

計畫編號：DOH100-TD-S-113-100002(1of3)

行政院衛生署 100 年度委託科技研究計畫

建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式

## 年度研究報告

執行機構：國立暨南國際大學

計畫主持人：林霖

協同主持人：紀駿輝、李卓倫、陳文意、洪錦墩

研究人員：林廣崙、黃瓊瑩

全程計畫：自 100 年 1 月 7 日至 102 年 12 月 31 日止

本年度計畫：自 100 年 1 月 7 日至 100 年 12 月 31 日止

\*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：

如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意\*

## 目錄

中文摘要.....	10
英文摘要.....	12
第一章、緒論 .....	15
1.1、台灣的醫療費用總額支付制度.....	16
1.2、不同觀點下的自付醫療費用 .....	17
1.3、自付醫療費用的種類.....	20
1.4、台灣的自付醫療費用項目與相關研究.....	21
1.5、自付醫療費用對醫療利用的影響評估.....	24
1.6、計畫目標.....	25
第二章、各國自付醫療費用之比較與文獻探討 .....	27
2.1、健康照護政策目標與體系 .....	27
2.1.1、健康照護政策目標 .....	27
2.1.2、世界各國主要醫療財務及服務體系分類 .....	28
2.2、世界各國自付醫療費用監控資料.....	29
2.2.1、自費與鉅額性自費的定義 .....	30
2.2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源 .....	31
2.3、世界各國與台灣自付醫療費用的支出與內容.....	44
2.3.1、各國自付醫療費用的支出與規定 .....	44
2.3.2、經濟合作發展組織國家與台灣自費占醫療保健總支出之比較 .....	44
2.4、臺灣民眾自費之情況.....	48
2.4.1、民眾自付醫療費用之情形 .....	48
2.4.2、特殊族群自付醫療費用之情形 .....	49
2.4.3、民眾對於自費醫療選擇的考量 .....	50
2.5、民眾自費造成之影響與控制方法.....	51
2.5.1、對財務的負擔 .....	51
2.5.2、對慢性病病患的影響 .....	52

2.5.3、對老人的影響 .....	52
2.5.4、對窮人、弱勢族群的影響 .....	52
2.5.5、民眾因應自費的策略 .....	53
2.5.6、健康照護非正式支出之控制方法 .....	53
2.6、台灣醫療院所網路自費調查 .....	54
2.7、我國政府調查統計涉及自費之資料描述 .....	56
2.7.1、家庭收支調查 .....	57
2.7.2、家庭醫療保健支出調查 .....	58
2.7.3、國民健康調查 .....	58
2.7.4、不同自付醫療費用資料來源之比較 .....	60
<b>第三章、抽樣設計與樣本敘述統計 .....</b>	<b>62</b>
3.1、抽樣設計 .....	62
3.1.1、住院樣本抽樣設計 .....	64
3.1.2、門診樣本抽樣設計 .....	66
3.2、研究變項與資料來源 .....	72
3.2.1、訓練與管理計畫 .....	73
3.2.2、訪員之督導（督導員之設立及訓練） .....	74
3.2.3、資通安全與個案權益保護計畫 .....	75
3.3、樣本分層特性分析 .....	76
3.3.1、門診當次就醫之使用狀況 .....	76
3.3.2、門診當次就醫之整體看法 .....	83
3.3.3、就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形 .....	90
3.3.4、住院當次就醫之使用狀況 .....	91
3.3.5、住院當次就醫之整體看法 .....	97
3.3.6、就醫住院民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形 .....	102
3.4、敘述統計量 .....	102
3.4.1、民眾門診就醫自費之敘述統計量 .....	103

3.4.2、民眾住院就醫自費之敘述統計量 .....	107
3.5、就醫民眾之主要自費結構 .....	114
<b>第四章、模擬分析 .....</b>	<b>116</b>
4.1、模擬分析的步驟 .....	116
4.2、民眾西醫門診自費費用模擬之結果 .....	119
4.3、民眾醫院門診自費費用模擬之結果 .....	123
4.4、民眾中醫門診自費費用模擬之結果 .....	127
4.5、民眾牙醫門診自費費用模擬之結果 .....	132
4.6、民眾住院自費費用模擬之結果 .....	137
4.7、民眾自費的公平性 .....	141
4.8、民眾自費占健保申報點數的模擬結果 .....	142
4.9、民眾對五大部門自費金額分析總結 .....	142
<b>第五章、自費方式改變民眾就醫層級的影響 .....</b>	<b>146</b>
5.1、研究背景 .....	146
5.2、研究方法 .....	148
5.2.1、研究內容與設計重點 .....	148
5.2.2、計量模型的選定 .....	148
5.2.3、實證模型的設定 .....	149
5.2.4、自身價格及價格排擠的所得累退效果 .....	151
5.3、研究變項描述 .....	151
5.4、實證結果 .....	153
5.4.1、兩種羅輯特模型估計結果 .....	153
5.4.2、自身價格及價格排擠的所得累退效果 .....	157
5.4.3、自付醫療費用與健保保費之社會福利效果 .....	164
5.5、小結 .....	164
<b>第六章、結論與建議 .....</b>	<b>165</b>
<b>第七章、參考文獻 .....</b>	<b>168</b>

7.1、英文文獻部分 .....	168
7.2、中文文獻部分 .....	178
<b>附錄.....</b>	<b>181</b>
附錄一、100 年民眾自付醫療費用問卷調查 .....	181
附錄二、職業類別分類別 .....	190
附錄三、譯碼簿 .....	196
附錄四、訪員訓練實徵記錄 .....	216
附錄五、門診醫療費用收據參考格式 .....	222
附錄六、住院醫療費用收據參考格式 .....	223
附錄七、就醫民眾之主要自費結構 .....	224
附錄八、國內醫療服務選擇相關文獻回顧 .....	228
附錄九、不同性別、年齡層及家戶所得區別對自費之交叉分析 .....	234
附錄十、訪員訓練手冊、訪員訓練投影片 .....	237

## 表目錄

綜合審查意見表.....	1
表 2.1、OECD 國家中代表性醫療保險支付系統之比較.....	33
表 2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源表.....	34
表 2.3、歐盟國家自付額占醫療保健總支出比例之比較.....	40
表 2.4、2008、2009 年經濟合作發展組織國家與台灣自費占醫療保健總支出之比較.....	45
表 2.5、台灣地區醫療保健支出占家戶總支出比.....	48
表 2.6、醫療院所網路自費調查.....	55
表 2.7、國民健康調查民眾就醫次數及自費醫療費用.....	60
表 2.8、不同自付醫療費用資料來源之比較.....	61
表 3.1、抽樣分配.....	62
表 3.2、2008 年醫療機構依據醫院等級其申請健保住院件數之分配.....	65
表 3.3、健保住院資料庫與住院樣本之性別比較.....	66
表 3.4、門診醫療院所之中選地區別名單.....	67
表 3.5、10 個中選地區與醫院門診、西醫門診、牙醫診所、中醫診所門診訪問問卷人數.....	68
表 3.6、10 個中選地區之「醫院門診+其他」訪問人數.....	70
表 3.7、十個中選地區各類別之中選機率.....	71
表 3.8、健保門診資料庫與門診樣本之性別比較.....	71
表 3.9、總抽樣數及預計訪視人數(原計畫書 4,000 人).....	72
表 3.10、訓練課程主要預定內容.....	73
表 3.11、督導員之訓練課程.....	74
表 3.12、門診就醫民眾之基本資料描述.....	81
表 3.13、門診當次就醫之整體看法.....	88
表 3.14、就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形.....	91
表 3.15、住院就醫民眾之基本資料描述.....	94

表 3.16、住院當次就醫之整體看法.....	100
表 3.17、就醫住院民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形.....	102
表 3.18、民眾門診就醫自費項目與金額之敘述統計量.....	105
表 3.19、民眾門診就醫自費項目與百分比之敘述統計量.....	106
表 3.20、民眾住院就醫自費項目與金額之敘述統計量.....	110
表 3.21、民眾住院就醫自費項目與百分比之敘述統計量.....	112
表 4.1、西醫門診樣本分類之抽樣分配及模擬結果.....	119
表 4.2、全台各年齡層西醫門診自費總金額之模擬分配.....	122
表 4.3、醫院門診樣本分類之抽樣分配及模擬結果.....	123
表 4.4、全台各年齡層醫院門診自費總金額之模擬分配.....	126
表 4.5、中醫門診樣本分類之抽樣分配及模擬結果.....	127
表 4.6、全台各年齡層中醫門診自費總金額之模擬分配.....	131
表 4.7、牙醫門診樣本分類之抽樣分配及模擬結果.....	132
表 4.8 全台各年齡層牙醫門診自費總金額之模擬分配.....	136
表 4.9、住院樣本分類之抽樣分配及模擬結果.....	137
表 4.10、全台各年齡層住院自費總金額之模擬分配.....	140
表 4.11、全台各年齡層自費總金額之模擬分配.....	145
表 5.1、敘述性統計(門診部分).....	153
表 5.2、兩種羅輯特模型估計結果.....	156
表 5.3、不同所得族群自身價格彈性(門診部分).....	158
表 5.4、不同所得族群自身價格彈性(住院部分).....	159
表 5.5、不同醫療層級價格彈性(門診部分).....	161
表 5.6、不同醫療層級價格彈性(住院部分).....	161
表 5.7、不同所得族群醫療層級價格彈性(門診部分).....	163
表 5.8、不同所得族群醫療層級價格彈性(住院部分).....	163

## 圖目錄

圖 2.1、2009 年經濟合作發展組織國家自費占醫療保健總支出之分佈圖.....	46
圖 2.2、2009 年經濟合作發展組織高收入國家自費占醫療保健總支出圖.....	47
圖 3.1、抽樣架構圖.....	63
圖 4.1、2011 年各年齡層西醫門診自費總金額之模擬結果.....	120
圖 4.2、推估 2011-2036 年西醫門診自費總金額模擬結果 .....	121
圖 4.3、2011-2036 年各年齡層西醫門診自費總金額百分比結構圖 .....	121
圖 4.4、2011 年各年齡層醫院門診自費總金額之模擬結果.....	124
圖 4.5、2011-2036 年醫院門診自費總金額模擬結果 .....	125
圖 4.6、2011-2036 年各年齡層醫院門診自費總金額百分比結構圖 .....	125
圖 4.7、2011 年各年齡層中醫門診自費總金額之模擬結果.....	128
圖 4.8、2011-2036 年中醫門診自費總金額模擬結果 .....	129
圖 4.9、2011-2036 年各年齡層中醫門診自費總金額百分比結構圖 .....	129
圖 4.10、2011 年各年齡層牙醫門診自費總金額之模擬結果.....	133
圖 4.11、2011-2036 年牙醫門診自費總金額模擬結果 .....	134
圖 4.12、2011-2036 年各年齡層牙醫門診自費總金額百分比結構圖 .....	134
圖 4.13、2011 年各年齡層住院自費總金額之模擬結果.....	138
圖 4.14、2011-2036 年住院自費總金額模擬結果 .....	139
圖 4.15、2011-2036 年各年齡層住院自費總金額百分比結構圖 .....	139
圖 4.16、羅倫斯曲線與吉尼系數.....	141



綜合審查意見表

計畫名稱	建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式
主持人	林霖

審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
一、本計畫名稱為建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式，惟不論 100 年研究成果或 101 年研究計畫，均未提及對健保之影響，似無法達到預期之需求。	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)100 年度計畫規格範圍共有四項年度目標，據查並無自費對健保就醫利用之影響。 (2)101 年度計畫規格範圍共有四項年度目標，包括自費對健保就醫利用之影響，而且自費對越級就醫之影響，已於 100 年報告中提前出現部份結果。衛生署如果需要自費對就醫數量的影響，研究小組有充分的能力，加入 101 年計畫書中，但此點並不在最原始的計畫書中。	(1)請見 100 年度期末報告 25 頁至 27 頁與 101 年度計畫書 6 頁。 (2)請見期末報告第五章 146 頁至 164 頁
二、本計畫在國內外有關自費醫療保健現況文獻回顧方面，有參考價值；在自費醫療保健對醫療利用影響之評估研究方法文獻回顧方面，尚不夠深入；在如何進行大規模自費調查研究方法及自費對醫療利用影響之監測作業文獻回顧方面，則似未見之。	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)中央健保局所委託民眾部分負擔的研究剛剛有成果，衛生署可以比較該報告與本報告，在文獻探討內容上的差異，尤其是深度與廣度的差異。 (2)本研究為三年計畫，只要時間足夠，研究小組在文獻探討上有充分的意願與能力，納入並滿足所有衛生署的需求。 (3)疾病需要監測，自費醫療各國用調查而非監測。研究報告中已經列舉全世界 77 個國家的調查資料來源，衛生署如果覺得不夠，可以明示國家目標數(例如 100 個或 120 個國家)，研究小組可以配合，但需注意太落後的國家可能沒有參考價值。	請見 100 年度期末報告(27 頁至 61 頁)。
三、有關抽樣「其他」部分 730 人，既為本年度隨機所抽樣本，但未列為今年訪視對象，與研究設計及結構不符，應敘明理由。研究限制提及，長照資料與藥局等資料未在樣本中，將列為第二年計畫重點，惟依期中報告顯示，藥局確實列為本研究抽樣之母體，前後不一，研究設計之可信度備受質疑。在完成健保資料庫串檔執行方面，因故未能進行，此項目工作內容執行結果，不符合要求。	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)本計畫為三年計畫，合約內容和科學方法並未限制第二年的訪視對象不能在第一年就先行抽樣。因此，可信度的問題應該不會存在。同時，本研究小組也自我期許進行跨年的抽樣樣本，以求在模擬分析時得到較穩定的結果。 (2)藥局確為「本研究」之樣本，但並非「本年度」之樣本，而關鍵只因經費分散在兩年編列，前後一致，且邏輯上也沒有問題。 (3)透過身分證字號進行資料庫串檔，在研究開始就已經由承辦單位健保小組提出建議，認為不要串檔比較適宜，而且研究小組也認為健保小組的顧慮有科學與實務上的根據，因此合約雙方對此一直有一致的共識，上述事實均有錄音檔紀錄。 (4)合約雙方均認為不宜進行資料庫串檔但並不會影響研究目標的原因是多重的：①紀錄身分證號碼可能嚴重降低受訪率；②實證經驗上受訪者經常故意誤報身分證號碼；③健保申報檔案中並無民眾自費資料，串檔只能獲得申報資料，對本研究實質幫助不大；④本研究改由當次就醫單據上的申報金額與自費金額，配合其他回憶資料，已經足以完成研究目標；⑤研究者的私心一定是資料愈多愈好，倫理委員會對受訪者的保護，與衛生署的顧慮完全一致，是壓制研究者私心的決議，絕非配合研究者偷懶的技倆。	請見 100 年度期末報告(62 頁至 71 頁)。

審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
<p>四、本計畫在設計問卷-訪員訓練-專家審查執行方面，為求確認問卷設計之專家效度，報告須附上專家會議審查紀錄；為求確認問卷調查之科學性，報告須附上訪員訓練之實證紀錄；樣本抽出之方式因係採用等距系統抽樣，為驗證抽樣結果並無嚴重偏差，報告有必要附上基本之驗證結果。</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。            (1)審查問卷過程的專家效度，均由本研究小組人員與健保小組的專業成員，雙方經過多次且密集的書信往來與會議所完成，可於報告中先附上過程資料。至於整理錄音檔作成會議紀錄，雖非學術報告之常態但研究小組可以完全配合，但會需要一些時間。            (2)訪員訓練之實證紀錄因為報帳需要，一般均留藏會計單位，附於研究報告之中並非常態。            (3)驗證已附於報告中（請見第三章抽樣機率部分），但該表格或檢驗與代表性或加權無關，因為本研究的模擬已經用無母數方式加權過了。</p>	<p>請見 100 年度期中報告。             請見附錄四 (216 頁)。</p>
<p>五、本計畫在初步問卷資料分析方面，就收集之門診、住院、自費、就醫利用等資料，做出了初步分析，但分析結果尚須加強性別差異、城鄉差異分析，尤其對原住民方面更須重點分析之。整體而言，現報告分析結果尚不足以提供政策參考價值，但就現有資料所做之多層面廣泛分析，尚大致符合要求。</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。            (1)詳細的差別分析非常重要。本計畫在模擬過程就已經區別家戶所得進行模擬，並得出所得分配與自付醫療費用分配的集中指標。審查意見所提傳統的或醫療領域比較熟悉的母數分析，原本計畫於第二年問卷完全回收後再進行，比較有效率。            (2)原住民變項在本計畫公告規格、原始計畫書、設計問卷、合約文件中均未出現。            (3)針對特定族群所為之調查，可以列入第二年計畫中進行。研究小組也願意配合業主需要，將原住民及經濟或社會弱勢進行分析，以具有正當性的解釋。唯此建議應該討論後同意本研究小組執行才是。            (4)最後，謝謝委員們對研究小組就現有資料所做的分析廣度的肯定。</p>	<p>回復以供參考。</p>
<p>六、蒐集國外健康保險制度對民眾自費部分監測之機制及模式未與我國狀況比較。</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。            此部分在原始計畫書中，應為第三年的計畫目標與重點。</p>	<p>請見 100 年度計畫書 (6 頁)。</p>
<p>七、第五章「自費方式改變民眾就醫層級的影響」自立另一研究方法及主題(研究背景、文獻回顧、研究方法、研究變項描述、實證結果)，與全文無聯結性，非一般研究之結構模式。</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。            (1)第五章為第二年計畫中的部分內容，提早在第一年報告部分結果，結構上必然獨立。研究小組可以配合結構問題將第五章全文刪除。但若認為是重要參考結果，研究小組也可以同意就本次的研究結構，在第二年研究進行及報告時再一併整合。            (2)全民健保實施自今共有 8 次部分負擔政策改變，目前衛生署尚無實證數據，說明民眾自付醫療費用變動(源自部分負擔改變)對民眾醫療層級選擇的影響。台灣全民健保並無有效的轉診制度，現有轉診制度均仰賴價格機能，最經典是 2005 年的部份負擔調整措施。研究團隊戮力貢獻所學，以專章提供自費變動所引導的價格機能對民眾醫療層級選擇影響的重要實證基礎，應符合執行政府計畫的最大利益。</p>	<p>請見 100 年度期末報告(146 頁至 164 頁)。</p>

審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
八、第五章所言內容大多為「部份負擔與民眾就醫選擇」之討論，並非本研究宗旨，請更正，且引用文獻或文獻使用資料盡量不以健保實施前為主，文中多屬較舊資料。	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)回答同上一題。 (2)台灣過去的並無自付醫療費用的數據進行實證研究，就研究成員有限的知識，似乎除了2003年，本研究團隊執行健保局的自付醫療費用的計畫外，沒有其他計畫可供參考。而發表的民眾自付醫療相關的研究，也僅有包含在本研究回顧的2篇SSCI的醫療經濟文獻，尚無其他台灣的自付醫療費用研究發表於國際期刊。本研究小組也期許未來有更多關心此議題的論文發表，提供研究者更多的完整資訊。	請見100年度期末報告(146頁至164頁)。
九、第六章倒數第二段，僅以「2011年民眾自費之於健保申報總點數的比值的模擬」可作為「即未來政府若能掌握某年的健保申報總點數，則可自行換算出大約的民眾自費支出總額」之論述，過為簡單，若是如此，此計畫於本年度已完成，無須接續研究。	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)由掌握申報資料來掌握自費數據，結論一定要簡單，研究結果對政府的可使用性才會高。但其過程一定複雜專業，相關研究方法請見第四章。這也是專業研究團隊接辦計畫的目的。 (2)第二年的抽樣結果可以補強第一年的結論，同時跨年資料因為擁有不同年度的變動性質，一併納入模擬分析之內，可以使研究結果更為穩定。	請見100年度期末報告(161頁至167頁)。
十、本計畫原定之研究設計為，利用健保資料庫進行推估及模擬各項自費醫療費用等變數，惟健保資料庫現僅為抽取醫事服務機構之用，至於抽樣對象(民眾)並未採用健保資料庫，資料分析亦未利用該資料庫，本研究是否有偏誤，應提出說明。	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)這個問題應該是在討論總體與個體推論的前提下才會存在，否則應該沒有衝突。 (2)模擬分析建立模型，所依循的是個體資料，這是本計畫目前在進行的。 (3)模型建立之後，再利用總體資料庫或檔案，仍舊以個別資料推算後加總為總體推估，這是未來衛生署可以一直重複的動作。本研究據此方法論進行分析，結論並已經反應在若干內容之中，應無偏誤之現象。	回復以供參考。
十一、本計畫對於門診之抽樣分為四大類：「醫院門診+其他」、「西醫診所」、「牙醫診所」與「中醫診所」，但描述性分析都已「醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫診所、牙醫診所或中醫診所」為主軸，比較性不足，請修正。另，說明何謂「其他」以及為何描述性分析並未提到「其他」？	感謝審查委員的寶貴意見。「其他」抽樣對象並非本年度訪視對象，已於第三章抽樣方法中提及。	請見100年度期末報告(62頁至73頁)。

審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
十二、團隊進行模擬分析採用的依據「行政院衛生署統計室 98 年醫療統計年報之中醫門診統計」，但模擬時的年齡分組與統計資料略有不同，請說明。	感謝審查委員的寶貴意見。因年齡層太細可能會導致分組樣本不足的問題。同時，依據統計室的分類，0-4 歲的樣本在本研究中太少，因此模擬時的年齡分組將 0-4 歲與 5-14 歲合併為 0-14 歲之族群，年齡分組分別為 0-14 歲、15-24 歲、25-64 歲、65 歲以上，進而分析。	請見 100 年度期末報告(118 頁)。
十三、本計畫在國內外有關自費醫療保健現況文獻回顧方面，有參考價值；在自費醫療保健對醫療利用影響之評估研究方法文獻回顧方面，尚不夠深入；在如何進行大規模自費調查研究方法及自費對醫療利用影響之監測作業文獻回顧方面，則似未見之。整體而言，此項目工作內容執行結果，尚大致符合要求。	感謝審查委員的寶貴意見與肯定。 文獻回顧只要有時間，可以持續不斷加強與更新。	請見 100 年度期末報告(27 頁至 61 頁)。
十四、本計畫在完成健保資料庫串檔執行方面，因故未能進行，此項目工作內容執行結果，不符合要求。	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)透過身分證字號進行資料庫串檔，在研究開始就已經由承辦單位健保小組提出建議，認為不要串檔比較適宜，而且研究小組也認為健保小組的顧慮有科學與實務上的根據，因此合約雙方對此一直有一致的共識，上述事實均有錄音檔紀錄。 (2)合約雙方均認為不宜進行資料庫串檔但並不會影響研究目標的原因是多重的：①紀錄身分證號碼可能嚴重降低受訪率；②實證經驗上受訪者經常故意誤報身分證號碼；③健保申報檔案中並無民眾自費資料，串檔只能獲得申報資料，對本研究實質幫助不大；④本研究改由當次就醫單據上的申報金額與自費金額，配合其他回憶資料，已經足以完成研究目標；⑤研究者的私心一定是資料愈多愈好，倫理委員會對受訪者的保護，與衛生署的顧慮完全一致，是壓制研究者私心的決議，絕非配合研究者偷懶的技倆。	回復以供參考。
十五、本計畫在設計問卷-訪員訓練-專家審查執行方面，為求確認問卷設計之專家效度，報告須附上專家會議審查紀錄；為求確認問卷調查之科學性，報告須附上訪員訓練之實徵紀錄；樣本抽出之方式因係採用等距系統抽樣，為驗證抽樣結果並無嚴重偏差，報告有必要附上基本之驗證結果。整體而言，抽樣人數達到預定目標，在問卷訪視執行結果方面，尚大致符合要求。	感謝審查委員的寶貴意見。由於本題與第四題十分相近，因此不做贅述，以節省委員的時間，同時也謝謝委員們對研究小組對執行問卷訪視的肯定。	

審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
十六、本計畫在初步問卷資料分析方面，就收集之門診、住院、自費、就醫利用等資料，做出了初步分析，但分析結果尚須加強性別差異、城鄉差異分析，尤其對原住民方面更須重點分析之。整體而言，現報告分析結果尚不足以提供政策參考價值，但就現有資料所做之多層面廣泛分析，尚大致符合要求。	感謝審查委員的寶貴意見。由於本題與第五題十分相近，因此不做贅述，以節省委員的時間。同時也謝謝委員們對研究小組就現有資料所做的分析的廣度的肯定。	
十七、主題與目標： 1. 完成辦理級分析第二次全國代表性之自費調查。 2. 完成串聯分析健保資料與自費調查，以了解自費者之健保利用情形。 3. 完成評估民眾自費對健保就醫利用之影響。 4. 提出自費調查模式之建議。	感謝審查委員的寶貴意見。此點應為第二年度的計畫主題與目標，而非審查意見。本研究小組將戮力達成此四點目標。	請見101年度計畫書(6至22頁)。
十八、文獻探討部分論述脈絡不清，缺乏段落間前因後果得思緒傳承，整理文獻國際比較部分僅止現況陳述，並未就文末(指結論與建議)將研究結果討論及應用在國際比較上。研究設計部分，是否要重新抽樣?語意不明;抽樣對象亦無學理立基，100年抽樣強調具有母體代表性，但101年計畫卻強調由於先前抽樣方法不具代表性而無法深入研究。此言茲事體大，若100年抽樣有誤，何以信任期研究結果?101年若沿用該資料進階分析，何以再次認同?	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)第二年著重於重大自費項目的醫事科別之抽樣，以瞭解這些項目的重要性，提供政策在健保納保部分的考量。 (2)本研究從未明示或暗示抽樣代表性有問題。若有語意不清之處，導致審查委員的疑慮，非常抱歉。也請委員指出錯誤的頁數，我們會即刻改正。 (3)相同研究方向的國際研究文獻較少，本研究小組會持續進行文獻清查，並在後續會議或報告中整理。	請見101年度計畫書(15至21頁)。
十九、主持人林霖教授曾主持總額制度下全民健康保險費率精算模型-合理醫療費用推估模式之研究經驗。惟團隊似乎協調不足，研究思維過程未能掌握國家型計畫之實證要求;抽樣執行，亦可能因分工不均衡，未能達到如期完成及確實完成之標準。	感謝審查委員的寶貴意見。 研究團隊為台灣極少數能夠無私合作的團隊，歷年來經常執行國家型計畫，過去五年就有七件衛生署等國委託計劃結案，部分(如菸捐研究)也已經形成政府政策，並完成數篇國際SSCI級期刊論文。若將台灣過去進行過自付醫療費用的所有國際期刊論文列出比較，本研究小組的學術貢獻還不多讓。因此，若有讓委員覺得團隊合作不足之處，應該是報告陳述方式未近完美，本小組會在第二年中繼續努力，以達成委員的期許。	回復以供參考。

審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
二十、執行機構：不會給予支持。	感謝審查委員的寶貴意見。研究團隊會秉持為人民服務的一貫立場進行研究。	回復以供參考。
二十一、 1. 總預算為 370 萬但人事費+業務費+管理費加總後不等於 370 萬。 2. 業務費中之文具紙張、郵電、電腦處理費、資料蒐集費等項編列之金額，與說明不符。 3. 油脂、國內旅費編列過高。 4. 問卷禮品不得以現金卷為之。	此為加總時的筆誤，已在計畫中改正，也感謝審查委員的細心指正。	請見 101 年度計畫書，(28 頁)。
二十二、研究方法部分，應檢訂選定分析之統計模型之妥適性，並列入附錄。每一參數設定應附上檢定報告以確立其正確性。	感謝審查委員的寶貴意見。本研究小組在收到足夠的樣本之後，會就計量方法的要求，進行模型的檢定，並會附在報告中，以確立其正確性。	回復以供參考。
二十三、請檢視並更正全文一再提醒之錯字，並修改統一採用西元年或民國年。	感謝審查委員的寶貴意見。已依照委員提醒，全部改為西元年。惟在文獻引述部分，因尊重作者原文之故，不再另外改變年代的表現法。	回復以供參考。
二十四、本計畫為大型連續性計畫，依上述意見（十七~），應慎重評估是否不再支助此第二年計畫。	感謝審查委員的寶貴意見。研究團隊會秉持為人民服務的一貫立場進行研究。	回復以供參考。
二十五、現所提出之研究計畫書內之「實施方法及進行步驟」部分，並未針對本年度四項目標依序明確標示出章節標題，然後依每一項標題說明工作內容。此種撰寫方式除了會使閱讀者產生對研究團隊未來執行本年度計畫能否達成公告規格要求目標的質疑，更會對研究團隊產生其無法將本年度計畫預定執行工作聯結到前(100)年已執行之計畫成果上去的不信任感。本連續性計畫三年總經費達 900 萬元，但標示本年度工作目標含混，未達到連續性國家計畫期中年度的嚴謹審查要求標準。	感謝審查委員的寶貴意見。 (1)論文撰寫方式已經於期末報告中修改。 (2)研究經費多少請衛生署與現有其他進行類似研究團隊的經費相比較，應該可以發現本研究是最有效率的投資，方法論在全球的原創性極高。	回復以供參考。

審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
<p>二十六、<u>背景分析部分</u>:主要在回顧文獻資料有關我國總額支付制度現況，不同立場對自付醫療費用的看法、自付醫療費用的來源、名目、分類，自付醫療費用對就醫利用影響的評估，國內於此方面的研究。此方面回顧具參考性。</p>	<p>感謝審查委員的肯定。本研究會在後續計畫中更新資料。</p>	<p>回復以供參考。</p>
<p>二十七、<u>連續性計畫之執行成果概要</u>:主要在報告以所收集到的中醫資料部分，作出之初步分析結果。此部分未針對100年度計畫的四項目標是否達成，扼要敘述，故計畫成果的可信度、可參考價值無法看出。例如，該年度目標之一在探討我國民眾自費結構、影響因素及對民眾負擔之影響，此部分研究團隊探討出了甚麼具體結論？又，該年度要辦理第一次全國代表性自費調查，研究團隊所進行的調查工作，在支助經費高達300萬元條件下，所收集到樣本是否具有了代表性的要求？此點是否在該年度期末審查中獲得認同？</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。這個部分我們已經增補100年計畫報告摘要，對四項目標的研究結果，有扼要的陳述。 另外，代表性的問題在100年的期末報告第三章有詳實的說明。本研究抽樣過程嚴謹，沒有代表性的問題。</p>	<p>請見100年度期末報告(62-115頁)、101年度計畫書，(13-14頁)。</p>

審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
<p>二十八、實施方法及進行步驟:主要在說明101年的抽樣方法、研究變項、自付醫療費用估計之模擬方法、自付費用與社會階層之關聯性。此部分未針對年度目標如何延續第一年全國性調查工作，繼續進行第二次全國性調查，以獲得一個符合國家性大型調查的代表性樣本，從而完成分析工作，作出清楚的說明。計畫書第15頁所言：「101年的抽樣設計，考量醫療機構解密過程曠日費時，為了研究進度及衛生署委託單位的最大利益著想，本計畫在101年度將不擬再重新抽樣，…」，此語反計畫執行者為計畫支助者，其因(因為支助者著想)果(故不擬再重新抽樣)推論之說，難以理解。此外，本年度規格要求之2、3、4三項目標亦未詳見相對應之以二次調查結果為基礎之直接實證分析方法具體說明。所述之模擬或迴歸模分析，未見與健保領域有關之該等方法之方法論或與主題類似之實證論文引述支持，模擬方法結果或有部分參考性，但徒言統計方法如此行之，讀之者何以信之？</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。  (1)第二次全國性調查的對象為重大民眾自費項目的醫事科目，因此在抽樣的對象上，有特別補強第一年計畫較不足以致可能被視為極端值的樣本。兩者整合，就可以擁有一個完整的民眾自費資料庫，以便進行分析，並提供政府政策參考。  (2)由於100年的抽樣程序，在醫療機構的解密上耗時近三個月，讓後續的抽樣的時程十分緊迫。因此101年的補充性抽樣，就已解密的醫療機構(在100年根據正確的抽樣方法抽出者)，重複抽樣一次，就可以省去許多解密的時間。因此才有第15頁同段落之「以將所有時間均留給問卷回收」之語。很抱歉可能因為語意模糊，讓委員誤會了。  (3)第二計畫目標：串聯分析健保資料與自費調查部分，已在第三題中說明，在此不再贅述。  (4)第三計畫目標：評估民眾自費對健保就醫利用之影響，除了計畫書中的計量模型之外，100年的期末報告第五章也已處理民眾就醫層級因自費而改變選擇的模型。由100年的報告可知，本小組在更多抽樣樣本的情況之下，所求出的結果應該更為穩定。  (5)第四計畫目標：提出自費調查模式之建議，本小組將會根據這兩年的抽樣歷程，提出有效率的調查模式，以供政府相關單位參考。  (6)由於相同的研究多為政府報告，使用的統計方法多為敘述統計，因此要找到計量模型較有難度，但也突顯本研究之原創性。本小組會持續文獻之收集分析，在101年向委員們報告。</p>	<p>請見101年度(16-21頁)。</p>
<p>二十九、專長搭配可以互補，但似乎因為團隊協調不足，研究思維過程未能掌握國家型計畫之實證要求；抽樣執行，亦可能因分工不均衡，未能達到速、要之標準。</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。由於本題與第19題相同，在此不另做贅述，以節省委員的時間。</p>	<p>回復以供參考。</p>
<p>三十、執行機構，應會給予支持。</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。研究團隊會秉持為人民服務的一貫立場進行研究。</p>	<p>回復以供參考。</p>
<p>三十一、須依上述二十五至二十八意見，重編。</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。已在計畫書中補充說明。</p>	<p>回復以供參考。</p>
<p>三十二、由於本計畫為大型連續性計畫，依上述二十五至二十九意見，應慎重評估是否不再支助此第二年計畫。</p>	<p>感謝審查委員的寶貴意見。研究團隊會秉持為人民服務的一貫立場進行研究。</p>	<p>回復以供參考。</p>



審查意見	研究團隊回復	報告修改位置
三十三、看不出門診抽樣結構，樣本無依區域、級別交叉分析。	謝謝提醒，相關門診的變項交叉分析，已在第三章中補漏。	回復以供參考。
三十四、重點結論未列入摘要	經查驗，確實在自費結構部分有所遺漏，已在中文及英文摘要處分別補充說明。	回復以供參考。
三十五、有關訪員訓練請詳細呈現，如會議紀錄等...	謝謝提醒，請見附件訪員訓練手冊及訪員訓練的PPT，配合簽到及照片，應該足以呈現訪員訓練的紮實及嚴謹。	(請見 237 頁附錄十)
三十六、網路自費調查來源為何，是研究者自行觀察或其他	根據衛生署的公告內容，由研究團隊逐一查閱各級醫事機構在網路上有關自費的內容後，記錄資料而得。請參閱「2.6 台灣醫療院所網路自費調查」。 由於此種觀察僅為簡單之內容分析及針對事實所作之次數計算，並無牽涉到抽象變項之觀察或測量，因此並未進一步進行信效度檢驗。	請見「2.6 台灣醫療院所網路自費調查」(P53~55)
三十七、費用類別與收據格式內類別不盡相同，無法判讀。	行政院衛生署公告之門診收據格式與住院收據格式對於各家醫療院所僅據參考作用，因此各該醫院使用的費用名稱並沒有統一格式。 因此本研究於整理與分析資料訊息，係以收集得到的自費項目名稱進行整理與分析。因此類別不相同處乃實務上可以理解者，判讀上更需要實務及專業上的輔助。若要一致，只有依靠未來政策的制定及執行的強度。	回復以供參考。
三十八、哪些人、地區易被收自費，自費項目討論分析應加強	自費項目之分析，由於抽樣之地區係隨機抽樣，同時是以個體推估總體的研究方式，因此在分析上，應可以以家戶所得為重點，來觀察自費支出在不同收入層級的分佈。	請見第三章 115 頁及附錄九 (P234)。
三十九、請加強具體建議	此三年期計畫，僅完成第一年之工作，對於自費的來源的掌握度幾達到 50%，由於第一年計畫的重點在於建立新的方法論，因此暫時不宜提出太多的具體之建議。 本研究團隊基於學術嚴謹規範，已就所有可確定的部分提列建議。其他因為第二年及第三年計畫而會使得自費的結構等輪廓更為清晰的部分，本團隊傾向保留目前的想法與意見，方不會有以管窺天的臆測性建議，誤導相關單位的認知與可能的決策方向。	回復以供參考。
四十、第一年若無法找出為何台灣自費高達36%，第二年計畫是否可找出原因，增加了哪些方向確信可得原因	第一年計畫已找出傳統醫事機構發生比率較高的一些自費樣本，但本計畫於第一年時間中，僅來得及敘述透過醫療院所收取之自費項目與金額，並建立其財務上的方法論，尚無足夠之時間分析以下三種自付醫療費用之項目與金額：第一，非經由醫療院所支出之自費項目與金額(例如自購藥品)；第二，民間醫療保險費用支出；第三，部分不容易由大規模調查中獲取之特定健康或療法(例如無痛分娩、假牙)、特定科別(例如骨科、免疫風濕科)、特定族群(例如失能與臨終老人)之高額自付醫療費用。 第二年會就以上三大類自費項目與金額進行分析，尤其是自費支出較大宗但發生率稍低的疾病/科別做抽樣問卷，就可以捕捉另外一些在第一年無法觀察到的項目，同時強化目前得到的自費結構，有助於政策上更明確地對症下藥，實質降低台灣自費比率。	回復以供參考。

## 中文摘要

本研究藉著大規模的文獻及辦理全國性的自費調查，應用使用模擬分析及離散選擇模型，從總體與個體角度分別探討我國民眾就醫自費的結構、影響因素及對民眾就醫行為之影響。

在擁有大樣本的抽樣成果之後，本研究呈現了豐碩的研究成果。首先，從大規模的文獻探討中，我們發現國家健康保險型態可能不是各國民眾就醫自費占總健康保健總支出的比例不同的原因，但近年來各國似乎都在致力於縮小國內的民眾自費支出，增加國民的福利。其中，土耳其一舉下修 5%，一年之間從 2008 年的 21% 縮小到 16%，居各國之冠。

在國內醫院網路自費項目說明部分，我們檢查了全國各大醫學中心、區域醫院、以及地區醫院的醫院網站，發現自費項目公告完整的醫院實在鳳毛麟角，但在掛號費、病房費、及部分負擔等項目，為網路自費公告的大宗。因此可以推測，民眾就醫時，在就醫的醫院網路上公開的自費資料得到的助益不會很大。這也可以部分解釋近年來民眾申訴案件的激增。

從 77 國的自費文獻的資料來源中，我們可以發現，包含本國在內，各國在自費資料的擷取上，大多來自全國性的家戶收支/健康調查。唯比利時經由疾病基金會的要求，由各醫院提供民眾自費資料。在討論本國自費資料部分，大致而言，「家庭收支調查」、「家庭醫療保健支出調查」、「國民健康調查」均需要龐大的樣本與龐大的經費，調查效率也往往不高，較少使用的醫療服務(例如住院服務資料)也不容易在家戶調查中有效率的取得，往往造成預測未來醫療費用的難度。

在民眾自費的結構方面，從本研究 2011 年進行的全國問卷的敘述統計中，我們可以發現門診部分，平均民眾就醫自費支出以掛號費為大宗。其次為基本部

分負擔，平均占全體門診自費部分之 48%。住院部分則以病房費為主，平均占全部住院自費部分的 70%。

模擬分析捕捉未來 25 年的民眾自費支出的變化，實證結果發現，本國未來人口結構的改變會大幅影響未來民眾就醫自費的結構。在 2036 年時，本國民眾自費總額將較 2011 年的自費總額成長 18%，但是 65 歲以上的人口所支出的自費比例就成長了近 2.1 倍，占去了 2036 年約 38% 的自費總額額度（2011 年僅為約 18%）。

本研究也藉著離散統計分析，來估計不同族群間（高所得與低所得）之價格彈性與交叉彈性（第五章），來評估不同所得族群的民眾，對就醫自費增減所產生的就醫行為變化。實證結果驗證了民眾自付醫療費用增加將具有的自身價格的所得累退效果，並且各專業醫療層級（地區診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心）間之醫療服務為相互替代，同時各專業醫療層級與自行療護選項之交叉彈性為價格排擠效果。因此，自付醫療費用增加將衍伸出較高的社會福利的減損與照護公平性機會。

我們也估計了 2011 年民眾自費之於健保申報總點數的比值的模擬，發現此比值大約為 31.8%，意即未來政府若能掌握某年的健保申報總點數，則可自行換算出大約的民眾自費支出總額。這個研究結果將可以大幅度地降低政府在瞭解與推估民眾自費的規模，同時有助於有效訂定相關政策。

最後，我們也藉著吉尼係數來瞭解本國民眾自費的公平性。雖然在個體資料上，我們只能借助回憶資料，在樣本資料有限及這類資料先天上較缺乏精確度的限制下，我們僅能確定相對的公平性。我們發現國內整體自費支出在整體公平性上較有改進空間，值得政府在制定健保內容時多予考慮。

## 英文摘要

This study utilized the simulation method and the discrete choice model to investigate the factors influencing the out-of-pocket expenditure and consumer's seeking care behavior as well as macro-level of structure of the out-of-pocket expenditure by way of a large scale of individual's survey and literature review.

This study obtained some significant results based on both survey data and literature review. First, we found that the different methods to finance health insurance may not be the major reason to generate different proportions of out-of-pocket expenditure on total health care expenditure because some countries around the world are devoted to reduce the out-of-pocket expenditure in order to improve the citizen's welfare. The proportion of out-of-pocket expenditure on total health care expenditure in Turkey decreased from 21% to 16% in 2008, a result that the most dramatically decreased 5% of proportion of the out-of-pocket expenditure on total health care expenditure within 12 months.

In addition, we found that the announcement of the out-of-pocket items to the general public from websites in many academic medical centers, regional hospitals, and district hospitals was incomplete in Taiwan, and those announcements mostly refer to processing expenditure, inward expenditure, and other copayments. In turn, it follows that the general public would not benefit much from the announcement of the out-of-pocket items in the websites of hospitals, a condition which directly explains the incensement of cases filed to arguments of the out-of-pocket items(expenditure) in Taiwan.

Moreover, the evidence from 77 countries (Taiwan was included) showed that the data sources of the out-of-pocket expenditure most come from national survey of

household expenditure and health care expenditure. The unique case was that the sick fund requires hospitals to report the out-of-pocket expenditure in Belgian.

In terms of the structure of out-of-pocket fees, based on our national survey in 2011, its largest item goes to registration fees, followed by statutory co-payments, which is about 48% of the total out-of-pocket fees in ambulatory care. For inpatient care, nearly 70% of out-of-pocket fees is attributed to balance billing on ward fees, making it the largest item in this category.

Our simulation analysis could capture the change of the out-of-pocket expenditure. Our results found that the population structure will impact the structure of the out-of-pocket expenditure. Our simulation results predict that the out-of-pocket expenditure will increase 18% from 2011 to 2036. Approximately 38% health care expenditure belongs to the out-of-pocket expenditure in 2036 (18% in 2011), in which the out-of-pocket expenditure for the aged 65 and over was 2.1 times higher than its counterpart.

This study also estimated the price elasticities and cross price elasticities among different income levels for the choices of healthcare providers using the discrete choice model. These estimates allowed us to understand how the out-of-pocket expenditure impacts the choices of healthcare providers. The regressive effect of the impact of the out-of-pocket expenditure was found. In addition, the different healthcare providers were substitute, and the positive cross price elasticities will generate pricing out effect. Therefore, the increase of the out-of-pocket expenditure would result in a decrease of social welfare and health care equity.

Furthermore, we also simulated the ratio of the out-of-pocket expenditure to the claimed point-values of the National Health Insurance. Based on our estimate, the ratio was about 0.318, meaning that the government would convert the out-of-pocket expenditure from the total claimed point-values of the National Health Insurance. This

technique would largely benefit the government to easily estimate the total out-of-pocket expenditure, and it will help implementing effective policies to control the out-of-pocket expenditure.

Finally, the GINI index was estimated to understand the inequity of out-of-pocket expenditure in Taiwan. Note that our estimated results only define the relatively equity of out-of-pocket expenditure due to the restriction of our data, which is largely based on recall data. Our results suggested that the equity of out-of-pocket expenditure has a larger room for the improvement, but this inequity of out-of-pocket expenditure is worth noticing when governmental policies of global budgeting are further discussed.

## 第一章、緒論

全民健保實施的目標，在以量能負擔之方式，集大眾之力量，減少民眾就醫時之財務障礙，藉由就醫可近性之提昇，使我國民眾獲得合適之醫療服務。但在實施總額支付制度後，各界對於全民健保保險醫事服務機構衍生將部分醫療費用以各種方式轉由民眾負擔之問題，頗多疑慮。另依據國民健康帳(National Health Account)，家庭自付醫療費用占國民醫療保健支出之比率，於健保實施前 4 年平均為 41.3%，健保實施後 84 年為 31.8%，96 年增至 37.0%，民眾自付醫療費用（以下簡稱自費）確實是目前重要的議題之一。

然而，健保開辦至今十多年間，台灣健康食品、健康器材或健保不給付之醫療保健服務（如整型或美容手術、齒列矯正及高科技健康檢查）等各類與健康相關之產業蓬勃發展，而此類支出之比重，是否係民眾或家庭自費比例增加之主因，實際健保之自費比例又占多少？現行並無完整及持續性之調查可提供此類之資訊，因此無法實際了解民眾就醫自費之趨勢。

一、行政院主計處每年家庭收支調查雖有非健保之醫療用品費用支出等項目，

惟係支出費用總金額，且為健保不給付項目，並非現行各界主要關心之自費項目。

二、目前僅能從健保局藉由民眾各種申訴案件中，了解申訴者自費之原因。

三、衛生署國民健康局、國家衛生研究院及本署管制藥品管理局，94 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」第三次調查為自 98 年 6 月起至 99 年 2 月底），雖有自費項目，惟無法得知被收取自費（非部分負擔或健保不給付項目）之原因，及對其經濟影響。

四、衛生署 97 年起進行之家庭醫療保健消費研究，於 98 年加入「健保保險對象就醫被額外收取費用情形」之調查議題。

如果未對民眾自費成長加以監督，則雖然全民健保的醫療支出得以有效節制，但卻加重民眾財務負擔，本署宜有相關配套措施適時減低民眾過重之負擔。因此，應結合現行政府相關統計調查，建構民眾自費對全民健保就醫利用影響之調查模式，定期收集民眾自費之相關資料，以了解民眾自費之原因、比例、結構及其在不同族群之分布，及是否衝擊現有健保制度，並參考各國民眾自費之趨勢及其相關因應政策，作為健保政策修正之參考。

## 1.1、台灣的醫療費用總額支付制度

台灣自 1995 年實施全民健康保險後，透過民眾薪資稅的課徵，由公共財務機制提供所有住民與居留者完整且無微不至的醫療照護，一個普遍且廣泛的健康保險制度，所有的人均可納入這樣的保險體制，受到完整的醫療服務。這些服務涵蓋住院、門診、牙醫醫療與中醫門診服務。一般民眾及低收入的民眾其保險費的一部分或全部也受到政府由稅收來補貼與分擔，當然全民健康保險也涵蓋了這些納保人家庭中的所有成員。由於全民健保之法律規定，全民健康保險制度之財務必須自給自足，因此隨著醫療支出日益增加但保費收入卻增加有限下，健保財務出現困窘現象，健保局為控制預算之支出，因此建構出總額預算制度，希望能限制或減緩醫療費用過度成長。中央健保局於 1998 年 7 月推動牙醫門診實施總額支付制度；中醫門診總額支付制度於 2000 年 7 月開始實施；西醫則區分為西醫基層總額與醫院總額兩部分，其中於西醫基層總額 2001 年 7 月實施，醫院總額則於 2002 年 7 月最後實施，使台灣健保制度已完全走向全面總額預算制度。

總額支付制度實施對台灣醫療界產生相當影響，在醫療費用成長有限、總體醫療費用固定下，醫療機構營運必須更謹慎。總額預算支付制度下的醫療服務市場，醫療機構在預算固定下，當投入之服務量愈大，在總額預算制度下每一服務點值會逐漸下降，最後可能造成提供服務之醫療院所無利可圖。在公部門的健保財務費用有限條件下，廠商自然尋求私人的財務投入以增加收益，因此許多台灣



的醫院不論是營利或非營利均不停去發展民眾自費醫療服務市場，以增加醫院之收入(Evans, 1998)。

## 1.2、不同觀點下的自付醫療費用

以政府的角度來看待自付醫療費用，自付醫療費用對實施全民健保或國民保健服務制度的政府而言，無疑是具有相當吸引力的，因為公部門的資源有其限制，自付醫療費用的部分等於是替政府開闢另一個醫療費用的財源管道。許多街談巷議或許認為自付醫療費用，尤其是健保給付項目的部分負擔，是控制道德危害(Moral Hazard)和醫療費用過於快速上漲的重要手段。但由於醫療服務的價格彈性極低，因此這樣的街談巷議，無法完整解釋各國政府均對自付醫療費用普遍存有濃厚興趣的事實，而這個事實背後最大的動機，可能是自付醫療費用是在政府資源有限的前提下，所開闢的另一個財源管道(Roberts et al, 2004)。

以健保局的立場來看待自付醫療費用，除了上述財務來源的考量外，在行政操作面的角度來看，健保局所面對的是全民健保醫療費用總額支付制度全面實施後，民眾就醫自費之申訴案件漸增。不少民眾都發生過到醫院就醫時，有健保身分卻還要付很多自費項目。根據健保局統計，2003 年到 2009 年間共接獲近 1 萬件民眾申訴醫院額外收費，平均每天約 3 起，有些是民眾誤解，經過解釋讓民眾了解醫院收費狀況，有些是確實有問題，健保局也依法開罰。以 2009 年統計，醫院不當向民眾收費或自立名目收費的共有 7 件，部分負擔收費錯誤的有 12 件，健保局都依法開罰。為了確保民眾權益，健保局日前要求醫院上網公開自費項目，讓民眾瞭解，但很多醫院上網資料太多，民眾根本看不懂，因此健保局制定健保給付與不給付項目的標準格式表格，並行文各醫院參考，要求各醫院在 2010 年 9 月底前參考健保局自費格式上網公布。此一背景也正好成為本研究的題材之一。

以人民的角度來看待自付醫療費用，在政府當局允許「自付醫療費用」與「公部門支付醫療費用」兩者並存的健保體制下，有能力支付自費醫療服務的人民可以享受健保給付範圍以外的服務，造成同一個國家之內醫療服務的差別待遇，可能引起「排擠弱勢者醫療資源」風險的爭議。學理上任何與所得無關的自付醫療費用，都會對財務的弱勢者造成比較大的影響，因此以人民的角度來看待自付醫療費用，必須看所討論的是財務上的強勢者或弱勢者，而決定其影響的方向與程度。

以資源配置效率的角度來看待自付醫療費用，在資源配置效率的觀點下可以有兩種可能的推論，第一種推論是由公部門作為主要財源的醫療保健系統，其最佳的選擇是它的普遍性和其能夠配合付費能力的支付原則(Wagstaff and Van Doorslaer, 1993)。在這項的先決條件下，政府部門幾乎沒有選擇必須於健保體系下開拓私領域的財務收入，如自費醫療服務，有了這些來自高收入家庭的自費醫療收入，可能可以節省原本健保的醫療支出，使公部門的醫療費用更能投入去照顧弱勢族群與家庭，因此是另一種比較有效率的資源配置選擇。

第二種推論是由國家總體醫療支出的觀點，因為不論是公部門社會保險、公部門政府預算、或私部門的醫療支出，全部都是國家總體醫療支出的一部分，因此透過私部門醫療支出增加，企圖讓公部門社會保險支出降低的作法，對於國家總體醫療支出而言並沒有特別的意義，因為國家總體醫療支出並不會因此而減少。相反的，當醫療費用脫離公部門的掌控，進入私人自掏腰包的支出，如果私部門的健康保險又介入這個自付醫療費用的市場，則國家總體醫療支出反而上升會比較快(例如美國)，這個現象也可以由部分國家一直規定比較高額的部分負擔(例如法國)，但其國家總體醫療支出卻上漲比較快的事實獲得驗證。

以醫療品質的角度來看待自付醫療費用，在自付醫療費用與健保給付並存的前提下，如何同時將自費醫療服務與健保醫療照護體系，合理規範其服務條件並確實執行，使二者不只能並存，並創造出在適當範圍之內應用自費醫療服務的環境，使民眾享有更多的醫療選擇權利，並讓醫療機構取得較大的經營空間，自費

醫療的財務挹注無疑可以擴大國家整體醫療財務投入，對於醫療服務品質提昇會有相當助益，在適度規劃的前提下，自費醫療服務市場有可能不但不會侵蝕健保醫療服務品質，更將可能引領健保服務品質的提昇。

除此之外受到醫界特別青睞的差額負擔(Balance Billing)的自費醫療，醫界往往主張其能夠成為另一股財務支柱。在政府的政策支持與法源依據下，利用創造消費者需求的價值，提昇消費者滿意度，並藉此換取消費者付費來產生新的效益。才能在不調漲整體保費下完全改善現有健保財務的窘境，以維繫醫療環境的健全體質，逐步的邁向自給自足的理想境界。(魏志定，2004)。

以民眾就醫層級選擇來看待自付醫療費用，以 2005 年七月十五日所實施的新版門診部分負擔政策為例，健保局實施一個差別取價機制，若民眾選擇由基層診所就診，進而轉診至醫院就醫，則負擔較低的部分負擔金額。反之，若民眾選擇直接至大醫院就診，則負擔較高的部分負擔金額。因為健保局支付醫院門診費用約為其支付診所門診費用的 2~4 倍 (行政院衛生署,2005)，中央健康保險局企圖藉由價格機能來抑制民眾於醫院就醫的頻率，並改變民眾就醫的選擇(先由小診所就醫)，進而降低全民健保財務壓力的動機非常明顯。根據健保局 2006 年所公佈的全民健康保險簡介專刊，我國全民健保之門診部分負擔政策(以下簡稱部分負擔政策)從 1995 年至 2004 年止，歷經八次改變 (Bureau of National Health Insurance, 2006)。就平均而言，健保局幾乎每隔一年必定修改其所實施之部分負擔政策。然而，在同時期，我國民眾平均每人每年門診就醫次數，卻由 13 次些微上升至 15 次(Bureau of National Health Insurance, 2004；Chen, 2006)。頻繁的修正部分負擔政策以及平均每人每年門診就醫次數的些微上升，吾人可質疑部分負擔所隱含的價格機能是否有效改變民眾就醫習慣，進而減少全民健保的財務問題？在本文探討的是自費對民眾是否會有效改變民眾就醫習慣，在制定部分負擔政策前，仍有幾個重要的問題必須列入考量：第一、民眾是否會因為醫院門診的自費金額較高而轉向診所就醫？第二、自費隱含的價格機能是否會產生所謂的所得累退效果(Regressive Effect)？如果所得累退效果存在，則低所得者比較容易受

到部分負擔所產生的價格排擠效果 (Pricing-Out Effect)影響，進而選擇在家自行療護(如到藥房自購藥品或求助民俗(間)療法等)。將貧病者排除在全民健保醫療體系外，這樣的政策是否合乎公平正義的原則？為了一窺上述問題的全貌並提供政府有關當局制定部分負擔政策的參考依據，本計畫嘗試以自費政策對民眾門診就醫層級選擇之影響為題，進行價格排擠效果以及社會福利效果的政策模擬。

### 1.3、自付醫療費用的種類

醫療服務使用者所面對的支付制度規範是非常重要的政策內容，尤其是如果將這些自費醫療費用當作使用醫療服務當下的邊際價格(Marginal Price)，這個邊際價格自然會對醫療服務的使用產生影響(Chalkley & Robinson, 1997)。

如果從價格的角度來看待民眾的自付醫療費用，則自付醫療費用可以區分為直接自付額與間接自付額兩種(Rubin & Mendelson, 2004)，醫療費用直接自付額包括：定額部分負擔(Co-Payment)、定率部分負擔(Co-Insurance)、自負額(Deductible)、和差額負擔(Balance Billing)，而醫療費用間接自付額包括：不給付項目(Coverage Exclusion)、和藥費調控機制(Pharmacy Regulatory Mechanism，例如學名藥替代規定、藥劑成分的正負面表列等規定)。另一種分類方式(Chalkley & Robinson, 1997)可以依據醫療使用者所面對的費率種類將自付醫療費用區分為：定率部分負擔(Co-Insurance)、兩部分費率(Two-Part Tariffs)、非定率全額邊際成本收費(亦即自付額 Deductible)、以及非定率部分邊際成本收費(亦即差額負擔 Balance Billing 或參考價格 Reference Pricing)。本研究所稱的自付醫療費用將涵蓋所有上述的項目，而且不同的自付醫療費用方式對醫療服務利用者的影響會有不同，但部分台灣所沒有實施的制度當然無法列入計算。

對於健保制度而言，上述第一種分類中的直接自付額是比較重要的監控項目，但在國家層級的自費醫療費用調查資料中，一般都只會有自費醫療費用的總額，而不會去區分是直接或間接的自付醫療費用。在某些工業化國家中(例如:法國)，

人民會再引進私人健康保險來承接自付醫療費用的部分，在這樣的情況下，上述分類中的直接自付醫療費用，就會以第三者保險的財源型態出現，而不是以就醫時自掏腰包的型態出現，因此在這類的國家中就必須特別注意其分類問題。此外必須特別注意在某些開發中國家(包括中歐與東歐國家、以及前蘇聯共和國成員的獨立國家)，非正式的或檯面下的支付(Informal Payment)有可能占直接自付醫療費用相當程度的比例，但這些非正式支付當然無法達到紀錄上最起碼的透明度(Transparency)標準，所以其數值絕大部分應該都沒有紀錄，也是進行自付醫療費用調查時必須特別注意的(Robinson, 2002)。

在本計畫中，研究小組將會調查上述的兩項支付項目，包括以私人健保來支付部分醫療費用，以及非正式的支付。如果這兩項無法以精確的金錢數字呈現，則最起碼會呈現大約的金錢數字，或是否有這筆支出的性質描述。

#### **1.4、台灣的自付醫療費用項目與相關研究**

在由民眾直接支付的部分負擔項目中，本計畫所調查的項目將依據實際訪查的初步結果來設計問卷中自付醫療費用中的所有項目，包括上述的項目和掛號費。在間接支付的醫療費用中，以健保不給付項目比較複雜，所衍生的爭議也較多。

一般來說，醫院發展自費醫療服務項目可分為兩大主要方向(陳國團，2001；楊哲銘，2001)。第一個方向為特別門診，其費用至少包括(1)自費門診如 VIP 門診，(2)美容門診如美容、整型、按摩、SPA、水療，(3)健檢門診包括 CT、MRI、PET、綜合性健檢，(4)心理諮商門診：心理測驗、諮商、精神輔導，(5)營養門診如減肥、營養諮詢，(6)檢驗檢查：超音波、腦波、骨質密度、癌症篩檢、單項檢查，(7)雷射近視矯正。第二個方向為自費住院，其費用至少包括(1)高級住院中心，(2)自費膳食，(3)自費設備，(4)自費手術及處置費，(5)指定醫師，(6)自費高級藥品衛材。

以上所列的自費醫療項目繁多，如果是單純的自費門診、自費檢查、自費治療，民眾較少會有爭議，一般僅是對治療效果的不滿而已。但對於健保有給付的疾病的醫療服務項目，在同次住院或門診中除了依規定部分負擔外，另外收取的項目，尤其是高額自費項目就相對容易引發糾紛，其中的代表項目之一即為自費高價骨科醫材部分。此外，民眾被醫療院所要求自費的一般材料品項，如棉棒、紙膠、抽痰管、拋棄式手術布包、OP site、一般導尿管、鼻胃管、拋棄式產包、拋棄式鴨嘴、導尿包、原裝灌腸套及灌腸器、灌食空針、胸腔引流瓶、AMBU BAG、抽吸瓶、氧氣潮濕瓶、高透氣防水透明敷料、口表套、耳溫套、氧氣濃度調節式面罩、手圈、甘油球、抽痰用之隔離手套、Pad、EKG Plate、引流管、引流袋...等。其他如拋棄式耳溫槍專用膠套、氧氣面罩、噴霧面罩、手術手套、紙膠帶、消毒腹部墊等。均是在健保制度下，允許醫療機構另外向被保險人收取費用的額外支出項目，也造成民眾必須自行再掏腰包自付之相關費用。

目前針對自費醫療利用服務的研究並不多，相關文獻大多集中於美容、健檢、自費門診等選擇性醫療或以企管的角度來看，較少針對健保也給付之醫療服務之相關自費醫療項目。民眾對於自費醫療服務項目之選擇考量，對於醫院結構面因素的考慮，主要為「醫師的專業技術與資歷」、對於醫院臨床面因素考慮，主要是「院內感染率」、對於醫院績效面因素的考慮為「自費項目的醫療效果」。在與健保服務相比較時，在選擇自費醫療服務時，最優先考慮因素為「醫療服務的效果」；其次是「醫師的專業能力」；其他的意見如「新的儀器設備」、「病快好」、「等候時間短」等。同時也會受到醫療品質、就醫醫療方便與否、顧客對醫療機構服務的滿意度，醫療服務供給者亦認為自費醫療服務的「口碑」十分重要，亦即在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(劉宜君，2008)。王菁蘭(2003)研究發現的民眾因為方便進一步治療、檢查結果正確等因素，而選擇至醫院健檢，而較少比率民眾願意至專業健檢診所。

么煥忠(2006)的「自費醫療需求的評估-以台南市民眾為例」研究發現，一般民眾想使用的自費醫療項目上，以自費健康檢查占最多；在自費醫療服務屬性評估上，受訪者認為「舒適隱密的空間」最為重要，建議醫學中心等醫院可發展個人健檢相關自費健康檢查來增加財務收入。皮膚美容與整形美容在自費醫療項目中需求度雖然較低，醫療院所仍可針對皮膚及整形美容項目下「面皰抗痘調理課程」、「解救落髮課程」、「雷射手術(除痣、除毛)」、「齒列美白手術」、「近視雷射手術」及「眼瞼周圍整形術」等六個項目發展。

徐敏玲(2007)於牙醫自費醫療影響價格因子之研究發現，「假牙」自費醫療項目方面：「診所設備」及「診所離住家之便利性」等兩因子個別對受訪者願付假牙價格的影響性顯著。至於「矯正」與「植牙」兩方面，消費者相對較不熟悉此兩種牙醫醫療技術，因此相對需要透過專業醫師或護理人員的說明，或者廣告宣傳。所以「醫師技術」因子對受訪者願付矯正價格呈顯著影響性，而「護理人員服務態度」因子對受訪者願付植牙價格有顯著影響性。

游熙明(2007)於中醫院所病人自費醫療行為之研究發現，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。訊息來源以親友介紹及醫院看板最多。自費看診的期待以用藥會比較好及醫生會看得較仔細為主。想自費的範圍以保健養生(含身體調理)、濃縮中藥、中醫健檢(含經絡檢查等)、推拿、中醫美容、產後護理(坐月子)服務、丸劑、飲片及敷藥為主。自費看診困難(擔心)之處，主要是無法判斷與價格相對應的醫療品質、買到假藥及經濟負擔太重等因素。

病人特性、資訊搜尋及環境變數對自費醫療的影響-以大腸直腸癌新藥自費化療為例的研究，消費者(病人)的特性包括人格特質、消費者動機與主觀產品知識及風險態度對於購買意願均有顯著關係。自費購藥決策過程影響包括行銷方式、權威影響對於購買意願均有顯著關係。環境變數即家庭支持程度對於自費購買治療藥物意願也有顯著關係。此外消費者(病人)的年齡、教育程度及家庭收入對於購買意願也均有顯著關係(金仁，2008)。

就醫療服務市場角度來看，王如萱(2004)以賀芬達指數研究市場競爭和自費醫療項目數目及收入占營運收入比重的關係。結果顯示市場越競爭的醫療區，其醫院的自費醫療服務會越多，證實醫院會以提供自費醫療服務來因應市場競爭行為。

### 1.5、自付醫療費用對醫療利用的影響評估

在學理上對邊際價格的重視，導因於由病患主導比較多的醫療服務，會比較受到邊際價格的影響，包括一般開業醫師的諮詢服務和某些情況下的處方藥品使用。因此討論如何以什麼標準來評估自付醫療費用的影響也是非常關鍵性的，一般而言評估自付醫療費用的影響最重要的標準仍不外乎效率(Efficiency)與公平(Equity)兩項(Kutzin, 1998)。

以「效率」的標準而言，主要的議題在於評估自付醫療費用是否可以減少「不必要」的醫療服務，所以醫療服務的治療效果是這個議題的主要關注點。從另一個角度而言，邊際價格一定會減少醫療服務需求，但所減少的是「必要的」(或有效的)或「不必要的」(或無效的)醫療服務才是評估重點，而其前提是必須能夠區分這兩種醫療服務才行，而這樣的議題會衍生出自付醫療費用會不會影響健康狀態的事實。

以「公平」的標準而言，主要的議題在於評估自付醫療費用的財政負擔是否主要落在低所得者的身上，或是健康狀態容易因為自付醫療費用遭到影響，但此影響與所得無關的族群，例如老年人或慢性病患者。此外「財務負擔」的公平和「接受醫療服務」的公平兩者同等重要，應該一併考量。

儘管效率與公平是經濟學家喜歡用來評估自付醫療費用的標準，但經濟思維以外的方式，包括政治與行政上的可行性，也是需要一併考量的標準。



## 1.6、計畫目標

本計畫之將建立台灣民眾自費醫療費用的相關推估、評量、以及監控研究，提供健保局保險醫療給付範圍及查核管理作業之參考。包括提供衛生署關於國外健康保險制度對民眾自費部分監測之機制及模式。另外，根據所蒐集到醫療院所要求民眾自費就醫之資料，以及醫療院所對的費項目是否有資訊公開、事先告知及開立收據等資料，提出適用於台灣全民健保之自費監控模式。同時，使用模擬分析來檢驗未來民眾自費的結構及財務效果。我們也利用離散選擇需求模型來計算各醫療層級的自身價格彈性以及其各醫療層級間的交叉彈性，以及計算不同所得區間各醫療層級的身價格彈性，因而估出自費所造成之所得累退效果，以及模擬出自費政策所隱含的價格排擠效果以及社會福利效果。

由於此為三年期計畫，全程預估及分年研究目標茲陳述如下：

### 一、全程預估

1. 提供衛生署了解各國民眾自費之趨勢。
2. 建構民眾自費之調查模式。
3. 提供衛生署進一步了解民眾自費之結構、影響因素及對民眾負擔之影響。
4. 建構民眾自費對健保就醫利用影響之評估模式。
5. 建構民眾自費對健保就醫利用之監測模式。
6. 推得出自費對民眾就醫層級的選擇之影響。

### 二、100 年計畫目標

1. 完成各國民眾自費趨勢及影響。
2. 完成我國民眾自費結構、影響因素及對民眾負擔之影響。
3. 完成分析我國政府相關調查統計涉及自費之資料。
4. 完成辦理及分析第一次全國代表性之自費調查。

### 三、101 年計畫目標

1. 完成辦理及分析第二次全國代表性之自費調查。
2. 完成我國民眾自費結構、影響因素及對民眾負擔之影響。
3. 完成評估民眾自費對健保就醫利用之影響
4. 提出自費調查模式之建議。

### 四、第三年應有內容

1. 辦理研討會或座談會，了解各界對於自費議題之看法。
2. 依前兩年之調查及研究，提出民眾自費對健保就醫利用影響之監測模式及評估模式。
3. 提出未來民眾合理自費之具體建議，作為本署政策規劃參考。
4. 自費對民眾就醫層級的選擇之影響。

本報告為 100 年的期末報告，其中包含四個研究要項，第二章則在比較各國民眾自費的趨勢及影響的文獻與資料，同時比較我國政府政府相關的統計與各醫院網路上對自費項目的完整性。另外，第二章也藉著敘述統計描繪了 2011 年全國抽樣調查的民眾自費結構。第三章主要陳述第一次全國代表性之自費調查的設計與結果，第四章及第五章則使用模擬分析及離散選擇模型，探討我國民眾自費結構、影響因素及對民眾負擔之影響。

## 第二章、各國自付醫療費用之比較與文獻探討

### 2.1、健康照護政策目標與體系

本節首先描述國家健康政策與醫療體系的目標，以及世界各國主要醫療財務及服務體系分類。以下區分為兩小節分別描述。

#### 2.1.1、健康照護政策目標

全民健保實施目標，係以量能負擔方式減少民眾就醫財務障礙，使民眾獲得合適醫療服務。Barr (1990)認為適當的健康照護政策必須符合六大目標。

第一、有足夠且能公平地取得照顧，至少在公部門，所有國民能取得最小限度的健康照護而且根據他們的需要得到適當的治療。

第二、具所得保護效力。病人能從健康照護的支出中獲得保護，避免威脅其所得的充足性而且所得保護係根據他們的支付能力而定，也就是至少應包含三種類型的轉移；(1)保險轉移，係因照顧的需要(Need)是不確定性的；(2)救助轉移，係因老人比少年使用較多的服務；(3)所得重分配，係因生病者大多是窮人。

第三、具宏觀經濟效率：健康支出必須占適切的國內生產毛額(GDP)的比例。

第四、具微觀經濟效率：國內生產毛額用在健康服務，必須使服務的選擇達到健康結果與消費者滿意度最大化(分配效率)，另外成本必須最小化(技術與成本效率)。利益的計算不能僅僅計算單一病人的健康，也應該包含接受服務方法的滿意度以及其他被其影響的人所獲得的健康與福利。成本的計算也不能僅僅計算提供的成本，也應該包含病人與其親屬的時間價值、行政管理成本與管控與稅收的曲真(Regulation and Tax Distortions)。最後，動態效率也應該考量，也就是說必須針對科技與組織進步對於資源生產力提升的研究。

第五、消費者自由的選擇：不論是在公部門或是私部門消費者均可自由選擇。

第六、提供者適當的自主權：醫師或其他提供者在達成上述的目的應被賦予最大化與適度的自由，特別是在醫療與組織創新的部分。上述的目標所包含價值判斷在國內與國際間可能有所不同，同時有些目標可能是相互衝突或者相互重疊，因此在目標的選擇上必須根據所欲達成目標的優先順序來做考量。

### 2.1.2、世界各國主要醫療財務及服務體系分類

健康照護系統財源主要來源為：(1)政府負擔(Government-Raised)，多透過一般稅或特別稅支應；2.社會保險貢獻，透過薪資和其他稅方式徵收；3.私有保險貢獻；4.使用者自付費用，後兩者均屬於私人付費(Murray, 2001)。Robison (2002)指出健康照護系統引進使用者付費機制的目的，係認為若缺乏使用者付費會鼓勵民眾過量的健康照護的需求，進一步造成醫療成本不斷攀升；因此認為若引進或增加使用者付費將使得消費者對於健康照護服務具有成本意識並且抑制民眾去使用不必要的服務。除了這個論點之外，支持使用者付費的另一個理由為該機制(特別是在政府資源有限的前提之下)可以增加額外的財源收入；從這個角度出發，成本分攤(Cost-Sharing)的目的便不在於減少需求，相對地是在無價格彈性需求的醫療照護條件之下尋求最大化收入來源(Robinson 2002, Roberts et al 2004)。

目前世界各國採用的醫療保險制度，依體制來區分可歸內為商業保險型、社會保險型與福利型三類，其中以商業保險型對政府財政負擔較輕，次為包含商業保險型的混合型，而社會保險型及福利型對政府財政的負擔較重(陳聽安 2003)。目前各國採用的醫療保險制度主要分類如以下所述。

第一，國民保健服務型(The National Health Service, NHS)。財務來自一般稅收，醫療服務所有權及控制權為政府所有，例如：英國、澳洲、丹麥、芬蘭、冰島、挪威、瑞典、紐西蘭、愛爾蘭、希臘、義大利、西班牙、葡萄牙等。

第二，社會保險型(The Social Insurance, NHI)。屬強制性的全面保險，財務由雇主及員工共同負擔，醫療機構由政府或私人擁有。保險主要財源以保險費為主，民眾大多數加入不同的保險計畫，而醫療服務提供者是以私立醫療機構為主。使用此模式的國家最多，例如：德國、法國、加拿大、比利時、瑞士、荷蘭、盧森堡、奧地利、比利時、韓國、日本等國，美國之老人保險、貧民保險和我國之全民健康保險亦屬之。

第三，私人保險型(The Private Insurance)。以雇主為單位或個人為單位來購買私人健康保險，財務由個人或與雇主共同分擔，醫療服務機構為民間擁有，例如：美國除Medicare、Medicaid外，還有商業保險公司的提供者，多屬此類。另外還有健康維護組織(HMO)，集團串聯各地醫療機構，提供加入該保險的被保險人的醫療服務；以美國居多。

台灣目前所實施的全民健康保險屬於上述第二種全民健康保險型。這類的保險其財務籌集方式以薪資稅為主(Payroll Tax)，屬於強制性社會保險(鍾尚衡 2002, 盧瑞芬、謝啟瑞 2000)。因為各國採用的醫療保險制度不同，其醫療保險支出系統也有所不同，表 2.1 整理 OECD 國家中代表性醫療保險支出系統之比較。

## 2.2、世界各國自付醫療費用監控資料

本節主要描述世界各國自付醫療費用監控資料。「各國自付醫療費用監控機制」為計畫公告主要目標之一，不過基於公共衛生領域中除了致死率非常高的急性傳染病才需要「監控」，就連盛行率極高的慢性病也通常是以「疾病登記」的用詞取代「疾病監控」。因此本節所述主要為各國自費資料來源，但在討論之前有必要先釐清「自費」的定義。

### 2.2.1、自費與鉅額性自費的定義

「自付費用」(Out-Of-Pocket)即是未被健康保險所「給付」或「涵蓋」所支付的醫療費用，也就是說，當民眾因為疾病接受醫療照護，所有費用扣除健康保險給付之費用後所支付的費用，如：掛號費、部分負擔、膳食費用、購買非處方藥物等費用，也有不少學者將工作損失列入自付費用計算 (Begley & Guidry 1995, Cohen & Carlson 1994；白淑芬 2001)。

醫療服務使用者所面對的支付制度規範是具有非常重要的政策意涵，尤其是如果將這些自費醫療費用當作使用醫療服務之下的邊際價格(Marginal Price)，這個邊際價格自然會對醫療服務的使用產生影響(Chalkley & Robinson 1997)。從價格的角度來看待民眾的自付醫療費用，則自付醫療費用可以區分為直接自付額與間接自付額兩種(Rubin & Mendelson 2004)，醫療費用直接自付額包括：定額部分負擔(Co-Payment)、定率部分負擔(Co-Insurance)、自負額(Deductible)、和差額負擔(Balance Billing)，而醫療費用間接自付額包括：不給付項目(Coverage Exclusion)、和藥費調控機制(Pharmacy Regulatory Mechanism，例如學名藥替代規定、藥劑成分的正負面表列等規定)。另一種分類方式(Chalkley & Robinson 1997, Rubin & Mendelson 1995)可以依據醫療使用者所面對的費率種類將自付醫療費用區分為：定率部分負擔(Co-Insurance)、雙重收費(Two-Part Tariffs)、非定率全額邊際成本收費(亦即自負額 Deductible)、以及非定率部分邊際成本收費(亦即差額負擔 Balance Billing 或參考價格 Reference Pricing)。

對鉅額性健康支出(Catastrophic Healthcare Expenditure)而言，健康保險對於鉅額性健康支出具有財務保護的效果，Waters (2004) 將缺乏財務保護定義為：  
(1) 自費健康支出超過家庭收入的 10% (2) 每家戶成員一年自費支出超過 2000 美元 (3) 自費加上預付健康支出超過家庭收入的 40%。

過去也有許多文獻針對鉅額性的自付醫療支出進行探討，例如：Mondal 等人 (2010) 試圖找出造成鉅額性健康支出的主要決定因素與鉅額性健康支出對於家戶經濟狀況所可能帶來的衝擊。調查印度西孟加拉邦 3,150 家戶，利用多變量

邏輯式迴歸模型(Multivariate Logistic Regression Models)分析鉅額性健康支出相關的決定因素，且將鉅額性醫療支出定義為家戶在健康上的支出超過非民生物資支出 40%。該研究發現影響鉅額性醫療支出的相關因素包括家戶中併發症疾病(Multiple Spells of Illnesses)，家戶成員間流行的慢性疾病(勝算比 3.0，95%CI)，住院醫療(勝算比 1.4，95%CI)和分娩(勝算比 1.0，95%CI)。其他的家戶特徵像是家庭規模(勝算比 1.0，95%CI)和農村/城市地區(勝算比 2.1，95%CI)也是影響鉅額性支出重要決定因素。該研究分析顯示出一個共同的模式就是輕微疾病治療的費用對於家戶的鉅額性負擔的效果會掩蓋過一次性住院醫療費對於家戶的鉅額性負擔的效果。Karami 等人(2009)在 2008 年以系統隨機抽樣抽出 189 個家戶探討伊朗克爾曼沙赫的鉅額性健康支出的強度與分配狀況。以問卷訪問戶長收集所需之資料，並將鉅額性支出切點定義為健康支出超過 40%家戶的支付能力。該研究結果發現，189 個家戶中，有 22.2% (42 戶)的家戶(95%CI，16.3%-28.1%)陷於鉅額性健康支出。在 42 戶陷於鉅額性健康支出的家庭中，有 11.9%的戶長是女性，有 40.5%的家戶有一名少於 12 歲的孩童，有 26.2%的家戶有一名超過 60 歲的老人，有 9.5%的家戶至少有一個家戶成員患有慢性疾病；另外，19%的家戶是沒有保險的。最後因為健康支出的財務負擔有 21.4%的家戶變賣他們的珠寶，有 16.7%的家戶用光他們的存款，並且有 47.6%的家戶處於負債狀況。

### 2.2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源

表 2.2 列舉全世界五大洲 78 個國家自付醫療費用初級資料主要來源，以及可以見到這些資料來源的參考文獻或出處。一般而言各國研究醫療體系的學者大多引用世界銀行(World Bank)、世界衛生組織(World Health Organization, WHO)、以及經濟合作開發組織(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)的資料，這些跨國性組織的次級資料(Secondary Data)雖然都具有良好的可信度與有效度，但這些資料仍舊必須由各國提供，而且其所提供初級資料(Primary Data)的管道未必一致。因此基於本研究的目的，必須進一步列出各個國家之內，

蒐集初級資料(Primary Data)的管道或來源，這些管道大體而言一定是這些國家監控人民自付醫療費用的訊息來源，但不一定能夠代表所有的「監控機制」，因為整體的監控機制牽涉到財務制度與支付制度，或甚至是總體醫療體系的設計。因此以各國自付醫療費用的資料來源，作為說明與理解的基礎比較接近事實。



表 2.1、OECD 國家中代表性醫療保險支付系統之比較

國家	醫療保險體制	保險人與醫療照護服務提供者	醫療給付來源	支付制度
英國	國家衛生服務，指衛生服務費用、實際雇用醫師和幾乎全部醫院病床主要由國家提供	第三者代理人（內部市場）。服務提供者-公立醫院提供住院與社區服務，醫師多為公醫制；門診醫療服務由家庭醫師提供，並與政府簽約。	一般稅（General revenue）（12%指定稅收）	總額預算制度（Global Budget）
德國	社會保險（綜合性的法定健康保險體制為基礎）	多元化的保險人（Multi-Carrier）-由政府認可之疾病基金會經營。為七大類別疾病基金會；約380個保險人。多元開放管理式競爭。服務提供者-開業醫或專科醫師從事門診與醫院的住院服務。	保險費（Premium）為主。薪資稅，計算基礎為在上下限間的實際薪資。（此來源約占保費總收入之97%）。其他財源來自公共的投資、固定資產收益；政府補助；風險結構平衡機制。	總額預算（Global Budget）與家醫轉診制度下的論量計酬制（Fee-for-service）
加拿大	社會保險（公共保險，具有廣泛的可得性、提供基本的衛生保健服務及單一支付者等特性）	單一保險人（政府保險），以省為單位，由省政府主導。服務提供者-診所、醫院服務，醫院可提供門診服務。	一般稅（General Revenue），聯邦政府與省政府徵收的個人及企業所得稅。	總額預算制度（Global Budget）
日本	社會保險分為兩大類： 1. 職域保險 2. 地域保險（國家健康保險）	多元保險人：區分為職域（受雇者保險）與地域（國保）。前者含健保組合、共濟組合、政府掌管；後者含社區町村、國保組合。服務提供者-公立或非營利的醫療機構、自治體設立的醫院。	保險費（Premium）為主；國保及老人保健（由公費、受雇者保險及國保共同負擔）。部分負擔則有：職域保險部分負擔率，及國保部分負擔率。	醫療費用以論量計酬為主：部分醫院導入DRG/PPS至計費（1998~2004），特定機能醫院則導入DPC（2004~2008）。保險人分別委託支付基金或國保連審查支付業務
法國	社會保險（全民基礎的社會福利保障制度，醫療的多數費用皆可高額報銷）	多元化的保險人（Multi-Carrier）-由政府認可之疾病基金會經營。開放管理式競爭，政府管制醫療體系的固定投資。服務提供者-公私立醫院的住院服務、私人醫師的門診服務。	薪資稅以及政府一般稅補助，依所得徵收的特別稅與健保保費。其他來自私人醫療保險給付；其他特別稅、藥廠、菸酒特別稅。	公立與非營利醫院為總額預算制度（Global Budget），營利醫院為論量計酬制（Fee-for-Service）

資料來源：林霖、李卓倫、陳文意（2008）

表2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源†

國家或地區	自付醫療費用初級資料主要來源	參考出處†
<b>亞洲</b>		
台灣	Household income and expenditure survey (家庭收支調查)	O'Donnell et al (2008)
	Household health expenditure survey (家庭醫療保健支出調查)	行政院主計處(2010)
	National health interview survey (國民健康調查)	行政院衛生署(2010)
	Out-of-pocket survey (民眾自費就醫利用評估)	國家衛生研究院(2007)
日本		Chi et al (2008)
		Chen et al (2011)
	Comprehensive survey of living conditions (生活條件綜合調查)	O'Donnell et al (2008)
	Household income and expenditure survey (家戶收支調查)	Xu et al (2003)
南韓		O'Donnell et al (2008)
	Korean longitudinal study of aging (縱斷性老人調查)	Kwon et al (2009)
	Household expenditure survey (家戶支出調查)	O'Donnell et al (2008)
	Sub-sample of urban/rural household survey (地區城鄉家戶調查)	O'Donnell et al (2008)
香港	Family income and expenditure survey (家庭收支調查)	Xu et al (2003)
中國	Poverty indication survey (貧窮指標調查)	O'Donnell et al (2008)
菲律賓	National socioeconomic survey (全國社會經濟調查)	Xu et al (2003)
印尼		O'Donnell et al (2008)
	Thailand socio-economic survey (全國社會經濟調查)	Xu et al (2003)
		O'Donnell et al (2008)
	Vietnam living standard survey (全國生活水準調查)	Xu et al (2003)
泰國		Chaudhuri & Roy (2008)
	City Initiative for Newborn Health (新生兒調查計畫)	Skordis-Worrall et al (2011)
	Panel survey of Kottathara Panchayat (地區長期調查)	Mukherjee et al (2011)
	National socioeconomic and health survey (全國社會經濟與健康調查)	Roy & Howard (2007)
越南	Consumer expenditure survey (消費者支出調查)	O'Donnell et al (2008)
印度		Xu et al (2003)
	Household income and expenditure survey (家戶收支調查)	O'Donnell et al (2008)
	Consumer finance survey (消費者財務調查)	
巴基斯坦		
斯里蘭卡		

表 2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源† (續 1)

國家或地區	自付醫療費用初級資料主要來源	參考出處†
<b>亞洲</b>		
尼泊爾	Living standard survey (生活水準調查)	O'Donnell et al (2008)
孟加拉	Household expenditure survey (家戶支出調查)	Xu et al (2003)
		O'Donnell et al (2008)
柬埔寨	Cambodia socioeconomic survey (社會經濟調查)	Xu et al (2003)
吉爾吉斯	Poverty monitoring survey (貧窮監測調查)	Xu et al (2003)
	Kyrgyz integrated household survey (全國家戶綜合調查)	McKee et al (2002)
		O'Donnell et al (2008)
		Falkingham et al (2010)
以色列	Household expenditure survey (家戶支出調查)	Xu et al (2003)
黎巴嫩	National household health expenditure and use of services (全國家戶健康支出與服務利用調查)	Xu et al (2003)
葉門	Household budget survey (家戶預算調查)	Xu et al (2003)
土耳其	Household budget survey (家戶預算調查)	Salman et al (1998)
		McKee et al (2002)
		Yardim et al (2010)
<b>美洲</b>		
加拿大	Survey of household spending (家庭支出調查)	Xu et al (2003)
	Household survey with de-identified linked administrative data (家戶調查匿名串聯健保行政資料)	Hanley et al (2011)
美國	Consumer expenditure survey (消費者支出調查)	Xu et al (2003)
	Medical expenditure panel survey (醫療支出長期調查)	Hwang et al (2001)
		Merlis M (2002)
	National health expenditure accounts (國民健康保健支出)	Foster (2010)
墨西哥	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (全國收支調查)	Xu et al (2003)
		Garcia-Diaz et al (2011)
巴拿馬	Encuesta nacional de niveles de vida (全國生活水準調查)	Xu et al (2003)
牙買加	Survey of living conditions (生活水準調查)	Xu et al (2003)

表2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源† (續2)

國家或地區	自付醫療費用初級資料主要來源	參考出處†
<b>美洲</b>		
哥斯大黎加	Encuesta nacional de los hogares (全國家戶調查)	Xu et al (2003)
瓜地馬拉	Living standard survey (生活水準調查)	Bowser & Mahal (2011)
尼加拉瓜	Living standards measurement studies (生活水準測量調查)	Xu et al (2003)
阿根廷	Encuesta nacional de gastos de los hogares (全國家庭支出調查)	Xu et al (2003)
巴西	Living standards measurement studies (生活水準測量調查)	Xu et al (2003)
哥倫比亞	National quality of life survey (全國生活品質調查)	Xu et al (2003)
蓋亞那	Living standards measurement studies (生活水準測量調查)	Xu et al (2003)
巴拉圭	Household survey (全國家戶調查)	Xu et al (2003)
秘魯	Encuesta nacional de niveles de vida (全國生活水準調查)	Xu et al (2003)
<b>澳洲</b>		
澳大利亞	Interactive expenditure data from Australian Institute of Health and Welfare (醫療支出動態資料)	Kemp et al (2011)
<b>歐洲</b>		
挪威	Consumer expenditure survey (消費者支出調查)	Kutzin (1998) Xu et al (2003) Magnussen et al (2010)
瑞典	Household expenditure survey (家戶支出調查)	Rubin & Mendelson (1995) Jönsson & Gerdtham (1995) Xu et al (2003) Magnussen et al (2010)
芬蘭	Consumption expenditure survey (消費支出調查)	Kutzin (1998) Xu et al (2003) Magnussen et al (2010)
丹麥	Danish household budget survey (全國家戶預算調查)	Kutzin (1998) Xu et al (2003) Magnussen et al (2010)

表2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源† (續3)

國家或地區	自付醫療費用初級資料主要來源	參考出處†
<b>歐洲</b>		
冰島	Household budget survey (家戶預算調查)	Kutzin (1998) Xu et al (2003) Magnussen et al (2010)
英國	Family expenditure survey (家戶支出調查)	Rubin & Mendelson (1995) Xu et al (2003)
愛爾蘭	Family expenditure survey (家戶支出調查)	Abel-Smith & Mossialos (1994) Nolan (1993)
義大利	Income and consumption survey (全國收支調查)	Abel-Smith & Mossialos (1994) Salman et al (1998)
法國	Household budget survey (家戶預算調查)	Abel-Smith (1992) Xu et al (2003)
德國	Income and consumption survey (全國收支調查)	Rubin & Mendelson (1995) Xu et al (2003)
瑞士	Swiss survey on income and expenditure (全國收支調查)	Kutzin (1998) Xu et al (2003)
荷蘭	Household budget survey (家戶預算調查)	Rubin & Mendelson (1995)
盧森堡	Household budget survey (家戶預算調查)	Abel-Smith & Mossialos (1994)
比利時	Household budget survey (家戶預算調查)	Abel-Smith (1992) Abel-Smith & Mossialos (1994) Xu et al (2003)
	Obliged registration of supplements with out-of-pocket from dataset of sickness funds (疾病基金資料庫中醫院自費登錄)	Lecluyse et al (2009)
西班牙	Encuesta continua de hogares (連續性家戶統計調查)	Abel-Smith & Mossialos (1994) Xu et al (2003)
葡萄牙	Income and expenditure survey (全國收支調查)	Abel-Smith & Mossialos (1994) Xu et al (2003)
希臘	Household expenditure survey (家戶支出調查)	Kutzin (1998) Xu et al (2003)

表2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源† (續4)

國家或地區	自付醫療費用初級資料主要來源	參考出處†
<b>歐洲</b>		
匈牙利	Household budget survey (家戶預算調查)	Ensor et al (1997) Xu et al (2003)
斯洛伐克	Family expenditure survey (家庭支出調查)	Ensor et al (1997) Xu et al (2003)
斯洛維尼亞	Annual household budget survey (年度家戶預算調查)	Ensor et al (1997) Xu et al (2003)
羅馬尼亞	Integrated household survey (家戶綜合調查)	Ensor et al (1997) Xu et al (2003)
保加利亞	Bulgarian integrated household survey (家庭綜合調查)	Ensor et al (1997) Xu et al (2003)
亞塞拜然	The Azerbaijan survey of living conditions (全國生活狀況調查)	Ensor et al (1997) Field (2002) Xu et al (2003)
克羅埃西亞	Household budget survey (家戶預算調查)	Ensor et al (1997) Field (2002) Xu et al (2003)
捷克	Household budget survey (家戶預算調查)	Ensor et al (1997) Xu et al (2003)
愛沙尼亞	Household budget survey (家戶預算調查)	Ensor et al (1997) Field (2002) Xu et al (2003)
拉脫維亞	Household budget survey (家戶預算調查)	Ensor et al (1997) Field (2002) Xu et al (2003)
塔吉克	Tajikistan Livings Standard Survey (全國生活水準調查)	Ensor et al (1997) Field (2002) Falkingham (2004)

表2.2、世界各國自付醫療費用初級資料主要來源† (續5)

國家或地區	自付醫療費用初級資料主要來源	參考出處†
<b>歐洲</b>		
立陶宛	National household budget survey (全國家戶預算調查)	Ensor et al (1997) Field (2002) Xu et al (2003)
烏克蘭	Income expenditure survey (全國收支調查)	Ensor et al (1997) Field (2002) Xu et al (2003)
<b>非洲</b>		
埃及	Egypt integrated household survey (全國家庭綜合調查)	Xu et al (2003)
摩洛哥	Living standards measurement studies (生活水準測量調查)	Xu et al (2003)
吉布地	Enquête Djiboutienne auprès des ménages (全國家戶調查)	Xu et al (2003)
加納	Ghana living standards survey (生活水準調查)	Xu et al (2003)
奈及利亞	Sampling-based survey (抽樣調查)	Sambo et al (2004)
肯亞	District survey (地區性調查)	Perkins et al (2009)
布吉納法索	District survey (地區性調查)	Mugisha et al (2002) Perkins et al (2009)
坦桑尼亞	District survey (地區性調查)	Perkins et al (2009)
模里西斯	Household budget survey (家戶預算調查)	Xu et al (2003)
那米比亞	Household income and expenditure survey (家庭收支調查)	Xu et al (2003)
塞內加爾	Enquête sénégalaise auprès des ménages (全國家戶調查)	Xu et al (2003)
辛巴威	Living conditions monitoring survey (生活水準監測調查)	Xu et al (2003)
南非	South Africa income expenditure survey (全國收支調查)	Xu et al (2003)

† 本表列出於各種文獻中曾出現之資料出處，但不限於這些出處。

表 2.3、歐盟國家自付額占醫療保健總支出比例之比較

國家（保險類型）	一般醫師	專科醫師	住院	處方箋	牙醫	自費占醫療保健總支出之比率
奧地利 （社會保險型）	80%的民眾不需支付任何費用；其餘 20%的民眾支付約 20%的就醫成本	同於一般醫師服務	民眾每天住院負擔為 3.6 歐元至 4.4 歐元，並且累計負擔最高為 28 天	每次處方箋約負擔 3.1 歐元	大部分採 20%的定率部分負擔，但針對專業服務的定率部分負擔上限為 50%，例如：齒冠	18.3% (1998)
比利時 <sup>a</sup> （社會保險型）	民眾負擔費用範圍從 8%的費用（如：低收入和殘疾民眾，領取養老金者，寡婦和孤兒）到 30%（其他人）	民眾負擔費用範圍從 8%（對於低收入族群）到 40%	民眾住院負擔費用範圍從每天 33.9 歐元（第 1 至 8 天）到每天 12.1 歐元（住院超過 90 天者），低收入族群低於上述的費用範圍	依據藥品成本分類為 0%、25%、50%和 60%的定率部分負擔。採用價格上限。低收入族群則減少其定率部分負擔	大部分的人支付高費率的定率部分負擔或全額醫療成本。未滿 18 歲的兒童在部分的服務則享有免費服務	17% (1994)
丹麥 （國民保健服務）	大多數民眾免付費，但大約 2%的人選擇直接就醫的差額費用負擔	同於一般醫師之服務	無	部分負擔率取決於個人每年的自付額支出的高低：每年自付 500 克朗者部分負擔 100%，每年自付 501-1200 克朗定率部分負擔 50%，每年自付 1201 至 2800 克朗定率部分負擔 25%，超過 2800 克朗部分負擔 15%。慢性病患每年超過 3600 克朗部分負擔 0%	定率部分負擔範圍由 35%至 100%。1994 年牙醫定率部分負擔費用約占總成本 75%	16.5% (1999)



表 2.3、歐盟國家自付額占醫療保健總支出比例之比較（續 1）

國家（保險類型）	一般醫師	專科醫師	住院	處方箋	牙醫	自費占醫療保健總支出之比率
芬蘭 （國民保健服務）	自治市訂定服務支付標準，一年支付16.8歐元或每次看診收費。由國家保險機制所涵蓋服務，定率部分負擔最高為40%再加上差額付費	同於一般醫師服務	短期住院定額部分負擔為 21.0 歐元；長期住院者依病患所得酌收費用	每次處方箋的定額部分負擔為 8.4 歐元再加上剩餘費用的 50% 的定率部分負擔	牙醫檢查和預防性治療負擔 10% 的定率部分負擔；其他治療則負擔 40%。未滿 18 歲的兒童則不收取費用	19.8% (1998)
法國 （社會保險型）	30% 的定率部分負擔再加上差額付費。大約 23% 的非臥床性照護的費用採民眾直接支付。	定率部分負擔為 30%（公立醫院則為 25%）	31 天以內的急性照護的定率部分負擔為 20% 與小額的住院部分負擔	依藥品分類為 0%、25%、50% 和 60% 的部分負擔。不給付全額自費。大約 20% 藥品成本為民眾自費。	預防保健和治療的定率部分負擔為 30%。假牙和牙齒矯正的部分負擔最高上限為 80%	10%(1999)
德國 （社會保險型）	無	無	每天住院負擔 8.7 歐元，每年最多補助 14 天私人病房費用。18 歲以下、失業民眾、收入受補助者與領取補助的學生全部或部分免費	依據 Pack Size 索取 4.1、4.6 和 5.1 歐元再加上參考價格的 100% 的成本。成本分擔占 1996 年總成本的 12%	基本和預防費用免費。手術治療的定率部分負擔介於 35% 至 50%，例如：齒冠和假牙，未滿 18 歲的兒童則免費	11.9% (1997)
希臘 （國民保健服務）	沒有國家健康服務，但私人醫師則差額付費	公立醫師則不用付費。門診病患支付 2.9 歐元的定額部分負擔給公立醫院	無	專業藥品的定率部分負擔為 25%（10% 至 100%）。使用者付費約占 1994 年總藥品支出之 10%	未滿 18 歲免費。牙醫膺復部分負擔 25%。95% 牙醫診所有為私人診所，廣泛採用差額付費	40.4% (1992)

表 2.3、個歐盟國家自付額占醫療保健總支出比例之比較（續 2）

國家（保險類型）	一般醫師	專科醫師	住院	處方箋	牙醫	自費占醫療保健總支出之比率
愛爾蘭 <sup>b</sup> （國民保健服務）	較不富裕民眾不收費（約 1/3 民眾）；收入超一定上限（分類 2 病患）者的定額部分負擔為 19.0 至 25.4 歐元	專業服務不論那個類別病人都不收費，醫院門診諮詢費的定額部分負擔為 15.2 歐元	類別 2 病患的公立病房的定額部分負擔為每天 25.4 歐元，並且在 12 個月內最高支付上限為 254 歐元	類別 1 病患不用付費。類別 2 病患每季扣除額上限為 114 歐元。長期疾病和失能者則免費。	類別 1 的病患和學童免費。其他在社會保險涵蓋內的民眾接受牙齒檢查與診斷免費並且補助治療。在社會保險之外的民眾則付全額。民眾自付牙醫費用估計占總牙醫支出費用的 2/3	12.3% (1995)
義大利 （國民保健服務）	無	門診諮詢的扣除額為 36.2 歐元	無	有三種藥品分類。分類 A 產品的定額部分負擔為 1.5 歐元，分類 B 產品的定額部分負擔為 1.5 歐元再加上 50% 的定率部分負擔。分類 C 的產品則全額自費	多數牙醫師為私人並且全額自費。低收入族群可能在國家健康服務健康中心中接受國家免費的治療	23.5% (1999)
盧森堡 （社會保險型）	定率部分負擔 35%	定率部分負擔 35%	第二級醫院病床的定額部分負擔為每天 5.3 歐元。第一級病床醫師費用採額外收費	三種藥品分類的定率部分負擔為 0%、20% 和 60%	健康保險牙科服務採 29.7 歐元的扣除額再加上 20% 的定率部分負擔。其他牙科服務有不同成本分擔的安排	7.4% (1997)
荷蘭 （社會保險型）	收入低於貧窮線之民眾因國家保險法規納保之規定，該族群可免費就醫	同於一般醫師服務	定額部分負擔為每天 3.6 歐元	對於某些藥品採參考定價和定額部分負擔	17 歲以下兒童預防保健和專業牙醫照護免費。其他人則收取全額的醫療成本	5.9% (1998)

表 2.3、個歐盟國家自付額占醫療保健總支出比例之比較（續 3）

國家（保險類型）	一般醫師	專科醫師	住院	處方箋	牙醫	自費占醫療保健總支出之比率
葡萄牙 （國民保健服務）	定額部分負擔為 1.5 歐元。居家照顧除外。	區域醫院的專業醫師收取 2.0 歐元的定額部分負擔，第三級醫療照護醫院則收取 3 歐元的定額部分負擔	無	三種分類，分類 A 為 0%，分類 B 為 30%，分類 C 為 60% 的定率部分負擔。1995 年的藥品部分負擔占總藥品成本的 33 %	多數私人機構收取全額的醫療成本	44.6% (1995)
西班牙 （國民保健服務）	無	無	無	40% 的定率部分負擔，慢性疾病病患的定率部分負擔則減少 10%	未滿 18 歲兒童的檢查免費。公部門免費拔牙，其他服務收取所有成本費用	16.9% (1998)
瑞典 （國民保健服務）	定額部分負擔為 60 至 140 克朗(SKr)。定額部分負擔則由自治區決定	醫院專科醫師的門診病患的定額部分負擔為 120 至 260 克朗	定額部分負擔為每天 80 克朗(SKr)	扣除額 900 克朗 (SKr) 和 50% (900 至 1700 克朗)，25% (1700 至 3300 克朗) 和 10% (3300 至 4300) 克朗的定率部分負擔。12 個月內最多可支付 1800 克朗	預防照護提供每人 20 年免費。其餘的人則採定率部分負擔。民眾自付醫療費用占 1995 年總支出之 50%	16.9% (1993)
英國 （國民保健服務）	無	無	無。但較高級的國家健康服務病床則採定額部分負擔	每種品項支付 6 英鎊(2000 年)	採 80% 的定率部分負擔，上限至 325 英鎊	10.8% (1998)

資料來源：Robinson R. User charges for health care. In: Mossialos E, Dixon E, Figueras J, Kutzin J. (eds). *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press. 2002.

## 2.3、世界各國與台灣自付醫療費用的支出與內容

本節陳述各國自付醫療費用的支出與規定，以及經濟合作發展組織國家與台灣自費占醫療保健總支出之比較，共分為兩小節陳述。

### 2.3.1、各國自付醫療費用的支出與規定

表 2.3 進一步說明 15 個歐盟國家自付醫療費用占總體醫療保健總支出的比率以及所有的自費項目和相關規定。在每一個國家所採用的成本分攤 (Cost-Sharing) 的方式皆有所不同，但是可以從自付醫療費用(直接成本分攤與間接成本分攤)占醫療保健總支出之比例得知成本分攤在每一個國家的相對重要性。

表 2.3 同時描述歐盟國家民眾，在接受一般開業醫師、專科醫師、住院服務、處方箋、與牙醫等醫療保健服務時，自費支出的情況。從表 2.3 可以發現，藥費支出是成本分攤的主要部分，而且在大部分國家中(在表 2.3 中 15 個比較分析的國家中有 11 個國家)對於專科諮詢服務皆採用某種形式的成本分攤策略，但是在大部分的國家，皆未採用差額付費的方式。

### 2.3.2、經濟合作發展組織國家與台灣自費占醫療保健總支出之比較

表 2.4 與圖 2.1 和圖 2.2 為經濟合作發展組織(OECD)國家與台灣自費占醫療保健總支出之比較。從表 2.4 可以得知台灣 2008 年自費占醫療保健總支出約為 36.0%，僅次於墨西哥的 49.3%，而與鄰近的韓國相近。然而韓國自費占醫療保健總支出會比較高，是因為該國係以高部分負擔為主，因此台灣自費占醫療保健總支出如此高則有必要進一步分析其結構與造成的原因。

表 2.5 顯示台灣地區醫療保健支出占家戶總支出比逐年增加。以各項年增率而言，台灣 1994-2009 年非消費性支出的年增率 2.21%，消費性支出的年增率 1.73%，醫療支出的年增率 5.39%，造成醫療保健占家戶總支出年增率 3.51%

表 2.4、2008/2009 年經濟合作發展組織國家與台灣自費占醫療保健總支出之比較

	每人醫療保健 總支出 (US\$PPP)	醫療保健總支出 占國內生產毛額 (%)	年平均成長率 1970-2008 年	公部門支出占醫 療保健總支出 (%)	私部門支出占醫療 保健總支出(%) (不包括自費)	自費占 醫療保健總支出 (%, 2008 vs. 2009)
<b>國民保健服務型 (2008/2009)</b>						
澳大利亞	3353/3382	8.5/8.5	3.4 <sup>d</sup>	67.5/65.4	14.5/16	18.0/18.6
丹麥	3540/4118	9.7/11.2	2.5 <sup>d</sup>	84.5/80.1	1.7/7.8	13.8/12.1
芬蘭	3008/3357	8.4/9.7	3.7 <sup>a</sup>	74.2/72.1	6.4/10.1	19.4/17.8
希臘	2687/3085	9.7/10.6	3.8 <sup>e</sup>	60.3/62.6	2.7/2.1	37.0/35.3
愛爾蘭	3793/4005	8.7/9.7	5.5 <sup>a</sup>	76.9/79.6	8.7/5.5	14.4/14.9
義大利	2870/3027	9.1/9.5	<sup>i</sup>	77.2/77.3	3.3/3.3	19.5/19.4
葡萄牙	2151/2704	9.9/11.3	6.6 <sup>g</sup>	71.5/69.9	5.6/9.8	22.9/20.3
西班牙	2902/3153	9.0/9.7	4.9 <sup>a</sup>	72.5/72.1	6.8/8.9	20.7/19.0
瑞典	3470/3690	9.4/9.9	2.6 <sup>a</sup>	81.9/78.6	2.5/6	15.6/15.4
英國	3129/3399	8.7/9.3	3.9 <sup>a</sup>	82.6/83.6	6.3/6	11.1/10.4
冰島	3359/3095	9.1/8.2	4.5 <sup>a</sup>	83.2/82.3	1.5/1.6	15.3/16.1
挪威	5003/5395	8.5/9.7	4.6 <sup>a</sup>	84.2/78.6	0.7/5.9	15.1/15.5
<b>社會保險型 (2008/2009)</b>						
奧地利	3970/4242	10.5/11	4.3 <sup>a</sup>	76.9/74.5	8.0/10.8	15.1/14.7
比利時	3995/4236	11.1/11.8	5.0 <sup>a</sup>	66.8/68.4	12.7/12	20.5/19.6
法國	3696/3935	11.2/11.7	3.9 <sup>a</sup>	77.8/76.6	14.8/16.2	7.4/7.2
德國	3737/4129	10.5/11.3	3.1 <sup>a</sup>	76.8/75.7	10.2/12.9	13.0/11.4
加拿大	4079/4196	10.4/10.9	3.0 <sup>a</sup>	70.2/68.7	15.1/15.8	14.7/15.5
紐西蘭	2685/2667	9.9/9.7	2.9 <sup>a</sup>	80.4/80.2	5.7/5.8	13.9/14.0
日本	2729/2713	8.1/8.3	3.9 <sup>e</sup>	81.9/80	3.5/5.1	14.6/14.9
韓國	1801/-	6.5/6.5	<sup>i</sup>	55.3/54.1	9.7/11.1	35.0/34.8
盧森堡	4237/6526	6.8/7.8	<sup>i</sup>	84.1/74.2	3.5/14.2	12.4/11.6
荷蘭	4063/4389	9.9/10.8	3.1 <sup>f</sup>	75.3/77.3	19.0/17	5.7/5.7
瑞士	4627/5072	10.7/11.3	2.9 <sup>a</sup>	59.1/59.6	10.1/10.1	30.8/30.3
<b>私人保險型 (2008/2009)</b>						
美國	7538/7410	16.0/16.2	4.2 <sup>a</sup>	46.5/48.6	41.4/39	12.1/12.4
<b>其它 (2008/2009)</b>						
墨西哥	852/846	5.9/6.5	<sup>i</sup>	46.9/48.3	3.8/3.9	49.3/47.8
匈牙利	1437/1441	7.3/7.3	<sup>i</sup>	71.0/69.6	5.1/7.1	23.9/23.3
波蘭	1213/1359	7.0/7.1	<sup>i</sup>	72.2/68.2	5.3/9.4	22.4/22.4
斯洛伐克共和國	1770/1898	8.0/8.5	<sup>i</sup>	67.8/67.3	7.0/7.7	25.2/25.0
捷克共和國	1781/1924	7.1/7.6	<sup>i</sup>	82.5/80.2	1.8/4.9	15.7/14.9
土耳其	818/965	6.2/6.7	<sup>i</sup>	71.2/75.2	7.0/8.8	21.8/16.0
經濟合作發展組 織國家中間值	3241/3953	9.1/11.9	3.9 <sup>a</sup>	75.5/62.4	6.0/23.4	15.6/14.2
台灣	2080/2186	6.4/6.9	2.2 <sup>h</sup>	57.2/57.7	7.1/7.2	36.0/35.1

<sup>a</sup>1970-2008 年 <sup>b</sup>2007 年 <sup>c</sup>2006 年 <sup>d</sup>1971 年到 2007 年 <sup>e</sup>1970 年到 2007 年 <sup>f</sup>1972 年到 2008 年

<sup>g</sup>1970 年到 2006 年 <sup>h</sup>1991 年到 2008 年 <sup>i</sup>無資料

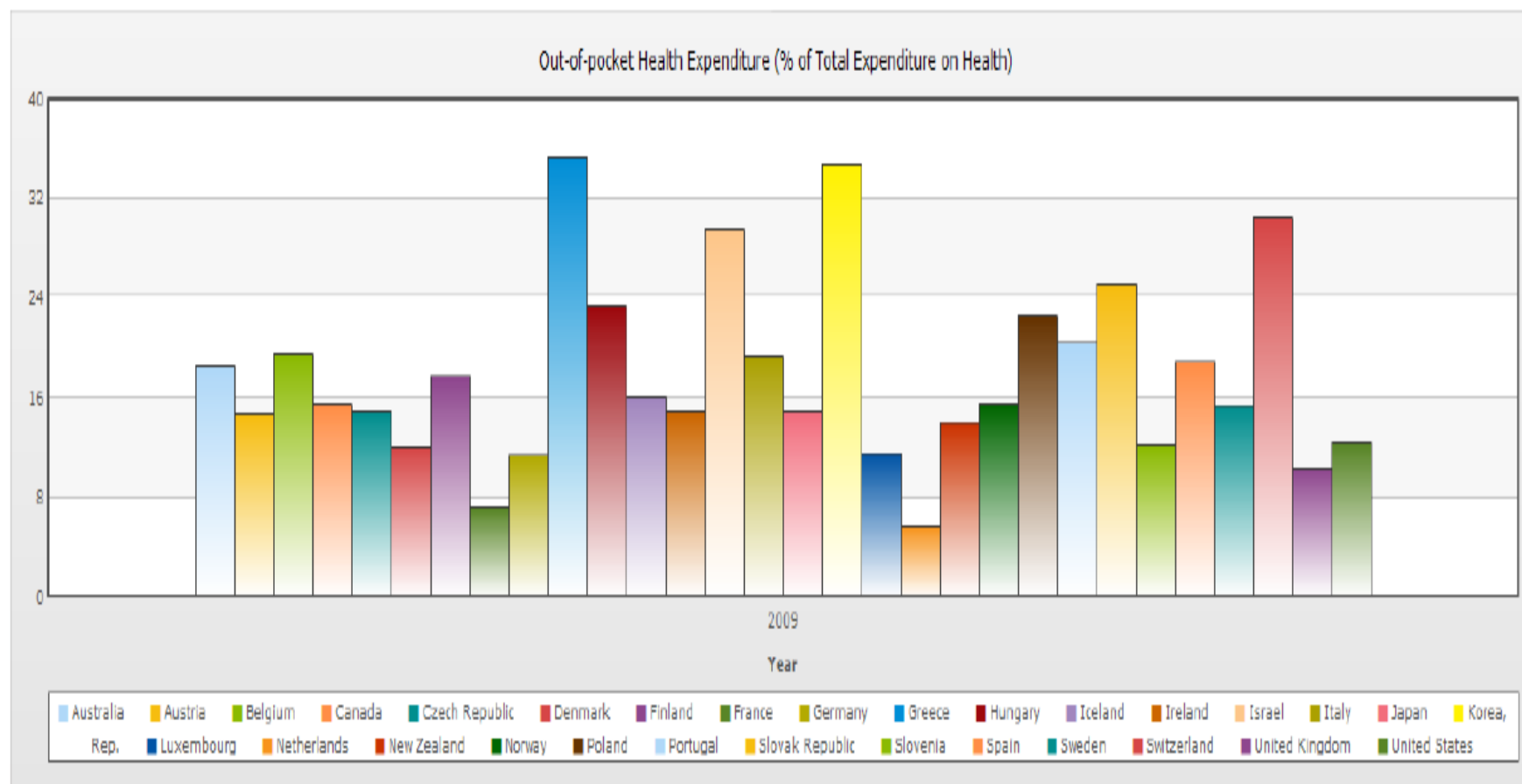
資料來源：Sherry Glied and Peter C. Smith 2009, The oxford handbook of health economics, Oxford University Press  
行政院衛生署 (2009)，民國九十七年國民醫療保健支出資金來源及流向表；表十五-1 國際醫療保健支出統計－  
平均每人每年醫療支出（按購買力平價計價）；World Development Indicator 2011

World map showing the distribution of the percentage of the population aged 65 and over in 2000. The map uses a color scale to represent different age distribution ranges. Dark red indicates the lowest percentage (less than 12.2%), while dark green indicates the highest percentage (22.4 or more). Most of Africa, South America, and Russia are light blue, indicating no data is available.

Color	Percentage Range
Dark Red	less than 12.2
Orange	12.2-14.9
Yellow	14.9-18.6
Dark Green	18.6-22.4
Light Green	22.4 or more
Light Blue	No data available

Year : 2009

圖 2.2、2009 年經濟合作發展組織高收入國家自費占醫療保健總支出圖



Series : Out-of-pocket health expenditure (% of total expenditure on health)

表 2.5、台灣地區醫療保健支出占家戶總支出比

(單位：元)

年度	非消費支出	消費支出	醫療保健	醫療保健 占家戶總支出(%)
1994	134,380	545,987	46,365	6.81%
1995	174,591	591,035	61,271	8.00%
1996	181,989	614,435	60,473	7.59%
1997	190,622	634,477	63,348	7.68%
1998	197,093	646,343	66,680	7.91%
1999	200,522	655,282	71,852	8.40%
2000	200,033	662,722	73,464	8.52%
2001	195,485	657,872	75,853	8.89%
2002	188,234	672,619	82,627	9.60%
2003	183,163	666,372	84,651	9.96%
2004	183,416	692,648	89,447	10.21%
2005	187,594	701,076	93,982	10.58%
2006	186,647	713,024	99,292	11.04%
2007	184,800	716,094	102,407	11.37%
2008	186,308	705,413	103,285	11.58%
2009	186,575	705,680	101,969	11.43%
1994-2009 年 成長率	2.21%	1.73%	5.39%	3.51%

## 2.4、臺灣民眾自費之情況

臺灣在過去針對民眾自費醫療費用研究多屬橫斷面研究或針對特定族群進行研究，例如：民眾自付醫療費用之情形、老人、癌症病患等，以下彙整過去台灣民眾自費相關研究結果如下。

### 2.4.1、民眾自付醫療費用之情形

石曜堂及葉金川等人（1992）以衛生署 1992 年所進行的「國民醫療保健支出調查」為資料，以全台灣地區現行住戶為母群體，共抽樣 5500 戶，利用結構式問卷進行面訪調查。該研究結果推算 1992 年台灣地區民眾自付醫療費用為 10,088 元，是全人口平均自付費用 6,340 元的 1.6 倍。謝啟瑞、陳肇男（1993）以 1989 年主計處舉辦之「老人狀況調查」為資料，發現平均每位老人於就醫時自付 4,691 元的費用，有健康保險者自付 3,143 元，無健康保險者之支出則為 6,704 元，占全數醫藥費用的 20%~30%。

李丞華和周穎政（2000）的研究則顯示我國在 1998 年平均每人自付的醫療費用為美元 202 元，台幣約 6,755 元。盧瑞芬、蕭慶倫（2001）利用主計處「國



民醫療收支調查」以及 13 組醫療保健支出之相關研究資料，經過檢測與調整，以直接推算法估出 1998 年民眾每人每年自付醫療費用為 6,902 元，佔所有醫療保健支出 34.5%。葉淑娟(2002)針對南部住院病患的研究指出，有 61.25%的病患不了解健保局住院自費費用規定。平均支付自費金額為 12,679 元。自費金額並不會因為年齡、性別、或使用的語言而有所差別。然而，病患如屬於較低的教育水準，其負擔的差額也較多，但低收入家庭和無業患者自費金額則較少。針對醫師的調查則發現，醫療服務提供者確實會考量病患的家庭收入，決定差額負擔的策略。但教育程度低的群組所負擔的差額較高，有可能在醫療資訊不對等下影響到病患的權益。

紀駿輝與李卓倫(2003)探討全民健保制度下，民眾自付之醫療費用之情形，該研究發現，(1)民眾醫療自付額相當高，平均每人每年達 9,870 元（相較於每位保險對象每人每年全民健保保費負擔 5,743 元）。其中，占率最大的為自付病房費，其外推一年的費用平均每人為 2,136 元。其次，民眾自付手術費差額也占了相當大的比率，達每人每年 1,344 元。(2)家戶所得和民眾自付醫療費用成反比，有此可推出低所得者之自付醫療費用負擔較重。(3)有購買醫療險的民眾其自付醫療費用的金額較低。何姍姍（2004）調查民眾門診自付醫療費用，其研究結果顯示，兩個月期間，所有自付醫療費用之總金額為 192,287 元以及民眾自付醫療費用中屬於「隱性部分負擔」的總金額為 30,850 元。且就醫次數愈多者以及商業醫療險之保費愈高者，自付費用愈高，達到統計學上顯著相關（ $p<0.01$ ）。就醫比率為 32.2%、平均就醫次數為 2.68 次，以及平均自付醫療費用為 951.16 元。平均每位保險對象之隱性部分負擔額為 29.05 元，以及實質部分負擔額為 83.24 元。

本研究進一步彙整平均家戶家庭收支按區域別分與台灣地區家庭收支調查（行政院主計處，2011）資料進行分析，發現台灣地區醫療保健支出占家戶總支出比從 1994 年的 6.81%以平均年成長率 3.51%成長至 2009 年的 11.43%。

#### 2.4.2、特殊族群自付醫療費用之情形

石曜堂等（1994）曾對國民自付醫療費用作過調查，結果發現，中低收入家庭對醫藥支出有較大的經濟壓力，約 42%的受訪戶認為，全年醫藥支出占全家總收入 5%~10%時，會影響家庭現有經濟狀況。

白淑芬（2002）則以問卷進行癌症病患就醫自付費用資料之收集，樣本數 204 人，研究結果顯示癌症病患於 2001 年年平均自付醫療費用為 308,744 元，就自付醫療費用分佈情形來看，以西醫住院費用最高，平均 18,466.67 元，牙醫門診費用居次，平均 2,142.86 元，西醫門診平均費用 425.56 元；中醫門診平均費用 225.41 元；至西藥局購藥平均花費 674.87 元；至中藥局平均 459.38 元；非傳統方式購中西藥平均 1,952 元；其他傳統、民俗、宗教或非主流醫療措施平均 900 元。

本研究自行整理平均家戶家庭收支按區域別分、台灣地區家庭收支調查（行政院主計處，2011），台灣地區醫療保健支出占家戶總支出比從 1994 年的 6.81%，以年成長率 3.51% 成長，至 2009 年台灣地區醫療保健支出占家戶總支出比在 2009 年已成長至 11.43%。

#### 2.4.3、民眾對於自費醫療選擇的考量

民眾對於自費醫療服務項目之選擇考量，對於醫院結構面因素的考慮，主要為「醫師的專業技術與資歷」、對於醫院臨床面因素考慮，主要是「院內感染率」、對於醫院績效面因素的考慮為「自費項目的醫療效果」。在與健保服務相比較時，在選擇自費醫療服務時，最優先考慮因素為「醫療服務的效果」；其次是「醫師的專業能力」；其他的意見如「新的儀器設備」、「病快好」、「等候時間短」等。同時也會受到醫療品質、就醫醫療方便與否、顧客對醫療機構服務的滿意度，醫療服務供給者亦認為自費醫療服務的「口碑」十分重要，亦即在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(劉宜君，2008)。

王菁蘭(2003)研究發現的民眾因為方便進一步治療、檢查結果正確等因素而選擇至醫院健檢，而較少比率的民眾願意至專業健檢診所。

么煥忠(2006)的「自費醫療需求的評估-以台南市民眾為例」研究發現，一般民眾想使用的自費醫療項目上，以自費健康檢查占最多；在自費醫療服務屬性評估上，受訪者認為「舒適隱密的空間」最為重要。

徐敏玲(2007)於牙醫自費醫療影響價格因子之研究發現，「假牙」自費醫療項目方面：「診所設備」及「診所離住家之便利性」等兩因子個別對受訪者願付假牙價格的影響性顯著。至於「矯正」與「植牙」兩方面，消費者相對較不熟悉

此兩種牙醫醫療技術，因此相對需要透過專業醫師或護理人員的說明，或者廣告宣傳。所以「醫師技術」因子對受訪者願付矯正價格呈顯著影響性，而「護理人員服務態度」因子對受訪者願付植牙價格有顯著影響性。

游熙明(2007)於中醫院所病人自費醫療行為之研究發現，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。訊息來源以親友介紹及醫院看板最多。自費看診的期待以用藥會比較好及醫生會看得較仔細為主。想自費的範圍以保健養生(含身體調理)、濃縮中藥、中醫健檢(含經絡檢查等)、推拿、中醫美容、產後護理(坐月子)服務、丸劑、飲片及敷藥為主。自費看診困難(擔心)之處，主要是無法判斷與價格相對應的醫療品質、買到假藥及經濟負擔太重等因素。

金仁(2008)於病人特性、資訊搜尋及環境變數對自費醫療的影響-以大腸直腸癌新藥自費化療為例的研究，消費者(病人)的特性包括人格特質、消費者動機與主觀產品知識及風險態度對於購買意願均有顯著關係。自費購藥決策過程影響包括行銷方式、權威影響對於購買意願均有顯著關係。環境變數即家庭支持程度對於自費購買治療藥物意願也有顯著關係。此外消費者(病人)的年齡、教育程度及家庭收入對於購買意願也均有顯著關係。

## 2.5、民眾自費造成之影響與控制方法

增加民眾自費健康照護的支出對於家戶與個人可能造成財務負擔與形成尋求適當照顧的量與質的障礙，更進一步可能使家庭陷入債務，造成貧窮與疾病永無止盡的循環，因此如何評估民眾自費醫療支出對於個人與家戶健康狀況與健康利用的衝擊對於政策決策者是件重要的任務。

### 2.5.1、對財務的負擔

Himmelstein 等人(2005)，利用聽證會的方式調查家戶破產的經驗，大約有一半的樣本指出自費支出為可能導致其破產的原因，這份研究顯示自費醫療費用是極為沉重的負擔。Dranove 和 Millenson(2006)指出，自費醫療費用並不是一個最主要的障礙，許多家庭每年花費更多的費用在保險費，然而，Dranove 和 Millenson 估計至少有 17%的破產可歸因於額外的自費醫療費用。Lewis(2004)

指出住院費用可能會超過一年的家庭收入，這會讓家庭因此而強制出售資產或造成債務的累積。

### 2.5.2、對慢性病病患的影響

Paez 等人（2009）根據 2005 年醫療費用橫剖面調查（Medical Expenditure Panel Survey, MEPS）調查自述慢性疾病盛行率與自費醫療支出。該研究發現自述慢性疾病盛行率不論是在老老人、或是中年人與老人都是上升的，其中，自費醫療支出上升最多的是患有多重慢性疾病的族群。該研究認為，政策決策者必須知道成本分攤（Cost Sharing）對於有慢性疾病的人會造成不成比例的負擔並且阻止他們對於預防疾病惡化藥品的順從性。

### 2.5.3、對老人的影響

謝啟瑞、陳肇男(1993)以經濟學分析法在「健康保險與老年人自付醫療費用之探討」中提到老年人自付醫療費用的決定因素有：(1)健康保險的給付程度，(2)醫療服務的價格，(3)就醫的次數。同時，也提到其他影響自付醫療費用的因素有：健康保險給付條件、就醫時間與醫療機構分佈的限制、健康保險支付制度、以及健康保險的部分負擔制度等因素。Gross(1997)的研究發現年齡超乎65歲以上的老人，健康照護自付費用的支出占個人年收入之20%，年收入愈低者，健康照護自付費用占總收入的百分比則愈高。Dana(2003)指出在美國，沒有保險的人當中，低收入戶的老年人是自付額花費最高的族群。若老年人平均自付額花費是\$2,431/2年，健康狀況不好的老年人的自付額花費則高達\$3,717/2年，而低收入戶的老年人的平均自付額花費也是超過\$2,627/2年；雖然只高出平均100多塊美金，但這對低收入戶而言，應該是一筆沉重的負擔。

### 2.5.4、對窮人、弱勢族群的影響

Merlis（2002）認為自付額在健康照護服務所面臨的主要問題，包括健康保險的涵蓋率不足與民眾的財務不足；這樣子的風險不論是對於 Medicare 的受益者、健康狀況不佳、有限的醫療保險照護者與勞工家庭均可能對其造成沉重的財務負擔。在經濟結構底層，有些家庭被迫放棄消費民生物資來面對醫療照護自付額。儘管那些有能力私自購買健康保險的人，也只能不斷屈服於那惱人的費用或

者是被迫放棄必要的醫療照護。以前的證據也顯示在越南貧窮人會規避去見提供者而去取得較便宜與非處方藥物來治療疾病 (Trivedi, 2004)。Chaudhuri 與 Roy (2008)及 Segall 等人(2002)針對越南民眾自費健康照護支出之研究結果顯示，儘管疾病被報告有高發病率，窮人比較不傾向尋求照顧。Waters (2004) 其研究結果也清楚指出許多美國的家戶在面對健康醫療服務的時候缺乏財務保護，導致有很多鉅額性健康支出的情況，特別是低收入戶家庭與家庭成員有好幾種不同的慢性病在身的患者。

### 2.5.5、民眾因應自費的策略

為了降低醫療費用造成的財務衝擊，病人和家庭可能會採取不同的因應策略。Sharkey(2005)在一份居家老人削減自付醫療處方成本策略的研究中即發現，20.3%的老人會採取一個或多個策略以限制藥品的使用；21.2%則採用一個或多個策略以減少自付醫療費用。收入、藥品給付範圍 (Drug Coverage) 和醫療使用 (Medication Use) (包括處方藥和 OTC 藥品) 增加了支付醫藥費的困難。該研究認為，臨床醫師應該嘗試辨認處於醫療限制風險的病人，以發展策略減少病人任何因成本導致的非預期醫療管理行為。而醫療供給者和病人的溝通應包括醫藥成本和適切的醫療管理策略。Damme 等 (2004) 針對柬埔寨貧窮家庭自付醫療費用的研究發現，家庭會透過動用存款、變賣動產及不動產、向親友借貸等方式因應醫療支出。而在受訪的 72 個家戶中，有 63% 的家庭因此負債。當該研究 10 個月後進行第二次追蹤訪問時，在成功訪得的 26 的家戶中，仍有 6 個家戶 (23%) 尚未償還貸款。其他類似研究也指出，當家庭遭遇健康衝擊(Health Shocks) 且伴隨著高自付醫療費用時，家庭可能減少消費和儲蓄，並透過借錢、增加外出工作人口等策略因應家庭財務負擔。這些因應策略均可能衝擊家庭的福祉(Leive, 2007; Van Damme, 2004; Van Doorslaer, 2007)。

### 2.5.6、健康照護非正式支出之控制方法

在前蘇聯國家(Former Soviet Union Countries, FSU)中證實健康照護的非正式健康照護支出占總健康照護支出相當高的比重 (Ensor與Savelyeva, 1998)，FSU 國家紛紛採用這些非正式健康照護支出合法化並且將其納入正式的健康照護的財源的策略 (Delcheva, Balabanova, McKee, 1997)。然而，在採行此方案

之前必須考慮在現行家戶水平與家戶在健康保健之支出之相關資訊，因為增加費用可能影響健康服務的可近性，特別是對於窮人。Falkingham (2004) 採用塔吉克斯坦利生活標準調查 (Tajikistan Living Standard Survey) 來調查醫療費用支出造成健康照護可近性的障礙程度，資料顯示在社會經濟群體間健康照護利用率有顯著上的差異，而這些差異是取決於支付能力 (Ability to Pay)。正式與非正式支出都是造成民眾尋求醫療援助或者接受適當的治療的阻礙。儘管除去非正式健康照護支出 (Informal Exemptions)，民眾自費醫療照顧支出仍然占家庭收入相當高的份額，這可能迫使家庭出售資產或舉債以應付照顧成本，因此需要更適切的衛生改革以確保健康照護可近性的公平。

解決健康照護系統中非正式健康照護支出是相當複雜的問題並且僅單純處理特殊濫用行為是不夠的，因為這類的問題往往都是具有系統性的本質。在很多情況下，環境因素一般都需要納入考量。因此 Lewis (2007) 提出控制非正式支出 (Controlling Informal Payment) 的參考建議：1. 建立官方健康照護支出費用 (Official Fees) 取代非正式健康照護支出費用、2. 監督健康照護提供者、3. 增加健康照護提供者的課責性與 4. 強化社區監督的角色。Van Doorslaer 等人 (2007) 發現經濟低度發展的斯里蘭卡，相較其他經濟發展類似的亞洲國家，卻有較低的自付醫療費用，其原因有四：1. 政府稅收給予充分的財政支持；2. 大眾花費的優先順序使公部門維持最低的醫療支出；3. 公共醫療服務遍佈各地；4. 良好的管理使非正式收費 (Informal Charges)。

## 2.6、台灣醫療院所網路自費調查

在台灣醫療院所網路自費調查中，截至 2011 年 11 月 25 日為止，本研究將醫療機構層級分為三個層級：醫學中心、區域醫院、地區醫院，針對以上三層級的醫療院所是否有於網際網路中揭露民眾自費項目資訊，台灣醫療院所網路自費調查之審查標準係參考行政院衛生署公告之「門診醫療費用收據參考格式」與「住院醫療費用收據參考格式」(如附錄五、六)。

表 2.6 首先顯示共有 22 間醫學中心，其中，有網路自費資訊家數為 19 家，占醫學中心樣本的 86%。無網路自費資訊家數為 3 家占醫學中心樣本的 14%。而有於公佈網路公佈自費資訊項目的 19 家醫學中心中，有 18 間有公佈掛號費項

目，占醫學中心樣本的 94.74%。有 12 間公佈藥品部分項目，占醫學中心樣本的 63.16%。有 10 間公佈部分負擔，占醫學中心樣本的 52.63%。

表 2.6、醫療院所網路自費調查

醫療機構層級	名稱	次數	百分比	附註
醫學中心 <sup>a</sup>	掛號費	18	94.74%	<sup>a</sup> 本研究的調查中醫學中心共有 22 家，其中有網路自費資訊家數為 19 家，占醫學中心樣本的 86%。無網路自費資訊家數為 3 家占醫學中心樣本的 14%。
	藥品部分	12	63.16%	
	部分負擔	10	52.63%	
	病房差額	9	47.37%	
	各類診斷	5	26.32%	
	膳食費	5	26.32%	
	病房費	4	21.05%	
	基本部分	4	21.05%	
	陶瓷人工	4	21.05%	
	診斷證明書	4	21.05%	
區域醫院 <sup>b</sup>	掛號費	55	82.09%	<sup>b</sup> 本研究的調查中區域醫院共 84 有家，其中有網路自費資訊家數為 67 家，占區域醫院樣本的 80%。無網路自費資訊家數為 17 家占區域醫院樣本的 20%。
	病房費	25	37.31%	
	藥品部分	20	29.85%	
	病房差額	19	28.36%	
	膳食費	19	28.36%	
	部分負擔	16	23.88%	
	基本部分	11	16.42%	
	陶瓷人工	11	16.42%	
	病歷影印	10	14.93%	
	診斷書	9	13.43%	
地區醫院 <sup>c</sup>	掛號費	163	80.30%	<sup>c</sup> 本研究的調查中地區醫院共 375 有家，其中有網路自費資訊家數為 203 家，占地區醫院樣本的 54%。無網路自費資訊家數為 172 家占地區醫院樣本的 46%。
	病房費	154	75.86%	
	部分負擔	118	58.13%	
	診斷書費	106	52.22%	
	藥品部分負擔	74	36.45%	
	病歷影印費	60	29.56%	
	膳食費	42	20.69%	
	特殊材料費	28	13.79%	
	藥品費	27	13.30%	
	證明書費	27	13.30%	

在醫學中心之中，有 9 間公佈病房差額，占醫學中心樣本的 47.37%。有 5 間公佈部分負擔，占醫學中心樣本的 26.32%。有 5 間公佈各類診斷，占醫學中

心樣本的 26.32%。有 5 間公佈膳食費，占醫學中心樣本的 26.32%。其餘自費項目，皆不屬於醫學中心主要在網路上公佈的自費項目，如：病房費、基本部分、陶瓷人工、診斷證明書，所占醫學中心公佈自費項目樣本的比率皆低 25%。

**區域醫院**共有 84 間，其中，有網路自費資訊家數為 203 家，占區域醫院樣本的 54%。無網路自費資訊家數為 172 家占區域醫院樣本的 46%。而有於公佈網路公佈自費資訊項目的 203 家區域醫院中，有 55 間有公佈掛號費項目，占區域醫院樣本的 82.09%。有 25 間公佈病房費，占區域醫院樣本的 37.71%。有 20 間公佈藥品部分，占區域醫院樣本的 29.85%。有 19 間公佈病房差額，占區域醫院樣本的 28.36%。有 19 間公佈部分負擔，占區域醫院樣本的 28.36%。其餘自費項目，皆不屬於區域醫院主要在網路上公佈的自費項目，如：部分負擔、基本部分、陶瓷人工、病歷影印、診斷書，所占區域醫院公佈自費項目樣本的比率皆低 25%。

**地區醫院**共有 375 間，其中，有網路自費資訊家數為 203 家，占地區醫院樣本的 54%。無網路自費資訊家數為 172 家占地區醫院樣本的 46%。而有於公佈網路公佈自費資訊項目的 203 家地區醫院中，有 163 間有公佈掛號費項目，占地區醫院樣本的 80.30%。有 154 間公佈病房費，占地區醫院樣本的 75.86%。有 118 間公佈部分負擔，占地區醫院樣本的 58.13%。有 106 間公佈診斷書費，占地區醫院樣本的 52.22%。有 74 間公佈藥品部分負擔，占地區醫院樣本的 36.45%。有 60 間公佈病歷影印費，占地區醫院樣本的 29.56%。其餘自費項目，皆不屬於地區醫院主要在網路上公佈的自費項目，如：膳食費、特殊材料費、藥品費、證明書費，所占地區醫院公佈自費項目樣本的比率皆低 25%。

進一步將台灣醫療院所網路公佈之自費項目與行政院衛生署公告之參考格式進行比較，發現現今各醫學中心、區域醫院與地區醫院網路公佈自費項目尚未完全依照行政院衛生署公告之醫療費用收據參考格式，未來政府機關可以對醫療院所加以宣導與加強台灣醫療院所網路自費項目之公佈，期使民眾可以依此取得醫療相關費用之資訊。

## 2.7、我國政府調查統計涉及自費之資料描述

在表 2.2 中，曾經描述台灣自付醫療費用初級資料主要來源主要有四個，分別為：(1)由行政院主計處(2010)負責執行的「家庭收支調查」(Household Income



and Expenditure Survey)、(2)由衛生署統計室(2010)負責執行的「家庭醫療保健支出調查」(Household Health Expenditure Survey)、(3)由衛生署國民健康局委託國家衛生研究院(2007)負責執行的「國民健康調查」、(4)由政府委外單位執行的「民眾自費就醫利用評估」(Out-of-Pocket Survey)。其與醫療保健支出相關的內容大致敘述如下。

### 2.7.1、家庭收支調查

我國個人所得分配調查，始於 1964 年，由主計處舉辦臺灣地區家庭收支抽樣調查。1966 年改由臺灣省政府主計處接辦，每兩年調查一次。後來因為臺北市改制為院轄市，自 1970 年起改由臺灣省政府主計處及臺北市政府主計處分別按年辦理。至 1979 年又因高雄市改制為院轄市，由臺灣省政府主計處、臺北市政府主計處及高雄市政府主計處分別按年辦理。1999 年配合精省政策，臺灣省政府主計處裁撤，由主計處成立中部辦公室承受其業務，再於 2007 年起配合主計處業務調整，本項業務目前由主計處第三局辦理。

家庭收支調查採分層二段隨機抽樣方法，以縣市為副母體，村里為第一段抽樣單位，村里內之戶為第二段抽樣單位，2010 年臺灣地區總戶數中約抽出千分之二為樣本戶，計 14,853 戶；本調查項目包括：(1)家庭戶口組成、(2)家庭設備及住宅概況、(3)所得收支、(4)消費支出。調查期間於次年一月至二月進行實地訪問調查，8 月下旬產生調查結果，10 月編印調查報告書發布。

2010 年每一家庭平均支出 88.5 萬元，較 98 年減 0.83%，其中非消費支出(包括利息支出，稅捐規費及罰款、捐贈及婚喪禮金等移轉性支出) 18.3 萬元，減少 2.1%，消費支出 70.2 萬元，減 0.5%；若剔除戶量因素，每人支出 27.2 萬元，較 98 年增 1.9%，其中非消費支出 5.6 萬元，增 0.6%，消費支出 21.6 萬元，亦增 2.3%。家庭消費支出中，以住宅服務、水電瓦斯及其他燃料(24.6%)所占最高，食品、飲料及菸草(16.6%)次之；另隨著國人平均壽命延長，衛生保健觀念增強，醫療保健支出比重續增至 14.4%，金額為 101,089 元。

此項醫療保健支出，在 1991 年占家庭消費支出 5.4%，1996 年占 9.8%，2001 年占 11.4%，2006 年占 13.8%，至 2010 年占 14.4%。

### 2.7.2、家庭醫療保健支出調查

台灣自 1998 年起，參考國際慣例及我國國民所獨統計慣例，持續發展適合台灣的國民醫療保健支出(National Health Expenditure, NHE)統計，並將主要資料追溯自 1991 年。國民醫療保健支出的資料來源眾多，包括各級政府預決算書、國民所得統計、家庭生之調查統計、全民健保統計等資料，

國民醫療保健支出的統計項目，概分為三部分，分別為：(1)經費來源別；(2)經費應用單位別；(3)最終支出用途配置別。其中上述第一項「經費來源別」與第二項「經費應用單位別」中的家庭自付醫療保健費用，是依據行政院主計處「家庭收支調查」中的保健及醫療項目，再依國民所得統計結果予以膨脹調整，所以其基礎為主計處的「家庭收支調查」。但是，上述第三項「最終支出用途配置別」中的家庭自付醫療保健費用，則主要來自大規模的家戶訪視。

總計 2009 年我國國民醫療保健支出(NHE)共 8,591 億元，較上年增加 4.9%，平均每人國民醫療保健支出(NHE)為 37,224 元。較上年增加 4.6%、每人國內生產毛額(GDP)較上年下降 1.8%。2009 年 NHE/GDP 比微 6.87%，較上年上升 0.42%，原因來自人口的逐年成長與老化。2009 年底 65 歲以上老年人口占率為 10.6%，顯示未來國民醫療保健支出仍將逐年增加。

### 2.7.3、國民健康調查

國民健康狀況是分配醫療資源及訂定全國健康目標之主要依據，更是衡量一個國家發展概況的重要指標之一。諸多國家乃收集各類與國民健康狀況相關的調查資料建立全國健康資料庫，其中國民健康訪問調查(National Health Interview Survey)被認為是監測國民健康現況及變化趨勢之重要方法。目前已有許多國家，包括：美國、加拿大、英國、義大利、西班牙、澳洲、巴西以及墨西哥等國家，皆已由其政府責成衛生單位或專責機構定期進行全國性健康訪問調查，並將調查所得資料存放於全國健康資料庫中，有些國家甚至立法執行此項調查。

為收集衛生保健政策之實證參考數據，我國於 2001 年整合既往各大、小規模之國民健康調查，由國家衛生研究院與衛生署國民健康局共同合作辦理 2001 年國民健康訪問調查。之後仍由國家衛生研究院與國民健康局規劃辦理 2005 年國民健康訪問調查。2005 年的調查中為瞭解國內藥物濫用狀況，作為制定藥物濫用防制政策之依據，管制藥品管理局乃藉此機會與國民健康局及國家衛生研究

院共同合作辦理全國性國民健康訪問調查工作，將藥物濫用議題納入，進行全面性調查。唯此次調查也將家戶自付醫療費用的項目列入其中，因此成為台灣資赴醫療費用的來源之一，雖然此次調查的目的並非主要著眼於家戶自付醫療費用這個項目。

2005 年國民健康調查抽樣方法，在每個縣市皆抽選出有代表性的樣本。鑑於多數的研究分析皆以個人為單位，面訪採用戶中全查耗時太多，加上衛生署所有之戶籍資料不含戶號，因此抽樣以人為單位，抽樣設計採多階段分層系統抽樣，考慮到各縣市內鄉鎮市區的都市化程度不同，先依據「台灣地區鄉鎮市區發展類型應用於大型健康調查之研究」的結果，將台灣 358 個鄉鎮市區大致分為七層，設定各縣市的基本樣本數為 800 人，再將各縣市依人口多少分為 5 種抽出機率，人口數多的縣市抽出機率就小，否則抽出機率高，由於澎湖的人口太少，抽到目標樣本數的抽出機率要高於其他縣市，各縣市再以將抽出機率所決定的樣本數分配到各層，依人口多少等比例(Proportional Allocation)分配到各層內。

各縣市內視其鄉鎮市區特性分別採二階段或三階段抽出樣本，基本原則是二階段抽樣用於大都市或是該縣市內之分區都市化程度相當，如台北市所有區都中選，直接抽出「鄰」、後由中選之「鄰」內抽出「人」；三階段分兩種狀況，第一種是中度都市化的鄉鎮市區、加上地理位置分散，這些地區的鄉鎮市區都算是中選的鄉鎮市區，抽「村里」、後抽「鄰」再抽「人」；另一種狀況是先抽出「鄉鎮市區」，再由中選的鄉鎮市區中抽出「鄰」、後抽「人」。最後抽出了 187 個鄉鎮市區、30,680 人。各縣市抽出之樣本在年齡、性別上均具代表性。由於是不等機率抽樣，在推論全國時要考慮加權。

表 2.7 資料來源為 2005 年 12 至 64 歲國民健康訪問暨藥物濫用調查，結果顯示，過去一年曾使用西醫門診就醫服務民眾，平均每月就醫次數為 1.8 次，最近一次自費平均金額為 196.3 元，推估年平均自費金額為 4113.7 元；過去一年曾使用住院就醫服務民眾，平均每年就醫次數為 1.4 次，最近一次自費平均金額為 12123.4 元，推估年平均自費金額 15546.9 元；過去一年曾使用急診就醫服務民眾，平均每年就醫次數為 1.4 次，最近一次自費平均金額為 718.7 元，推估年平均自費金額 979.3 元；過去一年曾使用牙醫門診就醫服務民眾，平均每年就醫次數為 3.4 次，最近一次自費平均金額為 2779.9 元，推估年平均自費金額 21495.6 元；過去一年曾使用中醫門診就醫服務民眾，平均每年就醫次數為 2.6 次，最近

一次自費平均金額為 247.6 元，推估年平均自費金額 6895.1 元；過去一年曾使用民俗療法就醫服務民眾，平均每月就醫次數為 2.9 次，最近一次自費平均金額為 445 元，另外民俗療法包含收驚、藥籤、香灰、刮痧、拔罐、推拿、腳底按摩、整脊、接骨及跌打損傷處置、針灸及放血等多樣項目，由於調查僅詢問過去一個月內最近一次使用方式為上述何種，因此並未能得知過去一個月他項療法金額，所以未進一步推估至年自費金額。

表 2.7、國民健康調查民眾就醫次數及自費醫療費用

	樣本數	平均值	標準差
<b>西醫門診</b>			
就醫次數/月	5582	1.8	1.6
最近一次自費金額(元)	5291	196.3	1053.9
年自費金額(元)	5275	4113.7	14984.0
<b>住院</b>			
就醫次數/年	1017	1.4	1.2
最近一次自費金額(元)	648	12123.4	27777.8
年自費金額(元)	644	15546.9	34988.1
<b>急診</b>			
就醫次數/年	2239	1.4	1.1
最近一次自費金額(元)	1287	718.7	2428.9
年自費金額(元)	1285	979.3	3415.9
<b>牙醫門診</b>			
就醫次數/年	6922	3.4	3.6
最近一次自費金額(元)	6390	2779.9	14868.9
年自費金額(元)	6292	21495.6	225150.7
<b>中醫門診</b>			
就醫次數/月	1622	2.6	3.0
最近一次自費金額(元)	1558	247.6	885.6
年自費金額(元)	1549	6895.1	24589.3
<b>民俗療法</b>			
就醫次數/月	1247	2.9	3.8
最近一次自費金額(元)	1105	445.0	731.0

資料來源：2005 年 12-64 歲國民健康訪問暨藥物濫用調查，本研究自行整理

#### 2.7.4、不同自付醫療費用資料來源之比較

大致而言，「家庭收支調查」、「家庭醫療保健支出調查」、「國民健康調查」均需要龐大的樣本與龐大的經費，以家戶訪視為主的資料蒐集過程，必然面臨眾多受訪者在回憶期間未曾使用醫療服務的情況，因此調查效率往往不高，尤

其較少使用的醫療服務例如住院服務資料，並不容易在家戶調查中有效率的取得，而且所取得的也都是回憶資料，不容易獲得精確的資料。在這樣的前提下，要利用這些調查資料，對於未來社會經濟狀況產生變化的情況下，進行未來醫療費用的預測並不容易。不同自付醫療費用資料來源之比較如表 2.8 所示。

基於以上的限制，本計畫所用的方法主要著眼於改善上述資料蒐集與研究設計的限制，但仍有新的限制需要克服，詳如表 2.8 所示。

**表 2.8、不同自付醫療費用資料來源之比較**

自費醫療資料來源	優點	缺點
家庭收支調查	1.調查樣本 14,853 戶數量龐大 2.每兩年一次之例行性調查 3.可以區分不同家庭之支出 4.可以與其他支出進行比較 5.可以有效推估總體醫療支出	1.調查費用龐大 2.無法區分細項醫療費用項目 3.以戶為單位非以人為單位 4.依賴回憶資料會有誤差 5.不易依據未來社會改變狀況進行預測性推估
家庭醫療保健支出調查	1.調查人數龐大 2.國家例行性調查 3.可以區分細項醫療費用 4.可以針對個人資料進行分析 5.可以有效推估總體醫療支出	1.調查經費龐大 2.調查過程眾多未使用醫療服務者會嚴重降低調查效率 3.依賴回憶資料會有誤差 4.不易依據未來社會改變狀況進行預測性推估
國民健康調查	1.調查樣本 30,680 人數量龐大 2.國家例行性調查 3.可以區分細項醫療費用 4.可以針對個人資料進行分析	1.調查費用龐大 2.調查對象有年齡限制 3.主要依賴回憶資料會有誤差 4.無法有效推估總體醫療支出 5.不易依據未來社會改變狀況進行預測性推估
民眾自費就醫利用評估 (本計畫)	1.由醫療院所結帳單據直接取得精確當次醫療費用資料 2.利用模擬分析樣本數可縮小節省經費並提高調查效率 3.可以推估當次申報健保醫療費用與自付醫療費用之關係 4.可以依據未來社會改變狀況進行預測性推估	1.容易遭到醫療院所拒絕訪視 2.醫療院所抽樣過程如果牽涉解碼往往費時甚久

### 第三章、抽樣設計與樣本敘述統計

本章主要是敘述本研究的調查問卷上，針對各醫療院所的抽樣設計、資料來源以及訪員訓練過程，最後透過訪視一般就醫民眾問卷之調查結果製成圖表，加以分層，敘述說明原始特性以及分層後的資料形態。第一節為抽樣設計及結果，第二節為研究變項與資料來源，第三節為樣本特性分層分析，第四節為敘述統計量。

#### 3.1、抽樣設計

由於本研究的資料，除了文獻及已存在的研究報告之外，也必需經由全國性的抽樣調查，來瞭解個人就醫時的自費行為與自費項目。本章將討論抽樣的設計及抽樣的統計結果，部分資料內容也將在後續章節中分別使用。

100年民眾自付醫療費用問卷抽樣設計係以2008年醫療院所申請住院人次與醫療院所申請門診人次為抽樣基本。為取得足以代表住院與門診的推論樣本數，第100年度問卷調查先設定住院的基本樣本數為2,000人與設定門診之基本樣本數為3,000；再考量各縣市幅員和田野工作方面的負荷將樣本數略做調整，各鄉鎮市區樣本數之分配係以健保局2008年住院人次與門診人次作為基本考量因素，此次調查的總樣本數設定為5,000人左右。以下將分別說明住院樣本抽樣設計與門診樣本抽樣設計，抽樣的流程如圖3.1。

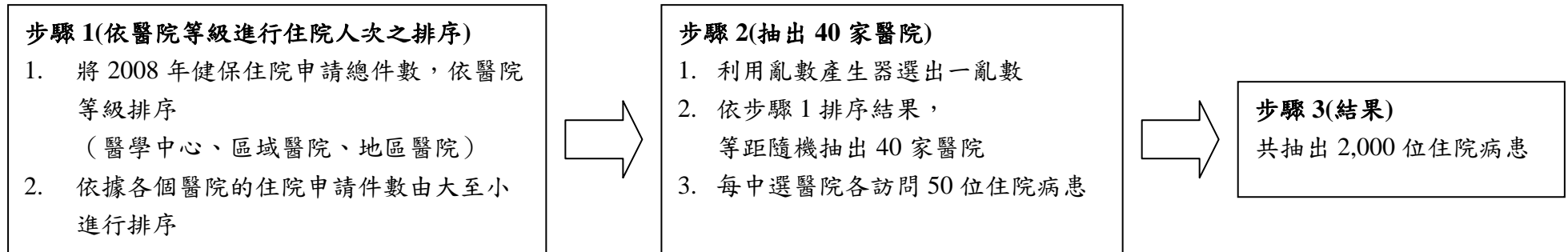
表 3.1、抽樣分配<sup>註</sup>

			小計
醫院住院抽樣		2,000 人	2,000 人
醫院門診抽樣	10(鄉鎮區)*12(醫院落點)	1800 人	
診所門診抽樣	10(鄉鎮區)*6(診所落點)	900 人	
牙醫門診抽樣	10(鄉鎮區)*1(牙醫落點)	150 人	
中醫門診抽樣	10(鄉鎮區)*1(中醫落點)	150 人	3,000 人
總計			5,000 人

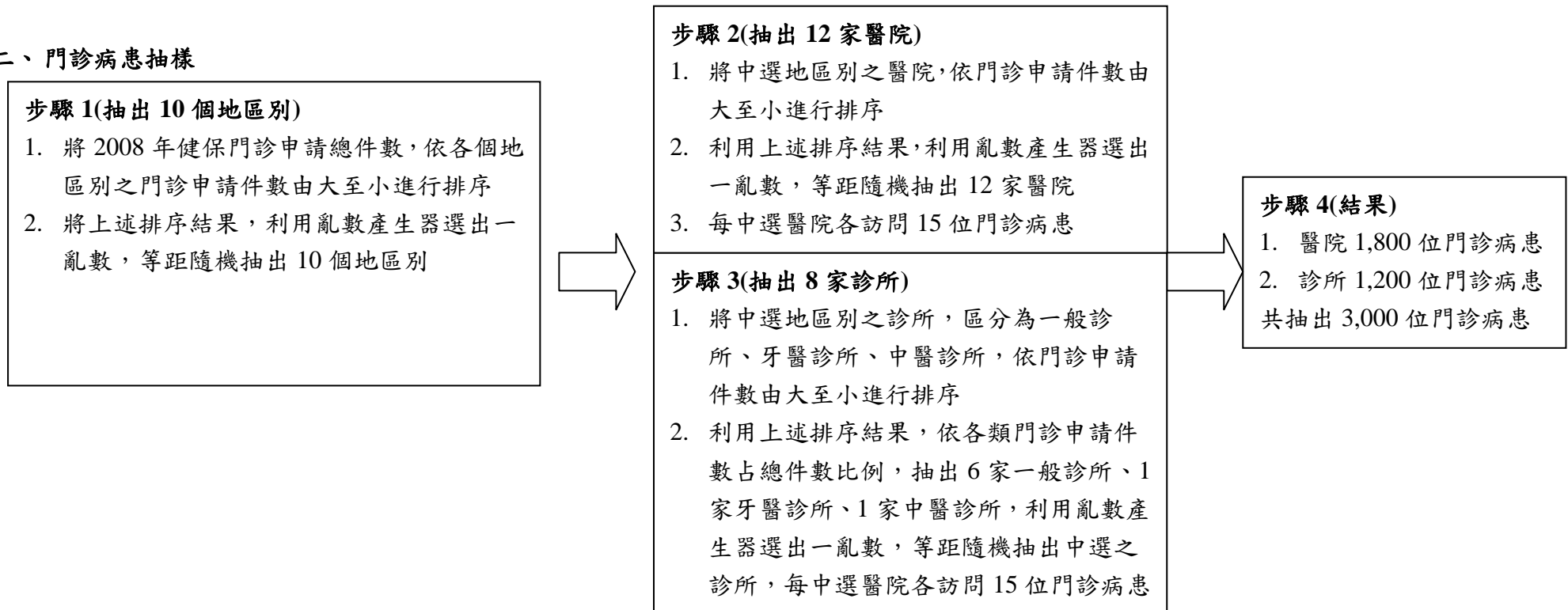
註：10 個中選區域之醫院門診訪問人數以 15 人為 1 個落點家次基準，落點區間為 1~10 個落點家次。

圖 3.1、抽樣架構圖

### 一、住院病患抽樣



### 二、門診病患抽樣



### 3.1.1、住院樣本抽樣設計

依據 2008 年全民健康保險資料庫分析，2008 年醫療機構依據醫院等級區分其申請健保住院件數之分配如下表，本研究第 100 年度欲訪視 2,000 位住院病患，每抽樣中選之醫療院所將各訪視 50 位住院病患，依此必須抽出 40 家有提供住院服務之醫療院所。

#### 一、抽樣步驟

考量醫院等級對於住院樣本的影響，故將提供住院服務之醫療院所區分為醫學中心、區域醫院與地區醫院，以下將說明住院病患之抽樣步驟：

步驟一、依醫院等級將各個醫院的住院申請件數由大至小進行排序。

步驟二、2008 年健保住院申請總件數為 2,985,112 件，而本計畫將訪視 40 家提

供住院服務之醫療院所，故在 1 至 2,985,112 的區間中，利用亂數產生器選出一組亂數為「1,550,907」，再以系統(等距)抽樣方式抽出 40 個醫事機構，級距為  $2,985,112 \div 40 = 74,628$ ；依此系統（等距）抽樣方式  $(1,550,907 + N_i \times 74,628)$  所得之抽樣結果落點(見表 3.1.2)為：1,550,907、1,625,535、1,700,162、1,774,790、1,849,418、1,924,046、1,998,674、2,073,301、2,147,929、2,222,557、2,297,185、2,371,813、2,446,440、2,521,068、2,595,696、2,670,324、2,744,952、2,819,579、2,894,207、2,968,835、58,351、132,979、207,606、282,234、356,862、431,490、506,118、580,745、655,373、730,001、804,629、879,257、953,884、1,028,512、1,103,140、1,177,768、1,252,396、1,327,023、1,401,651、1,476,279。

#### 二、住院樣本抽樣機率

依上述抽樣步驟，住院樣本抽樣機率，分別以醫學中心、區域醫院與地區醫院分別說明，如：

隨機亂數「58,351」落點於醫學中心為例：



$$\frac{988,391}{2,985,112} * \frac{50}{988,391} = \frac{50}{2,985,112} = 1.67498E - 05$$

隨機亂數「1,550,907」落點於區域醫院為例：

$$\frac{1,311,561}{2,985,112} * \frac{50}{1,311,561} = \frac{50}{2,985,112} = 1.67498E - 05$$

隨機亂數「2,371,813」落點於區域醫院為例：

$$\frac{685,160}{2,985,112} * \frac{50}{685,160} = \frac{50}{2,985,112} = 1.67498E - 05$$

從各中選醫院之住院樣本抽樣機率觀之，各個中選之住院樣本均為等機率抽樣。

**表 3.2、2008 年醫療機構依據醫院等級其申請健保住院件數之分配**

醫院等級	醫院家數	申請件數	累積申請件數	抽樣落點
醫學中心	20	988,391	988,391	<b>58,351</b> 、132,979、207,606、 282,234、356,862、431,490、 506,118、580,745、655,373、 730,001、804,629、879,257、 953,884
區域醫院	79	1,311,561	2,299,952	<b>1,550,907</b> 、1,625,535、 1,700,162、1,774,790、 1,849,418、1,924,046、 1,998,674、2,073,301、 2,147,929、2,222,557、 2,297,185、1,028,512、 1,103,140、1,177,768、 1,252,396、1,327,023、 1,401,651、1,476,279
地區醫院	404	685,160	2,985,112	<b>2,371,813</b> 、2,446,440、 2,521,068、2,595,696、 2,670,324、2,744,952、 2,819,579、2,894,207、 2,968,835
總計	503	2,985,112		

本計畫 100 年度住院樣本為 2,013 筆，其中男性共 1,044 位，女性共 969 位，進一步以此性別比例與 97 年全民健康保險系統抽樣檔之男性與女性住院申報次數進行男、女性之適合度檢定；其卡方檢定值為 0.0283，即本次住院抽樣結果與健保住院資料庫並無達到顯著上的差異。因此可以判定本研究住院之抽樣樣本之代表性，應無疑義。

**表 3.3、健保住院資料庫與住院樣本之性別比較<sup>註</sup>**

性別	健保住院資料庫(N=152,330)		住院樣本(N=2,013)		X <sup>2</sup>
	人數	百分比	人數	百分比	
男	78094	51.30%	1044	51.90%	0.0283
女	74236	48.70%	969	48.10%	

註:健保族群資料來源為 97 年全民健康保險系統抽樣檔

### 3.1.2、門診樣本抽樣設計

依據 2008 年全民健康保險資料庫分析，2008 年健保門診申報總件數為 402,568,054 件，考量各縣市幅員和田野工作方面的負荷，故門診病患之抽樣將先依據地區別等距隨機抽出 10 個地區別。

以下將說明地區別之抽樣步驟：

#### 一、地區別之抽樣

步驟一、2008 年健保門診申報總件數為 402,568,054 件，依各地區別之健保門診申報件數由大至小進行排序。

步驟二、本計畫考量各縣市幅員和田野工作方面的負荷，故將門診病患訪視地區別限制為 10 個地區別。10 個中選地區別之抽樣，係在 1 至 402,568,054 健保門診申報件數區間中，以亂數產生器選出一組亂數為「39,462,808」，再以系統（等距）抽樣方式抽出 10 個地區別，級距為  $402,568,054 \div 10 = 40,256,805$ ；依此系統（等距）抽樣方式（39,462,808 +

$N \times 40,256,805$  ) 所得之抽樣結果落點為：39,462,808、79,719,613、119,976,419、160,233,224、200,490,030、240,746,835、281,003,640、321,260,446、361,517,251、401,774,057。依上述抽樣步驟，提供門診服務之地區別之抽樣結果如下表 3.3：

表 3.4、門診醫療院所之中選地區別名單

隨機亂數	中選地區別名稱		「醫院門診+其他」申請件數
39,462,808	205	高雄市三民區	7,167,718
79,719,613	118	臺北市中正區	5,851,338
119,976,419	2201	嘉義市東區	4,978,213
160,233,224	3103	臺北縣永和市	4,236,398
200,490,030	117	臺北縣林口鄉	3,263,979
240,746,835	1704	臺中市南區	2,672,411
281,003,640	2102	臺南市南區	2,039,149
321,260,446	3708	彰化縣二林鎮	1,335,403
361,517,251	3112	臺北縣瑞芳鎮	625,458
401,774,057	3310	新竹縣寶山鄉	37,795

## 二、門診樣本之抽樣

依據 2008 年健保資料庫分析，該年門診總申報件數為 402,568,054 件。考量現今台灣醫療體系提供門診服務之醫療院所共計有「醫院門診+其他」、「西醫診所」、「牙醫診所」與「中醫診所」之分類，本研究依全台灣「醫院門診+其他」、「西醫診所」、「牙醫診所」與「中醫診所」之門診申報件數為抽樣基礎，並進行各門診分類之抽樣。

依據以上結果，10 個中選地區的「醫院門診+其他」、西醫門診、牙醫診所、中醫診所之門診申報件數計算各科門診占中選區域門診申請件數機率，進而分配預訪視 3,000 份問卷算出 10 個中選地區與「醫院門診+其他」、西醫門診、牙醫診所、中醫診所門診訪問問卷人數，如表 3.4。

表 3.5、10 個中選地區與醫院門診、西醫門診、牙醫診所、中醫診所門診訪問問卷人數

中選地區別		醫院門診 +其他服務	西醫門診	牙醫門診	中醫門診	總計
205	高雄市三民區	180	90	15	15	300
118	台北市中正區	180	90	15	15	300
2201	嘉義市東區	180	90	15	15	300
3103	新北市永和市	180	90	15	15	300
117	台北市信義區	180	90	15	15	300
1704	台中市南區	180	90	15	15	300
2102	台南市南區	180	90	15	15	300
3708	彰化縣二林鎮	180	90	15	15	300
3112	新北市瑞芳區	180	90	15	15	300
3310	新竹縣寶山鄉	180	90	15	15	300
	總計	1,800	900	150	150	3,000

針對醫院門診、西醫門診、牙醫門診、中醫門診抽樣之說明如下：

#### (一)醫院門診抽樣

依據 2008 年健保資料庫分析，該年門診總申報件數為 315,155,746 件；其中高雄市三民區之「醫院門診+其他」件數為 2,516,725 件，台北市中正區之「醫院門診+其他」件數為 3,818,434 件，嘉義市東區之「醫院門診+其他」件數為 2,798,758 件，新北市永和市之「醫院門診+其他」件數為 1,247,396 件，台北市信義區之「醫院門診+其他」件數為 1,245,238 件，台中市南區之「醫院門診+其他」件數為 1,252,903 件，台南市南區之「醫院門診+其他」件數為 529,329 件，彰化縣二林鎮之「醫院門診+其他」件數為 718,690 件，新北市瑞芳區之「醫院門診+其他」件數為 264,628 件。新竹縣寶山鄉之「醫院門診+其他」件數為 4,646 件（註：因新竹縣寶山鄉無醫院，其替代選擇係由地區別申報件數之排序中進行代替，新竹縣寶山鄉鄰近之地區別排序中

為台東縣金鋒鄉（4615）無醫院、苗栗縣西湖鄉（3514）無醫院、高雄縣三民鄉（4227）無醫院、屏東縣三地鄉（4326）無醫院、台北縣烏來鄉（3129）無醫院，台中市石岡區（3612）有青海醫院，因此新竹縣寶山鄉醫院門診由台中市石岡區青海醫院代替。）台中市石岡區之「醫院門診+其他」件數為22,412 件。

## (二)抽樣步驟

各個地區別之醫院門診抽樣步驟將以地區別高雄市三民區（205）為說明範本：

步驟一、將地區別高雄市三民區（205）各個「醫院門診+其他」申請門診件數由大至小進行排序。

步驟二、由於地區別高雄市三民區（205）「醫院門診+其他」申請件數為 2,516,725 件，欲抽出 12 個落點家次，因此求得級距為件數  $209,727(2,516,725/12)$ 。以亂數產生器產生一組亂數為「181,806」。依所求得之亂數與等距級距，進行等距隨機抽樣，其抽樣 12 個落點家次結果為表 3.5。

步驟三、以上述抽樣方式分別求得其他之地區別之抽樣結果落點。

表 3.6、10 個中選地區之「醫院門診+其他」訪問人數

中選地區別		「醫院門診+其他」件數	訪問人數	落點家次	級距	隨機亂數
205	高雄市三民區	2,516,725	15	12	209,727	181,806
118	台北市中正區	3,818,434	15	12	318,203	1,397,064
2201	嘉義市東區	2,798,758	15	12	233,230	714,476
3103	新北市永和市	1,247,396	15	12	103,950	551,697
117	台北市信義區	1,245,396	15	12	103,783	365,813
1704	台中市南區	1,252,903	15	12	104,409	150,388
2102	台南市南區	529,329	15	12	44,111	22,377
3708	彰化縣二林鎮	718,690	15	12	59,891	201,385
3112	新北市瑞芳區	264,628	15	12	22,052	21,222
3310	新竹縣寶山鄉	4,646				
3612	台中市石岡區	22,412	15	12	1,868	5,822
	總計		632			

註：因新竹縣寶山鄉無醫院，其替代選擇係由地區別申報件數之排序中進行代替，新竹縣寶山鄉鄰近之地區別排序中為台東縣金鋒鄉（4615）無醫院、苗栗縣西湖鄉（3514）無醫院、高雄縣三民鄉（4227）無醫院、屏東縣三地鄉（4326）無醫院、台北縣烏來鄉（3129）無醫院，台中市石岡區（3612）有青海醫院，因此新竹縣寶山鄉醫院門診由台中市石岡區青海醫院代替。

### (三)抽樣機率

依據中選地區之申報總件數、各類別之申報總件數與訪視樣本份數，依機率計算公式如下：

$$\frac{\text{全台灣申報總件數}}{\text{全台灣申報總件數}} \times \frac{\text{中選地區各類別申報總件數}}{\text{中選地區申報總件數}} \times \frac{\text{中選地區各類別訪視樣本份數}}{\text{中選地區各類別申報總件數}}$$

依上述抽樣步驟進行抽樣，各地區別之醫院門診樣本抽樣機率如下：

相同的抽樣方法也應用在西醫門診抽樣、中醫門診抽樣、以及牙醫門診抽樣上。如同上述「醫院門診+其他」的結果，從各抽樣類別之抽樣機率觀之，各抽樣類別之中選地區之抽樣機率均為等機率抽樣。本調查研究計畫書原定訪視人數為 4,000 人，但考量無效問卷等因素本研究計畫總抽樣數為 5,000 人。截至 10

月 30 日為止，本研究實際完訪人數，住院為 1,281 人，診所門診為 1,247 人，醫院門診為 1,157 人(如表 3.7)。

表 3.7、十個中選地區各類別之中選機率

地區別	名稱	醫院門診 + 其他中選機率	西醫門診 中選機率	牙醫門診 中選機率	中醫門診 中選機率
205	高雄市三民區	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
118	台北市中正區	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
2201	嘉義市東區	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
3103	台北縣永和市	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
117	台北市信義區	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
1704	台中市南區	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
2102	台南市南區	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
3708	彰化縣二林鎮	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
3112	台北縣瑞芳鎮	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	0.0000000373
3310	新竹縣寶山鄉	0.0000004471	0.0000002236	0.0000000373	-
3309	新竹縣芎林鄉	-	-	-	0.0000000373
註：全台申報總件數 402,568,054					

本計畫 100 年度門診樣本為 2,000 筆，其中男性共 882 位，女性共 1118 位，近一步以此性別比例與 97 年全民健康保險系統抽樣檔之男性與女性門診申報次數進行男、女性之適合度檢定；其卡方檢定值為 0.053，即本次門診抽樣結果與健保門診資料庫並無達到顯著上的差異。因此可以判定本研究門診之抽樣樣本之代表性，應無疑義。

表 3.8、健保門診資料庫與門診樣本之性別比較<sup>註</sup>

性別	健保門診資料庫(N=683,261)		門診樣本(N=2,000)		X <sup>2</sup>
	人數	百分比	人數	百分比	
男	303071	44.40%	882	44.10%	0.053
女	380190	55.60%	1118	55.90%	

註:健保族群資料來源為 97 年全民健康保險系統抽樣檔

表 3.9、總抽樣數及預計訪視人數(原計畫書 4,000 人)

醫療服務類別	抽樣人數	預計訪視人數 (100 年)	實際完訪人數
住院	2,000	2,000	2,013
診所門診	1,200	1,200	1,246
醫院門診+其他	1,800		
醫院門診	1,070	1,070	1,155
其他	730	(今年不訪視)	
總計	5,000	4,270	4,414

### 3.2、研究變項與資料來源

本計畫 100 年的研究目的，包括為蒐集國外健康保險制度對民眾自費之趨勢影響。此部分的資料來源主要有三，第一為文獻回顧國內外健康保險制度對民眾自費之趨勢與影響。第二為經濟合作開發組織(OECD)所公開發行的 Health Data，目前許多經濟合作開發組織國家的醫療費用資料來自此一資料檔，其資料蒐集方式和監控指標，應可做為台灣監控自付醫療費用的參考。第三為全國抽樣問卷調查。

訪視民眾的研究問卷的內容主要包括：就醫等候時間與就醫時間，健保給付項目、型態、金額，民眾自付醫療項目、型態、金額、民眾是否事前取得公開之資訊，是否事先告知，及是否開立收據等，當次就醫整體看法，醫護人員是否有告知「再另行購買」與當次就醫相關的東西，過去醫療利用情形與費用支出，民眾自行購買其他醫療保健服務與支出，SF-12 自覺健康狀態，個人基本資料等訊息（詳細問卷內容請看附錄一、附錄二）。

最後，評估自費方式對民眾權益及健保給付之影響，包含了第四章中的民眾就醫自費公平性及第五章的民眾自費對其選擇就醫層級的影響。

研究問卷的訪視主要由抽樣中選地區內的大學在校同學擔任，計有訪員 50 員及督導員 2 員，以提高問卷完訪率及問卷品質。除此之外，為提高受訪意願，



贈送每位完成受訪民眾 100 元 7-11 禮券乙張，以提高整體訪視品質。訪員由研究人員親自訓練（見表 3.8），訪視時並要求向受訪者出示學生證及訪員證。

表 3.10、訓練課程主要預定內容

主 要 訓 練 課 程	課 程 大 綱
面訪作業流程	1. 面訪前準備事項 2. 面訪所需用品 3. 問卷回收注意事項 4. 面訪任務報告 5. 相關業務負責人介紹 6. 面訪安全注意事項
問卷說明訓練	1. 問卷說明內容之意義解釋 2. 常用方言表達 3. 相關技巧
任務報告寫作	各種可能發生狀況之註記
實際演練驗收	1. 訪員實際練習 2. 實地測試面訪能力 3. 由本計畫相關人員驗收決定是否錄用

資料來源：本研究整理

### 3.2.1、訓練與管理計畫

本研究計畫期初至期中時程的主要任務，包含問卷內容的確定與訪員的訓練。而訪員在面訪時的態度、對問卷情境解釋能力及發生特殊情況時對問卷內容的回報及處理，影響了實際上分析的結果，因此訪員的訓練對於降低或防止偏誤有其重要性。

針對訪員的訓練計畫包括：問卷內容的清楚程度與解釋能力、母語解說能力的訓練、面訪過程任務報告的寫作方式、需要避免的可能產生誘導性答案的解說方式，以及熟悉實際面訪時必須遵循的標準作業流程。在訪員素質的管理上，利用訓練課程結合實際面訪演練的過程，由問卷主要設計者與其他本計畫之主要研究人員負責評比。依據問卷提供之情境，請訪員依作業流程練習演示，或以小組之方式輪流進行至熟練後，由負責評比之相關研究人員當場驗收。

### 3.2.2、訪員之督導（督導員之設立及訓練）

由於本計畫之經費及規模，造成執行面訪之訪員作業地區相當分散，除於各區之小組安排緊急連絡人外，訪員之督導及管理由計畫主持人指派計畫之專任及兼任助理執行，作為督導人員。督導員應就訪員送回之完成問卷進行複訪培訓之細部內容將參考中央研究院出版之『面訪督導訓練手冊』（侯佩君、杜素豪編著，2006），主要擔任聯絡訪員、訪員進度、安全管理等各項事務及訪員緊急聯絡人，並提供面訪諮詢及釋疑。對於訪員之實際面訪情形若有疑慮，得實際參與了解。

表 3.11、督導員之訓練課程

主 要 訓 練 課 程	課 程 大 綱
面訪作業流程	1. 面訪前聯絡事項 2. 面訪準備 3. 問卷回收相關事項 4. 文件分類管理及保存 5. 資料安全 6. 面訪進度掌握注意事項與面訪人力調配 7. 訪員輔導及訪員人身安全管理
檢核作業	1. 檢核作業流程 2. 訪員作業情形實地查核
參與訪員訓練課程	1. 參與訪員實際練習 2. 協助訪員訓練面訪技巧

資料來源：本研究整理

依據中央研究院出版之『面訪督導訓練手冊』（侯佩君、杜素豪編著，2006），督導的工作包括：(1)聯絡訪員參與訪問與相關事前工作、(2)參與督導及訪員訓練、(3)監督及輔導訪員、(4)安排訪員支援其他地區之訪問、(5)檢查問卷、(6)過錄問卷、(7)檢查、整理與謄寫樣本名單、(8)成功樣本及失敗樣本複查、(9)評估訪員工作表現、(10)隨時回報訪問執行狀況、(11)訪問資料整理及資料表格之填寫。

問卷複查包括成功問卷之複查及失敗問卷之複查。成功問卷複查的方式由負責管理督導之人員應就訪員繳回之問卷結果進行隨機抽查，以繳回問卷份數之 10%作為最低抽查件數，排定複訪時程，以問卷上提供之電話等通訊資料進行通訊確認，以維護資料來源之可信度。對於複訪結果不能證實者，應於資料處理、統計分析時提出說明或視情形必要時加以剔除。另外失敗問卷也必須以樣本名單進行複查，失敗樣本指的是樣本名單上所有未完訪的受訪者名單，由於此部分本小組擬由訪員自行掌握進度進行複訪。若仍為失敗問卷，將由管理中心之督導人員針對每位訪員區域內之失敗問卷名單，進行隨機抽取 30%之複查聯絡，以排除訪員個人因素造成。

督導員及管理人員除掌握所有訪員之通訊方式，並應主動積極瞭解訪員進度及適時協助訪員解決各項面訪時所遭遇之特殊狀況。所有訪員亦應熟悉相關負責人員之聯絡方式，並就遭遇影響面訪之事項主動提出說明或要求協助。由本小組專任人員擔任之督導員對於督導業務人力不足時，本小組將安排合適能力之臨時人員，擔任部分問卷查核、過錄等支應人力。

訪員於每份問卷填答完畢後檢查問卷是否確實作答，並對於受訪者遺漏或不確定之處加以說明，提醒受訪者完成整份問卷。確定完成後，將禮卷轉交受訪者。

### **3.2.3、資通安全與個案權益保護計畫**

訪談資料登鍵主要操作之電腦設備應由專人固定管理使用，並解針對重要資料設定加密及區分權限等級，以防止資料內容遭到竄改或是覆蓋。

關於個案權益之保護計畫，面訪前，訪員必須告知受訪者之權益，及本研究之調查內容。訪員於受訪者同意接受面訪前並需告知問卷所需時間，以及受訪者參與面訪可獲得之贈禮，並告知受訪者之姓名將不會和問卷結果有所連結而受到不當引用。

### 3.3、樣本分層特性分析

#### 3.3.1、門診當次就醫之使用狀況

在樣本特性分層分析中，表 3.10 呈現民眾門診就醫之基本資料，在性別、性別、年齡、PCS 值(PCS, Physical Component Summary)、MCS 值(MCS, Mental Component Summary)、教育程度、婚姻狀況、個人年平均收入、同戶籍家人之總年收入以及每年投保醫療險相關費用的不同分層下，對就醫使用率的狀況加以描述。首先在性別分類下，醫學中心共有 350 筆訪視資料，其中女性為 194 人，占醫學中心看診比例的 55%；男性為 156 人，占醫學中心看診比例的 45%。區域醫院共有 350 筆訪視資料，其中女性為 169 人，占區域醫院看診比率的 48%；男性為 181 人，占醫學中心看診比例的 52%。地區醫院共有 200 筆訪視資料，其中女性為 103 人，占地區醫院看診比例的 51%；男性為 319 人，占醫學中心看診比例的 49%。西醫診所共有 800 筆訪視資料，其中女性為 481 人，占西醫診所看診比例的 60%；男性為 319 人，占醫學中心看診比例的 40%。牙醫診所共有 150 筆訪視資料，其中女性為 85 人，占牙醫診所看診比例的 57%；男性為 65 人，占醫學中心看診比例的 43%。中醫診所共有 150 筆訪視資料，其中女性為 86 人，占中醫診所看診比例的 57%；男性為 64 人，占醫學中心看診比例的 43%。整體而言，顯示女性在門診就醫的需求高於男性。在年齡的分類下，醫學中心共有 350 筆訪視資料，其中男性 156 人，平均年齡為 44.16 歲；女性 194 人，平均年齡 45.24 歲。區域醫院樣本會產生 1 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘共有 349 筆訪視資料，其中男性 181 人，平均年齡為 44.44 歲；女性 168 人，平均年齡 45.6 歲。地區醫院共有 200 筆訪視資料，其中男性 97 人，平均年齡為 38.08 歲；女性 103 人，平均年齡 40.84 歲。西醫診所共有 800 筆訪視資料，其中男性 319 人，平均年齡為 28.98 歲；女性 481 人，平均年齡 34.16 歲。牙醫診所共有 150 筆訪視資料，其中男性 65 人，平均年齡為 33.09 歲；女性 85 人，平均年齡 31.46 歲。中醫診所

共有 150 筆訪視資料，其中男性 64 人，平均年齡為 43.97 歲;女性 86 人，平均年齡 40.69 歲。

在 PCS 值(PCS, Physical Component Summary)的分類基準下，醫學中心共有 312 筆資料，其中男性 135 人，平均年齡 42.3 歲;女性 177 人，平均年齡 41.61 歲。區域醫院共有 295 筆資料，其中男性 149 人，平均年齡 42.41 歲;女性 146 人，平均年齡 43.74 歲。地區醫院共有 175 筆資料，其中男性 83 人，平均年齡 46.31 歲;女性 92 人，平均年齡 44.19 歲。西醫診所共有 586 筆資料，其中男性 207 人，平均年齡 49.02 歲;女性 379 人，平均年齡 47.43 歲。牙醫診所共有 128 筆資料，其中男性 53 人，平均年齡 52.19 歲;女性 75 人，平均年齡 50.38 歲。中醫診所共有 140 筆資料，其中男性 59 人，平均年齡 49.05 歲;女性 81 人，平均年齡 48.17 歲。在 MCS 值(MCS, Mental Component Summary)的分類基準下，醫學中心共有 312 筆資料，其中男性 135 人，平均年齡 46.82 歲;女性 177 人，平均年齡 47.59 歲。區域醫院會共有 295 筆資料，其中男性 149 人，平均年齡 45.76 歲;女性 146 人，平均年齡 47.2 歲。地區醫院共有 175 筆資料，其中男性 83 人，平均年齡 47.25 歲;女性 92 人，平均年齡 44.44 歲。西醫診所共有 586 筆資料，其中男性 207 人，平均年齡 47.77 歲;女性 379 人，平均年齡 47.07 歲。牙醫診所共有 128 筆資料，其中男性 53 人，平均年齡 50.48 歲;女性 75 人，平均年齡 46.57 歲。中醫診所共有 140 筆資料，其中男性 59 人，平均年齡 48.16 歲;女性 81 人，平均年齡 47.85 歲。

而在教育程度的分類下，醫學中心共有 350 筆資料，在醫學中心門診就醫的教育程度以大學(含專科)29%使用最普及。區域醫院會產生 4 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘筆 346 資料，在區域醫院就醫的教育程度以高中(高職)26 %使用最普及。地區醫院會產生 6 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 194 筆資料，在地區醫院就醫的教育程度以大學(含專科)31%使用最普及。西醫診所會產生 8 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 792 筆資料，在西醫診所就醫的教育程度以大學(含專科)34%使用最普及。牙醫診所共 150 筆資料，在牙醫診所就醫的教育程度以大學(含專

科)45%使用最普及。中醫診所會產生 2 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 148 筆資料，在牙醫診所就醫的教育程度以大學(含專科)31%使用最普及。

在婚姻狀況的分類下，醫學中心會產生 8 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 342 筆資料，在醫學中心就醫使用比率最高的族群為有偶同居，占 50.6%，使用最低的族群為離婚同居，占 0.3%。區域醫院會產生 8 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 342 筆資料，在區域醫院就醫使用比率最高的族群為有偶同居，占 48.9%，使用最低的族群為離婚同居，占 0.6%。地區醫院會產生 3 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 197 筆資料，在地區醫院就醫使用比率最高的族群為有偶同居，占 50.5%，使用最低的族群為離婚同居，占 0%。西醫診所會產生 21 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 779 筆資料，在西醫診所就醫使用比率最高的族群為未婚，占 50.5%，使用最低的族群為離婚同居，占 0.1%。牙醫診所會產生 1 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 149 筆資料，在牙醫診所就醫使用比率最高的族群為未婚，占 60%，使用最低的族群為有偶分居與離婚分居，占 0%。中醫診所會產生 9 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 141 筆資料，在中醫診所就醫使用比率最高的族群為有偶同居，占 51.3%，使用最低的族群為離婚同居，占 0%。

在個人年平均收入的分類基準下，醫學中心共有 350 筆資料，在醫學中心就醫使用比率最高的收入族群為無任何收入的族群，占 36.9%，醫學中心就醫使用率最低的收入族群為 150 萬元以上的族群，占 1.1%。區域醫院會產生 11 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 339 筆資料，在區域醫院就醫使用比率最高的收入族群為無任何收入的族群，占 34.3%，區域醫院就醫使用率最低的收入族群為 100 至未滿 150 萬元的族群，占 0.6%。地區醫院共有 200 筆資料，在地區醫院就醫使用比率最高的收入族群為無任何收入的族群，占 31%，地區醫院就醫使用率為低的族群為 100 至未滿 150 萬元的族群，占 1%。西醫診所共有 800 筆資料，在西醫診所就醫使用比率最高的收入族群為無任何收入的族群，占 42.8%，西醫診所就醫使用率最低的收入族群為 150 萬元以上的族群，占 0.6%。牙醫診所共有 150 筆資料，在牙醫診所就醫使用比率最高的收入族群為無任何收入的族群，占 42.7%，牙醫

診所就醫使用率最低的族群為 150 萬元以上，占 0%。在中醫診所共有 150 筆資料，在中醫診所就醫使用比率最高的收入族群為 20 至未滿 40 萬元的族群，占 24.7%，中醫診所就醫使用率最低的族群為 150 萬元以上，占 0%。

在同一戶籍家人之總年收入的分類基準下，醫學中心共有 350 筆資料，在醫學中心就醫使用比率最高的收入族群為 50 至未滿 100 萬元，占 44.9%，在醫學中心就醫使用比率最低的族群為 250 至未滿 300 萬元，占 0.6%。區域醫院會產生 25 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 325 筆資料，在區域醫院就醫使用比率最高的收入族群為 50 至未滿 100 萬元，占 31.7%，在區域醫院就醫使用比率最低的族群為 250 至未滿 300 萬元的族群，占 0%。地區醫院共有 200 筆資料，在地區醫院就醫使用比率最高的收入族群為 50 萬元以下，占 39.5%，在地區醫院就醫使用比率最低的族群為 250 至未滿 300 萬元的族群，占 0.5%。西醫診所會產生 24 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 776 筆資料，在西醫診所就醫使用比率最高的收入族群為 50 至未滿 100 萬元，占 37.5%，西醫診所就醫使用比率最低的族群為 300 萬元以上的族群，占 0.3%。牙醫診所共有 150 筆資料，牙醫診所就醫使用比率最高的族群為 50 至未滿 100 萬元，占 32.7%，牙醫診所就醫使用比率為低的族群為 250 至未滿 300 萬元的族群，占 0.7%。中醫診所共有 150 筆資料，中醫診所就醫使用比率最高的族群為 50 至未滿 100 萬元，占 39.3%，中醫診所就醫使用比率最低的族群為 300 萬元以上的族群，占 0%。

最後在每年投保醫療險相關費用的分類上，醫學中心會產生 8 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 342 筆資料，於醫學中心就醫使用率最高的分類為每年沒有投保任何醫療險相關費用的族群，占 32%，而使用率最低的分類為每年投保 4 萬 5 千元至未滿 5 萬元的族群，0.6%。區域醫院會產生 7 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 343 筆資料，於區域醫院就醫使用率最高的分類為每年沒有投保任何醫療險相關費用的族群，占 33.4%，於區域醫院就醫使用率最低的分類為 4 萬 5 千元至未滿 5 萬元，占 0.6%。地區醫院會產生 4 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 196 筆資料，於地區醫院就醫使用率最高的分類為每年沒有投保任何醫療險相關費用

的族群，占 40%，於地區醫院就醫使用率最低的分類為 4 萬 5 千元至未滿 5 萬元，占 0.5%。西醫診所會產生 13 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 787 筆資料，於西醫診所使用率最高的分類為不知道每年投保費用為多少的族群，占 26.9%，而使用率最低的分類為每年投保 4 萬 5 千元至未滿 5 萬元的族群，占 0.8%。牙醫診所會產生 2 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 148 筆資料，於牙醫診所就醫使用率最高的分類為不知道每年投保費用為多少的族群，占 21.3%，而使用率最低的族群為每年投保 4 萬元至未滿 4 萬 5 千元的族群，占 0.7%。中醫診所會產生 2 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 148 筆資料，於中醫診所就醫使用率最高的族群為每年沒有投保任何醫療險相關費用的族群，占 26.7%，而使用率最低的族群為每年投保 4 萬元至未滿 4 萬 5 千元的族群，占 0%。



表 3.12、門診就醫民眾之基本資料描述

本文研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月，研究對象為一般就醫民眾，利用訪視民眾就醫的研究問卷內容作為樣本。表中列出受訪民眾於門診就醫之所有問卷資料，分析在性別、年齡、PCS 值(身體健康量表)、MCS 值(心理健康量表)、教育程度、婚姻狀況、各人平均年收入、同戶籍家人之總年收入的不同之下，對門診就醫的使用狀況為何。而門診就醫部門又細分為六大部門:醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫診所、牙醫診所或中醫診所。

	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
性別	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
男	156	45%	181	52%	97	49%	319	40%	65	43%	64	43%
女	194	55%	169	48%	103	51%	481	60%	85	57%	86	57%
小計	350	100%	350	100%	200	100%	800	100%	150	100%	150	100%
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
年齡	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值
男	156	44.16	181	44.44	97	38.08	319	28.98	65	33.09	64	43.97
女	194	45.24	168	45.60	103	40.84	481	34.16	85	31.46	86	40.69
小計	350	44.76	349	44.99	200	39.51	800	32.10	150	32.17	150	42.09
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
PCS 值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值
男	135	42.30	149	42.41	83	46.31	207	49.02	53	52.19	59	49.05
女	177	41.61	146	43.74	92	44.19	379	47.43	75	50.38	81	48.17
小計	312	41.91	295	43.07	175	45.20	586	48.00	128	51.13	140	48.54
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
MCS 值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值
男	135	46.82	149	45.76	83	47.25	207	47.77	53	50.48	59	48.16
女	177	47.59	146	47.20	92	44.44	379	47.07	75	46.57	81	47.85
小計	312	47.26	295	46.47	175	45.77	586	47.32	128	48.19	140	47.98
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
教育程度	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
未受教育	29	8%	37	11%	15	8%	78	10%	3	2%	7	5%
國小	72	21%	62	18%	29	15%	136	17%	20	13%	28	19%
國中（初中、初職）	47	13%	53	15%	18	9%	85	11%	12	8%	22	15%
高中（高職）	81	23%	90	26%	59	30%	175	22%	31	21%	28	19%
大學（含專科）	100	29%	85	24%	61	31%	271	34%	68	45%	47	31%
研究所以上	16	5%	12	3%	9	5%	27	3%	13	9%	16	11%
其他	5	1%	7	2%	3	2%	20	3%	3	2%	0	0%
遺漏值	0	0%	4	1.1%	6	3.0%	8	1.0%	0	0%	2	1.3%
總和	350	100%	350	100%	200	100%	800	100%	150	100%	150	100%

表 3.12、門診就醫民眾之基本資料描述(續 1)

本文研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月，研究對象為一般就醫民眾，利用訪視民眾就醫的研究問卷內容作為樣本。表中列出受訪民眾於門診就醫之所有問卷資料，分析在性別、年齡、PCS 值(身體健康量表)、MCS 值(心理健康量表)、教育程度、婚姻狀況、各人平均年收入、同戶籍家人之總年收入的不同之下，對門診就醫的使用狀況為何。而門診就醫部門又細分為六大部門:醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫診所、牙醫診所或中醫診所。

	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
婚姻狀況	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
未婚	118	33.7%	110	31.4%	78	39.0%	404	50.5%	90	60.0%	57	38.0%
有偶同居	177	50.6%	171	48.9%	101	50.5%	329	41.1%	55	36.7%	77	51.3%
有偶分居	2	0.6%	15	4.3%	2	1.0%	12	1.5%	0	0.0%	2	1.3%
離婚分居	12	3.4%	8	2.3%	3	1.5%	10	1.3%	0	0.0%	1	0.7%
離婚同居	1	0.3%	2	0.6%	0	0%	1	0.1%	2	1.3%	0	0.0%
喪偶	32	9.1%	36	10.3%	13	6.5%	23	2.9%	2	1.3%	4	2.7%
遺漏值	8	2.3%	8	2.3%	3	1.5%	21	2.6%	1	0.7%	9	6.0%
總和	350	100%	350	100%	200	100%	800	100%	150	100%	150	100%
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
個人年平均收入	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
無任何收入	129	36.9%	120	34.3%	62	31.0%	342	42.8%	64	42.7%	34	22.7%
未滿 20 萬元	68	19.4%	79	22.6%	47	23.5%	124	15.5%	23	15.3%	29	19.3%
20 至未滿 40 萬元	68	19.4%	46	13.1%	41	20.5%	164	20.5%	33	22.0%	37	24.7%
40 至未滿 60 萬元	31	8.9%	52	14.9%	25	12.5%	96	12.0%	17	11.3%	21	14.0%
60 至未滿 80 萬元	17	4.9%	20	5.7%	13	6.5%	37	4.6%	7	4.7%	11	7.3%
80 至未滿 100 萬元	24	6.9%	17	4.9%	5	2.5%	21	2.6%	2	1.3%	11	7.3%
100 至未滿 150 萬元	9	2.6%	2	0.6%	2	1.0%	11	1.4%	4	2.7%	7	4.7%
150 萬元以上	4	1.1%	3	0.9%	5	2.5%	5	0.6%	0	0%	0	0%
遺漏值	0	0%	11	3.1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
總和	350	100%	350	100%	200	100%	800	100%	150	100%	150	100%
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
同戶籍家人之總年收入	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
無任何收入	8	2.3%	20	5.7%	8	4.0%	45	5.6%	6	4.0%	6	4.0%
50 萬元以下	77	22.0%	94	26.9%	79	39.5%	222	27.8%	46	30.7%	38	25.3%
50 至未滿 100 萬元	157	44.9%	111	31.7%	61	30.5%	300	37.5%	49	32.7%	59	39.3%
100 至未滿 150 萬元	64	18.3%	65	18.6%	25	12.5%	133	16.6%	30	20.0%	24	16.0%
150 至未滿 200 萬元	27	7.7%	20	5.7%	16	8.0%	52	6.5%	13	8.7%	11	7.3%
200 至未滿 250 萬元	11	3.1%	14	4.0%	3	1.5%	17	2.1%	3	2.0%	10	6.7%
250 至未滿 300 萬元	2	0.6%	0	0%	1	0.5%	5	0.6%	1	0.7%	2	1.3%
300 萬元以上	4	1.1%	1	0.3%	7	3.5%	2	0.3%	2	1.3%	0	0%
遺漏值	0	0%	25	7%	0	0%	24	3%	0	0%	0	0%
總和	350	100%	350	100%	200	100%	800	100%	150	100%	150	100%

表 3.12、門診就醫民眾之基本資料描述(續 2)

本文研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月，研究對象為一般就醫民眾，利用訪視民眾就醫的研究問卷內容作為樣本。表中列出受訪民眾於門診就醫之所有問卷資料，分析在性別、年齡、PCS 值(身體健康量表)、MCS 值(心理健康量表)、教育程度、婚姻狀況、各人平均年收入、同戶籍家人之總年收入的不同之下，對門診就醫的使用狀況為何。而門診就醫部門又細分為六大部門:醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫診所、牙醫診所或中醫診所。

	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所	
每年投保醫療險相關費用	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
無	112	32.0%	117	33.4%	80	40.0%	132	16.5%	27	18.0%	40	26.7%
5 千元以下	9	2.6%	12	3.4%	9	4.5%	38	4.8%	15	10.0%	8	5.3%
5 千元至未滿 1 萬元	16	4.6%	22	6.3%	8	4.0%	64	8.0%	17	11.3%	7	4.7%
1 萬元至未滿 1 萬 5 千元	31	8.9%	22	6.3%	11	5.5%	76	9.5%	9	6.0%	6	4.0%
1 萬 5 千元至未滿 2 萬元	16	4.6%	14	4.0%	9	4.5%	55	6.9%	6	4.0%	11	7.3%
2 萬元至未滿 2 萬 5 千元	39	11.1%	31	8.9%	10	5.0%	71	8.9%	17	11.3%	11	7.3%
2 萬 5 千元至未滿 3 萬元	15	4.3%	13	3.7%	9	4.5%	42	5.3%	8	5.3%	4	2.7%
3 萬元至未滿 3 萬 5 千元	22	6.3%	23	6.6%	10	5.0%	40	5.0%	3	2.0%	6	4.0%
3 萬 5 千元至未滿 4 萬元	3	0.9%	7	2.0%	2	1.0%	7	0.9%	3	2.0%	5	3.3%
4 萬元至未滿 4 萬 5 千元	7	2.0%	6	1.7%	4	2.0%	12	1.5%	1	0.7%	5	3.3%
4 萬 5 千元至未滿 5 萬元	2	0.6%	2	0.6%	1	0.5%	6	0.8%	2	1.3%	0	0.0%
5 萬元以上	29	8.3%	16	4.6%	7	3.5%	29	3.6%	8	5.3%	11	7.3%
不知道	41	11.7%	58	16.6%	36	18.0%	215	26.9%	32	21.3%	34	22.7%
遺漏值	8	2.3%	7	2.0%	4	2.0%	13	1.6%	2	1.3%	2	1.3%
總和	350	100%	350	100%	200	100%	800	100%	150	100%	150	100%

### 3.3.2、門診當次就醫之整體看法

在 2,000 份門診當次就醫之整體看法中，就服務態度方面，醫學中心就醫民眾反映極佳者共 98 人（28%），反映佳者共 246 人（70.3%），反映不佳者共 5 人（1.4%），反映極不佳者共 0 人（0%），未回答共 1 人(0.3%)；區域醫院就醫民眾反映極佳者共 75 人（21.4%），反映佳者共 265 人（75.7%），反映不佳者共 3 人（0.9%），反映極不佳者共 2 人（0.6%），未回答共 5 人(1.4%)；地區醫院就醫民眾反映極佳者共 29 人（14.5%），反映佳者共 163 人（81.5%），反映不佳者共 6 人（3%），反映極不佳者共 1 人(0.5%)，未回答共 1 人(0.5%)；西醫診所就醫民眾反映極佳者共 241 人(30.1%)，反映佳者共 546 人(68.3%)，

反映不佳者共 10 人(1.3%)，反映極不佳者共 0 人(0%)，未回答共 3 人(0.4%)；牙醫診所就醫民眾反映極佳者共 34 人(22.7%)，反映佳者共 114 人(76%)，反映不佳者共 2 人(1.3%)，反映極不佳者共 0 人(0%)，未回答共 0 人(0%)；中醫診所就醫民眾反映極佳者共 29 人(19.3%)，反映佳者共 119 人(79.3%)，反映不佳者共 2 人(1.3%)，反映極不佳者及未回答共 0 人(0%)。就硬體設施方面，醫學中心就醫民眾反映極好者共 91 人(26%)，反映良好者共 254 人(72.6%)，反映不良者共 3 人(0.9%)，反映極不良者共 0 人(0%)，未回答共 2 人(0.6%)；區域醫院就醫民眾反映極好者共 68 人(19.4%)，反映良好者共 274 人(78.3%)，反映不良者共 3 人(0.9%)，反映極不良者共 0 人(0%)，未回答共 5 人(1.4%)；地區醫院就醫民眾反映極好者共 19 人(9.5%)，反映良好者共 174 人(87%)，反映不良者共 5 人(2.5%)，反映極不良者共 1 人(0.5%)，未回答共 1 人(0.5%)；西醫診所就醫民眾反映極好者共 175 人(21.9%)，反映良好者共 609 人(76.1%)，反映不良者共 10 人(1.3%)，反映極不良者共 0 人(0%)，未回答共 6 人(0.8%)；牙醫診所就醫民眾反映極好者共 34 人(22.7%)，反映良好者共 115 人(76.7%)，反映不良者共 1 人(0.7%)，反映極不良者及未回答共 0 人(0%)；中醫診所就醫民眾反映極好者共 19 人(12.7%)，反映良好者共 130 人(86.7%)，反映不良者共 1 人(0.7%)，反映極不良者及未回答共 0 人(0%)。就環境清潔方面，醫學中心就醫民眾反映極乾淨的共 85 人(24.3%)，反映乾淨的共 262 人(74.9%)，反映不乾淨的共 2 人(0.6%)及極不乾淨的為 0 人(0%)，未回答共 1 人(0.3%)；區域醫院就醫民眾反映極乾淨的共 70 人(20%)，反映乾淨的共 271 人(77.4%)，反映不乾淨的共 4 人(1.1%)及極不乾淨的為 0 人(0%)，未回答共 5 人(1.4%)；地區醫院就醫民眾反映極乾淨的共 21 人(10.5%)，反映乾淨的共 173 人(86.5%)，反映不乾淨的共 4 人(2%)及極不乾淨的為 1 人(0.5%)，未回答共 1 人(0.5%)。西醫診所就醫民眾反映極乾淨的共 193 人(24.1%)，反映乾淨的共 596 人(74.5%)，反映不乾淨的共 8 人(1%)及極不乾淨的為 0 人(0%)，未回答共 3 人(0.4%)；

牙醫診所就醫民眾反映極乾淨的共 40 人(26.7%)，反映乾淨的共 110 人(73.3%)，反映不乾淨、極不乾淨的以及未回答共 0 人(0%)；中醫診所就醫民眾反映極乾淨的共 22 人(14.7%)，反映乾淨的共 128 人(85.3%)，反映不乾淨、極不乾淨的以及未回答共 0 人(0%)。就就醫流程方面，醫學中心就醫民眾反映極流暢的共 70 人(20%)，反映流暢的共 228 人(65.1%)，反映繁瑣的共 46 人(13.1%)，反映極繁瑣的共 4 人(1.1%)，未回答共 2 人(0.6%)；區域醫院就醫民眾反映極流暢的共 63 人(18%)，反映流暢的共 255 人(72.9%)，反映繁瑣的共 16 人(4.6%)，反映極繁瑣的共 10 人(2.9%)，未回答共 6 人(1.7%)；地區醫院就醫民眾反映極流暢的共 15 人(7.5%)，反映流暢的共 171 人(85.5%)，反映繁瑣的共 11 人(5.5%)，反映極繁瑣的共 2 人(1%)，未回答共 1 人(0.5%)；西醫診所就醫民眾反映極流暢的共 185 人(23.1%)，反映流暢的共 598 人(74.8%)，反映繁瑣的共 12 人(1.5%)，反映極繁瑣的共 1 人(0.1%)，未回答共 4 人(0.5%)；牙醫診所就醫民眾反映極流暢的共 33 人(22%)，反映流暢的共 116 人(77.3%)，反映繁瑣的共 1 人(0.7%)，反映極繁瑣及未回答共 0 人(0%)；中醫診所就醫民眾反映極流暢的共 24 人(16%)，反映流暢的共 121 人(80.7%)，反映繁瑣的共 5 人(3.3%)，反映極繁瑣及未回答共 0 人(0%)。

就醫療技術方面，醫學中心就醫民眾反映好的共 338 人(96.6%)，反映不好的共 7 人(2%)，未回答的共 5 人(1.4%)；區域醫院就醫民眾反映好的共 332 人(94.9%)，反映不好的共 11 人(3.1%)，未回答的共 7 人(2%)；地區醫院就醫民眾反映好的共 189 人(94.5%)，反映不好的共 9 人(4.5%)，未回答的共 2 人(1%)；西醫診所就醫民眾反映好的共 782 人(97.8%)，反映不好的共 11 人(1.4%)，未回答的共 7 人(0.9%)；牙醫診所就醫民眾反映好的共 146 人(97.3%)，反映不好的共 3 人(2%)，未回答的共 1 人(0.7%)；中醫診所就醫民眾反映好的共 145 人(96.7%)，反映不好的共 3 人(2%)，未回答的共 2 人(1.3%)。就收據上的自費項目方面，醫學中心就醫民眾反映清楚的共 313 人(89.4%)，反映不清楚的共 35 人(10%)，未回答的共 2 人(0.6%)；區域醫院就

醫民眾反映清楚的共 332 人 (94.9%)，反映不清楚的共 9 人 (2.6%)，未回答的共 9 人 (2.6%)；地區醫院就醫民眾反映清楚的共 190 人 (95%)，反映不清楚的共 9 人 (4.5%)，未回答的共 1 人 (0.5%)；西醫診所就醫民眾反映清楚的共 704 人 (88%)，反映不清楚的共 79 人 (9.9%)，未回答的共 17 人 (2.1%)；牙醫診所就醫民眾反映清楚的共 140 人 (93.3%)，反映不清楚的共 9 人 (6%)，未回答的共 1 人 (0.7%)；中醫診所就醫民眾反映清楚的共 139 人 (92.7%)，反映不清楚的共 10 人 (6.7%)，未回答的共 1 人 (0.7%)。就收據上的自費總金額方面，醫學中心就醫民眾反映滿意的共 268 人 (76.6%)，反映不滿的共 80 人 (22.9%)，未回答的共 2 人 (0.6%)；區域醫院就醫民眾反映滿意的共 303 人 (86.6%)，反映不滿的共 34 人 (9.7%)，未回答的共 13 人 (3.7%)；地區醫院就醫民眾反映滿意的共 193 人 (96.5%)，反映不滿的共 5 人 (2.5%)，未回答的共 2 人 (1%)；西醫診所就醫民眾反映滿意的共 743 人 (92.9%)，反映不滿的共 39 人 (4.9%)，未回答的共 18 人 (2.3%)；牙醫診所就醫民眾反映滿意的共 141 人 (94%)，反映不滿的共 7 人 (4.7%)，未回答的共 2 人 (1.3%)；中醫診所就醫民眾反映滿意的共 135 人 (90%)，反映不滿的共 14 人 (9.3%)，未回答的共 1 人 (0.7%)。就有無超過您預期應繳之金額，醫學中心就醫民眾反映有的共 88 人 (25.1%)，反映無的共 261 人 (74.6%)，未回答的共 1 人 (0.3%)；區域醫院就醫民眾反映有的共 52 人 (14.9%)，反映無的共 292 人 (83.4%)，未回答的共 6 人 (1.7%)；地區醫院就醫民眾反映有的共 19 人 (9.5%)，反映無的共 180 人 (90%)，未回答的共 1 人 (0.5%)；西醫診所就醫民眾反映有的共 64 人 (8%)，反映無的共 722 人 (90.3%)，未回答的共 14 人 (1.8%)；牙醫診所就醫民眾反映有的共 8 人 (5.3%)，反映無的共 142 人 (94.7%)，未回答的共 0 人 (0%)；中醫診所就醫民眾反映有的共 18 人 (12%)，反映無的共 132 人 (88%)，未回答的共 0 人 (0%)。就有無超過您預期應繳取的部分負擔金額方面，醫學中心就醫民眾反映有的共 82 人 (23.4%)，反映無的共 267 人 (76.3%)，未回答的共 1 人 (0.3%)；區域醫

院就醫民眾反映有的共 51 人（14.6%），反映無的共 293 人（83.7%），未回答的共 6 人（1.7%）；地區醫院就醫民眾反映有的共 21 人（10.5%），反映無的共 177 人（88.5%），未回答的共 2 人（1%）；西醫診所就醫民眾反映有的共 57 人（7.1%），反映無的共 728 人（91%），未回答的共 15 人（1.9%）；牙醫診所就醫民眾反映有的共 7 人（4.7%），反映無的共 143 人（95.3%），未回答的共 0 人（0%）；中醫診所就醫民眾反映有的共 18 人（12%），反映無的共 132 人（88%），未回答的共 0 人（0%）。就知不知道醫療院所公布的自費項目與金額方面，醫學中心就醫民眾反映知道的共 151 人（43.1%），反映不知道的共 195 人（55.7%），未回答的共 4 人（1.1%）；區域醫院就醫民眾反映知道的共 237 人（67.7%），反映不知道的共 100 人（28.6%），未回答的共 13 人（3.7%）；地區醫院就醫民眾反映知道的共 135 人（67.5%），反映不知道的共 64 人（32%），未回答的共 1 人（0.5%）；西醫診所就醫民眾反映知道的共 433 人（54.1%），反映不知道的共 349 人（43.6%），未回答的共 18 人（2.3%）；牙醫診所就醫民眾反映知道的共 96 人（64%），反映不知道的共 54 人（36%），未回答的共 0 人（0%）；中醫診所就醫民眾反映知道的共 94 人（62.7%），反映不知道的共 54 人（36%），未回答的共 2 人（1.3%）。

表 3.13、門診當次就醫之整體看法

選項		醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所		合計		總計	
		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
服務態度	極佳	98	28.0%	75	21.4%	29	14.5%	241	30.1%	34	22.7%	29	19.3%	506	25.3%		
	佳	246	70.3%	265	75.7%	163	81.5%	546	68.3%	114	76.0%	119	79.3%	1453	72.7%		
	不佳	5	1.4%	3	0.9%	6	3.0%	10	1.3%	2	1.3%	2	1.3%	28	1.4%		
	極不佳	0	0.0%	2	0.6%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.2%		
	未回答	1	0.3%	5	1.4%	1	0.5%	3	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	10	0.5%	2,000	100%
硬體設施	極好	91	26.0%	68	19.4%	19	9.5%	175	21.9%	34	22.7%	19	12.7%	406	20.3%		
	良好	254	72.6%	274	78.3%	174	87.0%	609	76.1%	115	76.7%	130	86.7%	1556	77.8%		
	不良	3	0.9%	3	0.9%	5	2.5%	10	1.3%	1	0.7%	1	0.7%	23	1.2%		
	極不良	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%		
	未回答	2	0.6%	5	1.4%	1	0.5%	6	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	14	0.7%	2,000	100%
環境清潔	極乾淨	85	24.3%	70	20.0%	21	10.5%	193	24.1%	40	26.7%	22	14.7%	431	21.6%		
	乾淨	262	74.9%	271	77.4%	173	86.5%	596	74.5%	110	73.3%	128	85.3%	1540	77.0%		
	不乾淨	2	0.6%	4	1.1%	4	2.0%	8	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	0.9%		
	極不乾淨	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%		
	未回答	1	0.3%	5	1.4%	1	0.5%	3	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	10	0.5%	2,000	100%
就醫流程	極流暢	70	20.0%	63	18.0%	15	7.5%	185	23.1%	33	22.0%	24	16.0%	390	19.5%		
	流暢	228	65.1%	255	72.9%	171	85.5%	598	74.8%	116	77.3%	121	80.7%	1489	74.5%		
	繁瑣	46	13.1%	16	4.6%	11	5.5%	12	1.5%	1	0.7%	5	3.3%	91	4.6%		
	極繁瑣	4	1.1%	10	2.9%	2	1.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	17	0.9%		
	未回答	2	0.6%	6	1.7%	1	0.5%	4	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	13	0.7%	2,000	100%



表 3.13、門診當次就醫之整體看法(續)

選項		醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		牙醫診所		中醫診所		合計		總計	
		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
醫療技術	好	338	96.6%	332	94.9%	189	94.5%	782	97.8%	146	97.3%	145	96.7%	1932	96.6%		
	不好	7	2.0%	11	3.1%	9	4.5%	11	1.4%	3	2.0%	3	2.0%	44	2.2%		
	未回答	5	1.4%	7	2.0%	2	1.0%	7	0.9%	1	0.7%	2	1.3%	24	1.2%	2,000	100%
收據上的自費項目	清楚	313	89.4%	332	94.9%	190	95.0%	704	88.0%	140	93.3%	139	92.7%	1818	90.9%		
	不清楚	35	10.0%	9	2.6%	9	4.5%	79	9.9%	9	6.0%	10	6.7%	151	7.6%		
	未回答	2	0.6%	9	2.6%	1	0.5%	17	2.1%	1	0.7%	1	0.7%	31	1.6%	2,000	100%
收據上的自費總金額	滿意	268	76.6%	303	86.6%	193	96.5%	743	92.9%	141	94.0%	135	90.0%	1783	89.2%		
	不滿意	80	22.9%	34	9.7%	5	2.5%	39	4.9%	7	4.7%	14	9.3%	179	9.0%		
	未回答	2	0.6%	13	3.7%	2	1.0%	18	2.3%	2	1.3%	1	0.7%	38	1.9%	2,000	100%
有無超過您「預期應繳之金額」	有	88	25.1%	52	14.9%	19	9.5%	64	8.0%	8	5.3%	18	12.0%	249	12.5%		
	無	261	74.6%	292	83.4%	180	90.0%	722	90.3%	142	94.7%	132	88.0%	1729	86.5%		
	未回答	1	0.3%	6	1.7%	1	0.5%	14	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	22	1.1%	2,000	100%
有無超過您「預期應繳取的部分負擔金額」	有	82	23.4%	51	14.6%	21	10.5%	57	7.1%	7	4.7%	18	12.0%	236	11.8%		
	無	267	76.3%	293	83.7%	177	88.5%	728	91.0%	143	95.3%	132	88.0%	1740	87.0%		
	未回答	1	0.3%	6	1.7%	2	1.0%	15	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	24	1.2%	2,000	100%
知不知道醫療院所公布的自費項目與金額	知道	151	43.1%	237	67.7%	135	67.5%	433	54.1%	96	64.0%	94	62.7%	1146	57.3%		
	不知道	195	55.7%	100	28.6%	64	32.0%	349	43.6%	54	36.0%	54	36.0%	816	40.8%		
	未回答	4	1.1%	13	3.7%	1	0.5%	18	2.3%	0	0.0%	2	1.3%	38	1.9%	2,000	100%

### 3.3.3、就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形

在 2,000 份住院問卷中，在醫學中心就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 1 人購買（0.3%），其購買金額為 7 元，在過去一個月有自行購買其他醫療保健服務與支出共有 46 人（13.1%），其平均購買金額為 2,472 元；區域醫院就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 9 人購買（2.6%），其平均購買金額為 317 元，在過去一個月有自行購買其他醫療保健服務與支出共有 74 人（21.1%），其平均購買金額為 1,489 元；地區醫院就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 1 人購買（0.5%），其平均購買金額為 120 元，在過去一個月有自行購買其他醫療保健服務與支出共有 52 人（26%），其平均購買金額為 2,455 元；西醫診所就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 20 人購買（2.5%），其平均購買金額為 505 元，在過去一個月有自行購買其他醫療保健服務與支出共有 115 人（14.4%），其平均購買金額為 1,697 元；牙醫診所就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 4 人購買（2.7%），其平均購買金額為 4,890 元，在過去一個月有自行購買其他醫療保健服務與支出共有 21 人（14%），其平均購買金額為 1,691 元；中醫診所就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 3 人購買（2%），其平均購買金額為 213 元，在過去一個月有自行購買其他醫療保健服務與支出共有 24 人（16%），其平均購買金額為 1,195 元。

表 3.14、就醫門診民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形

門診層級		醫護人員告知另行購買就醫相關之物品 醫護人員告知另行購買就醫相關之物品	就醫民眾過去一個月自行購買其他醫療保健服務與支出
醫學中心	購買人數	1	46
	百分比	0.3%	13.1%
	平均購買金額	7	2472
區域醫院	購買人數	9	74
	百分比	2.6%	21.1%
	平均購買金額	317	1489
地區醫院	購買人數	1	52
	百分比	0.5%	26%
	平均購買金額	120	2455
西醫診所	購買人數	20	115
	百分比	2.5%	14.4%
	平均購買金額	505	1697
牙醫診所	購買人數	4	21
	百分比	2.7%	14%
	平均購買金額	4890	1691
中醫診所	購買人數	3	24
	百分比	2%	16%
	平均購買金額	213	1195

### 3.3.4、住院當次就醫之使用狀況

表 3.13 表現了，民眾住院就醫之基本資料描述。首先在性別分類下，醫學中心共有 657 筆受訪者資料，其中女性為 326 人，占醫學中心看診比例的 50%。區域醫院共有 903 筆受訪者資料，其中女性為 422 人，占區域醫院看診比率的 47%。地區醫院共有 453 筆受訪者資料，其中女性為 221 人，占地區醫院看診比例的 49%。由此可見整體來說，性別在住院就醫使用的需求上僅有些微的差異。在年齡的分類基準下，醫學中心共有 653 筆受訪者資料，其中男性共 328 人，平均年齡為 41.94 歲;女性 325 人，平均年齡 39.48 歲。區域醫院樣本共有 897 筆受訪者資料，其中男性 480 人，平均年齡為 45.32 歲;女性 417 人，平均年齡 43.37

歲。地區醫院共有 424 筆受訪者資料，其中男性 223 人，平均年齡為 44.42 歲；女性 201 人，平均年齡 43.87 歲。

在 PCS 值(PCS, Physical Component Summary)的分類基準下，醫學中心共有 513 筆資料，其中男性 253 人，平均年齡 38.09 歲；女性 260 人，平均年齡 38.51 歲。區域醫院共 654 筆資料，其中男性 347 人，平均年齡 39.11 歲；女性 307 人，平均年齡 40.38 歲。地區醫院共 329 筆資料，其中男性 171 人，平均年齡 40.86 歲；女性 158 人，平均年齡 39.49 歲。在 MCS 值(MCS, Mental Component Summary)的分類基準下，醫學中心共有 513 筆資料，其中男性 253 人，平均年齡 48.31 歲；女性 260 人，平均年齡 47.98 歲。區域醫院共有 654 筆資料，其中男性 347 人，平均年齡 42.20 歲；女性 307 人，平均年齡 43.47 歲。地區醫院共有 329 筆資料，其中男性 171 人，平均年齡 43.84 歲；女性 158 人，平均年齡 43.53 歲。

而在教育程度的分類下，醫學中心會產生 4 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 653 筆資料，在醫學中心住院就醫的教育程度以大學(含專科)26%使用最普及；使用最低的族群為其他，佔 2%。區域醫院會產生 21 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 882 筆資料，在區域醫院就醫的教育程度以國小 22.5%使用最普及；使用最低的族群為研究所以上，佔 2%。地區醫院會產生 10 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 443 筆資料，在地區醫院就醫的教育程度以國小 24%使用最普及；使用最低的族群為研究所以上與其他，佔 1%。

在婚姻狀況的分類下，醫學中心會產生 5 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 652 筆資料，在醫學中心就醫使用比率最高的族群為有偶同居，佔 57.4%，使用最低的族群為有離婚同居，佔 0.3%。區域醫院會產生 26 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 877 筆資料，在區域醫院就醫使用比率最高的族群為有偶同居，佔 49.7%，使用最低的族群為離婚同居，佔 0.3%。地區醫院會產生 12 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 441 筆資料，在地區醫院就醫使用比率最高的族群為有偶同居，佔 52.3%，使用最低的族群為離婚同居，佔 0.4%。

在個人年平均收入的分類基準下，醫學中心共有 657 筆資料，在醫學中心就醫使用比率最高的收入族群為無任何收入的族群，佔 45.1%，醫學中心就醫使用率最低的收入族群為 150 萬元以上的族群，佔 0.5%。區域醫院會產生 82 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 821 筆資料，在區域醫院就醫使用比率最高的收入族群為無任何收入的族群，佔 46.6%，區域醫院就醫使用率最低收入族群 150 萬元以上的族群，佔 0.3%。地區醫院會產生 20 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 433 筆資料，在地區醫院就醫使用比率最高的收入族群為無任何收入的族群，佔 43.0%，地區醫院就醫使用率為低的族群為 150 萬元以上的族群，無使用次數。

在同戶籍家人之總年收入分類基準下，醫學中心會產生 17 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 640 筆資料，在醫學中心就醫使用比率最高的收入族群為 50 至未滿 100 萬元族群，佔 42.3%，醫學中心就醫使用率最低的收入族群為 250 至未滿 300 萬元族群，佔 0.6%。區域醫院會產生 133 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 770 筆資料，在區域醫院就醫使用比率最高的收入族群為 50 至未滿 100 萬元族群，佔 30.6%，區域醫院就醫使用率最低的族群為 300 萬元以上的族群，佔 0.6%。地區醫院會產生 23 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 430 筆資料，在地區醫院就醫使用比率最高的收入族群為 50 萬元以下的族群，佔 42.6%，地區醫院就醫使用率為低的族群為 250 至未滿 300 萬元的族群，佔 0.2%。

最後在每年投保醫療險相關費用的分類上，醫學中心會產生 12 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 645 筆資料，於醫學中心就醫使用率最高的分類為每年沒有投保任何醫療險相關費用的族群，佔 25.4%，而使用率最低的分類為 4 萬 5 千元至未滿 5 萬元，佔 0.5%。區域醫院會產生 24 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 879 筆資料，於區域醫院就醫使用率最高的分類為每年沒有投保任何醫療險相關費用的族群，佔 39.5%，於區域醫院就醫使用率最低的分類為 5 萬元以上，佔 0.3%。地區醫院會產生 8 筆遺漏值，扣除遺漏值後，剩餘 445 筆資料，於地區醫院就醫使用率最高的分類為每年沒有投保任何醫療險相關費用的族群，佔 35.1%，於地區醫院就醫使用率最低的分類為 4 萬至未滿 4 萬元 5 千元的族群，佔 0.2%。

**表 3.15、住院就醫民眾之基本資料描述**

本文研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月，研究對象為一般就醫民眾，利用訪視民眾就醫的研究問卷內容作為樣本。表中列出受訪民眾於住院就醫之所有問卷資料，分析在性別、年齡、PCS 值(身體健康量表)、MCS 值(心理健康量表)、教育程度、婚姻狀況、各人平均年收入、同戶籍家人之總年收入的不同之下，對住院就醫的使用狀況為何。而住院就醫部門又細分為三大部門:醫學中心、區域醫院、地區醫院。

	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
性別	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
男	331	50%	481	53%	232	51%
女	326	50%	422	47%	221	49%
合計	657	100%	903	100%	453	100%
	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
年齡	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值
男	328	41.94	480	45.32	223	44.42
女	325	39.48	417	43.37	201	43.87
合計	653	44.76	897	44.99	424	39.51
	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
PCS 值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值
男	253	38.09	347	39.11	171	40.86
女	260	38.51	307	40.38	158	39.49
合計	513	38.30	654	39.71	329	40.20
	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
MCS 值	次數	平均值	次數	平均值	次數	平均值
男	253	48.31	347	42.20	171	43.84
女	260	47.98	307	43.47	158	43.53
合計	513	48.14	654	42.79	329	43.69

**表 3.15、住院就醫民眾之基本資料描述(續 1)**

本文研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月，研究對象為一般就醫民眾，利用訪視民眾就醫的研究問卷內容作為樣本。表中列出受訪民眾於住院就醫之所有問卷資料，分析在性別、年齡、PCS 值(身體健康量表)、MCS 值(心理健康量表)、教育程度、婚姻狀況、各人平均年收入、同戶籍家人之總年收入的不同之下，對住院就醫的使用狀況為何。而住院就醫部門又細分為三大部門:醫學中心、區域醫院、地區醫院。

	總計		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
教育程度	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
未受教育	385	19%	127	19%	178	20%	80	18%
國小	402	20%	90	14%	203	22.5%	109	24%
國中（初中、初職）	239	12%	75	11%	108	12%	56	12%
高中（高職）	456	23%	158	24%	199	22%	99	22%
大學（含專科）	402	20%	169	26%	149	17%	84	19%
研究所以上	44	2%	22	3%	16	2%	6	1%
其他	50	2%	12	2%	29	3%	9	2%
遺漏值	35	1.7%	4	1%	21	2.3%	10	2.2%
合計	2013	100%	657	100%	903	100%	453	100%
	總計		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
婚姻狀況	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
未婚	632	31.4%	215	32.7%	277	30.7%	140	30.9%
有偶同居	1063	52.8%	377	57.4%	449	49.7%	237	52.3%
有偶分居	20	1.0%	5	0.8%	12	1.3%	3	0.7%
離婚分居	53	2.6%	11	1.7%	20	2.2%	22	4.9%
離婚同居	7	0.3%	2	0.3%	3	0.3%	2	0.4%
喪偶	195	9.7%	42	6.4%	116	12.8%	37	8.2%
遺漏值	43	2.1%	5	0.8%	26	2.9%	12	2.6%
總和	2013	100%	657	100%	903	100%	453	100%
	總計		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
個人年平均收入	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
無任何收入	912	45.3%	296	45.1%	421	46.6%	195	43.0%
未滿 20 萬元	243	12.1%	68	10.4%	106	11.7%	69	15.2%
20 至未滿 40 萬元	400	19.9%	121	18.4%	162	17.9%	117	25.8%
40 至未滿 60 萬元	186	9.2%	87	13.2%	76	8.4%	23	5.1%
60 至未滿 80 萬元	95	4.7%	49	7.5%	31	3.4%	15	3.3%
80 至未滿 100 萬元	51	2.5%	25	3.8%	16	1.8%	10	2.2%
100 至未滿 150 萬元	18	1%	8	1.2%	6	0.7%	4	0.9%
150 萬元以上	6	0%	3	0.5%	3	0.3%	0	0.0%
遺漏值	102	5.1%	0	0%	82	9.1%	20	4%
總和	2013	100%	657	100%	903	100%	453	100%

**表 3.15、住院就醫民眾之基本資料描述(續 2)**

本文研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月，研究對象為一般就醫民眾，利用訪視民眾就醫的研究問卷內容作為樣本。表中列出受訪民眾於住院就醫之所有問卷資料，分析在性別、年齡、PCS 值(身體健康量表)、MCS 值(心理健康量表)、教育程度、婚姻狀況、各人平均年收入、同戶籍家人之總年收入的不同之下，對住院就醫的使用狀況為何。而住院就醫部門又細分為三大部門:醫學中心、區域醫院、地區醫院。

	總計		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
同戶籍的家人總年收入	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
無任何收入	98	4.9%	19	2.9%	55	6.1%	24	5.3%
50 萬元以下	560	27.8%	114	17.4%	253	28.0%	193	42.6%
50 至未滿 100 萬元	693	34.4%	278	42.3%	276	30.6%	139	30.7%
100 至未滿 150 萬元	297	14.8%	142	21.6%	103	11.4%	52	11.5%
150 至未滿 200 萬元	116	5.8%	55	8.4%	50	5.5%	11	2.4%
200 至未滿 250 萬元	41	2.0%	18	2.7%	18	2.0%	5	1.1%
250 至未滿 300 萬元	15	1%	4	0.6%	10	1%	1	0.2%
300 萬元以上	20	1%	10	1.5%	5	0.6%	5	1.1%
遺漏值	173	9%	17	3%	133	15%	23	5%
總和	2013	100%	657	100%	903	100%	453	100%
	總計		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
每年投保醫療險相關費用	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
5 千元以下	683	33.9%	167	25.4%	357	39.5%	159	35.1%
5 千元至未滿 1 萬元	84	4.2%	12	1.8%	46	5.1%	26	5.7%
1 萬元至未滿 1 萬 5 千元	181	9.0%	60	9.1%	77	8.5%	44	9.7%
1 萬 5 千元至未滿 2 萬元	204	10.1%	67	10.2%	84	9.3%	53	11.7%
2 萬元至未滿 2 萬 5 千元	89	4.4%	30	4.6%	40	4.4%	19	4.2%
2 萬 5 千元至未滿 3 萬元	144	7.2%	48	7.3%	66	7.3%	30	6.6%
3 萬元至未滿 3 萬 5 千元	91	4.5%	30	4.6%	44	4.9%	17	3.8%
3 萬 5 千元至未滿 4 萬元	88	4.4%	46	7.0%	27	3.0%	15	3.3%
4 萬元至未滿 4 萬 5 千元	23	1.1%	12	1.8%	10	1.1%	1	0.2%
4 萬 5 千元至未滿 5 萬元	34	1.7%	18	2.7%	13	1.4%	3	0.7%
5 萬元以上	9	0.4%	3	0.5%	3	0.3%	3	0.7%
無	99	4.9%	46	7.0%	43	4.8%	10	2.2%
不知道	240	11.9%	106	16.1%	69	7.6%	65	14.3%
遺漏值	44	2.2%	12	1.8%	24	2.7%	8	1.8%
總和	2013	100%	657	100%	903	100%	453	100%



### 3.3.5、住院當次就醫之整體看法

在 2,013 份住院當次就醫之整體看法中，就服務態度方面，醫學中心就醫民眾反映極佳者共 234 人（35.6%），反映佳者共 412 人（62.7%），反映不佳者共 8 人（1.2%），反映極不佳者共 0 人（0%），未回答共 3 人（0.5%）；區域醫院就醫民眾反映極佳者共 199 人（22%），反映佳者共 688 人（76.2%），反映不佳者共 12 人（1.3%），反映極不佳者共 0 人（0%），未回答共 4 人（0.4%）；地區醫院就醫民眾反映極佳者共 96 人（21.2%），反映佳者共 345 人（76.2%），反映不佳者共 11 人（2.4%），反映極不佳者共 1 人（0.2%）未回答的共 0 人（0%）。就硬體設施方面，醫學中心就醫民眾反映極好者共 185 人（28.2%），反映良好者共 454 人（69.1%），反映不良者共 14 人（2.1%），反映極不良者共 0 人（0%），未回答共 4 人（0.6%）；區域醫院就醫民眾反映極好者共 130 人（14.4%），反映良好者共 748 人（82.8%），反映不良者共 21 人（2.3%），反映極不良者共 0 人（0%），未回答共 4 人（0.4%）；地區醫院就醫民眾反映極好者共 55 人（12.1%），反映良好者共 375 人（82.8%），反映不良者共 21 人（4.6%），反映極不良者共 2 人（0.4%），未回答共 0 人（0%）。就環境清潔方面，醫學中心就醫民眾反映極乾淨的共 180 人（27.4%），反映乾淨的共 462 人（70.3%），反映不乾淨的共 12 人（1.8%）及極不乾淨的為 0 人（0%），未回答共 3 人（0.5%）；區域醫院就醫民眾反映極乾淨的共 115 人（12.7%），反映乾淨的共 762 人（84.4%），反映不乾淨的共 20 人（2.2%）及極不乾淨的為 0 人（0%），未回答共 6 人（0.7%）；地區醫院就醫民眾反映極乾淨的共 49 人（10.8%），反映乾淨的共 384 人（84.8%），反映不乾淨的共 18 人（4%）及極不乾淨的為 2 人（0.4%）。就就醫流程方面，醫學中心就醫民眾反映極流暢的共 154 人（23.4%），反映流暢的共 408 人（62.1%），反映繁瑣的共 84 人（12.8%），反映極繁瑣的共 7 人（1.1%），未回答共 4 人（0.6%）；區域醫院就醫民眾反映極流暢的共 124 人（13.7%），反映流暢的共 730 人（80.8%），反映繁瑣的共 38 人（4.2%），反映極繁瑣的共 0 人（0%），未回答共 11 人（1.2%）；地區醫院就醫民眾反映極流暢的

共 63 人 (13.9%)，反映流暢的共 356 人 (78.6%)，反映繁瑣的共 29 人 (6.4%)，反映極繁瑣的共 2 人 (0.4%)，未回答共 3 人 (0.7%)。

就醫療技術方面，醫學中心就醫民眾反映好的共 637 人 (97%)，反映不好的共 15 人 (2.3%)，未回答的共 5 人 (0.8%)；區域醫院就醫民眾反映好的共 872 人 (96.6%)，反映不好的共 22 人 (2.4%)，未回答的共 9 人 (1%)；地區醫院就醫民眾反映好的共 431 人 (95.1%)，反映不好的共 17 人 (3.8%)，未回答的共 5 人 (1.1%)。就收據上的自費項目方面，醫學中心就醫民眾反映清楚的共 601 人 (91.5%)，反映不清楚的共 53 人 (8.1%)，未回答的共 3 人 (0.5%)；區域醫院就醫民眾反映清楚的共 816 人 (90.4%)，反映不清楚的共 75 人 (8.3%)，未回答的共 12 人 (1.3%)；地區醫院就醫民眾反映清楚的共 413 人 (91.2%)，反映不清楚的共 30 人 (6.6%)，未回答的共 10 人 (2.2%)；就收據上的自費總金額方面，醫學中心就醫民眾反映滿意的共 530 人 (80.7%)，反映不滿的共 122 人 (18.6%)，未回答的共 5 人 (0.8%)；區域醫院就醫民眾反映滿意的共 820 人 (90.8%)，反映不滿的共 64 人 (7.1%)，未回答的共 19 人 (2.1%)；地區醫院就醫民眾反映滿意的共 397 人 (87.6%)，反映不滿的共 40 人 (8.8%)，未回答的共 16 人 (3.5%)。就有無超過您預期應繳之金額，醫學中心就醫民眾反映有的共 143 人 (21.8%)，反映無的共 510 人 (77.6%)，未回答的共 4 人 (0.6%)；區域醫院就醫民眾反映有的共 93 人 (10.3%)，反映無的共 795 人 (88%)，未回答的共 15 人 (1.7%)；地區醫院就醫民眾反映有的共 57 人 (12.6%)，反映無的共 378 人 (83.4%)，未回答的共 18 人 (4%)。就有無超過您預期應繳取的部分負擔金額方面，醫學中心就醫民眾反映有的共 138 人 (21%)，反映無的共 514 人 (78.2%)，未回答的共 5 人 (0.8%)；區域醫院就醫民眾反映有的共 80 人 (8.9%)，反映無的共 810 人 (89.7%)，未回答的共 13 人 (1.4%)；地區醫院就醫民眾反映有的共 59 人 (13%)，反映無的共 375 人 (82.8%)，未回答的共 19 人 (4.2%)。就知不知道醫療院所公布的自費項目與金額方面，醫學中心就醫民眾反映知道的共 413 人 (62.9%)，反映不知道的共 239

人（36.4%），未回答的共 5 人（0.8%）；區域醫院就醫民眾反映知道的共 576 人（63.8%），反映不知道的共 310 人（34.3%），未回答的共 17 人（1.9%）；地區醫院就醫民眾反映知道的共 267 人（58.9%），反映不知道的共 168 人（37.1%），未回答的共 18 人（4%）。

。

表 3.16、住院當次就醫之整體看法

選項		醫學中心		區域醫院		地區醫院		合計		總計	
		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
服務態度	極佳	234	35.6%	199	22.0%	96	21.2%	529	26.3%		
	佳	412	62.7%	688	76.2%	345	76.2%	1445	71.8%		
	不佳	8	1.2%	12	1.3%	11	2.4%	31	1.5%		
	極不佳	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.0%		
	未回答	3	0.5%	4	0.4%	0	0.0%	7	0.3%	2013	100%
硬體設施	極好	185	28.2%	130	14.4%	55	12.1%	370	18.4%		
	良好	454	69.1%	748	82.8%	375	82.8%	1577	78.3%		
	不良	14	2.1%	21	2.3%	21	4.6%	56	2.8%		
	極不良	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	2	0.1%		
	未回答	4	0.6%	4	0.4%	0	0.0%	8	0.4%	2013	100%
環境清潔	極乾淨	180	27.4%	115	12.7%	49	10.8%	344	17.1%		
	乾淨	462	70.3%	762	84.4%	384	84.8%	1608	79.9%		
	不乾淨	12	1.8%	20	2.2%	18	4.0%	50	2.5%		
	極不乾淨	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	2	0.1%		
	未回答	3	0.5%	6	0.7%	0	0.0%	9	0.4%	2013	100%
就醫流程	極流暢	154	23.4%	124	13.7%	63	13.9%	341	16.9%		
	流暢	408	62.1%	730	80.8%	356	78.6%	1494	74.2%		
	繁瑣	84	12.8%	38	4.2%	29	6.4%	151	7.5%		
	極繁瑣	7	1.1%	0	0.0%	2	0.4%	9	0.4%		
	未回答	4	0.6%	11	1.2%	3	0.7%	18	0.9%	2013	100%

表 3.16、住院當次就醫之整體看法(續)

選項		醫學中心		區域醫院		地區醫院		合計		總計	
		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
醫療技術	好	637	97.0%	872	96.6%	431	95.1%	1940	96.4%		
	不好	15	2.3%	22	2.4%	17	3.8%	54	2.7%		
	未回答	5	0.8%	9	1.0%	5	1.1%	19	0.9%	2013	100%
收據上的自費項目	清楚	601	91.5%	816	90.4%	413	91.2%	1830	90.9%		
	不清楚	53	8.1%	75	8.3%	30	6.6%	158	7.8%		
	未回答	3	0.5%	12	1.3%	10	2.2%	25	1.2%	2013	100%
收據上的自費總金額	滿意	530	80.7%	820	90.8%	397	87.6%	1747	86.8%		
	不滿意	122	18.6%	64	7.1%	40	8.8%	226	11.2%		
	未回答	5	0.8%	19	2.1%	16	3.5%	40	2.0%	2013	100%
有無超過您「預期應繳之金額」	有	143	21.8%	93	10.3%	57	12.6%	293	14.6%		
	無	510	77.6%	795	88.0%	378	83.4%	1683	83.6%		
	未回答	4	0.6%	15	1.7%	18	4.0%	37	1.8%	2013	100%
有無超過您「預期應繳負擔金額」	有	138	21.0%	80	8.9%	59	13.0%	277	13.8%		
	無	514	78.2%	810	89.7%	375	82.8%	1699	84.4%		
	未回答	5	0.8%	13	1.4%	19	4.2%	37	1.8%	2013	100%
知不知道醫療院所公布的自費項目與金額	知道	413	62.9%	576	63.8%	267	58.9%	1256	62.4%		
	不知道	239	36.4%	310	34.3%	168	37.1%	717	35.6%		
	未回答	5	0.8%	17	1.9%	18	4.0%	40	2.0%	2013	100%

### 3.3.6、就醫住院民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形

在 2,000 份住院問卷中，醫學中心就醫住院民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 45 人購買（6.8%），其平均購買金額為 13,683 元，在過去一個月有自行購買其他醫療保健服務與支出共有 78 人（11.9%），其平均購買金額為 1,651 元；區域醫院就醫住院民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 61 人購買（6.8%），其平均購買金額為 2,027 元，在過去一個月有自行購買其他醫療保健服務與支出共有 204 人（22.6%），其平均購買金額為 3,268 元；地區醫院就醫住院民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形，醫護人員有告知另行購買就醫相關之物品共有 43 人購買（9.5%），其平均購買金額為 6,355 元，在過去一個月有自行購買成藥或中藥共有 122 人（27%），其平均購買金額為 4,329 元。

表 3.17、就醫住院民眾購買成藥或其他醫療保健服務與支出之情形

住院層級		醫護人員告知 另行購買就醫相關之物品	就醫民眾過去一個月 自行購買其他醫療保健服務與支出
醫學中心	購買人數	45	78
	百分比	6.8%	11.9%
	平均購買金額	13,683	1,651
區域醫院	購買人數	61	204
	百分比	6.8%	22.6%
	平均購買金額	2,027	3,268
地區醫院	購買人數	43	122
	百分比	9.5%	27%
	平均購買金額	6,355	4,329

### 3.4、敘述統計量

本文研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月，研究對象為一般就醫民眾，利用訪視民眾就醫的研究問卷內容作為樣本。民眾就醫的研究問卷發放根據類別分

為門診與住院兩方面，其中門診病患 2,000 筆資料與住院病患各 2,000 筆資料，考量醫療院所層級對於醫療費用的影響因此將住院樣本區分為醫學中心、區域醫院與地區醫院，而門診樣本區分為醫院門診、西醫診所、牙醫診所與中醫診所。

本研究於門診病患之研究問卷發放情況區分為醫學中心 350 份，區域醫院 350 份、地區醫院 200 份、西醫診所 800 份、牙醫診所 150 份與中醫診所 150 份，共 2000 份研究問卷全數回收完畢。

### 3.4.1、民眾門診就醫自費之敘述統計量

表 3.16 表現了民眾門診就醫自費項目與金額之敘述統計量，首先在自費合計的衡量上，平均的自費合計為 283.14 元，顯示國人平均在門診就醫所支付的金額大約是 280 元左右。然而，自費合計的最大值為 105100 元，該筆資料為民眾於牙醫門診就醫後進行牙齒矯正治療之治療費用，因此金額與自費合計平均金額比較下，有相當大的差距，顯示我們的樣本中可能因為包括少數資料，而導致整體樣本自費合計標準差有偏高的情況，自費合計的標準差高達 2361.12 元。而在門診自費項目中較重要的幾項，如平均的掛號費為 99.47 元，最高值為 380 元，標準差為 35.19 元。基本部分負擔的平均金額為 119.70 元，最高值為 500 元，標準差為 111.61 元。藥品部分負擔的平均金額為 80.32 元，最高值為 1890 元，標準差為 124.87 元。藥品平均費用為 265.27 元，最高值為 5700 元，標準差為 787.57 元。診斷書費平均費用為 179.03 元，最高值為 550 元，標準差為 118.78 元。其餘自費項目之樣本數在本研究的問卷調查下皆低於 30 筆以下，相對較不屬於最主要的民眾門診就醫自費項目，如：復健部分負擔、檢驗檢查費、衛材費、特殊材料費、治療處置費、注射費、急診、暫收款、檢查費、自費醫療費用、其他部分負擔、矯正器、醫療處置費、其他。

為了完整表現出各門診自費項目對總門診自費額之重要性，在製表的過程，我們將問卷調查資料中，每位病患每次門診就醫之總門診自費金額作為分母，各門診自費項目的金額作為分子，以各門診自費項目之金額除以總門診自費金額的

百分比作為各門診自費項目對總門診自費額之重要性的衡量方式。然而，在處理各自費項目對總自費額之重要性上，由於每位病患每次就醫之自費項目並不會完全相同，因此在較不重要的少數自費項目上(如:急診、暫收款、檢查費…等等樣本中不常見的項目)，將會出現遺漏資料，而使敘述統計量在求算平均數及標準差時，因為樣本數不一而有數值失真的問題。為了使敘述統計量能正確反映出各自費項目對總自費額之重要程度，本研究在處理上將少數自費項目的遺漏資料以 0 作為表示，以此在敘述統計量求算平均數及標準差時，因為樣本數的相同，求算的平均數及標準差較能正確的反映各自費項目對總自費額之重要性。

表 3.17 顯示了民眾門診就醫自費項目與百分比之敘述統計量，表中以各自費項目佔總自費額的百分比作為各自費項目的重要性衡量方式。其中就樣本數大於 30 筆以上之自費項目比較，包含:掛號費、基本部分負擔、藥品部分負擔、藥品費及診斷書費。首先，平均掛號費為 54.72%，顯示對於國人在門診就醫時，平均有一半的自費額是支付在掛號費中。除此之外，掛號費佔門診自費總額之百分比相較於其他項目為最大額，顯示掛號費對民眾門診自費總額有最高的重要程度，而掛號費之標準差為 24.31%。基本部分負擔之平均數為 48.09%，僅次於掛號費項目，基本部分負擔之標準差為 21.35%。另外，藥品費、藥品部分負擔及診斷書費在門診自費項目中也相對重要，藥品費之平均數為 39.00%，藥品費之標準差為 28.87%，藥品部分負擔之平均數為 24.73%，藥品部分負擔之標準差為 20.91%，診斷書費之平均處為 42.91%，診斷書費之標準差為 27.98%。其餘自費項目之樣本數在本研究的問卷調查下皆顯示低於 30 筆以下，相對較不屬於最主要的民眾就醫門診自費項目，如:復健部分負擔、檢驗檢查費、衛材費、特殊材料費、治療處置費、注射費、急診、暫收款、檢查費、自費醫療費用、其他部分負擔、矯正器、醫療處置費及其他等。



**表 3.18、民眾門診就醫自費項目與金額之敘述統計量**

本文研究對象為一般就醫民眾，研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月。本表利用訪視民眾就醫自費門診的研究問卷內容作為研究樣本，門診樣本之問卷發放份數區分為醫學中心 350 份，區域醫院 350 份、地區醫院 200 份、西醫診所 800 份、牙醫診所 150 份與中醫診所 150 份，共 2000 份研究問卷，扣除遺漏值資料後進行分析。表中分別報告了民眾門診就醫後之敘述統計量，項目包括受訪資料的樣本數、平均數、標準差、最小值、最大值。自費合計為自費總費用、掛號費為掛號費用、基本部分負擔為基本部分負擔費用、藥品部分負擔為藥品部分負擔費用、復健部分負擔為復健部分負擔金額、檢驗檢查費為檢驗檢查費用、藥品費為藥品費用、衛材費為衛材費用、診斷書費為診斷書費用、特殊材料費為特殊材料費用、治療處置費為治療處置費、注射費為注射費用、急診為急診費用、暫收款為暫收款費用、檢查費為檢查費用、自費醫療費用為自費醫療費用、其他部分負擔為其他部分負擔費用、矯正器為矯正器費用、醫療處置費為醫療處置費用、其他為其他費用。

項目	樣本數	平均數	標準差	最小值	最大值
自費合計	2000	283.14	2361.12	10	105100
掛號費	1841	99.47	35.19	10	380
基本部分負擔	1703	119.70	111.61	20	500
藥品部分負擔	419	80.32	124.87	4	1890
復健部分負擔	17	64.76	34.18	1	150
檢驗檢查費	7	1570.00	1583.98	70	4000
藥品費	52	265.27	787.57	7	5700
衛材費	19	441.37	740.88	2	2900
診斷書費	31	179.03	118.78	10	550
特殊材料費	8	83.75	90.07	20	300
治療處置費	2	225.00	247.49	50	400
注射費	3	1133.33	1789.79	100	3200
急診	1	300	-	300	300
暫收款	1	800	-	800	800
檢查費	1	2000	-	2000	2000
自費醫療費用	4	228.50	350.56	40	754
其他部分負擔	5	88.00	84.97	50	240
矯正器	1	105000	-	105000	105000
醫療處置費	11	82.73	90.56	20	300
其他	1	20.00	-	20	20

**表 3.19、民眾門診就醫自費項目與百分比之敘述統計量**

文研究對象為一般就醫民眾，研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月。本表利用訪視民眾就醫自費門診的研究問卷內容作為研究樣本，門診樣本之問卷發放份數區分為醫學中心 350 份、區域醫院 350 份、地區醫院 200 份、西醫診所 800 份、牙醫診所 150 份與中醫診所 150 份，共 2000 份研究問卷，扣除遺漏值資料後進行分析。表中分別報告了民眾門診就醫後各自費項目除以自費總額之敘述統計量，項目包括受訪資料的樣本數、平均數、標準差、最小值、最大值。掛號費(%)為掛號費用總額除以總自費額、基本部分負擔(%)為基本部分負擔費用除以總自費額、藥品部分負擔(%)為藥品部分負擔費用除以總自費額、復健部分負擔(%)為復健部分負擔金額除以總自費額、檢驗檢查費(%)為檢驗檢查費用除以總自費額、藥品費(%)為藥品費用除以總自費額、衛材費(%)為衛材費用除以總自費額、診斷書費(%)為診斷書費用除以總自費額、特殊材料費(%)為特殊材料費用除以總自費額、治療處置費(%)為治療處置費用除以總自費額、注射費(%)為注射費用除以自費總額、急診(%)為急診費用除以自費總額、暫收款(%)為暫收款費用除以自費總額、檢查費(%)為檢查費用除以自費總額、自費醫療費用(%)為自費醫療費用除以自費總額、其他部分負擔(%)為其他部分負擔費用除以自費總額、矯正器(%)為矯正器費用除以自費總額、醫療處置費(%)為醫療處置費用其他除以自費總額、其他(%)為其他費用除以自費總額。

自費項目	個數	平均數	標準差	最小值	最大值
掛號費(%)	1841	54.72	24.31	0	100
基本部分負擔(%)	1703	48.09	21.35	0	100
藥品部分負擔(%)	419	24.73	20.91	0	100
復健部分負擔(%)	17	63.79	36.87	0	100
檢驗檢查費(%)	7	67.79	28.14	0	100
藥品費(%)	52	39.00	28.87	0	100
衛材費(%)	19	31.49	28.51	0	89
診斷書費(%)	31	42.91	27.98	0	100
特殊材料費(%)	8	25.28	14.49	0	50
治療處置費(%)	2	11.61	8.73	0	18
注射費(%)	3	61.34	31.53	0	97
急診(%)	1	44.12	-	0	44
暫收款(%)	1	70.18	-	0	70
檢查費(%)	1	81.30	-	0	81
自費醫療費用(%)	4	41.30	31.34	0	88
其他部分負擔(%)	5	54.12	30.30	0	100
矯正器(%)	1	99.90	-	0	100
醫療處置費(%)	11	29.47	24.34	0	81
其他	1	10.53	-	0	11

### 3.4.2、民眾住院就醫自費之敘述統計量

而在住院病患之研究問卷發放情況，截至目前為止共回收 2013 份研究問卷，區分為醫學中心 657 份，區域醫院 903 份、地區醫院 453 份。表 3.18 表現了民眾住院就醫自費項目與金額之敘述統計量，首先在自費合計的衡量上，平均的自費合計為 11445.14，顯示國人平均在住院就醫所支付的金額大約是 11445.14 元左右。然而，自費合計的最大值為 265891 元，標準差為 22935.29 元。而在自費項目中較重要的幾項，平均的掛號費為 226.51 元，最大值為 6746 元，標準差為 620.34 元。平均的基本部分負擔為 3153.68 元，最大值為 80775 元，標準差為 4983.75 元。平均藥品部分負擔為 1401.82 元，最大值為 44937 元，標準差為 4586.23 元。平均的檢驗檢查費為 3094.9 元，最大值為 150000 元，標準差為 16218 元。平均藥品部分負擔為 2437.53 元，最大值為 77486 元，標準差為 8825.56 元。平均衛材為 5660.64 元，最大值為 236720 元，標準差為 20102.55 元。平均病房費為 8943.56 元，最大值為 200000 元，標準差為 11761.77 元。平均診斷書費為 204.22 元，最大值為 4270 元，標準差為 203.32 元。平均特殊材料費為 8089.87 元，最大值為 162184 元，標準差為 22328.56 元。平均膳食費為 992.84 元，最大值為 11310 元，標準差為 1420.82 元。平均血液血漿費為 336.03 元，最大值為 23380 元，標準差為 2433.2 元。平均治療處置費為 1799.74 元，最大值為 11300 元，標準差為 2240.18 元。平均麻醉費為 5807.58 元，最大值為 21710 元，標準差為 3561.65 元。平均電話費為 29.93 元，最大值為 130 元，標準差為 32.7 元。平均其他部分負擔為 3570.25 元，最大值為 41599 元，標準差為 5574.95 元。其餘住院自費項目之樣本數在本研究的問卷調查下皆低於 30 筆以下，相對較不屬於最主要的民眾住院就醫自費項目，如：復健部分負擔、護理費、行政處置費、手術費、注射費、檢查費、救護車費、自費醫療費用、代辦費、急性自付額、個人衛生費、高蛋白、替換人工關節、無痛治療、會診費、審查費、藥事服務費、一般材料費、人工水晶體、手術處置費、代購日用品、自費耗材、血液救濟金、清潔

費、處方調劑費、設備使用費、傷口護理包、義肢、醫材費、醫療處置費、雜費、聽篩耗材及其他等。

為了完整表現出各住院自費項目對總住院自費額之重要性，在製表的過程，我們將問卷調查資料中，每位病患每次住院就醫之總自費金額作為分母，各住院自費項目的金額作為分子，以各住院自費項目之金額除以總住院自費金額的百分比作為各住院自費項目對總住院自費額之重要性的衡量方式。表 3.19 顯示了民眾住院就醫自費項目與百分比之敘述統計量，表中以各住院自費項目占總自費額的百分比作為各住院自費項目的重要性衡量方式。首先，從各住院自費項目的重要性上，我們發現平均病房費(%)為 70.58%，顯示國人在住院就醫時，平均有 70.58 的自費額是用以支付病房費中。除此之外，病房費占住院自費總額之百分比相較於其他項目為最大額，顯示病房費對民眾住院自費總額有最高的重要程度，而住院費(%)之標準差為 27.53%。基本部分負擔(%)之平均數為 49.1%，顯示國人在門診就醫時，平均有 49.1%的自費額是支付在基本部分負擔之中，而基本部分負擔項目對自費總額之重要性僅次於病房費項目，基本部分負擔(%)之標準差為 33.78%。至於在住院自費項目中，其他較重要的幾項，平均掛號費(%)為 24.83，標準差為 28.1%。平均藥品部分負擔(%)為 16.92%，標準差為 23.68%。平均檢驗檢查費(%)為 30.14%，標準差為 29.28%。平均藥品(%)為 18.08%，標準差為 28.54%。平均診斷書費(%)為 10.97%，標準差為 22.1%。平均特殊材料費(%)為 24.28%，標準差為 31.89%。平均膳食費(%)為 26.81%，標準差為 32.56%。平均血液血漿費(%)為 3.92%，標準差為 14.33%。平均治療處置費(%)為 23.34%，標準差為 25.36%。平均麻醉費(%)為 26.44%，標準差為 20.38%。平均 X 光費(%)為 12.06%，標準差為 24.58%。平均電話費(%)為 12.62%，標準差為 30.87%。其餘住院自費項目之樣本數在本研究的問卷調查下皆低於 30 筆以下，相對較不屬於最主要的民眾住院就醫自費項目，如：復健部分負擔(%)、護理費(%)、行政處置費(%)、手術費(%)、注射費(%)、檢查費(%)、救護車費(%)、自費醫療費用(%)、代辦費(%)、急性自付額(%)、個人衛生費(%)、高蛋白(%)、替換人工關節(%)、無痛治療(%)、

會診費(%)、審查費(%)、藥事服務費(%)、一般材料費(%)、人工水晶體(%)、手術處置費(%)、代購日用品(%)、自費耗材(%)、血液救濟金(%)、清潔費(%)、處方調劑費(%)、設備使用費(%)、傷口護理包(%)、義肢(%)、醫材費(%)、醫療處置費(%)、雜費(%)、聽篩耗材(%)及其他(%)等。

此外，依不同性別、年齡層及家戶所得區別對自費金額之交叉分析結果請見附錄九。

**表 3.20、民眾住院就醫自費項目與金額之敘述統計量**

本文研究對象為一般就醫民眾，研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月。本表利用訪視民眾就醫自費住院的研究問卷內容作為研究樣本，住院樣本之問卷發放份數區分為醫學中心 657 份，區域醫院 903 份、地區醫院 453 份，共 2013 份研究問卷，扣除遺漏值資料後進行分析。表中分別報告了民眾住院就醫後問卷資料之敘述統計量，項目包括受訪資料的樣本數、平均數、標準差、最小值、最大值。自費合計為自費總費用、掛號費為掛號費用、基本部分負擔為基本部分負擔費用、藥品部分負擔為藥品部分負擔費用、復健部分負擔為復健部分負擔金額、檢驗檢查費為檢驗檢查費用、藥品費為藥品費用、衛材費為衛材費用、病房費為病房費用、診斷書費為診斷書費用、特殊材料費為特殊材料費用、膳食費為膳食費用、血液血漿費為血液血漿費用、治療處置費為治療處置費用、護理費為護理費用、行政處置費為行政處置費用、麻醉費為麻醉費用、手術費為手術費用、注射費為注射費用、電話費為電話費用、其它為其它費用、檢查費為檢查費用、救護車費為救護車費用、自費醫療費用為自費醫療費用、代辦費為代辦費用、急性自付額為急性自付費用、個人衛生費為個人衛生費用、高蛋白為高蛋白費用、替換人工關節為替換人工關節費用、無痛治療為無痛治療費用、會診費為會診費用、審查費為審查費用、藥事服務費為藥事服務費用、X 光費為 X 光費用、一般材料費為一般材料費用、人工水晶體為人工水晶體費用、手術處理費為手術處理費用、代購日用品為代購日用品費用、自費耗材為自費耗材費用、血液救濟金為血液救濟金費用、其他部分負擔為其他部分負擔費用、清潔費為清潔費用、處方調劑費為處方調劑費用、設備使用費為設備使用費用、傷口護理包為傷口護理包費用、義肢為義肢費用、醫材費為醫材費用、醫療處置費為醫療處置費用、雜費為雜支費用、聽篩耗材為聽篩耗材費用。

	樣本數	平均數	標準差	最小值	最大值
自費合計	2013	11445.14	22935.29	4	265891
掛號費	225	226.51	620.34	50	6746
基本部分負擔	939	3153.68	4983.75	40	80775
藥品部分負擔	188	1401.82	4586.23	2	44937
復健部分負擔	7	278.86	207.03	2	560
檢驗檢查費	90	3094.90	16218.00	12	150000
藥品費	434	2437.53	8825.56	1	77486
衛材費	578	5660.64	20102.55	2	236720
病房費	1018	8943.56	11761.77	3	200000
診斷書費	651	204.22	203.32	20	4270
特殊材料費	225	8089.87	22328.56	3	162184
膳食費	440	992.84	1420.82	29	11310
血液血漿費	140	336.03	2433.20	4	23380
治療處置費	100	1799.74	2240.18	8	11300
護理費	15	15693.13	57406.49	65	223200
行政處置費	16	190	128.87	5	405
麻醉費	31	5807.58	3561.65	40	21710
手術費	20	14341.60	43934.20	12	200000
注射費	13	671.92	2052.69	23	7500
電話費	46	29.93	32.70	2	130
其他	97	4868.37	14202.05	2	78230
檢查費	7	928.57	746.02	200	2400
救護車費	12	2646.50	1101.44	600	4800
自費醫療費用	3	33723	57399.21	150	100000
代辦費	4	5	0.00	5	5

**表 3.20、民眾住院就醫自費項目與金額之敘述統計量(續)**

本文研究對象為一般就醫民眾，研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月。本表利用訪視民眾就醫自費住院的研究問卷內容作為研究樣本，住院樣本之問卷發放份數區分為醫學中心 657 份，區域醫院 903 份、地區醫院 453 份，共 2013 份研究問卷，扣除遺漏值資料後進行分析。表中分別報告了民眾住院就醫後問卷資料之敘述統計量，項目包括受訪資料的樣本數、平均數、標準差、最小值、最大值。自費合計為自費總費用、掛號費為掛號費用、基本部分負擔為基本部分負擔費用、藥品部分負擔為藥品部分負擔費用、復健部分負擔為復健部分負擔金額、檢驗檢查費為檢驗檢查費用、藥品費為藥品費用、衛材費為衛材費用、病房費為病房費用、診斷書費為診斷書費用、特殊材料費為特殊材料費用、膳食費為膳食費用、血液血漿費為血液血漿費用、治療處置費為治療處置費用、護理費為護理費用、行政處置費為行政處置費用、麻醉費為麻醉費用、手術費為手術費用、注射費為注射費用、電話費為電話費用、其它為其它費用、檢查費為檢查費用、救護車費為救護車費用、自費醫療費用為自費醫療費用、代辦費為代辦費用、急性自付額為急性自付費用、個人衛生費為個人衛生費用、高蛋白為高蛋白費用、替換人工關節為替換人工關節費用、無痛治療為無痛治療費用、會診費為會診費用、審查費為審查費用、藥事服務費為藥事服務費用、X 光費為 X 光費用、一般材料費為一般材料費用、人工水晶體為人工水晶體費用、手術處理費為手術處理費用、代購日用品為代購日用品費用、自費耗材為自費耗材費用、血液救濟金為血液救濟金費用、其他部分負擔為其他部分負擔費用、清潔費為清潔費用、處方調劑費為處方調劑費用、設備使用費為設備使用費用、傷口護理包為傷口護理包費用、義肢為義肢費用、醫材費為醫材費用、醫療處置費為醫療處置費用、雜費為雜支費用、聽篩耗材為聽篩耗材費用。

	樣本數	平均數	標準差	最小值	最大值
急性自付額	1	3646	-	3646	3646
個人衛生費	2	2500	2121.32	1000	4000
高蛋白	1	1500	-	1500	1500
替換人工關節	1	122800	-	122800	122800
無痛治療	1	6000	-	6000	6000
會診費	1	1200	-	1200	1200
審查費	1	300	-	300	300
藥事服務費	2	434.50	474.47	99	770
X 光費	31	2888.97	11677.37	30	65000
一般材料費	1	66	-	66	66
人工水晶體	1	57157	-	57157	57157
手術處置費	2	3695	1265.72	2800	4590
代購日用品	2	1050	1202.08	200	1900
自費耗材	1	20030	-	20030	20030
血液救濟金	2	26	14.14	16	36
其他部分負擔	179	3570.25	5574.95	10	41599
清潔費	1	250	-	250	250
處方調劑費	1	84	-	84	84
設備使用費	2	966.00	755.19	432	1500
傷口護理包	1	138	-	138	138
義肢	1	1000	-	1000	1000
醫材費	1	4333.00	-	4333	4333
醫療處置費	17	2518.06	5022.65	70	21000
雜費	4	1285.75	898.38	6	2110
聽篩耗材	1	1200	-	1200	1200

表 3.21、民眾住院就醫自費項目與百分比之敘述統計量

本文研究對象為一般就醫民眾，研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月。表中分別報告了民眾住院就醫後各自費項目除以自費總額之敘述統計量，項目包括受訪資料的樣本數、平均數、標準差、最小值、最大值。掛號費(%)為掛號費用除以自費總金額、基本部分負擔(%)為基本部分負擔費用除以自費總金額、藥品部分負擔(%)為藥品部分負擔費用除以自費總金額、復健部分負擔(%)為復健部分負擔金額除以自費總金額、檢驗檢查(%)為檢驗檢查費用除以自費總金額、藥品(%)為藥品費用除以自費總金額、衛材(%)為衛材費用除以自費總金額、病房費(%)為病房費用除以自費總金額、診斷書費(%)為診斷書費用除以自費總金額、特殊材料費(%)為特殊材料費用除以自費總金額、膳食費(%)為膳食費用除以自費總金額、血液血漿費(%)為血液血漿費用除以自費總金額、治療處置費(%)為治療處置費用除以自費總金額、護理費(%)為護理費用除以自費總金額、行政處置費(%)為行政處置費用除以自費總金額、麻醉費(%)為麻醉費用除以自費總金額、手術費(%)為手術費用除以自費總金額、注射費(%)為注射費用除以自費總金額、電話費(%)為電話費用除以自費總金額、其它(%)為其它費用除以自費總金額、檢查費(%)為檢查費用除以自費總金額、救護車費(%)為救護車費用除以自費總金額、自費醫療費(%)為自費醫療費用除以自費總金額、代辦費(%)為代辦費用除以自費總金額、急性自付額(%)為急性自付費用除以自費總金額、個人衛生費(%)為個人衛生費用除以自費總金額、高蛋白(%)為高蛋白費用除以自費總金額、替換人工關節(%)為替換人工關節費用除以自費總金額、無痛治療(%)為無痛治療費用除以自費總金額、會診費(%)為會診費用除以自費總金額、審查費(%)為審查費用除以自費總金額、藥事服務費(%)為藥事服務費用除以自費總金額、X 光費(%)為 X 光費用除以自費總金額、一般材料費(%)為一般材料費用除以自費總金額、人工水晶體(%)為人工水晶體費用除以自費總金額、手術處理費(%)為手術處理費用除以自費總金額、代購日用品費(%)為代購日用品費用除以自費總金額、自費耗材(%)為自費耗材費用除以自費總金額、血液救濟金(%)為血液救濟金費用除以自費總金額、其他部分負擔(%)為其他部分負擔費用除以自費總金額、清潔費(%)為清潔費用除以自費總金額、處方調劑費(%)為處方調劑費用除以自費總金額、設備使用費(%)為設備使用費用除以自費總金額、傷口護理包(%)為傷口護理包費用除以自費總金額、義肢(%)為義肢費用除以自費總金額、醫材費(%)為醫材費用除以自費總金額、醫療處置費(%)為醫療處置費用除以自費總金額、雜費(%)為雜支費用除以自費總金額、聽篩耗材(%)為聽篩耗材費用除以自費總金額。

	樣本數	平均數	標準差	最小值	最大值
掛號費(%)	225	24.83	28.10	0	100
基本部分負擔(%)	939	49.10	33.78	0	100
藥品部分負擔(%)	188	16.92	23.68	0	100
復健部分負擔(%)	7	32.98	19.98	0	52
檢驗檢查費(%)	90	30.14	29.28	0	100
藥品費(%)	434	18.08	28.54	0	100
衛材費(%)	578	20.82	30.72	0	100
病房費(%)	1018	70.58	27.53	0	253
診斷書費(%)	651	10.97	22.10	0	100
特殊材料費(%)	225	24.28	31.89	0	100
膳食費(%)	440	26.81	32.56	0	100
血液血漿費(%)	140	3.92	14.33	0	100
治療處置費(%)	100	23.34	25.36	0	100
護理費(%)	15	21.47	28.03	0	96
行政處置費(%)	16	9.14	13.93	0	42
麻醉費(%)	31	26.44	20.38	0	79
手術費(%)	20	30.94	28.52	0	93
注射費(%)	13	4.79	4.17	0	14
電話費(%)	46	12.62	30.87	0	100
其他(%)	97	16.37	24.28	0	95
檢查費(%)	7	35.67	36.8	0	88
救護車費(%)	12	38.53	27.16	0	95
自費醫療費用(%)	3	67.69	55.97	0	100
代辦費(%)	4	0.18	0.17	0	0.4



**表 3.21、民眾住院就醫自費項目與百分比之敘述統計量(續)**

本文研究對象為一般就醫民眾，研究期間自 100 年 1 月到 100 年 12 月。表中分別報告了民眾住院就醫後各自費項目除以自費總額之敘述統計量，項目包括受訪資料的樣本數、平均數、標準差、最小值、最大值。掛號費(%)為掛號費用除以自費總金額、基本部分負擔(%)為基本部分負擔費用除以自費總金額、藥品部分負擔(%)為藥品部分負擔費用除以自費總金額、復健部分負擔(%)為復健部分負擔金額除以自費總金額、檢驗檢查(%)為檢驗檢查費用除以自費總金額、藥品(%)為藥品費用除以自費總金額、衛材(%)為衛材費用除以自費總金額、病房費(%)為病房費用除以自費總金額、診斷書費(%)為診斷書費用除以自費總金額、特殊材料費(%)為特殊材料費用除以自費總金額、膳食費(%)為膳食費用除以自費總金額、血液血漿費(%)為血液血漿費用除以自費總金額、治療處置費(%)為治療處置費用除以自費總金額、護理費(%)為護理費用除以自費總金額、行政處置費(%)為行政處置費用除以自費總金額、麻醉費(%)為麻醉費用除以自費總金額、手術費(%)為手術費用除以自費總金額、注射費(%)為注射費用除以自費總金額、電話費(%)為電話費用除以自費總金額、其它(%)為其它費用除以自費總金額、檢查費(%)為檢查費用除以自費總金額、救護車費(%)為救護車費用除以自費總金額、自費醫療費(%)為自費醫療費用除以自費總金額、代辦費(%)為代辦費用除以自費總金額、急性自付額(%)為急性自付費用除以自費總金額、個人衛生費(%)為個人衛生費用除以自費總金額、高蛋白(%)為高蛋白費用除以自費總金額、替換人工關節(%)為替換人工關節費用除以自費總金額、無痛治療(%)為無痛治療費用除以自費總金額、會診費(%)為會診費用除以自費總金額、審查費(%)為審查費用除以自費總金額、藥事服務費(%)為藥事服務費用除以自費總金額、X 光費(%)為 X 光費用除以自費總金額、一般材料費(%)為一般材料費用除以自費總金額、人工水晶體(%)為人工水晶體費用除以自費總金額、手術處理費(%)為手術處理費用除以自費總金額、代購日用品費(%)為代購日用品費用除以自費總金額、自費耗材(%)為自費耗材費用除以自費總金額、血液救濟金(%)為血液救濟金費用除以自費總金額、其他部分負擔(%)為其他部分負擔費用除以自費總金額、清潔費(%)為清潔費用除以自費總金額、處方調劑費(%)為處方調劑費用除以自費總金額、設備使用費(%)為設備使用費用除以自費總金額、傷口護理包(%)為傷口護理包費用除以自費總金額、義肢(%)為義肢費用除以自費總金額、醫材費(%)為醫材費用除以自費總金額、醫療處置費(%)為醫療處置費用除以自費總金額、雜費(%)為雜支費用除以自費總金額、聽篩耗材(%)為聽篩耗材費用除以自費總金額。

	樣本數	平均數	標準差	最小值	最大值
急性自付額(%)	1	8.52	-	0	9
個人衛生費(%)	2	22.87	23.64	0	40
高蛋白(%)	1	89.29	-	0	89
替換人工關節(%)	1	77.84	-	0	78
無痛治療(%)	1	48.54	-	0	49
會診費(%)	1	3.52	-	0	4
審查費(%)	1	0.13	-	0	0.1
藥事服務費(%)	2	1.17	1.45	0	2
X 光費(%)	31	12.06	24.58	0	91
一般材料費(%)	1	0.31	-	0	0.3
人工水晶體(%)	1	98.15	-	0	98
手術處置費(%)	2	18.20	7.57	0	24
代購日用品(%)	2	6.31	0.99	0	7
自費耗材(%)	1	66.30	-	0	66
血液救濟金(%)	2	0.21	0.22	0	0.4
其他部分負擔(%)	179	51.13	36.77	0	100
清潔費(%)	1	3.68	-	0	4
處方調劑費(%)	1	1.71	-	0	2
設備使用費(%)	2	24.67	5.72	0	29
傷口護理包(%)	1	0.21	-	0	0.2
義肢(%)	1	62.5	-	0	63
醫材費(%)	1	79.74	-	0	80
醫療處置費(%)	17	9.26	10.93	0	46
雜費(%)	4	10.57	10.68	0	25
聽篩耗材(%)	1	100	-	0	100

### 3.5、就醫民眾之主要自費結構

就醫民眾之主要自費結構係分析就醫民眾當次就醫的情況，如：醫護人員有無事先告知自費項目之金額、醫護人員有無徵詢就醫民眾的同意、醫護人員告之自費金額與就醫民眾付款之金額有無一致、該自費項目是由醫院建議或由就醫民眾所要求與醫療院所對此自費項目有無開立收據等四分類，並且依據民眾前往就醫之醫療機構的分類可分為住院、醫院門診、西醫診所、牙醫診所與中醫診所等五分類(請參附錄四)。本研究調查方法係採訪視員抄錄就醫民眾當次就醫收據，因此分析之問卷資料均屬有開立收據之自費項目。而醫護人員有無事先告知自費項目之金額、醫護人員有無徵詢就醫民眾的同意、醫護人員告之自費金額與就醫民眾付款之金額有無一致係屬同一題組之問題，因此以下將針對醫護人員有無事先告知自費項目之金額與該自費項目是由醫院建議或由就醫民眾所要求進行說明。

在醫護人員有無事先告知自費項目之金額方面，就住院就醫民眾來說，醫療人員沒有事先告知的自費項目有血液救濟金(100%)、醫材費(100%)、血液血漿費(13.04%)、藥品費(12.11%)、特殊材料費(9.55%)、治療處置費(9.3%)、護理費(6.67%)、醫療處置費(5.88%)、衛材費(5.75%)、檢驗檢查費(4%)、其他部分負擔(3.68%)、X光費(3.23%)、其他(2.78%)、膳食費(1.87%)、病房費(1.45%)與診斷書費(1.31%)。就醫院門診就醫民眾來說，醫療人員沒有事先告知的自費項目有醫療處置費(50%)、藥品費(14.63%)、特殊材料費(12.5%)、診斷書費(6.45%)、衛材費(5.56%)。就西醫診所就醫民眾來說，醫療人員沒有事先告知的自費項目有自費醫療費(50%)與藥品費(10%)。就牙醫診所就醫民眾來說，均有事先告知的自費項目(告知率為100%)。就中醫診所就醫民眾來說，醫療人員沒有事先告知的自費項目有其他部分負擔(100%)。由醫療院所有無事先告知自費項目金額方面，仍然有許多自費項目仍然有許多醫療院所並未向就醫民眾說明該自費項目金額。

在自費項目是由醫療院所建議或由就醫民眾所要求方面，就住院就醫民眾來說，主要由醫療院所建議的自費項目有血液救濟金、急性自付額、個人衛生費、處方調劑費、會診費、義肢、審查費、醫材費、藥事服務費、聽篩耗材、醫療處置費、特殊材料費、檢驗檢查費、藥品費、血液血漿費、行政處置費、治療處置費、檢查費、衛材費、其他部分負擔、X光費、注射費、手術費、麻醉費、護理費、病房費、手術處置費、其他、膳食費、診斷書費與救護車費（醫院建議率為 100% 至 8.33%）。就醫院門診就醫民眾來說，主要由醫療院所建議的自費項目有其他部分負擔、治療處置費、急診、特殊材料費、暫收款、檢查費、醫療處置費、藥品費、檢驗檢查費、衛材費、診斷書費（醫院建議率為 100% 至 48.39%）。就西醫診所就醫民眾來說，主要由醫療院所建議的自費項目有其他部分負擔、檢驗檢查費、醫療處置費、藥品費、自費醫療費用（醫院建議率為 100% 至 50%）。就牙醫診所就醫民眾來說，主要由醫療院所建議的自費項目有矯正器（醫院建議率為 100%）。就中醫診所就醫民眾來說，主要由醫療院所建議的自費項目有其他部分負擔（醫院建議率為 100%）。由自費項目是由醫療院所建議或由病人要求方面，本研究可以發現，醫療項目仍然屬於較專業的領域，因此該部分仍然主要是由醫療院所所主導比較多。

此外，不同所得分層對門診及住院自費百分比之交叉分析見附錄九。附錄九的表六中，對於門診就醫來說，除了在自費金額最高的後 50~75% 層級以外，其它家戶所得 50~未滿 150 萬元的所得群皆占有最高的比率，(分別為，占總份數 498 的 56.4%、占總份數 894 的 57.7%、占總份數 405 的 65.9%)。而在住院就醫中，皆一致表現家戶所得 50~未滿 150 萬元的所得群有最高的比率(分別為，占總份數 450 的 53.6%、占總份數 454 的 53.3%、占總份數 453 的 53.4%、占總份數 483 的 54.9%)。

## 第四章、模擬分析

第三章我們討論了抽樣的方法以及樣本的敘述統計資料，發現民眾就醫的自費支出在性別以及年齡的分級上，從樣本上來講，可能並沒有統計上的差異。本章擬從無母數統計分析的角度，研究未來 25 年的民眾就醫自費支出的變化，以及因為人口老化而帶來的影響。同時，我們也模擬不同家戶的就醫自費支出分配，以瞭解目前健保實施下，對民眾自費部分的公平性。最後，從第二章的文獻中，我們也可以發現各國在民眾就醫自費部分的監控，主要是經由政府主辦的全國家庭收支或消費者支出調查（如美國、瑞典、台灣）、或是由疾病基金會主導的醫院自費登錄（如比利時）。在資料的收集上，前者的監控方式屬於較為高時間及財務成本的。因此本研究也將模擬民眾就醫自費金額占健保申報點數的比例，以期令相關政府單位，可以監控各年度民眾就醫自費金額的可能變化。

根據 Dormont et al. (2006) 針對法國的健康照護系統，使用了模擬分析來計算醫療支付上的推估之後，這種無母數統計的模型在醫療經濟的研究上，便受到了廣泛的重視和應用。以下我們將先介紹我們模擬的步驟，然後依序討論我們的模擬結果。

### 4.1、模擬分析的步驟

首先，本研究民眾自費總金額資料來源，主要為抽樣的中選醫療機構之訪視問卷資料，以收入、性別、年齡分別做推估。對於推算未來 2011 年至 2036 年的 25 年間民眾就醫自費金額的變化，主要是使用政府發佈的人口資料。由於醫療資源之使用與人口變遷有所相關，因此，在人口資料上，本研究使用的是經建會「全國人口推計結果—中推估(民國 99-149 年)」資料。

一、首先使用的是經建會「全國人口推計結果—中推估(民國 99-149 年)」將年齡

以行政院衛生署統計室 98 年醫療統計年報之中醫門診統計，依照 0~14 歲、15~24 歲、25~44 歲、45~64 歲以及 65 歲以上為全國人口推估為分類，為各年齡層全國推估未來 25 年之總人口數。

二、接著，行政院衛生署統計室 98 年醫療統計年報之中醫門診統計-按疾病別、性別年齡和內政部統計處 2009 年「現住人口數按年齡分」資料，計算 0~14 歲、15~24 歲、25~44 歲、45~64 歲以及 65 歲以上之人口數，求得各年齡層中醫門診件數占各年齡層全國人數為 2009 年中醫使用率。

三、以 2011 年抽樣的中選醫療機構之訪視問卷資料，以收入、性別、年齡的樣本資料進行整理。問卷分類按照收入 1=50 萬以下、2=50~150 萬、3=150~250 萬、4=250~300 萬以及 5=300 萬以上作分類；性別以男、女作分類；年齡以行政院衛生署統計室 98 年醫療統計年報之中醫門診統計，依照 0~14 歲、15~24 歲、25~44 歲、45~64 歲以及 65 歲以上為分類。

四、再以收入、性別、年齡的樣本資料計算各個自費總金額，使用程式及軟體程式捕捉 2011 年每個收入、性別、年齡的樣本資料，每年每個年齡層的自費總金額之機率分配型態。並以 KOLMOGOROV-SMIRNOV 檢定法來確認適合度最高（即 GOODNESS OF FIT 最高者）的機率分配型態，以做為後續處理之用。

五、因此，將各年齡層全國推估未來 25 年之總人口數，乘上各年齡層中醫門診件數占各年齡層全國人數為 2009 年中醫使用率，再乘上每年每個年齡層的自費總金額之機率分配。

六、最後，將此分配模擬 3000 次後，可以發現各收入、性別、各年度年齡層的自費總金額的平均模擬數值，都會分別產生收斂的情況。這些收斂後的數值，即是本研究估算出來的各年度每個年齡層的自費總金額加總之後可得各年度自費總金額，而就其 3000 個模擬值，我們可以得到此金額的模擬分配及分配特性。

七、就模擬分析之推估數字與實際發生數字做微調因子，以矯正模擬可能產生的偏誤。

我們將從下一節開始，分別報告民眾在門診及住院兩大部分的模擬結果。在門診部分，我們再細分為中醫、西醫、醫院、及牙醫門診四個項目。在本報告中，所有模擬數字均為模擬分析直接推估數字，尚未經過模擬因子的矯正，模擬因子也為一個抽樣分配。

註：模擬分析分組組別過細可能導致分組樣本不足的問題，因此將統計室年齡分類將 0 至 4 歲與 5 至 14 歲進行合併為 0 至 14 歲。

## 4.2、民眾西醫門診自費費用模擬之結果

表 4.1 彙整了民眾使用西醫門診醫療資源的概況。在家戶收入 50 萬以下的家庭，平均每人每次在西醫門診就醫的自費金額估計約為 133 元，大約和 50-150 萬及 150-250 萬的兩個族群差不多。250 萬以上的家戶是 50 萬以下的家戶收入的五倍，但在平均每人每次就醫自費金額的差異，卻只有 29 元，約近平均每次自費額的五分之一。

**表 4.1、西醫門診樣本分類之抽樣分配及模擬結果**

表 4.1 表現了在西醫門診就醫民眾的樣本分類之抽樣分配及模擬結果，表中我們將樣本分門別類為，家戶收入五類:50 萬以下、50-150 萬、150-250 萬、250 萬以上。性別兩類:男性、女性。年齡層六類:0-14 歲、15-24 歲、25-44 歲、45-64 歲、65 歲以上。在各分類中表現出分配型態、3000 次模擬後金額、自費/健保申報比以及使用率。

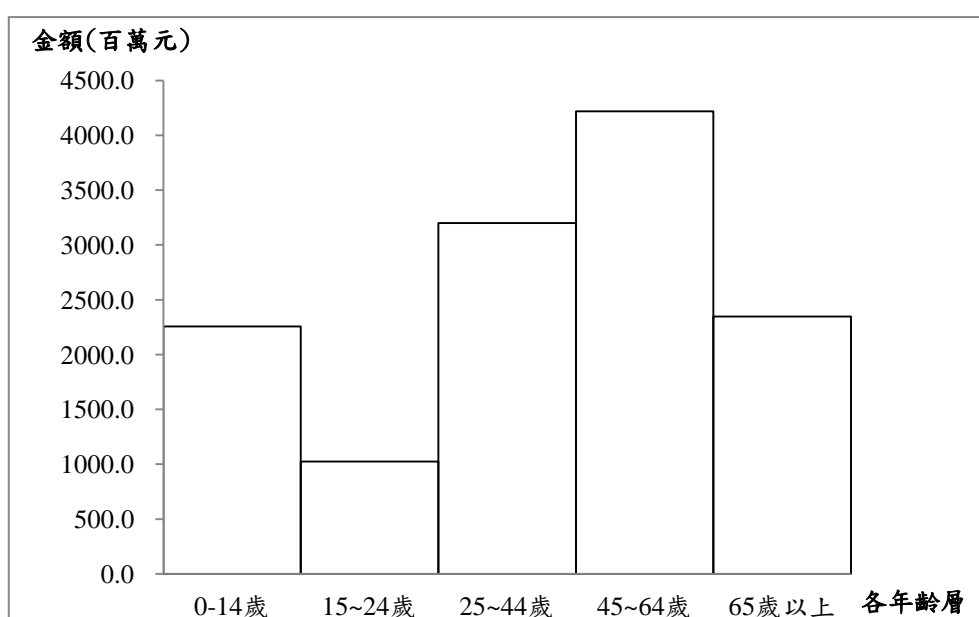
西醫門診					
分類		分配	3000 次模擬	自費/健保申報比	使用率
家戶收入	50 萬以下	Lognormal(5.5038,0.84825,1,1)	133		
	50-150 萬	Lognormal(5.6795,0.8941,1,1)	134		
	150-250 萬	Lognormal(5.5549,0.84721,1,1)	137		
	250 萬以上	Lognormal(5.3708,0.49641,1,1)	162		
性別	男	Lognormal(5.5489,0.81395,1,1)	136		
	女	Lognormal(5.6517,0.93393,1,1)	134		
年齡	0~14 歲	Lognormal(5.4547,1.0484,1,1)	134	Lognormal(-0.91237,1.1922,1,1)	4.85
	15~24 歲	Normal(366.18,222.49)	139	Lognormal(-0.42873,1.8388,1,1)	2.31
	25~44 歲	Lognormal(5.6389,0.89765,1,1)	144	Lognormal(-0.90371,1.6637,1,1)	2.95
	45~64 歲	Lognormal(5.6626,0.75584,1,1)	135	Lognormal(-1.0403,1.4511,1,1)	4.81
	65 歲以上	Lognormal(5.4646,1.0037,1,1)	99	Lognormal(-1.3501,1.4836,1,1)	9.58

接著在性別的就醫自費金額上，男性與女性的平均每人每次在西醫門診部分就醫的自費金額均呈現 Lognormal 的分配型態，但兩者統計特性值略有差異。在模擬 3000 次之後，女性平均每人每次在西醫門診就醫的自費金額為 134 元，而

男性為 136 元，說明男性在西醫門診非健保支付項目的使用上，可能有稍高一些的需求或意願。

另外，從年齡分佈上來看，平均每人每次在西醫門診就醫的自費金額在 25-44 歲的族群為最多，平均每次就醫自費金額達 144 元。但是，雖然 65 歲以上的人口的平均每人每次就醫自費金額沒有這麼高，但其平均每人每年對西医門診的使用率卻維持最高的 9.58 次。

圖 4.1、2011 年各年齡層西醫門診自費總金額之模擬結果



我們也根據經濟建設委員會公布的未來 25 年台灣人口組成資料，使用模擬分析來推估未來 25 年的西醫門診部分的民眾自費總金額。圖 4.2 顯示此總額的最高峰最有可能出現在 2033 年，然後緩步下滑。這應該和各年齡層之間的成長力道拉扯以及各年齡層的人口消長有關。表 4.2 以各年齡層在西醫門診的自費額總額成長率來看，則以 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 4% 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。最後，我們合計所有年齡層西醫門診的就醫自費額求算每年的總成長率，結果顯示直到至 2036 年，每人每次在西醫門診就醫的自費金額每年將有 1% 的成長。



圖 4.2、推估 2011-2036 年西醫門診自費總金額模擬結果

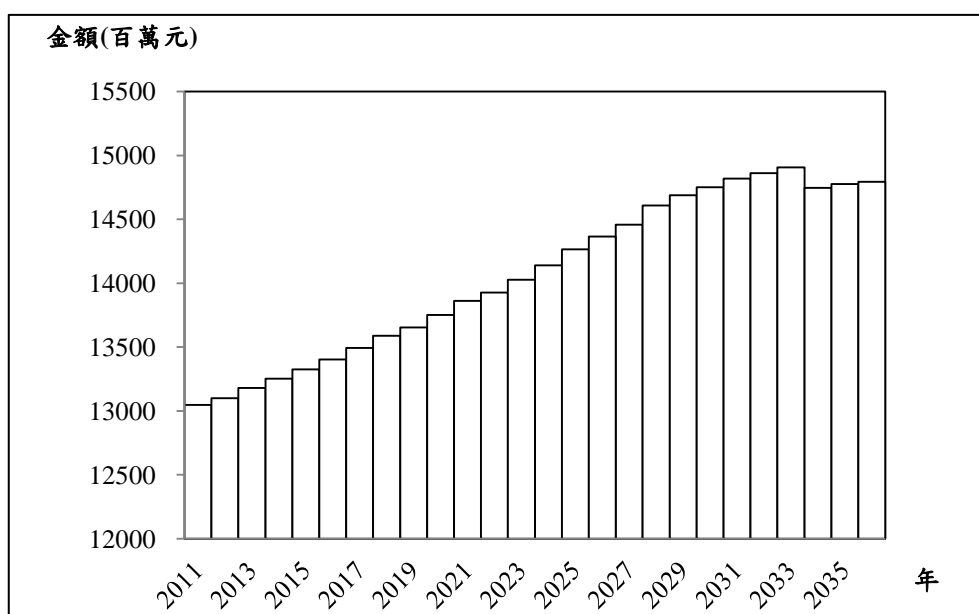


圖 4.3、2011-2036 年各年齡層西醫門診自費總金額百分比結構圖

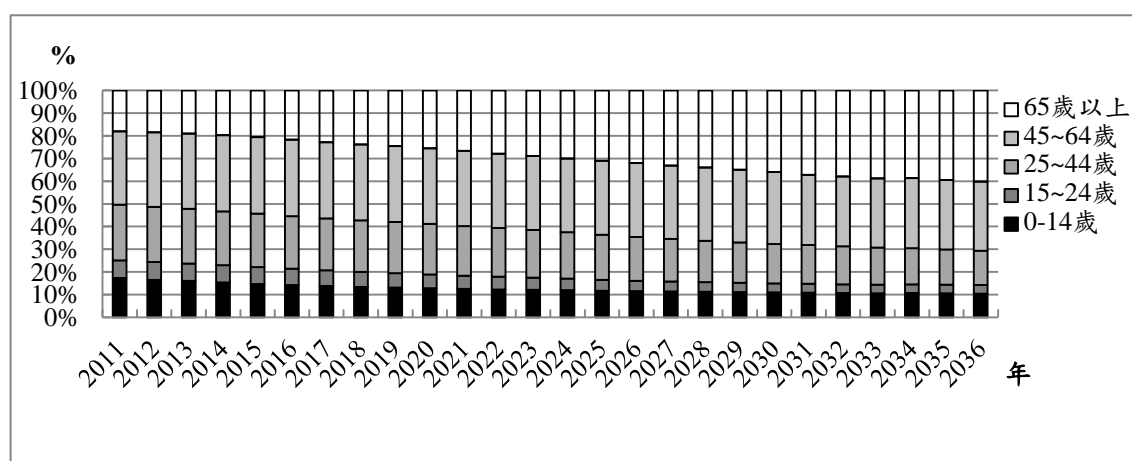


圖 4.3 將各年齡層在西醫門診自費總金額以結構圖方式呈現，從中可以看出 2011 年到 2036 年各年齡層在西醫門診自費總金額的消長情況。從 2011 年一直到 2036 年之中，15-24 歲的年齡層在西醫門診自費總金額的程度占有所有年齡層中最低，並且隨著年度的增加有遞減的趨勢。45 歲以上的年齡層在西醫門診自費總金額的程度為最大族群，占有所有年齡層的百分之五十以上。其中，45-64 歲的年齡層隨著年度增加而遞減，而 65 歲以上的年齡層則有最為明顯的遞增趨勢。

表 4.2、全台各年齡層西醫門診自費總金額之模擬分配<sup>註</sup>

表 4.2 表現了全台各年齡層西醫門診就醫自費總金額之模擬分配，本研究透過模擬的方式推估全台各年齡從 2011 年至 2036 年之西醫門診就醫自費模擬金額，透過模擬各年度的數值可約略求算 2011 年及 2036 年各年度的西醫門診自費總金額。g 為年平均成長率。

(單位:為百萬)

西元	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	g
0-14 歲	2257	2167	2109	2038	1955	1902	1853	1817	1785	1761	1735	1713	1701	1683	1675	1662	1651	1636	1626	1616	1608	1594	1582	1576	1558	1542	-2 %
15~24 歲	1025	1029	1007	999	990	965	942	911	878	842	806	770	746	717	675	653	632	617	603	592	582	571	566	561	557	553	-2%
25~44 歲	3198	3180	3178	3152	3137	3103	3092	3085	3075	3064	3026	3000	2944	2895	2839	2779	2719	2671	2611	2557	2535	2490	2427	2361	2296	2239	-1%
45~64 歲	4218	4308	4387	4455	4512	4516	4533	4548	4571	4571	4604	4554	4575	4598	4645	4664	4672	4721	4709	4690	4587	4563	4546	4554	4535	4515	0.3%
65 歲以上	2347	2414	2497	2608	2731	2916	3071	3227	3344	3514	3689	3888	4061	4246	4430	4606	4783	4963	5139	5294	5507	5642	5786	5694	5828	5945	4%
合計	13045	13099	13178	13251	13326	13402	13492	13588	13652	13751	13861	13926	14027	14138	14265	14364	14458	14608	14688	14750	14818	14860	14907	14746	14775	14793	1%

註:年平均成長率 g 的求算方式為:  $g = \left[ \frac{\text{Amount}_{2036} - \text{Amount}_{2011}}{\text{Amount}_{2011}} \right]^{\frac{1}{25}} - 1$

### 4.3、民眾醫院門診自費費用模擬之結果

表 4.3 彙整了民眾使用醫院門診醫療資源的概況。五個家戶所得分類中，醫院門診就醫自費金額最低的族群落在家戶所得 250 萬以上的族群，平均金額為 217 元。而最高的族群落在家戶所得 50-150 萬的族群中，平均金額為 291 元。

**表 4.3、醫院門診樣本分類之抽樣分配及模擬結果**

表 4.3 表現了在醫院門診就醫民眾的樣本分類之抽樣分配及模擬結果，表中我們將樣本分門別類為，家戶收入五類:50 萬以下、50-150 萬、150-250 萬、250 萬以上。性別兩類:男性、女性。年齡層六類:0-14 歲、15-24 歲、25-44 歲、45-64 歲、65 歲以上。在各分類中表現出分配型態、3000 次模擬後金額、自費/健保申報比以及使用率。

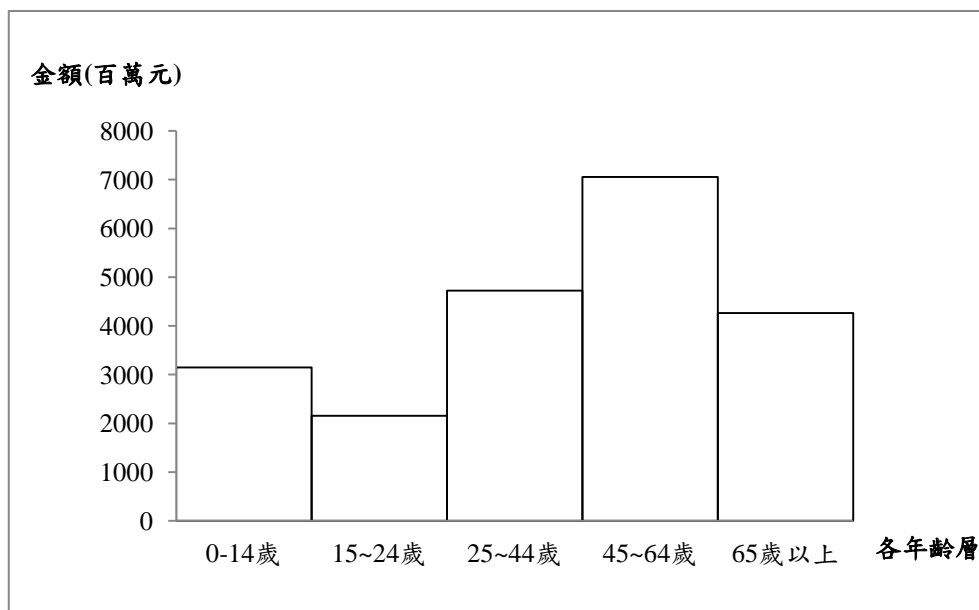
醫院門診					
分類		分配	3000 次模擬	自費/健保申報比	使用率
家戶收入	50 萬以下	Lognormal(5.5038,0.84825,1,1)	251		
	50-150 萬	Lognormal(5.6795,0.8941,1,1)	291		
	150-250 萬	Lognormal(5.5549,0.84721,1,1)	265		
	250 萬以上	Lognormal(5.3708,0.49641,1,1)	217		
性別	男	Lognormal(5.5489,0.81395,1,1)	261		
	女	Lognormal(5.6517,0.93393,1,1)	283		
年齡	0~14 歲	Lognormal(5.4547,1.0484,1,1)	235	Lognormal(-0.91237,1.1922,1,1)	3.79
	15~24 歲	Normal(366.18,222.49)	370	Lognormal(-0.42873,1.8388,1,1)	1.81
	25~44 歲	Lognormal(5.6389,0.89765,1,1)	286	Lognormal(-0.90371,1.6637,1,1)	2.31
	45~64 歲	Lognormal(5.6626,0.75584,1,1)	285	Lognormal(-1.0403,1.4511,1,1)	3.76
	65 歲以上	Lognormal(5.4646,1.0037,1,1)	238	Lognormal(-1.3501,1.4836,1,1)	7.49

在性別調查中，男性與女性平均每人每次在醫院門診就醫的自費金額皆呈現 Lognormal 的分配型態，但兩者統計特性值略有差異。在模擬 3000 次之後，女性平均每人每次在醫院門診就醫的自費金額為 283 元，而男性為 261 元，說明女性在醫院門診非健保支付項目的使用意願高於男性。

在年齡分佈上，15-24 歲的年齡層平均每人每次在醫院門診就醫的自費金額最高，為 370 元。而 0~14 歲以及 65 歲此兩年齡層的醫院門診就醫自費金額幾乎

相同，分別為 235 元及 238 元，也是年齡分類中醫院門診就醫自費金額最低的兩個年齡層。在各年齡層的就醫使用率上，65 歲以上的年齡層在醫院門診的就醫使用率比起其他年齡層明顯偏高，平均 65 歲以上每人每年對醫院門診的就醫使用率為最高的 7.49 次。

圖 4.4、2011 年各年齡層醫院門診自費總金額之模擬結果



最後我們也根據經濟建設委員會公布的未來 25 年台灣人口組成資料，使用模擬分析來推估未來 25 年的醫院門診部分的民眾自費總金額。圖 4.5 的結果顯示未來 25 年之中，醫院門診的民眾自費總額會逐步式的成長，並估計在 2036 年達到最高峰。從表 4.4 以各年齡層在醫院門診的自費額總額成長率來看，則以 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 4% 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。最後，我們合計所有年齡層醫院門診的就醫自費額求算每年總成長率，結果顯示直到至 2036 年，每人每次在醫院門診就醫的自費金額每年將有 1% 的成長。

圖 4.5、2011-2036 年醫院門診自費總金額模擬結果

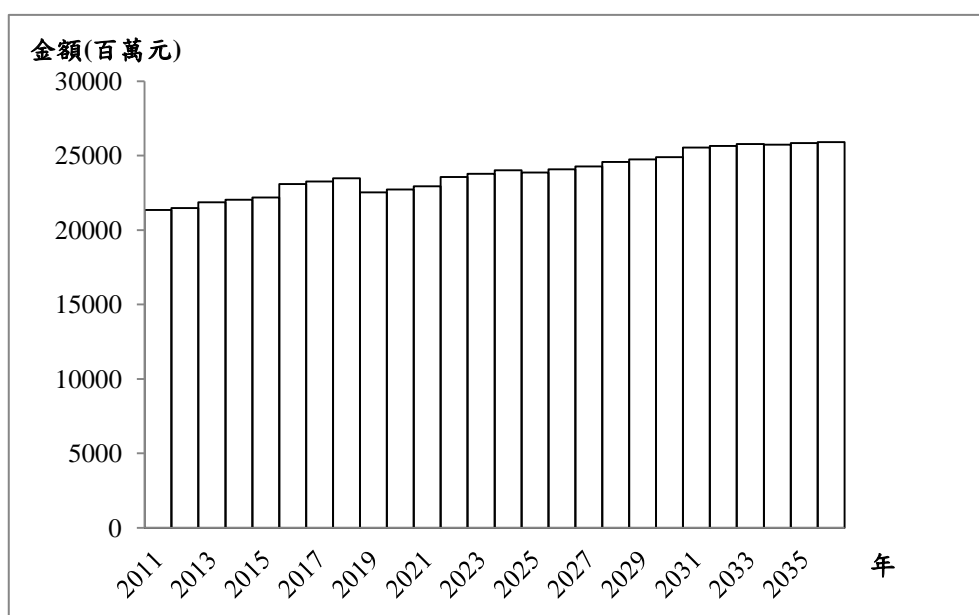


圖 4.6、2011-2036 年各年齡層醫院門診自費總金額百分比結構圖

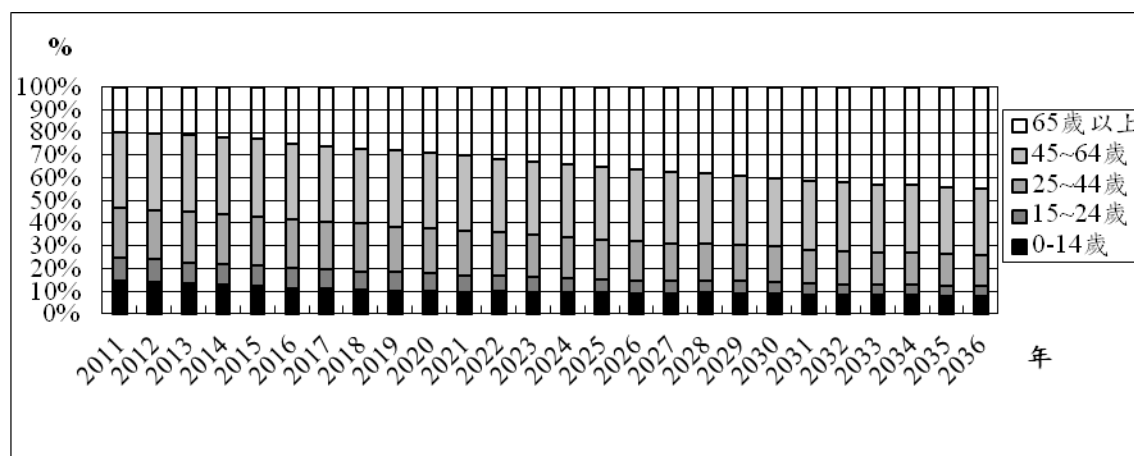


圖 4.6 將各年齡層醫院門診自費總金額以結構圖方式呈現，從中可以看出 2011 年到 2036 年各年齡層在醫院門診自費總金額的消長情況。從 2011 年開始一直到 2036 年，15-24 歲的年齡層在醫院門診自費總金額的程度占有所有年齡層中最低，並且隨著年度的增加有遞減的趨勢。45 歲以上的年齡層在醫院門診自費總金額的程度仍為最大族群，占有所有年齡層的百分之五十以上。65 歲以上的年齡層在醫院門診就醫所支付的自費總金額程度有最為明顯的擴大趨勢，並且大約於 2023 年之後會遞增為所有年齡層中最大的族群。

表 4.4、全台各年齡層醫院門診自費總金額之模擬分配<sup>註</sup>

表 4.4 表現了全台各年齡層醫院門診就醫自費總金額之模擬分配，本研究透過模擬的方式推估全台各年齡從 2011 年至 2036 年之醫院門診就醫自費模擬金額，透過模擬各年度的數值可約略求算 2011 年及 2036 年各年度的醫院門診自費總金額。g 為年平均成長率。

(單位:百萬元)

西元	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	g
0-14 歲	3148	3023	2931	2832	2717	2654	2585	2535	2352	2322	2287	2358	2341	2316	2258	2241	2226	2342	2327	2313	2208	2190	2173	2135	2111	2088	-2%
15~24 歲	2158	2168	2083	2065	2048	2023	1975	1909	1818	1743	1669	1605	1553	1494	1415	1368	1325	1300	1272	1250	1219	1196	1185	1164	1156	1147	-2%
25~44 歲	4725	4698	4895	4855	4833	4993	4977	4965	4546	4530	4475	4558	4473	4398	4215	4125	4037	4055	3963	3880	3846	3779	3683	3717	3615	3526	-1%
45~64 歲	7053	7203	7342	7456	7552	7725	7725	7750	7541	7541	7597	7634	7669	7709	7668	7699	7713	7512	7493	7462	7779	7737	7709	7629	7598	7564	0.3%
65 歲以上	4266	4387	4615	4820	5048	5705	6007	6312	6268	6586	6914	7410	7739	8090	8318	8649	8981	9361	9693	9986	10496	10754	11029	11098	11359	11586	4%
合計	21350	21480	21867	22028	22197	23100	23268	23471	22525	22721	22941	23564	23776	24007	23875	24081	24281	24569	24747	24891	25547	25656	25778	25743	25839	25911	1%

註:年平均成長率 g 的求算方式為:  $g = \left[ \frac{\text{Amount}_{2036} - \text{Amount}_{2011}}{\text{Amount}_{2011}} \right]^{\frac{1}{25}} - 1$

#### 4.4、民眾中醫門診自費費用模擬之結果

表 4.5 彙整了民眾使用中醫門診醫療資源的概況。首先，在家戶收入最低的 50 萬元以下族群中，擁有五個分類中最高的中醫門診就醫自費金額，平均每人每次在中醫門診就醫的自費金額估計約為 168 元。而家戶收入 50-150 萬的族群中醫門診就醫自費金額為 156 元次之。家戶收入 150-250 萬族群的中醫門診就醫自費金額則稍低於 50-150 萬族群，為 151 元。最後，家戶收入最高的 250 萬以上族群則有五個分類中最低的中醫門診就醫自費金額 110 元。此部分的模擬結果顯示了家戶收入與中醫門診自費金額的完全反向關係，換句話說家戶收入越高反而有較低的中醫門診就醫自費金額。

**表 4.5、中醫門診樣本分類之抽樣分配及模擬結果**

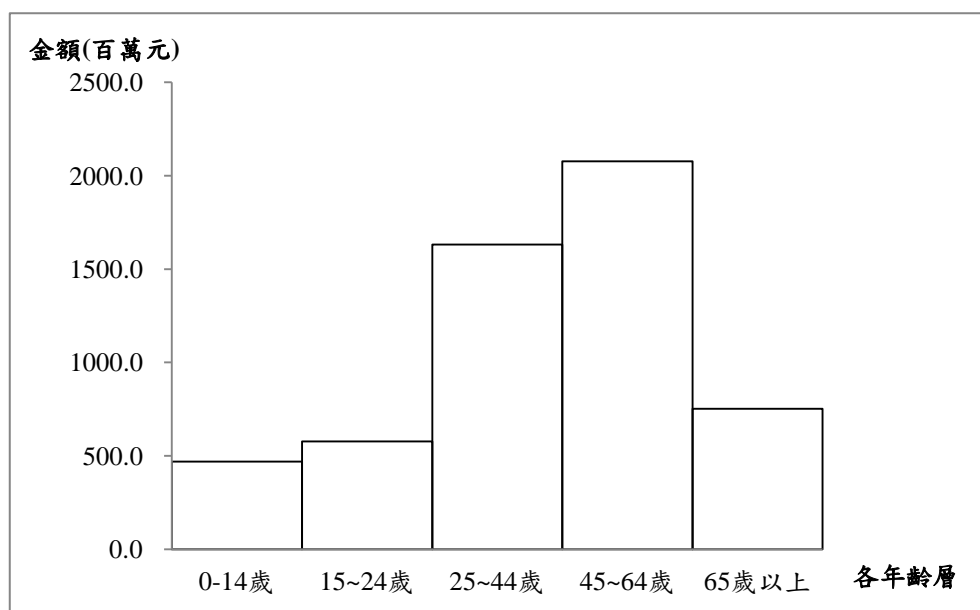
表 4.5 表現了在中醫門診就醫民眾的樣本分類之抽樣分配及模擬結果，表中我們將樣本分門別類為，家戶收入五類：50 萬以下、50-150 萬、150-250 萬、250 萬以上。性別兩類：男性、女性。年齡層六類：0-14 歲、15-24 歲、25-44 歲、45-64 歲、65 歲以上。在各分類中表現出分配型態、3000 次模擬後金額、自費/健保申報比以及使用率。

中醫門診					
分類		分配(自費合計)	3000 次模擬	自費/健保申報比	使用率
家戶收入	50 萬以下	Triang(32,159.33,310)	168		
	50-150 萬	Normal(154.32,57.029)	156		
	150-250 萬	Uniform(60.92,236.35)	152		
	250 萬以上	Triang(32,159.33,310)	110		
性別	男	Lognormal(4.9961,0.4073,1,1)	153		
	女	Normal(155.48,51.188)	159		
年齡	0~14 歲	Uniform(53.345,210.66)	132	Uniform(-0.05018,0.69638)	1.02
	15~24 歲	Normal(148,56.594)	150	Uniform(0.17612,0.5677)	1.30
	25~44 歲	Normal(160.15,54.561)	161	Lognormal(-0.85912,0.48582,1,1)	1.86
	45~64 歲	Triang(16.0,162.86,310.0)	164	Lognormal(-0.88755,0.69787,1,1)	1.91
	65 歲以上	Normal(161.43,58.334)	163	Triang(0.09273,0.45238,0.5742)	1.78

接著，在性別調查中，男性的平均每人每次在中醫門診就醫的自費金額呈現 Lognormal 的分配型態，而女性則為 Normal 的分配型態。在模擬 3000 次之後，女性平均每人每次在中醫門診就醫的自費金額為 159 元，而男性為 153 元，說明女性在中醫門診非健保支付項目的使用上，可能有稍高一些的需求或意願。

從年齡分佈上看，25 歲以上的族群有最高的中醫門診就醫自費金額，並且在族群內平均每人每次在中醫門診就醫的自費金額差距並不大(161 元~164 元)，整體而言差異在 3 元以內；其中以 45-64 歲的族群在中醫門診就醫的自費金額 164 元為最高。在中醫門診就醫的使用次數上，平均每人每年在中醫門診的使用率上皆不超過 2 次，其中，中醫門診使用率最高的是 45-64 歲族群的 1.91 次。

圖 4.7、2011 年各年齡層中醫門診自費總金額之模擬結果



最後我們也根據經濟建設委員會公布的未來 25 年台灣人口組成資料，使用模擬分析來推估未來 25 年中醫門診的民眾就醫自費總金額。圖 4.8 的結果顯示未來 25 年之中，中醫門診的民眾自費總額將逐步成長，並於 2030 年達到最高點，然後逐步下滑。從表 4.6 以各年齡層在中醫門診的自費額總額成長率來看，則以 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 4% 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。最後，我們合計所有年齡層中醫門診的就醫自費額求算每年總成長率，結果顯示直到至 2036 年，每人每次在中醫門診就醫的自費金額每年將有 0.3% 的成長。

圖 4.8、2011-2036 年中醫門診自費總金額模擬結果

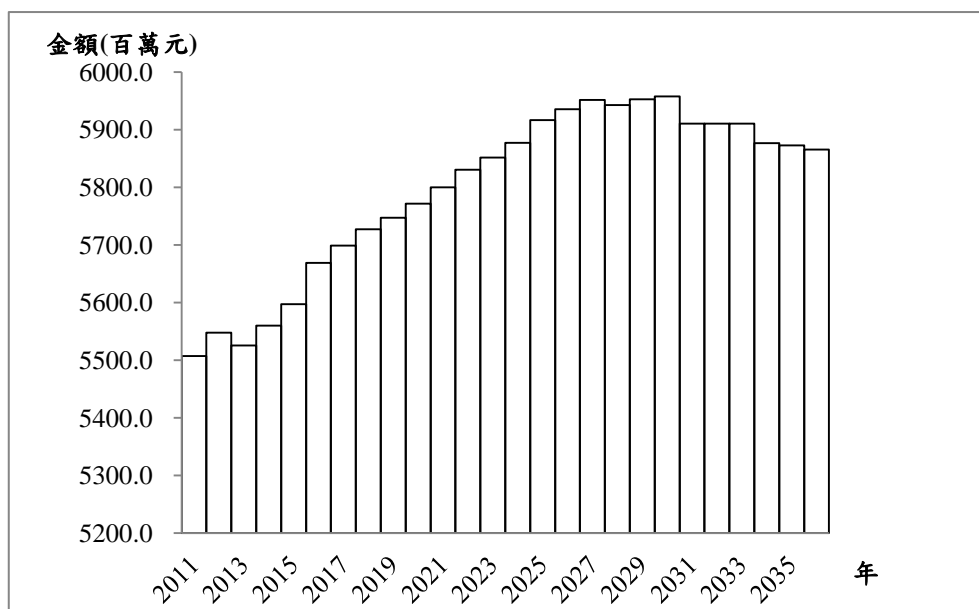


圖 4.9、2011-2036 年各年齡層中醫門診自費總金額百分比結構圖

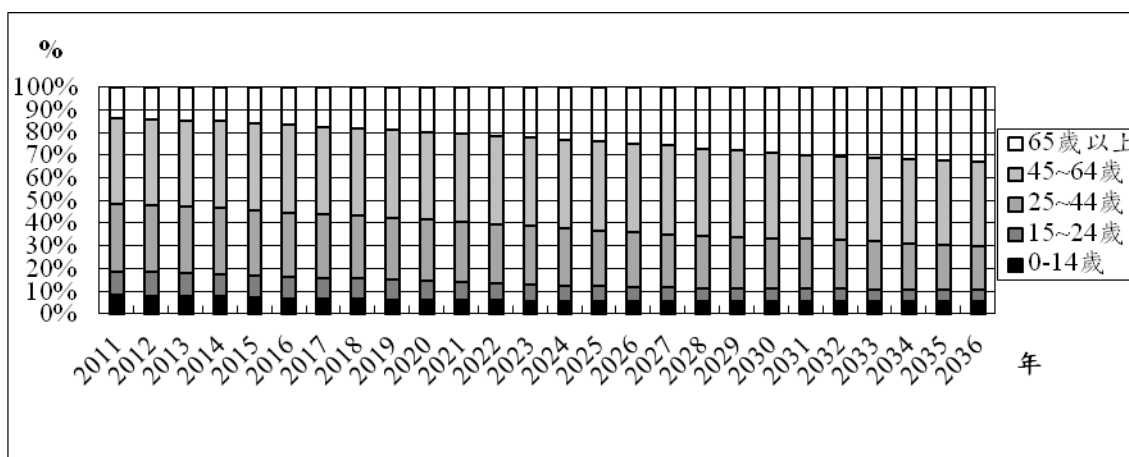


圖 4.9 將各年齡層中醫門診自費總金額以結構圖方式呈現，從中可以看出 2011 年到 2036 年各年齡層在中醫門診自費總金額的消長情形。從 2011 年一直到 2036 年，45-64 歲的年齡層在中醫門診自費總金額的程度占有所有年齡層中最高，並且隨著年度的增加沒有明顯的增減幅度。0-16 歲的年齡層在中醫門診自費總金額的程

度占有所有年齡層中最低，隨著年度的增加則有輕微遞減的趨勢。65 歲以上的年齡層在中醫門診自費總金額的程度則隨著年度的增加有快速遞增的情況。

表 4.6、全台各年齡層中醫門診自費總金額之模擬分配<sup>註</sup>

表 4.6 表現了全台各年齡層中醫門診就醫自費總金額之模擬分配，本研究透過模擬的方式推估全台各年齡從 2011 年至 2036 年之中醫門診就醫自費模擬金額，透過模擬各年度的數值可約略求算 2011 年及 2036 年各年度的中醫門診自費總金額。g 為年平均成長率。

(單位:百萬元)

西元	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	g
0-14 歲	469	450	444	429	411	396	386	378	375	371	365	354	352	348	351	348	346	342	340	338	337	334	331	328	324	321	-2%
15~24 歲	577	580	561	556	552	548	535	517	494	474	454	432	418	403	381	369	357	349	342	336	329	322	320	318	315	313	-2%
25~44 歲	1631	1622	1633	1620	1613	1602	1597	1593	1568	1563	1544	1529	1500	1475	1455	1424	1393	1375	1344	1316	1295	1272	1240	1194	1161	1132	-1%
45~64 歲	2077	2121	2091	2124	2151	2183	2191	2198	2228	2228	2244	2271	2282	2294	2315	2325	2329	2278	2272	2263	2194	2182	2174	2194	2185	2175	0.2%
65 歲以上	753	774	796	831	870	940	990	1040	1082	1137	1193	1244	1299	1358	1414	1470	1527	1599	1655	1705	1757	1800	1846	1843	1887	1925	4%
合計	5507	5548	5526	5560	5597	5669	5699	5727	5747	5771	5800	5831	5852	5877	5917	5936	5952	5943	5953	5957	5910	5910	5911	5877	5872	5866	0.3%

註:年平均成長率 g 的求算方式為:  $g = \left[ \frac{\text{Amount}_{2036} - \text{Amount}_{2011}}{\text{Amount}_{2011}} \right]^{\frac{1}{25}} - 1$

## 4.5、民眾牙醫門診自費費用模擬之結果

表 4.7 彙整了民眾使用牙醫門診醫療資源的概況。牙醫門診就醫自費金額最低的族群落於家戶收入 150 萬以下的族群，平均每人每次在牙醫門診就醫的自費金額估計皆為 91 元。而家戶收入 150 萬以上的族群有最高的牙醫門診就醫自費金額，其中家戶所得 150-250 萬以及 250 萬以上的牙醫門診就醫自費金額幾乎相同，分別為 102 元與 101 元。此部分的模擬結果顯示了一個家戶收入與牙醫門診自費金額幾乎呈現正向關係，越高的家戶收入平均會有較高的牙醫就醫自費金額。

**表 4.7、牙醫門診樣本分類之抽樣分配及模擬結果**

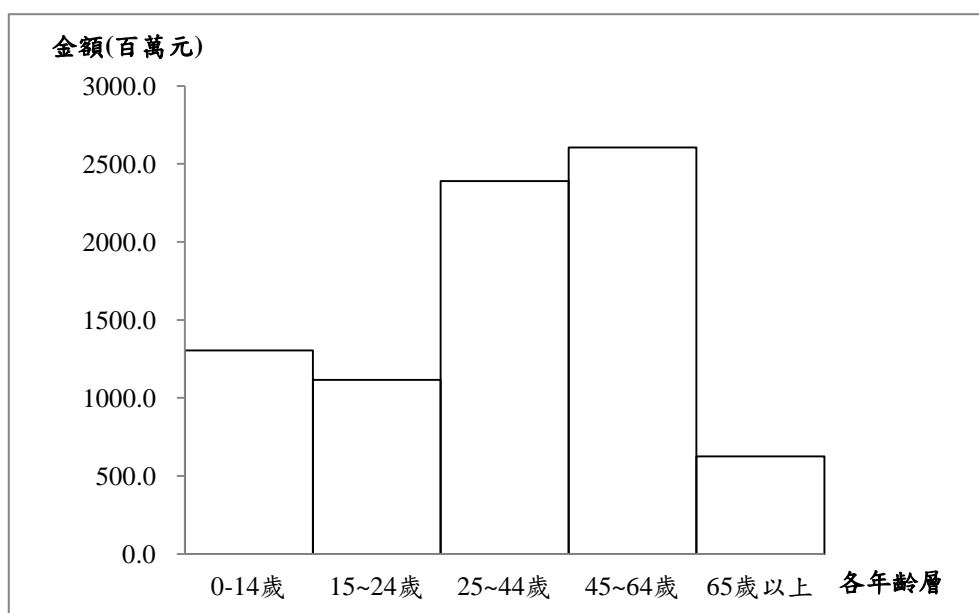
表 4.7 表現了在牙醫門診就醫民眾的樣本分類之抽樣分配及模擬結果，表中我們將樣本分門別類為，家戶收入五類:50 萬以下、50-150 萬、150-250 萬、250 萬以上。性別兩類:男性、女性。年齡層六類:0-14 歲、15-24 歲、25-44 歲、45-64 歲、65 歲以上。在各分類中表現出分配型態、3000 次模擬後金額、自費/健保申報比以及使用率。

牙醫門診					
分類		分配	3000 次模擬	自費/健保申報比	使用率
家戶收入	50 萬以下	Lognormal(4.5103,0.45478)	91		
	50-150 萬	Lognormal(4.508,0.53053)	91		
	150-250 萬	Normal(101.76,68.395)	102		
	250 萬以上	Uniform(5.1317,194.87)	101		
性別	男	Normal(94.174,76.563)	94		
	女	Lognormal(4.5412,0.48822,1,1)	96		
年齡	0~14 歲	Uniform(44.694,135.31)	89	Uniform(-0.04392,0.47031)	4.09
	15~24 歲	Lognormal(4.5434,0.47649,1,1)	95	Uniform(-0.25037,0.70886)	3.65
	25~44 歲	Normal(93.644,68.044)	94	Lognormal(-2.3453,1.2634)	3.41
	45~64 歲	Lognormal(4.6469,0.55326,1,1)	103	Lognormal(-1.6303,1.2385)	3.89
	65 歲以上	Uniform(-28.742,168.74)	70	Lognormal(-2.2021,1.3162)	3.47

接著，在性別調查中，男性的平均每人每次在牙醫門診就醫的自費金額呈現 Normal 的分配型態，而女性則為 Lognormal 的分配型態。在模擬 3000 次之後，女性平均每人每次在牙醫門診就醫的自費金額為 96 元，而男性為 94 元，說明女性在牙醫門診非健保支付項目的使用上，可能有稍高一些的需求或意願。

從年齡分布上看，0-14 歲的年齡層平均每人每次在牙醫門診就醫的自費金額為最低的 89 元，但在牙醫門診就醫的使用率上卻最高，平均每人每年的牙醫門診使用率為 4.09 次。而 15-24 歲以及 25-44 歲此兩年齡層的牙醫門診就醫自費金額幾乎相同，分別為 95 元及 94 元。45-64 歲的年齡層牙醫門診就醫自費金額最高，為 103 元。而 65 歲以上的年齡層牙醫門診就醫自費金額最低，為 70 元。

圖 4.10、2011 年各年齡層牙醫門診自費總金額之模擬結果



最後我們也根據經濟建設委員會公布的未來 25 年台灣人口組成資料，使用模擬分析來推估未來 25 年的牙醫門診部分的民眾自費總金額。圖 4.11 的結果顯示未來 25 年之中，牙醫門診的民眾就醫自費總額將逐步成長，並於 2016 年達到最高點。表 4.8 以各年齡層在牙醫門診的就醫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 26% 成長。但 44 歲以下的各族群則為負成長，大約落在每年 -15% 到 -8% 之間。最後，我們合計所有年

齡層牙醫門診的就醫自費額求算總成長率，結果顯示直到至 2036 年，每人每次在牙醫門診就醫的自費金額將呈現衰退的走勢，成長率為每年-1%。

圖 4.11、2011-2036 年牙醫門診自費總金額模擬結果

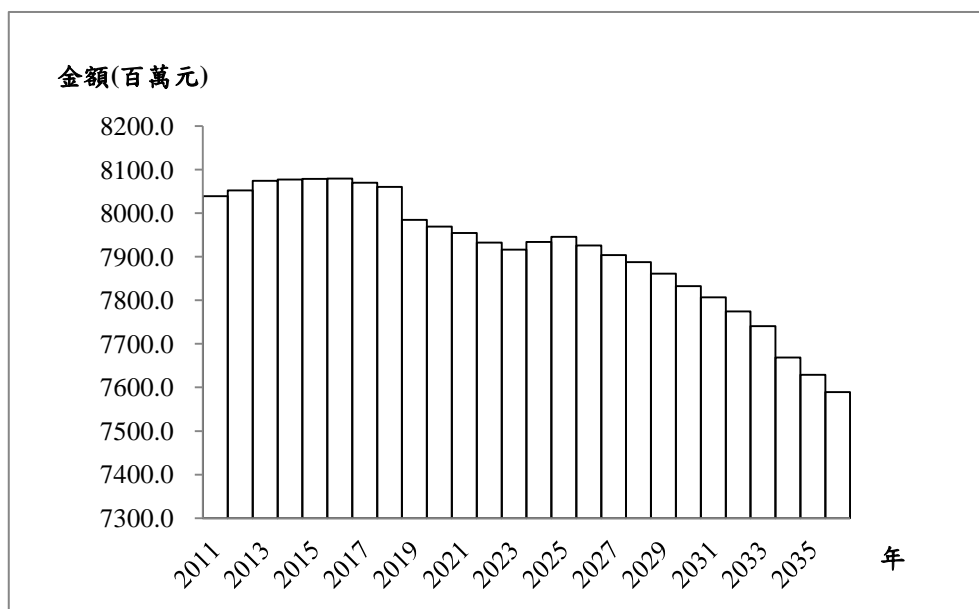


圖 4.12、2011-2036 年各年齡層牙醫門診自費總金額百分比結構圖

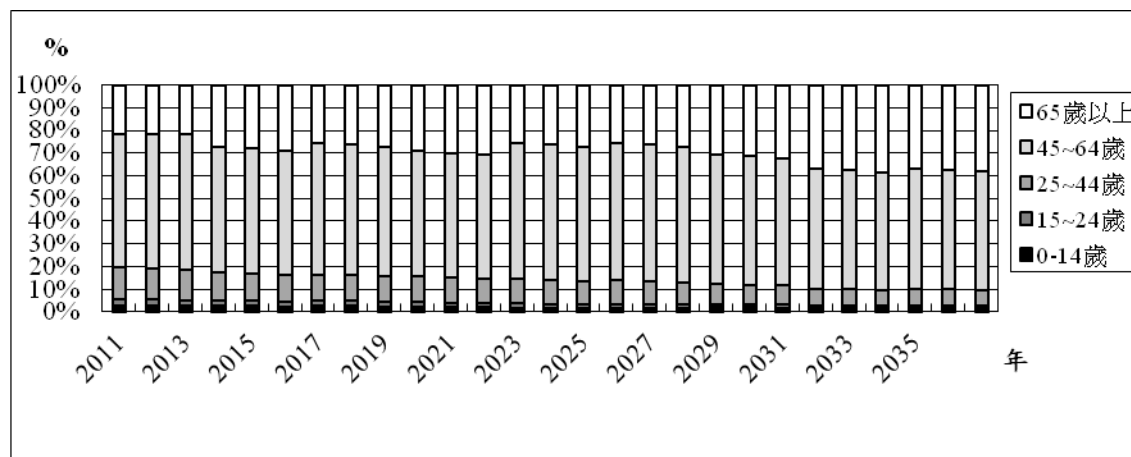


圖 4.12 將各年齡層牙醫門診就醫自費總金額以結構圖方式呈現，從中可以看出 2011 年到 2036 年各年齡層在牙醫門診就醫自費總金額的消長情形。從 2011 年一直到 2036 年，45-64 歲的年齡層在牙醫門診就醫自費總金額的程度占有所有年齡層中最高，但隨著年度的增加，並無明顯的增減幅度。而 15-24 歲的年齡層在

牙醫門診就醫自費總金額的程度佔所有年齡層中最低，隨著年度的增加則有遞減的趨勢。65 歲以上的年齡層在牙醫門診就醫自費總金額的程度則隨著年度的增加呈現上下波動的情況。

表 4.8、全台各年齡層牙醫門診自費總金額之模擬分配<sup>註</sup>

表 4.8 表現了全台各年齡層牙醫門診就醫自費總金額之模擬分配，本研究透過模擬的方式推估全台各年齡從 2011 年至 2036 年之牙醫門診就醫自費模擬金額，透過模擬各年度的數值可約略求算 2011 年及 2036 年各年度的牙醫門診就醫自費總金額。g 為年平均成長率。

(單位:百萬元)

西元	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	g
0-14 歲	1305	1253	1211	1170	1122	1088	1060	1039	1021	1007	992	972	965	986	956	949	942	940	934	928	913	906	899	901	891	882	-9%
15~24 歲	1115	1120	1084	1075	1066	1047	1022	988	947	908	869	827	800	770	726	702	680	668	653	642	629	617	612	602	598	593	-15%
25~44 歲	2389	2376	2345	2325	2315	2320	2312	2307	2304	2296	2268	2210	2169	2133	2140	2095	2050	2009	1963	1922	1923	1889	1841	1787	1737	1694	-8%
45~64 歲	2605	2661	2767	2810	2846	2859	2870	2880	2834	2834	2855	2902	2915	2930	2976	2988	2993	2948	2941	2929	2896	2881	2870	2876	2864	2852	3%
65 歲以上	625	643	667	697	730	765	805	846	880	924	970	1022	1067	1116	1148	1194	1239	1323	1370	1412	1446	1482	1519	1502	1538	1568	26%
合計	8039	8053	8074	8077	8079	8080	8070	8060	7985	7969	7955	7933	7917	7934	7946	7926	7904	7888	7861	7833	7807	7774	7741	7669	7629	7590	-1%

註:年平均成長率 g 的求算方式為:  $g = \left[ \frac{\text{Amount}_{2036} - \text{Amount}_{2011}}{\text{Amount}_{2011}} \right]^{\frac{1}{25}} - 1$



## 4.6、民眾住院自費費用模擬之結果

表 4.9 彙整了民眾使用住院醫療資源的概況。家戶收入 50 萬以下的家庭，有五個家戶收入分類中最低的住院就醫自費金額，平均每人每次住院自費額金額估計約為 2517 元。家戶所得 150-250 萬的族群是五個分類中最高住院就醫自費金額的族群，平均金額為 4525 元。家戶所得 50-150 萬族群的住院就醫自費金額稍低於家戶所得 150-250 萬族群，為 4521 元。250 萬以上的族群所估計的住院就醫自費金額為 4231 元。

**表 4.9、住院樣本分類之抽樣分配及模擬結果**

表 4.9 表現了在住院就醫民眾的樣本分類之抽樣分配及模擬結果，表中我們將樣本分門別類為，家戶收入五類：50 萬以下、50-150 萬、150-250 萬、250 萬以上。性別兩類：男性、女性。年齡層六類：0-14 歲、15-24 歲、25-44 歲、45-64 歲、65 歲以上。在各分類中表現出分配型態、3000 次模擬後金額、自費/健保申報比以及使用率。

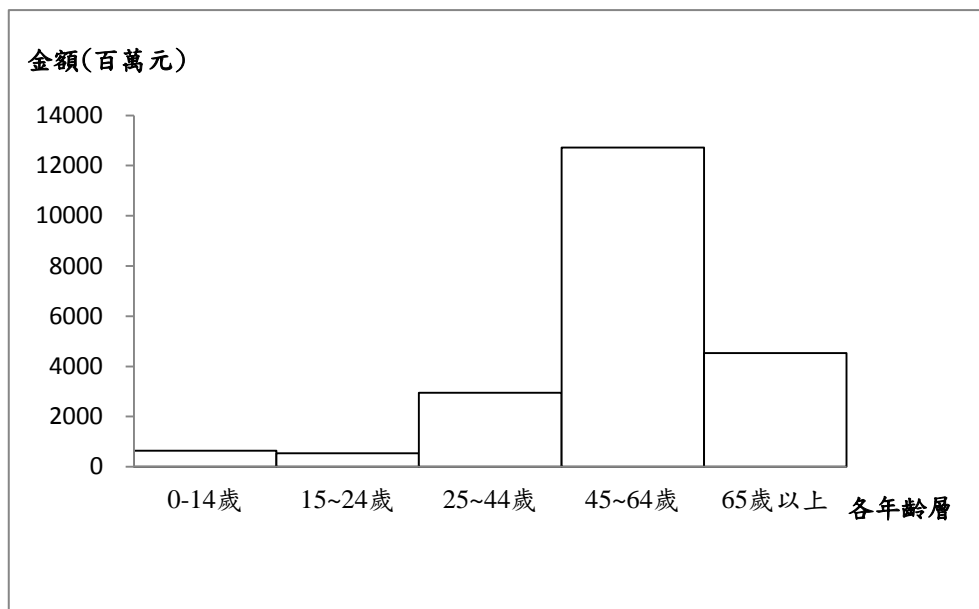
住院					
分類		分配	3000 次模擬	自費/健保申報比	使用率
家戶收入	50 萬以下	Lognormal(7.9062,1.7693,1,1)	2517		
	50-150 萬	Lognormal(8.3787,1.7115,1,1)	4521		
	150-250 萬	Lognormal(8.5616,1.6637,1,1)	4525		
	250 萬以上	Lognormal(8.6075,1.5262,1,1)	4231		
性別	男	Lognormal(8.2328,1.7759,1,1)	3618		
	女	Lognormal(8.2422,1.7759,1,1)	3733		
年齡	0~14 歲	Lognormal(7.7607,1.7274,1,1)	2322	Lognormal(-1.2941,1.9977,1,1)	0.25
	15~24 歲	Lognormal(8.2121,1.5161,1,1)	3468	Lognormal(-1.4198,1.4721,1,1)	0.25
	25~44 歲	Lognormal(8.2839,1.6453,1,1)	4870	Lognormal(-1.5602,1.5965,1,1)	0.21
	45~64 歲	Normal(14281.0,26995.0)	13184	Lognormal(-1.8237,1.627,1,1)	0.16
	65 歲以上	Lognormal(8.343,1.8606,1,1)	4240	Lognormal(-1.989,1.8082,1,1)	0.14

接著，在性別調查中，男性與女性的平均每人每次在住院就醫的自費金額均呈現 Lognormal 的分配型態，但兩者統計特性值略有差異。在模擬 3000 次之後，女性平均每人每次在住院的自費金額為 3733 元，而男性為 3618 元。男性與女性

在平均住院自費金額的差異為 115，顯示女性在住院非健保支付項目的使用程度明顯高於男性。

另外，從年齡分布上來看，0-14 歲的年齡層平均每人每次在住院的自費金額為最低的 2322 元。45-64 歲的年齡層住院自費金額最高，為 13184 元。在住院的就醫使用率上，依照分類結果，平均每人每年的住院次數皆不超過 1 次，其中，住院使用率最高的是 24 歲以下的族群，平均每人每年為 0.25 次。

圖 4.13、2011 年各年齡層住院自費總金額之模擬結果



最後我們也根據經濟建設委員會公布的未來 25 年台灣人口組成資料，使用模擬分析來推估未來 25 年的住院部分的民眾自費總金額。圖 4.14 的結果顯示未來 25 年之中，住院民眾自費總額會呈現逐步式的成長，並估計於 2033 年達到最高峰。表 4.10 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。最後，我們合計所有年齡層的住院就醫自費額求算總成長率，結果顯示直到至 2036 年，每人每次在住院就醫的自費金額成長率為每年 1%。

圖 4.14、2011-2036 年住院自費總金額模擬結果

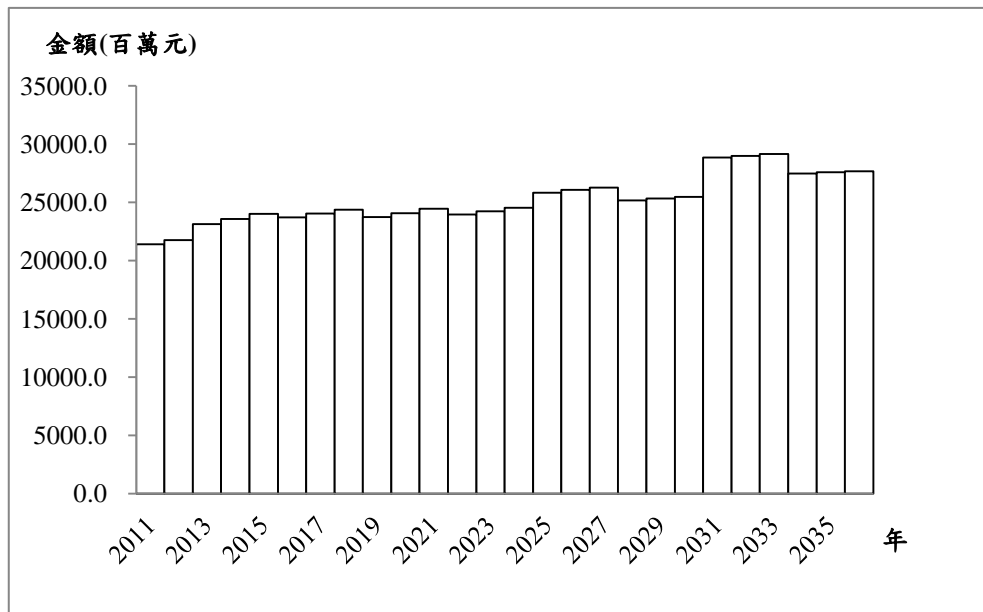


圖 4.15、2011-2036 年各年齡層住院自費總金額百分比結構圖

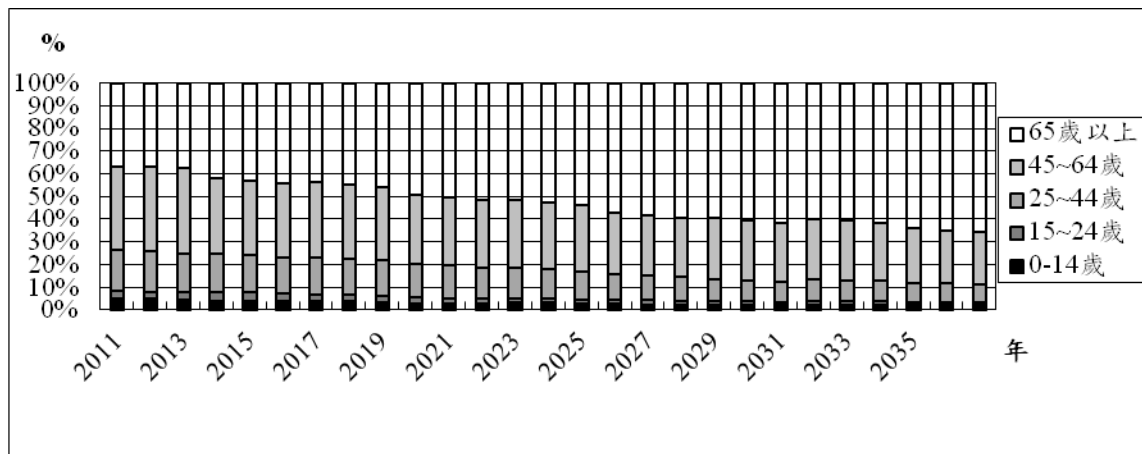


圖 4.15 將各年齡層住院自費總金額，以結構圖方式呈現，從中可以看出 2011 年到 2036 年各年齡層在住院自費總金額的消長情形。從 2011 年一直到 2036 年，65 歲以上的年齡層始終是住院自費總金額的程度占有所有年齡層中的最高，並且隨著年度增加而快速遞增，並且從 2014 年開始占其他年齡層的百分比都超過 40% 以上。15-24 歲的年齡層在住院自費總金額的程度占有所有年齡層中最低，並且隨著年度的增加有遞減的趨勢，約自 2035 年開始住院自費總金額的程度幾乎趨近於 0。

**表 4.10、全台各年齡層住院自費總金額之模擬分配<sup>註</sup>**

表 4.10 表現了全台各年齡層住院就醫自費總金額之模擬分配，本研究透過模擬的方式推估全台各年齡從 2011 年至 2036 年之住院就醫自費模擬金額，透過模擬各年度的數值可約略求算 2011 年及 2036 年各年度的住院就醫自費總金額。g 為年平均成長率。

(單位:百萬元)

西元	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	g
0-14 歲	636	610	643	622	596	651	634	622	546	539	531	484	480	475	513	509	506	529	526	523	498	494	490	518	512	506	-1%
15~24 歲	545	547	567	562	557	556	542	524	496	476	456	421	407	392	369	357	345	347	339	333	317	311	309	314	312	310	-2%
25~44 歲	2948	2931	2802	2779	2767	2750	2741	2734	2668	2659	2627	2629	2580	2537	2774	2715	2656	2238	2187	2142	2126	2089	2036	1983	1929	1881	-2%
45~64 歲	12716	12986	12866	13066	13233	13789	13843	13888	13236	13236	13333	14343	14409	14484	15584	15646	15674	14396	14361	14301	15332	15250	15195	14594	14534	14469	1%
65 歲以上	4537	4666	6261	6538	6847	5957	6272	6591	6795	7140	7496	6083	6354	6642	6565	6825	7087	7645	7916	8155	10575	10835	11112	10063	10299	10506	3%
合計	21381	21741	23139	23566	24000	23703	24032	24360	23741	24049	24442	23960	24231	24529	25805	26053	26270	25155	25329	25455	28848	28980	29141	27472	27586	27672	1%

註:年平均成長率 g 的求算方式為:  $g = \left[ \frac{\text{Amount}_{2036} - \text{Amount}_{2011}}{\text{Amount}_{2011}} \right]^{\frac{1}{25}} - 1$

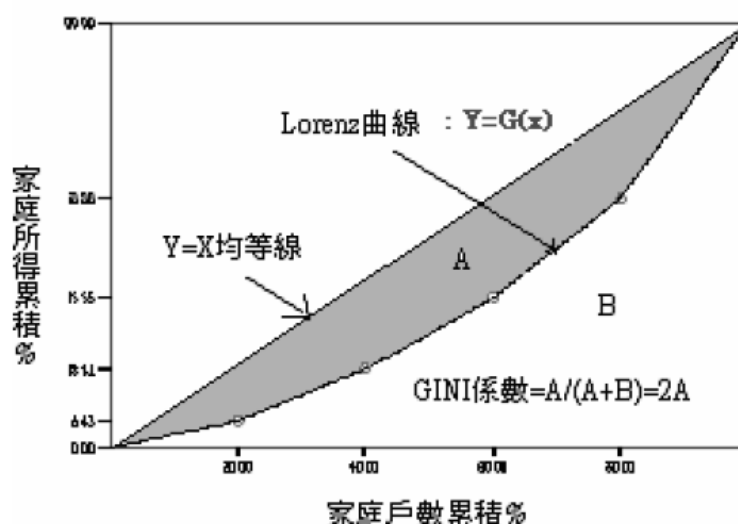
## 4.7、民眾自費的公平性

公平性係一個非常具爭論性的議題，目前並無公認的定義與範圍。在社會福利及經濟資源分配等問題上，一般較常使用的，就是吉尼係數(Gini Coefficient)。雖然其變化的公式繁多，但由於本研究並非特別探究那一種吉尼係數較適合於民眾就醫自費額的估算，亦非推導新的吉尼係數計算公式，因此本研究使用傳統的吉尼係數公式，就台灣民眾自費支出的公平性，做一個大略的估算。其公式如：

$$\text{Gini} = 1 - 2 \int_0^1 L_{CDF} = A/(A + B)$$

其中 $L_{CDF}$ 為羅倫斯曲線（Lorenz Curve的）累積分配函數。而吉尼係數與羅倫斯曲線的關係，可以圖型表示如下：

圖4.16、羅倫斯曲線與吉尼系數



因此，我們就門診部分及住院部門分別計算樣本在不同家戶所得分類下的抽樣數，以及民眾自費支出的總數，化為百分比概念，加權平均之後，據此求出本

國民眾醫療資源使用自費部分的吉尼係數大約為26%。根據行政院主計處2010社會指標統計年報，本國民眾吉尼指數大約為30.4%（美國為37.8%、日本為32.9%）。由於這兩個數字都大於20%，因此一般而言，台灣的民眾收入及民眾自費醫療支出，都不算是符合社會公平的期待，尚有可以進步的空間。

另外，由於計算吉尼係數的資料，是由問卷中有關民眾回憶過去就醫自費支出的金額大小與次數，屬於回憶資料，因此在準確度上，不是十分精準。但是我們仍然可以從相關數據中，找到一個大略的趨勢與現況反映。

#### **4.8、民眾自費占健保申報點數的模擬結果**

由於全國性調查民眾就醫的自付額的成本高昂，本委託研究也嘗試用模擬的方式來計算每年可能的估計自付額總額。我們使用的公式，為加權平均民眾就醫自費占健保申報點數的比例，等於西醫診所、醫院診所、中醫診所、牙醫診所、以及住院五大部分的健保申報總點數，分別占總健保申報點數的比例，乘上該部分的民眾就醫自費占健保申報點數的比例。把這個加權平均值模擬3000次之後，我們可以得到民眾就醫自費年度總金額大約占年度健保總申報點數之0.318倍。意即當年度的健保總申報點數若為6000億點，則民眾在該年度的就醫自費金額近2000億元。

最後，由這個比例，我們大約可以計算出，民眾自費的年度總金額，大約是總年度醫療支出（包含公、私部門）的24%左右。略低於我們的公告數字，這是因為本研究本次問卷發送的對象，未及於所有醫療機構（如藥局等）的原因。相關數據，將於下年度的計畫中補強。

#### **4.9、民眾對五大部門自費金額分析總結**

本節針對五大部門的所有模擬結果，進行一個整合分析。首先我們綜觀樣本分類之抽樣分配及模擬結果(表 4.1、4.3、4.5、4.7、4.9)，分析在家戶收入的分

類基準下，各家戶收入族群對於五大部門就醫自費金額的貢獻程度。在家戶收入的分類基準下，50 萬以下的家庭對於西醫門診、牙醫門診以及住院三個部門有最低的就醫自費總金額；而 250 萬以上的家庭則在醫院門診、中醫門診中有最低的就醫自費總金額。然而，綜觀五大部門的最高就醫自費金額，則無其他共通處。在性別分類下，唯有西醫門診的就醫自費金額男性些微高於女性，但程度並不明顯；其餘的四大部門在就醫自費金額上皆是女性高於男性，顯示除了西醫門診以外的醫院門診、中醫門診、牙醫門診以及住院中，女性在非健保支付項目的使用上比起男性有更高的需求，尤其是在住院的就醫利用上。

接著，我們整合在年齡的分類基準下，各年齡層對於五大部門就醫自費金額的貢獻程度。在年齡的分類基準下，0-14 歲的年齡層對於醫院門診、中醫門診以及住院三個部門有最低的就醫自費金額。至於在最高自費金額上，25-44 歲的年齡層對西醫門診以及中醫門診兩個部門有最高的就醫自費金額。其餘年齡層則未有其他共通處。至於在各年齡層對五大部門的就醫使用程度上，並沒有發現特定年齡層對特定部門的就醫使用率有明顯的共通點。

然後，我們整合推估 2011 到 2036 年的五大部門就醫自費總金額模擬結果的結論(圖 4.2、4.5、4.8、4.11、4.14)，我們發現對於西醫門診、醫院門診及住院的就醫自費總金額推估，皆隨著時間的經過呈現一個向上爬升的趨勢，顯示民眾對此三部門在非健保支付項目的未來需求以及投入可能是逐漸增加的。然而，在牙醫門診的就醫自費金額推估上，則表現出未來有逐步下滑的走勢。

在全台各年齡層五大主要部門就醫自費總金額之模擬分配上(表 4.2、4.4、4.6、4.8、4.10)，我們發現整體而言 0-14 歲以及 15-24 歲兩個年齡層在五大主要部門中皆表現出負向的就醫自費金額成長率，顯示此兩個年齡層無論在西醫門診、醫院門診、中醫門診、牙醫門診或住院的就醫自費金額投入可能隨著時間過去而逐漸降低。我們也透過表 4.11 將各年齡層對自費總金額彙整於表中，從成長率來看，仍是以 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 4% 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。最後，

我們合計所有年齡層的就醫自費額求算總成長率，結果顯示直到至 2036 年，每人每次在住院就醫的自費金額成長率為每年 1%。

而 65 歲以上的年齡層在五大主要部門則表現出最高的就醫自費金額成長率。而在結構圖之中(圖 4.3、4.6、4.9、4.12、4.15)，表現出 2011 年到 2036 年各年齡層分別在五大部門就醫自費總金額的消長情況。我們發現 15-24 歲的年齡層在五大部門的就醫自費總金額的貢獻程度上，是所有年齡層中最低的族群。然而 45 歲以上的年齡層無論是在西醫門診、醫院門診、中醫門診、牙醫門診或是住院，其就醫自費總金額的程度都是最大的族群。45 歲以上的年齡層除了在牙醫門診以外，其餘在西醫門診、醫院門診、中醫門診以及住院的就醫自費總金額程度皆至少占其它年齡層的百分之五十以上，並且隨著時間的經過逐漸遞增，特別是在住院就醫的自費總金額程度上，在 2036 年幾乎達到占其它年齡層百分之九十的水準，由此可見 65 歲以上的年齡層在五大主要部門的就醫自費總金額的程度占有舉足輕重的地位。



表 4.11、全台各年齡層自費總金額之模擬分配<sup>\*\*</sup>

表 4.11 表現了全台各年齡層就醫自費總金額之模擬分配，本研究透過模擬的方式推估全台各年齡從 2011 年至 2036 年之就醫自費模擬總金額，透過模擬各年度的數值可約略求算 2011 年及 2036 年各年度的就醫自費總金額。g 為年平均成長率。

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	g
0-14 歲	7816	7505	7333	7089	6800	6694	6521	6391	6075	5996	5906	5885	5843	5812	5752	5706	5669	5788	5751	5722	5567	5520	5477	5455	5395	5336	-2%
15~24 歲	5462	5487	5350	5304	5258	5178	5053	4886	4673	4481	4290	4094	3962	3812	3600	3479	3369	3310	3237	3175	3098	3041	3014	2977	2957	2933	-2%
25~44 歲	14825	14742	14771	14642	14576	14681	14633	14588	14084	14033	13863	13872	13614	13384	13371	13072	12792	12272	11995	11754	11663	11459	11167	11015	10712	10446	-1%
45~64 歲	28620	29229	29476	29913	30297	31053	31144	31260	30381	30381	30605	31649	31795	31959	33121	33255	33314	31836	31757	31639	32829	32654	32535	31851	31719	31579	0.4%
65 歲以上	12499	12855	14812	15482	16215	16253	17113	17980	18340	19271	20232	19615	20488	21417	21841	22689	23560	24815	25695	26479	29704	30435	31211	30156	30865	31484	4%
合計	69221	69818	71741	72430	73146	73859	74464	75105	73552	74161	74895	75116	75703	76385	77685	78201	78704	78022	78436	78769	82861	83109	83405	81453	81648	81778	1%

註：年平均成長率 g 的求算方式為： $g = \left[ \frac{\text{Amount}_{2036} - \text{Amount}_{2011}}{\text{Amount}_{2011}} \right]^{\frac{1}{25}} - 1$

## 第五章、自費方式改變民眾就醫層級的影響

### 5.1、研究背景

根據衛生署 2010 年所公佈的統計資料，我國自付醫療費用(Out-of-Pocket, OOP)佔總醫療費用，自全民健保開辦以來(1996 年)的 26%逐年上逐年上升到 2009 年的 35%(衛生署，2010)。就醫需求而言，自付醫療費用為消費者所面對的醫療價格，自付醫療費用佔總醫療費用的上升，某些程度代表醫療價格的上漲，而在價格機能的運作下，醫療價格的上漲將產生價格排擠效果，使得民眾會因為某一醫療層級(如醫院門診)的自付醫療費用較高而轉向自付醫療費用較低的醫療層級(如診所)就醫。過去文獻對於台灣全民健保制度下，就研究團隊成員有限知識的瞭解，探討自付醫療費用對民眾醫療層級選擇影響的研究相當有限。使用類似與本研究的實證方法者，僅有江君毅等人 (2002) 探討影響民眾選擇就醫層級的因素。以台北都會區年滿十七歲以上的中華民國國民為對象，利用巢式羅輯特模型 (Nested Multinomial Logit Model) 進行實證分析。作者將選項分巢方式區分為三種：(1)醫學中心與區域醫院同巢，且地區醫院和診所同巢；(2)醫學中心、區域醫院和地區醫院同巢，診所獨自一組；(3)醫學中心和區域醫院同巢，地區醫院和診所各自為一組。其實證結果發現：部分負擔影響效果顯著且符號為負。就醫距離越長、就醫可近性越差，民眾越不願前往該醫療層級就診。民眾健康狀況越差，越希望接受完善且先進的治療，對大醫院的需求較高；會到藥局看病之民眾，較不願前往大醫院就診；年齡越高、身體機能的衰退並未提高民眾前往大醫院的意願；高所得的民眾願意負擔昂貴醫療費用去接受大醫院完善的治療；教育程度較高的民眾較不會迷信大醫院。然而，江君毅等人(2002)的研究所應用巢式羅輯特模型 (Nested Multinomial Logit Model) 所估計的包含值係數 (Inclusive Variable)為負值，意味著該文所使用的實證模型，未能符合消費者效用最大的行為假設(McFadden,1981)。直到最近，Chen, et al (2011) 使用衛生署 2003 年自費調查計畫的資料，以 Gertler et al.

(1987)的分析架構為基礎，針對我國全民健保制度下的醫療層級選擇問題進行分析，並進行醫療自付費用相關福利效果之政策模擬，該研究結果顯示，民眾對我國全民健保的最高願付金額約佔家戶所得的 8.77%。

本章基於 Chen et al.(2011)的研究，利用本研究所收集的資料，嘗試驗證價格機能運作下的醫療層級選擇，是否將會產生所謂的自身價格的所得累退效果？而伴隨著自身價格的所得累退效果的作用，低所得者比較容易受到自付醫療費用增加所產生的價格排擠效果 (Pricing-out Effect)影響，進而選擇在價格較低的醫療服務。我國全民健保為一強制保險，其設立宗旨在於提供台灣全體人民完善的醫療照護。國際衛生組織 (World Health Organization, WHO)亦明確定義醫療照護為人類之基本人權，政府應保障人民基本人權的行使。然而，自付醫療費用增加所產生的價格排擠效果，可能迫使人民離開或阻止進入全民健保的醫療服務系統。若價格排擠效果過大，無法掌控自付醫療費用的政策不但違反全民健保設立的宗旨，且與國際衛生組織所提倡保障醫療照護基本人權的論述有所衝突。因此，自身價格與價格排擠之所得累退效果的量化估計，實為政府制定自付醫療費用政策的重要議題。

爰此，本章主要的目的在於回答自付醫療費用變動對民眾就醫層級選擇影響的兩個重要問題：第一、民眾因為某一醫療層級(如醫院門診)的自付醫療費用金額較高而轉向另一醫療層級(如診所)就醫的彈性為何？第二、自付醫療費用變動隱含的價格機能是否會產生所謂的所得累退效果(Regressive Effect)？如果所得累退效果存在，則低所得者比較容易受到自付醫療費用變所產生的價格排擠效果 (Pricing-out Effect)影響，進而選擇在價格較低的醫療服務。將貧病者排擠到價格較低的醫療服務，這樣的政策似乎違反全民健保架構下的公平正義原則。

## 5.2、研究方法

### 5.2.1、研究內容與設計重點

不同於其他過去對於台灣過去醫療層級選擇的文獻，本研究的設計不只探討所有自變項（外生變數）對其消費者醫療層級選擇決策的影響，更重要的是計算當自付醫療費用（等同於醫療價格）改變，對於不同醫療層級需求變動的估算。本研究的內容分為二部分：第一、利用離散選擇需求模型來估計消費者各醫療層級的需求，並進一步探討影響消費者醫療層級選擇的因素。第二、利用離散選擇需求模型來估計各醫療層級的自身價格彈性以及其各醫療層級間的交叉彈性。並依所得分組，估計不同所得區間各醫療層級的身價格彈性，並用此估計結果分析自付醫療費用變動所造成之自身價格以及價格排擠的所得累退效果。

### 5.2.2、計量模型的選定

本研究必須擇一適當的離散選擇需求模型估計不同層級的醫療需求。過去文獻使用之離散選擇需求模型來估計不同醫療服務的需求約可分為多項式羅輯特模型(Multinomial Logit Model)、巢式羅輯特模型(Nested Multinomial Logit Model)、混合羅輯特模型(Mixed Logit Model)、以及多項式常態機率模型(Multinomial Probit Model)等四種模型。本研究在選擇離散選擇需求模型的決策過程如下：第一、多項式羅輯特模型因受限制於無關選擇的獨立性假設(IIA assumption)，除非資料屬性通過無關選擇的獨立性假設的統計檢定，否則本研究將不予採用。第二、巢式羅輯特模型為多項式羅輯特模型的一般式而且能排除無關選擇的獨立性假設(IIA assumption)。當資料不符合無關選擇的獨立性假設(IIA assumption)時，吾人可考慮以此為實證模型。第三、本研究所涵蓋的消費者醫療層級選擇共有地區診所、地區醫院、區域醫院以及醫學中心等四項選擇。過去文獻顯示，倘若消費者選擇項目超過三個，運用最大概似法估計多項式常態機率模型將無法得到收斂值(Akin et al.,1995; Bolduc et al.,1996; Borch,2006)。

因此，本研究排除此一模型。第三、本研究將估計四個醫療層級之身價格彈性以及其各醫療層級間的交叉彈性。混合羅輯特模型在估計各種彈性時，需處理數個不等的積分收斂值，除非各種彈性估計值能獲得收斂，否則本研究將不予採用此一模型。

### 5.2.3、實證模型的設定

當消費者遭逢疾病時，消費者的面對一個選擇集合包含  $J+1$  個醫療層級選項。消費者將從此集合中選擇一個醫療層級選項 ( $j \in J+1$ )，使得消費者效用最大。根據經濟學效用理論，消費者在其預算限制式與醫療科技的限制式下追求效用極大。一般的線型效用函數無法滿足消費者效用理論，因為線型效用函數隱含著價格獨立於所得變數 (Gertler et al., 1987; Dow, 1999)。為了符合消費者效用理論，我們定義一個包含消費費用二次式的非線型效用函數並使受限於預算及醫療科技的限制式。如下列[1]-[4]式：

$$[1] \quad U_{ij} = \alpha_0 H_{ij} + \alpha_1 C_{ij} + \alpha_2 C_{ij}^2 + \varepsilon_{ij}$$

$$[2] \quad Y_i = C_{ij} + P_{ij}$$

$$[3] \quad H_{ij} = H_{i0} + Q_{ij}$$

$$[4] \quad Q_{ij} = \frac{\beta_{0j}}{\alpha_0} + \frac{\beta_{1j}}{\alpha_0} X_i + \frac{1}{\alpha_0} \tau_{ij}$$

其中， $U_{ij}$  為消費者  $i$  選擇醫療層級  $j$  的效用； $\varepsilon_{ij}$  為消費者偏好所產生的誤差項； $C_{ij}$  為消費者  $i$  消費醫療層級  $j$  所提供醫療服務以外的總費用(消費淨額變數)； $Y_i$  為消費者  $i$  之所得； $P_{ij}$  為為消費者  $i$  面對醫療層級  $j$  的價格； $H_{ij}$  代表消費者  $i$  的健康生產函數。此一函數為消費者  $i$  接受治療前的健康狀態( $H_{i0}$ ) 加上消費者  $i$  接受醫療層級  $j$  治療的醫療品質( $Q_{ij}$ ) (亦即健康狀態的改善情形)； $X_i$  為消費者  $i$  可觀察的特性(如年齡、性別、健康狀態)； $\tau_{ij}$  為消費者  $i$  不可觀察的特性(如疾病的複雜程度)對醫療層級  $j$  的醫療品質的影響。當消費者選擇醫療層級  $j$  時，意味著  $U_{ij} > U_{ik}$ ， $\forall j \neq k$ 。因此，只有不同選項間

的效用差異會影響消費者的決策。因為消費者 $i$ 接受治療前的健康狀態( $H_{i0}$ )在各選項間並無差異，我們可以忽略此變數。將[2]-[4]式帶入[1]式，消費者的效用函數變成下列第[5]式，而消費者的間接效用函數如下列第[6]式：

$$[5] \quad U_{ij} = V_{ij} + \varepsilon_{ij} + \tau_{ij}$$

$$[6] \quad V_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j}X_i + \alpha_1(Y_i - P_{ij}) + \alpha_2(Y_i - P_{ij})^2$$

其中， $\beta_{0j}$ 、 $\beta_{1j}$ 、 $\alpha_1$ 、 $\alpha_2$ 、 $\alpha_3$ 為估計參數。

因為台灣全民健保制度將醫療層級化分為四級：地區診所、地區醫院、區域醫院以及醫學中心，並且給予民眾自由選擇醫療層級的權利。因此，消費者的選擇集合可定義為 $j \in \{1,2,3,4\}$ ；其中， $j=1,2,3,4$  分別對應為地區診所、地區醫院、區域醫院及醫學中心等四個選項。

此外，離散選擇需求模型為一機率模型，估計不同層級的醫療需求實為估計消費者選擇不同醫療層級的機率。若假定第[5]式的兩種隨機殘差項( $\varepsilon_{ij}$ 和  $\tau_{ij}$ )為 Type B 極值機率分配，則各層級的醫療需求為一巢式羅輯特模型(McFadden, 1981)。此模型好處在於避免所謂無關選擇的獨立性假設(即 IIA，隱含著  $\varepsilon_{ij} + \tau_{ij}$  獨立於不同的消費者及不同的醫療層級)。過去的研究(如 Chen et al., 2011) 發現  $\tau_{ij}$  與不同的醫療層級具有相關性。因此，使用巢式羅輯特模型正可測試  $\varepsilon_{ij} + \tau_{ij}$  是否獨立於不同的消費者及不同的醫療層級選項。根據 Chen et al.,(2011)的研究，在分析民眾門診就醫層級選擇時，我們使用的巢式羅輯特模型，將地區診所與地區醫院同置於一個巢層，而區域醫院與醫學中心同置於另一個巢層。另外，在分析民眾住院就醫層級選擇時，我們使用的巢式羅輯特模型將地區醫院同置於一個巢層，而區域醫院與醫學中心同置於另一個巢層。我們使用 LR 檢定與 Wald 檢定測試本研究資料的 IIA 性質。我們採用最大概似法估計方程式[6]。

#### 5.2.4、自身價格及價格排擠的所得累退效果

本研究將針對自身價格以及價格排擠的所得累退效果進行分析。因而我們首先針對不同所得族群估計不同醫療層級的自身價格需求彈性以及交叉價格彈性。藉以說明自付醫療費用變動所造成的自身價格以及價格排擠的所得累退效果。因為不同價格水準下之兩種所得累退效果應有所不同，而弧彈性的計算可以明確的看出不同價格水準下，自身價格以及價格排擠的所得累退效果。所以，我們採用採用 Gertler & Gaag(1990) 的弧彈性的方式計算不同醫療層級的價格彈性與交叉彈性，如下式[7]。

$$[7] \quad \xi^{jk} = \frac{(\pi_{ij}^1 - \pi_{ij}^0) / ((\pi_{ij}^1 + \pi_{ij}^0) / 2)}{(P_{ik}^1 - P_{ik}^0) / ((P_{ik}^1 + P_{ik}^0) / 2)}$$

其中，若  $j=k$ ，上式為價格彈性；若  $j \neq k$ ，上式為交叉彈性。

$\pi_{ij}^0$  為價格變動前消費者  $i$  選擇醫療層級  $j$  的機率。

$\pi_{ij}^1$  為價格變動後消費者  $i$  選擇醫療層級  $j$  的機率。

$P_{ik}^0$  為價格變動前消費者  $i$  選擇醫療層級  $k$  的價格。

$P_{ik}^1$  為價格變動後消費者  $i$  選擇醫療層級  $k$  的價格。

### 5.3、研究變項描述

本研究的依變數為消費者醫療層級的選擇集合。就台灣全民健保體系而言，當消費者遭遇疾病，尋求門診治療時，共有四種選項，分別為：地區診所、地區醫院、區域醫院以及醫學中心等四項選項，在此我們將地區診所指定為基準組；另外，尋求住院治療時，共有三種選項，分別為：地區醫院、區域醫院以及醫學中心等三項選項，在此我們將地區醫院指定為基準組。本研究的自變數分為兩大類：第一類為消費者醫療選擇的屬性變數。第二類為消費者個人的特性變數。消費者醫療選擇的屬性變數依不同醫療層級的選擇的不同而有所不同。在本研究中，消費淨額和消費淨額的平方項為屬性變數。消費淨額的定義為消費者之所得減掉醫療層級  $j$  的醫療價格。我們描述所得與價格變數如下：

在原來所蒐集的問卷資料中包含八個序列個人年所得區間變數資料，其區間分別為，無任何收入、小於新台幣 20 萬元、介於新台幣 20 萬到 40 萬、介於新台幣 40 萬到 60 萬、介於新台幣 60 萬到 80 萬、介於新台幣 80 萬到 100 萬、介於新台幣 100 萬到 150 萬、大於新台幣 150 萬元。在我們的模型設定中，我們需要個人所得之連續變數進行模型的估計。因此，我們將個人所得區間序列變數以所得區間變數的中點作為所得之連續變數，無任何收入設定為 0；大於新台幣 150 萬元入設定為新台幣 175 萬元。各層級間的價格變數為消費者至該層級的每次門診的自付醫療費用(住院每天的自付醫療費用)。離散選擇模型的分析架構需要消費者所面對所有醫療層級的價格。然而，消費者往往只能對其實際選擇醫療層級的醫療價格，提供較正確的價格資訊。因此，消費者對其他(實際選擇以外)醫療層級之價格資料須加以判定。本研究採用各層級的平均自付醫療費用帶入。

至於消費者個人的特性變數，我們的模型包括消費者之健康狀態、年齡、性別、教育程度、住院天數等變數。健康狀態定義為虛擬變數以台灣版 SF-12 量表的生理健康分數(PCS)的平均數為基準，大於平均數設定為 1。年齡定義為虛擬變數(60 歲以上設定為 1)；性別虛擬變數則是將男性設定為 1；教育程度定義為虛擬變數(大學歲以上設定為 1)；住院天數的虛擬變數以平均數為基準，大於平均數設定為 1。本研究所使用之所有變數之敘述統計資料如下表 5.1。

如表 5.1 所示，在門診樣本部分，大約有 47.48%的樣本來自地區診所；11.90%的樣本來自地區醫院；19.95%的樣本來自區域醫院；20.67%的樣本來自醫學中心。各醫療層級每次使用之平均自付醫療費用依次為最低 NT\$149.57 元(地區診所)、NT267.84 元(地區醫院)、NT\$407.222 元(區域醫院)到最高 NT\$497.94 元(醫學中心)。平均每人每月所得為 NT\$25,662 元，約有 57%的觀察值生理健康 PCS 分數大於平均數；20%的觀察值大於 60 歲；42%的觀察值為男性；大專程度教育水準的觀察值約佔 43%。在住院樣本部分，大約有 37.76%的樣本來自地區醫院；37.55%的樣本來自區域醫院；24.69%的樣本來自醫學中心。各醫療層級每天住院之平均自付醫療費用依次為最低 NT2,257.60



元(地區醫院)、NT\$3,104.65 元(區域醫院)到最高 NT\$5845.61 元(醫學中心)。平均每人每月所得為 NT\$19,766 元，約有 47%的觀察值生理健康 PCS 分數大於平均數；37%的觀察值大於 60 歲；51%的觀察值為男性；大專程度教育水準的觀察值約佔 27%，平均住院天數的高於平均數觀察值約佔 30%。

**表 5.1、敘述性統計(門診部分)<sup>註</sup>**

自變數(Independent Variables)	門診樣本		住院樣本	
	層級屬性變數		層級屬性變數	
	平均數 (每次)	標準差 (每次)	平均數 (每天)	標準差 (每天)
地區診所自費金額(NT\$)	149.57	85.61	-----	-----
地區醫院自費金額(NT\$)	267.84	175.72	1763.85	2257.60
區域醫院自費金額(NT\$)	407.22	365.08	2605.06	3104.65
醫學中心自費金額(NT\$)	497.94	385.19	4592.10	5845.61
	個人特性變數		個人特性變數	
	平均數	標準差	平均數	標準差
每人每月所得(NT\$)	25662	27601	19766	23502
生理健康分數(PCS) (>平均數=1)	0.57	0.50	0.47	0.50
年齡 (>60=1)	0.20	0.40	0.37	0.48
性別 (男性=1)	0.42	0.49	0.51	0.50
教育程度 (>大學(專)以上=1)	0.43	0.50	0.27	0.44
住院天數(>平均數=1)	-----	-----	0.30	0.46
	依變數		依變數	
	觀察值	(百分比%)	觀察值	(百分比%)
地區診所	726	47.48	-----	-----
地區醫院	182	11.90	357	37.76
區域醫院	305	19.95	543	37.55
醫學中心	316	20.67	546	24.69

註：門診排除牙醫與 18 歲以下樣本；住院排除 18 歲以下樣本。

## 5.4 、實證結果

### 5.4.1、兩種羅輯特模型估計結果

表 5.2 為門診與住院醫療層級多項式羅輯特模型與巢式羅輯特模型的估計結果。

首先，我們使用 LR 檢定與 Wald 檢定測試本研究資料的 IIA 性質。無論在門診或住院

的部分，我們發現 LR 檢定與 Wald 檢定的檢定統計量均拒絕 IIA 的假設(亦即，拒絕多項式羅輯特模型，接受巢式羅輯特模型)，且達 1% 的統計顯著水準。因此，在門診的部份，我們以地區診所與地區醫院為一個巢層，而區域醫院與醫學中為另一個巢層的巢式羅輯特模型進行實證結果闡述；而在住院的部份，以地區醫院為一個巢層，而區域醫院與醫學中為另一個巢層的巢式羅輯特模型進行實證結果進行實證結果闡述。

如表 5.2 所示，無論門診或住院的部分，消費淨額變數與消費淨額變數平方項的估計係數均達 1% 的顯著水準。此結果說明醫療消費淨額變數為醫療需求的重要變數，值得注意的是，消費淨額變數乃是醫療價格(自付醫療費用)與所得所組合而成，此結果隱涵經濟理論中，醫療價格(自付醫療費用)與所得對民眾醫療層級選擇的影響性。此外，消費淨額變數的估計係數為正值，消費淨額變數平方項的估計係數為負值，顯示了我們的實證模型之效用函數符合凹性假設(Sarma, 2003)。在門診的部分，我們發現在各個醫療層級中，健康狀態之估計係數均與該層級之醫療需求呈負向顯著關係(達 5% 顯著水準)。此結果意味著，健康狀態佳者，門診的選擇傾向於選擇大型的醫療院所進行就診。性別變數的估計係數為正值，表示相較於女性，男性對門診的選擇傾向於選擇地區診所進行就診，惟此正向關係在醫學中心 vs 診所項下的估計值並不顯著。此外，我們發現 60 歲以上的老人門診的選擇傾向於選擇地區診所進行就診，此現象反應地區診所對老人醫療需求的可近性較高，惟此正向關係在地區醫院 vs 診所項下的估計值並不顯著。而在各個醫療層級中，教育程度的估計係數均與該層級之醫療需求呈負向關係。此結果意味著，教育程度高者，門診的選擇傾向於選擇大型的醫療院所進行就診，惟此正向關係在醫學中心 vs 診所項下的估計值並不顯著。

在住院的部分，我們發現在各個醫療層級中，健康狀態之估計係數在區域醫院相對於地區醫院的估計值呈現顯著的正相關，而健康狀態之估計係數在醫學中心相對於地區醫院的估計值呈現顯著的負相關。此結果意味著，在地區醫院與區域醫院做選擇時，健康狀態佳者住院的選擇傾向於選擇地區醫院就醫；在地區醫院與醫學中心做選擇時，健康狀態佳者住院的選擇傾向於醫學中心就醫。此外，在各個醫療層級中，年

齡之估計係數在區域醫院相對於地區醫院的估計值呈現顯著的正相關，而年齡之估計係數在醫學中心相對於地區醫院的估計值呈現顯著的負相關。此結果意味著，在地區醫院與區域醫院做選擇時，年長者住院的選擇傾向於選擇地區醫院就醫；在地區醫院與醫學中心做選擇時，年長者住院的選擇傾向於醫學中心就醫。

表 5.2、兩種羅輯特模型估計結果<sup>註</sup>

	門診部分						住院部分			
	多項式羅輯特模型			巢式羅輯特模型			多項式羅輯特模型		巢式羅輯特模型	
	地區醫院 估計值 (Z 值)	區域醫院 估計值 (Z 值)	醫學中心 估計值 (Z 值)	地區醫院 估計值 (Z 值)	區域醫院 估計值 (Z 值)	醫學中心 估計值 (Z 值)	區域醫院 估計值 (Z 值)	醫學中心 估計值 (Z 值)	區域醫院 估計值 (Z 值)	醫學中心 估計值 (Z 值)
消費	1.879 (5.23)***	1.879 (5.23)***	1.879 (5.23)***	1.675 (10.02)***	1.675 (10.02)***	1.675 (10.02)***	0.157 (11.49)***	0.157 (11.49)***	0.135 (11.03)***	0.135 (11.03)***
消費×消費	-0.019 (-6.58)***	-0.019 (-6.58)***	-0.019 (-6.58)***	-0.019 (-5.27)***	-0.019 (-5.27)***	-0.019 (-5.27)***	-0.006 (-10.15)***	-0.006 (-10.15)***	-0.006 (-11.75)***	-0.006 (-11.75)***
健康狀態 1=PCS>平均數	-0.997 (-5.44)**	-1.139 (-7.49)***	-1.054 (-7.16)***	-0.633 (-3.63)***	-2.176 (-2.10)**	-2.163 (-2.08)**	0.043 (0.29)	-0.668 (-4.38)***	0.150 (1.74)*	-0.401 (-4.27)***
性別 1=男性	0.264 (1.49)	0.602 (4.09)***	0.164 (1.14)	0.370 (2.12)**	1.216 (2.02)**	0.894 (1.46)	0.109 (0.76)	-0.044 (-0.30)	0.039 (0.64)	-0.111 (-1.23)
年齡 1=年齡>60	0.301 (1.27)	0.668 (3.60)***	0.565 (2.94)***	0.098 (0.42)	1.359 (1.90)*	1.202 (1.66)*	0.278 (1.75)*	-0.274 (-1.64)	0.241 (2.63)***	-0.248 (-2.39)**
教育程度 1=大專以上	-0.994 (-5.18)***	-0.941 (-5.74)***	-0.308 (-1.99)**	-0.339 (-1.81)*	-0.945 (-2.04)**	-0.567 (-1.23)	0.244 (1.30)	0.837 (4.55)***	-0.105 (-0.94)	0.414 (3.77)***
住院天數							0.359 (2.24)**	-0.097 (-0.57)	0.122 (1.32)	-0.238 (-2.31)**
常數項	-1.063 (-5.80)***	-0.336 (-2.03)**	-0.160 (-0.93)	-0.981 (-5.44)***	-0.695 (-1.57)	-0.540 (-1.20)	0.258 (1.48)	1.233 (7.03)***	-0.469 (-4.39)***	0.314 (2.62)***
IV1					0.350 (2.01)**				0.631 (9.55)***	
IV2					0.349 (2.01)**				0.552 (10.22)***	
LL		-1922.88			-1836.60		-1386.01		-1327.18	
LR 檢定					172.56***				117.68***	
Wald 檢定					14.04***				102.31***	
樣本數		1529			1529		1446		1446	

註：門診排除牙醫與 18 歲以下樣本；住院排除 18 歲以下樣本。\*，\*\*，\*\*\*分別代表 10%、5%與 1%顯著水準。

教育程度的估計係數在醫學中心相對於地區醫院的估計值呈現顯著的正相關。此結果意味著，在地區醫院與醫學中心做選擇時，教育程度高者住院的選擇傾向於醫學中心就醫。而住院天數的估計係數在醫學中心相對於地區醫院的估計值呈現顯著的負相關。此結果意味著，在地區醫院與醫學中心做選擇時，住院天數較長的觀察值的住院選擇傾向於地區醫院就醫。最後，性別對住院的醫療層級選擇並不顯著。

#### 5.4.2、自身價格及價格排擠的所得累退效果

因為價格與所得以非線性的方式(消費淨額變數與其平方項)進入我們的實證模型。所以，我們無法從表 5.2 的估計係數獲得價格與所得對各層級醫療需求的影響。因此，我們以第[7]式弧彈性的公式來計算不同所得族群間各醫療層級的價格彈性與交叉彈性，藉以了解自付醫療費用的自身價格與價格排擠的所得累退效果。下表 5.3-5.4 為以第[7]式所估算之各醫療層級之自身價格彈性。我們將所得族群依所得是否高於基本薪資，區分為二族群：高所得族群(大於基本薪資)及低所得族群(小於基本薪資)。由表 5.3-5.4 得知，所有的醫療層級門診與住院的身價格彈性估計數值均為負值，顯示部分自付醫療費用越高，醫療需求越低。此外，我們發現無論在哪一個醫療層級下，門診與住院的自身價格彈性均隨著價格區間之增加，彈性數值(絕對值)將隨之變大。而在價格區間固定下，相對於地區診所，民眾對醫院層級門診的價格彈性較大；相對於醫學中心，民眾對地區(區域)醫院層級住院的價格彈性較大。然而，自付醫療費用的變動對高低所得族群的影響並不相同。在表 5.3-5.4 中，我們發現無論在哪一個醫療層級下，低所得者的自身價格彈性的絕對值永遠大於高所得者的自身價格彈性。此結果於經濟理論相符，單一物品佔其所得愈大，其價格彈性越大。我們的結果驗證自付醫療費用增加的自身價格之所得累退效果。就所得累退效果的強度而言，在門診部分，在地區診所的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 3.27~4.50 倍之間；在地區醫院的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 2.23~2.51 倍之間；在區域醫院的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 2.13~2.75 倍之間；在醫學中心的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 2.30~2.93 倍之間。在住院部分，在地區醫院的醫療層級下，低所得族群的價格

彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 1.35~1.49 倍之間；在區域醫院的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 1.38~1.43 倍之間；在醫學中心的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 1.67~1.71 倍之間。

表 5.3、不同所得族群自身價格彈性(門診部分)<sup>\*\*</sup>

		所有樣本	低所得族群 (低於基本薪資)	高所得族群 (高於基本薪資)
醫療層級	醫療價格	地區診所	地區診所	地區診所
地區診所	NT\$0-100	-0.016	-0.027	-0.006
	NT\$101-200	-0.056	-0.092	-0.025
	NT\$201-300	-0.110	-0.177	-0.054
醫療層級	醫療價格	地區醫院	地區醫院	地區醫院
地區醫院	NT\$0-100	-0.137	-0.203	-0.081
	NT\$101-200	-0.435	-0.622	-0.277
	NT\$201-300	-0.738	-1.054	-0.472
醫療層級	醫療價格	區域醫院	-1.4936	區域醫院
區域醫院	NT\$0-100	-0.058	-0.082	-0.038
	NT\$101-200	-0.203	-0.285	-0.134
	NT\$201-300	-0.359	-0.549	-0.200
醫療層級	醫療價格	醫學中心	醫學中心	醫學中心
醫學中心	NT\$0-100	-0.051	-0.079	-0.027
	NT\$101-200	-0.186	-0.274	-0.113
	NT\$201-300	-0.365	-0.527	-0.229

註:排除牙醫與 18 歲以下樣本。

表5.4、不同所得族群自身價格彈性(住院部分)<sup>註</sup>

	所有樣本	低所得族群 (低於基本薪資)	高所得族群 (高於基本薪資)
醫療價格	地區醫院	地區醫院	地區醫院
NT\$0-4000	-0.132	-0.156	-0.105
NT\$4001-8000	-0.421	-0.496	-0.367
NT\$8001-12000	-0.746	-0.877	-0.601
醫療價格	區域醫院	區域醫院	區域醫院
NT\$0-4000	-0.289	-0.334	-0.234
NT\$4001-8000	-0.925	-1.067	-0.767
NT\$8001-12000	-1.641	-1.888	-1.369
醫療價格	醫學中心	醫學中心	醫學中心
NT\$0-4000	-0.223	-0.278	-0.163
NT\$4001-8000	-0.720	-0.893	-0.530
NT\$8001-12000	-1.289	-1.592	-0.954

註:排除 18 歲以下樣本。

值得注意的是表 5.3-5.4 並無法反映部分民眾自付醫療費用變動所造成的價格排擠效果。因此，我們以第[7]式弧彈性公式來計算價格區間各專業醫療層級(地區診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心)選項間的交叉價格彈性，藉此瞭解所造成的價格排擠效果。下表 5.5-5.6 為其估計結果。由表 5.5-5.6 的估計結果得知，所有的估計數值均正值，此結果顯示各專業醫療層級(地區診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心)間之醫療服務為相互替代之財貨。再者，我們發現無論在哪一個醫療層級下，交叉彈性均隨著價格區間之增加，其交叉彈性數值將隨之變大，此結果代表自付醫療費用增加將會造成價格排擠效果。就門診的部份，在自付醫療費用價格為 NT\$0-100 元區間內，若地區診所價格增加 1%，將使得地區診所的需求(選擇的機率)下降 0.016%，而使得醫院需求(選擇的機率)增加分別為地區醫院增加 0.135%，區域醫院與醫學中心增加 0.039%；若地區醫院價格增加 1%，將使得地區醫院的需求(選擇的機率)下降 0.137%，而使得醫院需求(選擇的機率)增加分別為區域醫院與醫學中心增加 0.002%以及診所需求(選擇的機率)增加 0.009%。若區域醫院價格增加 1%，將使得區域醫院的需求(選擇的機率)下降 0.058%，而使得醫院需求(選擇的機率)增加分別為地區醫院增加 0.016%，醫學中心增加 0.097%以及診所需求(選擇的機率)增加 0.016%。若醫學中心價格增加 1%，將使得醫學中心醫院的需求(選擇的機率)下降 0.051%，而使得醫院需求(選擇的

機率)增加分別為地區醫院增加 0.015%，區域醫院增加 0.101%以及診所需求(選擇的機率)增加 0.015%。其他各價格區間的解釋與上述相同再此不在贅述。

此外，就住院的部份，在每日自付醫療費用價格為 NT\$0-4000 元區間內，若地區醫院價格增加 1%，將使得地區醫院的需求(選擇的機率)下降 0.132%，而使得區域醫院與醫學中心需求(選擇的機率)分別增加 0.095%。若區域醫院價格增加 1%，將使得區域醫院的需求(選擇的機率)下降 0.289%，而使得地區醫院與醫學中心需求(選擇的機率)分別增加 0.049%與 0.121%。若醫學中心價格增加 1%，將使得醫學中心的需求(選擇的機率)下降 0.223%，而使得地區醫院與區域醫院(選擇的機率)分別增加 0.078%與 0.186%。另外，在每日自付醫療費用價格為 NT\$4001-8000 元區間內，若地區醫院價格增加 1%，將使得地區醫院的需求(選擇的機率)下降 0.421%，而使得區域醫院與醫學中心需求(選擇的機率)分別增加 0.288%。若區域醫院價格增加 1%，將使得區域醫院的需求(選擇的機率)下降 0.925%，而使得地區醫院與醫學中心需求(選擇的機率)分別增加 0.145%與 0.359%。若醫學中心價格增加 1%，將使得醫學中心的需求(選擇的機率)下降 0.720%，而使得地區醫院與區域醫院(選擇的機率)分別增加 0.237%與 0.563%。最後，在每日自付醫療費用價格為 NT\$8001-12000 元區間內，若地區醫院價格增加 1%，將使得地區醫院的需求(選擇的機率)下降 0.746%，而使得區域醫院與醫學中心需求(選擇的機率)分別增加 0.486%。若區域醫院價格增加 1%，將使得區域醫院的需求(選擇的機率)下降 1.641%，而使得地區醫院與醫學中心需求(選擇的機率)分別增加 0.237%與 0.588%。若醫學中心價格增加 1%，將使得醫學中心的需求(選擇的機率)下降 1.289%，而使得地區醫院與區域醫院(選擇的機率)分別增加 0.388%與 0.941%。



表 5.5、不同醫療層級價格彈性(門診部分) <sup>註</sup>

醫療層級	醫療價格	地區診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
地區診所	NT\$0-100	-0.016	0.135	0.039	0.039
	NT\$101-200	-0.056	0.398	0.113	0.113
	NT\$201-300	-0.110	0.649	0.181	0.181
醫療層級	醫療價格	地區診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
地區醫院	NT\$0-100	0.009	-0.137	0.002	0.002
	NT\$101-200	0.018	-0.435	0.004	0.004
	NT\$201-300	0.018	-0.738	0.004	0.004
醫療層級	醫療價格	地區診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
區域醫院	NT\$0-100	0.016	0.016	-0.058	0.097
	NT\$101-200	0.043	0.043	-0.203	0.263
	NT\$201-300	0.060	0.060	-0.359	0.381
醫療層級	醫療價格	地區診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
醫學中心	NT\$0-100	0.015	0.015	0.101	-0.051
	NT\$101-200	0.038	0.038	0.276	-0.186
	NT\$201-300	0.052	0.052	0.408	-0.365

註:排除牙醫與 18 歲以下樣本。

表 5.6、不同醫療層級價格彈性(住院部分) <sup>註</sup>

醫療層級	醫療價格	地區醫院	區域醫院	醫學中心
地區醫院	NT\$0-4000	-0.132	0.095	0.095
	NT\$4001-8000	-0.421	0.288	0.288
	NT\$8001-12000	-0.746	0.486	0.486
醫療層級	醫療價格	地區醫院	區域醫院	醫學中心
區域醫院	NT\$0-4000	0.049	-0.289	0.121
	NT\$4001-8000	0.145	-0.925	0.359
	NT\$8001-12000	0.237	-1.641	0.588
醫療層級	醫療價格	地區醫院	區域醫院	醫學中心
醫學中心	NT\$0-4000	0.078	0.186	-0.223
	NT\$4001-8000	0.237	0.563	-0.720
	NT\$8001-12000	0.388	0.941	-1.289

註:排除 18 歲以下樣本

值得注意的是表 5.5-5.6 並無法反映自付醫療費用變動所造成的價格排擠的所得累退效果。因此，我們以再以第[7]式弧彈性公式來計算不同所得族群的交叉彈性，藉以瞭解價格排擠的所得累退效果。我們將估計結果列於表 5.7-5.8。如表 5.7-5.8 所顯示，無論是門診或住院，高所得族群的交叉彈性恆小於低所得族群的交叉彈性，此結果顯示，自付醫療費用增加所帶動的價格排擠效果呈現所得累退的現象。就所得累退效果的強度而言，在門診部分，在地區診所的醫療層級

下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 2.44~4.43 倍之間；在地區醫院的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 2.13~2.72 倍之間；在區域醫院的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 1.93~ 3.00 倍之間；在醫學中心的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 1.93~3.00 倍之間。在住院部分，在地區醫院的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 1.46~1.54 倍之間；在區域醫院的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 1.40~ 1.80 倍之間；在醫學中心的醫療層級下，低所得族群的價格彈性大約介於高所得族群的價格彈性的 1.21~1.31 倍之間。

表 5.7、不同所得族群醫療層級價格彈性(門診部分) <sup>註</sup>

醫療層級	醫療價格	地區診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心	
		低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得
地區診所	NT\$0-100	-0.027	-0.006	0.190	0.089	0.053	0.027	0.053	0.027
	NT\$101-200	-0.092	-0.025	0.560	0.262	0.153	0.079	0.153	0.079
	NT\$201-300	-0.177	-0.054	0.913	0.427	0.245	0.127	0.245	0.127
醫療層級	醫療價格	地區診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心	
		低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得
地區醫院	NT\$0-100	0.014	0.005	-0.203	-0.081	0.003	0.001	0.003	0.001
	NT\$101-200	0.028	0.009	-0.622	-0.277	0.005	0.002	0.005	0.002
	NT\$201-300	0.031	0.007	-1.054	-0.472	0.006	0.002	0.006	0.002
醫療層級	醫療價格	地區診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心	
		低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得
區域醫院	NT\$0-100	0.024	0.009	0.024	0.009	-0.082	-0.038	0.136	0.063
	NT\$101-200	0.064	0.024	0.064	0.024	-0.285	-0.134	0.372	0.171
	NT\$201-300	0.093	0.033	0.093	0.033	-0.549	-0.200	0.549	0.239
醫療層級	醫療價格	地區診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心	
		低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得
醫學中心	NT\$0-100	0.022	0.009	0.022	0.009	0.140	0.068	-0.080	-0.027
	NT\$101-200	0.058	0.022	0.058	0.022	0.384	0.185	-0.274	-0.113
	NT\$201-300	0.079	0.029	0.079	0.029	0.572	0.271	-0.527	-0.229

註:排除牙醫與 18 歲以下樣本。

表 5.8、不同所得族群醫療層級價格彈性(住院部分) <sup>註</sup>

醫療層級	醫療價格	地區醫院		區域醫院		醫學中心	
		低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得
地區醫院	NT\$0-4000	-0.156	-0.105	0.114	0.074	0.114	0.074
	NT\$4001-8000	-0.496	-0.367	0.342	0.228	0.342	0.228
	NT\$8001-12000	-0.877	-0.601	0.571	0.391	0.571	0.391
醫療層級	醫療價格	地區醫院		區域醫院		醫學中心	
		低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得
區域醫院	NT\$0-4000	0.063	0.035	-0.334	-0.234	0.154	0.084
	NT\$4001-8000	0.183	0.104	-1.067	-0.767	0.359	0.256
	NT\$8001-12000	0.294	0.173	-1.888	-1.369	0.724	0.427
醫療層級	醫療價格	地區醫院		區域醫院		醫學中心	
		低所得	高所得	低所得	高所得	低所得	高所得
醫學中心	NT\$0-4000	0.087	0.067	0.210	0.160	-0.278	-0.163
	NT\$4001-8000	0.206	0.258	0.626	0.494	-0.893	-0.530
	NT\$8001-12000	0.422	0.350	1.031	0.841	-1.592	-0.954

註:排除 18 歲以下樣本

### 5.4.3、自付醫療費用與健保保費之社會福利效果

由上述的實證結果，我們發現自付醫療費用增加將產生兩種效果：第一為自身價格的所得累退效果，另一為價格排擠的所得累退效果。若將自付醫療費用增加到完全償付健保所給付醫療提供者的金額時，相對於高所得者，兩種所得累退效果對低所得者將造成社會福利的減損較大，造成醫療照護公平性議題，政府未來在制定自付醫療費用政策時，應注意自付醫療費用增加所衍伸的社會福利的減損與照護公平性議題。

## 5.5、小結

本研究的目的是在於探討民眾自付醫療費用變動對民眾就醫層級選擇的影響。我們首先利用巢式羅輯特模型與多項式羅輯特模型分別估計民眾門診與住院各醫療層級的需求。因為價格與所得進入本研究的模型為非線性模型，我們估計不同族群間(高所得與低所得)之價格彈性與交叉彈性。我們發現無論在哪一個醫療層級下，低所得者的自身價格彈性(絕對值)永遠大於高所得者的自身價格彈性(絕對值)。我們的結果驗證了民眾自付醫療費用增加將具有的自身價格的所得累退效果。交叉彈性估計數值均大於零，顯示各專業醫療層級(地區診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心)間之醫療服務為相互替代之財貨。另各專業醫療層級與自行療護選項之交叉彈性為價格排擠效果。自付醫療費用增加對高低所得族群的價格排擠效果影響並不相同。我們的研究發現無論在哪一個醫療層級下，低所得者的交叉彈性永遠大於高所得者的交叉彈性。我們的結果驗證了民眾自付醫療費用增加所造成的價格排擠效果俱有所得的累退性質。因此，政府未來在制定自付醫療費用政策時，應注意自付醫療費用增加所衍伸的社會福利的減損與照護公平性議題。

## 第六章、結論與建議

本委託研究的計畫目標共有四個，分別為（1）辦理及分析第一次全國代表性之自費調查；（2）比較各國民眾自費趨勢及影響；（3）探討我國民眾自費結構、影響因素及對民眾負擔之影響；（4）分析我國政府相關調查統計涉及自費之資料。第三章主要陳述第一次全國代表性之自費調查的設計與結果，第二章則在比較各國民眾自費的趨勢及影響的文獻與資料，同時比較我國政府政府相關的統計與各醫院網路上對自費項目的完整性。另外，第二章也藉著敘述統計描繪了2011 年全國抽樣調查的民眾自費結構。第四章及第五章則使用模擬分析及離散選擇模型，探討我國民眾自費結構、影響因素及對民眾負擔之影響。因此這四個目標，皆在本研究中以文獻回顧或計量分析的方法來測度及推估，以下將分段討論之。

目標一在於辦理及分析第一次全國代表性之自費調查。本研究團隊以等機率抽樣為原則，分別就住院及門診部門進行抽樣。以門診部門為例，本團隊先隨機自全國鄉鎮中抽出十個地區，再依全台灣醫院門診、西醫診所、牙醫診所與中醫診所之門診申報件數為抽樣基礎，並進行各門診分類之抽樣，以令各中選地區的門診樣本之抽樣機率均為相等（以本研究為例，「醫院門診+其他」之中選機率為 0.0000004471，西醫門診之中選機率為 0.0000002236，牙醫與中醫門診之中選機率均為 0.0000000373；住院部分則為 0.00001675）。在這樣的抽樣設計下，收集了門診問卷 2000 份，住院問卷在本報告繳交前已有 2013 份，目前尚有小部分持續回收之中，其目標問卷數亦是 2000 份問卷。

目標二在於整理文獻中有關各國自費醫療支出資料，並比較本國的相關統計資料，並據以討論本國自費監控機制可以改進的方向。我們發現國民保健服務型的國家中，以英國為最低，其 2008 年自費占醫療保健總支出的比例大約在 11% 左右，2009 年更下修至 10.4%。最高的則是希臘，此數值在 2008 年大約為 37%，2009 年小修至 35.3%。另外，社會保險型的國家中，荷蘭有最低的自費比例，2008 及 2009 年皆為 5.7%。最高的是韓國，大約在 35% 上下。台灣的自費占醫療保健總支出的比例在 2008 年大約是 36%，屬於自費比例較高的國家。趨勢上來說，近年來這兩種不同健康保險體制型態的國家，皆有自費部分小幅下滑的樣態。土耳其一舉下修 5% 到 16%，居各國之冠。

在自費監控機制上，我們從全球 70 多國的自費文獻中可以發現，各國多為以全國性調查的方式（如全國性家戶收支調查等），來瞭解民眾就醫自費的行為和結構。其中較為特殊的，是比利時的疾病基金會，其要求醫院要上傳自費項目及金額，以隨時監控民眾的就醫自費情況。儘管行之有年，比利時的自費占醫療保健總支出的比例仍在 20% 左右，屬於中高的國家族群。而本國各級醫院在網路上的公開自費項目說明，在 2011 年時仍以不完整者為多數。民眾就醫時，若有自費需求，恐怕在網路上的公開資料得到的助益不會很大。

在討論本國自費資料部分，大致而言，「家庭收支調查」、「家庭醫療保健支出調查」、「國民健康調查」均需要龐大的樣本與龐大的經費，調查效率也往往不高，較少使用的醫療服務(例如住院服務資料)也不容易在家戶調查中有效率的取得，往往造成預測未來醫療費用的難度。

目標三在於使用模擬分析，來捕捉未來 25 年的民眾自費支出的變化，同時從中尋找可能影響的變數。首先是討論民眾自費的結構。從本研究 2011 年進行的全國問卷的敘述統計中，我們可以發現門診部分，平均民眾就醫自費支出以掛號費為大宗。其次為基本部分負擔，平均占全體門診自費部分之 48%。住院部分則以病房費為主，平均占全部住院自費部分的 70%。其次，模擬分析的實證結果也發現，本國未來人口結構的改變會大幅影響未來民眾就醫自費的結構。在 2036 年時，本國自費總額將較 2011 年的自費總額成長 18%，但是 65 歲以上的人口所支出的自費比例成長近 2.1 倍，占去了 2036 年近 38% 的自費總額額度（2011 年為約 18%）。

民眾就醫自費所產生的影響，本研究藉著離散統計分析，來估計不同族群間（高所得與低所得）之價格彈性與交叉彈性（第五章）。我們發現無論在哪一個醫療層級下，低所得者的自身價格彈性（絕對值）永遠大於高所得者的自身價格彈性（絕對值）。我們的結果驗證了民眾自付醫療費用增加將具有的自身價格的所得累退效果。而交叉彈性估計數值均大於零，顯示各專業醫療層級（地區診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心）間之醫療服務為相互替代之財貨。另各專業醫療層級與自行療護選項之交叉彈性為價格排擠效果。同時，自付醫療費用增加對高低所得族群的價格排擠效果影響並不相同，實證結果驗證了民眾自付醫療費用增加所造成的價格排擠效果俱有所得的累退性質。因此，自付醫療費用增加將衍伸出較高的社會福利的減損與照護公平性機會。

目標四在於分析我國政府相關調查統計涉及自費之資料。我們發現本國最常使用的調查統計資料也是來自於全家家戶收支調查。這類的資料收集成本較高。因此，我們也估計了 2011 年民眾自費之於健保申報總點數的比值的模擬，發現此比值大約為 31.8%，意即未來政府若能掌握某年的健保申報總點數，則可自行換算出大約的民眾自費支出總額。這個研究結果將可以大幅度地降低政府在瞭解與推估民眾自費的規模，同時有助於有效訂定相關政策。

最後，我們也藉著吉尼係數來瞭解本國民眾自費的公平性。雖然在個體資料上，我們只能借助回憶資料，在精確度上較無法掌握，但在趨勢上，我們發現住院自費支出較門診自費支出在整體公平性上較有改進空間，但兩者都在一般理解的安全範圍之內。

## 第七章、參考文獻

### 7.1、英文文獻部分

- Abel-Smith B, Mossialos E., ( 1994 ) , Cost containment and health care reform: a study of the European Union. Health Policy 28, 89-132.
- Abel-Smith B., ( 1992 ) , Cost containment and new priorities in health care: A study of the European community. Aldershot: Avebuty Ashgate.
- Akin, J.S., Guilkey, D. K. and Denton, E. H., ( 1995 ) , Quality of services and demand for health care in Nigeria: a multinomial probit estimation. Social Science & Medicine 40, 1527-1537.
- Bolduc, D., Lacroix, Guy, and Muller, Christophe., ( 1996 ) , The choice of medical providers in rural bénin: A comparison of discrete choice models. Journal of Health Economics 15, 477-498.
- Borah, B.J., ( 2006 ) , A mixed logit model of health care provider choice: Analysis of NSS data for rural India. Health Economics 15, 915-932.
- Bowser DM, Mahal A., ( 2011 ) , Guatemala: the economics burden of illness and health system implications. Health Policy 100, 159-166.
- Bureau of National Health Insurance, ( 2004 ) , NHI Profile, 2004, Department of Health, Executive Yuan ( Bureau of National Health Insurance press ,Taiwan , ROC ). Available at: <http://www.nhi.gov.tw>.
- Bureau of National Health Insurance , ( 2005 ) , NHI Profile, 2005, Department of Health, Executive Yuan ( Bureau of National Health Insurance press ,Taiwan , ROC ).
- Bureau of National Health Insurance , ( 2006 ) , NHI Profile, 2006, Department of Health, Executive Yuan ( Bureau of National Health Insurance press ,Taiwan , ROC ).
- Bureau of National Health Insurance ,( 2008 ) , Brief NHI Profile, 2008, Department of Health, Executive Yuan ( Bureau of National Health Insurance press ,Taiwan , ROC ).



- Chalkley M, Robinson R.,( 1997 ), Theory and evidence on cost sharing in health care: An economic perspective. London: Office of Health Economics.
- Chandola, T., ( 2000 ) , Social class differences in mortality using the new UK national statistics socio-economic classification. *Social Science and Medicine* 50 ( 5 ) , 641-9.
- Chaudhuri A, Roy K., ( 2008 ) , Changes in out-of-pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments, 1992-2002. *Health Policy* 88, 38-48.
- Chen C, Liu T, Lin C, Chu T, Chiu W., ( 2003 ) , Hospital competition under global budgeting: a game theory analysis. *Journal of Healthcare Management (Taiwan, in Chinese)* 4 ( 3 ) , 69-79.
- Chen WY, Chi C, Lin YH., ( 2011 ) , The wiliness to pay for the health care under Taiwan's national health insurance system. *Applied Economics* 43, 1113-1123.
- Chen, C.S., Liu, T.S., and Chen, M.Y., ( 2005 ) ,The impact of individual characteristics on the choice of medical institutions: Examples of cold and chronic disease. *Insurance Periodical* 21 ( 2 ) , 1-31.
- Chen, W.Y., Chi, C.H. and Y.H. Lin, ( 2007 ) ,The willingness to pay for the health care under Taiwan's national health insurance, paper presentation at the 2007 International Health Economics Association 6<sup>th</sup> World Congress in Copenhagen in Copenhagen , Demark.
- Chen, WY., ( 2006 ) ,National health insurance in Taiwan: Welfare analysis and hospital competition. Ph.D. Dissertation( Oregon State University Press, USA ).
- Chi C, Lee JL, Tsai SL, Chen WY., ( 2008 ) ,Out-of-pocket payment for medical care under Taiwan's national health insurance system. *Health Economics* 17, 961-975.
- Chiang G.Y., Chen, C.S., and Liu, T.S., ( 2002 ) , The choice of medical institutions: The nested logit approach, paper presented at the 2002 Annual Meeting of the Taiwan Economics Association Conference.
- Deaton, A. and J. Muellbauer,( 1980 ), *Economics and consumer behavior*( Cambridge University press, Cambridge ) .

- Department of Health , ( 2008a ) , 2007 Abstract statistics for health care providers and health care services. Executive Yuan, Taiwan, ROC.
- Department of Health , ( 2008b ) , Important statistics for national health insurance. Executive Yuan, Taiwan, ROC.
- Department of Health, ( 2008c ) , Annual report for national health insurance. Executive Yuan, Taiwan, ROC.
- Department of Health , ( 2008d ) , National health care expenditure. Executive Yuan, Taiwan, ROC.
- Directorate General of Budget, Accounting and Statistics , ( 2007 ) , The survey of family income and expenditure, 2006. Executive Yuan, Taiwan, ROC.
- Directorate General of Budget, Accounting and Statistics, ( 2008 ) , CPI Index. Executive Yuan, Taiwan, ROC: Directorate General of Budget ( Accounting and Statistics Press, Taiwan ) .
- Doorslaer E van, Wagstaff A, Bleichrodt H, et al.,( 1997 ), Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 16, 93-112.
- Doorslaer E van, Wagstaff A, Rutten F.,( 1993 ) , Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective ( Oxford: Oxford University Press ) .
- Dor, A.; Gertler, P.; van dor Gaag, J., ( 1987 ) , Non-price rationing and the choice of medical care providers in rural Côte d'Ivoire, *Journal of Health Economics* 6, 291-304.
- Dow, W., ( 1999 ) , Flexible discrete choice demand models consistent with utility maximization: an application to health care demand. *American Journal of Agricultural Economics* 81, 680-685.
- Drever, F., Doran, T. and Whitehead, M., ( 2004 ) , Exploring the relation between class, gender, and self rated general health using the new socioeconomic classification. A study using data from the 2001 census. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, 590-6.
- Duan N, Manning Jr WG, Morris CN, Newhouse JP., ( 1983 ) , A comparison of alternative models for the demand for medical care. *Journal of Business & Economic Statistics* 1 ( 2 ) , 115-126.

- Duan, N., ( 1983 ) , Smearing estimate: a nonparametric retransformation method. *Journal of American Statistics Association* 78 ( 383 ) , 606-610.
- Ensor T, Witter S, Sheiman I.,( 1997 ), Methods of payment to medical care providers. In: Witter S, Ensor T. ( eds ) *An Introduction to Health Economics: For Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Chichester: John Wiley & Sons.
- EuroQol Group, ( 1990 ) , EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16, 199-208.
- Evans RG.,( 1998 ), Health for all or wealth for some? Conflicting goals in health care reform. *Health Policy Research Unit Discussion Paper Series, HPRU 98:12D*, University of British Columbia, Vancouver, BC.
- Evans RG.,( 2000 ), Financing health care: taxation and the alternatives. *Health Policy Research Unit Discussion Paper Series, HPRU 2000:15D*, University of British Columbia, Vancouver, BC.
- Falkingham J, Akkazieva B, Baschieri A., ( 2010 ) , Trends in out-of-pocket payments for health care in Kyrgyzstan, 2001-2007. *Health Policy and Planning* 25, 427-436.
- Falkingham J., ( 2004 ) , Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine* 58 ( 2 ) , 247-258.
- Field MG., ( 2002 ) , The Soviet legacy: the past as prologue. In: McKee M, Healy J, Falkingham J. *Health Care in Central Asia* ( Buckingham: Open University Press ) .
- Foster AC., ( 2010 ) , Out-of-pocket health care expenditures: a comparison. *Monthly Labor Review*, Feb 1, 2010.
- Garcia-Diaz R, Sosa-Rub SG., ( 2011 ) , Analysis of the distributional impact of out-of-pocket health payments: evidence from a public health insurance program for the poor in Mexico. *Journal of Health Economics* 30, 707-718.
- Gerfin M, Gross L, Ha' kinnen U, Johnson P, John J, Klavus J, Lachaud C, Lauritsen J, Leu R, Nolan B, Pera ´ n E, Pereira J, Propper C, Puffer F, Rochaix L, Rodr ´ guez M, Schellhorn M, Sundberg G, Winkelhake O.,( 1999a ), Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics* 18, 263-290.

- Gertler, P. and J. van der Gaag, (1990), The willingness to pay for medical care (The John Hopkins University Press, Baltimore, USA) .
- Gertler, Paul; L. Locay; W. Sanderson, (1987), Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru. *Journal of Econometrics* 36, 67-88.
- Grossman M.,(1972), On the concept of health capital and demand for health. *Journal of Political Economy* 80, 223-255.
- Hausman, J., and McFadden, D.,(1984), A specification test for the multinomial logit model. *Econometrica* 52, 1219-1240.
- Henley GE, Morgan S, Barer M, Reid RJ., (2011), The redistributive effect of the move from age-based to income-based prescription drug coverage in British Columbia, Canada. *Health Policy* 101, 185-194.
- Hotchkiss, D.R., (1998), The tradeoff between price and quality of services in the philippines. *Social Science and Medicine* 46 (2), 227-242.
- Hwang W, Weller W, Ireys H, Anderson G.,(2001), Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions. *Health Affairs* 20 (6), 267-278.
- Jönsson B, Gerdtham UG., (1995), Cost sharing for pharmaceuticals: the Swedish reimbursement system. In Mattison N. (ed) *Sharing the Cost of Health: A Multicountry Perspective*. Basle: Pharmaceutical Partners for Better Health Care.
- Karlstrom, A., and Ed. Morey, (2004), Calculating the exact compensating variation in logit and nested-logit models with income effects: theory, intuition, implantation, and application. Discussion paper, Department of Economics, University of Colorado, Boulder CO, USA.
- Kemp A, Preen DB, Glover J, Semmens J, Roughead E., (2011), How much do we spend on prescription medicines? Out-of-pocket costs for patients in Australia and other ORCD countries. *Australian Health Review* 35, 341-349.
- Kutzin, J., (1998), The appropriate role for patient cost sharing. In: Saltman R, Figueras J, Sakellarides C.(eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe* (Buckingham: Open University Press) .

- Kwon YD, You CH, Oh EH, Kang S., (2009) , Demographic and Socioeconomic determinants of the use of periodic health examinations: public vs. private sector. *Tohoku Journal of Experimental Medicine* 219, 223-230.
- Lecluyse A, Van de Voorde C, De Graeve D, Schokkaert E, Ourti TV., (2009) , Hospital supplements in Belgium: price variation and regulation. *Health Policy* 92, 276-287.
- Leung SF, Yu S., (1996) , On the choice between sample selection and two-part models. *Journal of Econometrics* 72, 197-229.
- Liu, TC, and Wu, PC., (2001) , The choice of medical institution under NHI: An example of pediatric patients in Taipei. *Journal of Health Care Management* 2 (2) , 87-108.
- Lu R, Hsiao W., (2001) , Establishment of Taiwan's national health account. *Taiwan Economic Review* (in Chinese) 29 (4) , 547-576.
- Lu, JF., Tseng, HU., and Tsai, YJ., (2003) , Assessment of health-related quality of life in Taiwan (I) :development and psychometric testing of SF-36 Taiwan version. *Journal Taiwan Public Health* 22, 501-511.
- Maddala, G.S., (1983) , Limited-dependent and qualitative variables in econometrics (Cambridge University Press, New York, USA) .
- Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman RB.,(2010) , Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges (Buckingham: Open University Press) .
- Manning WG, Duan N, Rodgers W., (1987) , Monte Carlo evidence on the choice between sample selection and two-part models. *Journal of Econometrics* 35, 59-82.
- Manning WG, Morris CN, Newhouse JP, Orr LL, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis KH, Phelps CE.,(1981) , A two-part model of the demand for medical care: preliminary results from the Health Insurance Study. In: *Health, Economics, and Health Economics*, Van der Gaag J, Perlman M (eds) . North-Holland: Amsterdam, 103-123.
- Manning, W.G., Blumberg, L. and L.H. Moulton, (1995) , The demand for alcohol:The differential response to price. *Journal of Health Economics* 14, 123-148.

- McDowell I, Newell C., ( 1996 ) , Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires ( 2nd edn ) ( Oxford University Press: New York ) .
- McFadden, D., ( 1981 ) , Econometric models of probabilistic choice in structural analysis of discrete data with econometric applications, 198-272 ( MIT Press, Cambridge, MA ) .
- McKee M, Healy J, Falkingham J., ( 2002 ) , Health care in central asia ( Buckingham: Open University Press ) .
- McNamara, P.E., ( 1999 ) , Welfare effects of rural hospital closures: A nested logit analysis of the demand for rural hospitals services. *American Journal of Agricultural Economics* 81, 686-691.
- Merlis M., ( 2002 ) , Family out-of-pocket spending for health services: A continuing source of financial insecurity. The Institute for Health Policy Solutions. The Commonwealth Fund.
- Mocan HN, Tekin E, Zax SJ., ( 2004 ) , The demand for medical care in urban China. *World Development* 32 ( 2 ) , 289-304.
- Mugisha F, Kouyate B, Gbangou A, Sauerborn R., ( 2002 ) , Examining out-of-pocket expenditure on health care in Nouna, Burkina Faso: implications for health policy. *Tropical Medicine and International Health* 7 ( 2 ) , 187-196.
- Mukherjee S, Haddad S, Narayana D., ( 2011 ) , Social class related inequalities in household health expenditure and economic burden: evidence from Kerala, south India. *International Journal for Equity in Health* 10, 1-13.
- Mwabu, G; Ainsworth, M; Nyamete, ( 1993 ) , Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: an empirical analysis. *Journal of Human Resources* 28, 838-862.
- Nolan B., ( 1993 ) , Economic incentives, health status and health services utilization. *Journal of Health Economics* 12, 125-135.
- O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, Harbianto D, Garg CC, Hanvoravongchai P, Herrin AN, Huq MN, Ibragimova S, Karan A, Kwon SM, Leung GM, Lu JR, Ohkusa Y, Pande BR, Racelis R, Tin K, Tisayaticom K, Trisnantoro L, Wan Q, Yang BM, Zhao Y.,

- ( 2008 ) ,Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics* 27, 460-475.
- Perkins M, Brazier E, Themmen E, Bassane B, Dialo D, Mutunga A, Mwakajonga T, Ngobola O., ( 2009 ) , Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning* 24, 289-300.
- Pohlmerier W, Ulrich V., ( 1995 ) , An econometric model of the two-part decision marking process in the demand for health care. *Journal of Human Resources* 30, 339-361.
- Puig-Junoy J., Saez, M., and E. Martinez-Garcia, ( 1998 ) ,Why do patients prefer hospital emergency visits?A nested multinomial logit analysis for patients-initial contacts. *Health Care Management Science* 1, 39-52.
- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR., ( 2004 ) , Getting health reform right: A guide to improving performance and equity ( Oxford: Oxford University Press ) .
- Robinson R.,( 2002 ), User charges for health care. In: Mossialos E, Dixon E, Figueras J, Kutzin J.( eds )Funding health care: Options for Europe( Buckingham: Open University Press ) .
- Rose, D. & O'Reilly, K. ( eds )., ( 1997 ), Constructing classes: Towards a new social classification for UK, Swindon: ESRC/ONS.
- Rosen, S.,( 1974 ), Hedonic price and implicit markets: Product differentiation in price competition. *Journal of Political Economy* 82, 34-35.
- Ross H, Chaloupka FJ., ( 2004 ) , The effect of public policies and prices on youth smoking. *Southern Economic Journal* 70 ( 4 ) , 796-815.
- Roy K, Howard DH., ( 2007 ) , Equity in out-of-pocket payments for hospital care: evidence from India. *Health Policy* 80, 297-307.
- Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE., ( 1993 ) , Patients' rating of outpatient visits in different practice settings: result from medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association* 257 ( 23 ) , 835-840.

- Rubin RJ, Mendelson DN., ( 1995 ) , A framework for cost-sharing policy analysis. In Mattison N.( ed )Sharing the Cost of Health: A Multicountry Perspective. Basle: Pharmaceutical Partners for Better Health Care.
- Rubin, DB., ( 1987 ) , Multiple imputation for nonresponse in survey. Wiley: New York, 1987.
- Sahn, David E., Younger, Stephen D., Genicot, Garance, ( 2003 ) ,The demand for health care services in rural Tanzania. Oxford Bulletin of Economics & Statistics 65 ( 2 ) , 241-259.
- Sambo MN, Ejembi CL, Adamu YM, Aliyu AA., ( 2004 ) , Out-of-pocket health expenditure for under-five illnesses in a semi-urban community in Northern Nigeria. Journal of Community Medicine and Primary Health Care 1 6 ( 1 ) , 29-32.
- Sarma, K. Sisira, ( 2003 ) , Demand for outpatient health care in rural India: a nested multinomial logit approach, paper presented at the 37th Annual Meeting of the Canadian Economics Association Conference, Carleton University, Ottawa, Ontario, Canada, May 30 - June 1, 2003.
- Shaw M, Galobardes B, Lawlor DA, Lynch J, Wheeler B, Smith GD., ( 2007 ) , The handbook of inequalities and socioeconomic position: Concepts and measures ( Bristol: The Policy Press ) .
- Singleton, R.A., and B.C. Straits, ( 1999 ) , Approaches to social research ( Oxford University Press, New York ) .
- Skordis-Worrall J, Pace N, Bapat U, Das S, More NS, Hoshi W, Pulkki-Brannstrom AM, Osrin D., ( 2011 ) , Maternal and neonatal health expenditure in Mumbai slums ( India ) : a cross sectional study. BMC Public Health 11, 150-162.
- Small, K. and H. Rosen, ( 1981 ) , Applied welfare economics with discrete choice models. Econometrica 1, 105-130.
- Stoddart GL, Barer ML, Evans RG., ( 1994 ) , User charges, snares and delusions: Another look at the literature. The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice: Ontario.
- Taipei Times, PFP lawmaker plans to protest health fee hikes, Aug 12, ( 2002 ) .



- Tseng, HU., Lu, JF., and Tsai, YJ., ( 2003 ) , Assessment of health-related quality of life in Taiwan ( II ) :norming and validation of SF-36 Taiwan version. Journal Taiwan Public Health 22, 501-511.
- UK National Statistics, ( 2008 ) , NS-SEC: [www.statistics.gov.uk/ methods\\_quality/ns\\_sec/ default.asp](http://www.statistics.gov.uk/methods_quality/ns_sec/default.asp)
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Van der Burg H, Christiansen T, Di Biase R, Gerdtham U-G, Gerfin M, Gross L, Haˆ kinnen U, John J, Johnson P, Klavus J, Lachaud C, Lauritsen J, Leu R, Nolan B, Pereira J, Propper C, Puffer F, Rochaix L, Schelhorn M, Sundberg G, Windelhake O. ( 1999b ) , The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. Journal of Health Economics 18, 291-313.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E., ( 1993 ) , Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. In Equity in the Finance and Delivery of Health Care, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F ( eds ) , 7-19 ( Oxford University Press: Oxford ) .
- Ware J, Hays RD., ( 1988 ) , Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. Medical Care 26 ( 4 ) , 393-402.
- Ware J, Kosinski M, Keler SD., ( 1996 ) , A 12-item short-form health survey: construction of scale and preliminary tests of reliability and validity. Medical Care 34, 20-233.
- Ware J, Sherbourne CD., ( 1992 ) , The MOS 36-item short-form health survey ( SF-36 ) I: conceptual framework and item selection. Medical Care 30 ( 6 ) , 473-483.
- Ware, J. and Gandek, B., ( 1998 ) , Overview of the SF-36 health survey and international quality of life assessment ( IQOLA ) project, Journal of Clinical Epidemiology 51 ( 11 ) , 903-912.
- Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL., ( 2003 ) , Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 362, 111-117.
- Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N., ( 2010 ) , Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. Health Policy 94, 26-33.

## 7.2、中文文獻部分

- 么煥忠（2006），「自費醫療需求的評估-以台南市民眾為例」。國立成功大學高階管理碩士在職專班碩士論文，未出版，台南市。
- 中央健康保險局（2001），「全民健保部分負擔及保險費率調整報告」。
- 中央健康保險局（2002），「健保大黑洞 改革路盲茫」。
- 中央健康保險局（2002），「費率及部分負擔調整說明」。
- 王乃弘（1999），「民眾就醫選擇之研究—分析層級程序之應用」。中華衛誌，18：2，138-151。
- 王如萱（2004），「臺灣地區醫療市場競爭程度對醫院自費醫療服務之影響」。臺北醫學大學醫務管理學系碩士論文，未出版，台北市。
- 王菁蘭（2003），「以二維品質模式探討健檢中心服務品質之研究」。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，未出版，台中市。
- 石淦生、羅紀瓊（2000），「牙科病患健保門診就醫選擇現況之探討」。中華牙誌，19：4，299-305。
- 江君毅、陳欽賢、劉彩卿（2002），「民眾就醫與醫療院所層級:Nested Logit 模型下之探討」。台灣經濟學會 2002 年年會。
- 行政院主計處（2005），「民國九十三年台灣地區家庭收支調查」。行政院主計處編印。
- 行政院主計處（2010）「九十九年家庭收支調查報告」。臺北市中正區：行政院主計處。
- 行政院衛生署（1985），「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」。
- 行政院衛生署（2010），「國民醫療保健支出報告」。行政院衛生署編印。
- 行政院衛生署（2010）「中華民國98年國民醫療保健支出」。臺北：行政院衛生署。
- 吳冠衡（2001），「為全民健保尋求一個永續運轉的契機」。全民健康保險，32，6-9。
- 李卓倫、林霖（2004），「探討課徵檳榔健康捐及檳榔管理可行方案研究：以中部地區為例」。行政院衛生署。

- 沈維民（1997），「剖析『分級醫療制度』以兩類規模模型為例」。中山管理評論，5：4，899-922。
- 林素真（1995），「影響醫學中心門診需求之因素探討—時間成本的角色」。台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 林霖，李卓倫，張世杰（2002），「總額支付制度對健康保險財務支出影響之探討」。中央健康保險局九十一年度委託研究計畫。
- 林霖，李卓倫，陳文意（2009），「總額制度下全民健康保險費率精算模型-合理醫療費用推估模型之研究」。中央健康保險局九十八年度委託研究計畫。
- 金仁（2008），「病人特性、資訊搜尋及環境變數對自費醫療的影響-以大腸直腸癌新藥自費化療為例」。義守大學管理學院碩士班碩士論文，未出版，高雄市。
- 侯毓昌（1995），「中醫醫療行銷—中醫門診病人選擇療院所之困」。陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 紀駿輝，李卓倫（2003），「總額預算支付制度下民眾自付醫療費用的評估」。中央健康保險局九十二年度委託研究計畫。
- 紀駿輝、李卓倫（2004），「總額預算支付制度下民眾自付醫療費用的評估」。行政院衛生署。
- 徐敏玲（2007），「牙醫自費醫療影響價格因子之研究」。臺灣大學財務金融學研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 國家衛生研究院（2007）「2005年國民健康訪問暨藥物濫用調查結果報告，No.1 國民健康訪問調查」。苗栗縣竹南鎮：財團法人國家衛生研究院。
- 康健壽、陳介甫、周碧瑟（1993），「中醫門診病人選擇醫院型式的相關因素」。中華醫學雜誌，51：6，448-456。
- 許惠媚（1995），「全民健保後內科病患選就醫層級意願之變化—以北市士林、北投醫療院所為例」。陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 陳依琪（2001），「全民健康保險醫療資源分配：非醫療需要變數之影響」。台北醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝、陳世堅、李卓倫、賴俊維（1999），「台灣地區民眾使用中醫師服務的因素之調查」。中國醫藥學院雜誌，8：1，77-88。

- 陳國團（2001），「醫療院所如何發展醫療自費項目」。醫療業務擴展與社區服務研討會，台中：童綜合醫院與臺灣醫務管理學會主辦，13，27-33。
- 陳欽賢、劉彩卿、陳美吟（2005）「全民健康保險制度下之民眾就醫:感冒及慢性病為例」。保險專刊，21：2，1-31。
- 游熙明（2007），「中醫院所病人自費醫療行為之研究」。臺灣大學會計與管理決策組碩士論文，未出版，台北市。
- 楊哲銘、林文君、鍾季樺、周佳穎（2001），「牙科總額支付制度對台北市牙醫師醫療行為之影響探討」。醫護科技學刊，3：3，255-266。
- 葉堯進（2003），「中醫、西醫、西藥房之需求與選擇」。台北大學經濟學研究所碩士論文。
- 劉宜君（2008），「全民健保下醫院經營自費醫療服務之研究」。台灣社會福利學會暨「新世紀社會保障制度的建構與創新：跨時變遷與跨國比較」國際研討會，407-426。
- 劉彩卿、吳佩璟（2001），「全民健保下病患在各醫療層級間的就醫選擇-台北市小兒科病患為例」。醫務管理期刊，2：2，87-108。
- 劉彩卿、陳欽賢（2001），「研析在全民健保制度下影響台北都會區民眾就診之因素」。經濟研究，37：1，69-92。
- 錢梅芳（1997），「影響民眾選擇西醫門診就醫層級之因素探討」。台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 魏志定（2004），「差別取價在健保機制下的效益實證」。臺灣大學會計學研究所碩士論文，未出版，台北市。

## 附錄

### 附錄一、100 年民眾自付醫療費用問卷調查

備查機關：行政院主計處

發文文號：處普三字第 1000004303 號

有效期間至 100 年 12 月底

### 100 年民眾自付醫療費用問卷調查

委託單位：行政院衛生署

執行單位：國立暨南國際大學

問卷 編號	醫事機構代碼	受訪者編號	訪問時間	
			開始	結束

#### 【就醫類別】

一、請問您這次就醫的類別？

☐ 急診 ☐ 住院（住院天數：\_\_\_\_\_） ☐ 西醫 ☐ 牙醫 ☐ 中醫

二、請問您這次就醫之等候時間與就醫時間

身體不舒服 需要治療	預約 醫療院所	準備出發	抵達 醫療院所	醫師 開始看診	完成所有 就醫流程 準備離開
( )	( )	( )	( )	( )	( )

（填寫範例：8/1，10：30，註：若無預約醫療院所則不用填寫該選項）

三、請問您這次就醫的症狀或病名為何？ \_\_\_\_\_

### 【當次就醫醫療費用】

(請依據收據內容或實際情形記錄該次醫療費用明細，並將收據拍照以利核對)

#### 一、 健保給付項目費用 (若有其他健保給付項目，請自行填寫)

醫療費用項目	金額	醫療項目單位 (天、份、次、個等)
1.診察費		
2.藥費		
3.藥事服務費		
4.注射費		
5.檢驗費		
6.檢查費		
7.處理手術費		
8.材料費		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

## 二、 自付醫療項目費用（若有其他自費項目，請自行填寫）

項目名稱	金額	醫療項目單位 (天、份、次、個等)	醫療院所人員			醫院建議 或 病人要求	有無「開立 收據」給您
			有無事先 告知金額	有無徵詢 您的同意	告知金額與您付 款金額有無一致		
1.掛號費							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2.基本部分負擔							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3.藥品部分負擔							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4.復健部分負擔							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5.檢驗檢查			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6.藥品			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7.衛材			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
8.病房費			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
9.			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自費金額合計：							
看護費		日薪 / 月薪	註：若為住院病患，請詢問其是否有請看護，且該費用不計入當次自費金額合計				

三、如果健保將所有自付費用取消，但需多繳保費。請問您願意每個月多付多少保費呢？ 最高 \_\_\_\_\_ 元；最低 \_\_\_\_\_ 元

四、請您就以下問題說出您對於這次就醫的整體看法，

1.服務態度	<input type="checkbox"/> 極佳 <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 極不佳
2.硬體設施	<input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 極不良
3.環境清潔	<input type="checkbox"/> 極乾淨 <input type="checkbox"/> 乾淨 <input type="checkbox"/> 不乾淨 <input type="checkbox"/> 極不乾淨
4.就醫流程	<input type="checkbox"/> 極流暢 <input type="checkbox"/> 流暢 <input type="checkbox"/> 繁瑣 <input type="checkbox"/> 極繁瑣
5.醫療技術	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不好
6.收據上的自費項目	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚，原因：
7.收據上的自費總金額	<input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意，原因：
8.有無超過您「預期應繳之金額」	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
9.有無超過您「預期應繳的部分負擔金額」	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10.知不知道醫療院所公布的自費項目與金額	<input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道
11.其他，請填寫原因 _____	

五、請問您在這次就醫過程中，醫護人員是否有告知您「再另行購買」與這次就醫相關的東西？

- ☐ 無  
☐ 有

購買項目	金額	醫療項目單位 (天、份、次、個等)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		



## 【過去醫療利用情形與費用支出】

一、請問您過去一年內是否有就醫利用？

(不包含這次就醫次數)

☐ 無

☐ 有

就醫類別	回憶期間	就醫次數	平均每次就醫費用	最常去的醫療院所
住院	一年			
急診	一年			
長期照護	一年			
牙醫門診	六個月			
中醫門診	六個月			
傳統民俗療法	六個月			
西醫門診	一個月			

註：傳統民俗療法係指收驚、接骨、藥籤、放血、推拿、按摩等非傳統醫學方式。

二、請問您過去一個月是否有自行購買其他醫療保健服務與支出？

☐ 無

☐ 有

購買項目	金額	項目單位 (天、份、次、個等)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

註：如西藥、中藥、草藥、健康食品、醫療（非）耐久財、眼鏡、保健用品或器材、醫療用品與設備、臨床實驗、診斷造影等。

## 【自覺健康狀態 SF-12】

本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。

敬請回答以下各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的答案不能確定，還是請您盡可能選一個最適當的答案。在本部分所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。

第一個問題是關於目前您的健康與日常活動，請回答最正確的答案

Q1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是？

- 極好的.....1
- 很好.....2
- 好.....3
- 普通.....4
- 不好.....5

下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

Q2. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳

- 會,受到很多限制.....1
- 會,受到一些限制.....2
- 不會,完全不受限制.....3

Q3. 爬數層樓樓梯

- 會,受到很多限制.....1
- 會,受到一些限制.....2
- 不會,完全不受限制.....3

在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？

Q4. 完成的工作量比您想要完成的較少

- 有.....1
- 無.....2

Q5. 可以做的工作或其他活動的種類受到限制

- 有.....1

無.....2

在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作 上或其他日常活動方面有下列的問題？

Q6. 完成的工作量比您想要完成的較少

有.....1

無.....2

Q7. 做工作或其他活動時不如以往小心

有.....1

無.....2

Q8. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作（包括上班及家務）妨礙程度如何？

完全沒有妨礙.....1

有一點妨礙.....2

中度妨礙.....3

相當多妨礙.....4

妨礙到極點.....5

Q9. 在過去一個月內，有多少時間您覺得心情平靜？

一直都會.....1

大部分時間會.....2

有時候會.....3

很少會.....4

從不會.....5

Q10. 在過去一個月內，有多少時間您覺得精力充沛？

一直都會.....1

大部分時間會.....2

有時候會.....3

很少會.....4

從不會.....5

Q11. 在過去一個月內，有多少時間您覺得悶悶不樂和憂鬱？

一直都會.....	1
大部分時間會.....	2
有時候會.....	3
很少會.....	4
從不會.....	5

Q12. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？

一直都會.....	1
大部分時間會.....	2
有時候會.....	3
很少會.....	4
從不會.....	5

### 【個人基本資料】

一、受訪者：☐ 本人 ☐ 陪同親朋好友

（以下請填寫就醫民眾之個人基本資料）

二、姓名：\_\_\_\_\_，☐ 是否以健保身分就醫

三、性別：☐ 男性 ☐ 女性

四、出生日期：☐ 民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

五、教育程度：☐ 未受教育 ☐ 國小 ☐ 國中（初中、初職）☐ 高中（高職）  
☐ 大學（含專科）☐ 研究所以上 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

六、聯絡電話：（市話）\_\_\_\_\_（手機）\_\_\_\_\_

七、婚姻狀況：☐ 未婚 ☐ 有偶同居 ☐ 有偶分居  
☐ 離婚分居 ☐ 離婚同居 ☐ 喪偶

八、居住地址：\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區

九、戶籍地址：☐ 同居住地址；\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區

十、職業：

1. 請問您從事什麼工作 \_\_\_\_\_，職稱為何 \_\_\_\_\_，  
職業分類代號 \_\_\_\_\_

2. 請問您家中主要收入者，從事什麼工作 \_\_\_\_\_，  
職稱為何 \_\_\_\_\_，職業分類代號 \_\_\_\_\_

十一、請問您個人一年的收入平均為：

- ☐ 無任何收入 ☐ 未滿 20 萬元 ☐ 20～未滿 40 萬元  
☐ 40～未滿 60 萬元 ☐ 60～未滿 80 萬元 ☐ 80～未滿 100 萬元  
☐ 100～未滿 150 萬元 ☐ 150 萬元以上

十二、請問您目前居住在同一戶籍的家人共 \_\_\_\_\_ 人，

其中 15 歲（含）以下小孩，共 \_\_\_\_\_ 人，您家中所有成員總年收入為：  
☐ 無任何收入 ☐ 50 萬元以下 ☐ 50～未滿 100 萬元

- ☐ 100～未滿 150 萬元   ☐ 150～未滿 200 萬元   ☐ 200～未滿 250 萬元  
☐ 250～未滿 300 萬元   ☐ 300 萬元以上

十三、請問您是否有「壽險附加醫療險」或「意外險附加醫療險」或「單獨購買的醫療險」

☐ 有，請問您每年投保的費用為：

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 5 千元以下          | <input type="checkbox"/> 5 千元～未滿 1 萬元     |
| <input type="checkbox"/> 1 萬～未滿 1 萬 5 千元 | <input type="checkbox"/> 1 萬 5 千元～未滿 2 萬元 |
| <input type="checkbox"/> 2 萬～未滿 2 萬 5 千元 | <input type="checkbox"/> 2 萬 5 千元～未滿 3 萬元 |
| <input type="checkbox"/> 3 萬～未滿 3 萬 5 千元 | <input type="checkbox"/> 3 萬 5 千元～未滿 4 萬元 |
| <input type="checkbox"/> 4 萬～未滿 4 萬 5 千元 | <input type="checkbox"/> 4 萬 5 千元～未滿 5 萬元 |
| <input type="checkbox"/> 5 萬元以上          |   |

☐ 沒有

☐ 不知道

## 附錄二、職業類別分類別

### 1.Managers and senior officer 管理與資深公務人員

#### 11. Corporate managers 法人組織類.團體類的管理人

如：政府部門資深公務人員、五職等(政府)人員、國會、議會成員、  
行政官、外交官、秘書(政府)、特派員、主要組織的指揮者與  
主要經理、業務主管...

如：工程管理者、製造與維修管理者...

如：財務主管、市場與銷售管理者、採購管理者、廣告與大眾管理者...

如：消費者服務管理者（消基會）、消費者維護管理者（消保會）、  
品質保證管理者...

如：銀行管理者、分局的管理者、郵局局長...

如：倉庫與零售業管理者...

如：船長、機長、首領、少尉、中尉、上尉、州長.總督...

如：社會服務業與日間照護管理者...

#### 12. Managers and proprietors in agriculture and service 農業與服務的經營者

如：農業、園藝業、林業與漁業的管理者、自然環境與保護管理者、  
國家公園管理者...

如：飯店管理者、賓館經營者、餐廳管理者、酒館老闆、  
旅行社管理者...

如：地產、房產、土地管理者、髮廊與沙龍業管理者、  
報紙(或定期刊物)經銷商、出版商的管理者...

### 2.Professional occupations 專業性職業

#### 21. Science and technology professionals 科學與技術專業人員

如：地質學家、數學家、氣象學家、物理學家、化學家、生物學家、生化家、  
微生物學家、病理學家、植物學家、地震學家...

如：土木工程師、城市工程師、石油工程師、礦產工程師、水利工程師、  
電機工程師、能源工程師、設計工程師...

如：軟體(電腦)專家、電腦程式設計師、軟體工程師、系統分析師...  
工程師(未註明頭銜)...

#### 22. Health professionals 醫療專業人員

如：開業醫師、醫師、中醫師、牙醫、心理師、藥劑師、精神科醫師、  
驗光師、牙齒矯正師、獸醫、...

### 23. Teaching and research professionals 教育與研究專家

如：教育專家、老師(高中、國中、國小)、特教老師、教授、大學講師、  
(中小學)校長、教育家、學校財務主管、大學行政人員

如：科學家、社會科學研究員(人類、考古、歷史、地理、語言、  
社會學家)、助教(大學)、研究助理(大學)...

### 24. Business and public service professionals 商業與大眾服務專業人員

如：法律專業人員、律師、驗屍官、法務官、法庭書記、司法書記

如：會計師(合格)、稽查員、審計員、商業分析師、管理顧問、  
統計員、商業分析師...

如：建築師(室內設計師)、估料師、土地測量員、建築物測量員、  
礦物測量員...

如：政府公務人員(第六、七職等)、登錄員、戶籍員、社工人員、  
緩刑犯監督員、神職人員(神父、牧師)...

如：圖書館員、檔案保管人...

## 3. Associate professional and technical occupations 專業與技術類職業

### 31. Science and technology associate professionals 科學與技術專業人員

如：實驗室技員(細胞篩選、偵查員)、

如：建築物與都市計畫技員、工程起草者、立案者、製圖師、

如：資訊技術服務員、系統支持人員...

### 32. Health and social welfare associate professionals 醫療與社會福利專業人員

如：護士、助產士、醫療輔助人員(救護車)、X光照相師、配鏡師、  
物理治療師、特殊療法技師、職能治療師、醫檢師、放射師、  
營養學家、按摩師、矯正斜視師、社會福利相關人員(社工人員、  
以青少年為對象的社會工作者)...

### 33. Protective service occupations 保護與服務類職業

如：軍士、飛行員、中士、下士、海軍士官、士兵、列兵、工兵、  
職業軍人、軍中僱員、警察、消防員、守衛、法警、獄吏、  
海岸警備隊、海關與貨物稅人員...

### 34. Culture, media and sports occupations 文化、媒體與運動類職業

如：藝術家、卡通片繪製者、插圖畫家、雕刻家、作家、編輯、口譯員、  
編劇、翻譯家、表演者、演員、歌手、舞者、音樂家、服裝設計師、  
設計家(服裝、平面、廣告、家具)、計者、廣告業、編輯、廣播人、  
新聞記者、電台記者、攝影師、錄音師、抄錄員、運動員、裁判員、

運動教練、有氧教練...

35. Business and public service associate professionals 商業與大眾服務類專業人員

如：空中交通管制員、飛機駕駛員、水手、船員、領航員、火車司機、法律專業人員（律師之書記、職員）、保險經紀人、股票經紀人、財經顧問、稅務員、天然資源保護者、國家公園管理員...

4. Administrative and secretarial occupations 行政與書記類職業

41. Administrative occupations 行政類職業

如：市民服務的執行官（鄰長、里長、村長）、行政人員(政府)、行政助理(政府)、銀行職員、郵局職員、出納員、辦事員、職員、書記、記帳員...

42. Secretarial and related occupations 書記類相關性職業

如：秘書（醫師秘書、律師秘書、學校秘書、公司秘書、雙語秘書）、接待員、傳達員、打字員、速聽員、速記員、文書處理機之操作員

5. Skilled trades occupations 技術類職業

51. Skilled agricultural trades 農業技術性職業

如：農夫、漁夫、園丁、土地管理員...

52. Skilled metal and electrical trades 金屬與電子類技藝

如：鐵匠、煉冶工人、製模工人、砂芯製造者、印模鑄造工、金屬模板工人、造(修)船者...

如：金屬機械安裝者和操作者、金屬加工製造者、精密儀器製造者...

如：汽車工程師、汽車電氣技師、修車者、汽車噴霧漆工...

如：電子通訊工程師、電腦工程師（安裝和維修）、電子工程師、軟體工程師、程式訓練師...

53. Skilled construction and building trades 建造與建築類技藝

如：鋼鐵建造者、水泥工、建築工人、鉛窗業、裝璜師、水電工、鐵匠、木匠、油漆工、裝玻璃工人、窗戶製造者和安裝者...

如：粉刷工、鋪地板的人和牆壁製造工、室內裝潢師、建築師、室內設計師...



54. Textiles, printing and other skilled trades 紡織品與印刷類技藝

- 如：織布工、編織者、(男裝)裁縫師、(女裝)裁縫師、修改衣服(縫紉)、皮革、紡織、服飾等相關貿易...
- 如：印刷業者、排字工人、裝訂商...
- 如：肉販、魚販、家禽販、麵包師傅、麵粉糕點師、廚師...
- 如：玻璃和陶器製造者、家具製造者、其它手工木頭製造者、調音師、金匠、銀器匠、貴重寶石工作者、花店(佈置者)、花商、手工藝師...

6. Personal service occupations

61. Caring personal service occupations 愛心的私人服務業

- 如：護佐(護士輔助員)、救護車人員、牙助、住家管理員、照護助理、居家照護者...
- 如：幼保員、托兒所護士、兒童照護者、幼教老師(安親班)、保母...
- 如：獸醫護士與助理、狗狗美容師、馬伕、動物園管理員...

62. Leisure and other personal service occupations 休閒與其他私人服務業

- 如：救生員、售票員(安排登記旅客、行李、貨物之服務員)、領隊、旅行社職員、導遊、空中服務員、(火車)隨車服務員、收票員、車掌小姐...
- 如：美髮師、理髮師、美容師、彩妝藝術師、指甲美容師、減重顧問師...
- 如：管家、工友...
- 如：殯葬業與喪葬助理、抬棺者、柩夫(殯儀館館長)、殯葬業者、害蟲防治人員...

7. Sales occupations 銷售業

71. sales occupations 銷售業

- 如：銷售與零售助理、專櫃助理、出納員(零售業)、加油站員、電話銷售員、電話招攬員...
- 如：開小貨車銷售員、貨攤主人、街道商人、房地產經紀人、櫥窗裝飾者...

【如：電器行、五金行、瓦斯行(老闆)、賣水果、檳榔商人、房仲業、行銷、會計、保險業務員、金融業、雜貨站(開店)、商業與證券業】

72. customer service occupations 消費者服務業

- 如：銷貨員、營業員、消費者保護顧問、消費者聯絡員...

## 8. Process, plant and machine operatives 機器設備操作業

### 81. process, plant and machine operatives 機器設備操作業員

- 如：麵包助理、啤酒釀造工人、牛奶工人、  
玻璃和陶瓷製造技術（玻璃火爐技工、窯爐燒製工人）、  
紡織製造技術（紡紗工人、捲線工人）  
化學與相關製造技術（染坊技術、尼龍紡紗工人、油漆製造者）  
橡膠製造技術（橡膠製模工人、橡膠製模工人、橡膠工人）  
塑膠製造技術（塑膠製模工人）  
金屬製造（冶鍊工人、鍋爐工人）  
電鍍工人（電鍍工人、鍍鋅工人）
- 如：切紙機操作員、書籍裝訂者、鋸木工、煤礦工、採石工人、  
鑽井工人、金屬工作機器操作（研磨機械師、金屬磨光器）...
- 如：裝配工(電氣產品、汽車和金屬貨物)、定時檢查員和試驗員、過磅員、  
分定等級的人、分類員...
- 如：鷹架搭建者、道路建築技師（鋪瀝青工人、鋪面工）、  
鐵路建築和維修師...

### 82. transport and mobile machine drivers and operatives 運輸與交通駕駛員

- 如：載重物的司機、小貨車司機、公車和巴士司機、計程車司機、  
汽車司機、汽車教練、鐵路運輸技工、遊艇和輪船技工、  
航空運輸技師（地勤）...
- 如：吊車司機、叉式起重車司機、農業機械司機...

## 9. Elementary occupations 初級職業

### 91. elementary trades, plant and storage related occupations

初級.手藝.機器設備.倉儲等相關工作

- 如：務農工人、林業工人、漁業和農業相關工作...
- 如：建築工人、木工手藝...
- 如：鑄造工人、印刷機器看守員、罐頭食品工人、裝瓶員、裝填員、  
加工工人、工廠工人...
- 如：裝卸工、碼頭工人、吊運工人、倉管員...

## 92. elementary administration and service occupations

### 初級行政作業與服務員

如：郵遞工人、郵件分類員、郵差、信差...

(郵差歸類於公家機關，而此類人員如：黑貓宅急便送貨員)

如：醫院清潔工、飯店清潔工、廚房和酒席助手、(男)侍者、

(女)服務生、酒吧工作人員、休閒及主題遊樂園服務員...

如：窗戶清洗工人、道路清掃夫、清潔工、佣人、乾洗清潔工、

洗衣員、熨衣工人...

如：保安衛兵和相關職業、計時停車管理員、學校巡邏員、

停車服務員...

如：書架裝填員、批發業、躉售業、票根檢查員、推車收集員...

### 附錄三、譯碼簿

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
number	數字 (4)	流水號	個人編碼 0001-9999
level	字串	層級	醫學中心、區域醫院 地區醫院、西醫診所 牙醫診所、中醫診所
class	字串	類別	住院 醫院門診 診所門診
<b>【就醫類別】</b>			
資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
category	數字 (1)	就醫類別	1=急診 2=住院 3=西醫 4=牙醫 5=中醫
days	數字	住院天數	依回答過錄
time_sick	數字 (8)	身體不舒服需要治療時間	個人編 8 位數碼 第 1、2 碼代表月份 第 3、4 碼代表日期 第 5、6 碼代表小時 第 7、8 碼代表分鐘
time_appoint	數字 (8)	預約醫療院所時間	同上
time_go	數字 (8)	準備出發時間	同上
資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
time_arrive	數字 (8)	抵達醫療院所時間	同上
time_doctor	數字 (8)	醫師開始看診時間	同上
time_finish	數字 (8)	完成所有就醫流程準備離開時間	同上
disease	字串	當次就醫症狀或病名	依回答過錄
<b>【當次就醫醫療費用】</b>			
<b>一、健保給付項目費用</b>			
資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
insurance_1	數字	診察費	依回答過錄

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
insurance_2	數字	藥費	依回答過錄
insurance_3	數字	藥事服務費	依回答過錄
insurance_4	數字	注射費	依回答過錄
insurance_5	數字	檢驗費	依回答過錄
insurance_6	數字	檢查費	依回答過錄
insurance_7	數字	處理手術費	依回答過錄
insurance_8	數字	材料費	依回答過錄
insurance_9	數字	治療處置費	依回答過錄
insurance_10	數字	復健治療費	依回答過錄
insurance_11	數字	病房費	依回答過錄
insurance_12	數字	放射線治療費	依回答過錄
insurance_13	數字	放射線診療費	依回答過錄
insurance_14	數字	特殊材料費	依回答過錄
insurance_15	數字	麻醉費	依回答過錄
insurance_16	數字	血液血漿費	依回答過錄
insurance_17	數字	注射技術費	依回答過錄
insurance_18	數字	診療費	依回答過錄
insurance_19_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_19_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
insurance_20_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_20_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
insurance_21_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_21_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
insurance_22_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_22_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
insurance_23_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_23_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
insurance_24_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_24_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
insurance_25_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_25_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
insurance_26_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_26_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
insurance_27_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_27_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
insurance_28_1	文字	健保給付項目名稱	依回答過錄
insurance_28_2	數字	健保給付項目金額	依回答過錄
Insurance_total	數字	健保給付項目金額 合計	依回答過錄
<b>【當次就醫醫療費用】</b>			
<b>二、自付醫療項目費用</b>			
資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_1_1	數字	掛號費	依回答過錄

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_1_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_1_3	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_2_1	數字	基本部分負擔金額	依回答過錄
OOP_2_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_2_3	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_3_1	數字	藥品部分負擔金額	依回答過錄
OOP_3_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_3_3	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_4_1	數字	復健部分負擔金額	依回答過錄
OOP_4_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_4_3	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_5_1	數字	檢驗檢查	依回答過錄
OOP_5_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_5_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_5_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_5_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_5_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_5_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_6_1	數字	藥品	依回答過錄

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_6_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_6_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_6_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_6_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_6_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_6_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_7_1	數字	衛材	依回答過錄
OOP_7_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_7_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_7_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_7_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_7_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_7_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_8_1	數字	病房費	依回答過錄
OOP_8_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_8_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_8_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_8_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_8_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院



			2=病人
資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_8_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_9_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_9_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_9_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_9_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_9_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_9_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_9_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_9_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_10_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_10_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_10_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_10_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_10_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_10_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_10_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_10_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_10_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_10_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_10_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_10_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_10_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_10_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_10_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_10_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_11_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_11_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_11_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_11_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_11_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_11_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_11_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_11_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_12_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_12_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_12_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_12_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_12_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_12_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_12_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_12_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_13_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_13_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_13_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_13_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_13_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_13_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_13_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_13_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_14_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_14_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_14_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_14_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_14_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_14_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_14_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_14_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_15_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_15_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_15_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_15_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_15_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_15_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_15_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_15_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_16_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_16_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_16_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_16_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_16_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_16_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_16_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_16_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_17_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_17_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_17_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_17_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_17_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_17_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_17_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_17_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_18_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_18_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_18_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_18_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_18_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_18_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_18_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_18_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_19_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_19_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_19_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_19_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_19_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_19_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_19_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_19_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_20_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_20_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_20_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_20_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_20_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_20_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_20_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_20_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_21_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_21_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_21_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_21_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_21_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_21_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_21_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_21_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_22_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_22_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_22_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_22_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_22_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_22_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_22_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_22_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_23_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_23_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_23_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_23_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_23_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_23_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_23_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_23_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_24_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_24_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_24_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_24_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_24_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_24_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_24_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_24_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_25_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_25_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_25_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_25_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_25_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_25_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_25_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_25_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_26_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_26_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_26_2	數字	單位	依回答過錄

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
OOP_26_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_26_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_26_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_26_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_26_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_27_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_27_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_27_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_27_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_27_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_27_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_27_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人
OOP_27_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_28_item	字串	自費項目名稱	依回答過錄自費名稱
OOP_28_1	數字	自費項目金額	依回答過錄
OOP_28_2	數字	單位	依回答過錄
OOP_28_3	數字 (1)	有無事先告知金額	1=有 2=無
OOP_28_4	數字 (1)	有無徵詢同意	1=有 2=無
OOP_28_5	數字 (1)	告知金額與您付款金額有無一致	1=有 2=無
OOP_28_6	數字 (1)	醫院建議或病人要求	1=醫院 2=病人



OOP_28_7	數字 (1)	有無開立收據	1=有 2=無
OOP_exemption	數字	減免	依回答過錄
OOP_Total	數字	自費金額合計	依回答過錄
Nursing_expense	數字	看護費	依回答過錄
三、如果健保將所有自付費用取消，但需多繳保費。請問您願意每個月多付多少保費呢？			
資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
high_pay_insurance	數字	最高願意每月多付多少保費	依回答過錄
low_pay_insurance	數字	最低願意每月多付多少保費	依回答過錄
四、請您就以下問題說出您對於這次就醫的整體看法			
資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
4_1	數字 (4)	服務態度	1=極佳 2=佳 3=不佳 4=極不佳
資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
4_2	數字 (4)	硬體設備	1=極好 2=良好 3=不良 4=極不良
4_3	數字 (4)	環境清潔	1=極乾淨 2=乾淨 3=不乾淨 4=極不乾淨
4_4	數字 (4)	就醫流程	1=極流暢 2=流暢 3=繁瑣 4=極繁瑣
4_5	數字 (2)	醫療技術	1=好 2=不好
4_6	數字 (2)	收據上自費項目清不清楚	1=清楚 2=不清楚

4_7	數字 (2)	收據上自費總金額滿 不滿意	1=滿意 2=不滿意
4_8	數字 (2)	有無超過您「預期應繳 的金額」	1=有 2=無
4_9	數字 (2)	有無超過您「預期應繳 的部分負擔金額」	1=有 2=無
4_10	數字 (2)	知不知道醫療院所公 布的自費項目與金額	1=知道 2=不知道
4_11	字串	其他原因	依回答過錄

**五、醫護人員是否有告知您「再另行購買」與這次就醫相關的東西**

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
buy	數字 (1)	醫護人員是否有告知 您「再另行購買」與這 次就醫相關的東西	1=有 2=無
buy_1_1	字串	購買項目	依回答過錄
buy_1_2	數字	購買金額	依回答過錄
buy_1_3	數字	購買單位	依回答過錄
buy_2_1	字串	購買項目	依回答過錄
buy_2_2	數字	購買金額	依回答過錄
buy_2_3	數字	購買單位	依回答過錄
buy_3_1	字串	購買項目	依回答過錄
buy_3_2	數字	購買金額	依回答過錄
buy_3_3	數字	購買單位	依回答過錄
buy_4_1	字串	購買項目	依回答過錄
buy_4_2	數字	購買金額	依回答過錄
buy_4_3	數字	購買單位	依回答過錄
buy_5_1	字串	購買項目	依回答過錄
buy_5_2	數字	購買金額	依回答過錄
buy_5_3	數字	購買單位	依回答過錄

**【過去醫療利用情形與費用支出】**

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
past	數字 (1)	過去一年內是否有就 醫利用	1=有 2=無
past_1_1	數字	住院就醫次數	依回答過錄
past_1_2	數字	住院平均費用	依回答過錄
past_1_3	字串	住院機構名稱	依回答過錄
Past_2_1	數字	急診就醫次數	依回答過錄

Past_2_2	數字	急診平均費用	依回答過錄
Past_2_3	字串	急診機構名稱	依回答過錄
Past_3_1	數字	長期照護就醫次數	依回答過錄
Past_3_2	數字	長期照護平均費用	依回答過錄
Past_3_3	字串	長期照護機構名稱	依回答過錄
Past_4_1	數字	牙醫就醫次數	依回答過錄
Past_4_2	數字	牙醫平均費用	依回答過錄
Past_4_3	字串	牙醫機構名稱	依回答過錄
Past_5_1	數字	中醫就醫次數	依回答過錄
Past_5_2	數字	中醫平均費用	依回答過錄
Past_5_3	字串	中醫機構名稱	依回答過錄
<b>【請問您過去一個月是否有自行購買其他醫療保健服務與支出】</b>			
<b>資料庫欄位名稱</b>	<b>資料型態與長度</b>	<b>變項說明</b>	<b>選項數值說明</b>
Self	數字 (1)	有無自行購買其他醫療保健服務與支出	1=有 2=無
Self_1_1	字串	購買項目	依回答過錄
Self_1_2	數字	購買金額	依回答過錄
Self_1_3	數字	購買單位	依回答過錄
Self_2_1	字串	購買項目	依回答過錄
Self_2_2	數字	購買金額	依回答過錄
Self_2_3	數字	購買單位	依回答過錄
Self_3_1	字串	購買項目	依回答過錄
Self_3_2	數字	購買金額	依回答過錄
Self_3_3	數字	購買單位	依回答過錄
Self_4_1	字串	購買項目	依回答過錄
Self_4_2	數字	購買金額	依回答過錄
Self_4_3	數字	購買單位	依回答過錄
Self_5_1	字串	購買項目	依回答過錄
Self_5_2	數字	購買金額	依回答過錄
Self_5_3	數字	購買單位	依回答過錄
<b>【自覺健康狀態 SF-12】</b>			
<b>資料庫欄位名稱</b>	<b>資料型態與長度</b>	<b>變項說明</b>	<b>選項數值說明</b>
Q1	數字 (1)	一般來說，您認為您目前的健康狀況	1=極好的 2=很好 3=好 4=普通 5=不好

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
Q2	數字 (1)	您目前健康狀況會不會限制您從事中等程度活動	1=會，受到很多限制 2=會，受到一些限制 3=不會，完全不受限制
Q3	數字 (1)	您目前健康狀況會不會限制您從事爬數層樓梯的活動	1=會，受到很多限制 2=會，受到一些限制 3=不會，完全不受限制
Q4	數字 (1)	過去一個月內，是否因為身體健康問題完成的工作量比您想要完成的較少	1=有 2=無
Q5	數字 (1)	過去一個月內，是否因為身體健康問題讓您可以做的工作活其他活動的種類受到限制	1=有 2=無
Q6	數字 (1)	過去一個月內，是否因為情緒問題完成的工作量比您想要完成的較少	1=有 2=無
Q7	數字 (1)	過去一個月內，是否因為情緒問題讓您做工作或其他活動時不如以往小心	1=有 2=無
Q8	數字 (1)	在過去一個月內，身體疼痛對於您的日常工作的妨礙程度	1=完全沒有妨礙 2=有一點妨礙 3=中度妨礙 4=相當多妨礙 5=妨礙到極點

Q9	數字 (1)	在過去一個月內，有多少時間您覺得心情平靜	1=一直都會 2=大部分時間會 3=有時候會 4=很少會 5=從不會
Q10	數字 (1)	在過去一個月內，有多少時間您覺得精力充沛	1=一直都會 2=大部分時間會 3=有時候會 4=很少會 5=從不會
Q11	數字 (1)	在過去一個月內，有多少時間您覺得悶悶不樂和憂鬱	1=一直都會 2=大部分時間會 3=有時候會 4=很少會 5=從不會
Q12	數字 (1)	在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時間會妨礙您的社交活動	1=一直都會 2=大部分時間會 3=有時候會 4=很少會 5=從不會
<b>【個人基本資料】</b>			
<b>資料庫欄位名稱</b>	<b>資料型態與長度</b>	<b>變項說明</b>	<b>選項數值說明</b>
personal_1	數字 (1)	是否本人受訪	1=本人 2=陪同親朋好友
personal_2	數字 (1)	是否以健保身份就醫	1=是 2=否
personal_3	數字 (1)	性別	1=男性 2=女性
personal_4	數字 (5)	出生日期	個人編 5 位數碼 第 1、2、3 碼代表出生年 第 4、5 碼表出生月

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
personal_5	數字 (1)	教育程度	1=未受教育 2=國小 3=國中 (初中、初職) 4=高中 (高職) 5=大學 (含專科) 6=研究所以上 7=其他
personal_6	數字 (1)	婚姻狀況	1=未婚 2=有偶同居 3=有偶分居 4=離婚分居 5=離婚同居 6=喪偶
personal_7_1	字串	受訪者職業	依回答過錄
personal_7_2	字串	家中主要收入者職業	依回答過錄
personal_8	數字 (1)	受訪者年平均收入	1=無任何收入 2=未滿 20 萬元 3=20 至未滿 40 萬元 4=40 至未滿 60 萬元 5=60 至未滿 80 萬元 6=80 至未滿 100 萬元 7=100 至未滿 150 萬元 8=150 萬元以上
personal_9_1	數字	同一戶籍的家人數	依回答過錄
personal_9_2	數字	15 歲 (含) 以下小孩	依回答過錄

資料庫欄位名稱	資料型態與長度	變項說明	選項數值說明
personal_9_3	數字 (1)	受訪者家中所有成員年平均收入年平均收入	1=無任何收入 2=50 萬元以下 3=50 至未滿 100 萬元 4=100 至未滿 150 萬元 5=150 至未滿 200 萬元 6=200 至未滿 250 萬元 7=250 至未滿 300 萬元 8=300 萬元以上
personal_10_1	數字 (1)	是否有購買醫療險相關保險	1=有 2=沒有 3=不知道
personal_10_2	數字 (1)	年投保金額	1=5 千元以下 2=5 千元至未滿 1 萬元 3=1 萬元至未滿 1 萬 5 千元 4=1 萬 5 千元至未滿 2 萬元 5=2 萬元至未滿 2 萬 5 千元 6=2 萬 5 千元至未滿 3 萬元 7=3 萬元至未滿 3 萬 5 千元 8=3 萬 5 千元至未滿 4 萬元 9=4 萬元至未滿 4 萬 5 千元 10=4 萬 5 千元至未滿 5 萬元 11=5 萬元以上

#### 附錄四、訪員訓練實徵記錄

### 簽到單

會議事由:建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模

式訪員訓練

會議時間:民國 100 年 7 月 29 日(五) 12:00-16:00

會議地點:國立台中護理專科學校三樓專題討論室

出席人員:

名字	簽到
李卓倫	李卓倫 1
林霖	
陳文意	
林廣崙	林廣崙 2
黃瓊瑩	黃瓊瑩 3
陳琪紋	陳琪紋 4
王煜勛	王煜勛 5



# 簽到單

	姓名	簽到
✓	劉思廷	劉思廷 6
✓	黃譯鋒	黃譯鋒 7
✓	陳敬澍	陳敬澍 8
✓	鄧育奇	鄧育奇 9
✓	林雅聰	林雅聰 10
✓	賴怡璇	賴怡璇 11
+	陳利卉	陳利卉 12
✓	蘇煒翔	蘇煒翔 13
+	陳昌穎	陳昌穎 14
+	柯冠吟	柯冠吟 15
+	鄭凱樺	鄭凱樺 16
✓	林智偉	林智偉 17
×	柯育如	柯育如 18
×	甘嘉慧	甘嘉慧 19
✓	邱佳琳	邱佳琳 20
×	黃依敏	黃依敏 21
×	魏家輝	魏家輝 22

# 簽到單

姓名	簽到
X 黃新達	黃新達 23
X 唐良馨	唐良馨 24
X 簡筱文	簡筱文 25
✓ 陳昭璇	陳昭璇 26
X 吳佳純	吳佳純 27
X 陳昭靜	陳昭靜 28
✓ 黃思如	黃思如 29
✓ 李懿珍	李懿珍 30
X 高靖婷	高靖婷 31
✓ 林思通	林思通 32

## 簽 到 單

姓名	簽到
林家儀	林家儀
鄧岳舒	鄧岳舒
張昭凱	張昭凱
陳甫益	陳甫益
方怡瑩	方怡瑩
戴佩瑩	戴佩瑩
潘思羽	潘思羽
劉麗庭	劉麗庭
葉育伶	葉育伶
劉淑娟	劉淑娟
陳麗珊	陳麗珊







## 附錄五、門診醫療費用收據參考格式

### ○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○  
 性別：○ 就診日期：○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○  
 健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 就醫科別：○○○  
 診別：○○○ 醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	xx	掛號費	xx
藥費	xx	部分負擔	
藥事服務費	xx	基本部分負擔	xx
注射費	xx	藥品部分負擔	xx
檢驗費	xx	復健部分負擔	xx
檢查費	xx	檢驗檢查	xx
處置手術費	xx	藥品	xx
材料費	xx	衛材	xx
		其他	xx
小計：健保申報 xxxx點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 xxx元 其他自費金額 xxx元	
應繳金額：xxx元		收款人：○○○（收費章及日期）	

醫院（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話(條戳或圖記)

第○聯 收據編號：○○○○○

備註：行政院衛生署 96 年 8 月 3 日衛署醫字第 0960203653 號函附

## 附錄六、住院醫療費用收據參考格式

### ○○○醫院住院醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○  
 性別：○ 入、出院日期：○○○/○○/○○~○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○  
 健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 住院科別：○○○  
 病房號：○○○ 主治醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	xx	住院部分負擔（急性）	
病房費	xx	1~30 日	xx
管灌膳食費	xx	31~60 日	xx
檢驗檢查費	xx	61 日以上	xx
放射線診療費	xx	住院部分負擔（慢性）	
治療處置費	xx	30 日以下	xx
手術費	xx	31~90 日	xx
復健治療費	xx	91~180 日	xx
血液血漿費	xx	181 日以上	xx
血液透析費	xx	病房費差額	
麻醉費	xx	單人房：計 日	xx
特殊材料費	xx	雙人房：計 日	xx
藥費	xx	病房膳食：計 日	xx
藥事服務費	xx	檢驗檢查	xx
精神科治療費	xx	藥品	xx
注射技術費	xx	衛材	xx
嬰兒費	xx	部分給付*	xx
		其他	xx
小計：健保申報 xxxx點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：住院部分負擔金額 xxx元 其他自費金額 xxx元	
應繳金額： xxx元		收款人：○○○（收費章及日期）	

**醫院名稱、醫療機構代碼、醫院地址、電話(條戳或圖記)**

第○聯

收據編號：○○○○○

\*：指陶瓷人工髖關節、人工水晶體、塗藥血管支架、人工心律調節器、義肢等  
 五項由病患自付部分

備註：行政院衛生署 96 年 8 月 3 日衛署醫字第 0960203653 號函附

# 附錄七、就醫民眾之主要自費結構

選項	有無事先告知金額							
層級	自費項目	有	百分比	無	百分比	遺漏值	百分比	總和
住院	血液救濟金	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	2
	醫材費	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1
	血液血漿費	110	79.71%	18	13.04%	10	7.25%	138
	藥品費	337	81.60%	50	12.11%	26	6.30%	413
	特殊材料費	191	86.82%	21	9.55%	8	3.64%	220
	治療處置費	72	83.72%	8	9.30%	6	6.98%	86
	護理費	9	60.00%	1	6.67%	5	33.33%	15
	醫療處置費	16	94.12%	1	5.88%	0	0.00%	17
	衛材費	467	86.64%	31	5.75%	41	7.61%	539
	檢驗檢查費	71	94.67%	3	4.00%	1	1.33%	75
	其他部分負擔	122	74.85%	6	3.68%	35	21.47%	163
	X光費	22	70.97%	1	3.23%	8	25.81%	31
	其他	36	50.00%	2	2.78%	34	47.22%	72
	膳食費	386	90.40%	8	1.87%	33	7.73%	427
	病房費	904	93.39%	14	1.45%	50	5.17%	968
	診斷書費	545	89.49%	8	1.31%	56	9.20%	609
	人工水晶體	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	手術處置費	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	代購日用品	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	自費耗材	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	急性自付額	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	個人衛生費	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	高蛋白	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	處方調劑費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	會診費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	義肢	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	審查費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	藥事服務費	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	聽篩耗材	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	行政處置費	14	87.50%	0	0.00%	2	12.50%	16
	檢查費	5	83.33%	0	0.00%	1	16.67%	6



選項	有無事先告知金額							
層級	自費項目	有	百分比	無	百分比	遺漏值	百分比	總和
住院	麻醉費	17	77.27%	0	0.00%	5	22.73%	22
	手術費	13	76.47%	0	0.00%	4	23.53%	17
	救護車費	9	75.00%	0	0.00%	3	25.00%	12
	注射費	8	66.67%	0	0.00%	4	33.33%	12
	代辦費	1	25.00%	0	0.00%	3	75.00%	4
	自費醫療費用	0	0.00%	0	0.00%	3	100.00%	3
	清潔費	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	替換人工關節	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	無痛治療	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	傷口護理包	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
醫院門診	醫療處置費	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	2
	藥品費	35	85.37%	6	14.63%	0	0.00%	41
	特殊材料費	7	87.50%	1	12.50%	0	0.00%	8
	診斷書費	29	93.55%	2	6.45%	0	0.00%	31
	衛材費	14	77.78%	1	5.56%	3	16.67%	18
	其他部分負擔	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	治療處置費	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	急診	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	暫收款	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	檢查費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	檢驗檢查費	6	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	6
	自費醫療費用	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	注射費	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
西醫診所	自費醫療費用	0	0.00%	1	50.00%	1	50.00%	2
	藥品費	9	90.00%	1	10.00%	0	0.00%	10
	其他部分負擔	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	檢驗檢查費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	醫療處置費	9	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	9
	其他	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	注射費	0	0.00%	0	0.00%	2	100.00%	2
牙醫診所	矯正器	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
中醫診所	其他部分負擔	0	0.00%	3	100.00%	0	0.00%	3
	衛材費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	藥品費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	自費醫療費用	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1

選項	醫院建議或病人要求							
層級	自費項目	醫院建議	百分比	病人要求	百分比	遺漏值	百分比	總和
住院	血液救濟金	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	急性自付額	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	個人衛生費	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	處方調劑費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	會診費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	義肢	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	審查費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	醫材費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	藥事服務費	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	聽篩耗材	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	醫療處置費	16	94.12%	1	5.88%	0	0.00%	17
	特殊材料費	205	93.18%	5	2.27%	10	4.55%	220
	檢驗檢查費	69	92.00%	5	6.67%	1	1.33%	75
	藥品費	367	88.86%	13	3.15%	33	7.99%	413
	血液血漿費	121	87.68%	7	5.07%	10	7.25%	138
	行政處置費	14	87.50%	1	6.25%	1	6.25%	16
	治療處置費	75	87.21%	4	4.65%	7	8.14%	86
	檢查費	5	83.33%	0	0.00%	1	16.67%	6
	衛材費	409	75.88%	88	16.33%	42	7.79%	539
	其他部分負擔	123	75.46%	4	2.45%	36	22.09%	163
	X光費	21	67.74%	2	6.45%	8	25.81%	31
	注射費	8	66.67%	0	0.00%	4	33.33%	12
	手術費	11	64.71%	2	11.76%	4	23.53%	17
	麻醉費	14	63.64%	2	9.09%	6	27.27%	22
	護理費	9	60.00%	1	6.67%	5	33.33%	15
	病房費	488	50.41%	426	44.01%	54	5.58%	968
	手術處置費	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	2
	其他	36	50.00%	2	2.78%	34	47.22%	72
	膳食費	137	32.08%	252	59.02%	38	8.90%	427
	診斷書費	142	23.32%	408	67.00%	59	9.69%	609
	救護車費	1	8.33%	8	66.67%	3	25.00%	12
	電話費	0	0.00%	35	77.78%	10	22.22%	45
	人工水晶體	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1

選項	醫院建議或病人要求							
層級	自費項目	醫院建議	百分比	病人要求	百分比	遺漏值	百分比	總和
住院	自費耗材	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1
	高蛋白	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1
	自費醫療費用	0	0.00%	0	0.00%	3	100.00%	3
	清潔費	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	替換人工關節	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	無痛治療	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	傷口護理包	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
醫院 門診	其他部分負擔	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	治療處置費	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	急診	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	特殊材料費	8	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	8
	暫收款	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	檢查費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	醫療處置費	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2
	藥品費	39	95.12%	1	2.44%	1	2.44%	41
	檢驗檢查費	5	83.33%	1	16.67%	0	0.00%	6
	衛材費	14	77.78%	1	5.56%	3	16.67%	18
	診斷書費	15	48.39%	16	51.61%	0	0.00%	31
	自費醫療費用	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
	注射費	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
西醫 診所	其他部分負擔	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	檢驗檢查費	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
	醫療處置費	9	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	9
	藥品費	10	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	10
	自費醫療費用	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	2
	其他	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1
	注射費	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	2
牙醫 診所	矯正器	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1
中醫 診所	其他部分負擔	3	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	3
	衛材費	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1
	藥品費	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1
	自費醫療費用	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1

## 附錄八、國內醫療服務選擇相關文獻回顧

### 1. 國內醫療服務選擇文獻

在我國全民健保制度尚未實施以前，國內的醫療院所層級的劃分較不明確。所以，絕大多數的文獻都著重在探討病患醫療服務選擇的影響因素。如康健壽等人(1993)研究中醫門診病人選擇不同醫院型式之影響因素。該文於 1989 年 8 月至 10 月之間，對全省有開辦勞保的 13 家教學醫院，以地點配對選取最鄰近的中醫診所 13 家，共 26 家醫院診所的中醫門診病人，進行多變項對數迴歸分析。結果顯示：年齡、保險的有無、初複診別、一般健康狀況、疾病嚴重度與肌肉骨骼神經系統疾病等變數對求診醫院型式的機率有顯著的相關。而年齡愈老、無醫療保險者、初診病人，一般健康狀況穩定者、疾病程度較嚴重或非肌肉骨骼神經系統疾病的患者，求診教學醫院中醫部的比例，顯著高於求診一般中醫診所。

另外，侯毓昌(1995)為了探討中醫門診病人選擇醫療院所的因素為何，針對台中市七家中醫醫院之門診病人進行分析。其結果顯示，中醫門診病人選擇醫院之考慮因素最重要的前五名為：醫師之醫德、醫師之醫術、醫師之服務態度、醫師以外之醫療輔助人員服務態度和醫院整體名聲。另外，作者以複迴歸分析發現醫院特性、教育程度、醫師與醫院之印象因素、他人之推薦因素則為影響醫療滿意度四個最主要的影響因子。而王乃弘(1999)利用分析層級程序法分析中部海線六鄉鎮民眾就醫選擇要素。結果發現：醫德醫術及醫療儀器是民眾就醫時之決定性選擇要素。此外，陳秋瑩等人(1999)以台灣地區民眾為研究對象，利用分層三段等機率抽樣，以結構性問卷為研究工具，探討民眾使用中西醫醫療服務之情形。其實證結果發現：以就醫地點而言，使用人數最多者為私人診所，其次為公立醫院，最少則是至青草店買藥。而求醫偏好、有無固定看病之中醫師以及自述一個月內是否生病才是影響民眾利用中醫門診服務之主因。

石淦生、羅紀瓊(2000)為了瞭解牙科病患健保門診就醫選擇狀況，以結合了牙科病患民國 85 年的所得及醫療利用的資料，探討醫院與診所健保病患的差

異性。文中以二元邏輯模型(Binary Logit Model)進行實證分析，結果發現女性傾向在診所就醫；所得較高者則傾向於在醫院就醫；而就醫時的預期自付醫療費用越高，越不選擇在診所就診；醫院家數較多的地區，病患在醫院就診的機率越大。而時間彈性較大的中高薪受雇者傾向在醫院就醫；時間彈性相對較低的農漁民及低薪受雇者較傾向在診所就醫。另外，在控制了病患的所得、預期自付價格及就醫當地醫療供給數量的影響後，牙科病患同時患有重大傷病、糖尿病、心臟病及腦血管疾病者在醫院就診的機率顯著較高。

陳依琪(2001)以「民國八十五年台灣地區全民健康保險滿意度調查」之對象為基礎，加入受訪者居住所在地之可近性供給變數，如醫師數、醫院床數等。此外，為了解實際醫療使用情況，也加入了西醫門診之就診次數、就診費用及住院天數、醫療費用等。利用負二項迴歸模型(Negative Binominal Regression)及羅吉斯迴歸模型(Logistic Regression)，進行實證分析，其結果發現：年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、醫療信念等傾向因素以及家戶所得、固定就醫地點及居住地區等能力因素皆顯著地影響民眾的就醫選擇。

最後，葉堯進(2003)利用問卷資料，搭配多項式羅輯特模型 (Multinomial Logit Model) 針對民眾選擇西醫、中醫、民俗療法或自行買藥等的求醫行為進行實證分析。結果發現，女性在就醫的選擇上，無論何種情況皆相對於男性選擇中醫的機率較高；未加入健保的民眾在生病時，選擇到藥局或是接受民俗療法的機率較高；受過教育的民眾相對於未受教育者，在感冒時選擇中醫的機率較高，而慢性病患者則是選擇西醫的機率較高。

## 2. 國內就醫層級選擇文獻

國內對於醫療層級選擇的相關研究多半針對我國全民健保制度下，民眾就醫層級選擇因素之探討。如許惠媚(1995)以台北市士林、北投兩區中，經醫院評鑑之各級醫療院所的內科門診病患為研究對象，探討全民健保後內科門診病患選擇就醫層級的變化。其研究結果顯示：距離遠近、醫師醫術、固定醫師、醫院人員

服務態度及醫院設備為民眾選擇醫院首要考慮之因素。其中醫師醫術好、醫院人員服務好、及一向固定醫師看診是四個層級病患共同的訴求，而大醫院除醫師醫術好外，還以醫院設備較好吸引病患，至於其他層級則是距離因素較佔優勢。另外在選擇各層級就醫的人口特質則略不同，以六十歲以上人口的慢性病患較傾向於選擇醫學中心，至於收入與教育程度方面，則沒有差異。

另外，錢梅芳(1997)為了探討影響民眾選擇西醫門診就醫層級的因素以及全民健保實施後對民眾選擇西醫層級的影響，以 1994 年國民健康檢查的資料進行分析，並在 1996 年針對 1994 國民健康調查的部份樣本作更進一步地追查。研究結果顯示教育越高、具保險身分、自覺健康狀況愈差、有慢性病且需服藥，會使民眾傾向於前往醫院就診。在全民健保實施後，男性、無工作、健康狀況較差、交通時間較長、等候時間較長者會傾向由診所改往醫院就診。然而作者只將醫療院所分成醫院與診所兩個層出級，若能再細分為醫學中心、區域醫院、地區醫院以及基層診所四個層級，其分析更能貼近我國的全民健保體系。

劉彩卿與吳佩璟 (2001) 針對 1,187 位小兒科門診患者的就醫資料，探討影響其至不同層級醫療院所之因素。作者將醫療院所分為醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所四個層級。實證模型採用多項式羅輯特模型 (Multinomial Logit Model)。實證結果發現：病兒健康狀況較差或是疾病嚴重程度較高者，就醫層級越高；該醫療層級的金錢成本越高和就醫距離越遠，民眾越不會前往該層級看病；生病時曾自行到藥房買藥者，前往醫學中心的機率較低；陪伴者年齡越高，前往醫學中心機率則較高。

江君毅等人 (2002) 探討影響民眾選擇就醫層級的因素。以台北都會區年滿十七歲以上的中華民國國民為對象，利用巢式羅輯特模型 (Nested Multinomial Logit Model) 進行實證分析。作者將選項分巢方式區分為三種：(1)醫學中心與區域醫院同巢，且地區醫院和診所同巢；(2)醫學中心、區域醫院和地區醫院同巢，診所獨自一組；(3)醫學中心和區域醫院同巢，地區醫院和診所各自為一組。其實證結果發現：部分負擔影響效果顯著且符號為負。就醫距離越長、就醫可近

性越差，民眾越不願前往該醫療層級就診。民眾健康狀況越差，越希望接受完善且先進的治療，對大醫院的需求較高；會到藥局看病之民眾，較不願前往大醫院就診；年齡越高、身體機能的衰退並未提高民眾前往大醫院的意願；高所得的民眾願意負擔昂貴醫療費用去接受大醫院完善的治療；教育程度較高的民眾較不會迷信大醫院。

陳欽賢等人（2005）利用問卷調查的資料，挑選 18 歲以上曾經因感冒與慢性病就醫的樣本，搭配多項式羅輯特模型（Multinomial Logit Model）進行實證分析。研究結果發現，民眾在罹患小病時，並不一定愛上大醫院。但上大醫院者確實有部分是因為健康狀況不好。另外，在其他個人特性變數方面，教育程度越高，到大型醫療院所就醫的機率較高。在全民健保實施後，去除了消費者就醫的財務障礙，使得所得對於就醫層級的選擇不具有顯著的影響力。此外，就醫可近性可能是民眾選擇就醫層級的主要影響因素。

### 3. 部分負擔政策模擬的研究

由於我國全民健保制度將醫療層級化分為四個層級：一般診所、地區醫院、區域醫院及醫學中心，並且賦予消費者不同的部分負擔金額。基於上述的就醫選擇及就醫層級選擇之文獻回顧。至今，台灣尚缺乏針對不同的部分負擔政策，對四個醫療層級需求影響的政策模擬研究。雖有部分學者，就我國全民健保制度下，針對影響民眾就醫層級選擇的相關因素進行相當程度的探討。然而，絕大多數的研究若不是無法建構在符合消費者效用理論的基本假設下進行分析，就是分析結果無法作為部分負擔政策之重要參考依據。舉例來說，陳欽賢等人（2005）以及劉彩卿與吳佩璟（2001）兩篇研究使用多項式羅輯特模型（Multinomial Logit Model），就我國全民健保制度下，針對影響民眾就醫層級選擇的相關因素進行探討。然而，前項研究並無將價格變數納入其實證模型，而後者准許價格與所得估計係數在消費者選項間有所差異，隱含其使用的效用函數違反了消費者偏好理

論的遞移性公設 (Transitivity Axiom)，故其實證模型並未符合消費者效用最大的行為假設 (Gertler et al., 1987)。

另外，江君毅等人(2002)使用巢式羅輯特模型 (Nested Multinomial Logit Model) 來分析影響民眾就醫層級選擇的相關因素。該研究指出部分負擔對於消費者各醫療層級的需求有顯著的負相關，意即部分負擔較高的醫療層級其消費者選擇該層級的機率較低。該研究並建議部分負擔可為健保局改變民眾就醫習慣的政策。然而，該研究應用巢式羅輯特模型 (Nested Multinomial Logit Model) 所估計的包含值係數 (Inclusive Variable) 為負值，意味著該文所使用的實證模型，未能符合消費者效用最大的行為假設 (McFadden, 1981)。直到最近，Chen, et al (2011) 使用衛生署 2003 年自費調查計畫的資料，以 Gertler et al. (1987) 的分析架構為基礎，針對我國全民健保制度下的醫療層級選擇問題進行分析，並進行醫療自付費用相關福利效果之政策模擬，該研究結果顯示，民眾對我國全民健保的最高願付金額約佔家戶所得的 8.77%。

#### 4. 國外的研究

相較於台灣的研究，由於國情不同，許多歐美國家之醫療服務主要由診所醫師提供，再透過轉診機制幫助病患得到最適當的照護。所以，醫療層級選擇的相關議題較不為國外研究者所重視。國外文獻多數集中在探討影響消費者對於不同醫療服務選擇的因素。舉例來說，Gertler et al. (1987) 使用祕魯的家戶調查資料來探討醫療自付費用 (User-Fee) 對消費者醫療服務選擇的影響，並且進行醫療自付費用相關福利效果之政策模擬。過去對於消費者醫療服務選擇的實證研究均假設醫療需求之價格效與所得效果為獨立之關係。Gertler 等人的研究最大的貢獻在於指出這項假設無法符合消費者偏好理論之遞移性公設 (Transitivity Axiom)。所以，過去研究之實證模型並非建構在消費者效用最大的行為假設下進行分析。以 Gertler 等人研究為基礎，後來消費者醫療服務選擇的文獻可分為以下幾類：第一、部分學者強調消費者非貨幣成本應直接納入消費者的預算限制式中。如此，



研究者可就消費者非貨幣成本對其醫療服務選擇的影響進行實證評估(Dor et al.,1987 ; Gelter and van Gaag.,1990, Puig-Junoy et al.,1998)。第二、部分學者強調醫療品質應直接納入消費者醫療服務的離散選擇需求模型中(Discrete Choice Demand Model)。如此，研究者可評估醫療品質對消費者醫療服務選擇的影響(Mwabu et al.,1993 ; Hotchkiss,1998 ; Sahn and Younger, 2003)。第三、部分學者嘗試將離散選擇需求模型以一個可變動的實證函數來表達(Flexible Model Specification)，用此來檢定影響消費者對於不同醫療服務選擇的因素(Dow,1999 ; McNamra,1999)。最後，許多學者嘗試運用一般化的離散選擇需求模型（如 Multinomial Probit Model 或 Mixed Logit Model）來解除離散選擇需求模型所隱含的無關選擇獨立性假設 (Independence of Irrelevant Alternative, IIA assumption)(Akin et al.,1995 ; Bolduc et al.,1996 ; Borch,2006)。

## 附錄九、不同性別、年齡層及家戶所得區別對自費之交叉分析

表一、門診及住院自費醫療費用描述-依醫院層級、性別及年齡層區分

	門診		住院	
	平均值(元)	標準差	平均值(元)	標準差
<b>醫院層級</b>				
醫學中心	378.58	248.28	15937.42	27245.39
區域醫院	356.70	371.94	10459.84	21031.63
地區醫院	253.47	487.72	6893.90	18150.75
診所	234.77	3166.48	-	-
<b>性別</b>				
男	236.96	297.67	11493.15	24965.92
女	319.58	3147.06	11393.40	20536.80
<b>年齡分層</b>				
0-14 歲	194.41	260.71	5791.60	8654.30
15-64 歲	308.49	2782.88	11744.34	21909.53
65 歲以上	245.70	236.81	15304.22	30926.66

表二、門診自費醫療費用描述-依性別、年齡層及家戶所得區分

	醫學中心		區域醫院		地區醫院		診所	
	平均值(元)	標準差	平均值(元)	標準差	平均值(元)	標準差	平均值(元)	標準差
<b>性別</b>								
男	373.90	263.58	335.37	290.46	261.24	581.27	144.25	157.49
女	382.34	235.89	379.54	442.68	246.15	382.06	296.96	4110.97
<b>年齡分層</b>								
0-14 歲	324.09	220.23	356.97	438.88	185.26	92.28	149.79	220.54
15-64 歲	381.31	224.54	378.11	402.60	272.33	548.62	271.77	3729.92
65 歲以上	394.75	335.20	295.17	216.28	187.60	107.48	116.82	60.72
<b>家戶所得</b>								
50 萬元以下	366.78	255.56	339.88	302.68	221.01	255.74	134.64	48.37
50-150 萬元	384.19	243.89	347.37	362.41	306.45	695.14	142.41	137.81
150-250 萬元	370.34	261.29	481.79	641.75	177.89	70.44	1128.21	10194.93
250 萬元以上	391.17	280.66	390.00	-	216.25	116.98	154.17	86.49

表三、住院自費醫療費用描述-依性別、年齡層及家戶所得區分

	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	平均值(元)	標準差	平均值(元)	標準差	平均值(元)	標準差
<b>性別</b>						
男	16602.05	29349.93	10209.69	22902.40	6865.13	20770.89
女	15262.59	24954.95	10744.97	18695.42	6924.10	14962.16
<b>年齡分層</b>						
0-14 歲	8980.82	12784.79	4446.03	5401.04	3856.02	4413.73
15-64 歲	16018.98	26719.90	11162.47	20801.91	5709.80	10693.69
65 歲以上	21863.46	35392.41	13596.82	27194.20	12010.67	32953.08
<b>家戶所得</b>						
50 萬元以下	15181.56	26536.23	7876.99	14017.33	7364.52	22163.54
50-150 萬元	15487.39	28229.32	11366.36	21711.45	5894.85	9798.35
150-250 萬元	20692.12	26942.69	12132.88	20950.32	6268.69	6872.92
250 萬元以上	16723.51	15724.54	12725.33	16715.64	7119.83	7265.31

表四、不同性別及年齡層之門診自費醫療費用描述

	男性		女性	
	平均值(元)	標準差	平均值(元)	標準差
0-14 歲	193.98	273.95	194.89	245.89
15-64 歲	240.02	303.70	359.11	3661.05
65 歲以上	280.14	291.48	219.87	182.41

表五、不同性別及年齡層之住院自費醫療費用描述

	男性		女性	
	平均值(元)	標準差	平均值(元)	標準差
0-14 歲	5272.65	7686.11	6397.56	9651.50
15-64 歲	12081.11	24834.62	11393.14	18385.94
65 歲以上	14777.67	31771.58	15918.54	29972.62

表六、不同所得分層對門診及住院自費百分比之交叉分析

		50 萬元以下	50~未滿 150 萬元	150~未滿 250 萬元	250 萬元以上	總份數
門 診	自費金額最高前 25%	32.7%	56.4%	9.6%	1.2%	498
	自費金額前 25~50%	30.4%	57.7%	10.6%	1.2%	894
	自費金額後 50~75%	81.8%	9.1%	7.1%	1.9%	154
	自費金額最低後 25%	21.7%	65.9%	10.6%	1.7%	405
住 院	自費金額最高前 25%	36.2%	53.6%	8.4%	1.8%	450
	自費金額前 25~50%	36.1%	53.3%	8.6%	2.0%	454
	自費金額後 50~75%	36.0%	53.4%	8.6%	2.0%	453
	自費金額最低後 25%	34.8%	54.9%	8.5%	1.9%	483

## 附錄十、訪員訓練手冊、訪員訓練投影片

# 建構民眾自費對全民健康保險就醫利用 影響之評估模式

## 100 年民眾自付醫療費用問卷調查 【訪員訓練手冊】

主辦單位：國立暨南國際大學  
委辦單位：行政院衛生署  
民國 100 年 7 月

## 一、計畫簡介

本計畫為行政院衛生署委託本研究小組共同執行之面訪調查計畫，旨在進行建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式之研究。本計畫將由面訪員進行面對面訪視 5000 位就醫患者。

本計畫主要參與人員包括：

計畫主持人：林 霖	教授	國立暨南國際大學財務金融學系
共同主持人：紀駿輝	副教授	美國奧瑞岡大學公共衛生學系
協同主持人：李卓倫	副教授	國立臺中護專老人服務事業管理科
協同主持人：陳文意	助理教授	南開科技大學休閒產業管理學系
協同主持人：洪錦敦	副教授	中臺科技大學醫務管理學系

若有任何與問卷內容、記錄有關之疑問，請與計畫助理聯繫：

黃瓊瑩小姐 電話：04-22299727

林廣崙先生 電話：04-22299727

預定面訪員訓練日期：100 年 7 月 29 日

預定面訪期間：100 年 8 月 01 日~100 年 9 月 30 日（暑假期間）

## 二、訪員訓練課程大綱

主 要 訓 練 課 程	課 程 大 綱
面訪作業流程	1. 面訪前準備事項 2. 面訪所需用品 3. 問卷回收注意事項 4. 面訪任務回報 5. 相關業務負責人介紹 6. 面訪安全注意事項
問卷說明訓練	1. 問卷說明內容之意義解釋 2. 常用方言表達 3. 相關技巧
訪問結果及記錄寫作	各種可能發生狀況之註記
實際演練驗收	1. 訪員實際練習 2. 實地測試面訪能力 3. 由本計畫相關人員驗收決定是否錄用

## 三、訪員之重要性

由於問卷調查屬於了解社會問題及民眾意見的學術民意調查，運用客觀且有系統之方法對社會、政治、經濟、公衛、環保等各類型議題進行實證性的探討。換言之，不論是從樣本的選取方法、調查工具的設計（問卷設計）與使用方法（訪談技巧），亦或調查結果的過錄等等，每一項工作均需遵守客觀、嚴謹及科學的態度與原則。如此，所收集到的資料才能真正反映研究對象的實質意見，而用這樣精確的資料所分析出來的研究結果，才能具備應有的研究品質（中央研究院，2006，面訪員訓練手冊）。

在面訪研究成敗的決定性因素中，只依賴研究者依據抽樣理論、問卷設計原理是不夠的。其中調查品質管控的部分，由於還牽涉到面訪員的訪答效果，因此訪員和受訪者之間的互動關係顯得至為重要。問卷的題目必須仰賴面訪員正確的將每一題的題意及相關情境正確的傳達給受訪者，協助受訪者理解以及清楚表達受訪者對問題的主張看法。在此訪答過程中，是否能依照標準程序進行訪問並忠實記錄受訪者的回答是訪員最重要的工作任務，若訪員不能達到此一要求，就會造成調查結果品質低落，進而造成研究結果發生偏誤。

對本計畫的執行而言，參與訪員訓練的您正是我們計畫完成的重要推手，我們需要您在面訪工作上的專注與付出，以及主動積極的合作。在訓練的過程或是實際面訪的過程中，如果您遇到任何問題，請主動向您的督導員或是計畫專任助理提出，我們將會提供所有立即性的可能協助，協助您及我們共同完成問卷之面訪調查，也在此謝謝您為本計畫所作的努力。

#### 四、面訪基本規定事項

訪員進行訪問工作時，請務必親自與受訪者以面對面的方式進行。在訪問過程中，請注意下列幾點事項：

1. 未經本研究小組或督導人員之允許，不可擅自找他人代為訪問受訪者。
2. 訪問應採親自與受訪者面對面地以「一問一答」方式進行，不可讓受訪者自己填寫、也不可採用電話或其他未獲本小組授權的方式替代。

若受訪者堅持一定要自填，一定是要在受訪者堅持下，並且受訪者的教育程度必須在高中職以上，經過本小組同意後，才可由受訪者自填。受訪者自填時，訪員一定要在場，目睹受訪者填寫問卷的每一個題目，不可擅自將問卷交於受訪者手中，而未在一旁觀看協助，最後等對方填完才來收取問卷。

這項規定的主要目的，是要求在整個訪問過程中，訪員可以適時在受訪者旁邊回答他們的疑問，並進而檢查受訪者是否有漏答或是否有適時的跳答，及避免非受訪者本人代答的情況發生。

3. 本計畫目的是為探討「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估」，因此受訪者必須是對於該次就醫費用相當瞭解，才能反映出當次醫療費用的記錄；若有不符則應詢問是否有其他合適之人選。
4. 問卷若經督導或本中心複查有下列情形皆視為廢卷；即該份訪問問卷將不列入完成問卷，且不予計酬。因而未達完成份數者，該訪員須再繼續進行訪問，或由本小組視嚴重程度提前終止與該訪員之合作關係。廢卷標準如下：

- 受訪者的姓名、性別及出生年與就醫費用收據所列不符者。
- 未依規定找其他人代為回答問題者。
- 未經督導員或本小組辦公室核准而擅自找他人代為執行訪問任務。
- 把問卷交給受訪者而訪員不在一旁觀看協助填答。



- 漏問問題、記錄未盡詳實、錯誤過多或不依規定跳問達相當比例，致使問卷有效性受影響者。
- 訪員作假或其它未依據訪問原則進行訪問之問卷。

## 五、訪問前需要準備什麼？

茲將訪員在進行訪問之前，需要先行準備的功課說明如下：

1. **瞭解調查內容與目的：**用心參與訪訓的課程，清楚瞭解研究目的及相關的細節，這樣會使訪員在回覆受訪者的疑問時，更有說服力。
2. **自我介紹與訪問說明的預習：**在遇到受訪者或受訪者家人時，訪員若能流利而清楚地說明來意與自我介紹，將有助於受訪者解除防備而提高受訪的機會。因此，在出發前，應事先練習自我介紹的方式，以免到時因緊張而吞吞吐吐，引起受訪者的質疑。
3. **訪問前多複習問卷，增加對問卷的熟悉度。**在訪問開始前，訪員應事先自我演練實地訪問時可能會遇到的問題。這樣不但能節省時間，使訪問更有效率，並且能增加受訪者的信賴感。
4. **事前做好萬全的心理準備：**說服受訪者同意接受訪問或在訪問的過程中，訪員都可能遭遇到受訪者的質疑與誹罵，這正是練習修身養性的好機會，千萬不要因此而退縮。當然，『有一些受訪者會比較難纏』，這是因為人的情緒和遭遇總有高低起伏，若遇對方惡言相向，請記得對方的情緒並非針對您，只是我們請求的協助，對方無法配合而已。

在心理上，訪員需事先有這樣的認知及做好被拒絕的準備，並事先給自己一個心理建設：受到受訪者的拒絕，是給訪員一個再說服他的機會。當接二連三地被受訪者拒絕或總是找不到受訪者的情形發生時，容易使訪員感到沮喪，此時訪員可與其他訪員或分區督導交流意見、調整一下心情，當訪員持續處於低潮，卻仍不斷的工作，可能反而會造成工作效率大打折扣，也可能更惡化使訪員喪失繼續工作的動力。訪員的沮喪和缺乏自信心的態度，會明顯呈現在受訪者面前，使他們產生不信任感而造成惡性循環。所以，對於有效正確的完成面訪工作而言，適當的休息是必要的，在和小組督導的回報溝通中，除了掌握您的進度之外，督導員也會就您遭遇的問題儘可能的給予協助。

5. **每次出訪前確定檢查裝備再出發：**訪員在每次訪問前，都應事先將書面資料有條理地整理好，如抽樣名單、問卷、學生證、禮品等，最好能列一份清單，以方便在每次面訪前確實清點，可以避免出門之後才發現有所缺漏，影響工作效率。若有身分證也請一併攜帶，以便不時之需。
6. **規劃訪問路線：**開始訪問前，訪員最好能依據抽樣名單前往調查地區，先行瞭解地理位置、地址分布等相關資訊，規劃較省時省力的訪問路線，避免繞路或花費多餘的時間往返。最好能在相同的訪問時間裡，找尋到更多的受訪者，作更有效率的訪問。
7. **風俗民情的瞭解：**由於台灣的傳統社會風格，仍存在一些民間風俗民情而為大多數人所遵守。因此，訪員在進行訪問時，需注意一些為一般大眾所忌諱之事項，而不要冒犯到受訪者。

## 六、面訪的基本原則

調查訪問的執行，標準化的作業方式才是保障調查資料品質的第一要件。為了讓訪員們能夠清楚訪問的標準化原則，以下將一一條列說明：

## 1. 找到正確的受訪者

在開始訪問之前，請務必確認受訪對象是當次全程參與就醫流程的人，例如：A家人只是幫病患來繳費，對於就醫病患當次就醫的所有流程都不清楚，那麼對於A家人的訪問則不算有效問卷。為確保問卷品質，本小組也會對完訪之問卷受訪者進行電話複訪，以確認問卷之信度，所以，請記住一定要訪問當次全程參與就醫流程的受訪者，千萬不可存有僥倖的心理。

## 2. 完全依照問卷上的文字唸出題目

在訪問過程裡，有些訪員可能認為問卷上的問法不佳或因其他因素，而無意或有意地改變詢問問題的方式。但由於每一個題目的設計都有其背後的用意，稍有不慎便會改變到原本的題意，連帶地便很容易誤導受訪者真正要表達的意見。因此，訪員不可隨便更改問卷上的字面問法與語句，請遵照以下方式念出題目：

### (1) 請確實逐字唸出每一個題目：

不可隨意更改文字、也不要省略題目字句。此外，在不需提示處，請不要任意給予提示，以免不必要的措辭改變了受訪者原來應有的回答。

### (2) 不要隨便更改題目的方向：

否定式的問句與肯定式的問句可能會對受訪者造成不同效果，進而影響到受訪者回答的答案。例如，『您認為看電視是一件好事嗎?』和『您不認為看電視是一件好事嗎?』這兩種問法給予受訪者的感受不同，所回答的意見可能會截然不同。

在訪問的過程中，如果允許每一位訪員可隨意自行將題目改變成他們自己認為最好的詢問方式，將無法保證所有的回答都是用標準化的詞語進行訪問，缺乏比較分析的共同基準。所以，請訪員確實遵照問卷上的題目表達方式發問。

## 3. 遵照問卷題目及選項的順序逐一詢問

所有問卷上的題目均有其特殊的跳答方式及題目答問順序的邏輯，訪員必須確實依照問卷上題目的順序去詢問受訪者，絕不可任意顛倒問題的次序；除非問卷上明確提示可跳答某些問題，否則不可漏問。

訪員在唸出選項供受訪者選擇時，應遵守下列原則：

- (1) 依照問卷設計的順序逐一唸出，不可顛倒順序。因為若先問後面的選項，可能會破壞原始的問卷設計，造成訪問資料不可比較。
- (2) 不得唸出「不知道」、「拒答」、「沒意見」等選項。
- (3) 不要任意增加或減少某一選項。

## 4. 保持中立立場

訪談是一個雙方溝通、互動的過程，在訪問過程中若稍有不慎，訪員的態度可能會影響到受訪者。問出受訪者真實意見是調查計畫執行最重要的目的，絕不能因為訪員自己本身的立場或成見而影響訪問結果的真實性。中立的處理

原則如下：

- (1) 不要任意加入自己本身的意見：請務必遵守中立態度的立場，並確實依照問卷題目內容逐一詢問受訪者的意見，不要任意加入自己本身的意見。
- (2) 不要在遣詞用語上暗示或對受訪者的答案表示讚許，例如：「對！對！」、「很好！」。換言之，不論訪員是否同意受訪者的意見，千萬不可對受訪者的回答做任何價值判斷，僅可用中立的口吻回應，例如：『嗯』、『我了解了』。

(3) 即使是受訪者要求，訪員也不可說出自己的意見或立場：若受訪者在答題時徵詢訪員的意見，請勿向受訪者表達自己的意見，這時訪員應該向受訪者作適度的解釋；同時，也請訪員進一步讓受訪者瞭解，他們自己的意見是非常重要的。這時，訪員只能再重新唸一次題目或使用非引導方式來鼓勵他們思考，例如：『訪問結束後，我們可以討論任何的問題，但是現在不行，因為我的回答可能會影響到您的答案。』

#### 5. 完整抄錄繳費收據上的費用項目、金額等訊息

在進行訪問時，請訪員務必將繳費收據上的費用項目、金額完整抄錄，這部分的資料係屬客觀中立的資料，盡量避免以受訪者口頭上的回應為主。惟若涉及受訪者主觀之感受，則應讓受訪者真實反映出他的想法；此時則應該盡量避免第三人在旁參與回答，如配偶、孩子、雙親等。如此，受訪者的意見才不會受到第三人的影響而偏離了他們原來想回答的內容。

若這位第三人在場絲毫不會影響訪談的過程或受訪者的回答，則可以勉強接受。但請訪員記得在問卷最後面訪員自填的「訪問記錄」，確實填答當時的狀況：即「是否有第三人？」、「有沒有影響訪員的訪問？」等都請詳細記錄下來。

為了避免受訪者以外的人參與回答，訪員可以適時向受訪者或第三人解釋，請他們能諒解。以下有幾種說法可提供參考：

- 謝謝您的熱心，不過這次訪問是想了解×先生/小姐的意見，希望由他來回答，如果下次有機會再來訪問您！
- 由於規定我們不可以讓您的家人代答，您能否親自告訴我您的意見？
- 除了您以外，沒有別人可以幫我們回答這個問題，這個原則對於本研究中的每一位受訪者都是一樣的。

#### 6. 堅守訪員的職業道德

不論任何的調查研究，嚴守訪問原則與對調查資料保密是訪員最基本的職業道德。訪員除了應將受訪者的意見忠實地記錄下來之外，對於受訪者所提供的答案也應絕對保密，不可以公開宣揚，如此才是尊重受訪者的表現。

#### 7. 尊重受訪者拒訪的權利

在訪問的過程中，訪員必然會遇到受訪者拒訪的狀況發生。由於是否接受訪問的決定權在於受訪者，受訪者也有絕對的權利拒絕接受訪問，因此，在面對受訪者拒訪時，訪員應採取禮貌說服的方式，嘗試改變受訪者的心意，絕不能硬性強迫受訪者或以不當的言語辱罵。若在禮貌地說服後，受訪者仍然拒絕，訪員依然必須維持一貫的禮貌態度來結束訪問。

#### 8. 問卷訪問、記錄與檢查

調查訪問執行時，請訪員在找到受訪者後即依照標準訪問原則進行訪問，並將答案詳實記錄在問卷上。問卷訪問的記錄必須一邊詢問一邊記錄，不可於訪問結束後才開始記錄，以免內容錯漏。在完成訪問後，應該將整份問卷從頭到尾檢查一遍，檢查有無任何遺漏之處。最後，切記要詢問及記錄聯絡受訪者的電話號碼，以便於問卷記錄有錯漏須更正或補充時可用電話詢問。

要注意的是，在面訪調查中，只有更正少數錯漏或補充資料時，才能使用電話進行訪問，並且要避免一再打擾受訪者，否則即違反本小組的調查規定。

#### 9. 贈送禮卷

訪員出訪時，需記得攜帶禮卷，並於**完成訪問後**直接將禮卷贈送受訪者。如果有需要，亦可考慮先送禮卷再進行訪問，但須先確定能完成訪問。禮卷請確實送交給接受訪問的受訪者，切勿因個人好惡而私自決定送或不送。

另外，要提醒訪員：請勿將問卷及禮卷單獨留在交通工具上，以防被偷而使自己蒙受金錢財物上的損失。

#### **10. 訪員自填部分之填寫**

訪員在完成問卷訪問後，一定要記錄正確的開始訪問時間與結束時間。假設同一份問卷是分二次不同的時間進行訪問，則這二次的訪問開始時間需記錄於問卷開頭和面訪記錄單。

在完成每一個受訪者的訪問，並離開該位受訪者後，訪員應詳實記錄訪問當時的狀況。要提醒訪員注意的要點如下：

- (1) 請不要在受訪者面前填寫。
- (2) 請每訪問完一位，便立即填寫，而不要在連續完訪數位受訪者後才填寫，以避免忘記或混淆實際發生的狀況。

#### **11. 樣本名單記錄**

不論訪問結果如何，訪員均應將每次的訪問日期、訪問時段及結果(如：完訪、中止訪問、無法完成之原因等)記錄在樣本名單上的「訪問狀況」欄位。如此方能，一方面訪員可清楚掌握每個受訪者的情況，增加訪問工作效率；另一方面也便利本小組瞭解各地區完成率、失敗率及失敗原因（請參附錄二）。

### **七、訪問的技巧**

為了讓訪員能夠快速地掌握面訪可能遇到的情形，以下將訪員經常遇到的問題與處理方式作一整理，希望有助於訪問任務的順利達成。

#### **(一)、我要如何找到個案？**

本研究目的「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估」，因此重要的問卷訊息是當次就醫的繳費收據，因此訪員可以於繳費櫃檯前，洽詢剛繳完費用的對象，並且詢問其是否是當次就醫本人，若非本人則請他/她幫忙引薦當次就醫本人並尋求參加面訪。

#### **(二)、我該怎麼自我介紹？**

1. 訪問受訪者時，請先說明自己的身分、來意，並出示相關證件，如學生證並可適時地搭配身分證件，以取得受訪者的信任。有必要時，請說明本研究小組本次計畫研究大致內容以及所屬之學術機構。
2. 訪員的介紹應該簡短、積極及自信，並強調受訪者的不可代替性。
  - (1)開場白時，應顯現自信與專業的態度，而不要呈現害怕、猶豫的樣子。  
訪員的自信與專業，來自於對調查計畫與問卷的熟悉，得以隨時回答受訪者的任何詢問。
  - (2)若訪員進行冗長的開場白說明，經常會使受訪者失焦，甚至覺得煩躁，不知道訪員到底在說什麼。因此，"最好的開場白就是要簡短有力"，這有賴於訪員事先的準備與練習，才能在最短的時間內表達出所要說的重點。例如：

『您好!我是國立暨南國際大學的學生XXX(出示學生證，學生證可特別呈現註冊記錄章，以取信對方為在學學生)，目前正在進行政府委託的問卷調查，想要了解「民眾自費對於全民健康保險利用之影響評估」，請問先生/小姐可以接受我們的訪問嗎？』

- (3)引導受訪者由被動轉變為主動：藉由關心受訪者當次就醫的原因，以此角度切入與受訪者談話，讓受訪者的角色從被動的觀察者轉變成主動參與者。其實，不論受訪者的回答是什麼，最重要的是只要他開始與訪員對談，讓訪員從唱獨角戲轉變到兩人間的互動，便可提高問卷完訪的可能性。
- (4)強調受訪者的不可替代性：由於一般民眾並不清楚嚴謹的調查訪問抽選出來的受訪者所代表的意義，而可能認為可以隨便找人取代。因此，訪員有絕對的責任說明每一位受訪者的不可取代性。
- (5)直接請受訪者接受訪問：有經驗的訪員可能會發現，在門口做完簡短的介紹後，通常會有一小段的沈默時間是訪員在等待受訪者的回應。這時，若是等待受訪者回應，常常得到的結果是：『沒空』、『沒興趣』…等。在這種情況下，最好的方式是不要讓受訪者有猶豫或拒絕的時間，直接請他接受訪員的訪問：

● 『我們的題目很簡單，只是要了解一般民眾的意見與想法，任何人都有能力回答的！』

● 『我們可不可以先試著讓我訪問您一段看看，您再作決定呢？』

- (6)介紹訪問的方式：在正式進行訪問之前，我們極力建議訪員簡短地介紹訪問進行的方式，這樣的好處是一方面可以讓受訪者瞭解他們所接受的訪談是一種有規則的專業互動，而非隨意的互動；另一方面也讓受訪者有心理準備，評估是否接受這樣的訪問方式。這一段介紹可以是：

*『您可能沒有接受過這樣的訪問，所以讓我先來告訴您我們如何進行。在訪問進行時，我會依規定逐字念出要詢問的題目，這個訪問中所有的受訪者都會被問到相同的問題。大部分的題目都會有一些選項，請您從中選擇最接近的一組。在過程中如果有任何不清楚的地方，請您務必告訴我。』*

### (三)、如何使受訪者更容易接受訪問？

1. 禮貌與誠懇：盡量保持謙和、親切、平易近人的姿態。不論受訪者或其家人的態度如何令人不悅，訪員都應該維持一貫的禮貌態度；而且，不管受訪者是否接受訪問，在雙方互動結束後，都應該明確的表達謝意！
2. 克服受訪者的疑懼心理：訪員與受訪者的接觸愈自然愈好，並藉由採用適當的語言、友善的態度，以及對受訪者所提出的問題作一適度的回答，隨時提醒受訪者接受訪問對這個社會是具很大的貢獻。例如：

*『您的合作對我們的研究相當重要，對於我們在全民健保下民眾自費就醫利用的學術研究將有相當大的貢獻』*

必要時，隨時解釋他們的姓名跟回答內容將受到保密，以及所有使用的個人資料將依「個人資料保密法」（IRB）之規定受到嚴格保護。

### (四)、一些受訪者可能有的疑慮，我該怎樣回答？

在遇見陌生人要求協助回答問卷的情形下，大多數人可能會有一些疑慮，針對這些疑慮或是不信任所產生的問題，訪員如果回答得宜，也可能提高受訪者的信心，進而配合協助面訪。以下列出一些可能的問題：

- 為什麼要作這項訪問？

*『因為我們老師接受衛生署委託研究民眾自費對全民健康保險就醫利用之影響評估。』*

- 這個我不懂，你問別人！

『我們的問卷很簡單，都是跟你這次就醫費用有關的問題，要是等一下我念的問題您有不清楚的，請您再告訴我。』

- 我很忙，你去問別人吧！

『我們的問卷很簡單，都是跟您這次就醫費用有關的問題，大約只要一分鐘就可以完成，完成訪問以後，為了謝謝您的配合，我們會致贈一份小禮物給您。』

- 回答問題對我有什麼好處？

『因為我們是學術性的研究，所以經費相當有限。但是為了謝謝您的合作，在訪問結束後，我們會送您一份小禮物來感謝您的幫忙。』

- 你們是跟健保局掛勾想要漲價？

『我們的研究是學術性的，只是分析「民眾自費對全民健康保險就醫利用之影響評估」。我們的研究是中立的，而且沒有任何的預設立場。』

### (五)、特殊狀況處理

1. 受訪者在訪員未唸完題目時搶答：

『關於這個問題您可能已經有一些想法，但是依照我們的規定，我必須讓您清楚了解整個題目和選項以後才請您回答，這樣才能和其他受訪者的答案有同樣的標準。我現在重新幫您唸一遍。』

2. 受訪者的答案前後矛盾

『剛剛第00題關於.....您的答案是.....，現在我們的題目是.....，請問您的答案是？』

3. 受訪者批評或質疑問卷內容

『謝謝您寶貴的意見，我們會把您的意見轉達給我們研究小組，作為日後修正的參考。』

4. 受訪者高談闊論或離題太久

『那我們再回到問卷上的題目，請問....』

5. 受訪者要自己填寫問卷，不要訪員逐一唸題目

『這個研究希望所有的受訪者都有相同的比較基準，也希望我們使用相同的方式使每位受訪者對題目有相同的了解，這樣我們獲得的回答才具有相同的比較基準。』

## 八、答案的記錄與追問技巧

此部分主題主要是在說明如何在問卷中記錄受訪者的答案，以及當受訪者的回答超出問卷原先設定的模式時，如何進一步追問，以使得受訪者在既定的範圍內選擇，以確立受訪者的答案符合比較分析的基礎。

### (一)記錄

1. 記錄的方式：

在問卷的記錄上，請訪員一律使用「藍色原子筆」。遇有記錄錯誤或受訪者更改答案時，請勿以修正液或修正帶塗改。正確的修訂方式為直接在錯誤的地方劃「X」，在旁邊記錄更改後的正確答案後，在該題附近之空白處寫下修改的原因。

2. 選擇題的記錄

選擇題的優點在於答案記錄比較簡單：若為單選題，訪員只需於受訪者回答的選項之方格中「打勾」。若為複選題，訪員需依據受訪者的回答的內容，一一填寫被回答到的選項。

### 3. 問答題的記錄：

此類問題訪員必須逐字且完整地記錄受訪者的回答，書寫的字跡務必清晰、內容務必詳盡，並且不要使用摘述的方式。因為摘錄、節略或改寫受訪者的回答，可能會造成研究者因資訊不足而做不適當的分類或錯過一些重要的區分，進而影響研究結果。

#### (二)追問

某些情況下，為了獲得受訪者真正的資訊，訪員可能要對受訪者進行追問的動作。訪員在整個面訪進行期間追問受訪者的次數不宜過多，同時應注意態度與語氣，否則將引起受訪者的不愉快而適得其反。下面列舉需要進行追問的情況：

##### 1. 不知道或是沒意見

當受訪者回答是「不知道」、「沒意見」時，有時確實代表受訪者的意見，也可能是受訪者隱藏態度，或是受訪者有意見但不知道如何反映。另一種情形是受訪者不清楚題意，但是不想承認自己不懂題意而隨便選一個答案。若受訪者回答這類答案的比例太高，將使研究結果產生偏誤。

若受訪者回答是「不知道」、「沒意見」或是表示不了解題意時，訪員可以試著再唸一遍題目或是澄清題意，或請受訪者思考一下再回答，或是藉由強調本研究的保密立場後再重新唸一遍題目以進行對該問題的追問。以下是幾種可行的說法：

- 也許剛剛沒有唸清楚題目，我再唸一次。
- 有很多人以前沒有想過這些問題，我們想瞭解您的看法。能不能幫我們想一下？
- 我們只是想知道您對這件事的看法，事實上這是沒有標準答案的。
- 我們非常需要您的意見，沒有人能替代您，講儘量說出自己的想法。
- 您的回答絕對被嚴格保密，請放心地回答。

##### 2. 受訪者不了解題意

通常受訪者不能立即瞭解題意，是因為沒有注意到問題的重點，這時訪員應將題目再唸一遍，並強調受訪者第一次漏掉的部分或字句。若訪員一再重複唸題而受訪者仍不瞭解題意時，可嘗試用口語化的方式來表達題意，但是訪員需注意所改變的用詞是否充分反映原本題意，千萬不要造成曲解題意的情形。

另外訪員可試著請受訪者依照自己目前對題意的認知，選出一個最接近的答案。在這樣的處理後，如果受訪者還是表示因為無法瞭解題意而不知如何回答，訪員只需將該題記錄為「不瞭解題意」。若選項中沒有「不瞭解題意」，則請勾選「不知道」。當然，在這樣問答的過程中，如果訪員發現受訪者其實是真的不瞭解題意時，請不要強迫受訪者回答，更不可以應受訪者要求隨便填寫一個答案。

##### 3. 受訪者覺得答案是「不一定」或是「看情形」

受訪者也可能回答「不一定」以表示受訪者認為答案會隨情境不同改變，訪員可以依據題目內容，適時地強調問題重點，例如「就整個社會來說」、「就您個人來說」、「一般來說」等，並再次強調受訪者只要單純依據題目內容作答即可。若經訪員追問之後，受訪者仍主張「不一定」的答案，請訪員在問題旁空白處寫下受訪者的考量即可。

##### 4. 受訪者回答內容含糊不清

每一位訪員都必須完全瞭解每一道題目詢問的目的，以便於在得到答案的同時，立即作出下列幾項判斷，即『受訪者瞭解題目了嗎？』、『受訪者

回答問題了嗎?』、『答案清楚了』、『答案是否完整了?』、『答案是否是真實的?』。當受訪者誤解題意、回答不相關答案、回答不夠詳細或只回答一部分的答案時，訪員不能自行解釋題意，而只需單純地重覆題目，並予以適當地強調即可。

#### 5. 回答超出選項範圍之外

如果受訪者的答案不在選項範圍中，請務必問清楚受訪者意思，並可以試著將選項重複唸一遍，請受訪者從中選擇。可能回應方式如下：

『這些題目的選項，是我們依按一般民眾對這些題目普遍性的選擇結果而設計的，我們希望您能從這些固定的選項中，選擇一個與您的意見比較接近的，以便和其他人的回答作比較。』

若受訪者堅持其答案，而選項中有「其他」這個選項時，請訪員歸入「其他」選項並說明內容；若沒有「其他」的選項，請訪員將受訪者的答案記錄在題目旁邊的空白處。

#### (三)態度量表與行為頻率量表的處理

若是遇到態度量表和行為頻率量表的題目，例如：「很同意、同意、不同意、很不同意」或詢問某些行為在頻率或次數的多寡時，訪員應該依照下面的原則進行訪問：

1. 先詢問出受訪者的態度是正向或反向(如：「同意」還是「不同意」)，然後再區分出態度強弱或行為頻率高低的程度(如：若回答為同意時接著問是「非常同意」還是「同意」)。
2. 若受訪者的答案不是問題選項的答案時，請勿自行歸類，訪員可再以問卷上的選項詢問一遍，讓受訪者習慣回答選項上的答案。
3. 儘量避免讓受訪者對所有的問題都做相同回答，例如每一題都回答「很同意」或「很不同意」，而需探究受訪者是否真的都「很同意」、「很不同意」或只是敷衍。

#### (四)數字型答案的追問

若題目要求受訪者回答精確的數字時，受訪者可能會回答一個範圍或是大約的數字，但這卻不是我們想要的答案，請適時地加以詳細追問。此外，在追問數字答案時，訪員應以不提供暗示與引導的方式進行。

例如：利用重複詢問獲得答案

訪員：過去一個月內，您大約看幾次西醫呢？

受訪者：可能是1到2次吧！不一定。

訪員：那過去一個月內，您每一個月平均看幾次西醫呢？

受訪者：大概是1次...或是2次。

訪員：那麼請問是1次還是2次呢？

受訪者：大概是1次左右吧！

### 九、回報督導人員

#### 1.主動與督導員聯絡

訪員進行訪問時，若無法如期完成、訪問期間有任何困難(如位在山區、交通不便)，或臨時有突發狀況發生而無法繼續訪問時，請務必立即告知督導，使督導員能有充裕的時間來提供妥善的解決方法，而本小組也可經由督導進而隨時掌握每位訪員的實際訪問狀況。

訪員除定期向督導人員回報進度外，應隨時與督導員保持聯絡，並依規定日期交回完成問卷。為能充分掌握訪問進度，請訪員務必於每週一和



**二.定期回報督導員訪問完成份數。**

**2.回報面訪情形**

於調查執行期間，請訪員以通訊方式或親自到辦公室，報告訪問進度(完成份數)、交換意見、提出所遇困難或需要協助之事項，並聽取督導回覆或接受督導之工作協調。

面訪情形之回報將由各分區之督導記錄所有回報情形，由督導彙整回報小組辦公室，並視需要向小組辦公室取得協助。

**3.每週定期繳交問卷予督導員**

為了協助本中心有效掌控問卷資料的品質，請訪員每週都要依規定定時繳交已完訪之問卷給督導，以便讓督導可以提早檢查出訪員在訪問上的問題。問卷繳交的時程規定如下：

**第一次繳交： 8 月 14 日 應繳 份，實際繳交 份**

**第二次繳交： 8 月 31 日 應繳 份，實際繳交 份**

**將所有剩餘的成功完訪問卷繳交給督導。**

**4.資料總整理與繳回**

訪員除了要定期繳交成功完訪的問卷給督導之外，在調查工作結束後，訪員應將剩餘的問卷(包括成功問卷與失敗問卷)、訪問記錄與各項表格整理好並填妥後，於**8月31日之前繳回給小組督導員**。繳回資料包括：

- A. 成功問卷 [請自行檢查問卷是否有錯漏]
- B. 樣本名單 [請檢查樣本名單記錄是否有錯漏]
- C. 多餘的禮卷、問卷
- D. 其他 (其他規定需交回的物品或資料)

**5.訪員工作評估**

在調查訪問結束後，除了基本訪問費的發放外，本小組也會依據訪員在訪問調查期間工作表現的優劣而提供訪員工作獎金。訪員工作評估的標準包括：訪員是否準時完成訪問工作、訪員問卷記錄的品質、樣本名單與記錄的正確性、是否依規定時間繳回問卷、是否隨時與督導聯繫、各項資料繳回的完整度、完訪率及拒訪率等。

上述評估方式除了作為訪員工作獎金發放的準則外，也作為本小組評估訪員繼續參與調查訪問工作的考量依據。因此，若訪員於調查訪問期間表現不佳，本中心將考慮拒絕該訪員繼續參與調查訪問計畫。

**十、問卷變項之說明**

備查機關：行政院主計處  
發文文號：處普三字第 1000004303 號  
有效期間至 100 年 12 月底

## 100 年民眾自付醫療費用問卷調查

委託單位：行政院衛生署  
執行單位：國立暨南國際大學

問卷 編號	醫事機構代碼	受訪者編號	訪問時間	
			開始	結束

### 【就醫類別】

一、請問您這次就醫的類別？

☐ 急診 ☐ 住院（住院天數：\_\_\_\_\_） ☐ 西醫 ☐ 牙醫 ☐ 中醫

.....  
急診：

凡需立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短其病程、保留其肢體或維持其功能者。

住院：

指由醫院的醫師提供病患住院服務，包括診察、諮詢、開處方、檢驗、處置、照顧病房服務等與住院治療相關之服務。

西醫：

指由西醫診所或醫院的醫師提供病患門診服務，包括診察、諮詢、開處方、後續追蹤、打針與疫苗等與醫療診斷與治療相關之服務。或由醫護人員對生病或受傷(復發)導致影響日常生活功能的病患，透過各種治療儀器設備或是動作、肌力訓練等提供復健照護，以改善並增進病患日常生活功能或生理機能（包括西醫診療及西醫復健照護）。

中醫：

指由中醫診所或醫院的中醫師提供病患門診服務，包括診察、諮詢、後續追蹤、開處方、傷科處置、針灸等的醫療診斷與治療服務；或由醫護人員對生病或受傷(復發)導致影響日常生活功能的病患，透過各種治療儀器設備或是動作、肌力訓練等提供復健照護，以改善並增進日常生活功能或生理機能（包括中醫診療及中醫復健照護）。

牙醫：

指由診所或醫院的牙醫師提供病患門診服務：包括齲齒治療、口腔外科手術(包括拔牙)、人工植牙、牙齒雷射美白或美容、牙周病治療、根管治療、治療性牙結石清除、固定或活動或全口義齒、義齒修補、假牙磨復等的醫療診斷與治療服務。

.....  
二、請問您這次就醫之等候時間與就醫時間

身體不舒服 需要治療	預約 醫療院所	準備出發	抵達 醫療院所	醫師 開始看診	完成所有 就醫流程 準備離開
( )	( )	( )	( )	( )	( )

(填寫範例：8/1，10：30，註：若無預約醫療院所則不用填寫該選項)

三、請問您這次就醫的症狀或病名為何？ \_\_\_\_\_

身體不舒服需要治療：

係指受訪者身體不舒服決定要去看醫師的時間點

完成所有就醫流程準備離開：

係指就醫民眾繳完當次就醫費用的時間點

### 【當次就醫醫療費用】

(請依據收據內容或實際情形記錄該次醫療費用明細，並將收據拍照以利核對)

#### 一、 健保給付項目費用 (若有其他健保給付項目，請自行填寫)

醫療費用項目	金額	醫療項目單位 (天、份、次、個等)
1.診察費		
2.藥費		
3.藥事服務費		
4.注射費		
5.檢驗費		
6.檢查費		
7.處理手術費		
8.材料費		
9.		

## 二、 自付醫療項目費用（若有其他自費項目，請自行填寫）

項目名稱	金額	醫療項目單位 (天、份、次、個等)	醫療院所人員			醫院建議 或 病人要求	有無「開立 收據」給您
			有無事先 告知金額	有無徵詢 您的同意	告知金額與您付 款金額有無一致		
1.掛號費							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2.基本部分負擔							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3.藥品部分負擔							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4.復健部分負擔							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5.檢驗檢查			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6.藥品			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7.衛材			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
8.病房費			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
9.			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自費金額合計：							
看護費		日薪 / 月薪	註：若為住院病患，請詢問其是否有請看護，且該費用不計入當次自費金額合計				

三、如果健保將所有自付費用取消，但需多繳健保費。請問您願意每個月多付多少健保費呢？ 最高 \_\_\_\_\_ 元；最低 \_\_\_\_\_ 元

四、請您就以下問題說出您對於**這次就醫的整體看法**，

1.服務態度	<input type="checkbox"/> 極佳 <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 極不佳
2.硬體設施	<input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 極不良
3.環境清潔	<input type="checkbox"/> 極乾淨 <input type="checkbox"/> 乾淨 <input type="checkbox"/> 不乾淨 <input type="checkbox"/> 極不乾淨
4.就醫流程	<input type="checkbox"/> 極流暢 <input type="checkbox"/> 流暢 <input type="checkbox"/> 繁瑣 <input type="checkbox"/> 極繁瑣
5.醫療技術	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不好
6.收據上的自費項目	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚，原因：
7.收據上的自費總金額	<input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意，原因：
8.有無超過您「預期應繳之金額」	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
9.有無超過您「預期應繳的部分負擔金額」	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10.知不知道醫療院公布的自費項目與金額	<input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道
11.其他，請填寫原因 _____	

五、請問您在這次就醫過程中，醫護人員是否有告知您「再另行購買」與這次就醫相關的東西？

- ☐ 無  
☐ 有

購買項目	金額	醫療項目單位 (天、份、次、個等)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

## 【過去醫療利用情形與費用支出】

### 一、請問您過去一年內是否有就醫利用？

(不包含這次就醫次數)

☐ 無

☐ 有

就醫類別	回憶期間	就醫次數	平均每次就醫費用	最常去的醫療院所
住院	一年			
急診	一年			
長期照護	一年			
牙醫門診	六個月			
中醫門診	六個月			
傳統民俗療法	六個月			
西醫門診	一個月			

註：傳統民俗療法係指收驚、接骨、藥籤、放血、推拿、按摩等非傳統醫學方式。

### 次數計算方式：

西、牙、中醫門診次數：

指本次就診需掛號或有繳費者；一次掛號或一次繳費但需就診數次，方可完成一整體療程者，則以一次計。

假牙、鑲牙、矯正等次數：

指從開始接受此相關齒科醫療服務到完成一整體療程者，雖過程中可能包括數次的回診，但仍以一次計。

假牙、鑲牙、矯正等費用：

指病患從開始進行此相關齒科醫療服務到完成一整體療程所花費的總費用。

住院次數：

指前往醫療院所辦理住院手續之入院次數。

住院天數：

指病患從辦理住院手續到辦理出院(包括病癒、轉院或死亡)手續期間的住院天數；若住院病患於100年4月17日仍未出院者，則住院天數以從辦理住院手續到4月17日的天數計算。

二、請問您過去一個月是否有自行購買其他醫療保健服務與支出？

- ☐ 無  
☐ 有

購買項目	金額	項目單位 (天、份、次、個等)
1.		
2.		

註：如西藥、中藥、草藥、健康食品、醫療（非）耐久財、眼鏡、保健用品或器材、醫療用品與設備、臨床實驗、診斷造影等。

.....  
**西藥：**

普拿疼、消炎藥、感冒藥、胃腸藥、咳嗽藥、抗生素、口服液、生理食鹽水、外用藥膏或藥水、避孕藥、眼藥水、撒隆巴斯、家庭常用各類成藥等。

**中藥：**

當歸、人蔘、四物、四神、十全大補、枸杞等中藥材與方劑、或傳統中藥成藥或科學濃縮中藥、藥粉等。

**草藥：**

左手香、土茯苓、山葡萄、連錢草、七葉蓮、七葉膽、地錢草、狗尾草等。

**健康食品：**

維他命、鈣片、膠原蛋白、維骨力、蜂膠、雞精、蠻牛、巴西磨菇、螺旋藻、魚肝油、深海魚油、牛蒡茶、靈芝、安素、燕窩、納豆、卵磷脂、葡萄籽、各種精油等。

**其他醫療非耐久財：**

體溫計、急救箱、冰枕、繃帶、紗布、彈性襪、尿布、尿液試紙、保險套、驗孕紙、避孕裝置、急救箱等。

**眼鏡：**

具矯正視力效用者(含隱形眼鏡)。

**其他醫療耐久財：**

血壓計、體脂計、醫療用按摩設備。

**不具醫療效用的保健用品或器材：**

健身器材、按摩椅(棒)、計步器等。

**具醫療或復健效用的醫療用具與設備：**

鐵衣、整型(矯正)鞋、義肢、義眼、拐杖、頸部鐵架或骨科器材和填補裝置等。

**臨床實驗：**

尿液、物理和化學治療、血液、排泄物、細菌培養等檢驗。

**診斷造影：**

X光片、核磁共振造像、診斷超音波、心血管造影術等。

**其他附屬服務：**

診斷證明書及其他(出診費、救護車費用、付醫師車資費等)，其中診斷證明書係指於最近3個月間申請的所有診斷證明書的費用，不論是做什么用處均需填入，例：就醫證明書、診斷證明書、出生或死亡證明書、急診外傷診斷證明書或其他(診費、救護車費用、付醫師車資費等)等。

.....

## 【自覺健康狀態 SF-12】

本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。

敬請回答以下各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的答案不能確定，還是請您盡可能選一個最適當的答案。在本部分所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。

第一個問題是關於目前您的健康與日常活動，請回答最正確的答案

Q1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是？

- 極好的.....1
- 很好.....2
- 好.....3
- 普通.....4
- 不好.....5

下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

Q2. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳

- 會,受到很多限制.....1
- 會,受到一些限制.....2
- 不會,完全不受限制.....3

Q3. 爬數層樓樓梯

- 會,受到很多限制.....1
- 會,受到一些限制.....2
- 不會,完全不受限制.....3

在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？

Q4. 完成的工作量比您想要完成的較少

- 有.....1
- 無.....2

Q5. 可以做的工作或其他活動的種類受到限制

- 有.....1
- 無.....2

在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？

Q6. 完成的工作量比您想要完成的較少

- 有.....1
- 無.....2



Q7. 做工作或其他活動時不如以往小心	
有.....	1
無.....	2
Q8. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作（包括上班及家務）妨礙程度如何？	
完全沒有妨礙.....	1
有一點妨礙.....	2
中度妨礙.....	3
相當多妨礙.....	4
妨礙到極點.....	5
Q9. 在過去一個月內，有多少時間您覺得心情平靜？	
一直都會.....	1
大部分時間會.....	2
有時候會.....	3
很少會.....	4
從不會.....	5
Q10. 在過去一個月內，有多少時間您覺得精力充沛？	
一直都會.....	1
大部分時間會.....	2
有時候會.....	3
很少會.....	4
從不會.....	5
Q11. 在過去一個月內，有多少時間您覺得悶悶不樂和憂鬱？	
一直都會.....	1
大部分時間會.....	2
有時候會.....	3
很少會.....	4
從不會.....	5
Q12. 在過去一個月內，您的 <u>身體健康或情緒問題</u> 有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？	
一直都會.....	1
大部分時間會.....	2
有時候會.....	3
很少會.....	4
從不會.....	5

#### 健康自覺健康狀態 SF-12：

健康自覺健康狀態 SF-12 之訪問方式，以 0 分到 100 分，0 分表示自覺健康狀態「極不健康」，100 分表示自覺健康狀態「極健康」，請依各題目詢問受訪者自己給自己多少分數，訪員再依此分數依題目轉換成兩量表、三量表、五量表，是自述健康得分落於哪一區間。例如：Q12 之選項為五量表，故其區間為 0~20、21~40、41~60、61~80、81~100，因此若受訪者回答此選項得分為 74 分，則該得分落於 61~80 區間，則表示該受訪者在過去一個月內，「很少會」因為身體健康或情緒問題而妨礙到社交活動（如拜訪親友等）。

## 【個人基本資料】

一、受訪者：☐ 本人 ☐ 陪同親朋好友

(以下請填寫就醫民眾之個人基本資料)

二、姓名：\_\_\_\_\_，☐ 是否以健保身分就醫

三、性別：☐ 男性 ☐ 女性

四、出生日期：☐ 民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

五、教育程度：☐ 未受教育 ☐ 國小 ☐ 國中(初中、初職) ☐ 高中(高職)  
☐ 大學(含專科) ☐ 研究所以上 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

.....  
教育程度：

非在學中之受訪者，請填寫最高畢業或最高肄業學歷：在學中之受訪者請填寫目前在學之學歷。

.....  
六、聯絡電話：(市話) \_\_\_\_\_ (手機) \_\_\_\_\_

七、婚姻狀況：☐ 未婚 ☐ 有偶同居 ☐ 有偶分居  
☐ 離婚同居 ☐ 離婚分居 ☐ 喪偶

八、居住地址：\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區

九、戶籍地址：☐ 同居住地址；\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區

十、職業：

1. 請問您從事什麼工作 \_\_\_\_\_，職稱為何 \_\_\_\_\_，  
職業分類代號 \_\_\_\_\_
2. 請問您家中主要收入者，從事什麼工作 \_\_\_\_\_，  
職稱為何 \_\_\_\_\_，職業分類代號 \_\_\_\_\_

.....  
職業：

請訪員於訪視後參考「附錄一、職業類別分類別」依據受訪者的工作類別與職稱轉換成職業分類代號。

.....  
十一、請問您個人一年的收入平均為：

- ☐ 無任何收入 ☐ 未滿 20 萬元 ☐ 20~未滿 40 萬元  
☐ 40~未滿 60 萬元 ☐ 60~未滿 80 萬元 ☐ 80~未滿 100 萬元  
☐ 100~未滿 150 萬元 ☐ 150 萬元以上

十二、請問您目前居住在同一戶籍的家人共 \_\_\_\_\_ 人，

其中 15 歲(含)以下小孩，共 \_\_\_\_\_ 人，您家中所有成員總年收入為：  
☐ 無任何收入 ☐ 50 萬元以下 ☐ 50~未滿 100 萬元

- ☐ 100～未滿 150 萬元   ☐ 150～未滿 200 萬元   ☐ 200～未滿 250 萬元  
☐ 250～未滿 300 萬元   ☐ 300 萬元以上
- .....

**戶內人口：**

普通住戶指以家庭為主體，在同一戶籍地營共同生活之親屬及戶內受僱人與寄居人所組成之住戶。所謂「營共同生活」：係指共膳宿或共生活費用；或雖非共費用，但其生活方式、作息起居都在一起。戶內人口係指於調查開始日，在戶籍地已實際或預期居住達三個月以上者，均請查填。包括：因就學、就業離家者。

**所得收入者：**

凡戶內成員年收入達 103,000 元以上者，以及家庭非公司企業主要負責人均屬之，另無業者家庭則需擇一財產所得或經常性移轉收入負責人屬之。

.....

**十三、請問您是否有「壽險附加醫療險」或「意外險附加醫療險」或「單獨購買的醫療險」**

☐ 有，請問您每年投保的費用為：

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 5 千元以下          | <input type="checkbox"/> 5 千元～未滿 1 萬元     |
| <input type="checkbox"/> 1 萬～未滿 1 萬 5 千元 | <input type="checkbox"/> 1 萬 5 千元～未滿 2 萬元 |
| <input type="checkbox"/> 2 萬～未滿 2 萬 5 千元 | <input type="checkbox"/> 2 萬 5 千元～未滿 3 萬元 |
| <input type="checkbox"/> 3 萬～未滿 3 萬 5 千元 | <input type="checkbox"/> 3 萬 5 千元～未滿 4 萬元 |
| <input type="checkbox"/> 4 萬～未滿 4 萬 5 千元 | <input type="checkbox"/> 4 萬 5 千元～未滿 5 萬元 |
| <input type="checkbox"/> 5 萬元以上          |   |
| <input type="checkbox"/> 沒有              |   |
| <input type="checkbox"/> 不知道             |   |
- .....

**醫療險：**

因疾病或意外補償醫療處置花費的保險類型（儲蓄險不包括在內），例如：終身醫療險、還本型醫療險、定期醫療險、實支實付醫療險等。

.....

## 附錄一、職業類別分類別

# 職業類別分類別

### **1. Managers and senior officer 管理與資深公務人員**

#### **11. Corporate managers 法人組織類.團體類的管理人**

- 如：政府部門資深公務人員、國會、議會成員、行政官、外交官、秘書(政府)、特派員、主要組織的指揮者與主要經理、業務主管...
- 如：工程管理者、製造與維修管理者...
- 如：財務主管、市場與銷售管理者、採購管理者、廣告與大眾管理者...
- 如：消費者服務管理者(消基會)、消費者維護管理者(消保會)、品質保證管理者...
- 如：銀行管理者、分局的管理者、郵局局長...
- 如：倉庫與零售業管理者...
- 如：船長、機長、首領、少尉、中尉、上尉、州長.總督...
- 如：社會服務業與日間照護管理者...

#### **12. Managers and proprietors in agriculture and service 農業與服務的經營者**

- 如：農業、園藝業、林業與漁業的管理者、自然環境與保護管理者、國家公園管理者...
- 如：飯店管理者、賓館經營者、餐廳管理者、酒館老闆、旅行社管理者...
- 如：地產、房產、土地管理者、髮廊與沙龍業管理者、報紙(或定期刊物)經銷商、出版商的管理者...

### **2. Professional occupations 專業性職業**

#### **21. Science and technology professionals 科學與技術專業人員**

- 如：地質學家、數學家、氣象學家、物理學家、化學家、生物學家、生化家、微生物學家、病理學家、植物學家、地震學家...
- 如：土木工程師、城市工程師、石油工程師、礦產工程師、水利工程師、電機工程師、能源工程師、設計工程師...
- 如：軟體(電腦)專家、電腦程式設計師、軟體工程師、系統分析師...工程師(未註明頭銜)...

#### **22. Health professionals 醫療專業人員**

- 如：開業醫師、醫師、中醫師、牙醫、心理師、藥劑師、精神科醫師、驗光師、牙齒矯正師、獸醫、...

#### **23. Teaching and research professionals 教育與研究專家**

- 如：教育專家、老師(高中、國中、國小)、特教老師、教授、大學講師、(中小學)校長、教育家、學校財務主管、大學行政人員
- 如：科學家、社會科學研究員(人類、考古、歷史、地理、語言、社會學家)、助教(大學)、研究助理(大學)...

#### **24. Business and public service professionals 商業與大眾服務專業人員**

- 如：法律專業人員、律師、驗屍官、法務官、法庭書記、司法書記
- 如：會計師(合格)、稽查員、審計員、商業分析師、管理顧問、統計員、商業分析師...

如：建築師（室內設計師）、估料師、土地測量員、建築物測量員、礦物測量員...

如：政府公務人員（第六、七職等）、登錄員、戶籍員、社工人員、緩刑犯監督員、神職人員（神父、牧師）...

如：圖書館員、檔案保管人...

### **3. Associate professional and technical occupations 專業與技術類職業**

#### **31. Science and technology associate professionals 科學與技術專業人員**

如：實驗室技員（細胞篩選、偵查員）、

如：建築物與都市計畫技員、工程起草者、立案者、製圖師、

如：資訊技術服務員、系統支持人員...

#### **32. Health and social welfare associate professionals 醫療與社會福利專業人員**

如：護士、助產士、醫療輔助人員（救護車）、X光照相師、配鏡師、

物理治療師、特殊療法技師、職能治療師、醫檢師、放射師、

營養學家、按摩師、矯正斜視師、社會福利相關人員（社工人員、

以青少年為對象的社會工作者）...

#### **33. Protective service occupations 保護與服務類職業**

如：軍士、飛行員、中士、下士、海軍士官、士兵、列兵、工兵、

職業軍人、軍中僱員、警察、消防員、守衛、法警、獄吏、

海岸警備隊、海關與貨物稅人員...

#### **34. Culture, media and sports occupations 文化、媒體與運動類職業**

如：藝術家、卡通片繪製者、插圖畫家、雕刻家、作家、編輯、口譯員、

編劇、翻譯家、表演者、演員、歌手、舞者、音樂家、服裝設計師、

設計家（服裝、平面、廣告、家具）、計者、廣告業、編輯、廣播人、

新聞記者、電台記者、攝影師、錄音師、抄錄員、運動員、裁判員、

運動教練、有氧教練...

#### **35. Business and public service associate professionals 商業與大眾服務類專業人員**

如：空中交通管制員、飛機駕駛員、水手、船員、領航員、火車司機、

法律專業人員（律師之書記、職員）、保險經紀人、股票經紀人、

財經顧問、稅務員、天然資源保護者、國家公園管理員...

### **4. Administrative and secretarial occupations 行政與書記類職業**

#### **41. Administrative occupations 行政類職業**

如：市民服務的執行官（鄰長、里長、村長）、行政人員（政府）、

行政助理（政府）、銀行職員、郵局職員、出納員、辦事員、職員、

書記、記帳員...

#### **42. Secretarial and related occupations 書記類相關性職業**

如：秘書（醫師秘書、律師秘書、學校秘書、公司秘書、雙語秘書）、

接待員、傳達員、打字員、速聽員、速記員、文書處理機之操作員

## **5. Skilled trades occupations 技術類職業**

### **51. Skilled agricultural trades 農業技術性職業**

如：農夫、漁夫、園丁、土地管理員...

### **52. Skilled metal and electrical trades 金屬與電子類技藝**

如：鐵匠、煉冶工人、製模工人、砂芯製造者、印模鑄造工、  
金屬模板工人、造(修)船者...

如：金屬機械安裝者和操作者、金屬加工製造者、精密儀器製造者...

如：汽車工程師、汽車電氣技師、修車者、汽車噴霧漆工...

如：電子通訊工程師、電腦工程師(安裝和維修)、電子工程師、  
軟體工程師、程式訓練師...

### **53. Skilled construction and building trades 建造與建築類技藝**

如：鋼鐵建造者、水泥工、建築工人、鉛窗業、裝璜師、水電工、  
鐵匠、木匠、油漆工、裝玻璃工人、窗戶製造者和安裝者...

如：粉刷工、鋪地板的人和牆壁製造工、室內裝潢師、建築師、  
室內設計師...

### **54. Textiles, printing and other skilled trades 紡織品與印刷類技藝**

如：織布工、編織者、(男裝)裁縫師、(女裝)裁縫師、修改衣服(縫紉)、  
皮革、紡織、服飾等相關貿易...

如：印刷業者、排字工人、裝訂商...

如：肉販、魚販、家禽販、麵包師傅、麵粉糕點師、廚師...

如：玻璃和陶器製造者、家具製造者、其它手工木頭製造者、調音師、  
金匠、銀器匠、貴重寶石工作者、花店(佈置者)、花商、手工藝師...

## **6. Personal service occupations**

### **61. Caring personal service occupations 愛心的私人服務業**

如：護佐(護士輔助員)、救護車人員、牙助、住家管理員、  
照護助理、居家照護者...

如：幼保員、托兒所護士、兒童照護者、幼教老師(安親班)、保母...

如：獸醫護士與助理、狗狗美容師、馬伕、動物園管理員...

### **62. Leisure and other personal service occupations 休閒與其他私人服務業**

如：救生員、售票員(安排登記旅客、行李、貨物之服務員)、領隊  
旅行社職員、導遊、空中服務員、(火車)隨車服務員、收票員、  
車掌小姐...

如：美髮師、理髮師、美容師、彩妝藝術師、指甲美容師、  
減重顧問師...

如：管家、工友...

如：殯葬業與喪葬助理、抬棺者、柩夫(殯儀館館長)、殯葬業者、  
害蟲防治人員...

## **7. Sales occupations 銷售業**

### **71. sales occupations 銷售業**

如：銷售與零售助理、專櫃助理、出納員(零售業)、加油站員、  
電話銷售員、電話招攬員...

如：開小貨車銷售員、貨攤主人、街道商人、房地產經紀人、  
櫥窗裝飾者...

【如：電器行、五金行、瓦斯行(老闆)、賣水果、檳榔商人、房仲業、行銷、會計、保險業務員、金融業、雜貨站(開店)、商業與證券業】

## **72. customer service occupations 消費者服務業**

如：銷售員、營業員、消費者保護顧問、消費者聯絡員...

## **8. Process, plant and machine operatives 機器設備操作業**

### **81. process, plant and machine operatives 機器設備操作業員**

如：麵包助理、啤酒釀造工人、牛奶工人、  
玻璃和陶瓷製造技術(玻璃火爐技工、窯爐燒製工人)、  
紡織製造技術(紡紗工人、捲線工人)  
化學與相關製造技術(染坊技術、尼龍紡紗工人、油漆製造者)  
橡膠製造技術(橡膠製模工人、橡膠製模工人、橡膠工人)  
塑膠製造技術(塑膠製模工人)  
金屬製造(冶鍊工人、鍋爐工人)  
電鍍工人(電鍍工人、鍍鋅工人)  
如：切紙機操作員、書籍裝訂者、鋸木工、煤礦工、採石工人、  
鑽井工人、金屬工作機器操作(研磨機械師、金屬磨光器) ...  
如：裝配工(電氣產品、汽車和金屬貨物)、定時檢查員和試驗員、過磅員、  
分定等級的人、分類員 ...  
如：鷹架搭建者、道路建築技師(鋪瀝青工人、鋪面工)、  
鐵路建築和維修師...

### **82. transport and mobile machine drivers and operatives 運輸與交通駕駛員**

如：載重物的司機、小貨車司機、公車和巴士司機、計程車司機、  
汽車司機、汽車教練、鐵路運輸技工、遊艇和輪船技工、  
航空運輸技師(地勤) ...  
如：吊車司機、叉式起重車司機、農業機械司機...

## **9. Elementary occupations 初級職業**

### **91. elementary trades, plant and storage related occupations**

初級.手藝.機器設備.倉儲等相關工作

如：務農工人、林業工人、漁業和農業相關工作...  
如：建築工人、木工手藝...  
如：鑄造工人、印刷機器看守員、罐頭食品工人、裝瓶員、裝填員、  
加工工人、工廠工人...  
如：裝卸工、碼頭工人、吊運工人、倉管員...

### **92. elementary administration and service occupations**

初級行政作業與服務員

如：郵遞工人、郵件分類員、郵差、信差...  
(郵差歸類於公家機關，而此類人員如：黑貓宅急便送貨員)  
如：醫院清潔工、飯店清潔工、廚房和酒席助手、(男)侍者、  
(女)服務生、酒吧工作人員、休閒及主題遊樂園服務員...  
如：窗戶清洗工人、道路清掃夫、清潔工、佣人、乾洗清潔工、  
洗衣員、熨衣工人...  
如：保安衛兵和相關職業、計時停車管理員、學校巡邏員、  
停車服務員...  
如：書架裝填員、批發業、躉售業、票根檢查員、推車收集員...

附錄二、樣本名單記錄表

樣本名單記錄表

地區：  
醫事機構：  
訪問日期：  
訪員姓名：

受訪者編號	訪問時間		訪問結果	訪問時遇到問題
	開始	結束		
註：訪問結果：1 表示”訪問完成”、2 表示”無法完成”、3 表示”無法完成原因”				



### 附錄三、門診醫療費用收據參考格式

#### ○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○  
 性別：○ 就診日期：○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○  
 健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 就醫科別：○○○  
 診別：○○ 醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	××	掛號費	××
藥費	××	部分負擔	
藥事服務費	××	基本部分負擔	××
注射費	××	藥品部分負擔	××
檢驗費	××	復健部分負擔	××
檢查費	××	檢驗檢查	××
處置手術費	××	藥品	××
材料費	××	衛材	××
		其他	××
小計：健保申報 ××××點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 ×××元 其他自費金額 ×××元	
應繳金額：×××元		收款人：○○○（收費章及日期）	

醫院（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話(條戳或圖記)

第○聯

收據編號：○○○○○備

註：行政院衛生署 96 年 8 月 3 日衛署醫字第 0960203653 號函附

#### 附錄四、住院醫療費用收據參考格式

### ○○○醫院住院醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○  
 性別：○ 入、出院日期：○○○/○○/○○~○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○  
 健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 住院科別：○○○  
 病房號：○○○ 主治醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	××	住院部分負擔（急性）	
病房費	××	1~30 日	××
管灌膳食費	××	31~60 日	××
檢驗檢查費	××	61 日以上	××
放射線診療費	××	住院部分負擔（慢性）	
治療處置費	××	30 日以下	××
手術費	××	31~90 日	××
復健治療費	××	91~180 日	××
血液血漿費	××	181 日以上	××
血液透析費	××	病房費差額	
麻醉費	××	單人房：計 日	××
特殊材料費	××	雙人房：計 日	××
藥費	××	病房膳食：計 日	××
藥事服務費	××	檢驗檢查	××
精神科治療費	××	藥品	××
注射技術費	××	衛材	××
嬰兒費	××	部分給付*	××
		其他	××
小計：健保申報 ××××點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：住院部分負擔金額 ×××元 其他自費金額 ×××元	
應繳金額：×××元		收款人：○○○（收費章及日期）	

**醫院名稱、醫療機構代碼、醫院地址、電話(條戳或圖記)**

第○聯

收據編號：○○○○○

\*：指陶瓷人工髖關節、人工水晶體、塗藥血管支架、人工心律調節器、義肢等  
 五項由病患自付部分

備註：行政院衛生署 96 年 8 月 3 日衛署醫字第 0960203653 號函附

附件一、資訊安全保密切結書（請於結訓後填寫撕下繳回）

資訊安全保密切結書（個人）

立切結書人\_\_\_\_\_（以下簡稱乙方）參與國立暨南國際大學（以下簡稱甲方）辦理行政院衛生署委託執行之建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式（以下簡稱專案），工作期間因業務需要接觸之公務（機密）資料，乙方願意依下列規定辦理：

- 一、乙方於專案進行期間因進行調查、搜集依合約所產生或所接觸之公務（機密）資料，非經甲方同意或授權，不得以任何形式洩漏或將上開資料再使用或交付第三者。對所獲得或知悉之上述公務（機密）資料，乙方須負保密責任。
- 二、公務（機密）資料保密期限，不受專案工作完成（結案）及乙方不同工作地點及時間之限制。乙方持有或獲知公務（機密）資料，未經甲方同意或授權，不得洩漏或轉讓於第三者。
- 三、乙方雖不具公務員身分，但根據貪污治罪條例第2條及電腦處理個人資料保護法第5條之規定，乙方行為該當法條之構成要件，仍視為公務人員而加重處罰。
- 四、乙方違反本資訊安全保密切結書之規定，致造成甲方或第三者之損害，乙方同意無條件負擔全部責任，包括因此所致甲方或第三人涉訟所須支付之一切費用及賠償。於第三人對甲方提出請求、訴訟，經甲方以書面通知乙方提供相關資料，乙方應合作提供，絕無異議。

此致

廠                商：國立暨南國際大學

研究計畫主持人：林  霖

立切結書人：

姓        名：

身分證字號：

戶  籍  地  址：

中  華  民  國                年        月        日

# 建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式

訪員訓練

100年7月

# 計畫簡介

- 本計畫為行政院衛生署委託本研究小組共同執行之面訪調查計畫，旨在進行建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式之研究。
- 本計畫將由面訪員進行面對面訪視5000位就醫患者。
  - 1.住院2000位
  - 2.門診3000位（醫院、診所）

# 訪員之重要性

- 「問卷品質」決定「研究品質」

# 廢卷標準

- 問卷若經督導或本中心複查有下列情形皆視為廢卷；即該份訪問問卷將不列入完成問卷，且不予計酬。因而未達完成份數者，該訪員須再繼續進行訪問，或由本小組視嚴重程度提前終止與該訪員之合作關係。

# 廢卷標準

- 1.受訪者的姓名、性別及出生年與就醫費用收據所列不符者。
- 2.未依規定找其他人代為回答問題者。
- 3.未經督導員或本小組辦公室核准而擅自找他人代為執行訪問任務。
- 4.把問卷交給受訪者而訪員不在一旁觀看協助填答。
- 5.漏問問題、記錄未盡詳實、錯誤過多或不依規定跳問達相當比例，致使問卷有效性受影響者。
- 6.訪員作假或其它未依據訪問原則進行訪問之問卷。



# 訪問前需要準備什麼？

- 瞭解調查內容與目的
- 自我介紹與訪問說明的預習
- 訪問前多複習問卷，增加對問卷的熟悉度
- 事前做好萬全的心理準備
- 每次出訪前確定檢查裝備再出發
- 規劃訪問路線
- 風俗民情的瞭解

# 面訪的基本原則

- 找到正確的受訪者
- 完全依照問卷上的文字唸出題目
  - 1.請確實逐字唸出每一個題目
  - 2.不要隨便更改題目的方向
- 遵照問卷題目及選項的順序逐一詢問
- 保持中立立場
- 完整抄錄繳費收據上的費用項目、金額等訊息

# 面訪的基本原則

- 堅守訪員的職業道德
- 尊重受訪者拒訪的權利
- 問卷訪問、記錄與檢查
- 贈送禮卷
- 訪員自填部分之填寫
- 樣本名單記錄

# 訪問的技巧

- 我要如何找到個案？
- 我該怎麼自我介紹？
- 如何使受訪者更容易接受訪問？
- 一些受訪者可能有的疑慮，該怎樣回答？

# 答案的記錄與追問技巧

- 記錄
- 追問
  - 1.不知道或是沒意見
  - 2.受訪者不了解題意
  - 3.受訪者覺得答案是「不一定」或是「看情形」
  - 4.受訪者回答內容含糊不清
  - 5.回答超出選項範圍之外
- 態度量表與行為頻率量表的處理
- 數字型答案的追問

# 回報督導人員

- 主動與督導員聯絡
- 回報面訪情形
- 每週定期繳交問卷予督導員
  - 第一次繳交：8月14日
  - 第二次繳交：8月31日
- 資料總整理與繳回

# 問卷變項之說明

- 醫事機構代碼
- 受訪者編號
- 就醫類別
- 等候時間、就醫時間
  - 1.身體不舒服需要治療
  - 2.預約醫療院所
  - 3.準備出發
  - 4.抵達醫療院所
  - 5.醫師開始看診
  - 6.完成所有就醫流程準備離開
- 症狀或病名

# 當次就醫醫療費用

- 健保給付項目費用
  - 1.金額
  - 2.醫療項目單位
- 自付醫療項目費用
  - 1.有無事先告知金額
  - 2.有無徵詢您的同意
  - 3.告知金額與您付款金額有無一致
  - 4.醫院建議或病人要求
  - 5.有無開立收據給您
- 願意每個月多付多少健保費



- 這次就醫的整體看法
- 醫護人員是否有告知您「再另行購買」與這次就醫相關的東西
- 過去醫療利用情形與費用支出
- 自行購買其他醫療保健服務與支出
- 自覺健康狀態SF-12

# 個人基本資料

- 受訪者
- 職業
- 個人一年的平均收入
- 同一戶籍
  - 1.人數
  - 2.總年收入
- 醫療險

# 訪員彼此練習