

医疗服务质量满意度 CSI 评价模型的实证研究——基于上海嘉定区 3 家医院的数据

二〇一二年十二月

二〇一二年十二月

摘要

顾客满意是评价医疗服务的指标，也是衡量一个医疗单位、一个地区甚至是一个国家医疗体系运作情况的重要内容。本文针对医疗服务、顾客满意、服务质量等概念进行文献综述，以“美国顾客满意度指数模型（ACSI）”为研究模型的依据，以上海市嘉定区三所医院门诊患者作为研究对象，进行满意度的调查与研究。

本文共分七章。第一章介绍了医疗服务过程中，患者满意度调查的研究背景与动机、研究目的与意义以及论文的章节结构。第二章为基本概念和基本理论的介绍。概念包括顾客满意、患者满意度、服务质量、服务流程等，理论包括公共产品、公共服务、新公共管理及满意度因果关系模型。第三、四章主要介绍了以“ACSI”为依据的患者满意度测量方法的设计。包括患者满意度测量指标的选择，患者满意度调查问卷的设计、调查方法、统计方法设计以及问卷信度和效度的测定。第五章以上海市嘉定区三所医院的门诊患者为研究对象，采用偶遇的方法，共获得有效调查问卷314份。对调查结果进行描述性统计分析和结构方程模型检验。第六章为针对模型结果的分析。第七章为结论与建议。结论：（1）患者满意度是评价医疗服务质量的常用指标之一；（2）随着医改“小病进社区”的政府导向，患者的就诊已经开始向社区卫生服务中心分流，患者更希望接受中西医结合的综合治疗；（3）自由选择医疗带来的医疗资源浪费和加重医疗拥挤的现象，值得重视；（4）简化服务手续和缩短患者在就诊中的等候时间，成为医院需要改进的问题之一；（5）医疗卫生收费增长过快引发“看病贵”，成为继等候时间过长的另一个主要矛盾，故降低医疗费用成为患者希望改进的问题；（6）强化服务意识，尤其应重视对患者投诉的管理和改进。

关键词：满意度，卫生服务，测量工具

ABSTRACT

Customers' satisfaction is an index of evaluating medical treatment services and is also a key element of judging the operation of a medical treatment system in a single medical institution, or in a district or even in a country. This thesis focuses on documentary descriptions of such terms as medical treatment services, customers' satisfaction, service quality, etc. Based on American Customers' Satisfaction Index (ACSI), the thesis author takes the outpatients of three hospitals in Shanghai Jia'ding District as subjects and conducts a series of investigations and analysis on their satisfaction.

This thesis is divided into seven chapters. Included in the first chapter are relative background, research motivation and significance of the research on patients' satisfaction and the thesis structure as well. In the second chapter, some basic concepts and theories are introduced. The basic concepts are mainly about customers' satisfaction, patients' satisfaction, service quality and service procedures. The basic theories are related to public products, public services, new public management and satisfaction models. The third and fourth chapter mainly introduces the design of evaluating methods for patients' satisfaction by means of ACSI, including choice of evaluating indexes, the questionnaire design for patient satisfaction investigations, the methods of investigations, the statistical inference and the reliability and validity of the questionnaire. In the fifth chapter, taking outpatients of three hospitals in Shanghai Jia'ding District as the research subjects, the author gained 314 questionnaires at random, did descriptive analysis on investigation results and examined the structure equation models. In the last two chapter, some conclusions and suggestions can be found, which are listed as follows:

1) The customers' satisfaction is one of commonly adapted indexes for evaluating medical treatment services.

2) Because of the medical reform named "treating minor illnesses in community clinics", which is guided by Chinese government, many people start to seek medical advice or to see doctors in community health service centers. And patients expect to receive a comprehensive medical treatment combined western medicine with Chinese traditional medicine.

3) Should pay attention to: the freedom to choose medical waste of medical resources and the aggravate congestion phenomenon.

4) One of the urgent problems to be solved in hospitals is to simplify medical service procedures so as to shorten the waiting time for medical treatments.

5) Next to the problem of waiting long for seeking medical advice is that charges for medical treatments increase so fast that more and more people find it hard to afford their medical expenses. So they strongly hope that the present medical charges should be lowered as much as possible.

6) All the medical workers should enhance their service consciousness and particularly pay attention to complaints from all kinds of patients.

Key Words: customers' satisfaction, sanitation services, evaluating methods/tools

目录

第 1 章	导论.....	1
1.1	选题背景及研究的目的和意义.....	1
1.2	文献综述.....	2
1.2.1	国外研究概况	2
1.2.2	国内研究综述	8
1.3	研究内容和论文结构安排.....	11
1.4	研究思路与研究方法.....	12
第 2 章	基本概念及相关理论.....	14
2.1	基本概念.....	14
2.1.1	顾客满意度	14
2.1.2	公共部门的受众满意度.....	17
2.1.3	患者满意度	18
2.1.4	医疗服务质量	18
2.1.5	服务流程	18
2.2	患者满意度测评的理论基础	19
2.2.1	公共产品理论	19
2.2.2	公共服务理论	20
2.2.3	新公共管理理论	20
2.2.4	满意度因果关系模型理论.....	21
第 3 章	上海市嘉定区门诊满意度测评指标体系的建立.....	23
3.1	结构模型的主要因素	23
3.1.1	预期质量	23
3.1.2	感知质量	23
3.1.3	感知价值	24
3.1.4	满意度指标	24
3.2	理论模型的建立.....	25

3.2.1 模型假设	25
3.2.2 理论模型	25
第4章 调查问卷设计.....	27
4.1 问卷设计原则	27
4.2 问卷设计内容	27
4.3 数据收集	27
4.4 统计方法设计	28
4.5 问卷前测	28
4.5.1 信度分析	28
4.6.2 效度分析	29
第5章 上海市嘉定区三所医院门诊患者满意度数据分析.....	31
5.1 嘉定区社会经济、医疗卫生情况简介	31
5.2 调查问卷描述性统计分析	31
5.2.1 人口学描述性统计	32
5.2.2 就医选择倾向性描述分析	33
5.2.3 测量指标描述性分析	34
5.3 因子分析	36
5.3.1 预期质量因子分析	36
5.3.2 感知质量因子分析	37
5.3.3 感知价值因子分析	39
5.3.4 满意度指标因子分析	40
5.4 方差分析	41
5.4.1 不同个体属性对相关因子的方差分析	41
5.4.2 年龄对相关因子的方差分析	42
5.5 相关分析	44
5.6 回归分析	44
5.6.1 预期质量和感知质量回归分析	44
5.6.2 预期质量和感知价值回归分析	45

5.6.3 感知质量和感知价值回归分析.....	46
5.6.4 感知价值和满意度回归分析.....	48
5.6.5 感知质量和满意度回归分析.....	48
5.6.6 顾客沟通和顾客忠诚回归分析.....	49
5.7 结构方程模型验证及研究结论.....	50
5.7.1 假设检验的结果与解释.....	50
5.7.2 研究结论推导.....	52
5.8 问卷开放性问题的调查结果.....	53
第6章 针对模型结果的满意度要素管理建议.....	55
6.1 促进满意度敏感性要素管理.....	55
6.2 促进满意度传递性要素管理.....	56
6.3 促进满意度基础性要素管理.....	58
第7章 结论.....	59
致谢	错误! 未定义书签。
参考文献	61
附录A 调查问卷.....	64
附录B 旋转后的因子负荷矩阵表.....	68
个人简历 在读期间发表的学术论文与研究成果.....	70

表目录

表 1.1 国外患者满意度研究	4
表 2.1 顾客满意度的不同定义	15
表 2.2 国际主要满意度模型变量及因果关系特征	21
表 3.1 门诊患者满意度影响因素模型假设汇总	26
表 4.1 各变量测量指标来源及信度分析结果	28
表 4.2 各构建层次的 KMO 测度和 Bartlett 球体检验结果	30
表 5.1 满意度测评对象基本情况汇总	32
表 5.2 患者就医选择倾向性描述性分析	34
表 5.3 满意度 28 项测量指标汇总	35
表 5.4 预期质量因子 KMO 和 Bartlett 的检验	37
表 5.5 预期质量因子总方差分析表	37
表 5.6 感知质量因子 KMO 和 Bartlett 的检验	38
表 5.7 感知质量因子总方差分析表	38
表 5.8 调整后的感知质量 4 个因子信度检验	39
表 5.9 感知价值因子 KMO 和 Bartlett 的检验	39
表 5.10 感知价值因子总方差的分析	39
表 5.11 满意度因子 KMO 和 Bartlett 的检验	40
表 5.12 满意度因子总方差的分析	40
表 5.13 方差分析汇总表	41
表 5.14 方差齐性检验	42
表 5.15 年龄对各因子的组间方差分析表	43
表 5.16 年龄对各因子影响的两两对比分析结果表	43
表 5.17 相关分析汇总表	44
表 5.18 逐步回归模型的总体效果参数模型汇总	45
表 5.19 回归系数与显著性检验表 a.....	45
表 5.20 逐步回归模型的总体效果参数模型汇总	46

表目录

表 5.21 回归系数与显著性检验表 a.....	46
表 5.22 逐步回归模型的总体效果参数	47
表 5.23 回归系数与显著性检验表 a.....	47
表 5.24 逐步回归模型的总体效果参数 b	48
表 5.25 回归系数与显著性检验表 a.....	48
表 5.26 逐步回归模型的总体效果参数 d	48
表 5.27 回归系数与显著性检验表 a.....	49
表 5.28 逐步回归模型的总体效果参数 b	49
表 5.29 回归系数与显著性检验表 a.....	50
表 5.30 门诊患者满意度影响因素模型假设验证结果汇总	51
表 5.31 患者满意度影响效应	52
表 5.32 门诊患者满意度访谈结果	53
表 B1 旋转后的因子负荷矩阵表（预期质量）	68
表 B2 旋转后的因子负荷矩阵表（感知质量）	68
表 B3 旋转后的因子负荷矩阵表（满意度）	69

图目录

图 1.1 瑞典顾客满意度模型（SCSB）	6
图 1.2 欧洲顾客满意度指数模型（ECSI）	6
图 1.3 美国顾客满意度指数模型（ACSI）	7
图 1.4 顾客需求的 KANO 模型	8
图 1.5 中国顾客满意度模型	10
图 1.6 清华顾客满意度模型（CCSI）	11
图 1.7 本文研究框架	13
图 2.1 传统观点与赫茨伯格观点的比较	15
图 3.1 理论模型假设途径图	25
图 5.1 理论模型验证结果流程图	51

第1章 导论

1.1 选题背景及研究的目的和意义

1985年国务院转批的卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》标志着中国医改的启动，其后历经1992~2005年的市场化，再到2009年的新医改方案，期间“看病难、看病贵现象”成为近两届政府高度关注的话题。随着改革的进程，一方面是医院规模的不断扩大、工作量的持续增长（据《2012年中国卫生统计年鉴》2005~2011年期间，全国医院年诊疗人次增长53.06%，入院增长112.95%），一方面却是医患矛盾的不断激化：“天价药费”、“钢盔医生”、“医院血案”，被媒体曝光的恶性事件几乎涉及了全国各省市。2010年1月，司法部、卫生部、保监会联合印发了《关于加强医疗纠纷人民调解工作的意见》，2012年卫生部发布“关于二级医院设立警务室的通知”。

作为医改的主体，卫生系统一直在努力改变工作作风，其行风建设活动可以追溯到1996年“以病人为中心，深化医院改革”经验交流会，随后1997~1998年在全国范围内开展的“创建以病人为中心，优质服务百佳医院”的活动。为切实转变服务理念，真正做到“以病人为中心”，加强科学管理，提高医疗服务质量，卫生部从2005年起开始“医院质量管理年”建设，把社会评估的群众满意度作为“医院管理年”和“创建人民满意医院”评选的基础指标，使其成为医院评价的重要参考。2009年国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》，通过四大体系、五大重点工作的阐述，反映了“有效减轻居民就医费用负担，切实缓解看病难、看病贵”的近期目标，以及“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的长远目标。2012年卫生工作要点仍继续提出把“三好一满意活动”作为“为民服务、创先争优”的具体内容。

将“患者满意”作为医院评估的一项指标，原因在于医学模式的转变。传统医疗质量是指医疗服务的及时性、安全性和有效性，往往以诊断是否正确，治疗是否有效、及时、彻底，疗程的长短，差错事故的有无，以及医疗工作效率、费用的高低等来评价的。随着医学模式的转变和人们医疗需求的变化，医疗服务质量的内涵发生了很大变化，已涉及诸如工作效率、费用控制、服务态

度、对病人个人需要的及时反应、对病人价值观的尊重、服务的可及性等多方面的因素，医疗质量是各种要素纵横交织产生的整体效应，是一项多元性的复杂性的系统工程。

人们对医疗消费的认识会直接影响满意度。由于我国“九五”期间医疗市场化的过程，导致长期以来医疗被作为居民消费和人民生活的一个方面，从而忽视了医疗消费与普通消费的根本区别：前者的公益性。患者普遍有个观念，我花了钱，你就得看好病，往往不能接受“人财两空”的结果，这种盲目的将医疗消费等同于普通消费，不承认医疗过程中存在的风险、治疗结果的不确定性，是极其不科学的。如果不能通过教育、医疗支付制度改革等转变患者的认知，将不利于医疗事业的发展，最终受到伤害的仍然是患者。

由于医疗服务的特殊性，使得患者满意度的测量也具有一定的特殊性。一方面，在医疗服务中，不同的患者往往有不同的具体需要，甚至同一患者在不同心态、不同时期或在不同环境条件下，其具体的需要也会有所变化，而具有不同服务需要的患者对同样的患者满意度则可能产生不同的反应。另一方面，在某些方面属于同一类型或同一群体的人在医疗服务的患者满意度上往往具有一些共性或相似性。

目前国内医院满意度调查存在的主要问题是：缺乏科学工具的选择和开发策略、缺乏标准化和分析基准；调查问卷内容参差不齐、调查方法陈旧，调查可信度不高、流于形式；医院由于所处的垄断地位，使得患者在医院的战略伙伴关系中的地位并不突出，医院没有追求满意度的内在动力。

因此，有必要调整医院考核中将患者满意度作为单项否决指标的做法，促使医疗机构端正患者满意度调查态度，通过科学的方法设计调查问卷，使调查真正发挥促进医疗服务的积极作用。

1.2 文献综述

1.2.1 国外研究概况

（1）患者满意度测评的研究

国外通过开发和利用“患者满意度信息”来改进医疗服务，大致经历了 3

个阶段^{1[1]}。①早期开发阶段，20 世纪 60 年代 Freidson 等人将此方法用于医疗消费者研究，反映患者和社区居民对医疗机构的评价和实际利用程度，为卫生管理提供决策。②以市场理论为指导的开展阶段。20 世纪 70 年代，随着美国医疗市场合法化，市场理论在医疗行业被普遍采用，患者被看作医疗服务销售对象——即顾客。该时期对医疗消费者的研究广为普及，满意度在确定医院规模、医疗机构销售决策等方面得到广泛应用。如 Heffring 等人^{2[2]}，在加拿大的卡尔加里市，对 1300 名出院患者进行了满意程度的调查。提出患者的满意度在整个住院期间随着自身经历和他人的观点，会不断地修正，平等的尊重患者，及时告知病情等措施可产生积极影响。Macstravic^{3[3]}研究认为尽量满足患者要求的“姑息疗法”，短期效应是可促使患者更快康复，如手术后、急性心梗后的恢复，减轻疼痛、降低吗啡用量和消除焦虑等，长期效应表现为增强遵医行为。③利用患者满意度信息来改进医院工作阶段。患者满意度调查受到高度重视，许多国家将患者满意度作为评价医院服务质量和改进工作的重要内容之一。如加拿大医院评审委员会明确规定，患者满意度是评价医院服务质量保障系统的四个主要因素之一，并且必须每隔几年检查一次；印度医院联合会首创的（医疗）质量保障计划中，也将患者满意度调查结果作为考核医院管理工作的重要指标；美国福吉尼亚的 Inova Fairfax 医院通过顾客服务培训对临床患者的影响的研究证明，以临床为基础的顾客服务培训能够显著减少患者的抱怨、增加患者的表扬、提高患者满意度^{3[3]}；WHO 在《2000 年世界卫生报告》中，使用健康结果（改善人群健康）、反应性（满足人们除改善健康之外的普遍合理期望）和筹资的公平性（为疾病费用负担提供财务保障）来评价卫生系统的绩效，认为卫生系统应该具有的主要功能为管理、筹资、卫生服务的公平与效率及筹措资源^{4[4]}。国外患者满意度研究汇总见表 1.1。

¹袁欣,张雪梅,蒋德川. 医院患者满意度调查的现状与思考[J].医学与社会, 2010 (8): 50-51.

²孙卫,骆树民.国外开发利用医疗消费者信息改进医疗服务质量的历史和现状[J].国外医学医院管理分册, 1993 (1): 1-5.

³邹爱东, 张群. 提高患者满意度的一种新途径[J]. 国外医学医院管理分册, 2000, 17(1): 9-11.

⁴ World Health Organization. World health report 2000.health system: improving performance, Geneva: WHO, 2000.

表 1.1 国外患者满意度研究

60 年代	Freidson 等人 一条胜夫	对初级卫生保健机构满意度，进行调查。 《医院经营管理与分析诊断》，并附“住院患者调查表”
70 年代 中期	Clarke 和 Shyavitz	影响居民对医院看法的主要因素有以下 9 个：医院职员的态度，医疗技术质量，价格，医院的地理位置，服务半径，医院的外环境，医院的声誉，医院卫生状况和医院与被调查者私人医生的关系。
1988	Boscarino	大型综合医院对消费者具有更强的吸引力。
1986	Casarreal	提出了医院改进工作的主攻方向是：① 医院的饮食及服务②医院建筑设计和管理；③ 部门管理(重点抓那些患者满意度低的单位)；④对所有职员进行培训，提高对患者满意度的认识。
1987	Heffring 等人	该研究表明，住院期间被当作一个(有独立人格的)人看待，“及时而又恰当地告知疾病的真实情况”较最终的医疗效果更能影响他们对医院的满意度程度
1986	Sapienza	医疗消费者具有人口和心理学两方面特征
1986	Danko	人口统计学特征，如年龄、性别、种族、文化程度等征患者选择医院对并不起主要作用。
1990	Macstravic	在治疗中“姑息”患者，尽量满足患者的各种需求，使其达到心理高度满足状态，从而提高遵医行为。
1990	Carmel	住院患者对医院服务不满意的申诉方式的研究。患者满意度受医院职员对申诉回答方式和结果的影响，而与引起患者的申诉的服务种类无关。
1990	Martin 等人	为期 7 年的旨在使病人成为合作者的计划。
1988	O'Conne	医疗质量的重要性与病患满意度呈现正相关关系

资料整理：作者本人

（2）满意度模型的研究

国外医院在病人满意度调查上注重调查前人员的培训及调查过程的可信度。莫桑比克的一项研究表明^[5]，培训和监督服务提供者是提高满意的实质性

¹孙建国，朱英杰，介评．莫桑比克门诊病人医疗服务满意度研究[J]．国外医学医院管理分册，2000，17(1)：11-12．

方法。美国等国家也得出同样的研究结论^[13]。在调查过程上，有开展内部满意度调查，也有邀请第三方开展满意度调查，后者在国外的其他行业满意度调查上更为普遍。在满意度调查内容上，大体包括以下三方面的内容：患者对所在医院整体服务的评估、患者对直接接受治疗的满意状况、乐意向别人推荐该医院^[6]。满意度调查出发点是提高行业的竞争力。

许多学者在顾客满意的原因基础上建立了顾客满意度模型，根据这些模型进行顾客满意度测量。现在的顾客满意度模型主要有2种类型，即结构议程（Structural Equations Method, SEM）和指标测量法（DriverMeasurements Method）。1989年建立的瑞典顾客满意度晴雨表（SwedenCustomerSatisfactionBarometer, SCSB）采用了结构议程进行测算。1992年建立的德国国家顾客满意度指数（DK Deutsche Kunden-barometer）采用了指标测量法。由于权重确定的困难和可比性较差，指标测量法未能成为主流的顾客满意度测评方法。

目前，在国外的顾客满意度测评中，最为成功的当属以 SCSB 等为代表的欧洲顾客满意度测评体系（见图 1、图 2）和（图 3）1994 年启动的美国顾客满意度指数（ACSI）。它们是根据累积顾客满意定义建立的，以因果关系为基础，将总体顾客满意度置于一个因果关系链中考虑的模型结构。因果关系链开始于影响顾客满意度的前期因素，终止于满意度所影响的最终因素，总体顾客满意位于价值链的中心。通过这种设计，因果模型可以获得目标市场对企业所提供的产品和服务的评价，包括对历史情况的评价以及对未来情况的预测。

ECSI 与 ACSI 的不同之处，在于增加了形象变量，去除了客户抱怨。两者均被广泛的应用于国家、行业、部门的管理。20 世纪 90 年代末波多里奇奖对医疗行业开放，有相当多的医疗单位申请该奖项，大大促进和提高了满意度的实施及满意度测评的开展。

1邹爱东，张群．提高患者满意度的一种新途径[J]．国外医学医院管理分册，2000，17(1)：9-11．

2任真年．现代医院医疗质量管理[M]．北京：人民军医出版社，2001：371-408．

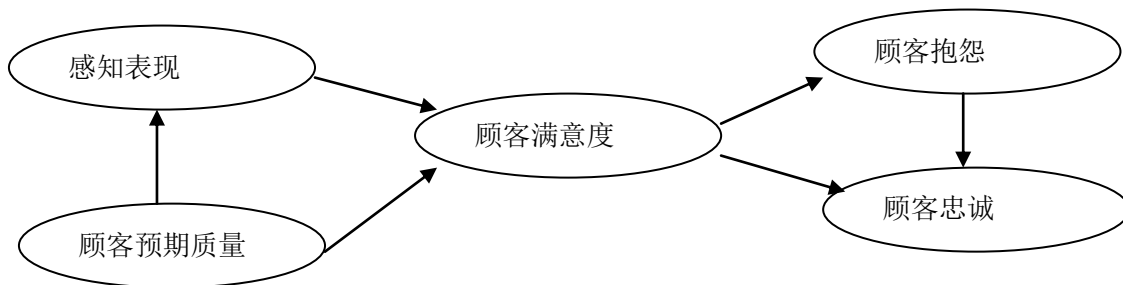


图 1.1 瑞典顾客满意度模型 (SCSB)

资料来源：国家质检总局质量管理司，清华大学中国企业研究中心编著：《中国顾客满意指数指南》，16 页，北京，中国标准出版社，2003.

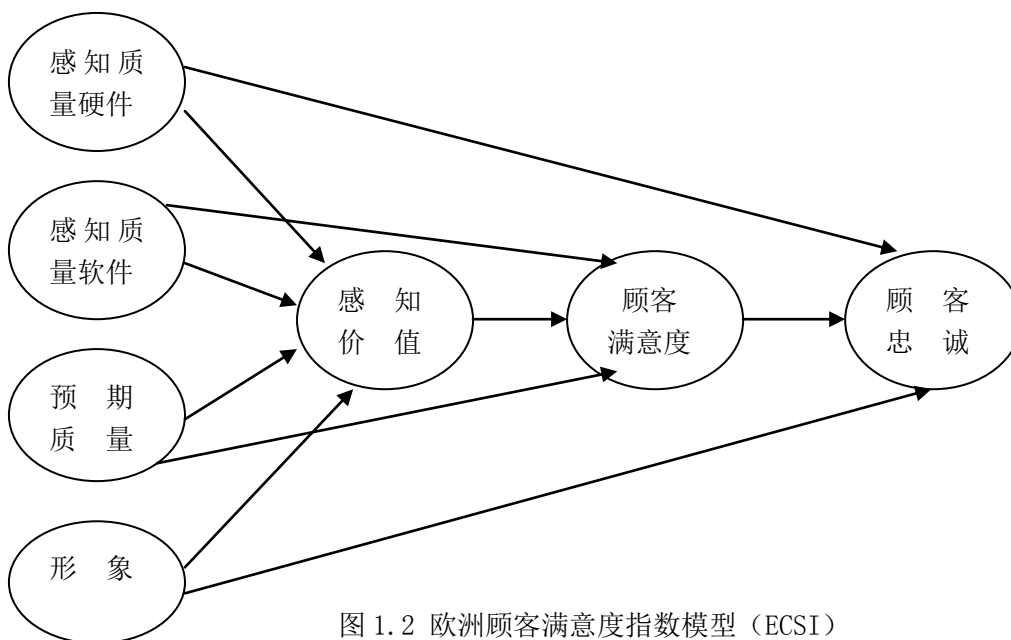


图 1.2 欧洲顾客满意度指数模型 (ECSI)

资料来源：国家质检总局质量管理司，清华大学中国企业研究中心编著：《中国顾客满意指数指南》，19 页，北京，中国标准出版社，2003.

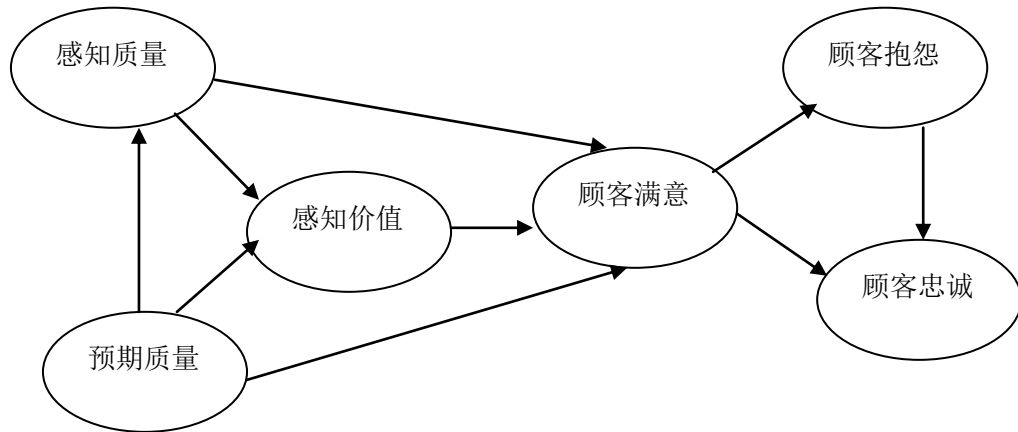


图 1.3 美国顾客满意度指数模型 (ACSI)

资料来源：国家质检总局质量管理司，清华大学中国企业研究中心编著：《中国顾客满意指数指南》，17 页，北京，中国标准出版社，2003.

(3) 满意度与质量关系模型的研究

Kano模型有助于人们理解顾客满意的概念，它把质量依照顾客的感受及满足顾客需求的程度分成三种类型：基本型、期望型和惊喜型。

(1)基本型（理所当然质量）：当其特性不充足（不满足顾客需求）时，顾客很不满意；当其特性充足（满足顾客需求）时，无所谓满意不满意，顾客充其量是满意。

(2)期望型（期望质量）：也称为一元质量。当其特性不充足时，顾客很不满意，充足时，顾客就满意。越不充足越不满意，越充足越满意。

(3)惊喜型（魅力质量）：当其特性不充足时，并且是无关紧要的特性，则顾客无所谓，当其特性充足时，顾客就十分满意。

Kallo模型说明：影响顾客满意程度的质量属性不是等同的，对顾客而言，有些属性比另外的属性更为重要，即使是同一种属性，也会有不同的表现形式，不同的表现形式在顾客心中的重要程度也是不一样的。

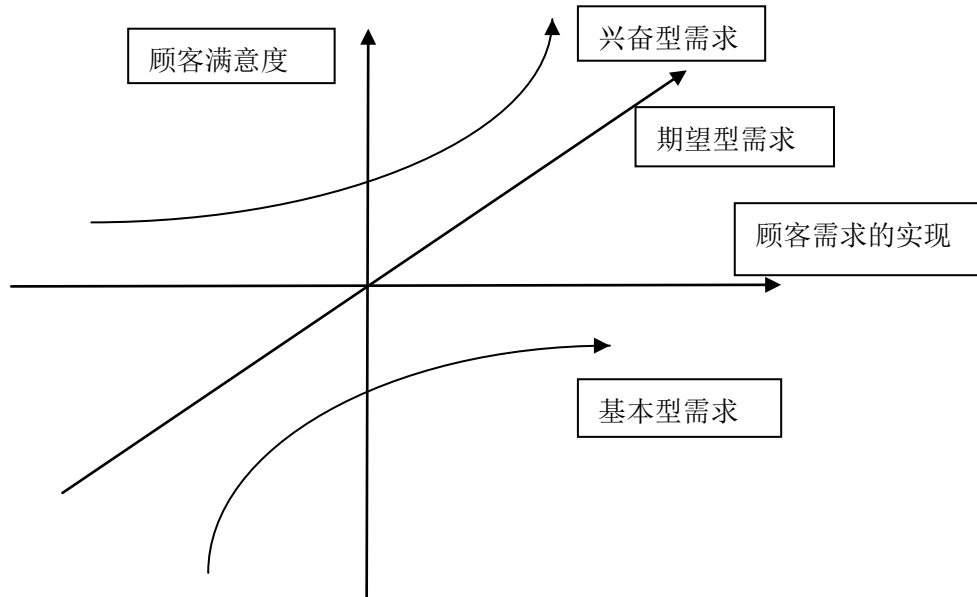


图 1.4 顾客需求的 KANO 模型

资料来源：Reichheld, F. F(1996), The Loyalty Effect. [M]Boston: Harvard Business School Press.

1.2.2 国内研究综述

国内现行的患者满意度测评始于20世纪80年代，评价方法主要采用制订量表，发放问卷的形式，但在90年代后期才真正作为一项重要工程来做^[6]。比较系统大规模的测评如卫生部从2005年起开始“医院质量管理年”建设，把社会评估的群众满意度作为“医院管理年”和“创建人民满意医院”评选的基础指标，使其成为医院评价的重要参考。但是由于起步晚，我国患者满意度测评面临的主要问题：缺乏科学工具的选择和开发策略、缺乏标准化和分析基准；调查问卷内容参差不齐、调查方法陈旧，调查可信度不高、流于形式等，学者们从不同的角度开展研究，已有的研究主要有以下几个方面：

¹任真年. 现代医院医疗质量管理[M]. 北京：人民军医出版社，2001：371-408.

(1) 患者满意度测评的研究

马淑华^{1[7]}早在1995年就针对第12届国际医疗质量保证大会的内容,阐述了病人满意度的测量可以作为评价医疗质量的有效手段,并明确提出把病人满意度作为改进工作的标准。高允彦^{2[8]}等的研究指出,顾客满意度不确定性对服务质量最的评价有严重影响,必须注重不确定因素。周武英^{3[9]}等的研究指出,定期做好拓宽医患沟通渠道,做好健康教育覆盖面,了解病人健康状况,能够有效促进医疗服务水平的提高,提高病人满意度。胡媛^{4[10]}、陈惠霓^{5[11]}等的研究指出,员工满意度的高低直接影响病人满意度,只有最大限度地减少员工的不满情绪,提高工作满意度,通过员工工作的改善,才能彻底提高病人满意度。董艳萍^{6[12]}等的研究指出,通过加强病人满意度的目标管理,能最著提高病人满意度。王琨,李红^{7[13]}研究显示,满意度调查是一种有效的沟通方式,保持医院沟通渠道的畅通,重视患者的负评价,能够促使抱怨的患者转变为忠诚的顾客。吴萍^{8[14]}等对医疗投诉原因的分析显示,医患沟通不良引起投诉和纠纷占26.9%~70%。陈洁,杜雪平,席修明^{9[15]}研究不同级别医院开展社区卫生服务的居民满意度现状,探索不同级别医疗机构举办社区卫生服务的效果。黄森、王江蓉、张拓红^{10[16]}进行了《中国住院患者体验和满意度测量表》的开发和研究,CHPESM量表包含可及入院、一般住院服务、治疗服务、意见管理、环境与后勤以及出院指导6个维度28个核心条目。北京大学社会与发展研究中心于2012年受卫生部委托进行了“居民对医疗卫生服务的满意度调查”,结果显示,2/3以上的城乡居民对医疗卫生服务表示满意,低于10%的居民表示不满意^{11[17]}。

1马淑华. 第12届国际医疗质量保证大会简介[J]. 国外医学医院管理分册, 1995, (4): 171-172.

2高允彦, 贾建民. 顾客满意度不确定性对服务质量评价的影响[J]. 管理科学学报, 2007, 10(2): 1-9.

3周武英, 傅惠玲, 周小丽, 等. 做好出院病人定期随访工作, 提高病人满意度[J]. 中国医院, 2007, 11(3): 53-55.

4胡媛, 黄淇敏, 王玉明, 等. 医院员工满意度影响因素分析[J]. 解放军医院管理杂志, 2007, 14(1): 44-45.

5陈惠霓. 护士工作满意度与护理质量关系探讨[J]. 国际医药卫生导报, 2007, 13(3): 97-98.

6董艳萍, 李湘平. 目标管理在提升病人满意度中的运用[J]. 当代护士, 2006, 7: 27-28.

7王琨, 李红. 患者满意度调查在医院管理中的应用[J]. 解放军医院管理杂志, 2010, 17(6): 550-552.

8吴萍, 于德华, 王晨. 从医疗投诉分析医学人文服务现状[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2006, 27(5): 52-53.

9陈洁, 杜雪平, 席修明. 不同级别医院开展社区卫生服务的居民满意度分析[J]. 中国全科医学, 2009, 12(15): 1443-1445.

10王江蓉, 黄森, Shane Thomas, 等. 中国部分医院患者体验和满意监测工具应用比较分析[J]. 北京大学学报(医学版), 2011, 43(3): 397-402.

11卫生部2012年5月8日新闻发布会实录,

<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s3582/201205/54651.htm> (2012/7/13)

(2) 患者满意度模型的研究

中国顾客满意度模型可以说是延续了瑞典、欧洲、美国的模型特点，本质上都是因果关系模型，只是在变量设计上融合了中国国情和社会需求，形成了包括不同变量的关系模型。如图5中国顾客满意度模型。

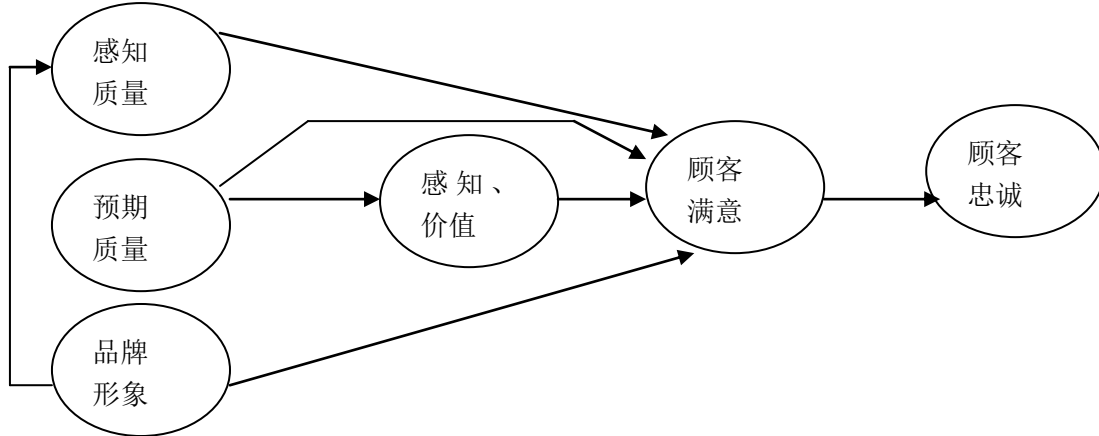
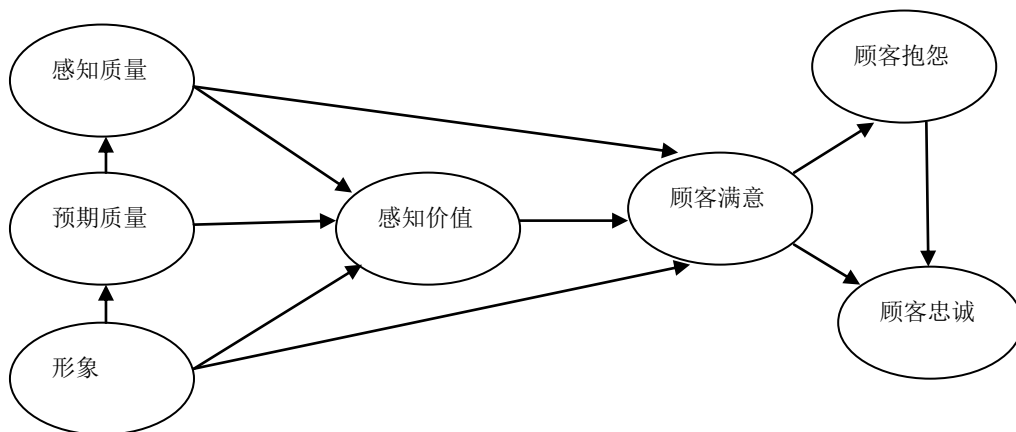


图 1.5 中国顾客满意度模型

资料来源：国家质检总局质量管理司，清华大学中国企业研究中心编著：《中国顾客满意指数指南》，37 页，北京，中国标准出版社，2003。

周静^[18]（2011）消费者满意度模型分析，提出模型假定的前提是顾客是理性的，顾客具有足够的知识能力可以保证他们的预期能够正确的反映当前的产品和服务的质量，并对清华学者的满意度结构模型（CCSI）作了阐述，包括七个结构变量，满意度是所求的最终变量，感知质量、期望质量、感知价值和形象是客户满意的原因变量，客户抱怨和客户忠诚是满意度的结果变量。



1 周静.浅谈不同的消费者满意度模型[J].管理学家, 2011 (11) : 420-421.

图 1.6 清华顾客满意度模型 (CCSI)

(3) 患者满意度的难点问题研究

杨辉、刘峰、张拓红^[19]等(2005)的研究认为,满意度的测量和工具使用中仍存在诸多问题,如缺乏科学工具的选择和开发策略、缺乏标准化和分析基准、偏重护理服务而忽视医院服务的整体质量、缺乏心理测量学及适用性和实用性研究、实施过程中人为地引入偏移因素、调查结果表达过于简单、信息利用存在局限性等。建议制定满意度调查工具的选择和开发指南,建立区域性或全国基准,完善调查实施过程中的方案设计,改善调查结果的表达方式,并促进信息的合理利用。

纪颖^[20](2008)认为国内患者满意度测评存在三个困境。(1)理论困境,由于医疗领域的不对称性,公共产品及服务的模型(ACSI)在医疗领域的适用性,尚需要探讨;影响患者满意度的因素过多,社会称许性反应偏倚、霍桑效应、自我利益偏倚等,尚无一致认可的模型来解释影响因素。(2)制度困境:动力不够,由于医院的垄断地位,使得患者在医院的战略伙伴关系中的地位并不突出,医院没有追求满意度的内在动力。(3)技术困境,评估主体的选择会造成偏倚,评估对象的选择很难随机,指标设计的不完善。

1.3 研究内容和论文结构安排

本文以上海市嘉定区三所医院门诊患者为研究对象,以公共经济学、公共管理学和公共政策分析等理论为指导,深入研究目前上海市嘉定区门诊患者对医院服务的满意度,在借鉴国外、国内其他对患者满意度研究的基础上,提出改进上海市嘉定区医院门诊服务,提高患者满意度的建议。

本文将着重从以下几个方面进行探讨:上海市嘉定区门诊患者满意度测量问卷的确定、被调查者描述性分析、满意度因子分析、方差分析、模型的假设验证等,针对性地提出一些建议,推动上海市嘉定区卫生服务的发展。

本文由以下7个章节组成:

第1章为导论部分,明确研究患者门诊满意度的目的和意义,并对国内、

1 杨辉,刘峰,张拓红等.病人满意度调查研究中存在的问题及建议[J].中华医院管理,2005,21(7): 437-441.

2 纪颖.患者满意度测评的困境分析[J].中华医院管理,2008,24(7): 437-441.

国外的已有研究成果进行文献综述。

第 2 章为基本概念及相关理论部分，介绍了患者满意度相关的基本概念和理论基础，明确研究患者满意度的必要性。

第 3 章为门诊患者满意度测评指标体系的建立，依据满意度因果关系模型理论，建立 6 个二级指标（服务技术能力、服务流程、服务费用、服务设施环境、服务反应性和服务期望值），同时若干个三级指标，通过李克特五分制量化打分计算综合满意度。

第 4 章为调查问卷的设计，包括对问卷进行信度和效度的检测。

第 5 章为实证研究结果与分析，以嘉定区三所医院门诊患者为研究对象，通过调查问卷数据的采集、患者基本信息与总体满意度的相关分析以及满意度变量的因子分析，研究影响门诊患者满意度的构成因素。

第 6 章为改进上海市嘉定区门诊服务水平，提高患者满意度的建议，在第 4 章分析的基础上，针对分析出的上海市嘉定区医疗服务中的问题，提出改进上海市嘉定区医院服务的建议。

第 7 章为结论部分，主要介绍了本论文的主要结论以及未能进行深度研究的不足之处。

1.4 研究思路与研究方法

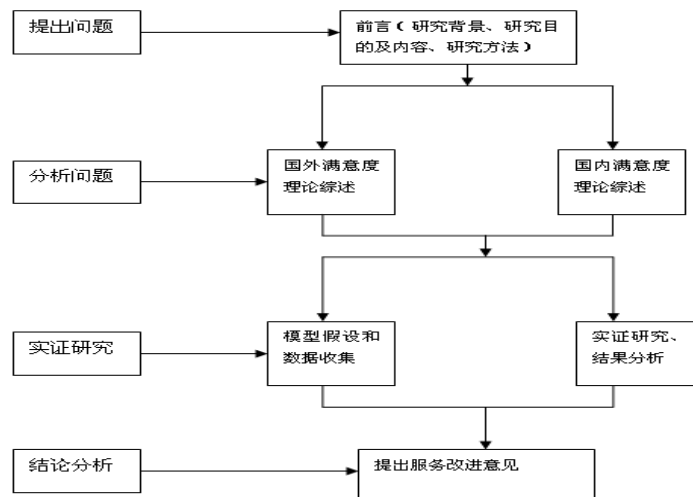


图 1.7 本文研究框架

本文研究中应用的研究方法主要有以下几种：

（1）文献研究法：通过同济大学图书馆、同济大学数据库和互联网收集检索了（如 PubMed、中国生物医学文献服务系统、中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库、万方数据资源系统等）大量关于满意度调查、满意度测评量表及医院质量改进等的参考文献，进行阅读仔细研究，分析当前相关文献的研究情况，借鉴一些研究成果，归纳总结科学的建议，优化研究所得出的建议。

（2）数据分析法：通过满意度测评量表的确定，以及各类数据的整理、分析、研究，来了解上海市嘉定区门诊患者满意度的现状并发现存在的问题和难点，为提供正确的政策建议提供有力的数据支持。

（3）比较研究法：通过对国内外患者满意度的研究和比较，分析其共性和特点，结合前人的研究成果，为完善上海市嘉定区医院服务提供改进思路。

第2章 基本概念及相关理论

2.1 基本概念

医疗服务质量关系到患者的生命安全和身心健康，是检验和衡量医疗服务的根本标准。医疗服务质量是通过临床、医技、护理等人员遵循医疗管理规章制度，执行操作规程和技术规范，实施自我评价和控制所达到的诊疗技术和诊疗效果，包括一系列关系到医疗质量和医疗安全的核心制度。

随着社会经济的发展、科学的进步，人们对医疗服务的理解和要求越来越高，需求的多层次、多样化也越来越明显，医学模式也相应的发生了改变，在这种社会和医学背景下，医疗服务质量的内涵也更加丰富和宽广，影响医疗服务质量的因素也日渐增多，涉及到工作效率、费用控制、服务的可及性和反应的及时性、尊重和鼓励病人的参与等多方面因素。医疗服务质量已成为医疗机构和义务人员的人文素质、技术能力、就医环境、管理水平等多种因素构成的综合实力的体现，也是医疗机构品质和价值的体现。

掌握医疗服务与患者满意度的概念首先要理解以下与其相关的词汇：

2.1.1 顾客满意度

《辞海》中对“满意”的解释为：“满足自己的愿望，符合自己的心愿”。满意是人的一种感觉状况水平，是在比较自己对某事或某物的期望与实际情况之后所产生的感觉。满意感有正负之分，即满意与不满意。传统的“满意—不满意”的观点认为满意的对立面是不满意。但是，50年代后期，美国心理学家赫茨伯格（F. Herzberg）否定了这一观点，他调查发现，人们对诸如本组织的政策与管理、工作条件、人际关系、薪金等，如果得到满足就没有不满意，得不到满足就会不满意，赫茨伯格称之为“保健因素”；而对于成就、赏识、责任等，如果得到满足就会满意，得不到满足就不会产生满意感，但是也不会不满意，赫茨伯格称之为“激励因素”^[21]。两者区别见图 2.1

¹任浩.公共组织行为学[M].上海：同济大学出版社，2006：98.

传统观点	赫茨伯格观点
满意 \longleftrightarrow 不满意	(激励因素) 满意 \longleftrightarrow 没有满意 (保健因素) 不满意 \longleftrightarrow 没有不满意

图 2.1 传统观点与赫茨伯格观点的比较

《质量管理体系基础和术语》中的“顾客满意”的定义为^{1[22]}：“顾客对其要求已被满足的程度的感受”。顾客满意度是指顾客事后可感知的结果与事前的期望之间作比较后的一种差异函数。

美国学者 Cardozo 于 1965 年首次提出顾客满意 (CS) 的概念^{2[23]}, 认为顾客满意就会导致顾客的再购买行为, 此后, 引起了企业界和学术界的广泛关注。20 世纪 80 年代至 90 年代, 很多学者如 Ernest、Robert、Tse 和 Wilton 等人又从心理学、管理学角度对这理论模型作了进一步的扩展和补充。90 年代中期, 美国的 Spreng、Mackenzie 和 Olshavsky 针对前人研究的缺点提出了顾客满意模型。20 世纪 90 年代后期, 顾客满意的研究大多集中于探讨员工满意、顾客满意、顾客忠诚和企业利润之间的关系, 主要有 Heskett、Jones 和 Lovman、Anthony、Stsven 和 Pichard、Partial 和 Regression、Soderlund、Anderson、Sullivan 和 Fomell 等人。

综观相关文献, 对顾客满意的定义基本上可以概括为两种主要的观点。一种是以行为学为基础, 认为顾客满意是事后对购买中某种特定行为的评价。另一种观点强调的是顾客对购买行为的事后累积感受, 认为顾客满意是对经过一段时间的购买和消费经验的总体评价。两种观点并不矛盾, 前者往往是后者的基础。不同学者关于顾客满意度从不同角度进行了定义。见表 2.1。

表 2.1 顾客满意度的不同定义

1965	Cardozo	对顾客满意与不满意开始研究
1969	Howard & Sheth	将满意用于消费者理论, 认为满意度是消费者对所付出代价与所获得收益是否合理进行评判的心理状态。

1 全国质量管理和质量保证标准化技术委员会秘书处, 全国质量体系认证机构国家认可委员会秘书处编著 2000 版质量管理体系国家标准理解与实施, 2001:38.

2 Cardozo, R. N. An experimental study of customer effort, expectation and satisfaction[J]. Journal of Marketing Research, 1969 2(3): 244-250.

续表 2.1 顾客满意度的不同定义

1977	Hunt	一种由经验与评估而产生的过程。
1977	Pafaff	产品组合的理想与实际差异的反差。
1982	Churchill& Surprenant	是购买与使用产品的结果。是由购买者对预期结果的回报与投入成本进行比较所产生的心里状态。
1983	Quelch & Takuchi	受消费前、消费时，消费后三个步骤所分别涉及的影响。
1991	Solomon	个人对所购买产品的整体态度。
1991	Kolter	产品预期与结果的函数。
1984 1991	Day Oliver	针对某特定的交易行为，在消费以后对这次交易所进行的评价。
1979 1990 1993	Howard,Peter Olson,Engel Blackwell Miniard	倾向予对产品使用后的效果与使使用前的认知进行比较，若是服务提供者实际提供的服务成果高于消费者对某一服务的预期，则消费者感到满意；相反，服务所产生的效果没有达到消费者期望时。则消费有盛到不满意。
1993	Spreng& Olshevshy	将顾客的期望 (Desires) 作为比较标准优于顾客期望 (Expectations)。愿望将被定义为产品的属性、属性层次和顾客确信会获得的利益，它会引导顾客的行为。对顾客满意会有强烈的影响。
1994	Gafday	购前与购后的比较标准不一致，购前使用内部标准。购后则更多的以其他品牌为标准。
1995	Kotler	满意是一种人的感觉状态的水平。它来源于对一件产品或服务所设想的绩效或产品与人们的期望所进行的比较。
1995	Walker	期望将随服务过程的阶段而变化。服务过程分为消费前、消费中和消费后。
1997	Wondruff	比较标准应该基于顾客所向往的价值。这些向往的价值来源于产品的属性，性能及使用结果。顾客对满意的判断应该基于顾客在购前建立的期望价值层次。
1997	Oliver	期望是对即将发生事件的可能性的预测，不同的期望来源于顾客的期望层次。即从理想层次到不能忍受的层次。

资料来源，①. 乔友庆：“从管理机会方格看顾客满意度一以银行业为例”，台湾大

学硕士论文。1999年:②. Tateboto, “The use of comparison standards in customer satisfaction research and management: A review and proposed typology”. Journal of Marketing Theory and Practice, 1999, Summer 整理。

2.1.2 公共部门的受众满意度

“新公共管理”强调改变传统模式中公共部门与受众之间的关系,将公共部门的工作人员定义为负相关责任的“管理人员”,将受众定义为通过纳税等行为享受公共部门服务的“顾客”。从某种意义上讲,确认了公共部门存在的价值在于能否体现服务于受众、方便与受众的根本宗旨。

受众与顾客的内涵,有联系也有区别。20世纪80年代以来,在英、美等西方国家兴起的“新公共管理思潮”,主张政府在进行公共管理时应引入企业管理的经验和方法,引入竞争机制,改善政府行政绩效,因此“顾客满意”被引入公共行政领域,“顾客”一词的外延被拓展。踪家峰^{1[24]}等将“顾客”理解为服务对象,是比消费者更为广泛的概念。美国顾客满意度指数(ACSI)、欧共体顾客满意指数(ECSI)都同时面向公共和私营部门。经济合作与发展组织(OECD)提出“行政就是服务,公众就是顾客”^{2[25]}。

但是也有学者有不同意见。莫寰^{3[26]}认为:政府与受众的关系有别与企业与顾客的关系。张成福^{4[27]}等也认为“顾客”用于公共部门是不欠当的。本文,虽然赞同“受众”与“顾客”内涵的差异,但仍延用“新公共管理”的理念,将两者概念同质化处理。

受众满意^{5[28]}是指在体验公共管理工作的过程中,受众的需求得到满足,受众的期望与实际感受相接近,从而使受众产生肯定、愉悦、满足的积极心态。受众满意度是衡量受众满意程度的数量指征。具有模糊性、可测性、可分性、开放性、主观性和相对性等特征。

1989年,美国密歇根大学工商学院的经济学家 Claes Fornel 利用最小二乘回归法,提出了顾客满意度的逻辑模型,在此基础上,瑞典于1989年建立瑞典顾客满意度指数(SCSB),在全国范围内推广顾客满意度指数测评,逐步成为瑞

1踪家峰,郝寿义,黄楠.城市治理分析[J].河北学刊,2001(11):32-36.

2 OECD. Administration as Service: The Public as Client[R]. Paris: OECD Conference, 1987: 21-22.

3莫寰.政府服务不可能完全以“顾客满意”为导向[J].岭南学刊,2001(3):95-98.

4张成福.公共行政的管理主义:反思与批判[J].中国人民大学学报,2001(1).

5尤建新,朱德米,陈强.公共管理研究[M].上海:同济大学出版社,2007:137.

典极具价值的国民经济指标。美国顾客满意度指数（ACSI）于1994年启动，由全美质量协会、密歇根大学工商学院和安德森咨询公司等共同负责。

2.1.3 患者满意度

关于患者满意度的定义来源于1975年Risser在护理领域提出的解释内涵。他认为病人对护理的满意感是病人对理想护理的期望和他们对自己实际得到的护理知觉之间的差异^{1[30]}。目前，大家认可的基本观点是“人们由于健康、疾病、生命质量等诸方面的要求而对医疗保健服务产生某种期望，基于这种期望，对所经历的医疗保健服务情况进行的评价，就是患者满意度”^{2[31]}。

2.1.4 医疗服务质量

美国国家医学会将卫生服务质量定义为^{3[32]}：在目前的专业技术水平下，对个人和社会提供卫生服务时，所能够达到的尽可能理想的健康产出的程度。医院服务质量是医院同病人及社会接触过程中其活动所能满足病人和社会的能力的总和。

医疗服务质量狭义上是医疗服务的效果，就是诊疗质量，包括诊断是否正确、及时，治疗是否合理有效，诊疗措施是否安全。广义又称为医疗服务质量或医院服务质量，是在诊疗质量的基础上，还包括医院工作效率、医疗技术经济效果和对病人提供其他相关服务的满意程度等。

2.1.5 服务流程

参考ISO9000的定义^{4[33]}，所谓流程是一组将输入转化为输出的相互关联或相互作用的活动；程序是为进行某项活动或过程所规定的途径（路径）、方法（手段）。

医疗服务流程包括四个主要环节：一是医疗活动的执行者，即医务人员；

1 纪颖. 患者满意度测评的困境分析[J]. 中华医院管理杂志, 2008 (7): 437-440.

2 Pascore GC. Patient satisfaction in primary health care [J]. Evaluation and Program Planning, 1993, (6): 185-210.

3 Marr, Feffrey W., Letting the customer be the edge of quality[J], Quality Process, 1986(10).

4 王政, 黄殿忠, 崔亮, 等, ISO90000 族标准与医院管理, 解放军医院管理杂志, 2003,10(6): 545-546.

二是医疗活动，即医务人员在服务流程中做什么、如何做；三是医疗活动之间的连接方式，如起点、终点、交叉、反馈等；四是医疗服务的技术方式，如高新技术的应用等。

2.2 患者满意度测评的理论基础

2.2.1 公共产品理论

公共产品是由政府（公共部门）所生产和提供的，用于满足全体社会成员共同需求的产品和劳务。一般而言，公共产品可以分为纯粹的公共产品、准公共产品或混合产品等几个层次。纯粹的公共产品具有非排他性和非竞争性两个基本特征。在现实社会中，纯粹的公共产品是非常稀少的，所以，政府提供的产品中更多的还是具有公共产品的部分特征的产品，即所谓的混合产品或准公共产品。狭义的准公共产品是指具有利益外溢性特征的产品，有些产品所提供的利益的一部分由其所有者享有，是可分的，从而具有私人产品的特征，但其利益的另一部分可由所有者以外的人享有，是不可分的，所以又具有公共产品的特征，这种现象被称为利益的外溢性现象，这类产品被称为准公共产品，比如教育、医疗卫生^{1 [34]}。

公共产品提供的主体有三种：政府部门、非政府组织、私人部门。政府部门是指以政府行政机关为主的公共管理机关；非政府组织又称第三部门，包括自治组织、民间志愿组织、社会基层组织、非营利组织等；私人部门主要指股份制企业或民营企业。政府要有效地提供公共服务，就要与企业、社会紧密合作，充分发挥非政府组织、私人部门在公共服务提供中的作用。公共服务不一定要由政府机关及其公务员亲自提供，可以采取政府负责、社会与企业提供，或政府与企业合作提供等多种方式。公共产品的提供方式有以下几种：由公共部门提供的方式；由市场和私人部门提供的方式；由政府公共部门与非政府组织、私人企业合作的提供方式^{2[35]}。

1 樊勇明，杜莉．公共经济学[M]．上海：复旦大学出版社，2007：47-52．

2 胡治岩，刘旭涛．公共管理概论[M]．北京：中国人事出版社，2006：16．

2.2.2 公共服务理论

公共服务通常指政府为了满足社会公共需求所提供的各种产品与服务的总称。在公共服务的供给过程中由服务提供者、服务对象以及服务平台组成一个有机整体，三方缺一不可。

根据公共服务的特点，它可分为基本公共服务和混合公共服务两种类型。基本公共服务是提供纯公共产品的公共服务，它指政府向全体社会成员提供的平等的、无差别的公共服务，如国防、外交、公安、司法、基本医疗保健、义务教育、生态环境保护等。混合公共服务是提供准公共产品的公共服务，它带有满足公共需要与满足个人需要相交叉的性质，这种公共服务既能满足公共需要、又能满足个人需要，既人人平等消费，又具有一定程度的竞争性和排他性；既要付费，又不完全付费，如高等教育特别是研究生教育、公共工程等。

教育公共服务、社会保障、公共卫生服务、就业公共服务、环境保护、公共事业、科技公共服务等方面是当代政府公共服务的主体和核心部分。其中，教育、公共医疗卫生、社会保障公共服务等社会公共服务是西方发达国家政府职能的主要内容^{1[36]}。

2.2.3 新公共管理理论

新公共管理由胡德（Hood）于1991年在《一种普适性的公共管理》一文中提出，在西方发达国家中掀起了狂澜，如英国撒切尔政府的“下一步行动方案”、美国克林顿政府的“重塑政府运动”等。欧文·E·休斯归纳了新公共管理治理的共性：第一，“政府再造”、“管理主义”、“以市场为基础的公共管理”…无论该模式叫什么，都代表着与传统公共行政不同的重大变化，较为引人注意的是结果的实现与管理者的个人责任；第二，明确表示了脱离古典官僚制的意图，欲使组织、人事、任期和条件更有灵活性；第三，明确规定组织和人事目标，对工作进行绩效测评，系统评估；第四，资源管理人员更有可能带有政治色彩地为政府工作；第五，政府职能接受市场检验；第六，通过民营化和市场化检验、签订合同等方式减少政府职能的趋势^{2[37]}。

1 胡治岩，刘旭涛．公共管理概论[M]．北京：中国人事出版社，2006：121-128．

2 金太军．新公共管理：当代西方公共行政的新趋势[J]．北京，国外社会科学，1997（5）

善治理论是 20 世纪 90 年代兴起的一种公共管理理论，认为善治是理想的公共管理模式，所谓善治就是使公共利益最大化的社会管理过程，其本质是政府与公民对公共生活的合作管理，它要求有关管理机构与管理者最大限度地协调各种公民之间以及公民与政府之间的利益冲突，从而使公共管理活动取得公民最大限度的认同，善治的实现依赖于政府与公民之间积极而有效的合作，因而，公民必须具有足够的政治权力参与选举、决策、管理和监督，与政府一道共同形成公共权威和公共秩序^{1[38]}。

2.2.4 满意度因果关系模型理论

如前所述，无论是私人领域的顾客满意度也好，还是公共服务领域的对象满意度，研究的基础是构建一个模型，放眼全球，目前许多西方发达国家或地区在有关“满意度模型理论”领域已经走在前列并发展的比较成熟，设计并正式公布了各自的顾客满意度模型，我国这一领域起步较晚，主要由国家质量总局质量管理司和清华大学中国企业研究中心共同开展以一些相关研究^{2[39]}。

表 2.2 国际主要满意度模型变量及因果关系特征

模型	变量	因果关系特征
瑞典 顾客 满意 模型	顾客预期质量 感知表现 顾客满意度 顾客抱怨 顾客忠诚	顾客预期对满意度正相关 感知表现对满意度正相关 顾客抱怨与顾客忠诚正（负）相关时，导致的结果不同
美国 顾客 满意 模型	预期质量 感知质量 感知价值 顾客满意度 顾客抱怨 顾客忠诚	预期质量对感知价值、满意度有直接影响 感知质量对感知价值、满意度有直接影响 感知价值对满意度有直接影响 顾客忠诚检测 3 个变量，重复购买的可能性，如果重复购买则对价格上升的容忍性，如果不重复购买对价格下降的接受度

¹ 胡治岩，刘旭涛．公共管理概论[M]．北京：中国人事出版社，2006：26．

² 中国顾客满意度指数指南[M]．国家质检总局质量管理司．北京：中国标准出版社，2003：16-37．

续表 2.2 国际主要满意度模型变量及因果关系特征

欧洲顾客满意度模型	形象	形象与感知价值、顾客忠诚直接相关
	顾客预期	顾客预期直接影响感知价值和满意度
	感知质量硬件	感知质量硬件直接影响感知价值和满意度
	感知质量软件	感知质量软件直接影响感知价值和顾客忠诚
	感知价值	感知价值仅对满意度直接影响
	顾客满意度	满意度只对顾客忠诚直接影响
	顾客忠诚	顾客忠诚包括再次购买意愿、向外人推荐意愿

资料整理：作者本人

第3章 上海市嘉定区门诊满意度测评指标体系的建立

3.1 结构模型的主要因素

考虑到患者满意度测评的目的：（1）可以不花费过多的时间填写问卷，以免由于问卷问题太多影响患者填写的意愿，而影响调查结果的正确性；（2）避免用过于复杂的统计方法与概念；（3）调查结果可以显示医院各项服务的优劣，便于改进服务。故本研究以日常医疗门诊服务流程为主框架，选择比较“关键性”或“代表性”指标进行测量。

根据美国顾客满意模型构建本研究的模型。本文结构模型主要考虑如下因素：预期质量、感知质量（技术和能力水平、服务流程、服务设施和环境、服务态度）、感知价值（服务费用）、满意度指标（满意度、患者抱怨、患者忠诚）。

3.1.1 预期质量

预期质量又可称为顾客期望：是指顾客在购买前对某种产品或服务质量的估计。它包括产品或服务适应顾客个人需求程度的顾客化预期、产品出现故障可能性的可靠性预期、对产品或服务质量的整体预期。预期质量对感知质量、感知价值和顾客满意度有直接影响。根据医疗服务的流程，本文设计该项的变量包括：医疗技术和能力期望、就诊等候时间期望、诊疗收费期望、硬件条件期望、服务态度期望 5 个内容。

3.1.2 感知质量

感知质量指顾客在购买并消费了某种产品或服务了一定时期后，对质量水平的实际感受。它同样包括产品或服务适应顾客个人需求程度的顾客化感知质量、产品出现故障频率的可靠性感知质量、顾客对产品或服务的整体感知质量。感知质量对感知价值和顾客满意度有直接影响。

感知质量根据医疗服务特点，可分为态度类、质量类、效率类三方面指标。

（1）态度类指标。本文设计了包括医生、护士、检验人员、收费、药房五个关键环节的量化指标，在诊疗过程中，患者最直接也是切身的体验来自于相关工

作人员的态度。长期以来由于医院习惯以“指导者”姿态来处理医疗事务，由于信息不对称患者往往遭遇“三长一短”的冷遇，而今医院处在转变固有思维模式的阶段中，从“医疗型”转为“服务型”，而患者更应逐步认识到自己不单单是服务的接受者，同时是政府的纳税人和政府权力的赋予者，应积极参与到公共事务管理中，故态度类指标是各国在公共服务满意度调查中必然会涉及的重要方面。（2）质量类指标。本文设计了技术和服务水平、服务设施和环境两方面的分解指标。在就诊患者中，毫无疑问人们最关心的是还是医疗质量，故“提供高质量的医疗服务”是首要的判断标准和价值取向。（3）效率类指标。长久以来，“看病难”问题一直受到人们的诟病，包括住院难、看专家难、等候时间长等等，尽管近几年医院采取了电子化病例、网上预约挂号、双休日门诊等措施，但没有从根本上解决上述问题。本文设计了就诊流程是否便利、等候时间两个指标来进行测量。

3.1.3 感知价值

感知价值：体现了顾客在综合产品或服务质量和价格以后对其所获利益的主观感受。感知价值与顾客满意度存在正相关关系，即顾客对某品牌产品或服务的感知价值越高，他对该品牌的满意度就越高。本文采用对诊疗、化验、药品收费的满意程度来体现感知价值。

3.1.4 满意度指标

满意度是所要测评的目标变量。它包括顾客把感知质量同预期质量相比后的满意度、顾客对该产品或服务的整体满意度。顾客满意度对顾客抱怨和顾客忠诚有直接影响。

顾客抱怨被用于测定顾客不满程度，顾客抱怨与顾客忠诚为正相关关系时，表明提供产品或服务的企业能够成功地把抱怨的顾客转变为忠诚的顾客；而顾客抱怨与顾客忠诚为负相关关系时，则意味着顾客会采取退出行为，提供产品或服务的企业市场份额下降。本文观测指标为是否满意对投诉的处理。

顾客忠诚是指顾客愿意从特定的产品或服务供应商处再次采购的程度。它一般包括3个观测变量：重复购买的可能性；假定顾客愿意重复采购，他对价格上升的容忍程度；假定顾客不肯重复采购，他对价格下降的接受程度。由于

目前国内医疗服务价格仍然是政府统一制订，医院并无定价权，故本文仅观测一个变量即“患者是否会再次选择本医院就诊”作为忠诚的指标。

3.2 理论模型的建立

3.2.1 模型假设

假设1：调查对象的选择只针对来医院就诊的患者，不考虑社区民众对医院的满意度；

假设2：调查对象都是理性的人；

假设3：不考虑调查对象的个人性格及日常习惯。

3.2.2 理论模型

综上所述，得出本文研究的理论模型路径图。如图 3.1 所示。

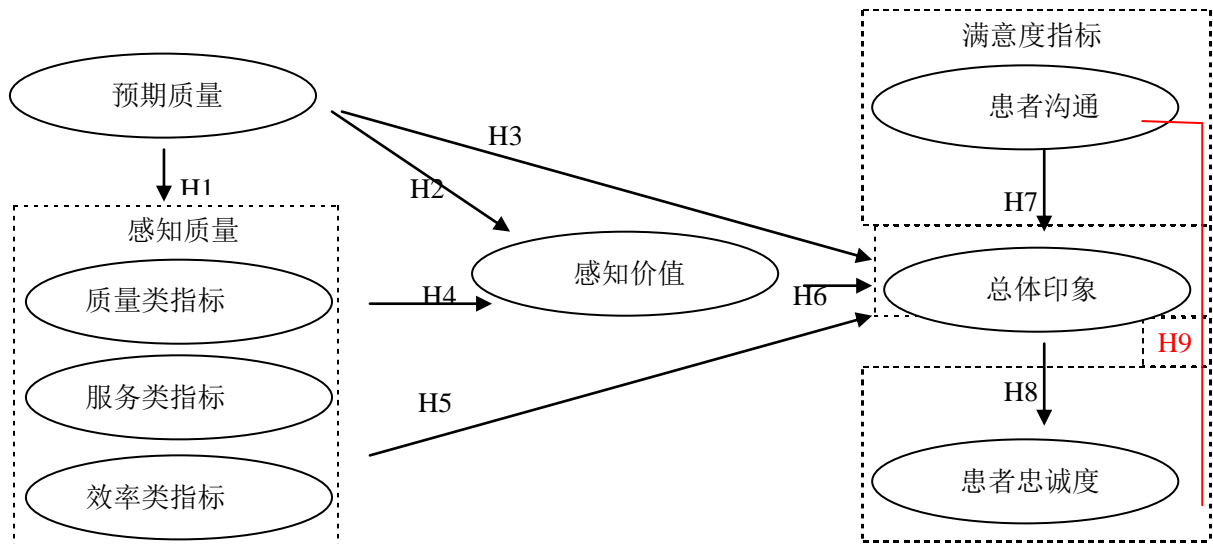


图 3.1 理论模型假设途径图

表 3.1 门诊患者满意度影响因素模型假设汇总

	假 设	假设性质
1、预期质量		
H1:	预期质量正向影响感知质量;	验证性假设
H2:	预期质量正向影响感知价值;	验证性假设
H3:	预期质量正向影响患者满意度	验证性假设
2、感知质量		
H4:	感知质量正向影响感知价值	验证性假设
H5:	感知质量正向影响患者满意度	验证性假设
3、感知价值		
H6:	感知价值正向影响患者满意度	验证性假设
4、满意度指标		
H7:	顾客沟通影响总体印象	验证性假设
H8:	总体印象正向影响顾客忠诚度	验证性假设
H9:	顾客沟通与顾客忠诚度正相关	探索性假设

第4章 调查问卷设计

4.1 问卷设计原则

为了有效地保障问卷调查的效度和信度，问卷的设计要遵循科学的原则。马庆国（2002年）和荣泰生（2005年）等学者都提出了很多行之有效的问卷设计方法。荣泰生认为在问卷设计中，要注意以下几个主要问题：(1)问卷的内容必须与研究的框架相呼应；(2)问卷中的问题必须是尽量使问卷填写者容易回答；(3)尽量不提个人的隐私；(4)先前的问题不要影响对后续问题的回答；(5)问卷设计过程中，要明确题项的形式（开放式和封闭式的问题）；(6)在正式调查之前应经过预测的过程。

因此，在本研究的变量测量项目设置中，尽可能围绕研究问题 and 研究模型，进行项目的设置；所有项目的设置，均是在参考已有的文献，根据变量的定义和已有的量表，结合实际问题的背景进行设置；设置的问题，充分考虑到是否会得到诚实的回答，问题是否明确、简洁等。

4.2 问卷设计内容

是在参考有关文献及专家意见自行设计的调查内容，问卷分为三部分：第一部分为受访者的人口学资料，主要了解的是顾客的人口属性结构与第二部分各项目之间的可能相关性。第二部分为服务流程满意度调查，旨在了解顾客对服务流程各服务项目的满意程度（包括前面模型所述的预期质量、感知质量、感知价值和满意度指标的测度）。为便于变量数据的处理，各项目采用Likert 5分法量化记分。第三部分为其它意见调查，为了了解顾客需求及意见的忠实反映（详见附录A所示）。

4.3 数据收集

本问卷采用在医院门诊偶遇法方式收集资料，由专人直接与患者交谈，并进行面对面询问调查。充分讲解问卷的目的和要求，在患者充分理解后填写，当场收回。对于不识字的患者，由研究者访谈后代填，若患者年龄小于12岁，则由照顾者代填。

4.4 统计方法设计

全部调查数据核对后输入计算机,利用 Excel 2007 建立数据库,SPSS 17.0 版统计软件进行汇总分析。

4.5 问卷前测

4.5.1 信度分析

采用 Cronbach' α 系数来评价多维度量表的内部一致性。通常 Cronbach' α 值大于 0.8 表示内部一致性极好,在 0.6~0.8 表示较好,而低于 0.6 表示内部一致性较差。表 4.1 中是各变量测量指标来源以及删除指标不合标准的题项之后的 Cronbach' α 系数。

表 4.1 各变量测量指标来源及信度分析结果

变量名		测量指标来源	Cronbach' α
技术能力水平 (Quality)	Q1	祁国华 ¹ (2004)、伏嘉宝 薛迪等 ² (2008)	0.771
	Q2		
	Q3		
	Q4		
服务流程 (Process)	P1		0.744
	P2		
	P3		
服务费用 (Price)	Pr1		0.916
	Pr2		
	Pr3		
服务设施 (Facility)	F1		0.912
	F2		
	F3		

1 祁国华.门诊病人满意度的若干影响因素分析[J].中国医院, 2004,8 (12): 68-69.

2 伏嘉宝,薛迪,金其林,等.上海市某区二级医院病人满意度分析[J].中国医院管理, 2008,28 (12): 31-32.

续表 4.1 各变量测量指标来源及信度分析结果

服务态度 (Attitude)	A1		0.872
	A2		
	A3		
	A4		
	A5		
顾客期望 (Expectation)	E1	唐晓芬 ¹ (2001)、张宝库 张明 ² (2003)、周子君 ³ 等(2006)	0.865
	E2		
	E3		
	E4		
	E5		
顾客满意度 (Satisfaction)	SA	Spreng等 ⁴	-----
顾客忠诚 (Loyalty)	L	Zeithaml and Bitner ⁵ (1999)	-----
顾客抱怨 (Complain)	C1	尹文强、王克利等 ⁶ (2003)	0.862
	C2		
	C3		

从表 4.1 中结果可以看出，所有 α 值都大于 0.6（最小为 0.771），说明余下的测量项目具有较好的信度，显示各题项间具有较高的内部一致性。

4. 6. 2 效度分析

效度反映测量工具正确测量出变量性质的程度，体现了测量的正确性。

本文对问卷各变量的测量题项做过调研和前测，已保证内容效度。对于结

-
- 1 唐晓芬.顾客满意度测评[M].上海质量管理科学研究院，2001,9.
 - 2 张宝库，张明.医院质量管理的新视角：患者感知服务质量[J].中国医院，2003,7（5）：27-29.
 - 3 金佳，周子君，英立平，等.临床医疗服务水平评价方法研究[J].中华医院管理杂志，2006,22（8）：525-527.
 - 4 Featheman,M.s.and Pavlou,PA.(2003).Predicting e-services adoption:A perceived risk facets perspective.Eighth Americas Conference on information systems 2002.
 - 5 Teoh Kung Keat ,Avvari Mohan. Intrgration of TAM Based Electronic Commerce Models for Trust. Journal of American A cademy of Business, Cambridge ； Sep 2004 ； 5 ,1/ 2 ； ABI/ INFORM Global
 - 6 尹文强，王克利，王仲强，等.上海市徐汇区一二级医院门诊反应性评价[J].中华医院管理杂志，2003,19（2）：118-120.

构效度，采用因子分析对其验证。**KMO** 样本测度和 **Bartlett** 球体检验是用于验证指标是否适合做因子分析的方法。据经验判断，当 **KMO** 值 >0.5 ，可进行因子分析。对要进行因子分析的变量进行 **KMO** 样本测度和 **Bartlett** 球体检验，结果如表 4.2 所示。

表 4.2 各构建层次的 KMO 测度和 Bartlett 球体检验结果

变量	KMO样本测度	Bartlett球体检验	
预期质量	0.789	近似卡方值	117.872
		自由度df	10
		显著性概率Sig.	.000
感知质量	0.843	近似卡方值	519.032
		自由度df	105
		显著性概率Sig.	.000
感知价值	0.726	近似卡方值	109.269
		自由度df	3
		显著性概率Sig.	.000
满意度指标	0.679	近似卡方值	86.978
		自由度df	10
		显著性概率Sig.	.000

KMO 值均大于 0.5，且 **Bartlett** 球体检验统计值的显著性概率是 0.000，小于 0.01，适合做因子分析。使用主成份分析法，结合最大方差旋转法进行正交转轴，分别对量表中的 4 个构建层次（预期质量、感知质量、感知价值、满意度指标）进行因子分析。

结果表明，经过因子分析后抽取出的主因子完全符合理论架构，且解释总体方差变异值较高，所以该问卷具有良好的结构效度。

第5章 上海市嘉定区三所医院门诊患者满意度数据分析

5.1 嘉定区社会经济、医疗卫生情况简介¹

上海市嘉定区位于上海西北部，是建设中的上海国际汽车城所在地。其中心位置在东经 121° 15'，北纬 31° 23'。东与宝山、普陀两区接壤；西与江苏省昆山市毗连；南襟吴淞江，与青浦、闵行、长宁三区相邻；北依浏河，与江苏省太仓市为邻。嘉定区全区面积 463.16 平方公里，占上海市总面积的 7.3%，其中可耕地面积 10546 公顷，非耕地面积 35713 公顷。辖区内有 7 个镇、3 个街道、1 个工业区（嘉定工业区）、1 个新区（菊园新区）。2014 年，全区生产总值 1630.2 亿元，占全市比重达到 6.9%，比 2013 年提高 0.1 个百分点；经济增长率为 8.6%，比全市高出 1.6 个百分点；全区地方财政收入达到 167.78 亿元，同比增长 15.4%；地方财政支出 197.84 亿元，同比增长 11.6%。2014 年全区实有常住人口 159.67 万人，户籍人口 58.83 万人。

截止 2014 年，嘉定区有各类医疗卫生机构 295 所，占全市的 5.92%。其中三级医院 1 所，二级以上医疗机构 6 家（包括精防、妇幼 2 所专科医院）；牙防所、疾控、卫监所等卫生单位 11 所；社区卫生服务中心，共 11 个；社区卫生服务站 58 家、村卫生室 77 家；民办医疗机构 22 所。2014 年全区门急诊人次 984.82 万人次，全区入院总人次 8.79 万人次，手术 5.54 万人次。

本次调查选取的 3 所医院，分别位于嘉定区不同的街镇，2 所医院为二级医院，医疗服务量占全区二级医院服务总量的 30% 左右；1 所为社区卫生服务中心，2011 年成功创建成为上海市示范社区卫生服务中心，其医疗服务量在嘉定区 11 所社区卫生服务中心中属于中等偏上的水平。

5.2 调查问卷描述性统计分析

本次调查选取嘉定区三所医院（嘉定区中医医院、嘉定区安亭医院、嘉定区马陆社区卫生服务中心）的门诊患者为调查对象，采用门诊偶遇法，由专职调查员对患者进行问卷调查，12 周岁以下儿童由陪同就诊的成人填写，剔除问

¹ 数据来源于《上海市统计年鉴》、《嘉定区主要卫生统计数据》

卷未答完整者，共发放问卷 400 份，有效问卷 314 份，有效率为 78.5%。

5.2.1 人口学描述性统计

表 5.1 满意度测评对象基本情况汇总

项目		例数（例）	百分比（%）
性别	男	136	43.3
	女	178	56.7
年龄	<25 岁	79	25.2
	25~44 岁	169	53.8
	45~59 岁	40	12.7
	≥60 岁	26	8.3
学历	不识字	22	7.0
	小学~高中	177	56.4
	大专~本科	104	33.1
	本科以上	11	3.5
职业	学生	17	5.4
	企事业员工	142	45.2
	企事业管理人员	36	11.5
	公务员	4	1.3
	专业人员（医生、老师、律师）	27	8.6
	农民	21	6.7
	离（退）休	19	6.1
	其他	48	15.3
家庭年收入	≤5 万	113	36.6
	5~10 万（包括 10 万）	145	46.2
	10~20 万（包括 20 万）	47	15.0
	>20 万	9	2.9
到医院所需时间	<15 分钟	115	36.6
	15~30 分钟	133	42.4

续表 5.1 满意度测评对象基本情况汇总

	>30 分钟	66	21.0
保险种类	居民医保	111	35.4
	职工医保	86	27.4
	镇保	20	6.4
	新农合	33	10.5
	商业保险	3	1
	无医保	61	19.4
一年就诊次数	<2 次	94	29.9
	2~5 次	136	43.3
	6~12 次	52	16.6
	>12 次	32	10.2
就诊等候时间	<10 分钟	88	28.0
	10~30 分钟	111	35.4
	30~60 分钟	88	28.0
	1~2 小时	20	6.4
	>2 小时	7	2.2

从描述性统计资料来看,接受调查的女性(56.7%)多于男性;年龄组以25~44岁(53.8%)为主;企事业单位人员占到56.7%;家庭年收入小于5万和5~10万的居多,分别为36.6%、46.2%;没有保险的占19.4%,在有保险的人群中绝大部分是政府的各类保险,商业险极少仅1例;每年就诊次数2~5次最多,占43.3%;就诊等候时间1小时之内的占了91.4%。在一年就诊超过12次的人群中,有患者在同一时期为同一种病症到上海多家三级医院多次就诊的现象,这种现象一定程度造成了医疗资源的浪费,同时会加重医疗拥挤。

5.2.2 就医选择倾向性描述分析

由表5.2可见,患者来医院主要目的仍是医疗(占82.8%);选择区域性医疗中心(中心医院)的比例为27.3%,高于其他医院;希望中西医结合治疗的比例51.9%,远高于单纯中医、西医的比例;首选社区的比例占51%,说明本轮医改目标“小病进社区”的理念和社区卫生服务中心近几年的整体提升,已经得到患者的认同。

表 5.2 患者就医选择倾向性描述性分析

项目		频率	百分比	有效百分比	累积百分比
本次就诊原因	体检	30	9.6	9.6	9.6
	初诊	122	38.9	38.9	48.4
	复诊	138	43.9	43.9	92.4
	紧急	16	5.1	5.1	97.5
	预防接种	8	2.5	2.5	100.0
	合计	314	100.0	100.0	
选择何种医疗机构	社区卫生服务中心	71	22.6	22.6	22.6
	中心医院	117	37.3	37.3	59.9
	中医医院	68	21.7	21.7	81.5
	本区内其他区级医院	26	8.3	8.3	89.8
	三级医院	31	9.9	9.9	99.7
	私人诊所	1	.3	.3	100.0
	合计	314	100.0	100.0	
选择西医还是中医	中医	53	16.9	16.9	16.9
	中西医结合	163	51.9	51.9	68.8
	西医	98	31.2	31.2	100.0
	合计	314	100.0	100.0	
是否首选社区	是	160	51.0	51.0	51.0
	否	154	49.0	49.0	100.0
	合计	314	100.0	100.0	

5.2.3 测量指标描述性分析

笔者使用 SPSS17.0 统计分析软件,对本次问卷中的 28 项测量指标进行描述性统计分析,包括均值、标准差、偏度、峰度、偏度标准误差和峰度标准误差。一般认为,当偏度的绝对值小于 3,峰度的绝对值小于 10 时,表明样本基本服从正态分布。从表 5.3 中可以看出,本研究的偏度绝对值小于 2,而峰度绝对值均小于 2。因此,可以认为本次正式调研基本上是服从正态分布的,非常适合进行下一步分析。

表 5.3 满意度 28 项测量指标汇总

	测量指标	均值	标准差	偏度	偏度标准误	峰度	峰度标准误
技术能力水平	Q1	1.80	0.854	.954	.138	.775	.274
	Q2	1.83	0.861	.937	.138	.613	.274
	Q3	1.75	0.802	.860	.138	.331	.274
	Q4	1.81	0.904	1.032	.138	.804	.274
服务流程	P1	1.69	0.848	1.270	.138	1.588	.274
	P2	2.04	1.013	.837	.138	.325	.274
	P3	2.19	0.991	.555	.138	-.111	.274
服务费用	Pr1	1.94	0.930	.905	.138	.598	.274
	Pr2	1.92	0.899	.821	.138	.343	.274
	Pr3	1.95	0.908	.777	.138	.217	.274
设施环境	F1	1.91	0.856	.572	.138	-.359	.274
	F2	1.87	0.902	.846	.138	.165	.274
	F3	1.84	0.865	.761	.138	-.072	.274
服务反应性	A1	1.75	0.929	1.397	.138	1.974	.274
	A2	1.75	0.840	1.050	.138	.911	.274
	A3	1.77	0.819	.979	.138	.889	.274
	A4	1.83	0.871	.883	.138	.384	.274
	A5	1.65	0.799	1.026	.138	.444	.274
患者沟通	C1	1.84	0.897	.800	.138	-.136	.274
	C2	1.82	0.871	.727	.138	-.403	.274
	C3	1.93	0.945	.788	.138	.098	.274
服务期望值	E1	3.13	1.951	1.346	.138	1.894	.274
	E2	3.31	2.099	.861	.138	.115	.274
	E3	3.24	2.092	.976	.138	.548	.274
	E4	3.19	1.917	.867	.138	.244	.274
	E5	2.94	1.986	1.391	.138	1.917	.274
总体满意度	SA	3.00	1.931	1.393	.138	1.999	.274
患者忠诚	L	1.54	0.499	-.154	.138	-1.989	.274

从上表所列数据,可以看出患者满意率最低的部分是“等候时间”(均值>2),其次是“费用”(均值>1.9);满意度最高的部分是“服务反应性”即服务态度(均值<1.7);在“顾客沟通”中,对“投诉处理”项目的满意度为1.93是最低的,和“费用”的不满意程度相当。

5.3 因子分析

因子分析是用较少的层面来表示原有的数据结构,根据变量间彼此的关系,找出之间潜在的结构关系^{1[48]}。在因子分析之前,要首先进行 KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) 检验(即效度检验)和 Cronbach's alpha 检验(也称信度检验)。效度是指一个测验能够测到的该测验所预测的(研究者所设计的)心理或行为特质的程度。通过 KMO 检验可以判断是否适合做因子分析。KMO 越接近于 1,越适合于作公共因子分析。一般来说, KMO 在 0.9 以上,非常适合; 0.8~0.9, 很适合; 0.7~0.8, 适合; 0.6~0.7, 不太适合; 0.5~0.6, 很勉强^{2[49]}。

其次,还应考虑量表的信度。信度指的是对同一事物进行重复测量的时候,所得结果的一致性程度。常用的方法有折半信度和 Cronbach's alpha 系数两种,本文采用后者进行信度检验。一般认为, α 系数如果在 0.60~0.65 之间不可接受; α 系数位于 0.65~0.70 间是最小可接受值; α 系数值界于 0.70~0.80 之间相当好; α 系数值界于 0.80~0.90 之间非常好^{3[48]}。

本文将量表中的所有指标划分为 4 个层面分别进行因子分析,分别是:预期质量、感知质量、感知价值、满意度。根据已有研究,感知质量的量表涵盖了技术和能力水平、服务流程、设施环境及服务反应性(即服务态度)4 个维度;满意度因子的量表包括顾客抱怨、总体满意度和顾客忠诚 3 个维度。

5.3.1 预期质量因子分析

对样本进行 KMO 和巴特利球体检验,结果显示: KMO 值为 0.893, 很适合做因子分析; 巴特利球体检验的 χ^2 统计值显著性概率为 0.000, 小于 0.01, 说明

1吴明隆. SPSS 统计应用实务—问卷分析与应用统计[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 30, 65, 145.

2马庆国. 管理统计[M]. 北京: 科学出版社, 2002: 320.

3吴明隆. SPSS 统计应用实务—问卷分析与应用统计[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 30, 65, 145.

问卷设计要素的相关系数矩阵不为单位阵，适宜进行因子分析。

表 5.4 预期质量因子 KMO 和 Bartlett 的检验

取样足够度的 Kaiser-Meyer-Olkin 度量。		.895
Bartlett 的球形度检验	近似卡方	1342.850
	df	10
	Sig.	.000

采用主成分分析法(principal components)、方差最大正交旋转法(varimax)对 5 个变量进行因子分析，得到 2 个特征根大于 1 的解释因子，从下表中可知两个因子的特征根解释了总体方差 87.373%的变异。

表 5.5 预期质量因子总方差分析表

成份	初始特征值			提取平方和载入		
	合计	方差的 %	累积 %	合计	方差的 %	累积 %
1	4.006	80.113	80.113	4.006	80.113	80.113
2	.363	7.260	87.373	.363	7.260	87.373
3	.242	4.847	92.220			
4	.211	4.218	96.438			
5	.178	3.562	100.000			

提取方法：主成份分析。

旋转后的因子负荷矩阵，各指标的因子负荷量均大于 0.5（见附录 B）。，根据各因子相应指标含义，预期指标 5 个测量项目，可以合并为 2 个因子，分别为预期服务（医疗技术和能力+服务态度）和预期硬件（等候时间+费用+硬件）。

在信度检验中，分量表和总量表的 Cronbach's alpha 的值分别是 0.861、0.918 以及 0.938，表明量表的一致性程度较高并且内部结构较好。

5.3.2 感知质量因子分析

对样本进行 KMO 和巴特利球体检验，结果显示：KMO 值为 0.941，非常适合做因子分析；巴特利球体检验的 χ^2 统计值显著性概率为 0.000，小于 0.01，说明问卷设计要素的相关系数矩阵不为单位阵，适宜进行因子分析。

表 5.6 感知质量因子 KMO 和 Bartlett 的检验

取样足够度的 Kaiser-Meyer-Olkin 度量。		.941
Bartlett 的球形度检验	近似卡方	3729.078
	df	105
	Sig.	.000

采用主成分分析法(principal components)、方差最大正交旋转法(varimax)对 15 个变量进行因子分析, 得到 4 个特征根大于 1 的解释因子, 从下表中可知 2 个因子的特征根解释了总体方差 77.396% 的变异。

表 5.7 感知质量因子总方差分析表

成份	初始特征值			提取平方和载入			旋转平方和载入		
	合计	方差 的 %	累积 %	合计	方差 的 %	累积 %	合计	方差 的 %	累积 %
1	9.077	60.515	60.515	9.077	60.515	60.515	3.584	23.892	23.892
2	.999	6.658	67.173	.999	6.658	67.173	3.234	21.563	45.455
3	.886	5.907	73.079	.886	5.907	73.079	2.918	19.454	64.909
4	.647	4.316	77.396	.647	4.316	77.396	1.873	12.486	77.396
5	.537	3.579	80.975						
6	.486	3.239	84.214						
7	.403	2.688	86.902						
8	.356	2.372	89.275						
9	.304	2.028	91.302						
10	.284	1.896	93.198						
11	.263	1.755	94.954						
12	.223	1.485	96.439						
13	.215	1.436	97.875						
14	.177	1.178	99.053						
15	.142	.947	100.000						

提取方法: 主成份分析。

旋转后的因子负荷矩阵, 各指标的因子负荷量均大于 0.5 (见附录 B)。, 根据各因子相应指标含义, 分为技术和能力水平、服务流程、设施环境、服务反应性 4 个因子。其中原先设计服务流程中的“医院流程和标识 (P1)”, 经过

因子分析结果显示，应并入设施环境因子更为适宜，“服务流程”因子定义为“服务等候时间”更为合适。调整后的4个因子信度检查结果如下，表明量表的一致性程度较高并且内部结构较好。

表 5.8 调整后的感知质量 4 个因子信度检验

项目	Cronbach Alpha 系数	
技术和能力水平	0.886	0.952
服务等候时间	0.820	
设施环境	0.892	
服务反应性	0.917	

5.3.3 感知价值因子分析

对样本进行 KMO 和巴特利球体检验，结果显示：KMO 值为 0.757，适合做因子分析；巴特利球体检验的 χ^2 统计值显著性概率为 0.000，小于 0.01，说明问卷设计要素的相关系数矩阵不为单位阵，适宜进行因子分析。

表 5.9 感知价值因子 KMO 和 Bartlett 的检验

取样足够度的 Kaiser-Meyer-Olkin 度量。		.757
Bartlett 的球形度检验	近似卡方	688.029
	df	3
	Sig.	.000

采用主成分分析法(principal components)、方差最大正交旋转法(varimax)对3个变量进行因子分析，得到1个特征根大于1的解释因子，从下表中可知两个因子的特征根解释了总体方差86.123%的变异。

表 5.10 感知价值因子总方差的分析

成份	初始特征值			提取平方和载入		
	合计	方差的 %	累积 %	合计	方差的 %	累积 %
1	2.584	86.123	86.123	2.584	86.123	86.123
2	.238	7.947	94.070			
3	.178	5.930	100.000			

提取方法：主成份分析。

对感知价值因子指标进行信度检验，Cronbach's alpha的值为0.919。表明量

表的一致性程度较高并且内部结构较好。

5.3.4 满意度指标因子分析

对样本进行 KMO 和巴特利球体检验, 结果显示: KMO 值为 0.804, 很适合做因子分析: 巴特利球体检验的 χ^2 统计值显著性概率为 0.000, 小于 0.01, 说明问卷设计要素的相关系数矩阵不为单位阵, 适宜进行因子分析。

表 5.11 满意度因子 KMO 和 Bartlett 的检验

取样足够度的 Kaiser-Meyer-Olkin 度量。		.804
Bartlett 的球形度检验	近似卡方	640.228
	df	10
	Sig.	.000

采用主成分分析法(principal components)、方差最大正交旋转法(varimax)对 5 个变量进行因子分析, 得到 3 个特征根大于 1 的解释因子, 从下表中可知 3 个因子的特征根解释了总体方差 89.190%的变异。

表 5.12 满意度因子总方差的分析

成份	初始特征值			提取平方和载入			旋转平方和载入		
	合计	方差 的 %	累积 %	合计	方差 的 %	累积 %	合计	方差 的 %	累积 %
1	2.853	57.066	57.066	2.853	57.066	57.066	2.389	47.788	47.788
2	.975	19.497	76.562	.975	19.497	76.562	1.062	21.247	69.036
3	.631	12.627	89.190	.631	12.627	89.190	1.008	20.154	89.190
4	.295	5.902	95.091						
5	.245	4.909	100.000						

提取方法: 主成份分析。

旋转后的因子负荷矩阵, 各指标的因子负荷量均大于0.5 (见附录B)。，根据各因子相应指标含义, 分为顾客沟通、总体印象、顾客忠诚3个因子。对3个因子进行信度检验, Cronbach's alpha的值为0.774, 表明量表的一致性程度较高并且内部结构较好。

5.4 方差分析

5.4.1 不同个体属性对相关因子的方差分析

为进一步了解不同个体属性的患者对感知价值、感知质量（技术能力、等候时间、硬件设施、服务反应性）、患者沟通6个方面是否存在差异，分别对个体变量属性进行单因素多变量方差分析。其中Wilks' Lambda变量选择法经常被大多数研究者用来检验多变量的显著性，如果多变量检验不显著，则不必进行单变量检验^[48]。下表整理了患者的各个属性在Wilks' Lambda检验中的显著性值。

表 5.13 方差分析汇总表

个体属性	Wilks' Lambda检验		单因素方差分析		
	F检验	显著性	因子	F检验	显著性
性别	.837 ^a	.542			
年龄	1.555	.065	感知价值	2.910	.035
			技术能力	1.650	.178
			等候时间	3.263	.022
			硬件设施	2.021	.111
			服务反应性	.787	.502
			患者沟通	.500	.683
学历	1.084	.364			
职业	1.180	.202			
医疗保险种类	.830	.005	感知价值	1.937	.088
			技术能力	1.052	.387
			等候时间	1.324	.254
			硬件设施	.476	.794
			服务反应性	.850	.516
			患者沟通	.843	.520

1 吴明隆. SPSS 统计应用实务—问卷分析与应用统计[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 30, 65, 145.

续表 5.13 方差分析汇总表

一年几次上 医院	.671	.841			
家庭年收入	.629	.879			

从上表可以看出,不同的性别、学历、职业、医疗保险类型、一年就医次数以及家庭年收入在感知价值、感知质量、患者沟通6个方面没有显著性差异。只有年龄在感知价值和等候时间2个因子上有差异。

为再进一步研究不同的年龄在感知价值和等候时间的显著性差异,对年龄进行单因素方差分析。在单因素分析之前,首先对样本作方差齐性检验,如果具有方差齐性,则用最小显著性差异方法(LSD)的t统计量;如果不具方差齐性,则用Tamhane T2的两两t检验。

5.4.2 年龄对相关因子的方差分析

根据年龄,调查数据可分为小于25岁、25~44岁、45~59岁以及大于60岁4组,首先对5组数据进行方差齐性检验,结果如下

表 5.14 方差齐性检验

因子	Levene 统计量	df1	df2	显著性
感知价值	1.692	3	310	.169
技术能力	4.838	3	310	.003
等候时间	5.013	3	310	.002
硬件设施	2.575	3	310	.054
服务反应性	2.219	3	310	.086
患者沟通	1.587	3	310	.192

其中技术能力、等候时间、患者期望 $P < 0.05$,不存在方差齐性,两两对比分析结果观察Tamhane检验结果;其他因子观察LSD的检验结果。

表 5.15 年龄对各因子的组间方差分析表

因子	平方和	df	均方	F	显著性
感知价值	17.230	3	5.743	6.020	.001
技术能力	8.902	3	2.967	3.025	.030
等候时间	23.027	3	7.676	8.206	.000
硬件设施	10.941	3	3.647	3.743	.011
服务反应性	8.740	3	2.913	2.968	.032
患者沟通	7.845	3	2.615	2.657	.049

可见，不同年龄组在感知价值、等候时间2个因子上存在非常显著差异（ $P<0.01$ ），对这2个因子进行多重对比分析，结合方差齐性检查结果。根据结果，可以发现4组年龄段，<25岁和25~44岁在感知价值、等候时间2个因子上均数没有差异，45~59岁和>60岁也没有差异，差异的产生在其他几组。

表 5.16 年龄对各因子影响的两两对比分析结果表

因子	(I) 年龄	(J) 年龄	均值差异	显著性	结果来源
感知价值	<25岁	25~44岁	.04652844	.727	LSD
		45~59岁	.67482605*	.000*	
		>60岁	.46776200*	.035*	
	25~44岁	45~59岁	.62829761*	.000*	
		>60岁	.42123356*	.041*	
	45~59岁	>60岁	-.20706405	.401	
等候时间	<25岁	25~44岁	.00790496	1.000	Tamhane
		45~59岁	.68177711*	.000*	
		>60岁	.65127659*	.005*	
	25~44岁	45~59岁	.67387216*	.000*	
		>60岁	.64337164*	.002*	
	45~59岁	>60岁	-.03050052	1.000	

*. 均值差的显著性水平为 0.05。

5.5 相关分析

典型相关分析方法 canonical correlation analysis 最早源于荷泰林，1936 年在《生物统计》期刊上发表的一篇文章“两组变式之间的关系”首次提出相关分析的概念，就是利用综合变量对之间的相关关系来反映两组指标之间的整体相关性的多元统计分析方法。简而言之，相关分析是研究变量之间不确定关系的统计方法，本文采用 Pearson 相关分析法。分析结果见表 5.8。

表 5.17 相关分析汇总表

关系	Pearson Correlation	Sig(2-tailed)
感知质量——预期质量	.663**	.000
感知价值——预期质量	.644**	.000
预期质量——满意度	.729**	.000
感知质量——感知价值	.791**	.000
感知质量——满意度	.879**	.000
感知价值——满意度	.761**	.000
顾客沟通——总体印象	.527**	.000
总体印象——顾客忠诚	.061	.278
顾客沟通——顾客忠诚	.150**	.008

**在.01 水平（双侧）上显著相关

由上表可见，除外总体印象与顾客忠诚之间($P=0.278$)，两者不相关。其他的变量之间均存在显著相关性。

5.6 回归分析

相关分析说明了各因素之间是否存在关系以及关系的密切度，回顾分析进一步指明方向，解释自变量与因变量之间的函数关系，本部分采用多元逐步回归。

5.6.1 预期质量和感知质量回归分析

以感知质量为因变量，预期质量为自变量，利用 SPSS 逐步回归建立方程，结果如下

表 5.18 逐步回归模型的总体效果参数模型汇总

模型	总体效果参数				对R ² 的显著性检验	
	R	R 方	调整 R 方	标准 估计的 误差	F	Sig.
1	.648 ^a	.419	.418	.76319738	225.367	.000 ^a
2	.663 ^b	.440	.436	.75069306	122.209	.000 ^b

a. 预测变量: (常量), 预期硬件质量。

b. 预测变量: (常量), 预期硬件质量, 预期软件质量。

c. 因变量: 感知质量

通过逐步回归法, 可以看到预期质量可以解释感知质量 43.6% 的变异量, F 值为 122.209, P 值为 0.000, 模型整体拟合效果尚可。

表 5.19 回归系数与显著性检验表^a

模型		非标准化系数		标准系数	t	Sig.
		B	标准 误差	试用版		
1	(常量)	-1.988E-16	.043		.000	1.000
	预期硬件	.648	.043	.648	15.012	.000
2	(常量)	-1.137E-16	.042		.000	1.000
	预期硬件	.432	.077	.432	5.641	.000
	预期软件	.259	.077	.259	3.388	.001

a. 因变量: 感知质量

从上表可以看出, 显著性检验值小于 0.05, 标准化 β 系数为正, 代表其对感知质量的影响是正的, 但是预期软件质量 β 值小于预期硬件质量, 说明该因子对感知质量的影响较弱。由此建立回归方程: 感知质量 = $0.432 * \text{预期硬件质量} + 0.259 * \text{预期软件质量}$ 。

5.6.2 预期质量和感知价值回归分析

以感知价值为因变量, 预期质量为自变量, 利用 SPSS 的逐步回归建立回归方程, 结果如下

表 5.20 逐步回归模型的总体效果参数模型汇总

模型	总体效果参数				对R ² 的显著性检验	
	R	R 方	调整 R 方	标准 估计的 误差	F	Sig.
1	.639 ^a	.409	.407	.77027247	215.540	.000 ^a
2	.646 ^b	.417	.413	.76597757	111.236	.000 ^b

a. 预测变量: (常量), 预期硬件质量。

b. 预测变量: (常量), 预期硬件质量, 预期软件质量。

c. 因变量: 感知价值

通过逐步回归法, 可以看到预期硬件质量因子可以解释感知价值的 40.7% 的变异量, F 值为 215.540, P 值为 0.000; 总预期质量因子可以解释感知价值的 41.3% 的变异量, F 值为 111.236, P 值为 0.000; 说明模型整体拟合效果尚可。

表 5.21 回归系数与显著性检验表^a

模型		非标准化系数		标准系数	t	Sig.
		B	标准 误差	试用版		
1	(常量)	6.743E-16	.043		.000	1.000
	预期硬件质量	.639	.044	.639	14.681	.000
2	(常量)	7.288E-16	.043		.000	1.000
	预期硬件质量	.501	.078	.501	6.417	.000
	预期软件质量	.166	.078	.166	2.123	.035

a. 因变量: 感知价值

从上表可以看出, 显著性检验值小于0.05, 标准化B系数为正, 代表其对感知价值的影响是正的, 但是预期软件质量B值小于预期硬件质量, 说明该因子对感知价值的影响较弱。由此建立回归方程: 感知价值 = 0.501 * 预期硬件质量 + 0.166 * 预期软件质量。

5.6.3 感知质量和感知价值回归分析

以感知价值为因变量, 感知质量的 4 个维度为自变量, 进行逐步回归, 结果如下

表 5.22 逐步回归模型的总体效果参数

模型	总体效果参数				对 R^2 的显著性检验	
	R	R^2	调整后的 R^2	估计的标准误差	F	Sig.
1	.731 ^a	.534	.533	.68344462	358.097	.000a
2	.764 ^b	.583	.581	.64747826	217.805	.000b
3	.786 ^c	.618	.614	.62130978	166.942	.000c
4	.796 ^a	.634	.629	.60893233	133.781	.000 ^d

a 预测变量: (常量), 硬件设施

b 预测变量: (常量), 硬件设施, 服务反应性

c 预测变量: (常量), 硬件设施, 服务反应性, 等候时间

d 预测变量: (常量), 硬件设施, 服务反应性, 等候时间, 技术能力

e 因变量: 感知价值

通过逐步回归法, 可以看到感知质量 4 个预测变量可以解释感知价值的 62.9% 的变异量, F 值为 133.781, P 值为 0.000, 说明模型整体拟合效果尚可。

表 5.23 回归系数与显著性检验表^a

模型	非标准化系数		标准系数	t	Sig.
	B	标准 误差	试用版		
(常量)	9.589E-16	.034		.000	1.000
技术能力水平	.210	.057	.210	3.705	.000
等候时间	.220	.045	.220	4.921	.000
设施硬件	.237	.066	.237	3.616	.000
服务反应性	.246	.063	.246	3.932	.000

a 因变量: 感知价值

从上表可以看出, 感知质量4个预测变量的显著性检验值小于0.05, 标准化 β 系数为正, 代表其对感知价值的影响是正的, 由此建立回归方程: 感知价值 = $0.210 \times \text{技术能力水平} + 0.220 \times \text{等候时间} + 0.237 \times \text{设施硬件} + 0.246 \times \text{服务反应性}$

5.6.4 感知价值和满意度回归分析

以满意度作因变量，感知价值为自变量，建立回归方程，结果如下：

表 5.24 逐步回归模型的总体效果参数^b

总体效果参数				对 R ² 的显著性检验	
R	R ²	调整后的 R ²	估计的标准 误差	F	Sig.
.761 ^a	.579	.577	.65021620	428.336	.000 ^a

a 预测变量：（常量），感知价值

b 因变量：满意度

通过逐步回归法，可以看到感知价值可以解释满意度的57.7%的变异量，F值为428.336，P值为0.000，说明模型整体拟合效果尚可。

表 5.25 回归系数与显著性检验表^a

模型		非标准化系数		标准系数	t	Sig.
		B	标准 误差	试用版		
1	(常量)	-7.007E-16	.037		.000	1.000
	感知价值因子得分	.761	.037	.761	20.696	.000

a 因变量：满意度

从上表可以看出，显著性检验值小于0.05，标准化β系数为正，代表其对满意度的影响是正向的，由此建立回归方程：满意度 = 0.761 * 感知价值。

5.6.5 感知质量和满意度回归分析

以满意度为因变量，感知质量的4个维度为自变量，利用SPSS逐步回归建立方程，结果如下：

表 5.26 逐步回归模型的总体效果参数^d

模型	总体效果参数				对R ² 的显著性检验	
	R	R 方	调整 R 方	标准 估计的 误差	F	Sig.
1	.840 ^a	.706	.705	.54339481	748.018	.000 ^a
2	.869 ^b	.755	.754	.49644409	479.500	.000 ^b
3	.881 ^c	.776	.773	.47609539	356.960	.000 ^c

- a. 预测变量: (常量),服务反应性。
- b. 预测变量: (常量), 服务反应性, 设施硬件。
- c. 预测变量: (常量),服务反应性, 设施硬件, 技术能力水平
- d. 因变量:满意度

通过逐步回归法, 感知质量的4个预测变量, “等候时间”被剔除出方程(回归系数显著性检验, $P=0.060$), 剩余3个预测变量可以联合解释满意度77.3%的变异量, F值为356.960, P值为0.000, 说明模型整体拟合效果较好。但是, “等候时间”不是满意度的预测变量。

表 5.27 回归系数与显著性检验表^a

模型		非标准化系数		标准系数	t	Sig.
		B	标准 误差	试用版		
3	(常量)	5.281E-17	.027		.000	1.000
	技术能力水平	.234	.044	.234	5.306	.000
	设施硬件	.272	.049	.272	5.510	.000
	服务反应性	.446	.049	.446	9.174	.000

a. 因变量: 满意度

从上表可以看出, 3个预测变量的显著性检验值小于0.05, 标准化 β 系数为正, 代表其对满意度的影响是正向的, 由此建立回归方程: 满意度 = $0.234 \times$ 技术能力水平 + $0.272 \times$ 设施硬件 + $0.446 \times$ 服务反应性

5.6.6 顾客沟通和顾客忠诚回归分析

以顾客忠诚为因变量, 顾客沟通因子为自变量, 利用 SPSS 的逐步回归(Stepwise)建立回归方程, 回归结果如下。

表 5.28 逐步回归模型的总体效果参数^b

总体效果参数				对 R^2 的显著性检验	
R	R^2	调整后的 R^2	估计的标准误差	F	Sig.
.150 ^a	.023	.019	.494	7.208	.008 ^a

a. 预测变量: (常量), 顾客沟通。

b. 因变量: 顾客忠诚

通过逐步回归法, 可以看到顾客沟通因子可以解释顾客忠诚的1.9%的变异量, F值为7.208, P值为0.008。由于 R^2 太小, 说明整体拟合度不好, 可能还有更重要的变量没能列入到模型当中。建立的回归方程: 顾客忠诚= 0.150*顾客沟通。

表 5.29 回归系数与显著性检验表^a

		非标准化系数		标准系数	t	Sig.
		B	标准 误差	试用版		
1	(常量)	1.538	.028		55.126	.000
	顾客沟通	.075	.028	.150	2.685	.008

因变量: 顾客忠诚

5.7 结构方程模型验证及研究结论

5.7.1 假设检验的结果与解释

通过描述性统计分析, 对被调查患者的个体属性有所了解, 并且进一步了解他们的满意度情况。

通过因子分析, 将预期质量可以划分为预期软件质量(技术+态度)和预期硬件质量; 感知质量分为技术能力、等候时间、硬件设施和服务反应性 4 个因子; 满意度划分为患者沟通、总体印象和患者忠诚度 3 个因子。

通过方差分析证实, 不同的性别、学历、职业、医疗保险类型、一年就医次数以及家庭年收入在感知价值、感知质量(技术能力、等候时间、硬件设施、服务反应性)、患者沟通 6 个方面没有显著性差异。只有年龄在感知价值和等候时间 2 个因子上有差异, 其中<25 岁和 25~44 岁两组间、45~59 岁和>60 岁两组间没有差异, 差异的产生在于其他组别之间。

通过相关分析证实, 预期质量、感知质量、感知价值对满意度的关系呈显著正相关; 患者沟通正向影响总体印象和患者忠诚度; 但是总体印象与患者忠诚度之间无相关关系。

通过回归分析证实, 预期质量、感知价值会影响满意度; 感知质量(除外等候时间)影响满意度; 感知质量会影响感知价值; 预期质量会影响感知质量。

理论模型验证结果的模型图和结论分别见图 5.1、表 5.30。

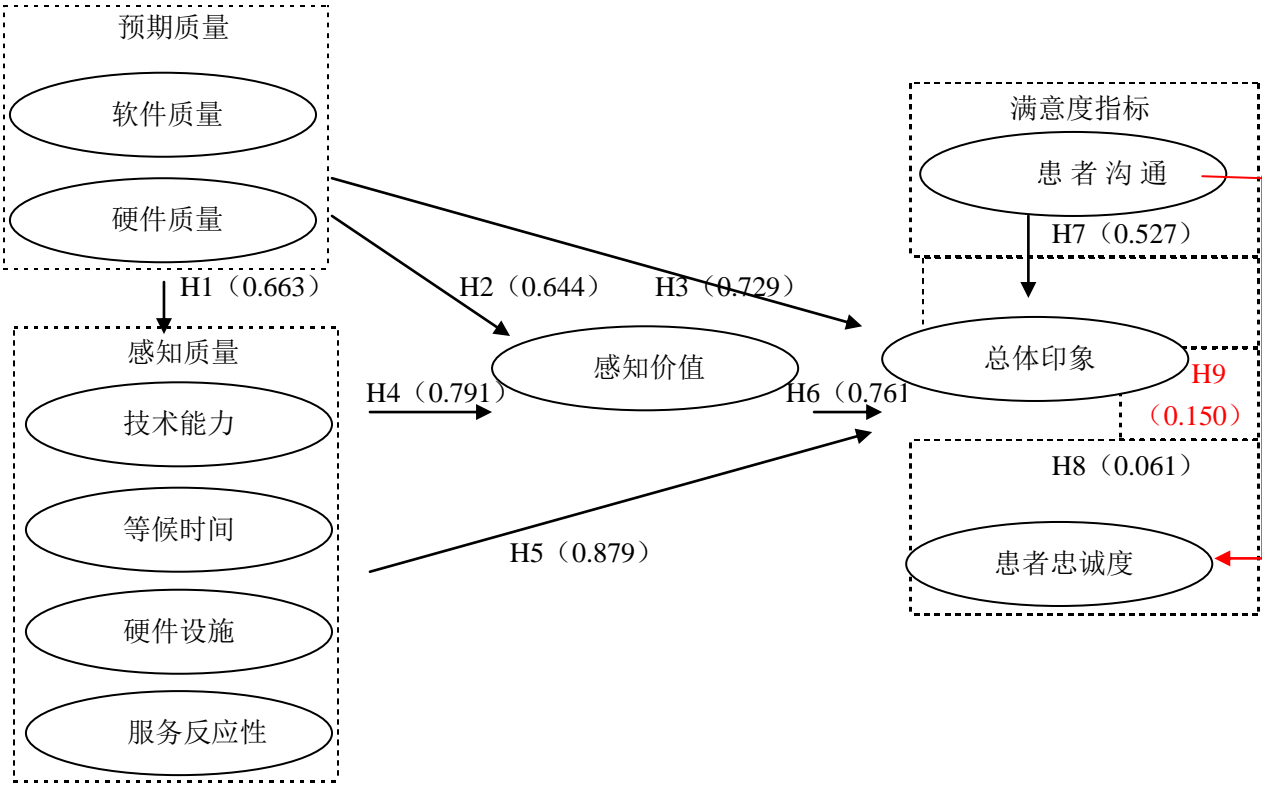


图 5.1 理论模型验证结果流程图

表 5.30 门诊患者满意度影响因素模型假设验证结果汇总

	假 设	验证结果
1、预期质量		
H1：预期质量正向影响感知质量；		成立
H2：预期质量正向影响感知价值；		成立
H3：预期质量正向影响患者满意度		成立
2、感知质量		
H4：感知质量正向影响感知价值		成立
H5：感知质量正向影响患者满意度		成立
3、感知价值		
H6：感知价值正向影响患者满意度		成立

续表 5.30 门诊患者满意度影响因素模型假设验证结果汇总

4、满意度指标	
H7：患者沟通正向影响总体印象	成立
H8：总体印象正向影响顾客忠诚度	不成立
H9：患者沟通与患者忠诚度正相关	成立

5.7.2 研究结论推导

本文建立了“感知质量——感知价值——满意度”、“预期质量——感知价值——满意度”、“预期质量——感知质量——满意度”的研究框架，认为感知质量、感知价值、预期质量三者既对满意度有直接影响，同时也通过之间的相互关系间接影响满意度，通过相关和回归分析，验证了之间的内在联系。

本研究根据^[150]侯杰泰，温忠麟和成子娟对直接效应和间接效应的定义及计算方法，来处理回归分析的结果（见表 9 显示了 3 个因子对患者满意度的影响效应）。直接效应指由自变量到因变量的直接影响，用回归分析 β 系数来衡量；间接效应指自变量通过影响一个或多个中介变量，而对结果变量产生的影响，间接效应的计算通过“箭头链”上路径系数（回归 β 系数）乘积而得；综合效应为直接效应和间接效应之和。

表 5.31 患者满意度影响效应

类别	因子	直接影响系数	通过感知价值的间接影响系数	通过感知质量的间接影响系数	综合影响系数
感知质量	技术能力水平	.234	.160		.394
	设施硬件	.272	.180		.452
	服务反应性	.446	.187		.633
	等候时间		.167		.167
感知价值					.761
预期质量	软件质量	.431	.126	.228	.785
	硬件质量	.334	.381	.380	1.095

1 侯杰泰，温忠麟和成子娟．结构方程模型及其应用[M]．北京：教育科学出版社，2004：203

由上表我们可以看出感知质量、感知价值、预期质量对满意度有不同的影响作用，研究发现：

（1）“等候时间”不是满意度的直接影响因素

（2）在感知质量4个因子中，服务反应性（即态度）对满意度的直接影响最大

（3）预期质量对满意度既有直接影响，也可以通过感知价值、感知质量两条途径对满意度产生间接影响；直接影响中预期软件质量（技术+态度）影响比重大于预期硬件质量；预期硬件质量主要通过间接途径对满意度起作用。

（4）感知价值、预期质量对满意度的综合影响力大于感知质量

由此，把对满意度的影响因素能力的不同，将感知质量、感知价值和预期质量划分为二类：

（1）敏感性要素：对满意度产生较大直接影响因素，综合影响程度也比较大。如服务反应性、感知价值、预期软件质量、预期硬件质量。

（2）传递性要素：对满意度不产生直接影响，通过其他因子对满意度发挥作用。如等候时间。

5.8 问卷开放性问题调查结果

访谈是定性研究中较为常见的一种研究方法。在社会学和人类学研究中获得了较为广泛的应用。通过和被调查者面对面的交谈，可以获得更多的深度事实和复杂细节。本次调查中，针对患者不满意的指标，调查者进行追踪交谈，以了解不满意的主要原因。现将访谈结果汇总如下。

表 5.32 门诊患者满意度访谈结果

项目	建议改进内容
服务技术水平	提高医生专业技能；中药房存在少给药的情况，请加强监督；门诊收费窗口太慢；增加 CT、核磁等大型检查设备，增加微创手术项目；
等候时间	增加门诊医生数量，减少等候时间；注射室可在高峰时段增加医务人员；建议开通电话或网上预约；专家预约紧张，无法挂到号；输液等候时间长，座位不充足

续表 5.32 门诊患者满意度访谈结果

硬件设施	开通网上在线平台，与专家医生直接交流；希望注射室有隔断，防止交叉感染；增加停车位；加强地面、垃圾筒卫生管理；电梯指示不清晰，缺少导医指导；卫生间应增加洗手液、地面常有积水，小孩、老人易摔倒，建议铺防滑垫；增加 ATM 机、零食和水的自动贩卖机；儿科诊室几个医生一个诊室，太吵，希望一个医生一个诊室
服务反应性	医务人员改善服务态度；加强人性化服务，增加医务人员的亲切感；夜班护士服务态度差；收费窗口没有备足零钱，服务态度不好；
患者沟通	在健康宣教方面多些沟通，耐心对待患者；需要医生更详细的解释病情

我们可以看到，建议的内容涉及感知质量的全部因子，但是不涉及感知价值因子，虽然在前面的问卷描述性调查分析中，医疗费用的满意度测量结果是紧跟在最不满意的指标“等候时间”之后，但是在访谈中，尚没有患者对医疗费用提出进一步改进建议，原因可能在于：（1）本次调查的是门诊患者，以常见病、多发病为主，“大病”对自身产生的经济压力尚未显现。（2）知道国内医疗消费的定价权不属于医院，访谈中不会提及对方不能自主改进的项目。

建议的主要内容集中在硬件设施，包括卫生间卫生、停车位、指示牌等等内容，与 2005 年开展的“中国首个大型医院品牌营销研究”结果类似^{1[51]}，患者印象最深的 5 个方面：医疗技术占 51%，服务占 23%，就医环境占 13%，医院位置 and 价格占 11% 和 2%。这也体现了目前医学模式转变过程中，患者对医院的评价已不局限于医疗质量，对服务的关注也在提升，从单纯治愈疾病，寻求医疗技术服务为主，逐渐关注就医感受、环境和流程等人文性服务内容。

1 于德华.建立基于患者需求分析的医学人文服务[J].中国医院，2006，10（5）:56-57.

第6章 针对模型结果的满意度要素管理建议

6.1 促进满意度敏感性要素管理

加强医学人文服务意识，提高服务反应性。本次研究显示对满意度影响力最强的因子是服务反应性，现代医学除了传统意义上的提供必需的诊疗项目之外，还要为患者提供精神的、情感的服务，满足患者的健康需求。这是由患者的心理需求及特点所决定的，一方面患者求医心切，希望家人、同事、医务人员能够关心照顾自己，希望每个症状、每句话都能引起旁人的重视，甚至个别患者会出现对医务人员过度依赖的现象。另一方面，患者在躯体疾病的情况下，往往伴有心理的负性反应，以抑郁、焦虑为主，多年的研究证实^{1[52]}，在综合性医院门诊中，略高于 1/3 的是躯体疾病，近 1/3 的患者属于心理疾病范围，其余 1/3 患者则是与心理因素密切相关的躯体疾病。尤其慢性病、老年患者因躯体疾病所伴发的焦虑、抑郁更应引起重视^{2[53]}。故我们要认识到医学具有自然科学和人文科学的双重性，在提高诊疗技术的基础上，加强人文关怀，将大大提高患者满意度。具体措施包括：（1）建立医务人员的同情心，首先医务人员应设身处地理解患者，同情患者，才能在语言、态度、行为上表现出对患者真正的尊重。（2）通过培训，了解患者心理状态，建立整体医疗的思维模式，在诊疗过程中运用适当的心理咨询、行为治疗的技巧，达到“心身合一”的治疗目的。（3）尝试建立“患者抱怨管理体系”^{3[54]}，首先建立合理、规范、有效的工作程序，通过程序文件规定不同部门、人员的职责，以使患者投诉处理工作进行；其次对未投诉患者的抱怨进行调查，全面了解患者的不满和需求；第三，对患者抱怨信息要进行充分的利用。

加强政府投入与补偿，改善硬件设施，创造良好的就诊环境。我们可以从患者满意度影响效果表中，发现与硬件相关的因子感知硬件和预期质量硬件都具有比较高的影响效果，本课题的硬件因子包括诊疗设备、就诊环境、卫生状况和医院的流程标识 4 方面的内容。说明随着现代医学的发展，患者对医院的

1 吴文源，季建林．综合医院精神卫生．第一版[M]．上海：上海科学技术文献出版社，2001：5-8

2 于德华，吴绍敏，李春波，等．综合性医院住院患者焦虑与抑郁症状的时点调查[M]．临床精神医学杂志，2004，14(2)：68

3 尤建新，邵鲁宁，武小军，等．质量管理：理论与方法．第一版[M]．辽宁：东北财经大学出版社，2009：63-75.

评价已不局限于医疗质量，对服务的关注也在提升，从单纯治愈疾病，寻求医疗技术服务为主，逐渐关注就医感受、环境和流程等人文性服务内容。具体措施包括：（1）政府增加投入，加强医院基础设施的建立；（2）医院在改扩建过程中，应该更注重患者的就医体验，在科室设置、诊疗流程等环节，在原有的专家门诊、普通门诊的基础上，更要探索建立诸如“简易门诊”、“一站式门诊”、“检查结果互认”等工作模式，提高服务效率，缩短患者就诊时间。

控制医疗费用（尤其是患者自付比例）在合理范围内适当增加。两会中人们对医疗提出的问题可以用两点“看病难、看病贵”来进行简单总结，如果说“难”的问题主要关系到服务供给和需求的不平衡，“贵”的问题则主要在于医保制度的设计。本次调查显示，感知价值是满意度的直接影响因子，且综合影响系数也比较高。从国家层面来看，“新农合”、“全民医疗保障”等制度的实施，确实提高了我国医疗保障人群的覆盖率（据国务院医改办发布的报告，到2011年底，基本医保已覆盖全中国13亿人口），但是由于保障水平的有限，保障能力明显不足，形成“广覆盖、低水平”的医疗保障现状。建议：（1）通过建立社会统筹或者商业保险的进入，探索“大病、重病”的保障机制；（2）探索医疗保障基金的合理运作模式，确保基金保值、升值；（3）完善对医保基金的考核支付制度，由原先的“按项目支付”逐步过渡到“总量预付”“按人头付费”等组合支付模式；（4）规范医院诊疗行为，通过“临床路径”、“基本药物制度”以及诸如“抗生素专项治理活动”等系列工程，逐步建立规范的诊疗程序，加强对医疗机构的考核。

6.2 促进满意度传递性要素管理

从本文的分析中，我们可以看出“等候时间”是患者满意的“传递性要素”，同时也是本次调查量表中，满意率最低的项目。由此可见缩短就医等候时间是我们需要解决的问题之一。建议包括：（1）引导患者就医选择的合理分流，建立“小病进社区”的理念和模式；（2）加强社区卫生服务中心能力建设；（3）优化流程，缩短就诊等候时间。

（1）建立“小病在社区，大病进医院，康复回社区”的模式。在“公益性”大旗指引下，“强基层”成为新医改的突破口。国务院2009~2011年五项重点工作的安排中，四项皆围绕基层开展：一是加快推进基本医疗保障制度，二是初

步建立国家基本药物制度，三是健全基层医疗卫生服务体系，四是促进基本公共卫生服务均等化。

卫生局在区域医疗卫生资源的设置和布局调整方面，应当进行统一规划，建立地区双向转诊体系，可以通过“契约式服务模式”由患者分别与社区卫生服务中心、二三级医院签订转诊协议，明确责任和义务，加强不同级别医院之间的转诊工作交流，及时协调完善，最终达到通畅双向转诊目的，形成“医院—中心—站点—家庭”四站式服务的模式。从而减少大医院患者的拥挤状况，使得现有卫生服务资源的利用更加有效率。

(2) 加强社区卫生服务中心能力建设。社区卫生服务发挥着基本医疗服务和公共卫生服务的双重网底作用，首先要建立政府主导的多元化的投入机制，根据区域的社会经济和人口发展对社区公共卫生服务的投入同步增长，稳步加大预防保健经费投入力度，落实社区卫生服务机构运行经费和补助政策，在政策上给予倾斜与支持，加大宣传力度，倡导社会各界积极参与，整合卫生行政、税收、财政等多方面力量促进社区卫生服务发展。其次，完善社区卫生服务质控和评价，可以通过区内专家组定期质控监督—反馈—评价—整改的质量环，针对发现的问题和薄弱环节加强指导和培训，提高社区卫生的服务能力。第三，制定科学的分配激励政策。通过建立比较科学的“绩效考评”机制，将岗位职责、工作业绩和实际贡献相联系，将服务水平与群众满意度综合考核，科学稳定地增长医务人员个人收入，调动医务人员的工作积极性、增强团队协作性和凝聚力。第四，通过规范化的培养来提高全科医生的素质和水平^{1[55]}。将继续医学教育学习情况作为个人考核内容和职称晋升的必备条件，提供平等的学习机会，使社区卫生服务中心的医务人员也有和大医院医生一样的出国参观学习和国内交流的机会，定期到大医院学习、培训或挂职锻炼，提高业务能力和综合素质，增长见识。

(3) 优化服务流程，缩短等候时间。可以采用“预约挂号”、“一站式付费”等方式，缩短患者在挂号、多次付费所花费的时间；开设“假日门诊”、增加专家门诊次数等方式，也是解决“医疗需求”过高的一种方法。在现有的医疗体制下，这些方法所能起到的作用是很有有限的。

1 陈开红，杨桦，陶丽丽．北京市朝阳区社区卫生服务的发展概况及思路[J]．中国全科医学，2010，13（19）：2098．

供需严重不平衡造成的大医院、专家门诊“看病难”、“一号难求”的关键点，还是在于医疗机构的竞争不充分。有专家认为，解决的根本之道是放开市场，引入社会资本办医，提高医疗服务供给的数量和质量。但要营造一个平等的竞争环境，却不是仅仅政策鼓励这么简单，公立医院在体制内不仅享受政府财政补贴和税收优惠政策，还拥有民营医院所不具备的体制优势。北京市三博脑科医院院长在接受南方周末采访时说：“大量好医生集中在公立医院，最主要的吸引力不是收入，而是公立医院明显优于企业的退休保障以及对学术地位的垄断。好的医生很看重这些。”除此之外，在医院评级、医生评职称等方面，民营医院都属于“被忽略”的角落。

6.3 促进满意度基础性要素管理

信息化建设在现代医院的发展中发挥越来越重要的作用，也是满意度指标影响因素的基础之一。

（1）建立医疗信息共享平台，实现卫生服务的高效率。建立包含辖区全体居民的健康资料、社区与医院医学信息和病人医疗数据，研发转诊管理系统，为社区和医院医生提供方便、快捷和高效的服务平台，提高转诊效率；实现不同医院之间医疗资源、患者信息共享，使治疗具有连续性；建设网络辅助就诊系统，建立远程视频会诊中心，通过视频会诊或在线问答为老百姓解决迫在眉睫的问题，让患者不出门就可以享受“专家门诊”服务，实现卫生服务高效率。

（2）医疗信息的共享，有助于医疗费用的控制。通过区域间卫生医疗信息的互通，部分检查结果的互认，可以一定程度的避免过度检查和过度治疗；有统一的区域医疗信息平台，便于医疗质量监督部门和医疗费用支付部门对医疗行为实施监控，通过医疗机构考核指标公示、第三方满意度测评等手段，约束医疗机构过度医疗行为的发生。

第7章 结论

本文以上海市嘉定区三所医院 314 例门诊患者为研究对象，在借鉴国内外患者满意度测评的基础上，提出了改进嘉定区医院服务的建议。

本文在阅读和借鉴大量的研究文献、研究成果的基础上，运用所学的公共管理及政策分析理论知识，对上海市嘉定区门诊患者满意度进行了 314 例实证的调查研究，根据 ACSI 模型的理论基础，建立了本次研究的模型框架，对调查数据进行了描述性统计分析，结果显示：

- (1) 患者来医院主要目的仍是医疗（占 82.8%）；
- (2) 选择区域性医疗中心（中心医院）的比例为 27.3%，高于其他医院；
- (3) 希望中西医结合治疗的比例 51.9%，远高于单纯中医、西医的比例；
- (4) 首选社区的比例占 51%，但同时存在“自由选择医院、重复就诊”而带来的医疗资源浪费和医疗拥挤；
- (5) 患者满意率最低的部分是“等候时间”（均值>2），其次是“费用”（均值>1.9）；满意度最高的部分是“服务反应性”即服务态度（均值<1.7）；在“顾客沟通”中，对“投诉处理”项目的满意度为 1.93 是最低的，和“费用”的不满意程度相当。

对结构方程进行了模型检验，结果显示：

(1) 通过因子分析方法，将感知质量分解为技术能力水平、等候时间、硬件设施和服务反应性 4 个维度；预期质量分解为预期软件质量和硬件质量 2 个维度；满意度分解为患者沟通、总体印象和患者忠诚 3 个维度；

(2) 通过方差分析，除年龄之外的患者个体属性特征对感知质量、感知价值、患者沟通没有影响；

(3) 通过相关分析，不支持总体印象和患者忠诚之间的相关关系，其他基于 ACSI 模型的假设验证成立；

(4) 通过回归分析，服务反应性、感知价值、预期软件质量和预期硬件质量是影响满意度的敏感性要素；等候时间是影响满意度的传递性要素。

结论：(1) 患者满意度是评价医疗服务质量的常用指标之一；(2) 随着医改“小病进社区”的政府导向，患者的就诊已经开始向社区卫生服务中心分流，患者更希望接受中西医结合的综合治疗；(3) 自由选择医疗带来的医疗资源浪

费和加重医疗拥挤的现象，值得重视；（4）简化服务手续和缩短患者就诊中的等候时间，成为医院需要改进的问题之一；（5）医疗卫生收费增长过快引发看病贵，成为继等候时间过长的另一个主要矛盾，故降低医疗费用成为患者希望改进的问题；（6）强化服务意识，尤其要重视对患者投诉的管理和改进。

建议：（1）简化门诊服务流程，采用“预约挂号”、“集中付费”等方式，缩短等候时间；（2）提高现有医疗资源的利用效率，一方面建立科学可行的医疗费用监控体系，防止医院过度诊疗，另一方面建立分级诊疗机制，引导患者合理医疗；（3）加强人文关怀，细化服务环节，建立与患者沟通的多种渠道；（4）加强医院信息化建设，提高快速、精准服务的能力；（5）建立处理医患投诉、纠纷的有效机制；（6）加强品牌经营，塑造服务文化。

不足：由于本文的模型假设定义为 假设1：调查对象的选择只针对来医院就诊的患者，不考虑社区民众对医院的满意度；假设2：调查对象都是理性的人；假设3：不考虑调查对象的个人性格及日常习惯。故调查结果与其他的调查设计，结果可能会产生不同；另外由于本人所学知识和认识所限，对该问题产生的深层原因和应对的策略阐述较为肤浅，错误和不当之处烦请各位专家指正。

参考文献

- [1] 张雪梅, 蒋德川. 医院患者满意度调查的现状与思考[J]. 医学与社会, 2010(8): 50-51.
- [2] 骆树民. 国外开发利用医疗消费者信息改进医疗服务质量的历史和现状[J]. 国外医学医院管理分册, 1993(1): 1-5.
- [3] 邹爱东, 张群. 提高患者满意度的一种新途径[J]. 国外医学医院管理分册, 2000, 17(1): 9-11.
- [4] World Health Organization. World health report 2000.health system: improving performance, Geneva: WHO, 2000.
- [5] 孙建国, 朱英杰, 介评. 莫桑比克门诊病人医疗服务满意度研究[J]. 国外医学医院管理分册, 2000, 17(1): 11-12.
- [6] 任真年. 现代医院医疗质量管理[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 371-408.
- [7] 马淑华. 第12届国际医疗质量保证大会简介[J]. 国外医学医院管理分册, 1995, (4): 171-172.
- [8] 高充彦, 贾建民. 顾客满意度不确定性对服务质量评价的影响[J]. 管理科学学报, 2007, 10(2): 1-9.
- [9] 周武英, 傅惠玲, 周小丽, 等. 做好出院病人定期随访工作, 提高病人满意度[J]. 中国医院, 2007, 11(3): 53-55.
- [10] 胡媛, 黄淇敏, 王玉明, 等. 医院员工满意度影响因素分析[J]. 解放军医院管理杂志, 2007, 14(1): 44-45.
- [11] 陈惠霓. 护士工作满意度与护理质量关系探讨[J]. 国际医药卫生导报, 2007, 13(3): 97-98.
- [12] 董艳萍, 李湘平. 目标管理在提升病人满意度中的运用[J]. 当代护士, 2006, 7: 27-28.
- [13] 王琨, 李红. 患者满意度调查在医院管理中的应用[J]. 解放军医院管理杂志, 2010, 17(6): 550-552.
- [14] 吴萍, 于德华, 王晨. 从医疗投诉分析医学人文服务现状[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2006, 27(5): 52-53.
- [15] 陈洁, 杜雪平, 席修明. 不同级别医院开展社区卫生服务的居民满意度分析[J]. 中国全科医学, 2009, 12(15): 1443-1445.
- [16] 王江蓉, 黄森, Shane Thomas, 等. 中国部分医院患者体验和满意监测工具应用比较分析[J]. 北京大学学报(医学版), 2011, 43(3): 397-402.
- [17] 卫生部 2012 年 5 月 8 日新闻发布会实录, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s3582/201205/54651.htm> (2012/7/13)
- [18] 周静. 浅谈不同的消费者满意度模型[J]. 管理学家, 2011(11): 420-421.
- [19] 杨辉, 刘峰, 张拓红, 等. 病人满意度调查研究中存在的问题及建议[J]. 中华医院管理, 2005, 21(7): 437-441.
- [20] 纪颖. 患者满意度测评的困境分析[J]. 中华医院管理, 2008, 24(7): 437-441.

- [21] 任浩. 公共组织行为学[M]. 上海: 同济大学出版社, 2006: 98.
- [22] 全国质量管理和质量保证标准化技术委员会秘书处, 全国质量体系认证机构国家认可委员会秘书处编著 2000 版质量管理体系国家标准理解与实施, 2001: 38.
- [23] Cardozo, R. N. An experimental study of customer effort, expectation and satisfaction[J]. Journal of Marketing Research, 1969 2(3): 244-250.
- [24] 踪家峰, 郝寿义, 黄楠. 城市治理分析[J]. 河北学刊, 2001 (11): 32-36.
- [25] OECD.Administration as Service: The Public as Client[R]. Paris: OECD Conference, 1987: 21-22.
- [26] 莫寰. 政府服务不可能完全以“顾客满意”为导向[J]. 岭南学刊, 2001 (3): 95-98.
- [27] 张成福. 公共行政的管理主义: 反思与批判[J]. 中国人民大学学报, 2001 (1).
- [28] 尤建新, 朱德米, 陈强. 公共管理研究[M]. 上海: 同济大学出版社, 2007: 137.
- [29] 齐异: 《在新公共管理与新公共服务之间》, 茂名, 《南方论刊》, 2007 年第 2 期.
- [30] 纪颖. 患者满意度测评的困境分析[J]. 中华医院管理杂志, 2008 (7): 437-440.
- [31] Pascore GC. Patient satisfaction in primary health care [J]. Evaluation and Program Planning, 1993, (6): 185—210.
- [32] Marr, Feffrey W., Letting the customer be the edge of quality[J], Quality Process, 1986 (10).
- [33] 王政, 黄殿忠, 崔亮, 等. IS090000 族标准与医院管理, 解放军医院管理杂志, 2003, 10 (6): 545—546.
- [34] 樊勇明, 杜莉. 公共经济学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2007: 47-52.
- [35] 胡治岩, 刘旭涛. 公共管理概论[M]. 北京: 中国人事出版社, 2006: 16.
- [36] 胡治岩, 刘旭涛. 公共管理概论[M]. 北京: 中国人事出版社, 2006: 121-128.
- [37] 金太军. 新公共管理: 当代西方公共行政的新趋势[J]. 国外社会科学, 1997 (5).
- [38] 胡治岩, 刘旭涛. 公共管理概论[M]. 北京: 中国人事出版社, 2006: 26.
- [39] 中国顾客满意度指数指南[M]. 国家质检总局质量管理司. 北京: 中国标准出版社, 2003: 16-37.
- [40] 祈国华. 门诊病人满意度的若干影响因素分析[J]. 中国医院, 2004, 8 (12): 68-69.
- [41] 伏嘉宝, 薛迪, 金其林, 等. 上海市某区二级医院病人满意度分析[J]. 中国医院管理, 2008, 28 (12): 31-32.
- [42] 唐晓芬. 顾客满意度测评[M]. 上海质量管理科学研究院, 2001: 9.
- [43] 张宝库, 张明. 医院质量管理的新视角: 患者感知服务质量[J]. 中国医院, 2003, 7 (5): 27-29.
- [44] 金佳, 周子君, 英立平, 等. 临床医疗服务水平评价方法研究[J]. 中华医院管理杂志, 2006, 22 (8): 525-527.
- [45] Featheman, M.s. and Pavlou, PA. (2003). Predicting e-services adoption: A perceived risk facets perspective. Eighth Americas Conference on information systems 2002.
- [46] Teoh Kung Keat, Avvari Mohan. Intrgration of TAM Based Electronic Commerce Models for Trust. Journal of American Academy of Business, Cambridge; Sep 2004; 5, 1/2; ABI/INFORM Global.
- [47] 尹文强, 王克利, 王仲强, 等. 上海市徐汇区一二级医院门诊反应性评价[J]. 中华

- 医院管理杂志, 2003, 19 (2): 118-120.
- [48] 吴明隆. SPSS 统计应用实务—问卷分析与应用统计[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 30, 65, 145.
- [49] 马庆国. 管理统计[M]. 北京: 科学出版社, 2002: 320.
- [50] 侯杰泰, 温忠麟和成子娟. 结构方程模型及其应用[M]. 北京: 教育科学出版社, 2004: 203.
- [51] 于德华. 建立基于患者需求分析的医学人文服务[J]. 中国医院, 2006, 10 (5): 56-57.
- [52] 吴文源, 季建林. 综合医院精神卫生. 第一版[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2001: 5-8.
- [53] 于德华, 吴绍敏, 李春波, 等. 综合性医院住院患者焦虑与抑郁症状的时点调查[M]. 临床精神医学杂志, 2004, 14(2): 68.
- [54] 尤建新, 邵鲁宁, 武小军, 等. 质量管理: 理论与方法. 第一版[M]. 辽宁: 东北财经大学出版社, 2009: 63-75.
- [55] 陈开红, 杨桦, 陶丽丽. 北京市朝阳区社区卫生服务的发展概况及思路[J]. 中国全科医学, 2010, 13 (19): 2098.

附录 A 调查问卷

门诊患者满意度调查

尊敬的先生/女士:

您好!为全面改进**医院门诊服务质量,我们设计这份无记名调查问卷,以了解患者的满意度情况。请您在填写问卷之前,仔细回忆您的以往就诊经历。您的评价和意见,将成为我们改进工作的重要依据。

本次调查需占用您一定的时间,希望得到您和您家人的谅解和配合,在此我们谨表示衷心的感谢!

***医院患者满意度调查组

第一部分 基本信息

1. 您的性别是 ()
A. 男 B. 女
2. 您的年龄是 ()
A. ≤ 25 岁 B. 25~44 岁 C. 45~59 岁 D. ≥ 60 岁
3. 您的学历是 ()
A 不识字或认字很少 B. 小学~高中/中专 C 大专/本科 D. 本科以上
4. 您的职业是 ()
A 学生 B 企事业一般员工 C 企事业管理人员 D 公务员 E 农民
F 离/退休 G 其他
5. 您家庭年收入是 ()
A ≤ 5 万 B (5 万 $<$ B ≤ 10 万) C (10 万 $<$ C ≤ 20 万) D > 20 万

第二部分 就诊原因

-
6. 今天您来**医院的原因
A 体检 B 疾病 / 症状的初诊 C 复诊 D 意外 / 紧急 E 预防接种
 7. 从您家里到医院一般需要多长时间?

- A <15 分钟 B 15~30 分钟 C 30 分钟
8. 这是离您家最近的医疗机构吗（公立或私立）？
- A 是 B 不是
9. 您是否有医疗保险
- A 城镇居民医保 B 城镇职工医保 C 镇保 D 新农合 E 商业保险 F 无医保
10. 您通常的医疗需求是什么？
- A 体检 B 常见病 C 重大疾病 D 慢性病 E 康复 F 保健
11. 您一年平均上几次医院（包括门、急诊、住院）
- A <2 次 B 2~5 次 C 6~12 次 D >12 次
12. 您选择医疗机构看病时主要考虑的因素是
- A 医疗质量 B 熟悉的医生 C 离家距离 D 等候时间少 E 护理和服务好 F 设备药品齐全
13. 您一般会选择怎样的医疗机构就医
- A 社区卫生服务中心 B 中心医院 C 中医医院 D 本区内其他区级医院
E 三级医院 F 私人诊所 / 医院
14. 您看病一般会选择中医还是西医
- A 中医 B 中西医结合 C 西医
15. 当您感到不舒服，想去看病时，您是否会首先选择社区卫生服务机构就诊
- A. 是 B. 否
16. 您选择社区卫生服务机构就诊的原因是(可多选，但最多选 3 项)
- (1) 医疗水平好 (2) 就诊等候时间少 (3) 医保定点单位收费便宜 (4) 服务态度好 (5) 就诊环境好 (6) 交通方便 (7) 一些小病不用到大医院 (8) 经常看病，社区医生更了解病情 (9) 与社区卫生服务机构医生比较熟 (10) 能提供预防保健服务 (11) 能提供健康咨询服务 (12) 其他__
17. 您未选择在社区卫生服务机构就诊，那么主要原因是(可多选，但最多选 3 项)
- (1) 对医护人员的水平不放心 (2) 就诊等候时间长 (3) 收费不合理 (4) 服务态度差 (5) 就诊环境差 (6) 交通不方便 (7) 设施不齐全不能满足诊治需求 (8) 提供不必要服务（包括药品和检查） (9) 不了解社区卫生服务机构的服务 (10) 其他，请注明：

18. 您认为社区卫生服务机构最需要改善的服务是什么？请列举最需要的 1 项

19. 当您想去看病时，您是否会首先选择本医院就诊

A 是 B 否（跳过下题）

20. 您首选来此医院就诊的原因是(可多选，但最多选 3 项)

(1) 医疗水平好 (2) 就诊等候时间少 (3) 医保定点单位收费便宜 (4) 服务态度好 (5) 就诊环境好 (6) 交通方便 (7) 经常看病，医生更了解病情 (8) 能提供预防保健服务 (9) 能提供健康咨询服务 (11) 其他

第三部分 对门诊工作的评价（相关变量的测度）

特别提示：作答前请注意

每个题项后的数字 1~5 代表你对该题项陈述的同意程度，数字越大，不同意程度越大，其中“1”代表非常满意，“5”代表非常不满意同意。

技术和能力水平	非常满意		非常不满意		
1. 您是否满意此医院医生的诊疗水平	1	2	3	4	5
2. 您是否满意此医院护士的操作技术	1	2	3	4	5
3. 您是否满意此医院实验室检查人员的操作技术	1	2	3	4	5
4. 窗口人员工作效率很高	1	2	3	4	5
服务流程	非常满意		非常不满意		
5. 你是否满意就诊流程和科室标识	1	2	3	4	5
6. 您是否满意此医院的就诊等候时间	1	2	3	4	5
7. 您在此医院就诊等候时间是多少？	<10 分钟	10~ 30 分 钟	30~ 60 分钟	1~2 小时	>2 小时
服务费用	非常满意		非常不满意		
8. 您是否满意门诊的诊疗收费	1	2	3	4	5
9. 您是否满意门诊的化验收费	1	2	3	4	5
10. 您是否满意门诊的药品收费	1	2	3	4	5
服务设施和环境	非常满意		非常不满意		
11. 您是否满意门诊的医疗设施设备（是否您要的设备	1	2	3	4	5

附录

都有?)					
12. 您是否满意就诊环境（秩序和隐私保护）	1	2	3	4	5
13. 您是否满意门诊卫生情况	1	2	3	4	5
服务反应性	非常满意		非常不满意		
14. 您是否满意此医院医生的服务态度	1	2	3	4	5
15. 您是否满意此医院护士的服务态度	1	2	3	4	5
16. 您是否满意此医院实验室检查人员服务态度	1	2	3	4	5
17. 您是否满意此挂号、收费工作人员的服务态度	1	2	3	4	5
18. 您是否满意药房工作人员的服务态度	1	2	3	4	5
顾客抱怨	非常满意		非常不满意		
19. 您是否满意医生向您征求治疗方案的意见的做法	1	2	3	4	5
20. 您是否满意医护人员对相关疾病的预防、护理、康复知识的介绍	1	2	3	4	5
21. 您是否满意此医院对投诉的处理	1	2	3	4	5
服务期望值	此医院评分		1 分为最差 10 分为最好		
22. 医疗技术和能力					
23. 就诊等候时间					
24. 诊疗收费					
25. 硬件条件					
26. 服务态度					
总体满意度					
27. 您对医院的整体印象					
顾客忠诚					
28. 是否首选该医院就诊（见本问卷 19 题）	是		否		

第四部分：外部影响因素（可多选）

1. 你通过何种途径知道此医院的

A 亲友 B 报纸杂志 C 广播电视 D 院外广告海报 E 网络 F 不清楚

2. 您所了解的此医院的优点有哪些

A 有名医生 B 管理好 C 硬件条件好 D 服务好 E 有历史可信任

第五部分：开放式问题

1. 医务人员有哪些建议？
2. 设备和诊疗项目有哪些建议？

附录 B 旋转后的因子负荷矩阵表

表 B1 旋转后的因子负荷矩阵表（预期质量）

问项	因子	
	1	2
E1	.504	.760
E2	.905	.333
E3	.728	.573
E4	.706	.578
E5	.349	.891
解释总体方差变异：87.373%		

提取方法：主成份

旋转法：具有 Kaiser 标准化的正交旋转法

a. 旋转在 3 次迭代后收敛

表 B2 旋转后的因子负荷矩阵表（感知质量）

问项	因子			
	1	2	3	4
技术和能力水平				
Q1	.293	.237	.808	.170
Q2	.305	.387	.706	.106
Q3	.295	.220	.816	.194
Q4	.289	.504	.526	.208
服务流程				

附录

P1	.241	.610	.310	.262
P2	.207	.399	.279	.742
P3	.219	.151	.127	.903
设施环境				
F1	.345	.738	.267	.213
F2	.381	.711	.317	.234
F3	.458	.725	.232	.151
服务反应性（态度）				
A1	.743	.292	.310	.212
A2	.766	.346	.275	.162
A3	.780	.321	.298	.109
A4	.563	.474	.299	.223
A5	.741	.251	.240	.246
解释总体方差变异：77.396%				

提取方法：主成份

旋转法：具有 Kaiser 标准化的正交旋转法

a. 旋转在 5 次迭代后收敛

表 B3 旋转后的因子负荷矩阵表（满意度）

问项	因子		
	1	2	3
顾客抱怨			
C1	.904	-.151	.059
C2	.889	-.205	.033
C3	.827	-.310	.100
总体满意度 SA	-.304	.949	-.018
顾客忠诚 L	.078	-.019	.996
解释总体方差变异：89.190%			

提取方法：主成份。

旋转法：具有 Kaiser 标准化的正交旋转法。

a. 旋转在 4 次迭代后收敛。

个人简历 在读期间发表的学术论文与研究成果