

國立臺灣大學工學院工業工程學研究所

碩士論文研究計畫

Institute of Industrial Engineering

College of Engineering

National Taiwan University

Master Thesis



自費特殊醫療材料之台灣病患決策因素研究

Research on Patient Decision Making Factors of
Choosing Self-Pay Medical Supplies in Taiwan

呂慧貞

Huei-Chen Lu

指導教授：黃奎隆 博士

Advisor: Kwei-Long Huang, Ph.D.

中華民國 108 年 6 月

June 2018

誌謝

回首兩年台大學習歲月，充滿學習成長和快樂生活的回憶。在醫療圈工作 25 年再跨領域學習工業工程，從老師、學伴們身上所獲得的知識經驗，讓我對於未來人生和工作的視野更為寬廣和強大。

我的論文指導老師-黃奎隆老師，不僅在論文寫作上給我最細微和專業的指導，容忍並支持我同時在忙碌工作、上學夾縫中，在擠壓又擠壓的時間內不厭其煩指導我論文寫作，老師和同門同學相互支持的鼓勵，讓我一點一滴完成論文。回首過去在EMS日子，老師的教學和學伴們的熱情參與、腦力激盪、跨業分享學習，每一次的課程、團體作業、辯論賽、海外參訪、系所活動等，都是如此豐富和充實、令人難忘！

最後感謝我親愛家人的諒解及支持，讓我完成這項不可能的任務！

呂慧貞謹誌於台北

中華民國一百零八年六月



中文摘要

本研究旨在探討病人在全民健保制度下就醫捨棄健保給付範圍醫材，而選擇自費特殊醫療材料之決策因素。此本研究運用消費者決策行為模式並加入健康信念、決策影響因子等作為理論依據，以自填式結構性問卷為研究工具，並基於立意取樣原則，合計回收 205 份。

所得研究資料分析結果，研究對象之年齡、教育程度、婚姻狀況、工作型態、個人/家庭的年收入與私人保險給付自費醫材金額、使用自費醫材費用呈現顯著相關。研究對象在 51-60 歲其自費醫療特材平均費用為 114,192 元最高，而在 71 歲群組平均金額為 67,646 元最少；個人特質的部分，相較於單身者相較於已婚者的顯著傾向選擇相對高價的自費醫材，而個人收入高越高，自費醫材金額則越高。在使用自費醫材前所接受的行銷刺激類別有接觸過「新聞廣告」的研究對象在使用自費醫材金額高於沒有接觸「新聞廣告」金額。

並將前述結果以線性迴歸係數分析，結果顯示使用自費醫材金額解釋力為 39.7%，重要解釋因素包含婚姻狀況、個人平均年收入、私人醫療保險、醫材仿單型錄、品牌知名度、親友推薦、新聞廣告、私人保險給付佔自費醫材金額,百分比(%)。

在醫療技術高度發展的現時背景下，使用自費醫材可滿足患者對醫療服務的多樣化需求，年齡高群族其醫療需求高但卻較少比例有私人保險分擔自費醫材金額用，未來健保保險給付設計或長照政策參考方向。建議可學習他國經驗，適度開放對於自費醫材相關醫療廣告，並透過政策管控執行、落實醫療倫理、強化使用規範等來達成三贏局面。

關鍵字：自費醫療特材、消費者決策行為、行銷刺激、健康信念

Abstract

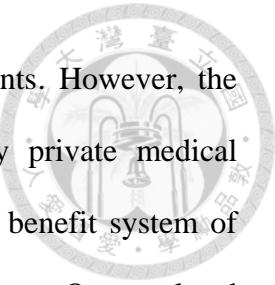
This research is to investigate patient' decision making factors which influenced them to use self-pay medical supplies instead of the items covered by National Health Insurance. In order to understand the decision making behavior of using self-pay medical supplies, an open structured questionnaire is conducted for collecting data. The subjects we selected are from six hospitals of which patients have ever used self-pay medical supplies. In total, valid questionnaires come to 205.

The results indicates that the age, education, marriage status, category of occupation, annual income of personal or household, coverage of private medical insurance are highly correlated with the monetary amount of self-pay medical supplies. The subjects at the age of 51-69 is the highest on which comes to NT\$114,192, and The lowest is the group of 71 year-old for NT\$ 67,497.

Referring to the personal characteristics, the married and divorced including separated interviewees incline to user inexpensive self-pay medical supplies. On the other hand, the higher income patients pay the higher monetary amount on self-pay medical supplies. Those who subjects have ever contacted advertising on news would pay more self-pay medical supplies than those who have not.

The above results interpreted by the coefficients of linear regression present that coefficient of determination comes to 39.7%. The major influential factors of the results impacted by marriage status, personal annual income, private medical insurance, decision making factors of catalog of medical supplies, brand awareness, recommendation by friends or relatives, advertising on news, percentage of self-pay medical supplies covered by private medical insurance ,

In the era of biomedical innovation technologies highly developing, self-pay
iii



medical supplies satisfy the diversity of medical service requirements. However, the elderly who need more requirements are short of supporting by private medical insurance. The results of this research are helpful in improving the benefit system of National Health Insurance and the current policy of long-term care. Open related self-pay medical supplies advertising moderately that could be useful in reaching win-win situations by enhancing control policies, medical ethics and usage regulation.

Keywords: self pay medical supplies, consumer decision making, marketing stimulation, health belief.



目錄

誌謝	I
中文摘要	II
ABSTRACT	III
目錄	V
圖目錄	VII
表目錄	VIII
第一章 研究動機及目的	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第二章 文獻回顧	5
第一節 台灣醫療產業.....	5
第二節 健保制度實行現況.....	8
第三節 醫材自費及自付差額.....	11
第四節 健康行為.....	14
第五節 消費者行為模式.....	18
第六節 影響消費者就醫行為的決策因素.....	22
第三章 研究方法	27
第一節 研究架構.....	27
第二節 研究變項.....	28
第三節 研究設計及對象.....	29
第四節 研究假說.....	31



第五節 資料處理與分析方法.....	32
第四章 研究結果	34
第一節 描述性統計分析結果.....	34
第二節 購買者特徵與私人保險給付金額之關係.....	43
第三節 購買者特徵、行銷刺激、決策因素與自費醫材金額之關係：單因子變異數 分析	46
第四節 影響自費醫材金額的因素：複迴歸分析.....	51
第五章 討論及結論	54
第一節 行銷刺激對使用自費醫材使醫療行為之影響.....	54
第二節 基本人口學對自費醫材使用行為之影響.....	56
第三節 影響使用自費醫材決策行為之因素.....	58
第四節 研究限制.....	60
參考文獻	61
附錄一 本研究使用的正式問卷	65

圖目錄

圖 1、NHE 金額及占 GDP 比重	6
圖 2、2009-2017 年總額協定成長率	9
圖 3、ANDERSON 在 1960 年代提出的健康行為模式	15
圖 4、動態循環路徑的健康行為模式	17
圖 5、EKB 消費者行為模式	21
圖 6、購買者行為模式	21
圖 7、本研究的研究架構	27





表目錄

表 1、NHE 及平均每人 NHE.....	5
表 2、自付差額特材一覽表	12
表 3、自 1970 年代學者對於消費者行為定義彙整表	18
表 4、環境或行銷刺激文獻彙整	22
表 5、購買者特徵文獻彙整	23
表 6、健康信念文獻彙整	24
表 7、決策過程文獻彙整	25
表 8、經專家審查後問卷各構面的修改結果	30
表 9、問卷的信度分析結果	30
表 10、社會人口學因素的分佈情況	36
表 11、自費醫材決策行為的分佈情況	39
表 12、使用自費醫材的行銷刺激的分佈情況	40
表 13、選擇自費醫材決策因素的分布情況	42
表 14、私人保險給付金額程度之相關因素分析	45
表 15、社會人口學因素對自費醫材金額高低的相關因素分析	48
表 16、行銷刺激對自費醫材金額之相關因素分析	49
表 17、選擇自費醫材決策因素的重要程度對自費醫材金額之分析	50
表 18、自費醫材金額之相關因素迴歸係數分析	52
表 19、自費醫材金額之相關因素迴歸變異數分析	53



第一章 研究動機及目的

第一節 研究動機

全民健康保險（以下簡稱全民健保）中華民國為增進全體國民健康自民國 84 年 3 月 1 日開辦迄今，法源是依據《中華民國憲法增修條文》所實施的全民醫療保險制度。創立全民健保的第一目標，就是保障弱勢族群與窮人的就醫權利，並減少其因為醫療支出，保障人人公平就醫的機會。全民健保有兩個主要策略為採取全民強制納保的措施，以量能付費原則依被保險人的經濟能力，而非生病風險收取保險費。台灣健康保險覆蓋率則接近百分之百，全民健保不僅提升潛在的就醫可近性，也影響了民眾的實際醫療利用情形。然對醫療院所實施全民健保後，各醫院均面對相同服務對象，接受相同醫療費用給付，而因社會環境變遷、醫療資源重分配、醫藥科技的發展及同業競爭等因素之下，使得各醫院尋找新的策略、培養新的內部資源以因應環境的變化，醫院為了經營及生存需發展資源優勢和策略優勢（蘇勳璧等，2001）。

雖然在 83 年正式開辦了全民健保，自此全國人民方納入國家的保障。不過時至今日，在這些健康照護制度達成使命之後，亦面臨現實難題—節節高漲的醫療費用。根據 2012 年的統計資料，國民醫療保健支出 (National Health expenditure, NHE) 佔經濟合作暨發展組織 (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) 國家之 GDP (Gross Domestic Product, GDP) 比例，平均已經來到 9.3% 之譜，台灣於 2013 年的統計則為 6.6%；且隨著高齡化社會的來臨、醫療科技的飛騰發展，費用無疑會繼續攀升因此才會進行健保財政改革，來持續健全其財政與資源分配的效率以期永續發展。

引進多元的支付制度改革，包括總額支付制度控制費用上漲，微觀面的改革支付基準及標準以提升效率及效果，其中推動住院論病例計酬與診斷關聯群



(Diagnosis-Related Groups, DRGs) 支付制度亦為重要改革之一。論病例計酬支付制度是參考美國實施疾病診斷關聯群為基準的前瞻性支付制度，依病例分類（主診斷或主手術）訂定單一支付點數，是一種定額包裹給付方式，但實施項目有限屬內容單純之疾病，在 99 年以前門住診合計僅採行 54 項。中央健康保險署（以下簡稱健保署）於 99 年 1 月 1 日起實施全民健康保險住院診斷關聯群（Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs）支付制度，首期導入之 164 項 Tw-DRGs 項目為現行住院論病例計酬項目轉換而來，涵蓋 12 個主要疾病類別（Major Diagnosis Category, MDC），以更精細的分類及臨床路徑的實施，讓其治療標準化，使其整體成效增加，並希望藉支付基準改革，加強個別醫療院所財務責任，促使在總額下共同 分擔控制費用及改善品質之責任（陳珮青等人，2016）。住院診斷關聯群開始實施第一階段，103 年 7 月實施第二階段，目的為減少不必要的醫療檢查或治療，鼓勵醫院給予病患最好的處置使其在合理天數內康復出院並能提高醫療效率。根據健保署統計，整體實施後住院日數逐漸下降。101 年已導入 DRGs 的醫療項目每次住院的平均日數 4.13 天，較 98 年的 4.39 天減少 5.92%。DRGs 實施時還明訂除了病房差額費、伙食費與健保同意差額給付的材料之外，醫院不得向病患收取自費，以避免醫院將醫療成本轉嫁給民眾。

台灣目前的國民醫療保健支出 (NHE) 僅占國內生產毛額 (GDP) 的 6.9%，遠低於經濟合作暨發展組織 (OECD) 國家 2012 年的平均值 9.3%，亦即台灣以相對便宜的支出費用，即讓人民能享有相當於西方先進國家的優良醫療服務。先進的醫療器材與診斷設備，讓人們有機會更長壽、更健康、有生產力，更能獨立生活。研究顯示 1980 至 2013 年間，醫學上的進展，已經使美國人平均餘命延長了超過 5 年，心臟病致死案例減少了 59%、中風致死減少 62%，乳癌致死減少 35%。單從 2000 年算起，醫學的進步，已使美國人平均壽命延長了 2 年。醫材幫助病人克服身體功能上的限制，使他們能繼續在家中自立生活。同時，微創手術，則為病人提供了成本較低廉的治療方式，縮短他們的住院時間，因此能更早恢復工作



(AmChamTaipei, 2016)。然而，由於全民健之給付項目與範疇畢竟有限，是即使在「全體國民強制參加」的體制下，具有保險對象身分之患者，以自費方式選擇接受非健保醫療服務項目，實為不可避免之趨勢。「制度」能夠深深影響「實務」，而市場與福利之際，更密切牽動著民眾、醫療提供者與政府機構三方，或合作、或對立的各自立場與互動關係。綜觀世界各國沒有一套制度稱得上完美無缺，而每一政策背後，實皆有著錯縱複雜之國情、政治、文化、價值觀等種種條件因素。

自民國 84 年開辦健保初始即將義肢納為「差額負擔醫療特材」，部分新醫材係改善現有品項之某些功能，價格較原全民健保給付類似產品高，而民眾自願選用較為高價之醫材，健保給付按現行類似品項之支付標準給付，超過費用由民眾自行負擔，且為保障民眾權益。而目前健保同意差額給付的材料，有人工水晶體、心臟血管支架、心律調節器、人工骨材等。此外符合民國 100 年 12 月公告的自費特材收取辦法者，例如止血凝膠，則是在 DGRs 醫療支付標準規定下，民眾可以全額自付的特材。民眾就醫會被收取自費的原因有二，一是健保有給付，但不符合適應症給付條件；二是健保沒有給付，需要自費差額或全額自費。



第二節 研究目的

對於自費醫療特材市場，病人且購買與否的決策權就部份轉移到病人或家屬，而非像如同健保給付的決定權近乎完全由醫師掌控。本研究所欲討論之目的，即探討民眾選擇自費醫療自費特材決策因素。

全民健康保險之總額預算制度影響下，導致醫院經營困難，自費醫療市場已成為近年來各醫院競相開發的重點。藉由本研究試圖在健保體制下探討影響台灣民眾選擇自費醫療特材的決策因素。希望能提供給政府制定健保政策、醫療機構自費管理方針，以及民眾對於醫療保險規劃之參考。

第二章 文獻回顧



第一節 台灣醫療產業

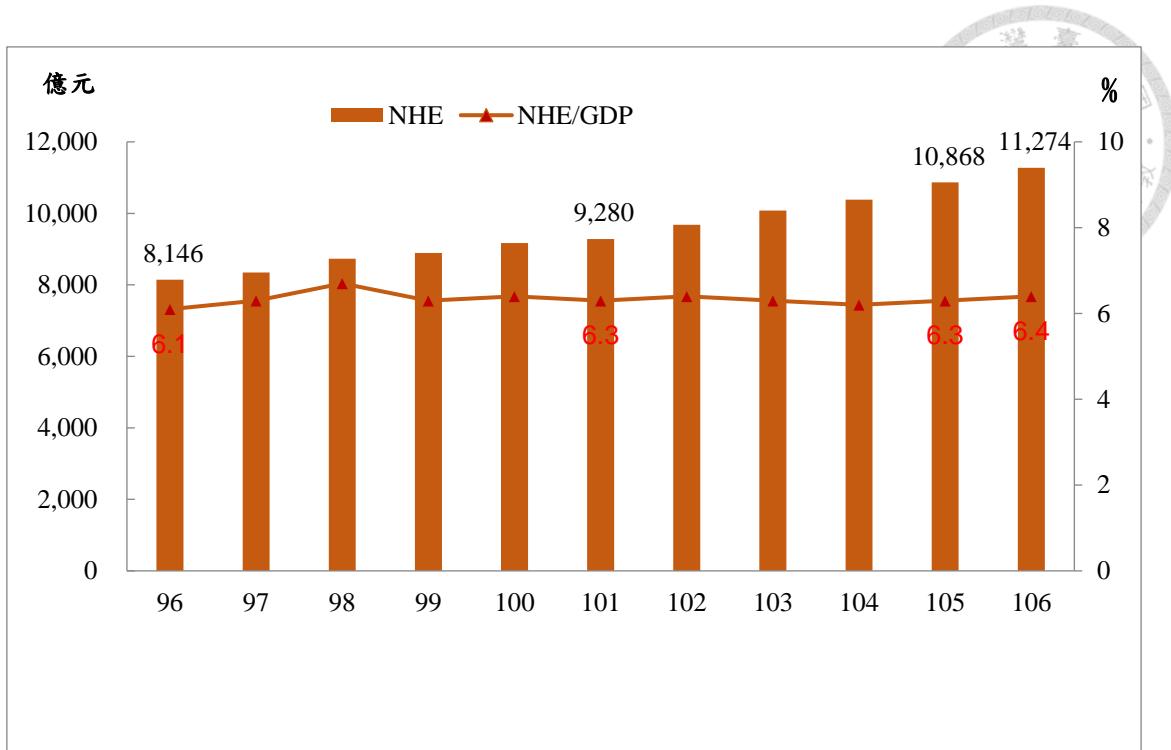
106年台灣國民醫療保健支出 (NHE)為1兆1,274億元，相較105年增加3.7%，若相較96年國民醫療保健支出 (NHE)為8,146億成長2千億；相較增幅高於國內生產毛額 (GDP)之年增 1.9%，致金額占 GDP (17 兆 5,012 億元)之比重，即 NHE/GDP 升至 6.4%，較上年提高 0.1 個百分點；平均每人 NHE 為 47,860 元，較上年增加 3.6%，顯示國民醫療保健不管在總支出費用或平均每人醫療保健支出費用在過去十年均持續成長 (衛生福利部，2018)。

表 1、NHE 及平均每人 NHE

	國民醫療保健支出 (NHE)		平均每人 NHE		平均每人 GDP		NHE/GDP	GDP 年增率
	億元	年增率 (%)	元	年增率 (%)	元	年增率 (%)	(%)	(%)
96 年	8,146	4.1	35,545	3.7	585,016	5.6	6.1	6.1
97 年	8,347	2.5	36,294	2.1	571,838	-2.3	6.3	-1.9
98 年	8,732	4.6	37,837	4.3	561,636	-1.8	6.7	-1.4
99 年	8,893	1.9	38,432	1.6	610,140	8.6	6.3	8.9
100 年	9,170	3.1	39,539	2.9	617,078	1.1	6.4	1.4
101 年	9,280	1.2	39,877	0.9	631,142	2.3	6.3	2.6
102 年	9,679	4.3	41,460	4.0	652,429	6.4	6.4	3.7
103 年	10,079	4.1	43,067	3.9	688,434	5.5	6.3	5.8
104 年	10,385	3.0	44,261	2.8	714,774	3.8	6.2	4.1
105 年	10,868	4.7	46,217	4.4	730,411	2.2	6.3	2.4
106 年	11,274	3.7	47,860	3.6	742,976	1.7	6.4	1.9

附註：依最新國民所得統計近行編算修正

資料來源：衛生福利部，2018



資料來源：衛生福利部，2018

圖 1、NHE 金額及占 GDP 比重

在比較施行健保制度後醫療照護，國民健康照護指標如平均餘命均有明顯成長，原本城鄉健康差距也明顯縮小，各項急症的死亡率亦有明顯降低。相對在醫療保健支出方面也是成長快速，若以 1955 年當作基期，到 2011 年時平均每人每家醫療保健支出名目成長 118.4% 遠大於家戶所得 66.3%，而民眾就醫自付費用也增加（鄭守夏與陳啟禎，2014）。醫療產業的發展與國力及人民生活有密切的關係，全球重視與醫療相關的政策、經費及發展。然而隨著全球人口結構變動及經濟轉變，人口高齡化及醫療成本攀升議題逐漸浮現，問題日趨複雜。近十年來資訊科技和生技的進步帶動醫療產業的發展，也為全球面臨的醫療困境找到解決之道。透過先進的網路及通訊技術，提升整體醫療服務效率。從基礎架構的建置、醫療電子儀器和智慧裝置的發展、解決方案的建置至服務平台的開發，都智慧醫療產業的範圍。應用場所從醫療院所到慢性居家，使用的族群從專業醫療人員到健康民眾（翁維晟，2013）。



醫療資源配置原則傾向為固定資源下分配需考量「醫療成本效益」、「保險財務影響」、「有效性」、「公平性」、「人體健康影響」等標準；而資源配置標準重要性依序為「成本效益」、「有效性」、「公平性」及「個人負擔」（陳珮青與李玉春，2015）。



第二節 健保制度實行現況

全民健保自 1995 年整合各社會保險系統，以財務自給自足、隨收隨付為原則。目前保險財務收入主要來自於保險對象、雇主及政府共同分擔的保險費收入，少部分來自保險費滯納金、公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐等補充性財源。

開辦全民健康保險的初衷，即在透過自助、互助制度，將全體國民納入健康保障，使人人均能享有平等就醫的權利，當民眾罹患疾病、發生傷害事故、或生育，均可獲得醫療服務。全民健康保險也隨著社會客觀環境的改變，在人權與公平的考量下，歷經數次修法，逐步擴大加保對象。全然隨著整體環境與社會人口結構等影響，醫療支出增加速度遠快於保費收入成長速度，2013 年實施二代健保，因擴大費基收繳補充保險費及政府總負擔比率提高等財源挹注，保費收取更符合量能負擔的公平原則。目前財務狀況穩定，惟因人口老化及醫療科技進步等因素，長期仍將面臨財務壓力，健保署持續研擬制度檢討及更穩健之財務制度，以確保長期財務健全，負擔更加公平合理。

在全民健保制度之下，經繳交保險費並領取健保卡後，凡發生疾病、傷害事故或生育，民眾可以自由選擇特約醫院、診所、藥局、醫事檢驗機構，接受妥善的醫療照顧服務。截至 2018 年 6 月底止，全民健保特約醫療院所合計達 21,163 家，占全國所有醫療院所總數 92.86%；另有特約藥局 6,272 家、居家護理機構 613 家、精神社區復健機構 210 家、助產所 17 家、醫事檢驗機構 211 家、物理治療所 22 家、醫事放射機構 10 家、職能治療所 7 家及呼吸照護所 3 家，保險對象可自由選擇醫療院所，接受醫療照護服務。2017 年，平均每人每年門診就醫次數 15.1 次（含西醫、中醫及牙醫門診），平均每百人住院次數 14 次，全國每人每年平均住院日數 1.4 日。

全民健保實施初期，為迅速整合公、勞、農保既有系統，鼓勵醫療院所申請為健保特約機構，以論量計酬 (Fee-for-Service) 方式為主，在公、勞保支付標準



表的基礎下，配合保險給付範圍的調整及參酌醫療團體建議加以增修，但該制度容易造成醫療費用無限成長，對醫療品質亦有影響。爰此，健保署參考其他先進國家制度，再根據不同醫療照護的特性，設計以不同支付方式，例如自 2002 年 7 月起，全面實施醫療費用 總額預算支付制度 (Global Budget Payment System)；同時透過支付制度策略，如論病 例計酬 (Case Payment)、論質計酬 (Payfor-Performance, P4P)改革方案，改變診療行為以有限健保資源提供有效率且高品質之醫療服務，有效將醫療費用成長率控制在 5%以下如圖 2 (衛生福利部中央健康保險署，2018)。

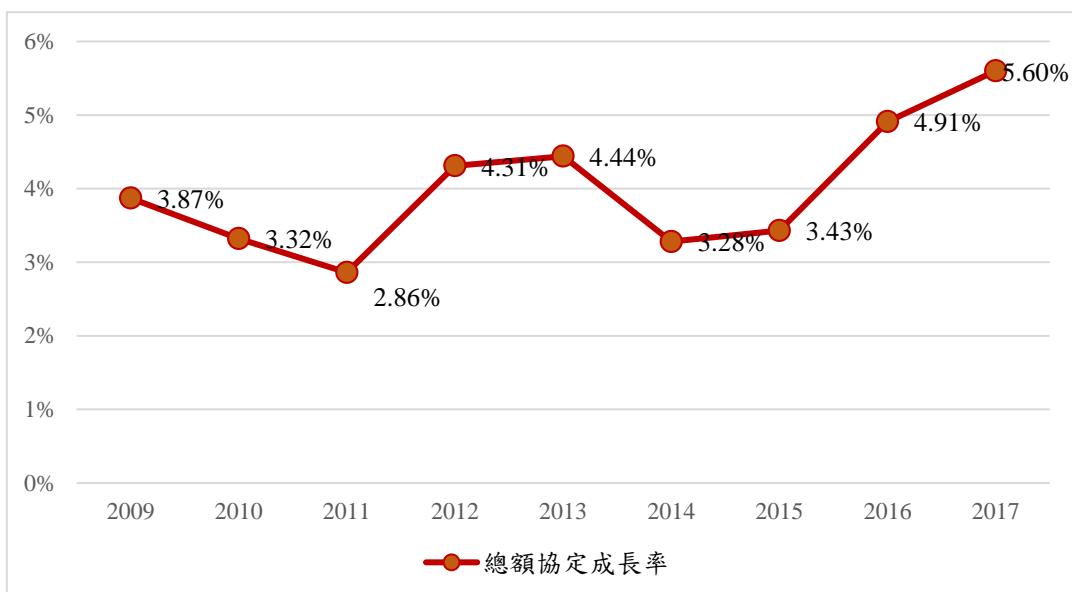


圖 2、2009-2017 年總額協定成長率

健保署自 2005 年起建置醫療品質資訊公開平台，以藉品質資訊公開，激勵醫界更努力提升個別院所之醫療服務品質，及增進民眾對保險醫療品質及醫療利用之瞭解，以做為民眾就醫選擇之參考。除此之外，特約醫事服務機構資訊的基本資料，例如包括服務項目、診療科別、固定看診時段、保險病床比率、違規醫事機構資訊、掛號費查詢均公開於網上 (衛生福利部中央健康保險署，2018)。

台灣以單一保險人制度於 1995 年開辦全民健康保險，全體國民從出生起，不



分性別、年齡、貧富，人人都享有平等就醫的權利，復針對收入面與支出面進行改革，於 2013 年起實施二代健保，這對許多發展中國家而言，是舉世稱羨的「台灣經驗」。全民健保實施曾面臨諸多困難，從一開始的滿意度不到 4 成，到目前持續成長至 8 成以上，顯見民眾十分肯定健保。其中雖曾因 2002 年度保險費率及部分負擔調整，以及 2005 年度開始進行多元微調，導致民眾對全民健保的滿意度稍有下降，但隨後即快速回升至 7 成以上。2013 年 1 月起二代健保實施，針對所得收入高者加收補充保險費，滿意度曾一度下滑後隨即回穩至 8 成左右，2018 年民眾對健保的滿意度更創下高峰達到 86.5%，我國因有全民健保，對經濟弱勢民眾的健康照護更能提供完善的醫療保障。

全民健保的首要目標就是保障公平就醫的權利，並減少因病而貧的狀況。1995 年，台灣家戶貧窮率在加計社會移轉收支後由 13.7% 降為 7.5%，減貧效果達 6.2%，其中 1.1% 的效果為全民健保的貢獻，到了 2012 年全民健保貢獻則提高為 3.7%。至於對兒童貧窮率及老人貧窮率，全民健保的貢獻在同一期間亦分別由 0.5% 及 3.3% 提高為 2.0% 及 8.0%。其次，全民健保開辦後，家戶醫療財務災難率由 1993 年的 7.0% 驟降為 1998 年的 1.3%，而兒童與老人的醫療財務災難率，亦分別由 2.3% 及 17.7% 降為 0.3% 及 3.7%，結論自從開辦全民健保以來對於減輕台灣的貧窮現象有重要的貢獻（江宛霖與江東亮，2016）。



第三節 醫材自費及自付差額

1995 年新增「差額負擔醫療特材」，部分新醫材係改善現有品項之某些功能，價格較原全民健保給付類似產品高，而民眾自願選用較為高價之醫材，健保給付按現行類似品項之支付標準給付，超過費用由民眾自行負擔，且為保障民眾權益，醫療院所應於手術或處置前讓民眾充分獲得資訊，醫療院所應將病患使用自付差額特材之品項名稱、品項代碼、收費標準（包括醫院自費價、健保支付價及保險對象負擔費用）、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較等相關資訊置於醫療院所之網際網路或明顯之處所。另健保署亦會將自付差額特材之相關資訊置於健保署全球資訊網站，民眾亦可至健保署全球資訊網「自費醫材比價網」搜尋各醫院價格。截至 108 年 5 月中央健康保險署所公布自付差額梯療特殊材料類別及給付點值如表 2 所列。



表 2、自付差額特材一覽表

名稱	實施時間	健保部分給付點數	備註
義肢	1995/3/1	依裝置部位由 4,800 點~68,000 點	
特殊功能人工心律調節器	1995/8/3	93,833 點	部分產品型號已納入全額給付
冠狀動脈塗藥支架	2006/12/1	14,099 點	1.特殊塗層血管支架自 101 年 7 月 1 日起納入自付差額。 2.須符合傳統血管支架之給付規定，始可列入自付差額。
陶瓷人工髓關節	2007/1/1	依整組類別由 7,733 點~70,099 點。	
特殊功能人工水晶體	2007/10/1	2,744 點	須符合執行白內障手術之規範，始可列入自付差額。
特殊材質生物組織心臟瓣膜	2014/6/1	43,613 點	
調控式腦室腹腔引流系統	2015/6/1	7,127 點	
治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	2016/5/1	28,773 點	須符合傳統淺股動脈支架(裸金屬支架)之給付規定，始可列入自付差額。
治療心房顫動之冷凍消融導管	2017/11/1	70,200 點	須符合治療心房顫動之冷凍消融導管之給付規定，始可列入自付差額。
特殊材質加長型伽瑪髓內釘組	2018/6/1	19,036 點	須符合股骨粗隆下骨折及股骨粗隆複合骨折之給付規定，始可列入自付差額。
添加抗氧化劑之超高分子量聚乙烯全髓白內襯	2018/10/1	依組件及整組類別由 4,018 點~52,796 點。	



2002 年起因應新技術或新醫療器材發展施行「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」，全民健保尚未收載之特材品項，符合下述原則可向保險對象收取全額自費：

1. 已向健保署提出核價建議並經已受理尚在審核中、議價中或議價未完成之品項。
完成核價程序之前，保險醫事服務機構可向保險對象收取全額自費，該等品項名稱、品項代碼及醫療器材許可證字號將公布於本署全球資訊網。
2. 已納入給付品項，但不符合健保給付規定者，保險醫事服務機構可向保險對象收取全額自費。
3. 經健保署審議結果為不納入給付之品項。

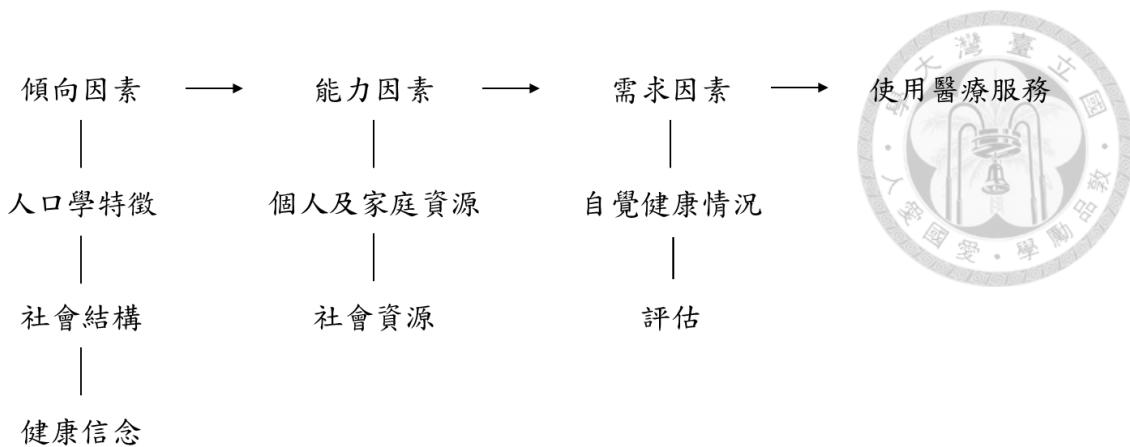
符合上述條件之醫材品項，健保署全球資訊網均有公告品項名稱、品項代碼及醫療器材許可證字號。而保險醫事服務機構亦需將收取自費特材品項名稱及費用、產品特性、副作用、與健保已給付品項之療效比較，公布於院所網際網路或明顯處所。病人在使用前需得到充分資訊，事前由醫師告知並簽立同意書，為保障保險對象權益。告知應在手術或處置前 2 日為原則（緊急情況除外）交付自費品項費用及產品特性、使用原因（含不符健保給付規定之原因）、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效比較說明書予保險對象或家屬，同時充分向保險對象或家屬解說，並由保險對象或家屬填寫同意書一式二份，一份交由保險對象保留，另一份則保留於病歷中，另同意書載明詳細事實包含該等自費品項名稱、品項代碼、醫療器材許可證字號、保險醫事服務機構特材單價、數量及自費金額等。



第四節 健康行為

在 1950 年代初期，美國的公共衛生服務著重在疾病預防工作的推展，當時為探究影響美國民眾對政府提供免費篩檢服務使用率低的原因，陸續有許多研究和健康行為模式被學者提出及運用，期望建構一套適用於解釋民眾對於疾病的健康行為理論，用以有效預測民眾採取健康行為或評估相關政策推行效益 (Patterson, 2001)。健康信念模式理論基礎是集合以下數種理論的綜合，最為重要的理論包含理論場域論 (Field Theory)、刺激反應理論 (Stimulus-Response Theory)、強調個人主管與期望的認知理論 (Cognitive Theory) 及價值期望理論 (Value-Expectancy Theory) (Glanz et al., 2002)。

美國學者 Andersen 於 1968 年提出健康行為模式，將影響民眾使用醫療服務的因素分為傾向因素、能力因素及需求因素，由傾向因素影響能力因素進而影響需求因素，最後改變民眾採取醫療服務行為。健康行為模式中傾向因素包含三個構面，分別是人口學特徵、社會結構及健康信念。人口學特徵是指年齡、性別、婚姻狀況及疾病史等；社會結構是指教育程度、職業類別、宗教、社經地位等；健康信念是指個人對自我健康狀況的價值、態度及相關疾病知識。能力因素意指民眾可以獲得的醫療資源，包含個人及家庭資源、社會資源二個構面，個人及家庭資源則是指家庭收入、及保險等因素，社會資源是指社區醫療資源多寡、便利及可近性等。需求因素是指民眾尋求醫療服務的需求，可分為自覺健康和臨床評估二個構面，自覺健康是指自我評估、感受健康威脅以及障礙等因素，而臨床評估則是指醫療相關人員對疾病的評估、建議以及衛教等因素如圖 3 (Andersen, 1995)。



資料來源：Anderson, 1995

圖 3、Anderson 在 1960 年代提出的健康行為模式

健康信念模式最主要也是最重要的健康信念組成包含：

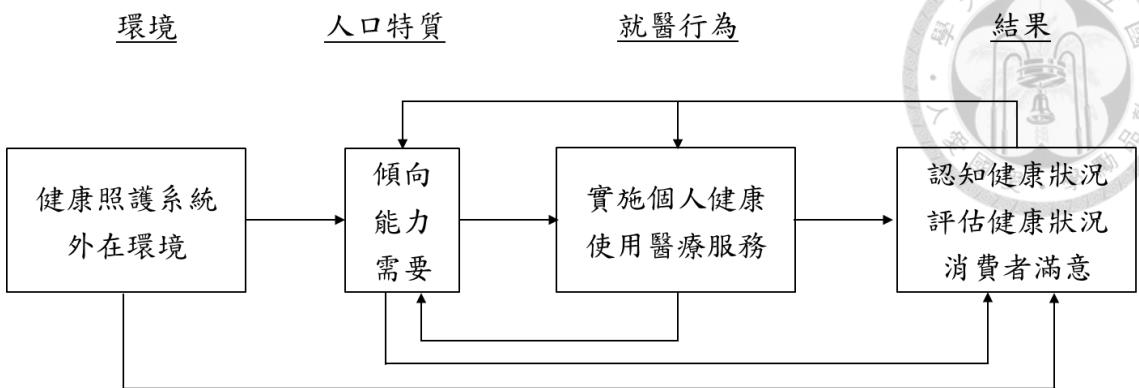
- (一) 自覺罹患性 (Perceived susceptibility)：指個人主觀評估可能罹患某種疾病的風險，在健康信念模式中個人自覺罹患性越強，越有動機去採取預防性或健康行動。
- (二) 自覺嚴重性 (Perceived severity)：個人對罹患某種疾病對生活影響甚至是死亡的評估，當個人感受到疾病的威脅越大時，所採取的健康行為可能性越強。
- (三) 自覺行動利益 (Perceived benefits)：個人再採取某些健康行動前，主觀評估所採取的行動可以減輕疾病的威脅進而可以得到健康的好處。
- (四) 自覺行動障礙 (Perceived barrier of taking action)：個人主觀評估採取活動可能存在的障礙或可能帶來的負面結果。有可能時間、交通、金額費用、或者醫療資源等因素，自覺障礙性高個人所採確取的行動性較低。
- (五) 行動線索 (Cues to Action)：促成或引發個體特病行為活動的刺激。行動線索又可分為內部線索及外部線索。內部線索包含某些疾病症狀、不適感；外部

線索包含親友鼓勵、醫護團隊建議、大眾傳播、媒體宣傳及衛教活動等。

1970 年代時 Aday 及 Andersen 修正健康行為模式，將此模式原來的健康行為模式延伸，分為「人口學特徵」、「醫療照護系統特徵」、「醫療服務使用」及「消費者的滿意」等四個構面，其中「醫療照護系統特徵」包括衛生政策 (policy)、醫療資源 (resource) 及醫療服務組織 (organization)，「醫療照護系統特徵」構面進而影響「醫療服務使用」構面。醫療服務利用的形式 (type)、場所 (site)、目的 (purpose) 及花費時間 (time interval)。而「醫療服務使用」構面則影響到「消費者的滿意度」，包含消費者對此一醫療服務利用的方便性 (convenience)、可利用性 (availability)、財務 (financing)、提供者特性 (provider characteristics) 及品質 (quality) 的觀感。

Anderson 於 1994 年時又對於健康行為模式再次修正，將其分為「決定健康行為因素」 (primary determinants of health behavior)、「採取醫療服務行為」 (health behavior) 及「健康上的回饋」 (health outcome) 三個構面。「決定健康行為因素」會影響「採取醫療服務行為」，而「採取醫療服務行為」則會影響「健康上的回饋」。「決定健康行為因素」構面包含原本模式的人口學變項及健康照護系統變項，又加入外在環境變項，包含身體、政治、及經濟等因素。「採取醫療服務行為」構面包含原先模式中的醫療服務利用變項，又加入個人健康習慣的因素，例如飲食及運動等。最後在「健康的回饋」構面部分，則分為自我認知健康狀態、健康狀態評值及消費者滿意度。

整個健康行為模式為一動態 (dynamic) 且會回覆 (recursive) 的模式，且醫療服務的利用是受複雜的因素影響，其中包括了利用醫療服務後的健康狀況結果 (Evans & Stoddart, 1990)。另一方面，個人使用醫療服務後的健康狀況結果 (例如：健康狀況認知、對健康狀況的評估及消費者滿意度) 又會影響個人的健康行為。因此，Andersen 在 1995 年時又修正此一模式，將原先的健康行為模式改為動態循環路徑的健康行為模式 (如圖 4) (Andersen, 1995; Andersen et al., 2000)。



資料來源：Anderson, 1995

圖 4、動態循環路徑的健康行為模式

健康信念模式經由個人認知角度觀察期信念和行為，描述關於個人知健康行為及影響因素，而今建康信念模式已被廣泛運用在眾多和健康活動相關行為研究，也應用於預測個體如何改變或維持相關健康行為，也能作為個人是否採健康行為的引導架構，同時應用在解釋個體採取健康行為的動機和原因 (Glanz et al., 2002)。



第五節 消費者行為模式

本節就消費者行為理論及消費者決策模式理論分別闡訴。消費者行為理論自1970年代起被廣泛討論，當中包含社會學、心理學、經濟學、文化行為等研究領域。消費者行為是與產品或服務的交換密切聯繫在一起的，隨著對消費者行為研究的深化，人們越來越深刻地意識到，消費者行為是既是個體行為也是獲取或者購買的過程。因此探討消費者行為，應調查、瞭解消費者在獲取產品、服務之前的評價與選擇活動，也應重視在產品獲取後對產品的使用、處置等活動。綜整自1970年代學者對於消費者行為定義如下表3整理：

表3、自1970年代學者對於消費者行為定義彙整表

學者	消費者購買行為定義
Walters and Paul (1970)	消費者行為指人在進行消費、購買或使用產品、服務與勞務前，所經歷決策過程及決策行為
Engel et al.(1973)	消費者購買行為個人獲得和使用經濟性產品及服務，過程中所投入的行為包含導致或決定這些行為的決策行為。除個人的採購決策過程，廣義可擴大解釋含非營利組織、工業組織及各種中間商的採購行為
Engel ,Kollat and Blackwell (1978)	消費者行為是指個人直接參與取得或使用合乎經濟性之產品和服務時，包含思考或決定購買購買的過程
Williams (1981)	凡指與消費者購買產品、勞務與服務的過程中，所有相關意見、影響及行動的過程
Engel, Blackwell and Miniard (1990)	消費者行為是指個人直接獲取產品、服務及消費等相關活動其中也包含導因、實際活動及決定活動的決策過程



Kolter (1997)

消費者行為指個人、群體與組織如何選擇、購買、使用及處置產品、服務、構想與經驗的過程

Arnould, Price and Zinkhan (2002)

消費者行為意指個人或群體使用、處置產品、服務、理念及經驗的過程。其中包含搜尋資訊與購買實際產品的行為，包含品牌選擇性、使用、餽贈、儀式、決策與購買產品及服務等活動。

Zikmund and d'Amico (2003)

消費者行為指個人從事選擇、購買和使用產品的活動所組成；而這些活動也包含滿足個人需求及慾望的心理和行為過程

Overby, Gardial and Woodruff (2004)

消費者購買行為意包含文化因素，意即消費者會以自身對產品與服務的認知，並於特定情境產生利益、成本的抵換犧牲行為(trade-off)，故消費者行為的產生即在於其對目標價值判斷後所產生出的結論行為表現。

Schiffman and Kanuk (2009)

消費者為了滿足其需求，對產品、服務等構想的尋找、探索、評估及購買行為

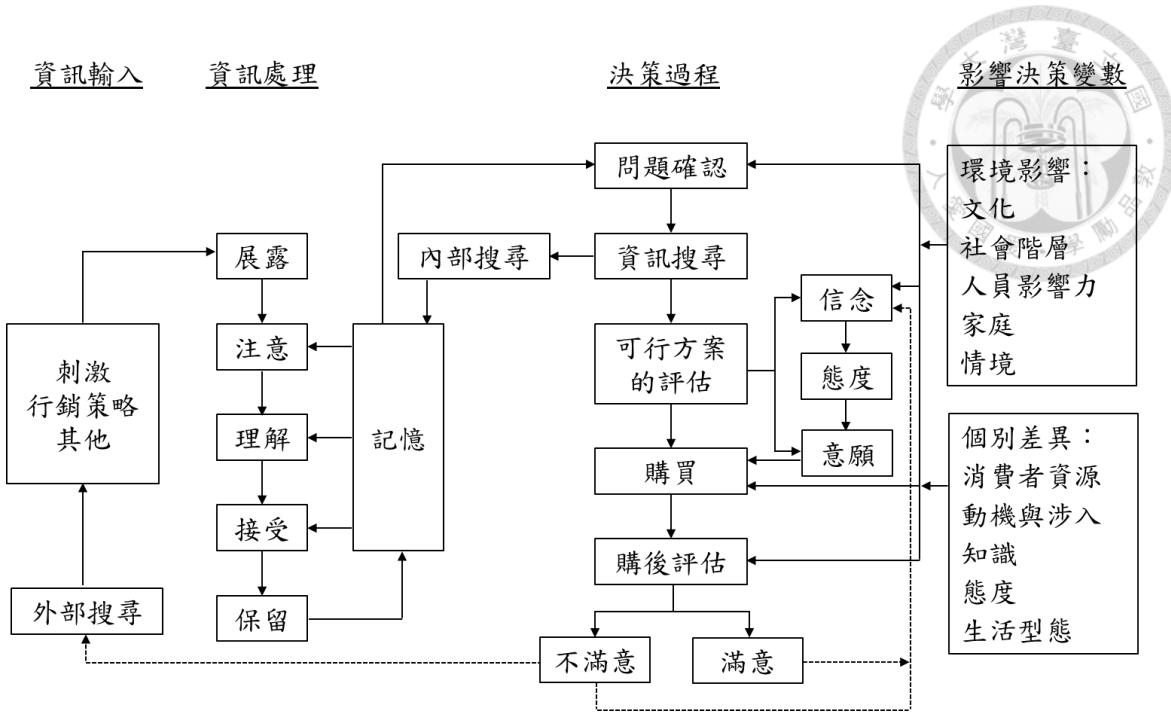
(依年代排序)

綜觀上述學者闡述消費者購買行為的定義，消費者行為是人們進行取得、消費和處置產品或服務產引起一連串的活動，也就是滿足人們慾望或需求的行為活動。而有關消費者決策模式，在 1960 年代由 Lavidge & Steiner 所提出「層級效果」模式，此模式將消費者決策行為分為：學習 (知曉與了解)-資訊的學習；感覺 (喜愛與偏好)-對產品產生良好感覺；行動 (購買)-取得產品的實際行動 (Lavidge and Steiner, 1961)。



Roger 提出創新傳佈理論是以新事物的傳播（含新知識、新發明、新觀念）來探討消費者的決策行為。傳播過程包含四的要素：新事物、傳播管道、時間、社會體系。總整解釋「創新傳到」是指一件新事物透過特定管道，經過時間，傳播置社會體系成員的過程。而上述四個元素則經由五個步驟來完成傳播過程，五個步驟包含：知曉 (knowledge)：個人或群體接觸或了解新事物的資訊、說服 (persuasion)：形成贊成或是反對的態度、決定 (decision)：做出採納或拒絕的選擇行為、施行 (implementation)：進一步付出使用或試用、確認 (confirmation)：證實決策 (Schiffman and Leslie, 1983)。

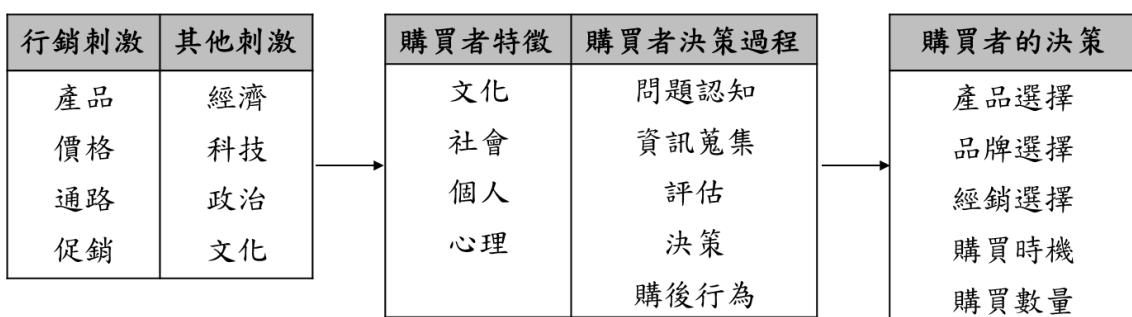
EKB 消費者行為模式如圖 5 所示是由 Engel 等三位學者共同提出，此模式將消費者決策行為分為：問題確認 (problem recognition)、資訊收集 (information)、可行方案評估 (alternatives evaluation)、購買 (purchase) 以及購後評估 (post-purchase) 等五個步驟過程。當消費者知覺到理想狀況與實際狀況差距存在時，便會確認問題，引發問題確認的來源則為內部動機、外在刺激與個人經驗。當消費者確認問題後會收集相關資訊，檢視現有知識或經驗能否提供足夠訊息，進一步蒐集外部資訊。收集外面資訊後透過評估、信念、態度和意圖進行可行性方案評估，完成評估後選擇購買行為，在行為完成後也會進行購後評估，即評斷自己在這次購買行為中是否感到滿意，相關經驗也會納入下一次決策行為 (Engel et al., 1978)。



資料來源：Engel et al., 1978

圖 5、EKB 消費者行為模式

Kotler 所提出購買者行為模式主要以消費者行為因素刺激造成反應模式，意指消費者接受外部行銷刺激與環境刺激下，進入購買過程依照消費者的特徵及決策過程影響因子，產生購買決策行為 (Kotler, 1997)。



資料來源：Kotler, 1997

圖 6、購買者行為模式



第六節 影響消費者就醫行為的決策因素

本節就影響消費者就醫行為的決策因素，影響消費者之決策行為因素包含環境或行銷刺激、購買者人口學特徵、健康信念因素、決策過程等，依據前節文獻蒐集及相關研究結果進行整理。

一、環境或行銷刺激

表 4、環境或行銷刺激文獻彙整

作 者	主要研究結果
么煥忠 (2007)	對於自費醫療需求及選擇因素，以「電視、廣告」、「報章雜誌」及「親友推薦」等行銷策略對於民眾採取行為決策有顯著意義
林日暉 (2009)	顯示對於民眾自費醫療的消費行為模式，受訪者最重視「優惠折扣」，其次為「累積次數折價」，而受訪者對於自費醫療服務的相關資訊來源，重要性依序為「電視、廣告」、「報章雜誌」及「親友推薦」
劉宜君 (2012)	醫院經營自費醫療服務的實證研究顯示，自費醫療服務的「口碑」十分重要，在衛生署規定醫療服務不得行銷的限制下，民眾選擇自費醫療服務仍以有經驗的親友為意見來源
鄭丞傑 (2008)	探討消費者使用 (DTC) 醫師處方藥以威而鋼為例，九成是未經醫師處方即直接向藥局購買，同時也顯示醫師對 DTC 處方藥的消費者影響不大，反而是大眾媒體和朋友之間的口耳相傳影響最大

搜集相關綜合環境或行銷刺激文獻彙整如表 4，對自費醫療採取決策行為的行銷刺激，主要來自親友或曾有經驗的人建議，另媒體播報、廣告及報章雜誌等也均為行銷刺激來源。



二、購買者特徵

表 5、購買者特徵文獻彙整

作 者	主要研究結果
Goodwin et al. (2002)	民眾使用醫療資源行為在年齡愈高的受訪者有較常使用醫療服務資源
Balabanova et al. (2004)	在蘇聯醫療費用使用調查顯示家庭資產較少或資金短缺的人群中，醫療保健費用明顯較低
Felton et al. (2006)	性別因素對採取健康行為明顯有差異，研究結果發現女性比男性更積極採取促進健康的行為
李淑芬等 (2012)	探討影響民眾選擇自費健檢的因素，結果呈現年齡層愈低者反而愈容易利用自費健檢，反應出民眾在中壯年時期更有可能擔心身體出現重大疾病因而影響家庭生計，同時也有較佳的經濟能力購買自費健檢；而個人年所得及可接受自費健檢費用顯示在經濟能力愈佳的人，也愈有能力能購買預防性商品。除了個人所得外，家庭財富對預防性醫療的利用同樣具有正向影響
陳君如 (2015)	自費醫療費用調查顯示在人口特徵方面，除了年齡對自費醫療支出具有負向相關外，其餘如教育程度、經濟狀況等皆呈現正向相關。
林川雄等 (2013)	探討使用自費健檢客戶分析，結果以年齡在中、壯年有大專（學）以上學歷、月收入在 30000 元以上的民眾。

搜集購買者特徵文獻彙整如表 5，民眾的教育程度、個人年收入及家庭財富狀況對民眾採取自費醫療行為確實正向影響，而年齡對於民眾自費醫療或就醫行為的傾向其影響的方向性尚無定論。



三、健康信念

表 6、健康信念文獻彙整

作 者	主要研究結果
Consedine et al. (2005)	以健康信念模式探討婦女執行乳房攝影檢查行為，結果顯示積極採取篩檢行無為與其乳癌知識、自覺罹病危險性與健康信念有顯著正相關。
Chang et al. (2003)	探討影響社區婦女預防骨質疏鬆症行為意圖之預測因素，結果發現預防骨質疏鬆症健康行為與基本人口學資料、健康狀態、健康信念、知識及預防意圖，達到統計上顯著相關。
黃玉惠等 (2018)	探討高血壓病人服藥遵從性研究顯示，遵從率與罹病年數、收縮壓、與健康信念中自覺罹患高血壓之風險性、自覺採取服藥遵從行為的利益性及行動線索呈正相關，而與自覺採取服藥遵從行為的障礙性呈負相關。
Ku et al. (2018)	以健康信念模式探討利用信息技術（IT）進行自我健康管理分析，發現影響健康信息管理的採用或使用的因素，受訪者有較強健康態度、主觀感知性對使用意願有積極影響。
Darvishpour et al. (2018)	利用健康模式預測婦女採取乳房攝影行為預測，研究結果顯示婦女有較高感知益處和較少感知障礙的女性進行乳房X線照相術的比率較高。
Sadat et al. (2015)	使用健康模式預測城市中婦女的健康管理和保持健康的行為，發現受訪婦女在感知健康風險 ($\beta = .135$, $t_{1999} = 2.676$) 和健康意識 ($\beta = .447$, $t_{1999} = 9.168$) 對與健康相關的互聯網使用產生正向影響，顯示對於具有健康意識並且認為自己的健康處於危險中的女性而言，有較強動機產生健康行為。

健康信念模式是目前解釋或預測個人之健康行為時被使用最多的理論之一。

搜集相關文獻整理表列如表 6。綜合以上相關運用健康信念模式研究，結果發現健康信念模式能有效地預測民眾是否會採取健康行為。



四、決策過程

表 7、決策過程文獻彙整

作 者	主要研究結果
游熙明 (2017)	針對中醫院所病人自費醫療行為之研究顯示，民眾自費看診的主要原因以醫生推薦、親友推薦、醫生要求及新的醫療方法為主，對醫師的忠誠度越高，越有意願接受自費醫療。
劉宜君 (2012)	調查醫院經營自費醫療服務的實證研究，顧客使用自費醫療服務時，對於醫院結構面因素的考慮主要以「醫師的專業技術與資歷」意見最為重要，其次是「醫師的解說與溝通能力」，即醫術與經驗仍是消費者選擇自費醫療服務的考慮因素。
Goozner, Merrill (2014)	醫療院所能將醫療行為及服務收費價格公告及透明化能有助於民眾選擇醫療院所及採取相關決策。
陳君如 (2015)	探討家戶商業型健康保險對於自費醫療支出之影響力，發現購買商業型健康保險對於自費醫療支出呈現顯著正向關係。
王惠珍 (2013)	民眾選擇醫院的考慮因素，在選擇求診醫療時以醫師的態度、診斷的準確性與方便性是考慮的重要因素
薄喬萍等 (2013)	探討病患自費購買處方藥品決策因素，顯示影響病患自費購藥決策的主要因素依次為「醫師建議」「親友建議」「媒體報導」「廣告」等。
許家銘 (2017)	探討健康相關的私人保險對個人醫療利用的影響，結果顯示私人保險和醫療險對於總醫療支出皆呈現顯著正向關係；在個人特徵上，年齡越高，醫療支出和看診機率越高；女性則是看診機率比男性高。
Mardanov et al. (2013)	探討藥師對於客戶忠誠度及消費能力討論，結果顯示藥劑師的專業精神對客戶忠誠度有顯著影響。年齡，性別，種族和收入水平影響藥物購買行為和對藥房的忠誠度，忠誠度會影響銷售額及競爭力。



林卉庭 (2013)

研究調查「台灣醫療器材產業的關鍵成功因素」，以消費者的角度例如：價格促銷、感知質量、客戶滿意度和品牌的忠誠度等面向，探討醫療器材產業關鍵成功因素。結果發現：企業形象、產品性能/價格比、產品質量、界面操作與服務、顧客需求是醫療器材產業的重要關鍵成功因素。

綜合以上決策過程調查研究如表 7，顧客在採取自費醫療行為時，除上述人口學特徵及經濟因素外，醫師的專業度及建議、私人商業保險、價格透明化等為重要因素。目前台灣規範各醫院收取自費醫材(含差額給付)品項均需醫院網站公告訊息，並將相關品項及費用上傳至中央健保署-比價網公告。有鑑於此，本研究希望運用消費者決策行為模式並加入健康信念、影響因子等作為本研究之理論依據，探討民眾使用自費醫材決策行為。



第三章 研究方法

本研究以問卷調查法作為實證資料的蒐集工具，以探討病人選擇自費醫材的決策因素。本章共分為六節，依序說明研究架構、研究設計及對象、研究變項及操作型定義、研究假說、資料處理與分析方法。

第一節 研究架構

本研究根據研究目的及參考相關文獻後，結合以 Kotler 所提出 Marketing Management 和 Rosenstock (1984) 的健康信念模式為基礎，建立本研究的研究架構，如圖 7 所示。



病人選擇自費醫材的決策因素

圖 7、本研究的研究架構



第二節 研究變項

本研究的應變項為病人選擇自費醫材的決策，自變項則為自費醫材的行銷刺激、受訪者的人口學特徵及決策過程因素。

(一) 應變項

本研究的應變項為病人選擇自費醫材的決策，量測方式係請受訪者回答此次使用自費醫材的經驗。受訪者回答使用自費醫材的醫院層級（醫院中心、區域醫院、地區醫院或診所），醫材屬性（科別）、費用及私人保險給付健保以外的金額。

(二) 自變項

本研究的自變項包含自費醫材的行銷刺激及受訪者的人口學特徵、決策過程因素。行銷刺激係指受訪者在求醫過程前是否受親友推薦、廣告及新聞媒體影響其使用動機。受訪者的人口學特徵含年齡、性別、教育程度、家庭/個人的收入狀況及有無私人保險給付健保以外的金額。決策過程變數包含受訪者的建康信念、決策過程的訊息收集（醫師的推薦、醫材說明書或仿單、衛福部網站醫材資料、比價網價格資訊、醫院公告醫材訊息）、使用醫材價格、以及他人使用經驗等。



第三節 研究設計及對象

根據本研究的研究目的與研究架構，自行編製問卷量表以進行調查及資料收集，並採橫斷式研究設計，以立意取樣使用結構性問卷調方式進行資料收集。問卷內容包括受訪者基本資料之題項、自費醫材決策構面之題項、選擇自費醫材之決策因素之題項。原始問卷題項合計有 26 題，經專家審議效度分析，修正後正式問卷為受訪者基本資料之題項 8 題，自費醫材決策構面之題項 6 題；選擇自費醫材之決策因素之題項 10 題，合計有 24 題。

一、研究對象

本研究對象為研究調查時間以立意取樣方式選擇台灣北中南區共六家醫院。受訪對象為在調查時間曾經使用自費醫材（含差額給付醫材）並有願意接受訪問之人員，填答方式以紙本問卷由受訪者自己填寫並採不記名之方式。調查時間為 108 年 4 月 16 日到 4 月 25 日，總計回收有效問卷 205 份。

二、研究問卷信效度分析

依據研究目的、文獻收集及專家訪談後擬定研究架構後制訂問卷初版，並邀請五位與研究主題相關之實務及學術界的學者/專家進行問卷效度檢定。五位專家依問卷內容的重要性、適當性、及明確性進行問卷效度的評定。問卷內容與研究架構之重要性表示該題目涵蓋之重要程度；適當性表示該題目涵蓋之適當程度；明確性：表示該題目措辭之明確程度，並以 5 分（非常同意）至 1 分（非常不同意），表達看法，依據專家回覆意見計算整體效度指標 CVI (Content Validity Index)，分子為評定 4-5 分之專家數，分母為總專家數。本研究問卷內容效度經五位專家評定後顯示，整體效度指標 Content Validity Index (CVI) 值介於 0.6-1.0 之間，專家效度審查各題項結果則見附錄一。



經專家效度審議意見進行問卷修改，在原始問卷第一部份有關受訪者基本資料，第一題到第七題予以保留，第八題進行修改，修正問卷語意問法更為明確。問卷第二部份有關受訪者的決策行為部分，第一題到第五題予以保留，第六題進行修改-受訪者回答私人保險給付金額佔比，考量受訪者需自行換算自費醫材與私人保險給付金額佔比，較難回覆且易有落差，修正為請受訪者直接填寫私人保險給付金額，資料收集後在進行轉換比例。問卷第三部份受訪者的決策因素修正之處有二點，第二題到第四題有關健康信念疾病預後、疾病嚴重度及自覺健康狀況合併為一題並修正問法；另外第二題到第十二題有關決策因素關聯度問法將「不确定」修正為「無意見」，專家審查後問卷各構面的 CVI 值和修定題數結果見表 8。

表 8、經專家審查後問卷各構面的修改結果

問卷內容	CVI 值	專家修定結果		
		保留	修改	刪除
受訪者基本資料 (8 題)	0.8-1	7	1	0
自費醫材的決策行為 (合計 6 題)	0.8-1	5	1	0
選擇自費醫材的決策因素 (12 題)	0.6-1	1	9	2
合計	0.6-1	13	11	2

在問卷信度檢定方面，本研究採用內在一致性的檢定方式。研究人員採立意取樣方式，請研究母群體的二十位受訪者作為前測對象，以進行問卷內在一致性的信度檢定。檢定結果顯示，各構面的 Cronbach's α 值為 0.815 至 0.866，顯示本研究之研究問卷具有相當的可信度（表 9）。原始問卷經問卷信效度檢定和修改後，遂訂定為本研究使用的正式問卷（附錄二）。

表 9、問卷的信度分析結果

構面名稱	題數	Cronbach's α
自費醫材的決策行為 (合計 6 題)	6	0.815
選擇自費醫材的決策因素 (11 題)	11	0.866

第四節 研究假說

根據本研究的研究目的與研究架構，本研究提出研究假說如下：



假說一：受訪者所接受的行銷刺激會影響決策過程。

假說二：受訪者的社會人口學特性會影響決策行為。

假說三：受訪者所接受的決策過程因素會影響決策行為。



第五節 資料處理與分析方法

一、資料處理方法

在問卷資料處理部分，研究人員先將問卷各題目進行編碼並製作編碼簿，並在問卷回收後將回收問卷資料輸入電腦，再運用 SPSS Statistics 統計套裝軟體進行資料分析。研究人員並先以次數分配表來檢視數據是否有不正常之分佈，若有疑問或不合邏輯時，再檢查原始問卷，以確保資料輸入之正確性。

二、資料分析方法

在統計分析方法方面，根據本研究之研究目的、研究架構及研究假說，本研究所使用的統計分析方法和步驟如下：

(一) 描述性統計

本研究針對受訪者的社會人口學、使用自費醫材決策及決策過程等研究變項中屬於連續資料者，以平均值、標準差、最大值、及最小值來呈現，屬於類別資料者則以次數分配等來呈現資料的分佈情形。

(二) t 檢定 (t-test)

就受訪者的社會人口學特性中之性別變項對受訪者的決策行為是否有差異進行檢定。

(三) 單因子變異數分析 (one-way ANOVA)

就受訪者的社會人口學特性中之年齡、婚姻狀態、教育程度、以及過去一年家庭年收入等變項，對其使用自費醫材行為的影響進行單因子變異數分析，以探討不同屬性的受訪者其決策行為是否有顯著差異。



(四) 複迴歸分析 (Multiple regression analysis)

最後，進一步以複迴歸分析，來探討可能影響研究對象採取的自費材材行為之自變項，並考驗購買者社會人口學、決策過程、行為刺激及等變項對研究對象就醫行為之解釋力。



第四章 研究結果

本章分為五節，依據此研究調查所回收 205 份問卷進行統計分析，第一節說明研究變項之描述性統計分析結果，第二節說明研究對象的購買者特徵與私人保險給付金額之關係，第三節說明研究對象的購買者特徵、行銷刺激、決策因素與自費醫材金額之關係：單因子變異述分析，第四節說明影響自費醫材金額的因素：複迴歸分析。

第一節 描述性統計分析結果

一、研究對象社會人口學分佈情況

回覆之研究對象在社會人口學因素的分佈情況如下（表 10）：

- (一) 性別：男性有 115 位 (56.1%)，女性則有 90 位 (43.9%)，男性受訪者略多於女性受訪者。
- (二) 年齡：在研究對象的年齡方面，年紀最大者為 87 歲，最小者則為 19 歲，平均年齡為 61.43 歲 (標準差為 12.74)。研究對象之年齡變項原本屬於連續性資料，本研究將其分組，以進一步呈現資料的分佈情形，研究對象年齡在 50 歲(含)以下者 34 人佔 16.59%，51-60 歲者有 60 人佔 29.27%，61-70 歲有 63 人者佔 30.73%，而 71 歲(含)的樣本以上有 48 人則佔 23.41%。
- (三) 教育程度：研究對象的教育程度分佈情況以大學以上學歷有 77 人 (37.56%) 最多，其次為專科有 63 人 (30.73%)，高中職有 46 人 (22.44%)，而教育程度為國中小以下最少僅有 19 人 (9.27%)。
- (四) 婚姻狀況：研究對象以已婚狀態者最多合計有 134 人 (65.37%)，喪偶則有 32 人 (15.61%)，未婚和離婚或分居各有 19 人 (各 9.27%)。



- (五) 工作型態：研究對象為全職工作者居多有 107 人 (52.2%)，目前沒有工作者次之有 57 人 (27.8%)，而目前為兼職工作者則只有 41 人 (20%)。
- (六) 個人的平均年收入：研究對象過去一年個人平均年收入在 121-180 萬者佔最多有 72 人 (35.12%)，而年收入在 61-120 萬者有 58 人次之 (28.29%)，在 60 萬(含)以下者有 42 人 (20.49%)，而 181 萬(含)以上者則有 33 人 (16.1%)。
- (七) 家庭的平均年收入：研究對象過去一年家庭平均年收入在 181 萬以上者有 82 人佔最多 (40%)，而年收入在 121-180 萬者有 72 人次之 (35.12%)，在 60 萬(含)以下者有 32 人 (15.61%)，而 60 萬(含)以下者僅有 19 人 (9.27%)。
- (八) 有無私人保險給付健保以外的金額：研究對象有非健保以外醫療保險能負擔健保保額以外費用有 169 人 (82.44%)，沒有非健保以外醫療保險僅有 36 人 (17.56%)。



表 10、社會人口學因素的分佈情況

	基本資料	樣本數 (n)	百分比 (%)
性別	男性	115	56.10
	女性	90	43.90
年齡	50 歲以下	34	16.59
	51-60 歲	60	29.27
	61-70 歲	63	30.73
	71 歲以上	48	23.41
	平均數 ± 標準差(歲)	61.43	±12.74
教育程度	國(初)中以下	19	9.27
	高中(高職)	46	22.44
	專科	63	30.73
	大學以上	77	37.56
婚姻狀況	未婚	19	9.27
	已婚	134	65.37
	離婚或分居	19	9.27
	喪偶	32	15.61
	遺漏值	1	0.49
工作型態	沒有工作	57	27.80
	兼職工作	41	20.00
	全職工作	107	52.20
個人的平均年收入	60 萬以下	42	20.49
	61-120 萬	58	28.29
	121-180 萬	72	35.12
	181 萬以上	33	16.10
家庭的平均年收入	60 萬以下	19	9.27
	61-120 萬	32	15.61
	121-180 萬	72	35.12
	181 萬以上	82	40.00
有無私人保險給付健保以外的金額	無	36	17.56
	有	169	82.44



二、自費醫材的決策行為

回覆之研究對象在自費醫材決策行為的分佈情況如下（表 11）：

- (一) 就醫醫院層級：研究對象以在區域醫院有 137 人 (66.83%) 最多，其次為醫學中心有 66 人 (32.2%)，另外有 2 人 (0.98%) 不知道就醫醫院層級。在區域醫院自費醫材金額平均值為 96,033 元，醫學中心自費醫材金額平均值為 89,558 元，就自費醫材費用平均值比較區域醫院高於醫學中心。
- (二) 使用自費醫材 (含差額給付) 品項類別：研究對象使用自費醫材 (含差額給付) 品項以歸屬在其他種類品項最多 58 人 (28.29%) 最多，其次為心臟血管及骨科材料二大類均有 36 人 (17.56%)，使用腹腔鏡手術材料有 26 人 (12.68%)，其他類別依序為人工水晶體 25 人 (12.2%)、內視鏡處置及外科手術均有 24 人 (11.71%)、止血敷料有 23 人 (11.22%)、婦產科手術有 20 人 (9.76%)、最少為腦神經手術有 16 人 (7.8%)。
- (三) 自費醫材品項給付金額屬性：研究對象在使用自費醫材屬於全自費醫材有 125 人 (60.98%)，屬於健保差額給付醫材有 70 人 (34.15%)，而有 10 人 (4.9%) 不確定給付金額屬性。就其使用自費醫材金額比較，屬於全自費醫材平均金額為 99,647 元，屬於健保差額給付醫材平均金額為 80,546 元，就研究對象所使用自費醫材平均值來看全自費醫材高於健保差額給付醫材。
- (四) 自費醫材金額分佈：本研究將其金額分組以進一步呈現資料的分佈情形，若使用多項自費醫材以價格最高品項金額，研究對象所使用醫材金額以 50,001 元-100,000 元有 73 人 (35.61%) 佔最多，其次為 10,001 元-30,000 元有 44 人 (21.46%)，100,001 元-150,000 元有 35 人 (17.07%)，30,001 元-50,000 元有 30 人 (14.63%)，而後依序為 150,001 元-250,000 元有 19 人 (9.27%)、5,001 元-10,000 元有 3 人 (1.46%)、250,001 元-300,000 (0.49%)，

若以每個分組金額最高值平均，整體研究對象所使用自費醫材平均金額為 98,614 元，最大值為 300,000 元、最小值為 10,000 元。



(五) 私人保險給付金額程度：研究對象此次使用自費醫材（含差額給付）品項，而其中有健保以外私人保險分擔部分金額佔最多為 112 人 (54.63%)，有 57 人 (27.8%) 有健保以外私人保險可負擔全額自費醫材金額，但也有 36 人 (17.56%) 並無健保以外私人保險負擔自費醫材金額。

(六) 私人保險給付金額：研究對象有私人保險支付自費醫材金額分佈，若僅支付部分自費醫材金額，其支付金額平均值為 62,607 元，若私人保險可支付全部自費醫材金額，其支付金額平均值為 73,406 元。



表 11、自費醫材決策行為的分佈情況

決策因素		樣本數(n)	百分比(%)
醫院層級	診所	0	0.00
	地區醫院	0	0.00
	區域醫院	137	66.83
	醫學中心	66	32.20
	不知道	2	0.98
自費醫材類別 [複選題]	心臟血管	36	17.56
	骨科材料	36	17.56
	人工水晶體	25	12.20
	止血敷料	23	11.22
	內視鏡處置	24	11.71
	外科手術	24	11.71
	腹腔鏡手術	26	12.68
	腦神經手術	16	7.80
	婦產科手術	20	9.76
	其他	58	28.29
遺漏值		1	0.49
使用自費醫材屬於	全自費醫材	125	60.98
	健保差額給付醫材	70	34.15
	不確定	10	4.88
使用自費醫材支付金額	5,001~10,000 元	3	1.46
	10,001~30,000 元	44	21.46
	30,001~50,000 元	30	14.63
	50,001~100,000 元	73	35.61
	100,001~150,000 元	35	17.07
	150,001~250,000 元	19	9.27
	250,001~300,000 元	1	0.49
	平均數 ± 標準差(元)	98,614	±63,768
私人保險給付金額程度	無	36	17.56
	部分金額可申請	112	54.63
	全部都可申請	57	27.80
使用自費醫材，私人保險支付費用約為		平均數 ± 標準差 (元)	54,430 ± 44,571



三、使用自費醫材的行銷刺激

行銷刺激：研究對象在就醫行為前接受自費醫材的行銷刺激管道，調查結果顯示研究對象曾經接收自費醫材的「新聞廣告」佔最多有 107 人 (52.2%)，其次管道為「社群網站」有 84 人 (40.98%)，有「親友推薦」有 81 人 (39.51%)，而聽過「品牌知名度」則有 58 人 (28.29%)，但有 15 人未回答此問題 (7.32%)，如表 12。

表 12、使用自費醫材的行銷刺激的分佈情況

決策因素	樣本數(n)	百分比(%)
在就醫前有從下列管道聽過或 被推薦此項自費醫材	品牌知名度	58 28.29
[複選題]	親友推薦	81 39.51
	新聞廣告	107 52.20
	社群網站	84 40.98
	遺漏值	15 7.32

四、自費醫材的決策因素

回覆之研究對象在自費醫材決策因素的分佈情況如下（表 13）：

(一) 健康信念：研究對象其健康信念構面-自己的疾病嚴重度、疾病預後及健康情況對於選擇自費醫材決策行為相關因素顯示非常重要有 154 人 (75.12%)、有重要者為 43 人 (20.98%)、無意見者 4 人 (1.95%)。

(二) 醫生的建議：研究對象因醫生的建議而選擇自費醫材決策行為，結果顯示非常重要有 183 人 (89.27%)、有重要者為 22 人 (10.73%)。

(三) 醫材的價格：研究對象認為此醫材價格對於選擇自費醫材決策行為相關因素，顯示非常重要有 140 人 (68.29%)、有重要者為 55 人 (26.83%)、無意見者 10 人 (4.88%)。



- (四) 醫材說明書：研究對象認為此醫材的說明書對於選擇自費醫材決策行為相關顯示非常重要有 85 人 (41.46%)、有重要者為 73 人 (35.61%)、無意見者 41 人 (20%)、有點不重要者有 6 人 (2.93%)。
- (五) 醫材產品仿單及型錄：研究對象認為「醫材產品仿單及型錄」對於其選擇自費醫材決策相關行為，最多人表示顯示有重要者為 85 人 (41.46%)、其次認為無意見者 71 人 (34.63%)、非常重要者為 29 人 (14.15%)、表達認為有點不重要者有 20 人 (9.76%)。
- (六) 衛福部網站資訊：研究對象認為「衛福部網站資訊」對於其選擇自費醫材決策相關行為，最多人表示無意見者 94 人 (45.85%)、其次有重要者 79 人 (38.54%)、認為有點不重要者有 23 人 (11.22%)、非常重要 9 人 (4.39%)。
- (七) 衛福部比價網資訊：顯示「衛福部比價網資訊」對於其選擇自費醫材決策相關行為，最多人表示無意見者 92 人 (44.88%)、其次認為有重要相關者有 71 人 (34.63%)、認為有點不重要及非常重要各有 21 人 (各佔 10.24%)。
- (八) 醫院網站公告訊息：調查顯示「醫院網站公告訊息」對於其選擇自費醫材決策相關行為，最多人表示有重要相關者 83 人 (40.49%)、其次無意見者 69 人 (33.66%)、認為非常重要有 33 (16.1%)、有點不重要者有 20 人 (9.76%)。
- (九) 其他見證人或曾使用過的經驗：研究對象認為「其他見證人或曾使用過的經驗」對於其選擇自費醫材決策相關行為，表示有重要相關者 103 人 (50.24%)佔最多、其次為非常重要者 66 人 (32.2%)，以上述回答認為非常重要和點重要相關因素總計有 169 人佔 82.4%；而認為無意見者 34 人 (16.59%)、認為有點不重要 2 人 (0.98%)。

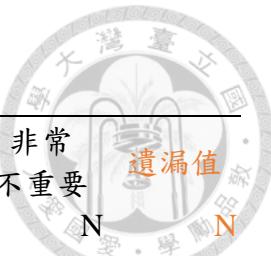


表 13、選擇自費醫材決策因素的分布情況

決策因素	非常 重要	重 要	無意見	不重要	非常 不重要	遺漏值 N (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
對自己的疾病嚴重度、 疾病預後及健康情況	154 (75.12)	43 (20.98)	4 (1.95)	0 (0)	0 (0)	4 (1.95)
醫生的建議	183 (89.27)	22 (10.73)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
醫材價格	140 (68.29)	55 (26.83)	10 (4.88)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
醫材說明書	85 (41.46)	73 (35.61)	41 (20)	6 (2.93)	0 (0)	0 (0)
醫材產品仿單及型錄	29 (14.15)	85 (41.46)	71 (34.63)	20 (9.76)	0 (0)	0 (0)
衛福部網站資訊	9 (4.39)	79 (38.54)	94 (45.85)	23 (11.22)	0 (0)	0 (0)
衛福部比價網資訊	21 (10.24)	71 (34.63)	92 (44.88)	21 (10.24)	0 (0)	0 (0)
醫院網站公告訊息	33 (16.1)	83 (40.49)	69 (33.66)	20 (9.76)	0 (0)	0 (0)
其他見證人或曾使用過 的經驗	66 (32.2)	103 (50.24)	34 (16.59)	2 (0.98)	0 (0)	0 (0)

第二節 購買者特徵與私人保險給付金額之關係

本節描述研究對象之購買者特徵與其私人醫療保險給付自費醫材金額之關係，私人保險給付金額分組為沒有給付、部分給付及全額給付，以卡方檢定分析結果顯示研究對象之年齡、教育程度、婚姻狀況、工作型態、個人/家庭的年收入與私人保險給付金額呈現顯著相關，而性別則無顯著差別，分別敘述如下（表 14）：

一、年齡與私人保險給付金額之關係

研究對象的年齡與私人保險給付金額有顯著差異 ($F = 71.423, p < .001$)。沒有私人保險給付的年齡分組中，以 71 歲以上佔最多 (69.4%)、61-70 歲 (22.2%) 次之，而研究對象有私人保險全額給付以 50 歲以下群組最多 (35.1%)，但 70 歲以上僅有 2 人 (3.5%)。再以事後檢定方式分析顯示，沒有私人保險者的年齡顯著大於有部分保險給付者的年齡，而有部分保險給付者的年齡又大於有全額保險給付者的年齡。

二、教育程度與私人保險給付金額之關係

研究對象的教育程度與私人保險給付金額有顯著差異 ($F = 41.683, p < .001$)。沒有私人保險給付的教育程度分組中，以國(初)中以下佔最多 (33.3%)、高中職 (30.6%) 次之、專科佔 27.8%、大學以上佔 8.3% 最少。相對在有私人保險能部分或全額給付醫材金額的群組，均都以大學以上學歷者比例最高，而以國(初)中以下學歷者有私人保險比例最低。

三、婚姻狀況與私人保險給付金額之關係

研究對象的婚姻狀況與私人保險給付金額有顯著差異 ($F = 44.047, p < .001$)。在不管有全額給付、部分給付、或無私人保險給付的研究對象，均以已婚的比率佔最高。但在無私人保險的群組是以離婚或分居者最少 (5.6%)。相對在有私人保險能有部分給付分擔醫材金額的群組，以未婚者比例最少 (5.4%)，而有全額保險



給付的群族中以有喪偶者比例最低 (3.5%)。

四、工作型態與私人保險給付金額之關係

研究對象的工作型態與私人保險給付金額有顯著差異($F = 56.994, p < .001$)。沒有私人保險給付的工作型態分組中，以沒有工作者佔最多 (77.8%)。相對在有私人保險能有部分給付分擔醫材金額用的群組，以有全職工作者比例最高 (58.9%)，而有全額保險給付的群族中也以有全職工作者比例最高 (64.9%)。

五、個人平均收入與私人保險給付金額之關係

研究對象的個人平均收入與私人保險給付金額亦呈現有顯著差異($F = 46.588, p < .001$)。沒有私人保險給付的工作型態分組中，以個人年收入在 60 萬以下佔最多 (52.8%)。相對在有私人保險能有全額 (36.8%) 或部分給付 (44.6%) 分擔醫材金額的群組，均以個人年收入在 121-180 萬者為最多。

六、家庭平均收入與私人保險給付金額之關係

研究對象的家庭平均收入與私人保險給付費用亦呈現有顯著差異($F = 49.144, p < .001$)。沒有私人保險給付的家庭年收入群組，以年收入在 60 萬以下佔最多 (36.1%)、61-120 萬者次之 (27.8%)。而在有私人保險能有全額或部分給付醫材金額的群組，均以家庭年收入在 180 萬以上者族群佔為最多。進一步分析，有私人保險能獲得自費醫材全額給付的研究對象其家庭年收入在 121 萬以上總計佔 89.5%，而有私人保險能獲得自費醫材部分給付的研究對象其家庭年收入在 121 萬以上也佔 80.4%。



表 14、私人保險給付金額程度之相關因素分析

社會人口學 因素	是否有私人保險給付金額						卡方值	p-value
	a.無		b.部分		c.全部			
	N	%	N	%	N	%		
年齡							71.423	<.001 ***
50 歲以下	1	2.8	13	11.6	20	35.1		
51-60 歲	2	5.6	42	37.5	16	28.1		
61-70 歲	8	22.2	36	32.1	19	33.3		
71 歲以上	25	69.4	21	18.8	2	3.5		
教育程度							41.683	<.001 ***
國(初)中以下	12	33.3	5	4.5	2	3.5		
高中(高職)	11	30.6	26	23.2	9	15.8		
專科	10	27.8	37	33.0	16	28.1		
大學以上	3	8.3	44	39.3	30	52.6		
婚姻狀況							44.047	<.001 ***
未婚	0	0.0	6	5.4	13	22.8		
已婚	18	50.0	79	71.2	37	64.9		
離婚或分居	2	5.6	12	10.8	5	8.8		
喪偶	16	44.4	14	12.6	2	3.5		
工作型態							56.994	<.001 ***
沒有工作	28	77.8	23	20.5	6	10.5		
兼職工作	4	11.1	23	20.5	14	24.6		
全職工作	4	11.1	66	58.9	37	64.9		
個人的平均年收入							46.588	<.001 ***
60 萬以下	19	52.8	15	13.4	8	14.0		
61-120 萬	15	41.7	30	26.8	13	22.8		
121-180 萬	1	2.8	50	44.6	21	36.8		
181 萬以上	1	2.8	17	15.2	15	26.3		
家庭的平均年收入							49.144	<.001 ***
60 萬以下	13	36.1	5	4.5	1	1.8		
61-120 萬	10	27.8	17	15.2	5	8.8		
121-180 萬	6	16.7	44	39.3	22	38.6		
181 萬以上	7	19.4	46	41.1	29	50.9		

a.無：無私人保險給付金額；b.部分：部分金額可申請私人保險給付；

c.全部：全部金額都可申請私人保險給付

*: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

第三節 購買者特徵、行銷刺激、決策因素與自費醫材金額之關係：單因子變異數分析



本節主要在說明以單因子變異數分析以推論研究對象之社會人口學變項、行銷刺激、以及決策因素與自費醫材金額的關係。

一、研究對象之社會人口學與其使用自費醫材金額關係

由此次調查結果分析顯示，研究對象的年齡、教育程度、婚姻狀況、工作型態、個人/家庭年收入、以及是否有私人醫療保險與自費醫材金額有顯著關係，但與研究對象之性別無顯著差異，分別敘述如下（表15）：

（一）年齡：研究對象的年齡就分組分析後結果顯示與自費醫材金額有顯著差異 ($F = 5.391, p = .001$)。以研究對象在 51-60 歲其醫材平均金額為 114,192 元最高，其次為 61-70 歲為 97,109 元、50 歲以下為 86,500 元、最少為 71 歲以上平均金額為 67,646 元。

（二）教育程度：研究對象的教育程度顯示與自費醫材金額有顯著差異 ($F = 4.836, p = .003$)。以研究對象為大學以上學歷其自費醫材平均金額為 106,240 元最高，其次為專科學歷為 93,172 元、高中(高職)畢業為 91,783 元、國(初)中以下平均金額為 46,579 元為最低。

（三）婚姻狀況：研究對象的婚姻狀況顯示與自費醫材金額有顯著差異 ($F = 2.905, p = .036$)。研究對象為未婚狀況其自費醫材平均金額為 113,842 元最高，其次為已婚狀態為 98,495 元、喪偶狀態為 73,016 元、離婚或分居狀態平均費用為 71,553 元為最低。

（四）工作型態：研究對象之工作型態與自費醫材金額有顯著差異 ($F = 15.395, p < .001$)。研究對象有「全職工作」其自費醫材平均金額為 115,290 元最高，



有兼職供作者次之為 71,557 元，目前沒有工作者其自費醫材平均金額最低為 68,202 元。

(五) 個人的年收入：研究對象的個人年收入與自費醫材金額有顯著差異($F = 17.184, p < .001$)。分析顯示研究對像個人的年收入在 181 萬以上其自費醫材平均金額最高為 145,258 元、收入在 121-180 萬之間其平均自費醫材金額為 104,581 元，而收入在 61-120 萬之間其平均自費醫材金額為 74,129 元，收入在 60 萬元以下其平均金額為 60,345 元。

(六) 家庭的年收入：研究對象的家庭年收入與自費醫材金額有顯著差異($F = 13.764, p < .001$)。研究對象家庭的年收入在 181 萬以上其自費醫材平均金額最高為 122,805 元、收入在 121-180 萬其平均自費醫材金額為 79,282 元，而收入在 61-120 萬其平均自費醫材金額為 79,500 元，收入在 60 萬元以下其平均金額最低為 43,947 元。

(七) 私人保險：研究對象的是否有私人保險與自費醫材金額有顯著差異($F = 17.326, p < .001$)。研究對象有私人保險其自費醫材平均金額為 101,582 元高於研究對象中沒有私人保險的自費醫材平均金額為 55,278 元。



表 15、社會人口學因素對自費醫材金額高低的相關因素分析

社會人口學因素		N	平均數	標準差	F 值	p-value
年齡	50 歲以下	34	86,500	57,300	5.391	.001 **
	51-60 歲	60	114,192	69,967		
	61-70 歲	63	97,109	59,801		
	71 歲以上	48	67,646	52,593		
教育程度	國(初)中以下	19	46,579	34,159	4.836	.003 **
	高中(高職)	46	91,783	62,767		
	專科	63	93,172	65,853		
	大學以上	77	106,240	61,509		
婚姻狀況	未婚	19	113,842	83,868	2.905	.036 *
	已婚	134	98,495	63,140		
	離婚或分居	19	71,553	44,535		
	喪偶	32	73,016	51,682		
工作型態	沒有工作	57	68,202	45,914	15.395	<.001 ***
	兼職工作	41	71,557	50,285		
	全職工作	107	115,290	67,499		
個人的平均年收入	60 萬以下	42	60,345	37,392	17.184	<.001 ***
	61-120 萬	58	74,129	56,423		
	121-180 萬	72	104,581	60,194		
	181 萬以上	33	145,258	67,996		
家庭的平均年收入	60 萬以下	19	43,947	26,904	13.764	<.001 ***
	61-120 萬	32	79,500	50,066		
	121-180 萬	72	79,282	49,769		
	181 萬以上	82	122,805	70,682		
有無私人保險給付健保 以外的費用	無	36	55,278	45700	17.326	<.001 ***
	有	169	101,582	63266		

*: p < .05; **: p < .01; ***: p < .001



二、行銷刺激與自費醫材金額關係

分析研究對象使用自費醫材前所接受的行銷刺激類別與自費醫材金額僅有「新聞廣告」有顯著差異。有接觸過「新聞廣告」的研究對象在使用自費醫材金額平均費用為 107,854 元高於沒有接觸「新聞廣告」平均金額為 78,187 元，其他行銷刺激管道則無明顯金額高低。如下表 17：

表 16、行銷刺激對自費醫材金額之相關因素分析

行銷刺激方式		N	平均數	標準差	F 值	p-value
品牌知名度	是	58	107,284	76,465	3.278	.072
	否	132	89,450	55,386		
親友推薦	是	81	93,309	62,634	.089	.765
	否	109	96,072	63,374		
新聞廣告	是	107	107,854	65,621	10.942	.001 **
	否	83	78,187	55,256		
社群網站	是	84	91,689	70,068	.390	.533
	否	106	97,434	56,813		

*: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

三、選擇自費醫材決策因素與自費醫材金額關係

選擇自費醫材決策因素與其使用自費醫材金額差異比較，僅有在「衛福部比價網資訊」認為非常重要的研究對象其使用自費醫材平均金額 131,714 元，高於認為有重要影響的平均金額 91,613 元及認為無意見的平均金額 84,503 元。而在其他選擇自費醫材決策因素和研究對象的自費醫療材金額高低無明顯差異。



表 17、選擇自費醫材決策因素的重要程度對自費醫材金額之分析

選擇自費醫材決策因素		N	平均數	標準差	F 值	p-value
疾病嚴重度	非常重要	154	97,359	65,739	1.090	.338
	有重要	43	81,953	53,154		
	無意見	4	107,500	56,789		
醫生的建議	非常重要	183	96,160	64,510	3.191	.076
	有重要	22	70,909	43,222		
醫材價格	非常重要	140	93,632	63,704	.885	.414
	有重要	55	97,488	62,861		
	無意見	10	68,700	52,354		
醫材說明書	非常重要	85	100,359	68,183	2.377	.071
	有重要	73	96,149	61,045		
	無意見	41	71,171	43,092		
	有點不重要	6	115,000	98,336		
醫材產品仿單及型錄	非常重要	29	100,259	67,413	.294	.830
	有重要	85	89,151	64,359		
	無意見	71	94,324	58,292		
	有點不重要	20	98,750	69,809		
衛福部網站資訊	非常重要	9	116,111	67,721	.472	.702
	有重要	79	90,297	65,118		
	無意見	94	94,537	62,246		
	有點不重要	23	90,972	58,674		
衛福部比價網資訊	非常重要	21	131,714	79,746	3.431	.018 *
	有重要	71	91,613	64,467		
	無意見	92	84,505	53,085		
	有點不重要	21	100,588	68,995		
醫院網站公告訊息	非常重要	33	108,364	78,853	1.166	.324
	有重要	83	92,709	59,388		
	無意見	69	84,841	58,460		
	有點不重要	20	101,625	62,725		
其他曾使用過的經驗	非常重要	66	93,409	64,975	.588	.624
	有重要	103	93,800	63,004		
	無意見	34	89,147	61,006		
	有點不重要	2	150,000	0		



第四節 影響自費醫材金額的因素：複迴歸分析

本節利用複迴歸進行分析，探討影響自費醫材金額之相關因素迴歸係數分析，將研究對象之社會人口學各變項、私人醫療保險、決策因素及行銷方式等變項放入迴歸方程式中加以分析。在迴歸方程式在所有投入變項後，對研究對象此次使用自費醫材金額的解釋力為39.7%，重要的解釋因素包含婚姻狀況、個人的平均年收入、私人醫療保險、決策因素_醫材仿單型錄、行銷方式_品牌知名度、行銷方式_親友推薦、行銷方式_新聞廣告、私人保險給付佔自費醫材金額(%)。如表19及表20。

在個人特質的部分，單身者相較於已婚者的受訪者顯著傾向選擇相對高價的自費醫材 ($\beta = -31,133$ 及 $-46,335$; $p = .021$ 及 $.010$)。而個人收入高越高，自費醫材金額則越高，但惟有年收入大於181萬元者經統計檢定顯著於高於60萬元以下者 ($\beta = 62,090$; $p = .001$)。最後，有私人保險者的自費醫材金額顯著較高 ($\beta = 88,081$; $p < .001$)，在有私人保險的病人群中，反而自費醫材金額越高，私人保險負擔比例越低 ($\beta = -848$; $p < .001$)。

在決策因素的部分，認為醫材仿單型錄重要者，其自費醫材金額反而低於無意見者 ($\beta = -24,218$; $p < .026$)。其他決策因素在複迴歸未達統計檢定差異水準，例如衛福部比價資訊網重要性與自費醫材金額的關係，在控制年齡、教育程度與個人年收入等因素後，認為衛福部比價資訊網非常重要者，其自費醫材金額略高於無意見組，惟未達統計檢定差異水準 ($\beta = 25,441$; $p < .064$)。

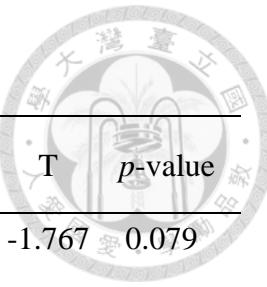
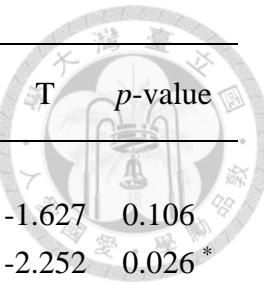


表 18、自費醫材金額之相關因素迴歸係數分析

	B	非標準化係數		標準化係數		T	p-value
		標準誤	Beta				
常數	-78,391	44,374				-1.767	0.079
性別 (參考組：男性)							
女性	6,609	8,462		0.052	0.781	0.436	
年齡 (參考組：50 歲以下)							
51-60 歲	19,908	12,073		0.147	1.649	0.101	
61-70 歲	20,141	13,825		0.146	1.457	0.147	
71 歲以上	8,217	19,254		0.055	0.427	0.670	
教育程度 (參考組：國中以下)							
高中(高職)	21,730	17,208		0.142	1.263	0.209	
專科	27,542	17,950		0.203	1.534	0.127	
大學以上	20,461	18,393		0.159	1.112	0.268	
婚姻狀況 (參考組：未婚)							
已婚	-31,133	13,392		-0.236	-2.325	0.021 *	
離婚或分居	-46,335	17,830		-0.222	-2.599	0.010 *	
喪偶	-23,256	18,378		-0.131	-1.265	0.208	
工作型態 (參考組：沒有工作)							
兼職工作	-17,524	15,282		-0.114	-1.147	0.253	
全職工作	4,794	17,115		0.038	0.280	0.780	
個人的平均年收入 (參考組：60 萬以下)							
61-120 萬	8,686	13,621		0.063	0.638	0.525	
121-180 萬	16,834	16,122		0.129	1.044	0.298	
181 萬以上	62,090	17,884		0.366	3.472	0.001 **	
私人醫療保險 (參考組：無)							
有私人醫療保險	88,081	17,592		0.525	5.007	<0.001 ***	
決策因素_疾病嚴重度 (參考組：重要/沒意見)							
非常重要	4,103	10,591		0.029	0.387	0.699	
決策因素_醫生的建議 (參考組：重要)							
非常重要	-9,152	14,100		-0.047	-0.649	0.517	
決策因素_醫材說明書 (參考組：沒意見)							
非常重要	13,449	12,050		0.105	1.116	0.266	
重要	21,289	12,633		0.163	1.685	0.094	
不重要	35,211	28,780		0.090	1.223	0.223	



	非標準化係數 B	標準化係數 標準誤 Beta	T	p-value
決策因素_醫材仿單型錄 (參考組：沒意見)				
非常重要	-24,672	15,168	-0.131	-1.627 0.106
重要	-24,218	10,752	-0.191	-2.252 0.026 *
不重要	-21,214	17,799	-0.099	-1.192 0.235
衛福部比價資訊網 (參考組：沒意見)				
非常重要	25,441	13,656	0.127	1.863 0.064
重要	5,320	9,940	0.040	0.535 0.593
不重要	11,035	15,502	0.054	0.712 0.478
行銷方式_品牌知名度 (參考組：無)				
有聽過或被推薦	28,512	8,624	0.209	3.306 0.001 **
行銷方式_親友推薦 (參考組：無)				
有聽過或被推薦	26,865	9,084	0.212	2.958 0.004 **
行銷方式_新聞廣告 (參考組：無)				
有聽過或被推薦	21,808	8,278	0.172	2.634 0.009 **
行銷方式_社群網站(參考組：無)				
有聽過或被推薦	-3,213	8,342	-0.025	-0.385 0.701
私人保險給付佔自費醫材金額(%)				
	-848	183	-0.468	-4.644 <0.001 ***
R²	0.499			
Adjusted R²	0.397			

*: p <.05; **: p <.01; ***: p < .001

表 19、自費醫材金額之相關因素迴歸變異數分析

	平方和	自由度	平均值平方	F值	p-value
迴歸	373,345,137,563	32	11,667,035,549	4.890	< 0.001 ***
殘差	374,602,747,977	157	2386,004,764		
總計	747,947,885,539	189			

*: p <.05; **: p <.01; ***: p < .001



第五章 討論及結論

本章分為三節，依據研究調查結果陳述結論，第一節討論行銷刺激對使用自費醫材使醫療行為之影響，第二節則說明基本人口學對自費醫材使用行為之影響，第三節則探討影響使用自費醫材決策行為因素，第四節為說明本研究的研究限制。

第一節 行銷刺激對使用自費醫材使醫療行為之影響

本研究發現研究對象使用自費醫材前所接受的行銷刺激類別與自費醫材金額僅有「新聞廣告」有顯著差異。有接觸過「新聞廣告」的研究對象在使用自費醫材金額高於沒有接觸「新聞廣告」金額。新聞廣告信息正確並且創意執行達到目標時，廣告實際上可以在相對微不足道的行為中產生重大變化，例如決定購買哪種品牌的止痛藥，更可能影響公共健康的態度和行為，這些信息隨著時間的推移而逐漸形成，以產生消費者思考和行為方式的變化。

在台灣根據藥事法第 66 條規定，藥商刊登藥物廣告時，應該於刊登之前將所有文字、圖畫或言詞，申請中央或直轄市衛生主管機構審核，並向傳播業者送驗核准文件，審核通過後即可刊登，不過在刊登期間其藥物、醫療器材廣告都不能夠變更原本核准事項，即不得隨意變更廣告內容。106 年依據《藥事法》所通過「醫療器材管理法」，醫療器材管理有四項重大變革，包括一、部分低風險醫材線上登錄銷售，二、部分醫材通訊或網購有專法管理，三、醫材設計商將可登錄為醫材製造業者，擴大研發能量，其四、低風險醫材臨床試驗將可由試驗機關自行核准試驗，以加速臨床進程。主要目的為讓醫材從設計製造到銷售都有更完整的規範，醫材產業鏈自上而下均有法可循。在通訊或網路銷售部分，醫材專法第 18 條也正式明訂，部分低風險醫材以通訊、網路銷售只有行政辦法規範，品項如保險套、衛生棉條等，未來從銷售端到通路平台均有專法可管(衛生福



利部食品藥物管理署網站，2018)。

現在新聞媒體及網路普及，隨著經濟全球化、便捷的國際航空技術及電信網絡迅速發展，讓過去限於地域性的醫療照護服務出現顛覆傳統的服務模式，醫療照護產業成為全球成長最快的產業之一。相較於全球醫療照護產業的蓬勃發展，有些國家政府同意醫院可以發行股票上市或是廣告行銷，臺灣醫療照護產業化推動的起步較晚，建議可學習他國經驗，在確保國內病患權益的前提下，適度開放對於醫療廣告的管理規範及自費醫材的方式。

第二節 基本人口學對自費醫材使用行為之影響

本研究調查結果顯示研究對象之年齡、教育程度、婚姻狀況、工作型態、個人/家庭的年收入與私人保險給付自費醫材金額、使用自費醫材費用呈現顯著相關。研究對象在 51-60 歲其醫材平均費用為 114,192 元最高，而在 71 歲群組其自費醫材平均金額為 67,646 元最少。而在研究對象擁有私人保險部分，沒有私人保險給付的年齡分組中以 71 歲以上佔最多，進一步比較沒有私人保險者的年齡顯著大於有部分保險給付者的年齡，而有部分保險給付者的年齡又大於有全額保險給付者的年齡。

在本研究調查是否擁有健保以外私人商業保險狀況分佈，沒有私人保險全額或部分給付自費醫材以年齡大於 60 歲族群佔多數。在工作狀況部份，有全職工作者有較高私人保險給付及使用較高金額的自費醫材，而年齡越高其醫療需求越高，且所需花醫療相關費用越高。年齡高的族群相較於青壯年者族群，有私人保險比例和實際使用自費醫材金額卻較少。推測青壯群者族群負擔家庭經濟重任，相較注重其身體健康風險，因此有較高風險意識及經濟能力投保私人保險，消費者對於醫療險認知越高投保醫療險的意願越高。年齡高群族其醫療需求高但卻較少比例有私人保險分擔自費醫材金額用，這可供未來健保保險給付設計或長照規劃等參酌作為制定政策參考方向。

根據經濟建設委員會公布的未來 25 年台灣人口組成資料，推估未來 25 年的住院部分的民眾自費總金額，顯示住院民眾自費總額會呈現逐步式的成長，以各年齡層在住院的自費額總額成長率來看，以 65 歲以上的老年人口層級的成長力道最為強勁，大約是以每年 3% 成長。但 44 歲以下的各族群則為負成長，大約落在每年 -1% 到 -2% 之間。目前的健保制度，對於低收入戶及弱勢族群的保障，都是由各相關主管機關編列公務預算，可分為保費補助及就醫補助兩部分，不論是現在的健保制度或是未來將要推行的各項改革，應再努力尋找增加健保保費收入方法

的同時，也需考慮到經濟困難者或弱勢族群對於使用自費醫療特材或新式醫療技術的經濟能力。





第三節 影響使用自費醫材決策行為之因素

依本研究顯示影響自費醫材金額在決策因素的部分，認為醫材仿單型錄重要者，其自費醫材金額反而低於無意見者 ($\beta = -24,218$; $p < .026$)。其他決策因素在複迴歸未達統計檢定差異水準，例如衛福部比價資訊網重要性與自費醫材金額的關係，在控制年齡、教育程度與個人年收入等因素後，認為衛福部比價資訊網非常重要者，其自費醫材金額略高於無意見組，惟未達統計檢定差異水準 ($\beta = 25,441$; $p < .064$)。顯示目前無統計證據，可以支持衛福部比價資訊網會影響研究對象其使用自費醫材的金額。

臺灣的健保制度納保率達到 99.5%，成績雖是國際間有目共睹，但人口高齡化、少子化、醫療高科技的進展及醫療支出重大壓力，加上民眾可以自由選擇就醫場所等，都是健保無可避免的挑戰。而國人對健保期待高，但資源有限、需求無限是健保兩難之處。自 91 年開始施行健保總額制度，健保所提供的醫療服務是以人民「必要」、「基本」的醫療服務；因醫療進展日新月異，新醫療技術或材料可能較原始材料或技術，提供縮短病程提高醫療品質、較佳預後狀態，而因健保財政及總額、給付原則的種種因素影響，未能全額或部分納入健保給付之醫材/藥品/新技術等，由民眾負擔部分或全額費用是為無可避面之趨勢。病人可在健保提供基本、必要醫療，追求更佳的醫療服務及過程，滿足個人對醫療多樣化的需求。

自費醫材的使用除費用問題外，也必須考量醫療倫理、訊息對等、醫病溝通之問題。醫院屬於高資訊密集的產業，醫師和民眾之間充斥高度資訊不對等，因為民眾所需醫療服務通常由醫療專業人員幫病人決定而民眾較難以效用等條件來評斷價值。民眾在自費醫療之偏好與利用上，與其個人特質、就醫利用等因素有顯著相關性，實際上往往選擇醫師所建議自費醫療項目，是否真的保險對象所醫療必要需要成為醫療倫理課題。



綜觀目前在使用前醫療團隊需提供病人自費醫材說明書並由病人或家屬簽署同意書，然病人因病需要醫治時，醫療團隊提及治療計畫時也需同時詢問病人使用討論自費醫材之意願，病人及家屬可能難以判斷醫師純為治療目的或是有特殊考量，何況訊息不對等情況下，病人及家屬亦可能造成對醫療結果有落差的過度期待，然而自費醫材與健保醫材之間的差異與選擇，是醫病資訊落差的重要議題，如何透過政策管控執行、落實醫療倫理、強化使用規範等來達成三贏局面。在醫療技術高度發展的現時背景下，使用自費醫材，有助於滿足患者對醫療服務的多樣化需求，讓民眾自由選擇多樣性之非健保保險醫療服務項目，亦可讓各醫療機構依市場原理相立競爭的誘因，而有助於提升整體醫療的品質。

醫院經營自費服務時，仍應以醫療專業為基礎，獲得消費者肯定，並善用資訊科技，藉由個人化資訊傳遞，擴大服務數量及提升服務品質。民眾取得自費醫材的訊息是非常重要的關鍵因素，依政策規定醫療院所必須將提供之自費醫材品項及收費資訊於院所網站公開並可供查詢。在病人在使用前由醫師提供自費醫材說明書以供病人或家屬檢閱並在手術或處置前 2 日（緊急情況除外），充分向病人解說需要自費醫材的費用、產品特性、使用原因、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效比較之書面說明，並填寫同意書。而相關自費醫材的型錄仿單需在衛生署網站查閱檢視；民眾也可在衛生署自費醫材比價網主要以醫療材料自費碼查詢各醫院收費金額或衛署型號、仿單資料等，對一般民眾難以了解或取得自費特材代碼，且現況在衛福部自費醫材比價網所登錄醫材自費碼並非一對一性質，部份自費醫療特材屬於同一自費碼，但可能在各醫院使用非相同規格或分非同一套組之耗材，以致部分品項收費訊息落差大，對於民眾不易查詢或比對。

建議政府主管機構可將上述訊息及說明整合同一管道或網站，提供民眾在使用前充分閱讀及了解自費醫療特殊材料的必要性、功能、效益及收費金額等資訊，並可考量設立自費醫療諮詢管道如專線電話、信箱等，以利有需求之民眾涉取與利用。



第四節 研究限制

本研究的研究限制說明如下：

- 一、礙於收案時間及經費的限制，本研究僅納入六家醫院於收案期間曾經使用自費醫材者為受訪對象，其人口學特性、決策行為等未能充份顯示樣本的代表性，六家醫院雖分屬北中南三區但均為都會區醫院，無法得知不同區域其就診病人之屬性差異，因此有可能造成推論上的限制。
- 二、決策的因素和影響程度常隨著不同研究者的觀點而有所差異，而這些差異不僅造成研究上的困難，亦也可能影響研究結果的正確性，而本研究採自擬結構式問卷，雖然有邀請專家對內容效度審查，但由於並沒有明確的證據顯示決策因素會直接影響使用自費醫材行為，故無法進行因果推論。
- 三、建議未來學者可擴大調查對象及醫院，以更清楚了解影響病人使用自費醫材決策因素。

參考文獻



- Ahadzadeh, A. S., Sharif, S. P., Ong, F. S., & Khong, K. W. (2015). Integrating health belief model and technology acceptance model: an investigation of health-related internet use. *Journal of medical Internet research*, 17(2), e45.
- AmChamTaipei. (2016/12/19). 醫療器材-為台灣醫療保健系統帶來 改變生命的創
新. 取自
[https://topics.amcham.com.tw/2016/12/%E9%86%AB%E7%99%82%E5%99%
A8%E6%9D%90-%E7%82%BA%E5%8F%B0%E7%81%A3%E9%86%AB%E
7%99%82%E4%BF%9D%E5%81%A5%E7%B3%BB%E7%B5%B1%E5%
B8%
B6%E4%BE%86-%E6%94%
B9%E8%AE%8A%E7%94%9F%E5%91%BD%
E7%9A%84%E5%89%
B5-2/](https://topics.amcham.com.tw/2016/12/%E9%86%AB%E7%99%82%E5%99%
A8%E6%9D%90-%E7%82%BA%E5%8F%B0%E7%81%A3%E9%86%AB%E
7%99%82%E4%BF%9D%E5%81%A5%E7%B3%BB%E7%B5%B1%E5%
B8%
B6%E4%BE%86-%E6%94%
B9%E8%AE%8A%E7%94%9F%E5%91%BD%
E7%9A%84%E5%89%
B5-2/).
- Andersen, R., Davidson, P., Hilberman, D., & Nakazono, T. (2000). Program directors' recommendations for transforming health services management education. *The Journal of health administration education*, 18(2), 153-173; discussion 174-159.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 1-10.
- Arnould, E. J., Price, L., & Zinkhan, G. M. (2002). *Consumers*. New York: McGraw-Hill.
- Balabanova, D., McKee, M., Pomerleau, J., Rose, R., & Haerpfer, C. (2004). Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries. *Health services research*, 39(6p2), 1927-1950.
- Considine, N. S., Magai, C., Horton, D., Neugut, A. I., & Gillespie, M. (2005). Health belief model factors in mammography screening: testing for interactions among subpopulations of Caribbean women. *Ethnicity & disease*, 15(3), 444-452.
- Darvishpour, A., Vajari, S. M., & Noroozi, S. (2018). Can health belief model predict breast cancer screening behaviors? *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(5), 949.
- Engel, J. F., Kollat, D. T., & Blackwell, R. D. (1973). *Consumer behavior* (2nd ed.). New York, Holt, Rinehart, and Winston.
- Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Kollat, D. T. (1978). *Consumer behavior* (3rd ed.). Hinsdale, Ill Dryden Press.
- Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Miniard, P. W. (1990). *Consumer behavior* (6th ed.).

Chicago: Dryden Press.



- Felton, G. M., Parsons, M. A., & Bartoces, M. G. (1997). Demographic Factors: Interaction Effects on Health-Promoting Behavior and Health Related Factors. *Public Health Nursing*, 14(6), 361-367.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (3rd ed.). California: Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4th ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Goodwin, R., & Andersen, R. M. (2002). Use of the Behavioral Model of Health Care Use to identify correlates of use of treatment for panic attacks in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(5), 212-219.
doi:10.1007/s00127-002-0543-x
- Goozner, M. (2014). Tying price transparency to incentives is necessary to change consumer behavior. *Modern Healthcare*, 44(3), 30.
- Kotler, P. (1997). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*. Prentice Hall.
- Ku, W.-T., & Hsieh, P.-J. (2018). *Understanding the Acceptance of Health Management Mobile Services: Integrating Theory of Planned Behavior and Health Belief Model*. Paper presented at the International Conference on Human-Computer Interaction.
- Lavidge, R. J., & Steiner, G. A. (1961). A model for predictive measurements of advertising effectiveness. *Journal of marketing*, 25(6), 59-62.
- Mardanov, I. T., & Ricks, J. (2013). Pharmacist professionalism, helpfulness, and consumer behavior linkage. *Journal of Medical Marketing*, 13(4), 221-230.
- Overby, J. W., Gardial, S. F., & Woodruff, R. B. (2004). French versus American Consumers' Attachment of Value to a Product in a Common Consumption Context: A Cross-National Comparison. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(4), 437-460. doi:10.1177/0092070304265697
- Poss, J. E. (2001). Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Advances in Nursing Science*, 23(4), 1-15.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (1983). *Consumer Behavior* (2nd ed.). New Jersey:



- Prentice-Hall.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2009). *Consumer Behavior* (International ed., 9th ed.). Harlow, England: Pearson Education.
- Walters, C. G. (1978). *Consumer behavior: an integrated framework*. New York: Richard D. Irwin. In: Inc.
- Walters, C. G., & Paul, G. W. (1970). *Consumer Behavior: An Integrated Framework*. Illinois: Richard D. Irwin. In: Inc.
- Williams, T. G. (1981). *Consumer Behavior Fundamental and Strategies*. Minnesota: West Publishing Co.
- Zikmund, W., & d'Amico, M. (1993). *Marketing*. Minneapolis: West Publishing Company.
- 么煥忠 (2007)。自費醫療需求的評估-以台南市民眾為例。國立成功大學，臺南市。
- 王惠珍 (2013)。民眾在中醫藥自費醫療行為與就醫滿意度之研究：以南部某區域醫院為例。嘉南藥理科技大學，臺南市。
- 江宛霖與江東亮 (2016)。台灣全民健康保險的減貧效果. [Effect of National Health Insurance on poverty reduction in Taiwan]。台灣公共衛生雜誌, 35(2), 164-171。doi:10.6288/tjph201635104082
- 李淑芬、柯慧青、洪錦墩與李美文 (2012)。影響民眾選擇自費健康檢查因素之研究。澄清醫護管理雜誌, 8(3), 27-37。
- 林川雄、馮兆康、黃建財、黃麗玲、葉德豐與詹清旭 (2013)。醫院健康促進行為與挖掘自費健康檢查顧客之分析。管理實務與理論研究, 7(2), 139-156。
- 林日暉 (2009)。自費醫療市場需求程度及接受意願關聯性之研究-以苗栗北部地區民眾為例。育達商業技術學院，苗栗縣。
- 林卉庭 (2013)。檢視台灣醫療器材產業的關鍵成功因素。國立中興大學，臺中市。
- 翁維晟 (2013)。從智慧醫療產業看台灣電子業未來發展及佈局。國立臺灣大學，臺北市。
- Chang, S. F., Chen, C. M., Chen, P. L., & Chung, U. L. (2003). Predictors of Community Women's Osteoporosis Prevention Intention - A Pilot Study. *The Journal of Nursing Research*, 11(4), 231-240.
- 陳君如 (2015)。是否購買商業型健康保險對自費醫療支出之影響。國立高雄第一科技大學，高雄市。



陳珮青與李玉春 (2015)。以德菲法建構醫療資源配置：政策利害關係人觀點 [Using the Delphi Method to Set Priorities for Health Insurance Benefit Schemes in Taiwan: A Policy Stakeholder Perspective]。台灣公共衛生雜誌, 34(2), 193-203。
doi:10.6288/tjph201534103122

陳珮青、郭年真、黃昱瞳、黃光華、楊銘欽與李玉春 (2016)。實施全民健康保險住院診斷關聯群支付制度對醫療機構之影響 [Impact of DRG-based payments on health care providers]。台灣公共衛生雜誌, 35(3), 268-280。
doi:10.6288/tjph201635104043

游熙明 (2007)。中醫院所病人自費醫療行為之研究。國立臺灣大學，臺北市。

黃玉惠、黃玉君與林麗鳳 (2018)。應用健康信念模式探討高血壓病人服藥遵從性。榮總護理, 35(3), 289-301。

劉宜君 (2012)。臺灣推動醫療照護產業化之分析：政策學習的觀點 [Industrialization of Medical Care: Perspectives of Policy Learning]。社會政策與社會工作學刊, 16(1), 183-232。doi:10.6785/spsw.201206.0183

衛生福利部 (2018)，中華民國 106 年國民醫療保健支出。衛生福利部，臺北市。

衛生福利部中央健康保險署 (2018)。2018-2019 全民健康保險年報。衛生福利部中央健康保險署，臺北市。

鄭丞傑 (2008)。直接向消費者行銷之處方藥的行銷策略：以威而鋼為例。國立臺灣大學，臺北市。

鄭守夏與陳啓禎 (2014)。健保制度下的醫療體系 [Health Care System under National Health Insurance Scheme]。台灣醫學, 18(1), 74-84。
doi:10.6320/fjm.2014.18(1).09

鄭慧菁 (2018/4/23)。DRGs 上路 8 年 44% 民眾選擇自付差額特材。取自 <https://www.rmm.com.tw/news-detail-19254>

薄喬萍與邱煥民 (2013)。病患自費購買處方藥品決策因素的研究 [Analysis of Decision Factors of Self-paid Medicine]。人文與社會學報, 3(2), 63-74。

羅美嬌 (2015)。住院醫療保險知識與購買意願關係之研究。國立高雄第一科技大學，高雄市。

蘇勳璧、彭朱如與鄧振華 (2001)。不同等級醫院其資源優勢、策略優勢與績效之關係 [The Relationship between Resource Advantage, Strategic Advantage, and Performance under the Department of Health]。醫務管理期刊, 2(1), 93-109。
doi:10.6174/jhm2001.2(1).93

附錄一 本研究使用的正式問卷



自費醫材使用經驗調查問卷

您好：

本次調查主要是想瞭解影響台灣目前使用自費醫材使用現況(含差額給付)，此問卷內容僅做為本研究之需絕對保密，不會影響您的醫療權利，所以請您放心地依照真實情況作答。最後，感謝您的參與，並祝您早日康復！

台灣大學工業工程研究所高階主管在職專班

指導教授 黃奎隆博士

研究生 呂慧貞

敬上

電子信箱：P06546017@ntu.edu.tw

民國一百零八年四月十日



第一部份：您的基本資料

一、性別：1. 男；2. 女。

二、年齡：

民國 _____ 年出生

三、教育程度：

1. 國小以下；2. 國(初)中；3. 高中(高職)；4. 專科；
5. 大學；6. 研究所。

四、婚姻狀況：

1. 未婚；2. 已婚；3. 離婚或分居；4. 肅偶。

五、您目前的工作型態為：

1. 沒有工作；2. 兼職工作；3. 全職工作。

六、過去一年您個人的平均年收入為：

1. 60 萬(含)以下；2. 61-120 萬；3. 121-180 萬；4. 181 萬(含)以上。

七、過去一年您家庭的平均年收入為：

1. 60 萬(含)以下；2. 61-120 萬；3. 121-180 萬；4. 181 萬(含)以上。

八、您是否有非健保以外醫療保險能負擔健保保額以外的費用？

1. 無

2. 有



第二部份：自費醫材的決策：

一、您最近一次就醫過程中曾使用自費特材(含差額給付)品項，所就醫的醫院層級為：

1. 診所 2. 地區醫院 3. 區域醫院 4. 醫學中心 5. 不知道

二、您使用自費醫材(含差額給付)品項，屬於類別：(可複選)

1. 心臟血管 2. 骨科材料 3. 人工水晶體 4. 止血敷料 5. 內視鏡處置
6. 外科手術 7. 腹腔鏡手術 8. 腦神經手術 9. 婦產科手術 10. 其他

三、您使用自費醫材品項，是屬於全自費品項或健保差額負擔品項？

若您使用多項自費特材，請以價格最高之品項回答：

1. 全自費特材 2. 健保差額給付特材 3. 不確定

四、您使用自費醫材(含差額給付)品項，所支付費用為；若您使用多項自費特材，請以價格最高之品項回答：

1. 1,000 元(含)以下 2. 1,001 元-5,000 元 3. 5,001 元-10,000 元
4. 10,001 元-30,000 元 5. 30,001 元-5,0000 元 6. 50,001 元-10,0000 元
7. 100,001 元-15,0000 元 8. 150,001 元-250,0000 元
9. 250,001 元-300,0000 元 10. 300,001 元 以上

五、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，是否有健保以外商業保險分擔費用：

1. 無
2. 部分費用可申請健保以外商業保險支付(請續答第六題)
3. 全部都可有由健保以外商業保險負擔費用

六、您使用自費醫材(含差額給付)品項，健保以外商業保險支付費用約為：

請填寫：_____



第三部份：選擇自費特材的決策因素

一、在您就醫前您有從下列管道聽過或被推薦此項自費（含差額給付）醫材？(可複選)

- 1. 品牌知名度
- 2. 親友推薦
- 3. 新聞廣告
- 4. 社群網站

二、您對自己的疾病嚴重度、疾病預後及健康情況，與您選擇自費醫材的關聯程度：

- 1. 非常重要
- 2. 有重要
- 3. 無意見
- 4. 有點不重要
- 5. 非常不重要

三、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，是因醫生的建議對您做此決定：

- 1. 非常重要
- 2. 有重要
- 3. 無意見
- 4. 有點不重要
- 5. 非常不重要

四、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，醫材價格對您做此決定：

- 1. 非常重要
- 2. 有重要
- 3. 無意見
- 4. 有點不重要
- 5. 非常不重要

五、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，醫材說明書對您做此決定：

- 1. 非常重要
- 2. 有重要
- 3. 無意見
- 4. 有點不重要
- 5. 非常不重要

六、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，醫材產品仿單及型錄對您做此決定：

- 1. 非常重要
- 2. 有重要
- 3. 無意見
- 4. 有點不重要
- 5. 非常不重要

七、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，衛福部網站資訊建議對您做此決定：

- 1. 非常重要
- 2. 有重要
- 3. 無意見
- 4. 有點不重要
- 5. 非常不重要



八、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，衛服部比價網資訊建議對您做此決定：

1. 非常重要 2. 有重要 3. 無意見
4. 有點不重要 5. 非不重要

九、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，醫院網站公告訊息建議對您做此決定：

1. 非常重要 2. 有重要 3. 無意見
4. 有點不重要 5. 非常不重要

十、您會使用自費醫材(含差額給付)品項，其他見證人或曾使用過的經驗對您做此決定：

1. 非常重要 2. 有重要 3. 無意見
4. 有點不重要 5. 非常不重要

問卷至此結束，非常謝謝您的合作！