

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

建立台灣地區糖尿病品質報告卡之研究

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC92-2416-H-038-003-

執行期間：92年08月01日至93年07月31日

執行單位：臺北醫學大學醫務管理學研究所

計畫主持人：林恆慶

共同主持人：陳楚杰

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 93 年 11 月 4 日

建立台灣地區糖尿病品質報告卡之研究

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 92-2416-H-038-03-

執行期間： 92年 8月 1日至 93年 7月 31日

計畫主持人：林恆慶

共同主持人：陳楚杰

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、
列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：臺北醫學大學醫務管理學系

中 華 民 國 93 年 10 月 30 日

計畫中文摘要

糖尿病已成為台灣地區盛行的慢性病之一，推估目前約有近一百萬名的糖尿病患者。依據中央健康保險局 1998 年統計資料顯示，在所有健保的保險對象中，只有 2.5% 被歸類為糖尿病，其醫療費用佔健保總醫療費用的 11.5%，而且平均每位糖尿病患者的醫療費用為全部保險對象平均值的 4.3 倍。此外，醫療照護市場長期存在醫療專業資訊不對等的問題，且因醫療市場資訊並未完全公開流通，致使醫療消費者無法在擁有充份醫療資訊的情況下做出使其利益最大化的就醫決策，導致醫療照護市場的無效率，因此，如何建立台灣地區糖尿病品質報告卡公佈醫療院所照護績效，就成為當前研究的重要議題。本研究即是探討糖尿病病人對糖尿病品質報告卡的需要性、需要的指標項目、較信任的發行組織及希望得到的方式及探討糖尿病病人其是否需要醫院品質報告卡與個人特質的相關性。

本研究首先將收集國內、外有關民眾對就醫選擇資訊和品質報告卡的文獻為基礎設計問卷，再進行專家問卷效度及信度之測試後定稿。本研究以立意選取願意合作的台北縣市五家地區級以上醫院糖尿病門診病人為發放對象，每家醫院人數為 200 位，總計 1000 位為研究對象。問卷內容包括五部份：(1)問卷填答者之基本資料；(2)糖尿病品質報告卡中的品質指標項目；(3)較信任的糖尿病品質報告卡之發行組織(行政院衛生署、中央健康保險局、民間非營利組織、民間營利組織、醫療院自行組成發行機構、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會)；(4)糖尿病品質報告卡的公佈方式(報紙、雜誌、電視、網路、印成小冊子或電話查詢)；(5)糖尿病病人對糖尿病品質報告卡的需要性。問卷回收後，將使用 SPSS10.0 進行問卷回收資料之建檔及統計分析。在描述性統計分析方面，以次數、百分比、平均數、及標準差表示之。在推論性統計分析方面，以羅吉斯複迴歸 (multiple logistic regression) 探討糖尿病病人是否需要品質報告卡與個人特質的相關性及探討糖尿病醫師其公佈意願與個人特性及執業狀況的相關性。

本研究共發出問卷 1000 份，回收 962 份，回收率為 96.2%。在糖尿病病人對醫院品質報告卡的需要性方面，有 74.4% 受訪者回答非常需要及需要；糖尿病病人較信任的醫院品質報告卡發行機構方面，回答衛生署者及中央健康保險局者最多，佔 61.6%。樣本糖尿病病人對各種醫院品質報告卡指標需要的情形，如以很需要及需要的累積百分比為排序基準由高至低排序，超過 50% 的指標依序為糖化血色素年度檢查率(91.2%)、失明率(87.4%)、LDL 膽固醇值分佈狀況(83.8%)、LDL 膽固醇值分佈狀況(77.0%)、尿液蛋白質年度定性分析率(74.9%)、血壓值分佈狀況(71.3%)、末期腎衰竭率(69.7%)、心肌梗塞率 (57.1%)、腦中風率(56.3%)、掛急診的比率(55.5%)。在複迴歸模式中，控制其他變項後，發現性別、個人月收入、自覺健康狀況、教育程度對於糖尿病病人是否需要醫院品質報告卡之影響達統計上的顯著水準。

報告內容

前言

台灣地區因人口結構、生活及飲食型態等的改變，糖尿病已成為台灣地區盛行的慢性病之一（翁瑞亨、徐瑞祥、謝玉娟，2002）。依據行政院衛生署「民國 82-86 年國民營養健康狀況變遷調查」19 歲以上國人糖尿病盛行率為 4.35%，依此數據推估，台灣地區約有近一百萬名的糖尿病患者（行政院衛生署，1999）。自 1983 年起，糖尿病列入十大死因，死亡率及標準化死亡率逐年遞升，2000 年死亡數為 9,450 人占死亡總人數的 7.6%，死亡率達每十萬人 42.60 人，高居十大死因的第五順位，為 1989 年的 2.2 倍，可見其對民眾健康的威脅之大，其死亡率之增加與年齡結構高齡化有密切的關係（行政院衛生署，2002）。就醫療費用而言，國際糖尿病聯盟(International Diabetes Federation)則估計大部份國家每年至少花費十分之一的經費在糖尿病照護上（行政院衛生署，1998）。又依據中央健康保險局 1998 年統計資料顯示，在所有健保的保險對象中，只有 2.5% 被歸類為糖尿病，其醫療費用佔健保總醫療費用的 11.5%，其中 60.8% 用於門診，而且平均每位糖尿病患的醫療費用為全部保險對象平均值的 4.3 倍（林燦，1999）。1998 年糖尿病學會對 25 家大型醫院 2446 名糖尿病病人所做的調查結果顯示，在診斷後十年，白內障（38%）為最常見的併發症，其次為神經病變（30%）、蛋白尿（17%）、中風（6%）、心肌梗塞/冠狀動脈繞道手術/擴張血管成形術（4%），而失明、腎衰竭及下肢截肢均為 1%（蔡世澤，2000）。由上可知，糖尿病不但盛行率高，耗用的醫療資源多，控制不當亦會產生許多併發症，因此，如何使糖尿病病人獲得最適當的照護，是非常值得關心與研究的課題。

研究目的

本研究的研究目的的主要有下列兩項：(1)探討糖尿病病人對糖尿病品質報告卡的需要性、需要的指標項目、較信任的發行組織及希望得到的方式；(2)探討糖尿病病人其是否需要醫院品質報告卡與個人特質的相關性。

文獻探討

1. 糖尿病的定義、診斷與分類

糖尿病是一種臨床上以高血糖為表徵的症候群，其原因可能由於胰導素分泌不足或作用缺陷（謝昌勳、洪乙仁，2000）。在 1979 年以前世界各國對糖尿病診斷標準不一，直到 1979 年美國國家糖尿病資料組(National Diabetes Data Group, NDDG)提出診斷標準及分類後，各國才逐漸有共識並以此標忖作為診斷糖尿病的依据，鑑於近年來對糖尿病的致病原因及病態生理有更多的瞭解，因此，美國糖尿病協會（American Diabetes Association, ADA）於 1997 年 7 月正式提出新版的糖尿病分類、診斷及糖尿病篩檢原則。其診斷標準為(1)典型糖尿病症狀，如三多、體重減輕，任何時間血漿血糖值 ≥ 200 mg/dL

(11.1 mmol/L)；或(2) 空腹血漿血糖值 126 mg/dL (7.0 mmol/L)，空腹時間需超過 8 小時；或(3) 75 公克口服葡萄糖試驗，2 小時血漿血糖值 200 mg/dL (11.1 mmol/L)。

上述診斷必須另日重覆一次始可確定診斷（謝昌勳、洪乙仁，2000）。其分類為(1)第一型糖尿病(Type 1 diabetes)：可分為自體免疫型及不明原因型；(2)第二型糖尿病(Type 2 diabetes)；(3)其他特異型：細胞功能的基因缺陷、胰島素作用的基因缺陷、外分泌胰臟的疾病、內分泌病變、藥物或化學物質引起、感染、不尋常形式的免疫媒介的糖尿病、有時合併糖尿病的其他遺傳症候群及(4)妊娠性糖尿病(Gestational Diabetes Mellitus, GDM)（行政院衛生署，1998）。

2. 糖尿病照護品質的測量指標

評估醫療品質的方法很多，可依規範的範圍區分（結構、過程、結果）依審查的時間區分（前瞻性、同時性、回溯性）依資料收集方法區分（實地觀察、病人訪談、事件報告）等。其中以 Donabedian 的結構 - 過程 - 結果的品質評估模式最常被採用，結構、過程及結果三者之間並不是互斥關係，而是靠因果關係連繫著，即具有良好的結構（如醫療設備、員工人數與資歷、醫院建築等），將有助於提供良好的醫療過程（如診斷正確性、治療技術的熟練度、等候時間等），而良好的醫療過程將產生較好的醫療結果（如死亡率、感染率、病人滿意度等）。因此，最好的評估策略是同時選取各評估方法（結構、過程、結果）的最適指標，以增加其評估的正確性（陳佩妮，1996）。

在糖尿病照護品質測量指標方面，Chin, Zhang, and Merrell(2000)的研究提出的指標有每年眼科檢查率（ophthalmic visit）、每年血脂測定檢查率（lipid）、每年糖化血色素檢查率(hemoglobin A1c)、流行性感疫苗注射率（influenza shot）、女性每年乳房攝影率（mammogram）、出院 30 天內再住院率（readmission 30-day）、出院四週內的回診率（follow-up 4-week）、病人對制度的滿意度(patient satisfaction with system)、病人對醫師的滿意度(patient satisfaction with doctor)、每年住院比率(hospitalized)、每年門診次數(physician visit)及掛急診的比率(emergency visit %)等指標。其次，由美國老人及貧民醫療保險服務中心（Center for Medicare and Medical Services）、國家品質保證委員會（National Committee for Quality Assurance）和美國糖尿病協會（American Diabetes Association）共同創辦的美國糖尿病照護品質改善計畫（Diabetes Quality Improvement Project）中技術專家小組於 1998 年完成的品質執行量表（Quality Performance Measures）的評價指標包括每年糖化血色素檢查率、每兩年血脂測定檢查率、每年足部檢查率、每年（或每兩年）眼睛檢查、監控每年（或每兩年）糖尿病腎病變、監控血壓（Fleming, Greenfield, Engelgau, Pogach, Clauser, & Parrott, 2001）。另吳重慶、葉淑娟、顏裕庭和黃明和(2001)的研究提出評估糖尿病照護品質指標有(1)過程面品質指標：門診看診頻度、血壓計量頻度、空腹血糖測試頻度、尿蛋白測試頻度、總膽固醇/三酸甘油酯測試頻度、高/低密度脂蛋白膽固醇測試頻度、肌酸酐測試頻度、糖化血色素測試頻度及肌酸酐清除率測試頻度等 9 項；(2)結果面品質指標：血壓計測結果、空腹血糖測試結果、尿蛋白測試結果、膽固醇/三酸甘油酯測試結果、高/低密度脂蛋白膽固醇測試結果、肌酸酐測試結果、糖化血色素測試結果及肌酸酐清除率測試結果等 8 項。此外中央健康保險局北區

分局進行之小型宣導性內部專案「糖尿病人健康照護品質報告」的評價指標包括(1)年度檢查監測項目：a.血糖控制（血液 HBA1C 年度檢查率） b.眼睛檢查（視網膜年度檢查率） c.血脂（血脂年度檢查率） d.腎臟檢查（尿液蛋白質年度定性分析率、尿液微量白蛋白年度檢查率、血清年度檢查率） e.心臟檢查（心電圖年度檢查率） f.合併症及併發症（失明率、心肌梗塞率、冠狀動脈繞道血管移植手術率、血管成形術率、腦中風率、末期腎衰竭率、踝部以上截肢率、踝部以下截肢率）；(2)照護持續性項目：a.定期就診（確定診斷後固定就診率） b.定期用藥（確認診斷後單一處方給藥日份三十天開立率）

綜合以上文獻本研究初步提出擬評估的指標有(1)結構面指標：取得糖尿病照護網各類人員的人數，包括醫師、護理人員、營養師、醫檢師及藥師；(2)過程面指標：糖化血色素年度檢查率、血脂年度檢查率、視網膜年度檢查率、尿液微量白蛋白年度檢查率、尿液蛋白質年度定性分析率、血清年度檢查率、心電圖年度檢查率、平均每人每年門診次數、平均每人每年血壓計量次數及確定診斷後固定就診率等 11 項；(3)結果面指標：每年住院比率、掛急診的比率、病人對醫師的滿意度、失明率、心肌梗塞率、冠狀動脈繞道血管移植手術率、血管成形術率、腦中風率、末期腎衰竭率、踝部以上截肢率、踝部以下截肢率、糖化血色素值分佈狀況、LDL 膽固醇值分佈狀況及血壓值分佈狀況等 14 項。

3.品質報告卡的定義

1995 年 Epstein 對品質報告卡的定義為“向民眾公開的醫療品質標準化報告”(Epstein, 1995)。其次於 1998 年, Slovensky, Fottler, and Houser(1998)對品質報告卡的定義為“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”，同年，美國國家品質保證委員會(National Committee for Quality Assurance, NCQA)也將其定義為“能比較表現出不同健康照護計畫之間的報告”(NCQA, 2002)。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”。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。

4.品質報告卡的發展

在 1863 年，南丁格爾(Florence Nightingale) 將倫敦地區教學醫院住院病人的死亡率向民眾公佈，是醫院品質資訊向民眾公開公佈的濫觴(Marshall, 2001)。南丁格爾之後，醫院品質資訊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服務的品質後，醫院品質報告卡才逐漸在健康照護體系中佔有一席之地。在 1986 年時，美國健康財務署(Health Care Financing Administration, HCFA；現已更為名為美國老人及貧民醫療保險服務中心，Center for Medicare and Medical Services, CMS)公佈個別醫院住院病人死亡率的標準化資料，讓民眾做為選擇醫院的依據(Schauffler & Mordavsky, 2001)。在同年，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(hospital report

card)的發展，於 1990 年公佈了賓州第一份醫院品質報告卡(Maxwell, 1998)。紐約州也於 1989 年開始發展醫院品質報告卡，但不同於前述的報告卡，它主要是公佈心臟手術病人的死亡率，是第一個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，民間機構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)。美國的健康照護機構聯合評鑑委員會(Joint Commission on Accreditation Healthcare Organization)於 1994 年開始，將所有完成評鑑的健康照護機構的評鑑結果，製成個別的健康照護機構績效報告(organization-specific performance reports)以供社會大眾查詢(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002)。柯林頓總統更於 1998 年 3 月提出以改善醫療服務品質為宗旨的「病人權利法案(The Patients' Bill of Rights)」，內容包括提供消費者相關的醫療資訊以幫助消費者選擇適當的醫療服務提供者(Frist, 1998)。目前，美國除了已有許多地方政府，包括紐約州、賓州與紐澤西州等，強制命令州內的醫院必須每年公佈醫療品質的評鑑結果外，更有許多非營利性組織及自願性個別醫院發展的醫院品質報告卡(Jaklevic, 1999; Mukamel & Mushlin, 1998; Chen, Radford, Wang, Marciniak, & Krumholz, 1999)。

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, Schull, Ferris, Hux, & Redelmeier, 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。

美國現有的品質報告卡依其發行組織可分五類:(1)州政府強制命令公佈的品質報告卡;(2)健康照護計畫(health plan)所發展的品質報告卡;(3)醫療保險購買者聯合組織所發展的品質報告卡;(4)非營利性機構所發展的品質報告卡及(5)醫療服務提供者聯盟或單一醫療服務提供者自動性發展的品質報告卡(Slovensky et al., 1998)。此外，美國品質報告卡依其評估對象又可分為健康照護計畫、醫院及醫師三種。

5. 單一疾病的品質報告卡

目前最常見針對單一疾病的品質報告卡為心臟動脈繞道手術(cardiac artery bypass graft surgery)品質報告卡，紐約州於 1990 年即開始公佈州內醫院心臟動脈繞道手術的病患死亡率給一般民眾，讓民眾可藉由品質報告卡上的資訊來選擇合適的醫療服務提供者

(Green & Wintfeld, 1995)。之後賓州也效法紐約州的做法，於 1993 年開始公佈州內醫院心臟動脈繞道手術的病患死亡率給民眾，並藉由品質報告卡的發行有效的降低 22% 的心臟動脈繞道手術病患死亡率(Brennan, 1998)。其他針對單一疾病的品質報告卡則散見於文獻中，另有提及的，只有針對精神疾病所製作發展的品質報告卡(Campbell, 2000)。

6. 發展品質報告卡的指引

英國皇家婦女醫院(Royal Women's Hospital)對於如何發展品質報告卡提出了以下的建議步驟(Royal Women's Hospital, 2000)：

- (1) 擬定品質報告卡的發展目的及計劃：確認目標族群、範圍及希望達成的目標。
- (2) 與相關的團體進行結盟合作：例如相關的醫學會。
- (3) 決定品質報告卡中的測量指標。
- (4) 選擇可測試的數據。
- (5) 確認測量指標的信度及效度。
- (6) 與公佈系統連結。
- (7) 以一般民眾所能瞭解的語言或解釋方式公佈。
- (8) 開始公佈。
- (9) 評估公佈後對品質過程面及結果面的影響。

因為本研究的主要目的是探討糖尿病病人對糖尿病品質報告卡的需求指標項目，為探索性的研究，因此本研究只將進行英國皇家婦女醫院建議的步驟 1 至 3。

7. 台灣有關消費者就醫選擇資訊需求之研究

謝慧欣(1999)分別以一般民眾與住院病人為研究對象，探討民眾對健康資訊的需求狀況，結果顯示在受訪的一般民眾與住院病人中分別有 59.3% 及 56.3% 表示需要醫療服務提供者相關的資訊，希望得到的資訊排名前五項為各醫師的專長、醫術、醫德、是否願意與病人溝通、各醫療院所之電話、地址及交通路線。影響住院病人是否需要醫療服務提供者相關資訊之因素；經控制其他因素後，發現年齡較輕者、教育程度愈高者、平均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，比較需要醫療提供者相關資訊。楊雅惠(2000)以網路族群為研究對象，探討網路上就醫選擇資訊之內容分析與使用者調查，結果顯示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；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、上網經驗較豐富、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師者，比較常上網查詢醫療供給者的相關資訊；有 92.5% 的受試者表示如果能夠在網路上提供醫療提供者資訊將有助於就醫選擇。宋欣怡(2001)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，結果顯示，有 72.6% 的民眾認為如果就醫選擇資訊能提供，將有幫助於選擇醫院及醫師，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；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、搜尋醫療提供者相關資訊有困難、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。

研究方法

本研究首先將收集國內、外有關民眾對就醫選擇資訊和品質報告卡的文獻為基礎設計問卷，再進行專家問卷效度及信度之測試後定稿。本研究以立意選取願意合作的台北縣市五家地區級以上醫院糖尿病門診病人為發放對象，每家醫院人數為 200 位，總計 1000 位為研究對象。問卷內容包括五部份：(1)問卷填答者之基本資料；(2)糖尿病品質報告卡中的品質指標項目；(3)較信任的糖尿病品質報告卡之發行組織(行政院衛生署、中央健康保險局、民間非營利組織、民間營利組織、醫療院自行組成發行機構、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會)；(4)糖尿病品質報告卡的公佈方式(報紙、雜誌、電視、網路、印成小冊子或電話查詢)；(5)糖尿病病人對糖尿病品質報告卡的需要性。問卷回收後，將使用 SPSS10.0 進行問卷回收資料之建檔及統計分析。在描述性統計分析方面，以次數、百分比、平均數、及標準差表示之。在推論性統計分析方面，以羅吉斯複迴歸 (multiple logistic regression) 探討糖尿病病人是否需要品質報告卡與個人特質的相關性及探討糖尿病醫師其公佈意願與個人特性及執業狀況的相關性。

研究結果

一、樣本基本資料、健康狀況及就醫行為的描述

本研究共發出問卷 1000 份，回收 962 份，回收率為 96.2%。再做資料檢核(data checking)的工作將填答不完整的問卷 22 份排除，最後得到有效問卷 940 份，佔總問卷的 94.0%。在基本資料方面，女性有 460 人，佔 48.9%；年齡，平均 61.8，標準差為 10.8 歲；已婚者有 674 人，佔 71.7%；在教育程度方面，以大學 351 人最多，佔 37.3%；個人月收入以 20000 元至 39999 元組 459 人最多，佔 48.4%。在健康狀況及就醫行為方面，自覺健康狀況普通者有 551 人，佔 58.6%；899 人有固定的就醫場所，佔 95.6%；在打聽醫院或醫師相關資訊的難易度方面，以覺得普通的有 518 人最多，佔 55.1%。

二、糖尿病病人對醫院品質報告卡的需要性

在糖尿病病人對醫院品質報告卡的需要性方面，受訪者回答非常需要者有 409 人，佔 43.5%，需要者有 290 人，佔 30.9%，普通者有 170 人，佔 18.1%，不需要者有 71 人，佔 7.6%。由上可知回答非常需要及需要者共有 699 人，佔 74.4%。

三、糖尿病病人較信任的醫院品質報告卡發行機構

在糖尿病病人較信任的醫院品質報告卡發行機構方面，回答衛生署者有 361 人，佔

38.4%，中央健康保險局者有 218 人，佔 23.2%，醫院本身者有 210 人，佔 22.3%，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會者有 34 人，佔 3.6%，民間公益團體者有 117 人，佔 12.4%。由上可知，糖尿病病人較信任的發行機構為政府機關，佔 61.6%。

四、對各種醫院品質報告卡指標需要的情形

樣本糖尿病病人對各種醫院品質報告卡指標需要的情形，如以很需要及需要的累積百分比為排序基準由高至低排序，超過 50%的指標依序為糖化血色素年度檢查率(91.2%)、失明率(87.4%)、LDL 膽固醇值分佈狀況(83.8%)、LDL 膽固醇值分佈狀況(77.0%)、尿液蛋白質年度定性分析率(74.9%)、血壓值分佈狀況(71.3%)、末期腎衰竭率(69.7%)、心肌梗塞率(57.1%)、腦中風率(56.3%)、掛急診的比率(55.5%)。

五、糖尿病病人希望得到醫院品質資訊的方式

在糖尿病病人希望得到醫院品質資訊的方式方面，回答印成小手冊者有 400 人，佔 42.6%，上網際網路查詢者有 241 人，佔 25.6%，電話查詢者有 282 人，佔 30.0%，報紙者有 12 人，佔 1.3%，雜誌者有 1 人，佔 0.1%，錄影帶及其他者 4 人。

六、糖尿病病人是否需要醫院品質報告卡影響因子之複迴歸分析

此部份欲探討在控制其他變項後，各變項是否會顯著影響糖尿病病人是否需要醫院品質報告卡。由於將依變項分為需要(把回答很需要及需要者簡併為需要)與不需要(把回答普通、有點需要及不需要者簡併為不需要)兩類，因此，以羅吉斯複迴歸(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、有無固定的就醫場所及自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易度等變項後，進行複迴歸分析，整個模式之適合度檢定統計量為 63.946(df =15) $p < 0.001$ 。此複迴歸模式中，在控制其他變項後，性別、個人月收入、自覺健康狀況、教育程度對於糖尿病病人是否需要醫院品質報告卡之影響達統計上的顯著水準。

在性別方面，相較於女性，男性比較需要醫院品質報告卡，其勝算比為 1.946 ($p < 0.001$)，在此所謂勝算比 2.868；在個人月收入方面，相較於 20001 元至 39999 元者，40000 元至 59999 元者及 60000 以上者比較不需要醫院品質報告卡，其勝算比分別為 0.637 ($p = 0.018$) 及 0.506 ($p = 0.004$)；在自覺健康狀況方面，相較於自覺健康狀況較好者，自覺健康狀況不好者比較需要醫院品質報告卡，其勝算比為 2.137 ($p < 0.001$)；在教育程度方面，相較於大學學歷者，國中學歷者比較需要醫院品質報告卡，其勝算比為 1.895 ($p = 0.041$)。

參考文獻

中文文獻

- 行政院衛生署 (1998)。 糖尿病預防、診斷與控制流程指引。台北：遠流出版社。
- 行政院衛生署 (1999)。 國民營養現況-1993-1996 年國民營養健康狀況變遷調查結果(修訂版)。台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署 (2002)。 2000 年衛生統計動向。台北：行政院衛生署。
- 吳重慶、葉淑娟、葉宏明、顏裕庭、黃明和 (2001)。醫療品質。 秀傳醫學雜誌 , 3(1) , 25-29.
- 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未出版碩士論文。
- 林燦 (1999)。 台灣糖尿病患的醫療照顧費用。1999.10.30-31 糖尿病之經濟影響與良質照護研討會專刊, 28, 台北：財團法人糖尿病關懷基金會。
- 陳佩妮 (1996)。 醫療品質與經營績效關係之研究—以台北醫療區域各級醫院為例。國立台灣大學公共衛生學院公共衛生研究所醫院管理組未出版碩士論文。
- 蔡世澤 (2000)。 台灣糖尿病照護現況與省思。 臨床醫學 , 45(5) , 316-320。
- 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未出版碩士論文。
- 翁瑞亨 徐瑞祥 謝玉娟(2002) 台灣地區糖尿病共同照護現況。 台灣醫學 , 6(4) , 569-573。
- 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未出版碩士論文。
- 謝昌勳、洪乙仁 (2000)。 糖尿病的最新診斷與分類：美國糖尿病學會 1997 年報告。 國防醫學 , 30(6) , 468-473。

英文文獻

- Anderson, P. (1999). England publishes first tables of hospital performance. British Medical Journal, 318(7200), 1715.
- Brennan, T. A. (1998). The role of regulation in quality improvement. The Milbank Quarterly, 76(4), 4.
- Campbell. (2000). www.madnation.org/citations/consumerism.htm.
- Chen, J., Radford, M. J., Wang, Y., Marciniak, T. A., Krumholz, H. M. (1999). Performance of the '100 top hospitals': what does report card report? Health Affairs (Millwood), 18(3), 53-68.
- Chin, M. H., Zhang, J. X., & Merrell, K. (2000). Speciality differences in the care of older patient with diabetes. Medical Care, 38(2), 131-140.
- Epstein, A. (1995). Performance reports on quality--prototypes, problems, and prospects. The New England Journal of Medicine, 333(1), 57-61.

- Frist, B. (1998). Patients' bill of rights. Tennessee Medicine, 91(3), 472-474.
- Fleming, B. B., Greenfield, S., Engelgau, M. M., Pogach, L. M., Clauser, S. B., & Parrott, M. A. (2001). The Diabetes Quality Improvement Project: Moving science into health policy to gain an edge on the diabetes epidemic. Diabetes Care, 24(10), 1815-1820.
- Green, J., & Wintfeld, N. (1995). Report cards on cardiac surgeons assessing New York State's approach. New England Journal of Medicine, 332(1123), 1229-1232.
- Jaklevic, M. C. (1999). Hospital report-card model in peril, Modern Healthcare, 29(3), 14-15.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. About performance report. 2002. Available from: URL: <http://www.jcaho.org/>, Accessed Oct 17, 2002.
- Marshall, M. N. (2001). Accountability and quality improvement: the role of report cards. Quality of Health Care, 10(2), 67-68.
- Maxwell, C. I. (1998). Public disclosure of performance information in Pennsylvania: impact on hospital charges and the views of hospital executives. Joint Commission Journal of Quality Improvement, 24(9), 491-502.
- 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.
- NCQA. (2002). <http://www.ncqa.org/>.
- 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.
- Royal Women's Hospital. Review of Existing Models of reporting to consumers on health service quality, Victoria: Turner ACT, 2000.
- 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.
- 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.
- 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.