

計畫編號：DOH96-HD-1002

行政院衛生署九十六年度委託研究計畫

全民健保醫療品質資訊公開之社會效益評估

研究報告

執行機構：國立政治大學

計畫主持人：傅立葉

共同主持人：林國明、陳敦源、黃東益、鄧宗業、劉宜君

執行期間：96年12月5日至97年12月31日

*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對
媒體發布研究成果應事先徵求本署同意

摘要

衛生署任務編組的「全民健康保險醫療品質委員會」業於 2008 年 4 月 25 日正式建置完成及公開「全民健保醫療品質資訊公開網」，公佈「糖尿病照護」、「人工膝關節置換手術」與「子宮肌瘤切除手術」三類疾病/手術之醫療品質指標資訊，為我國醫療品質資訊公開開啟了新頁，具有非常重要的歷史意義。本研究即在對此一創新的政策行動進行探討，研究目的包括：(一) 從學術的角度，分析並評估全民健保醫療品質委員會的運作和決策過程；(二) 分別從專業醫療服務提供者和一般民眾與病友的角度，對此一資訊公開政策的效益進行評估；(三) 將研究結果整理並提出具體建議，作為未來政府在醫療品質資訊公開運作之參考。

本研究同時運用質化與量化研究方法，資料蒐集方式包括檔案分析、深度訪談、次級資料統計分析、網路問卷與焦點團體座談。本研究發現這項政策行動具備 Fung and others (2007) 提出的適合資訊公開政策問題的若干特質，對於成功的資訊公開政策應具備的十項因素，也有若干程度的落實（總計 17 項指標中，8 項指標完全落實，5 項指標委員會雖有討論但未落實，4 項指標則未見討論亦未落實）。全民健保醫療品質委員會作為一種公眾諮詢機構，其組成在「代表性」方面有很大的侷限。醫療品質資訊公開雖然在立意上是「民眾取向」的，但對醫療品質指標的選擇，以及委員會的目標和議程，主要仍由醫療專家主導。這些品質指標公佈後，從健保局的統計並未看出監測指標值的立即變化。醫療服務提供者對這項資訊公開的行動反應不一，對於衛生署定期公佈這些指標是否能提升醫療品質的看法保留，且有些醫師擔心會造成造假等負面影響。至於病友和民眾則基本上對這項政策行動持肯定的態度，但對網站設計和資訊內容提出許多批評

和意見。本研究最後根據研究發現提出十點政策建議供政府參考。

關鍵詞：醫療品質委員會；醫療品質指標；資訊公開；決策模式；社會效益評估

Abstract

The Committee on Medical Quality Information of NHI formed by the Ministry of Health began to disclose through the internet the performance of medical institutions on indicators of medical treatment for three diseases on April 25th, 2008. This research project is to study this innovative government action through three research endeavors: to analyze the decision-making process and the operation of the committee from a theoretical perspective; to study the impacts of the disclosure of the medial quality information on both the medial service providers as well as the patients and the general public; and to come up with policy recommendations based on the findings of the study.

This study applies both quantitative and qualitative research methods, including document analysis, in-depth interviews, secondary-data analysis, questionnaires and focus groups. It is found that this government action suits certain characteristics for information disclosure proposed by Fung and others (2007). It also fulfilled the ten elements proposed by the scholars for a successful information disclosure policy to different degrees (among the total of 17 indicators, 8 was fully implemented, 5 was discussed by the committed members but not implemented, and 4 was neither discussed nor implemented). Although the committee is constituted of members from different social groups, their representativeness is seriously deficient. And although this committee's action was meant to be patient-centered, the decision-making process was actually dominated by the medical experts. Since the information of these medical quality indicators was disclosed, no significant change of performance was found so far according to the statistics of the Bureau of the National Health Insurance, probably because of too short period of time observed. In our interviews, medical service providers responded to this information disclosure

differently. Some of them disagree that this information disclosure will help enhance the quality of medical services and worry that it may cause some negative side effects such as fraud. As for the patients and the general public, most of them are very positive and welcome the disclosure of the medical quality information. But at the same time they provide a lot of criticism and improvement suggestions in terms of the design of the website and the contents of the information. At the end of this study, the researchers proposed ten policy recommendations based on the findings of the study.

Keywords : Committee of the Quality of Medical Care under the National Health Insurance;medical-quality indicators;the disclosure of medical-quality information;decision-making model;social impact; policy evaluation

目錄

摘要	I
Abstract	III
目錄	V
圖表目錄	VI
第一章、前言	1
第一節、研究背景與現況	1
第二節、研究目的與研究問題	3
第三節、研究方法與資料蒐集方式	5
第二章、全民健保醫療品質委員會決策過程分析	9
第一節、政策規劃設計過程評估	9
第二節、公眾諮詢機構的運作分析	77
第三章、醫療品質資訊公開對醫療服務提供者影響之分析	91
第一節、醫療服務提供者深度訪談分析	91
第二節、醫療院所次級資料分析	129
第四章、醫療品質資訊公開對民眾與病友影響之分析	162
第一節、網路問卷及焦點團體問卷分析	162
第二節、焦點團體座談分析	198
第五章、結論與建議	242
第一節、結論：主要發現	242
第二節、政策建議	250
第三節、研究限制與未來研究建議	253
參考文獻	255
附錄	261
附錄一：歷次委員會議、工作小組錄音檔清單	261
附錄二：委員及行政人員訪談大綱	262
附錄三：網路問卷資料及編碼簿	264
附錄四：焦點團體問卷及編碼簿	272
附錄五：焦點團體座談會資料	282
附錄六：計畫執行成果報告表	290

圖表目錄

表 2-1：各種組織績效評估的方法比較	12
表 2-2：「全民健保醫療品質資訊公開之社會效益評估」之政策設計及決策過程評估 研究內容與成果.....	19
表 2-3：資訊公開政策問題界定之六項特質	27
表 2-4：全民健保醫療品質資訊公開政策討論歷程大事紀要分析表	33
表 2-5：受訪委員代號、訪談者及訪談日期	37
表 2-6：行政人員訪談代號、所屬機關與訪談日期	38
表 2-7：資訊公開政策的成功因素及政策過程應有之配合作為	49
表 2-8：評估架構、紀錄及訪談分析與政策建議	69
表 3-1：訪談時間與訪談對象現職與經歷之整理	99
表 3-2：醫療服務提供者訪談結果意見比較表	120
表 3-3：醫療品質資訊公開對醫療消費者、醫院，和個別醫師的影響	135
表 3-4：監測指標和追蹤期間	140
表 3-5：人工膝關節置換手術統計：按院所層級 例(%).....	149
表 3-6：子宮肌瘤手術統計：按院所層級 例(%).....	149
表 3-7：平均每季手術數>0 或 ≥ 25 例的院所數：按院所層級 家(%)	150
表 3-8：全國各季各監測指標值的平均	152
表 3-9：指標 5 公開前後的Piecwise Linear Model之結果.....	153
表 3-10：公開前後每季人工膝關節置換手術傷口感染率(表層感染)比較.....	154
表 3-11：公開前後每季人工膝關節置換手術置換物感染率(深部感染)比較.....	154
表 3-12：公開前後每季實施人工膝關節置換手術出院後 30 日內因相關問題	155
表 3-13：公開前後每季子宮肌瘤手術住院日超過七天比率比較	155
表 3-14：公開前後每季子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損 傷診斷發生率（舊定義）比較.....	156
表 3-15：公開前後每季子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損 傷診斷發生率（新定義）比較.....	156
表 3-16：公開前後每季子宮肌瘤手術後 14 日內，因該手術相關診斷再住院率比較	157
表 3-17：公開前後每季子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損 傷診斷發生率（舊定義）比較：各季.....	158
表 3-18：指標 5 的General Linear Mixed Random Model 之結果.....	159
表 4-1：網路問卷設計構面及內容	165
表 4-2：網路問卷填答者基本資料	173
表 4-3：焦點團體參與者基本資料	176
表 4-4：網路問卷-瀏覽疾病與原因	178
表 4-5：網路問卷-瀏覽原因與男女比例	179
表 4-6：網路問卷-瀏覽疾病&性別	179
表 4-7：網路問卷-指標說明易讀性	180
表 4-8：網路問卷-內容實用性	180
表 4-9：網路問卷-資訊幫助度	181
表 4-10：網路問卷-網頁設計清晰度	181

表 4- 11：網路問卷-瀏覽方便度	182
表 4- 12：網路問卷-各別疾病瀏覽者之整體滿意度	182
表 4- 13：網路問卷-三種疾病皆瀏覽者之整體滿意度	183
表 4- 14：網路問卷結果.....	184
表 4- 15：焦點團體問卷-網站內容實用度	185
表 4- 16：焦點團體問卷-網站內容清楚度	185
表 4- 17：焦點團體問卷-網站內容可信度	186
表 4- 18：焦點團體問卷-網站內容價值度	186
表 4- 19：焦點團體問卷-網頁設計清楚明瞭度	187
表 4- 20：焦點團體問卷-網頁設計吸引人程度	188
表 4- 21：焦點團體問卷-網站瀏覽方便度	188
表 4- 22：焦點團體問卷-問題反映方便度	189
表 4- 23：焦點團體問卷-網站方便使用度	190
表 4- 24：焦點團體問卷-網站推薦度	190
表 4- 25：焦點團體問卷-網站滿意度	191
表 4- 26：焦點團體問卷-上網頻率	192
表 4- 27：焦點團體問卷-上網頻率&教育程度	192
表 4- 28：焦點團體問卷-上網頻率&性別	192
表 4- 29：焦點團體問卷-過往使用網路查詢醫療資訊經驗&性別	193
表 4- 30：焦點團體問卷-過往使用網路查詢醫療資訊經驗	193
表 4- 31：焦點團體問卷結果	194
表 4- 32：焦點團體座談會各場次出席情形和參加身份	203
表 4- 33：7/25 糖尿病焦點團體參與者背景及參加原因描述	204
表 4- 34：7/25 子宮肌瘤切除焦點團體參與者背景及參加原因描述	205
表 4- 35：7/26 糖尿病焦點團體參與者背景及參加原因描述	205
表 4- 36：7/26 子宮肌瘤切除焦點團體參與者背景及參加原因描述	206
表 4- 37：7/26 人工膝關節置換焦點團體參與者背景及參加原因描述	206
圖 1- 1：研究方法及資料蒐集方式	8
圖 4- 1：焦點團體座談會執行步驟圖	200

第一章、 前言

第一節、 研究背景與現況

自從2005年實施全民健保以來，醫療體系的投資與蓬勃發展以及全民強制納保的規定，確實已達成提升民眾就醫可近性的政策目標，而在大幅降低民眾就醫經濟障礙、增加就醫可近性的階段後，醫療品質已逐漸變成醫療政策重要的執行目標之一。民眾也因為就醫可近性已獲得確保後，開始重視醫療品質，期待對於醫療品質相關資訊的獲得和掌握程度能夠提升，醫療品質資訊公開化、透明化也有利民眾在就醫前與就醫時依據醫療品質公開的資訊，做為其就醫之參考與選擇，更進一步地，醫療品質資訊對民眾公開後，期待能夠改善醫療專業與民眾之間醫療資訊不對稱的現象。

為使全民健保能夠永續經營並改善現行制度，衛生署於2001年5月報請行政院，並於同年7月1日正式成立「行政院二代健保規劃小組」，而二代健保的規劃及改革核心價值之一即為「醫療品質」，主要目標是推動民眾就醫資訊及醫療品質資訊之公開，增進其選擇能力，強化並提升醫療品質機制，支付制度朝向鼓勵提供優良醫療服務之方向改革。自此開始，衛生署積極推動提升醫療品質的計畫，在一連串改革的工作中，2005年衛生署邀集各界專家並於同年12月15日，由當時的侯署長勝茂主持下宣布成立「功能性全民健康保險醫療品質委員會」，以作為實踐二代健保醫療品質改善的先驅規劃編組，其任務為：整合醫療專業、病友團體及健保局之溝通平台、強化公民參與醫療品質決策的能力與管道、監督健保局落實品質承諾、提供健保品質相關資訊及推動全民健保醫療品質改善相關事項。此委員會成員由一位主任委員及十四位委員所組成，第一屆委員會由謝教授博生擔任主任委員，其他委員由臨床醫療、醫療品質、醫療品質資訊、衛生教育等

專家及消費者代表與病友代表等組成，於運作期間先後成立「醫療品質改善專案小組」、「國民就醫行為改善專案小組」及「醫療品質改善評估暨資訊公開小組」。第二屆委員會於2007年1月1日起由賴教授美淑擔任主任委員，其他委員由臨床醫療、醫務管理、資訊、法律、衛生教育等專家及媒體代表、消費者代表、病友代表與工會代表等組成，於運作期間成立3個工作小組，第1工作小組由臨床醫療與醫管專家組成，負責醫療品質指標及相關資訊之選擇；第2工作小組由衛生教育、媒體、消費者、病友及工會等代表組成，協助醫療品質資訊之規劃及設計，讓民眾更加容易理解與利用；第3工作小組則由資訊及法律專家與衛生署代表組成，協助醫療品質指標及相關資訊之選擇，並與健保局一起併行規劃資訊有關之建置。

委員會工作重點部分，在第一年度以重要疾病之品質改善為目的，透過醫療給付案件去發掘現行醫療提供系統、醫療保險制度、醫療法令等有關健保醫療品質的問題，並對於該項問題提出具體可行的醫療品質改善方案，完成了「糖尿病醫療照護品質改善方案」、「膝關節炎人工關節置換治療品質改善方案」、「慢性腎臟病與透析治療品質改善方案」、「消化性潰瘍併胃幽門螺旋桿菌感染醫療照護品質改善方案」、「子宮肌瘤手術治療品質改善方案」及「骨質疏鬆治療品質改善方案」。到了第二年開始正式規劃健保醫療品質資訊公開事宜，討論關於公開健保醫療品質相關資訊，作為民眾就醫、監督醫療提供者之參考，兼顧增進民眾自我照護健康能力。

全民健康保險醫療品質委員會歷經十幾次委員會會議、各小組工作會議和行政作業後，業於2008年4月25日正式建置完成「全民健保醫療品質資訊公開網」(<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/>)，主要公開「糖尿病照護」、「人工膝

關節置換手術」與「子宮肌瘤切除手術」三類疾病/手術之醫療品質指標資訊，並提供相關衛教資訊，及與健保局醫療品質資訊專區等相關網站連結。此一醫療品質資訊公開網站最主要之目的，即是希望幫助民眾能更確實掌握醫療院所關於此三類疾病/手術的醫療品質資訊，並且藉由這些指標數據，得以更加了解醫療院所對於病患診療照護的情況，做為其就醫時的參考。此外，目前網站內容也包含了此三類疾病/手術的病因、病程、治療與照顧之相關衛教資訊，民眾也可因此提升自我照護及對家人照顧的能力與品質。

第二節、 研究目的與研究問題

全民健保醫療品質委員會運作迄今，在醫療品質資訊公開部分已達致政策上的創新，並於 2008 年 4 月 25 日公開「全民健保醫療品質資訊公開網」此一資訊公開網路平台，公佈重要的醫療品質資訊。本研究的目的是在探討醫療品質資訊公開的社會效益，然而醫療品質資訊公開的社會效益有很多層面，且可從不同角度加以分析，而這些效益的評估，通常也需要較長時間的觀察方能檢驗。本研究執行期間為 2007 年 12 月 5 日至 2008 年 12 月 31 日，而「全民健保醫療品質資訊公開網」公開的日期由於政策上幾度延期，實際上在 2008 年 4 月 25 日才正式開始，比本研究原先得知公開時間為 2007 年年底順延四個多月。因此本研究題目雖然定為「社會效益」評估之研究，但實際上對於醫療品質資訊公開後的觀察期，只有短短半年左右時間，這麼短的時間連若干品質指標監測的健保局資料尚且來不及產生，更遑論待各種社會效益浮現後的實證檢驗和評估。因此本研究的目的僅在對這項醫療品質資訊公開的政策行動產生後，醫療服務提供者以及一般民眾和病友對其所產生的立即反應，尤其是對目前資訊公開的方式和內

容的意見與看法，進行初步的探討，以供未來政策持續推動的參考。此外，由於本研究期間涵蓋品質資訊公開的前後時期，且有鑒於這項政策行動具有重要的歷史意義，因此也試圖從學術分析的角度，將此一決策過程加以記錄、整理與分析。具體而言，本研究有以下兩個研究目的：

- 一、從學術的角度，分析並評估全民健保醫療品質委員會整個運作歷程，以作為未來政府及相關單位進行醫療衛生方案或政策規劃之參考。
- 二、對於2008年4月25日啟用的全民健保醫療品質資訊公開網路平台，及其公開之糖尿病照護、人工膝關節置換、子宮肌瘤切除三類疾病/手術之醫療品質指標，分別從專業醫療服務提供者和一般民眾與病友兩方面的角度進行評估，將研究結果整理並提出具體建議，作為未來政府在醫療品質資訊公開運作之參考。

針對第一個研究目的，本研究欲回答以下問題：

1. 醫療品質指標建構的政策創新為何產生，由誰發動？委員會的型態及其優點和限制為何？過程有哪些參與者？這些參與者如何選出？其代表性如何？政策影響力有多大？
2. 指標的建構如何進行？對於不同價值及專業判斷之間是否有爭議？其解決機制如何？對於民眾價值與專業間的爭議又如何處理？
3. 政策與指標建構過程是否符合「資訊公開政策成功因素」之要求？未來在實務運作上，應如何強化這些要求？

針對第二個研究目的，本研究欲回答以下問題：

1. 醫療服務提供者對於醫療品質資訊公開所持的看法為何？其行為是否會受到影響？
2. 目前公開之醫療品質資訊內容及形式能否滿足病友與一般民眾的需求？資訊提供管道可及性及好用度如何？其就醫行為是否會因此而產生影響？
3. 根據以上分析，如何改進醫療品質資訊內容以及資訊公開管道？

第三節、 研究方法與資料蒐集方式

本研究依據研究目的可分為三大部分，第一部分是全民健保醫療品質委員會決策過程分析，第二部分是醫療品質資訊公開對醫療服務提供者之影響，第三部分是醫療品質資訊公開對民眾與病友之影響，除了第一部分對醫療品質委員會決策過程分析採質化方法外，第二及第三部分同時兼採質化與量化方法。具體而言，本研究之資料蒐集方式包含以下數種：

一、檔案分析

分析「全民健保醫療品質委員會」歷次會議討論主題、不同利害關係人發言內容以及行政部門內部技術文件，呈現會議運作過程以及價值和技術爭議。

二、深度訪談

針對檔案分析無法回答之處，進一步對於委員會委員、政府內部承辦人員進行深度訪談，以了解委員會參與者的選取過程、參與者的動機以及參與概況、對於爭議處理的非正式機制，以及參與者對於此建構機制的主觀評估及建議。

另外針對三類疾病/手術之醫療服務提供者進行深度訪談，以了解其對醫療品質指標之意見看法，和醫療品質資訊公開對其未來診療行為之可能影響。

三、次級資料分析

醫療品質資訊公開平台正式運作後，蒐集健保局所能提供的健保資料庫資料，進一步分析醫療服務提供者的醫療行為是否因此產生改變。

四、網路問卷調查

透過在全民健保醫療品質資訊公開網建置一份網路問卷，藉以了解網路使用者對於醫療品質的需求、醫療品質資訊蒐集行為及管道，以及對目前公開之醫療品質指標與資訊平台看法。

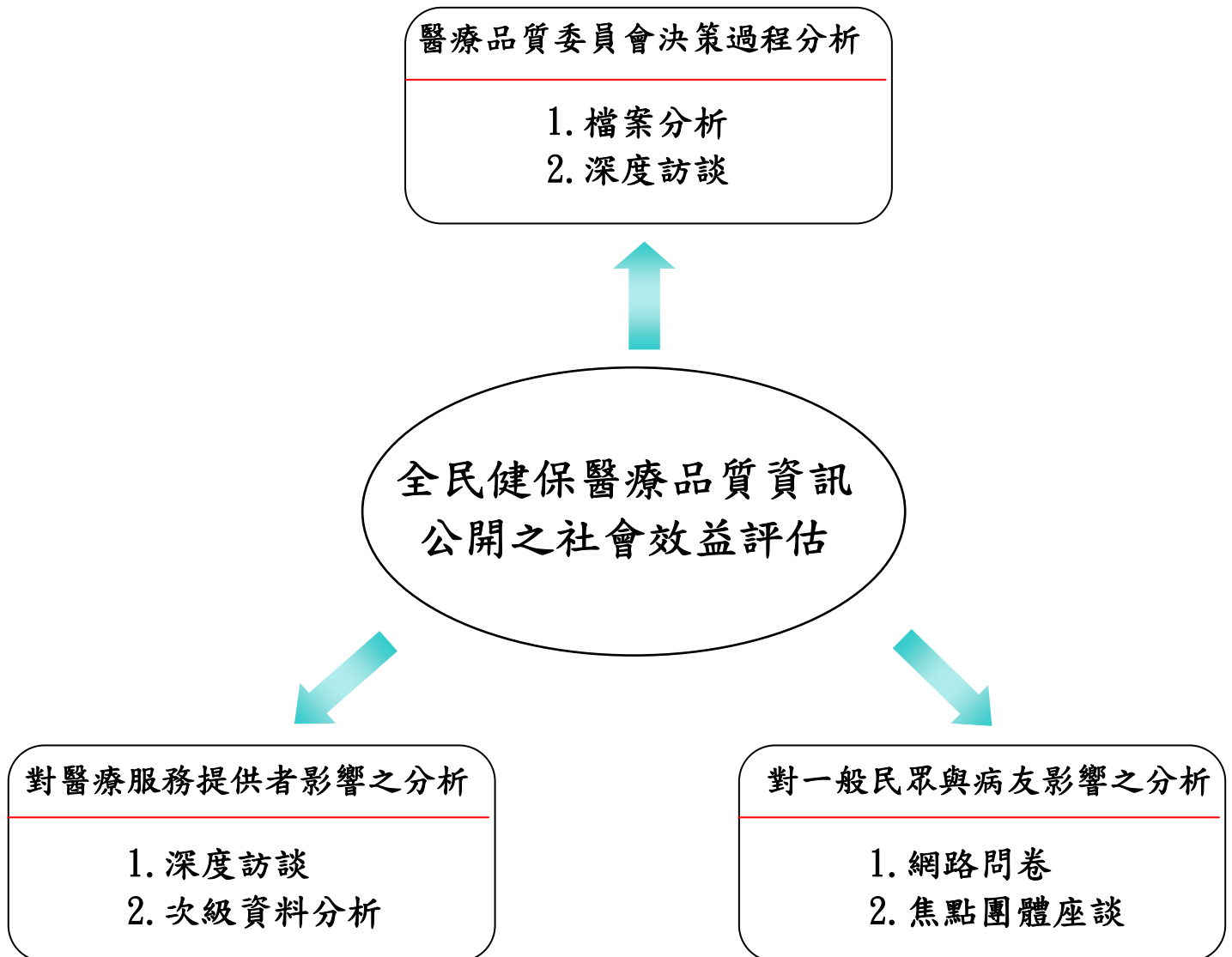
五、焦點團體座談

針對公開的三類疾病/手術之醫療品質指標，邀請病友或其親友進行焦點團體座談，並於座談會後進行問卷調查，以了解病友之醫療品質資

訊需求、其對目前公開之醫療品質指標與資訊公開平台看法與建議、以及這些資訊公開是否影響其就醫的態度與行為。

本研究三大主軸與所使用之研究方法及資料蒐集方式整理如圖 1-1：

圖 1-1：研究方法及資料蒐集方式



第二章、 全民健保醫療品質委員會決策過程分析

本研究對全民健保醫療品質委員會決策過程，從兩個理論架構來分析：第一個是從資訊公開政策規劃設計過程的角度，評估台灣「全民健保醫療品質資訊公開」之指標建構過程，與全民健保醫療品質委員會之會議以及決策的動態過程；第二個是把全民健保醫療品質委員會，做為一公眾諮詢機構的角度，來分析參與者之代表性、專業性與論述地位的差異、委員會目標與議題設定，以及政策影響力。從這兩個理論架構來分析檢討並提出具體建議，作為未來衛生署進行各項醫療品質資訊公開決策的參考。

第一節、 政策規劃設計過程評估

一、政策沿革

行政院二代健保規劃小組於2004年的「行政院二代健保規劃小組總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度」中，揭示二代健保的三大規劃目標為「提升品質」、「平衡財務」及「擴大參與」，並提出四大層面的政策建議：

- 1.強化資訊提供以提升醫療品質；
- 2.平衡財務且提高服務購買效率；
- 3.擴大社會多元化參與健保政策；
- 4.建構權責相符之健保組織體系。

其中第一大層面的政策建議便是透過蒐集、轉化與提供等程序，提供民眾選擇就醫的醫療品質資訊，並且建立可供保險人、醫療專業與民眾三

方對話的平台，進而改善台灣醫療提供者對於醫療品質的重視程度。基此，2005年12月15日衛生署便成立「全民健康保險醫療品質委員會」的任務型組織，第一屆主任委員為台灣大學醫學院謝博生教授。2007年1月1日進行第二屆改組，由台灣大學公共衛生學院賴美淑教授擔任主任委員。第一屆委員會下設三個小組，分別是「醫療品質改善專案小組」、「國民就醫行為改善專案小組」及「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組」，其中「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組」即負責「醫療照護品質資訊公開」的前驅研究。第二屆委員會則成立三個工作小組，分工如下：

第一工作小組：由臨床醫學專家、醫管專家組成。負責由專業指標中選出適宜公開之指標。

第二工作小組：由衛生教育、媒體、消費者、病友及工會代表組成。乃由民眾觀點出發，將前述專業指標轉化為便於民眾理解與利用的指標。

第三工作小組：由資訊專家、法律專家及衛生署代表組成。將指標透過資訊平台合法公佈。

「全民健康保險醫療品質委員會」截至2007年12月31日止已召開過十三次委員會，第二屆委員會之三個工作小組亦因任務需要合併或單獨召開四次工作會議，業於2008年4月25日建立資訊平台，並公開包含「糖尿病照護」、「人工膝關節置換手術」與「子宮肌瘤切除手術」等三類疾病/手術共十項醫療品質指標資訊，為台灣醫療保健資訊公開向前邁進了一大步。

二、研究目的、材料與方法

(一)研究目的

本研究評估「全民健保醫療品質資訊公開」之政策規劃設計程序，了解全民健保醫療品質委員會之會議以及決策的動態過程，呈現其中問題並提出具體建議。研究目的大致可分為以下四項：

1.瞭解醫療品質資訊公開政策決策模式相關理論及個案

針對「全民健保醫療品質資訊公開」政策決策模式的分析評估，本研究大致分為兩個層次進行：

- (1)**政策問題的特質**：當前所面對的是什麼樣政策問題？其特質是否適合採取「資訊公開政策」加以因應？而決策討論商議過程，是否針對「政策問題特質」進行分析界定？
- (2)**政策設計的過程**：如果希望一項「資訊公開政策」成功落實，必須在政策設計過程符合某些因素。

公共政策的類型伴隨著類型學的發展、公共事務漸趨複雜化，可說是所在多有。正因為公共政策在實務上或因理論研究所需的類型眾多，在針對特定政策進行評估之時，便需要針對政策性質、涉及的政策利害關係人、政策環境進行明確的界定，以選擇適當的政策評估模式進行評估（吳定，2008：314-355）。本研究針對「全民健保醫療品質資訊公開」進行社會效益評估，其性質可視為政府使用「公共資訊」（public information）的政策工具，意圖達到某些明確的政策目標(Weiss, Janet A.,2002)，該項政策工具的應用原因，可以追溯到諾貝爾經濟學家 Kenneth Arrow 所指出醫療市場醫病

互動過程中，存在醫療品質資訊的不對稱關係，他說：「由於醫療知識具備複雜性，至少從醫生與病人的認知中，醫生對於某項醫療作為的結果以及可能選擇的了解，是遠大於他的病人，兩造對這樣的資訊不均等 (informational inequality) 狀態的共同理解，是醫病關係中很重要的部分」 (Arrow, Kenneth J., 1963)，事實上，醫療品質資訊公開的政策工具有許多執行方法，根據學者 William T. Gormley, Jr. and David L. Weimer (1999) 的整理，計有下列七種 (表 2-1)，它們在是否有組織焦點、是否常態地蒐集資料、是否有外部評估機制、是否需要資料轉換、是否有外部監督機制、以及是否涉及多重組織比較等面向，有各種不同的組合：

表 2-1：各種組織績效評估的方法比較

	組織 焦點	常態資 料蒐集	外部 評估	資料 轉換	外部 監督	多重 組織
組織績效卡 (Organizational Report Card)	有	有	有	有	有	有
政府績效與結果法(GPRA) ^a	有	有	沒有	有	有	沒有
標竿管理(Benchmarking)	有	可能	可能	有	有	有
平衡計分卡 (Balanced Scorecards)	有	有	沒有	有	可能	沒有
方案評估(Program valuation)	可能	沒有	可能	有	可能	可能
社會指標(Social Indicators)	沒有	有	有	有	有	沒有
資訊公開要求 (Disclosure Requirements)	有	有	有	沒有	有	有

資料來源：引自 Gormley and Weimer (1999)

^a 美國國會於 1993 年所通過的一項績效評估法案，內裡要求聯邦政府各機關，需要定義該組織績效目標，並且訂定達到目標的評量指標，這些績效資訊就成為該機關以及國會評量該機關績效的基礎。

從上表看來，衛生署這一次所推動的「醫療品質資訊公開」方案，類似一種對（醫療提供者）組織的資訊公開要求，但是，主要的不同是本方案並沒有要求被監控的組織提供額外的資料（比方說，醫療品質策進會所進行的醫院評鑑，需要提供額外的資料），它不是組織的自我評估，而是用健保醫療院所的經費申報資料，所轉換而來的績效資訊。更重要的，本方案的核心價值是「病患中心」（patient-centered）的醫療品質改善作為，其方法是提供病患充分的就醫品質資訊，以改善整體的醫療品質，當然，除了方案結果（impacts）的評估以外，政策設計與決策過程的評估，也是不可或缺的評估工作，本研究主要依據 Fung and others(2007)所揭示之「資訊公開政策」的評估模式進行評估。Fung 等學者認為，欲針對「醫療品質資訊公開」進行評估，需先確立醫療品質資訊公開的成功先提要件，接著方深入醫療資訊公開的決策過程，進行評估。評估的標準包括：(1)界定政策問題需符合六項特質；(2)政策設計過程應具備十項因素。

本研究以此作為分析「全民健保醫療品質資訊公開」政策的理論基礎，評估健保醫療品質委員會於會議討論該政策規劃、指標建構選定的過程中，是否在程序上符合此成功的先提要件？會議中的主要討論焦點是否已將政策問題的特質進行評估瞭解？是否已將政策設計之十項因素加以體現？若未完成這些程序要求，在未來政策執行時將引致哪些窒礙生成？

2.分析「全民健保醫療品質資訊公開」之政策創新發展過程

委員會針對「健保醫療品質資訊公開」政策召開哪些重要會議？有哪些參與者？如何選出這些參與者？其代表性為何？這些會議分別做出那些重要的政策決定？會議若有爭議如何解決？本研究透過「檔案分析」與「深度訪談」的研究方法，分析自 2005 年底迄今各種規模之會議書面資料、及

業經轉譯之會議錄音檔逐字稿，並兼以對委員會委員、政策相關行政人員訪談之結果進行交互比較對照，以分析本政策之創新發展討論過程的歷史沿革脈絡，歸納其呈現了那些重要的決策焦點。

3.分析醫療品質資訊公開之指標建構選取過程

本政策之關鍵便在於「醫療品質資訊公開之指標選定」。因此本文亦透過上揭之會議紀錄、錄音檔逐字稿及對委員會委員、政策相關行政人員訪談之結果進行分析，以瞭解指標建構選取過程為何？此指標選取過程以什麼價值為依歸？誰是過程中之主導影響者？

4.評估政策與指標建構過程是否符合政策成功因素，並提出建言

根據上述的理論基礎分析、政策討論過程演進耙梳，最後本研究將評估此政策之規劃討論過程是否符合「資訊公開政策成功的因素」，並針對評估結果提出後續政策修正、指標擴充選取與委員會定位等相關政策建議。

(二)材料與方法

接著說明所採用的研究方法。本研究系針對「健保醫療品質資訊公開」進行社會效益的評估。在政策規劃設計過程的部分，自然須對整體政策設計規劃過程作盡可能的通盤掌握。我們大致透過「檔案分析」跟「深度訪談」兩種方法，亦即蒐集各種相關的會議資料檔案加以分析、並向所有健保醫療品質委員會委員及透過爭審會或本研究案執行人員推薦五位實際接觸執行本案的爭審會及健保局的行政人員進行訪談，並將兩部分紀錄進行分析比對。以下說明本研究如何進行「檔案分析」跟「深度訪談」：

1.檔案分析：蒐集各種相關的會議紀錄檔案加以分析

「健保醫療品質資訊公開」的推動係以「健保醫療品質委員會」為商議討論的核心場域，該委員會並分為三個工作小組各自針對特定議題兩兩或單獨召開「工作小組」會議，並透過衛生署爭議審議委員會(以下簡稱爭審會)協助召開各項醫界座談與病友團體座談，進行醫療專家、病友、一般民眾的意見蒐集與討論，將這些意見歸納匯入委員會討論。

因此欲進行這項政策規劃設計評估，蒐集這些會議的所有紀錄加以分析可說是極為關鍵。研究團隊透過爭審會行政人員的協助，將上述各項會議、座談紀錄及錄音檔案幾乎全數蒐集完備，分別有 11 次委員會(2 次未錄成功)、4 次工作小組會議、1 次醫界協談會議，共計有 16 個錄音檔案，完整會議錄音檔詳見附錄一，並將所有蒐集到、錄音品質尚堪辨識的錄音檔全數轉譯為逐字稿，以利於分析比對。

這部分的分析，主要針對委員會或座談討論的主要議題、進行的程序、會眾在討論時所提出的各項同意或反對的意見、討論的氣氛、歷次會議座談之間的議題銜接與轉軸關鍵，進行比較整理歸納，以整體瞭解本政策在規劃討論過程中的大致梗概脈絡、政策推動及設計的關鍵、疾病別及指標選取標準與決定原因、主導議題人員、專家與民眾價值意見分歧的匯流方式。

另外，並根據上述會議檔案資料的分析，整理出部分規劃執行討論時的疑義，作為後續進行深度訪談的對話議題。

2.深度訪談：委員及行政人員訪談分析

誠如前述，「健保醫療品質資訊公開」的推動係以幾個機關層級或組織為關鍵的互動角色：「健保醫療品質委員會」為商議討論的核心場域；衛生署（或署長）為准駁可否的關鍵層級；健保局為品質資訊提供、資訊公開技術或相關法規規定的執行及提供意見者；爭審會則為「專家意見」與「民眾期望」意見的綜合蒐集、上述互動角色的溝通媒介與主要執行者。在瞭解這樣的關鍵互動網絡之後，本研究案進行深度訪談大致上特別注意兩個關鍵，分別說明如下：

(1)訪談人員選擇：

本研究案決定針對所有的委員進行訪談（訪談實際執行後，有一名委員未同意接受訪談）。透過針對所有委員訪談，可以更深入瞭解所有委員對於本政策相關議題的個人認知，以及討論商議過程當中自我角色的認定與他人角色的期望與判斷。將這些分析與委員會討論過程的檔案紀錄進行比對，並且進一步追問其個人認知與整體委員會議題推動進程，是否有所差異？若有差異，其未於委員會當中提出討論，或未形成討論主軸的原因為何？並且可以透過訪談，瞭解個別委員對於本政策的未來期望，以及未來期望與目前實際狀況有所落差的現實限制到底為何？

其次，則為「行政人員」。從上面的政策規劃角色互動關係模式中，我們可以發現「爭審會」及「健保局」的執行人員，在本政策的資訊提供、討論議題界定、實際執行、其他角色之間的溝通互動均可能是非常關鍵的角色。因此透過本研究小組對於健保醫療品質議題的接觸經驗、和爭審會人員的推薦，針對爭審會及健保局中，實際接觸執行本政策各級的行政人

員進行訪談，希望瞭解「健保醫療品質資訊公開」在行政單位部分，針對委員會討論的議題、行政執行上所面對的限制與主要扮演的角色、與其他政策規劃互動關係中的其他角色間的互動溝通經驗，以使對於政策規劃過程的互動圖像更為完整明確地描述掌握。

(2)訪談大綱：

訪談大綱的主題設定因為訪談者的身份為「委員」或「行政人員」而有些許調整(見附錄二)，不過大體而言為以下幾個主要議題：

- 健保醫療品質委員會成立的原因、主要目的（提供專業判斷或調合不同利益）、委員會中代表各界委員的代表性。
- 政策信念：「民眾有了更多關於醫療品質的資訊，就能作出更好的就醫選擇」的認同與否及理由。
- 政策問題：民眾就醫選擇時是否有資訊不充份的問題？是否嚴重到需要政府介入改變？對於「上網公佈醫療品質資訊的政策」認同與否及原因。
- 健保醫療品質委員會的討論主軸、氣氛，以及衛生署和健保局對此委員會之運作和影響力的重視程度。
- 政策設計與建議：「上網公佈醫療品質資訊的政策」的成功因素及評估方式。

其後並針對本年度(2008)六月份時，部分醫療院所在本政策公佈之後，針對指標的界定公開提出若干疑義，向部分委員及行政人員提出相關問題進行訪談。本研究團隊認為，這些疑義對於「委員會定位的釐清」、「委員會與衛生署的互動關係」、「指標選定時的相關討論」、「後續面對各項公

佈後爭議的處理模式」均有參考價值，因此納入訪談時的討論主題。

以下便將本研究之目的、主要分析焦點問題、採取的研究方法、分析成果評估，分別表列如下：

表 2-2：「全民健保醫療品質資訊公開之社會效益評估」之政策設計及決策過程評估研究內容與成果

研究目的	主要問題	研究方法	目前研究成果	完成程度評估
一、瞭解醫療品質資訊公開政策決策模式相關理論及個案。	<p>資訊公開政策的成功因素為何？</p> <p>1. 政策問題應符合哪些特質方適合透過此政策解決？</p> <p>2. 政策設計過程應具備哪些成功因素？</p>	文獻檢閱與分析	<p>1. 分析並建構本研究計畫的理論基礎。</p> <p>2. 資訊公開政策成功的先提要件：</p> <p>(1) 界定政策問題需符合六項特質；</p> <p>(2) 政策設計過程應具備十項因素。</p>	已完成分析
二、分析「全民健保醫療品質資訊公開」之政策創新發展過程。	<p>1. 委員會針對「健保醫療品質資訊公開」政策召開哪些重要會議？有哪些參與者？如何選出這些參與者？其代表性為何？</p>	<p>1. 檔案分析</p> <p>(1) 會議書面資料。</p> <p>(2) 會議錄音檔逐字稿。</p>	<p>1. 分析 13 次委員會、4 次工作小組會議紀錄、1 次醫界協談會議紀錄暨錄音逐字檔(其中 2 次委員會錄音未錄成功)。</p> <p>2. 歸納表列「資訊公開政策討論歷程大事紀要表」。</p>	已完成分析
	<p>2. 這些會議分別做出那些重要的政策決定？</p> <p>3. 會議之爭議如何解決？</p>	<p>2. 深度訪談</p> <p>(1) 委員會委員。</p> <p>(2) 政策相關行政人員。</p>	<p>1. 完成 14 位委員（一位委員未接受訪談）、5 位行政人員訪談，並進行逐字稿分析。</p> <p>2. 比較委員訪談與會議紀錄內容差異處。</p>	已完成分析

表 2-2(續)：「全民健保醫療品質資訊公開之社會效益評估」之政策設計及決策過程評估研究內容與成果

研究目的	主要問題	研究方法	目前研究成果	完成程度評估
三、分析醫療品質資訊公開之指標建構選取過程。	1. 指標選取過程為何？ 2. 過程之主導影響者？	1. 檔案分析 2. 深度訪談	「品質指標專家」以「可行性」為準選定，餘關心醫療品質之專家型代表少有置喙。	已完成分析
四、評估政策與指標建構過程是否符合政策成功因素之要求，並提出建言	1. 政策討論、設計與指標薦選過程是否符合政策成功要素？ 2. 提供政策建議。	文獻檢閱與分析	1. 完成委員會、工作小組會議紀錄及委員、行政人員訪談逐字稿比對，分析是否符合政策成功要素。 2. 針對上述分析，提出政策建議。	已完成分析

三、資訊公開政策評估之理論基礎分析

何謂公共政策？Denhardt(2008)認為，所謂的「公共政策」係指合法性政府對於公共問題所作的權威性陳述(authoritative statement)。所謂的合法性政府，意指具有統治正當性基礎的政府部門及人員；權威性陳述則是指政策聲明具有拘束力，不得違反。這也就是說，面對公共事務領域的各項問題與危機，不論公部門、私部門甚或非營利團體，常會單獨或透過網絡合作互動的關係，思索並執行各種層次的作為或不作為。從 Denhardt 的角度觀之，在各種作為與不作為中只有「合法性政府」的「權威性陳述」才是「公共政策」。

而所謂的「權威性陳述」，大致上需有以下兩項前提要件：

- 1.該政策的規劃或執行單位需具法源基礎、法定預算來源；
- 2.該政策須經過立法機關正式法定程序審議通過，逐級合法轉頒通告執行。

符合這兩項前提要件，方稱為「權威性陳述」；而由合法性政府對於公共問題所作的權威性陳述，才為「公共政策」。因此，所謂的「公共政策」不僅在政府內部推動時，具有促使各協助配合執行的機關或單位，必須確實落實各項應配合要求的正當性；在政策執行擴散時，對於外部的民眾亦可彰其公信之效，且具若干不等高度的強制力（視政策性質、執行或制訂機關的層級而定）。當然所謂的政策正當性(policy legitimation)(余致力 *et al.*,2008)的檢視，意謂著政策的決策、型塑過程是否使相關社會成員對其支持、接受或順服的程度？這將影響一項公共政策在內部執行、外部推動的順遂程度，並進而影響政策的存續，也因此關乎公共政策能否確保發揮其

解決公共問題、回應民眾需要的目的，並且維繫政策賡續推動。所以，對政府的特定作為進行評估之時，其評估架構中自需包含了對於該項政策的規劃或執行單位的法源基礎、及其審議程序進行檢視，以評估確認該項政策之正當性強度。

此外，公共政策的類型伴隨著類型學的發展、公共事務漸趨複雜化，可說是所在多有。早期論者或從政策領域的角度，概分為教育政策、衛生政策或交通政策等類型。近代則為研究所需，多透過歸納概化分配政策 (Distributive)、重分配政策 (Redistributive)、管制政策 (Regulatory) (Birkland,2005: 135-137)；Ripley 與 Franklin(1987)則又加上了結構政策、策略政策與危機政策，並且說明前三項為國內政策，後三者則是外交與國防政策。

正因為公共政策在實務上或因理論研究所需而界定的類型眾多，在針對特定政策進行評估之時，便需要針對政策性質、涉及的政策利害關係人、政策環境進行明確的界定，以選擇適當的政策評估模式進行評估（吳定，2008：314-355）。本研究針對「全民健保醫療品質資訊公開」進行社會效益評估，其性質自為「資訊公開」。因此，在為數亦繁的政策評估模型中，本研究主要依據 Fung and others(2007)所揭示之「資訊公開政策」的評估模式進行評估。Fung 等學者認為，欲針對「醫療品質資訊公開」進行評估，需先確立醫療品質資訊公開的成功先提要件，接著方深入醫療資訊公開的決策過程，進行評估。因此評估工作包括以下兩個階段的省視：

1.政策問題的特質：界定政策問題需符合六項特質；

2.政策設計的過程：政策設計過程應具備十項因素。

「品質資訊公開」的先期作業必是品質的測量。大體而言，「品質測量」有兩種目的，其一為透過使用者的選擇來改變品質；其二為透過流程改變來改善品質(Berwick *et al.*,2003: 30-38)。而資訊公開政策之所以得以發揮功效，亦是根屬於品質測量的此兩種目的，即因為將品質測量之結果形塑成之指標加以公佈，進而影響資訊使用者之選擇，促使服務提供者改善其行為；抑或服務提供者因懼於品質資訊公開影響其聲譽或收益，縱尚未影響資訊使用者之行為，亦主動修正提昇其服務品質。因此，諸如「報告卡系統」(Report Card System)等運用簡明清晰的表達與標準統一的形式，向民眾提供醫療保險與醫療院所的品質資訊，便是一方面希望醫療提供者改善醫療品質、降低民眾蒐尋資訊的成本；政府機構也可以藉此資料有效監督、評估醫療服務提供的表現(Gormley W.T, Weimer, D. L., 1999)，便屬於資訊公開政策的政策工具之一。

本研究特別關注的便是政府在決定透過「資訊公開政策」介入解決政策問題之前，在規劃、討論應該採取怎樣的政策和政策執行之細節時，必須先行思索哪些關鍵？根據 Fung and others(2007)認為，至少必須進行兩個部分的討論，即「政策問題界定」與「政策設計要素」，也就是必須深入分析當前面對的政策問題是否適合採取「資訊公開政策」？其次是針對資訊公開政策的設計要素加以規劃。而這部分的討論在資訊公開政策執行之前是否詳盡，勢必將影響政策執行的成敗。以下便將此二部分的理論內涵進行說明，作為本研究後續檢視「健保醫療品質資訊公開政策」的基礎。

(一)政策問題的特質：

根據 Fung and others (2007: 174-175)，一個具有下列六項特質的政策問題，方能藉由「資訊公開政策」尋求問題的解決：

1.存在一個將引起風險或導致公共服務失敗的「資訊落差」：

在界定政策問題是否適合透過「資訊公開政策」進行解決的第一項政策問題特質分析，便是必須先釐清資訊落差的本質、其與政策問題之間的關係，以及如何透過彌平此資訊落差進而提高政策成功的機會。

就醫療品質資訊公開政策而言，政策規劃之時必須先就民眾若於就醫前，能否因為獲得某些醫療品質的資訊，進而可以改善其就醫選擇進行比較，以判定是否確能透過特定醫療資訊的公開，降低選擇醫療服務時的風險。

2.對此項政策問題進行衡量的標準有一定的共識：

如果民眾對於該項政策績效提昇的測量標準未有共識，則資訊公開政策必無法發揮功效。對於衡量標準缺乏共識，將降低資訊公開的可信度與有效性。因此在政策規劃之際，便必須先就政策問題改進的衡量標準在社會中能否型塑一定程度的共識進行評估，若確能獲得一定程度的共識，方適合透過「資訊公開政策」進行介入。

因此，在欲採「醫療品質資訊公開政策」之前，必須對於資訊公開後對於醫療風險降低、醫療院所提升醫療品質之衡量標準，是否在社會中能夠形成共識進行評估。

3.問題非複雜到難以溝通：

某些問題實在過於複雜並涵蓋多樣面向，以致進行公共溝通亦難具成效。如果政策問題的風險程度或績效標準之評估過於複雜難以釐清，則此資訊公開政策解決問題的效益便會大大降低。

所以就「醫療品質資訊公開政策」而言，在政策規劃時必須先就「問題複雜程度」進行評估：若該醫療品質指標的選擇與建構，在社會大眾之間存在嚴重的偏好差異程度、甚至判斷可能呈現進行溝通亦無實效的程度，那麼當前所應為的便是繼續召開各種公民參與、公共衛生教育講座與宣導等改善溝通氛圍的機會場域，而非貿然執行「資訊公開政策」。

4.資訊使用者有意志、能力與認知方法去提昇進行確切的選擇：

即便這些資訊的內容揭露了許多風險因素，但若民眾根本毫不在意的話，則自亦不需要採取資訊揭露的政策。譬如說，縣市政府當然可以公開行人在人行道上步行肇生意外的案例數據，但是民眾終其一生應該都不會在意這個數據的高低變化，亦即對其生活影響關聯極小；另外政府也可以將發生天然災害的機率高低進行縣市排比，但是民眾往往因為搬家不易，而認為這樣的數據參考意義有限。

換言之，判斷「資訊公開政策」的政策問題特質時必須先就民眾的資訊需求進行評估，亦即民眾是否需要更多的醫療品質資訊以助其進行醫療院所的選擇？而透過這樣的預先評估，亦可瞭解那些醫療品質資訊方是民眾在選擇醫療服務時「最想」看到的指標？即便經過醫療品質指標專家判定這些民眾「最想」看到的指標，並不是「最需」、「最適」或「最可能」看到的指標，那麼此時政府應作的並非斷然以「專家判定選擇指標」、「強迫政策快快上路」，而應先進行公共醫療品質指標的相關衛生教育與宣導，以型塑一定程度的社會共識。

5.資訊揭露者有能力去降低風險或提昇績效：

如果標的團體不能因為資訊公開而提升績效，則資訊公開政策便毫無

意義。

因此於界定政策問題之特質時，便需先行評估「醫療品質資訊公開」後，資訊揭露者能否因為資訊揭露而改善其醫療行為進行評估。若經評估後判定部分醫療院所恐無法降低或改善其醫療風險，則至少應評估「醫療指標品質低劣落後者輔導改善政策」設計的可能性。

6. 資訊公開後產生的變化是可被接受的：

資訊公開政策之所以可欲，唯有當其所降低的風險或服務品質的提升是可被某些群眾接受時。以減少汽油中鉛的成分含量的問題為例，部分人士認為可行的辦法是公開汽油是否含鉛的訊息，亦即以公定的標籤直接標示「汽油含鉛」，讓油料業者與民眾提供購滿時的選擇。然而另一造人士則認為這種方式根本站不住腳，因為含鉛的汽油將對兒童造成神經系統無法彌補的傷害；因此，最終應該採取直接禁止含鉛汽油販賣的政策手段，而非透過資訊公開政策給予消費者選擇的機會。

對「醫療品質資訊公開」的政策手段選擇來說，醫療品質的揭露是否有助於民眾對於醫療行為的選擇？待醫療品質資訊公開後，醫療品質嚴重低劣的醫療院所是否會如同「含鉛汽油」一樣的危害民眾安全，而不應該成為「民眾選擇醫療行為」時的「選項」之一，實應該直接令其停止服務或輔導限期改善？凡此均是政策問題界定時必須納入討論的議題。

根據 Fung 等學者所揭示的以上六項政策問題特質，套用到我國醫療品質提升的政策，政府應先對此政策「是否採用資訊公開政策工具進行介入」的問題，進行深入討論。我們可以將上述六項特質簡單討論並歸納如下表：

表 2-3：資訊公開政策問題界定之六項特質

六項界定特質	政策問題特質 原始說法	「醫療品質資訊公開」 政策問題界定要點
一、「資訊落差的風險程度」	一個尚待彌平、且將引起極大的風險或導致公共服務的失敗的「資訊落差」。	評估「醫療品質資訊落差」所引致的風險。
二、「衡量標準的共識程度」	對此項政策問題進行衡量的標準有一定的共識	評估提升醫療品質之衡量標準是否在社會中能夠形成共識。
三、「政策問題的複雜程度」	問題非複雜到難以溝通	1. 醫療品質資訊指標的選擇與建構，在社會大眾之間的偏好差異程度。 2. 針對醫療品質指標進行溝通之實效評估。
四、「資訊改善判斷之意願」	資訊使用者有意志、能力與認知方法去提昇進行選擇時的判斷正確性	1. 評估民眾的「醫療品質指標資訊」需求。 2. 釐清民眾「最想」看到的指標，與專家認為「最需」、「最適」與「最可能」看到之指標兩者間的落差，並評估調和溝通差異的可能。
五、「資訊揭露可改善行為」	資訊揭露者有能力去降低風險或提昇績效	1. 評估資訊揭露可否改善醫療行為。 2. 評估「醫療指標品質低劣落後者輔導改善政策」設計的可能性。
六、「資訊揭露結果可接受」	資訊公開後產生的變化是可被接受的	1. 評估醫療品質嚴重低劣的醫療院所危害民眾安全的程度，是否應直接令其停止服務或輔導限期改善。 2. 評估「醫療指標品質低劣落後者輔導改善政策」設計的可能性。

圖表來源：本研究

政府在決定採行「醫療品質資訊公開政策」之前，應先就政策問題進行界定，評估是否符合「資訊落差的風險程度」、「衡量標準的共識程度」、「政策問題的複雜程度」、「資訊改善判斷之意願」、「資訊揭露可改善行為」、「資訊揭露結果可接受」等六項政策問題特質。因此，就政策設計的角度而言，政府在開始思索解決問題之道前，應先進行「政策問題界定的思考討論」，也就是上述「六項政策問題特質」的檢證，確認當前政策問題適合以「醫療品質資訊公開政策」進行解決後，才針對「政策如何設計」進行討論。若無先針對「政策問題」進行評估界定，則該「資訊公開政策」在未來執行時勢必面臨困難，甚或無法解決原擬解決的問題。接下來本研究便針對成功的「資訊公開政策」在設計上應具備的要素進行分析。

(二)政策設計的過程：

本研究確認醫療品質提昇政策問題，確實符合上述「資訊公開政策」可咨解決的六項特質後，Fung and others (2007: 177-180)揭示一項成功的資訊公開政策在政策設計上必須具備下面十點因素，分述如下。

1.提供一般民眾便於使用的資訊：

資訊公開最希望達成的目的便是這些新公佈的資訊，能成為資訊使用者進行決策時的參考依據。因此，一旦「資訊公開」被當成一項待解決的政策問題時，第一個步驟便是去瞭解這些多元的顧客、勞工、選民或其他潛在使用者團體進行決策的程序。包括這些使用者的文化背景、教育程度和偏好排序都必須審慎地瞭解。接下來政策設計者必須細密地斟酌時間、地點、公佈形式，以利最多民眾獲取資訊。因此，本研究歸納 Fung 等人的看法，若欲達成此項目標，必須在政策規劃過程考量以下三項內容：

- (1) 瞭解資訊使用者進行相關決策時的程序；
- (2) 瞭解資訊使用者的文化、教育背景；
- (3) 選擇最利於大多數民眾獲取資訊的時間、地點、公佈形式。

2.強化資訊使用團體的角色：

一旦資訊使用者所形塑的代表團體有誘因去維繫與改良此一資訊公開系統時，則這套資訊公開系統較能永續落實。政策制訂人員可以在政策設計時正式地界定資訊使用團體所應持續扮演的角色與負擔的責任。資訊公開系統也可以為資訊使用團體設計一個「忠實監督者」(watchdog)的角色。政策制訂人員也可以鼓勵資訊使用團體透過公眾參與的機會（包括「網站使用者評比(web-based user-rating)」與「意見表達系統」(information-input systems)）與諮詢委員會或審計監察系統。換而言之，所謂的「強化資訊使用團體的角色」，便是指透過法定的程序，正式地確立資訊使用團體的「政策監督與意見反饋」的角色。

3.幫助資訊公開者瞭解資訊使用者選擇的改變：

如果政府不瞭解民眾選擇偏好的轉變和其為何轉變，那麼資訊公開化政策必然失敗。資訊科技可以幫助資訊公開者追蹤資訊使用者的意見。若資訊公開者對資訊使用者之選擇是否改變的覺知敏感度依然薄弱，那麼可行的辦法便是在資訊公開政策中，設計可使他們更為關注新公開之資訊所生影響的機制。換言之，在資訊公開的政策規劃中，必須引入如下機制：

- (1) 追蹤資訊使用者的意見是否轉變；
- (2) 可透過資訊科技協助追蹤意見。
- (3) 關注評估新公開的資訊所產生的影響。

4.使資訊公開者能因配合資訊公開而獲得好處：

如果有某些資訊公開者能因為對此政策的高度投入而獲得好處，那麼此資訊公開政策將可維持存續。政策制訂者應搜集既存於資訊公開者所處環境系絡中，足以控管與增強其作為的各項經濟、政治與管制誘因的相關資訊。資訊公開組織願意提升其資訊公開績效的原因，不外乎提昇自己的競爭力以提高其他外部競爭者的進入門檻、再來就是減少名譽受損。所以 Fung 等作者認為，為促使資訊公開政策成功，必須建立資訊公開者可因配合此項政策獲得好處的「誘因機制」。以健保醫療資訊公開政策為例，必須在政策設計中加入鼓勵醫療院所配合政策、完整回報相關品質資訊之制度。

5.設計資訊正確性與比較的標準：

規定符合政策目標、並利於資訊使用者可針對公開之資訊進行比較的統一標準。要達成建立可資比較的指標設計一定要經過非常艱辛的「權衡論辯」(trade-off)的階段，因為簡化詮釋可能會抹消了重要的細微差異，標準化則將忽略或是不鼓勵創新。關於此項成功因素，Fung 等作者提醒我們必須在進行資訊公開政策規劃時必須關注以下兩點：

- (1) 細緻地討論與建構公開資訊之正確性判準與可比較性指標；
- (2) 審慎評估此項標準是否過份簡化或壓制創新。

6.政策設計務求完整清晰：

一旦資訊公開的內容和形式能符合資訊使用者關心的程度與務求清晰周到，此項政策將可更有效率的推動。如果資訊使用者希望能快速地瀏覽比較，那麼簡化的對比、分數評比、獲得星數的比較(stars)、柱狀圖或圓餅

圖，抑或其他能簡明易懂地將背後的事實真確表達的標準指標(other relatively straight-forward metrics-with back-up facts available)，均能發揮效果。透過網站提供資訊則能同時滿足欲快速瀏覽的資訊使用者，和有興趣深入專研的人士。政策制訂人員必須投入研究資訊公開是否會造成認知的扭曲，需瞭解資訊公開的資訊內容只是提供一種可能性的參考(probabilities)，乃為了減少資訊收集的成本，並需盡可能減少其他認知上的問題。就政策設計的完整清晰而言，Fung 等作者揭示了以下幾點必須在政策規劃時納入的討論：

- (1) 儘可能滿足各種需求程度之資訊使用者（如：深刻專研與快速瀏覽）；
- (2) 公開之資訊是否會造成認知扭曲。

7.整合分析與反饋系統：

資訊公開系統可能會產生年久未更新，而形成過時的標竿。因此必須持續提供相關的分析、反饋與政策校定的研究經費，以確保所提供的資訊能因應時代之所需。在資訊公開政策制訂的過程中，便必須針對「永續性的資料更新機制」的規劃加以討論，以確實更新最新的資訊，並掌握時代的脈動與資訊所需，針對整體政策進行調整。

8.建構並落實懲罰機制：

資訊提供者可能會因為種種問題而減少或扭曲部分必須公開的資訊。對他們而言，提供資訊公開本身便需要成本的支出，但是聲譽的破壞更是無可估計的成本。因此政府在規劃執行「資訊公開政策」時，必須加入誤報或漏報資訊的情事將面對懲罰的機制。所以除了鼓勵資訊公開者的誘因

機制外，尚須配合「避免誤報或漏報資訊的懲罰機制」的設計。

9.落實執行：

建立懲罰機制是不夠的，尚須配合嚴密確實的強制執行手段，方能確實提高隱匿未報或誤報資訊的成本，才真的遏止此類情事。這也就是說規劃「資訊公開政策」的誤報或漏報懲罰機制的設計固然重要，然尚須輔以「強制執行機制」的確實落實，方能收恫嚇之效。

10.與其他管制系統相互配合：

徒有資訊公開政策尚不能發揮完全的功效，需與其他政策密切配合。這也就是說，必須將資訊公開政策當成一種補充性的政策，非可完全替代其他公共參與介入政策。因此在醫療品質資訊公開之政策執行時，諸如「資訊使用者監督或修增指標內容、疾病別機制」、「醫療指標品質低劣落後者輔導改善政策」等，均應在「健保醫療品質資訊公開政策」規劃時，配套地進行討論，以增益政策推動的永續性，及政策目標的確實落實。

根據上述的分析，我們已發現若欲推行醫療品質資訊公開政策，必須在政策規劃與設計時，先行對當前面對的政策問題進行分析，探討其是否具備上述六項特質，以確定該政策問題可透過資訊公開的政策手段進行解決；其次，方在政策設計過程中納入上述十項成功因素，以確定資訊公開政策可廣續落實執行，並符合其規劃初始之政策目的。接下來本文擬針對「健保醫療品質委員會」之歷次會議討論內容進行檢閱，並分析會議內容中對「醫療品質資訊公開政策」之重要政策決定。

四、全民健保醫療品質資訊公開政策討論歷程大事紀要分析

本研究依據至今現有之歷次各規模會議紀錄、錄音檔逐字稿，分析其內容，擇選出二十次對於「全民健保醫療品質資訊公開政策」此一政策之規劃、推動最為重要之會議，將該會議之日期、名稱及重要性意義，表列如下：

表 2-4：全民健保醫療品質資訊公開政策討論歷程大事紀要分析表

編號	召開日期	會議名稱	政策重要性決定
M01	20051121	「全民健保醫療品質委員會」	成立該委員會。
M02	20060407	「全民健保醫療品質委員會」第三次會議	通過成立「醫療品質改善評估暨資訊公開小組」，以協助建立醫療資訊公開機制。
M03	20060524	「醫療品質改善評估暨資訊公開小組預備會議」	邀集醫療、醫療經濟、醫療品質、生物統計、公衛等專家學者共同參與意見交流。
M04	20061102	「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組」第二次工作會議	建構二代健保規劃的醫療品質資訊公開模式：透過論質計酬支付制。
M05	20061122	「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組」第三次工作會議	1.參考美國 IOM 運作機制與國內醫療費用變數，預定建立「國家層級醫療成效量測及報告模式」。 2.暫擬以「末期腎臟疾病」及「慢性腎臟疾病」進行醫療照護品質公開模式的先驅研究。
M06	20061129	「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組會議」	參考先進國家慢性腎臟疾病照護品質指標、國內現有品質指標及該委員會「慢性腎臟病及透析治療之品質改善方案」所訂之核心指標，進行指標適當性及優先順序討論。
M07	20061206	「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組會議」	決定以「慢性腎臟疾病」為品質資訊公開先例。
M08	20061213	「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組會議」	有關「透析治療之醫療品質公開項目」，建議採中央健保局所訂之品質指標。

表 2-4(續)：全民健保醫療品質資訊公開政策討論歷程大事紀要分析表

編號	召開日期	會議名稱	政策重要性決定
M09	20061227	「醫療品質改善評估暨資訊公開專案小組會議」	進行「糖尿病醫療照護品質公開項目」草案研擬。
M10	20070123	「醫療品質資訊公開學者專家座談會」	1.邀請外部學者(社會學、公共行政、醫療資訊)意見交換。 2.品質公開優先病症：「糖尿病」、「末期腎病」。 3.資訊公開方式：「網際網路」為主。
M11	20070213	「醫療品質資訊公開學者專家座談會」	1.以健保申報資料庫之 Claim data 為品質指標基礎。 2.健保申報資料明文規定「未依規定登錄或登錄不實將不予支付管理費」。
M12	20070227	「全民健保醫療品質委員會」第八次會議	1.確定本年度委員會工作重點以「品質資訊公開」為主。 2.品質指標之決策分析與平台建立由各方專家協助完成。 3.«品質資訊公開»初步理念架構由「幕僚人員」進行規劃。 4.資訊公開之指標應朝「病患需要」方面思考，並建立後續監督機制。
M13	20070504	「第一與第三工作小組」工作會議	1.分別成立如下三個工作小組： (1)第一工作小組：臨床醫學專家、醫管專家。 (2)第二工作小組：衛生教育、媒體、消費者、病友及工會代表。 (3)第三工作小組：資訊專家、法律專家、衛生署代表。 2.邀請健保局、醫療品質策進會與台灣醫務管理學會共同召開。 3.簡介醫療品質資訊系統與醫療品質指標。
M14	20070510	「第二工作小組」工作會議	1.先由第一、第三工作小組選定疾病別與指標項目內容。 2.資訊公開平台是否適合建置於健保局網站，仍待商榷。是否應仿德國委由專業、客觀、獨立之專責機構執行。

表 2-4(續)：全民健保醫療品質資訊公開政策討論歷程大事紀要分析表

編號	召開日期	會議名稱	政策重要性決定
M15	20070622	「全民健保醫療品質委員會」第十次會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.彙整各工作小組意見進行討論。 2.健保局蒞會報告「子宮肌瘤手術治療品質改善方案」與「膝關節炎人工關節置換治療品質改善方案」之研議與辦理情形。 3.決定醫療品質資訊公開之疾病順序別： <ol style="list-style-type: none"> (1)糖尿病(第二型)； (2)膝關節炎人工關節置換手術； (3)子宮肌瘤切除手術(理由為：男女平權)； (4)末期腎病(現狀對預防性指標之蒐集有困難度)。 3.醫療照護品質指標選取重點： <ol style="list-style-type: none"> (1)以無爭議性且發展成熟之醫療品質指標為原則。 (2)包含結構性指標(人力、設備與床位)；過程與結果指標。
M16	20070712	「第一工作小組」工作會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.決定「糖尿病」醫療品質資訊公開之過程面指標與「膝關節炎人工關節置換手術」之醫療資訊公開指標。 2.癌症部分則擇定「國民健康局」完成之五項癌症核心指標(均有實證醫學明確支持)。
M17	20070726	「第二與第三工作小組」工作會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.«糖尿病»及«膝關節炎人工關節置換手術»之資訊公開指標，以«第一小組»擇定之指標為主。 2.擇定之指標及內容需使民眾得以瞭解指標，並可咨利用。
M18	20070821	「全民健保醫療品質委員會」第十一次會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.«糖尿病»及«膝關節炎人工關節置換手術»資訊公開電腦畫面模擬。 2.建議加入搜索引擎(縣市別、區域別、醫事服務機構)。 3.增加«子宮肌瘤切除手術»為優先辦理資訊公開項目：由«第一小組»參考健保局台北分局之«子宮肌瘤手術治療品質測量指標»，函送健保局。

表 2-4(續)：全民健保醫療品質資訊公開政策討論歷程大事紀要分析表

編號	召開日期	會議名稱	政策重要性決定
M19	20071019	「全民健保醫療品質委員會」第十二次會議	討論網站版面設計規劃並由五位委員參與健保局召開之測試會議。
M20	20071207	「全民健康保險醫療品質委員會資訊公開工作會議」	由健保局報告「全民健康保險醫療品質委員會資訊公開網頁」之展示及討論修正建議。

圖表來源：本研究

根據上表整理分析，我們將對比摘釋本研究已完成訪談的十四位委員（一位委員因故未接受訪談）及五位行政人員之訪談內容及歷次重要會議紀錄，說明「全民健保醫療品質資訊公開」政策討論過程，大致呈現的特徵。

首先，將分別表列說明受訪者性質屬性代碼：委員會委員部分，本研究以“A”表示，其後緊接著為流水編號，“_”之後數字則代表委員所屬的「工作小組」：即“1”代表「第一工作小組」，其身份為臨床醫學專家、醫管專家，負責由專業指標中選出適宜公開之指標；“2”為「第二工作小組」，其身份為衛生教育、媒體、消費者、病友及工會代表，乃由民眾觀點出發，將前述專業指標轉化為便於民眾理解與利用的指標；“3”為「第三工作小組」，其身份為資訊專家、法律專家及衛生署代表，負責將指標透過資訊平台合法公佈相關事宜。此編碼設計以利兼具匿名性與受訪者身份特質的還原。

表 2-5：受訪委員代號、訪談者及訪談日期

受訪委員代號	訪談者	訪談日期
A01_1	陳敦源、張智凱	2008/10/03
A02_1	傅立葉	2008/04/03
A03_3	劉宜君	2008/03/26
A04_3	張智凱	2008/04/03
A05_1	張智凱	2008/04/12
A06_3	林國明	2008/04/10
A07_1	林國明	2008/04/03
A08_3	鄧宗業	2008/03/17
A09_1	劉宜君	2008/04/01
A10_2	張智凱	2008/04/03
A11_2	無	因故未接受訪談
A12_2	鄧宗業	2008/03/17
A13_3	黃東益	2008/04/09
A14_2	黃東益	2008/04/09
A15_2	傅立葉	2008/04/03

圖表來源：本研究

行政人員部分則以”D”為代碼，分別將其所屬機關、訪談者與訪談日期表列如下：

表 2-6：行政人員訪談代號、所屬機關與訪談日期

受訪行政人員代號	所屬機關	訪談者	訪談日期
D01	衛生署	林國明	2008/07/01
D02	健保局	張智凱	2008/09/30
D03	衛生署	張智凱	2008/10/01
D04	衛生署	張智凱	2008/10/01
D05	衛生署	張智凱	2008/10/02

圖表來源：本研究

因本研究訪談委員 A07_1 之錄音檔損壞，僅能根據訪談當時之筆記摘要為主，加上委員 A11_2 未接受本研究之訪談，故根據一位委員訪談摘要、十三位委員和五位行政人員之訪談內容逐字稿及歷次重要會議紀錄，本研究歸納「全民健保醫療品質資訊公開」的政策討論過程，大致呈現如下幾點特徵：

(一)醫療品質指標專家主導議題

1.委員代表多為醫療專業人員或長期關注醫療品質

雖然在委員遴選方面，兼顧醫療專業、行政人員、民眾代表...等各方代表，但訪談中委員或行政人員多表示，其實委員所具各方代表身份，不

過對於「健保政策」、「醫療品質」均非完全陌生，多為長期關注者。

在這個委員會裡面，...是採用...認為在這個領域裡面，哪些人可能在專業方面能夠有所協助，所以他本身的代表性比較不是代表是整個團體的代表性，反而比較像是因為他的專業受到尊重而來受到一個邀請，...就是說當初幕僚人員去主動去規劃、去邀請，然後去列名單，讓主管去把他挑選出來。所以他的代表性我想是屬於比較專業的性質(受訪者 A04_3)。

...其實一起頭就是從專業，從這樣看來推下來的話，它就是從專業出發的，...(受訪者 D05)

...那現在其實這個委員會還是很菁英式的委員會(受訪者 D02)

即便本委員會邀請了包括媒體代表、民眾代表，受訪者亦表示實際上這些代表也已經具一定程度的「專業化」。

你從請的委員來看，大部份都請教授請專家請學者，民眾代表事實上我覺得他已經不能夠算民眾代表，他已經專業化了，...(受訪者 A10_2)

那邊說真的完全民眾到 layman 的也不多，...媒體（代表）也已經是半專業，喔是雙專業。...所以基本上那個也是半專業的諮詢團體了，...雖然你說他有不同的領域的代表，但是那些領域都是已經大家有點已經類似的能夠用共同語言溝通的，...(受訪者 A06_3)

然而亦有受訪者以長期的觀察，認為「真正的民意」似乎從未真的參與「健保」、「醫療品質」等相關專業性較高的決策討論過程。不過對於本委員會儘可能朝這個方向努力，仍表示認同。

...我這 10 幾年來健保經驗，我真的不知道民意在哪裡，每個人都說他來自民間，可是有來參加的人都說他來自民間，沒有參加的人都批評說這些人不代表，就是說我真的不知道...可是起碼感覺上說有在朝這方面去努力，特別是

第二任賴教授，他起碼他各種專業的人都有儘量去找，可是是不是真有民意？真的是個大問題，...(受訪者 D02)

2. 議題多依據會前幕僚作業擬定議程討論

議題的討論，也就是會議的「議程」設定權力 (agenda-setting power)，過程中是掌握在官僚體系與領導者的手中，這種情況有時是可以讓議事過程具有積極效率，但是，在某些關鍵的問題上，官僚體系與領導者的主導下，可能缺乏議程的公開討論機會，委員會運作意見充分交流與發聲的機會受到限制。

...有一些比較既定的事情，可能掌握在幕僚跟主委...在形成的時候他就先主導一個比較大的方向，...(受訪者 A04_3)

...議題早就弄好了啊，...那個執行秘書...很有經驗，到底什麼內容什麼怎麼樣他們都做得差不多了...(受訪者 A09_1)

我們有一個執行秘書，非常強，...他是一個行政能力非常老練的人，所以我們開會的時候，我們所有的議題都是早就定出來，然後會 follow，會追蹤，然後會往下跑，會分案。所以呢，看起來就是很強的一個主席主導以後界定的，很強的主席跟很強的幕僚。(受訪者 A08_3)

... (發言討論) 是比較開放的，但是他議題已經設定了。... (討論的議題) 基本上是應該來說是幕僚 (決定的) ...。(受訪者 A12_2)

所以我的印象很少有很大的 disagreement 在委員之間。(受訪者 A08_3)

3. 民眾病友代表的建議方向，未獲同意納入討論

雖說即便是民眾代表亦因長期關注醫療、健保相關議題，而具有一定程度的專業性，不過亦有受訪者認為在「醫療指標專業人員主導議題」的

討論氛圍下，民眾代表提出「一般民眾的需要」的建議方向，並未獲得同意納入討論。

...所以我在想說假如說我原來進去的角色，...（是）從病人端來做這種評估的時候，那我是完全的不及格，雖然說我曾經也在裡面，也曾經試圖說服他們說應該要往這個方向去走，但是比較沒有獲得大家同意。(受訪者 A12_2)

4.會議討論氣氛和諧，且主席引導大家有公平的發言機會

大體而言，會議進行過程中氣氛平和，主要原因是在現有的議程下，主席給予所有參與者充分的發言自由，過程中並未動用如投票等衝突解決機制，可見會議進行的形式是以「共識討論」為主的決策模式，這種決策模式可以避免參與者之間直接衝突，但危險的地方是它如果涉及決策問題，有些類似「全體一致決」(unanimity)，也就是說，只要有一個人堅持反對，就不可能有任何決策，然而，因為與會者社經地位非常接近，又沒有精確的代表群眾壓力，參與者在這樣的氛圍中，站在個人的立場上反對到底的機率很低，當然，領導者提供明確的資訊公開推動目標，對於消除細節反對聲音，也是有幫助的。

...委員會裡面說要去主導議題這蠻困難的啦，就是說我們幕僚或者是哪一個主要的想要去引導大家照我的意思去做是蠻困難的，原因是因為我們不限制他們的身份跟發言，也就是說你是病友的團體，你怎麼講那個健保講那麼多？或者是你是那個醫療提供者，你怎麼講那個病人端講那麼多？沒有這樣子限制，大家 free talking，然後大家都充分的在表達他的觀點，...(受訪者 D01)

...甚至於我們只有十幾個嘛，每一個人都有都勤於發表個人的看法。...事實上因為它是一個研討的東西啦，並不是一個決策的東西，還沒有動用到投票啦或是衝突啦(受訪者 A15_2)

...意見不同一定會有，不過，我覺得這屆委員會裡面大家溝通的互動還不錯，但是最後如果意見不同，主席會做一個裁示，那當然主席的裁示，有時候是盡量兼顧大家的立場，...(受訪者 A04_3)

5.品質指標公開之疾病別、指標多由醫療專家主導

...第一個 group 就是說臨床專家，一開始我們先選定疾病，那哪些是民眾比較相關的、比較 popular 的...(受訪者 A03_3)

...（工作小組會議的時候，...兩個小組，就是分別代表那個行政執行的，一個是醫療專業的，兩個小組先開會之後，在那次的工作小組會議後其實就決定了要公開哪三個病症。...然後，有一種好像是專業的，已經好像自主決定了就是這三個（疾病），然後...民意的工作小組來背書？）會，會有這樣的問題，...因為有時候譬如說你以民眾的角度或者是他想的是這個，但是可能做不到，...(受訪者 A04_3)

基本上這個品質的問題是比較著重在，就是專業人員的指標。...就是說這一些專業人員所界定討論的這個指標基本上還比較容易去掌握，比較也具體，...(受訪者 A12_2)

從上面的分析我們可以知道，委員會的議題大致上多依據幕僚作業所擬訂的議程進行。至於公開醫療資訊之疾病別及指標的選定，多由委員會成員中「醫療品質指標專家」或工作小組中代表醫療品質專家或行政人員之「第一工作小組」及「第三工作小組」決定，衛生教育代表、媒體代表、消費者代表、病友代表及工會代表之第二工作小組，則僅在疾病別及指標已經選定後進行認可與文字敘述的修改，使之較易讓民眾瞭解，然而少見其對於疾病別、指標選定進行批駁或質疑，甚或是少數提出所謂「民眾觀點」的討論，並未獲得深入討論的同意。

因此本委員會在希望「跨出第一步」的共識下，再加上即便是民眾代表亦多為長期對健保、醫療議題關心參與者，在溝通對話上亦少見扞格；兼以主委在會議進行過程中提供大家公平、充分的發言機會，在出現少數不同意見時，又能適度地提出會眾大致均能接受的「執兩用中」裁示，氣氛大致和諧。

(二)僅就政策設計內容進行討論

歷次會議討論均僅針對「政策執行的規劃」、「指標的選定」進行討論，而未見其針對「政策問題的特質」進行界定，包括「醫療資訊落差」所可能產生何種程度的風險？社會各界對於指標的選定、衡量的標準是否已有一定的共識？資訊使用者是否希望透過指標資訊的公開提昇自己進行醫療服務選擇的正確性？凡此均為未見在會議中成為討論的焦點或提出評估的要求。

換言之，在議題設定上，該委員會均未針對「政策問題的特質」進行討論評估，亦即當前所面對的環境與問題，是否適合或需要「醫療品質資訊公開」來因應？僅直接進行「政策設計內容」加以討論，先驗地假定此政策的需要性，且委員對於議程內容、議題設定也少有歧見。

...品質委員會沒有這種問題，共同的共識很快，而且大家都提供他自己的看法，我是覺得這是一種非常難得的政策面和到執行面的過程，我覺得非常好。...其實主要是...醫療的三位都沒有反對。因為這個東西最大的反對就是這個醫療的部分，我們三個都事先講好了，我跟他們兩個講，...他們...都同意，都同意就好了。(受訪者 A02_1)

...原則上你簡單講是衛生署提出來那個疾病跟指標來討論，沒有委員直接說要對那一種病啊、醫療品質的公開來做研討改善。(受訪者 A15_2)

...整個來講，如果委員要增加甚麼東西好像也不會被拒絕，但是大部分都是他們定了，我覺得我們的服從性也蠻高的，...(受訪者 A14_2)

...基本上屬於臨時在會中提出的 topic 非常少，不是那麼常見。(受訪者 A13_3)

(三) 指標遴選判斷標準為可行性

1. 委員多具「促使健保醫療品質資訊公開」的共識

整體而言，委員會在各項會議的指標遴選過程中，其判準通過與否的過程，雖然亦有考量民眾、病友團體座談的相關意見，但是最終採取的仍是希望「醫療品質資訊在經過這些討論後一定要『可以』公開的共識」，因此在討論過程中，便希望避免某些「爭議」的產生，採取務實的角度去推動「能作而沒有去做的事」。這部分在代表各種身份的委員之間大致均有共識，行政人員亦大致認同。

因為台灣第一次資訊公開化，我們希望在沒有很爭議的狀態先把它上路，那接下來我們再做後續的，...(受訪者 A05_1)

大家的共識是要做這件事是，要做哪一塊呢？就是做那個能為而不為，就是其實大家都知道能做的，但是沒有去做的，那一塊...然後是一個務實的，...(受訪者 D05)

2. 遴選疾病別、指標非採「民眾期望」的角度

在上述「共識」之下，首先必須釐清確認的便是「民眾期望」的醫療資訊，不見得可以指標化，或是現狀限制之下，沒有辦法取得相關的指標。

...那這一件工作其實比較上是從那個專業的醫療專業這個角度，他比較不是從那個病人端或者使用者端來做。(受訪者 A12_2)

所以那一部份的時候是比較專業取向的。...並沒有說，民眾真的在找醫療院所的時候，比較常見的問題是在哪裡，所以就不是從這邊出發...。(受訪者 A06_3)

因此大致上乃從專業的角度，來區別哪些指標是「民眾真正需要」且「現實可行的」，甚至部分委員認為這樣的資訊似乎會使民眾認為，這些提供的資訊為專家所刻意設計提出的，而非民眾真正期望知道的醫療資訊。

我們大概都是聽醫界的人告訴我們這樣可以呈現什麼，...那現在多少我感覺這些要提供出去的資訊是你刻意安排的，...(受訪者 A13_3)

3.委員會以專業的角度判斷哪些指標公佈的可行性較高

也因此委員們或行政人員大致同意，指標的選定乃從專業的角度，來判別哪些指標是「民眾真正需要」且「在現實限制下，可以提出的」。

基本上如果我從我的角度去看的話，確實是比較大的部分是從可行性的角度去看，...(受訪者 D04)

第一年委員會他有請健保局做了很多專案分析，它有好幾個不同疾病的分析，那從這裡面當然就會篩選說哪些是可行性比較高的，資料的解讀是比較容易解讀的，...(受訪者 A03_3)

大體而言，委員會判斷哪些指標公佈的可行性較高？主由兩個角度加以判斷：**(1)健保局現有要求醫院申報的健保資料**；**(2)醫療院所的反彈較小**。以下分別摘錄說明：

(1)健保局現有要求醫院申報的健保資料

委員們「在現實限制下」，大致上指標的選定便是由「現有健保申報資

料」進行轉換，與資料的蒐集。而另外非進行指標的建構與資料的蒐集。

但是這個委員會一開始就設定沒有額外的經費去另外蒐集指標，只能憑一些經驗去想哪些指標現在有？(受訪者 A01_1)

一方面從健保的 data 分析，要可行性嘛，有現成的東西你不需要重新再去分析。(受訪者 A03_3)

選取這些疾病的時候，...有一個就是說你健保的資料是可得的，...(受訪者 A03_3)

(2) 醫療院所的反彈較小

一方面這些上指標由於均為「現有健保局要求醫療院所申報的資料」，因此醫療院所的反彈一定比較小，也較具「公佈的可行性」。

我們變成用這樣這種數字才有辦法擺得平醫界，...(受訪者 A06_3)

(醫生代表) 有時候會站在提醒的角度說這樣做或許行不通(可行性上的角度來看)，...而是說他有時候會說，這樣做可能會實務上反而會讓人不可行，那可能怎麼樣會比較好一點，...(受訪者 A04_3)

選取這些疾病的時候，...就是說其實你一開始推這種東西，覺得醫界比較不會反彈的，醫界的共識很重要。那這些就是，就說這些數字其實健保局它陸續蒐集一段時間了，他們也比較習慣了。...(受訪者 A03_3)

變成是說健保局要 open 這些資料的時候變成是要醫院同意，因為 claim data 是醫院報上來的，...健保局可以提供的就是醫院默許這幾個對它(醫院)來說影響不大的，而且爭議不大的，...(受訪者 A13_3)

在歷次會議的討論過程及委員訪談的內容中，均顯示委員們均有希望「健保醫療品質資訊公開」的平台能夠跨出第一部落實的共識，因此在討

論過程中，少有分歧意見，討論方向亦鎖定為「提高落實可行性」、「醫院抗拒小」。

至於疾病別、品質指標的遴選，均以健保局現有之健保申報資料為限。主要因為醫療院所已長年習慣申報而不致反彈過大等「政策可行性」為選擇及判準的關鍵。

換言之，在政策討論過程中，名義上代表不同團體參與委員會討論的委員，大致均同意「現有指標遴選、之後再求擴充」的「提高可行性」原則，加上醫療專業代表的適時提醒。所以即便訪談過程中，少數委員對於目前既選之疾病別、指標並非完全同意，但亦未於會議討論過程中提出，或是即便嘗試提出，亦未成為會議討論的主軸。

綜上所分析，「健保醫療品質資訊公開政策」在規劃討論過程中，大體呈現以下三點特徵主軸：

(一)醫療品質指標專家主導議題：

保守地由醫療品質指標專家、幕僚作業、長期關注健保醫療議題人員主導討論議題。

(二)僅就政策設計內容進行討論：

對於政策問題的界定、社會大眾對於醫療品質指標能否形成共識、是否需要在政策實際執行前進行相關的醫療品質指標公衛教育等均未具體的形成主要議題。直接針對「政策設計內容」進行相關討論。

(三)指標遴選判斷標準為可行性：

整體討論氛圍大致呈現和諧，並且以提高「健保醫療品質資訊公開」落實的可行性、遴選健保局現有、醫界反彈較小之指標為共識。

五、資訊公開政策的成功因素及政策過程應有之配合作為

經過上述的分析，本研究已將 Fung 等作者(2007)所提出的「政策問題界定六項特質」及「十項資訊公開政策的成功因素」，以及要落實這些要素，應該在政策制訂、規劃與評估等程序上需關注的要點進行歸納；接著析覽 2005 年至今與「全民健保醫療品質資訊公開」此一政策之規劃過程，在哪些會議中做出了重要的政策決定，並且比對委員及行政人員訪談的逐字稿內容，歸納出政策規劃過程中討論的三個主要特徵：(一)醫療品質指標專家主導議題；(二)僅就政策設計內容進行討論；(三)指標遴選判斷標準為可行性。

接下來我們將針對目前已召開的會議及委員、行政人員訪談中，確認是否談及這些政策要求？茲將現已召開會議之紀錄、錄音逐字稿及訪談逐字稿進行初步的分析，表列整理如下：

表 2-7：資訊公開政策的成功因素及政策過程應有之配合作為¹

資訊公開政策的成功因素	政策過程應有之配合作為	會議資料	委員訪談
1.政策問題需符合六項特質：	深入分析界定「政策問題」是否具備適合資訊公開政策的六項特質。	◎	?
(1)「資訊落差的風險程度」	評估「醫療品質資訊落差」所引致的風險。	◎	✓
(2)「衡量標準的共識程度」	評估提升醫療品質之衡量標準是否在社會中能夠形成共識。	?	✓
(3)「政策問題的複雜程度」	(1)評估社會大眾對醫療品質資訊指標的選擇偏好差異程度。 (2)針對醫療品質指標進行溝通之實效評估。	?	✓
(4)「資訊改善判斷之意願」	(1)評估民眾的「醫療品質指標資訊」需求。 (2)評估調和民眾「最想」看到的指標，與專家認為「最需」、「最適」與「最可能」看到之指標兩者間的落差，並溝通差異的可能。	◎	✓
(5)「資訊揭露可改善行為」	(1)評估資訊公開可否改善醫療行為。 (2)評估「醫療指標品質低劣落後者輔導改善政策」設計的可能性。	?	✓
(6)「資訊揭露結果可接受」	評估醫療品質嚴重低劣的醫療院所是否應直接令其停止服務或輔導限期改善。	?	✓

¹ 符號說明：「●」表示已於會議討論中提及政策落實執行之規劃；「◎」表示部分討論，未完全落實；「？」則表示未見討論；「✓」則表示訪談中有委員表示認同該觀點。

表 2-7(續)：資訊公開政策的成功因素及政策過程應有之配合作為

資訊公開政策的成功因素	政策過程應有之配合作為	會議資料	委員訪談
2.政策設計需具備十項因素：			
(1)提供一般民眾便於使用的資訊	(1)瞭解資訊使用者進行相關決策時的程序。	◎	√
	(2)資訊使用者的文化、教育背景調查。	◎	√
	(3)選擇最利於大多數民眾獲取資訊的時間、地點、公佈形式。	●	√
(2)強化資訊使用團體的角色	法定確立資訊使用團體之「政策監督與意見反饋」角色。	◎	√
(3)幫助資訊公開者瞭解資訊使用者選擇的改變	(1)追蹤資訊使用者意見是否有所轉變。	●	√
	(2)可透過資訊科技協助追蹤意見。	●	√
	(3)關注評估新公開的資訊所產生的影響。	●	√
(4)使資訊公開者能因配合資訊公開而獲得好處	建立資訊公開者可因配合此項政策獲得好處的「誘因機制」。	◎	√
(5)設計資訊正確性與比較的標準	(1)建構公開資訊之正確性判準與可比較性指標。	●	√
	(2)評估此項標準是否過份簡化或壓制創新。	?	√
(6)政策設計務求完整清晰	(1)滿足各種需求程度之資訊使用者(如：深刻專研與快速瀏覽)。	◎	√
	(2)評估公開之資訊會否造成認知扭曲。	●	√
(7)整合分析與反饋系統	(1)「永續性的資料更新機制」。	●	√
	(2)整體政策調整機制。	?	√
(8)建構懲罰機制	「避免誤報或漏報資訊的懲罰機制」的設計。	◎	?
(9)落實懲罰之強制執行	懲罰的「強制執行機制」。	◎	?
(10)與其他管制系統相互配合	其他公共參與政策之配合： (1)「資訊使用者監督或修增指標內容、疾病別機制」 (2)「醫療指標品質低劣落後者輔導改善政策」	●	√

圖表來源：本研究

經過本研究分析，「健保醫療品質資訊公開」的政策制訂過程討論，是否符合 Fung 等學者(2007)所提出來的「醫療品質資訊公開」成功要素？亦即是否針對政策問題的特質進行界定？政策過程中是否有相應的配合作為？是否有部分觀點為委員於接受訪談時表示認同，但是並未在委員會相關會議中成為討論的主軸？以下分述值得關注之處：

(一)政策問題需符合六項特質：

委員接受訪談多表示認同，但是會議中並未針對「政策問題」加以界定

針對「政策問題」的特質加以分析界定，以確定是否適合透過「品質資訊公開政策」投入因應，多數委員在訪談時對此觀點表示認同，並認為相關的政策作為亦應該予以配合，檢視是否具備「醫療品質資訊公開」投入之六項特質的重要性。茲分述如下：

1. 「資訊落差的風險程度」：評估「醫療品質資訊落差」所引致的風險。

委員在受訪時大致認同「民眾在醫療品質資訊的」認知能力上確有落差，且這樣的落差對於民眾的就醫而言確實可能造成風險。然而，這樣的落差似乎是難以弭平的。

...這個無法解決啊，這任何比較專業的問題永遠都有資訊不對等，...(受訪者 A03_3)

...，我們如果要引導民眾去就醫的話，除了給他很多 information 之外，但是畢竟這個醫療資訊是不對等的，你再給他再多還是有很多人 approach 不到，...我們從很多民眾的教育調查裡面，他的一般的知識能力和他的健康知識能力是有差距的，那也就是說民眾的教育是不夠的。(受訪者 A03_3)

甚至有部分非醫療專業身份的委員，也認為「醫療品質資訊的認知」落差，也認為這樣的落差在委員會討論時，也同樣產生。

...因為我不是醫學的 background 所以整理的那些資料醫學的東西，我還去很仔細的去讀。他提供的 support 的那些對不同疾病品質的說明大概可以理解，但是對於裡面計算的依據、得到的統計結果我無從 judgement，...但是那些數據背後的因素、為什麼要用那些？縱使我在醫學院跟他們請教我都不理解了，更何況是其他。...(受訪者 A13_3)

...這裡面因為專業性太強，所以你一有專業人員，它（討論的趨勢）就往這邊走，你不走這裡他就覺得我們沒學問；走這邊以後民眾就覺得他看不懂，基本上這是完全是一個很大的落差，到目前為止還很難去把它處理，...。(受訪者 A06_3)

2. 「衡量標準的共識程度」：評估提升醫療品質之衡量標準是否在社會中能夠形成共識。

委員們受訪時普遍認為，民眾之間，甚至專業與民眾之間，對於何謂「醫療品質」？衡量的標準為何？均有非常大的歧見，也難有衡量的共識。

...一方面病人端的這個部份，這樣形成共識也比較困難一點...。(受訪者 A12_2)

...我們沒有辦法去判斷醫生的好壞，所以說醫療的品質假如在這方面也能夠做公開的話，那當然對於我們被保險人是一種福音啦...(受訪者 A15_2)

3. 「政策問題的複雜程度」：評估社會大眾對醫療品質資訊指標的選擇偏好差異程度。

...我們國內的文化跟國外的又不一樣，民眾的健康知能還沒有達到相當的水準，所以要達到能做出就醫品質這個目標當中還需要很多的努力，...(受訪者

A02_1)

4. 「資訊改善判斷之意願」：評估調和民眾「最想」看到的指標，與專家認為「最需」、「最適」與「最可能」看到之指標兩者間的落差，並溝通差異的可能。

...他說：「阿我們就做這樣，我們沒話說（台語），以後就是改善。」。這意思是說，他有很多不好的地方可以改，我說：「那你去改。」(受訪者 A01_1)

...(醫院的管理者)當然重視(健保醫療品質資訊的公開),像我們都很重視,...這就像比賽一樣嘛，比賽輸了你要檢討為什麼輸嘛。(受訪者 A09_1)

5. 「資訊揭露可改善行為」：評估資訊公開可否改善醫療行為。

委員們受訪時多認為，醫療品質資訊的揭露，可以一定程度改善民眾的醫療選擇行為，增加判斷的依據，也因此可以改善整體的醫療品質。

...畢竟目的是希望民眾的醫療行為選擇可以更透明，醫療院所更重視品質，然後更注意他們的醫療行為。(受訪者 A01_1)

6. 「資訊揭露結果可接受」：評估醫療品質嚴重低劣的醫療院所是否應直接令其停止服務。

...有一個主軸是與所謂的「論質計酬」，...要打破那個健保大家均一價格，如果現在健保大家通通每一個人照顧都是 5 塊錢，那做得好也是 5 塊錢，做的不好也是 5 塊錢，那取勝點就在數量，那取勝點如果在數量的話，那誰會把它一次醫好?(受訪者 D01)

然而檢視歷次各種大小規模之會議紀錄及訪談錄音檔逐字稿進行比對後，發現上述觀點縱使有部分委員在訪談時表示認同，然而並未在會議中

形成討論的重點。這也就是說，委員會在討論過程乃是先驗地預設此項政策投入的需要性，並未預先思考分析當前的「政策問題」，也因此恐有「資訊落差」是否夠嚴重了？衡量的標準有一定的共識了嗎？資訊公開之後真的能改善問題嗎？這些疑問可能意謂著討論「醫療品質資訊公開」的規劃時，不一定能切中要害，提出適當的處方。

不過，我們也必須解釋「會議紀錄」與「委員訪談」之前存在落差代表的意涵。本研究認為，這一定程度代表著個別委員心中對「資訊落差政策問題」的解決保持的高度期盼，或是認定縮減此種「資訊落差」對於民眾就醫行為選擇與整體醫療品質必定有所助益，因此便不需在各種會議中特別分析與討論所面對的政策問題特質，也就是說，委員心中有高度的政策推動正當性的共識，但是，這種未言明的共識，往往容易忽略任何政策推動工作，無法只靠正確的理論與心意，還要有制度與法律策略性設計的配合，才能成功推動。因此，委員會內高度的正當性共識，似乎便埋下了後續委員會未具法源基礎、政策正當性不足、疾病別及指標選擇關注推動可行性、未能消弭民眾與專業意見落差等政策設計上的問題。

(二)政策設計需具備十項因素

以下分別分析會議討論、委員訪談與行政人員訪談中，顯示政策設計的十項因素是否具備？或是會議討論內容與委員認知是否存在落差？

1.提供一般民眾便於使用的資訊

- (1)委員及行政人員大致均關注民眾所希望獲得的醫療品質資訊，並且在委員會外也召開若干的病友座談會，或在工作小組會議時邀請民眾、病友團體共同參與討論，提供「民眾期望獲得的醫療品質資訊」的相

關意見。

...九十五年那時候我們就召開病友座談會，真正的病友，像糖尿病有好多位病友，那膝關節也有好多位，都是開過刀的喔，阿公阿嬤來參加，那全程就講台語，那想了解他們開的刀或這個疾病有什麼建議或是想法這樣子，盡量把它們收集，...(受訪者 D03)

...嗯，如果要成功我覺得第一就是說，它是不是民眾真正需要的東西？第二就是說是不是讓民眾覺得很 friendly？(受訪者 A04_3)

(2)民眾所希望獲得的醫療品質資訊，大致上有以下數端：

A.希望知道「個別醫生的醫療服務品質」

...接下來回來最困難的議題就是，病人常常覺得希望得到，但是實際上很難做到，就是哪個醫生比較好，...(受訪者 A04_3)

...可能一般的老百姓會覺得我生病要去哪裡看醫生？哪裡醫生比較好？都是很直接的，...(受訪者 A14_2)

B.希望知道「窗明几淨、儀器新穎」這些醫療品質的「訊息」(cues)

...民眾要的事實上相對單純。...他第一個，就是要窗明几淨，...要用比較新的儀器，...(受訪者 A06_3)

C.希望瞭解「流程便利、態度親切」這些醫療機構服務表徵

...然後另外一個民眾要的是說我的整個流程，掛號是不是親切，...不要太等，然後醫療人員是不是真的關心我，...(受訪者 A06_3)

儘管委員及行政人員瞭解民眾所希望獲得的就醫選擇、醫療品質資訊是上述三端，但目前已經確定的是，這三者均沒有在這次的健保品質資訊

公開的項目範圍中，因此

...我們現在公開的有些東西是讓民眾沒什麼用，所以這個就是會變成很大的差距(受訪者 A06_3)

(3)再者，因為專業上的不對稱，民眾所期望獲得的就醫訊息大部分都不能透過「醫療品質指標」來顯示

...民眾對於醫療品質的瞭解和認知啊，本來就會有一定的專業上的落差啦！那這部分如果你一直從民眾想要的角度去想指標，那一方面是這些指標可能根本現成就沒有，...(受訪者 A01_1)

(4)而且這種專業上的不對稱幾乎很難弭平。

...舉個例來講就是，糖尿病就大家比較 care 要去驗那個醣化血紅素。那民眾絕對聽不懂什麼叫醣化血紅素，也不曉得這個項目是做什麼用的，...(受訪者 D01)

即使是對醫療或健保議題長期關注的民眾代表，專業不對稱的問題也是一種難以跨越的鴻溝。

...假設是對很專業的東西，...還是用很多英文甚至前面的主要症名，這個基本上了解上會有問題，...我們這一兩年其實大部份都是在處理這個問題，所以有的時候我們從民眾的角度上來看的時候，其實就是討論上就會有一點障礙。...牽涉到滿深入的東西。所以在這個方面其實大部分就是民眾的這個民間團體的代表聽得不太懂，那發言的當然就比較少，...。(受訪者 A12_2)

...因為有的是很專業醫療的層次的專業的東西，我們真的不懂，...(受訪者 A15_2)

...講的怎麼去算比例啊、很複雜的東西我們都聽不懂啊都不會，...他在講的

時候就常常在講說醫療的東西他不懂所以他也很害怕，...因為畢竟他們都有時間的要求、時間是一個壓力，所以在東西出來的時候，其實最開始的時候我們都看不懂，那個是蠻困難的，...。(受訪者 A14_2)

我們可以發現，委員們除了表達民眾的認知能力與專業之間的鴻溝外，更有多位身份為民眾代表的委員，亦坦率地表示他們也聽不懂指標的操作化過程，更何況一般民眾的瞭解程度。甚至有委員受訪時表示，他自己在公佈後可能也不會上網參考這項資訊。

...因為你現在選的三個疾病、公佈的數據現在沒人看得懂啦，...那個時候...就問我說你不會看這個（健保醫療品質資訊公佈）？我說保證不會。(受訪者 A13_3)

(5)雖然委員會及相關行政幕僚已經儘可能瞭解民眾所需、轉化指標使用上的說明，但是仍然無法完全符合民眾的需要。

...就是民眾的知能的提升，要讓民眾也能夠去利用他，那要民眾能夠利用他這當中就牽涉到資料公佈的方式。那過去健保品質的資料公佈都是民眾看不懂的，這一次我們是用一個比較親切的，用一個民眾切身的疾病，那一些指標都比較簡單，...(受訪者 A02_1)

...因為現在民眾完全不知道，...那些資料能夠代表什麼、呈現什麼東西、意義，他完全不知道，所以我覺得...可能先從監督健保、讓它透明化，告訴民眾說這些東西所賦予的意義，...。(受訪者 A13_3)

因此，我們可以發現雖然委員及行政人員多表示重視一般民眾所期望獲得的就醫選擇資訊，並且在制度設計與執行時進行各種努力，使民眾的意見能夠納入討論，抑或將專業文字儘量轉譯為民眾茲理解。然而在多數受訪者心中，雖然認同「符合民眾期望，並使民眾充分瞭解」的醫療品質

資訊公開，才是最為良善的目標，實則仍然認為「民眾的理解能力」與「醫學、醫療指標專業」之間、「民眾所期望的就醫資訊」與「民眾真正所需要的就醫資訊」之間，存在了莫大的鴻溝！

所以在認定「民眾根本不知道自己真正需要的是什麼！」、「專業便需展現在替民眾選出他們最需要的醫療品質指標！」、「先跨出第一步、建立平台，之後再慢慢修增」的前提下，即便委員或行政人員在規劃制度設計中，加入了瞭解民眾意見的機制，仍然不免因為「可行性」與「專業性」而在最終一定程度退守了對民眾期望的呼應。對此，行政人員受訪時表示：

...我個人是認為是說我們在操作這個委員會的時候，我們是盡量以民眾的想法為主。當然民眾有需要跟想要的部分，那我們都把它(民眾的意見)收拿進來，然後交個工作小組，我們會把他整理出來之後提報委員會。然後以委員會來共同決議是說在現有的資源之下，我們先處理民眾需要的部分，那想要的部分我們把他留下做為政策的建議，日後如果說有其他的單位，或者是說有足夠充足的預算，可以執行的時候我們再滿足民眾這個部份。(受訪者 D04)

2.強化資訊使用團體的角色

...我是強調民眾的方向，要怎麼樣幫忙民眾去了解這一些事情，那如果說能夠幫忙說鼓吹民眾應該要怎麼樣來一起(參與)，政府的政策也能夠一起都考量，...(受訪者 A02_1)

...代表的話...那工會跟病友我是覺得人力上有點單薄。(受訪者 A13_3)

我們發現委員在受訪時認同應該強化資訊使用團體的角色，然而同時也認為目前的委員會運作在民眾端，即資訊使用團體的委員會代表、或直接投入參與討論的機制均略顯不足。

...其實還有民眾端，而且我覺得像這個民眾端其實是醫療品質公佈裡面比較重要的，...當初的目的是應該兩的都要有，一個是專業人員的相互學習的這樣子的一個機制；另外一個是民眾端，現在來看其實就是專業人員為主，...。(受訪者 A12_2)

...假如你真正要了解說你醫療品質怎麼提升，我們現在什麼需要，你當然是被保險人要多一點...。但是最主要我是認為一直再強調說，多讓一些...這個被保險人知道（這些資訊）的話，在這一方面的代表，應該多一點是正確的，...。(受訪者 A15_2)

值得注意的是，受訪時表示「資訊使用團體的角色」尚待強化的委員，屬性為「第二工作小組」，即代表民眾觀點的衛生教育、媒體、消費者、病友及工會代表。

3.幫助資訊公開者瞭解資訊使用者選擇的改變

受訪者亦認同，在資訊公開之後，必須設計若干效應評估的機制，幫助所有醫療院所瞭解資訊公佈，對於民眾就醫選擇上的改變，使他們更願意進一步支持資訊公開。

這個東西做到後來其實也要結合行政的力量，譬如說健保局它去做的這個事情公佈了以後，它要花點時間去蒐集民意再回過來，...。(受訪者 A04_3)

...假如有必要的話，我們可以一個信箱或是留言或是相關網站，讓百姓、患者能夠反應回來...。(受訪者 A15_2)

4.使資訊公開者能因配合資訊公開而獲得好處

關於這一項因素，由於該資訊公開所採取的指標為現有的健保申報資料，故並無特別針對所有資訊公開者提供誘因機制的設計或討論。理論上

來說，有一點值得注意，醫療體供者的資訊提供，與他們的財物收入是高度相關的，因此，醫療院所在這方案中沒有誘因抗拒資訊的提供，但是，當醫療院所學習健保申報資料與資訊公開之間的轉換關係，可能會導致醫療院所短報、匿報、溢報、或是假報的行為，一方面，這種「謊報」行為的檢查以及糾正已經建構在健保運作機制中，另一方面，有關單位需要後續的監控來了解其間的改變，是否是因為健保品質資訊公開所導致的申報行為改變。

5.設計資訊正確性與比較的標準

目前「資訊公佈作為」所採用的資料為健保申報資料，故於委員會並無特別設計檢驗資訊正確性的設計，倒是日前在特定醫療院所產生的指標爭議，討論的焦點反而在於「申報資料」的登錄認定與轉化為資訊指標之間的落差，而指標下的詳細代碼與醫院編碼、登錄原則在委員會並無討論。

...他們是沒有提到說他操作型詳細的定義，他只是提說分子分母是什麼東西，但是他裡面很詳細的代碼是都沒有提，...因為其實這個只要是 coding 人員他都會知道他抓的對不對，...(受訪者 D03)

...事實上他提出的指標是這一個，但是下面抓到的項目是什麼，這個我們比較抱歉，因為那個時候健保局給我們資料的時候，他沒有附下面的給我們，然後他們在委員會上報告的時候，也沒將下面的東西告訴委員。(受訪者 D04)

對此受訪者亦提出建議，可在後續委員會討論其他疾病別或指標選擇時，邀請各醫院「健保資料申報編碼、登錄人員」參與討論，確實瞭解各醫院登錄的認定與原則，儘量減少認定落差所產生的疑慮。

...這個疾病編碼人員他會把他編入什麼樣的代碼裡面，所以健保局那時候其

實是應該是有這個程序，就是說我這一些你的東西應該其實是要去讓相關的醫學會或是相關的專家，然後跟疾病編碼人員...。對，這樣子 coding 這一些碼出來是不是就是真的代表說是這個指標的東西，這樣子會比較就是妥善。...(受訪者 D03)

...以後可能工作小組方面要加入這個 coding 的人員，不一定醫師他就知道...(受訪者 D05)

6.政策設計務求完整清晰

政策設計的完整清晰，將可使資訊公開的內容和形式符合資訊使用者關心的程度與務求清晰周到，此項政策將可更有效率的推動。一旦欲落實此項目標，至少需要做到：1.事前詳細評估資訊使用者的需要；2.規劃執行過程，務使各項政策作為，包括公開的內容和形式都能符合使用者所需。這樣完整周到的政策設計，必定能夠通過政策正當性(policy legitimation)(余致力 *et al.*, 2008)的檢視，亦即相關社會成員對政策的決策、型塑過程，必能支持、接受或順服。我們可以說，這樣的政策便符合 Denhardt(2008)所界定的「公共政策」，即合法性政府對於公共問題所作的權威性陳述(authoritative statement)。於此，我們亦引介 Denhardt 的界定，檢視「健保醫療品質資訊公開」在政策設計過程中，是否具備足夠的正當性權威，而擁有充足的資源得以回應民眾所需。大致上，一樣具足夠正當性權威的公共政策需有以下兩項前提要件：

第一、該政策的規劃或執行單位需具法源基礎、法定預算來源；

第二、該政策須經過立法機關正式法定程序審議通過，逐級合法轉頒通告執行。

接下來我們便針對「委員會的定位」、「法源基礎」及其對整體政策設計、規劃、執行、機關協調的影響加以討論。

(1) 委員會的成立目的與定位

實際上我國的衛生體系中涉及醫療品質相關事務的機關或單位，所在多有，甚至部分機關尚有法定促使醫療品質提升的誘因或懲罰機制，大致上包括以下數端：

...有一些周圍單位除了**健保局**以外，還有一個**健保小組**，那如果講醫療品質，還有一個叫做**醫事處**，醫事處有一個叫**病安委員會**，那**監理會**也在談醫療品質，**費協會**也在談醫療品質，他還有品質保證保留款，...(受訪者 D01)

「**健保醫療品質委員會**」的緣起，實際上與二代健保強調提升醫療品質、並且希望做到醫療品質指標的公開，因此設立的「**任務性功能行組織**」。

...衛生署在爭議審議委員會底下就成立了那個**健保品質委員會**，所以來促成這件事情，這個單位有一點奇怪，因為**健保**有很多品質委員會，就是衛生署有很多品質委員會...(受訪者 D02)

因此，必須釐清「**健保醫療品質委員會**」與衛生署內原有的具法源基礎的委員會：「**醫療品質及病安委員會**」的差異，後者關注的是「**整體醫療品質政策**」，前者則著重在「**全民健保的醫療品質資訊公開**」。

...「**全民健康保險醫療品質委員會**」...這是「**全民健康保險**」的部分。...其實整個醫療品質更大，...衛生署本身有一個「**醫療品質及病安委員會**」，那個是全部的政策，...。...所以等於在衛生署爭議審議委員會的這個下面再成立一個任務的功能任務組織。(受訪者 A03_3)

...民國 94 年...當時候有設一個品質委員會(即「**醫療品質及病安委員會**」)，

而且這個品質委員會似乎是一個正式的單位，就是一定要立法去通過，...而且還有配置專責人員來負責所有的。但是這個二代健保修法的時候，他已經有一點點重心跑到那個比較屬於業務改善跟財務方面。所以他就先把他變成說這個法沒有通過以前，先來成立一個叫做功能性的品質委員會，...(受訪者 D01)

「健保醫療品質委員會」在「政策任務」上，首要著重的便是「將全民健保中的相關醫療品質資訊，透過指標公開的方式，轉化為民眾所可以參考閱讀的就醫選擇資訊」。

... (其實) 健保局網站它有很多品質相關指標。其實它的重點是在 feedback 給醫院，那醫院其實對這些數字比較敏感，它會在意說我在同儕裡面是怎麼一回事？可是缺的一段是什麼：怎麼樣跟民眾互動？...所以賴教授接了這主任委員就想說，那我們健保品質委員會能不能把這一段補起來？可是呢，對民眾來講並不是給他這些官方的數字。...(受訪者 A03_3)

(2) 缺乏法源基礎

在確立了成立目的與定位後，委員會的成立與運作，實際上也是具高度理想性但缺乏實質法源基礎與地位的。

...在行政單位要成立一個專責的組織談何容易，...所以後來就情商那個爭議審議委員會的謝主任委員謝教授，...那謝教授也一直在努力說把從爭議案件裡面看到台灣醫療品質的問題，怎麼樣能夠做更深度的分析整理，所以謝教授就義不容辭的說好！那我爭審會我抽出一部份的人來把它成立一個叫做「全民健康保險醫療品質委員會」(受訪者 A03_3)

...當時二代健保所建議的醫療品質委員會應該是一個比較正式的建置單位，...因為那時候署長覺得說這個品質還是很重要，推動二代健保品質很重要，那雖然我們現階段還沒有辦法真正建置一個醫療品質單位，但是希望能

夠成立一個大概就是說在目前暫時是一個比較過渡性質的醫療品質委員會，...所以目前醫療品質委員會它並不是一個建置單位，那它是採用一個比較等於是協助在二代健保推動的過程裡面如何去加強醫療品質這一塊的一個立場...。(受訪者 A04_3)

...這個健保品質委員會，基本上它是一個非正式的機關，...是一個功能性的，...基本上也還是在嘗試的階段，也沒有一個法律的根據，...(受訪者 A12_2)

「任務型編組」的委員會成立形式，實際上與二代健保時，原先期望透過正式立法、組織再造的規劃並不相同。

...在二代健保規劃的時候，其實是希望透過...很多剛剛講了...很多希望透過修法或是一些組織再造，來促進這件事情，那現在也沒有修法，也沒有組織再造，那就做這件事情...(受訪者 D02)

也因為缺乏法源基礎上的限制，需多委員對於委員會的定位與正當性及實際能發揮的功能抱持部分懷疑。

...我們這個委員會是編制外的委員會，...全民健保醫療品質委員會，...，這是諮詢的，是人家真正有架構的委員會裡面的一個小會，...根本就是請來弄完就沒啦。(受訪者 A09_1)

...我是認為目前這個委員會喔，...也就是說，好像「媳婦」...，這個會好像是衛生署署長室裡面的一個諮詢的單位而已，他在整個一個法令上，並沒有一個很明確的給你授權來處理這樣一個事情。那在法律上沒有這樣一個名稱的話，你當然是附屬在那一個單位來兼差來處理這個事情，...(受訪者 A15_2)

...這個委員會是一個任務型的，所以它不是人家的正式組織體系，所以也就是說它只能夠做建議。(受訪者 A10_2)

(3) 缺乏法源基礎對政策正當性產生的影響

「健保醫療品質委員會」在缺乏法源基礎的前提下，對於各項政策推動與建議均有若干的影響。首先，便是「不能變更現有的法律、不能動到健保支付制度，所以也沒有員額跟多餘的經費來推這件事...(受訪者 A01_1)」。因此，在個人資訊保護意識高漲的今日，公佈資訊一事便易產生疑慮。

...在現行的法規之下做這件事情的這個依據不是很強，就是說特別是現在喔，很講究什麼資訊保護、個人資訊的時候，怎麼樣讓這個資訊的公開是可以創造最大的利益，然後減少不必要的危害，這是一個需要法規明確去規範的事情，...(受訪者 D02)

其次，便是與健保局進行資訊公開的要求、健保相關資訊提出以利討論時，各項互動與執行配合便偶有迭生爭議之嫌。

...我們就認為，目前這個東西（委員會）可能有礙於...它的定位啦，我們只是要健保局提供相關的資料都要不到...，因為可能就是（認為）你什麼單位呀？我們為什麼一定要提供你這個？有時候就還是很慢。(受訪者 A15_2)

...資訊單位也曾經 challenge 質疑過我們，「你們的法源在哪裡」，「憑什麼這麼多東西可以公開」，「法律上我們能夠這樣做嗎」，「我們會被告死」或者怎麼樣子。(受訪者 A08_3)

...那沒有這個法律的根據沒有這個強制力的時候，搞不好就是說我們會拿不到資料...(受訪者 A12_2)

對健保局而言，「健保醫療品質資訊公開」需要其配合提供資料以利討論，甚至亦是未來資訊指標公佈時的實際執行者，因此這種缺乏法源基礎所產生的問題，便展現兩端抗拒：「忽增指導機關」、「徒增業務負擔」。

...實務上會有的問題是，...成立了(健保)品質委員會之後，這個組織屬性就不是那麼清楚，就我所謂的組織屬性不那麼清楚，就是說這個健保局本來就很多公公婆婆，就是健保局什麼一大堆委員會，常常可以跟健保局下指導棋，那這個委員會對於健保局的這些相關業務，是怎麼樣的性質，他的決議是建議性質呢？還是我們是一起合作的性質？還是他是指導的性質？他跟健保局有沒有什麼上位關係？...對常要藉著理想或是共同理念來做事情，那這樣是比較辛苦啦，...(受訪者 D02)

...其實，就一個行政單位來看就像健保局來講，這些事情當然對他們來講當然某個程度來看是一個額外的負擔，他不做這些事情他也就是那樣子，多做這些事情當然是對民眾的一種承諾跟一種突破，但是對他們來講當然也是一種額外的負擔，尤其做這個事情又要耗人力，又要耗精力，還會被罵，有時候不見得是討好的，...(受訪者 A04_3)

...有一個資訊背景的委員，他說可以做這樣，...我們決議是要由...由健保局那裡做起來。...執行單位 disagreement 說，「這個做不到」、「這個不行」或是「我們已經發包了」。所以，讓他覺得驚訝的是，結構上的，...我們認為可以這樣，...資訊單位，可能對他們來講是 extra workload，...(受訪者 A08_3)

當然亦有受訪者認為，透過適度的長期溝通，與健保局的互動事實上日益改善。

...衛生署是重視的，但是健保局他是認為又多了一個公公婆婆來管我，最初它是非常的擔心，但是後來我們是採取說，我這個委員會就是幫忙你病人解決現在的問題，要解決你的困難，那我們整個東西都是在幫忙你的，我們應該一起來合作啊！那我們採取這樣非常尊重它，後來它經過了半年以後，也非常的積極，健保局變成很積極的來參與，...。...我們是覺得說這個委員會的運作，如果沒有健保局的，根本就推不動，所以我們就跟他們說，我們是幫忙你們解決問題。到後來下半年非常好，非常的主動非常的積極來跟我們一起，所以到最後那整個資訊公開的程式以及相關的碰到的問題就移交給健

保局處理，他們最後就做為他們的業務之一。(受訪者 A02_1)

換言之，當前「醫療品質資訊公開」規劃與運作最大的問題便是「缺乏法源基礎」，以致各項行政協調與互動，均只能依靠理想與非正式關係進行溝通，自然影響運作互動的效率與效果。其次，對於政策目的的徹底落實、民眾意見的回應，也因為制度法規上的先天限制，而無法進行較大幅的改革與創新。

7.整合分析與反饋系統

根據前述的分析，委員會的實質運作定位為：「缺乏法源基礎的資訊公開互動平台」，在政策正當性、賡續性上均有部分質疑，在預算經費上亦多有限制自然少有在政策規劃設計討論上針對後續的「整合分析」、「反饋校對」進行討論或設計。在資訊更新的部分，則依循著健保局每年針對健報申報資料進行革新之時，隨之更新公佈之指標資訊。

8.建構懲罰機制及 9.落實懲罰之強制執行

此兩項關於「懲罰機制」的設計與執行的設計，對於「資訊公開政策」而言均是非常重要的，針對惡意提供錯誤資訊、或是績效表現在資訊指標呈現落後的資訊公開者，予以懲罰與強制落實，方能收資訊公開之效。唯在本次資訊公開的委員會討論之中，由於採用的指標均為健保申報資料，因此大致上便沿用健保局的相關規定，而未特別針對資訊公開另立懲罰機制。

10.與其他管制系統相互配合

大致而言，委員會討論政策設計的內容，並未涉及「其他管制制度」

相配合的建議與規劃。至於部分委員在訪問時提及「與支付制度結合」、「民眾回應制度」、「公佈管道的擴增」、甚至「國家整體醫療品質網的建立」，將在後續政策建議一節分析摘錄。

六、醫療品質資訊公開政策規劃設計過程之相關建議

本研究從資訊公開政策建構的角度，評估台灣「全民健保醫療品質資訊公開」，從會議檔案紀錄、錄音逐字稿及全民健保醫療品質委員會之委員訪談與行政人員訪談逐字稿中，針對會議動態過程以及決策模式，分析政策規劃設計過程，是否符合 Fung 等學者(2007)專為「品質資訊公開政策」分析評估所建構的參照架構，即**政策問題的特質**是否適合公開政策介入？**政策設計的過程**是否符合「資訊公開政策」的成功要素？

針對上面兩個主軸，我們從委員會會議紀錄及訪談過程中，進行下面這些問題的瞭解分析：會議過程中是否將「問題特質」與「設計要素」的相關議題納入討論？是否更進一步將相關要素納入政策設計過程中？如果沒有納入，可能是因為面臨怎樣的困境？對於沒有納入政策設計、沒有在會議中成為討論主軸的要素，委員認為是否重要？若覺得重要是否曾經試圖在會議中提出討論？或因為感受到怎樣的限制，覺得相關議題根本不會成為（或不必要成為）討論的主軸，因此沒有在會議中提出討論？

接下來我們將依據上述問題的分析，及委員與行政人員訪談的內容，提出幾項政策建議。為利於說明表列如下。

表 2-8：評估架構、紀錄及訪談分析與政策建議

資訊公開政策 規範性評估架構	會議紀錄及訪談分析結果	因應政策建議
1.政策問題需符合 六項特質：	1.受訪者認同政策問題特質分析的重要性。 2.受訪者認同符合這些政策特質方適合採用資訊公開政策。 3.委員會相關會議中並未針對政策問題的本質作充分的檢視與溝通。	<p style="text-align: center;">1.民眾的「醫療品質專業落差」：</p> <p>(1)增加一般民眾代表擔任委員。 (2)召開更多直接面對民眾的論壇或會議，向民眾說明，為何專業判斷認為民眾「需要」的指標與民眾「想要」的醫療資訊之間存在落差。 (3)針對指標與網頁內容說明的簡明化，引進更多一般民眾或博物館導覽員集體參與討論。</p> <p style="text-align: center;">2.醫療院所之醫療品質改善評估：</p> <p>(1)跨年度登載各醫療院所品質指標表現數值。 (2)特別標註品質指標領先、進步幅度大之醫療院所。 (3)提供醫療院所針對指標公佈意見反應的正式管道。</p>
(1)「資訊落差的風險程度」	受訪者認同民眾確有難以弭平的「醫療品質資訊落差」。	
(2)「衡量標準的共識程度」	受訪者認同「病人端」與「專家」之間難以形成衡量標準的共識。	
(3)「政策問題的複雜程度」	受訪者認為民眾健康知能仍不足，品質指標選擇偏好程度難以評估。	
(4)「資訊改善判斷之意願」	受訪者認為民眾「期望」看到的指標與「需要」看到的、「可行性」的指標仍有落差。	
(5)「資訊揭露可改善行為」	受訪者認同醫療院所會改善醫療品質，民眾就醫選擇也可能改善。	
(6)「資訊揭露結果可接受」	受訪者認同醫療品質嚴重低劣的醫療院應直接令其停止服務、輔導限期改善或透過「論質計酬」影響其收益。	

表 2-8(續)：評估架構、紀錄及訪談分析與政策建議

資訊公開政策 規範性評估架構	會議紀錄及訪談分析結果	因應政策建議
2.政策設計需具備 十項因素：		
(1)提供一般民眾便於使用的資訊	(1)受訪者大致均關注民眾「期望」獲得的醫療品質資訊，並瞭解與專家認為「需要」獲得的醫療品質資訊存在落差。 (2)受訪委員認為民眾代表亦未能完全瞭解會中所討論的醫療議題。 (3)受訪者認為會議中針對指標說明，所進行的簡明口語化仍有努力的空間。	3.跨年度持續針對醫療品質指標公佈後成效進行評估： (1)定期舉辦面對民眾意見反應的會議論壇。 (2)委託學術單位持續進行效益評估，特別是民眾使用的效益評估。 (3)網頁設置民眾意見反應欄位，依照「行政程序法」民眾意見反應機制回應民眾意見。
(2)強化資訊使用團體的角色	(1)召開若干病友團體會議，瞭解病友所需。 (2)受訪者認為委員會中民眾代表仍顯不足。	
(3)幫助資訊公開者瞭解資訊使用者選擇的改變	(1)委員會中討論設計追蹤資訊使用者意見的系統，並納入政策規劃設計之中。 (2)委託委員會外學術成員進行資訊公開社會效益評估。	
(4)使資訊公開者能因配合資訊公開而獲得好處	採取的指標為現有的健保申報資料，故並無特別針對資訊公開者提供誘因機制的設計。	

表 2-8(續)：評估架構、紀錄及訪談分析與政策建議

資訊公開政策 規範性評估架構	會議紀錄及訪談分析結果	因應政策建議
(5)設計資訊正確性與比較的標準	(1) 採用的資料為健保申報資料，故於委員會並無特別設計檢驗資訊正確性的設計。 (2) 受訪者認為應增加指標爭議的解決討論機制。	<p>4. 強化健保品質委員會的法定正當性：</p> <p>(1)法律明文確認品質委員會任務目的，是以「病患中心」(patient-centered) 的理念為核心。</p> <p>(2)從衛生署內部組織規章的可能範圍中，明確界定委員會與健保局的互動模式。</p> <p>(3)逐步爭取預算經費，研究擴大資訊公佈範圍下健保申報資訊以外資訊蒐集所需新指標的所需人力經費，進行可行性分析。</p> <p>(4)在目前爭審會中，建構規範指標爭議處理應變標準作業程序 (SOP)。</p> <p>(5)增加針對其他提升醫療品質相關配套政策或法規修改 (如健保給付制度) 的建議。</p>
(8)建構懲罰機制	採用的指標均為健保申報資料，因此大致上便沿用健保局的相關規定，而未特別針對資訊公開另立懲罰機制。	
(9)落實懲罰之強制執行		
(10)與其他管制系統相互配合	<p>受訪者提出未來多項相互配合政策：</p> <p>(1)擴增其他公佈管道。</p> <p>(2)醫療品質風險校正。</p> <p>(3)網頁上設置民眾意見回應區。</p> <p>(4)透過更多宣傳政策的管道。</p> <p>(5)與健保支付制度結合。</p> <p>(6)公益非營利團體執行醫療品質資訊公開。</p> <p>(7)國家整體醫療品質網的建立。</p>	

(一)民眾的「醫療品質專業落差」：

1.增加更多民眾代表擔任委員

根據前述的分析，委員會中雖有若干民眾代表身份的委員參與討論，不過誠如受訪者所表示：「你從請的委員來看，大部份都請教授請專家請學者，民眾代表事實上我覺得他已經不能夠算民眾代表，他已經專業化了，...(受訪者 A10_2)」。因此，甄募更多關心此議題的非經專業訓練、不具相關知識背景的民眾，參與會議討論或直接擔任委員，將可直接在委員會討論過程中，檢視相關討論民眾的接受理解程度，也可最直接的瞭解民眾所期望獲得的醫療資訊為何。

2.召開更多直接面對民眾的論壇或會議，向民眾說明，為何專業判斷認為民眾「需要」的指標與民眾「想要」的醫療資訊之間存在落差

民眾的醫學專業知識當然無法在短時間內便與專業人士等量齊觀，然而當涉及與民眾權益相關、甚至是政策目的便是「為民所用」時，若專業意見與「民之所欲」相左時，公務機關自應該召開各種說明論壇，與民眾對話溝通，闡述使民眾瞭解專業人員的考量，為何才是對民眾最適當、且最可行的政策選項？

尤其是執行之前，爭審會已召開許多病友團體的座談會，瞭解民眾需要，也提供民眾發聲的管道，那麼在政策實際制訂之後，更應該針對與民眾當初提出的想法有落差的部分，在正式執行之前向民眾說明，以昭公信及正當性的建立。否則民眾必認為：「制訂之前的座談恐怕只是徒具形式，根本無法影響實際政策制訂」，則不僅該政策推動上面臨質疑，久而久之機關的整體正當性亦必現危機。

3.針對指標與網頁內容說明的簡明化，引進更多一般民眾或博物館導覽員集體參與討論

本次委員會針對指標的專業性敘述、專有名詞已委由民眾代表性質的委員進行簡明化的說明，不過仍有尚待增進之處。誠如訪談時受訪者表示：「現在選的三個疾病、公佈的數據沒人看得懂啦，...那個時候又又又就問我說你會不會看這個（健保醫療品質資訊公佈）？我說保證不會(受訪者A13_3)」。如果連參與討論的委員都認為簡明化程度仍有努力空間，那麼在後續的指標公佈時，似乎可以增聘外部的非專業病友或博物館導覽員協助文字簡明化的作業。

(二)醫療院所之醫療品質改善評估：

1.跨年度登載各醫療院所品質指標表現數值

後續年度持續更新品質指標資訊時，建議將歷年度指標併陳，以利閱讀民眾比較醫療院所進步或退步幅度，或水準維持平穩與否。這似乎是在當前對法規制度的修改有所限制的前提下，較能敦促醫療院所提升品質或維持高品質的較佳方案。

2.特別標註品質指標領先、進步幅度大之醫療院所

承上建議，可在品質資訊公開網頁上，特別將品質指標表現領先，或進步幅度較大、平穩維持高水平的醫療院所加以標註，以促進醫療院所提升其醫療水準。

3.提供醫療院所針對指標公佈意見反應的正式管道

指標公佈難免產生爭議，特別是本次公佈之指標乃是由健保申報資料轉化而成，而申報資料碼的內涵，誠如受訪者所言：「他們是沒有提到說他操作型詳細的定義，他只是提說分子分母是什麼東西，但是裡面很詳細的代碼是都沒有提，...因為其實這個只要是 coding 人員他都會知道他抓的對不對，...(受訪者 D03)」，並未在委員會中詳細討論。

因此除了後續應針對申報代碼的內涵及登錄原則進行討論外，亦應提供醫療院所針對指標公佈相關事宜正式的反應管道，以利討論是否修正或釋疑。

(三)跨年度持續針對醫療品質指標公佈後成效進行評估：

1.定期舉辦面對民眾意見反應的會議論壇

健保醫療品質指標的公佈與其他相似公佈的醫療品質最大的差異，便是訴求民眾參用與瞭解，並進而改善其就醫選擇。因此定期舉辦與民眾面對面溝通的會議或論壇其實非常重要。指標公佈並非一時，也非一蹴即成、一次到位，而是循序漸進修改內容，包括網頁上的說明文字也應該回應民眾需求，漸漸修改簡明易讀。

這樣的修改工作，應該與擴大疾病別、指標項目進行。

2.委託學術單位持續進行效益評估

品質資訊公佈之後，需要長期持續地掌握公佈後的效益。因此應委由學術單位針對資訊公開之後的民眾反應、醫界評價，進行跨年度的長期追蹤，以利持續政策微幅漸進修正。

3.網頁設置民眾意見反應欄位或意見反應專線

透過網頁公佈資訊最大的目的便是收其迅速便利、簡明清晰的優勢，因此若民眾在閱覽時遇到問題，或想提出建議，能夠透過網頁上的反應專欄，獲得資訊的回饋；抑或設置 0800 專線提供民眾網頁使用上的相關諮詢，必定會增加使用率，並且提高民眾的滿意程度。

(四)強化健保品質委員會的法定正當性：

1.明文確認品質委員會任務目的

如受訪者所言，多數委員對於品質委員會的任務均有共識，也認同應該盡力促成醫療品質資訊公開，但是受訪者亦同時認為，此項政策的推動其實頗仰賴前任署長、主委等的全力支持與積極促成。然而，一項政策欲提高其執行效率與廣續推動不殆，便需立法以建立其法源基礎與經費預算來源。

2.明確界定與健保局的互動模式

健保醫療品質委員會、衛生署、爭審會與健保局之間，存在了複雜的正式或非正式、平行或隸屬的關係，在針對「健保醫療品質資訊公開」的規劃、設計、執行甚至面臨外界針對公佈內容產生疑義時的解決，均需要高度密切的互動與溝通，人員職務更替在所難免，為求運作順遂，自應法定規範彼此之間的互動模式與處理程序。

3.逐步爭取預算經費擴大資訊公佈範圍，配合蒐集所需新指標的所需人力經費

訪談過程當中，受訪者多表示對於民眾期望之醫療資訊的重視與瞭解，但也感嘆限於當前經費限制，與可行性的考量，只能從現有的健保資料中選取較適當的指標。然而長久之道，為求廣博地公佈醫療品質指標，仍須拓增經費與人力進行指標的建構與資料蒐集統計分析。

4.增加針對其他提升醫療品質相關配套政策或法規修改（如健保給付制度）建議的力道。

醫療品質資訊的公開便是希望收到醫療品質提升之效，無論是透過醫療院所服務提供人員直接針對公佈指標內容的重視與警惕，或是間接經由民眾對指標的關注，增加其就醫選擇的參考資訊。然而，更直接的配套其實是透過醫療品質的高低影響其申報經費的收益，或是懲罰機制的建立。因此在立法強化正當性的過程，建議提高委員會在提供相關配套措施修改提議的影響力道，以期更能收醫療品質指標公開對於醫療品質提升的效果。

第二節、公眾諮詢機構的運作分析

一、材料與方法

在此節裡本研究利用深度訪談法，與前一節採用相同的十四位委員會委員及五位承辦相關業務之行政人員為選取之訪談對象，故訪談期間、訪談大綱、訪談逐字稿是同一份資料，但此節與前一節之分析理論架構不同，在此是以醫療品質委員會作為一種公眾諮詢機構的角度觀點來分析評估參與者的代表性、專業性與論述地位的差異、目標與議題設定以及政策影響力。

二、研究結果與討論

(一)醫療品質委員會作為一種公眾諮詢機構

醫療品質委員會最初成立的目標之一，是要在醫療品質的政策領域中，「擴大民眾參與」。衛生署希望透過這個醫療品質委員會，建構民眾、醫療專業和行政部門之間的溝通平台，經過交流對話形成改善醫療品質的意見（受訪者 D04）。因此，委員會的委員組成，有來自民眾、醫界、學界和行政部門的「代表」。從「擴大民眾參與」的目標，和委員組成結構來看，醫療品質委員類似「公民諮詢委員會」(Citizen Advisory Committee)這種公眾諮詢機構。Frances M. Lynn and Jack D. Kartez (1995)指出，從美國的經驗來看，「公民諮詢委員會」大概是最古老的公眾諮詢機構。政府機構在決策過程中，設立諮詢性的機構，涵納民眾的代表來參與討論。這種包含民眾代表的諮詢機構，可能有幾個好處：讓政府機構更瞭解民眾的想法；讓公

眾更瞭解政府有意採行的政策方案；讓民眾的觀點指出專家和政府決策人士的錯誤；最後，經由溝通的過程，使得決策能夠社會公眾所接受 (Lynn and Kartez 1995 : 89)。

不過，有不少著作指出這種公共諮詢機構的限制 (Creighton 1999; Kathlene and Martin 1991; Schaller 1964; Therese., Marie., and Fortin 1998; Vari 1995)。首先，參加諮詢機構的成員，可能不具有代表性，他們可能與宣稱所要代表的公眾或特定社會群體缺乏聯繫，以致於無法適當呈現公眾的價值、需求和政策偏好。其次，宣稱「代表」民眾的成員，在委員會中面對專家和政府代表，可能處於論述的劣勢，屈服於專業知識，無法瞭解技術性的問題，也不能提出常民的觀點來挑戰專業可能的偏差。第三，委員會的目標和議題，可能早由行政機關所決定。公眾的代表只能在被設定好的議題框架中表達意見。最後，諮詢委員會的功能，只不夠是聊備一格的象徵性的參與，對實際決策產生不了作用。

這些限制，使得包含民眾代表的公眾諮詢機構，其宣稱的價值難以達成。公眾諮詢機構的成員結構如果不具代表性，成員之間如果因為知識的差異而存在論述地位的不平等，將使得政府機構在決策過程難以瞭解廣大社會公眾的意見；如果社會公眾代表無法參與形成目標，設定議題，如果討論的成果無法影響決策，我們很難期望政府機構能夠透過這種委員會的運作來獲得決策的正當性。

以下，我們將從代表性，專業性與論述地位的差異，目標與議題設定，以及政策影響力等面向，來評估醫療品質委員會作為一種「公眾諮詢機構」的運作情形。

(二)代表性

醫療品質委員會的委員屬性，大致有幾種屬性。一是民眾代表，二是醫界代表，三是相關機構（如衛生署和中央健保局），四是相關領域的學者專家。委員的挑選，主委扮演重要的角色。「主委有他的想法，所以在選擇委員時會想到他需要人的專長是哪一方面」（受訪者 A10_2）。程序上是由主任委員提供一些入選，報簽衛生署長核定邀請。幕僚也會向主任委員建議入選。由於這個委員會的運作，是相當目標取向的，因此挑選的基準，主要是希望「能從不同的背景，提供專業的和實務的觀點」，來達成改善醫療品質或醫療品質資訊公開的目標，因此，委員是否具有公共參與意義的代表性，一開始就非主要考量。一位委員詳細解釋挑選委員的考量：

第一任主任委員也是爭議審議委員會的主任委員，爭議審議裡面所發現的一些實際的案例，是品質方面的問題，所以就想藉由這個（醫療品質）委員會，看看能不能夠研究出什麼樣的對策，從實際面來處理品質的問題。第二屆就把方向放在品質資訊的公開這一塊。因為這個品質委員會的成立背景是這個樣子的，所以它的成員其實比較沒有說要有一個全國性的代表性，不是邀請團體推薦，而是想說，在這個領域裡面，哪些人可能在專業方面能夠有所協助，所以他本身的代表性比較不是代表是整個團體的代表性，反而比較像是因為他的專業受到尊重而來受到一個邀請，所以這個醫療品質委員會其實感覺上它算是一個比較專業還有在實務為導向。（受訪者 A04_3）

受訪者大都認為委員「各種背景都有」，「應該具有代表性」，但也認為，委員的「代表性」基本上是「專業」和「實務」領域的涵蓋面，如一位委員所言：「如果從一個專業的角度，從解決問題的實務角度的話，那我相信這裡面大概各有各的專長的人在裡面」（受訪者 A04_3）；「即使是民眾代表，

事實上我覺得他已經不能夠算民眾代表，他已經專業化了，所以他已經不是一般老百姓，所以如果真的我們要貼近民眾的我是覺得這些都太艱難了...。」(受訪者 A10_2)。一位委員進一步這樣分析委員的構成性質：

這委員會比較不是調和不同利益，它們裡面 involve 了很多不同背景的人，但是它畢竟不是所謂的不同團體的溝通平台...而是在他們專業的角度想要實際處理健保的一些品質，然後做一些比較明確的建議，希望在實務上能夠該做哪些事情讓健保對品質這件事情的提升有幫助。(受訪者 A04_3)

但也有委員對民眾或社會團體的參與代表性抱著期待。有委員指出，如果從民眾的、病友的，弱勢者的角度來看，能夠代表他們發言的委員人數太少(受訪者 A13_3)。有的「代表民眾」的委員，認為自己之所以受到邀請，是因為所屬團體的代表性，而不是自己的專長。可是因為委員的組成，被界定是專業取向的，他「代表民眾」的功能，就難以發揮了。他說：

我有在 OOO (某民間團體) 幫忙，他們是講說 OOO 應該要在醫療品質扮演一點角色，所以就是他們選我的原因。我想說可能並不是因為我的專長。如果是專長的話，應該有更多更適合的人選。...基本上我是從民眾的角度來參加，但這一件工作其實是比較有限性的。因為這個委員會其實比較上是從醫療專業的角度，而不是從那個病人端來做，所以，假如說我原來進去的角色是站在病人的立場來作評估，那我是完全的不及格，雖然說我也曾經試圖說服他們說應該要往這個方向去走，但是比較沒有獲得大家同意。(受訪者 A12_2)

因為民眾參與意義的代表性受到忽略，因此，委員都以個人身份參與討論。除了工會代表會透過「擴大工會會報」的方式和基層工會溝通相關

的訊息之外，委員意見的形成，並沒有經過外部徵詢的過程，與民眾或有關團體作溝通。大體說來，委員和社會公眾的意見是缺乏聯繫。

(三)專業性與論述地位的平等性

雖然說醫療品質委員會的組成，是「專業」和「務實」取向，但醫療品質資訊，尤其是，哪些指標的選擇，畢竟牽涉到專門化的技術性知識，委員之間，是否因為相關知識的差異，而在溝通情境中存在不平等的狀況，以致使得具有專門化知識的委員，支配會議的討論與結論的形成？

大多數受訪的委員和行政人員指出，雖然委員之間，尤其是代表民眾的，和具有醫療背景的委員之間，確實存有知識的差距，但因為代表民眾的委員，過去的實務經驗，使得他們具有相當的知識基礎，因此，對討論議題的瞭解，並無困難。例如有委員指出：「他們（代表民眾的委員）一方面本來也有一些不錯的基礎，一方面也學得很快，所以在這個委員會裡面的互動，表現得都滿好的。」（受訪者 A04_3）。不過，代表民眾的委員指出，有時候他們在瞭解專有名詞，尤其是英文的病名是有困難的，但由於主席（主委）在會議過程中有意的介入，降低知識差距形成的溝通障礙。一位行政幕僚指出：

我們開會的時候，確實很多訊息或是資料都是專業的部份，都是疾病的相關的，我們的委員是有包括民眾方面的代表啦，或是衛生教育的...他們對一些專業的部份並不清楚，他們就會提出來，其實那個主委他也很厲害，他說這塊可能民眾方面的代表委員不是很清楚，那就會有專家來解說（受訪者 D05）

一位「代表民眾」的委員則指出：

主委非常在乎我們這種不太懂的人，所以他在主持會議的時候，也會請專業的人做表達，看怎麼樣讓我們瞭解，我們都是代表老百姓的聲音，他每次都會徵求我們的意見，我們就要盡可能去想，（在醫療品質資訊方面）一些話語的表達，我們平常所接觸的老百姓、病友會有甚麼想法、他們的需要在哪。很複雜的東西我們都聽不懂，我們可能要看是最簡單的最容易懂的，一般民眾他看不到你背後分析的部分，你要什麼言詞讓人家能看得懂，而且容易接受。（受訪者 A14_2）

這位委員所指出的，代表民眾的委員，最大的貢獻，是從民眾的角度，來評估所要公開的醫療品質資訊的內容，是否淺顯易懂。但一般而言，他們對哪些內容需要公開，他們是無法挑戰具有醫療專門知識的委員的「專業判斷」。受訪的行政幕僚指出：

（醫界代表）那組決定說用醣化血色素，用所謂微量白蛋白，或用什麼其他項目，來作醫療品質的指標，那民眾的代表大概就只能說，這我看不懂你，要用白話寫一點，這樣子。他們對指標的選擇，就沒有辦法表達。因為如果表達說，這個指標不好，那（醫療專業）就會說，不然你說要挑選哪一項？否則我怎麼知道哪一項？（受訪者 D01）

(四)目標設定與醫療品質指標的選擇

衛生署長重視醫療品質委員會的功能，但衛生署對於這個委員會所要達成的目標，並沒有明確指示。目標的設定，主要是由主任委員扮演關鍵的角色。第一屆主任委員謝博生教授在醫界輩份極高，深受當時衛生署長侯

勝茂所敬重。謝博生擔任醫院評鑑暨醫療品質策進會，並曾擔任全民健保爭議審議委員會主任委員，在醫療品質領域有豐富的經驗和特定的關切，「在品質這塊領域裡面，謝博生的地位都一直是很崇高的」（受訪者 A08_3）。第二屆主任委員賴美淑曾任健保局總經理，主導二代健保規劃，又是預防醫學研究所教授，也有豐富的實務經驗和專業背景。他們的經驗，意志和對醫療品質的特定關切，影響了目標的設定（受訪者 A02_1，A06_3，A10_2，D01，D02）。

謝博生擔任主任委員時，品質委員會的工作主軸是從全民健保「論質計酬」的支付方案的角度，來研擬改善醫療品質的策略。重點在從疾病別著手，討論應該採取什麼樣的標準去做「論質計酬」，才能提升醫療品質。在挑疾病別時，設定急性、慢性疾病和復健三個區塊，提出具有本土重要性，且在全民健保給付中爭議比較大的、比較需要解決的疾病，大約提出七、八種疾病，如糖尿病，人工關節置換，子宮肌瘤手術，洗腎等。第二年，由賴美淑擔任主任委員，重點轉到資訊公開。於是在前一年的基礎上挑出糖尿病、人工關節和洗腎等三項疾病來作醫療品質資訊公開。不過委員會中有一些女性的委員就主張說，要有要有女性疾病的項目來代表對婦女健康的重視，於是將子宮肌瘤手術取代洗腎。這是疾病別選擇的來由。（受訪者 A02_1，D01，D02）

醫療品質資訊公開的目標，「大家都同意」，「沒有人能夠否認公開的價值，只是說，大家也沒經驗，都不知道怎麼公開比較好」（受訪者 D02）到底哪些資訊是需要公開的？「民眾取向」和「專業取向」所界定的資訊內容，就會有很大的差異，如一位委員所指出的：

我們在談醫療品質的時候有很多面向。專業人員談的品質是，診斷怎麼正確，治療效果怎麼好，診斷治療怎麼樣能夠標準化...那民眾要的品質資訊內容是什麼？他想知道的是：就醫場所是不是窗明几淨，設備好不好，掛號方不方便，醫療人員是不是充分說明病情，他的症狀有沒有被清楚診斷，疾病有沒有被充分治療，問題有沒有被適度回應，還有，萬一真的出了問題的時候，他要能夠求償公道喔（受訪者 A06_3）。

雖然醫療品質委員會在資訊公開方面，原先設定的目標是「民眾取向」，可是現有的資料，並沒有如上述訪談紀錄中所指出的民眾「真正需要」的品質資訊，委員會的運作，由於上述代表性方面的限制，也沒有透過公眾參與的途徑，來瞭解民眾「真正需要」的是哪些資訊。即使知道民眾需要哪些資訊，這個任務編組的功能委員會，也無法獨立產出這些資訊。

這個委員會所能依賴的，是現成的資料。全民健保費用申報所構成的龐大的資料庫，成為醫療品質資訊的來源，而且是唯一的來源。以全民健保的資料作為「民眾導向」的醫療品質資訊，自然有極大的侷限；即使就「專業取向」的角度，這類的資料也有限制，因為全民健保與疾病治療相關的資訊，是基於醫務管理和費用控制的目標而建立的，並非從診治過程和後果的品質控制來蒐集的。

因此，三項疾病醫療品質指標的選擇，是將全民健保現有的資料，交由具有醫療背景的委員小組，從專業觀點去選取可以衡量品質的項目。前面提過，「民眾代表」的委員，沒有能力去質疑醫療專業所選定的這些指標是否適當。他們能做的，是評估這些指標的說明是否能夠被一般民眾所瞭解。至此，「民眾取向」已經做了徹底的意義的轉換。「民眾取向」並不是提出

民眾「真正」想知道的醫療品質資訊，而是：當專家從現有的資料挑選一些指標來代表特定疾病的醫療品質時，這些指標所代表的意義如何能被民眾瞭解。

(五) 議程設定

評估醫療品質委員這種類型的公共諮詢機構的運作，另一個重要的面向是誰在設定議程？是行政機關還是參與的委員決定了討論的議題？根據我們的訪談，大多數受訪的委員都認為，在大的方向，主要的議題方面，是主委和行政幕僚在主導，但細部的討論上，委員充分表達意見的空間很大。

如前面所言，「衛生署對醫療品質這一塊其實並沒有說政策上一定要怎樣要怎樣」，因此，「主委的意志就很關鍵」，「主委的意志和想法會影響討論的大方向」(受訪者 A04_3)。但行政幕僚的角色也不可忽略。「我們有一個執行秘書，以前健保局北區的經理，很有經驗，行政能力非常強」(受訪者 A08_3)，開會之前主委會和執行秘書先成商討議題(受訪者 A05_1)，幕僚單位擬出討論的方向和大綱，準備議題資料，提供背景分析，並扮演一個引言的角色。「我們開會的時候，我們所有的議題都是早就定出來，然後會 follow，會追蹤，然後會往下跑，會分案。所以呢，看起來就是很強的一個很強的主席跟很強的幕僚。」(受訪者 A08_3)

主委和幕僚主導了議題的方向，「臨時在會中提出的議題非常少，不是那麼常見」(受訪者 A13_3)，「如果委員要增加甚麼東西好像也不會被拒絕，但是大部分的議題都是他們事前就決定好了」(受訪者 A14_2)。雖然議題已被設定，但行政幕僚和委員們都不認為會中委員意見表達的空間會受到

壓縮。「主委比較是議題式的主導，但我們要是特別重視哪一塊，如果大家有給好的意見，還是會被接受」(受訪者 A14_2)。在被設定的議題框架下，「有比較大的一個互動的彈性，然後也比較有很多的交流」(受訪者 A04_3)，「大家 free talking，充分的在表達他的觀點。如果說誰能引導結論，我認為不可能。」(受訪者 D01)

(六)行政支持與決策影響力

醫療品質委員會獲得衛生署和健保局的行政資源；這個諮詢性質的功能委員會產生實際的政策影響，使得醫療品質資訊公開的政策能夠付諸實踐。有的委員將成功的條件歸因於主委的領導。主委的經驗、能力和意志，和推動策略，加上幕僚作業的配合，以致能夠動員行政支持，實現清楚設定的目標。

也有不少委員指出，衛生署長的支持，是這個諮詢性質的功能委員運作能夠成功的重要因素。行政幕僚指出，「基本上這個委員會的決議事項是以署長的名義去執行的，署長很信任而且相當受權這個委員會」(受訪者 D01)，「署長很重視醫療品質這一塊，強調要建立溝通平台，將民眾，健保局和醫療專業拉在一起溝通的平台」，這個委員會的運作，就是要建立這個溝通的平台(受訪者 D05)。「衛生行政體系都還蠻聽話的」，「今天在行政體系中署長就代表衛生署，署長已經要決定要怎麼做了，大家當然就一起往這個方向去做。」(受訪者 D04)

受訪的委員幾乎都表示確實感受到衛生署長對這個委員會的運作的重視，因此也使委員會的決定得到衛生署的尊重得到。如一位委員指出：

那基本上衛生署還是對這方面的事情是相當的重視。因為品質本來就是一件很難做的事情，所以能夠有一些具體的結論，其實已經非常不容易了，品質委員會目前做的是比較實務面的，就是說一個一個的解決問題，逐步的做，所以這些能夠做出來的東西我想都得到相當得到衛生署的尊重。(受訪者 A04_3)

這個委員會的運作，還需要健保局的配合，尤其是生產出醫療品質資訊指標的資料，需要健保局提供。有的委員指出，健保局對這個委員會的運作的重視程度，不如衛生署，認為「又多了一個公公婆婆來管我」：

健保局最初非常的擔心，已經有監理委員會，現在又加一個品質委員會來管我，他是覺得很不放心，但是我們是覺得說這個委員會的運作如果沒有健保局的，根本就推不動，我們就告訴他們說，我這個委員會就是要幫忙解決你的困難，我們應該一起來合作啊，經過了半年以後，健保局變成很積極的來參與，所以到最後那整個資訊公開的程式以及相關的碰到的問題就移交給健保局處理，他們最後就做為他們的業務之一。(受訪者 A02_1)

不過，健保局的委員代表並不認為健保局曾有抗拒的態度，「這個委員會的運作是署長的政策指示，我們也覺得是正面的，我們執行起來雖然會花一點行政資源，但是也不是那麼嚴重。一般來講，只要是署長的指示，我們都蠻聽話的」。

許多委員指出，署長的支持是委員會能夠動員行政資源順利運作的重要因素，「換一個署長可能就不一樣了」(受訪者 A10_2)，但也有行政幕僚指出，這正是這個委員會運作上的限制：

如果從 top down 這樣下來的話，署長是關心這個事，其餘的人大概就不是那個態度了，不是那個態度並不是說他不 care，是說因為都署長在 handle 嘛，……這樣子是好或不好？我認為是不好啦，為什麼？因為這樣一來，（署長和品質委員會的行政幕僚）中間都斷層了，所以就變成只有頭尾兩端、沒有中間這一塊，所以署長跟（委員會的）執秘講，那就變執秘的事情了。…這是一個功能性的委員會，在行政體系裡面，它本身經費跟人力，沒有一個系統、沒有一個制度，就變成（行政幕僚）自己要去 handle。旁邊會有一些單位，像健保小組、健保局、或其他的什麼那個監理會或協會，這些人大概就變成沒有什麼業務關係啦，因為他們插不上手。（受訪者 D01）

這位行政幕僚指出品質委員會這種諮詢性的，功能性的委員會在運作上的癥結問題：成功的因素繫諸個人的領導，但缺乏制度條件的支撐。行政首長的重視、主委的地位、經驗、影響力和意志，以及行政幕僚的能力，是這個委員運作能夠成功的重要因素，但功能性的委員會，不但缺乏獨立的經費與人力，而且缺乏正式協調的機制，來統合相關單位的業務關係，因而存在著不穩定性。

三、小結

(一)研究發現

醫療品質委員會成立的目標之一，是在醫療品質的政策領域中「擴大民眾參與」，但委員的組成在「代表性」方面，卻有很大的侷限。「代表」社會公眾與團體的委員「代表」，主要是由主委和行政部門挑選，挑選的主要原則，希望從不同的背景，提供專業的和實務的觀點。委員的代表性，公

共參與意義相當薄弱。由於公共參與意義的代表性受到忽略，因此，委員都以個人身份參與討論，和社會公眾的意見缺乏聯繫。

「代表民眾」的委員，過去的實務經驗，使得他們具有相當的知識基礎，來瞭解討論的議題，但他們和具有醫療背景的委員之間，確實存有知識的差距。他們能夠從民眾的角度，來評估所要公開的醫療品質資訊的內容，是否淺顯易懂。但對醫療品質指標的選擇，則無法挑戰具有醫療專門知識的委員的「專業判斷」。「民眾取向」的醫療品質資訊公開，並非公開民眾「真正」需要的醫療品質資訊，而是由專家從全民健保資料庫中挑選一些指標來代表特定疾病的醫療品質，透過「代表民眾」的委員的意見，使這些指標所代表的意義能被民眾瞭解。

衛生署對醫療品質和資訊公開，雖然支持，但並沒有明確的政策議程。委員會的目標和議程，並非由行政機關來訂定，而是由主任委員（在行政幕僚幕僚協助下）來設定的。主委經驗，能力和意志，影響議題的方向。但在已被設定的議題框架中，委員大體都有平等發言的機會。

與許多功能性的委員會不同，醫療品質委員會的決定，能夠成為實際執行的政策，這主要歸功於行政首長（衛生署長）的支持，主任委員的領導以及行政幕僚的支援。但因功能性的委員會缺乏制度化的行政資源和協調機制，在運作上充滿了許多不確定性。

Anna Vari (1995)將公民諮詢委員會的表現分為目標中心（goal-centered），資料基礎（data-base），參與過程（participatory process）和適應過程（adaptable process）四種類型。整體說來，醫療品質委員會的運作，比較接近「目標中心」，「資料基礎」的模式：設定清楚的目標，利

用參與者的專長與經驗，評估選擇資料，有效率地達到品質資訊公開的決策。讓社會公眾不同群體的意見能夠充分反映，使決策能夠獲得正當性，這些參與和適應的過程，則在運作中相對受到忽略。

(二)建議

- 1.代表公眾和社會團體的成員，建議透過徵詢相關團體的程序來產生，以強化公共參與意義的「代表性」；針對特定議題，應在委員會運作之外，建立外部諮詢的管道，推動相關團體（如病友團體和醫界等）的討論，使社會公眾和利害關係團體的意見能夠充分呈現。
- 2.醫療品質指標的選擇，不應完全依賴全民健保既有的資料庫。應透過上述公共諮詢與討論途徑（如病友團體的焦點座談），瞭解民眾對特定疾病的醫療品質所需求的資訊。民眾殷切需求的醫療品質資訊，如果是現有資料體系缺乏的，應逐步建立系統來蒐集資料。
- 3.「醫療品質」的提升如果是重大政策目標，則醫療品質委員會應進一步法規化和常設化，使其具有行政資源和權威基礎，以確保運作的穩定性和影響力。

第三章、 醫療品質資訊公開對醫療服務提供者影響之分析

本研究對於醫療服務提供者影響之分析，包括了質化研究與量化研究兩個部分，第一部分是對醫療服務提供者進行面對面深度訪談，以深入瞭解醫療服務提供者，對於醫療品質資訊公開網站及所公佈的醫療品質指標之態度與意見看法；第二部分是利用健保局提供的用以測量三類疾病/手術醫療品質指標之資料庫統計資料，來分析醫療品質資訊的公開，對醫療服務提供者實際上的醫療行為是否因此產生影響而有所變化。

第一節、 醫療服務提供者深度訪談分析

醫師作為醫療服務最重要的供給者，扮演醫療團隊領導者的角色，亦即醫師不但追求醫療技術與知識的發展，同時必須考慮提昇醫療服務品質，以保障民眾健康。長久以來，由醫師負責醫療服務品質的控制與處理。然而，近年來隨著醫療成本壓力的增加、醫院競爭激烈、顧客導向的要求、消費意識抬頭等諸多衝擊和影響，國內外醫療照護領域皆面對社會對於醫療品質注重的壓力，亦成為不可忽視的趨勢。尤其醫療服務消費者意識的抬頭、醫療保險公司的積極介入，使醫療服務業受到相當大的衝擊。

一、文獻回顧

過去有相當多的研究著重於社會大眾與學者專家對於醫療品質的觀點，惟較少討論到醫師對於醫療品質與改進方式的意見。本部分主要探討

醫師對於醫療品質的觀點。有關醫師對於醫療品質的觀點探討，可從相關研究加以探討，首先就國外相關研究而言。

第一篇是Berwick and Nolan (1998)提出醫師作為改進醫療品質團隊領導者的角色，所應該扮演的角色與具有的能力。該研究認為醫師作為醫療品質促進的領導者，必須獲得領導其他部門與其他醫護人員的能力，並建立有利於促進醫療品質的環境，例如適當品質資訊的公佈、利於專業合作的方法，以及妥善使用監測醫療品質的工具。該篇與一般研究不同的地方在於並非進行實證調查，而是從規範面提出醫師與醫療品質關係的建議。

第二篇是Blendon et al.(2001)提出的五個國家醫師對於照顧品質的比較觀點研究。該研究於2000年4月至6月期間對於加拿大、美國、澳洲、紐西蘭與英國五個國家的醫師進行調查，分析醫師對於醫療品質的變化觀點。該研究使用的調查方法是透過電子郵件、電話、郵寄問卷調查，以醫師與專科醫師作為分層標準，對美國的528位醫師、澳洲的517位醫師、紐西蘭的493位醫師、加拿大的533位醫師與英國的500位醫師分別進行問卷調查，並對五個國家的100位專科醫師與400位醫師進行訪談。關於醫師對於醫療品質議題的主要研究發現，包括五個國家的受訪醫師皆表達照顧品質的降低，美國、加拿大、紐西蘭有超過一半的受訪醫師、以及38%的澳洲受訪醫師、48%的英國受訪醫師，皆表達過去五年他們提供高品質的醫療照顧能力下降，所有被調查的國家只有接近四分之一或是少數受訪醫師表示其提供高品質醫療照顧服務的能力有所增加。主要的原因包括醫療照顧的資源缺乏，例如護理人員、診療設備與最先進醫療儀器等，以及病患無法獲得適當的處方藥品等(2001: 233-237)。此外，受訪醫師提出促進醫療照顧品質的方法，包括提供病患更多的服務時間、讓病患有接受專科醫

療照顧的管道、提供可以減少醫療疏失的管理系統、提供病患預防照顧與病患教育等。尤其這五個國家的大多數受訪醫師表示應該對於社會大眾公佈醫院照顧品質的相關資訊，惟該研究未進一步詢問是哪方面的醫療品質資訊(2001: 240)。同時多數受訪醫師也表示政府極力限制醫療成本成長的同時，也損及到醫療照顧的品質，其中尤以加拿大與英國的受訪醫師意見最為強烈。同時五個國家的大多數受訪醫師皆表達護理人員或專科醫療照顧資源缺乏的問題，認為其將影響醫療照顧品質。最後，受訪醫師也認為提供給醫師更多新的醫療照顧資訊，將有助於促進服務品質(2001: 242)。

第三篇是 Robinson et al.(2002)對於美國科羅拉多州(Colorado)執業醫師的實證調查。其出發點在於 1999 年醫學研究所(Institute of Medicine of National Academies)公佈的報告，提出醫療照顧系統中醫療疏失案件的變化趨勢，當時引起廣泛的討論。惟當時對於醫師與社會大眾對於醫療品質的看法，仍侷限有限的實證調查。因而，該研究以郵寄問卷調查 1000 位科羅拉多州醫師與 1000 位全國醫師，並以電話訪問 500 位科羅拉多州家庭的居民。研究發現多數受訪醫師認為減少醫療疏失的發生應作為全國性的優先議題，然而，相較於受訪民眾的擔心與關切，受訪醫師普遍不認為醫療照顧的品質是嚴重的問題。受訪醫師也表示過於擔心醫療疏失的發生是未能提出疏失報告的阻礙因素，因而認為應強調醫療疏失的報告是非具有懲罰性的(nonpunitive) (2002: 2186-2188)。因此，研究發現醫師雖然表達對於醫療疏失的關切，但不認為是一項嚴重的問題，但也認同需要推動提升醫療品質的措施。研究建議要明確定義醫療錯誤與疏失，提供醫師更多關於處理醫療疏失的訓練，以及提供關於醫療疏失必要的法律保障。此外，該研究有鑑於醫師與民眾對於醫療疏失與醫療品質觀點的差異，建議醫師應認知到民眾對於醫療品質、安全與減少醫療疏失的關切，同時了解自己對於

與病患互動與公共政策的影響(2002: 2190)。

第四篇是近年 Audet et al. (2005)認為雖然醫療品質議題或是促進醫療品質並非新的議題，但是過去較少有研究提到醫師對於醫療品質的觀點，以及對於醫師使用促進醫療品質工具與原則經驗的討論。該研究於 2003 年利用 Commonwealth Fund 執行全國醫師關於醫療品質議題的意見調查，並分析醫師使用醫療品質促進工具的觀點，包括醫療資訊科技的使用、提案改善醫療品質的計畫、對於可能問題的解決方法，以及其分享執行實務資料的意願。研究發現醫師對於公佈醫療品質資訊的作法十分重視，亦即關切醫療照顧品質透明化的作法，並認為公佈醫療品質資訊時，應注重對於公平性、道德問題、病患資訊隱密性與課責問題之間的平衡。研究建議隨著醫療照顧品質資訊更為公開時，醫師應致力於建立與病患之間的信任關係，以利於醫療品質的改進。

近期的研究是由Casalino, Lawrence P. et al.(2007)發表，其有鑑於少有研究瞭解醫師對於論病例計酬與醫療品質關係的觀點，該研究針對內科醫師進行全國性調查，印證給付制度的經濟誘因與醫療品質之間的關係。亦即多數的受訪醫師認為以績效為標準的給付制度使得醫師避免高風險的診療行為，亦影響治療的效果與品質。研究建議在公開醫療品質時，必須建立在臨床證據與醫學知識的基礎上，同時建立同儕審查的機制，透過醫療品質的資訊公開，強化醫師在促進醫療品質上的責任。

其次，針對國內關於醫師與醫療品質之間關係的研究。第一篇是黃國晉對於醫師成為改善醫療品質的領導者的觀點，研究發現在目前資源有限的環境下，醫療品質應該做得更好。研究指出醫師需要對於醫療品質資訊的公佈保持正面的態度，積極參與規劃醫療照顧的制度，以有效提升醫療

服務品質。惟過去在醫學院的訓練課程，未能提供醫師成為醫療品質改善領導者的訓練，醫師往往被教導如何充實專業訓練的知識與技能，因而提出醫師對於醫療品質改善應具有的態度與認知，包括從目標確定、擬定策略、執行與評估加以著手(1998：201)。

第二篇是林彥克(1996)實證探討醫師對醫療品質的認知與態度，及其影響因素，以作為醫院推行醫療品質管理相關活動，及提昇整體醫療服務品質的參考。該研究以國立台灣大學醫學院附設醫院八十五年度正式全職的醫師為研究對象，利用結構式問卷收集資料，以分層隨機抽樣的方法選取調查樣本，共發出問卷 218 份，有效回收率為 60.6%。該研究的主要發現為：醫師對醫療品質的態度經因素分析，共萃取出五個因素，分別為：「目標與效果因素」、「共識與參與因素」、「教育學習因素」、「限制與促進因素」、「責任歸屬因素」，總解釋變異量為 58.0%。第二是醫師的個人特質(年齡、性別)與醫師對醫療品質的認知有關，以及醫師的專業背景(職別、是否擔任教職)與醫師對醫療品質的認知有關。第三是研究發現醫師的專業背景(科別)與醫師對醫療品質的態度有關，同時醫師參與醫院醫療品質管理計畫或活動之經驗，與醫師對醫療品質的態度有關。第四是醫師對醫療品質的認知與對醫療品質的態度有正相關。最後是醫師認為全民健康保險實施後，78.6%的受訪醫師認為醫療品質大幅降低與略微降低。

第三篇是謝慧敏(2001)綜合質性及量性研究法，探討醫師個人價值觀如何影響醫院和醫師TQM導向關係與醫療品質。該研究進行步驟為先採取兩階段與醫師的深度訪談，逐步釐清問題：第一階段訪談目的為發現醫院與醫師關係和醫療品質的相關性，實際回應及留下內容訪談紀錄醫師共 5 人。第二階段訪談依據第一階段問卷調查法，找出訪談醫師對象，瞭解醫師特性

與醫師對醫療品質的認知，實際訪談醫師共 22 位。之後根據兩階段的深度訪談結果發展問卷，共發送 302 份問卷，問卷總計回收 222 份，總回收率為 73.5%。該研究的質性研究發現，(1)健保支付標準的不合理導致醫師醫療行為嚴重扭曲，使得醫療品質的現況和健保政策預期之間可能有相當的差異，受訪的 22 位醫師中有 13 位醫師提出此一想法；(2)台灣為封閉型醫院，醫師受雇於醫院，醫師不直接向病人收取費用，由健保局支付給醫院，再由醫院付薪給醫師，使得醫院經營的壓力，包括成本效益分析、藥物限制、健保給付等，有時會造成醫師角色衝突；(3)醫師薪資和醫師本身有關，10 位受訪醫師認為不同薪資制度會影響醫師的醫療決策；(4)醫病關係若能在互信的基礎上，才能建立正確的診斷及治療計畫。因而受訪醫師表達，信賴感的確影響醫病關係和諧與醫療決策；(5)醫師拯救病人生命的過程中，最害怕的是所謂「醫療糾紛」的發生；(6)醫師在臨床決策上，品質、成本、法律與倫理道德皆影響其診療行為及其醫療照顧的品質。至於量化研究的發現為：(1)具公益導向醫師平時即相當重視醫療糾紛的預防，不用透過醫院和其溝通也能做得很好；(2)具公益導向醫師在著重病人的回饋與肯定；自利導向醫師則以團隊合作模式，帶動注重病人回饋與肯定的風氣；(3)具公益導向醫師以自發性因子，例如自省、自我要求方式，不斷提升自我專業；自利導向醫師則需透過醫院宣導以病人導向的醫療技術提昇因子來誘發重視專業進修的行為。

第四篇是Chang and Li(2004)透過實證調查醫師對於論病例計酬制度下醫療品質的認知，確認為論病例計酬制度下醫療品質所需要的品質指標，以及探討論病例計酬下對於醫療品質的影響。該研究發放 336 份問卷給大台北地區 11 家教學醫院的醫師，回收 202 份問卷，回收率為 60.8%。研究發現其中有 63.9%的受訪醫師表示論病例計酬制度實施後，醫療品質變差，且

有 55% 的受訪醫師表示健保局採行的品質監測制度成效不彰，受訪醫師覺得論病例計酬制度下的兩個監測指標為合併症或併發症的發生及異常 (outliner) 案件的監測。因而，研究建議健保局改進論病例計酬制度下的品質監測系統。

綜合前述國內外相關研究，可以發現對於醫師在促進醫療品質方面的角色不僅從規範面加以探討，尤其關心醫師本身對於醫療品質與其資訊公開的觀點。透過相關文獻的檢視，發現一般對於醫師態度的研究，在方法上以問卷調查為主，少部分以訪談進行，主要原因在於前者可以在調查數量上具有優勢，亦能進行跨國比較。而調查的問題以醫師對於醫療品質變化與影響醫療品質因素為主，多數研究發現受訪醫師表示醫療品質在不同控制醫療成本的措施下，面臨品質下降的考驗，同時也認為醫療品質的資訊公開有助於品質提昇，惟必須留意隱私、公平性與課責問題。由於對於醫師的調查發現，醫師較常將醫療品質的影響因素歸為制度的設計與醫療政策，惟近期亦有研究建議透過以證據與知識為基礎的醫療資訊公開，強化醫師在促進醫療品質的責任。

二、材料與方法

為瞭解醫療品質資訊公開之後，對於醫療提供者產生之影響進行評估，利用面對面深度訪談的方式與三類疾病/手術之醫療提供者訪談，蒐集醫療提供者深度且豐富的資訊，以了解專業者的角度其對醫療品質指標之意見看法和醫療品質資訊公開對其未來診療行為之可能影響。

(一)訪談期間

因自全民健保醫療品質資訊公開網正式上路，到醫療服務提供者得知此資訊之間，會有一段時間的延遲，故訪談對象之挑選和聯繫從 2008 年 7 月開始至 10 月 16 日完成訪談。

(二)訪談對象選取及背景

本研究對醫療服務提供者之訪談，採立意取樣的方式，依據糖尿病、子宮肌瘤切除、人工膝關節置換三類醫療品質指標的科別，商請相關醫學會推薦適當受訪醫院，並利用地利之便，主要選擇以北部為主，尤其是台北縣市或桃園縣市之醫院，從新陳代謝科、婦產科與骨科三個科別選擇受訪醫師。接受訪談之醫師分別是二位為新陳代謝科醫師、二位為婦產科醫師、二位為骨科醫師，合計共六位受訪者。此六位訪談對象其任職機構以醫學中心為主，原因乃是雖然有部分糖尿病病患會到基層診所就診，但相較於基層診所、地區醫院、區域醫院，醫學中心的糖尿病病患、人工膝關節置換手術病患、子宮肌瘤切除手術病患仍然是佔較多數。此外，訪談對象的其中三位為相關科別的資深（10 年以上）臨床專科醫師，另外為求能有代表多數該領域醫師觀點的訪談對象，此六位訪談對象中有三位除了是臨床專科醫師外，亦現任或曾任醫學中心聯誼會、區域醫院協會和地區醫院協會理監事職、或擔任相關學會幹部或是曾參與學會事務。同時此六位受訪者皆已讀過衛生署這次公佈的醫療品質資訊內容，且不是當時訂定醫療品質指標的委員。

表 3-1：訪談時間與訪談對象現職與經歷之整理

編號	時間	地點	性別	現職	經歷	備註
B1-1	2008/7/8	醫院糖尿病 衛教室	女	台北某醫學中心住院醫師	新陳代謝科主治醫師	
B1-2	2008/8/22	受訪者 辦公室	男	1. 台北某醫學中心新陳代謝科 主治醫師 2. 相關學會幹部	1. 美國某糖尿病中心研究員 2. 某大學內科教師 3. 台北某醫學中心內科部住院 醫師	
B2-1	2008/8/21	婦產科醫學 會辦公室	男	1. 台北某區域醫院婦產部主治 醫師 2. 相關醫學會幹部	1. 台北某區域醫院婦產科主治 醫師 2. 台北某區域醫院婦產部科主 任	1. 相關基金會幹部 2. 相關醫學會理事
B2-2	2008/7/18	受訪者 辦公室	男	1. 台北某區域醫院主任 2. 台北某區域醫院婦產部主治 醫師	1. 台北某區域醫院婦產部主任 2. 台北某醫學中心婦產部主治 醫師 3. 某醫學院臨床副教授	

表 3-1(續)：訪談時間與訪談對象現職與經歷之整理

編號	時間	地點	性別	現職	經歷	備註
B3-1	2008/7/13	受訪者 辦公室	男	1. 台北某醫學中心骨科主任 2. 某相關醫學會理事長 3. 某相關醫學會理事	1. 台北某醫學中心住院醫師、總醫師 2. 某相關醫學會幹部	1. 某大學外科副教授 2. 某相關醫學會會員
B3-2	2008/10/16	受訪者 辦公室	男	台北某區域醫院骨科主治醫師	1. 台北某醫學中心骨科部總醫師 2. 台北某醫學中心代理主治醫師 3. 台北某區域醫院骨科主任、外科部主任	

(三)訪談題目

本研究針對醫療服務提供者之訪談題目設計，主要從政策利害關係人的角度包括政府、醫院、醫師、病患等立場，以及依據預期目標之達成性、指標合適性、醫療供給者的因應措施、政策意涵與改進建議等項目進行訪問內容的設計。本研究對於醫師之訪談題目如下：

- 1.衛生署透過這次的醫療品質資訊公開，希望能達成「幫助民眾確實掌握醫療院所的醫療品質資訊，輕鬆地了解各醫院診所過去對某一疾病患者的照護情形；藉此了解此一特定疾病的正確病因、病程、治療與照顧方式，並改善自我照護或對家人照顧的能力與品質」之四項目標。請問就您個人的觀察，您認為衛生署本次公開的醫療品質資訊，是否能達到這些預期的目標？
- 2.就您個人的觀察，您認為這些指標適不適合用來測量個別醫療院所照護和進行相關手術的醫療品質？能不能達到促進醫療院所更努力提升醫療品質？為什麼？
- 3.面對衛生署定期公佈個別醫療院所醫療品質指標，您認為醫師在看診時可能會受到哪些影響？如何因應？
- 4.就您個人的觀察，您認為衛生署定期公佈這些指標和說明，對民眾可能產生哪些影響？例如獲得資訊判斷適合的醫療院所。以及對民眾或醫療院所可能造成哪些不良的影響？
- 5.請問您對於衛生署在改進公佈醫療品質的內容、方式上之建議？

三、研究結果與討論

衛生署建置的「全民健保醫療品質資訊公開網」在2008年4月25日正式對社會大眾公開後，台灣婦產科醫學會於5月21日針對「子宮肌瘤手術後十四日內，門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率」此一指標認為公佈的數據明顯偏高，對此發表聲明並提出抗議，5月26日相關報導陸續出現，接著許多醫療院所也相繼對此報導提出意見。接著台灣婦產科醫學會針對「衛生署與中央健保局的醫療品質資訊公開網日前公佈子宮肌瘤手術後，輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率，誤將症狀當作損傷，導致數據偏高，影響民眾就醫意願」，協調民進黨籍立委黃淑英偕同該會理事長蔡鴻德、謝卿宏及中央健保局副主任龐一鳴等人於6月1日上午在立法院召開記者會。蔡鴻德表示，「全民健保醫療品質資訊公開網」日前公佈「子宮肌瘤手術後十四日內，門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率」，醫學中心有百分之十一點四九、區域醫院百分十七點九二、地區醫院百分之三十點六二、基層診所百分之四十二點六七，數據明顯偏高，太過離譜，醫療品質似乎比非洲國家都還不如。謝卿宏指出，此份資料中，健保局的指標定義明顯錯誤，指標中輸尿管、膀胱損傷的疾病編碼，其實只是代表「症狀」，並非真的輸尿管或膀胱損傷，明顯誤植，將症狀當作損傷，因此數據偏高，導致醫病關係緊張，民眾恐質疑醫療品質、不願意就醫。立委黃淑英建議，健保局醫療品質的相關調查在訂定標準、指標定義時，應該要找專業人士，如婦產科醫學會等共同討論。而龐一鳴表示，所有指標定義訊息都在網路上可查到，代表健保局並未刻意隱瞞，為了讓民眾容易瞭解，表達方式較為簡化，若有誤導的疑慮，將會依照建議修改。

由於此事件發生在本計畫研究期間內，同時也影響到受訪醫師訪談之

內容與結果，可說是資訊公開後對醫療服務提供者所產生之社會效益，因此先對此事件做說明。本研究訪談六位醫師之結果與討論如後：

第一，針對受訪者對於衛生署公開醫療品質資訊達到預期目標之看法，本研究透過訪談發現，因為不同類型疾病而有不同的意見，例如受訪的糖尿病醫師均認為對於病患照護多少有些幫助，但是因為糖尿病人的就醫時考慮便利性，因此不會因為某些醫院的執行情形良好，改變就醫選擇，或是特別來看這位醫師。此外，因為衛生署在網站上呈現的資料不容易讀懂，病患較難理解，因而助益不大。至於受訪的婦產科醫院認為因為政府提供的資料內容不正確，甚至有誤導作用，因而對於病患的照顧沒有幫助，也認為政府公佈這些資訊的目標不夠明確，難以評價是否達到目標。另一位受訪的醫師則認為，這樣的公佈行為，會破壞醫病關係，也無法對於醫院產生監督作用，更無法達到當初的政策目標。而受訪的骨科醫師也認為雖然對病患是好的。但是對於接受人工膝關節置換手術的病患照顧無法透過這三項品質指標來改善，甚至會造成醫師的困擾。

受訪者意見如下：

這四個指標是平常我們在照顧糖尿病人時，照護的品質好不好，這四個指標其實是蠻不錯的。(受訪者B1-1)

一般我們做衛教的部分，通常都在以國二、國三的水準讀的懂的，我覺得是稍微難了一點。病人在選擇醫院的部分，因為他們畢竟都是就近為主。有的時候他們也沒辦法決定這個醫院的醫療品質，比如說像糖尿病的照顧再好，他可能也沒有辦法因為醫院的指標很好就來這家院。(受訪者B1-1)

這幾個指標比較客觀，因為健保局會追查，台灣有一個照護網所謂糖尿病照護網有申報資料，才知道有沒有做，你說像腳的檢查很難，它沒有辦法確認。

(受訪者B1-2)

一般人都是這樣想，不見得一定要糖尿病，非糖尿病的人有高血壓，或是其他的病患看病的時候，都不是以這幾個品質作為他選擇的首要依據。所以病人看到這些東西之後，有一些病人會受一些影響，但是大多數的人來講，根本不管它。但是並不表示政府不要做，我覺得政府還是繼續做。……只是病人的想法跟我們的想法不一樣，我們大家都是所謂專家，我們以為病人想要的那幾樣很重要。病人其實不是這樣想，病人覺得第一是看病要方便，第二是錢越不花多越好，不用錢最好。……所以病人與政府追求目標有差別，病人不見得願意或是不見得太注意那幾個指標。(受訪者B1-2)

我覺得沒辦法達到目標，因為資料是錯的，而且政府目標不明確。政府到底要讓民眾知道子宮肌瘤的手術之後腹部的症狀？骨盆腔的症狀？還是要讓民眾知道子宮肌瘤之後，胃腸道或泌尿道的損傷？這要講清楚。因為開完刀之後，肚子會痛是很正常的，或是開完刀之後裝導尿管接小便會痛都是很正常的，但是這個跟損傷症候是不一樣的。(受訪者B2-1)

做醫療品質資訊，是很好的事，可是在設計上，要稍微謹慎一點，因為這是一刀的兩刃，不是傷到醫界和健保局，或是衛生署和民眾的關係。大家認為是打壓醫生，完全沒有稱許你的努力，反而會覺得說，是在破壞醫生和病人的關係。(受訪者B2-2)

我覺得是可以提供參考沒有錯，但是對於「深層和表層感染」的定義，要做得非常嚴謹，否則會造成不公平，這是很重要的事情。(受訪者B3-1)

這些數字不是很實在的話，反而會造成集中效應，大家以為那個醫院比較好，跑去那邊。但是提供的數據不是很有價值，就像一開始講說，光這三個數據，沒有辦法讓人家知道人工膝關節的結果真的是比較好。(受訪者B3-2)

沒有什麼幫助。……光這三項來改善，那太難了，我覺得目前真正對醫院有壓力有影響，一個是醫院的評鑑，另外就是健保的審核。……這個指標出來

之後，沒有辦法改善醫療行為，只增加不必要的困擾，不要玩這個，不要害死大家，尤其害死可能是醫生。(受訪者B3-2)

當然，公佈這些東西，對病人來講，應該是對病人比較好，因為我可以去知道哪一些醫生是合格的，他的醫院開出來的品質到底好不好？可以去選擇醫院，我可以去選擇醫生，對病人來講是不錯。民眾會影響，因為民眾會以為這就是品質的指標，但是真正的品質指標不是這些。(受訪者B3-2)

因此，經由訪談可知，新陳代謝科醫師認為在極少程度上可以幫助民眾掌握醫療院所的醫療品質資訊，但也認為因為公佈的內容不易懂，因而無法讓病患「輕鬆地」了解醫院診所過去對某一疾病患者的照護情形。另外，受訪的婦產科與骨科醫師認為因為資料的偏誤或是不明確，對於針對子宮肌瘤手術的病患與人工膝關節的病患無法達到掌握醫療院所照護品質的目標。

第二，針對受訪者認為這些指標用來測量個別醫療院所照護和進行相關手術醫療品質的合適性意見，本研究透過訪談發現糖尿病醫師認為檢查的頻率與病人的年齡、罹病的長短，以及病人是否有其他合併症等相關，但是這次公開的指標內容沒有這些相關資訊，且由於到基層看病的病患病情都較輕，而到醫學中心的病人，像是糖尿病可能病情比較久或控制的比較不好，所以在執行的時候會比較嚴格執行。因而基層診所的執行率，均較大醫院為低，此一結果對於基層診所所有不公平之處。

至於婦產科醫師則認為因為資訊不正確，因而無法測量出個別醫療院所照護和進行相關手術醫療品質。而受訪的骨科醫師認為人工膝關節置換手術的感染要定義清楚，否則對於不同層級醫院之間的比較是不公平的。

訪者意見如下：

由於基層診所的執行率都比較低，所以我想對於基層來說，有點不公平。……現在我們還有一些健保的問題，譬如說一些用藥的部分健保都會盯的比較緊。另外一些抽血，我是不曉得基層醫生如果血糖控制的很好，他們還是照樣三個月抽一次HBB1-1C或什麼的，那會不會被健保核刪的很厲害？(受訪者B1-1)

譬如醫學中心執行率都比較多，基層醫院執行的部分好像就是比醫學中心少。這中間就會有一個問題是，來到醫學中心的病人，像是糖尿病可能病情比較久或控制的比較不好，所以在執行的時候會比較嚴格執行。我舉這兩個是比較極端，也許在基層醫療糖尿病的病情也許是初期的、或是比較輕微的，像這種譬如說在測醣化血色素，照說我們至少半年會有一些，甚至半年測一次，但有些比較好就是半年，但是到了醫學中心可能病情就比較控制，所以會兩個月或三個月測一次，其實是跟中間病人病情的嚴重度也有關係，因為在門診一直遇到糖尿病的病情沒有這麼嚴重，也許抽血就不會那樣的頻繁。另外，血脂肪的情形也是一樣，譬如說病人的病沒有這麼嚴重可能就一年測一次，所以這樣就變成是基層的醫生都執行比較不好，事實上中間的病病人的差異，若是從這樣的公佈是看不出來。(受訪者B1-1)

應進一步去看病人的年齡，或是罹病的長短，以及病人是否有其他合併症等等。……。譬如說基層醫生看的病人都是糖尿病罹病的時間比較短、用藥的數量可能病情比較輕、用藥的數量比較少，這群人不需要這麼密集的抽血，醫學中心的病人可能病情都比較嚴重、用藥數也比較多、罹病時間也比較長，但是這個我們光是從這些指標沒有辦法看出病人的病情嚴重程度。(受訪者B1-1)

這個症候的比率很高，高達平均是17%，但是胃腸道損傷或泌尿的損傷的比例很低。根據我所知道健保局所統計那個比率是0.7%，胃腸道損傷很低。這就像打了流感疫苗會死掉，非常低，搞不好是一百萬分之一或是兩百萬分之一。但是打了流感疫苗之後，會有感冒症狀如20、30%。純粹以機率來講，很多朋友打流感疫苗以後會微微有點感冒症狀。假設感冒症狀是30%，你說

打流感疫苗之後，有30%的人會死亡或者有感冒症狀，這民眾能夠接受嗎？把這兩個不同的東西，而且兩個的比率差很多，A的比率很低，B的比率很高，把兩個混在一起本來就錯的。……因此，真的要對一般民眾就醫有幫助，就要抓對碼。這個破膀胱、破輸尿管、破腸子的機會五成十成以上要看，這當然是有意義。讓民眾知道這個醫院比較差，各醫院有公佈，有分四個級的醫院，各家醫院都有公佈，但是如果公佈的是騙各醫療院所要把那個碼寫上去，又亂抓碼，公佈出來沒有意義。(受訪者B2-1)

要對深層和表層的感染的定義，要做得非常嚴謹。因為很多人使用抗生素超過七天，不見得是有感染；很多人用了萬古黴素(Vancomycin)，是為了預防，而不是感染。所以要釐清的很清楚，否則會造成不公平。(受訪者B3-1)

要預防知道這種手術感染的病人，大部分會跑到其他醫院去，所以分析資料時要把這些病人抓得到，而不是說「這個醫院沒有感染」，其實感染之後，病人不滿意就跑掉了。很多這種狀況，要去確實的掌握，這樣比較公平。(受訪者B3-1)

病人在內科看不好，他會跑到比較大的醫院，很多基層不敢開，很多風濕病、糖尿病，根本不好，基層不敢開，他轉到醫學中心，相對的感染風險比較高。所以在公佈時，要附加糖尿病的病人有多少，糖尿病是一個造成人工膝關節感染，造成的一個很明顯的因子。所以有多少病人有糖尿病，要送這個檢查，這個誤差很重要；又疾病的嚴重度有沒有不一樣？有沒有因為他根本是內科情況不好，所以才轉到醫學中心？這些因素要排除，以減少不公平的情形。(受訪者B3-1)

對醫院的醫生來講，這將來可能是個危機。比如說大醫院本來環境比較好，醫生也都是老師級的，他的治療成效也都比較好，將來病人會更加的集中，會有這樣的問題。對小醫院來講的話，這是刺激小醫院成長，品質要想辦法達到這樣，才能吸引更多的病人。(受訪者B3-2)

第三，針對受訪者對於衛生署定期公佈個別醫療院所醫療品質指標，對於醫師在看診時可能會受到的影響及因應方式之意見，本研究發現受訪的糖尿病醫師認為影響不大，因為醫師不會看著指標做事情，而且檢查的次數與病患的病情有關，或是認為只有醫院主管才會去看這種指標，醫師沒有受到特別的影響或是要求。其次，婦產科醫師則認為對於醫院與醫師有幫助，當病人知道這個醫院可能醫術較差，他們就不會去，加上醫院本身也會約束，因而影響醫師的行為。或是有可能讓醫師更謹慎，或是進行更多檢查或作假。再者，骨科醫師認為對於醫師會有負面的影響，其認為當醫師知道這個醫療品質的問題後，因為他怕醫院被降級，或是病人知道這個醫院的問題，一定會有一些偏差，例如開抗生素但是要病人自費使用，或是資料的作假，以避免被醫院監督。或是認為未來可能是醫療糾紛產生的淵源，對醫師造成困擾。

受訪者意見如下：

我覺得影響不會很大，因為已經知道病人的病情，如果是病情比較輕的病人，會用抽血的時間可能會稍微拉長一點。但是當然稍微會有一點影響，會被公佈出來，但是我覺得影響的層面不會有這麼大的衝擊，醫師不會看著指標做事情。……這種指標有它的問題，假設我們執行力都很高，或說我們抽血的病人或血糖、醣化血色素都比較高，表示說病情控制比較好，可是沒有進一步去分析說病人可能是糖尿病很久，或是有的合併腎臟病、心臟病，這種人可能才會被基層轉過來醫院。……我覺得這個指標好像對醫師沒有這麼大的影響，因為對於嚴重的病人該做的還是會做。(受訪者B1-1)

醫院沒有特別說公佈這個指標要特別注意什麼事，因為其實這中間的問題是在於說病人的選擇。因為病人是自己過來，可能看一看覺得比較好，又回歸到基層。有些人可能剛診斷比較嚴重時，他會來我們醫院，譬如說看個一年控制得不錯，他就回到診所，所以這種病人會來來去去。(受訪者B1-1)

只有主管會看那個東西，或是還有像我們有興趣的就會去看一看，很多人不看它的，不看這個網頁。(受訪者B1-2)

如果這個資料公佈出去讓病人知道，他們可能就會選擇。知道這個醫院可能醫術較差，他們就不會去。當然醫院本身也會約束，會檢討說台大是零點一成，為什麼我們是五成？醫療糾紛很多，你不檢討，人家就檢討你，就告你。所以病發症是可接受，但是太多併發症就是品質有問題。(受訪者B2-1)

資料當然有幫助，可以把那些醫術差的醫生踢掉，我們不希望發生醫療糾紛。.....此外，醫師會更謹慎。「更謹慎」當然有很多種，第一個檢查什麼的，因為指標是看說，有沒有做錯，也許檢查的項目會增加。第二個，謹慎的醫生，會做很多的檢查。.....因為醫生很愛面子，醫院公佈名單，醫生看了，很沒面子，自己會調整，因為他調整的話，也會掩飾到很多事情。(受訪者B2-2)

基本上，這些子宮肌瘤子宮切除的手術，就是所謂按病例給付（定額給付），所以醫院或是醫生來講，都會說不要超過額度，醫院都會做管控。(受訪者B2-2)

比如說我們醫院，當你用到這個額度80%的時候，醫療事務部會打電話跟你說，「你用到80%，要謹慎些，再用你要超過了喔！」。比如說子宮肌瘤，健保局是三萬，當你用到兩萬四千塊的話，醫院就會發通知給你，說你用了80%，你要謹慎，再用，你就會超過。.....私人醫院都會有些激勵的作用，比如說這種定額給付，當你節省了錢以後，累積到某個程度的話，醫院會給你一些回饋；但當你超過的話，就會給你懲罰。(受訪者B2-2)

醫界的人也都不太去看。其實公佈已經一段時間了，大家都沒去看，大家都不太知道這個訊息。(受訪者B2-2)

醫師知道這個問題後，肯定會做手腳，因為他怕醫院被降級，或是病人知道這個醫院的問題，一定會有一些偏差，譬如說，開抗生素但是要病人自費使用，根本電腦裡面查不到，這是第一點，可能造成的誤差。(受訪者B3-1)

醫生對病人的治療方式，要靠這些東西來修正或更改，是很難的，因為醫療的行為是長時間的調整，不斷的修正，要靠長時間來慢慢修正。(受訪者B3-2)

對於臨床醫生來講，將來這可能是醫療糾紛產生的淵源，因為在美國有很多的醫療糾紛，他都去查這些網站，你們醫院的醫療品質就不好，所以把我開刀才感染，我就告你們，你們醫院應該關門，根本就不應該開，將來這種醫療糾紛會層出不窮。(受訪者B3-2)

第四，針對對於衛生署定期公佈這些指標和說明，對民眾可能產生的影響之意見，本研究透過訪談發現不同科別醫師觀點有相當的差異。首先，以糖尿病醫師而言，他們認為糖尿病患會以便利作為看病或選擇醫師的考慮因素，同時也認為政府、醫院、醫師追求的目標跟病人追求的不太一樣，病患重是便利與價格便宜，其次才是品質。此外，因為糖尿病患以高齡者為多，多半不會使用電腦，透過網站公佈醫療品質資訊，對於高齡的病患而言，效果不大；而且公佈的圖表只有醫師才看得懂，一般民眾不會覺得圖表有幫助。其次，受訪的婦產科醫師認為對於子宮肌瘤手術的病患而言，因為資料是錯誤的，會造成誤導。而另一位婦產科醫院則認為病人會看報紙，但不會去看網頁，除非是很有心的病人，或是已經發生醫療糾紛的病人，他才可能進入衛生署的網站。因此，對於子宮肌瘤手術的病患影響有限。

骨科醫院則認為這種公佈方式只能影響一部分的人，亦即有上網能力的人、知識份子、學識地位或是學識比較深的人、或是會上網、會用網路得到訊息的人。但是台灣有很多農家，農人、鄉下人，他們靠的是口耳相傳。病患重視的是口碑，或是其他病人的介紹。因此，透過網站公佈對於大多數病患的就醫選擇行為影響有限。

受訪者意見如下：

這牽涉到病人的教育水平，譬如說一般這邊的病人都是國中畢業或甚至是不識字的老人家，他們其實是對於醫生的信賴，亦即就是要看這邊醫生，所以他們都會來看看那位醫生什麼時候看診。至於說那些會看指標的人，譬如會問我們醣化血色素多少、我的血脂肪你有沒有驗？這一般都是教育水平比較高的病人才會去。我覺得糖尿病是一個慢性病，對病人來說就醫的方便性很重要。只要說指標的部分還在平均值裡面，我覺得對民眾沒有太大的影響，譬如說今天在台北市的某家醫院做的很好，可是慢性病人都要定時回診，即使指標再好，他也沒有辦法這樣舟車勞頓。……像子宮肌瘤有可能就開這麼一次，或關節就這麼一次，因為開刀病人都會類比較，要找個最好的醫生去開，糖尿病是一個慢性病，譬如說每次到台北市坐車要兩個小時來回，老人家有時候也沒有家屬陪伴，可能也沒有辦法每三個月去一次，門診是前一個禮拜要抽血，所以其實還是就近。(受訪者B1-1)

我覺得政府做這個東西，用意是很好，但是效果有限，因為民眾看不懂。……那些指標內容，病患沒有辦法直接一看就了解，衛生署雖然在前面有一段解釋，但解釋也是不夠，對民眾來講沒辦法了解。……當然假如說病人完全懂，對他會有影響。一開始我講過，我們追求的目標跟病人追求的，比較注重的不太一樣，例如最好不要錢、最重要是方便、省事，品質不是最重要的，可能是第二或第三的要求。(受訪者B1-2)

圖表沒有用，圖表只是比來比去而已，病人更不想知道，這個表只有醫生想看。……病人就要看台北就好，我管你高雄幹嘛，對不對？難道他要搬家到高雄治這個病嗎？方便性很重要。……我舉一個例，我有一個病人，他要搬家，離開台北要到中部去，就問我說中部哪個醫生好？我說你看看這個，他就去看看，剛好遇到他要搬家就可以查。(受訪者B1-2)

可能比較年輕的病患才會上網看，而且剛剛還講到一個缺點沒有講，只有年輕人才會看。我的病人都七十以上了，七十、八十了，九十都好幾個，對這

個網站不可能去看。(受訪者B1-2)

病人看報紙，他們不會去看網頁。病人很少會點到那邊去的，除非是很有心的病人，或是已經發生醫療糾紛的病人，他才會進入衛生署的網站。(受訪者B2-2)

這個對老百姓來講這個，有排名時，那個公正性就要很清楚。(受訪者B2-2)

民眾會往好的去，不好的就不去，這是當然的。哪個醫院併發症低，他就跑到哪裡去啊，那現在就是這樣子。不過這個只能影響一部分的人—有上網能力的人、知識份子、學識地位或是學識比較深的人、或是會上網、會用網路得到訊息的人。可是很多農家，農人、鄉下人，他們靠的是甚麼？我過去問過這些病人「誰介紹你來開刀？」，都比不上媒體，媒體講的都是短暫吸收病人，重要的是口碑，其他病人的介紹。所以網路這個影響有限，它也許影響個十個、二十個，其他不會。(受訪者B3-1)

整個醫療院所現在大部分看的都是病人一個帶一個，都是靠口碑，這是在台灣我觀察的事實。……我有一個基隆的病人，他熱心到什麼程度？因為他給我開刀，他本來殘廢，他走得很好，他在基隆是到處走，看到公車站牌，有人走路歪歪的，他就說我帶你去看病。他帶了幾十個病人從基隆來給我開刀，他希望回饋這個社會，很多這樣的人，因為台灣人都很熱心。……因此，口耳相傳、介紹才是最重要的，他不會說今天你介紹我看誰，我先上網來看看這個人怎麼樣，所以這種行為在台灣是不太一樣的。我們城鄉的差距、電腦的使用，尤其是我們重病的都是老人家。這種求醫行為在年輕人的病跟老人家的病是不一樣的。(受訪者B3-1)

第五，針對衛生署定期公佈這些指標和說明，達到促進醫療院所更努力提升醫療品質的意見，受訪醫師的意見較為分歧，有些醫師認為影響有限(受訪者 B1-1、受訪者 B2-2)，或是因為沒有罰則，執行率差不會有影響，也不會因而淘汰不好的醫師(受訪者 B1-2)，或是認為可以減少醫療糾紛，

給醫師一些警惕(受訪者 B2-1)，惟亦有醫師認為至少對於醫師有壓力，覺得會列入黑名單，會更小心，但是品質不見得會提升，因為醫師非常專業且相輕(受訪者 B3-1)。另外，受訪醫師表示健保的影響比衛生署公佈醫療品質指標更能影響醫師行為，因為健保要求使得醫生不斷在修改這些醫療行為，醫院沒辦法做什麼因應(受訪者 B3-2)。

受訪者意見如下：

應該說有限，醫生不會特別放在心上。因為我們科有時候開會討論，我是覺得這樣公佈是有點不公平，因為病人特性都不一樣，這樣比較其實。可能對一些基層醫師他看到會覺得你說我執行率這麼差，可是我的病人就沒有需要那麼常檢查，這種可能對他們來就沒有這麼大的影響。(受訪者B1-1)

不會對於醫生的看診行為，做到淘汰不好的醫院的效果，不可能的。……因為沒有處罰，執行率比較差不可能有影響。目前衛生署是做好就獎勵，執行率做的好的，它不是真的看執行率是看執行率的成長，去年多少今天多少，這樣是有獎勵的，是給醫院，給醫院的衛教，衛教費用會有增加，但是計算的方法很奇怪，應該講說蠻難達到，那像榮總早就在一個水準了，不能提升了，很難。就像考試60分變70容易，80變90很難，90變100更難，所以獎勵沒有吸引力。(受訪者B1-2)

政府如果要做提升醫療品質指標，這指標大家又可以接受，那公佈我覺得未嘗不是件好的，不是壞事情。因為給醫生一個警惕，給病人一個知所作為，又可以提升醫療品質。……醫術差的醫生就沒人去看，相對人家會質疑，不給你開刀。這種是負面的，但是也是好事情，你沒那種能力做這種事情，對我們就是不好，一定是不好的。但是表面看起來不好，但是長期是好的，因為少出醫療糾紛，當然是好的事。(受訪者B2-1)

醫院理都不理，我們自己上網去查的時候，大家都覺得這是沒有意義，很無聊，理都不理，醫院沒有做任何措施。……我要講實話，一點反應都沒有，

衛生署又做了一個無聊的事情而已，大家的反應就是這樣。(受訪者B2-2)

現在台灣有TQIP的品質，有THIS的醫療品質，每個醫院都有參加，每一季都要公告，每一季都要去蒐集資料，然後要發布資料、又要去寫那個回應，為什麼你落到25%。.....像這次公佈的話，沒有人去理，院方也不理，醫生也不理。(受訪者B2-2)

這個有些幫忙，至少他們有壓力，醫生會有壓力，就是覺得會列入黑名單，大家會應該會更小心，會有壓力，會有民怨，但是品質會提升嗎？我的看法是問號。不會是因為公佈了以後，他開得變更好，也不會開了刀，因為有公佈，他不該開的病人就變不開了。這是不會發生的。但是醫生會更努力去做假。對醫療院所是沒有甚麼更大的幫忙。(受訪者B3-1)

在醫界，人人相輕，自古而然。很多醫生沒有反省能力，他都在反省別人。醫界跟其他行業不一樣的，醫生是非常的專業。.....我比較保守；因為醫師行為不會改變，有些舊慣例，他開刀就認為是這樣開，他不會說不行喔，搞不好要到其他醫院進修，他不會的，他不會說我們醫院的感染率這麼高，我這個刀不要開了。(受訪者B3-1)

其實病人會自動給他制裁，他會到其他醫院去，病人是對醫生最好的制裁。他不滿意、他感染了，他自動會跟你抱怨，他自己就會收斂，如果病人都感染了，就會慢慢會改，所以病人的行為對醫生是最好的制裁，而不是靠你公告這些，以為慢慢就不敢開，這種才是一種實在的真正制裁的方式。(受訪者B3-1)

醫院一定沒辦法做什麼因應，因為健保的要求使得醫生不斷在修改這些醫療行為，所以你要讓這些醫療的品質更好，健保影響更大。.....這三個指標對一個真正的骨科臨床醫師來講，是沒有什麼意義的，每個醫院原則不一樣，會使申報的誠實度會有差，所以這些報出來的這些東西，跟醫院的態度，還有醫生的誠實度有很大的關係，所以報這個不見得很有意義。(受訪者B3-2)

第六，針對衛生署定期公佈這些指標和說明，對民眾或醫療院所造成不良影響之意見，除了前面受訪醫師提出的意見外，有受訪醫師特別提出會誤導病患對於醫院的醫療品質的觀點，惟醫療品質不能只從三或四項指標加以判斷，因而讓病患有不完整的判斷。此外，每位病患的病情不一樣，用統一指標來判斷醫療品質也會有誤導。而有一位受訪醫師認為目前做法負面的，是去抓醫院的漏洞，使得醫院或醫師會做假，更難呈現真實的照顧品質。

受訪者意見如下：

現在衛生署放出來的結果說某醫院執行率只有多少，這個就是有這個差別，沒有辦法做一個好的評估。病人看到以為這個醫院很差，其實這個醫院不差，或是說很好，也一樣會有錯的判斷，給病人一個不是完整的判斷，病人到這個醫院看病不能光看這個指標。(受訪者B1-2)

還有一個因素，每個病人的病情不太一樣，有些病人來講這些指標不用測，有些病人病的很重的話，這些通通對他來講是沒有意義的，重到已經假設已經糖尿病很久的話，這幾個指標都已經是早期的，這些病人都是後期的。沒有意義的，所以這個病人他也誤會了，反而造成醫療浪費了，假設你說尿蛋白好了，不用測了，所以要看病情。(受訪者B1-2)

也許第一就不來看病吧，業績會受影響，他的業績會受影響，以許就會造成這一科的更萎縮，大概就這樣。會改變民眾的就醫習慣，就醫的場所他也許就不去。(受訪者B2-2)

目前做法負面的，你是專門抓人家的漏洞，抓人家的這個缺點，抓出來之後來比較，那麼抓人家缺點來比較的時候，大家都只會想辦法躲而已，以後越來越不實在，然後將來會變成這個作假，然後會變成空虛的東西沒有意義。(受

訪者B3-2)

更容易讓病人覺得說，將來我去這醫院開有問題的時候，就是因為你們醫院的品質不好，還讓我感染，你們醫院應該關門，你們醫生不應該開刀，告你們醫院，變成他一個證據，將來增加更多的問題，所以我不是很贊成用這個方法。(受訪者B3-2)

最後，受訪醫師對於政府未來修正醫療品質指標的相關建議，受訪醫師認為應增加一些與該疾病醫療品質相關的指標，以及應與相關的實務專家討論，甚至進行醫療評估，使得公佈的醫療品質指標能夠更合適與符合專業需求。

首先，受訪的糖尿病醫師建議增加「足部神經病變」相關指標，因為其會造成糖尿病非創傷性的截肢，另外是建議增加病人的特性等相關指標。以及醫療品質的提升除了醫師的治療外，病人的自我照顧也很重要，亦即病患參與照顧可以提升醫療品質。而另一位受訪醫師特別指出驗尿蛋白這個指標，是有誤導的，因為通常如果病人病情不嚴重的話，通常都不需要做微量白蛋白。由於公佈的執行率偏低，容易造成民眾的誤解。

受訪者意見如下：

這次公佈是醣化血色素、血糖、跟血脂肪，另外一個就是神經病變這部分，可能足部神經病變沒有？因為其實造成糖尿病非創傷性的截肢，足部神經病變也是一個因素。不過沒有在公佈的指標內，這部分可以在公佈時加上病人的特性。(受訪者B1-1)

衛教是一個很好的模式，就說透過定期的衛教，可以讓一般的病人了解這個疾病的控制的重要性，譬如說病人了解這個疾病的控制好不好，其實它的程度也會影響到我們治療的結果。另外，要提升我們的醫療品質，因為糖尿病

現在大部分都是慢性處方箋，其實我們也鼓勵病人自己回家做自我監測，其實病人參與這個照顧的話是可以提升醫療品質，就他們回家自己測血糖一方面再配合衛教跟他說飲食運動都要注意在配合測血糖，把他們兼顧好，就同時照顧兩方面一起配合，這樣品質會上升。(受訪者B1-1)

有一個驗尿蛋白，這個其實錯誤了。……按道理我們給病人用普通的、簡單的方法驗，如果是正常之後，才要去執行這個項目腎液微量白蛋白。……尿蛋白是用普通的試紙測尿蛋白，用一張紙來測便宜很多，只要25元，測出來如果已經異常的話，需要做更準確的方法。如果我的病人病情不嚴重的話，通常都不需要做微量白蛋白。因為登出來的全國都很低如20%，有的10%。老百姓不知道，如果比較關心的病人會覺得這個醫院很差，一百個病人才做20%，表示說很不關心，其實誤解了。(受訪者B1-2)

其次，受訪的婦產科醫師則建議應該在公佈前，先與相關學會、教授等具有實務經驗的專家討論，包括進行醫療評估、資料的呈現等，才不會出現這麼錯誤的資料與資訊，影響病患的判斷。另外，受訪醫師建議增加「住院超過七天」這個指標，因為超過七天的話，事實上可能有併發症出來，如有發炎，所以七天算是一個指標。而此受訪醫師建議增加「住院超過七天」此一指標，已是目標子宮肌瘤切除醫療品質指標之一。最後，有受訪醫師認為缺少宣傳，連醫師都不清楚有這個公佈的資訊。

受訪者意見如下：

資料公佈以前，我覺得連婦產科醫生看過一下都沒有。我覺得給任何一個退休的教授或怎樣看一下，再公佈好不好。大家看了說：「無聊」、「哪有這個樣子」、「中華民國的婦產科都要關門了」。……我覺得要跟醫生、要跟實務的人討論，譬如說應該跟醫學會討論，來做醫療評估，要怎麼來訂，或怎麼來抓，這樣才會讓醫界和政府中間得到一個和諧過程。(受訪者B2-2)

如果要以這樣的品質指標的話，我覺得可以跟各醫學會先商量。很多專家都在冷氣房裡訂方法。(受訪者B2-2)

它沒有很好的宣傳，大家都不知道，一般人也不知道，要不是報紙公佈的話，其實我也不知道。可是講的也不是很周全，但病人就會引用。(受訪者B2-2)

可是當你要說「他有尿道或腸胃道系統的問題」，這是很難的。你要用門診的ICD-9CM碼來鎖，他來複診，有許我就隨便鍵一個診斷碼，我以前就打xxx或是xxx，像現在我就不鍵。也許那個電腦的資料是抓了ICD那一個碼，所以就把你抓進去了。「腹痛」是不是肚子裡有毛病？事實上開到七天，肚子還是會痛的，割到手指都會要痛一、兩個禮拜，何況肚子開刀。這個就會這中間就會很難說用ICD的這種碼。.....因此，用ICD一個碼做統計，這会很粗糙。像這次某醫院開子宮肌瘤百分之四十的傷到腸子，這不是變笑話了嗎？我們婦產科，好幾個月有一兩個傷到的，這是好幾個月才有一次的。我說病人手術前要插尿管，就算拔掉以後，會不舒服，而且會增加感染機會。如果這也叫「尿道系統受傷」什麼，這是沒有人能接受。(受訪者B2-2)

有時候，這指標有些限制，比如說本來是內科或是外科病人，她會診過來婦產科，也許在內科已經耗好多天，像這樣是要排除。但是單純的婦產科案例，我覺得「住院七天」可以做為參考。因為現在病人已經幾乎都可以接受說，出院後再來拆線，或回診再過兩天來拆。.....因此，「住院超過七天」這個指標，其實是可以參考的。一般人來講，健保局的定義是說五天，因為健保局不會跟人家追究，說要尊重專業，專業要住幾天就住幾天，從來都是這樣。超過七天的話，事實上可能有併發症出來，如有發炎，所以七天算是一個指標，可以是一個參考。(受訪者B2-2)

再者，針對未來修正人工膝關節置換手術的醫療品質指標之建議，受訪醫師建議增加「抗生素使用天數」、「人工膝關節置換手術病人平均住院天數」等指標，以及未來這些病人的人工膝關節的存活率和將來的功能的評估，均遠勝於這些表淺或深部的感染率指標的意義。另外，建議進行

病人之間的滿意度調查，調查病患在醫院有沒有發生感染，用隨機抽樣才是準確的，而不是醫院報出來的資料做為分析基礎，因為那個申報資料僅能參考。

受訪者意見如下：

建議政府統計「抗生素使用天數」，這個指標是提供給社會大眾的。醫院敢用抗生素，用的很短的，表示品質很好，這個無庸置疑。(受訪者B3-1)

我覺得最重要的滿意度，不是靠這個，這是一個參考。「再入住院率」也是一個參考，公佈這兩個就很重要。(受訪者B3-1)

病人之間的滿意度調查，這個才是最真實的。你用隨機抽樣，幾千個，問他的狀況怎麼樣，這個才是最重要。健保局要做隨機電訪，是很簡單的事。問你做這個東西，在醫院有沒有發生感染，你用隨機抽樣才是準確的，而不是醫院報出來的資料。因為醫生忙，有的時候他忙有沒有在注意。那個申報，根據我的經驗都是假的啦，參考而已，我實在的跟你講這個。你們要去做術後追蹤電訪，我想這個是合理的。你們有權力，這才是最準的。(受訪者B3-1)

第二個指標是醫院這類病人平均住院天數。這可以提供參考。若要把結果跟美國比較，如果住院天數愈長的，一定有甚麼問題。照理說這個刀在五天就可以出院，五天上下，你住到十多天的，有甚麼意義？這是浪費醫療資源，所以公佈這類手術的病人平均住院天數，也是很重要的。(受訪者B3-1)

人工關節要評估的是將來的結果好不好？不只這三個。……將來這個病人人工膝關節的存活率和將來的功能的評估，可能遠勝於這些表淺或深部的感染率。(受訪者B3-2)

茲將受訪者意見比較整理於表3-2：

表 3-2：醫療服務提供者訪談結果意見比較表

	B1-1	B1-2	B2-1	B2-2	B3-1	B3-2
Q: 受訪者對於衛生署公開醫療品質資訊達到預期目標之看法。	這四個指標是平常我們在照顧糖尿病人時，照護的品質好不好，這四個指標其實是蠻不錯的。	這幾個指標比較客觀，因為健保局會追查，台灣有一個照護網所謂糖尿病照護網有申報資料，才知道有沒有做，你說像腳的检查很難，它沒有辦法確認。	我覺得沒辦法達到目標，因為資料是錯的，而且政府目標不明確。	做醫療品質資訊，是很好的事，可是在設計上，要稍微謹慎一點，因為這是一刀的兩刃，不是傷到醫界和健保局，或是衛生署和民眾的關係。	我覺得是可以提供參考沒有錯，但是對於「深層和表層的感染」的定義，要做得非常嚴謹，否則會造成不公平，這是很重要的事情。	提供的數據不是很有價值，就像一開始講說，光這三個數據，沒有辦法讓人家知道人工膝關節的結果真的是比較好。

表 3-2(續)：醫療服務提供者訪談結果意見比較表

	B1-1	B1-2	B2-1	B2-2	B3-1	B3-2
Q：這些指標適不適合用來測量個別醫療院所糖尿病照護和進行相關手術的醫療品質？	由於基層診所的執行率都比較低，所以我想對於基層來說，有點不公平。		真的要對一般民眾就醫有幫助，就要抓對碼，否則公佈出來沒有意義。		要對深層和表層的感染的定義，要做得非常嚴謹。因為很多人使用抗生素超過七天，不見得是有感染；很多人用了萬古黴素是為了預防，而不是感染。	將來病人會更加的集中，對小醫院來講的話，這是刺激小醫院成長，品質要想辦法達到這樣，才能吸引更多的病人。

表 3-2(續)：醫療服務提供者訪談結果意見比較表

	B1-1	B1-2	B2-1	B2-2	B3-1	B3-2
Q：面對衛生署定期公佈個別醫療院所醫療品質指標，醫師在看診時可能會受到哪些影響？如何因應？	醫院沒有特別說公佈這個指標要特別注意什麼事，因為其實這中間的問題是在於說病人的選擇。	只有主管會看那個東西，或是還有像我們有興趣的就會去看一看，很多人不看它的，不看這個網頁。	如果這個資料公佈出去讓病人知道，他們可能就會選擇。知道這個醫院可能醫術較差，他們就不會去。	資料當然有幫助，可以把那些醫術差的醫生踢掉，我們不希望發生醫療糾紛。此外，醫師會更謹慎。	醫師知道這個問題後，肯定會做手腳，因為他怕醫院被降級，或是病人知道這個醫院的問題，一定會有一些偏差。	醫生對病人的治療方式，要靠這些東西來修正或更改，是很難的，因為醫療的行為是長時間的調整，不斷的修正，要靠長時間來慢慢修正。

表 3-2(續)：醫療服務提供者訪談結果意見比較表

	B1-1	B1-2	B2-1	B2-2	B3-1	B3-2
Q：針對對於衛生署定期公佈這些指標和說明，對民眾可能產生的影響之意見。	這牽涉到病人的教育水平，譬如說一般這邊的病人都是國中畢業或甚至是不識字的老人家，他們其實是對於醫生的信賴。	意是很好，但是效果有限，因為民眾看不懂。那些指標內容，病患沒有辦法直接一看就了解，衛生署雖然在前面有一段解釋，但解釋也是不夠。		病人看報紙，他們不會去看網頁。病人很少會點到那邊去的，除非是很有心的病人，或是已經發生醫療糾紛的病人，他才會進入衛生署的網站。	這個只能影響一部分的人——有上網能力的人、知識份子、學識地位或是學識比較深的人、或是會上網、會用網路得到訊息的人。	

表 3-2(續)：醫療服務提供者訪談結果意見比較表

	B1-1	B1-2	B2-1	B2-2	B3-1	B3-2
Q: 衛生署定期公佈這些指標和說明，能不能達到促進醫療院所更努力提升醫療品質？為什麼？	應該說有限，醫生不會特別放在心上。因為我們科有時候開會討論，我是覺得這樣公佈是有點不公平，因為病人特性都不一樣。	不會對於醫生的看診行為，做到淘汰不好的醫院的效果，不可能的。因為沒有處罰，執行率比較差不可能有影響。	政府如果要做提升醫療品質指標，這指標大家又可以接受，那公佈我覺得未嘗不是件好的，不是壞事情。	醫院理都不理，我們自己上網去查的時候，大家都覺得這是沒有意義，很無聊，理都不理，醫院沒有做任何措施。	這個有些幫忙，至少他們有壓力，醫生會有壓力，就是覺得會列入黑名單，大家會應該會更小心，會有壓力，會有民怨，但是品質會提升嗎？我的看法是問號。	醫院一定沒辦法做什麼因應，因為健保的要求使得醫生不斷在修改這些醫療行為，所以你要讓這些醫療的品質更好，健保影響更大。

表 3-2(續)：醫療服務提供者訪談結果意見比較表

	B1-1	B1-2	B2-1	B2-2	B3-1	B3-2
Q：衛生署定期公佈這些指標和說明，對民眾或醫療院所可能造成哪些不良的影響？		衛生署放出來的結果說某醫院執行率只有多少，這個就是有這個差別，沒有辦法做一個好的評估。病人看到以為這個醫院很差，其實這個醫院不差，給病人一個不是完整的判斷。		也許第一就不來看病吧，業績會受影響，他的業績會受影響，以許就會造成這一科的更萎縮，大概就這樣。會改變民眾的就醫習慣，就醫的場所他也許就不去。		目前做法是專門抓人家的漏洞，抓人家的這個缺點，抓出來之後來比較，大家都只會想辦法躲而已，以後越來越不實在，然後將來會變成這個作假。

四、小結

本研究經與六位三種科別醫師訪談後，綜合整理了醫師對於衛生署公佈醫療品質指標的意見與看法。由於受訪醫師僅六位，當然這些醫師的意見無法完全代表所有醫療服務提供者，未來相關單位在繼續推動醫療品質資訊相關決策時，這些意見並不需照單全收，但或許仍可做為參考之資料。綜合整理六位醫師的意見與看法如下：

第一，受訪的新陳代謝科醫師認為在極少程度上可以幫助民眾掌握醫療院所的醫療品質資訊，但也認為因為公佈的內容不易懂，因而無法讓病患「輕鬆地」了解醫院診所過去對某一疾病患者的照護情形。另外，受訪的婦產科與骨科醫師認為因為資料的偏誤或是不明確，對於針對子宮肌瘤手術的病患與人工膝關節的病患無法達到掌握醫療院所照護品質的目標。

第二，受訪的新陳代謝科醫師認為檢查的頻率與病人的年齡、罹病的長短，以及病人是否有其他合併症等相關，但是這次公開的指標內容沒有這些相關資訊，且由於到基層看病的病患病情都較輕，而到醫學中心的病人，像是糖尿病可能病情比較久或控制的比較不好，所以在執行的時候會比較嚴格執行。因而基層診所的執行率，均較大醫院為低，此一結果對於基層診所有不公平之處。至於婦產科醫師則認為因為資訊不正確，因而無法測量出個別醫療院所照護和進行相關手術醫療品質。而受訪的骨科醫師認為人工膝關節置換手術的感染要定義清楚，否則對於不同層級醫院之間的比較是不公平的。

第三，受訪的新陳代謝科醫師認為醫師受到醫療品質指標公佈的影響不大，因為醫師不會看著指標做事情，而且檢查的次數與病患的病情有關，

或是認為只有醫院主管才會去看這種指標，醫師沒有受到特別的影響或是要求。其次，婦產科醫師則認為對於醫院與醫師有幫助，當病人知道這個醫院可能醫術較差，他們就不會去，加上醫院本身也會約束，因而影響醫師的行為。或是有可能讓醫師更謹慎，或是進行更多檢查或作假。再者，骨科醫師認為對於醫師會有負面的影響，其認為當醫師知道這個醫療品質的問題後，因為他怕醫院被降級，或是病人知道這個醫院的問題，一定會有一些偏差，例如開抗生素但是要病人自費使用，或是資料的作假，以避免被醫院監督。或是認為未來可能是醫療糾紛產生的淵源，對醫師造成困擾。

第四，受訪的新陳代謝科認為糖尿病患會以便利作為看病或選擇醫師的考慮因素，同時也認為政府、醫院、醫師追求的目標跟病人追求的不太一樣，病患重是便利與價格便宜，其次才是品質。此外，因為糖尿病患以高齡者為多，多半不會使用電腦，透過網站公佈醫療品質資訊，對於高齡的病患而言，效果不大；而且公佈的圖表只有醫師才看得懂，一般民眾不會覺得圖表有幫助。其次，受訪的婦產科醫師認為對於子宮肌瘤手術的病患而言，因為資料是錯誤的，會造成誤導。而婦產科醫院認為病人會看報紙，但不會去看網頁，對於子宮肌瘤手術的病患影響有限。骨科醫院則認為這種公佈方式只能影響一部分的人，亦即有上網能力的人、知識份子、學識地位或是學識比較深的人、或是會上網、會用網路得到訊息的人。但是台灣有很多農家，農人、鄉下人，他們靠的是口耳相傳。病患重視的是口碑，或是其他病人的介紹。因此，透過網站公佈對於大多數病患的就醫選擇行為影響有限。

第五，針對衛生署定期公佈這些指標和說明，達到促進醫療院所更努力提升醫療品質的意見，受訪醫師的意見分歧，有些醫師認為影響有限，或是因為沒有罰則，執行率差不會有影響，也不會因而淘汰不好的醫師，或是認為可以減少醫療糾紛，給醫師一些警惕，惟亦有醫師認為至少對於醫師有壓力，覺得會列入黑名單，會更小心，但是品質不見得會提升，因為醫師非常專業且人人相輕。另外，受訪醫師表示健保的影響比衛生署公佈醫療品質指標更能影響醫師行為，因為健保要求使得醫生不斷在修改這些醫療行為，醫院沒辦法做什麼因應。

第六，針對衛生署定期公佈這些指標和說明，對民眾或醫療院所造成不良影響之意見，除了前面受訪醫師提出的意見外，有受訪醫師特別提出會誤導病患對於醫院的醫療品質的觀點，惟醫療品質不能只從三或四項指標加以判斷，因而讓病患有不完整的判斷。此外，每位病患的病情不一樣，用統一指標來判斷醫療品質也會有誤導。而有一位受訪醫師認為目前做法負面的，是去抓醫院的漏洞，使得醫院或醫師會做假，更難呈現真實的照顧品質。

第七，受訪的新陳代謝科醫師建議增加「足部神經病變」相關指標，因為其會造成糖尿病非創傷性的截肢，另外是建議增加病人的特性等相關指標。以及醫療品質的提升除了醫師的治療外，病人的自我照顧也很重要，亦即病患參與照顧可以提升醫療品質。而另一位受訪醫師特別指出驗尿蛋白這個指標，是有誤導的，因為通常如果病人病情不嚴重的話，通常都不需要做微量白蛋白。由於公佈的執行率偏低，容易造成民眾的誤解。

第八，受訪的婦產科醫師建議應該在公佈前，先與相關學會、教授等具有實務經驗的專家討論，包括進行醫療評估、資料的呈現等，才不會出

現這麼錯誤的資料與資訊，影響病患的判斷。另外，有受訪醫師認為缺少宣傳，連醫師都不清楚有這個公佈的資訊。

第九，受訪的骨科醫師建議增加「抗生素使用天數」、「人工膝關節置換手術病人平均住院天數」等指標，以及未來這些病人的人工膝關節的存活率和將來的功能的評估，均遠勝於這些表淺或深部的感染率指標的意義。另外，建議進行病人之間的滿意度調查，調查病患在醫院有沒有發生感染，用隨機抽樣才是準確的，而不是醫院報出來的資料做為分析基礎，因為那個申報資料僅能參考。

第二節、 醫療院所次級資料分析

醫療品質（quality of care）是醫療照護（medical care）的重點。我全民健保在達成全民納保（受刑或受管束人除外），疾病風險分擔，就醫財務障礙降低的政策目標後，面臨如何評估、課責和提升健保醫療品質的挑戰。

過去，各國政府經常利用醫學教育和繼續教育、醫療專業人員證照和醫療院所評鑑，來管理醫療品質。過去 40 年，美國醫療照護研究的主題，從小地區研究（small area study），結果研究（outcome research），到 90 年代的醫療品質研究（Zhan and Miller, 2003），而美國政府興起以「資訊公開」為醫療品質政策工具的風潮，例如 1986 年美國政府 Health Care Financing Administration (HCFA) 首度公佈的各醫院死亡率，繼之 Clinton 政府觸礁的醫療改革計畫（medical reform）促進更多的醫療品質資訊的公佈，至上世紀末，美國主要有七大醫療品質資訊公開系統：

- California Hospitals Outcome Project
- Cleveland Health Quality Choices
- Health Care Financing Administration Hospital Mortality
- Health Plan Employer Data and Information Set
- Missouri Obstetrics
- New York State Cardiac Surgery Reporting System
- Pennsylvania Health Care Cost Containment Council

分別公佈旗下各醫療保險計畫 (health plan)、醫院，或醫師的醫療品質指標結果 (Marshall, 2000)。

2003 年美國政府單位 AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) 發表《全國醫療照護品質報告》，針對若干臨床狀況，以 57 個醫療品質指標的結果，觀察全國醫療照護品質的趨勢 (Williams 等, 2005)。由 CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, 前身是 Health Care Financing Administration, HCFA)、JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)、AHA (American Hospital Association) 和消費者團體如 AARP (American Association of Retired Persons), 共同組成 Hospital Quality Alliance (HQA), 於 2004 年上網公佈各醫院的特定疾病或處置的醫療品質指標結果，這是美國第一次公佈全國醫院醫療品質指標值 (Jha 等, 2005)。

「醫療品質資訊公開」指「公佈包括可近性、專業技術或人際互動面向的醫療照護品質、行政服務品質、滿意度、效率，和服務的價格等面向的描述被界定的 (identified) 醫療專業人員、機構或體系的表現的標準化的資訊，並做比較」(Leatherman and McCarthy, 1999)。

雖然無論就範圍或內容而言，醫療品質「指標」均不等於醫療品質「資訊」，甚至，許多名義上的醫療「品質」指標，可能只是醫療服務的「績效」指標（performance indicator）。但是指標具備的標準化、計量化、專業性，和可用於大規模比較之特性，已經成為揭露複雜的醫療品質資訊的通用符碼。學理上，資訊公開可提高民眾的知能，增強民眾做知情下決定（informed decisions）的能力；提供政府或保險機構採購醫療服務的參考。在競爭性的醫療市場下，這股消費力量或被期待的力量，將提供誘因，鼓勵醫療院所加強自我管理，改善就醫環境，爭取顧客的滿意，尤其是資訊被揭露的部分。簡言之，醫療品質資訊公開，預期將產生需求面引導的供給面優勝劣敗的結果（Leatherman and Mccarthy，1999）。

資訊公開的支持者，不但認為可以透過醫療品質指標，測量和觀察到，達到某種可信程度的醫療品質狀況；經比較，能發現醫療院所醫療品質的差異，並分析其成因；若長期追蹤指標結果的變化，則能評估政策介入的成效，描繪醫療品質的長期趨勢。

一、文獻回顧

儘管有學理的支持和社會期待，本研究更關心醫療品質資訊公開的實證效果。國內文獻部分，鍾國彪（1997）的研究得出 22 個可行性高的品質指標：醫師具該科專科醫師身分比率、超過 60 人診次比率、每病床專科醫師比率、健保病床週轉率、超長期住院率、剖腹產率、有出院計劃比率、手術後 48 小時內死亡率、新生兒死亡率、非預期性於 15 天內再度住院率、住院/手術服務整體滿意度、主治醫師住診比率、每萬人急診觀察床數、孕

婦產前檢查利用率、兒童預防保健利用率、子宮頸抹片檢查利用率、子宮頸癌早期發現率、每萬人健保特約醫院/診所數、意外事件發生率、醫療糾紛比率、健保服務整體滿意度。

林恆慶等（2003）研究發現，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 5 個指標最受住院病人重視。58.4%住院病人表示就醫前會找醫療院所的資訊，53.2%認為醫院或醫師的資訊有助於選擇醫院；如果有醫院品質報告卡，88.4%表示會先參考再就醫，而 95.1%表示不會去報告卡差的院所。

鄭守夏等（Cheng, Ho and Chung, 2002）發現，大多數住院病人受訪者都表示不了解醫療品質指標，雖然有 42.1%表示了解「病人滿意度」的意義，但其中只有 6.5%認為它能代表醫院的品質。鄭守夏等（Cheng and Song, 2004）發現，如果有醫療品質資訊，73%的受訪民眾表示會用來參考就醫，接近半數（49.6%）表示有比較過醫師的服務品質，特別是女性、教育程度高、家庭收入高、經常就診者，有 77%表示如果該醫師績效不佳，會考慮換醫師，尤其是男性，年輕、教育程度高、家庭收入高的受訪者。

醫療品質資訊公開對醫師或醫院的影響，國內相關研究並不多見，林恆慶、高森永（2005）研究發現，健保局台北分局公佈醫師檔案，會影響開業醫師的行為，即降低病人就診次數、給藥天數、和用藥品項數。

國外相關研究部分，本研究利用關鍵字「public reporting + quality of care」，搜尋 PubMed 資料庫之摘要，續以「連結」功能，滾雪球方式發現：有關醫療品質資訊公開對於民眾就醫、醫療照護、或照護品質的實證研究，絕大多數集中在美國。以下利用 5 篇近 10 年的回顧研究（Leatherman and

McCarthy, 1999; Marshall, Shekelle, Leatherman and Brook, 2000; Schauffler and Mordavsky, 2001; Werner and Asch, 2005; Fung, Lim, Mattke, Damberg and Shekelle, 2008), 整理相關研究的發現。這 5 篇論文都廣泛回顧美國醫療品質資訊公開的實證研究, 引用的文獻, 互有重覆。Leatherman and McCarthy (1999) 和 Werner and Asch (2005) 旨在舉例強調某些重要面向, 特別是非預期結果 (unintended consequences), 的研究發現, 其餘 3 篇的目的都是系統性的回顧研究, Marshall 等 (2000) 系統性收集 1986 年至 1999 年 10 月, 發表於同儕評審學術期刊的相關文獻, 得 21 篇。內容之整理, 先依據資訊使用者是誰, 分成醫療消費者、雇主 (purchaser)、醫師, 和醫院或其他供給者四類, 其他則依據資訊公開造成的影響, 分成醫療照護結果和費用兩類。

Schauffler 等 (2001) 收集 1995 年起, 發表於同儕評審學術期刊, 關於醫療照護之消費者報告卡的文獻, 得 32 篇。該文介紹美國消費者報告卡的淵源, 並將文獻, 分成醫療消費者、醫療提供者 (醫院、如 HMO 之醫師團體、個別醫師、醫療保險人)、和雇主三大類。其中醫療消費者部分, 細分成 1) 對醫療保險人表現資訊的偏好、2) 醫療品質資訊對消費者之醫療保險人表現資訊的偏好的影響、3) 對醫療保險人的選擇、4) 對醫院的選擇, 和 5) 信任的醫療品質資訊來源。

Fung 等 (2008), 以 Marshall 等 (2000) 為基礎, 從 1986 年起, 延伸並更新相關研究至 2006 年, 共收集 45 篇。本篇的議題範圍有縮減: 只針對醫療保險人、醫院、個別醫師三類, 關於消費者選擇、品質改進工作、臨床結果, 和非期待之後果 (unintended consequences), 進行整理。不同於前兩篇, Fung 等 (2008) 有評估文獻在研究方法上的品質, 分成 1) 研究對象和資訊公開系統、2) 研究設計, 和 3) 整體評估三個面向。「研究對象和資

訊公開系統」面向，評估研究的研究對象和資訊公開系統，和美國私人醫療保險和老人醫療保險（medicare）的特性的重疊程度，分四級，第四級為「完全重疊」，第一級為「沒有重疊」。「研究設計」面向，將研究設計的紮實程度，分四級，第四級為「最強」，第一級為「最弱」。「整體評估」面向，綜合前兩個面向和研究結果科學程度的考量，分四級，第四級為「最高」，第一級為「最低」。

參酌我國醫療環境和全民健保的特性，由於我國採單一保險人，因此我們不引述有關醫療保險人和雇主的相關研究結果。Fung 等（2008）的研究方法評估，我們也略去其「研究對象和資訊公開系統」面向的結果。依據上述 5 篇研究，摘錄醫療品質資訊公開對醫療消費者、醫院，和個別醫師的影響的研究結論如表 3-3：

表 3-3：醫療品質資訊公開對醫療消費者、醫院，和個別醫師的影響

使用者	研究結論
醫療消費者	<p>雖然大部分民眾對醫療品質資訊有興趣，但是只有少數(12% and 25%)知道有醫品資訊的民眾會利用該資訊做求醫選擇(L3)；在 Cleveland 有高達 80%受訪者表示用過公佈的醫品資訊(L1)；知道有報告卡的民眾從 2000 年 27%緩增至 2004 年 35%(W3)；少數知道醫品資訊的民眾中，許多人不了解、誤解或不相信該資訊(W4)，特別是社經地位低的民眾(W1)；全國知道且利用醫品資訊做求醫選擇的民眾從 2000 年 12%緩增至 2004 年 19%(W2)；92%美國民眾認為嚴重的醫療過失案件應強制通報(W1)；超過 60%美國民眾希望嚴重的醫療過失案件要向社會大眾公佈(W2)；僅 6%的民眾認為醫療過失是最重要的醫療問題(W1)；資訊公開不影響民眾選擇醫院(F9)；資訊公開會影響民眾選擇醫師(F5)；影響有限(M3)；民眾偏好個別醫療供給者的特異資訊(S)；民眾偏好使用負面的資訊，如錯誤率、不良結果率(S)；資訊公開後，不利於低社經地位者就醫(F2)；實施 CABG 手術報告卡後，紐約和賓州實施繞道手術的病人比未實施州的病人的病情嚴重度輕，特別是被評為品質低的醫師當中(W1)，CABG 手術有種族就醫不平等的問題(W1)</p>

表 3-3(續)：醫療品質資訊公開對醫療消費者、醫院，和個別醫師的影響

使用者	研究結論
醫院	<p>不足 1/3 的受訪醫院領導人認為 HCFA 公佈醫院死亡率對醫療品質改善有用(L1)；3/4 的受訪醫院領導人表示會參考州政府公佈的經風險校正心肌梗塞死亡報告，但只有 1/3 會改變照護過程(L1)；隨機研究發現資訊公開比資訊私下提供給醫院更能促進醫院改善醫療品質，特別是品質分數低的醫院(W1)；報告卡對醫院的市場佔有的影響，不同研究有相反的發現(W3)；紐約公佈 CABA 手術死亡率後，該州該死亡率降低 41%(W1)，降低幅度大於同期之其他各州(W1)且持續至 1990 年代(W1)，不過，也發現從紐約轉院至 Cleveland Clinic 的重症人數增加 31%(W1)；榮民醫院研究，大腸直腸癌篩檢比例未達理想的醫院中，90%未篩檢的民眾都有適當的未篩檢的原因(W1)；資訊公開會刺激醫院採取改善品質的方案(F11，M1)；評鑑好醫院的支持資訊公開，評鑑差的批評之(M4)；資訊公開對臨床結果的影響，研究發現是不一定(F11)；資訊公開後，醫院死亡率降低(M2)。</p>

表 3-3(續)：醫療品質資訊公開對醫療消費者、醫院，和個別醫師的影響

使用者	研究結論
醫師	<p>大多數醫師表示知道醫療品質資訊的公佈(L2)；10%的賓州心臟血管專科醫師會和病人討論公佈的資訊(L1, W1)；少數(13% and 38%)醫師會參考公佈的資訊而改變病人轉介的建議，62%醫師表示不會被影響(L2, W1)；紐約公佈 CABA 手術死亡率後，造成 27 位手術量少的醫師離開紐約(W1)，67%紐約心臟外科醫師拒絕治療至少一位高危險患者(W1)；報告卡對醫師的市場佔有的影響，不同研究有相反的發現(W3)；實施 CABG 報告卡後，63%賓州心臟外科醫師承認不情願為高風險病人開刀，59%賓州心臟內科醫師表示有困難為高風險的冠狀動脈病人找到醫師動手術(W1)；實施 CABG 手術報告卡後，紐約和賓州實施繞道手術的病人比未實施州的病人的病情嚴重程度輕，特別是被評為品質低的醫師當中(W1)；醫師對資訊公開有興趣，但持懷疑態度，認為公開的必要性很小(M)；資訊公開後，病人組合無明顯差異，不一定影響重症病患就醫(F4)；</p>

L: Leatherman 等(1999); M: Marshall 等(2000); S: Schauffler 等(2001); W: Werner 等(2005); F: Fung 等(2008); 字母後的數字代表引用的文獻篇數。

相較於國外民眾或病患，我國民眾或病患可能有較高的意願要參考醫療品質資訊而就醫（林恆慶等，2003；Cheng and Song，2004），這也許是因為我國民眾習慣於自由就醫，不必經由轉診，就可以自選院所，所以當有院所的醫療品質資料可比較時，民眾會有高的意願擇木而棲。醫療品質資訊公開對醫師或醫院的影響，國內相關研究並不多見，林恆慶等（2005）

發現公佈醫師檔案會改變醫師的行為，唯此公開是某健保分局對轄內開業醫師之公開，並未對社會大眾公開。

簡言之，回顧相關研究發現：醫療品質資訊公開，對消費者選擇醫院或醫師的影響不大，對醫院採取醫療品質改善措施以及降低病人死亡率的影響較大，至於對個別醫師的影響，相關研究並不多，而且研究結果不一致。上述回顧還發現：相關的實證研究，多集中在少數資訊公開的系統，特別是 New York State Cardiac Surgery Reporting System。不同系統有不同的品質指標，這也許部分解釋在個別醫師方面，發現研究結果不一的現象。但是這也提醒我們：不同系統卻都發現資訊公開會影響醫院的經營。

關於醫療品質資訊公開，對病人尋醫選擇的影響不大，或說民眾對目前公佈的醫療品質指標，興趣不大，這可能和資訊的介面、內容以及呈現方式有關。許多研究都發現：民眾難以了解這些訊息，也對這些資訊缺乏信任，有需要時卻不容易及時獲得；即使了解，但因缺乏選擇而無可奈何。有些研究指出，比起醫療指標，親友的求醫經驗，對民眾的說服力更大，而大眾媒體對單一病人安全事件的報導，也強過院所醫療品質指標的比較。這些發現不僅關切民眾觀點和專業觀點的醫療品質資訊的距離，也指出目前公開的醫療品質資訊，離民眾可了解和可應用的目標很遠（Marshall 等，2000）。

民眾如何應用醫品指標？對民眾而言，不了解的資訊，就是沒有用的東西（Hibbard and Jewett, 1997）。雖然民眾總表示有興趣於更多的資訊，但多半只應用很小部分的資訊。當面對不一致的資訊時，民眾會自我判斷和選擇—選取他們判斷是對的。研究發現，必須減少民眾處理資訊的負擔，才能協助民眾做求醫選擇的決定（Hibbard, Slovic and Jewett, 1997）。

雖然許多民眾希望公佈個別醫師的醫品資訊，但是這種做法，爭議很大。個別醫師的病人數可能少到難有大致穩定的品質指標的平均值，也難以做到案例組合（case-mix）校正。對於偏遠地區或特殊專科的少數醫師，公佈其好壞，但不能提供當地民眾可替代的醫師，這對病人而言，並無助益（Epstein，2006）。

院所層次的公佈，則比較能減少樣本數少的問題，但不一定能完全避免，尤其是按院所分疾病時（見 Dimick, Welch and Birkmeyer, 2004）。比較醫院良窳時，除了控制病人組合，還需要控制群集內（within cluster）的觀察值不獨立的問題。Greenfield 等（2002）發現，控制病人組合後，醫院的內分泌專科醫師比內科醫師的服務品質好，達統計顯著水準。但是當控制群聚後，這項差異就不顯著。統計上，群聚因素必須控制，但應如何控制，尚未有定論（Laine and Sox, 2003）。綜上所論，本研究試圖比較衛生署「健保醫療品質資訊公開網」實施前後，監測的醫療品質指標值是否有統計上顯著變化，由於實施後觀察的期間很短，這項比較只能提供非常初步的結果。

二、材料與方法

（一）研究對象及範圍

本研究以全民健保特約醫療院所母體為研究對象。衛生署「健保醫療品質資訊公開網」，於今（2008）年4月25日正式對外公開，網頁上公佈個別特約醫療院所健保醫療品質指標值，共監測糖尿病照護、人工膝關節

置換手術，和子宮肌瘤切除手術相關的 10 項指標如表 3-4：

表 3-4：監測指標和追蹤期間

疾病/ 手術	指標名稱	多久測量一次
糖尿病 照護	1.糖尿病病患糖化血色素執行率	每半年
	2.糖尿病病患空腹血脂執行率	每年
	3.糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	每兩年
	4.糖尿病病患腎液微量白蛋白檢查執行率	每年
人工膝 關節置 換手術	5.人工膝關節置換手術傷口感染率(表層感染)	術後 90 天內
	6.人工膝關節置換手術置換物感染率(深部感染)	術後 90 天內
	7.實施人工膝關節置換手術出院後 30 日內因相關問題再住院率	術後 30 天內
子宮肌 瘤切除 手術	8.子宮肌瘤手術住院日超過七天比率	術後 7 日
	9.子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率	術後 14 日內
	10.子宮肌瘤手術後 14 日內，因該手術相關診斷再住院率	術後 14 日內

由於網頁比原訂公佈時間（2007 年底）延後約 4 個多月，又由於指標的追蹤期間、健保局擷取資料的作業，資料分析所需時間，和期末報告繳交期限之因素，我們與健保局討論後，決定以最大的可行性為原則，選擇其中 6 項指標進行分析；其餘 4 項指標——「糖尿病病患糖化血色素執行率」、「糖尿病病患空腹血脂執行率」、「糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率」、「糖尿病病患腎液微量白蛋白檢查執行率」——因為追蹤期間過長，

連網頁公佈後第一個月的指標值，都來不及於期末報告繳交期限前擷取，而不得不放棄。

承蒙健保局於今年 11 月 3 日熱心提供健保特約醫療院所母群體資料檔，復於 11 月 5 日提供進一步的補充。研究變項包括院所「特約類別」(即院所層級)、「型態別」、「評鑑等級」、「縣市區碼」、「特約狀況碼」和監測指標資料。監測指標資料以季為單位，從 2007 年第 1 季起收集，「網頁公佈前」的觀察時間是 2007 年第 1 季至 2008 年第 1 季，共 5 季。「網頁公佈後」的觀察時間，略過 4 月，於「人工膝關節置換手術傷口感染率(表層感染)」和「人工膝關節置換手術置換物感染率(深部感染)」是 2008 年 5 月至 6 月，於「實施人工膝關節置換手術出院後 30 日內因相關問題再住院率」、「子宮肌瘤手術住院日超過七天比率」、「子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率」和「子宮肌瘤手術後 14 日內，因該手術相關診斷再住院率」是 2008 年 5 月至 7 月。復因研究期間，健保局修改「子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率」的操作型定義，有舊定義值和新定義值。因此本研究共收集 6 項 7 個指標值——每季每院所的監測指標之分子值和分母值。指標定義同該網頁內容如下：

1.人工膝關節置換手術傷口感染率(表層感染)

- 分子：分母案件中，人工膝關節置換後 3 個月(90 天)內發生手術傷口感染之案件數。
- 分母：當年內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- 人工膝關節置換執行案件數：醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。

- 手術傷口感染：【(1) or (2)】 and (3)：西醫醫院及西醫基層之門、住案件，(1)有執行 48004C、48005C、48006C 或(2)任一診斷碼為 99660、99666、99667、99669、9985、73025、73026、73028、71105、71106、71108 且(3)於術後 7 日後有使用抗生素藥品者。
- 術後 7 日後有使用抗生素藥品：抗生素醫令迄日(取最大的迄日)-手術醫令起日 ≥ 7
- 抗生素藥品：ATC7 分類碼為 J01CA12、J01CF01、J01CF02、J01CA04、J04CA05、J01DA11、J01DA24、J01EA01、J01EC01、J01XA01、J01XA02、J01DD02、J01DE01、A07AA09 之藥品。
- 勾稽 90 天內是否有發生手術傷口感染時，以實施人工膝關節置換的案件裡，最早的醫令起日往後勾稽 90 天。若勾稽到本身住院案件也需列入分子。

2.人工膝關節置換手術置換物感染率(深部感染)

- 分子：分母案件中，人工膝關節置換後 3 個月(90 天)內發生置換物感染之案件數。
- 分母：當年內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- 人工膝關節置換執行案件數：醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- 置換物感染：西醫醫院之住診跨院案件中，以手術醫令執行起日往後推算 3 個月(90 天)，有執行 64053B、64004C、64198B 任一醫之案件。
- 跨院勾稽。
- 附加資訊：人工膝關節置換病人數，人工膝關節置換申報醫師數。

- 是指手術部位的深部切口發生感染，範圍包括如肌膜、肌肉層等深部軟組織，深部切口處有膿樣分泌物，病患有發燒、局部疼痛或壓痛等症狀，且感染發生於手術後 3 個月(90 天)內。

3.實施人工膝關節置換手術出院後 30 日內因相關問題再住院率

- 分子：分母案件中，出院後 30 日內再住院，且再住院案件有下列任一情形者：
 - (1) 執行 64053B、64004C、64198B、48004C、48005C、48006C 任一醫令且有使用抗生素藥品者。
 - (2) 任一主次診斷碼為 99660、99666、99667、99669、9985、73025、73026、73028、71105、71106、71108 且有使用抗生素藥品者。
- 分母：當年內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- 人工膝關節置換執行案件數：醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- 抗生素藥品：ATC7 分類碼為 J01CA12、J01CF01、J01CF02、J01CA04、J04CA05、J01DA11、J01DA24、J01EA01、J01EC01、J01XA01、J01XA02、J01DD02、J01DE01、A07AA09 之藥品。
- 意即在施行人工膝關節置換手術出院後 30 日內再入院原因，可能是病患未聽從衛教指導而致病情變化；或手術前評估不完整；或手術中、後醫療照護有疏失，導致病患因置換膝關節功能未恢復或引發其他相關問題，而再度住院治療。

4.子宮肌瘤手術住院日超過七天比率

- 分子：分母案件住院天數大於 7 日之人次數。
- 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數。
- 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額。
- 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
- 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。(在判斷該婦女是否有癌症診斷時，需用其 ID 往前勾稽六個月的門住診資料來判斷，此部分為跨院勾稽。)
- 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B。
- 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B。
- 住院天數大於 7 日：當次住院急性病床天數+當次住院慢性病床天數 > 7。
- 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。

5.子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率—(舊定義)

- 分子：分母案件出院 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷之人次數。

- 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數。
- 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額。
- 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
- 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。(在判斷該婦女是否有癌症診斷時，需用其 ID 往前勾稽六個月的門住診資料來判斷，此部分為跨院勾稽。)
- 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B。
- 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B。
- 輸尿管、膀胱損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 788、789。
- 腸道損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 863、867。
- 14 日內發生率勾稽方式：
 - (1)門診：(門診就醫日期－手術當次住院出院日)≤ 14 (跨院)
 - (2)住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日)≤ 14 (跨院)
- 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術) 需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。

6.子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率 —(新定義)

- 分子：分母案件出院 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率。
- 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數。
- 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額。
- 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218。
- 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。(在判斷該婦女是否有癌症診斷時，需用其 ID 往前勾稽六個月的門住診資料來判斷，此部分為跨院勾稽。)
- 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B。
- 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B。
- 骨盆器官損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 867。
- 胃腸道損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 863。
- 14 日內發生率勾稽方式：
門診：(門診就醫日期－手術當次住院出院日) ≤ 14 (跨院)。
住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日) ≤ 14 (跨院)。

- 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術) 需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。

7.子宮肌瘤手術後 14 日內，因該手術相關診斷再住院率

- 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數。
- 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數。
- 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額。
- 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
- 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。(在判斷該婦女是否有癌症診斷時，需用其 ID 往前勾稽六個月的門住診資料來判斷，此部分為跨院勾稽。)
- 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B。
- 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B。
- 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 614~621
- 14 日內再住院率勾稽方式：
住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日) ≤ 14 (跨院)。
- 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術) 需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。

資料檔儲存成 Excel 可讀取檔，偵錯後，進行分析。首先描述監測手術於院所層級的分佈情形，其次描述監測指標值的時間趨勢(temporal trend)。

分析統計部分，我們分析全國（national level）和院所（hospital level）的情形，全國的分析單位是「每季」，利用 Piecewise Linear Model 估計網頁公開前後，指標值的變化。院所的分析單位是「每季每院所」，初步的 Paired t Test 後，針對 panel data 的特性，利用 General Linear Mixed Random Model，在控制時間趨勢、和院所層級下，觀察公開前後，指標值有無明顯變化。有些分析有排除該季案例數過低（<25）的院所，其他則無，因此各分析的樣本數並不一致。以上分析都利用 Stata 8.0 版進行之。

三、研究結果與討論

（一）監測手術於院所層級的分佈

2007 年第 1 季至 2008 年 7 月，健保局共特約 20289 家醫療院所，包括醫學中心 24 家，區域醫院 84 家，地區醫院 440 家，其餘基層院所 19741 家。交叉分析發現，至少 1 季有 1 例人工膝關節置換手術或子宮肌瘤手術的院所，總共只有 378 家，佔全體的 1.86%，都是西醫醫院或西醫診所，沒有中醫、牙醫或其他醫事院所。

表 3-5 和表 3-6 分別描述人工膝關節置換手術和子宮肌瘤手術於各層級院所的分佈。本研究發現，人工膝關節置換手術都在醫院進行，醫學中心 (39.07%) 最多。於醫學中心，平均每季每院約 60.7 例，中位數約 50 例，分布明顯左偏，即少數醫院處理大多數的案例。子宮肌瘤手術也集中於醫學中心 (45.34%)，有 4.13% 在基層院所進行，分布亦明顯左偏。

表 3-5：人工膝關節置換手術統計：按院所層級 例(%)

院所層級	總計 N (%)	平均每季每家院所的手術數					
		平均值	25%	50%	75%	最大值	最小值
醫學中心	8733 (39.07)	60.65	15.08	49.83	78.75	217.50	0.00
區域醫院	6717 (30.05)	13.33	2.67	6.00	16.08	143.33	0.00
地區醫院	6904 (30.88)	2.62	0.00	0.00	0.42	181.83	0.00
基層院所	0 (0.00)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
合計	22354 (100.00)	0.18	0.00	0.00	0.00	217.5	0.00

表 3-6：子宮肌瘤手術統計：按院所層級 例(%)

院所層級	總計 N (%)	平均每季每家院所的病例數					
		平均值	25%	50%	75%	最大值	最小值
醫學中心	12725 (45.34)	88.37	23.17	74.67	114.08	389.50	0.00
區域醫院	10606 (37.80)	21.04	1.83	12.58	31.67	158.50	0.00
地區醫院	3575 (12.74)	1.35	0.00	0.00	0.17	74.50	0.00
基層院所	1159 (4.13)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
合計	28065 (100.00)	0.23	0.00	0.00	0.00	389.50	0.00

表 3-7 是平均每季手術數>0 或 ≥ 25 例的院所數。本研究發現，全國有提供至少 1 例監測手術的院所，於人工膝關節置換手術共有 231 家(1.1%)，於子宮肌瘤手術共有 300 家 (1.5%)。而全國平均每季提供至少 25 例監測手術的院所，各僅佔 0.2%，其中醫學中心比例最高，區域醫院居次，地區醫院更次，診所或未有評鑑等級的醫院則無。

表 3-7：平均每季手術數>0 或 ≥ 25 例的院所數：按院所層級 家(%)

院所層級	合計	平均每季手術數>0 例		平均每季手術數 ≥ 25 例	
		人工膝關節置換手術	子宮肌瘤手術	人工膝關節置換手術	子宮肌瘤手術
醫學中心	24 (100.0)	19 (79.2)	19 (79.2)	15 (62.5)	18 (75.0)
區域醫院	84 (100.0)	75 (89.3)	72 (85.7)	12 (12.3)	27 (32.1)
地區醫院	440 (100.0)	137 (31.1)	112 (25.5)	10 (2.7)	3 (0.7)
基層院所	19741 (100.0)	0 (0.0)	97* (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
合計	20289 (100.0)	231 (1.1)	300 (1.5)	37 (0.2)	48 (0.2)

* 其中 94 例於西醫專科診所，3 例於西醫一般診所。

(二) 監測指標值的時間趨勢

表 3-8 是每季每監測指標值的平均，我們發現該季該指標之手術數>0 和 ≥ 25 例的院所，分別為 172 至 222 家，與 31 至 52 家。各季的平均值，

高高低低，除了指標 5「子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率（舊定義）」稍有下降趨勢外，其餘平均值似乎沒有明顯的時間趨勢。

表 3-8：全國各季各監測指標值的平均

指標	>0 例						≥25 例					
	2007_1	2007_2	2007_3	2007_4	2008_1	公開後	2007_1	2007_2	2007_3	2007_4	2008_1	公開後
1	0.0108	0.0085	0.0192	0.0023	0.0062	0.0073	0.0124	0.0069	0.0069	0.0074	0.0077	0.0080
2	0.0051	0.0024	0.0037	0.0031	0.0037	0.0052	0.0041	0.0027	0.0034	0.0053	0.0016	0.0050
3	0.0061	0.0057	0.0161	0.0009	0.0032	0.0010	0.0061	0.0022	0.0036	0.0037	0.0013	0.0024
4	0.0701	0.0500	0.0589	0.0744	0.0805	0.0759	0.0353	0.0425	0.0462	0.0478	0.0461	0.0487
5	0.2826	0.2652	0.2611	0.2519	0.2472	0.2592	0.1680	0.1637	0.1625	0.1623	0.1541	0.1223
6	0.0003	0.0002	0	0.0050	0.0003	0.0002	0	0.0007	0	0	0.0005	0.0008
7	0.0020	0.0031	0.0015	0.0040	0.0008	0.0008	0.0016	0.0014	0.0028	0.0015	0.0039	0.0023

指標 1：人工膝關節置換手術傷口感染率(表層感染)

指標 2：人工膝關節置換手術置換物感染率(深部感染)

指標 3：實施人工膝關節置換手術出院後 30 日內因相關問題再住院率

指標 4：子宮肌瘤手術住院日超過七天比率

指標 5：子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率（舊定義）

指標 6：子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率（新定義）

指標 7：子宮肌瘤手術後 14 日內，因該手術相關診斷再住院率

(三) 網頁公開前後的比較：全國 (national level)

利用表 3-8 的 ≥ 25 例的結果，以 Piecewise Linear Model 分析每季平均值的趨勢，結果發現，監測的 7 個指標的每季平均值，都沒有統計顯著的時序上的線性趨勢 (linear trend)，而且公開前後，該值沒有顯著差異。以指標 5「子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率 (舊定義)」為例，時間變項的係數為負，表示季平均值有下降，但未達統計顯著水準 ($P > 0.05$)，而介入 \times 時間的係數為正 ($P > 0.05$)，表示公開前後，季平均值沒有顯著差異，如表 3-9。

表 3-9：指標 5 公開前後的 Piecewise Linear Model 之結果

變項	係數	Std. Err.	P 值
時間	-0.0336	0.0184	0.165
介入 \times 時間	0.0918	0.0842	0.355
截距	0.2323	0.0610	0.032

Adj R-squared = 0.2151

(四) 網頁公開實施前後的比較：醫院 (hospital level)

我們先做 Paired t test，再做 General Linear Mixed Random Model 分析。表 3-10 至表 3-16 利用 Paired t test，分別比較網頁公開前後 7 個監測指標值，我們比較公開前一季 (2008 年第 1 季) 和公開後的差異，結果發現，7 個指標值的前後比較，均未達統計上顯著意義。此外，我們計算各監測指標，公開前 5 季的的平均值，再利用 Paired t test，比較該值和公開後的差異。

結果發現，「每季子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率（舊定義）」指標值，公開前後明顯不同，且達統計上顯著意義（ $p=0.0138$ ），如表 3-14。其餘指標的差異，均未達統計上顯著意義。

表 3- 10：公開前後每季人工膝關節置換手術傷口感染率(表層感染)比較

公開後	公開前		樣本數	Paired t test	
	季	平均值 (標準誤)		t 值	P 值
0.0064 (0.0018)	2008 年 第 1 季	0.0079 (0.0021)	34	-0.4856	0.6305
0.0080 (0.0020)	公開前 5 季	0.0067 (0.0010)	37	0.5385	0.5936

表 3- 11：公開前後每季人工膝關節置換手術置換物感染率(深部感染)比較

公開後	公開前		樣本數	Paired t test	
	季	平均值 (標準誤)		t 值	P 值
0.0042 (0.0019)	2008 年 第 1 季	0.0016 (0.0009)	34	1.3611	0.1827
0.0050 (0.0020)	公開前 5 季	0.0033 (0.0007)	37	0.7459	0.4605

表 3-12: 公開前後每季實施人工膝關節置換手術出院後 30 日內因相關問題再住院率比較

公開後	公開前		樣本數	Paired t test	
	季	平均值 (標準誤)		t 值	P 值
0.0020 (0.0009)	2008 年 第 1 季	0.0013 (0.0006)	35	0.6628	0.5519
0.0019 (0.0008)	公開前 5 季	0.0028 (0.0006)	50	-1.0404	0.3033

表 3-13: 公開前後每季子宮肌瘤手術住院日超過七天比率比較

公開後	公開前		樣本數	Paired t test	
	季	平均值 (標準誤)		t 值	P 值
0.0506 (0.0133)	2008 年 第 1 季	0.0461 (0.0119)	42	0.9009	0.3729
0.0487 (0.0112)	公開前 5 季	0.0491 (0.0087)	52	-0.0675	0.9464

表 3- 14：公開前後每季子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率（舊定義）比較

公開後	公開前		樣本數	Paired t test	
	季	平均值 (標準誤)		t 值	P 值
0.1270 (0.0125)	2008 年 第 1 季	0.1541 (0.0210)	42	-1.5560	0.1274
0.1223 (0.0117)	公開前 5 季	0.1570 (0.0170)	52	-2.5515	0.0138

表 3- 15：公開前後每季子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率（新定義）比較

公開後	公開前		樣本數	Paired t test	
	季	平均值 (標準誤)		t 值	P 值
0.0009 (0.0005)	2008 年 第 1 季	0.0005 (0.0005)	42	1.0490	0.3003
0.0023 (0.0010)	公開前 5 季	0.0023 (0.0005)	52	0.0336	0.9733

表 3- 16：公開前後每季子宮肌瘤手術後 14 日內，因該手術相關診斷再住院率比較

公開後 平均值 (標準誤)	公開前		樣本數	Paired t test	
	季	平均值 (標準誤)		t 值	P 值
0.0021 (0.0010)	2008 年 第 1 季	0.0039 (0.0012)	42	-1.2231	0.2283
0.0023 (0.0010)	公開前 5 季	0.0023 (0.0005)	52	0.0336	0.9733

進一步比較發現，「每季子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率（舊定義）」指標值的公開前後明顯有異，主要因為 2007 年第 1 季和第 4 季的指標值比較低，如表 3-17。另外，按院所層級的指標值前後比較，都未達統計上明顯的差異。

表 3-17：公開前後每季子宮肌瘤手術後 14 日內，門、住診輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率（舊定義）比較：各季

公開後 平均值 (標準誤)	公開前		樣本數	Paired t test	
	季	平均值 (標準誤)		t 值	P 值
0.1267 (0.01261)	2007 年 第 1 季	0.1684 (0.0229)	42	-2.1020	0.0417
0.1270 (0.0122)	2007 年 第 2 季	0.1597 (0.0203)	43	-1.9147	0.0624
0.1284 (0.0128)	2007 年 第 3 季	0.1519 (0.0203)	46	-1.3891	0.1716
0.1260 (0.0123)	2007 年 第 4 季	0.1623 (0.0205)	48	-2.1320	0.0383
0.1270 (0.0125)	2008 年 第 1 季	0.1541 (0.0210)	42	-1.5560	0.1274
0.1223 (0.0117)	公開前 5 季	0.1570 (0.0170)	52	-2.5515	0.0138

由於研究資料具有 panel data 的特性，上述分析均未掌握此類資料的特性，因此我們運用 General Linear Mixed Random Model，控制時間趨勢、和院所層級下，結果發現，網頁公開前後，指標值都沒有統計上明顯的變化。

表 3- 18：指標 5 的 General Linear Mixed Random Model 之結果

變項	係數	Std. Err.	P 值
時間	-0.0039	0.0037	0.299
介入×時間	-0.0227	0.0163	0.163
區域醫院	0.0614	0.0312	0.049
地區醫院	0.0511	0.0560	0.362
截距	0.1397	0.0278	0.000

綜合上述分析，本研究發現，從 2007 年第 1 季到 2008 年約第 2 季，7 個監測的指標值都沒有明顯的時間趨勢，而且，利用網頁公佈健保個別特約院所的醫療品質資訊，公開前 1 季和公開後 2 至 3 個月內的 7 個監測指標值，也都沒有統計上明顯變化。

四、小結

分析健保資料庫，本研究發現，利用網頁公佈健保個別特約醫療院所的醫療品質資訊，公開前 1 季和公開後 2 至 3 個月內，該網頁監測的 7 個指標的值，均沒有統計上明顯變化。即上網公佈個別特約醫療院所的醫療品質資訊，短期內沒有造成監測指標的值立即、明顯的變化。相關原因，有待後續研究。

這次網頁公佈的人工膝關節置換手術和子宮肌瘤手術的指標，對於非西醫的醫院或診所都不適用。西醫院所部分，在大多數的醫學中心和少部分的區域醫院，有達一定的手術量，但在地區醫院、無評鑑等級醫院和診所，則關係甚微。簡言之，除了大多數的醫學中心和少數的區域醫院之外，

這 7 個監測指標的院所普及性很低。

(一)研究限制

衛生署原訂於去（2007）年年底前，將「全民健保醫療品質資訊公開網」上網，向社會大眾公開。之後幾度因故順延，遲至今年 4 月 25 日才上網。影響所及，造成糖尿病的監測指標資料來不及擷取。

(二)建議

健保局應持續監控網頁公開後對於醫療院所的影響，包括監控指標的變化以及未預期的結果（unintended consequences）（Werner and Asch, 2005），糖尿病處置指標的分佈情形，亦有待後續研究。

利用網路，提供民眾所需的健保資訊，如何做到「便民」，並不容易。對民眾而言，看不懂的資料，沒用；不相干的資料，沒興趣；不能回答民眾疑問的資料，多餘。健保醫療品質資訊公開，必須將重要、正確且與民眾關切的內容，以民眾可閱讀的文字，對民眾方便的管道，由民眾信任的機構發佈之。

讀的懂，有興趣看，能幫助解答民眾的疑惑，這樣的資訊內容，需要懂民眾溝通的文字達人、使用者的意見回饋，和民眾代言人的參與。從健保網路平台到民眾，中間需要各式各樣的資訊中介者，才更能有效地將網上的資訊，傳遞給需要的最終民眾。數位弱勢的民眾，通常在健康上也是弱勢，他們最需要這些資訊，但可能最不容易透過網路得到。台灣的電話普及率高，可考慮提供網路平台代查的服務電話，幫助不便上網的民眾。

台灣目前各種的健保醫療品質資訊公開，太自我受限於健保資料庫的內容。健保資料庫是為了支付特約院所的申報項目而設，不是為了監測健保醫療品質。我國應以美國為鏡，立法或修正全民健康保險法或醫療法，來規定醫療院所應按指定格式，定期向衛生署或健保局，報告其醫療品質資料，並經確認（validation）後，由衛生署或健保局向社會大眾公佈個別醫療院所的醫療品質資訊。

第四章、 醫療品質資訊公開對民眾與病友影響之分析

由於近代資訊科技的快速發展，網際網路已逐漸成為相當重要的傳播資訊管道，而衛生署此次在今年(2008年)4月25日，利用網路的方式公開特定三類疾病/手術的醫療品質資訊，在醫療品質資訊公開的政策上可說是相當創新。再者，全民健保的實施也已有相當時日，然而還有待確定的是，社會大眾是否平日就會藉由網際網路的方式來查詢醫療品質資訊？民眾對醫療品質資訊的瞭解程度究竟如何？以及這些資訊是否會影響其就醫決策也尚未明朗(Oermann & Wilson, 2000)；而上述這些問題也是本研究探討的核心之一。

第一節、 網路問卷及焦點團體問卷分析

本研究以量化和質化方式並行，量化方式為問卷調查，質化方式為焦點團體座談。量化方式本研究以網路問卷來調查使用全民健保醫療品質資訊公開網之網路使用者，以及針對焦點團體參與者設計一份問卷，瞭解民眾與病友對於目前公開之醫療品質指標與資訊公開平台之看法。期盼提昇使用效益。

一、文獻回顧

回顧醫療品質資訊公開之相關文獻，逐步整理歸納出下列衡量網站醫療品質資訊的指標：

首先是得知管道，意即民眾是如何得知此醫療品質資訊網站(鍾國彪等,2005；Healthfinder, 2008)。民眾可能是藉由搜尋引擎、相關新聞報導、

其他網站的連結、或是親朋好友的告知等等。

第二，使用該網站的目的為何，是為了自己或他人尋求針對疾病本身、還是醫院相關的資訊。

第三，是針對網站資訊內容的評估。包含的面向有內容完整度、可信度、精確性、即時性、相關性、易讀性。從Oermann & Pasma (2001)的研究中可知，網站資料的來源非常重要，代表著內容的可信度與品質；Cline & Haynes(2001)的研究也指出資料的可信度與權威性為一重要的評鑑構面。換言之，衡量資訊的正確性的關鍵指標在於資訊是否具有科學上的驗證。誠如健康資訊科技協會 (Health Information Technology Institute, HITI) 及健康照顧政策研究代理機構 (Agency for Health Care and Research, AHCPR) 所製定的六項網際網路醫療品質評定標準中，其中的一個面向即是可信度，此構面又可細分為來源、日期、關連性、審查過程。

此外，許多文獻都提及了內容易讀性的問題 (Oermann & Wilson, 2000 ; Oermann & Pasma, 2001 ; Wilson, 2003 ; Berland & Elliott & Morales, et al, 2001)。相關研究指出，民眾對於醫療品質資訊的閱讀能力扮演相當關鍵的角色。Oermann & Wilson的研究認為規劃設計公開於網路的醫療品質資訊時，應考量利害關係人 (相關特定病患) 的文化背景、年齡、性別、閱讀能力等因素。換言之，假如民眾可以了解網路上的資訊，網路將會是一個可以有效傳遞訊息的介面。對於年長者、或是閱讀能力普通的民眾而言，網路上的醫療品質資訊往往過於複雜難懂 (Wilson, 2003)；值得一提的是，較為年長以及患有慢性疾病的病人通常閱讀能力較低，然而，他們往往占了病患的大多數 (Wilson, 2003)。民眾閱讀程度不高很可能是摻雜了過多的專業術語，或是使用的文字過於艱澀，民眾因而不易理解其背後的涵意。

很多民眾可能會因為資訊內容文字過於艱深，反而不願再繼續閱讀，因為打從一開始，他們就無法掌握資訊內容所表達的真正意涵（Oermann & Wilson, 2000）。如果民眾無法明白資訊內容，更遑論將其對照應用於自身或家人的病情之中。

第四，是針對網站介面設計的評估（鍾國彪等,2005；Healthfinder, 2008）。網頁的設計是否簡潔明瞭、是否能吸引使用者的目光、功能操作是否迅速簡便；以及使用時若有任何問題可以容易地找到相關說明、或是有表達意見的管道。

第五，醫療品質資訊的幫助程度。換言之，民眾在閱讀這些資訊後，醫療知識是否有相對地提高、是否有助於就醫、是否會向親朋好友推薦此網站。

第六，整體滿意度與相關建議（Healthfinder, 2008）。由於社會大眾與相關病友皆是醫療品質資訊公開政策相當重要的利害關係人，因此民眾對於網路介面的滿意度與建議更是政策評估的重要參考指標。誠如Hsu於2005年的研究指出，儘管上網人數比例頗高，但很多民眾卻未能善用網路上所提供的醫療資訊，原因之一是民眾對於資訊內容感到不滿意。導致不滿意的因素可能有很多，像是資訊不夠準確、內容表達方式有待改善等等。本研究期望藉此部分來了解民眾對於資訊內容的滿意度、對於網站使用的滿意度以及相關建議，以改善資訊內容與網路平台的不足之處。

第七，民眾的網路使用行為。儘管現代資訊科技已相當發達且普遍，但研究指出，會藉由網路搜尋醫療品質資訊的民眾並不如想像中多（Baker & Wagner & Singer & Bundorf,2003；Pew Internet and American Life

Project,2000；Hsu, 2005；Nurain & Kitteringham & Spit, et al, 2007)。國內有研究指出，曾有上網搜尋醫療相關資訊與未曾有過此搜尋經驗的民眾比例約各占半數（Hsu, 2005）。不過，目前國內民眾使用的情形或許有所變化。故本研究希望藉此構面了解目前國內民眾上網的使用情況、以及上網搜尋醫療品質資訊的經驗概況。

第八，最後一面向是民眾個人背景資料（Healthfinder, 2008），包括了職業、性別、年齡、教育程度，以了解網站使用者的族群特性。此也可作為內容設計的關鍵參考；政策目標人口的特性是相當重要的考量因素，亦是影響政策成敗的關鍵。問卷設計構面及內容請見表 4-1。

表 4-1：網路問卷設計構面及內容

指標名稱	概念型定義	資料來源	問卷題目
得知管道	1. 得知此品質網站的管道或來源	Healthfinder (2008)	來源：鐘國彪等(2005) 請問您是如何得知這個醫療品質資訊公開網？ (1)搜尋引擎 (2)新聞報導 (3)從其他網站的連結 (4)親戚朋友告知 (5)其他_____
使用目的	1. 瀏覽此網站的主要目的 2. 為自己或幫他人	Healthfinder (2008)	來源：鐘國彪等(2005) 請問您瀏覽此網站的目的為？ (1)為自己尋找疾病資訊 (2)為他人尋找疾病資訊 (3)為自己尋找醫院資訊 (4)為他人尋找醫院資訊

表 4-1(續)：網路問卷設計構面及內容

指標 名稱	概念型定義	資料來源	問卷題目
內容 評估	1. 完整性 2. 可信度 3. 精確性 4. 即時性 5. 相關性/有用性 6. 易讀性	AHCPR (1999) Nurain et al (2007)	<p>來源：鐘國彪等(2005)請問您是否同意此網站提供的品質資訊相當實用？</p> <p>(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意</p> <p>請問您是否同意此網站提供的說明資訊可讓使用者清楚如何使用？</p> <p>(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意</p> <p>來源：Pew Internet and American Life Project (2000)</p> <p>請問您認為此網站提供的品質資訊有多少是正確可信的？</p> <p>(1)幾乎全部 (2)大部分 (3)一些 (4)大部分不可信 (5)幾乎全部都不可信</p>

表 4-1(續)：網路問卷設計構面及內容

指標 名稱	概念型定義	資料來源	問卷題目
網站 設計 評估	1. 網頁設計簡潔明瞭 2. 網頁可以吸引注意力 3. 網頁下載速度很快 4. 功能操作迅速簡便 5. 遇到問題時可以方便地找到說明 6. 遇到問題時有表達意見的管道	Healthfinder (2008) 鐘國彪等 (2005)	來源：鐘國彪等(2005) 請問您是否同意此網站網頁的設計清楚明瞭？ (1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意 請問您是否同意此網站網頁設計相當吸引人？ (1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意 請問您是否同意此網頁功能操作相當簡便？ (1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意

表 4-1(續)：網路問卷設計構面及內容

指標 名稱	概念型定義	資料來源	問卷題目
網站 設計 評估			<p>請問您是否同意瀏覽此網頁時，若遇到問題時可以方便地找到說明？</p> <p>(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意</p> <p>請問您是否同意瀏覽此網頁時，若遇到問題時有表達意見的管道？</p> <p>(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意</p>
資訊 幫助 程度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療知識提高 2. 幫助就醫的資訊 3. 是否再度來訪 4. 是否推薦給親友 	Healthfinder (2008) Oermann and Pasma (2001)	<p>來源：Baker et al (2003)</p> <p>請問您是否同意網頁上提供的醫療品質相關資訊有助於了解此三種疾病的症狀、治療方式？</p> <p>(1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意 (6)不知道</p>

表 4-1(續)：網路問卷設計構面及內容

指標 名稱	概念型定義	資料來源	問卷題目
<p>整體滿意度與建議</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對資訊內容的整體滿意度 2. 對網站使用的整體滿意度 3. 建議 	<p>Healthfinder (2008)</p>	<p>綜合來說，請問您是否滿意網頁上提供的醫療品質相關資訊？</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)非常滿意 (2)滿意 (3)普通 (4)不滿意 (5)非常不滿意 <p>綜合來說，請問您是否同意網站的整體設計相當便於使用者查詢資料？</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)非常同意 (2)同意 (3)普通 (4)不同意 (5)非常不同意 <p>就此網頁的資訊或設計，您覺得有什麼部分還需要再改進？</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)網頁設計不夠簡潔明瞭 (2)網站提供的資訊不夠豐富 (3)說明的文字不易理解 (4)資訊無助於實際至該醫院就醫 (5)其他_____

表 4-1(續)：網路問卷設計構面及內容

指標 名稱	概念型定義	資料來源	問卷題目
網路 使用 行為	1. 上網的經驗 2. 上網搜尋醫療品質資 訊經驗	Nurain et al (2007)	來源：Pew Internet and American Life Project (2000) 請問您平日上網主要的目的為 (1)收發e-mail (2)閱讀新聞報導或氣象預報 (3)搜尋健康或醫療相關訊息 (4) 其他_____ 請問您過去會使用網路查詢醫療品 質相關資訊嗎？ (1)有 (2)沒有 請問您最近一次上網查詢醫療品質 相關資訊是什麼時候？ (1)最近一個禮拜內 (2)最近一個月內 (3)最近半年內 (4)半年之前

表 4-1(續)：網路問卷設計構面及內容

指標 名稱	概念型定義	資料來源	問卷題目
個人 背景 資料	1. 職業 2. 年齡 3. 性別 4. 學歷	Healthfinder (2008)	<p>請問您現在的職業是什麼？</p> <p><input type="checkbox"/> (1)軍公教人員</p> <p><input type="checkbox"/> (2)民營公司員工</p> <p><input type="checkbox"/> (3)公司、商店或執業場所負責人</p> <p><input type="checkbox"/> (4)領有專業證照的自由業(如醫師、會計師、建築師、律師等)</p> <p><input type="checkbox"/> (5)參加職業工會的工人 <input type="checkbox"/> (6)農漁民</p> <p><input type="checkbox"/> (7)學生 <input type="checkbox"/> (8)家庭主婦 <input type="checkbox"/> (9)無業</p> <p><input type="checkbox"/> (10)退休人員</p> <p><input type="checkbox"/> (11)其他 (請說明：_____)</p> <p>請問您的性別：</p> <p><input type="checkbox"/> (1)男 <input type="checkbox"/> (2)女</p> <p>請問您的教育程度：</p> <p><input type="checkbox"/> (1)不識字</p> <p><input type="checkbox"/> (2)小學(肄業)畢業或以下</p> <p><input type="checkbox"/> (3)國中或初中(肄業)畢業 <input type="checkbox"/> (4)高中職(肄業)畢業</p> <p><input type="checkbox"/> (5)專科或大學(肄業)畢業 <input type="checkbox"/> (6)研究所(肄業)以上</p> <p><input type="checkbox"/> (7)其他 (請說明：_____)</p> <p>請問您的出生年月：19__年__月</p>

二、材料與方法

(一)網路問卷部分

1.資料蒐集期間

網路問卷資料蒐集期間從 2008 年 6 月 6 日，於全民健康保險醫療品質資訊公開網網頁完成網路問卷架設起，至 2008 年 8 月 31 日為止，共計約二個月時間。

2.網路問卷填寫者背景

於網路問卷資料蒐集期間，總共有 2,311 筆資料，但由於當中有部分問卷為重複填寫或資料填寫不實，因此經篩選並將資料重新整理過後，有效問卷為 2,248 筆。

如表 4-2 所示，網路問卷樣本男性共 963 人、占 41.7%，女性共 1,284 人、占 55.6%，女性比例顯然高於男性；年齡集中於 16 歲至 35 歲之間（平均值 = 32.07 歲，占 69.31%），65 歲以上比例為最低，占 2.36%；教育程度方面，70.2% 的填答者擁有專科或大學以上學歷，比例最高，次之為高中（職），占 19.2%，國中、小學或以下的比例相同，皆為 4%。

表 4-2：網路問卷填答者基本資料

基本背景資料		人數(%)
性別	男	963(41.7)
	女	1284(55.6)
教育程度	小學或以下	93(4)
	國中	92(4)
	高中(職)	444(19.2)
	專科或大學	1371(59.4)
	研究所以上	248(10.8)
年齡別	0~15歲	58(2.58)
	16~25歲	680(30.25)
	26~35歲	878(39.06)
	36~45歲	341(15.17)
	46~55歲	131(5.82)
	56~65歲	107(4.76)
	65歲以上	53(2.36)

3.網路問卷設計

為了瞭解網路使用者對於醫療品質資訊公開網內容的評價，以作為未來改進的參考，由本團隊依照文獻而設計一份網路問卷，並委請健保局企劃處協助於全民健康保險醫療品質資訊公開網網頁建置網路問卷，針對網站上糖尿病照護、人工膝關節置換、子宮肌瘤切除三類疾病／手術之醫療

品質資訊的易讀性、完整性、實用性、就醫幫助以及瀏覽者的瀏覽內容、個人資料等進行了解。並且結合填問卷抽獎品的活動方式，提供誘因以鼓勵網路使用者填答，作為本研究分析以及提供相關單位改進參考之用。該網路問卷活動規劃、網路問卷及編碼簿參見附錄三。

(二)焦點團體問卷部分

1.資料蒐集期間

本研究於2008年7月25日、7月26日兩天，於各場次之焦點團體座談會結束後，進行焦點團體參與者問卷調查。

2.焦點團體問卷填寫者背景

依照三類疾病/手術別分類，參與糖尿病焦點座談場次（7/25&7/26、共二場）有18人，人工膝關節置換手術焦點座談場次（7/26、共1場）10人，子宮肌瘤切除手術焦點座談場次（7/25&7/26、共2場）19人。

整體來說，女性參與者34人，約占總焦點團體參與者七成，男性僅有13人；參與者的年齡主要分佈於41-60歲之間，共有23人，21-30歲之間為6人，31-40歲之間為9人，61-70歲之間為7人；另外，值得一提的是有兩位參與者較為年長，是一對超過70歲的夫妻，參與的是7/26糖尿病焦點團體場次；學歷部分，將近一半的參與者是專科或大學畢業，小學畢業或以下者為4人，國中畢業的為1人，高中畢業者為13人，研究所以上者為6人；參與原因部分，有22人是因為家人或親友為此三類疾病/手術之病友；有17人為本人即是此三類疾病/手術病友，但僅包含糖尿病與子宮肌瘤病友，人工膝關節置換焦點團體場次，沒有接受過人工膝關節置換手術病友本人參與，關心此三類疾病/手術之參與者有8人；此外，從參與者職業分佈概況圖來

看，可以發現此次焦點團體參與者大多為一般民營公司員工，身為家庭主婦者次之，再來是軍公教人員，居第四位的是退休人員。

表 4-3：焦點團體參與者基本資料

基本資料	疾病/手術別	糖尿病	人工膝關節置換	子宮肌瘤切除手術	小計
性別	男	10	3	0	13
	女	8	7	19	34
年齡	21-30 歲	2	3	1	6
	31-40 歲	5	1	3	9
	41-50 歲	5	1	4	10
	51-60 歲	2	3	8	13
	61-70 歲	2	2	3	7
	70 歲以上	2	0	0	2
教育程度	小學或以下	1	1	2	4
	國中	1	0	0	1
	高中(職)	2	3	8	13
	專科或大學	10	4	9	23
	研究所以上	4	2	0	6
參加身份	本人	7	0	10	17
	親友	11	4	7	22
	關心者	0	6	2	8
職業分布	軍公教人員	2	4	0	6
	民營公司員工	6	5	3	14
	領有專業證照的自由業	1	0	0	1
	家庭主婦	2	8	3	13
	學生	1	0	0	1
	無業	0	1	0	1
	退休人員	3	0	1	4
	其他	1	1	1	3

3.焦點團體問卷設計

由本團隊依照文獻來設計焦點團體參與者問卷，詢問其對醫療品質資訊公開網站的完整性、在操作使用上的便利性、實用性、對網站提供的指標和資料易讀性，及網站所提供之醫療品質指標符合其需求之程度、就醫幫助、以及是否改變其就醫態度與行為等進行了解。焦點團體問卷及編碼簿見附錄四。

三、研究結果與討論

(一)網路問卷部分

本網路問卷包含之面向為網頁公佈的指標內容、網站介面設計、整體滿意度。因此，後續分析內容首先探討網站資料內容評估，例如實用與否、是否簡單易懂。再者，分析關於網頁設計的評估，例如網頁設計與說明清楚與否、瀏覽與問題反應功能齊全與否等。最後，探討民眾整體滿意度與網站對於就醫之助益程度。

1.瀏覽疾病指標別與瀏覽原因

網路問卷有兩道題目為複選題，分別是詢問民眾瀏覽過的疾病指標類別、以及瀏覽這些品質指標資訊的原因。由表4-4所示，糖尿病的瀏覽比例最高，為73.6%；人工膝關節與子宮肌瘤的瀏覽率差異不大，分別為41.4%、45.3%；三種疾病皆有瀏覽的人數為595人（25.8%）。瀏覽原因部分，結果顯示，碰巧瀏覽到這個網頁之比例最高，占47.1%；再來是家人為相關疾病患者，占40.5%；第三大原因為朋友為相關及患者，占20.7%；再者是自己

身為相關疾病患者，占11.9%；但仍有3.3%填答者是因為其它理由而瀏覽該網站，問卷中亦有請選該選項的填答者說明原因。

表 4-4：網路問卷-瀏覽疾病與原因

已瀏覽過本網站哪些疾病指標資訊？ (n=2309) (複選)	人數(%)
糖尿病	1700(73.6)
人工膝關節	954(41.4)
子宮肌瘤	1045(45.3)
三種疾病皆有瀏覽	595(25.8)
請問您瀏覽這些指標資料是因為？ (n=2309) (複選)	
自己為病友	274(11.9)
家人為病友	934(40.5)
朋友為病友	479(20.7)
碰巧瀏覽此網頁	1087(47.1)
其他原因	77(3.3)

再者，表4-5顯示，相較於男性，不論是哪一項瀏覽原因，女性比例皆高於男性；表4-6亦顯示，不論是哪一項疾病品質指標，女生瀏覽的比例皆高於男性。對照於焦點團體民眾網路使用行為調查結果，皆可發現女性查詢、或瀏覽醫療資訊網站的比例較高。

表 4-5：網路問卷-瀏覽原因與男女比例

	自己 為病友	家人 為病友	朋友 為病友	碰巧瀏覽 此網頁	其他原因
男	121	396	240	460	27
女	153	538	239	626	50

表 4-6：網路問卷-瀏覽疾病&性別

	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
男	801	339	455
女	898	705	501

2. 網站內容之評估

首先，就內容評估部分，針對指標說明易讀性，詢問一般大眾對於網頁上提供的指標說明是否簡單易懂。從表 4-7、4-8、4-9 三個表格可知，不論是糖尿病、人工膝關節置換手術、子宮肌瘤相關指標，超過八成的瀏覽民眾評價皆是指標簡單易懂；糖尿病相關指標部分比例為 84.6%、子宮肌瘤相關指標部分為 83.8%、人工膝關節置換手術相關指標部分為 85.7%。負面評價的比例幾乎不到一成；顯示大多數一般民眾可理解疾病指標的相關說明內容，內容所使用的文字不會過於艱澀。

表 4-7：網路問卷-指標說明易讀性

	本網站提供的疾病指標說明是否簡單易懂？		
	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
簡單易懂	1439 (84.6%)	875 (83.8%)	820 (85.7%)
普通	246 (14.5%)	160 (15.3%)	128 (13.4%)
不簡單易懂	15 (0.9%)	10 (1%)	9 (0.9%)

第二，就內容的有關性或實用性而言，相當高比例的民眾認為網站所提供的醫療品質資訊相當實用；糖尿病指標部分比例為 89.8%、子宮肌瘤指標部分為 89.3%、人工膝關節置換手術指標部分為 89.8%。負面評價的比例幾乎不到一成；顯示多數民眾認為這些品質指標資訊相當實用。同時對照資訊幫助程度面向（表 4-9），大多數民眾相當肯定網站所提供的資訊有助了解疾病並可作為就醫參考。不難發現，多數民眾認為醫療品質指標是選擇醫療院所的重要參考資訊。

表 4-8：網路問卷-內容實用性

	請問您同不同意此網站提供的醫療品質相關資訊相當實用？		
	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
同意	1526 (89.8%)	933 (89.3%)	859 (89.8%)
普通	162 (9.5%)	104 (10%)	92 (9.6%)
不同意	9 (0.7%)	8 (0.8%)	6 (0.6%)

表 4-9：網路問卷-資訊幫助度

	請問本網站是否有助於您了解該疾病及就醫參考？		
	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
有幫助	1550 (91.2%)	952 (91.2%)	871 (91.1%)
普通	133 (7.8%)	84 (8%)	77 (8.1%)
沒有幫助	16 (0.9%)	8 (0.8%)	8 (0.8%)

3.網頁設計之評估

就網頁外觀設計部分，多數民眾同意網頁設計相當清楚明瞭；從表4-10所示，正面評價比例如下：糖尿病相關指標部分比例為88.2%、子宮肌瘤相關指標部分為89%、人工膝關節置換手術相關指標部分為89.9%。負面評價的比例幾乎不到一成。但若對照表4-10（詢問民眾瀏覽網頁時，是否便於找到相關說明？），負面的比例雖然不高，但相對照其他面向，有部分民眾認為不易找到相關說明；該題給予負面評價人數分別如下：糖尿病相關指標部分14人、子宮肌瘤相關指標部分為12人、人工膝關節置換手術相關指標部分9人。此結果顯示，在瀏覽網頁的過程中，假若遇到任何使用上的問題，網頁所提供的說明可能還有不足之處、或是有不易找尋的問題。

表 4-10：網路問卷-網頁設計清晰度

	請問您同不同意此網站網頁的設計清楚明瞭？		
	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
同意	1498 (88.2%)	929 (89%)	859 (89.9%)
普通	193 (11.4%)	110 (10.5%)	89 (9.3%)
不同意	8 (0.5%)	5 (0.5%)	8 (0.8%)

表 4- 11：網路問卷-瀏覽方便度

	請問您是否同意瀏覽此網頁時，若遇到問題時可以方便地找到說明？		
	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
同意	1441 (84.8%)	876 (83.9%)	809 (84.6%)
普通	244 (14.4%)	156 (14.9%)	138 (14.4%)
不同意	14 (.8%)	12 (1.1%)	9 (0.9%)

4.網站滿意度評估

整體滿意度部分，由表4-12顯示，將近九成民眾對於此網頁的醫療品質資訊感到相當滿意，正面評價比例為：糖尿病指標部分比例為89.5%、人工膝關節置換手術指標部分為89.8%、子宮肌瘤指標部分為88.7%。給予負面評價的民眾不到一成；平均而言，約10%的填答者給予普通評價。另外，就三項疾病皆有瀏覽的填答者而言，整體滿意度比例更是高達91.7%；因此，整體而言，填答者相當肯定網站所提供的醫療品質資訊。

表 4- 12：網路問卷-各別疾病瀏覽者之整體滿意度

	整體而言，是否滿意本網站提供的醫療品質相關資訊？		
	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
滿意	1520 (89.5%)	926 (88.7%)	859 (89.8%)
普通	170 (10%)	112 (10.7%)	91 (9.5%)
不滿意	9 (0.5%)	6 (0.6%)	6 (0.6%)

表 4-13：網路問卷-三種疾病皆瀏覽者之整體滿意度

	整體而言，是否滿意本網站提供的醫療品質相關資訊？
	三種疾病皆有瀏覽
滿意	545(91.7%)
普通	44(7.4%)
不滿意	5(0.8%)
總和	594

5.小結

如表4-14所示，內容實用度方面，三項疾病指標皆獲得高度認同（糖尿病89.8%、子宮肌瘤89.3%、人工膝關節89.8%）；指標說明簡單易懂而言，三項疾病指標之正面評價皆超過八成比例（糖尿病84.6%、子宮肌瘤83.8%、人工膝關節85.7%）；網頁設計清楚明瞭部分，問卷填寫者皆給予高度正面肯定（糖尿病88.2%、子宮肌瘤89%、人工膝關節89.9%）；網頁說明方便瀏覽程度部分，三項疾病指標皆獲得高度認同（糖尿病84.8%、子宮肌瘤83.9%、人工膝關節84.6%）；網站資訊幫助了解疾病與就醫程度方面²，問卷填寫者皆給予高度正面肯定（糖尿病91.2%、子宮肌瘤91.2%、人工膝關節91.1%）；網站整體滿意度而言，多數問卷填寫者皆表示相當滿意（糖尿病89.5%、子宮肌瘤88.7%、人工膝關節89.8%）。

² 焦點團體問卷未包含此題目。

表 4-14：網路問卷結果³

	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
實用*	1526 (89.8%)	933 (89.3%)	859 (89.8%)
簡單易懂*	1439 (84.6%)	875 (83.8%)	820 (85.7%)
設計清楚**	1498 (88.2%)	929 (89%)	859 (89.9%)
瀏覽方便**	1441 (84.8%)	876 (83.9%)	809 (84.6%)
資訊幫助度***	1550 (91.2%)	952 (91.2%)	871 (91.1%)
網站滿意度***	1520 (89.5%)	926 (88.7%)	859 (89.8%)

(二)焦點團體問卷部分

依據文獻設計之焦點團體問卷構面，主要分為三大面向：網頁公佈的指標內容、網站介面設計、網路使用行為。因此，焦點團體問卷結果分析首先探討焦點團體參與者對網站資料內容的評估，例如實用與否、是否清楚明瞭、可信度等。再者，分析網頁設計的評估，例如網頁吸引人程度、瀏覽與問題反應功能齊全與否等。最後，探討焦點團體參與者平日上網頻率、以及使用網路查詢醫療相關資訊概況。

1.網站內容之評估

從表4-15可看出，屬於子宮肌瘤場次的參與者當中，將近七成的比例對於網站內容實用度與否給予相當正面的評價；68.4%子宮肌瘤參與者認為內容實用；31.3%糖尿病場次參與者給予實用評價。相較之下，可以發現糖尿病場次參與者所給予實用的評價比例較低；同時亦可發現，37.5%糖尿病場

³ 前兩項(以*標示)為內容評估、隨後的兩個面向(以**標示)為網頁設計評估、最後兩項(以***標示)為網站整體評估；由於網路問卷題目較少，故包含面向不如焦點團體多樣。

次參與者給予網站內容不實用的評價，為三項疾病場次參與者給予負面評價比例最高者。

表 4-15：焦點團體問卷-網站內容實用度

實用度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
實用	5 (31.3%)	13 (68.4%)	7 (70%)
普通	5 (31.3%)	5 (26.3%)	2 (20%)
不實用	6 (37.5%)	1 (5.3%)	1 (10%)
總和	16	19	10

關於網站說明的內容清楚與否，從表4-16可以得知，人工膝關節場次的民眾認同內容清楚的比例最高，占了50%，亦是五個選擇當中所占比例最高的選項；47.4%子宮肌瘤場次參與者給予正面評價；37.6%糖尿病場次參與者認同說明內容清楚。就糖尿病與子宮肌瘤場次的民眾而言，評價為普通的比例分別為37.5%、47.4%；亦是五個選擇當中所占比例最高的選項；40%人工膝關節場次的民眾給予普通評價。由此可見，大部分民眾的評價意見為普通程度，較少有極端的意見；但整體而言，人工膝關節場次參與者認同程度最高。

表 4-16：焦點團體問卷-網站內容清楚度

清楚度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
清楚	6 (37.5%)	9 (47.4%)	5 (50%)
普通	6 (37.5%)	9 (47.4%)	4 (40%)
不清楚	4 (25%)	1 (5.3%)	1 (10%)
總和	16	19	10

內容可信度方面，73.7%子宮肌瘤、50.1%糖尿病、30%人工膝關節場次參與者認為網站內容大致可信。不論是哪一項疾病場次，沒有民眾選擇大部分或全部不可信的選項；推測可能是因為由衛生署製作且公開的網頁，對民眾而言，其醫療品質資訊仍是具有一定的公信力。

表 4-17：焦點團體問卷-網站內容可信度

可信度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
全部&大部分可信	8 (50%)	14 (73.7%)	3 (30%)
有些可信	8 (50%)	5 (26.3%)	7 (70%)
大部分&全部不可信	0	0	0
總和	16	19	10

至於網站的資訊是否具有參考價值，80%人工膝關節場次參與者給予有價值與非常有價值的正面看法。子宮肌瘤場次參與者給予正面評價的比例為57.9%；糖尿病場次參與者正面評價比例最低，僅31.3%。但整體而言，超過半數(53.3%)的民眾認為網站內容具有一定的價值，但仍有31.1%的民眾意見曖昧不明，選擇的是普通選項；普通選項比例較高的兩項疾病為糖尿病（43.8%）、與子宮肌瘤（31.6%）場次參與者。若想更加確定參與者的實際看法，可能還需要再進一步地深入研究。

表 4-18：焦點團體問卷-網站內容價值度

價值度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
有價值	5 (31.3%)	11 (57.9%)	8 (80%)
普通	7 (43.7%)	6 (31.6%)	1 (10%)
沒有價值	4 (25%)	2 (10.5%)	1 (10%)
總和	16	19	10

2.網頁設計之評估

就網頁設計清楚明瞭與否，人工膝關節場次的部分，90%的參與者給予了清楚明瞭的評價；36.9%子宮肌瘤場次參與者給予正面肯定；12.5%糖尿病場次參與者給予正面評價。整體而言，人工膝關節場次的參與者對於網頁設計的評價最高，糖尿病場次的參與者的評價較低；其負面評價則是占了25%，亦為三項疾病參與者中比例最高。

表 4-19：焦點團體問卷-網頁設計清楚明瞭度

明瞭度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
清楚明瞭	2 (12.5%)	7 (36.9%)	9 (90.0%)
普通	10 (62.5%)	10 (52.6%)	1 (10%)
不清楚明瞭	4 (25%)	2 (10.5%)	0
總和	16	19	10

就網頁設計吸引程度而言，三項疾病場次參與者認同的比例皆不高；僅6.3%糖尿病場次的參與者給予正面肯定，21.1%子宮肌瘤場次的參與者認同網頁吸引人，20%人工膝關節場次參與者評價正面。值得一提的是，就三項評價而言，糖尿病場次參與者比例最高的是網頁不吸引人選項，占43.8%；子宮肌瘤場次參與者則是普通選項，占42.1%；人工膝關節場次參與者亦是普通選項比例最高，占70%；。換言之，大部分的參與者既不覺得網頁設計有特別令人激賞之處，亦不覺得網頁設計非常差勁；因此，本研究推測大多數民眾對此無特別感受，網頁的設計或許還可再更加活潑生動。

表 4-20：焦點團體問卷-網頁設計吸引人程度

吸引程度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
吸引人	1 (6.3%)	4 (21.1%)	2 (20%)
普通	5 (31.3%)	8 (42.1%)	7 (70%)
不吸引人	7 (43.8%)	7 (36.8%)	3 (30%)
總和	16	19	10

有關瀏覽網頁時，是否可以方便找到說明的問題，62.6%糖尿病場次參與者認為不方便找到說明，18.8%認為方便找到說明；31.6%子宮肌瘤場次的參與者給予負面評價，26.4%給予正面評價；10%人工膝關節場次參與者持負面看法，50%給予方便找尋的正面評價。整體而言，三種疾病的意見相當分歧；超過半數的糖尿病場次參與者持負面意見，但半數的人工膝關節場次參與者給予正面評價，子宮肌瘤場次參與者則是正負評價皆有，其給予普通評價（42.1%）的為最多數。

表 4-21：焦點團體問卷-網站瀏覽方便度

瀏覽方便度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
方便	3 (18.8%)	5 (26.4%)	5 (50%)
普通	3 (18.8%)	8 (42.1%)	4 (40%)
不方便	10 (62.6%)	6 (31.6%)	1 (10%)
總和	16	19	10

關於問題反映方便度與否，意即瀏覽網頁時，假如遇到任何問題，是否可以方便地找到反映的管道。56.3%糖尿病場次參與者選擇了不方便選項，31.6%子宮肌瘤場次參與者給予負面評價，30%人工膝關節場次參與者持負

面看法。此外，選擇普通選項的比例亦不低，糖尿病場次參與者占37.5%、子宮肌瘤場次參與者占36.8%、人工膝關節場次參與者占40%。是故，在此面向上，結果顯示除了糖尿病場次參與者的意見較傾向負面看法之外，其他兩項疾病場次參與者持不方便與普通看法的比例較為相近。

表 4-22：焦點團體問卷-問題反映方便度

反映方便度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
方便	1 (6.2%)	6 (31.6%)	3 (30%)
普通	6 (37.5%)	7 (36.8%)	4 (40%)
不方便	9 (56.3%)	6 (31.6%)	3 (30%)
總和	16	19	10

關於網站設計是否便於使用者查詢資料，就個別疾病而言，正面評價最高的仍是人工膝關節場次參與者，比例為70%；子宮肌瘤次之，比例為42.1%；糖尿病場次參與者僅有12.5%。負面評價部分，比例最高的為糖尿病場次參與者，比例為37.5%；子宮肌瘤參與者認為不方便的比為26.3%，人工膝關節的比例則是20%。普通評價比例最高者則是糖尿病場次參與者，占了50%；子宮肌瘤次之，占了31.6%；人工膝關節的比例占了10%。相對來說，糖尿病場次參與者似乎給予的評價較傾向負面，而人工膝關節場次參與者多半給予正面評價，或許是因為疾病性質不同、或是其他原因，還有待進一步深入研究。

表 4- 23：焦點團體問卷-網站方便使用度

使用方便度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節
方便	2 (12.5%)	14 (42.1%)	7 (70%)
普通	8 (50%)	6 (31.6%)	1 (10%)
不方便	6 (37.5%)	5 (26.3%)	2 (20%)
總和	16	19	10

關於網站是否值得推薦給家人或親朋好友，整體而言，64.5%的與會民眾給予正面評價，認為其值得推薦。但若從個別疾病場次而言，人工膝關節場次參與者最為推薦此網站，比例高達80%；子宮肌瘤場次參與者也高達78.9%；糖尿病場次參與者推薦度相對較低，僅有37.6%。有出現負面評價的則是糖尿病場次參與者，比例為12.6%；子宮肌瘤場次參與者中占了5.3%；人工膝關節場次參與者則是完全沒有任何負面評價。

表 4- 24：焦點團體問卷-網站推薦度

推薦度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節	總和
值得推薦	6 (37.5%)	15 (78.9%)	8 (80%)	29 (64.5%)
普通	8 (50%)	3 (15.8%)	2 (20%)	13 (28.9%)
不值得推薦	2 (12.5%)	1 (5.3%)	0	3 (6.6%)
總和	16	19	10	45

網站滿意度方面，整體而言，48.8%的民眾給予正面肯定評價；但有42.2%的民眾給予普通評價，8.9%民眾是持負面的評價。就個別疾病而言，人工膝關節場次的民眾滿意度最高，比例高達70%；子宮肌瘤次之，比例為

57.9%；糖尿病場次民眾滿意度最低，僅有25%，其不滿意之比例亦為最高，占18.8%。此外，對照表4-24，在三種疾病場次參與者當中，糖尿病場次參與者網站推薦度也相對較低；甚者，對照前述的表格（例如內容實用度、清楚度、網頁瀏覽方便度等等），不難發現負面評價多半出現在糖尿病場次的參與者；因此，整體而言，可推知糖尿病場次的參與者相對上較不滿意網站公開內容與設計。滿意度相對上較高的是人工膝關節場次參與者；子宮肌瘤場次參與者的評價則是居中。

表 4- 25：焦點團體問卷-網站滿意度

滿意度	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節	總和
滿意	4 (25%)	11 (57.9%)	7 (70%)	22 (48.8%)
普通	9 (56.2%)	7 (36.8%)	3 (30%)	19 (42.2%)
不滿意	3 (18.8%)	1 (5.3%)	0	4 (9%)
總和	16	19	10	45

3.焦點團體參與者上網行為探討

由表4-26可知，91.1%焦點團體參與者有上網的習慣，僅8.9%焦點團體參與者從不上網。從不上網的共有4位，問卷中有繼續追問將來若有需要，是否會使用網路查詢醫療相關資訊，一位表示不會；一位表示會請他人幫忙查詢；另一位表示會親自上網查詢。從表4-27可看出，上網頻率最為頻繁之族群是大學或專科學歷以上的參與者、再者是高中(職)學歷參與者，頻率最低者為小學(肄業)或畢業參與者；換言之，本研究推測教育程度越高者，其上網頻率也越為頻繁。此外，由表4-28可知，女性參與者上網頻率高於男性。表4-29亦顯示，從過往網路查詢經驗而言，女性（71.4%）曾經使用網路查詢的比例高於男性（28.6%）。整體而言，就焦點團體參與者而言，超

過八成有上網習慣，而且在使用網路查詢醫療相關資訊方面，女性使用網路之比例明顯高於男性；因此，藉由網路來做為傳播資訊的介面或許是一可行之道；但有仍要考量數位落差(digital divide)的問題及更為深入之研究。

表 4-26：焦點團體問卷-上網頻率

	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節	總和
經常上網	11 (68.8%)	8 (42.1%)	8 (80%)	27 (60%)
偶爾上網	4 (25%)	8 (42.1%)	2 (20%)	14 (31.1%)
從不上網	1 (6.3%)	3 (15.8%)	0	4 (8.9%)
總和	16	19	10	45

表 4-27：焦點團體問卷-上網頻率&教育程度

	從不上網	偶爾上網	經常上網	總和
研究所(肄業)以上	0	0	7(26.9%)	7(16.3%)
專科或大學(肄業)畢業	0	5(35.7%)	17(65.5%)	22(51.2%)
高中職(肄業)畢業	1(33.3%)	7(50%)	1(3.8%)	9(20.9%)
小學(肄業)畢業或以下	2(66.7%)	2(14.3%)	1(3.8%)	5(11.6%)

表 4-28：焦點團體問卷-上網頻率&性別

	從不上網	偶爾上網	經常上網	總和
女	3(75%)	12(85.7%)	17(65.4%)	32(72.7%)
男	1(25%)	2(14.3%)	9(34.6%)	12(27.3%)
總和	4	14	26	44

表 4-29：焦點團體問卷-過往使用網路查詢醫療資訊經驗&性別

	沒有	有	總和
女	3(60%)	27(73%)	30(71.4%)
男	2(40%)	10(27%)	12(28.6%)
總和	5	37	42

就有上網習慣的焦點團體參與者而言，過往是否曾經使用網路查詢醫療相關資訊，高達88.4%參與者曾有過類似的查詢經驗。顯示多數民眾確實需要醫療相關資訊，也曾使用過網路作為查詢介面；尤其是人工膝關節場次參與者全數皆曾經使用網路查詢醫療資訊。然而，仍有11.6%參與者尚未藉由網路查詢醫療相關資訊，顯示有些民眾可能會藉由其他管道來獲得醫療相關的資訊。

表 4-30：焦點團體問卷-過往使用網路查詢醫療資訊經驗

	糖尿病	子宮肌瘤	人工膝關節	總和
有	13 (86.7%)	15 (83.3%)	10 (100%)	38 (88.4%)
沒有	2 (13.3%)	3 (16.7%)	0	5 (11.6%)
總和	15	18	10	43

4.小結

如表4-31所示，內容實用度方面，認同度最高的為人工膝關節場次參與者（70%）；內容說明清楚度而言，正面評價最高的為人工膝關節場次參與者（50%）；內容可信度方面，表現出高度信任的為子宮肌瘤場次參與者（73.7%）；資訊參考價值方面，給予最高評價的為人工膝關節場次參與者（80%）；網頁設計清楚明瞭部分，正面評價最高的為人工膝關節場次參與者（90%）；網頁設計吸引人程度而言，認同度最高的為子宮肌瘤場

次參與者（21.1%），但比例偏低；網頁說明方便瀏覽程度部分，給予最高評價的為人工膝關節場次參與者（50%）；反應問題方便程度而言，正面評價最高的為子宮肌瘤場次參與者（31.6%），但比例不高；網站方便使用程度方面，給予最高評價的為人工膝關節場次參與者（70%）；網站推薦度與整體滿意度方面，正面評價最高的皆為人工膝關節場次參與者（80%、70%）。

表 4-31：焦點團體問卷結果⁴

	糖尿病場次	子宮肌瘤場次	人工膝關節場次
實用*	5(31.3%)	13 (68.4%)	7 (70%)
清楚*	6 (37.6%)	9 (47.4%)	5 (50%)
可信*	8 (50.1%)	14 (73.7%)	3 (30%)
價值*	5 (31.3%)	11 (57.9%)	8 (80%)
設計清楚**	2 (12.5%)	7 (36.9%)	9 (90%)
設計吸引**	1 (6.3%)	4 (21.1%)	2 (20%)
瀏覽方便**	3 (18.8%)	5 (26.4%)	5 (50%)
反映問題方便**	1 (6.3%)	6 (31.6%)	3 (30%)
使用方便**	2 (12.5%)	14 (42.1%)	7 (70%)
網站推薦度***	6 (37.6%)	15 (78.9%)	8 (80%)
網站滿意度***	4 (25%)	11 (57.9%)	7 (70%)

⁴前四項(以*標示)為內容評估、隨後的五個面向(以**標示)為網頁設計評估、最後兩項(以***標示)為網站整體評估。

四、小結

(一)網路問卷與焦點團體問卷結果

研究結果發現，焦點團體問卷填答者中女性遠高於男性（女性68.1%，男性27.7%）；網路問卷填答者中男女比例差距相較較小（男性41.7%，女性55.6%）。焦點團體部分，本研究推測由於子宮肌瘤為女性專有疾病，因此整體而言，女性比例高於男性；網路問卷部分，男女比例差異不如焦點團體比例懸殊，但女性仍高於男性；推測可能是女性較為關心健康問題，可能會透過瀏覽或搜尋網頁的方式獲得想要的資訊；另有一可能原因是公開的醫療品質疾病指標其中之一為子宮肌瘤，因此，問卷填答者女性比例高於男性。此外，焦點團體參與者的年齡主要分佈於41-60歲之間，且一半以上學歷為大學或專科畢業。網路問卷填答者年齡集中於26歲至40歲之間，且70.2%填答者擁有專科或大學以上學歷。總結兩項問卷結果，過往的相關研究亦得出類似的結果（鍾國彪、周其宏、郭年真，2005；Hsu, 2005），可以發現具有高學歷的女性似乎更為積極地找尋醫療相關資訊，這可能也是女性在家庭中往往扮演照顧家人的角色（Cline & Haynes, 2001）。

不過，根據國外HON（Health on the Net Foundation）⁵2005年的研究結果，男女的比例越來越接近，且其大部分的網路問卷填答者年齡主要集中於40-59歲之間，相較這次網路問卷填答者年齡分布，可以發現國內使用網路的族群仍是較為年輕，具備高學歷的人口。但從焦點團體參與者中，不難發現41-60歲的族群更為關心醫療相關資訊，且參與者大多為非醫療相關專業人員；此外，儘管60%焦點團體參與者是具有經常上網的習慣，但仍

⁵HON是一個國際非營利組織、主要是以搜尋網路醫療資訊為主要服務項目的入口網站。其陸續在網路上進行了針對以醫療健康資訊為主的網路使用行為調查。

有31.1%偶爾上網，8.9%是從不上網；由此可見，透過網路傳播醫療相關資訊有其一定的限制，仍須考慮網路使用者的特性、上網頻率等等。

關於網站內容實用度，整體而言，不論是焦點團體問卷或是網路問卷的結果，多數民眾認同網站所提供的資訊頗為實用；然而，由於焦點團體參與者多數為自己本身是相關疾病患者，例如糖尿病場次的參與者中，37.5%認為網站內容不夠實用，還有待改進；但網路問卷的結果卻顯示，超過八成的民眾給予正面的肯定，認為公開的醫療資訊相當實用。

疾病指標說明部分，40%的焦點團體參與者認為清楚，42.2%參與者認為普通；網路問卷的結果則顯示大多數民眾皆是給予正面評價，但仍約有三成民眾有不一樣樣的想法。本研究推測因為網路問卷填答者相較於焦點團體參與者，年齡比例上較為年輕，知識水準上較高，故對於理解指標說明內容無太多困難；或許可以參考國外研究提出的建議，除了公佈於網頁，還能配合相關文宣製品，增進民眾理解程度（Oermann & Wilson, 2000）。同時，文字敘述還是應該盡量以簡單明瞭、一般大眾可理解的程度為標準，或許某些專業詞語對於一般大眾來說，不是那麼容易理解。然而，本次網路問卷填答者有47.1%瀏覽網頁的原因是碰巧瀏覽此網頁；加上自填的其他因素中，有不少民眾皆是因為想參加抽獎活動而填寫此份問卷。因此，這亦是本研究一大限制，民眾的填寫動機可能影響了回答內容的準確性。

瀏覽網頁動機方面，除了偶然瀏覽到網頁之外，比例最高的是家人為相關疾病患者，占40.9%；因為自己本身為相關疾病病友，僅佔11.9%。本研究推測可能是一般說來，糖尿病患者、以及會需要接受人工膝關節置換手術的患者年齡可能較為年長、且較無頻繁上網習慣，因此，或許多半是由家人替他們查詢疾病相關資訊。

關於網站介面設計的評估，就設計清楚明瞭與否而言，46.7%焦點團體參與者給予普通評價；網站是否吸引人部分，44.4%的參與者亦認為普通；本研究推測或許網頁的設計較為一般，沒有特別吸引人的圖樣、或是非常顯而易見的說明之故。不過，網路問卷的結果顯示多數填答者認為網頁的設計相當清楚明瞭；但網路問卷中並未包含網站吸引程度高低的問題，或許還有待更進一步地深入研究。網站瀏覽方便度而言，35.6%焦點團體參與者認為不方便找到說明、33.3%認為普通；網路問卷填答的結果顯示，儘管大多數民眾給予正面評價，但仍有少數民眾認為假若有任何問題，不易尋找到相關說明，或許可再針對民眾覺得不足的部分加以改善；此外，此網站未能提供與民眾互動之功能，假若將來能加入此一功能，民眾可以直接將問題反應至網頁上，再由專業人員回答，或許能更加促進網頁的使用效益。

(二)研究限制

1. 焦點團體部分：

焦點團體受限於人數限制，以及參與者個人主觀看法之影響，研究結果的外推性受到限制。

2. 網路問卷部分：

因採用網路問卷調查方式，其母體之界定困難且無法進行隨機抽樣；大樣本（2248筆）或許可以盡量減少選樣偏差，但由於不少民眾是因為想要參加抽獎活動或是無意瀏覽到該網頁；因此，最終是否完全沒有自我選擇誤差仍無法確信。

第二節、 焦點團體座談分析

本研究之質化方式為以焦點團體座談的方式，邀集衛生署醫療品質資訊公開政策特定之三類疾病/手術病友或親友，詢問其對目前醫療品質資訊公開網路平台，以及公開之醫療品質指標的看法和其對醫療品質資訊的需求、醫療品質資訊公開是否影響其就醫態度與行為。

一、文獻回顧

對於醫療品質資訊以及民眾就醫的問題，研究發現，一般民眾皆反應相當需要醫療品質資訊，但是卻無從查詢，大多得仰賴自己或親朋好友的口耳相傳，經驗範圍非常有限(謝慧欣等，2000)；鄭守夏(Cheng and Song, 2004)電訪 4015 位全國性成人樣本，發現如果提供醫療品質資訊，絕大多數受訪民眾(73%)表示會做為求醫選擇的參考。而一旦資料公開後，資料的可近性將會是關切的重點。1997 年美國某研究發現，只有 27%的民眾曾經看過醫師比較的資訊，低於 15%的民眾使用過(Cleary and Edgman-Levitan, 1997)。當民眾需要醫療品質資訊，卻無法獲得？又為何當資訊公開時，民眾的使用率卻如此低？Hibbard and Jewett (1997)發現，醫療品質資訊的使用率高低，與民眾對於資訊的理解度成正比關係。Davies and Marshall(1999)指出，很少有研究討論病人需要什麼資訊、何時需要，他們如何解釋這些資訊，以及這些資訊如何影響他們的醫療決定。

無可諱言的是，對民眾而言醫療品質資訊落差 (health quality information gap) 的問題確實存在。民眾對於不了解的醫療品質資訊，就視如敝屣 (Hibbard and Jewett, 1997)。當詢問民眾時，民眾總是表示需要更多

的資訊，但是民眾能處理和使用資料卻又相當有限。當民眾面對許多複雜又紛亂的資訊時，民眾會自行篩選他們較能理解的部分，而捨棄其他大部分。因此，在提供民眾醫療品質資訊時，為了提高應用性，勢必得減少民眾處理資訊的負擔，同時，應著重於協助民眾做出正確的消費決定(Hibbard, Slovic and Jewett, 1997)和善用資訊技術(information technology)(Greenberg, D'Andrea and Lorence, 2004 ; Peterson, Aslani and Williams, 2003)。

從文獻中可以發現民眾對醫療品質是有需要的，但同時也存在著醫療品質資訊落差，對於醫療品質指標除了從醫療專家的角度來建立之外，民眾的觀點和對醫療品質的需求亦是極需要被考量的。

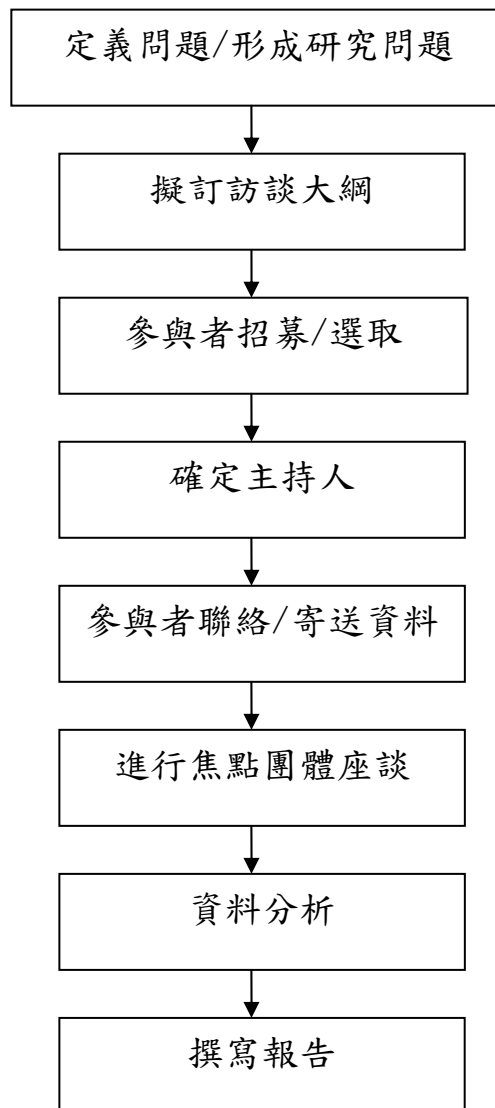
二、材料與方法

醫療品質資訊公開之網路平台及醫療品質指標，對於罹患糖尿病、接受人工膝關節置換和子宮肌瘤手術三類病友是最直接相關的，加上病友們周遭的親戚朋友也有非常高的機率，會是瀏覽及使用醫療品質資訊公開網站的對象。因此本研究採取焦點團體座談方式，邀請三類疾病/手術之病友、親友或關心此三類疾病/手術者，將大家集合在一起進行焦點團體訪談，針對醫療品質資訊公開網站和公開之醫療品質指標，進行約 2 小時的深度討論、意見交流，期望經由研究者與參與者、參與者相互之間的互動過程中，能夠深入瞭解且獲得參與者對目前醫療品質資訊公開網路平台，以及公開之醫療品質指標的看法和其對醫療品質資訊的需求、醫療品質資訊公開是否影響其就醫態度與行為。

(一)焦點團體座談會執行步驟

焦點團體座談會之執行步驟如圖 4-1：

圖 4-1：焦點團體座談會執行步驟圖



(二)焦點團體參與者招募、選取及背景

焦點團體參與者，主要利用電子郵件、網站公佈來傳送焦點團體座談會邀請函和報名表，以及透過醫院邀請的方式來招募，三類疾病/手術之焦點團體參與者招募管道如下：

1.糖尿病

- (1) 電子郵件：透過全國糖尿病病友團體名冊及糖尿病協會與基金會、計畫委託單位行政院衛生署，及各計畫主持人、研究助理之社會網絡來發送及轉寄焦點團體邀請函給民眾及病友。
- (2) 網站公佈：於政治大學社會行政與社會工作所網站 <http://socialwork.nccu.edu.tw/main.html>、糖尿病友互動網之網站 <http://www.diacare.com.tw/html/>，將焦點團體座談會資訊公告並張貼於網站最新消息中。

2.人工膝關節置換

- (1) 電子郵件：透過計畫委託單位行政院衛生署，及各計畫主持人、研究助理之社會網絡發送及轉寄邀請函給民眾及病友。
- (2) 網站公佈：於政治大學社會行政與社會工作所網站，將焦點團體座談會資訊公告並張貼於網站最新消息中。
- (3) 醫院邀請：委由彰化秀傳醫院之「勇腳俱樂部」病友團體，發佈焦點團體座談會訊息並邀請其成員參加。

3.子宮肌瘤切除手術

- (1) 電子郵件：透過計畫委託單位行政院衛生署、婦女團體、婦幼醫

院，及各計畫主持人、研究助理之社會網絡發送及轉寄邀請函給民眾及病友。

- (2) 網站公佈：於政治大學社會行政與社會工作所網站、婦產科醫學會網站，將焦點團體座談會資訊公告並張貼於網站最新消息中。

本研究採質性研究之立意取樣法為挑選焦點團體參與者之方法，依報名者勾選之參加身份來篩選焦點團體參與者，焦點團體報名者勾選之參加身份為「本人」者，乃為罹患或接受此三類疾病/手術之病友，是焦點團體主要挑選對象；參加身份為「親友」者，乃為其身邊親友是罹患或接受此三類疾病/手術之病友；參加身份為「關心此疾病/手術」者，乃為其本身雖未罹患或接受此三類疾病/手術，但自覺已有一些徵狀出現，目前正在尋求此三類疾病/手術相關醫療資訊者。同時為確保焦點團體座談會是在最佳的互動情境下進行，因此同一場次之焦點團體座談會以招募 8-12 位參與者為主。

本研究團隊助理以電話方式於焦點團體座談會舉行前七天，逐一詢問經本研究挑選後所欲邀請之參與者是否同意出席，確定該參與者同意出席之日期及場次後，在焦點團體座談會舉行前四天，以郵寄或電子郵件方式將該場次的焦點團體座談會資料寄給參與者，請參與者事先閱讀焦點團體資料，並於焦點團體座談會前務必先行上網瀏覽全民健保醫療品質資訊公開網站，同時也一併寄發行前通知，行前通知上註明該場次時間、地點、注意事項等，並於焦點團體座談會舉行前一天再次打電話提醒參與者出席。

依焦點團體座談會五個場次之出席情形和參加身份見表 4-32；7 月 25 日糖尿病場次焦點團體參與者有 7 位，參加身份為「本人」3 位、參加身份為「親友」者 4 位、參加身份為「關心此疾病/手術」者 0 位；7 月 26 日糖

尿病場次焦點團體參與者有 11 位，參加身份為「本人」者 4 位、參加身份為「親友」者 7 位、參加身份為「關心此疾病/手術」者 0 位。7 月 25 日子宮肌瘤切除場次焦點團體參與者有 10 位，參加身份為「本人」者有 6 位、參加身份為「親友」者有 3 位、參與者身份為「關心此疾病/手術」者有 1 位；7 月 26 日子宮肌瘤切除場次焦點團體參與者有 9 位，參加身份為「本人」者有 4 位、參加身份為「親友」者有 4 位、參與者身份為「關心此疾病/手術」者有 1 位。7 月 26 日人工膝關節置換場次焦點團體參與者有 10 位，參加身份為「本人」者有 0 位、參加身份為「親友」者有 4 位、參與者身份為「關心此疾病/手術」者有 6 位。五個場次之焦點團體座談會總計有 47 位參與者出席，出席率(實際出席人數/同意出席人數)為 100%。

表 4-32：焦點團體座談會各場次出席情形和參加身份

日期	場次	同意出席人數(人)	實際出席人數(人)	出席率	參加身份		
					本人	親友	關心
7/25(五)	糖尿病	7	7	100%	3	4	0
7/25(五)	子宮肌瘤 切除	10	10	100%	6	3	1
7/26(六)	糖尿病	11	11	100%	4	7	0
7/26(六)	人工膝關節 置換	10	10	100%	0	4	6
7/26(六)	子宮肌瘤 切除	9	9	100%	4	4	1
合計		47	47	100%	17	22	8

人工膝關節置換焦點座談會場次無參加身份為「本人」者，本研究推測其原因有二：一是接受人工膝關節置換手術之對象，依據流行病學的報告，接受首次人工膝關節置換手術的年紀平均約 68 至 70 歲間，屬於高齡年

長者，可能因其年齡與行動上的限制而難以參加；其二是人工膝關節置換手術病友與糖尿病病友、子宮肌瘤患者相比，人數明顯偏少，只透過本研究非常短期的招募期間以及有限的招募方式，並無法快速將焦點團體座談會資訊傳至曾接受人工膝關節置換病友端，但是焦點座談會參加身份為「關心」者，均表示本人目前有膝蓋方面的問題，期望透過此次的座談會，獲取關於人工膝關節置換方面的醫療品質資訊。

各場次焦點團體座談參與者背景及參加原因見表 4-33 到表 4-37：

表 4-33：7/25 糖尿病焦點團體參與者背景及參加原因描述

代號	年齡	性別	教育程度	參加原因
C11	42	男	專科或大學	第二型的病人，病史大概五年，對於這樣的醫療品質相當關切
C12	28	女	專科或大學	18 歲的時候罹患第一型的糖尿病，現在併發症很多
C13	69	男	專科或大學	公務人員退休，家裡老小都有糖尿病，來這裡多學一點東西，多聽聽一點東西
C14	32	女	專科或大學	家族有糖尿病，本身是醫療工作者，想知道目前政府進行的程度到哪裡
C15	42	男	研究所以上	本身是 type 1，發病到現在大概七八年
C16	51	女	專科或大學	有家族病史，屬於高危險群，退休前在衛生局保健科，辦理此項業務
C17	38	男	研究所以上	家族有病史，護理學院教授，想知道怎麼樣去建構、成立這個網路

表 4-34：7/25 子宮肌瘤切除焦點團體參與者背景及參加原因描述

代號	年齡	性別	教育程度	參加原因
C01	69	女	國小	三十七歲因為子宮肥大把子宮摘掉
C02	57	女	高中	大家可以互相分享彼此的經驗
C03	31	女	專科或大學	朋友介紹，很多朋友很多長輩是子宮肌瘤
C04	65	女	國小	七十一年時候切掉子宮，現在女兒也有肌瘤
C05	57	女	專科或大學	婦女團體的成員，在醫院裡面工作，本身有子宮肌瘤
C06	55	女	高中	十幾年前去開刀子宮肌瘤
C07	52	女	專科或大學	兩個月前剛動子宮切除手術，現在住院中
C08	59	女	高中	好幾年前子宮肌瘤，現子宮已拿掉
C09	56	女	高中	本身子宮有長瘰肉，同學們有子宮肌瘤
C10	31	女	專科或大學	同學有子宮肌瘤問題

表 4-35：7/26 糖尿病焦點團體參與者背景及參加原因描述

代號	年齡	性別	教育程度	參加原因
C27	60	男	高中	糖尿病控制很好，不用吃藥，飲食控制
C28	48	女	專科或大學	家族有糖尿病，目前是弟弟，有輕度智障，每兩個月回去陪他就醫
C29	75	男	國中	20年前發現血糖高
C30	36	男	研究所以上	因糖尿病住院，最近剛出院，想吸收知識
C31	30	女	專科或大學	爸爸糖尿病，想增加知識
C32	48	男	專科或大學	爸爸跟媽媽都有糖尿病，想對資訊多瞭解
C33	74	女	國小	丈夫有糖尿病
C34	34	女	專科或大學	丈夫有糖尿病，藉由這個機會來討論
C35	63	女	高中	一直服藥服到現在
C36	31	男	專科或大學	媽媽之前有糖尿病的情形發生
C37	43	男	研究所以上	本人為 type2 的病友，來發表意見

表 4-36：7/26 子宮肌瘤切除焦點團體參與者背景及參加原因描述

代號	年齡	性別	教育程度	參加原因
C18	30	女	專科或大學	身邊滿多朋友有子宮肌瘤
C19	43	女	高中	媽媽在大概 15 年前開刀
C20	67	女	專科或大學	40 幾歲快 50 歲切除子宮
C21	49	女	高中	42 歲去亞東開刀，兩年多又再復發，決定把子宮摘除
C22	59	女	高中	更年期，以前有腺瘤
C23	32	女	專科或大學	有肌瘤跟腺瘤
C24	46	女	專科或大學	民國 82 年巧克力囊腫，現用內視鏡住院一天
C25	44	女	高中	姊姊有子宮肌瘤，對這個議題關心
C26	60	女	專科或大學	38 歲把子宮拿掉

表 4-37：7/26 人工膝關置換焦點團體參與者背景及參加原因描述

代號	年齡	性別	教育程度	參加原因
C38	27	女	研究所以上	長輩有膝蓋方面問題，想瞭解一下
C39	63	女	專科或大學	長輩有膝蓋問題，想瞭解
C40	22	女	專科或大學	長輩有膝蓋問題，想要瞭解
C41	69	女	國小	本身膝蓋不好，瞭解一下換關節過程
C42	36	男	研究所以上	本身很胖，擔心膝蓋的問題
C43	57	女	高中	小叔曾換人工膝關節，也想對自己本身預防
C44	58	女	高中	姑姑年紀大，最近腳不能動，想來參與，找到適合的醫院
C45	26	男	專科或大學	之前有運動傷害，膝蓋部份，想瞭解相關知識
C46	59	女	高中	哥哥今年初換人工膝關節，過程都有在照顧，本身膝蓋也不好
C47	42	男	專科或大學	運動時膝蓋受傷，想瞭解這樣一個網站

(三)焦點團體座談會時間

焦點團體座談會於 2008 年 7 月 25 日星期五及 7 月 26 日星期六兩天下午 2 點至 4 點，在國立政治大學(台北市文山區指南路二段 64 號)綜合院館南棟 14 樓社會行政與社會工作所教室。原先預計兩天分別舉行糖尿病照

護、人工膝關節置換和子宮肌瘤切除三類疾病/手術各一場人數約 10 人之焦點團體座談會，但由於人工膝關節置換焦點團體座談會報名人數不足 15 人，因此只舉辦 7 月 26 日場次，合計舉行了 7 月 25 日「糖尿病場次焦點團體座談會」、「子宮肌瘤切除場次焦點團體座談會」，7 月 26 日「糖尿病場次焦點團體座談會」、「子宮肌瘤切除場次焦點團體座談會」、「人工膝關節置換場次焦點團體座談會」共五個場次的焦點團體座談會。

(四)焦點團體座談討論大綱

焦點團體座談大綱，以本研究團隊成員針對全民健保醫療品質資訊公開網站、相關文獻探討，經過討論後設計之焦點團體座談大綱，主要分為資訊公開方式及資訊公開內容兩大部分：

第一部分：資訊公開方式

- (1) 您認為政府利用網站的方式，公開醫療品質資訊給民眾是不是好的管道？為什麼？
- (2) 您認為此網站的設計好不好用？操作上有什麼困難？有什麼需要改善之處？
- (3) 您對醫療品質資訊的公開方式或管道有什麼建議？

第二部分：資訊公開內容

- (1) 您認為網站上醫療品質指標的說明好不好懂？不容易懂的地方有哪些？為什麼？
- (2) 您認為網站上公開的醫療品質資訊對您是否有幫助？是否會影響您選擇就醫的醫療院所？為什麼？

- (3) 您認為網站上公開的醫療品質資訊，能否滿足您對這項疾病/手術醫療品質資訊的需求？對您來說，您還需要哪些與這項疾病/手術有關的醫療品質資訊？

三、研究結果與討論

(一)醫療品質資訊公開的方式

1.對於利用網站的方式公開醫療品質資訊的看法：

對於政府利用網站的方式，公開醫療品質資訊給民眾，大多數參與者都持正面肯定的態度。肯定的理由大致包括下面幾點：

(1) 這是方便、快速且易接近的管道

我去查的時候，奇摩站...，我用醫療品質，他很快他就是在第一個就可以 show 出來，所以我覺得很方便。(參與者 C06)

這個是非常好的...在網路上提供資訊的，給大家非常方便，真的是非常好。(參與者 C09)

我覺得也沒有什麼是比網站更方便的。(參與者 C10)

我覺得如果透過網站讓大家了解是非常好的...我相信建構一個這個管道對於病友來講非常的好，而且一定有相當正面。(參與者 C11)

其實網站本身，網站跟傳統的媒體比起來它只是一個另外一個讓人家容易去接近的管道。(參與者 C15)

我覺得用網站當然是最方便，因為在家裡或在現在有電腦的地方其實到處都

有，不管是說自己或是親人有需要、朋友，可以先有一個初步的了解，甚至他有一些統計數字的公佈啊，我覺得這是很好的。(參與者 C24)

我認為這是一個好的管道，是很方便的...這個管道假如說能夠很方便的可以得到馬上這些訊息，而不用去限定去找書面的資料的話，我想這是一個好的管道。(參與者 C30)

我是覺得還不錯啦，因為基本上我是會上網的，所以因為我只要上網之後我可以找到所有我想要的資料，直接上網去找這個資料，會比我去找一些報紙或一些來得快。(參與者 C36)

(2) 政府的網站有公信力

其實這網站是非常好，尤其是公部門的網站，信任度很高。(參與者 C06)

官方網站總是讓人家覺得他的內容可信度比較高...應該要讓多一點人知道。(參與者 C07)

以品質資訊這樣的網站它可能提供的優點是，它所提供的資訊是比較具有公信力的。(參與者 C11)

這一個網站是一個不錯的構想，因為他是一個公辦的網站，他可能比較具有公信力，所有的數據都在他手上。(參與者 C47)

(3) 網路可以提供更公開透明的資訊

我覺得是蠻不錯的。不會像以前沒有這樣的公開資訊的話，就會很盲從，不知道要從何去做起。(參與者 C02)

我也覺得網路公告是一個不錯的提議，因為我們也是只知道自己的醫院，不知道其他的醫院，這樣其實...我覺得這個網站是蠻不錯的，可以繼續推廣。(參與者 C03)

我覺得這網站還不錯...有網站的話大家都可以了解啊，還可以知道哪一些醫院可以做這一些治療嗎，還有一些術後的問題...那如果有這網站那很好，就會提供一些資訊讓病人還沒有在開刀之前做一些心理準備。(參與者 C21)

更透明啊，可以讓我們更了解這一些政府做的這一些事情，花了一些時間讓有需要的人可以透過這一些資訊能夠了解。(參與者 C24)

透過網站的話是可以讓人家，當然你要是如果說有某些疾病你不了解，你這樣子上網看是很好，可以知道一些。(參與者 C26)

(4) 網路影響力大且是未來趨勢

公開這樣的醫療品質對民眾是很好事情，他是因為網路的影響力蠻大的。(參與者 C47)

這個方法是對的，只是因為我不會用而已...我都快 80 歲了當然不會啊...這是以後應該要這麼做。(參與者 C29)

我認為他是一個趨勢啦，就是說將來一定會走到這種程度...可能五年以後十年以後搞不好大家對這個都不是問題了。(參與者 C32)

(5) 網路是普及的免費資訊

我覺得...用網站公開...，因為其實現在網路其實很普及啦...而且也是免費資訊。(參與者 C10)

雖然大多數參與者基本上對於政府利用網路的方式公開醫療品質資訊持正面肯定的態度，但也有些參與者表示，對於年齡較大的民眾，尤其是年齡偏高的糖尿病病友與人工膝關節手術病友，由於不會操作電腦，無法上網，需要親友的協助。但若沒有親友協助，此種資訊公開方式便形成問題。

這個網站資訊公開是很好的一個管道，可是畢竟有些比較上年齡的，或者說家裡有些沒有跟小孩子住啊，或者是沒有電腦的，這個也是一個問題啦。(參與者 C08)

因為我們大部分糖尿病是在中老年族群，可是會使用電腦的都是年輕人，然後你這些族群反而沒有跟他去，我知道這個管道很好，問題是中老年族群根本不會上網，就比較有點困難，除非他是藉由他的子女啊或是孫子啊去跟他介紹這一塊。(參與者 C14)

糖尿病患者都是年紀四、五十以上或是六十，那他們上網去抓這個，我就覺得是很有問題，對他們來說不方便。(參與者 C34)

我覺得說基本上這是人工膝關節手術，因為都是一些年紀比較大的才有這個需求，那是不是說那些人平常都比較不會上網，也不會利用這方面的資訊。(參與者 C42)

因為網站比較 focus 在比較上班族年輕的...大概年輕人身上，那媽媽他們其實是受害者、病的受害者，其實可能要多一點他們能夠聽到的地方。(參與者 C41 女兒)

除了因年齡因素導致的網路使用障礙外，也有參與者提出家庭經濟因素所導致的使用障礙，而這些因素也可能使資訊公開的政策美意打了折扣。此外，也有人表示目前對目前資訊公開的網站宣傳不足，這都影響了醫療品質資訊公開的效果。

網路對不會上網不是很方便，並不是說社會大家都會上網或者大家家裡都有電腦，是很普遍沒有錯，但有也有很多窮人啊。(參與者 C20)

那有很多標題是寫說醫療品質資訊公開，所以他好像是要強調說這個醫療品質，那個資訊讓大家知道嘛，可是好像會上網查這個的人也不會很多嘛。(參與者 C18)

以在場各位來看，至少就有三位，可能有三位不會上網，跟你今天這個資料上面統計出來的那個分佈圖來看，那他要會找得到上網的地方，他要會看網，他要他才會知道這些東西，然後為什麼我會這麼說，因為以我去看的所有的這些病患的平均年紀，他上面統計出來，平均在 65，正負 5%，正負 5，大概就是你在 60 歲到 70 歲之間，他平均患者都分佈在這裡，那這個情況之下，這些人大概現在就在所謂的 50 歲到 60 歲的這些人，這些人會上網嗎？那這些人又佔了可能是 80% 的人，那這 80 如果照現在書面上的資料，就是說 96 年整個糖尿病的患者是多少人，百分之 9...就是有 96 萬人，那算下來大概就有...我如果我不用 96、我用 100 萬來看的話，你有 80 萬人你根本求不到這個資料，你只有 20%，只有 20 萬人可能會看這個資料，那這份資料有什麼意義？這網站成立的意義在哪裡？(參與者 C37)

基本上我很肯定這樣的作法...但是就是說，就這一個網站來講，就覺得說...好像它...好像不是很多人知道有這麼一個資訊在這裡。(參與者 C07)

2.對醫療品質資訊公開方式與管道的建議

(1) 利用各地衛生所、健康中心、以及醫療院所宣傳

像每個地方衛生所，做一個電話追蹤啊、詢問啊，那如果他有需要，再給他關節這方面的常識，這個比較直接。(參與者 C46)

衛生署發個文，印個 DM 這樣給各署的衛生所、各里民辦公室，讓他們去發，那也是不錯的管道，這是公務體系的權利。(參與者 C42)

衛生署或我講的這個基層單位的衛生所，他這邊要扮演很重要的角色。(參與者 C37)

衛生所是最直接面，或者說是最基層的，就是他的面比較廣，比如說如果他能將這個訊息直接用單子甚麼的發到手上。(參與者 C32)

在各大醫院公佈欄上面，就是有公佈一些資訊出來。(參與者 C36)

可以透過醫院、健康中心這些管道，像我們，像要打流感不是都會有那個什麼紅布條、什麼要照，這個時期可能就是要做這樣的事，那我想說，要讓我們這個醫療品質的這個資訊的公開也可以用這種方式，然後上面打說要上什麼網，或者甚至有個什麼專線，讓民眾很瞭解這樣的一個訊息。(參與者 C28)

在骨科的門診放一些有關於這個膝蓋關節他的保養方式或者是有什麼需要來...需不需要開刀或是什麼這種建議來放在那個骨科的門診。(參與者 C46)

我覺得說基本上這是人工膝關節手術，因為都是一些年紀比較大的才有這個需求，那是不是說那些人平常都比較不會上網，也不會利用這方面的資訊，是不是還要搭配一些紙本的文宣或者一些衛教資訊，放在各大醫院，**直接把這些指標放在醫院，讓人家能夠比較**，當然有些可能評鑑比較差的他就不願意放，但至少評鑑好的願意放，讓大家知道他是好的醫院，讓大家放心去就醫，配合這些年紀大的不上網的人。(參與者 C42)

譬如說就是放一些 DM 在醫院，就是可以拿這樣子。(參與者 C40)

或是醫院的跑馬燈。(參與者 C41)

(2) 與各類醫護專業人員、甚至是醫院的志工合作

宣導我是覺得分為兩個，一個是民眾，如果以這一塊來講還有就是醫生的這一塊。(參與者 C16)

營養師，他會直接量，面對面教人說怎麼樣，吃什麼飲食調整，這是最直接。(參與者 C27)

我們里的裡面有那個**護士**的服務嘛，健康中心...護士會去我們附近的鄰居去量血壓，那糖尿病的方面，拜託他們這些小姐去講這樣。(參與者 C33)

包括醫護人員的一個宣導，這是非常好的一個管道...或是醫院的志工其實還蠻可以宣導的。(參與者 C43)

(3) 提供電話諮詢的專線服務

提供一個醫療諮詢專線...119、110 這種服務性電話，然後具備這種知識的人可以提供，甚至是 0800 免費的，那我覺得這樣子也很好，也讓民眾很方便可以取得他需要的訊息。(參與者 C24)

對對，比較方便，在家裡用電話這樣子...我也是覺得那個電話拿起來，我要問什麼疾病，免付費的。(參與者 C20)

能夠諮詢或是線上的人，還是有那個專業人士來幫我們解答。(參與者 C35)

(4) 與村里長合作，利用社區活動宣導

這個醫療資訊這個地方能不能藉由說村里長的部分，把一些資訊告訴當地的居民，因為像我阿公就在嘉義那邊算是住的比較偏遠，然後要得到這些資訊好像都不太容易，一旦罹患了可能自己都不知道，如果有村長或里長來就是舉辦一些什麼里民大會啊。(參與者 C12)

我們台灣也可以啊廟這麼多，就說你如何跟社區的人的活動結合，很多老人中心都會辦啊，或是媽媽早上去跳土風舞，你把電腦搬去或是把電腦搬去借我五分鐘的時間我跟你講一下，發一個小冊子，你只是用那個集會的時間去擴大你的宣傳。(參與者 C17)

教會啊，或是可以放一些影片或資訊，主要是要告訴他說要去哪裡找，不一定要告訴他說有什麼。(參與者 C17)

辦一些里民的活動，或許衛生署可以利用那種活動做一些 DM，然後透過里長分發。(參與者 C41 女兒)

社區的一些媽媽教室那一些的，那個也是都是年齡層比較高一點。(參與者 C26)

里辦公室會辦一些活動有一些宣導，那去的話他會有給一些文宣這樣子。(參與者 C25)

里長辦公室很好的地方，...我覺得他就是一個很小單位，然後就可以宣導一些衛教或一些安全方面。(參與者 C21)

(5) 利用各種大眾傳播媒體，或其他方式如行動宣傳車等方式宣導

是不是說可以利用媒體宣傳有這個網站的功能？...我覺得還是以電視媒體他的那個影響力最大。(參與者 C46)

一般民眾會有看報紙的習慣，比如說那個健康版...或者是在新聞...或是那個收音機啊...老人家他比較不會說上網再去看啊，或是他有的年紀比較大的他不識字，就是看不懂，所以說他必須要用電視的這樣一個方式才瞭解。(參與者 C43)

可以跟報社合作...報紙好像有幾家報紙他都會有那種所謂的健康專欄，其實他也是一個可以如果有需要的時候定時發佈一個訊息的一個管道，不知道大家有沒有感覺到就是說，看報紙畢竟還是有一些年紀大一點的人他比較有一些的習慣，他可能從這方面，因為很多健康的專欄他有在看，他一看到這個訊息他...，尤其又這個報紙登出來，就認為說這個又是公家的訊息，他就更接受這個訊息。(參與者 C32)

我覺得地下廣告電台，那老年人、很多計程車司機都...，我覺得應該從他們的出發點來想吧，他們平常聽什麼、看什麼，他們接觸哪個媒體，我們就應該提供那個媒體的傳播管道。(參與者 C42)

是不是能夠在比如說廣播節目或是電視台。(參與者 C41 女兒)

廣播也不錯，廣播宣導那個不用錢，然後很多就是四十幾歲的，然後六七十歲也會有，他也不去看，他會聽廣播。(參與者 C18)

還是或是利用**捷運的跑馬燈**，那個上網可以讓人家公開查詢。(參與者 C28)

圖書館廣告或是公視。(參與者 C28)

子宮頸癌行動車，然後就到各個地方像是什麼假日花市、或者是大安森林公園，就是女孩子有得到這種病的，他就會看到標題有興趣就會想說進去諮詢看看，然後就護理人員可以給他一些意見。(參與者 C23)

(6) 與入口網站連結/與婦女相關網站連結

我覺得有一些比如說比較常看的各大入口網站，他的一些連結的，比如說醫療，醫療然後有什麼...因為說實在的，沒講我也不知道要來看這個，這個是什麼時候開始有的我也不清楚。(參與者 C10)

應該去跟比較大的一些去連結，比如說什麼婦女健康須知啊，這一類的。因為現在子宮肌瘤的部分大家或多或少都知道，所以說如果盡量跟婦女健康這方面有連結，可以吸引更多人想要去瞭解。(參與者 C07)

3.對於網站的設計與操作方式的看法

對於目前的網站設計與操作方式，有些參與者表示設計還可以，且操作簡單，連結也做得還不錯：

我昨天這樣一操作的話，我覺得還蠻順利的，我覺得還蠻不錯的。(參與者 C09)

我是覺得**蠻好用的**，因為也**蠻簡單的**。(參與者 C07)

那再過來就是，剛剛說的那個...，**衛教那個東西**，其實我覺得他的連結已經做的非常好，寫得非常的清楚...非常的好。(參與者 C05)

我是覺得設計是還 OK，操作是...可能對我們來講是花一點時間也是沒什麼困難。(參與者 C10)

我覺得大致上都還好，操作應該沒問題(參與者 C28)

我覺得操作上是沒有什麼困難。(參與者 C31)

操作上蠻簡單的...操作上來講還不是那麼困難。(參與者 C37)

這個網站設計得很 ok 沒問題。(參與者 C46)

操作上面還蠻簡單明瞭的還 ok。(參與者 C40)

網站設計還 ok 啦，操作上也沒有什麼困難。(參與者 C39)

我覺得他的設計跟操作就是都還不錯...其實都還可以。(參與者 C38)

然而大多數的參與者對於網站的內容和設計，提出了許多負面的批評。這些批評包括：

(1) 設計粗糙

我覺得這個網站比我學生設計的還爛。(參與者 C17)

我覺得這個網站有點粗糙。(參與者 C31)

網站設計的不是說非常非常的 ok，很粗糙。(參與者 C30)

覺得這個網站非常的不 match。(參與者 C37)

(2) 畫面單調、制式，缺乏互動功能

我...看這個網站大概是沒什麼問題，其實我是覺得...，它的畫面很單調，就感覺不會引起人家的興趣，不太想進去...就是很一板一眼，看到就很想睡覺

了，然後內容又很制式。(參與者 C03)

在這個網站上面我看不到有互動的功能。(參與者 C11)

(3) 介面不好看，查詢功能不易操作

我覺得介面不好看，連我自己看也眼睛很累。(參與者 C14)

剛開始好像想要查詢的時候好像真的查不太到，假設我想要查林口長庚什麼的，去點好像不太好做，然後後來再看後面指示什麼的重做一次才有。(參與者 C12)

我有上網去...，去查詢，是蠻簡單的，可是我在連結到衛教的時候，不曉得那個資訊...，好像沒有弄出來，不曉得是我們那邊電腦網路不曉得怎麼樣，那一天要連結衛教的時候就沒有弄出來，很奇怪。(參與者 C06)

操作設計很簡單是沒有錯，但是我可能很難找到我想要的東西。(參與者 C47)

我是說基本上既然他就只能秀 20 個，那畫面就寫出來最大值是 20...他選那個醫院會分兩頁的話，那你要勾的話他沒有辦法跨頁勾，一定要一頁裡面才能夠勾選。(參與者 C42)

因為他很簡單，但是他不能複雜化，他沒有複雜化，所以它有很多的功能，他完全被受限住，他就侷限於在這三項指標裡面，想要多瞭解很多的資訊的時候，這個網站他不能夠提供給你。(參與者 C37)

(4) 文字過多且字體太小，顯得很單調

太單調了，都是文字好像在看論文。(參與者 C11)

可是我覺得好像文字部份太冗長了。(參與者 C31)

比如說他的文字敘述太多了。(參與者 C47)

一看就會覺得真的就是字嘛，就是充斥著很多字，有一些可能也不見得看得懂。(參與者 C38)

那個字體非常的小，可能看一下就跳過去了，不是很親切的感覺...那個一般的字很大，可是表格裡面的字超小。(參與者 C05)

還有那個字啊，字體小。(參與者 C26)

他那個其實太小看起來真的很吃力，然後我就試著放大，放大就會變成變成模糊。(參與者 C20)

我們有上去看了就是把他印下來，還把它放大，老花眼看小字很累啊。(參與者 C21)

醫院的那個表格有沒有，就是字好小...其他我覺得都還好。(參與者 C28)

字太小，一般老人家看不是很清楚。(參與者 C36)

(5) 統計和表格太多，不夠親切，一般民眾不喜歡看

那這個比較多的是在於比如說統計的部分，然後表格...，因為我本身不喜歡這個，我要花比較多注意力的時間去看這個...。那又更何況是年紀大一點。(參與者 C10)

我覺得表格的部分對民眾來講我覺得不夠親切，看起來比較硬。(參與者 C05)

統計資料比較多，一般民眾好像會比較不喜歡看這樣的統計，這樣的統計好像是對專業的醫護人員比較有用。(參與者 C02)

然後那些表格，不清楚他的用意在哪裡？(參與者 C07)

譬如說上面這一些就不會想去看，就是像數字這一些...那個我比較不會去看。(參與者 C26)

對文字看得懂，可是對那個統計那一些表格我就覺得不太喜歡看那些，然後就是分母分子這樣子相除，我就覺得看了我會很懶得去看，就是會希望說直接答案秀給我看看就好。(參與者 C23)

(6) 醫學的專有名詞很多，很專業，一般民眾看不懂或沒興趣

這個網站裡面有很多醫學的專有名詞，我想這名詞可能對一些人對糖尿病人來講有些是很熟悉的名詞，有些是看都沒有看過的。(參與者C15)

在醫院個別院所查詢這個，因為好像一般民眾對這樣的一個一點出來就是看這些就是比較專業性的一個數字跟圖騰，所以說一般民眾尤其是比較有年紀的人，他覺得對這個看起來就比較不清楚，而且可能會比較沒有興趣去看。(參與者 C43)

4.對於網站設計的建議

針對上述提到或未提到的網站設計的問題，參與者提出改善建議包括以下各項：

(1) 字體放大

對我覺得因為糖尿病的病人有時候眼睛會模糊怎樣，那個介面需要再做修改，可能是排版啊或是字大一點啊，我覺得這個很重要。(參與者 C14)

字體的部份，配合老年人有的地方要放大啦...原始你可以給他大字。(參與者 C42)

(2) 增加色彩、圖示和語音

我會比較喜歡看有卡通圖片，有畫一些吸引我的卡通圖片，我就會比較有興趣去參觀這個網站啊。(參與者 C23)

然後我覺得圖解也滿重要的，因為大家都知道子宮肌瘤，可是有很多男生像他剛剛說的，有一些人可能連子宮長什麼樣子都不知道，還是有一個圖啊什麼解剖圖啊或者是卡通而且會講話，他有一點語音會說話，那就不會有字很小這一些問題，他可以有講話這樣子，要生動一點……還要選國台語，一些老人家要聽。(參與者 C18)

我也是覺得說這樣弄的比較活潑生動一點，不要老是一些那一些數字啊，為有人看到圖表他就不想看了，上網看到一些統計數字頭就開始痛了。(參與者 C21)

他可能會需要多點圖案來做說明。(參與者 C47)

那我是覺得用圖示法，用圖示的方式是非常 ok 的。(參與者 C39)

我會比較建議是說，他倒是可以用比較色彩的管理方式啦，給予一些民眾說可以比較一目了然，比如說因為他這個感覺上他並沒有一個色彩管理的，比如說 16.9 他可能就要亮紅燈等等。(參與者 C41 女兒)

然後可以就是增加影音的部份。(參與者 C31)

口語化一點的話，年紀大的人聽到了就知道說要怎麼做，影音是一個很好的方式。(參與者 C32)

對啊，現在都台語按 1，國語按 2。(參與者 C29)

(3) 增加互動的功能

如果要引起人家的興趣就像○先生講的要**互動式很重要**...這個網站如果要建立醫療品質要告訴別人說你的醫療品質好不好很簡單，這個又兼顧**互動式**，我們常常告訴病人你要自己記血糖嘛，沒關係我早上測下午測，一個禮拜我就上去一次輸入這個禮拜的，衛生署有個網站就告訴你說可能你的 HbA1C 可能下次要，而且你很友善的說可以印出來下次帶給你醫生，醫生說誰說的，

衛生署網站說的啊，那我輸入進去以後醫生會覺得說對喔，我覺得這個才是每天你的醫療品質最好的，它又有互動就很有趣，幾月幾號我的血糖多少血壓多少，事實上醫生也很懶啦在那邊翻病歷給他看，上面衛生署如果用心像你們做圖表波動圖，那看看喔衛生署有建議嘛，那我就看，或是我把你把圖釘在病歷上面，衛生署要來查我的帳，這你的網站寫的啊病人照你網站的你不能退我的給付啊，那是不是醫生也不會怕，想說我是不是應該為自己的健康付一點責任，所以我在監測我自己的血糖，再告訴醫生說衛生署的網站說我可能需要測，那是不是這樣才有每天的醫療品質啊，我不 care 你醫療院所驗什麼。(參與者 C17)

(4) 盡量使用去專業化、口語化的文字，並增加解釋醫學專有名詞的輔助功能

可能我們面對民眾...，這個網站要給民眾看的話，我想要去專業化的一些字眼，要看民眾的反應，他們要看得懂。(參與者 C05)

我們自己在醫院做的話，對醫療品質啦，或者是什麼指標當然是耳熟能詳，可是對一般民眾來講，是搞不清楚，甚至於這邊都已經寫這麼清楚了，大家還是覺得很陌生，我覺得這可能...在這個網站的前提...，可能要對醫療品質這種東西，真的是要用口語化的解釋。(參與者 C05)

比較白話一點，讓一般有點年紀的比較容易懂。(參與者 C08)

我希望如果網站設計的時候如果夠體貼應該會有辦法在畫出一些專有名詞的時候應該會有一些輔助功能，讓人家至少知道說這東西可能跟什麼東西有關，一些簡單的解釋，這些解釋可能只是醫學詞典裡面的一小行而已，那這種東西對於想要了解的人可能就會很有幫助。(參與者 C15)

這網頁裡面他講到一些專業術語，你必須要再回到那個認識篇第一頁去，你才能去找到他，如果你在這邊就像我們看報紙有沒有，他有些字語他是專門有 freak 粗的，特別比較 underline 的那種，你如果有在這邊功能上的設定是

這樣，他一點跳出去，然後再點回來，我通常在操作上來講可能就會比較方便一點。(參與者 C37)

(5) 改善介面與連結功能

建議說關鍵字裡面我打糖尿病裡面是不是可以有連結到。(參與者 C16)

改善它的介面最優先，內容我覺得要建構一個好的介面並不難啦，但是怎麼去做這樣子的介面是比較重要的。...希望他的介面能夠提供比較 friendly，比較能夠讓糖尿病人一下就能夠上手的這樣比較好。(參與者 C11)

雖然看得到什麼松山那個科，就是最好就是按下去就是可以直接連結到那個醫院去。(參與者 C34)

我是覺得我們可以再多做一點連結網站，就是知識那種，可以去更多的網站看類似像這樣子的健保的東西。(參與者 C23)

他那個畫面出來會出現那個東西，那個表格、那個長條圖，那長條圖一般人是看，那我是無聊游標上去點，看到裡面會有超連結，會連到一個 XML 那個網頁，然後再去把那個系統載用的，所以應該能不能夠就是說不要有這個誤會的連結，怕人家會點進去，到一個不知名的網頁，圖表那個下面那個字都有超連結。(參與者 C42)

我想說是不是可以把那個衛教的那個連結可以放在醫院的這個頭版這裡，會讓民眾一開始點就可以點進去，讓他瞭解一些症狀的變化過程。(參與者 C43)

(6) 表格增設排序與評比功能

這個表格又有一個好處就是他可以看到那個中山醫院有 130 個人開嘛，那住院大於七天才 1.53%，所以看起來好像這家比較不錯。就是要很認真去看，應該就是像他剛剛說有一個答案出來就好了，就是一個排名順序什麼的。(參與者 C18)

(7) 個別院所查詢移至網頁前面

你要全部round過一次才知道要點哪邊...譬如我要桃園縣的，要醫學中心，當然是有，可是就是應該是從這邊的地方直接點，而不是要全部要看到後面才會。(參與者C16)

(8) 減少附加檔下載的使用方式

點衛教園地的時候就看見跑了一大堆的word一大堆的PDF，可是這就很不順，網站設計基本上就是要順，你點到那裡東西該出來的就要出來，你還要用另外一個軟體的話，像我的電腦很慢，雖然我是網路的重度使用者，可是很慢，所以你一叫我在開別的軟體我就覺得很不舒服，根本不想再點進去，那我覺得這是一個潛在的網路使用者的障礙，所以會希望說這邊該出來的東西就出來，該事先幫user轉好的內容就轉好，不要再用word用PDF。(參與者C15)

資料的好是好在說他掛的一個附加檔，他很多掛的 pdf 檔跟附加檔...他應該把所有的東西，可以的話應該是掛在網頁上，一目了然可以看到，不是說另外下載他的 pdf 檔。(參與者 C30)

(二) 醫療品質資訊公開的內容

1. 對目前公開的醫療品質指標的看法

參與者對於目前網站上公開的醫療品質資訊內容，雖然有少數人表示透過指標說明可以大致了解，例如：

基本上我覺得這個是可以懂，但是你要靠著有指標說明才能夠瞭解...那基本上可以瞭解。(參與者 C30)

這個部份我還算可以看得懂、還算清楚，所以沒有特別的問題。(參與者 C32)

但大多數參與者都表示不容易懂，其主要原因包括前面已經提及的使用醫學專有名詞太多、不夠口語化等因素，例如：

就是不容易懂，又不是專業的...我覺得這些一點資訊也沒用，這是什麼意思，我到現在還搞不懂...他都一些幾日門診誤的啊、或是子宮切除術，這個我們真的完全不懂他在寫什麼東西。(參與者 C20)

有一些專有名詞或是一些辭彙比較艱深難懂，對於一些不了解的人就覺得看得霧煞煞。(參與者 C25)

就是像我剛剛說的好像不太懂，看不太懂，內容的部分...就是說好像要再淺顯易懂一點，那樣子我們就可以很容易瞭解了，那它那個真的是有一點專業。(參與者 C26)

我也是一直看，也是一樣看沒有懂。(參與者 C29)

我覺得他是一個比較專業的東西，我還是透過比較口語化的解釋才能夠瞭解。(參與者 C30)

它講的非常的中肯，非常中肯，當然比較深一點，很尖比較硬一點，不是那麼容易瞭解。(參與者 C37)

歸納而言，參與者對於目前公佈的醫療品質指標資訊，有以下幾點批評：

(1) 資訊內容不像是給民眾看的，而是給研究人員、專業人員看的

我不知道他醫療品質是針對於我們生病的使用者而言？還是針對研究人員？從這個網頁上的所有敘述文字來講的話，他基本上是提供你論文做參考...數據太過生硬...如果你是要提供病人的那個醫療品質的話，這個品質應該是對病人有關的，而不是研究相關的數字。(參與者 C47)

這是比較專業的人在看的。(參與者 C43)

很專業的人才能夠分析。(參與者 C42)

看這個很累，這個是專業的東西，像老師講的健保局當初設計這個東西，他們的方向跟我們考慮的點不一樣。(參與者 C19)

(2) 指標定義與統計數據不容易懂

不容易懂就是大概這些指標數字的方面。(參與者不詳)

他的一些指標就是真的寫的像我們一般人真的是沒辦法很清楚的瞭解。(參與者 C38)

我覺得在那個網路上就是他用一些分子分母來算計的，像我是初步去瞭解這個疾病的話，我就看不太懂...就是可能文字方面還可以，可是像這個算計部份我就不知道為什麼。(參與者 C40)

我覺得指標的定義，因為我在統計室上班，我們看當然是看得懂，但是你這個給一般人看大概也是看的迷迷糊糊，看什麼醫令代碼，什麼醫令的什麼東西，我覺得你寫了還不如不要寫，免得大家看了更看不懂，反而增加人家覺得說誤會。(參與者 C42)

(3) 指標對民眾或病人而言沒意義

我是覺得他的那個小於 10 那我看了一段，台大的好像高於 10，那其他醫院、地區醫院反而是 0，我覺得那種指標好像沒有什麼意義啊，我的感覺是這樣。(參與者 C39)

這些代碼對我是事實上沒有任何意義，但是問題是我要的是我是不是能夠在這裡得到品質，這個是關係到他好不好懂的原因，如果他今天是以一個病人看病的出發點來講，我相信他的介面是另外一種。(參與者 C47)

(4) 指標可能產生誤導

我覺得有一點誤導，譬如說國全婦產科只有兩個病人，那當然他住院的百分比就占了五十嘛，那我會誤導以為說這家醫院不好，就不要去這裡看。可是其實他只有兩個病人，就只有一個人是這樣子，就變成說占了 50%，所以我是覺得這樣子有一點會讓人家誤導。(參與者 C18)

有的醫院他可能一年做一次，運氣好病人就 ok，ok 是 100%，有些做 100 個失敗了幾個，結果指標反而落後了，我覺得這個判讀上如果沒有很去想的人，就會被這指標反而誤解。(參與者 C42)

統計數據我覺得有很大的問題...這邊統計表上面有寫到所謂的病患重大傷病比率，跟分母重大傷病傷病人數，如果照我現在的瞭解上來講，他把 type1 第一型的糖尿病人一起混在裡面了，那這地方就會有出問題了，這數據就會有怪怪的，因為第一型糖尿病的人可以取得重大傷病卡，第二型糖尿病是不行的，那因為他在所有的網站都沒有看到，是不是他把第一型的糖尿病混在裡面去了？他是整個下去做統計看，然後分母的重大傷病例率的地方，雖然他也沒解釋，但你看這份資料，這兩個可以看出盲點，這是到底不容易懂的地方。(參與者 C37)

比如說我今天舉一個以一般我們在做...放導管侵入式的時候，他會給予抗生素三天，那這抗生素不代表他是發炎感染，但是這樣投你如果紀錄到這樣的一個數字裡面的話，那代表這是感染嗎？這不是喔，那所以說今天就算他用代碼，這數值是真的數值？(參與者 C47)

(5) 指標數據真實性存疑

建立這樣的資訊，我們這些資訊都是從基層院所醫院這樣報上來的，那難保有不正確的地方。(參與者 C11)

大家怎麼知道這個公開的資訊統計數字是對的，誰來幫他背書？那就算它是

對的，我們也要告訴大家說**為什麼你要相信這個數字**。(參與者 C15)

我覺得這個醫療品質是醫療院所的品質，**你確定他們報的是真的嗎？我都會質疑這怎麼會這樣子呢？**...如果按照這樣台大可能是最爛的，因為它比例高啊，開的人多死的人也多啊，真的啊，那有可能你隔壁的診所開了十年只開過十個嘛，百分之百，台大開了幾十萬個盲腸死了一千個慘了，台大最爛了，可是不能以這樣來看。(參與者 C17)

他那個資料是由他的醫院提供過去的，那他的醫院是想要說保有這種是不是他的**作業文書上面，是不是有全程的真實的呈現出來？**因為台大的話是比較那個一點，他真實的呈現，台大醫院比較那個...，他的作業比較細，那你私人地區的診所的話，他是幾乎自己人在那裡處理嘛，那種呈現出來的是不是有它的**真實性？**所以我不太相信。(參與者 C39)

以那個**表層感染率**而言，說實在這種數據看起來真的是有點質疑，到底他是**真實性如何？**為什麼有的醫院，看起來很多私人醫院都是掛0，真的是這樣嗎？比如說國泰醫院好了，56件，他完全...，因為表層感染率這種東西其實以開刀而言，我覺得是完全是0的可能性，我覺得是有點質疑啦...比如說國泰醫院也是台北市很大的醫院，但是為什麼他會表層是0？我覺得這倒是有一點怪怪的。(參與者 C41)

2.目前公開的醫療品質資訊是否有幫助?是否影響就醫選擇?

當被問及目前公開的醫療品質資訊內容對參與者而言是否有幫助，是否會影響其就醫的選擇時，有些參與者表示肯定的態度，但肯定的程度不一，例如：

這個網站真的是很好，多了一個品質保證，**醫療品質可以做一個比較，讓我們知道的更多，有哪些方面可以選擇**。(參與者 C08)

可是這個我覺得還不錯的地方就是，**他會提醒我看醫生找醫生要怎麼樣去**

找。(參與者 C23)

是不是會影響選擇醫療院所，這個肯定會的，前提是這個資料要可信的，就是剛剛我們討論的，如果他是可信的，對我絕對有幫助。(參與者 C41)

選擇醫療機構？應該有一點幫助。對，我覺得還是會有影響，我會這樣子...會注意一下別的醫院的情況。(參與者 C26)

對我是有一些幫助啦，因為看到他這些報表的時候，可以知道說哪個醫院會比較好，所以相對就會去到那個醫院。(參與者 C36)

跟其他醫院比較起來都是比較好的，那我可以去找那個醫院，讓我知道找那個醫院好，...至少我可以縮小範圍之後再去選擇。(參與者 C42)

是有幫助啦，可是幫助沒有那麼大，因為我們還會透過一些其他的方式去找我要的醫院...就是幫助我只是瞭解說那家醫院。(參與者 C28)

會不會影響到我選擇的醫療院所，我可能還是會多打聽，除了上網去看這家醫療品質之外，還會親友那邊還是會打聽一下，影響的比率大概也應該還是百分之五十吧！多少會影響。(參與者 C03)

然而也有許多的參與者表示這些醫療品質指標公開對其沒有幫助，或是僅具參考價值，對就醫選擇影響有限，其理由包括以下點：

(1) 資訊不夠充分，僅具參考價值

這個網站上面的資訊就我來講，是有一些參考作用，那至於說是不是這個網站上面的資訊，是不是就會影響到我選擇就醫的院所，我覺得不會。因為我是指他目前上面可以提供的資訊來講，還不足以讓我們在選擇就醫的時候...，有充分的資訊讓我們可以根據這上面的內容，來決定我們要選哪一個院所。(參與者 C07)

這個指標我覺得他是對的...真的對糖尿病人是很有幫助，真的要看這四個指標，但是這是只是基本、基本要看的...他整個照顧系統還是夠不夠好，我覺得還是值得要大家再值得討論。(參與者 C37)

(2) 無法改變原本的就醫習慣，尤其是慢性病人有跟醫生的特性

我個人覺得僅供參考...可能看的時候，可能還是會找到大醫院去，目前就醫習慣是這樣...想說大醫院，如果說你檢查出來哪一些有問題的話，他可以幫你再做另外一個觀察，可是你在基層的診所檢查出來你血脂肪高、你什麼高，然後呢？沒有然後啊，你就自己再想辦法再去找別人。(參與者 C32)

這些資訊我只是覺得有參考價值而已，我不覺得很有用...我們選擇醫療院所的時候，還是會選擇離家裡近或對自己方便的，因為那個數值還只是參考...執行率 20 幾%，可是我還是去的就是那家醫院啊。(參與者 C34)

這種慢性病有這種特質，他可能跟著醫生跑...因為這個是慢性病啊，跟一個醫生就跟定哪一個了。(參與者 C11)

你面對面的那個醫生對你來講是非常重要的...我覺得就近的醫院假如有一個好醫師的話，就算他執行的很不好，但是他對你的照顧跟其他照料非常好，我覺得這也不失為一個好方法。(參與者 C30)

(3) 寧願相信口耳相傳

我覺得完全沒有幫助，因為我不會照這個數值來看病，因為你今天這個醫院統計數字我看了五十個病人不代表很會看，你今天看了四個病人我也不知道你四個病人好不好，我不敢冒險，寧願採取口耳相傳。(參與者 C11)

我會諮詢親友朋友，像知道有人剛好有這個疾病，看他看哪個醫生，然後醫生怎樣，感覺怎樣，那我自己去看去看感覺這個醫生不錯，如果感覺不好我會換個醫生。(參與者 C19)

會去問親朋好友要去找哪一個醫生，可是如果問不到大家都沒有那個經驗的時候，我就會上網，我會去找一個譬如說我想開這個手術請人來幫我介紹，那會有很多人回應給你，然後你會去比較，每個人會寫他怎樣怎樣，然後你就會去想說大概大家投最多票的那個醫生你就會去找他開，我覺得我找醫生都是這樣子。(參與者 C18)

(4) 醫療品質沒辦法量化

品質沒有辦法量化啊，因為每個人開刀面對的情況不一樣，你沒有辦法說把它列出來。(參與者C11)

指標數字不直接反應這個品質，那既然沒有辦法直接反應這個品質，他這個指標的用意是做什麼？...我也不知道說這個最高評比這個分數，這家的醫療院所他的醫護人員的品質又是怎麼樣？(參與者 C43)

你可能只關心我的關節哪裡可以找到比較好的醫療品質，我可以信賴哪個醫院，可能我不在乎這個醫院裡面他執行了多少手術，因為手術可能變數蠻多的，他可能後面有感染的變數蠻多的，但是這個統計數字不代表我今天到這家醫院的醫療品質，那當我去搜尋這樣的一個網站的時候，他所能提供的是一個很硬梆梆的數字，他不是告訴我說哪一個地方可以提供一個比較好的治療。(參與者 C47)

(5) 民眾關心的是醫生的資訊

目前這個網站公開之後對我個人來講幫助可能不會很大...對公衛來講他可能會將來產生一些我現在想不到的好處，所以縱然目前來講這個網站對我幫助不大，可是我覺得公開是一件非常正面的事。...身為一個糖尿病患者，哪家醫院我不 care，我 care 的是哪個醫生，因為這個醫生可能幾十年甚至一輩子黏在上面了，所以這個醫院的任何東西我都不 care 說實話我真的不 care...醫院真的不重要，對病人來講真的不重要，重點是哪個醫生。(參與者 C15)

可是我會考慮到說雖然他的醫療品質什麼都 ok，可是他的醫師、醫護人員的品質是怎麼樣，就不知道，醫術怎麼樣我不曉得，所以說整體來講還是會去篩選，人家以前就是吃好到相報，那一個醫生比較好就會傳這樣子，所以說總總情形醫療品質跟醫師的品質都會去參酌。(參與者 C43)

這個醫療指標，在我們來講只是可以選擇醫院的一個目標而已，因為每個醫院的那個醫師，他的素質醫術不一定說同等的，所以說這個醫療品質指標只是可以讓我選醫院，沒有辦法認識說每個醫院的醫師他的膝關節這個技術到什麼程度，說真的，沒有幫助，...。(參與者 C46)

(6) 資訊公開的數據有時間上的落差

因為醫生的流動率真的是很大。可是我看去年的指標，可是我要看今年的醫生，那會不會...會有落差。(參與者 C03)

(7) 目前公開的醫療品質資訊對醫療院所有助益及制衡作用，對民眾影響不大

因為你之後比的都是跟大範圍比較，譬如說跟健保局的每個分局或是區域醫院、地區醫院這樣比，我是覺得說這對醫療單位比較有助益，對民眾他覺得是多餘的沒有必要，他們比較 focus 在衛教的部分或標準值是多少。...我覺得公開是對醫療院所有制衡的作用，他會覺得說因為我現在已經攤出來了所以我勢必要做的很好，第一個我覺得最主要的用意是這一方面而已啦，對一般民眾來講影響不大。(參與者 C14)

3.對醫療品質資訊內容的建議

歸納而言，對於醫療品質資訊公開的內容，焦點團體的參與者提出的建議包括以下數項：

(1) 提供關於醫生的資訊

醫療品質還是跟醫生本身是有關連的，醫生的醫術方面蠻重要的...在網站上還是覺得說...，哪個醫生的品質到底是...他的醫術怎麼樣，我覺得這是蠻重要的。因為雖然這個醫院是大醫院，他的醫療設備什麼都 OK 的！可是醫生的品質是怎麼樣不 OK！（參與者 C02）

你可以標示說這個醫生的專業，...那我們很放心就是說他就是一個專業的，可以讓我們比較有品質的保證。...因為醫療品質就是人為的，就是醫生。（參與者 C06）

我希望就是說，像我們去醫院看，還是會希望說有哪一個醫師可以對這個病特別瞭解，看能不能說讓我們直接就...直接看就知道說要找誰。（參與者 C30）

我覺得提供醫師的治療的方法...醫師他治療的人數和成功的案例，或者是他有什麼新的那個突破，新的那個就是去國外回國，然後就是帶回那個國外的一些新的資訊這樣。（參與者 C31）

對，就是譬如說他選擇這家醫院，哪些醫師是幫他做這種人工膝關節的？就是會想要知道說醫生的一些經歷跟一些經驗這樣子。（參與者 C38）

就是有醫生的那個個人數據出來，可以給我們做一些比較...就是希望能提供醫生個人的...有沒有能說醫生的那個手術的成功率，或是他後續的一些數據資料能夠提供出來。（參與者 C45）

我可能兩個醫生會做比較...只是說政府的單位適合公佈到醫生嗎？其實這個醫生團我相信會抗議的..要不要公開到醫生這段，其實我相信衛生署有考量的啦，就民眾的立場，我們 100%希望公開到醫生這個階層。（參與者 C41）

我也是這種看法，因為我掛號是掛那個醫生不是掛那個醫院...應該把這醫生也要名字公佈出來...這樣對我們真的才有很好的幫助。（參與者 C42）

其實對病人的醫療品質來講的話，醫生算是相當重要的比例...醫生對我來講是個很關鍵的因素...希望這個網站的品質到了修正之後，他能夠提供我這樣的信心是，我點上去我可以找到我想要找的醫生，畢竟不是醫院開的刀、是醫生開的刀。(參與者 C47)

(2) 提供術前評估、術後照護與併發症等相關的資訊

因為好像有很多醫生都會給病人自己做決定，就是說你沒有急性的危險，醫生通常百分之五十都會讓病人自己決定。...是不是有一些基本的數據，可以給病人自己做一些判斷，比如說肌瘤多大的時候、產生什麼樣的症狀的時候，需要做立即性的處理？(參與者 C07)

那是不是可以在網站上這一方面，術後的利弊可以分析一下。聽聽大家說，把這個子宮需不需要切除？切除以後的利跟弊在網站上讓我們做個參考，還有是說開刀手術以後有哪些併發症會引起...，讓我們做個參考。(參與者 C08)

因為譬如說我在面臨醫生告知說我必需要動手術的資訊的時候，我是不是有另外的選擇的權力，是不是有其他手術的選擇可以提供我。...我說的比較現實一點，因為很多的醫生在做手術考量的時候可能根據健保給付的考量在做，...病人有沒有辦法在術前能夠先有這樣的資訊？有多少不同的手術方式可以在這邊說明。(參與者 C16)

他有告知說他的方法哪幾種。可是我們的一個病人他是適合說，怎麼樣的一個手術，像子宮鏡拆除、還是腹腔鏡、還是什麼動脈栓塞啊，什麼什麼，這種常識啊，也是可以在網站上跟我們敘述說...，我們到底我們是適合哪一種的手術，然後病人才會知道用什麼方式，才不會有疑惑。(參與者 C06)

那至於說手術後，像有些子宮拿掉對於後遺症是影響有多大？...那是不是以後子宮切除以後就真的不會有婦女病的發生嗎？包括卵巢啊或是輸卵管之類的，我覺得這個做明細一點的認識...然後就是想說有更多的，就是衛教方面更多更深入的病情的瞭解，怎麼樣去照顧、術後的照顧之類的，資訊比較多

一點，有一個這樣的窗口可以詢問...這樣。(參與者 C02)

他針對有做過人工膝關節的年齡層是不是可以分段？因為現在有很多年長者，他認為說我已經年長了，有沒有需要再去做？那年輕的跟年長的，年輕的是好像比較時間還很長嘛，那年長者有些是 70 幾歲、80 幾歲他才感覺到說不舒服，可是他又想說做了以後對他...因為他的健康狀況會比較差，那這種狀況的話，他變成不敢去做，那就變成也沒辦法出去走動。(參與者 C39)

技術方面，或是他置換那個材質喔，是哪一類的比較好？能夠讓使用者覺得說又經濟又實惠的器材，要看換了那個東西的材質是什麼？因為材質我們不曉得是哪一家自己用的材質。(參與者 C44)

有關於我要做人工膝關節相關有哪些可以替代的一個手術方式，不可能只有單一的方式...我要求的醫療品質是我接受好的醫療照顧跟手術...那今天這個官方的網站，他可能可以提供我說，今天如果你進行膝關節的情況下，你應該接受怎麼樣的評估，然後才能進入手術。(參與者 C47)

(3) 提供病因、預防等相關的醫學知識與衛教資訊

應該要針對糖尿病本身的病人他是覺得說應該提供相關的衛教，比如說你 A1C 要達到小於 7，血壓要 135 或 85。(參與者 C14)

應該告訴他如果沒有達到這樣會怎麼樣，就像祝先生講的應該這麼做你沒有做，那按照這樣做會有甚麼好處，不這麼做合併症出來會怎麼樣...尿蛋白那一塊，你如果沒有控制好就是要洗腎，眼睛不照顧好就是失明，我會比較說你就是好的告訴他遵守會怎樣，不遵守合併症一出來會怎麼樣。...覺得患糖尿病死於糖尿病的比較少，怕的是合併症，然後這上面的資料裡面最多是心血管嘛，那當然有可能最後要，...控制好不然你會怎麼樣，這些相關資料也應該放進來，而不是只有說六成以上的糖尿病患是死於心血管疾病，那是怎樣都不知道，先要讓他知道過程比較重要。(參與者 C16)

跟這些手術疾病有關的醫療品質的資訊，比如說今天我們講子宮肌瘤，那可不在做衛教的時候，把跟子宮肌瘤有關的疾病，比如說剛提到的，子宮肥厚，子宮肥厚是比子宮肌瘤更麻煩的，更需要觀察。就是說跟他有關的稍微提一些些，這樣對子宮肌瘤會更瞭解...還有很多子宮的疾病，是否附帶也要把卵巢拿掉，這個都是可以探討的。(參與者 C05)

我希望淺顯易懂比較能了解子宮肌瘤的狀況怎樣處理。(參與者 C19)

希望說他提供一些我們怎樣去預防說這個子宮肌瘤或是說要怎麼樣去治療，像他們講的一樣，然後在我們手術以後，在自己家裡應該注意什麼事情，這個應該他可以提供我們，那有開過刀的人那你以後要注意什麼...這個開完刀會有什麼後遺症啊，這個要讓我們要開刀的人一定要知道。(參與者 C20)

是不是可以再提供一些預防部分...類似這樣子一些可能造成的原因...那可以讓大眾就可以知道說怎麼樣避免產生這種病，因為預防還是重治療...就是說因為你動了這個手術，手術後就特別在生活上注意什麼，或者說怎麼樣保養啊。(參與者 C24)

比較會去看相關病的來源或是說你為什麼會這樣子，疾病本身的事情，就是說你病後你開刀完以後你要怎麼注意。(參與者 C26)

宣導說某些事情在某個條件下可以做，有些不能做，這是一種告知啦我覺得，對於病友來講也是一個比較正面的教育。(參與者 C11)

膝蓋關節不好的人，他可以瞭解說為什麼會有這樣的一個病情會發生？為什麼膝蓋會不好？是除了運動傷害以外，是老化的問題還是什麼？怎麼樣去預防？什麼時候這個膝蓋關節要換？什麼情形？就是可以幫民眾去多解決一些病情的一些預防還有術後的照顧等等。(參與者 C43)

- (4) 提供其他與醫院相關的資訊，例如醫院的地址電話、可提供的照護層級、可執行的檢查項目、新的治療方法、醫護人員比、價格等

當我要去找醫院的時候，那我不是在乎這個數字，但是我要知道說今天這家醫院，他有沒有能力提供到哪一個層級的維護，比如說，他可以動哪些手術、他可以做哪些檢查？然後這些醫生有幾個是合格的醫生？(參與者 C47)

醫院那個醫療診所那部份，他可不可以把那個電話地址順便寫出來...我根本不知道說這家到底，或者是我在萬華區我根本不知道他在萬華區的哪一條路，我最起碼要知道他在我家的附近，用電話或地址能夠我就直接看出來了。(參與者 C32)

有醫院的那個電話，可以方便諮詢。(參與者 C36)

我在用這個網站的時候我可以知道哪些醫院可以提供這樣的檢查，哪些醫院可以、哪個等級醫院可以這也是相當重要的，就我可以查詢到在那一家醫院可以做，哪個地方可以做、有能力做也是病人需要知道的。(參與者 C11)

這個醫療院所他有沒有在這一方面，有沒有新發現，有沒有說更具體的治療的方法，也是可以在這個網站告知。(參與者 C06)

覺得那個他們的醫護人力的那個比例也是很重。 (參與者 C18)

應該要寫一下價錢。(參與者 C18)

(5) 增加 Q&A/討論區/諮詢區/感想區

如果這個有一個園地就是 Q&A 的概念，我把我的問題 po 上去，那可能這個網站 maintain 的人，或者是他有一個主辦單位，他可以做一個簡單的回答... 我們可以放 Q 進去，但是 A 的部份可能還是要有一些比較專業的人士來答覆我們，而不是開放給相關的人，這樣子可能會有很多的訊息是誤導的，這樣子其實對這個網站不一定是好的，因為他的目的是代表政府來對所有的民眾做醫療品質資訊的公開，所以這個可能也要有一點點限制。(參與者 C41)

我們官方網站可以用這樣的一個方式、Q&A 的這樣的方式。(參與者 C43)

在網站上可以有一個 Q&A 的，那會更好！讓民眾可以去說，有什麼問題啊，可以從網站的 Q&A 互相討論。(參與者 C02)

你要是有什麼寫出來就問，那大家就回應你，這樣子討論區這樣子，我覺得也滿不錯的，讓人家會了解到更多的。(參與者 C26)

可以增加一個就是說，術後的這個患者的心聲，增加這個園地，讓有心要做手術，或者是說已經做了手術，不知道以後會有發生什麼事情，抽樣調查就是說，做過這個手術的一個後遺症，或是他的怎麼來照顧，每個的心聲一定不一樣，是不是有這個園地，可以讓大家來探討。(參與者 C46)

也可寫一些生病的人，然後他的看病的經驗，然後之後休養的一些身體的問題。(參與者 C23)

剛剛有人提到的經驗分享，到底是怎樣生這個病然後過程怎樣處理。(參與者 C19)

目前我看這三項指標都是著重在院內感染，可是大家討論結果好像是不是希望多一點的選擇，多一點的感想...。醫療品質就是感想嘛。(參與者 C10)

除了網站上公佈這些統計數據之外，還會想聽聽看有第一手經驗的人。(參與者 C03)

糖尿病病人尤其是男生，當血糖弄不好血壓控制不好多少會影響他的性能力，很多人都是，但是有時候問醫生也不太可以問因為沒有時間嘛，所以我覺得可以開一個平台讓他們知道說你的性生活怎樣...。(參與者 C14)

我要的應該是說我今天可能爸爸媽媽糖尿病了、叔叔糖尿病了，... 我點進去說一個告訴你，譬如說○先生從不是到是的一個心路歷程怎麼樣，所以今天看這個網站，... 我要看是因為有人有經驗，他的經驗告訴我，譬如說我們○小姐或○先生是 type 1，那 type 1 的以前是怎麼樣、跟 type 2 有什麼不一樣。(參與者 C17)

(6) 提供心理扶持與福利資訊

心理扶持始終是慢性病上一個相當重要的環節...我覺得國內的糖尿病網站上面欠缺了一個非常重要的一段，就是心理扶持這一段，那一般都偏重身體上的治療藥物治療，但是我們了解一個慢性病人當他得知到自己得到一個沒有辦法痊癒的疾病的時候，他需要的剛開始是一個心理上的扶持。(參與者 C11)

在這網站上面我看不到可以提供糖尿病友的一些那個福利的東西。(參與者 C11)

四、小結

從焦點團體的討論中，我們發現基本上病友和民眾對於政府公開醫療品質的行動非常肯定，對於利用健保局網站作為資訊公開的管道也很認同，理由包括：這是方便、快速且易接近的管道；政府的網站有公信力；網路可以提供更公開透明的資訊；網路影響力大且是未來趨勢；網路普及且免費等。但同時也有人提出年齡和家庭經濟等網路使用障礙因素，以及對於網站的宣傳不足，會使資訊公開的政策效果受到限制。對此，焦點團體參與者對於醫療品質資訊公開的方式與管道，提出了以下建議：利用各地衛生所、健康中心、以及醫療院所宣傳；與各類醫護專業人員、甚至是醫院的志工合作；提供電話諮詢的專線服務；與村里長合作並利用社區活動宣導；利用各種大眾傳播媒體，或其他方式如行動宣傳車等方式宣導等。

焦點團體參與者對於目前網站的設計和操作，雖然有人表示設計得還可以，操作沒有困難，但大多數參與者提出了負面的批評，包括：設計粗糙；畫面單調、制式，缺乏互動功能；介面不好看，查詢功能不易操作；文字過多且字體太小；統計和表格太多，不夠親切；醫學的專有名詞很多，一

般民眾看不懂或沒興趣等。對此，焦點團體參與者提出了以下建議：字體放大；增加色彩、圖示和語音；增加互動的功能；盡量使用去專業化、口語化的文字，並增加解釋醫學專有名詞的輔助功能；改善介面與連結功能；表格增設排序與評比功能；個別院所查詢移至網頁前面；減少附加檔下載的使用方式等。

對於目前醫療品質資訊公開的指標內容，雖然有少數人表示經由指標說明大致可以了解，但是大多數參與者表示不容易懂。除了前面提及的使用醫學專有名詞太多、不夠口語化等問題外，還提出以下幾點批評和質疑：資訊內容不像是給民眾看的，而是給研究人員與專業人員看的；指標定義與統計數據不容易懂；指標對民眾或病人而言沒意義；指標可能產生誤導；指標數據真實性值得懷疑等。

至於被問及這些指標對其有沒有幫助，是否會影響其就醫的選擇時，有些參與者表示有幫助，並且多少會影響其就醫的選擇。但是也有參與者表示幫助不大，對其就醫選擇影響有限，理由是：資訊不夠充分，僅具參考價值；無法改變原本的就醫習慣，尤其是慢性病人有跟醫生的特性；寧願相信口耳相傳；醫療品質沒辦法量化；民眾關心的是醫生的資訊；資訊公開的數據有時間上的落差；目前公開的醫療品質資訊對醫療院所有助益及制衡作用，對民眾影響不大等。

針對醫療品質資訊公開的內容，焦點團體參與者提出以下建議：提供關於醫生的資訊；提供術前評估、術後照護與併發症等相關的資訊；提供病因、預防等相關的醫學知識與衛教資訊；提供其他與醫院相關的資訊（例如醫院的地址電話、可提供的照護層級、可執行的檢查項目、新的治療方法、醫護人員比、價格等）；增加 Q&A/討論區/諮詢區/感想區；提供心理扶

持與福利資訊等。

對於焦點團體參與者所提出的批評與建議，政府部門或許不一定要照單全收，但如何讓資訊公開的內容與方式更貼近民眾的需求和感受，確實有進一步改善的空間。在這方面，若干參與者提出的下面兩點建議作法，或許值得參考：

(一) 邀請病友參與醫療品質資訊公開網站修正計畫

找一些不同族群的來親自使用，看怎麼改善，因為貼近於使用者是讓這個網站成功的一個要件，你不能遠離你的對象群。...可以跟醫療院所合併去提供一些糖尿病人參與這樣的修正計畫，譬如說讓他們使用然後接收他們在使用這些網站上的建議，由病友來最直接，還有他覺得哪個地方不方便他一定會講，這樣情況下在人數多的情況下一定能夠貼近使用者，他想要什麼，因為現在很方便嘛，網路問卷也很方便，我幾個禮拜改版一次他們點一點就回來，密集蒐集到這樣的訊息去做修正。(參與者C11)

(二) 分成專業版及民眾版

可能真的可以作一個比較簡易版的，一個是做專業版的，這樣或許想要知道的人會比較容易去找到他所需要的東西。(參與者 C03)

我們也是要先給民眾看，給一百個兩百的民眾看，看他懂不懂，我想這真的很重要。(參與者 C05)

第五章、 結論與建議

第一節、 結論：主要發現

為使全民健保能夠永續經營並改善現行制度，衛生署於2001年5月報請行政院，並於同年7月1日正式成立「行政院二代健保規劃小組」，而二代健保的規劃及改革核心價值之一即為「醫療品質」，主要目標是推動民眾就醫資訊及醫療品質資訊之公開，增進其選擇能力，強化提升醫療品質機制，支付制度朝向鼓勵提供優良醫療服務之方向改革。自此開始，衛生署積極推動提升醫療品質的計畫，在一連串改革的工作中，2005年衛生署邀集各界專家並於同年12月15日，由當時的侯署長主持下宣布成立「功能性全民健康保險醫療品質委員會」，以作為實踐二代健保醫療品質改善的先驅規劃編組，其任務為：整合醫療專業、病友團體及健保局之溝通平台、強化公民參與醫療品質決策的能力與管道、監督健保局落實品質承諾、提供健保品質相關資訊及推動全民健保醫療品質改善相關事項。

全民健康保險醫療品質委員會歷經十幾次委員會會議、各小組工作會議和行政作業後，業於2008年4月25日正式建置完成「全民健保醫療品質資訊公開網」(<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/>)，主要公開「糖尿病照護」、「人工膝關節置換手術」與「子宮肌瘤切除手術」三類疾病/手術之醫療品質指標資訊，並提供相關衛教資訊，及與健保局醫療品質資訊專區等相關網站連結。此一醫療品質資訊公開網站最主要之目的，即是希望幫助民眾能更確實掌握醫療院所關於此三類疾病/手術的醫療品質資訊，並且藉由這些指標數據，得已更加了解醫療院所對於病患診療照護的情況，做為其就醫時的參考。

由於這是第一次政府採取行動在網站上向全國民眾公開醫療品質指標資訊，具有非比尋常的重要意義，為了能夠紀錄並瞭解委員會從一開始成立至推動醫療品質資訊公開的整個決策過程，以及醫療服務提供者與病友及一般民眾對醫療品質資訊公開之後的立即反應與看法為何，本研究同時運用質化與量化研究方法，採取包括檔案分析、深度訪談、網路問卷、焦點團體、與次級統計資料分析等各種資料蒐集方式，探討這項政策行動產生的初步社會反應，並提出對未來醫療品質資訊公開政策持續推動的政策建議。

整體而言，本研究認為自二代健保推動以來談論已久的醫療品質資訊公開，能夠因此踏出第一步，著實不易。由於目前「全民健康保險醫療品質委員會」屬臨時任務編組，既無法源基礎，在行政上與各方面的資源也很有限，因此醫療品質指標的產生也只能在現有健保局的資料庫中選取，目前所公開的指標也偏重照護「過程」的指標，並非醫療「結果」的指標。這些指標可能對醫療服務提供者較有意義，對一般民眾或病友而言，可能並非其最需要的資訊。但是由於透過網站公開的行動，一方面民眾感受到政府對提升醫療品質的重視與努力（因此本研究的病友參與者多數給予高度肯定），另一方面醫療服務提供者也必須對於醫療照護過程與品質更為重視。例如指標公開初期婦產科醫學會對某項指標編碼問題的強烈抗議行動，固然反映出品質資訊公開決策過程尚有改進的空間，但也顯示醫療服務提供者對這項政策行動的不敢輕忽。因此，雖然這些醫療品質指標公開的真正效益，包括醫療服務提供者和病友如何詮釋這些指標，以及是否對醫療行為與就醫行為產生實際影響，仍有待較長的時間觀察方能真正評估，但目前這項政策行動所產生的立即社會效應是可以肯定的。

以下將前面各章節分析討論的主要發現與結果，分為以下三大部分摘要陳述如後。

一、全民健保醫療品質委員會會議決策過程分析部分

1. 根據 Fung and others (2007)，一個具有下列六項特質的政策問題方能藉由「資訊公開政策」尋求問題的解決：(1)存在一個將引起風險或導致公共服務失敗的資訊落差；(2)對此項政策問題進行衡量的標準有一定的共識；(3)問題非複雜到難以溝通；(4)資訊使用者有意志、能力與認知方法去提昇進行確切的選擇；(5)資訊揭露者有能力去降低風險或提昇績效；(6)資訊公開後產生的變化是可被接受的。針對這六項特質的分析，受訪委員對於目前的醫療品質資訊公開問題看法如下：(1)民眾確有難以弭平的「醫療品質資訊落差」；(2)「病人端」與「專家」之間難以形成衡量標準的共識；(3)民眾健康知能仍不足，品質指標選擇偏好程度難以評估；(4)民眾「期望」看到的指標與「需要」看到的、「可行性」的指標仍有落差；(5)醫療院所會改善醫療品質，民眾就醫選擇也可能改善；(6)醫療品質嚴重低劣的醫療院所應直接令其停止服務、輔導限期改善或透過「論質計酬」影響其收益。唯以上這些受訪者關於「政策問題」所表達的認知與想法，並未完全在委員會及相關會議中進行充分的討論與釐清。
2. 根據 Fung and others(2007)，一個成功的資訊公開政策應具備十項因素：(1)提供一般民眾便於使用的資訊；(2)強化資訊使用團體的角色；(3)幫助資訊公開者瞭解資訊使用者選擇的改變；(4)使資訊公開者能因配合資訊公開而獲得好處；(5)設計資訊正確性與比較的標準；(6)政策設計務求完整清晰；(7)整合分析與反饋系統；(8)建構懲罰機制；(9)落實懲罰之強制

執行；(10)與其他管制系統相互配合。本研究發現十項成功因素有不同程度的落實，總計 17 項指標中，8 項指標完全落實，5 項指標委員會雖有討論但未落實，4 項指標則未見討論亦未落實。

3. 全民健保醫療品質委員會作為一種公眾諮詢機構，其組成在「代表性」方面有很大的侷限。「代表」社會公眾與團體的委員，主要是由主委和行政部門挑選，挑選的主要原則，是希望從不同的背景，提供專業的和實務的觀點。委員的代表性，公共參與意義相當薄弱，委員和社會公眾的意見缺乏聯繫。
4. 「代表民眾」的委員，雖然具有相當的知識基礎，能夠瞭解討論的議題，但他們和具有醫療背景的委員之間，存有知識的差距。他們能夠從民眾的角度，來評估所要公開的醫療品質資訊的內容，是否淺顯易懂。但對醫療品質指標的選擇，則無法挑戰具有醫療專門知識的委員的「專業判斷」。
5. 醫療品質資訊公開雖然在立意上，是「民眾取向」的，但在實際執行中，是由醫療專家從全民健保資料庫中挑選一些指標來代表特定疾病的醫療品質。所謂「民眾取向」是指這些指標所代表的意義，和資訊的使用方式能被民眾瞭解。
6. 委員會的目標和議程，並非由行政機關來訂定，而是由主任委員（在行政幕僚協助下）來設定的。主委經驗，能力和意志，影響議題的方向。但在已被設定的議題框架中，委員大體都有平等發言的機會。
7. 醫療品質委員會的決定，能夠成為實際執行的政策，這主要歸功於行政首長（衛生署長）的支持，主任委員的領導以及行政幕僚的支援。但因功能性的委員會缺乏制度化的行政資源和協調機制，在運作上充滿了許多不確定性。

二、醫療服務提供者的分析部分

1. 根據健保局的統計資料分析，上網公佈個別特約院所的醫療品質資訊，短期內沒有造成監測指標值立即、明顯的變化。
2. 分析 2007 年第一季至 2008 年 5-7 月健保病人就醫院所發現，這次網頁公佈的人工膝關節置換手術和子宮肌瘤手術的 6 個指標，對於非西醫的醫院或診所都不適用——這些院所在這些醫療服務項目的服務量都掛零。西醫院所部分，除了 6 成以上的醫學中心和至多 3 成左右的區域醫院外，95% 以上的地區醫院和診所也不適用。顯示這 6 個監測指標的院所普及性很低，完全沒有反映絕大部分健保特約院所的醫療品質，西醫部分則較適用於醫學中心。
3. 受訪的新陳代謝科醫師認為糖尿病醫療品質指標的公佈，在極少程度上可以幫助民眾掌握醫療院所的醫療品質資訊，同時也認為因為公佈的內容不易懂，因而無法讓病患「輕鬆地」了解醫院診所過去對某一疾病患者的照護情形。受訪的婦產科與骨科醫師則認為因為資料的偏誤或是不明確，對於針對子宮肌瘤手術的病患與人工膝關節的病患無法達到掌握醫療院所照護品質的目標。
4. 新陳代謝科醫師認為檢查的頻率，與病人的年齡、罹病的長短、以及病人是否有其他合併症等相關。但是這次公開的指標內容沒有這些相關資訊，且由於到基層看病的病患病情都較輕，而到醫學中心的病人，像是糖尿病可能病情比較久或控制的比較不好，所以在執行的時候會比較嚴格執行。因而基層診所的執行率，均較大醫院為低，此一結果對於基層診所有不公平之處。至於婦產科醫師則認為因為資訊不正確，因而無法測量出個別醫療院所照護和進行相關手術醫療品質。而受訪的骨科醫師認為人工膝關節置換手術的感染要定義清楚，否則對於不同層級醫院之

間的比較是不公平的。

5. 新陳代謝科醫師認為醫師受到醫療品質指標公佈的影響不大，因為醫師不會看著指標做事情，而且檢查的次數與病患的病情有關，或是認為只有醫院主管才會去看這種指標，醫師沒有受到特別的影響或是要求。其次，婦產科醫師則認為醫療品質指標公佈對於醫院與醫師有幫助，當病人知道這個醫院可能醫術較差，他們就不會去，加上醫院本身也會約束，因而影響醫師的行為，有可能讓醫師更謹慎，但也可能讓醫師進行更多檢查或作假。最後，骨科醫師認為醫療品質指標公佈對於醫師會有負面的影響，因為當醫師知道這個情形後，由於怕醫院被降級，或是病人知道醫院的問題，一定會有一些偏差的行為，例如開抗生素但是要病人自費使用，或是資料作假以避免被醫院監督，或是認為未來可能造成醫療糾紛而成為困擾。
6. 針對衛生署定期公佈這些指標和說明，是否能達到促進醫療院所更努力提升醫療品質，受訪醫師的看法保留。有些醫師認為影響有限，因為沒有罰則，執行率差也不會有影響，不會因而淘汰不好的醫師。衛生署定期公佈這些指標，雖然會給醫師一些警惕，有些醫師會覺得有壓力，擔心會列入黑名單，會更小心，但是品質不見得會提升，因為醫師非常專業且人人相輕。另外，受訪醫師表示健保比衛生署公佈醫療品質指標更能影響醫師行為。
7. 針對衛生署定期公佈這些指標和說明，是否會對民眾或醫療院所造成不良影響，除了前面受訪醫師提出的意見外，有受訪醫師特別提出這項行動會誤導病患對於醫院的醫療品質的看法，強調醫療品質不能只從三或四項指標加以判斷，如此會讓病患有不完整的認知。此外，每位病患的病情不一樣，用統一指標來判斷醫療品質也會有誤導。而有一位受訪醫

師認為目前做法是去抓醫院的漏洞，使得醫院或醫師做假，更難呈現真實的照顧品質。

三、在病友與民眾的分析部分

1. 針對焦點團體參與者所實施的問卷調查發現，就網站內容評估而言，不論是從實用度、清楚度、具有價值與否、可信度的方面，子宮肌瘤與人工膝關節場次參與者多半是給予正面的評價，負面評價較少。值得注意的是，若有負面看法出現，大部分是糖尿病場次的參與者；網站整體而言，人工膝關節場次參與者在大部分的評估面向，皆表現出高度認同，而糖尿病場次參與者的認同程度相對偏低。本研究推測此可能因為疾病種類、或是焦點團體參與人數多寡、參與者背景與焦點團體互動過程而影響結果，此還有待進一步地深入研究。網頁設計方面，糖尿病與子宮肌瘤場次參與者的意見大部分集中於普通選項，顯示網頁設計或許可再加強其瀏覽功能、以更為活潑多元的方式呈現公開內容。民眾網路使用行為方面，將近八成民眾曾使用網路查詢醫療相關資訊，且女性查詢比例較高；推測此結果或許與女性主要扮演家中照顧者的角色有關。
2. 相較於焦點團體問卷結果，不論是網站內容、網頁設計、整體滿意度，網路問卷填答者給予正面評價的比例更高。結果顯示，對於一般大眾而言，公開的資訊內容簡單易懂，用字不會過於艱澀難懂；民眾亦認為網站提供的資訊不僅可更加了解疾病，也可作為就醫參考，其實用性備受肯定；網頁設計大致清楚明瞭，但可能有些瀏覽使用之問題說明未能詳盡、或不夠清楚明瞭，可作為日後改善之參考。

3. 從焦點團體的討論中，我們發現基本上病友和民眾對於政府公開醫療品質的行動非常肯定，對於利用健保局網站作為資訊公開的管道也很認同，理由包括：這是方便、快速且易接近的管道；政府的網站有公信力；網路可以提供更公開透明的資訊；網路影響力大且是未來趨勢；網路普及且免費等。但同時也有人提出年齡和家庭經濟等網路使用障礙因素，以及對於網站的宣傳不足，會使資訊公開的政策效果受到限制。對此，焦點團體參與者對於醫療品質資訊公開的方式與管道，提出了以下建議：利用各地衛生所、健康中心、以及醫療院所宣傳；與各類醫護專業人員、甚至是醫院的志工合作；提供電話諮詢的專線服務；與村里長合作並利用社區活動宣導；利用各種大眾傳播媒體，或其他方式如行動宣傳車等方式宣導；與其他入口網站或相關網站連結等。
4. 焦點團體參與者對於目前網站的設計和操作，雖然有人表示設計得還可以，操作沒有困難，但大多數參與者提出了負面的批評，包括：設計粗糙；畫面單調、制式，缺乏互動功能；介面不好看，查詢功能不易操作；文字過多且字體太小；統計和表格太多，不夠親切；醫學的專有名詞很多，一般民眾看不懂或沒興趣等。對此，焦點團體參與者提出了以下建議：字體放大；增加色彩、圖示和語音；增加互動的功能；盡量使用去專業化、口語化的文字，並增加解釋醫學專有名詞的輔助功能；改善介面與連結功能；表格增設排序與評比功能；個別院所查詢移至網頁前面；減少附加檔下載的使用方式等。
5. 對於目前醫療品質資訊公開的指標，雖然有少數人表示經由指標說明大致可以了解，但是大多數參與者表示不容易懂。除了前面提及的使用醫學專有名詞太多、不夠口語化等問題外，還提出以下幾點批評和質疑：資訊內容不像是給民眾看的，而是給研究人員與專業人員看的；指標定

義與統計數據不容易懂；指標對民眾或病人而言沒意義；指標可能產生誤導；指標數據真實性值得懷疑等。

6. 當被問及這些指標有沒有幫助，是否會影響就醫選擇時，有些焦點團體參與者表示有幫助，並且多少會影響其就醫的選擇。但是也有參與者表示幫助不大，對其就醫選擇影響有限，理由是：資訊不夠充分，僅具參考價值；無法改變原本的就醫習慣，尤其是慢性病人有跟醫生的特性；寧願相信口耳相傳；醫療品質沒辦法量化；民眾關心的是醫生的資訊；資訊公開的數據有時間上的落差；目前公開的醫療品質資訊對醫療院所有助益及制衡作用，對民眾影響不大等。
7. 針對醫療品質資訊公開的內容，焦點團體參與者提出以下建議：提供關於醫生的資訊；提供術前評估、術後照護與併發症等相關的資訊；提供病因、預防等相關的醫學知識與衛教資訊；提供其他與醫院相關的資訊（例如醫院的地址電話、可提供的照護層級、可執行的檢查項目、新的治療方法、醫護人員比、價格等）；增加 Q&A/討論區/諮詢區/感想區；提供心理扶持與福利資訊等。

第二節、 政策建議

綜合而言，本研究提出以下政策建議：

1. 「醫療品質」的提升如果是重大政策目標，則醫療品質委員會應進一步法規化和常設化，使其具有行政資源和權威基礎，以確保運作的穩定性和影響力。具體作法包括：(1)立法明文確認醫療品質委員會的任務目的

是以「病患中心」(patient-centered)的理念為核心；(2)從衛生署內部組織規章的可能範圍中，明確界定委員會與健保局的互動模式；(3)逐步爭取預算經費，研究擴大資訊公佈範圍下健保申報資訊以外資訊蒐集所需新指標的所需人力經費；(4)在目前爭審會中，建構規範指標爭議處理應變標準作業程序(SOP)；(5)針對其他提升醫療品質相關配套政策或法規進行修正(如健保給付制度)。

2. 增加一般民眾代表擔任委員，對於委員會中代表公眾和社會團體的成員，建議透過徵詢相關團體的程序來產生，以強化公共參與意義的「代表性」；針對特定議題，應在委員會運作之外，建立外部諮詢的管道，推動相關團體(如病友團體和醫界等)的討論，使社會公眾和利害關係團體的意見能夠充分呈現。
3. 醫療品質指標的選擇，不應完全依賴全民健保既有的資料庫。應透過上述公共諮詢與討論途徑(如病友團體的焦點座談)，瞭解民眾對特定疾病的醫療品質所需求的資訊。民眾殷切需求的醫療品質資訊，如果是現有資料體系缺乏的，應逐步建立系統來蒐集資料。此外，應針對不同層級或屬性的特約院所，選擇適當且普及率高的醫療品質指標，以監測不同院所的健保醫療品質。
4. 應以美國為鏡，立法或修正全民健康保險法或醫療法，規定醫療院所應按指定格式，定期向衛生署或健保局，報告其醫療品質資料，並經確認(validation)後，由衛生署或健保局向社會大眾公佈個別醫療院所的醫療品質資訊。
5. 品質指標的訂定與公佈，建議先與相關學會、教授等具有實務經驗的專家討論，包括進行醫療評估、資料的呈現等，才不會出現錯誤的資料與資訊，未來亦可考慮委託醫療專業團體檢測指標資訊的正確性。

6. 跨年度登載各醫療院所品質指標表現數值，特別標註品質指標領先、進步幅度大之醫療院所，並提供醫療院所針對指標公佈意見反應的正式管道。
7. 藉由網路傳遞醫療品質資訊確實相當便利、且節省成本。但年齡和家庭經濟等網路使用障礙因素，以及對於網站的傳不足，會使資訊公開的效果受到限制。若能印製紙本文宣加以宣傳，可使不常使用或沒有使用網路習慣的民眾亦可直接獲得相關資訊，而無須透過家人或朋友代為查詢，增加理解的可能性。宣傳的管道，可利用各地衛生所、社區健康（活動）中心、醫療院所、村里辦公室，以及各種大眾傳播媒體等。此外，台灣的電話普及率高，亦可考慮提供網路平台代查的服務電話，幫助不便上網的民眾。
8. 根據研究結果，網頁內容雖然算是清楚明瞭，但網頁設計似乎還不夠活潑動人。建議網站介面可使用較為活潑之顏色、醒目之文字來吸引民眾的目光；同時關於說明不足部分，建議可再就此面向進行改善，並加入互動功能、以更即時提供民眾相關協助。
9. 雖然多數民眾認為網站內容相當實用，仍有部分民眾認為還有須加以改進的部分。建議未來可再加強病患參與機制，給予相關疾病病友更多表達意見的機會，深入了解病患觀點，以確立以病患為中心的醫療品質資訊公開政策。對於目前已公開的網站，亦可考慮邀請病友參與醫療品質資訊公開網站修正計畫。為了能同時符合醫療提供者與一般民眾的需求，或許可考慮將品質資訊公開的內容分為兩個版本：「專業版」與「民眾版」，用不同的方式呈現。
10. 定期舉辦面對民眾意見反應的會議論壇，並在網頁設置民眾意見反應欄位，依照「行政程序法」民眾意見反應機制回應民眾意見。此外，亦可

考慮委託學術單位持續對本政策執行進行效益評估，特別是民眾使用的效益評估。

第三節、 研究限制與未來研究建議

醫療品質資訊公開的社會效益有很多層面，且可從不同角度加以分析。而這些效益的評估，通常也需要較長時間的觀察方能檢驗。本研究執行期間為2007年12月5日至2008年12月31日，而醫療品質資訊公開的日期由於政策上幾度延期，實際上在2008年4月25日才開始。因此本研究題目雖然定為「社會效益」評估之研究，但實際上對於品質資訊公開後的觀察期，扣除報告撰寫和審查及修正時間後只有短短半年左右時間，這麼短的時間連若干品質指標監測的健保局資料尚且來不及產生，更遑論待各種社會效益浮現後的實證檢驗和評估。因此本研究的目的僅在對這項醫療品質資訊公開的政策行動產生後，醫療服務提供者以及一般民眾和病友對所產生的立即反應，尤其是其對目前資訊公開的方式和內容的意見和看法，進行初步的探討，以供未來政策持續推動的參考。至於醫療品質資訊公開後的真正社會效益，包括醫療服務提供者和病友如何詮釋這些指標，以及是否對醫療行為與就醫行為產生實際影響，仍有待未來研究進一步探討。

此外，由於本研究期間涵蓋品質資訊公開的前後時期，且有鑒於這項政策行動具有重要的歷史意義，因此也試圖從學術分析的角度將此一決策過程加以記錄和整理，並根據分析結果提出相關政策建議，其中包括將醫療品質委員會應法規化和常設化，以及相關運作與決策原則等重要建議。然

而對於此一委員會的組織定位如何（例如應設在衛生署、健保局、或其他官方或民間單位），以及如何處理其與其他目前存在的具有類似功能的委員會或組織之間的關係（例如是否應予整併或加以分工），則超越本研究範圍，亦有待未來研究加以探討。

針對上述之本研究限制，我們提出以下未來研究建議：

1. 對未來「醫療品質委員會」組織體制之研究：針對我國目前所有具有醫療品質監督功能的組織運作現況與功能，進行全面的檢視與比較，並參考國外醫療品質公開機構之組織定位與功能，提出對我國醫療品質委員會組織設置的具體建議。
2. 持續進行醫療品質資訊公開對醫療服務提供者影響之研究：進一步探討醫療服務提供者，包括醫療機構的經營管理者以及臨床醫師，如何從其立場詮釋這些指標？這些指標公開是否實質改變其專業行為？是否確實有助於國內醫療服務品質的提升？
3. 持續進行醫療品質資訊公開對民眾或病友影響之研究：進一步探討一般民眾和病友如何詮釋和使用這些醫療品質指標？這些指標公開是否實際影響其就醫選擇與就醫行為？
4. 其他更長期的社會效益的研究：例如醫療品質資訊公開是否對我國目前的醫療體系生態，或是醫病關係，產生何種影響？

參考文獻

中文文獻：

- 1.吳定：公共政策。台北，五南，2008。
- 2.余致力、毛壽龍、陳敦源、郭昱瑩：公共政策。台北，智勝，2008。
- 3.林恆慶、高森永：探討實施醫師檔案對醫師行為之影響---以健保局台北分局下基層開業醫師為例。國科會研究計畫，2005。
- 4.林恆慶、高森永、陳楚杰：實施醫院品質報告卡可行性研究。衛生署研究計畫，2004。
- 5.林恆慶、陳楚杰、董鈺琪：發展台灣地區醫院品質報告卡之研究。衛生署研究計畫，2003。
- 6.林彥克：醫師對醫療品質的認知與態度之研究-以某醫學中心為例。台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1996。
- 7.黃國晉：1998 醫師如何成為改善醫療品質的領導者。醫學教育 1998;2(2): 201-2。
- 8.謝慧欣、鄭守夏、丁志音：「住院病患對就醫選擇資訊之需求：初步研究發現」。中華衛誌 2000;19(6): 437-45。
- 9.謝慧敏：醫療品質與醫師參與相關性之研究。中正大學企業管理研究所碩士論文，2001。
- 10.鍾國彪：全民健康保險的整體醫療品質之評估計劃。中央健康保險局 86 年度委託研究計劃報告，1997。
- 11.鍾國彪、周其宏、郭年真：醫院網站服務品質與使用者就醫意向之關係探討。台灣公共衛生雜誌 2005;24(Suppl 5):375-84。

英文文獻：

1. Archon Fung, Mary Graham, David Weil: *Full Disclosure: The Perils and Promise of Transparency*. New York: Cambridge University Press, 2007.
2. Arrow, Kenneth J: "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review* 1963; 53(5): 941-73.
3. Audet, Anne-Marie J, et al: Physicians' Views on Quality of Care: Findings From The Commonwealth Fund National Survey of Physicians and Quality of Care, The Commonwealth Fund. 2005.
4. Baker L., Wagner TH., Singer S, Bundorf MK: Use of the Internet and E-mail for Health Care Information. *JAMA* 2003;289:2400-6.
5. Berland GK, Elliott MN, Morales LS, et al: Health Information on the Internet: Accessibility, Quality, and Readability in English and Spanish. *JAMA* 2001;285 :2612-21.
6. Berwick DM, James B, Coye MJ: Connection Between Quality Measurement and Improvement. *Medical Care* 2003;41(1):30-8.
7. Berwick DM, Nolan TW: Physicians as leaders in improvement health care: A New Series in Annals of Internal Medicine. *Annals of Internal Medicine* 1998;128(4):289-92.
8. Blendon, Robert J. et al: Physicians' views on quality of care: a Five-Country Comparison. *Health Affairs* 2001;20(3):233-43.
9. Casalino, Lawrence P. et al: 'General internists' views on pay - for-performance and public reporting of quality scores: A National Survey. *Health Affairs* 2007;26(2):492-9.
10. Chang YC, Li HC: Exploring physicians' perceptions of the quality of medical care under the case payment system. *Mid-Taiwan Journal of Medicine* 2004;9(4):225-32.

11. Cheng SH, Ho YC, Chung KP: "Hospital quality information for patients in Taiwan: can they understand it?" *Int J Qual Health Care* 2002; 14(2):155-60.
12. Cheng SH, Song HY: "Physician performance information and consumer choice: A Survey of Subjects With the Freedom to Choose between Doctors." *Qual Saf Health Care* 2004; Apr 13(2):98-101.
13. Cleary PD, Edgman-Levitan S: "Health care quality. Incorporating consumer perspectives." *JAMA* 1997; Nov 19 278(19):1608-12.
14. Cline RJW, Haynes KM: Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research* 2001; 16:671- 92.
15. Davies, Huw Talfryn Oakley and Martin Neil Marshall: "Public disclosure of performance data: Does the Public Get What the Public Wants?" *The Lancet* 1999; 353:1639-40.
16. Dimick WH, Welch G and Birkmeyer JD: "Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size" *JAMA* 2004; 292(7): 847-51.
17. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, and Shekelle PG: "Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care." *Annals of Internal Medicine* 2008; 148: 111-23.
18. Gormley W.T, Weimer, D.L.: *Organizational report cards*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1999.
19. Greenberg L, D'Andrea G, Lorence D: "Setting the public agenda for online health search: A White Paper and Action Agenda." *J Med Internet Res* 2004; 8 6(2):e18.
20. Greenfield S, Kaplan SH, Kahn R, Ninomiya J and Griffith JL: "Profiling care provided by different groups of physicians: effects of patient case-mix (bias) and physician-level clustering on quality assessment results" *Ann Intern Med* 2002; 136(2): 111-21.
21. Hibbard JH, Jewett JJ: "Will quality report cards help consumers?" *Health*

- Affairs* 1997; 16(3): 218-28.
22. Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ: "Information consumer decisions in health care: implications from decision-making research." *Milbank Quarterly* 1997; 75(3): 395-414.
23. Hsu LL: An Exploratory Study of Taiwanese Consumers' Experiences of Using Health-Related Websites. *Journal of Nursing Research* 2005;13:129-39.
24. Jha AK, Li Z, Orav EJ, Epstein AM: "Care in U.S. hospitals--the Hospital Quality Alliance program." *N Engl J Med.* 2005; 353(3): 265-74.
25. Kathlene, Lyn; John A. Martin: Enhancing Citizen Participation: Panel Designs, Perspectives, and Policy Formation. *Journal of Policy Analysis and Management* 1991; 10(1):46-63.
26. Laine C, Sox HC: "Does practice really make perfect?" *Annals of Internal Medicine* 2003; 139(8): 696-8.
27. Leatherman S, McCarthy D: "Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy." *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11(2): 93-105.
28. Leroux, Therese., Hirtle Marie., Louis-Nicolas Fortin: An Overview of Public Consultation Mechanisms Developed to Address the Ethical and Social Issues Raised by Biotechnology. *Journal of Consumer Policy* 1998; 21:445-81.
29. Lynn Frances M., Jack D. Kartez: The Redemption of Citizen Advisory Committees: A Perspective from Critical Theory. In Ortwin Renn et. al., eds., *Fairness and Competence in Citizen Participation: Evaluation Models for environmental Discourse.* Boston: Kluwer Academic Publishers. 1995; 87-100.
30. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH: "The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence."

- JAMA* 2000; 283(14): 1866-74.
31. Nurain ZS, Kitteringham L, Spit L, et al: Information on the World Wide Web--how useful is it for parents? *Journal of Pediatric Surgery* 2007; 42:305-12.
 32. Oermann MH, Pasma J.: Evaluation by consumers of quality care information on the Internet. *Journal of Nursing Care Quality* 2001; 15:50-8.
 33. Oermann MH, Wilson FL: Quality of care information for consumers on the internet. *Journal of Nursing Care Quality* 2000; 14:45-54.
 34. Peterson G, Aslani P, Williams KA: "How do consumers search for and appraise information on medicines on the Internet? A qualitative study using focus groups." *J Med Internet Res* 2003;19;5(4):e33.
 35. Randall B. Ripley, Grace A. Franklin: *Congress, the bureaucracy, and public policy*. Homewood, Ill.: Dorsey Press 1987.
 36. Robert B. Denhardt, Janet V. Denhardt: *Public Administration : an action orientation*. Belmont, Calif: Thomson/Wadsworth 2008.
 37. Robinson, Andrew R. et al: Physician and public opinion on quality of health care and the problem of medical errors. *Arch Intern Med* 2002; 162(19): 2186-90.
 38. Schaller , Lyle E: Is the Citizen Advisory Committee a Threat to Representative Government? *Public Administration Review* 1964; 24(3):175-9.
 39. Schaffler, Helen Halpin, Jennifer K Mordavsky: "Consumer reports in health care: do they make a difference?" *Annual Review of Public Health* 2001; 22: 69-89.
 40. Thomas Birkland: *An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making*. New York: M.E. Sharpe. 2005.
 41. Vari, Anna: Citizens' Advisory Committee as a Model for Public Participation: A Multiple-Criteria Evaluation. In Ortwin Renn et. al., eds.,

Fairness and Competence in Citizen Participation: Evaluation Models for environmental Discourse. Boston: Kluwer Academic Publishers
1995:103-15.

42. Weiss, Janet A: "Public Information." In *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, Lester M. Salamon, ed. Oxford: Oxford University Press, 2002:217-54.
43. Werner RM, Asch DA: "The unintended consequences of publicly reporting quality information." *JAMA* 2005; 293(10): 1239-44.
44. Williams SC, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM: "Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 2002-2004." *N Engl J Med.* 2005; 353(3): 255-64.
45. Wilson JF: The Crucial Link between Literacy and Health. *Annals of Internal Medicine* 2003; 139: 875-8.
46. Zhan C, Miller MR: Administrative Data Based Patient Safety Research: a Ccritical Review." *Qual Saf Health Care* 2003; Dec;12 Suppl 2:ii58-63.

網路文獻：

1. Healthfinder.Consumer Satisfaction Survey. <http://www.healthfinder.gov>. Retrieved: 02/12/2008.
2. Health on the Net Foundation (HON). <http://www.hon.ch/index.html> Retrieved: 10/22/2008.
3. The Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Criteria for Assessing the Quality of Health Information on the Internet. 1999 <http://www.mitretek.org>. Retrieved 02/12/2008.
4. Pew Internet and American Life Project. The Online Health Care Revolution: How the Web Helps Americans Take Better Care of Themselves.2000 http://www.pewinternet.org/report_display.asp?r=26. Retrieved :02/12/2008.

附錄

附錄一：歷次委員會議、工作小組錄音檔清單

編號	會議錄音檔	時間(時:分:秒)
1	941215 品質委員會-1	00:13:51
	941215 品質委員會-2	01:02:43
2	950206 品質委員會	02:56:30
3	950407 品質委員會	03:05:50
4	950602 品質委員會	03:04:41
	*9508 品質委員會未錄成功	
	*9510 品質委員會未錄成功	
5	951208 品質委員會	02:48:18
6	960227 品質委員會	02:09:50
7	960409 品質委員會	02:56:11
8	960504 第 1、3 工作小組會議	02:02:49
9	960510 第 2 工作小組會議	02:07:01
10	960622-1 品質委員會	01:37:46
	960622-2 品質委員會	00:52:13
11	960712 第 1 工作小組會議	02:21:17
12	960726 第 2、3 工作小組會議	01:31:25
13	960821 品質委員會	01:41:00
14	961019-1 品質委員會	00:47:51
	961019-2 品質委員會	01:03:00
15	961231 品質委員會	02:05:00
16	970118 醫界協談	00:54:20

附錄二：委員及行政人員訪談大綱

(一)委員訪談大綱

_____您好：

為了提升健保醫療品質，衛生署於民國 94 年成立「全民健康保險醫療品質委員會」，該委員會運作迄今，已獲致初步政策創新，將於近期建立資訊平台，並公開三類疾病醫療品質指標。本研究希望透過以下問題，了解委員會之會議動態過程以及決策模式，並提出具體建議，作為未來醫療品質資訊公開的參考，以增強其效益。謝謝

國立政治大學 社會行政與社會工作所副教授 傅立葉
公共行政系副教授 陳敦源
公共行政系博士班研究助理 張智凱敬上

全民健保醫療品質資訊公開之社會效益評估 研究案深度訪談資料

委託單位：行政院衛生署

受託單位：國立政治大學社會行政與社會工作所 副教授 傅立葉
國立政治大學公共行政系 副教授 陳敦源

研究部分：委員訪談

研究時間：民國九十七年

訪談主要問題：

1. 請簡述您的經歷及參與健保醫療品質委員會的原因。您認為這個委員會成立的主要目的是提供專業判斷還是調合不同利益？委員會中代表各界的委員是否具有代表性？
2. 您相信「民眾有了更多關於醫療品質的資訊，就能作出更好的就醫選擇」這個論點嗎？請陳述您的理由。
3. 在台灣，民眾就醫選擇時是否有資訊不充份的問題？如果有，這問題有沒有嚴重到需要政府介入改變？如果有需要政府介入，您認為有那些政府政策可以介入改善？您最早得知「上網公佈醫療品質資訊的政策」是什麼時候？當時您是贊成、反對、還是不置可否？理由是什麼？
4. 請針對健保醫療品質委員會討論「上網公佈醫療品質資訊的政策」時之下列各項議題加以評述：
 - (1)會議主持人對會議的主導程度（包含議題由誰界定與討論之引導）。
 - (2)與會人員有公平發言的機會。
 - (3)民眾代表對於醫療品質相關知識的瞭解程度。
 - (4)討論的過程中遇到衝突的解決方式及此政策最終通過的理由。
 - (5)衛生署和健保局對此委員會之運作和影響力的重視程度。
5. 「上網公佈醫療品質資訊的政策」能成功的因素都有被設計在目前的政策架構中嗎？若無，為什麼？您認為政府應該如何評估這項政策？

(二)行政人員訪談大綱

您好：

為了提升健保醫療品質，衛生署於民國 94 年成立「全民健康保險醫療品質委員會」，該委員會運作迄今，已獲致初步政策創新，將於近期建立資訊平台，並公開三類疾病醫療品質指標。本研究希望透過以下問題，了解委員會之會議動態過程以及決策模式，並提出具體建議，作為未來醫療品質資訊公開的參考，以增強其效益。謝謝

國立政治大學 社會行政與社會工作所副教授 傅立葉
公共行政系副教授 陳敦源
公共行政系博士班研究助理 張智凱 敬上

全民健保醫療品質資訊公開之社會效益評估

研究案深度訪談資料

委託單位：行政院衛生署

受託單位：國立政治大學社會行政與社會工作所 副教授 傅立葉
國立政治大學公共行政系 副教授 陳敦源

研究部分：行政人員訪談

研究時間：民國九十七年

訪談主要問題：

1. 請簡述您的經歷及您對健保醫療品質委員會成立的原因及瞭解。您認為這個委員會成立的主要目的是提供專業判斷還是調合不同利益？委員會中代表各界的委員是否具有代表性？
2. 您相信「民眾有了更多關於醫療品質的資訊，就能作出更好的就醫選擇」這個論點嗎？請陳述您的理由。
3. 在台灣，民眾就醫選擇時是否有資訊不充份的問題？如果有，這問題有沒有嚴重到需要政府介入改變？如果有需要政府介入，您認為有那些政府政策可以介入改善？您最早得知「上網公佈醫療品質資訊的政策」是什麼時候？當時您是贊成、反對、還是不置可否？理由是什麼？
4. 請針對健保醫療品質委員會討論「上網公佈醫療品質資訊的政策」時之下列各項議題加以評述：
 - (1)行政及幕僚人員在委員會討論前要有哪些前置準備？
 - (2)會議中的議題由誰界定？
 - (3)民眾代表對於醫療品質相關知識的瞭解程度。
 - (4)討論的過程中遇到衝突的解決方式及此政策最終通過的理由。
 - (5)衛生署和健保局對此委員會之運作和影響力的重視程度。
5. 「上網公佈醫療品質資訊的政策」能成功的因素都有被設計在目前的政策架構中嗎？若無，為什麼？您認為政府應該如何評估這項政策？

附錄三：網路問卷資料及編碼簿

(一)網路問卷

政治大學傅立葉副教授及研究團隊接受行政院衛生署委託進行問卷調查，了解您對本網站所公佈醫療品質資訊意見，以作為未來改進之參考。以下簡短的問題麻煩您勾選，非常感謝您寶貴的時間。

※問卷部分

1. 已瀏覽過本網站哪些疾病指標資訊(若都沒有,請瀏覽再作答)?(可複選)

- (1) 糖尿病
- (2) 人工膝關節置換手術
- (3) 子宮肌瘤手術
- (4) 都沒有

2. 本網站提供的疾病指標說明是否簡單易懂?

- (1) 非常簡單易懂
- (2) 簡單易懂
- (3) 普通
- (4) 不簡單易懂 (續答2-1)
- (5) 非常不簡單易懂 (續答 2-1)

2-1 請問您為何認為指標不簡單易懂? _____

3. 請問您同不同意此網站提供的醫療品質相關資訊相當實用?

- (1) 非常同意
- (2) 同意
- (3) 普通
- (4) 不同意 (續答3-1)
- (5) 非常不同意 (續答3-1)

3-1 請問您為何認為這些資訊不實用? _____

4. 請問您同不同意此網站網頁的設計清楚明瞭?

- (1) 非常同意
- (2) 同意
- (3) 普通
- (4) 不同意 (續答4-1)
- (5) 非常不同意 (續答 4-1)

4-1 請問您覺得不清楚明瞭的部份為何? _____

5. 請問您是否同意瀏覽此網頁時，若遇到問題時可以方便地找到說明？

- (1) 非常同意
 (2) 同意
 (3) 普通
 (4) 不同意 (續答5-1)
 (5) 非常不同意 (續答5-1)

5-1 請問您覺得有哪些部分有待改進？_____

6. 整體而言，是否滿意本網站提供的醫療品質相關資訊？

- (1) 非常滿意
 (2) 滿意
 (3) 普通
 (4) 不滿意 (續答6-1)
 (5) 非常不滿意 (續答6-1)

6-1 請問您不滿意的原因是什麼？_____

7. 請問本網站是否有助於您了解該疾病及就醫參考？

- (1) 非常有幫助
 (2) 有幫助
 (3) 普通
 (4) 沒有幫助
 (5) 非常沒有幫助

7-1. 請問您覺得沒有幫助原因為何？_____

8. 請問您瀏覽這些指標資料是因為 (可複選)

- (1) 自己本身為相關疾病患者
 (2) 家人為相關疾病患者
 (3) 朋友為相關疾病患者
 (4) 碰巧瀏覽到這個網頁
 (5) 其他 (請說明：_____)

9. 請問您願不願意接受日後電話訪問？

- 願意
 不願意

性別： 男 女

教育程度：

- (1) 小學或以下 (2) 國中 (3) 高中(職)
 (4) 專科或大學 (5) 研究所以上

※基本資料部分

所有項目為必填，以確保得獎資格與參與活動之權益

姓名：

聯絡地址：

聯絡電話：

e-mail：

出生年月：19_____年_____月

(二) 網路問卷活動規劃

醫療品質公開 好康禮品放送

※活動目的

為使健保醫療品質資訊公開透明化，行政院衛生署建置「全民健康保險醫療品質資訊公開網」網頁，首先公佈全國健保特約醫療院所「糖尿病」、「人工膝關節置換手術」、「子宮肌瘤手術」三項醫療照護品質狀況，希望大家上網查詢使用，填答問卷提供您寶貴的意見，您的意見將做為日後改進之參考，促使本網站與資訊能更加完善哦！

※活動辦法

1. 只要據實填答活動問卷無疏漏者，即可參加抽獎。所有參加活動者，由主辦單位透過電腦亂數抽出得獎名單，並於活動結束後二週左右，將得獎名單公佈於本活動網頁，獎項均以郵寄方式逕寄得獎者，主辦單位將不另行通知。
2. 留言觸及不法或不雅言論，將不列入抽獎名單。

※參加資格

凡上網填寫所有問卷題目，並留下正確聯絡資料的民眾，皆可參加抽獎。每個人僅有一次抽獎機會，請勿重複填答。

※活動時間

即日起至 2008 年 8 月 31 日止。

※主辦單位

行政院衛生署與中央健康保險局

※注意事項

- 1.參加本網路活動者即同意主辦單位得依電腦亂數抽出得獎名單，並同意行政院衛生署基於本活動之目的公佈其姓名於網站。
- 2.本活動贈品以實物為準，不得抵扣現金，主辦單位保留更換贈品的權利。
- 3.參加活動者請留下真實中文姓名及正確郵寄地址、聯絡電話，否則主辦單位將取消得獎資格。
- 4.參加活動者不得破壞或干擾活動網站上各項資料、活動或功能，若涉及違法，主辦單位將保留法律追訴權。

※獎品內容

禮卷(1000元禮卷：1名；500元禮卷：4名；100元禮卷：20名)

(依中華民國稅法規定辦理)

※得獎須知

- 1.得獎名單將於活動結束二週左右，公佈於本活動網頁。
- 2.獎品均以郵寄方式逕寄得獎者，主辦單位將不另行通知。
- 3.個人資料不正確或未能如此回覆者，視同自動放棄。
- 4.得獎相關事宜一切均依照中華民國稅法相關規定辦理。
- 5.活動贈品以實物為準，得獎人不得要求兌換現金，中獎權利亦不得轉讓他人，否則視同棄權。

(三)網路問卷編碼簿

問卷 題目 編號	變項 名稱	變項 屬性	變項說明與注意事項	備註
1	V1	數值型	已瀏覽過本網站哪些疾病指標資訊 (若都沒有,請瀏覽再作答)? (可複選) 複選題選項個別 code 1→糖尿病 2→人工膝關節置換手術 3→子宮肌瘤手術	(99)missing
2	V2	數值型	本網站提供的疾病指標說明是否簡單 懂? 5非常簡單易懂 4簡單易懂 3普通 2不簡單易懂(續答2-1) 1非常不簡單易懂(續答2-1)	(99)missing
2-1	V2a	字元型	請問您為何認為指標不簡單易懂?	(99)missing
3	V3	數值型	請問您同不同意此網站提供的醫療品質 相關資訊相當實用? 5非常同意 4同意 3普通 2不同意(續答3-1) 1非常不同意(續答3-1)	(99)missing
3-1	V3a	字元型	請問您為何認為這些資訊不實用?	(99)missing
4	V4	數值型	請問您同不同意此網站網頁的設計清楚 明瞭? 5非常同意 4同意 3普通 2不同意(續答4-1) 1非常不同意(續答4-1)	(99)missing
4-1	V4a	字元型	請問您覺得不清楚明瞭的部份為何? _____	(99)missing

5	V5	數值型	請問您是否同意瀏覽此網頁時，若遇到問題時可以方便地找到說明？ 5非常同意 4同意 3普通 2不同意（續答5-1） 1 非常不同意（續答 5-1）	(99)missing
5-1	V5a	字元型	請問您覺得有哪些部分有待改進？	(99)missing
6	V6	數值型	整體而言，是否滿意本網站提供的醫療品質相關資訊？ 5非常滿意 4滿意 3普通 2不滿意（續答6-1） 1 非常不滿意（續答 6-1）	(99)missing
6-1	V6a	字元型	請問您不滿意的原因是什麼？	(99)missing
7	V7	數值型	請問本網站是否有助於您了解該疾病及就醫參考？ 5非常有幫助 4有幫助 3普通 2沒有幫助（續答7-1） 1 非常沒有幫助（續答 7-1）	(99)missing
7-1	V7a	字元型	請問您覺得沒有幫助原因為何？	(99)missing
8	V8	數值型	請問您瀏覽這些指標資料是因為(可複選) 1自己本身為相關疾病患者 2家人為相關疾病患者 3朋友為相關疾病患者 4 碰巧瀏覽到這個網頁	(99)missing
8-1	V8a	字元型	5 其他（請說明：_____）	(99)missing
9	V9	數值型	請問您願不願意接受日後電話訪問？ 1 不願意 2 願意	(99)missing
性別	A1	數值型	0→男生 1→女生	(99)missing

年齡	age	數值型	依西元年代輸入 以 2008 年減去出生年得出數值	(99)missing
出生年	A2a	日期型	依西元年代輸入	(99)missing
教育程度	E1	數值型	1 小學或以下 2 國中 3 高中(職) 4 專科或大學 5 研究所以上	(99)missing

附錄四：焦點團體問卷及編碼簿

(一)焦點團體問卷

非常感謝您今天撥空參加醫療品質資訊公開焦點座談會，為了進一步了解您對於該網頁品質資訊的意見，作為未來改進之參考，耽誤您幾分鐘時間，麻煩您回答以下簡短的問題，再次謝謝您！

政治大學傅立葉副教授及研究團隊

1.請問您認為這個網站提供的醫療品質相關資訊實不實用？

- (1)非常實用
- (2)實用
- (3)普通
- (4)不實用
- (5)非常不實用

2.請問您認為這個網站提供的說明內容清不清楚？

- (1)非常清楚
- (2)清楚
- (3)普通
- (4)不清楚
- (5)非常不清楚

3.請問您認為這個網站提供的品質資訊有多少是正確可信的？

- (1)全部可信
- (2)大部分可信
- (3)有些可信
- (4)大部分不可信
- (5)全部不可信

4. 請問您認為這個網站網頁的設計是不是清楚明瞭？

- (1) 非常清楚明瞭
- (2) 清楚明瞭
- (3) 普通
- (4) 不清楚明瞭
- (5) 非常不清楚明瞭

5. 請問您認為這個網站網頁設計吸不吸引人？

- (1) 非常吸引人
- (2) 吸引人
- (3) 普通
- (4) 不吸引人
- (5) 一點也不吸引人

6. 請問您在瀏覽這個網頁的時候，如果遇到問題時是不是可以很方便就找到說明？

- (1) 非常方便
- (2) 方便
- (3) 普通
- (4) 不方便
- (5) 非常不方便

7. 請問您瀏覽這個網頁的時候，如果遇到問題是不是可以方便找到反映的管道？

- (1) 非常方便
- (2) 方便
- (3) 普通
- (4) 不方便
- (5) 非常不方便

8. 請問這個網站的資訊對於您就醫的選擇是不是具有參考價值？

- (1) 非常有價值
- (2) 有價值
- (3) 普通
- (4) 沒有價值
- (5) 完全沒有價值

9.請問您覺得「醫療品質資訊公開網」值不值得推薦給家人或是親朋好友？

- (1) 非常值得推薦
- (2) 值得推薦
- (3) 普通
- (4) 不值得推薦
- (5) 一點也不值得推薦

10.整體來說，請問您滿不滿意網頁上提供的醫療品質相關資訊？

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

11.整體來說，請問您認為網站的設計是不是方便使用者查詢資料？

- (1) 非常方便
- (2) 方便
- (3) 普通
- (4) 不方便
- (5) 非常不方便

12.請問您平日常不常上網？

- (1) 經常上網（請續答第14題）
- (2) 偶爾上網（請續答第14題）
- (3) 從不上網（請續答第13題）

13.假如將來您需要醫療相關資訊，您會不會使用網路查詢？（回答本題後直接跳答基本資料）

- (1) 會，自己上網查詢
- (2) 會，請別人幫忙上網查詢
- (3) 不會
- (4) 其他_____

14. 請問您過去會不會使用網路查詢醫療相關資訊？

- (1) 有（請續答第15題）
- (2) 沒有（請跳答基本資料）

15.請問您平日上網主要的目的是

- (1)收發e-mail
 (2)閱讀新聞報導或氣象預報
 (3)搜尋健康或醫療相關訊息
 (4)其他_____

基本資料

請問您參加的是下列哪一場次？

- (1)7/25 糖尿病 (2)7/25 子宮肌瘤
 (3)7/26 糖尿病 (4)7/26 子宮肌瘤 (5) 7/26 人工膝關節

請問您參加本次座談的原因是

- (1)本人為相關疾病病友
 (2)家人或親友為病友
 (3)純粹關心相關疾病

請問您現在的職業是什麼？

- (1)軍公教人員
 (2)民營公司員工
 (3)公司、商店或執業場所負責人
 (4)領有專業證照的自由業(如醫師、會計師、建築師、律師等)
 (5)參加職業工會的工人(自雇者或無一定雇主)
 (6)農漁民
 (7)家庭主婦
 (8)學生
 (9)無業
 (10)退休人員
 (11)其他(請說明:_____)

請問您的性別： (1)男 (2)女

請問您的教育程度：

- (1)小學(肄業)畢業或以下
 (2)國中或初中(肄業)畢業
 (3)高中職(肄業)畢業

- (4) 專科或大學(肄業)畢業
- (5) 研究所(肄業)以上
- (6) 其他 (請說明：_____)

請問您的出生年月：民國____年____月

(二)焦點團體問卷編碼簿

問卷 題目 編號	變項 名稱	變項 屬性	變項說明與注意事項	備註
1	V1	數值型	請問您認為這個網站提供的醫療品質相關資訊實不實用？（越正面的選項，數值越高） 5非常實用 4實用 3普通 2不實用 1 非常不實用	(99)missing
2	V2	數值型	請問您認為這個網站提供的說明內容清不清楚？ （越正面的選項，數值越高） 5非常清楚 4清楚 3普通 2不清楚 1 非常不清楚	(99)missing
3	V3	數值型	請問您認為這個網站提供的品質資訊有多少是正確可信的？（越正面的選項，數值越高） 5全部可信 4大部分可信 3有些可信 2大部分不可信 1 全部不可信	(99)missing
4	V4	數值型	請問您認為這個網站網頁的設計是不是清楚明瞭？（越正面的選項，數值越高） 5非常清楚明瞭 4清楚明瞭 3普通 2不清楚明瞭 1 非常不清楚明瞭	(99)missing

5	V5	數值型	<p>請問您認為這個網站網頁設計吸不吸引人？</p> <p>(越正面的選項，數值越高)</p> <p>5非常吸引人</p> <p>4吸引人</p> <p>3普通</p> <p>2不吸引人</p> <p>1一點也不吸引人</p>	(99)missing
6	V6	數值型	<p>請問您在瀏覽這個網頁的時候，如果遇到問題時是不是可以很方便就找到說明？</p> <p>(越正面的選項，數值越高)</p> <p>5非常方便</p> <p>4方便</p> <p>3普通</p> <p>2不方便</p> <p>1非常不方便</p>	(99)missing
7	V7	數值型	<p>請問您瀏覽這個網頁的時候，如果遇到問題是不是可以方便找到反映的管道？</p> <p>(越正面的選項，數值越高)</p> <p>5非常方便</p> <p>4方便</p> <p>3普通</p> <p>2不方便</p> <p>1非常不方便</p>	(99)missing
8	V8	數值型	<p>請問這個網站的資訊對於您就醫的選擇是不是具有參考價值？(越正面的選項，數值越高)</p> <p>5非常有價值</p> <p>4有價值</p> <p>3普通</p> <p>2沒有價值</p> <p>1完全沒有價值</p>	(99)missing

9	V9	數值型	請問您覺得「醫療品質資訊公開網」值不值得推薦給家人或是親朋好友？ (越正面的選項，數值越高) 5非常值得推薦 4值得推薦 3普通 2不值得推薦 1一點也不值得推薦	(99)missing
10	V10	數值型	整體來說，請問您滿不滿意網頁上提供的醫療品質相關資訊？(越正面的選項，數值越高) 5非常滿意 4滿意 3普通 2不滿意 1非常不滿意	(99)missing
11	V11	數值型	整體來說，請問您認為網站的設計是不是方便使用者查詢資料？(越正面的選項，數值越高) 5非常方便 4方便 3普通 2不方便 1非常不方便	(99)missing
12	V12	數值型	請問您平日常不常上網？ (越正面的選項，數值越高) 3經常上網(請續答第14題) 2偶爾上網(請續答第14題) 1從不上網(請續答第13題)	(97)續答 (99)missing
13	V13	數值型	假如將來您需要醫療相關資訊，您會不會使用網路查詢？(回答本題後 直接跳答基本資料) 1會，自己上網查詢 2會，請別人幫忙上網查詢 3不會	(98)跳答 (99)missing
13-a		字元型	4 其他_____	開放題

14	V14	數值型	請問您過去會不會使用網路查詢醫療相關資訊? 1有 (請續答第15題) 2 沒有 (請跳答基本資料)	(98)跳答 (99)missing
15	V15	數值型	請問您平日上網主要的目的是 1收發e-mail 2閱讀新聞報導或氣象預報 3搜尋健康或醫療相關訊息	(99)missing
15-a			4 其他_____	開放題
16	A1	數值型	請問您參加的是下列哪一場次? (1)7/25 糖尿病 (2)7/25 子宮肌瘤 (3)7/26 糖尿病 (4)7/26 子宮肌瘤 (5) 7/26 人工膝關節	(99)missing
17	A2	數值型	請問您參加本次座談的原因是 (1)本人為相關疾病病友 (2)家人或親友為病友 (3)純粹關心相關疾病	(99)missing
18	A3	數值型	請問您現在的職業是什麼? (1)軍公教人員 (2)民營公司員工 (3)公司、商店或執業場所負責人 (4)領有專業證照的自由業(如醫師、會計師、建築師、律師等) (5)參加職業工會的工人(自雇者或無一定雇主) (6)農漁民 (7)家庭主婦 (8)學生 (9)無業 (10)退休人員	(99)missing
	A3-a	字元型	(11)其他(請說明:_____)	開放題
19	A4	數值型	請問您的性別 (1)男 (2)女	(99)missing

20	A5	數值型	請問您的教育程度 (1)小學(肄業)畢業或以下 (2)國中或初中(肄業)畢業 (3)高中職(肄業)畢業 (4)專科或大學(肄業)畢業 (5)研究所(肄業)以上	(99)missing
	A5-a	字元型	(6)其他 (請說明：_____)	開放題
21	A6	日期型	請問您的出生年月 依民國輸入：月月/年年	
	A6-a	日期型	民國____年	(99)missing
	A6-b	日期型	____月	(99)missing

附錄五：焦點團體座談會資料

(一)邀請函及報名表

焦點團體座談邀請函

親愛的小姐/先生 您好：

我是政治大學社會行政與社會工作所副教授傅立葉，目前接受行政院衛生署委託進行「全民健保醫療品質資訊公開之社會效益評估」學術研究。行政院衛生署為提升醫療品質，協助民眾取得醫療品質資訊，現已建置「全民健保醫療品質資訊公開網」(<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo>)。

為了傾聽民眾對醫療品質資訊公開的心聲，我們針對病友及一般民眾舉辦焦點團體座談。想邀請您來參與，了解您對網站內容和「糖尿病」、「人工膝關節置換」及「子宮肌瘤切除」三項疾病治療／手術之醫療品質指標與相關衛教資訊的意見與看法。

我們邀請的對象：

1. 您本人或您的親友目前或曾經接受「糖尿病」、「人工膝關節置換」、「子宮肌瘤切除」三項疾病治療／手術。
2. 您非常關心「糖尿病照護」、「人工膝關節置換」及「子宮肌瘤切除」三項疾病／手術之醫療品質。

對於接受邀請的參與者，我們將酬謝出席(含交通費)一千元

我們誠摯地邀請您，歡迎您踴躍報名參加!!

● 焦點團體座談時間、地點：

時段一：2008年7月25日（星期五）下午14：00-16：00

時段二：2008年7月26日（星期六）下午14：00-16：00

地點：國立政治大學（台北市指南路二段64號綜合院館南棟14F社工所）

● 報名方式：

請填妥下(後)方「焦點團體座談報名表」，以傳真或電子郵件方式回覆。

● 報名截止時間：2008年7月11日星期五

報名聯絡人：洪婉嬪

報名電話：(02)2939-3091#50845；

報名傳真：(02)2938-7240

報名電子信箱：

國立政治大學副教授傅立葉暨全體研究團隊
敬邀您的參與!

◎焦點團體座談報名表◎

姓名			
出生年	民國____年	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
教育程度	<input type="checkbox"/> 小學或以下 <input type="checkbox"/> 專科或大學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 高中(職)	會講的語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 國台語皆通
電子信箱			
聯絡電話	公司：	住宅：	
	手機：		
通訊地址	□□□□□		
請勾選 參加身份 (可複選)	1.我本人目前或曾經接受以下治療或手術		
	<input type="checkbox"/> 「糖尿病」 <input type="checkbox"/> 「人工膝關節置換」 <input type="checkbox"/> 「子宮肌瘤切除」		
	2.我的親友目前或曾經接受以下治療或手術		
請勾選 參加場次 (可複選)	<input type="checkbox"/> 「糖尿病」 <input type="checkbox"/> 「人工膝關節置換」 <input type="checkbox"/> 「子宮肌瘤切除」		
	3.我非常關心以下三項疾病治療／手術之醫療品質		
	<input type="checkbox"/> 「糖尿病」 <input type="checkbox"/> 「人工膝關節置換」 <input type="checkbox"/> 「子宮肌瘤切除」		
	<input type="checkbox"/> 1. 7月25日(星期五)下午14:00-16:00「糖尿病」 <input type="checkbox"/> 2. 7月25日(星期五)下午14:00-16:00「人工膝關節置換」 <input type="checkbox"/> 3. 7月25日(星期五)下午14:00-16:00「子宮肌瘤切除」 <input type="checkbox"/> 4. 7月26日(星期六)下午14:00-16:00「糖尿病」 <input type="checkbox"/> 5. 7月26日(星期六)下午14:00-16:00「人工膝關節置換」 <input type="checkbox"/> 6. 7月26日(星期六)下午14:00-16:00「子宮肌瘤切除」		

請儘量以 傳真 (02)2938-7240 或 電子郵件 方式回覆，如有問題亦可來電連絡。我們日後會再與您聯繫，通知您參加的場次。

(二)行前通知

「醫療品質資訊公開焦點團體座談會」行前通知

您好：

恭喜您已獲錄取參加醫療品質資訊公開焦點團體座談會，您參加的場次是：

7月 日 場次，時間 13:40-16:15

敬請出席，並踴躍提供建言。

- **座談會地點：**國立政治大學 綜合院館南棟 14 樓社工所

(台北市文山區指南路二段 64 號)

* 交通資訊、會場地圖、步行路線、開車路線及當日座談會校園指標樣式，請參閱本通知第 2-4 頁。

- **座談會議程：**

時間	議程
13：40～14：00	報到
14：00～16：00	小組討論
16：00～16：15	座談會後問卷填寫
16：15	結束

- **重要注意事項：**

- 請您參加座談會前，務必花些時間瀏覽並操作「全民健保醫療品質資訊公開網」(<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/>)。
- 請您於座談會當天，攜帶「**身份證**」，以便填寫出席費單據。
- 請您於座談會當天，攜帶「**焦點座談資料**」，並請準時報到。
- 自行開車者，可停於政大校園內，享停車優惠一小時 **20 元**，請於報到時將停車卡交與工作人員蓋章。

如有任何問題，歡迎聯絡洪婉嬪 (02)2939-3091#50845

(三)焦點團體座談會簡易版醫療品質指標

糖尿病醫療品質指標說明

依中華民國糖尿病學會所發佈的「第二型糖尿病診療指引」，糖尿病患的照護計畫應包括下列重點：

- 糖尿病患血糖控制情形，至少每半年測量糖化血色素（HbA1c）一次。
- 糖尿病患心臟血管健康情形：每次門診均應量血壓，量前最好休息五分鐘，並採坐姿測量；且每年檢查血脂肪，膽固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白和三酸甘油酯等項目，應至少檢測一次。
- 糖尿病患眼睛病變情形：至少每兩年接受一次視力與散瞳之眼底檢查。
- 糖尿病患腎臟疾病情形：每年檢測尿液微量白蛋白一次。
- 糖尿病患肢體末端循環與傷害情形：每年至少做一次足部檢查。

1.糖尿病患長期血糖控制情形：

以糖化血色素（HbA1c）檢查為指標，糖化血色素(HbA1c)可以反映血糖高低；血糖越高，被糖化的血色素百分比也就越高。一般人糖化血色素約 4~6%之間，糖尿病患最好將之控制在 7%以下。當糖化血色素值顯示 8%通常代表過去三個月來，血糖值經常達警戒值 200 以上。

2.糖尿病患心臟血管疾病的注意程度：

血脂肪（膽固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白和三酸甘油酯）檢查

六成以上的糖尿病患死因是心血管病變。美國糖尿病學會、心臟病學院及美國糖尿病教育計畫三個重要學術團體，聯合推出「控制糖尿病 ABC 活動」：”A”代表 A1c，也就是糖化血色素，作為血糖控制重要指標；”B”代表 Blood Pressure，也就是血壓；”C”代表 Cholesterol，也就是膽固醇。對血脂肪的檢測一般列有膽固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白和三酸甘油酯四項，其與疾病關係和檢測的正常值，試解說如下：

(1)總膽固醇

膽固醇是體內的一種脂質，分為和脂肪酸結合的酯型和個別游離型兩種，合稱為總膽固醇。膽固醇的功能在強化和維持血管，此外，它也是製造副腎皮質荷爾蒙、維他命 D，腦內細胞間連結、性荷爾蒙、消化酵素的材料，是人體不可缺少的物質。但是，膽固醇值一旦超過 200 mg/dl，就表示過高，將帶來動脈硬化等嚴重的代謝疾病。

(2)高密度脂蛋白

測量高密度脂蛋白是防止動脈硬化必須的檢查，其理想範圍是與總膽固醇比值維持在 3.5 以下；若比值 4.5，就代表已有中度危險，5.5 則列為高度危險。

(3)低密度脂蛋白

低密度脂蛋白被稱為「壞膽固醇」，是造成血管阻塞、硬化的元凶。檢查「低密度脂蛋白」，可以辨別體內好的與壞的膽固醇含量，比起只測總膽固醇值，對於代謝症的病程研判更為準確。

(4)三酸甘油酯

三酸甘油酯是血脂肪的一種，又稱「中性脂肪」。三酸甘油酯正常值 25~150 mg/dl；最好控制在 150 mg/dl 以下，一旦超過 600 mg/dl 就隨時有急性胰臟炎發作危險；所以，三酸甘油酯檢查對病患有監測效用。

3.糖尿病病患眼睛、視力的注意程度：

眼底檢查或眼底彩色攝影

眼底檢查可檢測出眼底、視網膜、脈絡膜、視神經乳頭病變，如：視網膜剝離、黃斑部病變、視神經炎、脈絡膜腫等。另外，許多全身性疾病如高血壓、動脈硬化、糖尿病，全身各部位的小血管也都會有變化，但只有在視網膜上的小血管可以透過眼底鏡檢查直接看到，以進一步偵測高血壓、動脈硬化、糖尿等是否已產生血管性病變，並作為病程研判及治療參考。

4.糖尿病病患腎臟疾病的注意程度：

尿液微量白蛋白檢查

微量白蛋白尿是偵測尿液中白蛋白排泄率輕度增加的現象，並以此作為糖尿病腎臟病變以及心血管併發症的早期診斷指標。

微量白蛋白尿定義為：半年內，三次 24 小時尿液白蛋白排泄有兩次介於 30~300 μ g/min。這項檢查簡單易行，在門診即可接受尿蛋白檢查。

子宮肌瘤手術醫療品質指標說明

當婦女因子宮肌瘤就醫時，如何判斷醫院能否提供安全、有品質的服務？如何瞭解該醫院過去發生手術併發症或後遺症的紀錄，作為就醫選擇參考？醫師與專家歸納子宮肌瘤在診斷及手術過程中，可能發生的醫療品質問題，包括兩大類：

(一)手術適當性：即不必要的子宮肌瘤手術、或需治療子宮肌瘤，但是為不必要之子宮切除手術。

(二)手術品質：是否造成手術合併症/併發症、或其他器官損傷。

專家學者建議，以下列三項指標作為評量醫療院所照顧品質的參考：

1.子宮肌瘤手術住院日超過七天比率：

子宮肌瘤手術住院日數視手術方式不同，住院日數約3~7日；如果住院日數超過七日，可能是病患合併其他疾病需治療，或與手術發生併發症有關。

2.「子宮肌瘤手術後14日內門診或住院有『侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候』或『胃腸道或骨盆器官之損傷』診斷人次比率」：

病患接受子宮肌瘤手術後14日內，若同一病患再於門診或住院治療「『侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候』或『胃腸道或骨盆器官之損傷』等問題」，可能與手術品質或併發症有關，因而以此為手術結果的品質指標。

3.子宮肌瘤手術後14日內，因該手術相關診斷再住院率：

病患接受子宮肌瘤摘除或子宮切除術後，同一病患在手術後14日內，又由醫師診斷患有骨盆腔內器官有發炎或損傷，例如：卵巢、輸卵管、骨盆蜂窩組織炎、生殖器脫出、泌尿或生殖道瘻管、子宮腔積血...等，因而再度住院者；其再住院率與手術品質或併發症有關，因而以為手術結果面的品質指標。

人工膝關節置換手術醫療品質指標說明

依據文獻，人工關節置換術感染率約在 0.3~1%。除了感染，這項手術其它常見併發症，還有人工關節鬆動、脫位、磨損及破損、血管及神經受損、骨折、靜脈栓塞、關節不穩定等。

1.人工膝關節置換手術傷口感染率(表層感染) 需小於 10 %：

是指手術部位表淺切口發生感染，範圍包括皮膚、切口的皮下組織，表淺切口處有膿樣分泌物，病患有疼痛或壓痛、局部腫脹、紅、熱等症狀，且感染發生於手術後 3 個月(90 天)內。

2.人工膝關節置換手術置換物感染率(深部感染)需小於 10 %：

是指手術部位的深部切口發生感染，範圍包括如肌膜、肌肉層等深部軟組織，深部切口處有膿樣分泌物，病患有發燒、局部疼痛或壓痛等症狀，且感染發生於手術後 3 個月(90 天)內。

3.實施人工膝關節置換術出院 30 日內因相關問題再住院率：

意即在施行人工膝關節置換手術出院後 30 日內再入院原因，可能是病患未聽從衛教指導而致病情變化；或手術前評估不完整；或手術中、後醫療照護有疏失，導致病患因置換膝關節功能未恢復或引發其他相關問題，而再度住院治療。

(四) 焦點團體主持人注意事項

❖ 會議注意事項：

1. 提醒大家可以看焦點團體資料。
2. 提醒大家可使用平常習慣的語言發言。
3. 提醒大家中間沒有休息時間，可自行外出如廁。
4. 請焦點團體成員自我介紹（姓名、來參加的原因），每人**1**分鐘以內。
5. 每小題討論時間**15**分鐘，請各成員輪流發言**1**分鐘(合計約10分)，後**5**分鐘共同討論。
6. 成員發言時，請重述一遍發言人的大名，再請發言人發表意見，若忘記時，於發言結束後說：謝謝**OOO**的意見。

（助理主持人紀錄所有發言者發言順序及時間）

❖ 議程：

時間	議程
13：40～14：00	報到
14：00～16：00	小組討論
16：00～16：15	座談會後問卷填寫
16：15	結束

附錄六：計畫執行成果報告表

96-97 年度承諾完成工作項目與實際執行成果表				
計畫名稱	全民健保醫療品質資訊公開之社會效益評估		民國 96-97 年度	
執行機構	國立政治大學	主持人	傅立葉	
工作重點	工作項目	欲達成之量化目標	截至民國 97 年 12 月 31 日 目標達成率	備註
檔案分析	1.蒐集全民健保醫療品質委員會及各小組歷次各項會議資料、文件、錄音檔。 2.分析全民健保醫療品質委員會及各小組歷次各項會議資料、文件、錄音檔。	完成從 2005 年 12 月 15 日起，至 2007 年 12 月底歷次會議資料分析。	100%	
深度訪談	1.擬定訪談大綱。 2.聯繫委員會委員、行政人員。 3.決定三類疾病之醫療提供者訪談名單。 4.進行深度訪談。 5.深度訪談資料分析。	完成 15 位委員、5 位行政人員及 6 位醫療提供者，共 26 人深度訪談。	100%	委員訪談中有 1 位委員約訪數次仍不接受訪談，完成 14 位委員訪談。 5 位行政人員及 6 位醫療提供者均完成訪談。 共完成 25 位訪談。
網路問卷	1.設計問卷。 2.建置網路問卷。 3.蒐集網路問卷。 4.網路問卷分析。	針對 2008 年 8 月底前網路上所有蒐集到的填答問卷進行分析。	100%	
焦點團體座談	1.取得三類病友名單。 2.設計問卷。 3.聯繫參與焦點團體病友及主持人。 4.進行焦點團體座談。 5.焦點團體資料分析。	三類病友各進行一場焦點座談，每場 15 人，共 45 人之焦點團體座談。	100%	糖尿病兩場次 18 人； 子宮肌瘤切除兩場次 19 人； 人工膝關節一場次 10 人； 合計共 47 人。
健保局次級資料分析	1.蒐集健保局提供之次級資料。 2.分析次級資料。	針對 2008 年 9 月底以前健保局可以提供之次級資料進行分析。	100%	健保局可以提供之次級資料為 2007 年第 1 季至 2008 年 7 月底以前。