

計畫編號：DOH101-TD-S-113-101005-2

行政院衛生署 101 年度委託科技研究計畫

建構民眾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：台灣社區醫院協會

計畫主持人：謝武吉

協同主持人：謝文輝、鄭國琪

研究人員：王秀貞、時宗如、楊智如、王楨強

本年度計畫：101/07/01~102/06/21

*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	頁數
摘要.....	【 1】
第一章、緒論.....	【 2】
第二章、文獻探討.....	【 4】
第三章、研究方法.....	【47】
第四章、研究結果.....	【61】
第五章、研究結論與建議.....	【224】
第六章、參考文獻.....	【236】

摘要

本計畫為提出民眾自費對健保就醫利用之監測模式及評估模式，且提供政策規劃之良善建議，致力探討影響民眾自費醫療（自行負擔、差額負擔、非健保給付項目）行為之因素，以及其對於健保資源利用之關聯性。

本研究採橫斷性研究設計，方法除有辦理全國性調查問卷統計分析與健保資料庫統計分析等量性研究外，亦有透過辦理全國性民眾自費醫療議題之研討會蒐取意見，以及與各界專家代表訪談之質性研究。

本計畫步驟可分為五大期程，規劃時期、專家會議時期、辦理計畫研討會、資料探勘與實地訪查、建構建議整合方案，經由五大步驟，達成本研究目標。本計畫研究方法有以問卷分析為主之量性研究：描述性統計（以次數分配、平均數、標準差及百分比等來呈現研究樣本分布及特質）與推論性統計（利用T檢定、單因子變異數分析（事後檢定）或卡方檢定、羅輯斯迴歸等），以及實地訪談之質性研究：蒐集訪談紀錄，並彙整其對於自行負擔、差額負擔、非健保給付的自費醫療、健保立意等議題之看法，並加以分析之。經研究結果得以下建議：

- 一、明確定義「全民健康保險」之屬性
- 二、落實「全民健康保險法」第三十三條（二代健保法第四十三條第一項）
 - 一級醫療及轉診制度
- 三、落實醫療資源整合
- 四、合理調整支付標準表（納入分級醫療之概念）
- 五、建立明確的就醫使用規範
- 六、加強宣導差額負擔與健保永續的概念
- 七、各醫療院所加強差額品項公開化
- 八、定期檢視及評估差額範圍
- 九、落實健保IC卡的應用
- 十、針對特定對象應與社會救助配合

第一章 緒論

1.1、研究背景與動機

我國基於中華民國憲法增修條文與社會保險之原則，於1995年開始實施全民健康保險制度，開創我國醫療環境新局面，達成國民納保、廣泛保障居民醫療照護、就醫可近性普及化之貢獻，然而健保資源之支出於開辦後年年成長，保費收入成長卻未跟進，三年後（1998年）三月起出現入不敷出的狀況，以致行政院衛生署中央健康保險局須動用安全準備金來彌補財務缺口，此緊迫狀況使政府不得不正視制度底下的隱憂。而為控制醫療費用的成長，健保局於1998年起分部門實施總額預算支付制度，進行總量管制（支出上限制）來抑制醫療費用的攀升，使健保財務惡化問題暫時紓緩。

然而總額支付制度下，雖有效降低了健保給付成本，但許多專家學者仍質疑的是，全民健保制度對醫療提供者端設有審查核刪的制度，來管控道德風險，可是就「被保險人」這一端，全民健保制度幾乎不存在任何制衡調控的機制（劉育志，2012）。故縱使二代健保法第43條之1設有「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十」的規範來鋪陳分級醫療與轉診制度，實際上執行面卻未全然落實，誠如監察院「我國全民健康保險總體檢」調查報告提及部分民眾不經轉診，逕自前往醫學中心就醫，使國人在大醫院門診就醫之情形多，分級轉診形同虛設（黃煌雄、沈美真、劉興善，2011），是以自行負擔制度究竟有無達到其設置之立意及目的，健保當中對於民眾自付醫療費用的規劃是否合理，有無達到效用，值得探究。

全民健保制度的實施，我國民眾個人就醫應負擔費用遠低於醫療成本，進而刺激更多的需求，因其可能帶著「物盡其用」的觀念來耗用健保資源，此即為「公有資源的悲劇」（Garrett Hardin, 1968），按理而論，全民健保資源係公眾財產，應是由政府、醫療提供者、民眾三方共同維護與承擔責任，然而目前健保制度及

其行政作業對於民眾端的宣導力有未逮。

此外，隨著現今醫療技術持續進步，相關藥品、材料日新月異，民眾就醫資訊提升，部分民眾對於自身健康需求亦有所增加，追求更高的醫療水準，故開始選擇自費醫療項目，同時，醫療院所為紓緩總額折付下的衝擊，亦透由自費醫療項目來平衡，而我國政府為保障民眾就醫選擇性之權益，近年開始推行差額負擔制度，以提供民眾在基礎健保保障權益下，更多元的醫療選擇機會。

綜上述，本研究旨為「建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式」，期望了解現今自費醫療項目與非自願性自費（自行負擔、差額負擔）對健保制度與整體醫療環境可能造成之影響，最後達成本研究七大計畫目標(圖1-1)：

- 一、提出民眾自費對健保就醫利用之監測模式及評估模式。
- 二、辦理及分析第二次全國代表性之自費調查。
- 三、評估民眾自費對健保就醫利用及就醫層級的選擇影響。
- 四、辦理研討會或座談會，了解各界對於自費議題之看法。
- 五、評估民眾非自願性自費之影響。
- 六、提出常見十大收取自費之品項和費用。
- 七、提出未來民眾合理自費的具體建議，作為政策規劃參考。

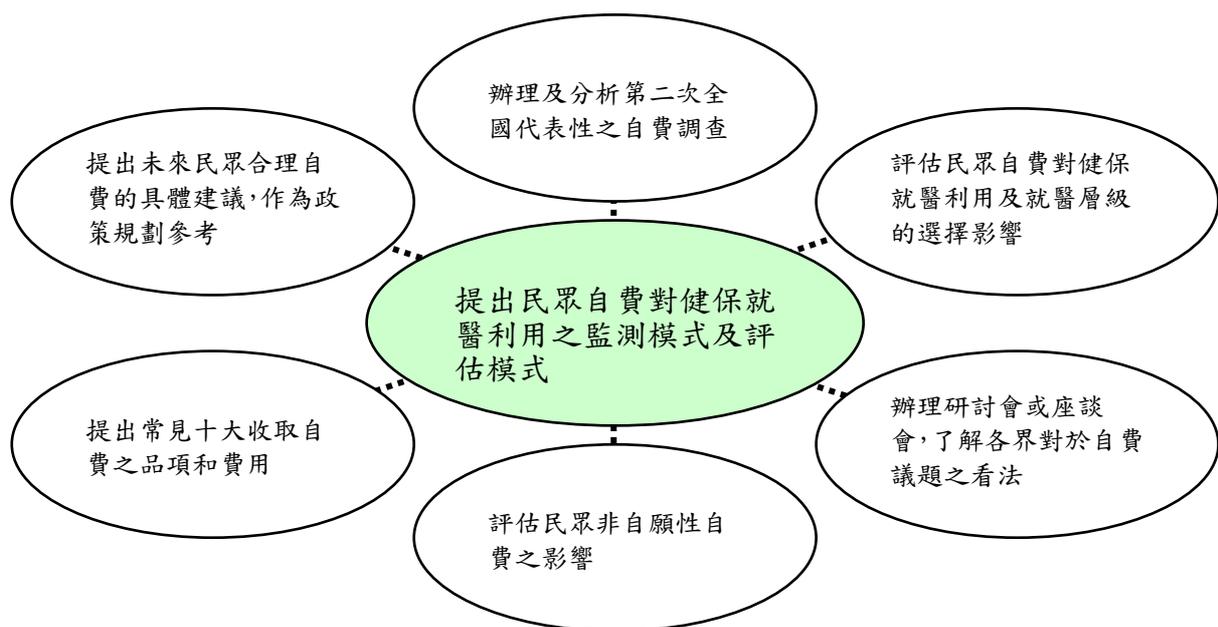


圖 1-1 「建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式」計畫七大目標

第二章 文獻探討

2.1、健康照護政策目標與醫療體系

本節首先探討健康政策目標與描述醫療體系的分類，比較各個主要健康照護體系之優缺點和各國醫療保險制度。以下區分為兩節描述。

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；保險轉移，係因照顧的需要（Need）是不確定性的；救助轉移，係因老人比少年使用較多的服務；所得重分配，係因生病者大多是窮人。

第三、具宏觀經濟效率：健康支出必須占適當的國內生產毛額（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、健康照護體系及世界各國主要醫療保險制度財務來源

各國採用的健康照護體系主要分類如以下所述：

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。

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。

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。表 2-1 為三種健康照護系統之比較。

而各個醫療保險制度財源主要來源為：政府負擔（Government-Raised），多透過一般稅或特別稅支應；社會保險貢獻，透過薪資和其他稅方式徵收；私有保險貢獻；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，依體制來區分可歸納為商業保險型、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）。

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 2-2 整理 OECD 國家中代表性醫療保險支出系統之比較。

雖各個國家皆有其醫療保險制度，惟保險給付範圍難以涵蓋各種健康照護服務，故健康照護服務存在需由民眾自費負擔的部分，下一節將描述世界各國自付醫療費用之監控資料。

表 2-1 健康照護體系之比較

體系	財務來源	優點	缺點	醫療機構所有權	實施國家
國民保健服務模型 (NHS, The National Health Service Model)	政府負擔 一般稅收	1. 照護範圍普及 2. 納保率較高 3. 費用控制效果佳	1. 就醫等候時間長 2. 就醫選擇少 3. 醫療機構效率差 4. 民眾滿意度低	政府	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
社會保險模型 (NHI, The Social Insurance Model)	社會保險 雇主及員工共擔	1. 強制性全面保險 2. 權利、義務對等 3. 具個人公平性 4. 具社會適當性 5. 費率負擔適中 6. 整合各保險福利 7. 促進社會公平	1. 制度設計較複雜 2. 民眾繳費意願低	政府或私人	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
私人保險模型 (The Private Insurance Model)	私有保險 個人或雇主共擔	1. 選擇自由 2. 醫療科技較高	1. 費用增長過快 2. 醫療保障覆盖面窄	私人	美國

資料來源：楊志良，1999、陳育平，2008

表 2-2 OECD 國家醫療保險支付制度之比較

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：	多元保險人：區分為職域（受雇者保險）	保險費（Premium）為主；國保及老人	醫療費用以論量計酬為主：

表 2-2 OECD 國家醫療保險支付制度之比較 (續)

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
	1. 職域保險	與地域 (國保)。前者含健保組合、共	保健 (由公費、受雇者保險及國保共同	部分醫院導入 DRG/PPS 至
	2. 地域保險 (國家健康保險	濟組合、政府掌管; 後者含社區町村、	負擔)。部分負擔則有: 職域保險部分	計費 (1998~2004), 特定
		國保組合。服務提供者-公立或非營利	負擔率, 及國保部分負擔率	機能醫院則導入 DPC (2004
		的醫療機構、自治體設立的醫院		~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	多元化的保險人 (Multi-Carrier) -由政	薪資稅以及政府一般稅補助, 依所得徵	公立與非營利醫院為總額
	制度, 醫療的多數費用皆可高額報	府認可之疾病基金會經營。開放管理式	收的特別稅與健保保費。其他來自私人	預算制度 (Global Budget),
	銷)	競爭, 政府管制醫療體系的固定投資。	醫療保險給付; 其他特別稅、藥廠、菸	營利醫院為論量計酬制
		服務提供者-公私立醫院的住院服務、	酒特別稅	(Fee-for-Service)
		私人醫師的門診服務		

資料來源: 林霖、李卓倫、陳文意 (2008)

2.2、世界各國自付醫療費用監控資料與支出

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。接著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。

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，利用多變量邏輯斯迴歸模型（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却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。Moghadam 等人 (2012) 以伊朗統計中心（statistical center of Iran, SCI.）

於 2008 年調查之家庭收支調查 (House-hold Income and Expenditure Survey, HIES) 為分析資料來源, 共計 39,088 個家戶, 其中 19,707 戶位於城市, 另外 19,381 戶來自鄉村地區。此研究將醫療支出占家戶的支付能力的百分比超過 40% 定義為鉅額性醫療支出。分析結果顯示, 在城市中, 有 2.8% 的家戶面臨鉅額性醫療支出的問題, 而在鄉村地區, 則有 3.4% 的家戶面臨此問題。此研究結果亦顯示, 在醫療利用的部分, 包括門診 (OR=3.42, 95% CI: 2.88-4.05)、住院利用 (OR=11.84, 95% CI: 10.33-13.57) 以及藥物成癮的戒毒服務 (OR=13.32, 95% CI: 5-35.47) 為造成家戶面臨鉅額性醫療支出的因子, 而在社會人口學部分, 有醫療保險 (OR=0.83, 95% CI: 0.72-0.96)、家戶人數越少 (OR=0.59, 95% CI: 0.5-0.69) 以及經濟狀況越佳 (OR=0.50, 95% CI: 0.42-0.61) 則越不會產生鉅額性醫療支出的問題。

2.2.2、世界各國自付醫療費用資料

表 2-3 列舉全世界五大洲 79 個國家/地區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 2-3 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†
亞洲		
台灣	Household income and expenditure survey (家庭收支調查)	O'Donnell et al (2008)
		行政院主計處 (2011)
	Household health expenditure survey (家庭醫療保健支出調查)	行政院衛生署 (2011)
	National health interview survey (國民健康調查)	國家衛生研究院 (2009)
	Out-of-pocket survey (民眾自費對醫利用評估)	Chi et al (2008)
		Chen et al (2011)
日本	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)
香港	Household expenditure survey (家戶支出調查)	O'Donnell et al (2008)
中國	Sub-sample of urban/rural household survey (地區城鄉家戶調查)	O'Donnell et al (2008)
菲律賓	Family income and expenditure survey (家庭收支調查)	Xu et al (2003)
	Poverty indication survey (貧窮指標調查)	O'Donnell et al (2008)
印尼	National socioeconomic survey (全國社會經濟調查)	Xu et al (2003)
		O'Donnell et al (2008)
泰國	Thailand socio-economic survey (全國社會經濟調查)	Xu et al (2003)
		O'Donnell et al (2008)
越南	Vietnam living standard survey (全國生活水準調查)	Xu et al (2003)

表 2-3 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†
		Chaudhuri & Roy (2008)
印度	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)
巴基斯坦	Consumer expenditure survey (消費者支出調查)	O'Donnell et al (2008)
斯里蘭卡	Household income and expenditure survey (家戶收支調查)	Xu et al (2003)
	Consumer finance survey (消費者財務調查)	O'Donnell et al (2008)
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)
邵爾邵斯	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)

表 2-3 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†
美洲		
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)
	National health expenditure accounts (國民健康保健支出)	Merlis M (2002)
		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)
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)
澳洲	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)

表 2-3 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†
歐洲		
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 & Gerdtam (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)
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)

表 2-3 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†
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 2-3 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†
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)
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)

表 2-3 世界各國自付醫療費用初級資料主要來源 (續 6)

國家或地區	自付醫療費用初級資料主要來源	參考出處†
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)
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)
非洲		
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)
邵布地	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)
布邵納法索	District survey (地區性調查)	Mugisha et al (2002) Perkins et al (2009)

表 2-3 世界各國自付醫療費用初級資料主要來源 (續 7)

國家或地區	自付醫療費用初級資料主要來源	參考出處†
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)
尚比亞	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)

資料來源：林霖、李卓倫、陳文意 (2008)

2.2.3、各國自付醫療費用的支出與規定

表 2-4 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 2-4 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 2-4 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 2-4 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。

2.2.4、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 2-5 與表 2-6 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 2011 年自費占醫療保健總支出約為 36.3%，僅次於墨西哥的 49.0%，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 2-7 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 至 2011 年非消費性支出的年增率 2.35%，消費性支出的年增率 1.64%，醫療支出的年增率 4.96%，造成醫療保健占家戶總支出年增率 3.06%。

透過本節雖已了解各國自費醫療支出及其占 GDP 百分比，然亦需進一步探討自費醫療產生之影響，以下將探討自費醫療產生之影響、控制自費方法、我國自費之情形、自費醫療品項等。

表 2-4 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 (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 2-4 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%。假牙和牙齒矯正的定率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% 牙醫診所所有為私人診所，廣泛採用差額付費	40.4% (1992)

表 2-4 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 (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。其他服務有不却成本分擔方式	7.4% (1997)

表 2-4 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
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)
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)	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.

表 2-5 2001-2011 年 OECD 國家與台灣醫療總支出占 GDP 比率之比較

年度	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2010 年 GDP (單位：十億美元)	2010 年 THE (單位：十億美元)
國民保健服務型													
澳大利亞	8.1	8.4	8.3	8.5	8.4	8.5	8.5	8.7	9.1	-	-	1,271.9	115.7
丹麥	9.1	9.3	9.5	9.7	9.8	9.9	10.0	10.2	11.5	11.1	-	312.0	34.6
芬蘭	7.4	7.8	8.2	8.2	8.4	8.3	8.0	8.3	9.2	8.9	8.8	238.0	21.2
希臘	8.9	9.2	9.0	8.8	9.7	9.7	9.8	10.1	10.6	10.2	-	301.1	30.7
愛爾蘭	6.7	7.0	7.3	7.5	7.6	7.6	7.8	8.9	9.9	9.2	-	206.6	19.0
義大利	8.2	8.3	8.3	8.6	8.9	9.0	8.6	8.9	9.3	9.3	9.1	2,057.1	191.3
葡萄牙	9.3	9.3	9.7	10.0	10.4	10.0	10.0	10.2	10.8	10.7	-	228.7	24.5
西班牙	7.2	7.3	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	8.9	9.6	9.6	-	1,392.4	133.7
瑞典	8.9	9.2	9.3	9.1	9.1	8.9	8.9	9.2	9.9	9.6	-	462.1	44.4
英國	7.3	7.6	7.8	8.0	8.2	8.5	8.5	8.8	9.8	9.6	-	2,261.7	217.1
冰島	9.3	10.2	10.4	9.9	9.4	9.1	9.1	9.1	9.6	9.3	8.8	12.6	1.2
挪威	8.8	9.8	10.0	9.6	9.0	8.6	8.7	8.6	9.8	9.4	9.2	417.5	39.2
社會保險型													
奧地利	10.1	10.1	10.3	10.4	10.4	10.2	10.3	10.5	11.2	11.0	-	379.0	41.7
比利時	8.3	8.5	10.0	10.1	10.1	9.6	9.6	10.0	10.7	10.5	-	469.3	49.3
法國	10.2	10.6	10.9	11.0	11.2	11.1	11.1	11.0	11.7	11.6	-	2,559.8	296.9
德國	10.5	10.7	10.9	10.7	10.8	10.6	10.5	10.7	11.7	11.6	-	3,280.3	380.5
加拿大	9.3	9.6	9.8	9.8	9.8	10.0	10.0	10.3	11.4	11.4	11.2	1,577.0	179.8
紐西蘭	7.7	8.0	7.9	8.0	8.4	8.8	8.5	9.3	10.0	10.1	-	142.1	14.4
日本	7.8	7.9	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	-	-	5,488.4	521.4
韓國	5.1	4.9	5.2	5.3	5.7	6.0	6.3	6.5	6.9	7.1	7.2	1,014.5	72.0
盧森堡	7.4	8.3	7.7	8.2	7.9	7.7	7.1	6.8	7.9	-	-	53.3	4.2
荷蘭	8.3	8.9	9.8	10.0	9.8	9.7	10.8	11.0	11.9	12.0	-	779.3	93.5
瑞士	10.6	10.9	11.3	11.3	11.2	10.8	10.6	10.7	11.4	11.4	11.5	527.9	60.2
私人保險型													
美國	14.3	15.1	15.7	15.8	15.8	15.9	16.2	16.6	17.7	17.6	-	14,447.1	2,542.7
其它													
墨西哥	5.5	5.6	5.8	6.0	5.9	5.7	5.8	5.8	6.4	6.2	-	1,032.2	64.0
匈牙利	7.2	7.6	8.6	8.2	8.4	8.3	7.7	7.5	7.7	7.8	-	128.6	10.0
波蘭	5.9	6.3	6.2	6.2	6.2	6.2	6.3	6.9	7.2	7.0	-	469.4	32.9
斯洛伐克共和國	5.5	5.6	5.8	7.2	7.0	7.3	7.8	8.0	9.2	9.0	-	87.1	7.8
捷克共和國	6.4	6.8	7.1	6.9	6.9	6.7	6.5	6.8	8.0	7.5	-	197.7	14.8
土耳其	5.2	5.4	5.3	5.4	5.4	5.8	6.0	6.1	-	-	-	734.4	44.8
台灣	5.9	6.0	6.1	6.2	6.2	6.3	6.2	6.5	6.9	6.5	6.6	430.1	28.5

資料來源：行政院衛生署，2012、OECD，2011

表 2-6 2010/2011 年 OECD 國家與台灣自費醫療保健總支出

	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 1970-2011 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 (%)	自費占醫療 保健總支出 (%, 2010/2011)
國民保健服務型 (2010/2011)						
澳大利亞	-	-	3.3 ^a	-	-	-
丹麥	4464/-	11.1/-	2.4 ^a	85.1/-	14.9/-	13.2/-
芬蘭	3251/3306	8.9/ 8.8	3.6 ^d	74.5/ 74.8	25.5/ 25.2	19.2/ 19.2
希臘	2914/-	10.2/-	3.7 ^b	59.4/-	40.6/-	38.4/-
愛爾蘭	3718/-	9.2/-	5.3 ^d	69.5/-	30.5/-	17.4/-
義大利	2964/-	9.3/ 9.1	f	79.6/ 79.0	20.4/ 21.0	17.8/ 18.3
葡萄牙	2728/-	10.7/-	6.4 ^c	65.8/-	34.2/-	26.0/-
西班牙	2428/-	9.6/-	4.8 ^d	74.2/-	25.8/-	19.7/-
瑞典	3056/-	9.6/-	2.6 ^d	81.0/-	19.0/-	16.8/-
英國	3433/-	9.6/-	3.8 ^d	83.2/-	16.8/-	8.9/-
冰島	3309/ 3407	9.3/ 8.8	4.4 ^d	80.4/ 80.0	19.6/ 20.0	18.2/ 18.6
挪威	5388/ 5236	9.4/ 9.2	4.5 ^d	85.5/ 85.6	14.5/ 14.4	-
社會保險型 (2010/2011)						
奧地利	4395/-	11.0/-	4.2 ^d	76.2/-	23.8/-	-
比利時	3969/-	10.5/-	4.9 ^d	75.6/-	24.4/-	19.4/-
法國	3974/-	11.6/-	3.8 ^d	77.0/-	23.0/-	7.3/-
德國	4338/-	11.6/-	3.0 ^d	76.8/-	23.2/-	13.2/-
加拿大	4445/ 4608	11.4/ 11.2	3.0 ^d	71.1/ 70.4	28.9/ 29.6	14.2/ 14.4
紐西蘭	3022/-	10.1/-	2.9 ^d	83.2/-	16.8/-	10.5/-
日本	-	-	3.8 ^b	-	--	--
韓國	2035/2177	7.1/ 7.2	f	58.2/ 57.3	41.8/ 42.7	32.1/ 32.9
盧森堡	-	-	f	-	-	-
荷蘭	5056/-	12.0/-	3.0 ^a	-	-	-
瑞士	3758/-	11.4/ 11.5	2.8 ^d	65.2/-	34.8/-	25.1/-
私人保險型 (2010/2011)						
美國	8233/-	17.6/-	4.1 ^d	48.2/-	51.8/-	11.8/-
其它 (2010/2011)						
墨西哥	916/-	6.2/-	f	47.3/-	52.7/-	49.0/-
匈牙利	1601/-	7.8/-	f	64.8/-	35.2/-	26.2/-
波蘭	1389/-	7.0/-	f	71.7/-	27.8/-	22.1/-
斯洛伐克共和國	2095/-	9.0/-	f	64.5/-	35.5/-	25.9/-
捷克共和國	1884/-	7.5/-	f	83.8/-	16.2/-	14.9/-
土耳其	-	-	f	-	-	-
台灣	2321/ 2499	6.5/ 6.6	2.0^e	57.0/ 57.0	43.0/ 43.0	36.2/ 36.3

^a1970-1971 年, ^b1970-2007 年, ^c1970-2006 年, ^d1970-2008 年, ^e1991-2011 年, ^f無資料。資料來源: Pauly, Mcguire and Barros 2012, The oxford handbook of health economics, Oxford University Press; 行政院衛生署 (2011), 國民醫療保健支出; World Development Indicator 2013

表 2-7 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%
2010	182,585	702,292	101,089	11.42%
2011	196,278	729,010	106,607	11.52%
1994-2011 年 平均成長率	2.35%	1.64%	4.96%	3.06%

資料來源：行政院主計總處（2011），家庭收支調查報告

2.3、自費醫療產生之影響與控制自費方法

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。

2.3.1、自費醫療產生之影響

依據過去研究，自費醫療不僅對財務產生衝擊，亦會對慢性病患、老人、窮人、弱勢族群造成影響。以下分別探討：

一、財務負擔：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。

吳汶娟（2008）在探討相關研究時，指出家戶自付醫療費用過高時對中低收入家庭有較大的經濟壓力，又原住民家庭在社會中經濟弱勢之問題較其他族群更為嚴重。其結果發現，自付醫療費用負擔顯著因族群而異。

Davidoff 等人（2013）指出擁有醫療保險的癌症患者往往年紀較高、有許多合併症、財力有限且缺乏補充保費。結果顯示癌症患者平均自付醫療費用為 4,727 美元。癌症患者較未罹癌者面臨更高的自付醫療費用負擔。且認為財務壓力可能會阻止一些老年患者尋求治療。

二、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。

Vilhjalmsson 等人（2009）在對冰島自付醫療費用探討中，結果顯示女性、青年、單身、離婚、失業及非約聘者、教育程度低、低收入戶、慢性病病患及身心障礙人士有最高的家庭支出負擔。

Luczak 等人（2012）在波蘭自費藥品對財務負擔研究中，發現自費藥品增加了貧困率，在過去十年中使慢性病病患越來越窮。

Murphy 等人（2013）在對烏克蘭慢性病病患之居家照護所面臨的經濟負擔以心絞痛患者為例的研究中，結果顯示心絞痛患者之家庭自付醫療費用平均佔家庭實際收入的 32%。且達統計顯著差異顯示心絞痛患者家庭較容易從事「出售資產」（OR=2.71）和「借貸」（OR=1.68）等行為。

三、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：健康保險的給付程度、醫療服務的價格、就醫的次數。却時，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。

Luczak 等人（2012）在波蘭自費藥品對財務負擔研究中，發現自費藥品增加了貧困率，在過去十年中也使退休老人越來越貧窮。

四、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却的慢性病在身的患者。

Vilhjalmsson 等人（2009）在對冰島自付醫療費用探討中，結果顯示低收入戶及身心障礙人士等有最高的家庭支出負擔。

Luczak 等人（2012）在波蘭自費藥品對財務負擔研究中，發現自費藥品增加了貧困率，在過去十年中使窮人越來越貧窮，其效果更顯著於退休老人和慢性病病患。

2.3.2、民眾因應自費的策略

基於自費醫療對財務的衝擊和造成的負擔，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。Modugu 等人（2012）使用由印度國際人口學研究所（International Institute for Population Sciences）所調查之 District Level Household Survey（DLHS-3）為分析資料來源，DLHS-3 的調查涵蓋了印度的 611 個地區，並在每個地區當中抽選出具有地區代表性的 1000-1500 個家戶。此調查內容包括了自費醫療支出、為了因應生產的醫療支出借貸和申請 Janani Suraksha Yojana（JSY）補助計畫等，JSY 補助計畫為印度政府特別為了貧窮家庭因應生產時所成立的計畫，目的是要讓貧窮家庭的孕婦可在醫院內完成分娩，降低孕產婦和新生兒死亡率。此研究分析結果顯示，在自然生產的部分，有 28.6% 的家戶有借貸行為，而有 15.2% 的家戶會申請 JSY 計畫補助；在剖腹產的部分，有 43.8% 的家戶有借貸行為，而有 15.4% 的家戶會申請 JSY 計畫補助。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）。

2.3.3、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）。

2.4、臺灣民眾自費之情況及我國政府調查統計涉及自費之資料描述

2.4.1、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。

一、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，占有醫療保健支出 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，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；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；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。

張育嘉等人(2006)利用衛生署統計室國民醫療保健支出中之牙醫及西醫診所的費用配置資料進行 1996 至 2003 年資料分析。結果顯示牙醫家庭自付費用部分，除了 2000 年有些許下跌外，則是從 1996 年的 157.68 億元，逐年上升至 2003 年的 296.77 億元；西醫家庭自付費用部分，則從 1996 年的 261.79 億元，持續上升至 2003 年的 400.66 億元(張育嘉, 黎伊帆, 汪芳國, & 鄭守夏, 2006)。

本研究進一步彙整平均每戶家庭收支 — 按區域別分(行政院主計處, 2013)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(醫療保健支出/總消費支出)從 1994 年的 8.49% 以成長至 2009 年的 14.45%，而 2010 年及 2011 年趨於緩和分別 14.39% 及 14.62%。

二、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；非傳統方式採購中西藥平均 1,952 元；其他傳統、民俗、宗教或非主流醫療措施平均 900 元。

吳汶娟（2008）研究原住民與非原住民家戶自付醫療費用結果發現，自付醫療費用顯著因族群而異；醫療自付費用部份，除西、中醫門診、住院外，家庭自付醫療費用皆顯著因族群而異（吳汶娟, 2008）。

本研究進一步彙整平均每戶家庭收支 — 按區域別分（行政院主計處，2013）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（醫療保健支出/總消費支出）從 1994 年的 8.49% 以成長至 2009 年的 14.45%，而 2010 年及 2011 年趨於緩和分別 14.39% 及 14.62%。

三、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。却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。

王素真等人（2011）研究發現「醫師有良好的服務態度」可使民眾更樂意去配合自費健康檢查。而民眾對於自費健康檢查較重視「是否會提升健康的程度」，其次為「使用是否容易的程度」。結果也顯示「健康預期」、「心力耗費預期」、「社會影響」對於使用自費健康檢查之意願皆有顯著影響。而「助益環境」、「自費健康檢查之意願」對實際使用自費健檢具有顯著影響。

劉宜君（2012）研究發現就醫院結構面、醫院臨床面、醫院績效面三構面的因素，以「醫院臨床面」做為首要考慮因素最高；其次為「醫院結構面」，再者是「醫院績效面」。但三構面差異不大，亦即受訪者在選擇自費醫療服務時，因有不同臨床治療或是保健美容需求，各有不同的考慮因素與偏好。

2.4.2、我國政府調查統計涉及自費之資料描述

在表 2-3 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：由行政院主計處（2011）負責執行的「家庭收支調查」（Household Income and Expenditure Survey）、由衛生署統計室（2011）負責執行的「家庭醫療保健支出調查」（Household Health Expenditure Survey）、由衛生署國民健康局委託國家衛生研究院（2011）負責執行的「國民健康調查」、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。

一、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 7 月配合精省政策，臺灣省政府主計處裁撤，乃由行政院主計處及臺北市、高雄市政府主計處分別按年辦理。2011 年起部分縣市合併升格或改制為直轄市，又 2012 年起因政府組織調整，行政院主計處改制為行政院主計總處，乃由行政院主計總處及新北市、臺北市、臺中市、臺南市、高雄市等直轄市政府主計處分別按年辦理。

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，2011 年臺灣地區總戶數中約抽出千分之二為樣本戶，計 15,857 戶；本調查項目包括：家庭戶口組成、家庭設備及住宅概況、所得收支、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，提供各界參用。

2011 年每一家庭平均支出 92.5 萬元，較 99 年增 4.6%，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）19.6 萬元，增加 7.5%，消費支出 72.9 萬元，增 3.8%；若剔除戶量因素，每人支出 28.1 萬元，較 99 年

增 3.3%，其中非消費支出 6.0 萬元，增 6.2%，消費支出 22.2 萬元，亦增 2.5%。家庭消費支出中，以住宅服務、水電瓦斯及其他燃料（24.4%）所占最高，食品、飲料及菸草（16.2%）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 14.6%，金額為 106,607 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%，2010 年占 14.4%，至 2011 年占 14.6%。

二、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：經費來源別、經費應用單位別、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 2011 年我國國民醫療保健支出（NHE）為 9,103 億元，較上年增加 2.6%，同年國內生產毛額（GDP）年增率為 1.0%；平均每人 NHE 為 39,247 元，較上年增加 2.41%，增幅僅大於 99 年的 2.37%，為自 84 年全民健保實施以來之次低成長。100 年 NHE/GDP 比為 6.6%，較上年增加 0.1 個百分點；100 年年底 65 歲以上老人人口占率為 10.9%，根據經建會人口推估，在 119 年之前人口仍持續成長，人口結構亦呈快速高齡化，顯示未來國民醫療保健支出仍續呈增加趨勢。

三、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却合作辦理 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却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。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。為持續監測全國藥物濫用概況作為擬定藥物濫用防制政策的基礎，管制藥品管理局與國民健康局及國家衛生研究院，沿襲以往合作模式辦理第二次（2009 年）「國民健康訪問暨藥物濫用調查」。

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却，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對小，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 2-8 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師門診就醫服務民眾，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。

2009 年國民健康調查的區域範圍為台灣地區 23 個縣市，對象以 2008 年 12 月 31 日在台灣設有戶籍，具有中華民國國籍之人口，但不包括軍事單位、醫療院所、學校、職訓中心、宿舍、監獄等機構內的居民，以及居住國外者，中選樣本（人）即為受訪對象。抽樣底冊是行政院衛生署資訊中心提供 2008 年 12 月 31 日的「台灣地區個人戶籍資料檔」（總人口數為 22,942,706 人）。此次調查採各縣市分層多階段等機率的抽樣設計，縣市內各層以抽取率與單位大小成比例（Probability Proportional to Size, PPS）方式，逐階段抽出「鄉鎮市區」、「村里」、「鄰」、「人」。樣本數之分配大致以人口數

作為基本考量，並蒐集台灣地區各鄉鎮市區的五項人文區位資料，包括人口密度、65歲以上人口數、專科以上教育程度人數（以上三個變數資料來源：內政部 2006 年統計年報）、西醫人數（資料來源：衛生署 2006 年醫療機構現況及醫療服務統計量）與農牧人數（資料來源：主計處 2005 年農林漁牧普查），以集群分析將台灣地區的 358 個鄉鎮市區分為七種類型，再加上實地訪查所需人力資源配置、時間與經費等行政考量，將台灣地區 23 個縣市，358 個「鄉鎮市區」共分成 48 個層別，依人口數等比例分配（proportional allocation），採二階段或三階段抽選樣本，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」。總計共有 164 個「鄉鎮市區」中選，樣本合計 30,528 人，各縣市抽出之樣本在年齡、性別上均具代表性。

表 2-9 資料來源為 2009 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 255.8 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 18464.6 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 1.5 次，最近一次自費平均金額為 1155.7 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 3.3 次，最近一次自費平均金額為 2613.5 元；過去一年曾使用中醫師門診就醫服務民眾，平均每年就醫次數為 2.5 次，最近一次自費平均金額為 2.5 元。

表 2-8 2005 年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
西醫門診			
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
住院			
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
急診			
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
牙醫門診			
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
中醫門診			
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
民俗療法			
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

表 2-9 2009 年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
西醫門診			
就醫次數/月	5315	1.8	1.65
最近一次自費金額(元)	4309	255.8	975.24
住院			
就醫次數/年	972	1.4	1.47
最近一次自費金額(元)	347	18464.6	32815.26
急診			
就醫次數/年	2129	1.5	2.51
最近一次自費金額(元)	829	1155.7	2976.8
牙醫門診			
就醫次數/年	9249	3.3	3.74
最近一次自費金額(元)	7158	2613.5	15450.52
中醫門診			
就醫次數/月	1986	2.5	2.62
最近一次自費金額(元)	1724	284.2	633.63

資料來源：2009 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，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 2-10 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 2-10 所示。

表 2-10 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. 可以區分不却家庭之支出 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 進行預測性推估
家庭醫療保健支出調查	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 務者會嚴重降低調查效率 4. 依賴回憶資料會有誤差 5. 不易依據未來社會改變狀況 6. 進行預測性推估
國民健康調查	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 進行預測性推估
民眾自費就醫利用評估 (本計畫)	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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

資料來源：本研究自行整理。

2.5、台灣醫療院所自費醫療項目網路調查

根據林霖(2008)調查台灣醫療院所網路自費項目的結果，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%；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%；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%。

依據上述，我國自費醫療不僅是健康照護服務中的一部份，更占醫療保健總支出有一定的比例，故本研究欲了解我國民眾的醫療服務利用情形，並進一步探討對於自費醫療的認知及其影響因素等。

第三章 研究方法

本研究旨在了解民眾自費醫療對於全民健康保險就醫利用行為影響因素，並建立有效之評估模式。根據計畫辦理之七項目標（提出民眾自費對健保就醫利用之監測模式及評估模式、辦理及分析第二次全國代表性之自費調查、評估民眾自費對健保就醫利用及就醫層級的選擇影響、辦理研討會或座談會，了解各界對於自費議題之看法、評估民眾非自願性自費之影響、提出常見十大收取自費之品項和費用、提出未來民眾合理自費的具體建議，作為政策規劃參考）建立之研究流程、研究設計與樣本、研究工具、統計分析方法將於下分四節呈現。

3.1、研究流程

依本計畫目標，本計畫步驟可分為五大期程（圖3-1），規劃時期、專家會議時期、辦理計畫研討會、資料探勘與實地訪查、建構建議整合方案，並由本計畫步驟發展本研究流程如圖3-2所示。

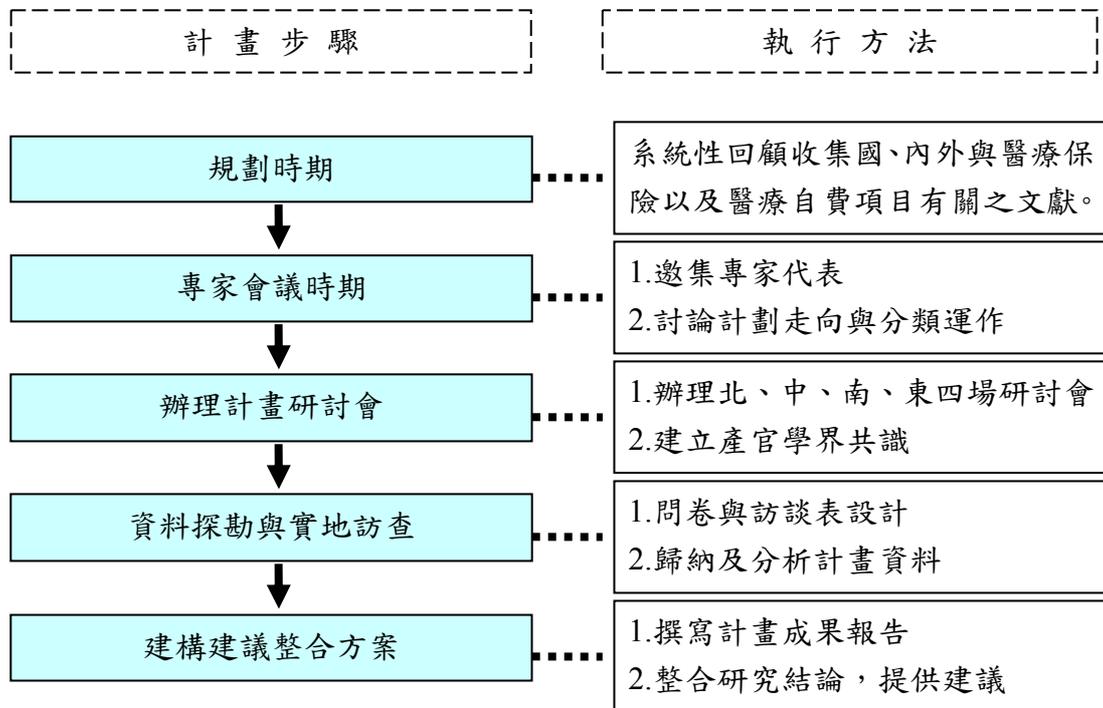


圖 3-1 計畫步驟

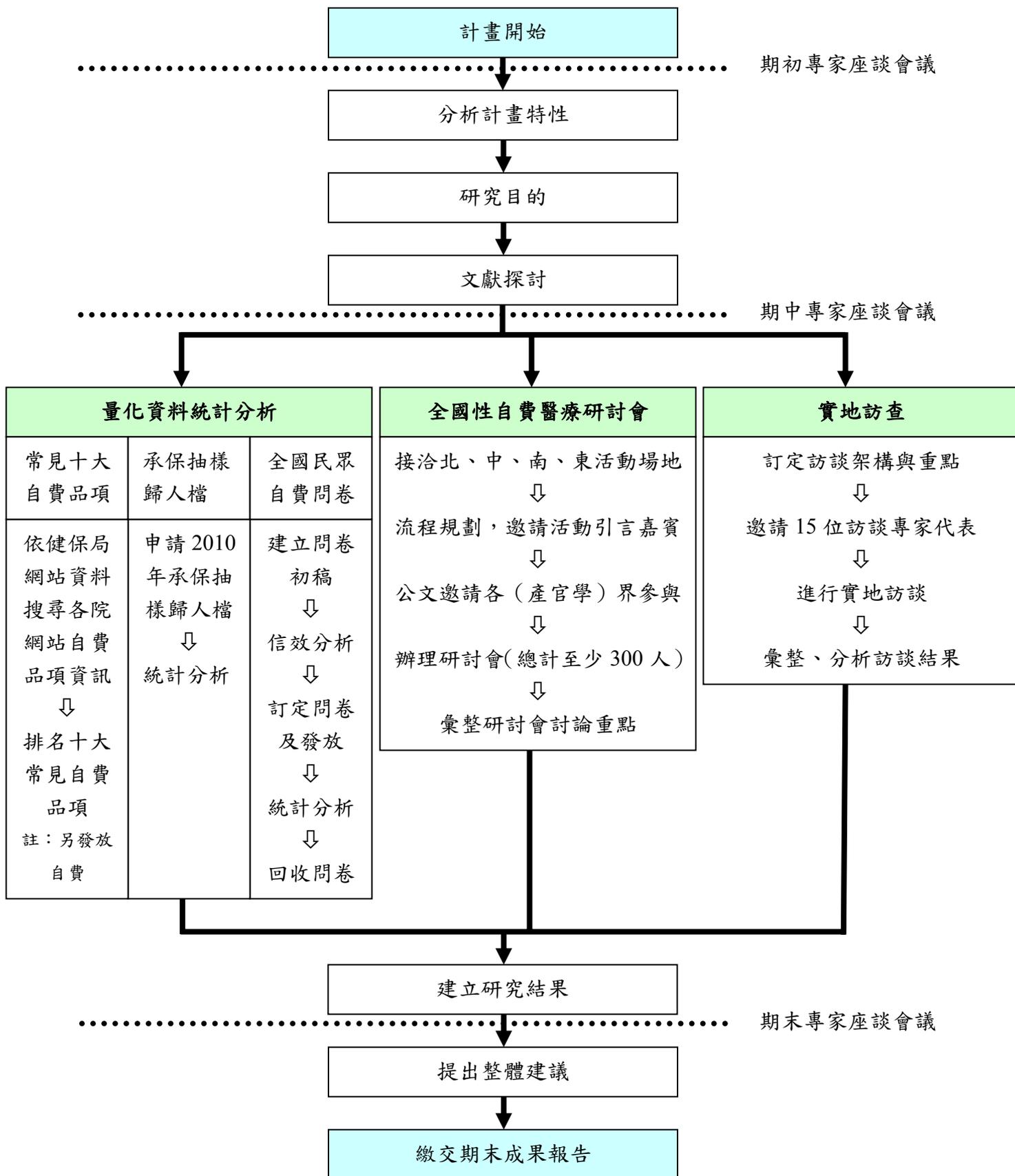


圖 3-2 研究流程

3.2、研究設計與樣本

本計畫為提出民眾自費對健保就醫利用之監測模式及評估模式，且提供政策規劃之良善建議，致力探討影響民眾自費醫療（自行負擔、差額負擔、非健保給付項目）行為之因素，以及其對於健保資源利用之關聯性，經文獻蒐查，佐以於第三階段健康行為模式（Aday & Anderson，1995）之影響因素設計本研究之研究架構如圖3-3。本研究採橫斷性研究設計，方法除有辦理全國性調查問卷統計分析與健保資料庫統計分析等量性研究外，亦有透過辦理全國性民眾自費醫療議題之研討會蒐取意見，以及與各界專家代表訪談之質性研究，於下介紹之。

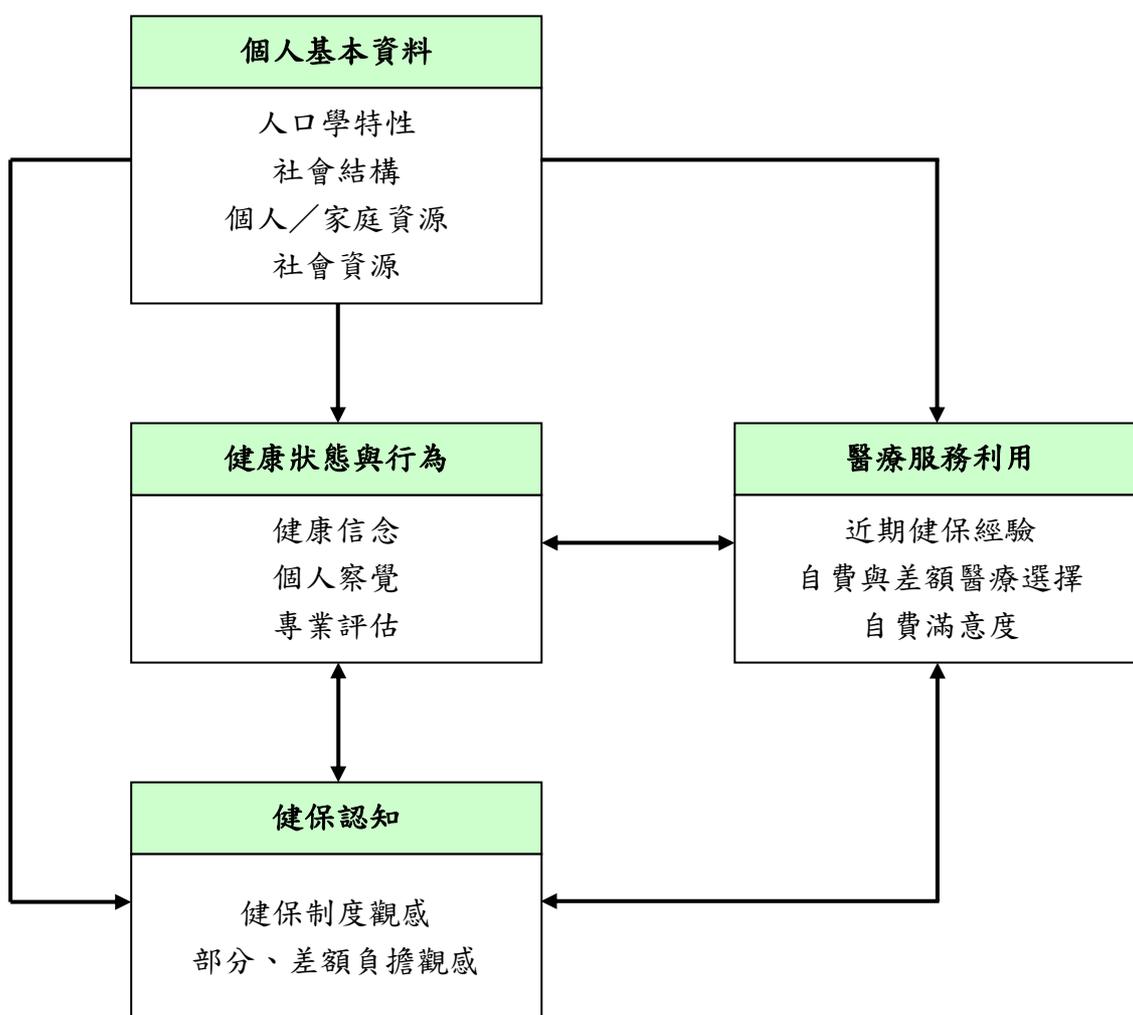


圖 3-3 研究架構

3.2.1、量性研究設計

一、全國性民眾自費醫療行為調查問卷

本研究量化問卷名為「101年民眾自付醫療費用問卷調查」(附錄一)，調查期間為民國2013年4月1日至2013年5月31日，調查區域範圍為全國各縣市，調查對象為十六歲以上之全國民眾，問卷採紙本方式發放，發放份數共計3,000份，預期有效回收樣本數至少2,000份，調查期間邀請醫療院所配合於院所內發放，邀請對象依醫療院所層級採分四層抽樣，醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所四層級平均分配750份，再由醫院個別安排訪員對民眾進行方便取樣，並於填答過程提供必要之輔助說明，各層級之抽樣樣本數可參考表3-1，問卷抽樣架構如圖3-4所示。

表 3-1 「101 年民眾自付醫療費用問卷調查」抽樣分配

層級	分配份數	母群體家數	抽樣家數	樣本數 (份/每家)
醫學中心	750	22	22*	33
區域醫院	750	82	50	15
地區醫院	750	372	150	5
診所	750	19,617	250	3
總計	3,000	20,093	472	

*醫學中心層級總家數僅22家，故不經抽樣全數發放調查

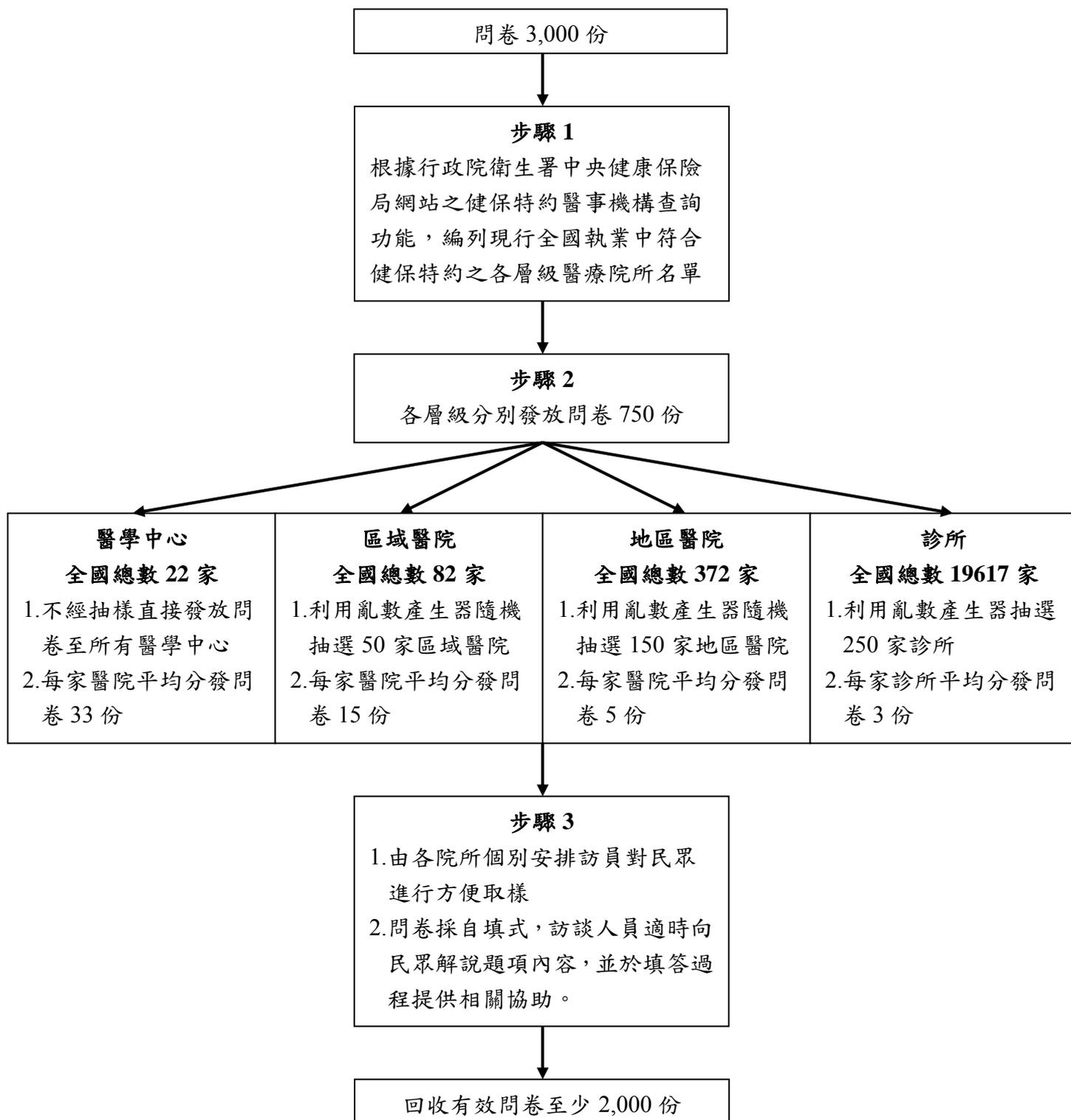


圖 3-4 101 年民眾自付醫療費用問卷調查抽樣架構圖

二、健保資料庫

為探究部分負擔與差額負擔使用情形，爰進行國家衛生研究院2010年承保抽樣歸人檔分析，參考國家衛生研究院全民健康保險研究資料庫（2013）說明如下：

（一）資料內容

以2010年承保資料檔中「2010年在保者」隨機取100萬人，擷取其各年度就醫資料建置而成，並以每4萬人擷取一年度的就醫資料為一單位發行，每年更新。

（二）抽樣母群體

由中央健保局所提供的2010年承保資料檔以「身份證字號加上生日加上性別」歸人，可得27,378,403人之資料，作為資料母檔。在資料母檔中，剔除性別不詳者，選取在保者23,251,700人之資料為抽樣母群體。由於2010年承保資料檔所登錄的最後加保日為2010年12月31日，其定義「2010在保者」為「2011年以前出生，2010年1月1日至2010年12月31日任何一日曾在保者」，並剔除年齡非0至120歲者。

（三）抽樣方法

自抽樣母群體隨機抽樣，取得100萬人樣本。隨機抽樣方法為將抽樣母群體23,251,700人賦予流水號，利用隨機值產生器（random number generator）產生至少100萬個隨機值（實得1,074,263個隨機值），取與100萬個隨機值相同的流水號，來隨機抽取所需的保險對象樣本，接著剔除身份證字號重複者（共24個），再補抽至得到100萬人樣本為止。關於隨機值產生作業，係採用Oracle的DBMS_RANDOM套件來執行。DBMS_RANDOM套件提供一個內建的隨機值產生器（Oracle's internal random number generator），可產生八位整數的隨機值。其在1與23,251,700之間產生110萬個隨機值，剔除重複出現的隨機值（共25,346個）後，共得到1,074,263筆隨機值。

(四) 承保抽樣歸人檔之構建

將隨機抽出的100萬人樣本，利用身份證字號（已加密）每4萬人為一組共25組，與健保資料庫串聯，擷取1996至2010年該100萬人在全民健保研究資料庫中所有就醫資料，即得100萬人承保抽樣歸人檔LHID2010，日後每年更新，加入這100萬人樣本新一年度的就醫資料。所串接的就醫資料包含：門診處方及治療明細檔（CD）、門診處方醫令明細檔（OO）、住院醫療費用清單明細檔（DD）、住院醫療費用醫令明細檔（DO）、特約藥局處方及調劑明細檔（GD）、特約藥局處方調劑醫令明細檔（GO），以及原始承保資料。

(五) 承保抽樣歸人檔代表性測試

統計資料中年齡、性別、每年出生人數分佈，以及平均投保金額，比較100萬樣本與抽樣母群體之間是否有差異，同時並與內政部公佈之資料值比較，以分析100萬人樣本對抽樣母群體之代表性。由於承保抽樣歸人檔可以每四萬人為一組使用，我們亦選取其中一組四萬人之樣本，進行代表性分析，分析方式包括圖、表及統計假設檢定。

三、常見十大自費醫療品項

本計畫欲調查國內醫療院所常見十大自費醫療品項，調查期間自2013年4月1日至2013年5月31日止，共分三段作業進行：

(一) 醫療院所網頁搜尋品項資訊

使網頁瀏覽器搜尋全國醫院之官方網站，如有網站者則於站內下載其提供之自費醫療品項資訊，統整歸入檔內。

(二) 自費品項調查表格(附錄二)

將自費品項歸為材料、藥品、處置三大類別，製作成調查表格，填寫項目有醫療院所名稱、品項名稱、單位、成本價、收費金額、101年度使用總量、廠牌等資訊，以及填表人之聯絡資料，以便日後資料確認聯繫事宜，以紙本郵寄與電子信件二管道向各醫療院所說明計畫目的後，邀請協助填答調查表格，總計紙本發出份數有2,498份，各層級邀請參與調查對象有醫學中心22家、區域醫院82家、地區醫院372家、診所2,000家，此外，亦同步邀請各縣市醫師公會與中華民國醫師公會全國聯合會總計22家協助公告其會員週知。

(三) 分析問卷調查與健保資料庫

統計「101年民眾自付醫療費用問卷調查」資料中民眾使用差額負擔品項與非健保給付之自費醫療品項次數，以及國家衛生研究院2010年承保抽樣歸入檔中差額負擔數據。

3.2.2、質性研究設計

一、全國性自費醫療研討會

本計畫目標須辦理北、中、南、東計4場次「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」，辦理期間為2013年2月份至3月份，邀請對象為全國民眾，並邀集醫療實務專家、學者及各相關團體（如全民健保、衛生政策、醫療機構等）與會並擔任會議引言人、出席者或討論嘉賓，透過研討會形式，了解大家對於自費醫療議題之看法，並交集產、官、學界之觀點，此外，於活動現場發給所有與會者發言條，於活動結束時回收，會後彙整所有人之意見。預計4場次總與會人次至少達300人以上，辦理說明如下：

（一）報名方式

自2013年2月1日起至活動開始前，可以紙本報名表方式傳真報名，或至台灣社區醫院協會網站（www.areahp.org.tw）活動特區線上報名，若活動當日臨時報名者則直接至研討會現場報名。

（二）宣傳方式

邀請各界團體代表與會，醫療院所團體（台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣社區醫院協會、中華民國基層醫療協會）、民間相關團體（台灣總工會、中華民國消費者文教基金會、中華民國全國勞工聯盟總會、台灣醫療改革基金會、台灣醫療繼續教育推廣學會、民間監督健保聯盟、中華民國健康保險行政協會、其他民間團體）、政府單位（行政院衛生署、行政院衛生署中央健康保險局、各縣市衛生局），並協助廣發活動資訊週知。

（三）活動引言重點

活動邀請各界專家代表擔任引言貴賓，引言重點有：現行健保自費制度名詞定義、現行健保自費之立意、各國自費醫療比較、自費醫療的發展與健保永續性等項目。

（三）意見蒐集與分析

除於活動進行中記錄發言者重點，另有發放開放式之空白意見反饋單，可供

所有與會者填寫任何關於自費醫療或健保制度之良善建議，會後統一回收進行統整，了解民眾對自費醫療之觀點、各界之立場。

二、實地訪查

本研究除要進行量化數據之統計分析外，亦要了解各界專業人士表達立場與看法，因此建立一質性訪談表（附錄三），以四大面向（部分負擔之看法、差額負擔之看法、非健保給付的自費醫療之看法、健保立意之觀點）建立開放式題項，規劃實地邀請至少15位全民健康保險會委員、專家學者或與全民健康保險相關團體代表進行質性訪談，向其解釋說明本計畫目標與辦理模式後，面對面唸讀題項敘述並記錄訪答結果。

3.3、研究工具

針對本研究擬定出經專家檢定之量性調查問卷及質性訪談表二項研究設計，於本節說明：

3.3.1、量性研究工具—101年民眾自付醫療費用問卷調查

本研究透由蒐集及彙整文獻探討與專家座談會議之共識完成「101年民眾自付醫療費用問卷調查」（附錄一），整體構面如圖3-5所示。

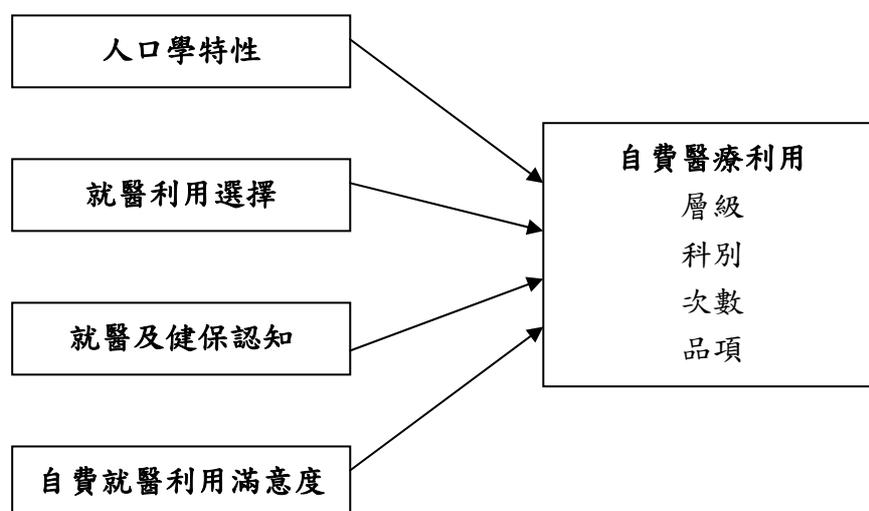


圖 3-5 101 年民眾自付醫療費用問卷調查設計架構

而問卷為增進填寫者之作答流暢度，調整構面內題項之呈現順序，以健保就醫利用、自費醫療服務利用、健康狀態與行為、個人基本資料四範圍分類。

問卷初稿完成後請7位專家進行內容專家效度審查，其中分別針對問項的相關性（表示該題項與研究主題是否相關）與明確性（表示該題項敘述與答項說明是否清楚明確）來判斷其適當程度，分別給予5分至1分的評分。5分（完全適用）表示此題目完全適合列於問卷中；4分（尚適用）表示此題目還算適合列於問卷中；3分（需修改）表示此題目可經措辭修改後列於問卷中，或者予以刪除；2分（尚不適用）表示此題目不太適合列於問卷中，可考慮刪除；1分（完全不適用）表示此題目完全不適合列於問卷中，應刪除。經專家回覆結果計算，CVI值標準應為0.8以上（Lynn，1986），結果平均CVI值為0.89，詳細如表3-2。

表 3-2 專家效度指標 CVI 值

專家編號	CVI值	計算過程備註
1	0.97	379/390=0.97
2	0.80	312/390=0.80
3	0.95	369/390=0.95
4	0.96	373/390=0.96
5	0.89	348/390=0.89
6	0.84	328/390=0.84
7	0.83	322/390=0.83
平均	0.89	

信度方面，問卷為檢定內部一致性，使用目前社會科學研究最普遍使用的來檢測可信度，Cronbach's α 值低於0.35為低信度；介於0.35至0.7之間為中信度、0.7以上為高信度，而本問卷剔除基本資料與非Likert's scale變項後Cronbach's α 為0.71為高信度，顯示本研究問卷量測具一致性與穩定性。

除信效度分析外，本研究問卷亦依據統計法第三條、第十九條、同法施行細則第三十六、三十七條之規定辦理，送行政院主計總處審查通過後始得發放。

最終問卷定稿共有54題組，子題項總計78題，如下說明：

一、健保就醫利用

共有14題組，子題項22題，內容調查近期健保經驗、健保制度認知與接受度，以及部份負擔與差額負擔制度之認知。

二、自費醫療服務利用

共5題組，子題項21題，當中有3題複選題，問項內容除調查過去實際就醫層級、科別、次數、品項等資訊外，亦調查過去經驗中之滿意度、理解程度，與影響就醫因素等。

三、健康狀態與行為

參考行政院衛生署國民健康局之2009國民健康訪問暨藥物濫用調查題項進行增減

編修，共有18題，當中有1題複選題，內容調查填答者之健康狀況、正負健康行為與信念、個人察覺、專業評估等項目。

四、個人基本資料

共有17題，了解性別、年齡、婚姻狀況、居住縣市、收入、承保狀況。

3.3.2、質性研究工具－民眾自費對全民健康保險就醫利用影響訪談表

本研究透由蒐集及彙整文獻探討與專家座談會議之建議完成「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響訪談表」（附錄四）設計。旨以「深度訪談」瞭解各受訪者對於自費醫療與健保制度議題之看法與建議。訪談表分二大部分：對於自費醫療之看法、個人基本資料（基於研究資料保密，不對外公開），第一部分自費醫療之看法再下分四大面向後設計開放式子題項：部分負擔之看法3題、差額負擔之看法3題、非健保給付的自費醫療之看法2題、健保立意之觀點5題，總計13題。

3.4、統計分析方法

本節旨呈現研究資料分析之方法，由原本研究分為兩大部分，以下將各部份分析方式加以說明：

3.4.1、量性研究

本研究於回收正式問卷後，進行檢視與整理，剔除填寫不完整或內容明顯矛盾問卷，再進行編碼、建檔，最後運用統計軟體SPSS 17.0 for Windows進行統計分析，呈現統計資料之相關分析。概要說明如下：

- 一、**描述性統計**：將利用次數分配、平均數、標準差及百分比等來呈現研究樣本分布及特質。
- 二、**推論性統計**：利用T檢定、單因子變異數分析（事後檢定）或卡方檢定、羅輯斯迴歸等，

3.4.2、質性研究

此部份將蒐集訪談紀錄，並彙整其對於部分負擔、差額負擔、非健保給付的自費醫療、健保立意等議題之看法，並加以分析之。

第四章 研究結果

本章為「建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式」計畫研究結果之呈現，有以量性與質性方式進行，於下分為101年民眾自付醫療費用問卷調查分析結果、國家衛生研究院2010年承保抽樣歸人檔分析結果、常見十大自費醫療品項調查結果、民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會辦理成果、實地訪查結果五小節說明：

4.1、101年民眾自付醫療費用問卷調查分析結果

本研究發放問卷共3,000份，回收後進行檢視，剔除填寫不完整或內容明顯矛盾問卷，再進行編碼、建檔，最後得有效回收問卷2,225份，回收率達74.17%，資料整理完畢方運用統計軟體SPSS 17.0 for Windows進行統計分析，問卷分析結果分以描述性統計與推論性統計結果呈現：

4.1.1、描述性統計

一、有效樣本之人口學資料

茲將有效樣本之人口學資料（性別、年齡、婚姻狀況、居住地、宗教信仰、教育程度、等）之描述性統計，詳列於表4-1。

依據表4-1，本研究共計使用15項人口學變項，分別為：性別、年齡、婚姻狀況、居住地、宗教信仰、教育程度、職業別、個人年收入、家庭總年收入、是否有另外購買醫療保險、另外醫療保險每年投保費用、家戶人口數、家中無收入之人口數、個人每年存款、每個月繳交之健保費用（含眷屬）等。茲將詳細之人口學變項描述如下：

- （一）性別：研究有效樣本性別比例近乎各半，但女性稍多（共1195人，占53.7%）；男性稍少（共1030人，占46.3%）。
- （二）年齡：研究有效樣本多為青壯年，集中於為21-30歲（共538人，24.2%）、31-40歲（共737人，33.1%）及41-50歲（共514人，23.1%）。
- （三）婚姻狀況：研究有效樣本已婚者居多（共1331人，占59.8%）、未婚者較少（共778人，35%）。
- （四）居住地：研究有效樣本之居住地以健保分區之台北區（共630人，占28.3%）、

- 高屏區（共697人，31.3%）較多。
- （五）宗教信仰：研究有效樣本信仰佛、道教者近半（共1087人，占48.9%）；無信仰者近四成（共833人，占37.4%）。
- （六）教育程度：研究有效樣本逾八成受過大學以上之教育（大學共1569人，占70.5%；研究所以上共322人，占14.5%）。
- （七）職業別：研究有效樣本之職業多分布於服務業（共476人，占21.4%）；軍、公、教（共475人，占21.3%）；醫療業（共462人，占20.8%）及其他（共448人，占20.8%）。
- （八）個人年收入：研究有效樣本之個人年收入以40萬至未滿60萬元者為數最多（共681人，占30.6%）；而20萬至未滿40萬元（共661人，占29.7%）次之。
- （九）家庭總年收入：研究有效樣本之家庭總年收入以60萬至未滿120萬元者為數最多（共1008人，占45.3%）；而未滿60萬元（共479人，占21.5%）次之。
- （十）另外購買醫療保險：研究有效樣本大多數除健保以外，亦購買有醫療保險（共1961人，占88.1%）。
- （十一）另外醫療保險每年投保費用：承10），另外購買醫療保險者，每年對其之投保費用多集中於1萬至未滿2萬元（共503人，占25.7%）及2萬至未滿3萬元（共489人，占24.9%）。
- （十二）家戶人口數：研究有效樣本之家庭總人口數多為四名以上（共1570人，占70.6%）。
- （十三）家戶無收入之人口數：研究有效樣本之家戶無收入人口數較多分布於0位（共658人，占29.6%）、1位（共524人，占23.6%）、2位（共613人，占27.6%）。
- （十四）個人每年存款：研究有效樣本之個人每年存款以未滿20萬元者為數最多（共998人，占44.9%）；而不清楚/不願意回答（共747人，占33.6%）次之。
- （十五）每個月繳交之健保費用（含眷屬）：研究有效樣本每個月繳交之健保費用（含眷屬）以未滿1000元者最多（共756人，占34%）；1000至未滿2000元者（共633人，占28.4%）。

表 4-1 問卷調查有效樣本之人口學資料描述性統計

變項名稱	人數	百分比 (%)
總計	2225	100.0
性別		
男	1030	46.3
女	1195	53.7
年齡		
16 至 20 歲	26	1.2
21 至 30 歲	538	24.2
31 至 40 歲	737	33.1
41 至 50 歲	514	23.1
51 至 60 歲	315	14.2
61 至 70 歲	85	3.8
71 歲以上	10	0.4
婚姻狀況		
未婚	778	35.0
已婚	1331	59.8
離婚、喪偶或其他	116	5.2
居住地		
台北區	630	28.3
北區	182	8.2
中區	333	15.0
南區	304	13.7
高屏區	697	31.3
東區	79	3.6
宗教信仰		
無	833	37.4
佛、道教	1087	48.9
天主教、基督教	222	10.0
其他	83	3.7
教育程度		
國小以下	30	1.3
國中	24	1.1
高中	280	12.6
大學	1569	70.5
研究所以上	322	14.5

表 4-1 問卷調查有效樣本之人口學資料描述性統計 (續 1)

變項名稱	人數	百分比 (%)
職業別		
軍、公、教	475	21.3
農、工	150	6.7
商業	214	9.6
醫療業	462	20.8
服務業	476	21.4
其他	448	20.1
個人年收入		
無收入	156	7.0
未滿 20 萬元	159	7.1
20 至未滿 40 萬元	661	29.7
40 至未滿 60 萬元	681	30.6
60 至未滿 80 萬元	342	15.4
80 萬元以上	226	10.2
家庭總年收入		
無收入	98	4.4
未滿 60 萬元	479	21.5
60 至未滿 120 萬元	1008	45.3
120 至未滿 180 萬元	393	17.7
180 至未滿 240 萬元	146	6.6
240 萬元以上	101	4.5
請問您是否有另外購買醫療保險		
有	1961	88.1
沒有	155	7.0
不清楚	109	4.9
每年投保費用		
未滿 1 萬元	230	11.7
1 萬至未滿 2 萬元	503	25.7
2 萬至未滿 3 萬元	489	24.9
3 萬至未滿 4 萬元	335	17.1
4 萬至未滿 5 萬元	135	6.9
5 萬元以上	269	13.7

表 4-1 問卷調查有效樣本之人口學資料描述性統計 (續 2)

變項名稱	人數	百分比 (%)
家戶人口數		
1 名	56	2.5
2 名	206	9.3
3 名	393	17.7
4 名以上	1570	70.6
家中無收入之人口數		
0 位	658	29.6
1 位	524	23.6
2 位	613	27.6
3 位	242	10.9
4 位以上	188	8.4
個人每年存款		
未滿 20 萬元	998	44.9
20 至未滿 40 萬元	301	13.5
40 萬元以上	179	8.0
不清楚/不願意回答	747	33.6
每個月繳交之健保費用 (含眷屬)		
未滿 1000 元	756	34.0
1000 至未滿 2000 元	633	28.4
2000 至未滿 3000 元	305	13.7
3000 元以上	220	9.9
免自付健保費 (如低收入、失業)	10	0.4
不清楚	301	13.5

二、有效樣本之健康狀態及行為

依據表4-2，本研究共計使用11項健康狀態及行為變項，分別為：是否有慢性病、身體有無疼痛妨礙處理事情、需不需要靠醫療協助應付日常生活、過去一個月吸煙頻率、過去一年運動頻率、是否有定期健康檢查習慣、過去一年是否有使用營養及保健食品習慣、自身健康滿意度、是否只要身體不舒服就會立刻去看醫生、是否會自行購買成藥、掛號習慣等。茲將詳細之健康狀態及行為描述如下：

- (一) 是否有慢性病：研究有效樣本無慢性病比率較高（共1616人，占72.6%）；有慢性病者較少（共520人，占23.4%）。
- (二) 身體有無疼痛妨礙處理事情：研究有效樣本多數覺得身體無疼痛妨礙其處理事情（共1727人，占77.6%）；而覺得身體疼痛妨礙其處理事情者較少（共498人，占22.4%）。
- (三) 需不需要靠醫療協助應付日常生活：研究有效樣本多數覺得完全不需要靠醫療協助應付日常生活（共1665人，占74.8%）。
- (四) 過去一個月吸煙頻率：研究有效樣本多數無吸煙習慣（共1617人，占72.7%）。
- (五) 過去一年運動頻率：研究有效樣本近半1~2周運動一次，且每次30分鐘以上（共1097人，占49.3%）；而3~6天運動一次，且每次30分鐘以上者次之（共438人，占14.1%）。
- (六) 是否有定期健康檢查習慣：研究有效樣本近六成有定期健康檢查習慣（共1277人，占58.7%）；無定期健康檢查習慣者較少（共948人，占41.3%）。
- (七) 過去一年是否有使用營養及保健食品的習慣：研究有效樣本有使用營養及保健食品的習慣者近半（共1094人，占49.2%）；無使用者略為過半（共1131人，占50.8%）。
- (八) 自身健康滿意度：研究有效樣本對於自身健康滿意度介於普通（共995人，占44.7%）與滿意（共906人，占40.7%）之間。
- (九) 是否只要身體不舒服就會立刻去看醫生：研究有效樣本近八成身體不舒服不一定立刻去看醫生（共1748人，占78.6%）；而會立即就醫者（共220人，占9.9%）

與不會立即就醫者（共257人，占11.6%）約各占一成。

（十）是否會自行購買成藥：研究有效樣本會自行購買成藥較為少數（共681人，占30.6%）；不會自行購買成藥者較多（共1544人，占69.4%）。

（十一）掛號習慣：研究有效樣本之掛號習慣多數會先搜尋就醫資訊（共1248人，占56.1%）；而直接先掛常見科別，再請醫師做後續判斷者次之（共626人，占28.1%）。

（十二）目前的健康狀況：研究有效樣本目前的健康狀況平均值為7.36（標準差為1.258），顯示其對於健康狀況多自覺偏向良好。

表4-2 問卷調查有效樣本之健康狀態及行為描述性統計

變項名稱	人數	百分比 (%)
總計	2225	100.0
是否有慢性病		
有	520	23.4
沒有	1616	72.6
不清楚	89	4.0
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情		
是	498	22.4
否	1727	77.6
您需要靠醫療協助應付日常生活		
極需要	19	0.9
很需要	24	1.1
中等程度需要	67	3.0
有一點需要	450	20.2
完全沒需要	1665	74.8
過去一個月間，吸煙的頻率為		
10包以上	118	5.3
7~9包	207	9.3
4~6包	174	7.8
1~3包	109	4.9
無	1617	72.7

表 4-2 問卷調查有效樣本之健康狀態及行為描述性統計 (續)

變項名稱	人數	百分比 (%)
過去一年間，您運動的頻率		
每天 30 分鐘以上	78	3.5
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	313	14.1
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	438	19.7
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	1097	49.3
無	299	13.4
是否有定期健康檢查之習慣		
是	1277	58.7
否	948	41.3
過去一年間，您是否有使用營養、保健食品的習慣		
是	1094	49.2
否	1131	50.8
您滿意自己的健康嗎?		
非常不滿意	20	0.9
不滿意	223	10.0
普通	995	44.7
滿意	906	40.7
非常滿意	81	3.6
是否只要身體不舒服就會立刻去看醫生		
是	220	9.9
不一定	1748	78.6
否	257	11.6
是否會自行購買成藥		
是	681	30.6
否	1544	69.4
掛號習慣		
會先搜尋就醫資訊	1248	56.1
先至醫院詢問，再掛號	325	14.6
直接先掛常見科別，再請醫師做後續判斷	626	28.1
其他	26	1.2
	平均值	標準差
您認為您目前的健康狀況為幾分	7.36	1.258

三、有效樣本之健保認知

依據表4-3，本研究共計使用12項健保認知變項，分別為：是否了解就醫所繳交各類費用用途、是否知道健保法第四十三條提及西醫門診基本部分負擔之規定、是否知道，健保法中有立定「分級醫療」與「轉診制度」之概念、得知費標準與資訊後，會否影響到日後就醫層級的選擇、是否明白差額負擔制度的施行原則、對差額制度的看法、目前繳交的健保保費貴或便宜、如健保給付項目增加，須調高保費金額之看法、如健保給付項目減少，須降低保費金額之看法、是否同意，健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益、是否同意健保制度應該保障所有的疾病，不論嚴重度、是否同意現行的一些自費醫療項目（自費健檢、特殊醫材、）可以納入健保補助、如健保納入原自費項目，是否願意多繳交保費等。茲將詳細之健保認知描述如下：

- (一) 是否了解就醫所繳交各類費用用途：研究有效樣本多數全部了解就醫所繳交各類費用用途（共1220人，占59.5%）；但只了解一部分者亦有不少（共708人，占34.6%）。
- (二) 是否知道健保法第四十三條提及西醫門診基本部分負擔之規定：研究有效樣本多數表示一直都知道健保法第四十三條提及西醫門診基本部分負擔之規定（共1182人，占53.1%）；而「以前不知道，現在了解了」者次之（共880人，占39.6%）。
- (三) 是否知道，健保法中有立定「分級醫療」與「轉診制度」之概念：研究有效樣本多數表示一直都知道健保法中有立定「分級醫療」與「轉診制度」之概念（共1833人，占82.4%）；而「以前不知道，現在了解了」者次之（共287人，占12.9%）。
- (四) 得知費標準與資訊後，會否影響到日後就醫層級的選擇：研究有效樣本正反兩面比例近乎各半，但反面否定稍多（共1192人，占53.6%）；正面肯定稍少（共1033人，占46.4%）。
- (五) 是否明白差額負擔制度的施行原則：研究有效樣本多數表示一直都知道差額負擔制度的施行原則（共1829人，占82.2%）；而「以前不知道，現在了解了」者次之（共251人，占11.3%）。
- (六) 目前繳交的健保保費貴或便宜：研究有效樣本近五成覺得目前繳交的健保保費

貴（共1027人，占46.7%），僅極少數人覺得便宜（共129人，占5.9%），而覺得剛好者近四成（共819人，占37.2%），。

（七）如健保給付項目增加，須調高保費金額之看法：研究有效樣本持反對看法者最多（共756人，占34.0%），支持看法者不到三成（共614人，占27.6%），而部份為沒意見者（共726人，占32.6%）。

（八）如健保給付項目減少，須降低保費金額之看法：研究有效樣本沒意見者者最多（共756人，占34.0%），支持看法者約三成（共672人，占30.2%），而持反對看法者亦約三成（共708人，占31.8%）。

（九）是否同意，健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益：研究有效樣本多數認同健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益（共1939人，占87.1%），而不認同者極少（共73人，占3.3%）。

（十）是否同意健保制度應該保障所有的疾病，不論嚴重度：研究有效樣本多數同意健保制度應該保障所有的疾病，不論嚴重度（共1197人，占53.8%），而不同意者較少（共722人，占32.4%）。

（十一）是否同意現行的一些自費醫療項目（自費健檢、特殊醫材、、）可以納入健保補助：研究有效樣本同意現行的一些自費醫療項目（自費健檢、特殊醫材、、）可以納入健保補助者逾四成（共939人，占42.2%），而不同意者近四成（共859人，占38.6%）。

（十二）如健保納入原自費項目，您是否願意多繳交保費：研究有效樣本同意如健保納入原自費項目願意多繳交保費者僅近三成（共664人，占29.8%），而不同意者近五成（共1095人，占49.2%）。

表 4-3 問卷調查有效樣本之就醫利用描述性統計

變項名稱	人數	百分比 (%)
總計	2225	100.0
是否了解就醫所繳交各類費用用途		
全部了解	1220	59.5
只了解一部分	708	34.6
完全不了解	121	5.9
是否知道健保法第四十三條提及 <u>西醫門診基本部分負擔</u> 之規定		
一直都知道	1182	53.1
以前不知道，現在了解了	880	39.6
還是不太清楚	163	7.3
是否知道，健保法中有立定「 <u>分級醫療</u> 」與「 <u>轉診制度</u> 」之概念		
一直都知道	1833	82.4
以前不知道，現在了解了	287	12.9
還是不太清楚	105	4.7
得知收費標準與資訊後，會否影響到日後就醫層級的選擇		
會	1033	46.4
不會	1192	53.6
是否明白差額負擔制度的施行原則		
一直都知道	1829	82.2
以前不知道，現在了解了	251	11.3
還是不太清楚	145	6.5
對差額制度的看法		
支持	1710	76.9
不支持	87	3.9
沒意見	406	18.2
其他	22	1.0
覺得您目前繳交的健保保費貴或便宜		
太過貴	168	7.6
有點貴	859	39.1
剛好	819	37.2
有點便宜	98	4.5
太過便宜	31	1.4
無意見	224	10.2

表 4-3 問卷調查有效樣本之就醫利用描述性統計 (續)

變項名稱	人數	百分比 (%)
如健保給付項目增加，須調高保費金額之看法		
支持	614	27.6
反對	756	34.0
無意見	726	32.6
其他	129	5.8
如健保給付項目減少，須降低保費金額之看法		
支持	672	30.2
反對	708	31.8
無意見	757	34.0
其他	88	4.0
是否同意，健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益		
是	1939	87.1
否	73	3.3
無意見	175	7.9
其他	38	1.7
是否同意健保制度應該保障所有的疾病，不論嚴重度		
是	1197	53.8
否	722	32.4
無意見	217	9.8
其他	89	4.0
是否同意現行的一些自費醫療項目（自費健檢、特殊醫材、、） 可以納入健保補助		
是	939	42.2
否	859	38.6
無意見	335	15.1
其他	92	4.1
如健保納入原自費項目，您是否願意多繳交保費		
是	664	29.8
否	1095	49.2
無意見	384	17.3
其他	82	3.7

四、有效樣本之就醫利用

依據表4-4，本研究共計使用5項健保認知變項，分別為：是否有固定就診醫療院所、有固定院所之層級別、近一年內是否曾至醫療院所就醫、最近一次就醫目的、最近一次就醫之醫療院所層級等。茲將詳細之就醫利用描述如下：

- (一) 是否有固定就診醫療院所：研究有效樣本多數有固定就診醫療院所(共1774人，占79.7%)。
- (二) 固定院所之層級別：承上題，有固定就診醫療院所者中於地區醫院固定就醫者較多(共582人，占33.1%)；而另依次為診所(共502人，占28.5%)、區域醫院(共441人，占25.1%)、醫學中心(共234人，占13.3%)。
- (三) 近一年內是否曾至醫療院所就醫：研究有效樣本多數近一年內曾至醫療院所就醫(共1971人，占88.6%)。
- (四) 最近一次就醫目的：承上題，近一年內曾至醫療院所就醫者多數就醫目的為西醫門診(共1499人，占76.1%)。
- (五) 最近一次就醫之醫療院所層級：承(三)，近一年內曾至醫療院所就醫者中於地區醫院就醫者近五成(共1046人，占47.0%)；而另依次為診所(共615人，占27.6%)、區域醫院(共267人，占12.0%)、醫學中心(共197人，占8.9%)。

表 4-4 問卷調查有效樣本之就醫利用描述性統計

變項名稱	人數	百分比(%)
總計	2225	100.0
是否有固定就診醫療院所		
有	1774	79.7
無	451	20.3
有固定院所之層級別		
診所	502	28.5
地區醫院	582	33.1
區域醫院	441	25.1
醫學中心	234	13.3

表 4-4 問卷調查有效樣本之就醫利用描述性統計 (續)

變項名稱	人數	百分比 (%)
近一年內是否曾至醫療院所就醫		
是	1971	88.6
否	254	11.4
最近一次就醫目的		
西醫門診	1499	76.1
急診	51	2.6
住院	74	3.8
中醫	186	9.4
牙醫	134	6.8
透析	1	.1
其他	26	1.3
最近一次就醫之醫療院所層級		
診所	615	27.6
地區醫院	1046	47.0
區域醫院	267	12.0
醫學中心	197	8.9
不清楚	100	4.5

五、有效樣本之自費醫療服務利用

依據表4-5，本研究共計使用19項自費醫療服務利用變項，分別為：過去一年是否有過差額負擔之經驗、過去一年間最常使用差額的醫療院所層級、最近一次使用差額負擔前，院方是否明確告知收費金額、最後繳交的金額是否與院方告知相同、願意為了追求更好的醫療品質而使用差額負擔自費、最近一次使用差額負擔前，院方是否向您說明該項目的用途、院方的說明是否有讓您完全清楚理解、是否是因為院方人員推薦而使用自費項目、對於本次收費的金額、整體來說，這次差額自費項目十分符合期望、過去一年是否有過自費醫療項目的經驗、過去一年最常購買自費醫療的醫療院所層級、是否會以同一家醫療院所為優先自費就醫考量、最近一次使用自費醫療的項目明細清楚明瞭、對於本次收費的金額、整體來說，這次自費就醫十分符合期望、使用自費醫療之因素【複選】、會影響您選擇自費就醫醫療院所之因素【複選】、從何

處得知關於自費項目服務之醫療院所資訊【複選】等。茲將詳細之就醫利用描述如下：

- (一) 過去一年是否有過差額負擔之經驗：研究有效樣本僅近兩成表示過去一年有過差額負擔之經驗（共413人，占18.6%），然多數表示從未有過或忘了是否有其經驗（共1061人，占47.7%）。
- (二) 過去一年間最常使用差額的醫療院所層級：承上題，雖多數者可能忘記其是否為近一年之經驗，但其印象近一年常使用差額醫療院所層級，依頻次高低排序為區域醫院（共329人，占28.3%）、醫學中心（共305人，占26.2%）、醫學中心（共305人，占26.2%）、地區醫院（共241人，占20.7%）、診所（共209人，占18.0%）。
- (三) 最近一次使用差額負擔前，院方是否明確告知收費金額：承上，研究有效樣本多數表示最近一次使用差額負擔前，院方有明確告知收費金額（共935人，占80.3%）。
- (四) 最後繳交的金額是否與院方告知相同：承（二）題，其多數最後繳交的金額是否與院方告知相同（共899人，占77.5%）。
- (五) 願意為了追求更好的醫療品質而使用差額負擔自費：承（二），其多數願意為了追求更好的醫療品質而使用差額負擔自費（共979人，占84.1%）。
- (六) 最近一次使用差額負擔前，院方是否有向您說明該項目的用途：承（二），其多數表示最近一次使用差額負擔前，院方有向其說明該項目的用途（共994人，占85.4%）。
- (七) 院方的說明是否有讓您完全清楚理解：承（二），其多數表示院方的說明有讓其完全清楚理解（共946人，占81.4%）。
- (八) 是否是因為院方人員推薦而使用自費項目：承（二），其近五成表示是因為院方人員推薦而使用自費項目（共537人，占46.1%），但約四成表示此否定答案（共481人，占41.3%）。
- (九) 對於本次差額負擔收費的金額：承（二），其約五成表示本次收費的金額剛好（共599人，占51.5%），而約三成表示便宜（共343人，占29.5%）。

- (十) 整體來說，這次差額自費項目十分符合期望：承(二)，其多數認同這次差額自費項目十分符合期望(共628人，占53.9%)，僅近一成表示不認同(共115人，占9.9%)。
- (十一) 過去一年是否有過自費醫療項目的經驗：研究有效樣本僅近兩成表示過去一年有過自費醫療之經驗(共459人，占20.6%)，然多數表示從未有過或忘了是否有其經驗(共1218人，占54.7%)。
- (十二) 過去一年最常購買自費醫療的醫療院所層級：承上題，雖多數者可能忘記其是否為近一年之經驗，但其印象近一年使用自費醫療院所層級，依頻次高低排序為診所(共335人，占33.3%)、區域醫院(共230人，占22.8%)、醫學中心(共194人，占19.3%)、地區醫院(共192人，占19.1%)。
- (十三) 是否會以同一家醫療院所為優先自費就醫考量：承上，研究有效樣本多數表示會以同一家醫療院所為優先自費就醫考量(共714人，占70.9%)。
- (十四) 最近一次使用自費醫療的項目明細清楚明瞭：承(十二)，其多數同意最近一次使用自費醫療的項目明細清楚明瞭(共724人，占71.9%)。
- (十五) 對於本次自費醫療收費的金額：承(十二)，其約四成五覺得本次收費的金額剛好(共492人，占44.6%)，而約三成五表示便宜(共395人，占35.8%)。
- (十六) 整體來說，這次自費就醫十分符合期望：承(十二)，其多數認同這次自費就醫十分符合期望(共528人，占52.7%)，僅約一成表示不認同(共137人，占13.7%)。
- (十七) 使用自費醫療之因素【複選】：研究有效樣本使用自費醫療之因素，主要為「較好的醫療品質」(共1409人，占63.3%)，另依序為「改善身體功能」(共1244人，占55.9%)、「享受較好服務」(共632人，占28.4%)、「改善外觀」(共553人，占24.9%)、「院方人員推薦」(共341人，占15.3%)、「親友建議」(共190人，占8.5%)、「價格吸引」(共140人，占6.3%)、「不知情情況下使用到」(共77人，占3.5%)、「順應潮流」(共40人，占1.8%)。
- (十八) 影響選擇自費就醫醫療院所之因素【複選】：影響研究有效樣本選擇自費就醫

醫療院所之因素，主要為「醫師技術」（共1703人，占76.5%），另依序為「儀器設備」（共1191人，占53.5%）、「交通因素（離家距離、停車便利性）」（共744人，占33.4%）、「價格」（共535人，占24.0%）、「親友推薦」（共442人，占19.9%）、「醫院名氣」（共371人，占16.7%）、「報章雜誌等媒體介紹」（共99人，占4.4%）、「其他」（共30人，占1.3%）。

(十九) 從何處得知關於自費項目服務之醫療院所資訊【複選】：研究有效樣本從何處得知關於自費項目服務之醫療院所資訊，主要為「親友介紹」（共1288人，占57.9%），另依序為「網站資訊」（共1106人，占49.7%）、「電視節目介紹」（共326人，占14.7%）、「傳單」（共223人，占10.0%）、「其他」（共188人，占8.4%）。

表 4-5 問卷調查有效樣本之自費醫療服務利用描述性統計

變項名稱	人數	百分比 (%)
總計	2225	100.0
過去一年是否有過 <u>差額負擔</u> 之經驗		
是	413	18.6
否，已超過一年	751	33.8
從未有過或忘了	1061	47.7
過去一年間最常使用差額的醫療院所層級		
診所	209	18.0
地區醫院	241	20.7
區域醫院	329	28.3
醫學中心	305	26.2
不清楚	78	6.7
最近一次使用 <u>差額負擔</u> 前，院方是否明確告知收費金額		
是	935	80.3
否	95	8.2
忘記了	134	11.5
最後繳交的金額是否與院方告知相同		
是	899	77.5
否，超出原定金額	97	8.4
否，低於原定金額	38	3.3
忘記了	126	10.9

表 4-5 問卷調查有效樣本之自費醫療服務利用描述性統計 (續 1)

變項名稱	人數	百分比 (%)
願意為了追求更好的醫療品質而使用差額負擔自費		
非常同意	350	30.1
同意	629	54.0
沒意見	116	10.0
不同意	48	4.1
非常不同意	21	1.8
最近一次使用 <u>差額負擔</u> 前，院方是否有向您說明該項目的用途		
是	994	85.4
否	58	5.0
忘記了	112	9.6
院方的說明是否有讓您完全清楚理解		
非常同意	317	27.3
同意	629	54.1
沒意見	144	12.4
不同意	58	5.0
非常不同意	15	1.3
是否是因為院方人員推薦而使用自費項目		
是	537	46.1
否	481	41.3
忘記了	146	12.5
對於本次收費的金額		
非常便宜	39	3.4
還算便宜	304	26.1
剛好	599	51.5
有點貴	186	16.0
非常貴	36	3.1
整體來說，這次差額自費項目十分符合期望		
非常同意	84	7.2
同意	544	46.7
沒意見	421	36.2
不同意	93	8.0
非常不同意	22	1.9

表 4-5 問卷調查有效樣本之自費醫療服務利用描述性統計 (續 2)

變項名稱	人數	百分比 (%)
過去一年是否有過 <u>自費醫療項目</u> 的經驗		
是	459	20.6
否，已超過一年	548	24.6
從未有過或忘了	1218	54.7
過去一年最常購買自費醫療的醫療院所層級		
診所	335	33.3
地區醫院	192	19.1
區域醫院	230	22.8
醫學中心	194	19.3
不清楚	56	5.6
是否會以同一家醫療院所為優先自費就醫考量		
是	714	70.9
否，我會先比較其他醫療院所再做就醫選擇	293	29.1
最近一次使用自費醫療的項目明細清楚明瞭		
非常同意	177	17.6
同意	547	54.3
沒意見	175	17.4
不同意	92	9.1
非常不同意	16	1.6
對於本次收費的金額		
非常便宜	63	5.7
還算便宜	332	30.1
剛好	492	44.6
有點貴	189	17.1
非常貴	28	2.5
整體來說，這次自費就醫十分符合期望		
非常同意	29	2.9
同意	108	10.8
沒意見	338	33.7
不同意	462	46.1
非常不同意	66	6.6

表 4-5 問卷調查有效樣本之自費醫療服務利用描述性統計 (續 3)

變項名稱	人數	百分比 (%)
基於哪些因素而去使用自費醫療【複選】		
改善外觀	553	24.9
改善身體功能	1244	55.9
享受較好服務	632	28.4
較好的醫療品質	1409	63.3
院方人員推薦	341	15.3
親友建議	190	8.5
順應潮流	40	1.8
價格吸引	140	6.3
不知情情況下使用到	77	3.5
哪些因素會影響您選擇自費就醫之醫療院所【複選】		
醫院名氣	371	16.7
醫師技術	1703	76.5
儀器設備	1191	53.5
交通因素 (離家距離、停車便利性)	744	33.4
親友推薦	442	19.9
報章雜誌等媒體介紹	99	4.4
價格	535	24.0
其他	30	1.3
從何處得知關於自費項目服務之醫療院所資訊【複選】		
電視節目介紹	326	14.7
廣播	54	2.4
親友介紹	1288	57.9
網站資訊	1106	49.7
傳單	223	10.0
其他	188	8.4

4.1.2、推論性統計

一、有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為」單變量分析

依據表4-6，研究有效樣本有定期健康檢查習慣者共1,277人（占57.4%），無定期健康檢查習慣者共948人（占42.7%），而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「性別」(Chi-square=4.565, p=0.033)、「年齡」(Chi-square=156.651, p<0.001)、「婚姻狀況」(Chi-square=66.896, p<0.001)、「居住地」(Chi-square=23.243, p<0.001)、「宗教信仰」(Chi-square=16.719, p<0.001)、「個人年收入」(Chi-square=52.431, p<0.001)、「家庭總年收入」(Chi-square=13.751, p=0.017)、「另外購買醫療保險」(Chi-square=30.084, p<0.001)、「另外醫療保險每年投保費用」(Chi-square=30.800, p<0.001)、「家戶人口數」(Chi-square=10.854, p=0.013)、「家中無收入之人口數」(Chi-square=52.456, p<0.001)、「個人每年存款」(Chi-square=18.144, p<0.001)、「每個月繳交之健保費用（含眷屬）」(Chi-square=54.712, p<0.001)等項目與其健康狀態與行為中「是否有定期健康檢查的習慣」呈顯著相關。

表 4-6 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—是否有定期健康檢查的習慣」次數分配表

變項名稱	是否有定期健康檢查的習慣				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
總計	1,277		948			
性別					4.565	0.033
男	616	59.8	414	40.2		
女	661	55.3	534	44.7		

表 4-6 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—是否有定期健康檢查的習慣」次數分配表（續 1）

變項名稱	是否有定期健康檢查的習慣				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
年齡					156.651	<0.001
16 至 20 歲	9	34.6	17	65.4		
21 至 30 歲	212	39.4	326	60.6		
31 至 40 歲	397	53.9	340	46.1		
41 至 50 歲	358	69.6	156	30.4		
51 至 60 歲	236	74.9	79	25.1		
61 至 70 歲	59	69.4	26	30.6		
71 歲以上	6	60.0	4	40.0		
婚姻狀況					66.896	<0.001
未婚	359	46.1	419	53.9		
已婚	833	62.6	498	37.4		
離婚、喪偶或其他	85	73.3	31	26.7		
居住地					23.243	<0.001
台北區	362	57.5	268	42.5		
北區	116	63.7	66	36.3		
中區	215	64.6	118	35.4		
南區	174	57.2	130	42.8		
高屏區	379	54.4	318	45.6		
東區	31	39.2	48	60.8		
宗教信仰					16.719	<0.001
無	439	52.7	394	47.3		
佛、道教	657	60.4	430	39.6		
天主教、基督教	140	63.1	82	36.9		
其他	41	49.4	42	50.6		
教育程度					5.110	0.276
國小以下	20	66.7	10	33.3		
國中	16	66.7	8	33.3		
高中	154	55.0	126	45.0		
大學	889	56.7	680	43.3		
研究所以上	198	61.5	124	38.5		

表 4-6 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—是否有定期健康檢查的習慣」次數分配表 (續 2)

變項名稱	是否有定期健康檢查的習慣				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
職業別					1.837	0.871
軍、公、教	265	55.8	210	44.2		
農、工	83	55.3	67	44.7		
商業	123	57.5	91	42.5		
醫療業	263	56.9	199	43.1		
服務業	284	59.7	192	40.3		
其他	259	57.8	189	42.2		
個人年收入					52.431	<0.001
無收入	74	47.4	82	52.6		
未滿 20 萬元	67	42.1	92	57.9		
20 至未滿 40 萬元	342	51.7	319	48.3		
40 至未滿 60 萬元	426	62.6	255	37.4		
60 至未滿 80 萬元	213	62.3	129	37.7		
80 萬元以上	155	68.6	71	31.4		
家庭總年收入					13.751	0.017
無收入	58	59.2	40	40.8		
未滿 60 萬元	254	53.0	225	47.0		
60 至未滿 120 萬元	578	57.3	430	42.7		
120 至未滿 180 萬元	252	64.1	141	35.9		
180 至未滿 240 萬元	85	58.2	61	41.8		
240 萬元以上	50	49.5	51	50.5		
請問您是否有另外購買醫療保險					30.084	<0.001
有	1,159	59.1	802	40.9		
沒有	82	52.9	73	47.1		
不清楚	36	33.0	73	67.0		
每年投保費用					30.800	<0.001
未滿 1 萬元	125	54.3	105	45.7		
1 萬至未滿 2 萬元	312	62.0	191	38.0		
2 萬至未滿 3 萬元	269	55.0	220	45.0		
3 萬至未滿 4 萬元	200	59.7	135	40.3		
4 萬至未滿 5 萬元	63	46.7	72	53.3		
5 萬元以上	190	70.6	79	29.4		

表 4-6 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—是否有定期健康檢查的習慣」次數分配表（續 3）

變項名稱	是否有定期健康檢查的習慣				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
家戶人口數					10.854	0.013
1 名	38	67.9	18	32.1		
2 名	106	51.5	100	48.5		
3 名	247	62.8	146	37.2		
4 名以上	886	56.4	684	43.6		
家中無收入之人口數					52.456	<0.001
0 位	315	47.9	343	52.1		
1 位	307	58.6	217	41.4		
2 位	361	58.9	252	41.1		
3 位	153	63.2	89	36.8		
4 位以上	141	75.0	47	25.0		
個人每年存款					18.144	<0.001
未滿 20 萬元	530	53.1	468	46.9		
20 至未滿 40 萬元	180	59.8	121	40.2		
40 萬元以上	122	68.2	57	31.8		
不清楚/不願意回答	445	59.6	302	40.4		
每個月繳交之健保費用（含眷屬）					54.712	<0.001
未滿 1000 元	422	55.8	334	44.2		
1000 至未滿 2000 元	389	61.5	244	38.5		
2000 至未滿 3000 元	205	67.2	100	32.8		
3000 元以上	135	61.4	85	38.6		
免自付健保費（如低收入、失業）	4	40.0	6	60.0		
不清楚	122	40.5	179	59.5		

* Pearson 卡方

依據表4-7，研究有效樣本有使用營養及保健食品的習慣者共1,094人（占49.2%）；無使用者共1,131人（占50.8%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「宗教信仰」（Chi-square=14.528，p=0.002）、「教育程度」（Chi-square=24.377，p<0.001）、「個人年收入」（Chi-square=16.549，p=0.005）、「另外購買醫療保險」（Chi-square=9.240，p=0.01）、「另外醫療保險每年投保費用」（Chi-square=32.921，p<0.001）、「家戶人口數」（Chi-square=8.693，p=0.034）、「個人每年存款」（Chi-square=21.730，p<0.001）、「每個月繳交之健保費用(含眷屬)」(Chi-square=35.469，p<0.001)等項目與其健康狀態與行為中「過去一年是否有使用營養及保健食品的習慣」呈顯著相關。

表 4-7 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—過去一年是否使用營養品」次數分配表

變項名稱	過去一年是否使用營養品				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
總計	1,094	49.2	1,131	50.8		
性別					0.015	0.903
男	505	49.0	525	51.0		
女	589	49.3	606	50.7		
年齡					7.150	0.307
16 至 20 歲	10	38.5	16	61.5		
21 至 30 歲	258	48.0	280	52.0		
31 至 40 歲	375	50.9	362	49.1		
41 至 50 歲	258	50.2	256	49.8		
51 至 60 歲	140	44.4	175	55.6		
61 至 70 歲	47	55.3	38	44.7		
71 歲以上	6	60.0	4	40.0		
婚姻狀況					1.126	0.570
未婚	386	49.6	392	50.4		
已婚	646	48.5	685	51.5		
離婚、喪偶或其他	62	53.4	54	46.6		

表 4-7 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—過去一年是否使用營養品」次數分配表（續 1）

變項名稱	過去一年是否使用營養品				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
居住地					10.604	0.060
台北區	330	52.4	300	47.6		
北區	86	47.3	96	52.7		
中區	140	42.0	193	58.0		
南區	146	48.0	158	52.0		
高屏區	350	50.2	347	49.8		
東區	42	53.2	37	46.8		
宗教信仰					14.528	0.002
無	367	44.1	466	55.9		
佛、道教	571	52.5	516	47.5		
天主教、基督教	111	50.0	111	50.0		
其他	45	54.2	38	45.8		
教育程度					24.377	<0.001
國小以下	18	60.0	12	40.0		
國中	12	50.0	12	50.0		
高中	107	38.2	173	61.8		
大學	771	49.1	798	50.9		
研究所以上	186	57.8	136	42.2		
職業別					2.868	0.720
軍、公、教	230	48.4	245	51.6		
農、工	74	49.3	76	50.7		
商業	113	52.8	101	47.2		
醫療業	234	50.6	228	49.4		
服務業	222	46.6	254	53.4		
其他	221	49.3	227	50.7		
個人年收入					16.549	0.005
無收入	87	55.8	69	44.2		
未滿 20 萬元	63	39.6	96	60.4		
20 至未滿 40 萬元	308	46.6	353	53.4		
40 至未滿 60 萬元	359	52.7	322	47.3		
60 至未滿 80 萬元	157	45.9	185	54.1		
80 萬元以上	120	53.1	106	46.9		

表 4-7 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—過去一年是否使用營養品」次數分配表（續 2）

變項名稱	過去一年是否使用營養品				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
家庭總年收入					1.236	0.941
無收入	50	51.0	48	49.0		
未滿 60 萬元	233	48.6	246	51.4		
60 至未滿 120 萬元	489	48.5	519	51.5		
120 至未滿 180 萬元	202	51.4	191	48.6		
180 至未滿 240 萬元	70	47.9	76	52.1		
240 萬元以上	50	49.5	51	50.5		
請問您是否有另外購買醫療保險					9.240	0.010
有	987	50.3	974	49.7		
沒有	65	41.9	90	58.1		
不清楚	42	38.5	67	61.5		
每年投保費用					32.921	<0.001
未滿 1 萬元	139	60.4	91	39.6		
1 萬至未滿 2 萬元	215	42.7	288	57.3		
2 萬至未滿 3 萬元	226	46.2	263	53.8		
3 萬至未滿 4 萬元	175	52.2	160	47.8		
4 萬至未滿 5 萬元	77	57.0	58	43.0		
5 萬元以上	155	57.6	114	42.4		
家戶人口數					8.693	0.034
1 名	33	58.9	23	41.1		
2 名	118	57.3	88	42.7		
3 名	192	48.9	201	51.1		
4 名以上	751	47.8	819	52.2		
家中無收入之人口數					2.092	0.719
0 位	316	48.0	342	52.0		
1 位	259	49.4	265	50.6		
2 位	310	50.6	303	49.4		
3 位	112	46.3	130	53.7		
4 位以上	97	51.6	91	48.4		

表 4-7 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—過去一年是否使用營養品」次數分配表（續 3）

變項名稱	過去一年是否使用營養品				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
個人每年存款					21.730	<0.001
未滿 20 萬元	514	51.5	484	48.5		
20 至未滿 40 萬元	174	57.8	127	42.2		
40 萬元以上	80	44.7	99	55.3		
不清楚/不願意回答	326	43.6	421	56.4		
每個月繳交之健保費用（含眷屬）					35.469	<0.001
未滿 1000 元	417	55.2	339	44.8		
1000 至未滿 2000 元	312	49.3	321	50.7		
2000 至未滿 3000 元	143	46.9	162	53.1		
3000 元以上	110	50.0	110	50.0		
免自付健保費（如低收入、失業）	6	60.0	4	40.0		
不清楚	106	35.2	195	64.8		

依據表4-8，研究有效樣本之自我感覺身體狀況平均值為7.36（標準差為 1.258），顯示多數填答者對於其自我健康狀況感覺良好。而進行Student's t test或ANOVA檢定後發現，有效樣本基本資料中「性別」(t=3.022, p=0.003)、「婚姻狀況」(F=10.135, p<0.001)、「教育程度」(F=15.116, p<0.001)、「個人年收入」(F=3.444, p=0.032)、「家庭總年收入」(F=3.183, p=0.042)、「家戶人口數」(F=3.566, p=0.014)、「家中無收入之人口數」(F=3.210, p=0.012)等項目與其健康狀態與行為中「自我感覺身體狀況」呈顯著相關。

表 4-8 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—自我感覺身體狀況」變異數分析

	自我感覺身體狀況分數（最好 10 分，最差 1 分）			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值/LSD
變項名稱				
總計	7.36	1.258		
性別			3.022	0.003
男	7.45	1.268		
女	7.29	1.244		
婚姻狀況			10.135	<0.001
未婚	7.35	1.206		(1) > (3) **
已婚	7.41	1.234		(2) > (3) **
離婚、喪偶或其他	6.87	1.692		
居住地			1.917	0.088
台北區	7.31	1.165		(1) < (5) *
北區	7.24	1.263		(2) > (5) *
中區	7.29	1.425		(3) < (5) *
南區	7.41	1.258		
高屏區	7.46	1.255		
東區	7.28	1.198		

表 4-8 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—自我感覺身體狀況」變異數分析 (續 1)

變項名稱	自我感覺身體狀況分數 (最好 10 分, 最差 1 分)			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值/LSD
宗教信仰			1.682	0.169
無	7.36	1.237		(1) < (4) *
佛、道教	7.34	1.265		(2) < (4) *
天主教、基督教	7.34	1.372		(3) < (4) *
其他	7.66	1.003		
教育程度			15.116	<0.001
高中以下	7.05	1.453		(1) < (2) **
大學	7.39	1.215		(1) < (3) **
研究所以上	7.57	1.185		(2) < (3) *
個人年收入			3.444	0.032
未滿 40 萬元	7.31	1.289		(1) < (3) *
40 至未滿 60 萬元	7.34	1.238		
60 萬元以上	7.48	1.220		
家庭總年收入			3.183	0.042
未滿 60 萬元	7.25	1.335		(1) < (2) *
60 至未滿 120 萬元	7.38	1.258		(1) < (3) *
120 萬元以上	7.43	1.178		
請問您是否有另外購買醫療保險			1.069	0.343
有	7.37	1.262		
沒有	7.22	1.286		
不清楚	7.38	1.129		

表 4-8 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—自我感覺身體狀況」變異數分析 (續 2)

變項名稱	自我感覺身體狀況分數 (最好 10 分, 最差 1 分)			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值/LSD
每年投保費用			5.559	0.004
未滿 2 萬元	7.26	1.338		(1) < (3) **
2 萬至未滿 3 萬元	7.38	1.288		
3 萬元以上	7.48	1.155		
家戶人口數			3.566	0.014
1 名	7.29	0.889		(2) < (3) **
2 名	7.21	1.266		(3) > (4) **
3 名	7.53	1.122		
4 名以上	7.34	1.296		
家中無收入之人口數			3.210	0.012
0 位	7.25	1.171		(1) < (2) **
1 位	7.45	1.238		(1) < (3) *
2 位	7.43	1.245		(2) > (4) *
3 位	7.24	1.405		(3) > (4) *
4 位以上	7.44	1.407		
每個月繳交之健保費用 (含眷屬)			0.358	0.699
未滿 1000 元	7.35	1.114		
1000 至未滿 2000 元	7.39	1.350		
2000 元以上	7.40	1.321		
不清楚	7.27	1.289		

依據表4-9，研究有效樣本只要身體不舒服會立刻去看醫生者共220人（占9.9%），不一定者共1,748人（占78.6%），不會立刻去看醫生者共257人（占11.6%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「性別」（chi-square=12.928，p=0.00）、「年齡」（chi-square=52.691，p<0.001）、「婚姻狀況」（chi-square=18.096，p<0.001）、「宗教信仰」（chi-square=26.924，p<0.001）、「教育程度」（chi-square=31.199，p<0.001）、「個人年收入」（chi-square=18.565，p=0.046）、「另外醫療保險每年投保費用」（chi-square=31.109，p<0.001）、「每個月繳交之健保費用（含眷屬）」（chi-square=44.418，p<0.001）等項目與其健康狀態與行為中「是否只要身體不舒服就會立刻去看醫生」呈顯著相關。

表 4-9 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—身體一不舒服是否會馬上看醫生」次數分配表

變項名稱	身體一不舒服是否會馬上看醫生						卡方值	P 值
	是		不一定		否			
	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	220	9.9	1,748	78.6	257	11.6		
性別							12.928	0.002
男	120	11.7	812	78.8	98	9.5		
女	100	8.4	936	78.3	159	13.3		
年齡							52.691	<0.001
16 至 20 歲	2	7.7	22	84.6	2	7.7		
21 至 30 歲	47	8.7	433	80.5	58	10.8		
31 至 40 歲	68	9.2	584	79.2	85	11.5		
41 至 50 歲	40	7.8	412	80.2	62	12.1		
51 至 60 歲	36	11.4	231	73.3	48	15.2		
61 至 70 歲	25	29.4	58	68.2	2	2.4		
71 歲以上	2	20.0	8	80.0	0	0.0		
婚姻狀況							18.096	0.001
未婚	54	6.9	628	80.7	96	12.3		
已婚	146	11.0	1,032	77.5	153	11.5		
離婚、喪偶或其他	20	17.2	88	75.9	8	6.9		

表 4-9 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為－身體一不舒服是否會馬上看醫生」次數分配表（續 1）

變項名稱	身體一不舒服是否會馬上看醫生						卡方值	P 值
	是		不一定		否			
	人數	%	人數	%	人數	%		
居住地							14.288	0.160
台北區	71	11.3	491	77.9	68	10.8		
北區	14	7.7	142	78.0	26	14.3		
中區	39	11.7	266	79.9	28	8.4		
南區	28	9.2	242	79.6	34	11.2		
高屏區	66	9.5	540	77.5	91	13.1		
東區	2	2.5	67	84.8	10	12.7		
宗教信仰							26.924	<0.001
無	77	9.2	647	77.7	109	13.1		
佛、道教	116	10.7	844	77.6	127	11.7		
天主教、基督教	27	12.2	187	84.2	8	3.6		
其他	0	0.0	70	84.3	13	15.7		
教育程度							31.199	<0.001
國小以下	8	26.7	22	73.3	0	0.0		
國中	4	16.7	16	66.7	4	16.7		
高中	28	10.0	214	76.4	38	13.6		
大學	130	8.3	1,262	80.4	177	11.3		
研究所以上	50	15.5	234	72.7	38	11.8		
職業別							6.041	0.812
軍、公、教	49	10.3	367	77.3	59	12.4		
農、工	16	10.7	122	81.3	12	8.0		
商業	22	10.3	162	75.7	30	14.0		
醫療業	47	10.2	366	79.2	49	10.6		
服務業	39	8.2	383	80.5	54	11.3		
其他	47	10.5	348	77.7	53	11.8		
個人年收入							18.565	0.046
無收入	16	10.3	114	73.1	26	16.7		
未滿 20 萬元	18	11.3	113	71.1	28	17.6		
20 至未滿 40 萬元	59	8.9	546	82.6	56	8.5		
40 至未滿 60 萬元	67	9.8	533	78.3	81	11.9		
60 至未滿 80 萬元	37	10.8	266	77.8	39	11.4		
80 萬元以上	23	10.2	176	77.9	27	11.9		

表 4-9 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為－身體一不舒服是否會馬上看醫生」次數分配表（續 2）

變項名稱	身體一不舒服是否會馬上看醫生						卡方值	P 值
	是		不一定		否			
	人數	%	人數	%	人數	%		
家庭總年收入							9.200	0.513
無收入	10	10.2	80	81.6	8	8.2		
未滿 60 萬元	44	9.2	378	78.9	57	11.9		
60 至未滿 120 萬元	112	11.1	778	77.2	118	11.7		
120 至未滿 180 萬元	32	8.1	323	82.2	38	9.7		
180 至未滿 240 萬元	12	8.2	111	76.0	23	15.8		
240 萬元以上	10	9.9	78	77.2	13	12.9		
請問您是否有另外購買醫療保險							3.920	0.417
有	196	10.0	1,535	78.3	230	11.7		
沒有	18	11.6	120	77.4	17	11.0		
不清楚	6	5.5	93	85.3	10	9.2		
每年投保費用							31.109	0.001
未滿 1 萬元	26	11.3	185	80.4	19	8.3		
1 萬至未滿 2 萬元	44	8.7	400	79.5	59	11.7		
2 萬至未滿 3 萬元	68	13.9	375	76.7	46	9.4		
3 萬至未滿 4 萬元	23	6.9	263	78.5	49	14.6		
4 萬至未滿 5 萬元	6	4.4	116	85.9	13	9.6		
5 萬元以上	29	10.8	196	72.9	44	16.4		
家戶人口數							9.641	0.141
1 名	7	12.5	46	82.1	3	5.4		
2 名	18	8.7	170	82.5	18	8.7		
3 名	50	12.7	301	76.6	42	10.7		
4 名以上	145	9.2	1,231	78.4	194	12.4		
家中無收入之人口數							14.989	0.059
0 位	75	11.4	512	77.8	71	10.8		
1 位	62	11.8	397	75.8	65	12.4		
2 位	49	8.0	500	81.6	64	10.4		
3 位	16	6.6	199	82.2	27	11.2		
4 位以上	18	9.6	140	74.5	30	16.0		

表 4-9 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—身體一不舒服是否會馬上看醫生」次數分配表（續 3）

變項名稱	身體一不舒服是否會馬上看醫生						卡方值	P 值
	是		不一定		否			
	人數	%	人數	%	人數	%		
個人每年存款							10.183	0.117
未滿 20 萬元	97	9.7	792	79.4	109	10.9		
20 至未滿 40 萬元	21	7.0	239	79.4	41	13.6		
40 萬元以上	24	13.4	128	71.5	27	15.1		
不清楚/不願意回答	78	10.4	589	78.8	80	10.7		
每個月繳交之健保費用（含眷屬）							44.418	<0.001
未滿 1000 元	80	10.6	593	78.4	83	11.0		
1000 至未滿 2000 元	46	7.3	524	82.8	63	10.0		
2000 至未滿 3000 元	40	13.1	234	76.7	31	10.2		
3000 元以上	28	12.7	155	70.5	37	16.8		
免自付健保費	0	0.0	4	40.0	6	60.0		
不清楚	26	8.6	238	79.1	37	12.3		

依據表4-10，研究有效樣本會先自行購買成藥者共681人（占30.6%），不會先自行購買成藥者共1,544人（占69.4%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「性別」(chi-square=7.282, p=0.007)、「婚姻狀況」(chi-square=9.232, p=0.01)、「居住地」(chi-square=21.451, p<0.001)、「教育程度」(chi-square=12.396, p=0.015)、「家戶人口數」(chi-square=16.586, p<0.001)等項目與其健康狀態與行為中「是否會先自行購買成藥」呈顯著相關。

表 4-10 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—是否會先自行購買成藥」次數分配表

變項名稱	是否會先自行購買成藥				卡方值	P 值
	會		不會			
	人數	%	人數	%		
總計	681	30.6	1,544	69.4		
性別					7.282	0.007
男	286	27.8	744	72.2		
女	395	33.1	800	66.9		

表 4-10 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為－是否會先自行購買成藥」次數分配表（續 1）

變項名稱	是否會先自行購買成藥				卡方值	P 值
	會		不會			
	人數	%	人數	%		
年齡					12.041	0.061
16 至 20 歲	5	19.2	21	80.8		
21 至 30 歲	173	32.2	365	67.8		
31 至 40 歲	216	29.3	521	70.7		
41 至 50 歲	172	33.5	342	66.5		
51 至 60 歲	98	31.1	217	68.9		
61 至 70 歲	15	17.6	70	82.4		
71 歲以上	2	20.0	8	80.0		
婚姻狀況					9.232	0.010
未婚	259	33.3	519	66.7		
已婚	399	30.0	932	70.0		
離婚、喪偶或其他	23	19.8	93	80.2		
居住地					21.451	0.001
台北區	234	37.1	396	62.9		
北區	47	25.8	135	74.2		
中區	84	25.2	249	74.8		
南區	82	27.0	222	73.0		
高屏區	208	29.8	489	70.2		
東區	26	32.9	53	67.1		
宗教信仰					0.457	0.928
無	252	30.3	581	69.7		
佛、道教	332	30.5	755	69.5		
天主教、基督教	69	31.1	153	68.9		
其他	28	33.7	55	66.3		
教育程度					12.396	0.015
國小以下	9	30.0	21	70.0		
國中	2	8.3	22	91.7		
高中	71	25.4	209	74.6		
大學	486	31.0	1,083	69.0		
研究所以上	113	35.1	209	64.9		

表 4-10 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—是否會先自行購買成藥」次數分配表 (續 2)

變項名稱	是否會先自行購買成藥				卡方值	P 值
	會		不會			
	人數	%	人數	%		
職業別					3.313	0.652
軍、公、教	149	31.4	326	68.6		
農、工	52	34.7	98	65.3		
商業	63	29.4	151	70.6		
醫療業	149	32.3	313	67.7		
服務業	141	29.6	335	70.4		
其他	127	28.3	321	71.7		
個人年收入					6.549	0.256
無收入	42	26.9	114	73.1		
未滿 20 萬元	51	32.1	108	67.9		
20 至未滿 40 萬元	184	27.8	477	72.2		
40 至未滿 60 萬元	228	33.5	453	66.5		
60 至未滿 80 萬元	109	31.9	233	68.1		
80 萬元以上	67	29.6	159	70.4		
家庭總年收入					5.507	0.357
無收入	36	36.7	62	63.3		
未滿 60 萬元	140	29.2	339	70.8		
60 至未滿 120 萬元	296	29.4	712	70.6		
120 至未滿 180 萬元	133	33.8	260	66.2		
180 至未滿 240 萬元	42	28.8	104	71.2		
240 萬元以上	34	33.7	67	66.3		
請問您是否有另外購買醫療保險					1.475	0.478
有	594	30.3	1,367	69.7		
沒有	48	31.0	107	69.0		
不清楚	39	35.8	70	64.2		
每年投保費用					6.398	0.269
未滿 1 萬元	77	33.5	153	66.5		
1 萬至未滿 2 萬元	153	30.4	350	69.6		
2 萬至未滿 3 萬元	128	26.2	361	73.8		
3 萬至未滿 4 萬元	111	33.1	224	66.9		
4 萬至未滿 5 萬元	42	31.1	93	68.9		
5 萬元以上	83	30.9	186	69.1		

表 4-10 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—是否會先自行購買成藥」次數分配表 (續 3)

變項名稱	是否會先自行購買成藥				卡方值	P 值
	會		不會			
	人數	%	人數	%		
家戶人口數					16.586	0.001
1 名	20	35.7	36	64.3		
2 名	64	31.1	142	68.9		
3 名	87	22.1	306	77.9		
4 名以上	510	32.5	1,060	67.5		
家中無收入之人口數					0.508	0.973
0 位	202	30.7	456	69.3		
1 位	158	30.2	366	69.8		
2 位	184	30.0	429	70.0		
3 位	78	32.2	164	67.8		
4 位以上	59	31.4	129	68.6		
個人每年存款					6.703	0.082
未滿 20 萬元	294	29.5	704	70.5		
20 至未滿 40 萬元	109	36.2	192	63.8		
40 萬元以上	47	26.3	132	73.7		
不清楚/不願意回答	231	30.9	516	69.1		
每個月繳交之健保費用 (含眷屬)					3.927	0.560
未滿 1000 元	235	31.1	521	68.9		
1000 至未滿 2000 元	192	30.3	441	69.7		
2000 至未滿 3000 元	89	29.2	216	70.8		
3000 元以上	60	27.3	160	72.7		
免自付健保費(如低收入、失業)	2	20.0	8	80.0		
不清楚	103	34.2	198	65.8		

依據表4-11，研究有效樣本之掛號習慣會「先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別」者共1,248人（占56.1%），「至醫院詢問後，明確掛需要之科別」者共325人（占14.6%），「直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷」者共626人（占28.1%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「年齡」（chi-square=63.983，p<0.001）、「婚姻狀況」（chi-square=21.214，p=0.002）、「居住地」（chi-square=40.884，p<0.001）、「宗教信仰」（chi-square=17.401，p=0.043）、「教育程度」（chi-square=44.070，p<0.001）、「個人年收入」（chi-square=30.200，p=0.011）、「家庭總年收入」（chi-square=27.746，p=0.023）、「另外醫療保險每年投保費用」（chi-square=29.647，p=0.013）、「個人每年存款」（chi-square=39.951，p<0.001）等項目與其健康狀態與行為中「個人掛號習慣」呈顯著相關。

表 4-11 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—個人掛號習慣」次數分配表

變項名稱	個人掛號習慣						卡方值	P 值
	先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別		至醫院詢問後，明確掛需要之科別		直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷			
	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	1,248	56.1	325	14.6	626	28.1		
性別							3.528	0.317
男	561	54.5	162	15.7	297	28.8		
女	687	57.5	163	13.6	329	27.5		
年齡							63.983	<0.001
16 至 20 歲	12	46.2	6	23.1	8	30.8		
21 至 30 歲	318	59.1	97	18.0	117	21.7		
31 至 40 歲	432	58.6	79	10.7	220	29.9		
41 至 50 歲	288	56.0	73	14.2	149	29.0		
51 至 60 歲	158	50.2	54	17.1	99	31.4		
61 至 70 歲	34	40.0	16	18.8	29	34.1		
71 歲以上	6	60.0	0	0.0	4	40.0		

表 4-11 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—個人掛號習慣」次數分配表（續 1）

變項名稱	個人掛號習慣						卡方值	P 值
	先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別		至醫院詢問後，明確掛需要之科別		直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷			
	人數	%	人數	%	人數	%		
婚姻狀況							21.214	0.002
未婚	466	59.9	116	14.9	190	24.4		
已婚	729	54.8	184	13.8	402	30.2		
離婚、喪偶或其他	53	45.7	25	21.6	34	29.3		
居住地							40.884	<0.001
台北區	380	60.3	76	12.1	167	26.5		
北區	104	57.1	24	13.2	52	28.6		
中區	193	58.0	57	17.1	78	23.4		
南區	175	57.6	38	12.5	86	28.3		
高屏區	373	53.5	113	16.2	204	29.3		
東區	23	29.1	17	21.5	39	49.4		
宗教信仰							17.401	0.043
無	503	60.4	111	13.3	210	25.2		
佛、道教	585	53.8	159	14.6	326	30.0		
天主教、基督教	114	51.4	41	18.5	67	30.2		
其他	46	55.4	14	16.9	23	27.7		
教育程度							44.070	<0.001
國小以下	12	40.0	7	23.3	9	30.0		
國中	14	58.3	6	25.0	4	16.7		
高中	135	48.2	44	15.7	97	34.6		
大學	865	55.1	234	14.9	453	28.9		
研究所以上	222	68.9	34	10.6	63	19.6		
職業別							16.681	0.338
軍、公、教	278	58.5	71	14.9	124	26.1		
農、工	76	50.7	21	14.0	48	32.0		
商業	119	55.6	27	12.6	66	30.8		
醫療業	269	58.2	59	12.8	128	27.7		
服務業	266	55.9	78	16.4	126	26.5		
其他	240	53.6	69	15.4	134	29.9		

表 4-11 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—個人掛號習慣」次數分配表（續 2）

變項名稱	個人掛號習慣						卡方值	P 值
	先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別		至醫院詢問後，明確掛需要之科別		直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷			
	人數	%	人數	%	人數	%		
個人年收入							30.200	0.011
無收入	80	51.3	22	14.1	50	32.1		
未滿 20 萬元	76	47.8	36	22.6	45	28.3		
20 至未滿 40 萬元	344	52.0	107	16.2	201	30.4		
40 至未滿 60 萬元	413	60.6	76	11.2	187	27.5		
60 至未滿 80 萬元	199	58.2	53	15.5	87	25.4		
80 萬元以上	136	60.2	31	13.7	56	24.8		
家庭總年收入							27.746	0.023
無收入	52	53.1	12	12.2	33	33.7		
未滿 60 萬元	231	48.2	90	18.8	152	31.7		
60 至未滿 120 萬元	571	56.6	140	13.9	282	28.0		
120 至未滿 180 萬元	239	60.8	54	13.7	98	24.9		
180 至未滿 240 萬元	94	64.4	14	9.6	36	24.7		
240 萬元以上	61	60.4	15	14.9	25	24.8		
請問您是否有另外購買醫療保險							8.359	0.213
有	1,112	56.7	272	13.9	553	28.2		
沒有	82	52.9	29	18.7	43	27.7		
不清楚	54	49.5	24	22.0	30	27.5		
每年投保費用							29.647	0.013
未滿 1 萬元	115	50.0	39	17.0	69	30.0		
1 萬至未滿 2 萬元	303	60.2	70	13.9	122	24.3		
2 萬至未滿 3 萬元	265	54.2	67	13.7	155	31.7		
3 萬至未滿 4 萬元	191	57.0	52	15.5	90	26.9		
4 萬至未滿 5 萬元	74	54.8	15	11.1	46	34.1		
5 萬元以上	164	61.0	29	10.8	71	26.4		
家戶人口數							4.035	0.909
1 名	33	58.9	7	12.5	16	28.6		
2 名	111	53.9	37	18.0	56	27.2		
3 名	215	54.7	55	14.0	117	29.8		
4 名以上	889	56.6	226	14.4	437	27.8		

表 4-11 問卷調查有效樣本之基本資料與「健康狀態與行為—個人掛號習慣」次數分配表（續 3）

變項名稱	個人掛號習慣						卡方值	P 值
	先搜尋就醫 資訊，明確掛 需要之科別		至醫院詢問 後，明確掛需 要之科別		直接先掛常見 科別，再請醫 師後續判斷			
	人數	%	人數	%	人數	%		
家中無收入之人口數							8.037	0.782
0 位	370	56.2	99	15.0	180	27.4		
1 位	299	57.1	80	15.3	142	27.1		
2 位	338	55.1	82	13.4	183	29.9		
3 位	133	55.0	32	13.2	75	31.0		
4 位以上	108	57.4	32	17.0	46	24.5		
個人每年存款							39.951	<0.001
未滿 20 萬元	513	51.4	159	15.9	315	31.6		
20 至未滿 40 萬元	173	57.5	42	14.0	86	28.6		
40 萬元以上	88	49.2	31	17.3	54	30.2		
不清楚/不願意回答	474	63.5	93	12.4	171	22.9		
每個月繳交之健保費用（含眷屬）							14.580	0.482
未滿 1000 元	411	54.4	116	15.3	221	29.2		
1000 至未滿 2000 元	368	58.1	87	13.7	175	27.6		
2000 至未滿 3000 元	172	56.4	45	14.8	85	27.9		
3000 元以上	113	51.4	37	16.8	65	29.5		
免自付健保費(如低收入、失業)	6	60.0	2	20.0	2	20.0		
不清楚								

二、有效樣本之基本資料與「醫療服務利用」次數分配表

依據表4-12，研究有效樣本有固定就醫之醫療院所者共1,774人（占79.7%），沒有固定就醫之醫療院所者共451人（占20.3%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「年齡」(chi-square=13.864, p=0.031)、「婚姻狀況」(chi-square=7.293, p=0.026)、「另外購買醫療保險」(chi-square=15.800, p<0.001)等項目與醫療服務利用中「是否有固定就醫之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-12 問卷調查有效樣本之基本資料與「醫療服務利用—是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
總計	1,774	79.7	451	20.3		
性別					0.007	0.934
男	822	79.8	208	20.2		
女	952	79.7	243	20.3		
年齡					13.864	0.031
16 至 20 歲	22	84.6	4	15.4		
21 至 30 歲	404	75.1	134	24.9		
31 至 40 歲	587	79.6	150	20.4		
41 至 50 歲	430	83.7	84	16.3		
51 至 60 歲	251	79.7	64	20.3		
61 至 70 歲	71	83.5	14	16.5		
71 歲以上	9	90.0	1	10.0		
婚姻狀況					7.293	0.026
未婚	597	76.7	181	23.3		
已婚	1,086	81.6	245	18.4		
離婚、喪偶或其他	91	78.4	25	21.6		
居住地					7.263	0.202
台北區	497	78.9	133	21.1		
北區	148	81.3	34	18.7		
中區	264	79.3	69	20.7		
南區	243	79.9	61	20.1		
高屏區	550	78.9	147	21.1		
東區	72	91.1	7	8.9		

表 4-12 問卷調查有效樣本之基本資料與「醫療服務利用－是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表（續 1）

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
宗教信仰					3.092	0.378
無	656	78.8	177	21.2		
佛、道教	870	80.0	217	20.0		
天主教、基督教	185	83.3	37	16.7		
其他	63	75.9	20	24.1		
教育程度					4.320	0.364
國小以下	24	80.0	6	20.0		
國中	23	95.8	1	4.2		
高中	224	80.0	56	20.0		
大學	1,243	79.2	326	20.8		
研究所以上	260	80.7	62	19.3		
職業別					2.019	0.847
軍、公、教	380	80.0	95	20.0		
農、工	121	80.7	29	19.3		
商業	168	78.5	46	21.5		
醫療業	373	80.7	89	19.3		
服務業	384	80.7	92	19.3		
其他	348	77.7	100	22.3		
個人年收入					9.413	0.094
無收入	122	78.2	34	21.8		
未滿 20 萬元	116	73.0	43	27.0		
20 至未滿 40 萬元	517	78.2	144	21.8		
40 至未滿 60 萬元	551	80.9	130	19.1		
60 至未滿 80 萬元	278	81.3	64	18.7		
80 萬元以上	190	84.1	36	15.9		
家庭總年收入					3.444	0.632
無收入	84	85.7	14	14.3		
未滿 60 萬元	378	78.9	101	21.1		
60 至未滿 120 萬元	806	80.0	202	20.0		
120 至未滿 180 萬元	310	78.9	83	21.1		
180 至未滿 240 萬元	113	77.4	33	22.6		
240 萬元以上	83	82.2	18	17.8		

表 4-12 問卷調查有效樣本之基本資料與「醫療服務利用－是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表（續 2）

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
請問您是否有另外購買醫療保險					15.800	<0.001
有	1,585	80.8	376	19.2		
沒有	117	75.5	38	24.5		
不清楚	72	66.1	37	33.9		
每年投保費用					3.564	0.614
未滿 1 萬元	186	80.9	44	19.1		
1 萬至未滿 2 萬元	408	81.1	95	18.9		
2 萬至未滿 3 萬元	386	78.9	103	21.1		
3 萬至未滿 4 萬元	273	81.5	62	18.5		
4 萬至未滿 5 萬元	116	85.9	19	14.1		
5 萬元以上	216	80.3	53	19.7		
家戶人口數					2.771	0.428
1 名	48	85.7	8	14.3		
2 名	169	82.0	37	18.0		
3 名	306	77.9	87	22.1		
4 名以上	1,251	79.7	319	20.3		
家中無收入之人口數					1.696	0.791
0 位	522	79.3	136	20.7		
1 位	411	78.4	113	21.6		
2 位	499	81.4	114	18.6		
3 位	193	79.8	49	20.2		
4 位以上	149	79.3	39	20.7		
個人每年存款					1.181	0.758
未滿 20 萬元	796	79.8	202	20.2		
20 至未滿 40 萬元	244	81.1	57	18.9		
40 萬元以上	146	81.6	33	18.4		
不清楚/不願意回答	588	78.7	159	21.3		

表 4-12 問卷調查有效樣本之基本資料與「醫療服務利用－是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表（續 3）

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
每個月繳交之健保費用（含眷屬）					5.401	0.369
未滿 1000 元	602	79.6	154	20.4		
1000 至未滿 2000 元	510	80.6	123	19.4		
2000 至未滿 3000 元	248	81.3	57	18.7		
3000 元以上	174	79.1	46	20.9		
免自付健保費(如低收入、失業)	10	100.0	0	0.0		
不清楚	230	76.4	71	23.6		

依據表4-13，研究有效樣本在有固定就醫之醫療院所中，固定在診所就醫者共502人（占28.5%），固定在地區醫院就醫者共582人（占33.1%），固定在區域醫院就醫者共441人（占25.1%），固定在醫學中心就醫者共234人（占13.3%）。而進行次數分配分析後發現，有效樣本基本資料中「性別」（chi-square=10.004，p=0.019）、「年齡」（chi-square=54.829，p<0.001）、「婚姻狀況」（chi-square=12.648，p=0.049）、「居住地」（chi-square=59.268，p<0.001）、「教育程度」（chi-square=24.477，p=0.018）、「個人年收入」（chi-square=58.412，p<0.001）、「另外購買醫療保險」（chi-square=22.317，p=0.001）、「家戶人口數」（chi-square=19.097，p=0.024）、「個人每年存款」（chi-square=27.003，p=0.001）等項目與其醫療服務利用中「固定就醫之院所層級」呈顯著相關。

表 4-13 問卷調查有效樣本之基本資料與「醫療服務利用－固定就醫之院所層級」次數分配表

	固定就醫之院所層級									
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心		卡方值	P 值
變項名稱	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	502	28.5	582	33.1	441	25.1	234	13.3		
性別									10.004	0.019
男	240	29.5	239	29.4	221	27.1	114	14.0		
女	262	27.7	343	36.3	220	23.3	120	12.7		
年齡									54.829	<0.001
16 至 20 歲	11	52.4	8	38.1	0	0.0	2	9.5		
21 至 30 歲	153	38.3	126	31.5	88	22.0	33	8.3		
31 至 40 歲	157	27.0	193	33.2	151	25.9	81	13.9		
41 至 50 歲	111	26.1	151	35.4	103	24.2	61	14.3		
51 至 60 歲	52	20.8	76	30.4	78	31.2	44	17.6		
61 至 70 歲	17	23.9	22	31.0	20	28.2	12	16.9		
71 歲以上	1	11.1	6	66.7	1	11.1	1	11.1		

表 4-13 問卷調查有效樣本之基本資料與「醫療服務利用－固定就醫之院所層級」次數分配表（續 1）

變項名稱	固定就醫之院所層級								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
婚姻狀況									12.648	0.049
未婚	195	32.9	194	32.8	132	22.3	71	12.0		
已婚	284	26.4	352	32.7	287	26.6	154	14.3		
離婚、喪偶或其他	23	25.6	36	40.0	22	24.4	9	10.0		
居住地									59.268	<0.001
台北區	124	25.2	157	31.9	146	29.7	65	13.2		
北區	25	17.2	62	42.8	42	29.0	16	11.0		
中區	73	27.7	109	41.3	56	21.2	26	9.8		
南區	82	34.0	60	24.9	74	30.7	25	10.4		
高屏區	175	32.1	166	30.4	116	21.2	89	16.3		
東區	23	32.4	28	39.4	7	9.9	13	18.3		
宗教信仰									9.542	0.389
無	193	29.6	222	34.0	155	23.7	83	12.7		
佛、道教	243	28.2	271	31.4	227	26.3	122	14.1		
天主教、基督教	44	24.0	67	36.6	50	27.3	22	12.0		
其他	22	36.7	22	36.7	9	15.0	7	11.7		
教育程度									24.477	0.018
國小以下	6	25.0	12	50.0	3	12.5	3	12.5		
國中	4	18.2	7	31.8	7	31.8	4	18.2		
高中	58	26.1	74	33.3	60	27.0	30	13.5		
大學	368	29.8	418	33.9	304	24.7	143	11.6		
研究所以上	66	25.6	71	27.5	67	26.0	54	20.9		
職業別									24.231	0.061
軍、公、教	105	27.9	125	33.2	90	23.9	56	14.9		
農、工	32	26.4	42	34.7	34	28.1	13	10.7		
商業	58	34.7	31	18.6	50	29.9	28	16.8		
醫療業	105	28.5	128	34.8	89	24.2	46	12.5		
服務業	101	26.6	146	38.4	87	22.9	46	12.1		
其他	101	29.1	110	31.7	91	26.2	45	13.0		

表 4-13 問卷調查有效樣本之基本資料與「醫療服務利用－固定就醫之院所層級」次數分配表（續 2）

變項名稱	固定就醫之院所層級								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
個人年收入									58.412	<0.001
無收入	39	32.8	28	23.5	26	21.8	26	21.8		
未滿 20 萬元	48	42.1	31	27.2	24	21.1	11	9.6		
20 至未滿 40 萬元	164	31.8	188	36.5	121	23.5	42	8.2		
40 至未滿 60 萬元	131	23.9	186	34.0	151	27.6	79	14.4		
60 至未滿 80 萬元	82	29.6	85	30.7	75	27.1	35	12.6		
80 萬元以上	38	20.3	64	34.2	44	23.5	41	21.9		
家庭總年收入									16.902	0.325
無收入	25	30.1	25	30.1	21	25.3	12	14.5		
未滿 60 萬元	120	32.1	118	31.6	86	23.0	50	13.4		
60 至未滿 120 萬元	215	26.8	278	34.6	216	26.9	94	11.7		
120 至未滿 180 萬元	92	30.2	93	30.5	73	23.9	47	15.4		
180 至未滿 240 萬元	28	24.8	47	41.6	22	19.5	16	14.2		
240 萬元以上	22	27.2	21	25.9	23	28.4	15	18.5		
請問您是否有另外購買醫療保險									22.317	0.001
有	427	27.1	537	34.1	405	25.7	204	13.0		
沒有	41	35.7	30	26.1	24	20.9	20	17.4		
不清楚	34	47.9	15	21.1	12	16.9	10	14.1		
每年投保費用									22.608	0.093
未滿 1 萬元	59	31.7	64	34.4	45	24.2	18	9.7		
1 萬至未滿 2 萬元	118	29.3	143	35.5	95	23.6	47	11.7		
2 萬至未滿 3 萬元	96	25.1	143	37.4	96	25.1	47	12.3		
3 萬至未滿 4 萬元	75	27.8	76	28.1	83	30.7	36	13.3		
4 萬至未滿 5 萬元	35	30.2	38	32.8	27	23.3	16	13.8		
5 萬元以上	44	20.4	73	33.8	59	27.3	40	18.5		
家戶人口數									19.097	0.024
1 名	11	22.9	12	25.0	12	25.0	13	27.1		
2 名	52	30.8	44	26.0	49	29.0	24	14.2		
3 名	86	28.4	99	32.7	67	22.1	51	16.8		
4 名以上	353	28.5	427	34.5	313	25.3	146	11.8		

表 4-13 問卷調查有效樣本之基本資料與「醫療服務利用－固定就醫之院所層級」次數分配表（續 3）

變項名稱	固定就醫之院所層級								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
家中無收入之人口數									10.247	0.594
0 位	152	29.4	166	32.1	131	25.3	68	13.2		
1 位	125	30.6	121	29.6	101	24.7	62	15.2		
2 位	138	28.0	165	33.5	122	24.7	68	13.8		
3 位	51	26.7	69	36.1	50	26.2	21	11.0		
4 位以上	36	24.2	61	40.9	37	24.8	15	10.1		
個人每年存款									27.003	0.001
未滿 20 萬元	265	33.5	249	31.5	191	24.1	86	10.9		
20 至未滿 40 萬元	69	28.4	90	37.0	55	22.6	29	11.9		
40 萬元以上	34	23.8	48	33.6	37	25.9	24	16.8		
不清楚/不願意回答	134	23.0	195	33.5	158	27.1	95	16.3		
每個月繳交之健保費用(含眷屬)									11.607	0.708
未滿 1000 元	185	30.8	199	33.2	149	24.8	67	11.2		
1000 至未滿 2000 元	134	26.6	174	34.6	127	25.2	68	13.5		
2000 至未滿 3000 元	69	27.9	88	35.6	59	23.9	31	12.6		
3000 元以上	43	25.1	52	30.4	47	27.5	29	17.0		
免自付健保費	3	30.0	3	30.0	3	30.0	1	10.0		
不清楚	68	29.8	66	28.9	56	24.6	38	16.7		

三、有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇」次數分配表

依據表4-14，研究有效樣本支持差額制度者共515人（占23.1%），無意見或不支持差額制度者共1,710人（占76.9%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「年齡」（chi-square=28.268， $p<0.001$ ）、「婚姻狀況」（chi-square=11.223， $p=0.004$ ）、「居住地」（chi-square=25.758， $p<0.001$ ）、「宗教信仰」（chi-square=11.207， $p=0.011$ ）、「教育程度」（chi-square=51.553， $p<0.001$ ）、「個人年收入」（chi-square=18.803， $p=0.002$ ）、「家庭總年收入」（chi-square=18.151， $p=0.003$ ）、「另外醫療保險每年投保費用」（chi-square=23.223， $p<0.001$ ）、「家戶人口數」（chi-square=27.656， $p<0.001$ ）、「家中無收入之人口數」（chi-square=23.968， $p<0.001$ ）、「個人每年存款」（chi-square=24.305， $p<0.001$ ）、「每個月繳交之健保費用（含眷屬）」（chi-square=21.800， $p=0.001$ ）等項目與其自費、差額醫療選擇中「是否支持差額制度」呈顯著相關。

表 4-14 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持差額制度」次數分配表

變項名稱	是否支持差額制度				卡方值	P 值
	無意見或不支持		支持			
	人數	%	人數	%		
總計	1710	76.9	515	23.1		
性別					1.826	0.177
男	805	78.2	225	21.8		
女	905	75.7	290	24.3		
年齡					28.268	<0.001
16 至 20 歲	20	76.9	6	23.1		
21 至 30 歲	374	69.5	164	30.5		
31 至 40 歲	570	77.3	167	22.7		
41 至 50 歲	417	81.1	97	18.9		
51 至 60 歲	250	79.4	65	20.6		
61 至 70 歲	73	85.9	12	14.1		
71 歲以上	6	60.0	4	40.0		

表 4-14 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持差額制度」次數分配表 (續 1)

變項名稱	是否支持差額制度					卡方值	P 值
	無意見或不支持		支持				
	人數	%	人數	%			
婚姻狀況					11.223	0.004	
未婚	567	72.9	211	27.1			
已婚	1048	78.7	283	21.3			
離婚、喪偶或其他	95	81.9	21	18.1			
居住地					25.758	<0.001	
台北區	476	75.6	154	24.4			
北區	152	83.5	30	16.5			
中區	245	73.6	88	26.4			
南區	226	74.3	78	25.7			
高屏區	563	80.8	134	19.2			
東區	48	60.8	31	39.2			
宗教信仰					11.207	0.011	
無	655	78.6	178	21.4			
佛、道教	833	76.6	254	23.4			
天主教、基督教	153	68.9	69	31.1			
其他	69	83.1	14	16.9			
教育程度					51.553	<0.001	
國小以下	24	80.0	6	20.0			
國中	12	50.0	12	50.0			
高中	183	65.4	97	34.6			
大學	1209	77.1	360	22.9			
研究所以上	282	87.6	40	12.4			
職業別					6.845	0.232	
軍、公、教	377	79.4	98	20.6			
農、工	113	75.3	37	24.7			
商業	173	80.8	41	19.2			
醫療業	358	77.5	104	22.5			
服務業	358	75.2	118	24.8			
其他	331	73.9	117	26.1			

表 4-14 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持差額制度」次數分配表 (續 2)

變項名稱	是否支持差額制度					卡方值	P 值
	無意見或不支持		支持				
	人數	%	人數	%			
個人年收入					18.803	0.002	
無收入	122	78.2	34	21.8			
未滿 20 萬元	114	71.7	45	28.3			
20 至未滿 40 萬元	482	72.9	179	27.1			
40 至未滿 60 萬元	523	76.8	158	23.2			
60 至未滿 80 萬元	281	82.2	61	17.8			
80 萬元以上	188	83.2	38	16.8			
家庭總年收入					18.151	0.003	
無收入	69	70.4	29	29.6			
未滿 60 萬元	350	73.1	129	26.9			
60 至未滿 120 萬元	768	76.2	240	23.8			
120 至未滿 180 萬元	313	79.6	80	20.4			
180 至未滿 240 萬元	127	87.0	19	13.0			
240 萬元以上	83	82.2	18	17.8			
請問您是否有另外購買醫療保險					4.846	0.089	
有	1517	77.4	444	22.6			
沒有	108	69.7	47	30.3			
不清楚	85	78.0	24	22.0			
每年投保費用					23.223	<0.001	
未滿 1 萬元	186	80.9	44	19.1			
1 萬至未滿 2 萬元	364	72.4	139	27.6			
2 萬至未滿 3 萬元	361	73.8	128	26.2			
3 萬至未滿 4 萬元	273	81.5	62	18.5			
4 萬至未滿 5 萬元	106	78.5	29	21.5			
5 萬元以上	227	84.4	42	15.6			
家戶人口數					27.656	<0.001	
1 名	52	92.9	4	7.1			
2 名	180	87.4	26	12.6			
3 名	311	79.1	82	20.9			
4 名以上	1167	74.3	403	25.7			

表 4-14 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持差額制度」次數分配表 (續 3)

變項名稱	是否支持差額制度					卡方值	P 值
	無意見或不支持		支持				
	人數	%	人數	%			
家中無收入之人口數					23.968	<0.001	
0 位	467	71.0	191	29.0			
1 位	431	82.3	93	17.7			
2 位	474	77.3	139	22.7			
3 位	196	81.0	46	19.0			
4 位以上	142	75.5	46	24.5			
個人每年存款					24.305	<0.001	
未滿 20 萬元	755	75.7	243	24.3			
20 至未滿 40 萬元	250	83.1	51	16.9			
40 萬元以上	157	87.7	22	12.3			
不清楚/不願意回答	548	73.4	199	26.6			
每個月繳交之健保費用 (含眷屬)					21.800	0.001	
未滿 1000 元	588	77.8	168	22.2			
1000 至未滿 2000 元	466	73.6	167	26.4			
2000 至未滿 3000 元	259	84.9	46	15.1			
3000 元以上	175	79.5	45	20.5			
免自付健保費 (如低收入、失業)	8	80.0	2	20.0			
不清楚	214	71.1	87	28.9			

依據表4-15，研究有效樣本「支持增加給付項目，也提高保費」者共614人（占27.6%），無意見或不支持者共1,611人（占72.4%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「性別」（chi-square=9.130，p=0.003）、「教育程度」（chi-square=35.860，p<0.001）、「個人年收入」（chi-square=30.290，p<0.001）、「家庭總年收入」（chi-square=14.046，p=0.015）、「另外醫療保險每年投保費用」（chi-square=46.635，p<0.001）、「家戶人口數」（chi-square=16.219，p=0.001）、「個人每年存款」（chi-square=22.591，p<0.001）、「每個月繳交之健保費用（含眷屬）」（chi-square=14.987，p=0.010）等項目與其自費、差額醫療選擇中「是否支持增加給付項目，也提高保費」呈顯著相關。

表 4-15 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持增加給付項目，也提高保費」次數分配表

變項名稱	是否支持增加給付項目，也提高保費					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
總計	614	27.6	1611	72.4			
性別					9.130	0.003	
男	316	30.7	714	69.3			
女	298	24.9	897	75.1			
年齡					9.230	0.161	
16 至 20 歲	10	38.5	16	61.5			
21 至 30 歲	135	25.1	403	74.9			
31 至 40 歲	199	27.0	538	73.0			
41 至 50 歲	138	26.8	376	73.2			
51 至 60 歲	97	30.8	218	69.2			
61 至 70 歲	31	36.5	54	63.5			
71 歲以上	4	40.0	6	60.0			
婚姻狀況					1.308	0.520	
未婚	217	27.9	561	72.1			
已婚	360	27.0	971	73.0			
離婚、喪偶或其他	37	31.9	79	68.1			

表 4-15 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持增加給付項目，也提高保費」次數分配表（續 1）

變項名稱	是否支持增加給付項目，也提高保費					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
居住地					7.926	0.160	
台北區	188	29.8	442	70.2			
北區	45	24.7	137	75.3			
中區	96	28.8	237	71.2			
南區	78	25.7	226	74.3			
高屏區	178	25.5	519	74.5			
東區	29	36.7	50	63.3			
宗教信仰					3.732	0.292	
無	226	27.1	607	72.9			
佛、道教	316	29.1	771	70.9			
天主教、基督教	53	23.9	169	76.1			
其他	19	22.9	64	77.1			
教育程度					35.860	<0.001	
國小以下	6	20.0	24	80.0			
國中	6	25.0	18	75.0			
高中	70	25.0	210	75.0			
大學	399	25.4	1170	74.6			
研究所以上	133	41.3	189	58.7			
職業別					9.816	0.081	
軍、公、教	144	30.3	331	69.7			
農、工	43	28.7	107	71.3			
商業	55	25.7	159	74.3			
醫療業	145	31.4	317	68.6			
服務業	118	24.8	358	75.2			
其他	109	24.3	339	75.7			
個人年收入					30.290	<0.001	
無收入	40	25.6	116	74.4			
未滿 20 萬元	33	20.8	126	79.2			
20 至未滿 40 萬元	155	23.4	506	76.6			
40 至未滿 60 萬元	205	30.1	476	69.9			
60 至未滿 80 萬元	90	26.3	252	73.7			
80 萬元以上	91	40.3	135	59.7			

表 4-15 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持增加給付項目，也提高保費」次數分配表（續 2）

變項名稱	是否支持增加給付項目，也提高保費					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
家庭總年收入					14.046	0.015	
無收入	30	30.6	68	69.4			
未滿 60 萬元	108	22.5	371	77.5			
60 至未滿 120 萬元	270	26.8	738	73.2			
120 至未滿 180 萬元	123	31.3	270	68.7			
180 至未滿 240 萬元	49	33.6	97	66.4			
240 萬元以上	34	33.7	67	66.3			
請問您是否有另外購買醫療保險					2.774	0.250	
有	548	27.9	1413	72.1			
沒有	34	21.9	121	78.1			
不清楚	32	29.4	77	70.6			
每年投保費用					46.635	<0.001	
未滿 1 萬元	63	27.4	167	72.6			
1 萬至未滿 2 萬元	89	17.7	414	82.3			
2 萬至未滿 3 萬元	141	28.8	348	71.2			
3 萬至未滿 4 萬元	105	31.3	230	68.7			
4 萬至未滿 5 萬元	55	40.7	80	59.3			
5 萬元以上	95	35.3	174	64.7			
家戶人口數					16.219	0.001	
1 名	27	48.2	29	51.8			
2 名	45	21.8	161	78.2			
3 名	116	29.5	277	70.5			
4 名以上	426	27.1	1144	72.9			
家中無收入之人口數					2.832	0.586	
0 位	184	28.0	474	72.0			
1 位	145	27.7	379	72.3			
2 位	179	29.2	434	70.8			
3 位	58	24.0	184	76.0			
4 位以上	48	25.5	140	74.5			

表 4-15 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持增加給付項目，也提高保費」次數分配表（續 3）

變項名稱	是否支持增加給付項目，也提高保費					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
個人每年存款					22.591	0.000	
未滿 20 萬元	241	24.1	757	75.9			
20 至未滿 40 萬元	95	31.6	206	68.4			
40 萬元以上	72	40.2	107	59.8			
不清楚/不願意回答	206	27.6	541	72.4			
每個月繳交之健保費用（含眷屬）					14.987	0.010	
未滿 1000 元	237	31.3	519	68.7			
1000 至未滿 2000 元	173	27.3	460	72.7			
2000 至未滿 3000 元	64	21.0	241	79.0			
3000 元以上	66	30.0	154	70.0			
免自付健保費（如低收入、失業）	2	20.0	8	80.0			
不清楚	72	23.9	229	76.1			

依據表4-16，研究有效樣本「支持給付項目減少，也降低保費」者共1,553人（占69.8%），無意見或不支持者共672人（占30.2%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「教育程度」（chi-square=12.777，p=0.012）、「個人每年存款」（chi-square=11.351，p=0.010）等項目與其自費、差額醫療選擇中「是否支持給付項目減少，也降低保費」呈顯著相關。

表 4-16 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持給付項目減少，也降低保費」次數分配表

變項名稱	是否支持給付項目減少，也降低保費					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
總計	1,553	69.8	672	30.2			
性別					1.022	0.312	
男	322	31.3	708	68.7			
女	350	29.3	845	70.7			

表 4-16 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持給付項目減少，也降低保費」次數分配表（續 1）

變項名稱	是否支持給付項目減少，也降低保費					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
年齡					4.599	0.596	
16 至 20 歲	4	15.4	22	84.6			
21 至 30 歲	165	30.7	373	69.3			
31 至 40 歲	224	30.4	513	69.6			
41 至 50 歲	163	31.7	351	68.3			
51 至 60 歲	88	27.9	227	72.1			
61 至 70 歲	26	30.6	59	69.4			
71 歲以上	2	20.0	8	80.0			
婚姻狀況					3.312	0.191	
未婚	217	27.9	561	72.1			
已婚	416	31.3	915	68.7			
離婚、喪偶或其他	39	33.6	77	66.4			
居住地					6.615	0.251	
台北區	182	28.9	448	71.1			
北區	51	28.0	131	72.0			
中區	107	32.1	226	67.9			
南區	92	30.3	212	69.7			
高屏區	207	29.7	490	70.3			
東區	33	41.8	46	58.2			
宗教信仰					3.275	0.351	
無	242	29.1	591	70.9			
佛、道教	346	31.8	741	68.2			
天主教、基督教	59	26.6	163	73.4			
其他	25	30.1	58	69.9			
教育程度					12.777	0.012	
國小以下	6	20.0	24	80.0			
國中	10	41.7	14	58.3			
高中	79	28.2	201	71.8			
大學	456	29.1	1,113	70.9			
研究所以上	121	37.6	201	62.4			

表 4-16 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持給付項目減少，也降低保費」次數分配表（續 2）

變項名稱	是否支持給付項目減少，也降低保費					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
職業別					1.754	0.882	
軍、公、教	146	30.7	329	69.3			
農、工	42	28.0	108	72.0			
商業	61	28.5	153	71.5			
醫療業	149	32.3	313	67.7			
服務業	141	29.6	335	70.4			
其他	133	29.7	315	70.3			
個人年收入					10.647	0.059	
無收入	45	28.8	111	71.2			
未滿 20 萬元	51	32.1	108	67.9			
20 至未滿 40 萬元	173	26.2	488	73.8			
40 至未滿 60 萬元	231	33.9	450	66.1			
60 至未滿 80 萬元	108	31.6	234	68.4			
80 萬元以上	64	28.3	162	71.7			
家庭總年收入					2.300	0.806	
無收入	30	30.6	68	69.4			
未滿 60 萬元	149	31.1	330	68.9			
60 至未滿 120 萬元	301	29.9	707	70.1			
120 至未滿 180 萬元	116	29.5	277	70.5			
180 至未滿 240 萬元	40	27.4	106	72.6			
240 萬元以上	36	35.6	65	64.4			
請問您是否有另外購買醫療保險					0.641	0.726	
有	594	30.3	1,367	69.7			
沒有	43	27.7	112	72.3			
不清楚	35	32.1	74	67.9			
每年投保費用					9.171	0.102	
未滿 1 萬元	68	29.6	162	70.4			
1 萬至未滿 2 萬元	141	28.0	362	72.0			
2 萬至未滿 3 萬元	169	34.6	320	65.4			
3 萬至未滿 4 萬元	93	27.8	242	72.2			
4 萬至未滿 5 萬元	34	25.2	101	74.8			
5 萬元以上	89	33.1	180	66.9			

表 4-16 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否支持給付項目減少，也降低保費」次數分配表（續 3）

變項名稱	是否支持給付項目減少，也降低保費					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
家戶人口數					6.287	0.098	
1 名	22	39.3	34	60.7			
2 名	71	34.5	135	65.5			
3 名	127	32.3	266	67.7			
4 名以上	452	28.8	1,118	71.2			
家中無收入之人口數					5.181	0.269	
0 位	207	31.5	451	68.5			
1 位	156	29.8	368	70.2			
2 位	188	30.7	425	69.3			
3 位	59	24.4	183	75.6			
4 位以上	62	33.0	126	67.0			
個人每年存款					11.351	0.010	
未滿 20 萬元	274	27.5	724	72.5			
20 至未滿 40 萬元	109	36.2	192	63.8			
40 萬元以上	64	35.8	115	64.2			
不清楚/不願意回答	225	30.1	522	69.9			
每個月繳交之健保費用（含眷屬）					10.089	0.073	
未滿 1000 元	251	33.2	505	66.8			
1000 至未滿 2000 元	176	27.8	457	72.2			
2000 至未滿 3000 元	85	27.9	220	72.1			
3000 元以上	66	30.0	154	70.0			
免自付健保費（如低收入、失業）	6	60.0	4	40.0			
不清楚	88	29.2	213	70.8			

依據表4-17，研究有效樣本同意現行自費項目納入健保給付共939人（占42.2%），無意見或不同意者共1,286人（占57.8%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「年齡」(chi-square=16.137, p=0.013)、「婚姻狀況」(chi-square=9.492, p=0.009)、「居住地」(chi-square=14.655, p=0.012)、「宗教信仰」(chi-square=14.887, p=0.002)、「教育程度」(chi-square=45.237, p<0.001)、「個人年收入」(chi-square=16.277, p=0.006)、「家庭總年收入」(chi-square=19.691, p=0.001)、「另外購買醫療保險」(chi-square=6.199, p=0.045)等項目與其自費、差額醫療選擇中「是否同意現行自費項目納入健保給付」呈顯著相關。

表 4-17 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表

變項名稱	是否同意現行自費項目納入健保給付				卡方值	P 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
總計	939	42.2	1,286	57.8		
性別					1.388	0.239
男	421	40.9	609	59.1		
女	518	43.3	677	56.7		
年齡					16.137	0.013
16 至 20 歲	16	61.5	10	38.5		
21 至 30 歲	248	46.1	290	53.9		
31 至 40 歲	299	40.6	438	59.4		
41 至 50 歲	206	40.1	308	59.9		
51 至 60 歲	131	41.6	184	58.4		
61 至 70 歲	31	36.5	54	63.5		
71 歲以上	8	80.0	2	20.0		
婚姻狀況					9.492	0.009
未婚	346	44.5	432	55.5		
已婚	532	40.0	799	60.0		
離婚、喪偶或其他	61	52.6	55	47.4		

表 4-17 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表（續 1）

變項名稱	是否同意現行自費項目納入健保給付					卡方值	P 值
	是		否				
	人數	%	人數	%			
居住地					14.655	0.012	
台北區	284	45.1	346	54.9			
北區	77	42.3	105	57.7			
中區	129	38.7	204	61.3			
南區	111	36.5	193	63.5			
高屏區	314	45.1	383	54.9			
東區	24	30.4	55	69.6			
宗教信仰					14.887	0.002	
無	312	37.5	521	62.5			
佛、道教	501	46.1	586	53.9			
天主教、基督教	94	42.3	128	57.7			
其他	32	38.6	51	61.4			
教育程度					45.237	<0.001	
國小以下	14	46.7	16	53.3			
國中	6	25.0	18	75.0			
高中	162	57.9	118	42.1			
大學	654	41.7	915	58.3			
研究所以上	103	32.0	219	68.0			
職業別					1.846	0.870	
軍、公、教	197	41.5	278	58.5			
農、工	68	45.3	82	54.7			
商業	89	41.6	125	58.4			
醫療業	192	41.6	270	58.4			
服務業	195	41.0	281	59.0			
其他	198	44.2	250	55.8			
個人年收入					16.277	0.006	
無收入	69	44.2	87	55.8			
未滿 20 萬元	59	37.1	100	62.9			
20 至未滿 40 萬元	317	48.0	344	52.0			
40 至未滿 60 萬元	280	41.1	401	58.9			
60 至未滿 80 萬元	126	36.8	216	63.2			
80 萬元以上	88	38.9	138	61.1			

表 4-17 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表 (續 2)

變項名稱	是否同意現行自費項目納入健保給付					
	是		否		卡方值	P 值
	人數	%	人數	%		
家庭總年收入					19.691	0.001
無收入	55	56.1	43	43.9		
未滿 60 萬元	226	47.2	253	52.8		
60 至未滿 120 萬元	419	41.6	589	58.4		
120 至未滿 180 萬元	150	38.2	243	61.8		
180 至未滿 240 萬元	55	37.7	91	62.3		
240 萬元以上	34	33.7	67	66.3		
請問您是否有另外購買醫療保險					6.199	0.045
有	809	41.3	1,152	58.7		
沒有	75	48.4	80	51.6		
不清楚	55	50.5	54	49.5		
每年投保費用					9.870	0.079
未滿 1 萬元	112	48.7	118	51.3		
1 萬至未滿 2 萬元	194	38.6	309	61.4		
2 萬至未滿 3 萬元	191	39.1	298	60.9		
3 萬至未滿 4 萬元	150	44.8	185	55.2		
4 萬至未滿 5 萬元	52	38.5	83	61.5		
5 萬元以上	110	40.9	159	59.1		
家戶人口數					4.775	0.189
1 名	26	46.4	30	53.6		
2 名	95	46.1	111	53.9		
3 名	149	37.9	244	62.1		
4 名以上	669	42.6	901	57.4		
家中無收入之人口數					12.067	0.017
0 位	305	46.4	353	53.6		
1 位	203	38.7	321	61.3		
2 位	249	40.6	364	59.4		
3 位	92	38.0	150	62.0		
4 位以上	90	47.9	98	52.1		

表 4-17 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表（續 3）

變項名稱	是否同意現行自費項目納入健保給付					卡方值	P 值
	是		否				
	人數	%	人數	%			
個人每年存款					1.827	0.609	
未滿 20 萬元	433	43.4	565	56.6			
20 至未滿 40 萬元	127	42.2	174	57.8			
40 萬元以上	78	43.6	101	56.4			
不清楚/不願意回答	301	40.3	446	59.7			
每個月繳交之健保費用（含眷屬）					3.021	0.697	
未滿 1000 元	326	43.1	430	56.9			
1000 至未滿 2000 元	269	42.5	364	57.5			
2000 至未滿 3000 元	131	43.0	174	57.0			
3000 元以上	86	39.1	134	60.9			
免自付健保費（如低收入、失業）	6	60.0	4	40.0			
不清楚	121	40.2	180	59.8			

依據表4-18，研究有效樣本同意「將目前自費項目納入給付，也提高保費」者共664人（占29.8%），無意見或不同意者共1,561人（占70.2%）。而進行次數分配分析和卡方檢定後發現，有效樣本基本資料中「年齡」（chi-square=32.313，p<0.001）、「居住地」（chi-square=17.144，p=0.004）、「個人年收入」（chi-square=11.299，p=0.046）、「另外醫療保險每年投保費用」（chi-square=22.045，p=0.001）等項目與其自費、差額醫療選擇中「是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費」呈顯著相關。

表 4-18 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費」次數分配表

變項名稱	是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費					卡方值	P 值
	無意見或不支持		支持				
	人數	%	人數	%			
總計	664	29.8	1,561	70.2			
性別					0.166	0.684	
男	303	29.4	727	70.6			
女	361	30.2	834	69.8			
年齡					32.313	<0.001	
16 至 20 歲	10	38.5	16	61.5			
21 至 30 歲	186	34.6	352	65.4			
31 至 40 歲	209	28.4	528	71.6			
41 至 50 歲	123	23.9	391	76.1			
51 至 60 歲	90	28.6	225	71.4			
61 至 70 歲	42	49.4	43	50.6			
71 歲以上	4	40.0	6	60.0			
婚姻狀況					0.606	0.739	
未婚	239	30.7	539	69.3			
已婚	389	29.2	942	70.8			
離婚、喪偶或其他	36	31.0	80	69.0			

表 4-18 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費」次數分配表（續 1）

變項名稱	是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費					卡方值	P 值
	無意見或不支持		支持				
	人數	%	人數	%			
居住地					17.144	0.004	
台北區	198	31.4	432	68.6			
北區	42	23.1	140	76.9			
中區	98	29.4	235	70.6			
南區	69	22.7	235	77.3			
高屏區	227	32.6	470	67.4			
東區	30	38.0	49	62.0			
宗教信仰					5.493	0.139	
無	225	27.0	608	73.0			
佛、道教	344	31.6	743	68.4			
天主教、基督教	67	30.2	155	69.8			
其他	28	33.7	55	66.3			
教育程度					7.608	0.107	
國小以下	14	46.7	16	53.3			
國中	6	25.0	18	75.0			
高中	76	27.1	204	72.9			
大學	460	29.3	1,109	70.7			
研究所以上	108	33.5	214	66.5			
職業別					4.772	0.444	
軍、公、教	152	32.0	323	68.0			
農、工	52	34.7	98	65.3			
商業	64	29.9	150	70.1			
醫療業	136	29.4	326	70.6			
服務業	128	26.9	348	73.1			
其他	132	29.5	316	70.5			
個人年收入					11.299	0.046	
無收入	51	32.7	105	67.3			
未滿 20 萬元	48	30.2	111	69.8			
20 至未滿 40 萬元	189	28.6	472	71.4			
40 至未滿 60 萬元	223	32.7	458	67.3			
60 至未滿 80 萬元	80	23.4	262	76.6			
80 萬元以上	73	32.3	153	67.7			

表 4-18 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費」次數分配表（續 2）

變項名稱	是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費					卡方值	P 值
	無意見或不支持		支持				
	人數	%	人數	%			
家庭總年收入					6.008	0.305	
無收入	38	38.8	60	61.2			
未滿 60 萬元	144	30.1	335	69.9			
60 至未滿 120 萬元	292	29.0	716	71.0			
120 至未滿 180 萬元	111	28.2	282	71.8			
180 至未滿 240 萬元	50	34.2	96	65.8			
240 萬元以上	29	28.7	72	71.3			
請問您是否有另外購買醫療保險					1.423	0.491	
有	579	29.5	1,382	70.5			
沒有	47	30.3	108	69.7			
不清楚	38	34.9	71	65.1			
每年投保費用					22.045	0.001	
未滿 1 萬元	73	31.7	157	68.3			
1 萬至未滿 2 萬元	114	22.7	389	77.3			
2 萬至未滿 3 萬元	145	29.7	344	70.3			
3 萬至未滿 4 萬元	125	37.3	210	62.7			
4 萬至未滿 5 萬元	43	31.9	92	68.1			
5 萬元以上	79	29.4	190	70.6			
家戶人口數					2.677	0.444	
1 名	21	37.5	35	62.5			
2 名	67	32.5	139	67.5			
3 名	112	28.5	281	71.5			
4 名以上	464	29.6	1,106	70.4			
家中無收入之人口數					6.152	0.188	
0 位	219	33.3	439	66.7			
1 位	150	28.6	374	71.4			
2 位	180	29.4	433	70.6			
3 位	64	26.4	178	73.6			
4 位以上	51	27.1	137	72.9			

表 4-18 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費」次數分配表（續 3）

變項名稱	是否同意將目前自費項目納入給付，也提高保費					卡方值	P 值
	無意見或不支持		支持				
	人數	%	人數	%			
個人每年存款					3.201	0.362	
未滿 20 萬元	309	31.0	689	69.0			
20 至未滿 40 萬元	84	27.9	217	72.1			
40 萬元以上	60	33.5	119	66.5			
不清楚/不願意回答	211	28.2	536	71.8			
每個月繳交之健保費用（含眷屬）					9.707	0.084	
未滿 1000 元	244	32.3	512	67.7			
1000 至未滿 2000 元	180	28.4	453	71.6			
2000 至未滿 3000 元	73	23.9	232	76.1			
3000 元以上	64	29.1	156	70.9			
免自付健保費（如低收入、失業）	4	40.0	6	60.0			
不清楚	99	32.9	202	67.1			

依據表4-19，研究有效樣本最近一年內使用過差額負擔者共1,084人（占48.7%其中常於診所使用差額負擔者共209人（占19.3%），於地區醫院使用差額負擔者共241人（占22.2%），於區域醫院使用差額負擔者共329人（占30.4%），於醫學中心使用差額負擔者共305人（占28.1%）。而進行次數分配分析後發現，有效樣本基本資料中「年齡」（chi-square=66.471，p<0.001）、「婚姻狀況」（chi-square=10.831，p=0.094）、「居住地」（chi-square=77.576，p<0.001）、「宗教信仰」（chi-square=30.355，p<0.001）、「教育程度」（chi-square=52.825，p<0.001）、「另外醫療保險每年投保費用」（chi-square=49.627，p<0.001）、「家戶人口數」（chi-square=21.402，p=0.011）、「個人每年存款」（chi-square=20.525，p=0.015）、「每個月繳交之健保費用（含眷屬）」（chi-square=38.180，p=0.001）等項目與其自費、差額醫療選擇中「最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-19 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」次數分配表

	最近一年內常使用差額負擔之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
變項名稱	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	209	19.3	241	22.2	329	30.4	305	28.1		
性別									6.006	0.111
男	91	19.8	96	20.9	127	27.7	145	31.6		
女	118	18.9	145	23.2	202	32.3	160	25.6		
年齡									66.471	<0.001
16 至 20 歲	4	26.7	2	13.3	5	33.3	4	26.7		
21 至 30 歲	54	30.7	49	27.8	40	22.7	33	18.8		
31 至 40 歲	66	17.3	72	18.9	134	35.2	109	28.6		
41 至 50 歲	58	20.5	62	21.9	91	32.2	72	25.4		
51 至 60 歲	25	13.2	52	27.4	43	22.6	70	36.8		
61 至 70 歲	2	5.7	2	5.7	14	40	17	48.6		
71 歲以上	0	0.0	2	50.0	2	50.0	0	0.0		

表 4-19 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」次數分配表 (續 1)

變項名稱	最近一年內常使用差額負擔之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
變項名稱	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
婚姻狀況									10.831	0.094
未婚	62	23.0	69	25.6	69	25.6	70	25.9		
已婚	131	17.7	158	21.4	232	31.4	219	29.6		
離婚、喪偶或其他	16	21.6	14	18.9	28	37.8	16	21.6		
居住地									77.576	<0.001
台北區	74	23.9	54	17.4	93	30.0	89	28.7		
北區	7	7.1	36	36.4	39	39.4	17	17.2		
中區	26	17.0	46	30.1	49	32.0	32	20.9		
南區	23	16.9	20	14.7	62	45.6	31	22.8		
高屏區	67	19.2	73	20.9	83	23.8	126	36.1		
東區	12	32.4	12	32.4	3	8.1	10	27.0		
宗教信仰									30.355	<0.001
無	75	21.2	75	21.2	97	27.4	107	30.2		
佛、道教	96	16.8	127	22.2	184	32.1	166	29.0		
天主教、基督教	25	20.5	34	27.9	45	36.9	18	14.8		
其他	13	37.1	5	14.3	3	8.6	14	40.0		
教育程度									52.825	<0.001
國小以下	2	16.7	2	16.7	6	50	2	16.7		
國中	2	16.7	6	50.0	0	0.0	4	33.3		
高中	21	16.4	21	16.4	53	41.4	33	25.8		
大學	155	20.5	190	25.1	225	29.7	187	24.7		
研究所以上	29	16.6	22	12.6	45	25.7	79	45.1		
職業別									9.117	0.871
軍、公、教	44	19.4	47	20.7	75	33.0	61	26.9		
農、工	16	22.5	11	15.5	25	35.2	19	26.8		
商業	18	17.1	24	22.9	35	33.3	28	26.7		
醫療業	46	20.5	52	23.2	57	25.4	69	30.8		
服務業	38	16.3	55	23.6	75	32.2	65	27.9		
其他	47	21.0	52	23.2	62	27.7	63	28.1		

表 4-19 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」次數分配表 (續 2)

變項名稱	最近一年內常使用差額負擔之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
個人年收入									14.862	0.461
無收入	17	24.6	10	14.5	16	23.2	26	37.7		
未滿 20 萬元	11	16.9	17	26.2	19	29.2	18	27.7		
20 至未滿 40 萬元	53	18.0	71	24.1	95	32.2	76	25.8		
40 至未滿 60 萬元	64	18.2	77	21.9	115	32.7	96	27.3		
60 至未滿 80 萬元	45	23.3	37	19.2	57	29.5	54	28.0		
80 萬元以上	19	17.3	29	26.4	27	24.5	35	31.8		
家庭總年收入									19.822	0.179
無收入	9	20.9	7	16.3	11	25.6	16	37.2		
未滿 60 萬元	48	22.5	58	27.2	55	25.8	52	24.4		
60 至未滿 120 萬元	93	18.6	110	22.0	165	32.9	133	26.5		
120 至未滿 180 萬元	34	17.0	46	23.0	65	32.5	55	27.5		
180 至未滿 240 萬元	17	21.5	12	15.2	21	26.6	29	36.7		
240 萬元以上	8	16.7	8	16.7	12	25.0	20	41.7		
請問您是否有另外購買醫療保險									10.266	0.114
有	190	19.2	224	22.6	310	31.3	268	27.0		
沒有	15	22.4	11	16.4	13	19.4	28	41.8		
不清楚	4	16.0	6	24.0	6	24.0	9	36.0		
每年投保費用									49.627	<0.001
未滿 1 萬元	33	30.3	32	29.4	20	18.3	24	22.0		
1 萬至未滿 2 萬元	37	15.7	48	20.3	94	39.8	57	24.2		
2 萬至未滿 3 萬元	52	19.9	52	19.9	75	28.7	82	31.4		
3 萬至未滿 4 萬元	25	14.8	30	17.8	73	43.2	41	24.3		
4 萬至未滿 5 萬元	12	23.1	15	28.8	10	19.2	15	28.8		
5 萬元以上	31	18.8	47	28.5	38	23.0	49	29.7		
家戶人口數									21.402	0.011
1 名	4	16.7	4	16.7	8	33.3	8	33.3		
2 名	26	24.5	28	26.4	22	20.8	30	28.3		
3 名	31	15.4	53	26.4	46	22.9	71	35.3		
4 名以上	148	19.7	156	20.7	253	33.6	196	26.0		

表 4-19 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇—最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」次數分配表 (續 3)

變項名稱	最近一年內常使用差額負擔之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
家中無收入之人口數									20.620	0.056
0 位	45	16.9	65	24.4	73	27.4	83	31.2		
1 位	56	22.1	54	21.3	71	28.1	72	28.5		
2 位	65	20.5	64	20.2	98	30.9	90	28.4		
3 位	20	14.1	27	19.0	50	35.2	45	31.7		
4 位以上	23	21.7	31	29.2	37	34.9	15	14.2		
個人每年存款									20.525	0.015
未滿 20 萬元	96	20.6	121	26.0	133	28.5	116	24.9		
20 至未滿 40 萬元	23	15.4	37	24.8	42	28.2	47	31.5		
40 萬元以上	23	25.0	10	10.9	26	28.3	33	35.9		
不清楚/不願意回答	67	17.8	73	19.4	128	34.0	109	28.9		
每個月繳交之健保費用 (含眷屬)									38.180	0.001
未滿 1000 元	58	18.5	86	27.4	90	28.7	80	25.5		
1000 至未滿 2000 元	60	18.4	59	18.1	118	36.2	89	27.3		
2000 至未滿 3000 元	30	16.1	43	23.1	52	28.0	61	32.8		
3000 元以上	40	32.0	24	19.2	27	21.6	34	27.2		
免自付健保費 (如低收入、失業)	0	0.0	4	66.7	0	0.0	2	33.3		
不清楚	21	16.5	25	19.7	42	33.1	39	30.7		

表4-20，研究有效樣本最近一年內使用過自費醫療者共951（占42.7其中常於診所使用自費醫療者共335人（占35.2%），於地區醫院使用自費醫療者共192人（占20.2%），於區域醫院使用自費醫療者共230人（占24.2%），於醫學中心使用自費醫療者共194人（占20.4%）。而進行次數分配分析和卡方檢定效樣本基本資料中「年齡」（chi-square=43.496，p=0.001）、「居住地」（chi-square=65.56，p<0.001）、「宗教信仰」（chi-square=29.948，p<0.001）、「教育程度」（chi-square=31.260，p=0.002）、「另外醫療保險每年投保費用」（chi-square=60.305，p<0.001）、「家戶人口數」（chi-square=18.371，p=0.031）、「家中無收入之人口數」（chi-square=28.504，p=0.005）、「個人每年存款」（chi-square=29.489，p=0.001）等項目與其自費、差額醫療選擇中「最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-20 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇-最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」次數分配表

變項名稱	最近一年內常購買自費醫療之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	335	35.2	192	20.2	230	24.2	194	20.4		
性別									4.682	0.197
男	151	35.8	85	20.1	90	21.3	96	22.7		
女	184	34.8	107	20.2	140	26.5	98	18.5		
年齡									43.496	0.001
16 至 20 歲	8	88.9	0	0.0	1	11.1	0	0.0		
21 至 30 歲	76	46.3	37	22.6	24	14.6	27	16.5		
31 至 40 歲	97	30.2	58	18.1	88	27.4	78	24.3		
41 至 50 歲	90	35.6	56	22.1	62	24.5	45	17.8		
51 至 60 歲	50	31.1	36	22.4	44	27.3	31	19.3		
61 至 70 歲	13	31.7	5	12.2	10	24.4	13	31.7		
71 歲以上	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0		

表 4-20 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇-最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」次數分配表 (續 1)

變項名稱	最近一年內常購買自費醫療之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
婚姻狀況									10.781	0.095
未婚	100	37.0	62	23.0	48	17.8	60	22.2		
已婚	218	35.1	115	18.5	165	26.6	123	19.8		
離婚、喪偶或其他	17	28.3	15	25.0	17	28.3	11	18.3		
居住地									65.562	<0.001
台北區	117	40.2	56	19.2	54	18.6	64	22.0		
北區	16	16.8	26	27.4	34	35.8	19	20.0		
中區	42	34.4	21	17.2	34	27.9	25	20.5		
南區	36	30.5	14	11.9	50	42.4	18	15.3		
高屏區	114	38.8	61	20.7	54	18.4	65	22.1		
東區	10	32.3	14	45.2	4	12.9	3	9.7		
宗教信仰									29.948	<0.001
無	130	38.9	67	20.1	66	19.8	71	21.3		
佛、道教	150	30.9	91	18.8	140	28.9	104	21.4		
天主教、基督教	34	34.7	27	27.6	23	23.5	14	14.3		
其他	21	61.8	7	20.6	1	2.9	5	14.7		
教育程度									31.260	0.002
國小以下	7	58.3	0	0.0	5	41.7	0	0.0		
國中	6	40.0	4	26.7	2	13.3	3	20.0		
高中	34	36.2	17	18.1	23	24.5	20	21.3		
大學	233	34.4	150	22.1	172	25.4	123	18.1		
研究所以上	55	36.2	21	13.8	28	18.4	48	31.6		
職業別									16.213	0.368
軍、公、教	71	35.1	36	17.8	55	27.2	40	19.8		
農、工	25	44.6	7	12.5	16	28.6	8	14.3		
商業	26	27.1	22	22.9	28	29.2	20	20.8		
醫療業	82	41.4	40	20.2	35	17.7	41	20.7		
服務業	67	32.1	47	22.5	51	24.4	44	21.1		
其他	64	33.7	40	21.1	45	23.7	41	21.6		

表 4-20 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇-最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」次數分配表 (續 2)

變項名稱	最近一年內常購買自費醫療之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
個人年收入									18.141	0.257
無收入	34	48.6	8	11.4	10	14.3	18	25.7		
未滿 20 萬元	23	41.1	11	19.6	12	21.4	10	17.9		
20 至未滿 40 萬元	90	35.6	52	20.6	58	22.9	53	20.9		
40 至未滿 60 萬元	102	33.0	61	19.7	83	26.9	63	20.4		
60 至未滿 80 萬元	56	35.2	37	23.3	34	21.4	32	20.1		
80 萬元以上	30	28.8	23	22.1	33	31.7	18	17.3		
家庭總年收入									8.025	0.923
無收入	15	34.9	9	20.9	8	18.6	11	25.6		
未滿 60 萬元	74	37.4	39	19.7	45	22.7	40	20.2		
60 至未滿 120 萬元	152	35.8	86	20.2	110	25.9	77	18.1		
120 至未滿 180 萬元	61	34.7	35	19.9	42	23.9	38	21.6		
180 至未滿 240 萬元	22	33.3	11	16.7	15	22.7	18	27.3		
240 萬元以上	11	25.6	12	27.9	10	23.3	10	23.3		
請問您是否有另外購買醫療保險									10.143	0.119
有	310	35.8	176	20.3	211	24.4	169	19.5		
沒有	18	29.5	14	23.0	10	16.4	19	31.1		
不清楚	7	29.2	2	8.3	9	37.5	6	25.0		
每年投保費用									60.305	<0.001
未滿 1 萬元	38	40.9	20	21.5	12	12.9	23	24.7		
1 萬至未滿 2 萬元	77	44.0	43	24.6	27	15.4	28	16.0		
2 萬至未滿 3 萬元	77	35.3	43	19.7	57	26.1	41	18.8		
3 萬至未滿 4 萬元	45	28.0	20	12.4	63	39.1	33	20.5		
4 萬至未滿 5 萬元	28	47.5	5	8.5	19	32.2	7	11.9		
5 萬元以上	45	28.1	45	28.1	33	20.6	37	23.1		
家戶人口數									18.371	0.031
1 名	6	25.0	4	16.7	5	20.8	9	37.5		
2 名	42	43.8	20	20.8	15	15.6	19	19.8		
3 名	55	32.0	39	22.7	33	19.2	45	26.2		
4 名以上	232	35.2	129	19.6	177	26.9	121	18.4		

表 4-20 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費、差額醫療選擇-最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」次數分配表 (續 3)

變項名稱	最近一年內常購買自費醫療之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
家中無收入之人口數									28.504	0.005
0 位	100	38.6	48	18.5	60	23.2	51	19.7		
1 位	63	30.3	53	25.5	43	20.7	49	23.6		
2 位	106	40.3	43	16.3	58	22.1	56	21.3		
3 位	31	23.8	26	20.0	48	36.9	25	19.2		
4 位以上	35	38.5	22	24.2	21	23.1	13	14.3		
個人每年存款									29.489	0.001
未滿 20 萬元	148	37.3	88	22.2	92	23.2	69	17.4		
20 至未滿 40 萬元	41	33.1	27	21.8	26	21.0	30	24.2		
40 萬元以上	49	49.0	23	23.0	14	14.0	14	14.0		
不清楚/不願意回答	97	29.4	54	16.4	98	29.7	81	24.5		
每個月繳交之健保費用 (含眷屬)									18.270	0.249
未滿 1000 元	103	36.1	61	21.4	60	21.1	61	21.4		
1000 至未滿 2000 元	97	38.5	48	19.0	58	23.0	49	19.4		
2000 至未滿 3000 元	43	26.9	39	24.4	49	30.6	29	18.1		
3000 元以上	49	37.1	26	19.7	28	21.2	29	22.0		
免自付健保費 (如低收入、失業)	3	37.5	3	37.5	2	25.0	0	0.0		
不清楚	40	35.1	15	13.2	33	28.9	26	22.8		

四、有效樣本之基本資料與「自費經驗滿意度」變異數分析

依據表4-21，研究有效樣本「自費經驗滿意度-最近一次自費經驗的滿意度」平均值為3.43（標準差為0.875）。而進行變異數分析後發現，有效樣本基本資料中「教育程度」（ $F=12.498$ ， $p<0.001$ ）、「家庭總年收入」（ $F=3.154$ ， $p=0.043$ ）等項目與其自費經驗滿意度中「最近一次自費經驗的滿意度」呈顯著相關。

表 4-21 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費經驗滿意度—最近一次自費經驗的滿意度」變異數分析

變項名稱	最近一次自費經驗的滿意度（非常滿意為5分）			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值/LSD
總計	3.43	0.875		
性別			0.005	0.996
男	3.43	0.880		
女	3.43	0.873		
婚姻狀況			1.944	0.144
未婚	3.40	0.920		
已婚	3.42	0.866		
離婚、喪偶或其他	3.63	0.747		
居住地			1.060	0.381
台北區	3.43	0.930		
北區	3.34	0.812		
中區	3.37	0.950		
南區	3.42	0.935		
高屏區	3.50	0.774		
東區	3.25	0.906		
宗教信仰			1.184	0.315
無	3.44	0.916		
佛、道教	3.45	0.834		
天主教、基督教	3.31	0.877		
其他	3.26	1.024		

表 4-21 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費經驗滿意度—最近一次自費經驗的滿意度」變異數分析(續 1)

變項名稱	最近一次自費經驗的滿意度(非常滿意為 5 分)			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值/LSD
教育程度			12.498	<0.001
高中以下	3.28	0.930		(1) < (3) **
大學	3.39	0.865		(2) < (3) **
研究所以上	3.74	0.809		
個人年收入			2.850	0.058
未滿 40 萬元	3.36	0.887		(1) < (3) *
40 至未滿 60 萬元	3.43	0.871		
60 萬元以上	3.52	0.858		
家庭總年收入			3.154	0.043
未滿 60 萬元	3.33	0.917		(1) < (3) *
60 至未滿 120 萬元	3.42	0.821		
120 萬元以上	3.52	0.911		
請問您是否有另外購買醫療保險			.573	0.564
有	3.42	0.878		
沒有	3.54	0.792		
不清楚	3.44	0.974		
每年投保費用			0.813	0.444
未滿 2 萬元	3.39	0.904		
2 萬至未滿 3 萬元	3.38	0.849		
3 萬元以上	3.46	0.877		
家戶人口數			0.444	0.722
1 名	3.58	1.018		
2 名	3.36	0.892		
3 名	3.43	0.940		
4 名以上	3.43	0.852		

表 4-21 問卷調查有效樣本之基本資料與「自費經驗滿意度—最近一次自費經驗的滿意度」變異數分析(續 2)

	最近一次自費經驗的滿意度 (非常滿意為 5 分)			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值/LSD
家中無收入之人口數			1.582	0.177
0 位	3.52	0.879		(1) > (3) *
1 位	3.41	0.844		
2 位	3.35	0.964		
3 位	3.47	0.737		
4 位以上	3.34	0.837		
每個月繳交之健保費用 (含眷屬)			2.901	0.055
未滿 1000 元	3.34	0.912		(1) < (3) *
1000 至未滿 2000 元	3.41	0.858		
2000 元以上	3.51	0.875		
不清楚	3.54	0.755		

五、有效樣本之健康狀態與行為及「醫療服務利用」單變量分析

依據表4-22，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中「是否有慢性病」(chi-square=10.315, p=0.001)、「身體有無疼痛妨礙處理事情」(chi-square=6.367, p=0.012)、「過去一年是否使用營養品」(chi-square=10.521, p=0.001)等項目與醫療服務利用中「是否有固定就醫之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-22 問卷調查有效樣本之「健康狀態與行為」及「醫療服務利用—是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
總計	1774	79.7	451	20.3		
是否有慢性病					10.315	0.001
有	440	84.8	79	15.2		
沒有	1265	78.3	351	21.7		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情					6.367	0.012
是	417	83.7	81	16.3		
否	1357	78.6	370	21.4		

表 4-22 問卷調查有效樣本之「健康狀態與行為」及「醫療服務利用－是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表（續 1）

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
您需要靠醫療協助應付日常生活					3.735	0.443
極需要	12	63.2	7	36.8		
很需要	19	79.2	5	20.8		
中等程度需要	52	77.6	15	22.4		
有一點需要	356	79.1	94	20.9		
完全沒需要	1335	80.2	330	19.8		
過去一個月間，吸煙的頻率為					0.961	0.916
10 包以上	90	76.3	28	23.7		
7~9 包	165	79.7	42	20.3		
4~6 包	140	80.5	34	19.5		
1~3 包	87	79.8	22	20.2		
無	1292	79.9	325	20.1		
過去一年間，您運動的頻率					1.241	0.871
每天 30 分鐘以上	64	82.1	14	17.9		
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	250	79.9	63	20.1		
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	345	78.8	93	21.2		
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	871	79.4	226	20.6		
無	244	81.6	55	18.4		
是否有定期健康檢查的習慣					2.855	0.091
是	1034	81.0	243	19.0		
否	740	78.1	208	21.9		
過去一年是否使用營養品					10.521	0.001
是	903	82.5	191	17.5		
否	871	77.0	260	23.0		
身體一不舒服是否會馬上看醫生					4.204	0.122
是	187	85.0	33	15.0		
不一定	1383	79.1	365	20.9		
否	204	79.4	53	20.6		
是否會先自行購買成藥					0.323	0.570
是	538	79.0	143	21.0		
否	1236	80.1	308	19.9		

表 4-22 問卷調查有效樣本之「健康狀態與行為」及「醫療服務利用－是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表（續 2）

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
個人掛號習慣					3.761	0.153
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	993	79.6	255	20.4		
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	248	76.3	77	23.7		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	511	81.6	115	18.4		

依據表4-23，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中「是否有慢性病」（chi-square=22.697，p<0.001）、「是否有定期健康檢查的習慣」（chi-square=18.070，p<0.001）、「個人掛號習慣」（chi-square=15.131，p=0.019）等項目與其醫療服務利用中「固定就醫之院所層級」呈顯著相關。

表 4-23 問卷調查有效樣本之「健康狀態與行為」及「醫療服務利用－固定就醫之院所層級」次數分配表

變項名稱	固定就醫之院所層級								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	502	28.5	582	33.1	441	25.1	234	13.3		
是否有慢性病									22.697	<0.001
沒有	386	30.7	415	33	311	24.7	146	11.6		
有	93	21.5	145	33.6	112	25.9	82	19.0		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情									3.561	0.313
是	111	26.7	133	32	105	25.3	66	15.9		
否	391	29.1	449	33.4	336	25.0	168	12.5		
您需要靠醫療協助應付日常生活									13.617	0.326
極需要	3	25.0	4	33.3	2	16.7	3	25.0		
很需要	7	36.8	4	21.1	5	26.3	3	15.8		
中等程度需要	10	19.6	16	31.4	13	25.5	12	23.5		
有一點需要	92	26.4	107	30.7	104	29.8	46	13.2		
完全沒需要	390	29.4	451	34.0	317	23.9	170	12.8		

表 4-23 問卷調查有效樣本之「健康狀態與行為」及「醫療服務利用－固定就醫之院所層級」次數分配表（續）

變項名稱	固定就醫之院所層級									
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心		卡方值	P 值
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
過去一個月間，吸煙的頻率為									5.823	0.925
10 包以上	27	30.3	25	28.1	25	28.1	12	13.5		
7~9 包	53	32.3	53	32.3	36	22.0	22	13.4		
4~6 包	36	25.9	48	34.5	37	26.6	18	12.9		
1~3 包	24	27.6	31	35.6	25	28.7	7	8.0		
無	362	28.3	425	33.2	318	24.8	175	13.7		
過去一年間，您運動的頻率									16.629	0.164
每天 30 分鐘以上	23	36.5	20	31.7	14	22.2	6	9.5		
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	76	30.5	84	33.7	47	18.9	42	16.9		
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	79	23.2	123	36.1	92	27.0	47	13.8		
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	250	29.0	281	32.6	228	26.4	104	12.1		
無	74	30.5	74	30.5	60	24.7	35	14.4		
是否有定期健康檢查的習慣									18.070	0.000
是	254	24.8	363	35.4	271	26.5	136	13.3		
否	248	33.7	219	29.8	170	23.1	98	13.3		
過去一年是否使用營養品									1.318	0.725
是	247	27.5	301	33.6	232	25.9	117	13.0		
否	255	29.6	281	32.6	209	24.2	117	13.6		
身體一不舒服是否會馬上看醫生									7.174	0.305
是	53	28.3	58	31.0	50	26.7	26	13.9		
不一定	395	28.8	458	33.4	347	25.3	170	12.4		
否	54	26.7	66	32.7	44	21.8	38	18.8		
是否會先自行購買成藥									5.642	0.130
是	172	32.3	166	31.1	131	24.6	64	12.0		
否	330	26.9	416	33.9	310	25.3	170	13.9		
個人掛號習慣									15.131	0.019
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	258	26.2	328	33.3	247	25.1	152	15.4		
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	75	30.6	75	30.6	63	25.7	32	13.1		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	162	31.9	170	33.5	130	25.6	46	9.1		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	162	31.9	170	33.5	130	25.6	46	9.1		

依據表4-23，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中「是否有慢性病」(chi-square=4.687, p=0.030)、「吸煙的頻率」(chi-square=10.910, p=0.028)、「運動的頻率」(chi-square=14.931, p=0.005)、「定期健康檢查的習慣」(chi-square=12.351, p<0.001)、「是否使用營養品」(chi-square=8.630, p=0.003)等項目與其醫療服務利用中「支持差額制度」呈顯著相關。

表 4-23 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—支持差額制度」次數分配表

變項名稱	支持差額制度				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
總計	1710	76.9	515	23.1		
是否有慢性病					4.687	0.030
沒有	1234	76.4	382	23.6		
有	420	80.9	99	19.1		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情					0.075	0.785
是	385	77.3	113	22.7		
否	1325	76.7	402	23.3		
您需要靠醫療協助應付日常生活					6.654	0.155
極需要	15	78.9	4	21.1		
很需要	20	83.3	4	16.7		
中等程度需要	51	76.1	16	23.9		
有一點需要	365	81.1	85	18.9		
完全沒需要	1259	75.6	406	24.4		
過去一個月間，吸煙的頻率為					10.910	0.028
10 包以上	96	81.4	22	18.6		
7~9 包	157	75.8	50	24.2		
4~6 包	122	70.1	52	29.9		
1~3 包	75	68.8	34	31.2		
無	1260	77.9	357	22.1		

表 4-23 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用－支持差額制度」次數分配表（續）

變項名稱	支持差額制度				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
過去一年間，您運動的頻率					14.931	0.005
每天 30 分鐘以上	65	83.3	13	16.7		
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	254	81.2	59	18.8		
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	355	81.1	83	18.9		
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	813	74.1	284	25.9		
無	223	74.6	76	25.4		
是否有定期健康檢查的習慣					12.351	<0.001
是	1016	79.6	261	20.4		
否	694	73.2	254	26.8		
過去一年是否使用營養品					8.630	0.003
是	870	79.5	224	20.5		
否	840	74.3	291	25.7		
身體一不舒服是否會馬上看醫生					0.806	0.668
是	167	75.9	53	24.1		
不一定	1340	76.7	408	23.3		
否	203	79	54	21		
是否會先自行購買成藥					0.002	0.967
是	523	76.8	158	23.2		
否	1187	76.9	357	23.1		
個人掛號習慣					3.354	0.187
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	970	77.7	278	22.3		
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	237	72.9	88	27.1		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	478	76.4	148	23.6		

依據表4-24，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中「運動的頻率」(chi-square=12.935, p=0.012)、「是否有定期健康檢查的習慣」(chi-square=9.779, p=0.002)、「過去一年是否使用營養品」(chi-square=5.230, p=0.002)、「身體一不舒服是否會馬上看醫生」(chi-square=8.442, p=0.015)、「個人掛號習慣」(chi-square=18.130, p<0.001)等項目與其醫療服務利用中「支持增加給付項目，也提高保費」呈顯著相關。

表 4-24 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—支持增加給付項目，也提高保費」次數分配表

變項名稱	支持增加給付項目，也提高保費				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
總計	614	27.6	1611	72.4		
是否有慢性病					0.381	0.537
沒有	431	26.7	1185	73.3		
有	168	32.4	351	67.6		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情					0.381	0.537
是	132	26.5	366	73.5		
否	482	27.9	1245	72.1		
您需要靠醫療協助應付日常生活					8.380	0.079
極需要	4	21.1	15	78.9		
很需要	2	8.3	22	91.7		
中等程度需要	12	17.9	55	82.1		
有一點需要	126	28	324	72.0		
完全沒需要	470	28.2	1195	71.8		
過去一個月間，吸煙的頻率為					0.483	0.975
10包以上	33	28	85	72.0		
7~9包	57	27.5	150	72.5		
4~6包	49	28.2	125	71.8		
1~3包	33	30.3	76	69.7		
無	442	27.3	1175	72.7		

表 4-24 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—支持增加給付項目，也提高保費」次數分配表（續）

變項名稱	支持增加給付項目，也提高保費					卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見				
	人數	%	人數	%			
過去一年間，您運動的頻率					12.935	0.012	
每天 30 分鐘以上	27	34.6	51	65.4			
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	102	32.6	211	67.4			
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	132	30.1	306	69.9			
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	287	26.2	810	73.8			
無	66	22.1	233	77.9			
是否有定期健康檢查的習慣					9.779	0.002	
是	385	30.1	892	69.9			
否	229	24.2	719	75.8			
過去一年是否使用營養品					5.230	0.022	
是	326	29.8	768	70.2			
否	288	25.5	843	74.5			
身體一不舒服是否會馬上看醫生					8.442	0.015	
是	77	35.0	143	65.0			
不一定	477	27.3	1271	72.7			
否	60	23.3	197	76.7			
是否會先自行購買成藥					0.530	0.467	
是	195	28.6	486	71.4			
否	419	27.1	1125	72.9			
個人掛號習慣					18.130	<0.001	
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	368	29.5	880	70.5			
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	58	17.8	267	82.2			
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	180	28.8	446	71.2			

依據表4-25，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中與其醫療服務利用中「支持給付項目減少，也降低保費者」無呈顯著相關。

表 4-25 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用－支持給付項目減少，也降低保費者」次數分配表

變項名稱	支持給付項目減少，也降低保費者				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
總計	672	30.2	1553	69.8		
是否有慢性病					1.521	0.218
沒有	504	31.2	1112	68.8		
有	147	28.3	372	71.7		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情					1.889	0.169
是	138	27.7	360	72.3		
否	534	30.9	1193	69.1		
您需要靠醫療協助應付日常生活					6.374	0.173
極需要	2	10.5	17	89.5		
很需要	6	25.0	18	75.0		
中等程度需要	16	23.9	51	76.1		
有一點需要	147	32.7	303	67.3		
完全沒需要	501	30.1	1164	69.9		
過去一個月間，吸煙的頻率為					4.560	0.335
10 包以上	29	24.6	89	75.4		
7~9 包	64	30.9	143	69.1		
4~6 包	44	25.3	130	74.7		
1~3 包	36	33.0	73	67.0		
無	499	30.9	1118	69.1		
過去一年間，您運動的頻率					6.197	0.185
每天 30 分鐘以上	28	35.9	50	64.1		
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	98	31.3	215	68.7		
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	146	33.3	292	66.7		
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	322	29.4	775	70.6		
無	78	26.1	221	73.9		
是否有定期健康檢查的習慣					3.599	0.058
是	406	31.8	871	68.2		
否	266	28.1	682	71.9		

表 4-25 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—支持給付項目減少，也降低保費者」次數分配表（續）

變項名稱	支持給付項目減少，也降低保費者				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
過去一年是否使用營養品					0.266	0.606
是	336	30.7	758	69.3		
否	336	29.7	795	70.3		
身體一不舒服是否會馬上看醫生					1.287	0.525
是	72	32.7	148	67.3		
不一定	518	29.6	1,230	70.4		
否	82	31.9	175	68.1		
是否會先自行購買成藥					0.188	0.665
是	210	30.8	471	69.2		
否	462	29.9	1,082	70.1		
個人掛號習慣					0.744	0.689
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	383	30.7	865	69.3		
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	98	30.2	227	69.8		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	180	28.8	446	71.2		

依據表4-26，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中「運動的頻率」（chi-square=10.636，p=0.031）、「個人掛號習慣」（chi-square=6.872，p=0.032）等項目與其醫療服務利用中「同意現行自費項目納入健保給付」呈顯著相關。

表 4-26 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表

變項名稱	同意現行自費項目納入健保給付				卡方值	P 值
	支持		不支持或其他意見			
	人數	%	人數	%		
總計	939	42.2	1286	57.8		
是否有慢性病					3.635	0.057
沒有	690	42.7	926	57.3		
有	197	38.0	322	62.0		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情					0.651	0.420
是	218	43.8	280	56.2		
否	721	41.7	1006	58.3		

表 4-26 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表（續 1）

變項名稱	同意現行自費項目納入健保給付				卡方值	P 值
	支持		不支持或其他意見			
	人數	%	人數	%		
您需要靠醫療協助應付日常生活					6.419	0.170
極需要	13	68.4	6	31.6		
很需要	12	50.0	12	50.0		
中等程度需要	26	38.8	41	61.2		
有一點需要	192	42.7	258	57.3		
完全沒需要	696	41.8	969	58.2		
過去一個月間，吸煙的頻率為					2.469	0.650
10 包以上	49	41.5	69	58.5		
7~9 包	85	41.1	122	58.9		
4~6 包	82	47.1	92	52.9		
1~3 包	42	38.5	67	61.5		
無	681	42.1	936	57.9		
過去一年間，您運動的頻率					10.636	0.031
每天 30 分鐘以上	42	53.8	36	46.2		
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	122	39.0	191	61.0		
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	165	37.7	273	62.3		
1~2 周一一次，每次 30 分鐘以上	479	43.7	618	56.3		
無	131	43.8	168	56.2		
是否有定期健康檢查的習慣					0.600	0.439
是	530	41.5	747	58.5		
否	409	43.1	539	56.9		
過去一年是否使用營養品					0.053	0.817
是	459	42.0	635	58.0		
否	480	42.4	651	57.6		
身體一不舒服是否會馬上看醫生					2.990	0.224
是	102	46.4	118	53.6		
不一定	738	42.2	1010	57.8		
否	99	38.5	158	61.5		
是否會先自行購買成藥					2.391	0.122
是	304	44.6	377	55.4		
否	635	41.1	909	58.9		

表 4-26 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表（續 2）

變項名稱	同意現行自費項目納入健保給付				卡方值	P 值
	支持		不支持或其他意見			
	人數	%	人數	%		
個人掛號習慣					6.872	0.032
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	503	40.3	745	59.7		
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	137	42.2	188	57.8		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	292	46.6	334	53.4		

依據表4-27，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中與其醫療服務利用中「同意原將自費項目納入給付，同時也提高保費」無呈顯著相關。

表 4-27 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—同意原將自費項目納入給付，同時也提高保費」次數分配表

變項名稱	同意原將自費項目納入給付，同時也提高保費				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
總計	664	29.8	1561	70.2		
是否有慢性病					0.389	0.533
沒有	478	29.6	1138	70.4		
有	161	31	358	69		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情					0.085	0.771
是	146	29.3	352	70.7		
否	518	30.0	1209	70.0		
您需要靠醫療協助應付日常生活					6.143	0.189
極需要	9	47.4	10	52.6		
很需要	6	25.0	18	75.0		
中等程度需要	17	25.4	50	74.6		
有一點需要	121	26.9	329	73.1		
完全沒需要	511	30.7	1154	69.3		
過去一個月間，吸煙的頻率為					2.113	0.715
10 包以上	35	29.7	83	70.3		
7~9 包	56	27.1	151	72.9		
4~6 包	51	29.3	123	70.7		
1~3 包	38	34.9	71	65.1		
無	484	29.9	1133	70.1		

表 4-27 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用－同意原將自費項目納入給付，同時也提高保費」次數分配表（續）

變項名稱	同意原將自費項目納入給付，同時也提高保費					卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見				
	人數	%	人數	%			
過去一年間，您運動的頻率					5.270	0.261	
每天 30 分鐘以上	30	38.5	48	61.5			
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	99	31.6	214	68.4			
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	119	27.2	319	72.8			
1~2 周一一次，每次 30 分鐘以上	332	30.3	765	69.7			
無	84	28.1	215	71.9			
是否有定期健康檢查的習慣					0.441	0.506	
是	374	29.3	903	70.7			
否	290	30.6	658	69.4			
過去一年是否使用營養品					3.273	0.070	
是	346	31.6	748	68.4			
否	318	28.1	813	71.9			
身體一不舒服是否會馬上看醫生					4.072	0.131	
是	76	34.5	144	65.5			
不一定	521	29.8	1227	70.2			
否	67	26.1	190	73.9			
是否會先自行購買成藥					0.778	0.378	
是	212	31.1	469	68.9			
否	452	29.3	1092	70.7			
個人掛號習慣					5.310	0.150	
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	366	29.3	882	70.7			
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	86	26.5	239	73.5			
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	206	32.9	420	67.1			

依據表4-28，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中「是否有慢性病」(chi-square=25.181, p<0.001)、「運動的頻率」(chi-square=48.733, p<0.001)、「身體一不舒服是否會馬上看醫生」(chi-square=21.476, p=0.002)、「是否會先自行購買成藥」(chi-square=12.106, p=0.007)、「個人掛號習慣」(chi-square=19.753, p=0.003)等項目與其醫療服務利用中「最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-28 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」次數分配表

變項名稱	最近一年內常使用差額負擔之醫療院所									
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心		卡方值	P 值
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	203	18.7	271	25.0	308	28.4	303	27.9		
是否有慢性病									25.181	<0.001
沒有	173	22.4	175	22.6	227	29.4	198	25.6		
有	29	10.1	62	21.5	94	32.6	103	35.8		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情									4.070	0.254
是	52	19.4	51	19.0	93	34.7	72	26.9		
否	157	19.2	190	23.3	236	28.9	233	28.6		
您需要靠醫療協助應付日常生活									17.965	0.117
極需要	0	0.0	0	0.0	4	66.7	2	33.3		
很需要	4	40.0	2	20.0	2	20.0	2	20.0		
中等程度需要	8	21.6	6	16.2	11	29.7	12	32.4		
有一點需要	54	20.8	58	22.4	76	29.3	71	27.4		
完全沒需要	143	18.5	175	22.7	236	30.6	218	28.2		
過去一個月間，吸煙的頻率為									9.415	0.667
10 包以上	13	22.0	10	16.9	18	30.5	18	30.5		
7~9 包	13	14.8	25	28.4	23	26.1	27	30.7		
4~6 包	15	19.2	21	26.9	28	35.9	14	17.9		
1~3 包	11	20.4	10	18.5	16	29.6	17	31.5		
無	157	19.5	175	21.7	244	30.3	229	28.4		

表 4-28 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」次數分配表（續）

變項名稱	最近一年內常使用差額負擔之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
過去一年間，您運動的頻率									48.733	<0.001
每天 30 分鐘以上	6	14.3	18	42.9	8	19.0	10	23.8		
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	23	15.0	29	19.0	38	24.8	63	41.2		
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	33	16.6	50	25.1	47	23.6	69	34.7		
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	126	23.2	114	21.0	177	32.7	125	23.1		
無	21	14.2	30	20.3	59	39.9	38	25.7		
是否有定期健康檢查的習慣									7.573	0.056
是	111	16.7	150	22.6	210	31.6	194	29.2		
否	98	23.4	91	21.7	119	28.4	111	26.5		
過去一年是否使用營養品									6.716	0.082
是	123	21.8	131	23.2	160	28.3	151	26.7		
否	86	16.6	110	21.2	169	32.6	154	29.7		
身體一不舒服是否會馬上看醫生									21.476	0.002
是	34	27.6	23	18.7	36	29.3	30	24.4		
不一定	159	19.0	193	23.1	262	31.4	221	26.5		
否	16	12.7	25	19.8	31	24.6	54	42.9		
是否會先自行購買成藥									12.106	0.007
是	75	22.5	65	19.5	117	35.0	77	23.1		
否	134	17.9	176	23.5	212	28.3	228	30.4		
個人掛號習慣									19.753	0.003
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	113	17.7	134	21.0	205	32.2	185	29.0		
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	25	16.8	50	33.6	32	21.5	42	28.2		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	69	24.1	57	19.9	87	30.4	73	25.5		

依據表4-29，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中「是否有慢性病」(chi-square=12.218, p=0.007)、「身體有無疼痛妨礙處理事情」(chi-square=14.985, p=0.002)、「是否有定期健康檢查的習慣」(chi-square=13.551, p=0.004)、「身體一不舒服是否會馬上看醫生」(chi-square=15.302, p=0.018)等項目與其醫療服務利用中「最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-29 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」次數分配表

變項名稱	最近一年內常購買自費醫療之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	335	35.2	192	20.2	230	24.2	194	20.4		
是否有慢性病									12.218	0.007
沒有	253	38.6	124	18.9	148	22.6	131	20.0		
有	74	26.9	65	23.6	77	28.0	59	21.5		
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情									14.985	0.002
是	72	28.8	57	22.8	79	31.6	42	16.8		
否	263	37.5	135	19.3	151	21.5	152	21.7		
您需要靠醫療協助應付日常生活									8.265	0.764
極需要	1	12.5	2	25.0	3	37.5	2	25.0		
很需要	4	22.2	6	33.3	3	16.7	5	27.8		
中等程度需要	15	33.3	8	17.8	11	24.4	11	24.4		
有一點需要	77	36.3	44	20.8	44	20.8	47	22.2		
完全沒需要	238	35.6	132	19.8	169	25.3	129	19.3		
過去一個月間，吸煙的頻率為									12.187	0.431
10 包以上	18	34.0	8	15.1	11	20.8	16	30.2		
7~9 包	34	35.1	20	20.6	23	23.7	20	20.6		
4~6 包	16	23.5	16	23.5	21	30.9	15	22.1		
1~3 包	13	32.5	5	12.5	10	25.0	12	30.0		
無	254	36.7	143	20.6	165	23.8	131	18.9		
過去一年間，您運動的頻率									19.662	0.074
每天 30 分鐘以上	13	37.1	14	40.0	2	5.7	6	17.1		
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	53	36.8	28	19.4	34	23.6	29	20.1		
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	65	31.1	37	17.7	53	25.4	54	25.8		
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	164	35.6	90	19.5	119	25.8	88	19.1		
無	40	39.2	23	22.5	22	21.6	17	16.7		

表 4-29 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」次數分配表

變項名稱	最近一年內常購買自費醫療之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
是否有定期健康檢查的習慣									13.551	0.004
是	198	32.7	125	20.6	168	27.7	115	19.0		
否	137	39.7	67	19.4	62	18.0	79	22.9		
過去一年是否使用營養品									3.252	0.354
是	183	35.7	93	18.2	125	24.4	111	21.7		
否	152	34.6	99	22.6	105	23.9	83	18.9		
身體一不舒服是否會馬上看醫生									15.302	0.018
是	36	38.3	11	11.7	23	24.5	24	25.5		
不一定	271	36.2	160	21.4	181	24.2	137	18.3		
否	28	25.9	21	19.4	26	24.1	33	30.6		
是否會先自行購買成藥									0.118	0.990
是	108	34.7	62	19.9	77	24.8	64	20.6		
否	227	35.5	130	20.3	153	23.9	130	20.3		
個人掛號習慣									10.539	0.104
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	169	31.8	108	20.3	137	25.8	118	22.2		
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	53	42.1	29	23.0	27	21.4	17	13.5		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	111	38.9	53	18.6	64	22.5	57	20.0		

依據表4-30，進行變異數分析後發現，研究有效樣本健康狀態與行為中「吸煙的頻率」(F=3.218, p=0.012)、「是否有定期健康檢查的習慣」(F=2.772, p=0.006)等項目與其醫療服務利用中「最近一次自費經驗的滿意度」呈顯著相關。

表 4-30 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—最近一次自費經驗的滿意度」變異數分析

變項名稱	最近一次自費經驗的滿意度 (非常滿意為 5 分)			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值
總計	3.43	0.875		
是否有慢性病			0.503	0.615
有	3.45	0.934		
沒有	3.42	0.858		

表 4-30 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—最近一次自費經驗的滿意度」變異數分析 (續 1)

變項名稱	最近一次自費經驗的滿意度 (非常滿意為 5 分)			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值
您的身體有無疼痛妨礙您處理事情			-0.369	0.713
是	3.41	0.951		
否	3.43	0.848		
您需要靠醫療協助應付日常生活			2.022	0.089
極需要	3.13	0.641		(2) < (5) *
很需要	3.00	1.029		
中等程度需要	3.24	0.802		
有一點需要	3.42	0.914		
完全沒需要	3.46	0.863		
過去一個月間，吸煙的頻率為			3.218	0.012
10 包以上	3.76	0.642		(1) > (3) **
7~9 包	3.57	0.695		(1) > (5) **
4~6 包	3.33	0.880		(2) > (5) **
1~3 包	3.43	0.935		
無	3.39	0.903		
過去一年間，您運動的頻率			0.763	0.549
每天 30 分鐘以上	3.43	0.969		
每周 3~5 次，每次 30 分鐘以上	3.39	0.880		
3~6 天一次，每次 30 分鐘以上	3.47	0.879		
1~2 周一次，每次 30 分鐘以上	3.43	0.791		
無	3.61	0.855		
是否有定期健康檢查的習慣			2.772	0.006
是	3.48	0.877		
否	3.33	0.864		
過去一年是否使用營養品			1.907	0.057
是	3.48	0.866		
否	3.37	0.883		

表 4-30 問卷調查有效樣本之「健康狀態行為」與「醫療服務利用—最近一次自費經驗的滿意度」變異數分析（續 2）

變項名稱	最近一次自費經驗的滿意度（非常滿意為 5 分）			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值
身體一不舒服是否會馬上看醫生			2.746	0.065
是	3.41	1.073		(2) > (3) *
不一定	3.46	0.838		
否	3.25	0.926		
是否會先自行購買成藥			-0.821	0.412
是	3.39	0.902		
否	3.44	0.863		
個人掛號習慣			1.756	0.173
先搜尋就醫資訊，明確掛需要之科別	3.47	0.881		
至醫院詢問後，明確掛需要之科別	3.43	0.927		
直接先掛常見科別，再請醫師後續判斷	3.35	0.835		

七、有效樣本之健保認知與「醫療服務利用」次數分配表

依據表4-31，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料中「是否了解轉診制度」（chi-square=7.798，p=0.020）、「是否明白差額負擔制度的施行原則」（chi-square=7.862，p=0.020）等項目與其醫療服務利用中「是否有固定就醫之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-31 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「醫療服務利用—是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
總計	1774	79.7	451	20.3		
是否知道健保法 43 條之規定					3.520	0.172
一直都知道	960	81.2	222	18.8		
已前不知道，現在知道了	688	78.2	192	21.8		
還是不清楚	126	77.3	37	22.7		

表 4-31 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「醫療服務利用－是否有固定就醫之醫療院所」次數分配表（續）

變項名稱	是否有固定就醫之醫療院所				卡方值	P 值
	有		沒有			
	人數	%	人數	%		
是否了解「轉診制度」					7.798	0.020
一直都知道	1476	80.5	357	19.5		
已前不知道，現在知道了	225	78.4	62	21.6		
還是不清楚	73	69.5	32	30.5		
是否明白差額負擔制度的施行原則					7.862	0.020
一直都知道	1474	80.6	355	19.4		
已前不知道，現在知道了	197	78.5	54	21.5		
還是不清楚	103	71.0	42	29.0		
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜					3.834	0.429
太過貴	132	78.6	36	21.4		
有點貴	684	79.6	175	20.4		
剛好	661	80.7	158	19.3		
有點便宜	74	75.5	24	24.5		
太過便宜	28	90.3	3	9.7		
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利					.403	0.526
是	1550	79.9	389	20.1		
否或無意見	224	78.3	62	21.7		
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度					2.078	0.149
是	968	80.9	229	19.1		
否或無意見	806	78.4	222	21.6		

依據表4-32，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料中「是否了解轉診制度」（chi-square=7.798，p=0.020）、「是否明白差額負擔制度的施行原則」（chi-square=7.862，p=0.020）等項目與其醫療服務利用中「是否有固定就醫之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-32 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「醫療服務利用－固定就醫之院所層級」次數分配表

變項名稱	固定就醫之院所層級									
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心		卡方值	P 值
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	502	28.5	582	33.1	441	25.1	234	13.3		
是否知道健保法 43 條之規定									12.715	0.048
一直都知道	251	26.3	334	35.0	232	24.3	137	14.4		
已前不知道，現在知道了	220	32.3	212	31.1	170	25.0	79	11.6		
還是不清楚	31	25.0	36	29.0	39	31.5	18	14.5		
是否了解「轉診制度」									14.999	0.020
一直都知道	410	28.0	490	33.4	362	24.7	203	13.9		
已前不知道，現在知道了	77	34.8	73	33.0	52	23.5	19	8.6		
還是不清楚	15	20.5	19	26.0	27	37.0	12	16.4		
是否明白差額負擔制度的施行原則									12.222	0.057
一直都知道	406	27.7	498	34.0	357	24.4	203	13.9		
已前不知道，現在知道了	69	35.8	54	28.0	49	25.4	21	10.9		
還是不清楚	27	26.5	30	29.4	35	34.3	10	9.8		
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜									10.219	0.597
太過貴	44	34.1	39	30.2	28	21.7	18	14.0		
有點貴	184	27.1	232	34.1	175	25.7	89	13.1		
剛好	190	29.0	205	31.3	175	26.7	85	13.0		
有點便宜	20	27.0	27	36.5	16	21.6	11	14.9		
太過便宜	9	33.3	7	25.9	4	14.8	7	25.9		
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利									2.180	0.536
是	435	28.3	503	32.7	389	25.3	210	13.7		
否或無意見	67	30.2	79	35.6	52	23.4	24	10.8		
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度									6.191	0.103
是	287	29.9	311	32.4	250	26.0	113	11.8		
否或無意見	215	26.9	271	34.0	191	23.9	121	15.2		

依據表4-33，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料與其醫療服務利用中「支持差額制度」無呈顯著相關。

表 4-33 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—支持差額制度」次數分配表

變項名稱	支持差額制度				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
總計	1710	76.9	515	23.1		
是否知道健保法 43 條之規定					14.182	0.001
一直都知道	944	79.9	238	20.1		
已前不知道，現在知道了	652	74.1	228	25.9		
還是不清楚	114	69.9	49	30.1		
是否了解「轉診制度」					25.645	<0.001
一直都知道	1447	78.9	386	21.1		
已前不知道，現在知道了	194	67.6	93	32.4		
還是不清楚	69	65.7	36	34.3		
是否明白差額負擔制度的施行原則					130.581	<0.001
一直都知道	1483	81.1	346	18.9		
已前不知道，現在知道了	165	65.7	86	34.3		
還是不清楚	62	42.8	83	57.2		
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜					53.098	<0.001
太過貴	110	65.5	58	34.5		
有點貴	619	72.1	240	27.9		
剛好	688	84.0	131	16.0		
有點便宜	82	83.7	16	16.3		
太過便宜	28	90.3	3	9.7		
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利					62.885	<0.001
是	1543	79.6	396	20.4		
否或無意見	167	58.4	119	41.6		
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度					17.038	<0.001
是	879	73.4	318	26.6		
否或無意見	831	80.8	197	19.2		

依據表4-34，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料中「是否了解轉診制度」（chi-square=6.223，p=0.045）、「是否明白差額負擔制度的施行原則」（chi-square=6.460，p=0.040）、「您覺得目前繳交之健保費貴或便宜」（chi-square=225.606，p<0.001）、「是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利」（chi-square=35.293，p<0.001）等項目與其醫療服務利用中「支持增加給付項目，也提高保費」呈顯著相關。

表 4-34 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—支持增加給付項目，也提高保費」次數分配表

變項名稱	支持增加給付項目，也提高保費				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
總計	614	27.6	1611	72.4		
是否知道健保法 43 條之規定					2.243	0.326
一直都知道	341	28.8	841	71.2		
已前不知道，現在知道了	233	26.5	647	73.5		
還是不清楚	40	24.5	123	75.5		
是否了解「轉診制度」					6.223	0.045
一直都知道	525	28.6	1308	71.4		
已前不知道，現在知道了	68	23.7	219	76.3		
還是不清楚	21	20.0	84	80.0		
是否明白差額負擔制度的施行原則					6.460	0.040
一直都知道	525	28.7	1304	71.3		
已前不知道，現在知道了	58	23.1	193	76.9		
還是不清楚	31	21.4	114	78.6		
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜					225.606	<0.001
太過貴	26	15.5	142	84.5		
有點貴	150	17.5	709	82.5		
剛好	274	33.5	545	66.5		
有點便宜	76	77.6	22	22.4		
太過便宜	23	74.2	8	25.8		
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利					35.293	<0.001
是	577	29.8	1362	70.2		
否或無意見	37	12.9	249	87.1		

表 4-34 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—支持增加給付項目，也提高保費」次數分配表（續）

變項名稱	支持增加給付項目，也提高保費				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度					1.235	0.266
是	342	28.6	855	71.4		
否或無意見	272	26.5	756	73.5		

依據表4-35，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料中「是否明白差額負擔制度的施行原則」（chi-square=13.585，p=0.001）、「覺得目前繳交之健保費貴或便宜」（chi-square=12.279，p=0.015）、「是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利」（chi-square=34.182，p<0.001）等項目與其醫療服務利用中「支持給付項目減少，也降低保費者」呈顯著相關。

表 4-35 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—支持給付項目減少，也降低保費者」次數分配表

變項名稱	支持給付項目減少，也降低保費者				卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見			
	人數	%	人數	%		
總計	672	30.2	1553	69.8		
是否知道健保法 43 條之規定					2.451	0.294
一直都知道	373	31.6	809	68.4		
已前不知道，現在知道了	255	29.0	625	71.0		
還是不清楚	44	27.0	119	73.0		
是否了解「轉診制度」					5.541	0.063
一直都知道	573	31.3	1260	68.7		
已前不知道，現在知道了	73	25.4	214	74.6		
還是不清楚	26	24.8	79	75.2		
是否明白差額負擔制度的施行原則					13.585	0.001
一直都知道	581	31.8	1248	68.2		
已前不知道，現在知道了	52	20.7	199	79.3		
還是不清楚	39	26.9	106	73.1		

表 4-35 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—支持給付項目減少，也降低保費者」次數分配表（續）

變項名稱	支持給付項目減少，也降低保費者					
	支持		不支持或無意見		卡方值	P 值
	人數	%	人數	%		
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜					12.279	0.015
太過貴	66	39.3	102	60.7		
有點貴	262	30.5	597	69.5		
剛好	257	31.4	562	68.6		
有點便宜	20	20.4	78	79.6		
太過便宜	13	41.9	18	58.1		
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利					34.182	<0.001
是	628	32.4	1311	67.6		
否或無意見	44	15.4	242	84.6		
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度					1.568	0.210
是	348	29.1	849	70.9		
否或無意見	324	31.5	704	68.5		

依據表4-36，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料中「是否知道健保法43條之規定」(chi-square=12.180, p=0.002)、「是否明白差額負擔制度的施行原則」(chi-square=12.555, p=0.002)、「覺得目前繳交之健保費貴或便宜」(chi-square=34.398, p<0.001)、「是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利」(chi-square=6.383, p=0.012)、「是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度」(chi-square=224.022, p<0.001)等項目與其醫療服務利用中「同意現行自費項目納入健保給付」呈顯著相關。

表 4-36 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表

變項名稱	同意現行自費項目納入健保給付					
	支持		無意見或不支持		卡方值	P 值
	人數	%	人數	%		
總計	939	42.2	1286	57.8		
是否知道健保法 43 條之規定					12.180	0.002
一直都知道	460	38.9	722	61.1		
已前不知道，現在知道了	410	46.6	470	53.4		
還是不清楚	69	42.3	94	57.7		

表 4-36 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—同意現行自費項目納入健保給付」次數分配表（續）

變項名稱	同意現行自費項目納入健保給付					卡方值	P 值
	支持		無意見或不支持				
	人數	%	人數	%			
是否了解「轉診制度」					1.641	0.440	
一直都知道	770	42.0	1063	58.0			
已前不知道，現在知道了	129	44.9	158	55.1			
還是不清楚	40	38.1	65	61.9			
是否明白差額負擔制度的施行原則					12.555	0.002	
一直都知道	741	40.5	1088	59.5			
已前不知道，現在知道了	129	51.4	122	48.6			
還是不清楚	69	47.6	76	52.4			
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜					34.398	<0.001	
太過貴	86	51.2	82	48.8			
有點貴	421	49.0	438	51.0			
剛好	336	41.0	483	59.0			
有點便宜	24	24.5	74	75.5			
太過便宜	8	25.8	23	74.2			
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利					6.383	0.012	
是	838	43.2	1101	56.8			
否或無意見	101	35.3	185	64.7			
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度					224.022	0.000	
是	679	56.7	518	43.3			
否或無意見	260	25.3	768	74.7			

依據表4-37，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料中「覺得目前繳交之健保費貴或便宜」(chi-square=51.720，p<0.001)、「是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利」(chi-square=29.673，p<0.001)、「是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度」(chi-square=60.624，p<0.001)等項目與其醫療服務利用中「同意將目前自費項目納入給付，也提高保費」呈顯著相關。

表 4-37 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—同意將目前自費項目納入給付，也提高保費」次數分配表

變項名稱	同意將目前自費項目納入給付，也提高保費					卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見				
	人數	%	人數	%			
總計	664	29.8	1561	70.2			
是否知道健保法 43 條之規定					3.538	0.170	
一直都知道	333	28.2	849	71.8			
已前不知道，現在知道了	277	31.5	603	68.5			
還是不清楚	54	33.1	109	66.9			
是否了解「轉診制度」					0.007	0.996	
一直都知道	547	29.8	1286	70.2			
已前不知道，現在知道了	86	30.0	201	70.0			
還是不清楚	31	29.5	74	70.5			
是否明白差額負擔制度的施行原則					0.212	0.899	
一直都知道	549	30.0	1280	70.0			
已前不知道，現在知道了	74	29.5	177	70.5			
還是不清楚	41	28.3	104	71.7			
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜					51.720	<0.001	
太過貴	36	21.4	132	78.6			
有點貴	218	25.4	641	74.6			
剛好	301	36.8	518	63.2			
有點便宜	45	45.9	53	54.1			
太過便宜	2	6.5	29	93.5			
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利					29.673	<0.001	
是	618	31.9	1321	68.1			
否或無意見	46	16.1	240	83.9			

表 4-37 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—同意將目前自費項目納入給付，也提高保費」次數分配表（續）

變項名稱	同意將目前自費項目納入給付，也提高保費					卡方值	P 值
	支持		不支持或無意見				
	人數	%	人數	%			
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度						60.624	<0.001
是	441	36.8	756	63.2			
否或無意見	223	21.7	805	78.3			

依據表4-38，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料中「是否明白差額負擔制度的施行原則」(chi-square=19.690，p=0.003)、「覺得目前繳交之健保費貴或便宜」(chi-square=29.554，p=0.003)、「是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利」(chi-square=8.633，p=0.035)、「是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度」(chi-square=12.332，p=0.006)等項目與其醫療服務利用中「最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」呈顯著相關。

表 4-38 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」次數分配表

變項名稱	最近一年內常使用差額負擔之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	209	19.3	241	22.2	329	30.4	305	28.1		
是否知道健保法 43 條之規定									10.179	0.117
一直都知道	103	16.9	134	22.0	198	32.5	174	28.6		
已前不知道，現在知道了	85	21.9	82	21.1	108	27.8	113	29.1		
還是不清楚	21	24.1	25	28.7	23	26.4	18	20.7		
是否了解「轉診制度」									3.893	0.691
一直都知道	176	19.3	207	22.7	269	29.5	260	28.5		
已前不知道，現在知道了	22	18.5	23	19.3	45	37.8	29	24.4		
還是不清楚	11	20.8	11	20.8	15	28.3	16	30.2		
是否明白差額負擔制度的施行原則									19.690	0.003
一直都知道	168	17.7	220	23.2	297	31.4	262	27.7		
已前不知道，現在知道了	22	25.0	14	15.9	22	25.0	30	34.1		
還是不清楚	19	38.8	7	14.3	10	20.4	13	26.5		

表 4-38 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—最近一年內常使用差額負擔之醫療院所」次數分配表（續）

變項名稱	最近一年內常使用差額負擔之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜									29.554	0.003
太過貴	27	30.0	11	12.2	20	22.2	32	35.6		
有點貴	73	17.6	99	23.9	142	34.3	100	24.2		
剛好	75	19.1	81	20.7	123	31.4	113	28.8		
有點便宜	15	26.3	14	24.6	15	26.3	13	22.8		
太過便宜	0	0.0	4	28.6	2	14.3	8	57.1		
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利									8.633	0.035
是	183	19.2	202	21.2	302	31.7	266	27.9		
否或無意見	26	19.8	39	29.8	27	20.6	39	29.8		
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度									12.332	0.006
是	114	19.9	109	19.0	196	34.1	155	27.0		
否或無意見	95	18.6	132	25.9	133	26.1	150	29.4		

依據表4-39，進行次數分配分析後發現，研究有效樣本基本資料中與其醫療服務利用中「最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」無呈顯著相關。

表 4-39 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」次數分配表

變項名稱	最近一年內常購買自費醫療之醫療院所								卡方值	P 值
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心			
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
總計	335	35.2	192	20.2	230	24.2	194	20.4		
是否知道健保法 43 條之規定									6.844	0.335
一直都知道	176	34.0	102	19.7	141	27.3	98	19.0		
已前不知道，現在知道了	139	37.4	76	20.4	75	20.2	82	22.0		
還是不清楚	20	32.3	14	22.6	14	22.6	14	22.6		
是否了解「轉診制度」									2.868	0.825
一直都知道	281	35.3	161	20.3	190	23.9	163	20.5		
已前不知道，現在知道了	42	35.6	24	20.3	32	27.1	20	16.9		
還是不清楚	12	31.6	7	18.4	8	21.1	11	28.9		

表 4-39 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費、差額醫療選擇—最近一年內常購買自費醫療之醫療院所」次數分配表（續）

變項名稱	最近一年內常購買自費醫療之醫療院所									
	診所		地區醫院		區域醫院		醫學中心		卡方值	P 值
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
是否明白差額負擔制度的施行原則									30.825	<0.001
一直都知道	287	35.6	165	20.5	181	22.5	173	21.5		
已前不知道，現在知道了	39	45.9	12	14.1	20	23.5	14	16.5		
還是不清楚	9	15.0	15	25.0	29	48.3	7	11.7		
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜									17.432	0.134
太過貴	35	40.2	12	13.8	18	20.7	22	25.3		
有點貴	119	34.5	73	21.2	96	27.8	57	16.5		
剛好	135	36.5	73	19.7	78	21.1	84	22.7		
有點便宜	14	41.2	5	14.7	10	29.4	5	14.7		
太過便宜	7	43.8	1	6.3	2	12.5	6	37.5		
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利									9.818	0.020
是	297	35.2	160	19.0	206	24.4	181	21.4		
否或無意見	38	35.5	32	29.9	24	22.4	13	12.1		
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度									3.576	0.311
是	170	33.0	103	20.0	135	26.2	107	20.8		
否或無意見	165	37.8	89	20.4	95	21.8	87	20.0		

依據表4-40，進行變異數分析後發現，研究有效樣本基本資料中與其醫療服務利用中「最近一次自費經驗的滿意度」無呈顯著相關。

表 4-40 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費經驗滿意度—最近一次自費經驗的滿意度」變異數分析

變項名稱	最近一次自費經驗的滿意度（非常滿意為5分）			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值
總計	3.43	0.875		
是否知道健保法 43 條之規定			4.270	0.014
一直都知道	3.49	0.892		(1) > (3) *
已前不知道，現在知道了	3.38	0.837		
還是不清楚	3.20	0.922		

表 4-40 問卷調查有效樣本之「健保認知」與「自費經驗滿意度—最近一次自費經驗的滿意度」變異數分析（續）

變項名稱	最近一次自費經驗的滿意度（非常滿意為 5 分）			
	平均值	標準差	F 值/t	P 值
是否了解「轉診制度」			3.458	0.032
一直都知道	3.46	0.871		(1) > (2) **
已前不知道，現在知道了	3.24	0.880		
還是不清楚	3.40	0.900		
是否明白差額負擔制度的施行原則			2.890	0.056
一直都知道	3.43	0.889		(1) > (3) *
已前不知道，現在知道了	3.52	0.632		
還是不清楚	3.19	0.981		
您覺得目前繳交之健保費貴或便宜			5.339	0.000
太過貴	3.18	1.186		(1) < (2) *
有點貴	3.42	0.829		(1) < (3) **
剛好	3.52	0.844		(1) < (4) **
有點便宜	3.64	0.543		(1) < (5) **
太過便宜	4.06	0.772		(2) < (5) ** (3) < (5) **
是否同意健保制度之立意在於保障全體國民就醫之權利			0.581	0.562
是	3.43	0.886		
否或無意見	3.39	0.793		
是否同意健保應保障所有疾病，不論嚴重度			0.427	0.670
是	3.44	0.852		
否或無意見	3.41	0.904		

八、有效樣本之邏輯斯迴歸分析

茲將性別、年齡、婚姻狀態、宗教信仰、是否有購買其他保險、家庭人口數、每月繳交之健保費用、是否有慢性病、身體是否有疼痛妨礙日常生活、是否需要靠醫療協助應付日常生活、吸菸頻率、運動習慣、是否會定期健康檢查、是否有使用營養品、身體不舒服是否會立即看醫生、是否會購買成藥、掛號習慣、是否知道健保第43條之規定、是否知道「分級醫療」與「轉診制度」之概念、是否知道差額負擔制度施行原則、覺得目前繳交之健保費便宜或貴、是否同意健保之立意為保障全國人民就醫權利、是否同意健保應保障所有疾病（不論嚴重度）等各變項使用逐步回歸分析。如下4-41至4-48說明：

依據表4-41，以是否有固定就醫之醫療院所為預測結果，最後留下變項有：是否有慢性病、身體是否有疼痛妨礙日常生活、是否需要靠醫療協助應付日常生活、是否有使用營養品、是否知道「分級醫療」與「轉診制度」之概念、是否知道差額負擔制度之施行原則等變項，說明如下呈現：

- (一) 慢性病者有固定就醫之醫療院所的勝算比 (odds ratio) 為1.628，95%信賴區間為1.160~2.286，有達顯著水準。
- (二) 身體無疼痛妨礙日常生活者，有固定就醫之醫療院所的勝算比為0.599，95%信賴區間為0.420~0.854，有達顯著水準。
- (三) 身體越不需要靠醫療協助應付日常生活者，有固定就醫之醫療院所的勝算比為0.762，95%信賴區間為0.614~0.945，有達顯著水準。
- (四) 最近一年沒有使用營養品者，有固定就醫之醫療院所的勝算比為0.734，95%信賴區間為0.572~0.942，有達顯著水準。
- (五) 一直都不了解轉診制度概念者，比一直都知道轉診制度概念者，有固定就醫之醫療院所的勝算比為1.948，95%信賴區間為1.132~3.352，有達顯著水準。

表 4-41 民眾是否有固定就醫之醫療院所之預測因子分析

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
有慢性病/沒有慢性病	0.488	0.173	0.005	1.628	1.160	2.286
身體無疼痛妨礙日常生活/有	-0.513	0.181	0.005	0.599	0.420	0.854
身體越不需要靠醫療協助應付日常生活	-0.272	0.110	0.013	0.762	0.614	0.945
沒有使用營養品/有	-0.309	0.127	0.015	0.734	0.572	0.942
您是否知道健保法中的「分級醫療」與轉診制度概念			0.051			
以前不知道現在了解/一直都知道	-0.031	0.198	0.875	0.969	0.657	1.430
還是不清楚/一直都知道	0.667	0.277	0.016	1.948	1.132	3.352
您是否明白差額負擔制度的施行原則			0.046			
以前不知道現在了解/一直都知道	-0.097	0.225	0.665	0.907	0.584	1.410
還是不清楚/一直都知道	0.488	0.306	0.111	1.629	0.894	2.970
常數	-0.276	0.561	0.623	0.759		

*Nagelkerke R 平方= 0.036

依據表4-42，以固定就醫者選擇就醫之院所層級為預測結果，最後留下變項：有年齡、是否知道「分級醫療」與「轉診制度」之概念等變項，說明如下：年齡越高者，選擇固定就醫醫療院所為區域醫院以上層級之勝算比（odds ratio）為1.218，95%信賴區間為1.103~1.344，有達顯著水準。

表 4-42 民眾固定就醫之醫療院所層級之預測因子分析

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
年齡	0.197	0.050	0.000	1.218	1.103	1.344
您是否知道健保法中的「分級醫療」與轉診制度概念			0.040			
以前不知道現在了解/一直都知道	-0.296	0.181	0.101	0.744	0.522	1.060
還是不清楚/一直都知道	0.548	0.301	0.069	1.730	0.959	3.120
常數	-1.109	0.185	0.000	0.330		

*Nagelkerke R 平方= 0.023

依據表4-43，以是否支持差額負擔制度為預測結果，最後留下變項有：年齡、宗教信仰、每月繳交健保費、運動頻率、是否有使用營養品、是否知道「分級醫療」與「轉診制度」之概念、是否明白差額負擔制度的施行原則、覺得目前繳交之健保費便宜或貴、是否同意健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益、是否同意健保應保障所有疾病（不論嚴重度）等變項，說明如下呈現：

- (一) 年齡越高者支持差額負擔制度之勝算比 (odds ratio) 為0.855，95%信賴區間為0.758~0.965，有達顯著水準。
- (二) 天主教、基督教與無信仰者相比之勝算比為2.146，95%信賴區間為1.375~3.350，有達顯著水準。
- (三) 家庭人口每增加一名，勝算比增加1.750，勝算比95%信賴區間為1.419~2.158，有達顯著水準。
- (四) 每月繳交2000元以上健保費者，與繳交未滿1000元者相比之勝算比為1.024，但未達顯著水準；繳交1000元至未滿2000元健保費者，與繳交未滿1000元者相比之勝算比為0.516，95%信賴區間為0.362~0.735，有達顯著水準。
- (五) 運動頻率越高者支持差額負擔制度之勝算比 (odds ratio) 為0.870，95%信賴區間為0.757~0.999，有達顯著水準。
- (六) 最近一年有使用營養品者，與無使用者相比之勝算比為1.307，95%信賴區間為1.006~1.697，有達顯著水準。
- (七) 以前不知道轉診制度概念但現在了解者，比一直都知道轉診制度概念者，支持差額負擔制度的勝算比為1.611，95%信賴區間為1.122~2.312，有達顯著水準。
- (八) 以前不知道差額負擔制度之施行原則但現在了解者，比一直都知道者，支持差額負擔制度的勝算比為0.170，95%信賴區間為1.108~0.266，有達顯著水準；一直都不清楚差額負擔制度之施行原者，比一直都知道者，支持差額負擔制度的勝算比為0.803，95%信賴區間為0.669~0.965，有達顯著水準。
- (九) 覺得目前繳交之健保費越便宜者，支持差額負擔制度之勝算比為0.803，95%信賴區間為0.669~0.965，有達顯著水準。

(十) 同意健保制度之利益在於保障全體國民之就醫權益者，比不同意者之勝算比為 2.511，95%信賴區間為1.749~3.606，有達顯著水準。

(十一) 同意健保制度應保障所有疾病不論嚴重度者，比不同意者之勝算比為0.653，95%信賴區間為0.496~0.859，有達顯著水準。

表 4-43 是否支持差額負擔制度之預測因子分析

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
年齡	-0.156	0.061	0.011	0.855	0.758	0.965
宗教信仰			0.003			
佛、道教/無信仰	0.153	0.146	0.295	1.166	0.875	1.554
天主教、基督教/無信仰	0.764	0.227	0.001	2.146	1.375	3.350
其他/無信仰	-0.432	0.402	0.283	0.649	0.295	1.429
家庭人口數	0.560	0.107	0.000	1.750	1.419	2.158
每月繳交健保費			0.000			
2000 元以上/未滿 1000 元	0.024	0.149	0.872	1.024	0.765	1.372
1000 至未滿 2000 元/未滿 1000 元	-0.662	0.181	0.000	0.516	0.362	0.735
運動頻率	-0.139	0.071	0.049	0.870	0.757	0.999
有使用營養品/沒有	0.267	0.133	0.045	1.307	1.006	1.697
您是否知道健保法中的「分級醫療」與轉診制度概念			0.034			
以前不知道現在了解/一直都知道	0.477	0.184	0.010	1.611	1.122	2.312
還是不清楚/一直都知道	0.160	0.306	0.601	1.174	0.644	2.138
您是否明白差額負擔制度的施行原則			0.000			
以前不知道現在了解/一直都知道	-1.774	0.228	0.000	0.170	0.108	0.266
還是不清楚/一直都知道	-1.063	0.286	0.000	0.345	0.197	0.604
覺得目前繳交之健保費便宜或貴(便宜/貴)	-0.219	0.093	0.019	0.803	0.669	0.965
同意健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益/不同意	0.921	0.185	0.000	2.511	1.749	3.606
同意健保應保障所有疾病(不論嚴重度)/不同意	-0.427	0.140	0.002	0.653	0.496	0.859
常數	-0.583	0.543	0.283	0.558		

*Nagelkerke R 平方= 0.199

依據表4-44，以是否支持增加健保給付項目，且提高健保費為預測結果，最後留下變項有：性別、婚姻狀態、是否有慢性病、運動習慣、身體不舒服是否會立即看醫生、掛號習慣、覺得目前繳交之健保費便宜或貴、是否同意健保之立意為保障全國人民就醫權利等變項，說明如下呈現：

- (一) 女性支持給付項目增加並提高保費之勝算比 (odds ratio) 為0.790，95%信賴區間為0.627~0.994，有達顯著水準。
- (二) 婚姻狀況為離婚或喪偶者比未婚者之勝算比為0.525，95%信賴區間為0.313~0.879，有達顯著水準。
- (三) 有慢性病者支持給付項目增加並提高保費，比無慢性病者之勝算比為1.310，95%信賴區間為1.003~1.712，有達顯著水準。
- (四) 運動頻率越高者之勝算比為0.870，95%信賴區間為0.774~0.977，有達顯著水準。
- (五) 身體不舒服時越不會去看醫生者，比會去看醫生者之勝算比為1.305，95%信賴區間為1.016~1.675，有達顯著水準。
- (六) 掛號習慣為先掛常見之門診者，比先搜尋就醫掛號資訊者之勝算比為1.624，95%信賴區間為1.126~2.342，有達顯著水準。
- (七) 覺得目前繳交之健保費越便宜者，支持之勝算比為0.455，95%信賴區間為0.388~0.533，有達顯著水準。
- (八) 同意健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益者，比不同意者之勝算比為2.888，95%信賴區間為1.838~4.537，有達顯著水準。

表 4-44 是否支持給付項目增加，可提高保費之預測因子分析

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
性別	-0.236	0.117	0.044	0.790	0.627	0.994
婚姻狀況			0.012			
已婚/未婚	0.092	0.128	0.470	1.097	0.854	1.409
其他/未婚	-0.645	0.263	0.014	0.525	0.313	0.879

表 4-44 是否支持給付項目增加，可提高保費之預測因子分析（續）

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
有慢性病/沒有慢性病	0.270	0.136	0.047	1.310	1.003	1.712
運動頻率	-0.140	0.059	0.019	0.870	0.774	0.977
身體不舒服是否會立即看醫生(不會/不一定/會)	0.266	0.128	0.037	1.305	1.016	1.675
掛號習慣			0.021			
至醫院詢問後明確掛需要之科別/先搜尋掛號資訊	0.022	0.131	0.867	1.022	0.790	1.322
先掛常見之門診/先搜尋掛號資訊	0.485	0.187	0.009	1.624	1.126	2.342
其他/先搜尋掛號資訊	-0.813	0.537	0.130	0.443	0.155	1.271
覺得目前繳交之健保費便宜或貴(便宜/貴)	-0.789	0.081	0.000	0.455	0.388	0.533
同意健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益/不同意	1.060	0.230	0.000	2.888	1.838	4.537
常數	2.476	0.389	0.000	11.889		

*Nagelkerke R 平方=0.155

表4-45，以反向的，是否支持減少給付項目，並降低保費為預測結果，最後留下變項有：家庭人口數、運動習慣、是否同意健保之立意為保障全國人民就醫權利、是否同意健保應保障所有疾病（不論嚴重度）等變項，說明如下呈現：

- （一）家庭人口數越多，支持給付項目減少，並降低保費之勝算比（odds ratio）為 0.856，95%信賴區間為0.751~0.977，有達顯著水準。
- （二）運動頻率越高者之勝算比為1.155，95%信賴區間為1.041~1.283，有達顯著水準。
- （三）同意健保制度之利益在於保障全體國民之就醫權益者，比不同意者之勝算比為 0.403，95%信賴區間為0.273~0.594，有達顯著水準。
- （四）同意健保制度應保障所有疾病不論嚴重度者，比不同意者之勝算比為1.330，95%信賴區間為1.075~1.646，有達顯著水準。

表 4-45 是否支持給付項目減少，並降低保費之預測因子分析

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
家庭人口數	-0.155	0.067	0.021	0.856	0.751	0.977
運動頻率	0.144	0.053	0.007	1.155	1.041	1.283
同意健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益/不同意	-0.909	0.198	0.000	0.403	0.273	0.594
同意健保應保障所有疾病（不論嚴重度）/不同意	0.285	0.109	0.009	1.330	1.075	1.646
常數	-0.612	0.278	0.028	0.542		

*Nagelkerke R 平方=0.035

依據表4-46，以是否同意將現行原自費項目納入健保給付為預測結果，最後留下變項有：婚姻狀態、宗教信仰、是否有慢性病、是否需要靠醫療協助應付日常生活、吸菸頻率、是否會定期健康檢查、掛號習慣、是否知道差額負擔制度之施行原則、覺得目前繳交之健保費便宜或貴、是否同意健保應保障所有疾病（不論嚴重度）等變項，說明如下呈現：

- （一）已婚者同意現行原自費項目納入給付項目，與未婚者之勝算比（odds ratio）為0.695，95%信賴區間為0.552~0.875，有達顯著水準。
- （二）佛、道教與無信仰者相比之勝算比為1.285，95%信賴區間為1.021~1.617，有達顯著水準；天主教、基督教與無信仰者相比之勝算比為1.580，95%信賴區間為1.068~2.337，有達顯著水準。
- （三）有慢性病者比無慢性病者之勝算比為0.523，95%信賴區間為0.397~0.687，有達顯著水準。
- （四）身體越不需要靠醫療協助應付日常生活者，比需要者的勝算比為0.757，95%信賴區間為0.635~0.902，有達顯著水準。
- （五）有定期健康檢查習慣者之勝算比為1.278，95%信賴區間為1.029~1.588，有達顯著水準。
- （六）掛號習慣為至醫院詢問欲掛號之科別者，比先搜尋就醫掛號資訊者之勝算比為1.371，95%信賴區間為1.079~1.741，有達顯著水準。
- （七）以前不知道差額負擔制度之施行原則但現在了解者，比一直都知道者，支持將

原自費項目納入給付的勝算比為1.687，95%信賴區間為1.176~2.420，有達顯著水準。

(八) 覺得目前繳交之健保費越便宜者，將原自費項目納入給付的勝算比為0.815，95%信賴區間為0.707~0.941，有達顯著水準。

(九) 同意健保制度應保障所有疾病不論嚴重度者，比不同意者之勝算比為0.312，95%信賴區間為0.251~0.387，有達顯著水準。

表 4-46 是否同意現行原自費項目納入給付項目之預測因子分析

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
婚姻狀況			0.001			
已婚/未婚	-0.364	0.118	0.002	0.695	0.552	0.875
其他/未婚	0.195	0.251	0.437	1.215	0.743	1.987
宗教信仰			0.051			
佛、道教/無信仰	0.251	0.117	0.033	1.285	1.021	1.617
天主教、基督教/無信仰	0.457	0.200	0.022	1.580	1.068	2.337
其他/無信仰	-0.030	0.285	0.917	0.971	0.555	1.698
有慢性病/沒有慢性病	-0.649	0.140	0.000	0.523	0.397	0.687
是否需要靠醫療協助應付日常生活(不需要/需要)	-0.279	0.090	0.002	0.757	0.635	0.902
有定期健康檢查的習慣	0.246	0.111	0.027	1.278	1.029	1.588
掛號習慣			0.008			
至醫院詢問後明確掛需要之科別/先搜尋掛號資訊	0.315	0.122	0.010	1.371	1.079	1.741
先掛常見之門診/先搜尋掛號資訊	-0.053	0.157	0.734	0.948	0.698	1.289
其他/先搜尋掛號資訊	-1.241	0.674	0.066	0.289	0.077	1.084
您是否明白差額負擔制度的施行原則			0.018			
以前不知道現在了解/一直都知道	0.523	0.184	0.005	1.687	1.176	2.420
還是不清楚/一直都知道	0.083	0.217	0.701	1.087	0.710	1.665
覺得目前繳交之健保費便宜或貴(便宜/貴)	-0.204	0.073	0.005	0.815	0.707	0.941
同意健保應保障所有疾病(不論嚴重度)/不同意	-1.165	0.110	0.000	0.312	0.251	0.387
常數	1.972	0.486	0.000	7.186		

*Nagelkerke R 平方=0.158

依據表4-47，以是否願意將原自費項目納入給付，並提高保費為預測結果，最後留下變項有：覺得目前繳交之健保費便宜或貴、是否同意健保之立意為保障全國人民就醫權利、是否同意健保應保障所有疾病（不論嚴重度）等變項，說明如下呈現：

- (一) 覺得目前繳交之健保費越便宜者，願意現行原自費項目納入給付項目並提高保費與覺得貴之勝算比（odds ratio）為1.445，95%信賴區間為1.253~1.666，有達顯著水準。
- (二) 同意健保制度之利益在於保障全體國民之就醫權益者，比不同意者之勝算比為0.656，95%信賴區間為0.448~0.959，有達顯著水準。
- (三) 同意健保制度應保障所有疾病不論嚴重度者，比不同意者之勝算比為0.462，95%信賴區間為0.367~0.581，有達顯著水準。

表 4-47 是否願意現行原自費項目納入給付項目並提高保費之預測因子分析

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
覺得目前繳交之健保費便宜或貴(便宜/貴)	0.368	0.073	0.000	1.445	1.253	1.666
同意健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益/不同意	-0.422	0.194	0.030	0.656	0.448	0.959
同意健保應保障所有疾病(不論嚴重度)/不同意	-0.773	0.117	0.000	0.462	0.367	0.581
常數	-1.389	0.189	0.000	0.249		

*Nagelkerke R 平方=0.062

依據表4-48，以該次自費經驗之滿意度為預測結果（以二分法，滿意與非常滿意為一組，普通、不滿意、非常不滿意為一組），最後留下變項有：婚姻狀態、是否有購買其他保險、每月繳交之健保費用、是否需要靠醫療協助應付日常生活、吸菸頻率、是否有使用營養品、是否知道健保第43條之規定、是否知道「分級醫療」與「轉診制度」之概念、覺得目前繳交之健保費便宜或貴、是否同意健保應保障所有疾病（不論嚴重度）等變項，說明如下呈現：

- (一) 離婚或喪偶者自費滿意度，與未婚者之勝算比（odds ratio）為2.117，95%信賴區間為1.046~4.286，有達顯著水準。
- (二) 沒有購買其他保險者，與有購買其他保險者之勝算比為2.904，95%信賴區間為

- 1.391~6.066，有達顯著水準。
- (三) 每月繳交2000元以上健保費，比未滿1000元之勝算比為1.942，95%信賴區間為1.325~2.846，有達顯著水準。
- (四) 身體越不需要靠醫療協助應付日常生活者，自費滿意度的勝算比為1.503，95%信賴區間為1.199~1.883，有達顯著水準。
- (五) 越不吸菸者，自費滿意度的勝算比為0.848，95%信賴區間為0.750~0.959，有達顯著水準。
- (六) 最近一年沒有使用營養品者，比有使用者的勝算比為0.599，95%信賴區間為0.441~0.812，有達顯著水準。
- (七) 一直都不清楚健保法第43條規定者，比一直都知道者的勝算比為0.349，95%信賴區間為0.157~0.779，有達顯著水準。
- (八) 以前不知道轉診制度概念但現在了解者，比一直都知道轉診制度概念者，滿意度的勝算比為0.568，95%信賴區間為0.348~0.927，有達顯著水準；一直都不清楚轉診制度概念者，比一直都知道者之勝算比為2.789，95%信賴區間為1.038~7.491，有達顯著水準。
- (九) 覺得目前繳交之健保費越便宜者，自費滿意度之勝算比為1.533，95%信賴區間為1.254~1.873，有達顯著水準。
- (十) 同意健保制度應保障所有疾病不論嚴重度者，比不同意者之勝算比為0.587，95%信賴區間為0.428~0.805，有達顯著水準。

表 4-48、使用自費之滿意度（滿意/不滿意或無意見）之預測因子分析

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
婚姻狀況			0.013			
已婚/未婚	-0.216	0.190	0.255	0.806	0.556	1.169
其他/未婚	0.750	0.360	0.037	2.117	1.046	4.286
是否有購買其他保險			0.018			
不清楚/有	0.042	0.558	0.940	1.043	0.349	3.116
沒有/有	1.066	0.376	0.005	2.904	1.391	6.066

表 4-48、使用自費之滿意度（滿意/不滿意或無意見）之預測因子分析（續）

	B	S.E.	P 值	Exp (B)	EXP (B) 的 95.0% 信賴區間	
					下界	上界
每月繳交之健保費用			0.000			
1000 元至未滿 2000 元/未滿 1000 元	0.023	0.193	0.907	1.023	0.701	1.493
2000 元以上/未滿 1000 元	0.664	0.195	0.001	1.942	1.325	2.846
是否需要靠醫療協助應付日常生活（不需要/需要）	0.407	0.115	0.000	1.503	1.199	1.883
吸煙習慣（無/多）	-0.165	0.063	0.009	0.848	0.750	0.959
沒有使用營養品/有	-0.513	0.156	0.001	0.599	0.441	0.812
是否知道健保第 43 條之規定			0.035			
以前不知道現在了解/一直都知道	-0.139	0.170	0.414	0.870	0.623	1.215
還是不清楚/一直都知道	-1.052	0.409	0.010	0.349	0.157	0.779
是否知道「分級醫療」與「轉診制度」之概念			0.006			
以前不知道現在了解/一直都知道	-0.566	0.250	0.024	0.568	0.348	0.927
還是不清楚/一直都知道	1.026	0.504	0.042	2.789	1.038	7.491
覺得目前繳交之健保費便宜或貴（便宜/貴）	0.427	0.102	0.000	1.533	1.254	1.873
同意健保應保障所有疾病（不論嚴重度）/不同意	-0.533	0.161	0.001	0.587	0.428	0.805
常數	-1.581	0.683	0.021	0.206		

*Nagelkerke R 平方=0.141

4.2、國家衛生研究院2010年承保抽樣歸人檔分析結果

4.2.1、描述性統計

茲將百萬人抽樣檔民眾特質（性別、年齡、單位屬性、投保金額）之描述性統計，詳列於表4-49。依據表4-49，本研究共計使用4項民眾特質變項，分別為：性別、年齡、單位屬性、投保金額等。茲將詳細之民眾特質變項描述如下：

- （一）性別：其資料庫中性別比例近乎各半，但女性稍多（共506,623人，占51.0%）；男性稍少（共486,709人，占49.0%）。
- （二）年齡：其資料庫中18-64歲者居多（共695,558人，占70.02%），而65歲以上共695,558人（占11.69%）。
- （三）單位屬性：若以六類別保險人而論，其資料庫中第一類保險人居多（共335,155，占51.87%）、第二類保險人次之（共110,946人，17.17%）；而其他亦有眷屬347,200人。
- （四）投保金額（第一至第三類被保險人）：其資料庫中年度多集中於20000至45800元（共355,204人，占67.61%）。

表 4-49 百萬人抽樣檔民眾特質／基本資料分析

變項名稱	人數	%
合計	993,332	100
性別		
女	506,623	51.00
男	486,709	49.00
年齡		
小於 12 歲	103,156	10.38
12 至 17 歲	78,477	7.90
18 至 64 歲	695,558	70.02
65 歲以上	116,141	11.69

表 4-49 百萬人抽樣檔民眾特質／基本資料分析（續）

變項名稱	人數	%
眷屬（不分投保類別）	347,200	100
第一類被保險人	335,155	51.87
第二類被保險人	110,946	17.17
第三類被保險人	79,272	12.27
第五類被保險人	13,466	2.08
第六類被保險人	107,293	16.61
年度投保金額（第一至第三類被保險人）		
<20000	86,164	16.40
20000~45800	355,204	67.61
45800 以上	84,005	15.99

4.2.2、推論性統計

一、每人年度門診平均看診次數、每次門診部分負擔總費用

茲將百萬人抽樣檔每人年度門診平均看診次數、每次門診部分負擔總費用之描述性統計及與民眾特質之推論性分析，詳列於表4-50。

依據表4-50，其資料庫中每人年度門診平均看診次數為17.07次，而進行T檢定與單因子變異分析發現，「性別」與「年齡」與門診平均看診次數呈顯著相關。依此再進行Scheffe's檢定得知，每人年度門診平均看診次數女性（18.33次）高於男性（15.69次），65歲以上之長者（31.28次）高於其他年齡層。

而其資料庫中每人年度每次門診部分負擔總費用為1242.70元，而進行T檢定與單因子變異分析發現，「性別」與「年齡」與每次門診部分負擔總費用呈顯著相關。依此再進行Scheffe's檢定得知，每人年度每次門診部分負擔總費用女性（1349.60元）高於男性（1126.30元），65歲以上之長者（2445.30元）高於其他年齡層。

表 4-50 百萬人抽樣檔—每人年度門診平均看診次數、每次門診部分負擔總費用

變項名稱			每人年度門診平均看診次數			每人年度每次門診部分負擔總費用		
	人數	%	mean	SD	P value/ Scheffe' s Test	mean	SD	P value/ Scheffe's Test
合計	916,998	100	17.07	16.43		1242.70	1651.80	
性別					<0.001			<0.001
女	478,200	52.15	18.33	16.52		1349.60	1705.70	
男	438,798	47.85	15.69	16.21		1126.30	1582.80	
年齡					<0.001			<0.001
小於 12 歲	101,752	11.10	19.54	14.07	1>2, 3	954.95	1102.20	1>2
12 至 17 歲	74,575	8.13	9.91	8.40		627.61	729.30	
18 至 64 歲	632,789	69.01	15.09	14.68	3>2	1156.50	1476.10	3>1,2
65 歲以上	107,882	11.76	31.28	22.98	4>1, 2,3	2445.30	2658.60	4>1,2,3

二、每人年度急診平均看診次數、每次急診部分負擔總費用

茲將百萬人抽樣檔每人年度急診平均看診次數、每次急診部分負擔總費用之描述性統計及與民眾特質之推論性分析，詳列於表4-51。

依據表4-51，其資料庫中每人年度急診平均看診次數為1.59次，而進行T檢定與單因子變異分析發現，「性別」與「年齡」與急診平均看診次數呈顯著相關。依此再進行Scheffe's檢定得知，每人年度急診平均看診次數男性（1.60次）高於女性（1.57次），65歲以上之長者（1.98次）高於其他年齡層。

而其資料庫中每人年度每次急診部分負擔總費用為396.82元，而進行T檢定與單因子變異分析發現，「性別」與「年齡」與每次急診部分負擔總費用呈顯著相關。依此再進行Scheffe's檢定得知，每人年度每次急診部分負擔總費用女性（407.20元）高於男性（386.70元），65歲以上之長者（436.89元）高於其他年齡層。

表 4-51 百萬人抽樣檔—每人年度急診平均看診次數、每次急診部分負擔總費用

變項名稱			急診平均看診次數			每次急診部分負擔總費用		
	人數	%	mean	SD	P value/ Scheffe' s Test	mean	SD	P value/ Scheffe' s Test
合計	179,082	100	1.59	1.97		396.82	408.93	
性別					<0.001			<0.001
女	88,652	49.50	1.57	2.13		407.20	410.70	
男	90,430	50.50	1.60	1.80		386.70	407.00	
年齡					<0.001			<0.001
小於 12 歲	27,718	15.48	1.64	1.33	1>2, 3	337.24	403.17	
12 至 17 歲	10,692	5.97	1.30	0.79		347.60	255.68	2>1
18 至 64 歲	110,039	61.45	1.49	2.16	3>2	405.46	382.53	3>1,2
65 歲以上	30,633	17.11	1.96	1.98	4>1, 2,3	436.89	525.49	4>1,2,3

三、每人年度平均住院天數、每次住院部分負擔總費用

茲將百萬人抽樣檔每人年度一平均住院天數、每次住院部分負擔總費用之描述性統計及與民眾特質之推論性分析，詳列於表4-52。

依據表4-52，其資料庫中每人年度平均住院天數為1.59次，而進行T檢定與單因子變異分析發現，「性別」與「年齡」與平均住院天數呈顯著相關。依此再進行Scheffe's檢定得知，每人年度平均住院天數男性（13天）高於女性（10天），65歲以上之長者（13.05天）高於其他年齡層。

而其資料庫中每人年度每次住院部分負擔總費用為2514.95元，而進行T檢定與單因子變異分析發現，「性別」與「年齡」與每次住院部分負擔總費用呈顯著相關。依此再進行Scheffe's檢定得知，每人年度每次每次住院部分負擔總費用男性（2662.00元）高於女性（2369.40元），65歲以上之長者（3438.95元）高於其他年齡層。

表 4-52 百萬人抽樣檔一平均住院天數、每次住院部分負擔總費用

變項名稱			平均住院天數			每次住院部分負擔總費用		
	人次	%	mean	SD	P value/ Scheffe' s Test	mean	SD	P value/ Scheffe' s Test
合計	122,689	100	11.00	36.50		2514.95	6513.43	
性別					<0.001			<0.001
女	61,662	50.26	10.00	32.10		2369.40	5595.40	
男	61,027	49.74	13.00	40.40		2662.00	7322.20	
年齡					<0.001			<0.001
小於 12 歲	11,255	9.17	4.69	9.59		755.40	1289.58	
12 至 17 歲	2,140	1.74	6.13	16.53		2143.25	6700.33	2>1
18 至 64 歲	67,360	54.90	11.84	42.07	3>1,2	2245.52	5106.67	3>1
65 歲以上	41,934	34.18	13.05	31.48	4>1,2,3	3438.95	8814.29	4>1,2,3

4.2.3、差額負擔之相關統計

茲將百萬人抽樣檔中差額負擔進行總體及各類別統計分析，以呈現其支付及耗用情形，詳如下表4-53至SS所示。

一、差額負擔總論

依據表4-53，百萬人抽樣檔中差額負擔總耗用總金額為27,417,800元，而據此推估年度支付金額約630,483,176元。另以其項目支付次數最多者排列，其依序為特殊功能人工水晶體、塗藥或特殊塗層血管支架、陶瓷人工髖關節、新增功能類別人工心律調節器、義肢與金屬對金屬介面人工髖關節（並列）。然依差額負擔項目個別總耗用總金額而論，其依序則為塗藥或特殊塗層血管支架、新增功能類別人工心律調節器、特殊功能人工水晶體、陶瓷人工髖關節、金屬對金屬介面人工髖關節、義肢。

另，依據表4-54，百萬人抽樣檔中差額負擔項目耗用金額，由各醫療層級進行排序，最高者為醫學中心，再者依序為區域醫院、診所，最末者為地區醫院。

表 4-53 百萬人抽樣檔—差額負擔項目之支付次數、耗用金額統計

差額負擔項目	支付次數 (A)	總耗用總金額 (B)	平均耗用金額 (mean)	SD	推估年度支付金額 (B*23)
義肢	54	2,026,800	37533.3	11501.0	46,616,400
新增功能類別人工心律調節器	70	7,175,000	102500.0	0.0	165,025,000
塗藥或特殊塗層血管支架	522	8,504,946	16293.0	0.0	195,613,758
陶瓷人工髖關節	82	2,842,962	34670.3	16433.6	65,388,126
特殊功能人工水晶體	1659	4,552,296	2744.0	0.0	104,576,584
金屬對金屬介面人工髖關節	54	2,315,796	42885.1	1915.2	53,263,308
合計	2,441	27,417,800			630,483,176

註：健保給付金額如下：

1. 義肢：依裝置部位 4800 元至 68000 元
2. 新增功能類別人工心律調節器：102500 元
3. 塗藥或特殊塗層血管支架：16293 元
4. 陶瓷人工髖關節：依類別由 8493 至 55313 元
5. 特殊功能人工水晶體：2744 元
6. 金屬對金屬介面人工髖關節：依類別 42513 元，8493 元

表 4-54 百萬人抽樣檔—差額負擔項目耗用金額之醫療院所層級分析

差額負擔項目	診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
1.塗藥或特殊塗層血管支架	0	65172	2949033	5490741
2.新增功能類別人工心律調節器	0	0	1947500	5227500
3.特殊功能人工水晶體	2636984	200312	677768	1037232
4.陶瓷人工髖關節	0	373759	724914	1744289
5.金屬對金屬介面人工髖關節	0	530250	977799	807747
6.義肢	0	396800	1313000	317000
合計	\$2,636,984	\$1,566,293	\$8,590,014	\$14,624,509
推估年度支付金額 (*23)	\$60,650,632	\$36,024,739	\$197,570,322	\$336,363,707

二、差額負擔項目—義肢支付情形分析

依據表4-55，百萬人抽樣檔差額負擔項目（義肢）支付情形分析耗用總金額為2,026,800元，而據此平均耗用金額為37533.33元。由耗用總金額性別比男性金額1,135,000元高於女性金額891,800元。而年齡層分布，則以18至64歲為最多、依序為65歲以上、小於12歲，最末者為12至17歲。另以評鑑等級項目，由各醫療層級進行排序，其依序為區域醫院1,313,000元、地區醫院396,800元、醫學中心317,000元、最末者為基層診所0元。然依差額負擔項目權屬總耗用總金額而論，私立機構1,872,800元多於公立機構154,000元。

另以其項目支付次數總數為（54次，100%），其中男性（共29次，占53.7%）多於女性（25次，占46.3%），另以年齡層排列，最多者分布為18至64歲（共38次，占70.37%），再者依序為65歲以上（共13次，占24.07%）、小於12歲（共3次，占5.56%），最末者為12歲至17歲（0次，0%）。另以評鑑項目，由各醫療層級進行排序，最高者為區域醫院（共35次，占64.81%），再者依序為地區醫院（共11次，占20.37%）、醫學中心（共8次，占14.81%），最末者為基層診所（0次，0%）。然依差額負擔項目權屬支付次數而論，其私立機構（共49次，占90.74%）多於公立機構（共5次，占9.26%）。

表 4-55 百萬人抽樣檔—差額負擔項目（義肢）支付情形分析

	支付次數	%	耗用總金額	平均耗用金額 (mean)	SD	P value
總計	54	100	2,026,800	37533.33	11501.0	
病患特質						
性別						0.2736
女	25	46.3	891,800	35672.00	9389.2	
男	29	53.7	1,135,000	39137.90	13002.0	
年齡						
小於 12 歲	3	5.56	141,000	47000.00	16093.0	0.1802
12 至 17 歲	0	0	0	0	-	
18 至 64 歲	38	70.37	1,445,800	38047.37	11849.0	
65 歲以上	13	24.07	440,000	33846.15	8375.0	
醫院特質						
評鑑等級						0.8077
醫學中心	8	14.81	317,000	39625.00	11363.0	
區域醫院	35	64.81	1,313,000	37514.29	10291.0	
地區醫院	11	20.37	396,800	36072.73	15644.0	
基層診所	0	0	0	0	-	
權屬						0.1716
公立機構	5	9.26	154,000	30800.00	12194.0	
私立機構	49	90.74	1,872,800	38220.41	11334.0	

註：以門診就醫資料分析

三、差額負擔項目-新增功能類別人工心律調節器支付情形分析

依據表4-56，百萬人抽樣檔差額負擔項目（新增功能類別人工心律調節器）支付情形分析耗用總金額為7,175,000元，而據此平均耗用金額為102,500元。由耗用總金額性別比男性金額3,792,500元高於女性金額3,382,500元。而年齡層分布，則以65歲以上為最多、其次為18至64歲以上，最末者為小於12歲及12至17歲（並列）。另以評鑑等級項目，由各醫療層級進行排序，其依序為醫學中心5,227,500元、區域醫院1,947,500元、最末者為地區醫院及基層診所0元（並列）。然依差額負擔項目權屬總耗用總金額而論，私立機構4,920,000元多於公立機構2,255,000元。

另以其項目支付次數總數為（共70次，100%），其中男性（共37次，占52.86%）

多於女性（共33次，占47.14%），另以年齡層排列，最多者分布為65歲以上（共54次，占77.14%），其次為18至64歲（共16次，占22.86%），最末者為小於12歲及12歲至17歲（0次，0%）（並列）。另以評鑑項目，由各醫療層級進行排序，最高者為醫學中心（共51次，占72.86%），再者為區域醫院（共19次，置占27.14%），最末者為地區醫院及基層診所（0次，0%）（並列）。然依差額負擔項目權屬支付次數而論，其私立機構（共48次，占68.57%）多於公立機構（共22次，占31.43%）。

表 4-56 百萬人抽樣檔—差額負擔項目（新增功能類別人工心律調節器）支付情形分析

	支付次數	%	耗用總金額	平均耗用金額 (mean)	SD	P value
總計	70	100	7,175,000	102,500	0	
病患特質						
性別						-
女	33	47.14	3,382,500	102,500	0	
男	37	52.86	3,792,500	102,500	0	
年齡						-
小於 12 歲	0	0	0	0	-	
12 至 17 歲	0	0	0	0	-	
18 至 64 歲	16	22.86	1,640,000	102,500	0	
65 歲以上	54	77.14	5,535,000	102,500	0	
醫院特質						
評鑑等級						-
醫學中心	51	72.86	5,227,500	102,500	0	
區域醫院	19	27.14	1,947,500	102,500	0	
地區醫院	0	0	0	0	-	
基層診所	0	0	0	0	-	
權屬						-
公立機構	22	31.43	2,255,000	102,500	0	
私立機構	48	68.57	4,920,000	102,500	0	

註：以住院就醫資料分析

四、差額負擔項目－塗藥或特殊塗層血管支架支付情形分析

依據表4-57，百萬人抽樣檔差額負擔項目（塗藥或特殊塗層血管支架）支付情形分析耗用總金額為8,504,946元，而據此平均耗用金額為16,293元。由耗用總金額性別比男性金額6,614,958元高於女性金額1,889,988元。而年齡層分布，則以18至64歲以上為最多、其次為65歲以上，最末者為小於12歲及12至17歲（並列）。另以評鑑等級項目，由各醫療層級進行排序，其依序為醫學中心5,490,741元、區域醫院2,949,033元、地區醫院65,172元，最末者為及基層診所0元。然依差額負擔項目權屬總耗用總金額而論，私立機構5,832,894元多於公立機構2,672,052元。

另以其項目支付次數總數為（共522次，100%），其中男性（共406次，占77.78%）多於女性（共116次，占22.22%），另以年齡層排列，最多者分布為18至64歲（共265次，占50.77%），再者為65歲以上（共257次，占49.23%），最末者為小於12歲及12歲至17歲（0次，0%）（並列）。另以評鑑項目，由各醫療層級進行排序，最高者為醫學中心（共337次，占64.56%），再者依序為區域醫院（共181次，占34.67%）、地區醫院（共4次，占0.77%），最末者為基層診所（0次，0%）。然依差額負擔項目權屬支付次數而論，其私立機構（共358次，占68.58%）多於公立機構（共164次，占31.42%）。

表 4-57 百萬人抽樣檔－差額負擔項目（塗藥或特殊塗層血管支架）支付情形分析

	支付次數	%	耗用總金額	平均耗用金額 (mean)	SD	P value
總計	522	100	8,504,946	16,293	0	
病患特質						
性別						-
女	116	22.22	1,889,988	16,293	0	
男	406	77.78	6,614,958	16,293	0	
年齡						-
小於 12 歲	0	0	0	0	-	
12 至 17 歲	0	0	0	0	-	
18 至 64 歲	265	50.77	4,317,645	16,293	0	
65 歲以上	257	49.23	4,187,301	16,293	0	

表 4-57 百萬人抽樣檔－差額負擔項目（塗藥或特殊塗層血管支架）支付情形分析（續）

	支付次數	%	耗用總金額	平均耗用金額 (mean)	SD	P value
醫院特質						
評鑑等級						-
醫學中心	337	64.56	5,490,741	16,293	0	
區域醫院	181	34.67	2,949,033	16,293	0	
地區醫院	4	0.77	65,172	16,293	0	
基層診所	0	0	0	0	-	
權屬						-
公立機構	164	31.42	2,672,052	16,293	0	
私立機構	358	68.58	5,832,894	16,293	0	

註：以門診+住院就醫資料分析

五、差額負擔項目－陶瓷人工髖關節支付情形分析

依據表4-58，百萬人抽樣檔差額負擔項目（陶瓷人工髖關節）支付情形分析耗用總金額為2,842,962元，而據此平均耗用金額為34670.27元。由耗用總金額性別比男性金額1,598,299元高於女性金額1,244,663元。而年齡層分布，則以18至64歲以上為最多、其次為65歲以上，最末者為小於12歲及12至17歲（並列）。另以評鑑等級項目，由各醫療層級進行排序，其依序為醫學中心1,744,289元、區域醫院724,914元、地區醫院373,759元，最末者為基層診所0元。然依差額負擔項目權屬總耗用總金額而論，私立機構1,668,290元多於公立機構1,174,672元。

另以其項目支付次數總數為（共82次，100%），其中男性（共42次，占51.22%）多於女性（共40次，占48.78%），另以年齡層排列，最多者分布為18至64歲（共54次，占65.85%），其次為65歲以上（共28次，占34.15%），最末者為小於12歲及12歲至17歲（0次，0%）（並列）。另以評鑑項目，由各醫療層級進行排序，最高者為醫學中心（共48次，占58.54%），再者依序為區域醫院（共25次，占30.49%）、地區醫院（共9次，占10.98%），最末者為基層診所（0次，0%）。然依差額負擔項目權屬支付次數而論，其私立機構（共51次，占62.20%）多於公立機構（共31次，占37.80%）。

表 4-58 百萬人抽樣檔－差額負擔項目（陶瓷人工髖關節）支付情形分析

	支付次數	%	耗用總金額	平均耗用金額 (mean)	SD	P value
總計	82	100	2,842,962	34670.27	16434	
病患特質						
性別						0.0555
女	40	48.78	1,244,663	31116.58	18468	
男	42	51.22	1,598,299	38054.74	13604	
年齡						0.8532
小於 12 歲	0	0	0	0	-	
12 至 17 歲	0	0	0	0	-	
18 至 64 歲	54	65.85	1,885,370	34914.26	17654	
65 歲以上	28	34.15	957,592	34199.71	14073	
醫院特質						
評鑑等級						0.0789
醫學中心	48	58.54	1,744,289	36339.35	15266	
區域醫院	25	30.49	724,914	28996.56	17072	
地區醫院	9	10.98	373,759	41528.78	17907	
基層診所	0	0				
權屬						0.1232
公立機構	31	37.80	1,174,672	37892.65	11446	
私立機構	51	62.20	1,668,290	32711.57	18669	

註：以住院就醫資料分析

六、差額負擔項目-特殊功能人工水晶體支付情形分析

依據表4-59，百萬人抽樣檔差額負擔項目（特殊功能人工水晶體）支付情形分析耗用總金額為4,552,296元，而據此平均耗用金額為2,744元。由耗用總金額性別比女性金額2,724,792元高於男性金額1,827,504元。而年齡層分布，則以65歲以上為最多、再者依序為18至64歲以上、12至17歲，最末者為小於12歲。另以評鑑等級項目，由各醫療層級進行排序，其依序為基層診所2,636,984元、醫學中心1,037,232元、區域醫院677,768元，最末者為地區醫院200,312元。然依差額負擔項目權屬總耗用總金額而論，私立機構共4,014,472元多於公立機構共537,824元。

另以其項目支付次數總數為（共1,659次，100%），其中女性（共993次，占59.86%）多於男性（共666次，占40.14%），另以年齡層排列，最多者分布為65歲以上（共1016次，占61.24%），再者依序為18至64歲（共642次，占38.70%）、12至17歲（共1次，占0.06%），最末者為小於12歲（0次，0%）。另以評鑑項目，由各醫療層級進行排序，最高者為基層診所（961次，占57.93%），再者為醫學中心（共378次，占22.78%）區域醫院（共247次，占14.89%），最末者為地區醫院（共73次，占4.40%）。然依差額負擔項目權屬支付次數而論，其私立機構（共1,463次，占88.19%）多於公立機構（共196次，占11.81%）。

表 4-59 百萬人抽樣檔—差額負擔項目（特殊功能人工水晶體）支付情形分析

	支付次數	%	耗用總金額	平均耗用金額 (mean)	SD	P value
總計	1,659	100	4,552,296	2744		
病患特質						
性別						-
女	993	59.86	2,724,792	2744	0	
男	666	40.14	1,827,504	2744	0	

表 4-59 百萬人抽樣檔－差額負擔項目（特殊功能人工水晶體）支付情形分析（續）

	支付次數	%	耗用總金額	平均耗用金額 (mean)	SD	P value
年齡						-
小於 12 歲	0	0	0	0	-	
12 至 17 歲	1	0.06	2,744	2744	0	
18 至 64 歲	642	38.70	1,761,648	2744	0	
65 歲以上	1,016	61.24	2,787,904	2744	0	
醫院特質						
評鑑等級						-
醫學中心	378	22.78	1,037,232	2744	0	
區域醫院	247	14.89	677,768	2744	0	
地區醫院	73	4.40	200,312	2744	0	
基層診所	961	57.93	2,636,984	2744	0	
權屬						-
公立機構	196	11.81	537,824	2744	0	
私立機構	1,463	88.19	4,014,472	2744	0	

註：以門診+住院就醫資料分析

七、差額負擔項目-金屬對金屬介面人工髖關節支付情形分析

依據表4-60，百萬人抽樣檔差額負擔項目（金屬對金屬介面人工髖關節）支付情形分析耗用總金額為2,315,796元，而據此平均耗用金額為42885.11元。由耗用總金額性別比男性金額1,455,489元高於女性金額860,307元。而年齡層分布，則以18至64歲以上為最多、其次為65歲以上，最末者為小於12歲及12至17歲（並列）。另以評鑑等級項目，由各醫療層級進行排序，其依序為區域醫院977,799元、醫學中心807,747元、地區醫院530,250元，最末者為基層診所0元。然依差額負擔項目權屬總耗用總金額而論，私立機構1,933,179元多於公立機構382,617元。

另以其項目支付次數總數為（共54次，100%），其中男性（共34次，占62.96%）多於女性（共20次，占37.04%），另以年齡層排列，最多者分布為18至64歲（共42次，占77.78%），其次為65歲以上（共12次，占22.22%），最末者為小於12歲及12至17歲（0次，0%）（並列）。另以評鑑項目，由各醫療層級進行排序，最高者為區域醫院（共

23次，占42.59%），再者依序為醫學中心（共19次，占35.19%）、地區醫院（共12次，占22.22%），最末者為及基層診所（0次，0%）。然依差額負擔項目權屬支付次數而論，其私立機構（共45次，占83.33%）多於公立機構（共9次，占16.67%）。

表 4-60 百萬人抽樣檔—差額負擔項目（金屬對金屬介面人工髖關節）支付情形分析

	支付次數	%	耗用總金額	平均耗用金額 (mean)	SD	P value/ Scheffe's Test
總計	54	100	2,315,796	42885.11	1915.2	
病患特質						
性別						0.7054
女	20	37.04	860,307	43015.35	2246.6	
男	34	62.96	1,455,489	42808.50	1723.1	
年齡						0.4506
小於 12 歲	0	0	0	0	-	
12 至 17 歲	0	0	0	0	-	
18 至 64 歲	42	77.78	1,805,640	42991.43	2165.5	
65 歲以上	12	22.22	510,156	42513.00	0	
醫院特質						
評鑑等級						0.0251
醫學中心	19	35.19	807,747	42513.00	0	
區域醫院	23	42.59	977,799	42513.00	0	
地區醫院	12	22.22	530,250	44187.50	3910.8	
基層診所	0	0	0	0	-	
權屬						0.1596
公立機構	9	16.67	382,617	42513.00	0	
私立機構	45	83.33	1,933,179	42959.53	2093.9	

註：以住院就醫資料分析

4.3、常見十大自費醫療品項調查結果

本計畫欲調查國內醫療院所常見十大自費醫療品項，調查期間自2013年4月1日至2013年5月31日止。參考林霖（2011）的醫療院所網路自費調查，依醫院層級分類，並將民眾自付費用之品項次數進行排名。經專家會議討論決議，以二段作業進行：

一、醫療院所網頁搜尋品項資訊與自費品項調查表格

本研究使用網頁瀏覽器搜尋全國醫療院所之官方網站，如有網站者則於站內下載其提供之自費醫療品項資訊，統整歸入檔內。除線上蒐尋外，並有將自費品項歸為材料、藥品、處置三大類別，製作成調查表格，填寫項目有醫療院所名稱、品項名稱、單位、成本價、收費金額、101年度使用總量、廠牌等資訊，以及填表人之聯絡資料，以便日後資料確認聯繫事宜，以紙本郵寄與電子信件二管道向各醫療院所說明計畫目的後，邀請協助填答調查表格，總計紙本發出份數有2,498份，各層級邀請參與調查對象有醫學中心22家、區域醫院82家、地區醫院372家、診所2,000家，此外，亦同步邀請各縣市醫師公會與中華民國醫師公會全國聯合會總計22家協助公告其會員週知。

調查結果表示，醫學中心部分，共取得19家資料，佔醫學中心樣本數86%，依次數分配，次數最高為掛號費19次（100%）再者依序為藥品部分13次（68.42%）、膳食費12次（63.16%）、部分負擔10次（52.63%）、檢查（驗）費9次（47.37%）及病房差額9次（47.37%）（並列）、各類診斷8次（42.11%），最低為病房費、陶瓷人工、診斷證明書皆以4次（21.05%）（並列）。而區域醫院部分，共取得75家資料，佔區域醫院樣本數91%，依次數分配，次數最高為掛號費57次（76%）、再者依序為病房費26次（34.67%）、藥品部分23次（30.67%），而檢查（驗）費19次（25.33%）、膳食費19次（25.33%）、病房差額19次（25.33%）（三項並列）、部分負擔18次（24%），最低為陶瓷人工人工髖關節、病歷影印、診斷書皆以11次（14.67%）並列。又地區醫院部分，共取得289家資料，佔地區醫院樣本數78%，依其次數分配，次數最高為掛號費281次（97.23%）再者依序為，病房費171次（59.17%）、檢查（驗）費138次（47.75%）、部分負擔132次（45.67%）、診斷書費124次（42.91%）、藥品部分負擔91次（31.49%）、衛材費73次（25.26%）、病

歷影印費65次（22.49%）、膳食費48次（16.61%），次數最低為特材費29次（10.03%）。

唯診所部分幾乎無網站資料，調查表亦無人回覆，故無法提供。結果呈呈現如表4-61：

表4-61 醫院自費品項調查

醫療機構層級	名稱	次數	百分比	附註
醫學中心 ^a	掛號費	19	100.00%	
	藥品部分	13	68.42%	
	膳食費	12	63.16%	^a 該研究的調查中醫學中心共有 22 家，其中取得 19 家資料，占醫學中心樣本的 86%。無提供自費資訊家數為 3 家，占醫學中心樣本的 14%。
	部分負擔	10	52.63%	
	檢查（驗）費	9	47.37%	
	病房差額	9	47.37%	
	各類診斷	8	42.11%	
	病房費	4	21.05%	
	陶瓷人工	4	21.05%	
診斷證明書	4	21.05%		
區域醫院 ^b	掛號費	57	76%	
	病房費	26	34.67%	
	藥品部分	23	30.67%	^b 該研究的調查中區域醫院共有 82 家，其中取得 75 家資料，占區域醫院樣本的 91%。無提供自費資訊家數 7 家，占區域醫院樣本的 9%。
	檢查（驗）費	19	25.33%	
	膳食費	19	25.33%	
	病房差額	19	25.33%	
	部分負擔	18	24%	
	陶瓷人工	11	14.67%	
	病歷影印	11	14.67%	
診斷書	11	14.67%		
地區醫院 ^c	掛號費	281	97.23%	
	病房費	171	59.17%	
	檢查（驗）費	138	47.75%	^c 該研究的調查中地區醫院共 372 家，其中取得 289 家資料，占地區醫院樣本的 78%。無提供資訊家數為 83 家，占地區醫院樣本的 22%。
	部分負擔	132	45.67%	
	診斷書費	124	42.91%	
	藥品部分負擔	91	31.49%	
	衛材費	73	25.26%	
	病歷影印費	65	22.49%	
	膳食費	48	16.61%	
特材費	29	10.03%		

二、分析問卷調查與2010年承保抽樣歸人檔分析

統計「101年民眾自付醫療費用問卷調查」資料中民眾使用差額負擔品項與非健保給付之自費醫療品項次數。差額負擔部分如表4-62，共有56人表示曾經有過門診差額負擔之經驗，當中差額負擔品項使用次數門診部分排名中，最高次數為西醫復健20次（35.71%），再者依序為口服藥14次（25.00%）、抹片檢查用品6次（10.71%）、外用藥膏4次（7.14%）、人工皮3次（5.36%）、其麻醉2次（3.57%）、眼科手術材料2次（3.57%）、胃鏡2次（3.57%）及齒列矯正2次（3.57%）（四者並列），最末者為唐氏症篩檢1次（1.79%）。

另以差額負擔品項使用次數住院部分，共有107人表示曾經有過住院差額負擔之經驗，品項僅3類，其中排名最高次數為病房升級104次（97.20%），其次為微創手術2次（1.87%），最末者為膠原蛋白1次（0.93%）。

表4-62 差額負擔品項使用次數排名

部門	品名	次數	百分率
門診	西醫復健	20	35.71%
	口服藥	14	25.00%
	抹片檢查用品	6	10.71%
	外用藥膏	4	7.14%
	人工皮	3	5.36%
	麻醉	2	3.57%
	眼科手術材料	2	3.57%
	胃鏡	2	3.57%
	齒列矯正	2	3.57%
	唐氏症篩檢	1	1.79%
	總計	56	
住院	病房升級	104	97.20%
	微創手術	2	1.87%
	膠原蛋白	1	0.93%
	總計	107	

根據問卷調查結果非健保給付之自費醫療品項，門診部分總有272次，住院則是0次。門診其中排名最高者為牙科自費（植牙、美齒、、、）148次（54.41%），再者依序為自費健檢、篩檢48次（17.56%）、皮膚美容、雷射26次（9.56%）、中醫自費（針灸、推拿、貼布）14次（5.15%）、疼痛控制、麻醉11次（4.04%）、外用藥6次（2.21%）、眼科雷射5次（1.84%）其自費藥品4次（1.47%）及痠痛貼布4次（1.47%）（並列）、抹片檢查用具2次（0.735%）及維生素2次（並列），最末者為心導管電燒術1次（0.3676%）及紙膠布1次（0.3676%）（並列），呈現如表4-63。

表4-63 非健保給付之自費醫療品項使用次數排名

部門	品名	次數	百分率
門診	牙科自費（植牙、美齒、、、）	148	35.71%
	自費健檢、篩檢	48	25.00%
	皮膚美容、雷射	26	10.71%
	中醫自費（針灸、推拿、貼布）	14	7.14%
	疼痛控制、麻醉	11	5.36%
	外用藥	6	3.57%
	眼科雷射	5	3.57%
	自費藥品	4	3.57%
	痠痛貼布	4	3.57%
	抹片檢查用具	2	1.79%
	維生素	2	
	心導管電燒術	1	97.20%
	紙膠布	1	1.87%
	總計		272

針對差額負擔之特材部分，國家衛生研究院2010年承保抽樣歸入檔之支付次數呈現特殊功能人工水晶體1,659次，塗藥或特殊塗層血管支架522次、新增功能類別人工心律調節器70次、陶瓷人工腕關節82次、義肢54次、金屬對金屬介面人工腕關節54次，由此可推估其使用次數排名如下表4-64呈現。

表4-64 百萬人抽樣檔－差額負擔項目之支付次數

排名	項目	支付次數
1	特殊功能人工水晶體	1,659
2	塗藥或特殊塗層血管支架	522
3	新增功能類別人工心律調節器	70
4	陶瓷人工腕關節	82
5	義肢	54
6	金屬對金屬介面人工腕關節	54
	合計	2,441

4.4、民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會辦理成果

本次計畫為了解各界對於自費醫療的看法，故舉辦北、中、南、東共4場次「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」，辦理期間為2013年2月份至3月份，邀請全國民眾參與，並邀集醫療實務專家、學者及各相關團體（如全民健保、衛生政策、醫療機構等）與會並擔任會議引言人、出席者或討論嘉賓，透過研討會形式，了解大家對於自費醫療議題之看法，並交集產、官、學界之觀點，活動議程設計、細部規劃方經與行政院衛生署協議共識後始行辦理。此外，於活動現場發給大家發言條，會後彙整所有人意見。預計4場次總與會至少達300人次以上，總計與會336人次，以下分為辦理規劃、辦理結果二節說明：

4.4.1、辦理規劃

本計畫研討會活動日期、主持人、引言人及程序（如表4-65），經專家座談會議討論後，各場次訂定如下：

一、中區

活動日期：2013年2月23日（星期六）

活動地點：財團法人台灣省私立台中仁愛之家附設靜和醫院十六樓會議室（台中市西區南屯路一段158號）

主持人：謝武吉（台灣社區醫院協會理事長）

引言人：陳錦煌（行政院衛生署全民健保會委員／雲林縣總工會理事長）

二、東區

活動日期：2013年2月26日（星期二）

活動地點：東基醫療財團法人台東基督教醫院慈愛樓三樓小禮拜堂（台東市開封街350號）

主持人：呂信雄（台灣社區醫院協會理事）

引言人：陳星助（佛教慈濟綜合醫院花蓮院區主任秘書）

三、北區

活動日期：2013年3月5日（星期二）

活動地點：財團法人天主教耕莘醫院永和分院住院大樓十二樓國際會議廳（新北市永和區中興街80號）

主持人：謝武吉（台灣社區醫院協會理事長）

引言人：朱日僑（行政院衛生署全民健康保險小組組長）

四、南區

活動日期：2013年3月8日（星期五）

活動地點：愛仁醫療社團法人愛仁醫院八樓瑞臺會議中心（高雄市三民區民族一路51號）

主持人：謝武吉（台灣社區醫院協會理事長）

引言人：陳錦煌（行政院衛生署全民健保會委員／雲林縣總工會理事長）

表 4-65 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」活動時程

時間	項目／內容	負責人
09:00～09:30	報到	本會秘書處
09:30～09:50	致詞／介紹貴賓	主持人
09:50～10:20	計畫說明／會議規則說明	
10:20～10:40	自費議題說明 ● 現行健保自費制度名詞定義 ● 現行健保自費之立意 ● 各國自費醫療比較 ● 自費醫療的發展與健保永續性	議題引言人
10:40～11:30	座談時間／綜合討論	計畫主持人／議題引言人 團體代表／專家代表
11:30～	賦歸	

本系列研討會安排主持人與引言人。主持人進行活動開場，介紹貴賓，並向所有與會者介紹「建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式」計畫辦理目標與方式，最後說明當日會議發言規則與會場資訊(附錄五)；引言人則進行自費議題說明(附錄六)，重點有：現行健保自費制度名詞定義、現行健保自費之立意、各國自費醫療比較、自費醫療的發展與健保永續性。引言人議題說明完畢，便邀請與會之各方團體代表發言，最後開放現場民眾討論，活動結束不作任何結論。

4.4.2、辦理結果

本系列研討會4場次參與總計336人次，達計畫目標門檻，其中中區與會人數99人，發言暨意見回覆計有31項；東區與會人數25人，發言暨意見回覆計有8項、北區與會人數103人，發言暨意見回覆計有18項、南區與會人數109人，發言暨意見回覆計有35項，如下表4-66呈現：

表 4-66 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」與會人次與意見數

場次	資訊			
中區	活動日期	2013年2月23日(星期六)		
	與會人數	99人	意見回覆數量	31項
東區	活動日期	2013年2月26日(星期二)		
	與會人數	25人	意見回覆數量	8項
北區	活動日期	2013年3月5日(星期二)		
	與會人數	103人	意見回覆數量	18項
南區	活動日期	2013年3月8日(星期五)		
	與會人數	109人	意見回覆數量	35項



圖 4-1 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」中區活動剪影之一



圖 4-2 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」中區活動剪影之二



圖 4-3 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」東區活動剪影之一



圖 4-4 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」東區活動剪影之二



圖 4-5 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」北區活動剪影之一



圖 4-6 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」北區活動剪影之二



圖 4-7 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」南區活動剪影之一



圖 4-8 「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」南區活動剪影之二

針對各場次研討會發言統計，許多與會者皆提出其對自費醫療之觀點，當中政府代表、醫療相關團體者代表、民眾之間亦熱烈討論，彼此交換意見。彙整意見重點如下呈現：

- 一、醫療技術進步，治療項目亦一直改變，使用者付費的原則很重要，因為健保資源是有限，然而人的慾望是無窮的。
- 二、醫院層級的不同也關乎材料成本的進價差異，因此建議健保局在執行自費特材相關規範時，一定要將此狀況列入考量，不要發生大小醫院差別待遇的情形。
- 三、民眾於就醫過程中可能遇到醫院軟性要求使用自費、差額項目的情形，請主管機關有效管控，但主管機關不能超過憲法規範之權限。
- 四、預防保健（醫學）服務應該是要貼近民眾，在基層及社區推廣執行，而非區域或醫學中心，民眾也可以較少負擔。
- 五、二代健保規範自費同意書須手術二日前簽署，對醫院造成作業困難，建議降低標準，並且將急診或危急狀況排除。
- 六、政府是否可考量加強宣導民眾於私人保險利用上的概念，方可減少健保負擔。
- 七、健保局應該充分提供民眾就醫指引，落實資訊透明化，讓民眾實際了解自己的就醫權益，也避免資訊不對等導致醫病溝通不良。
- 八、落實分級醫療與轉診制度需要長期的宣導，並且向下教育紮根，真正導正人民的分級就醫概念。
- 九、對於小病、輕症之給付，應該要調高地區醫院支付比率，減少醫學中心與區域醫院的給付，醫學中心甚至不予以給付，如此才能明確各層級醫院的任務角色與定位，落實分級醫療。

4.5、實地訪查結果

本研究除要進行量化數據之統計分析外，亦要了解各界專業人士表達立場與看法，因此建立一質性訪談表，以四大面向（部分負擔之看法、差額負擔之看法、非健保給付的自費醫療之看法、健保立意之觀點）建立開放式題項，實地訪談15位全民健康保險會委員、專家學者或與全民健康保險相關團體代表，其背景涵括各層級醫院、不同類別的診所、健保付費團體、醫事團體、政府單位及學校。訪談期間為2013年5月份，受訪對象性別分布為女性4位、男性11位；代表屬性包括付費者代表5位、醫事團體代表7位、學者2位、政府代表1位（圖4-9）；居住區域為北部8位、中部3位、南部4位，整體基本資料呈現如表4-67。經資料統整，以下依訪談表構面分作四部分說明訪談結果。

表 4-67 受訪者基本資料

項目	內容
性別	女性4位、男性11位
代表屬性	付費者代表5位、醫事團體代表7位、學者2位、政府代表1位
區域	北部8位、中部3位、南部4位

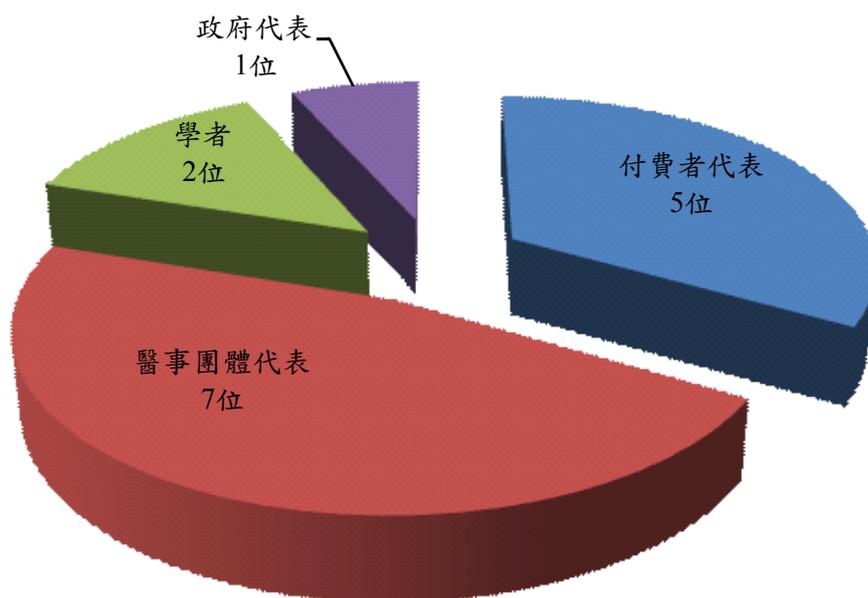


圖 4-9 受訪者代表屬性分布

4.5.1 自行（部分）負擔之看法

一、自行（部分）負擔的概念對於醫療資源利用之影響

彙整訪談紀錄得知，多數受訪者皆認為自行（部分）負擔制度的概念對於醫療資源利用有正向的影響，因其意涵在於避免道德風險，亦帶有使用者付費的概念，透過部分的負擔方式，可避免醫療資源耗用之情形，另外，自行（部分）負擔制度更為分級醫療與轉診制度之基礎執行政策，若落實執行，應能讓民眾小病至小醫院，大病至大醫院，讓醫療資源依疾病、分層級作有效、不浪費的利用。總結本題訪談記錄，重點呈現如下表4-68：

表 4-68 訪談內容彙整表—自行（部分）負擔的概念對於醫療資源利用之影響

主題	自行（部分）負擔的概念對於醫療資源利用有何影響？
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 自行（部分）負擔的意涵在於避免道德風險，亦有使用者付費的概念。2. 其為分級醫療與轉診制度之基礎執行政策，讓民眾小病至小醫院，大病至大醫院。3. 單純以概念而言，自行負擔是可讓醫療資源依疾病、分層級作有效、不浪費的利用。

二、目前我國自行（部分）負擔制度的設計是否有確實達到其設立之立意

詢問受訪者我國自行（部分）負擔制度是否有確實達到其設立之立意，多數人皆表示否，最主要的原因即是負擔的比例不高，各層級部分負擔之差距不明顯，更有專家闡明，國民經濟水準反應在制度效果，就現行自行負擔制度之設計，費用金額對民眾來說過於低、無感，不論是定額負擔或定率負擔，發揮警惕作用有限，何況制度還設定了負擔上限，總歸為政府執行原健保法三十三條（二代健保法四十三條）力有未逮，結果連帶影響現在分級醫療與轉診制度的執行。總結本題訪談記錄，重點呈現如下表4-69：

表 4-69 訪談內容彙整表－目前我國自行（部分）負擔制度的設計是否有確實達到其設立之立意

主題	目前我國自行（部分）負擔制度的設計是否有確實達到其設立之立意？理由為何？
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 多數受訪者認為目前自行（部分）負擔的執行未達其設立之立意，且嚴重違背健保法之規範。2. 主要原因為政府未落實落實原健保法三十三條（二代健保法四十三條）。3. 國人就醫方便性高，且各層級部分負擔之差距未達分級就醫及轉診效果。

三、對於落實分級醫療與轉診制度之建議

對於落實分級醫療與轉診制度之建議，受訪者提到，應落實原健保法三十三條（現健保法四十三條）的條文，而非以例外狀況取代常態，甚至拉高非經轉診越級就醫的自行負擔金額。此外，大多數人都有提到醫療資源垂直整合、策略聯盟、建教合作的概念，來提升醫院技術，同時增加民眾可近性，對這類整合模式，民眾、健保付費者的立場應是很樂見其成，可望達到民眾、健保局、醫療體系三贏的效果，因此政府應促進其正向推動。最後，受訪者紛紛提到，要明定各層級醫院的任務與定位，醫學中心應致力急重難症研究、教學的目標，民眾輕、雜症回歸於社區醫院與基層醫護。總結本題訪談記錄，重點呈現如下表4-70：

表4-70 訪談內容彙整表－對於落實分級醫療與轉診制度之建議

主題	對於落實分級醫療與轉診制度之建議為何？
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 落實原健保法三十三條（二代健保法四十三條）的條文，勿以例外狀況取代常態，嚴格執行定率負擔。2. 非經轉診越級就醫的自行負擔金額定要依比率拉高。3. 政府應建立醫療體系的轉診機制，嚴格執行之，要求大醫院落實輕症者下轉，否則健保不予給付。4. 政府應落實醫療資源垂直整合，並給予適當補助。5. 修改醫療給付，支付標準應有分級概念。

4.5.2 差額負擔之看法

一、差額負擔的概念對於醫療資源利用之影響

詢問受訪者就其認知，差額負擔對於醫療資源利用有何影響，皆認為透過差額負擔制度，可在減輕民眾財務負擔的前提下，讓就醫時有更多樣的資源選擇，這是對民眾的優處，而就健保端來看，是基於健保的精算費率下的財務負擔考量，因為目前的健保費率設計是走基本路線，保障人民最基本的醫療照護，考量整體健保的負擔而設定給付上限，給付項目也不能在精算費率後又無限上綱，因此誕生了差額負擔的協調方式，來面對新興材料引進的問題。但也有專家提到要當心供給誘發需求的行為，使醫療資源利用增加。總結本題訪談記錄，重點呈現如下表4-71：

表4-71 訪談內容彙整表－差額負擔對於醫療資源利用之影響

主題	差額負擔的概念對於醫療資源利用有何影響？
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 透過差額負擔制度，可在減輕民眾財務負擔的前提下，讓其就醫時有更多樣的資源選擇，且其具有使用者付費之概念。2. 因健保資源有限，一些新科技或不錯的特材，藉由差額的方式進入健保範圍。3. 需留意供給誘發需求的行為，使醫療資源利用增加。

二、差額負擔制度會之認同與否及其原由

在差額負擔制度的支持度上，受訪者有不同的觀點，當中有7位專家表示贊成，理由為「使用者付費的概念」，基於健保是公眾財，其任務是保障人民最基本的醫療照護，而非包山包海，但人民有選擇醫療品項，有且享用品質更好醫療材料之權益，但享用者理當多些財務負擔，這是無庸置疑的；而反對的專家有2位，其表示差額負擔制度在現行是沒有足夠的法源依據，並且這樣的制度很有可能造成醫療階層化現象；最後有2位專家對於差額負擔制度持不置可否的態度。總結本題訪談記錄，重點如下表4-72呈現：

表4-72 訪談內容彙整表－差額負擔制度會之認同與否及其原由

主題	差額負擔制度會增加民眾就醫選擇的多樣性，個人是否認同這樣的制度？
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 贊成11人，反對2人，不置可否2人。2. 全民健康保險是要保障人民最基本的醫療照護，而非包山包海，但人民有選擇醫療品項，有且享用品質更好醫療材料之權益，但享用者理當多些財務負擔。3. 差額負擔制度增加了民眾可選擇性，但要注意醫院對民眾的收費說明一定要清楚溝通，避免產生糾紛。4. 差額負擔制度應回歸檢視其是否有足夠的法源依據。5. 差額負擔制度的實施，恐造成供給誘發需求，且形成醫療階層化現象。

三、對於差額負擔制度之建議

對於差額負擔制度的建議，有專家表示，其牽涉自費醫療市場，政府應尊重市場機制，切勿過於干涉，另有專家提出應定期檢視及評估差額範圍，避免醫療利用過猶或不及，整體來說，大家都希望此制度實施的前提是，醫療院所差額品項資訊公開化，讓民眾可以充分了解，自主決定，至於政府與衛生主管機關，盡量避免介入。總結本題訪談記錄，重點如下表4-73呈現：

表4-73 訪談內容彙整表－對於差額負擔制度之建議

主題	對於差額負擔制度有何建議？
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 政府應尊重市場機制，切勿過於干涉。2. 加強宣導差額負擔與健保永續的概念。3. 各醫療院所加強差額品項公開化。4. 全民健保不應包山包海，差額制度能帶入新興技術，但要定期檢視及評估差額給付範圍，避免醫療利用過猶或不及，也有空間落實使用者付費之原則。

4.5.3 非健保給付醫療之看法

一、非健保給付的自費醫療之看法

對於非健保給付範圍的純自費醫療項目，諸位受訪者皆一致認為，這類的項目並非人民基本生存或治療生命所需，可稱之非必要性醫療，由民眾自己去全額負擔當然是相當合理的。此外，有受訪者表示，面對這些非健保給付之醫療，政府應該尊重市場機制，但要省思的是，由於現在健保的制度、給付設計影響，迫使醫院投入大量心力於這些健保不給付項目，這會改變整個醫療體系的經營發展走向，社會氛圍如此，即導致五大皆空的窘境，醫師喜歡走眼科、牙科、醫學美容，因為有較多做自費項目的機會，約束較少，收入與利潤相對較高。總結本題訪談記錄，重點如下表4-74呈現：

表4-74 訪談內容彙整表－非健保給付醫療之看法

主題	自費醫療項目（醫學美容、近視雷射手術、、、）非屬健保給付之範圍，由民眾全額自行負擔，請試述您的看法？
結果	1. 非必要性醫療應由民眾自行全額負擔。 2. 非健保給付之醫療應該尊重市場機制。 3. 應省思醫療院所是否過份著墨純自費醫療項目，這可能導致整個醫療體系的經營發展走向改變。

二、政府單位將醫學美容業務列為重點查核及評鑑項目之看法

詢問專家們對於政府單位將醫學美容業務列為重點查核及評鑑項目之看法，大家皆表示贊同，更舉出各種想法與方向，例如應建立人員培訓與能力檢測機制，為醫學美容醫事人力設立資格門檻，保障民眾的就醫安全與品質，也有受訪者提到醫界的隱憂，財團、投資者對於醫學美容等自費項目的介入，常常是以商業面做考量，可能造成經營或行銷模式過於商業化，醫師自身的立場偏離醫療本質，應可透由醫學的繼續教育來強化觀念訓練，而醫學美容的廣告應加強管理，以免混淆民眾觀念及認知。總結本題訪談記錄，重點如下表4-75呈現：

表4-75 訪談內容彙整表—政府單位將醫學美容業務列為重點查核及評鑑項目之看法

主題	日前衛生署宣布將醫學美容業務列為重點查核項目，醫策會亦表示開始規劃醫美認證制度，請試述您的看法與相關建議
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 因醫學美容仍屬醫療行為，且有許多侵入性行為，故政府列為重點查核項目不為過，應設有評鑑制度。2. 應建立人員培訓與能力檢測機制，為醫學美容醫事人力設立資格門檻，保障民眾的就醫安全與品質。3. 醫學美容的廣告應加強管理，以免混淆民眾觀念及認知。4. 財團、投資者的介入，常常是以商業面做考量，可能造成醫師自身的立場偏離醫療本質，且已違反核心醫療不得外包之原則。

4.5.3 健保制度立意之觀點

一、三多問題（看病多、拿藥多、檢查多）」產生之原因

受訪者對於高診次的現況，認為有幾個重要因素，就整體就醫環境來看，由於就醫方便性高，民眾獲取資源過於容易，而健保制度內容又沒有適度的對民眾進行管控，以致資源過度耗用。再者醫療服務提供者也有可能為避免醫療糾紛，進行防衛性醫療。整體來說，是由於健保制度設計不良及落實度不佳，才會導致民眾就醫行為偏差，發生過度耗用，而且原本應可發揮強大功效的健保IC卡，目前太多資訊未被利用到，應好好設計，使其發揮應有之功能。總結本題訪談記錄，重點如下表4-76呈現：

表4-76 訪談內容彙整表—「三多問題（看病多、拿藥多、檢查多）」產生之原因

主題	「三多問題（看病多、拿藥多、檢查多）」產生之原因為何？
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 健保制度設計不良及落實度不佳，導致民眾就醫行為扭曲。2. 健保制度內容對民眾教育宣導不良，以致資源過度耗用。3. 由不同角度來看，檢查多不見得是浪費，有時是可以幫助診斷可以有助於提早治療及幫助正確治療。4. 我國就醫方便性高，民眾獲取資源過於容易。5. 醫療服務提供者為避免醫療糾紛，進行防衛性醫療。6. 健保IC未發揮其應有之功能，太多資訊未被利用到，應好好設計，讓醫院端可以真正用到，並從中去管控民眾。7. 從民眾端去改善三多問題並非萬靈丹，許多大型醫院重金購買大型儀器設備，為回本而大量使用，對外宣稱是為民眾著想，事實上是在造福自己，健保局亦是幫兇，提供其更多的資源利用，明顯有圖利之嫌。

二、自費醫療的實施對於健保永續經營的效果

多數受訪者對於自費醫療實施可達到健保永續經營效果無法苟同，畢竟這是一個龐大的議題，並非單靠自費項目就可通盤解決，甚至多數受訪者對於當前的制度很不樂觀，認為健保正於岌岌可危的處境中，須迫切解決諸多問題，而當中最大的主因是全民健康保險一開始就沒有落實原健保法第三十三條（現健保法四十三條），以至於大家的就醫認知及行為漸漸脫軌，大家都太容易就醫了，不正視這個問題，健保都不可能永續經營，一定要落實分級醫療、轉診制度才有永續經營之可能。統整訪談記錄，本題重點如下表4-77呈現：

表4-77 訪談內容彙整表－自費醫療的實施可否達到健保永續經營的效果

主題	自費醫療（自行負擔、差額負擔、非健保給付之項目）的實施是否可達到健保永續經營的效果？
結果	1. 多數受訪者對當前制度不樂觀。 2. 全民健康保險一開始就沒有落實原健保法第三十三條（現健保法四十三條），以至於大家的就醫認知及行為漸漸脫軌，大家都太容易就醫了，不正視這個問題，健保都不可能永續經營，一定要落實分級醫療、轉診制度才有永續經營之可能。

三、推行自費醫療之良善建議

對於推行自費醫療之建議，以下整理受訪者之答覆重點，如表4-78：

表4-78 訪談內容彙整表－推行自費醫療之良善建議

主題	若要推行自費醫療，有何良善之建議？
結果	<ol style="list-style-type: none">1. 檢視、明定及加強宣導自行負擔、差額負擔、非健保給付醫療之定義與範圍。2. 落實原健保法三十三條（現健保法四十三條）分級醫療、轉診制度。3. 訂立分級醫療及轉診機制，並嚴格落實。4. 落實醫療垂直整合。5. 各醫療院所的差額品項資訊應該公開化。6. 政府相關單位加強宣導民眾就醫、自行及差額負擔與健保永續的概念。

四、承保單位將高出的醫療成本以浮動點值由醫療機構吸收之看法

對於浮動點值機制，有受訪者表示這是在總額制度下不得已的辦法，但健保的財務風險應由政府、醫療服務提供者、民眾三方共同承擔，非僅加諸於單一方，且浮動點值應設停損點，過低時政府應與醫療服務提供者進行溝通及研商補救措施，這都是需要改善的事情，否則對醫療提供者非常不公平。意見整理如表4-79

表4-79 訪談內容彙整表－承保單位將高出的醫療成本以浮動點值由醫療機構吸收之看法

主題	目前的健保承保項目眾多，但高出的醫療成本都轉以浮動點值由醫療機構吸收，您對此看法並有何良善建議？
結果	1. 健保的財務風險應由政府、醫療服務提供者、民眾三方共同承擔，非僅加諸於單一方。 2. 浮動點值應設停損點，過低時政府應與醫療服務提供者進行溝通及研商補救措施。

五、對於現行健保制度之建議

本訪談表最後詢問受訪者對於健保制度的建議，得幾項重點，應該明確定義「全民健康保險」之屬性，究竟是社會保險抑或社會福利？若是社會保險，即該按照社會保險制度的規則走，勿混淆微福利制度，對於納保或就醫有困難的個案，可採社會救濟管道，勿勉強健保承保。另外健保IC卡的運用、支付標準表的檢視，都是解決問題的入口之一。最後，一定要告訴全體國民，健保是公眾財，而且是有限的，它的成敗是所有人要共同承擔，每個人都應該要好好珍惜使用，切勿浪費。統整訪談記錄，本題重點如下表4-80呈現：

表4-80 訪談內容彙整表－對於現行健保制度之建議

主題	對於現行的健保制度有無任何建議？
結果	<ol style="list-style-type: none">1.明確定義「全民健康保險」之屬性。2.落實健保IC卡的應用，管控就醫程序，節省資源浪費。3.建議健保局出示證明或與國稅單位相連結，將各醫院低於1的額度作為捐贈由淨所得端扣除，以減免稅金。4.檢視並調整支付標準，合理對待各層醫療院所。5.依承保範圍合理調整費率，以達健保永續經營。6.針對特定對象應與社會救助配合。

第五章 研究結論與建議

本章主要將研究發現與結果做一總結，並針對衛生主管機關、醫療院所及後續研究者等提出相關具體建議，共分為二節，分別為研究結論、建議。

5.1、研究結論

綜合本研究實證分析結果，將結論分述如下：

5.1.1、提出民眾自費對健保就醫利用之監測模式及評估模式

在分析結果中，最後以回歸模式預測民眾對健保利用與自費利用之評估模式，如表4-41至4-48。

- (一) 在健保利用方面，有慢性病者、身體常因疼痛妨礙日常行為者、越需醫療協助日常生活者，以及了解轉診制度概念者，比較會有固定就醫之習慣。而年齡越長者，且對於分級醫療較無所知者，越容易選擇區域醫院層級以上之醫院為固定就醫之院所。
- (二) 民眾對自費制度之看法與選擇方面，綜論來說，一直都清楚差額負擔制度之施行原則者、同意健保制度之利益在於保障全體國民之就醫權益者、覺得目前繳交之健保費便宜等特質者，比較支持以使用者付費為原則之差額負擔制度。但，以前不知道轉診制度概念但現在了解者，及一直都不清楚轉診制度概念者，卻比一直都知道轉診制度概念者，都還要支持差額負擔制度，代表這些認為了解轉診制度的研究對象不見得不全然了解轉診制度真正的意義，是否以前的健保資訊不完整，宣導管道有限，使得民眾不真正瞭解轉診制度的施行，但該部分之分析結果確實說明了要清楚了解差額負擔制度之施行原則者才會真正支持以使用者付費為概念的精神差額負擔制度。另，同意健保制度應保障所有疾病不論嚴重度者，比不同意者不支持差額負擔制度，代表健保自覺好之族群比較支持差額負擔制度。
- (三) 民眾對於給付項目與保費之調整的評估模式，哪些族群比較希望提高保費並增加給付項目？研究結果顯示，已婚的比未婚者支持，因家庭因素，需維持家庭

人口之健康，故希望健保能涵蓋更多給付；而，健康習慣越好、就醫自覺較好者，資訊蒐集較齊全者，越不願意贈加給付項目、提高保費，這些族群傾向使用者付費原則，希望有用到時再付費就好，另外，還有認為目前繳交之健保費很貴的人，就算健保全都保，也不支持提高保費。

另外，同意健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益者也支持該項調查，這是一個宏觀的概念，幾乎大部分都贊同這樣的想法，但還是有一小部分的研究對象，對於健保制度較有概念者，在開放式的回答中還是希望健保資源不要過於浪費，這是健保局與醫界都要努力宣導的方向。

反之，支持給付項目減少，並降低保之族群，為健康習慣越好、家庭人口越少，越同意減少給付項目且降低保費，這似乎是可以預期的結果；但同意健保制度應保障所有疾病不論嚴重度者，越同意減少給付項目且降低保費，這亦說明了部分民眾還是普遍存在著希望只需繳一點點健保費，健保應該全都保的心態。

在該部分之分析結果，同意健保制度應保障所有疾病不論嚴重度者，卻比較不希望將原自費項目納入給付，看似與之前結論有衝突，但如果與所有和給付項目與保費之調整的評估模式之分析結果一起討論的話，因大部份研究對象會認為納入原自費項目會提高保費，所以會有一些干擾存在，而影響族群之選擇。

（四）自費滿意度之評估

以最近一次自費經驗來預測哪些族群容易對自費行為滿意，結果喪偶、離婚者，沒有購買其他保險者，每月繳交健保費2000元以上者，不需要靠醫療協助應付日常生活者、吸煙者、最近一年有吃營養品習慣者、一直都了解健保法第43條規定者，一直都知道分級醫療及轉診制度之概念者、絕得目前繳交之健保費便宜者；同意健保應保障所有疾病者則自費滿意度較差，以上可以看社經地位較高者、對於健保認知較佳者，對於自費滿意度是較高的，當然院所對於自費之項目、費用說明也是當然影響因素之一，但在此針對研究對象之基本資料、健康狀態、健保認知做分析討論。

5.1.2、辦理及分析第二次全國代表性之自費調查

本研究辦理全國性的「101年民眾自付醫療費用問卷調查」，調查期間為民國2013年4月1日至2013年5月31日，問卷發放份數3,000份，回收有效樣本數2,225份，有效回收率達74.17%。問卷以人口學特性、就醫利用選擇、就醫及健保認知、自費就醫利用滿意度四個構面來探討與自費醫療利用的關係。

樣本基本資料有以下特徵：

- (五) 研究有效樣本性別比例近乎各半，女性稍多於男性。
- (六) 年齡：研究有效樣本多為青壯年，集中於為21-50歲。
- (七) 婚姻狀況：研究有效樣本已婚者明顯多於未婚者。
- (八) 居住地：研究有效樣本之居住地以健保分區之台北區、高屏區較多。
- (九) 教育程度：研究有效樣本逾八成受過大學以上之教育。
- (十) 職業別：研究有效樣本之職業多分布於服務業(21.4%)；軍、公、教(共21.3%)；醫療業(20.8%)及其他(20.8%)。
- (十一) 研究有效樣本大多數除健保以外，亦購買有醫療保險。
- (十二) 研究有效樣本每月繳交健保費用(含眷屬)大多未滿1000元；其次為繳交1000至未滿2000元。

針對樣本之健康狀態與行為描述以下特徵：

- (一) 有七成研究樣本無慢性病。
- (二) 研究有效樣本多數覺得完全不需要靠醫療協助應付日常生活(74.8%)。
- (三) 研究有效樣本多數無吸煙習慣(72.7%)。
- (四) 研究有效樣本近六成有定期健康檢查習慣；無定期健康檢查習慣者較少。
- (五) 有無使用營養及保健食品的習慣者於樣本中佔各半。
- (六) 樣本對於自身健康滿意度普遍介於普通與滿意之間。
- (七) 有過半者習慣於掛號前會先搜尋就醫資訊
- (八) 研究有效樣本目前的健康狀況平均值為7.36(標準差為1.258)，顯示其對於健

康狀況多自覺偏向良好。

有效樣本之健保認知有以下特徵：

- (一) 多數樣本了解其就醫所繳交各類費用用途 (59.5%)；但只部分了解者亦有不少 (34.6%)。
- (二) 研究有效樣本多數表示一直都知道健保法第四十三條提及西醫門診基本部分負擔之規定 (53.1%)；而「以前不知道，現在了解了」者次之 (39.6%)。
- (三) 多數樣本表示一直都知道健保法中有立定「分級醫療」與「轉診制度」之概念 (占82.4%)；而「以前不知道，現在了解了」者次之 (占12.9%)。
- (四) 樣本在得知分級就醫與收費差異後，認為自己日後會改變就醫行為者有近半，但更多人持反面意見。
- (五) 研究有效樣本多數表示一直都知道差額負擔制度 (82.2%)；而「以前不知道，現在了解了」者次之 (11.3%)。
- (六) 有近五成的人覺得目前繳交的健保保費貴 (46.7%)，只有極少數人覺得便宜 (占5.9%)，而覺得剛好者近四成 (占37.2%)，。
- (七) 調查樣本對於調高保費金額而增加健保給付項目的作法，反對者多於支持者，。
- (八) 調查樣本對於降低保費金額而減少健保給付項目的作法，沒意見、支持、反對者各約佔三成。

調查樣本之就醫利用特徵描述如下：

- (一) 有近八成的人有固定就診醫療院所。。
- (二) 有近九成的樣本於近一年內曾至醫療院所就醫，而西醫門診就醫者又佔七成多。

5.1.3、評估民眾自費對健保就醫利用及就醫層級的選擇影響

根據本研究調查民眾對健保就醫利用及就醫層級的選擇影響，摘錄以下重點：

- (一) 樣本「年齡」會影響其「是否有固定就醫之醫療院所」，觀察樣本分布，青壯年以上者其固定就醫的佔率可能隨著年齡上升而增加。
- (二) 「已婚者」其「是否有固定就醫之醫療院所」的比率大於「未婚者」。
- (三) 有購買商業保險者，其「是否有固定就醫之醫療院所」的比率大於未購買者。
- (四) 教育程度越高者，其選擇之就醫層級越高。
- (五) 民眾對於現行自費醫療項目是否可以納入健保給付範圍的議題，支持者（42.2%）與反對者（38.6%）約各半，然詢問其若實施是否願意多繳保費時，表示願意者比率卻不達三成（29.8%），近半數民眾表示反對（49.2%），由此推論可能有部分民眾尚認為健保是為福利制度，健保局應明確定位其社會保險本質。
- (六) 近五成民眾表示過去曾因為院方人員推薦而使用自費項目（46.1%），另有四成表示否定（41.3%），推斷目前誘導性需求的情況在醫療界已較少發生，民眾確實有自主選擇的權利。
- (七) 研究有效樣本身體若不舒服，表示會先自行購買成藥者發現「性別」、「婚姻狀況」、「教育程度」、「家戶人口數」等項目與其健康狀態與行為中「是否會先自行購買成藥」呈顯著相關，也代表這些變項間接成為影響其使用健保資源的因素。

5.1.4、辦理研討會或座談會，了解各界對於自費議題之看法

本次計畫為了解各界對於自費醫療的看法，故舉辦北、中、南、東共4場次「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」，總計4場次與會達336人次，達計畫目標門檻，其中中區與會人數99人，發言暨意見回覆計有31項；東區與會人數25人，發言暨意見回覆計有8項、北區與會人數103人，發言暨意見回覆計有18項、南區與會人數109人，發言暨意見回覆計有35項，整體重點如下：

- (一) 多數發言者表示，對健保來說，使用者付費的原則相當重要，因為健保資源有限，慾望無窮。
- (二) 醫療提供者希望衛生主管機關在政策推行時要平等對待醫療提供者，勿過於偏頗民眾端，並且對二端都應落實資訊公開。
- (三) 民眾由於年醫療資訊公開，就醫意識抬頭，亦期望醫療提供者與政府能提供充足的（自費）就醫資訊，避免資訊不對等之情況。
- (四) 民眾反映大型醫院門急診壅塞，醫院亦反映醫療資源頭重腳輕之狀況，建議健保局要對於小病、輕症之給付，應該要調高地區醫院支付比率，減少醫學中心與區域醫院的給付，醫學中心甚至不予以給付，如此才能明確各層級醫院的任務角色與定位，落實分級醫療。
- (五) 政府應仔細檢視私人保險與健保之配合，分擔健保壓力。

5.1.5、評估民眾非自願性自費（部分負擔、差額負擔）之影響

- （一）目前就醫環境可近性非常高，民眾選擇就醫院所的考量因素以「醫師技術」、「儀器設備」、「交通因素」為重，因此政府在推動分級醫療，應以提升整體醫療環境品質為目標，醫療資源垂直整合為極佳模式。
- （二）差額負擔項目耗用金額，由各醫療層級進行排序，最高者為醫學中心，再者依序為區域醫院、診所，最末者為地區醫院，其與層級服務型態有關係，連帶影響民眾就醫選擇之考量。
- （三）自行負擔制度對民眾選擇就醫層級有極大關係，唯目前制度為落實，成效亦不顯著。
- （四）差額負擔制度增加民眾醫療的可選擇性，亦是健保財務端的解套方式，避免無止納保新材料、技術的窘境。

5.2、建議

本節將根據研究之結論，提出下列建議：

一、明確定義「全民健康保險」之屬性

由研究結果與結論可得知，目前國人年度平均就醫次數約17次（每個月約1次以上），且有部分民眾年度就診次數過多，使得全民健康保險幾乎年年虧損，然全民健康保險乃屬「公眾財」，不應因少數人的過度耗用而讓多數人需多負擔非必要的保費，故本研究建議政府於探討健保自費議題（含自行負擔與差額負擔）之前，應先行明確定義並告知民眾與各界，全民健康保險乃屬社會保險之性質，而非社會福利制度，先訂定明確方向（社會保險），後續方不致偏離全民健保真正意涵之軌道。又，現行健保的保費及費率是以「社會保險」計算，若財務收入面採用「社會保險」規劃但使用花費的概念卻又是「社會福利保險」，當然會使有限的健保資源陷入極大的危機。因此，基於健保係全民公共財，人人有責，提供者、使用者皆有權責維護之，政府揆負有政策使命，自然更有權責要向全民充分告知。

二、落實「全民健康保險法」第三十三條（二代健保法第四十三條第一項）一分級醫療及轉診制度

健保自費項目中「自行負擔」之法源，來自「全民健康保險法」第三十三條（二代健保法第四十三條第1項），其意涵為「分級醫療及轉診制度」，然全民健康保險推行十八年來，卻未完整落實，簡言之，即我國全民健康保險自行負擔（部分負擔）的設立，未達其應有之效果，以至於健保的資源耗用出現非正常之分布（頭重腳輕），並年年虧損，故於此建議政府應落實「全民健康保險法」第三十三條（二代健保法第四十三條第一項）。

現行門診自行負擔金額是傾向第四十三條第三項「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」但公告金額也尚不及前一年平均門診費用，其公告金額所呈現還是越往高層級就醫越划算，完全不符合第四十三條之規定，也與分級醫療正確就醫

的政策方向背道而馳，衛生署所屬中央健康保險局已有嚴重行政怠惰及違法，就算不依法規條文所訂之第一優先順序執行，至少不該提出違背法與政策方向的規定。對於現行的自行負擔，更有衛生署前署長批評這樣的金額對民眾只是一丁點的痛，完全無濟於事。不論是一代或二代健保法，此條文皆仍留存，顯示自行負擔、分級醫療與轉診制度對健保是極為重要且有社會高度認同的，若自行負擔實施得當，將有助於導引正確就醫、貫徹使用者付費原則、實現社會公平正義及達到健保資源妥善運用之效益。以目前社會氛圍，有絕對正當性與可行性，建請主管機關基於維護健保的制定與設計，完整且確實落實二代健保第四十三條第一項。

三、落實醫療資源整合

承前述，若落實「全民健康保險法」第三十三條（二代健保法第四十三條）短期間恐十分困難，「垂直整合」與「分級醫療」、「雙向轉診」的政策可以說是三位一體，若未有「垂直整合」之執行，政府直接強制落實二代健保法第四十三條「分級醫療與轉診制度，勢必造成民眾強烈抗爭，而如先推動「垂直整合」則分級醫療及雙向轉診都可水到渠成，故建議政府先推動醫療資源整合模式並給予補助，使醫療體系上下、水平相互整合，使民眾不論對大型醫院或小型醫院、診所皆具信心，讓民眾由社區開始就醫，如此逐步即可達到「分級醫療與轉診」之目的。

據悉，經全民健康保險醫療費用協定委員會總額協商決議，分別於101年度與102年度之「全民健康保險其他預算及其分配」編列有「新增之醫院垂直整合方案」乙項預算，但預算持有單位衛生署所轄中央健康保險局卻均未啟動，似有行政怠惰及藐視全民健康保險醫療費用協定委員會委員決議之嫌。

四、合理調整支付標準表（納入分級醫療之概念）

另，如欲達到分級醫療與轉診制度之效果，除落實有關自行負擔的法律條文與推動醫療資源垂直整合外，亦建議政府邀集各層級醫療院所、付費者代表來協商、討論各層級醫療院所的角色與定位（如：初、次級照護或基層與地區醫院可執行的醫療服務，皆由在地的基層診所與地區醫院執行；重症照護由醫學中心執行），並依此調整全民健康保險醫療費用支付標準表（如：初、次級醫療對診所及地區從優給付，對醫學中心則打

折給付；重症醫療則反之），以讓醫療分層，民眾回流社區，減少健保非必要性耗用。以目前急診為例，不乏有人將急診當作是優先門診或者住院保證床，新聞也報導出還有人是為了商業保險理賠或請假，有病沒病大病小病全都擠往急診，破壞急診救護與照護規則，危害了真正需要急重症救護病人的權益，試問急診床排到廁所旁、走道滿，還有品質可言嗎?!沒有照護品質卻又給予健保給付，也是不當的。藉此建議主管機關，為了提升急診照護品質，除民眾教育宣導、落實分級醫療、雙向轉診，急診觀察床之設置應以該院一般病床數的一定比例計算准許床數。

再者，健保是社會保險，是「給付」醫療的體制，有權責規劃，對什麼樣的人提供什麼的醫療給付，同理，也應該對各級醫療機構，規劃不同給付，因此，健保當然可以就各層級照護目標與任務，設定不同的支付原則，讓符合各層級照護任務於該層級支付高，未符合則不支付或事前申請。支付之外也可藉由審查核刪、額度分配落實各層級照護目標，現行審查核刪是見樹不見林的刪減，應配合各層級照護目標調整審查原則，這樣也才不會發生有大醫院醫師在小醫院診療仍舊刪減的情況或於轄區分配個別醫院目標點數額度時，就其現行照護比例，直接扣減非屬其照護目標的額度。

五、建立明確的就醫使用規範

現今的就醫型態是沒有分級就醫程序且自行負擔不痛不癢，參加健保的民眾，如同擁有沒有上限的無限卡，自然容易一卡在手趴趴走，愛怎麼看就怎麼看，付同樣的健保費，別人都懂選擇大醫院，我也選擇大醫院，別人都是ALL you can我也選擇ALL you can，在此情境下，自然也就「看病多」、「拿藥多」、「檢查多」。

於二代健保法第五章保險給付，第40條第2項「前項保險對象就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項之醫療辦法，由主管機關定之。」應檢視此規定於現行作業是否落實，如就醫程序只規定就醫攜帶的證件，就算是「就醫程序」嗎?!又有多少的保險對象知道什麼是「就醫輔導」呢?!難道只有就醫異常需要就醫輔導嗎?!因此，建議健保應該發展一套完整、明確且清晰的使用規則，健保支付標準，應該依司法院大法官解釋524函予以明確規範，減少政府機關的行政裁量權。否則，健保局執行就會遇到民眾就轉彎，以自費收取案件為例，醫院依據規範向民眾說明且民眾也簽

署同意書，當民眾投訴到健保局，健保局不向民眾宣導正確規定，還強行要求醫院退費予民眾，且又對醫院予以違規記點的處份!!主管機關依法依理應該維護健保法的設計，完整且確實的制定「就醫程序」、「就醫輔導」與「轉診」，讓民眾知道如何正確使用健保，且對民眾及醫界施予同套認定標準，讓民眾可共同監督健保的使用。另，對於不予給付的品項，主管機關與健保局也應該正面向民眾說明。

六、加強宣導差額負擔與健保永續的概念

依研究問卷結果得知，多數人知道「差額負擔」，但經實地訪查後發現，知道「差額負擔之名詞」與瞭解其內容仍是有段落差，且仍有部分受訪者對其表示非正面之看法，建議政府單位加強差額負擔、使用者付費之宣導，並於執行時加入健保永續之概念，以讓全民健康保險及其差額負擔得以長遠施行。

七、各醫療院所加強差額品項公開化

經研討會與訪談結果得知，部份民眾對於各醫療院所差額品項及其內容不了解，甚至會將部分負擔與差額負擔相互混淆，故建議各醫療院所應將自身所擁有的差額品項公開於院方網站及相關地點，並於民眾使用時加強說明，以增益民眾使用之權益並避免醫病關係出現缺憾。

八、定期檢視及評估差額範圍

依研究結果呈現，多數調查對象認同差額負擔之施行，但其實際面的執行，應如實地訪查部分受訪者所提及一「定期檢視及評估其範圍」，因若將太多項目皆納入差額品項，將對全民健康保險造成過度的負擔，而有些新科技若不納入，對民眾亦是權益損失，故本研究建議政府應定期檢視及評估差額範圍，並邀集醫療服務提供者、付費者及相關代表共同討論其後續之發展。當然，本項作業的執行，健保局之權限不得逾越母法與中華民國憲法對全民所保障之權益。

九、落實健保IC卡的應用

由研究結果得知，國人年度就醫次數約17次，且由部分文獻得知，少數民眾有所謂重複就醫、逛醫院之行為，使健保資源非必要性耗用，而健保IC卡具有記錄民眾就醫內容之功能，故於此建議衛生主管機關，除探討健保自費項目對於就醫利用之影響外，亦

應有效應用健保IC卡之功能，進行非必要性醫療之管控，或成為加重部份負擔之依據，使全民健康保險得以長遠經營。

十、針對特定對象應與社會救助配合

全民健康保險乃屬社會保險，其意涵在於財務風險分攤，而本研究旨探討屬健保自費項目對於民眾就醫利用之影響，是已呈現自行負擔與差額負擔對於就醫利用之相關性，然，就實務面而論，目前有少數弱勢民眾，其不論健保給付或自費項目皆難以自行承擔，以至於需要社會力量來支持，但健保屬公眾財務，並不應因此而過度耗用，甚至進而提升全體國人之保費，故建議政府針對特定對象除一般健保支持外，應與社會救助配合，讓全民健康保險之運作更加確實，亦保障全體國民使用健保之權益。

第六章 參考文獻

6.1、英文文獻部分

1. Abel-Smith B, Mossialos E., (1994) , Cost containment and health care reform: a study of the European Union. *Health Policy* 28, 89-132.
2. Abel-Smith B., (1992) , Cost containment and new priorities in health care: A study of the European community. Aldershot: Avebuty Ashgate.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Bowser DM, Mahal A., (2011) , Guatemala: the economics burden of illness and health system implications. *Health Policy* 100, 159-166.
7. 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>.
8. Bureau of National Health Insurance , (2005) , NHI Profile, 2005, Department of Health, Executive Yuan (Bureau of National Health Insurance press ,Taiwan , ROC) .
9. Bureau of National Health Insurance , (2006) , NHI Profile, 2006, Department of Health, Executive Yuan (Bureau of National Health Insurance press ,Taiwan , ROC) .

10. Bureau of National Health Insurance (, 2008) , Brief NHI Profile, 2008, Department of Health, Executive Yuan (Bureau of National Health Insurance press ,Taiwan , ROC) .
11. Chalkley M, Robinson R. (, 1997) , Theory and evidence on cost sharing in health care: An economic perspective. London: Office of Health Economics.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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 hronic disease. *Insurance Periodical* 21 (2) , 1-31.
17. 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 6th World Congress in Copenhagen in Copenhagen , Demark.
18. Chen, WY., (2006) , National health insurance in Taiwan: Welfare analysis and hospital competition. Ph.D. Dissertation (Oregon State University Press, USA) .
19. 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.

20. 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.
21. Davidoff, A. J., Erten, M., Shaffer, T., Shoemaker, J. S., Zuckerman, I. H., Pandya, N., . . . Stuart, B. (2013) . Out-of-pocket health care expenditure burden for Medicare beneficiaries with cancer. *Cancer*, 119 (6) , 1257-1265. doi: 10.1002/cncr.27848
- Deaton, A. and J. Muellbauer (, 1980) , *Economics and consumer behavior* (r Cambridge University press, Cambridge) .
22. 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.
23. Department of Health ,(2008d) , National health care expenditure. Executive Yuan, Taiwan, ROC.
24. Directorate General of Budget, Accounting and Statistics , (2007) , The survey of family income and expenditure, 2006. Executive Yuan, Taiwan, ROC.
25. Directorate General of Budget, Accounting and Statistics, (2008) , CPI Index. Executive Yuan, Taiwan, ROC: Directorate General of Budget (Accounting and Statistics Press, Taiwan) .
26. 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.
27. Doorslaer E van, Wagstaff A, Rutten F., (1993) , *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective* (Oxford: Oxford University Press) .
28. 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.
29. 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.
 30. 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.
 31. 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.
 32. Duan, N., (1983) , Smearing estimate: a nonparametric retransformation method. *Journal of American Statistics Association* 78 (383) , 606-610.
 33. 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.
 34. EuroQol Group, (1990) , EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16, 199-208.
 35. 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.
 36. 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.
 37. 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.
38. 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) .
 39. Foster AC., (2010) , Out-of-pocket health care expenditures: a comparison. *Monthly Labor Review*, Feb 1, 2010.
 40. 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.
 41. Gerfin M, Gross L, Haˆ 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. Rodrı´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.
 42. Gertler, P. and J. van der Gaag , (1990) , The willingness to pay for medical care (The John Hopkins University Press, Baltimore, USA) .
 43. 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.
 44. Grossman M. (, 1972) , On the concept of health capital and demand for health. *Journal of Political Economy* 80, 223-255.
 45. Hausman, J., and McFadden, D., (1984) , A specification test for the multinomial logit model. *Econometrica* 52, 1219-1240.
 46. 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.
47. Hotchkiss, D.R., (1998) , The tradeoff between price and quality of services in the philippines. *Social Science and Medicine* 46 (2) , 227-242.
 48. 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.
 49. 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.
 50. 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.
 51. 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.
 52. 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) .
 53. 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.
 54. 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.
 55. Leung SF, Yu S., (1996) , On the choice between sample selection and two-part

- models. *Journal of Econometrics* 72, 197-229.
56. 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.
 57. Lu R, Hsiao W., (2001) , Establishment of Taiwan's national health account. *Taiwan Economic Review* (in Chinese) 29 (4) , 547-576.
 58. 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.
 59. Luczak, J., & Garcia-Gomez, P. (2012) . Financial burden of drug expenditures in Poland. *Health Policy*, 105 (2-3) , 256-264. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.01.004
 60. Maddala, G.S., (1983) , Limited-dependent and qualitative variables in econometrics (Cambridge University Press, New York, USA) .
 61. Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman RB., (2010) , Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges (Buckingham: Open University Press) .
 62. 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.
 63. 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.
 64. 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.

65. McDowell I, Newell C., (1996) , Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires (2nd edn) (Oxford University Press: New York) .
66. McFadden, D., (1981) , Econometric models of probabilistic choice in structural analysis of discrete data with econometric applications, 198-272 (MIT Press, Cambridge, MA) .
67. McKee M, Healy J, Falkingham J.,(2002), Health care in central asia(Buckingham: Open University Press) .
68. 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.
69. 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.
70. Mocan HN, Tekin E, Zax SJ., (2004) , The demand for medical care in urban China. World Development 32 (2) , 289-304.
71. Modugu, H. R., Kumar, M., Kumar, A., & Millett, C. (2012) . State and socio-demographic group variation in out-of-pocket expenditure, borrowings and Janani Suraksha Yojana (JSY) programme use for birth deliveries in India. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. BMC Public Health, 12, 1048. doi: 10.1186/1471-2458-12-1048.
72. Moghadam, M. N., Banshi, M., Javar, M. A., Amiresmaili, M., & Ganjavi, S. (2012) . Iranian Household Financial Protection against Catastrophic Health Care Expenditures. Iran J Public Health, 41 (9) , 62-70.
73. 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.

74. Mukherjee S, Haddad S, Narayana D., (2011) ,Social class related inequalities in household health expenditure and economic burden: evidence from Kerela, south India. *International Journal for Equity in Health* 10, 1-13.
75. Murphy, A., Mahal, A., Richardson, E., & Moran, A. E. (2013) . The economic burden of chronic disease care faced by households in Ukraine: a cross-sectional matching study of angina patients. *Int J Equity Health*, 12, 38. doi: 10.1186/1475-9276-12-38.
76. 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.
77. Nolan B.,(1993) , Economic incentives, health status and health services utilization. *Journal of Health Economics* 12, 125-135.
78. 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.
79. 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.
80. 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.
81. 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) .
82. 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.
 83. Ross H, Chaloupka FJ., (2004) , The effect of public policies and prices on youth smoking. *Southern Economic Journal* 70 (4) , 796-815.
 84. Roy K, Howard DH., (2007) , Equity in out-of-pocket payments for hospital care: evidence from India. *Health Policy* 80, 297-307.
 85. 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.
 86. 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.
 87. Rubin, DB., (1987) , *Multiple imputation for nonresponse in survey*. Wiley: New York, 1987.
 88. 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.
 89. 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 16 (1) , 29-32.
90. 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) .
 91. Singleton, R.A., and B.C. Straits, (1999) , Approaches to social research (Oxford University Press, New York) .
 92. 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.
 93. 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.
 94. Taipei Times, PFP lawmaker plans to protest health fee hikes, Aug 12, (2002) .
 95. 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.
 96. UK National Statistics, (2008) , NS-SEC: www.statistics.gov.uk/methods_quality/ns_sec/default.asp
 97. Vilhjalmsson, R. (2009) . [Out-of-pocket health care expenditures among population groups in Iceland]. Laeknabladid, 95 (10) , 661-668.
 98. 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) .
99. Ware J, Hays RD.,(1988), Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care* 26 (4) , 393-402.
100. 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.
101. 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.
102. Ware, J. and Gandek, B., (1998) , Overview of the SF-36 health survey and international
103. quality of life assessment (IQOLA) project, *Journal of Clinical Epidemiology* 51 (11) , 903-912.
104. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL., (2003) , Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362, 111-117.
105. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N., (2010) , Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy* 94, 26-33.
106. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, et al. Health insurance and the demand for

- medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev* 1987;77:251-77.
107. Jung, Ki-Taig. Influence of the Introduction of a Per-Visit Copayment on Health Care Use and Expenditures: The Korean Experience. *Journal of Risk and Insurance* 65. 1 (Mar 1998) : 33-56.
108. Anonymous. Effective copayment structure can affect utilization. *Employee Benefit Plan Review* 56. 5 (Nov 2001) : 17-18.
109. Reed, Mary; Fung, Vicki; Price, Mary, et al. High-Deductible Health Insurance Plans: Efforts To Sharpen A Blunt Instrument. 28. 4 (Jul/Aug 2009) : 1145-54.
110. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978.
111. Fogel, R. W. (1994) , “Economic growth, population theory, and philosophy: The bearing of long-term processes on the making of economic policy.” *American Economic Review*, 84, pp. 369-95.
112. Mayer, D. (2001) , “The long-term impact of health on economic growth in Latin America.” *World Development*, 29, pp. 1025-33

6.2、中文文獻部分

1. 劉育志 (2012)，「醫療崩壞－烏托邦的現實與幻滅」。
2. 蔡貞慧、張鴻仁、王本仁 (2005)，「2002年調整保費及部分負擔對全民健康保險財務公平性之影響」。人文及社會科學集刊，94：3，1-31。
3. 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。
4. 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。
5. 林芸芸 (1992)，「大學生部份負擔意願及能力」。中華衛誌，11:4，341-355。
邱瑋婷 (2010)，「不同所得水準之病患對於醫院健保門診部分負擔上升之反應-以就醫場所選擇為例」。中原大學會計學系碩士學位論文。
6. 陳欽賢、劉彩卿 (2001)，「由美國的經驗檢視我國實施自負額制度之可行方向」。醫務管理期刊，2:4，1-17。
7. 陳皇仲、張斐綾、盧瑞芬、朱岳喬、蔡文鐘、石琳娜、劉耀宗、鄧復旦 (2006)，「全民健保部分負擔政策對醫院復健科門診醫療使用的影響」。台灣復健醫誌，34:2，73-80。
8. 張迺榮 (2009)，「全民健保部分負擔調漲對門診醫療利用影響之長期追蹤分析」。國立臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文。
9. 黃惠萍 (2007)，「全民健保新制部分負擔對民眾就醫層級選擇之影響」。國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
10. 陳欽賢、劉彩卿、周添城 (1998)，「自負額制度之探討」。經濟研究，35:1，83-117。
11. 蔡貞慧、高豐渝 (2010)，「我國健康照護財務負擔的公平性：1995-2006」。社會政策與社會工作學刊，14:1，81-117。
12. 陳崇倫 (2010)，「門診部分負擔提升對民眾就醫行為的影響」。長榮大學醫

務管理學系碩士班健康產業經營與管理組碩士論文。

13. 楊志良、蘇春蘭、傅千芬 (1989)，「國人對全民健康保險部分負擔之意見調查」。中華衛誌，9:4，184-197。
14. 許績天、韓幸紋、連賢明、羅光達 (2011)，「部分負擔調整對醫療利用的衝擊：以2005年政策調整為例」。台灣衛誌，30:4，326-336。
15. 林佩姿 (2009)，「就醫自付額對醫療利用和病患選擇就醫處所的影響-以高高屏地區門診氣喘病患為例」。高雄醫學大學臨床藥學研究所碩士論文。
16. 蔡貞慧、周穎政 (2002)，「臺灣全民健康保險的醫療支出重分配效果，1995~2000」。台灣衛誌，21:5，373-379。
17. 李淑芬、柯慧青、洪錦墩、李美文 (2012)，「影響民眾選擇自費健康檢查因素之研究」。澄清醫護管理雜誌，8:3，27-37。
18. 李秀婷 (2010)，「醫院健保門診部分負擔上升對病人選擇就醫場所之影響—論不同疾病之差異」。中原大學會計學系碩士學位論文。
19. 邱良進 (2006)，「醫院調高部分負擔實施後對西醫基層診所營運改變之探討」。高雄醫學大學健康科學院醫務管理學研究所在職專班碩士論文。
20. 林惠雯、薛亞聖 (2003)，「醫療消費者及醫療提供者對全民健保新制門診藥品部分負擔的認知；態度及行為之研究」。台灣衛誌，22:1，33-42。
21. 陳忠廷 (2008)，「藥品部分負擔政策之成效及對不同特性病患之影響」。國立台北大學經濟學研究所碩士論文。
22. 劉宜君 (2012)，「醫院經營自費醫療服務之實證研究」。競爭力評論，15，41-64。
23. 劉燦宏、任文媛、趙嘉成、崔岡、邱文達 (2004)，「以顧客關係管理觀點探討自費醫療服務」。醫務管理期刊，5:3，304-321。
24. 王素真、洪耀釗、林耀三 (2011)，「影響民眾利用自費健康檢查之相關因素探討」。工程科技與教育學刊，8:2，320-329。
25. 劉彩卿、陳欽賢 (2011)，「研析在全民健保制度下影響臺北都會區民眾就診

- 之因素」。經濟研究，37:1，69-92。
26. 周偉倪 (2003)，「病患與醫師對差額負擔的期望差距與相關醫療服務滿意度缺口的探討」。國立中山大學人力資源管理研究所碩士在職專班碩士論文。
 27. 羅櫻桃、林美秀、葉時祥、李紹平、郭幸柔、胡百敏 (2006)，「急診病人就醫環境及流程滿意度調查—以一所區域教學醫院為例」。護理導航，7:2，41-54。
 28. 喻崇文 (2009)，「持續門診高醫療利用保險對象之人口特徵及就醫背景因素探討」。中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班碩士論文。
 29. 張宏名 (2008)，「中部地區中老年人自費健康檢查之利用行為及其相關因素探討」。亞洲大學健康暨醫務管理學系碩士論文。
 30. 張金鳳 (2010)，「內部顧客對自費醫學美容之利用意向與影響因素—以南部某醫學中心為例」。嘉南藥理科技大學醫務管理系碩士論文。
 31. 宋奉宜 (2003)，「公立醫院自費醫療服務之績效評估—以某醫學美容中心為例」。長庚大學醫務管理研究所碩士論文。
 32. 邱煥民 (2009)，「民眾自費購買處方藥品決策因素的研究—以葡萄糖胺類藥品為例」。義守大學管理學院碩士在職專班碩士論文。
 33. 柯雅禎 (2007)，「自費健康檢查者特性與檢查項目關係之研究」。亞洲大學經營管理學系碩士論文。
 34. 吳雅竹 (2007)，「自費團體保險計畫逆自留的實證研究」。逢甲大學保險學系碩士班碩士論文。
 35. 么煥忠 (2007)，「自費醫療需求的評估—以台南市民眾為例」。國立成功大學高階管理碩士在職專班碩士論文。
 36. 許澤民 (2006)，「物理治療師執業模式探討—以成立自費物理治療工作室者為例」。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
 37. 鄭鴻萍 (2007)，「逆選擇與逆自留：團體保險公費案與自費案的選擇」。逢甲大學保險學系碩士在職專班碩士論文。
 38. 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研究所碩士論文。
39. 朱家宏(2006)，「影響自費醫療項目願付程度之因素—以骨折內固定為例」。亞洲大學健康管理研究所碩士論文。
 40. 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。
 41. 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，台北市。
 42. 王素真、洪耀釗、林耀三(2011)，影響民眾利用自費健康檢查之相關因素探討。工程科技與教育學刊, 8 (2), 320-329.
 43. 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，台中市。
 44. 石滄生、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。
 45. 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。
 46. 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。
 47. 中央健康保險局(2001)，「全民健保險部分負擔及保險費率調整報告」。
 48. 中央健康保險局(2002)，「健保大黑洞改革路盲茫」。
 49. 中央健康保險局(2002)，「費率及部分負擔調整說明」。
 50. 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。
 51. 行政院主計處(2012)「一百年家庭收支調查報告」。臺北市中正區：行政院主計處。
 52. 行政院衛生署(1985)，「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」。
 53. 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。

54. 行政院衛生署 (2013), 「國民醫療保健支出報告」。行政院衛生署編印。
55. 行政院衛生署 (2010) 「中華民國98年國民醫療保健支出」。行政院衛生署。
56. 吳汶娟 (2008), 原住民與非原住民家戶自付醫療費用之研究。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文, 台北市。
57. 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。
58. 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。
59. 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。
60. 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。
61. 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。
62. 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。
63. 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。
64. 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。
65. 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。
66. 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。
67. 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。
67. 張育嘉、黎伊帆、汪芳國、& 鄭守夏（2006），全民健保實施總額預算制度之初步影響評估：以牙醫與西醫基層為例。[The Impact of Global Budgeting of National Health Insurance: A Preliminary Study on Dental and Primary Care Facilities]. 臺灣公共衛生雜誌, 25（2）, 152-162。
 68. 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。
 69. 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。
 70. 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。
 71. 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門診服務的因素之調查」。中國醫藥學院雜誌，8：1，77-88。
 72. 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。
 73. 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。
 74. 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。
 75. 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。
 76. 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。
 77. 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。

78. 劉宜君（2012），醫院經營自費醫療服務之實證研究，[An Empirical Study of Self-pay Services in the Hospital]。競爭力評論，15, 41-64.
79. 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。
80. 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。

101 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：台灣社區醫院協會

親愛的先生／女士 您好：

行政院衛生署為研討民眾於全民健保下就醫利用與自付醫療費用情形，特於今年度委託台灣社區醫院協會辦理 101 年民眾自付醫療費用問卷調查，調查對象為 16 歲以上之國民，旨在分析民眾就醫及自費項目的利用情形與認知，回饋行政院衛生署檢討現行制度。

於此耽誤您寶貴的時間，希望您能根據自身的經驗確實回答以下題目，並請放心，您所填的任何資訊僅供衛生主管機關使用，絕不會洩漏。

敬祝

健康平安·事事順心

台灣社區醫院協會 敬上

一、健保就醫利用

1. 請根據您的就醫習慣回答以下題目：

i. 您是否有固定就診的醫療院所（如：不論大、小病症皆優先至該醫療院所就診，或儲存您病歷資料最完整的醫療院所）：

1 有（請續答第 ii 至 iii 題） 2 沒有（請跳答第 2 題）

ii. 承上題，其層級為何：

1 診所 2 地區醫院 3 區域醫院 4 醫學中心 5 我不清楚，醫院名為_____

iii. 承上題，您最常看的病症為：_____（例：頭痛、感冒、慢性病）

2. 您近一年內是否曾至醫療院所就醫：

1 是（請續答第 3 題） 2 否（請跳答第 4 題）

3. 請根據您最近一次就醫經驗回答以下問題：

i. 您就醫之目的為何：

1 西醫門診 2 急診 3 住院 4 中醫 5 牙醫 6 透析 7 其他_____

ii. 您就醫之醫療院所層級為何：

1 診所 2 地區醫院 3 區域醫院 4 醫學中心 5 我不清楚，院所名為_____

iii. 您是否了解您就醫所繳交各類費用用途：

1 全部了解 2 只了解一部分 3 完全不了解

◆ 依健保規定，凡就醫者，醫療院所應提供其醫療費用收據，格式如下：

➢ 左半部為「健保申報項目」，係為健保給付點數。

➢ 右半部為「自付費用項目」，為就醫者須自行負擔之金額。

自付費用項目含：

1. 掛號費：非健保給付項目，收費標準因各醫院而異。

2. 部分負擔：健保部分給付之項目，民眾需負擔部分金額。

3. 檢驗檢查、藥品、衛材、其他：其他自費項目

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)	

4. 根據健保法第四十三條，民眾有自行負擔之規定。下表為規定之門診基本部分負擔費用，西醫門診之負擔費用會依「醫院層級」與「是否轉診」而有差異。

醫院層級	西醫門診		急診	牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診			
醫學中心	210 元	360 元	450 元	50 元	50 元
區域醫院	140 元	240 元	300 元	50 元	50 元
地區醫院	50 元	80 元	150 元	50 元	50 元
診所	50 元	50 元	150 元	50 元	50 元

- i. 您是否知道，根據健保法第四十三條提及西醫門診基本部分負擔之規定，未經「轉診」而逕行跨層級就醫者，須多付部分負擔費用。譬如說：您腸胃不舒服經轉診而至區域醫院就醫須繳付140元自行負擔，但若未經「轉診」而逕行就醫者，則須繳付240元部分負擔。
- 1 一直都知道 2 以前不知道，現在了解了 3 還是不太清楚
- ii. 您是否知道，健保法中有立定「分級醫療」與「轉診制度」之概念，簡而言之就是建立大家「大病到大醫院，小病到小醫院」的概念，妥善利用社區醫療的資源，也避免大醫院壅塞，真正需要的人久候延誤的狀況。
- 1 一直都知道 2 以前不知道，現在了解了 3 還是不太清楚
- iii. 您得知這些收費標準與資訊後，會影響到日後就醫層級的選擇嗎？
- 1 會 2 不會
- iv. 承上題，原因為何：_____
5. 差額負擔是基於給付公平性及民眾選擇多樣化之需求。即健保對類似藥物給付相同金額，若民眾選擇較貴之藥物，超過健保支付價格部份，由民眾負擔超出的差價金額。例如：住院時，由原本的健保病床自行貼補費用升級為單人房。
- i. 您是否明白差額負擔制度的施行原則：
- 1 一直都知道 2 以前不知道，現在了解了 3 還是不太清楚
- ii. 差額負擔制度會增加民眾就醫選擇的多樣性，此為「使用者付費」的概念，對服務多要求者則多付出成本，您對這樣的制度表示：
- 1 支持 2 不支持 3 沒意見 4 其他意見_____
- iii. 承上題，原因為何：_____
6. 您覺得您目前繳交的健保保費貴或便宜：
- 1 太過貴 2 有點貴 3 剛好 4 有點便宜 5 太過便宜 6 無意見
7. 如果健保給付項目增加，但必須調高保費金額，您的立場為何：
- 1 支持 2 反對 3 無意見 4 其他意見_____
8. 如果健保給付項目減少，但繳交保費金額因此降低，您的立場為何：
- 1 支持 2 反對 3 無意見 4 其他意見_____
9. 您是否同意，健保制度之立意在於保障全體國民之就醫權益：
- 1 是 2 否 3 無意見 4 其他意見_____
10. 您是否同意健保制度應該保障所有的疾病，不論嚴重度：
- 1 是 2 否 3 無意見 4 其他意見_____
11. 您是否同意現行的一些自費醫療項目（自費健檢、特殊醫材、、）可以納入健保補助：
- 1 是 2 不是 3 無意見 4 其他意見_____
12. 承上題，如果健保真的納入這些原自費項目，您是否願意多繳交保費：
- 1 是 2 否 3 無意見
- 4 其他意見_____
13. 承上題，原因為何：_____
14. 您對於部分負擔和差額負擔有無其他建議，請告訴我們：_____

二、自費醫療服務利用

根據行政院衛生署中央健康保險局網站說明，現行的民眾自付醫療費用主要可以以下結構表述之：

1. **屬健保部分給付**的自費
- A. 自行負擔—基本部分負擔、復健部分負擔，藥品部分負擔、
 - B. 差額負擔—病房費、塗藥支架、特殊功能水晶體、
2. **非屬於健保給付**的自費 → C. 自費醫療項目—醫學美容、牙齒美白、掛號費、病歷調閱費，以及其他不符合健保給付之項目費用

各科別常見自費項目：

西醫：自費門診、自費疫苗、自費衛材、自費藥材、健康或保健食品、自費健康檢查或檢驗、自費透析、其他

中醫：自費藥費、針灸、傷科治療、傷科外用藥布、其他

牙醫：牙周病治療、齒列矯正、補綴牙科、人工植牙、雷射治療、其他

住院：診察費、病房費（單人床、VIP 病房）、（口服、外用）藥費、檢驗、特檢、X 光檢查費、手術及麻醉相關費用、（特殊）材料費、住院自費健檢、其他

本部分問題主要探討您於 **B. 差額負擔** 與 **C. 自費醫療項目** 的使用情形，舉例來說，您在住院時花錢將健保病床升級作單人房，或是因醫師建議而自費購買醫學美容項目，或者是您至眼科診所花錢做近視雷射手術，此類狀況皆是本部分探討之重點，敬請您根據過去經驗作答。

1. **B. 差額負擔** 通常發生在中、西醫門診、住院的就醫過程中，因某些因素而多購買了醫療項目。例如：您因為闌尾炎開刀後住院，並因考量病房環境安靜的因素而決定從健保病床花錢升級為單人病房）。

i. 請問過去一年內，您是否有過**差額負擔**之經驗：

- 1 是（請續答第ii至iv題） 2 否，已超過一年（請續答第ii至iv題）
3 從未有過或忘了（請跳答第2題）

ii. 承上題，請將您購買之自費品項填寫下表：

自費品項名	購買次數	自費品項單位 (天、次、個、...)	就診科別	花費金額 (總計)
範例：單人病房	一次	十天	住院	大約二萬五千元

iii. 請問過去一年間，您最常使用差額負擔自費的醫療院所層級為何：

- 1 診所 2 地區醫院 3 區域醫院 4 醫學中心 5 我不清楚，醫院名為_____

iv. 請根據您最近一次使用**差額負擔**自費的經驗回答以下題目。

a. 您購買自費項目前，院方是否有明確告知您收費金額：

- 1 是 2 否 3 忘記了

b. 您最後繳交的金額是否與院方告知相同：

- 1 是 2 否，超出原定金額 3 否，低於原定金額 4 忘記了

c. 您會為了追求更好的醫療品質而使用差額負擔自費：

- 5 非常同意 4 同意 3 沒意見 2 不同意 1 非常不同意

d. 您購買自費項目前，院方是否有向您說明該項目的用途：

- 1 是（請續答第e題） 2 否（請跳答第f題） 3 忘記了（請跳答第f題）

- e. 承上題，院方的說明是否有讓您完全清楚理解：
5 非常同意 4 同意 3 沒意見 2 不同意 1 非常不同意
- f. 您是否是因為院方人員推薦而使用自費項目：
1 是 2 否 3 忘記了
- g. 您對於本次收費的金額感到：
5 非常便宜 4 還算便宜 3 剛好 2 有點貴 1 非常貴
- h. 整體來說，這次差額自費項目十分符合您的期望：
5 非常同意 4 同意 3 沒意見 2 不同意 1 非常不同意

2. **C. 自費醫療項目**係指因特定需求而至醫療院所花錢購買自費醫療項目。例如：您想讓牙齒更白暫，而至牙科診所做牙齒美白。或者，您因重視自己身體狀況，而定期至醫院做自費健康檢查。

- i. 請問過去一年內，您是否有過**自費醫療項目**的經驗：
1 是（請續答第ii至v題） 2 否，已超過一年（請續答第ii至v題）
3 從未有過或忘了（請跳答第3題）
- ii. 承上題，請將您購買之自費品項填寫下表：

自費品項名	購買次數	自費品項單位 (天、次、個、、、)	就診科別	花費金額 (總計)
範例：植牙	二次	一次一顆	牙科門診	大約十二萬元

- iii. 請問過去一年間，您最常購買自費醫療的醫療院所層級為何：
1 診所 2 地區醫院 3 區域醫院 4 醫學中心 5 我不清楚，醫院名為_____
- iv. 您是否因為有固定就醫的醫療院所，之後遇到要使用自費醫療的狀況，會以同一家醫療院所為優先就醫考量。例如，您固定在某家牙醫診所補蛀牙，某天想要牙齒美白，也決定到這家牙醫診所做：
1 是 2 否，我會先比較其他醫療院所再做就醫選擇
- v. 請根據您最近一次使用自費醫療的經驗回答以下題目。
- a. 您覺得收據上的自費項目明細清楚明瞭：
5 非常同意 4 同意 3 沒意見 2 不同意 1 非常不同意
- b. 您對於該次收費的金額感到：
5 非常便宜 4 還算便宜 3 剛好 2 有點貴 1 非常貴
- c. 整體來說，您對該次自費就醫感到滿意：
5 非常同意 4 同意 3 沒意見 2 不同意 1 非常不同意

3. 您會基於哪些因素而去使用自費醫療（可複選）：
1 改善外觀 2 改善身體功能 3 享受較好服務 4 較好的醫療品質 5 院方人員推薦
6 親友建議 7 順應潮流 8 價格吸引 9 不知情情況下使用到 0 其他_____
4. 請問哪些因素會影響您選擇自費就醫之醫療院所（可複選）：
1 醫院名氣 2 醫師技術 3 儀器設備 4 交通因素（離家距離、停車便利性）
5 親友推薦 6 報章雜誌等媒體介紹 7 價格 8 其他_____
5. 您通常從何處得知關於自費項目服務之醫療院所資訊（可複選）：
1 電視節目介紹 2 廣播 3 親友介紹 4 網站資訊 5 傳單 6 其他_____

三、健康狀態與行為

1. 您有沒有患慢性疾病：
1 有 (請續答第2題) 2 沒有 (請跳答第3題) 3 我不清楚 (請跳答第3題)
2. 您的疾病為何：(可複選)
a 心臟病 b 高血壓 c 糖尿病 d 高血脂 e 腎臟病
f 肺部疾病 (如：慢性支氣管炎、肺氣腫、氣喘或慢性阻塞性肺部疾病)
g 肝炎 h 胃腸病 i 中風 j 子宮卵巢疾病 k 癌症 l 其他，名稱為：_____
3. 您的身體有無疼痛妨礙您處理需要做的事情：
1 有 (請續答第4題) 2 沒有 (請跳答第5題)
4. 承上題，疼痛妨礙的程度為何：
4 偶爾妨礙 3 有時妨礙 2 經常妨礙 1 極度妨礙
5. 您需要靠醫療協助應付日常生活嗎：
5 完全沒有需要 4 有一點需要 3 中等程度需要 2 很需要 1 極需要
6. 請問過去一個月間，您吸菸的頻率為：
5 完全沒有 4 偶爾 (1至3包) 3 有時 (4至6包) 2 經常 (7至9包) 1 總是 (10包以上)
7. 請問過去一個月間，您喝酒的頻率為：
5 完全沒有 4 偶爾 (2周一次) 3 有時 (1周一次) 2 經常 (2至3天一次) 1 總是 (每天)
8. 請問過去一年間，您運動的頻率為：
5 完全沒有 4 偶爾 (每1至2周一次，每次30分鐘以上)
3 有時 (每3至6天一次，每次30分鐘以上)
2 經常 (每周3至5次，每次30分鐘以上) 1 總是 (每天30分鐘以上)
9. 您是否有定期健康檢查的習慣：
1 有，平均_____一次 2 沒有
10. 請問過去一年間，您是否有使用營養、保健食品的習慣：
1 有，平均_____一次 (請續答第11至12題) 2 沒有 (請跳答第13題)
11. 承上題，您使用營養、保健食品的目的為何 (可複選)：
1 保持身體健康 2 尋求疾病醫癒 3 親友要求食用 4 其他_____
12. 承上題，您認為食用這些營養、保健食品後，身體狀況是否有改善或更好：
1 有 2 沒有 3 其他_____
13. 整體來說，若以分數表示，您認為您目前的健康狀況是 (最好10分，最差1分)：
9 10分 8 9分 7 8分 6 7分 5 6分 4 5分 3 4分 2 3分 1 2分 0 1分
14. 整體來說，您滿意自己的健康嗎：
5 非常滿意 4 滿意 3 普通 2 不滿意 1 非常不滿意
15. 您是否通常只要身體不舒服，就會立刻 (於當日內) 去看醫生：
1 是 (請跳答第18題) 2 不一定，會依病症的嚴重度而決定 (請續答第16至17題)
3 否 (請續答第16至17題)
16. 您的處理方式為何：
1 有時間再去看 2 先等一陣子看狀況有無改善，若無再去看
3 除非嚴重到受不了，否則絕不會去看 4 其他_____
17. 您是否會先自行 (購買並) 服用成藥：
1 是 2 否
18. 您掛號的習慣為何：
1 先自行搜尋就醫資訊後，明確掛需要之科別 2 至醫院詢問後，明確掛需要之科別
3 直接先掛常見科別 (家醫科、內科、)、，再請看診醫師做後續判斷
4 其他_____

四、個人基本資料

1. 性別：
1 男 2 女
2. 年齡：
1 16至20歲 2 21至30歲 3 31至40歲 4 41至50歲
5 51至60歲 6 61至70歲 7 71至80歲 6 81歲以上，_____歲
3. 婚姻狀況：
1 未婚 2 已婚 3 離婚 4 喪偶 5 其他_____
4. 居住地：
a 基隆市 b 臺北市 c 新北市 d 宜蘭縣 e 金門縣 f 連江縣
g 桃園縣 h 新竹縣 i 新竹市 j 苗栗縣 k 臺中市 i 彰化縣
m 南投縣 n 雲林縣 o 嘉義縣 p 嘉義市 q 臺南市 r 高雄市
s 屏東縣 t 澎湖縣 u 花蓮縣 v 臺東縣
5. 居住鄉、鎮、區：_____
6. 宗教信仰：
1 無 2 佛教 3 道教 4 一貫道 5 天主教 6 基督教
7 回教 8 其他_____
7. 教育程度：
1 不識字 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_____
8. 目前工作的所屬行業：
a 軍職 b 公職 c 教職 d 農業 e 工業 f 商業 g 醫療業
h 服務業 i 自由業 j 家管 k 無 l 其他_____
9. 個人年收入：
(含勞退金) 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 80萬元以上
10. 家庭成員總年收：
1 無任何收入 2 未滿60萬元 3 60至未滿120萬元
4 120至未滿180萬元 5 180至未滿240萬元 6 240萬元以上
11. 請問您是否有「壽險附加醫療險」、「意外險附加醫療險」或「單獨購買的醫療險」：
1 有（請續答第12題） 2 沒有（請跳答第13題） 3 不清楚（請跳答第13題）
12. 承上題，您每年投保的費用為：
a 未滿10,000元 b 10,000至未滿20,000元 c 20,000至未滿30,000元
d 30,000至未滿40,000元 e 40,000至未滿50,000元 f 50,000元以上
13. 請問您的總家戶人口數為：
1 1名 2 2名 3 3名 4 4名以上
14. 請問您家庭中的扶養人口數（無經濟收入，須靠您撫育與經濟供給）：
0 無 1 1名 2 2名 3 3名 4 4名以上
15. 請問您的個人年存款為：
1 未滿20萬元 2 20至未滿40萬元 3 40萬元以上 4 不清楚或不願回答
16. 請問您目前每個月繳交的健保保費（含眷屬）為：
1 未滿1000元 2 1000至未滿2000元 3 2000至未滿3000元
4 3000元以上 5 免自付健保費（如：低收入戶、失業） 6 不清楚
- 您對於本問卷有無其他任何建議：_____

敬愛的專家先進 鈞安：

本會於 101 年度承接行政院衛生署委託辦理「建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式」計畫，旨在了解民眾就醫及自費項目的利用情形與認知，回饋行政院衛生署檢討制度，計畫期藉由訪談的方式，了解您對現行自費醫療與就醫行為之看法、相關建議，特感謝您於百忙之中，撥冗予以協助，謝謝！

台灣社區醫院協會 敬上

民眾自費對全民健康保險就醫利用影響訪談表

根據中央健康保險局網站說明，現行的民眾自付醫療費用可以下結構表述之：

1. 屬健保部分給付的自費
 - A. 自行負擔—基本部分負擔、復健部分負擔，藥品部分負擔、
 - B. 差額負擔—病房費、塗藥支架、特殊功能水晶體、
2. 非屬於健保給付的自費 → C. 自費醫療項目—醫學美容、牙齒美白、掛號費、病歷調閱費，以及其他不符合健保給付之項目費用

各科別常見自費項目：

西醫：自費門診、自費疫苗、自費衛材、自費藥材、健康或保健食品、自費健康檢查或檢驗、自費透析、其他

中醫：自費藥費、針灸、傷科治療、傷科外用藥布、其他

牙醫：牙周病治療、齒列矯正、補綴牙科、人工植牙、雷射治療、其他

住院：診察費、病房費（單人床、VIP 病房）、（口服、外用）藥費、檢驗、特檢、X 光檢查費、手術及麻醉相關費用、（特殊）材料費、住院自費健檢、其他

第一部份：對於自費醫療之看法

一、自行（部分）負擔之看法

現行健保法第四十三條設有民眾自行負擔之規定。下表為規定之門診基本部分負擔費用，西醫門診之負擔費用會依「醫院層級」與「是否轉診」而有差異，用意在於落實分級醫療與轉診制度。

醫院層級	西醫門診		急診	牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診			
醫學中心	210 元	360 元	450 元	50 元	50 元
區域醫院	140 元	240 元	300 元	50 元	50 元
地區醫院	50 元	80 元	150 元	50 元	50 元
診所	50 元	50 元	150 元	50 元	50 元

1、您認為自行（部分）負擔的概念對於醫療資源利用有何影響？

（宣導民眾分級就醫之觀念、建立醫療體系轉診制度、）

台灣社區醫院協會

2、您覺得目前我國自行（部分）的設計是否有確實達到其設立之立意？ 是 否
理由為何？（負擔標準無達到分級醫療作用、牙醫與中醫無層級區別效果、、、）

3、您對落實分級醫療與轉診制度之建議為何？並請您試述可能會造成的改變與影響。
（推行醫療資源垂直整合、完整制定「就醫輔導」、「轉診」等規定、、、）

二、差額負擔之看法

差額負擔是基於給付公平性及民眾選擇多樣化之需求。即健保對類似藥物給付相同金額，若民眾選擇較貴之藥物，超過健保支付價格部份，由民眾負擔超出的差價金額。
例如：住院時，由原本的健保病床自行貼補費用升級為單人房。

1、您認為差額負擔的概念對於醫療資源利用有何影響？
（改善健保財務負擔、增加民眾就醫利用之選擇性）

2、差額負擔制度會增加民眾就醫選擇的多樣性，您是否認同這樣的制度？ 是 否
理由為何？（多用者多負擔、財務負擔衡量「醫療品質」？、、、）

3、您對於差額負擔制度有何建議？並請您試述可能會造成的改變與影響。
（差額品項資訊公開化、加強民眾「健保乃公眾資源，非少數人濫用」之概念、、、）

台灣社區醫院協會

三、非健保給付的自費醫療之看法

非健保給付的自費醫療係指因特定需求而至醫療院所花錢購買自費醫療項目。

例如：有民眾想讓牙齒更白皙，而至牙科診所做牙齒美白。或者，因重視自己身體狀況，而定期至醫院做自費健康檢查。

1、目前此部分的自費醫療項目（醫學美容、近視雷射手術、、、）非屬健保給付之範圍，由民眾全額自行負擔，請試述您的看法？

（非必要性醫療使用者付費的概念、醫療服務商品化？、、、）

2、日前衛生署宣布將醫學美容業務列為重點查核項目，醫策會亦表示開始規劃醫美認證制度，請試述您的看法與相關建議。

（主管機關應確保民眾就醫安全、應限制醫美醫師人力，改善五大科人力荒、、、）

四、自費醫療立意之觀點

民國 86 年至 100 年全民健保保險對象平均門診就醫次數自 13.76 次增加至 15.07 次，此現象即呈現所謂的「三多問題（看病多、拿藥多、檢查多）」，進而影響醫療費用之攀升。

1、您認為此現狀產生之原因為何？您有什麼看法？

（少數民眾過度耗用健保、政府落實分級醫療轉診制度力有未逮、部分大型醫院為紓解財務及醫療糾紛壓力，進行過多防衛性醫療、、、）

2、您認為自費醫療（自行負擔、差額負擔、非健保給付之項目）的實施是否可達到健保永續經營的效果？是 否，請試述您的想法。

（政府若落實規範，是可能抑制醫療成本、此為治標不治本的手段、、、）

台灣社區醫院協會

3、承上題，若要推行自費醫療，您有何良善之建議？

(建立民眾「就醫程序」、「轉診」的觀念才是治本之道、宣導「垂直整合」、、、、)

4、目前的健保承保項目眾多，但高出的醫療成本都轉以浮動點值由醫療機構吸收，您對此看法並有何良善建議？

(浮動點值應設定合理之停損點與補救機制、健保是否為社會福利保險？、、、)

5、您對於現行的健保制度有無任何建議？

(應明確規範醫療給付、合理分配醫療資源(落實轉診、分級醫療、垂直整合)、、、、)

第二部份：基本資料

填表說明：請您填入資料或在適當的□中打√

1. 性別： 1男 2女
2. 年齡： 116 至 20 歲 221 至 30 歲 331 至 40 歲 441 至 50 歲
551 至 60 歲 661 至 70 歲 771 至 80 歲 681 歲以上
3. 居住地： a基隆市 b臺北市 c新北市 d宜蘭縣 e金門縣 f連江縣
g桃園縣 h新竹縣 i新竹市 j苗栗縣 k臺中市 l彰化縣
m南投縣 n雲林縣 o嘉義縣 p嘉義市 q臺南市 r高雄市
s屏東縣 t澎湖縣 u花蓮縣 v臺東縣
4. 服務機構： _____
5. 機構服務單位： _____
6. 職稱： _____

~本訪談表到此全部結束，衷心謝謝您的填答~

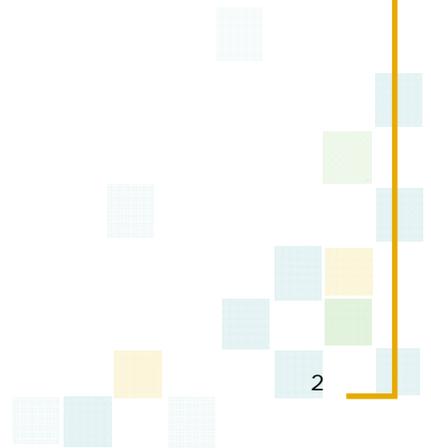


民眾自費對全民健康保險就醫利用影響 研 討 會

會議主持人



與會貴賓介紹



大綱



會議規則及注意事項

計畫說明

3

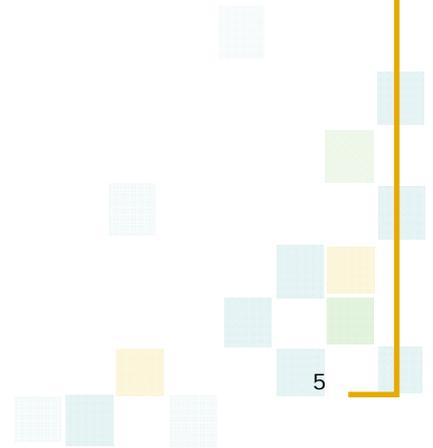
會議規則及注意事項



- 發言順序：依序為醫院與團體代表、專家學者、政府機關代表、出席嘉賓。
- 分配時間：每人每次發言以五分鐘為限。
- 不得人身攻擊、他人發言時不得干擾或提出質詢。

4

建構民眾自費對全民健康保險 就醫利用影響之評估模式 計畫說明



2010年度OECD國家與台灣 健康總支出占國內生產總值比率 (TEH as % of GDP)

國家	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2010年GDP (單位：十億美元)	2010年TEH (單位：十億美元)
澳洲	8.1	8.4	8.3	8.5	8.4	8.5	8.5	8.7	9.1	..	..	1,271.9	115.7
奧地利	10.1	10.1	10.3	10.4	10.4	10.2	10.3	10.5	11.2	11.0	..	379.0	41.7
比利時	8.3	8.5	10.0	10.1	10.1	9.6	9.6	10.0	10.7	10.5	..	469.3	49.3
加拿大	9.3	9.6	9.8	9.8	9.8	10.0	10.0	10.3	11.4	11.4	11.2	1,577.0	179.8
智利	6.8	6.7	7.5	7.1	6.9	6.6	6.9	7.5	8.4	8.0	..	203.4	16.3
捷克共和國	6.4	6.8	7.1	6.9	6.9	6.7	6.5	6.8	8.0	7.5	..	197.7	14.8
丹麥	9.1	9.3	9.5	9.7	9.8	9.9	10.0	10.2	11.5	11.1	..	312.0	34.6
愛沙尼亞	4.9	4.8	5.0	5.1	5.0	5.0	5.2	6.0	7.0	6.3	..	19.0	1.2
芬蘭	7.4	7.8	8.2	8.2	8.4	8.3	8.0	8.3	9.2	8.9	8.8	238.0	21.2
法國	10.2	10.6	10.9	11.0	11.2	11.1	11.1	11.0	11.7	11.6	..	2,559.8	296.9
德國	10.5	10.7	10.9	10.7	10.8	10.6	10.5	10.7	11.7	11.6	..	3,280.3	380.5
希臘	8.9	9.2	9.0	8.8	9.7	9.7	9.8	10.1	10.6	10.2	..	301.1	30.7
匈牙利	7.2	7.6	8.6	8.2	8.4	8.3	7.7	7.5	7.7	7.8	..	128.6	10.0
冰島	9.3	10.2	10.4	9.9	9.4	9.1	9.1	9.1	9.6	9.3	8.8	12.6	1.2
愛爾蘭	6.7	7.0	7.3	7.5	7.6	7.6	7.8	8.9	9.9	9.2	..	206.6	19.0
以色列	8.0	7.9	7.9	7.8	7.8	7.5	7.5	7.6	7.5	..	..	217.4	16.3
義大利	8.2	8.3	8.3	8.6	8.9	9.0	8.6	8.9	9.3	9.3	9.1	2,057.1	191.3
日本	7.8	7.9	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	..	..	5,488.4	521.4
韓國	5.1	4.9	5.2	5.3	5.7	6.0	6.3	6.5	6.9	7.1	7.2	1,014.5	72.0
盧森堡	7.4	8.3	7.7	8.2	7.9	7.7	7.1	6.8	7.9	..	..	53.3	4.2
墨西哥	5.5	5.6	5.8	6.0	5.9	5.7	5.8	5.8	6.4	6.2	..	1,032.2	64.0
荷蘭	8.3	8.9	9.8	10.0	9.8	9.7	10.8	11.0	11.9	12.0	..	779.3	93.5
紐西蘭	7.7	8.0	7.9	8.0	8.4	8.8	8.5	9.3	10.0	10.1	..	142.1	14.4
挪威	8.8	9.8	10.0	9.6	9.0	8.6	8.7	8.6	9.8	9.4	9.2	417.5	39.2
波蘭	5.9	6.3	6.2	6.2	6.2	6.2	6.3	6.9	7.2	7.0	..	469.4	32.9
葡萄牙	9.3	9.3	9.7	10.0	10.4	10.0	10.0	10.2	10.8	10.7	..	228.7	24.5
斯洛伐克共和國	5.5	5.6	5.8	7.2	7.0	7.3	7.8	8.0	9.2	9.0	..	87.1	7.8
斯洛文尼亞	8.6	8.6	8.6	8.3	8.3	8.3	7.8	8.3	9.3	9.0	..	46.9	4.2
西班牙	7.2	7.3	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	8.9	9.6	9.6	..	1,392.4	133.7
瑞典	8.9	9.2	9.3	9.1	9.1	8.9	8.9	9.2	9.9	9.6	..	462.1	44.4
瑞士	10.6	10.9	11.3	11.3	11.2	10.8	10.6	10.7	11.4	11.4	11.5	527.9	60.2
土耳其	5.2	5.4	5.3	5.4	5.4	5.8	6.0	6.1	..	..	..	734.4	44.8
英國	7.3	7.6	7.8	8.0	8.2	8.5	8.5	8.8	9.8	9.6	..	2,261.7	217.1
美國	14.3	15.1	15.7	15.8	15.8	15.9	16.2	16.6	17.7	17.6	..	14,447.1	2,542.7
OECD 國家平均	8.0	8.3	8.6	8.6	8.7	8.6	8.6	8.9	9.8	9.7	9.4	1,265.2	157.1
台灣	5.9	6.0	6.1	6.2	6.2	6.3	6.2	6.5	6.9	6.5	6.6	430.1	28.5

計畫緣起 (1/2)

健保支出逐年成長，永續性堪憂

- 健保資源之使用支出在民國八十七年三月開始出現入不敷出的狀況，長期以來一直為需要解決的問題，針對部分負擔（自行負擔）的項目，也作出新增與修訂，而對於自費項目，行政院衛生署中央健康保險局提出諸多方案及相關公告，又於民國九十八年十一月十六日公告修正「行政院衛生署中央健康保險局協助各政府機關辦理補助全民健康保險保險對象自付保險費作業要點」。

計畫緣起 (2/2)

部分負擔（自行負擔）與差額負擔

- 全民健保在總額支付制度實施後，部分醫療費用被列訂為由民眾負擔。自行負擔之用意在於矯正醫療資源濫用之情形，提醒民眾正視自己的身體保健，如此才能將醫療資源用在正確且必須之處，挾帶著部分人士的疑慮，如何讓部分負擔及差額負擔機制達到其應有之作用，並有效教育民眾有自行負擔醫療費用的認知確實重要，然現今並沒有完整及持續性之研究調查可提供相關資訊。

計畫七大目標 (1/2)



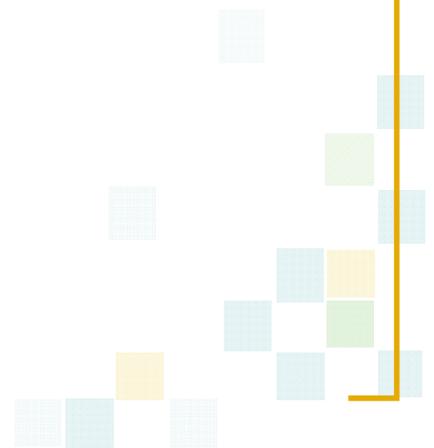
- 一、提出民眾自費對健保就醫利用之監測模式及評估模式。
- 二、辦理及分析第二次全國代表性自費調查。
- 三、評估民眾自費對健保就醫利用及就醫層的選擇影響。
- 四、辦理研討會或座談會，了解各界對於自費議題之看法。



計畫七大目標 (2/2)



- 五、評估民眾非自願性自費之影響。
- 六、提出常見十大收取自費之品項和費用。
- 七、提出未來民眾合理自費的具體建議，作為政策規劃參考。



計畫七大目標架構圖



提出未來民眾合理自費的具體建議，作為政策規劃參考。

辦理及分析第二次全國代表性之自費調查

評估民眾自費對健保就醫利用及就醫層級的選擇影響。

提出民眾自費對健保就醫利用之監測模式及評估模式

提出常見十大收取自費之品項和費用。

辦理研討會或座談會，了解各界對於自費議題之看法。

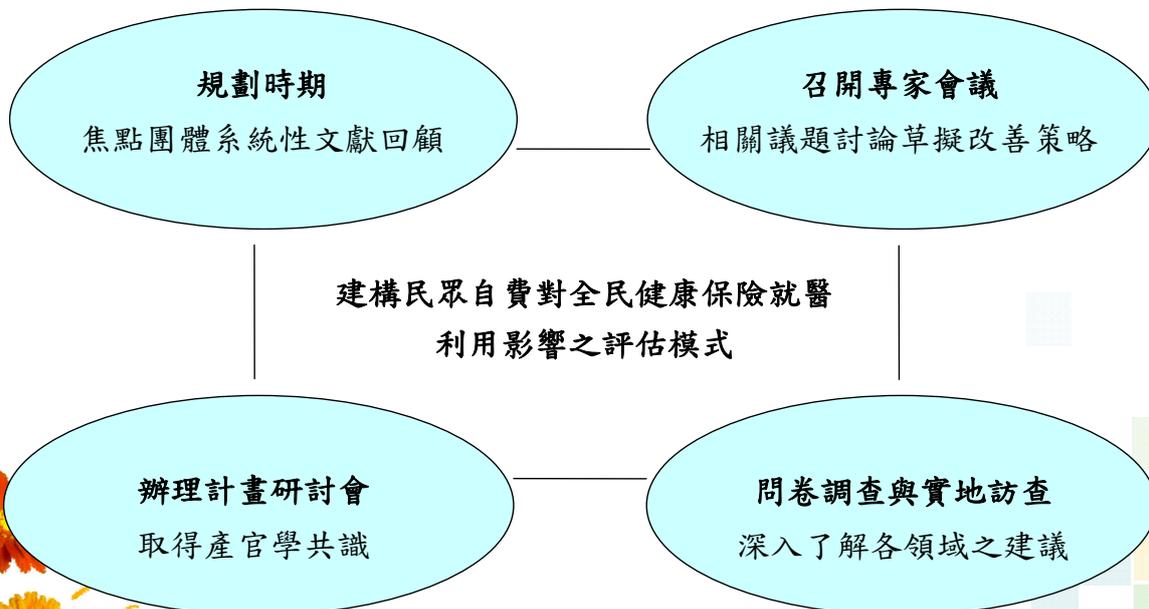
評估民眾非自願性自費之影響。

計畫目的

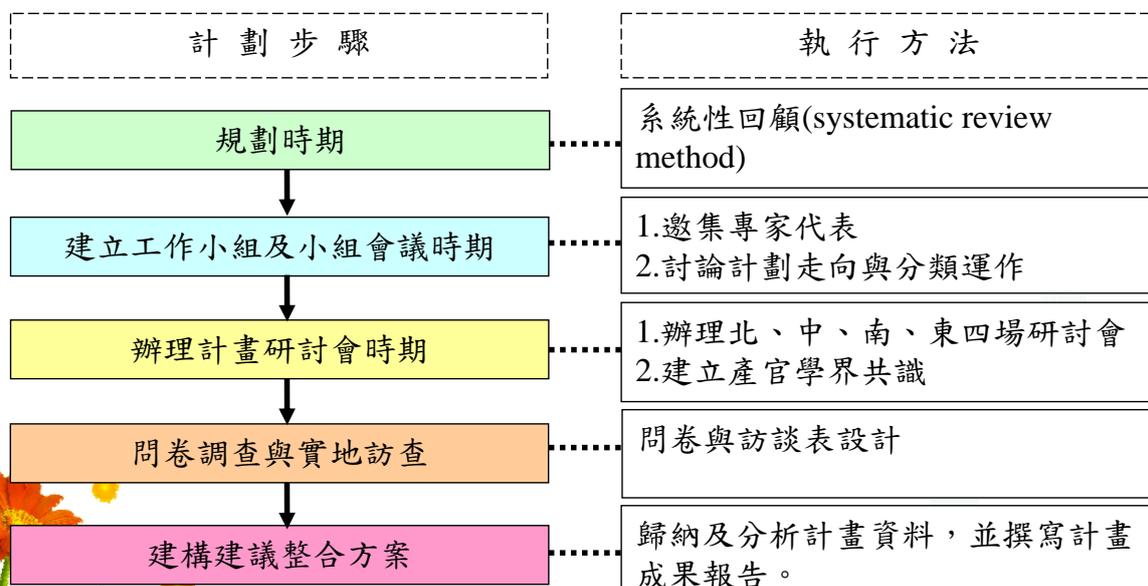


- 了解民眾實際就醫自費之趨勢，並建立有效之就醫利用監測模式及評估模式。
- 執行方法
 1. 召開專家座談會議。
 2. 舉行北、中、南、東四場研討會。
 3. 問卷調查、資料庫分析。

計畫步驟 (1/2)



計畫步驟 (2/2)

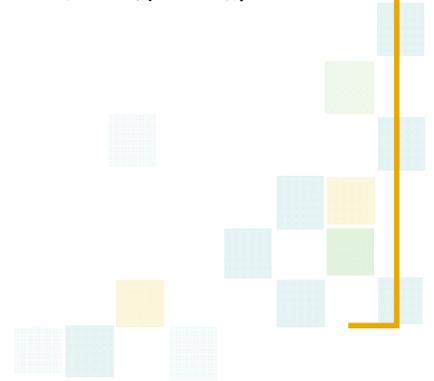


計畫步驟介紹 (1/4)



一、規劃時期

- 系統性回顧方法(systematic review method)
 1. 收集國、內外與醫療保險以及醫療自費項目有關之文獻。
 2. 比較國、內外醫療保險與自費項目相關文獻之差異性，並進行優劣分析。

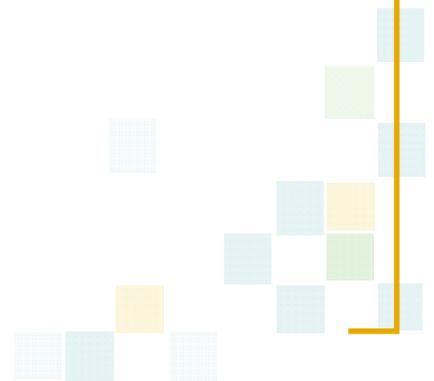


計畫步驟介紹 (2/4)



二、召開專家會議

- 由規劃時期收集國內外醫療保險與自費項目相關資料，由各相關小組進行分析、檢討與評估，針對現今醫療環境對於民眾就醫提供之服務是否妥適，並提出相關考評指標與觀點。



計畫步驟介紹 (3/4)



三、辦理計畫研討會

- 完成辦理北、中、南、東計4場次「民眾自費對全民健康保險就醫利用影響研討會」，邀請實務專家、學者及各相關團體（如全民健保、衛生政策、醫療機構或其他相關團體）與會並擔任會議主持人、出席者或討論嘉賓，透過研討會形式，了解各界對於自費議題之看法，並取得產官學共識。



計畫步驟介紹 (4/4)

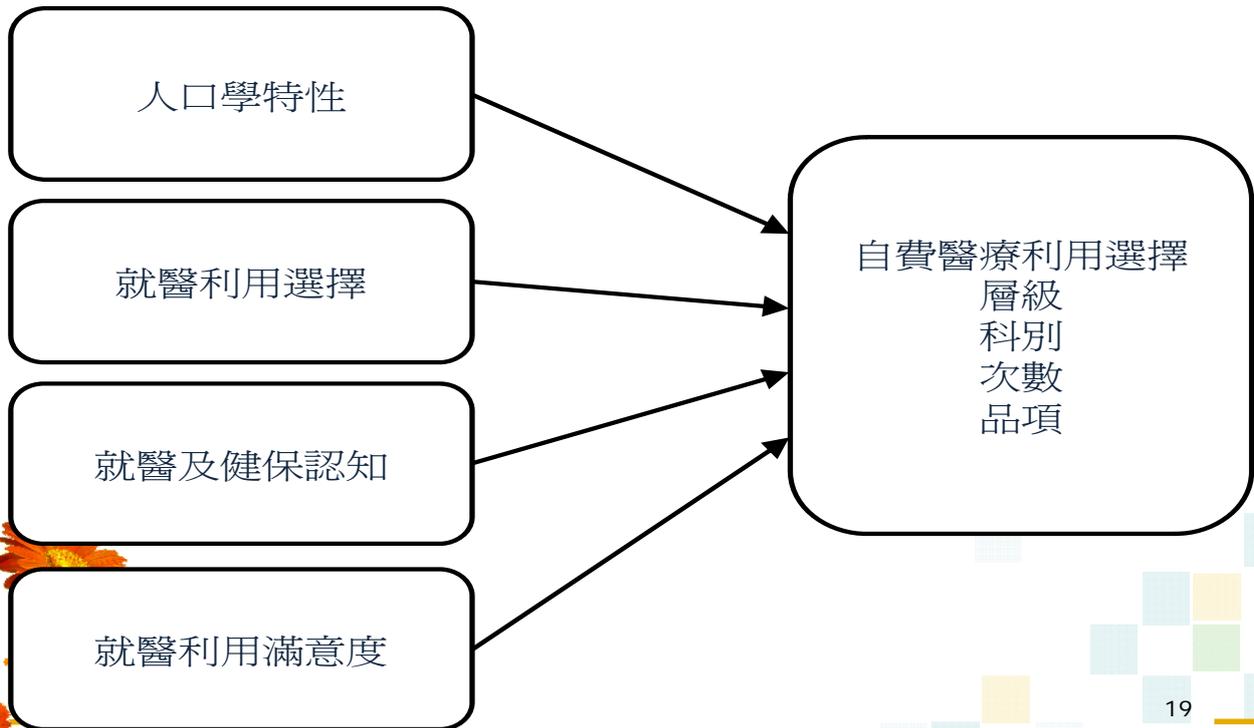


四、問卷調查與實地訪查

- 建立研究問卷
- 訪談專家學者與相關領域者：樣本對象對於「自行負擔」、「差額負擔」、「醫療環境與健保支付制度認知」之看法與建議。
- 發放問卷：本問卷對象為全台就醫民眾，諮詢其對於自費項目的認知及訴求，以及本計畫之相關看法。



研究架構



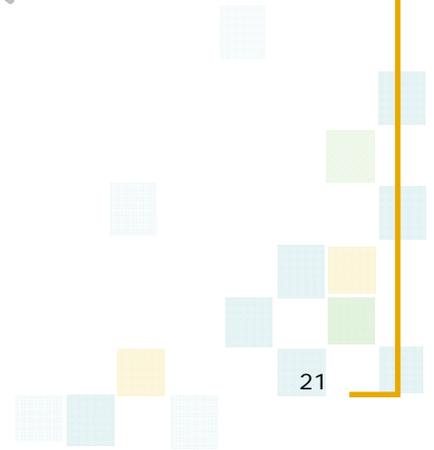
19

資料取得方式



- 一、**民眾端**：以問卷方式調查民眾就醫利用之因子，牽涉「人口學資料」、「認知」、「自覺健康」、「滿意度」、
、
、方面問項。
- 二、**健保端**：向國家衛生研究院申請健保資料庫，統計民眾醫療利用以及自行負擔、差額負擔情形。
- 三、**院所端**：協請各層級醫療院所提供院內醫療自費項目使用情況進行統計分析。

歡迎各位專家先進 今日的參與



民眾自費對全民健康保險就醫利用影響

研討會

會議引言人

大綱

- ◆各國醫療體系比較
- ◆現行健保自費之立意
- ◆現行健保自費制度名詞定義
- ◆自費醫療的發展與健保永續性

前言－法源依據

- 依據下列我國憲法及其增修條文：
 1. 憲法第155條：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟」。
 2. 憲法第157條：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」。
 3. 憲法增修條文第10條第5項：「國家應推行**全民健康保險**」。

前言－法源依據

我國國民的健康照護是**人民權利**
也是**國家責任**

前言－照護體系

◆而國際間健康照護體系可劃分為三大類，或者說是依政府公權力介入程度所做的分類：

1. 國民保健服務模型 (NHS, The National Health Service Model)
2. 社會保險模型 (NHI, The Social Insurance Model)
3. 私人保險模型 (The Private Insurance Model)

前言－照護體系

◆健康照護體系的財務主要來源有四大面：

(摘錄自 林霖，2011)

1. 政府負擔 (Government-Raised)
2. 社會保險貢獻
3. 私有保險
4. 使用者自付費用

前言－照護體系之比較

體系	財務來源	優點	缺點	醫療機構所有權	實施國家
國民保健服務模型 (NHS, The National Health Service Model)	政府負擔 一般稅收	1. 照護範圍普及 2. 納保率較高 3. 費用控制效果佳	1. 就醫等候時間長 2. 就醫選擇少 3. 醫療機構效率差 4. 民眾滿意度低	政府	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
社會保險模型 (NHI, The Social Insurance Model)	社會保險 雇主及員工共擔	1. 強制性全面保險 2. 權利、義務對等 3. 具個人公平性 4. 具社會適當性 5. 費率負擔適中 6. 整合各保險福利 7. 促進社會公平	1. 制度設計較複雜 2. 民眾繳費意願低	政府或私人	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
私人保險模型 (The Private Insurance Model)	私有保險 個人或雇主共擔	1. 選擇自由 2. 醫療科技較高	1. 費用增長過快 2. 醫療保障覆盖面窄	私人	美國

1. 我國屬社會保險模型 (NHI)。

2. 自民國84年實施全民健康保險制度以來，醫療生態開始有了重大轉變。

3. 民國90年因為總額支付制度的實施，醫療院所漸漸發展自費醫療服務。

究竟何謂自費醫療？

自費醫療之定義

◆廣義之定義

對於被保險人而言，健保給付項目中的部分負擔（自行負擔），不論是自負額或定率、定額部分負擔，其與**健保不給付項目都是屬於廣義的自付醫療費用支出。**

（蔡貞慧、張鴻仁、王本仁，2005）

自費醫療之定義

◆狹義之定義

二代健保法第51條定義之十二項不給付之醫療項目，以及其他先進科技醫療。

健保法第51條定義不給付之醫療項目（1/2）

1. 依其他法令應該由政府負擔費用的醫療服務項目。
2. 預防接種及其他由政府負擔費用的醫療服務項目。
3. 藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。
4. 成藥、醫師指示用藥。
5. 指定醫師、特別護士及護理師。
6. 血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要的輸血，不在此限。

健保法第51條定義不給付之醫療項目（2/2）

- 7.人體試驗。
- 8.日間住院。但精神照護，不在此限。
- 9.管灌飲食以外的膳食、病房費差額。
- 10.病人交通、掛號、證明文件。
- 11.義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性的裝具。
- 12.其他經主管機關公告不給付的診療服務及藥品。

自費醫療其實就是：
在醫療過程中，
須自行支付費用的部分。

自費醫療之用意

抑制醫療資源濫用

增加健保收入

落實分級醫療與轉診制度

降低被保險人保費負擔

杜絕大型醫院急診人滿為患的可行性方法

現行自費醫療主要結構

1. 屬健保部分給付的自費

A. 自行負擔—基本部分負擔、復健部分負擔，藥品部分負擔、、、

B. 差額負擔—病房費、塗藥支架、特殊功能水晶體、部分骨材、、

2. 非屬於健保給付的自費

C. 自費醫療項目—醫學美容、牙齒美白、掛號費、病歷調閱費，以及其他不符健保給付之項目費用。

自行負擔

- ◆自行負擔亦常被稱作部分負擔，係指保險對象前往健保特約醫療院所就醫時，自行負擔一部分的醫療費用。（邱瑋婷，2010）

實例說明

- ◆一般看門診要付的費用包括以下幾項：
 - 1.門診基本部分負擔
 - 2.門診藥品部分負擔
- ◆如果您在門診還有接受復健物理治療或中醫傷科治療，那麼您還要多付「門診復健（含中醫傷科）部分負擔」。
- ◆如果您被安排住院，那麼您在出院時須付「住院部分負擔」。

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)	

二代健保法第43之1條提及之自行負擔

- 保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

醫院層級	西醫門診		急診	牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診			
醫學中心	210元	360元	450元	50元	50元
區域醫院	140元	240元	300元	50元	50元
地區醫院	50元	80元	150元	50元	50元
診所	50元	50元	150元	50元	50元

如此的做法能否導正
急診人滿為患？大型
醫院門診人潮如鯽魚
般穿梭於大廳，完全
無法導正倒金字塔的
醫療費用給付。

用意

落實分級醫療與轉診制度
平衡醫療層級發展
縮減城鄉醫療差距

使需要就醫的人能夠順利就醫

差額負擔

- ◆ **差額負擔**是基於**給付公平性**及**民眾選擇多樣化**之需求。即健保對類似藥物給付相同金額，若民眾選擇較貴之藥物，超過健保支付價格部份，由民眾負擔超出的差價金額。
- ◆ 當病患就醫之費用超出保險單位所認定給付之最高額，此超過給付額之費用由被保險人自行負擔。

(Philip, 1990)

例如：住院時，由原本的健保病床自行貼補費用升級為單人房。

差額負擔之用意

- ◆ 提供民眾基本的醫療保障，給付一定範圍內的項目範圍外的項目允許病患額外付費以補保險給付的不足。
- ◆ 差額負擔的目的：
 1. 能夠**滿足就醫者選擇醫療技術的需求**。
 2. 對保險人（健保局）而言，差額負擔有節制醫療費用非必要性耗費的效果。
 3. 就醫事服務機構而言，可作為支付標準的調節閥，以反映醫院成本之差異，並產生價格競爭的機制。



使用者付費，
多用者多負擔。

非屬於健保給付的自費醫療項目

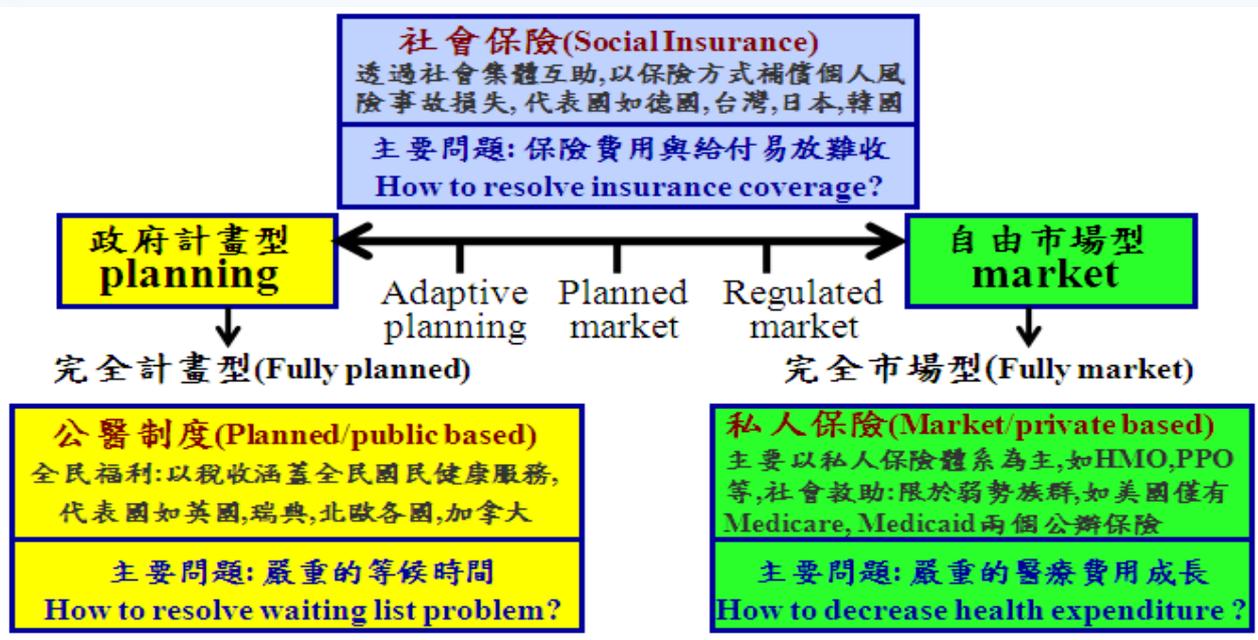
- ◆非屬挽救或維持健康用意之醫療：醫學美容、牙齒美白，非健保給付之自費健檢項目。

例如：您想讓牙齒更白皙，而至牙科診所做牙齒美白。或者，您因重視自己身體狀況，而定期至醫院做自費健康檢查。

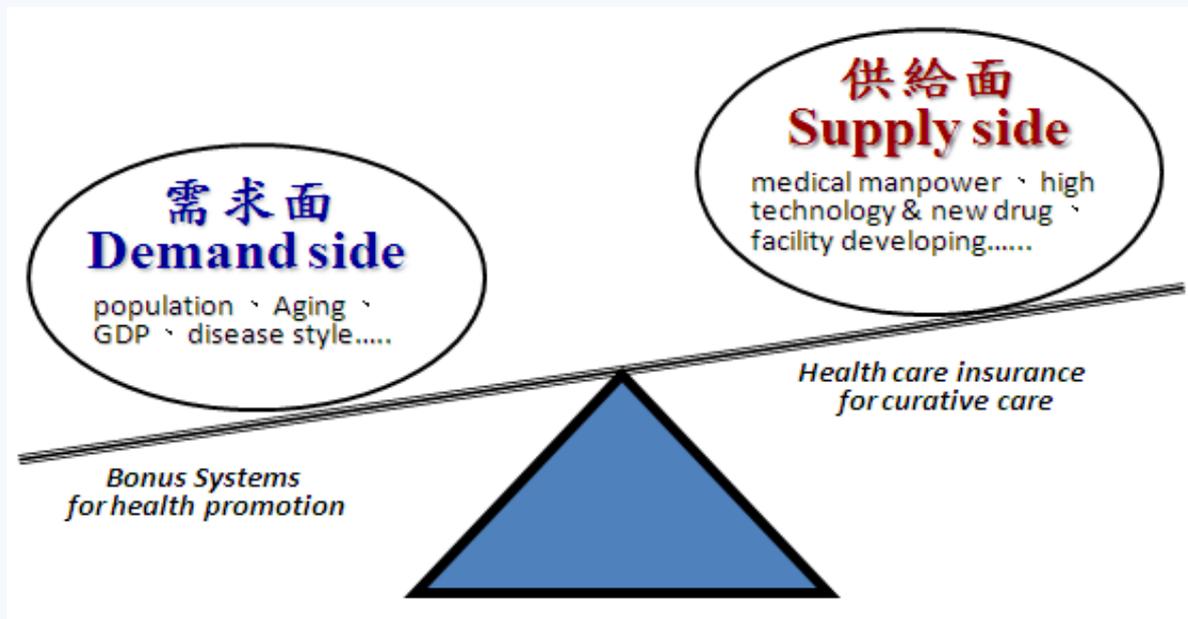
結語

- ◆醫療支出逐年成長，健保財務堪憂。
- ◆自費醫療實施至今，仍未宣導充足，部分民眾未全然了解。
- ◆就醫分級的概念尚未落實完全。
- ◆減少非必要性醫療之支出降低健保負荷。
- ◆健保的永續與醫療的未來，需要您我來努力共築。

世界主要醫療制度的特性與問題 The public-private organization continuum



醫療費用支出影響因素



收入與支出的平衡 需求與供給的平衡

German Statutory Health Insurance Bonus Systems

Interventions and their corresponding credit points offered in the prevention bonus program open to all insured available during the evaluation period.

Category	Intervention	Credit points per year
Primary and secondary prevention	Screening for early detection of chronic disease and measures of primary prevention (check-up 157) for adults. Included are screening for diabetes mellitus, and diseases of the cardiovascular and/or renal system	150 per check-up/screening
	Screening for cervical cancer	150 per pregnancy
	Screening for colorectal cancer	150 per child
1. Checkups & screening	Screening for colorectal cancer	150
	Cancer check-up > 25 hours (female)	150
2. Immunization	Cancer check-up > 25 hours (female)	150
	Influenza vaccination	50
3. Exercise	Licensed exercise classes I-III	100 per program
	Active membership in a licensed sports club	100 per annum
	Active membership in a licensed fitness studio	100 per annum
	Acquisition of the German Sports Badge	100 per annum
	"Germany Moves" Part I	150
	"Germany Moves" Part II	150

Dutch Health Insurance System 3 COMPARTMENTS

1 LONG-TERM CARE (regulated)	35-40%
2 CURATIVE CARE	
Voluntary Private insurance (partly regulated)	15-20%
Sickness Funds (regulated)	35-40%
3 SUPPLEMENTARY CARE	
Supplementary private insurance (not regulated)	5-10%

需求面 (Demand side)
Bonus Systems for health promotion

供給面 (Supply side)
Health care insurance for curative care

本研討會之期望

希望了解民眾實際就醫自費之趨勢。
邀集各界人士，透過產、官、學界與關心本議題之先進交流，建立有效之就醫利用監測模式及評估模式。

未來展望

- ◆ 必要性醫療觀念的建立，珍惜並合理使用醫療資源。
- ◆ 建立分級就醫的好習慣。
- ◆ 一齊交流，搭築共識的橋梁。
- ◆ 共同守護醫療，永續健保。

A stylized landscape illustration. The background features blue and white wavy bands representing a sky or clouds. In the foreground, there are green rolling hills. On the left, a tree with a dark brown trunk and several large, rounded, purple and pink blossoms stands on a hill. Below the tree, a small orange sun with rays is visible. The overall style is clean and modern.

Thank you

敬請指教

並請協助填寫問卷，於離場時繳交