

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

建構台灣地區永續性生活品質指標評量系統--醫療品質指標之建立(I)

Constructing National Life Quality Indicators

-the Health Care Dimensions (I)

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC90 - 2621 - Z - 002 - 004

執行期間： 90 年 08 月 01 日至 91 年 07 月 31 日

計畫主持人： 薛亞聖

共同主持人： 凌儀玲

計畫參與人員：廖熏香、林紡而、鄭惠玲

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

執行單位：台灣大學醫療機構管理研究所

中 華 民 國 91 年 10 月 15 日

建構台灣地區永續性生活品質指標評量系統-醫療品質指標之建立 (I)

Constructing National Life Quality Indicators

-the Health Care Dimensions (I)

摘要

醫療品質的研究一直是醫療界或學術界相當關注的焦點。但醫療品質的標準卻也是最不易建立與衡量的，因其主要取決於測量品質的目的而定。本研究之目的乃基於對人民生活素質的關切，希望建立能夠充分表現生活素質的醫療品質指標。

本研究步驟分為二階段進行：第一階段透過專家意見、焦點團體等方式，來檢驗文獻所得代表性指標之可靠性與有效性，第二階段則是進行醫療服務品質前測。本研究提出『醫療品質金三角』作為研究架構進行探討，包括「醫療資源及設施品質」、「公共衛生及臨床醫療品質」及「醫療服務品質」。經過第一年文獻整理之初步結果與專家學者訪談意見後，『醫療資源及設施品質』共涵蓋四構面二十一項指標、『公衛及臨床醫療品質』有四構面十九項指標，而在『醫療服務品質』則以 JCAHO 與 SERVQUAL 為基礎經因素分析提出六大構面。本研究並建議應將『醫療道德』之衡量納入，才能建構完整的醫療品質評估系統。

關鍵詞：醫療品質、指標、醫療設施品質、醫療臨床品質、醫療服務品質、醫療道德

ABSTRACT

Research on health care quality is a major focused issue for medical professions and academic field. Largely depending on the purpose of the measurement, the criteria of health care quality are difficult to establish, and quality is also very difficult to measure. There are two stages in this study: first, through indepth interview with experts and focused group technique, the authors are able to evaluate the credibility of quality indicators drawn from the literatures; second, to develop a questionnaire for health care service quality and perform a pilot test of the questionnaire. The authors also propose a framework for the study of health care quality, that is, the health care quality triangle, which includes health care resources and facilities quality, public health and clinical quality, and health service quality. Based on the review of the literature and focused group interview of the experts, four dimensions with 21 indicators are identified for health care resources and facilities, four dimensions with 19 indicators for the public health and clinical quality, and six dimensions are identified through factor analysis base on JCAHO and SERVQUAL for the health service quality. Finally, the authors suggest medical ethics must be included as the core of the health care quality triangle so as to construct a comprehensive model for evaluating health care quality.

Keywords: Health care quality; indicator; Facility quality; Clinical quality ;service quality; medical ethics

壹、研究背景及目的

民國七十五年頒佈的醫療法，於第一章第一條即開宗明義指出，醫療法的訂定係為了「促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康」，並更進一步規定衛生主管機關得辦理醫院評鑑，以評估醫院醫療品質好壞。民國八十九年衛生署的醫療網第三期計畫結束，九十年起繼續推展為期四年之「醫療網第四期計畫—新世紀健康照護計畫」，內容均為針對提高醫療照護品質進行規劃。有關醫院評鑑部分，評鑑項目與標準重點應漸由「結構」面的評估，轉移至「過程」面與「結果」面之評估，並依此訂定獎懲標準，也希望藉此逐漸引導醫院重視醫療服務之全人性照護品質，持續性做好內部自我監測工作，以確保醫療服務品質（行政院衛生署，2000）。

從上所述，可知追求醫療品質的提升，是促進國民生活品質的重要內涵。因此，在建構生活品質指標時，醫療品質指標的建立是不可或缺的一部份。本計畫乃為建構生活品質指標總計畫下的子計畫，亦是四年期連續性計劃之第一年，研究內容主要針對國內外醫療品質文獻進行深入探討及國內專家訪談與建議的整理，希望得到可涵括社會整體面之醫療品質的意見，並期望能突破以往 Delphi 法所進行之相關研究，找出適當的醫療品質指標，以便與另一子計畫—休閒生活指標之建立相配合，以完成生活品質指標之建構。

醫療品質可以從醫師、病人、消費者的觀點來考量，並以結構、過程及結果三方面來評估，其組成包含整合技術層面與醫病關係，以符合病人的期望與需求，並提高醫療效益。醫療品質對病人及對醫療機構而言，是醫師奉行臨床外部規範的狀態與評價，以及醫院整體為使醫療發揮效果、病人方便與滿意所做努力的狀態與評價（江瑞清、楊靜

倪，1997）。

就過程面來看，包含醫療權益、看診過程。其中醫療權益可深入探討醫師對病人所做的處置與態度、病人對醫師的信任感以及醫院管理者的價值觀。看診過程部分，則可調查醫師看診時間、病人受尊重的感覺、病人是否可以在接受治療前後獲得多方意見、該醫院是否有標準作業流程（例如：臨床路徑、通過 ISO 認證）、病人是否具有知的權利（資訊被充分告知）等。事實上，臺北市政府衛生局已於九十一年推行保障民眾就醫權利的活動時，即制訂「就醫權利」，印成單張發給就醫民眾，告知病人就診時能擁有的權利義務。

結果面的部分，可包含基本描述性統計數字，例如：死亡率、藥品標示情況、民眾看病的次數、民眾衛生認識程度（例如：藥品認識率）、醫療糾紛的件數和處理辦法以及民眾抱怨率。有鑑於歷年媒體慣以公布台灣之人權指數、生活痛苦指數等來反映目前社會情況，故本研究期待能從重要醫療品質的指標來測量「民眾生病之壓力指數」或「醫療幸福指數」，以瞭解民眾是否能（able）用到、負擔得起高品質的醫療照護。

「醫療資源的可近性」亦是民眾關注的焦點。民眾選擇居住地點時，會將附近是否具備醫療院所納入基本考量，因此可近性可以包括「距最近緊急醫療資源之時間/距離」、「距最近醫學中心之時間/距離」、「距最近診所之時間/距離」以及「就醫之交通工具種類」。再者，自推行健保制度後，健保局歷年進行滿意度調查，滿意度均很高。由於健保制度實施後，對人民的經濟舒壓，但是否提升醫療品質則是另一項議題，不過仍可能具有間接影響之可能，若部分負擔持續調整，可能會造成民眾就醫的經濟壓力。

另外一個重要範疇為「醫療糾紛」。由於社會進步、經濟發展，消費者意識高漲，人與人之間的信賴逐漸淡薄，對於醫師仁心仁術的敬仰與期待及醫師傳統性所具有的權

威，漸趨式微，取而代之的為權利與義務的觀念，再加上病人或其家屬與醫院之間，因立場各有不同，彼此認知差異，導致醫療糾紛層出不窮（吳秀玲，2000）。醫療糾紛之定義，狹義來說，是對病人發生比較嚴重的傷害甚至死亡，而導致的糾紛，甚至還進入訴訟程序；廣義的定義是指任何由醫療提供者和消費者之間引起的糾紛均算入，包括消費者花費過高、滿意度低或提供者服務不好。目前台灣的現象是發生醫療糾紛時，病人或家屬抬棺灑冥紙或丟雞蛋，此為社會不願見到，期望糾紛均能進入法治程序。但是不可忽略，可能是病人或家屬是在沒有選擇的情況下而被迫自力救濟。

醫療糾紛的出現是醫病雙方均可能互為導因，從供給面來看，可能是醫療過失（medical error）或醫療服務不夠完善；從需求面來看，是病人所認知的滿意度低。隨著社會及科技進步，民眾對於醫療服務的期望越高，若供給面與需求面達不到平衡時，就會有衝突發生，即可能發展為醫療糾紛。

何謂健康生活品質？

WHO 於 1946 年提出健康的定義為：「生理上、心理上和社會上的完全安寧美好狀態，而不僅僅祇是免於疾病或虛弱（a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity）」¹。顯示在半世紀以前國際上即已注意到除了個人生理、心理之外，已包涵到社會層面的健康概念。另 WHOQOL-100 問卷發展的過程中，針對生活品質的定義進行釐清，其意思為「生活品質是指個人在所生活的文化價值體系中，對於自己的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度，其中包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面」²。雖工具已經含括多層面的概念，但目前測量健康相關生活品質之工具仍以個人層次為主。一個具有社會整體性概念的測量工具，應更可反映出民眾健康相關的生活品質狀況。

目前已邁入二十一世紀，隨著社經發展以及醫療水準的提升，「健康的生活品質」定義已不再侷限關注於壽命長短以及死亡率或罹病率的高低。有關測量健康相關的生活品質工具亦蓬勃發展中，目前國際間常用的有：Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, MOS SF-36, QALYs, DALYs, DALE 及 WHOQOL-100 等（Atkinson & Zibin, 1996；McDowell & Newell, 1996；Bowling, 1997；WHO, 2000；姚開屏，2001），這些工具已漸漸從測量疾病及失能所帶來的影響，進入到針對健康相關之生活品質測量階段。

爰此，為能以生活品質為基礎來進行醫療品質評估，本研究乃以『醫療品質金三角』作為研究架構，藉由「醫療資源及設施品質」、「公共衛生及臨床醫療品質」及「醫療服務品質」三個大範疇來建構台灣地區社會整體性的醫療品質指標。

貳、文獻回顧

針對國內外醫療品質相關文獻的探討及國內專家訪談與建議，希望能夠初步涵括社會整體面之醫療品質意見。茲將文獻回顧分成三大部份進行討論：醫療資源及設施品質、公共衛生及臨床醫療品質與醫療服務品質。

一、醫療資源及設施品質

(一) 日本的國民生活指標調查 (PLI) 指標

有關醫療結構面品質之衡量，日本行之多年的『國民生活指標調查』 (People's Life Indicators: PLI) 是本研究在建構醫療設施品質時主要參考依據之一。其中的「健康與福利」(Health & welfare) 評估乃運用四大構面、二十五項指標來衡量醫療設施品質，包含：安全感、社會公平性、自由度、以及舒適度等四大構面，(日本經濟企畫廳，1999)。表一列出符合醫療資源及設施之指標項目，共十八項。

表 1 國民生活指標-健康安全指標中符合醫療資源及設施之項目

安全感	社會公平性	自由度	舒適度
<ul style="list-style-type: none">● 一般病床數● 急診室數● 開業醫數● 護理人員數● 平均救護車到達時間● 醫療費用佔家庭支出比率● 後天疾病醫療照護費用占全國醫療費用之比率	<ul style="list-style-type: none">● 殘障人仕復健機構容量(相對於有登記之殘障人數)● 智障人仕復健機構容量● 日間照護機構數(相對於 65 歲以上人口)● 安養之家數● 老人專設院所容量(相對於 65 歲以上人口)	<ul style="list-style-type: none">● 自費安養之家的容量(相對於 65 歲以上人口)	<ul style="list-style-type: none">● 老年福利部門員工數(相對於 65 歲以上人口)● 請幫傭照顧家中老人的人數(相對於 65 歲以上人口)● 請幫傭協助照顧家中殘障者的家庭(相對於有登記之殘障人數)● 使用暫時(Short Stay)照護機構服務之人數(相對於 65 歲以上人口)● 久病在家的人口比率

（二）國內研究

國內常用的醫療資源及設施品質的相關指標彙整如表 2（洪正芳等，1998）。

表 2 醫療資源及設施指標

指標	定義	備註
全國每萬人口醫師數	醫師數/每萬人口	健康安全
全國每萬人口急性病床數	急性病床數/每萬人口	健康安全
全國每萬人口精神病床數	精神病床數/每萬人口	健康安全
全國每萬人口慢性病床數	慢性病床數/每萬人口	健康安全
緊急醫療救援距離	5 公里/實際公里數	健康安全
療養機構每萬人口床數	療養機構床數/每萬老年人口	社會扶助
日間照護每萬人口床數	日間照護床數/每萬老年人口	社會扶助
居家照護每萬人口護理師數	居家護理師數/每萬老年人口	社會扶助

彙整上述文獻資料，有關醫療設施品質次級指標的蒐集，可由全體國民健康指標四大構面 21 項組成，其中健康安全指標有 9 項、社會扶助指標 6 項、自由度指標 1 項及舒適度指標有 5 項。

二、公共衛生及臨床醫療品質

根據美國的健康照護機構聯合評鑑委員會（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO）對「臨床指標」（Clinical Indicator）定義為「用來作為監測及評估重要病患照護，及支援性服務活動品質的量化衡量工具」。指標可以提供有系統的分析病患照護，以及瞭解照護產生問題真正原因的最強力基礎，但指標本身無法直接告訴我們照護的品質，只是提供判斷品質的情報。好的臨床指標可引導我們到組織內特別需要改變的地方，以進行品質改善活動（鍾國彪等，1997）。

隨著民眾與醫界品質意識的提昇，關於過程（process）為主的品質改善活動蓬勃發展，舉凡 ISO、QCC、TQM、臨床路徑等品質改善手法皆為國內各醫療機構廣為應用。近年來，以結果（outcome）為導向的品質指標也陸續被醫院採用。有關「結果面」測量成效指標（Performance Indicator）是能提供有效且有用資訊的評估工具。國外部分如

美國 JCAHO 所發展的「指標衡量系統」(Indicator Measurement System, IMS)、美國馬里蘭州醫院協會發展的品質指標計畫 (Quality Indicator Project, QIP)、美國老人與低收入醫療照護財務管理局 (CMS, 原 HCFA) 的「老人醫療保險品質指標系統」、澳洲 ACHS 的照護評估計畫 (Care Evaluation Program)、英國 NHS 的臨床指標計畫 (Quality and Performance in the NHS: Clinical Indicators); 國內部分有鍾國彪等人做過的醫療品質指標的探討 (鍾國彪等, 1997; 廖熏香、楊漢, 2000) 等。

國內許多醫院其實早已進行醫療品質指標資料的收集及比較,但大部份為院內及區域性的比較,而無整合性的比較基質。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下簡稱醫策會)在八十八年六月間對一百一十二家地區教學以上醫療院所做相關主題的問卷調查,結果四十三家醫院回覆結果中(回覆率為 38%),顯示有百分之七十五的醫院已在進行品質指標資料之收集,其中只有百分之三十八的醫院有進行院際間之比較,而“指標定義未統一”及“他院資料取得不易”為醫院進行院際比較時之困難點。且因醫院間競爭性的考量,資料正確性及保密性往往成為實際比較時之主要挑戰。

國際醫療品質指標方面,美國馬里蘭州醫院協會(Maryland Hospital Association, MHA)於 1985 年開始發展 Quality Indicator Project (QIP),協助醫院進行醫療照護品質的監測,發展、測試評估病患照護品質的方法,並定期檢討各項醫療品質指標執行的成效及醫療流程,以使病患能獲得最適當的照護,並達到減少醫療資源的浪費、提高醫療品質的目的。QIP 原本是以研究計畫的方式進行,由於成果卓著,目前已有包含來自全世界 60 餘國家約 1900 多所的健康機構加入。QIP 主要由醫療結果面來評估醫療品質,不給定「標準值」,只提供參加的醫院統計資料,透過長期監測來制訂醫院本身的品質目標(楊哲銘等人, 2000)。

有鑑於台灣各醫院之醫療品質指標資料大多缺乏一致性的定義、收集與計算方法，醫療訊息無法共享，醫策會遂於八十八年十月將美國馬里蘭州的醫療品質指標計畫引進台灣，並以『台灣醫療品質指標計畫』(Taiwan Quality Indicators Project:TQIP)名稱在台推展，希望藉此套以臨床結果為導向的指標系統來提高醫療專業的參與意願，並提供國際性標竿學習的基礎。至八十九年止，台灣地區共有 68 家地區教學醫院等級以上醫院加入此計畫，其中以區域醫院四十三家(佔同等級醫院之 67.2%)為最多，醫學中心十四家(佔同等級醫院之 87.5%)參與度最高，另外地區教學醫院亦有十一家醫院(佔同等級醫院之 22%)加入。以參加醫院急住診服務量而言則分別涵蓋台灣地區急住診總服務量 45 % 與 55 %，經由 TQIP 而建立之醫療品質指標資料庫頗俱代表性(廖熏香、楊漢，2000)。

除 TQIP 外，台灣尚有萬芳醫院邱文達院長主導的「台灣醫療品質指標系列(THIS)」，亦以美國馬里蘭州的 QIP 為藍本，再補充門診、管理相關指標，並以結構面、過程面及結果面的方式重新整理而成。

綜合以上所述，本計畫認為臨床醫療品質指標可由四大構面來涵蓋：預防保健面指標、門診指標、住院面指標及急診面指標共 19 項指標做評估。其中預防保健面指標有 4 項、門診指標 1 項、住院指標 11 項以及急診面指標 3 項。

三、醫療服務品質

英國 NHS 於 1998 年進行一項全國性調查，以瞭解病人所感受到一般科醫師所提供的醫療服務情況(NHS, 1999)。調查的議題範圍包括等候看病時間長短、醫病溝通情形、病人觀點中的醫師知識、能力以及禮貌等。英國 NHS 所做的調查中，大多數的病人認為醫師均很認真採納他們的意見，並能充分提供病人治療之相關資訊。有

79%病人認為醫師知道何種治療對病人最有利，並且有 84%的病人認為他們的醫師大多做了正確的診斷。其中最令病人不滿的是候診的時間過長。從病人觀點所調查的照護品質是可以促進改善服務的。

Donabedian(1985)認為醫療品質是臨床技術、專業服務、以及顧客感受三方面所混合形成的，並透過顧客的知覺來作判斷。在醫療品質議題中有許多研究結果顯示必須越來越重視如何去管理病患知覺，因為病患對於品質有較高評價時，會帶來高滿意度，未來需要時，也會願意再度就診(Bower et al, 1997; Connor et. al. 1992; Taylor and Baker, 1994; Woodside et al., 1989)。再者，醫療供應者重視病患的感受，有助於疾病的治療 (Hulka et al.,1976) 降低醫療糾紛(Brown et al., 1993)、以及健康的改善(Elbeck,1987)。因此 JCAHO 就視病患評價的回饋為鑑定醫療品質水準優劣的指標之一。Boerstler et al. (1996) 因此強調雖然醫療品質的改善是許多醫療機構努力的方向，但必須由瞭解病患的期待著手，如此才能得到最佳的醫療果效。Koska(1990)研究顯示顧客評價醫療品質的高低，與醫療機構的財務績效會呈現正相關。

近年來國內外學者所提出的醫院服務品質之構面及涵概範圍如下所述：

(一) 國外文獻

1. Fisher(1971)

Fisher 認為醫院服務品質的構面有三項：(1)實體環境方面：括候診室、座位、福利社、休息室的評估、候診的時間、醫師看病所花的時間及全程看病時間的滿意度；(2)對醫療的態度：是否由同一位醫師診治、是否願意由不同或實習醫師診治、能否與醫師溝通病情、醫護人員的態度；(3)對醫師的一般態度：醫師是否花時間瞭解病情、醫師是否有值得信賴的專業能力、醫師是否對病人詳細的說明病情。

2. Fletcher et al(1983).

Fletcher 等人認為醫院服務品質所考量的構面有八項：(1)連續性：病患每次複診皆由同一位醫師診治；(2)完整性：病患可獲致完善的診療；(3)即時性：病患可立即找到醫護相關人員；(4)同情心：醫師能體察病患心理並容易溝通；(5)專業能力：醫師應有優良的醫技診療病患；(6)協調性：醫院負責維護病患的健康；(7)成本：醫院向病患收取對病人不會負擔過重的費用。

3. Linn, Lawrence s. et al.(1984)

Linn 等認為門診顧客在評估醫院服務品質時，其考慮的構面有四項：(1)技術品質：指醫師在診療的謹慎程度，以及專業能力等；(2)社會心理關懷：指醫師關心病人的生活、健康問題及其困擾等；(3)禮貌：指醫師是否有禮、親切、尊重病人等；(4)互相參與：指醫師是否會徵詢病人的意見，讓病人有選擇的機會。

4. Kenia, M. et al.(1986)

Kenia 等學者認為醫院服務品質的構面應同時包括軟體及硬體兩個構面：其中包括下列十一個項目：(1)服務人員態度；(2)掛號服務；(3)護理人員；(4)護理態度；(5)醫生溝通；(6)醫生的態度；(7)清潔服務；(8)清潔人員的態度；(9)食物與餐飲服務；(10)住院準備；(11)設施上的特性。

5. Hyde, P.C.(1986)

Hyde, 認為在衡量醫院服務品質前應先決定各項服務品質之水準：(1)瞭解病人之需求；(2)迎合病人之需求；(3)零缺點的服務；(4)可靠的服務；(5)合格之績效表現；(6)明確的指示；(7)合適的包裝；(8)準時；(9)有效的後場支援；(10)病患資訊之回饋。

6. O' Connor, S.J. et al.(1991)

O' Connor 等學者研究顯示醫院的服務品質可分為四個構面：(1)可依賴性；(2)回應能力；(3)安全性；(4)關懷能力。

(二) 國內文獻

1. 石曜堂(1978)

石曜堂認為醫院服務品質包括兩方面：(1)醫療服務的技術：指適切的診斷與治療；(2)醫療服務的藝術：病人的滿意程度、醫護人員與病人之間的溝通、醫護人員的行為、醫護人員與病人討論問題、教育病人在長期慢性治療過程中獲得病人的合作等。

2. 尹衍樑(1983)

尹衍樑認為醫院服務品質之評估準則有八個構面：(1)醫院距離；(2)醫院設備規模；(3)醫院環境；(4)醫院的收費水準；(5)醫院醫療時間的方便性；(6)醫院服務；(7)醫院的食物；(8)醫院之歷史。

3. 張文瑛(1987)

張文瑛調查民眾就醫時所考慮的五項因素：(1)醫院的方便性；(2)醫師的醫德；(3)醫師的聲譽；(4)醫護人員的服務態度。

4. 曾麗蓉(1988)

曾麗蓉依照醫院服務的結構、服務的過程、服務的結果三個方向來探討醫院的服務品質，並以因素分析法萃取出十個構面：(1)醫師的態度；(2)醫院的內外環境；(3)費用的經濟性；(4)檢驗人員、藥劑人員的態度；(5)醫療設備；(6)等候的時間；(7)醫護人員的足夠性；(8)

醫院內部的氣味；(9)醫院的後續服務；(10)交通的便性。

5. 吳青芬(1991)

吳青芬對門診服務品質進行調查，研究病患預期或實際感受與提供的服務水準之間的差距，此研究分為四個構面：(1)服務結構；(2)服務過程；(3)服務結果；(4)口碑及外部溝通。

6. 王乃弘(1995)

王乃弘探討民眾就醫時，將醫院服務品質分為五個構面：(1)硬體規劃；(2)作業業務；(3)廣告行銷；(4)服務態度；(5)醫師品質。

7. 周繼文(1995)

周繼文以醫院服務品質為實證研究，提出服務品質量表構建程序，萃取出四個構面：(1)醫療設施有形性；(2)服務有形性；(3)親和可靠性；(4)安全性。

8. 張采琨(1996)

張采琨從醫管人員、醫護人員及病患此三類群體對醫療服務品質指標重要性、滿意度及整體感受，分為五個構面：(1)醫療硬體方面；(2)醫療軟體方面；(3)診療專業方面；(4)診療成效。(5)醫學研究。

9. 沈勝至(1998)

沈勝至由文獻探討及專家訪談將醫院服務品質分為四個構面：(1)醫院環境；(2)行政與服務；(3)醫療品質；(4)護理照顧品質。

10. 湯玲郎(1999)

湯玲郎依據服務過程中，採因素分析法萃取出六個醫院服務品質構面：(1)醫院環境；(2)等待時間；(3)醫療費用；(4)醫療過程；(5)服務態度；(6)服務結果。

11.張貽晴(1999)

張貽晴針對急診醫療服務品質因素分析萃取四個構面：(1)醫療過程方面。(2)醫院體制方面。(3)服務人性化方面。(4)等候時間方面。

12.何宜真(1999)

何宜真對住院醫療服務品質提出四個構面：(1)態度、回應及告知類；(2)醫師行為類；(3)環境清潔類；(4)準則、技巧及技術類。

13.財團法人台灣醫療改革基金會（2002）

台灣醫療改革基金會 2002 年 4 月其間，亦曾針對年滿 20 歲民眾進行電話訪談。研究報告顯示民眾對醫師門診說明和溝通時間的需求高、看診時間過短會影響醫療品質。同時在藥品資訊方面民眾其實希望能多一點瞭解。

（三）SERVQUAL 之相關實證研究

經由服務品質構面文獻之回顧，可發現對於品質的知覺是無法以單一構面的概念來衡量——換言之，對於醫療品質的評價包含了許多因素的知覺(Cronnor et al.,2000)。在醫療機構中評估病患滿意的測量工具一直在發展當中，然而在適用性方面，首推 SERVQUAL 量表最為使用(Babakus and Mangold,1992; Taylor,1994; Scardina, 1994; Steffen, Nystrom, and Connor, 1996)。此一量表主要構想來自 Parasuraman, Zeithaml, and Berry(1985)提出以十項構面用來衡量消費者對服務品質的知覺，包含有：有形性、瞭解熟知顧客、安全、信用、溝通、禮貌、接近性、勝任力、反應力及可靠度等。爾後，此三位學者以「缺口」模型開發的 SERVQUAL 量表，將十項構面濃縮精鍊成五個面向 22 道題目，包含有：可靠度、

反應性、保證性、同理心、有形性 (Parasuraman, et. al.,1988)。其強調消費者的主觀意識是衡量品質重點，藉由先衡量消費者對服務的期望，再衡量消費者對服務結果的知覺。當後者低於前者為低品質，反之則為高品質；故，服務品質 = 知覺 - 期望($Q=P-E$)，而整體的服務品質則由 SERVQUAL 中題目分數加總而成。茲分述如下：

1.可靠度(reliability)

在五構面中，可靠度經常是消費者視為決定服務品質知覺的最重要決定因素。其定義為：可靠地、正確地表現出允諾的服務(promised service)能力。因此廣泛而言，在醫療產業中的可靠度是指醫療機構就其所允諾的進行傳送——包括醫療過程、服務的提供、問題的解決、病患想要與遵守承諾的醫療組織進行交易，特別是他們的承諾是有關於核心醫療服務的屬性(core service attributes)。

2.反應性(responsiveness)

反應性是指幫助病患提供立即服務的意願。此項構面強調在處理病患的要求、疑問、抱怨，以及對於問題解答的殷勤與立即性。Zeithaml and Bitner(2000)認為想要在反應性上表現卓越，組織就必須由需求者觀點而非供給者觀點來看待服務傳送的過程與處理顧客要求的過程。

3.保證性(assurance)

保證性係指員工們的知識以及他們願意負起別人信賴與信心的能力。信賴與信心透過醫療供給者予以具體化，這項構面對於具高度風險的醫療服務業尤其重要。例如在乳房檢查 X 光攝影時，告知新病患說醫院的檢查中心是經由美國放射線學院(American College of Radiologist)的認證，並且說明這項認證需要通過許多的標準。同時這項證明文件會被黏貼在 X 光機器上，是病患目光可以看到的地方。所以 Zeithaml and Bitner(2000)認為這種的保

證性會使得對過程與結果產生信賴。

4.同理心(empathy)

同理心是指給予病患的關心與個別的注意。其本質乃希望透過個人化與顧客化的醫療服務來傳達病患是獨一無二而且是特別的。因為多數的病患希望醫療人員能夠了解並且重視他們（張荳雲，1998）。

5.有形性(tangibles)

有形性是指實體物品、設備、人員、以及所有可見文件的顯現。將無形的醫療有形化提供醫療服務的實體表現(physical representations)或者外觀(images)。當病患——特別是新病患，無法判斷專業醫療水準，通常會利用可見的有形性（外觀、衣著等）來評估品質的好壞。所以有形性是醫療機構加強其形象時，所表達提供一致且優越的品質給顧客(例如舒適且乾淨的等候區)的方式。相反地，若是醫療機構忽略有形性此一構面，此可能會破壞病患的好印象。

引用 SERVQUAL 進行醫療服務品質的研究甚多，亦同時不少研究進行焦點團體(Focus Group)及紮根理論(Grounded Theory)驗證 SERVQUAL 理論之範疇，發現除了既有的範疇外，未包含照護(Caring)和病人結果(Patient Outcomes)這兩個範疇。照護是指在服務過程中需對病人涉入個人及人性的情感照護，病人結果是指在醫療介入後，能反映出解除痛苦、拯救生命等情況。SERVQUAL 可能並無法完全涵蓋對病人來說為重要的健康照護面向(Bowers et al, 1994, Jun. et al., 1998) Jun.等人(1998)所發表之相關研究中，除了以病人為對象，同時將行政人員及醫師納入研究群體，研究發現這三個群體中在醫療照護品質上有禮貌(Courtesy)反應(Responsiveness)照護(Caring)及病人結果(Patient Outcomes)四個面向上的差距。醫師會不注意禮貌、反應兩個面向，病人會不注意病人結

果面向，行政人員及醫師均不注意照護面向。總而言之，該研究結果顯示病人及行政人員認為功能性的品質(functional quality)較重要,反之,醫師認為技術性品質(technical quality)較重要。若要改善醫療品質及增進病人滿意度，需從病人的角度瞭解何謂重要。加強醫病關係的溝通、提供設施、資源及人員服務的可近性與親切，均是醫療品質提高的重要措施 (Jun. et al., 1998)。

Sower et. al.(2001)則以 JCAHO 所擬訂之服務品質構面為理論基礎，重新建構新的量表，整理出八個構面：尊敬與照護、有效性與持續性、適當性、資訊、效率、飲食、第一印象、人員素養差異性。

(四) 量表適用性之比較

將醫療服務品質各文獻相關構面或量表進行比較時，可發現由 Carvin's 的產品品質構面 JACHO 醫療品質構面與 SERVQUAL 服務品質量表是最為廣泛被引用或加以驗證的量表。Carvin's(1987)的構面是以『有形產品』品質為評估基礎、JCAHO 則是以醫療產業特有的品質構面進行發展，而 SERVQUAL 則是以一般性的服務產業為研究範圍(表 3)。

本研究認為以生活品質為目的而進行之醫療服務品質構面的建構，SERVQUAL 用於一般性評估病患知覺面的感受，非常適用，然而，由眾多的文獻探討上也強調實際可觀察的『照護結果』亦應納入。因此本研究認為結合 JCAHO 與 SERVQUAL 後，初步可以六大構面作為衡量服務品質構面：治療功效、可靠度、反應性、保證性、同理心以及有形性(表 4)。

表 3 醫療服務品質構面比較

Carvin's 產品品質構面	Parasuraman et al. SERVQUAL 構面	JCAHO 構面	本研究彙整之醫療品質構面
績效	可靠度	治療功效	治療功效
外型	反應性	適當性	可靠度
可信度	保證性	效率	反應性
舒適性	同理心	尊敬與照護	保證性
耐久性	有形性	安全	同理心
方便性		持續性	有形性
美感		有效	
知覺品質		即時性	
		可近性	

表 4 醫療服務品質指標

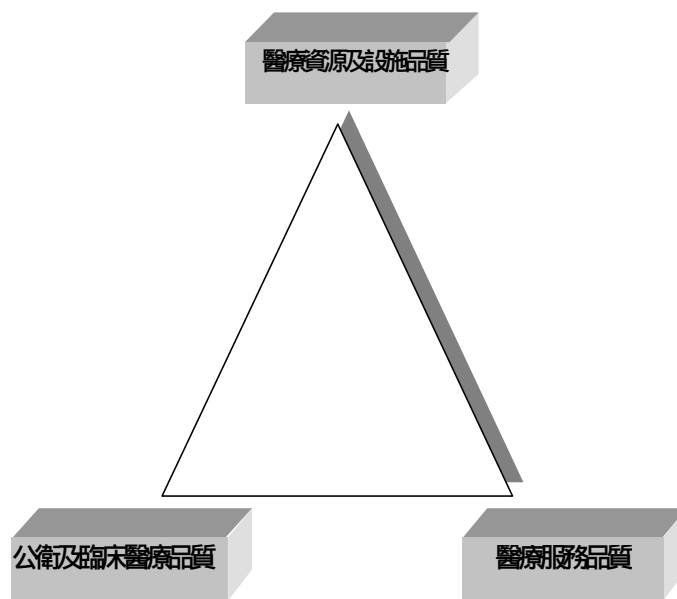
指標	定義
治療功效	醫療介入後，能反應出解除痛苦、拯救生命等情況
可靠度	醫療機構就其所允諾的進行傳送—包括醫療過程、服務的提供、問題的解決、病患想要與遵守承諾的醫療組織進行交易，特別是他們的承諾是有關於核心醫療服務的屬性(core service attributes)。
反應性	處理病患的要求、疑問、抱怨，以及對於問題解答的殷勤與立即性
保證性	醫療相關人員的知識以及他們願意負起別人信賴與信心的能力。信賴與信心透過醫療供給者予以具體化
同理心	同理心是指給予病患的關心與個別的注意
有形性	醫療機構加強其形象時，所表達提供一致且優越的品質給顧客(例如舒適且乾淨的等候區)的方式

參、研究方法與步驟

配合研究背景動機及目的，本研究以（1）客觀性的名目表徵評估（normative estimation）以及（2）主觀性的感受評估（appraisal estimation）來衡量以及建立醫療品質指標系統後，亦即從供給面來討論建立反應台灣地區醫療供給之適當指標及就醫者主觀評量部分 - 調查問卷設計與發展。

一、研究架構

根據文獻回顧，本研究認為探討以生活品質為基調下的醫療品質，應該是由醫療供需雙方的評估而得，故提出『醫療品質金三角』之研究架構圖，亦即完善的醫療品質建構，包含『醫療資源及設施品質』、『公共衛生及臨床醫療品質』以及『醫療服務品質』等三大構面的品質（圖1）。



圖一：本研究架構圖

二、研究流程

為建構台灣地區臨床與設施品質之實質評量指標，本計劃的研究設計架構共分為三個主要階段：(1)指標單項的篩選；(2)指標架構之建構；以及(3)指標系統的建立。

（一）本階段以指標單項的篩選為主，邀請多位公共衛生學、醫療事業管理專家、以及臨床

醫護人員進行焦點團體法。藉由學界、臨床界專家找出普遍、有代表性的台灣地區醫療品質指標草案。為達更周延之考慮，將藉由參加國內外各重要研討會，發表初步指標構想交換意見。同時亦將以『建構台灣地區生活品質指標—醫療品質金三角之初探』參加國外研討會以增加國外學者專家之寶貴意見。同時，在醫療資源與設施品質指標與醫療臨床及公衛品質指標將以日本國民生活指標調查（PLI）以及「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」所引進的台灣醫療品質指標計畫（TQIP）為主要參考，並加上國內外文獻探討彙整之醫療品質指標項目，進行次級資料蒐集。

（二）醫療服務品質指標

醫療服務品質指標未來希望以台灣北中南東四區進行分層抽樣，依照各區人口數加權隨機抽取若干民眾為研究族群。同時基於問卷可接近性之考量，利用網際網路的特性，本研究亦將與翰誠互聯網進行學術合作，在其 TrustMed.com 事業部（每日到訪人數高達 6-10 萬等重要記錄）架設連結網站，進行線上問卷蒐集樣本。

（三）研究工具及其信效度考量

配合研究目的，本研究工具無論是來自次級資料蒐集或問卷調查（知覺服務品質問卷與醫療道德情境問卷），對指標之建立將進行專家諮詢，並經多次討論修改而訂定之。其中醫療服務品質問卷與醫療道德問卷在正式施測前，將進行預試，分別檢視再測信度、內部一致性的穩定程度。

本研究在發展問卷之初，曾參考不同之文獻，其中「SERVQUAL」量表係國際知名用來評估服務品質之問卷。但由於「SERVQUAL」量表的問法較為抽象，其形成滿意度構面的概念 - 有形性、可靠性、反應性、保證性、同理心等，若應用於國民調查中，探討抽

象感受的問卷，恐怕不易得到一般人的支持，此外，「SERVQUAL」量表，是以消費者的主觀意識為衡量重點，藉由先衡量消費者的期望，再衡量消費者對服務結果的知覺。故，服務品質=知覺-期望；但根據蘇雲華（1996）的研究，單純以執行績效（Performance）為衡量服務品質標的的 SERVPERF 方法（Cronin and Taylor, 1992）在信度或效度方面的表現均不遜於 SERVQUAL，顯然，直接衡量消費者的滿意程度，要比衡量消費者知覺和期望間的差距來得更簡單且更節省填答者的時間，因此，本計畫之問卷乃直接衡量國民對醫療服務品質滿意程度的知覺。

因此，參酌各項統計資料及考慮「SERVQUAL」量表的特性，為具體評估國人醫療服務之滿意度，本研究依研究目的與架構發展出問卷之三大部分，分別為「醫療溝通與藥品資訊」、「服務品質」與「受測者之基本資料」。有關滿意度之問項採李克特(Likert)五點量表作為測量尺度。

肆、結果與討論

本研究主要以客觀性的名目表徵評估（normative estimation）以及主觀性的民眾感受評估（appraisal estimation）來衡量以及建立醫療指標系統。換言之，希望從供給面來討論次級資料之彙整以及需求面探討主觀衡量的結果。本年度初步研究成果有：1.文獻收集、2.相關次級資料的收集與彙整、3.醫療設施與臨床指標系統的初構、4.醫療服務品質指標品質之確認。

一、相關文獻的蒐集

在九十年代本計畫之最主要工作為相關文獻之蒐集，期能從國內外相關文獻中，蒐集及整理出有關休閒旅遊系統之相關文獻資料，蒐集的文獻項目主要有下列方向：1.生活品質系統 2.健康指標 3.醫療供給系統 4.醫療服務指標 5.醫療品質指標的擷取原則，詳細之文獻內容參閱文獻參考部分。

二、相關次級資料的收集與彙整

依據本計劃之目的範疇，收集我國相關之次級統計資料。主要來源有三：一、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會引進的台灣醫療品質指標計畫。二、衛生署委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會定期舉辦醫院評鑑的資料。三、醫療權益促進會相關調查統計資料。

三、醫療設施與臨床品質指標系統的初構

（一）專家意見

邀請熟悉本研究主題的學者專家（其中包含學者、衛生主管、消基會以及相關業務人員等）進行座談，將其建議加以彙整評估，依醫療品質監測角度之重要性原則適度調整，茲整理如下：

1. 醫德：醫德可從醫病關係之間的互動去瞭解。在醫病關係之間，病人對於醫師的信任感可

以去瞭解醫德的情況。在醫師對病人方面，應該將正確的訊息告知，包括接受適當的檢查及治療之相關資訊，例如：民眾接受 MRI 之必要性，是否花費不必要的費用。另外，還有醫院管理者之醫德價值，也是會影響醫療品質的因素。

2. 看診的過程：在看診的過程中，可從以下幾點來看醫療品質：

(1) 醫師看診時間：醫師對病人說了多少話。

(2) 病人受尊重的感覺：病人從醫療照護過程中，感受到被尊重及被關心的感覺。

(3) 資訊被充分告知（知的權利）

(4) 多方意見（multiple opinions）：除了第二意見，還需要多方意見。並且手術前、後均需要有多方意見。

(5) 建立標準作業流程：讓醫護人員在進行醫療照護時，有標準的指引可以遵循，也可以讓病人受到完善的照護。例如：臨床路徑。通過 ISO 認證。

3. 建立統計指標：此基本描述性統計數字為醫療品質重要參考指標。例如：死亡率。

4. 藥品標示：藥袋上的藥品標示，不單是提供給民眾看，而是此方式能對其生命有保障。

5. 民眾看病的次數：擔心服務量的部分可能會浮濫，因為檢查亦算一次看病。若可改用電話查詢，可以省一次去看病的次數。

6. 民眾衛生知識程度（或藥品認識率）

7. 醫療糾紛：因為技術缺乏，人為疏失，儀器亦可能出錯。發生醫療糾紛時，雙方都有傷害，醫療糾紛是醫療品質的殺手，醫病溝通不良是該事件發生之很重要原因。醫病關係本來就是不對等狀態，病人對醫療成效的期望與結果出現落差時，就有可能發生醫療糾紛。醫療糾紛的定義，可分為狹義的定義：對病人發生比較嚴重的傷害，甚至死亡，而導致的糾紛，甚至還進入訴訟程序；廣義的定義：任何由提供者(provider)和消費者之間引起的糾紛均算入，包括消費者花費過高，滿意度低以及提供者服務不好，飲食不夠好。所以可以去看發

生醫療糾紛之件數，作為瞭解醫療品質的參考數據。而醫療糾紛的處理方法，是提供另一種思考角度，台灣目前現象為病患方面抬棺灑冥紙或丟雞蛋，此為社會不願意見到，均希望能進入法治程序。若從另一方面思考，可能是病患沒有選擇，被迫自力救濟。目前醫療法亦列入「不准在醫院附近示威抗議遊行」之相關條文。因為醫療糾紛包括顯性及隱性，所以「民眾抱怨率」可以反應出來，但是很多抱怨是沒有紀錄的。

8. 經濟壓力：政府可以提供民眾就醫時怎樣的經濟支持。自從推行健保制度後，健保局持續進行滿意度調查，結果呈現民眾滿意度均高，因健保制度對經濟幫助很大，但是否對醫療品質有提升則為另一議題，但也是有其間接影響之可能，因部分負擔若持續調整，可能造成經濟壓力。

9. 醫療資源之可近性：

- (1) 最近緊急醫療資源之時間/距離
- (2) 距最近醫學中心之時間/距離
- (3) 距最近診所之時間/距離
- (4) 就醫之交通工具種類

(二) 醫療資源及設施指標系統

有關醫療結構面品質之衡量，日本行之多年的『國民生活指標調查』（People's Life Indicators: PLI）是本研究在建構醫療設施品質主要參考依據。其中的「健康與福利」(Health & welfare)評估乃運用四大構面、25 項指標來衡量醫療設施品質，包含：安全感、社會公平性、自由度、以及舒適度等四項（日本經濟企畫廳，1999）。同時亦參考台灣國內近來研究結果（中華民國醫務管理學會，2000；江東亮，1999；吳肖琪等，1999；洪正芳等，1998），彙整出可參考之全體國民健康指標四大構面 21 項。其中健康安全指標有 9 項、社會扶助指標 6 項、自由度指標 1 項以及舒適度指標 5 項等(表 6)。

表 6 醫療資源及設施指標

健康安全保障指標(9 項)	定義	出處
急診室數		PLI(1999)
平均救護車到達時間		PLI(1999)
全國每萬人口護理人員數		PLI(1999)
全國每萬人口醫師數	醫師數/每萬人口	洪正芳等人(1998)
全國每萬人口急性病床數	急性病床數/每萬人口	洪正芳等人(1998)
全國每萬人口精神病床數	精神病床數/每萬人口	洪正芳等人(1998)
全國每萬人口慢性病床數	慢性病床數/每萬人口	洪正芳等人(1998)
緊急醫療救援距離	5 公里/實際公里數	洪正芳等人(1998)
醫療費用由民眾負擔之比例		
社會救助、扶助指標(6 項)	定義	出處
殘障人士復健機構容量 (相對於有登記之殘障人數)		PLI(1999)
智障人士復健機構容量		PLI(1999)
日間照護機構數	日間照護床數/每萬老年人口	洪正芳等人(1998)、PLI(1999)
安養、療養機構之家數	療養機構床數/每萬老年人口	洪正芳等人(1998)、PLI(1999)
老人專設院所容量 (相對於 65 歲以上人口)		PLI(1999)
居家照護	居家護理師數/每萬老年人口	
自由度指標(1 項)	定義	出處
自費安養之家的容量 (相對於 65 歲以上人口)		PLI(1999)
舒適度指標(5 項)	定義	出處
老年福利部門員工數 (相對於 65 歲以上人口)		PLI(1999)
請幫傭照顧家中老人的人口數 (相對於 65 歲以上人口)		PLI(1999)
請幫傭協助照顧家中殘障者的家庭 (相對於有登記之殘障人數)		PLI(1999)
使用暫時 (Short Stay) 照護機構服務之人數 (相對於 65 歲以上人口)		PLI(1999)
久病在家的人口比率		PLI(1999)

表格整理：本研究

(三) 公衛及臨床醫療品質指標

「台灣醫療品質指標計畫 (TQIP)」是本研究在建構臨床醫療品質主要參考依據，該計畫中主要針對急性照護的部分，並以臨床為主。另參考醫院總額醫療服務品質指標、「台灣醫療

品質指標系列 (THIS)」, 以及歐洲 EC Working Group 所訂「可避免死亡疾病」, 疾病包括肺結核、子宮腫瘤病變、慢性風濕性心臟病、呼吸道疾病、氣喘、闌尾炎、膽囊炎、高血壓、妊娠、生產及產褥期之併發症、一週內新生兒死亡、傷寒、破傷風、麻疹、骨髓炎、肝硬化、機動車 (非) 交通事故等, 以上的疾病若利用篩檢、早期發現、持續追蹤、抗生素、治療、轉診、緊急救護體系之治療等介入方法, 均可以避免死亡。主要分為四大構面, 分別為預防保健指標四項、門診指標一項、住院指標十一項及急診指標三項, 共有十九個次項指標, 內容如下表 (表 7)。

表 7 公衛及臨床醫療品質指標

指 標	定 義
預防保健指標 (3 項)	
40 歲以上民眾接受健康檢查比率	40 歲以上健檢人數 / 全國 40 歲以上總人數
30 歲以上婦女子宮頸抹片篩檢率	30 歲以上婦女接受子宮頸抹片篩檢總人數 / 全國 30 歲以上婦女總人數
學齡前兒童預防接種疫苗比率	學齡前兒童預防接種疫苗完成人數 / 全國學齡前兒童人數
可避免死亡之疾病死亡率	可避免死亡疾病而死亡數 / 可避免死亡疾病數
門診指標 (1 項)	
非預期性之門診手術後轉住院之比率	門診手術轉住病房人次 / 門診手術總人次
住院指標 (12 項)	
15 天內非計畫性再住院	15 天內非計畫性再住院人次 / 出院總人次
手術死亡率	手術死亡人數 / 住院麻醉次數
手術傷口感染率	手術傷口感染次數 / 手術數
住院藥物錯誤率	住院病人藥物錯誤次數 / 總住院人數
最終診斷與病理報告診斷差異率	最終診斷與病理報告診斷差異數 / 病理報告數
住院總死亡率	住院總死亡人數 / 出院總人次
新生兒死亡率	直接入院的新生兒死亡人數 / 直接入院的新生兒數
初次剖腹產率	初次剖腹產數 / 總生產數— (再次剖腹產數 + 剖腹產後自然產數)
外科預防性抗生素施行率	接受預防性抗生素之手術病人數 / 接受手術人數
住院病人壓瘡盛行率	發生壓瘡的人次 / 住院人次
住院病人跌倒率	有紀錄的跌倒數 / 住院人日數
急診指標 (3 項)	
急診病人平均停留時間	急診病人總候診時間 / 急診總人次
24 小時內重返急診比率	24 小時內重返急診總人次 / 急診總人次
急診藥物錯誤率	急診藥物錯誤人次 / 急診總人次

表格整理：本研究

（四）醫療服務品質指標

由於此部份為初級資料之蒐集，決定採用問卷調查方式進行，為求問卷之一致性與穩定性，本研究在正式施測之前，先進行前測。

1、信度分析：

本研究以某國立大學管理學院之研究所學生為前測對象，共進行二次前測，每一位受試者之受試時間均間隔 10 天以上。第一次前測共有 34 份樣本，Alpha 信度值為 0.928，第二次前測回收樣本 31 份，Alpha 信度值為 0.947，由此可見本問卷之內部一致性達標準。在內部一致性方面，採用 Cronbach alpha 信賴係數衡量，因為 Cronbach alpha 值常用於區間尺度之衡量，若結果大於 0.7 則可接受。穩定性方面，本研究採用相關分析，了解同一人各問項的兩次施測結果是否具一致性。但重複施測期間間隔必須適當，若重測時間間隔太短，受試者會受到記憶和學習的影響，造成信度指標的偏誤。但如果施測時間間隔過久，則個人身心特質發展與學習經驗的改變，也會造成信度指標的偏誤。

而問卷的穩定性方面，各問項之再測信度介於 0.317-0.857 之間，除第八題（能在答應的時間為患者服務）不顯著外，其餘均顯著相關，故本問卷仍具施測穩定性。若剔除第八題，則前後兩次前測之信度分別提高為 0.929、0.9473，故決定將其剔除（表 8）。

表 8 醫療服務品質再測信度分析表

問	項再 測 信 度
1. 這家醫療院所具有先進的診療設施	0.826 ^{**}
2. 這家醫療院所的診療設施值得信賴	0.607 ^{**}
3. 醫護人員有整齊清爽的外表	0.560 ^{**}
4. 整體設備、人員安排與診療性質應相互協調	0.423 [*]
5. 能確實履行對患者所作的承諾	0.507 ^{**}
6. 患者就診時表示關心並幫助解決	0.741 ^{**}
7. 一次就能提供正確的診治	0.664 ^{**}

8. 能在答應的時間為患者服務	0.317
9. 能正確的保存患者資料與就診資料	0.668**
10. 能清楚的告訴患者何種情況下會使用何種藥物	0.567**
11. 有服務患者的意願	0.857**
12. 不會因為太忙而疏於回應患者	0.731**
13. 能重視患者就診資料的隱私保密和安全	0.622**
14. 人員的服務行為會建立起患者的信心	0.522**
15. 醫療的診察會讓患者有安心的感覺	0.718**
16. 有足夠知識能解答患者的問題	0.706**
17. 服務人員能保持對患者的禮貌	0.517**
18. 有提供申訴抱怨處理管道	0.525**
19. 診療時間能方便所有的使用者	0.466**
20. 醫護人員不存私心並以患者的利益為優先	0.598**
21. 醫護人員清楚瞭解患者個別的特殊需求	0.778**
22. 請問您對以上醫療服務品質屬性之整體水準	0.854**

**顯著水準 0.01 *顯著水準 0.05

(二)效度分析

本研究之醫療服務品質主觀評估問卷設計效度分析，利用因素分析結果發現共可萃取 6 個因素構面，而累積解釋量為 78.33%。故本問卷設計基本上符合效度之要求（表 9）。

表 9 醫療服務品質建構效度分析表

因素構面及內容項目	因素 負荷 量	特徵 值	解釋 變異 量 %	累 積 變 異量 %
因素一：設備與人員素質佳				
有先進醫療設備	0.840			
診療設施值得信賴	0.756			
醫護人員有清爽外表	0.785	3.96	17.98	17.98
整體設備、人員安排與診療性質相互協調	0.680			
能建立患者信心	0.518			
整體品質水準	0.539			
因素二：親切有醫德				
能正確保存患者資料	0.861			
有服務患者的意願	0.630			
不會因為太忙而疏於回應患者	0.690	3.773	17.151	35.131
診療能讓患者安心	0.621			

服務人員能保持禮貌	0.630				
醫護人員不存私心並以患者利益為優先	0.661				
因素三：給予指導解說					
表示關心	0.717				
指導患者如何使用藥物	0.817	3.305	15.024	50.155	
有足夠知識解答患者問題	0.761				
因素四：注重病人權益					
提供申訴管道	0.759				
診療時間能方便患者	0.722	2.284	10.38	60.535	
因素五：迅速回應病人要求					
一次就提供正確診療	0.764				
能在答應時間內為患者服務	0.814	2.256	10.255	70.79	
重視患者隱私及安心	0.587				
因素六：個人化的服務					
能確實履行承諾	0.745	1.659	7.539	78.330	
瞭解患者個別需求	0.587				

伍、結論與建議

一、結論：

本研究計劃的主要目的之一即在於建構台灣地區與永續性醫療品質指標。第一年（90年）的研究重心在於指標的建立與預試。在運用國內現有的次級資料建構醫療品質系統之部份，依據本年度之研究結果，主要的結論如下：

（一）醫療資源及設施品質：

四構面 21 項，包含健康安全指標有 9 項、社會扶助指標 6 項、自由度指標 1 項以及舒適度指標 5 項等指標，詳如結果與討論段。

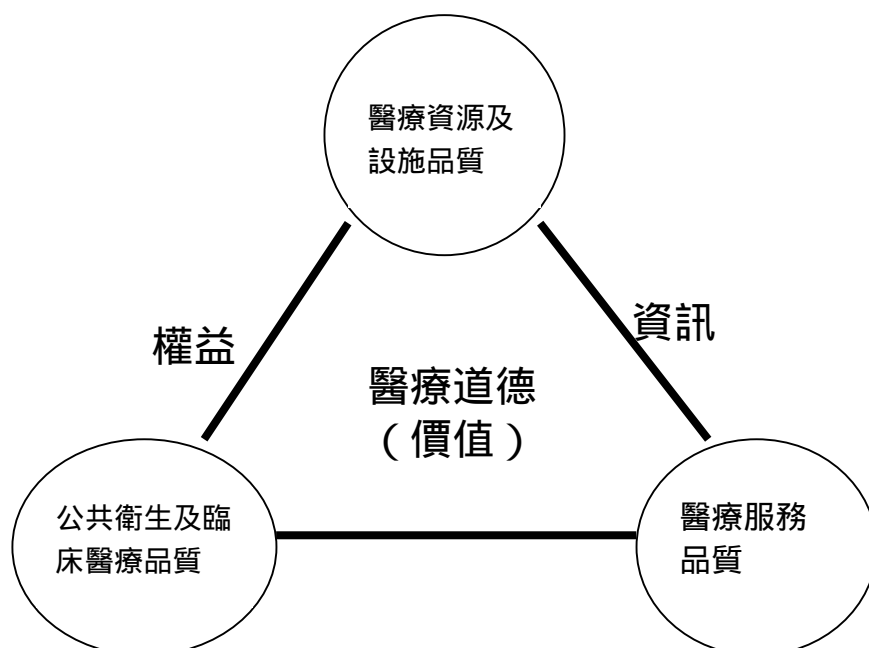
（二）公共衛生及臨床醫療品質：

四構面 19 項指標，分別有預防保健指標有 4 項、門診指標 1 項、住院指標 11 項以及急診面指標 3 項，詳如結果與討論段。

（三）醫療服務品質

參酌 JCAHO 與 SERVUQAL 提出六大構面 22 項指標為服務品質指標為主，經因素分析，得出六大構面：（1）設備與人員素質佳，（2）親切有醫德，（3）給予指導解說，（4）注重病人權益，（5）迅速回應病人要求，及（6）個人化的服務。

（四）醫療金三角觀念之建構



在整個醫療品質的架構中，本研究發現醫療道德(Medical Ethics)是其中一個很重要的範疇，但卻為先前的各項研究多所忽略。本研究認為：道德主要是指人際互動時用來判斷行為

的標準與原則，這些原則較易因人而異，是個人自覺的結果，由於醫療人員行為乃為「個人」面對醫療情境時所進行的決策過程關係及其影響，因此醫療個人道德問題亦是攸關醫療品質應注意之衡量構面。

二、本研究之主要建議如下：

- (一) 初步整理及篩選的(1)醫療資源及設施品質，(2)公共衛生及臨床醫療品質，及(3)醫療服務品質的黃金三角各含多個構面，各構面又含多項指標，為達進一步精簡的目的，宜接續以實證資料來加以測試，找出最適用指標。
- (二) 本計畫所提之醫療品質金三角的核心應為醫療道德。但此一概念尚待發展具效度與信度的測量指標，故持續發展醫德量表，為未來研究的重要方向。
- (三) 醫療品質指標需作綜合性的評估與呈現。故如何以醫療道德為核心，加上醫療品質金三角的具代表性指標，進而建構出綜合性的「醫療幸福指數」，是未來研究應達成的目標，若此一目標能實現，則對醫療政策的訂定將可提供關鍵性的資訊。

REFERENCE

- 中華民國醫務管理學會(2000), 臺灣醫療品質指標系統—品質指標手冊 TQIS, 第二版。
- 尹衍樑(1983), 就醫態度與轉院行為之關係研究, 台大商研所未出版之碩士論文。
- 日本經濟企畫廳 (1999), 新國民生活指標, 日本大藏省。
- 王乃弘(1995), 民眾對選擇醫院因素及態度之研究 以中部數家醫院為例, 中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
- 石曜堂(1978), 醫療品質評估, 醫院, 第 11 卷第 2 期, 頁 106-109。
- 江東亮(1999), 醫療保健政策—臺灣經驗 巨流出版社, p38
- 江瑞清、楊靜倪(1997), 醫院管理改革趨勢, 管理雜誌, 第 275 期, 頁 78-81。
- 行政院研究發展考核委員會(1999), 評估醫院醫療品質指標。
- 行政院衛生署(2000), 民國八十八年衛生統計動向。
- 行政院衛生署(2000), 醫療網第四期計畫 (核定本) --新世紀健康照護計畫。
- 何宜真(1999), 住院病人對醫療品質之認知及其評估能力之初探, 台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文, 民國 88 年。
- 吳秀玲(2000), 醫師工作權之研究—以醫療正義、醫療政策及醫療倫理為論述中心, 中原大學財經法律研究所碩士論文。
- 吳肖其(1999), 評估醫院醫療品質指標, 行政院研究發展考核委員會。
- 吳青芬(1991), 公保聯合門診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。
- 周逸衡、凌儀玲、關復勇(2000), 行銷人員行銷道德決策過程之研究, 交大管理學報, 第二十卷, 第一期, 1-28
- 周繼文(1995), 服務品質量表發展方法與程序之研究, 交通大學工業工程研究所碩士論文。
- 財團法人台灣醫療改革基金會 (2002), 台灣醫療品質民意調查(II)。
- 姚開屏(2001), 台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊。
- 姚開屏(2001), 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊。
- 洪正芳、楊明欽、黃子賢、虞善琦、楊錦坤、張彥輝(1998), 醫療資源綜合評估指標之建立, 中華衛誌, 第十七卷六期
- 張文瑛(1987), 民眾選擇醫院考慮之研究, 國立政治大學企業管理研究所未出版之碩士論文。
- 張采琨(1996), 醫院醫療服務品質指標認知差距之實證研究, 政治大學會計研究所碩士論文。
- 張荳雲 (1998), 醫療與社會-醫療社會學初探, 巨流出版社。
- 張貽晴(1999), 急診醫療服務品質衡量模式之研究 以某醫學中心之實證為例, 國立成功大學工業管理科學研究所碩士論文。
- 陳佩妮 (1996), 台灣地區醫療品質指標適用性之探討, 國立台灣大學公共衛生學研究所碩

士論文。

曾麗蓉(1988), 醫院門診服務品質之實證研究, 國立政治大學企業管理研究所未出版之碩士論文。

湯玲郎(1999), 醫療服務品質與顧客滿意度之關係研究, 第一屆服務業績管理研討會論文集, 頁 149-157。

楊哲銘、王鳳君、洪啟宗、邱文達 (2000), 區域醫院推動馬里蘭醫療品質指標計劃之實證經驗, 醫院, 第三十三卷六期, 頁 17-25

廖熏香、楊漢泉 (2000), 淺談台灣醫療品質指標計畫, 醫院, 第三十三卷四期, 頁 7-11

鍾國彪(1997), 臨床品質指標簡介, 醫院, 第三十卷五期, 頁 37-45

韓揆(1995), 醫療品質管理及門診服務品質定性指標, 中華衛誌, 第 13 期, 頁 35-53。

Alexander, Cheryl S., and Becker, Henry J.(1978), "The Use of Vignettes in Survey Research," Public Opinion Quarterly, 42(Spring), 93-104

Ann, Bowling(1997), Measuring health : a review of quality of life measurement scales, Buckingham ; Philadelphia : Open University Press

Babakus, E., and W. G. Mangold(1992), " Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation," Health Service Research, Vol.26: 767-786.

Boerstler, H., R.W. Foster, E.J., O'Connor, J.L., O'Brien, S.M. Shortell, J.M. Carmen, and E.F.X. Hughes(1996), "Implementation of Total Quality Management:Conventional Wisdom Versus Reality", Hospital & Health Services Administration, Vol.41:143-159

Bowers, M.R., J.E. Swan, and W.F. Keohler(1994), "What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery?," Health Care Management Reivew, Vol.19, No.4: 49-55

Brown, S.W., S.J. Bronkesh, A. Nelson, and S.D. Wood(1993), Patient Satisfaction Pays:Quality Service for Practice Success. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

Carvin, D.A.,(1987),"Competing on the Eight Dimensions of Quality," Harvard Business Review, Vol.65:101-109

Connor, Stephen J., R.M. Shewchuk, and M.R. Bowers(1992), "A Model of Service Quality Perceptions and Health Care Consumer Behavior, " Journal of Hospital Marketing, Vol. 6, No.1: 69-92

Connor, Stephen J., Hanh Q. Trinh, and Richard M. Shewchuk(2000), "Perceptual Gaps in understanding patient expectations for Health Care Service Quality", Health Care Management Review, Vol.25, No.2:7-23

Donabedian, A. (1985), "Explorations in Quality Assessment and Monitoring," Vol. III:The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Mi:Health Administration Press.

Elbeck, M. (1987), "An Approach to Client Satisfaction Measurement as an Attribute of Health Services Quality," Health Care Management Review, Vol.12, No.3:47-52

Fisher, A. W. (1971), "Patients' Evaluation of Medical Care," Journal of medical Evaluation, March, 238-244.

- Fletcher, Robert H. (1983) , Medical S. O'Malley, Jo Anne Earp, Terry A. Littleon,
- Gillon R.(1994) Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 309(6948):184-8
- Hulka, B.S., J.C. Cassel, L.L. Kupper, and J.A. Burdette(1976), "Communication, Compliance, and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications," *American journal of Public Health*, Vol.66:847-853
- Hunt, S. D. and Vasquez-Parraga, Arturo Z. (1993), "Organizational Consequence, Marketing Ethics, and Salesforce Supervision," *Journal of Marketing Research*, 30, 78-90
- Hyde, P. C. (1986), "Setting Standars in Healty Care", *Quality Assurance*, Vol.12,June,57-59
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations,(1996), 1996 Accreditation Manual for Hospitals, Vol.2,Oakbrook terrace,IL.
- Jones, Thomas M. (1991), "Ethical Decision Making by Individuals in Organizations: An Issue-Contingent Model," *Academy of Management Review*, 16 (2), 366-395.
- Jun , Minjoon, Robin T. Peterson, and George A. Zsidisin,(1998),"The Identification and Measurement of Quality Dimensions,"*Health Care Manage Rev*, 23(4)
- Koska, M.T. (1990), "High Quality Care and Hospital Profits: Is There a Link?, " *Hospitals*, Vol.64, No.5:62-63
- Kenia, M. Casarreal, Jack L. Mills, and Mary Ann Plant(1986), "Improving Service Through Patient Surveys in a Multihospital Organization", *Hospital & Health Service Administration*, .76-80.
- Linn, Lawrence S. , M. Robin DiMatteo, Berry L. Chang, and Dennis W. Cope, (1984)"Cosumer Value and Subsequent Satisfaction Rating of Physician Behavior " , *Medical Care*, Vol. 22, No.9 : 804-812.
- Lu, L.C. , Rose, G. M. and Blodgett, Jeffrey G. (1999), "The Effects of Cultural Dimensions on Ethical Decision Making in Marketing: An Exploratory Study," *Journal of Business Ethics*, 18(1), 91-105
- McDowell, Ian, and Newell, Claire(1996), *Measuring health : a guide to rating scales and questionnaires* / Ian McDowell, Claire Newell, New York : Oxford University Press
- Mark J. Atkinson, and Sharon Zibin(1996), *Quality of Life Measurment among Persons with Chronic Mental Illness: A Critique of Measures and Methods*. Health Canada.
- Nadzam, D.M. (1991)," Development of Medication-Use Indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations," , *Am J. Hosp. Pharm* , Vol.38:1925-1928
- NHS(1999), *National surveys of NHS patients. General practice 1998*. NHS
- O'Connor, J.Stephen, Richard M. Shewchunk, Michael R. Bowers, (1991), "A Model of Service Quality Perceptions and Health Care Consumer Behavior", *Journal of Hospital Marketing*, Vol. 6, No.1 : 62-69.
- Parasuraman, A., Valerie A. Zithaml, and Leonard L.Berry (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and it Implication for Future Research," *Journal of Marketing*, Vol. 49(Fall):41-50.
- Parasuraman, A., Valerie A. Zithaml, and Leonard L. Berry (1988), " SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service," *Journal of Retailing*, Vol. 64(Spring):12-40.

- Rao, C. P. and Singhapakdi, Anusorn (1997), "Marketing Ethics: A Comparison between Services and Other Marketing Professionals, " *The Journal of Services Marketing*, 11 (6), 409-426.
- Scardina, S.A.(1994), "SERVQUAL: A Tool for Evaluation Patient Satisfaction with Care," *Journal of Nursing Care Quality*, Vol.8:No.2: 38-46
- Schwartz P.(1996) Medical ethics under managed care. *International Journal of Fertility & Menopausal Studies*. 41(2):124-8,
- Singhapakdi, A. and Vitell, S. J. (1990), "Marketing Ethics: Factors Influencing Perceptions of Ethical Problems and Alternatives," *Journal of Macromarketing*, 12 (Spring), 4-18.
- Singhapakdi, A. , Vitell S.J. and Leelakulthanit, Orose (1994), "A Cross-cultural Study of Moral Philosophies, Ethical Perceptions and Judgements," *International Marketing Review*,11(6), 65-78
- Singhapakdi, A. ,Vitell, S. J. and Kraft, Kenneth L. (1996), "Moral Intensity and Ethical Decision-Making of Marketing Professionals," *Journal of Business Research*, 36, 245-255.
- Sower, Victor, JoAnn Duffy, William Kilbourne, Gerald Kohers, and Phyllis Jones(2001) "The Dimensions of Service Quality for Hospitals:Development and Use of the KOCAH Scale," *Health Care Manage Rev*, 26(2):47-59
- Steffen, T.M., P.C. Nystrom, and S.J. O'Connor(1996), " Satisfaction with Nursing Homes:The Design of Employee's Jobs Can Ultimately Influence Family Members Perceptions," *Journal of Health Care Marketing*, Vol.16, No. 3:34-38
- Taylor, S. A. (1994), "Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies," *Hospital & Health Services Administration*, Vol.39:221-236.
- Taylor, S. A., and J.J. Cronin (1994), "Modeling Patient Satisfaction and Service Quality," *Journal of Health Care Marketing*, Vol.14, No.1: 34-44
- Taylor, S. A. , and T.L. Baker(1994), "An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Consumer's Purchase Intentions," *Journal of Retailing*, Vol.70:168-178
- Vitell, Scott J.and Singhapakdi, Anusorn (1991) ,"Factors Influencing the Perceived Importance of Stakeholder Groups in Situations Involving Ethical Issues," *Business and Professional Ethics Journal*, 53-73
- Vitell, Scott J., Rallapalli, Kumar and Singhapakdi , Anusorn (1993), "Marketing Norms: The Influences of Personal Moral Philosophies and Organizational Ethical Culture." *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(Fall), 331-337.
- Woodside, A. G., L.L. Frey, and R.T. Daly(1989), "Linking Service Quality, Customer Satisfaction , and Behavioral Intention," *Journal of Health Care Marketing*, Vol.9, No.4: 5-17
- Zeithaml, Valarie a. and Mary Jo Bitner, (2000), *Service Marketing: integrating customer focus across the firm*, 2nd ed. McGraw-Hill Press

國民醫療品質之研究

親愛的先生、小姐：您好！

很高興您能抽空填寫這份資料，在此先感謝您的熱心協助。這是一份由國科會永續發展會特別支持的學術研究問卷，目的在瞭解國民對醫療品質的看法。

我們想借重您日常生活中就診的經驗，提供本研究作為分析之用。在回答問題時請您從病患角度來作答，問卷結果將作學術研究用，您的資料絕對保密，請您安心作答。

敬祝您

健康快樂

台灣大學醫療機構管理研究所
嘉義大學行銷與流通管理研究所

薛亞聖博士

凌儀玲博士

民國 91 年

第一部份 醫療溝通與藥品資訊

- 1、請問您最近一次去看病的時候，您是去醫療院所、診所，還是衛生所？
醫療院所（請問哪一家 _____） 診所 衛生所
- 2、請問那次看病時，診間裡面有沒有其他的病人也在診療室？
有 沒有
- 3、請問您那一次看病的時候，有沒有向醫師說明您的病情？
有，大概說了 _____ 分鐘 沒有
- 4、那您覺得那一次與醫師的溝通程度如何？
非常足夠 很足夠 還算足夠 有點不足夠 很不足夠
- 5、就您的印象，那次醫師在為您診療的時間，大概花了幾分鐘？
2 分鐘 3-5 分鐘 6-10 分鐘 10 分鐘以上 不知道
其他 _____ 分鐘
- 6、請問您那一次看病，藥袋上有沒有說明各種藥品的名稱？
有 沒有 不知道（不記得）
- 7、請問您平常在看完病、拿到藥以後會不會去注意藥袋或藥品上所標示的保存方式（或有限期限）？
會 不會
- 8、依您目前所繳的全民健保費，和您個人可以得到的醫療品質來比較，您認為：
很合理 合理 還算合理 不合理 很不合理

第二部份 就診品質

這部分主要是針對您 <u>那一次看診的經驗</u> ，對以下各項服務屬性的感受表達您的看法。請您在選擇的 打勾。	您對左列問題的感受程度為何？				
	很好	好	沒感覺	差	很差
1. 這家醫療院所具有先進的診療設施					
2. 這家醫療院所的診療設施值得信賴					
3. 醫護人員有整齊清爽的外表					
4. 整體設備、人員安排與診療性質應相互協調					
5. 能確實履行對患者所作的承諾					
6. 患者就診時表示關心並幫助解決					
7. 一次就能提供正確的診治					
8. 能在答應的時間為患者服務					
9. 能正確的保存患者資料與就診資料					
10.能清楚的告訴患者何種情況下會使用何種藥物					
11.有服務患者的意願					
12.不會因為太忙而疏於回應患者					
13.能重視患者就診資料的隱私保密和安全					
14.人員的服務行為會建立起患者的信心					
15.醫療的診察會讓患者有安心的感覺					
16.有足夠知識能解答患者的問題					
17.服務人員能保持對患者的禮貌					
18.有提供申訴抱怨處理管道					
19.診療時間能方便所有的使用者					
20.醫護人員不存私心並以患者的利益為優先					
21.醫護人員清楚瞭解患者個別的特殊需求					
22.請問您對以上醫療服務品質屬性之整體水準					

第三部份 個人基本資料

1. 性別： 男 女
2. 請問您是民國幾年出生的？ _____
3. 請問您最高學歷是什麼？
國中（含以下） 高中或高職 專科 大學 研究所以上
4. 職業：
學生 農 工 商 軍公教 服務業 其他:_____
5. 所得（每月）： 15000 元以下 15001-20000 元 20001-30000 元
30001-35000 元 35001-40000 元 40001 元以上
6. 請問您現在是住在哪一個縣市？ _____ 縣（市）

問卷到此為止，感謝您的協助！