

國立臺灣大學進修推廣學院
生物科技管理碩士在職學位學程
碩士論文



Professional Master's Program of Biotechnology Management
School of Professional Education and Continuing Studies
National Taiwan University
Master's Thesis

考量多重利害關係人對於乳癌自費藥物選擇之決策分析
Analysis of Decision-Making for Selecting Self-Pay
Breast Cancer Drugs Considering Multiple Stakeholders

于季瑄

JI-SYUAN YU

指導教授：胡凱焜 博士、潘令妍 博士

Advisor: Kae-Kuen Hu, Ph.D., Ling-Yen Pan, Ph.D.

中華民國 113 年 6 月

June 2024

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

MASTER'S THESIS ACCEPTANCE CERTIFICATE
NATIONAL TAIWAN UNIVERSITY

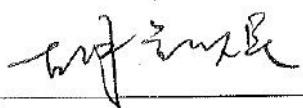
考量多重利害關係人對於乳癌自費藥物選擇之決策分析

Analysis of Decision-Making for Selecting Self-Pay Breast Cancer Drugs
Considering Multiple Stakeholders

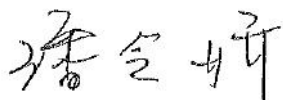
本論文係 于季瑄 (姓名) P11E43005 (學號) 在國立臺灣大學進修推廣學院生物科技管理碩士在職學位學程 (系/所/學位學程) 完成之碩士學位論文，於民國 113 年 06 月 20 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

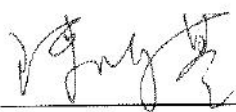
The undersigned, appointed by the Department / Graduate Institute of Professional Master's Program of Biotechnology Management School of Professional Education and Continuing Studies on 20th (date) June (month) 2024 (year) have examined a Master's Thesis entitled above presented by JI SYUAN YU (name) P11E43005 (student ID) candidate and hereby certify that it is worthy of acceptance.

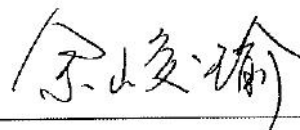
口試委員 Oral examination committee:



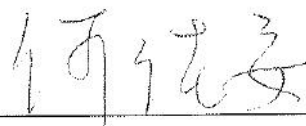
(指導教授 Advisor)







系 (所、學位學程) 主管 Director:



致謝

很高興在經過兩年的 PMBM 學程後，能將所學的理论與知識運用在此次的論文裡，我要謝謝指導教授-胡凱焜老師以及潘令妍老師，在撰寫論文過程中給予我方向以及寶貴建議與指導，才能有最後這篇論文的產出。也要謝謝兩年來每個週末一起上課的同學及老師們，在每個夜晚個案討論、創意激發下，讓我對很多事物有不同的看法，也讓我認識了很多優秀的人才。

此外，我還要感謝所有協助我完成此次論文的受訪者，包括工作中的同事、客戶、受訪的病患及其家屬。他們提供了關於癌症自費藥物的多種觀點，這對於論文的完成至關重要。

最後，我也要謝謝我的家人及同事和朋友們，在這兩年中對我的支持與鼓勵，讓我能順利完成 PMBM 學程，也希望能將這兩年所學知識和論文最後的感想運用在工作以及生活中，繼續抱持自己當初進入醫療領域的初衷，幫助更多病患可以接受到適合的治療，讓這份工作不僅僅是為了薪水，而是能夠帶來更多的意義和成就感。

PMBM 的課程完成標誌著我人生中的一個重要里程碑，但這僅僅是個開始。我渴望繼續學習和成長，希望在社會中做出有意義的貢獻。教授們、同學們、家人和同事們的支持和鼓勵對我達成這一目標至關重要，感謝你們的幫助，讓我走到今天這一步，未來我將繼續前行，努力在工作和生活中實現更多的價值與成就。

摘要

根據衛福部公布 110 年癌症登記報告，癌症已連續 41 年居國人死亡首因。其中，乳癌為國內女性好發癌症之冠，每年有逾萬位婦女罹患乳癌，逾 2,000 名婦女死於乳癌，相當於每天約 31 位婦女被診斷罹患乳癌，6 位婦女因乳癌而失去寶貴性命。在台灣健保制度下，雖然基本癌症治療有給付，但隨著新藥上市及健保財務吃緊，癌症新藥審查愈趨嚴格。平均而言，癌症新藥申請健保給付所需時間較一般新藥長近一倍。即便獲得健保給付，給付範圍涵蓋率僅三成病患，且健保給付藥物未必適用所有病患。因此，對乳癌病患而言，自費用藥是無可避免的選擇之一。

在自費藥物市場中，雖然最終決策權在病患手中，但實際上這一過程涉及多方利害關係人的影響。醫師和護理人員在其中扮演著關鍵角色，通過醫病共享決策來幫助病患了解其疾病診斷及可選藥物。對於藥廠來說，也時常在思考如何可以提供更實用的衛教工具給護理人員來向病患做解釋，或者是透過媒體露出以及舉辦民眾衛教來增加病友對於癌症的病識感。

本研究主要探討多重利害關係人對於乳癌自費藥品選擇決策歷程，如何透過多重利害關係人對於自費藥物的看法以及影響決策的因子，協助藥廠優化行銷策略，並結合科技進步與網絡發展，促進醫病溝通成效，提升病患對癌症及自費藥物的認識。

本研究通過不同利害關係人的參與和意見交流，分析了乳癌自費藥物決策的各個構面及相關準則和因素。研究發現，關鍵決策點包括知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通和輔助措施等構面。知識傳遞和醫病溝通在臨床實務中扮演重要角色，對於藥廠管理者而言，促進知識傳遞及提供醫病溝通輔助工具非常重要，這不僅能提升病患對藥物的認識，還能增加藥物的處方量。總結來說，多面向的知識傳遞和有效的醫病溝通對於優化癌症自費藥物決策和改善治療效果至關重要。

關鍵字：乳癌自費藥物、利害關係人、醫病共享決策、層級分析法、服務藍圖

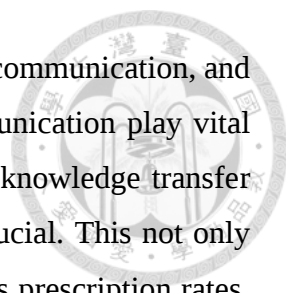
Abstract

According to the 2021 Cancer Registry Report published by the Ministry of Health and Welfare, cancer has been the leading cause of death among the population for 41 consecutive years. Among these, breast cancer is the most common cancer affecting women in the country, with over 10,000 women diagnosed each year and over 2,000 deaths annually. This equates to approximately 31 women being diagnosed and 6 women dying from breast cancer each day. Although basic cancer treatment is covered under Taiwan's National Health Insurance (NHI) system, the financial strain on the NHI and the introduction of new drugs have led to increasingly stringent reviews for new cancer drugs. On average, it takes nearly twice as long for cancer drugs to receive NHI coverage compared to other drugs. Even when coverage is granted, it only applies to about 30% of patients, and the covered drugs may not be suitable for all patients. Therefore, for breast cancer patients, paying out-of-pocket for medications is often an unavoidable option.

In the market for Self-Pay medications, although patients ultimately make the final decision, the process is influenced by multiple stakeholders. Doctors and nurses play a critical role in helping patients understand their diagnosis and treatment options through shared decision-making. For pharmaceutical companies, there is a constant consideration of how to provide practical educational tools for healthcare providers to explain treatments to patients, or how to use media exposure and public education to increase awareness about cancer among patients.

This study primarily explores how multiple stakeholders influence the decision-making process for Self-Pay breast cancer medications. By examining stakeholders' perspectives and the factors influencing these decisions, the study aims to help pharmaceutical companies optimize their marketing strategies. It also aims to enhance communication between healthcare providers and patients, leveraging technological advancements and network development to improve patient understanding of cancer and out-of-pocket medications.

Through the participation and opinion exchange of various stakeholders, the study analyzes the different dimensions, criteria, and factors involved in the decision-making process for Self-Pay breast cancer medications. The research finds that key decision



points include knowledge transfer, disease diagnosis, doctor-patient communication, and supportive measures. Knowledge transfer and doctor-patient communication play vital roles in clinical practice. For pharmaceutical managers, promoting knowledge transfer and providing tools to support doctor-patient communication are crucial. This not only enhances patient understanding of the medications but also increases prescription rates. In summary, multi-faceted knowledge transfer and effective doctor-patient communication are essential for optimizing the decision-making process for out-of-pocket cancer medications and improving treatment outcomes.

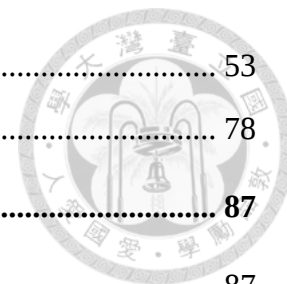
Keywords: Self-Paid Medications, Stakeholders, Shared Decision-Making (SDM), Service Blueprint, Analytic Hierarchy Process (AHP)

CONTENTS



國立臺灣大學碩士學位論文 口試委員會審定書	II
致謝	III
摘要	IV
ABSTRACT	V
CONTENTS	VII
LIST OF TABLES	IX
LIST OF FIGURES	XII
第一章 緒論	1
1.1 研究背景與研究動機	1
1.2 研究問題與目的	2
1.3 研究流程	3
第二章 文獻探討	5
2.1 台灣癌症治療市場概況	5
2.2 利害關係人理論探討	8
2.3 藥物行銷與服務模式	12
2.4 藥物的採用行為	19
第三章 研究方法說明	27
3.1 研究流程與架構	27
3.2 研究範圍與限制	29
3.3 問卷架構	30
3.4 問卷設計	31
3.5 研究分析方法	34
第四章 研究結果與分析	39
4.1 多重利害關係人對於癌症自費藥物接觸時機點流程分析	39
4.2 癌症自費藥物決策關鍵構面分析	41

4.3 不同利害關係人分群之 AHP 權重分析.....	53
4.4 不同利害關係人跨群組間比較與分析.....	78
第五章 討論.....	87
5.1 問卷結果分析.....	87
5.2 實務運用推廣.....	89
第六章 結論與建議.....	94
6.1 結論.....	94
6.2 建議.....	95
參考文獻.....	97



LIST OF TABLES



表 2-1 110 年國人十大癌症發生人數，與 109 年比較.....	6
表 2-2 112 年全民健保惡性腫瘤醫療支出「排名前十大癌別之醫療費用支出統計表」.....	8
表 2-3 醫療領域利害關係人.....	12
表 2-4 製藥公司藥品行銷通路.....	15
表 2-5 藥品相關之決策過程研究.....	22
表 3-1 四個影響構面.....	31
表 3-2 四個影響構面分別涵蓋五個層面.....	32
表 3-3 評估尺度定義說明表.....	35
表 3-4 隨機指標表.....	37
表 4-1 利害關係人訪談對象.....	42
表 4-2 多重利害關係人受訪基本資料.....	45
表 4-3 構面權重分析及重要性排序（整體不分群利害關係人）.....	47
表 4-4 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（整體不分群利害關係人）.....	48
表 4-6 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（整體不分群利害關係人）.....	49
表 4-7 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（整體不分群利害關係人）.....	51
表 4-8 關鍵因素權重及重要性排名（整體不分群利害關係人）.....	52
表 4-9 構面權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）.....	54
表 4-10 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）.....	55
表 4-11 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）.....	56
表 4-12 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）.....	57

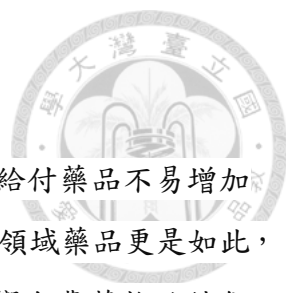
表 4-13 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）	58
表 4-14 關鍵因素權重及重要性排名（利害關係人-醫師）	59
表 4-15 構面權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）	61
表 4-16 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）	61
表 4-17 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）	62
表 4-18 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）	63
表 4-19 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）	64
表 4-20 關鍵因素權重及重要性排名（利害關係人-護理師）	65
表 4-21 構面權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）	67
表 4-22 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）	68
表 4-23 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）	68
表 4-24 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）	69
表 4-25 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）	70
表 4-26 關鍵因素權重及重要性排名（利害關係人-病患及其家屬）	71
表 4-27 構面權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）	73
表 4-28 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）	73
表 4-29 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）	74
表 4-30 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）	75

表 4-31 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）	76
表 4-32 關鍵因素權重及重要性排名（利害關係人-藥廠從業人員）	77
表 4-33 不同利害關係人跨群之構面權重	81
表 4-34 不同利害關係人跨群之關鍵準則權重	85

LIST OF FIGURES



圖 2-1 複雜適應系統 (COMPLEX ADAPTIVE SYSTEM)	12
圖 2-2 EKB 消費者行為模式	21
圖 2-3 THE SHARE APPROACH PROCESS	24
圖 2-4 乳醫中心乳癌治療方針(SDM 樹).....	26
圖 3-1 研究流程.....	28
圖 3-3 問卷架構.....	30
圖 3-4 層級分析法的分析流程.....	38
圖 4-1 多重利害關係人對於癌症自費藥物決策服務藍圖	41
圖 4-2 回收樣本資訊	46
圖 4-3 關鍵因素權重 (整體不分群利害關係人)	53
圖 4-4 關鍵因素權重 (利害關係人-醫師)	60
圖 4-5 關鍵因素權重 (利害關係人-護理師)	66
圖 4-6 關鍵因素權重 (利害關係人-病患及其家屬)	72
圖 4-7 關鍵因素權重 (利害關係人-藥廠從業人員)	78
圖 4-8 不同利害關係人之四大構面之跨群權重分析	81
圖 4-9 不同利害關係人跨群之關鍵準則權重	86
圖 5-1 藥物資訊及衛教資訊擴散圖	93



第一章 緒論

台灣健保制度下，因為健保財務狀況日漸捉襟見肘，在健保給付藥品不易增加的情況下，許多新進藥物選擇以自費方式進入市場，尤其在癌症領域藥品更是如此，因此臨床端的用藥決策直接影響病患端的治療選擇更是直接影響自費藥物的銷售量。本章分為三個小節，第一節說明研究多重利害關係人對於乳癌自費藥品選擇決策歷程之動機，第二節說明研究問題與目的，第三節則圖示研究流程與限制。

1.1 研究背景與研究動機

根據衛福部公布 110 年癌症登記報告，新發生癌症人數為 12 萬 1,762 人，而癌症也已連續 41 年居國人死亡首因，每年超過 10 萬人得到癌症，近五萬人因癌症死亡。其中，乳癌發生率為國內女性好發癌症的第一位，發生高峰約在 45-69 歲之間，約為每十萬婦女 188-194 人，死亡率則為第四位。依據國民健康署癌症資料統計資料顯示，每年有逾萬位婦女罹患乳癌，逾 2000 名婦女死於乳癌，相當於每天約 31 位婦女被診斷罹患乳癌、6 位婦女因乳癌失去寶貴性命。

在台灣健保制度下，對於罹癌病人來說，健保制度等同於救命制度，受惠於健保，國人在罹癌後，對於一些基本的治療是有健保給付的。而隨著癌症治療日益進步，近年有許多效果好、可延長生命的癌症新藥上市，但隨著人口老化、總人口數減少，急重症患者增加，健保財務狀況愈來愈吃緊，健保癌症醫療支出也逐年增加，專家在考量癌症新藥對健保財務的衝擊，對於癌症新藥審查也愈來愈嚴格，由台灣癌症基金會所出版的《台灣癌症新藥多元支持基金政策建言書》中提到，癌症新藥申請健保給付所需時間為 730 天/561 天（平均數/ 中位數）；反之一般非癌症新藥申請給付所需時間為 396 天/297 天（平均數/ 中位數），兩者相差一倍。根據 2019 年癌症新藥通過健保給付之適用病人涵蓋率顯示，即使癌症新藥獲得健保給付，給付範圍也僅涵蓋三成的癌症病友，而且癌症治療相當複雜，健保給付的藥物並不一定適合用於每個癌症病患，因此對於癌症病患而言，自費藥物也是不可避免的選擇之一。

在癌症自費藥物的市場中，臨床醫師無非是影響病患用藥最重要的決策者，但在目前實際臨床治療的困境是醫師門診時間有限，加上癌症治療相當複雜，面對不

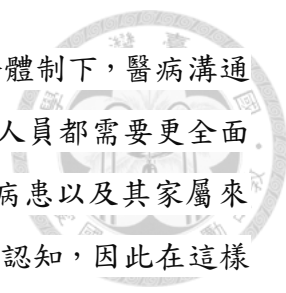
同病患狀況有時候不僅僅是藥物治療，也有可能要討論是否要放射治療或是手術，因此在如此有限的就診時間內，醫師對於詳細向病患解說以及告訴病患最適合的藥物選擇在實際臨床上是非常困難的。在這樣的情況下，護理人員也就扮演重要角色，作為醫師與病患之間溝通橋樑，也希望透過完善的醫病決策方式讓病患了解疾病以及藥物選擇，並且透過輔助的衛教工具來向病患說明，已達到讓雙方都可以接受的治療方向。

在醫藥專業領域中，因為法規規定，需要由醫師診斷並開立處方，病患才能最終使用到藥物，因此其中關鍵用藥決策者是醫師，如何能透過藥廠行銷模式，不管是透過學會、學術研討會、藥廠業務同仁傳遞資訊來影響臨床醫師幫助病患選擇最適合的藥物，而在現今醫療環境體系下，已經不是醫師與患者一對一的溝通模式，往往在醫師解釋病情後，更詳細的解說或醫病溝通可能會交由臨床護理人員例如個管師或是衛教師來向病患做更詳細的解釋，更深入去瞭解病患情況或是經濟狀況，因此在自費市場中，除了醫師外，臨床護理人員也是非常重要的一環，對於藥廠來說，也時常在思考如何可以提供更實用的衛教工具給護理人員來向病患做解釋，或者是透過媒體露出以及舉辦民眾衛教來增加病友對於癌症的病識感。

總結上述，本研究主要探討多重利害關係人對於乳癌自費藥品選擇決策歷程，如何透過多重利害關係人對於自費藥物的看法以及影響決策的因子，來協助藥廠針對自費癌症藥物的行銷方式能有更全面的看法，除了透過原有的行銷模式提升醫師對於藥物的了解之外，也希望可以更深入去瞭解臨床護理人員對於在做醫病溝通時未被滿足的需求是什麼，還有因應科技進步，網際網路愈來愈發達，病友對於疾病意識抬頭，藥廠如何增進病人對於癌症的了解以及自費癌症藥品認知，進而主動向醫師或臨床護理人員提出詢問，提升醫病溝通效率，來提升藥廠對於自費藥物行銷策略的參考。因此本文將以知識傳遞構面、疾病診斷構面、醫病溝通構面、輔助措施構面，此四大構面來引導出多重利害關係人對於癌症自費藥品選擇決策為何。

1.2 研究問題與目的

基於前述所說，在台灣健保制度限制下，在健保給付藥品不易增加的情況，許多癌症新進藥物選擇以自費方式進入市場，而自費藥品相較於健保藥品，對於臨床



醫師來說往往需要花更多時間來向病患做更詳細的解釋，而現今體制下，醫病溝通從醫師單向跟病患說明，轉變成多方溝通，不管是醫師或是護理人員都需要更全面了解病人整體狀況包括經濟能力或是是否有商業保險，而對於病患以及其家屬來說，也會從更多方面來了解關於疾病資訊，以及對於自費藥品的認知，因此在這樣的情況下，加上醫病共享議題愈來愈被重視，也讓過往對於此類議題的討論有更多不完善的地方，在健保體制下，藥廠針對自費藥物市場該如何發展行銷策略？而醫師端在決策時考量的又是什麼？對於護理人員向病患做醫病溝通時又有哪些考量，而在聽過醫師以及護理人員解釋後，對於病患以及其家屬，什麼才是最後選擇決定用什麼藥的關鍵因素？

根據上述的研究背景以及研究動機，本文主要聚焦在多重利害關係人，也就是藥廠端、醫師端、護理端、病友端等四種利害關係人對於癌症自費藥物的決策歷程，並深入去瞭解對於知識傳遞構面、疾病診斷構面、醫病溝通構面、輔助措施構面等四個構面對於多重利害關係人在癌症自費藥物的決策中影響為何。

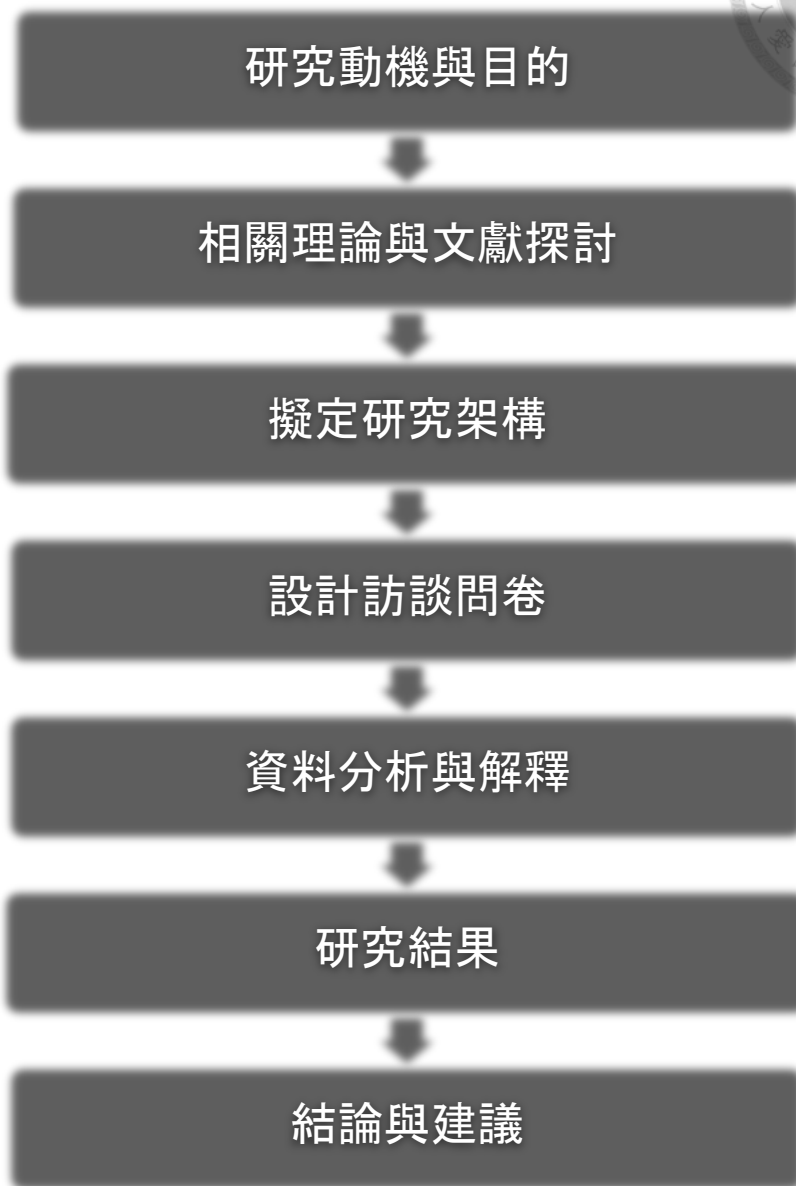
主要目的如下：

1. 以質性方式分析多重利害關係人對於乳癌自費藥物選擇關鍵因素權重之考量。
2. 比較知識傳遞構面、疾病診斷構面、醫病溝通構面、輔助措施構面對於乳癌自費藥物選擇關鍵因素影響之權重。
3. 藉由以上分析，以研究立場瞭解不同利害關係人的關鍵因素權重之考量，提出乳癌自費藥物行銷的數種可行選項。

1.3 研究流程

本研究為了探討『考量多重利害關係人對於癌症自費藥品選擇決策歷程-以乳癌為例』，整體研究流程可分為七個步驟。在確定研究動機與目的後，本研究將蒐集相關文獻進行整理與探討，建立出本研究觀念性架構，參考現有學術理論，歸納出主軸方向，並確認合適的研究方法。考量人力、物力限制之下，界定出適當的範圍與研究對象，採用半結構是訪談法蒐集資料，針對多重利害關係人對於癌症自費藥品選擇決策之脈絡，透過資料整合及質性分析去瞭解資料的分析、解釋並歸納出研究結果，提供藥廠人員作為管理不同利害關係人對於癌症自費藥品選擇行為並

制定自費市場行銷策略。



第二章 文獻探討

2.1 台灣癌症治療市場概況

隨著全球人口高齡化現象，加上環境污染、生活習慣改變等因素，全球癌症病人和死亡個案數正持續上升。根據世界衛生組織 (WHO) 數據顯示，全球癌症新增個案數目估計將由 2020 年約 1,929 萬例上升至 2040 年約 3,023 萬例，增幅達 56.7%。

自民國 71 年起，癌症一直是台灣十大致死原因之首。而 110 年，有 51,656 位台灣人死於惡性腫瘤，佔總死亡人數的 28.05%。根據衛福部 110 年的癌症登記報告，新發癌症病例為 12 萬 1,762 人，較 109 年減少了 217 人。全台每 10 萬人口的標準化發病率為 306.5 人，比 109 年減少了 4.8 人。110 年全癌症發病年齡中位數為 64 歲，與 109 年相同。除了女性乳癌及肝癌延後 1 歲外，其他主要癌症的發病年齡中位數與 109 年持平。與全癌症發病年齡中位數（64 歲）相比，有些癌症的年齡中位數較早，如口腔癌為 59 歲、乳癌為 57 歲、甲狀腺癌為 50 歲。十大癌症發病人數（男女合計）依序為：（1）肺癌、（2）大腸癌、（3）女性乳癌、（4）肝癌、（5）口腔癌（含口咽、下咽）、（6）攝護腺癌、（7）甲狀腺癌、（8）胃癌、（9）皮膚癌、（10）胰臟癌。與 109 年相比，除了（1）肺癌和（2）大腸癌的排序互換外，（10）胰臟癌上升 2 個名次（109 年排名第 12），其餘排序與 109 年相同。（如表 2-1）

其中乳癌為我國婦女發生率第 1 位之癌症，發生高峰約在 45-69 歲之間，約為每十萬名婦女 188-194 人，然而隨著生活型態及飲食習慣西化的改變，台灣乳癌患者一方面平均年齡逐漸年長，但另一方面仍有不少年輕患者，好發年齡約比歐美國家年輕十歲。依據衛生福利部死因統計及國民健康署癌症登記資料顯示，女性乳癌標準化發生率及死亡率分別為 69.1 及 12.0（每十萬人口），每年有逾萬位婦女罹患乳癌，逾 2,000 名婦女死於乳癌，相當於每天約 31 位婦女被診斷罹患乳癌、6 位婦女因乳癌而失去寶貴性命。

表 2-1 110 年國人十大癌症發生人數，與 109 年比較

發生人數序位	原發部位	110 年				109 年				110 年 發生人數 增減值	110 年 標準化發生率 增減值
		個案數	標準化發生率	年齡中位數	標準化死亡率	個案數	標準化發生率	年齡中位數	標準化死亡率		
1	肺、支氣管 及氣管	16,880	39.7	67	22.2	16,370	39.1	67	21.8	510	0.6
2	大腸	16,238	38.4	67	14.6	16,829	40.5	67	14.6	-591	-2.1
3	女性乳房	15,448	82.5	57	13.8	15,259	82.1	56	12.8	189	0.4
4	肝及肝內膽 管	10,775	25	68	17.9	10,982	26.1	67	18	-207	-1.1
5	口腔、口咽 及下咽	8,211	21.6	59	8.5	8,277	21.8	58	8.6	-66	-0.2
6	攝護腺	7,481	35.3	72	7.5	7,178	34.9	72	7.8	303	0.4
7	甲狀腺	4,626	14.7	50	0.4	4,932	15.7	50	0.4	-306	-1
8	胃	4,060	9.3	69	5	4,257	9.9	69	5.2	-197	-0.6
		-3,306	-7.5			-3,522	-8.1				
9	皮膚	3,954	8.7	74	0.7	4,232	9.5	74	0.6	-278	-0.8
10	胰臟	3,190	7.4	68	6	3,012	7.1	68	5.7	178	0.3
	全癌症	121,762	306.5	64	118.2	121,979	311.3	64	117.3	-217	-4.8

資料來源：衛生福利部

而隨著罹癌病人數持續上升，也造成相關藥物治療費用增加。跨國醫藥資訊公司 IQVIA 於 2023 年 5 月發表的趨勢調查顯示，該年全球花費在腫瘤相關藥物費用約為 2,180 億美元。而台灣 2023 年全民健保惡性腫瘤醫療支出「排名前十大癌別之醫療費用支出統計表」，顯示全台灣惡性腫瘤醫療支出費用高達 1399 億元，5 年平均成長率為 6.02%，人均醫療費用約為 16 萬元。（如表 2-2）

對於健保癌症醫療支出逐年攀升，也促使健保對於癌症新藥的審查日益嚴格，進而延長了新藥上市到取得健保給付的時間。根據全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的「歷年健保新藥管理趨勢回顧」的分析，癌症新藥從遞交申請到給付生效日的平均時間達到了 684 天，中位數為 556 天。如果再考慮到食藥署新藥審查流程，那麼使用這些癌症治療藥物的病人將面臨至少 3 到 5 年的等待時間，也直接影響了癌症患者的醫療選擇和治療效果。長時間的等待可能會對患者的身心健康造成負面影響，同時也可能使得他們錯失最佳治療時機（台灣癌症基金會）。

全球醫藥研發也逐漸將焦點轉向癌症治療藥物，對新藥研發過程的規格與標準要求越來越高，但新藥上市成功率偏低，專利期在上市後多僅剩數年，導致藥廠為了獲利，使得藥品價格居高不下，也讓許多臨床表現優異的新藥價格昂貴，所以

對於新藥進到台灣要通過健保給付往往需要花很多時間和精力，因此藥廠往往選擇在新藥上市後，以自費方式進入市場。目前台灣健保給付範圍也比核准的適應症小，通常會先通過非第一線使用的藥物，或限制給付療程，使得許多新藥在健保制度下權衡被迫退線使用（因財務考量，導致新藥只給付晚期、重症等少數患者），也讓患者錯失早期治療機會。

因此在癌症治療選擇中，對於病患來說健保藥物還是自費藥物才是最佳治療選擇方案，要探討的面向非常多，除了醫師從專業角度或是參照目前最新的學會治療指引去給予治療建議，病患對於自我本身疾病意識感也逐漸增加，病患愈來愈重視與醫療人員雙向溝通去選擇適合的治療選擇。也使得醫病共享和醫病溝通逐漸重要，（Angela Tolotti et al., 2022）研究中發現給予病人正確、完整的治療訊息非常重要，這樣病患才會感覺到自己參與其中。而對護理師和病患之間的關係，必須建立在信任和尊重的基礎上。護理師應該以積極的態度聆聽病患的擔憂和疑慮。護理師和病患都認為，以人為本和客製化的醫病溝通決策非常重要，要考慮到病患生活的各個方面，而不僅僅是把他們當做疾病的一部分。藉由護理師與病患之間密切的聯繫，讓病患可以更積極參與，通過給予病患實用的建議，幫助他們更好地瞭解及應對自己的情況。

對於病患在經過與醫護人員針對治療方案進行醫病溝通後，影響病患做決策還有病患本身財務考量，JAMA Oncology 雜誌研究顯示，在接受治療的癌症病人中，財務毒性的發生率高達 42.4%。美國國家癌症研究所(National Cancer Institute, US)將「財務毒性」定義為一個醫學術語，用於描述與患者負擔相關的醫療費用問題。財務毒性包括各種財務問題，例如藥物自費支出、因治療而造成的收入損失、交通費用等。這可能導致病患面臨龐大的壓力和焦慮，甚至可能影響其遵循治療計劃。此外，財務毒性會對病人的治療造成負面影響，包括減少治療遵從性、延遲治療、降低生活質量等。另外 NIH(National Institutes of Health)研究也指出，財務毒性會影響病人選擇治療方案。一些病患可能會選擇不相符的治療指引以減少費用，或者在治療期間中斷治療以節省治療費用。中華民國乳癌病友協會在 2022 年做的問卷調查發現，近 70%乳癌病友對於自費藥物感到負擔沉重。

表 2-2 112 年全民健保惡性腫瘤醫療支出「排名前十大癌別之醫療費用支出統計表」

中文 名稱	就醫病人數		藥費(千點)		醫療費用(千點)		每人平 均 藥費 (點)	每人平 均 醫療費 用(點)
	112 年	5 年 (108~112)年 平均成長率	112 年	5 年 (108~112)年 平均成長率	112 年	5 年 (108~112)年 平均成長率		
氣管、支氣 管和肺癌	96,637	7.66%	12,276,801	12.70%	24,343,418	10.37%	127,040	251,906
乳房癌	178,036	5.72%	9,107,090	6.72%	20,018,193	7.23%	51,153	112,439
結腸、直腸 和肛門癌	114,674	1.50%	5,691,752	0.92%	16,809,689	3.41%	49,634	146,587
肝和肝內膽 管癌	70,364	0.55%	4,599,522	2.69%	12,238,364	2.33%	65,368	173,929
口腔癌	57,067	2.48%	2,202,473	6.18%	10,473,059	3.77%	38,595	183,522
前列腺(攝 護腺)癌	67,902	7.03%	4,648,865	12.27%	9,318,831	11.12%	68,464	137,239
非何杰金氏 淋巴瘤	30,552	5.08%	3,912,706	7.28%	7,603,957	7.83%	128,067	248,886
白血病	16,545	4.35%	4,448,507	4.70%	7,066,554	4.94%	268,873	427,111
食道癌	12,693	3.58%	569,962	4.65%	3,725,524	4.35%	51,220	151,539
胃癌	23,950	1.51%	1,226,725	0.18%	3,629,370	2.48%	44,911	291,229
惡性腫瘤	882,880	3.94%	55,488,570	6.76%	139,954,427	6.02%	62,850	158,520

資料來源：衛生福利部

2.2 利害關係人理論探討

利害關係人 (stakeholder) 最早在 1963 年由史丹佛研究所 (Stanford Research Institute) 提出，開啟了對企業本質的討論。隨著不同學者根據其研究需求的不同，對此名詞的定義產生了廣泛的解釋。最廣泛引用且最客觀的定義可以追溯到 1984 年 Freeman 在《Strategic Management: A Stakeholder Approach》一書中提出的，即利害關係人指的是能夠影響組織任務，或者受到組織任務影響的群體和個人。而利害關係人理論是一種關於資本主義的觀點，強調企業與其顧客、供應商、員工、投

資者、社區以及其他對該組織有利害關係的人之間的相互聯繫關係。該理論認為，企業應該為所有利害關係人創造價值，而不僅僅是為股東。了解一家企業意味著要知道這些關係如何運作並隨著時間的推移而變化。而管理者的工作是管理和塑造這些關係，為利益相關者創造更多的價值，並管理和分配該價值 (Freeman, 1984)。當利害關係人的利益存在衝突時，管理者必須找到一種方法重新思考問題，以便滿足廣泛的利害關係人的需求，甚至為每個利害關係人創造更多價值 (Harrison et al., 2010)。

Donaldson et al. (1995) 提出利害關係人理論的發展包含三個特性的分類：規範性、工具性和描述性。這種分類方式有助於將利害關係者理論清晰地歸納整理，使我們能夠更好地理解該理論與相關議題的發展方向。

- 規範性利害關係人理論：強調企業應該做正確的事情，從道德和價值觀的角度來看待經營活動，主張利害關係者對組織具有效、有規範宣示。
- 工具性利害關係人理論：透過構建一個框架來檢驗利害關係管理實踐與不同組織目標之間的因果關係，認為利害關係人可以為企業創造實質利益。
- 描述性利害關係人理論：被用來描述企業的特徵、經營理念、與利害關係人之間的關係，以及它們之間的互動，過去、現在和未來。

在企業實務中，管理者面臨的並非單一利害關係人，而是一個錯綜複雜的利害關係人網絡。這些利害關係人可能直接影響組織決策，也可能透過結盟間接施加影響力。無論是直接或間接的作用方式，均反映出利害關係人的多元屬性。Rowley (1997) 提出社會網絡分析有助於揭示組織如何融入利害關係人的網絡結構。當網絡密度增加時，組織的影響力可能受到限制，此時與擁有較大權力的利害關係人結盟將有助於重拾主導地位。相反地，缺乏足夠力量的利害關係人也可與具有影響力者合作，共同對組織決策發揮作用。換句話說，對於管理者來說，利害關係人的多元屬性本質可以被定義為利害關係人對組織衝突、互補或合作訴求的多樣性強度。

為了深入理解利害關係人網絡中彼此之間的相互影響及期望，採用契合觀念可有效識別並回應不同利害關係人的多元屬性。Venkatraman 提出了六種不同的契

合概念，包括「互動關係」、「中介效果」、「配適度」、「完形」、「輪廓偏離型」和「共變異」。這些契合觀念的理論基礎來自兩個主要構面，即是否有標準設定和變數的多寡。根據這兩個主要構面的特點，每種契合觀念所扮演的角色有所不同。根據 Mitchell et al. (1997) 提出的利害關係人特性觀念，不同利害關係人對焦點組織的關係可能涉及衝突或互補訴求。當多個利害關係人的組合產生配適契合的互動時，將會影響到本身組織。

當利害關係人之間互相合作時，其所產生的效果通常比個別利害關係人產生的總和效果更為顯著。舉例來說，病患與醫護人員之間的合作可以發掘治療方案各個面向，進而找到最適合的治療方式。透過完形契合觀念引發的綜效關係，兩個或更多利害關係人的策略合作可能會產生更大的整體效果。Rowley (1997) 也指出，當利害關係人網絡的密度增加時，利害關係人之間的溝通變得更加有效。這是因為資訊協調和分享的規模效應增加了異質同形效應的綜效，進而使組織能夠更好地應對來自利害關係人對提高綜效的壓力。

考量利害關係人多樣屬性重點在於管理者必須深入了解不同利害關係人之間的互動關係。單一利害關係者的特點或許不足以對組織產生有效的影響，然而與其他利害關係者結盟合作，其加總的特點即可能對組織產生重大影響。因此，管理者不應僅僅關注單一利害關係者的獨立特點及其與組織之間的一對一關係，而是應該更加思考注意不同利害關係者之間的互動關係。

在醫療領域，不管是醫院或藥廠，都需要與內部以及外部不同利害關係人建立和維護關係，而醫院來說，內部利害關係人除了決策者、支付者和醫務人員之外，內部利害關係人可能還包括董事會成員、志願者和捐助者；外部利害關係人除了患者外，還包括私人保險公司，以及製藥和醫療器材公司。在醫療領域進行利害關係人管理時，常見挑戰包括時間和資源管理，以及如何權衡和優先考慮來自不同利害關係人的資源投入。因此，如果能有效管理利害關係人參與可獲得多重效益，通常包括更好的協調、改善結果，以及能夠利用龐大利害關係人網絡的豐富知識 (Crowe, 2023)。

利害關係人是指對某個領域有興趣的個人或團體，而在醫療領域的利害關係人他們能夠影響決策、制定政策，並創造一個最能滿足該領域相關人員需求的環境。從經濟角度來看，我們總結了 4 種對醫療保健有主要利益的不同類型的利害關係人。（表 2-3）各種利害關係人之間的關係非常複雜，因此醫療保健通常被形容為一個複雜的適應系統（complex adaptive system）（如圖 2-1）。這意味著其行為是由各部分之間的互動和關係決定的，而不是僅由單一實體或領導者所主導。當複雜適應系統得到戰略性的管理和治理，所有利害關係人共同努力以達成期望的結果時，它們才會取得成功。不同決策很少需要涉及到所有類型的利害關係人，因此需要找到有效的利害關係人參與活動而達到明確的目標（Ratnapalan et al., 2020）。

了解醫療系統中的各方利害關係人很重要，這能有助於確保有效地管理與他們互動。利害關係人能提供寶貴的見解，幫助做出決策、改進服務和創造價值。通過一個全面的利害關係人分析，我們可以找到合作的機會，了解各利害關係人之間的關係，並制定有效的參與計劃。

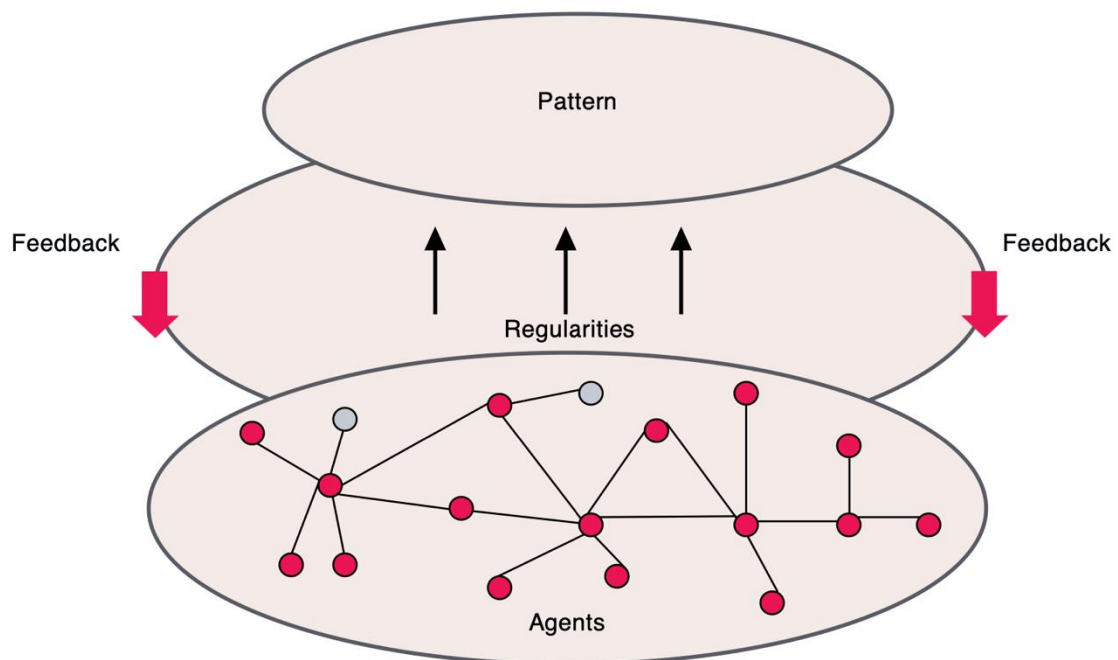


圖 2-1 複雜適應系統 (complex adaptive system)

資料來源：Ratnapalan, Savithiri MBBS, MED, PhD; Lang, Daniel PhD. Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems.



表 2-3 醫療領域利害關係人

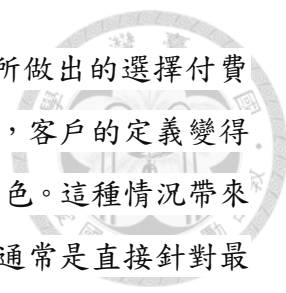
利害關係人	說明
醫師	作為治療的主要決策者，需根據病患的具體情況和最新的醫學研究，選擇最適合的治療方案。自費藥物的選擇不僅要考慮藥物的有效性，還需衡量病患的經濟承受能力和藥物可能帶來的副作用。
護理師	為重要的輔助角色，他們負責執行醫師的治療計劃，並在日常護理中觀察和報告病患的反應與需求，提供情感支持和健康教育，幫助病患及其家屬理解和應對治療過程中的各種挑戰。
病患及家屬	病患是決策的核心，他們的意願和需求直接影響治療選擇。病患需要充分了解自費藥物的益處和風險，並在醫療團隊的協助下，權衡治療效果和經濟負擔。
藥廠	作為藥物的供應方，在研發和推廣新藥方面扮演關鍵角色。藥廠需要確保藥物的安全性和有效性，同時也需考慮定價策略，使更多病患能夠負擔得起。

資料來源：本研究整理

2.3 藥物行銷與服務模式

2.3.1 製藥公司藥物行銷策略

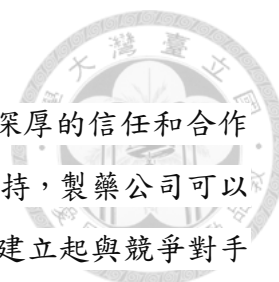
製藥產業的市場行銷策略與其他行業有著明顯的不同。這種差異主要源於處方藥品市場的特殊性，根據台灣法規，藥事法第 69 條文規定非本法所稱之藥物，不得為醫療效能之標示或宣傳。因此製藥公司直接對於社會大眾推廣療效及廣告藥品是違法的，需要透過醫療專業人員，尤其是醫師，將藥品銷售給病患。所以在處方藥品市場中，決策者是醫生，而不是最終使用藥物的患者。醫生在面對各種藥



物替代品進行選擇時，最終受益的是患者，而他們需要為醫生所做出的選擇付費（無論是自費還是通過醫療保險支付）。因此，在這樣的交易中，客戶的定義變得更加複雜，醫師在這個過程中扮演了一個關鍵決定病患用藥的角色。這種情況帶來了市場行銷策略上的挑戰和差異。在其他行業中，市場行銷策略通常是直接針對最終消費者制定的，而在處方藥品市場中，這些策略必須考慮到醫生作為決策者的角色。醫生的選擇對患者的健康和財務狀況有直接的影響，因此製藥公司必須尋找工作方法來影響醫生的選擇，同時保證患者的利益。這種特殊的市場結構也意味著處方藥品市場的市場行銷活動更加複雜。製藥公司必須與醫生建立密切的合作關係，通過提供詳細說明和免費樣品等方式來影響他們的選擇。這種策略的目的是讓醫生更加了解製藥公司的產品，並對其處方作出更有利於患者的選擇。總之，處方藥品市場的市場行銷策略與其他行業有所不同，主要是由於醫生作為決策者的角色所帶來的特殊性。製藥公司必須針對這一特殊情況制定相應的市場行銷策略，以確保他們的產品能夠得到醫生和患者的支持和選擇（Fusun F. Gönül et al. 2001）。

觀察現今市場，建立並維持長期關係以能夠與競爭對手的產品競爭的行銷策略也開始成為一種趨勢。學者 Berry（1983）認為，行銷已經從如何吸引新客戶的階段轉變為如何維持既有客戶並提高客戶忠誠度的階段。他指出，企業與客戶建立長期關係，不僅可以節省成本，還可以增加利潤。大量證據表明，現代企業與客戶之間的長期合作關係是非常有價值的（Reichheld et al. 1990）。

自 1960 年代以來，行銷學界一直強調品牌形象對企業的重要性以及其帶來的種種優勢。這些優勢包括建立顧客對品牌的忠誠度、在市場中佔據主導地位、降低通路成本以及實現更高的利潤。由於信息不對稱的關係，消費者往往無法全面了解產品的屬性，甚至在使用過後仍對產品的功效存在疑慮。在這種情況下，消費者在選擇新產品時往往只能依據之前對品牌的認同程度來做出決策。換句話說，他們會根據自己對品牌的信任程度來評估新產品的品質和可靠性。此外，品牌對於消費者來說不僅是產品的標誌，更代表著一種對產品的保證、情感的依歸以及自我的投射 McWilliam et al. (1989) 指出，消費者對品牌的認同不僅僅是對產品的偏好，更是一種情感連結和信任。品牌形象的建立不僅是企業行銷策略的一部分，更是一種與消費者之間建立長期關係的關鍵。



在這種行銷策略下，對於製藥公司而言會著重與醫師建立深厚的信任和合作關係，而不僅僅是瞄準一次性的交易。透過提供持續的價值和支持，製藥公司可以鞏固其客戶基礎，提高客戶的忠誠度，並從中獲得長期的收益也建立起與競爭對手的差異化競爭優勢。因此，現代製藥行銷已經不僅僅是單純地推銷產品，而是建立起與客戶之間持久且有價值的關係的過程。透過關係行銷的策略，製藥公司可以實現長期的成功並為客戶提供更好的價值和服務。葉怡良(2011) 製藥業關係行銷對醫師忠誠度之影響，認為關係利益、關係品質及客戶的忠誠度三者之間密不可分且相互影響。在製藥產業與醫師之間的關係中，關係利益可分為業務相關和非業務相關兩類。業務相關的關係利益來自於醫師與製藥公司的工作往來，而非業務相關的關係利益則源於私人友誼等因素。此外，研究還發現，關係品質的構成要素包括信任、滿意度和承諾，這些要素在製藥產業與醫師之間的關係中是相互關聯且密不可分的。這可能是因為製藥行業與醫療專業的特性，需要建立在信任和滿意度的基礎上，才能實現長期的承諾和合作。

除了對於醫療專業人員的藥物推廣之外，隨著網際網路愈來愈發達，民眾除了向醫療人員尋求專業建議外，也會透過大眾媒體或社群媒體去尋求相關治療的報導及新的疾病治療資訊，因此對於藥廠來說，運用大眾媒體或社群媒體來進行疾病衛教也是提升自費藥品銷售重要的一環。

除了透過大眾媒體或社群媒體來向一般民眾進行疾病衛教及藥品資訊推廣，現今在台灣許多癌症新的治療藥物都是自費的方式，因此癌症新藥負擔也是病患在進行治療方案選擇時重要的議題，治療費用是他們接受治療過程中最大的負擔之一，財務毒性可能會導致病人選擇放棄治療，藥廠為了減少病患財務毒性的發生，在行銷策略上也制定了藥費型病患支持計畫，在病患藥物使用週期中提供補貼支持方案，降低病患的自付額，進而減少病人的負擔。藥廠也希望透過病患支持計畫，減少病患的財務負擔，減少財務毒性的發生，提高藥品的市場競爭力，同時也可以增強製藥公司在病患心目中的形象和信任感，延續品牌忠誠度。

總結上述，藥廠品牌對醫師處方忠誠度和病患忠誠度具有深遠影響。醫師選擇

開立哪家藥物時，藥廠品牌的信任與信譽至關重要，良好的臨床試驗數據和穩定療效的品牌更易獲得醫師青睞。此外，藥廠通過醫學教育活動與醫師建立專業關係，提升品牌認知度和信任感，進而影響醫師處方習慣。而對病患而言，品牌信任感直接影響用藥順從性，進而影響治療效果。品牌知名度和口碑以及廣告宣傳和患者間的口耳相傳都增加品牌影響力。此外，藥廠提供的病患支持計劃，透過減輕病患經濟負擔，提升了用藥體驗，增強病患忠誠度。總之，藥廠應注重提升產品質量，加強專業推廣和教育，設計患者支持計劃，以全面提升品牌影響力增加醫師以及病患忠誠度。

2.3.2 製藥公司藥物行銷通路

製藥公司為了與醫療專業人員建立長期合作關係並且透過持續提供品牌價值和支持來進一步影響醫師認知、態度及行為等，隨著科技進步以及客戶行為的改變，製藥公司行銷策略也從主要採用“線下”行銷策略演變成“全通路”行銷策略，因為製藥公司不能直接接觸最終消費者也就是病患，加上台灣藥品廣告法規限制，（張博勝，2006）指出消費者對於自費型醫藥產品之行為模式，大多是注重在親朋好友之經驗分享與媒體訊息，所以病患本身之主導性甚強，因此品牌形象應該更注重功能性需求與經驗性需求，所以針對醫療專業人員及一般民眾疾病推廣會有不同行銷策略，以下為本研究彙整國內製藥公司幾種行銷方式：（如表 2-4）

表 2-4 製藥公司藥品行銷通路

醫療專業人員	
方式	說明
醫藥業務代表推廣	為第一線面對醫療人員的銷售者，藉由提供科學數據解決醫療人員臨床上問題，並且共同尋求病患最大利益。 （Warrier，2010）指出，醫生的處方行為直接影響了藥物的銷售情況，因此製藥公司針對醫師進行大量的市場行銷工作，以影響他們的處方行為。製藥銷售代表（PSRs）通常會拜訪醫生，向他們提供產品訊息，並通過建立夥伴關係來促進產品的使用。

醫藥學術研討會	藉由舉辦實體或線上研討會來集合醫藥人員共同討論特定疾病治療，並透過會議讓參與醫護人員了解某藥物的療效安全性以及互相分享臨床端使用經驗，提升產品使用經驗。 (Fickweiler et al. 2017) 指出經常參加由製藥公司舉辦的研討會的醫生對品牌藥物有更積極的態度，並更傾向開立品牌藥物處方。
專家會議	集合某特定疾病治療領域的意見領袖，透過此小型會議中，讓專家分享使用經驗以及建議用藥方式，並且收集資訊以傳遞給其他醫療人員。
邀請擔任會議演講者或主持人	透過邀請擔任學術會議的演講者或主持人，以提升對於藥品認同感和使用經驗。
贊助參加國外大型研討會	藉由贊助特定領域專家參加國際性重大科學及醫學會，提升特定領域知識、診斷及治療。(Fickweiler et al. 2017) 指出製藥公司贊助的會議旅行對與會者的處方合理性且有可量化的影響。在醫生參加了一個由公司贊助所有費用的研討會，藥物的開立率顯著增加。
科內演講(Seminar)	通常舉辦在醫院例行會議的前後，安排藥品介紹，除了提供藥品新知外，也會分享疾病多專科團隊的資訊，供轉診病人時參考，包括分享臨床經驗。
數位推播	透過 Veeva 或 LINE@官方帳號推播，持續傳遞藥物新知，更新新的文獻或適應症

一般社會大眾	
方式	說明
醫藥新聞	透過紙本或數位醫療報導，與醫療人員合作，傳遞醫師或病患對於某種特定疾病治療經驗，傳遞正確疾病知識，增加病患對疾病的病識感。
疾病衛教講座	藉由舉辦疾病衛教講座，並由醫療人員主持，向參與者傳達有關疾病正確治療的知識、檢查方法、健康生活方式。

病友會	透過與病友會合作，傳遞藥訊給病友也同時傳達病友的訊息給藥廠，以及協助轉達訊息給媒體或政府。藥商可以透過與病友團體的合作，獲得背書支持，進而推動產品成為主要用藥。透過這樣的合作關係，病友組織可以在最短時間內獲得大量資金，對雙方而言都是利大於弊，也可視為一種互惠關係。（李芸婷，2012）
衛教單張/衛教影片	透過衛教單張及影片傳遞疾病治療資訊，並提供疾病相關衛教工具給醫療人員，輔助醫療人員解釋治療方案

資料來源：本研究整理

總結上述，藥品行銷推廣對醫生的處方行為產生了重大影響，因此製藥公司也正積極利用各種策略來影響處方者。（M. Nandy et al. 2016）研究結果顯示，行銷活動對於製藥公司極為重要；然而，醫生更感興趣的是更新自己的科學知識，他們更願意更新知識並與藥物的最新發展保持同步。而利用數位渠道進行宣傳活動可能比傳統的實體行銷更加有效，並且通過與目標醫生更頻繁的互動、提供更多樣化的內容以及利用其他服務，如與專家會議，可以從競爭對手中脫穎而出。

隨著網路資訊普及以及藥廠積極行銷，病患開始更關注自身用藥權益，因此，影響用藥決策的角色逐漸從醫師轉移到病患身上。研究指出，藥廠在媒體行銷方面應該更著重於提供產品適應症資訊，並配合疾病衛教，以向病患提供正確的醫療知識和用藥觀念，有助於促進醫病關係。同時，藥廠也應該協助病患接受正確的醫療治療，以確保病患獲得最佳的治療效果。（陳政廷，2014）因此如果製藥公司可以藉由藥物行銷推廣來幫助醫生實現他們在臨床上治療目標以及幫助病患獲得正確治療觀念，製藥公司也可從中受益。

2.3.3 藥物服務模式

自從 1984 年 Shostack 提出以服務藍圖（Service Blueprinting）來檢視服務產出過程的概念以來，服務藍圖已成為了分析服務流程的重要工具之一。服務藍圖就如同工廠的作業流程圖一樣，是一種正確描繪服務系統的圖像或地圖。

藉此服務藍圖可用來詳細地檢視服務的產出過程。首先，它以一個流程圖的形式描繪了服務的基本產出過程，然後對每個單項活動進行詳細的分析，服務提供者可以藉此找出可能出錯的地方。透過服務藍圖，我們能夠清楚地看到服務傳送的程序、員工和顧客在其中扮演的角色，以及服務中的有形和可見成分等。

總而言之，服務藍圖提供了一個系統性的方法，讓我們能夠更深入地了解服務的運作和交互過程。這不僅有助於發現問題和改善流程，還能提高服務的品質和效率。因此，服務藍圖在服務業中具有重要的意義和功能，被廣泛應用於各個領域中。

透過將服務過程和工作流程以服務藍圖的形式邏輯化和具象化展示，可以實現以下效益：教育性、溝通性、整合性和顧客導向。

1. 教育性：了解服務系統運作對製作服務藍圖相當重要。透過學習和分析服務藍圖，工作人員可以清楚地了解他們在整個服務過程中的角色和價值。換句話說，通過簡單的方式理解服務系統，工作人員可以更好理解他們在服務中的作用（Shostack, 1992）。
2. 溝通性：服務藍圖提供了一個管道，讓一群人以具象化的藍圖作為參考點，彼此溝通並分享知識，討論心得，並設定活動的優先順序，以便專注於行動上的效力。服務藍圖的初衷在於用有效、易於理解和實用的方式向各級管理者溝通服務的細節。透過系統化地將服務系統的複雜性加以簡化，服務藍圖揭示了原本隱藏而未顯露的系統本質。
3. 整合性：服務系統的每個組成部分都有密切相關。每個部分都對整體系統的運作產生影響，並且受到整體系統的影響。透過使用服務藍圖，我們可以將看似不相關的操作活動之間建立起合理的連結，進而凸顯日常操作中的因果關係。這種方法有助於組織和管理工作，並建立起共同的基礎，以促進部門間和組織層面的溝通與知識分享。這不僅有助於提升決策的品質和服務的品質，還可以更好地理解 and 優化整個服務系統的運作。
4. 顧客導向：服務藍圖的核心理念是以顧客為導向。一份結構完整的服務藍圖提供了整體服務提供過程的總覽，清晰展示了顧客與服務系統之間的關鍵互動，以及它們之間的合理互動流程。這種視覺化的方法有助於澄清服務要素，防止服務提供人員忽略重要但不明顯的過程，並確保服務提供人員和客戶對服務系統運作的理解達成共識。

透過完整的呈現過程，服務藍圖能夠突顯模糊和模糊不清的流程，有助於改善和管理服務系統。更重要的是，它清楚地讓每位服務提供人員了解自己在整個服務系統中的角色，以及他們的工作如何影響整體服務品質和顧客滿意度。

透過服務藍圖可以全面考量醫療服務場景中，相關的人、機、環、流，以這些基本元素構思完整的服務情境。運用服務藍圖，同時考量醫療服務與藥物的使用性與商業價值和之間關聯性，完成後，將能夠更全面的檢視整體醫療服務概況、互動流程，以及服務產生的價值，同時解決病患的問題，增加醫療服務體驗感和滿意度。

2.4 藥物的採用行為

2.4.1 傳統消費者行為

消費者行為理論是一門整合性的學科，其內容包含社會學、心理學、經濟學及行銷學等範疇。國內外學者曾以不同的觀點來定義消費者行為：

1. 消費者行為是指個人或群體在購買、使用和處理商品或服務時所表現出來的行為和決策過程。這包括了消費者在認知、評估、購買、使用和處理產品或服務時所做出的各種選擇和行動。消費者行為研究關注消費者是如何選擇產品或服務、以及他們在這一過程中受到的各種因素的影響，例如個人偏好、社會文化背景、經濟因素和市場環境等（Solomon, 2019）。
2. 美國行銷協會（American Marketing Association）將消費者行為定義為：一項包含了個人和群體消費者的研究，試圖了解他們如何透過選擇、購買、使用、拋棄各項產品、創意、服務，來滿足他們的需求和欲望。
3. Peter, P.J et al. (1990)的觀點認為：「人們在交易過程中的認知、行為及環境互動關係，包含人們在不同消費狀態及環境中的思考、感受與行動間的關係。」
4. 榮泰生（1999 年）認為，消費者行為是研究購買者和交換過程。這種交換過程涉及到獲得、消費和處理產品、服務、體驗和概念的過程。

總結上述，消費者行為研究涵蓋了多個方面，包括購買動機、影響因素、再購意願及行銷策略。這領域旨在深入理解消費者在購買和使用產品時的決策過程及行為，並探討個人心理、市場環境和行銷策略之間的相互作用。通過分析消費者的

動機、喜好和行為模式，企業可以更好地預測和滿足消費者的需求，制定更有效的市場策略，提升產品銷售和品牌忠誠度。消費者行為研究對企業的市場競爭力和長期發展至關重要，因為它能夠幫助企業更好地了解消費者，並與之建立更緊密的關係。

根據 1977 年 Fishbein 與 Ajzen 提出的理性行為理論，人們在做出購買決策時考慮到自己的態度和行為意向。這意味著消費者的購買行為不僅受到他們對產品或服務的態度影響，還受到他們對購買行為的意向影響。此外，理性行為理論還強調了外部因素對態度和行為之間關係的影響。這些外部因素可能包括社會環境、文化背景、家庭和朋友的影響等。理性行為理論提供了一個更全面的框架來解釋消費者行為，有助於我們更好地理解消費者在購買決策中所考慮的因素。除了理性行為理論提供了重要的理論基礎和指導之外，還有其他許多因素會影響消費者購買決策因素，例如馬斯洛的需求層次理論提出人們會按照需求的層次和階段來追求滿足，從基本需求到更高層次的社交需求和自我實現需求。另外，消費者也會受到不同來源的訊息影響決策，將來自家人、朋友、廣告和媒體的訊息整合在一起，形成對要購買產品或服務的態度和意向。在 20 世紀初，由巴夫洛夫提出的古典制約理論中也強調了學習和經驗對消費者行為的影響。根據這一理論，人們通過重複和經驗來學習和改變他們的行為。例如，當人們通過使用產品或服務而感到滿意時，他們更有可能再次購買該產品或服務。許多學者及理論也都認為決策過程是消費者行為的核心，EKB 消費者行為模式(Engel et al. 1968) 旨在解釋消費者在購買決策過程中的行為和心理過程。EKB 模型將消費者購買行為分為五個主要階段：（如圖 2-2）

1. 問題認知（Need Recognition）：消費者認知到他們有一個需求或問題需要解決，可能是由內部刺激（例如生理需求）或外部刺激（例如廣告或社會影響）引起的。
2. 資訊尋求（Information Search）：消費者開始主動尋找有關滿足他們需求的產品或服務的信息，包括通過網絡搜索、閱讀評論和詢問他人等方式。
3. 方案評估（Evaluation of Alternatives）：消費者評估不同產品或服務之間的差異，並決定哪一個最能滿足他們的需求。
4. 購買決策（Purchase）：消費者做出購買行為的最終決定，包括選擇產品



或服務、購買地點和支付方式等。

5. 購後評估 (Post-Purchase Evaluation)：消費者購買後對產品或服務的滿意度和後續行為及評估，包括再次購買、口碑宣傳和投訴等。

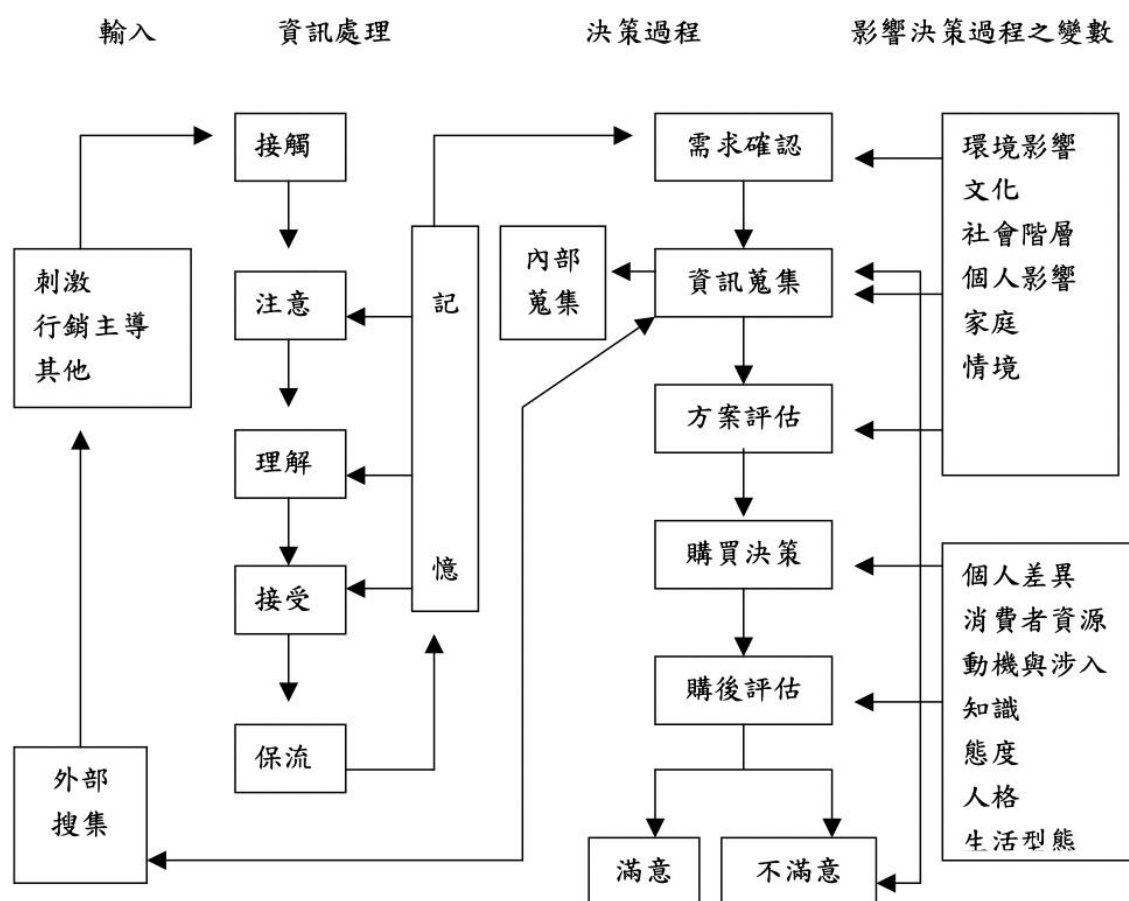
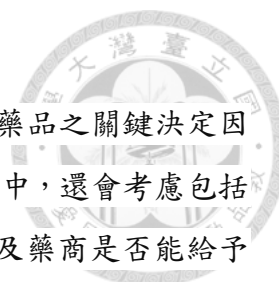


圖 2-2 EKB 消費者行為模式

資料來源：Engel, J. F., Blackwell, R. D. & Miniard, P. W. (1993).

Consumer behavior (7th ed.).

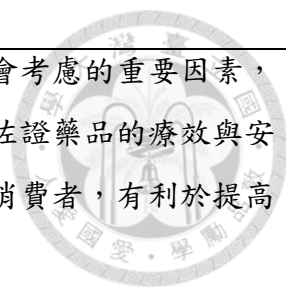
針對醫藥產業而言，此產業高度專業化資訊集中的消費過程，EKB 模式中可進一步運用於此產業中。特別是在處方藥品或非處方藥品的消費過程中。當醫師開立處方藥品給患者時，消費者會接收到相關的藥品資訊，並對這些資訊進行處理。在這個過程中，內外部因素將影響他們的決策，包括個人的醫療需求、醫生的建議、藥品的成分和效果、以及相關的成本和風險。最終，消費者將根據這些因素做出是否使用藥品的決定。



特別針對相關醫藥方面的研究，賀加光(2003)針對醫師處方藥品之關鍵決定因素分析研究，顯示除了藥品本身的因素之外，醫師在處方的過程中，還會考慮包括藥品是否具有成本/利潤效益、藥商的服務是否良好符合需求，及藥商是否能給予醫師足夠的信賴度，讓他相信該製藥廠商研發出產的藥品都是有十分良好可信的產品。樊一平(2007)針對藥品行銷組合策略與醫師處方行為之關聯性研究顯示對醫師處方行為的影響中，醫師認為藥物療效、安全性是所有醫師處方都會考慮的重要因素，作用機轉、治療準則、臨床證據等，也都是為佐證藥品的療效與安全性。而藥廠藉由公共關係行銷直接訴求病患消費者，有利於提高醫師的處方意願。邱煥民(2009)針對民眾自費購買處方藥品決策因素的研究提出影響病患購藥決策的主要因素有六項：依判別參數值大小依次為「醫師建議」、「親友建議」、「媒體報導」、「廣告」、「保養」、「曾以健保給付服用過，效果佳，但停藥後仍疼痛」（藥物使用效果）等。此結果和醫師處方藥品時所考慮的重要因素：「藥品安全及有效性，用藥方便性，藥品成本，藥商的服務及信賴度」有所差異。張博勝(2006)在自費型醫藥產品行銷策略與消費者行為研究提出消費者對於自費型醫藥產品之行為模式，大多是注重在親朋好友之經驗分享與媒體訊息，對於專業醫師反而未加以重視，而且有將近九成的消費者在到達通路前已決定品牌，會受到通路銷售人員影響的只有三成，足見男性消費者對於此類產品的選擇，其自身之主導性甚強，也與其一般之消費行為類似，而且效果與安全性的實質利益是最重要的，在品牌的分類構面，自費型醫藥產品的品牌形象較符合功能性需求與經驗性需求，較不適合象徵性需求，因此消費者行為理論也可以在此得到驗證。以上整理如表 2-5

表 2-5 藥品相關之決策過程研究

賀加光	2003	除了藥品本身的品質和效果，醫師在開立處方時也會考慮到其他因素，例如藥品的成本效益、製藥廠商的服務品質以及醫師對製藥廠商的信賴度。這些因素可以影響醫師對特定藥品的選擇，確保患者獲得最合適的治療方案。
張博勝	2006	注重在親朋好友之經驗分享與媒體訊息，對於專業醫師反而未加以重視，而且有將近九成的消費者在到達通路前已決定品牌，會受到通路銷售人員影響的只有三成，特別是男性病患更傾向於自主選擇



樊一平	2007	醫師認為藥物療效、安全性是所有醫師處方都會考慮的重要因素，作用機轉、治療準則、臨床證據等，也都是為佐證藥品的療效與安全性。而藥廠藉由公共關係行銷直接訴求病患消費者，有利於提高醫師的處方意願。
邱煥民	2009	研究指出影響民眾自費購買處方藥品決策的主要因素包括醫師建議、親友建議、媒體報導、廣告、保養以及藥物使用效果等。這些因素和醫師在處方藥品時所考慮的因素有所差異，後者主要關注藥品的安全性、有效性、用藥方便性、成本以及藥商的服務及信賴度。

資料來源：本研究整理

2.4.2 醫病共享決策

對於病患來說，最佳的病患照護是實證醫學 Evidence-based medicine (EBM)加上醫病共享決策 Shared decision making(SDM)，實證醫學強調以證據為基礎的治療決策，但應該始終將患者放在首位，並尊重其價值觀和情況。共享決策則強調醫護人員和患者之間的合作，共同探討治療選項，並尊重患者的價值觀、偏好和情況。醫學不能也不應該在缺乏最新證據的情況下進行實踐。同樣，醫學也不能在不知道和尊重患者知情偏好的情況下進行實踐。醫護人員、研究人員、教師和患者需要意識到並積極促進這些方法之間相互依賴的關係。實證醫學需要醫病共享決策，而醫病共享決策也需要實證醫學。患者需要兩者兼具 (Hoffmann TC et al., 2014)。

醫病共享決策 Shared decision making(SDM) 最早是 1982 年美國以病人為中心照護的共同福祉計畫上，為促進醫病相互尊重與溝通而提出。在 1997 年由 Charles 提出操作型定義，至少要有醫師和病人雙方共同參與，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人則提出個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項 (衛福部，2022)。

共享決策是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，能夠共同享有現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，並由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策

(衛福部，2022)。

The SHARE Approach(AHRQ，2014)是一種以病患為中心溝通技巧，指藉由有意義的對話談論病人最在意的事項，包括探索和比較每種醫療照護方案的益處、危害和風險。透過 The SHARE Approach 五步驟先總結病患健康狀況並溝通目前治療方式可能有一種以上，同時請病患家屬或照顧者一起加入討論每種治療方案的好處跟風險，也以臨床研究證據來說明比較治療方案，在說明治療方案時也要開放式積極鼓勵以及聆聽到底對於病患以及病患家屬或照顧者來說，什麼才是他們最在意的結果，最後一起與病患討論出最好的治療選擇，在制定計劃開始治療後，也要隨時監測治療決策與狀況。(如圖 2-3)

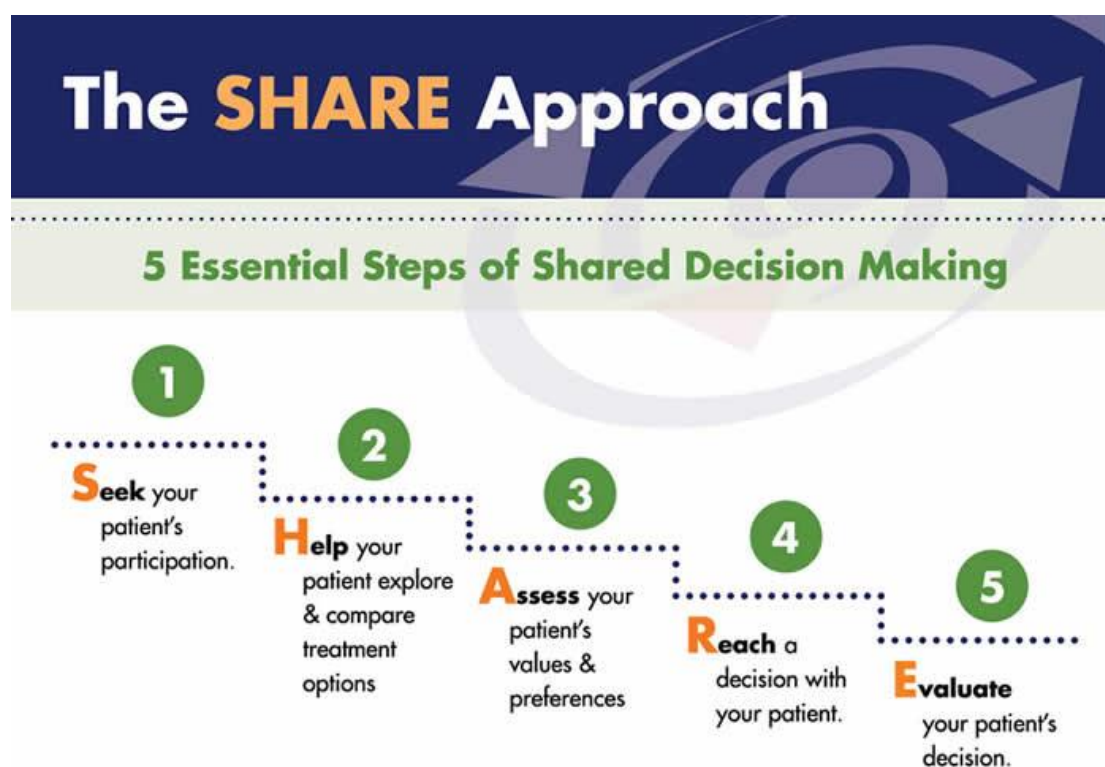


圖 2-3 The SHARE Approach Process

資料來源：Agency for Healthcare Research and Quality (2014)

根據「醫病共享決策」的認知調查，在醫病共享決策當中，「用藥」是相當重要的一環。此調查顯示，73%受訪民眾對醫師針對使用藥品詳細解說，表達肯定；但仍有近 5 成的患者或是家屬對醫師的用藥判斷存有認知落差。此外，近 7 成民

眾有原先藥品被更換的經驗，卻不太清楚為何被換藥、或者是認為換藥後效果不甚理想；4 成民眾則是對醫師用藥決策存有疑慮。



用藥是醫療決策上相當複雜的事，病人對於換藥有很多疑問，不少醫院也會存在同一病症使用不同藥品的狀況，醫療團隊需能緊密合作，並整合用藥資訊提供病患與家屬；「解決病人的用藥疑問很重要。」醫病共享決策當中，應以正確的醫療方向為基礎，可透過藥事門診運用在生物製劑與生物相似性藥品的選擇，例如：提供諮詢、衛教等服務，或許會是未來一個很好的發展方向（沈麗娟，2021）。

在醫病共享決策中，除了藉由以病患為中心的溝通技巧來溝通之外，另一個非常重要的一環是使用具有實證醫學的決策輔助工具。決策輔助工具(Patient decision aids, PDA)的目的是幫助病人參與健康照護決定的工具，協助病人釐清與溝通個人的價值觀，使病人能作出充分瞭解，且結合個人價值的決定。決策輔助工具(Patient decision aids, PDA)的形式會以結構式表單，搭配一些其他素材輔助說明，例如互動式問卷、影音、圖像化等工具來輔助，像是用藥影片就能讓病患與家屬更清楚治療方向。加上現在人手一機，不但可以透過電子化的方式，提供各種互動功能，無論是用藥資訊的傳播，或是圖像解說，甚至是運用 AI 人工智慧提供患者及家屬最即時的回覆，讓患者或患者家屬能共同參與、互動回饋，讓醫師、病患及病患家屬三方在資訊溝通上能更加理想化。

對於癌症來說，醫病共享決策尤其重要，癌症的治療日新月異，手術、化療與標靶針對不同病情有不同的組合方式（如圖 2-4），可能很多病患會認為這些組合選擇是霧裡看花，專業的部分聽醫療人員的指示就好，根據文獻指出，某些疾病存在明確有效的治療方式，更多疾病也許不只有一種治療方式，而是依照狀況有不同的治療組合，組合的不同也取決於病人的價值觀及執行能力，但是病患通常不知道有其他選項的存在，也不知道自己可以做選擇。病患在面對疾病，從確診、治療、面對副作用、追蹤等歷程時，除了要考量治療選擇之外，也要考量家庭、經濟、外貌改變以及工作等各方面，如何做出最適合自己的選擇，因此需要透過醫病共享決策釐清適合自己的決策，但如果病人經過醫病共享決策之後，仍無法做決定，醫療人員也會進一步了解其中的原因，可能是病人需要再跟其家人討論、需要更多的資訊，或是社會資源等，無論病人是否做出決定，醫療人員與病人都需定期檢視醫療

決策進度及成效。相較於以往的醫病溝通方式，經過醫病共享決策之後病人對於自己的病情和治療更清楚，也因為參與治療決策及了解可能性，病患對於未來能更有信心的面對（連珮如，2023）。

乳醫中心乳癌治療方針(SDM樹)



圖 2-4 乳醫中心乳癌治療方針(SDM 樹)

資料來源：臺北榮民總醫院 乳房醫學中心

第三章 研究方法說明



3.1 研究流程與架構

3.1.1 研究流程

本研究的研究流程分為幾個部分，目的在瞭解各種利害關係人在對於癌症自費藥物，從藥廠推廣藥物到醫師及護理師如何向病患進行醫病溝通各種治療方案的整體服務藍圖，並且透過專家訪談，以建立完整的層級分析構面與準則，最終完成癌症自費藥物決策歷程上的權重分析和比較。我們使用服務藍圖 (Service Blueprint) 來描述該癌症自費藥物決策歷程，並且進一步運用需求調查分析和層級分析法，以確定在癌症自費藥物決策歷程過程中必須考慮的關鍵成功因素。

本研究使用了質性研究方法，包括服務藍圖繪製和半結構式訪談。問卷設計則是參考相關文獻、服務藍圖和專家意見，經過第一版問卷的前測確保了問卷的效度和信度。隨後，使用層級分析法建立了指標權重模型，評估了各指標的優先順序和影響力。最後，透過專業軟體 Expert Choice 進行模擬和驗證，以找出癌症自費藥物決策過程中的關鍵因素。

詳細的流程操作步驟如下：

1. 服務藍圖的繪製：先透過文獻探討以及個人實務經驗，繪製一份服務藍圖。這份服務藍圖將描述服務的各個階段、參與者的角色以及相互作用。此部分將盡可能全面地呈現整個的運作過程。
2. 專家訪談：為了獲得專業的見解和豐富的經驗，我們將與專家進行諮詢。這些專家皆為具臨床知識和經驗的醫療人員。透過與專業醫療人員的討論，可獲得他們對整體癌症自費藥物決策歷程的見解和建議。
3. 關鍵需求分析架構的生成：在諮詢專家的過程中，將聚焦於幾個關鍵需求構面，這些構面將有助於完整我們的服務藍圖。透過整合專家意見，逐漸形成完整的層級分析架構，包含對於整體癌症自費藥物決策歷程關鍵構面與準則。
4. 多重利害關係人問卷調查：最後將進行一項多重利害關係人問卷調查。這

份問卷將基於制定的構面準則，要求評估層級分析架構的不同方面。此部分的意見和反饋，對後續癌症自費藥物決策歷程關鍵設計上的可靠度非常重要。



透過這個研究流程，我們能夠系統性地探索並發展出不同情境下多重利害關係人對於癌症自費藥物決策歷程的決策方案。期望在結合過去的研究觀察和不同利害關係人由不同的經驗或觀察角度，去瞭解癌症自費藥物決策議題並提供藥廠更多對於自費藥物推廣的策略。（如圖 3-1）

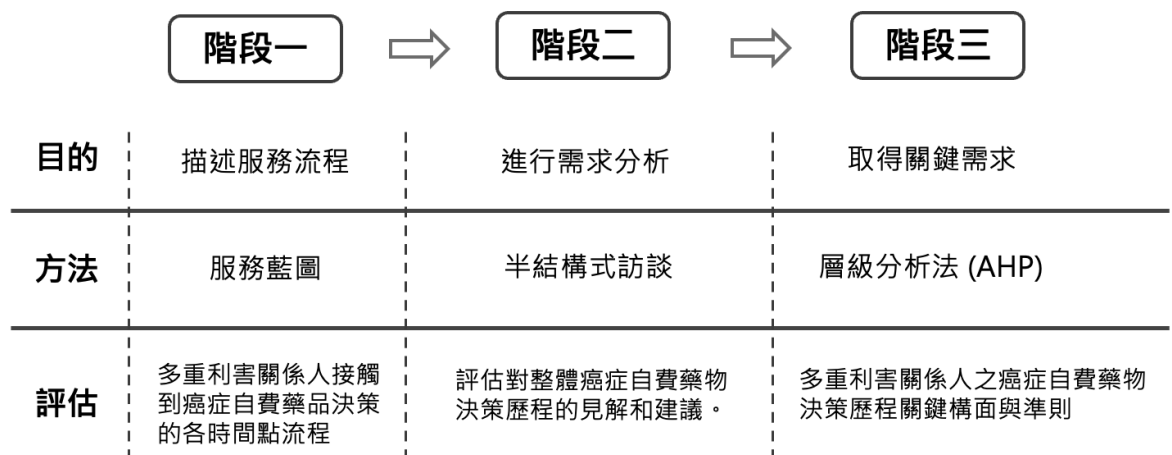


圖 3-1 研究流程

資料來源：本研究整理

3.1.2 研究架構

本研究的架構依據研究目的、分析要素及文獻探討結果，主要探討知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通及輔助措施等四項構面，如下圖 3-2 所示，透過 AHP 層級分析法進行探討各項要素影響癌症自費用藥決策評估。

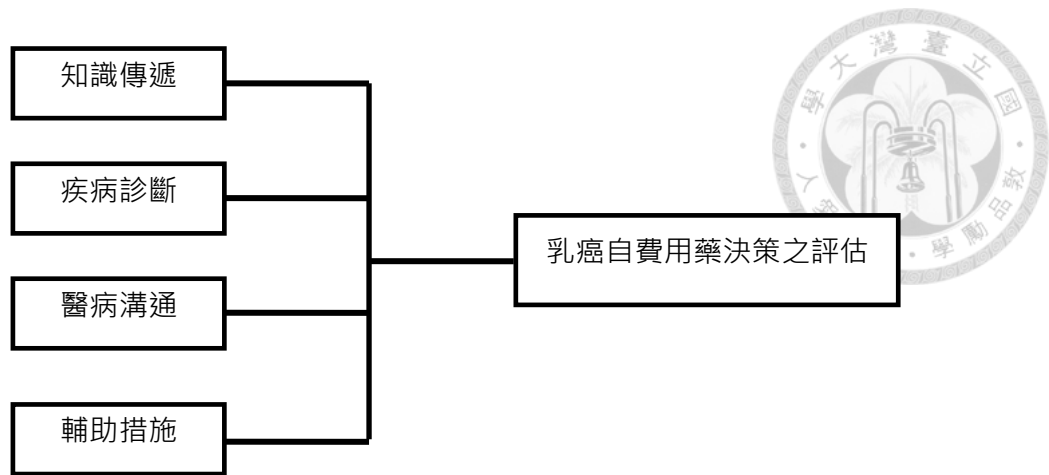


圖 3-2 研究架構

資料來源：本研究整理

3.2 研究範圍與限制

3.2.1 研究範圍

為達本次研究目的，將會從文獻探討及實證研究兩方面著手進行，故訂定範圍如下：

1. 研究內涵：

聚焦在癌症治療領域，以撇除具有健保給付的處方藥之外的自費藥物為主。影響多重利害關係人決策選擇何種自費藥物的因素很多，除了個人因素之外，還有總體因素，例如：藥物療效、安全性、商業保險、健保給付制度、學會治療指引、原廠品牌印象、媒體資訊傳遞、照護方便性、醫病溝通等等。本研究重點在探討不同利害關係人，對癌症自費藥物決策的歷程因素分析，其中訪談人員背景僅分為藥廠從業人員、臨床醫師、臨床護理人員、病友及其家屬等四種類型進行研究。

2. 研究對象：

- (1) 藥廠從業人員：第一線推廣及銷售的業務代表、全國業務經理、產品經理、行銷業務處長、醫藥學術專員
- (2) 臨床醫師：以本國具有中華民國醫師執照，在醫學中心、區域醫院執業，科別包括血液腫瘤科、乳房外科
- (3) 臨床護理人員：臨床研究助理、護理師、個案管理師
- (4) 病友以及其家屬：罹患癌症病患、照護罹癌病患之家屬



3.2.2 研究限制

因受限於區域關係，故本研究之限制如下：

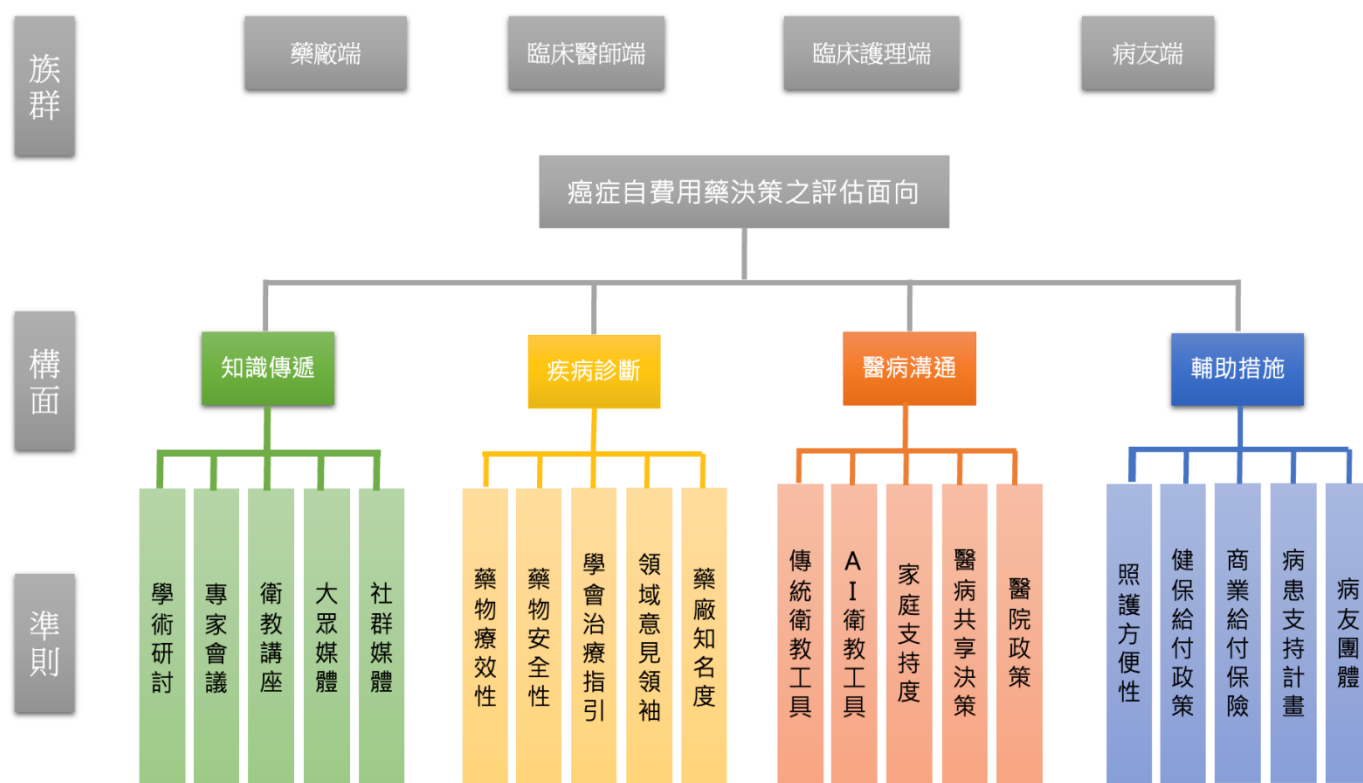
- (1) 本研究因受限於個人時間之限制，沒有進行全台灣各縣市醫院的調查，因此研究結果在推論中有所限制。
- (2) 本研究以深度訪談的方法收集資料，儘管受訪者回答問題時可能會保留一些信息，或者意識到自己的回答與實際情況有所出入，這可能導致推論上的偏差。

3.3 問卷架構

根據研究動機與目的、服務藍圖、文獻探討和專家訪談的結果，本問卷設計的內容共分為三個部分：利害關係人基本資料、主要研究構面及項目說明、主要研究構面之相互評量。主要問卷內容包括：知識傳遞構面、疾病診斷構面、醫病溝通構面、輔助措施構面等。由於影響利害關係人癌症自費藥物決策因素眾多，為避免偏離臨床實際情形，決策因素以相關文獻和多重利害關係人建議為主，主要目的是為了瞭解不同利害關係人對於癌症自費藥物選擇之決策歷程。（如圖 3-3）

圖 3-3 問卷架構

資料來源：本研究整理



3.4 問卷設計

透過文獻探討、服務藍圖繪製以及多重利害關係人訪談，歸納整理出四個影響構面與準則，分別是：知識傳遞構面、疾病診斷構面、醫病溝通構面、輔助措施構面（如表 3-1），以及決策準則（如表 3-2）。

表 3-1 四個影響構面

知識傳遞	知識傳遞的探討，涵蓋層面包含：製藥公司將相關知識和信息傳遞給醫療專業人士、患者和公眾的過程。其中包含：學術研討/專家會議/衛教講座/大眾媒體/社群媒體。
疾病診斷	疾病診斷探討，涵蓋層面包含：在進行疾病診斷時，會考慮到意見領袖的觀點和建議，還有藥廠品牌知名度，並根據最新的科學證據（藥物療效及藥物安全）和臨床指引做出適當的決策。其中包含：藥物療效性/藥物安全性/學會治療指引/領域意見領袖/藥廠知名度。
醫病溝通	醫病溝通探討，涵蓋層面包含：臨床端和患者家屬之間的溝通和交流過程。透過一些衛教工具來確保患者理解其健康狀況、治療選擇以及如何管理疾病。其中包含：傳統衛教工具/AI 衛教工具/家庭支持度/醫病共享決策/醫院政策。
輔助措施	輔助措施探討，涵蓋層面包含：幫助患者及家屬應對疾病和治療過程中的各種困難和挑戰而提供的支持和服務。這些措施旨在提高患者的生活質量，並提高對治療的依從性。其中包含：照護方便性/健保給付政策/商業保險給付/病患支持計畫/病友團體。

資料來源：本研究整理

表 3-2 四個影響構面分別涵蓋五個層面

主構面	涵蓋層面	說明
知識傳遞	學術研討	集合醫藥人員共同討論特定疾病治療的會議，並透過會議讓參與醫護人員了解某藥物的療效安全性以及互相分享臨床端使用經驗
	專家會議	集合某特定疾病治療領域的專家，透過此小型會議中，讓專家分享使用經驗以及建議用法
	衛教講座	由醫療專業人員主持，旨在向參與者傳達有關疾病治療的知識、檢查方法、健康生活方式等
	大眾媒體	由專業的記者、編輯和製作人所創建的內容，通常是由一個機構或公司管理和控制。這些媒體包括報紙、雜誌、電視、廣播等。
	社群媒體	由普通用戶創建和分享的內容，例如貼文、照片、影片等。社群媒體平台提供了一個互聯網上的交流和互動空間，使用戶可以與他人分享信息和意見。
疾病診斷	藥物療效性	藥物在治療特定疾病或症狀上的有效性。這包括藥物對症狀的緩解程度、治療的持久性、副作用的發生率以及與其他治療方法相比的優越性等方面。
	藥物安全性	指藥物使用時對人體的安全性和可耐受性。這包括藥物的副作用、不良反應、相互作用以及過量使用可能導致的風險。
	學會治療指引	由學會或相關專業組織制定的指導方針，旨在為醫療專業人員提供在特定疾病治療方面的最新和最佳的建議。這些指引通常基於最新的臨床試驗數據、專家意見和對治療效果的評估，並考慮了藥物療效性、安全性以及患者特定的情況和偏好。
	領域意見領袖	在特定疾病領域具有影響力和專業知識的人士。這些人通常擁有豐富的經驗、知識和專業技能，並在其領域內擁有一定的聲望和權威性。
	藥廠知名度	指製藥公司在市場上的知名程度或品牌知名度，包括其產品的品質、效果、安全性、市場推廣力度、研發能力、以及公眾對其形象和聲譽的認知等，也對於與臨床端合作夥伴關係會有影響。
	傳統衛教工具	衛教手冊、海報

醫病 溝通	AI 衛教工具	指利用人工智能技術來開發的衛教工具，旨在提供更個人化、準確和有效的健康教育和指導。這些工具可以利用機器學習、自然語言處理、認知計算和數據分析等技術，根據用戶的特定需求和背景，提供定制化的健康信息、建議和指引。
	家庭支持度	患者在接受醫療過程中，家庭成員的支持和參與也非常重要。家庭支持可以包括陪同就醫、提供情感支持、協助照顧和遵從醫囑等。透過家庭的支持，患者能夠感受到更多的關愛和安慰，有助於減輕治療過程中的壓力和焦慮，增強治療的信心和動力。
	醫病共享決策	醫護人員和患者之間會互相交流信息、討論治療選擇、探討風險和利益，並共同考慮患者的偏好、價值觀和生活狀況。醫護人員會提供專業的醫療建議和知識，同時尊重患者的意見和意願，讓患者在治療方案中扮演更主動的角色
	醫院政策	醫院的政策可以影響自費藥物治療，從藥物供應和價格到醫生建議和患者知情權等。患者需要了解並遵守醫院的政策，同時與醫護人員合作，做出適合自己情況的治療選擇
輔助 措施	照護方便性	指照顧、護理或治療患者的方便程度或便捷程度。例如各種照護服務或藥物使用便利性和醫療設施的可及性、易用性和適應性。
	健保給付政策	藥物有無提供健康保險給付
	商業保險給付	病患本身是否有足夠商業保險給付
	病患支持計畫	透過病患支持計畫可以幫助那些無法負擔高昂藥物費用的患者獲得所需的治療，提高其對藥物的可及性，改善其生活品質
	病友團體	病友團體對病患選擇治療方式的影響主要在於提供訊息、情感支持和建議，幫助患者更好地理解 and 應對自己的疾病

資料來源：本研究整理



3.5 研究分析方法

3.5.1 AHP 層級分析法

本研究使用的分析工具是 AHP 層級分析法 (Analytic Hierarchy Process)。AHP 的基本理念是將決策者的思維過程量化並將其轉化為一個連貫的決策模型，成為一種在多個評估標準共存的不確定性下確定優先級的決策工具。通過該方法定義了一個層級元素，並將其分組為不同類別。藉由通過成對比較問卷調查對元素和類別進行排序。此外，還可以評估受訪者判斷的是否具有一致性，並要求專家針對不一致的答案進行修改。一旦完成問卷調查，就可以提取每個類別中每個需求的相對重要性、每個類別的相對重要性以及每個需求與所有其他需求相比的重要性。因此本章節使用 AHP 層級分析法之文獻論文回顧，來探討考量多重利害關係人對於癌症自費藥品選擇決策歷程。

層級分析法 (Analytic Hierarchy Process, AHP) 為匹茲堡大學教授 Thomas L. Saaty 於 1971 年提出的一種決策方法，此種決策方法之基本概念，即是使用層級式(hierarchy)之決策判斷過程，評估現存的各個方案，並據以獲得最適當之方案，因此層級分析法主要是應用在具有多個評估準則之決策問題(鄧振源，2002)。對於 AHP 分析理念而言，Saaty 認為人們在進行方案選擇時的決策上，會針對待解決的問題，找出可作為判斷依據且彼此獨立的 n 個選項，定義其重要性並形成階層體系，兩兩比對經 $n(n-1)/2$ 次比較後，計算出各個準則和各個方案的相對權重值，據以綜合做出最佳的選擇(Satty, 1994 ; Vargas, 1990)

AHP 發展目的，就是將複雜問題系統化，由不同層面給予層級分解，經由此種決策過程，可使複雜的問題、風險不確定的情況、或分歧的判斷中尋求一致性，藉由量化的判斷來綜合評估，以提供決策的充分資訊與降低決策的風險。AHP 有三個步驟：將問題建模為層次結構，評估層次結構並確定哪些因素是相關的，以及使用 9 到 1 到 9 的尺度建立優先級。

- 層級分析法之九項基本假設(鄧振源、曾國雄，1989)：

1. 一個系統可被分解成許多種類(Classes)或成份(Components)，並形成有向網路層級結構。

- 
2. 層級結構中，每一層級的準則均假設具有獨立性(Independence)。
 3. 每一層級內的準則，可以用上一層級內某些或所有準則作為評準，進行評估。
 4. 比較評估時，可將絕對數值尺度轉換成比例尺度(Ratio Scale)。
 5. 成對比較(Pairwise Comparison)後，可使用正倒值矩陣(Positive Reciprocal Matrix) 處理。
 6. 偏好關係滿足遞移性(Transitivity)，不僅優劣關係滿足遞移性(A 優於 B，B 優於 C，則 A 優於 C)，同時強度關係亦滿足遞移性(A 優於 B 二倍，B 優於 C 三倍，則 A 優於 C 六倍)。
 7. 完全具遞移性並不容易，因此容許不具遞移性的存在，但需測試其一致性(Consistency)的程度。
 8. 準則的優勢程度，可經由加權法則(Weighted Principle)而求得。
 9. 任何準則只要出現在階層結構中，不論其優勢程度是如何小，均被認為與整個評估結構有關，而並非檢核階層結構的獨立性。

● 層級分析法之評估尺度(鄧振源、曾國雄，1989)：

AHP 層級分析法評估尺度主要包括五個等級，同等重要、稍重要、頗重要、極重要、及絕對重要，把他用名目尺度量化成 1、3、5、7、9 的衡量值；還有四項介於五個基本尺度之間的 2、4、6、8 的衡量值。有關各尺度所代表意義，如表 3-3 所述。

表 3-3 評估尺度定義說明表

評估尺度	定義	說明
1	同等重要	兩比較方案之影響程度具同等重要性
3	稍重要	兩比較方案之影響程度稍微偏向某一方案
5	頗重要	兩比較方案之影響程度強烈偏向某一方案
7	極重要	兩比較方案之影響程度非常強烈偏向某一方案

9	絕對重要	兩比較方案之影響程度肯定絕對偏向某一方案
2、4、6、8	相鄰尺度之中間值	需要有折衷值時

資料來源：本研究整理

● 層級分析法進行步驟(鄧振源、曾國雄，1989)：

1. 決定評估因素：

通過查閱相關文獻，針對欲評估之問題及因素，討論統整出影響之評估準則，以建立層級架構。

2. 建立層級結構：

處理複雜問題時，利用層級架構加以分解。基於人類無法同時對七種以上事物進行比較之假設下，每一層級的準則不宜超過七個。各評估準則之間需為獨立關係，且各評估準則下的評估準則也必須皆為獨立關係。

3. 建立成對性比較矩陣：

成對比較矩陣之建立，在於求取準則間相對的重要程度。在某一個層級之準則，以上一層級某一個準則為評估準則下，進行準則間的兩兩成對比較。

4. 計算特徵值與特徵向量：

當成對矩陣完成後，即可計算各層級準則的權重。通常都使用數值分析中常用的特徵值解法去求出特徵向量或優勢向量以求取權重。

5. 一致性檢定：

當決策者在做成對比較時，有時較難達到一慣性，因此需要進行一致性檢定。一致性檢定是以一致性指標(Consistency Index, C.I.)來檢查決策者回答所構成的成對比較矩陣是否為一致性矩陣。除了用來評量決策者的判斷外，更可以用來檢查整個層級結構是否具有 consistency，其公式為：

$$C.I. = \frac{\lambda - n}{n - 1}$$

除了一致性指標(Consistency Index, C.I.)之外，目前較多是以一致性比率(Consistency Ratio, C.R.)，一致性比率 C.R.是因為評估準則個數 n 不同，其隨機指



標值 R.I.也會有所不同，所以需要在相同的個數下，計算 C.I.值和 R.I.值的比率，用來檢定一致性的比率高低，其公式為：

$$C.R. = \frac{CI}{RI}$$

在評估尺度 1 到 9 所產生正倒矩陣中，在不同階層數下，產生不同 C.I.值稱為隨機指標(Random Index, R.I.)。因此當 C.R.值小於 0.1 時，表示成對矩陣是符合一致性。其隨機指標值如表 3-4 所述。

表 3-4 隨機指標表

階數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
R.I.	0.00	0.00	0.58	0.90	1.12	1.24	1.32	1.41	1.45	1.49

資料來源：鄧振源、曾國雄，1989

6. 整體層級權重之計算：

計算各層級準則間的權重之後，再進行計算整體準則權重，最後依照各替代方案的權重來決定最終目標的最佳替代方案。

● 層級分析法進行流程：

鄧振源、曾國雄(1989)研究指出，層級分析法分為兩部分，一是層級的建立，二是層級的評估，層級分析法是將複雜的問題，經由專家評估準則後，建立完整層級結構。在層級評估的部分，研究者需要請專家針對同一層次的準則進行兩兩評估。然後，研究者需要將評估結果轉化為同一層次準則的相對權重，檢驗成對矩陣的一致性是否有誤，以避免評估結果不符合邏輯的情況。圖 3-4 為層級分析法的分析流程。

本研究方法包括文獻探討、服務藍圖和實地深度訪談，並採用 AHP 層級分析方法進行分析。針對 AHP 分析使用 Expert Choice 軟體對結果進行分析。這個軟體已被證實在確定優先級方面很有效，而且它的限制對本研究沒有不利影響。軟體通過以下步驟來生成結果：問題建模、成對比較、評判尺度、優先級導出、一致性、聚合和敏感性分析，通過文獻回顧對研究問題的初步認識，並畫出服務藍圖，然後根據研究主題制定半結構化訪談大綱，作為深度訪談的框架。同時，利用文獻探討

的結果來補充和驗證服務藍圖流程、深度訪談和問卷測量得到的結果。

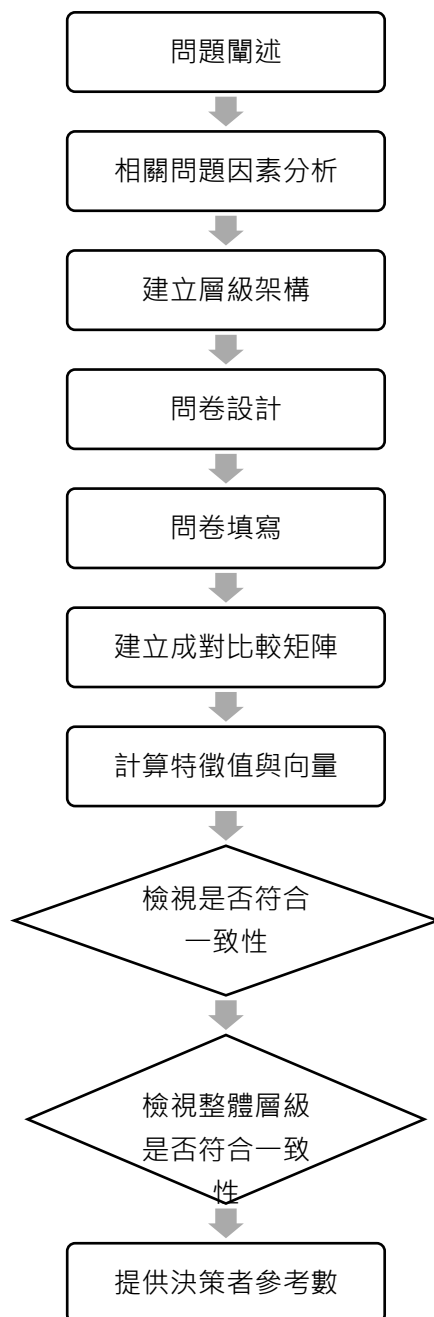


圖 3-4 層級分析法的分析流程

資料來源：鄧振源、曾國雄 (1989)

第四章 研究結果與分析



本章節將根據第三章研究方法探討之方法與架構，呈現關於多重利害關係人對於乳癌自費藥品決策歷程中的關係及流程分析以及專家分群與比較的研究結果與分析。我們先進行服務藍圖繪製，接著進行利害關係人的訪談，並對多重利害關係人對於乳癌自費藥品決策歷程進行深入分析。此外我們將進行多重利害關係人問卷調查，以瞭解不同利害關係人對癌症自費藥品的決策看法。

在第三節研究方法說明當中，我們將利害關係人分為四個群體，分別是醫師、護理師、藥廠從業人員和癌症病患及其家屬等四種群體。透過不同利害關係人分群與比較的分析，我們探討多重利害關係人對於癌症自費藥品決策觀點和看法。

最後我們進行管理意涵的討論，包括多重利害關係人對於乳癌自費藥品決策考量到底是什麼、醫療專業人員如何透過醫病共享模式去與病患溝通自費藥品的治療選擇，而藥廠在這決策其中又可以扮演什麼角色呢？這些討論將有助於提供藥廠針對癌症自費藥品的行銷模式、管理方針和策略的建議，並提升藥廠癌症自費藥品的銷售額。在本章的研究結果和分析中，我們將更深入地瞭解多重利害關係人對於癌症自費藥品決策歷程中的關係及流程、專家觀點以及管理意涵，為未來藥廠針對癌症自費藥品的行銷模式提供有價值的參考。

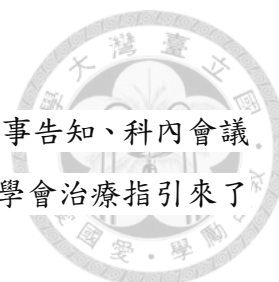
4.1 多重利害關係人對於癌症自費藥物接觸時機點流程分析

4.1.1 服務藍圖繪製

我們以目前實際狀況將藥廠從業人員、醫師、護理師及病患和其家屬對於接觸到癌症自費藥品決策的各時間點進行整合，並根據臨床醫療人員與病人的互動方式及藥廠可以提供藥品資訊的方式，分別依照互動流程和參與人員角色，簡單繪製服務藍圖並進行描述。（圖 4-1）。

先由不同利害關係人如何從不同通路提供或得知藥物治療資訊：

- 醫師：透過業務代表或是藥廠舉辦的研討會以及專家會議，或是自行從網路上以及媒體新聞得知最新 NCCN / ESMO 學會治療指引來了解目前針對不同型



別癌症的治療選擇及藥物。

- 護理師：透過業務代表或是藥廠舉辦的研討會，或是醫師同事告知、科內會議以及自行從網路上以及媒體新聞得知最新 NCCN / ESMO 學會治療指引來了解目前針對不同型別癌症的治療選擇及藥物。
- 病患及其家屬：透過醫院或是藥廠舉辦衛教講座、參加病友會、媒體新聞和親朋好友得知針對自己癌症型別的最新治療選擇。
- 藥廠：針對專業醫療人員可以藉由舉辦研討會、專家會議或是經由第一線業務代表去推廣自家藥物的治療效果。而對於一般大眾則是透過與學會或是媒體合作來發送治療相關新聞和舉辦衛教講座，並設計相關衛教工具提供給醫療人員進行醫病溝通。

再來藉由以病患角度依照時間順序列出主要服務流程：

1. 門診與住院報到：當病患抵達醫院準備進行看診前，在等待看診或安排住院的同時，護理師會先與病患進行簡單相關背景詢問，例如是否有購買商業保險及保險額度上限為多少，以及給予一些紙本衛教手冊讓病患可以先行治療選擇。
2. 疾病診斷及開立處方：當病患開始看診，在醫師解釋完目前疾病進程，並提供不同治療選擇後，病患會選擇當下決定治療藥物，或是轉由護理人員進行更詳細對於自費藥物的解說，並評估自身經濟負擔能力，回家與家人討論或是透過媒體網路進行第二意見諮詢，最後選擇治療方案。
3. 後續安排及治療評估：當病患確認治療方案後，病患會安排治療時間並且支付自費藥物費用，同時護理師會進行治療相關衛教，也針對治療選擇給予衛教資料以及藥廠提供的自費藥物病患支持計畫書，在治療開始後，醫師也會定期追蹤藥物療效以及是否有副作用產生。

總結來說，病患對於癌症自費藥物的接觸是一個自我查詢相關治療資訊到與醫師及護理師進行醫病溝通再到自我評估最後進行決策的過程，需要仔細考慮各種因素以及從中會受到不同利害關係人的影響。

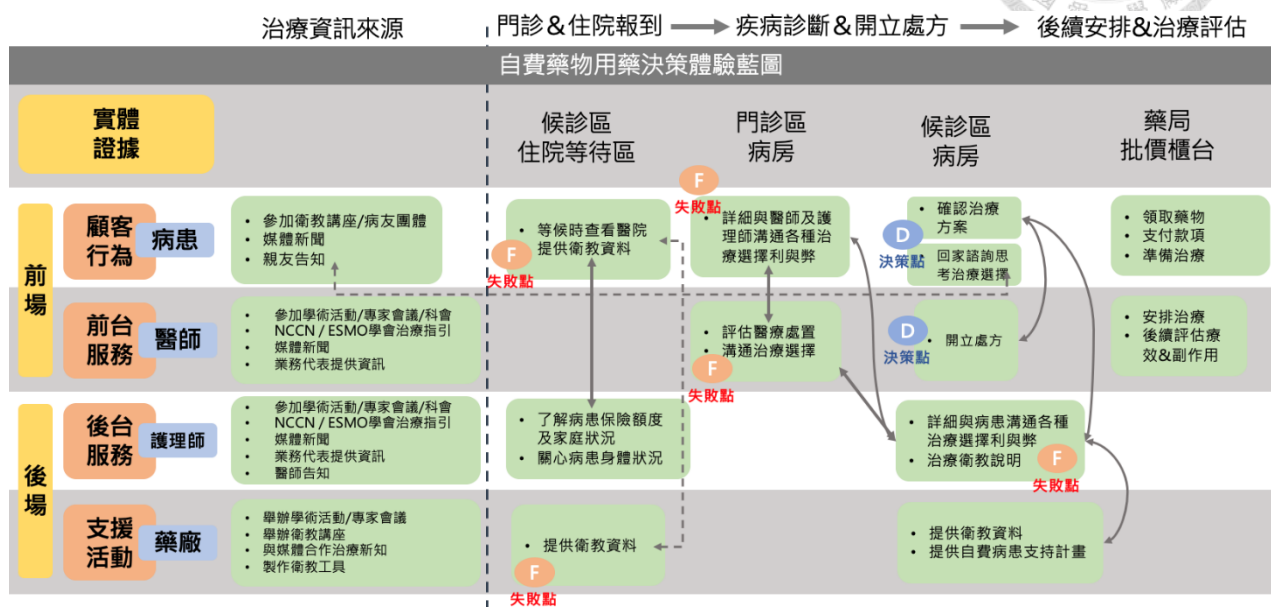


圖 4-1 多重利害關係人對於癌症自費藥物決策服務藍圖

資料來源：本研究整理

4.2 癌症自費藥物決策關鍵構面分析

4.2.1 利害關係人訪談

在進行癌症自費藥物決策關鍵構面分析的過程中，我們進行了利害關係人訪談，並邀請具有不同背景的利害關係人受訪。同時透過訪談過程，蒐集各利害關係人對於初步研究架構之判斷作為前測評估。

以下是每位利害關係人對癌症自費藥物決策的看法摘要：(如表 4-1)

1. 受訪者 A (藥廠產品經理)

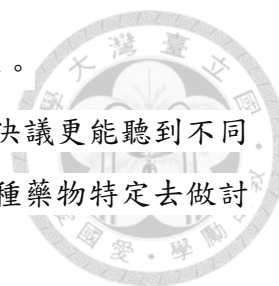
- 認為舉辦病友衛教講座、媒體露出有助於病患接觸到新的治療方式，進而自行向醫療人員提起。

2. 受訪者 B (藥廠第一線推廣及銷售業務代表)

- 認為有效益的醫病共享決策能提升病患願意使用自費藥物。

3. 受訪者 C (醫學中心專科執業醫師，血液腫瘤科)

- 認為藥物的療效與安全性兩者之間的權衡對於病患是否適合比起



NCCN Guideline 或是 ESMO Guideline 來得更重要。

- 認為廠商或學會舉辦的研討會相較於專家會議的決議更能聽到不同治療想法及臨床經驗，有時候專家會議是為了某種藥物特定去做討論，意見可能會是偏向某種特定藥物居多。

4. 受訪者 D（醫學中心專科執業醫師，血液腫瘤科）

- 關注各個大學會對於目前癌症治療的指引，包含：各線治療的排序等
- 關注各個藥物的臨床試驗結果包含：療效、安全性等

5. 受訪者 E（醫學中心執業護理師，乳房外科）

- 認為醫病溝通非常重要，在與病患進行溝通及衛教前，必須先了解病患本身經濟能力以及家庭支持度是否能配相對應的治療選擇
- 認為在現今進行醫病溝通時，傳統衛教工具對於病患理解疾病以及治療選擇還是較為方便

6. 受訪者 F（乳癌病患）

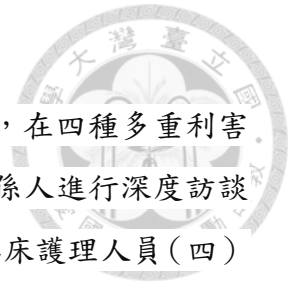
- 認為藥物有無健保以及自我本身商業保險是否能負擔是選擇用藥重要因素

表 4-1 利害關係人訪談對象

編碼	服務單位與職稱	專業領域
A	外商藥廠 / 產品經理	癌症領域
B	外商藥廠 / 業務銷售代表	癌症領域
C	醫學中心/ 主治醫師	血液腫瘤科
D	醫學中心/ 主治醫師	血液腫瘤科
E	醫學中心/ 個管師	乳房外科
F	癌症病患	NA

資料來源：本研究整理

透過利害關係人訪談的過程，我們能夠獲得不同利害關係人的角度見解，以幫助我們深入了解其關注的癌症自費藥物決策的議題構面。從專家訪談內容可得知，不同利害關係人由於不同的經驗或觀察角度，提供了多元的癌症自費藥物決策議題。



4.2.2 多重利害關係人問卷調查

研究對象為研究者針對目前有在治療癌症領域的醫療院所，在四種多重利害關係人中使用有目的的抽樣，本研究選擇了四種類別的利害關係人進行深度訪談及問卷調查，分別是：(一)藥廠從業人員(二)臨床醫師(三)臨床護理人員(四)癌症病友及其家屬。使用這種選擇方法的原因是為了了解不同利害關係人在癌症自費藥物採用決策歷程之間，對於個體考量因素和總體環境考量因素之間存在的差異。問卷蒐集時間自 2024 年 3 月 15 日至 2024 年 4 月 30 日，分別與 40 位利害關係人以半結構式一對一方式深度訪談。研究者進行訪談利害關係人之前，先以實體、線上邀約方式邀請受訪的藥廠從業人員、臨床醫師、臨床護理人員、癌症病友及其家屬。說明研究者的學生身份及研究主題後依指定時間進行一對一深度訪談，同時經訪談者同意，以同步紀錄訪談重點。

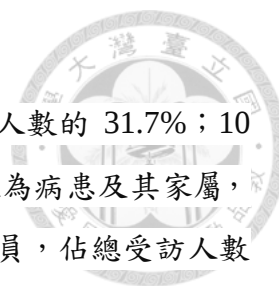
為進一步了解不同利害關係人想法，以研究者自行設計之訪談大綱進行深度訪談與討論，運用 AHP 層級分析法，從訪談過程中蒐集相關資料，若有受訪者語意之不確定時，再次以面對面方式，進行二次訪談以釐清受訪者表達之原意。

接著我們將依照專家問卷的回收狀況，以及受訪對象的基本資料進行說明。

4.2.3 多重利害關係人受訪基本資料：

在本研究中，共有 41 位多重利害關係人受訪參與問卷調查。這些利害關係人的個人基本資料呈現如下：性別方面，有 19 位為男性，佔總受訪利害關係人數的 46.3%，而 22 位為女性，佔 53.7%。年齡分布中，1 位利害關係人年齡小於 30，佔總受訪人數的 2.4%；20 位利害關係人年齡介於 30 至 39 歲之間，佔總受訪專家人數的 48.8%；15 位專家年齡介於 40 至 49 歲之間，佔 36.6%；3 位專家年齡在 50 至 59 歲之間，佔 7.3%；而 2 位專家年齡大於 60 歲，佔 4.9%。

以學歷來說，3 位利害關係人最高學歷為高中畢業，佔總受訪人數的 7.3%；24 位利害關係人最高學歷為大學畢業，佔總受訪人數的 58.5%；7 位利害關係人最高學歷為碩士畢業，佔總受訪人數的 17.1%；7 位利害關係人最高學歷為博士畢業，佔總受訪人數的 17.1%。



關於利害關係人分佈，13 位利害關係人為醫師，佔總受訪人數的 31.7%；10 位利害關係人為護理師，佔總受訪人數的 24.4%；7 位利害關係人為病患及其家屬，佔總受訪人數的 17.1%；最後，11 位利害關係人為藥廠從業人員，佔總受訪人數的 26.8%

此外，在醫師以及護理師兩種利害關係人裡面，關於執業經驗方面，5 位利害關係人執業經驗介於 6 至 10 年之間，佔受訪的醫師以及護理師兩種利害關係人總人數的 21.7%；12 位利害關係人執業經驗介於 11 至 20 年之間，佔受訪的醫師以及護理師兩種利害關係人總人數的 52.2%；6 位利害關係人執業經驗大於 20 年，佔受訪的醫師以及護理師兩種利害關係人總人數的 26.1%。

本研究將透過這些受訪的利害關係人提供的基本資料，更深入地瞭解研究結果，並以此作為說明詮釋的依據。(如表 4-2)

表 4-2 多重利害關係人受訪基本資料



類別	項目	人數	百分比
性別	男性	19	46%
	女性	22	54%
年齡	< 30歲	1	2%
	30歲-39歲	20	49%
	40歲-49歲	15	37%
	50歲-59歲	3	7%
	>=60歲	2	5%
學歷	高中	3	7%
	大學	24	59%
	碩士	7	17%
	博士	7	17%
利害關係人	醫師	13	32%
	護理師	10	24%
	病患及其家屬	7	17%
	藥廠從業人員	11	27%
醫療人員 執業經驗	< 5 年	0	0%
	6- 10 年	5	22%
	11-20 年	12	52%
	> 20年	6	26%

資料來源：本研究整理

根據回收的樣本資料可看出，總樣本數 41 人中，研究對象的性別分布呈現女性居多，原因可能為受訪的利害關係人中其中兩種利害關係人為護理師以及病患是以罹患乳癌的病患為主，因此女性受訪者較多。在年齡方面較為年輕，30 至 39 歲的受訪者佔樣本群體的大多數。就最高學歷而言，大部分最高學歷為大學。本研究群體中，受訪的不同利害關係人分布呈現平均，其中醫師是佔總樣本數最高 32%，其次是藥廠從業人員佔 27%，第三為護理師 24%，而病患及其家屬則佔 17%。可預期針對回收結果的分析具有意義，並不會特別偏向某一類利害關係人。而針對醫師及護理師這兩類利害關係人中的執業經驗分析，大部分執業年為 11-20 年，佔醫師及護理師這兩類利害關係人 52%，表示在問卷受訪者裡面的醫療專業人員以中生代居多，這群醫療專業人員同時也是前輩智慧與後輩成長的傳承者，正處於事業生涯的中期階段，既有豐富的臨床經驗，又充滿熱情，正是醫學中心發展的中流砥

柱以及主要的治療診斷者，對於癌症自費藥物決策影響層面大。(如圖 4-2)

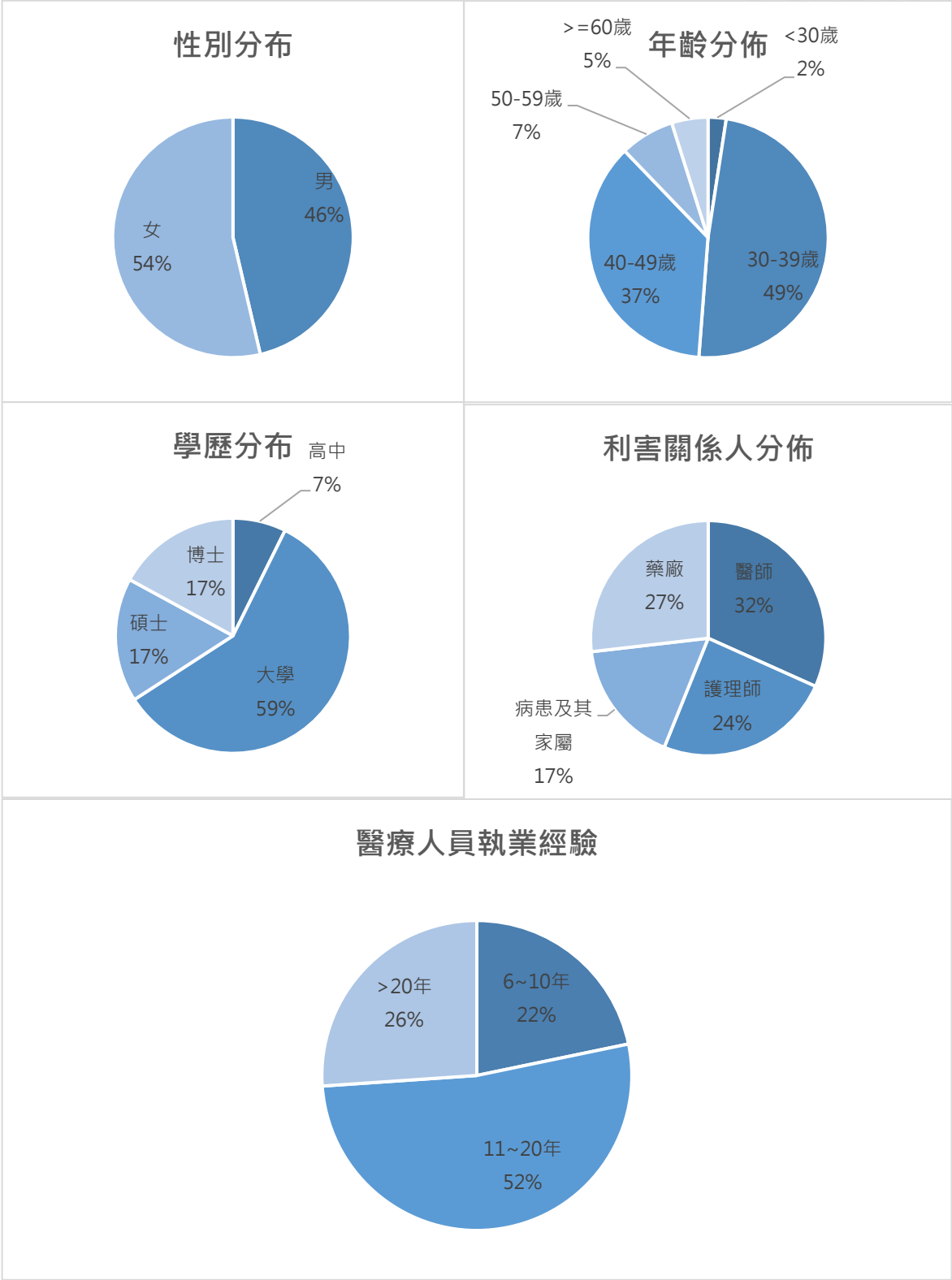


圖 4-2 回收樣本資訊

資料來源：本研究整理



4.2.4 總體分析：

根據受訪的不同利害關係人回答，我們將進行構面權重分析，以評估不同構面在癌症自費藥物選擇關鍵因素的貢獻度與重要性。這些構面包括知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通和輔助措施。請受訪利害關係人針對各個要素進行兩兩比較，並以 Expert Choice Comparison 決策分析軟體計算後，C.R 值均小於 0.1，顯示總體分析 41 份問卷符合一致性，結果如表 4-3 所示。

在【整體不分群利害關係人】構面權重分析中，我們計算每個構面的權重值，代表其對癌症自費藥物選擇的重要性。根據分析結果，疾病診斷被評估為最重要的構面，其權重為 0.0930，排名第一。接下來是醫病溝通，其權重為 0.24，排名第二。知識傳遞構面的權重為 0.2148，排名第三。最後，輔助措施構面的權重為 0.1522，排名第四。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為 4.0327，一致性指標 (C.I.) 為 0.0109，一致性比率 (C.R.) 為 0.0121。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。

表 4-3 構面權重分析及重要性排序（整體不分群利害關係人）

項次	影響構面	權重	重要性排序
A	知識傳遞	0.2148	3
B	疾病診斷	0.3930	1
C	醫病溝通	0.2400	2
D	輔助措施	0.1522	4
$\lambda_{\max}=4.0327$ C.I.=0.0109 C.R.=0.0121			

資料來源：本研究整理

4.2.5 細部分析：

接著依序針對【整體不分群利害關係人】的知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通、輔助措施等的癌症自費藥物選擇關鍵因素進行分析。

● 「知識傳遞」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【整體不分群利害關係人】：

根據分析結果，學術研討被評估為最重要的準則，其權重為 0.0644，排名第一。接下來是專家會議，其權重為 0.0638，排名第二。衛教講座的權重為 0.0324，排名第三。大眾媒體的權重為 0.0283，排名第四。最後，社群媒體的權重為 0.0258，排名第五。顯示【整體不分群利害關係人】認為「學術研討」是「知識傳遞」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為 5.1232，一致性指標 (C.I.) 為 0.0308，一致性比率 (C.R.) 為 0.0275。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-4）

表 4-4 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（整體不分群利害關係人）

構面	準則	權重	重要性排序
知識傳遞	學術研討	0.0644	1
	專家會議	0.0638	2
	衛教講座	0.0324	3
	大眾媒體	0.0283	4
	社群媒體	0.0258	5
	$\lambda_{\max}=5.1232$ C.I.= 0.0308 C.R.= 0.0275		

資料來源：本研究整理

● 「疾病診斷」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【整體不分群利害關係人】：

根據分析結果，藥物療效性被評估為最重要的準則，其權重為 0.1342，排名第一。接下來是藥物安全性，其權重為 0.1025，排名第二。學會治療指引的權重為 0.0784，排名第三。領域意見領袖的權重為 0.0532，排名第四。最後，藥廠知名度的權重為 0.0249，排名第五。顯示【整體不分群利害關係人】認為「藥物療效性」是「疾病診斷」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為 5.2150，一致性指標

(C.I.) 為0.0538，一致性比率 (C.R.) 為0.0480。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。(如表 4-5)



表 4-5 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序 (整體不分群利害關係人)

構面	準則	權重	重要性排序
疾病診斷	藥物療效性	0.1342	1
	藥物安全性	0.1025	2
	學會治療指引	0.0784	3
	領域意見領袖	0.0532	4
	藥廠知名度	0.0249	5
	$\lambda_{\max}=5.2150$ C.I.=0.0538 C.R.=0.0480		

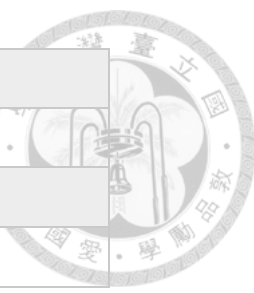
資料來源：本研究整理

● 「醫病溝通」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【整體不分群利害關係人】：

根據分析結果，家庭支持度被評估為最重要的準則，其權重為 0.0875，排名第一。接下來是醫病共享決策，其權重為 0.0551，排名第二。傳統衛教工具的權重為 0.0364，排名第三。AI 衛教工具的權重為 0.0327，排名第四。最後，醫院政策的權重為 0.0282，排名第五。顯示【整體不分群利害關係人】認為「家庭支持度」是「醫病溝通」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值($\lambda_{\max}$)為5.1725，一致性指標 (C.I.) 為0.0431，一致性比率 (C.R.) 為0.0385。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。(如表 4-6)

表 4-6 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序 (整體不分群利害關係人)

構面	準則	權重	重要性排序
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0364	3
	AI 衛教工具	0.0327	4



	家庭支持度	0.0875	1
	醫病共享決策	0.0551	2
	醫院政策	0.0282	5
	$\lambda_{\max}=5.1725$ C.I.=0.0431 C.R.=0.0385		

資料來源：本研究整理

● 「輔助措施」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【整體不分群利害關係人】：

根據分析結果，健保給付政策被評估為最重要的準則，其權重為 0.0638，排名第一。接下來是商業保險給付，其權重為 0.0404，排名第二。病患支持計畫的權重為 0.0200，排名第三。照護方便性的權重為 0.0193，排名第四。最後，病友團體的權重為 0.0087，排名第五。顯示【整體不分群利害關係人】認為「健保給付政策」是「輔助措施」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值（ $\lambda_{\max}$ ）為5.2164，一致性指標（C.I.）為0.0541，一致性比率（C.R.）為0.0483。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-7）

表 4-7 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（整體不分群利害關係人）

構面	準則	權重	重要性排序
輔助措施	照護方便性	0.0193	4
	健保給付政策	0.0638	1
	商業保險給付	0.0404	2
	病患支持計畫	0.0200	3
	病友團體	0.0087	5
	$\lambda_{\max}=5.2164$ C.I.=0.0541 C.R.=0.0483		

資料來源：本研究整理

4.2.6 整體不分群利害關係人結果分析：

表 4-8 是以本研究中的所有多重利害關係人針對癌症自費藥品決策歷程之準則進行比較分析，藉以瞭解影響【整體不分群利害關係人】之癌症自費藥物選擇關鍵因素準則的重要性。根據表 4-7 及圖 4-3 中癌症自費藥物選擇關鍵因素之整體權重分析，在本研究多重利害關係人對於癌症自費藥物選擇關鍵因素 20 項準則中，【整體不分群利害關係人】考量之癌症自費藥物選擇關鍵因素最關鍵準則為藥物療效性，其次為藥物安全性，再者為家庭支持度。由此可見，不管對於哪類利害關係人來說，藥物的療效及安全性是在選擇治療方案最重要的考量因素，其次是家庭支持度，對於不管是醫師、護理師還是病患來說，除了選擇一個具有療效且副作用低的藥物之外，如果治療方案可以降低家庭照護的負擔，那會是更好的選擇。另外，在 20 項關鍵用藥考量準則中，【整體不分群利害關係人】認為重要性較低的項目為病友團體、照護方便性、病患支持計畫，表示【整體不分群利害關係人】認為在進行「癌症自費藥物決策」關鍵考量因素選擇決策時，此 3 項關鍵準則所要考量之比例較低。（如表 4-8）

表 4-8 關鍵因素權重及重要性排名（整體不分群利害關係人）

構面	準則	權重	重要性排序
知識傳遞	學術研討	0.0644	5
	專家會議	0.0638	6
	衛教講座	0.0324	13
	大眾媒體	0.0283	14
	社群媒體	0.0258	16
疾病診斷	藥物療效性	0.1342	1
	藥物安全性	0.1025	2
	學會治療指引	0.0784	4
	領域意見領袖	0.0532	9
	藥廠知名度	0.0249	17
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0364	11
	AI 衛教工具	0.0327	12
	家庭支持度	0.0875	3
	醫病共享決策	0.0551	8
	醫院政策	0.0282	15
輔助措施	照護方便性	0.0193	19
	健保給付政策	0.0638	7
	商業保險給付	0.0404	10
	病患支持計畫	0.0200	18
	病友團體	0.0087	20

資料來源：本研究整理

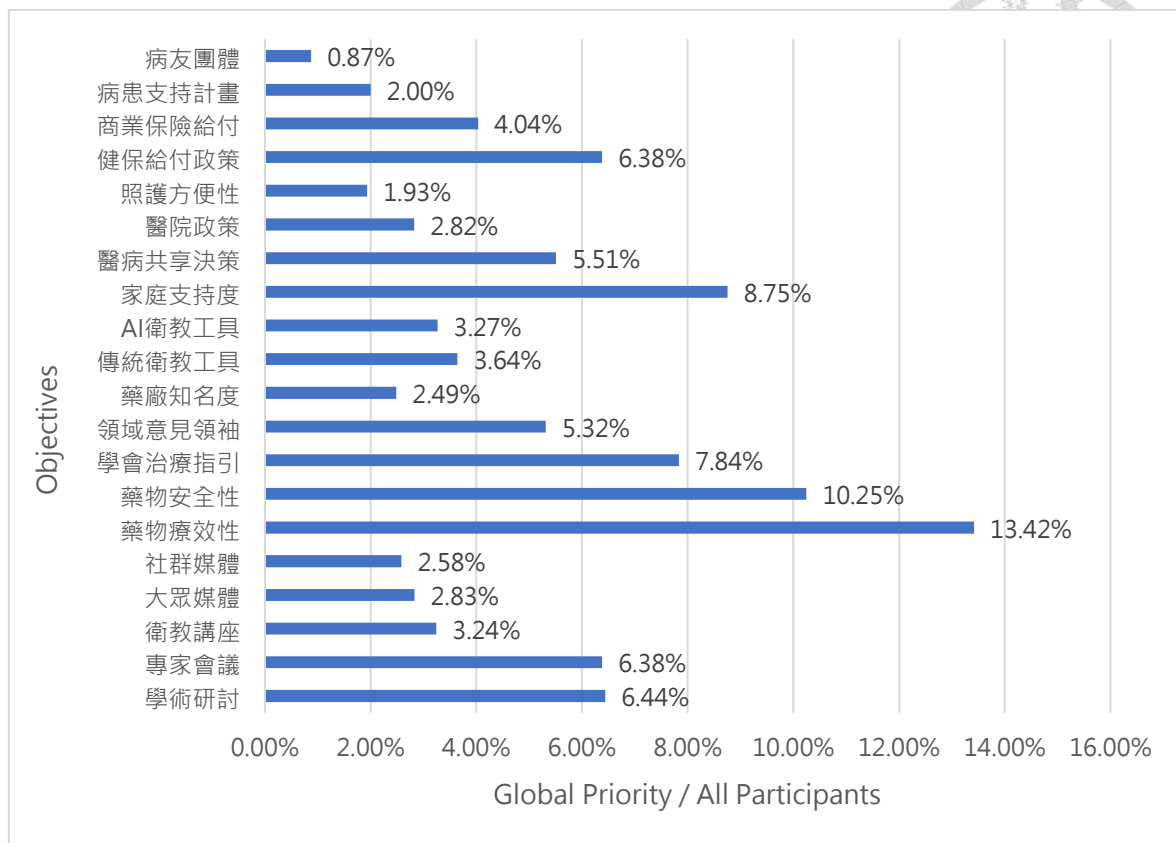


圖 4-3 關鍵因素權重（整體不分群利害關係人）

資料來源：本研究整理

4.3 不同利害關係人分群之 AHP 權重分析

在本研究中，我們根據不同利害關係人的特定背景和需求進行分群，以便進一步進行比較和分析。以下是我們使用的分群方式：

分群一：醫師

分群二：護理師

分群三：藥廠從業人員

分群四：病患及其家屬

在完成不同利害關係人分群後，我們將進一步對每個分群進行深入分析及研究，以了解其內部細項關鍵點和需求。這將有助於我們確定不同利害關係人分群在對於癌症自費藥物決策所面臨的關鍵問題，以及他們內部互動的模式。本研究將聚焦於以下四個不同利害關係人分群，透過對這些群體的深入探討，我們可以掌握他們在對於癌症自費藥物決策時的需求和遇到的挑戰，為往後的分析和討論提供寶

貴見解。



分群一：【利害關係人-醫師】權重值分析：

1. 總體分析：

根據受訪的不同利害關係人回答，我們將進行構面權重分析，以評估不同構面在癌症自費藥物選擇關鍵因素的貢獻度與重要性。這些構面包括知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通和輔助措施。請受訪利害關係人針對各個要素進行兩兩比較，並以 Expert Choice Comparison 決策分析軟體計算後，C.R 值均小於 0.1，顯示【利害關係人-醫師】問卷符合一致性，結果如表 4-9 所示。

在【利害關係人-醫師】構面權重分析中，我們計算每個構面的權重值，代表其對癌症自費藥物選擇的重要性。根據分析結果，疾病診斷被評估為最重要的構面，其權重為 0.5606，排名第一。接下來是知識傳遞，其權重為 0.1894，排名第二。醫病溝通構面的權重為 0.1445，排名第三。最後，輔助措施構面的權重為 0.1055，排名第四。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值($\lambda_{\max}$)為4.0203，一致性指標 (C.I.) 為0.0068 一致性比率 (C.R.) 為0.0075。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。

表 4-9 構面權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）

項次	影響構面	權重	重要性排序
A	知識傳遞	0.1894	2
B	疾病診斷	0.5606	1
C	醫病溝通	0.1445	3
D	輔助措施	0.1055	4
$\lambda_{\max}=4.0203$ C.I.=0.0068 C.R.=0.0075			

資料來源：本研究整理



2. 細部分析：

接著依序針對【利害關係人-醫師】的知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通、輔助措施等的癌症自費藥物選擇關鍵因素進行分析。

● 「知識傳遞」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【利害關係人-醫師】：

根據分析結果，專家會議被評估為最重要的準則，其權重為 0.0749，排名第一。接下來是學術研討，其權重為 0.0744，排名第二。衛教講座的權重為 0.0186，排名第三。大眾媒體的權重為 0.0111，排名第四。最後，社群媒體的權重為 0.0103，排名第五。顯示【利害關係人-醫師】認為「專家會議」是「知識傳遞」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為 5.0703，一致性指標 (C.I.) 為 0.0176，一致性比率 (C.R.) 為 0.0157。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。(如表 4-10)

表 4-10 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序 (利害關係人-醫師)

構面	準則	權重	重要性排序
知識傳遞	學術研討	0.0744	2
	專家會議	0.0749	1
	衛教講座	0.0186	3
	大眾媒體	0.0111	4
	社群媒體	0.0103	5
	$\lambda_{\max}=5.0703$ C.I.=0.0176 C.R.=0.0157		

資料來源：本研究整理

● 「疾病診斷」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【利害關係人-醫師】：

根據分析結果，藥物療效性被評估為最重要的準則，其權重為 0.1927，排名第一。接下來是學會治療指引，其權重為 0.1322，排名第二。藥物安全性的權重為 0.1302，排名第三。領域意見領袖的權重為 0.0824，排名第四。最後，藥廠知名度的權重為

0.0232，排名第五。顯示【利害關係人-醫師】認為「藥物療效性」是「疾病診斷」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為5.1581，一致性指標 (C.I.) 為0.0395，一致性比率 (C.R.) 為0.0353。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-11）

表 4-11 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）

構面	準則	權重	重要性排序
疾病診斷	藥物療效性	0.1927	1
	藥物安全性	0.1302	3
	學會治療指引	0.1322	2
	領域意見領袖	0.0824	4
	藥廠知名度	0.0232	5
	$\lambda_{\max}=5.1581$ C.I.=0.0395 C.R.=0.0353		

資料來源：本研究整理

● 「醫病溝通」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【利害關係人-醫師】：

根據分析結果，家庭支持度被評估為最重要的準則，其權重為 0.0502，排名第一。接下來是醫病共享決策，其權重為 0.0350，排名第二。傳統衛教工具的權重為 0.0220，排名第三。醫院政策的權重為 0.0210，排名第四。最後，AI 衛教工具的權重為 0.0163，排名第五。顯示【利害關係人-醫師】認為「家庭支持度」是「醫病溝通」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為5.1429，一致性指標 (C.I.) 為0.0357，一致性比率 (C.R.) 為0.0319。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-12）

表 4-12 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）

構面	準則	權重	重要性排序
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0220	3
	AI 衛教工具	0.0163	5
	家庭支持度	0.0502	1
	醫病共享決策	0.0350	2
	醫院政策	0.0210	4
	$\lambda_{\max}=5.1429$ C.I.=0.0357 C.R.=0.0319		

資料來源：本研究整理

● 「輔助措施」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析【利害關係人-醫師】：

根據分析結果，健保給付政策被評估為最重要的準則，其權重為 0.0491，排名第一。接下來是商業保險給付，其權重為 0.0246，排名第二。病患支持計畫的權重為 0.0139，排名第三。照護方便性的權重為 0.0130，排名第四。最後，病友團體的權重為 0.0049，排名第五。顯示【利害關係人-醫師】認為「健保給付政策」是「輔助措施」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值（ $\lambda_{\max}$ ）為 5.1429，一致性指標（C.I.）為 0.0357，一致性比率（C.R.）為 0.0319。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-13）

表 4-13 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-醫師）

構面	準則	權重	重要性排序
輔助措施	照護方便性	0.0130	4
	健保給付政策	0.0491	1
	商業保險給付	0.0246	2
	病患支持計畫	0.0139	3
	病友團體	0.0049	5
	$\lambda_{\max}=5.1429$ C.I.=0.0357 C.R.=0.0319		

資料來源：本研究整理

3. 【利害關係人-醫師】結果分析：

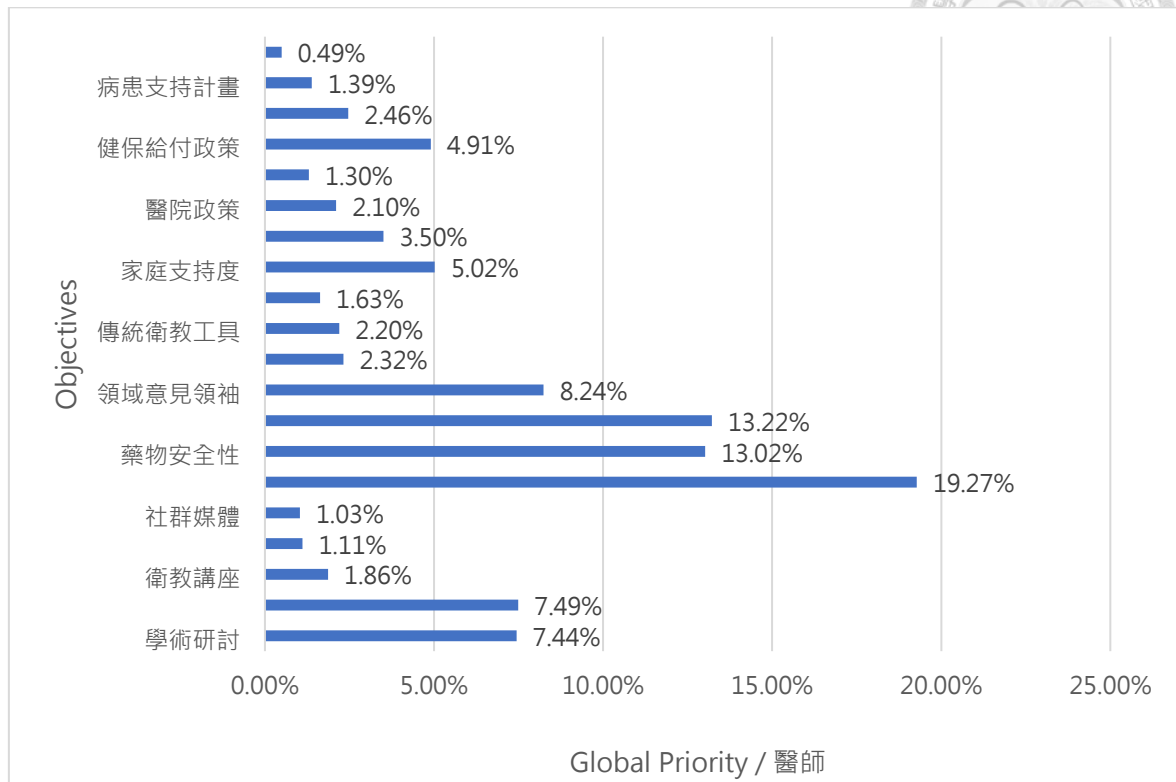
表 4-14 是以本研究中的所有多重利害關係人針對癌症自費藥品決策歷程之準則進行比較分析，藉以瞭解影響【利害關係人-醫師】之癌症自費藥物選擇關鍵因素準則的重要性。根據表 4-14 及圖 4-4 中癌症自費藥物選擇關鍵因素之整體權重分析，在本研究多重利害關係人對於癌症自費藥物選擇關鍵因素 20 項準則中，【利害關係人-醫師】考量之癌症自費藥物選擇關鍵因素最關鍵準則為藥物療效性，其次為學會治療指引，再者為藥物安全性。由此可見，對於醫師來說，藥物本身的療效及安全性是在選擇治療方案最重要的考量因素，以及學會治療指引也是醫師在選擇治療方案重要的參考指標。總之，醫師在選擇治療方案時，必須基於全面的考量和專業判斷，平衡療效、安全性與學會治療指引，進而為患者提供最適合的治療選擇，同時也會參考相關治療指引，以確保其決策符合最新的醫學標準和最佳治療選擇。另外，在 20 項關鍵用藥考量準則中，【利害關係人-醫師】認為重要性較低的項目為大眾媒體、社群媒體、病友團體，表示【利害關係人-醫師】認為在進行「癌症自費藥物決策」關鍵考量因素選擇決策時，此 3 項關鍵準則所要考量之比例較低，也代表醫師認為這些媒體渠道提供的訊息在決策過程中佔比較少。（如表 4-14）

表 4-14 關鍵因素權重及重要性排名（利害關係人-醫師）

構面	準則	權重	重要性排序
知識傳遞	學術研討	0.0744	6
	專家會議	0.0749	5
	衛教講座	0.0186	14
	大眾媒體	0.0111	18
	社群媒體	0.0103	19
疾病診斷	藥物療效性	0.1927	1
	藥物安全性	0.1302	3
	學會治療指引	0.1322	2
	領域意見領袖	0.0824	4
	藥廠知名度	0.0232	11
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0220	12
	AI 衛教工具	0.0163	15
	家庭支持度	0.0502	7
	醫病共享決策	0.0350	9
	醫院政策	0.0210	13
輔助措施	照護方便性	0.0130	17
	健保給付政策	0.0491	8
	商業保險給付	0.0246	10
	病患支持計畫	0.0139	16
	病友團體	0.0049	20

資料來源：本研究整理

圖 4-4 關鍵因素權重（利害關係人-醫師）



資料來源：本研究整理

分群二：【利害關係人-護理師】權重值分析：

1. 總體分析：

根據受訪的不同利害關係人回答，我們將進行構面權重分析，以評估不同構面在癌症自費藥物選擇關鍵因素的貢獻度與重要性。這些構面包括知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通和輔助措施。請受訪利害關係人針對各個要素進行兩兩比較，並以 Expert Choice Comparison 決策分析軟體計算後，C.R 值均小於 0.1，顯示【利害關係人-護理師】問卷符合一致性，結果如表 4-15 所示。

在【利害關係人-護理師】構面權重分析中，我們計算每個構面的權重值，代表其對癌症自費藥物選擇的重要性。根據分析結果，知識傳遞被評估為最重要的構面，其權重為 0.4194，排名第一。接下來是疾病診斷，其權重為 0.2819，排名第二。醫病溝通構面的權重為 0.1914，排名第三。最後，輔助措施構面的權重為 0.1072，排名第四。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為 4.0329，一致性指標 (C.I.) 為 0.0110，一致性比率 (C.R.) 為 0.0122。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。

表 4-15 構面權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）

項次	影響構面	權重	重要性排序
A	知識傳遞	0.4194	1
B	疾病診斷	0.2819	2
C	醫病溝通	0.1914	3
D	輔助措施	0.1072	4
$\lambda_{\max}=4.0329$ C.I.=0.0110 C.R.=0.0122			

資料來源：本研究整理

2. 細部分析：

接著依序針對【利害關係人-護理師】的知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通、輔助措施等的癌症自費藥物選擇關鍵因素進行分析。

● 「知識傳遞」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析【利害關係人-護理師】：

根據分析結果，學術研討被評估為最重要的準則，其權重為 0.1747，排名第一。接下來是專家會議，其權重為 0.1041，排名第二。衛教講座的權重為 0.0647，排名第三。大眾媒體的權重為 0.0387，排名第四。最後，社群媒體的權重為 0.0372，排名第五。顯示【利害關係人-護理師】認為「學術研討」是「知識傳遞」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值（ $\lambda_{\max}$ ）為 5.1572，一致性指標（C.I.）為 0.0393，一致性比率（C.R.）為 0.0351。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-16）

表 4-16 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）

構面	準則	權重	重要性排序
----	----	----	-------

知識傳遞	學術研討	0.1747	1
	專家會議	0.1041	2
	衛教講座	0.0647	3
	大眾媒體	0.0387	4
	社群媒體	0.0372	5
	$\lambda_{\max}=5.1572$ C.I.=0.0393 C.R.=0.0351		

資料來源：本研究整理

- 「疾病診斷」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析【利害關係人-護理師】：

根據分析結果，藥物療效性被評估為最重要的準則，其權重為 0.0926，排名第一。接下來是藥物安全性，其權重為 0.0793，排名第二。學會治療指引的權重為 0.0562，排名第三。領域意見領袖的權重為 0.0344，排名第四。最後，藥廠知名度的權重為 0.0194，排名第五。顯示【利害關係人-護理師】認為「藥物療效性」是「疾病診斷」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值（ $\lambda_{\max}$ ）為 5.3042，一致性指標（C.I.）為 0.0760，一致性比率（C.R.）為 0.0679。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-17）

表 4-17 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）

構面	準則	權重	重要性排序
疾病診斷	藥物療效性	0.0926	1
	藥物安全性	0.0793	2
	學會治療指引	0.0562	3
	領域意見領袖	0.0344	4
	藥廠知名度	0.0194	5
	$\lambda_{\max}=5.3042$ C.I.=0.0760 C.R.=0.0679		

資料來源：本研究整理

● 「醫病溝通」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【利害關係人-護理師】：

根據分析結果，傳統衛教工具被評估為最重要的準則，其權重為 0.0598，排名第一。接下來是家庭支持度，其權重為 0.0442，排名第二。AI 衛教工具的權重為 0.0372，排名第三。醫病共享決策的權重為 0.0346，排名第四。最後，醫院政策的權重為 0.0157，排名第五。顯示【利害關係人-護理師】認為「傳統衛教工具」是「醫病溝通」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為 5.1864，一致性指標 (C.I.) 為 0.0466，一致性比率 (C.R.) 為 0.0416。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-18）

表 4-18 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）

構面	準則	權重	重要性排序
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0598	1
	AI 衛教工具	0.0372	3
	家庭支持度	0.0442	2
	醫病共享決策	0.0346	4
	醫院政策	0.0157	5
	$\lambda_{\max}=5.1864$ C.I.=0.0466 C.R.=0.0416		

資料來源：本研究整理

● 「輔助措施」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【利害關係人-護理師】：

根據分析結果，健保給付政策被評估為最重要的準則，其權重為 0.0364，排名第一。接下來是商業保險給付，其權重為 0.0252，排名第二。照護方便性的權重為 0.0241，排名第三。病患支持計畫的權重為 0.0140，排名第四。最後，病友團體的權重為 0.0075，排名第五。顯示【利害關係人-護理師】認為「健保給付政策」是「輔助措施」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為 5.1770，一致性指標 (C.I.) 為 0.0442，

一致性比率（C.R.）為0.0395。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-19）



表 4-19 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-護理師）

構面	準則	權重	重要性排序
輔助措施	照護方便性	0.0241	3
	健保給付政策	0.0364	1
	商業保險給付	0.0252	2
	病患支持計畫	0.0140	4
	病友團體	0.0075	5
	$\lambda_{\max}=5.1770$ C.I.=0.0442 C.R.=0.0395		

資料來源：本研究整理

3. 【利害關係人-護理師】結果分析：

表 4-20 是以本研究中的所有多重利害關係人針對癌症自費藥品決策歷程之準則進行比較分析，藉以瞭解影響【利害關係人-護理師】之癌症自費藥物選擇關鍵因素準則的重要性。根據表 4-20 及圖 4-5 中癌症自費藥物選擇關鍵因素之整體權重分析，在本研究多重利害關係人對於癌症自費藥物選擇關鍵因素 20 項準則中，【利害關係人-護理師】考量之癌症自費藥物選擇關鍵因素最關鍵準則為學術研討，其次為專家會議，再者為藥物療效性。另外，在 20 項關鍵用藥考量準則中，【利害關係人-護理師】認為重要性較低的項目為醫院政策、病患支持計畫、病友團體，表示【利害關係人-護理師】認為在進行「癌症自費藥物決策」關鍵考量因素選擇決策時，此 3 項關鍵準則所要考量之比例較低。由此可見，對於護理師來說，專家會議提供了對特定藥物治療方案的專業意見和建議，幫助護理師了解最新的治療趨勢和臨床經驗。學術研討則是護理師不斷學習和更新知識的平台，讓他們了解最新的研究成果和治療進展。而藥物療效則是護理師考量的核心因素，在與臨床醫師討論治療方案時，他們會根據藥物對疾病的治療效果和患者的情況，選擇最適合的治療方案，儘管醫院政策和病患支持計畫以及病友團體的作用有限，但護理師仍然致力於為患者提供最適合的治療方案和支持。（如表 4-20）

表 4-20 關鍵因素權重及重要性排名（利害關係人-護理師）

構面	準則	權重	重要性排序
知識傳遞	學術研討	0.1747	1
	專家會議	0.1041	2
	衛教講座	0.0647	5
	大眾媒體	0.0387	9
	社群媒體	0.0372	10
疾病診斷	藥物療效性	0.0926	3
	藥物安全性	0.0793	4
	學會治療指引	0.0562	7
	領域意見領袖	0.0344	14
	藥廠知名度	0.0194	17
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0598	6
	AI 衛教工具	0.0372	11
	家庭支持度	0.0442	8
	醫病共享決策	0.0346	13
	醫院政策	0.0157	18
輔助措施	照護方便性	0.0241	16
	健保給付政策	0.0364	12
	商業保險給付	0.0252	15
	病患支持計畫	0.0140	19
	病友團體	0.0075	20

資料來源：本研究整理

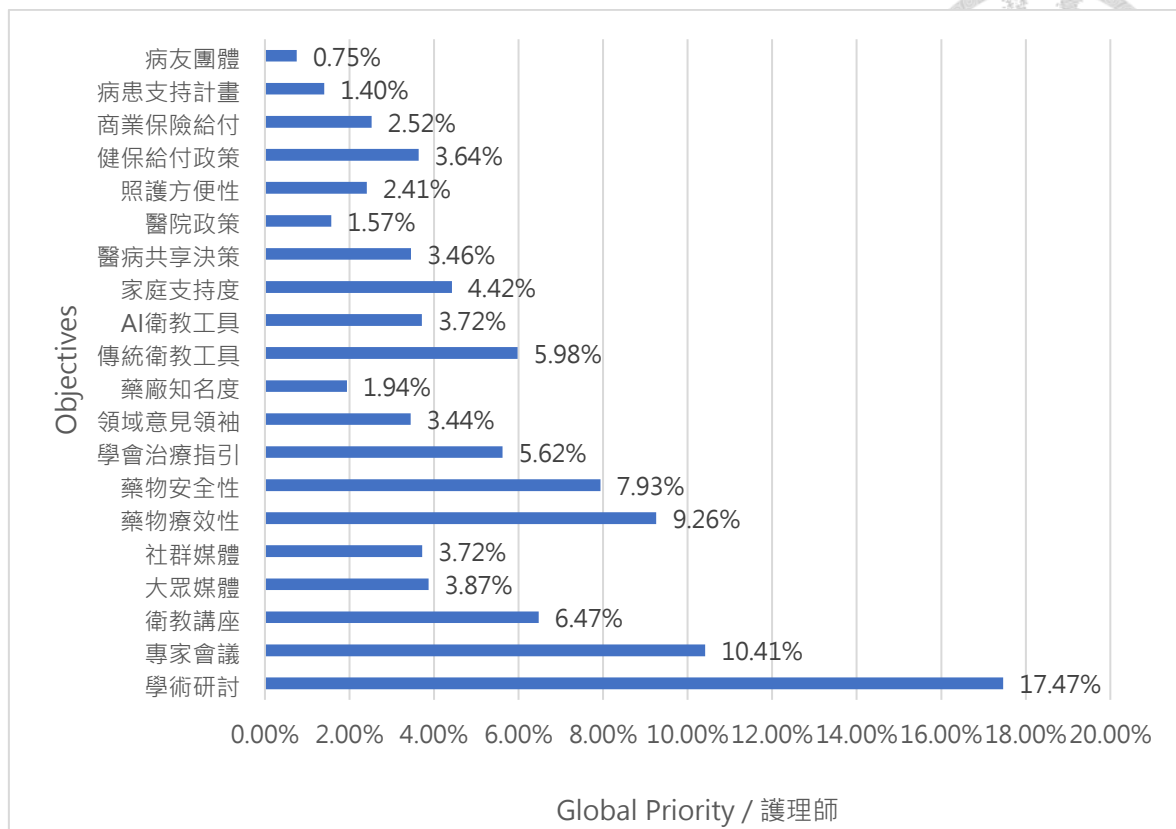


圖 4-5 關鍵因素權重（利害關係人-護理師）

資料來源：本研究整理

分群三：【利害關係人-病患及其家屬】權重值分析：

1. 總體分析：

根據受訪的不同利害關係人回答，我們將進行構面權重分析，以評估不同構面在癌症自費藥物選擇關鍵因素的貢獻度與重要性。這些構面包括知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通和輔助措施。請受訪利害關係人針對各個要素進行兩兩比較，並以 Expert Choice Comparison 決策分析軟體計算後，C.R 值均小於 0.1，顯示【利害關係人-病患及其家屬】問卷符合一致性，結果如表 4-21 所示。

在【利害關係人-病患及其家屬】構面權重分析中，我們計算每個構面的權重值，代表其對癌症自費藥物選擇的重要性。根據分析結果，醫病溝通被評估為最重要的構面，其權重為 0.3478，排名第一。接下來是輔助措施，其權重為 0.3328，排名第二。疾病診斷構面的權重為 0.2118，排名第三。最後，知識傳遞構面的權重為 0.1076，排名第四。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大

特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為4.0270，一致性指標 (C.I.) 為0.0090，一致性比率 (C.R.) 為0.0100。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。

表 4-21 構面權重分析及重要性排序 (利害關係人-病患及其家屬)

項次	影響構面	權重	重要性排序
A	知識傳遞	0.1076	4
B	疾病診斷	0.2118	3
C	醫病溝通	0.3478	1
D	輔助措施	0.3328	2
$\lambda_{\max}=4.0270$ C.I.=0.0090 C.R.=0.0100			

資料來源：本研究整理

2. 細部分析：

接著依序針對【利害關係人-病患及其家屬】的知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通、輔助措施等的癌症自費藥物選擇關鍵因素進行分析。

● 「知識傳遞」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【利害關係人-病患及其家屬】：

根據分析結果，衛教講座被評估為最重要的準則，其權重為 0.0179，排名第一。接下來是大眾媒體，其權重為 0.0381，排名第二。社群媒體的權重為 0.0350，排名第三。學術研討的權重為 0.0085，排名第四。最後，專家會議的權重為 0.0082，排名第五。顯示【利害關係人-病患及其家屬】認為「衛教講座」是「知識傳遞」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為5.1098，一致性指標 (C.I.) 為0.0274，一致性比率 (C.R.) 為0.0245。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。(如表 4-22)

表 4-22 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）

構面	準則	權重	重要性排序
知識傳遞	學術研討	0.0085	4
	專家會議	0.0082	5
	衛教講座	0.0179	1
	大眾媒體	0.0381	2
	社群媒體	0.0350	3
	$\lambda_{\max}=5.1098$ C.I.=0.0274 C.R.=0.0245		

資料來源：本研究整理

● 「疾病診斷」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析【利害關係人-病患及其家屬】：

根據分析結果，藥物安全性被評估為最重要的準則，其權重為 0.0725，排名第一。接下來是，藥物療效性其權重為 0.0471，排名第二。藥廠知名度的權重為 0.0409，排名第三。學會治療指引的權重為 0.0273，排名第四。最後，領域意見領袖的權重為 0.0240，排名第五。顯示【利害關係人-病患及其家屬】認為「藥物安全性」是「疾病診斷」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值（ $\lambda_{\max}$ ）為 5.1447，一致性指標（C.I.）為 0.0362，一致性比率（C.R.）為 0.0323。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-23）

表 4-23 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）

構面	準則	權重	重要性排序
疾病診斷	藥物療效性	0.0471	2
	藥物安全性	0.0725	1
	學會治療指引	0.0273	4
	領域意見領袖	0.0240	5

	藥廠知名度	0.0409	3
	$\lambda_{\max}=5.1447$ C.I.=0.0362 C.R.=0.0323		

資料來源：本研究整理

- 「醫病溝通」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析【利害關係人-病患及其家屬】：

根據分析結果，家庭支持度被評估為最重要的準則，其權重為 0.1844，排名第一。接下來是醫病共享決策，其權重為 0.0653，排名第二。AI 衛教工具的權重為 0.0466，排名第三。傳統衛教工具的權重為 0.0259，排名第四。最後，醫院政策的權重為 0.0276，排名第五。顯示【利害關係人-病患及其家屬】認為「家庭支持度」是「醫病溝通」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值（ $\lambda_{\max}$ ）為 5.1393，一致性指標（C.I.）為 0.0348，一致性比率（C.R.）為 0.0311。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-24）

表 4-24 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）

構面	準則	權重	重要性排序
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0259	4
	AI 衛教工具	0.0446	3
	家庭支持度	0.1844	1
	醫病共享決策	0.0653	2
	醫院政策	0.0276	5
	$\lambda_{\max}=5.1393$ C.I.=0.0348 C.R.=0.0311		

資料來源：本研究整理

- 「輔助措施」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析【利害關係人-病患及其家屬】：

根據分析結果，商業保險給付被評估為最重要的準則，其權重為 0.1170，排名第一。接下來是，健保給付政策其權重為 0.0847，排名第二。病患支持計畫的權重為 0.0522，排名第三。照護方便性的權重為 0.0489，排名第四。最後，病友團體的權重為 0.0300，

排名第五。顯示【利害關係人-病患及其家屬】認為「商業保險給付」是「輔助措施」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為5.3508，一致性指標 (C.I.) 為0.0877，一致性比率 (C.R.) 為0.0783。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-25）

表 4-25 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-病患及其家屬）

構面	準則	權重	重要性排序
輔助措施	照護方便性	0.0489	4
	健保給付政策	0.0847	2
	商業保險給付	0.1170	1
	病患支持計畫	0.0522	3
	病友團體	0.0300	5
	$\lambda_{\max}=5.3508$ C.I.=0.0877 C.R.=0.0783		

資料來源：本研究整理

3. 【利害關係人-病患及其家屬】結果分析：

表 4-26 是以本研究中的所有多重利害關係人針對癌症自費藥品決策歷程之準則進行比較分析，藉以瞭解影響【利害關係人-病患及其家屬】之癌症自費藥物選擇關鍵因素準則的重要性。根據表 4-26 及圖 4-6 中癌症自費藥物選擇關鍵因素之整體權重分析，在本研究多重利害關係人對於癌症自費藥物選擇關鍵因素 20 項準則中，【利害關係人-病患及其家屬】考量之癌症自費藥物選擇關鍵因素最關鍵準則為家庭支持度，其次為商業保險給付，再者為健保給付政策。另外，在 20 項關鍵用藥考量準則中，【利害關係人-病患及其家屬】認為重要性較低的項目為衛教講座、學術研討、專家會議，表示【利害關係人-病患及其家屬】認為在進行「癌症自費藥物決策」關鍵考量因素選擇決策時，此 3 項關鍵準則所要考量之比例較低。由此可見，對於病患及其家屬來說，家庭支持度、商業保險給付和健保給付政策是在選擇治療方案最重要的考量因素。家庭支持度是關鍵，因為良好的家庭支持能夠提供病

患情感和經濟上的支援，減輕治療過程中的壓力。商業保險給付則直接影響病患及其家屬的經濟負擔，保險範圍和給付額度是他們決策的重要考量。健保給付政策同樣至關重要，因為健保的覆蓋範圍和負擔比例會顯著影響治療方案的可行性和經濟負擔。相較之下，病患及其家屬認為衛教講座、學術研討會和專家會議的重要性較低。這些因素雖然提供專業資訊和最新的治療動向，但在實際決策中，病患及其家屬更關心實際的經濟和情感支持。（如表 4-26）

表 4-26 關鍵因素權重及重要性排名（利害關係人-病患及其家屬）

構面	準則	權重	重要性排序
知識傳遞	學術研討	0.0085	19
	專家會議	0.0082	20
	衛教講座	0.0179	18
	大眾媒體	0.0381	11
	社群媒體	0.0350	12
疾病診斷	藥物療效性	0.0471	8
	藥物安全性	0.0725	4
	學會治療指引	0.0273	15
	領域意見領袖	0.0240	17
	藥廠知名度	0.0409	10
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0259	16
	AI 衛教工具	0.0446	9
	家庭支持度	0.1844	1
	醫病共享決策	0.0653	5
	醫院政策	0.0276	14
輔助措施	照護方便性	0.0489	7
	健保給付政策	0.0847	3
	商業保險給付	0.1170	2
	病患支持計畫	0.0522	6
	病友團體	0.0300	13

資料來源：本研究整理

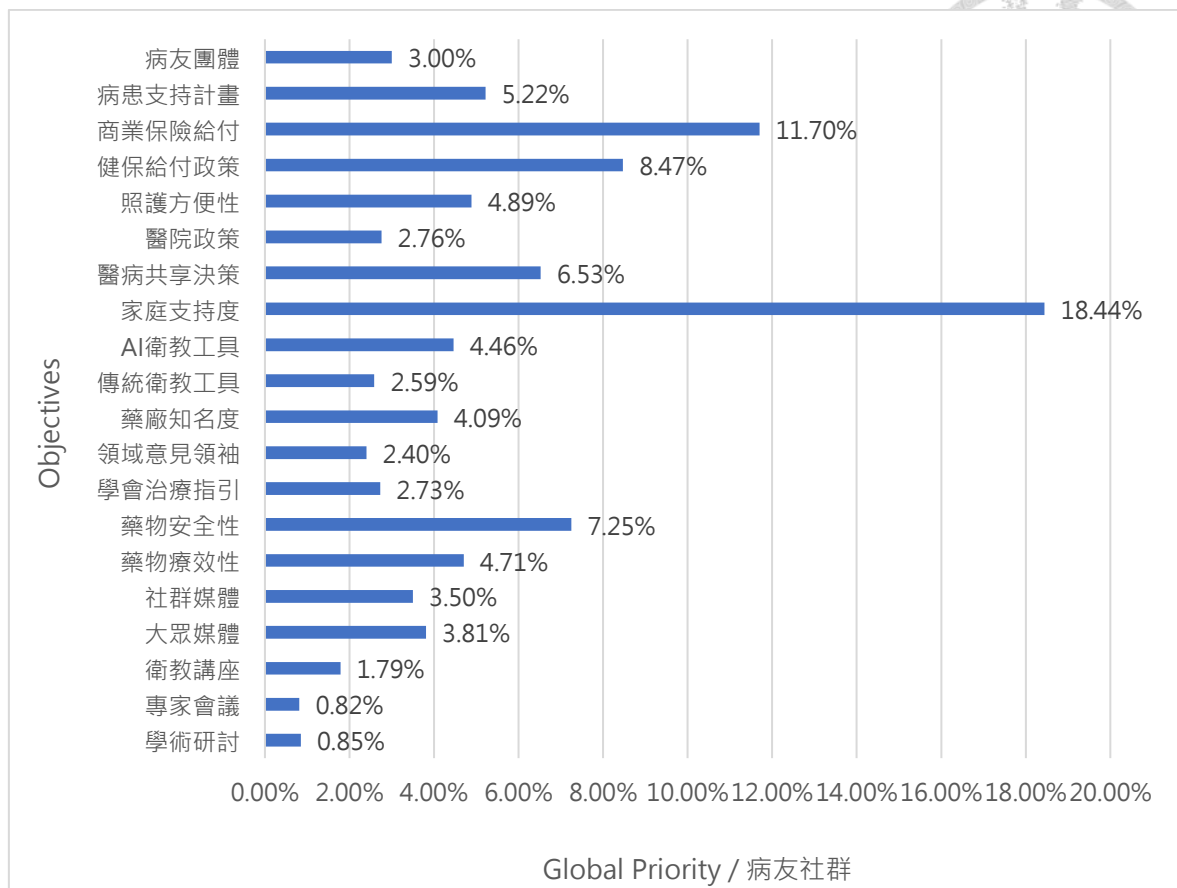


圖 4-6 關鍵因素權重（利害關係人-病患及其家屬）

資料來源：本研究整理

分群四：【利害關係人-藥廠從業人員】權重值分析：

1. 總體分析：

根據受訪的不同利害關係人回答，我們將進行構面權重分析，以評估不同構面在癌症自費藥物選擇關鍵因素的貢獻度與重要性。這些構面包括知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通和輔助措施。請受訪利害關係人針對各個要素進行兩兩比較，並以 Expert Choice Comparison 決策分析軟體計算後，C.R 值均小於 0.1，顯示【利害關係人-藥廠從業人員】問卷符合一致性，結果如表 4-27 所示。

在【利害關係人-藥廠從業人員】構面權重分析中，我們計算每個構面的權重值，代表其對癌症自費藥物選擇的重要性。根據分析結果，疾病診斷被評估為最重要的構面，其權重為 0.3768，排名第一。接下來是醫病溝通，其權重為 0.3169，排名第二。知識傳遞構面的權重為 0.1588，排名第三。最後，輔助措施構面的權重為 0.1475，

排名第四。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值($\lambda_{\max}$)為4.0510，一致性指標(C.I.)為0.0170，一致性比率(C.R.)為0.0189。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。

表 4-27 構面權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）

項次	影響構面	權重	重要性排序
1	知識傳遞	0.1588	3
2	疾病診斷	0.3768	1
3	醫病溝通	0.3169	2
4	輔助措施	0.1475	4
$\lambda_{\max}=4.0510$ C.I.=0.0170 C.R.=0.0189			

資料來源：本研究整理

2. 細部分析：

接著依序針對【利害關係人-藥廠從業人員】的知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通、輔助措施等的癌症自費藥物選擇關鍵因素進行分析。

● 「知識傳遞」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析【利害關係人-藥廠從業人員】：

根據分析結果，專家會議被評估為最重要的準則，其權重為 0.0562，排名第一。接下來是學術研討，其權重為 0.0360，排名第二。大眾媒體的權重為 0.0240，排名第三。衛教講座的權重為 0.0224，排名第四。最後，社群媒體的權重為 0.0202，排名第五。顯示【利害關係人-藥廠從業人員】認為「專家會議」是「知識傳遞」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值($\lambda_{\max}$)為5.1635，一致性指標(C.I.)為0.0409，一致性比率(C.R.)為0.0365。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-28）

表 4-28 知識傳遞之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）

構面	準則	權重	重要性排序
----	----	----	-------

知識傳遞	學術研討	0.0360	2
	專家會議	0.0562	1
	衛教講座	0.0224	4
	大眾媒體	0.0240	3
	社群媒體	0.0202	5
	$\lambda_{\max}=5.1635$ C.I.=0.0409 C.R.=0.0365		

資料來源：本研究整理

- 「疾病診斷」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析【利害關係人-藥廠從業人員】：

根據分析結果，藥物療效性被評估為最重要的準則，其權重為 0.1566，排名第一。接下來是，藥物安全性其權重為 0.0785，排名第二。學會治療指引的權重為 0.0730，排名第三。領域意見領袖的權重為 0.0525，排名第四。最後，藥廠知名度的權重為 0.0160，排名第五。顯示【利害關係人-藥廠從業人員】認為「藥物療效性」是「疾病診斷」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值（ $\lambda_{\max}$ ）為 5.2442，一致性指標（C.I.）為 0.0610，一致性比率（C.R.）為 0.0545。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-29）

表 4-29 疾病診斷之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）

構面	準則	權重	重要性排序
疾病診斷	藥物療效性	0.1566	1
	藥物安全性	0.0785	2
	學會治療指引	0.0730	3
	領域意見領袖	0.0525	4
	藥廠知名度	0.0160	5
	$\lambda_{\max}=5.2442$ C.I.=0.0610 C.R.=0.0545		



● 「醫病溝通」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【利害關係人-藥廠從業人員】：

根據分析結果，家庭支持度被評估為最重要的準則，其權重為 0.1214，排名第一。接下來是醫病共享決策，其權重為 0.0845，排名第二。醫院政策的權重為 0.0435，排名第三。AI 衛教工具的權重為 0.0343，排名第四。最後，傳統衛教工具的權重為 0.0333，排名第五。顯示【利害關係人-藥廠從業人員】認為「家庭支持度」是「醫病溝通」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值 ($\lambda_{\max}$) 為 5.2159，一致性指標 (C.I.) 為 0.0540，一致性比率 (C.R.) 為 0.0482。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。（如表 4-30）

表 4-30 醫病溝通之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）

構面	準則	權重	重要性排序
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0333	5
	AI 衛教工具	0.0343	4
	家庭支持度	0.1214	1
	醫病共享決策	0.0845	2
	醫院政策	0.0435	3
	$\lambda_{\max}=5.2159$ C.I.=0.0540 C.R.=0.0482		

資料來源：本研究整理

● 「輔助措施」之癌症自費藥物選擇關鍵因素衡量分析 【利害關係人-藥廠從業人員】：

根據分析結果，健保給付政策被評估為最重要的準則，其權重為 0.0805，排名第一。接下來是，商業保險給付其權重為 0.0367，排名第二。病患支持計畫的權重為 0.0152，排名第三。照護方便性的權重為 0.0091，排名第四。最後，

病友團體的權重為 0.0060，排名第五。顯示【利害關係人-藥廠從業人員】認為「健保給付政策」是「輔助措施」構面下最為重要的癌症自費藥物選擇關鍵因素。接著我們用統計指標來驗證分析此結果的可靠性。根據計算結果，最大特徵值($\lambda_{\max}$) 為 5.2540，一致性指標(C.I.) 為 0.0635，一致性比率(C.R.) 為 0.0567。這些指標的值低於建議的臨界值，表示本構面分析結果具有一定的可靠性。(如表 4-31)

表 4-31 輔助措施之癌症自費藥物選擇關鍵因素權重分析及重要性排序（利害關係人-藥廠從業人員）

構面	準則	權重	重要性排序
輔助措施	照護方便性	0.0091	4
	健保給付政策	0.0805	1
	商業保險給付	0.0367	2
	病患支持計畫	0.0152	3
	病友團體	0.0060	5
	$\lambda_{\max}=5.2540$ C.I.=0.0635 C.R.=0.0567		

資料來源：本研究整理

3. 【利害關係人-藥廠從業人員】結果分析：

表 4-32 是以本研究中的所有多重利害關係人針對癌症自費藥品決策歷程之準則進行比較分析，藉以瞭解影響【利害關係人-藥廠從業人員】之癌症自費藥物選擇關鍵因素準則的重要性。根據表 4-32 及圖 4-7 中癌症自費藥物選擇關鍵因素之整體權重分析，在本研究多重利害關係人對於癌症自費藥物選擇關鍵因素 20 項準則中，【利害關係人-藥廠從業人員】考量之癌症自費藥物選擇關鍵因素最關鍵準則為藥物療效性，其次為家庭支持度，再者為醫病共享決策。另外，在 20 項關鍵用藥考量準則中，【利害關係人-藥廠從業人員】認為重要性較低的項目為病友團體、照護方便性、病患支持計畫，表示【利害關係人-藥廠從業人員】認為在進行「癌症自費藥物決策」關鍵考量因素選擇決策時，此 3 項關鍵準則所要考量之比例較低。由此可見，對藥廠從業人員來說，藥物療效、家庭支持度和醫病共享決策是在選擇治

療方案最重要的考量因素。藥物療效是首要因素，因為有效的治療能夠改善病患的健康狀況並提升生活質量。家庭支持度也十分重要，因為病患在治療過程中需要來自家庭的情感和經濟支持，以減輕壓力和提升治療的依從性。醫病共享決策則強調病患和醫療團隊之間的互動和合作來共同制定最佳的治療方案。相較之下，藥廠從業人員認為病友團體、照護方便性和病患支持計畫的重要性較低。儘管病友團體能提供情感支持和經驗分享，但在藥物選擇的關鍵考量中，其影響相對有限。照護方便性雖然對病患的日常生活有一定影響，但並非決定性因素。病患支持計畫雖然提供一些經濟和資訊支持，但在整體決策過程中，影響力也較小。（如表 4-32）

表 4-32 關鍵因素權重及重要性排名（利害關係人-藥廠從業人員）

病友團體		0.0060	20
構面	準則	權重	重要性排序
知識傳遞	學術研討	0.0360	11
	專家會議	0.0562	7
	衛教講座	0.0224	15
	大眾媒體	0.0240	14
	社群媒體	0.0202	16
疾病診斷	藥物療效性	0.1566	1
	藥物安全性	0.0785	5
	學會治療指引	0.0730	6
	領域意見領袖	0.0525	8
	藥廠知名度	0.0160	17
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0333	13
	AI 衛教工具	0.0343	12
	家庭支持度	0.1214	2
	醫病共享決策	0.0845	3
	醫院政策	0.0435	9
輔助措施	照護方便性	0.0091	19
	健保給付政策	0.0805	4
	商業保險給付	0.0367	10
	病患支持計畫	0.0152	18
	病友團體	0.0060	20

資料來源：本研究整理

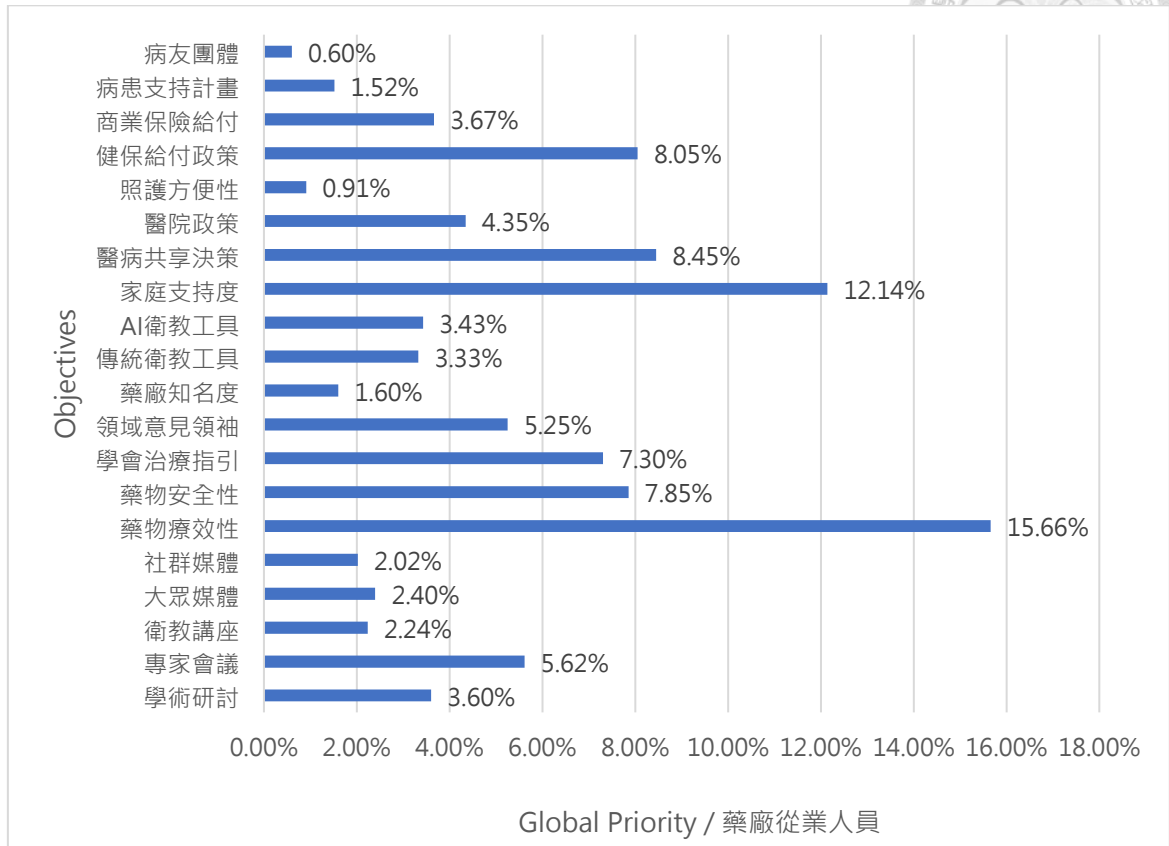


圖 4-7 關鍵因素權重（利害關係人-藥廠從業人員）

資料來源：本研究整理

4.4 不同利害關係人跨群組間比較與分析

在本節中，我們將對前面介紹的四個不同利害關係人分群進行跨群組間的比較分析。這四個利害關係人分群分別是「分群一、醫師」、「分群二、護理師」、「分群三、病患及其家屬」和「分群四、藥廠從業人員」。我們將按照每個構面對這四個不同利害關係人分群的觀點和重要性排序進行分析比較，以了解不同利害關係人對於癌症自費藥物決策中各構面的關注程度和想法。

1. 總體分析：

根據我們的研究結果（參考表 4-33），我們對四個利害關係人分群進行跨群組間的比較分析，針對每個構面的權重進行了總體分析。

● 知識傳遞構面：

【利害關係人-護理師】賦予這個構面最高的權重，為 0.4194，而【利害關係人-病患及其家屬】給予最低的權重，為 0.1076，對於醫師以及藥廠從業人員來說知識傳遞佔比是相對一致的。由此可見，對【利害關係人-護理師】來說，確保病患及其家屬充分了解治療方案、藥物效益和風險，是提升治療順從性的關鍵。他們認為，透過有效的知識傳遞來吸取更多治療的新知，可以幫助病患做出明智的選擇，並在治療過程中更好地配合醫療團隊。

相對而言，【利害關係人-病患及其家屬】對知識傳遞的重視程度較低，給予其最低的權重。他們更關心的可能是實際的治療效果、經濟負擔和家庭支持度等實際問題。這種差異反映了病患及其家屬在面對癌症治療方案選擇時，更傾向於考量直接影響生活質量和經濟壓力的因素。對於醫師和藥廠從業人員來說，知識傳遞的重要性相對一致。他們都認為，充分的知識傳遞有助於作為藥物選擇的科學依據，進而提高治療的有效性。醫師通過知識傳遞了解治療新知和與臨床經驗，以確保治療計畫的順利實施；藥廠從業人員則通過知識傳遞，讓醫療人員或病患更清楚地了解藥物的特性和優勢。

- 疾病診斷構面：

【利害關係人-醫師】和【利害關係人-藥廠從業人員】對於此構面的重要性排名相對較高，分別為 0.5605 和 0.3768。對於護理師以及病患及其家屬來說疾病診斷佔比是相對一致的。由此可見，對於醫師以及藥廠從業人員來說，藥物本身的療效、安全性在癌症自費藥物的選擇上才是最重要的參考依據，疾病的分期、類型和進展程度都直接影響藥物選擇和治療策略，因為不同的癌症類型和階段需要不同的治療方法。醫師依賴精確的診斷以及學會治療指引來制定個人化的治療計畫，而藥廠從業人員則根據診斷訊息提供醫療人員相關的藥物解決方案。

- 醫病溝通構面：

【利害關係人-病患及其家屬】和【利害關係人-藥廠從業人員】對於此構面的重要性排名相對較高，分別為 0.3478 和 0.3169。對於護理師以及醫師來說醫病溝通佔比則是相對一致的。由此可見，對於病患及其家屬來說，良好的

醫病溝通是確保治療成功的關鍵。通過與醫療人員進行雙向的溝通，病患及其家屬能夠充分了解治療選項、藥物療效和可能的副作用，進而做出最佳的決策。藥廠從業人員則認為，醫病溝通有助於提升病患對藥物及疾病的理解和順從性，因此透過提供一些衛教工具作為醫療人員進行醫病溝通的輔助工具，能適當提升病患對於藥物的了解。

● 輔助措施構面：

輔助措施構面對於四群不同利害關係人來說，都不是他們考量癌症自費藥物決策中最重要影響因子，但對【利害關係人-病患及其家屬】來說，算是相對重要的一環，輔助措施能夠緩解治療過程中的經濟壓力，使病患及其家屬能夠專注於病情的控制。因此病患及其家屬在做出治療決策時，會仔細考慮這些輔助措施的可行性，希望通過健保給付和商業保險的幫助，最大限度地減少治療費用，進而能夠選擇最有效的治療方案，提高病患的生活質量和治療效果。

這些總體分析結果，揭示了不同利害關係人在各構面上的關注程度和重視程度的差異。【利害關係人-醫師】和【利害關係人-藥廠從業人員】更重視疾病診斷，專注於藥物本身如何影響治療方案和藥物選擇。【利害關係人-病患及其家屬】則認為雙向溝通的醫病共享決策有助於理解對於病患本身治療需求以及治療選擇。【利害關係人-護理師】認為透過知識傳遞例如參加學術研討會，更能有效了解治療新知，已便幫助病患做出最好藥物選擇。這些差異可能反映了他們的專業角色、工作職責和對醫療環境的不同需求。這種一致性和差異性需要在實際的治療過程中得到平衡，以確保所有不同利害關係人的需求和期望都得到滿足，進而選擇最佳的治療效果和給予患者好的治療體驗。

表 4-33 不同利害關係人跨群之構面權重

項次	影響構面	權重			
		醫師	護理師	病患及其家屬	藥廠從業人員
1	知識傳遞	0.1894	0.4194 (1)	0.1076	0.1588
2	疾病診斷	0.5606 (1)	0.2819	0.2118	0.3768 (1)
3	醫病溝通	0.1445	0.1914	0.3478 (1)	0.3169
4	輔助措施	0.1055	0.1072	0.3328	0.1475

資料來源：本研究整理

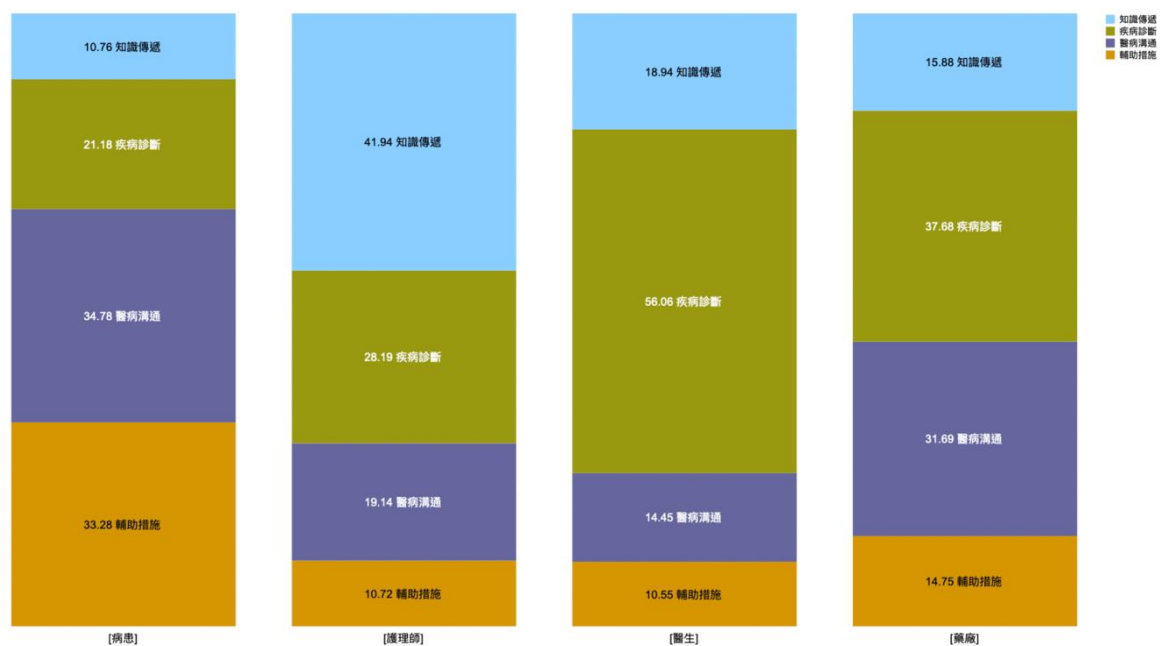


圖 4-8 不同利害關係人之四大構面之跨群權重分析

資料來源：本研究整理

2. 細部比較分析：

根據 4-34 中的權重，我們可以進行不同利害關係人跨群組間的比較，以下是各構面關鍵準則的比較結果：

● 知識傳遞構面：

- 
1. 學術研討&專家會議：在學術研討以及專家會議兩項準則中，護理師權重相對都是最高，表示對於護理師來說參加學術研討或是專家會議對於面對癌症自費藥物選擇是相對重要的一環，從藥廠或是學會舉辦的學術研討會和專家會議中能獲取許多治療新知以及臨床實際治療的經驗，並且應用在自身臨床業務當中。而病患及其家屬在此兩項則是權重最低，因為不管是藥廠或是學會舉辦的學術研討會或是專家會議，通常對象都是醫療專業人員，一般民眾平常不會接觸到這類型活動。
 2. 衛教講座：在此項準則中，護理師權重最高，衛教講座通常對象是一般大眾，藉由傳遞正確治療資訊，在護理師進行醫病溝通的時候，可以有效與病患達成治療共識，共同選擇最好的治療方式。而病患及其家屬在此項則是權重最低，因為衛教講座通常是實體舉辦，對於病患來說還要花交通時間，因此可能不是獲得治療資訊的最佳選擇。
 3. 大眾媒體&社群媒體：不管是一般大眾或是社群媒體，護理師權重都是相對最高的，表示對於護理師來說，不論是自我獲取治療新知或是對於病患了解疾病以及治療方式都是重要的渠道，也有助於醫病溝通的順暢。而對醫師來說此項則是權重最低，可能是認為媒體訊息有時候可能會誤導一般民眾，導致在與病患解釋病情時會花更多時間。

● 疾病診斷構面：

1. 藥物療效性&藥物安全性：針對藥物療效性及藥物安全性兩項準則，醫師的權重是最高的，表示在癌症自費藥物選擇上，主要依據的還是藥物本身療效以及安全性是否足夠。而對病患及其家屬來說，此項準則權重相對較低，表示病患認為醫師告知的治療方案都是對於治療有幫助的，他們更重視的是其他因素。
2. 學會治療指引&領域意見領袖：針對學會治療指引及領域意見領袖兩項準則，醫師權重最高，表示醫師在臨床上選擇治療方案時，還是會

參照學會治療指引或是領域意見領袖的建議，確保治療療效會有一定的療效，而病患及其家屬在此兩項權重相對較低，因為一般民眾平常不會接觸到此類資訊。



3. 藥廠知名度：在此項準則中，四種利害關係人普遍認為此項不是主要影響決策的因素，但對於病患及其家屬來說，權重是相對高的，由此可見，藥廠知名度在心理層面還是會影響治療方案的選擇。

● **醫病溝通構面：**

1. 傳統衛教工具：在此項準則中，四種利害關係人普遍認為此項不是主要影響決策的因素，但對於護理師來說，權重相對較高，表示護理師認為傳統衛教工具例如紙本衛教單張，對於在進行醫病溝通時能有效提升病患了解疾病或治療方案，提升醫病溝通有效性。
2. AI衛教工具：在此項準則中，四種利害關係人普遍認為此項不是主要影響決策的因素，但對於病患及其家屬來說，權重相對較高，表示隨著癌症發病年齡年輕化，以及資訊科技愈來愈發達，透過AI的方式進行衛教，對於病患及其家屬來說是便利的。
3. 家庭支持度：在此項準則中，病患及其家屬權重最高，表示家庭支持對病患的治療和心理健康非常重要，而好的家庭支持度能夠提高病患的治療順從性和整體治療效果，也有助於減少病患的心理壓力，增加對疾病治療的信心。
4. 醫病共享決策：在此項準則中，藥廠從業人員權重最高，表示藥廠從業人員認為醫病共享才是醫療人員與病患在進行治療方案選擇時重要因素，良好的醫病共享決策可以有效提高病患選擇最佳的治療方案。

5. 醫院政策：在此項準則中，四種利害關係人普遍認為此項不是主要影響決策的因素，但對於藥廠從業人員來說，權重相對較高，表示藥廠從業人員認為醫院政策會影響病患及醫療人員在藥物的決策。



● **輔助措施構面：**

1. 照護方便性：在此項準則中，四種利害關係人普遍認為此項不是主要影響決策的因素，但對於病患及其家屬來說，權重相對較高，表示對病患及其家屬來說，治療選擇除了藥物本身療效以及安全性之外，對家屬照護上是否方便也是會影響的因素。
2. 健保給付政策&商業保險給付：在此兩項準則中，病患及其家屬權重最高，表示對病患及其家屬來說，經濟的考量對於選擇何種治療方案相當重要，綜合考慮健保給付與商業保險給付，可以幫助病患及其家屬做出更明智的決策，確保在需要時能夠負擔得起必要的治療藥物。
3. 病患支持計畫：在此項準則中，四種利害關係人普遍認為此項不是主要影響決策的因素，但對於病患及其家屬來說，權重相對較高，表示對病患及其家屬來說，在選擇自費藥物時，需要考量經濟負擔，因此如果自費藥物能有搭配的病患支持計畫，對於病患在接受治療時，可以減輕經濟壓力。
4. 病友團體：在此項準則中，四種利害關係人普遍認為此項不是主要影響決策的因素，但對於病患及其家屬來說，權重相對較高，表示對病患及其家屬來說，在選擇治療藥物時，病友團體的建議會左右病患及其家屬的決策。

表 4-34 不同利害關係人跨群之關鍵準則權重

構面	準則	醫師	護理師	病患及其家屬	藥廠從業人員
		權重			
知識傳遞	學術研討	0.0744	0.1747 (1)	0.0085	0.0360
	專家會議	0.0749	0.1041 (2)	0.0082	0.0562
	衛教講座	0.0186	0.0647	0.0179	0.0224
	大眾媒體	0.0111	0.0387	0.0381	0.0240
	社群媒體	0.0103	0.0372	0.0350	0.0202
疾病診斷	藥物療效性	0.1927 (1)	0.0926 (3)	0.0471	0.1566 (1)
	藥物安全性	0.1302 (3)	0.0793	0.0725	0.0785
	學會治療指引	0.1322 (2)	0.0562	0.0273	0.0730
	領域意見領袖	0.0824	0.0344	0.0240	0.0525
	藥廠知名度	0.0232	0.0194	0.0409	0.0160
醫病溝通	傳統衛教工具	0.0220	0.0598	0.0259	0.0333
	AI 衛教工具	0.0163	0.0372	0.0446	0.0343
	家庭支持度	0.0502	0.0442	0.1844 (1)	0.1214 (2)
	醫病共享決策	0.0350	0.0346	0.0653	0.0845 (3)
	醫院政策	0.0210	0.0157	0.0276	0.0435
輔助措施	照護方便性	0.0130	0.0241	0.0489	0.0091
	健保給付政策	0.0491	0.0364	0.0847 (3)	0.0805
	商業保險給付	0.0246	0.0252	0.1170 (2)	0.0367
	病患支持計畫	0.0139	0.0140	0.0522	0.0152
	病友團體	0.0049	0.0075	0.0300	0.0060

資料來源：本研究整理

根據圖4-9中高於趨勢線的權重關鍵準則，我們可以得出更精簡的結論。
 這些結果反映了不同利害關係人群體對各準則的重要性評估，有助於本研究更深入的理解不同利害關係人對癌症自費藥物決策的看法與評價。

- **知識傳遞構面：**學術研討、專家會議這兩項準則，被多數利害關係人認為是重要的。
- **疾病診斷構面：**藥物療效性、藥物安全性、學會治療指引這三項準則，被多數利害關係人認為是重要的。

- **醫病溝通構面：**家庭支持度、醫病共享決策這兩項準則，被多數利害關係人認為是重要的。
- **輔助措施構面：**健保給付政策、商業保險給付這項準則，被多數利害關係人認為是重要的。

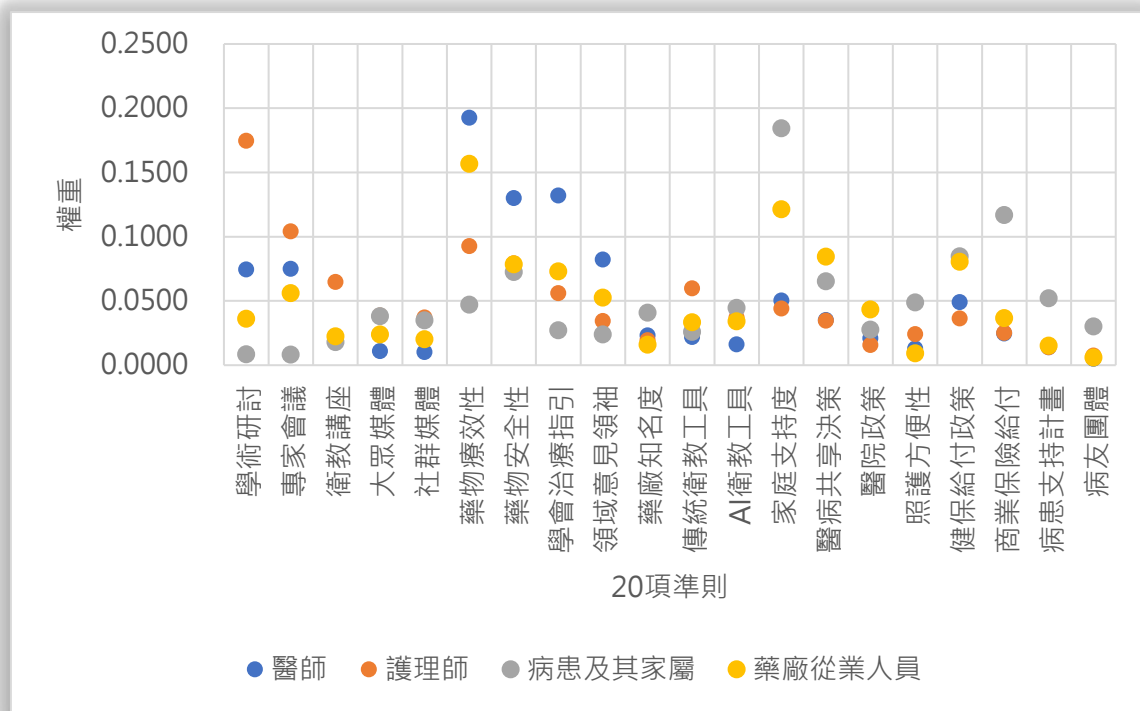


圖 4-9 不同利害關係人跨群之關鍵準則權重

資料來源：本研究整理

第五章 討論



5.1 問卷結果分析

根據我們從問卷結果獲得的資訊，不同利害關係人群組在關注的構面和準則上呈現出了不同的結果。以下整合進行討論和說明，包括構面分析、準則分析和群組分析。

5.1.1 綜合分析：

- 權重排名1【疾病診斷構面】：

疾病診斷構面為四個構面裡面權重最高的，代表對於利害關係人來說，疾病診斷還是最重要的，其中藥物療效性及藥物安全性是佔比最多的，不置可否一個藥物的療效以及是否足夠安全，不管對於哪類利害關係人，都是考量主要因素，在治療過程中，【利害關係人-醫師】以及【利害關係人-護理師】需確保所選用的藥物能夠有效改善病情，達到預期的治療效果，同時，藥物的安全性也是醫療決策中不可或缺的一部分。醫療人員和病患進行醫病溝通時，必須考慮到藥物的副作用和潛在風險，因為藥物的不良反應可能會導致嚴重的健康問題，甚至危及生命，而對於【利害關係人-藥廠從業人員】來說，自家的藥物如果同時療效好，副作用相對也低，對於醫療人員在進行銷售時能有效提升醫療人員對於藥廠以及藥物的認同感，間接影響醫師或護理人員將藥物推薦給病患。

在疾病診斷構面內，權重排名第三為學會治療指引，代表【利害關係人-醫師】在選擇藥物治療選擇時，除了醫療人員本身臨床經驗外，各大學會所做的治療指引也是醫療人員參考的重點，這些指引隨時會更新最新的研究和臨床實際經驗，提供最佳治療建議，協助醫療人員做決策。學會治療指引不僅能提升治療效果，還能確保安全性，減少不必要的風險和副作用。

- 權重排名2【醫病溝通構面】：

醫病溝通構面為四個構面裡面權重排名第二高的，代表對於利害關係人來說，其中的家庭支持度以及醫病共享決策準則，也是很重要的考



量因素，對於【利害關係人-醫師】以及【利害關係人-護理師】來說，要與病患達成最佳的治療選擇那就必須經由雙向的醫病共享來做決策，藉由了解病患的需求、目前經濟狀況、家庭支持度是否足夠等等因素，才能提供對於病患來說最好的治療選擇。而對於【利害關係人-病患及其家屬】來說，透過雙向醫病共享溝通，能提出本身狀況，讓醫護人員了解處境，能更理解醫療人員所告知的疾病進程及治療選擇。對於病患來說，家庭支持度也非常重要，好的家庭支持度，對於病患在進行治療時能更有信心繼續接受治療，對於生活壓力也能減輕，保有生活品質。對於【利害關係人-藥廠從業人員】來說，如果醫師或是護理人員能有效將醫病共享決策效益發揮到最大，那自家藥物就更有機會推廣至病患端，間接增加藥物使用量。

- 權重排名3【知識傳遞構面】：

知識傳遞構面為四個構面裡面權重排名第三高的，代表對於利害關係人來說，整體不是主要考量構面，但對於【利害關係人-護理師】來說，認為其中學術研討及專家會議對他們來說相當重要，藉由藥廠或是學會所主辦的學術研討會及專家會議，能加速他們對於疾病的知識，和提升對於新藥的認知，進而應用在臨床上。因此對於【利害關係人-藥廠從業人員】來說，舉辦此類相關活動，能有效提升醫療人員對於藥物的了解以及熟悉度，影響醫療人員的處方習慣。

- 權重排名4【輔助措施構面】：

輔助措施構面為四個構面裡面權重排名最後的，代表對於利害關係人來說，整體不是主要考量構面，但排除藥物本身療效及安全性，接下來就是經濟考量問題，對於【利害關係人-病患及其家屬】來說，是否有健保給付政策或是商業保險給付，會影響病患選擇，很多新的治療藥物在台灣都是需要自費，因此當病患商業保險無法負擔時，可能就會影響病患沒辦法選擇最適合的自療藥物。



5.2 實務運用推廣

在本研究中，探討當前癌症自費藥物的決策考量，並基於不同利害關係人的意見和權重分析，提供一些重要的實務意涵。以下是我對這些研究結果的分析，以及關於藥廠從業人員針對癌症自費藥物對於不同利害關係人在醫療實務面的延伸說明：

本研究結果顯示，知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通和輔助措施是癌症自費藥物決策考量中的四個重要構面。這意味著廠商在針對癌症自費藥物決策時，對於不同利害關係人應該全面考慮這些構面，並確保每個構面得到適當的重視和投資。知識傳遞應該以學術研討及專家會議為主，通過此類活動來提升藥物資訊的傳遞和共享。這不僅可以促進醫療人員對於最新藥物知識的掌握，還可以提供一個平台讓醫療人員們交流經驗和看法。疾病診斷應該基於藥物療效性以及藥物安全性來做疾病治療判斷，詳細考慮每種藥物的臨床效果以及其可能的副作用和風險，並參考學會治療指引或是領域意見領袖的建議，提高疾病診斷決策的科學性和合理性。醫病溝通方面，除了病患本身的家庭支持度是重要考量因素外，雙向的醫病共享決策以及利用衛教工具來輔助溝通，通過這些方式，可以建立起醫療人員與病患互相信任和合作的醫病關係。輔助措施方面，健保給付政策和商業保險給付都是重要的考量因素。

其次，藥廠應該了解不同利害關係人對癌症自費藥物決策考量的不同關注點。在我的研究中，觀察到不同利害關係人對於每個構面下的關鍵準則賦予不同的權重。例如，【利害關係人-醫師】較注重疾病診斷，尤其是藥物療效性以及安全性，而【利害關係人-護理師】則重視知識的傳遞，【利害關係人-病患及其家屬】最關注醫病溝通的部分。這意味著管理者在針對不同利害關係人對癌症自費藥物決策考量時，應該深度去了解不同利害關係人決策背後的考量，並且充分理解他們的請求和期望，並在平時的行銷策略中納入他們的意見。

除此之外，我們可以發現藥廠從業人員認為其他利害關係人在考量癌症自費藥物決策時的關鍵因素與問卷結果分析之間存在一些差異。例如，藥廠從業人員認為除了疾病診斷外，醫病溝通是影響癌症自費藥物決策的最主要因素。然而，整體

問卷分析顯示，知識傳遞和醫病溝通的權重相當，這表示對於利害關係人來說，除了疾病診斷外，知識傳遞和醫病溝通在癌症自費藥物決策考量中同樣重要。

對於廠商來說，在制定針對不同利害關係人的行銷策略時，進行利害關係人定位分析是確定其在醫療領域應用的關鍵。我們運用「藥物資訊與衛教資訊」擴散圖，來幫助我們評估如何針對不同利害關係人影響他們對癌症自費藥物的決策。

製藥產業的市場行銷策略與其他行業顯著不同。這種差異主要源於處方藥品市場的特殊性。根據台灣藥事法第 69 條規定，非依本法所稱之藥物，不得標示或宣傳醫療效能。因此，製藥公司不能直接向社會大眾推廣療效或廣告藥品，這樣做是違法的。他們必須通過醫療專業人員，特別是醫師，將藥品銷售給病患。因此，在處方藥品市場中，藥廠從業人員必須透過醫師或護理師作為中間傳遞者，將資訊提供給終端消費者-病患。

因此我們依照藥物資訊與衛教資訊，將矩陣從小範圍醫師擴展到針對病患的應用情境，每個範圍代表不同程度的推廣藥物資訊及衛教資訊，傳遞者也不一樣。透過藥物資訊與衛教資訊擴散圖的分析，我們可以更好的理解管理者可以如何藉由醫療人員接收到第一手關於藥物資訊以及衛教資訊，進而去影響最終消費者-病患的選擇。此矩陣提供了一個框架，使我們能夠評估和判斷癌症自費藥物決策點在針對不同藥物資訊和衛教資訊傳遞情境時的效果和限制。以下是對這些象限的解釋：（圖 5-1）

1. 第一圈：【利害關係人-醫師】

藥物資訊：

- 專家會議：針對傳遞給醫師的藥物資訊，可以通過舉辦高質量的專家會議來達到這一目的。提升會議的內容和品質，有助於影響領域內的意見領袖，進而提高這些專家對疾病診斷的參考價值，並增加醫師對他們意見的信賴。
- 學會合作：針對傳遞給醫師的藥物資訊，可以藉由與學會合作，例如共同制定相關治療共識，或利用學會平台來舉辦疾病治療相關的學術活動。借助醫

學會的影響力，吸引更多醫師參與，從而改變他們對疾病治療的觀念，並提升藥物的處方量。



衛教資訊：

- 媒體推廣：可以通過醫師分享疾病知識或介紹新的治療藥物選擇，利用大眾媒體或社群媒體上的文章和影音片段，間接接觸終端消費者－病患。這種方法不僅能提高病患對疾病的認知度，還能讓一般大眾了解新的治療藥物，進而促使病患在就診時主動向醫師或護理師詢問治療選擇。例如，可以在健康專欄、醫療節目或社交平台上，發布醫師講解疾病管理和新藥物使用的影片。這些內容能夠有效地傳遞專業知識，讓病患更加了解自身的治療選擇，並在就診過程中提出有根據的問題，促進醫病溝通。此外，病患了解新藥物後，可能會對其產生興趣，進一步提高藥物的處方量。這種策略不僅有助於提升病患的對疾病的認知，還能間接推動新藥物的市場普及度。

2. 第二圈：【利害關係人-護理師】

藥物資訊：

- 數位推播：利用 email 或官方 Line 推播最新藥物的臨床試驗結果，也可以製作電子報，分享醫師使用藥物的臨床經驗供護理師參考。通過這些線上方式，可以觸及更多護理人員，提升他們對藥物的認知和使用經驗。在與病患進行醫病共享決策時，護理人員能夠更加有效的提供專業建議和更好的藥物選擇，進而提高治療效果。這種數位推播策略不僅增進了醫療團隊內部的知識共享，還促進了醫療決策的透明度和患者參與度，通過持續的資訊更新和經驗交流，醫療團隊能夠保持對最新藥物和治療方法的掌握，確保患者獲得最佳的治療體驗。
- 學術研討：藉由持續舉辦學術研討會，並提升研討會的品質和討論內容，通過這些活動傳遞最新的治療藥物訊息，邀請醫師或護理師分享臨床使用經驗。結合臨床試驗數據和真實世界的臨床經驗，這些研討會能夠加深護理人員對藥物使用信心。通過這種方式，護理人員能夠在與病患討論治療方案時，提供更多的藥物選擇，使病患能夠根據充分的訊息選擇最適合的治療藥物。

這不僅擴大了病患的治療選擇範圍，還提高了治療效果和患者滿意度。持續的學術研討會還能促進醫療專業人員之間的知識交流和專業成長，確保他們始終掌握最新的醫療進展和治療方法，進而提升整體醫療服務品質。

衛教資訊：

- 院方 AI 衛教工具：藉由院方的 AI 衛教工具，例如 Line@聊天機器人，建構出虛擬個管師，使病患能隨時隨地使用這一虛擬助手尋求解答，解決心中的疑惑，提供無縫的醫療照護服務。與院方合作，將最新的治療藥物資訊納入大數據題庫中，能更即時地向病患提供相關信息，提升病患對治療藥物的認識。這種合作不僅能增強病患的疾病知識和自我管理能力，還能促進醫患之間的溝通與信任。虛擬個管師能夠提供個人化的建議，幫助病患更好地了解治療方案，進而做出明智的決策。這將有助於提升病患的治療效果和滿意度，並促進整體醫療服務的質量和效率。
- 衛教工具：藉由提供紙本或影音的衛教工具給護理師，輔助他們在與病患溝通治療藥物選擇時使用。這些工具可以透過圖像和視覺效果，使病患更容易理解複雜的藥物資訊。例如，圖解說明和影片展示可以直觀地解釋藥物的作用機制、副作用和治療效果，使病患能夠更清楚地了解不同藥物的優缺點。這種直觀的教育方式不僅能幫助病患更好地理解他們的治療選擇，還能減少他們的疑慮和不安，進而提升他們對藥物選擇的接受度。通過這些工具，護理師能夠更加有效地進行醫病溝通，確保病患在做出治療決策時擁有充分的訊息和信心。這將提高治療的順從性和效果，並促進病患的整體健康狀況。通過這種綜合性的醫病溝通，醫療團隊能夠提供更加全面和人性化的照護治療服務。

3. 第三圈：【利害關係人-病患及其家屬】

藥物資訊：藉由醫師或護理人員向病患及其家屬傳遞正確的藥物資訊，使他們了解最新的治療藥物選擇，這對於提升治療效果至關重要。

衛教資訊：藉由衛教工具、AI 虛擬個管師或媒體推廣邀請專家講解最新的治療進展和藥物資訊等多種方式，來獲取詳細藥物的作用機制、潛在副作用和預期療效等知識。這種全面的資訊傳遞能夠幫助病患及其家屬做出明智的治療決策，減少對未知治療的恐懼和焦慮。透過這種多渠道、多形式的資訊傳遞，病患能夠更加主動地參與到自身的治療過程中，與醫護人員形成更好的合作關係。最終，這將有助於提高治療的順從性和效果，並促進病患的整體健康和生活質量。全面而正確的藥物資訊傳遞，不僅提升了病患的知識和信任度，還增強了醫護人員的專業形象和醫療服務品質。

總結上述，其實務運用推廣應該著重於藥廠資訊的傳遞，在資訊傳遞上，醫師及護理師都相信學會指引、領域意見領袖意見，但卻對於護理端以及病患端有些許落差。因此藥廠對於自費藥物的行銷服務模式，應該建立在藥物資訊以及衛教資訊的傳遞，讓它融入在用藥決策前，使得不同利害關係人都能共利。

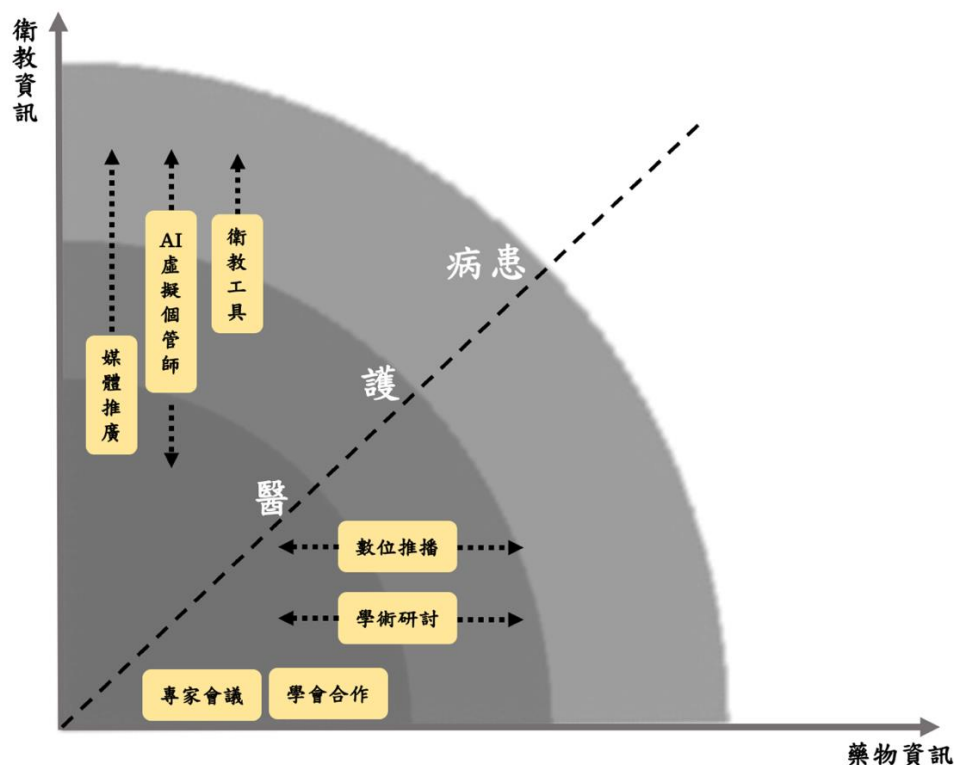


圖 5-1 藥物資訊及衛教資訊擴散圖

資料來源：本研究整理

第六章 結論與建議



6.1 結論

本研究旨在探討癌症自費藥物決策的關鍵因素和實務推廣運用。透過混合方法的分析流程，分析不同利害關係人針對癌症自費藥物決策架構，並使用層級分析法評估各項因素的重要性，最後提出結論與建議。

經過不同利害關係人的參與和意見交流，我們成功地分析癌症自費藥物決策的各個構面以及相關的準則和因素。本研究發現，癌症自費藥物關鍵決策點，包括知識傳遞、疾病診斷、醫病溝通和輔助措施等構面。同時也觀察到除了疾病診斷之外，知識的傳遞以及醫病溝通在實務臨床上都扮演重要角色，對於藥廠管理者而言，促進知識傳遞以及提供醫病溝通的輔助工具非常重要，這不僅能提升病患對藥物的認識，還能增加藥物的處方量。總結來說，多面向的知識傳遞和有效的醫病溝通對於優化癌症自費藥物決策和改善治療效果至關重要。

在本研究的癌症自費藥物決策探討中，顯示影響其決策的關鍵因素，主要包含八項準則：藥物療效性、藥物安全性、家庭支持度、學會治療指引、學術研討、專家會議、健保給付政策以及醫病共享決策等。如果管理者的決策和推行方案上能達成上述因素，對於不同利害關係人來說，再進行癌症自費藥物決策時，可發揮非常重要的作用。

而對於其中利害關係人-藥廠從業人員，也就是管理者來說，透過加強藥物資訊傳遞給予醫師以及護理人員，讓醫護人員可以隨時隨地學習和更新知識，提升他們對於藥物品牌認同感進而推薦給病患，以及利用線上加線上不同通路的衛教資訊傳遞，不僅能提高病患對於疾病的認識，還能推廣最新的治療藥物資訊，這種全面的知識傳遞方式，不僅增強了醫護人員對藥物的信心，也讓病患能夠更好地了解 and 選擇最新的治療方案，最終提升藥物的處方量和病患的治療效果。

綜合上述，針對癌症自費藥物決策實務中，須強化藥物療效性、藥物安全性、家庭支持度、學會治療指引、學術研討、專家會議、健保給付政策以及醫病共享決

策，針對藥廠從業人員而言，提升藥物資訊以及衛教資訊的傳遞，增加醫師以及護理師臨床治療信心，最終提升藥物的處方量和病患的治療效果，達到不同利害關係人共利。



6.2 建議

從前述服務藍圖揭示的失敗點以及決策點，透過研究結果和數據得到的資訊，我們提出以下未來的發展參考。

1. 提升學術研討會品質：針對學術研討會討論內容可以更聚焦在藥物臨床使用經驗，增強醫師以及護理師對於藥物使用的臨床信心。
2. 加強醫護人員的醫病共享溝通技能培訓：針對服務藍圖中發現的失敗點，可以為醫護人員提供專業的溝通技能培訓。這包括如何有效地解釋複雜的藥物資訊，如何處理患者的疑慮和問題，以及如何在有限的時間內建立良好的醫患關係。可以通過角色扮演、案例研究等方式進行培訓，提高醫護人員的溝通效率和質量。
3. 擴大利用科技媒介：未來可進一步探討如何充分運用科技媒介，如人工智慧、虛擬現實等，提供更便捷和即時的藥物資訊給予病患。透過創新科技，可以加強知識傳遞和提升醫病溝通效果。
4. 強化患者參與和提升藥物知識：未來應更加重視患者參與和藥物知識教育，提高其對治療選擇的理解和參與度。可以透過線上加線下的衛教資訊傳遞，提供正確的藥物資訊，使患者能夠更主動地參與治療決策，促進醫患共同決策的實踐。具體而言，可以舉辦定期的患者教育講座，邀請醫療專業人員解答常見問題。同時，開發互動式的線上學習平台，讓患者可以隨時獲取最新的藥物資訊和相關知識。

本研究仍然存在一些局限性。不同利害關係人群組的範圍可能有限，未來的研究有待擴大參與者的多樣性和規模，例如，可以考慮納入更多公部門代表、病友團體成員、醫療保險公司人員等，以獲取更廣泛的觀點和意見。這樣的擴展可能會有新的視角和考量因素，豐富研究結果。以獲取更廣泛的觀點和意見。

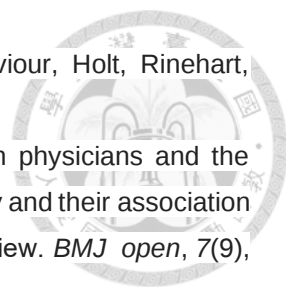
此外，由於研究範圍的限制，可能有其他重要因素和準則未被考慮進去。因此，未來的研究可進一步深入探討這些方面，以提供更全面和深入的理解。



參考文獻



- 李芸婷 (2012)。台灣乳癌病友組織的認同與資源動員。國立臺北大學社會科學學院社會學系。
- 陳政廷 (2014)。媒體行銷對於病人藥物選擇行為之研究——以乳癌口服化學治療藥物為例。國立臺灣大學管理學院。
- 張博勝 (2006)。自費型醫藥產品行銷策略與消費者行為研究。國政治大學經營管理碩士學程。
- 張博勝 (2006)。自費型醫藥產品行銷策略與消費者行為研究。國政治大學經營管理碩士學程。
- 曾國雄、鄧振源 (1989)。層級分析法(AHP) 的內涵特性與應用。中國統計學報，27:6 卷，13707-13724。
- 邱煥民 (2009)。民眾自費購買處方藥品決策因素的研究——以葡萄糖胺類藥品為例。義守大學管理學院碩士班。
- 葉怡良 (2011)。製藥業關係行銷對醫師忠誠度之影響。國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所。
- 榮泰生 (1999)。消費者行為。五南圖書。
- 連珮如 (2023)。醫病共享決策在乳癌治療的運用。檢自
<https://wd.vghtpe.gov.tw/cbhc/Fpage.action?muid=12448&fid=11515#C>
- 樊一平 (2007)。藥品行銷組合策略與醫師處方行為之關聯性研究。國立中正大學企業管理所。
- 衛生福利部台灣病人安全資訊網病安推廣網頁，醫病共享決策簡介 (2022 年 6 月 29 日)。檢自
<https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/xmdoc/cont?xsmsid=0M097527397785648684#>
- 賴威如。癌友與癌症新藥的距離！癌友的用藥權益在哪裡？檢自
<https://www.canceraway.org.tw/page.php?IDno=3611>
- Berry, L. L. (2002). Relationship marketing of services perspectives from 1983 and 2000. *Journal of relationship marketing*, 1(1), 59-77.
- Donaldson, T., & Preston, L. E. (1995). The stakeholder theory of the corporation: Concepts, evidence, and implications. *Academy of management Review*, 20(1), 65-91.

- 
- Engel, J. F., Kollat, D. T., & Blackwell, R. D. (1968). *Consumer behaviour*, Holt, Rinehart, Winston. New York.
- Fickweiler, F., Fickweiler, W., & Urbach, E. (2017). Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. *BMJ open*, 7(9), e016408.
- Freeman, R. E., & McVea, J. (2005). A stakeholder approach to strategic management. *The Blackwell handbook of strategic management*, 183-201.
- Gönül, F. F., Carter, F., Petrova, E., & Srinivasan, K. (2001). Promotion of prescription drugs and its impact on physicians' choice behavior. *Journal of marketing*, 65(3), 79-90.
- Harrison, J. S., Bosse, D. A., & Phillips, R. A. (2010). Managing for stakeholders, stakeholder utility functions, and competitive advantage. *Strategic management journal*, 31(1), 58-74.
- Hoffmann, T. C., Montori, V. M., & Del Mar, C. (2014). The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *Jama*, 312(13), 1295-1296.
- McWilliam, G., & De Chernatony, L. (1989). Branding terminology—the real debate. *Marketing Intelligence & Planning*, 7(7/8), 29-32.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of management review*, 22(4), 853-886.
- Nandy, M., & Pal, B. (2015). Pharmaceutical marketing and product promotion: a paradigm shift in Indian pharmaceutical industry (IPI). *Adhyayan: A Journal of Management Sciences*, 5(02), 27-40.
- Peter, J. P., & Olson, J. C. (1990). *Consumer behavior and marketing strategy*.
- Ratnapalan, S., & Lang, D. (2020). Health care organizations as complex adaptive systems. *The health care manager*, 39(1), 18-23.
- Rowley, T. J. (1997). Moving beyond dyadic ties: A network theory of stakeholder influences. *Academy of management Review*, 22(4), 887-910.
- Solomon, M. R. (2010). *Consumer behaviour: A European perspective*. Pearson education.
- Tolotti, A., Barelo, S., Vignaduzzo, C., Liptrott, S. J., Valcarengi, D., Nania, T., ... & Bonetti, L. (2022). Patient engagement in oncology practice: a qualitative study on patients' and nurses' perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11644.
- Warrier, R., Monaghan, M. S., Maio, A., Huggett, K., & Rich, E. (2010). Effect of drug sample availability on physician prescribing behavior: a systematic review. *Clin Rev Opin*, 2(4), 41-8.