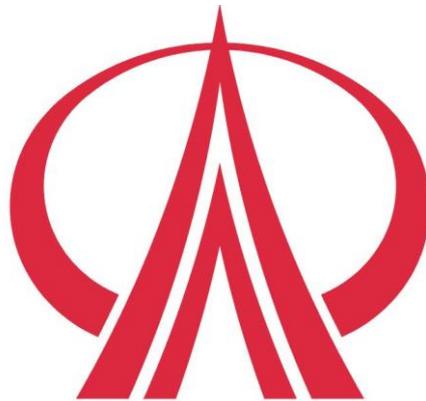


修平技術學院 專題研究論文
工業工程與管理系

指導老師：張燦明老師

服務業服務藍圖之建構:以中醫診所為例



學生：王苡馨

學號：BE95023

學生：鄭歲中

學號：BE95003

學生：葉禮振

學號：BE95004

學生：黃柏緯

學號：BE95014

學生：康雅婷

學號：BE95053

中華民國九十八年十二月

目 錄

第一章、緒論.....	5
第一節 中醫醫療產業現況與文獻.....	5
第二節 研究背景及動機.....	9
第三節 研究目的.....	11
第四節 研究範圍與研究對象.....	12
第五節 研究流程.....	13
第二章、文獻探討.....	14
第一節 服務與品質.....	14
第二節 服務品質模式.....	18
第三節 服務品質的量表.....	31
第三章、研究方法.....	47
第一節 研究架構.....	47
第二節 服務藍圖的發展.....	48
第三節 服務藍圖之應用.....	49
第四節 本章統詳.....	51
第四章、服務藍圖.....	59
第五章、結論.....	65

文獻探討

表目錄

表 2-1	服務品質模式相關理論彙整表	26
表 2-2	SERVQUAL 中服務品質之衡量構面及組成變項	31
表 2-3	對 SERVQUAL 批評之相關文獻	36
表 2-4	八〇年代以後較重要的服務品質評量方法	39
表 2-5	患者對醫療的服務品質評估構面文獻整理	44
表 4-1	中醫診所服務流程圖	53
表 4-2	服務藍圖-診療前	57
表 4-3	服務藍圖-診療中	58
表 4-4	服務藍圖-診療後	59

圖目錄

圖 1-1 研究流程圖	13
圖 2-1 Crawford & Getty 之服務品質模式	19
圖 2-2 認知服務品質模式	20
圖 2-3 服務品質認知連續帶	22
圖 2-4 衡量服務品質的原始十項構面	39
圖 3-1 操作性研究架構	47

第一章 緒論

第一節 中醫醫療產業現況與文獻

此研究進行前，目前國內先對中醫醫療的環境進行認識及瞭解。在本章中分別針對台灣地區醫療概況、中醫醫療體系、中醫醫療人力、醫療業務之概況以全民健康保險影響之作一說明。

1.1 醫療概況

吳就君(1978)，張珣(1983)等學者，研究台灣地區的醫療照護體系體，再依特性的不同，將其分成三個次體系：

一、西方醫療體系：

主要作用為純粹是醫療的效果，包含了預防以及醫療功能。療法形式與地點包括了專科醫院診所，綜合醫院，西藥房(藥局)，衛生所，急診，門診，短期住院，長期療養，成藥，衛生器材，與西式補藥等方面。

二、傳統醫療：

即為中醫，其中包含純粹的醫療與相當濃厚的補身功能。中醫療法的形式與地點，為診所或醫院的門診與中藥商的中式補藥、成藥為主，另有針灸等療法。

三、民俗醫療：

目的為結合醫療與宗教信仰的需要，主要功能著重於長期的身心平衡。民俗醫療的形式與地點，隨著個人宗教信仰的不同其有寺廟，乩童，命相，抽籤，卜卦，收驚，符水，教堂等。(周志鴻，民 90)

中醫為我國傳統醫學，如今受傳統的文化、疾病型態的改變及慢性病的增加等因素及影響，近年來漸漸地受到國外的重視，於 1983 年世界衛生組織(WHO)

聲明「提昇當地傳統醫學地位，以便與全民健康護照系統結合」(張永賢，2000)。正因中醫藥發展逐漸受到重視，1983年七月一日中醫門診納入勞保，1988年三月一日納入公保，1995年三月一日納入全民健保，二千年七月實施中醫健保總額制度，中醫的地位逐日提高，而中醫醫療服務品質在評鑑各級中醫醫療院所時更形重要。(周志鴻，民90)

1.2 台灣地區中醫醫療體系

中醫醫療為中國傳統的醫療，在台灣地區中醫醫療原由衛生署的醫政處、藥政處負責行政管理業務。但對於中醫醫療的需求急劇升高，也因此由民國八十四年十一月一日成立「行政院衛生署中醫藥委員會」，其主要業務有以下四種：中藥管理、中醫管理、中醫藥研究之規劃與管理、中醫藥典籍資訊化；目前台灣地區的中醫藥管理之架構如圖 2-1 所示。(黃東琪，民89)

下列以中醫藥在台灣醫療體系所扮演的角色、中醫師的養成教育、中醫醫療院所的統計、中醫師人力分部情形、中醫門診醫療利用情形及全民健康保險中醫門診支付制度等六方面來探討台灣地區的中醫藥現況：

一、中醫藥在台灣醫療體系的角色

傳統中醫藥是我國的國粹，也是近幾千年來中華文化的結晶，因而西方醫學傳入中國前，中醫藥亦中華民族的醫療主流，更融入人民的日常生活中，因此在台灣地區的人民偏好中醫藥，患病時亦不會缺少服用中藥，或採用多種療法，一般民眾也常有西醫來治標、中醫治本或西藥較寒性易傷身體，中藥藥性較溫和等觀念。政府為了促使中醫藥的發展，於全民健康保險開辦之初，將中醫也納入健保範圍，更加速中醫醫療的發展及醫療品質提昇，惟健康保險目前只開放中醫門診的部分，從來未將住院部份納入健保範圍，及沒辦法使中醫藥可以正常發展，實為美中不足的地方。

二、中醫師的養成教育

在台灣地區中醫師的養成方式有下列四種：

(一) 中醫師特種考試：

最早時期須經由師徒相傳或者自修，再經過考試檢定合格取得到國家中醫師考試合格證書即可，自 1990 年起，通過特考的中醫師還必須繼續接受基礎醫學的訓練半年(中醫 22 學分、西醫 22 學分)，臨床訓練一年(50 學分)，共 94 學分。並且通過考試，才可獲得中醫師證書，再經過二年醫師訓練才可以自行執業。

(二) 中醫學：

由 1996 年起中醫學系規劃為單修中醫學位六年制的中醫師或中西醫雙學位八年制養成教育，目前有中國醫藥學院及長庚醫學院有設置中醫學系。學生畢業後得先取得醫學士學位，再參加全國中醫師檢覈考試來取得中醫師資格。得先通過中醫師檢覈考試後，還得要再參加(西)醫師檢覈的考試，即取得中西醫師兼具的醫師資格。

(三) 學士後中醫學系：

由 1984 年開始，而五年制的中醫師養成教育，目前僅中國醫藥學院有設學士後中醫學系。如今只要大學畢業後，無特定限制任何學生皆可報考，畢業後取得醫學士學位，再參加全國中醫師檢覈考試，再取得中醫師資格。

(四) 醫學系修習中醫學分：

由 1989 年起，凡七年制的醫學系畢業生再補修中醫課程 45 學分，即可以參加中醫師檢覈考試來取得中醫師資格。

三、中醫醫療院所的統計

根據聯合國世界衛生組織 (WHO) 醫療照護組織專家委員會的建議，一般醫院具備的功能有以下列四類：(1)教育及訓練。(2)預防及保健服務。(3)服務病人使其恢復健康。(4)研究。根據我國醫療法第十一條規定：「醫療機構設有病房

收置病人者為醫院；僅有門診者為診所。」在中醫醫療機構設置標準中明定：中醫醫院分為中醫綜合醫院及中醫醫院兩級，中醫綜合醫院應設 40 張病床以上；中醫醫院應設 10 張病床以上。(張永賢，民 86)

而實際上中醫的醫院所種類繁多，主要分為下列八類：

1. 財團法八醫院附設中醫部。
2. 一般中醫診所。
3. 醫學院附設醫院。
4. 公立中醫醫院。
5. 公立醫院附設中醫部。
6. 私立中醫聯合診所。
7. 私立中醫綜合醫院。
8. 私立大型醫院附設中醫部。

目前中醫方面之醫療院所所有如上之區分，但實際上卻無西醫方面之分級，所以已有相關單位及學者對於中醫醫院之設置標準及中醫醫院、中醫教學醫院之評鑑標準進行研究。

自民國 90 年底，中醫醫療院所合 2269 家，總成長率為 5.44%，中醫醫院呈現負成長(-15.38%)，中醫診所成長 5.95%，其分佈狀況如下表 2.3 中醫師人力及門診申報情形。

執業醫師佔醫事人員比例

此指所有醫事人員包含西醫師、中醫師、藥劑生、醫事檢驗師、護理師、護士、鑲牙生、助產士、物理治療師、藥師、醫事檢驗生、醫用放射檢驗師(士)、營養師…等。

第二節 研究背景及動機

自中國五千年文化備受舉世重視與讚譽，其中，醫術的精湛技術承傳，是主要受到世人的矚目。「懸壺濟世」、「華陀再世」等對於中醫的讚譽與肯定，並說明了中醫在醫學界的影響力及地位。到了二十一世紀已進入了所謂的 E 世代後，因科技昌明的結果也顯現出醫療生化科技的重要性；確不可否認的，中醫對於臺灣民眾在日常生活具有相當的重要性。

隨著時代的改變，然而中醫從孤立中求生存到融入國家社會的資源分配，以重新定位的話題一而再的受到矚目。中醫自納入公保、勞保，全民健保且實施全民健康保險中醫門診總額支付制度。增進國民福祉，提高中醫品質與服務社會層面，目前醫藥專家學者和社會大眾對中醫的肯定，提升評價。為了健保總額支付制度與維護國人健康福祉的施政目標，及提昇中醫醫療服務品質與療效，來落實保健醫療的重要一環。

整體上來說，目前患者對中醫醫療服務品質是非常重視的。根據中央健康保險局的「醫療服務品質滿意度及中醫門診病人就醫可近性」調查結果顯示，目前患者對中醫醫療服務品質的滿意度高達八成(滿意 79.8%，普通 7.7%，不滿意 1.3%)，在各項醫療品質的滿意度中，其對醫生服務態度的滿意度佔最高91.6%(不滿意只有0.7%)，其次是對其他醫護人員服務態度的滿意度(82.5%)，第二是對醫生說明滿意度(79.8%)，另外針對就診場所舒適性及環境衛生(78.3%)、醫生醫術的滿意度(78.1%)、交通方便性的滿意度(76.3%)、看病流程的滿意度(75.5%)、治療效果的滿意度(73%)和其他醫護人員說明的滿意度(72%)等，至少都在七成至八成之間只有對醫療設備的滿意度(59%)及對自行負擔費用高低的滿意度(54%)較低(中醫報導，民 89)。

因此，要如何評定患者對中醫診所提供的醫療服務的成效，則成為非常重要的課題。本研究採用在行銷領域上常用的服務品質 (ServiceQuality)SERVQUAL 量表來衡量。此研究動機即經由實證研究，透過對服務品質的衡量，另當作中醫診所服務功能成效的依據，從中找出如何改善的方向。

第三節 研究目的

基於上述研究動機，本研究希望能達到以下幾項研究目的：

- 一、評量中醫診所的醫療服務品質水準。
- 二、發展中醫診所服務藍圖。

第四節 研究範圍與研究對象

中部地區中醫診所的醫療服務功能由中醫師來提供患者的部份需求，一些醫療服務再由護理人員提供；所以中醫師負責處理全部患者醫療服務的要求。本研究的範圍主要在中部地區中醫診所提供的各項醫療服務功能。研究對象指的是曾到該診所就診的患者。

第五節 研究流程

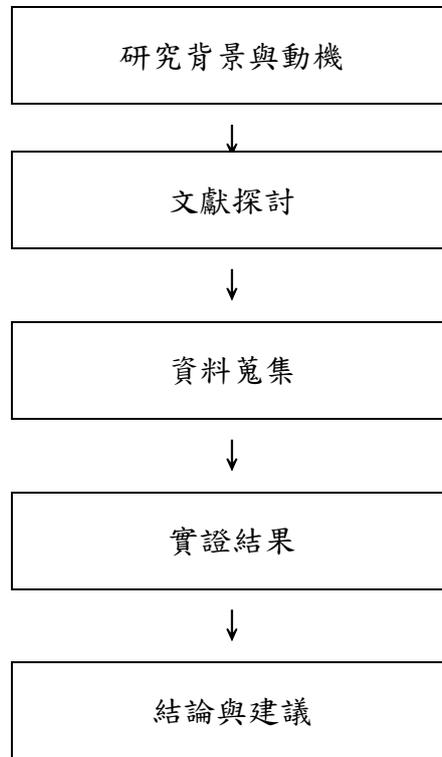


圖 1-1 研究流程圖

第二章 文獻探討

第一節 服務與品質

一、服務的定義與特性

實務上，服務品質是一項相當重要的指標，欲瞭解服務品質首先必須瞭解「服務」的意義為何。學者提出「服務」的定義如下：

- (一)、Juran(1986)把服務定義或：「為他人完成工作 (Work Performed For Someone Else)」。
- (二)、Kotler(1991)把服務定義成：「所謂服務指一項活動或一項利益，由一方向他方提供，本質上是無形，也不產生對事物的所有權轉變者之謂也」。
- (三)、淺井慶三郎(謝森展譯，民 78)的定義：「服務是由人類勞動所生產，依存於人類行為而非物質的實體。」
- (四)、美國行銷協會(American Marketing Association)的定義：「服務係指直接銷售或附帶於一般商品之銷售，提供的活動，利益滿足」。
- (五)、林建山(民 86)：中外皆有頗相看法的一致，即「幫別人的忙」，也是「一個人或組織代替另一個人或組織做事」之意。
- (六)、雖然大部分的學者提出不相同的看法，但Regan(1963)認為，大致仍以這四種特色為主：

1. 無形性(Intangibility)

服務無法跟一般有形體的產品可以透過計數、測量方式來衡量品質，對於服務提供者而言，很難瞭解顧客是會如何去認知以及來評估服務品質，消費者來存在著知覺風險。

2 · 異質性(Heterogeneity)

服務具高度可變性，特別在與人接觸的服務業。隨著服務提供者，或服務時間、地點的不同，都會使服務結果不一樣。

3 · 不可分割性(Inseparability)

服務的生產與消費通常是同時進行的，由於服務具有此特性，使得消費者必須介入過程中，造成服務人員與顧客間互動頻繁。

4 · 易逝性(Perishability)

服務沒辦法以存貨的方式儲存，服務必須在交易發生當時所產生。而服務生產出來若沒有被消費者消費，則此服務將會變成浪費。因此服務的需求波動程度比較大時，將無法利用存貨來解決過多問題。

二、品質之定義

「品質」，在日常生活中，常常會提到，譬如環境品質、生活品質或產品品質，卻很少人去認真了解定義，到底什麼是「品質」。一方面是由「品質」的界定會因地、因時、因人而產生差距；而另一方面個人觀點不一樣，而產生的定義也不會相同。品質指產品是否符合產品規格、是否符合消費者期望，若產品的品質好那消費者用過後認知之產品品質滿意程度較高，反之則否。當今「品質」的定義，本研究整理相關學者定義如下：

(一)、Crosby(1979)所謂的「品質」指和顧客需求一樣的程度，對生產來說，品質在生產的過程中可以進行精密的控制，而服務品質並沒有如此清楚的指標可以衡量。

(二)、Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988)表示「品質通常發生在服務傳遞的過程中，尤其是在服務人員和顧客的接觸過程。所以，

服務人員的品質與能力有高度的相關。因此，服務人員的態度卻不會像是實體的貨品一樣可以對品質進行控制。

(三)、Hayes & Roming(1977)的定義：品質是「優良程度(Degree of Excellence)、符合期望水準(Meeting an Expectation)、符合標準(Conformance to a Standard)」之意。

(四)、美國品管學會(戴久永譯，民 76)的定義：品質是「產品或服務能夠滿足需求之能力的整體特性和特質。」的意思。

(五)、Garvin(1984)的定義：整合各位學者的定義，並提出較為完善且層次分明的看法，認定品質可以用下列五種方式來定義：

1. 哲學的品質方式是一種直覺上的優良程度。
2. 以產品為基礎的方式品質是精確而可衡量的，產品在某些水準愈高或愈多，代表品質愈好。
3. 以使用者為基礎的方式品質乃取決於使用者，而最能符合消費者的需求服務或產品，即是高品質。
4. 以基礎為製造的方式品質乃符合需要條件，當產品與標準規格的差異愈大，即品質愈低劣，然而，強調按規格生產，第一次就做對。
5. 以價值為基礎的方式以價格和成本的觀念來定義品質，即品質乃在可接受的價格或成本範圍內，並提供顧客使用和滿足。

所以「品質」的分類，可以為主觀的品質和客觀的品質。所謂「客觀性品質」是指產品真實技術的卓越性或優良性，並且此優良性或是卓越性可證實的。所以，客觀性品質常常被利用來作為對工業性或有形性產品品質衡量的工具。則學者 Maynes 認為客觀性品質是不存在的，所有的品質評估皆是主觀認定的。品質的認定是根據認定者主觀意識感受而得結果，其「消費者」是評估服務品質唯一審判者，亦即「品質」係取決於使用者主觀意識的認定。所以，服務品質是一主觀性的品質，但服務品質可視為「認服務品質(Perceived Service Quality)」或僅稱之為「認知品質(PerceivedQuality)」。亦即是「消費者主觀評斷一產品或服務的整優良或傑出程度」。也因此服務具有這些特性，使得「服務品質」相對於「產品品質」更難客觀地量化與衡量。所以許多學者開始致力於發展服務品質的評估方法，將於下文中介紹。

第二節 服務品質模式

品質常常發生在服務的傳遞過程，尤其是在廠商職員與顧客的接觸過程。由此可知，服務品質和所雇用職員的能力有高度相聯性，而組織資源也無法像生產過程一樣能夠有效控制。(Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988)Rosander(1980)認為服務業需要一個比製造業還要更廣的服務品質定義，其中包括：資料的品質、決策的品質、人員績效的品質、設備績效的品質、產出結果的品質。服務具有幾點特性—異質、不可分割、不可儲藏、無形 (Regan, 1963)，使得服務品質有別於有形產品品質，加以消費者通常不能清楚表達到服務品質的要求(Takuchi & Quelch, 1983)。

因此長期以來對服務品質的認識都還停留在以經驗與直覺為主的反應方式；所以，要如何使服務品質能夠加以衡量和解釋，一直以來是許多研究者所面臨的共同的問題(Monroe & Krishnan, 1983)。Crawford & Getty(1991)由消費者的分類著手，首先將顧客分成內部顧客(公司員工)和外部顧客(一般消費大眾)，內部顧客所注重的構面分別為資源(Resource)、明確的責任；而外部顧客注重的服務品質構面分為氣氛(Ambulance)、時間性(Timeliness)、可靠度 (Reliability)、個人服務的績效 (Personal Performance)、價值(Value)及交貨能力(Competency of Delivery)。

(SpecificAccountability)、溝通的標準(Standards of Communication)、自由的決策(Free to Make Decision)與激勵(Motivation)等。必須針對這些構面加以滿足，以提升服務品質。如圖 2-1 所示：

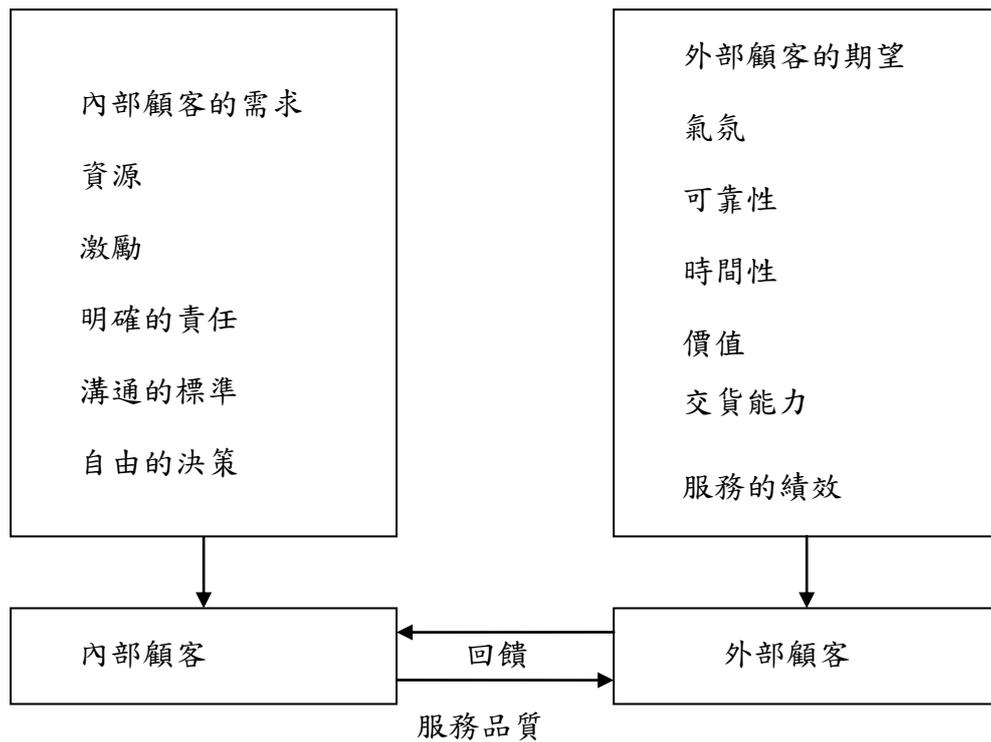


圖 2-1 Crawford & Getty 之服務品質模式

資料來源：Crawford & Getty (1991)

Gronroos (1982)年提出簡單的服務品質模式，並認為整體的服務品質其中應該包括企業形象、功能品質及技術品質。Gronroos (1983)進一步提出較詳細的認知服務品質模式，認知服務品質是由期望服務與體驗服務二者比較而得。在這當中期望服務受到傳統行銷、口碑等外銷活動、企業形象、過去經驗在因素的影響，體驗服務則僅受傳統行銷活動影響。在服務公司與消費者的互動中，服務被分成功能品質與技術品質兩個構面，模式如圖2-2。

Gronroos(1983)的認知服務品質概念對於往後服務品質的研究方向是一項非常重要的參考。因此無形性方面，服務業的無形性使得它無法像有形性的產品一樣訂定明確的製造規格，而大部份的服務品質不能以測量、計數、或試驗的方

式來衡量。所以，服務的提供者很難瞭解使用者知覺的品質，比較不容易去評估服務品質(Zeithaml, 1993)。此外，關於服務性的產品，人員涉入層面非常多，具有較高的異質性。

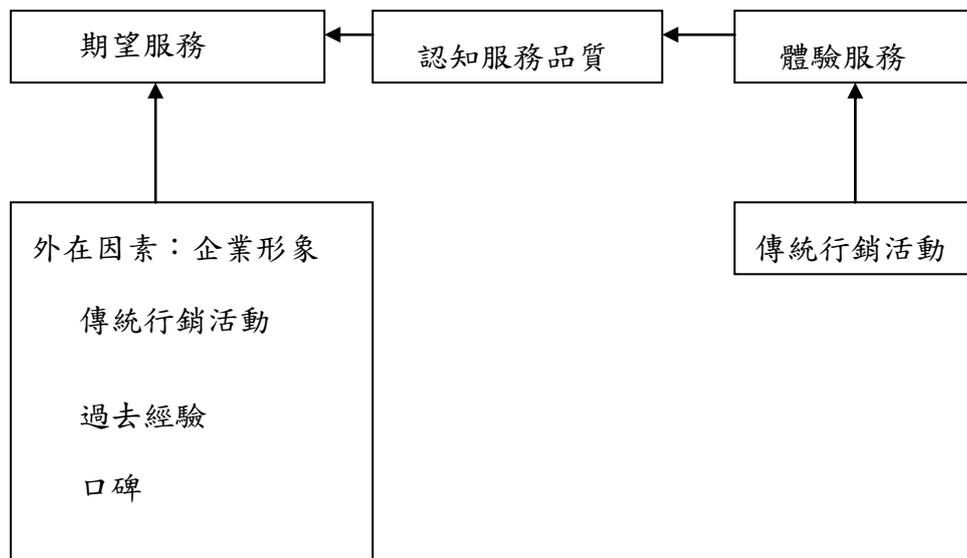


圖 2-2 認知服務品質模式資料來源：Gronroos(1983)

服務性人員行為的一致性是非常難確保的因素(Booms & Bitner, 1981)，因而造成服務提供者希冀提供的服務品質，通常與使用者所接受到的服務品質形成一定性的差異。Gronroos(1983)依服務傳遞的方式及內容，以服務品質區分為下列兩類：功能品質、技術品質。

因此服務的不可儲存性這特色，服務不可能像有形的產品相同，生產完後再經由傳遞原封不動地送給顧客。一些需要較多直接與間接地人力的服務，在服務提供者與使用者接觸的同時，服務品質已經被決定(Lehtinen, 1983)。

Parasuraman, Zeithaml & Berry(1985)對服務品質提出三項：對消費者而言，服務品質較產品品質更加難以評估；服務品質的認知是來自於實際服務和消費者期望表現的比較；服務品質的評估不只是針對服務的結果，也包含了服務傳遞過程的評估。

因此，Parasuraman, Zeithaml & Berry(1985)更進一步提出「服務品質認知連續帶」的概念，如圖 2-3 所示。認知顧客在「購買服務前的期望」乘以服務過程中所感受到的「過程品質」，並再乘以服務完成後所評價的「產出品質」，即為「服務水準」。但是若服務水準如果未能達到顧客的期望，則不能接受的服務品質；若服務水準剛好符合顧客的期望，則是滿意的服務品質；若服務水準超過顧客的期望，則是理想的服務品質。

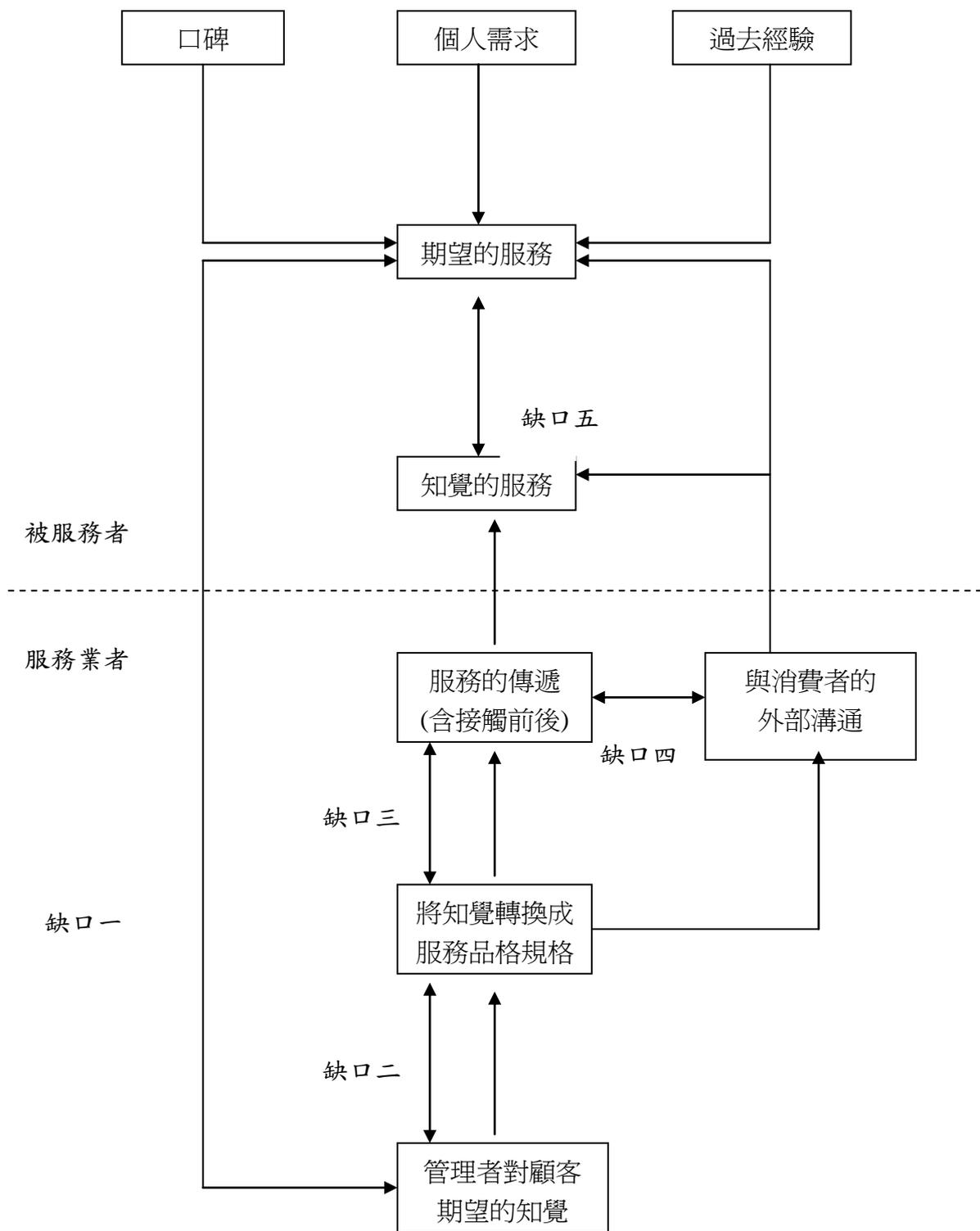


圖 2-3 服務品質認知連續帶

資料來源：Parasuraman, Zeithaml & Berry(1985)

三、服務品質

服務品質差距理論認為服務認為差異在實際服務品質評估中是最重要。

Parasuraman et al.(1985)表示服務品質的差異模式(the gap model of service quality)，並提出服務程序中有可能五種無物差異發生並且會干擾服務體驗：

(一) 服務定位差距(positioning gap)：

來自於機構對顧客的期望的認知和顧客實際期望之間的差異。

(二) 服務說明差距(specification gap)：

來自於機構對顧客的期望的認知和實際服務說明之間的差異。

(三) 服務傳遞差距(delivery gap)：

來自於服務說明與實際傳遞的服務之間的差異。

(四) 服務溝通差距(communication gap)：

來自於實際傳遞的服務與對外部顧客的文宣之間的差異。

(五) 服務認知差距(perception gap)：

來自於顧客對服務品質的事前期望與事後認知之間的差距。

Parasuraman et al.建議認知與期望的服務品質差距可當成服務品質的定義。其主要理由如下：

(一) 品質總是以相對的期望來衡量，因此可能有意個卓越的漢堡店以及一個卓越的五星旗飯店。

(二) 服務程序中顧客扮演一位關鍵角色，因此若沒有顧客的認知就沒有服務的產生。

(三) 只有顧客認為服務是卓越的，卓越的服務才存在。

Brogowicz et al.(1990)綜合了多位學者的理論與研究成果而提出了服務傳遞差距模式，在模式中，有七個主要的構面，其相互間之關係說明如下。

(一) 公司的任務與目的(company mission and objectives)影響「公司對服務品質需要的認知」、「規劃執行和控制」、「機構形象」和「促銷文宣」。

(二)公司對服務品質需要的認知(perception of quality required)和規劃執行及控制(planning implementation and control)共同影響「服務品質說明」。

(三)服務品質說明(service quality specification)影響「實際傳遞的服務品質」。

(四)公司形象(company image)影響「促銷文宣」和「顧客期望的服務品質」。

(五)處銷文宣(promotional materials)影響「顧客期望的服務品質」和「實際傳遞的服務品質」

(六)顧客期望的服務品質(expected service quality)影響「顧客認知的服務品質」

(七)顧客認知的服務品質(perceived service quality)影響「實際傳遞的服務品質」

蔡桂妙(2001)在「航空業與旅行業對航空公司服務品質認知之差異分析」中，探討航空公司的五大服務品質缺口。對該研究以旅行人員、航空公司管理者、航空公司員工三者，對服務品質重要性與滿意度認知分數，分別表示旅行業期望之

服務水準、旅行業實際感受之服務水準、航空公司管理者認知的旅行業期望之服務水準、航空公司員工認知的實際傳遞的服務水準、航空公司員工認知的旅行業期望之服務水準、航空公司員工認知的實際傳遞的服務水準。研究結果顯示：

1. 缺口 1

旅行業與航空公司管理者之服務品質認知差異。二者對「配合度因素」的重要認知存在差距，對航空公司管理者對此類型屬性的重視比較低

2. 缺口 2

航空公司管理者對所屬公司之服務品質評價。航空公司管理者認為所屬公司在「反應力應素」分面的服務品質有待顯著加強。

3. 缺口 3

航空公司管理者與航空公司員工之服務品質認知差距。二者對「競爭利因素」的滿意程度認知存在差異，且航空公司管理者對此類型屬性的滿意程度較高。

4. 缺口 4

旅行業和航空公司員工之服務品質差異。二者對「效率性因素」、「配合度因素」、「有行性因素」、「競爭利因素」、「可及性因素」、「反應力因素」的滿意程度認知存在差異，且旅行業的滿意程度皆航空公司的員工比較低。

5. 缺口 5

旅行業和航空公司之服務品質評價。旅行業對航公公司之服務品質評價顯著比較低，對所有七類型航空公司服務品質因素的滿意程度皆顯著低於重視程度，顯著差異程度由高而低，依序是「反應力因素」、「配合度因素」、「效率性因素」、「競爭力因素」、「有行性因素」、「可及性因素」及「推廣利因素」。

服務過程在使用者參與的情況下，服務提供者對於服務的品質控制力會下降。有關學者所發表的服務品質模式相關理論彙整如下表2-1：

表 2-1服務品質模式相關理論彙整表

學者	Gronroos (1983)	Sasser, Olsen & Wyckoff (1978)	Haywood Farmer(1988)	Parasuraman, Zeithaml & Berry(1985)	Crawford & Getty(1991)
理論	認知服務品質是期望服務與認知服務相比較得到的結果	以消費者的需求為起點，找出顧客引申需求，服務提供者再依據以決定各屬性的服務水準	3P— people' s behavior physical process professional judgment	服務品質的問題出現，其原因是因服務產生與傳輸各環節中有缺口(Gaps)存在，而服務提供者為滿足顧客必須消除負面缺口，強化正向缺口	將消費者分為內部與外部顧客再個別討論
構面	企業形象、功能品質及技術品質	服務觀念、服務水準及服務傳遞系統	組織勞力密集程度、顧客與服務過程互動程度及服務流程顧客化程度	文獻研究、企業訪談及顧客群訪問	依照內外部顧客注重的服務品質構面

本研究自行整理

服務品質整體的觀念性架構中，最有名的是Parasuraman, Zeithaml & Berr三位教授1985年所建構的PZB模式(如上表2-3)。該模式中共有五種缺口：

缺口一：顧客的期望與管理者認知的差距

此缺口乃是因服務業管理當局並非真正了解消費者對此一服務的期望是什麼，到底須提供什麼樣的服務屬性？消費者心裡高品質服務水準意味著什麼？由於缺乏對消費者真正需求的認知，發展出的服務產品觀念自然不能滿足消費者所期望的價值，進而影響消費者事後對於服務品質的認知。例如銀行在與客戶往來的過程中，客戶認為保密與隱私權保障是很重要的服務品質屬性，而許多銀行卻往往忽略的這一點。這項差距大小與以下三項組織之因素密切相關：

(一)行銷研究的導向

行銷研究是用來收集市場資訊主要的工具，因此運用的程度，自然與經理人是否瞭解顧客對服務的期待有密切相關。

(二)向上溝通

第一線服務人員是較能正確的判斷顧客的需求與期望，因此，如果經理人能有有效的由第一線的服務人員獲得有關顧客對服務期望的資訊，必將有助於瞭解顧客對服務的期望。上下溝通的品質與有效性也是很重要的因素，因此，有些服務經理人非常重視『走動式管理』，以親身接觸、交談、觀察來收集最直接有效的市場資訊。

(三)管理級層數

管理層級數越多，上下溝通越困難，經理人認識顧客，接觸第一線服務人員的機會就相對的減少，一般而言，服務業的組織均趨向扁平化，其目的是要減少溝通的障礙。

缺口二：管理認知與服務品質規格間的差距。

許多服務業的管理當局即使認知到一些消費者所需要的服務屬性，但是由於經營者觀念或內部資源的限制，使得他們缺乏了提供期望服務品質的能力，因而產生了認知與實際品質規格間之缺口。例如，一些維修工廠明知道『快』是達成高品質服務要件，但卻往往因缺乏有經驗的技工與需求不穩定，而無法建立明確的『快』的標準。這項差距之大小與以下四項組織要素密切相關：

(一)企業對服務品質的承諾

此一承諾，表現在行動上就是以較多的資源分配給服務品質工作；具體化的整體提昇品質計畫；經理人深信，品質的承諾，必然反映在整體經營績效，因此公司對於績效衡量，必然直接與間接的考慮品質。

(二)目標設定

作業目標的設定有助於引導個人與組織的行為與發展，許多服務品質卓越的企業都已在組織中明確設定與品質相關的作業目標。

(三)作業標準化程度

標準化代表易於實施與控制，如經理人對顧客的服務認知能以標準化方式描述，自然可減少認知與服務品質設計規格的差距。

(四)可行性的認知

可行性的限制或來自於資源的限制或執行的困難，或來自於經理人觀念的差距。然而只要經理人認為顧客的期望是不可行的，則自然會造成缺口二的增加。

缺口三：服務品質規格與服務傳遞間的差距。

縱然公司已經有詳實明確的作業程序與品質規格，同時也確知員工於實際執行服務作業時，對顧客的服務品質認知是非常具有影響力的，但由於整個傳送系

統受到了太多的不確定因素影響，難以標準化的控制，因此易於產生預期品質規格與服務傳送間的缺口。這項差距大小與以下七項組織要素密切相關：

(一)團隊合作，指管理人員與服務人員，基於共同的目標與理念，攜手合作達成服務使命。

(二)服務人員勝任力許多第一線服務工作，往往因階層較低，無論在僱用或訓練上，都未受到應有的重視，然而，服務人員能否勝任工作與服務品質有絕對密切關係。

(三)技術與設備密切配合程度理當準備最適切的技術與設備供服務人員使用，必然與服務傳遞的品質息息相關。

(四)服務過程控制力如服務人員感覺他對於服務過程有相當的自主與控制能力，則工作上的無力感與壓力會相對減少，因而表現較佳，品質也較好。

(五)督導控制系統服務人員可以由績效衡量指標判斷公司真正重視的作業要素是什麼，因此控制系統績效的衡量指標若能與服務品質結合，則有助於提昇服務品質。

(六)服務角色的衝突第一線服務人員是需要同時面對顧客與公司的期望。如果兩者間不一，將使服務人員進退兩難，不知道如何扮演好服務角色。

(七)服務角色的模糊服務人員不確定管理當局對他們行為的規範與期望，造成服務角色模糊。

缺口四：服務傳遞與外部溝通間的差距。

服務業對外所做的廣告或其他溝通媒體的運用會影響到顧客對服務的期望。由於顧客的期望對於服務品質水準認知有很大影響，服務業者必須切記在做溝通活動時，不可言過其實。雖然過多的承諾與保證可提高顧客消費前的期望，並產生吸引力，但當顧客實際接受到的服務無法達到期望水準時，將會大大降低顧客對該公司服務品質的認知。

企業內部「水平溝通暢通程序」，以及企業在對外宣傳上是否有「過份誇張的習性」，此二項組織要素會影響缺口 4 的大小。

(一)水平的溝通

企業內部的水平溝通有助於整合組織各部門的活動並建立共識。然而，此處的水平溝通，所強調的是宣傳部門與第一線服務人員間的溝通。宣傳部門透過第一線服務人員提供的資訊，可以充分了解企業的服務能力與傳送系統實況。

(二)過度承諾傾向

因競爭日趨激烈，許多服務業為了加強競爭力，擴大市場的佔有率，因此，在廣告上逐漸產生誇張不實的習性。他們認為競爭對手也是這樣，因此不得不跟進。這種誇張的宣傳，也是造成服務品質低落的一項主因。

缺口五：顧客期望服務與認知服務間的差距。

此道缺口乃因消費者事前對服務的期望與實際接受服務後的認知間的差異所導致。如實際認知大於期望水準，則消費者對服務品質的滿意程度將大為提昇；反之，則降低消費者對服務品質的評價。

其中，期望的服務水準將受到消費者本身的需求、過去的經驗以及口碑與傳聞的影響。

第三節 服務品質的量表

Parasuraman, Zeithaml & Berry自從發表了服務品質觀念性架構後，又於1988年發表了測量顧客期望服務與知覺服務間缺口的量表，也就是應用廣泛的SERVQUAL量表。以原先提出的十個服務品質構面為基礎，透過與幾家大型服務公司的經理及職員的訪談，經過分析、篩選得出SERVQUAL量表。最後所得結果是一個包含五個構面，二十二個服務品質測量項目的量表，量表內容如表2-2。

表 2-2 SERVQUAL 中服務品質之衡量構面及組成變項

構面	組成變項
實體面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有先進的服務設備。 2. 服務設施具有吸引力。 3. 服務人員穿著得體。 4. 公司整體的設施外觀與服務性質相協調。 5. 履行對顧客所作的承諾。
依賴面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 能準時提供所承諾的服務。 2. 顧客遭遇困難，能表現關心並提供協助。 3. 讓顧客感覺可靠。 4. 能將服務相關的記錄正確地保存。
反應面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 服務人員不需要始終都願意幫助顧客。 2. 告訴顧客何時會提供服務是不需要的。 3. 服務人員太忙而無法迅速提供服務是可接受的。 4. 顧客期待能很快得到服務是不切實際的。

保證面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 服務人員禮貌週到。 2. 服務人員是可信賴的。 3. 服務人員能互相協助以提供更好的服務。 4. 從事交易時顧客感到安心。
關懷面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 顧客不應期待服務人員會針對不同客戶提供服務。 2. 期待服務人員以顧客的利益為優先是不切實際的。 3. 顧客不應期待服務人員會付出對顧客的關心。 4. 期待服務人員瞭解顧客的需要是不切實際的。 5. 顧客不應期待業者的營業時間能方便所有的顧客。

資料來源：Parasuraman, Zeithaml & Berry(1988)

Parasuraman, Zeithaml & Berry 於是根據研究結果發表了目前普遍應用的服務品質衡量模式，稱之為「SERVQUAL」量表。此五構面間並無互斥，它提供一個瞭解消費者對服務品質期望的架構(Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1994)，SERVQUAL 構面與原始十項構面關係如圖 2-4：

衡量服務品質的原始十項構面	有形性	可靠性	反應性	確實性	情感性
有形性					
可靠性					
反應性					
能力 禮貌 信用 安全性					
接近性 溝通性 瞭解顧客					

圖 2-4 衡量服務品質的原始十項構面

資料來源：Parasuraman、Zeithaml & Berry(1994)

Parasuraman、Zeithmal & Berry(1985)發表服務品質觀念性模式，並於 1988 年提出由 5 個構面，共 22 個問項所組成的 SERVQUAL 量表，這也是第一個能有效評量服務品質的量表。自此，服務品質相關的議題便逐漸吸引各方專家學者投入研究。過程中，一些學者也提出不同的見解，而引起學術上的論辨。

其中一項爭議來自 SERVQUAL 在不同服務事業的適用性。對於SERVQUAL 量表所適用的範圍，一些學者(Carman, 1991; Cronin & Taylor, 1992; Dabholkar et al., 1996)認為 SERVQUAL 量表並不能通用在所有的服務業。90年以後，服務品質領域雖著重於消費者個人的特質研究，但對於服務品質與企業獲利之間的關係仍有待進一步的探討(Parasuraman、Zeithaml & Berry, 1996)。

SERVQUAL量表是一個衡量服務品質一般性的工具，具有良好效度與信度，並可應用於不同服務性產業。但後來仍有許多學者不斷從事相關的研究與探討並對其模式提出批評看法(Banakus & Mangold, 1989; Finn & Lamb, 1991; Cronin & Taylor, 1992; Carman, 1990 等)，茲將對SERVQUAL 量表批評之相關文獻以「概念化」、「衡量方法」與「適用對象」等三個角度來探討。

一、概念化方面的批評

Brown et al. (1993)認爲 SERVQUAL 量表在服務品質量表的概念化方面有嚴重問題，尤其計算差距分數時可能會導致如信度、區別效度、變數限制等問題。

Carman(1990)批評 Parasuraman、Zeithaml & Berry 將期望服務水準與知覺服務水準分開詢問，再取二者之差距($Q=P-E$)，消費者必須限定在過去三個月內曾使用該服務的作法。他認為 Parasuraman、Zeithaml & Berry (1988)模式的期望資料與知覺資料皆為事後資料，消費者在使用過該服務之後才被詢問對該服務的期望，此所得之資料並未經前後次序的控制，經實際使用該服務後，消費者可能已不自覺修改原有期望。此外，消費者在使用服務時，是否已對服務具備完整期望，而在服務結束後，是否真具備完整認知呢？

二、衡量方法上的批評

有關 SERVQUAL 衡量方法上之限制，在衡量構面與項目方面，Carman(1990)

認為 SERVQUAL 對服務應該更為顧客化，意指增加衡量項目或改變語氣。同時建議增加更多的構面，這都是因為衡量項目之間的因素關係不穩定。Babakus & Mangold(1989)則認為 SERVQUAL 量表僅需要一個，而非五個構面。在衡量之效度與信度方面，Prakash(1984)與 Babakus & Mangold (1989)等人指出在多變量分析下，使用不同的評分方法，將可能產生低效度與低信度的情況。

另一在個爭論較大的衡量方法是在「反應構面」及「情感構面」上使用負向問句的作法。根據 Babakus & Boller(1992)的看法，負向敘述容易使回答者產生混淆，負面性的字句在期望上是沒有意義的，因而影響填答者回答的品質。因此，Parasuraman、Zeithaml & Berry (1991)，對 SERVQUAL 量表重新作評估時，也提出應將SERVQUAL 問卷中負面性的所有題目字句全部改成正面性字句，以增加量表之 Cronbach alpha 值也降低受試者誤會題意或混淆。

三、適用對象方面的批評

Finn & Lamb (1991)認為 SERVQUAL模式不適用於零售業，同時，認為零售業與消費者研究不應視 SERVQUAL 認知服務品質為「離開貨架」(off the shelf)的衡量。

由上可知，服務品質會深受產業特性的影響，所以服務品質量表在應用上應依據不同產業狀況與特性加以調整。因此，本研究在發展問卷時，必須同時考慮「醫療服務業」的特性，以發展適當的評估問項。茲將 SERVQUAL 量表的批評相關文獻整理如表 2-3：

表 2-3 對 SERVQUAL 批評之相關文獻

相關文獻	批評內容
Babakus & Mangold (1989)	僅需要一個，而非五個構面。
Prakash(1984) Babakus& Mangold (1989)	在多變量分析下，使用不同的評分，可能產生低效度與信度。
Carman(1990)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在 SERVQUAL 中，每一個知覺構面皆相同，但不同性質的服務業，其知覺構面具有相對的重要性。 2. 應用 SERVQUAL 時，若所要衡量的服務業並非原有之行業(銀行、信用卡、長途電話公司、維修廠)。則最好使用原有的十個知覺構面，並針對該服務業的等性調整問卷項目的語句(Wording of Items)。 3. 若要衡量具有多重服務功能服務業的認知品質時，應先依功能別分開，再逐一衡量該功能的認知服務品質。
Carman(1990)	SERVQUAL 對服務應更為顧客化，代表增加衡量項目或改變語氣。同時建議增加更多構面，因為項目間因素關係不穩定，且期望衡量有問題。
Carman(1990)	認為 PZB 模式的期望與知覺資料皆為事後資料，此所得之資料並未經過前後次序的控制。
Finn & Lamb(1991)	認為 SERVQUAL 模式不適合零售業，同時，認為零售業與消費者研究不應視SERVQUAL認知服務品質離開貨架的衡量發現SERVQUAL在概念化與衡量方法上有問題存在。
Babakus &	負向的敘述容易使回答者產生混淆，影響填答者回答的品

Boller(1992)	質。
Cronin & Taylor(1992)	發現SERVQUAL在概念與衡量方法上有問題存在。
Brown, Churchill & Peter(1993)	認為SERVQUAL最重要的問題在於使用差距分數衡量方法。

資料來源：本研究自行整理

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988)認為SERVQUAL量表是一個可以衡量服務品質的一般性工具，具備效度良好的信度，且可以應用在不同的服務性產業。但Carman(1990)利用與Parasuraman、Zeithaml & Berry 相同的研究方法、程序，針對四種不同的服務業進行研究，結果顯示了 SERVQUAL 的五個構面雖然穩定，但是在某些行業，其服務構面會有增加的趨勢；因此，有必要對原先的構面加以修正。

Cronin & Taylor(1992)在探討相關的文獻後認為，認知為衡量服務品質的標準優於以差異評量，進而發展出 SERVPERF 量表，並宣稱較 SERVQUAL更能準確評量服務品質。Brown, Churchill & Peter(1993)則提出了無差異評量法，主張直接的評量顧客心目中對服務品質的差異分數(Difference Scores)。

而在學者的質疑下，Parasuraman, Zeithaml & Berry(1991)也重新檢視SERVQUAL 量表未了驗證SERVQUAL的有效性，進而對服務品質領域最大規模的實證進行研究，並修改原始的SERVQUAL量表。

Parasuraman, Zeithaml & Berry 則認為修改後的 SERVQUAL 量表在信度與效度上均優於原來的量表。Parasuraman, Zeithaml & Berry(1994) 對Cronin and

Taylor(1992) 與Brown,Churchill & Peter(1993) 以 自 己 主 張 的 差 異 評 量 法 對 績 效 評 量、無 差 異 評 量 法 進 行 比 較 研 究。發 現 了 選 擇 何 種 的 量 表 必 需 視 使 用 者 的 角 度 而 定，三 種 評 量 方 法 沒 有 絕 對 優 劣 存 在。有 關 服 務 品 質 評 量 方 法 的 重 要 主 張 列 於 表 2-4。

Dabholkar et al.(1996)先 以 定 性 的 方 式，透 過 深 度 訪 談、觀 察 訪 談 以 及 對 消 費 者 以 錄 音 追 蹤 紀 錄 等，藉 此 找 到 消 費 者 評 估 零 售 業 服 務 品 質 之 重 要 因 素。再 所 得 結 果，經 由 文 獻 探 討 決 定 零 售 業 服 務 品 質 的 構 面，共 分 為 實 體 形 象(Physical Aspect)、可 靠 性(Reliability)、人 員 互 動 (Personal Interaction)、問 題 解 決 (Problem-Solving) 以 及 商 店 政 策(Policy)五 個 構 面。

而 與 SERVQUAL 的 五 個 構 面 不 同 的 是，RSQS 具 有 子 構 面：實 體 形 象 構 面 下 可 分 為 外 觀(Appearance)與 方 便 性(Convenience)兩 個 子 構 面；可 靠 度 構 面 下 細 分 為 承 諾(Promise)與 無 誤(Doing It Right)兩 個 子 構 面；人 員 互 動 構 面 下 細 分 為 深 具 信 心(Inspiring Confidence)與 禮 貌/願 意 協 助(Courteous/Helpful)兩 個 子 構 面，亦 即 RSQS 量 表 具 有 階 層 結 構。

表 2-4 八〇年代以後較重要的服務品質評量方法

	時間	評量 根據	研究對 象	樣本數 目	基本 問項	回答 尺度	結論
SERVQUAL	1988	認知 與期 望差 距	銀行業 信用卡 維修福 無長途 電話與 證卷經 濟	200	44 項	7 點	SERVQUAL 是服務品質評 量的骨架，但 仍須後續研究 改善
Refined SERVPERF	1991	同左 (考慮 加成)	電話維 修 銀行業 保險業	各業發 放 1800-1 900	44 項	7 點	修改後的 SERVQUAL 無論在信度與 效度上均優於 原來的 SERVQUAL
SERVPERF	1992	顧客 認知的 績 效	銀行 病蟲防 治 乾洗 速食	660	22 項	7 點	SERVPERF 比 加權 SERVPERF 及 有加及為加權 SERVQUAL 為佳

Non-Difference	1993	顧客心中期望與認知的差距	商科大學生	230	22 項	7 點	Non-Difference 比SERVQUAL 為優
3-Column SERVQUAL	1994	認知與期望的差距期望有分類	電腦製造零售連鎖自動保險人壽保險	電腦製造 5270 其餘各 2400	66 項	9 點	採用績效或差異評量依視情況而定

資料來源:何明政(民 88)

一、醫療服務品質

傳統上，醫療界裡最常用 Donabedian 的定義：「醫療照護品質即該照護預期能極大化病人健康的福祉，這福祉是經權衡醫療過程中預期會所獲得與失去部分的福祉(Harris-Wehling，1990)」。國內學著韓揆(1994)指出：「所謂醫療品質，對病患及醫療機構而言，是醫師奉行臨床外部規範之評價與狀態，及病人滿意與方便所致力之評價與狀態。對於社會及政府機構來說，醫療體系中對於民眾所提供知護照，包括制度、人力、設施、執行，及為病人與社會合理負擔所安排之狀態與評價」。倪嘉慧(1994)指出醫療品質是運用現有的醫療知識與資源，結合與醫

療品質有關的機構，促進結構、過程、及結果三層面的品質，以期有效地提昇病患接受理想照護的機會，並且減少不當護照結果的發生。然而，目前廣被醫療界引用的係根據 Institute of Medicine (IOM) 與 Office of Technology Assessment (OTA) 的品質定義 (Fiedman, 1995; Congress, 1988)。

IOM (Harris-Wehling, 1990) 對醫療護照品質的定義為：「一種可增加個人或群體理想護照結果可能性的程度，並且此程度應與現有的專業知識一致」。其被廣泛引用的因素包誇了傳統與近代的品質測量領域，如醫療可近性、醫療過程、醫療結果、適當性，及消費者滿意度。

OTA (U.S Congress, 1998) 對醫療品質的定義為：「運用現有的醫療知識，使醫療過程中能增加病人理想醫療護照結果的可能性程度及減少不當醫療結果發生的機率」。在此定義中，醫療護照包括醫療提供者應用醫療人際互動的介入與醫療技術，來改善病人滿意度與健康。評估醫院或醫師所提供的醫療品質，主要是能使病人獲得健康上的改善及增加病患滿意，不當的醫療結果將會引響滿意度與健康。綜合以上的看法，品質有狹義及廣義的解釋，在於醫療機構內整個體系的品質，並且會因界定者重視品質的特性特質介面而有不同的定義。追求品質必須配合現有的專業知識及有限的醫療資源共同達成，在醫療提供者提供人性化的醫療護照服務，改善病人病情，並滿足病人、家屬及社區的需要與期望。

在評估醫療院所服務品質時，對於醫療院所來說，醫療服務品質涵括了醫療品質，Fisher(1971)致力於評估門診病患對於醫院與私人診所的醫療服務品質評估上的差異，其選定的屬性分成三個部份：

1. 實體環境方面：

包括對候診室、座位、福利社、休息室等的評估，另有候診時間、醫師看病所花的時間、看病總時間的滿意程度等。

2. 對醫療的態度：

包誇是否被實習醫師治療、能否與醫師溝通病情、醫護人員的態度、醫師看病是否草率等。

3. 對醫師的一般態度：

包含醫師對待病人是否願意細心去了解病情，能否為病人詳細解說病情以及病人能否信賴醫師的專業能力等。

Fosher(1971)對醫院醫療服務品質的研究認為好的應包括：

- (1)有優良的好醫師；
- (2)有受過良好醫院服務品質訓練的工作人員；
- (3)醫師能提供所需資訊；
- (4)醫師能真正關心病患；
- (5)工作人員服務態度良好；
- (6)尊重病患病情上隱私。

Donabedian(1984)認為應以「結構 — 過程 — 結果」的程序來評估醫院的服務品質：

1.結構：

在較好的醫療環境下能提供較佳的醫療品質，若能找出較佳的環境條件，則提供較好的醫療品質，這些結構是指醫療行為發生場合的一些屬性，也就是病患提供醫療服務的實體與工具，其包括醫院的設施、硬體環境、就診科別、儀器設備、行政與管理及教育訓練等。

2.過程：

醫護人員與病患接觸後，以診療為目的而為病患所做的每件事，每個流程，

包括了診斷、開處方、友善的態度、禮貌、溝通、反應、同理心以及可接近性等。

3.結果：

良好的病人狀況是好的醫療護照之結果，因此病患在接受治療後的結果能反映出醫療品質的優劣，結果方面包含了病患接受醫療服務的健康狀況、滿意程度，以及病情的改善程度等。

曾崇倫(1996)從觀念的改變和品質改進的角度來看醫院服務品質的提升，提出下列八點理念：

1.醫療品質與經營較率並重：

某些國立醫學中心雖然擁有精緻、可靠的醫療品質，卻因經營缺乏效率而導致虧損；有些私人醫院以講求效率的企業方式來經營，卻在速度而大量的服務中喪失了人性化的醫療品質，所以如果取得一個平衡點是所有醫院應致力的方向。

2.顧客導向：

檢驗醫療品質最好的一把尺就是此醫院是否能夠以顧客為優先考量的觀念，提升服務品質時須以滿足顧客需求為基礎，而在顧客對服務品質的期望愈來愈高，愈來愈講求的情況之下，「顧客導向」更形重要。

3.綠色的品質：

在國際環保、綠色革命趨勢下，醫院在多元屬性的品質定義中，更應該加入新的思維，也就是綠色思維的品質觀。

4.客觀的品質衡量：

以目前來說國內醫院有關品質的衡量大都是以醫院評鑑所訂製出來的結構評鑑為基礎，不但不夠完善也缺乏客觀性。綜觀以上，應從服務結構、服務過程和

服務結果三方面衡量會較為客觀。

5.內部服務品質：

醫院的工作人員工作滿意度若能提升，服務態度才能更親切，品質才獲得真正的改善。

表 2－5 患者對醫療的服務品質評估構面文獻整理

朱永華 (1995)	醫院服務品質分為： <ol style="list-style-type: none">1. 醫療過程2. 醫院環境3. 等待時間(評價最低)4. 醫療費用5. 服務結果6. 紅包收受
許鐵錚 (1996)	研究對象主要為中部地區醫院門診病患，結果顯示出，未婚，年齡愈輕、教育程度愈高、職業偏向腦力勞動者，在於醫療程度，服務的態度及結果等方面的滿意度較低。
劉建忠 (1996)	透過品質機能展開法擬定一個醫院門診服務優先改進措施的方法。其研究結果顯示，重要的醫療服務品質要素有 <ol style="list-style-type: none">1. 「醫療資訊、資料因素」2. 「作業流程因素」3. 「病患感受因素」4. 「服務技巧與態度」5. 「藥劑因素」(較不重要)

向書頤 (1997)	SERVQUAL 量表以知覺(P)為衡量的基礎，適用在衡量醫療服務品質。針對知覺面及期望面醫療服務品質萃取出主要因素構面。不同醫院、醫生別、科別、就醫背景及人口統計變項之病患在醫療品質構面的期望及知覺均有顯著差異。
吳世望 (1997)	病患的滿意度，以 1. 「年齡」 2. 「車程」 3. 「職業別」 4. 「婚姻狀況」 5. 「入院決定權」 6. 「住院科別」 7. 「教育程度」 等方面有顯著差異。因此，對於病患的期望與實際上的感受，多數呈現負面情況。
蔡雅芳 (1997)	發現病患評估醫院形象的構面為： 1. 就醫可近性、醫療品質、院內氣氛、等候時間等因素 2. 醫院規模、就醫可近性，以及忠誠度等構面。
陳怡潔 (1997)	在整體的醫療服務項目中，電話服務態度滿意度最高，醫院停車場便利性滿意度最低，另外，醫院處理病患抱怨的方式、等候掛號的時間、醫院停車場的便利性、醫院的安全設施以及醫院的內部指示標誌均是醫院可望改善的重點。
曾崇倫 (1998)	研究指出「服務結構、服務過程、服務結果」對衡量服務品質非常具有參考價值，醫療品質與經營績效、組織氣候等關係之研究，未來仍很大探討空間。除此之外，因為服務品質是系統上觀念，也有學者認為即使在探討醫療品質時也可參考國際服務業品質管理標準

	(ISO-9002 第二部份)，(例如醫療服務等)，其過程規定愈明確，則有規律的品質系統應用之機會愈大。
陳倩妮 (1998)	以門診病患對醫院服務品質的滿意度以及重要程度兩者間的關係及不同醫院的服績效做探討，欲從結果中找出病患選擇就診醫院的決定性因素，及對醫療服務品質的滿意度評價，以作為醫療院所管理者改進之依據。
蘇武龍 (2000)	對病患滿意度與醫院服務品質衡量方法做探討，病患滿意度是一個反應指標，包含了價值判斷、刺激、個人差異和反應的相互作用。
周志鴻 (2001)	採用因素分析取出七個民眾在中醫門診服務品質上所重視的因素： 1..硬體設備因素 2.交通及空間因素 3.知名度因素 4.醫療因素 5.人性化醫療因素 6.掛號 7.服務台及候診因素。 滿意程度方面則有六項因素： 滿意因素、醫療設備及選擇因素、醫護人員因素、掛號、服務台及候診因素、人性化醫療因素、醫療結果等。
吳伶娟 (2001)	病患對服品質與滿意度之策略性研究，評量樣本醫院病患和工作人員對醫療服務品質之期望與績效評價之差距，以了解影響病患與工作人員滿意度之因素，及其它優先順序。

資料來源：根據陳倩妮，民 87，

第三章 研究方法

本章首先以相關文獻為基礎建立研究架構，其次說明研究架構展開而成的資料分析架構與研究使用的分析方法，並敘述研究中必須驗證的假設，接著針對問卷設計與抽樣的部分加以解釋，最後進行回收問卷的初步分析。

第一節 研究架構

本研究旨在評量A中醫診所患者對該診所之滿意程度調查，並探討患者對其醫療服務品質的看法，經參酌國內外相關文獻，擬定本研究之架構，如圖 3-1。

Dabholkar 等所發展的量表的設計基礎，以評量A中醫診所所提供的醫療服務。

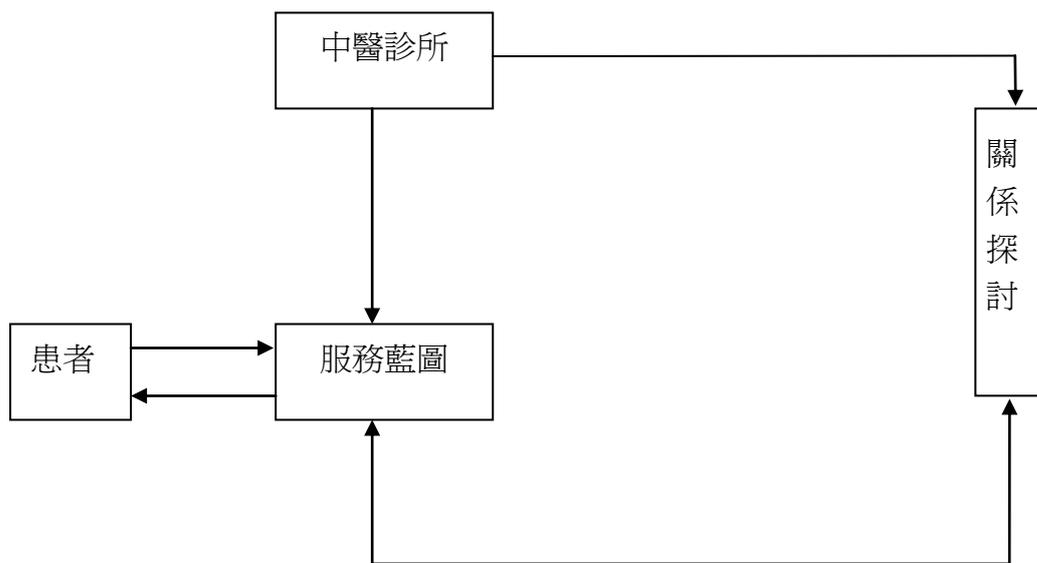


圖 3-1 操作性研究架構

第二節 服務藍圖的發展

服務藍圖是一種解決在服務敘述中不完整、過度簡化、偏誤與解釋上難度等問題的放法論(Shostack, 1992)。因為流程為所有服務的基礎，故服務藍圖的功能用來解釋與定義每個流程的內容，以及流程流與流程之間的關聯性。服務藍圖法起源於多個不同領域，包含物流、決策理論以及電腦科學知系統分析三門領域(Shostack, 1992)。物流的範疇主要為測量、繪圖、設計工作流以及員工的任務表現。此時工業工程學所提供的流程圖將有效的傳達相關的流程，重要的是將時間視為原料以避免不必要的時間損耗。決策理論是以分析方法來描述流程，而且決策理論著重於選擇、機率與結果而非任務；另決策理論關注的是邏輯而非時間。決策理論所用之圖表為決策樹，其以樹枝狀模式描繪出在特定情境下所有的可能行動，並輔以各行動之發生機率，提供決策者參考。決策理論適用於決定或評估多種選擇方案時，例如醫療與法律服務常因個別顧客之需求不同常提供高專業與客製化的服務，此時決策理論就具參考價值。電腦系統分析亦提供一套特別的圖示符號與敘述語言，其功能在於處理相關性、順序、和依存關係來產生所需之結果。電腦系統分析之概念與服務系統相似，相似點在於服務系統必須以整體的概念來運行，才能達成特定目標。雖然這些系統的分系方式不完全適用於服務，但部分的元素將有助於瞭解服務，並可量化服務系統中的不同流程。

根據 Shostack, (1984)提出服務藍圖的概念，後續學者進一步發展出進階版，將服務藍圖中服務遞送過程藉由視覺化的圖形成服務整體的架構，類似於流程圖，透過整體的觀點來檢視服務，可做為服務設計與服務品質管理之工具(Kingman-Beundage,1989)。服務系統可分為三大要素，

一、第一要素

是服務形成的步驟跟工作內容(service process)。

二、第二要素

是執行給項工作的方法、途徑(mean)。

三、第三要素

是提供給顧客的服務證據也就是顧客在接受服務提供過程中所實際得到的服務感知 (evidence) (Shostack,1987)。

以此三大要素可以架構出圖 1 的服務藍圖示意圖(Zeithaml and Berry,2000)，主要可劃分成兩大部分，同時解析服務過程與結構，服務過程是按照時間順序由左至右的描繪在水平軸上，而箭頭表示服務的路徑，連結各項活動；服務結構則描繪垂直軸上，依組織結構來分層，遊服務互動線、可見線和內部互動線分隔開來(Kingman-Brundage,1989)，區分了顧客行動、前場員工行動、後場員工行動、支援前場與後場的行動四個部分。在服務藍圖中，互動線主要區隔顧客與前場員工的行動，只要有直線垂直通過互動線，代表顧客與前場員工產生互動。可見線主要區隔顧客看得到的前場員工行動，與看不到的後場部分。內部互動線的功能是將接觸人員的活動和後場支援活動分隔開(Kingman-Brundage,1989)。顧客滿意度是服務品質的一項重要指標，因此服務藍圖就好像是將服務的組織圖顛倒過來，將前場員工與顧客的互動擺第一位，在由後場員工、主管來支援前場的員工提供高品質的服務。

第三節 服務藍圖之應用

服務藍圖的目的是分析服務績效，雖然流程圖是服務藍圖的基礎，但徒有結構還稍顯不足，過去研究提出服務藍圖有助於企業建立完善的服務操作模式，明確訂出服務系統中的每一個體的服務職責(Shostack,1984)。完整細緻的服務藍圖可使員工清楚地了解每項工作的流程，並且了解自己所負責的部分與服務系統中其他部分的連結關係(林俊宏，2006)。同時在服務藍圖中，每個服務流程都必須訂定績效標準，例如某個步驟的可接受完成時間幾分鐘，必須達到什麼程度才算完成，加入這些績效值之後，就可以用來控管整體的服務流程。有學者認為服務藍圖有助於是別服務提供過程中的失敗點和薄弱環節，進而改進服務品質。也就是說服務藍圖完成後，管理者可以透過整個藍圖來檢視可能出錯的步驟或流程，透過此方法來便是失敗點，並予以改善(George and Gibson, 1991 ; Leppard and Molyneux,1994)。此外，過去研究提出服務藍圖可用於重新設計或改善服務。促使企業全面、深入、準確地了解所提供的服務，有效率性地設計服務過程，在應用藍圖做服務改善設計時，必須加入時間的維度於服務藍圖中，這樣可以使研究者體會到顧客在服務系統中所經歷的各項活動(Kingman-Brundage,1989;Lovelock,1996)。

綜觀過去二十多年服務藍圖的研究，大致上可以分成三個大類。

一，學者將服務藍圖應用於不同領域

從服務藍圖提出後到現在，許多學者將服務藍圖應用到不同專業領域上，如：醫院管理、快遞遞送服務管理、飯店或旅館之客房服務、餐廳之供餐管理等。

二，新版服務藍圖的產生有部分學者在原有的服務藍圖中加入其他項目或功能

例如學者在原本的藍圖中加入了一條新的區隔線(the line of order penetration)，此線將顧客所引起的流程與非顧客所引起的流程分隔開來(Kleinaltenkamp,1999;Flie,2001)，進階的服務藍圖在生產理論下，可用為分析工

具，並可做協調與規劃工具，如果將服務藍圖與作業基礎成本制度結合，可提供公司的效率(Flie and Kleinaltenkamp,2004)。

三，將服務藍圖與其他工具結合

許多學者將服務藍圖與其他工具結合，使藍圖的功能更多元。過去研究提出服務場景與服務藍圖結合可以幫助便是重要的流程點以及減少部分交易成本(Frauendorf *et al.*2005)。

有學者提出一個新的理論「內部行銷機制」，主要結合內部行銷與服務藍圖的重要元素，目標為去除單獨使用任一工具之缺點(Lings,1999)。在顧客滿意度問卷中加入服務藍圖，將流程以藍圖方式呈現，使填答者更加了解問卷內容，蒐集顧客對於服務失敗與服務補救的意見與觀感(Michel,2001)。

第四節 本章統詳

除了上述學術研究外，服務藍圖利用圖示的方式將複雜的服務流程簡化，常被應用於實務中。服務藍圖是任務導向的，其關注於可見的行動或事件，這樣的特性對於不同部門以及不同層級的管理者有相當大的幫助 (Kingman-Brundage,1989)。

行銷經理可將研發的內容透過服務藍圖的協助正式引入執行面。人資經理已可利用詳細的服務藍圖作為工作描述等工具 (Kingman-Brundage,1989)、另可用服務藍圖來訂定實際的訓練目的和準備任務導向的訓練工具。技術方面的主管以服務藍圖當作評估新軟體必要性的基礎。最後，最重要的是一份詳盡的服務藍圖可視為一專家系統，並可作為開發一個新系統時的基礎工具。

從過去研究發現，服務藍圖的應用相當廣泛，從服務設計、教育訓練、供應商與下游廠商整合等，服務藍圖的功能一再地被發掘，許多研究都提出許多看法與新功能，但較少研究進行比較競爭者服務藍圖之實證研究。因此本研究想進一步探討服務藍圖比較之功能，其望能透過此研究，了解消費者選擇競爭公司時的各項因素，預估可能的結果。另外本研究也想了解顧客是否有感受到競爭業者的流程差異，與差異程度是否顯著，最後透過問卷分析的實證以了解預估結果是否正確。

第四章 服務藍圖

表 4-1 中醫診所服務流程圖

	病人	接待人員與護士	醫師與推拿助理
前	1. 打電話約診	2. 確定約診的時間	
	3a. 找停車位 3b. 到達中醫診所	4a. 歡迎光臨 4b. 問候病患，確定目的，及預看診科別	
	5. 初診病人填寫病患基本資料(複診免)		
場		6. 確定病人身分、健保或自費	
		7. 電腦掛號	
		8. 列印掛號收據，給予病人，提醒病人診號	
	9. 病人繳交掛號費	10. 收取掛號費	

中 場		11. 引導病人到候診區	
	12. 坐在等候區	13a. 候診病患，給予茶水 13b. 看板顯示	14. 醫院叫號
	15. 進入診問		16. 醫院先確定病人與電腦病歷資料相符
	17. 病人主述病情		18. 醫生詢問、檢查病人(望、問、切)
			19. 醫生診斷，將病歷鍵入電腦 20. 告知診斷，解說病情 21. 開立處方，給予治療 22. 約定回診時間 23. 醫師將病歷傳輸給藥局列印配藥
	28a. 內科病人到藥局領藥 28b. 傷科病人到治療區等待治療	29a. 看板顯示領藥號 29b. 確認病人	
		30a. 遵醫囑，給予熱敷或藥物薰蒸，設定時間	
	30b. 確認治療部位引導病人，擺出適當姿勢，退去患部衣物，並以毛巾覆蓋隱私部位，拉起遮簾		

中			31. 醫師到治療區確認病人及治療方式 32. 消毒皮膚，給予病人針灸或理筋治療 33. 針灸完畢，詢問病人是否有身體不適或頭暈現象
	34. 回答針灸完，無任何身體不適		35. 紀錄並告知病人針數，設定時間
		36. 遵醫囑，給予適當輔助儀器（紅外線、電針機）	
	37. 等待治療時間（約 20 分鐘）		
	38. 針時器響起	39. 關閉計時器	
	病人	接待人員與護士	醫師與推拿助理
		40. 護理人員告知病人拔針	
	42. 等待鬆筋及貼上外敷藥	拔針並清點針數	43. 推拿人員遵循醫屬指導，再予病人鬆筋及貼上外敷藥
	44. 整理儀容 45. 病人離開治療區		
	46. 病人在藥局等藥	47. 醫護人員確認病人診療過程	
	48. 確認病人，交付藥劑 49. 囑咐藥物服法		
50a. 付款 50b. 拿取停車位憑單	51. 給予收據 52. 提醒下次回診時間		
53. 離開中醫診所	54a. 向病人說再見 54b. 謝謝光臨		
場			

後 場	24. 病例藥方、帳單列印 給櫃檯人員 25. 藥劑師配藥 26. 確認病患，藥方及天 數，裝入藥袋並勾選藥 物服法 27. 病例歸檔	
	55a. 傷科初診病人 3 天 以上未回診，電話詢問 其病況，尚未改善叮嚀 回診繼續做治療	
	55b. 內科病人 10 天未 回診，電話詢問其病情 是否痊癒，若未痊癒或 不適，叮嚀回診繼續做 治療	

資料來源：本研究

表 4-2 服務藍圖-診療前

	服務人員	護理人員		醫師	推拿助理	
前 場	顧客可見線	預約等候 W	掛號		等後病患 W	等後病患 W
		預約時間 F, 11	初診	複診	依據預約 或掛號先 後	
	電腦掛號/列印收據 F, 2					
	顧客互動線	關心病患	病人填寫 基本資料	免填寫資 料	問候病患 W	問候病患 W
				調閱病歷 F, 11		
		告知病患 門診流程 及注意事 F4, 10	問後病人: 確定看診 科別 F, 18	關心病人: 再次確定 看診科別 F, 18		準備外敷 藥物
			確定病人身份/收費 F, 7			
等待看診W/提醒病人診號 F, 10			醫生按燈 叫號			
關心病人需求/茶水服務 F, 13						
後 場	內部互動線	傳遞預約人數 F, 11	隨時通知後場		瞭解預約 概況診間 等候 F, 11	
	管理完成線	紀錄在登記本 上 F, 13	資訊系統/財務管理 F, 2		資訊系統 F, 2	管理系統
			員工儀表 F, 3			

資料來源:本研究(F:表失誤點;W:表顧客等候點;F後面的數字代表問項之題號)。

表 4-3 服務藍圖-診療中

	服務人員	護士	醫師	推拿助理
		醫生治療	推拿助理治療	協助診療
顧客可見線	顧客可見線	醫師詢問病情「望聞問切」		
	顧客互動線	病患告知病情	確認病情	詢問病患診療的過程是否需調整 F, 19
		解說診斷病情與結果；同時詢問病患對診療的意願 F, 6	依據醫屬，給予熱敷或藥物薰蒸 F, 1	
		開立處方，給予診療，告知診治療程 F, 5	確定診療部位	
		消毒皮膚給予針灸治療 F, 14		引導病患到診療位置，褪去衣物，露出患部 F, 13
		告知病患針數與治療時間 F, 15		
		詢問病患診療後是否身體不適 F, 19, 22		遵醫囑給予紅外線/電針機治療 F, 1
		隨時關心病患需求 F, 22		拔除針灸 F, 7
約定回診時間 F, 8				
內部互動線	內部互動線	確認病患與電腦資料相符診斷結果鍵入資訊系統 F, 9	依據醫師指導下進行推拿處理 F, 6, 14	協助醫師、推拿助理
	管理線	資訊系統/管理系統	依據推拿單據	管理系統
		診療儀器 F, 1	醫療儀器 F, 1	操作手冊
		專業知識 F, 14	專業技能 F, 14	服務態度

資料來源:本研究(F：表失誤點;W：表顧客等候點；F後面的數字代表問項之題號)。

表 4-4 服務藍圖-診療後

服務人員	護士	醫師	推拿助理
顧客可見線	配藥 F, 11, 15	醫療其他病患中	遵醫囑只是, 推拿按揉病人
	計時器響起(關閉)		
	病患等要W		
顧客互動線	針灸後拔針並再次清點針數, F, 15	隨時關心病患	關心病患針灸後的不適問題 F, 16, 12
	再次確認診療過程是否完成 F, 10	針灸後若有不適給予病患適當處理 F, 8	完成推拿, 傷科病患等待外敷包紮 F, 13
	領藥「確認病人、交付藥、屬咐使用」F, 17		協助病患離開診療區
	病患付款, 繳交藥費 F, 7		
	再次提醒回診時間, 建議預約回診時間 F, 20		
	電話關心病患回診 F, 22		
內部互動線	藥局配藥 F, 7, 15	病歷藥方、帳單傳輸藥局 F, 2	
	確定病患藥方、天數、確認藥物內容、裝入藥袋 F, 15	隨時支援	
管理線	病歷歸檔 F, 9	資訊系統存檔	管理線

資料來源:本研究(F:表失誤點;W:表顧客等候點;F後面的數字代表問項之題號)。

第五章 結論

本研究之主要結論如下：

透過服務藍圖的繪製，可以清楚的顯示個案公司的作業流程，由於中醫診所越來越具競爭壓力，因此標準的作業流程以及完善應變措施，使中醫具快速處理的能力，另外在人才的訓練上，透過服務藍圖的繪製過程與解析，能使員工更快瞭解自己在服務流程中所扮演的角色，引此透過服務藍圖的應用，能夠幫助各醫療師充分瞭解其作業流程，並從中分析缺乏效率的流程點。

本此研究繪圖著重於醫師與顧客接觸部分，但因為每個步驟都會影響服務品質，未來的研究可考慮繪製整個服務的流程，繪製完成後，再將藍圖以流程類別分區比較，更深入的進行比較與探討。

建議與未來展望

由於診所的資源有限，因此資源的分配應以達到最大效益為目標，若能考量顧客重視的流程，服務藍圖差異比較，將變的更有價值，推演能力也會因此強化，因為可依照流程是否重要，以及診所特定流程之優劣，組成二乘二矩正，推演出四種可能結果，並進行探討。可以讓診所將流程改善重點放在加強顧客較重視的項目上，達到事半功倍的效果。另外，不同產業可能需要差異性的服務，進而可能影響各項滿意度的結果，建議未來研究將務不同年齡層的顧客分群分析，進行比較。

服務藍圖不僅可應用在服務提供流程上，也可以考慮加入顧客的作業流程，同時包含服務提供者與顧客的服務流程之藍圖，將可找出多餘的流程，並予以簡化。

文獻探討

中文部份

1. 吳就君，「臺灣地區居民社會醫療行為研究」，中華民國公共衛生學會雜誌，1981年，頁25-48。
2. 周志鴻，「中醫門診醫療服務品質的探討---以中部地區醫院中醫部為例」，東海大學企業管理研究所碩士論文，(民90)。
3. 張永賢，「全民健康保險中醫總額支付制度探討」，列於中華民國中醫師公會全國聯合會(編)中醫報導，1999年第2期，頁69-72。
4. 張永賢，「中醫醫院評鑑標準之前導研究」，行政院衛生署中醫藥委員會八十六年度委託研究計劃成果報告，1997年。
5. 黃東琪，「中醫門診總額支付制度醫療品質評估之研究」，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，(民89)。
6. 中醫報導雜誌編輯群，(民89)，醫政公文，中醫報導雜誌第二卷第四期，pp.5-9。
7. 淺井慶三郎·清水滋著，謝森展譯，(民78)，服務行銷管理，台北：創意文化事業公司
8. 林建山，(民86)，現代服務業行銷學，台北：環球經濟社商略印書館。
9. 戴久永，(民76)，品質管理，台北：三民書局，p.4。
10. 曾崇倫：從行銷觀點談門診顧客就診考慮因素。醫護科技學刊，第11卷，第1期，p59-74，民國88年。
11. 朱永華，「醫院服務品質與病患滿意度之關係研究」，成功大學企管研究所碩士論文，1995
12. 許鐵錚·民眾對醫院服務滿意度之調查研究以中部地區門診患者為例·未發表碩士論文，雲林技術學院，雲林，1996。
13. 吳世望，醫師對組織文化認同與服務品質關係之研究--以台中市某醫院為例，1997。
14. 陳怡潔。醫療服務品質與顧客滿意之相關性研究-以彰化基督教醫院為個案。東海大學管理研究所碩士論文，1997。
15. 向書頤。台北市醫療服務品質之實證研究。銘傳大學管理科學研究所碩士論文，1997。
16. 陳倩妮，「服務品質與顧客滿意度相關研究—以醫療產業為例」，元智大學管理研究所碩士論文，1998。
17. 蘇武龍。住院服務品質與病患滿意度之探討：以成大、奇美醫院為例·未發表碩士論文，成功大學，臺南，2000。
18. 吳伶娟。病患對服務品質與滿意度之策略性研究-以某醫學中心為例，2001。
19. 周志鴻。中醫門診醫療服務品質的探討-以中部地區醫院中醫部為例。東海大學企業管理學研究碩士論文，2001。

英文部分

1. Juran, J. M., (1986), "Universal approach to managing for quality", Quality Progress, 19, pp.10-24.
2. Kotler, P., (1991), "Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control, 6", Prentice-Hall.
3. Booms, B. H., and M. J. Bitner, (1981), "Marketing Strategies and Organization Structures for Service Firms," Marketing of Services, J.H. Donnelly & W. R. George, eds, Chicago: American Marketing.
4. Crosby, P.B., (1979), "Quality is Free", New York: New American library.
5. Parasuraman A, Zeithaml V. A., & Berry, L.L., (1988), "SERVQUAL : A Multiple Consumer Perceptions of Service Quality," Journal of Retailing, 64(1), pp.12-40.
6. Hayes & Roming, (1977), "Modern Quality control" McGraw-Hill Co., New York, p.9.
7. Regan, W. J., (1963), "The service revolution," Journal of Marketing, Vol.27, PP.32-36.
8. Regan, W.J., (1963), "The service revolution," Journal of Marketing, 47, pp.57-62.
9. Gronroos, Christian, (1983), "Strategic Management and Marketing in Service Sector Marketing Science Institute", Boston : Marketing Science Institute.
10. Booms, B. H., and M. J. Bitner, (1981), "Marketing Strategies and Organization Structures for Service Firms," Marketing of Services, J. H. Donnelly & W. R. George, eds, Chicago: American Marketing.

11. Parasuraman A, Zeithaml V. A., & Berry, L.L., (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research," *Journal of Marketing*, 49, pp.41-50.

12. Cronin, J.J., & Taylor, S.A., (1992), "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", *Journal of Marketing*, 56(3), pp.55-68.

13. Brown, T. J., G. A. Churchill, J. R., and J. P. Peter, (1993), "Research Note: Improving the Measurement of Service Quality," *Journal of Retailing*, 69, pp. 127-141.