

# 民衆就醫行爲重要影響因素與醫院行銷之研究— 以高雄都會區爲例

## A Study On Key Factors That Affect Metropolitans Behavior When Choosing a Hospital and Hospital Marketing –In the Case of Kaohsiung Metropolis

高明瑞 *Ming-Rea Kao*

國立中山大學企業管理系  
Department of Business Administration  
National Sun Yat-Sen University

楊東震 *Dong-Jenn Yang*

國立中山大學企業管理系  
Department of Business Administration  
National Sun Yat-Sen University

(Received July 1995; revised October 1995; accepted November 1995)

### 摘 要

本研究是期望能將具有社會責任的社會行銷觀念推廣應用於醫療界，並提供實用之研究程序與工具，使醫院組織可有系統的評估消費者之需求、市場區隔、及醫院認知形象，從而制定行銷策略，提供更佳的服務來滿足消費者需求，以建立醫院之新形象。首先藉由電話訪問得出高雄都會區民眾就醫選擇醫院之重要影響因素，經由集群分析區隔出三種不同消費型態的市場，接著以 Ajzen 行為計劃理論模式問卷進行人員訪問，得出民眾就醫行爲之迴歸方程式，並評估五家醫院之認知形象，最後針對本研究之重要結果，提出行銷建議。

關鍵詞：醫院、行銷、醫院行銷、社會行銷、Ajzen 行為計劃理論

### Abstract

It is hoped that this study on the social marketing concept with social responsibilities can be applied to the medical field, and provide useful research processes and tools assisting health organizations to assess demand of customers, market segments, perceptive image of a Hospital, and its Marketing strategy, In doing so, provide better services can meet the demand of customers while a new type of health organization can be created. To get important factors that effect the metropolitan choose a hospital, and via cluster analysis divided into three clusters, we first use telephone interview. Finally we uses the questionnaire of the planned behavior model of Ajzen theory to interviews people. To get the regression function of the metropolitan behavior when choosing the hospital and evaluate the perceptive images of five hospitals. Finally according to key findings of this study propose marketing suggestion.

Key Words: Hospital, Marketing, Hospital Marketing, Social Marketing, Ajzen Theory of Planned Behavior

## 壹、緒 論

### 一、研究動機

本研究的研究動機可分二部份進行說明：

#### (一) 國外醫院行銷發展的經驗歷程

二次大戰以後，美國醫院的院長就已逐漸由醫師轉為專業的醫院管理人才擔任，目前全美由醫師擔任院長者不到1%，且部份受過專業醫院管理訓練（藍忠孚，1985）。而在行銷管理方面，根據印第安那州某管理資訊服務機構最近調查結果顯示：現今美國都市有四分之三的醫院都設有行銷部門，且僱有專人辦理行銷事務。又依據「今日美國」報紙報告，有百分之六十的醫院僱有行銷專家（Kotler & Andreasen, 1987）。由此可見醫院的行銷管理在美國受到相當的重視程度。

#### (二) 國內醫院需要引進行銷觀念之原因

從供給面來看，由於目前醫師的人數在急驟增加中，據估計臺灣未來五年內將會增加二萬以上的病床數，甚至有專家預測未來臺灣醫院將步入戰國時代，面對未來如此情勢，醫院管理者豈可漠視行銷呢（張永裕，1986）？

從需求面來看，臺灣近幾年來國民所得與教育水準的提昇，消費者對醫療服務品質的要求也逐漸增加，而整個醫療環境已逐漸有從醫師導向轉往病患導向發展的趨勢，因此，醫院的業務經營，亦須配合此種不斷革新的趨勢，以期在經濟發展中提供更好的服務。

由此可知，醫院引進行銷觀念，從消極面而言，在配合醫療環境的改變，使醫院更具有效率及競爭力，從積極面而言，在提供更契合民眾需求的高醫療服務品質，因此，醫院行銷管理在未來將會有一重要地位。

本研究動機在『將具有社會責任的社會行銷觀念推廣應用於醫療界』；使醫院提供的各項醫療服務，能夠以一個非營利導向的態度，在最適當的時機，利用正確的溝通方式和促銷法，來滿足消費者的需求，進而提升醫院之服務品質。並盼能藉由行銷技術的引進，以企業化而非商業化的經營方式，來活化醫院組織機構，使醫院經營管理更具效率及效能，以建立醫院之新形象。

### 二、研究目標

本研究主要有四個目標：

- (一) 了解高雄民眾選擇醫院的重要考量因素與其間之重要性，及其外在變項區隔（性別、年齡、教育水準、所得、付費方式及科別）之差異情形。
- (二) 由Ajzen行為計劃理論(Theory of Planned Behavior)模式(Ajzen, 1986)來了解市民就醫行為意向產生的影響因素。
- (三) 利用集群分析將高雄就醫市場，依其消費特性加以區隔，並評估樣本醫院在高雄民眾心中的認知形象，以利各醫院目標市場的選擇及定位。
- (四) 提供實用之研究程序與工具，使醫院組織可有系統的評估消費者之需求、市場區隔、醫院認知形象，從而制定行銷策略，提供更佳的服務來滿足消費者

需求，達到醫院設立的主要目的—拯救生命、維護健康。

## 貳、文獻探討

### 一、病患選擇醫院之重要影響因素

本研究將病患選擇醫院重要影響因素之國內外文獻，依年代順序條寫在表 2-1。

從以上之文獻回顧發現病人選擇醫院之考慮因素的優先順序並不十分一致。

而且在這些研究中，也都指出病人重視的醫療服務因素常因地理區域、就診型態、住院經歷以及人口統計變數之不同而有差別；如在 William 與 ERIC 的研究 (1979) 中，就顯示就醫者有無家庭醫師會影響其對各因素的重視程度。

表 2-1 病患選擇醫院之重要影響因素之彙總

國外部分：	因 素 內 容	
研究者／年分 William C. startmann /1975	1. 經濟因素 2. 時間性因素 3. 方便因素	4. 社會心理因素 5. 醫療服務品質
Yoram Wind & Lawrence /1976	1. 醫院離病人家的距離 2. 主治醫師的聲譽 3. 醫院的實體外觀 4. 每日醫療成本	5. 醫院的聯合方式 6. 對主治醫師的熟悉度 除此之外尚有護理人員的照顧，應列入考慮
William & ERIC /1979	有家庭醫師者： 1. 醫院外觀與內部裝潢 2. 地點 3. 服務成本 4. 醫院與就醫者家庭醫師的關係 5. 專門服務的範圍 6. 聲譽 7. 幕僚人員的態度 8. 設備的整潔 9. 照顧的品質 除地點與服務成本外，沒有家庭醫生者對他們的重視程度都顯著高於有家庭醫師者	無家庭醫師者： 1. 醫院的外觀與內部裝潢 2. 醫院與就醫者（家庭醫生）的關係 3. 地點 4. 服務成本 5. 專門服務的範圍 6. 聲譽 7. 幕僚人員的態度 8. 照顧的品質
Robert et.al. /1983	1. 延續性 2. 相對關係 3. 周延性或完整性 4. 可獲性	5. 方便性 6. 成本 7. 專技能力 8. 同情心
Rajshekhar et.al. /1991	1. 醫院離家的距離／方便性 2. 有專業醫生 3. 醫院的聲譽 4. 現代化設備／技術 5. 醫護人員的禮貌態度	6. 照護的成本 7. 醫生的推薦介紹 8. 親友的推薦介紹 9. 醫院的型態

表 2-1 病患選擇醫院之重要影響因素之彙總 (續)

國內部分：		
尹衍樑 /1983	1. 醫院的距離因素群 2. 醫院的設備規模因素群 3. 醫院的氣氛環境因素群 4. 醫院的收費水準	5. 醫院醫療時間方便性因素群 6. 醫院服務因素群 7. 醫院的歷史
張文瑛 /1987	1. 醫師的醫德 2. 醫師的聲譽 3. 醫院的方便性 4. 醫師的服務態度 5. 醫院設備的完備性與現代化程度 6. 掛號候診時間的長短 7. 護理人員的服務態度 8. 醫師為您診療時間的長短	9. 醫院內專任醫師的多寡 10. 指定醫師制度的有無 11. 預約掛號制度的有無 12. 收費水準的高低 13. 醫院的聯合方式 14. 門診時間的長短與時段 15. 取藥時間的長短 16. 醫院的內部環境 17. 醫院的外觀建築
曾麗蓉 /1988	1. 有醫療保險 2. 聲譽佳 3. 交通便利 4. 親友推薦 5. 設備好	6. 醫術高明 7. 習慣 8. 服務態度佳 9. 藥劑品質佳
蘇斌光 /1989	1. 醫院的設備完善 2. 醫師的聲譽良好、態度親切 3. 收費合理 4. 醫院內部環境整潔舒適 5. 護理人員態度良好 6. 醫院是否為特約醫院	7. 距離近，交通往來便利，停車方便 8. 親戚朋友和其他醫師推薦 9. 門診時間安排適當 10. 掛號、候診和取藥的等候時間合理 11. 掛號、批價人員服務態度良好 12. 醫院限制陪客人數和訪客時間

另外 Robert(1983) 等人的研究亦指出：病人重視因素的優先順序隨著其地理區域、病況以及使用者等特性而異；如患急症的病人較重視與醫師的相對關係 (coordination) 以及專業技能 (expertise)，而慢性病症的病人則最重視延續性 (continuity)；年齡低於 30 歲的病人對相對關係最重視，較長的患者則重視延續性與周延性 (comprehensiveness)。

由此可知，病人對醫療服務的要求，常因研究的時間、地域及病人的背景、病情等不同特徵而有差異，而此差異正構成了醫院行銷者區隔市場的依據。

## 二、Ajzen 行為計劃理論 (The Theory of Planned Behavior) 模式之探討

繼 Fishbein & Ajzen (1975) 行為意向模式 (Fishbein Behavioral Intention Model) 及 Ajzen & Fishbein (1980) 的理性行動理論 (the Theory of Reasoned Action) 之後，Ajzen & Madden(1986) 提出修正模式，除了原有影響行為意向的二項構面外，另加入「行為控制的認知」(perceived behavioral control) 是指要從事某一特定行為之難易程度的認知，此模式更能正確地推測行為意向及行為的產生。

此模式是乃延伸 Ajzen 與 Fishbein 的理性行動理論來預測行為目標。此理

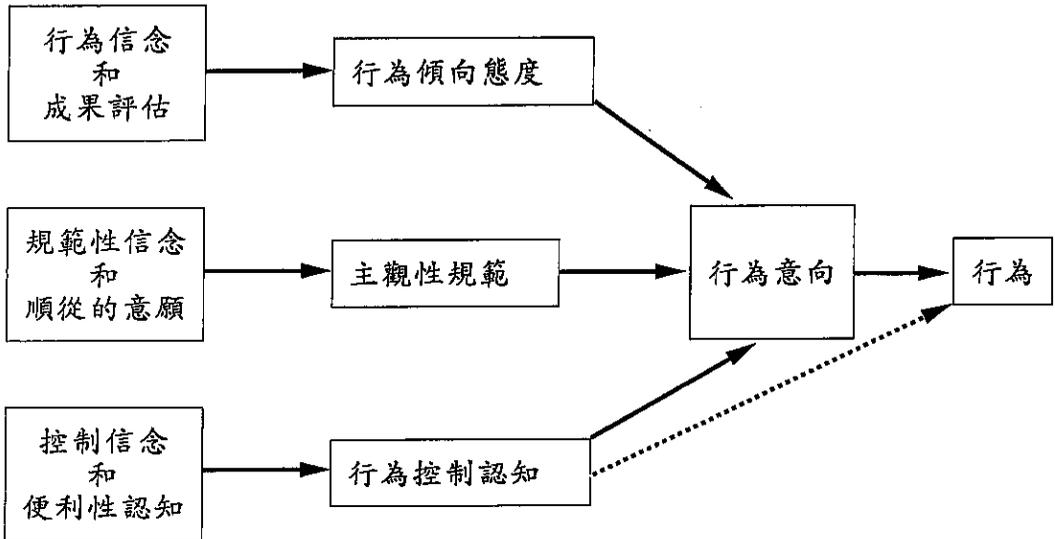


圖 2-1 Ajzen 行為計劃理論模式

資料來源：Ajzen, I.(1989), Attitude structure and behavior, In A. Pratkanis, S. Breckler, and A. Greenwald (eds.), Attitude structure and function. Hillsdale, N.J.: Erlbaum and Associates, PP.241-269.

論主要是假定有三個決定意向的獨立構念，第一個構念是行為傾向態度 (attitude toward the behavior) 因素，此為個人對某一事物好惡的感覺，第二個構念是社會主觀性規範 (subjective norm) 因素，指從事某一行為所預期的社會壓力，第三個構念是行為控制的認知 (perceived behavioral control)，即預期從事某一行為難易程度的程度 (如圖 2-1)。

也就是說，行為的履行程度不僅只決定於一個人的慾望或意向，尚包括部份的非動機因素，即需獲得必要性的機會和資源，包括時間、金錢、技能、他人的合作等，因為這些因素都實際的控制著人的行為。

因此，唯有個人擁有必要的機會和資源及想做此行為的意向時，此行為才能更容易達成。其各變數定義如表 2-2 所示。

## 參、研究方法

### 一、調查工具

本研究之分成二個階段進行問卷訪問，其調查工具分述如下：第一階段為電話訪問 (全民健保實施前)，設計此階段的目的是主要有三：

- (1) 了解高雄民眾就醫時，選擇醫院之考慮因素及其間重要程度。

表 2-2 Ajzen 行為計劃理論模式各變數定義

行為意向 (BI)	係指個人對於自己做出某種行為所認定的主觀機率。
行為傾向態度 ( $\sum BBiOEi$ )	係指病患由行為信念 (behavioral beliefs) 與成果評估 (outcome evaluations) 相乘所得到的認知衡量。行為信念 (BBi)，係指某一行為之後可能獲得各結果的信念；而成果評估 (OEi)，係指獲得各結果的重要性評估。
主觀性規範 ( $\sum NBjMCj$ )	係指病患由規範性信念 (normative beliefs) 順從的意願 (motivation to comply) 相乘所得到的認知衡量。其中規範性信念 (NBj) 係指從事某一行為會受到外界規範及壓力的信念。而順從的意願 (MCj) 係指想順從外界壓力之意願程度。
行為控制的認知 ( $\sum CBkPFk$ )	係指病患由控制信念 (control beliefs) 與便利性認知 (perceived facilitation) 相乘所得的認知衡量。控制信念 (CBk) 係指從事某一行為之難易度的信念，而便利性認知 (PFk) 係指從事某一行為所需資源或機會的重要性考量。

資料來源：同圖 2-1

- (2) 運用集群分析進行市場區隔，並了解各區隔之特性，以利各醫院找尋目標市場與定位。
- (3) 經由因素分析來淨化縮減各項考慮因素，及市民最熟悉的五家醫院，以作為第二階段 Ajzen 行為計劃理論模式之投入因素。

為能得到此目的，則須對高雄地區進行普遍性的抽樣調查，而電話訪問是一項既經濟又可普遍進行的抽樣方式，故本研究第一階段抽樣調查便採用電話訪談為調查工具，其內容包括 16 項影響病人選擇醫院的因素、最常去的區域級以上醫院及人口統計變數。

其 16 項影響病人選擇醫院的因素是依據以上文獻回顧及與醫護人員討論的結果，共設計了 18 道選擇醫院影響因素之問項，於第一次預試後刪除其中 2 項語意不明或意義重複的項目，修正為 16 個問項而成為正式問卷，此外，為防止重要因素遺漏，另設一題開放式問題，請受測者提出其他重要因素。最後得出問卷的各項考慮因素分述如下：

1. 這家醫院醫師的醫德是否良好
2. 到此醫院看病，地點遠近，交通是否方便
3. 這家醫院醫師的醫術是否良好
4. 每次掛號候診時間會不會太長
5. 醫院是否有齊全的現代化設備儀器

6. 醫院的收費是否比較合理便宜
7. 醫護人員的服務態度是否良好
8. 醫院的門診時間能否配合我的需要
9. 醫院內部環境空間設計與佈置是否整潔良好
10. 醫院外觀環境空間設計與佈置是否整潔良好
11. 此醫院是否為（公、農、勞保等）特約醫院
12. 對此醫院環境或醫護人員是否較為熟悉認識
13. 是否具有醫療的後續性（或延續性）服務
14. 這家醫院有專業人員（如藥劑師、醫生）的口碑推薦
15. 這家醫院有親友的口碑推薦介紹
16. 這家醫院有公共報導（如新聞報導）的推薦介紹
17. 其他

第二階段為Ajzen行為計劃理論模式問卷（全民健保實施後）設計此階段的目的主要有三：

- (1) 是要了解民眾就醫的行為計劃模式，即在了解病患在就醫時，真正會影響其行為的因素為何及各因素的影響程度。
- (2) 由此階段進行科別區隔（內科、外科、婦產科），了解各區隔的差異性。
- (3) 並評估五家受訪醫院各項屬性之醫療品質及在民眾心中的認知形象，以為行銷策略之擬定。

為達此目的則設計Ajzen行為計劃模式問卷，以人員訪問方式進行，其內容包括病患對五家醫院的就醫行為傾向態度、主觀性規範、行為控制認知、行為意向及人口統計變數，以了解民眾就醫時的行為計劃模式。

## 二、抽樣

### (一)決定樣本數：

本研究採用預試（pilot study）技術來決定抽樣的樣本數，即在正式抽樣調查以前，本研究先作30人小規模的預試（pilot study）將預試所得的數據，帶入以下的公式（黃俊英，1992）以推估適宜之抽樣規模。

$$\text{公式： } n = z^2 (\text{估計的 } \sigma)^2 / e^2$$

$n$ ：應抽取的樣本數       $z$ ：標準常態值

$\sigma^2$ ：估計的母體變異數       $e$ ：可容的誤差

第一階段預試樣本數為30人，其變異量最大之項目的變異數為  $S_1^2 = 0.92$ ，代入公式得： $n = 1.96^2 \cdot 0.92 / 0.10^2 = 354$ ，本法所求得本規模有如下含義：在有效樣本354人及 $\alpha$ 水準為5%之假設下，估計值會在母體平均數的誤差±10%之內。

第二階段預試樣本數為30人，其變異量最大之項目的變異數  $S_1^2 = 1.306$ ，代入公式得： $n = 1.96^2 \cdot 1.306 / 0.15^2 = 223$ ，故在有效樣本223人及 $\sigma$ 水準為5%

之假設下，估計值會在母體平均數的誤差±15%之內。

另外，依據 Lake(1987) 的建議：只要母體數超過 2500，其所抽取的樣本最好不要低 200 個。同時考慮上述兩個準則，本研究最後決定第一階段抽取 410 個有效樣本，第二階段抽取 225 個有效樣本。

## (一)抽樣方法

第一階段電話訪問樣本戶的抽選主要有兩種方法：「電話簿法」以及「隨機撥號法 (Random Digit Dialing, 簡稱 RDD)」(吳統雄, 1984)。由於隨機撥號法的主要流弊，就是造成電話的「空號」太多、未接通率上升，減低了電話訪問的效率又增加了開支，此與電訪的獨特效益正好大相逕庭，故本研究採用「電話簿抽樣法」且以「系統抽樣」施行，即以高雄縣市（包括楠梓、鳳山、林園、小港、九曲堂等）電話號碼簿的頁數除以樣本數，即得每隔兩頁抽取一人。

第二階段採用 Ajzen 行為計劃模式問卷人員訪問，為防止對各家醫院評估產生偏差，所以本階段問卷採分層隨機抽樣方式進行，每家醫院分抽一般內科、一般外科及婦產科三科，各科有效問卷 15 份，共 45 份，五家共計 225 份。

## 三、實施過程

### 第一階段電話訪問：

1. 選擇受訪者：電話訪問時，本研究選擇受訪者以接聽電話者為對象，除非是由小孩接聽無法回答才請戶內任意成人來回答。
2. 替換樣本：樣本選定之後最好不要輕易更換，但電訪不免會碰到未接通的情形，而不得不替換樣本。一旦樣本無法完成訪問，就試撥上面一個號碼，如果又不能成功，則試撥下面的號碼。
3. 進行過程：進行過程包括了五個部分：開場白、說明答題的方法、示範回答的例子、詢問應變項部分以及詢問自變項部分。

### 第二階段採用 Ajzen 行為計劃模式問卷人員訪問：

不定時到五家醫院之一般內科、一般外科及婦產科三科進行抽樣，抽樣對象為各家醫院各科別候診之病患，在抽樣過程中若有廢卷產生，則須補作問卷直到完成，歷時約一個月。其中計有 36 份廢卷，其主要原因多以對某幾家醫院無任何印象，而無法完成問卷。

## 四、信度、效度檢定

### (一)信度檢驗

本研究採用檢驗量表的「內在一致信度 (internal consistency)」，利用 Cronbach  $\alpha$  係數來檢驗之。

經 SPSS for Windows 統計軟體，計算所得之結果：本研究第一階段整體量表問卷之 Cronbach  $\alpha$  係數為 0.73，第二階段整體量表問卷之 Cronbach  $\alpha$  係數為 0.84，故皆應具有良好信度。

### (二)效度檢驗

第一階段電訪問卷的內容是由國內外文獻整理與專家訪談的結果，經過預試所修定而得，故應具有內容效度。

第二階段 Ajzen 行為計劃模式則是依據前身 Fishbein 行為意向模式問卷修改建構而得，並進行效標關聯效度 (Criterion-related validity) 之檢定，主要依兩項來進行。

1. 測出的行為意向是否能導致實際的行為
2. 對醫院三個構面之評價是否與實際行為有高度相關。

由於行為意向與三個構面所評價皆為等距 (interval) 變數，而實際所到的醫院為名目 (nominal) 變數，故採用點二系列相關 (point-biserial correlation) 分析 (張紹勳、張秀娟，1994)。發現五家醫院皆達顯著差異，故可驗證本模式之有效性 (如表 3-1, 3-2 所示)。

表 3-1 五家醫院的行為意向與行為之相關分析

	到該醫院的行為	P 值
到高醫的行為意向	0.3524	0.000***
到長庚的行為意向	0.2581	0.000***
到阮綜合的行為意向	0.4698	0.000***
到民生的行為意向	0.5161	0.000***
到榮民的行為意向	0.4566	0.000***

表 3-2 對五家醫院的評價與行為之相關分析

	到該醫院的行為	P 值
對高醫之評價	0.1914	0.004***
對長庚之評價	0.2516	0.000***
對阮綜合之評價	0.3139	0.000***
對民生之評價	0.4101	0.000***
對榮民之評價	0.4566	0.000***

## 五、統計分析

首先將第一階段電話訪問所得出的民眾選擇醫院 16 題考慮因素，進行單因子變異數分析 (One-ANOVA) 與 Scheffe's 檢定以了解考慮因素的變異來源，及各組群彼此之間的差異是否顯著。

接著執行因素分析 (Factor Analysis)，經主成分分析及變異數最大法 (Varimax) 作正交轉軸後，再依據特徵值 (Eigenvalue) 大於 1 與陡階檢驗 (scree test) 兩個準則，萃取出五項具代表性的就醫考慮因素，分別命名為「診療效果與行為

」、「環境設計與佈置」、「特定性關係」、「成本與方便性」與「參考群體的推薦」因素，以作為第二階段 Ajzen 問卷的投入因素。

最後進行集群分析(Cluster)，依受訪者對於各項之因素分數(Factor score)進行K-Means非層次集群分析。在進行非層次集群分析時，必須事先決定集群數目，而決定集群數目的方法有二：(1)研究者主觀判斷或請教專家之意；(2)測試幾個不同的集群數，找出一組較佳的結果(黃俊英，1991)。最後本研究依據群間差異愈大、群內差異愈小、顯著性強、及實務上解釋佳來找尋，發現分三群為最恰當的群數，且經由三次疊代(iterate)得出調整後群集中心，客觀地將相似者歸集在同一集群內，並依此進行市場區隔。

第二階段 Ajzen 行為計劃模式問卷完成後，亦先進行單因子變異數分析(One-ANOVA)與 Scheffe's 檢定，接著進行迴歸分析(Regression Analysis)，以了解行為意向受行為傾向態度、主觀性規範、及行為控制認知等自變項的影響程度與預測應變相的解釋能力，並對行為意向與行為進行相關分析(correlation analysis)，檢驗其相關是否顯著。

## 六、樣本特性與代表性

### (一)樣本特性

#### 第一階段電話訪問樣本

受訪樣本在性別方面相當的平均，男性有50.2%，女性49.8%，年齡則以30-40歲居多佔28.5%，教育程度以高中(職)居多，佔36.8%，有保險的者佔80%，無住院經驗者有50.7%。

#### 第二階段 Ajzen 行為計劃理論模式問卷

受訪樣本在性別方面由於受婦產科的影響以女性居多佔62.8%，年齡以30-40歲居多佔31.6%，教育程度以高中(職)居多佔43.6%，月平均收入以40000-59999元居多佔32.9%，有住院經驗佔71.6%。

### (二)檢驗樣本代表性

為檢驗本研究之樣本的代表性，吾人擬以82年度高雄市之14歲以上的人口統計資料為母體資料，分別就性別、年齡、教育程度等三項人口統計變數，轉化成類別尺度後進行卡方檢定(進行第二階段樣本性別卡方檢定時，事前先去除婦產科女性人數)。在 $\alpha=0.05$ 時的檢驗結果，說明如下：

1. 在性別上，樣本與母體無顯著差異，表示樣本在性別上甚具代表性。
2. 在年齡上，樣本與母體無顯著差異，表示樣本在性別上具有代表性。
3. 在教育程度上，樣本與母體呈顯著差異，樣本在教育程度結構大專以上所佔比例過高，而國中或以下則過少。

樣本在教育程度上有偏高的情況，其主要原因如下：

- (1) 在第一階段電話訪問時，教育程度較低者往往較易拒答或轉由戶內教育程度較高者來回答的現象。

(2) 在第二階段人員訪問時，教育程度較低者往往會表示不了解而拒答或作出來的問卷有高廢卷率傾向（36份廢卷中，有29份屬於高中（職）以下之教育程度）。

表 3-3 第一階段樣本代表性之卡方檢定

人口統計變數	類別尺度	樣本	母體	自由度	P 值
性別	男性	50.7%	50.7%	1	1
	女性	49.3%	49.3%		
年齡	14-30 歲	33.7%	36.4%	2	0.129
	31-50 歲	51.4%	42.5%		
	50 歲以上	14.9%	21.5%		
教育程度	國中或以下	24.6%	43.9%	2	0.00*
	高中、高職	36.8%	36.0%		
	大專或以上	38.6%	20.1%		

\*： $\alpha=0.05$  時有顯著性

表 3-4 第二階段樣本代表性之卡方檢定

人口統計變數	類別尺度	樣本	母體	自由度	P 值
性別	男性	56.1%	50.7%	1	0.280
	女性	43.9%	49.3%		
年齡	14-30 歲	32.0%	36.4%	2	0.131
	31-50 歲	52.0%	42.5%		
	50 歲以上	16.0%	21.5%		
教育程度	國中或以下	15.1%	43.9%	2	0.00*
	高中、高職	43.6%	36.0%		
	大專或以上	41.3%	20.1%		

\*： $\alpha=0.05$  時有顯著性

## 肆、研究結果

### 一、研究限制

本研究限制主要有下列四點：

(一) 由於高雄市醫院種類相當的多，因此欲在本研究完全涵蓋實屬不易，本研究僅選出五家高雄民眾常去的區域級以上醫院作為實證研究的對象。

- (二) 在第一、二階段的樣本結構中，教育程度變項與高雄地區母體結構相較有偏高的現象，此在推論過程時須注意。
- (三) 由於時間、人力、財力之限制，所作的誤差比一般5%略大，故在推論過程宜須注意。
- (四) 本研究所做的病況為一般病況，並不包括急診與住院病患。

## 二、重要發現

### (一) 第一階段各考慮因素間之比較

高雄民眾在一般病況下，選擇醫院最重視的五項因素，依序為(1)醫師醫術(2)醫德(3)服務態度(4)現代化的設備儀器(5)內部環境空間設計與佈置。由此點可以發現，市民對醫療服務的要求已從醫療效果的要求，擴大到對醫療倫理、硬體設備及空間環境舒適、安寧的要求。所以一般中、小型診所資源條件有限的情況下，宜先投資提升這些醫療重點項目。

### (二) 各評估因素於外在變項上之差異

1. 受訪女性除了在醫師醫德、醫術及醫院環境或人員的熟悉與否的要求皆與受訪男性有顯著差異，其餘者皆無顯著差異。一般而言，受訪女性對醫療服務的要求皆比受訪男性來得高些，而在對醫師醫德、醫術及熟悉程度三項的要求顯著比受訪男性來得高，故宜對女性區隔多加強建立良好的公共關係。
2. 受訪者有住院經驗在醫師醫德、儀器設備及後續性服務三項因素比無住院經驗者來得顯著重視，其餘者皆無顯著差異。故院方對住院病患宜在此三項多加強。
3. 受訪者有無保險在就醫選擇醫院上無任何差異，由此推論，國內全民健保的實施對民眾就醫選擇醫院的影響，可能並不會有重大的改變。
4. 除了醫師醫德、服務態度、外部環境、專業口碑及媒體推薦四項在年齡變項三組之間有顯著差異，其餘者皆無顯著差異。在醫師醫德方面 29 歲以下比 50 歲以上來得重視，在服務態度方面 29 歲以下比 50 歲以上來得重視，在專業口碑方面 29 歲以下比 50 歲以上來得重視，在媒體推薦方面 29 歲以下皆比 30-49 歲、50 歲以上來得重視。這可能是 29 歲以下的新生代對公共媒體的接觸頻繁及所接受的教育程度較高所造成的結果，是故推廣組合策略對新生代及未來將有較大的影響。
5. 除了醫師醫德、醫師醫術、地點交通、儀器設備、服務態度、門診時間、後續服務及媒體推薦八項在教育程度變項三組之間有顯著差異，其餘者皆無顯著差異。教育程度愈高對醫師醫德、儀器設備、醫護服務人員的服務態度及後續性服務的要求就愈重視，且高中程度以上者都比國中及以下教育程度者有顯著重視，由此可發現教育程度較高者對醫療行為及醫療設備的要求較高，也較重視醫療時間的配合及接受公共媒體的報導。

### (三) 各評估變項之因素分析

共得出五個影響民眾就醫選擇醫院之考量因素，分別命名為「診療效果與行為」、「環境設計與佈置」、「特定性關係」、「成本與方便性」、及「參考群體的推薦」因素。其個別涵意如下：

1. 診療效果與行為：是指醫院所提供醫療服務之診療效果與醫療行為。
2. 環境設計與佈置：是指醫院內外環境的設計規劃與佈置。
3. 特定性關係：是指病患與該醫院之間具有較高的關係程度。
4. 獲得醫療服務之成本：是指病患到此醫院獲得醫療服務所須付出的成本或困難度。
5. 參考群體之推薦：是指醫院擁有參考群體口碑推薦之聲譽。

#### (四)市場區隔之集群分析

消費者就醫市場經由集群分析區隔出三個顯著差異區隔間，分別命名為「診療效果導向型」、「聲譽/品牌導向型」、「經濟便利導向型」，其市場百分比分別為37.6%、36.1%、26.3%。

「經濟便利導向型」的構成份子以教育程度低、男性為主。

「聲譽/品牌導向型」構成份子以高教育程度，女性為主。

「診療效果導向型」構成份子則為一般對象。

各醫院可依此市場區隔特性選定自己的目標市場及定位。

#### (五)第二階段各考慮因素間與平均月收入、科別變項的差異

1. 平均月收入60000元以上者在參考群體的推薦比月收入59999元以下者來得顯著重視，其他皆無顯著差異。
2. 對環境設計與佈置、特定性關係及參考群體的推薦三項在科別變項三組之間有顯著差異，其餘者皆無顯著差異。表示婦產科對環境設計與佈置、特定性關係及參考群體的推薦三項因素比其他科別有顯著重視，故大型醫院可針對此區隔特性，採取差異化行銷策略，而一般中、小型門診醫院可採集中行銷策略。

#### (六)五家樣本醫院各評估屬性之評價及認知形象分析

表 4-1 五家樣本醫院各評估屬性之評價

平均值(排名)	診療效果與行為	環境設計與佈置	特定性關係	醫療服務成本	參考群體推薦
高 醫	0.48(3)	0.59(3)	0.53(3)	0.14(4)	0.80(3)
長 庚	0.85(1)	1.16(1)	0.91(1)	0.28(2)	1.20(1)
阮綜合	0.30(4)	0.12(5)	0.21(5)	0.10(5)	0.36(4)
民 生	0.22(5)	0.19(4)	0.23(4)	0.35(1)	0.26(5)
榮 總	0.65(2)	0.88(2)	0.69(2)	0.26(3)	0.84(2)

註：平均值“2”代表非常良好，“1”代表良好，“0”代表普通，

“1”表不良好，“-2”代表非常不良好。

由上表分析發現：

1. 長庚醫院擁有相當良好的競爭優勢，在高雄市民心目中具有第一領導品牌的地位形象。
2. 高醫與榮總醫院則為第二品牌形象，而榮總具有高忠誠度的優勢，高醫則具有醫學中心的品牌優勢。
3. 民生與阮綜合醫院相對而言為較低品牌，而民生醫院具有低成本領導的優勢，但此優勢將可能隨著全民健保的實施而略有減低，阮綜合則具有腦科、骨科的品牌優勢。

五家醫院可依自己在市民中的認知形象來決定其市場定位。而五家樣本醫院的各項評價皆落在正向評價（大於零）上，顯示五家樣本醫院，皆具有正向的滿意度評價。

#### (七) 五家醫院之 Ajzen 行為計劃模式

由表 4-2 得知，以行為傾向態度、主觀性規範及行為控制能力對五家醫院的就醫行為意向進行迴歸，其結果皆達顯著水準，因此 Ajzen 行為計劃模式適用於五家醫院的就醫行為上。

表 4-2 五家醫院之 Ajzen 行為計劃之迴歸分析結果表

	行為傾向態度	主觀性規範	行為控制能力	R <sup>2</sup>	F 值
高 醫	0.351	0.398	0.060	0.473	68.05***
長 庚	0.185	0.315	0.198	0.294	32.05***
阮綜合	0.403	0.438	-0.042	0.483	70.89***
民 生	0.299	0.340	0.155	0.427	56.56***
榮 總	0.349	0.346	0.151	0.493	73.59***

\* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ , \*\*\* $P < 0.001$

由判定係數  $R^2$  得之各家醫院就醫行為意向的總變異量，行為傾向態度、主觀性規範及行為控制能力的解釋能力為高醫 47.3%、長庚 29.4%、阮綜合 48.3%、民生 42.7%、榮民 49.3%，具有不錯的解釋能力，且五家醫院迴歸方程變數間皆無複共線性現象。

由以上分析發現民眾就醫行為意向的產生，其主觀性因素具有相當大的影響力，意即民眾在就醫時會參考他人之意見而選擇醫院，且具有相當之影響力，故在從事行銷活動時應多加強參考群體的影響作用。

### 伍、行銷建議

由以上研究結果可以發現，受訪民眾對醫療服務的要求已從基本的醫療效果的要求，擴大到對醫療倫理、硬體設備以及內外空間環境的舒適、安寧的要求，

並且由於教育水準的提升及各種傳播媒體的發達，使得新生代對傳播媒體的接受程度普遍提高，針對以上的結果，本研究提供下列建議：

### (一) 提昇醫療效果

在受訪民眾中選擇醫院最重視的因素乃是醫師醫術，而要提升醫療效果與品質的方法，不外乎找尋優良的醫護人員及完善的醫療儀器設備。在現代化設備方面，可依照各家醫院所選定的目標市場與定位，及財務預算許可下，選購適當的醫療儀器設備。

而在找尋優良的醫護人員方面，依行銷的觀點來看，不妨先了解一下醫護的需求，例如提供優厚的待遇、良好的工作同仁、健全的醫療設備、良好的工作及生活環境等。畢竟行銷的對象不單指病人及其家屬，也應包括醫護人員、醫院內員工、義工、以及捐錢給醫院的善心人士。

例如高雄長庚醫院以完善的托兒所及附設托嬰部，來留住女性員工，使其無後顧之憂為醫院服務。採用一流設備、師資，且收費低廉，完全站在女性員工立場設想，這份體貼的心，讓高雄長庚醫院從未出現過所謂的「護士荒」（王紀青，1995）。

### (二) 改善醫院內外環境

內外空間環境的舒適與否也成為受訪民眾選擇醫院的重要因素。畢竟決定醫院服務品質項目也應考慮硬體環境設施給人的觀感，因為觀感足以影響顧客的態度、行為、以及滿足水準，若能在色彩、結構、室內設計、及清潔佈置等方面加強改善，無不能增加病患的積極情緒。

例如新竹市整形外科醫師王群光將自家診所，佈置得溫馨可人，像咖啡屋一樣，讓患者減少心理壓力，是一項成功的空間改造。王醫師指出，病患身心原有問題，如果能營造一個輕鬆的氣氛，有助於他們放鬆心情，充分就醫。事實上，醫院也不一定要白淨、冷漠才是醫院呀（李青霖，1994）！而在醫院庭園空間規劃設計上，依趙家琪（1987）的研究，提出下列之建議：

1. 整體性之考慮—醫院建築的外部空間（庭園）與內部空間應密切溶合為一完整的醫療空間，使病人除醫療外，在身、心、精神上享有自然之美及溫暖、家庭化之感覺。
2. 室內、室外的連貫性—促進病人與室外的交流，加強病人回歸社會的欲望。
3. 可及性的考慮—庭園位置、通道寬度、高度、須有適當的空間，而園藝、遊戲活動設施可及性的考慮，才能達到實質上的使用。
4. 安全性的考慮—醫院庭園使用者中的病人，多數均有疾病之苦，常有突發性不能自己控制的生理狀況，故庭園設計須特別考慮到安全性的重要。
5. 多樣性—量的增加以及質的改善，應配合各科的需求，配置設計不同的庭園空間及設施。
6. 前瞻性—人是動態的有機體不斷的在改變，因而環境需求的意義也與時俱遷，設計之任務即在“行為與物質環境”間維持動態之平衡。

此外，醫院的整體設計亦可引進企業識別系統(CIS)，透過空間造型設計與色彩的搭配來傳達醫院的服務理念及增強親和力，例如慈濟醫院、聖功醫院、長庚兒童醫院等，皆可藉由此系統來傳達其醫療服務理念，使消費者更能了解與接受該醫院。

### (三)建立良好的公共關係及資訊媒體的應用

從研究中發現，由於教育水準的提升及各種傳播媒體的發達，使得新生代對傳播媒體的接受程度普遍提高，所以如何加強公共關係及應用資訊媒體是相當重要的，本研究提出下列之建議：

#### 1. 良好的公共關係

良好的公共關係，可以藉消費者的口碑，建立起良好的醫院形象，以招徠、吸引消費者上門應診；反之，不好的公共關係將導致醫院顧客的流失。而醫院的全體員工即是醫院的公關的使者，例如：醫護、掛號、及諮詢服務人員若能適時的關懷病患，便能建立友好關係，畢竟「滿意的顧客就是最好的廣告」。

#### 2. 傳播媒體的應用

醫院亦可主動與新聞界連繫，提供具有新聞價值的醫療訊息，或設立醫療服務專欄適時報導生活醫療知識，而在發佈新聞稿時，也應確保新聞的完整性及一致性，並尊重病患的隱私權，以保障病患的權益。

#### 3. 資訊電腦化的應用

由於近來電腦的普及化發展與資訊網路的建立，醫院不妨透過網路系統建立醫療資訊服務站，提供各種醫療資訊與問題解答的服務，如此可使消費者更加輕鬆的獲取醫療資訊，並建立良好的醫院形象。而在醫院內部行政方面，亦可進行資訊電腦化，運用電腦建立病患病歷之資料庫、藥物管理系統、及改善資訊流程等，以改進醫院內部行政之效率。

### (四)重視醫療與行銷倫理

本研究結果發現，受訪民眾選擇醫院的第二重視因素即為醫師醫德，所以醫院不論是站在主動或被動的立場都應該注重醫療倫理與行銷倫理。在醫療倫理方面，美國醫院協會有十二條款關於病人權利的規定，第一他們很重視病人「知」的權利，第二是尊重病人的人格，第三是尊重病人的隱私權，其他相關醫療照顧與服務方面的約定，也就是一向所強調的「病人有權享受周全、完整、繼續的服務」(陳炯明，1984)。國內醫療界應急起直追，不要讓原本痛苦不安的病患，遭受到第二次傷害。

而在醫院行銷倫理方面，則提出 Goldman(1993) 認為醫院從事行銷活動時，所應該遵守的四點建議：

1. 病人福利至上 (Put the patient's welfare first) 醫院在獲利之前要先讓病人獲利，病人有權利要求獲得最高品質的醫療服務，當病人接受醫療服務之前，我們同意先不計他是否有支付的能力，畢竟醫院的職責是病人能得到妥善

的照料，醫院也才有很好的獲利。

2. 避免不必要的醫療服務 (Avoid unnecessary services) 行銷不應引誘病人接受過多、不需要的醫療服務，建立這種需求是不道德的，例如整型外科手術便常違背這項原則。
3. 堅持高度誠信與精確 (Maintain high standards of honesty and accuracy) 行銷人員應極力避免不真實或錯誤的廣告，當違法的行銷企圖尋求影響其行為時，行銷人員有責任提供正確而公正的資訊。
4. 負起公共責任 (Be accountable to the public) 行銷人員應發展誠信的行銷計劃，在可預見公共意識抬頭的未來，專業行銷應該避免他們的家人在報紙讀到關於他們的事。

### 陸、結語

醫院行銷觀念主要是將具有社會責任與倫理的社會行銷觀念應用推廣於醫院管理之中，其功能在拉近生產者供給與消費者需求間的差異。透過有效的市場研究，瞭解民眾之需求、進行市場區隔，尋找適合的目標市場及定位，進而擬定行銷策略，將有限的醫療資源作充分發揮及應用，以提昇醫療服務品質，建立醫院之新形象。

目前國內醫院行銷的研究相當的少，且都只談論到行銷的應用的層面，本研究首次嘗試以行銷研究的方法來探討消費者就醫行為、市場區隔以及品牌認知形象與定位，希望能夠提供醫療界實務上的應用。

在消費者行為研究方面，目前國內僅應用到 Fishbein & Ajzen 行為意向模式 (Fishbein Behavioral Intention Model) 與 Fishbein 的理性行動理論 (the Theory of Resaoned Action)，尚無人應用到 Ajzen & Madden 所提出行為計劃理論模式來預測消費者行為，本研究首次嘗試將 Ajzen 行為計劃理論模式與社會行銷結合，發現具有良好的解釋能力及正向意義，值得後續繼續研究。

### 參考文獻

1. 王紀青，「高雄長庚體貼女員工」，聯合晚報，1995年4月7日，13版。
2. 尹衍樑，就醫態度與轉院行為關係之研究，台灣大學商學研究所碩士未出版論文，1983。
3. 中華民國高雄市統計年報，高雄市政府主計處編印，1994。
4. 李青霖，「假如醫院像咖啡屋」，聯合報，1994年7月21日，15版。
5. 吳統雄，電話調查：理論與方法，台北：聯經，1984，頁91-95。
6. 陳炯明，「『醫學倫理問題』研討會演說記錄」，醫院，17卷，3期，1984，頁3-15。

7. 張永裕，「醫院管理者的行銷觀念」，醫院，19 卷，3 期，1986，頁 34-35。
8. 張紹勳、張秀娟，SPSS FOR WINDOWS 初等統計與高等統計(下)，初版，松崗電腦圖書資料股份有限公司，1994。
9. 莊素玉，「病人，你的名字叫弱者」，天下雜誌，4 月 1 日，1994，頁 54。
10. 曾麗蓉，醫院門診服務品質之實證研究，政大企研所碩士未出版論文，1988。
11. 黃俊英，多變量分析，第四版，中國經濟企業研究所，1991。
12. 黃俊英，行銷研究-管理與技術，第四版，華泰書局，1992。
13. 趙家琪，醫院庭園設計之研究-以台大醫院為例，國立台灣大學園藝研究所碩士未出版論文，1987。
14. 藍忠孚，「醫療市場的調查與設計規劃」，醫師的市場雜誌秋季號專刊，吉仁新醫出版部，1985。
15. 蘇斌光，醫院行銷研究的應用-病患選擇醫院的因素分析，中國醫藥學院醫務管理，1989。
16. Ajzen, I., Attitude structure and Behavior, In A. Pratkanis, S. Breckler, and A. Greenwald(eds.), Attitude structure and function. Hillsdale, N.J.: Erlbaum and Associates, 1989, pp.241-269.
17. Ajzen, I. & Fishbein M., Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior, Englewood Cliffs, NT: Prentice-Hall, 1980.
18. Fishbein, M. & Ajzen I., Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to theory & Research : Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1975.
19. Goldman, R. L., "Practical applications of health marketing ethics," Journal of Healthcare Financial Management, Vol.47, Mar 1993, pp.46-48.
20. Kotler, P. & Andreasen , A. R., Strategic Marketing For Non-Profit Organizations, 3th ed. , Cliff, N. J. Prentice Hall, 1987.
21. Kotler, P. & Clarke, R. N., Marketing for health care organization, By Prentice-Hall, Inc, 1987.
22. Lake, C. C. , Public Opinion Polling: A Handbook for Public Interest and Citizen Advocacy Groups, Island Press, 1987.
23. Rajshekhar G. Javalgi, S: R. Rao & Edward G. Thomas, "Choosing a Hospital: Analysis of Consumer Tradeoffs," Journal of Health Care Marketing, Vol.11, No1, Mar 1991, pp.12-22.
24. Robert, H. Fletcher, Michael S. O'Malley, Joanne Earp, Terry A. Littleton. Suzanne W. Fletcher, R. Andrew Greganti, Richard A. Davidson, & James

- Taylor, "Patients' Priorities for medical care," Medical Care, Feb , Vol. XII, No.2 , 1983, PP.234-242.
25. Stratmann, William C., "A Study of Consumer Attitude about health care : The Delivery of Ambulatory Services," Medical Care Vol. XIII,NO.7. July 1975, pp.537
  26. William; A. FLEXNER & ERIC N.BERKOWITZ, "Marketing Reasearch in Health," Education and Welfare, Vol:94,Nov-Dec 1979, pp.503-513.
  27. Yoram, Wind & Lawrence, K. Spitz, "Analytical Approach to Marketing Decision in Health-Care Organizagion," Medical Care, Vol.XXI, NO.2, Feb 1976, pp.234-242.

# 自行車業對大陸投資經營行爲與企業國際競爭 策略關聯性

## The Relations of Taiwan Investment's Management in Mainland with International Competition Strategies for Bicycle Industry

胡哲生 *Jer-San Hu*

國立雲林技術學院企業管理技術系  
National Yunlin Institute of Technology  
Department of Business Administration

陳美玉 *Mei-yuh Chen*

國立台中商業專科學校國際貿易科  
National Taichung Junior College of Commerce  
Department of International Trade

(Received August 1995, revised October 1995, accepted November 1995)

### 摘 要

本文旨在探討台灣自行車業者，如何運用對大陸投資的經營安排，維持其所擁有的國際市場競爭地位；持有低成本、差異化或專注市場之競爭傾向的廠商，對大陸投資的動機與目標，固然有其共同的著重點，亦有部份動機、目標項目與競爭策略意涵有相當的關聯性；在大陸事業機構的生產、行銷、研發與人事等經營行爲，各企業亦有異同之處；顯見在赴大陸投資初期，受限當地經營環境的既有狀態，在多處經營作法各廠商固然相同，亦有部份經營行爲與企業的市場競爭傾向有相關的現象。隨著台商日漸體會其在國際市場上的競爭策略的多樣性選擇，以及在大陸投資的經營日趨成熟，大陸的投資對廠商的國際化將有愈重的地位與影響。

關鍵詞：競爭策略、大陸投資、經營策略

### Abstract

This study hopes to acknowledge that how Taiwanese enterprises manage the investments in Mainland China to hold their competition status in international market, by the data of bicycle industry. The enterprises with different competition strategy approach which are low cost, differentiation and focus market, have some investing motives and goals commonly, but in some other items there exists meaningful relations with their competition approach. Also the function strategies of businesses in Mainland includes production, marketing, finance and personnel strategy, there appear some common activities and others different with the correspondense of competition strategy. In the future, after the growth of Mainland commercial environment and familiarity of Taiwanese investing in there, the enterprises will more emphasize the choice of international competition. The management of Mainland investments will also be more influential for their internationalization.