

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

子計畫三：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(II)

計畫類別：整合型計畫

計畫編號：NSC91-2621-Z-002-009-

執行期間：91年08月01日至92年07月31日

執行單位：國立臺灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所

計畫主持人：薛亞聖

共同主持人：凌儀玲

計畫參與人員：蔡君婷、吳時捷、陳厚任、張嘉珍、陳玫樺、黃昱瞳

報告類型：完整報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 92 年 10 月 31 日

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(II)
※

Constructing National Life Quality Indicators -the Health Care Dimensions (II)

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC91-2621-Z-002-009

執行期間： 91年 08月 01日至 92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：蔡君婷、吳時捷、陳厚任、張嘉珍、陳玫樺、
黃昱瞳

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

嘉義大學行銷與流通研究所

中華民國 92年 10月 29日

目錄

	頁碼
目錄.....	i
摘要.....	ii
壹、研究背景及目的	1
貳、文獻探討	
一、醫療設施品質	3
二、醫療臨床品質	4
三、醫療服務品質	7
(一)、量表 (SERVQUAL) 之相關實證研究	
(二)、量表之比較	
參、研究方法、進行步驟及執行進度	11
一、90 年度研究成果	11
二、91 年計劃執行概況	15
(一) 醫療資源、設施品質、公共衛生及臨床醫療品質指標方面	
(二) 醫療服務品質調查部分	
肆、研究結果.....	27
一、世界衛生組織資料分析結果	27
(一) 世界衛生組織相關指標擇要之描述性統計	
(二) 具有解釋能力的健康品質相關指標結果	
二、問卷調查結果	30
(一) 有效問卷之樣本結構	
(二) 整體樣本對服務品質、滿意度與推薦意圖之看法	
(三) 各縣市醫療知覺品質、滿意度與推薦意圖狀況	
(四) 四大地理區域的醫療服務品質比較	
伍、結論與討論	44
一、醫療資源及與設施品質指標及公衛與臨床醫療品質指標	44
二、醫療服務品質指標	44
三、研究限制	45
四、未來研究建議	45
陸、參考文獻.....	46
附錄一、問卷.....	49

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(II)

Constructing National Life Quality Indicators -the Health Care Dimensions (II)

摘要

追求台灣的永續生存，除了追求環境的品質很重要，生活的品質也同等重要。在生活品質的追求上，休閒與醫療又是其中不可或缺的核心成分。為能正確反映生活品質的良窳，建構有效的指標提供資訊作為決策參考至為重要，因此，本研究的目的即在找尋與提出關鍵性的生活指標，而以醫療品質為例。

本年度的研究重點已從廣泛搜集相關指標，進展到確認關鍵性，且可國際互比的指標。經採用世界衛生組織對所有會員國例行性搜集建立的健康與醫療、社會資源指標，以迴歸模式找出具有解釋力的指標，及對全台灣地區民眾作隨機抽樣之電腦輔助 (CATI) 電話訪查，最後篩選出三大類七項指標系統：(一)、健康指標 (四項)：平均餘命、60 歲以上人口健康年之平均餘命、幼童死亡率、及 12 歲齲齒、缺齒、補綴牙齒數；(二) 醫療資源指標 (二項)：每 10 萬人口醫師數、平均每人政府醫療支出；(三) 服務品質 (一項)：就醫民眾之整體性就醫滿意度，可作為呈現國人醫療品質之關鍵性指標。未來應可再進一步發展出綜合性之「醫療幸福」指標，以作為政府政策制訂之參考。

關鍵詞：生活品質、醫療品質、健康指標、醫療資源指標、服務品質、電腦輔助電話調查 (CATI)

Abstract

Life quality is as important as environmental quality for realizing a sustainable development in Taiwan. The quality of leisure and health care are the core of life quality. In order to reflect the quality of those dimensions accurately, suitable key indicators are crucial to the provision of such information for policy making. Therefore, the purpose of this research is to identify the critical indicators to health care.

The indicator system employed by the World Health Organization (WHO) is selected as the reference base, the authors use OLS model to indentify significant health and social resources indicators for explaining important outcome of health status. A computer aided telephone interview (CATI) was conducted to collect data on people's opinion on quality of health services. There are three typology (Seven indicators) were identified as crucial indicators after those procedures: (1) Health indicators : life expectancy at birth, healthy life expectancy at 60 years old, child mortality, DMFT at age 12, (2) Health care resources: physicians per 100,000 population, per capita governmental health care expenditure, and (3) service quality: overall patient satisfaction on health services. A further development of a summarized single indicator from the above indicators can be the future direction of research.

Keyword: life quality, health care quality, health indicator, health care resources, service quality, computer aided telephone interview (CATI).

壹、研究背景及目的

隨著社會之快速變遷，台灣人民早已脫離四、五十年前經濟匱乏的生存格局，其中最為明顯的即是 84 年全民健康保險制度的實施與 88 年開始工作時間的急遽縮減。而當生活的意義已經從以往以生存為必要條件之焦點，一舉翻轉成為提昇人們生活素質的思維時，我們實有必要重新去詮釋所謂「富裕生活」的真正內涵。因此本整合計劃之研究目的，乃針對近來在我們生活當中產生極大「質變」的二十大構面：「醫療」與「休閒」進行調查研究，藉以瞭解民眾在就醫的醫療人權以及休閒文化對工作蓄力、個人成長、家庭關係、人際網絡和社會適應的影響程度，希望透過漸進與分年整合的方式，建立台灣地區醫療品質與休閒品質指標的完整評估資訊。本研究計劃為二年期整合計劃之子計劃，計劃之目的在於建構台灣地區永續性醫療品質指標，研究重點在第一年（90 年）是指標的建立與預試，第二年（91 年）則進行抽樣調查與資料蒐集，並對建構醫療品質指標系統提出初步架構。

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，而不僅僅只是免於疾病或虛弱（a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity）」。在半世紀以前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」。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，更可反應出目前社會民眾健康相關生活品質狀況。

台灣地區對於醫療品質的重視，可追溯自民國七十五年醫療法的頒佈，其在第一章第一條即開宗明義指出「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」等項，藉以規範醫療業務，另明文規定辦理醫院評鑑，以評估醫院醫療品質好壞。另外，民國八十九年行政院衛生署結束醫療網第三期計畫，民國九十年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，辦理醫院評鑑部分，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）。

醫療品質可以從醫師、病人、消費者的觀點來考量，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平價(江瑞清、楊靜倪，1997)。

其次「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，結果均很高。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。

也因此邁入二十一世紀之際，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之工具亦蓬勃發展中，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量測階段。

九十年之研究重點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，經過彙整後，歸納可分成結構面、過程面及結果面。就過程面來看，包含醫德、看診過程。醫療道德部分，為深入瞭解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；而看診過程部分，則為調查醫師看診時間、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。臺北市政府衛生局已推行保障民眾就醫權利的活動，即民眾就醫時會有一張「就醫權利單張」，告知病人就診時能擁有的權利義務。結果面的部分，除了基本描述性統計數字，例如：死亡率；還有包括藥品標示情況、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，故本研究原先期待能從重要醫療品質的指標可以來測量「民眾生病之壓力指數」，瞭解民眾是否能(able)用到、負擔得起高品質醫療照護。同時，擬提出以醫療道德為中心之『醫療品質金三角』作為研究架構，由「醫療設施品質」、「醫療臨床品質」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。惟經 91 年 12 月 27 日在台灣大學第二學生活動中心所舉辦的國科會永續會計劃研究成果發表會，才正確瞭解到永續會的系列計劃所追求的是一整體性對台灣永續生存下所能提出對政府有政策決策幫助的指標資訊，故其先決條件在於資料的實際可得性與能和國際指標之比較性。因此，第二年之計劃即依此加以修正，故本研究的目的在找尋與提出關鍵性的生活指標，而以醫療品質為例，詳如第三章方法段之說明。

貳、文獻探討

一、醫療設施品質

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五大構面 43 項。其中健康安全指標有 23 項、社會扶助指標 9 項、自由度指標 2 項、舒適度指標 5 項以及預防指標 4 項等(表 1)。

表 1 全體國民健康指標

健康安全保障指標(23 項)	定義	出處
全國每萬人口醫師數	醫師數/每萬人口	洪正芳等人(1998)
開業醫數		PLI(1999)
護理人員數		PLI(1999)
急診室數		PLI(1999)
住院率		PLI(1999)
一般病床數		PLI(1999)
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)
平均餘命		PLI(1999)
粗死亡率	一年死亡人數/年中人口數	洪正芳等人(1998)
嬰兒死亡率	一年死亡嬰兒數/年中嬰兒數	洪正芳等人(1998)
成人病人之死亡率		PLI(1999)
十大死因		PLI(1999)
病因別疾病死亡率	一年死於某病人數/年中人口數	江東亮(1999)
醫療費用支出佔 GDP 比例	該年醫療費用支出/全國人口數	江東亮(1999)
醫療費用佔家庭支出比率		PLI(1999)
後天疾病醫療照護費用佔全國醫療費用之比率		PLI(1999)
每人每年醫療費用支出	一年全國醫療費用支出/全國人口數	江東亮(1999)
被保險人口比率(台灣)	保險人口數/全國人口數	江東亮(1999)
平均救護車到達時間		PLI(1999)
緊急醫療救援距離	5 公里/實際公里數	洪正芳等人(1998)
意外事件導致殘障比例	意外事件導致傷殘人數/意外事件總人數	洪正芳等人(1998)
社會救助、扶助指標(9 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(相對於 65 歲以上人口)		PLI(1999)
安養之家數		PLI(1999)

老人專設院所容量（相對於 65 歲以上人口）		PLI(1999)
補差額床佔總床數比率		PLI(1999)
療養機構	療養機構床數/每萬老年人口	洪正芳等人(1998)
日間照護	日間照護床數/每萬老年人口	洪正芳等人(1998)
居家照護	居家護理師數/每萬老年人口	洪正芳等人(1998)
自由度指標(2 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)
補差額床佔總床數比率		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)
預防指標(4 項)	定義	出處
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	洪正芳等人(1998)
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	洪正芳等人(1998)
肥胖度	$\geq \text{BMI} = ?$ 的總人數/全國總人數	洪正芳等人(1998)
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	洪正芳等人(1998)
初次健檢年齡分佈		洪正芳等人(1998)

表格整理：本研究

二、醫療臨床品質

根據美國的健康照護機構聯合評鑑委員會（Joint Commission of American 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人照護，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人照護，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，相關以過程（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」測量績效指標（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「指標測量系統」

(Indicator Measurement System), 簡稱 IMS、美國馬里蘭醫院協會發展的品質指標計畫 (Quality Indicator Project)、美國醫療照護財務管理局 (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); 國內部分有台灣醫務管理學會所彙整收錄的台灣醫療品質指標系列 (Taiwan Health Care Indicator Series, 簡稱 THIS)、以及鍾國彪等人也做過醫療品質指標的探討 (鍾國彪等, 1997; 廖熏香、楊漢泉, 2000)。

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。

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、測試評估病人照護品質的方法, 並定期檢討各項醫療品質指標執行的成效及醫療流程, 以使病人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, 到由於成果卓著, 目前已包含來自全世界 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)。

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, 醫策會並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此套 QIP 計畫, 並以『台灣醫療品質指標計畫』(Taiwan Quality Indicators Project: TQIP) 名稱藉助此以臨床結果為導向的指標提高醫療專業的參與意願, 並提供國際性標竿學習的基礎, 致力於品質指標計畫之推動並立刻受到醫界高度的注意, 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。

TQIP 目前已建立四季的台灣地區醫療品質指標資料檔, 雖然長期趨勢仍需更長久之投入, 但一年的資料卻也透露出相當之訊息 (廖熏香、楊漢泉, 2000)。綜合以上所述, 本計畫認為臨床醫療品質指標亦可由四大構面來涵蓋:

門診面指標、住院面指標、手術面指標以及急診面指標共 37 項指標做評估，而每一構面的評估均涵蓋結構、過程與結果等三方面的表現。其中門診面指標有 5 項、住院指標 16 項、手術面指標 6 項以及急診面指標 10 項(表 2)。

表 2 臨床醫療品質指標

指 標		定 義
門診指標(5 項)		
結構	看診專任主治醫師比率	看診之專任主治醫師數／看診之主治醫師總數
結構	超過 60 人診次之診次	看診超過 60 人次之診次／門診總診次
結構	專科醫師比率	專科醫師人數／醫師總人數
結果	門診處方箋錯誤率	門診處方箋異常張數／門診處方箋總張數
過程	非預期性之門診手術後轉住院之比率	
住院指標(16 項)		
結構	醫師病床比	全院醫師總數／總病床數
結構	護理人員病床比	護理人員總人數／總病床數
結構	行政人員病床比	行政人員總人數／總病床數
過程	非事先安排重返開刀房之比率	
過程	住院期間醫療意外事件發生率	
結果	院內感染率	院內感染總人次／總住院人日數 (1/1000)
結果	手術傷口感染率	手術傷口感染人次／手術總人次
結果	住院藥物錯誤率	住院病人藥物錯誤次數／總住院人數
結果	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
結果	平均住院日	出院病人之住院總人日數／出院總人次
結果	住院病人超過 30 天比率	住院超過 30 天之住院人次／總住院人次
結果	粗死亡率	住院病人死亡數／總出院人次
結果	病人年齡小於 40 歲之住院死亡率	病人年齡小於 40 歲之住院死亡人數／年齡小於 40 歲之出院人次
結果	佔床率	
結果	非預期 14 日內再度住院率	
結果	解剖率	
手術指標(6 項)		
結果	剖腹產率	
結果	初次剖腹產率	
結果	新生兒死亡率	
結果	手術後死亡率(24 小時、48 小時、十日)	
結果	麻醉死亡率	
結果	產婦死亡率	
急診指標(10 項)		
結構	急診專科主治醫師比	急診專科主治醫師人數／急診主治醫師人數
過程	急診轉院率	急診轉院人次／急診總人次
過程	急診轉住一般病床比率	急診轉住一般病床人次／急診總人次
過程	急診轉住加護病床比率	急診轉住加護病床人次／急診總人次
過程	急診病人平均候診時間	急診病人總候診時間／急診總人次
過程	急診等待手術時間超過 30 分鐘比率	急診病人等待手術時間超過 30 分鐘人次／急診送開刀房手術總人次
結果	急診就診後死亡率	急診就診後死亡總人數／急診總人次
結果	48 小時內重返急診比率	48 小時內重返急診總人次／急診總人次

結果	急診病人輸錯血事件發生率	急診病人發生輸錯血總人次／急診總人次
結果	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

三、醫療服務品質

英國 NHS 於 1998 年進行一項全國性調查，瞭解病人所感受到一般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，並能充分提供有關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。

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人知覺，因為病人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，醫療供應者重視病人的感受，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 就視病人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，但必須由瞭解病人的期待著手，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。

(一)、量表 (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人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 量表最廣為使用(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，包括有：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。

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、病人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)

反應性是指幫助病人提供立即服務的意願。此項構面強調在處理病人的要求、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，告知新病人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，是病人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)

同理心是指給予病人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人是獨一無二而且是特別的。因為多數的病人希望醫療人員能夠了解並且重視他們（張苙雲，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)。當病人—特別是新病人，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，此可能會破壞病人的好印象。

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，能反應出解除痛苦、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。

(二)、量表之比較

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 用於一般性評估病人知覺面的感受，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、病人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	處理病人的要求、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	同理心是指給予病人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、進行步驟及執行進度

本研究計劃為二年期整合計劃之子計劃，計劃之目的在於建構台灣地區與永續性醫療品質指標。各年之工作重點為：第一年（90 年）指標的建立與預試；第二年（91 年）進行首次抽樣調查與資料蒐集。

一、90 年度研究成果

研究架構確立

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）。

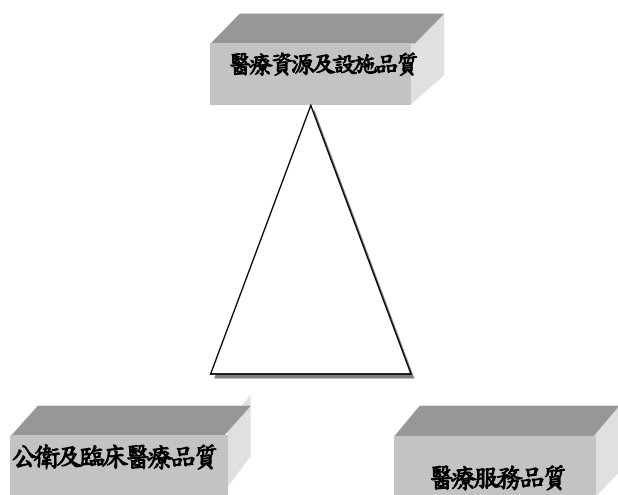


圖 1：醫療品質金三角研究架構圖

指標訂定與前側

本計畫根據醫療品質金三角(Health Care Quality Triangle)作為分析架構，研究初步結果分述如下：

1、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 5)。

表 5 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

2、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6)。

表 6 公衛及臨床醫療品質指標

指 標	定 義
預防保健指標 (4 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 (11 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

3、醫療服務品質指標

由於此部份為初級資料之蒐集，故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。在信度方面：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，Cronbach alpha 值分別為 0.928 與 0.947，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。在建構效度方面，則利用因素分析結果發現共可萃取出 6 個因素構面，而累積解釋量為 78.33%，因此初步問卷內容基本上符合效度之要求（表 7）。

表 7 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

二、91 年計劃執行概況

91 年研究重點:按照 91 年 12 月 27 日永續會研究成果發表大會中所獲回饋,修正本年度計畫目標,為重新找尋適當之醫療資源及設施品質指標,公共衛生及臨床醫療指標,及重新對醫療服務及品質問題做大幅修正,並進行全國性之抽樣調查,以找尋對台灣永續生存能提出有用資訊之指標為目的,茲將上述目標之執行方法分述如下:

(一) 醫療資源、設施品質、公共衛生及臨床醫療品質指標方面

改為主要以世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 對會員國例行搜集的指標為參考架構,包括下列四大類:健康指標、醫事人力指標、口腔衛生指標、以及預防注射及免疫指標。

1. 健康指標擇要,例如下表 (錄自世界衛生組織網站:

<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=usa&language=en>)

United States of America

Population estimates	
Indicator	Value
Total population (000), 2001	285,925
Annual population growth rate (%), 1991 to 2001	1.1
Dependency ratio (per 100), 2001	51
Dependency ratio (per 100), 1991	53
Percentage of population aged 60+ years, 2001	16.2
Percentage of population aged 60+ years, 1991	16.6
Total fertility rate, 2001	2.0
Total fertility rate, 1991	2.0
Health indicators, 2001	

Indicator	Value	Uncertainty Interval
Life expectancy at birth (years)		
Total population	77.0	
Males	74.3	73.9 - 74.8
Females	79.5	79.4 - 79.7
Child mortality (probability of dying under age 5 years) (per 1000)		
Males	9	8 - 9
Females	7	7 - 8
Adult mortality (probability of dying between 15 and 59) (per 1000)		
Males	144	137 - 153
Females	83	82 - 86
Healthy life expectancy at birth (years)		
Total population	67.6	
Males	66.4	65.8 - 67.5
Females	68.8	67.9 - 70.2
Healthy life expectancy at age 60 (years)		
Males at age 60	14.9	14.5 - 15.7
Females at age 60	16.6	16.2 - 17.3
Expectation of lost healthy years at birth due to poor health (years)		
Males	8.0	
Females	10.7	
Percentage of total life expectancy lost due to poor health (%)		
Males	10.8	
Females	13.5	
Selected national health accounts indicators		

Indicator	Value
Per capita GDP in international dollars, 2000	34,637
Total health expenditure	
Total expenditure on health as % of GDP, 2000	13.0
Per capita total expenditure on health at average exchange rate (US\$), 2000	4,499
Per capita total expenditure on health in international dollars, 2000	4,499
Public health expenditure	
General Government expenditure on health as % of total expenditure on health, 2000	44.3
General Government expenditure on health as % of total general government expenditure, 2000	16.7
Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$), 2000	1,992
Per capita government expenditure on health in international dollars, 2000	1,992
Sources of public health expenditure	
Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health, 2000	33.7
External resources for health as % of general government expenditure on health, 2000	.0
Private health expenditure	
Private expenditure on health as % of total expenditure on health, 2000	55.7
Sources of private health expenditure	
Prepaid plans as % of private expenditure on health, 2000	62.5
Out-of-pocket expenditure on health as % of total expenditure on health, 2000	15.30

2. 醫事人力指標，例如下表（錄自世界衛生組織網站

http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm?path=whosis,health_personnel&language=english)

Country	Rate per 100,000 population / Year									
	Physicians		Nurses		Midwives		Dentists		Pharmacists	
Afghanistan	11.0	1997	18.0	1997 ^a	1.0	1997	2.0	1997

Albania	129.0	1998		380.0	1998		59.1	1994		31.5	1996		40.6	1994	
Algeria	84.6	1995		297.8	1995		?	?		28.2	1995		?	?	
Andorra	253.0	1998		283.0	1998		9.4	1998		53.1	1998		89.1	1998	
Angola	7.7	1997		114.5	1997		4.3	1997		.0	1997		?	?	
Antigua and Barbuda	113.6	1996		330.3	1996		?	?		18.2	1996		?	?	
Argentina	268.4	1992		76.8	1994		?	?		66.2	1997		?	?	
Armenia	316.0	1998		481.0	1998		48.1	1998		27.6	1998		3.8	1998	
Australia	240.0	1998		830.0	1998		40.0	1998		40.0	1998		?	?	
Austria	302.0	1998		532.0	1998		18.6	1997		47.2	1998		52.8	1997	
Azerbaijan	360.0	1998		767.0	1998		137.0	1998		27.1	1998		33.1	1998	
Bahamas	151.8	1996		229.7	1996		?	?		25.4	1996		?	?	
Bahrain	100.0	1997		283.0	1997	^a		9.0	1997		20.0	1997	
Bangladesh	20.0	1997		11.0	1997		?	?		?	?		?	?	
Barbados	125.4	1993		330.3	1993		?	?		16.1	1993		?	?	
Belarus	443.0	1998		1182.0	1998		67.6	1998		40.6	1998		30.7	1998	
Belgium	395.0	1998		1075.0	1996		65.0	1996		68.2	1998		145.0	1998	
Belize	54.8	1996		82.0	1996		?	?		10.6	1996		?	?	
Benin	5.7	1995		20.4	1995		7.9	1995		.3	1995		?	?	
Bhutan	16.0	1995		39.0	1995		56.0	1995		?	?		?	?	

3. 口腔衛生計畫, 例如下表 (錄自世界衛生組織網站)

<http://www.whocollab.od.mah.se/countriesalphab.html>)

Global DMFT for 12-year-olds	1.74	Year of estimate: 2001	For more info, click
---------------------------------	------	---------------------------	-------------------------

Last update: October 9, 2003

A

Country/Area	Year	DMFT	WHO Region	Language
Afghanistan	1991	2.9 ¹	EMRO	E
Albania	1996	2.9	EURO	E
Algeria	1987	2.3	AFRO	F/A
Andora	-	-	EURO	-
Angola	1981	1.7	AFRO	F
Anguilla	1991	2.5	AMRO	E
Antigua and Baruda	1988-89	0.7	AMRO	E
Argentina	1987	3.4	AMRO	F
Armenia	1985-90	2.4	EURO	E
Australia	1998	0.8	WPRO	E
Austria	1997	1.7	EURO	E
Azerbaijan	-	-	EURO	E

1

B

Country/Area	Year	DMFT	WHO Region	Language
Bahamas	2000	1.6	AMRO	E
Bahrein	1995	1.4	EMRO	E/A
Bangladesh	2000	1.0	SEARO	E
Barbados	1983	4.4	AMRO	E
Belarus	2000	2.7	EURO	E
Belgium	1998	1.6	EURO	F
Belize	1999	0.6	AMRO	E
Benin	1998	0.8	AFRO	F
Bhutan	1985	1.4	SEARO	E
Bolivia	1995	4.7	AMRO	E
Bosnia and Herzegovina	1997	6.2	EURO	E
Botswana	1981	0.5	AFRO	E
Brazil	1996	3.1	AMRO	F/E
Brunei Darussalam	1994	4.9	WPRO	E
Bulgaria	2000	4.4	EURO	F
Burkina Faso	1993	1.7	AFRO	F
Burundi	1987-88	1.0	AFRO	F

4. 預防注射與免疫, 例如下表 (錄自世界衛生組織網站)

<http://www.who.int/vaccines/GlobalSummary/Immunization/CountryProfileResult.cfm>)

Immunization Profile - United States of America

Development status:	Developed economy	GNI / capita (US\$):¹	34,100	Infant (under 12 months) mortality rate:²⁸	7
		GDP / capita (US\$):¹	34,142	Child (under 5 years) mortality rate:²⁸	8

Population data in thousands ²

	2002	2001	2000	1999	1998	1990	1980
Live births	4,228	4,189	4,145	4,102	4,073	4,104	3,532
Female 15-49 years	73,323	72,974	72,602	72,207	71,788	67,514	59,605
Pop. less than 15 years	62,852	62,536	62,200	61,849	61,475	55,671	51,904
Pop. less than 5 years	20,612	20,480	20,421	20,450	20,549	19,746	16,777
Surviving infants	4,161	4,117	4,074	4,045	4,042	4,017	3,420
Total population	291,038	288,025	285,003	281,975	278,948	255,712	231,428

Number of reported cases

Diphtheria	1	2	2	1	1	4	3
Measles	37	116	85	100	100	27,786	13,506
Pertussis	8,296	5,396	7,122	7,298	6,279	4,570	1,730
Polio	0	-	0	0	0	0	8
Tetanus (neonatal)	0	0	0	-	-	0	0
Tetanus (total)	27	27	26	32	34	64	95
Yellow fever	1	0	0	-	0	-	-

Immunization Schedule

Hovering over an antigen reveals its fuller definition

Vaccine	Schedule	Vaccine	Schedule
---------	----------	---------	----------

DT 2, 4, 6, 15-18 months; 4-6 years; (if pertussis vaccine is

	contraindicated)		
		MMR	12-15 months; 4-6 years;
DTaP	2, 4, 6, 15-18 months; 4-6 years;	Pneumo_conj	2, 4, 6, 12-15 months;
HepA	12-18 years; +6-8months; (also high risk adults)	Pneumo_ps	65 years; (also HR medical conditions - all ages)
HepB	birth-2, 1-4, 6 months; (also high risk adults)	Td	11-18 years; (booster every 10 years)
Hib	2, 4, 6-18 months; 4-6 years;	Varicella	12-18 months; (also susceptible adults)
Influenza	6 months-49 years; 6 months-8 years; (high risk: >49 years (medical condition: all; 2nd dose: 1st time vaccinees))		

System performance

% of districts had:<50% DTP3 coverage	0	% of districts had: 50-59% DTP3 coverage	0	% of districts had: 60-69% DTP3 coverage	0
% districts had: 70-79% DTP3 coverage	0	% districts had: >=80% DTP3 coverage	1	% districts had: >=90% MCV coverage	1
% of districts had < 10% drop-out rates	1	% of districts had no stock out in vaccine supply	1	% of districts have had at least one supervisory visit of all health facilities	0
% wastage for DTP vaccine	5	% wastage for HepB vaccine	5	% wastage for Hib vaccine	5

以上四大類例行搜集指標以世界衛生組織 191 個會員國 2000 年的相關資料作下列模式之 OLS 迴歸，以確認有解釋能力之指標作為本研究納入之指標架構初步項目。其中依變數主要以健康指標（平均餘命、60 歲以上人口健康年之餘命、幼童死亡率、口腔衛生指標），自變數則是其他三項指標：醫事人力指標、預防注射幾免疫指標）為主，迴歸線如下列公式：

$$1. Y_i = \alpha + \beta_1 \text{醫師數}/10 \text{萬人口} + \beta_2 \text{護士數}/10 \text{萬人口} + \beta_3 \text{60歲以上老年人口}\% + \beta_4 \text{人口成長率} + \beta_5 \text{GDP}/\text{人口} + \beta_6 \text{政府醫療支出}/\text{人口} + \beta_7 \text{私人醫療支出}\% + \varepsilon$$

其中， Y_i 分別為

1. 平均餘命

2. 60歲以上人口健康年之餘命

$$2. \text{齲齒、缺齒與補綴之牙齒數}(12 \text{歲時 DMFT}) = \alpha + \beta_1 \text{牙醫師數}/10 \text{萬人口} + \beta_2 \text{GDP}/\text{人口} + \beta_3 \text{政府醫療支出}/\text{人口} + \beta_4 \text{私人醫療支出}\% + \varepsilon$$

上述模式中之 GDP/人口變項，因資料缺損嚴重，故正式檢測時，本變項並未包括在內，對模式的解釋力稍有影響。然從過去資料來看，GDP 與政府醫療支出通常存有正相關關係，故尚能反映經濟程度對健康的影響。此外，相關之測量，例如就醫的可近性，設施、設備品質等，均併入醫療服務品質內進行民眾意見調查，詳見下一節之說明。

(二) 醫療服務品質調查部分

有關醫療品質衡量，除了來自醫療供給面的指標以外，本研究也希望藉由初級資料的蒐集，瞭解需求面向的民眾，對於他們所接收到的醫療感受，此一部份採問卷方式取得。詳細說明如下：

1、問卷設計及信效度分析

正式施測之調查問卷經由研究人員擬定後，首先邀請兩位學者針對問項內容進行內容效度檢核，經過專家意見作修正後完成問卷設計（附錄一為調查原始問卷）。在信度方面的內部一致性 Cronbach alpha 值為 0.845，符合信度標準。

2、調查對象

本次調查對象為台灣本島地區(不包含金門縣、連江縣及澎湖縣)，十八歲以上且兩個星期內有去看過病(不包含牙醫、中醫)之一般民眾。

3、抽樣方法與抽樣誤差

主要採電話訪問方式進行，樣本電話號碼的前七碼或前八碼為中華電信局所提供的台灣省各縣市電話號碼，後兩碼則以電腦亂數隨機產生。在 在百分之九

十五信心水準下，抽樣誤差為：

$$\text{抽樣誤差} = 1.96 \times \sqrt{\frac{(0.5)(0.5)}{n}} \quad n = \text{有效樣本數，故本次調查抽樣誤差為 3\%。}$$

執行時間為民國 92 年 7 月 16 日至 7 月 21 日，所用調查樣本總數共 35,776 個，由於許多樣本電話號碼因無人接聽、空號、忙線、傳真、公司行號等因素而無法成功接觸，故實際接觸樣本總數為 7,444 個，其中包含兩星期內沒有去看病或有看病但未滿 18 歲的無合格受訪者 6,123 個，中途拒訪者 253 個，總計完成之有效樣本數共 1,068 份，訪問成功率為 80.84%。

4、樣本代表性檢定

以卡方檢定(Chi-square Test)縣市、性別及年齡的受訪樣本結構是否符合母體特性，檢定公式如下：

H_0 (虛無假設)：樣本符合母體特性

H_1 (對立假設)：樣本不符合母體特性

$$X^2 = \sum_i \sum_j \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

X^2 ：卡方值

O_{ij} ：觀察值個數

E_{ij} ：期望值個數

縣市結構檢定

縣市	E_{ij}	O_{ij}	$\frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$
台北市	130	132	0.03
高雄市	73	72	0.01
基隆市	19	17	0.21
新竹市	18	19	0.06
台中市	46	46	0.00
嘉義市	13	13	0.00

台南市	36	36	0.00
台北縣	174	174	0.00
宜蘭縣	22	22	0.00
桃園縣	82	82	0.00
新竹縣	21	20	0.05
苗栗縣	27	27	0.00
台中縣	70	70	0.00
彰化縣	62	62	0.00
南投縣	26	25	0.04
雲林縣	36	36	0.00
嘉義縣	28	28	0.00
台南縣	54	53	0.02
高雄縣	60	62	0.07
屏東縣	44	44	0.00
台東縣	12	11	0.08
花蓮縣	17	17	0.00
總和	1,068	1,068	0.57

$X^2=0.57$ 自由度 =21 $P-Value =1$

性別檢定

性別	E_{ij}	O_{ij}	$\frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$
男	541	519	0.89
女	527	549	0.91
總和	1,068	1,068	1.79

$X^2=1.79$ 自由度 =1 $P-Value =0.180$

年齡檢定

年齡	E_{ij}	O_{ij}	$\frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$
64歲以下	941	930	0.12
65歲以上	127	138	0.89
總和	1,068	1,068	1.01

$X^2=1.01$ 自由度 =1 $P-Value =0.314$

綜合以上檢定結果，所有 $P-Value > \alpha = 0.05$ ，故皆不拒絕 H_0 (虛無假設)，

即表示縣市、性別及年齡之受訪樣本結構皆符合母體特性。

5、分析方法

本研究將使用 SPSS 統計軟體來進行電腦分析，各項統計方法如下：

(1) 描述性統計分析（採百分比分析）

本研究將針對受訪者之基本資料及受訪者的對醫療服務服務及滿意度進行描述性統計分析。

(2) 交叉分析

以交叉分析探討各因素之間的關係，並依此做為後續研究之依據。

(3) 因素分析

將醫療服務品質各細項以因素分析方法萃取幾個主要構面，以供比較之用。

肆、研究結果

一、世界衛生組織資料分析結果

(一) 世界衛生組織相關指標擇要之描述性統計

表 8 所示，為 191 個世界衛生組織會員國 2000 年之相關指標（健康指標、醫事人力指標、口腔衛生指標、以及預防免疫系統指標），未列出統計之各項指標主要為資料缺損嚴重，故已自原摘要表中刪除，故得到 23 項細目資料。

表 8、世界衛生組織例行搜集之健康相關指標描述性統計表

變項	平均值	標準差	最小值	最大值
總人口（千）	32053.490	122992.92	2.00	1292378.00
人口成長率	1.554	1.25	-2.90	5.00
扶養比（%）	66.199	18.64	39.00	111.00
60 歲以上人口	9.777	6.04	3.30	24.30
生育率	3.356	1.81	1.10	8.00
平均餘命（總）	65.101	11.73	34.20	81.40
平均餘命（男）	62.792	11.10	32.70	78.20
平均餘命（女）	67.502	12.47	35.90	84.70
幼童死亡率（男）	66.880	70.32	4.00	328.00
幼童死亡率（女）	60.524	65.86	3.00	298.00
60 歲健康餘年（男）	10.253	2.89	4.90	17.10
60 歲健康餘年（女）	12.755	2.88	7.49	20.71
每人總醫療支出	573.089	773.23	3.00	4499.00
每人政府醫療支出	392.435	563.12	2.00	2518.00
私人醫療支出（%）	38.247	18.57	1.10	89.50
齲齒、缺齒、補綴牙數	2.256	1.43	0.30	8.10
醫師數（10 萬人口）	146.030	136.98	2.30	664.00
護士數（10 萬人口）	333.279	361.70	5.00	2162.00
牙醫師數（10 萬人口）	30.304	31.58	0.00	152.00
產前照護率（%）	73.760	24.07	8.00	100.00
在機構生產率（%）	58.381	32.55	2.00	100.00
一歲以下嬰兒死亡率（男）	1688.780	4242.61	0.00	21793.00
一歲以下嬰兒死亡率（女）	1296.190	3264.79	0.00	16769.00

（二）具有解釋能力的健康品質相關指標結果

從表 9 可以看出，影響平均餘命最主要的資源因素為醫師數及平均每人政府醫療支出。凡醫師數越多，每人政府醫療支出越高者，平均餘命越長。

對 60 歲以上人口之健康年平均餘命數，無論男女，其結果與一般人口之平均餘命之資源影響因素相同。同樣的，幼童死亡率無論男女，亦呈現醫師數越多，死亡率越低。此一結果，明確指出，若能掌握兩個重要指標，即可顯示健康水準：一為醫師數，一為平均每人政府醫療支出。牙醫方面則結果較為不尋常，每 10 萬人口牙醫師越多，12 歲時 DMFT（齲齒、缺齒數）也越高，但平均每人政府醫療支出越高，則 12 歲時 DMFT 越低。此一結果，可能為牙科之疾病與一般之疾病略有不同，牙醫越多，越可能對牙疾加以治療，也因此 12 歲時 DMFT 反會顯得越高，但無論如何，政府的醫療支出則對降低 12 歲時 DMFT 有顯著的效果。

表 9、醫療及社會資源指標對健康指標解釋力之 OLS 迴歸模式結果

自變項/應變項	平均餘命	60 歲健康餘命 (男)	60 歲健康餘命 (女)	兒童死亡率 (男)	兒童死亡率 (女)	齲齒、缺牙、補綴之牙齒顆數 (12 歲時 DMFT)
截距	62.285 (2.806) **	7.774 (0.541) **	10.139 (0.49) **	58.507 (18.243) **	48.155 (17.121) **	2.303 (0.337) **
醫師數/10 萬人口	0.032 (0.008) **	0.004 (0.001) **	0.004 (0.001) **	-0.175 (0.050) **	-0.170 (0.047) **	---
護士數/10 萬人口	-0.003 (0.003)	-0.001 (0.001)	-0.001 (0.000) *	0.015 (0.017)	0.013 (0.016)	---
牙醫師數/10 萬人口	---	---	---	---	---	0.013 (0.005) **
60 歲以上人口%	-0.022 (0.218)	0.078 (0.042)	0.138 (0.038) **	0.923 (1.414)	1.147 (1.327)	---
人口成長率	-1.798 (0.683) **	-0.292 (0.132) *	-0.269 (0.119) *	17.121 (4.441) **	16.820 (4.168) **	---
每人政府醫療支出	0.008 (0.002) **	0.003 (0.000) **	0.003 (0.000) **	-0.034 (0.011) **	-0.031 (0.010) **	-0.001 (0.000) **
私人醫療支出	0.001 (0.034)	0.017 (0.007) *	0.010 (0.006)	0.080 (0.221)	0.108 (0.208)	-0.002 (0.007)
R_{adj}^2	0.506	0.730	0.777	0.430	0.430	0.043

* : P < 0.05

** : P < 0.01

二、問卷調查結果

民眾對於醫療品質的觀感，本研究透過問卷蒐集方式共得到 1068 個樣本個數，有關樣本相關內容說明如下：

(一) 有效問卷之樣本結構

1068 個有效樣本之人口特徵結構分佈，根據回收的樣本，男女比例約各佔一半，男性佔 48.6%、女性佔 51.4%；25-45 歲佔 40.9% 最多；受訪者在教育程度上則以高中職佔多數，有 28.0%，其次則為小學以下與大學程度，分別是 21.5% 與 18.8%；職業方面，無職業者與家管者約佔 4 成之多，其次是商業從業人員 19.2%；個人收入方面，因涉及敏感問題，約有二成左右受試者拒答，而回答者裡，收入在二萬以下佔半數 (49.9%) (表 10)。

受試者看病的地點主要以醫院(54.5%)與診所(43.4%)為主，當時看診時診間裡面有其他病人在場的比例高達 46.0%，由此可知，對於病人的隱私方面仍有待加強 (表 10、11)。

表 10 人口統計變數表

變數	分類標準	次數	百分比
性別	男	519	48.6
	女	549	51.4
年齡	18 歲以下	15	1.4
	18-24 歲	119	11.1
	25-45 歲	437	40.9
	46-64 歲	359	33.6
	65 歲以上	138	12.9
教育程度	小學以下	230	21.5
	國中及以下	134	12.5
	高中職	299	28.0
	專科	158	14.8
	大學	201	18.8
	研究所及以上	36	3.4
	拒答	10	0.9
職業	軍、警、公、教人員	92	8.6
	商業從業人員(含服務業)	205	19.2
	工業從業人員	135	12.6
	自由業(律師、會計師、醫師及專業技師)	78	7.3
	家庭管理	180	16.9

	學生	95	8.9
	農林魚牧從業人員	27	2.5
	無職業者	242	22.7
	拒答	14	1.3
個人月收入	二萬元以下	92	8.6
	二萬元至未滿三萬元	205	19.2
	三萬元至未滿四萬元	135	12.6
	四萬元至未滿五萬元	78	7.3
	五萬元至未滿六萬元	180	16.9
	六萬元至未滿七萬元	95	8.9
	七萬元至未滿八萬元	27	2.5
	八萬元至未滿九萬元	242	22.7
	九萬元至未滿十萬元	14	1.3
	十萬元以上	92	8.6
		拒答	205
居住地區	台北市	132	12.4
	高雄市	72	6.7
	基隆市	17	1.6
	新竹市	19	1.8
	台中市	46	4.3
	嘉義市	13	1.2
	台南市	36	3.4
	台北縣	174	16.3
	宜蘭縣	22	2.1
	桃園縣	82	7.7
	新竹縣	20	1.9
	苗栗縣	27	2.5
	台中縣	70	6.6
	彰化縣	62	5.8
	南投縣	25	2.3
	雲林縣	36	3.4
	嘉義縣	28	2.6
	台南縣	53	5.0
	高雄縣	62	5.8
	屏東縣	44	4.1
	台東縣	11	1.0
花蓮縣	17	1.6	
	總和	1,068	100.0

表 11 最近一次去看病地點

項目	樣本數	百分比
醫院	586	54.9
診所	464	43.4
衛生所	18	1.7
總和	1,068	100.0

表 12 那次看病的時候，診間裡面有沒有其他病人在場？

	樣本數	百分比
有	491	46.0
沒有	577	54.0
總和	1,068	100.0

(二) 整體樣本對服務品質、滿意度與推薦意圖之看法

1. 醫療服務品質各細項分析

醫療服務品質方面，整體的平均數高達 4.06 分（5 點量表），由此發現受試民眾對目前的醫療服務品質多數是滿意的。但若以各細項進一步分析時，研究結果顯示，有些項目低於總平均數甚多，例如等待時間（第 22 題）為 3.24 分、提供方便看診的時間（第 29 題）是 3.26 分，明顯低於整體平均數（表 13）。

表 13 對各項醫療品質的看法

	平均分數 (標準差)	非常不同 意	不同意	沒意見	同意	非常同意
醫師對您病情的解說清不清楚？	4.17 (0.979)	18 (1.7%)	99 (9.3%)	30 (2.8%)	454 (42.5%)	467 (43.7%)
醫師有沒有給您充分的時間問問題？	3.98 (1.189)	52 (4.9%)	133 (12.5%)	52 (4.9%)	375 (35.1%)	456 (42.7%)
那一家醫院/診所/衛生所口碑很好、很可靠？	4.13 (0.842)	12 (1.1%)	53 (5.0%)	86 (8.1%)	548 (51.3%)	369 (34.6%)
那一家醫院/診所/衛生所離你住的地方很近(或交通方便容易到達)？	3.86 (1.396)	113 (10.6%)	148 (13.9%)	4 (0.4%)	315 (29.5%)	488 (45.7%)
那一家醫院/診所/衛生所的建築環境很新、很漂亮？	3.82 (1.076)	21 (2.0%)	186 (17.4%)	49 (4.6%)	523 (49.0%)	289 (27.1%)
那一家醫院/診所/衛生所的醫療設備很新、很進步？	3.79 (1.059)	20 (1.9%)	156 (14.6%)	146 (13.7%)	453 (42.4%)	293 (27.4%)
那一家醫院/診所/衛生所，員工，包括醫護人員，穿著整齊乾淨？	4.51 (0.722)	6 (0.6%)	31 (2.9%)	16 (1.5%)	370 (34.6%)	645 (60.4%)
那一家醫院/診所/衛生所會按時完成各項服務？	4.23 (0.997)	19 (1.8%)	76 (7.1%)	94 (8.8%)	331 (31.0%)	548 (51.3%)
那一家醫院/診所/衛生所有提供充分	4.08	16	117	70	427	438

的服務人員和設備來為你服務？	(1.021)	(1.5%)	(11.0%)	(6.6%)	(40.0%)	(41.0%)
您那次看病，當您遇到問題時，該院所員工，包括醫護人員會表示同情並使您安心？	3.96 (1.055)	26 (2.4%)	101 (9.5%)	155 (14.5%)	391 (36.6%)	395 (37.0%)
那一家醫院/診所/衛生所各種紀錄，包括收帳金額、病歷的資料都是正確的？	4.24 (0.864)	6 (0.6%)	16 (1.5%)	218 (20.4%)	307 (28.7%)	521 (48.8%)
那一家醫院/診所/衛生所有事先主動告訴您醫療流程，讓您有心理準備？	3.75 (1.337)	71 (6.6%)	200 (18.7%)	92 (8.6%)	264 (24.7%)	441 (41.3%)
那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員對您的服務都很迅速？	4.25 (0.864)	17 (1.6%)	72 (6.7%)	21 (2.0%)	474 (44.4%)	484 (45.3%)
那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，都很親切、樂意為病人	4.40 (0.832)	16 (1.5%)	43 (4.0%)	17 (1.6%)	419 (39.2%)	573 (53.7%)
那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，因為太忙而讓您等很久？	3.24 (1.368)	210 (19.7%)	399 (37.4%)	16 (1.5%)	318 (29.8%)	125 (11.7%)
那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，可以信任？	4.26 (0.838)	11 (1.0%)	43 (4.0%)	78 (7.3%)	465 (43.5%)	471 (44.1%)
那一家醫院/診所/衛生所員工，包括醫護人員的辦事，讓您很安心？	4.27 (0.875)	13 (1.2%)	57 (5.3%)	54 (5.1%)	448 (41.9%)	496 (46.4%)
那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，很有禮貌？	4.35 (0.814)	12 (1.1%)	47 (4.4%)	19 (1.8%)	465 (43.5%)	525 (49.2%)
那一家醫院/診所/衛生所的員工(包括醫護人員，有使您覺得受到關注？	3.95 (1.102)	35 (3.3%)	133 (12.5%)	65 (6.1%)	449 (42.0%)	386 (36.1%)
那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，跟您的溝通良好？	4.27 (0.839)	10 (0.9%)	57 (5.3%)	40 (3.7%)	492 (46.1%)	469 (43.9%)
那一家醫院/診所/衛生所，有站在病人的設想？	3.95 (1.050)	27 (2.5%)	106 (9.9%)	138 (12.9%)	423 (39.6%)	374 (35.0%)
那一家醫院/診所/衛生所不能提供對所有病人都很方便的看病時間？	3.26 (1.359)	224 (21.0%)	351 (32.9%)	108 (10.1%)	248 (23.2%)	137 (12.8%)
整體來說，您那次看病的整個過程是安全的？	4.49 (0.712)	4 (0.4%)	21 (2.0%)	50 (4.7%)	369 (34.6%)	624 (58.4%)
整體醫療服務品質平均數	4.06 (0.50%)					

2. 醫療服務品質因素分析

為簡便後續分析之需，本研究利用因素分析將醫療服務品質各問項反應作縮減，以達歸納整理目的。首先進行 Bartlett 球型檢定顯著且計算 KMO 值為 0.89，符合進行因素分析之前提，接著以主成分分析之最大變異數轉軸法，取特徵值大於 1 及因素負荷量大於 0.4 者，共得到五個因素構面，累積解釋異為 55%。根據內容分別命名為：信賴保證性（因素一）、同理心（因素二）、反應性（因素三）、有形性（因素四）、以及即時性（因素五）（表 14）。

五個因素構面的平均分數依序分別為 4.27、4.24、3.96、3.90、以及 3.57。

雖然總平均分數達 4.06 分，然而卻可發現除了信賴保證與同理心二構面大於 4.06

分以外，在反應性、有形性以及即時性的分數則相對較低，特別是即時性方面僅有 3.57 分，表示受試民眾對於按時完成各項服務、不讓病人久候、及看診時間方便性方面較不滿意。

表 14 醫療服務品質因素分析表

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：信賴保證性 (4.27)				
口碑好可靠	0.492			
醫護人員穿著整齊乾淨	0.533			
遇到問題時，表示同情並使您安心	0.368			
紀錄正確	0.536	3.385	15.39	15.39
可以信任	0.785			
醫護人員辦事安心	0.748			
過程安全	0.648			
因素二：同理心 (4.24)				
服務迅速	0.579			
親切、樂意為病人	0.709			
有禮貌	0.745	2.881	13.094	28.48
受到關注	0.472			
溝通良好	0.454			
因素三：反應性 (3.96)				
醫師對您病情的解說清楚	0.631			
醫師給您充分的時間問問題	0.646	2.251	10.230	38.71
事先主動告訴您醫療流程	0.573			
病人的設想	0.476			
因素四：有形性 (3.90)				
建築環境新穎	0.752			
醫療設備新穎	0.686	2.03	9.23	47.94
提供充分的服務人員和設備服務	0.415			
因素五：即時性 (3.57)				
按時完成各項服務	0.412			
不因太忙而讓病人久等	0.562	1.568	7.13	55.07
看診時間方便性	0.744			

3. 滿意度與推薦意圖之分析

本研究另以三題問項詢問受試民眾對整體滿意度、推薦意願，以及與保費相

比的滿意度進行分析。研究結果顯示，整體滿意度高達 4.32 分，推薦意願為 3.91 分，但受試民眾認為所繳的全民健保費與所得到的醫療服務比較之滿意度則為 3.43 分，僅屬於中等滿意程度（表 15）。

表 15 滿意度與推薦意圖之分析

	平均分數 (標準差)	非常不滿 意	不滿意	沒意見	滿意	非常滿意
對那次看病的經驗滿不滿意	4.32 (0.804)	14 (1.3%)	43 (4.0%)	15 (1.4%)	507 (47.5%)	489 (45.8%)
如果親朋好友有需要，會推薦那一家醫院/診所/衛生所	3.91 (1.129)	54 (5.1%)	100 (9.4%)	107 (10.0%)	431 (40.4%)	376 (35.2%)
所繳全民健保的保費，和您個人所得到的醫療服務來比較之滿意度	3.43 (1.250)	109 (10.2%)	182 (17.0%)	109 (10.2%)	475 (44.5%)	193 (18.1)

（三）各縣市醫療知覺品質、滿意度與推薦意圖狀況

此一部分是針對各縣市受訪者作比較分析，試圖找出對各項醫療資源較滿意及較不滿的縣市，如此才能了解各縣市未來應加強的醫療品質為何。同時為了比較上的方便易懂，在 22 題醫療服務品質項目的比較上，改採五個因素構面作檢測比較。

1. 整體醫療服務品質之比較

各縣市之整體醫療整體服務品質平均分數若以 4.06（整體樣本）為標準，分數越高者表示受訪者對整體醫療品質越高，表 16 顯示，在 22 縣市的資料當中，高於平均者有十二個縣市，顯見大部分的縣市居民都對居住地的整體醫療服務品質甚滿意，其中台中市為最高（4.24），但表現較不理想的有基隆市(3.78)、嘉義市(3.96)、以及嘉義縣(3.99)（以陰影表示）。

五個服務品質構面的比較結果顯示，在信賴保證性方面，分數較高者是台東縣，較低者有基隆市、嘉義縣市、花蓮縣、以及台南市，但整體而言，全部的縣市均是 4 分以上，因此可以得知民眾對所接收到的醫療品質是有信心的(表 15)；在同理心方面，除了基隆市（3.81）明顯偏低以外，其他縣市受試者反應也都大於 4 分；在反應性的感受上，則以台中縣（3.80）與高雄縣、市（3.82）較差；

有形性的比較則是以嘉義市（3.61）、新竹縣（3.67）、宜蘭縣（3.70）三縣市的反應普偏較差；即時性則是整體的反應都不好，特別是基隆市居民不到3分，屬於最不滿意的（2.92），其次是新竹縣、台中縣、高雄市、台北市（表 17-21）。

表 16 各縣市之醫療整體服務品質比較

醫療服務品質構面	縣市	人數	平均數	標準差
整體醫療服務品質 (4.06)	台北市	132	4.02	0.508
	高雄市	72	4.00	0.448
	基隆市	17	3.78	0.780
	新竹市	19	4.14	0.568
	台中市	46	4.24 (1)	0.377
	嘉義市	13	3.96	0.511
	台南市	36	4.03	0.496
	台北縣	174	4.01	0.515
	宜蘭縣	22	4.19 (2)	0.405
	桃園縣	82	4.01	0.446
	新竹縣	20	4.00	0.612
	苗栗縣	27	4.19 (2)	0.427
	台中縣	70	4.03	0.464
	彰化縣	62	4.18 (3)	0.360
	南投縣	25	4.08	0.490
	雲林縣	36	4.13	0.551
	嘉義縣	28	3.99	0.677
	台南縣	53	4.11	0.539
	高雄縣	62	4.08	0.462
	屏東縣	44	4.23	0.460
	台東縣	11	4.22	0.481
花蓮縣	17	4.10	0.569	
Total	1068	4.06	0.497	

表 17 各縣市對醫療服務品質『信賴保證性』比較

醫療服務品質構面	縣市	人數	平均數	標準差
因素一：信賴保證性 (4.27)	台北市	132	4.24	0.563
	高雄市	72	4.22	0.474
	基隆市	17	4.08	0.834
	新竹市	19	4.32	0.638
	台中市	46	4.44	0.411
	嘉義市	13	4.13	0.658
	台南市	36	4.17	0.563
	台北縣	174	4.24	0.556
	宜蘭縣	22	4.38	0.523
	桃園縣	82	4.22	0.488
	新竹縣	20	4.21	0.589
	苗栗縣	27	4.37	0.436
	台中縣	70	4.31	0.477
	彰化縣	62	4.34	0.419
	南投縣	25	4.26	0.500

	雲林縣	36	4.28	0.596
	嘉義縣	28	4.07	0.767
	台南縣	53	4.29	0.632
	高雄縣	62	4.27	0.546
	屏東縣	44	4.38	0.550
	台東縣	11	4.53 (1)	0.350
	花蓮縣	17	4.15	0.579
	Total	1068	4.27	0.544

表 18 各縣市對醫療服務品質『同理心』比較

	縣市	人數	平均數	標準差
因素二：同理心 (4.24)	台北市	132	4.19	0.629
	高雄市	72	4.11	0.632
	基隆市	17	3.81	1.143
	新竹市	19	4.21	0.787
	台中市	46	4.43	0.476
	嘉義市	13	4.11	0.700
	台南市	36	4.15	0.650
	台北縣	174	4.16	0.758
	宜蘭縣	22	4.44	0.358
	桃園縣	82	4.13	0.635
	新竹縣	20	4.23	0.718
	苗栗縣	27	4.36	0.509
	台中縣	70	4.20	0.675
	彰化縣	62	4.41	0.481
	南投縣	25	4.25	0.636
	雲林縣	36	4.38	0.579
	嘉義縣	28	4.29	0.802
	台南縣	53	4.29	0.741
	高雄縣	62	4.36	0.560
	屏東縣	44	4.47	0.564
台東縣	11	4.38	0.797	
花蓮縣	17	4.38	0.678	
	Total	1068	4.24	0.664

表 19 各縣市對醫療服務品質『反應性』比較

	縣市	人數	平均數	標準差
因素三：反應性 (3.96)	台北市	132	3.93	0.787
	高雄市	72	3.82	0.806
	基隆市	17	3.84	1.139
	新竹市	19	4.17	0.866
	台中市	46	4.24	0.589
	嘉義市	13	3.90	0.740
	台南市	36	3.90	0.883
	台北縣	174	3.91	0.757
	宜蘭縣	22	4.27	0.698
	桃園縣	82	3.90	0.745

新竹縣	20	4.04	0.933
苗栗縣	27	4.16	0.864
台中縣	70	3.80	0.778
彰化縣	62	4.02	0.622
南投縣	25	4.22	0.546
雲林縣	36	4.08	0.727
嘉義縣	28	3.85	0.843
台南縣	53	3.98	0.771
高雄縣	62	3.82	0.795
屏東縣	44	4.27	0.579
台東縣	11	4.14	0.710
花蓮縣	17	3.88	0.992
Total	1068	3.96	0.772

表 20 各縣市對醫療服務品質『有形性』比較

	縣市	人數	平均數	標準差
因素四：有形性 (3.90)	台北市	132	3.79	0.781
	高雄市	72	3.96	0.610
	基隆市	17	3.92	1.096
	新竹市	19	3.84	1.01
	台中市	46	4.19	0.569
	嘉義市	13	3.61	0.859
	台南市	36	4.04	0.616
	台北縣	174	3.80	0.752
	宜蘭縣	22	3.70	0.789
	桃園縣	82	3.78	0.719
	新竹縣	20	3.67	0.891
	苗栗縣	27	4.16	0.518
	台中縣	70	3.90	0.850
	彰化縣	62	3.97	0.667
	南投縣	25	3.99	0.663
	雲林縣	36	3.96	0.831
	嘉義縣	28	3.95	1.017
	台南縣	53	3.94	0.794
	高雄縣	62	3.93	0.744
	屏東縣	44	3.88	0.951
	台東縣	11	4.24	0.978
	花蓮縣	17	4.12	0.707
Total	1068	3.90	0.772	

表 21 各縣市對醫療服務品質『即時性』比較

	縣市	人數	平均數	標準差
因素五：即時性 (3.90)	台北市	132	3.48	0.844
	高雄市	72	3.46	0.747
	基隆市	17	2.92	0.878
	新竹市	19	3.75	0.701
	台中市	46	3.57	0.810

	嘉義市	13	3.62	0.743
	台南市	36	3.62	0.672
	台北縣	174	3.50	0.827
	宜蘭縣	22	3.62	0.772
	桃園縣	82	3.59	0.819
	新竹縣	20	3.35	0.868
	苗栗縣	27	3.79	0.796
	台中縣	70	3.45	0.913
	彰化縣	62	3.87	0.695
	南投縣	25	3.48	0.908
	雲林縣	36	3.65	0.843
	嘉義縣	28	3.52	0.949
	台南縣	53	3.70	0.797
	高雄縣	62	3.66	0.715
	屏東縣	44	3.80	0.875
	台東縣	11	3.79	0.885
	花蓮縣	17	3.75	0.682
	Total	1068	3.57	0.819

1. 滿意度與推薦意圖之分析

民眾除了對醫療服務品質感受以外，在整體滿意度總平均分數為 4.32 分，各縣市得分最高者，依序是台東縣（4.64）、屏東縣（4.52）、以及高雄縣（4.50），較低的縣市為基隆市（3.59）與嘉義市（3.92）均低於 4 分以下，普遍認為對整體醫療滿意度反應為差（表 22）。

當被問到若親朋好友有需要時，是否會推薦該家醫院（診所）時，研究結果顯示，相對於高服務品質感受與高度滿意之後，推薦意圖則較為保守，總平均分數為 3.91 分。特別有趣的現象是花蓮縣民，其對整體醫療品質與滿意度都是非常地高（4.10 與 4 分），但推薦意圖反而是最低的（3.47），次低的則是基隆市（3.53），可能與整體服務品質與滿意度評價偏低所影響（表 23）。

有關醫療資源的觀感上，當被問到所繳的保費與所得到的醫療服務相比之滿意度時，整體的反應是較不好的，整體平均數為 3.43 分。特別是基隆市更是低於 3 分，僅達 2.65 分，而且南北兩大都市（高雄市、台北市）的居民也是敬陪末座，倒數第二、第三（3.15、3.19）（表 24）。

表 22 各縣市對醫療滿意度之比較

	縣市	人數	平均數	標準差
滿意度 (4.32)	台北市	132	4.32	0.823
	高雄市	72	4.17	0.904
	基隆市	17	3.59	1.278
	新竹市	19	4.16	0.119
	台中市	46	4.50 (3)	0.506
	嘉義市	13	3.92	1.188
	台南市	36	4.28	0.944

	台北縣	174	4.36	0.730
	宜蘭縣	22	4.36	0.727
	桃園縣	82	4.23	0.879
	新竹縣	20	4.25	0.716
	苗栗縣	27	4.19	1.075
	台中縣	70	4.41	0.602
	彰化縣	62	4.39	0.754
	南投縣	25	4.36	0.490
	雲林縣	36	4.47	0.654
	嘉義縣	28	4.21	1.031
	台南縣	53	4.34	0.783
	高雄縣	62	4.50 (3)	0.594
	屏東縣	44	4.52 (2)	0.628
	台東縣	11	4.64 (1)	0.505
	花蓮縣	17	4.00	1.176
	Total	1068	4.32	0.804

表 23 各縣市區民對醫療品質之推薦程度比較

	縣市	人數	平均數	標準差
推薦意圖 (3.91)	台北市	132	3.91	1.066
	高雄市	72	4.01	1.041
	基隆市	17	3.53	.419
	新竹市	19	3.74	1.408
	台中市	46	4.07	0.952
	嘉義市	13	3.77	1.536
	台南市	36	4.00	0.894
	台北縣	174	3.87	1.131
	宜蘭縣	22	3.91	0.921
	桃園縣	82	3.76	1.272
	新竹縣	20	3.90	1.071
	苗栗縣	27	3.63	1.445
	台中縣	70	3.99	1.056
	彰化縣	62	4.02	0.983
	南投縣	25	4.04	1.020
	雲林縣	36	4.14	1.125
	嘉義縣	28	3.71	1.487
	台南縣	53	3.96	1.192
	高雄縣	62	3.87	1.180
	屏東縣	44	4.07	1.169
台東縣	11	4.45	0.688	
花蓮縣	17	3.47	0.943	
	Total	1068	3.91	1.129

表 24 各縣市對健保費下醫療服務滿意比較

	縣市	人數	平均數	標準差
健保費下醫療服務滿意 (3.43)	台北市	132	3.19	1.354
	高雄市	72	3.15	1.218
	基隆市	17	2.65	1.367
	新竹市	19	3.58	1.216

	台中市	46	3.52	1.130
	嘉義市	13	3.38	1.261
	台南市	36	3.61	1.293
	台北縣	174	3.43	1.189
	宜蘭縣	22	3.36	1.255
	桃園縣	82	3.28	1.363
	新竹縣	20	3.20	1.508
	苗栗縣	27	3.67	1.038
	台中縣	70	3.50	1.271
	彰化縣	62	3.65	1.042
	南投縣	25	3.16	1.463
	雲林縣	36	3.69	0.951
	嘉義縣	28	3.43	1.260
	台南縣	53	3.42	1.292
	高雄縣	62	3.69 (3)	1.262
	屏東縣	44	3.98 (1)	1.000
	台東縣	11	3.73 (2)	1.191
	花蓮縣	17	3.59	1.326
	Total	1068	3.43	1.250

2. 各指標差異分析

進行單因子變異數分析的結果發現，各縣市在整體服務品質、滿意度與健保費下的醫療服務滿意水準有差異，但在信賴保證性、有形性與推薦意圖上則無差異存在（表 25）。

表 25 各縣市醫療服務、滿意度、推建議圖之變異數分析表

項目	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
整體醫療服務品質	8.03	21	0.382	1.566	.050*
因素一(信賴保證性)	6.80	21	0.324	1.095	0.347
因素二(同理心)	16.825	21	0.801	1.846	0.012**
因素三(反應性)	20.943	21	0.997	1.693	0.026**
因素四(有形性)	17.19	21	0.819	1.385	0.115
因素五(即時性)	24.80	21	1.181	1.789	.016**
滿意度	25.23	21	1.201	1.890	.009**
推薦意圖	22.12	21	1.053	0.823	.693
健保費下醫療服務滿意	55.56	21	2.693	1.750	0.019**

*P<0.01, **P<0.05

(四) 四大地理區域的醫療服務品質比較

若將 22 縣市所在地按地理區域分成北、中、南、東四大地理區進行分析時，研究結果顯示，從整體醫療品質的趨勢來看，東部>中部>南部>北部；而四個區域民眾對醫療滿意度的感受則差異不大，且在推薦意願的反應上也是保守的。但值得一提的是，東部居民可能民風純樸，雖然對醫療品質滿意，但推薦的意願卻是最底的（表 26）。進行單因子變異數分析得知，滿意度、推薦意圖、以及與健保費相比下的滿意度反應上，四個區域的民眾並無顯著差異。但整體服務品質的反應上，則是東部>中部>南部>北部（表 27）。

表 26 四大地理分布之整體醫療服務品質比較

醫療服務品質構面	縣市	人數	平均數	標準差
整體醫療服務品質 (4.06)	北部地區	471	4.02	0.516
	中部地區	203	4.13	0.424
	南部地區	344	4.08	0.507
	東部地區	50	4.16	0.475
因素一：信賴保證性 (4.27)	北部地區	471	4.24	0.556
	中部地區	203	4.34	0.448
	南部地區	344	4.25	0.579
	東部地區	50	4.33	0.522
因素二：同理心 (4.24)	北部地區	471	4.17	0.709
	中部地區	203	4.32	0.579
	南部地區	344	4.27	0.650
	東部地區	50	4.40	0.579
因素三：反應性 (3.96)	北部地區	471	3.94	0.797
	中部地區	203	4.02	0.684
	南部地區	344	3.94	0.781
	東部地區	50	4.11	0.815
因素四：有形性 (3.90)	北部地區	471	3.82	0.776
	中部地區	203	4.00	0.719
	南部地區	344	3.94	0.779
	東部地區	50	3.96	0.827
因素五：即時性 (3.57)	北部地區	471	3.51	0.836
	中部地區	203	3.61	0.840
	南部地區	344	3.63	0.787
	東部地區	50	3.70	0.757
滿意度 (4.32)	北部地區	471	4.28	0.853
	中部地區	203	4.42	0.619
	南部地區	344	4.34	0.817
	東部地區	50	4.30	0.886
推薦意圖 (3.91)	北部地區	471	3.83	1.176
	中部地區	203	4.02	1.000
	南部地區	344	3.97	1.158
	東部地區	50	3.88	0.940
	北部地區	471	3.32	1.288

	北部地區	471	3.32	1.288
	南部地區	304	3.53	1.200
	東部地區	50	3.52	1.249

表 27 各指標變異數分析表

項目	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	事後比較
整體醫療品質	2.439	3	0.813	3.316	.019**	東部>中部>南部>北部
因素一(信賴保證性)	1.902	3	0.634	2.146	0.093	NS
因素二(同理心)	5.736	3	1.912	4.374	0.005**	東部=中部=南部>北部
因素三(反應性)	2.163	3	0.721	1.208	0.305	NS
因素四(有形性)	5.911	3	1.970	3.330	0.019	中部=東部=南部>北部
因素五(即時性)	3.83	3	1.277	1.909	.0126	NS
滿意度	2.995	3	0.998	1.546	.201	NS
推薦意圖	6.370	3	2.123	1.668	.172	NS
健保費下醫療服務滿意	11.279	3	3.760	2.417	0.065	NS

*P<0.01, **P<0.05

伍、結論與討論

一、醫療資源及與設施品質指標及公衛與臨床醫療品質指標

去年度本研究曾以文獻探討的結果列出了數量龐大的醫療資源與設施品質指標，以及公衛與臨床醫療品質指標。在參加了 91 年 12 月 27 日的永續會研究成果發表會，很高興能得到了非常重要的意見回饋而能及時對本年度計劃目標加以修正。事實上，指標貴在不多，而在於具有指引重要決策的作用。而諸多指標，也的確普遍存在共線性的問題，導致指標越多，事實上只是一再重複其作用而已。例如，臨床設施的數量，一般會與醫事人力成正比，而醫療品質，也與醫事人力及醫療設施成正比，故往往只要找到關鍵的指標即可反映其他相關的指標。

經本研究的檢討發現，以最常被用來代表健康狀態的平均餘命，60 歲以上人口健康餘命年數，幼童死亡率等來看，有兩個指標具有非常明確的指引作用，即每 10 萬人口醫師數與平均每人政府醫療支出。此外，牙齒之保健而言，每 10 萬人口牙醫師數雖呈現負面作用，但平均每人政府醫療支出則具有正面幫助。

二、醫療服務品質指標

有關醫療服務品質調查，本研究將 22 項服務品質問項以因素分析進行構面的縮減與歸納，最後到五個構面，分別是：信賴保證性、同理心、反應性、有形性、以及即時性。此一結果與多數的研究相符(Parasuraman et al. 1988;JCAHO)，而藉由此次的調查結果也得知，台灣地區的民眾對於醫療服務品質大多持肯定的態度（以五點量表衡量，平均分數高達 4.06 分），尤其是對醫療的信賴與保證最為滿意，但由研究結果也看出民眾對於反應性與即時性的服務品質表現較不滿意。

除了服務品質以外，民眾對整體醫療的滿意度也相當高（4.32），但若進一步作推薦的意願則反應不夠熱切，特別是東部地區的民眾，雖然滿意但卻較為保守。此外，對於個人財務支出的健保費所得到的醫療服務滿意度，相形之下則偏

低(3.43)，此一結果確實值得主管單位加以重視，是否民眾對於醫療資源的使用上不甚滿意。22 縣市的比較上，大體來說，較佳的縣市有台中市、台東縣、以及屏東縣，而較不理想的則有基隆市、嘉義縣、嘉義市。以地理區域劃分時，則發現大多呈現東部>中部>南部>北部的情况。

本研究雖然得到醫療服務品質相關構面的詳細結果，惟為配合研究目的之指標建構，宜找出最具代表性的醫療品質服務指標。由相關分析得知，醫療服務品質與民眾就醫滿意度成正相關，故此一部份將以『民眾就醫整體滿意度』為代表性指標。

三、醫療品質綜合性指標歸納-七大類指標

綜上所述，本研究基於醫療品質金三角的架構來探討永續性醫療品質指標之建立，以世界衛生組織採用之具有綜合性指標作用的少數指標來協助政策之決策，得到七項指標，說明如下：

- (1) 健康指標(四項)：平均餘命、60 歲以上人口健康餘命年數、幼童死亡率及齲齒、缺齒、補綴牙齒顆數(12 歲時 DMFT)等為指標，
- (2) 醫療資源指標(二項)：為每 10 萬人口醫師數及平均每人政府醫療支出
- (3) 醫療服務品質指標(一項)：方面則為整體性就醫滿意度。

未來政府每年例行的宜對此前六項指標搜集次級資料並與國際數值相比，每二年宜大規模調查民眾對醫療品質的知覺看法，如此必能反應我國生活品質中之醫療品質狀態。

三、研究限制

(1) 指標整合之限制

由於此三方面指標(健康指標、醫療資源、服務品質)之測量尺度並不相同，目前尚難以加以綜合以一個數值來代表，但其指標數已較一般採用者大大降低，較能符合永續性的指標需求。

(2) 抽樣上的限制

基於經費有限之限制，本研究採行以縣市為配額基礎之配額抽樣法。而在配額抽樣法中，訪員有極大的自由去選擇子母體中的樣本個體，以完成配額之要求。因此，會因為調查者的偏好及個人方便性而使樣本喪失代表性，降低調查估計的準確度。但本研究已將影響醫療行為較大之變項「居住地」納入配額控制，且遴選高素質之訪員，並施以良好之訓練，應可相當程度降低此一抽樣上的限制。

(3) 問卷本身的限制

為避免問卷過長造成受訪者之負擔或拒答，故本研究盡可能地精簡問項，但此問法並無法詳細了解滿意或不滿意的確切原因，究竟是因為人員態度、價格花費、服務設施或服務傳遞流程所造成，形成未來應用改善上之限制。但以研究目的在於衡量國民醫療品質之各構面，以了解國民醫療品質之全貌而言，此一限制應無損於研究目的之達成。

四、未來研究建議

醫療品質指標需作綜合性的評估與呈現。本研究首次以醫療品質金三角的架構建立具代表性指標，以達研究之目的。惟若能更進一步建構出綜合性單一的「醫療幸福或痛苦指數」，則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更關鍵性的資訊。

陸、參考文獻

- 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。
- 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。
- 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。
- 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
- 張荳雲(1998)，醫療與社會-醫療社會學初探，巨流出版社。
- 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 Review, 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
- 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.
- 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 Subsqnent Satisfaction Rating of Physician Behavior”, *Medical Care*, Vol. 22, No.9 : 804-812.
- 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
- 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.
- 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,
- 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
- 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
- <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=usa&language=en>
- http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm?path=whosis_health_personnel&language=english
- <http://www.whocollab.od.mah.se/countriesalphab.html>
- <http://www.who.int/vaccines/GlobalSummary/Immunization/CountryProfileResult.cfm>

建構生活品質指標—醫療服務品質指標之研究

訪問電話：_____

訪員：_____

喂！您好！

這裡是台大醫管所，我們有一份政府（國科會）委託的研究計劃，是關於醫療服務品質的研究，可不可以耽誤您幾分鐘的時間接受我們的訪問？(受訪者須滿 18 歲)

_____ 1、請問您過去兩星期內有沒有去看過病（不包括牙醫和中醫）？

（台語）請問你最近兩禮拜有沒有看過病（無包括牙醫和中醫）？

1) 有 2) 無(續問家人過去兩週內有沒有去看病，有請他來接受訪問，沒有結束訪問。)

_____ 2、請問您最近一次去看病是去醫院、診所，還是衛生所？

（台語）請問您最近一次去看病是去病院、診所，還是衛生所？

1) 醫院 2) 診所 3) 衛生所

以下就針對您那次看病請教您幾個問題

_____ 3、請問您那次看病的時候，診間裡面有沒有其他病人在場？

（台語）問診的房間裡面有無其他的病人？

1) 有 2) 沒有

_____ 4、醫師對您病情的解說清不清楚？

（台語）醫生對您病情講有無清楚？

1) 很清楚 2) 清楚 3) 不太清楚 4) 很不清楚 7) 不知道/無意見

_____ 5、醫師有沒有給您充分的時間問問題？

（台語）醫生有給您充分的時間問問題？

1) 非常充分 2) 有點充分 3) 不太充分 4) 很不充分 7) 不知道/無意見

_____ 6、醫師或護士有沒有給您做衛教，或提供衛教的資訊？

（台語）醫生跟護士有乎你衛生耶教育？

1) 有 2) 無 7) 不清楚/不知道

_____ 7、藥袋上有沒有說明各種藥品的名稱？

（台語）藥袋上有說明各種藥名？

1)有

2)沒有

3)沒有拿藥 77)不知道/不記得 (跳答第9題)

8、請問您那次看病的時候，拿到的藥種類或藥量有沒有錯誤？

(台語) 請問您那次看病的時候，拿到藥的種類或是藥量有不對嗎？

1)有錯誤，種類有差 (台語) 不對，拿不對款

2)有錯誤，藥量有差 (台語) 不對，藥的數目不對

3)沒有錯誤 (台語) 沒不對

77)不知道/不清楚/不確定 (台語) 不知

9、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服用方式？

(台語) 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吃藥方法？

1)每次都會 2)大部分會 3)偶而會 4)不會

10、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所口碑很好、很可靠？

(台語) 請問您有同意，您那次看病病院/診所/衛生所耶名聲真好、真可靠？

1)非常同意 2)同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

11、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所離你住的地方很近(或交通方便容易到達)？

(台語) 請問您有同意，您那次看病病院/診所/衛生所，跟你住的所在很近，(或是交通方便)？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

12、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的建築環境很新、很漂亮？

(台語) 請問您有同意，您那次看病病院/診所/衛生所，它的建築環境緊新、緊漂亮？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

13、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的醫療設備很新、很進步？

(台語) 請問您有同意，您那次看病病院/診所/衛生所的醫療設備緊新、緊進步？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

14、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，穿著整齊乾淨？

(台語) 請問您有同意，您那次看病病院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，穿著整齊清起？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

15、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所會按時完成各項服務？

(台語)請問您有同意，您那次看病病院/診所/衛生所會按照時間去完成各項服務？

(例一:醫院有準時讓病人開始掛號，醫師準時開始看病。)

(台語)病院有準時呼病人開始掛號，醫師準時開始看病。

(例二:醫院請病人三天後回診看 X 光結果，就會如按照的時間得到檢查結果而不延遲)

(台語)病院請病人三天後回來看檢查結果，就耶準時讓病人看到

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 7)不知道/無意見

16、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所有提供充分的服務人員和設備來為你服務？

(台語)請問您有同意，您那次看病病院/診所/衛生所有提供充分的服務人員和設備來給你服務？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 7)不知道/無意見

17、請問您同不同意，您那次看病，當您遇到問題時，該院所的員工，包括醫護人員，會表示同情並使您安心？

(台語)請問您有同意，在您那次看病，當您有問題時，該院所會同情並給您安心？

(例如:病人到醫院掛號卻忘了帶健保卡，掛號人員會加以安慰並幫病人找變通解決的方法)

(台語)病人忘記帶健保卡，病院會倒想辦法

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 7)不知道/無意見

18、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所各種紀錄，包括收帳金額、病歷的資料都是正確的？

(台語)請問您有同意，您那次看病的所在能保持正確的紀錄，包括錢沒收錯；病歷資料有正確？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 7)不知道/無意見

19、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所有事先主動告訴您醫療流程，讓您有心理準備？

(台語)請問您有同意，您那次看病的所在有事先主動跟您說治療流程，讓您有心理準備？

(例如:場所會主動告訴病人今天要先驗 X 光，接著抽血)

(台語)病院會主動呷病人說抽血還是做什麼檢查

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 7)不知道/無意見

20、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，對

您的服務都很迅速？

(台語) 請問您有同意，您那次看病所在的員工，包括醫護人員，對你擁有緊快的服務？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

21、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，都很親切、樂意為病人服務？

(台語) 請問您有同意，您那次看病所在的員工，包括醫護人員，攏緊親切為病人服務？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

22、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，因為太忙而讓您等很久？

(台語) 請問您有同意，您那次看病所在的員工，包括醫護人員，因為太忙讓你等緊久？

(例如掛號看病、拿藥結帳等很久)

(台語) 譬如說掛號看病、拿藥結帳等緊久

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

23、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員可以信任？

(台語) 請問您有同意，您對那次看病所在的的員工，包括醫護人員，耶當信任？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

24、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所員工，包括醫護人員的辦事，讓您很安心？

(台語) 請問您有同意，您對那次看病所在的員工，包括醫護人員的辦事，讓您有感到安心？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

25、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，很有禮貌？

(台語) 請問您有同意，您那次看病所在的員工，包括醫護人員，很有禮貌？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

26、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，有使您覺得受到關注？

(台語) 請問您有同意，您那次看病所在的員工，包括醫護人員，有給您感覺受到關心？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

27、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所的員工，包括醫護人員，跟您的溝通良好？

(台語) 請問您有同意，您那次看病所在的員工，包括醫護人員，你們的對話甘有了解、有清楚？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

28、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所，有站在病人的立場為您設想？

(台語) 請問您有同意，您那次看病的所在，有站耶病人的立場為您設想？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

(例如:用比較不痛的方法來做檢查或治療、用比較節省時間和金錢的方法來診斷。)

(台語) 用比較喀沒痛耶方法來做檢查或是治療，用比較喀省時間與錢的方法來治療

29、請問您同不同意，那一家醫院/診所/衛生所不能提供對所有病人都很方便的看病時間？

(台語) 請問您有同意，您那次看病的所在袂凍提供對病人都很方便的看病時間？

(例如:沒有提供假日或晚上的門診時間)(台語) 無沒有提供假日或晚上的門診時間

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

30、請問您同不同意，整體來說，您那次看病的整個過程是安全的？

(台語) 請問您有同意，攏總來共，您那次看病的整個過程是安全的？

1)非常同意 2)有點同意 3)不太同意 4)非常不同意 77)不知道/無意見

31、整體來說，請問您對那次看病的經驗滿不滿意？

(台語) 攏總來共，請問您對那次看病的經驗有滿意嘸？

1)非常滿意 2)有點滿意 3)不太滿意 4)非常不滿意 77)不知道/無意見

32、如果親朋好友有需要，請問您會不會推薦那一家醫院/或診所/衛生所？

(台語) 那使親戚朋友有需要，請問您會介紹那一家病院/或診所/衛生所？

1)一定會 2)會 3)不會 4)一定不會 77)不知道/無意見/不一定

33、請問依您目前所繳全民健保的保費，和您個人所得到的醫療服務來比較，您滿不滿意？

(台語) 請問依您目前所繳的健保費，和您所得到的醫療服務來比較，您有滿意嘸？

1)非常滿意 2)有點滿意 3)不太滿意 4)很不滿意 77)不知道/無意見

第三部份 個人基本資料

_____ 34、請問您是民國幾年出生的？ 民國_____年

_____ 35、請問您最高學歷是什麼？

- 1)小學以下 2)國(初)中 3)高中(職) 4)專科 5)大學 6)研究所
以上 99)拒答

_____ 36、請問您現在的職業是什麼？

- 1)軍、警、公、教人員 2)商業從業人員(含服務業) 3)工業從業人員
4)自由業(律師、會計師、醫師及專業技師) 5)家庭管理 6)學生
7)農林魚牧從業人員 8)無職業者 88)其他:_____

99)拒答

_____ 37、請問您現在個人每月平均收入是多少？

- 1)20000 元以下 2)20001-30000 元 3)30001-40000 元 4)40001-50000 元
5)50001-60000 元 6)60001-70000 元 7)70001-80000 元 8)80001-90000 元
9)90001-100000 元 10)100001 元以上 99)拒答

_____ 38、請問您現在居住在哪一個縣市？

- 1) 台北市 2) 高雄市 3) 基隆市 4) 新竹市 5) 台中市 6) 嘉義市
7) 台南市 8) 台北縣 9) 宜蘭縣 10) 桃園縣 11) 新竹縣 12) 苗栗縣
13) 台中縣 14) 彰化縣 15) 南投縣 16) 雲林縣 17) 嘉義縣 18) 台南縣
19) 高雄縣 20) 屏東縣 21) 台東縣 22) 花蓮縣 23) 澎湖縣 24) 金門縣
25) 連江縣 99) 拒答

_____ 39、性別？(請依對方聲音自行判斷)

- 1)男 2)女

我們的訪問到此結束，謝謝您！再見！