

# 門診病人對醫院品質報告卡需求之初探

陳楚杰<sup>1,2</sup> 楊銘欽<sup>2</sup> 林恆慶<sup>3</sup>

## 摘 要

**目標：**本研究之目的在探討門診病人對醫院品質報告卡的需要性、需要的指標、較信任的發行組織，及需要性與個人特質的相關性。**方法：**本研究以立意取樣選取七家醫院的門診病人為研究對象，採取自填問卷調查的方式蒐集所需的資料。**結果：**共發出問卷 1200 份，回收有效問卷 926 份，回收率為 77.17%。受訪病人中有 55.0% 表示需要，政府機關是其較信任的發行組織，較需要的指標有病人滿意度、醫師專長與資歷及平均門診候診時間等七項。發現個人月收入較高者、罹患慢性病而長期服藥者或自覺打聽醫院或醫師相關資訊有困難者比較需要。**結論：**受訪病人中有過半數表示需要醫院品質報告卡，建議衛生主管機關可考慮推動醫院品質報告卡，促使醫院提升醫療服務品質，以保障民眾就醫權益。

關鍵字：醫院品質報告卡、門診病人、品質指標

## 壹、前 言

台灣自 1985 年起實施醫療網計畫，1995 年開辦全民健康保險（以下簡稱為全民健保）後，不但降低民眾就醫的財務障礙，同時民眾更擁有高度的就醫選擇權，就醫可近性因而大幅地提昇。然而，當就醫障礙降低，民眾能否得到充足的就醫選擇資訊及適當的醫療品質就顯得更重要，因為在就醫選擇資訊

不足的情形下，可能將導致國家醫療資源的浪費，且會使病人難以獲得連續且完整性的健康照護服務。

為降低民眾搜尋就醫選擇資訊的時間成本、提供民眾較充足的就醫選擇資訊、確保病人得到連續且完整性的醫療服務、有效運用國家醫療資源並控制醫療費用的持續上漲，美國、英國、加拿大、澳洲及紐西蘭等國家近年來紛紛投入大量的人力發展品質報告卡

<sup>1</sup> 國立台北護理學院醫護管理系講師

<sup>2</sup> 台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所研究生

<sup>3</sup> 台北醫學大學醫務管理研究所助理教授

受文日期：2003 年 3 月 31 日 修改日期：2003 年 9 月 10 日 接受刊載：2003 年 10 月 30 日

聯絡地址：林恆慶 台北市信義區吳興街 250 號 台北醫學大學醫務管理研究所

電話：(02)23452506 \* 13

(Report Card)(Shepperd & Charnock, 1999)，希望藉由公佈醫療服務提供者的品質資訊，來改善民眾與醫療服務提供者醫療資訊的不對等問題，並促使醫療服務提供者提供民眾適當的醫療服務。

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)。Slovensky, Fottler and Houser (1998)將其定義為「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」(Slovensky et al., 1998)。美國國家品質保證委員會(National Committee for Quality Assurance, NCQA)將其定義為「能比較不同健康照護計畫之間表現的報告」。Bodenheimer (1999)則將其描述為「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的公開報告」(Bodenheimer, 1999)。因此，我們可以簡單地說，品質報告卡就是「能表現醫療機構或健康照護計畫品質的公開報告」。

美國現有的品質報告卡依其發行組織可概分五類，包括(1)州政府強制命令公佈的品質報告卡；(2)健康照護計畫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)非營利性組織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主動發展的品質報告卡(Slovensky, Fottler, & Houser, 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，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，本研究以探討醫院品質報告卡為主。

醫院品質報告卡依發行組織的不同而有各種的格式，且其用來測量醫院整體品質表現的指標也有所差異。本研究按照指標性質的不同將文獻中醫院品質報告卡所用的指標分成臨床面指標及績效面指標兩大類，其中有關臨床面指標，最常見的指標有風險校正後的住院死亡率、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 天內再住院率、住院期間與出院後六月內死亡率、院內感染率、平均住院日、手術後感染率、手術後主要併發症發生率、剖腹產率及褥瘡發生率等(Maxwell, 1998；Anderson, 1999；Slovensky et al., 1998；HealthGrades, 2002；Fogg, 1998；Romano et al., 1995)；而在績效指標方面，最常見的指標有病人滿意度、醫院評鑑結果、醫療糾紛記錄、誤診記錄、平均住院醫療費用、醫院財務評估、平均門診候診時間、門診時刻表及病人意外事件發生率等(HealthGrades, 2002；Hibbard & Jewett, 1997；Harris, 1994；Hass, 2001；Schultz, Thiede, Call, Feldman, & Christianson, 2001)。

有研究結果顯示，醫院品質報告卡不僅可協助民眾進行正確的就醫選擇(Schauffler & Mordavsky, 2001)，也可藉由公佈資訊以促使醫療服務提供者提昇醫療服務品質(Romano,

Rainwater, & Antonius, 1999 ; Jaklevic, 1999)。此外，有些品質報告卡的發展過程中因為沒有民眾的參與，以致所發展出來的品質指標與民眾的期待及需要有所落差(Royal Women's Hospital, 2000)，使得民眾不願使用品質報告卡，由此可知，在發展品質報告卡的過程中民眾的參與是相當重要的。雖然品質報告卡已被證明對民眾正確選擇就醫場所及促使醫療服務提供者改善醫療品質有一定程度的貢獻，然而，在台灣還沒有類似品質報告卡的資訊可供民眾參考，只能靠個人的管道去探聽，所以在全民健保財務屢屢出現危機與全面實施醫院總額支付制度之際，提供民眾更多的醫院品質資訊，以增強其選擇適當醫療服務提供者的能力更是顯得特別重要，而台灣有關醫院品質報告卡的研究則只有勞寬於 2002 年對 504 家地區級（含）醫院所做的調查研究，其研究目的為探討醫院對實施醫院品質報告卡的意願、能力、架構出可行的醫院品質報告卡內容及推行機構，屬於對供給面的研究（勞，2002），而針對需求面的醫院品質報告卡的研究尙付之闕如，因此，本研究欲探討 1. 門診病人對醫院品質報告卡的需要性；2. 其較信任的發行組織；3. 其較需要的醫院品質報告卡指標；4. 其希望得到醫院品質資訊的方式；5. 其是否需要醫院品質報告卡與個人特質的關係及 6. 醫院品質報告卡對消費者就醫選擇及更換就醫地點的可能影響，研究結果可提供衛生主管機關與民間相關單位未來推行醫院品質報告卡之參考或依據，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。

## 貳、方 法

### 一、研究對象

本研究採立意取樣的方式，選擇北部地區七家醫院，包括醫學中心一家、區域醫院二家、地區教學醫院二家及地區醫院二家的內科及外科門診病人為研究對象。調查期間自 2002 年 8 月 19 日至 2002 年 10 月 20 日止，由某校碩士班學生二位至各院內科及外科門診，每天選擇各科門診的前 10 位病人發放問卷由病人自行填寫後回收，醫學中心及區域醫院每家發放 200 份問卷，地區教學及地區醫院每家發放 150 份，總計發出問卷 1200 份。

### 二、研究工具

由於文獻上並沒有制式的問卷可供使用，因此，本研究以自擬結構式問卷為研究工具。在醫院品質報告卡指標部份，首先參考相關文獻擬定訪談大綱，以專家訪談的方式搜集實務上醫院品質報告卡的可行指標，訪談七位醫療品質專家，包括醫學中心二位、區域醫院二位、地區教學醫院二位及健保局相關人員一位，考量台灣醫院的現況專家建議除了文獻上所提的臨床面指標及績效面指標外，再增加結構面指標。在病人基本資料、健康狀況及就醫行為部份主要參考宋欣怡(2001)的問卷。

在效度及信度方面，本研究之測量工具係以專家效度法來進行效度之檢定。專家包括醫務管理學者 3 位、醫院醫療品質專家 3 位、健保局醫審會人員 1 位，針對問卷問題之重要性、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，依專家意見修改或予以刪除。問卷之信度則採內部一致性的檢定方式，對某樣本醫院 15 位門診病人進行問卷前測 (pilot test)，做為評估及修正問卷內容之參考，對品質報告卡各構面指標的需要性信度檢測結果，各構面之 Cronbach's Alpha 值介於 0.8107~0.9455，最後再經由研究者數度討論修訂後正式問卷定稿。問卷內容分為三部份包括：1. 病人基本資料、健康狀況及就醫行為，共有十題；2. 對各種醫院品質報告卡指標的需要性，共有一題（含 22 小題）和 3. 對醫院品質報告卡的需要性及其較信任發行醫院品質報告卡的機構，共有五題。

本研究最後選定二十二項可能較符合台灣現況的醫院品質報告卡指標，包括 1. 結構面指標：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、主治醫師與病床比及加護病房專任主治醫師與病床比等七項；2. 臨床面指標：平均住院日、院內感染率、同一疾病 14 天內再住院率、病房褥瘡率、手術後主要併發症發生率、剖腹產率、手術後 30 天內死率、加護病房死亡率及心肌梗塞死亡率等九項；3. 績效面指標：醫院評鑑等級、病人滿意度、佔床率、平均門診候診時間、醫院評鑑各大項目得分及病人意外事件發生率等六項。將門診病人對各項指標的需求程度分為非常需要、需要、普通、有點需要及不需要等五個等級。

### 三、資料處理及統計分析方法

本研究使用 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) 探討門診病人是否需要醫院品質報告卡與個人特質的相關性。

## 參、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 1200 份，回收 1006 份，回收率為 83.83%。由於本研究重點在於瞭解門診病人對醫院品質報告卡的需求，鑑於成人的決策能力較成熟，因此，在資料處理時首先將二十歲以下門診病人回答的問卷 34 份排除，其次再做資料檢核 (data checking) 的工作將填答不完整的問卷 46 份排除，最後得到有效問卷 926 份，佔總問卷的 77.17%。在基本資料方面，女性有 560 人，佔 60.5%；年齡分佈介於 20 歲至 59 歲間，平均 37.16，標準差為 7.84 歲，若以十歲為組距分組，30-39 歲組有 467 人最多，佔 50.4%；已婚者有 687 人，佔 74.2%；在教育程度方面，以大學 358 人最多，佔 38.7%；個人月收入以 40000 元至 60000 元組 437 人最多，佔 47.2%，詳如表一。在健康狀況及就醫行為方面，自覺健康狀況普通者有 548 人，佔 59.2%；無罹患慢性病而長期服藥者有 883 人，佔 95.4%；有 671 人有固定的就

表一 樣本門診病人的特質(n=926)

變項名稱	樣本數	百分比
性別		
男	366	39.5
女	560	60.5
年齡(平均數為 37.16 歲、標準差為 7.84 歲)		
20-29 歲	155	16.7
30-39 歲	467	50.4
40-49 歲	238	25.7
50 歲以上	66	7.1
婚姻狀況		
已婚	687	74.2
未婚	239	25.8
教育程度		
國(初)中	38	4.1
高中(職)	203	21.9
專科	284	30.7
大學	358	38.7
研究所以上	43	4.6
個人月平均收入		
無收入	106	11.4
20000 元(含)以下	38	4.1
20001 元 ~39999 元	258	27.9
40000 元 ~59999 元	437	47.2
60000 元 ~79999 元	86	9.3
80000 元(含)以上	1	0.1

表二 樣本門診病人健康狀況及就醫行為(n=926)

變項名稱	樣本數	百分比
自覺健康狀況		
非常好	13	1.4
很好	274	29.6
普通	548	59.2
不好	86	9.3
非常不好	5	0.5
有無罹患慢性病而長期服藥		
有	43	4.6
無	883	95.4
有無固定的就醫場所		
有	671	72.5
無	255	27.5
健保卡使用情形		
A 卡	391	42.2
B 卡	376	40.6
C 卡	110	11.9
D 卡	29	3.1
E 卡	16	1.7
E 卡以上	4	0.4
自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易度		
困難	159	17.2
普通	514	55.5
容易	108	11.7
很容易	53	5.7
不一定	92	9.9

醫場所，佔 72.5%；本次就醫使用健保卡 A 卡者有 391 人最多，佔 42.2%；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 514 人最多，佔 55.5%，詳如表二。

## 二、門診病人對醫院品質報告卡的需要性

在門診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 68 人，佔 7.4%，需要者有 441 人，佔 47.6%，普通者有 328 人，佔 35.4%，有點需要者有 83 人，佔 9.0%，不需要者有 6 人，佔 0.6%。由上可知回答非常需要及需要者共有 509 人，佔 55.0%。

表三 樣本門診病人對結構面指標需要的情形(n=926)

指 標 名 稱	很需要 n (%)	需要 n (%)	普通 n (%)	有點需要 n (%)	不需要 n (%)
1.醫師專長與資歷	197(21.3%)	486(52.5%)	200(21.6%)	28(3.0%)	15(1.6%)
2.醫師擁有專科醫師資格 比率	215(23.2%)	352(38.0%)	284(30.7%)	59(6.4%)	16(1.7%)
3.貴重醫療儀器設備種類 與數量	144(15.6%)	385(41.5%)	311(33.6%)	70(7.6%)	16(1.7%)
4.醫院推動品質活動的資訊	130(14.1%)	329(35.5%)	383(41.4%)	80(8.6%)	4(0.4%)
5.加護病房專任主治醫師 與病床比	158(17.1%)	265(28.6%)	389(42.0%)	101(10.9%)	13(1.4%)
6.各類病床數	124(13.4%)	279(30.1%)	416(44.9%)	61(6.6%)	46(5.0%)
7.加主治醫師與病床比	99(10.7%)	293(31.6%)	443(47.8%)	77(8.3%)	14(1.5%)

### 三、門診病人較信任的醫院品質報告卡發行機構

在門診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 218 人，佔 23.6%，中央健康保險局者有 300 人，佔 32.4%，醫院本身者有 104 人，佔 11.2%，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會者有 201 人，佔 21.7%，民間公益團體者有 103 人，佔 11.1%。由上可知，門診病人較信任的發行機構為政府機關，佔 56.0%。

### 四、對各種醫院品質報告卡指標需要的情形

樣本門診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，1. 在結構面指標方面依序為醫師專長與資歷(73.8%)、醫師擁有專科醫師資格比率(61.2%)、貴重醫

療儀器設備種類與數量(57.1%)、醫院推動品質活動的資訊(49.6%)、加護病房專任主治醫師與病床比(45.7%)、各類病床數(43.5%)及主治醫師與病床比(42.3%)，詳如表三。2. 在臨床面指標方面：院內感染率(60.8%)、同一疾病 14 天內再住院率(54.2%)、手術後主要併發症發生率(52.6%)、手術後 30 天內死亡率(50.9%)、加護病房死亡率(50.5%)、病房褥瘡發生率(49.0%)、剖腹產率(46.4%)、平均住院日(41.5%)及心肌梗塞死亡率(24.6%)，詳如表四。3. 在績效面指標方面：病人滿意度(74.6%)、平均門診候診時間(71.4%)、醫院評鑑等級(62.2%)、醫院評鑑各大項目得分(60.3%)、佔床率(58.1%)及病人意外事件發生率(52.5%)，詳如表五。由上可知，受訪者認為很需要及需要累積百分比達 60% 以上的項目，依百分比的高低排序為 1. 病人滿意度(74.6%)；2. 醫師專長與資歷(73.8%)；3. 平均門診候診時間(71.4%)；4. 醫院評鑑

表四 樣本門診病人對臨床面指標需要的情形(n=926)

指 標 名 稱	很需要 n (%)	需要 n (%)	普通 n (%)	有點需要 n (%)	不需要 n (%)
1.院內感染率	225(24.3%)	338(36.5%)	314(33.9%)	43(4.6%)	6(0.6%)
2.同一疾病 14 天內再住院率	221(23.9%)	281(30.3%)	322(34.8%)	88(9.5%)	14(1.5%)
3.手術後主要併發症發生率	186(20.1%)	301(32.5%)	327(35.3%)	88(9.5%)	24(2.6%)
4.手術後 30 天內死亡率	171(18.5%)	300(32.4%)	341(36.8%)	89(9.6%)	25(2.7%)
5.加護病房死亡率	194(21.0%)	274(29.5%)	348(37.6%)	84(9.1%)	26(2.8%)
6.病房褥瘡發生率	144(15.6%)	309(33.4%)	380(41.0%)	68(7.3%)	25(2.7%)
7.剖腹產率	172(18.6%)	258(27.9%)	326(35.2%)	147(15.9%)	23(2.5%)
8.平均住院日	146(15.8%)	238(25.7%)	429(46.3%)	92(9.9%)	21(2.3%)
9.心肌梗塞死亡率	0(0.0%)	228(24.6%)	500(54.0%)	162(17.5%)	36(3.9%)

表五 樣本門診病人對績效面指標需要的情形( n=926)

指 標 名 稱	很需要 n (%)	需要 n (%)	普通 n (%)	有點需要 n (%)	不需要 n (%)
1. 病人滿意度	245(26.5%)	446(48.1%)	182(19.7%)	38(4.1%)	15(1.6%)
2. 平均門診候診時間	238(25.7%)	423(45.7%)	188(20.3%)	64(6.9%)	13(1.4%)
3. 醫院評鑑等級	188(20.3%)	388(41.9%)	256(27.6%)	75(8.1%)	19(2.1%)
4. 醫院評鑑各大項目得分	141(15.2%)	418(45.1%)	296(32.0%)	54(5.8%)	17(1.8%)
5. 佔床率	172(18.6%)	366(39.5%)	324(35.0%)	39(4.2%)	25(2.7%)
6. 病人意外事件發生率	143(15.4%)	344(37.1%)	364(39.3%)	63(6.8%)	12(1.3%)

等級(62.2%)；5. 醫師擁有專科醫師資格比率(61.2%)；6. 院內感染率(60.8%)及 7.醫院評鑑各大項目得分(60.3%)。

#### 五、門診病人希望得到醫院品質資訊的方式

在門診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 607 人，佔

65.6%，上網際網路查詢者有 220 人，佔 23.8%，電話查詢者有 10 人，佔 1.0%，報紙者有 52 人，佔 5.6%，雜誌者有 37 人，佔 4.0%，錄影帶及其他者 0 人。

#### 六、門診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

項是否會顯著影響門診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、有無罹患慢性病而長期服藥、有無固定的就醫場所、健保卡使用情形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 70.808 (df =18)  $p < 0.001$ ，結果詳見表六。此複迴歸模式中，在控制其他變項後，個人月收入、有無罹患慢性病而長期服藥、自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易度等變項，對於門診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。

在有無罹患慢性病而長期服藥方面，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，其勝算比為 2.868 ( $p < 0.05$ )，在此所謂勝算比 2.868，其意義為如以無罹患慢性病而長期服藥者對醫院品質報告卡的需要性為 1 時，有罹患慢性病而長期服藥者對醫院品質報告卡的需要性為沒有的 2.868 倍；在個人月收入方面，相較於 20000 元以下者，20001 元至 39999 元者比較需要醫院品質報告卡，其勝算比為 1.609 ( $p < 0.05$ )；在自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易度方面，相較於自覺打聽醫院或醫師相關資訊容易者，自覺打聽醫院或醫師相關資訊有困難者比較需要醫院品質報告卡，其勝算比為 2.963 ( $p$

$< 0.001$ )，其次，自覺打聽醫院或醫師相關資訊普通者比較不需要醫院品質報告卡，其勝算比為 0.674 ( $p < 0.05$ )。

## 七、醫院品質報告卡對消費者就醫選擇及更換就醫地點的可能影響

詢問受訪者如果下一次生病時，是否會參考醫院品質報告卡的資訊，回答一定會的有 249 人，佔 26.9%，可能會者有 659 人，佔 71.1%，大概不會者有 8 人，佔 0.9%，一定不會者有 10 人，佔 1.1%，不一定者有 0 人。由上可知，一定會及可能會參考的有 908 人，佔 98.0%。其次，詢問受訪者如果其常去看病的醫院，在醫院品質報告卡指標的評價不好，是否會考慮更換就醫地點，回答一定會者 332 人，佔 35.9%，可能會者有 576 人，佔 62.1%，大概不會者有 7 人，佔 0.8%，一定不會者 0 人，不一定者有 11 人，佔 1.2%。由上可知，一定會及可能會更換就醫場所者有 908 人，佔 98.0%。

## 肆、討 論

### 一、討論

本研究結果發現，已有 55.0% 的受訪病人對醫院品質報告卡有所需要，此與謝慧欣(1999)的研究結果相似，發現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。此都顯示半數以上的民眾希望能有公開的、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



表六 影響門診病人是否需要醫院品質報告卡的因素(n=926)

變 項 名 稱	門診病人是否需要醫院品質報告卡 (需要 =1；不需要 =0)					
	迴歸係數	標準誤	$\chi^2$ 值	勝算比(95% 信賴區間)		
截距	-0.339	0.504	0.453			
性別 (參考組：女)						
男	-0.189	0.145	1.688	0.828	0.623	1.101
年齡 (參考組：50 歲以上)						
20-29 歲	0.099	0.342	0.083	1.104	0.565	2.156
30-39 歲	-0.324	0.296	1.195	0.723	0.404	1.293
40-49 歲	-0.273	0.304	0.810	0.761	0.419	1.380
婚姻狀況 (參考組：未婚)						
已婚	0.137	0.171	0.645	1.147	0.821	1.602
教育程度 (參考組：高中(含)以下)						
專科	-0.002	0.184	0.000	0.998	0.696	1.431
大學以上	0.076	0.177	0.182	1.078	0.762	1.526
個人月收入 (參考組：20000 元(含)以下)						
20001 元 ~39999 元	0.442	0.225	3.873*	1.556	1.002	2.417
40000 元 ~59999 元	0.284	0.211	1.799	1.328	0.877	2.010
60000 元以上	0.377	0.293	1.652	1.458	0.821	2.589
自覺健康狀況 (參考組：不好)						
很好	0.402	0.316	1.626	1.496	0.806	2.776
普通	0.237	0.291	0.661	1.267	0.716	2.243
有無罹患慢性病 (參考組：無)						
有	1.084	0.427	6.440*	2.956	1.280	6.826
有無固定的就醫場所 (參考組：無)						
有	0.142	0.156	0.824	1.152	0.848	1.565
個人健保卡使用情形 (參考組：A 卡(含)以下)						
B 卡	0.137	0.164	0.699	1.127	0.832	1.582
C 卡(含)以上	-0.176	0.246	0.512	0.838	0.517	1.359
自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易度 (參考組：容易)						
有困難	1.096	0.237	21.410***	2.992	1.881	4.760
普通	-0.350	0.158	4.930*	0.705	0.518	0.960

\* $p < 0.05$ ；\*\* $p < 0.01$ ；\*\*\* $p < 0.001$

需要 =1；不需要 =0

適合度檢定統計量 =70.808(df=18)  $P < 0.001$

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，依序為中央健康保險局(32.4%)、衛生署(23.6%)、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(21.7%)、醫院本身(11.2%)及民間公益團體者(11.1%)，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(Isaacs, 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病人滿意度、醫師專長與資歷、平均門診候診時間、醫院評鑑等級及醫師擁有專科醫師資格比率，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。其次，陳佩妮、鄭守夏、鍾國彪、林王美園(1997)的研究也指出醫院評鑑等級及專科醫師比率是重要、適用且資料可靠的醫療品質指標，病人對醫療照護滿意度是重要、適用且資料尚稱可靠的醫療品質指標，與本研究結果相類似。此外，值得特別

注意的是病人滿意度及平均門診候診時間，分別高居門診病人需要之品質指標的第一及三名，可能與近年來消費者意識日益高漲、全民健康保險實施後民眾就醫只需負擔部份的醫療費用及在工商業社會中民眾愈來愈重視時間成本有關，因為病人使用醫療服務的總成本包括候診時間的成本(林、楊、黃，1997)。

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65.6%的受訪者希望以印成小手冊的方式得到醫院品質資訊，23.8%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。

在探討影響門診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20000元以下者，20001元至39999元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；相較於自覺打聽醫院或醫師相關資訊容易者，自覺打聽醫院或醫師相關資訊有困難者比較需要醫院品質報告卡，自覺打聽醫院或醫師相關資訊普通者比較不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。有罹患慢性病而長期服藥者比較需要醫院品質報告卡的可能原因為慢性病人經常需尋求醫療服務，且較易罹患其他疾病，因此，較需要有正式公開的管道以獲取就醫相關資訊。相較於自覺打聽醫院或醫師相關資訊容易者，自覺打聽醫院或醫師相關資訊有困難者比較需要醫院品質報告卡的可能原因為在透過私人管道打聽就醫選擇資訊有困難時，對於有新的公開、正式的管道能提供就醫選擇資訊自然存有期待，因此，比較需要醫院品質報告卡是可想而知的，其次自覺打聽醫院或醫師相關資訊普通者比較不需要醫院品質報告卡的可能原因為此類病人選擇就醫場所的主要考量因素並不是醫療品質，而是就醫的方便性或收費的合理性，也有可能是門診病人的疾病嚴重度較輕，他們認為各醫院的醫療品質的相似，因此，較不需要醫院品質報告卡。

在醫院品質報告卡對消費者就醫選擇及更換就醫地點的可能影響方面，有 98.0% 的受訪者表示如果下一次生病時會參考醫院品質報告卡的資訊，同樣也有 98.0% 的受訪者表示如其常去看病的醫院在醫院品質報告卡指標的評價不好會考慮更換就醫地點，顯示醫院品質報告卡的提供，對門診病人的就醫選擇有相當大的影響力，此研究結果與宋欣怡(2001)的研究結果相似。可能的原因為台灣至今尚未建立完善的家庭醫師制度，良好的醫病關係不易建立（張，1998），且醫療

網計畫及全民健康保險制度實施後，醫療資源數量增加、分佈日漸平均，民眾就醫的財務障礙已大幅降低，且擁有高度的就醫選擇權有關（楊，2001）

## 二、建議

### (一)對衛生主管機關的建議

本研究的結果發現，有 55.0% 受訪病人需要醫院品質報告卡，而且其最信任的發行機構為中央健康保險局，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，將門診病人最迫切需要的七項醫院品質報告卡的指標，包括病人滿意度、醫師專長與資歷、平均門診候診時間、醫院評鑑等級、醫師擁有專科醫師資格比率、院內感染率及醫院評鑑各大項目得分等，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。

### (二)對醫院的建議

本研究的結果發現，門診病人最需要的醫院品質報告卡指標為病人滿意度、醫師專長與資歷、平均門診候診時間、醫院評鑑等級、醫師擁有專科醫師資格比率、院內感染率及醫院評鑑各大項目得分，因此，建議醫院可考慮主動公佈以上七項品質資訊，以滿足門診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，進而降低平均門診候診時間，提

高病人滿意度，創造其競爭優勢。

### 三、研究限制

本研究僅立意選取北部七家醫院的內科及外科門診病人為研究對象，樣本之特性可能與台灣地區所有醫院門診病人有所不同，所以本研究結果不能外推至台灣地區所有醫院門診病人，為本研究的限制之一。其次，本研究以二十二項品質指標詢問門診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。另外，本研究於問卷回收後當場並未做資料檢核的工作，以致有46份填答不完整的問卷被排除，可能會影響結果的精確性，為本研究的限制之三。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門診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，為本研究的限制之四。

### 參考文獻

- 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。
- Anderson, P. (1999). England publishes first tables of hospital performance. *British Medical Journal*, 318(7200), 1715.
- Bodenheimer, T. (1999). The American health care system--physicians and the changing medical marketplace. *The New England Journal of Medicine*, 340(7), 584-588.
- Epstein, A. (1995). Performance reports on quality--prototypes, problems, and prospects, *The New England Journal of Medicine*, 333(1), 57-61.
- Fogg, D. M. (1998). Health care report cards. *AORN Journal*, 67(3), 669-672.
- 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*, 164(6), 853.
- HealthGrades. (2002). How to choose a hospital. 2002. Retrieved October 17, 2002, from <http://www.healthgrades.com/public>.
- Hibbard, J. H., & Jewett, J. J. (1997). Will quality report cards help consumers? *Health Affairs (Millwood)*, 16(3), 218-228.
- Hochhauser, M. (1998). Why patients have little patience for report cards. *Managed Care*, 7(3), 31-32, 34.
- Isaacs, S. L. (1996). Consumer's information needs: results of a national survey. *Health Affairs*, 15(5), 31-41.
- Jaklevic, M. C. (1999). Hospital report-card model in peril. *Modern Healthcare*, 29(3), 14-5.
- 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.
- 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. (2000). Review of Existing Models of reporting to consumers on health service quality. Victoria: Turner ACT, NA: Author.
- Schauffler, H. H., & Mordavsky, J. K. (2001). Consumer reports in health care: do they make a difference? *Annual Review Public Health*, 22, 69-89.
- Schultz, J., Thiede, Call, K., Feldman, R., & Christianson, J. (2001). Do employees use report cards to assess health care provider systems? *Health Service Research*, 36(3), 509-530.
- Shepperd, S., & Charnock, D. (1999). Help patients access high quality health information. *British Medical Journal*, 319(7212), 764-766.
- 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), 15-34.

# Attitudes of Ambulatory Patients to Hospital Report Cards

Chu-Chieh Chen<sup>1,2</sup> Ming-Chin Yang<sup>2</sup> Heng-Ching Lin<sup>3</sup>

## Abstract

**Purposes:** The aim of this study was to investigate the attitudes of ambulatory patients towards hospital report cards. We asked for their views about the need for such report cards, the quality indicators they considered to be important and their preferences concerning the organization of such reports. This study also examined the relationship between the perceived need for such reports and the patients' characteristics.

**Methods:** The study subjects were ambulatory patients from seven hospitals. A self-administered structured questionnaire was used to collect data.

**Results:** A total of 1200 questionnaires were distributed, of which 926 were returned, yielding a response rate of 77.17%. Among the respondents, 55.5% expressed a perceived need for such hospital report cards. Responses showed that government is the organization for trusted to produce hospital report cards. The quality indicators patients considered to be significant were patient satisfaction, physicians' specialization and experience and average waiting time. Patients who had higher monthly incomes, took medication for chronic illness or who had difficulties in obtaining information about hospitals or physicians were more likely to perceive a need for hospital report cards.

**Conclusions:** More than half of the ambulatory patients expressed a need for hospital report cards. The authors recommend that health authorities start to produce hospital report cards to improve the quality of medical care and to protect patients' rights.

**Key words:** hospital report cards, ambulatory patients, quality indicators.

---

<sup>1</sup>Instructor, Department of Health Care Management, National Taipei College of Nursing

<sup>2</sup>Graduate Student, Graduate Institute of Health Care Organization Administration, College of Public Health, National Taiwan University

<sup>3</sup>Assistant Professor, Graduate Institute of Health Care Administration, Taipei Medical University

Received: Mar. 31, 2003 Revised: Sep. 10, 2003 Accepted: Oct. 30, 2003

Address Correspondence to: Heng-Ching Lin No. 250, Wu-Hsing Steet, Taipei 110, Taiwan, R.O.C.

Tel: 02-23452506\*13