

第一章 緒論

進入二十一世紀，企業將走入無國界的領域，在 WTO 的架構下，全世界盛行「策略聯盟，合作購併」的風潮，在網際網路飆行的新經濟時代，「買不了，就加入」已成格言，「不要獨撐」、「要有勇氣形成相互依賴的關係」、「別人的勝利就是自己的告捷」、「利用聯盟的槓桿快速前進」都是熱衷聯盟者的座右銘，企業只要專注於核心事業，便可利用策略聯盟做橫向或縱向的整合，充分發揮快速性、互補性及綜效性等效果。而聯盟有時比併購更有意義，因為聯盟能提供下列好處：可提供通往新市場與科技的現成管道；能有以最少的文書作業，創造或解散某項專案的能力；能分攤風險與開支，並保留獨立的品牌認同；可以與擁有多項技巧的夥伴協力合作；還能與競爭對手和諧共事，且能夠避免觸犯反托拉斯法。在台灣許多高科技產業為維持全球的競爭優勢，紛紛進行策略聯盟，目前台灣的中小型醫院在強大的競爭壓力之下，正面臨嚴酷的考驗，若能善用策略聯盟或許能在黑夜中看到黎明的曙光。

第一節 研究動機

全民健康保險自民國 84 年實施至今已滿 6 年，由於以論量計酬做為主要的支付制度，致使醫療服務使用率居高不下，費用支出調控相當艱難，目前隨時面臨資金調度失靈的危機，根據當初設計時的推估，第六年就會面臨費率調昇之壓力，但由於政治上的因素，費率暫時無法調昇，因此健保局擬出許多調控收支的方案，以減少支出。89 年全年門、住診費用之總成長率僅 1.85%（中央健保局業務摘要，

2001)，遠低於 GDP 的成長，長此以往將使整個醫療體系萎縮，加上近年來勞基法的實施，週休二日的倡行政策實施，使醫院的經營成本一再提高，經營不善的醫院馬上面臨淘汰，地區醫院由 84 年的 568 家降為 90 年的 483 家即為明證。

隨著今年門診合理量的實施及 4 月起藥價給付的調降，醫院將面臨更嚴酷的考驗，另一方面儘管隨著論病例計酬的實施，各層級醫院的佔床率逐漸下降，由 83 年至 88 年醫學中心下降 4.7%，區域醫院下降 8.2%，地區醫院最嚴重下降 16.4%，佔床率只達 51.6%，然而，為了達到經濟規模的理想，有些營運較佳的醫院響應衛生署詹前署長的鬆綁政策努力擴建醫院或擴增病床，六年來急性病床每年平均都有四千床的成長，在給付標準不利中小型醫院的情況之下，只見醫學中心一枝獨秀，許多中小型醫院都在存亡危急之秋掙扎度日。

本來在西醫大總額之下，基層醫療及小型醫院承受最大的壓力，其成長幾乎為負成長，但是隨著今年 7 月即將實施的基層醫療總額支付制度，西醫大總額中將失去基層醫療的緩衝，中小型醫院面臨更大的壓力，在資源不足、競爭激烈的環境下，策略聯盟不失為救亡圖存的一項利器。

根據 Paul 等學者 (1997) 研究美國醫院策略聯盟現況指出，應用於工商界的策略聯盟形式亦可適用於醫院，以醫院的聯盟形式在美國醫療中亦顯日趨重要且迅速成長。目前在我國醫療產業中除依宗教、醫院屬性、等級之區分而建立的聯盟團體，如：教會醫療院所協會、私立醫療院所協會、區域醫院協會等，其他合作互動模式多為不對等的單向垂直依賴關係，鮮少有較具體的實例發展到「策略聯盟」

的相關範疇及所應具備資源相依互賴之特性，可以說策略聯盟在醫療界仍屬起步階段。

過去國內學者對於企業策略聯盟之理論及實務探討的文獻相當豐富，但對醫界策略聯盟之研究則相對缺乏，如嚴建藏（1987）研究省市立醫院之連鎖經營；張威國（1992）研究私立醫院之連鎖經營；陳馨文（1991）以問卷調查醫院院際合作需求與形成動機間的關係；方麗鈞（1998）研究省市立醫院醫療業務之支援合作。有關台灣醫療策略聯盟之研究尚有吳典龍（1998）、李美英（2000）、童瑞龍（2000）、張中和（2000）、張瓊文（2000）、彭朱如、王維元、張錦文、黃松共（1998、1997）等人。另有李文芳（1997）則針對台灣南部地區中小型醫院進行策略聯盟之研究；陳佳誼（2000）則針對台大、長庚兩家醫學中心做策略聯盟之個案分析研究。然而，目前尚無文獻特別針對台灣的中型醫院策略聯盟做研究探討，因此本文拋磚引玉對中型醫院之策略聯盟的意願、價值活動類型、權益結構類型做一初步之探討，期望將來能有更進一步的研究成果。

第二節 研究問題

基於前述之研究背景，本研究提出下列之研究問題：

一、中型醫院過去的聯盟對象對該醫院之助益程度如何？是否有此經驗？

二、在總額支付及門診合理量制度之下，未來各種不同層級策略聯盟對象之重要程度如何？

三、希望與聯盟對象的所有權和管理權之關係為何？

四、中型醫院參與那一類的價值活動策略聯盟之意願最高？該活

動最希望以那一層級為聯盟對象？

五、不同之醫院組織特性，如：評鑑等級、權屬別（公、私、軍、榮民）、病床數是否會對上述問題有不同的取向。

六、不同之醫院內外環境是否會對上述問題有不同的取向。

第三節 研究目的

- 一、瞭解中型醫院與那一個層級或異業策略聯盟最為迫切需要。
- 二、瞭解中型醫院對不同層級或異業之聯盟，其類型有何特點。
- 三、瞭解中型醫院在合作聯盟上，可以接受所有權及管理權改變的程度。
- 四、瞭解醫院特性及經營環境因素對上述議題之影響。
- 五、可供中型醫院經營者及欲與中型醫院結盟者之參考。

第二章 文獻探討

過去國內外學者對於策略聯盟之探討文獻很多，但國內對醫療產業中之應用的探討卻是在近幾年來才受到重視。本章將對策略聯盟的理論基礎及相關文獻進行回顧，包括策略聯盟的定義、形成動機、目的、影響策略聯盟形成之因素、策略聯盟之類型、國內外醫療產業策略聯盟之類型、醫院策略聯盟經營之優缺點等。

第一節 策略聯盟的定義

企業或醫院間合作之種類與方式繁多，一般專家學者對各種合作關係之稱呼各異，對策略聯盟之看法也不盡相同，茲就合作之各種相關名詞列於表 2-1。

表 2-1 合作關係相關名詞之定義

合作名稱	下過定義之學者
合作	高孔廉 (1979)
Cooperation	Buckley and Casson (1988)
Collaboration	Spekman (1988)
合作協定	
Collaborative agreement	Hergert and Morris (1987)
聯盟	
Coalition	Porter (1986)
Alliance	Zuckerman and D' Aunno (1990)
策略聯盟	吳青松 (1990)
Strategic alliance	Lewis (1990)、Harrigan (1987) Perlmutter and Heenan (1986)
Global strategic partnership	Jarillo (1988)
產業合作	
Industrial cooperation	Buckley (1988)

資料來源：李文芳，1997

有關策略聯盟 (Strategic Alliances) 的定義至今仍是眾說紛紜，從狹義的合資關係到彼此瞭解、互訂盟約，其運作模式亦有極大的彈性及創意存在，茲將各研究者的定義彙整如表 2-2。

表 2-2 國內外專家學者對策略聯盟的定義彙整表

學者	定義
Straton (1982)	對研發聯盟的定義為由兩家或兩家以上的獨立組織，出於自願地為共同創造另一個獨立的組織個體，其組織個體有自己的組織目標、任務、職員、資源與管理程序
Killing (1983)	指兩個或兩個以上的組織為達某一策略目標所組成的聯盟
James (1985)	聯盟是透過互利的過程，相互依賴而維持聯盟的承諾，任何一方利益的改變都可能使聯盟減弱
Perlmutter and Heenan (1986)	認為國際策略聯盟具有以下特性： 1. 兩個及其以上公司擬出共同且長期的策略 2. 互惠的關係 3. 合作是全球性的 4. 水平而非垂直的 5. 參與國家仍保留國家與意識型態之獨立性
Porter and Fuller (1986)	聯結各公司企業活動的一種正式、長期但非合併之聯盟
Miles and Snow (1986)	提出網路組織關係是由許多獨立廠商環繞單一核心廠商所形成的結構，且這些組織間彼此相互合作共同完成任務
Devilin and Bleackley (1988)	認為策略聯盟是基於公司策略的考量，用來確保、維持公司或增進公司的競爭優勢。策略聯盟發生於公司長期策略計畫的背景中，而且試圖改善或戲劇性地扭轉公司的競爭地位
Harrigan (1988)	公司間一起工作以達某一策略之合夥關係
Root (1988)	兩個或以上獨立廠商在兩個或以上的國家，從事相互經濟利得的企業活動，並以長期合作協定為依歸

表 2-2 國內外專家學者對策略聯盟的定義彙整表 (續一)

學者	定義
Borys and Jemison (1989)	以混合組織 (Hybrid Organization) 的觀點來定義策略聯盟：一個以上的組織個體共同結合為獨立組織形式或關係，彼此能共同運用其資源的不同規模、形式與目的之連結
Lynch (1989)	指兩個或兩個以上的企業彼此間的合作行為，該行為具有策略性的目的，成員共同分擔責任、風險和報酬，但保有其企業獨立自主性
Magsaysay (1989)	認為策略聯盟是整體策略的一部分，其構想來自公司的基本使命及方向，目的乃是要達成企業既定的長期目標，並建立將來的競爭優勢
Lewis (1990)	公司出自相互需要與分攤風險，合作以達共同之目標
Zuckerman and D' Aunno (1990)	包含三個以上之組織，集合資源以達既定之目標
郭煌常 (1990)	指企業為達到互利共生的一種合作方式，雙方藉由聯合、結盟來創造有利的條件，以具備強而有力的競爭優勢、達到合作雙方的策略性目標
吳青松 (1990)	競爭者間非市場導向之公司交易，包括科技相互轉移、行銷權、行銷合同及少數或對等股權投資 (如：合資企業)，同時亦包括合作生產合約，產能交換及聯合行銷合約
Zuckerman and Kaluzny (1991)	三個或三個以上的機構，將現有資源共同使用，以達成企業的目的。或由現有機構組織成立一個較為鬆散的聯合關係，已達成單一機構無法形成的長期策略目的
Parkhe (1991)	策略聯盟是廠商間永續的合作契約協定關係，經共同使用資源和管理組織以達成共同的目標
林玲君 (1991)	公司間出自相互需要，合作以達某一策略目標之契約關係
Aaker (1992)	策略聯盟乃是兩家或更多公司間的長期合作關係，結合其優勢槓桿以達策略目標。它不僅是一種戰術，還包含彼此所需的資產與技術之合作，並生產策略價值
Takac and Singh (1992)	聯盟成員共同合作以達成某一專案協定的管理，這專案是設計以達成某一策略目標

表 2-2 國內外專家學者對策略聯盟的定義彙整表 (續二)

學者	定義
袁建中等 (1992)	對策略聯盟之定義為兩家或兩家以上的獨立公司，基於其短、中或長程策略的互惠原則下，簽訂合同，以不同的型態和關連性相互合作，提昇雙方競爭能力，而各家公司仍維持其獨立法律個體的企業合作過程
Murry and Mahon (1993)	企業間為維持或提昇長期競爭優勢而建立的正常合作或協議關係
黃孝寬 (1993)	兩個或兩個以上的企業透過合資、技術交流、共同研發、生產或行銷、產能互換、相互技術授權或以上活動的組合而達成互利互惠的合作關係
吳青松、楊豐碩 (1993)	企業間出自相互需要，聯合以達成某一策略目標之契約關係，亦即企業間為維持或提昇競爭優勢而建立之合作或協議關係
王明杼 (1993)	兩家或兩家以上的公司基於雙方互惠，提昇雙方競爭能力的原則下相互合作，而各家仍維持其獨立法律個體的企業合作方式
Cathy (1994)	策略聯盟是兩個或多個組織間的一種聯合作業協定，且為其策中的一部分或是全部，他們藉此來達到他們目標或目的
Richard (1994)	指聯盟成員為達成共同的策略性目標所形成一種長期無股權的合夥關係
Rigby and Buchanan (1994)	不同公司為了達成相同的目標而共同投入資源，然後結合事業的某些部分而形成合夥關係
Spekman and Mohr (1994)	廠商間彼此基於相互利益和高相互依賴情形下，以達成共同目標的策略性關係
Yoshino and Rangar (1995)	策略聯盟的三項充分且必要條件： <ol style="list-style-type: none"> 1. 兩個以上的公司聯合來追求大家同意的目標。個別公司在聯盟形成之後，仍然為各自獨立的個體 2. 聯盟利益由成員共享，各公司共同在分配好的工作上負責控制及績效 3. 成員持續在個別的策略領域上有所貢獻
蔡宏明 (1996)	策略聯盟泛指企業間正式且相互同意的商業聯盟，聯盟各方基於互相利益，集合、交換或整合特定事業資源，為聯盟各方仍維持其個別事業

表 2-2 國內外專家學者對策略聯盟的定義彙整表 (續三)

學者	定義
吳思華 (1996)	合作是基於自願形成的長期互賴的集合體關係，網路體系中的成員應建立在自立、互惠的基礎上，發揚互賴、共存共榮之信念，並透過高超的組織間管理能力與機制，以達到整體利益為優先的一群相互依賴、共同爭取資源的聯盟，或特定事業共同體
蔡宜良 (1996)	兩家或更多公司進行合作，結合其各自之優勢以達到策略目標，它不僅可達成企業之策略目標，更可經由彼此間資產與技術之合作，產生策略價值
耿筠、林佩芬 (1996)	至少兩個公司組織為了策略性的目的，而發生的長期或短期性的各式各樣、深度互動關係，這些方式可以自由選擇及組合
邱柏松 (1996)	指兩個或兩個以上的企業為了某種特殊的策略目的，而在生產、銷售、研究等技術，以及產品、人員、財務上相互提共或交換資源，以利共同目的之達成的企業行為
李文芳 (1997)	醫院間基於相互需要，彼此結合以達成某一策略目標的契約關係。聯盟的各個成員中，依舊維持其在組織與法律的完整與獨立，僅就契約上之內容所帶來顯著生產力、彈性，使其在市場上維持競爭優勢而努力
Ranjay Gulati (1998)	企業間出於自願參與共享產品或服務及技術共同研發的非正式協議
彭朱如 (1998)	提出跨組織合作關係，為一種介於市場與層級之間的混合型組織，涉及兩個或兩個以上組織之間持久的連結或交換關係，藉由組織間資源的流通或情感的交流，以集體的力量共同完成個體組織所無法達成的目標
吳典龍 (1998)	至少兩家的獨立主權公司，為獲取自己中、長、短策略中所缺乏的資源，在互惠的前提下，採用適合之合作型態與其他公司進行合作，達成彼此的策略目標

表 2-2 國內外專家學者對策略聯盟的定義彙整表 (續四)

學者	定義
李美英 (2000)	策略聯盟是指兩個或兩個以上的醫院為了某種特殊的策略目的，而互相提供或交換醫療服務項目及內容、研究技術，及人員、財務、資訊、行銷等核心資源，以達成共同目的之一種企業行為，換言之，策略聯盟是指醫院從所形成的事業網路中，藉由組織間資源的流通，以建立整合性醫療網路關係的一群相互依賴、共存共榮的事業共同體

資料來源：本研究整理

綜合國內外學者對策略聯盟之定義，本研究依醫療產業之特殊性將策略聯盟定義為：「醫院策略聯盟，是指兩個或兩個以上的醫院彼此間的合作行為，該行為具有策略性的目的，因而相互提供人力、研究技術、財務、醫務、資訊、行銷等資源，並共同分擔責任、風險和報酬，但仍保有部分醫院的獨立自主性。」

第二節 策略聯盟的形成動機

策略聯盟之基本目的主要在於增強企業體本身之競爭優勢或尋求競爭性的平衡。細分後可分為效率導向、競爭導向與策略導向三大類（吳青松，1991）。

一、效率導向

由於科技產業的研發、製造及行銷所必須耗費之成本龐大，加上人才的缺乏與技術變動的風險，因此透過企業結盟可以避免資金、設備與人力上的重複投資。

二、競爭導向

由於近年來各企業間在銷售上的競爭，使得無論在價格或品質上倍感壓力，透過聯盟可以制訂相關標準或規格，避免因削價競爭而導致品質的低落或企業的損失。

三、策略導向

為針對市場中系統化整合產品或技術的需求，或是連接生產價值體系不同階段、不同體系之相關產業的結合，以提供類似於垂直整合之完整服務體制。聯盟形成後對供應商、配銷商、使用者及政府單位皆具有更高的議價或談判能力。

蔡正揚、許政郎（1992）綜合各學者意見，提出企業間形成聯盟的主要動機有十七項：

- 一、降低風險；
- 二、規模經濟；

- 三、滿足消費者漸趨一致的需求；
- 四、科技的迅速分散；
- 五、分攤龐大固定或研發成本；
- 六、取得市場或訂單；
- 七、突破法令的限制及保護主義；
- 八、技術與專利的控制及取得；
- 九、控制競爭優勢；
- 十、初次國際化擴充；
- 十一、準垂直整合；
- 十二、標準的建立；
- 十三、因應區域經貿組織的形成；
- 十四、智慧財產權的保護；
- 十五、財務的支援；
- 十六、政府單位的鼓勵推動；
- 十七、潮流及恐懼的動機。

林志豪（1998）認為策略聯盟形成的動機主要有四大類：

- 一、增強競爭優勢，使利潤極大，以策略行為理論、資源基礎理論為代表；
- 二、降低成本，分散風險，以交易成本理論為代表；
- 三、組織與環境的互賴，資源依賴理論為代表；
- 四、學習觀點，以組織學習理論為代表。

換言之，用以解釋策略聯盟形成的理論觀點有五個動機理論，如表 2-3。

表 2-3 策略聯盟動機理論觀點

理論	主要論點	主要學者	策略目的	策略聯盟目標
策略行為理論	組織間聯盟的動機為創造並維持優勢，藉由聯盟達到利潤極大化	Contractor and Lorange (1988) \ Hamel, Doz and Prahalad (1989)	策略目標	克服政府投資限制及貿易障礙、訂定產品規格與標準、控制競爭情勢、國際化擴充，進入全球網路、取得市場或訂單
資源依賴理論	組織面臨資源交換與外部競爭環境不確定性時，會傾向與外部環境中重要的生產要素進行連結	Pfeffer and Salancik (1978) \ Ulrich and Barney (1984) \ Pfeffer and Nowark (1976)		
資源基礎理論	廠商擁有稀少、難以模仿的資產和能力，可為公司創造並維持競爭優勢	Barney (1991,1997), Grant (1991) \ Hall (1992)	資源目標	獲取或學習外國公司的核心或關鍵技術能力、快速或大量引進新技術、結合各公司資源以達綜效、增加公司創新能力、與國外公司建立良好關係，以獲取財務支援
組織學習理論	組織間合作是因為知識的隱含性 (tacit knowledge)	Kogut(1988) \ Badaracco (1991) \ Hamel, Doz and Prahalad (1989)		
交易成本理論	公司取得資源時，必須綜合考量生產成本及交易成本降至最低	Coase (1937) \ Williamson (1975,1979,1985) \ Hennart (1988,1991)	效率目標	分擔成本、降低風險、避免不必要的重複投資、規模經濟

資料來源：林志豪，1998

江義平 (1999) 研究台灣中小企業策略聯盟之決策模式，認為企業策略聯盟形成因素可歸納為資源因素、競爭因素、成本因素、經營能力因素。並指出當企業面臨愈不利的競爭情勢及本身經營能力愈不佳時，將會形成合作範圍較廣泛且較為緊密的策略聯盟活動。王健全 (1992) 也指出競爭壓力是形成共同合作的重要前提之一。司徒達賢 (1996) 研究中小企業聯盟的動機分別為：規模經濟之改善、對上下游談判力之提昇、在市場區隔上之分工合作、國際間競爭力之提昇、互相學習、合作進行地理移動 (即中心廠與協力廠同時位移) 產能互補、時效之追求。

就有關促成醫院形成合作關係的力量研究顯示，資源稀少(Aiken and Hage , 1968)、環境的不確定性 (Leifer and Huber , 1977) 為主要促成力量。陳馨文 (1991) 的研究也指出醫院尋求合作需求的主要成因為醫療相關法令限制、成本因素、醫療相關法令的變遷等因素。吳典龍 (1997) 分析醫院所面臨外部與內部層面經營困境，顯示醫院面臨最大的困境主要有健保制度 (全民健保實施，迫使醫院對健保局唯命是從、健保給付的核減等)、人力因素 (醫師、護理人力短缺)、政策因素 (法規限制)、社會因素 (醫療消費意識高漲、醫療糾紛增加) 等，並據此提出各種不同的策略聯盟模式，以解決醫院所面臨的經營困境。

Oliver (1990) 歸納了各學者的看法，提出組織合作關係形成的六種重要情境因素，如表 2-4：

表 2-4 跨組織關係的情境決定因素

情境因素	主要觀點	代表學者
必要性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為符合立法或法規上必要性的要求，與其他組織建立連結或交換關係 2. 必要性可能為自願性或強制的 	Whetten (1981) \ Warren (1967) \ Leblebici and Salanick (1982)
不對稱性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為施行全力或控制其他組織或資源 2. 相對性的資源稀少使得組織意圖去施行全力或影響或控制其他組織以便掌握資源 3. 組織害怕失去自主性及控制 	Benson (1975) \ Zeita (1980) \ Pfeffee and Salancik (1978) \ Fitch and Oppenheimer (1970)
互惠性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目的在追求共同或彼此的利益 2. 基於下列假說 <ol style="list-style-type: none"> (1) 資源稀少可能引發合作而非競爭 (2) 連結形成的過程中，其所展現的特徵為平衡、和諧、公平、互相支持、而非強制、衝突、支配 (3) 當形成連結的利益大於缺點時，潛在的夥伴將會加入 	Emerson (1962) \ Levine and White (1961) \ Harvery (1982) \ Levine and Roy (1979) \ Allen (1974) \ Astley and Fombrun (1983) \ Oliver (1988)
效率性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 效率情境為內部導向而非外部導向，目的在改善投入產出比 2. 當交易成本提高，從市場結構移向非市場結構的可能性隨之增加 	Williamson(1975, 1985)
穩定性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 跨組織關係的形成是為回應環境的不確定性 2. 環境的不確定性來自缺乏資源；缺乏對環境波動、交換夥伴及可行性的交換率等方面的知識 3. 跨組織關係的建立是為了求得穩定性、可預測性及獨立性 4. 跨組織關係可視為預測或吸收不確定性的因應策略，目的在於達到有秩序、可信賴的資源流動及交換模式 	Aldrich (1979) \ Cook (1977) \ Benson (1975) \ Pennings (1981)
正當性	<p>組織所處的環境會有壓力迫使組織的活動或產出趨向正當化，此壓力激勵組織提高其正當性，以便符合一般的常模、規則、信念或符合外部組成分子的期望</p>	Dmaggio (1988) \ Galasikewicz (1985) \ Crawford and Gram (1978)

資料來源：彭朱如、王維元、張錦文，1997

彭朱如（2000）則綜合各學者專家將合作策略動機以外部環境因素、內部經濟因素、非經濟因素分類整理如表 2-5 與表 2-6：

表 2-5 一般產業合作策略動機

	外部環境因素	內部經濟因素	非經濟因素
Galaskiewicz (1985)	取得大眾支持或取得合法權	獲得資源	政治利益
Hall (1987)		營業範圍相似或相異的程度	組織間相互的熟悉度
Contractor and Lorange (1988)	克服環境限制		
Hodge and Anthony (1988)	資源稀少 外在壓力 環境結構 合作機會	成本與效益因素	權力增減因素 界線滲透力 組織間目標一致性
Oliver (1990)	必要性 穩定性 正當性	互惠性 效率性	不對稱性
Rosenfeld (1996)	因應環境變化	取得資訊 改善產品品質 建立經濟強勢 聯合開發新產品 聯合行銷 取得資金 快速降低成本	學習

資料來源：彭朱如，2000 年

表 2-6 醫療產業合作策略動機

	外部環境因素	內部經濟因素	非經濟因素
Schmidt and Kochan (1977)	外部人士影響 (第三付費者、社區領導人、政府機構) 資源稀少 環境不確定性	自身利益	內部人士影響 (管理者、醫師/專業人員、董事會成員)
Schermerhorn and Shirland (1981)	形象 合作機會 法令規定 協會努力 社區認定態度		自主性
Walsh et al. (1993)	資源多寡 分配資源的控制機制 (如法規制度)	資金需求	領導型態 CEO 彼此間非正式關係 權力分配
Brooks and Jones (1997)		市場的重疊 相對績效水準	所有權 教學型態
葉公藝、陳潭 (1998)		降低成本	人員訓練交流
童瑞龍、錢慶文 (2000)	降低風險	分擔成本 內部資源能力不足 規模經濟 避免不必要重複投資	
鄭夙惠、楊漢泉 (2000)	轉診制度 醫藥分業	醫院規模設備需求	結構特性

資料來源：彭朱如，2000 年

根據上述研究有關策略聯盟形成的動機理論與背景因素作基礎，本研究將促成醫院採用策略聯盟的因素歸納為：

一、外在環境因素：健保制度的影響因素、政府對醫院管理法規限制因素、社會大眾支持或社區態度因素、經營環境競爭程度因素等，以上因素所形成的策略聯盟係基於策略行為理論，以達成策略目

標為主。

二、醫院內部因素：包括資源因素（資源基礎理論、資源依賴理論）、成本因素（交易成本理論）、能力因素（組織學習理論）等，以上因素所形成的策略聯盟以達成資源與效率目標為主。

第三節 影響策略聯盟形成之因素

由前述之動機理論介紹後，衍生出許多明顯、間接之變數衡量的實證。根據李文芳（1997）Wu（1987）之研究分析，大致可分為產業環境與廠商特性兩大類加以分析。

一、產業環境

近年來聯盟現象快速發展，多數專家學者認為其影響力來自市場全球化、技術變動快速與競爭加劇趨勢。因此在產業環境中，我們針對需求面、競爭面及科技面加以討論。

(一)需求面

1.市場成長率

Harrigan（1987）認為：需求分析在於瞭解市場機會能維持多久，是否短到需要使用合作的方式快速進入成長中的市場。市場吸引力則取決於市場成長率與不確定性，當需求快速成長時，愈可能形成垂直相關、蛛網式的聯盟；當需求成長減緩時，愈可能形成水平關係且較少的聯盟。

2.需求不確性

Walker and Weber（1984）自交易成本的觀點，提出數量不確定性會導致廠商選擇自製而非購買。Boyd（1990）從資源依賴的觀點認為動態（dynamism）代表環境的擾亂與不穩定，並且以銷售成長率之變異數來衡量此不確定性。

Harrigan（1987）認為當需求不確定性高時，會形成較多正

式的聯盟，當需求不確定低時，會形成較少的合資關係，較多的非股權基礎協定。

3.市場標準化程度

Poter(1986)認為聯盟是市場趨向全球化自然結果。Harrigan(1987)亦同意當市場愈趨標準化時，聯盟傾向愈高，若此時顧客挑剔程度與談判力愈高時，會傾向採蛛網式合作協定，否則會傾向較多且長期之合資。當市場較不標準化時，聯盟次數會相對減少。

4.產品差異化程度

Stopford and Well(1972)發現當技術重要性且行銷及產品標準化增加時，與合資相較下，完全獨資之應用會降低。Harrigan(1987)則指出當產品高度差異化時，合資關係較不穩定，當產品為大宗物資時，合資關係較穩定。

5.顧客談判力

顧客談判力之衡量方式為顧客數目與顧客集中程度。Harrigan(1987)認為當顧客談判力低時，產品差異化之基礎不易受到侵蝕，合資會存活較久且較穩定，當顧客較不挑剔時，愈容易形成正式合資。另一種形成聯盟的可能是當顧客談判力大時，此顧客亦成為聯盟的一分子或合資的擁有者。

(二)競爭面

1.競爭強度

Walker and Weber(1984)引申Williamson的看法認為高度供

應商競爭會降低投機買賣的可能，他們以競爭廠商的數目、競爭配額、供應商專利技術衡量競爭性，結果發現當競爭強度增加時，會傾向採取購買原料。

2. 產業集中度

Berg and Friedman (1982) 之實證認為企業參加合資是為了穩定競爭，但是穩定競爭而結盟較多的產業結構是寡佔、壟斷或中度集中的市場，學者們看法並不一致。

(三) 科技面

1. 技術創新速率

Walker and Weber (1984) 在衡量交易持性之不確定性中，除了數量不確定性，還考慮了技術不確定性，包括持定技術規格變動率及功能改進可能性。實證結果發現不確定性愈高，採取向外購買方式之可能性愈高。Wu (1987) 之分析指出在技術不確定性較高之產業中，採取較廣泛聯盟策略的廠商，有較佳之績效表現。

Harrigan (1987) 再以類似德菲法的資料收集中發現，當技術變化快速時，有效率的企業會用準整合 (quasi-integration) 的安排以分散風險。

2. 技術密集度

Pfeffer and Nowak (1976) 研究發現當雙方各自的產業有大量買賣交易出現，且此交易標的是資本密集產品時，亦形成合資，但 Harrigan (1987) 卻認為若產業是屬於勞力密集時，會促使企業利用此種易耗損的技術優勢，追求非股權的合作策略，但

是資本密集度較高時，合資較少也較正式。

3.工作知識模糊性

Butler and Carney (1986) 認為在高產業集中度與高工作模糊度 (task ambiguity) 的企業，適合使用合作策略；工作知識模糊性只有無明確的手段/目標關係，而此種模糊程度常為科學發展結果。

Hennart (1988) 亦提到知識的種類會影響交易成本，進而影響合資之選擇。當主要工作知識係屬來自可編譯、寫下或成套的形成時，交易不確定性就較低，較不傾向使用聯盟，當主要工作知識來自企業經驗、特定知識甚至是隱性知識時，則傾向採用愈正式化的聯盟方式。所謂隱性知識包括難以評估的交易價格 (適當與不)、難以瞭解之製造/行銷祕訣 (know-how)、難以移轉之製造/行銷祕訣等。

二、廠商特性

(一)企業歷史

羅家聲 (1990) 認為企業成立愈久，表示在市場生存時間愈長，此企業所以能在市場上屹立不搖，應有賴於求新求變的精神，其研究發現企業歷史與共同研究發展意願有些微正相關。

(二)規模

Contractor and Lorange (1987) 指出過去國際合作發生在大小企業間，而現在傾向大企業間的合作，以因應市場全球化技術快速變動的趨勢。吳青松 (1990) 支持企業規模與聯盟傾向是正

向相關。

(三)研究開發程度

羅家聲 (1990)、王健全 (1992) 認為企業研究發展投入愈多，表示廠商對技術創新的需求愈高，而共同研究發展亦為取得創新技術的途徑之一，因此參加共同研究發展意願愈高，前者實證結果支持研究發展人員的投入程度與共同研究發展的意願呈正相關，後者研究亦指出投入研發資金愈多的廠商，從事共同研究發展的家數也愈多。

(四)行銷密集度

Kobrin (1988) 研究發現高行銷密集度的產業較偏好完全獨資，印證了 Stopford and Wells (1972) 之研究。Kogut and Singh (1988) 解釋此現象可能因行銷密集度高者，較不願與他人共享行銷專業知識與品牌，尤其當國外企業要進入此一行銷密集產業時，長期合資所得利益會較購併或新投資還低。

(五)國際化程度

對無國際化經驗之企業而言，初期擴張很可能使用聯盟方式。Contracter 預測國際化經驗較低之擴張性企業，其內部化成本較高，而使直接投資不利。吳青松 (1990) 實證發現國際化經驗對合作的程度影響不大，認為其影響可能已顯現在企業規模上。

(六)多角化程度

Shan and Visudtibhan (1990) 認為當企業進行多角化策略時，

需要取得互補性資產，以設計推銷周邊產品。在產品多角化與聯盟的關係中，Stopford and Wells (1972) 發現多角化策略與形成合資呈現正相關，Fagre and Wells 卻發現產品多角化與完全獨資之偏好形成正相關，並解釋因為多國籍企業有較佳的能力管理多種產品。

(七)競爭地位

Shan and Visudtibhan (1990) 將企業之競爭地位分為孤獨明星（無競爭者）、領先者、追隨者與遙遠落後者四類。並推論愈是跟隨在後者，欲可能尋求合作關係。但實證結果發現與推論相反，其解釋可能由於擷取資料之時間不同，競爭地位已因形成合作關係而顯著改善。

第四節 策略聯盟的類型

有關策略聯盟的分類，各家眾說紛紜，各學者均依照其分類構面將策略聯盟分為數種類型，主要分類構面有價值鏈活動，參與聯盟的目的，地理涵蓋範圍、股權比率或權益結構、組織互賴與互動程度、參與聯盟方式與分工型態，成員的資源或技術等分類構面，各學者的分類彙整如表 2-7、表 2-8、圖 2-1：

表 2-7 策略聯盟方式分類表

學者	分類基礎	類型
Astley and Fombrun (1983)	以「對個體經濟的依賴性」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 垂直依賴聯盟 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 長期契約 ➢ 加盟 ➢ 共同生產 ◇ 水平依賴聯盟 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 卡特爾 ➢ 策略聯結 ◇ 共生依賴聯盟 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 企業團體
Porter and Fuller (1986)	根據「地理位置」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 單國聯盟 ◇ 多國聯盟
	根據「價值活動」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 研究開發聯盟 ◇ 作業與後勤聯盟 ◇ 行銷、配銷與服務聯盟 ◇ 多重活動聯盟
	根據「聯盟方式」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ X 型聯盟：聯盟內企業分別執行不同的價值鍊活動，為一垂直分工的聯盟型態 ◇ Y 型聯盟：在企業所擁有相同或相似的價值活動中的聯盟關係

表 2-7 策略聯盟方式分類表（續一）

學者	分類基礎	類型
Root (1987)	以「地理涵蓋範圍」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 國內聯盟 ◇ 跨國/國際聯盟
	以「合作目的」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 技術搜尋 ◇ 零組件/裝配搜尋 ◇ 進入市場
	以「管理控制」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 弱勢控制 ◇ 共享控制 ◇ 強勢控制
	以「風險」來分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 信用風險 ◇ 環境暴露風險
	以「合約形式」來分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 權益合資 ◇ 合約約定
Killing (1988)	以傳統「合資、股分有無」為劃分的依據	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 傳統合資 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 獨立經營 ➢ 優勢母體經營 ➢ 分開控制經營 ➢ 共享管理經營 ◇ 無權益聯盟 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 貿易聯盟 ➢ 協調活動聯盟 ➢ 共享活動聯盟 ➢ 多重活動聯盟 ◇ 少數權益聯盟 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 消極少數權益聯盟 ➢ 單一活動少數權益聯盟 ➢ 多重活動少數權益聯盟
Root (1988)	以「價值鍊活動」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 研究發展聯盟 ◇ 原物料、零組件製造聯盟 ◇ 裝配聯盟 ◇ 行銷及配銷聯盟 ◇ 售後服務聯盟
Nueno and Oosterveld (1988)	以「合作者性質與其合作方向」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 技術導向的非競爭性聯盟 ◇ 技術導向的競爭性聯盟 ◇ 市場導向的非競爭性聯盟 ◇ 市場導向的競爭性聯盟

表 2-7 策略聯盟方式分類表 (續二)

學者	分類基礎	類型
Harrigan (1988)	以「股權的正式與否」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 正式的有股權聯盟 ◇ 較不正式的非股權協定
	以「廠商在產業間的關係」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 不相關聯盟 ◇ 水平聯盟 ◇ 水平結合 ◇ 相關聯盟 ◇ 垂直聯盟 ◇ 垂直結合
Contractor and Lorange (1988)	以「組織依賴程度」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 技術訓練/開發前之協議 ◇ 生產/裝配/買回協議 ◇ 專利授權 ◇ 特許加盟 ◇ know-how 授權 ◇ 管理/行銷服務協議 ◇ 非權益合作 ◇ 權益合資經營
Kensynaski and Mc Farkan(1990)	以「參與聯盟的目的」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 共同行銷合夥 ◇ 產業內合夥 ◇ 消費者/供應商合夥 ◇ 資訊技術提供者合夥
Souder and Nassar (1990)	以「聯盟組織型態與股權有無」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 研究發展匯集中心 ◇ 基礎研究合作組織 ◇ 有股權合資經營 ◇ 無股權合資經營 ◇ 大學研究中心 ◇ 有限研究合夥 ◇ 產業研發中心 ◇ 產業同業公會 ◇ 產業合作發展組織 ◇ 政府產業聯合專案
Teagarden and Von Glinow (1990)	以「中國大陸與外國合資型態」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 權益合資經營 ◇ 契約聯合經營 ◇ 生產程序/組合買回合議 ◇ 長期授權 ◇ 技術移轉協議 ◇ 補償交易 ◇ 研發合作

表 2-7 策略聯盟方式分類表 (續三)

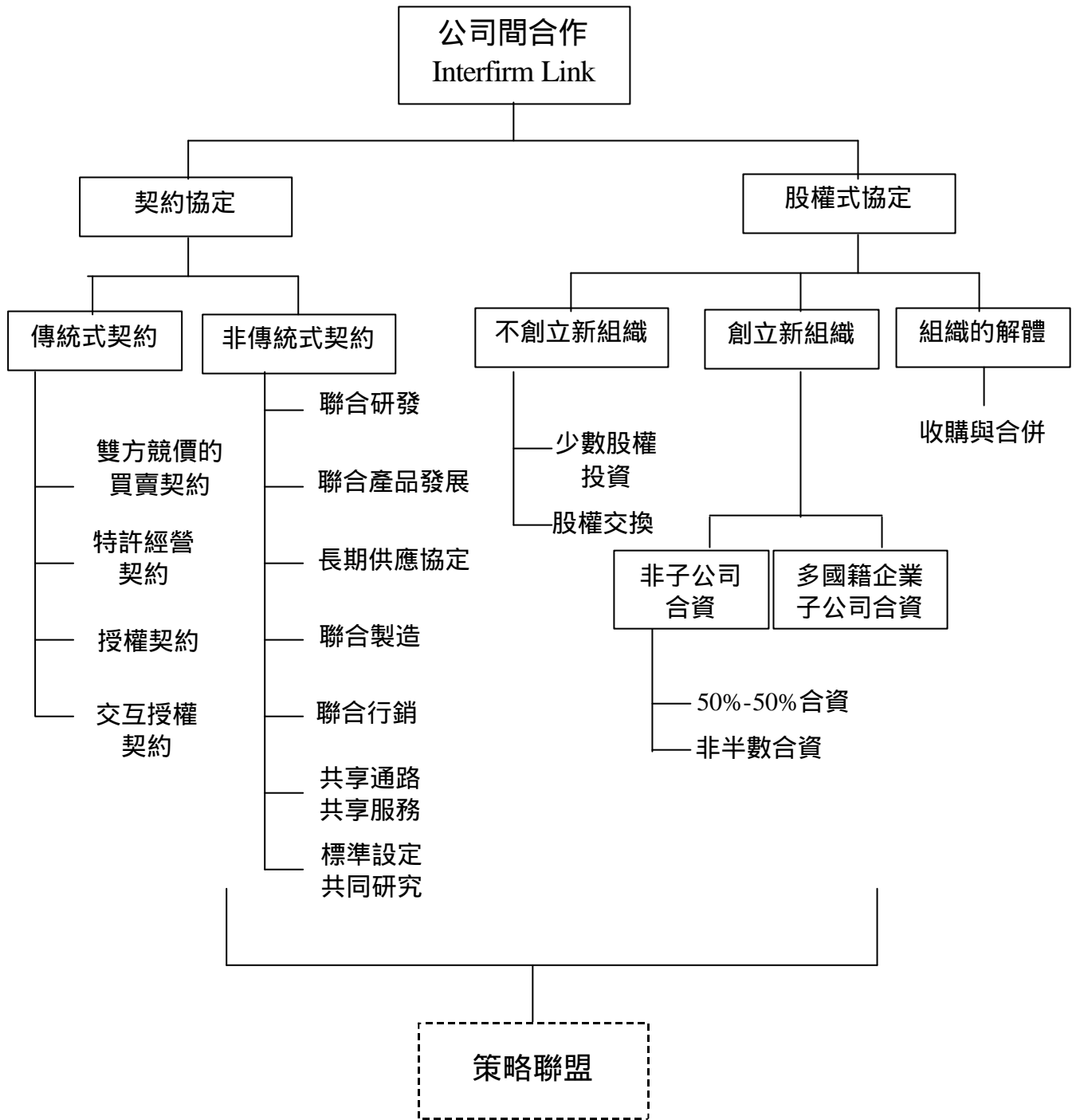
學者	分類基礎	類型
Badaracco (1991)	以「聯盟過程之學習」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 產品聯盟 ◇ 知識聯盟
吳青松 (1991)	以「傳統合資、股分有無」	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 傳統合資：只兩個或兩個以上的公司，創立一新事業體，彼此都有股權 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 獨立合資：合資事業經理人有最大的自主權 ➢ 主要合夥人合資：其中之一的合夥人有主控權 ➢ 分離控制合資：合夥公司有各自的角色 ➢ 分享管理合資：重要決策分享，各在管理上扮演積極角色 ◇ 無股權聯盟：彼此無股權交易，亦不設立新公司之合作協定 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 交易聯盟：競爭者間資訊、財貨、勞務的買賣 ➢ 協調活動聯盟：協調活動、分享資訊 ➢ 分享活動聯盟：為達共同目標，一同作業 ➢ 多重活動聯盟：共同進行的作業牽涉許多加值活動 ◇ 少數股權聯盟：不設立新公司，而是一家公司取得另一家的少收股權 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 消極少數股權聯盟：無合作計劃，只是購入對方股權 ➢ 單一活動少數股權聯盟：只進行一項活動 ➢ 多重活動少數股權聯盟：進行多項活動

表 2-7 策略聯盟方式分類表（續四）

學者	分類基礎	類型
許士軍（1991）	以「聯盟目的」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 為進入主要市場 ◇ 為換取彼此間的科技專長 ◇ 為共同開發，分擔研發費用 ◇ 為利用對方的環球行銷網路 ◇ 為解決保護主義的障礙 ◇ 為跨入新事業 ◇ 為避免無謂的競爭 ◇ 為避免被併吞
蔡正陽及許政郎（1991）	以「企業之價值鏈」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 研究發展方面 ◇ 生產及後勤方面 ◇ 行銷及售後服務方面 ◇ 財務方面 ◇ 人事方面 ◇ 資訊方面 ◇ 多重活動方面
	以「財務結構方面」	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 股權聯盟 ◇ 非股權聯盟
Lei and Slocum（1992）	以「合作密切程度」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 授權 ◇ 合作生產 ◇ 合資經營 ◇ 財團或集團
Lorange, Ross and Broon（1992）	以「資源投入與產出之涉入程度」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 臨時性結合 ◇ 合夥性結合 ◇ 專業性結合 ◇ 完全性結合
袁建中等（1992）	以成員之「策略考量」為劃分依據	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 協同式：此型態聯盟的成員策略著眼點相同 ◇ 互補式：此型態的成員策略著眼點完全不同。此類型能聯盟得成員各自擁有某些方面的策略優勢地位，但欠缺伙伴所具有的另一一些策略優勢地位 ◇ 複合式：此型態聯盟的成員間具有某些相同策略著眼點，具有不同的策略著眼點。此類聯盟是上述聯盟的融合

表 2-7 策略聯盟方式分類表（續五）

學者	分類基礎	類型
葉匡時（1992）	以「市場、技術、製造」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 市場/技術策略聯盟 ◇ 技術/技術策略聯盟 ◇ 技術/製造策略聯盟 ◇ 市場/市場策略聯盟 ◇ 市場/製造策略聯盟
蔡正揚、許正郎（1992）	以「功能之合作或互補」劃分	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 研究發展 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 合資發展 ➢ 創業投資 ➢ 聯合研究發展組織 ➢ 技術授權 ➢ 相互授權 ◇ 生產及後勤 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 合資生產 ➢ 中心衛生工廠 ◇ 行銷及售後服務 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 合資行動 ➢ 產品及售後服務代理商 ➢ 區域行銷共同體及加盟連鎖店 ◇ 財務方面 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 創業投資 ➢ 聯合貸款 ◇ 人事方面 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 人才交流及建教合作 ◇ 資訊方面 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 同/異業工會總會 ➢ 協會 ➢ 航空公司聯合訂位系統 ◇ 多重目的 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 以上任意兩種或兩種以上功能之聯盟（如：農業合作社）
Yoshino and Rangan（1995） 見圖 2-1	以「組織間互動程度、潛在衝突性」分類	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 供銷聯盟 ◇ 同業非競爭性聯盟 ◇ 同業競爭性聯盟 ◇ 異業聯盟



資料來源：Yoshino and Rangan , 1995

圖 2-1 策略聯盟劃分

表 2-8 策略聯盟依股權及價值鏈活動分類

目的		研究發展	生產及後勤	行銷及售後服務		財務	人事	資訊	多重目的
股權結構	有主控制權	合資發展 創業投資	合資生產	中心衛星工廠體系	加盟連鎖體系	合資行銷	創業投資		以上任意兩種以上功能之聯盟
	無主控制權								
非股權聯盟		聯合研究發展 技術授權 相互授權	OEM			產品及售後服務代理商	聯合貸款	人才教育建教合作	同/異類公司、協會或航空公司聯合定位系統

資料來源：蔡正陽、許正郎，1991

第五節 國內外醫療產業策略聯盟類型文獻

一、國外文獻

依據 Mason(1979) 歸納美國醫療界間的合作方式為下列七項模式：

表 2-9 醫院聯盟經營的類型

類型	正式聯盟 (Formal affiliation)	共享服務 (Shared or cooperative services)	計劃與教育合作 (Consortia for planning or education)	契約管理 (Contract management)	租賃/共有權 (Lease/Condominium)	共有分治管理 (Corporate ownership but separate management)	完全所有權 (Integrated ownership and management)
特性							
	自主性高 ←		連續性			→ 自主性低	
定義與描述	病患轉診協議	對選擇性的產品或服務接受財務上的委託	在特性區域內自願性參加健康計劃	無所有權之完全管理	政策與管理由單一董事會負責	所有權擁有者不干涉各分院之管理	1.合作 2.衛星醫院 3.連鎖醫院 4.控股公司
共有權	否	否	否	否	否	是	是
共管權	否	否	否	是	否	否	是
系統對重大決策的影響	否	否	否	較小	是	或許是	絕對是

資料來源：Mason , 1979

(一)正式聯盟 (Formal affiliation)

正式聯盟為數個健康照護機構為了達成聯合的教育計劃、病患轉診、機構間職員彼此的交流服務等目的，而彼此簽訂正式的契約以便緊密的結合，增強聯盟的效果。

這種正式的聯盟在國外已有很長的歷史，通常醫學院為了住院醫師的教育計劃會與社區醫院聯盟，此外，在社區教學醫院與健康中心之間，為使醫院服務及病患照顧達到相當的廣泛性及連續性，彼此之間更應該有病患的轉診及醫療的諮詢，以提高醫療服務品質，而參與

的機構一般仍擁有所有權與管理權。

(二)共享服務 (Shared or cooperative services)

共享服務為數個機構在正式或非正式的契約下，共同利用一種或多種行政上或臨床上的服務，以改善服務效率及品質。並藉此達到有效的經濟規模，降低營運成本，此種共享服務可由多醫院系統內之一個醫院，一群醫院或一個獨立組織來提供。

自 1970 年以來，美國醫院間共享服務的現象顯著地增加，而且行政服務的成長率更是高過臨床服務的成長率，在一個 1971 年社區醫院的調查中指出，約有 66% 的醫院參與了某種類型的共享服務，而常被利用的共享服務中，大概可分為四類 (Howard , 1979) : 醫療設備及照護 (medical facilities and care)、人力資源 (manpower resources)、行政管理及其他服務 (administrative and other services)、繼續教育/在職訓練計劃 (continuing education/in-service training programs)。參與的機構一般仍擁有所有權與管理權，早期台灣地區各醫院共同使用榮民總醫院所購買之全國唯一高震波碎石機，此作法即為設備共享之範例。

(三)計劃與教育合作 (Consortia for planning or education)

計劃與教育合作是指在距離不遠的地理區域內，一群可能包括不同類型及大小的醫療機構基於平等之關係下參與該地區的保健或健康教育等聯合計劃，以及從事臨床、管理之共用活動，並建立一個中央協調組織 (central coordinating body)，以便統合協調各會員機構及其醫療人員，而使計劃得以確實執行，此種系統內的每一個會員機構，保有其所有權及獨立性，但是由於通常另外成立一個中央協調，

因此系統會影響各會員機構之重要決策，但不會影響其管理控制。例如早期南部地區的烏腳病防治計劃即為此類之合作模式。

(四)契約管理 (Contract management)

契約管理又稱為無所有權的完全管理 (full management without ownership)，即是在一個特定的期間內，一個機構的全部管理責任以簽訂契約的方式，交由一個獨立的機構負責經營，這個提供服務的機關依合約規定獲取適當的報酬，而對被管理機構負全部經營管責任，因此提供服務之機關在重要決策上會產生一些影響力，但是所有權及法律責任仍由被管理機構保留。

最近契約管理成長的十分迅速，經常利用契約管理來解決經營管理不善、財務與人力等問題。契約管理與共享服務的差別在於契約管理可以讓委託單位的人員學到管理與專業知識。此外，在投資者所擁有的多醫院系統中，雖然可以用蓋醫院或合併舊醫院的方式來擴充醫院系統，但是有時契約管理也是一種使組織成長的好方法。

(五)租賃/共有權 (Lease/Condominium)

租賃/共有權是指一個機構在特定的期間、特定的租金及其他條件之契約下，將其財產及裝備的所有權及經營權出租給一個獨立的機關負責經營及維持，因此租賃的機關雖無所有權，但有完全的管理權，且重要決策是經由租賃機關的董事會決定，而不是出租機構。

(六)共有分治管理 (Corporate ownership but separate management)

共有分治管理是一個公司擁有一個系統或幾個醫院，但是由這些醫院自行經營、管理，或使這些醫院分別與其他個別管理公司簽約管

理，因此這個類型與契約管理的觀念相同，不同的是契約管理不具所有權。

(七)完全所有權 (Integrated ownership and management)

完全所有權是一個總公司擁有一群性質及規模大小不同之所屬機構予以較嚴密的組織及控制，此種高度結合的模式即是完全所有權之類型，在此類型中，重要的決策由總公司的董事會控制，通常總公司可以設置總管理處或管理中心之類等單位，以便集中經營管理所屬的機構，國內以長庚醫院為最佳代表。

Starkweathor(1971) Devries(1978) Reynolds and Stunder(1979) 等學者均以權益結構來分析醫院間的跨組織合作關係，將關係類型分成涉及所有權與不涉及所有權的合作。

Devries (1978) 依合作時主體隸屬、管理權限及合作系統對主要決策影響力程度為考量，依照參與單位自主性的大小、以連續帶的觀念將院際合作歸納為七種類型：

- (一) 正式聯盟 (Formal affiliation)；
- (二) 分攤或共同服務 (Shared or cooperative services)；
- (三) 計畫或教育上的合作 (Consortia for planning or education)；
- (四) 合約管理 (Contract management)；
- (五) 租賃 (Lease)；
- (六) 隸屬於同一主體但個別管理；
- (七) 完全自主型。

Devries 與 Starkweathor 在後續的研究中又提出九類分項的標

準：依其所有權區分、管理權集中的程度、重要決策控制的狀況、參與機構在地理上接近的程度。在此分類標準下，可區分為兩大類：多主權系統（Multiple ownership）和單一主權系統（Single ownership）兩部分，其中又有多種不同的類型。

(一)單一主權系統（Single Ownership）

可分為分權式與集權式兩種，分權如教會連鎖醫院或其他連鎖醫院，即由教會或一企業所組織起來，採統一經營管理的一群醫院，所有連鎖醫院的所有權集中，管理權統一且業務性質類似。集權式又可以分為母子醫院關係及併購兩種，前者由母醫院依實際需要支援子醫院，後者則為醫院的合併以擴大規模。包括 1.共同的所有權但分開經營（Corporate Ownership but Separate Management），如醫院連鎖（Hospital Chains）醫院控股公司（Hospital Holding Company）；2.完全的所有權（Complete Ownership），如合併（Mergers）、衛星或分支經營機構（Satellite or Branch Operation）。

(二)多主權系統（Multiple Ownership）

包括正式聯盟（Formal Affiliation）、分攤或共同服務（Shared or Cooperative Service）、計畫或教育上的合作（Consortia for Planning or Education）、合約管理（Contract Management）、合約服務（Contract Service）、租賃（Lease）等方式。茲就上述提及前文未解釋的部分說明如下：

1.協會

協會成立的目的是在於增進集體成員的利益，因應政府政策規範的強烈威脅，使會員知悉政府的作為，以降低立法上的不確定性。由於

協會是全體會員間溝通及共享資訊的催化劑，因此為維持和諧的關係，協會大多會發展出會員應遵守的市場倫理規則，以降低產業間的惡性競爭。對個別會員而言，加入協會除了擴大資訊來源管道、提升醫院形象外，更可透過集體的力量來遊說或影響立法及行政機關，使醫院不致受到外在環境的過大衝擊。

2. 合約服務

指醫院與外在其他專業服務公司簽訂合約，委託某種單一特定項目的服務，常見有如一般的外包或包工制度的服務。例如洗衣房、環境清潔工作、膳食服務、醫療設備維護、水電設備維護或保全業務外包等。如此作法可使業務功能更趨向專業化，而醫院無需聘任專任人員，因此能節省成本，更重要的是其能提升醫院的服務品質。

3. 租賃

一個機構在特定期間內，以租金及其他條件之契約下，將其財產及裝備的所有權及經營權出租給一個獨立的機關負責經營及維持。

Fottler 等人（1982）則依合作涉及的自主性變動提出醫療產業組織合作策略，強調此八種類型係以合作涉及的變動程度所形成的連續帶，如表 2-10。

Walsh 等人（1993）依合作協定之正式化程度提出醫學中心的跨組織合作協定類型包括：內部協定（internal arrangement）、聯盟前協定（preaffiliation）、仲裁協定（intermediate arrangement）、正式關係（formal relationship）等四類，此四類各有其使用之策略，說明如表 2-11。

表 2-10 以合作涉及的變動程度之聯盟類型

類型	說明	例如
加入協會	參加產業協會	州內醫院聯盟
正式聯盟	兩個或以上機構從事聯合計畫，但各自對個別的活動仍應負責	病患轉送及轉診協定
聯合分擔服務	兩個或以上機構合作共同使用臨床或行政上的功能，雙方在財務或政策上作為承諾以選擇產品或服務	聯合洗衣房、合聘特殊人力及電工
聯合計畫或教育	醫療系統機構共商，同意規劃由何者提供何種臨床服務	自願性醫療規劃或醫療教育方案
契約管理	由一個外來機構以契約方式同意負責每日例行的管理活動，完全包下管理活動，沒大所有權	清潔外包、警衛外包
租賃	由一個外來機構負責提供政策及管理活動，猶如出租給其他人經營	醫院管理顧問公司
所有權與管理權分開	機構與獨立的經理人或個人就行政管理簽訂契約，管理有自主性，但無所有權	醫院聘請管理專才
完全擁有	由機構合併或共同創設一個新的機構體，需要大量資源	多醫院持股公司及連鎖醫院

資料來源：Fottler, Schermerhorn, Wong and Money, 1982

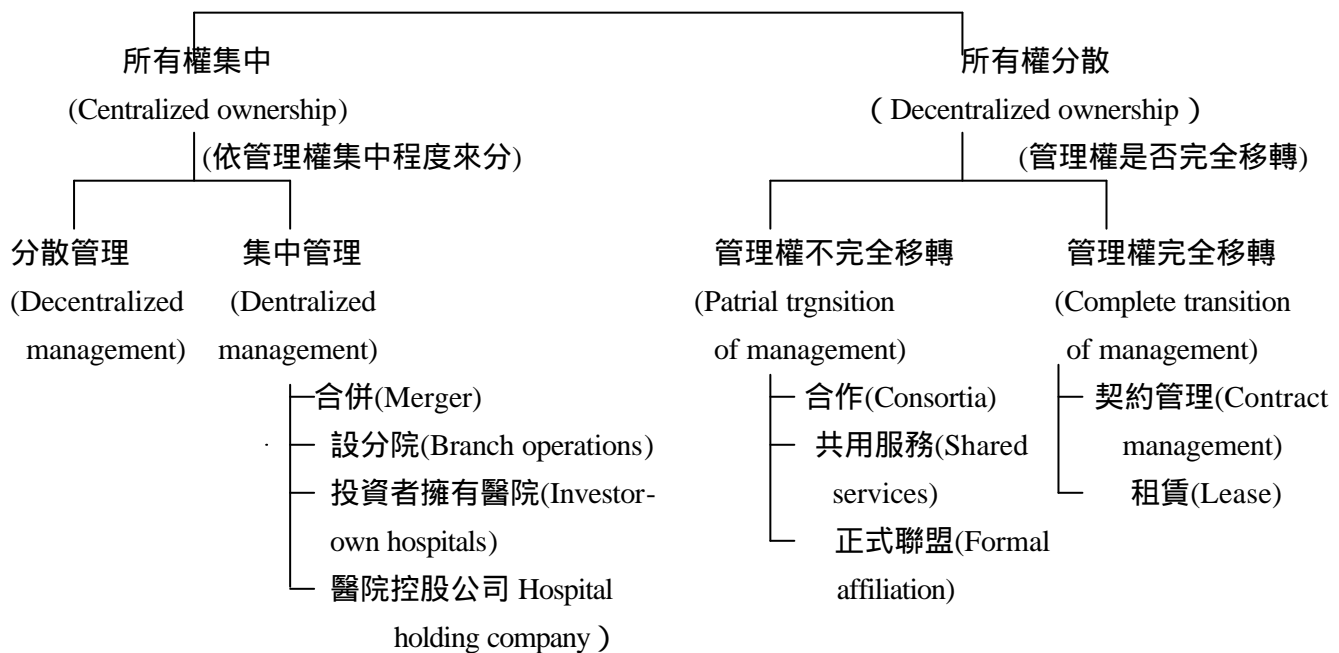
表 2-11 依合作協定之正式化程度的跨組織合作

跨組織協定	說明	策略
內部協定	基於擁有完全的自主權，未涉入與其他機構的契約關係或協定	多角化、內部發展方案、子公司
聯盟前協定	以契約協定來限定醫院的責任，同時提供組織達成協調一致的機制	合資、限制合夥、聯合分擔服務
仲裁協定	由共同的法律或書面協定來統制雙方的關係	聯盟
正式關係	契約關係導致機構的自主性降低或不具自主性	合夥、併購

資料來源：Walsh, Troxell and Stafford, 1993

陳馨文 (1991) 指出美國對院際合作系統 (Multi-hospital System, MUS) 所下的結論為一群兩級單位醫院隸屬在某一個一級單位內，而成一系統，此系統具有單一行政管理、單一管理委員會、單一醫事人員組織、急性及一般病床照顧，並且每兩單位之間的距離在一哩以上。其研究將院際合作定義為：兩個以上的醫院在不同組織結構下共同合作計畫、服務或管理，甚至進一步聯合提供整合性的醫療保險服務。

張威國 (1992) 在其 1992 研究參考各家之說，以 1.所有權集中程度 2.管理權集中程度 3.管理權完全移轉的程度，為分類標準，將醫院連鎖經營分成下列幾種類型：



資料來源：張威國，1992

圖 2-2 醫院連鎖經營型態

(一)所有權集中 (Centralized ownership) 的連鎖經營

此類型當中又可分為管理權集中 (Centralized management) 與管理權分散 (Decentralized) 兩種，在管理權集中的類型裏，包含合併 (Merger)、設立分院 (Branch operations)、投資者擁有的醫院 (Investor-owned-hospitals)、成立醫院控股公司 (Hospital holding company)。

(二)所有權分散 (Decentralized ownership) 的連鎖經營

又可分為管理權完全移轉 (Complete transition of management) 及管理權不完全移轉 (Partial transition of management) 兩種。前者包括契約管理 (Contract management) 與租賃 (Lease)；後者包含合作 (Consortia)、共用服務 (Shared services) 與正式聯盟 (Formal affiliation)。

以下再仔細介紹連鎖經營的各個類型：

(一)所有權集中 (Centralized ownership)

參與連鎖經營的各個醫療機構，其所有權同屬於單一的經營實體。依各參與機構管理權集中於此經營實體的程度又可分為兩類：

1.所有權集中但管理權分散 (Centralized ownership but decentralized management)

一個組織在法律上擁有一群醫療保健機構，但是對這些機構不做過多的干預，任由其自行經營管理、或其與他組織訂定契約管理的關係。通常這類連鎖醫院地區分佈相當零散，且通常的是屬於非營利的宗教醫院居多。

最近，這種方式也有些許的改變。例如，部分天主教的醫院系統會主動藉由共用服務或合約管理的方式吸引其在更多天主教醫院(尤其是但於鄉下的小型醫院)。

2. 所有權集中且管理權集中 (Centralized ownership and Centralized management)

一組織擁有幾家醫療保健機構，而且對這些機構採取較嚴密的控制與管理。因此，各機構的自主性低，決策也大多受到組織的影響。通常這類型連鎖體系設有管理中心或總管理處，以統籌管理各所屬機構。但為能因地制宜、爭取時效，亦賦予各所屬機構部分自治權，分權程度視各系統的組織氣候而有所不同。

這種連鎖方式又可細分為四種類型：

(1) 設立分院 (Branch operations)

位於市區的母公司或母醫院，由於病患爆滿，必須擴充分院以滿足需求。而往往市區地會昂貴，此時為節省成本，必須到郊區尋找土地與建醫院。另外，也有應地方需要而設立分院者。

所設置的分支機構可以是醫院，也可公是手術門診中心 (Ambulatory care center)。重大決策由總部的董事會決定，醫療與管理人員亦由管理中心統一調派。在嚴密管理、有效經營下，不但可隨著人口的成長在有醫療需求的區域設立分院，還可藉此擴大醫療市場及建立有效的轉診醫療網。

(2) 合併 (Merger)

凡兩個或兩個以上原先各自獨立的醫療保健機構，結合而成

一個新的組織體；或一機構完全併入另一機構而消失於無形，皆稱為合併。

合併的原因，根據 Clark 指出，不外下列幾項：改進教育計劃、避免資源的重覆、擴大服務範圍、增加社區財力支持(Increase community support) 增進計劃能力，而更重要的是營運及經濟上的需求。因為，當病患逐漸要求有一流的設備，良好的醫療品質及優秀的醫護人員時，財務與人力資源不足的醫院是很難立足的。因此，藉由合併以擴大組織規模，是解決問題的方法之一。

通常，易於合併的機構，大多彼此相鄰近，且服務區域重疊。合併後可化競爭為合作，且可收統一營運管理之效。

(3)投資人擁有的醫院系統 (Investor-owned hospitals)

本身為公司組織的型態，其下擁有許多的醫療保健機構。因為是屬於營利的組織，所以會以企業經營的精神，追求高效率的管理方式。在與非營利性醫院的比較下，此型醫院每床使用較少的 FTE (Full-Time-Equivalent) 人手、節省更多的工作時間、花費較少的人事費用及產生更高的邊際貢獻。

這類組織較著名的有美國醫院管理「四大金剛」之稱的美國醫院公 (HCA-Hospital Corporation of American)、全國醫療國際公司 (AMI-American Medical International)、國際醫療企業公司 (NME-National Medical Enterprises) 及休瑪公司 (HI-Humana Inc.)。

(4)醫院控股公司 (Hospital holding company)

類似金融產業的一種公司組織，其中包括由會員機構代表組成的董事會及地區性的委員會 (Advisory boards)。除了公司會選派專家到各地區機構進行輔導督察外，地區的行政部門也可督導一群所屬的機構。重大的決策都由公司方面決定，但各所屬機構廣保留部分的自治權以利彈性應變之需。

(二)所有權分散 (Decentralized ownership)

參與連鎖的各醫療保健機構，所有權歸各自所有，但為了配合連鎖整體的經營有些機構在管理上部分聽從連鎖體系的決定；有些則完全將所有權交出。因此依管理權之完全移轉與否，在此又可粗分為兩大類：

1.管理權不完全移轉 (Partial transition of management)

在此類型中文可分為三種方式，依參與機構受連鎖約束嚴密程度，依序為：

(1)聯盟 (Consortia)

地理區域相近且規模大小不等的一群醫療保健機構，為了彼此臨床與管理 (Clinical and management) 上的需要，而藉由契約關係，以平等獨立的身分參與地區性的醫療保健或健康教育的聯合計劃。計劃的執行，由參加 Consortia 各機構所建立的一個中央協調組織 (Central coordinating body) 負責。

此類型中，各參與機構的所有權獨立，但管理上的重大決定權則受中央協調組織的影響。

(2)共用服務 (Shared service)

Rebert A. DeVries 將共用服務定義為：「兩個或兩個以上的醫療保健機構，將共同的行政或臨床上的功能，藉某種方式加以結合或合作，以完成增進服務品質與達到經濟規模的目的」。

Mason 也提出類似的定義，認為「由一家醫院、一群醫院或一獨立組織提供多項行政或臨床上的服務，藉由正式或非正式的契約關係，讓參加的機構共同使用」。

本研究將共用服務定義為：「兩個或兩個以上的醫療保健機構，基於彼此臨床與行政上的共同需求，藉由正式或非正式的契約關係，規定由其中的一家醫院多家醫院或獨立的第三組織來提供所需的服務」。

在此類型中，參與共同的機構其所有權保持獨立，也擁有管理權，重大決策的決定權仍由參與機構擁有。

(3)正式聯盟 (Formal affiliation)

兩個或兩個以上的醫療保健機構，彼此簽定正式契約 (Agreement) 以參與同一個計劃。計劃中規定各簽約機構各有其分工負責的部分。各單位間雖無彼此隸屬的關係，但彼此的關連性，較共用服務來得密切。常見的例子是一般醫院與醫學的聯盟或一般醫院與健康照護中心 (Health center) 聯盟。前者藉由醫學院的支持，提供醫院更多住院醫師與臨床教學人力。如此，醫院不但可提高醫療水準、提供正確有效的醫療服務，更可提到醫院的聲望；醫學院則由醫院的專診取得更多病患來源，以為教學臨

床研究之用。後者則藉病患轉診及醫療的諮詢，使得醫院服務及病患照顧達到廣泛性的連續性，進而提升整體醫療服務的品質。

參與正式聯盟的機構是所有連鎖型態中自主性最高的，不但所有權獨立，而且管理上的決策權絲毫不受連鎖系統的影響。

2. 管理權完全移轉 (Complete transition of management)

(1) 契約管理 (Contract management)

為求生存，規模小、佔床率低或經營不善的醫院，會將全部的管理責任，在一特定期間內，以契約關係交由一個獨立的機構負責。管理的期間通常是三年或三年以上，待上軌道後，再將管理權交還給醫院。至於管理公司的報酬，通常是採年收入的固定比例為主，也有採計薪制或採非營利方式，只計算管理公司的直接成本。這種連鎖方式，所有權仍歸原醫院所有，只是將管理權全部交出去，因此，也稱無所有權的完全管理 (Full management without ownership)，但重大的決策仍由原醫院決定。此外，也有一些醫院只把醫療或行政上部份業務的管理權交出，此為一種部份契約管理 (Partial management)。

在非營利性醫院方面，尤其是規模較小的鄉間醫院，經常利用契約管理來解決所面臨財務、服務及人力的問題。許多醫院喜歡契約管理而捨共用服務的原因為醫院可從負責管理機構實際的執行當中學到專業的管理支術。

至於營利性醫院 (Investor-owned hospital) 方面就必須靠良好的管理才有生存的空間。一旦若想擴大規模，除了可以藉由建

分院或合併的方式外，與非營利性醫院建立契約管理的關係外，也是本身成長一種不錯的方法。

(2)租賃 (Lease)

一醫療保健機構，在特定的期間、特定的契約條件下，將其財產與設備的所有權與經營權出租給一個獨立的組織負責經營管理。此種方式租賃的組織，擁有完全的管理權，而所有權及法律責任仍歸出租醫院所有。與契約管理最大的差異點在於出租醫院的董事會對於重大的決策僅具諮詢的地位，唯有租賃者的董事會才對重大決策有影響力。

二、國內文獻

國內系統性的介紹醫院間聯盟、合作的文獻不多，吳典龍(1997)在其碩士論文中，整理嚴建藏(1987)有關省、市立醫院連鎖經營之研究，以及張威國(1992)對國內醫院間合作型態的分類，將國內醫院合作歸納為以下的種類：

(一)建教合作

各省立醫院大多有和教學醫院，如台大醫院、高雄醫學院、中山醫學院等建立建教合作關係，進行醫師的交流。台北市立中興、仁愛、和平、婦幼綜合醫院及療養院，與台大亦有建教合作的關係，其中包含了醫師交流、學術研究、及訓練計劃。

(二)聯合教育訓練

省政府衛生處局利用省團訓，而台北市及高雄市政府公務人員訓

練中心辦理有關醫院行銷或醫院管理之講習，但所訓練之人員與次數不多。醫學院附屬醫院多與其他醫院合作，訓練其醫院的醫事人員，在教育訓練計劃的合作上關係密切。

(三)病患轉介

衛生所與醫院間病患的轉介常被利用，醫院與醫院間的轉介則是因各省市立醫院的專長科別尚未明顯的區分出來，所以轉介並不常發生。軍醫系統對於病患的轉診方面，規定甚為嚴格，未達急診標準不得掛急診，未達住院標準亦不得住院，未達轉診至五級軍醫院者，不可轉至五級軍醫院，並且確實執行，所以轉診制度在軍醫院早已徹底執行。軍醫系統的沿革不僅表現於採購、轉診，對於人員的調配亦有絕對的權力與絕對的服從，所以各軍醫院除了本身的醫療業務擁有自主權外，其他管理上的自主權就顯得少了許多。

(四)聯合採購

從民國 68 年起，衛生署即委託中央信託局替公立醫院（軍醫院除外）標購大宗藥品。台北市衛生局亦為其所屬的市立醫院舉辦藥品統籌採購業務，之後高雄市政府及台灣省政府衛生處亦相繼辦理高雄市及台灣省立醫院藥品統籌採購一件份所必需使用的各種藥品。軍醫院系統的結構十分嚴謹，所有的藥品、衛耗材甚至是文具用品都向上級單位軍醫署、軍醫局及及聯勤總部等申請供應，部分未供應品或緊急用品在未能及時申請並獲配給的情況下，得在預算範圍內緊急採購用，至於醫療設備則需報請軍醫署採購。

(五)連鎖經營

醫院中最著名的連鎖醫院莫過於長庚連鎖醫院。長庚醫院表面上

為一獨立財團法人構機，有董事會，但其資金多來自台塑集團的捐贈，可說是台塑集團的一份子，其一切的作業規章、制度與台塑並無異，甚至是一些重要的決策亦要送交台塑的總管理處裁決，某些集團間的業務，如法律、工程、財務、資材統購等，均由總管理處來統籌辦理。類似此種連鎖醫院形式的醫療系統還有馬偕醫院、佳醫集團、聯新集團、敏盛醫院等。

(六)租賃

租賃是目前醫療產業間頗為流行的一種合作方式，許多的醫療集團為迅速擴張自己在醫療市場的佔有率，採用此方式，租下醫院的建築物、醫療器具等硬體設備，以進行醫院的經營。國內目前的佳醫醫療集團便採行此方式作為其擴展醫院連鎖的方式之一。

(七)契約管理

醫院將一些日常業務外包給其他專業、規模較大的公司來執行，如行政管理、衣務洗滌、警衛、餐飲、檢查、檢驗、電子資料處理等，甚至是一些醫療的科別，如眼科、洗腎、牙科等，外包給其他的專科連鎖公司來開業，避免因為本身的非專業、未具經濟規模而產生的沒有效益的經營。

(八)共用服務

共用服務亦是醫療產業間常用的一種合作方式。如台灣基督教醫療計劃協進委員會（C.C.C.M.P.），最初由十二所基督教醫院及十二所天主教醫院所共同成立的服務性機構，由各會員醫院代表組成執行委員會，每年召集各醫院代表舉行年會，分設檢驗、藥局、護理等十一個專業小組，由各院代表共同研討、交換心得。其共用的項目以聯合

採購藥品和衛耗材為主。此外，非宗教醫院亦可加入該聯盟，進行聯採。此外，如財團法人聯合醫學基金會是由台北博仁醫院、桃園敏盛醫院、彰化秀傳醫院、嘉義林綜合醫院及高雄綜合醫院所組成，主要的工作是資助中型醫院發展醫師再教育、聯合採購、支援研究工作以及與國外醫學院交流等。醫院行政協會則是包含了公、私立醫院的非營利組織，主要功能為教育訓練，尤其在病歷管理更是專門。而私立醫療院所協會則是僅包含私立醫院的協會，其主要業務為統合聯合採購事宜。另一種共用服務的方式則是如台南縣永康鄉附近的泌尿科開業師共同出資，合買一台震波碎石機，放置於逢甲醫院（現改為奇美醫院），出資的人除了可以享有使用權外，還可以年終分紅。而早期馬偕醫院亦提供電腦方面的共用服務給埔里及嘉義基督教醫院使用。而各地檢驗所提供檢驗的共用及捐自中心的血庫亦為此類型的聯盟。

(九)聯合門診中心

目前亦有許多的開業醫師或是小型醫院，推動執行聯合門診中心，藉以避免病患流失，達到經濟規模分擔醫療設備、管理費用成本等等。

(十)多角化經營

將醫療業務延展至健康檢查、居家照護、日間照護、夜間照護、護理之家、坐月子中心、托嬰中心等，均是目前可見的合作方式。

(十一)學術研究

醫學院附屬醫院都會與其他醫院建立共同臨床研究的合作關係，雙方相互提供病患、技術、設備等，以促進醫學臨床上，手術方

式、病理、藥理、治療方式等技術的改進。

(十二)醫師交流

醫院間經常會相互支援醫院，以解決醫師不足、聘請困難的問題。常見的某一醫師專職於一家醫院，但是利用空檔時間至另一家醫院開設門診，以協助該院該科醫師不足的問題。或是該醫師名譽甚佳，藉此來吸引病患。

陳馨文（1991）將醫院院際合作可分為五類：輔助性醫療儀器、設備之聯合分擔或共用、人力資源合作、聯合採購、管理或臨床醫療技術性聯合服務、社區醫療合作。

吳肖琪簡單將連鎖經營分為五種：聯合分擔服務（Shared service）、合約服務（Contract service）、合併（Merger）、聯盟（Affiliation）、合約管理（Contract Management）。

彭朱如（2000）曾以價值鏈觀點調查目前國內醫療機構合作方案，其中以後勤作業外包和人力支援及訓練兩類為主要類型，其次為學術業務合作和設備及採購（見表 2-12）。

彭朱如（2000）也將國內外醫療機構合作策略類型以下列七個構面來分類：相互依賴性、權益結構、合作對象、自主性、資源特性、正式化、價值活動，如表 2-13。

彭朱如、王維元、張錦文（1998）還歸納醫院常見的對外合作策略包括加入協會或聯盟、臨床醫療服務聯合分擔、輔助性醫療服務分擔、外包合約服務、租賃（如公辦民營）以及連鎖經營等，而各種類型各有不同的特性，分別以合作資源特性、合作風險、績效結果特

性、合作效益、所有權或經營權變動情形、機構自主性、合作對象、合作關係型式等加以比較說明，見表 2-14。

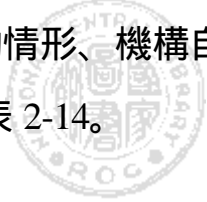


表 2-12 合作方案所屬價值活動分析表

	合作方案	個數	百分比
人力支援及訓練		42	27.10
	專科醫師支援	17	10.97
	住院醫師代訓	20	12.90
	其他人員代訓	5	3.23
學術技術交流		15	9.68
	學術研究合作	5	3.23
	醫療技術合作	10	6.45
病患轉介		15	9.68
	轉診	7	4.53
	轉檢	8	5.16
設備及採購經濟規模		8	5.16
	手術室共用	1	0.65
	聯合採購	7	4.52
後勤作業外包		50	32.26
	洗衣房外包	8	5.16
	供應中心外包	0	0.00
	膳食供應外包	4	2.58
	清潔服務外包	25	16.13
	廢棄物處理外包	4	2.58
	停車場外包	3	1.94
	警衛保全外包	5	3.23
	資訊系統外包	1	0.65
	保險申報外包	0	0.00
輔助醫療業務合作		14	9.03
	藥局對外合作	0	0.00
	檢驗對外合作	10	6.45
	社工對外合作	4	2.58
其他		11	7.10
合計		155	100.00

表 2-13 醫療機構合作策略類型彙總表

分類構面	合作策略類型
相互依賴性	張荳雲、朱永昌 (1994) : 1.單向之支援或受援 (不對等) 關係 2.上下互援或同級互援 (對等) 關係 而台灣醫療產業多為單向之支援或受援 (不對等) 關係，而非上下互援或同級互援 (對等) 關係
權益結構	Starkweathor (1971) ; Reynolds and Stunden (1979) : 1.單一主權系統：連鎖醫院、母子醫院、購併 2.多主權系統： (1)協會 (2)聯合分擔服務 a.照護及醫療設備方面：轉診、代檢、供血、及專科分工支援 b.人力資源及訓練方面：醫療人力支援、聯合訓練計劃、代訓 c.行政管理及其他服務方面：聯合採購、電子資訊處理 (3)合約管理 (4)合約服務
合作對象	Zuckerman, Kaluzny and Rickeets (1995) : 1.水平聯盟 2.垂直聯盟
自主性	Fotter et al. (1982) : 1.協會 2.正式聯盟 3.聯合分擔服務 4.聯合計劃或教育 5.契約管理 6.租賃 7.所有權與管理權分開 8.完全擁有
資源特性	張荳雲、朱永昌 (1994) : 1.病人轉診 2.人力資源 3.人員訓練 4.學術活動 5.儀器設備共用
正式化	Walsh, Troxell and Safford (1993) : 1.內部協定：多角化、內部發展方案、子公司 2.聯盟前協定：合資、限制合夥、聯合分擔服務 3.仲裁協定：聯盟 4.正式關係：合併、購併

表 2-13 醫療機構合作策略類型彙總表（續一）

分類構面	合作策略類型
價值活動	Schermerhorn and Shirland (1981): 1. 醫療服務：救護車共用、血庫、燒傷中心、放射診斷、放射治療、急診、加護中心、實驗室檢驗、血液透析、其他臨床科別的聯合服務 2. 輔助性服務：生物醫學工程、教育訓練、電子資料處理、共用設備、帳款及財務管理、膳食、洗衣、保險業務、藥局、採購、社會服務、品質保證方案之聯合服務

表 2-14 醫院對外合作策略比較

	協會或聯盟	臨床醫療服務聯合分擔	輔助醫療服務聯合分擔	外包合約服務	租賃（公辦民營）	連鎖經營
合作資源特性	各參與者投入的資源較少，多為資訊交換	醫師人力、技術、知識的投入皆屬核心能力資源	人力及實體資源之投入，屬於非核心能力資源	投入非核心能力資源，外在機構替代醫院提供部分價值活動	完全由經營者提供所有核心及非核心能力資源	集中經營管理之核心能力資源
認知合作風險	低	中	中	中	高	高
合作效益	資訊交流	取得互補資源 經濟規模	取得互補資源 經濟規模 降低成本	降低成本 提高經營效率	提高經營效率	經濟規模 降低營運成本 提高效率
績效不確定性	低	高	中	低	高	高
合作對象	醫院	醫院	醫院 非醫院	非醫院	醫院	醫院
所有權變動	不變	不變	不變	不變	不變	變動
經營權變動	不變	不變	不變	不變	變動	變動
自主性	很高	高	高	高	低	低
關係型式	鬆散網路關係	雙邊關係 組合關係	雙邊關係 組合關係	雙邊關係 組合關係	雙邊關係 組合關係	緊密網路關係

第六節 醫院策略聯盟經營之優缺點

根據陳佳誼（2000）之文獻回顧及整理如下：

張錦文（1986）認為醫院連鎖經營可帶來的效益有：

- 一、購買力強，統一標購，以量制價，可降低物品器材的成本。
- 二、統籌管理、提高工作效率，降低營運成本。
- 三、促進人員物品的流通，避免人力設備的重複浪費，提高各項醫療資源的使用率。
- 四、建立轉診制度，擴大市場範圍。
- 五、促進醫護人員的在職進修與繼續教育，以提升服務品質，加強競爭力。

Zuckerman（1979）認為醫院連鎖在優點方面可分為參與機構及社區方面，各有三種形式的利益（即經濟上、人力上及組織上的利益），以下分別討論之。

一、在參與機構的立場（institutional level）

（一）經濟上的利益（Economic）

1. 成本節省及改善營運方面

- （1）透過醫院聯盟或連鎖醫院的合作，經由共同服務達到規模經濟，增加生產力。
- （2）由於醫院數量多，用品數量多，利用聯合採購可降低購買的單價。
- （3）透過資源才力的再分配，可減少用人需求，改善資源的利用。

2.在改善財務狀況方面

- (1)可分散財務風險。
- (2)資金借貸容易。
- (3)資金借貸成本低。
- (4)增加募款能力。
- (5)易於接近資金市場，可得到財務上的協助。

(二)人力上的利益 (Manpower)

1.改善臨床及管理人力之招募

- (1)醫院聯盟經營體系內規模夠大，有足夠的病床容許醫事人員使用。
- (2)制度健全，在職訓練妥善。
- (3)財務狀況佳，人員福利及待遇可提高，任職較有保障，因此人才比較願意進入。

2.改善臨床與管理人員留任方面

- (1)連鎖體系工作穩定、內容多樣化，較具挑戰性。
- (2)有較完善的連修計畫。
- (3)醫事人員多、科別全，使得科內或科際間的醫學討論或研習計畫更加充實。

3.強化臨床及管理人員

- (1)環境好，可招募到好的臨床與管理人員。
- (2)制度健全，可留任傑出的臨床與管理人員，提升醫療品質。

(三)組織上的利益 (Organization)

1.組織成長方面

- (1)由於聯盟經營，可擴張醫院間病患轉介網路。
- (2)聯盟體系內醫院的增加，將涵蓋的服務範圍擴大，因而使組織獲致成長。

2.組織繼續生存方面

- (1)可節省成本及改善營運。
- (2)可改善財務狀況。
- (3)可改善招募臨床及管理人才的招募。
- (4)可改善招募臨床及管理人才的留任。
- (5)可強化臨床及管理的能力，通過各種所需的評鑑標準，使組織能夠繼續生存。

3.在組織決策權方面

各聯盟醫院中除正式聯盟及共同服務外，聯盟體系對各參與機構都有或多或少的影響力，此種決策上的增強，使得連鎖體系強化了在組織控制上的能力，有利於聯盟經營的運作。

二、在社區立場（community level）

（一）經濟上的利益（Economic）

1.可獲得較低的醫療費價格

由於醫院成本降低，獲得之利益可反映在醫療費用上，嘉惠民眾。

2.減少設備的重複導致資源浪費的情形

相近的醫院可透過設備的聯合使用計畫，而避免重複投資及

設備的閒置。

(二)人力的利益 (Manpower)

- 1.較易有可用的臨床及管理人力，為社區民眾提供較高品質的醫療保健服務。
- 2.利過整體的規劃、協調、合作使醫療保健人力重新分佈，每個社區都能得到適當的照顧人力。

(三)組織上的利益

- 1.由於醫院聯盟系統的成長及擴張，使社區更易獲得醫療照顧、臨床上及行政管理服務。
- 2.增加各種醫療服務之有效性 (availability)。
- 3.聯盟體系的成長，能使其服務社區的範圍擴大，醫療品質提升，為社區民眾提供更深入的服務。

Fotter,Schermerhorn,Wang,Money (1982) 針對醫療產業的多機構協定類型提出下列優點：

- 一、使醫院更具穩定性。
- 二、可藉此影響其他醫療系統組織。
- 三、可增加醫院處理問題的能力，因應漸增的複雜性及政府法規。例如改善偏低的佔床率、管理、資金等問題。
- 四、使某些活動經由合作，達到規模經濟效果，降低營運成本。
- 五、較易招募及留住臨床與行政人才。
- 六、提高政治影響力。
- 七、增加醫院成長與生存的機會。

朱日僑、李淑宜（1992）以整合策略的觀點提出醫院合作後可得到的效益分述如下：

一、 水平整合

- (一) 促進合作交流與觀摩、醫療及人力資源充分運用，避免設備重複投入的浪費。
- (二) 便於物料規格、制度與管理的統合運作，加速資訊系統的標準化作業。
- (三) 統籌標購，可達經濟規模之數量折扣，降低採購成本。
- (四) 醫療建教合作的實施，促進醫事人員的繼續進修與在職教育、俾達輔導與協助的美意。
- (五) 風險的合理分擔、強化市場的剖爭能力，並且隱含市場區隔的佇立、化解產業競爭的衝突。

二、 垂直整合

- (一) 可達多角化（Diversification）營運的經濟規模、強化醫療照護的服務層次、降低營運的內在成本。
- (二) 提供完整的一貫照護，便於建立雙向性的轉介（Referral System）系統，促進醫療資源的合理分佈與應用，加速醫療網（Medical Network）目標的達成。
- (三) 突破市場發展的瓶頸，降低營運的財務風險，並可避免市場被壟斷的危機。
- (四) 樹立服務信譽與口碑，加強醫療市場的競爭能力、同時可帶動醫療產業的復甦，達到科技整合的目的。

藍忠孚（1984）認為醫院加入醫院系統之目的主要在：

- 一、 改善並擴大教學訓練計畫（educational program）。

- 二、減少設施及服務不必要的重複 (unnecessary duplication)。
- 三、改善計畫。
- 四、增加社區的支持 (community support)。
- 五、改善內部的管理 (internal management)。
- 六、增加營運的效率。
- 七、陳舊設備的更新與現代化。
- 八、採購昂貴的成本密集 (capital-intensive) 之特殊設備。
- 九、特殊照護 (special care unit) 之營運。
- 十、提高照護的品質。

Fotter,Schermerhorn,Wang,Money (1982) 認為醫療產業的多機構協定的缺點包括：

- 一、可能失去社區的支持。
- 二、缺乏對個別機構需要之回應。
- 三、缺少在行政管理服務上的自主性。

藍忠孚 (1984) 認為醫院加入醫療系統的缺點有下列幾點：

一、造成醫院之間的競爭

醫院聯盟系統中經由達到經濟規模而節省成本，因此可訂定較低的收費價格，造成與社區醫院及診所間的競爭。

二、使人產生獨佔之印象，導致同業敵視態度

由於聯盟體系資金雄厚，經常在各地都有其所屬醫院，常導致當地的其他醫院、診所等同業誤認為與他們競爭，予人壟斷的印象而容易產生反感。

三、對同業而言，違反公平競爭原則

醫院聯盟體系藉由其雄厚資金，以及大量的採購優勢，對獨立診所及中、小型醫院造成莫大威脅，如醫院聯盟濫用其市場能力，可能違反公平競爭的原則。

四、部分項目之醫療品質可能會降低

成本降低與品質之間通常較難兩全其美，雖設法取其平衡點，但此時的品質就不大可能是最好的。

五、引導民眾認為醫療走向商業化的感覺

醫療事業在人們心中始終被認為是一種非營利事業，但策略聯盟觀念傳入後，醫院形成聯盟或設置連鎖分院，並予以企業化經營後，可能會使民眾誤認從此醫療事業將走向商業化的途徑。

第七節 文獻回顧之啟示

由文獻回顧給本研究之啟示有：醫院面臨最大的困境主要為健保制度、人力因素、政策因素、社會因素（吳典龍，1997）。因近年健保制度變革頻繁，造成醫院經營之壓力，故以此做為探討醫院策略聯盟之背景。

目前有關台灣醫療策略聯盟之研究較少針對某特定規模或層級做研究分析，只發現李文芳（1997）曾針對台灣南部地區小型醫院進行策略聯盟之研究；陳佳誼（2000）則針對台大、長庚兩家醫學中心做策略聯盟之個案分析研究，並無文獻特別針對台灣之中型醫院做深入探討，因此本研究即針對台灣中型醫院之策略聯盟研究分析，然而因中型醫院在規模及層級處於中間，在選擇策略聯盟對象時，是往上、往下或同層級結盟時較有成效，便成為一個必須面對的問題，然而以往之文獻並未有此方面之研究，因此各層級對象之選擇成為本研究之主要變項之一。

李美英（2000）曾針對台灣醫院之策略聯盟以醫院內部的組織特性、環境概況、策略聯盟之需求取向及策略聯盟的抉擇四個構面做研究，啟示本研究以醫院的組織特性、環境概況、採行策略聯盟之考量因素等三個構面為研究變項。

在採行策略聯盟之考量因素方面，其因素很多，本研究則特別針對前述的各層級醫院對象之選擇、所有權及管理權提供方式、及各項價值活動和聯盟對象及管理權做串聯考量，此方式則在文獻上尚未發現有先例。

在所有權及管理權的方式，Mason（1979）曾歸納美國醫療界的合作方式，以所有權及管理權之有無及自主性將醫院聯盟經營的類型分成七種，因台灣醫院生態與美國不同，故本研究又參考張威國（1992）對連鎖經營型態之研究，將所有權及管理權分開討論。

至於價值鏈活動方面，這是聯盟類型分類方式中的一種，也是本研究採用的分類方式之一，而醫院之價值活動項目，主要參考彭朱如（2000）的研究，本研究則加強「臨床醫療業務」之類型策略聯盟之研究，並將管理權的提供及聯盟對象的選擇同時考量，期使醫院策略聯盟類型之考量之研究更具體化，這也是本研究希望保有的特色。

第三章 研究設計與方法

第一節 研究架構

本研究乃參考國內外學者對醫院策略聯盟之研究，針對中型醫院之聯盟對象、價值活動、所有權及管理權改變程度等構面做問卷調查，並以醫院特性與環境因素做進一步的分析與探討。

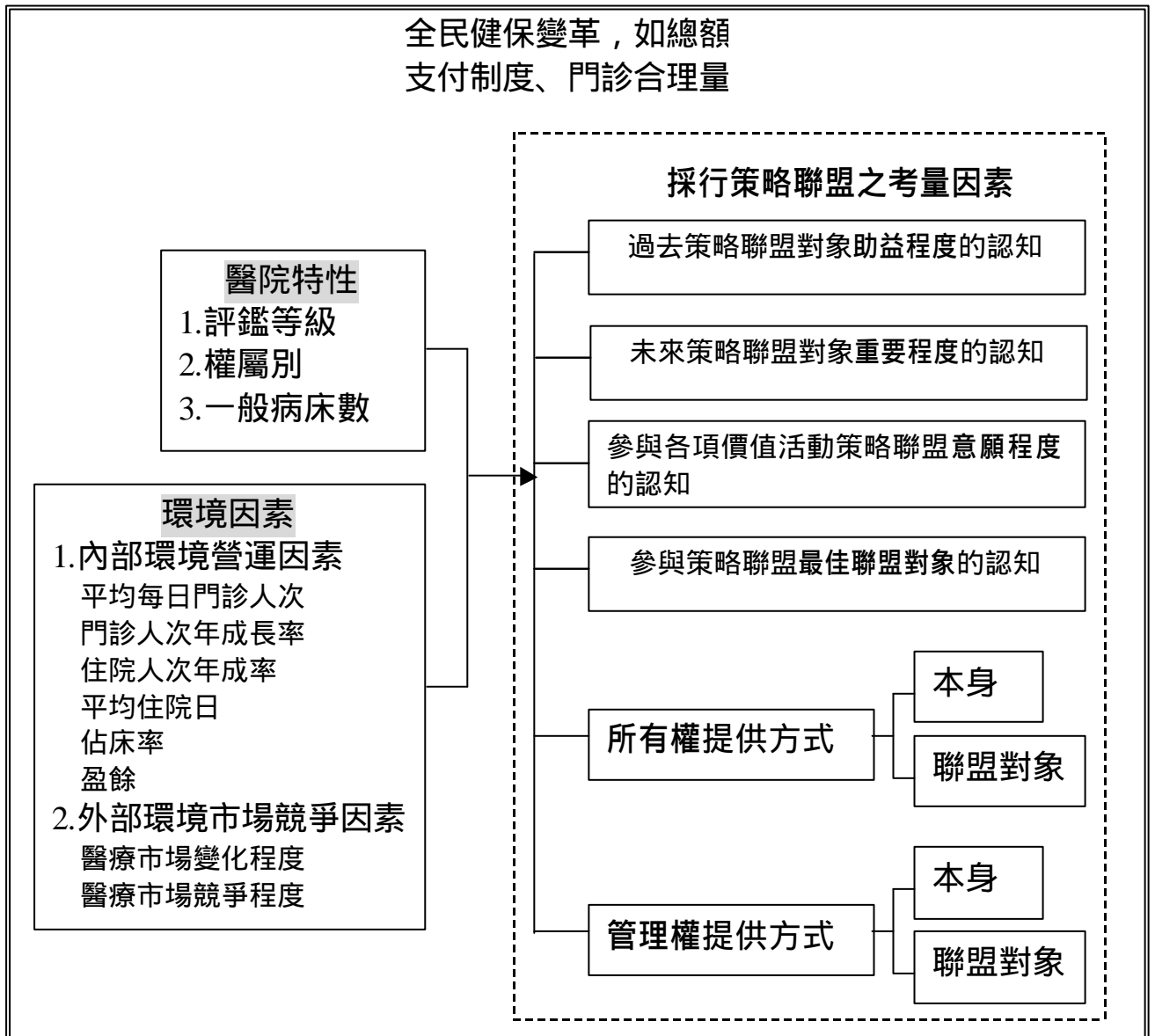


圖 3-1 研究架構

第二節 研究假設

一、 醫院特性與環境因素對中型醫院過去各聯盟對象之助益程度沒有影響。

二、 醫院特性與環境因素對中型醫院未來各聯盟對象之重要程度沒有影響。

三、 醫院特性與環境因素對中型醫院希望各聯盟對象在所有權方面的提供方式及本身在所有權方面願意提供的方式沒有影響。

四、 醫院特性與環境因素對中型醫院參加各種價值活動策略聯盟之意願程度和最佳聯盟對象沒有影響。

五、 醫院特性與環境因素對中型醫院參加各種價值活動策略聯盟時，聯盟對象提供的管理權方式及本身提供的管理權方式沒有影響。

第三節 研究對象

依據「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」公布之「行政院衛生署 87 至 89 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑（地區教學醫院以上）合格名單」，針對區域醫院與地區教學醫院（中型醫院）之院長、副院長或策略聯盟籌劃之相關人員進行問卷調查，每家中型醫院寄出問卷兩份，以其中填寫較完整者代表該醫院，共計 111 家。

第四節 研究變項定義及衡量

(一)醫院組織特性

醫院組織特性在本研究中乃依據行政院衛生署八十八年台灣地區醫院現況及醫院服務量統計摘要表中之分類項目別（行政院衛生署，88年6月編印），區分為評鑑等級、權屬別、一般病床數。

1.醫院評鑑等級

依行政院衛生署評鑑標準，並將中型醫院分為區域醫院、地區教學醫院兩類。

2.醫院權屬別

係指醫院之實際所有權，依行政院衛生署將各級醫院區分為兩類：

- (1) 公立醫院：包括行政院衛生署所屬醫院、台北市立醫院、高雄市立醫院、縣市立醫院、公立醫學院附設醫院、軍方醫院（民眾診療）、榮民醫院。
- (2) 私立醫院：包括財團法人醫院、宗教財團法人附設醫院、私立醫學院附設醫院、其他法人附設醫院、私立醫院。

3.一般病床數

一般病床數不包括嬰兒床、加護病床、觀察床、血液透析治療床、手術後恢復床等特殊病床。

(二)環境因素

樣本醫院就其所在地理位置，分別就內、外部環境因素進行分析。

1.內部環境分析

本研究採行國內外文獻中最常使用之服務量及營運指標，包括平均每日門診人次、門診人次年成長率、住院人次年成率、平均住院日、佔床率、盈餘等，由樣本醫院自行勾選，提供經營績效指標資料。

(1) 平均每日門診人次

平均每日門診人次=某期間內（全年或月）前往醫院經掛號後，實際就診各科別門診人次（含夜間門診）之總計人次除以某期間內日數。

- a. 包括初診、複診在內，但不含急診人次與門診體格檢查之人次。
- b. 若同一病人掛兩科或就診某科兩次，即以兩人次計算。

(2) 門診人次年成長率

係指 89 年（1-12 月）比 88 年（1-12 月）之門診人次年成長率。

(3) 住院人次年成率

係指 89 年（1-12 月）比 88 年（1-12 月）之住院人次年成長率。

(4) 平均住院日

平均住院日=某特定期間內出院病人之總住院人日數/某特定期間內之總出院人次。

(5) 佔床率

佔床率=[（某特定期間內一般病床之總住院人日數/某特定期

間內日數) / 一般病床數] * 100%。

(6) 盈餘

過去兩年之盈餘 (純益率)。

2. 外部環境分析

(1) 醫療市場變化程度：分為沒有改變、有醫院擴建 100 床以上、有 300 床以下新醫院設立、有 300 床以上新醫院設立、其他。

(2) 醫療市場競爭程度：分為競爭程度降低、維持不變、競爭程度提高，但預期醫院間不會策略聯盟、競爭程度提高，且預期醫院間會策略聯盟。

(三) 策略聯盟情形

1. 助益程度

依醫院過去之實際聯盟經驗，認為聯盟對象在策略目的 (如效率目標、資源目標、策略目標) 方面所提供而達成的程度。聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所。

2. 重要程度

認為未來聯盟對象之重要程度。聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所。

3. 所有權方式

參考 Freidheim (1999) 引用布茲-艾倫與漢米爾頓管理顧問公司

(Booz-Allen & Hamilton management consulting)1995-1998 對策略聯盟之分析，並依所有權擁有之高低順序做連續性的排列方式，將五種所有權提供方式依序為各自獨立、共享資源、共享資金、股份互有、共享股份，以分為希望聯盟對象與本身在所有權方面所提供的方式，分別描述如下：

- (1) 各自獨立：只要有契約式的交易關係，不涉及彼此的所有權或資源、資金的共享，例如病患轉介、醫師支援。
- (2) 共享資源：共享資訊；或合作公關行銷；或共用儀器設備；或共享人力資源，如合聘次專科醫師。
- (3) 共享資金：為發展新科技或新服務項目，共同提供資金分攤風險。
- (4) 股份互有：兩家以上夥伴公司，互相擁有彼此的部分股份，並有優先之商務關係。
- (5) 共享股份：如上下游企業的合資、合併。

4. 意願程度

參與各種類型價值活動之意願程度。將策略聯盟類型分為以下幾項：

- (1) 人力資源：專科醫師支援、住院醫師支援、其他人員支援。
- (2) 後勤作業外包或合作：清潔與廢棄物、保全警衛、洗衣房、膳食供應、停車場。
- (3) 病患轉介：轉診、轉檢。
- (4) 學術技術交流：學術研究合作、醫療技術合作。
- (5) 採購：藥品、醫材。
- (6) 輔助醫療業務合作：檢驗對外合作、病理對外合作、營養對外

合作、放射對外合作、核醫對外合作、麻醉對外合作。

(7) 臨床醫療業務合作：急診、洗腎、呼吸治療、加護病房、牙科、眼科、復健、長期照護、中醫、腫瘤科、其他科別。

(8) 行銷及公關：形象塑造、公共關係。

(9) 基礎結構：保險申報、資訊系統、品質管理、醫院評鑑、教育訓練。

5. 最佳聯盟對象

參與各種類型價值活動之最佳聯盟對象。

6. 管理權方式

參考張威國（1992）在醫院連鎖經營型態之管理權分類方式，將管理權提供方式分成五類；並參考 Mason（1979）依醫院聯盟經營的類型以自主性之高低順序做連續性的排列方式，本研究將五種不同的管理權提供方式依自主性之高低順序做連續性的排列，為合作、共同服務、正式聯盟、契約管理、租賃或外包，其操作型定義參照國內醫療界現況與張威國（1992）之定義較接近。

本研究之管理權提供方式，依各價值活動分為希望聯盟對象與本身在管理權方面所提供的方式，分別描述如下：

(1) 合作：以互通有無、互相支援為主，如：代招代訓、轉診合作。

(2) 共同服務：數個醫療保健機構，基於彼此臨床與行政上的共同需求，藉由契約關係，規定由其中的一家或多家醫院或獨立的第三組織來提供所需的服務，即藉分工以達成經濟規模，通常不具排他性，如病理中心、組織銀行。

(3) 正式聯盟：聯盟醫院彼此多方面分工合作，關係密切並具排他

性，如醫院與醫學院的聯盟。

- (4) 契約管理：醫院將不擅長、無管理經驗、人力匱乏或經營不善的部門甚至全院，在一特定期間內以契約關係交由一個獨立的機構負責管理，但重大的決策仍由原醫院決定。
- (5) 租賃或外包。

表 3-1 醫院組織特質變項名稱及其操作型定義一覽表

醫院組織特質	變項名稱及其操作型定義	衡量方法	統計分組方式	屬性
評鑑等級	依樣本醫院於 89 年底之衛生署評鑑等級	分為區域醫院與地區教學醫院 2 組	分為區域醫院與地區教學醫院 2 組	類別
權屬別	分為公立醫院與私立醫院 公立醫院包括行政院衛生署所屬醫院、台北市立醫院、高雄市立醫院、縣市立醫院、公立醫學院附設醫院、軍方醫院（民眾診療）榮民醫院 私立醫院包括財團法人醫院、宗教財團法人附設醫院、私立醫學院附設醫院、其他法人附設醫院、私立醫院	分為公立醫院與私立醫院 2 組	分為公立醫院與私立醫院 2 組	類別
一般病床數	依據衛生署醫院評鑑標準規範之一般病床數，不包括嬰兒床、加護病床、觀察床、血液透析治療床、手術後恢復床等特殊病床	分為 99 床以下、100-199 床、200-299 床、300-399 床、400-499 床、500-599 床、600 床以上，共 7 組	分為 199 床以下、200-299 床、300-399 床、400-499 床、500 床以上，共 5 組	類別

表 3-2 醫院內外環境因素變項名稱及其操作型定義一覽表

內外部環境因素	變項名稱及其操作型定義	衡量方法	統計分組方式	屬性
平均每日門診人次	平均每日門診人次=某期間內（全年或月）前往醫院經掛號後，實際就診各科別門診人次（含夜間門診）之總計人次除以某期間內日數 係指 89 年 1-12 月平均每日門診人次	分為 499 人次以下、500-999 人次、1000-1499 人次、1500-1999 人次、2000-2499 人次、2500-2999 人次、3000-3999 人次、4000 人次以上，共 8 組	分為 999 人次以下、1000-1499 人次、1500 人次以上，共 3 組	類別
門診人次年成長率	係指 89 年（1-12 月）比 88 年（1-12 月）之門診人次年成長率	分為負成長、成長 0-9%、10-19%、20-29%、30% 以上，共 5 組	分為成長 9% 以下、10% 以上，共 2 組	類別
住院人次年成長率	係指 89 年（1-12 月）比 88 年（1-12 月）之住院人次年成長率	分為負成長、成長 0-9%、10-19%、20-29%、30% 以上，共 5 組	分為負成長、成長 0-9%、10% 以上，共 3 組	類別
平均住院日	平均住院日=某特定期間內出院病人之總住院人日數/某特定期間內之總出院人次 係指 89 年 1-12 月平均住院日	分為 4.4 天以下、4.5-5.4 天、5.5-6.4 天、6.5-7.4 天、7.5-8.4 天、8.5-9.4 天、9.5 天以上，共 7 組	分為 6.4 天以下、6.5 天以上，共 2 組	類別
佔床率	佔床率=[（某特定期間內一般病床之總住院人日數/某特定期間內日數）/一般病床數]*100% 係指 89 年 1-12 月佔床率	分為 39% 以下、40-49%、50-59%、60-69%、70-79%、80-89%、90% 以上，共 7 組	分為 69% 以下、70-79%、80% 以上	類別
盈餘	過去兩年之盈餘（純益率）	為尚無利潤、損益平衡、0-9%、10-19%、20% 以上，共 5 組	為尚無利潤、損益平衡、有盈餘，共 3 組	類別
醫療市場變化程度	依醫院自評過去兩年來在其醫療服務市場內有無擴建或新設立的醫院	分為沒有改變、有醫院擴建 100 床以上、有 300 床以下新醫院設立、有 300 床以上新醫院設立、其他，共 5 組	分為沒有改變、有改變，共 2 組	類別
醫療市場競爭程度	醫院自評在其醫療服務市場內的市場競爭程度	分為競爭程度降低、維持不變、競爭程度提高，但預期醫院間不會策略聯盟、競爭程度提高，且預期醫院間會策略聯盟，共 4 組	分為競爭程度降低、維持不變、競爭程度提高，但預期醫院間不會策略聯盟、競爭程度提高，且預期醫院間會策略聯盟，共 4 組	類別

表 3-3 策略聯盟情況變項名稱及其操作型定義一覽表

策略聯盟情況	變項名稱及其操作型定義	衡量方法	屬性
助益程度	依醫院過去之實際聯盟經驗，認為聯盟對象所提供之助益程度。聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所	Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，很低 1 分至很高 5 分，若無聯盟經則不列入分析	等距
重要程度	認為未來聯盟對象之重要程度。聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所	Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，很不重要 1 分至很重要 5 分	等距
聯盟對象在所有權方面所提供的方式	聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所。所有權提供方式分為共享股份、股份互有、共享資金、共享資源、各自獨立	Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，共享股份 1 分，各自獨立 5 分	等距
醫院本身之所有權提供方式	聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所。所有權提供方式分為共享股份、股份互有、共享資金、共享資源、各自獨立	Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，共享股份 1 分，各自獨立 5 分	等距
意願程度	參與各種類型價值活動之意願程度	Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，很不願意 1 分，非常願意 5 分	等距
最佳聯盟對象	參與各種類型價值活動之最佳聯盟對象	聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所，共 6 類	類別
聯盟對象在管理權方面所提供的方式	聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所。管理權提供方式分為租賃或外包、契約管理、正式聯盟、共同服務、合作	Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，租賃或外包 1 分，合作 5 分	等距
醫院本身之管理權提供方式	聯盟對象分為醫學中心、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、基層醫療院所、非醫療院所。管理權提供方式分為租賃或外包、契約管理、正式聯盟、共同服務、合作	Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，租賃或外包 1 分，合作 5 分	等距

表 3-4 策略聯盟類型分類表

策略聯盟類型	價值活動名稱
人力資源	專科醫師支援 住院醫師支援 其他人員支援
後勤作業外包或合作	清潔、廢棄物 保全警衛 洗衣房 膳食供應 停車場
病患轉介	轉診 轉檢
學術技術交流	學術研究合作 醫療技術合作
採購	藥品 醫材
輔助醫療業務合作	檢驗對外合作 病理對外合作 營養對外合作 放射對外合作 核醫對外合作 麻醉對外合作
臨床醫療業務合作	急診 洗腎 呼吸治療 加護病房 牙科 眼科 復健 長期照護 中醫 腫瘤科 其他科別

表 3-4 策略聯盟類型分類表（續）

策略聯盟類型	價值活動名稱
行銷及公關	形象塑造 公共關係
基礎結構	保險申報 資訊系統 品質管理 醫院評鑑 教育訓練

第五節 研究材料與資料蒐集

一、研究工具

本研究使用自填式結構式問卷，蒐集國內中型醫院在全民健保、總額支付制度及門診合理量的衝擊之下，參與策略聯盟之意願、考量因素與選擇策略聯盟的策略取向，並採普查方式進行。

二、資料蒐集

本研究主要透過郵寄問卷給研究對象，藉此獲得各研究對象對本研究中各變項之選擇，藉以作為統計分析之投入資料，以期能導出各醫院間對策略聯盟之相關研究。

第六節 資料分析方法

一、資料處理

本問卷資料回收後，先將結構式問卷題目以 Microsoft Excel 2000 建立資料檔，並運用 SAS 6.12 版之套裝軟體進行資料統計分析。回收問卷中如有缺失的資料，則將此缺失資料排除在問卷分析過程之外，不列入指標的建立。

二、統計分析方法

(一)描述性統計

以描述性統計來描述回收樣本醫院在各研究變項之平均值、百分比、標準差等各變項之分布情形。

(二)student' s t 檢定 (t test)

此方法在檢定二個樣本平均值差別是否具統計上的意義，在 t 檢定中兩項類別變項為自變項，等距變項為應變項。

(三)變異數分析 (ANOVA)

此種統計方法係在同時比較數組樣本的平均值間之差別是否具統計上的意義，在一方分類變異數分析中，多項類別變項為自變項，等距變項為應變項。

(四)卡方檢定

檢驗醫院組織性質與環境因素不同，各價值活動之最佳聯盟對象是否不同，為探究兩個類別變項間的關係，因此進行卡方檢定，由於研究樣本數不足，因此再進行費雪精確性檢定 (Fisher' s exact test)。

(五)等級相關 (Spearman' s Rank-Order Correlation)

分析中型醫院本身與聯盟對象在所有權、管理權提供方式彼此的相對強度關係，由於變項為具等級尺度的測量資料，因此進行等級相關分析。

第七節 研究限制

- 一、實際普遍應用策略聯盟的醫院不多。
- 二、本研究結論無法推論至其他層級醫院。
- 三、被調查對象之總額支付制度尚無足夠之實際經驗。
- 四、受測者對未來策略之操作與實際經營者是否有相同的認知，在本研究中無法確知。

第四章 研究結果

第一節 描述統計分析

一、問卷回收狀況

本研究共寄出 222 份問卷，有效問卷 56 份，回收率為 25.23%，然而本研究以家數為單位，故接受問卷調查中型醫院有 111 家，有效問卷家數為 51 家，計有效樣本達 46%。按評鑑等級來看，其中區域醫院 32 家，地區教學醫院 19 家，回收率分別為 52.46%、38.00%；就權屬別來看，公立醫院 21 家，私立醫院 30 家，回收率分別為 47.73%、44.78%；就所在地來看，北、中、南、東部分別為 22、11、16、2 家，回收率分別為 40.00%、64.71%、47.06%、40.00%（見表 4-1）。整體而言，問卷回覆與未回覆者在評鑑等級、權屬別、所在地方面沒有很顯著的差距。

二、醫院特性及環境因素之描述性統計結果

醫院特性及環境因素之描述性統計摘要如表 4-2 及表 4-3。

三、過去策略聯盟對象的助益程度及未來聯盟對象之重要程度之統計分析

依各中型醫院過去之實際聯盟經驗，各層級聯盟對象所提供之助益程度之描述性統計如表 4-4，其中聯盟對象為醫學中心及區域醫院過去所提供之助益大於地區教學、地區醫院及基層醫療院所。

而未來聯盟對象之重要程度之描述性統計如表 4-5，由此表可看

出各層級醫院及非醫療院所聯盟對象，其重要程度的家數百分比都超過百分之五十。

四、希望聯盟對象及中型醫院本身在所有權方面所採取的方式之描述性統計結果

中型醫院希望聯盟對象在所有權提供的方式統計摘要如表 4-6，由此表顯現希望醫學中心及區域醫院能提供共享資源的家數比例高於其他層級，反之希望其他層級提供各自獨立之聯盟方式的中型醫院家數比例高於希望醫學中心及區域醫院提供各自獨立的方式。

至於聯盟時中型醫院本身在所有權方面最希望採取的方式則如表 4-7 之描述性統計，即是當中型醫院與醫學中心及區域醫院結盟時，最希望採取的方式仍是共享資源，而當中型醫院與地區醫院、基層醫療院所及非醫療院所做策略聯盟時最希望採取的方式是各自獨立（48~52%）。

比較表 4-6 及 4-7 可發現當中型醫院與各層級醫院策略聯盟時，本身所有權最希望採取各自獨立的方式比希望聯盟對象在所有權方面提供各自獨立的比率還高，也就是中型醫院在聯盟時較注重本身的獨立自主權，而希望對方提供更多的所有權，尤其在資源控制方面。

五、以價值活動而言，中型醫院參加各種類型聯盟之意願程度及最佳聯盟對象

醫院參加各種類型聯盟之意願程度之描述性統計如表 4-8，若以 Likert Scale 分數排序，以非常願意為 5 分，願意為 4 分，普通為 3 分，不願意為 2 分，非常不願意為 1 分，將各類型聯盟進行統計，各

大項排序如表 4-9，由此表可見以學術技術交流、病患轉介、人力資源之支援合作及採購之意願最高，平均分數均超過 4 分，其他如基礎結構、輔助醫療業務合作、後勤作業外包或合作、行銷及公關、臨床醫療業務合作，其分數也都介於 3.5 至 4.0 之間，仍有相當的合作意願。

各小項策略聯盟類型以分數排序見表 4-10，某些原本意願程度中等的大項其某些小項仍有突出的表現，如核醫對外合作、病理對外合作、檢驗對外合作、急診對外合作等項目。

各項價值活動之聯盟類型之意願程度以分數排序且分大項中的小項排序如表 4-11，值得注意的是住院醫師支援略高於專科醫師支援，核醫對外合作及病理對外合作相當於檢驗對外合作，在臨床醫療業務合作方面，急診、腫瘤科及呼吸治療的對外合作意願，明顯高於傳統洗腎及牙科項目。在基礎結構方面，教育訓練、品質管理、醫院評鑑之合作意願，明顯高於保險申報。

至於針對各項價值活動，中型醫院之最佳聯盟對象如表 4-12，由此表顯示出醫學中心囊括大部分項目的最佳聯盟項目，僅有後勤作業外包或合作由非醫療院所領先，採購方面以區域醫院為最佳聯盟對象，表 4-13 顯示以醫學中心為最佳聯盟對象之各項聯盟類型之排序，並附上意願程度之平均分數。表 4-14 顯示以區域醫院為最佳聯盟對象之聯盟類型排序，僅有醫材、藥品、保險申報之百分比比較高。表 4-15 顯示以地區教學醫院為最佳聯盟對象之聯盟類型排序，其家數百分比均不及百分之二十。表 4-16 為以地區醫院為最佳聯盟對象之聯盟類型排序，其家數百分比都不及 16%。表 4-17 為以基層醫療院所

為最佳聯盟對象之聯盟類型排序，其家數更不及百分十。表 4-18 為以非醫療院所為最佳聯盟對象之聯盟類型排序，以後勤作業外包或合作為主，其次是行銷及公關等項目。

六、中型醫院參加各種價值活動之聯盟希望聯盟對象提供管理權方式及本身希望提供管理權方式

表 4-19 為希望聯盟對象各部門提供管理權方式之描述性統計，以策略聯盟類型之大項來比較分析，以「合作」佔絕大多數的有人力資源、學術技術交流兩項，以「合作」佔相對多數的是輔助醫療業務合作；以「正式聯盟」佔相對多數的是採購，以「租賃或外包」佔相對多數的是後勤作業外包或合作。某些小項與大項之結果有點差異，例如臨床醫療業合作之管理權方面大部分小項以「合作」為相對多數，但在長期照護及其他科別兩小項方面則以共同服務為相對多數。

表 4-20 為中型醫院各部門願意提供之管理權方式之描述性統計，此表之結果與表 4-19 大致上並無顯著差異，僅在「後勤作業外包或合作」這一大項有較明顯的改變，其「租賃或外包」、「契約管理」這兩種管理方式的百分比比表 4-19 降低，而「共同服務」或「合作」這兩種管理方式則比表 4-19 上升，顯示在「後勤作業外包或合作」這一項目，中型醫院比較希望聯盟對象在管理權方面做更多的讓步。

表 4-1 回收率

	問卷回收 家數	總家數	百分比
評鑑等級			
區域醫院（含準區域醫院）	32	61	52.46
地區教學醫院	19	50	38.00
權屬別			
公立醫院	21	44	47.73
私立醫院	30	67	44.78
所在地			
北部	22	55	40.00
中部	11	17	64.71
南部	16	34	47.06
東部	2	5	40.00

表 4-2 中型醫院特性描述性統計

	家數	百分比
評鑑等級 (n=51)		
區域醫院 (含準區域醫院)	32	62.75
地區教學醫院	19	37.25
權屬別 (n=51)		
公立醫院	21	41.18
署縣市立醫院	15	29.41
軍方醫院(民眾診療)	5	9.80
榮民醫院	1	1.96
私立醫院	30	58.32
私立醫學院校附設醫院	3	5.88
私立醫院	14	27.45
財團法人醫院	10	19.61
宗教財團法人附設醫院	2	3.92
其他法人附設醫院	1	1.96
一般病床數 (n=51)		
100-199 床	11	21.57
200-299 床	11	21.57
300-399 床	10	19.61
400-499 床	10	19.61
500-599 床	3	5.88
600 床以上	6	11.76
平均每日門診人次 (n=51)		
499 人次以下	2	3.92
500-999 人次	12	23.53
1000-1499 人次	17	33.33
1500-1999 人次	6	11.76
2000-2499 人次	8	15.69
2500-2999 人次	2	3.92
3000-3999 人次	3	5.88
4000 人次以上	1	1.96

表 4-2 中型醫院特性描述性統計 (續一)

	家數	百分比
門診人次年成長率(n=49)		
負成長	5	10.20
成長 0-9%	34	69.39
成長 10-19%	10	20.41
住院人次年成長率(n=48)		
負成長	10	20.83
成長 0-9%	30	62.50
成長 10-19%	8	16.67
平均住院日(n=50)		
4.4 天以下	1	2.00
4.5-5.4 天	6	12.00
5.5-6.4 天	16	32.00
6.5-7.4 天	10	20.00
7.5-8.4 天	10	20.00
8.5-9.4 天	5	10.00
9.5 天以上	2	4.00
佔床率 (n=51)		
39% 以下	1	1.96
40-49%	0	0.00
50-59%	2	3.92
60-69%	8	15.69
70-79%	22	43.14
80-89%	16	31.37
90% 以上	2	3.92
盈餘 (純益率) (n=49)		
尚無利潤	17	34.69
損益平衡	15	30.61
0-9%	13	26.53
10-19%	3	6.12
20% 以上	1	2.04

表 4-3 環境因素描述性統計

	家數	百分比
醫療市場變化程度 (n=51)		
沒有改變	25	49.02
有醫院擴建 100 床以上	9	17.65
有 300 床以下新醫院設立	8	15.69
有 300 床以上新醫院設立	4	7.84
其他	5	9.80
醫療市場競爭程度 (n=51)		
競爭程度降低	1	1.96
維持不變	6	11.76
競爭程度提高,但預期醫院間不會策略聯盟	16	31.37
競爭程度提高,且預期醫院間會策略聯盟	28	54.90

表 4-4 聯盟對象所提供之助益程度

	醫學中心 (n=50) 百分比 (家數)	區域醫院 (n=45) 百分比 (家數)	地區教學醫院 (n=42) 百分比 (家數)	地區醫院 (n=43) 百分比 (家數)	基層醫療院所 (n=44) 百分比 (家數)	非醫療院所 (n=42) 百分比 (家數)
很高	10.00 (5)	2.22 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	4.55 (2)	2.38 (1)
高	22.00 (11)	28.89 (13)	14.29 (6)	13.95 (6)	11.36 (5)	14.29 (6)
普通	32.00 (16)	20.00 (9)	28.57 (12)	23.26 (10)	25.00 (11)	21.43 (9)
低	8.00 (4)	11.11 (5)	14.29 (6)	13.95 (6)	11.36 (5)	9.52 (4)
很低	2.00 (1)	6.67 (3)	7.14 (3)	6.98 (3)	11.36 (5)	4.76 (2)
無此經驗	26.00 (13)	31.11 (14)	35.71 (15)	41.86 (18)	36.36 (16)	47.62 (20)

表 4-5 未來聯盟對象重要程度

	醫學中心 (n=47) 百分比 (家數)	區域醫院 (n=46) 百分比 (家數)	地區教學醫院 (n=44) 百分比 (家數)	地區醫院 (n=45) 百分比 (家數)	基層醫療院所 (n=45) 百分比 (家數)	非醫療院所 (n=43) 百分比 (家數)
很重要	21.28 (10)	8.70 (4)	4.55 (2)	6.67 (3)	20.00 (9)	9.30 (4)
重要	46.81 (22)	54.35 (25)	56.82 (25)	44.44 (20)	44.44 (20)	48.84 (21)
普通	27.66 (13)	30.43 (14)	31.82 (14)	37.78 (17)	28.89 (13)	25.58 (11)
不重要	4.26 (2)	4.35 (2)	4.55 (2)	8.89 (4)	2.22 (1)	9.30 (4)
很不重要	0.00 (0)	2.17 (1)	2.27 (1)	2.22 (1)	4.44 (2)	6.98 (3)

表 4-6 希望聯盟對象在所有權方面提供的方式

	醫學中心 (n=46) 百分比 (家數)	區域醫院 (n=46) 百分比 (家數)	地區教學醫院 (n=45) 百分比 (家數)	地區醫院 (n=43) 百分比 (家數)	基層醫療院所 (n=45) 百分比 (家數)	非醫療院所 (n=41) 百分比 (家數)
各自獨立	19.57 (9)	19.57 (9)	24.44 (11)	30.23 (13)	33.33 (14)	36.59 (15)
共享資源	76.09 (35)	71.74 (33)	51.11 (23)	46.51 (20)	47.62 (20)	31.71 (13)
共享資金	2.17 (1)	4.35 (2)	13.33 (6)	4.65 (2)	2.38 (1)	9.76 (4)
股份互有	0.00 (0)	2.17 (1)	6.67 (3)	11.63 (5)	4.76 (2)	12.20 (5)
共享股份	2.17 (1)	2.17 (1)	4.44 (2)	6.98 (3)	11.90 (5)	9.76 (4)

表 4-7 中型醫院本身之所有權方面最希望採取的方式

	醫學中心 (n=46) 百分比 (家數)	區域醫院 (n=48) 百分比 (家數)	地區教學醫院 (n=44) 百分比 (家數)	地區醫院 (n=41) 百分比 (家數)	基層醫療院所 (n=42) 百分比 (家數)	非醫療院所 (n=40) 百分比 (家數)
各自獨立	30.43 (14)	37.50 (18)	43.18 (19)	48.78 (20)	52.38 (22)	47.50 (19)
共享資源	69.57 (32)	58.33 (28)	43.18 (19)	34.15 (14)	33.33 (14)	32.50 (13)
共享資金	0.00 (0)	2.08 (1)	4.55 (2)	0.00 (0)	0.00 (0)	2.50 (1)
股份互有	0.00 (0)	2.08 (1)	4.55 (2)	12.20 (5)	4.76 (2)	7.50 (3)
共享股份	0.00 (0)	0.00 (0)	4.55 (2)	4.88 (2)	9.52 (4)	10.00 (4)

表 4-8 中型醫院參加各種類型聯盟意願程度

意願程度	非常願意		願意		普通		不願意		非常不願意		
	總家數	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比
策略聯盟類型											
(一)人力資源											
住院醫師支援	49	24	48.98	19	38.78	5	10.20	0	0.00	1	2.04
專科醫師支援	50	20	40.00	23	46.00	7	14.00	0	0.00	0	0.00
其他人員支援	44	8	18.18	17	38.64	18	40.91	1	2.27	0	0.00
(二)後勤作業外包或合作											
清潔、廢棄物	49	19	38.78	20	40.82	9	18.37	1	2.04	0	0.00
洗衣房	48	16	33.33	19	39.58	11	22.92	2	4.17	0	0.00
保全警衛	48	17	35.42	17	35.42	11	22.92	3	6.25	0	0.00
膳食供應	48	10	20.83	19	39.58	13	27.08	6	12.50	0	0.00
停車場	48	11	22.92	16	33.33	16	33.33	4	8.33	1	2.08
(三)病患轉介											
轉診	50	25	50.00	19	38.00	6	12.00	0	0.00	0	0.00
轉檢	50	24	48.00	20	40.00	6	12.00	0	0.00	0	0.00
(四)學術技術交流											
醫療技術合作	50	24	48.00	24	48.00	2	4.00	0	0.00	0	0.00
學術研究合作	49	22	44.90	26	53.06	1	2.04	0	0.00	0	0.00
(五)採購											
藥品	49	17	34.69	23	46.94	6	12.24	3	6.12	0	0.00
醫材	48	16	33.33	23	47.92	5	10.42	4	8.33	0	0.00
(六)輔助醫療業務合作											
核醫對外合作	44	11	25.00	24	54.55	8	18.18	1	2.27	0	0.00
病理對外合作	47	11	23.40	26	55.32	10	21.28	0	0.00	0	0.00
檢驗對外合作	49	10	20.41	30	61.22	8	16.33	1	2.04	0	0.00
放射對外合作	48	8	16.67	27	56.25	12	25.00	1	2.08	0	0.00
麻醉對外合作	48	10	20.83	22	45.83	14	29.17	2	4.17	0	0.00
營養對外合作	47	7	14.89	18	38.30	22	46.81	0	0.00	0	0.00
(七)臨床醫療業務合作											
急診	49	12	24.49	27	55.10	9	18.37	1	2.04	0	0.00
腫瘤科	45	9	20.00	26	57.78	9	20.00	1	2.22	0	0.00
呼吸治療	49	6	12.24	24	48.98	17	34.69	2	4.08	0	0.00
其他科別	41	5	12.20	17	41.46	18	43.90	1	2.44	0	0.00
加護病房	49	7	14.29	21	42.86	16	32.65	5	10.20	0	0.00
中醫	44	4	9.09	20	45.45	16	36.36	4	9.09	0	0.00
眼科	47	3	6.38	23	48.94	17	36.17	4	8.51	0	0.00

長期照護	48	7	14.58	18	37.50	17	35.42	5	10.42	1	2.08
洗腎	49	4	8.16	20	40.82	19	38.78	5	10.20	1	2.04
復健	46	5	10.87	15	32.61	18	39.13	8	17.39	0	0.00
牙科	47	4	8.51	16	34.04	19	40.43	7	14.89	1	2.13
(八)行銷及公關											
形象塑造	48	12	25.00	23	47.92	9	18.75	4	8.33	0	0.00
公共關係	48	12	25.00	20	41.67	12	25.00	4	8.33	0	0.00
(九)基礎結構											
教育訓練	49	17	34.69	23	46.94	8	16.33	1	2.04	0	0.00
品質管理	48	15	31.25	21	43.75	10	20.83	2	4.17	0	0.00
醫院評鑑	48	12	25.00	25	52.08	9	18.75	2	4.17	0	0.00
資訊系統	49	11	22.45	24	48.98	13	26.53	1	2.04	0	0.00
保險申報	48	8	16.67	20	41.67	14	29.17	5	10.42	1	2.08

表 4-9 大項意願程度分數排序

策略聯盟類型	分數	排序
學術技術交流	4.43	1
病患轉介	4.37	2
人力資源	4.10	3
採購	4.08	4
基礎結構	3.93	5
輔助醫療業務合作	3.91	6
後勤作業外包或合作	3.90	7
行銷及公關	3.86	8
臨床醫療業務合作	3.60	9

表 4-10 意願程度分數排序—不分大項的小項

策略聯盟類型	家數	平均值	排序
醫療技術合作	50	4.44	1
學術研究合作	49	4.43	2
轉診	50	4.38	3
轉檢	50	4.36	4
住院醫師支援	49	4.33	5
專科醫師支援	50	4.26	6
清潔、廢棄物	49	4.16	7
教育訓練	49	4.14	8
藥品	49	4.10	9
藥材	48	4.06	10
核醫對外合作	44	4.02	11
病理對外合作	47	4.02	12
品質管理	48	4.02	13
洗衣房	48	4.02	14
急診	49	4.02	15
檢驗對外合作	49	4.00	16
保全警衛	48	4.00	17
醫院評鑑	48	3.98	18
腫瘤科	45	3.96	19
資訊系統	49	3.92	20
形象塑造	48	3.90	21
放射對外合作	48	3.88	22
資訊系統	50	3.84	23
公共關係	48	3.83	24
麻醉對外合作	48	3.83	25
其他人員支援	44	3.73	26
呼吸治療	49	3.69	27
膳食供應	48	3.69	28
營養對外合作	47	3.68	29
停車場	48	3.67	30
其他科別	41	3.63	31
加護病房	49	3.61	32

保險申報	48	3.60	33
中醫	44	3.55	34
眼科	47	3.53	35
長期照護	48	3.52	36
洗腎	49	3.43	37
復健	46	3.37	38
牙科	47	3.32	39

表 4-11 意願程度分數排序—大項中的小項

策略聯盟類型	家數	平均值	排序
(一)人力資源			
住院醫師支援	49	4.33	1
專科醫師支援	50	4.26	2
其他人員支援	44	3.73	3
(二)後勤作業外包或合作			
清潔、廢棄物	49	4.16	1
洗衣房	48	4.02	2
保全警衛	48	4.00	3
膳食供應	48	3.69	4
停車場	48	3.67	5
(三)病患轉介			
轉診	50	4.38	1
轉檢	50	4.36	2
(四)學術技術交流			
醫療技術合作	50	4.44	1
學術研究合作	49	4.43	2
(五)採購			
藥品	49	4.10	1
藥材	48	4.06	2
(六)輔助醫療業務合作			
核醫對外合作	44	4.02	1
病理對外合作	47	4.02	2
檢驗對外合作	49	4.00	3
放射對外合作	48	3.88	4
麻醉對外合作	48	3.83	5
營養對外合作	47	3.68	6
(七)臨床醫療業務合作			
急診	49	4.02	1
腫瘤科	45	3.96	2
呼吸治療	49	3.69	3
其他科別	41	3.63	4
加護病房	49	3.61	5

中醫	44	3.55	6
眼科	47	3.53	7
長期照護	48	3.52	8
洗腎	49	3.43	9
復健	46	3.37	10
牙科	47	3.32	11
(八)行銷及公關			
形象塑造	48	3.90	1
公共關係	48	3.83	2
(九)基礎結構			
教育訓練	49	4.14	1
品質管理	48	4.02	2
醫院評鑑	48	3.98	3
資訊系統	49	3.92	4
保險申報	48	3.60	5

表 4-12 針對價值活動中型醫院之最佳聯盟對象

聯盟對象	醫學中心		區域醫院		地區教學醫院		地區醫院		基層醫療院所		非醫療院所		
	總家數	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比
(一)人力資源													
住院醫師支援	45	39	86.67	5	11.11	0	0.00	1	2.22	0	0.00	0	0.00
專科醫師支援	44	37	84.09	4	9.09	1	2.27	2	4.55	0	0.00	0	0.00
其他人員支援	33	18	54.55	9	27.27	4	12.12	2	6.06	0	0.00	0	0.00
(二)後勤作業外包或合作													
清潔、廢棄物	37	11	29.73	8	21.62	2	5.41	0	0.00	0	0.00	16	43.24
洗衣房	37	10	27.03	7	18.92	2	5.41	0	0.00	0	0.00	18	48.65
保全警衛	37	10	27.03	7	18.92	2	5.41	0	0.00	0	0.00	18	48.65
膳食供應	42	6	14.29	11	26.19	6	14.29	0	0.00	1	2.38	18	42.86
停車場	39	5	12.82	10	25.64	5	12.82	1	2.56	0	0.00	18	46.15
(三)病患轉介													
轉診	36	24	66.67	5	13.89	2	5.56	2	5.56	3	8.33	0	0.00
轉檢	37	24	64.86	5	13.51	3	8.11	2	5.41	3	8.11	0	0.00
(四)學術技術交流													
醫療技術合作	43	40	93.02	2	4.65	0	0.00	1	2.33	0	0.00	0	0.00
學術研究合作	42	40	95.24	1	2.38	0	0.00	1	2.38	0	0.00	0	0.00
(五)採購													
藥品	39	14	35.90	20	51.28	3	7.69	0	0.00	0	0.00	2	5.13
醫材	39	13	33.33	21	53.85	2	5.13	1	2.56	0	0.00	2	5.13
(六)輔助醫療業務合作													
核醫對外合作	36	24	66.67	4	11.11	4	11.11	2	5.56	1	2.78	1	2.78
病理對外合作	40	23	57.50	8	20.00	4	10.00	3	7.50	2	5.00	0	0.00
檢驗對外合作	39	20	51.28	7	17.95	3	7.69	3	7.69	3	7.69	3	7.69
放射對外合作	38	20	52.63	7	18.42	5	13.16	3	7.89	3	7.89	0	0.00
麻醉對外合作	38	21	55.26	6	15.79	4	10.53	6	15.79	1	2.63	0	0.00
營養對外合作	38	15	39.47	7	18.42	3	7.89	5	13.16	2	5.26	6	15.79
(七)臨床醫療業務合作													
急診	41	26	63.41	5	12.20	7	17.07	2	4.88	1	2.44	0	0.00
腫瘤科	38	26	68.42	4	10.53	4	10.53	3	7.89	0	0.00	1	2.63
呼吸治療	41	22	53.66	6	14.63	8	19.51	3	7.32	1	2.44	1	2.44
其他科別	33	16	48.48	8	24.24	6	18.18	1	3.03	1	3.03	1	3.03
加護病房	40	22	55.00	7	17.50	5	12.50	4	10.00	2	5.00	0	0.00
中醫	37	15	40.54	9	24.32	5	13.51	4	10.81	3	8.11	1	2.70
眼科	39	19	48.72	9	23.08	7	17.95	2	5.13	1	2.56	1	2.56

長期照護	36	14	38.89	4	11.11	5	13.89	6	16.67	3	8.33	4	11.11
洗腎	37	14	37.84	7	18.92	8	21.62	2	5.41	1	2.70	5	13.51
復健	37	15	40.54	7	18.92	7	18.92	2	5.41	3	8.11	3	8.11
牙科	39	18	46.15	9	23.08	7	17.95	2	5.13	3	7.69	0	0.00
(八)行銷及公關													
形象塑造	37	17	45.95	10	27.03	2	5.41	0	0.00	0	0.00	8	21.62
公共關係	36	16	44.44	9	25.00	2	5.56	0	0.00	0	0.00	9	25.00
(九)基礎結構													
教育訓練	40	30	75.00	4	10.00	3	7.50	1	2.50	1	2.50	1	2.50
品質管理	37	23	62.16	7	18.92	4	10.81	0	0.00	1	2.70	2	5.41
醫院評鑑	37	23	62.16	9	24.32	3	8.11	0	0.00	1	2.70	1	2.70
資訊系統	37	17	45.95	10	27.03	4	10.81	0	0.00	2	5.41	4	10.81
保險申報	35	10	28.57	14	40.00	4	11.43	1	2.86	1	2.86	5	14.29

表 4-13 最佳聯盟對象為醫學中心之策略聯盟類型排序

策略聯盟類型	總家數	家數	百分比	與醫學中心 聯盟之意願 程度	中型醫院參加 各種類型聯盟 意願程度
學術研究合作	42	40	95.24	4.50	4.43
醫療技術合作	43	40	93.02	4.17	4.06
住院醫師支援	45	39	86.67	4.36	4.33
專科醫師支援	44	37	84.09	4.27	4.26
教育訓練	40	30	75	4.27	4.14
腫瘤科	38	26	68.42	4.12	3.96
轉診	36	24	66.67	4.46	4.38
核醫對外合作	36	24	66.67	4.13	4.02
轉檢	37	24	64.86	4.38	4.36
急診	41	26	63.41	4.23	4.02
醫院評鑑	37	23	62.16	4.04	3.98
品質管理	37	23	62.16	4.17	4.02
病理對外合作	40	23	57.5	3.96	4.02
麻醉對外合作	38	21	55.26	3.90	3.83
加護病房	40	22	55	3.86	3.61
其他人員支援	33	18	54.55	3.78	3.73
呼吸治療	41	22	53.66	4.00	3.69
放射對外合作	38	20	52.63	3.75	3.88
檢驗對外合作	39	20	51.28	3.95	4.00
眼科	39	19	48.72	3.63	3.53
其他科別	33	16	48.48	3.87	3.63
牙科	39	18	46.15	3.50	3.32
資訊系統	37	17	45.95	4.06	3.92
形象塑造	37	17	45.95	3.94	3.90
公共關係	36	16	44.44	3.88	3.83
復健	37	15	40.54	3.29	3.37
中醫	37	15	40.54	3.47	3.55
營養對外合作	38	15	39.47	3.60	3.68
長期照護	36	14	38.89	3.50	3.52
洗腎	37	14	37.84	3.43	3.43

藥品	39	14	35.9	4.21	4.10
藥材	39	13	33.33	4.53	4.44
清潔、廢棄物	37	11	29.73	4.09	4.16
保險申報	35	10	28.57	3.60	3.60
洗衣房	37	10	27.03	4.00	4.02
保全警衛	37	10	27.03	4.00	4.00
膳食供應	42	6	14.29	3.50	3.69
停車場	39	5	12.82	3.80	3.67

表 4-14 最佳聯盟對象為區域醫院之策略聯盟類型排序

策略聯盟類型	總家數	家數	百分比	與區域醫院聯盟之意願程度	中型醫院參加各種類型聯盟意願程度
藥材	39	21	53.85	4.10	4.06
藥品	39	20	51.28	4.10	4.10
保險申報	35	14	40	3.79	3.60
其他人員支援	33	9	27.27	4.00	3.73
資訊系統	37	10	27.03	3.70	3.92
形象塑造	37	10	27.03	4.00	3.90
膳食供應	42	11	26.19	3.82	3.69
停車場	39	10	25.64	4.00	3.67
公共關係	36	9	25	4.11	3.83
醫院評鑑	37	9	24.32	4.00	3.98
中醫	37	9	24.32	3.67	3.55
其他科別	33	8	24.24	3.25	3.63
眼科	39	9	23.08	3.44	3.53
牙科	39	9	23.08	3.11	3.32
清潔、廢棄物	37	8	21.62	3.88	4.16
病理對外合作	40	8	20	4.00	4.02
復健	37	7	18.92	3.00	3.37
洗腎	37	7	18.92	3.29	3.43
品質管理	37	7	18.92	4.29	4.02
洗衣房	37	7	18.92	3.86	4.02
保全警衛	37	7	18.92	3.71	4.00
營養對外合作	38	7	18.42	3.71	3.68
放射對外合作	38	7	18.42	4.00	3.88
檢驗對外合作	39	7	17.95	3.86	4.00
加護病房	40	7	17.5	3.00	3.61
麻醉對外合作	38	6	15.79	4.00	3.83
呼吸治療	41	6	14.63	3.17	3.69
轉診	36	5	13.89	3.80	4.38
轉檢	37	5	13.51	4.00	4.36
急診	41	5	12.2	3.60	4.02

長期照護	36	4	11.11	3.50	3.52
住院醫師支援	45	5	11.11	3.80	4.33
核醫對外合作	36	4	11.11	4.00	4.02
腫瘤科	38	4	10.53	3.50	3.96
教育訓練	40	4	10	4.00	4.14
專科醫師支援	44	4	9.09	4.50	4.26
醫療技術合作	43	2	4.65	4.00	4.44
學術研究合作	42	1	2.38	3.00	4.43

表 4-15 最佳聯盟對象為地區教學醫院之策略聯盟類型排序

策略聯盟類型	總家數	家數	百分比	與地區教學醫院聯盟之意願程度	中型醫院參加各種類型聯盟意願程度
洗腎	37	8	21.62	3.63	3.43
呼吸治療	41	8	19.51	3.75	3.69
復健	37	7	18.92	3.57	3.37
其他科別	33	6	18.18	3.67	3.63
眼科	39	7	17.95	3.29	3.53
牙科	39	7	17.95	3.29	3.32
急診	41	7	17.07	3.86	4.02
膳食供應	42	6	14.29	3.50	3.69
長期照護	36	5	13.89	3.60	3.52
中醫	37	5	13.51	3.80	3.55
放射對外合作	38	5	13.16	3.00	3.88
停車場	39	5	12.82	3.40	3.67
加護病房	40	5	12.5	3.60	3.61
其他人員支援	33	4	12.12	3.25	3.73
保險申報	35	4	11.43	4.25	3.60
核醫對外合作	36	4	11.11	3.00	4.02
資訊系統	37	4	10.81	4.00	3.92
品質管理	37	4	10.81	3.50	4.02
腫瘤科	38	4	10.53	3.75	3.96
麻醉對外合作	38	4	10.53	3.33	3.83
病理對外合作	40	4	10	3.33	4.02
醫院評鑑	37	3	8.11	4.00	3.98
轉檢	37	3	8.11	3.67	4.36
營養對外合作	38	3	7.89	3.67	3.68
藥品	39	3	7.69	4.00	4.10
檢驗對外合作	39	3	7.69	3.00	4.00
教育訓練	40	3	7.5	4.00	4.14
公共關係	36	2	5.56	3.50	3.83
轉診	36	2	5.56	3.50	4.38
形象塑造	37	2	5.41	3.50	3.90

清潔、廢棄物	37	2	5.41	4.50	4.16
洗衣房	37	2	5.41	4.50	4.02
保全警衛	37	2	5.41	4.50	4.00
醫材	39	2	5.13	4.50	4.06
專科醫師支援	44	1	2.27	4.00	4.26
住院醫師支援	45	0	0	0.00	4.33
醫療技術合作	43	0	0	0.00	4.44
學術研究合作	42	0	0	0.00	4.43

表 4-16 最佳聯盟對象為地區醫院之策略聯盟類型排序

策略聯盟類型	總家數	家數	百分比	與地區醫院聯盟之意願程度	中型醫院參加各種類型聯盟意願程度
長期照護	36	6	16.67	3.80	3.52
麻醉對外合作	38	6	15.79	3.67	3.83
營養對外合作	38	5	13.16	3.40	3.68
中醫	37	4	10.81	3.67	3.55
加護病房	40	4	10	3.50	3.61
腫瘤科	38	3	7.89	3.67	3.96
放射對外合作	38	3	7.89	4.33	3.88
檢驗對外合作	39	3	7.69	4.33	4.00
病理對外合作	40	3	7.5	4.00	4.02
呼吸治療	41	3	7.32	3.67	3.69
其他人員支援	33	2	6.06	3.50	3.73
轉診	36	2	5.56	5.00	4.38
核醫對外合作	36	2	5.56	3.50	4.02
復健	37	2	5.41	4.50	3.37
洗腎	37	2	5.41	3.50	3.43
轉檢	37	2	5.41	5.00	4.36
眼科	39	2	5.13	4.50	3.53
牙科	39	2	5.13	4.50	3.32
急診	41	2	4.88	3.50	4.02
專科醫師支援	44	2	4.55	4.00	4.26
其他科別	33	1	3.03	4.00	3.63
保險申報	35	1	2.86	4.00	3.60
醫材	39	1	2.56	2.00	4.06
停車場	39	1	2.56	1.00	3.67
教育訓練	40	1	2.5	2.00	4.14
學術研究合作	42	1	2.38	4.00	4.43
醫療技術合作	43	1	2.33	4.00	4.44
住院醫師支援	45	1	2.22	4.00	4.33
醫院評鑑	37	0	0	0.00	3.98
資訊系統	37	0	0	0.00	3.92

品質管理	37	0	0	0.00	4.02
形象塑造	37	0	0	0.00	3.90
公共關係	36	0	0	0.00	3.83
藥品	39	0	0	0.00	4.10
膳食供應	42	0	0		3.69
清潔、廢棄物	37	0	0	0.00	4.16
洗衣房	37	0	0		4.02
保全警衛	37	0	0		4.00

表 4-17 最佳聯盟對象為基層醫療院所之策略聯盟類型排序

策略聯盟類型	總家數	家數	百分比	與基層醫療院所聯盟之意願程度	中型醫院參加各種類型聯盟意願程度
長期照護	36	3	8.33	4.00	3.52
轉診	36	3	8.33	5.00	4.38
復健	37	3	8.11	3.33	3.37
中醫	37	3	8.11	4.00	3.55
轉檢	37	3	8.11	5.00	4.36
放射對外合作	38	3	7.89	4.33	3.88
牙科	39	3	7.69	4.00	3.32
檢驗對外合作	39	3	7.69	4.33	4.00
資訊系統	37	2	5.41	4.00	3.92
營養對外合作	38	2	5.26	4.00	3.68
加護病房	40	2	5	4.50	3.61
病理對外合作	40	2	5	4.50	4.02
其他科別	33	1	3.03	4.00	3.63
保險申報	35	1	2.86	3.00	3.60
核醫對外合作	36	1	2.78	5.00	4.02
醫院評鑑	37	1	2.7	5.00	3.98
洗腎	37	1	2.7	3.00	3.43
品質管理	37	1	2.7	5.00	4.02
麻醉對外合作	38	1	2.63	5.00	3.83
眼科	39	1	2.56	4.00	3.53
教育訓練	40	1	2.5	5.00	4.14
急診	41	1	2.44	4.00	4.02
呼吸治療	41	1	2.44	5.00	3.69
膳食供應	42	1	2.38	2.00	3.69
腫瘤科	38	0	0	0.00	3.96
專科醫師支援	44	0	0	0.00	4.26
其他人員支援	33	0	0	0.00	3.73
形象塑造	37	0	0	0.00	3.90
住院醫師支援	45	0	0	0.00	4.33
公共關係	36	0	0	0.00	3.83

藥品	39	0	0	0.00	4.10
醫材	39	0	0	0.00	4.06
醫療技術合作	43	0	0	0.00	4.44
學術研究合作	42	0	0	0.00	4.43
清潔、廢棄物	37	0	0	0.00	4.16
停車場	39	0	0	0.00	3.67
洗衣房	37	0	0	0.00	4.02
保全警衛	37	0	0	0.00	4.00

表 4-18 最佳聯盟對象為非醫療院所之策略聯盟類型排序

策略聯盟類型	總家數	家數	百分比	與非醫療院所聯盟之意願程度	中型醫院參加各種類型聯盟意願程度
洗衣房	37	18	48.65	4.33	4.02
保全警衛	37	18	48.65	4.22	4.00
停車場	39	18	46.15	4.06	3.67
清潔、廢棄物	37	16	43.24	4.44	4.16
膳食供應	42	18	42.86	3.89	3.69
公共關係	36	9	25	4.00	3.83
形象塑造	37	8	21.62	4.25	3.90
營養對外合作	38	6	15.79	4.17	3.68
保險申報	35	5	14.29	4.00	3.60
洗腎	37	5	13.51	4.00	3.43
長期照護	36	4	11.11	4.00	3.52
資訊系統	37	4	10.81	4.00	3.92
復健	37	3	8.11	3.67	3.37
檢驗對外合作	39	3	7.69	3.33	4.00
品質管理	37	2	5.41	4.50	4.02
藥品	39	2	5.13	4.00	4.10
醫材	39	2	5.13	0.00	4.44
其他科別	33	1	3.03	3.00	3.63
核醫對外合作	36	1	2.78	4.00	4.02
醫院評鑑	37	1	2.7	5.00	3.98
中醫	37	1	2.7	5.00	3.55
腫瘤科	38	1	2.63	4.00	3.96
眼科	39	1	2.56	4.00	3.53
教育訓練	40	1	2.5	5.00	4.14
呼吸治療	41	1	2.44	4.00	3.69
專科醫師支援	44	0	0	0.00	4.26
急診	41	0	0	0.00	4.02
其他人員支援	33	0	0	0.00	3.73
住院醫師支援	45	0	0	0.00	4.33
加護病房	40	0	0	0.00	3.61

牙科	39	0	0	0.00	3.32
醫療技術合作	43	0	0	4.00	4.06
轉檢	37	0	0	0.00	4.36
轉診	36	0	0	0.00	4.38
學術研究合作	42	0	0	0.00	4.43
麻醉對外合作	38	0	0	0.00	3.83
病理對外合作	40	0	0	0.00	4.02
放射對外合作	38	0	0	0.00	3.88

表 4-19 希望聯盟對象各部門提供管理權方式

意願程度	合作		共同服務		正式聯盟		契約管理		租賃或外包		
	總家數	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比
(一)人力資源											
住院醫師支援	49	30	61.22	9	18.37	7	14.29	2	4.08	1	2.04
專科醫師支援	48	30	62.50	11	22.92	7	14.58	0	0.00	0	0.00
其他人員支援	43	19	44.19	8	18.60	7	16.28	7	16.28	2	4.65
(二)後勤作業外包或合作											
清潔、廢棄物	44	3	6.82	8	18.18	1	2.27	9	20.45	23	52.27
洗衣房	44	3	6.82	7	15.91	2	4.55	7	15.91	25	56.82
保全警衛	44	3	6.82	8	18.18	1	2.27	9	20.45	23	52.27
膳食供應	44	4	9.09	8	18.18	2	4.55	10	22.73	20	45.45
停車場	42	5	11.90	7	16.67	2	4.76	8	19.05	20	47.62
(三)病患轉介											
轉診	48	19	39.58	14	29.17	14	29.17	1	2.08	0	0.00
轉檢	47	18	38.30	15	31.91	13	27.66	1	2.13	0	0.00
(四)學術技術交流											
學術研究合作	47	32	68.09	10	21.28	4	8.51	1	2.13	0	0.00
醫療技術合作	48	33	68.75	10	20.83	4	8.33	1	2.08	0	0.00
(五)採購											
藥品	44	13	29.55	12	27.27	15	34.09	3	6.82	1	2.27
醫材	43	13	30.23	11	25.58	15	34.88	3	6.98	1	2.33
(六)輔助醫療業務合作											
核醫對外合作	40	14	35.00	16	40.00	3	7.50	7	17.50	0	0.00
病理對外合作	44	18	40.91	21	47.73	1	2.27	4	9.09	0	0.00
檢驗對外合作	44	21	47.73	17	38.64	1	2.27	4	9.09	1	2.27
放射對外合作	43	17	39.53	19	44.19	3	6.98	4	9.30	0	0.00
麻醉對外合作	42	15	35.71	19	45.24	4	9.52	4	9.52	0	0.00
營養對外合作	42	13	30.95	21	50.00	3	7.14	4	9.52	1	2.38
(七)臨床醫療業務合作											
急診	44	17	38.64	14	31.82	7	15.91	4	9.09	2	4.55
腫瘤科	41	15	36.59	13	31.71	4	9.76	6	14.63	3	7.32
呼吸治療	43	18	41.86	15	34.88	6	13.95	4	9.30	0	0.00
其他科別	38	14	36.84	16	42.11	4	10.53	4	10.53	0	0.00
加護病房	44	22	50.00	11	25.00	8	18.18	3	6.82	0	0.00
中醫	40	13	32.50	12	30.00	5	12.50	5	12.50	5	12.50
眼科	41	19	46.34	10	24.39	7	17.07	3	7.32	2	4.88

長期照護	42	13	30.95	16	38.10	5	11.90	7	16.67	1	2.38
洗腎	44	16	36.36	11	25.00	8	18.18	5	11.36	4	9.09
復健	42	18	42.86	15	35.71	5	11.90	3	7.14	1	2.38
牙科	40	17	42.50	10	25.00	7	17.50	3	7.50	3	7.50
(八)行銷及公關											
形象塑造	42	20	47.62	11	26.19	3	7.14	6	14.29	2	4.76
公共關係	41	20	48.78	11	26.83	3	7.32	6	14.63	1	2.44
(九)基礎結構											
教育訓練	43	23	53.49	11	25.58	4	9.30	5	11.63	0	0.00
品質管理	41	19	46.34	12	29.27	4	9.76	6	14.63	0	0.00
醫院評鑑	41	19	46.34	12	29.27	5	12.20	5	12.20	0	0.00
資訊系統	44	19	43.18	14	31.82	2	4.55	9	20.45	0	0.00
保險申報	41	18	43.90	13	31.71	3	7.32	6	14.63	1	2.44

表 4-20 中型醫院各部門願意提供之管理權方式

意願程度	合作		共同服務		正式聯盟		契約管理		租賃或外包		
	總家數	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比
策略聯盟類型											
(一)人力資源											
住院醫師支援	45	27	60.00	9	20.00	3	6.67	5	11.11	1	2.22
專科醫師支援	45	28	62.22	12	26.67	3	6.67	2	4.44	0	0.00
其他人員支援	43	20	46.51	11	25.58	3	6.98	7	16.28	2	4.65
(二)後勤作業外包或合作											
清潔、廢棄物	36	7	19.44	11	30.56	1	2.78	5	13.89	12	33.33
洗衣房	36	6	16.67	11	30.56	1	2.78	3	8.33	15	41.67
保全警衛	36	6	16.67	12	33.33	1	2.78	6	16.67	11	30.56
膳食供應	37	7	18.92	12	32.43	1	2.70	5	13.51	12	32.43
停車場	36	8	22.22	12	33.33	2	5.56	5	13.89	9	25.00
(三)病患轉介											
轉診	45	19	42.22	13	28.89	12	26.67	1	2.22	0	0.00
轉檢	44	18	40.91	14	31.82	11	25.00	1	2.27	0	0.00
(四)學術技術交流											
醫療技術合作	45	30	66.67	8	17.78	4	8.89	3	6.67	0	0.00
學術研究合作	44	30	68.18	8	18.18	4	9.09	2	4.55	0	0.00
(五)採購											
藥品	41	12	29.27	11	26.83	14	34.15	3	7.32	1	2.44
醫材	40	10	25.00	11	27.50	15	37.50	3	7.50	1	2.50
(六)輔助醫療業務合作											
核醫對外合作	40	14	35.00	17	42.50	4	10.00	5	12.50	0	0.00
病理對外合作	44	16	36.36	21	47.73	3	6.82	4	9.09	0	0.00
檢驗對外合作	44	16	36.36	19	43.18	2	4.55	5	11.36	2	4.55
放射對外合作	43	16	37.21	19	44.19	3	6.98	5	11.63	0	0.00
麻醉對外合作	43	14	32.56	20	46.51	5	11.63	4	9.30	0	0.00
營養對外合作	42	12	28.57	22	52.38	2	4.76	6	14.29	0	0.00
(七)臨床醫療業務合作											
急診	43	16	37.21	15	34.88	6	13.95	4	9.30	2	4.65
腫瘤科	40	12	30.00	15	37.50	7	17.50	4	10.00	2	5.00
呼吸治療	45	14	31.11	15	33.33	7	15.56	7	15.56	2	4.44
其他科別	37	12	32.43	15	40.54	7	18.92	3	8.11	0	0.00
加護病房	44	19	43.18	10	22.73	9	20.45	6	13.64	0	0.00
中醫	38	10	26.32	14	36.84	6	15.79	4	10.53	4	10.53
眼科	42	18	42.86	11	26.19	7	16.67	5	11.90	1	2.38

長期照護	40	11	27.50	16	40.00	6	15.00	7	17.50	0	0.00
洗腎	43	13	30.23	11	25.58	8	18.60	8	18.60	3	6.98
復健	41	14	34.15	17	41.46	4	9.76	4	9.76	2	4.88
牙科	41	16	39.02	10	24.39	7	17.07	5	12.20	3	7.32
(八)行銷及公關											
形象塑造	40	16	40.00	12	30.00	4	10.00	7	17.50	1	2.50
公共關係	39	16	41.03	12	30.77	3	7.69	7	17.95	1	2.56
(九)基礎結構											
教育訓練	41	19	46.34	12	29.27	6	14.63	3	7.32	1	2.44
品質管理	40	15	37.50	13	32.50	6	15.00	5	12.50	1	2.50
醫院評鑑	40	16	40.00	14	35.00	6	15.00	3	7.50	1	2.50
資訊系統	43	15	34.88	15	34.88	2	4.65	10	23.26	1	2.33
保險申報	40	15	37.50	12	30.00	5	12.50	7	17.50	1	2.50

第二節 推論性檢定分析

一、醫院特性與環境因素對過去聯盟對象助益程度之影響

過去聯盟對象之助益程度依程度高低以 Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，助益程度很高為 5 分，高為 4 分，普通為 3 分，低為 2 分，很低為 1 分，無此經驗則不列入統計分析，分數越高者表示該聯盟對象之助益程度越高。

以 t 檢定或變異數分析 (ANOVA) 來檢定及分析醫院特性及環境因素中的各個變項如評鑑等級、權屬別、一般病床數、平均每日門診人次、門診人次年成長率、住院人次年成長率、平均住院日、盈餘、醫療市場變化程度、醫療市場競爭程度等各變項對聯盟對象過去之助益程度是否造成差異。

檢定結果設定 p 值小於 0.1，見表 4-21，僅發現住院人次年成長率不同，中型醫院認為聯盟對象地區醫院所提供助益程度不同，即住院人次年成長率高者聯盟的地區醫院所提供的助益程度較高；佔床率不同，中型醫院認為基層醫療院所提供的助益程度不同；評鑑等級不同，中型醫院為非醫療院所提供的助益程度不同，區域醫院比地區教學醫院認為非醫療院所提供的助益較高。

二、醫院特性與環境因素對未來聯盟對象重要性之影響

以 t 檢定或變異數分析 (ANOVA) 來檢定及分析醫院特性及環境因素中的各個變項對未來聯盟對象之重要性的影響，檢定結果取 p 值小於 0.1，見表 4-22，僅發現佔床率不同，中型醫院認為區域醫院提供的重要程度不同，地區教學醫院提供的重要程度也不同。

三、醫院特性與環境因素對希望聯盟對象在所有權方面所提供的方式之影響

希望聯盟對象在所有權方面所提供的方式，依所有權獨立自主的程度高低以 Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，各自獨立為 5 分，共享資源為 4 分，共享資金為 3 分，股份互有為 2 分，共享股份為 1 分。

以 t 檢定或變異數分析 (ANOVA) 來檢定及分析醫院特性及環境因素中的各個變項對希望聯盟對象在所有權方面所提供的方式是否造成差異，檢定結果取 p 值小於等於 0.05 (見表 4-23)。發現權屬別不同，希望醫學中心在所有權方面所提供的方式有顯著差異，在區域醫院、基層醫療院所、非醫療院所所有相同的發現，即公立醫院比私立醫院更希望醫學中心、區域醫院、基層醫療院所、非醫療院所等聯盟對象在所有權方面更獨立自主；中型醫院之門診人次年成長率不同，則在希望非醫療院所於所有權方面所提供的方式有顯著差異，即成長率在 9% 以下之中型醫院希望其聯盟對象之非醫療院所在所有權方面更獨立自主；中型醫院平均住院日不同，希望地區教學醫院在所有權提供方式有顯著差異；中型醫院盈餘不同，希望醫學中心在所有權方面提供方式不同，以損益平衡的中型醫院最希望醫學中在所有權方面能較獨立自主，在非醫療院所之所有權方面也有相同的結果。

四、醫院特性及環境因素對策略聯盟時中型醫院本身所有權提供方式之影響

以 t 檢定或變異數分析 (ANOVA) 來檢定及分析醫院特性及環境因素對策略聯盟時中型醫院本身所有權提供方式之影響，以取 p 值小於 0.05 時，結果見表 4-25。發現中型醫院之評鑑等級不同，與非

醫療院所聯盟時，其本身所有權提供方式有顯著差異（區域醫院比地區教學醫院較希望獨立自主）；中型醫院之平均住院日不同，與醫學中心聯盟時，其本身所有權提供方式有顯著的差異，平均住院日 6.5 天以上的醫院比 6.4 天以下的醫院較希望獨立自主，在與地區教學醫院聯盟時，也有同樣的結果。盈餘不同之中型醫院與地區醫院聯盟時，其本身所有權提供方式有顯著的差異，以損益平衡的中型醫院最希望獨立自主。

五、醫院特性與環境因素是否影響中型醫院對於參加各項價值活動之策略聯盟的意願程度

參加各項價值活動的策略聯盟意願程度高低以 Likert Scale 計分，分別給予 1-5 分，意願程度很高為 5 分，高為 4 分，普通為 3 分，低為 2 分，很低為 1 分，分數越高表示參加該項策略聯盟之意願越高。

以 t 檢定或變異數分析（ANOVA）來檢定及分析醫院特性及環境因素中的各個變項對參加各項價值活動之策略聯盟的意願是否造成差異，結果見表 4-25。檢定結果，取 p 值小於 0.05，發現中型醫院之評鑑等級不同，參與「專科醫師支援」價值活動的意願程度有顯著差異，地區教學醫院參與意願高於區域醫院；在「住院醫師支援」一項也有相同的結果；另一項是權屬別不同，參與「檢驗對外合作」之價值活動的意願程度不同，公立醫院比私立醫院參與「檢驗對外合作」的意願高，在「營養」、「放射」、「麻醉」、「復健」、「其他科別」各項也有相同結果。

另一項醫院特性如平均住院日不同，參與「營養對外合作」價值活動的意願程度有明顯差異，平均住院日 6.5 天以上比平均住院日 6.4

天以下的中型醫院參與「營養對外合作」的意願高。中型醫院一般病床數不同，參與「洗腎」價值活動的意願程度有明顯差異，199床以下之中型醫院比200床以上之中型醫院參與「洗腎對外合作」的意願程度高。中型醫院醫療市場變化程度不同，參與「眼科」價值活動的意願也有明顯差異，醫療市場有改變比沒有改變其參與「眼科對外合作」之意願高；佔床率不同，參與「眼科」價值活動的意願也有明顯差異，佔床率69%以下的中型醫院比佔床率70%以上中型醫院參與「眼科對外合作」的意願高；佔床率不同，參與「其他科別」價值活動的意願程度也有明顯差異，佔床率79%以下的醫院比佔床率80%以上的中型醫院參與其他科別價值活動的意願程度高。

門診人次年成長率不同，參與「形象塑造」價值活動的意願程度有明顯差異，門診人次年成長率10%以上的中型醫院比年成長率9%以下的中型醫院，參與「形象塑造」價值活動的意願程度也有明顯差異，有盈餘比無盈餘之參與意願高。

六、醫院特性與環境因素是否影響中型醫院對於參加各項價值活動的最佳聯盟對象之選擇

因自變項之醫院特性與環境因素與依變項之最佳聯盟對象均為類別變項，因此進行費雪精確性檢定 (Fisher's exact test)，其結果見表4-26。價值活動為「其他人員支援」、「膳食供應」、「停車場」、「營養對外合作」、「放射對外合作」、「復健」、「牙科」時，權屬別不同，最佳聯盟對象則不同。價值活動為「住院醫師支援」、「資訊系統」時，一般病床數不同，最佳聯盟對象則不同。價值活動為「轉檢」、「檢驗對外合作」、「營養對外合作」、「長期照護」、「品質管理」、「醫院評鑑」時，門診人次年成長率不同，最佳聯盟對象則不同。價值活動為「檢

驗對外合作」、「洗腎」、「牙科」、「眼科」、「復健」時，醫療市場變化程度不同，最佳聯盟對象則不同。價值活動為「學術研究合作」、「醫療技術合作」、「加護病房」時，醫療市場競爭程度不同，最佳聯盟對象則不同。價值活動為「呼吸治療」時，盈餘不同，最佳聯盟對象則不同。價值活動為「保險申報」時，佔床率不同，最佳聯盟對象則不同。

七、醫院特性與環境因素是否會影響中型醫院對於參加各項價值活動時希望聯盟對象各部門在管理權的提供方式

為便於比較及統計，本研究將問卷中管理權五種提供方式依管理權保有的程度高低以 Likert Scale 計分，以合作為 5 分，共同服務為 4 分，正式聯盟為 3 分，契約管理為 2 分，租賃或外包為 1 分。

以 t 檢定或變異數分析 (ANOVA) 來檢定及分析醫院特性及環境因素中的各個變項對各項價值活動中，希望聯盟對象提供的管理權方式是否造成差異，結果見 4-27。

檢定結果取 p 值小於 0.05，可發現中型醫院評鑑等級不同，參與「洗腎」策略聯盟時希望聯盟對象在管理權的提供方式不同，區域醫院的分數比地區醫院高。中型醫院之權屬別不同，參與「洗衣房」之策略聯盟時希望對象在管理權的提供方式不同，公立醫院比私立醫院的分數高；在「膳食供應」及「停車場」方面亦有相同結果。

中型醫院之門診人次年成長率不同，在「洗衣房」、「膳食供應」、「停車場」、「保全警衛」、「檢驗」、「呼吸治療」、「中醫」、「醫院評鑑」等變項亦造成希望聯盟對象提供的管理權方式有所差異，其中「檢驗」

及「呼吸治療」以門診人次成長率 10% 以上分數較高，其他六項價值活動則以門診人次年成長率 9% 以下的中型醫院分數較高。

佔床率不同，參與「公關」策略聯盟時希望聯盟對象在管理權的提供方式不同，佔床率在 70-79% 的中型醫院分數最低。中型醫院盈餘不同，在「醫院評鑑」及「教育訓練」兩項，希望聯盟對象在管理權的提供方式均有差異，且均是有盈餘的中型醫院其分數較低。中型醫院其市場競爭程度不同，在「清潔、廢棄物」、「保全警衛」、「洗衣房」等三項希望聯盟在管理權的提供方式均有差異，且均是「競爭程度提高，且預期醫院間會策略聯盟」中型醫院其分數較低。

八、醫院特性與環境因素是否影響中型醫院對於參加各項價值活動時，本身在管理權方面最希望採取的方式

本大項之計分法如上一大項，也是以 t 檢定或變異數分析（ANOVA）來檢定及分析醫院特性及環境因素中的各個變項對各項價值活動中，本身在管理權方式是否造成差異。

檢定結果，取 p 值小於 0.05，可發現中型醫院評鑑等級不同，參與「住院醫師支援」策略聯盟時，本身在管理權方面最希望採取的方式不同，地區教學醫院之分數比區域醫院高，但在「洗腎」策略聯盟時，本身在管理權方面採取的方式雖然不同，區域醫院的分數卻比地區教學醫院高。

門診人次年成率不同之中型醫院，在「其他人員支援」、「清潔、廢棄物」、「保全警衛」、「洗衣房」、「膳食供應」、「停車場」、「資訊系統」等價值活動時，本身在管理權方面希望採取的方式也不同，門診

人次年成率 9% 以下的中型醫院比年成長率 10% 以上的醫院分數高。

醫療市場變化程度不同，參與「呼吸治療」之價值活動時，本身在管理權的提供方式造成差異，醫療市場沒有改變的中型醫院其分數比有改變的醫院高。

一般病床數不同的醫院，參與「急診」、「保險申報」、「資訊系統」等三項時，本身在管理權所採取的方式有差異，在「急診」項目下，199 床以下之中型醫院其分數最低，在「保險申報」及「資訊系統」之價值活動時，以 300-399 床之分數最低。

中型醫院之盈餘不同，參與「膳食供應」、「轉診」、「轉檢」、「醫療技術合作」等價值活動時，本身希望採取的管理權方式均有差異，在「膳食供應」方面以損益平衡之中型醫院的分數最高，參與「轉診」、「轉檢」、「醫療技術合作」等價值活動時，有盈餘的醫院其分數較低。

九、醫院特性與環境因素各變項之相關性

將醫院特性與環境因素各變項等級化，再進行 Spearman 等級相關係數之計算，如表 4-29。結果發現地區教學醫院在其他變項都呈現負相關，尤其在一般病床數 (-0.79)、平均每日門診人次 (-0.69)、佔床率 (-0.62) 更明顯，其他營運指標的負相關比區域醫院差。另外，高度正相關的有平均每日門診次與一般病床數 (0.79) 及平均每日門診人次與佔床率 (0.77)，中度正相關的有佔床率與一般病床數 (0.62)，佔床率與住院人次年成長率 (0.40)。另有一項負相關的是權屬別與平均住院日 (-0.43) 即私立醫院比公立醫院的平均住院日短。

表 4-21 醫院特性與環境因素對過去聯盟對象助益程度之影響

	家數	平均值	標準差	統計值	p 值
地區醫院					
住院人次年成長率					
負成長	4	2.25	0.5	2.7 ^b	0.09*
成長 0-9%	13	2.62	1.12		
成長 10% 以上	5	3.6	0.55		
基層醫療院所					
佔床率					
69% 以下	6	3.67	0.82	3.55 ^b	0.04**
70-79%	10	2.2	0.92		
80% 以上	12	2.83	1.27		
醫療市場競爭程度					
競爭程度降低	1	1	.		0.01***
維持不變	5	3.6	0.55	4.69 ^b	
競爭程度提高，但預期醫院間不會策略聯盟	4	1.5	1		
競爭程度提高，且預期醫院間會策略聯盟	18	2.94	1.06		
非醫療院所					
評鑑等級					
區域醫院 (含準區域醫院)	19	3.16	0.96	1.94 ^a	0.07*
地區教學醫院	3	2	1		

a：使用 student t test，統計值為 t 值

b：使用變異數分數，統計值為 F 值

*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

表 4-22 醫院特性與環境因素對未來聯盟對象重要程度之影響

	家數	平均值	標準差	統計值	p 值
區域醫院					
佔床率					
69%以下	9	4.11	0.60	3.59 ^b	0.04**
70-79%	19	3.32	0.82		
80%以上	18	3.72	0.75		
地區教學醫院					
佔床率					
69%以下	8	4.00	0.53	3.02 ^b	0.06*
70-79%	18	3.28	0.89		
80%以上	18	3.67	0.59		

a：使用 student t test，統計值為 t 值

b：使用變異數分數，統計值為 F 值

*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

表 4-23 醫院特性與環境因素對聯盟對象所有權提供方式之影響

	家數	平均值	標準差	統計值	p 值
權屬別					
醫學中心					
公立醫院	18	4.44	0.51	3.11 ^a	0.00***
私立醫院	28	3.89	0.63		
區域醫院					
公立醫院	19	4.32	0.48	2.42 ^a	0.02**
私立醫院	27	3.85	0.82		
基層醫療院所					
公立醫院	18	4.39	0.78	2.68 ^a	0.01***
私立醫院	24	3.46	1.44		
非醫療院所					
公立醫院	16	4.38	0.89	2.91 ^a	0.01***
私立醫院	25	3.32	1.44		
門診人次年成長率					
非醫療院所					
成長 9% 以下	31	3.94	1.24	2.05 ^a	0.05**
成長 10% 以上	8	2.88	1.55		
平均住院日					
地區教學醫院					
6.4 天以下	22	3.50	1.26	-2.29 ^a	0.03**
6.5 天以上	23	4.17	0.58		
盈餘 (純益率)					
醫學中心					
尚無利潤	16	3.81	0.83	3.27 ^b	0.05**
損益平衡	13	4.38	0.51		
有盈餘	16	4.13	0.34		
非醫療院所					
尚無利潤	12	3.67	1.23	3.20 ^b	0.05**
損益平衡	12	4.42	0.79		
有盈餘	16	3.19	1.56		

a：使用 student t test，統計值為 t 值

b：使用變異數分數，統計值為 F 值

*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

表 4-24 醫院特性與環境因素對本身所有權提供方式之影響

	家數	平均值	標準差	統計值	p 值
評鑑等級					
非醫療院所					
區域醫院 (含準區域醫院)	16	4.50	0.82	2.27 ^a	0.03***
地區教學醫院	24	3.67	1.49		
平均住院日					
醫學中心					
6.4 天以下	21	4.14	0.36	-2.25 ^a	0.03***
6.5 天以上	25	4.44	0.51		
地區教學醫院					
6.4 天以下	20	3.75	1.29	-2.40 ^a	0.02***
6.5 天以上	24	4.50	0.59		
盈餘 (純益率)					
地區醫院					
尚無利潤	11	4.09	1.14	3.56 ^b	0.04**
損益平衡	13	4.69	0.48		
有盈餘	16	3.56	1.46		

a：使用 student t test，統計值為 t 值

b：使用變異數分數，統計值為 F 值

*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

表 4-25 醫院特性與環境因素對意願程度之影響

	家數	平均值	標準差	統計值	p 值
評鑑等級					
專科醫師支援					
區域醫院 (含準區域醫院)	32	4.09	0.73	-2.36 ^a	0.02**
地區教學醫院	18	4.56	0.51		
住院醫師支援					
區域醫院 (含準區域醫院)	32	4.16	0.92	-2.43 ^a	0.02**
地區教學醫院	17	4.65	0.49		
權屬別					
檢驗對外合作					
公立醫院	21	4.24	0.54	2.22 ^a	0.03**
私立醫院	28	3.82	0.72		
營養對外合作					
公立醫院	20	4.10	0.79	3.65 ^a	0.00***
私立醫院	27	3.37	0.49		
放射對外合作					
公立醫院	21	4.19	0.68	2.96 ^a	0.00***
私立醫院	27	3.63	0.63		
復健					
公立醫院	19	3.79	0.98	2.85 ^a	0.01***
私立醫院	27	3.07	0.73		
其他科別					
公立醫院	16	3.94	0.77	2.22 ^a	0.03**
私立醫院	25	3.44	0.65		
一般病床數					
洗腎					
199 床以下	9	4.11	0.60	4.35 ^b	0.00***
200-299 床	11	2.73	0.79		
300-399 床	10	3.30	0.95		
400-499 床	10	3.60	0.84		
500 床以上	9	3.56	0.53		
腫瘤科					
199 床以下	7	4.29	0.49	3.46 ^b	0.02**

200-299 床	10	4.10	0.57		
300-399 床	10	3.40	0.70		
400-499 床	9	4.33	0.71		
500 床以上	9	3.78	0.67		
平均每日門診人次					
其他科別					
999 人次以下	10	3.70	1.25	4.47 ^b	0.02**
1000-1499 人次	13	3.54	0.52		
1500 人次以上	19	3.42	0.69		
門診人次年成長率					
形象塑造					
成長 9% 以下	37	3.78	0.95	-2.41 ^a	0.02**
成長 10% 以上	9	4.33	0.50		
平均住院日					
營養對外合作					
6.4 天以下	21	3.38	0.59	-2.65 ^a	0.01***
6.5 天以上	25	3.92	0.76		
教育訓練					
6.4 天以下	22	3.86	0.71	-2.28 ^a	0.03**
6.5 天以上	26	4.35	0.75		
佔床率					
眼科					
69% 以下	8	4.13	0.35	3.36 ^b	0.04**
70-79%	21	3.43	0.93		
80% 以上	18	3.39	0.50		
其他科別					
69% 以下	9	3.89	0.78	3.34 ^b	0.05**
70-79%	17	3.82	0.81		
80% 以上	15	3.27	0.46		
盈餘 (純益率)					
形象塑造					
尚無利潤	15	3.47	0.92	3.35 ^b	0.04**
損益平衡	15	3.87	0.92		
有盈餘	16	4.25	0.68		
醫療市場變化程度					

眼科					
沒有改變	23	3.30	0.76	-2.12 ^a	0.04**
有改變	24	3.75	0.68		
醫療市場競爭程度					
學術研究合作					
競爭程度降低	1	3.00	.	2.85 ^b	0.05**
維持不變	6	4.33	0.52		
競爭程度提高，但預期醫院間 不會策略聯盟	14	4.43	0.51		
競爭程度提高，且預期醫院間 會策略聯盟	28	4.50	0.51		

a：使用 student t test，統計值為 t 值

b：使用變異數分數，統計值為 F 值

*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

表 4-26 醫院特性與環境因素對最佳聯盟對象之影響

	醫學中心	區域醫院	地區教學醫院	地區醫院	基層醫療院所	非醫療院所	卡方值	p 值
權屬別								
其他人員支援								
公立醫院	3	8	0	1	0	0	16.19	0.00***
私立醫院	15	1	4	1	0	0		
膳食供應								
公立醫院	0	9	0	0	0	8	16.76	0.00***
私立醫院	6	2	6	1	0	10		
停車場								
公立醫院	0	7	0	0	0	8	11.35	0.02**
私立醫院	5	3	5	1	0	10		
營養對外合作								
公立醫院	2	6	0	3	1	3	13.76	0.01***
私立醫院	13	1	3	2	1	3		
放射對外合作								
公立醫院	5	6	0	3	1	0	15.93	0.00***
私立醫院	15	1	5	0	2	0		
復健								
公立醫院	3	5	2	2	0	2	11.82	0.03**
私立醫院	12	2	5	0	3	1		
牙科								
公立醫院	3	7	2	2	1	0	13.01	0.01***
私立醫院	15	2	5	0	2	0		
一般病床數								
住院醫師支援								
199 床以下	5	3	0	0	0	0	14.33	0.03**
200-299 床	11	0	0	0	0	0		
300-399 床	8	2	0	0	0	0		
400-499 床	8	0	0	0	0	0		
500 床以上	7	0	0	1	0	0		
資訊系統								
199 床以下	6	1	0	0	0	1	26.57	0.03**
200-299 床	3	2	3	0	0	1		
300-399 床	1	5	0	0	0	0		
400-499 床	5	0	0	0	1	2		
500 床以上	2	2	1	0	1	0		

門診人次年成長率									
轉檢									
成長 9% 以下	20	1	3	2	2	0	13.70	0.02**	
成長 10% 以上	3	4	0	0	0	0			
檢驗對外合作									
成長 9% 以下	18	6	2	2	1	1	8.94	0.04**	
成長 10% 以上	1	1	1	1	2	1			
營養對外合作									
成長 9% 以下	15	5	3	3	1	3	9.12	0.03**	
成長 10% 以上	0	1	0	2	1	2			
長期照護									
成長 9% 以下	13	2	4	5	1	2	9.74	0.03**	
成長 10% 以上	0	2	1	1	2	1			
品質管理									
成長 9% 以下	20	5	1	0	1	2	11.05	0.04**	
成長 10% 以上	2	1	3	0	0	0			
醫院評鑑									
成長 9% 以下	22	4	1	0	1	1	11.50	0.02**	
成長 10% 以上	1	3	2	0	0	0			
盈餘 (純益率)									
呼吸治療									
尚無利潤	6	5	1	0	0	1	19.49	0.02**	
損益平衡	8	1	1	2	1	0			
有盈餘	7	0	6	1	0	0			
佔床率									
保險申報									
69% 以下	2	1	0	0	0	4	19.63	0.05**	
70-79%	6	7	3	0	0	1			
80% 以上	2	6	1	1	1	0			
醫療市場變化程度									
檢驗對外合作									
沒有改變	9	5	3	0	3	0	13.47	0.01***	
有改變	11	2	0	3	0	3			
洗腎									
沒有改變	7	4	8	1	0	0	13.99	0.00***	
有改變	7	3	0	1	1	5			
牙科									
沒有改變	7	5	7	0	1	0	10.31	0.02**	

有改變	11	4	0	2	2	0		
眼科								
沒有改變	7	5	7	0	1	0	12.41	0.01***
有改變	12	4	0	2	0	1		
復健								
沒有改變	5	5	7	0	2	0	15.27	0.00***
有改變	10	2	0	2	1	3		
醫療市場競爭程度								
學術研究合作								
競爭程度降低	0	1	0	0	0	0	44.86	0.02**
維持不變	5	0	0	0	0	0		
競爭程度提高，但預期 醫院間不會策略聯盟	10	0	0	1	0	0		
競爭程度提高，且預期 醫院間會策略聯盟	25	0	0	0	0	0		
醫療技術合作								
競爭程度降低	0	1	0	0	0	0	25.08	0.03**
維持不變	5	0	0	0	0	0		
競爭程度提高，但預期 醫院間不會策略聯盟	10	1	0	1	0	0		
競爭程度提高，且預期 醫院間會策略聯盟	25	0	0	0	0	0		
加護病房								
競爭程度降低	0	1	0	0	0	0	18.99	0.03**
維持不變	1	2	1	0	0	0		
競爭程度提高，但預期 醫院間不會策略聯盟	4	3	1	1	2	0		
競爭程度提高，且預期 醫院間會策略聯盟	17	1	3	3	0	0		

p<0.05 *p<0.01

表 4-27 醫院特性與環境因素對聯盟對象管理權提供方式之影響

	家數	平均值	標準差	統計值	p 值
評鑑等級					
洗腎					
區域醫院(含準區域醫院)	29	4.00	1.10	2.32 ^a	0.03**
地區教學醫院	15	3.07	1.53		
權屬別					
洗衣房					
公立醫院	18	2.50	1.54	2.07 ^a	0.04**
私立醫院	26	1.65	1.16		
停車場					
公立醫院	17	2.88	1.58	2.33 ^a	0.03**
私立醫院	25	1.84	1.31		
膳食供應					
公立醫院	17	2.88	1.54	2.57 ^a	0.01***
私立醫院	27	1.81	1.21		
門診人次年成長率					
保全警衛					
成長 9% 以下	32	2.34	1.45	2.13 ^a	0.04**
成長 10% 以上	10	1.30	0.95		
洗衣房					
成長 9% 以下	32	2.25	1.50	2.79 ^a	0.01***
成長 10% 以上	10	1.30	0.67		
膳食供應					
成長 9% 以下	33	2.52	1.50	3.36 ^a	0.00***
成長 10% 以上	9	1.33	0.71		
停車場					
成長 9% 以下	31	2.55	1.61	2.93 ^a	0.01***
成長 10% 以上	9	1.44	0.73		
檢驗					
成長 9% 以下	34	4.12	1.04	-3.48 ^a	0.00***
成長 10% 以上	8	4.88	0.35		
呼吸治療					

成長 9% 以下	32	4.00	0.98	-2.77 ^a	0.01***
成長 10% 以上	9	4.67	0.50		
中醫					
成長 9% 以下	30	3.83	1.29	2.24 ^a	0.03**
成長 10% 以上	8	2.63	1.60		
醫院評鑑					
成長 9% 以下	32	4.28	0.96	2.36 ^a	0.02**
成長 10% 以上	7	3.29	1.25		
佔床率					
公共關係					
69% 以下	8	4.50	0.53	5.15 ^b	0.01***
70-79%	16	3.38	1.31		
80% 以上	17	4.47	1.01		
盈餘 (純益率)					
醫院評鑑					
尚無利潤	12	4.42	0.67	4.01 ^b	0.03**
損益平衡	12	4.50	0.67		
有盈餘	15	3.53	1.36		
教育訓練					
尚無利潤	13	4.46	0.66	5.03 ^b	0.01***
損益平衡	13	4.69	0.48		
有盈餘	15	3.60	1.40		
醫療市場競爭程度					
清潔、廢棄物					
競爭程度降低	1	5.00	.	3.41 ^b	0.03**
維持不變	4	2.50	1.73		
競爭程度提高,但預期醫院間不會策略聯盟	12	2.58	1.51		
競爭程度提高,且預期醫院間會策略聯盟	27	1.67	1.11		
保全警衛					
競爭程度降低	1	5.00	.	3.93 ^b	0.02**
維持不變	4	2.50	1.73		

競爭程度提高,但預期醫院間不會策略聯盟	12	2.67	1.44		
競爭程度提高,且預期醫院間會策略聯盟	27	1.63	1.11		
洗衣房					
競爭程度降低	1	5.00	.	3.18 ^b	0.03**
維持不變	4	2.50	1.73		
競爭程度提高,但預期醫院間不會策略聯盟	12	2.42	1.51		
競爭程度提高,且預期醫院間會策略聯盟	27	1.63	1.11		

a：使用 student t test，統計值為 t 值

b：使用分類變異數分數，統計值為 F 值

*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

表 4-28 醫院特性與環境因素對中型醫院本身管理權提供方式之影響

	家數	平均值	標準差	統計值	p 值
評鑑等級					
住院醫師支援					
區域醫院 (含準區域醫院)	29	4.03	1.30	-2.06 ^a	0.05**
地區教學醫院	16	4.63	0.62		
洗腎					
區域醫院 (含準區域醫院)	28	3.89	1.07	2.64 ^a	0.01***
地區教學醫院	15	2.87	1.46		
門診人次年成長率					
其他人員支援					
成長 9% 以下	31	4.19	1.14	2.72 ^a	0.01***
成長 10% 以上	10	3.00	1.41		
清潔、廢棄物					
成長 9% 以下	25	3.16	1.49	2.36 ^a	0.02**
成長 10% 以上	9	1.78	1.56		
保全警衛					
成長 9% 以下	25	3.24	1.45	2.81 ^a	0.01***
成長 10% 以上	9	1.67	1.41		
洗衣房					
成長 9% 以下	25	3.12	1.59	2.42 ^a	0.02**
成長 10% 以上	9	1.67	1.41		
膳食供應					
成長 9% 以下	27	3.33	1.47	2.92 ^a	0.01***
成長 10% 以上	8	1.63	1.41		
停車場					
成長 9% 以下	26	3.46	1.45	2.21 ^a	0.03**
成長 10% 以上	8	2.13	1.64		
資訊系統					
成長 9% 以下	33	3.97	1.10	2.32 ^a	0.03**
成長 10% 以上	8	2.88	1.55		
一般病床數					

急診					
199 床以下	8	2.75	1.28	3.30 ^b	0.02**
200-299 床	9	4.11	1.27		
300-399 床	9	4.11	0.93		
400-499 床	8	4.50	0.76		
500 床以上	9	4.00	0.87		
保險申報					
199 床以下	8	4.38	0.74	2.97 ^b	0.03**
200-299 床	8	3.75	1.16		
300-399 床	8	3.13	1.25		
400-499 床	8	4.63	0.74		
500 床以上	8	3.25	1.39		
資訊系統					
199 床以下	9	4.11	1.27	2.72 ^b	0.04**
200-299 床	8	3.75	1.16		
300-399 床	9	2.89	1.36		
400-499 床	9	4.56	0.53		
500 床以上	8	3.50	1.20		
盈餘 (純益率)					
膳食供應					
尚無利潤	12	2.17	1.40	3.32 ^b	0.05**
損益平衡	10	3.80	1.55		
有盈餘	13	2.69	1.55		
轉診					
尚無利潤	15	4.40	0.74	5.91 ^b	0.01***
損益平衡	13	4.46	0.78		
有盈餘	15	3.53	0.92		
轉檢					
尚無利潤	14	4.36	0.74	6.63 ^b	0.00***
損益平衡	13	4.54	0.66		
有盈餘	15	3.53	0.92		
醫療技術合作					
尚無利潤	15	4.73	0.59	3.90 ^b	0.03**

損益平衡	13	4.69	0.63		
有盈餘	15	3.93	1.22		
醫院評鑑					
尚無利潤	12	4.42	0.67	4.13 ^b	0.02**
損益平衡	13	4.31	0.95		
有盈餘	13	3.38	1.26		
教育訓練					
尚無利潤	13	4.46	0.66	3.86 ^b	0.03**
損益平衡	13	4.38	1.12		
有盈餘	13	3.46	1.20		

a：使用 student t test，統計值為 t 值

b：使用分類變異數分數，統計值為 F 值

*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

表 4-29 Spearman 等級相關

	評鑑等級	權屬別	一般病 床數	平均每日 門診人次	門診人次 年成長率	住院人次 年成長率	平均住 院日	佔床率	盈餘
評鑑等級	1.00								
權屬別	-0.04	1.00							
一般病床數	-0.79	0.11	1.00						
平均每日門 診人次	-0.69	0.24	0.79	1.00					
門診人次年 成長率	-0.21	0.09	0.13	0.25	1.00				
住院人次年 成長率	-0.23	0.11	0.29	0.25	0.40	1.00			
平均住院日	-0.13	-0.43	0.22	0.08	-0.07	0.12	1.00		
佔床率	-0.62	0.18	0.62	0.77	0.09	0.40	0.12	1.00	
盈餘	-0.34	0.11	0.36	0.27	0.19	0.24	0.02	0.25	1.00

說明：區域醫院為 1，地區教學醫院為 2
 公立醫院為 1，私立醫院為 2

第五章 討論

本研究從醫院特性與環境因素及其營運績效來瞭解中型醫院在目前健保制度急劇變遷下，對採行各項策略聯盟之意願、最佳聯盟對象、及對所有權及管理權歸屬的看法，更進一步探究醫院特性與環境因素對這些變項的影響。

一、醫院特性與環境因素之探討

本研究有效樣本的醫院中，區域醫院較多佔 32 家，地區教學醫院有 19 家，以權屬別而言，私立醫院 30 家，公立醫院 21 家，一般病床數也平均分布於 100 至 500 床及 500 床以上之各階層。平均每日門診人次以 1000-1499 人次及 500-999 人次最多，2000-24999 人次及 1500-1999 人次次之，分布堪稱符合現況認知，門診人次及住院人次年成長率都以 0-9% 為大多數，也符合一般現況認知；平均住院日絕大多數集中於 5.5-8.4 天，佔床率以 70-79% 最多，80-89% 次之，60-69% 更次之，也符合一般認知，值得注意的是中型醫院有盈餘的家數僅佔 1/3 左右，其餘醫院是否能夠經得起健保財務緊縮及市場高度競爭的壓力，有待密切觀察。

在環境因素方面，認為醫療市場沒有改變的家數只有一半，可見病床擴增情況仍在持續，儘管佔床率 90% 以上的中型醫院只有 4% 左右，在醫療市場競爭程度方面，86% 的中型醫院認為市場競爭程度提高，且 55% 的醫院預期醫院間會策略聯盟，因此策略聯盟的案例及範疇及項目應會逐步增長。以 Spearman 等級相關係數計算後發現地區教學醫院之佔床率、盈餘、住院及門診人次年成長率都比區域醫院遜

色，對策略聯盟的影響值得探討，另一項較有意義的是一般病床數與佔床率呈正相關，表示醫院越大，佔床率反而越高，其他營運指標也越好，難怪各醫院均努力擴充病床。

二、過去策略聯盟對象的助益程度及未來聯盟對象之重要程度之探討，醫院特性與環境因素對上述變項的影響

依描述性統計之結果，聯盟對象為醫學中心及區域醫院過去所提供之助益大於地區教學、地區醫院及基層醫療院所，但助益程度很高及高者都未超過 33%。而未來聯盟對象之重要程度全部的對象其認為重要及很重要的家數都超過 50%，可見中型醫院對未來之策略聯盟更加重視，值得注意的是認為未來聯盟對象很重要的百分比，基層醫療院所高於區域醫院，而與醫學中心相近，可見基層醫療院所在未來策略聯盟之地位不容忽視，醫療機構兩極化發展似乎略見端倪。

在推論性檢定分析發現住院人次年成長率高者，其聯盟對象所提供的助益程度較高，其原因可能與轉診有關。另一項發現是區域醫院比地區教學醫院認為非醫療院所提供的助益較高，可能區域醫院之規模較大，與非醫療院所聯盟，較能收到經濟規模之效吧！

三、希望聯盟對象及本身在所有權方面的提供方式之探討，醫院特性與環境變項對上述變項的影響

由描述性統計發現中型醫院最希望醫學中心及區域醫院提供共享資源，反之希望其他層級提供各自獨立之聯盟方式，高於醫學中心及區域醫院，有關醫院本身在所有權方面最希望採取的方式仍有類似結果，此結果顯示中型醫院與醫學中心及區域醫院聯盟時，願意接受較緊密的結合，而本身所有權最希望採取各自獨立的方式比希望聯盟

對象在所有權方面提供各自獨立的比率還高，也就是希望對方提供更多的所有權，這在策略聯盟時較易發生摩擦，由整體看來目前中型醫院的策略聯盟以所有權的角度而言，並未希望做很深入的結合，其原因尚待進一步研究。

在推論性檢定分析時發現公立醫院比私立醫院更希望聯盟對象在所有權方面更獨立自主，門診人次年成長率在 9% 以下之中型醫院希望其聯盟對象之非醫療院所在所有權方面更獨立自主；損益平衡的中型醫院最希望醫學中心在所有權方面能較獨立自主，似乎經營指標較遜色的醫院比較希望聯盟對象獨立自主。

四、以價值活動而言，中型醫院參加各種類型聯盟之意願程度及最佳聯盟對象之探討，醫院特性與環境因素對上述變項的影響

由描述性統計發現中型醫院參加各種類型聯盟之意願以學術技術交流、病患轉介、人力資源及採購為最高，其他類型聯盟，如基礎結構、輔助醫療業務合作、後勤作業外包或合作、行銷及公關、臨床醫療業務合作都尚有相當的合作意願可見由價值活動之觀點而言，中型醫院在策略聯盟方面，實務上有相當大的合作空間，問題是那一項價值活動具有綜效值得推動。

臨床醫療業務是醫院的核心能力，以往合作項目較少，一般僅限於洗腎、牙科、復健等，本研究發現急診、腫瘤科及呼吸治療甚至其他科別的對外合作意願，都高於傳統的洗腎及牙科，足見在醫療市場競爭激烈、經營不易的情況下，核心事業的開放合作是不得不面對的問題，而這一方面佔醫院收入的主要部分，可能是以後醫院策略聯盟「牛肉」之所在，值得醫管專業人士且有心策略聯盟者進一步關心。

由各項價值活動，實際調查中型醫院之最佳聯盟對象，由於醫學中心擁有最多的資源及核心能力，因此囊括了大部分項目的最佳聯盟價值活動，僅有後勤作業外包或合作這一項由非醫療院所領先，採購及保險申報由區域醫院為最佳聯盟對象，以地區教學醫院及以下層級為最佳聯盟對象的中型醫院其家數均不及百分之二十，曾有研究報告（童瑞龍，2000）指出規模越小的醫院參加策略聯盟的意願越高，然而本研究發現這些小型醫院並非中型醫院策略聯盟的優先對象。張瓊文（2000）發現地區醫院採行合作經營程度不及醫學中心及區域醫院，本研究之發現似可提供部分可能的原因。

在推論性檢定分析時發現絕大部分的價值活動，其參與意願較高的中型醫院都屬經營指標比較差（參考表 4-29）的醫院，例如地區教學醫院、公立醫院、一般病床數 199 床以下之醫院、佔床率低的醫院，或是醫療市場有變化的中型醫院，比較有趣的是在「形象塑造」這項價值活動，卻是經營指標比較好的醫院其意願程度較高，例如門診年成長率 10% 以上的醫院及有盈餘的醫院其參與的意願較高。

至於在最佳聯盟對象方面，公立醫院在數項價值活動，如「其他人員支援」、「膳食供應」、「停車場」、「營養對外合作」、「放射對外合作」、「復健」、「牙科」都明顯偏向區域醫院，而私立醫院在這些項目仍優先選擇醫學中心，是否某些區域級公立醫院本來都有相當合作關係，值得探討。

五、以參加各種價值活動之策略聯盟而言，中型醫院希望聯盟對象提供管理權方式及本身所願意提供管理權方式之探討，醫院特性與環境因素對上述變項的影響

本研究之描述性統計發現，管理權之提供方式與價值活動之聯盟類型有直接關係，例如「人力資源」、「學術技術交流」，則以「合作」為絕對多數，「採購」則以「正式聯盟」佔相對多數，「後勤作業」則以「租賃或外包」佔相對多數，其中也有少數例外，例如「長期照護」及「其他科別」這兩小項價值活動以「共同服務」為相對多數，但其原來的大項--「臨床醫療業務合作」之管理權方面，大部分小項仍以「合作」為相對多數。

在推論性檢定分析時發現，同一種醫院特性變項，在不同的價值活動時，管理權方面可能會有相反的結果，例如「呼吸治療」項目，門診人次年成長率 10% 以的中型醫院希望聯盟對象擁有較完整的管理權，但在「洗衣房」、「中醫」等項目則比年成長率 9% 以下的醫院，希望聯盟對象在管理權方面提供較多的讓步，至於為何會有這些不同的結果，本研究尚無法提供一定的規律及合理的解釋。

第六章 結論與建議

本章依本研究之重要結果作結論，並分別針對醫療政策及醫院經營管理者、後續研究者提供建議。

第一節 結論

本研究之主要目的是探討中型醫院在策略聯盟方面，各層級聯盟對象的重要性、可以接受所有權及管理權改變的程度，和針對各種價值活動探討其聯盟的意願及理想對象。並研究醫院特性及環境因素對上述議題之影響，希望能提供中型醫院經營者及希望與中型醫院結盟者做為參考之用。

本實證研究主要結果發現，51 家有效樣本中型醫院中有 86% 的中型醫院預期市場競爭程度會提高，55% 的醫院預期醫院間會有策略聯盟。有盈餘及面臨虧損的中型醫院各佔 1/3 左右。其中地區教學醫院之佔床率、盈餘、住院及門診人次年長率都比區域醫院遜色。

以過去聯盟對象的助益程度而言，醫學中心及區域醫院對中型醫院的助益最大，中型醫院對於未來之策略聯盟更加重視，尤其基層醫療院所的重要性高於區域醫院，直逼醫學中心。在所有權方面，中型醫院並未希望在策略聯盟時做很深入的結合，不過希望聯盟對象提供較多的所有權；中型醫院與醫學中心及區域醫院聯盟時，比與地區醫院聯盟更願意接受較密切的結合。

以價值活動而言，中型醫院參加各種類型聯盟之意願以「學術技術交流」、「病患轉介」、「人力資源」及「採購」為最高，其他類型聯盟如「基礎結構」、「輔助醫療業務」、「後勤作業」、「行銷及公關」、「臨床醫療業務」都尚有相當的合作意願，實務上要思考是那一項價值活動值得推動策略聯盟及如何推動的問題。「臨床醫療業務」是醫院的核心能力，以往合作項目較少，本研究發現「急診」、「腫瘤科」及「呼吸治療」甚至「其他科別」的對外合作意願都高於傳統常見的「洗腎」及「牙科」，足見在醫療市場競爭程度升高，核心事業的開放合作以提昇競爭力，是不得不面對的問題，而這一方面佔醫院營收的主要部分，值得有心進行策略聯盟者重視。

基於醫學中心擁有最多的資源及核心能力，本研究結果發現醫學中心囊括了大部分中型醫院價值活動策略聯盟的最佳聯盟對象，僅有「後勤作業」這一大項之最佳聯盟對象由非醫療院所領先，「採購」則由區域醫院領先，其他層級較低的醫療機構儘管其合作意願比較高，卻不是中型醫院策略聯盟的優先對象，因此合作經營的採行程度反而偏低。

另有一項有趣的發現是絕大部分的價值活動聯盟其參與意願較高的中型醫院都屬經營指標比較差的醫院，但在「形象塑造」這一項卻是經營指標較佳的醫院其意願較高。

本研究亦發現管理權之方式最主要仍取決於價值活動之聯盟類型，例如「學術技術交流」則以「合作」為絕對多數，「採購」則以「正式聯盟」佔相對多數，「後勤作業」則以「租賃或外包」佔相對多數，可見中型醫院在從事各項價值活動之策略聯盟時，選擇適切的

管理權提供方式，是策略聯盟成功的重要因素。

第二節 建議

一、醫療政策方面

(一)注意醫療的可近性

由本研究中發現規模小的醫院，經營指標不佳，連找尋找聯盟對象都很困難，但在偏遠地區，它卻肩負醫療保健的重任，不能任由其凋零，影響當地民眾就醫的可近性，政府應有相對的鼓勵措施，維護其生存的條件，讓其他中大型醫院也較有意願與之策略聯盟，各項價值活動將更健全，進而更能發揮其功能及特色。

(二)法令鬆綁，讓醫院也能由公司法人或社團法人經營管理以達永續經營之目標

由於私人醫院必須以醫師為負責人，在所有權之傳承上易造成問題，也不利於策略聯盟之進行，故宜法令鬆綁，才能讓私人醫院得到足夠的競爭力及永續經營的條件。

二、醫務管理方面

(一)慎選聯盟對象及價值活動，提供適當的所有權及管理權方式

由本研究可發現不同的醫院所重視的價值活動聯盟有所差異，不同的價值活動有不同的理想聯盟對象，也有不同的所有權及管理權方式，值得醫務管理者深入研究做出明智的抉擇。

(二)成立顧問公司，推動醫院間的策略聯盟

建議對策略聯盟有深入研究的醫務管理專家，成立顧問公司、仲

介或指導醫院間的策略聯盟，使醫院策略聯盟之創立及日後運作能更順暢。

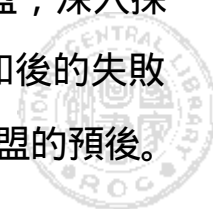
(三)加強「臨床醫療業務」方面的策略聯盟

「臨床醫療業務」其中的價值活動項目繁多，各醫院很難專精所有項目，因此建議區域醫院可將其較弱的科別與其他區域級以上精於該科的醫院策略聯盟，也可將本身較強的科別與其他較弱的醫院策略聯盟，使該科不受醫院硬體限制仍能繼續發展。至於地區教學醫院或地區醫院宜與醫學中心或區域醫院策略聯盟發展符合當地需求及本身醫院規模的次專科，成為少數次專科的醫院。

三、後續研究方面

(一)建議後續研究者可針對某些醫療法規對醫院策略聯盟之影響做更進一步的研究，以做為未來醫療法規之參考，例如醫院公司化或社團法人化對策略聯盟之影響。

(二)針對某一特定層級的醫院或某項特定價值活動策略聯盟，深入探討有沒有意願參加策略聯盟、參加時的困難點、或參加後的失敗原因，有助於提昇醫院策略聯盟的意願，並改善策略聯盟的預後。



參考文獻

英文文獻

- Astley, W. G. and C. J. Fombrun, "Collective Strategy: Social Ecology of Organization Environment", *Academy of Management Review*, Vol.8, 1983, pp.576-587.
- Badaracco, Jr., J. L., "The Knowledge Link: How Firms Complete Through Alliances", Boston, MA: Harvard Business School Press, 1991.
- Barney, J. B., "Firm Resources and Sustained Competitive Advantage", *Journal of Management*, Vol.17, 1991, pp.99-120.
- Boyd, B., "Corporate Linkages and Organizational Environment : A Test of the Resource Dependence Model", *Strategic Management Journal*, Vol.11, 1990, pp.419-430.
- Buckley, P.J. and M. Casson, "A Theory of Cooperation in International Business", in F.J. Contractor and P. Lorange (eds.), *Cooperative Strategic in International Business*, Mass./ Toronto : D.C. Heath & Co./Lexington, 1988.
- Contractor, F. J. and P.Lorange, "Why Should Firm Cooperate? The Strategy and Economics Basis for Cooperative Venture", *Cooperative Strategic in International Business*, Lexington Books, 1988.
- Fotter, E. D., J. R. Schermerhorn, J. Wong and W. H. Money, "Multiinstitution Arrangements in Health Care : Review, Analysis and a Proposal for Future Research", *Academy of Management Review*, Vol.7, 1982, pp.67-79.
- Freidheim, C. F., "The Trillion-Dollar Enterprise : How the Alliance Revolution Will Transform Global Business", 1999.
- Grant,R. M., "The Resource-Based Theory of Competitive Advantage : Implications for Strategy Formulation", *California Management Review*, Vol.33, Iss.3, 1991, pp.114-135.
- Hall, R. H., *Organizations, Structures, Process, and Outcomes*, 4th, Prentice Hall, New jersey,1987.
- Hall, R., "The Strategic Analysis of Intangible Resources", *Strategic Management Journal*, Vol.13, Iss.2, 1992, pp.135-144.
- Hamel, G., Y. I. Doz and C. K. Prahalad, " Collaborate with Your Competitor and Win", *Harvard Business Review* , Jan.-Feb., 1989, pp.133-139.

- Harrigan, K. R., "Strategic Alliance: Their New Role in Global Competition",
Columbia Journal of World Business, 22(2), 1987, pp.67-69.
- Harrigan, K. R., "Joint ventures and competitive strategy", Strategic Management
Journal, Vol. 9, 1988, pp.141-158.
- Hennart, J. F., "A Transaction Cost Theory of Equity Joint Ventures, Strategies
Management Journal, 9, 1988, pp.361-374.
- James, B. G., "Alliance: the New Strategic Focus", Long Range Planning, 18(3) ,
1985, pp.76-81.
- Jarillo, J., "On Strategic Networks", Strategic Management Journal, 9, 1988,
pp.31-41.
- Killing, J. P., "Strategies for Joint Venture Success", Harvard Business Review, 1983.
- Killing, J.P., "Understanding Alliances: The Role of Task and Organizational
Complexity " In Contractor F.J. and P. Lorange(ed.), Cooperative Strategies in
International Business.D.C.Health and Compay, Lexington, 1988.
- Kogut, B., "Joint Ventures : The Oretical and Empirical Perspectives," Strategic
Management Journal, 9, 1988, pp.319-332.
- Lewis, J. D., "Partnerships for Profit", New York: Free Press, 1990.
- Lynch, R.P., "The Practical Guide to Joint Ventures and Corporate Alliance", New
York: John Wiley and Sons. 1989.
- Miles, Ra .E. and C.C. Snow, "Organization : New Cncepts for Nw Frms", California
Management Review, Vol.29, 986, pp.62-73.
- Nueno, P. and J. Oosterveld, "Management Technological Alliances", Long Range
Planning, 21(3) , 1988, pp.11-17.
- Haverson, P. K. ,Arnold, D .K, Gary, J,Y., "Strategic Alliances in Healthcare :
Opportunities for Veterans Affairs Healthcare System", Hospital & health
services administration, 1997, pp.383-410.
- Perlmutter, H.V. and D.A. Heenan, "Cooperate to Compete Globally", Harvard
Business Review, Mar./Apr. , 1986, pp.136-152..
- Pennings, J. M., "Strategically Interdependent Organizations", Handbook of
Organizational Design,1st ,Oxford University Press, New York, 1981.
- Pfeffer, J.and Salancik, G. R., "The External Control of Organizations : A Resource
Dependence Perspective", Harper and Row Publishers, New York, 1978.
- Pfeffer, J. and Nowak, P., "Joint Ventures and Interorganizational Interdependence",

- Administrative Science Quarterly.vol.21, 1976, pp.398-418.
- Porter, M. E. and M. B. Fuller, "Coalitions and Global Strategy, Competition in Global Industries," Edited by Michael E. Porter, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 1986s, pp.315-343.
- Rigby, .D. K. and W. T. Buchanan, "Putting more Strategy into Strategic Alliances", Directors & Board, winter, 1994.
- Root, F., "Some Taxonomics of International Cooperative Arrangements", Cooperative Strategies in International Business, 1988, pp.69-80.
- Spekman, R.E., "Strategic Suppliers Selection : Understanding Long Term Buyer Relationship", Business Horizon, Jul./Aug., , 1988 pp.75-81.
- Schermerhorn, J. R., Jr. and L. E. Shirland, "Hospital Administrator Felt needs for Interorganizational Cooperative and Actual Cooperative Outcomes by their Fospitals", Decision Science, Vol.12, 1981, pp.486-501.
- Shan, W. and K. Visudtibhan, "Cooperative Strategic in Commercializing an Emerging Technology", European Journal of Operational Research, 47, 1990, pp.172-181.
- Souder, W. E.and S. Nassar, "Choosing a R & D Consortia", Research Technology Management, Vol.33, N0.2, pp.35-41, March-April, 1990.
- Takac, P.F. and C.P. Singh, "Strategic in Banking " , Management Decision, 30(1) , 1992, pp.32-43.
- Walsh, A., J. R. Troxell, and G. Stafford, "Interorganizational Arrangements in Academic Health Centers : A Profile of the Eighties", Journal of Applied Business Research, Vol., 1993, pp.17-24.
- Warren, R., "The Interorganizational Fields as a Focus for Investigation", Administrative Science Quarterly.vol.12, 1967, p396-419.
- Williamson, O. E., "Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications", New York: Free Press, 1975.
- Williamson, O. E., " Transaction Cost Economics : The Governance of Contractual Relationships", Journal of Law and Economics, Vol. 22, 1979, pp.233-262.
- Yoshino, M.Y. and U.S. Rangan, "Strategic Alliances-An Entrepreneurial Approach to Globalization", Boston, MA: Harvard Business School Press, 1995.
- Zuckerman, H. S., "Multi-institutional Hospital Systems Research and Education Trust", p6, 1979.

Zuckerman, H. S. and Thomas A. D' Aunno, "Hospital Alliances : Cooperation Strategy in a Competitive Environment", Health Care Management Review, Vol.15, 1990, pp.21-30.

Zuckerman, H. S. ,Arold.D.Kaluzny, and Thomas C Rickeets,III "Alliances in Health Care : What We Know, What We Think We Know, and What We Should Know ",Health Care Management Review, Vol.20, 1995, pp.54-64.

中文文獻

中央健保局業務摘要，2001年3月。中央健保局網頁 www.nhi.gov.tw

王明好：國際策略聯盟成效之影響因素分析-以新竹科學園區為例。國立交通大學科技管理研究所碩士論文，1993年。

方麗鈞：省市立醫院「醫院醫療業務支援合作」模式建立之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1998年。

江義平：台灣中小企業策略聯盟決策模式建構與分析之研究。國立中興大學企業管理研究所博士論文，1999年。

司徒達賢：中小企業之策略聯盟。經濟情勢暨評論，第2卷，第3期，頁1-7，1996。

司徒達賢，中小企業之策略聯盟。經濟情勢暨評論季刊，第5卷，第3期，1996。

朱日僑、李淑宜：由醫院組織互動談合作經營。醫院，第25卷，第4期，1992。

吳青松：本國產業策略聯盟結構與績效之評估。產業科技研究發展管理研討會，中國生產力中心，1991年。

吳肖琪：泛談美國多體制醫療機構及其對我國醫院之示範作用。中華民國公共衛生雜誌，第5卷，第1期，國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1987年。

吳思華：策略九說。台北：麥田出版股份有限公司。1996年。

吳典龍：台灣醫療業策略聯盟之研究。中原大學工業工程研究所碩士論文，1997年。

李文芳：台灣南部地區中小型醫院策略聯盟之實證研究。國立成功大學公共工程研究所碩士論文，1997年。

李美英：全民健康保險競爭環境下醫院策略聯盟之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000年。

林玲君：策略聯盟形成因素與績效之研究資訊電子業之實證。國立台灣大學商學研究所碩士論文，1991年。

林志豪：產業環境、廠商能力對策略聯盟特性與績效關係之研究--以我國汽車零組件廠商為例。銘傳大學國際企業研究所碩士論文，1998年。

邱柏松：國際策略聯盟在國內的現況與績效。經濟情勢暨評論季刊，第5卷，第

- 3 期，1996 年。
- 耿筠、林佩芬：策略聯盟之初探及實例說明。勤益學報，第 13 期，1996 年。
- 袁建中、陳義揚、陳金帶等：協同式策略聯盟特性研究。交通大學科技管理研究所，中華民國科技管理研討會論文集，第 307-318 頁，1992 年。
- 張錦文：省立醫院經營企業化之可行性及具體方案」，衛生處。1986 年。
- 張威國：我國私立醫院連所經營之可行性分析-分析層級程序法之應用。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文 1992 年。
- 張荳雲、朱永昌：組織場域的浮現：台灣醫療產業的研究。中央研究院民族學研究所集刊，第 77 集，第 157-192 頁，1994 年。
- 張中和：醫療服務業策略聯盟之績效評估。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000 年。
- 陳馨文：醫院院際合作之相關性研究。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1991 年。
- 陳佳誼：醫學中心發展策略聯盟之研究。國立台灣大學國際企業學研究所碩士論文，2000 年。
- 鄭夙惠：台灣私立醫院組織互動之實證研究。成功大學企業管理學研究所，2000 年。
- 彭朱如、王維元、張錦文：醫院對外合作策略與績效評估，醫院 31-2，1998 年。
- 彭朱如、王維元、張錦文、黃松共：從跨組織關係理論觀點探討醫院間的合作策略。Chung Yuan Journal，Vol.25, No.4, 1997, p.1-16。
- 彭朱如：醫療產業中跨組織合作關係類型與管理機制之研究。國立政治大學企業管理研究所博士論文，1998 年。
- 彭朱如：醫療機構合作策略—價值鏈觀點。醫療機構策略聯盟新紀元研討會，2000 年。
- 童瑞龍：台灣醫院策略聯盟決策模式之研究。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2000 年。
- 葉匡時：策略聯盟的發展--以交易成本的觀點。產業科技管理研究發展管理研討會，中國生產力中心，1992 年。
- 蔡正揚、許正郎：運用策略聯盟促進技術引進之研究。中華民國科技管理研討會論文集，第 209-218 頁，1991 年。

蔡正揚、許正郎：企業策略聯盟探討-照明設備業個案研究。中華民國科技管理研討會論文集，第 293-306 頁，1992 年。

藍忠孚：中華民國醫院系統現況與發展之規劃研究。行政院科技顧問組，1984 年。

嚴建藏：省市立醫院連鎖經營之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1987 年。

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究問題	3
第三節 研究目的	4
第二章 文獻探討	5
第一節 策略聯盟的定義	5
第二節 策略聯盟的形成動機	11
第三節 影響策略聯盟形成之因素	19
第四節 策略聯盟的類型	25
第五節 國內外醫療產業策略聯盟類型文獻	33
第六節 醫院策略聯盟經營之優缺點	56
第七節 文獻回顧之啟示	63
第三章 研究設計與方法	65
第一節 研究架構	65
第二節 研究假設	66
第三節 研究對象	67

第四節 研究變項定義及衡量	68
第五節 研究材料與資料蒐集	79
第六節 資料分析方法	80
第七節 研究限制	82
第四章 研究結果	83
第一節 描述統計分析	83
第二節 推論性檢定分析	117
第五章 討論	141
第六章 結論與建議	146
第一節 結論	146
第二節 建議	148
參考文獻	150
附件	157