告

執行本方案者於年度結束時應檢送執行報告，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之格式及內容要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

附錄二、問卷與深入訪談內容

I、問卷內容：

一、個人特質	
1. 姓名：	2. 年齡：
3. 性別： 男 女	
4. 婚姻狀況： 已婚 未婚 離婚 其他_____	
5. 健康狀況： 良 普通 不良 其他_____	
6. 自認人生觀： 正面積極 中性 不積極	
7. 教育程度： 專科 大學 碩士(含)以上	
8. 宗教信仰： 無 天主教 道教 基督教 佛教 一貫道 其他_____	
9. 是否為原住民： 是 否	
10. 家人是否支持至無牙醫鄉執業： 是 否	
11. 是否居住於無牙醫鄉： 是 否	

二、執業狀況	
1. 總執業年數：	5 年以下(包含 5 年) 6-10 年(包含 10 年)
	10-15 年(包含 15 年) 15-20 年(包含 20 年)
	20 年以上

2.一週執業天數：	4天	5天	6天
3.一天平均看多少病人：	5人以下(包含5人)	6-10人(包含10人)	
	10-15人(包含15人)	15-20人(包含20人)	
	20人以上		
4.診所房子所有權：	自己所有	承租	
5.與該地民眾之互動情形：	良好	普通	不良
6.目前執業情形之滿意度：	很滿意	滿意	沒有意見
		不滿意	很不滿意
7.對牙醫全聯會運作模式之滿意度：	很滿意	滿意	沒有意見
		不滿意	很不滿意
8.對分區牙醫公會傳遞訊息之滿意度：	很滿意	滿意	沒有意見
		不滿意	很不滿意

四、所得情形		
1.過去三年每月之平均所得：	10萬元以下(包含10萬)	11-20萬元(包含20萬)
	21-30萬元(包含30萬)	30萬元以上
2.目前在無牙醫鄉每月之平均收入：	30萬元	30萬元以上

II、深入訪談內容：

1. 願意至無牙醫鄉執業之動機與因素為何？
2. 對牙醫師至無牙醫鄉鼓勵制度之觀點為何？