

計畫編號：DOH92-TD-1045

行政院衛生署九十二年度委託研究計畫

發展台灣地區醫院品質報告卡之研究

委託研究成果報告

執行機構：臺北醫學大學

研究主持人：林恆慶、陳楚杰

研究員：董鈺琪

執行期間：92年1月1日至92年12月31日

\*\*\*本研究報告僅供參考，不代表本署意見\*\*\*

# 目 次

	頁碼
目次.....	1
圖次.....	4
表次.....	5
附錄.....	7
中文摘要.....	8
英文摘要.....	10
第一章 緒 論	
第一節 研究背景與動機.....	12
第二節 研究重要性及目的.....	14
第二章 文獻探討	
第一節 品質報告卡之定義及採用的理由.....	16
第二節 醫院品質報告卡之發展.....	17
第三節 醫院品質報告卡的種類.....	19
第四節 醫院品質報告卡的指標項目.....	24
第五節 品質報告卡公佈資訊的種類.....	27
第六節 消費者認為品質報告卡上所需要的品質指標.....	29
第七節 醫院醫療品質報告卡的呈現方式.....	33

第八節	消費者對使用品質報告卡的態度及使用情形.....	35
第九節	消費者希望主導品質報告卡發行之機構.....	36
第十節	消費者不願使用品質報告卡之原因.....	37
第十一節	國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡實證研究.....	41

### 第三章 研究方法

第一節	研究架構.....	52
第二節	研究假說.....	54
第三節	研究對象與研究工具.....	55
第四節	資料處理與分析.....	66

### 第四章 研究結果

第一節	描述性分析結果.....	68
第二節	推論性分析結果.....	80

### 第五章 討論

第一節	研究結果之討論.....	103
第二節	研究限制.....	108

### 第六章 結論與建議

第一節	結論.....	109
-----	---------	-----

第二節 建議.....110

參考文獻

中文部分.....113

英文部分.....114

圖 次

頁碼

圖一 研究架構圖.....53

## 表 次

	頁碼
表 2-1 醫院品質報告卡內容.....	25
表 2-2 品質報告卡的種類及指標項目.....	30
表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究.....	43
表 3-1 研究變項之操作形定義.....	59
表 3-2 本研究所採用的醫療品質指標的定義.....	64
表 4-1 受訪者基本資料表.....	75
表 4-2 受訪者健康狀況表.....	76
表 4-3 病人目前使用就醫資訊的情形.....	77
表 4-4 受訪者對醫院品質報告卡的認知及態度.....	78
表 4-5 受訪者對醫院品質報告卡 20 種資訊需要性之排序.....	79
表 4-6 受訪者特質與使用品質報告卡意願間之關係.....	89
表 4-7 受訪者特質與信任主導推行品質報告卡的機構間之關係.....	90
表 4-8 受訪者特質與醫院品質報告卡發行方式間之關係.....	91
表 4-9 年齡與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係.....	92
表 4-10 婚姻狀況與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係.....	94
表 4-11 教育程度與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係.....	96
表 4-12 月平均收入與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係.....	98

表 4-13 是否使用醫院品質報告卡影響因子之羅吉斯迴歸分析表.....102

## 附 錄

	頁碼
附錄一 本研究之問卷.....	126
附錄二 消費者焦點團體座談會訪談紀錄.....	130



## 中文摘要

在申請重返世界衛生組織之際，除了必須在國際間建立我關懷人道的形象，也必須積極提昇國內醫療技術及醫療品質，尤其在醫療品質資訊方面，因此本研究的主要目的下列四項：瞭解國內外有關醫院品質報告卡之相關研究；探討住院病人使用醫院品質報告卡的意願；探討住院病人認為適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容；探討住院病人較信任主導推行醫院品質報告卡的機構。

本研究採用調查研究法，以結構式問卷收集研究所需的資料。結構式問卷乃依文獻探討、焦點團體座談會結果及研究目的設計而成。研究樣本為立意選取願意合作的台北縣市五家地區級以上醫院(三區域醫院及兩家地區醫院)，於研究期間針對住院中意識清醒、願意接受面訪且年滿20歲以上的內外科住院病人進行面訪(九十二年七月及八月期間)，總計為500位。

本研究發現受訪者當中，有58.4%表示於就醫之前一定會或會先打聽醫院或診所之相關資訊；有20.4%認為困難或很困難取得就醫相關資訊；53.15%認為醫院或醫師相關資訊的取得對其選擇醫院有幫助或非常有幫助；若衛生單位能提供醫院品質報告卡資訊，88.4%受訪者表示看病之前一定會或可能會先參考此類資訊；如果在醫院品質報

告卡上的資訊的評價是不好的，95.1%表示一定會或可能會考慮換醫院；若要發行醫院品質報告卡，37.8%的受訪者認為由衛生署統籌發行所呈現之數據較具可靠性；對於醫院品質報告卡之相關資訊之取得方式，37.8%受訪者希望能從小手冊上得到；受訪者最需要的品質資訊程度排名前五名依序為院內感染率、住院病人整體滿意度、住院死亡率、門診病人整體滿意度及 15 天再住院率。

本研究結果發現，有 88.4%的受訪病人表示看病之前一定會或可能會先參考醫院品質報告卡，因此，建議行政院衛生署可考慮主導，將住院人最迫切需要的五項醫院品質報告卡的指標，包括院內感染率、住院病人整體滿意度、住院死亡率、門診病人整體滿意度及 15 天再住院率各大項目得分等，以小手冊或網際網路查詢的方式對外公佈，期能透過醫院品質資訊的流通，促進醫療服務提供者提升品質及保障民眾就醫權益。

關鍵字：醫院品質報告卡、醫療資訊、醫療品質

## Abstract

In addition to build the humanitarian image, we have to upgrade medical technology and quality of medical care, expecially in medical information, when applying for the return of World Health Organization. Therefore, the pruposes of this study were to search the literature related to hospital report card, to explore inpatients' willingness to use hospital report card, to understand the quality indicators hospitalizaed patients saw as important, and to realize their preferences about the initiative organization of such report cards.

This study used survey research and organized questionnaires to collect data. The questionnaire was developed based on literature review, focus group, and research purposes. The study sample were 500 hospitalized patients from 3 regional and 2 district hospitals. The qualified patients must be over 20 years old, conscious, and willing to accept interviews. The study period was between July 2003 and August 2003.

Among the interviewees, 58.4% would search for health care provider information before visiting hospitals or clinics; 20.4% considered it difficult or very difficult to search for provider information; 53.15% thought provider information would be helpful or very helpful for choosing an appropriate hospital. If health authorities would provide hospital information, 88.4% of respondents would definitely or possibly use this information. If the performance of the hospitals where respondents used to visit was poor shown on report card, 95.1% of respondents would definitely or possibly change hospitals. A total of 37.8% of responses indicated that government is the most trusted organization to produce hospital report cards. The quality indicators patients regarded as significant are hospital infection rate, inpatient overall satisfaction, mortality rate, outpatient overall satisfaction, and readmissions in 15 days.

This study found 88.4% of respondents expressed that they would use hospital report cards before visiting hospitals. Therefore, we recommend the Department of Health should initiate hospital report card. The five most important indicators including hospital infection rate, inpatient overall satisfaction, mortality rate, outpatient overall satisfaction, and readmissions in 15 days considered by respondents could be published in pamphlet or website. We recommend that the health authorities initiate production of hospital report cards in order to improve the quality of medical care and to assure patients rights.

Key words: hospital report card, medical information, quality of medical care

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)成立於一九四八年四月，為聯合國之下的專門機構，目前會員國有 191 個，其成立的主要宗旨為「使全世界人民儘可能獲得最高水準的健康」(WHO, 2002. Oct 10)，希望民眾健康及衛生無國界，所有國家均得為世界衛生組織之會員國，一起致力於提高世界人民的健康水準及醫療照護之工作。世界衛生組織為早日達成全世界人民獲得最高水準的健康，於一九七七年提出「於公元兩千年使健康普及全人類」的目標，又於一九九八年提出「在二十一世紀使健康普及全人類」的策略(宋燕輝，1999)。

在一九七二年以前，我國是以「中華民國」的身份為世界衛生組織的正式會員國，協助世界衛生組織致力於提高世界人民的健康水準及醫療照護之工作，同時也接受世界衛生組織給予的多項協助，其中包括家庭計畫、瘧疾防治、結核病防治及婦幼衛生等(鐘聲實，2000)。後因為中共的強力運作，我國自一九七二年起被世界衛生組織排除會籍，被排拒在全球醫療安全體系的網絡之外，這使得台灣兩千三百萬人民有關醫療、衛生與健康的基本人權無法受到最好的保障，也嚴重影響台灣汲取國際衛生新知的權利。為保障台灣

兩千三百萬人民健康之權利，及為善盡地球村一份子提昇全球醫療照護之義務，台灣加入世界衛生組織有其迫切性，因此，我國自一九九四年起又開始籌備進軍世界衛生組織，希望藉由加入世界衛生組織，能重返國際社會，以利於國內醫療人才之培訓及醫療資源之取得。

在申請重返世界衛生組織之際，除了必須在國際間建立我關懷人道的形象，也必須積極提昇國內醫療技術及醫療品質，尤其在醫療品質資訊方面，最近世界衛生組織秘書處即將醫療機構間之品質表現資訊的管理，列為其當前六大重點工作之一(WHO, 2002, Oct 10)。此外，在其 2000 年的年報—增進健康體系的績效(The World Health Report 2000—Health systems : Improving Performance)中提出，良好的健康照護體系評估標準包括：1.國民的健康水準；2.回應國民需求的程度(係指非醫療的部份)和 3.財務負擔的公平程度，其中回應國民需求的程度包括民眾是否能獲得醫療資訊以自由選擇就醫場所。因此，本研究擬發展醫院品質報告卡(hospital report card)，希望藉由提供醫療機構間之品質表現資訊，供民眾選擇就醫場所之參考或依據，以做為我國因應加入世界衛生組織的醫療品質政策與管理。

## 第二節 研究重要性及目的

在國外，品質報告卡的使用已有十年以上的歷史，不只美國健康照護體系使用，加拿大、英國及澳洲也在最近幾年開始發展及使用品質報告卡，品質報告卡的使用衍然已成為歐美許多國家衛生管理的趨勢及政策。雖然文獻指出品質報告卡對消費者就醫行為的影響還未定論，但卻一致的認為品質報告卡可幫助及監督醫療服務提供者確保、甚至提昇其醫療品質。因此，為因應台灣加入世界衛生組織的需求、確保民眾獲得足夠的就醫相關資訊以自由選擇最適當的就醫場所、監督及促進醫療服務提供者的醫療品質，品質報告卡的發展及推行實是當前我國品質管理政策的首要重點工作之一。此外，台灣民健康保險已全面實施總額支付制度，且即將全面性對住院病患採用診斷關係群（Diagnosis Related Groups, DRGs）制度，如何確保醫療服務提供者的醫療品質更是刻不容緩的工作。再加上醫療資訊不對等的情形一直存在於台灣健康照護體系中，造成民眾的權利受損。因此發展台灣地區醫院品質報告卡卻確有其需要性及迫切性行。

本研究的主要目的下列四項：

(一)瞭解國內外有關醫院品質報告卡之相關研究。

(二)探討住院病人使用醫院品質報告卡的意願，並探討何種特質的住院病人較有意願使用醫院品質報告卡。

(三)探討住院病人認為適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容。

(四)探討住院病人較信任主導推行醫院品質報告卡的機構。



## 第二章 文獻探討

### 第一節 品質報告卡之定義及採用的理由

最早提出品質報告卡(report card)定義的學者為美國的 Epstein, 他於 1995 年定義品質報告卡為“向民眾公開的醫療品質標準化報告”(Epstein, 1995)。其次於 1998 年, Slovensky 等人又定義品質報告卡為“某一段期間內醫療機構或健康照護計畫的品質表現摘要, 此期間通常為一年”(Slovensky, Fottler & Houser, 1998), 同年, 美國國家品質保證委員會(National Committee for Quality Assurance, NCQA)也定義品質報告卡為“能比較表現出不同健康照護計畫之間的報告”(NCQA, 2002, Oct 10)。此外, 於 1999 年, Bodenheimer 也描述品質報告卡為“能呈現出於同一醫療市場中, 相互競爭之醫療服務提供者所提供醫療品質優劣之公開報告”(Bodenheimer, 1999)。綜合以上定義, 簡單地說, 品質報告卡就是能表現醫療機構醫療品質的公開報告。

歐美國家採用品質報告卡的理由, 主要有以下五項:(1)獲得醫療機構的品質表現資訊是民眾的基本權益;(2)比較醫療機構間的品質表現, 可被視為評估醫療機構品質的工具之一;(3)藉由公佈醫療品質可提高醫療機構間的競爭性, 進而促進醫療機構提高其醫療品質;(4)藉由公佈醫療品質, 可督促醫療機構維持至少一定水準以上的醫療品質及(5)藉由公佈醫療品質, 可幫助醫療機構確認必須改善的領域(Royal Women's Hospital, 2000)。

## 第二節 醫院品質報告卡之發展

醫院品質報告卡之使用最早可追溯至 1860 年代，南丁格爾(Florence Nightingale)首先將倫敦教學醫院住院病人的死亡率公佈給民眾(Marshall, 2001)。南丁格爾之後，品質報告卡的使用沉寂了相當長的一段時間，一直到 1980 年代管理式醫療在美國興起，醫療保險購買者及被保險人開始關注醫療機構之費用及所提供之服務品質後，品質報告卡才逐漸在健康照護體系中佔有一席之地。

於 1986 年，美國健康財務署(Health Care Financing Administration, HCFA)公佈了近代第一份的醫院品質報告卡(Schauffler & Mordavsky, 2001)，它將個別醫院住院病人死亡率的標準化資料公佈給民眾，讓民眾做為選擇醫院的依據。同時，美國賓州政府也在州長的要求之下，成立了賓州健康照護成本控制委員會(The Pennsylvania Health Care Cost Containment Council, PHC4)開始籌劃醫院品質報告卡，於 1989 年公佈了賓州第一份醫院品質報告卡(PHC4, 2002, Oct 10)。紐約州也於 1989 年開始發展醫院品質報告卡，但不同於前述之報告卡，其主要是公佈心臟手術病人之死亡率，這是第一份針對個別科別的醫院品質報告卡(Romano, Rainwater & Antonius, 1999)。除了政府機關之外，民間單位也開始自主性的發展醫院品質報告卡，克里夫蘭健康品質選擇計畫(The Cleveland Health Quality Choice Program)於 1989 年成立，它是一個結合了醫師、醫院及雇主的組織，於 1993 年公佈其第一份醫院品質報告卡

(Jaklevic, 1999)。而另一方面，從 1990 年開始，美國新聞及世界報導(US News and World Report)也對全美大多數的醫院進行年度排名，它是依 17 個不同專科類別來進行排名，例如在 2002 年時，美國新聞及世界報導從全美 6116 家醫院中篩選排名前 168 家醫院(Usnews.com, 2002, Oct, 10)。

除了美國之外，英國及加拿大也開始陸續的發展、公佈醫院品質報告卡。英國從 1994 年開始，政府為了使國民保健服務下的醫療服務更獲得民眾的信賴，著手開始發展類似醫院品質報告卡的聯盟表(league tables)，於 1999 年時第一次將聯盟表公佈給民眾(Anderson, 1999)，聯盟表上的資料可以幫助民眾選擇合適的醫療院所就醫。然而因為聯盟表上計算資料所用的統計方法不夠嚴謹，在推行上遭受到許多來自醫療服務提供者的阻力(Royal Women's Hospital, 2000)。在加拿大，第一個醫院品質報告卡在 1998 年由安大略醫院協會(Ontario Hospital Association)發行，比較兩家醫院的績效(Royal Women's Hospital, 2000)，之後由加拿大醫療資訊機構(Canadian Institute for Health Information)創設全國性的醫院品質報告卡，比較全國醫院醫療照護的績效(Tu et al., 2001)。由上可知，透過醫院品質報告卡提供消費者相關的醫療資訊，藉以幫助消費者選擇適當的醫療服務提供者已成為必然的發展趨勢。

### 第三節 醫院品質報告卡的種類

在美國，為了回應雇主及消費者的需求，有各種不同的組織發行品質報告卡，例如管理式照護計畫(managed care plans)、醫院、雇主採購群體(employer purchasing groups)、聯邦和州機構(federal and state agencies)、非營利性評鑑組織(non-profit accreditation organizations)、營利性健康照護資訊公司(for-profit health care information companies)等(Fogg, 1998; Anonymous, 2002)。此外，Slovensky, Fottler, and Houser(1998)亦將現存的品質報告卡依其發行組織分為五類，包括(1)州政府強制命令公佈的品質報告卡(mandated programs administered by state agencies)；(2)健康保險計畫所發展的品質報告卡(reports developed by health plans)；(3)健康保險購買者聯合組織所發展的品質報告卡(reports requested by purchaser coalitions)；(4)非營利性組織所發展的品質報告卡(reports developed by non-profit organizations)及(5)醫療服務提供者聯盟或單一醫療服務提供者主動發展的品質報告卡(reports from voluntary alliances or single providers)。由上可知，其評估對象包括健康保險計畫、健康照護機構(以醫院為主)及個別醫師三類。有鑑於台灣目前的健康保險制度為單一保險人，民眾沒有選擇健康照護計畫的自由，又以醫師為評估對象時會涉及醫師個人隱私權保護的課題，且美國亦先發展醫院的品質報告卡，然後再發展以醫師為評估對象的醫師檔案(Physician Profiling)，因此，研究者認為目前較適合台灣使用的為以醫院為評估對象的品質報告卡。因此，本研究以探討醫院醫療

品質報告卡為主。

參考以上品質報告卡的分類方式，本研究將歐美各國現存的醫院醫療品質報告卡概分為以下四類：1.州政府強制命令公佈的醫院醫療品質報告卡(mandated hospital report cards initiated by state agencies)；2.非營利性組織發行的醫院醫療品質報告卡(Collaborative efforts of non-profit organizations)；3.自願性發行的醫院醫療品質報告卡(Voluntary hospital initiatives)及 4.營利性健康照護資訊公司發行的醫院醫療品質報告卡(Website Initiatives)，分別說明如下：

#### (一) 州政府強制命令公佈的醫院醫療品質報告卡

在 1986 年，美國健康財務署(Health Care Financing Administration, HCFA；現更名為 Center for Medicare & Medicaid Services, CMS)公佈個別醫院住院病人死亡率的標準化資料公佈給民眾後，美國某些州政府已經開始強制命令州內的醫院必須每年公佈醫療品質的評鑑結果，例如，1991 年加州醫院成果計畫(California Hospital Outcomes Project, CHOP)公佈醫院急性心肌梗塞死亡率及手術後併發症率等醫療品質資訊，就是因應州衛生規劃暨發展部(Office of Statewide Health Planning and Development)規定急性醫院必須報告風險校正後病人成果的結果(Romano, Rainwater, & Antonius, 1999)。其次，依美國賓系法尼亞州法令第 89 條成立之州獨立機構賓州健康照護成本控制委員會(PHC4)於 1989 年至 1994 年發行的醫院績效報告(Hospital Performance

Report)佈醫院風險校正後冠狀動脈繞道手術病人的死亡率之比較資訊給消費者參考(PhC4, 2002, August 10)。同樣的，紐約州衛生部門(Department of Health)自 1990 年起亦發行心臟外科報告系統(Cardiac Surgery Reporting System)公佈心臟動脈繞道移植手術(cardiac artery bypass graft surgery)病人的死亡率。密蘇里州衛生部門(The Missouri Department of Health)將全州分為五個地區發行產科服務品質報告卡(Harris, 1994)。此外，佛羅里達州亦公佈一般外科、腸胃科、神經科、神經外科及肺病病人的死亡率給消費者參考(Gormley, 1998)。

## (二) 非營利性組織發行的醫院醫療品質報告卡

為了回應衛生專業人員及消費者需要更多客觀的醫療品質資訊之需求，許多組織也開始發行醫院醫療品質報告卡，例如，第一個由民間單位自願性創設的克里夫蘭健康品質選擇計畫(The Cleveland Health Quality Choice Program)於 1993 年發行 31 家醫院的醫療品質報告卡(Jaklevic, 1999)。這個品質報告卡被視為全國性醫院品質報告卡模式，然而由於十個克里夫蘭臨床健康系統醫院中的九個停止陳送產生醫院品質報告卡必須的資料而於 1999 年結束(Gemignani, 1999)。另外一個著名的醫院品質報告卡係由美國新聞及世界報導(US News and World Report)自 1990 年開始所發行的美國最好的醫院(Americas' Best Hospitals)(US News and World Report, 2002, November 7)。其以十七個專科領域(speciality areas)、聲譽(reputation)、死亡率(mortality rates)及結構因素(如護理人員病床比、出院計畫等)為評估基準對全美大多數的

醫院進行年度排名，此評估基準係由國家意見研究中心(National Opinion Research Center, NORC)所發展，例如在 2002 年時，美國新聞及世界報導從全美 6,116 家醫院中篩選排名前 168 家醫院(US News and World Report, 2002, November 7)。

另外一個值得注意的醫院品質報告卡是由 HCIA, Inc. and William M. Mercer, Inc 兩個法人組織所發行的前 100 大醫院—成功的標竿(100 Top hospitals: Benchmarks for Success)(Chen, Radford, Wang, Marciniak, & Krumholz, 1999)，其從 3,500 家急性醫院依其財務管理(financial management)、手術(operation)及臨床業務(clinical practices)三個領域的表現篩選出前 100 家醫院，這個品質報告卡發行的目的係在找出整體績效表現良好的醫院做為健康照護產業學習的標竿(HCIA, Inc. & William M. Mercer, Inc. 2003, October 24)。除了以上所述的之外，還有一個由加拿大醫療資訊機構(Canadian Institute for Health Information, CIHI)發行名為 Hospital Report 的醫院品質報告卡，其致力於發行安大略醫院一系列的績效報告(CIHI, 2002, November 7)。在 2001 年，有 185 家醫院(佔安大略所有醫院的 96%)自願參加此品質績效評比系統。

### (三) 自願性發行的醫院醫療品質報告卡

相對於其他種類的醫院品質報告卡，由個別醫院自願性發行的醫院品質

報告卡就比較少，其中較具聲望的為由阿拉巴馬州(Alabama)St. Vincent's Hospital 發行的醫院品質報告卡，其於 1997 年開始發行，其內容包括醫師資歷專長、病人滿意度、服務項目與是否向他人推薦等與全國醫院平均值的比較資訊。此外，在愛荷華州(Iowa)的 Mercy Hospital Medical Center 及在多倫多港市(Toronto)的 West Park Hospital 發行的醫院品質報告卡也相當引人注意。

#### (四) 營利性健康照護資訊公司發行的醫院醫療品質報告卡

營利性健康照護資訊公司發行的醫院醫療品質報告卡最著名為

HealthGrades.com，其使用美國 18 個州老人醫療保險的檔案與付費者資料對從事心臟外科、心臟科、整型外科、神經科、肺/呼吸疾病(pulmonary / respiratory)、血管外科及產科等主要醫療專科的醫院進行醫療品質的評比，並將評比結果放在網站上，提供消費者比較和選擇醫院所需的醫療品質資訊

(HealthGrades, 2002, Oct 17)。此外，Healthcare ReportCards.com and Healthnet.com 也是提供健康照護者品質資訊給消費者的著名網站。



#### 第四節 醫院品質報告卡的指標項目

歐美現有的醫院品質報告卡依製作發行單位的不同而有不同的內容格式，而其所用來測量醫院整體表現的指標也有所不同。依文獻查證結果，可將醫院品質報告卡所用的指標分成臨床指標及績效指標兩大類。其中有關臨床指標，最常見的為風險較正後之住院死亡率、手術後 30 天內死亡率、新生兒死亡率、心肌梗塞死亡率、加護病房死亡率、出院後 28 天內再入院率、住院期間與出院後六個月內死亡率、院內感染率、平均住院日、手術後感染率、手術後主要併發症率、剖腹產率及褥瘡發生率等。而在績效指標方面，最常見的為病患滿意度、醫院評鑑成果、醫療糾紛記錄、誤診記錄、平均住院費用、醫院財務評估、平均門診候診時間、門診時刻表及病患意外事件發生率等(Slovensky& Fottler, 1998; Harris, 1994; Anderson, 1999; Fogg, 1998; Romano et al., 1995; Hass, 2001) (表 2-1)。

表 2-1 醫院品質報告卡內容

品質構面	品質報告卡內容	資料整理來源
結構面	門診時刻表	Slovensky et al(1998)
	醫院交通資訊	Slovensky et al(1998)
	收費水準	Slovensky et al(1998)
	疾病關聯群組別平均費用(以 DRG 碼分類)	PHC4(2001)
	醫院財務評估	MBGH(2001)、CIHI(2001)、PHC4(2001)
	員工離職率	Fogg(1998)
	新生兒加護病房	HealthGrades(2001)
過程面	平均門診候診時間	Naval hospital Okinawa report card
	手術後感染率	HealthGrades(2001)
	併發症發生率	HealthGrades(2001)
	院內感染率	Fogg(1998)
	褥瘡發生率	Fogg(1998)
結果面	平均住院日	MBGH(2001)、MHCC(2001)、PHC4(2001)
	住院期間死亡率	HealthGrades(2001)、MBGH(2001)
	住院期間與出院後一個月內死亡率	HealthGrades(2001)
	住院期間與出院後六個月內死亡率	HealthGrades(2001)
	疾病關聯群組別死亡率(以 DRG 碼分類)	PHC4(2001)
	心肌梗塞死亡率	Romano(1999)
	加護病房死亡率	Romano(1999)
	肺炎死亡率	Romano(1999)

表 2-1 醫院品質報告卡內容(續)

結果面	藥物錯誤率	Fogg(1998)
	病患滿意度包括全部醫院品質、醫師看診與對談態度、受尊重程度)	Hibbard(1997)、Fogg(1998)、 Health Net(2001)
	病患意外事件發生率	Fogg(1998)
	持續進步	CIHI(2001)
	醫院評鑑成果	MBGH(2001)
	醫療糾紛記錄	Hibbard(1997)
	誤診記錄	Hibbard(1997)
	再入院率	MHCC(2001)

註：a. PHC4: Pennsylvania Health Care Cost Containment Council

b.CIHI: Canadian Institute for Health Information

c.MBGH: Memphis Business Group on Health

d. MHCC: The Maryland Health Care Commission

## 第五節 品質報告卡公佈資訊的種類

Royal Women's Hospital (2000)將品質報告卡公佈的資訊歸納出五種類別，包括競爭(competition)比較性資訊、責任性(accountability)公佈資訊、品質與安全資訊(quality and safety)、消費者賦能資訊(consumer empowerment)、健康照護體系與健康狀態資訊(health system and health status)五類，有部分是彼此重疊的，分述如下：

(一) 競爭比較性資訊：其理論基礎為公佈健康保險計畫或健康照護機構的比較資訊，可以促其提升服務品質提升與降低成本。假設健康保險購買者會做理性的選擇，提供較佳結果的健康保險計畫或健康照護機構會有較高的市場佔有率。例如，保險與健康照護給付的範圍(insurance and health care cover costs)、可得到的利益(benefits available)。

(二) 責任性公佈資訊：其理論基礎為公佈健康保險計畫或健康照護機構的責任資訊，可以經由比較，運用外部的壓力促其提升品質水準，保證其品質至少符合產業與專業的最低標準，維護病人權益。例如，評鑑等級(accreditation status)、臨床指標(clinical indicators)、執照(licensing)、負面事件報告(reporting on adverse events)、申訴機制與補償制度(complaints mechanisms and redress systems)等。

(三) 品質與安全資訊：其理論基礎為公佈健康保險計畫或健康照護機構之品質與安全的比較資訊，可以提供健康保險計畫或健康照護機構有用的回饋及確認改善的機會。例如，死亡率、院內感染率、持續品質改善的成就(the achievements of continuous quality improvement)與標竿學習計畫(benchmarking programs)等。

(四) 消費者賦能資訊：其理論基礎為公佈消費者賦能資訊，讓消費者參與

健康照護過程與決策，監督與評估健康服務，促使醫療提供者更重視消費者的回應，因此，改善照護品質與結果。例如，品質報告卡 (report cards)、醫院品質檔案(hospital quality profiles)、選擇醫療提供者應該問那些問題、如何詮釋品質資訊的指南等。

(五) 健康照護體系與健康狀態資訊：其理論基礎為公佈一個地區或國家整體的健康照護體系與健康狀態之比較資訊，可以做為衛生政策討論與發展的基礎。例如，健康狀況統計，如不同地區的嬰兒死亡率及免疫率。

## 第六節 消費者認為品質報告卡上所需要的品質指標

在有關消費者認為品質報告卡上所需要的品質指標研究方面，一份研究報告指出 54% 的受訪者認為醫院執行不同手術的成功率是對消費者最重要的資訊(Anonymous, 1994)；又在 Hibbard 的調查中，將品質指標分成期望發生指標(desirable events)與不期望發生指標(undesirable events)兩種，她發現一般消費者較容易將期望發生指標，例如乳房篩檢、疫苗注射、子宮頸檢查等列為重要指標，而在不期望發生指標中，消費者覺得只有院內感染率是重要指標(Hibbard, 1998)；而在 Hibbard 與 Jewett 的另一個研究中，發現除了期望發生指標與院內感染率之外，病人對醫院的評價及滿意度也是消費者認為的重要品質指標(Hibbard & Jewett, 1996)；而在 Schwartz 所進行的研究中也發現，有 13% 的受訪者認為病人滿意度為品質報告卡上之重要指標(Schwartz, 1994)。

在 Hibbard 與 Jewett 的研究中提及雖然消費者將期望發生指標列為重要指標，但在選擇醫療服務提供者時，消費者反而會注意不期望發生指標，尤其是醫院意外事故的發生率、醫療失誤(medical errors)及醫療傷害(medical injuries)等事件(Hibbard & Jewett, 1996)。MacStravic 也提出消費者較有興趣知道為失敗(failure)率，包括死亡率及併發症率等(MacStravic, 1999)。

茲將醫院醫療品報告卡的種類及品質指標整理如表 2-2

表 2-2 品質報告卡的種類及指標項目

發行組織類別	評估對象	發行組織名稱	報告卡名稱	開始發行時間	品質指標項目
州政府	醫院及個別 外科醫師	Pennsylvania Health Care Cost Containment Council	Hospital Performance Report	1989	1. 風險校正後的死亡率 2. 風險校正後的平均住院日 3. 風險校正後的再住院
州政府	醫院及個別 外科醫師	New York State government	New York State Cardiac Surgery Reporting System	1990	冠狀動脈繞道手術院內死亡率
州政府	醫院	California Office of Statewide Health Planning and Development	California Hospitals Outcome Project	1991	1. 急性心肌梗塞住院 30 天內死亡率 2. 手術後併發症發生率 3. 手術後平均住院日 4. 生產後 6 週內再住院率
州政府	醫院	Missouri State government	Missouri Obstetrics	1994	1. 產科服務的可利用性 2. 病人滿意度 3. 收費的適當性 4. 剖腹產率 5. 高風險嬰兒轉診 6. 超音波檢查率 7. 剖腹產後的陰道生產(自然生產) 8. 低體重嬰兒出生率 9. 新生兒死亡

表 2-2 品質報告卡的種類及指標項目 (續 1)

發行組織類別	評估對象	發行組織名稱	報告卡名稱	開始發行時間	品質指標項目
政府	醫院	Department of Health	League tables	1999	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 手術後 30 天內死亡率</li> <li>2. 六十五歲(含)以上髖關節骨折急診住院 30 天內死亡率</li> <li>3. 五十歲(含)以上心臟病發作急診住院 30 天內死亡率</li> <li>4. 出院 28 天內急診再住院率</li> <li>5. 出院後 56 天內因心臟病發作急診再住院率</li> <li>6. 出院後 56 天內因髖關節骨折急診再住院率</li> </ol>
非營利組織	醫院	Cleveland Health Quality Choice Coalition	Cleveland Health Quality Choice Program	1993	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病人滿意度</li> <li>2. ICU 的平均住院日及死亡率</li> <li>3. 選擇性的內科及外科疾病之平均住院日及死亡率</li> <li>4. 剖腹產率</li> </ol>
非營利組織	醫院	US News and World Report	Americas' Best Hospitals	1990	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 17 個專科領域</li> <li>2. 聲譽</li> <li>3. 死亡率</li> <li>4. 結構因素</li> </ol>
非營利組織	醫院	HCIA Inc. & William M. Mercer Inc.	100 Top Hospitals	1995	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 財務管理</li> <li>2. 手術</li> <li>3. 臨床業務</li> </ol>



表 2-2 品質報告卡的種類及指標項目 (續 2)

發行組織類別	評估對象	發行組織名稱	報告卡名稱	開始發行時間	品質指標項目
非營利組織	醫院	Ontario Hospital Association Report Card	Ontario Hospital Association Report Card	1998	1. 病人滿意度 2. 財務績效 3. 臨床成果 4. 組織整合與發展
非營利組織	健康保險計畫	National Committee for Quality Assurance	Health Employer Data and Information Set	1993	1. 子宮頸癌和乳癌的篩檢 2. 出生以前(胎兒期)前三個月的照護 3. 體重不足嬰兒出生率 4. 精神疾病住院後的追蹤 5. 兒童和青春期的免疫狀況 6. 糖尿病人的眼睛檢查 7. 勸導戒煙 8. 心肌梗塞後β-blocker 處置 9. 產後檢查 10. 兒童耳朵感染的處置 11. 老人流行性感感冒疫苗的注射 12. 年長者的健康狀況
自願性發行	醫院	St. Vincent's Hospital	Hospital report card	1997	1. 醫師資歷專長 2. 病人滿意度 3. 服務項目 4. 是否向他人推薦
營利性組織	醫院	HealthGrades.com	HealthGrades.com	1998	1. 病人滿意度 2. 可近性 3. 服務範圍 4. 評鑑結果 5. 生活品質

## 第七節 醫院醫療品質報告卡的呈現方式

醫院醫療品質報告卡的呈現方式應以使用者為導向，為讓使用者能容易瞭解其意義與內涵，應儘量以圖形或表格的形式呈現(Slovensky et al, 1998)。此外，為避免這些品質資訊被民眾誤解與誤導民眾，所以醫院醫療品質報告卡除了呈現各醫院的醫療品質資訊外，亦應對各項醫療品質資訊給予詳細的詮釋，以促使民眾能正確使用醫院醫療品質報告卡。對於容易誤導民眾的醫療品質資訊，品質報告卡則可能不公佈此類資訊，例如，美國健康財務署(Health Care Financing Administration, HCFA；現更名為 Center for Medicare and Medicaid Services, CMS)取消公佈風險校正後死亡率(risk-adjust mortality)就是一個很好的例子。

醫院品質報告卡公佈品質資訊資料的型式大致可概分為二類，包括原始資料型式及比較型式。前者是將品質資訊的原始資料直接公佈或是將資料分成數個等級後公佈，例如，美國健康照護機構聯合評鑑委員會的個別的健康照護機構績效報告(organization-specific performance reports)公佈之各醫院的評鑑總分；後者是將個別醫院實際的醫療品質資料與全部樣本醫院的平均值(即個別醫院的預期值)比較，如此易於判別此項資料與全部樣本醫院平均表現的相對情形。例如，健康照護評比醫院醫療品質報告卡(HealthGrades hospital report card)將各醫院各項醫療品質指標(產科醫療品質指標除外)的實際分數

或數值與預期值(全部樣本醫院的平均值)比較，將醫院的表現分為三個等級最好(best)給予 5 顆星、普通(average) 給予 3 顆星、較差(poor) 給予 1 顆星，所謂最好係指實際分數或數值比預期值好，且差異達到統計上的顯著意義，普通係指實際分數或數值與預期值的差異沒有統計上的顯著意義，較差係指實際分數或數值比預期值差，且差異達到統計上的顯著意義，一般而言，約有 70-80%的醫院會得到 3 顆星，10-15%的醫院會得到 5 顆星，10-15%的醫院會得到 1 顆星。在產科醫療品質的評比排序方面，表現前 30%的醫院給予 5 顆星(最好)、中間 40%的醫院給予 3 顆星(普通)，而最後 30%的醫院則給予 1 顆星(較差)，公佈時只公佈醫院屬於最優良、普通或較差這三個等級(HealthGrades, 2002)中的那一等級。美國健康照護機構聯合評鑑委員會的醫院績效報告亦將各評鑑細項的分數分成五個等級公佈，如此易於判別個別醫院在此項品質資訊的表現與全部樣本醫院的相對情形。

其次，加拿大醫療資訊機構(Canadian Institute for Health Information, CIHI)公佈 2002 年安大略省急性醫院的醫院報告(hospital report)將各評估指標的分數分為五個等級公佈，如分數越大代表品質越好，分數如介於全部樣本醫院平均值加減一個標準差間則給予 3 顆星(代表普通)，分數如在介於平均值加 1 標準差至平均值加 1.645 個標準差間則給予 4 顆星(代表稍微好)，分數如大於平均值加 1.645 個標準差則給予 5 顆星(代表最好)。

## 第八節 消費者對使用品質報告卡的態度及使用情形

品質報告卡發行的目的是希望能提供消費者選擇醫療服務提供者的參考資訊，同時促進醫療服務提供者改善其醫療品質，因此，藉由探討消費者對使用品質報告卡的態度及使用情形，即可衡量品質報告卡的推行是否能夠成功及其推行成效。根據 1996 年衛生照護政策及研究機構(Agency for Health Care and Research)所進行的調查，有 80%的受訪者覺得品質報告卡能幫助他們選擇適合的醫療服務提供者(Hochhauser, 1998);又由 Harris 所執行的問卷調查，結果顯示有 70%的受訪者認為品質報告卡對他們選擇醫療服務提供者是有助益的(Harris, 1994);此外 MacStravic 於 1999 年的報告中指出，在品質報告卡(Health Care Report Cards)網站剛成立的最初幾個月中，已有三百八十萬人上網使用資料(MacStravic, 1999)。

然而在另一方面卻有研究報告顯示不同的研究結果，例如一份賓州的調查報告顯示：只有 1%的受訪者覺得品質報告卡會影響他們選擇手術的醫院(Epstein, 1998);另一個針對紐約州進行心臟繞道手術病人所進行的研究，發現只有 2%的受訪者認為醫院品質報告卡會影響他們對醫院的選擇(Schneider & Epstein, 1998);Marshall 等人查證目前有關公佈醫療品質資訊的相關文獻，結論中指出品質報告卡對消費者只有很小的影響力(Marshall et al., 2000)。綜合以上探討消費者對使用品質報告卡態度的相關文獻，可知品質報告卡對消費者的就醫選擇的影響還未有定論。

## 第九節 消費者希望主導品質報告卡發行之機構

如前所述，目前美國品質報告卡的發行機構包括了政府、健康照護計畫、醫療保險購買者、非營利性機構及醫療服務提供者五類，而發行機構會影響消費者對品質報告卡的信賴度及接受程度。傳統上許多美國民眾都存著反聯邦政府及贊成小政府主義的心態，因此，不願意聯邦政府太介入他們的日常生活，這也是美國到目前為止還沒有實施全民健康保險的主因之一。同樣的，在品質報告卡的發行機構方面，根據 Gibbs (Gibbs, Sangl & Burrus, 1996) 等人的研究及 Issacs (Isaacs, 1996) 的研究結論都顯示，消費者最反對及不信任由聯邦政府來主導品質報告卡的發行，而最信任由州政府或由如消費者團體的非營利性機構來主導品質報告卡的發行。

## 第十節 消費者不願使用品質報告卡之原因

雖然美國政府、許多非營利性機構及醫療服務提供者都不遺餘力的在推動使用品質報告卡，但實際上消費者對品質報告卡的使用與這些機構的期待仍有一大段的差距。而造成消費者不願使用品質報告卡之原因可分為以下八種：

(一)品質報告卡中所提供的資訊並非消費者所需要的：尤其是許多品質報告卡的發展過程中未有消費者參與，以致所發展出的品質指標與消費者的期待及需要有所落差(Royal Women's Hospital, 2001)，使得消費者不願使用品質報告卡。在 Hibbard 與 Jewett (1996)的研究中也指出許多品質報告卡的發展並非針對消費者所設計的，以致消費者無法瞭解品質報告卡中指標的意義與內涵。

(二)在管理式醫療之下，保險公司為控制醫療費用的成長，限制消費者只能選擇與保險公司簽有合約的醫療服務提供者就醫，導致消費者的就醫選擇非常有限，而不需借助品質報告卡來選擇醫療服務提供者。

(三)消費者沒有時間閱讀品質報告卡上的資訊：根據明尼蘇達州的衛生資料部門(Minnesota Health Data Institute)所進行的研究，發現消費者時常覺得品質報告卡上的資料太煩人、冗長或太詳細，且更沒有興趣去瞭解品質報告卡上所使用統計方法或統計數字的意涵(Minnesota Health Data Institute, 1995)。

又根據 Schultz, Thiede, Feldman 及 Christianson(2001)的研究顯示：愈徹底熟讀品質報告卡愈會發現它們對選擇醫療服務提供者的功用。因此，若消費者沒有時間詳細閱讀品質報告卡上的資訊，將會覺得它們的助益有限，而導致消費者完全不願意去使用品質報告卡。

(四)消費者不知道有品質報告卡的存在：Voelker (1999)的研究指出有許多消費者甚至還不知道有品質報告卡的存在；賓州健康照護成本控制委員會(Pennsylvania Health Care Cost Containment Council)也對進行心導管繞道手術的病人做問卷調查，發現大多數病人不知道有品質報告卡的存在；另一篇研究也提出地區的差異會影響消費者對品質報告卡是否存在的認知，有的地區有高達 83%的消費者知道品質報告卡的存在，有的地區卻只有 25%的消費者知道品質報告卡的存在(Anonymous, 1997)。因此，如何讓消費者知道品質報告卡的存在是品質報告卡是否能成功推行的關鍵所在。

(五)消費者不信任品質報告卡上的資訊：根據一篇研究報告顯示，消費者不認可品質報告卡上資訊的可靠性或即時性是消費者不願使用品質報告卡的主要原因之一(Anonymous, 1997)，尤其是對聯邦政府所主導的品質報告卡更是抱著不信任的態度。

(六)消費者習慣從親屬或朋友間得到醫療資訊，而不習慣使用來自品質報告卡上的資訊。

(七)品質報告卡缺乏標準化的製定標準：品質報告卡的發展過程中，最為

人們所詬病的即是缺乏風險因素的校正，即是疾病嚴重度的校正。若品質報告卡上的資訊未經過風險因素校正，因為醫院間的立足點不平等，有的醫院特別是教學醫院和公立醫院容易收到疾病較嚴重的病人，使得品質報告卡上所呈現出的表現較差，而造成品質報告卡無法真正評量醫院表現之好壞。美國健康財務署於1993年停止公佈醫院品質報告卡的主因即為缺乏風險因素的校正，而令消費者無法客觀有效的比較醫院之間的表現。一份好的品質報告卡必須有風險因素的校正，Kenkel (1995)甚至提出除了校正病人的性別、年齡及合併症之外，也需校正病人的收入、職業及地理上的因素才算完整。Iezzoni (1997)也提出品質報告卡需要校正主診斷及合併症的嚴重度、生理穩定性、心理及文化因素和社經特質等。

除了缺乏風險因素校正之外，品質報告卡為人們所詬病的還包括缺乏標準的衡量方法及使用不同的統計程式(Schneider & Lieberman, 2001)。例如，在一份品質報告卡中病人對 Brown 和 Toland 聯合執業診所的滿意度評分給予最高分，但在另一份品質報告卡中卻只得到中等分數(Wynn, 1999)。不同品質報告卡使用不同的資料收集或統計方法，而產生不同的評比結果，亦造成了消費者對使用品質報告卡上資訊的困擾及不信任感。

(八)消費者有困難理解品質報告卡中的資訊：Schaufler and Mordavsky (2001)查證相關的文獻指出消費者有困難理解品質報告卡中的資訊是阻礙消費者使用品質報告卡的主要原因之一，而造成消費者有困難理解品質報告卡



中資訊的原因又可分為消費者閱讀能力不足及無法理解品質指標的意義。在消費者閱讀能力方面，據研究顯示至少要有高中或高中以上的學歷才能完全瞭解品質報告卡中的資訊，因此，要理解品質報告卡中的資訊對低學歷的消費者而言是一大考驗。品質指標的理解對消費者是否使用品質報告卡有相當大的關鍵性，且缺乏對品質指標的正確理解亦會誤導消費者對醫療服務提供者的選擇。根據 Jewett and Hibbard (1996)的研究，消費者認為最不易理解的為不期望發生指標，其中又以小孩氣喘住院率及未足重嬰兒的出生率為甚，而消費者較易理解的為期望發生指標。

以上八項原因為阻礙消費者使用品質報告卡的主因，另外 Wicks 及 Meyer (1999)的研究中提及幫助消費者正確有效使用品質報告卡的關鍵為(1)消費者必須有意願使用品質報告卡；(2)消費者必須能理解品質報告卡中的資訊，以正確分辨醫療服務提供者的優劣；(3)品質報告卡中的品質指標必須是消費者期望的指標；(4)品質報告卡中的品質指標必須能正確評估醫療服務提供者的表現；(5)品質報告卡中的品質指標必須為醫療服務提供者所能改善的項目；(6)醫療服務提供者必須相信消費者會依品質報告卡中的資訊做為選擇醫療服務提供者的依據。

## 第十一節 國內外有關就醫選擇資訊及醫院醫療品質報告卡實證研究

本研究將國內外過去近十年來有關民眾就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的重要實證研究整理如表 2-3，發現國內有關醫療品質指標的實證研究非常有限，只有八篇，可分二類，1.探討消費者對健康及就醫選擇資訊的需求(謝慧欣，1999；楊雅惠，2000；宋欣怡，2001；邱培源，2001)；2.探討醫療提供者公佈其醫療品質的意願、能力、影響其公佈意願與能力的因素、願意公佈的醫療品質項目(勞寬，2002；陳楚杰、林恆慶、勞寬，2002；勞寬、林恆慶、陳楚杰，2002)。

由以上的相關研究結果可知，在消費者方面：有 55% 以上的受訪者表示需要醫療提供者的資訊，希望得到的醫療提供者資訊項目，排名前五項包括各醫師的專長、醫術、醫德、是否願與病患溝通以及各醫療院所之電話、地址與交通路線；年齡越輕、女性、擁有較高的教育程度、平均月收入較高、搜尋醫療提供者相關資訊有困難者等，比較會去參考就醫選擇資訊；政府衛生單位為大多數受訪者所信賴的就醫選擇資訊提供者；小冊子是受訪者普遍認同的提供方式；有 60% 以上的受訪者表示如果平常就醫地點在參考的資訊上評價不佳，一定或可能會更換就醫地點。在醫療提供者方面：有 52% 的樣本醫院願意公佈其品質資訊，有 50%

以上樣本醫院願意公佈的指標包括醫師專長與資歷、各類病床數、貴重醫療儀器設備種類與數量、醫師擁有專科醫師資格比率、醫院推動品質活動的資訊、主治醫師與病床比、平均住院日、醫院評鑑等級、佔床率及病人滿意度等 10 項；最適合主導推行的機構為財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

由以上研究可以發現，囿於目前國內並沒有具公信力的機構提供類似醫院品質報告卡的就醫選擇資訊，因此，國內探討消費者對健康及就醫選擇資訊的需求之研究只能以假設性的問題瞭解如果就醫資訊能提供，民眾對於就醫選擇資訊的參考意願及更改就醫地點的可能性，並分析影響民眾參考意願的因素或假設在各種資訊皆為可得的情況下，瞭解民眾希望得到的醫療提供者資訊項目，且其使用有關醫療品質的資訊項目較抽象，如醫師的醫德、醫術、是否願與病患溝通等，不易衡量與比較。其次，也發現醫療消費者對於就醫選擇資訊的提供所期待，且約有五成的醫療提供者願意公佈其醫療品質指標資訊。

表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究

作者 年代 研究對象	研究設計	研究目的	研究結果
Isaacs(1996) 美國本土 48 州 1081 位 21 歲以上的成人	電訪	調查消費者資訊的需求	<p>1. 有 1/3 的受訪者表示他們需要更多專科醫師方面的資訊、健康保險計畫內醫師的品質資訊及健康保險計畫的給付範圍</p> <p>2. 有 1/4 的受訪者表示他們需要更多自費金額、投保前已罹患疾病的排除規定及如何選擇醫師的資訊</p> <p>3. 多數的受訪者對於他們有知識做一個好的健康照護決策沒有信心</p>
Anell, Rosen, & Hjortsberg (1997) 瑞典四個城市 的 2000 位 18 歲 以上的居民	問卷調查	瞭解他們對自由選擇醫療提供者及參與醫療決策的意願	<p>1. 民眾對醫療提供者選擇的興趣高於參與醫療決策，有 2/3 的受訪者反應希望能自由選擇醫院及醫師</p> <p>2. 只有 1/3 的受訪者完全同意他們有足夠的資訊做醫療決策，多數的受訪者對自己做醫療決策的能力存疑</p> <p>3. 擁有較高的教育程度、年輕者較年老者、女性較男性希望能獲得更多與醫療提供者相關的資訊</p>

表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究 (續 1)

作者 年代 研究對象	研究設計	研究目的	研究結果
Scheider and Epstein (1998) 4 家賓州醫院 673 位已施行 冠狀動脈繞道 手術中的 474 位病人	電話調查	探討已施行冠狀動脈繞道手術病人對消費者指引的認知與使用狀況	<p>1. 有 93 位 (20%) 的受訪病人知道消費者指引。</p> <p>2. 但只有 56 位 (12%) 的受訪病人手術前知道此資訊，其中 18 位知道醫院排名和 7 位知道外科醫師的排名，11 位表示醫院/醫師排名中等或主要的影響他的就醫決策</p> <p>3. 年紀較輕、大學教育程度，手術前有較佳的健康狀況，罹患心臟疾病多於 1 年的病人對消費者指引的認知較佳</p> <p>4. 有 264 位 (56%) 的受訪病人表示如果還需要接受該項手術，他們有興趣參考此資料</p> <p>5. 如果在資料中發覺為他們動手術的醫師，過去病人的術後死亡率高於平均標準，有 273 位 (58%) 的受訪病人表示會更換醫師</p>

表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究 (續 2)

作者年代 研究對象	研究設計	研究目的	研究結果
謝慧欣(1999) 台灣地區二十 歲至七十歲的 民眾 3023 位 台灣北部七家 醫院的住院病 人 691 位	電訪及面訪	調查一般民眾對於醫療供給者資訊需要之現況，另以面訪方式瞭解在各種資訊皆可得的假設情況下，住院病患所重視的健康資訊內涵為何，並經由分析影響病患於健康資訊需要的因素，瞭解具有何種特質者比較需要健康資訊	<p>1. 在受訪的一般民眾中有 59.3% 表示需要與醫療供給者相關的資訊；在受訪的住院病患中，則有 56.3% 表示需要與醫療供給者相關的資訊，有 60.9% 表示需要醫療保健資訊。若有具公信力的機構提供健康資訊電話諮詢服務，半數的住院病患表示在需要時會利用此項服務。而病患希望得到的醫療供給者資訊項目，排名前五項包括各醫師的專長、醫術、醫德、是否願與病患溝通以及各醫療院所之電話、地址與交通路線。此外，有 62.7% 的受訪病患希望訊息能以印行小冊子之方式傳播，而政府衛生單位為大多數受訪病患所信賴的資訊提供者</p> <p>2. 影響「住院病患是否需要醫療保健資訊」之因素，經控制其他變項後發現年較輕者、個人平均月收入愈高者、平常看報紙醫療保健版的頻率愈高者，以及本人為此次選擇就醫地點的決策者，比較需要醫療保健資訊，且其影響達統計上的顯著水準</p> <p>3. 影響「住院病患是否需要醫療供給者相關資訊」之因素，經控制其他變項後，發現年齡較輕者、教育程度愈高者、平常看報紙醫療保健版的頻率愈高者以及本人為此次選擇就醫地點的決策者，比較需要與醫療供給者相關的資訊，其影響達統計上的顯著水準</p>

表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究 (續 3)

作者 年代 研究對象	研究設計	研究目的	研究結果
楊雅惠(2000) 以上網者為研 究對象	網路問卷調查	一方面由供給面對網站進行瀏覽及內容分析,瞭解目前網路上的就醫選擇資訊內容,另一方面由需求面利用網路問卷對上網者進行使用經驗調查,瞭解其實際需求	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.在政府衛生單位、醫院及其他團體三類網站中,以醫院提供的就醫選擇資訊內容最豐富,但仍多以介紹該醫院的基本資訊為主</li> <li>2.在網路上提供的醫療及健康相關資訊中,仍以衛生保健、醫學知識類的資訊最多人知道而且曾使用過,至於就醫選擇資訊則居第二名</li> <li>3.在網路上提供的就醫選擇資訊中,使用最多的前三名分別是門診時間表、醫院科別介紹(服務項目)、醫院電話及掛號方式說明</li> <li>4.若在網路上能提供就醫選擇資訊給民眾,92.5%的受訪者覺得有幫助</li> <li>5.使用網路查詢就醫選擇資訊的影響因素包括年齡較大、有醫藥專業背景、上網資歷較長、每天上網時間較長、使用網路搜尋資訊頻率較高、個人及家人經常需要看醫生、就醫前非常需要相關資訊</li> </ol>
謝慧欣、鄭守 夏、丁志音 (2000)	面訪	瞭解住院病人在求醫前搜尋就醫選擇資訊的行為,並瞭解住院病人所需要的資訊內	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.約有43%及52%的病人在住院曾分別打聽醫院或醫師的消息,有56%的受訪者表示需要就醫選擇資訊,最需要的資訊項目,依序為醫師的專長、醫術及醫德等</li> <li>2.需要就醫選擇資訊的受訪病患中,有63%希望資料能以印行小冊子之方</li> </ol>

<p>台灣北部七家醫院的 688 位住院病人</p>	<p>容，以及信賴的資訊提供者</p>	<p>式提供，而政府衛生單位為大多數受訪病患所信賴的資訊提供者</p>
----------------------------	---------------------	-------------------------------------



表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究 (續 4)

作者 年代 研究對象	研究設計	研究目的	研究結果
宋欣怡(2001) 4484 位 20 歲 以上的民眾	電訪	以一般民眾為研究對象進行電訪，以假設性的問題瞭解如果就醫資訊能提供，民眾對於就醫選擇資訊的參考意願及更改就醫地點的可能性，並分析影響民眾參考意願的因素	<p>1. 民眾對就醫選擇資訊的提供有高度興趣，有 72.6% 的民眾認為如果就醫選擇資訊能提供，將有助於選擇醫院及醫師</p> <p>2. 有 69.5% 的民眾表示如果就醫選擇資訊能提供，他們在就醫前會先去參考提供的資料</p> <p>3. 影響「民眾是否會去參考就醫選擇資訊」的相關因素中，經控制其他變項以後，發現年齡越輕、擁有較高的教育程度、家庭平均月收入較高、有比較過附近醫師好壞、搜尋醫療供給者相關資訊有困難、以及認為就醫選擇資訊提供對其選擇醫療提供者有幫助者，比較會去參考就醫選擇資訊，其影響達到統計上的顯著水準</p> <p>4. 如果平常就醫地點在參考的資料上評價不佳，有 71% 的民眾表示一定或可能會更換就醫地點</p> <p>5. 多數民眾(42.3%)最信任由政府衛生單位來提供就醫選擇資訊；而民眾期望就醫選擇資訊的傳播方式當中，小冊子是民眾普遍認同的提供方式</p>

表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究 (續 5)

作者 年代 研究對象	研究 設計	研究目的	研究結果
<p>邱培源(2001) 台北市北投區 某醫學中心之 門診病患</p>	<p>問 卷 調 查</p>	<p>藉由對病患所進行之 研究,瞭解病患之健康 資訊需求與尋求行為</p>	<p>1.在病患選擇就醫之原因方面,以「醫院中之醫師醫術」為第一考量,其次則是因為「距離近」 2.有九成的病患認為健康資訊對自己是重要的 3.在健康資訊方面,除了醫生外,報紙、電視等大眾傳媒仍是健康資訊的主要管道來源 4.受訪者最希望取得有關就醫方面之資訊,其次則為日常生活的保健知識 5.病患希望是由醫院來提供健康資訊的服務 6.多數的受訪者認為資訊提供的最適當形式是藉由小冊子來提供,而電話諮詢與網路服務也是可以提供服務的方式之一 7.半數以上的病患並不知道醫院有提供任何有關健康方面之資訊 8.大多數的受訪者都認為醫院應該主動提供健康方面之資訊,且同意可在醫院中設置一場所甚或圖書館來提供健康資訊之服務。</p>

表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究 (續 6)

作者 年代 研究對象	研究 設計	研究目的	研究結果
勞寬(2002) 504 家地區級 (含)以上醫院	問 卷 調 查	研究影響國內醫院品質報告卡推行之因素，並且架構出可行的醫院品質報告卡	<p>1. 醫院對醫院品質報告卡認為有意願推行者達 52%</p> <p>2. 主要影響醫院整體意願之因素包括提升醫院形象與可能增加醫療糾紛</p> <p>3. 醫院對醫院品質報告卡認為有能力推行者達 71.6%。醫學中心、區域醫院與地區教學醫院認為有能力之比例高於地區非教學醫院</p> <p>4. 主要影響醫院推動能力的醫院特質為是否有專人負責醫療品質活動與教學醫院資格</p> <p>5. 最適合主導推行之機構為財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會</p> <p>6. 依據樣本醫院之意見，歸納出可行之醫院品質報告卡內容為醫院擁有專業醫師資格比率、主治醫師與病床比、醫師專長與資歷、貴重醫療儀器設備種類數量、醫院評鑑等級、各類病床數、病患滿意度、平均住院日與佔床率等九項</p>

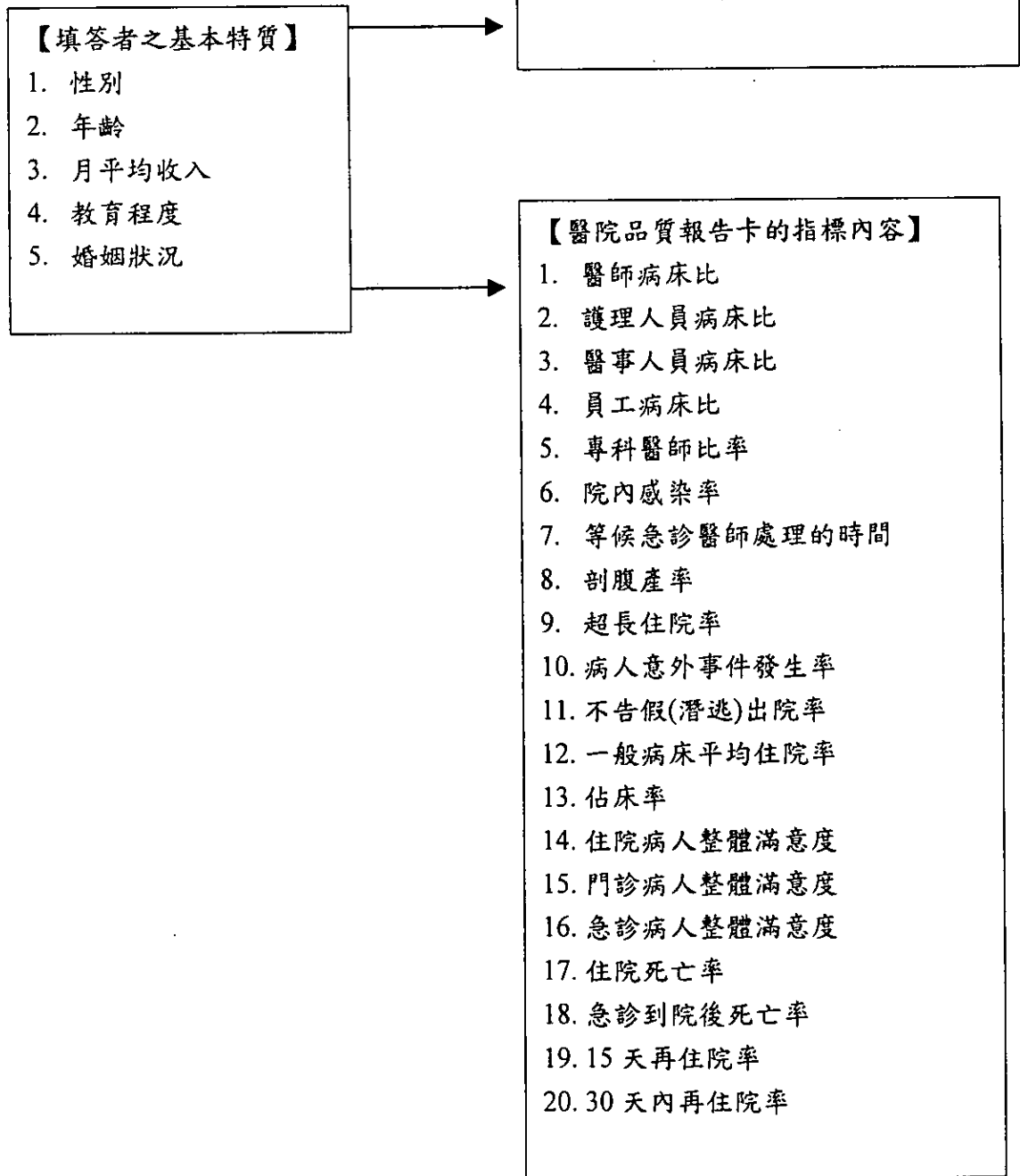
表 2-3 國內外有關就醫選擇資訊及醫院品質報告卡的實證研究 (續 7)

作者 年代 研究對象	研究設計	研究目的	研究結果
陳楚杰、林恆慶、勞寬 (2002) 495 家地區級 (含) 以上醫院	問卷調查	探討台灣地區醫院認為較適當的主導推行醫院品質報告卡之組織及其公佈品質資訊的意願狀況和願意公佈的指標	有 57.7% 的樣本醫院認為由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會主導推行較適當。有 52% 的樣本醫院願意公佈其品質資訊。有 50% 以上樣本醫院願意公佈的指標包括醫師專長與資歷、平均住院日及病人滿意度等 10 項
勞寬、林恆慶、陳楚杰 (2002) 495 家地區級	問卷調查	探討台灣醫院使用品質報告卡之意願與指標公佈能力	有 52% 的醫院有意願使用醫院品質報告卡；另一方面，有 21.3% 的醫院“很沒意願”或“沒意願”使用醫院品質報告卡。經克-瓦二氏單因子等級變異數分析檢定後，發現醫院使用品質報告卡的整體意願不因醫院評鑑等級不同而有所差異。

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究架構

本研究係根據研究目的、三次焦點團體座談及文獻探討發展發展出一概念性研究架構(圖一)。主要的自變項為病人的性別、年齡、教育程度、婚姻狀況及月平均收入，主要的依變項包括民眾使用醫院品質報告卡的意願、民眾認為適合醫院品質報告卡的指標內容及民眾較信任主導推行醫院品質報告卡的機構。



圖一、研究架構

## 第二節 研究假說

假說一：病人的基本特質會影響使用醫院品質報告卡之意願。

假說二：病人的基本特質會影響信任主導推行品質報告卡的機構。

假說三：病人的基本特質會影響醫院品質報告卡之發行方式。

假說四：病人的基本特質會影響所需要的醫院品質報告卡指標內容。

### 第三節 研究對象與研究工具

#### 一、研究對象

本研究先立意選取願意合作的台北縣市三家地區級以上醫院最近三個月內出院的內外科病人為「焦點團體座談會」的對象，每家醫院都選取年滿二十歲目前身體健康且願意出席的內外科出院病人各六名，舉辦三場「焦點團體座談會」，以了解民眾所期待的醫院品質報告卡相關內容。

問卷發展完成後，立意選取願意合作的台北縣市五家地區級以上醫院(三家區域醫院及兩家地區醫院)，於研究期間針對住院中意識清醒、願意接受面訪且年滿 20 歲以上的內外科住院病人進行面訪(九十二年七月及八月期間)，每家醫院面訪人數約 100 位，委託各院的護理部督導負責選取合乎面訪條件的病人，總計為 500 位。為預防由不同訪問員所產生的訪談偏差，本研究只由一位全職訪問員於兩個月的期間對所有樣本病人進行面訪，並於訪問員正式開始進行面訪之前，對訪問員進行訓練，以確定訪問員能清楚正確的表達問卷中每一題題目的內容及意義。

#### 二、研究工具

本研究採用調查研究法 (survey research)，以結構式問卷收集研



研究所需的資料。結構式問卷乃依文獻探討、焦點團體座談會結果及研究目的設計而成。問卷內容包括四部份：

(一) 病人目前使用就醫資訊的情形

此部份計有六題，第一題為病人住家附近的醫院和診所數目；第二題為病人需要看病的時候，是否有固定找某家醫院或診所；第三題為病人對於固定去看病的醫院或診所的滿意度；第四題為病人就醫（看病）前是否會打聽某醫院或診所（醫師）相關的資訊；第五題為病人打聽某醫院或診所（醫師）相關的資訊的難易度；第六題為提供醫院（醫師）的資訊對病人選擇適當的醫院或醫師的幫助程度。

(二) 受訪者健康狀況

包括自覺健康狀況、門診利用次數及有無罹患慢性病等三題。

(三) 受訪者對醫院品質報告卡的認知及態度

包括發行機構、公佈方式、看懂不懂、呈現方式及使用醫院品質報告卡的意願等五題。

(四) 對醫療品質審查指標需要性的看法

本研究依文獻探討的結果篩選出，20項醫療品質審查指標包括(1) 醫師病床比(2) 護理人員病床比(3) 其他醫事人員病床比(4) 員工病床比(5) 專科醫師比率(6) 院內感染率(7) 等候急診醫師處理的時間(8) 剖腹產率(9) 超長住院率(10) 病人意外事件發生

率 (11) 不告假(潛逃)出院率 (12) 一般病床平均住院率 (13) 佔床率 (14) 住院病人整體滿意度 (15) 門診病人整體滿意度 (16) 急診病人整體滿意度 (17) 住院死亡率 (18) 急診到院後死亡率 (19) 15 天再住院率 (20) 30 天內再住院率，以 Likert 五分量表評量，分為非常不需要：1 分、不需要：2 分、普通：3 分、需要：4 分、非常需要：5 分，目的在找出適當的醫療品質審查指標。

#### (五) 受訪者基本資料

受訪者基本資料包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業及月平均收入。

表 3-1 詳列本研究之研究變項操作型定義，表 3-2 詳列本研究所採用的醫療品質指標的定義。

### 三、研究工具信效度檢定

在效度及信度方面，為提升問卷之內容效度(content validity)，擬請醫院經營管理者、醫院專業人員及學者專家各 2 位，以其專業知識評估問卷內容之重要性、適當性與明確性進行問卷效度之評定，以專家意見之 CVI(Content Validity Index)大於 0.8 者為保留題，重要性、適當性及明確性方面如未達 0.8 者，依專家意見修改或與以刪除。問卷之信度則採內部一致性 Cronbach's  $\alpha$  的檢定方式，以某樣本醫院 20

位內外科住院病人為對象進行問卷前測，了解本問卷內容是否為填答者了解，各構面之 Cronbach's  $\alpha$  值介於 0.79~0.92，最後再經由研究者數度討論修訂後正式問卷定稿。再依其意見修改後定稿才正式發出問卷。

表 3-1 研究變項之操作形定義

變項名稱	變項之操作形定義	變項屬性
<u>病人目前使用就醫</u>		
<u>資訊的情形</u>		
病人住家附近的醫 院和診所數目	1=都沒有、2=只有一診所，沒有醫 院、3=有兩家以上診所，沒有醫院、 4=有診所也有醫院。	類別變項
病人需要看病的時 候，是否有固定找 某家醫院或診所	0=沒有、1=有。	類別變項
病人對於固定去看 病的醫院或診所的 滿意度	1=非常不滿意、2=不滿意、3=普通、 4=滿意、5=非常滿意。以 Likert 五分 量表評量之。	類別變項
病人就醫（看病） 前是否會打聽某醫 院或診所（醫師）	1=一定不會、2=不會、3=普通、4= 會、5=一定會。	類別變項
相關的資訊		
病人打聽某醫院或 診所（醫師）相關 的資訊的難易度	1=很容易、2=容易、3=普通、4=困 難、5=很困難。	類別變項
供醫院（醫師）的 資訊對病人選擇適 當的醫院或醫師的 幫助程度。	1=非常沒有幫助、2=沒有幫助、3= 普通、4=有幫助、5=非常有幫助。	類別變項

表 3-1 研究變項之操作形定義 (續 1)

變項名稱	變項之操作形定義	變項屬性
<u>受訪者健康狀況</u>		
自覺健康狀況	1=非常不好、2=不好、3=普通、4=好、5=非常好。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
門診利用次數	1=一次、2=二次、3=三次、4=四次、5=五次以上。	類別變項
有無罹患慢性病	0=沒有、1=有。	類別變項
<u>受訪者對醫院品質報告卡的認知及態度</u>		
發行機構	1=衛生署、2=中央健康保險局、3=醫院本身、4=財團法人醫院評鑑暨醫療品質基金會、5=民間公益團體、6=其他。	類別變項
公佈方式	是否同意以”星號”多寡來表示該項資訊之好壞。	類別變項
看懂不懂	以”星號”多寡來表示該項資訊之好壞，是否看得懂，1=非常不懂、2=不懂、3=普通、4=懂、5=非常懂。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
呈現方式	1=印成小手冊、2=上網際網路查詢、3=電話查詢、4=報紙、5=雜誌、6=錄影帶、7=其他。	類別變項

表 3-1 研究變項之操作形定義 (續 2)

變項名稱	變項之操作形定義	變項屬性
使用醫院品質報告卡的意願	若有醫院品質報告卡之資訊，是否會參考，1=一定不會、2=大概不會、3=可能會、4=一定會	類別變項
<u>對醫院品質報告卡資訊需要性的看法</u>		
醫師病床比	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要、5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
護理人員病床比	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要、5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
其他醫事人員病床比	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要、5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
員工病床比	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要、5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
專科醫師比率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要、5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
院內感染率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要、5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
等候急診醫師處理的時間	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要、5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項

表 3-1 研究變項之操作形定義 (續 3)

變項名稱	變項之操作形定義	變項屬性
剖腹產率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
超長住院率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
病人意外事件 發生率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
不告假(潛逃)出 院率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
一般病床平均 住院率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
估床率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
住院病人整體 滿意度	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
門診病人整體 滿意度	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
急診病人整體 滿意度	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
住院死亡率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
急診到院後死 亡率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項

表 3-1 研究變項之操作形定義 (續 4)

變項名稱	變項之操作形定義	變項屬性
15 天再住院率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
30 天再住院率	1=不需要、2=有點需要、3=普通、4=需要 5=非常需要。以 Likert 五分量表評量之。	序位變項
<u>受訪者基本資料</u>		
性別	0=女、1=男。	類別變項
年齡	受訪者之年齡。	等距變項
教育程度	0=不識字、1=小學、2=國(初)中、3=高中(職)、4=專科、5=大學、6=研究所以上。	序位變項
婚姻狀況	1=未婚、2=已婚、3=離婚、4=喪偶、5=其他。	類別變項
職業	1=無、2=軍公教、3=工、4=商、5=農漁、6=自由業、7=學生、8=家管、9=退休、10=其他。	類別變項
月平均收入	1=無收入、2=20,000 元以下、3=20,001 元至 39,999 元、4=40,000 元至 59,999 元、5=60,000 元以上。	序位變項



表 3-2 本研究所採用的醫療品質指標的定義

指標名稱	指標定義
<b>結構面指標：評估組織是否具備充足資源以提供良好品質的醫療照護</b>	
1 醫師病床比	醫師人數 ÷ 實際使用床數
2 護理人員病床比	護理人員人數 ÷ 實際使用床數
3 醫事人員病床比	醫事人員人數 ÷ 實際使用床數
4 員工病床比	全院員工人數 ÷ 實際使用床數
5 專科醫師比率	專科醫師人數 ÷ 醫院內所有醫師人數
<b>過程面指標：偵測診療行為活動或提供照護的標準</b>	
6 院內感染率	當月院內感染個案數 ÷ 當月出院之住院人日 × 1000%
7 等候急診醫師處理的時間	指急診病人到院後等候醫師處理的時間
8 剖腹產率	全月內該醫院接受剖腹生產(含死產)之產婦人次 ÷ 接生人次 × 100%
9 超長住院率	當月內急性一般病床住院超過 30 天之住院人次 ÷ 當月住院人次 × 100%
10 病人意外事件發生率	當月意外事件人次數 ÷ 當月住院人日 × 100%
11 不告假(潛逃)出院率	當月不告(假)出院病人人次 ÷ 當月總住院人次 × 100%
12 一般病床均住院日	一般病床出院病人之總住院人日 ÷ 一般病床總出院人次
13 佔床率	總住院人日 ÷ 總病床日

表 3-2 本研究所採用的醫療品質指標的定義 (續)

指標名稱	指標定義
結果面指標：測量接受醫療照護後所發生預期性或非預期性的事件發生頻率	
14 住院病人滿意度	整體滿意度填答滿意及非常滿意人數 ÷ 填答總人數
15 門診病人滿意度	整體滿意度填答滿意及非常滿意人數 ÷ 總人數
16 急診病人滿意度	整體滿意度填答滿意及非常滿意人數 ÷ 總人數
17 住院死亡率	當月住院死亡人數 ÷ 當月出院人次 × 100%
18 急診到院後死亡率	全月急診到院後死亡人數 ÷ 當月急診人次 × 100%
19 15 天內再住院率	15 天內因下列原因(與前次住院相關的併發症、疾病復發需再住院者、自動出院病人再住院、產科的病人、新生兒) 再住院人次 ÷ 出院總人次 × 100%
20 30 天內再住院率	30 天內因下列原因(與前次住院相關的併發症、疾病復發需再住院者、自動出院病人再住院、產科的病人、新生兒) 再住院人次 ÷ 出院總人次 × 100%

## 第四節 資料處理與分析

### 一、資料處理

在病人焦點團體座談部分，各場次討論內容以現場記錄及錄音兩種方式蒐集資料，由研究人員聽取錄音帶並參考現場記錄內容，將焦點團體討論內容轉成文字，以 Window2000 WORD 輸入整理。

在訪問調查部分，問卷資料收集後先以受訪者填寫之完整性及清晰性過濾出無效問卷，若為有效問，將問卷中各填答項目以 Microsoft Excel 2000 建檔，並依變項特性進行編碼，再以 SPSS 10.0 進行統計分析。

### 二、統計分析

統計分析分為描述性統計與推論性統計：

(一)對受訪人資料、醫院品質報告卡之品質指標、主導機構、公佈方式及民眾使用醫院品質報告卡意願等皆以次數分配與百分比進行描述統計。

(二)推論性統計部分則採用卡方檢定 ( $X^2$  檢定)、Kruskal-Wallis test 及 Mann-Whitney test 分析變數之間有無關聯性存在，並使用選

輯式迴歸(logistic regression)分析受訪人資料與使用醫院品質報告卡意願的相關性。

## 第四章 研究結果

本研究針對住院病人進行面訪調查，原先預計面訪 500 位住院病人，每家醫院 100 位住院病人，但因一家地區規模較小，合乎面訪條件的住院病人數目不足，只訪問到 90 位住院病人，故在五家醫院中一共面訪了 490 位住院病人。

### 第一節 描述性分析結果

#### 一、受訪者基本資料

##### (一) 性別

在面訪的 490 位住院病人中，女性 229 位(46.7%)，男性 261 位(53.3%)。(詳見表 4-1)。

##### (二) 年齡

在年齡方面，在面訪的 490 位住院病人中，年齡最大 73 歲，最小 20 歲，平均年齡為 61.9 歲，標準差 10.7 歲。

##### (三) 住院科別

此次接收訪問之住院病人住院科別中，347 位為內科系(70.8%)，143 位為外科系(29.2%)。(詳見表 4-1)。

##### (四) 教育程度

在教育程度方面，以大學 166 位(33.9%)最多，其次依序為高中

127 位(25.9%)，專科 122 位(24.9%)，國中 40 位(8.2%)，小學 24 位(4.9%)，不識字 8 位(1.6%)，研究所 3 位(0.6%)，所以在面訪的 490 位住院病人中，約有 60%擁有大專以上的學歷。(詳見表 4-1)。

#### (五) 婚姻狀況

婚姻狀況方面，311 位(63.5%)已婚佔最多數，其次為 146 位(29.8%)未婚，24 位(4.9%)離婚，9 位(1.8%)喪偶。(詳見表 4-1)。

#### (六) 職業

在面訪的住院病人當中，佔最多數為 99 位(20.2%)無職業，82 位(16.7%)從商，77 位(15.7%)已退休，70 位(14.3%)為自由業，38 位(7.8%)位工人，36 位(7.3%)為軍公教人員，26 位(5.3%)為家管，17 位(3.5%)為農漁業，6 位(1.2%)為學生，另有 39 位(8.0%)為其他職業。(詳見表 4-1)。

#### (七) 平均收入

在面訪的住院病人當中，月平均收入有 207 位(42.2%)分佈在 20,001~39,999 元之間佔最多數，其次為 40,000~59,999 元的 150 位(30.6%)，20,000 元以下及 60,000 元以上各有 63 位(12.9%)，另有 7 位(1.4%)沒有收入。(詳見表 4-1)。

## 二、受訪者健康狀況

### (一) 自覺健康狀況

在面訪的住院病人當中，自覺健康狀況普通的有 291 位(59.4%)，認為不好的有 132 位(26.9%)，認為好的有 47 位(9.6%)，而認為自己健康狀況非常不好的有 11 位(2.2%)，認為很好的則有 9 位(1.8%)。(詳見表 4-2)。

## (二) 住院前兩週門診次數

當被問到住院的前兩週所看的門診次數，看過兩次的病人有 237 位(48.4%)佔最多數，其次依序為三次 127 位(25.9%)，一次 94 位(19.2%)，四次 27 位(5.5%)及五次以上的 5 位(1.0%)。(詳見表 4-2)。

## (三) 慢性病之有無

在面訪的住院病人當中，284 位(58.0%)沒有慢性病，206 位(42.0%)有慢性病，而有慢性病的病人當中，罹病的種類繁多，其中以高血壓的 44 位最多，其次為糖尿病的 29 位、心臟病的 10 位，其餘慢性病的個數則皆為個位數，包括甲狀腺機能亢進、乳癌、地中海型貧血等。(詳見表 4-2)。

## 三、病人目前使用就醫資訊的情形

### (一) 住家附近的醫院及診所

在住家附近車程 10 分鐘內可以到達的範圍，210 位(42.9%)受訪者住家附近有一家診所但沒有醫院，163 位(33.3%)有兩家以上診所但沒有醫院，117 位(23.9%)有診所也有醫院。(詳見表 4-3)。

## (二) 看病地點

413 位(84.3%)受訪者需要看病的時候，會到固定的醫院或診所看病，另有 77 位(15.7%)沒有固定看病地點。而會固定醫院或診所看病的受訪者當中，對該家醫院或診所的滿意度以普通的 204 位(41.6%)最多，另有 139 位(28.4%)表示不滿意及 13 位(2.7%)非常不滿意，而表示滿意及非常滿意的分別為 43 位(8.8%)及 14 位(2.9%)。(詳見表 4-3)。

## (三) 就醫相關資訊之取得

當被問到就醫之前是否會先打聽醫院或診所之相關資訊時，有 263 位(53.7%)表示會，另有 23 位(4.7%)更強烈的反應說一定會，不會的則有 39 位(8.0%)，普通有 165 位(33.7%)，總計有約六成的受訪者看病之前會先打聽醫院或診所之相關就醫資訊。(詳見表 4-3)。

## (四) 資訊取得之難易程度

130 位(26.5%)及 28 位(5.7%)受訪者認為資訊之取得是容易及很容易的，89 位(18.2%)及 11 位(2.2%)認為困難及很困難，另有 232 位認為普通(47.3%)，此結果顯示多數受訪者對於就醫相關資訊之取得並不困難。(詳見表 4-3)。

## (五) 資訊取得對選擇醫院或醫師之幫助

受訪者當中，164 位(33.5%)認為醫院或醫師相關資訊的取得對其



選擇醫院有幫助，96位(19.6%)認為非常有幫助，認為沒有幫助的有75位(15.3%)，另有155位(31.6%)認為普通。(詳見表4-3)。

#### 四、受訪者對醫院品質報告卡的認知及態度

##### (一) 醫院品質報告卡發行機構

若要發行醫院品質報告卡，185位受訪者(37.8%)認為由衛生署統籌發行所呈現之數據較具可靠性，139位(28.4%)認為應由醫院本身來提供這類數據，134位(27.3%)認為由中央健康保險局來提供，另外認為應由醫策會或民間公益團體提供的則分別為21位(4.3%)及11位(2.2%)。以上結果顯示受訪者還是比較相信主管機關及醫院本身所提供之數據。(詳見表4-4)。

##### (二) 醫院品質報告卡資訊之取得方式

對於醫院品質報告卡之相關資訊之取得方式，185位(37.8%)受訪者希望能從小手冊上得到，153位(31.2%)希望能藉由電話來查詢，134位(27.3%)希望可以直接上網查詢，9位(1.8%)希望從雜誌上得到，7位(1.4%)希望從報紙上得到，2位(0.4%)希望從錄影帶上得到。由此可知，大多數人都希望能以最直接的方式來取得醫院品質報告卡之相關資訊。(詳見表4-4)。

##### (三) 使用醫院品質報告卡資訊的可能性

若衛生單位能提供醫院品質報告卡資訊，370位(75.5%)受訪者表

示看病之前一定會先參考此類資訊，63位(12.9%)表示可能會，而僅有57位(11.6%)表示大概不會參考這類指標。當被問到如果長去看病的醫院，在醫院品質報告卡上的資訊的評價是不好的，會不會考慮換醫院，318位(64.9%)表示一定會，148位(30.2%)表示可能會，僅24位(4.9%)表示可能不會。由此可知受訪民眾多半還是相信醫院品質報告卡所提供之資訊，並將其視為選擇看病醫院之重要參考指標。(詳見表4-4)。

#### 五、受訪者對醫院品質報告卡 20 種資訊需要性

若今天有一個具公信力的機構或組織欲提供醫院品質報告卡，受訪者對以下 20 項資訊，若填答很需要則給 5 分、需要給 4 分、普通給 3 分、不需要給 2 分、非常不需要給 1 分，經由統計結果得知，受訪者對 20 項資訊需要程度排名依序為：(1)院內感染率(平均值=4.29，標準差=0.77)，(2)住院病人整體滿意度(平均值=4.20，標準差=0.82)，(3)住院死亡率(平均值=4.10，標準差=1.19)，(4)門診病人整體滿意度(平均值=3.65，標準差=0.87)，(5)15 天再住院率(平均值=3.52，標準差=1.19)，(6)急診病人整體滿意度(平均值=3.47，標準差=0.81)，(7)病人意外事件發生率(平均值=3.17，標準差=1.38)，(8)急診到院後死亡率(平均值=3.13，標準差=1.27)，(9)30 天再住院率(平均值=3.12，標準差=1.48)，(10)超長住院率(平均值=2.87，標準差=1.04)，(11)護



理人員病床比(平均值=2.60，標準差=0.81)，(12)醫師病床比(平均值=2.52，標準差=0.77)，(13)員工病床比(平均值=2.34，標準差=0.63)，(14)等候急診醫師處理的時間(平均值=2.27，標準差=0.94)，(15)不告假(潛逃)出院率(平均值=2.03，標準差=1.03)，(16)專科醫師比率(平均值=1.93，標準差=0.57)，(17)一般病床平均住院率(平均值=1.93，標準差=0.99)，(18)佔床率(平均值=1.90，標準差=0.91)，(19)醫事人員病床比(平均值=1.84，標準差=0.67)，(20)剖婦產率(平均值=1.84，標準差=1.14)。(詳見表 4-5)。

表 4-1 受訪者基本資料表 (n=490)

受訪者資料	人數	百分比(%)
性別		
女	229	46.7
男	261	53.3
住院科別		
內科系	347	70.8
外科系	143	29.2
教育程度		
不識字	8	1.6
小學	24	4.9
國(初)中	40	8.2
高中	127	25.9
專科	122	24.9
大學	166	33.9
研究所以上	3	0.6
婚姻狀況		
已婚	311	63.5
未婚	146	29.8
其他	33	6.7
職業		
無	99	20.2
軍公教	36	7.3
工	38	7.8
商	82	16.7
農漁	17	3.5
自由業	70	14.3
學生	6	1.2
家管	26	5.3
退休	77	15.7
其他	39	8.0
月平均收入		
無	7	1.4
20,000 元以下	63	12.9
20,001 元至 39,999 元	207	42.2
40,000 元至 59,999 元	150	30.6
60,000 元以上	63	12.9

表 4-2 受訪者健康狀況表 (n=490)

變項名稱	樣本數	百分比(%)
自覺健康狀況		
非常不好	11	2.2
不好	132	26.9
普通	291	59.4
好	47	9.6
非常好	9	1.8
住院前兩週門診次數		
一次	94	19.2
二次	237	48.4
三次	127	25.9
四次	27	5.5
五次以上	5	1.0
慢性病之有無		
沒有	284	58.0
有	206	42.0

表 4-3 受訪者目前使用就醫資訊的情形 (n=490)

變項名稱	樣本數	百分比(%)
住家附近的醫院及診所		
都沒有	0	0
只有一家診所沒有醫院	210	42.9
有兩家以上診所沒有醫院	163	33.3
有診所也有醫院	117	23.9
是否有固定看病地點		
沒有	77	15.7
有	413	84.3
對固定看病地點之滿意度		
非常不滿意	13	3.1
不滿意	139	33.7
普通	204	49.4
滿意	43	10.4
非常滿意	14	3.4
是否會打聽就醫相關資訊		
一定不會	0	0
不會	38	7.8
普通	153	31.2
會	274	55.9
一定會	25	5.1
資訊取得之難易程度		
很容易	28	5.7
容易	130	26.5
普通	232	47.3
困難	89	18.2
很困難	11	2.2
資訊取得對選擇醫院獲醫師之幫助		
非常沒有幫助	0	0
沒有幫助	75	15.3
普通	155	31.6
有幫助	164	33.5
非常有幫助	96	19.6

表 4-4 受訪者對醫院品質報告卡的認知及態度 (n=490)

變項名稱	樣本數	百分比(%)
醫院品質報告卡發行機構	185	37.8
衛生署	134	27.3
中央健康保險局	139	28.4
醫院本身	21	4.3
醫策會	11	2.2
民間公益團體		
醫院品質報告卡資訊之取得方式		
印成小手冊	185	37.8
上網際網路查詢	134	27.3
電話查詢	153	31.2
報紙	7	1.4
雜誌	9	1.8
錄影帶	2	0.4
使用醫院品質報告卡資訊的可能性		
一定不會	0	0
大概不會	57	11.6
可能會	63	12.9
一定會	370	75.5



表 4-5 受訪者對醫院品質報告卡 20 種資訊需要性之排序

醫療品質審查項目	人數	平均值	標準差	最低分	最高分
(1)院內感染率	490	4.29	0.77	1	5
(2)住院病人整體滿意度	490	4.20	0.82	1	5
(3)住院死亡率	490	4.10	1.19	1	5
(4)門診病人整體滿意度	490	3.65	0.87	1	5
(5)15天再住院率	490	3.52	1.19	1	5
(6)急診病人整體滿意度	490	3.47	0.81	1	5
(7)病人意外事件發生率	490	3.17	1.38	1	5
(8)急診到院死亡率	490	3.13	1.27	1	5
(9)30天再住院率	490	3.12	1.48	1	5
(10)超長住院率	490	2.87	1.04	1	5
(11)護理人員病床比	490	2.60	0.81	1	5
(12)醫師病床比	490	2.52	0.77	1	4
(13)員工病床比	490	2.34	0.63	1	5
(14)等候急診醫師處理時間	490	2.27	0.94	1	5
(15)不告假(潛逃)出院率	490	2.03	1.03	1	5
(16)專科醫師比率	490	1.93	0.57	1	5
(17)一般病床平均住院率	490	1.93	0.99	1	5
(18)佔床率	490	1.90	0.91	1	5
(19)醫事人員病床比	490	1.84	0.67	1	5
(20)剖腹產率	490	1.84	1.14	1	5

## 第二節 推論性分析結果

依受訪者的性別、年齡、教育程度、婚姻狀況及月平均收入分析受訪者使用醫院品質報告卡的意願、信任主導推行品質報告卡的機構、醫院品質報告卡之發行方式及適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容。將受訪者的年齡分成 20-40、41-65 及 65 歲以上，教育程度分成國中暨以下、高中及大專暨以上三組，婚姻狀況則分為未婚、已婚及其他等三組。

### 一、受訪者特質與使用醫院品質報告卡的意願

以卡方檢定的結果顯示，發現使用醫院品質報告卡的意願與受訪者性別 ( $\chi^2=2.385, p=0.303$ )、月平均收入 ( $\chi^2=11.252, p=0.188$ ) 無統計上的顯著差異，但與年齡 ( $\chi^2=19.491, p<0.001$ )、教育程度 ( $\chi^2=9.564, p=0.048$ ) 及婚姻狀況 ( $\chi^2=9.738, p=0.045$ ) 有統計上的顯著差異。在年齡大於 65 歲的受訪者，有 67.3% 一定會使用醫院品質報告卡，15.9% 可能會使用醫院品質報告卡；在年齡介於 41 及 65 歲的受訪者，有 83.7% 一定會使用醫院品質報告卡，10.4% 可能會使用醫院品質報告卡，只有 5.9% 大概不會使用醫院品質報告卡；在年齡小於 40 歲的受訪者，也有 83.3% 一定會使用醫院品質報告卡，4.2% 可能會使用醫院品質報告卡。在教育程度方面，大專以上的受訪者，有 75.9% 一定會使用醫院品質報告卡，12.4% 可能會使用醫院品

質報告卡；高中的受訪者，有 81.9%一定會使用醫院品質報告卡，10.2%可能會使用醫院品質報告卡；國中以下的受訪者，有 62.5%一定會使用醫院品質報告卡，19.4%可能會使用醫院品質報告卡。在婚姻狀況方面，未婚的受訪者，有 67.1%一定會使用醫院品質報告卡，19.2%可能會使用醫院品質報告卡；已婚的受訪者，有 78.8%一定會使用醫院品質報告卡，10.6%可能會使用醫院品質報告卡。(詳見表 4-6)。

## 二、受訪者特質與信任主導推行品質報告卡的機構

在受訪者的年齡方面，在年齡大於 65 歲的受訪者，有 38.8%最希望由衛生署主導推行品質報告卡，在年齡介於 41 及 65 歲的受訪者，有 35.7%希望由衛生署主導推行品質報告卡，也有 30.3%希望由醫院本身主導推行品質報告卡，而在年齡小於 40 歲的受訪者，更有高達 45.8%希望由衛生署主導推行品質報告卡，卡方檢定的結果顯示受訪者的年齡與信任主導推行品質報告卡的機構有統計上顯著差異 ( $\chi^2 = 19.434, p = 0.013$ )。(詳見表 4-7)。

在受訪者的婚姻狀況與信任主導推行品質報告卡機構方面，未婚(34.9%)及已婚(39.9%)的受訪者皆最希望由衛生署主導推行品質報告卡，婚姻狀況為其他的受訪者則最希望由健保局(48.5%)來主導推行品質報告卡，卡方檢定的結果顯示受訪者的婚姻狀況與信任主導推

行品質報告卡的機構沒有統計上顯著差異 ( $\chi^2=12.446, p=0.132$ )。在受訪者的教育程度與信任主導推行品質報告卡機構方面，國中暨以下(52.8%)、高中(37.0%)及大專暨以上(34.4%)還是皆最希望由衛生署主導推行品質報告卡，卡方檢定的結果顯示受訪者的教育程度與信任主導推行品質報告卡的機構沒有達統計上顯著差異 ( $\chi^2=14.461, p=0.071$ )。在受訪者的月平均收入與信任主導推行品質報告卡機構方面，除了月平均收入介於新台幣 20,001 元至 39,999 元之間的受訪者之外，也皆最希望由衛生署主導推行品質報告卡，卡方檢定的結果顯示受訪者的月平均收入與信任主導推行品質報告卡的機構有統計上顯著差異 ( $\chi^2=30.210, p=0.017$ )。(詳見表 4-7)。

### 三、受訪者特質與醫院品質報告卡之發行方式

在受訪者的年齡方面，不論年齡大於 65 歲(39.5%)、於 41 及 65 歲(36.1%)及年齡小於 40 歲(45.8%)的受訪者，皆希望印成小冊子來發行醫院品質報告卡，卡方檢定的結果顯示受訪者的年齡與希望醫院品質報告卡之發行方式有統計上顯著差異 ( $\chi^2=21.784, p=0.016$ )。在婚姻狀況與希望醫院品質報告卡之發行方式方面，未婚(34.9%)及已婚(39.9%)的受訪者也皆希望印成小冊子來發行醫院品質報告卡，婚姻狀況為其他的受訪者則最希望以上網際網路查詢的方式(48.5%)來主導推行品質報告卡，卡方檢定的結果顯示受訪者的婚姻狀況與希

望醫院品質報告卡之發行方式沒有統計上顯著差異 ( $\chi^2=13.708$ ,  $p=0.187$ )。(詳見表 4-8)。

#### 四、受訪者特質與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容

有關受訪者的年齡與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容方面，在年齡小於 40 歲的族群中，受訪者認為最重要的前 3 項指標需要程度排名依序為：(1)住院病人整體滿意度(平均值=4.13，標準差=0.80)；(2)住院死亡率(平均值=4.12，標準差=1.12)住院病人整體滿意度(平均值=4.20，標準差=0.82)；(3)院內感染率(平均值=4.04，標準差=1.16)。在 41 至 65 歲的族群中，受訪者認為最重要的前 3 項資訊需要程度排名依序為：(1)院內感染率(平均值=4.36，標準差=0.96)；(2)住院病人整體滿意度(平均值=4.24，標準差=0.81)；(3)住院死亡率(平均值=4.05，標準差=1.24)。在大於 65 歲的族群中，受訪者認為最重要的前 3 項指標需要程度排名依序為：(1)院內感染率(平均值=4.26，標準差=0.99)；(2)住院病人整體滿意度(平均值=4.16，標準差=0.83)；(3)住院死亡率(平均值=4.13，標準差=1.16)。由以上可知，不論任何年齡族群，皆認為院內感染率、住院病人整體滿意度及住院死亡率為 20 項指標中最為受訪者所需要的。使用 Kruskal-Wallis test 檢定受訪者年齡與 20 項指標需要性之相關性，發現只有急診病人整體滿意度與年齡群有統計上的顯著差異 ( $KW=6.166$ ,  $p=0.013$ )，其他則未達

統計上的顯著差異。(詳見表 4-9)。

在關受訪者的婚姻狀況與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容方面，未婚的受訪者認為最重要的前 3 項資訊需要程度排名依序為：(1) 院內感染率 (平均值=4.40，標準差=0.90)；(2) 住院病人整體滿意度 (平均值=4.25，標準差=0.81)；(3) 住院死亡率(平均值=4.03，標準差=1.14)。已婚的受訪者認為最重要的前 3 項資訊需要程度排名依序為：(1) 院內感染率 (平均值=4.24，標準差=1.02)；(2) 住院病人整體滿意度 (平均值=4.15，標準差=0.83)；(3) 住院死亡率(平均值=4.11，標準差=1.12)。婚姻狀況為其他的受訪者認為最重要的前 3 項資訊需要程度排名依序為：(1) 住院病人整體滿意度(平均值=4.36，標準差=0.74)；(2) 住院死亡率 (平均值=4.33，標準差=1.02)；(3) 院內感染率 (平均值=4.27，標準差=0.91)。不論已婚、未婚或其他的受訪者皆認為院內感染率、住院病人整體滿意度及住院死亡率為 20 項指標中最為受訪者所需要的。使用 Kruskal-Wallis test 檢定受訪者婚姻狀況與 20 項指標需要性之相關性，發現有醫師病床比 ( $p=0.030$ )、剖婦產率 ( $p=0.003$ )、不告假(潛逃)出院率 ( $p=0.046$ ) 及一般病床平均住院率 ( $p=0.017$ ) 達統計上的顯著差異。(詳見表 4-10)。

在關受訪者的教育狀況與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容方面，教育程度為國中暨以下的受訪者認為最重要的前 3 項指標

需要程度排名依序為：(1) 院內感染率 (平均值=4.47, 標準差=0.83)；(2) 住院病人整體滿意度 (平均值=4.24, 標準差=0.85)；(3) 住院死亡率 (平均值=4.15, 標準差=1.23)。教育程度為高中的受訪者認為最重要的前 3 項指標需要程度排名依序為：(1) 院內感染率 (平均值=4.22, 標準差=1.04)；(2) 住院死亡率 (平均值=4.19 標準差=1.17)；(3) 住院病人整體滿意度 (平均值=4.13 標準差=0.79)。教育程度為大專暨以上的受訪者認為最重要的前 3 項指標需要程度排名依序為：(1) 院內感染率 (平均值=4.30, 標準差=0.97)；(2) 住院病人整體滿意度 (平均值=4.21 標準差=0.82)；(3) 住院死亡率 (平均值=4.06 標準差=1.20)。使用 Kruskal-Wallis test 檢定受訪者教育程度與 20 項指標需要性之相關性，發現醫師病床比 ( $p=0.041$ )、等候急診醫師處理的時間 ( $p<0.001$ ) 及佔床率 ( $p=0.012$ ) 達統計上的顯著差異，其他則未達統計上的顯著差異。(詳見表 4-11)。

在有關受訪者的月平均收入與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容方面，所有不同收入族群的受訪者認為最重要的前 3 項指標依序為院內感染率、住院病人整體滿意度及住院死亡率。使用 Kruskal-Wallis test 檢定受訪者月平均收入與 20 項指標需要性之相關性，發現醫師病床比 ( $p<0.001$ )、護理人員病床比 ( $p<0.001$ )、員工病床比 ( $p<0.001$ )、專科醫師比率 ( $p=0.017$ )、等候急診醫師處理的

時間 ( $p=0.049$ )、超長住院率 ( $p=0.005$ )、不告假(潛逃)出院 ( $p=0.003$ )、一般病床平均住院率 ( $p=0.006$ )、門診病人整體滿意度 ( $p=0.036$ )、急診病人整體滿意度 ( $p=0.025$ ) 及急診到院後死亡率 ( $p=0.049$ ) 達統計上的顯著差異。(詳見表 4-12)。

#### 五、住院病人是否使用醫院品質報告卡影響因子之羅吉斯迴歸分析

此部份欲探討在控制其他變項後，各變項是否會顯著影響住院病人是否使用醫院品質報告卡的意願。由於將依變項分為有意願使用(把回答可能會及一定會者簡併為有意願)與無意願(把回答一定不會及大概不會者簡併為無意願)兩類，以羅吉斯迴歸(Multiple Logistic Regression)進行多變項分析。在放入性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、個人月平均收入、自覺健康狀況、有無罹患慢性病而長期服藥、有無固定的就醫場所、平常就醫(看病)前是否會打聽某醫院或診所(醫師)相關的資訊、自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易度及覺得打聽醫院(醫師)的資訊對選擇適當的醫院或醫師的幫助程度等變項後，進行羅吉斯迴歸分析。在年齡變項中，將年齡分成 20-40、41-65 及 65 歲以上三組；教育程度分成國中暨以下、高中及大專暨以上三組；婚姻狀況則分成未婚、已婚與其他；自覺健康狀況分成健康(把回答非常好及好者簡併為健康)與不好(把回答非常不好、不好及普



通者簡併為不好)兩類；在平常就醫(看病)前是否會打聽某醫院或診所(醫師)相關資訊的變項中，分成會(把回答會及一定會者簡併為會)與不會(把回答不會、一定不會及普通者簡併為不會)兩類；在自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易度變項中，分成容易(把回答很容易及容易者簡併為容易)與困難(把回答困難、很困難及普通者簡併為困難)兩類；在自覺得聽醫院(醫師)的資訊對選擇適當的醫院或醫師的幫助程度變項中，分成有幫助(把回答有幫助及非常有幫助者簡併為有幫助)與沒有幫助(把回答沒幫助、非常沒幫助及普通者簡併為沒有幫助)兩類。整個模式之適合度檢定統計量為 46.341(df=17)  $p < 0.001$ ，結果詳見表 4-13。此羅吉斯迴歸模式中，在控制其他變項後，個人月收入、教育程度、自覺打聽醫院(醫師)的資訊對選擇適當的醫院或醫師的幫助程度等變項，對於住院病人是否使用醫院品質報告卡的意願達統計上的顯著水準。

在個人月收入方面，相較於 20001 元至 39999 元者，60000 元以上者，20001 元至 39999 元者比較有意願使用醫院品質報告卡，其勝算比為 3.897 ( $p = 0.026$ )；在教育程度方面，相較於有高中教育程度的受訪者，國中暨以下及大專暨以上者比較無意願使用醫院品質報告卡，其勝算比分別為 0.267 ( $p = 0.026$ ) 及 0.360 ( $p = 0.026$ )；自覺打聽醫院(醫師)的資訊對選擇適當的醫院或醫師有幫助者，相較於自

覺打聽醫院（醫師）的資訊對選擇適當的醫院或醫師無幫助者比較有意願使用醫院品質報告卡，其勝算比為 3.007 ( $p < 0.001$ )。

表 4-6 受訪者特質與使用品質報告卡意願間之關係

變項名稱	大概不會 (%)	可能會 (%)	一定會 (%)	檢定值(p)
性別				
女	29(50.9)	24(38.1)	176(47.6)	2.385 (p=0.303)
男	28(49.1)	39(61.9)	194(52.4)	
年齡分佈				
20-40 歲	3(5.3)	1(1.6)	20(5.4)	19.491 (p<0.001)
41-65 歲	13(22.8)	23(36.5)	185(50.0)	
>65 歲	41(71.9)	39(61.9)	165(44.6)	
教育程度				
國中暨以下	5(8.8)	8(1.6)	21(5.7)	9.564 (p=0.048)
高中	8(14.0)	12(36.5)	99(26.8)	
大專暨以上	44(77.2)	43(61.9)	250(67.5)	
婚姻狀況				
未婚	20(35.1)	28(44.4)	98(26.5)	9.738 (p=0.045)
已婚	33(57.9)	33(52.4)	245(66.2)	
其他	4(7.0)	2(3.2)	27(7.3)	
月平均收入				
無收入	0(0.0)	2(3.2)	5(1.4)	11.252 (p=0.188)
20,000 元以下	5(8.8)	6(9.5)	52(14.1)	
20,001-39,999 元	30(52.6)	33(52.4)	144(38.9)	
40,000-59,999 元	18(31.6)	14(22.2)	118(31.9)	
60,000 元以上	4(7.0)	8(12.7)	51(13.8)	

註：檢定方式為 Chi-square test。

表 4-7 受訪者特質與信任主導推行品質報告卡的機構間之關係

變項名稱	衛生署 (%)	健保局 (%)	醫院本身 (%)	醫策會 (%)	民間團體 (%)	檢定值( <i>p</i> )
性別						
女	97(52.4)	57(42.5)	66(47.5)	6(28.6)	3(47.6)	7.849
男	88(47.6)	77(57.5)	73(52.5)	15(71.4)	8(52.4)	( <i>p</i> =0.097)
年齡分佈						
20-40 歲	11(5.9)	4(3.0)	3(2.2)	4(19.0)	2(18.2)	19.434
41-65 歲	79(42.7)	61(45.5)	67(48.2)	8(38.1)	6(54.5)	( <i>p</i> =0.013)
>65 歲	95(51.4)	69(51.5)	69(49.6)	9(42.9)	3(27.3)	
教育程度						
國中暨以下	38(20.5)	17(12.7)	15(10.1)	2(9.5)	1(9.1)	14.461
高中	47(25.4)	38(28.4)	38(27.3)	4(19.0)	0(0.0)	( <i>p</i> =0.071)
大專暨以上	100(54.1)	79(59.0)	87(62.2)	15(71.4)	10(90.9)	
婚姻狀況						
未婚	51(27.6)	43(32.1)	40(28.8)	9(42.9)	3(27.3)	12.446
已婚	124(67.0)	75(56.0)	92(66.2)	12(57.1)	8(72.7)	( <i>p</i> =0.132)
其他	10(5.4)	16(11.9)	7(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	
月平均收入						
無收入	4(2.2)	1(0.7)	2(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	30.210
20,000 元以下	21(11.4)	19(14.2)	15(10.8)	7(33.3)	1(9.1)	( <i>p</i> =0.017)
20,001-39,999 元	67(36.2)	51(38.1)	73(52.5)	9(42.9)	7(63.6)	
40,000-59,999 元	64(34.6)	43(32.1)	38(27.3)	5(23.8)	0(0.0)	
60,000 元以上	29(15.7)	20(14.9)	11(8.0)	0(0.0)	3(27.3)	

註：檢定方式為 Chi-square test。

表 4-8 受訪者特質與醫院品質報告卡發行方式間之關係

變項名稱	小手冊 (%)	網路查 詢 (%)	電話查詢 (%)	報章雜 誌 (%)	錄影帶 (%)	檢定值( <i>p</i> )
年齡分佈						
20-40 歲	11(5.9)	4(3.0)	5(3.3)	3(18.8)	1(50.5)	21.784 ( <i>p</i> =0.016)
41-65 歲	79(42.7)	61(45.5)	74(48.4)	6(37.5)	1(50.0)	
>65 歲	95(51.4)	69(51.5)	74(48.4)	7(43.7)	0(0.0)	
婚姻狀況						
未婚	51(27.6)	43(32.1)	45(29.4)	7(43.8)	0(0.0)	13.708 ( <i>p</i> =0.187)
已婚	124(67.0)	75(56.0)	101(66.0)	9(56.2)	2(100.0)	
其他	10(5.4)	16(11.9)	7(4.6)	0(0.0)	0(0.0)	

註：檢定方式為 Chi-square test。

表 4-9 年齡與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係

變項名稱	20-40 歲		41-65 歲		>65 歲		檢定值(p)
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
院內感染率	4.04	1.16	4.36	0.96	4.26	0.99	3.118 (p=0.210)
住院病人整體滿意度	4.13	0.80	4.24	0.81	4.16	0.83	1.382 (p=0.501)
住院死亡率	4.13	1.12	4.05	1.24	4.13	1.16	0.196 (p=0.906)
門診病人整體滿意度	3.67	0.87	3.60	0.88	3.69	0.86	1.381 (p=0.501)
15天再住院率	3.13	1.33	3.53	1.19	3.55	1.18	2.289 (p=0.318)
急診病人整體滿意度	3.67	0.87	3.56	0.77	3.36	0.84	8.289 (p=0.016)
病人意外事件發生率	3.58	1.10	3.13	1.37	3.17	1.14	3.077 (p=0.215)
急診到院死亡率	3.42	1.10	3.16	1.28	3.07	1.28	2.355 (p=0.308)
30天再住院率	3.33	1.31	3.25	1.45	2.99	1.51	3.805 (p=0.149)
超長住院率	2.96	1.12	2.87	1.04	2.86	1.04	0.557 (p=0.757)
護理人員病床比	2.71	0.69	2.57	0.80	2.62	0.82	1.643 (p=0.440)
醫師病床比	2.67	0.76	2.55	0.79	2.49	0.76	0.981 (p=0.612)
員工病床比	2.04	0.46	2.36	0.61	2.35	0.65	6.480 (p=0.039)
等候急診醫師處理時間	2.67	1.24	2.25	0.96	2.24	0.88	2.776 (p=0.250)

表 4-9 年齡與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係 (續)

變項名稱	20-40 歲		41-65 歲		>65 歲		檢定值( <i>p</i> )
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
不告假(潛逃)出院率	2.29	1.04	2.08	1.05	1.96	1.02	3.893 ( <i>p</i> =0.143)
專科醫師比率	1.88	0.80	1.90	0.49	1.97	0.60	2.355 ( <i>p</i> =0.308)
一般病床平均住院率	2.21	0.98	1.97	0.99	1.86	0.99	5.251 ( <i>p</i> =0.072)
佔床率	2.25	1.11	1.88	0.90	1.89	0.90	2.443 ( <i>p</i> =0.295)
醫事人員病床比	1.71	0.69	1.90	0.73	1.80	0.61	2.508 ( <i>p</i> =0.285)
剖腹產率	2.50	1.56	1.84	1.15	1.77	1.06	4.757 ( <i>p</i> =0.093)

註：檢定方式為 Kruskal-Wallis test。

表 4-10 婚姻狀況與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係

變項名稱	未婚		已婚		其他		檢定值(p)
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
院內感染率	4.40	0.90	4.24	1.02	4.27	0.91	1.629 (p=0.443)
住院病人整體滿意度	4.25	0.1	4.15	0.83	4.36	0.74	2.791 (p=0.248)
住院死亡率	4.03	1.14	4.11	1.24	4.33	1.02	2.944 (p=0.229)
門診病人整體滿意度	3.68	0.78	3.63	0.91	3.70	0.92	0.047 (p=0.977)
15天再住院率	3.57	1.23	3.49	1.16	3.67	1.36	2.000 (p=0.368)
急診病人整體滿意度	3.52	0.80	3.44	0.83	3.45	0.71	0.875 (p=0.646)
病人意外事件發生率	3.16	1.29	3.18	1.44	3.09	1.26	0.173 (p=0.917)
急診到院死亡率	3.19	1.29	3.06	1.24	3.52	1.39	3.714 (p=0.156)
30天再住院率	3.17	1.51	3.14	1.45	2.82	1.63	1.524 (p=0.467)
超長住院率	2.99	1.10	2.81	1.02	2.94	1.00	2.401 (p=0.301)
護理人員病床比	2.62	0.87	2.59	0.9	2.61	0.70	0.165 (p=0.921)
醫師病床比	2.64	0.85	2.46	0.74	2.64	0.70	6.980 (p=0.030)
員工病床比	2.29	0.57	2.35	0.65	2.42	0.61	1.955 (p=0.376)
等候急診醫師處理時間	2.35	0.91	2.25	0.97	2.03	0.68	3.120 (p=0.210)



表 4-10 婚姻狀況與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係 (續)

變項名稱	未婚		已婚		其他		檢定值( $p$ )
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
不告假(潛逃)出院率	2.18	1.06	1.95	1.03	2.03	0.92	6.164 ( $p=0.046$ )
專科醫師比率	1.95	0.53	1.93	0.60	1.88	0.42	0.548 ( $p=0.760$ )
一般病床平均住院率	2.09	1.02	1.84	0.97	2.03	0.98	8.205 ( $p=0.017$ )
佔床率	1.90	0.92	1.91	0.92	1.82	0.81	0.130 ( $p=0.937$ )
醫事人員病床比	1.83	0.70	1.86	0.67	1.76	0.61	0.665 ( $p=0.717$ )
剖腹產率	2.08	1.23	1.76	1.12	1.55	0.62	11.342 ( $p=0.003$ )

註：檢定方式為 Kruskal-Wallis test。

表 4-11 教育程度與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係

變項名稱	國中暨以下		高中		大學暨以上		檢定值( <i>p</i> )
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
院內感染率	4.47	0.83	4.22	1.04	4.30	0.97	1.407 ( <i>p</i> =0.495)
住院病人整體滿意度	4.24	0.85	4.13	0.79	4.21	0.82	1.510 ( <i>p</i> =0.470)
住院死亡率	4.15	1.23	4.19	1.17	4.06	1.20	1.577 ( <i>p</i> =0.455)
門診病人整體滿意度	3.71	1.00	3.68	0.82	3.63	0.87	0.589 ( <i>p</i> =0.745)
15天再住院率	3.38	1.23	3.67	1.08	3.48	1.22	2.302 ( <i>p</i> =0.316)
急診病人整體滿意度	3.32	0.98	3.35	0.84	3.52	0.78	4.760 ( <i>p</i> =0.093)
病人意外事件發生率	3.59	1.52	3.12	1.42	3.15	1.35	2.908 ( <i>p</i> =0.234)
急診到院死亡率	3.09	1.19	2.96	1.30	3.20	1.23	3.026 ( <i>p</i> =0.220)
30天再住院率	3.41	1.46	3.10	1.45	3.10	1.49	1.361 ( <i>p</i> =0.506)
超長住院率	2.79	0.91	2.75	0.95	2.92	1.08	2.062 ( <i>p</i> =0.357)
護理人員病床比	2.38	0.65	2.60	0.72	2.62	0.85	1.765 ( <i>p</i> =0.414)
醫師病床比	2.76	0.74	2.61	0.65	2.47	0.81	6.384 ( <i>p</i> =0.041)
員工病床比	2.29	0.58	2.38	0.68	2.33	0.61	1.130 ( <i>p</i> =0.568)
等候急診醫師處理時間	1.71	1.00	2.26	0.81	2.33	0.96	15.752 ( <i>p</i> =0.000)

表 4-11 教育程度與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係 (續)

變項名稱	國中暨以下		高中		大學暨以上		檢定值( <i>p</i> )
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
不告假(潛逃)出院率	1.82	0.90	1.89	1.00	2.10	1.05	5.353 ( <i>p</i> =0.069)
專科醫師比率	1.82	0.52	1.94	0.57	1.94	0.57	1.228 ( <i>p</i> =0.541)
一般病床平均住院率	1.76	0.83	1.87	0.99	1.97	1.00	2.416 ( <i>p</i> =0.299)
佔床率	1.56	0.86	1.81	0.81	1.97	0.94	8.850 ( <i>p</i> =0.012)
醫事人員病床比	1.85	0.56	1.83	0.70	1.84	0.67	0.118 ( <i>p</i> =0.943)
剖腹產率	1.56	0.79	1.63	0.88	1.94	1.23	5.450 ( <i>p</i> =0.066)

註：檢定方式為 Kruskal-Wallis test。

表 4-12 月平均收入與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係

變項名稱	無收入		20,000 元以下		20,001-39,999 元		檢定值( $p$ )
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
院內感染率	4.57	0.79	4.43	0.80	4.35	1.01	5.561 ( $p=0.234$ )
住院病人整體滿意度	4.57	0.53	4.25	0.74	4.25	0.78	6.357 ( $p=0.174$ )
住院死亡率	4.71	0.49	4.08	1.14	4.07	1.21	5.763 ( $p=0.218$ )
門診病人整體滿意度	4.00	0.82	3.84	0.75	3.59	0.80	10.259 ( $p=0.036$ )
15天再住院率	3.43	1.72	3.40	1.43	3.68	1.16	7.106 ( $p=0.130$ )
急診病人整體滿意度	2.57	1.27	3.70	0.64	3.41	0.82	11.135 ( $p=0.025$ )
病人意外事件發生率	3.86	1.68	3.22	1.24	3.04	1.34	6.586 ( $p=0.159$ )
急診到院死亡率	2.86	1.57	3.19	1.19	3.31	1.30	9.529 ( $p=0.049$ )
30天再住院率	2.86	1.77	3.40	1.43	3.03	1.51	2.986 ( $p=0.560$ )
超長住院率	2.57	0.79	3.24	1.13	2.83	0.86	14.689 ( $p=0.005$ )
護理人員病床比	3.14	1.35	2.43	0.64	2.69	0.56	31.275 ( $p=0.000$ )
醫師病床比	1.71	0.49	3.37	1.04	3.00	0.00	370.592 ( $p=0.000$ )
員工病床比	2.71	0.76	2.40	0.58	2.42	0.63	26.472 ( $p=0.000$ )
等候急診醫師處理時間	2.29	0.76	2.38	0.99	2.39	0.97	9.555 ( $p=0.049$ )

表 4-12 月平均收入與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係(續 1)

變項名稱	無收入		20,000 元以下		20,001-39,999 元		檢定值(p)
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
不告假(潛逃)出院率	1.57	0.53	2.46	1.18	2.01	0.91	15.837 (p=0.003)
專科醫師比率	2.43	0.53	1.95	0.42	1.90	0.53	12.016 (p=0.017)
一般病床平均住院率	1.57	0.53	2.25	1.11	1.94	0.87	14.410 (p=0.006)
佔床率	1.14	0.38	2.05	1.04	1.88	0.86	7.263 (p=0.123)
醫事人員病床比	1.71	0.76	1.68	0.56	1.90	0.69	7.210 (p=0.125)
剖腹產率	1.86	0.90	2.21	1.59	1.86	1.05	4.442 (p=0.349)

表 4-12 月平均收入與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係(續 2)

變項名稱	40,000-59,999 元		60,000 元以上		檢定值(p)
	平均值	標準差	平均值	標準差	
院內感染率	4.17	1.01	4.22	0.99	5.561 (p=0.234)
住院病人整體滿意度	4.06	0.87	4.25	0.88	6.357 (p=0.174)
住院死亡率	4.02	1.22	4.33	1.16	5.763 (p=0.218)
門診病人整體滿意度	3.57	0.95	3.79	0.97	10.259 (p=0.036)
15天再住院率	3.43	1.03	3.37	1.31	7.106 (p=0.130)
急診病人整體滿意度	3.52	0.78	3.41	0.87	11.135 (p=0.025)
病人意外事件發生率	3.35	1.40	3.02	1.53	6.586 (p=0.159)
急診到院死亡率	2.96	1.21	2.90	1.28	9.529 (p=0.049)
30天再住院率	3.14	1.43	3.14	1.51	2.986 (p=0.560)
超長住院率	2.75	1.12	2.98	1.22	14.689 (p=0.005)
護理人員病床比	2.43	0.85	2.81	1.26	31.275 (p=0.000)
醫師病床比	1.3	0.26	1.63	0.49	370.592 (p=0.000)
員工病床比	2.13	0.57	2.43	0.64	26.472 (p=0.000)
等候急診醫師處理時間	2.11	0.85	2.13	0.98	9.555 (p=0.049)

表 4-12 月平均收入與適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容間之關係(續 3)

變項名稱	40,000-59,999 元		60,000 元以上		檢定值( $p$ )
	平均值	標準差	平均值	標準差	
不告假(潛逃)出院率	1.89	1.05	2.03	1.18	15.837 ( $p=0.003$ )
專科醫師比率	1.88	0.58	2.10	0.73	12.016 ( $p=0.017$ )
一般病床平均住院率	1.77	1.02	1.97	1.12	14.410 ( $p=0.006$ )
佔床率	1.87	0.88	1.98	1.01	7.263 ( $p=0.123$ )
醫事人員病床比	1.78	0.60	1.95	0.83	7.210 ( $p=0.125$ )
剖腹產率	1.71	1.03	1.71	1.08	4.442 ( $p=0.349$ )

註：檢定方式為 Kruskal-Wallis test。

表 4-13 是否使用醫院品質報告卡影響因子之邏輯式迴歸分析表

有意願=1；無意願=0 (n= 490)		
變項名稱	勝算比	95%信賴區間
自覺健康狀況	1.671	(0.580~4.816)
有無慢性病	0.318	(0.060~1.696)
是否固定就醫地點	1.254	(0.443~3.552)
就醫相關資訊取得	3.007	(1.628~5.554)
資訊取得難易程度	1.558	(0.660~3.677)
資訊取得對就醫之幫助	0.707	(0.353~1.419)
性別(參考組：女)	2.387	(0.474~12.018)
年齡分佈(參考組：20-40歲)		
41-65歲	2.157	(0.518~8.984)
>65歲	0.615	(0.158~2.397)
教育程度(參考組：高中)		
國中暨以下	0.267	(0.072~0.984)
大學暨以上	0.360	(0.145~0.892)
婚姻狀況(參考組：已婚)		
未婚	1.504	(0.749~3.017)
其他	0.818	(0.247~2.704)
月平均收入(參考組：20,001-39,999元)		
無收入	168.325	(0.000~99999)
20,000元以下	2.445	(0.851~7.027)
40,000-59,999元	1.450	(0.734~2.863)
60,000元以上	3.897	(1.178~12.891)
常數項	5.770	



## 第五章 討論

本章共分為兩節，第一節為研究結果之討論，第二節則為本研究之研究限制。

### 第一節 研究結果之討論

本研究發現約有 58% 的受訪者就醫之前會先打聽醫院或診所之相關資訊時，只有約 45% 回答不會，可見民眾對醫療資訊確有其需求性，此與謝慧欣（1999）的研究結果相似，發現在受訪的住院病人中 56.3% 表示需要醫療服務提供者相關的資訊。本研究也發現若有一個具有公信力(有信用)的機構或組織願意提供醫療服務提供的品質報告卡，有超過 85% 的受訪者表示看病之前一定會或可能會先參考此類資訊，此結果高於宋欣怡(2001)對一般民眾所進行問卷調查的 69.5%，可能本研究的樣本為住院病人，比一般民眾更能感受到就醫之前參考醫療服務提供資訊的必需性。此也顯示出半數以上的民眾都希望能有公開的、正式的管道得到醫院品質資訊，以使其有充份的資訊做出最佳的就醫決策。此一結果亦與近幾年來，歐美國家的趨勢及政策相符，他們認為品質報告卡可幫助及監督醫療服務提供者確保、甚至提昇其醫療品質，而在許多不同的研究中也發現大部份的民眾覺得品質報告卡能幫助他們選擇適合的醫療服務提供者

(Hochhauser, 1998 ; Harris, 1994)。

在醫院品質報告卡發行機構方面，本研究結果顯示，受訪病人較信任的醫院品質報告卡發行機構，分別有 37.8%及 27.3%的受訪者認為為衛生署及中央健康保險局，此與謝慧欣、鄭守夏、丁志音(2000)及宋欣怡(2001)的研究結果相呼應，都認為政府機關是最適合的機構。但在美國的相關研究中(Issacs, 1996)，卻發現消費者最反對及不信任由聯邦政府來主導品質報告卡的發行，而最信任由州政府或由如消費者團體的非營利性組織來主導品質報告卡的發行，此可能因為國情的不同，而有研究結果上的差異。

至於在醫院品質報告卡指標方面，本研究發現受訪者認為很需要及需要的前五項指標依序為院內感染率、住院病人整體滿意度、住院死亡率、門診病人整體滿意度及 15 天再住院率，這些指標大都較客觀、具體、明確及易測量，同時有衛生主管機關或病人的介入或參與，或是醫院評鑑規定的項目，因其可信度較高，故病人對其需要性相對地增加。院內感染率為受訪者認為最需要的品質指標，這與 Hibbard (1998)的研究結果相呼應，Hibbard 的調查中，將品質指標分成期望發生指標(desirable events)與不期望發生指標(undesirable events)兩種，她發現在不期望發生指標中，消費者覺得只有院內感染率是重要

指標。此外，值得特別注意的是住院病人整體滿意度，高居住院病人需要之品質指標的第二名，可能與近年來消費者意識日益高漲、認為滿意度更能代表大部份的醫療品質，而這也與Hibbard與Jewett (1996)的研究結果相似，發現除了期望發生指標與院內感染率之外，病人對醫院的滿意度也是消費者認為的重要品質指標。

在病人希望得到醫院品質資訊的方式方面，本研究結果顯示，有37.8%的受訪者希望以印成小手冊的方式得到醫院品質資訊，27.3%希望以上網際網路查詢方式取得，與宋欣怡(2001)的研究結果相同，可能的原因是將醫院品質資訊製成小手冊提供，民眾可不受地域時間隨時翻閱參考，在目前網際網路尚未普及全民時，仍是一個民眾較喜愛的方式。但在網際網路日漸普及的今日，網際網路的方式也是值得發行單位參考，因其具有可即時更新資訊及雙向溝通的優點。

在探討影響住院病人需求醫院品質報告卡的因素方面，本研究結果顯示，相較於個人月收入20001元至39999元者，60000元以上者比較需要醫院品質報告卡，與宋欣怡(2001)的研究結果相同；相較於無罹患慢性病而不需長期服藥者，有罹患慢性病而長期服藥者比較需要醫院品質報告卡，與謝慧欣(1999)的研究結果不相同；就個人月收入方面而言，收入較高者愈需要醫院品質報告卡，可能的原因為

其時間成本較高，如果有可信任的組織提供客觀、公開的醫院品質資訊，可以減少其搜尋就醫資訊的時間，進而節省搜尋成本，所以個人月收入較高者較需要醫院品質報告卡。自覺打聽醫院（醫師）的資訊對選擇適當的醫院或醫師有幫助者，相較於自覺打聽醫院（醫師）的資訊對選擇適當的醫院或醫師無幫助者比較需要醫院品質報告卡的可能原因為自覺有幫助所以比較需要醫院品質報告卡。

## 第二節 研究限制

本研究僅立意選取北部五家醫院的內科及外科住院病人為研究對象，樣本之特性可能與台灣地區所有醫院住院病人有所不同，所以本研究結果不能外推至台灣地區所有醫院住院病人，為本研究的限制之一。其次，本研究以二十項品質指標詢問住院病人對各指標的需要性，其是否真正瞭解各項指標所代表的品質意義，是本研究無法控制的，為本研究的限制之二。最後，由於台灣地區尚未真正發行醫院品質報告卡，僅能以假設性的問題詢問住院病人對品質報告卡的需要性及參考意願，是否能反應其真實的需要性，是本研究無法控制的，為本研究的限制之三。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

本節將就問卷蒐集資料經統計分析後的結果，歸納說明如下：

- 一、受訪者中，有 58.4% 表示於就醫之前一定會或會先打聽醫院或診所之相關資訊；有 20.4% 認為困難或很困難取得就醫相關資訊。
- 二、受訪者中，53.15% 認為醫院或醫師相關資訊的取得對其選擇醫院有幫助或非常有幫助；若衛生單位能提供醫院品質報告卡資訊，88.4% 受訪者表示看病之前一定會或可能會先參考此類資訊；如果在醫院品質報告卡上的資訊的評價是不好的，95.1% 表示一定會或可能會考慮換醫院。
- 三、若要發行醫院品質報告卡，37.8% 的受訪者認為由衛生署統籌發行所呈現之數據較具可靠性；對於醫院品質報告卡之相關資訊之取得方式，37.8% 受訪者希望能從小手冊上得到。
- 四、受訪者最需要的品質資訊程度排名前五名依序為院內感染率、住院病人整體滿意度、住院死亡率、門診病人整體滿意度及 15 天再住院率。
- 五、個人月收入較高、罹患慢性病而長期服藥、自覺打聽醫院（醫師）的資訊對選擇適當的醫院或醫師有幫助的住院病人，比較有意願使用醫院品質報告卡。

## 第二節 建議

本研究是針對北部五家地區醫院以上的住院病人作訪問調查，以了解住院病人對使用醫院品質報告卡的意願，並探討何種特質的民眾較有意願使用醫院品質報告卡。依據回收訪談問卷資料，統計分析結果，在此分別對衛生主管及醫院經營管理者提出以下幾項建議：

### 一、對衛生主管的建議

本研究的結果發現，有 88.4% 的受訪病人表示看病之前一定會或可能會先參考醫院品質報告卡，而且其最信任的發行機構為衛生署，最希望以小手冊或網際網路查詢的方式得到醫院品質資訊，且醫院品質報告卡對消費者就醫選擇及更換就醫地點的決策具有很大的影響力。因此，建議行政院衛生署可考慮主導，將住院病人最迫切需要的五項醫院品質報告卡的指標，包括院內感染率、住院病人整體滿意度、住院死亡率、門診病人整體滿意度及 15 天再住院率各大項目得分等，以小手冊或網際網路查詢的方式對外公佈，期能透過醫院品質資訊的流通，促進醫療服務提供者提升品質及保障民眾就醫權益。但是衛生署需非常謹慎選取客觀及公正的指標評估方法，尤其是住院死亡率方面，一定需先調整每個醫院住院病人的疾病嚴重度，這樣才可提供有信賴力的醫院品質報告卡，萬不可草率發行公佈醫院品質報告

卡，它對醫療服務提供者及民眾有一定的影響，因為如果在醫院品質報告卡上的資訊的評價是不好的，95.1%的受訪者表示一定會或可能會考慮換醫院。

## 二、對醫院的建議

本研究的結果發現，住院病人最需要的醫院品質報告卡指標為院內感染率、住院病人整體滿意度、住院死亡率、門診病人整體滿意度及及 15 天再住院率各大項目得分，因此，建議醫院可考慮主動公佈以上五項品質資訊，以滿足住院病人對醫院品質資訊的需求，提升醫院形象。此外，醫院亦應加強一般性服務品質的提升，如服務態度及以病人為中心的作業流程等，進而提高住院病人滿意度，創造其競爭優勢。

## 三、對後續研究者的建議

本研究是以住院病人為研究對象，因其本身生病的緣故，對醫療資訊的需求性當較一般民眾高，建議後續可針對一般民眾進行大規模的問卷調查研究，瞭解一般民眾對醫院品質報告卡的需求程度是否不同於住院病人，以更進一步做為衛生主管機關是否公佈發行醫院品質報告卡的評估依據。同時也建議未來需針對醫院品質報告卡上所使用品質指標的評估方法進行研究，因為醫院品質報告卡是否能為大眾所



接受，實取決於它是否能有一套客觀及公正的評估及衡量方法，其中可包括品質指標醫院資料的收集、評估及給分方式。

## 參考文獻

### 中文文獻

- 宋燕輝 (1999)。美國國會：台灣進入 WHO 的「芝麻開門」？新世紀智庫論壇，6，90-110。
- 鐘聲實 (2000)。我國參與世界衛生組織之研究。台南女子技術學院學報，19 (2)，141-158。
- 宋欣怡(2001)。民眾就醫選擇資訊潛在需求研究。台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 林素真、楊志良、黃文鴻(1997)。時間成本對某一醫學中心門診病人利用量之影響。中華衛誌，16(4)，319-328。
- 張苙雲(1998)。醫療與社會—醫療社會學的探索。台北：巨流。
- 陳佩妮、鄭守夏、鍾國彪、林王美園(1997)。台灣地區醫療品質指標適用性之探討，中華衛誌，16(2)，133-142。
- 勞寬(2002)。醫院品質報告卡可行性研究。台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文。
- 楊志良(2001)。搶救全民健保—建立健全的健保架構。健康世界，

187, 121-125。

楊雅惠(2000)。網路上就醫選擇資訊之內容分析與使用者調查。台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文。

謝慧欣(1999)。民眾對健康資訊需要之初探。台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文。

謝慧欣、鄭守夏、丁志音(2000)。住院病患對就醫選擇資訊之需求：初步調查發現。中華衛誌，19(6)，437-445。

#### 英文文獻

Alexander, G. C., & Sehgal, A. R. (1998). Dialysis patient ratings of quality of medical care. American Journal of Kidney Diseases, 32(2), 284-289.

Arnold, M. E. (2000). Public Release of Performance Data: A Progress Report from the Front. The Journal of the American Medical Association, 283(14), 1884 -1886.

Anderson, P. (1999). England publishes first tables of hospital performance. British Medical Journal, 318(7200), 1715.

- Anonymous. (1994). How will employees use report cards? Business and Health, 12(6), 24.
- Anonymous. (1995). Nursing indicators in hospital report cards can be feasible? Health Care Strategic Management, 13(4), 17-18.
- Anonymous. (2002). Should consumers trust hospital quality report cards? The Journal of the American Medical Association, 287(24), 3206-3208.
- Baker, D. W., Einstadter, D., Thomas, C., Husal, S., Gordon, N. H., & Cebul, R. D. (2003). The effect of publicly reporting hospital performance on market share and risk-adjusted mortality at high-mortality hospitals. Medical Care, 41(6), 729-740.
- Beaulieu, N. D. (2002). Quality information and consumer health plan choices. Journal of Health Economics, 21(1), 43-63.
- Bernstein, A. B., & Gauthier, A. K. (1999). Choices in health care: What are they and what are they worth? Medical Care Research and Review, 56(suppl 1), 5-23.
- Bentley, J. M., & Nash, D. B. (1998). How Pennsylvania hospitals have responded to publicly released reports on coronary artery bypass graft surgery. The Joint Commission Journal on Quality

Improvement, 24, 40-49.

Berwick, D. M., & Wald, D. L. (1990). Hospital leaders' opinions of the HCFA mortality data. The Journal of the American Medical Association, 263(2), 247 -249.

Bodenheimer, T. (1999). The American health care system-- Physicians and the changing medical marketplace. The New England Journal of Medicine, 340(7), 584-588.

Canadian Institute for Health Information. (2002, November 7). Hospital Report 2001: Acute Care. <http://secure.cihi.ca/hreports/toc.shtml>.

Chen, J., Radford, M. J., Wang, Y., Marciniak, T. A., & Krumholz, H.M. (1999). Performance of the '100 top hospitals': What does a report card report? Health Affairs, 189(4 ), 53-68.

Cheng, S. H., Ho, Y. C., & Chung, K. P. (2002). Hospital quality information for patients in Taiwan: Can they understand it? International Journal for Quality in Health Care, 14(2), 155-160.

Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? The

Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743-1748.

Dziuban, S. W., McIllduff, J. B., Miller, S. J., & Dal Col, R. H. (1994).

How a New York cardiac surgery program uses outcomes data.

Annals of thoracic and cardiovascular surgery, 58, 1871-1876.

Epstein, A. (1995). Performance reports on quality--prototypes, problems, and prospects. The New England Journal of Medicine, 333(1), 57-61.

Epstein, A. (1998). Rolling down the runway: The challenges ahead for quality report cards. The Journal of the American Medical Association, 279(21), 1691-1696.

Fairhurst, K., Blair, M., Cutting, J., Featherstone, M., Hayes, B., Howarth, M., Rose, D., & Stanley, I. (1996). The quality of hospital discharge: a survey of discharge arrangements for the over-65s. International Journal for Quality in Health Care, 8(2), 167-174.

Frist, B. (1998). Patients' bill of rights. Journal of the Tennessee Medical Association, 91(12), 472-474.

Fogg, D. M. (1998). Health care report cards. AORN Journal, 67(3), 669-672.

Gabel, J. R., Hunt, K. A., Hurst, K., & Peat Marwick, K. P. (1998). When

employers choose health plans. New York, NY: Commonwealth Fund, Report 293.

Gemignani, J. (1999). Hospitals abandon report card initiative. Business and Health, 17(3), 12.

Gormley, W. T. (1998). Assessing health care report cards. Journal of Public Administration Research and Theory, 8(3), 325-353.

Hannan, E. L., Kiburn, H., Racz, M., Shields, E., & Chassin, M. R. (1994). Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York State. The Journal of the American Medical Association, 271(10), 761-766.

Hannan, E. L., Stone, C. C., Biddle, T. L., & DeBuono, B. A. (1997). Public release of cardiac surgery outcomes data in New York. American heart journal, 134, 55-61.

Harris, N. (1994). Report cards, Part 2: How hospitals measure up. Business Health, 12(8), 20-24.

Hass, J. (2001). Canada lags in development of report cards for hospitals. Canadian Medical Association Journal, 164(6), 853.

HCIA, Inc. & William M. Mercer, Inc. ( 2003, October 24). 100 Top Hospitals : Benchmarks for Success-2002. Available [http:](http://)

//www.100tophospitals.com/ Studies/national02/methology.asp.

HealthGrades (2002, Oct 17). How to choose a hospital 2002. Available

[http:// www.healthgrades.com/public/](http://www.healthgrades.com/public/).

Hibbard, J. H. (1998). Use of outcome data by purchasers and consumers:

New strategies and new dilemmas. International Journal of Quality in Health Care, 10(6), 503-508.

Hibbard, J. H., & Jewett, J. J. (1996). What type of quality information do

consumers want in a health care report card? Medical Care Research Review, 53(1), 28-47.

Hibbard, J. H., & Jewett, J. J. (1997). Will quality report cards help

consumers? Health Affairs (Millwood), 16(3), 218-228.

Hibbard, J. H., Jewett, J. J., Engelmann, S., & Tusler, M. (1998). Car

Medicare beneficiaries make informed choices? Health Affairs (Millwood), 17, 181-193.

Hochhauser, M. (1998). Why patients have little patience for report cards.

Managed Care, 7(3), 31-32, 34.

Iezzoni, L. I. (1997). The risks of risk adjustment. The Journal of the

American Medical Association, 278(19), 1600-1607.

Jaklevic, M. C. (1999). Hospital report-card model in peril. Modern



Healthcare, 29(3), 14-5.

Jewett, J. J., & Hibbard, J. H. (1996). Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured. Health Care Financing Review, 18(1), 75-94.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2002).

About performance reports. Available

<http://www.jcaho.org/lwapps/perfrep/pdshowto.htm>.

Kenkel, P. (1995). Report cards: A cautionary tale. Business Health, 13, 23.

Longo, D. R., Land, G., Schramm, W., Fraas, J., Hoskins, B., & Howell, V. (1997). Consumer reports in health care: Do they make a difference in patient care? The Journal of the American Medical Association, 278(19), 1579-1584.

Luce, J. M., Thiel, G. D., Holland, M. R., Swig, L., Currin, S. A., & Luft, H. S. (1996). Use of risk-adjusted outcome data for quality improvement by public hospitals. The Western journal of medicine, 164(5), 410-414.

MacStravic, S. (1999). Hospital rating systems. Quality indicators and specious inferences. Health Care Strategy Management, 17(6),

15-18.

Marshall, M. N. (2001). Accountability and quality improvement: The role of report cards. Quality of Health Care, 10(2), 67-68.

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2003). Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. Health Affairs, 22(3), 134-148.

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Leatherman, S., & Brook, R. H. (2000). The public release of performance data: What do we expect to gain? A review of the evidence. The Journal of the American Medical Association, 283(14), 1866-1874.

Minnesota Health Data Institute. (1996). 1995 Consumer Curvey, "You and Your Health plan". Minneapolis, : MN: Author.

Mukamel, D. B., & Mushlin, A. I. (1998). Quality of care information makes a difference: An analysis of market share and price changes after publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. Medical Care, 36(7 ), 945-954.

Nadzam, D. M. (1991). Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The Joint Commission Journal on Quality

Improvement, 19(5), 1925-1928.

National Committee for Quality Assurance. (2002, November 6). NCQA

report cardsrd. NCQA Website. Available

<http://hprc.ncqa.org/menu.asp>.

Ovretveit, J. (1996). Informed choice? Health service quality and

outcome information for patients. Health Policy, 37, 75-90.

Peterson, E. D., DeLong, E. R., Jollis, J. G., Muhlbaier, L. H., & Mark, D.

B. (1998). The effects of New York's bypass surgery provider  
profiling on access to care and

patient outcomes in the elderly. Journal of the American College of

Cardiology, 32, 993-999.

Rainwater, J. A., Romano, P. S., & Antonius, D. M. (1998). The

California hospital outcomes project. The Joint Commission Journal  
on Quality Improvement, 24, 31-39.

Robinson, S., & Brodie, M. (1997). Understanding the Quality Challenge

for Health Consumers: The Kaiser /AHCPR Survey. Joint  
Commission Journal on Quality Improvement, 23(5), 239-244.

Romano, P. S., Rainwater, J. A., & Antonius, D. (1999). Grading the

graders: How hospitals in California and New York perceive and

- interpret their report cards. *Medical Care*, 37(3), 295-305.
- Romano, P. S., Zach, A., Luft, H. S., Rainwater, J., Remy, L. L., & Campa, D. (1995). The California hospital outcomes project: Using administrative data to compare hospital performance. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*, 21(12), 668-682.
- Rosenthal, G. E., Quinn, L., & Harper, D. L. (1997). Declines in hospital mortality associated with a regional initiative to measure hospital performance. *American journal of medical quality*, 12(2), 103-112.
- Royal Women's Hospital . (2000). Review of existing models of reporting to consumers on health service quality. Melbourne: Royal Women's Hospital.
- Sangl, J. A., & Wolf, L. F. (1996). Role of consumer information in today's health care system. *Health Care Financing Review*, 18(1), 1-8.
- Scanlon, D., Chernew, M., McLaughlin, C., Solon, G. (2002). The impact of health plan report cards on managed care enrollment, *Journal of Health Economics*, 21(1), 19-41.
- Schauffler, H. H., & Mordavsky, J. K. (2001). Consumer reports in health care: Do they make a difference? *Annual Review of Public Health*,

22, 69-89.

Schneider, E. C., & Epstein, A. M. (1996). Influence of cardiac surgery performance reports on referral practices and access to care. New England Journal of Medicine, 335(4 ), 251-256.

Schneider, E. C., & Epstein, A. M. (1998). Use of public performance reports: A survey of patients undergoing cardiac surgery. The Journal of the American Medical Association, 279(20), 1638-1642.

Schneider, E. C., & Lieberman, T. (2001). Publicly disclosed information about the quality of health care: Response of the US public. Quality of Health Care, 10(2), 96-103.

Schwartz, M. P. (1994). Survey: "Report cards" not yet having an impact. National Underwriter, 98(3), 50-52.

Slovensky, D. J., Fottler, M. D., & Houser, H. W. (1998). Developing an outcomes report card for hospitals: A case study and implementation guidelines. Journal of Healthcare Management, 43(1), 15-35.

Taylor, S. L., & Capella, L. M., (1996). Hospital outshopping: determinant attributes and hospital choice. Health Care Management Review, 21(4), 33-44.

The Pennsylvania Health Care Cost Containment Council. (2002, August

10). Introduction of the Pennsylvania Health Care Cost Containment  
mouncil. PHC4 Website. Available

<http://www.phc4.org/reports/manade.htm>

Tu, J. V., Schull, M. J., Ferris, L. E., Hux, J. E., & Redelmeier, D. A.

(2001). Problems for clinical judgment: Surviving in the report card  
era. *Canadian Medical Association journal*, 164(12 ), 1709-1712.

US News and World Report. (2002, November 7). Best hospitals.

USNEWS Website. Available

[http://www.usnews.com/usnews/nycu/health/hospt1/methodology.ht](http://www.usnews.com/usnews/nycu/health/hospt1/methodology.htm)

m.

World Health Organization. (2003, October 24). Overview of WHO.

[http:// www. who. int/about/overview/en](http://www.who.int/about/overview/en).

Wynn, P. (1999). California medical groups keeping score. *Dermatology*

*Times*, 20(10 ), 49-50.

## 附錄一

### 住院病人對醫院品質報告卡的認知及態度之問卷

問卷編號：

您好：

您好，我們接受行政院衛生署的委託進行「發展台灣地區醫院品質報告卡之研究」，所謂醫院品質報告卡就是能比較醫院間醫療品質好壞的公開報告。這份問卷的目的是希望瞭解您對醫院品質報告卡的認知及態度，希望能耽誤您幾分鐘，回答這份問卷，您的意見對本研究的結果具有重大的影響，且僅做資料統計分析用，絕不會將您個別的資料對外公佈，敬請安心作答，非常謝謝您的幫忙。

1.請問您覺得自己平常的健康狀況如何？

- 1.非常不好    2.不好    3.普通    4.好    5.非常好

2.請問您在住院的前兩週總共看過幾次的門診？

1. 1次    2. 2次    3. 3次    4. 4次    5. 5次以上

3.請問您目前有沒有罹患慢性病而長期服藥？

- 0.沒有  
1.有，慢性病名稱為：\_\_\_\_\_

4.請問您住家附近有幾家醫院和診所（車程 10 分鐘內可到達）

- 1.都沒有    2.只有一診所，沒醫院  
3.有二家以上的診所，沒有醫院    4.有診所也有醫院

5.請問您平常如果身體不舒服，而需要看病的時候，有沒有固定找某家醫院或診所（醫師）看病？

- 0.沒有(選此項者跳到第 7 題)    1.有

6.整體而言，您對於固定去看病的醫院或診所的滿意度為何？

- 1.非常不滿意    2.不滿意    3.普通    4.滿意    5.非常滿意

7.您平常就醫（看病）前是否會打聽某醫院或診所（醫師）相關的資訊？

1. 一定不會 2. 不會 3. 普通 4. 會 5. 一定會

8. 您平常如果要打聽某醫院或診所（醫師）相關的資訊的難易度為何？

1. 很容易 2. 容易 3. 普通 4. 困難 5. 很困難

9. 您覺得打聽醫院（醫師）的資訊對選擇適當的醫院或醫師的幫助程度為何？

1. 非常沒有幫助 2. 沒有幫助 3. 普通 4. 有幫助

5. 非常有幫助

10. 如果今天有一個具有公信力(有信用)的機構或組織所提供的品質報告卡，有以下 20 種資訊，請問您需要的情形為何？如果您覺得這 20 種資訊還不夠，您可以把想知道的填在第 21 項其他的地方。

很需要  
需要  
普通  
有點需要  
不需要

◎結構面指標

- |                 |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)醫師病床比.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)護理人員病床比..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)醫事人員病床比..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)員工病床比.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)專科醫師比率.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

◎過程面指標

- |                     |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (6)院內感染率.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)等候急診醫師處理的時間..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8)剖腹產率.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9)超長住院率.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10)病人意外事件發生率.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11)不告假(潛逃)出院率..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12)一般病床平均住院率.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13)佔床率.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

◎結果面指標

- |                     |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (14)住院病人整體滿意度.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15)門診病人整體滿意度.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16)急診病人整體滿意度.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (17)住院死亡率.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (18)急診到院後死亡率.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (19) 15 天再住院率.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (20) 30 天內再住院率..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



21.其他\_\_\_\_\_

11.如果今天有一個具有公信力(有信用)的機構把各醫院在上列 20 項品質指標的表現，製作成下列形式的醫院品質報告卡供您參考，您看懂不懂？

- 1.非常不懂    2.不懂    3.普通    4.懂    5.非常懂

	醫師病床比	院內感染率	住院死亡率	病人滿意度	15 天再住院率
A 醫院	★★	★★	★★★★	★★★★	★★
B 醫院	★★★★	★★★★★	★★★★★	★★★★★	★★★★
C 醫院	★★	★★	★★	★★★★	★★★★★
D 醫院	★★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★
E 醫院	★	★★	★★	★★	★★
F 醫院	★★	★★★★	★★	★★	★★★★

說明：★越多個表示品質越好，5 個★表示最好，1 個★表示最差。

12.您覺得由什麼樣的機構或組織來提供（發行）上列醫院品質報告卡資訊給您，您會比較相信

- 1.衛生署                      2.中央健康保險局  
3.醫院本身                    4.財團法人醫院評鑑暨醫療品質基金會  
5.民間公益團體(如消費者文教基金會、醫療改革基金會等)  
6.其他\_\_\_\_\_

13.您希望怎樣得到上列醫院品質報告卡的資訊？

- 1.印成小手冊    2.上網際網路查詢    3.電話查詢    4.報紙  
5.雜誌            6.錄影帶            7.其他\_\_\_\_\_

14.如果今天有一個具有公信力(有信用)的機構把各醫院的表現製作成醫院品質報告卡供您參考，下一次生病時要去看醫師，您會先參考上列醫院品質報告卡的資訊嗎？

- 1.一定不會    2.大概不會    3.可能會    4.一定會

15.如果您常去看病的醫院，在上列醫院品質報告卡的資訊上的評價不好，您會考慮換醫院看病嗎？

- 1.一定不會    2.大概不會    3.可能會    4.一定會

16.請問您的性別為：1.男    0.女

17.請問您出生於民國\_\_\_\_\_年

18.本次住院的科別為：1.內科系 2.外科系

19.請問您的教育程度為

- 0.不識字 1.小學 2.國(初)中 3.高中(職)  
4.專科 5.大學 6.研究所以上

20.請問您目前的婚姻狀況

- 1.未婚 2.已婚 3.離婚 4.喪偶 5.其他\_\_\_\_\_

21.請問您目前的職業是

- 1.無 2.軍公教 3.工 4.商 5.農漁 6.自由業  
7.學生 8.家管 9.退休 10.其他

22.請問您一個月的平均收入大約多少元？

1. 無收入 2. 20,000 元以下 3. 20,001 元至 39,999 元  
4. 40,000 元至 59,999 元 5. 60,000 元以上

問卷到此結束，非常感謝您的幫忙，敬祝您早日康復

附錄二

第一次消費者焦點團體座談會訪談紀錄

時間：92年11月6日

地點：台北醫學大學

主持人：台北護理學院 陳楚杰 老師、台北醫學大學 林恆慶 老師

訪談對象：台北醫學大學附設醫院之社工人員及志工共12位

消費者焦點團體座談會訪談流程：

1. 引言：主持人自我介紹、說明座談會的目的、座談會的內容及進行方式：包含來賓(成員)自我介紹，填寫一份問卷，並進行問題討論。
2. 來賓自我介紹：姓名、年齡、目前工作單位、其他。
3. 填答問卷：請就問卷中的20個指標，填答你是否瞭解、認為重不重要？
4. 能否就剛才問卷中的內容，提出您的看法，最不瞭解的指標是什麼？  
最重要的指標是那些？對於你選擇醫院或醫師看病是否有幫助？
5. 請以您的經驗說明，消費者最需要的選擇醫院或醫師之資訊包括那些？
6. 有沒有那些您所關心的品質指標，不在問卷中，請給我們建議？
7. 對於各醫院醫療品質表現的好壞之呈現方式，你覺得那一種方式對民眾來說較容易看懂？
8. 請問您在看病前是否會打聽有關醫院或醫師相關的資訊？請問您都向

誰打聽？打聽那些東西（內容）？如果打聽或得不到醫院或醫師相關資訊，你如何決定到那裡看病？

9. 你認為有沒有需要一個單位（機關）定期向消費者公佈醫院間醫療品質的比較資訊？如果有一個單位（機關）公佈醫院品質資訊你在看病前是否會參考？

10. 如果你常去的醫院或醫師，在這些品質指標上的評價不好，你會考慮換地方看病嗎？有沒有其他的問題或建議，請提供。

消費者焦點團體座談會訪談紀錄：

● 訪談對象最不瞭解的指標是：

1. 醫事人員病床比(第3個指標)
2. 專科醫師比率(第5個指標)
3. 院內感染率(第6個指標)---訪談對象不瞭解此項指標之「公式」，但了解其意義及重要性。
4. 不告假(潛逃)出院率(第11個指標)---訪談對象不瞭解此指標對品質而言有何意義？
5. 一般病床平均住院日(第12個指標)
6. 住院、門診、急診病人滿意度(第14、15、16個指標)---訪談對象認為這些指標並不是反映醫療技術的評價，不太知道為何要以這3個指標來衡量品質。

- 訪談對象認為最重要的指標是：
  1. 院內感染率(第6個指標)
- 大部分的訪談對象都認為品質報告卡有助於民眾選擇醫院或醫師來看病。
- 訪談對象認為除了此問卷中的20個指標外，她們所關心的品質指標還包括：
  1. 醫師的醫術、醫德、態度及對病人的尊重程度。
  2. 誤診率。(誤診率應如何客觀評估?)
  3. 醫療儀器設備的數量及排名。(各醫院有什麼醫療儀器設備及新引進什麼醫療儀器設備)。
  4. 病患及家屬對醫師的滿意度。
  5. 病患及家屬對護理人員的滿意度。
  6. 病患及家屬對醫事人員的滿意度。
  7. 病患及家屬對行政人員的滿意度。
- 訪談對象們表示如果是要看比較嚴重的病、癌症或開刀就會仔細打聽有關醫院或醫師相關的資訊，若只是小病、小感冒就不會這樣積極。訪談對象們並建議應該設立一個特定的機構來提供民眾得到有關醫院或醫師的資訊。
- 訪談對象們打聽有關醫院或醫師相關資訊的對象為：

1. 有在醫院上班的親戚朋友
  2. 有經驗的病人
  3. 上醫院的網站查詢
  4. 詢問醫院的志工
  5. 詢問開刀房的護理長
  6. 直接找該科的主任
  7. 直接選擇大醫院
- 訪談對象們打聽有關醫院或醫師相關資訊的內容為：
    1. 醫師的學、經歷
    2. 醫院的醫療儀器設備情形
  - 訪談對象們認為有需要一個單位或機關定期向民眾公佈各個醫院的醫療品質資訊，她們會在看病前參考這些醫院的醫療品質相關資訊並做比較。
  - 訪談對象們表示醫院的品質報告卡會影響她們對醫院的選擇，若她們常去的醫院或醫師在這些品質指標上的評價不好則她們會因疾病的大小而選擇去不去該醫院，若是小病就比較不會有影響，若是大病她們就不會去該醫院了。

結論及建議：

1. 可以把每項指標的「定義」改為一句簡單的說明，不要用公式，一般

民眾看不懂公式。

2. 可以在每項指標後用幾句簡單明瞭的話來說明此指標的意義或舉一個醫院中實際執行的小例子。
3. 訪談對象認為經過品質報告卡的評鑑後可將醫院分為幾個等級，並可以以星星、梅花、分數或百分數等來代表每一家醫院的等級，可方便民眾識別。
4. 有些訪談對象認為品質報告卡應以醫院整體來評量，因為這樣對民眾而言分數只有單一個，很清楚了然。但有部分訪談對象認為應以各個科別來評量，他們認為一家醫院並不是每一科都很好或每一科都不好，如果以科別來評量的話，民眾可以依自己要哪一科來選擇這一科較強的醫院。也有些訪談對象認為醫院整體及各個科別品質都很重要、都應該評估，所以建議以各個科別為基礎並給予每個科別不同的權重，藉由權重來計算醫院整體的品質。
5. 訪談對象認為醫療儀器設備的數量、排名及各醫院有什麼醫療儀器設備、新引進什麼醫療儀器設備這些資訊會影響她們選擇就醫的醫院。她們建議可以以「醫院的層級」或「醫院的權屬別」為分類來評估、比較各醫院的醫療儀器設備數量及排名。
6. 訪談對象認為現在的醫院都應要有包裝及廣告，民眾可藉由廣告知到哪家醫院有新的醫療儀器設備、哪家醫院有新的醫師、哪家醫院有新

的活動等資訊。

7. 訪談對象認為在滿意度方面只分為門診、急診、住院等整體的滿意度是不夠的，應以醫院中的各種人員為分類來做滿意度調查。就住院病患而言，與病人及家屬接觸最久、最多的是護理人員，因此訪談對象認為病患及家屬對護理人員的滿意度是很重要的。另外也應包括病患及家屬對醫師、醫事人員及行政人員等的滿意度。

附註：

- 請以您的經驗說明，消費者最需要的選擇醫院或醫師之資訊包括那些？
- 對於各醫院醫療品質表現的好壞之呈現方式，你覺得那一種方式對民眾來說較容易看懂？

針對以上 2 個問題在此次的消費者焦點團體座談會中並沒有深入討論。



## 第二次消費者焦點團體座談會訪談紀錄

時間：92年11月13日

地點：台北醫學大學

主持人：台北護理學院 陳楚杰 老師、台北醫學大學 林恆慶 老師

訪談對象：台北市立萬芳醫院之志工共11位

消費者焦點團體座談會訪談流程：

1. 引言：主持人自我介紹、說明座談會的目的

座談會的內容及進行方式：包含填寫一份問卷，來賓(成員)自我介紹，並進行問題討論。

2. 填答問卷：請就問卷中的20個指標，填答你是否瞭解、認為重不重要、適不適合用來評估醫院品質的好壞？

3. 來賓自我介紹：姓名、年齡、目前工作單位、其他。

4. 請以您的經驗說明，你選擇醫院或醫師最需要的資訊包括那些？

5. 請問您在看病前是否會打聽有關醫院或醫師相關的資訊？請問您都向誰打聽？打聽那些東西(內容)？如果打聽或得不到醫院或醫師相關資訊，你如何決定到那裡看病？

6. 能否就剛才問卷中的內容，提出您的看法，最不瞭解的指標有那些？最重要的指標有那些？對於你選擇醫院或醫師看病是否有幫助？

7. 有沒有那些您所關心的品質指標，不在問卷中，請給我們建議？

8. 對於各醫院醫療品質表現的好壞之呈現方式，你覺得那一種方式對民眾來說較容易看懂？
9. 你認為有沒有需要一個單位（機關）定期向消費者公佈醫院間醫療品質的比較資訊？如果有一個單位（機關）公佈醫院品質資訊你在看病前是否會參考？
10. 如果你常去的醫院或醫師，在這些品質指標上的評價不好，你會考慮換地方看病嗎？有沒有其他的問題或建議，請提供。

消費者焦點團體座談會訪談紀錄：

● 訪談對象最不瞭解的指標是：

7. 專科醫師比率(第 5 個指標)
8. 病人意外事件發生率(第 10 個指標)：訪談者認為這項指標的定義還需要再加強一下，病人發生意外事件的時間是指掛號後嗎？還是掛號前也算，只要在醫院中發生都算嗎？病人是包含門診、急診和住院的病人嗎？是否也包含家屬？
9. 一般病床平均住院日(第 12 個指標)
10. 超長住院率(第 9 個指標)：訪談者認為這項指標不太有意義，訪談者認為住院日數應由醫師視病情的需要而定，像慢性病通常都會住比較久。而且病人可能會覺得多住幾天可以把病治療的更好或者多住幾天可以多休息幾天，對病人而言多住幾天並不一定是

不好的，所以訪談者認為這項指標並不恰當。

- 訪談對象認為最重要的指標是：
  1. 護理人員病床比(第2個指標)：若護理人力不足將會直接影響到照護病人的品質。
  2. 院內感染率(第6個指標)
  3. 等候急診醫師處理的時間(第7個指標)
  4. 病人意外事件發生率(第10個指標)
  5. 住院病人滿意度(第14個指標)
  6. 門診病人滿意度(第15個指標)
  7. 急診病人滿意度(第16個指標)
  8. 住院死亡率(第17個指標)
  
- 大部分的訪談對象都認為品質報告卡有助於民眾選擇醫院或醫師來看病。
  
- 訪談對象們認為選擇醫院或醫師的資訊包括：
  1. 急診醫師的專業水準。
  2. 醫師是否有準時上診。
  3. 護理人員的素質。
  4. 門診的回診率、複診率。
  5. 門診等候時間。
  6. 醫師對病情是否能正確評估。

7. 醫師看診的時間。
  8. 醫護人員是否親切及是否具備耐心及同理心。
  9. 醫師的年齡。
  10. 設備很重要。
  11. 口碑，別人的意見。
  12. 護士的親切度、愛心和耐心。
  13. 醫師的專業水準。
  14. 醫院環境的乾淨程度與發生感染的問題有關。
  15. 交通的便利性。
- 訪談對象們打聽有關醫院或醫師相關資訊的對象為：
8. 護士
  9. 有在醫院上班的親戚朋友
  10. 有經驗的病人
  11. 電視或報章雜誌的報導(健康講座)
  12. 長輩的經驗
  13. 口碑好的醫院
  14. 門診表上的介紹
  15. 從自己過去的經驗來衡量哪為醫師較照顧病人
  16. 在媒體上曝光率較高的醫師
  17. 上醫院的網站查詢

18. 詢問醫院的志工
19. 詢問開刀房的護理長
20. 直接找該科的主任
21. 直接選擇大醫院

- 訪談對象們打聽有關醫院或醫師相關資訊的內容為：

3. 醫師的學、經歷
4. 醫院的醫療儀器設備情形

- 訪談對象們認為站在消費者的立場當然希望能有個公正客觀機構可以定期向消費者公佈醫院間醫療品質的比較資訊，如果有個機構可以公佈醫院品質的資訊，那麼訪談對象們在看病前一定會參考。
- 訪談對象們亦認為公佈醫院的品質的資訊可以促使醫院更進步，那些評比不佳的醫院應該自己檢討並改進，這樣可以提升醫療的水準。
- 訪談對象們對於問卷中第22題的醫院醫療品質表現的呈現方式，覺得蠻清楚的了。但好在多好、差在多差或許用分數來表現會更清楚。訪談對象們亦認為可提出全部醫院整體的平均值，再看各醫院是落在哪一個地方，這種方式也可以幫助民眾來了解醫院的品質。
- 訪談對象們表示醫院的品質報告卡會影響她們對醫院的選擇，若她們常去的醫院或醫師在這些品質指標上的評價不好則她們可能就不會去該醫院了。

結論及建議：

8. 訪談對象們認為急診非常重要，為什麼現在的急診醫師都很兩光，都是住院醫師，病人送到急診時通常都是最無助且常是生命的重要關卡，在這個重要的時刻應該要有專業水平高的醫師來看診，才能在最短的時間做出最正確的判斷，以把握救人的黃金時機。
9. 訪談對象們在選擇醫師時也會考慮醫師的年齡，如果是看外科就會選擇較年輕的醫師，大約是40至50歲的醫師；如果是要看內科或婦產科就會選擇年紀較大的醫師，因為他們較有經驗。
10. 訪談對象們認為死亡率等負面指標一般民眾較難得知，所以一般民眾較不會以此指標來選擇醫院。而且死亡率通常與疾病嚴重度有密切相關，病人死亡的原因究竟是自然死亡、感染還是醫師醫術不良等，若不考慮疾病嚴重度，那麼以死亡率為衡量醫院品質的指標就不太公平了。訪談對象們認為在調整疾病嚴重度後的死亡率將會是衡量品質的重要指標。
11. 訪談對象們認為可以透過媒體的報導來幫助北醫附設醫院，或找臺大醫院的醫師註診或特約門診。但臺大醫院的醫師或許會有門戶之見或者他們沒有額外的時間來註診。
12. 訪談對象會依病情的種類及嚴重程度來決定是否需要打聽有關醫院或醫師相關的資訊，若是小病就在附近的醫療院所看診，只求方便就好，若是大病或要動刀就會好好打聽。對於大病或要動刀的情形訪談對象

會找熟悉的醫師看診或由熟悉的醫師來介紹到哪家醫院或哪個醫師。

## 行政院衛生署科技研究發展計畫成果報告審查意見通知書

計畫編號	DOH92-TD-1045	執行年度	九十二年度
執行機構	台北醫學大學	主持人	林恆慶助理教授
計畫名稱	發展台灣地區醫院品質報告卡之研究		
下列各項審查意見敬請參採，並請儘速辦理下列事項： 1. 請就各項審查意見提出書面之答覆或補充說明。 2. 並請於成果報告書中修正。(此份研究報告將登載於衛生署、國科會科資中心網站及國家圖書館，以供各界參考。) 3. 請將書面之審查意見答覆、修正後之報告(一式捌份)及報告內容磁片，於93年4月5日前寄回衛生署科技發展組。 (地址：台北市愛國東路100號12樓 電話：02-23210151*624)			

### 審查意見：

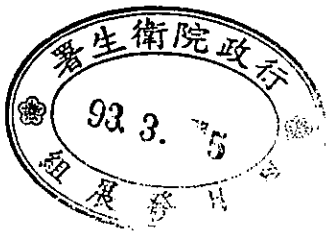
一、研究報告的內容針對品質報告卡的相關文獻整理十分清楚。報告的組織架構完整，條理清晰。

### 二、研究報告需修正部分：

1. 表 4-1 受訪者基本資料表中，缺少受訪者婚姻狀況的分布情形。
2. 第三章第三節「研究對象與研究工具」中的第四部份『研究限制』應刪除，該部份於討論中提及即可。
3. 報告中有部份打字錯誤(如剖"婦"產率)或作表疏失(如表 4-4、表 4-6)，請主持人再予檢查後更正。
4. 使用品質報告卡意願的選項(表 4-6)是採一定不會、大概不會、可能會及一定會等四項，在變項操作型定義中亦指明是屬於類別變項(表 3-1，第 64 頁)，卻使用 Mann-Whitney U test 及 Kruskal-Wallis test 進行檢定，建議仍應使用 chi-square test。
5. 其他使用 Kruskal-Wallis test 分析有達統計顯著差異者，亦應再進行事後檢定，建議可使用 Mann-Whitney U 合併使用 Bonferroni correction 進行檢定，以瞭解達統計差異的組別為何。



6. 結果及討論中針對影響住院病人需求品質報告卡的因素探討部份，陳述「自覺打聽醫院或醫師相關資訊困難者比較需要醫院品質報告卡」，但由 logistic regression model(表 4-13)並未顯示該變項有達統計差異(95% CI 為 0.660~3.677)，應該是「就醫相關資訊取得」才有達統計顯著差異者。請主持人再予檢查後更正相關述敘內容。
7. 結論章節應再加以陳述何種特質的住院病人較有意願使用醫院品質報告卡。



審查意見之答覆如下：

- 1.表 4-1 已加入受訪者婚姻狀況，見 p75。
- 2.已將研究限制移至討論部份，見 p112。
- 3.部份打字錯誤已修改，見 p79、93、95、97 及 99。
- 4.表 4-6 已改用 chi-square test 檢定，見 p89。
- 5.此非本研究之主要目的，故未進行事後檢定。
- 6.已修改，見 p87、88、105、106。
- 7.已於結論章節增加何種特質的住院病人較有意願使用醫院品質報告卡，  
見 p108。