

臺東縣中、高齡民眾醫療可近性、醫療品質與服務、 醫療滿意度及醫療忠誠度之研究

童岫瑜¹，林育珊^{2*}

摘要

自健保開辦以來，在提升醫療品質、延長國人平均壽命，亦或是在健康照護上，皆有卓越的貢獻，更大幅提高了國人就醫的可近性(accessibility)，但由於臺灣受限於地理環境及交通，造成醫療資源分配不均，以至於許多偏鄉有保險卻無醫療的困境，臺東縣即將邁入聯合國世界衛生組織(WHO)定義之高齡社會(Aged Society)，未來對於慢性病及癌症的醫療照護需求將更為重要，本研究主要探討臺東縣中、高齡民眾對目前的醫療可近性、醫療品質與服務、醫療滿意度及醫療忠誠度之相關性，同時研究醫療滿意度對醫療品質與服務與忠誠度是否有中介效果。採橫斷面研究法，針對居住臺東縣 45-65 歲年齡民眾進行問卷調查，共回收問卷 331 份，使用 SPSS 軟體進行資料之統計分析，研究發現：(1)臺東縣民眾對於醫療可近性較無法認同；(2)醫療可近性正向影響醫療滿意度；(3)醫療可近性正向影響醫療忠誠度；(4)醫療品質與服務正向影響醫療滿意度；(5)醫療滿意度正向影響醫療忠誠度；(6)醫療品質與服務正向影響忠誠度；(7)醫療滿意度於醫療品質與服務與醫療忠誠度間具有中介效果。最後根據研究結果，建議相關單位能有配套措施落實在地醫療，以提升臺東地區醫療院所之醫療品質與服務。

關鍵字：高齡社會、醫療可近性、醫療品質與服務、醫療滿意度、醫療忠誠度

¹ 童岫瑜，臺東馬偕紀念醫院業務課課長。E-mail: kyle600919@gmail.com

² 林育珊（通訊作者），國立臺東大學資訊管理學系教授。E-mail: ysl.nttu@gmail.com

The Relationship among Medical Accessibility, Medical Quality and Service, Medical Satisfaction, and Medical Loyalty towards Middle-aged and Older People in Taitung County

Hsiu-Yu Tung¹, Yu-Shan Lin^{2*}

Abstract

Since its launch in 1995, National Health Insurance (NHI) has made outstanding contributions to the promotion of medical quality, the extension of the average life of the people, and healthcare, especially the high medical accessibility. However, the limitations of Taiwan's geographical environment and transportation result in uneven distribution of medical resources; many rural villages have insurance coverage but no medical services. Since Taitung County is about to become an aged society as defined by the United Nations World Health Organization (WHO), the medical care needs for chronic diseases and cancer will be more critical in the future. This study explores the relationship among current medical accessibility, medical quality and service, medical satisfaction, and medical loyalty towards middle-aged and older people in Taitung County and whether medical satisfaction is an intermediary between medical quality and service and medical loyalty. A cross-sectional study was conducted to survey the 45-65-year-old people living in Taitung County. Three hundred thirty-one questionnaires were collected and analyzed using the SPSS software for statistical analysis. The study found that (1) People in Taitung County are less satisfied with medical accessibility; (2) Medical accessibility positively affects medical satisfaction; (3) Medical accessibility positively affects medical loyalty; (4) Medical quality and service positively affect medical satisfaction; (5) Medical satisfaction positively affects medical loyalty; (6) Medical quality and service positively influence medical loyalty; (7) Medical satisfaction plays an intermediary role between medical quality and service and medical loyalty. Finally, according to the study results, it is suggested that the relevant entities should have supporting measures ready to carry out local health care to improve the medical quality and service of medical institutions in Taitung County.

Keywords: Aged society, Medical accessibility, Medical quality and service, Medical satisfaction, Medical loyalty

¹ Hsiu-Yu Tung, Supervisor, Business Department, Taitung Mackay Memorial Hospital. E-mail: kyle600919@gmail.com

² Yu-Shan Lin (Corresponding Author), Professor, Department of Information Science and Management Systems, National Taitung University. E-mail: ysl.nttu@gmail.com

壹、前言

全民健康保險（健保）自民國 84 年 3 月 1 日開辦以來，已經運行超過 30 年，對於提升國民健康、延長壽命、提高醫療品質以及保障醫療可近性方面做出了顯著貢獻。根據健保署的調查，112 年民眾對於健保制度之滿意度高達 91.2%（自由健康網，2024）。然而，由於台灣的地理環境及交通因素，導致資源與人口的分布不均，尤其在醫療資源方面，城市與鄉村之間的差距非常明顯。尤其像臺東縣這樣的偏遠地區，受限於地理環境與交通問題，醫療資源的可獲得性與醫療服務的質量仍然存在挑戰。

臺東縣因其地理特性，大部分區域為山地和高山地帶，且地形狹長，交通極為不便，這使得當地的經濟發展受到阻礙，人口外移且分布不均。由於偏鄉人口較少，無法有效吸引醫療機構設立或醫師進駐，導致醫療資源的分佈問題更加嚴重。截至 113 年底臺東縣老年人口比例已經達到 20.11%（內政部戶政司網站，2025），進入高齡社會，而人口老化的趨勢使得慢性病和健康照護需求不斷上升。特別是在 45 至 64 歲這一群體中，他們的就醫人次及醫療支出已經超過全縣醫療費用的三分之一，這表明這一群體對醫療服務的需求非常大。

雖然健保的實施確實提升了醫療可近性，但由於城鄉差距的問題，臺東縣的醫療資源仍然相對匱乏。根據 112 年的統計，臺東縣平均每一醫療院所服務人口為 1,322 人，遠高於全國平均的 980 人。此外，臺東縣的每萬人口醫師數僅為 15.69 人，低於全國平均的 23.04 人，而每萬人口病床數則略低於全國的 43.07 床，僅有 42.12 床（重要性別統計資料庫，2024）。這些數據顯示臺東的醫療資源比其他縣市少得多，尤其是面對龐大的老年人口與慢性病需求時，醫療資源顯得捉襟見肘。

醫療可近性不僅影響病患的就醫滿意度，還直接關係到病患的忠誠度。根據南投縣仁愛鄉的調查，提升醫療可近性後，病患對醫療服務的滿意度有了明顯提高。這表明，醫療服務的便捷性能夠有效增強病患的滿意度，進而提高病患的忠誠度。因此，改善當地的醫療可近性，不僅能夠減少病患的就醫負擔，還能提高病患對醫療機構的忠誠度。

目前，臺東縣的醫療設施僅有一間區域醫院，且該醫院是當地唯一的後送醫院。這使得急重症病人往往需要從基層醫療機構或地區醫院轉診至區域醫院，而若缺乏某些專科或設施，則可能需要再轉診至其他醫學中心。這不僅對病患造成身心上的困擾，對病患的家屬而言，頻繁的奔波也增加了照護壓力。這種情況下，許多病患，特別是癌症等重病者，會選擇跨縣市就醫，尋求更多醫療資源。然而，在地醫療的發展，不僅能減少病患的就醫成本，還能提高照護的便利性，從而提升醫療效果。

要實現更好的在地醫療服務，首先需要提升當地的醫療品質。然而，偏鄉地區人口分布不均、交通不便、公共設施不完善等問題，導致這些地區的醫療機構難以發展壯大。醫療機構的經營需要大量的專業人才，如醫師、醫療技術人員及護理人員，且醫療設備昂貴且需定期更新，這使得醫院的運營成本極高。尤其是在偏鄉地區，人口稀少且相對分散，醫療機構很難達到一定的規模，這使得醫療服務的供應能力受到限制。

此外，隨著健保的普及，病患對醫療費用的敏感度降低，更多關心的是醫療服務的質量和可近性。特別是偏鄉地區，由於交通不便和醫療資源匱乏，病患往往需要長時間往返於醫療機構，這不僅加重了病患的經濟負擔，也增加了病患的身心壓力。根據相關研究，醫療服務的品質和可近性是病患選擇醫療機構的重要考量因素。

臺東縣的醫療發展面臨著諸多挑戰，尤其是如何提升醫療服務的質量和可近性，並解決人才不足和基礎設施缺乏的問題。隨著醫療市場競爭的激烈，醫療機構必須在提升服務質量、病患滿意度和醫療忠誠度方面下功夫。針對偏鄉地區，除了改善交通設施外，還需要加強當地醫療資源的整合，鼓勵醫療專業人員下鄉服務，並通過政策支持來吸引醫療機構進駐。

針對臺東縣 45 至 65 歲的民眾，本研究設計了問卷調查，旨在探討醫療可近性、醫療品質、服務與滿意度之間的關係，並分析其對醫療忠誠度的影響。研究結果將有助於了解如何通過提升醫療可近性和服務質量來提高病患的滿意度與忠誠度，並進一步推動當地醫療體系的改善。這對於促進偏鄉地區的醫療發展，提升醫療服務的可及性與公平性具有重要意義。

貳、文獻探討

文獻部分探討醫療可近性、醫療品質與服務、醫療滿意度和醫療忠誠度及其相關性，以作為本研究進一步探究臺東縣 45-65 歲民眾對目前醫療感受之理論基礎與架構。

一、醫療可近性

醫療可近性是指病患能夠便捷地獲得所需醫療服務的程度。張雅雯(2002)指出，醫療可近性是以達到健康為目標，病患能輕易接觸到醫療資源的程度。吳依凡(2004)則進一步闡述，這是病人在罹患疾病後，能輕鬆就醫的便利性與可行性。Aday 和 Andersen (1974)認為，醫療可近性即是地區內可用的醫療資源是否能夠提供病患適當的就醫機會。Meade 和 Earickson (2000)擴大定義，認為醫療可近性是由多個因素組成，包括醫療資源的可得性、交通便利性、社經地位、個人健康需求以及支付能力等。

研究顯示，患者選擇醫療院所的三大考量因素通常為醫術、交通便利和親友推薦。根據陳倩妮(1998)的研究，病患選擇醫院時，主要的考量因素依次為交通便利、醫療設備、醫師的醫術及親友推薦，而「交通便利」是最重要的因素之一。姚美雲(2006)的研究則指出，在輕微病症時，病患會選擇就近醫療，但在急重症的情況下則會考慮醫療設備的完整性，傾向選擇大醫院。黃志暉(2004)的研究顯示，民眾就醫的主要因素包括醫師的醫術與醫德、服務態度、醫療設備、交通便利性和就醫環境的舒適程度。

此外，林民浩等(2016)指出，民眾在選擇門診就醫時會考慮「求近」，而在急診或住院時則偏好選擇鄰近地區內規模最大的醫院。根據 Stratmann (1975)的理論，病患選擇醫療院所時會考慮經濟成本、醫療時間、醫療便利性及社會心理因素，其中交通便利性仍然是最關鍵的決策因素之一。

Penchansky 和 Thomas (1981)提出，醫療可近性包括五個構面：可用性、可及性、便利性、可接受性和負擔能力。具體而言：

- (一) 可用性(availability)：當地需有足夠的醫療資源，如醫師、護理人員、醫療設備等。
- (二) 可及性(accessibility)：包括就醫的成本與時間，病患與醫療機構的距離以及候診時間。
- (三) 便利性(accommodation)：指醫療資源的可得性，如預約掛號、網路資源等。
- (四) 可接受性(acceptability)：病患對醫事人員服務態度的滿意度。
- (五) 負擔能力(affordability)：病患是否能負擔合理的醫療費用。

Weissman 和 Epstein (1993)則認為可近性是指病患所在地是否有足夠且適當的醫療資源，能夠及時回復病患健康。藍忠孚(1981)總結多種定義，認為可近性是病患能否輕易接觸到醫療照護系統。若醫療可近性不足，會使病患難以獲得所需的醫療服務，從而導致健康需求未得到滿足。

醫療可近性也涉及就醫成本的問題。例如，花蓮偏遠地區的研究顯示，居住在偏遠地區的民眾認為就醫不便，且需花費更多時間獲得醫療服務。根據台灣公共衛生學會的調查，保險對象每次就醫的交通和時間成本也不容忽視。以臺東縣偏鄉地區為例，民眾前往市區就醫的交通時間平均需花費 90 分鐘，若再加上候診及就診時間，總時間可達 223 分鐘，是一般人的 3 至 4 倍。

因此，在目前的醫療環境中，醫療資源通常集中在人口密集、交通便利的地區。對於偏鄉地區的民眾而言，醫療可近性是一個迫切的需求，即能在最短時間內，花費最少的成本享有完整的醫療服務。一旦這些基本的醫療需求得到滿足，後續的醫療滿意度也會隨之提升。

綜合來看，醫療可近性不僅是交通便利和醫療資源的問題，更是病患選擇醫療院所的關鍵因素。隨著社會對醫療服務的要求日益增高，如何提高偏遠地區的醫療可近性，已成為現代醫療體系發展中的一大挑戰。

二、醫療品質與服務

醫療品質在不同地區的病患中，會因為醫療資源的差異而有所不同。醫療資源豐富的地區，病患的選擇較多，對醫療品質的期待也相對較高，包括醫師的專業、醫療設備的先進性、醫院的交通便利性、環境清潔、服務態度等。而在偏鄉地區，因為醫療資源匱乏，病患的期望則較低，主要希望能有醫師和基本的檢查設備。因此，不同地區的病患對醫療品質的需求存在顯著差異。

醫療品質與一般商品的品質不同，因為它結合了專業性且會根據病患的具體狀況而有所變化，無法簡單地用標準化條件衡量。Weitzman (1990) 將醫療品質分為三個層次：一是醫療照護的技術層次，包括醫師的醫術和照護病患的專業能力；二是醫療人員與病患之間的人際關係層次，包括醫病信任、滿意度和忠誠度；三是醫療照護的舒適層面，指的是醫院環境的整潔度、設施的舒適度等。

世界衛生組織(WHO)則建議，醫療體系應在六個品質領域尋求改善：有效性(提高健康照護結果)、效率(最大化資源利用)、可近性(醫療照護要及時且分佈合理)、可接受性/病人為中心(依病患需求和文化提供照護)、公平性(不因性別、種族、社

會地位有所差異)和安全性(降低風險和危害)。美國的CMS和IOM也對醫療品質給出了相應定義,強調醫療照護應精確無誤並提升健康結果,符合專業水準。

韓揆(1994)則將醫療品質定義為臨床品質和服務品質的綜合體,臨床品質主要指醫療人員對病患的診斷、治療及護理,而服務品質則涵蓋醫療院所的硬體環境、行政手續、服務態度等。醫療品質可被理解為「投入-製造-產出」的系統過程,包括病患與醫療機構接觸的所有環節,從人員態度到醫療環境、設施設備、流程等。

Zeithaml等人(1996)研究指出,服務品質是區別不同行業的重要因素,並且是醫療院所競爭力的關鍵。Donabedian(1988)將醫療服務品質定義為「無法具體衡量但可感知的服務」,強調醫療服務不僅關乎病患本身,也包括病患家屬和朋友的需求。美國國家科學院醫學研究機構則提出,醫療服務應以病人的需求為核心,並通過尊重與體貼的方式來決定臨床措施,實現以病人為中心的服務。

醫療服務品質的範圍非常廣泛,從就醫的便利性到醫療效果、時效性、適當性、效率、醫護人員的態度、病患隱私保護、醫療環境的衛生與安全等都會影響病患對醫療服務的滿意度。謝士明(1993)指出,醫病關係的質量與醫療服務的效果密切相關,服務品質的好壞反映了技術層面和人際互動層面的綜合水平。

尹衍樑(1983)提出,醫院服務品質應包含多個方面,如醫院位置、設備與規模、周遭環境、服務項目、收費標準、診療時間、餐飲質量等。周繼文(1995)則提出醫療服務品質的四個構面,包括醫療設施、醫療服務、醫護的親和性與可靠性、以及對病患安全的保障。

醫療品質與服務涵蓋了專業的技術層面、人際互動層面及硬體設施層面。在技術層面,主要關注醫師的專業技能與醫護人員的專業素質;在人際層面,關注醫護人員及行政人員的服務態度與病患的互動;在設施層面,則包括醫療設備的先進程度、醫院環境的舒適度和交通的便利性。總的來說,優質的醫療服務將是病患選擇醫療院所的決定性因素,並且影響他們對醫療機構的滿意度和忠誠度。

三、醫療滿意度

吳素禎(2017)認為醫療滿意度是病患接受醫療服務後所產生一連串的主觀感受,為接受醫療照護前的期待與在接受醫療照護後感受到的知覺間的差距。湯玲郎(1999)認為關於醫療服務業,友好的醫病關係與醫療品質能使病人對於醫療人員或醫療院所所有較高評價的信任度及滿意度。滿意度目前已被廣泛運用到各種產業,包括餐飲業、旅遊業、觀光業、百貨業、交通電信業、醫療業等等。藍毓莉、江雪萍、王美慧、陳建智(2015)認為近幾年來,醫療產業競爭激烈,如何永續經營與發展,和多數企業經營策略是相同的,就是以最快速與有效的方式增加病患人數,因此如何提升病患滿意度與忠誠度已成為醫療院所推動及改善的重要課題。更是院內品質改善的指標。Linder-Pelz(1982)認為病患滿意度是病患對不同層面醫療品質的正向評估,是病患在接受醫療服務後所產生的主觀態度,其感受度會影響到滿意度,因此「病患滿意度」可作為「醫院服務品質結果」的評價。

病患滿意度是當病患開始接受醫療時的一連串知覺感受，因此，醫療院所應該透過各種問卷調查、客訴等，實際了解病患的需求與針對滿意度低的類別與流程進行改進，以便能提供更好的醫療品質與服務，如此才可獲得更高的滿意度。

四、醫療忠誠度

MacStravic (1994) 擁有忠誠的病患是醫療院所口碑的最佳代言人。但根據統計，病患不一定會因為對醫療滿意而推薦他人，卻會因為不滿意而去傳播不好的經驗，而且是滿意病人的三到四倍以上。因此醫療院所必須更加小心處理醫病關係，重視病患的忠誠度。蘇靖惠 (2015) 以醫院的經營角度來看，病患對醫院產生的忠誠度遠比對單一醫師所產生的忠誠度重要，因為，醫院不見得可以長久留住一位醫師，醫師可能退休、離職或者自行至外面開業，因此如何避免當某一醫師離職或退休時因此損失既有的病患，便更要思考如何提升醫院整體醫療品質並獲得病患滿意，進而產生忠誠度，而不是當某位醫師離院後，會產生原有的病患跟著離院的情況。因此如何留住病患，產生忠誠度，並會推薦給其他人。這也正是目前醫療院所努力的目標。

病患忠誠度源自於滿意度的影響，故當病患知覺感受對整體醫療服務品質滿意後，才會有後續的忠誠行動，並且表現在需要醫療時會優先選擇並樂意再度就醫，或因此推薦給他人。所以，醫療院所應該努力提升醫療品質與服務，透過滿意度的增加，進而提高忠誠度。擁有忠誠的病患，是創造營運績效最有效的方法。

五、醫療可近性、醫療品質與服務、醫療滿意度及忠誠度之相關性

隨著在地醫療可及性的提高，不僅能夠提升病患的醫療滿意度，還有助於降低死亡率和住院率。黃羽瑄 (2010) 研究發現，阻塞性中風病患距離醫院越遠，其發病後的死亡率越高，存活率也受到居家至醫院距離的影響，證實醫療可近性與中風死亡率有直接關聯。陳育穎 (2017) 則根據健保署資料分析偏鄉地區實施 IDS 計畫後的效果，發現西部的鄉鎮住院率顯著下降，而東部卻無此效果，反而出現住院率上升，指出東部未能充分提供所需的醫療資源。這些研究顯示，當病患無法獲得必要的醫療照護時，醫療滿意度勢必受到影響。

隨著社會進步與需求的變化，民眾對醫療服務的重視由單純的量的增加，轉向關注質的提升。尤瑞鴻 (2014) 指出，近年來國人對醫療品質的關注逐漸加強，醫療市場競爭激烈，許多醫院致力於改善醫療品質與服務，希望能夠提升病患滿意度並加強醫院的競爭力。藍毓莉等人 (2015) 也強調，提升醫療品質不僅能增進病患滿意度，還能創造忠誠度，從而促進醫療院所的發展。鄭成忠 (2017) 研究結果顯示，品質與服務的提升能夠顯著提升顧客滿意度和忠誠度，而滿意度對忠誠度有正向影響。

醫療院所的主要收入來自病患，醫療品質與服務的優劣直接影響病患的就醫意願，因此提升醫療品質不僅是提升病患滿意度的必要手段，也是穩定醫院財政、保證其永續經營的關鍵。特別是臺東等偏遠地區，由於交通與地理限制，醫療可及性相對較差，因此需要建立更完善的緊急醫療網絡，確保病患能在黃金時期內接受及時救治，降低跨區就醫的不便和成本。

隨著教育的提高和資訊科技的發展，加上健保的實施，病患的就醫自主性增加，會更加關注醫院的醫療品質、儀器設備、服務態度等因素。病患不僅會比較醫術水平，

還會參考朋友或親人的推薦，這使得醫療服務的選擇過程本身就已開始影響病患的滿意度。在病患選擇醫療院所的過程中，醫療品質與服務的各個方面，包括醫護人員的專業、診療時間、醫療環境、交通便利性等，會成為病患判斷是否滿意的依據。

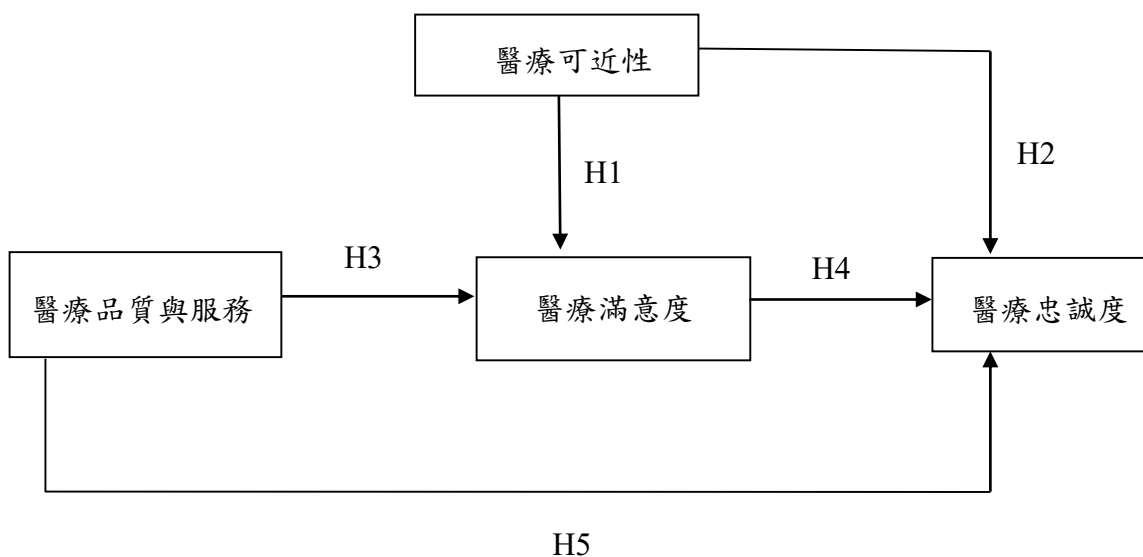
醫療服務不同於其他行業，其“服務”不僅僅是基於日常照顧，更多的是依賴醫護人員的專業知識與經驗，根據病人的具體情況提供定制化的治療。楊啟正（2016）指出，醫護人員在診治的每個過程中，已經開始為病患提供服務，這是醫療品質的核心部分。醫療品質不僅限於治療疾病，它還應包括對病患身心靈的全人照護，並通過病人為中心的服務理念來提升病患的整體滿意度。

研究顯示，醫療品質與服務是影響病患滿意度和忠誠度的關鍵因素。Cho 等(2004)的研究也證實，醫療品質和服務對病患滿意度有顯著影響，進而影響病患的忠誠度。隨著醫病關係日益緊張，醫療糾紛案件頻發，提升醫療品質與服務，超越病患的預期，可以有效提高病患的滿意度，增強病患對醫院的忠誠度，最終提升醫療院所的競爭力。

總結來說，醫療品質與服務不僅是影響病患滿意度的核心因素，更與醫院的經濟穩定和發展密切相關。隨著醫療市場競爭的加劇，醫療院所必須加強對病患需求的理解，提供高品質的醫療服務，才能在激烈的市場中保持競爭優勢。

參、研究方法

本研究探討醫療可近性、醫療品質與服務、醫療滿意度與醫療忠誠度之間的相關性，另外也探討醫療滿意度是否在醫療品質與服務及醫療忠誠度之間具有中介效果，研究架構如圖 1 所示。



H6：醫療滿意度於醫療品質與服務與醫療忠誠度之間具有中介效果

圖 1.研究架構圖

醫療可近性指的是「病患在接近醫療照護體系或在尋求醫療照護的過程中，是否容易而言」（藍忠孚，1981）。另一在城鄉差距與可避免住院之相關性研究中發現，醫療可近性為城鄉與可避免住院的部分中介因子。因此在合理的範圍和時間內，即可享有醫療服務，不但可提升疾病照護，降低住院率，更可因而提升醫療滿意度（李宜瑄，2015）。而偏遠民眾對於醫療資源有近五成認為是不足的（葉婉榆等，2012）。醫療可近性就是隨手可得的醫療，病患不需花費太多時間就可享有完整的醫療照護，享有在地醫療，而健保的實施，就是為了醫療資源能夠合理分配和普及，免除病患離鄉背井，因此訂出假說：

H1：醫療可近性正向影響醫療滿意度。

研究指出病患的總體滿意度和忠誠度呈現正向顯著相關（Mortazavi, Kazemi, Shirazi, & Aziz-Abadi, 2009），因此，倘若病患能夠在最短的時間和花費最少的就醫成本，即能享有在地醫療時，將會對該地區的醫療可近性產生滿意，而當病患因滿意當地醫療後，是否有醫療忠誠度的行為產生是值得探討的，因此訂出假說：

H2：醫療可近性正向影響醫療忠誠度。

有學者對醫療品質定義為醫療的臨床品質加服務品質。所謂臨床品質是以醫師為主，包括護理及醫事人員對病患直接提供收治、診斷及治療，服務品質則是指周邊設施與行政工作，包括硬體環境、規章制度、行政手續、醫療費用及服務態度等。隨著經濟愈發達，生活水平愈高，知識愈充足，民眾將愈重視醫療權益，醫療已不再是單純治癒疾病即可，而是期待在就醫過程中是否能獲得滿足，全民健保實施後，就醫之經濟障礙排除，病人之注意力將轉向品質訴求（韓揆，1994）。『相對於已往以「醫師為中心」或以「疾病為焦點」的醫療照護，目前「以病人為中心的照護」是以病患為照護主題的醫療品質』（趙子傑，2016），因此，病患追求更高層次的醫療品質與服務，醫院可以透過滿意度調查，實地瞭解醫療品質的好壞，所以醫療滿意度是醫療品質的指標。研究指出醫療品質與服務的重要性對病人的滿意度有直接的正面影響（O'Connor, 1988），醫療品質與服務與病患滿意度有正向關係（蘇靖惠，2015）。因此訂出假說：

H3：醫療品質與服務正向影響醫療滿意度。

顧客滿意度可以影響顧客忠誠度（Fornell, 1992），而病患滿意對其忠誠度有顯著正向影響（蘇靖惠，2015；郭德賓，2000），因此提出假說：

H4：醫療滿意度正向影響醫療忠誠度。

良好的品質與服務能讓顧客產生好的行為意圖，例如：好口碑、向他人推薦公司、顧客忠誠（Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1996）。服務品質中三個構面：有形性、保證性、體貼度顯著影響忠誠度（鄭雯馨，2013）。因此提出假說：

H5：醫療品質與服務正向影響醫療忠誠度。

醫療滿意為醫療服務品質與忠誠之中介效果（藍毓莉等，2015）。醫療品質與服務、顧客滿意度與顧客忠誠度三者是互為因果關係，並且相互依存（張慈桂、李燕鳴、蕭正光，1998）。顧客忠誠度為企業永續發展及競爭優勢的助力，當顧客有滿意的知覺感受，才能建立後續良好的關係，達成對企業的偏好，長期購買並推薦他人。因此提出假說：

H6：醫療滿意度於醫療品質與服務與醫療忠誠度之間具有中介效果。

本研究參酌學者進行醫療可近性、醫療品質與服務、醫療滿意度及醫療忠誠度之實證研究及相關文獻的彙整，初步發展出臺東縣中、高齡民眾對目前醫療環境知覺感受的相關調查問項，問卷內容及題項分別參考過去研究（蘇靖惠，2015；張慈桂等，1998；陳天順，2004；蔡文正、龔佩珍，2003），因此具備相當的內容效度，為求謹慎，針對問卷初稿進行專家意見收集再建立專家效度，經由醫療產業及學術界三位專家，分別針對題目的完整性、正確性和通暢性進行檢定與修正，以確保正式問卷嚴謹度。

本問卷初稿分為四大構面：醫療可近性(5題)、醫療品質與服務(15題)、醫療滿意度(6題)、醫療忠誠度(3題)，總計 29 題。經過專家意見提供後，增加醫療可近性問項 1 題，醫療品質與服務 1 題，總計 31 題。首先進行問卷前測，共計發放 30 份問卷。經預試後，修訂兩題語意較不完整之題項後，完成正式問卷。接續進行信度分析以確保問卷內容一致性，分析結果顯示四個構面 Cronbach's Aalpha 值介於 0.751~0.963 之間，整體信度為 0.964，顯示本問卷具有高信度。

正式問卷內容包含兩部分，即上述四構面及個人基本資料。構面部分採李克特五點尺度 (Likert 5-point scale)，分為「非常同意」、「同意」、「可接受」、「不同意」、「非常不同意」，分別給予 5 到 1 分之計分方式。

一、研究對象與抽樣方法

本研究採用橫斷式調查法，針對臺東縣 45 至 65 歲民眾進行便利抽樣，發放問卷依據臺東縣鄉、鎮、市人口比率發放。回收問卷整理後發現，發放問卷之地點雖在當地，但仍無法有效控制為該受訪者是實際住在該鄉鎮市之居民，例如，該名受訪者可能是洽公或是商務，故抽樣預定發放件數與實際回收件數有些微差距。問卷填答方式以當面問答或自填的方式進行問卷資料收集。正式問卷發放為期 1 個月，依據臺東縣各鄉鎮市人口比率，總計發放 350 份問卷，扣除無效問卷後 19 份，回收有效問卷為 331 份，回收比率 94.57%，將回收後問卷進行資料的分析與統計處理。

二、資料分析工具

問卷進行回收整理後，以 SPSS 統計套裝軟體進行資料的分析與處理，分析方法包括信度分析、敘述性統計、獨立樣本 t 檢定、單因子獨立樣本變異數分析(ANOVA)、Pearson 相關分析、迴歸分析等。

肆、研究結果

首先本研究使用 Cronbach's Alpha 進行內部一致性信度分析，結果顯示四構面之 alpha 值介於 0.804~0.951 之間，整體信度 0.963，顯示本問卷具有高信度。

背景變項的敘述性統計分析結果如下：男性 139 人(42%)，女性 192 人(58%)，女性多於男性。受訪者年齡以 45-50 歲 123 人(37.2%)為最多。受訪者教育程度以大專 129 人(39.0%)最多，其次為高中(職)有 126 人(38.1%)，兩者合計佔 77.1%，顯示本次受訪者教育程度為中上水準。在就醫時的第一優先選擇上，有 31.7%的受訪者表示需要就醫時會優先選擇診所，而優先選擇地區醫院和區域醫院的分別為 29.9%和 27.8%，只有 10%的受訪者表示會優先選擇當地衛生所，由此可見一般民眾對當地衛生所提供的醫療品質是比較不認同的，而有超過五成的病患則會優先選擇地區醫院、區域醫院或醫學中心，表示對大部分的民眾而言，在就醫選擇上還是對大醫院較具信心。到醫療院所花費的交通時間少於 15 分鐘的有 146 人(44.1%)為最多，顯示大部分民眾就醫時會選擇離家較近的醫療院所優先就醫，就醫交通時間必須花費超過 1 小時以上的亦佔 10.6%，顯示臺東地區偏鄉就醫極度不便。

選擇至醫療院所就醫的原因，受訪者考慮的第一主因為醫療設備有 119 人(16%)，第二為交通便利 109 人(14.7%)，第三為長期習慣有 100 人(13.5%)，接著依序是離家近、醫術高明、服務親切、親友推薦、停車方便、等候時間、醫院名氣，最後為其他因素，而選擇其他因素的原因皆表示為：僅此一家、沒得選擇、附近沒有其他醫院。

受訪者針對就醫時是否會選擇固定醫療院所就醫問項中，有 254 人(76.7%)表示會選擇固定的醫院就診，顯示近八成的病患在需要醫療時，會選擇固定醫院就醫。受訪者針對本人或家屬是否曾至外縣市就醫(含轉診、轉檢)問項，有 262 人(79.2%)表示自己或家人曾至外縣市就診，或曾經由臺東醫療院所轉診或轉檢至外縣市，由此可見臺東縣民眾跨縣市就醫的比率極高，可說明臺東縣醫療可近性確實是較不足的。分析受訪者對臺東醫療可近性的實際感受，除了就醫方便及交通便利介於可接受與同意之間(平均數分別為 3.13 和 3.06)，其餘平均數皆不到 3，因此可解釋臺東縣民眾對醫療可近性是較無法認同的。

所謂的醫療品質與服務，就是要能符合病患對醫療的期待，包含對於等候時間、醫護等工作人員的服務態度、軟硬體設施、醫療環境的整齊與清潔、標示清楚與否等，因此將問卷有關醫療品質與服務的 16 題問項，歸類為五大項，其中對醫療院所所有工作人員的服務態度與醫師專業能力平均為 3.65 最高，其他包括就醫時候診、掛號、領藥、檢查等個別等候時間、對醫療環境的指引標示、整齊與清潔、對醫療院所的軟硬體設施、交通便利性之平均數皆在 3.4 以上，而對醫療品質與服務整體平均數為 3.52，介於可接受與同意之間，顯示受訪者對目前就醫的醫療院所醫療品質與服務的實際感受屬中上程度。

醫療滿意度為病患在接受醫療服務的主觀知覺感受，在此因素的六題問項中，分別針對病患在目前就醫看診後，對醫療院所的實際感受。對醫療院所的服務態度平均為 3.63 為最高，其他包括在對目前看診的醫療院所環境設施、對交通的便利性、對醫護人員的專業能力、對醫療設備、對目前就醫的醫療院所整體滿意度之平均數皆在 3.3

以上，而對目前就醫的醫療院所整體醫療滿意度平均為 3.42，介於可接受與滿意之間，表示受訪者對於目前就醫的醫療院所有中上程度的滿意度。

醫療忠誠度是病患樂意並願意再度返診，並且願意推薦這家醫療院所給他人。因此在此因素問卷中有三個問項，需要醫療時，會優先選擇同一家醫療院所的平均數為 3.77，倘若醫師離職，仍願意選擇同一家醫院平均為 3.43，願意介紹其他人到同一家醫療所就醫看診的平均為 3.56，整體而言，受訪者對醫院整體的忠誠度平均為 3.59，介於可接受與同意之間，表示大部分的病患對於目前就醫的醫療院所是有中上程度的忠誠度。

以 Pearson 相關分析來檢定醫療可近性、醫療品質與服務、醫療滿意度、醫療忠誠度之間是否有顯著線性關係，結果發現：醫療可近性和醫療品質與服務有顯著正相關；醫療可近性與醫療滿意度有顯著正相關；醫療可近性與醫療忠誠度有顯著正相關；醫療品質與服務與醫療滿意度有顯著正相關；醫療品質與服務與忠誠度有顯著正相關；醫療滿意度與醫療忠誠度有顯著正相關。本研究四構面間皆有顯著正相關。

接續以迴歸分析來進行研究假說的驗證。以醫療可近性為自變數、醫療滿意度為依變數進行迴歸分析，結果顯示醫療可近性對醫療滿意度具有顯著正向影響($t=14.356$, $p<0.001$)，表示當病患感受到醫療可近性愈可隨手可得，也就是就醫愈方便和醫療資源愈充足，對醫療滿意度將會顯著提升，亦即醫療可近性正向影響醫療滿意度，故 H1 成立。

以醫療可近性為自變數、醫療忠誠度為依變數進行迴歸分析，結果顯示醫療可近性對醫療忠誠度具有顯著正向影響($t=9.312$, $p<0.001$)，表示當病患感受到醫療可近性愈可隨手可得，可以在當地以最方便、花費最少時間就可獲得醫療時，病患將會樂意再度就醫返診治療，亦即醫療可近性正向影響醫療忠誠度，故 H2 成立。

以醫療品質與服務為自變數、醫療滿意度為依變數進行迴歸分析，結果顯示醫療品質與服務對醫療滿意度具有顯著的正向影響($t=21.744$, $p<0.001$)，表示當病患感受到良好的醫療品質與服務，如醫療人員的服務態度親切、醫療院所軟硬體設備完善、醫護人員的專業能力佳、就醫環境的整齊清潔、交通的便利等，將相對顯著提升醫療滿意度，亦即醫療品質與服務正向影響醫療滿意度，故 H3 成立。

以醫療滿意度為自變數、醫療忠誠度為依變數進行迴歸分析，結果顯示醫療滿意度對醫療忠誠度具有顯著的正向影響($t=15.998$, $p<0.001$)，表示當病患對醫療環境、等候時間、人員服務態度、醫療過程愈滿意，愈能顯著提升醫療忠誠度，亦即醫療滿意度正向影響醫療忠誠度，故 H4 成立。

以醫療品質與服務為自變數、醫療忠誠度為依變數進行迴歸分析，結果顯示醫療品質與服務對醫療忠誠度具有顯著的正向影響($t=14.013$, $p<0.001$)，表示當病患愈感受到好的醫療品質與服務時，愈能顯著提升醫療忠誠度，也就是當需要醫療時愈願意選擇同一家醫院，並且願意推薦給他人，亦即醫療品質與服務正向影響醫療忠誠度，故 H5 成立。

以迴歸分析檢驗醫療滿意度對醫療品質與服務和醫療忠誠度的中介效果 (mediating effect)，結果顯示醫療品質與服務對醫療滿意度具有顯著之解釋力($\beta=0.768$ 、

p<0.001), 表示醫療品質與服務對醫療滿意度具有正向顯著的效果, 再檢驗醫療品質與服務對醫療忠誠度也具有顯著之解釋力($\beta=0.611$ 、 $p<0.001$), 表示醫療品質與服務對醫療忠誠度也同時具有顯著且正向的效果。接續檢驗醫療滿意度對醫療忠誠度發現, 仍具有顯著之解釋力($\beta=0.661$ 、 $p<0.001$), 表示醫療滿意度對醫療忠誠度具有顯著且正向的效果。最後以層級迴歸同時考驗醫療品質與服務、醫療滿意度對醫療忠誠度之解釋力時, 雖然醫療品質與服務對醫療忠誠度仍具有顯著之解釋力($\beta=0.252$ 、 $p<0.001$), 但已由原先的($\beta=0.611$)下降至($\beta=0.252$), 而醫療滿意度對忠誠度仍然具有顯著之解釋力($\beta=0.468$ 、 $p<0.001$), 為部分中介效果, 如表 1 所示。接續以 Sobel test 檢驗醫療滿意度對醫療品質與服務和醫療忠誠度的中介效果, 結果顯示中介效果顯著($z=2.112$ 、 $p=0.035$), 顯示醫療品質與服務影響醫療滿意度進而影響醫療忠誠度, 中介效果的標準化效果量則為 $d=0.359$, 也就是說醫療品質與服務每增加一個標準差, 會透過影響醫療滿意度, 進而讓醫療忠誠度增加 0.359 個標準差, 亦即醫療滿意度於醫療品質與服務與醫療忠誠度之間具有中介效果, 故 H6 成立。

表 1. 醫療滿意度為醫療品質與服務對醫療忠誠度之中介效果分析

自變數	依變數	醫療滿意度		醫療忠誠度	
		Mode1 醫療品質與服務對滿意度	Mode2 醫療品質與服務對醫療忠誠度	Mode3 醫療滿意度對醫療忠誠度	Mode4 醫療品質與服務、醫療滿意度對醫療忠誠度
醫療品質與服務	Beta	.768***	0.611***		0.252***
	t	21.774	14.013		3.984
	p	<0.001***	<0.001***		<0.001***
醫療滿意度	Beta			0.661***	0.468***
	t			15.998	7.407
	p			<0.001***	0.00***
	R ²	0.59	0.374	0.438	0.464
	Adj R ²	0.589	0.372	0.436	0.46
	F	474.124***	196.366***	255.949***	141.695***
	自由度	(1, 329)	(1, 329)	(1, 329)	(2, 328)

註：N=331, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

伍、結論與建議

本研究針對居住於臺東縣、年齡介於 45 至 65 歲的民眾進行調查，目的在探討其對醫療可近性、醫療品質與服務的感知，以及醫療滿意度與忠誠度之間的關聯性。研究發現，受訪者在選擇醫療院所時，最重視的因素依序為醫療設備完善、交通便利、長期就醫習慣、地理位置、醫術精湛、服務態度、親友推薦、停車便利、等候時間與醫院名聲。相較於其他研究指出親友推薦為關鍵因素(蘇靖惠, 2015; 洪啟庭, 2014)，臺東地區受限於醫療選擇有限及偏鄉特性，民眾更重視交通與長期習慣等實際因素。此外，隨著網路資訊發達與媒體宣傳普及，受訪者對親友推薦的依賴程度相對下降。調查也顯示，近八成受訪者曾赴外縣市就醫，凸顯當地醫療資源的不足及民眾對醫療品質的不信任感。研究指出，當病患面臨急重症時，會選擇前往大型醫院(姚美雲, 2006)，並且赴外就醫的比率及其所需花費的時間可作為衡量醫療可近性的指標(譚秀芬, 1998)。

進一步分析發現，醫療可近性對醫療滿意度具有顯著正向影響。醫療可近性反映病患就醫的便利性與醫療系統的契合度，當就醫流程順暢且可及性高時，病患的滿意度自然提升。此一結論與過往研究一致，指出在偏遠地區設立分院可有效提升民眾的就醫滿意度與照護成效(王裕煒, 2005)。本研究亦支持此觀點，顯示提供便捷醫療服務可改善疾病管理、降低住院率並提升整體滿意度。因此，推動提升當地醫療可近性，將是改善民眾醫療體驗與滿意度的首要任務。

本研究亦顯示，醫療可近性不僅影響滿意度，也對醫療忠誠度有正向作用。在醫療資源較缺乏的地區如關山鎮、蘭嶼與綠島等地，民眾的忠誠度較低；反觀醫療可近性較高的地區如海端與太麻里，忠誠度相對提升。雖然本研究樣本分布在各鄉鎮間不完全均衡，未來仍應進一步驗證此一發現的普遍性。同時，醫療品質與服務亦對醫療滿意度有顯著正向影響。當醫療技術專業、照護服務以病患為中心、並提供現代化設備時，將有效增進病患的滿意度，這與過往文獻結論一致(蘇靖惠, 2015)。

最後，研究指出醫療滿意度與忠誠度之間亦有顯著正向關係，顯示提升病患滿意度是建立其忠誠度的關鍵。此外，醫療品質與服務不僅直接影響忠誠度，更透過醫療滿意度產生中介作用，這一發現與過去的研究(藍毓莉等, 2015)一致。當病患對醫療服務感到滿意時，更可能持續選擇並推薦該院所。隨著病患醫療知識的提升及網路資訊的發達，民眾對醫療品質的要求與期待亦隨之提高，醫療院所需如同企業般經營，致力於開發新顧客、留住老顧客，積極提升品質、滿足多元需求，才能在競爭激烈的環境中維持其競爭力與永續發展。

根據研究結論提出以下建議以供政策參考與後續研究方向之用。首先，衛生福利部與健保署應更積極推動在地醫療發展，並提供完善的配套措施，以支持偏鄉地區的醫療體系及鼓勵醫師下鄉服務。雖然現行的整合式醫療服務(IDS)計畫已具一定成效，但針對特殊專科醫師人力不足的問題，仍有改善空間。政府應重視並提升中途地區醫療機構的服務品質，以進一步改善偏鄉地區民眾的醫療可近性。其次，醫療院所本身應更加注重醫療品質與服務水準的提升。從本研究結果顯示，醫療品質與服務與病患的醫療滿意度及忠誠度具有密切關聯。當民眾對醫療服務感到滿意時，將更傾向於持續選擇並忠誠於該院所，進而提升該醫療機構的競爭力與永續發展能力。此外，

臺東縣唯一的區域級教學醫院應加速升格為重度急救區域責任醫院，並主動引進更多急重症相關的專業醫師與技術人員，以確保在地病患能即時獲得必要的急重症醫療服務，減少外送轉院風險，真正實現「在地就醫」的目標。

在未來研究方面，建議可針對臺東縣山線與海線居民的醫療感受進行比較，深入分析兩地居民對於醫療可近性與品質的主觀感知，藉此作為改善地方醫療資源配置與服務品質的重要參考。最後，本研究尚未探討中西醫巡迴醫療對偏鄉地區醫療可近性與滿意度的實質影響，建議未來可針對此議題進行深入探究。此外，鑑於醫療環境的改善需要長期規劃與投入，未來研究可考慮採用縱向追蹤或實地訪談的方式，以更全面掌握病患需求，並為政策制定提供具體而實證的建議。

參考文獻

一、中文部分

內政部戶政司網站 (2025)。各縣市老化指數。

<https://www.ris.gov.tw/app/portal/674>。

尹衍樑 (1983)。就醫態度與轉院行為關係之研究。國立臺灣大學商學研究所未出版碩士論文，臺北市。

尤瑞鴻 (2014)。醫療品質管理學。3 版。臺北市：華杏。

王裕煒 (2005)。偏遠地區設立分院之效果與效益評估—以東部地區某公立醫院為例。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班未出版碩士論文，高雄市。

自由健康網 (2024)。健保滿意度最新統計出爐！民眾維持 9 成高度滿意。

<https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/4543921>。

朱正一 (2016)。醫務管理-制度、組織與實務。第二版。臺北：華杏。

李宜瑄 (2015)。在城鄉差距與可避免住院之相關性研究。臺北：國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所碩士論文。

吳依凡 (2004)。醫療資源可近性對個人醫療利用的影響。國立中央大學產業經濟研究所未出版碩士論文，桃園市。

吳素禎 (2017)。探討臺東市某醫院糖尿病門診病患照護滿意度之調查。國立臺東大學身心整合與運動休閒產業學健康促進與休閒管理碩士班未出版碩士論文，臺東市。

周繼文 (1995)。服務品質量表發展方法與程序之研究。國立交通大學工業工程研究所未出版碩士論文，新竹市。

林民浩、郭年真、陳威全、溫在弘 (2016)。剖析臺灣民眾的就醫流動：利用引力模式評估就醫距離與醫療資源分布的影響。臺灣公共衛生雜誌, 35(2), 136–151。

- 重要性別統計資料庫 (2024)。健康、醫療與照顧。
https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_Field.aspx。
- 洪啟庭 (2014)。臺灣區域醫院眼科經營之策略。國立中山大學高階經營碩士班未出版碩士論文，高雄市。
- 姚美雲 (2006)。民眾就醫行為分析—以斗六地區三家醫院為例。國立雲林科技大學工業工程與管理研究所未出版碩士論文，雲林縣。
- 祝道松、彭雅惠、董鈺琪、龔建吉、陳秀珠、陶阿倫 (2015)。醫療機構成本與管理會計。臺北：華杏。
- 陳天順 (2004)。金門縣民眾縣外就醫影響因素之探討。臺北醫學大學醫務管理學研究所未出版碩士論文，臺北市。
- 陳全裕、楊宜青 (2007)。提升高齡化無醫鄉之醫療照護水準—以田寮模式巡迴醫療為例。臺灣老年醫學雜誌，2，209-224。
- 陳育穎 (2017)。醫療可近性與可預防住院的關聯—檢測偏鄉巡迴醫療計畫的成效。國立中央大學產業經濟研究所未出版碩士論文，桃園市。
- 陳倩妮 (1998)。服務品質與顧客滿意度相關探討—以醫療產業為例。元智大學管理研究所未出版碩士論文，桃園市。
- 陳重銘、應立志、王萬琳、潘美芳 (2017)。某醫療給付效益提升計畫之病患滿意度調查。若瑟醫護雜誌，11，45-61。
- 張雅雯 (2002)。醫療利用可近性—臺灣老人之實證研究。國立中央大學產業經濟研究所未出版碩士論文，桃園市。
- 張慈桂、李燕鳴、蕭正光 (1998)。全民健康保險實施後花蓮偏遠地區民眾醫療可近性之探討。慈濟醫學，10，201-209。
- 章殷超、溫在弘、賴美淑 (2009)。利用地理資訊系統探討肝癌病患就醫地理可近性與醫院選擇間之相關性。臺灣公共衛生雜誌，28，517-529。
- 郭德賓 (2000)。醫療服務業顧客滿意與競爭策略之研究。產業管理學報，1，231-256。
- 湯玲郎 (1999)。醫療服務品質與顧客滿意度之關係研究。第一屆服務業績效管理研討會論文集。
- 黃羽瑄 (2010)。醫療可近性對臺灣地區中風病人死亡率之影響。國立中央大學產業經濟研究所未出版碩士論文，桃園市。
- 黃志暉 (2004)。臺東地區主要競爭醫院忠誠病人之區辨研究。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班未出版碩士論文，高雄市。

- 葉婉榆、陳志聖、鄒欣縈、劉宜華、吳柏樺、曹雅琪、呂佳容 (2012)。花蓮縣偏遠與非偏遠地區民眾對於基層醫療保健服務的使用與需求之比較。**臺灣公共衛生雜誌**, 31(4), 371-387。
- 楊劭為 (2013)。我國全民健康保險制度下醫療資源分配的公平性與效率。國立成功大學工業與資訊管理學系未出版博士論文，臺南市。
- 楊啟正 (2016)。醫療專業，真的真的不是服務業。擷取自 <http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=72648>。
- 趙子傑 (2016)。實用醫療品質管理學。臺北：華泰。
- 廖興中 (2014)。臺灣基層醫療缺乏區域界定之初探：整合空間與非空間因素的分析。**行政暨政策學報**, 58, 121-152。
- 蔡文正、龔佩珍 (2003)。民眾對基層診所評價與就醫選擇影響因素。**臺灣公共衛生雜誌**, 22, 181-193。
- 鄭成忠 (2017)。新自強號服務品質提升對顧客滿意度與忠誠度影響之分析——以花蓮站為例。國立東華大學公共行政學系未出版碩士論文，花蓮縣。
- 鄭雯馨 (2013)。睡眠醫學中心服務品質與忠誠度探討：以中部某醫學中心為例。中山醫學大學醫學資訊學系未出版碩士論文，臺中市。
- 謝士明 (1993)。建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究。臺北市：衛生署研究計畫報告。
- 藍忠孚 (1981)。尋求醫療服務過程之障礙——兼論醫療資源的分配與利用。臺北：中央研究院三民主義研究所叢書。
- 藍毓莉、江雪萍、王美慧、陳建智 (2015)。醫療服務品質對忠誠之影響——以滿意中介效果。**顧客滿意學刊**, 11, 223-240。
- 韓揆 (1994)。醫療品質管理及門診服務品質定性指標。**中華公共衛生雜誌**, 13, 35-53。
- 譚秀芬 (1998)。嘉義縣阿里山鄉醫療資源利用現況及滿意度調查。臺北：行政院衛生署八十七年度委託研究計畫(計畫編號：DOH87-NH-012)。
- 蘇靖惠 (2015)。門診服務品質、滿意度與忠誠度之關係——以屏東某區域教學醫院為例。國立屏東大學企業管理學系未出版碩士論文，屏東市。

二、外文部分

- Aday, L. A. & Andersen, R. M. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9, 208-220.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Cho, W. H., Lee, H., Kim, C., Lee, S., & Choi, K. S. (2004). The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a South Korean study. *Health Services Research*, 39(1), 13-34.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Fornell, C. (1992). A national customer satisfaction barometer: the Swedish experience. *Journal of Marketing*, 56(1), 6-21.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 557-582.
- Macstravic, R. S. (1994). Hospital patient loyalty: causes and correlates. *Journal of Hospital Marketing*, 8(2), 67-72.
- Meade, M. F. & Earickson J. R. (2000). *Medical Geography*. New York: The Guilford Press.
- Mortazavi, S., Kazemi, M., Shirazi, A., & Azizabadi, A. (2009). The relationships between patient satisfaction and loyalty in the private hospital industry. *Iranian Journal of Public Health*, 38(3), 60-69.
- O'connor, S. J. (1988). *Service quality, services marketing, and the health care consumer: a study assessing the dimensions of service quality and their influence on patient satisfaction and intentions to return*. Doctoral dissertation, The University of Alabama at Birmingham.
- Penchansky, R. & Thomas, J. W. (1981). The concept of access - definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19, 127-140.
- Stratmann, W. C. (1975). A study of consumer attitude about health care: The delivery of ambulatory services. *Medical Care*, 13(7), 537-548.
- Weissman, J. S. & Epstein, A. M. (1993). The insurance gap: does it make a difference? *Annual Review Public Health*, 14, 243-270.
- Weitzman, B. (1990). *Improving quality of care*. In Jonas and Kovner's health care delivery in the United States. Springer Publishing.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46.