

編號：CCMP93-RD-016

應用服務品質缺口理論建立與評估 中醫醫療服務品質指標

蔡文正

中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班

摘要

過去對於醫療品質指標的建立，仍缺乏一個共識；由於中醫醫療的特殊性，大部分的指標並不適用於評估中醫醫療院所，因此，為確保總額支付制度實施後之醫療服務品質，建立中醫院所的醫療品質指標有其必要性。目前已有相當多關於醫療品質指標建立之研究均採「結構面—過程面—結果面」的評估方式為其架構，然而，在中醫醫療服務品質指標建立研究中，尚無相關研究應用服務品質缺口理論來建立品質指標，因此，本研究應用服務品質缺口理論來建立一套中醫醫療服務品質確保指標，以專家座談（Expert panel）及分析層級程序法（Analytic Hierarchy Process）的方式，建立適合評估中醫醫療服務品質之指標。並以分析層級程序法對於所建立之指標給予不同的權重，以區分指標間之重要性，期能增加中醫醫療品質指標建立過程之嚴謹度。

本研究結果最後共訂定五個構面共 22 項指標，其中『有形性構面』5 項、『可靠性構面』4 項、『回應性構面』5 項、『保證性構面』4 項、『同理心構面』4 項。各構面的相對權重如下：『有形性構面』為 0.122、『可靠性構面』為 0.354、『回應性構面』為 0.145、『保證性構面』為 0.238、『同理心構面』為 0.141。

本研究所擬定之指標共 22 項，雖然指標訂定是以中醫設計為主，然而西醫、牙醫在醫療服務上與中醫有許多相似之處，建議未來除了可應用該指標進行中醫師與其病患對中醫服務品質的認知與感受的落差外，應可將指標應用於西醫與牙醫的服務品質衡量。

關鍵詞：中醫、醫療服務品質、服務品質、缺口模式、分析層級程序法

Number : CCMP93-RD-016

Applying Service Quality Gap Theory to Establish the Quality Indicators And Evaluate the Service Quality for Chinese Medicine

Wen-Chen Tsai

China Medical University

ABSTRACT

It didn't have a common consensus for the establishment of health quality indicators. Because of the characteristics of Chinese medicine, most of the indicators being established before were not suitable to evaluate Chinese medicine services. In order to assure health care quality after global budgeting payment was implemented, it is necessary to establish quality indicators for Chinese medicine services. There were some previous researches about the establishment of quality indicators using "structure- process- outcome" as the evaluation content. However, there is no research that applies the theory of services quality gap to establish Chinese medicine service quality indicators. This research would like to apply the theory of services quality gap to build up a set of Chinese medicine service quality indicators. Expert panel meeting and analytic hierarchy process (AHP) were applied to build up the appropriate indicators for Chinese medicine service quality. The indicators will be established according to analytic hierarchy process and given different weight.

The result of this research has set five aspects and 22 indicators that included 5 tangible indicators, 4 reliability indicators, 5 responsiveness indicators, 4 assurance indicators and 4 empathy indicators. The weight for each aspect is the following:

0.122 for tangible aspect, 0.354 for reliability aspect, 0.145 for responsiveness aspect, 0.238 for assurance aspect and 0.141 for empathy aspect.

This research has set 22 quality indicators that were suitable for Chinese medicine services. The health care services are similar between Chinese medicine, western medicine and dental care. This research would like to use these indicators to find out the difference between Chinese physicians' recognition and patients feeling on the Chinese medicine service quality. Moreover, these indicators can also be used to measure the health care quality for western medicine and dental care.

Keywords: Chinese medicine, health care service quality, service quality, services quality gap, analytic hierarchy process

壹、前言

一、研究動機

1995 年全民健康保險正式開辦，亦將中醫門診納入給付範圍，而在住院方面則處於試辦階段，尚未納入給付範圍。由於全民健康保險將中醫門診納入給付範圍，使得民眾對於中醫醫療利用快速增加，中醫門診使用人次由民國 84 年 2200 萬人次，至民國 92 年約 3100 萬人次，申報費用亦由民國 84 年的 69.4 億，成長至民國 92 年約 147 億元。目前，中醫在全民健保制度下，其業務量呈現成長的趨勢，如何提升中醫醫療服務品質，則為未來應當重視的問題。

提高醫療服務品質，不僅是醫院貢獻於民眾與社會所必須要做的努力，也是醫院經營的首要方針。而至中醫就診之民眾其診病的動機與原因極為多樣化，病患在院所內能停留的時間有限，因此無法受到較密切的監控與評估；醫療品質為美國醫療照護改革（health care reform）最基本的核心，民眾會將醫療品質及醫療提供者視為最重要的醫療照護基礎，並且不願政府在節制成本的同時犧牲醫療品質，或除去選擇醫療提供者的權利，足見醫療品質的重要性（Schwartz, 1994）。

過去對於醫療品質指標的建立，究竟應該包含哪些構面？該如何建立有意義且有效益的指標？仍無一個共識；由於中醫醫療的特殊性，大部分的指標並不適用於評估中醫醫療院所，因此，為確保總額支付制度實施後之醫療服務品質，建立中醫院所的醫療品質指標有其必要性（林雨菁，2001）。由於傳統中強調結構面品質的評鑑內容只能確保醫院提供良好醫療照護的能力或潛力，卻不能保證會實現良好的醫療照護。目前已有相當多關於醫療品質指標建立之研究均採「結構面—過程面—結果面」的評估方式為其架構，針對專家學者以德菲法（Delphi Method）問卷調查，經由專家學者對其初擬之中醫醫療品質指標給予的評分，以尋求適合評估中醫醫療品質之指標（黃東琪，2000）。然而，在中醫醫療服務品質指標建立研究中，尚無相關研究應用服務品質缺口理論來建立品質指標，因此，本研究期望能應用服務品質缺口理論來建立一套中醫醫療服務品質確保指標，瞭解中醫病患與中醫師對醫療服務品質期望之差異，及中醫病患對中醫醫療服務期望與感受之落差，藉以增進並指引中醫醫療院所提供病患高品質的醫療服務。

二、研究目的

1. 探討及評估過去或目前中醫醫療服務品質相關各種指標之優缺點。
2. 比較他國對醫療服務品質指標建立之經驗。
3. 建構評估中醫醫療服務品質構面，以進一步定義品質衡量指標與內涵。
4. 應用服務品質缺口理論建立中醫醫療服務品質之長期評估及監測指標。
5. 利用分析層級程序法（AHP）訂出中醫醫療服務品質各子指標與各構面之相對權重。

三、文獻探討

（一）中醫醫療體系現況

1. 中醫醫療院所現況

我國中醫醫療院所的分類，在全民健保實施前，可以分為中醫診所、中醫醫院或中醫綜合醫院、教學醫院附設中醫部三大類。而全民健保實施後，在西醫醫院附設中醫部方面，各西醫醫院紛紛增設中醫科或中醫部，同時有中醫門診之中醫醫療院所分為「醫學中心」、「區域醫院」、「地區醫院」、「中醫醫院」及「中醫診所」等五類（李漢修，1999）。而中央健保局則將中醫醫療院所分為中醫醫院及中醫診所兩大類。

根據中央健康保險局至 93 年 7 月底為止的統計資料顯示，全國醫療院所特約率為 92.54%；西醫醫院特約的有 534 家；西醫診所部分特約的共有 8,607 家；中醫醫院部分特約的有 33 家；中醫診所部分特約的共有為 2,469 家；牙醫診所部分特約的有 5,751 家。此外，自從 84 年實施全民健保後到 91 年為止，特約醫院的家數逐年遞減，特約診所的家數逐年增加，以中醫為例，中醫醫院從 102 家遞減到 33 家，而中醫診所卻從 1,620 家遞增到 2,469 家（表一）（註 1）。

2. 中醫師人力現況

根據行政院衛生署至 92 年底之統計資料顯示，台灣地區西醫師數為 32,390 人、中醫師數為 4,266 人，牙醫師數為 9,551 人；而西醫師佔所有醫事人員（183,103 人）比例最高為西醫師 17.69%（民國 84 年所佔比例為 20.7%），其次是牙醫師佔所有醫事人員比例為 5.22%（民國 84 年所佔比例為 5.9%），而中醫師佔 2.33% 為最低（表 2）（註 2）。

表一、歷年中央健保局特約醫事服務機構數

年	西醫醫院	中醫醫院	西醫診所	中醫診所	牙醫診所	小計
84年	681	102	7,581	1,620	4,615	14,599
85年	661	88	8,094	1,727	4,859	15,429
86年	656	82	8,336	1,818	4,976	15,868
87年	645	73	8,483	1,878	5,043	16,122
88年	*584	66	8,311	2,006	5,202	16,169
89年	577	52	8,241	2,100	5,362	16,332
90年	565	44	8,256	2,225	5,468	16,558
91年	553	37	8,404	2,355	5,609	16,958
92年	540	35	8,561	2,422	5,701	17,259
93年7月	534	33	8,607	2,469	5,751	17,394

註：一、*自 88 年元月起，僅辦理門診之特約西醫醫院改列為西醫診所。

二、各全年資料為當年底（12 月）資料。

三、特約醫事服務機構：至 93 年 7 月底止共特約醫療院所 17,394 特約率 92.54%。

四、資料來源：中央健保局業務統計資料，2004.08。

表二、歷年台灣地區西醫師數、牙醫師數、中醫師數

	83年	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年
西醫師	24,455	24,465	24,790	25,730	27,168	28,216	29,585	30,562	31,532	32,390
牙醫師	2,833	3,030	2,992	3,299	3,461	3,546	3,733	3,979	4,101	4,266
中醫師	6,973	7,026	7,254	7,573	7,900	8,240	8,597	8,944	9,206	9,551
合計	114,076	118,248	123,829	137,829	144,070	152,385	159,212	165,855	175,444	46,207

資料來源：行政院衛生署統計資料，2004

3. 中醫門診醫療服務利用現況

(1) 中醫門診醫療費用申報狀況—按分局別分

根據中央健保局 92 年 5 月底的統計資料顯示，在六個分局中，中醫門診醫療費用申報件數以中區分局最多，其次是台北分局，而以東區分局最少；中醫門診醫療費用申報點數卻是以台北分局最多，中區分局次之，而每件平均費用亦是台北分局的費用比中區分局的費用高（表 3）（註 2）。

表三、西醫、中醫、牙醫各分局申報醫療費用

分局別	西 醫		中 醫		牙 醫	
	件數	點數	件數	點數	件數	點數
總 計	263,411,379	183,713,647,961	28,811,703	13,551,208,213	25,278,104	27,076,756,511
台北分局	79,636,162	59,330,232,960	7,705,624	3,981,533,442	9,146,779	9,552,939,432
北區分局	37,596,447	25,917,664,904	3,233,356	1,494,055,177	3,263,940	3,353,673,180
中區分局	53,296,775	35,762,302,036	8,418,387	3,844,399,648	5,211,169	6,024,827,405
南區分局	39,890,191	27,010,445,402	4,390,764	1,893,192,979	3,233,087	3,531,606,210
高屏分局	46,687,786	31,380,820,227	4,550,386	2,093,454,172	3,937,976	4,139,647,763
東區分局	6,304,018	4,312,182,432	513,186	244,572,795	485,153	474,062,521

註：1.本表"點數"欄不含部分負擔。

2.資料來源：行政院衛生署統計資料，2004

(2) 中國大陸中醫醫療利用情形

Ken (1995) 根據大陸官方調查，大陸地區 40% 醫療服務要靠傳統中醫，95% 之西醫院設有中醫部，有 530,000 人在 2457 家中醫醫院工作，這 2457 家中醫醫院每年提供一億八千六百萬的門診量，以及兩百六十八萬的住院人次，在有設立中醫部門的西醫醫院中，每日約 20% 的門診量由中醫部門提供。

4. 中醫門診總額支付制度

由於健保財務出現赤字問題，繼牙醫實施總額預算後，行政院衛生署於 1999 年 5 月與中醫界共同成立「中醫門診總額支付制度推動小組」，歷經三次推動小組會議討論後，完成政策層面的規劃，並於同年 8 月 20 日交付全民健康保險醫療費用協定委員會協議。中醫門診總額預算制度第一期實施時間為 89 年 7 月~90 年 6 月、第二期為 90 年 7 月~90 年 12 月、第三期為九十一年度、第四期為九十二年度，而邁入第五年的中醫總額預算其醫療給付費用總額以九十二年每人醫療給付費用為基礎，成長了 2.41%，並且按照實際保險對象人數計算之，每人醫療給付費用成長率細項如表 4 所示：

表四、九十三年度中醫門診總額每人醫療給付費用成長項目表

項 目		成長率	備註
非協商因素		0.28%	
人口結構改變率		0.61%	
醫療服務成本指數改變率		-0.48%	
其他非協商因素	推動健保 IC 卡措施	0.15%	
協商因素		2.13%	
保險給付範圍或支付項目的改變	支付標準調整	0.18%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	1.品質保證保留款	0.42%	本項預算採專款專用
	2.加強感染控制	0.21%	依實際執行狀況支付，並應訂定具體實施及監控方案
	3.門診醫療品質提升計畫含 (1)提升癌症病人生命品質 (2)特定疾病加強照護門診 (3)開辦示範教學門診 (4)針灸標準作業程序醫療品質提升計畫	0.80%	依實際執行狀況支付，並應訂定具體實施及監控方案
其他服務利用及密集度的改變	1.資源缺乏地區改善方案 (無中醫鄉鎮巡迴醫療服務)	0.29%	本項預算採專款專用
	2.中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務(包括使用中醫儀器設備，提高病歷品質等)	0.35%	請健保局會同中醫團體選擇具有實證基礎之新科技項目，訂定具體實施方案及監控指標，俾能確實提昇中醫醫療品質
醫療服務效率的提升	其他協商項目(預期醫療品質提高，減少重複診療、看診等效益)	-0.12%	
總計		2.41%	

註：九十三年度各部門總額協商因素中非屬專款專用之協商因素項目，應於年度總額實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施期程)；執行情形應及時檢討，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入九十五年總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則應調整檢列該部門之協商因素成長率。

資料來源：行政院衛生署，2004(註3)

(二) 病患選擇中醫醫療服務之相關因素探討

傳統中醫藥為我國的國粹，是幾千年來中華文化的結晶，在西醫醫學未傳入中國以前，中醫藥為中華民族的醫療主流，更融入人民的日常生活之中。因此在台灣，民眾亦偏好使用中醫藥，生病時亦不會缺少服用中藥，或者同時採用多種療法，一般民眾也常有西醫治標、中醫治本或者西藥較傷身、中藥較溫和天然的觀念。也因此影響了民眾選擇中醫醫療就醫的因素。

1. 民眾對中醫的認知、認同

民眾對傳統醫學的認同以及普遍認為中藥藥性較溫和不傷身及有治本的功效，特別是罹患肌肉骨骼關節等傷科疾病與慢性疾病的病人多求診傳統中醫。在健保開放中醫醫療給付項目之後，民眾對中醫醫療的需求也日益增加，在中藥與西藥的比較方面，由邱清華（1990）及李金鳳（1990）的研究中發現用西藥雖然治療效果較快、服用較方便，但有副作用。李金鳳（1990）探討全省十二家中西合併醫院，影響門診病患求診中、西醫的因素，發現對於一般疾病，大部分病人傾向採用西醫診療，但在肌肉骨骼疾病上，有 50% 以上的病患傾向用中醫診療；65.8% 的人認為西醫對慢性病的療效較差，而中醫較為有效；75.1% 的人認為西醫治療所需的時間較短，中醫則是治療過程較長久。另外，大部分的民眾認為中醫治本而西醫只能治標，中醫的藥效較慢而西醫的設備好，且中醫藥的副作用較少（王廷輔，1980；周志鴻，2001）。

2. 國內對於病患選擇中醫醫療服務之相關研究

根據國內專家學者之研究發現，病人認為中藥溫和、治本、無副作用，而西醫治標、有副作用的信念，是影響病人對中西醫體系選擇的重要因素（郭靜燕，1992）；在影響中醫門診醫療服務利用因素方面，主要有就醫偏好、有無固定中醫師及受訪前一個月內生病有無等三個變項（陳秋瑩等，1999）。性別、年齡及教育之高低會影響選擇中醫就醫之傾向（邱清華，1990；羅紀瓊，1991；蔡文全，1994；康健壽等，1996；康翠秀等，1998）；根據王廷輔（1980）的研究結果呈現中醫推介系統越強者，較常使用中醫療法，對醫療場所及醫師的熟悉度，是民眾選擇醫療方式的考量因素；醫療資源可用性越好的地區，民眾使用較多之中醫（吳肖琪，1991）；有宗教信仰者其中醫利用次數較多（郭靜燕，1992；康翠秀等，1998）；自覺就醫方便、自覺醫療費用高低、有無固定就醫場所及自評健康程度等變項會影響病患利用中醫就醫的機率（郭靜燕，1992）；婚姻、保險狀況、初複診別、慢性病有無、自覺身體健康狀況、發作頻率、骨骼肌肉神經系統疾病與五官皮膚疾病等與求診中醫或西醫別有顯著差異（康健壽等，1994）；中醫價格、保險狀況、有無慢性病、疾病影響天數、醫院別等變項

會影響其利用的多寡（李卓倫等，1995）。

3. 國外對於病患選擇傳統（另類）醫療服務之相關研究

在國外有關中醫方面的研究，多數乃將中醫納入輔助醫療及另類醫療（Complementary and Alternative Medicine, CAM）、或非正統醫療（Unconventional Medicine）來進行整體性研究，另類醫療所包含的項目相當多，與中醫相關的項目共有三種：針灸（Acupuncture）、草本醫學（Herbal Medicine）、整脊術（Chiropractic）等。其中又以針灸及整脊術的利用率最高。Paramore（1997）指出美國另類醫療辦公室（Office of Alternative Medicine）對 CAM 之定義主要有下列三點：1. 治療疾病之安全性及成本效益缺乏充足的文件資料證明（Documentation）。2. 其相關課程在美國醫學院並未普及。3. 大多數的健康保險尚未將其納入給付（鄧振華，2002）。

一項針對 1990 至 1997 年美國民眾利用另類醫學之趨勢進行調查發現，不同性別、年齡、種族、教育程度、收入、居住地區對於另類醫療使用，具有統計上顯著性差異（Eisenberg, 1998）。另一項針對全美地區民眾進行另類醫療使用研究，以找出影響美國民眾使用另類醫療的因素。並將另類醫療利用影響因素分成六大類，分別為（1）對正統醫療的滿意度（2）健康照護自主權（3）哲學及價值觀的合適性（Philosophical/Value Congruence）（4）對正統醫療治療效果的相信度（5）健康狀況因子：指各種疾病之另類醫療利用（6）人口學因子：包含教育、性別、收入、種族及年齡。該研究發現曾使用另類醫療比未曾使用另類醫療者具有下列特質：教育程度較高、健康狀態較差、較重視個人健康、過去在正統醫療體系內曾有過不好的就醫經驗、女性主義者、環境保護主義者、重視個人及精神的成長及患有焦慮、背痛、慢性疼痛等疾病（Astin, 1998）。MacLennan 等人對於另類醫療的研究有以下結果，發現曾使用另類醫療比未曾使用另類醫療者具有下列特質：多為女性、教育程度高、大多為受雇者、年齡較小、居住在城市、體重過重（MacLennan, 1996）。另一項針對加拿大大城市居民曾使用另類醫療等相關研究發現，傾向利用另類醫療的民眾其特性為性別、年齡、教育程度、職業、職業雇用型態、宗教、過去就診經驗、收入程度、疾病嚴重度、過去病史及疾病對日常生活之影響程度等因素（Kelner, 1997）。正統西醫醫療缺乏信心及反正統醫療特質（Unconventionality）這兩變項對於另類醫療之利用有達到統計上顯著差異（Mcgregor, 1996）。

國外其他採用 Aday and Andersen 醫療服務利用行為模式進行另類醫療利用行為分析之研究結果顯示，影響另類醫療利用相關的因素如下：性別、教育程度、職業、年齡及社會層級（Wellman, 1995；Berger, 1993；Eisenberg, 1993；Sharma, 1992）、收入及另類醫療轉診管道（Eisenberg, 1993；Sharma, 1992）、病

人過去病史及疾病嚴重度為主要影響因素 (Wellman, 1995 ; Berger, 1993 ; Eisenberg, 1993 ; Sharma, 1992)。在回顧過去諸多文獻之後，發現個人特性與需求 (含如性別、年齡、職業、宗教信仰、教育程度、婚姻狀態、家戶所得、健保有無、自覺健康狀態、慢性病有無、疾病型態等因素)、口碑影響及過去經驗可能會影響病患對中醫醫療服務「期望」與「認知」之影響因素。

(三) 醫療服務品質

1. 服務、服務品質的定義

(1) 服務的定義

服務的理念幾乎已經是企業存在的核心要素，廣義上來說，很難去區分服務及產品的界線。

服務 (services) 是行為 (deeds)、過程 (processes) 和績效 (performace)。是從『服務提供者』對『服務對象』所做出的行為與努力的績效，是以妳自己希望被對待的方式來對待別人，並提供顧客所期待的服務，重要的是服務要走在顧客的需求之前，傾聽顧客的心聲，好的服務不只是取悅顧客，更要用心用腦 (林陽助，2003)。

國外學者 Alan Dutka 則從顧客滿意的觀點來探討，服務應該是真誠 (Sincerity)、同理心 (Empathy)、值得信賴 (Reliability)、有價值感 (Value)、彼此互動 (Interaction)、完美演出 (Completeness)、充分授權 (Empowerment)。

總括而言，服務 (Service) 係指一個組織提供另一組織的任何活動或表現，其為無形的且無法產生事物的所有權。(林陽助，2003)。

(2) 服務的特性：

為了有效的執行服務的活動，需要進一步瞭解服務的特性，以利企業去設計適當的服務流程及計畫，提升服務品質。在服務的特性方面，綜合 Kolter (2000) 及 PZB (1985) 對服務特性歸納無形性、不可分割性、異質性、易消逝性。『無形性』(Intangibility)：服務是無形的產品，消費者在購買前無法像購買實體產品一樣可以看見、品嚐、觸摸、感受，也無法在購買前試用。『不可分割性』(Inseparability)：消費者在享受服務時，會加入整個活動中，在同一地點、同一時間內和服務供應商的服務人員緊密地結合在一起，形成一個互動的過程。『異質性』(Heterogeneity)：在服務過程中會因人員、時間、地點而產生服務品質的差異，服務具備高度的變異特性。『易消逝性』(Perishability)：由於服務的特性是無形的、不可分割的及異質性的，因此無法如實體產品可以經由生產製造而儲存起來供日後銷售。

(3) 服務品質的定義

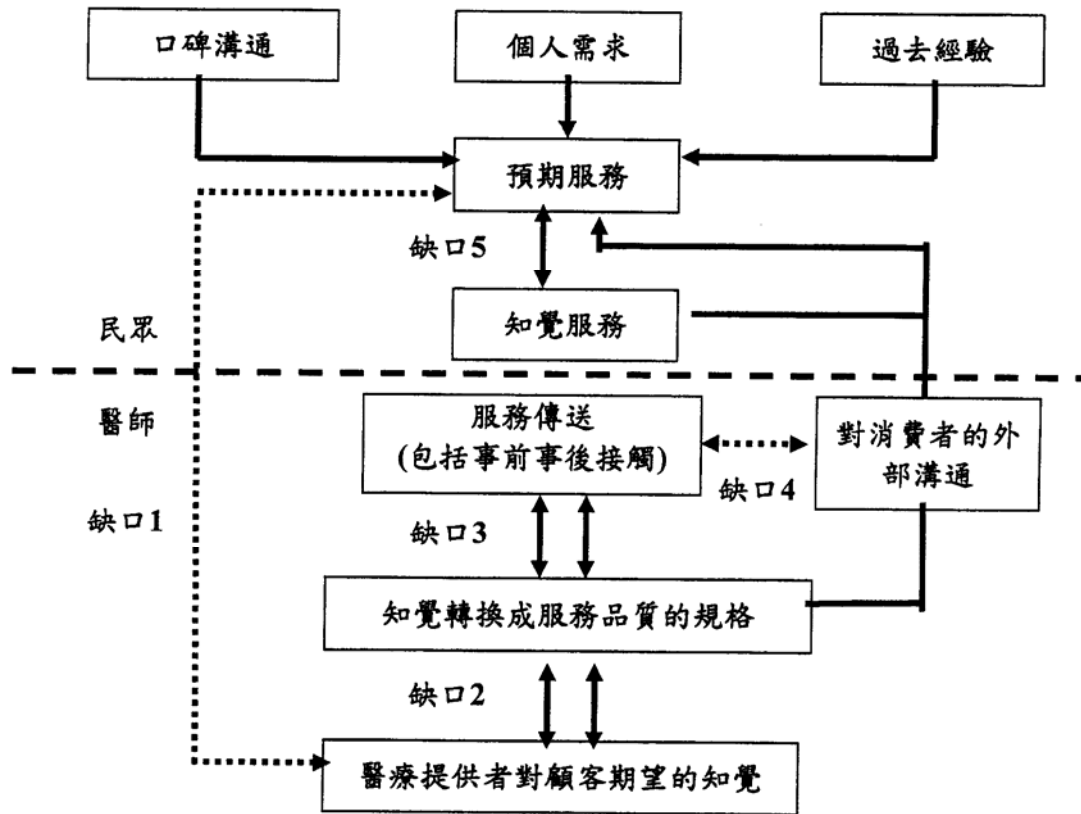
服務品質是一種主觀認知的品質，這種品質是比較顧客所期望服務和實際知覺的服務而來。PZB (1988) 定義服務品質為『認知的服務品質是顧客對整體服務過程採取主觀性的優劣判斷』，將知覺的服務品質 (Perceived service quality, PSQ) 定義為期望的服務 (expected service, ES) 和知覺的服務 (perceived service, PS) 間的差距。

若服務業者可以提供實際的服務超過或等於顧客期望，則顧客是滿意的，反之則是未能滿足顧客的需求。

因此，本研究將服務品質定義為服務品質是要提供一致性的服務去符合顧客的需求，提升顧客滿意的程度。

2. 服務品質模式

有關服務品質的研究很多，用來衡量品質的方法大多從服務業而來，最常使用 PZB (Parsuraman, Zeithaml, Berry) 所發展的 SVERQUAL 量表 (Bowers et al, 1994; Dansky et al, 1997; Jun et al, 1998; Youssef et al, 1995)。Parsuraman、Zeithaml 和 Berry (1985) 以金融業及產品維修業研究對象，針對接受服務的顧客與工作人員進行訪談，以取得研究服務品質之相關資料與訊息，並建立服務品質模式如圖 1，將可能導致服務品質不佳的缺口與發生因素分為五類。以解釋服務提供者的服務品質無法滿足顧客需求之原因，其主要因為彼此認知落差所產生的『品質缺口』。將其運用在醫療產業界，可以依據此理論進行醫療供給者與醫療消費者間之品質缺口分析。而這些品質缺口分析結果是中醫醫療院所未來改善服務品質的重要關鍵。



(資料來源：PZB，1988。)

圖一、服務品質概念模式

五個服務品質缺口說明如下：

- 缺口一：「顧客期望的服務」與「醫療提供者對顧客期望的知覺」之間的差距，將影響顧客對服務品質的評價。
- 缺口二：「醫療提供者對顧客期望的知覺」與「組織計畫提供的服務品質」間的差距，將影響顧客所認為的服務品質。
- 缺口三：「組織計畫提供的服務品質」與「實際服務傳遞」間的差距，將影響顧客所認為的服務品質。
- 缺口四：「實際服務傳遞」與「服務的外部溝通」間的差距，將影響顧客所認為的服務品質。
- 缺口五：「顧客對服務的期望」與「實際知覺服務」間的差距，將影響顧客所認為的服務品質。

在五個服務品質缺口中，以缺口一及缺口五為主要重點缺口，也是醫療供給者及醫療管理人員所必須瞭解與改善之處，也是本研究之探討重點。

3. 醫療服務品質測量

(1) SERVQUAL 量表

SERVQUAL 是根據 PZB (1985) 所提出之服務品質缺口模式而發展出來的工具，用來衡量顧客對服務品質的認知，其中以服務品質的五個構面為基礎所發展出來的量表 (P.Z.B, 1985)。SERVQUAL 具備以下的優點 (Foster, 2002)：

- a. 可以評量服務品質各種特性的標準。
- b. 可以適用於許多不同的服務情況。
- c. 具有某種程度的可靠度，即不同的人對相同問題會有類似的判讀。
- d. 調查表共有 22 個調查項目，使用簡便，可以讓人在短時間內填完調查表。
- e. 具有標準的分析過程，方便分析和判讀調查之結果。

SERVQUAL 是由 PZB 於 1988 年將服務品質的決定性構面由原先的十個減少為五個構面，分別為可靠度 (Reliability)、有形性 (Tangible)、反應力 (Responsiveness)、確保性 (Assurance) 以及同理心 (Empathy)，其減少後的變化內容如表 5 所示 (林英治，2003)。圖 2 是由 PZB 模式引申發展出包含五大構面、22 項目的 SERVQUAL 服務品質量表的步驟 (Parasuraman, 1988；趙皇銘，2002)。而表 6 則是經過上述十一個步驟後所得到五個構面 22 項目的 SERVQUAL 服務品質量表的各構面組成變項 (Parasuraman et al., 1988)。

SERVQUAL 已經應用到許多服務接觸之方面的評估，其最重要的功能在於透過週期性的顧客調查以追蹤服務品質的趨向；而其優點在於可以做醫院間的比較，且有較強的概念架構及實證基礎 (Hart, 1992)。SERVQUAL 也可以應用到行銷研究上，藉由與其他競爭的服務組織做比較，進一步指出顧客優先考量的與服務認知不良的服務品質構面 (簡君蓉，2002)。

在服務品質的領域中，PZB 的服務品質觀念性模型與 SERVQUAL 衡量量表的應用研究非常多，大多皆著重於量表適用性的測定，以下統整出各學者對於 SERVQUAL 量表等研究結果 (如下表 7)。

(2) Donabedian 『結構—過程—結果』

近年來，消費意識高漲，對於服務品質要求也愈來愈高，因此衡量醫療服務品質以傳達病患滿意度。近年來，Donabedian (1978) 所提出的『結構—過

程—結果』較常被用來衡量醫療服務品質：

- a. 結構 (Structure) 面：它的基本假設是在較佳的醫療環境條件下，可以產生較好的醫療照顧。因此，如果能找到這些條件，並且以此來評估醫院是否具備這些條件，就可以反映出醫療服務品質的好壞。
- b. 過程 (Process) 面：它的基本假設是醫療人員會遵守醫院內部規定的醫療步驟與方法，進而產生了預期的標準效果。其評估的目的在於檢視醫療人員在整個醫療過程中的行為或活動是否適當。
- c. 結果 (Outcome) 面：它的基本假設是良好的病人狀況是良好的醫療照顧結果，因此病患在接受醫療服務之後，所產生的結果（病患的生理、心理狀況）能反映出醫療品質好壞。

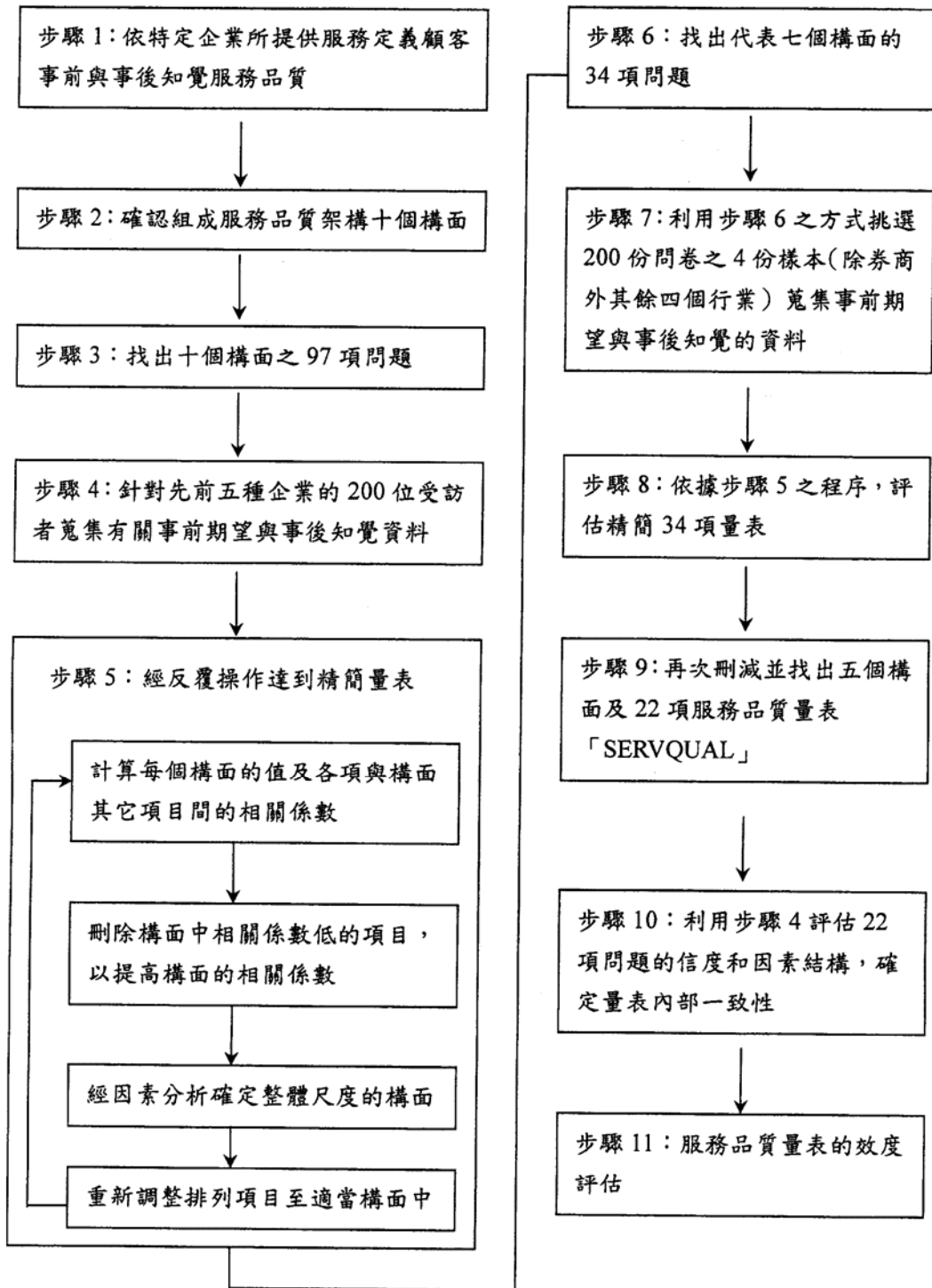
Robert 等認為將醫療服務品質的結構、過程、結果一同納入評估的考量，如此才能瞭解醫院整體的服務品質 (Robert, Kathleen, 1987)。

本研究以 PZB 所發展出來的 SERVQUAL 量表及其五構面來發展適合衡量中醫服務品質指標，而不以 Donabedian 的『結構、過程、結果』三構面來發展指標，主要是因為本研究著重於中醫門診的服務過程，而不是醫療的結構與結果面，故採用 SERVQUAL 量表五構面及二十二項問項來發展衡量中醫醫療品質指標。

表五、服務品質決定性構面表

構面 (1988)	定義	構面 (1985)	定義
有形物 (Tangible)	指硬體設備、設施、服務人員的外貌。	有形物 (Tangible)	指服務的實體部分，包括硬體設施、服務人員儀容等。
信賴度 (Reliability)	可靠地和正確地執行所承諾服務的能力。	信賴度 (Reliability)	可信任並正確地執行所承諾服務的能力。
反應力 (Responsiveness)	工作人員幫助顧客及提供即時服務的意願。	反應力 (Responsiveness)	指工作人員協助顧客和提供即時服務的意願。
確保性 (Assurance)	服務人員的知識與禮儀，以及專業的自信和取得案主信任的能力。包括提供專業服務的知能和技術，以及對案主的專業態度及尊重，並與案主做有效的溝通，藉以協助案主獲得最大的利益。	能力 (Competence)	具有服務執行所需的知能。
		禮貌 (Courtesy)	服務人員對顧客有禮貌、尊重、體貼與友善。
		信譽度 (Credibility)	值得信賴、可靠、誠實、重視消費者權益。
		安全性 (Security)	在一個沒有危險顧慮的環境下提供服務。
同理心 (Empathy)	指對案主的個人及問題的真正關心和瞭解，給予案主應有的關切和體諒。包括服務提供時的親切性和安全感，以及瞭解案主需求的態度和能力。	接近性 (Access)	使消費者很容易接觸、使用服務設施，包括時間、地點與方式上的便利性。
		溝通性 (Communication)	以消費者能瞭解的語言進行溝通，以及願意傾聽消費者的意見。
		瞭解 (Understanding)	瞭解顧客的需求。

資料來源：林英治，2003。



圖二、「SERVQUAL」服務品質量表步驟

(資料來源：Parasuraman et al., 1988；趙皇銘，2002)

表六、「SERVQUAL」量服務品質衡量構面及其組成變項

特 性	組 成 項 目
有形性	<p>該機構有現代化的設備</p> <p>該機構的各項設施應有吸引的外觀</p> <p>該機構的員工應有整潔的服裝和外表</p> <p>該機構的各項設施能與他們所提供的服務相配合</p>
可靠性	<p>該機構對您承諾要做的事，都能即時完成</p> <p>您有問題時，該機構能設身處地為您著想並解決問題</p> <p>該機構是可信賴的</p> <p>該機構承諾要提供您的服務，都能即時完成</p> <p>該機構的記錄是精確的</p>
回應性	<p>該機構在什麼時候提供什麼服務並不會告知顧客</p> <p>您無法從該機構的員工那裡迅速地享受到服務</p> <p>該機構的員工並不是總是願意幫助顧客</p> <p>該機構的員工因為太忙以致無法立即提供服務，滿足顧客的需求</p>
保證性	<p>您可以信任這些機構的員工</p> <p>您在和這些機構員工接洽有安全感</p> <p>該機構的員工有禮貌</p> <p>該機構的員工可從公司那裡得到適當的支持，去做好他們的工作</p>
同理心	<p>該機構不會針對不同顧客提供個別服務</p> <p>該機構員工不會給予顧客個別關照</p> <p>不能期望該機構員工瞭解您的需求</p> <p>該機構並沒有把您最佳的利益放在心上</p> <p>該機構提供服務的時間並不能符合所有顧客的需求</p>

資料來源：Parasuraman et al., 1988。

表七、SERVQUAL 衡量量表等相關研究結果

年代	作者	研究結果
1990	Carman	<p>以 PZB 構建「SERVQUAL」的程序，對牙醫學校附設診所（dental school patient clinic）、商學院附設職業介紹所（business school placement center）、輪胎店（tire store）、及急症救助醫院（acute care hospital）四個服務業進行實證，並提出下列建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應用「SERVQUAL」時，若所要衡量的對象並非 PZB 原來所衡量的四個服務業，則最好以 PZB 所建議的十項服務品質構面針對該項服務業特性修改問卷項目的用辭。 2. 若所進行衡量的服務業具有多種服務功能（multiple service function）時，應分別針對每一項服務功能衡量其服務品質。
1992	Cronin and Taylor	<p>針對銀行（banking）、病蟲害防治中心（pest control）、乾洗店（dry cleaning）及速食業店（fast food），以線性結構關係（Linear Structural Relationships, LISREL）分析比較原本未加權的「SERVQUAL」量表的兩者適用性，並於研究中發現服務品質以知覺（P）的服務來衡量，較以實際感受與期望間的差距（PE）衡量來得好。</p>
1994	PZB	<p>強調蒐集期望資料有助於服務業者診斷其服務品質狀況，並可致力於消費者對服務品質認知中最需要改善服務之處，而以績效為基礎的模式僅蒐集知覺（P）的資料，無法確切地診斷出服務品質真正缺失處，甚至可能誤導服務業者對服務品質的改善方向。</p>
1993	梁瓊如	<p>利用 LISREL 進行實證分析，發現期望服務與知覺服務之間的差距是影響消費者評估服務品質最重要的因素，其次才是知覺服務。</p>

資料來源：作者自行整理。

4. 醫療品質指標之介紹

國內醫療品質學者提到要有效地評估醫療機構所提供的服務，必須在每項服務訂出指標（陶阿倫，1999）。醫療服務品質是屬於一種高接觸性的服務業，其服務特性和一般服務業較不同（湯玲郎，2001）。美國健康照護財務署（Health Care Financing Administration, HCFA）於 1986 年公佈醫院死亡率作為品質的參考指標後，醫療品質的測量逐漸獲得各界的重視，促使各相關機構紛紛發展指標測量系統，如：美國醫療機構評鑑聯合委員會（JCAHO）的評量指標系統（Indicator Measurements System），美國健康照護財務署（HCFA）的品質指標系統（Quality Indicator System），馬里蘭州醫院協會的醫療品質指標（Maryland Hospital Associations Quality Indicators），澳洲醫療照護標準委員會（Australian Council on Health Care Standards, ACHS）的 7 項全院性醫療品質的評鑑指標，這些指標只能確保醫院提供良好醫療照護的能力或潛力，卻不能保證會實現良好的醫療照護（陳佩妮等，1997）。因此，上述各個測量系統所要達到的共同目標是（林立宜，2002）：（1）發展臨床品質評量指標以加強評鑑功能；（2）引進工商界持續性品質改善的精神，發展績效指標與品質資料系統以建立全國性可比較的資料庫；（3）測量醫療品質的長期趨勢及提供大眾有關醫療品質的資訊；（4）透過品質指標測量系統以偵測及審查醫療機構的品質績效等。由此可見，如欲有效評估醫療品質並達到持續性的品質改善，必須從建立評量指標與提供準確的測量開始。

在國內對品質指標的相關應用研究中，包括有即針對台北市立醫院醫療品質與醫院績效指標關係之研究。主要目的是選取適當的指標來評析市立醫院醫療品質與績效之關係及影響程度（黃鎮墻，2000）。則以台北醫療區域各級醫院為例，對醫療品質與經營績效關係作研究，並以德菲法（Delphi Technique）對國內專家進行結構式問卷調查，根據 14 位專家的意見，大部分的醫療品質指標都被評為重要且適用（陳佩妮，1999）。針對「台灣醫療品質指標系統」的建立與十家醫療機構可行性測試結果作研究。主要目的為發展一套適用、客觀及可量化的指標系統，透過臨床測試進行該系統運用於國內醫療機構之可行性評估，提出促進台灣醫療品質提升之方案及施政之參考（林富滿，2000）。以台北醫療區域各級醫院為例，針對全民健康保險制度下醫療品質與醫療機構績效關係作研究，其結果顯示，各醫院對品質的需求相當殷切，但尚未能完全掌握品質指標的例行性蒐集、定期審查等原則（李孟勳，1999）。國外方面，由 MHA 所發起的 QIP 起源於 1985 年，由美國馬里蘭州 7 所醫院開始聯合推行 10 個住院品質指標計劃，目的為測試資料收集的可行性，及檢測是否有助於提升醫療品質及臨床績效（古智愷，2002）。

檢視國內對於醫療服務品質指標之探討與研究，多半著重在西醫醫療服務品質指標之建立。對於中醫醫療之服務品質指標之相關研究則佔少數，黃東琪（2000）與林雨菁（2001）則以 Donabedian（1980）所提出的結構—過程—結果三個構面分別進行中醫總額支付制度門診與住院醫療品質之指標評估。中華民國中醫師公會全國聯合會於 92 年提出全民健保中醫門診總額支付制度品質確保方案執行成果報告，當中便列出對於中醫醫療服務品質之相關監測指標（如表 8）。深入探討其指標建立之方法，則主要以文獻中所整理出來的品質指標加以應用，進而利用德菲法（Delphi method），或稱專家問卷，進行指標「篩選」與修正，但此指標只能描現出中醫醫療服務品質之現況，並無法瞭解病患對中醫醫療服務之期望與認知的差距，故本研究建立中醫醫療服務品質指標之方法，為應用 SERVQUAL 量表及服務品質缺口（quality gaps）理論，其優點在於可以瞭解個別病患對中醫醫療服務品質的期望與要求，彌補過去採用結構—過程—結果所建立指標之缺失。

表八、全民健保中醫門診總額支付制度醫療品質指標

指標項目	時程	監測值	監測方法	監測單位	計算公式及說明
1.門診醫療利用率	第一年起				
人次利用率	每季	±10%	資料分析	健保局	每季實際門診件數/季中保險對象總人數
每點支付金額改變率	每季	±10%	資料分析	健保局	(每季分配總額/每季審核後之總點數) -1/1
2.保險對象就醫權益	第一年起				
滿意度調查	每半年		問卷調查	健保局	實施前一次，實施後每半年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形
民眾申訴檢舉案件數	每半年		資料分析	健保局	半年內民眾申訴檢舉案件數
3.專業醫療服務品質	第二年起				
中西醫同時利用率	每季		資料分析	健保局	同一人同時就診中西醫門診人數/中醫門診人數
重複就診率	每季		資料分析	健保局	同一人同一天重複就診中醫門診人數/中醫門診人數
用藥日數重複率	每季		資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
4.其他醫療服務品質					
中長程指標	第三年起			全聯會	由全聯會研訂
符合針灸治療規範比率	每季		資料分析	全聯會	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次
符合傷科治療規範比率	每季		資料分析	全聯會	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次

資料來源：行政院衛生署醫療費用協定委員會，2004（註3）。

(四) 病患滿意度

1. 顧客滿意度

顧客滿意度 (customer satisfaction, CS) 的概念首先由 Cardozo (1965) 引進至行銷學的領域，以實證研究的方式探討顧客期望和實際知覺的差異對顧客滿意的影響。自此，此領域便成為許多學者爭相研究的方向，然而在顧客滿意度上仍未有一致的定義與看法，茲就各學者對於顧客滿意度的論述說明如下(表 9)：

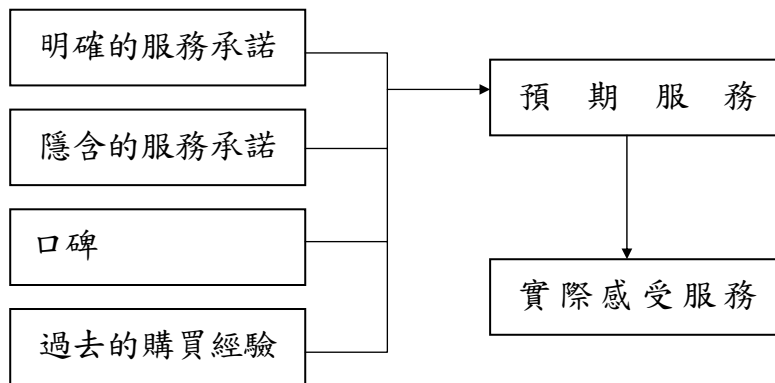
表九、各學者對顧客滿意的定義

學 者	對顧客滿意的定義
Howard & Sheth (1969)	顧客對其購買商品的付出，與所獲得的報酬，是否達到滿足的心理狀態。
Hempel (1977)	對於產品的取得或消費經驗中的驚喜所做的評價。
Oliver (1981)	決定於顧客所預期的產品或服務的實現程度，反應出預期與實際結果的一致性程度。
Churchill & Surprenant (1982)	一種購買與使用產品的結果，是由購買者比較預期結果的報酬與投入成本所產生。
Day (1984)	顧客在購買後，評估他購買前預期與購買後產品實際表現產生差距時的一種反應。
Dovidow & Uttal (1989)	顧客預期被對待與他知覺被對待之間的差距。
Peter & Olson (1990)	顧客購買前的預期被實現或超過的程度。
Soloman (1991)	個人對其購買的產品的整體態度。
Kolter (1994)	源自其對產品功能特性或結果的知覺與個人對產品的期望，兩者比較之後所形成。
Parasuraman et al. (1994)	消費者評估服務品質、產品品質以及價格的函數。
Ostrom & Iacobucci (1995)	一種相對的判斷，他同時考慮一位顧客經由一次購買所獲得的品質與利益，以及為了達成此次購買所負擔的成本與努力。

資料來源：黃俊英、林義屏、董玉娟，1999

依據學者們對顧客滿意度的定義，大致可歸納為 2 類，其一為如期望獲得滿足，則顧客感到滿意；反之若結果與期望不相符，則顧客就不會感到滿意。其二為投入的成本是否得到相對的報償或利益，包括對價格、產品品質、服務品質、情境因素及服務過程等的評估，相較是否滿意（吳兆棠，2003）。

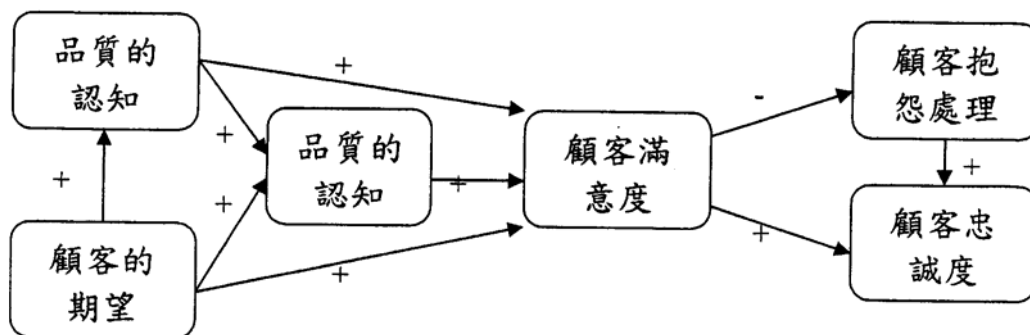
Parasuraman 等人時曾提出一個關於顧客滿意的觀念性模型，他認為顧客滿意度形成的因素，乃是由於顧客『預期服務』與『實際感受服務』的差距，而『預期的服務』又會受到『明確的服務承諾』、『隱含的服務承諾』、『口碑』與『過去購買經驗』的影響（Parasuraman et al., 1993）（圖 3）。



圖三、顧客滿意度觀念性模型

資料來源：Parasuraman et al., 1993

1992 年時，Fornell 將影響顧客滿意度的購買其預期與購買後的行為串連而建立了顧客滿意度模式，到了 1996 年 Fornell 修正該模式，加入了價值的認知（如圖 4）



圖四、顧客滿意度模式

資料來源：Fornell et al., 1996

在 2000 年時 McDugall 等人將顧客滿意模型加入了認知價值，用來探討認知服務品質（包含核心品質和關係品質）與認知價值是否會影響滿意度，其中核心品質指的是基本的服務與承諾，關係品質指的是服務傳遞方式，而認知價值指的則是顧客所花費成本與購買後所獲得利益產生淨價值（McDugall et al., 2000）（圖 5）。



圖五、顧客滿意度的驅動與未來意圖

資料來源：McDugall et al., 2000

2. 服務品質和顧客滿意度的關係

顧客滿意是一種消費的特定形成，反映出消費者在購買經驗後喜歡或不喜歡程度（Woodside et al., 1989）。服務品質為消費者對服務公司整體服務過程或服務結果感受的評價，最後達成整體顧客滿意度。過過去學者認為服務品質與顧客滿意度可當作單獨的服務接觸傳輸水準，亦可當作一整體性的水準，而且滿意度通常當作服務品質評量更為廣義的概念，所以知覺服務品質是顧客滿意度重要內容（Zeithaml, Bitner, 1996）。另一有學者認為服務品質與滿意度的構面是不同的，的而服務品質與滿意度是有因果關係，服務品質會影響顧客滿意度，接著會影響未來購買的意圖（Hurley, Estelami, 1998）。Parasuraman 等人指出服務品質是一種整體服務優越性的評價，是屬於長期性評估，所以期望被視為顧客的慾望或渴望，表示顧客們認為業者應該提供的服務，而不是企業將會提供服務（Parasuraman et al., 1985）。

3. 醫療服務品質和病患滿意度

病患滿意度是指病患對理想醫療的期望與真正實際所遭遇到的醫療服務間的一致程度（Risser, 1975；Charska, 1980）。我們可將病患滿意度定義為病患在接受醫療照顧前的期望與在接受醫療照顧後所感受的知覺兩者間的差異程度。若病患所感受到的知覺比期望高，則病患所呈現的滿意度會比較高；反之

若病患所感受的知覺比期望低，則病患所呈現的滿意度會比較低。

在醫療服務品質和病患滿意度的研究中，McAlexander 等人研究發現服務績效的品質會正向影響到滿意度，服務品質和滿意度皆會影響到病患忠誠度之意願，甚至服務品質對病患忠誠度比滿意呈現更強的影響關係 (McAlexander et al., 1994)。Bolten 等則主張知覺的服務品質是當其服務績效的滿意程度和先前對服務品質的認知而形成的函數關係，並發現顧客滿意是服務品質的前因變數 (Bolten, Drew, 1991)。在 PZB (1985,1988) 三位學者對服務品質模式的研究中，指出較高的知覺服務品質會導出較高的滿意程度。研究顯示，醫院服務品質的重要性對病患的滿意度呈現直接的正面影響，這表示當病患對於醫院服務品質的評價欲高，則其滿意度就愈高，反之則否 (O'Connor, 1991; Anderson & Sullivan, 1994)。

Reichheld 等研究指出企業若能降低 5% 的顧客流失，將會對企業的獲利提高 25%~85% 不等 (Reichheld, Sasser, 1990)。另外亦有研究指出當顧客滿意度高於滿意水準時，滿意度增加會快速增加顧客在購買的意願，反之，滿意度的減少會快速降低顧客再購買的意願 (Oliva et al., 1992)。

(五) 文獻總結

過去對於有關中醫醫療服務品質之研究，比較少針對個別病患進行調查，無法得知病患對中醫醫療服務品質之要求與期望，且大多以 Donabedian (1978) 所提出的結構—過程—結果三個構面來衡量中醫醫療服務品質，然而這些指標只能描繪出中醫醫療服務之現狀，並無法真正瞭解病患對中醫醫療服務之「期望」與「認知」的差距，故本研究將應用 P.Z.B. (Parasuraman, Zeithamel & Berry) 模式及其發展出的 SERVQUAL 量表和五個構面 (分別是有形性、可靠性、回應性、保證性及同理心)，建立一套適合用來衡量中醫服務品質的指標，以作未來更進一步，針對中醫師及其病患進行中醫服務品質缺口分析，正確衡量服務缺口，以改善服務品質。

貳、材料與方法

一、研究設計

本研究設計分為三個階段：

第一階段採用文獻探討法：運用 P.Z.B. (Parasuraman, Zeithamel & Berry) 模式及其發展出的 SERVQUAL 量表和五個構面（分別是有形性、可靠性、回應性、保證性及同理心）為理論基礎，蒐集國內外有關 SERVQUAL 文獻與醫療服務品質指標，用以建立適合中醫醫療服務品質之指標。

第二階段採用專家座談：專家座談乃應用於決策時，以數位專家作為諮商者，尋求團體判斷與共識的一種方法。本研究先自行草擬出一套衡量中醫醫療服務品質指標，再透過國內中醫師代表及具醫療品質指標等相關背景之專家，針對中醫醫療服務品質指標舉辦專家座談會。本研究共舉辦 3 次專家座談會，進行專家意見討論訂定中醫醫療服務品質指標。此 3 次專家座談會為兼顧其專業性與代表性，邀請學術界專家學者代表、中醫師代表、及消費者代表（如病患），每場座談會各邀請 8 位專家學者出席，並分別於北、中、南三地召開，依據專家座談會議結果，訂定出本研究之中醫服務品質指標。而本研究所訂定之中醫服務品質指標，經過專家座談會，達成專家共識後所擬定，故指標之內容效度應無問題。

第三階段採用分析層級程序法 (Analytic Hierarchy Process, AHP)：由於各種指標有不同之重要性，因此，指標決定後，本研究希望對於所建立之指標給予不同的權重，以區分指標之重要性。因此，本研究以分析層級程序法 (AHP) 來運算指標之權重，本研究共邀請 15 位曾參與座談會之專家，進行分析層級程序法之重要性評估。

分析層級程序法 (AHP) 為可行方案相對重要性之評估方法，於 1971 年由美國匹茲堡大學 Tomas L. Saaty 教授所發展出來，用於處理多層面因素與複雜之問題。AHP 可提供有組織性的架構，對複雜的問題做出有效的決策，並簡化決策的程序。基本上，AHP 是將複雜且毫無頭緒的情況組合成層次分明的層級架構，經由評估人員就每一層級內之相關因素，依據相對重要性給予一個主觀的衡量值，最後綜合這些衡量值來決定哪一個因素具最高之優先權 (Saaty, 1980)。

AHP 是群體決策的方法，即是可匯集多數人的意見，尋找出對問題之共識，進而解決問題的方法。AHP 是將問題的內在層次與聯繫判斷加以量化，並做出解決問題方案的優劣排序，其優點為縮短決策過程時間，且具所需參考資訊量

較少，適用於不確定性情況，以及有多個評估準則的決策問題，其應用範圍遍及公共政策、計畫評選、資源配置及績效評估等領域。此外，AHP 的主要目的在於協助決策者處理複雜的決策問題，藉著建構的層級結構模型，匯集專家學者們的判斷與經驗，而產生各種決策方案之權重大小或優先順序，供決策者參考 (Saaty, 1980)。AHP 主要可應用於績效評估、績效指標選擇、優先順序決定、資源分配、規劃、預測、方案選擇、確定需求、系統設計、解決衝突等方面 (Tarimcilar & Khaksari, 1991; Doloan & Bordley, 1992; Ross, 1992; Doloan, 1989, 1995; Hatcher, 1994; Matsuda, 1996)。

運用 AHP 來決定指標重要性時，包含三大步驟 (王乃弘, 1999; Saaty, 1980)：

- (1) 建立決策層級 (decision hierarchy)：AHP 首先將複雜的問題，匯集專家學者及決策者的評估意見，以簡明的要素層級結構表示；本研究將品質指標之建構內涵分解成三個層級。第一層級為本研究最終目的，建構中醫醫療服務品質指標；第二層級為用來評估指標之各項構面，本研究共分為五構面；第三層級為在各構面之下再細分為決策選擇 (decision alternatives) 指標，即為被選的個別指標，本研究共選擇了 22 項指標。
- (2) 進行指標之成偶比對評估，以求其相對重要性：由專家學者評估各指標之權重，以兩兩比對之方式評估相對重要性。比對強度等級以比率尺度 (Ratio Scales) 和名目尺度 (Nominal Scales) 來作為各層級要素間的成對比較 (Pairwise Comparison) 之依據；本研究採用比率尺度作為衡量尺度，比率尺度即為尺度之數值是可以加減乘除的，且有固定支援點。AHP 之評估尺度，基本上分為同等重要 (等強)、稍重要 (稍強)、頗重要 (頗強)、極重要 (極強)、絕對重要 (絕強) 五項，另外再加上四個尺度介於五個基本尺度之間的折衷中間值，總共分為九個尺度，分別給予 1 至 9 的比重 (Saaty, 1990)。AHP 評估意義與說明如下：

強 度	定 義	說 明
1 : 1	相等	兩者對達到目標有相等強度
1 : 3 (3 : 1)	稍強	依經驗認定比他項略為重要
1 : 5 (5 : 1)	頗強	依經驗肯定比他項更為重要
1 : 7 (7 : 1)	極強	依經驗或證據確定比他項極為重要
1 : 9 (9 : 1)	絕強	評比者有足夠證據肯定絕對重要
2、4、6、8 為介於兩者間的強度		

如有 n 項指標進行比對，兩兩比對次數共 $n(n-1)/2$ 次，其結果轉化為相對應的「比對矩陣 (pairwise comparison)」，如表 10 所示。成偶比對的目的在於獲得指標 e_i 對指標 e_j 比對後的相對重要性 (a_{ij})，假設成偶比對符合數學遞移性質 (transitivity)，則 $a_{ij} = a_{ik} \times a_{kj}$ ，矩陣 A 有 $(n-1)$ 個特性根 $\lambda_i (i=1,2,\dots,n-1)$ 。若成偶比對完全一致，則除 n 之外， A 的其他 $n-1$ 個特性根皆為零，則 A 的最大特性根 $\lambda_{\max} = n$ 。但事實上在複雜比對中，不可能達成完全一致性，因此將 λ_{\max} 與 n 的差異值轉化為「一致性指標」(consistence index, CI)，作為一致性高低的評量準則，其公式為： $CI = (\lambda_{\max} - n) / (n-1)$ 。利用上式，隨機產生之比對矩陣所計算出來的平均 CI 值稱為「隨機指標」(random index, RI)，其值隨矩陣階數 n 之增加而增加。比較 CI 值與 RI 值可得「一致性比率」(consistency ratio, CR)，公式為 $CR = CI/RI$ 。Saaty (1980) 指出不一致性比率 (inconsistency ratio) 小於 0.1 才算滿意的「一致性」，在 0.21 以下則為可接受範圍 (saaty, 1980)。

表十、比對矩陣

	E_1	E_2	E_3	...	...	...	E_n
E_1	1	a_{12}	a_{13}	...	...	...	a_{1n}
E_2	a_{21}	1	a_{23}	...	...	...	a_{2n}
E_3	a_{31}	a_{32}	1	...	...	...	...
...
...
...
E_n	a_{n1}	a_{n2}	a_{n3}	...	...	...	1

資料來源：Saaty, 1980; 王乃弘, 1999

- (3) 綜合運算決定指標之權重：經專家學者評估各指標的權重後，透過 AHP 法計算出各指標之平均相對權重。成對比較評估是匯集專家學者作群體評估，以求出相同評估觀點及一致之評比，因此在 AHP 法中，判斷的整合是一個相當重要的部分。本研究蒐集 15 位專家所填答之 AHP 問卷分析後得到每位專家對於各構面及指標之重要性權重，再將其依據各構面與指標進行整合，以算數平均數求得該構面及指標之權重。

綜合指標具有整合的作用，其目的在反映被評估對象之整體狀況，有其理論基礎，也有不少相關研究證實其實用性，本研究將綜合指標之建立分成兩部

分，一為各構面綜合指標，一為整體性綜合指標，其計算公式如下：

◆各構面綜合指標

$$\text{有形性構面綜合指標} = \sum_{t=1}^n (X_t \times W_t)$$

$$\text{可靠性構面綜合指標} = \sum_{t=1}^n (X_t \times W_t)$$

$$\text{回應性構面綜合指標} = \sum_{t=1}^n (X_t \times W_t)$$

$$\text{保證性構面綜合指標} = \sum_{t=1}^n (X_t \times W_t)$$

$$\text{同理心構面綜合指標} = \sum_{t=1}^n (X_t \times W_t)$$

X_t ：各構面子指標之實際數據。

n ：各構面子指標之數目。

W_t ：各構面子指標之相對權數。

◆整體性綜合指標

$$\text{整體性綜合指標} = \sum_{t=1}^n (U_t \times W_t)$$

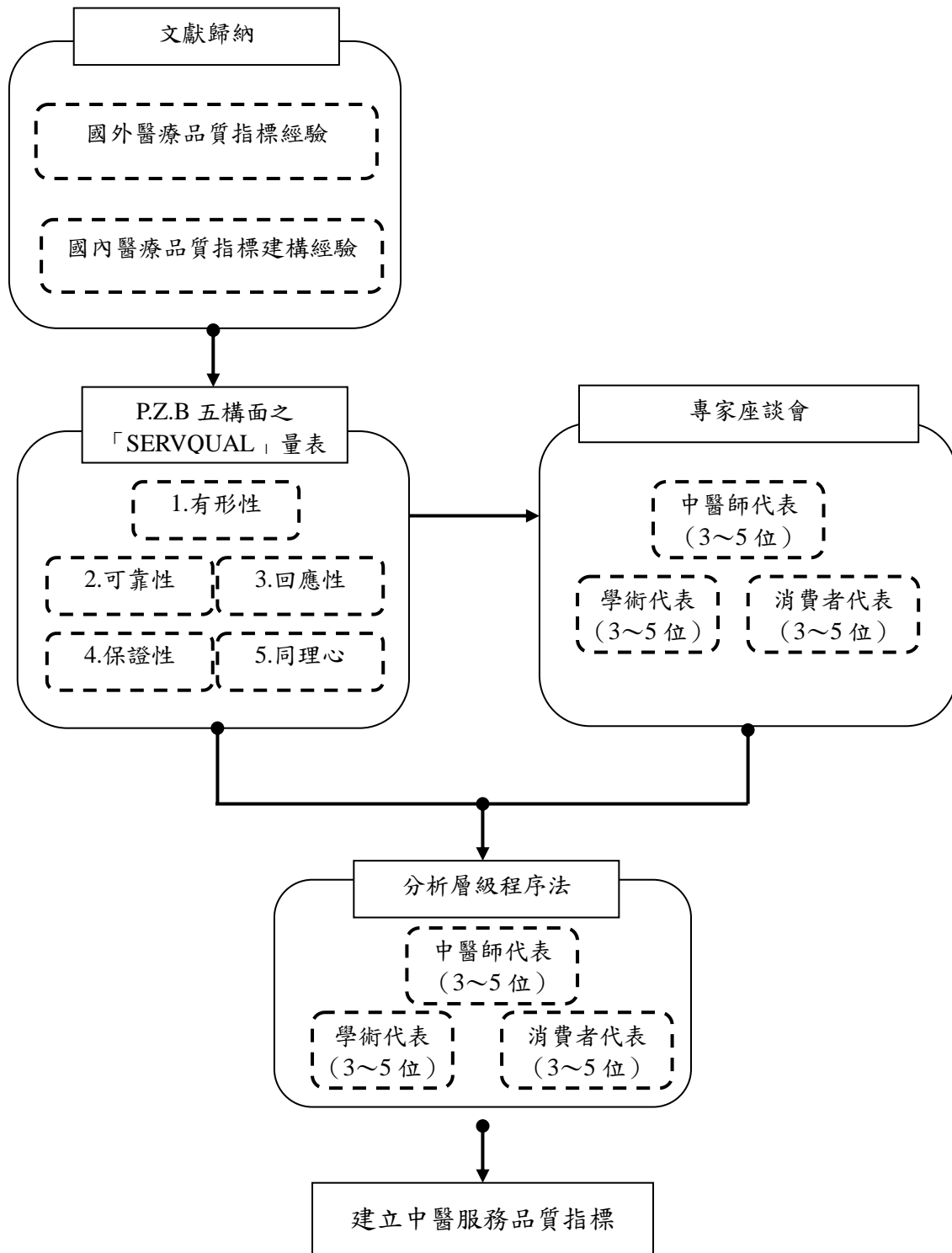
U_t ：各構面指標之實際數據。

n ：五個構面。

W_t ：全部五構面之相對權數。

本研究之所以運用 PZB 的 SERVQUAL 量表模式後，又採用專家座談 (Expert panel) 的研究法，主要源於 PZB 的 SERVQUAL 量表過去在於服務業已被廣泛運用，但對於醫療產業運用 PZB 的模式，仍在起步階段。因此為使訂定之指標符合中醫服務的特殊性，本研究採用專家座談會的方式，廣泛收集各界對於中醫服務品質指標的意見，並於專家座談之後，進行修正，以建立適合評估中醫醫療服務品質之指標。最後再以 AHP 對於所建立之指標給予不同的權重，以區分指標間之重要性，期能增加中醫服務品質指標建立過程之嚴謹度。

二、研究架構



三、分析方法

(一) 分析層級程序法 (AHP)

以分析層級程序法，利用 Expert Choice 軟體，依據 PZB 三位學者所發展的 SERVQUAL 量表為架構，針對各構面之中醫服務品質進行重要性分析。此外，本研究為確認各構面之子指標，賦予各項子指標一相對權重 (Weight)，以建立各構面之綜合性權重，其目的在於衡量各構面及其子指標之重要性。

(二) AHP 之信度分析

在 AHP 問卷結果的信度，主要採用一致性檢定。AHP 法是利用 CR 值來衡量成對比較矩陣之一致性，採用一致性指標 (Consistency Index, CI) 及一致性比率 (Consistency Ratio, CR) 作為判斷。本研究依據 Saaty (1980) 之建議，不一致性比率小於等於 0.1，則一致性的程度是可接受的。

參、結果

一、中醫服務品質指標之訂定—專家座談

專家座談會的目的乃在邀請學界、中醫師、消費者代表（名單詳見附錄一），針對本研究依據過去文獻以及本研究團隊的意見所擬定的中醫服務品質指標進行合理性探討，以利未來指標的修正。本研究所定的指標，乃以 PZB 所發展出的 SERVQUAL 量表的五大構面（有形性構面、可靠性構面、反應性構面、保證性構面、同理心構面）為主要架構，並分別將其定義，依據 PZB 的認知項目初擬 24 項衡量指標（詳見附錄二），依據本研究所發展初擬之指標進行 3 次的專家座談會。此三次專家意見的內容，可以分成下列幾個方面來探討：

整體來說，與會專家認為中醫師的教育背景與醫療院所的層級不同，對於未來利用此指標進行調查時的結果會有所不同，而醫療院所的層級不同，其醫療服務品質的著墨重點亦有可能不同。專家建議可在指標訂定時，即將其區分為適用『醫院』或『診所』之指標，亦或者分別訂定適當之指標及問卷。另外，未來在進行問卷調查時，建議除了收集醫師與其病患之問卷外，可外加機構內員工之問卷，且其抽樣應涵蓋各層級醫療院所，更可反映出其醫療服務品質。待問卷回收後可針對就醫醫療院所類型進行分析，例如：公立醫療院所就醫與私人醫院或財團法人醫院，同時比較看自費診與健保診之醫師與民眾是否有所差異。

在有形性構面，其定義為『提供服務的場所、設備及人員之情形』。由於中醫受限於醫療法規的限制，有許多現代化的醫療設備無法運用於中醫上，因此現代化的設備對於中醫反而不是重點，重要的是，是否有足夠且安全的中醫醫療輔助設備。除了醫療設備的安全性，非醫療方面的設備（如：推拿床、桌椅等）的安全性與舒適性，也是必須考量的部分。在內部環境的部分是否有適當的隔間或隔簾，區隔等候室、診間與治療室，以確保患者就醫的隱私權。中醫醫療院所能充分提供與服務相關的資料方面，由於目前各中醫醫療院所彼此間的競爭性高，此指標似乎不具意義，因此本研究將該指標刪除。專家們認為在此構面應加強強調病人安全方面的指標。

在可靠性構面，其定義為『提供正確、可靠專業服務之能力』。因為醫療與疾病的發展有其不確定性，也許醫師告知病患幾天後即可痊癒，但因為疾病的發展並無法確定，可能因此造成民眾對於醫師的誤解或滿意度較差。因此指標『醫師在診療過程中，能確實履行對患者所做的承諾』中的承諾二字應可再進行修飾，以避免可能發生的問題。因醫療的不確定性與資訊不對等性，使得

民眾很難判斷是否一開始就提供正確的醫療服務，故『醫護人員提供的服務技術純熟，一開始就能提供正確的醫療服務』此指標可更明確地說明。此外，台灣醫療最容易引起抱怨的就是醫師診療時，常常只顧著開藥、排檢查處置，並未詳細或耐心告知其病情與處置方式，建議可補上相關指標。

在回應性構面，其定義為『提供迅速服務及樂意幫助病患之意願』：在『能清楚的告訴病患門診流程，何時會接受何種治療』指標中，可加入『主動分析治療的優缺點及治療程序』。中醫醫療目前並無分專科，亦無中藥師、推拿師等專業人員，故『醫護人員能適時且適當地提供醫藥諮詢』此指標雖重要，但可能因提供諮詢服務的並不是中醫師親自回答，可能與中醫師的原意不同。

在保證性構面，其定義為『醫護人員之專業知識與禮貌及獲得病患信心與信任之能力』。醫護人員應能保證病患就醫紀錄的隱私與安全，不會任意透露給第三者。在『病患對於診，具有安全感』一項中，隱密與安全是特別要強調的，並可將就診過程的意義擴大，涵蓋病患至醫療院所到離開，整個的過程。

在同理心構面，其定義為『提供顧客貼心與個別關懷服務之意願與態度』：此構面的重點在於提供病患被尊重的感覺。醫護人員能隨時注意病患就醫的隱私問題與就醫的舒適性。建議可將『中醫醫療院所的看診時間能方便所有的病患』中的看診時間改為門診時間可能更為貼切。

二、修訂中醫服務品質指標

在專家座談中，提及討論醫療產業最重要的是安全的環境與設備，然而在本研究初擬之指標中，有形性構面並無『醫療院所具有安全的設備』與『醫療院所具有無障礙空間設計』且在 PZB 的 SERVQUAL 量表中，亦無此二項，本研究考量現今之醫療環境與強調就醫安全之潮流，故在本研究新增此二項指標。同時將原本之中醫醫療院所具有現代化的設備，修改為『醫療院所具有現代化的中醫醫療設備』，強調中醫醫療設備的現代化以呼應衛生署所研擬鼓勵之『中醫門診總額—中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務實施方案』。另外，『中醫醫療院所具有新穎外觀與內部環境』也因專家學者認為內部環境的空間規劃整潔比外部環境更為重要且更應加以強調整潔與舒適，因此本研究將該指標修改為『醫療院所具有整潔與舒適的環境』。最後本研究將『中醫醫療院所能充分提供與其服務相關的資料』一項依據專家之意見，刪除此項指標。

在可靠性構面部分，『醫師在診療過程中，能確實履行對患者所做的承諾』一項，本研究參考專家座談之意見後，將該指標與『患者就診時，醫師能表示關心，並盡力解決病患的問題』修改合併為『醫師能詳細告知病情與處置方式』；

而因醫療本身就是救人的行業，本應秉持正確無誤的服務，因此將『醫護人員的服務技術純熟，一開始就能提供正確的醫療服務』與『醫護人員能準時或如期提供對病患所承諾的服務』合併修改為『醫護人員總是擁有認真確實的服務態度』。

在保證性構面部分，『醫護人員的行為能得到病患的信賴』一項中，本研究為使醫護人員的行為更具體的表達為其在專業分工下的表現，能讓人感到安心與信心，因此本研究亦將該指標修正為『醫護人員的專業表現讓病患覺得有信心』。

在同理心構面方面：因『醫護人員能留意個別病患的需求』與『醫護人員會清楚瞭解患者的特殊需求』兩項內容與意義雷同，因此，本研究將其修正為『醫護人員能滿足病患的特殊需求』；另因本構面的重點在強調提供病患有被尊重的感覺，因此新增『醫護人員能注意病患就醫的隱私性』。

基於上述各點，本研究依據專家座談會所獲得之資訊，並經本研究的整理後，將中醫醫療服務品質指標重新修正，共五個構面 22 指標（見表 11）。

三、中醫服務品質指標之重要性權重-AHP 分析法

本研究為訂定各服務指標與各指標構面之權重，因此邀請十五位學術界與實務界之專家，針對本研究所訂定之指標，進行重要性的成偶比對，以確定各服務品質指標的重要性權重，詳細問卷說明與問卷內容請見附錄三。十五位專家針對五項構面與各構面內指標之重要性相對權重評分結果如下：

在各服務品質構面之權重方面，以『可靠性構面』的 0.354 最高，其次為『保證性構面』（0.238），而以『有形性構面』的 0.122 最低（表 12），以下分別就各構面之權重高低予以個別描述（表 13）。

（一）可靠性構面：

此構面共有四項指標，其中以『醫護人員能提供技術純熟的專業服務』重要性最高為 0.333，其次為『醫師能詳細告知病情與處置方法』，其重要性權重為 0.306；而重要性權重最低的則為『醫護人員總是擁有認真確實的服務態度』，其重要性權重為 0.142。

（二）保證性構面：

此構面共四項指標，以『醫護人員的專業表現讓病患覺得有信心』的重要性權重最高，其權重為 0.326，其次為『病患對於就診具有安全感』，其權重為

0.296；而重要性權重最低者則為『醫護人員皆具有良好的服務態度與禮貌』，其重要性權重為 0.144。

（三）回應性構面：

此構面共五項指標，以『醫護人員能適時且迅速的處理病患的問題』重要性最高，其權重為 0.315，其次為『能清楚的告訴病患就診與治療流程』，其重要性權重為 0.234；重要性權重最低者則為『醫護人員總是非常樂意幫助病患』，其權重為 0.142。

（四）同理心構面：

此構面共有四項指標，重要性權重最高者為『醫護人員會以病患的最大利益為優先考量』，其權重為 0.409，其次為『醫護人員能注意病患就醫的隱密性』，其權重為 0.324；而此構面中重要性最低者為『醫護人員能滿足病患的特殊需求』，其權重為 0.133。

（五）有形性構面：

在此構面中共有五項指標，其中以『醫療院所具有安全的設備』重要性最高為 0.392，其次為『醫療院所具有無障礙空間設計』，其重要性權重為 0.239；而最低的是『醫護人員皆有專業的穿著』，其重要性權重為 0.092。

肆、討論

以下分別針對各構面及指標、AHP 法權重的分析結果，進行討論。

一、中醫醫療服務品質指標

過去在衡量醫療服務品質時，大部分用 Donabedian 的結構—過程—結果三構面來發展醫療品質指標。在結構面中較著重於醫療院所的人員數與儀器設備、環境設施是否符合醫療法規；在過程面中，著重在衡量民眾對醫護人員所表現的態度與就醫流程中的滿意程度；而在結果面中則著重在治療的結果上。然而此種評估方式，主要是在衡量民眾就醫後的滿意度，卻無法清楚了解民眾就醫時的期望與感受的服務品質，因此本研究改採用 SERVQUAL 量表來發展指標。雖然本研究以 SERVQUAL 量表為架構，但在指標內涵上亦隱含有 Donabedian 的結構—過程—結果三構面之意義，在本研究所擬定的 22 項指標中，有 9 項可歸類為 Donabedian 的結構面，有 4 項可歸類為過程面，另有 9 項可歸類為結果面，因此本研究雖然以 SERVQUAL 為架構，但是反應過去常用來衡量醫療服務品質的方法，擇取兩者的優點加以運用。

另外，在過去研究醫療服務品質時常見的指標，例如停車方便性、等候看診時間、等候領藥時間、醫療設備是否齊全、醫師的服務態度、醫護人員的服務態度、環境是否清潔明亮等等；以及過去 Chen 的研究中發現，中醫的看診時間與病患的溝通面、禮貌優於西醫醫療，但有形性構免與技術面劣於西醫醫療 (Chen, 1997)。以上這些指標雖不完全於本研究所擬定之指標中出現，但卻亦分別已於指標中涵蓋其意義。例如：在『醫療院所具有整潔與舒適的環境』指標中，即包含了環境是否清潔明亮、是否有適當的隔間。而在等候時間的概念想法亦隱含於『醫護人員能準時或如期地對病患提供相關的醫療服務』之中。而在醫療設備優劣方面則隱含於『醫療院所具有現代化的中醫醫療設備之中』。另外更將過去研究中常問的指標，如醫師的服務態度與醫護人員的服務態度等概念，以更細分具體的方式分別列出，例如：『醫護人員皆具有良好的服務態度與禮貌』、『醫護人員總是擁有認真確實的服務態度』、『醫護人員總是非常樂意幫助病患』，以便能真正了解醫護人員的各種服務態度。

二、中醫服務品質指標及構面之重要性權重—AHP 分析法

在各構面權重部分，以可靠性構面與保證性構面兩項的重要性權重最高，而此兩構面之重點主要在強調醫師之醫術與醫護人員的專業態度，此結果可印

證在醫療產業中，醫師為整個醫療團隊中最為重要的一環，其所提供的專業服務將是病患最為重視的一部份。相對而言，有形性構面為五個構面中，重要性最低的一項，可能是因為本研究的專家學者普遍認為醫師的專業服務技術與態度遠比醫療院所的外觀與環境來得重要。

若就各指標之重要性來看，在有形性構面中的醫療院所具有安全的設備與具有無障礙空間兩項，即佔了重要性權重的六成以上，很清楚地可以確認安全的環境與無障礙空間遠比環境舒適、現代化的中醫設備與醫護人員的穿著重要許多，而這項結果與過去研究民眾選擇就醫場所的主要考慮因素為儀器設備是否充足的結果有些微的出入，探究其原因可能為過去的研究主要接針對西醫的就醫民眾，而在西醫的醫療中，必須藉由各式的儀器設備來協助診斷疾病，因此該指標才會對民眾選擇就醫場所產生如此大的影響。然而，本研究之目標在於中醫，而中醫對於儀器設備的倚賴程度不像西醫、牙醫般高，因此，才會出現本研究之結果。

在可靠性構面中的醫師能詳細告知病情與處置方法與醫護人員能提供技術純熟的專業服務兩項，其重要性權重亦佔此構面之六成以上，再次印證與過去研究民眾選擇醫師的因素包括醫師診療技術與專業、醫師服務態度與醫師願意花時間解釋病情之結果相符合(吳佩璟, 2000; 蔡文正, 2003; Gochman et al., 1979; MacStravic, 1987; Crane Lynch, 1988; Lamb et al., 1988; Stewart et al., 1989)。另外，在回應性構面、保證性構面與同理心構面中，只要與醫護人員的專業技術相關的指標，在該構面中的重要性權重亦明顯較高，此是否意味著在醫療產業中，醫師與醫護人員的專業技術與服務態度勝過一切，有待未來進一步研究。就整體各構面指標而言，病患就醫的安全、隱私性與病患的權益是最受重視的，與一般我們對於醫療服務的認知相符合。

值得一提的是，雖然衛生署於中醫總額下推度鼓勵中醫結合現代科技加強醫療服務實施方案，然而在本研究中，『具有現代化中醫醫療設備』一項的重要性並不高，此一結果是否反映中醫較不需要現代化醫療儀器，值得未來後續研究。

本研究於專家座談會中，曾討論是否需要將中醫服務品質指標分為醫院層級與診所層級之指標，然本研究小組考慮避免將指標過度複雜化，再加上因為中醫醫療目前全為門診，且其中中醫診所佔全中醫院所的 98.7% 以上，而診所所申報的醫療費用亦佔全中醫門診總額的七成左右，因此，本研究未將指標依不同層級分別訂定。然而未來在進行醫師與病患問卷之時，建議於就醫資訊中，加入就醫層級選項，做為未來分析比較是否有明顯差異之用。

伍、結論與建議

一、結論

本研究主要是建立中醫醫療服務品質之指標，以作為評估中醫醫療服務品質之參考依據。因此，本研究透過過去關於中醫醫療品質與服務品質之相關研究，以 PZB 的缺口模式為研究架構，運用 SERVQUAL 量表，初步設計出中醫醫療服務品質指標，而後經過專家座談會的討論，訂定出中醫醫療服務品質指標共 22 項；接著再以 AHP 法分別訂定出每個構面與構面下指標的相對權重。

在中醫醫療服務品質指標部分，本研究共訂定五個構面共 22 項指標，其中『有形性構面』5 項、『可靠性構面』4 項、『回應性構面』5 項、『保證性構面』4 項、『同理心構面』4 項。各構面的相對權重如下：『有形性構面』為 0.122、『可靠性構面』為 0.354、『回應性構面』為 0.145、『保證性構面』為 0.238、『同理心構面』為 0.141。

根據過去研究，病患滿意度顯然會影響病患是否會再次回到該院所就診的意願，因此瞭解病患的期望與滿意度成為各醫療院所迫切需要討論並依據其期望進行改善；因此本研究採用 SERVQUAL 量表來擬定中醫醫療服務指標，主要在衡量就醫過程的期望與感受，並依據所擬定之指標，作為未來針對中醫師及其病患進行中醫服務品質缺口分析，正確衡量服務缺口，以改善服務品質。

二、建議

1. 本研究主要目的在於訂定中醫服務品質指標，以衡量中醫服務品質，然而本研究受限於研究之時間與經費，故無法運用所訂定之指標進行中醫師與其病患之調查研究；因此，建議未來運用本研究所訂定之指標，展開醫師與民眾之調查研究，以探討中醫師對於民眾醫療服務品質的期望與認知與民眾對醫療服務品質的期望與認知間的差距，藉由兩者間的落差，擬定改善方案，提高民眾就醫品質與滿意度。
2. 中醫、西醫與牙醫同為醫療產業，有許多相似之處，故本研究所訂定之指標，雖然是針對中醫所擬定，然而應可將其套用於西醫或牙醫，並進行相關研究，惟因西醫、牙醫與中醫所強調之重點不同，因此在構面權重與指標權重上，可能會略為不同，但指標內容應可適用於此三種不同型態。

註 1. 中央健保局業務統計資料，2004.08

註 2. 行政院衛生署統計資料，2004

註 3. 行政院衛生署醫療費用協定委員會公告資料，2004

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP93-RD-016 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

英文部分

1. Anderson EW, Sullivan MW. The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science* 1994, 12: 25-43.
2. Astin JA. Why patients use alternative medicine : results of a national study. *Journal of American Medicine Association* 1998, 279:1548-1553.
3. Berger E. The Canada Health Monitor. *Survey* 1993, 9: 123.
4. Bolton RN, Drew JH. A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes. *Journal of Marketing* 1991, 55: 1-9.
5. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev.* 1994, 19: 49-55.
6. Cardozo, Richard N. An experimental study of customer effort, expectation, and satisfaction. *Journal of Marketing Research* 1965, 24: 244-249.
7. Carman JM. Consumer Perceptions of Service Quality : An Assessment of the SERVUQAL Dimensions. *Journal of Marketing* 1990, 66: 33-55.
8. Charska NL et al. Use of Medical Service and Satisfaction with Ambulatory Care among a Rural Minnesota Population. *Publish Health Report* 1980, 95: 44-52.
9. Chen WH. Service Quality of Chinese Traditional Medicine in Taiwan: A Comparative Study. *American Journal of Chinese Medicine* 1997, 25: 239-251.
10. Crane FG, Lynch JE. Consumer Selection of Physicians and Dentists: An Examination of Choice Criteria and Cue Usage. *J Health Care Mark* 1988, 3:16-9.
11. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring Service Quality : A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 1992, 56: 55-68.
12. Dansky KH, Miles J. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. *Hospital and Health Services Administration* 1997, 42: 165-177.
13. Dolan JG, Bordley DR. Using the analytic hierarchy process (AHP) to develop and disseminate guidelines. *Quality Review Bulletin* 1992, 18: 440-447.

14. Dolan JG. Medical decision making using the analytic hierarchy process: choice of initial antimicrobial therapy for acute pyelonephritis. *Medical Decision Making* 1989, 9: 51-56.
15. Donabedian A. The Quality of Medical Care Science. 1978, 856-864.
16. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Rompay MV, Kessler RC. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997 : Result of a Follow-up National Survey. *Journal of American Medicine Association* 1998, 280: 1569-1577.
17. Eisenberg D, Kessler R, Foster C. Unconventional medicine in the United States : Prevalence, cost and patterns of use. *New England Journal of Medicine* 1993, 328: 246-252.
18. Fornell C. A National Customer Satisfaction Barometer : the Swedish Experience, *Journal of Marketing* 1992, 56: 6-21.
19. Fornell C, Johnson MD, Anderson EW, Cha J, Bryant BE. The American customer satisfaction index : nature, purpose, and findings. *Journal of Marketing* 1996, 60: 7-18.
20. Gochman DS, Studenborg GJ, Feler A. The Ideal Physician: Implications for Contemporary Hospital Marketing. *J Health Care Mark* 1979, 2: 17-25.
21. Hart SL. An integrative framework for strategy making process. *Academy of Management Review* 1992, 17: 327-351.
22. Hatcher M. Voting and priorities in health care decision making, portrayed through a group decision support system, using analytic hierarchy process. *Journal of Medical Systems* 1994, 18: 267-288.
23. Hurley RF, Hootman E. Alternative Indexes for Monitoring Customer Perceptions of Service Quality: A Comparative Evaluation in a Retail Context. *Journal of the Academy of Marketing Science* 1998, 26:115-27.
24. Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Management Review* 1998, 23: 81-94.
25. Kelner M, Wellman B. Health Care and consumer choice : medical and alternative therapies. *Social Science & Medicine* 1997, 45: 203-212.

26. Ken C. The Role of Tradition Medicine and WHO'S Program on Traditional Medicine. The 8th INT'L Congress of Oriental Medicine 1995, Nov. 27-39.
27. Kolter, Philip. Marketing Management, Prentice Hall, Inc., New Jersey 2000, 428-441.
28. Lamb CW, Hoverstad R, Lancaster W. Consumer Perceptions about Doctors of Osteopathy and Medical Doctors. J Health care Mar 1988, 4: 53-7.
29. MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of asternative medicine in Australia. Lancet 1996, 347: 569-573.
30. MacStravic RS. Manageable Evidence in Medical Care Marketing. J Health Care Mark 1987, 4: 5-59.
31. Matsuda S. An analysis of the Vietnamese system of occupational safety and health and setting priorities with the analytic hierarchy process. Occupational Environmental Medicine 1996, 53; 281-286.
32. McAlexander, Kaldenberg, Koenig. Service quality measurement. Journal of Health Care Marketing 1994, 14: 491-504.
33. McDugall HG, Gordon, Terrence Levesque. Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation. Journal of Services Marketing 2000, 14: 392-410.
34. McGregor KJ, Peay ER. The choice of alternative therapy for health car : Testing some propositions. Social Science & Medicine 1996, 43: 1317-1327.
35. O'Connor JS, Richard MS, Bowers MR. A model of service quality perceptions and health care consumer behavior. Journal of Hospital Marketing 1991, 6: 62-69.
36. Oliva TA, Oliver RL, MacMillan IC. A Catastrophe Model for Developing Service Satisfaction Strategies. Journal of Marketing 1992, 56: 83-95.
37. Paramore LC. Use of Alternative Therapies : Estimates from The 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey. Journal of Pain and Symptom Management 1997, 13: 83-89.
38. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for Future Research. Journal of Marketing 1985, 49: 41-50.
39. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A Multiple Item Scale for

- Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 1988, 64: 13-40.
40. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. The Nature And Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Science* 1993, 21: 1-12.
 41. Reichheld F, Sasser WE. Zero defections: quality comes to services. *Harvard Business Review* 1990, 68: 105-111.
 42. Risser N. Development of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Nurses and Nursing Care Primary Care Settings. *Nursing Research* 1975, 24: 45-52.
 43. Robert H, Brook, Kathleen N, Lohr. Monitoring quality of care in Medicare program. *Journal of American Association* 1987, 258: 3138-41.
 44. Ross ME, Nydick RL. Selection of Licensing Candidates in the pharmaceutical Industry: an Application of the Analytic Hierarchy Process. *Journal of Health Care Management* 1992, 12: 60.
 45. Saaty TL. *The Analytic Hierarchy Process*. McGraw Hill 1980.
 46. Saaty TL. How to make a decision : The Analytic Hierarchy Process. *European Journal of Operation Research* 1990, 48: 9-26.
 47. Saaty TL. *The Analytic Hierarchy Process*. 9th ed. New York:McGraw-Hill 1980.
 48. Schwartz JS. *Measuring Quality : Where Are We ? Where Are We Going ? And How Will We Know When We Get There ?* *Annals New York Academy of Sciences* 1994, 150-74.
 49. Sharma U. *Complementary Medicine Today : Practitioners and Patients*. Routledge 1992.
 50. Stewart DW, Hickson GB, Pechmann C, Roslow S, Altemeier WA. Information Search and Decision Making in the Selection of Family Health Care. *J Health Care Mark* 1989, 2: 29-39.
 51. Tarimcilar MM, Khaksari SZ. Capital budgeting in hospital management using the analytic hierarchy process. *Socio-economic planning Sciences* 1991, 25: 27-38.
 52. Wellman B. Lay referral networks : using conventional medicine and alternative

- therapies for low back pain. In *Research in the Sociology of Health Care* 1995, 12: 213-218.
53. Woodside AG, Lisa L, Frey, Robert TD. Linking Service Quality, Customer Satisfaction, And Behavioral Intention. *Journal of Health Care Marketing* 1989, 9: 5-17.
54. Youssef F, Nel D, Bovaird T. Service quality in NHS hospitals. *Journal of Management in Medicine* 1995, 9: 65-74.

中文部份

1. 王乃弘，民眾就醫選擇之研究---分析層級程序法之應用。中華衛誌，1999；18：661-681。
2. 王廷輔，臺中地區居民中西醫療行為取向之研究。中華民國公共衛生學會雜誌，1980；17：21-33。
3. 古智愷，醫師與醫院管理者對頗負產管理指標認知、態度及行為之研究。台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，2002。
4. 吳兆棠，以有效消費者回應觀察探討病患滿意度之研究-以中國醫藥學院附設醫院之門診病患為例。朝陽大學企業管理系碩士論文，2003。
5. 吳肖琪，健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響。國立台灣大學公共衛生研究所博士論文，1991。
6. 吳佩璟，全民健保實施下影響門診病患選擇門診就醫層級之因素探討-以在此市小兒科就診的門診病患為例。台北大學企業財政學系碩士論文，2000。
7. 李卓倫 紀駿輝 賴俊雄，時間、所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響。中華公共衛生雜誌，1995；14：470-476。
8. 李孟勳，全民健康保險制度下醫療品質與醫療機構績效關係之研究-以台北醫療區域各級醫院為例。台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1999。
9. 李金鳳，中西醫門診病患對傳統醫療認知情意與行為意向之調查研究。陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文，1990。
10. 李漢修，全民健康保險中醫利用概況簡介。醫院，1999；32：15-23。
11. 周志鴻，中醫門診醫療服務品質的探討—以中部地區醫院中醫部為例。東海大學企業管理研究所碩士論文，2001。

12. 林立宜，運用模糊層級分析法（FAHP）建立護理之家服務品質指標。國立雲林科技大學工業工程管理研究所碩士論文，2002。
13. 林雨菁，總額支付制度中醫醫院門診醫療服務品質指標之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2001。
14. 林英治，非營利組織服務品質構面之研究--以青年志工中心為例。南華大學非營利事業管理研究所碩士論文，2003。
15. 林富滿，台灣醫療品質指標系統的建立與十家醫療機構可行性測試結果。台北醫學大學公共衛生學研究所碩士論文，2000。
16. 林陽助，服務行銷，2003。
17. 邱清華，台灣地區中醫醫療狀況及需求調查研究。行政院經建會，1990。
18. 康健壽、陳介甫、周碧瑟，中醫門診病人對傳統醫學的認知、態度與行為意向的分析研究。中華民國公共衛生雜誌，1994；13：432-441。
19. 康健壽、陳介甫、周碧瑟，複向求診病患選擇中西醫門診的相關因素。中華醫學雜誌，1996；57：405-412。
20. 康翠秀、陳介甫、周碧瑟，台北市北投區居民對中醫醫療的知識、信念與行為意向及其對醫療利用型態之影響。中華公共衛生雜誌，1998；17：80-92。
21. 郭靜燕，中醫求醫行為之決定因素。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1992。
22. 陳佩妮、鄭守夏、鐘國彪，台灣地區醫療品質指標適用性之探討。中華衛誌，1997；16：133-142。
23. 陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝、陳世堅、李卓倫、賴俊雄，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，1999；8：77-87。
24. 陶阿倫，指標之發展。彰化基督教醫院 QA 基礎研討會，1999。
25. 湯玲郎，以 KANO 的二維品質模式探討如何評估及改善醫療機構的服務品質。工業工程學刊，2001；18：71-81。
26. 黃東琪，中醫門診總額支付制度醫療品質評估之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000。
27. 黃俊英、林義屏、董玉娟，非營利組織顧客滿意度模式之研究-以台南捐血中心為例。亞太管理評論，1999；4：323-329。
28. 黃振墻，台北市立醫院品質與績效指標關係之研究。台北醫學大學公共衛生

- 學研究所，2000。
29. 趙皇銘，應用模糊理論探討醫院門診服務品質之實證研究。國立東華大學企業管理研究所碩士論文，2002。
 30. 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；22：181-193。
 31. 蔡文全，公保各類保險對象中醫醫療利用之研究。國之台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1994。
 32. 鄧振華，台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對中醫醫療服務利用之研究。中國醫管所碩士論文，2002。
 33. 簡君蓉，國民中學學校服務品質缺口模式問卷發展與應用之研究。暨南國際大學教育政策與行政研究所碩士論文，2002。
 34. 羅紀瓊，勞保中醫利用。行政院衛生署，1991。
 35. Foster, S.著，戴久永審訂，品質管理，培生教育出版股份有限公司，2002。

[\(3-05 圖表\)--CCMP93-RD-016.doc](#)

[\(3-05 圖表 2-橫\)--CCMP93-RD-016.doc](#)