

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 成果報告
 期中進度報告

醫院體系組織研究：

統轄、社會資本、環境與績效之最適配模式分析

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 98-2410-H-039-006-MY2

執行期間：2009 年 08 月 01 日至 2011 年 07 月 31 日

執行機構及系所：中國醫藥大學醫務管理系

計畫主持人：林妍如

共同主持人：石曜堂、李明輝、林子忻、林正介、林宏茂、林金賢、
林雍凱、姚鈺、袁樂民、陳德宗、陸希平、黃仁杰
(按姓名筆劃排序)

計畫參與人員：(參與學生-兼任助理臨時工)

胡雅玲、方致超、許惠敏、陳芳敏、吳筑華

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本計畫除繳交成果報告外，另須繳交以下出國心得報告：

- 赴國外出差或研習心得報告
- 赴大陸地區出差或研習心得報告
- 出席國際學術會議心得報告
- 國際合作研究計畫國外研究報告

處理方式：除列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

中 華 民 國 100 年 10 月 22 日

目錄

計畫中文摘要.....	3
計畫英文摘要.....	4
前言.....	5
研究目的.....	6
計畫重要性.....	6
文獻探討:研究理論與研究架構.....	6
研究方法.....	11
研究結果.....	15
討論與結論.....	20
參考文獻.....	21
國科會補助專題研究計畫成果報告自評表.....	28

計畫中文摘要

近年來，為確保醫院組織的生存及利潤，醫院業者漸漸嘗試以多元化、多定點的大型化醫院體系擴張策略來維持及開發客源，以期創造組織經營佳績。組織權變理論學家指出--管理沒有四海皆準的原則，而組織績效有賴於同時檢視組織內部結構與外在環境之適配性。

因此，本研究從醫院體系為分析主體，針對醫院體系之統轄結構、社會資本、環境與績效等變項，進行最適配模式分析，具體研究目的包括：

1. 探討台灣醫院體系內，醫院成員間之統轄結構設計；
2. 探討台灣醫院體系內，醫院成員間之社會資本關係；以及
3. 建立台灣醫院體系之統轄結構、社會資本、環境與績效之最適配模式。

本研究以單一權屬(ownership)或是契約管理(contract management)所組成的二家或二家以上的醫院體系為研究樣本，根據衛生署公告醫療院所名單中，經由本研究室前期多年國科會專題計畫調查所得，以及近年醫院體系所新增的體系醫院成員，以 2009 年底為止，已成形之 34 個台灣醫院體系、178 家成員醫院(含 163 家急性醫院、15 家精神專科或慢性醫院)進行研究。為考量服務類型之差異性(經營策略與病患族群)，以及資料取得之完整性，因此本研究最終以台灣醫院體系之 155 家急性成員醫院為研究樣本，來了解 1) 台灣醫院體系之成員醫院，與其成員夥伴之統轄結構設計；2) 台灣醫院體系之成員醫院，與其成員夥伴之社會資本關係；以及 3) 台灣醫院體系之成員醫院，其所處環境、統轄結構、社會資本與績效之最適配模式。研究結果發現，台灣醫院體系內之成員醫院統轄結構以分權共享的統轄結構模式居多(78%)，且機構成員醫院對體系成員互動信任等社會資本之平均值為 3.68，高於 3 分的中間值。再者，本研究發現在個別環境區塊中，成員醫院之統轄結構與社會資本組合模式，與其成員醫院之純技術生產效率以及評鑑表現等績效指標上，並無統計顯著相關性($p>0.05$)。

關鍵字：醫院體系、統轄結構、社會資本、組織績效、組織適配分析

Abstract

Hospital providers have been devoted to expansion strategies to build the large-scale hospital systems for potential advantages in organizational survival and profits. Contingency theorist argued that there is no one best way to manage an organization. And the best way to run a business lies on the fit of organizational internal structures and external environments.

This is a two-year project which is aimed to examine the fitting relationship of governance, social capitals and environments to performance in Taiwan hospital systems. The detailed study purposes include:

1. to examine the governance structures in hospital systems and their hospital members;
2. to examine the social capitals in hospital systems and their hospital members; and
3. to establish the fitting models of the internal structures and relationships of governance and social capital with environments for hospital systems' performance.

Hospital systems were characterized as two or more hospitals with unified ownership or corporate management. Based on the previous studies and official record of Health Department, Taiwan by 2009, 34 hospital systems with 178 member hospitals (i.e., 163 acute hospitals and 15 chronic or psychiatric hospitals) were identified. One hundred and fifty-five acute member hospitals with the complete data were included in this study to explore their governance and social capitals and the fit of organizational environments, governance, social capital, and performance. It was found that 78% of member hospitals were designed as centralized governance structure and had their social capitals with the average of 3.68. Moreover, it was found that under the six administrative areas derived from the payment system of Bureau of National Health Insurance, member hospitals' governance structure and social capitals were not related to their efficiency and hospital accreditation ranking ($p>0.05$).

Keywords : hospital system, governance, social capital, organization effectiveness, organizational fitting analysis

前言

近年來，台灣醫院業者正進行擴張策略來提供消費者更多元化的健康及醫療照護服務，而醫院體系(hospital systems)的建立，即為醫院業者進行成長或擴張策略下之產物。醫院體系(hospital systems)係指以單一權屬(ownership)或是單一機構進行契約管理(contract management)所組成的二家或二家以上醫院所組成之醫療體系(Reardon and Reardon, 1995)。以體系(system)方式來建立多組織體系，可以採用自建(internal development)、合併及收購，或是接管(takeover)方式為之(Hitt, Ireland, & Hoskisson, 1997)。

醫院體系(hospital systems, multi-hospital systems)係為組織水平整合之一種方式，1970年代開始，美國醫院產業即開始進行醫院體系建立，水平整合通常被視為可以增加組織的規模經濟、降低重複或閒置資源、改善組織自身效能、降低競爭壓力、增加市場範圍及佔有率、增加組織對外界支付者議價能力，以及期待有較佳的照護品質(Greene, 1992; Higgins & Meyers, 1987; Robinson, 1996; Taylor, Porper, & Manji, 1995)。雖然水平整合有學理上的理論優勢，然而一些研究指出體系醫院不見得可以如所預期地來改善病患照護品質(Markham & Lomas, 1995)，甚至研究指出整併後的醫院體系，其服務成本價格增加、員工士氣低落，以及文化衝突等等，也造成35%員工被裁撤，以及71%管理者離職(Greene, 1992)。

目前國內針對醫院業者的主題研究仍著重於以「單一機構(醫院)」為分析單位(unit of analysis)，以及較屬於早期研究，然而面對實務界醫院生態轉變，這樣的分析模式在起始點的界定上忽略了體系(system)或組織網絡(network)所呈現的多機構安排(multi-institutional arrangement)之特性，更無法反應出其間成員的動態互動關係。再者，國內、外學術領域所針對的醫院體系研究，較傾向了解在醫院體系或非醫院體系之醫院，其經營策略、行為與績效等方面之差異比較(for example, 黃旭全、許怡欣, 2003; Bazzoli et al., 2000; Li et al., 2008; Younis, Younies, & Okojie, 2006)。然多機構之醫院體系經營的內部結構設計是相當多元與複雜的，而且各醫院體系其醫院成員所面臨的外在環境狀況亦不盡相同。組織權變理論學家(contingency theorists)指出—管理沒有四海皆準的原則，而組織績效有賴於同時檢視組織內部結構與外在環境。因此，從醫院體系整體著眼，進而了解體系內部醫院成員之互動模式與外在環境狀況，並針對多元的組織設計與外在環境進行適配分析(fitting analyses)，將可增加多機構經營模式知識體的建立，可作為醫院體系實務工作者在經營醫院體系時，在面對環境的現況下，進行組織結構設計、修正或變革。

研究目的

因此，本研究從醫院體系為分析主體，針對醫院體系之統轄結構、社會資本、環境與績效等變項，進行最適配模式分析，具體研究目的包括：

1. 了解台灣醫院體系之成員醫院，與其成員夥伴之統轄結構設計；
2. 了解台灣醫院體系之成員醫院，與其成員夥伴之社會資本關係；以及
3. 了解台灣醫院體系之成員醫院，其所處環境、統轄結構、社會資本與績效之最適配模式。

計畫重要性

醫院體系是相當複雜與多元的多機構組織體，包括了醫院體系中的多成員角色，以及成員間的結構設計及社會互動角色。Moscovice, Christianson, & Wellever (1995) 指出，要清楚地了解一醫療組織體系(system)的運作，最重要地是要了解其組織體系中的成員如何運作，並解釋該些不同的運作模式可能對組織體系表現的影響；而其中最重要的即是要了解組織如何被建構(structured)與共治(shared governance)。本研究從醫院體系著眼，了解其多元的子醫院成員，從巨觀面了解各醫院體系之建構及共治方式，並且從微觀的角度著眼，來了解各醫院體系內部之社會資本關係，並嘗試建立醫院體系與其醫療環境最適配模式。本研究結果可達成之價值及重要性包括：1)從學理角度，本研究可驗證組織理論與增加組織理論知識體系；以及2)從實務管理角度，本研究結果可提供醫療業者，特別是醫院體系經營者，在建構其醫院體系時，以最適配、有效的經營管理模式之參考。

文獻探討：研究理論與研究架構

組織策略學家，如 Child (1972)、Miller (1981)、Van de Ven and Drazin (1986)，以及 Tushman and Romanelli (1986)對於傳統的權變理論(contingency theory)提出批評，他們認為傳統的權變理論學者強調組織環境為組織結構設計的論述，是有論述限制的。這是因為組織策略學家認為組織之所以為現在它們所呈現的樣子，不只是因為外在環境所造成的，還在於組織人如何來制定策略與選擇適當的組織結構設計。Thompson (1967, p. 27)在他的著作「*Organizations in Action*」一書中更明白指出：「組織結構不只是簡單地由環境所決定；組織的管理者能夠在組織中各個層面作需要的改變，而這些改變能夠為組織人所接受並仰賴來進行組織運作。」策略管理學家亦明白指出「選擇的重要性」(importance of choice)

以及「操作者的自由度」(freedom of agency)(Child, 1972)。Pfeffer (1978)指出「組織結構是組織政治過程下的產物」(p.38)。Terreberry (1968)認為組織適應於外在環境的變化，其實是有賴於該組織本身是否能夠學習調整及改變。因此，從策略管理學家的論點觀之，在已知的外在環境下，組織能夠採用適當的組織設計來達到其目標及使用，並且確認組織的存活與利潤。

多機構的體系管理(system managements)對高階主管來說是相當複雜的，因為必須要嘗試去機構體系內的各子機構、重新定位體系內成員角色，適應外在環境的挑戰，以追求最終的組織效益。組織設計強調組織內權力、權威、責任、職責、訊息過程，以及決策角色等安排，並且思維如何將組織內部單位聯繫設計，以達成組織效益(Leatt & Leggatt, 1997; Leatt, Shortell, & Kimberly, 2000)，而組織設計也代表著如何將組織內的各單位進行水平與垂直的協調與整合(Lega, 2007)。機構體系管理通常強調如何將體系內之機構成員的有形與無形資源進行協調/聯繫，來達到體系的目標(Lasker, Weiss, & Miller, 2001)。舉例來說，Shortell et al. (2002)指出體系成員的協調、溝通、衝突管理等等為體系組織經營成功之要。Baxter, Levin, Legaspi, Bailey, & Brown (2002) 指出行政管理、臨床、財務，以及資訊系統等等之協調與統整，則為規劃體系或網絡組織之重要因素。因此，從管理巨觀與微觀的角度，本研究針對醫院體系內成員之統轄結構、社會資本關係、環境與績效關係，進行適配模式分析，期望藉由醫院體系適配模式分析，提供醫院體系經營者較有效、成功地管理其體系成員機構之參考依據

統轄結構設計 (governance)

對於一體系組織來說，建立「共享的統轄制度」(shared governance)是必須的。建立一共享的統轄制度有三個重要的因素(Porter-O'Grady, Hawkins, & Parker, 1997)：第一、健康照護是一種服務，而服務的不可分割性強調了服務點與病患間互動的重要性，換句話說，一整合組織功能的發揮有賴於各個成員互動互惠地來提供服務。因此老舊的片段式、各立門戶的組織決策結構模式，在一個講究提供連續性照護、多成員價值的整合組織來說已經不再適用；相反地，一體系組織強調是兼顧所有成員的需求、功能與責任，以一生命共同體的姿態出現。第二、醫療服務的提供是相當專業的，對於一體系組織中所存在的不同單位服務價值階段，需要的管理要求可能各異其趣。因此在管理一體系組織運作時，只單靠一體系組織中的某一利益關係人，如主導醫院單一業者來統籌一體系組織中的所有運作；或是只單靠某一專業經驗或知識來思考其它成員的運作，將使得一整合組織對其成員間的協調機制只側重於某一方的需求或利益，而將導致決策上的偏割。第三、體系業者必須要確實地體認到沒有一個成員能夠擁有、控制、或命令彼此，即使是在一個體系中具有緊密的結構關係也是一樣的。對於一體系組織來說，消費者的需求及各成員的需求必須在照護提供的同時即被確認；而當一體系組織中的成員一有改變（即退出或新進）時，在服務提供動

向或流程上必須要馬上作一補遞或分工。因此一體系組織中必須要存在一個共享的統轄機制，來統一規劃內部的成員運作(林妍如、萬德和，2007)。

Pointer & Ewell (1995)指出，要成功地經營醫療組織體系，則需要在體系與其醫院成員間建構清楚明確的統轄制度(governance)。Morlock & Alexander(1986)檢視醫院體系發現，體系醫院的統轄結構通常可分為三種，包括集權式的統轄結構、分權共享的統轄結構，以及分權幕僚式的統轄結構。以醫院為分析單位，Bazzoli 等(2000)學者指出，當醫院在中度集權化的醫院系統中，其醫院的財務績效比在高度集權化的醫院體系好；然醫院在低度集權化的醫院體系中，績效表現是最差的。而國內顯少針對醫院體系或醫院個體(洪正哲，1992)進行統轄結構設計討論之文獻。

社會資本 (social capitals)

人際關係的處理自古以來即是經營管理者老生常談的問題，但是卻也是最常被忽略的一環。對於一體系組織的領導者來說，考慮多方利益團體的需求則為處理多元結構形成的體系組織，在人際議題方面是一項相當困難的工作。最主要的原因在於體系組織成員內部的員工，仍對其原有組織主體存在著情感上的認同；而這種情感認同會夾雜著太多複雜的思緒/心理狀態，因此是相當不容易突破的。舉例來說，當一業者以併購的方式進行整合時，被併吞、收購的一方常常有種被打敗、被攻佔，甚至是失敗者的感覺；而採取併購的一方，則常以主導者、勝利者的姿態出現；在這種情況下，將會造成整合組織內成員間的溝通困難。而對於契約管理式的整合組織而言，既存的組織體藩籬很容易阻礙溝通的進行(林妍如、萬德和，2007)。

社會資本(social capital)在組織理論學理上，是一個複雜的面項，它代表著信任、合作以及認同等等認知與情感的因素，進而聯繫與維持體系組織內部成員的互動。一般來說，社會資本的概念可以由不同層次角度進行討論，舉例來說，過去學者曾藉由社會資本議題來探討員工職場成就(Lin & Dumin, 1986)、組織內的人力資源發展(Coleman, 1988)、高階主管的薪酬 (Belliveau, et al., 1996)、機構營運績效(Baker, 1990)、組織擴充/成長(Ostgaard & Birley, 1994)、產業創新(Aldrich & Fiol, 1994)，以及體系或網絡機構的管理(Florin, et al, 2003; Larson & Starr, 1993; Aldrich & Zimmer, 1986; Liao & Welsch, 2005)。甚至 Cohen & Prusak (2001) 指出社會資本是機構運作績效的重要關鍵因素之一，因為社會資本可以左右組織內員工訊息交換與分享，進而有效地解決組織內所產生的問題(Scott & Hofmeyer, 2007)，而 Bamford, Bruton, & Hinson (2006)亦指出，缺乏社會資本對組織來說是相當負面的。舉例來說，Cooke (2007)針對英國小型與大型的企業體進行研究發現，高績效企業體擁有最密集的社會資本。而將社會資本概念應用於醫療組織體系管理時，Johnson (1993) 亦指出當無法解決成員間的文化衝突與在成員間建立溝通管道時，將會造成體系組織的管理問題。Gilchrist (2006) 亦

指出當體系或組織網絡經營管理可以顧及彼此成員間的信任與相互尊重，包括人際間互動及情感投入，都將使多機構組織(multi-organizational systems or networks)產生最佳的經營狀態。Huerta, Casebeer & VanderPlaat (2006) 建議醫療體系或組織網絡可以鼓勵成員間建力信任與互重文化，這樣可以增進彼此成員間知識的分享，可藉此了解成功或失敗的經營經驗，促進成員學習；當然，這也需要組織賦予員工或組織成員權力(賦權)，鼓勵相互學習、組織成員間資源與權力的公平分配等等，以促進組織體系或網絡之營運效益(Gilchrist, 2006)。

環境因素 (environments)

環境在組織領域研究扮演相當重要的角色。傳統權變理論組織學家(contingency theorists)即強調環境為組織內部結構設計之驅動力，更強調環境與組織內部設計的適切性為達到組織經營績效之關鍵因素。Sisk & May (1986)亦指出醫療產業的管理者必須針對市場環境狀況，包括競爭力等等因素來發展適切的經營策略。一般來說，醫療產業組織研究通常從兩個環境層面觀之，一為科技環境(technical environments)，另一為制式環境(institutional environments)。組織的科技環境係指與組織直接相關之市場與產品環境，如市場結構(競爭力)、科技技術，以及市場人口學分布等等；而組織的制式環境係指組織所面對的社會文化與政治因素，包括大眾觀點、法律、政策，以及專業學會要求等等。環境因子例如市場競爭力、政府法規、保險政策介入等因素，在過去研究已經被實證發現對組織經營績效扮演重要的角色(Boles & Wan, 1992; Feldman et al., 1996; Wholey et al., 1995)。舉例來說，市場競爭狀況被視為與組織績效有關，包括成本的降低、服務效益的改善、服務品質的提升，以及較有效的資源利用等等(Garrett, Klonoski, & Baillie, 1993; Gonzalez & Rizzo, 1991; Hadley, Zuckerman, & Iezzoni, 1996; Higgins, 1991; Ortiz, Fottler, & Hofler, 2005; Smith & Lipsky, 1992; Tennyson & Fottler, 2000; Virzi & Piziali, 1994)。另外，根據美國醫院協會醫院資料分析指出，高市場競爭壓力下的醫院對於費用管控介入比低市場競爭壓力醫院來得高。

組織績效 (effectiveness)

組織績效常被用來做為評價一個組織的成功與失敗。在近十幾年來，實務者及學者開始嘗試從不同角度來思索組織的績效，希望突破傳統組織對績效的單面向評估模式。多面向的績效評估模式包括結構-過程-結果觀點、平衡計分卡觀點、整合臨床及行政管理效益觀點，以及利益關係人/選民觀點等等之模式(林妍如、萬德和，2007)。結構-過程-結果 (structure-process-outcome) 觀點首先由 Donabedian (1966) 所提出，其指出醫療照護的品質應三個角度談起，包括結構、過程及結果，而自此以後，此分類及其潛在的因果關係，廣被學者與實務工作者作為評估醫療照護的效能 (effectiveness) 工具。多方位的指標評估方

式在醫療業已廣泛被接受，舉例來說，國內的醫院評鑑的指標與方式，已經漸漸擺脫過去只側重的結構構面指標，如醫療儀器設備、人員數、書面資料等等，轉而兼顧病患照護中的流程以及顧客滿意作為要求。

1992年 Kaplan 及 Norton 的平衡計分卡 (balanced scorecard) 觀點，明述組織的財務績效是不足以為組織提供一整體性的績效概念，其指出績效評估系統的組織全面化概念，應導入顧客、內部流程及學習成長等構面導向的非財務績效指標，此即為績效的「平衡」概念。而整合臨床及行政管理效能觀點則意圖突破過往業者在經營運作上的單一生存、成本以及臨床品質導向的經營哲學，其目的在於整合臨床專業 (clinical people) 與行政管理 (administrative people) 的認知及績效差異 (Baker, 1998)；換句話說，當一個組織欲創造出絕佳價值 (superior value) 的產品或服務時，則必須建立在合理的成本 (reasonable cost) 以及無缺的品質 (impeccable quality) 上，而只有在同時兼顧臨床與醫療的價值時，才能帶給顧客最大的價值感受。

利益關係人/選民 (stakeholder/constituency approach) 觀點 (Tusi, 1990) 是組織管理領域最常用的組織績效評估思維，其強調組織效果 (effectiveness) 來自於一組織是否滿足其相關的利益關係人 (stakeholder) 的程度。組織利益關係人係指與一組織經營運作有關的個人、團體及機構。舉例來說，一醫療組織的經營者/資產所有權者、員工、與一組織有業務往來的債權人及供應商、顧客 (病患) 及社群，以及國家及地方衛生主管機關等等，皆可為一醫療組織的利益關係人。而各類利益關係人對於一組織來說，常常是具有獨特的、不同的期望或需求，如一組織擁有者重視財務健康，員工重視舒適的工作環境、高度的工作滿意等等，病患重視一醫療組織的服務提供是否具有一定的品質與合理的價格，債權人在乎借貸信用，供應商期望公平交易，政府期望業者對政策及法規的遵守，以及社會/國家期待業者應盡一份社會責任等等 (林妍如、萬德和，2007)。

文獻小結

組織權變理論學家 (contingency theorists) 指出—管理沒有四海皆準的原則，而有效的組織管理，有賴於同時檢視組織內部結構與外在環境；而策略權變理論學家更指出組織人制定策略與選擇適當的組織結構設計的重要角色。因此，從醫院體系整體著眼，進而了解體系內部醫院成員之互動模式與外在環境狀況，並針對多元的組織設計與外在環境進行適配分析 (fitting analyses)，將可增加多機構經營模式知識體的建立，亦可作為醫院體系實務工作者在經營整合醫院體系時，在面對環境的現況下，進行組織結構設計、修正或變革。

研究方法

本研究為二年期計劃，針對台灣醫院體系(hospital systems)進行組織研究，針對醫院體系內成員醫院之統轄結構、社會資本、績效與環境等變項，進行最適配模式分析，以了解台灣醫院體系的組織運作模式，並期望為體系醫院業者的經營運作找出標竿模式。

醫院體系之個案與其醫院成員

本研究定義之醫院體系(hospital system)，係指以單一權屬(ownership)或是契約管理(contract management)所組成的二家或二家以上的醫院體系(Hitt, Ireland, & Hoskisson, 1997)。根據衛生署公告醫療院所名單中，經由本研究室前期多年國科會專題計畫調查所得，以及近年醫院體系所新增的體系醫院成員，本次計畫以2009年底為止，已成形之34個台灣醫院體系、178家成員醫院(含163家急性醫院、15家精神專科或慢性醫院)進行研究。此34個台灣醫院體系之選取，除了考量目前台灣多家醫院組織結構正處於變動(轉型)時期，亦考量本研究變項量測資料之可得性。另外，因考量急性醫院與精神專科或慢性醫院之經營策略、病患族群，以及績效評估指標之差異性，因此本研究以台灣醫院體系之163家急性成員醫院為研究母群體進行研究，進行相關一級資料(問卷調查)及二級資料蒐集。

研究量測變項

本研究主要分為四種量測指標，包括體系成員醫院之統轄結構、社會資本、環境，以及績效指標。

1. 醫院體系之運作模式：統轄結構量測

對於一整合組織來說，如何建立所有內部成員的權屬關係，即統轄結構(governance)。統轄結構係指一整合組織中的所有成員(即利益關係人)間的關係，它被用來決定與控制一整合組織的策略方向與績效，同時亦可用來建立所有成員間利益的優先順序，並化解多成員間可能存在的利益衝突(林妍如、萬德和，2007)。因此，建立一個完整的統轄制度，將有助於一體系業者在一系列整合功能上的規劃及運作進行，以及確保整合後成員的新角色及責任可以完整發揮。本研究經由基本統轄結構模式(Morlock & Alexander, 1986; Pointer, Alexander, & Zuckerman, 1995)設計問卷，由各體系成員醫院之最高行政主管填寫，最後歸納出台灣醫院體系之主要兩類統轄結構：集權式的統轄結構及分權共享的統轄結構。集權式的統轄結構係指醫院體系之總部或母機構為最高決策點，而子機構並無設置院長或院長無實際行政管理決策權；分權共享的統轄結

構係指各子機構設置院長且院長具有一定程度之實際行政管理決策權。

2. 醫院體系之運作模式：社會資本量測

社會資本(social capital)在組織理論學理上是一個複雜的面項，它代表著信任、合作以及認同等等認知與情感的因素，進而聯繫與維持體系組織內部成員的互動。本研究之社會資本問卷題項選取本研究室前期所發展之具信效度之社會資本之信任、合作等情感因素(Lin and Wan, 2008)，共 11 題項，包括 1)當遇到問題時，各成員醫院會主動幫忙；2) 當有問題發生時，各成員醫院會視為是共同的問題，且不會互踢皮球；3) 各成員醫院不會斤斤計較誰付出的多或少；4) 各成員醫院會充分提供所需要的營運資料；5) 各成員醫院會按照協定的內容來行事；6) 各成員醫院在進行重大決策時會顧及彼此權益/利益；7)各成員醫院會尊重各院所作的決定；8)各成員醫院會事先告知有關彼此未來新發展的訊息；9) 各成員醫院會事先告知可能不利於對方的訊息；10)各成員醫院在溝通時非常重視資訊的分享；以及 11)各成員醫院在溝通時非常重視意見的交換與共識的達成等。本研究變項藉由問卷調查，由各體系成員醫院之高階管理團隊、各科主任、醫師進行填寫。所回函之問卷藉由平均值方式，先將各問卷之社會資本題項進行平均值計算出各回函者所評之社會資本分數，再以平均值方式聚集為各成員醫院在體系運作中的社會資本最終分數。接著再以中位數為界，將體系成員醫院區分為高社會資本與低社會資本成員醫院。

3. 醫院醫療體系之運作模式：組織外在環境界定

組織環境的界定在學術領域研究常有不同的定義。以國外醫療機構研究方面，組織環境的界定包括都會(Metropolitan)、縣市(county)、機構方圓里數、病患實際來源等等方式為之，對於多元的機構環境界定，過去學者也發現大多的環境界定方式是具高度相關的(Wong, Ahan, & Mutter, 2005)。而在國內研究領域，常見的機構環境界定包括縣市(county/city)、醫療網區域、健保區域、都會區程度等等方式，然目前國內對於組織環境界定之概念，似乎並太多的量測比較。

組織環境界定關係著一業者的經營策略與戰略，包括目標市場的界定、競爭者的競合等等。制式理論(Institutional theory)常被引用來解釋一組織如何反應其外在環境(Boons & Strannegard, 2000)，並且從內改變組織結構及流程，以符合外在的期望(Meyer & Rowan, 1977; Daft, 2001)與合法性(legitimacy) (Meyer & Rowan, 1977)。合法性係指一機構藉由被期望的、適當的，以及正確的行動來符合環境中圭臬(norms)、價值(values)以及信念(beliefs) (Suchman, 1995)。而台灣實施全民健保以來，有高達 99% 民眾受保，在實施醫院總額預算之後，各健保區域醫療業者的競爭關係，也較多著重在健保區域層級的競爭，且必須要符合支付者對機構要求的合法性(legitimacy)。因此本研究環境界定主要針對健保區域的環境界定，即台北區、北區、中區、南區、高高屏區，以及東區為界。

4. 醫院體系之運作模式：組織績效量測

組織中存在著各種利益關係人，但是似乎很難同時去滿足所有利益關係人之需求，在某些情況下，也許業者會發現當滿足一利益關係人之利益時，可能會折衷掉另一利益關係人之期望(Perrow, 1977)。在傳統醫療機構經營管理下，常以(生產)效率作為機構控制成本及達到盈餘之指標，而近年來台灣醫院評鑑制度也使得醫院在全面組織運作之醫療照護服務有了更多元的評核。因此，本研究以醫院生產技術效率及醫院評鑑評核兩指標作為本研究評核體系成員醫院之績效表現。醫院生產技術效率係同時考量投入與產出概念下而得，本研究中以各體系成員醫院的科別數、急性病床數、急診觀察病床數、總醫事人員數、總專科醫師證書數為投入項，而醫院之每日門診人次、每日住院人次、占床率為產出項。最終生產效率值再區分為有效率機構(效率值為1)，以及無效率機構(效率值 <1)。

而醫院評鑑評核分數係為體系成員醫院於最近一次之醫院評鑑成績為依據，共有26個公開題項，各題評量成績分為一般水準以上(本研究定為3分)、一般水準(2分)，以及一般水準以下(1分)。題項不適用於該醫院者評為「免評」。各醫院之評鑑評核分數最終以所有評核題項之平均值為之。接著再以中位數為界，再區分為高評鑑表現及低評鑑表現成員醫院。

所有組織績效變項資料係由衛生署公開之醫院基本資料、評鑑資料，以及業務資料(2009年度)等二級資料來獲得。

研究統計分析

資料包絡分析法(data envelopment analysis)為近十幾年來廣泛應用於公私部門或組織之效率分析，藉由同時考慮投入與產出概念，來了解部門或機構之生產力。資料包絡法起源於Charnes, Cooper, & Rhodes (1978)所提出的CCR模式，CCR模式假設所有分析單位(DMU)係在固定規模報酬下營運，其後Banker, Charnes, & Cooper (1984)將固定規模報酬之限制取消，提出BCC模式，此兩種模式為學界公認在DEA領域中最具有影響力且基礎之分析模型(吳濟華、何柏正, 2008)。在本研究中，為同時考量體系成員醫院之多元投入與多元產出前提下，因此選用資料包絡分析法來評定各體系成員醫院的績效表現，期望藉由各體系成員醫院之相對效率值作為績效指標。在資料包絡法的模式選取上，因為考量醫療機構稱生產模式並非為固定規模報酬，且在固定資源投入下，管理者可因管理、行銷或流程改造等等，來創造產出的效能，因此本研究以BCC產出模式進行各體系成員醫院之純技術效率分析，並藉由與總技術效率值(CCR模式)相比，求得各體系成員醫院之規模效率。資料包絡分析法係由DEA-Solver 7.2軟體操作。

當所有各體系成員醫院之純技術效率值與規模效率值分別被計算後，再以健保局各分局行政區域為環境區塊，即台北區、北區、中區、南區、高高屏、東區（及離島）作為區隔，其後分別於效率與無效率成員醫院群體中，分別列出該些成員醫院之統轄結構與社會資本組合分析。並藉由各有效率與無效率成員醫院群內之交叉分析（Fischer tests），來了解其統轄結構與社會資本組合與效率之關係。同理，成員醫院評鑑評核指標以中數值為界，將醫院分為高評鑑分數醫院(高績效表現)及低評鑑分數醫院(低績效表現)後，在各環境區塊中，藉由各高評鑑表現與低評鑑表現醫院群內之交叉分析（Fischer tests），來了解其統轄結構與社會資本組合與其評鑑表現之關係。此部份分析係由 SPSS18.0 統計軟體分析之。

研究結果

本研究以 2009 年醫院體系之急性成員醫院為分析單位，進行了解體系成員醫院之環境、統轄結構、社會資本與績效之適配性。為同時考量資料量測變項的完整性，於 2009 年 163 家醫院體系之急性成員醫院中，扣除各構面資料不完整之成員醫院，最終研究單位為 155 家體系急性成員醫院。該些急性成員醫院以地區醫院(59%)、公立權屬別(39%)為多。另外，成員醫院以位於中區為多(佔 27%)，其次依序為台北區、北區、南區、高高屏等健保局分區區域，以東區區域之急性成員醫院較少(7%)。

在統轄結構方面，成員醫院於體系中的運作結構以分權共享的統轄結構模式居多(78%)，成員醫院對體系成員互動信任等社會資本之平均值為 3.68(以 1-5 分計之，3 分為中間值)。詳細資料請見表一所示。

表一、台灣體系急性成員醫院之機構特性、環境、統轄結構、社會資本之描述性統計 (n=155)

變項	平均值	標準差	個數	百分比(%)
醫院評鑑等級				
地區醫院			92	59
區域醫院			46	30
醫學中心			17	11
權屬別				
公立			61	39
私立			50	32
法人 (財團、社團、公益)			44	28
健保區域				
台北區			31	20
北區			27	17
中區			41	27
南區			23	15
高高屏			22	14
東區或離島			11	7
機構統轄結構				
分權共享的統轄結構			121	78
集權式的統轄結構			34	22
機構社會資本 (1-5 分)	3.68	0.34	(中數值=3.66)	
高(S2)(3.66 分以上)			78	50.3
低(S1)(3.66 分及以下)			77	49.7

在體系成員醫院之組織績效，本研究係以各成員醫院之生產效率與評鑑表現為之。如表二所示，在成員醫院的投入項方面，平均提供 15 個科別數、有 327 張急性病床，以及 19 張急診觀察床；平均醫事人員 609 名，平均擁有 96 張專科醫師證書數。在成員醫院之產出項目方面，成員醫院平均每日 1,560 門診人次、平均每日 323 住院人次，以及平均 63% 佔床率。在經由資料包絡 BCC 產出模式分析，體系成員醫院之平均純技術生產效率為 0.79，22% 成員醫院屬於有效率醫院(技術效率值為 1)；而體系成員醫院之平均技術規模效率為 0.85，23% 成員醫院屬於有規模效率醫院(規模效率值為 1)。另外，有 29% 成員醫院屬於固定規模報酬，59% 為遞減規模報酬，而 12% 為遞增規模報酬。在評鑑表現方面，各成員醫院之平均評鑑表現為 2.39 分。

表二、台灣體系急性成員醫院之績效分析 (n=155)

變項	平均值	標準差	個數	百分比(%)
醫院生產技術效率				
投入項				
科別數	15.12	8.10		
急性病床總數	327.00	437.19		
急診觀察病床	18.66	29.19		
總醫事人員數	609.48	917.89		
總專科醫師證書數	96.05	149.56		
產出項				
每日門診人次(2009年度)	1560.9	2096.56		
	3			
每日住院人次(2009年度)	323.64	457.32		
占床率(2009年度)	0.63	0.23		
效率值				
純技術效率(BCC-O)				
	0.79	0.16		
無效率(效率值<1)			120	77.4
有效率(效率值=1)			35	22.6
規模效率				
	0.85	0.13		
無效率(效率值<1)			119	76.8
有效率(效率值=1)			36	23.2
規模報酬				
固定規模報酬			45	29.0
遞減規模報酬			92	59.4
遞增規模報酬			18	11.6
醫院評鑑評核表現(1-3分)				
	2.39	0.33	(中數值 2.36)	
高評鑑標準			78	50
低評鑑標準			77	50

當所有各體系成員醫院之績效表現分別被計算出且歸類後，即有效率 vs. 無效率，或是高評鑑表現 vs. 低評鑑表現，再以健保局各分局行政區域為環境區塊，即台北區、北區、中區、南區、高高屏、東區（及離島）作為區隔，進行座落於此六塊環境區隔內之體系成員醫院之環境、統轄結構、社會資本與績效適配性分析。

表三所示，於每一環境區塊中，將成員醫院劃分為是否具純技術效率之群體，並分別指出其內成員醫院之統轄結構與社會資本組合。藉由各有效率與無效率成員醫院群內之交叉分析發現，在個別環境區塊中，成員醫院之統轄結構與社會資本組合模式，與其成員醫院純技術效率表現並無統計顯著相關性 ($p>0.05$)。

表三、台灣體系急性成員醫院之環境、統轄、社會資本與純技術效率分析 (n=155)

環境區域	純技術效率	總機構數	GA-S1	GA-S2	GB-S1	GB-S2
台北區	無效率	19	10	5	4	0
	有效率	12	8	1	2	1
北區	無效率	21	9	9	1	2
	有效率	6	0	4	2	0
中區	無效率	32	10	14	3	5
	有效率	9	3	2	1	3
南區	無效率	20	6	10	3	1
	有效率	3	1	0	1	1
高高屏	無效率	20	8	10	1	1
	有效率	2	0	0	1	1
東區或離島	無效率	8	2	6	0	0
	有效率	3	2	1	0	0

1. 純技術效率以 BCC-產出導向模式評估。
2. 格中所顯示為機構數。
3. GA 代表分權共享的統轄結構；GB 代表集權式的統轄結構。S1 表低社會資本，S2 表高社會資本
4. 在不同區域中，醫院以純技術效率、統轄結構、社會資本進行交叉分析(第一層次為統轄結構與社會資本，第二層次為純技術效率)皆無統計顯著差異。

表四顯示成員醫院之環境、統轄、社會資本與規模效率分析，於每一環境區塊中，將成員醫院劃分為具規模效率與不具規模效率之成員醫院群體，並分別指出成員醫院之統轄結構與社會資本組合。分別針對具有規模效率與不具規模效率之成員醫院群內進行交叉分析發現，在個別環境區塊中，成員醫院之統轄結構與社會資本組合模式，與其成員醫院規模效率表現並無統計顯著相關性($p>0.05$)。

表四、台灣體系急性成員醫院之環境、統轄、社會資本與規模效率分析 (n=155)

區域	規模效率	總機構數	固定規模報酬	遞減規模報酬	遞增規模報酬	GA-S1	GA-S2	GB-S1	GB-S2
台北區	無效率	19	2	15	2	10	4	5	0
	有效率	12	11	0	1	8	2	1	1
北區	無效率	22	3	17	2	9	10	1	2
	有效率	5	5	0	0	0	3	2	0
中區	無效率	32	7	20	5	9	14	3	6
	有效率	9	7	0	2	4	2	1	2
南區	無效率	19	2	17	0	6	9	3	1
	有效率	4	3	0	1	1	1	1	1
高高屏	無效率	19	1	15	3	8	10	1	0
	有效率	3	2	1	0	0	0	1	2
東區或離島	無效率	8	0	7	1	4	4	0	0
	有效率	3	2	0	1	0	3	0	0

1. 格中所顯示為機構數。
2. GA 代表分權共享的統轄結構；GB 代表集權式的統轄結構。S1 表低社會資本，S2 表高社會資本
3. 在不同區域中，醫院之規模效率與規模報酬進行交叉分析皆呈現統計顯著差異。
4. 在不同區域中，醫院以規模效率、統轄結構、社會資本進行交叉分析(第一層次為統轄結構與社會資本，第二層次為規模效率)皆無統計顯著差異。

表五顯示成員醫院之環境、統轄、社會資本與其評鑑表現分析，於每一環境區塊中，將成員醫院劃分為具高評鑑表現與低評鑑表現之成員醫院群體，並分別指出成員醫院之統轄結構與社會資本組合。分別針對高評鑑表現與低評鑑表現之成員醫院群內進行交叉分析發現，在個別環境區塊中，成員醫院之統轄結構與社會資本組合模式，與其成員醫院評鑑表現並無統計顯著相關性($p>0.05$)。

表五、台灣體系急性成員醫院之環境、統轄、社會資本與醫院評鑑表現分析 (n=155)

環境區域	醫院評鑑	總機構數	GA-S1	GA-S2	GB-S1	GB-S2
台北區	高評鑑表現	13	8	1	4	0
	低評鑑表現	18	10	5	2	1
北區	高評鑑表現	12	4	5	1	2
	低評鑑表現	15	5	8	2	0
中區	高評鑑表現	22	7	8	2	5
	低評鑑表現	19	6	8	2	3
南區	高評鑑表現	11	3	5	2	1
	低評鑑表現	12	4	5	2	1
高高屏	高評鑑表現	11	4	5	1	1
	低評鑑表現	11	4	5	1	1
東區或離島	高評鑑表現	9	3	6	0	0
	低評鑑表現	2	1	1	0	0

1. 格中所顯示為機構數。
2. GA 代表分權共享的統轄結構；GB 代表集權式的統轄結構。S1 表低社會資本，S2 表高社會資本
3. 在不同區域中，醫院以評鑑表現、統轄結構、社會資本進行交叉分析(第一層次為統轄結構與社會資本，第二層次為評鑑表現)皆無統計顯著差異。

討論與結論

本研究以單一權屬(ownership)或是契約管理(contract management)所組成的二家或二家以上的醫院體系為研究樣本，根據衛生署公告醫療院所名單中，經由本研究室前期多年國科會專題計畫調查所得，以及近年醫院體系所新增的體系醫院成員，以 2009 年底為止，已成形之 34 個台灣醫院體系、178 家成員醫院(含 163 家急性醫院、15 家精神專科或慢性醫院)進行研究。為考量服務類型之差異性(經營策略與病患族群)，以及資料取得之完整性，因此本研究最終以台灣醫院體系之 155 家急性成員醫院為研究樣本，來了解 1) 台灣醫院體系之成員醫院，與其成員夥伴之統轄結構設計；2) 台灣醫院體系之成員醫院，與其成員夥伴之社會資本關係；以及 3) 台灣醫院體系之成員醫院，其所處環境、統轄結構、社會資本與績效之最適配模式。研究結果發現，台灣醫院體系內之成員醫院統轄結構以分權共享的統轄結構模式居多(78%)，且機構成員醫院對體系成員互動信任等社會資本之平均值為 3.68，高於 3 分的中間值。再者，本研究發現在個別環境區塊中，成員醫院之統轄結構與社會資本組合模式，與其成員醫院之純技術生產效率以及評鑑表現等績效指標上，並無統計顯著相關性($p>0.05$)。

雖然本研究已納入台灣 95% 體系急性成員醫院為研究對象，然本研究僅針對體系成員間的統轄結構、社會資本作為研究變項，在有限的變項及定義下，目前本研究並無發現集權/分權共享結構與情感信任社會資本在醫院體系之急性成員醫院的相關性。在醫院體系的統轄結構中應該選取集權或分權方式為之，其實並沒有個絕對的答案。Pointer、Alexander & Zuckerman (1995) 指出，一整合組織的規模、子成員的地理幅員分佈、子成員間的整合方式(例如自建、併購、合資、契約結合等等)、子成員所可能受限的法令規定(如公、私立、軍方等等)，以及整合組織年齡等因素，皆會影響統轄制度的規劃。然不管是分權或是集權，各委員會(總、子委員會)的角色功能皆需要明白地被訂定。Burns (1999) 提出兩極管理概念(polarity management)，指出一整合組織應用標準化及地方化同時來應用於經營理念中。標準化(standardization)強調一整合組織業者以完全統一、集中的方式來處理組織整體及其內部作業流程；而地方化(localization)強調注重個別成員或任務的差異、個別性，因此允許個別需求的產生。標準化與地方化的管理理念是一體兩面，通常適用於一組織規模龐大、生產線眾多，以及組織地理分佈幅員廣大時。其用意除了應用「標準化」的概念來增加一整合組織的效率外，並可利用「地方化」的概念給予整合組織中各別成員有更自主及彈性的空間，以符合個別子目標市場群所可能存在的差異需求(結錄自林妍如、萬德和，2007)。因此，未來研究應該朝醫院體系內部運作事務進行相關決策權之探討，以補足僅以集權分權統轄結構在實際決策運作之不足。另外，網絡學研究者 Burt (2001, 2005) 亦指出，社會資本是一種資源流(resources flow)，可以傳遞訊息、想法、資金、服務等等，在網絡成員間行程支持與社會控制。未來成員醫院的社會資本概念，可再藉由發展多構面概念來建構社會資本量測指標，包括社會資本的社會構面、關係構面以及認知構面(Nahapiet and Ghoshal, 1998)。

期望由本研究計畫開始，啟動台灣醫院體系之經營運作研究，未來將再佐以組織理論，繼續探索台灣醫院體系多機構關係之系列研究。

參考文獻

1. Aldrich, H. E., & Fiol, C. M. (1994). Fools rush in? The institutional context of industry creation. *Academy of Management Review*, 19, 645-670
2. Aldrich, H. E., & Zimmer, C. (1986). Entrepreneurship through social networks. In *The Art and Science of Entrepreneurship*. Edited by D. L. Sexton, & R. W. Smilor. Cambridge, MA: Ballinger Publishing, 3-23
3. Baker, W. (1990). Market networks and corporate behavior. *American Journal of Sociology*, 96, 589-625
4. Baker, J. J. (1998). *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*. An Aspen Publication
5. Bamford, C. E., Bruton, G. D., & Hinson, Y. L. (2006). Founder/chief executive officer exit: a social capital perspective of new ventures. *Journal of Small Business Management*, 44(2), 207-
6. Baxter, C., Levin, R., Legaspi, M. M, Bailey, B. E, & Brown, C. L. (2002). Community health center-led networks: cooperating to compete. *Journal of Healthcare Management*, 47(6), 376-88
7. Bazzoli, G. J., Chan, C., Shortell, S. M., & D'Aunno, T. (2000). The financial Performance of Hospitals Belonging to Health Networks and Systems. *Inquiry*, 37, 234-252
8. Belliveau, M. A., O'Reilly, C. A., & Wade, J. B. (1996). Social capital at the top: effects of social similarity and status on CEO compensation. *Academy of Management Journal*, 39(6), 1568-1593
9. Boles, M., & Wan, T. T. H. (1992). Longitudinal analysis of patient satisfaction among Medicare beneficiaries in different models of HMOs and fee-for-service care. *Health Services Management Research*, 5(3), 198-206
10. Boons, F., & Strannegard, L. (2000). Organizations Coping with Their Natural Environment. *Studies of Managements and Organizations*, 30(3), 7-17.
11. Burns, L.R. (1999). Polarity Management: The Key Challenge for Integrated Health Systems. *Journal of Healthcare Management*, 44(1), p.14-33

12. Burt, R. (2001). Structural holes versus network closure as social capital. In *Social Capital: Theory and Research*. Edited by N. Lin, K. S. Cook, R. Burt, N. Y. Hawthorne, & A. de Gruyter. 31-56
13. Burt, R. S. (2005). *Brokerage and closure: an introduction to social capital*. Oxford University Press.
14. Child, J. (1972). Organizational structure, environment and performance: the role of strategic choice. *Sociology*, 6(1), 1-22
15. Cohen, D., & Prusak, L. (2001). In good company. In *How Social Capital Makes Organizations Work*. Boston: Harvard Business School Press.
16. Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95-S120
17. Cooke, P. (2007). Social capital, embedded ness, and market interactions: an analysis of firm performance in UK regions. *Review of Social Economy*, 65(1), 79-
18. Daft, R. L. (2001). *Organizational Theory and Design (7th ed)*. New York: West Publishing Company.
19. Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44(Part 2), p.166-206
20. Feldman, R., Wholey, D., & Christianson, J. (1996). Effects of mergers on health maintenance organization premiums. *Health Care Financing Review*, 17(3), 171-189
21. Florin, J., Lubatkin, M., & Schulze, W. (2003). A social capital model of high growth ventures. *Academy of Management Journal*, 46(3), 374-384
22. Garrett, T. M., Klonoski, R. J., & Ballie, H. W. (1993). American business ethics and health care costs. *Health Care Management Review*, 18(4), 44-50
23. Gilchrist, A. (2006). Maintaining relationships is critical in network's success. *HealthcarePaper*, 7(2), 28-31
24. Gonzalez, M. L., & Rizzo, J. A. (1991). Physician referrals and the medical market place. *Medical Care*, 29(10), 1017-1027
25. Greene, J. (1992). The costs of hospital mergers. *Modern Healthcare*, 22(5),

36-38, 40, 42-43

26. Hadley, J., Zuckerman, S., & Iezzoni, L. I. (1996). Financial pressure and competition. Changes in hospital efficiency and cost-shifting behavior. *Medical Care*, 34(3), 205-219
27. Higgins, C. W., & Meyers, E. D. (1987). Managed care and vertical integration: implications for the hospital industry. *Hospital and Health Services Administration*, 32(3), 319-327
28. Higgins, W. (1991). Myths of competitive reform. *Health Care Management Review*, 16(1), 65-72
29. Hitt, M. A., Ireland, R. D., & Hoskisson, R. E. (1997). *Strategic Management: Competitiveness and Globalization*. 2nd edition. West Publishing Company.
30. Huerta, T. R., Casebeer, A., & Vander, P. M. (2006). Using networks to enhance health services delivery: perspectives, paradoxes and propositions. *HealthcarePapers*, 7(2), 10-26
31. Johnson, D. E. L. (1993). Integrated systems face major hurdles, regulations. *Health Care Strategic Management*, 11(10) 2-3
32. Larson, A., & Starr, J. (1993). A network model of organization formation. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 17, 5-15
33. Lasker, R. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 179-205
34. Leatt, P. L., Shortell, S. M., & Kimbrly, J. R. (1994). Organization Design. In S. M. Shortell & A. D. Kaluzny (Third ed.), *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. Chapter 10. Delmar Publishers Inc.
35. Leatt, P., & Leggatt, S. G. (1997). Governing integrated health delivery systems: meeting accountability requirement. *Health Management Forum*, 10 (4), 12-25
36. Lega F. (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health Policy*, 81(2-3), 258-79.
37. Li, P., Bahensky, J. A., Jaana, M., & Ward, M. M. (2008). Role of multihospital

system membership in electronic medical record adoption. *Health Care Management Review*, 33(2), 169-77.

38. Liao, J., & Welsch, H. (2005). Roles of social capital in venture creation: key dimensions and research implications. *Journal of Small Business Management*, 43(4), 345-
39. Lin, N., & Dumin, M. (1986). Access to occupations through social ties. *Social Networks*, 8, 365-385
40. Lin, B. Y. J., & Wan, T. T. H. (2008). Social Capital and Partnership Opportunities: Management Implication in Integrated Healthcare Networks. In L. A. Klein and E. L. Neumann (eds). *Integrated Healthcare Delivery*. NOVA, New York, USA.
41. Markham, B., & Lomas, J. (1995). Review of the multi-hospital arrangement literature: benefits, disadvantages and lessons for implementation. *Healthcare Management Forum*, 8(3), 24-35.
42. Meyer, J., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 340-363.
43. Miller, D. (1981). Toward a new contingency approach: the search for organizational gestalts. *Journal of Management Studies*, 18(1), 1-26
44. Morlock, L. L., & Alexander, J. A. (1986). Models of governance in multihospital systems. Implications for hospital and system-level decision-making. *Medical Care*, 24(12), 1118-35.
45. Moscovice, I., Christianson, J. B., & Wellever, A. (1995). Measuring and evaluating the performance of vertically integrated rural health networks. *The Journal of Rural Health*, 11(1), 9-21
46. Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital and the organizational advantage. *Academy of Management Review*, 23, 242-266
47. Ortiz, J., Fottler, M. D., & Hofler, R. (2005). Performance of health centers in networks. *Health Care Management Review*, 30(2), 126-138.
48. Ostgaard, T. A., & Birley, S. (1994). Personal networks and firm competitive strategy: a strategic or coincidental match? *Journal of Business Venturing*, 9,

49. Perrow, C. (1977). Three Types of Effectiveness Studies. In: Goodman, P.S., Pennings, J.M. and Associates. (ed.) *New Perspectives on Organizational Effectiveness*. San Francisco, Jossey-Bass
50. Pfeffer, J. (1978). The Micropolitics of Organizations. In M. W. Meyer ed. *Environments and Organizations*. P.29-50. San Francisco: Jossey-Bass
51. Pointer, D. D., & Ewell, C. M.(1995). Really governing: what type of work should boards be doing? *Hospital & Health Services Administration*, 40(3), 315-31.
52. Pointer, D. D., Alexander, J. A., & Zuckerman, H. S. (1995). Loosing the Gordian Knot of governance in integrated healthcare delivery systems. *Frontiers of Health Services Management*, 11(3), p.3-37
53. Porter-Ogrady, T., Hawkins, M. A., & Parker, M. L. (1997). *Whole-Systems Shared Governance: Architecture for Integration*. Chapter 2. An Aspen Publication.
54. Reardon, J., & Reardon, L. (1995). The restructuring of the hospital services industry. *Journal of Economic Issues*, 29(4), 1063-
55. Robinson, J. C. (1996). The dynamics and limits of corporate growth in health care. *Health Affairs*, 15(2), 155-169
56. Scott, C., & Hofmeyer, A. (2007). Networks and social capital: a relational approach to primary healthcare reform. *Health Research Policy and Systems*, 25(5), 9.
57. Shortell, S. M., Zukoski, A. P., Alexander, J. A., Bazzoli, G. J., Conrad, D. A., Hasnain-Wynia, R., et al. (2002). Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(1), 49-91.
58. Sisk, F., & May, J. J. (1986). Moving forward toward value: a new era in health care. *Healthcare Financial Management*, 40(11), 56-60
59. Smith, S. R., & Lipsky, M. (1992). Privatization in health and human services: a critique. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17(2), 233-253
60. Suchman, M. C. (1995). *Managing Legitimacy: Strategic and Institutional*

Approaches. *Academy of Management Review*, 20, 571-610.

61. Taylor, M. J., Porper, R. W., & Manji, S. (1995). The impact of horizontal mergers and acquisitions on cost and quality in health care. *Employee Benefits Journal*, 20(4), 16-19
62. Tennyson, D. H., & Fottler, M. D. (2000). Does system membership enhance financial performance in hospitals? *Medical Care Research and Review*, 57(1), 29-50
63. Terreberry, S. (1968). The evolution of organizational environments. *Administrative Science Quarterly*, 12, 590-613
64. Thompson, J. D. (1967). *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill
65. Tushman, M., & Romanelli, E. (1986). Organizational evolution: a metamorphosis model of convergence and reorientation. In L. Cummings and B. Staw (Eds.), *Research in Organizational Behavior* (Vol.7). Greenwich, CT: JAI Press.
66. Tusi, A. S. (1990). A multiple-constituency model of effectiveness: an empirical examination at the human resource subunit level. *Administrative Science Quarterly*, 35, 458-483
67. Van de Ven, A. H., & Drazin, R. (1986). The concept of fit in contingency theory. *Research in Organizational Behavior*, 7, 333-365
68. Virzi, L., & Piziali, L. (1994). Reducing costs and preserving physician choice: creating a partnership that works. *Journal of cardiovascular Management*, 5(4), 33-37
69. Wholey, D. R., Feldman, R., & Christianson, J. B. (1995). The effect of market structure on HMO premiums. *Journal of Health Economics*, 14(1), 81-105
70. Wong, H.S., Ahan, C., & Mutter, R. (2005). Do different measures of hospital competition matter in empirical investigations of hospital behavior? *Review of industrial Organization*, 26, 61-87.
71. Younis, M. Z., Younies, H. Z., & Okojie, F. (2006). Hospital financial performance in the United States of America: a follow-up study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(5), 670-8.

72. 吳濟華、何柏正(2008)組織效率與生產力評估：資料包絡法。前程文化。
73. 林妍如著，萬德和校閱 (2007) 整合性照護與管理：健康照護組織之價值創造。五南圖書出版股份有限公司。ISBN: 978-957-11-4617-1。 2007 年 2 月
74. 洪正哲 (1992) 醫院系絡變數、管理控制型態與組織績效關係之實證研究。國立陽明醫學院醫務管理研究所碩士論文。
75. 黃旭全、許怡欣 (2003) 不同權屬別連鎖型態醫療院所之經營策略調查。醫院，36:1，頁 19-26

國科會補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文：已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利：已獲得 申請中 無

技轉：已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）

對於學術研究、國家發展及其他應用方面貢獻

過去台灣研究鮮少針對台灣醫院體系進行完整系統性調查，以及嘗試了解台灣醫院體系之經營運作模式。本研究利用過去醫院間關係研究，進行台灣醫院體系經營運作之問卷調查及二級資料蒐集，先以體系統轄結構關係及社會資本著眼，了解其在不同健保環境區塊下的組織運作績效關係。以體系醫院之急性醫院成員為研究對象，本研究發現統轄結構與社會資本在各健保區塊下，非為組織績效(即生產效率及評鑑表現)之影響因素。在未來，期望繼續針對醫院體系，佐以組織理論與設計內涵，進行其他影響組織績效表現之關鍵因子進行探討，以了解台灣體系

醫院之運作內涵。

1) 對學術研究之貢獻

不論對國內或國外的學術界而言，大部份對於醫院體系研究仍多屬於個案經營實務分享；因此，經由本計畫實證研究分析，期能增加組織理論學方面的廣度與深度，並可突破傳統對醫療組織的分類模式。另外，本次研究計畫設計中，以醫院體系為分析主體，並針對其成員醫院進行分析了解，以了解體系醫院之各成員醫院之經營運作，提供多機構組織之組織設計參考。

2) 對國家及醫療業者經營管理之貢獻

回顧 20 世紀及展望 21 世紀，無論國內外都不難發現，政府、社會及民間對醫療服務的需求以漸漸使得醫療業者的使命與目標做相當程度的改變。從過去的權威式醫療照護到當今的以廣泛性 (comprehensive) 及持續性 (continuous) 的全民醫療保健服務為導向，從過去的醫療各自為政到現今強調的人力資源整合，從過去的封閉式管理到現今強調的開放式的資源整合等等，突顯了傳統組織型態可能遭受到的考驗，而暗示著體系組織的抬頭。一直以來醫院業者即為台灣醫療界的健康及醫療照護首要中心，完整的專業人力及醫療科技的現代化是消費者在選擇醫院就醫的重要考量。近年來，為確保醫院組織的生存及利潤，醫院業者漸漸嘗試以多元化、多定點的大型化或正式契約結盟的醫院體系或醫院組織網絡的擴張策略(expansion strategy) 來維持及開發客源，以期創造企業的佳績。因此，本計畫對於醫院體系的經營模式的實證研究，將有助於國家在全民健保制度下，醫院業者在其所屬之醫療區域環境(即健保行政區域)進行有效經營運作，期望可以整合醫療資源、降低醫療成本、並提供消費者最適化的醫療照護。

3) 其他應用領域

現代經濟學者指出，企業組織形成的目的在於降低成本，即透過內部化過程，以減少外部交易所產生的搜尋、談判、定約、執行、監控等成本。近年來組織管理的觀點及實務運作上，組織被視為開放系統；換言之，組織內部會不斷與外部互動而產生改變，包括由外部引進資源而成長。從另一方面來說，企業組織隨著業務的成長或消退，原本的核心工作也可能會逐漸產生組織的改造 (reengineering)、重設計 (redesign)、革新(rethinking)及減肥(downsizing)。因此，本計畫對於多元化的體系醫院經營模式趨勢探討，並利用實務研究方法，將有助於醫療業對於未來研究其組織策略轉型及標竿案例學習的參考。

期望由本研究計畫開始，啟動台灣醫院體系之經營運作研究，未來將再佐以組織理論，繼續探索台灣醫院體系多機構關係之系列研究。