

應用認知價值選擇模式分析病患至基層診所就診意願相關因素

蔡文正 龔佩珍¹ 翁瑞宏²

中國醫藥大學 醫務管理學系暨碩士班

亞洲大學 健康暨醫務管理學系¹

嘉南藥理科技大學 醫務管理學系²

目的 本研究以認知價值選擇模式探討民眾對基層診所各項就醫因素之認知，並分析其就醫意願與相關因素。同時，探討認知價值選擇模式在民眾選擇基層診所就醫決策過程中之適用性，以提供後續研究者參考。

方法 本研究以問卷調查方式，在各層級醫療院所門診病患採隨機系統抽樣，有效樣本1148份，並應用描述性統計分析、序位羅吉斯迴歸分析探討民眾選擇診所就醫之主要考量因素、對基層診所之就診意願與其相關因素。

結果 民眾至診所就醫意願方面，36.1% 民眾有高度意願，但是15.1% 民眾低度意願。不論生小病或有慢性病的民眾選擇以診所為就醫場所的主要考量以犧牲屬性因素「等候時間」與「交通時間」為優先。民眾至診所就醫時重要性因素評價方面，以「病情解說」、「環境衛生」與「醫術」等品質屬性因素最為重要。對診所醫療服務滿意度評價方面，以「醫師看病態度」、「醫術」、「醫病關係」等三項品質屬性因素最高。經過序位羅吉斯迴歸分析後，在控制相關變項後，民眾對「醫術」的滿意度顯著影響民眾就診意願($p < 0.05$)。

結論 當民眾生小病時民眾至基層診所就醫意願主要以犧牲屬性為優先考量，但是至診所就醫時以品質屬性因素為最重要。(中台灣醫誌 2007;12:220-9)

關鍵詞

就醫重要性因素，就醫選擇，價值認知選擇模式，就診意願

前言

長久以來，在台灣地區的民眾享有充分的就醫自由，民眾得自行決定欲前往何種層級醫療院所就醫，由於民眾普遍認為高層級醫療院所具有精密的儀器設備、權威的專科醫師等優勢，再加上轉診制度及部分負擔制度規劃不健全以及民眾往往對開業醫師較有不信任感等因素，使得不少民眾不論患有大病或小病皆逕行前往高層級醫療院所就醫，造成民眾大量湧向高層級醫療院所看門診的現象，2004年台灣全民健保醫院與診所門診案件數中診所之門診案件佔69.7% [1]。

過去研究認為「越級就診」及「小病看大醫

院」為台灣醫界四大問題之一[2]，就健保經濟的角度來分析，我國醫學中心與區域醫院每件門診平均費用約為基層院所的三倍[1]，若民眾不分大小病一律前往高層級醫療院所求診所造成的浪費，將使得健保財務問題日漸嚴重。若以醫療體系發展來看，「越級就診」及「小病看大醫院」所產生的問題將會使各層級醫療院所之功能混淆並壓縮基層醫療院所生存空間。綜合上述分析，如何提昇民眾至基層診所就醫意願實為現在台灣醫療體系所需重視的問題。

從行銷學觀點來看，為促進民眾對醫療服務的就診意願，首先必須了解醫療服務消費者的決策模式[3,4]，其中病患認知價值(perceived value)在病患選擇醫療服務的過程中扮演著關鍵性的角色，而認知價值的觀點也已廣泛運用於醫療行銷領域[4-8]。Dodds及Monroe將認知價值的觀念予以概念化，其以認知價值的觀念來評估消費者

聯絡作者：翁瑞宏

地址：717 台南縣仁德鄉二仁路一段60號

嘉南藥理科技大學 醫管系

收文日期：2006年9月13日 修改日期：2007年6月25日

接受日期：2007年8月27日

對於產品購買的決策，並指出認知價值是品質屬性(perceived quality attribute)與犧牲屬性認知(perceived sacrifice attribute)比較出來的結果[9]。Zeithaml更進一步將品質屬性認知定義為一種包含多重屬性的構念，並將消費者的犧牲屬性認知分成金錢(monetary)與非金錢(nonmonetary)的成本兩大類[10]。

Lane及Lindquist引用認知價值為品質屬性認知與犧牲屬性認知比較結果的觀念，彙整過去有關影響民眾選擇醫院考量因素的文獻後認為品質屬性包含：照護品質、醫療機構清潔、服務態度、醫院聲譽、專業服務範圍、醫院外觀或裝潢、急診照護品質、護理品質、醫院儀器設備、醫病關係等十項；至於犧牲屬性則包含醫療費用、離家距離等兩項[8]。Gooding認為品質屬性應包含：技術水準、服務範圍、醫術、醫療品質、服務態度、可近性、醫院聲譽、同情心、急診照護、隱私性、醫院外觀、醫院規模、可賴性等十三項；而犧牲屬性則包含：距離、交通時間、醫療花費等三項[5-7]。

除了認知價值會影響民眾就醫決策外，有學者指出「民眾個人特性因素」、「就醫場所傾向」、「就醫觀念認知」等三大因素亦會影響民眾就醫決策[4,11-17]。本研究在應用認知價值選擇模式來探討影響民眾至基層診所就醫的相關因素時，上述三大因素將作為本研究的控制因素。

本研究有鑑於病患在考量其就醫決策時，不僅會考量到就醫機構的品質屬性，亦會同時考慮其所要付出的代價(犧牲屬性)，因此乃以同時考量顧客之品質屬性與犧牲屬性認知的認知價值選擇模式為主要研究架構，並修正過去學者所定義之品質屬性與犧牲屬性的多重屬性，以適用於本研究之基層診所就醫意願調查。最後提出增加民眾至基層診所就醫意願之建議，以提供基層診所醫師參考，此外，本研究亦將探討認知價值選擇模式在民眾選擇基層診所就醫決策過程中之適用性，以提供未來研究者參考。

材料與方法

研究樣本與資料來源

本研究以台灣地區就醫民眾為母群體，依不同層級醫療機構之門診人數進行抽樣，並以結構式問卷對研究樣本進行面對面訪查。本研究採兩階段抽樣方式選取研究樣本，首先，以隨機抽樣方式選取醫療機構，所選取的機構數，在醫學中心與區域醫院的部份，乃取該層級機構總數的

1/5，因此，醫學中心與區域醫院乃各取4家與10家醫院，至於地區醫院與基層診所，則由於數量眾多，再加上本研究時間與經費有限，因此難以用1/5的比例來選取，最後乃分別以10家地區醫院與40家基層診所來進行調查，共計選取台灣四家醫學中心、十家區域醫院、十家地區醫院、四十家基層診所。本研究樣本包含醫院之就醫民眾主要原因是為了完全瞭解一般民眾對基層診所醫療服務之經驗與看法，因為許多民眾看病有時選擇診所有時選擇醫院，也有民眾去過診所就醫但是也許是病情需要或過去經驗不佳，而現在選擇醫院就醫。因此本研究選取在醫院門診就醫之民眾，以避免失去許多民眾不選擇診所就醫之原因或其他重要訊息。

在選定醫療機構後，依各醫院領藥號碼進行系統抽樣以選取研究樣本，診所因就診人數較少，因此採方便取樣(convenience sampling)方式。本研究為避免所選取的受訪民眾不具問卷填答能力，因此將樣本年齡限制為15歲以上之民眾，並且所有回答問卷之民眾近一年皆有至基層診所就醫或陪同就醫之經驗。於問卷過程中若民眾不願意或不符合資格接受問卷時，訪員再依取樣原則尋找下一個受訪民眾。在考量各機構實際的門診量高低情形後，共計選取醫學中心受訪民眾300份(每家75份)，區域醫院受訪民眾350份(每家35份)，地區醫院受訪民眾250份(每家25份)，與診所受訪民眾400份(每家10份)，總計1300份，有效回收問卷1148份，其中醫學中心298份，區域醫院245份，地區醫院211份，與診所394份，問卷回收率為88.3%。

研究方法

研究工具與訪員訓練

本研究參考過去相關研究結果進行問卷設計，透過訪員面訪的方式進行問卷資料收集，在訪員訓練方面，本研究聘請約25位大學生為訪員，在問卷調查前，針對本研究目的、問卷內容、訪員訪談技巧及在調查過程中可能須注意到的相關注意事項，進行半日的訪員訓練，訪談地點為各醫療機構的領藥候診區，而每位民眾訪談時間約10-15分鐘。

研究變項與測量

診所就診意願

指民眾患有一般疾病時首先選擇至基層診所就醫之意願，此為本研究後續迴歸分析時之依變項，衡量分數的範圍為1-5分，分數越高代表越願意至基層診所就醫。而本研究之自變項可分為

下列四個因素構面。(一)民眾個人特性：主要以 Andersen 及 Phillips 等人的第一階段健康行為模式為架構[11,18]，在傾向因素方面，包含性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、居住地區、住家距離機構遠近等變項；在能力因素方面，本研究主要以個人或家庭資源構面來擷取能力因素變項，包含平均家庭收入、是否有加入全民健保；而需要因素則包含有是否領有重大傷病卡、自覺目前健康情形。(二)就醫場所傾向與主要考量因素：包含有無固定就醫場所、平常生小病就醫地點、慢性病就醫地點與就醫層級等四個主要變項，此外，亦進一步以品質屬性與犧牲屬性兩大就醫影響因素構面為架構，去調查生小病或得慢性病時，選擇至診所就醫的主要考量因素。主要考量因素調查方面，品質屬性的因素包含「醫術」、「醫師看診態度」、「病患較少不擁擠」、「醫病關係」、「病情解說」、「護士或藥師服務態度」、「用藥解說」、「隱私權」等八項，犧牲屬性因素包含「交通時間」、「等候時間」、「停車問題」、「自付額」等四項。

(三)就醫觀念認知：包含是否贊成「大病至大醫院、小病至診所」就醫，與是否贊成「到大醫院就醫應該透過醫師轉診」等兩個變項。(四)就醫因素認知與評價：本研究以認知價值選擇模式為架構，將就醫因素分成品質屬性因素與犧牲屬性因素兩大部分，並採用 Likert 七等距法(7-point Likert's scale)來測量民眾對至診所就醫因素重要性認知與滿意度評價，品質屬性因素方面包含「就醫及諮詢方便性」、「醫術」、「醫師看病態度」、「護士或藥師的服務態度」、「醫病關係」、「用藥解說」、「診斷時間」、「病情解說」、「隱私權」、「診所空間」、「環境衛生」等十一項，犧牲屬性因素方面則包含「交通時間」、「候診時間」、「停車便利性」等三項。

問卷信效度

在信度方面，則利用 Cronbach's α 係數分別檢視就醫因素重要性與滿意度構面之一致性程度，Cronbach's α 係數分別為 0.94 與 0.93，可見具有高度一致性。在效度方面，本研究透過 6 位專家學者來確認問卷之內容效度，包含 2 位醫務管理專長的學者，以及 4 位經營醫院與診所實務經驗豐富的專家，依專家學者之意見加以修改，以確認問卷之內容效度。

分析方法

本研究首先進行描述性統計分析，之後所有自變項與就診意願進行單因子變異數分析

(one-way ANOVA)或 t test 後，本研究將有達統計上顯著差異($p < 0.05$)的變項納入序位羅吉斯迴歸模型中當作自變項分析。由於本研究之依變項為五等第之序位資料並非連續資料，因此，不採用複迴歸模型，Tzeng 曾利用序位羅吉斯迴歸分析(ordinal logistic regression analysis)中的 proportional odds model 來分析五等距序位資料的護理人員離職傾向[19]，而 Sun 等人亦利用相同的模式來分析同屬序位資料的病人急診回診意願與急診滿意度[20]，由此可見序位羅吉斯迴歸分析的 proportional odds model 為一種特別用來分析依變項為序位變項時的迴歸分析法[21]，本研究採用此方法來進行影響民眾就診意願相關因素的推論性分析。

結果

描述性分析

民眾個人特性

在傾向因素方面，本研究之女性樣本較多(59.8%)。樣本平均年齡約為 35 歲，69.2% 小於 40 歲，大於 50 歲者佔 11.9%。50.0% 樣本為大專(含)學歷以上。在職業方面，無職業者所佔 33.5%，其次為勞工的 18.6%。59.8% 樣本已婚。55.6% 樣本居住於都市。在居住地距離就醫機構遠近方面，78.4% 受訪民眾自認離診所較近。在能力因素方面，家庭平均收入以 3 萬元至 6(含)萬元佔 40.3% 最多。僅 0.5% 樣本仍未加入全民健保。在需要因素方面，4.2% 受訪民眾有重大傷病卡，47.2% 受訪民眾認為自己健康情形良好，但是也有 7.8% 之受訪民眾自覺身體狀況不佳(表一)。

就醫場所傾向與主要考量因素

有無固定就醫場所方面，18.7% 受訪民眾無固定就醫場所，64.3% 以診所為固定就醫場所，固定就醫場所為醫院者僅 17.0% (表二)。在民眾生小病時就醫場所傾向方面，82.6% 樣本以診所為固定就醫地點(表二)。當民眾生小病時至診所就醫主要考量因素方面，前兩名皆屬於犧牲屬性因素分別為「等候時間」(41.3%)、「交通時間」(15.9%)，而「醫術」(11.3%) 僅排第三名(表三)；由表二得知，有慢性病之受訪民眾(159 位)平常就醫地點，僅 18.2% (23 位)習慣於診所固定就醫；而此 23 位有慢性病至診所就醫之主要考量因素，屬於犧牲屬性因素的「等候時間」(43.5%) 與「交通時間(8.8%)」分居第一與第三名(表三)。

表一 民衆之個人特性之描述性統計分析

變項名稱	人數 (%)
性別	
男	460 (40.2)
女	683 (59.8)
年齡(歲)	
29以下	435 (38.1)
30-39	356 (31.1)
40-49	216 (18.9)
50-59	78 (6.8)
60以上	58 (5.1)
教育程度	
國中以下	157 (13.8)
高中職	414 (36.2)
大專以上	570 (50.0)
職業	
無	383 (33.5)
軍公教	134 (11.7)
工	212 (18.6)
商	204 (17.9)
自由業	195 (17.1)
其他	14 (1.2)
婚姻狀況	
已婚	683 (59.8)
單身	460 (40.2)
居住地區	
都市	634 (55.6)
鄉鎮	479 (42.0)
較偏僻地區	27 (2.4)
住家距離何機構較近	
診所	888 (78.4)
醫院	245 (21.6)
平均家庭收入(萬元)	
3以下(含)	260 (22.9)
3-6(含6)	457 (40.3)
6-9(含9)	241 (21.2)
9以上	177 (15.6)
是否加入全民健保	
否	6 (0.5)
是	1136 (99.5)
有無重大傷病卡	
無	1095 (95.8)
有	48 (4.2)
自覺健康情形	
很差	9 (0.8)
差	80 (7.0)
普通	514 (45.0)
好	389 (34.0)
很好	151 (13.2)

就醫觀念認知

受訪民衆贊成「大病至大醫院、小病至診所」的有88.8%，亦有高達85.3%的受訪民衆贊成「到大醫院應透過醫師轉診」的轉診觀念(表二)。

表二 民衆就醫場所傾向、就醫觀念認知之描述性統計分析

變項名稱	人數 (%)
就醫場所傾向	
有無固定就醫場所	
無	213 (18.7)
醫院為固定就醫場所	194 (17.0)
診所為固定就醫場所	734 (64.3)
平常生小病就醫地點	
醫院	199 (17.4)
診所	943 (82.6)
慢性病固定就醫地點	
無慢性病	983 (86.1)
醫院	130 (11.4)
診所	29 (2.5)
就醫層級	
診所	391 (34.2)
地區醫院	210 (18.4)
區域醫院	244 (21.4)
醫學中心	298 (26.1)
就醫觀念認知	
贊不贊成大病至大醫院、小病至診所	
不贊成	128 (11.2)
贊成	1015 (88.8)
贊不贊成到大醫院應透過醫師轉診	
不贊成	168 (14.8)
贊成	971 (85.2)
民眾至診所就診意願	
完全無意願	33 (2.9)
較無意願	140 (12.3)
普通意願	556 (48.6)
高意願	273 (23.9)
非常高意願	140 (12.3)

就醫因素認知與評價

在民衆對診所就醫因素重要性認知方面(表四)，前三名分別為品質屬性因素的「病情解說」(5.5分)、「環境衛生」(5.4分)、「醫術」(5.4分)，犧牲屬性因素方面，民衆則較不重視，例如「候診時間」(4.8分)、「停車便利性」(4.7分)、「交通時間」(4.5分)，分別占所有就診因素中的第9、11、13名，至於診所空間為受訪民衆認為相對最不重要。在對診所就醫因素滿意度評價方面，前三名仍然為品質屬性因素的「醫師看病態度」、「醫術」、「醫病關係」，而犧牲屬性因素的「停車便利性」為相對最不满意(表四)。

就診意願

受訪民衆患有一般疾病時首先選擇至基層診所就醫之意願平均分數為3.3分(分數選項1-5分)，標準差0.94，其中「完全無意願」(1分)佔全部受訪民衆2.9%、「較無意願」(2分)佔

表三 民衆生小病或得慢性病選擇至診所之最主要考量

變項名稱	屬性	人數 (%)	變項名稱	屬性	人數 (%)
生小病選擇至診所之最主要考量 (N = 875)			得慢性病固定選擇診所就醫之最主要考量 (N = 23)		
等候時間	犧牲	361 (41.3)	等候時間	犧牲	10 (43.5)
交通時間	犧牲	139 (15.9)	醫術	品質	4 (17.4)
醫術	品質	99 (11.3)	交通時間	犧牲	2 (8.8)
病患較少不擁擠	品質	81 (9.3)	病患較少不擁擠	品質	2 (8.8)
醫師看診態度	品質	58 (6.6)	醫師看診態度	品質	1 (4.3)
醫病關係	品質	44 (5.0)	用藥解說	品質	1 (4.3)
病情的解說	品質	34 (3.9)	病情的解說	品質	1 (4.3)
服務態度	品質	33 (3.8)	停車問題	犧牲	1 (4.3)
自付額	犧牲	10 (1.1)	隱私問題	品質	1 (4.3)
停車問題	犧牲	10 (1.1)	自付額	犧牲	0 (0.0)
用藥解說	品質	5 (0.6)	服務態度	品質	0 (0.0)
隱私問題	品質	1 (0.1)	醫病關係	品質	0 (0.0)

表四 民衆對診所各項因素重要性與滿意度評價描述性統計分析(N = 1143)

變項名稱	屬性	平均數±標準差	變項名稱	屬性	平均數±標準差
重要性評價			滿意度評價		
1.病情解說	品質	5.5 ± 1.8	1.醫師看病態度	品質	5.2 ± 1.3
2.環境衛生	品質	5.4 ± 1.9	2.醫術	品質	5.1 ± 1.3
3.醫術	品質	5.4 ± 1.9	3.醫病關係	品質	5.1 ± 1.3
4.用藥解說	品質	5.4 ± 1.9	4.隱私權	品質	5.0 ± 1.4
5.醫病關係	品質	5.3 ± 1.9	5.病情解說	品質	5.0 ± 1.4
6.醫師看病態度	品質	5.3 ± 1.9	6.環境衛生	品質	4.9 ± 1.4
7.隱私權	品質	5.2 ± 1.9	7.交通時間	犧牲	4.9 ± 1.4
8.護士或藥師之服務態度	品質	5.2 ± 1.9	8.護士或藥師之服務態度	品質	4.9 ± 1.3
9.候診時間	犧牲	4.8 ± 1.8	9.診斷時間	品質	4.9 ± 1.3
10.診斷時間	品質	4.8 ± 1.8	10.用藥解說	品質	4.9 ± 1.4
11.停車便利性	犧牲	4.7 ± 1.9	11.候診時間	犧牲	4.8 ± 1.3
12.就醫及諮詢方便性	品質	4.6 ± 1.9	12.就醫及諮詢方便性	品質	4.8 ± 1.3
13.交通時間	犧牲	4.5 ± 1.8	13.診所空間	品質	4.6 ± 1.3
14.診所空間	品質	4.5 ± 1.8	14.停車便利性	犧牲	4.6 ± 1.5

重要性評價與滿意度評價最低1分，最高7分。

12.3%、「普通意願」(3分)佔48.6%、「高意願」(4分)佔23.9%、「非常高意願」(5分)佔12.3%(表二)。

單因子變異數分析與 *t* test

經過單因子變異數分析或 *t* test 檢測後，有達統計上顯著差異($p < 0.05$)的變項中，在民眾基本特性方面者包含年齡、教育程度、居住地區、住家距離機構遠近、平均家庭收入與自覺健康情形等六個變項。其中年齡越輕、或教育程度越高、或居住都市區、或距診所較近、或收入較高、或自覺健康較佳者至診所就診意願越高。在就醫場所傾向方面包含有無固定就醫場所與就醫層級等兩個變項有達統計上顯著差異($p < 0.05$)，其中固定就醫於診所者或無固定就醫場所者有較高至診

所就診意願。在就醫觀念認知方面，包含贊不贊成「大病至大醫院、小病至診所」與贊成不贊成「到大醫院應透過醫師轉診」有達統計上顯著差異($p < 0.05$)，贊成者明顯有較高意願。而診所就醫因素滿意度評價方面則包含所有品質屬性因素與犧牲屬性因素共十四項，滿意度越高明顯就診意願越高($p < 0.05$)。本研究將有達統計上顯著差異($p < 0.05$)的變項納入序位羅吉斯迴歸模型中當作自變項分析。

序位羅吉斯迴歸分析

整體模型適合度評估

本研究之序位羅吉斯迴歸模型之-2 對數概似值為2522.79，且達統計上顯著意義。在預測變項間的獨立性檢驗方面，經皮爾森卡方檢定結果

顯示皮爾相關係數達統計上顯著意義($p < 0.05$)，可見本研究之預測變項應該是彼此獨立。在平行線檢定方面，結果顯示並未達統計上顯著意義($p > 0.05$)，可見本研究迴歸模型的所有反應類別的斜率係數在可接受範圍內。而本研究進一步去分析其假 R 平方值，Cox and Snell R^2 其功用與複迴歸模型中的 R 平方值相同，而Nagelkerke值是Cox and Snell R^2 的修正，其值介於0-1之間，數值越高代表該模型越好，而本研究之Nagelkerke值為0.275實屬可接受水準[22]。經過上述檢定結果顯示，本研究之所建立序位羅吉斯迴歸模型具有相當的適合度(表五)。

模型分析結果

經序位羅吉斯迴歸模型分析結果顯示：(一)民眾個人特性：教育程度為國中以下其至診所就醫意願的勝算比(odds ratio)為大專(含)以上的

0.562倍($p < 0.05$)，而教育程度為高中職的民眾其至診所就醫意願的勝算比為大專以上的0.748倍($p < 0.05$)，由此可看出當民眾教育程度越低時，其至診所就醫意願越低。在住家離機構遠近因素方面，民眾住家離診所較近時，其至診所就醫意願的勝算比為離醫院較近民眾的1.950倍($p < 0.01$)，意即當民眾住家離診所較近時，其至診所就醫意願的機率高於住家離醫院較近的民眾。在平均家庭收入方面，家庭收入在9萬以上的民眾，其至診所就醫意願的勝算比為3萬元以下者的1.585倍($p < 0.05$)。此外，在民眾自覺健康情形方面，自覺健康情形「差」的民眾其至診所就醫意願的勝算比為自覺健康情形「很好」民眾的0.552倍($p < 0.03$) (表五)。(二)就醫場所傾向：民眾無固定就醫場所其至診所就醫意願的勝算比為以診所為固定就醫場所者的0.644倍($p < 0.05$)；

表五 民眾對診所就醫意願之序位羅吉斯迴歸分析

變項	OR (95% 信賴區間)	p	變項	OR (95% 信賴區間)	p
就診意願=1	0.089 (0.03 -0.31)	<0.01	就醫場所傾向		
就診意願=2	0.770 (0.23 -2.61)	0.67	有無固定就醫場所		
就診意願=3	14.027 (4.14 -47.47)	<0.01	無	0.664 (0.48 -0.91)	0.01
就診意願=4	72.024 (20.91 -247.15)	<0.01	醫院為固定就醫場所	0.289 (0.20 -0.42)	<0.01
民眾個人特性			診所為固定就醫場所(參考組)	1.0	-
年齡(歲)	1.004 (0.99 -1.01)	0.51	就醫層級		
教育程度			醫學中心	0.863 (0.64 -1.17)	0.34
國中以下	0.562 (0.38 -0.84)	0.01	區域意願	0.805 (0.58 -1.12)	0.19
高中職	0.748 (0.58 -0.96)	0.03	地區醫院	0.807 (0.58 -1.13)	0.21
大專以上(參考組)	1.0	-	診所(參考組)	1.0	-
居住地區			就醫認知		
都市	1.738 (0.80 -3.74)	0.16	贊不贊成大病至大醫院、小病至診所		
鄉鎮	1.613 (0.75 -3.49)	0.23	贊成	2.702 (1.80 -4.01)	<0.01
較偏僻地區(參考組)	1.0	-	不贊成(參考組)	1.0	-
住家距離機構遠近			贊不贊成到大醫院應透過醫師轉診		
醫院(參考組)	1.0	-	贊成	1.035 (0.74 -1.45)	0.84
診所	1.950 (1.43 -2.66)	<0.01	不贊成(參考組)	1.0	-
平均家庭收入(萬元)			滿意度評價		
3以下(含)(參考組)	1.0	-	就醫及諮詢方便性	1.051 (0.93 -1.19)	0.41
3-6(含6)	1.265 (0.93 -1.72)	0.13	醫術	1.188 (1.03 -1.38)	0.02
6-9(含9)	1.336 (0.93 -1.92)	0.11	醫師看病態度	1.092 (0.94 -1.26)	0.24
9以上	1.585 (1.07 -2.34)	0.02	護士或藥師之服務態度	1.132 (0.98 -1.30)	0.08
自覺健康情形			醫病關係	1.078 (0.92 -1.26)	0.35
很差	2.113 (0.57 -7.77)	0.26	用藥解說	0.911 (0.79 -1.04)	0.18
差	0.552 (0.32 -0.96)	0.03	診斷時間	1.087 (0.95 -1.25)	0.23
普通	0.720 (0.50 -1.04)	0.08	病情解說	0.923 (0.80 -1.06)	0.25
好	0.811 (0.56 -1.17)	0.27	候診時間	1.009 (0.90 -1.14)	0.88
很好(參考組)	1.0	-	隱私權	0.944 (0.84 -1.06)	0.33
			交通時間	1.116 (0.99 -1.26)	0.06
			診所空間	0.904 (0.79 -1.03)	0.13
			環境衛生	1.071 (0.94 -1.22)	0.28
			停車便利	1.033 (0.93 -1.15)	0.54

OR = odds ratio。

而民眾以醫院為固定就醫場所其至診所就醫意願的勝算比為以診所為固定就醫場所者的0.289倍($p < 0.01$) (表五)。(三)就醫觀念認知：民眾贊成大病至大醫院、小病至診所者其至診所就醫意願的勝算比為不贊成者的2.702倍($p < 0.01$) (表五)。(四)就醫因素滿意度評價：僅有品質屬性因素的「醫術」達統計上顯著差異，民眾對醫術滿意度越高時其至診所就診意願越高($p < 0.05$) (表五)。

討論

本研究的受訪民眾的年齡層雖偏低(約35歲)，但經按年齡層隨機重新抽樣後的樣本做為代表台灣一般民眾母群體年齡層分佈的新樣本進行分析，新樣本年齡層分佈情形與台灣全體民眾相同，經比較原樣本與新樣本之診所就診意願差異性後發現，新樣本與原樣本並無明顯差異($p > 0.05$)。以下從五個方面針對本研究結果進行探討。

民眾至基層診所就醫之整體意願與現況

本研究發現受訪民眾普遍認同至基層診所就醫，其中，有超過60% (64.3%)的受訪民眾會固定至診所就醫，而且有82.6%受訪民眾平常生小病時首選就醫地點為診所，同時有88.8%民眾贊成「大病至大醫院、小病之診所」的分級就醫觀念，也有85.3%民眾贊成「到大醫院應透過醫師轉診」的轉診觀念，顯示大多數民眾有至基層診所就醫意願。

本研究66.0%樣本為在醫院就醫之民眾，然這些受訪民眾大部分仍回答其平日生小病就醫地點為基層診所，此現象可有兩種解釋，一為部分醫院受訪民眾為非小病而至醫院就醫，可能有其他較嚴重之疾病或慢性病而前往醫院就醫。另一種解釋為民眾之就醫理念與其實際就醫行為不一致；亦即大部分在醫院就醫之受訪民眾認為生小病應該至基層診所就醫，但是當其生病時仍然有不少比例民眾往醫院就醫，是否與民眾對健保部分負擔之接受度高有關，值得進一步探討。

至診所就醫考量主要因素與重要性認知

探討民眾選擇至診所就醫考慮因素中，不論是生小病或慢性病，傾向選擇至診所就醫的民眾，皆以「等候時間」、「交通時間」等犧牲屬性因素為主要考量(表三)。由此可見傾向至診所就醫的受訪民眾，若以Zeithaml的觀點來看，乃以「非金錢成本」的犧牲屬性因素為主要考量[10]。然在所有民眾對診所就醫因素的重要性認知中，前三名皆為品質屬性因素，依序為「病情

解說」、「環境衛生」與「醫術」(表四)。為何民眾在考量至診所就醫選擇因素之重要性時，認為「等候時間」與「交通時間」之重要性遠低於「醫術」之重要性，但是，當民眾被問及為何選擇該診所就醫時，「等候時間」與「交通時間」成為最重要之因素，如何解釋此現象？若以認知評價選擇模式來分析，該模式強調病患在選擇醫療機構時，主要考量品質屬性認知與犧牲屬性認知之相互比較，當民眾對診所與醫院在治療疾病之品質屬性認知相同的情形下，犧牲屬性認知變成為關鍵的影響因素，而時間因素為重要的犧牲屬性，以本研究結果為例，診所相較於醫院在「等候時間」及「交通時間」等犧牲屬性評價最高，此兩項可能成為民眾選擇至診所固定就醫的關鍵。另一種情形為民眾對於診所與醫院在治療疾病之品質或技術之資訊缺乏而無法比較時，會以次要因素為主要考量，亦即以「等候時間」與「交通時間」為主要決定依據。此時顯示出醫療機構之醫療品質與技術之資訊對民眾就醫選擇之重要性，如何讓民眾知道醫療機構之醫療技術與品質，對醫院或診所之吸引民眾非常重要。

此外，本研究分別調查民眾在生小病與罹患慢性病時，至診所就醫之主要考量因素皆為「非金錢成本」的犧牲屬性因素，雖然兩者在考量因素具同質性，但是研究民眾在固定就醫地點選擇上，有小病者選擇診所的比例高於醫院，而患有慢性病者選擇醫院的比例高於診所，可見民眾雖然考量因素相似，但民眾可能會依其對其他因素評價來決定其最後就診場所，例如，「藥品好壞」之認知可能是部分慢性病患者選擇至醫院就醫考量因素。在現行台灣醫療制度下，基層診所受限於藥品給付法令的緣故，平均藥品給付遠較醫院低，在民眾越級就診部分負擔不高情況下，患有慢性病的民眾自然較不願意選擇至基層診所就醫。過去研究亦發現病患選擇就診的考量中「儀器設備」為重要因素[17]，為使診所更有能力添加儀器設備，並且提供民眾就醫時更多科別上的選擇性，未來診所應朝向聯合門診或聯合診所的方向來運作，可以增加基層診所之競爭力。

民眾對診所就醫因素滿意度評價

民眾對診所各項就醫因素的滿意度評價，以「醫師看病態度」、「醫病關係」與「醫術」等品質屬性因素最高，而最低者為犧牲屬性因素的「停車便利性」，不過民眾對這項因素同樣也被認為是比較不重要的因素(表四)。在所有品質屬性因素中，民眾對「就醫諮詢及方便性」重要性

認知與滿意度評價皆相當低，其可能原因在於家庭醫師觀念未落實，使得民眾對疾病治療時的相關品質屬性因素(如：醫師看病態度、醫術)最為重視，在民眾尚未普遍接受家庭醫師觀念的情形下，診所自然而然亦不會有動機去改善，因此造成民眾對就醫諮詢及方便性滿意度低的結果。

本研究發現民眾在就醫考量因素的重要性與滿意度評價上並不一致，例如：重要性評價的前兩名為「病情解說」與「環境衛生」，但民眾對於這兩項因素的滿意度評價並不高，由此可見基層診所在民眾的就醫考量因素中無法符合民眾期望。在現今消費者自我意識日漸高漲的時代，基層醫療院所更應瞭解病患的需求與反應，針對消費者的需求來進行品質改善，以增加消費者至診所看診意願。

影響民眾對診所就診意願因素

經由序位羅吉斯迴歸分析結果顯示，在個人特性因素方面，教育程度對至診所就診意願有影響，教育程度較低的民眾與就醫分級觀念較弱的民眾，至診所就診意願的較低。因此，若衛生主管機關能加強宣導分級就醫觀念，應能提高民眾對診所的就診意願，然教育的宣導往往需要耗費相當長的時間才能收到成效，所以衛生主管機關必須有長期宣導的相關措施。此外，家庭收入在9萬元以上的民眾，至診所就醫意願高於3萬元以下者，雖然其他所得水準的類別並未達到統計上顯著意義，但卻有出現隨著家庭平均所得增加其至診所就醫意願越高的趨勢，可見當家庭平均所得越高時，其至診所就診意願可能越高。至於自覺健康情形「差」的民眾，其至診所就診意願低於自覺健康情形「很好」的民眾，此現象可能與民眾之醫療需求有關，當民眾自覺身體健康情形較差時，代表其有可能患有較嚴重的疾病，因此民眾會傾向選擇醫療水準較高的醫院就診。

除個人特性因素外，在就醫場所傾向因素方面，僅有「有無固定就醫場所」有達統計上顯著差異，以「診所為固定就醫場所」者，其至基層診所就診意願較「無」以及「醫院為固定就醫場所」高，至於在不同層級院所就醫的研究對象，其赴「基層診所就診意願」是否會有所不同呢？研究結果發現，不同就醫層級並不會影響「基層診所就診意願」。至於在十四項品質屬性與犧牲屬性因素中，僅品質屬性因素中的「醫術」達統計上顯著意義，可見民眾對於診所醫師的醫術滿意度高時，民眾至診所就診意願會顯著比較高。

所以未來開業醫師在執業時除忙碌於門診服務外，自我專業能力的強化也要注重，多參與實質而有效的持續教育與進修，才能跟上醫學之進步，吸引民眾至診所就醫。

認知價值選擇模式之探討

Gooding [5-7]採用認知價值選擇模式，並設定民眾患有重症(major)與小病(minor)時的兩種不同情境，來評估偏遠地區與都市近郊民眾選擇醫院時的考量因素，其研究結果發現不論是偏遠地區或都市近郊地區患有重病的民眾其對品質屬性的重視程度遠高於犧牲屬性，而當僅患有小病的民眾其對犧牲屬性因素的重視程度則大為提高，而本研究特別針對自覺生小病與患慢性病的民眾進行選擇診所固定就診的主要考量因素進行調查，研究結果發現民眾選擇至診所固定就醫的主要考量因素皆為犧牲屬性因素，此結果與Gooding [5-7]針對民眾患有小病就診情境時所調查出來的結果，具有相當的相似性，因此可初步推論，不同的就診情境可能對會使品質屬性因素與犧牲屬性因素在民眾在就醫決策過程中扮演不同的角色，而當民眾認知所患有的疾病屬於輕微疾病時，犧牲屬性因素往往會成為其選擇就診場所的重要因素，可見在認知價值選擇模式下，民眾所患疾病之嚴重度與類型在民眾選擇就醫場所過程中具有干擾效果(confounding effect)。

經序位羅吉斯迴歸分析後結果顯示，整個迴歸模型Nagelkerke值僅為0.275，且在十四項民眾對診所就醫因素滿意度評價中，僅有「醫術」達統計上顯著意義，可見本研究雖可證實台灣地區民眾對品質屬性因素滿意度評價與民眾至基層診所意願有顯著正相關，但若以本研究所發展出之迴歸模式運用在解釋民眾對基層診所門診服務就診意願，仍有相當的改善的空間，由此可見，若以純粹的認知價值選擇模式來解釋台灣地區民眾選擇至診所就醫意願其效果相當有限，因此建議未來的學者可結合其他相關的理論模型，以強化解釋模型的解釋力。以Stratmann的理性決策模式為例[23]，該模式指出民眾在進行照護資源選擇決策時會選擇能提供最大滿足的健康照護服務，並提出民眾的門診就醫決策主要受到成本(cost)、時間(time)、方便性(convenience)、社會心理因素(socio-psychological factors)及技術性照護品質(technical quality of care)等五項因素認知所影響，因此未來學者亦可結合該理論，發展較高解釋效果的理論模型。

研究限制

本研究在樣本資料蒐集方面，由於時間與成本方面的限制，因此難以完全依照全國醫療機構之醫院層級分佈比例進行醫療機構的隨機抽樣，此外，在選取診所之受訪者時，亦受限於診所門診量較少的緣故，因此難以採用系統抽樣的方式來選取診所樣本。

誌謝

本研究感謝中國醫藥大學之專題研究經費補助(CMC91-HSMG-02)及中華民國基層醫療協會石賢彥前理事長與吳守寶理事長之協助，使得本研究得以順利完成，特此申謝。

參考文獻

- 中央健康保險局。中華民國九十三年全民健康保險統計。台北：中央健康保險局，2005。
- 張錦文，黃珣雅。臺灣醫療制度的四大問題與解決之道。《醫院》1998;31:1-4。
- Berkowitz EN. Essentials of Health Care Marketing, Gaithersburg: Aspen Publishers, 2006.
- Taylor SL, Capella LM. Hospital outshopping: determinant attributes and hospital choice. *Health Care Manage Rev* 1996;21:33-44.
- Gooding SK. Quality, sacrifice, and value in hospital choice. *J Health Care Mark* 1995;15:24-31.
- Gooding SK. The effect of consumer perception of quality and sacrifice on hospital choice: a suburban vs. urban competitive scenario. *J Hosp Mark* 1996;11:81-94.
- Gooding SK. Quality, sacrifice, and value in hospital choice: a comparative study of rural and suburban consumer perspectives. *J Hosp Mark* 1999;13:23-42.
- Lane PM, Lindquist JD. Hospital choice: a summary of the key empirical and hypothetical findings of the 1980s. [Review] *J Health Care Mark* 1988;8:5-20.
- Dodds WB, Monroe KB. The effect of brand and price information on subjective product evaluation. *Advances in Consumer Research*. In: Elizabeth CH, Morris BH, Provo UT, eds. Association for Consumer Research. 1985;12:85-90.
- Zeithaml VA. Consumer perception of price, quality, value: a means-ends model and synthesis of evidence. *J Mark* 1985;52:2-22.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
- Weng HC. Consumer empowerment behavior and hospital choice. *Health Care Manage Rev* 2006;31:197-204.
- Fevzi A, Ezel EA, Dilaver T, et al. Hospital choice factors: a case study in Turkey. *Health Mark Q* 2004; 22:3-19.
- 蔡文正，龔佩珍，翁瑞宏等。基層醫師與民眾之服務品質認知落差分析。《醫務管理期刊》2004;5:385-402。
- Foster TS. *Managing quality: an integrative approach*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2001.
- Javalgi RG, Rao SR, Thomas EG. Choosing a hospital: analysis of consumer tradeoffs. *J Health Care Mark* 1991;11:12-22.
- 蔡文正，龔佩珍。民眾對基層診所評價與就醫選擇影響因素。《台灣衛誌》2003;22:181-93。
- Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, et al. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. [Review] *Health Serv Res* 1998;33:571-96.
- Tzeng HM. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39:867-78.
- Sun BC, Adams JG, Burstin HR. Validating a model of patient satisfaction with emergency care. *Ann Emerg Med* 2001;38:527-32.
- David W, Hosmer J, Stanley L. *Applied Logistic Regression*, 2nd edition. Hoboken: John Wiley & Sons, 2000.
- Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, et al. *Multivariate Data Analysis*, 5th edition. Upper Shaddle River: Prentice-Hall, 1998.
- Stratmann WC. A study of consumer attitudes about health care: the delivery of ambulatory services. *Med Care* 1975;13:537-48.

Application of the Perceived Value Choice Model to Analyze the Factors Associated with Patients' Willingness to Visit Primary Care Clinics

Wen-Chen Tsai, Pei-Tseng Kung¹, Rhay-Hung Weng²

Department of Health Services Management, China Medical University; ¹Department of Healthcare Administration, Asia University, Taichung; ²Department of Hospital and Health Care Administration, Chia Nan University of Pharmacy & Science, Tainan, Taiwan.

Purpose. This study uses the perceived value choice model to analyze the factors associated with patients' willingness to visit primary care clinics. The study also evaluates the applicability of the perceived value choice model to analyze patients' decisions to choose primary care clinics.

Methods. Structured questionnaires were used to systematically interview 1148 outpatients randomly selected from health service organizations. Basic information about patients' opinions and assessments of services received from clinics was analyzed by descriptive statistics. Factors associated with the willingness of patients to visit clinics were identified using the ordinal logistic regression method.

Results. We found that 36.1% of patients were very willing to visit primary care clinics, but that 15.1% were unwilling. When patients had minor illnesses or chronic diseases, the primary reasons for choosing primary care clinics were "shorter waiting time" and "shorter transportation time"; these factors belonged to sacrifice attributions. The perceived value model revealed that the three most important factors determining the quality of clinic care were the explanations given by physicians about the illnesses, cleanliness of the clinic and perceived knowledge and competence of the physician. The leading three factors with high patient satisfaction for clinic services were physician's manner and attitude, rapport between physicians and patients, and the physician's knowledge and competence. According to the results of the ordinal logistic regression model, after controlling for the related variables, only the patients' satisfaction with "physician's knowledge" and "competence" significantly affected patients' willingness to visit primary care clinics ($p < 0.05$).

Conclusion. The factors affecting the willingness of patients with minor illnesses to visit primary care clinics were sacrifice attributions. However, when patients visited the clinic, the most important service factors were quality attributions rather than sacrifice attributions. (Mid Taiwan J Med 2007;12:220-9)

Key words

important factors for medical care, medical care choices, perceived value choice model, primary care clinics willingness to visit

Received : 13 September 2006.

Revised : 25 June 2007.

Accepted : 27 August 2007.

Address reprint requests to : Rhay-Hung Weng, Department of Hospital and Health Care Administration, Chia Nan University of Pharmacy & Science, 60, Section 1, Erh-Jen Road, Jen-Te, Tainan 717, Taiwan.