

住院病人對醫院品質報告卡需求之初探

陳楚杰^{1,2} 林恆慶³ 楊銘欽²

本研究旨在探討住院病人使用醫院品質報告卡的意願、認為適合台灣地區醫院品質報告卡的指標內容及其較信任主導推行的機構。

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，立意選取台北縣市五家地區（含）級以上醫院，於研究期間住院中意識清醒、願意接受面訪且年滿20歲以上的490位內外科住院病人為研究對象。

研究發現受訪者當中，有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；受訪者最需要的品質資訊排名前五名，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天內再住院率；37.8%的受訪者認為由衛生署統籌發行較具可靠性；37.8%受訪者希望能以小手冊方式得到資訊。

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，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。

關鍵詞：醫院品質報告卡、醫療資訊、醫療品質
(醫學教育 2004；8：62~77)

前 言

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，加拿大及英國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。

Epstein對品質報告卡的定義為「向民衆公開的醫療品質標準化報告」^[1]。Slovensky, Fottler and Houser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」^[2]。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

國立台北護理學院醫護管理系¹ 台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所² 台北醫學大學醫務管理研究所³

受理日期：2004年2月3日；接受日期：2004年3月31日

通信作者：林恆慶，台北市吳興街250號 台北醫學大學醫務管理研究所

畫之間表現的報告」。Bodenheimer 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」^[3]。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^[2]。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，民衆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，所以，本研究以探討醫院品質報告卡為主。

Donabedian 將醫療品質指標分為三大類，即 1.結構面指標（structural indicators）是評估組織是否具備充足資源以提供良好品質的醫療照護，包括醫師病床比、護理人員病床比、員工病床比及專科醫師比率等；2.過程面指標（process indicators）是偵測診療行為活動或提供照護的標準，包括院內感染率及手術傷口感染率等；3.結果面指標（outcome indicators）是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，包括死亡率及病人滿意度等^[4-6]。

評估醫療品質的方法很多，其中以 Donabedian 所提出的結構—過程—結果的品質評估

理論模式最常被採用，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，將有助於提供良好的醫療過程，而良好的醫療過程將產生較好的醫療結果。因此，最好的醫療品質評估策略是同時選取各構面的最適指標，以增加其評估的正確性^[4-6]。此外，在橫斷面上，Donabedian 則認為應分成技術面及人際面來評估，技術面表現在正確的診斷及治療；人際面則表現在病人需能獲得足夠的資訊及知識來選擇其所要的照護，藉由人際的交流，將病人納入健康照護的決策體系中，亦即人際面是一種媒介，藉以將技術面照護成功的執行。其次，人際面的照護也應該符合病人個人的期望及社會的標準，其內容包括隱私、方便性、資訊、關懷及同情等^[7]。

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項目也有所差異。例如，加州衛生規劃暨發展部（California Office of Statewide Health Planning and Development）發行的加州醫院成果計畫（California Hospital Outcomes Project, CHOP）的品質指標項目有急性心肌梗塞住院 30 天內死亡率、椎間盤切除（discectomy）和生產（delivery）的手術後併發症率、椎間盤切除手術後平均住院日、生產後六週內再住院率^[8]。賓州健康照護成本控制委員會（The Pennsylvania Health Care Cost Containment Council, PHC4）發行之醫院績效報告（Hospital Performance Report）的品質指標項目有風險校正後的死亡率、風險校正後的平均住院日及風險校正後的再住院率^[9]。美國愛荷華州 Mercy Hospital Medical Center 應用收費（charges）、平均住院日及病人滿意度來測量醫院績效。在日本沖繩縣（Okinawa）的美國海軍醫院（US Naval Hospital）使用病人滿意度調查結果、預

約等候時間 (appointment waiting time) 及評鑑結果 (accreditation results) 來概述醫院績效。

英國政府發行的聯盟表 (league tables) 之品質指標項目有手術後 30 天內死亡率、六十五歲 (含) 以上髖關節骨折急診住院 30 天內死亡率、五十歲 (含) 以上心臟病發作急診住院 30 天內死亡率、出院 28 天內急診再住院率、出院後 56 天內因心臟病發作急診再住院率及出院後 56 天內因髖關節骨折急診再住院率^[10]。

加拿大安大略省醫院協會之指標項目有病人滿意度 (patient satisfaction)、財務績效 (patient satisfaction)、臨床成果 (clinical outcomes) 和組織整合與發展 (organization integration and development) 等四大領域^[11]。

除了上述指標外,尚有院內感染率 (hospital-acquired infections)、低體重嬰兒出生率 (rates of low-birth-weight babies)、氣喘住院 (asthma hospitalizations)、新生兒死亡率 (newborn deaths)、併發症發生率 (complication rates)、褥瘡發生率 (decubitus ulcers)、給藥錯誤率 (medication errors)、及病人意外事件發生率 (patient injury rates) 亦出現在某些醫院醫療品質報告卡上^[12-14]。

有研究結果顯示,醫院品質報告卡不僅可協助民衆進行正確的就醫選擇^[15],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^[16,17]。此外,有些品質報告卡的發展過程中因為沒有民衆的參與,以致所發展出來的品質指標與民衆的期待及需要有所落差^[18],使得民衆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衆的參與是相當重要的。

在台灣,醫療資訊不對等的情形一直存在於健康照護體系中,其次,全民健康保險已全面實施總額支付制度,且計畫全面性對住院病人採用論病例計酬支付制度,醫療服務提供者必須承擔財務風險,因此,對醫療費用控制的

壓力大增,爲了維持或增加收入,可能採取的因應策略包括降低病人住院日、減少服務密度或項目、費用移轉等,亦有可能減少必要的服務而影響醫療品質或病人的權益,甚至還可能導致醫療服務提供者拒收沒利潤的病人、棄重就輕 (patient dumping)、故意申報錯誤的診斷 (DRGs creep)。然在台灣還沒有類似品質報告卡的資訊可供民衆參考,只能靠個人的管道去探聽,所以提供民衆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,其研究目的爲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^[19],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.住院病人使用醫院品質報告卡的意願; 2.其較需要的醫院品質報告卡指標; 3.其較信任的發行組織; 及 4.其希望得到醫院品質資訊的方式,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衆就醫權益。

材料與方法

一、研究對象

本研究先立意選取願意合作的台北市兩家區域醫院的社工人員及志工爲「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社工人員及志工各十二名,舉辦兩場「焦點團體座談會」,以瞭解民衆所期待的醫院品質報告卡相關內容。

以文獻探討及焦點團體座談會的結果為基礎設計問卷，問卷完成後，先立意選取願意合作的台北縣市五家地區（含）級以上醫院（三家區域醫院及兩家地區醫院），再立意選取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，每家醫院面訪人數約 100 位，委託各院的護理部督導負責立意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時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。問卷內容包括五部份：

(一)受訪者基本資料

受訪者基本資料包括性別、年齡、教育程度、住院科別、職業、婚姻狀況及月平均收入等七題。

(二)受訪者健康狀況

包括自覺健康狀況、住院前兩週門診利用次數及有無罹患慢性病等三題。

(三)受訪者就醫可近性、滿意度及就醫選擇資訊搜尋情形

包括受訪者住家附近的醫院和診所數目、受訪者需要看病的時候，是否有固定找某家醫院或診所、受訪者對於固定去看病的醫院或診所的滿意度、受訪者就醫前是否會打聽某醫院或診所（醫師）相關的資訊、受訪者自覺打聽某醫院或診所（醫師）相關的資訊的難易度、受訪者自覺提供醫院（醫師）的資訊對其選擇

醫院或醫師的幫助程度等六題。

(四)受訪者對醫院品質報告卡的認知及態度

包括發行機構、公佈方式及使用醫院品質報告卡的意願等三題。

(五)對醫療品質指標需要性的看法

本研究依文獻探討及焦點團體座談會等的結果篩選出二十項醫療品質指標包括(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 天內再住院率；(20) 30 天內再住院率，以 Likert 五分量表評分，分為非常不需要給 1 分、不需要給 2 分、普通給 3 分、需要給 4 分、非常需要給 5 分，目的在找出適當的醫療品質指標。

三、研究工具信效度檢定

在研究工具效度及信度方面，為提升問卷之內容效度（content validity），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，再依專家意見修改或予以刪除。問卷之信度則採內部一致性 Cronbach's α 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瞭解，各構面之 Cronbach's α 值介於 0.79~0.92，再依其意見修改定稿後才正式發出問卷。

四、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）探討住院病人是否需要醫院品質報告卡與個人特質的相關性。

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，但因一家地區醫院規模較小，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。

一、受訪者基本資料

(一)性別

在接受面訪的 490 位住院病人中，女性 229 位（46.7%），男性 261 位（53.3%）。

(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

此次接受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%）。

(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。

(五)婚姻狀況

婚姻狀況方面，311 位（63.5%）已婚佔多數，其次為 146 位（29.8%）未婚，其他 33

位（6.7%）。

(六)職業

在接受面訪的住院病人當中，無職業者有 99 位（20.2%），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%）為工，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。

(七)月平均收入

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。以上結果詳見表 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，自覺健康狀況為普通的有 291 位（59.4%），認為不好的有 132 位（26.9%），認為好的有 47 位（9.7%），而認為自己健康狀況非常不好的有 11 位（2.2%），認為很好的則只有 9 位（1.8%）。

(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%）。

(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

表 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	207	42.2
40,000 元至 59,999	150	30.6
60,000 元以上	63	12.9

數，包括甲狀腺機能亢進、乳癌、地中海型貧血等。以上結果詳見表 2。

三、受訪者就醫可近性、滿意度及就醫選擇資訊搜尋情形

(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。

(二)看病地點及滿意度

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 (49.4%) 最多，另有 139 位 (33.7%) 表示不滿意及 13 位 (3.1%) 非常不滿意，而表示滿意及非常滿意

表 2. 受訪者健康狀況表 (n= 490)

變項名稱	人數	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	9.7
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
有無罹患慢性病		
沒有	284	58.0
有	206	42.0

的分別為 43 位 (10.4%) 及 14 位 (3.4%)。

(三)就醫前是否會打聽就醫相關資訊

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 274 位 (55.9%) 表示會，另有 25 (5.1%) 更強烈的反應說一定會，不會的則只有 38 位 (7.8%)，普通有 153 位 (31.2%)，總計約六成的受訪者表示在看病之前會先打聽醫院或診所相關的就醫資訊。

(四)自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易程度

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自覺對於就醫相關資訊之取得並不困難。

(五)自覺資訊取得對選擇醫院或醫師之幫助程度

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。以上結果詳見表 3。

四、受訪者對醫院品質報告卡的認知及態度

(一)醫院品質報告卡之發行機構

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比較相信衛生主管機關及醫院本身所提供之數據。

(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。

(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非常有意願參考此類資訊，63 位 (12.9%) 表示可能會有意願，而僅有 57 位 (11.6%) 表示大概不會有意願參考這類指標。當被問到如果常去看病的醫院，在醫院品質報告卡上的資訊的評價是不好的，會不會考慮更換就醫醫院，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。由此可知受訪民衆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。以上結果詳見表 4。

五、受訪者對二十項品質指標的需要性

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，受訪者對以下二十項資訊，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，受訪者對二十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

表 3. 受訪者就醫可近性、滿意度及就醫選擇資訊搜尋情形

變項名稱	人數	百分比(%)
住家附近的醫院及診所數目(n=490)		
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
是否有固定的看病地點(n=490)		
沒有	77	15.7
有	413	84.3
對固定看病地點之滿意度(n=413)		
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
就醫前是否會打聽就醫相關資訊(n=490)		
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
自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易程度(n=490)		
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
自覺資訊對選擇醫院或醫師的幫助程度(n=490)		
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. 受訪者對醫院品質報告卡的認知及態度 (n=490)

變項名稱	人數	百分比(%)
醫院品質報告卡發行機構		
衛生署	185	37.8
中央健康保險局	134	27.3
醫院本身	139	28.4
醫策會	21	4.3
民間公益團體	11	2.2
醫院品質報告卡資訊之取得方式		
印成小冊	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意願		
非常沒有意願	0	0
大概沒有意願	57	11.6
可能有意願	63	12.9
非常有意願	370	75.5
會不會考慮更換就醫醫院		
一定會	318	64.9
可能會	148	30.2
可能不會	24	4.9

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)剖腹產率(平均值=1.84, 標準差=1.14)。(詳見表5)。

六、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, 各自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(把回答可能有意願及一定有意願者簡併為有意願)與無意願(把回答一定不會有意願及大概不會有意願者簡併為無意願)兩類, 故以羅吉斯複迴歸(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、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後, 進行羅吉斯複迴歸分析。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變

表 5. 受訪者對 20 醫療品質指標需要性之排序 (n=490)

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

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 40.607 ($df=16$) $p<0.001$ ，結果詳見表六。此羅吉斯迴歸模式中，在控制其他變項後，個人月平均收入、教育程度、自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易度等變項，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 20,001 元至 39,999 元者，60,000 元以上者，比較有意願使用醫院品質報告卡，其勝算比為 4.125 ($p=0.020$)；在教育程度方面，相較於有國中暨以下教育程度的受訪者，高中者比較有意願使用

醫院品質報告卡，其勝算比為 2.948 ($p=0.035$)；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，相較於不會打聽者，會打聽醫院或醫師相關資訊者比較有意願使用醫院品質報告卡，其勝算比為 2.301 ($p=0.008$)。

討 論

本研究發現約有 61%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 7.8% 回答不會，可見民衆對醫療品質資訊確有其需求性，此與謝慧欣的研究結果相似，發現在受訪的住院病人中 56.3%表示需要醫療服務提供

表 6. 是否使用醫院品質報告卡影響因子之羅吉斯迴歸分析表 n=490

變項名稱	有意願=1；無意願=0	
	勝算比	95%信賴區間
自覺健康狀況（參考組：好）	0.612	(0.209~1.792)
有無罹患慢性病（參考組：無）	0.320	(0.060~1.708)
是否有固定就醫地點（參考組：否）	1.160	(0.437~3.076)
就醫前是否會打聽醫院或醫師相關資訊（參考組：不會）	2.301	(1.247~4.247)
自覺打聽醫院或醫師相關資訊的難易程度（參考組：容易）	1.534	(0.686~3.427)
自覺醫院或醫師相關資訊對選擇醫院或醫師的幫助程度（參考組：沒幫助）	1.447	(0.722~2.897)
性別（參考組：女）	2.412	(0.476~12.220)
年齡分佈（參考組：20-40 歲）		
41-65 歲	1.983	(0.476~8.252)
> 65 歲	0.632	(0.158~2.534)
教育程度（參考組：國中暨以下）		
高中（職）	2.948	(1.080~8.049)
大專暨以上	1.318	(0.607~2.897)
婚姻狀況（參考組：未婚）		
已婚	0.775	(0.390~1.542)
其他	0.633	(0.173~2.318)
月平均收入（參考組：20,001-39,999 元）		
20,000 元以下（含無收入）	2.607	(0.929~7.319)
40,000-59,999 元	1.485	(0.754~2.924)
60,000 元以上	4.125	(1.246~13.660)
常數項	2.540	

Cox & Snell $R^2 = 0.080$; Nagelkerke $R^2 = 0.155$.

適合度檢定統計量= 40.607(df=16) P=0.001

者相關的資訊^[20]。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，此結果高於宋欣怡對一般民衆所進行問卷調查的 69.5%^[21]，可能本研究的樣本為住院病人，比一般民衆更能感受到就醫之前參考醫療服務提供者資訊的必需性。此也顯示出半數以

上的民衆都希望能有公開的、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衆覺得品質報告卡能幫助他們選擇適合的醫療服務提供者^[13,22]。

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^[23]及宋欣怡^[21]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^[24]，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 天內再住院率，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 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^[25]。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 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^[26]。

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

欣怡的研究結果相同^[21]，可能的原因是將醫院品質資訊製成小冊提供，民衆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，仍是一個民衆較喜愛的方式。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 20,001 元至 39,999 元者，60,000 元以上者比較需要醫院品質報告卡，與宋欣怡的研究結果相同^[21]；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。相較於在平常就醫（看病）前不會打聽醫院或診所（醫師）相關資訊者，會打聽醫院或醫師相關資訊者比較有意願使用醫院品質報告卡，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。

雖然發行醫院品質報告卡從民衆（病人）的觀點來看有許多的優點，相對地我們亦需特別注意下列問題：1. 若品質報告卡上的資訊未經適當的風險因素校正，可能導致醫院間立足點的不平等，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醫療品質表現的好壞。因此，一份好的醫院品質報告卡必須有風險因素的校正，Kenkel 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^[27]。Iezzoni 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^[28]。Schauffler and Mordavsky 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，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^[15]，因此如何從民衆的觀點慎選其瞭解的品質指標項目，值得我們再深入探討。

另在此分別對衛生主管機關、醫院經營管理者及後續研究者提出以下幾項建議：

一、對衛生主管機關的建議

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 天內再住院率，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衆就醫權益。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，這樣才可提供有公信力的醫院品質報告卡，千萬不可草率發行公佈醫院品質報告卡，因它對醫療服務提供者及民衆有一定程度的影響。

二、對醫院經營管理者的建議

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 15 天內再住院率，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衆高，建議後續可針對一般民衆進行大規模的問卷調查研究，瞭解一般民衆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資料的收集、評估及給分方式。

最後，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之特性有所不同，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。

誌 謝

本研究承蒙行政院衛生署提供研究經費（九十二年度研究計畫，編號 DOH92-TD-1045），得以順利完成，謹在此致謝。

參考文獻

1. Epstein A: Performance reports on quality--prototypes, problems, and prospects. *N Engl J Med* 1995; 333:57-61.
2. Slovensky D, Fottler MD, Houser HW: Developing an outcomes report card for hospitals: A case study and implementation guidelines. *J Healthc Manag* 1998; 43:15-35.
3. Bodenheimer T: The American health care system-Physicians and the changing medical marketplace. *N Engl J Med* 1999; 340:584-8.
4. Donabedian A: Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
5. Nadzam DM. Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Jt Comm J Qual Improv* 1999; 19:1925-8.
6. 陳佩妮、鄭守夏、鍾國彪、林王美園：台灣地區醫療品質指標適用性之探討，*中華衛誌* 1997；16(2)：133-142。
7. Donabedian A: The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8.
8. Romano PS, Zach A, Luft HS et al: The California hospital outcomes project: Using administrative data to compare hospital performance. *Jt Comm J Qual Improv* 1995; 21:668-82.
9. <http://www.phc4.org/reports/manade.htm>
10. Anderson P: England publishes first tables of hospital performance. *BMJ* 1999; 318:1715.
11. Hass J: Canada lags in development of report cards for hospitals. *CMAJ* 2001; 164:853.
12. Anonymous: Nursing indicators in hospital report cards can be feasible? *Health Care Strateg Manage* 1995; 13:17-8.
13. Harris N: Report cards, Part 2: How hospitals measure up. *Bus Health* 1994; 12:20-4.
14. Hibbard JH, Jewett JJ: Will quality report cards help consumers? *Health Aff* 1997; 16:218-28.
15. Schaffler HH, Mordavsky JK: Consumer reports in health care: Do they make a difference? *Annu Rev Public Health* 2001; 22, 69-89.
16. Romano PS, Rainwater JA, Antonius D: Grading the graders: How hospitals in California and New York perceive and interpret their report cards. *Med Care* 1999; 37:295-305.
17. Jaklevic MC: Hospital report-card model in peril. *Mod Healthcare* 1999; 29:14-5.
18. Royal Women's Hospital: Review of existing models of reporting to consumers on health service quality. Melbourne: Royal Women's Hospital, 2000.
19. 勞寬：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，2002。
20. 謝慧欣：民衆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，1999。
21. 宋欣怡，民衆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，2001。
22. Hochhauser M: Why patients have little patience for report cards. *Manag Care* 1998; 7:31-4.
23. 謝慧欣、鄭守夏、丁志音：住院病患對就醫

- 選擇資訊之需求：初步調查發現。中華衛誌，2000；19(6)，437-45。
24. Isaacs SL: Consumer's information needs: results of a national survey. *Health Aff* 1996; 15:31-41.
25. Hibbard JH: Use of outcome data by purchasers and consumers: New strategies and new dilemmas. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 503-8.
26. Hibbard JH, Jewett JJ: What type of quality information do consumers want in a health care report card? *Med Care Res Rev* 1996; 53:28-47.
27. Kenkel P: Report cards: A cautionary tale. *Bus Health* 1995; 13: 23.
28. Iezzoni LI: The risks of risk adjustment. *JAMA* 1997; 278:1600-7.

Inpatients' Needs for Hospital Quality Report Cards

Chu-Chieh Chen, M.A.^{1,2}, Herng-Ching Lin, Ph.D.³, Ming-Chin Yang, Ph.D.²

The purposes of this study were to search the literature related to hospital report cards, to explore inpatients' willingness to utilize hospital report cards, to understand the quality indicators that are seen as important by hospitalized patients and to realize their preferences in an initiative to organize such report cards.

This study used survey research and structured questionnaires to collect data. The study sample was 500 hospitalized patients from 3 regional and 2 district hospitals. Qualified patients needed to be over 20 years old, conscious, and willing to be interviewed. The study sample consisted of 490 inpatients.

Among the sampled patients, 88.4% of respondents would definitely or might possibly use the information on such hospital report cards. The quality indicators patients regarded as significant are the hospital infection rate, inpatient overall satisfaction,

mortality rate, outpatient overall satisfaction, and the rate of readmission within 15 days. A total of 37.8% of the respondents indicated that government is the most trusted organization for the production of hospital report cards. In addition, 37.8% of the respondents preferred to have the information in the form of a pamphlet.

We recommend that the Department of Health should initiate hospital report cards in order to improve the quality of medical care and to assure patients rights. The five most important indicators that need to be included, based on the respondents replies, are the hospital infection rate, inpatient overall satisfaction, mortality rate, outpatient overall satisfaction, and the rate of readmission within 15 days and the information should be published as a pamphlet or on a website. (Full text in Chinese)

Key words: hospital report card, medical information, quality of medical care.
(J Med Education 2004; 8: 62~77)

¹Department of Health Care Management, National Taipei College of Nursing ²Graduate Institute of Health Care Organization Administration, College of Public Health, National Taiwan University ³Graduate Institute of Health Care Administration, Taipei Medical University

Received: February 3, 2004; Accepted: March 31, 2004.

Address correspondence to: Herng-Ching Lin, PhD, Graduate Institute of Health Care Administration, Taipei Medical University, No.250, Wu-Hsing St., Taipei, Taiwan.