

一、緒 論

1.1 研究背景

台灣公立醫院體系中除了國軍、榮民醫院系統外，署立醫院可說是最大的公立醫院系統。（行政院衛生署，1996，1997，1998）署立醫院之設立具有其時代意義，人民無法負擔興建醫院所需之大筆資金，故政府利用國民所繳納之稅收來興建各級公立醫療院所，署立醫院是政府遷台後初期台灣醫療界的中流砥柱，因其分佈均勻，數量較多，且為省屬公立醫院。在早期尚未面臨大型醫院競爭之時，署立醫院可說是全省各縣市的醫療中樞，在全民的健康維護與醫療服務上扮演極為重要的角色。

然而近年來，迅速變動的外在環境影響署立醫院甚鉅，外界環境包括醫療政策改變，保險制度興革，全民健保實施、社會環境變遷，醫療資源分配不均、醫藥科技發展與同業競爭等；尤其在民國八十四年全民健保實施後，台灣的醫療市場已進入統一給付基準的自由競爭時代。

署立醫院低廉收費的優勢已不存在，再加上署立醫院的組織結構未能因應醫療生態的變遷而做調整，人事及會計制度缺乏彈性，造成經營管理者在業務推行上的困難（星雙鈺，1997）；許多研究亦指出署立醫院的生產力及經營績效不及私立醫院（張慈桂，1992；魏慶國，1992；楊惠旭，1995；王昭月，1995）。雖然署立醫院負有社會政策與使命，除提供醫療服務基本責任外，兼具社會福利及公共衛生等政策責任（陳美蓉，1991；尤宜安，1991）。

但隨著各項保險政策之逐漸落實，以往公立醫院所負擔的一些特殊政策責任，如：社會救助、照顧中低收入戶…等，將一一解除，署立醫院在公務預算的補助下，所扮演的角色與功能逐漸引發民眾的疑慮，於是出現了“取消省立醫院

公務預算”(張錦文，1997)及“公立醫院民營化”(省政府衛生處，1998)的輿論；另一方面，在民間財團法人醫院以企業化經營理念加入醫療市場競爭行列後，強調營運績效與企業化管理，改變醫療產業結構，呈現醫院規模大型化、門診服務無限化，醫療機構民營化的型態，使得署立醫院面臨更多的壓力。如何改變署立醫院的經營模式，找出最適合可行的公立醫療機構民營化方式以及除了民營化以外，重新思考署立醫院的組織定位的功能。如何透過彈性策略的運用，在重重的法規限制之下，找出均衡福利性與政策性的最佳經營模式成為署立醫院高階管理者的最大挑戰與任務。

目前健保給付在費用管控上日益嚴苛，門診合理量的實施以及支付制度朝向總額預算、論人計酬制度發展，醫院在外部競爭與內部資源及成本方面勢必面臨更強大的壓力。

對於健保後省立醫院之經營策略許多學者紛紛提出可採行之策略及方案，其中陳麗娟在“台灣省立醫院營運績效與策略之研究”一文中(1998)提出以下四項規劃：

1. 醫院內部經營管理：包括推動 TQM〈全面品質管理〉活動等
2. 水平資源整合：包括聯合採購管理等方式。
3. 垂直資源整合：包括建教合作、慢性醫療機構延伸及多角化經營方式。
4. 公辦民營

在企業界的相關研究證實，企業在面臨市場上成長或獲利性的壓力之下可能進一步追求更廣泛多角化的活動(Christensen & Montgomery, 1981)。而 Rumelts’(1974)研究報告也指出對大多數的企業而言，多角化是組織用來避免在原來的產業領域中失敗機率增加的策略。醫院與一般企業性質不同，醫院經營的使命與宗旨並非只是追求利潤，而是以提供醫療照護服務為目標，故一般企業市場導向經

濟主張的法則，有時是難以全面適用於醫療產業。因此，更顯出良好的策略規劃以達成醫療整體經營目標的重要性。

署立醫院在如此競爭激烈的環境中，紛紛推行多角化經營方式或提供多樣化的醫療產品，以增加營運績效或達成其他總體性服務的目標。經由醫療相關專業的延伸擴大經營業務與服務對象（錢慶文，2000），或者採用多角化經營來創造異業合作契機以增加健保給付外之收入，已經成為醫療產業未來的發展趨勢（陳國團，2000）。

1.2 研究動機

在施行多角化經營的同時，許多署立醫院的經營者面臨了許多的困境以及種種的限制，張群昌、林震岩、張錦文（1992）以 19 家私立醫院進行有關多角化經營的研究調查指出：影響醫院採行多角化經營型態的可能因素包括：環境面、經濟面與經營面因素。

俞慧芸（1998）在“國公營事業開發新事業之困難與經營型態”之研究中亦指出國營事業開發新事業的三大限制：1、組織限制 2、策略限制 3、體制限制。

本研究有下列四個主要研究動機：

1.動機一

藉著對於目前全省署立醫院經營的現況以及其面臨之困境，做一完整詳細之整理及探討，以他人之經驗作為署立雲林醫院經營多角化事業之參酌。

2.動機二

利用限制理論的方法，系統化的定義出署立醫院推行多角化經營核心問題並找出問題間的因果關係，進而針對核心問題找出可行改善方案。

3.動機三

探討署立醫院的高階管理者在面臨如此變動不定的醫療政策之下，對於多角化經營的態度，以及將限制理論所找出之多角化核心問題影響程度、改善方案之可行性經由高層管理者的實際經驗與認知做一初步之了解及探索。

4.動機四

由於新事業的策略目標及動機不僅只是財務績效的考量，更加上其他許多的企業策略因素。Kaplan & Norton (1996)之平衡計分卡，兼顧財務構面與非財務構面之績效衡量，本研究藉由將平衡計分卡應用於醫院管理，在將策略與績效衡量連結之後，做為多角化經營策略下的新事業之績效評量工具。

1.3 研究目的

基於前述之背景與動機，本研究擬以署立醫院中經營綜合醫療業務的綜合醫院為研究對象，藉由限制理論的邏輯思考程序來探索醫療環境變遷下，署立醫院從事多角化經營的現況、困境、限制因素以及未來的目標，並且對署立醫院發展多角化經營規劃提供一些實證經驗，期望能利用署立醫院現有優勢，將有限之醫療資源做最有效之運用，邁向自給自足、健全發展、永續經營的目標。故本研究之目的如下：

1. 藉由親自參訪各署立醫院，並與現場醫護人員進行訪談，試圖由訪談中整理出目前署立醫院實施多角化經營的現況；以及所遇到的問題。
2. 親自訪談各署立醫院的高階主管或者醫院管理中心的人員，試圖瞭解醫院管理階層對於政府醫療政策的臆測及反應以及對於多角化經營的態度和認知。
3. 依限制理論系統化的邏輯思考觀點，「什麼需要改變？」「要改變成什

麼？」以及「如何改變？」三大步驟及五種思考程序（現況樹、撥雲法、本來樹、條件樹、轉移樹）等，將文獻探討以及深度訪談所得的資料，綜合整理出署立醫院多角化經營的核心問題、改善方案、有利條件以及未來目標，並逐步規劃出未來可能的理想狀態。

4. 針對限制理論中所提出的各種假設及相關因素，設計出完整的問卷將署立醫院多角化經營種種相關問題陳列。藉以收集署立醫院高層管理者的思考方針、瞭解署立醫院多角化經營現況及高階主管面臨經營環境變遷之體認與因應。

1.4 章節架構

論文內容共分為五章，各章節內容如下：

第一章：緒論---包括研究背景、研究動機、研究目的以及章節架構

第二章：文獻探討---包括署立醫院經營現況分析、署立醫院之經營策略、醫院多角化經營策略、限制理論及其應用、平衡計分卡理論及其應用

第三章：研究方法---包括研究流程、研究方法分析以及研究限制

第四章：限制理論應用架構

第五章：結果與討論

第六章：結論與建議

二、文 獻 探 討

2.1 署立醫院經營現況分析

由署立醫院最先設立的宗旨及目的，到現在的經營概況以及經營上所面臨的種種問題，做一系列相關的文獻探討；以便進一步了解，如何在經營策略及經營管理上大幅改變，才能夠符合署立醫院設立之宗旨。

2.1.1 署立醫院設立宗旨

政府爲了方便人民就醫，照顧中低收入患者及配合地區人口分佈，抑制醫療費用及均衡醫療資源之分佈，以期人民能充分獲取醫療照護，於是設立了公立醫院（莊雙喜等，1996）。以省立醫院之設立目標而言，兼具醫療公共衛生之使命，其範圍應涵蓋下列各項（省衛生處，1998）：

- (1). 提供醫療服務
- (2). 配合社會福利政策，照顧低收入患者及其他弱勢團體
- (3). 制衡醫療費用上漲
- (4). 平衡地區醫療資源
- (5). 支援基層醫療及公共衛生工作，收治法定傳染病患者等
- (6). 在經濟上以服務導向，而非以營利爲目的
- (7). 著重社區服務，並負擔部份教學研究工作

現今省立醫院的使命與任務，與早期省立醫院之設立理由雖有所改變，但是就目前而言，這些使命與任務似乎也並非每一項都具有支持省立醫院存在之價值（許績偉，1999）。

例如，第一項提供醫療服務，署立醫院的醫療服務量評估全台灣醫療服務量的 10% ，似乎醫療服務不一定要由署立醫院來提供。另外在全民健保實施以後已

經促使一些原本無力就醫的民眾也能夠得到醫療的服務，因此私人醫院一樣可以照顧低收入患者及其他弱勢團體；由此種種看來，署立醫院之使命與醫療服務之提供並不能夠完全成為支持其繼續存在的理由。然而在重大醫療政策的推行及平衡地區醫療資源、醫治路倒或難以醫治及法定傳染病的病人，以及負有社會政策責任上，又不能完全抹殺署立醫院所肩負之功能，因此對於署立醫院是否應全部民營化，抑或是選擇性的繼續經營等問題，目前成為醫政當局者的重大難題，而政策上的搖擺不定也造成許多署立醫院的管理者不敢貿然施行經營上的政策及變動，此點於第五章將繼續討論。

2.1.2 署立醫院概況

現有省立綜合醫院二十一家，分院四家，慢性病防治局一家，下轄慢性病防治院三家，精神療養院五家，麻瘋病療養院一家，共計三十五個單位，分佈在全省二十一個縣市。而目前正籌建中者有省立雲林醫院荷苞山分院、省立台北醫院雙和分院、省立桃園醫院新屋分院、省立台東醫院成功關山分院、省立台南醫院新化分院等。省衛生處曾經統計以下之相關資訊：

- (1). 目前省立醫院醫師編制員額計有 1727 人，但現有醫師總數僅有 968 人，醫師平均缺額率高達 44%〈省衛生處，1998 年 4 月〉
- (2). 在醫院評鑑等級方面，計有準醫學中心一家、區域醫院四家、地區教學醫院十二家、地區醫院四家、精神專科醫院四家。
- (3). 省立醫院病床約佔全省總病床數一成左右，其中省立醫院與公私立醫院床數比例以新竹市最高〈44.1%〉，嘉義縣次之〈21.49%〉，雲林縣為第三高〈19.65%〉，而高雄縣為最低〈2.97%〉
- (4). 於 84-87 年度省立醫院平均住院人日呈現下降趨勢，87 年度平均住院人日為 44358 人日

- (5). 於 85-87 年度省立醫院營運收入呈現下降現象
- (6). 省立醫院規模雖各有不同，但組織型態則相似，均設有院長、副院長、其下再設各醫療及行政科系。省立醫院院長與一般私人醫院不同者，其下並無專司醫院管理之關係單位，經營成效只須向省衛生處負責，形成所謂「責任經營制」（台灣省政府衛生處，1998）

2.1.3 署立醫院面臨的問題

由於一般人對署立醫院的印象大多為醫師只顧求取高所得，大多在外兼差、開業、置病人於不顧；另外更有醫師開藥浮濫、醫療品質不佳、服務態度不好，醫院老舊、衛生環境不好、行政效率低等〈張景年，張錦文，1997〉種種負面印象。整合說來，署立醫院在經營上，面臨以下之困境：

1. 人事制度方面

- (1). 員額設置標準，不論規模大小，適用同一標準（張錦文，1997）
- (2). 人事行政局將公立醫療機構之醫事人員界定於文官制度之一環，其作用、管理等均須符合公務人員相關規定；致選、晉用人才困難（賴進祥，1994）
- (3). 院長無人事豁免自主權，無法完全掌控人事規則（張錦文，1997）
- (4). 人事升遷管道狹窄，缺乏完整人力資源規劃與人才培育計劃（賴進祥，1994）
- (5). 缺額遞補費時冗長，醫院組織編制之擴充及縮減均須透過層層行政程序提報始能變動，缺乏彈性（賴進祥，1994）
- (6). 職位分類不當，獎勵金制度不夠完善，影響人員士氣（陳振興，1998）

2. 財務制度方面

- (1). 公務預算的審核缺乏時效性與總體的規劃（石美春，1996）

- (2). 公務預算制度有其預算管理模式，無預算管理實質功能。實施多年均未見其建立完善的會計制度，缺乏內部控制及成本分析（黃琬雅，1992）
- (3). 財務制度不全，無法提供夠質夠量的資訊來協助管理決策（陳琇珍，1992）
- (4). 預算編列、執行控制均須受會計法、審計法等限制，作業時間冗長且流於形式，缺乏計劃（林澤森，1991）
- (5). 省立醫院資產未完全提列折舊，正式人員人事費用編列於公務人員預算，故從基金損益無法完全瞭解營運狀況。（許靜文，1995）

3. 管理制度方面

目前署立醫院礙於人事、會計、採購及監督系統等政令之限制，醫院無法靈活運作，加以公務員「鐵飯碗」的心態，使工作流程缺乏合理化、效率化，工作態度亦未以服務病患為導向（洪燕妮，1994）。

張錦文〈1986〉在其「省立醫院經營企業化之可行性及具體方案」研究中指出，省立醫院管理制度無法健全之原因如下：

- (1). 院長均用醫師擔任，行政醫療集於一身，顧此失彼。且院長未受醫院管理專業訓練，管理知識缺乏，而對龐雜醫院作業體系有無力感
- (2). 400 床以上省立醫院應增設一名行政副院長，目前仍用醫師擔任，形同虛設，無法發揮領導功能
- (3). 省立醫院行政人員學歷偏低，行政部門主管多缺乏醫院管理專業訓練

嚴建臧〈1987〉亦在其論文「省市立醫院連鎖經營之研究」中指出，省市立醫院經營之弊病如下：

- (1). 組織型態為平頭式，控制幅度太大，無法發揮分層負責及授權，且升遷機會減少，本位主義加重

- (2). 人事及會計均受公務人員任用系統直轄及調任，醫院無法有效控制
- (3). 管理未上軌道
- (4). 醫師不足
- (5). 員工抱公務人員心態，缺乏憂患意識

經由以上研究可了解到署立醫院所存在的問題，許多來源皆根源於體制上的約束產生，當署立醫院被視為公務機關時，所有人事、會計制度皆無法跳脫現有行政機關相關法規之規範。署立醫院在現行制度上想要施行多角化經營，改善營運績效，唯有找出限制因素，加強服務品質，彈性應用現有之資源並採行適當的改善方案。

2.2 署立醫院之經營策略

在文獻探討中可以發現影響署立醫院的經營策略有以下幾項主要因素：

1.全民健保之影響

李妮貞〈1995〉於「醫院因應全民健康保險之可能策略調查研究」一文中指出，醫院因應全民健保實施後之可能策略分為三大類：

- (1). 組織內：包括增加服務量、加強人力資源管理、加強財務管理、加強成本意識、運用行銷策略、運用保險申報之投巧轉換、調整組織架構、結束全院業務、轉讓他人、改變管理制度等。
- (2). 組織間：包括加強與其他照護機構之聯繫、垂直整合、水平整合、多角化經營等。
- (3). 改變外界環境之策略：包括參與醫院間聯合爭取健保相關法律訂定之活動，爭取擴大醫療給付項目、爭取教學成本、爭取支付標準之合理修訂、積極參與全民健保法的相關會議、積極爭取

成為醫療費用協定委員會之委員。

劉淳儀〈1997〉在全民健康保險特約醫院經營策略之研究結果發現，樣本醫院在全民健保後，新實施的經營策略最多之前五名為：

- (1). 積極改善保險申報之核檢剔除率
- (2). 關注部份負擔政策實施之方法
- (3). 關注醫藥分業階段實施之變化及早因應
- (4). 加強保險申報技巧及作業
- (5). 積極參與全民健保法的檢討會議

2.省衛生處之影響

另外，省衛生處亦曾針對省屬醫院規劃所謂的「省立醫院組織再造方案」等經營策略。一方面在現行法令規定下對人事、會計、採購等制度做體制內再造，例如：支援合作、區域聯營、開放設施等；另一方面擬定公辦民營經營模式以作為長期策略之藍圖，期能提昇營運績效的目標，其主要內容有：(省衛生處，1998)

- (1). 營運管理再造：包括發展目標策略，資源整合及推動全面品質管理(TQM)。
- (2). 會計財務再造：採行醫療院所預算一元化、政策任務價格化、推行管理會計。
- (3). 人力資源再造：員額編制彈性化、人員進用靈活化、績效考評、建立經營責任制、明定合理之升遷、考核、調任及獎勵制度。
- (4). 資訊系統再造：包括資訊作業標準化、醫院管理資訊化、管理決策支援系統、網路整合等。

省立醫院組織再造主要在提昇省立醫院之經營績效，另外亦研擬「台灣

省立醫療機構公辦民營辦法」，以爲省立醫院公辦民營之依循辦法，其中擬定「公設財團法人」及「委託經營」兩種方式。

3.衛生署之影響

前衛生署中部辦公室主任楊漢淙先生亦於 1999 年所發表「衛生署所屬醫院再出發」一文中，提出署立醫院未來經營策略如下：

- (1). 目標管理：爲有效提升績效，採「目標管理」來執行，採取甚多指標來監控與分析，諸如：在業務收入方面係以勞務收入來比較，而不以總收入來看，避免不必要的檢驗或用藥等。
- (2). 檢討市場區隔：考慮以「市場區隔」來調整經營方向及服務內容。
- (3). 漸進式多元化經營：爲提升效率，多元化經營爲必然的做法，以漸進方式推動，並考量所屬醫院之規模、功能、地點及經營績效採取不同作法與進度，其方式如下：
 - <1> 規劃或興建中的醫院，因無涉及人員委置問題，可優先民營化
 - <2> 營運中的醫院加強輔導，提升服務品質
 - <3> 對於經營績效差之醫院或醫師羅致困難之醫院，特以合作經營或委託經營方式來進行，甚或調整醫院功能，朝多元化方式來經營，如增設護理之家床位等，使所有設施發揮功能
- (4). 成立醫院經營委員會
- (5). 加重績效獎勵
- (6). 訂定各類人員合理比例：醫師人力不足時，必須開發新的業務，創造服務及績效，醫院有新增業務時，儘量採人力外包，以不增加編制員額爲原則
- (7). 以貸款代替補助
- (8). 自醫療收入提撥一定比例之人事費用

(9). 品質管理

(10). 推動多元化長期照護服務：為因應人口老化之老人照護需求，以多元化經營鼓勵所屬醫院利用多餘的院舍設置長期照護設施。如護理之家、日間照護中心、居家護理、老人照護諮詢、服務單一窗口、失智者照護中心及輔具租借展示中心等，並朝多元化經營

(11). 重塑形象

(12). 內部合作

2.3 醫院多角化經營策略

本研究參考張群昌先生（1993）於「私立醫院對多角化經營策略態度之研究」一文中所提議之解釋，即所謂「多角化經營」乃指「投入和以往的事業須區域有所不同的新事業範圍，而此新事業可能與原有之事業具有相關或無關之聯繫」將多角化經營採取廣義解釋：認為多角化經營應包含他業投資、垂直整合、本業升級乃至於資金之自主調整運用，以及企業對現有人力及資源的多元化運用。

2.3.1 醫療業採行多角化策略之動機

1. 私人院所

張群昌(1992)於研究中提出國內私立醫院採行多角化策略之可能因素舉例如下：

(1). 環境面因素

<1> 目前的保險制度

<2> 台灣地區疾病型態之轉變

<3> 政府醫療政策

<4> 民眾對醫院的期望需求及態度之轉變

(2). 經濟面因素

<1> 降低住院日

<2> 增加醫院收入，穩定醫院財源

<3> 掌握經濟規模，降低固定成本

<4> 發展整合性服務

(3). 經營面因素

<1> 提昇醫院公共形象

<2> 利於行銷之推展

<3> 增加醫護人員及設備的使用效率

2.公立醫院

在公立醫院方面，採行多角化策略的動機，經文獻探查整理如下：

- (1). 有效運用既有的核心資源，發展新的業務範疇（沈意如，1998）
- (2). 引入民間企業化經營之活力及概念（楊漢淙，1999）
- (3). 對於醫師羅致困難之醫院，調整醫院功能，朝多元化方式來經營（楊漢淙，1999）
- (4). 使所有醫療設施發揮功能（楊漢淙，1999）
- (5). 重塑形象（楊漢淙，1999）
- (6). 因應人口老化照護需求（楊漢淙，1999）
- (7). 利用多餘的院舍（楊漢淙，1999）
- (8). 民營化前，眾多國營事積極推動多角化，其目的大抵是為了吸收冗員（李坤林，1998）
- (9). 發揮護理的人力及適應公立醫院醫師大量流失的困境（衛生署，1997）

2.3.2 醫院多角化經營成功的關鍵

美國醫界從事各種不同型式的多角化已有一段時間，其中有許多醫院並未達到預期的理想，根據研究和文獻敘述發現醫院多角化經營成功者有以下一些關鍵因素：

- (1). 確定新事業能支援中心原有事業的任務，而中心事業應全力支持新事業的發展。(James. k. Simon and Barbara A. Cohen，1989)
- (2). 新事業和中心事業應聯營以產生槓桿的力量，新事業將因醫院所帶來的更多機會和客源而較易獲得成功。為達成這樣的效果，醫院人員可能須培養新的技能，管理者也須增加其他的管理專業知識以處理新的顧客需求。(Jan p. Clement，1988)
- (3). 嚴密的財務和市場評估：成功多角化的標準包括二個：一是這項投資本身的財務發展能力，二是它對醫院整體的財務發展及策略目標的達成有多少程度的貢獻，因此必須嚴密的評估以防止錯誤的投資。(Jan p. Clement，1987)
- (4). 尋求分攤風險：可透過合資、合夥以及契約關係來進行，不一定要內部發展或掌握新事業的所有權。若採取分散合作的方式，聯合二家或二家以上的組織可使彼此間的技術和資源能夠互補，提供給顧客最有吸引力的產品或服務。(Wende L. Fox，1989)
- (5). 新事業的管理架構應依照其本身的需求：它應奠基於新事業的營運文化及其自身需要的型式，使它在醫院的政策和決策結構外有獨立運作的能力。
- (6). 須跟得上顧客的需求：因為滿意的顧客將對新事業的形象和行銷大有助益。(Alan H. Rosenstein，1986)
- (7). 將集權與分權的策略規劃組合在一起：實施多角化較成功的醫院是

透過將集權與分權組合的途徑來完成策略規劃。

- (8). 進行與原事業相關的多角化活動：愈相關的多角化和愈熱衷的新服務、新市場，在人力資源、技術、能力及經驗上較能與原事業相通及互補，較易獲得成功。(Stephen M. Shortell, 1989)
- (9). 各事業間的良好溝通：透過資訊的交換，培養彼此瞭解、支持和信任的觀念，對醫院多角化活動有正向的效用也是建立成功多角化活動的基石。(James K. Simon and Barbara A. Cohen, 1989)

署立醫院除了改變現狀，努力掌握市場機會外，也必須根據各項成功關鍵因素創造出有利的態勢，才能為醫院拓展更寬廣的經營空間。

2.4 限制理論及其運用

2.4.1 「限制理論」定義

限制理論的起源可追溯到 1970 年代晚期，由其創立者以色列物理學家 Goldratt 博士所提出的最佳生產技術(optimal production technology;OPT)所導引而來。Goldratt 博士認為：要讓企業不斷持續改善不能一味依循舊有經驗典範，必須以嶄新、科學的態度來看待企業的現象，尋找隱藏在其背後的因果邏輯，法則和情境；遵循著此觀念，運用簡單到甚至接近常識的直覺方法來解決組織上複雜的問題。

限制理論的主張乃是運用直覺式的邏輯架構，轉化為分析、瞭解組織強而有力的工具。組織系統透過運用科學邏輯的驗證技術，進行一連串的推理思考，分析其因果關係。憑藉著系統邏輯性指導與呈現，能提供管理者清晰的思維，透過近乎常識的方式來解決複雜的問題（洪立衡，2001）

另外，洪立衡（2001）還指出以下幾個限制理論的常見原則：

- (1). 局部最佳化的總和效益不等於整體最佳化效益

- (2). 平衡的系統並不是好的系統：在競爭激烈，分工專精、變化頻繁的現今環境裡，系統是不可能平衡的
- (3). 系統的產出應等於系統中最弱一環的產出：系統之最大有效產出決定於瓶頸資源或產能受限資源
- (4). 系統的許多不良效應根源於少數核心問題上
- (5). 空有想法不能解決問題

Eliyahu Goldratt (1992) 以思考產業之管理哲學為出發點，認為每個企業都是一個有機的系統，而各有其所欲追求的目標，系統內的每個環節彼此間都有關聯與互動之關係，祇有將其間的關聯與互動調適至最佳狀態整個系統才能產生最大的產出或效益，從而達成系統設定目標，然而論及最佳狀態最大產出都意味著某些因素的存在，使系統不可能無止盡地發展擴充或成長，這些阻礙的因素就是系統的限制 (constraints)，探討如何確定限制因素並對限制因素尋求解決之道，稱為限制理論。

「限制因素」係指阻止一個企業到達或超越目標的攔路虎或絆腳石，亦即瓶頸、障礙物或原因。TOC 認為任何組織的績效均受其限制因素之阻礙，因此須予以有效地管理，俾進行持續改善；企業的限制因素通常可分為下列五類：(Atwater, 1997)

1. 資源之限制因素：係指企業生產上之產能不足，以致產品之供應不能滿足市場之需求量。
2. 市場之限制因素：係指市場之需求量不足，以致企業之產能未能運用於產品之生產。
3. 政策之限制因素：係指企業實施若干規定，制約員工的作為。(例如不准員工加班或不准增加員工的聘僱或限制採購等等)。
4. 原料之限制因素：係指外界供應原料之數量不足以滿足企業生產上之需

要。

5. 後勤之限制因素：係指企業限定採用特定的營業方法或特定的程序，使其營業受到了掣肘或箝制。

一企業如欲獲得績效之改善，首先須確定限制因素進而利用短期及長期的限制因素，而後才能克服其限制因素。

2.4.2 限制理論之原理

以下就限制理論的因果關係、關鍵特性之原理分別介紹：

1.因果關係的法則

企業經營的成功與失敗其實都可以追溯原因，限制理論就是運用這個法則來建構實體間的因果關係，一個果實體可由一個或者二個以下因實體造成的，如圖 2.1 所示，其中 A 和 C 是因實體、B 為果實體。

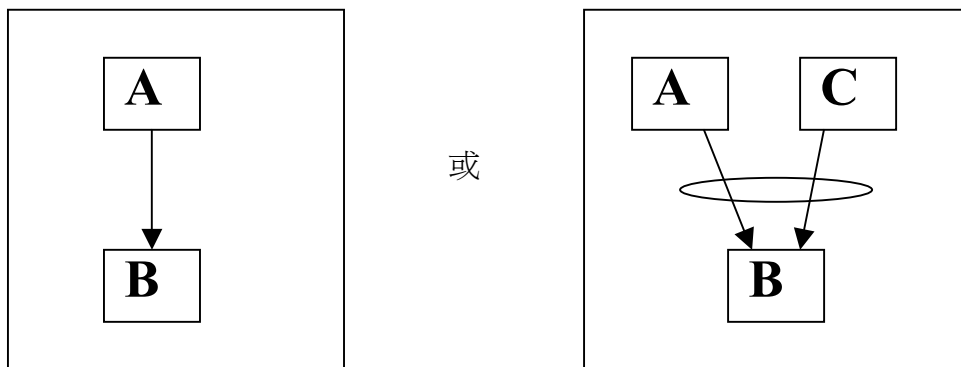


圖 2.1 實體因果關係圖之一

資料來源：陳美燕，以限制理論探討知識管理組織的建立，中原大學工業工

程管理研究所碩士論文，民 90 年 6 月，p27

也可以是一個實體分解成一個以上之實體，如圖 2.2

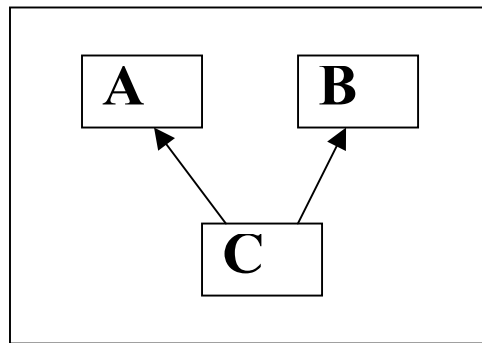


圖 2.2 實體因果關係圖之二

資料來源：陳美燕，以限制理論探討知識管理組織的建立，中原大學工業工程管理研究所碩士論文，民 90 年 6 月，p28

2.關鍵特性

限制理論利用網狀結構（Grid）表達組織系統的問題。起初由許多的環（Chain）構成鍊（Link），由鍊而組成網狀結構，由其中最弱的一環，就是組織的核心問題（Core Problem），系統的這些關鍵問題決定了系統的結構強度。它們就是影響組織最多的因實體（Cause），找出系統的核心問題加以改善，為此限制理論的重點。如圖 2.3 所示

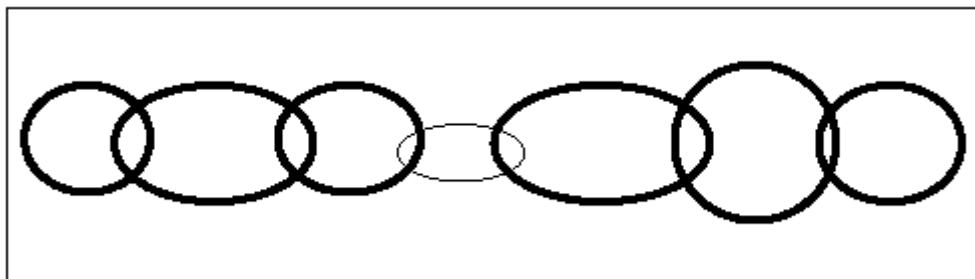


圖 2.3 核心問題結構圖

資料來源：陳美燕，以限制理論探討知識管理組織的建立，中原大學工業工程管理研究所碩士論文，民 90 年 6 月，p30

2.4.3 限制理論的思考分析架構

限制理論中將對組織系統之產出與效能有高度影響而具關鍵性的限制因素稱

之為核心問題或真因。對於核心問題，限制理論認為須憑藉完整而嚴密的思考工具方足以提出有效的對策。而發展完整而嚴密的思考工具，限制理論採用的是直覺的思維模式（蔡坤佑，2000）

而它所採用的直覺是指經由一套結構完整的思考流程予以具象化或形諸於文字的直覺，以直觀式的洞察推論各種環節間的因果關係，再以樹狀圖具體地呈現因果關係中之前因後果。其次由網絡般串聯推論的因果關係中抽絲剝繭地找出問題核心，這樣具象化的結構思考流程將推理過程具體化地呈現。其中的邏輯與假設皆可一目瞭然而不易令他人產生不同之認知，並能透明化地接受檢核或複檢。

上文所提出之思考流程（TP），其思考分析架構之步驟如下：（Umble M. Michael，1998）

- (1). 發覺系統內受限制之資源
- (2). 決定如何利用該受限制之資源，找出問題
- (3). 非受限資源全力配合支援該受限之資源
- (4). 破除資源受限之狀態，使其不再受限
- (5). 回步驟一，尋找下一個受限制之資源，但不能讓組織成員之慣性成為另一個限制

這個思考流程所建構的是一個循環式的思考模式，如圖 2.4，使企業之管理階層可藉此不停地尋找組織的限制，持續地檢視阻礙其系統達成目標的重大因素，且能助其更有效地調適與配置各種既有的資源，進而建立有效的循環改善機制。

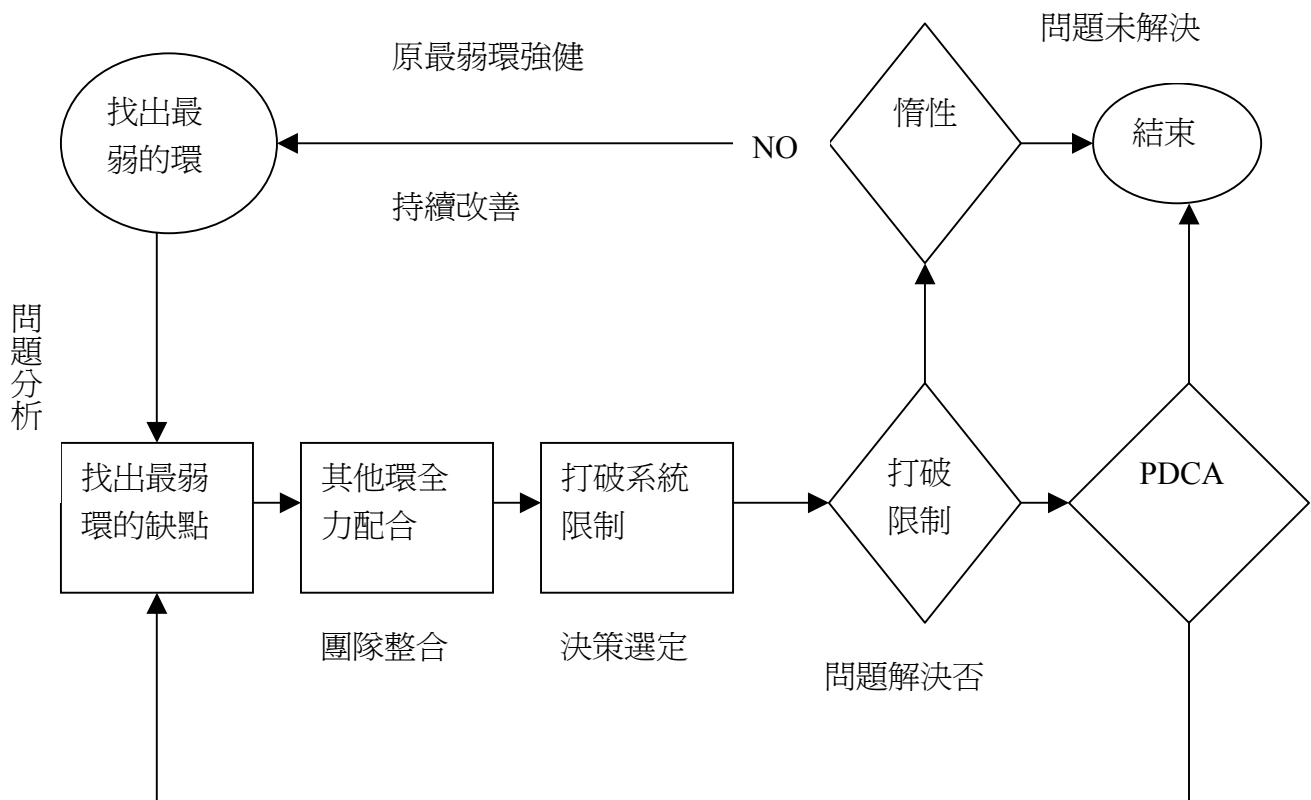


圖 2.4 限制理論之持續改善

資料來源：蔡坤佑，限制理論下建置企業資源規劃系統之關鍵成功因素與導入架構，國立台灣大學資訊管理研究所碩士論文，p38

另外限制理論亦針對組織需要進行突破性的變更管理以解放政策限制之瓶頸時，所產生之質性思考，提出以下三個具連續性的改善思考步驟，如圖 2.5 (Eliyahu Goldratt, 1992)

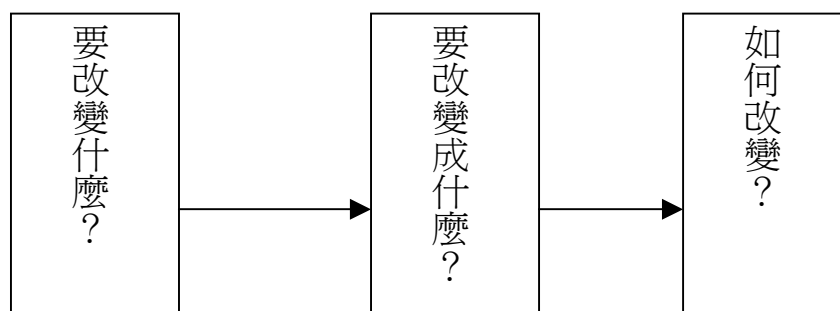


圖 2.5 改善架構圖

資料來源：本研究整理

由這三個改善步驟再發展出一套邏輯樹狀思考流程，以具象的邏輯推理分析系統中一環節、事件與各種限制之不利因素間之因果關聯，茲說明如下（林正明，2000）

- (1). 要改變什麼：利用現況圖（Current Reality Tree；CRT），按原因—結果—原因（如果…則…）的邏輯方式，找出核心問題。
- (2). 要改變成什麼：利用撥雲（Evaporating Cloud）的手法，釐清衝突的所有狀況並提出解決方案，再利用未來圖（Future Reality Tree；FRT）架構所期望達成的目標。
- (3). 如何改變：利用條件圖（Prerequisite Tree；PrT）找出實行新構想的過程中，可能遭遇的障礙及中間目標，再利用過渡圖（TrRT）逐步訂出行動計劃。

2.4.4 限制理論之應用

自 Eliyahu Goldratt 開始倡導限制理論，其後結合許多研究者以及諸如美國 APICS 等研究機構或學會的力量，已使限制理論的管理分析架構與工具一再地接受試驗與演練，在產業界有諸多應用實務（Schrageheim，1999）；專研資源管理、專案管理的顧問公司亦有許多輔導案例（Scheinkopf，1999）；此外美國 APICS 學會之年度限制管理論壇（Constraints Management Symposium）亦可見許多應用案例之發表。

國內企業界在某些特定領域上對限制理論亦有長期的應用經驗，研究工作者對此方面的應用研究也已累積相當可觀之成績，但先期仍以生產製造之個案居多，由表 2-1 可以看出國內研究之重心：

表 2-1 國內對限制理論之研究主題概要

年次	姓名	主題	科系領域
民 91 年	孫妙雪	專案排程	機械工程
民 90 年	孫妙雪	產業管理	經濟
民 90 年	林正明	平衡計分卡	工業工程
民 90 年	吳銓伯	專案排程	工業工程
民 90 年	蔡弘志	會計制度	會研所
民 89 年	林正明	QCC	工業工程
民 89 年	李健宏	產品組合	會研所
民 88 年	張鴻盛	派工法則	工業工程
民 88 年	林芬佩、蔡志弘	多重專案管理	機械工程
民 86 年	李恩慶、楊成註	文書管理	管理
民 86 年	李林昆	TQM	工業管理
民 83 年	李榮貴	製造管理	機械工程
民 80 年	陳筱平	訂單生產	會計

資料來源：本研究整理

由研究之重心亦可看出實務面應用之領域與趨勢，以整體而言，仍以製造業之生產、研發或績效評估之應用最為廣泛。莊政雄（1998）與尤聖棻（1999）是少數在製造以外從管理制度面探討政策限制之研究，另外近年來林正明（2001）由會計的角度出發，將限制理論應用在平衡計分卡的應用以及 QCC 的推動實務上。顯示國內對限制理論應用於生產與製造領域之外仍有相當大之研究空間。

由於限制理論中對於整體系統邏輯性的思考原則，因此限制理論常被運用於組織的重大改革或持續改善，甚至用在組織思考達到目標的方法（Manjen & Mowen，2000）以及用以解決經營管理各種問題點的思考方法，基本上限制理論為一管理哲學，包含了一系列用以解決問題和應用在管理上的工具，楊書文（1994）在比較包括限制理論在內的五個問題求解的手法後指出，限制理論的思考模式使其對問題的解答多出自於邏輯推論的結果，而非取決於眾人之意，因此認為限制理論最適宜用於解決政策性之爭議問題。本文試圖以限制理論的思考程序將之應用在署立醫院多角化的經營問題上，期望藉由限制理論的應用，對於應該如何解決署立醫院在多角化經營上所遇到的種種限制以及政策性爭議問題，提出一些改善方案。

2.5 平衡計分卡及運用

2.5.1 平衡計分卡的定義

平衡計分卡的概念最早出現於 1988 年時，Apple 電腦公司研議如何「改造」幾個主要流程，包括其績效衡量系統，而由 KPMG 幫忙評估並設計出新的績效評估制度。另外於 1990 年時，美國 Nolan Norton Institute 公司資助研究績效衡量系統的計劃，由實務界 Nolan Norton 公司 CEO—David Norton 與學術界之哈佛大學教授 Robert Kaplan 二位共同負責，再加上 12 家企業之參與此計劃於 1990 年 12 月結束，並於 1992 年由 Harvard Business Review 出版其著名的研究成果--「平衡計分卡—企業績效的驅動」〈The Balanced Score card – Measures That Drive Performance〉。

該計劃之主要研究目的為探討「組織未來績效評估制度」，也就是極欲打破傳統以來以財務會計制度為主的績效衡量方法，將企業的策略執行與績效評估指標

進而結合，使企業之活動能專注於企業策略之達成〈吳安妮，1996〉。

Kaplan 和 Norton 所提出的平衡計分卡（Balanced Scorecard；BSC），包含四個構面（財務、顧客、內部流程、學習與成長），強調企業最後的營業績效不只來自於財務報表提供給高階管理階層的資料，尚還包括了其他來自於顧客、內部流程、學習與成長各構面所產生的影響。在後續的研究中，Kaplan 和 Norton 發現平衡計分卡實際上也扮演著溝通組織的策略，以及將策略具體行動化的角色。強調應以企業的願景及策略為出發點，描述企業可藉由串連顧客、內部流程、學習與成長以及財務等構面的因果關係來達到策略目標。

2.5.2 「經營績效平衡計分卡」及其運用

「經營績效平衡計分卡」是採用一系列的經營指標，企圖打破過去企業一向側重財務性衡量指標的事實，將企業的使命和主要策略轉化為有形的目標與衡量指數，它包括四類指標：

1. 財務經營績效指標
2. 顧客導向經營績效指標
3. 企業內部營運及技術指標
4. 學習與成長指標

平衡計分卡觀念的提出，除了使企業在訂定及衡量其績效時，兼顧長期／短期，財務／非財務，內部／外部，領先〈驅動〉／落後〈成果〉指標之列；更重要的是，它同時主張將企業的策略主題〈strategy theme〉在四大項執行層面上依序展開為具有因果關係的策略目標〈strategy objections〉，並進一步發展各別對應的衡量〈measurement〉及指標〈Target〉，以及實現該策略目標的必要行動方案〈strategy Initiations〉。藉此，平衡計分卡超越了其先前為「未來的組織」而設計之全方位「平衡的」績效衡量範疇，進而發展為企業策略執行的工具〈劉珊如，2001〉。

傳統上，企業多是以會計衡量結果來代表各單位的績效。然而，財務面的量度為公司營運的結果，在現今顧客導向的環境下不應只重視滿足短期的財務目標，同時必須加強提高員工向心力、服務品質、降低成本、改善流程與增加顧客滿意度等能力。傳統的財務會計模式只是針對企業對已發生的事情去做衡量，然而在資訊時代，一個企業必須有寬廣的遠見與願景，既重視短期的目標達成，亦注重長期的未來價值之創造。而企業若是只以一個財務構面來衡量企業績效是不足以對未來長期的策略規劃提供足夠資訊的。(謝方彥，2000)

在面臨競爭逐漸加劇的環境下，企業制定策略與執行策略的品質成為經營成敗的關鍵，過去企業高層在制定策略之後，往往缺乏一個完整的機制，能夠在整體組織中進行有效的策略溝通，也無法確實掌握全體的達成程度；原因在於策略不能與績效評估有效地結合，因為績效衡量的結果具有誘導員工以及組織的能力；藉著透過連結員工目標與組織目標，可以藉此激勵來達到企業經營的目標。

2.5.3 平衡計分卡在醫療產業的應用

激烈的競爭環境與管理挑戰在醫療產業也快速的蔓延著，隨著早期全民健保的實施，到最近實施的合理門診量制度；醫院在這幾年內隨著健保的政策改變所帶來所影響，未來無論實施 DRG 或總額預算，醫院再也無法以量取勝（劉明煌，1995），因此，除了財務績效的評估外，加強非財務面的評估成為醫院經營的重要方針。

近年來，由於企業之競爭與資訊科技發達，對於組織績效衡量，已從傳統的只注重會計財務面的短期營運績效，轉移到必須注重非財務面的長期策略發展，而台灣醫院也因為健保制度的實施，而進入醫院間彼此競爭激烈的情形。

平衡計分卡在醫院運用之各構面指標選擇，則有以下幾點原則：

(1) 能與醫院願景結合

在訂定各構面指標時，必須界定各構面之因果關係能夠與醫院之願景互相結合，這也是平衡計分卡之精神所在，平衡計分卡必須以達成醫院願景策略為最終目的。

(2) 指標數據可收集性

所蒐集之指標包含有現行使用之指標與希望未來使用之指標；而希望未來使用之指標必須考量收集之指標有無意義，以及是否能有充足之人力執行收集活動；另外，收集指標所產生之成本是否會影響績效、品質等。另外，其指標是否與其他指標有替代性也必須考量。

(3) 指標之顯著性

考量現行指標是否能對策略產生顯著影響，現行使用之指標必須考量其代表性，以及是否與其他指標有替代性，再考量過去之觀測值大小與變化是否對策略目標產生顯著影響決定。

(4) 資訊系統配合能力

資訊系統的能力在各構面之指標收集、儲存和分析上，扮演重要的角色。由於院內資訊人員主要工作為維護院內病歷系統，且病歷系統亦為向廠商購買之套裝軟體；若要在既有系統上增加收集指標之子程式，在現有人力的考量上與程式開發難度上，尚難以配合。因此，指標收集所關聯之資訊能力也是相當重要的考量。

(5) 能與醫院之環境特色配合

指標之選擇也必需考量到醫院現有之科別、專長、財務狀況、管理制度、業務範圍。以及地區交通情況、地區醫療院所競爭情勢、地區民眾就醫習慣、地區人口特性等等；藉此慎選合適之指標。(黃永吉，2002)

三、研究方法

3.1 研究流程

根據本論文的研究目的及相關文獻的探討，本論文之流程如圖 3.1 所示：

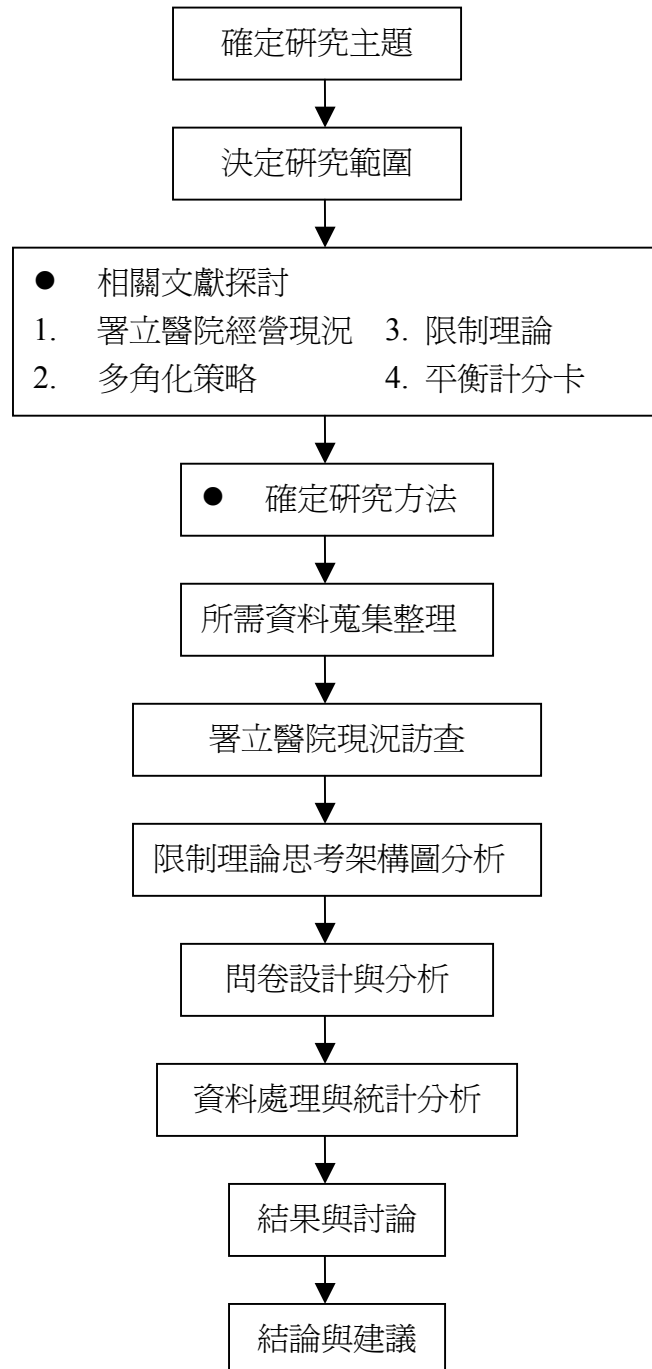


圖 3.1 研究流程圖
本研究整理

本研究方法成四部分進行：

第一部分： 著重於學理及相關文獻之探討，透過國內外相關的書籍、論文及期刊之研究以建立理論架構，這部份係以探索性的方法進行而不從事實證研究。

第二部分： 以深層訪談配合實地採訪方式，直接收集學者專家及相關醫院經營者對於「多角化經營策略規劃」的各項觀點以及相關資訊。

第三部分： 依限制理論的五種邏輯思考工具—現況圖、衝突圖、未來圖、條件圖、過渡圖，一一解析由前二部分所尋找出的署立醫院多角化經營現況中的不良效應，並分析其中的核心問題、衝突狀況、解決對策，由提出的改善方案以及有條件等因素中再試圖規劃多角化經營的未來狀況。

第四部分： 詳列各相關因素，構成一完整的書面式問卷，問卷發放及收集後，採統計分析方式探討各署立醫院的高層管理者對於多角化經營的現況、困境以及未來目標的看法，並與之前的研究結果做一比較分析。

3.2 研究方法分析

3.2.1 文獻探討法

文獻探討是一種最基礎而實用的探索性研究法，即蒐集有關前人所做研究，分析其研究結果與建議，指出需要驗證的假說，並說明這些建議性的假設是否具備實用價值，而作為自身研究的基礎（楊國樞，1997）。

文獻探查的範圍或來源，大致可分為三種：

- （1）為相關科學的研究報告、定期刊物、學位論文
- （2）為類似的科學學說與理論
- （3）為一般論著

3.2.2、深入訪談法

根據楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園等編著之「社會及行為科學研究法」一書（1989）以及吳明濤（1997）的看法，訪談研究一般可分以下三種型式：

（1）無結構式訪談：

此種訪談方式只須提示訪談主題或問題的方向，而與訪談者在訪談過程伺機引導受訪者深入的訪談，故不需訪問表，也無需固定的實施程序及用語。

（2）半結構式訪談：

此種訪談方式需訪談表，在訪談表上列有結構嚴謹、標準化的題目與答案，但留下較大彈性讓受訪者表達更多的想法及意見，且訪談員在進行訪談時有較大自由控制訪談的程序與用語。

（3）結構式訪談：

此種訪談方式係將訪談的題目與答案事先設計成「訪談表」作為訪談依據，進行訪談時，任何訪談者均須依據訪談表上的題目發問，也要照著訪談表的答案提示給受訪者選答，不僅不能更動題目的順序，也不可隨意改變題目及答案之用語。因此，訪談員在訪談時並無太大的彈性可以作主。

本研究屬於探索性研究，故採用上述第一種型式的「無結構式訪談」作為訪談的方法，即本研究並未事先將訪談的題目或方向設計成訪談表，而是於訪談時提示訪談主題以及問題的方向以引導談話方向的訪問方式，讓受訪者可以自由回答達到對本主題深入探究的目的。（訪談之問題構面詳見附錄一）

3.2.3 限制理論法

本研究主要針對署立醫院目前經營多角化策略上的困境及各方之限制，根據

俄國高德拉特博士的制約理論，以科學的、嚴謹的邏輯推演，將一個目標化為現實，並且制訂和完成一個按部就班、具體的執行計劃。

其中利用了限制理論中一個極重要的思考程序—TOC 思維方法〈TOC Thinking Processes〉，也就是從企業要解決的三個重要問題著手。

- (1) 要改善些什麼
- (2) 要如何改善
- (3) 要改善成什麼

由這三個階段的思考流程，再配合上五種邏輯思考工具—現況圖、衝突圖、未來圖、條件圖、過渡圖，以持續改善的想法尋求突破限制條件的方法，再由衝突存在的過程中找到共同的目標，也就是找出化解衝突的最佳方法。

以下就限制理論的運用架構介紹：

1.運用架構：

- (1) 需要改變什麼（What to change）

找出組織的核心問題才能對症下藥。首先使用「現狀樹圖」對現況進行邏輯解析，利用因果關係的邏輯推理尋找出核心問題（core problem），利用常識（Available Knowledge）逐步將不良效應（undesirable effect；UDE）加構成圖。

- (2) 改變成什麼（To what to change）

利用撥雲（Evaporating Cloud）的方式製作衝突圖，用來區別和點示衝突的狀況，再利用未來狀況圖建立組織策略目標，針對核心問題來改善組織達到新的願景。

- (3) 如何去改變（How to change）

利用「必要條件樹圖」找出問題解決過程中的中間目標，並將可能的障礙顯現出來，再利用「轉換樹圖」有系統的針對核心問題去規劃策

略，逐步訂出達成中間目標的行動計劃，訂出實施的可行方案。

2.限制理論之應用程序及其相互關係

綜合前面的三個架構，運用其法則與特性發展出運用程序與關係，如圖

3.1 所示：

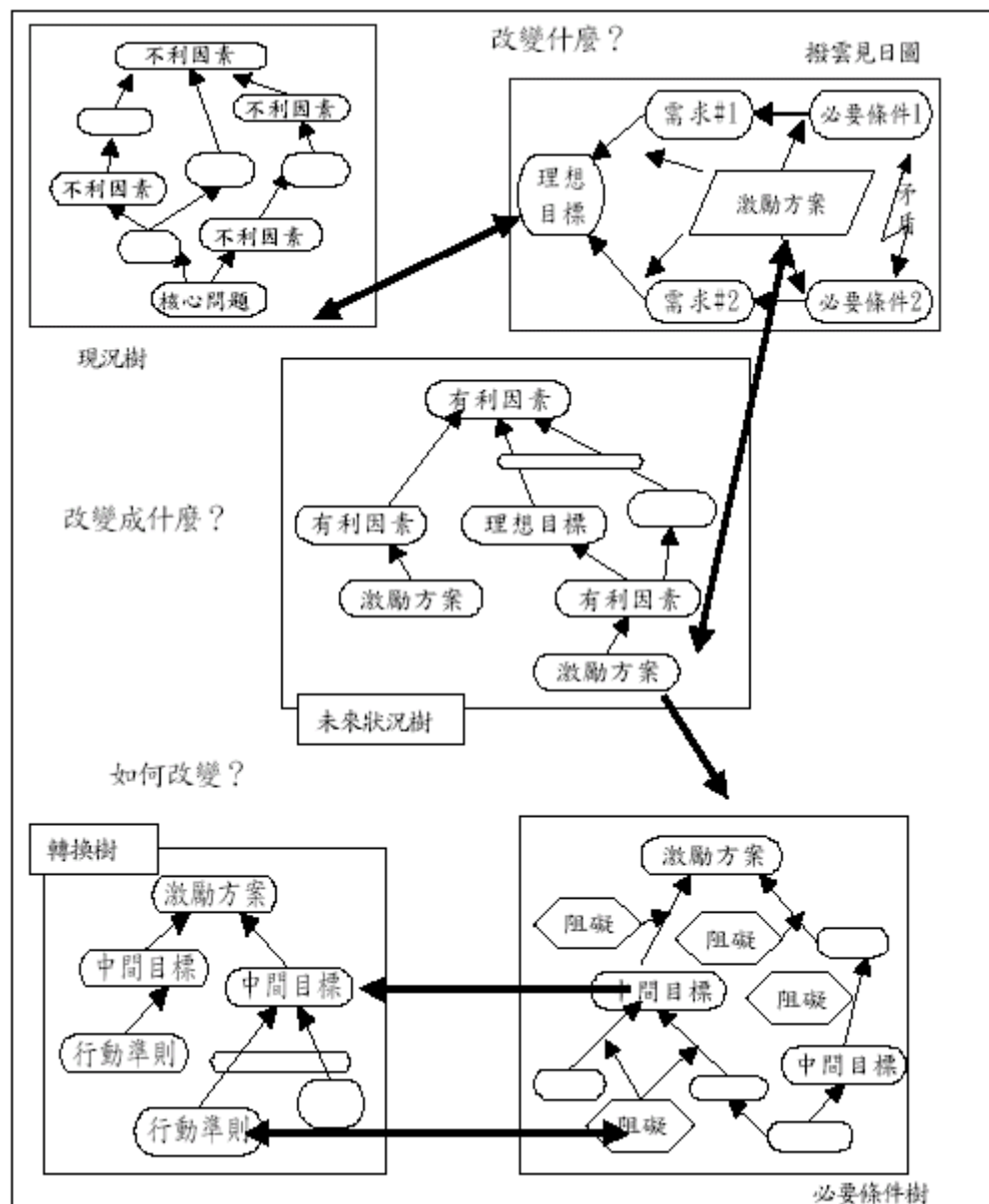


圖 3.2 程序與相互關係圖

資料來源：陳美燕，以限制理論探討知識管理的建立，中原大學工管所碩士論文，p43

由以上的應用程序與相互關係圖，可知一開始須找出組織的核心問題，列舉出發展的不利因素以建構成現狀樹，達到組織「改變什麼？」的目的。

而後進行設定組織理想目標，找出激勵方案，此時利用撥雲見日圖表示「改變什麼？」的方向。再運用前面的關係有效的訂定理想目標，利用建構未來樹狀沉圖來表達組織「改變成什麼？」的目的。

有了目標後，再逐一將影響執行方案的阻礙提出，並找出解決的方法作為達成激勵方案的中間目標，再以構建必要條件樹來表示其串聯的關係。最後以實行行動準則來達到預期目標，建構轉換樹來表示出組織「如何進行改變？」。

本研究關於建構策略規劃模式中面臨的衝突限制條件，以及不良因素、核心問題、目標等的實證部分的設計乃是以署立醫院的管理階層為主要調查對象，採深度訪談與問卷的方式擷取各家意見，最後再以統計分析方法找出各家意見的異同點，逐步分析其中所可能遇到的各種限制因素以及未來規劃目標。

3.2.4 問卷調查法

本研究為了結合質化與量化之研究，經由深入訪談以及限制理論的邏輯推演之後所得出的諸多策略規劃因素，再依正式問卷調查的方式將種種與多角化經營有關的因素加以組合成正式問卷，問卷發放的對象則為全省 21 家署立綜合醫院的院長、副院長。

3.2.4.1 問卷設計

問卷設計主要依照限制理論之架構以及參考相關之文獻與實際訪談結果，設計自填式結構問卷，問卷內容包括四部分（如附件二）

- 1.第一部分：署立醫院及多角化經營現況，共八題。以單複選方式，由各院院長、副院長勾選醫院目前所實施之多角化事業種類、管理方式、

經營方式、經營績效、績效評估方式，以及目前未實施或不願意再擴展之原因。

- 2.第二部分：署立醫院多角化經營之困境及其改善方案。內容包括三大要點，首先列出署立醫院多角化經營之困境，由各醫院之院長及副院長就各院經營狀況勾選，其次分別將限制理論現況樹圖中所分析出之核心問題列出，由首長們依李克斯式五等尺度法勾選，調查其所認知之問題影響程度（非常重大—5 分、重大—4 分、普通—3 分、輕微—2 分、非常輕微—1 分），最後再調查各院院長、副院長對於此核心問題之適當改善方案的意見。
- 3.第三部分：署立醫院多角化經營的理想目標。調查各院院長、副院長對於未來多角化經營所欲達成的目標，作歸類與整理。
- 4.第四部分：分成二部分各為：醫院基本資料以及填寫人之基本資料，並包含各院評鑑等級之分類以及所屬醫療區域醫療資源分布，評估其對多角化經營之影響程度。另外高階主管之學歷、管理經歷、是否對於多角化經營之態度有所影響亦是調查的方向之一。

3.2.4.2 問卷效度與信度

（1）問卷效度

所謂效度，意指正確性，也就是指衡量之工具能否正確測行經研究所衡量的特性及功能的程度，本研究擬定問卷內容時係根據國內外學者之相關文獻理論基礎發展出來，另外並請四位有關醫院管理之學者專家，採專家效度審查以進行問卷修訂。

表 3-1 專家效度學者名單及任職機構

專家姓名	任職機構
1.柳永青	國立雲林科技大學工業工程與管理研究所副教授
2.童超塵	國立雲林科技大學工業工程與管理研究所副教授
3.陳玉枝	署立宜蘭醫院副院長
4.蔡瑞章	署立雲林醫院副院長

(2) 問卷信度

信度指的是衡量工具的精確性，本研究以「Cronbach' s α 係數」做為信度協定，用以衡量本問卷各構面的內部一致性。一般而言，如果 α 係數小於 0.35，表示問卷題組缺乏一致性，應拒絕使用。而如果 α 係數大於 0.7 者，則屬於高信度值，相同問卷重測會產生類似結果。由附錄之問卷結果顯示本問卷的 α 係數均介於 0.5631 到 0.8043 之間，表示本問卷信度良好。

3.2.4.3 問卷發放與回收

由於本問卷發放之份數不多，而且調查之對象乃是公務十分繁重的各署立綜合醫院院長及副院長，故本研究採用親自拜訪及親自遞送問卷的方式分發問卷，但是由於問卷的填答須花一些時間，故採用附上回郵信封的方式，煩請各院首長能於答問卷後寄回，雖然經再三拜訪仍有部份問卷未全完回覆；另外有一些署立醫院經親自實地拜訪目前經營狀況後，由於一些經營上的問題，目前不適宜採用多角化經營也將之刪除，例如署立彰化醫院，因為新建大樓尚未完全完工啟用，而舊大樓則因為屬於公有用地，即將被收回。目前尚未施行多角化經營之規劃。至於澎湖醫院，由於院長及副院長均為骨科專科醫師，每日除醫院管理業務

之外，仍然兢兢業業地站在醫療第一線為澎湖民眾服務；經電話聯絡訪談，對於目前醫院的規劃，由於空間不足，尚無擴展多角化事業之計劃。故此，兩位高階管理者均無填答問卷。總計發放問卷 38 份，回收 28 份，沒有無效問卷。

3.2.4.4 資料處理與統計分析方法

回收之問卷針對漏答部分以電話詢問原項答者，將遺漏處補齊，進一步將有效問卷由研究者作資料的編碼及除錯後，利用 Excel、SPSS 統計軟體進行統計分析。再以次數分配統計表、百分比，瞭解回收樣本之基本特性與各院對多角經營的困境認知及改善方案、未來目標等採行態度之意向以及醫院多角化經營現況分析。

3.3 研究限制：

- 1、由於本研究所分析及訪談的對象均為位居要務，公務繁忙的高階醫務管理（院長、副院長）以及負責醫院事務運作的醫務中心管理有關人員，平時公務之繁忙，再加上四處奔走公務，聯絡上實在不容易，雖然多方運用各種聯絡管道，並且表明研究主題以及對於未來署立醫院經營之可能俾益，終於得以接受研究者親自訪談或者接受電話訪談。雖然時間上之限制，但是大多數均能順利完成訪談之內容。惟有議論者，乃在問卷填答部份，由於受訪者雖然收到問卷單，但因過於忙碌，回收情形不如預期。經過再三跟催，最後達成六成以上之回收率。
- 2、部份受訪者不願填寫問卷而希望採取互相討論的方式，因此雖然在訪問時力求訪談與問卷中的問題配合，但事後根據訪談記錄代填問卷仍然有某些細節比較無法掌握。

- 3、限於研究時間倉促，本研究只選擇署立醫院中的綜合醫院做深入的訪談與問卷調查，其他醫院因經營策略定位不同，並沒有納入訪談以及研究的對象，由於樣本數不多而且各醫院之間組織文化以及經營性質相異，因此由此研究所獲得的結果與建議可能無法完全推論至其他醫院。
- 4、某些受訪的醫院高階管理階層對於所謂的醫院管理策略，認為在現今政府對署立醫院的經營方針（完全民營化或者部份公辦民營或者自負盈虧繼續經營等）尚未明確的情況下，無法完全依照經營者的權責給予策略上完整的規劃。某些受訪者對於策略規劃的執行面亦多所保留或簡單帶過，以致在執行面上（如經營規劃，經營績效評估）無法獲得詳盡的資料。

四.限制理論應用架構

關於限制理論的應用方式乃採用限制理論的思考程序，再參酌前項所蒐集的相關資料，試圖以繪出限制理論的五大邏輯思考：現況圖、衝突圖、未來圖、先決條件樹圖、過渡圖等，並分別解析多角化經營的限制因子、改善方案與未來目標等等。

茲將各圖之製作過程詳述如下：

4.1 現況樹 CRT (current reality tree)

1.目的：透過此圖協助署立醫院找到多角化經營現況的主要問題點

2.製作方式：

- (1) 首先列出目前施行時的不良效應 (un-desirable effect;UDE) 5 至 10 個，運用直覺 (Intuition) 及經驗的邏輯思考對現況作描述，
- (2) 以因果的關係串連成爲一現況樹，釐清盲點尋求影響佔最多數的不利因素，即爲系統的核心問題也就是應該優先改善的對象

3.進行結果：

以下本研究依據文獻及訪談所得列出主要的不良效應：

- (1) 對政府法律規定及限制不了解
- (2) 政府醫療政策尚未明朗，不敢貿然改變經營型態
- (3) 不了解當地市場的需求及環境
- (4) 沒有專職的行銷及公關人員
- (5) 對新事業不熟悉
- (6) 醫院現有資源設備不足

- (7) 缺乏相關管理人才
- (8) 院內醫護及其他工作人員配合度低
- (9) 院內人員缺乏新技能的訓練
- (10) 缺乏適當的績效評估模式
- (11) 醫院缺乏整體目標和方向（包括設立宗旨、策略目標）
- (12) 不了解多角化的意義和功能
- (13) 缺乏多角化的動機
- (14) 新事業績效不佳

由下述 4.1 之現況圖找出署立醫院實施多角化的核心問題如下：

- (1) 政府醫療政策不明確，許多醫院高階管理者存有靜觀其變的想法，不敢積極採取改進策略
- (2) 高階管理人缺乏專業的管理訓練
- (3) 醫院缺乏整體目標和方向
- (4) 醫院缺乏多角化的動機
- (5) 缺乏適當的績效評估模式
- (6) 沒有培育相關管理人才

將上述之問題轉化為現況樹連結圖（圖 4.2），由此找出最主要之核心問題為（一）政府醫療政策不明確、（二）高階管理階層缺乏專業管理訓練以及（三）缺乏適當的績效評估制度

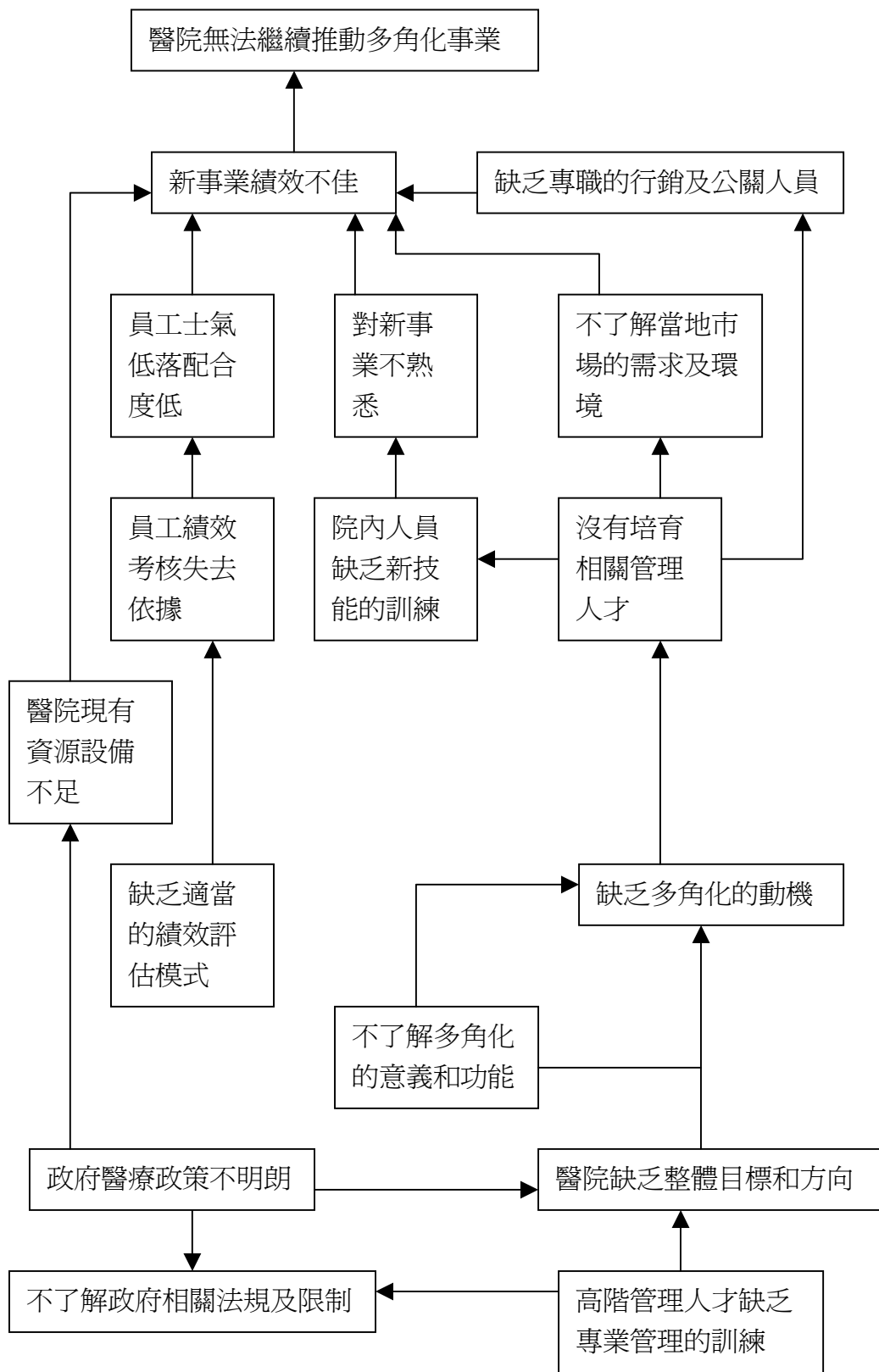


圖 4.1 署立醫院多角化經營現況圖 本研究整理

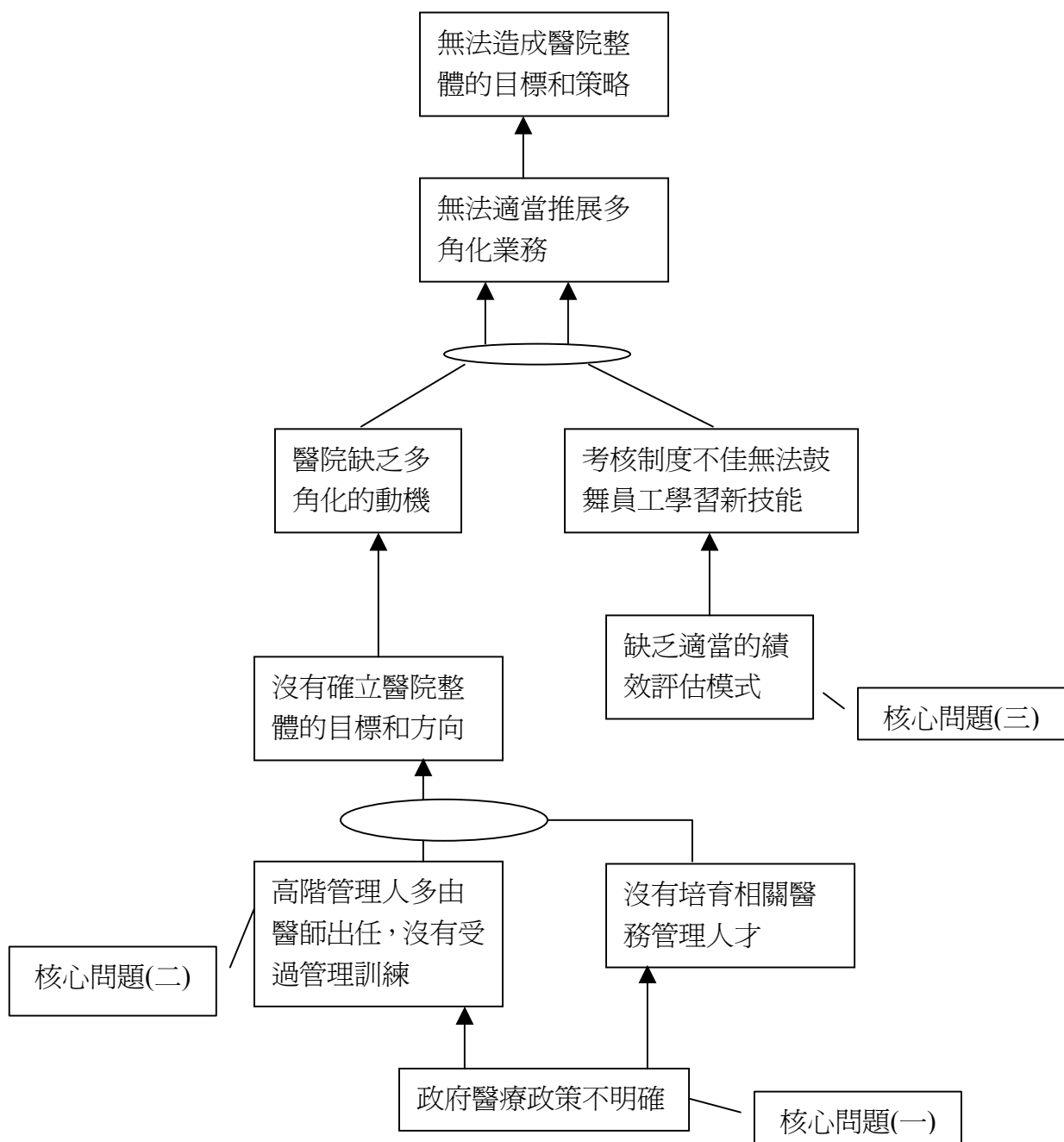


圖 4.2 現況樹連結圖（一）

資料來源：本研究整理

以下再將其中一個核心問題（三）——缺乏適當的績效評估模式，以更詳盡

的現況樹連結圖分析如下：

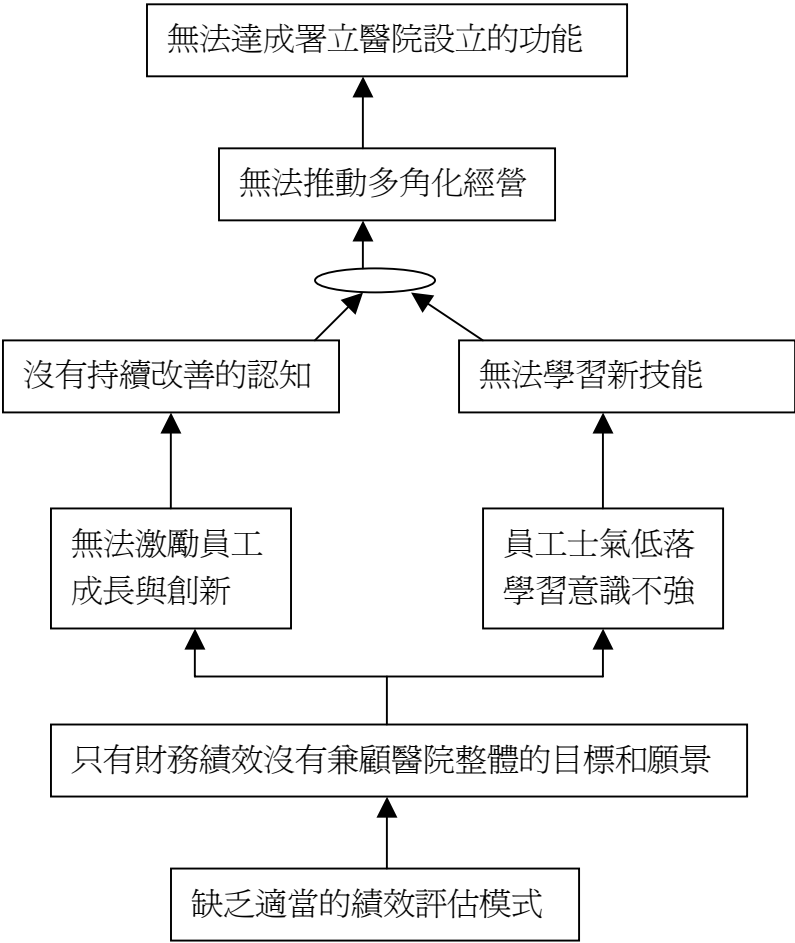


圖 4.3 現況樹連結圖（二）
資料來源：本研究整理

4.2 衝突解決圖（RD；conflict resolution diagram）或撥雲法（Evaporating Clouds）

1.目的：對於理想目標的達成會產生不同的需求，而爲了滿足需求則衝突（conflict）在所難免，利用撥雲製作衝突圖用來區別和顯示衝突的狀況並依據假設尋求對策（injection）的邏輯架構。

2.製作方式：

- （1） 首先訂出相對於核心問題的理想目標找出達成理想目標的需求
- （2） 再找出相對於上述需求的必要條件，設法找出破解必要條件間相互矛盾的關係，找尋被激發的可改善方案以打破此矛盾的關係
- （3） 確定可以之改善方案以完成理想目標。

3.進行結果：

- ◆ 核心問題一：醫療政策不明確，署立醫院缺乏整體的目標和方向。

以下再針對核心問題利用撥雲法訂出相對於核心問題的理想目標。

- ◆ 理想目標：署立醫院再造計劃，達成現階段署立醫院爲民服務的宗旨。
- ◆ 目的：尋求適當的策略使適於國家繼續經營以達成公立醫院設立宗旨之醫院能配合國家醫療福利政策、爲民服務、永續經營。

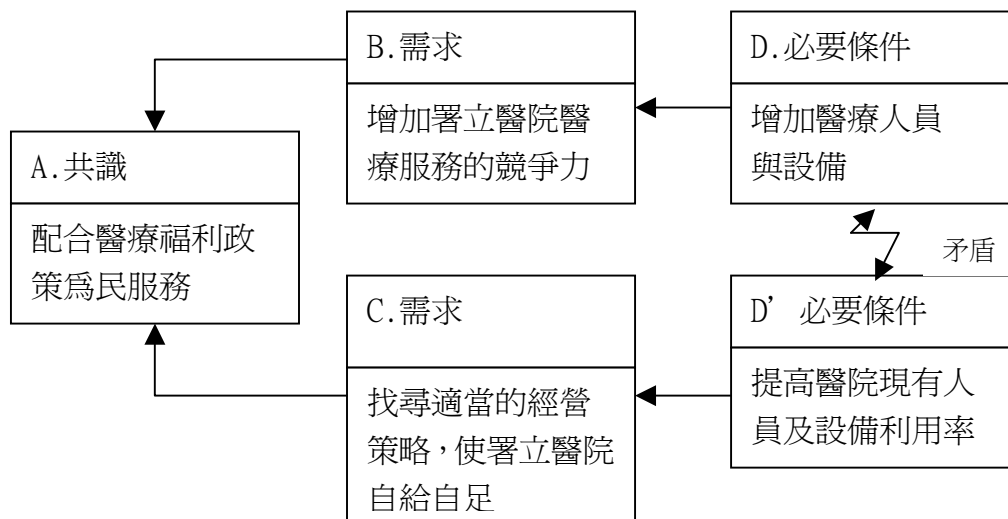


圖 4.4 目標衝突圖 (1) 資料來源：本研究整理

(1) 假設 (B--D)

<1> 增加醫院醫療人員與增添新的醫療設備可以加強署立醫院的醫療服務競爭力

<2> 署立醫院可以與其他大型私人醫院互相競爭贏得醫療市場佔有率

(2) 假設 (C—D')

<1> 提高署立醫院現有人員之素質及設備利用率

<2> 改變營運策略，了解當地醫療環境及市場需求找尋適當的醫院經營策略

(3) 對策：

<1> 訓練現有人員學習新技能解決醫師不足及冗員釋出的問題

<2> 找出適合的署立醫院經營策略以核心條件配合外在環境需求

<3> 開展多角化事業並充分利用現有設備及硬體設施，達成署立醫院自給自足的目標。

由撥雲圖的建構可以了解為達成核心問題（醫療政策不明確）的理想目標（署立醫院配合醫療福利政策、為民服務）有兩個改革的方向，一為增加醫療人員與設備，提高署立醫院整體競爭力，另一方向則為提高醫院現有人員及設備使用率。此兩者之間雖互為矛盾，但若依照各個醫院不同的外在環境需求，配合醫療福利政策定出署立醫院未來的走向及目標，則可以朝醫療多元化發展，訓練醫院現有之人員學習新技能，並充分利用現有之院舍以及增加少許新事業的必備設備，即可使署立醫院改革重生，成為人們健康照護的好鄰居。

- ◆ 核心問題二：高階管理者均為醫療專業人員，缺乏醫務管理知識，對於醫院之管理能力不足。

針對此核心問題，利用撥雲手法訂出相對核心問題的理想目標

- ◆ 理想目標：使署立醫院高階管理者均能了解署立醫院設立的宗旨與目標，由高階管理階層推動及建立醫院的共識及願景，由願景鋪陳出醫院整體的目標及策略，並由此發展出適合的多角化經營事業之動機與願景。
- ◆ 目的：高階管理階層維繫署立醫院經營成敗之關鍵，如何讓現任的管理者，在醫療專業之外，擁有適當的醫務管理知識，了解當地的醫療環境及市場需求；推動適當的多角化事業，肩負署立醫院管理的重任。

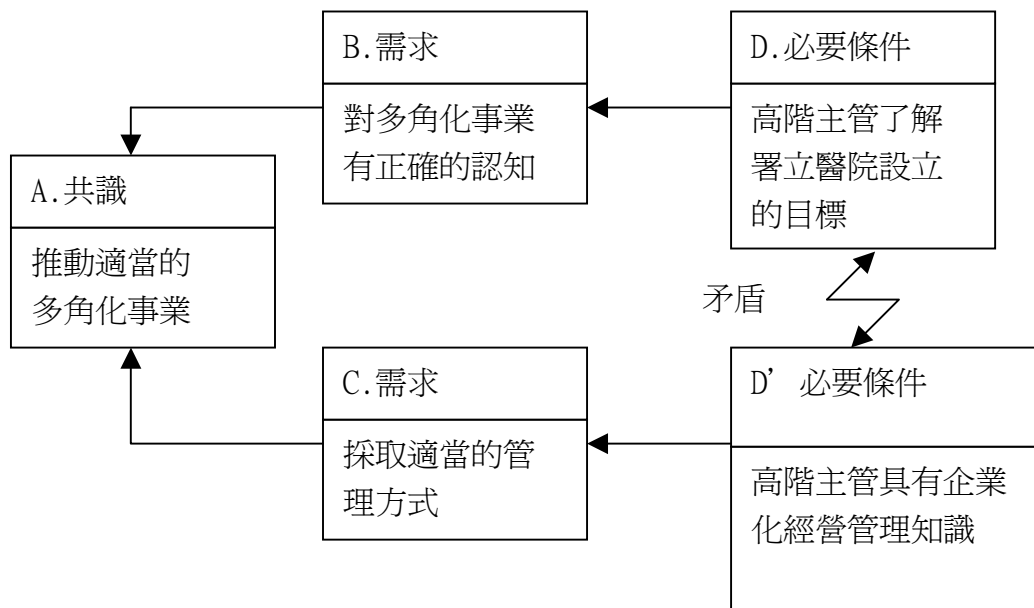


圖 4.5 目標衝突圖 (2) 資料來源：本研究整理

(1) 假設 (B--D)

<1> 署立醫院高階管理階層了解署立醫院設立的宗旨與目標。

<2> 由高階管理階層推動及建立醫院整體的目標及策略，找出合適的多角化事業，以適應多變的醫療環境及市場需求。

(2) 假設 (C—D')

<1> 培育相關管理人才，使署立醫院高階主管具有企業化經營管理之能力。

<2> 由專職的管理人才依企業化經營管理，訂出適當的管理模式。

(3) 對策

由高階管理階層全力推動及支援、全院同仁共同參與的方式依署立醫院設立的宗旨，共同建立願景及共識，並藉由適當的教育訓練培育相關的管理人才。另一方面，建議新任管理者上任之前接受專業的醫務管理訓練；以及聘任適合的醫務管理專家擔任行政副院長之責，以均衡醫療與行政管理業務，如此才能使多角化新事業的

推動得以持續進行。

- ◆ 核心問題三：缺乏適當的績效評估模式，無法有效評估及管理多角化事業。

針對此核心問題，利用撥雲手法訂出相對核心問題的理想目標

- ◆ 理想目標：找出適當的績效評估模式可以均衡財務與非財務指標，有效評估及管理多角化事業
- ◆ 目的：適當的績效衡量指標不僅可以經由數據管理平衡財務與非財務指標，更可以經由公平有效的績效考核，鼓勵同仁成長創新的學習意願，朝醫院整體的目標及願景邁進。

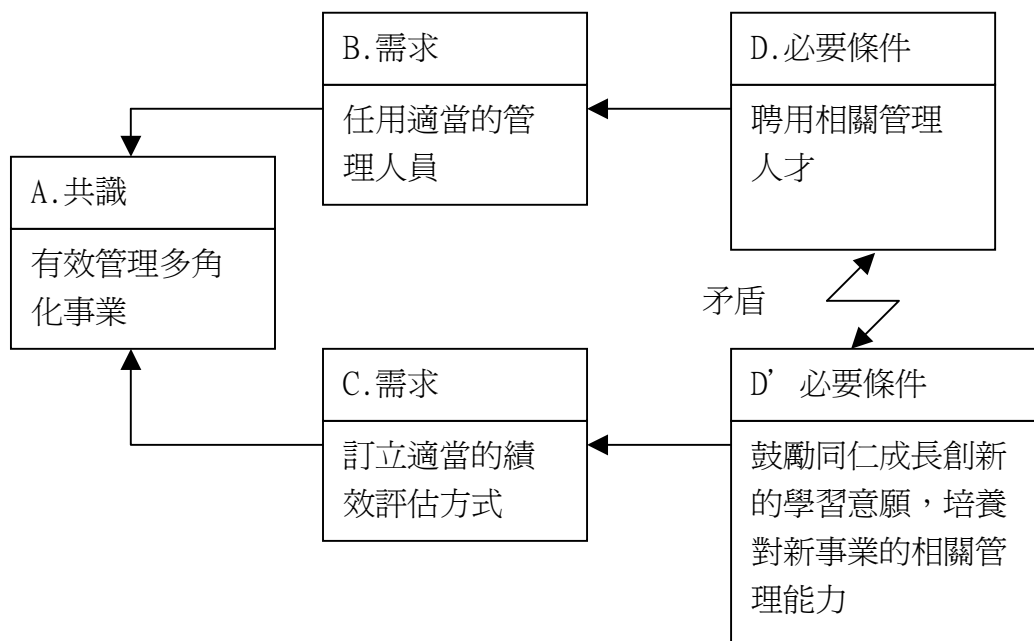


圖 4.6 目標衝突圖（3） 資料來源：本研究整理

（1）假設（B--D）

<1>任用相關管理人才，管理多角化事業，使其能順利推展。

<2> 院內同仁大多比較不熟悉新事業，故任用外聘專業人才，輔助管理業務。

(2) 假設 (C—D')

<1> 訂立出合適的績效評估方式，可以經由公平、有效的績效考核，鼓勵同仁成長創新的學習意願。

<2> 可以鼓勵同仁學習新技能，培養對新事業的相關管理能力。

(3) 對策：藉由適當的教育訓練，培育相關的管理人才，建立均衡而適當的績效評估方式，鼓勵同仁自動自發學習新技能，如此才能有效管理多角化事業。

4.3 未來圖 (future reality tree)

1.目的：未來圖表示想要達成的理想狀況（目標），也就是將不良效應轉變成正效應一直推演到想要達成的目標。

2.製作方式：

(1) 經由上述兩個階段（現況圖及撥雲圖）已展現問題解決的曙光，從改善對策開始運用因果關係間的關聯找尋未來成長的空間、方向及任何可能的改善方案

(2) 匯集所有改善的方案、有利條件與未來的理想目標進行互相關係的串聯以建立未來樹。

3.進行結果：以下為本研究整理訪談及文獻資料引出署立醫院多角化經營未來成長的有利條件、改善方案及理想目標。

(1) 有利條件

<1> 政策支持：中部辦公室的主管楊漢泉先生在「衛生署所屬醫院再出發」（1999）一文中提及以組織再造的精神加強醫院管理業務，並以企業總經理之角色負責輔導、經營管理及監督，對於所屬醫院朝向多元化經營策略進行規劃並引入民間企業化經營之活力及觀念來提昇服務品質與績效。（楊漢淙，1999）

<2> 體制內逐漸改革：陳麗娟（1998）在「省立醫院營運績效與策略」研究中指出，省衛生處規劃所謂「省立醫院組織再造方案」在現行法令規定下對人事、會計、採購等制度作體制內再造；內容包括：營運管理再造、會計財務再造、人力資源再造、資源系統再造等等作為長期經營策略之藍圖，期能達到提昇經營績效的目標。

<3> 就醫便利性：前省衛生處第三科科長陳振興先生在「省立醫療院所營運管理」一文中曾提及省立綜合醫院位於較郊區外，大都位於市中心且交通便利，全省每一縣市均設立有省立醫院除少數分佈均式且地利方便充分達到就醫便利性的要求。另外省立醫院在偏遠地區及農業縣市等醫療資源分配不均的地區仍扮演重要的醫療服務角色。

<4> 硬體設施的逐步改進：在硬體設施方面，署立醫院於目前的經營環境上亦佔有一極大的優勢。前省衛生處曾針對老舊之省立醫院予以改擴整建，其中有二十五項工程列入八十七年施政列

管之醫療保健計劃，目前有多家署立醫院新建大樓完成並已正式啓用，如署立台東醫院、台中醫院、新營醫院北門分院、花蓮醫院、屏東醫院、新竹醫院、雲林醫院等。新建完成的醫療大樓除硬體設施完備外，寬敞的空間設計亦賦予署立醫院經營多角化策略時莫大的優勢。

（2）改善方案

<1> 政府早日評估各項利弊得失定出「署立醫院公辦民營法規」使適於公辦民營的醫院或是委託民間企業經營或是公有設施開放承租，至於適於國家繼續經營的醫院則早日落實改革計劃。

<2> 培育相關專業管理人才：鼓勵員工接受新技能之訓練、培育新事業之相關管理人才、打破既有之公務人員任用之法規限制適才適任。

<3> 尋求新的醫療服務市場：避開競爭激烈的緊急醫療救護市場，經由市場調查尋求新的市場機會、配合本身的經營資源、收集各種情報作為跨足新事業的基礎。

<4> 高階管理人員接受管理的專業訓練、貫徹專業專勤制度並負經營成敗之權責（前衛生處長林克炤，1992）

<5> 依署立醫院設立的宗旨及目標由全院同仁共同建立願景及共識建立醫院整體的目標及方向。

<6> 找出適當的績效評估模式：藉由良好而適當的績效評估指標不

僅可以鼓舞同仁學習新技能的意願，並且可以做為策略執行的工具。(劉珊如，2001)

(3) 理想目標

由文獻探討及訪談中整理出署立醫院多角化經營所欲達成的理想目標有以下幾點：

- <1> 提昇醫院公共形象
- <2> 建立轉介網，將病人介紹到本院
- <3> 易於培養管理人才
- <4> 分散業務風險
- <5> 降低住院日、掌握住病人，病人不致流失
- <6> 發展社區整體性照護，利於與企業簽約，提供保險外之服務
- <7> 充分發揮護理人員的人力
- <8> 適應公立醫院醫師大量流失的困境
- <9> 使醫院儀器設備達到經濟規模
- <10> 繼續執行署立醫院的社會責任、公共責任及醫療服務政策
- <11> 增加財務績效，達到自給自足
- <12> 建立完整的醫療照護網路

將以上之三大要素(有利條件、改善方案及理想目標)進行互相關係之串聯，繪出以下之署立醫院多角化經營之未來圖如下：

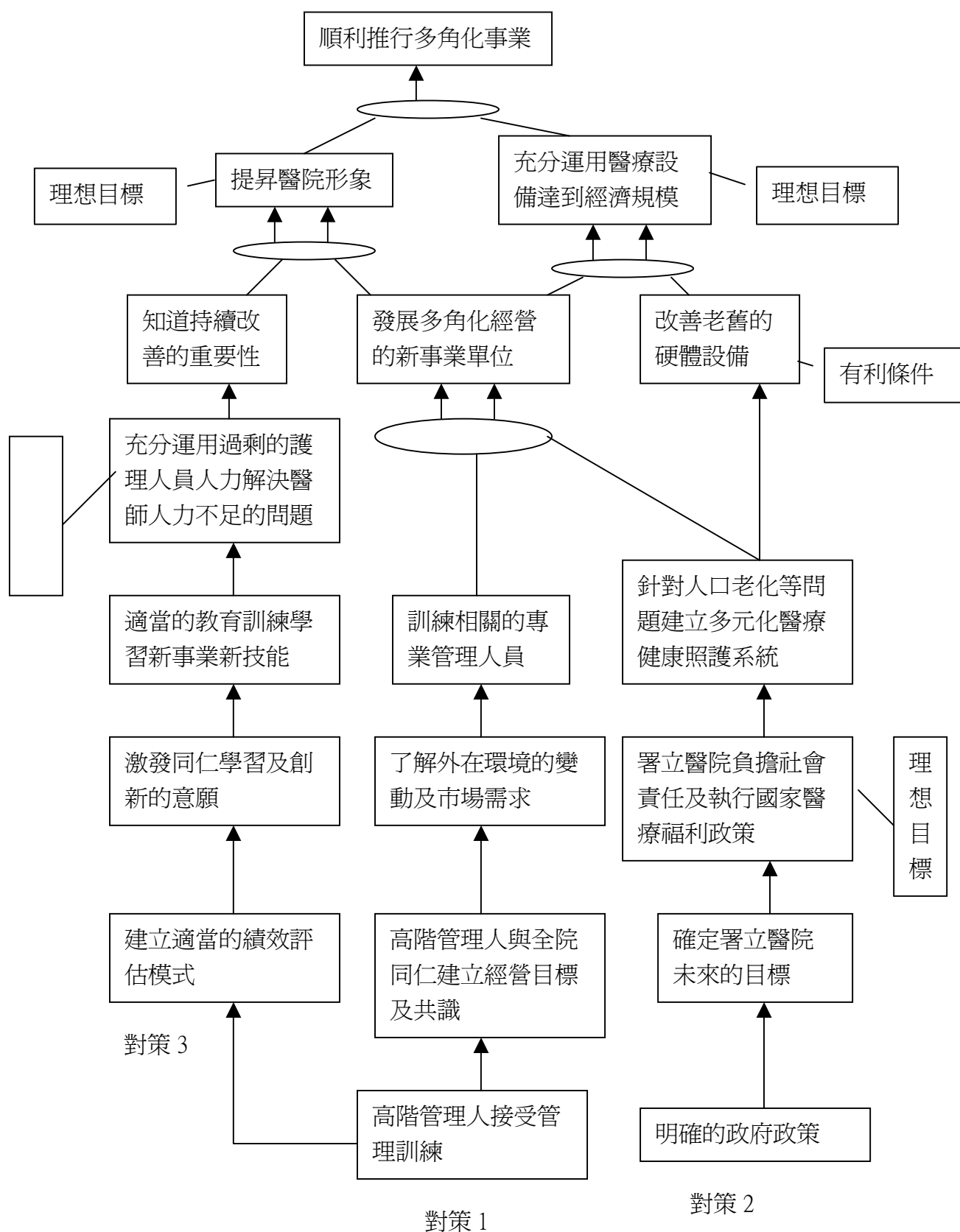


圖 4.7 署立醫院多角化經營未來圖 資料來源：本研究整理

4.4 先決條件樹圖（prerequisite tree）

1.目的：

所謂的「先決條件樹」是確認定義與處理組織從現況轉移至未來所必須事先克服的問題或是必須先具備之條件。條件樹是找出使組織從現況變成未來較好狀況，最少阻力路徑的一種有效方法，如圖 4.8 所示：

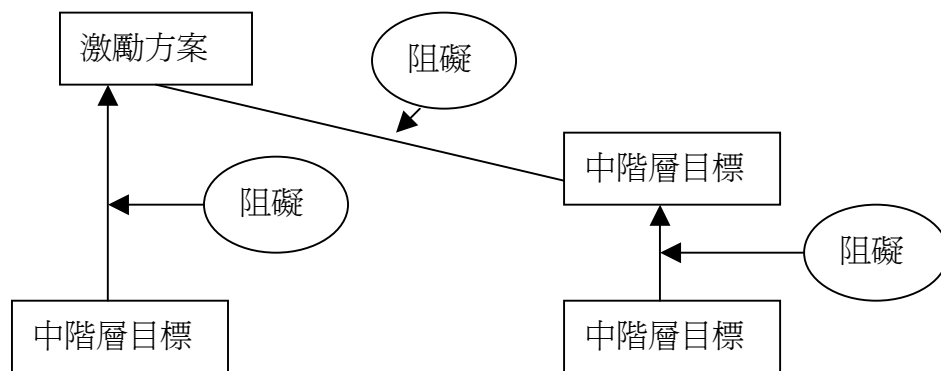


圖 4.8 條件樹圖

資料來源：林文仁，以品質機能展開強化限制理論於問題改善過程之研究，國立台灣科技大學管理技術研究所碩士論文，1997p32

2.製作方式：

其建構的方法如下：（林正明，2000）

- (1) 找出及界定阻礙達成改善方案的問題
- (2) 界定及寫出中階層目標
- (3) 依中階層目標列出可能的障礙
- (4) 查核所有的中階層目標與阻礙，並將其依合理的依存關係串聯成圖

3.進行結果：

本研究依訪談及文獻探查列出欲達成改善方案所可能遇到的障礙以及其必

須事先完成的中階層目標改善方案如下：

(1) 政府訂出明確的署立醫院未來方向及目標

<1> 中間目標：

- i. 分別找出適合公辦民營、委託經營或國家繼續經營的署立醫院。
- ii. 訂出明確的選擇方案，例如依經營績效、醫療服務使用率、醫療資源或其他確定的指標

<2> 阻礙

- i. 前省衛生處副處長許國敏(1992)在「公立醫院營運與管理」一文中曾提及：在我國現行醫療體系，醫師倫理道德尚待重建提昇之際，且社會責任、公共責任之定義及成本皆不明確之情況下，任何決策皆難以也不宜貿然採取廢除公立醫院之劇烈變革政策。

學者李坤林(1999)於「多角化能解冗員問題嗎？」一文中亦提及國營企業民營化冗員勢必釋出，如此一來國營企業缺乏競爭力的問題轉成了冗員失業的社會問題。

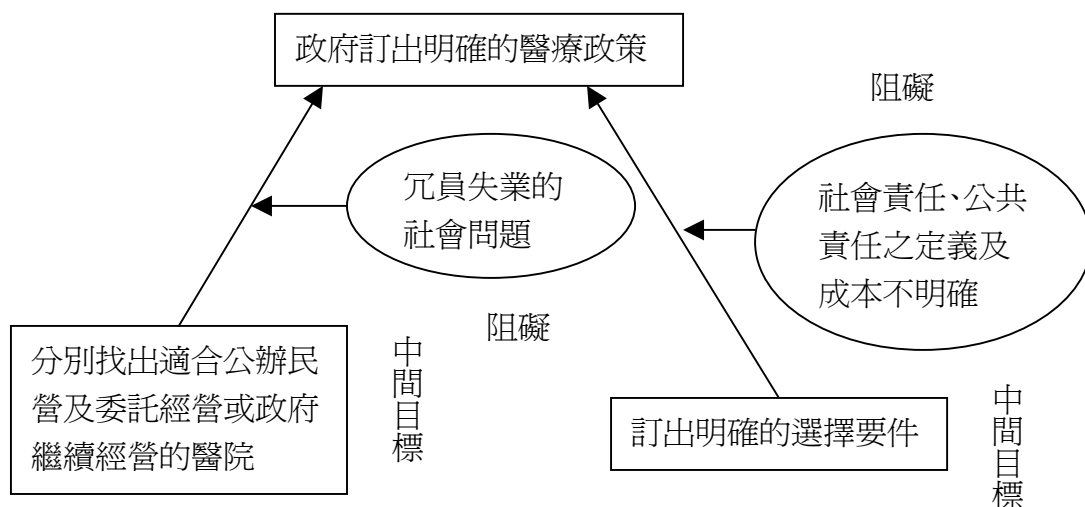


圖 4.9 署立醫院多角化經營先決條件樹圖 (1)

資料來源：本研究整理

(2) 醫院的高階管理階層接受適當的專業管理訓練，並且培育相關的管理人才

<1> 中間目標：

- i. 設立行政副院長，行政與醫療分開負責，由具有專業管理的人才出任建立完整的人力資源規劃與人才培育計劃（張錦文，1986）
- ii. 行政部門主管亦接受管理專業訓練

<2> 阻礙：學者張錦文（1986）在其「省立醫院經營企業化之可行性及具體方案」研究中指出，省立醫院管理制度無法健全的原因如下：

- i. 院長均由醫師擔任，行政醫療集於一身，顧此失彼，且院長沒有受過醫院管理專業訓練，管理知識缺乏，面對龐大醫院作業體系有無力感。
- ii. 400 床以上醫院增設一名行政副院長，目前用醫師擔任形同虛設，無法發揮領導功能。
- iii. 省立醫院行政人員學歷偏低，行政部門主管多缺乏醫院管理專業訓練。
- iv. 另外，嚴建臧（1987）在其論文中指出，省市立醫院之經營弊病為人事及會計均受公務人員任用系統直轄及調任，醫院無法控制。

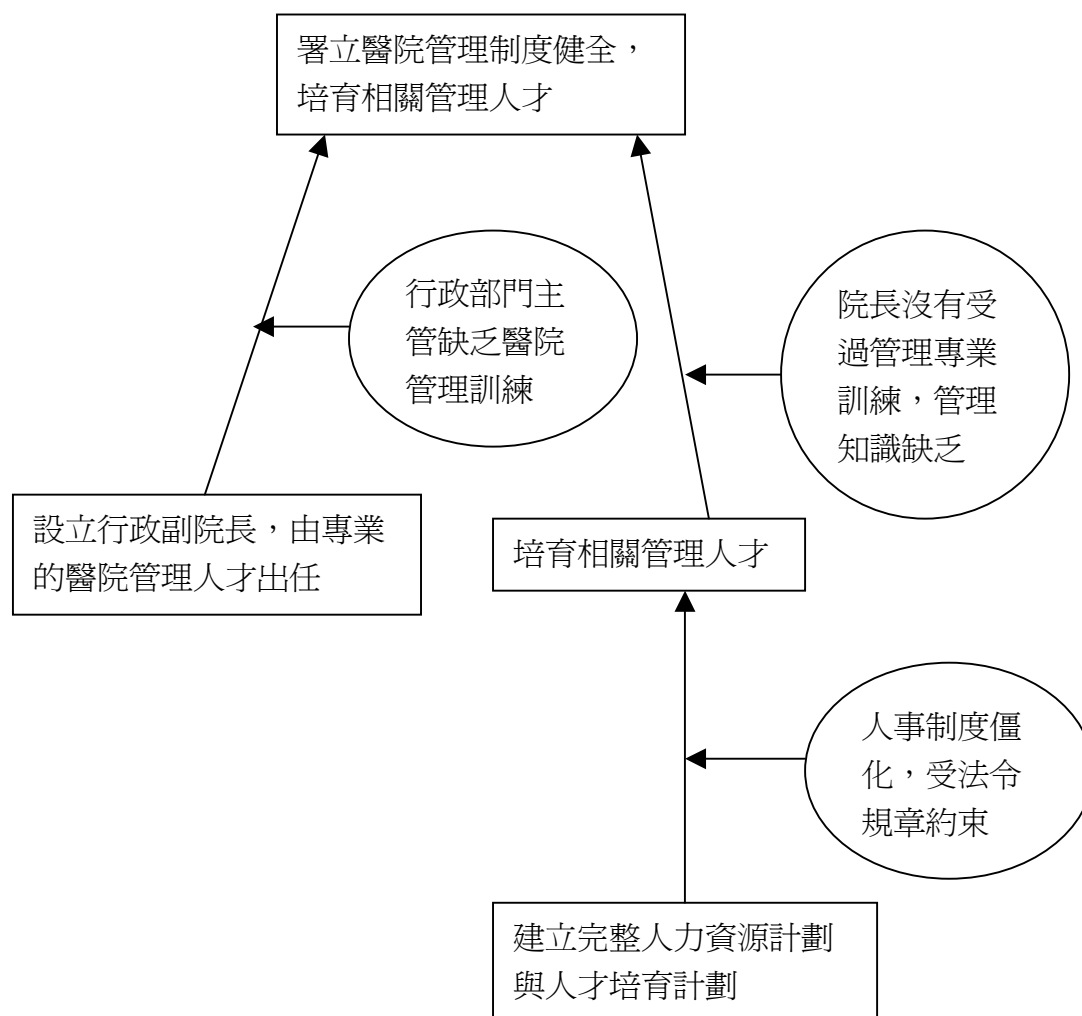


圖 4.10 署立醫院多角化經營先決條件樹圖 (2)

資料來源：本研究整理

(3) 建立適當的績效評估制度，平衡財務及非財務指標

<1> 中間目標

- i. 建立內部控制及成本分析，健全管理會計制度
- ii. 掌握有效的活動資訊，建立數據管理的概念
- iii. 建立適當的績效評估指標，使員工績效考核有所依據

<2> 阻礙

- i. 陳美蓉（1980）在「省立醫院業務改進計劃執行之評估」一文中指出，省立醫院財務制度不全，無法提供夠質夠量的資訊來協助管理決策
- ii. 人員績效考核憑印象沒有客觀標準
- iii. 沒有全職推動人員，沒有建立適當的指標

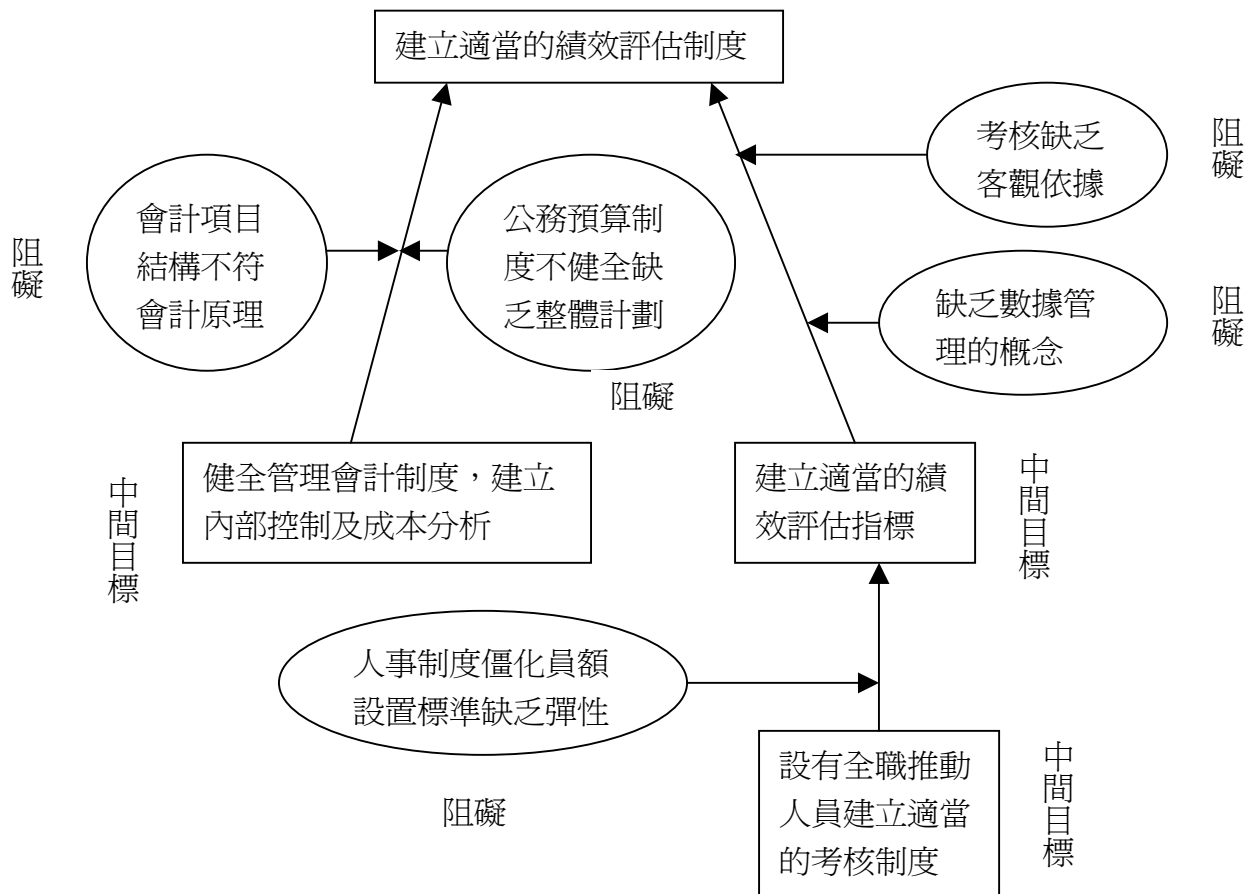


圖 4.11 署立醫院多角化經營先決條件樹圖（3）
資料來源：本研究整理

4.5 過渡圖 (transition tree)

1.目的：

「過渡圖」的主要目的為擬定執行準則，配合中間目標定出行動計劃

2.製作方式：

(1) 克服中間目標所遇到的障礙，配合中間目標定出行動計劃

(2) 再依照因果關係串連中間目標、改善方案以及執行準則。

如下圖 4.12 所示：

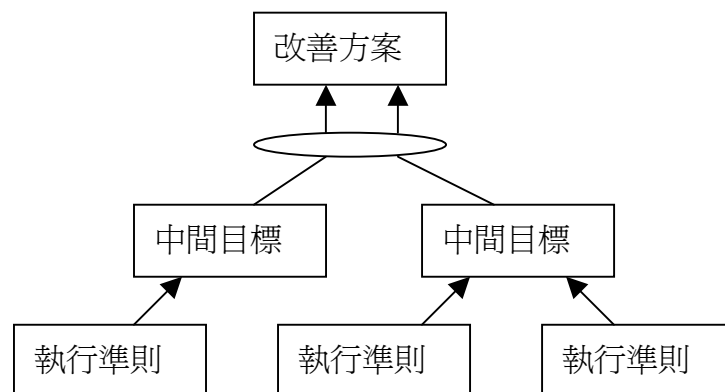


圖 4.12 過渡圖

資料來源：本研究整理製作

本研究依照訪談中各受訪人員對於署立醫院多角化經營的困難以及執行規劃

列出以下之執行計劃方案：

3.進行結果：

(1) 依署立醫院所屬醫療區域之醫療資源充足性以及民眾對所在地醫院醫療資源利用率的高低，分別出適合公辦民營或適合政府繼續經營的署立醫院。(許績偉，1999)

(2) 確立署立醫院的整體目標以及公共衛生政策及責任。例如配合社

會福利政策、照顧低收入患者及其他弱勢團體、支援基層醫療及公共衛生工作、收治法定傳染病患者、推展重大醫療政策。

- (3) 建立完整的人力資源規劃與人才培育計劃
- (4) 高階主管接受醫院管理的再教育
- (5) 設立行政副院長，由專業醫院管理人才出任，專職專業分擔醫院行政管理專務
- (6) 建立適當的績效評估制度
- (7) 適當的教育訓練，激勵員工學習新技能
- (8) 行政主管接受醫院管理的教育訓練
- (9) 培育專職的管理人員，推動適合的績效評估制度
- (10) 激發員工學習與創新的精神，學習新事業所需的技能與知識

以下圖 4.13 為本研究串連中間目標、改善方案及執行行動方案所繪製的署立醫院多角化經營過渡圖：

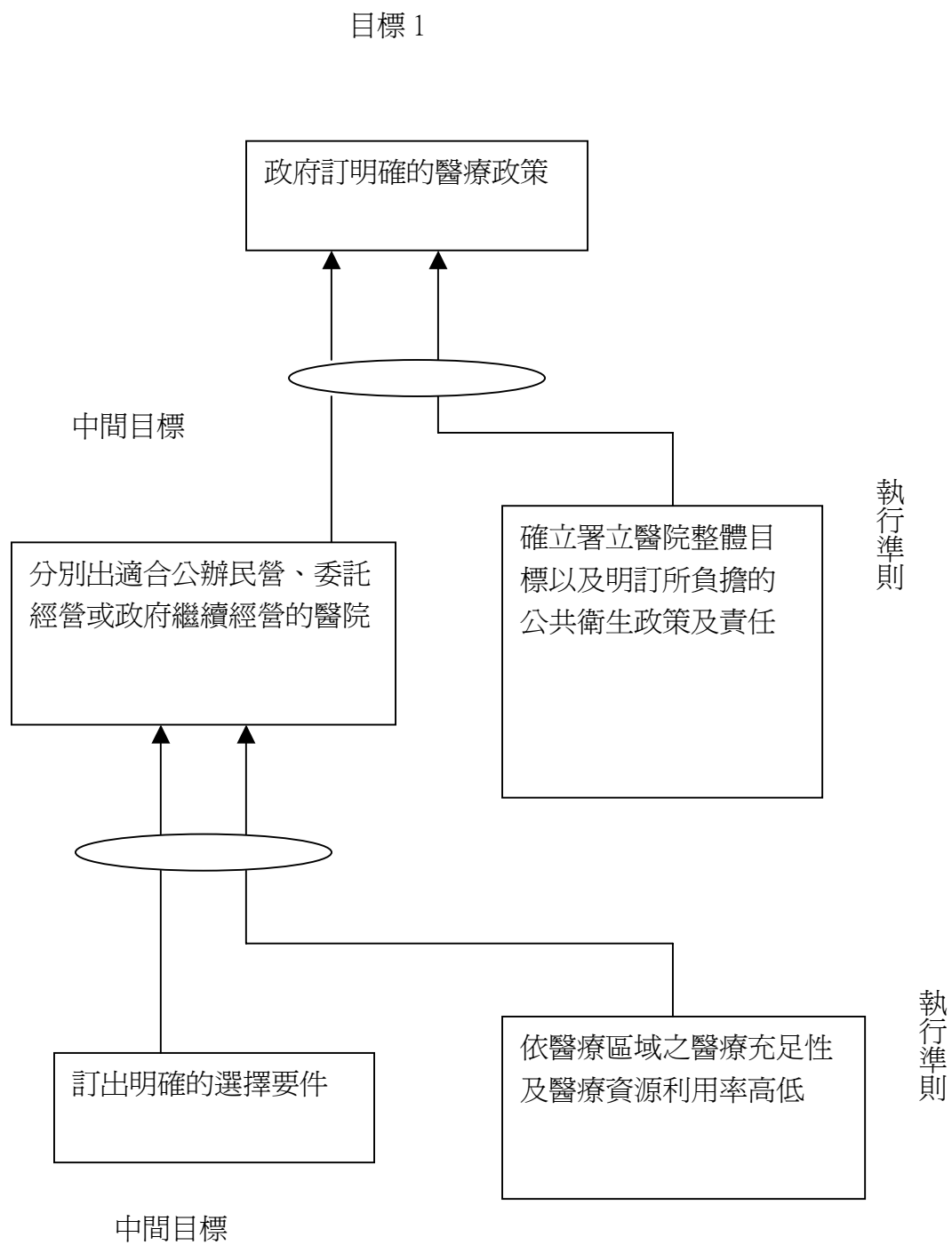


圖 4.13 署立醫院多角化過渡圖（一）

資料來源：本研究整理

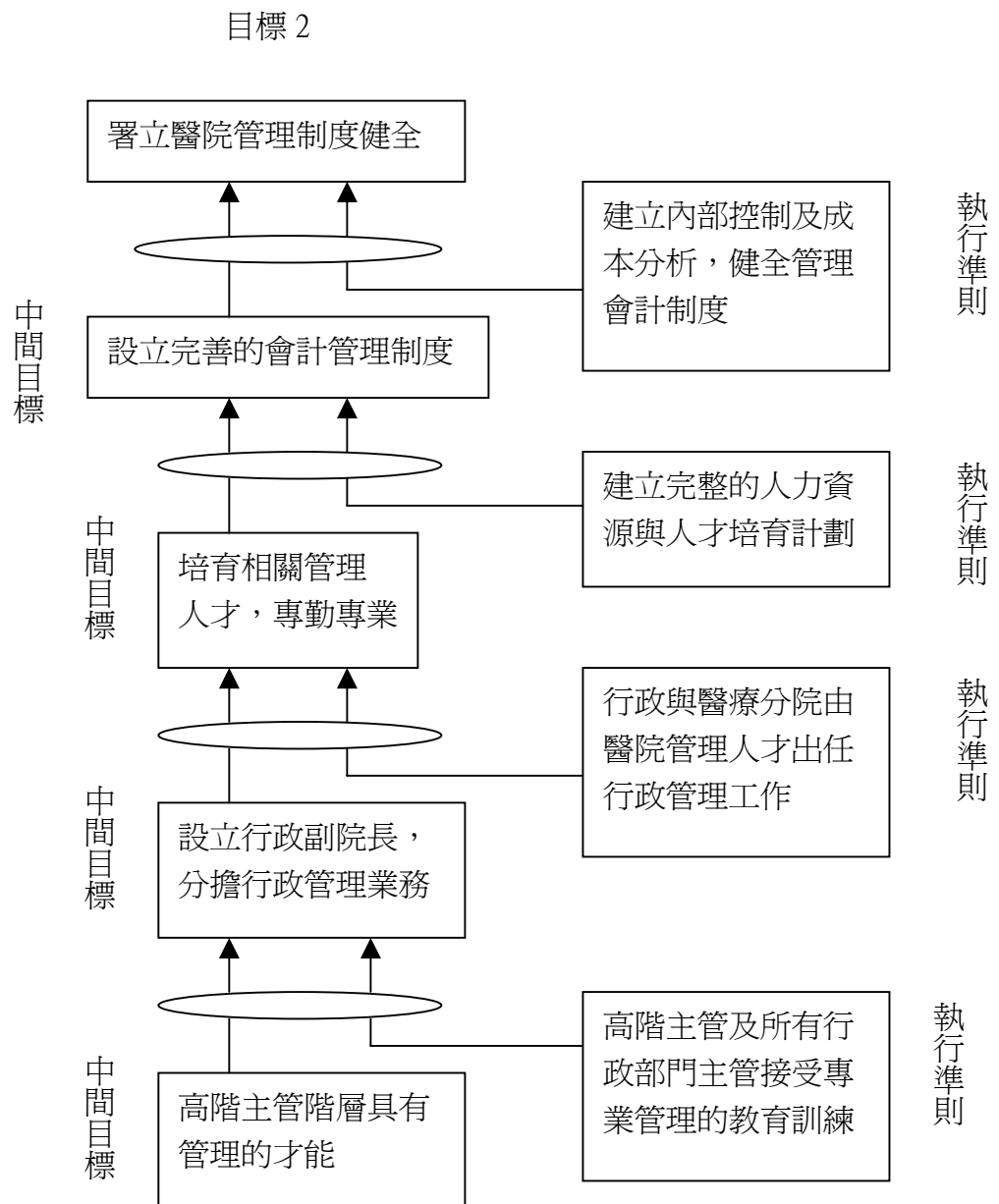


圖 4.14 署立醫院多角化過渡圖（二）

資料來源：本研究整理

目標 3

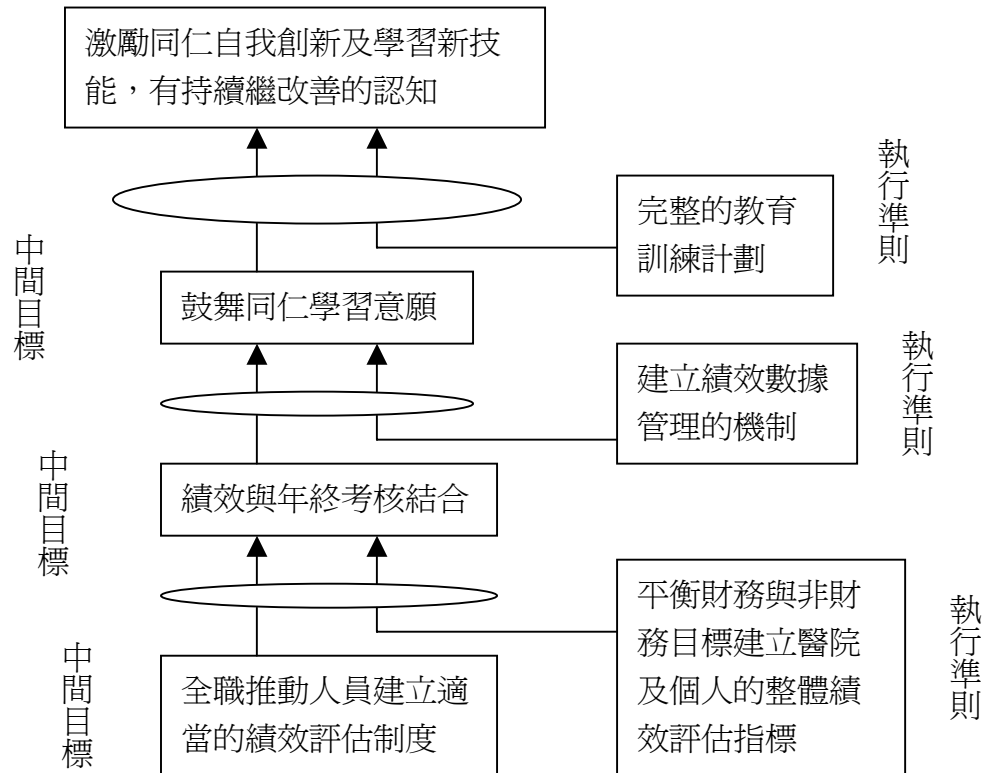


圖 4.15 署立醫院多角化過渡圖（三）

資料來源：本研究整理

依上述限制理論系統化的邏輯思考觀點，「什麼需要改變？」「要改變成什麼？」以及「如何改變？」三大步驟，五種思考程序（現況樹、撥雲法、本來狀況樹、條件樹、轉移樹）等，有系統地整理出「署立醫院多角化經營的現況分析」---核心問題、改善方案、有利條件以及未來目標，並逐步規劃出未來可能的理想狀態。

五、結果與討論

5.1 署立醫院多角化經營之現況

5.1.1 第一部份關於多角化經營現況

1. 目前署立醫院除了「彰化醫院」尚在規劃階段外，其餘均已開始從事各項多角化經營事業，本論文在研究訪談之前曾到各署立醫院網站探索，發現各醫院均有居家照護的項目，過去對於醫院多角化的研究將「居家照護」列為多角化之項目（張群昌，1992），但近年來，居家照護已於納入全民健保疾病照護給付的項目；故本研究將此項目去除。
2. 目前署立醫院採行多角化經營的事業，傾向於與醫療產業相關的多角化經營為主，此點與劉麗珠（2001）之研究相同，其中多角化經營的項目為以下幾項：

表 5-1 多角化經營的項目

護理之家	19 家（90.48%）
呼吸照護病房	13 家（61.90%）
美容護膚	8 家（38.09%）
病患日用品之販賣	8 家（38.09%）
停車場	7 家（33.33%）
社區健檢中心	4 家（19.04%）
產後母子照護中心	4 家（19.04%）
減肥中心	4 家（19.04%）
煙毒勒戒中心	4 家（19.04%）
餐飲部	2 家（9.5%）

托兒所	1 家（4.7%）
視力矯正及配鏡	1 家（4.7%）
禮品、花店	1 家（4.7%）
旅館	1 家（4.7%）

3. 目前署立醫院經營多角化事業的方式主要以「完全由院內同仁經營佔大多數（41.8%）」，而管理方式則大多由「由醫院現有人員兼管（由行政或醫護人員管理）（83.8%）」佔大多數；如屬門診附加業務則由該科醫師自行管理。下表列出參訪不同多角化方式之經營比較：

表 5-2 不同多角化經營種類之比較

種類	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	1.完全由院內同仁經營（68.4%） 2. 病患服務員契約外包（26.3%） 3. 外包經營權，收受租金（5.3%）	1.由醫院現有人員管理（84.2%） 2.以契約方式管理（15.8%）	50 床以上之規模方有明顯之財務績效
呼吸照護病房	1.完全由院內同仁經營（92.3%） 2.外包經營權，收受租金（7.7%）	1.由醫院現有人員管理（92.3%） 2.以契約方式管理（7.7%）	1.財務績效極佳 2.須配合院內相關醫師及呼吸照護技術員

美容護膚	完全由院內同仁經營（100%）	由醫院現有人員管理（100%）	1.財務績效極佳 2.適合都會地區
病患日用品之販賣	1.完全由院內同仁經營（12.5%） 2.外包經營權，收受租金（87.5%）	1.以契約方式管理（37.5%） 2.由醫院福利委員會管理（62.5%）	1.財務績效極佳 2.與醫院病患服務量成正相關
停車場	1.完全由院內同仁經營（28.6%） 2.外包經營權，收受租金（71.4%）	1.由醫院現有人員管理（28.6%） 2.以契約方式管理（42.6%） 3.由醫院福利委員會管理（28.6%）	1.財務績效極佳 2.適合都會地區 3.與醫院病患服務量成正相關
社區健檢中心	完全由院內同仁經營（100%）	由醫院現有人員管理（100%）	1.財務績效佳 2.須配合適當行銷
產後母子照護中心	完全由院內同仁經營（100%）	由醫院現有人員管理（100%）	1.財務績效不佳 2.提昇醫院整體照護服務
減肥中心	完全由院內同仁經營（100%）	由醫院現有人員管理（100%）	1.財務績效佳 2.適合都會地區

煙毒勒戒中心	完全由院內同仁經營（100%）	由醫院現有人員管理（100%）	1.財務績效佳 2.符合社會責任
餐飲部	外包經營權，收受租金（100%）	由醫院福利委員會管理（100%）	1.財務績效佳 2.管理不易
托兒所	完全由院內同仁經營（100%）	由醫院現有人員管理（100%）	1.管理不易 2.提昇幼兒衛教
視力矯正及配鏡	完全由院內同仁經營（100%）	由醫院現有人員管理（100%）	1.財務績效佳 2.管理不易
禮品、花店	外包經營權，收受租金（100%）	由醫院現有人員管理（100%）	1.財務績效佳 2.適合都會區
旅館	完全由院內同仁經營（100%）	醫院現有人員管理（100%）	1.財務績效佳 2.配合旅遊健檢

4. 以下再將問卷中有關現況之部分總整理如下表

表 5-3、多角化經營現況

實施狀況	種類	管理方式	經營方式	績效評估方式	達成率
1.已實施，未來計劃擴展（89.3%）	1. 護理之家 2. 病患用品之販賣	1.現有人員管理（83.8%）	1.自營（41.2%） 2.外包（32.4%）	1.顧客面績效（44.4%） 2.財務績效（33.3%）	1.不太滿意（53.9%） 2.成果不錯（26.9%）
2.已實施，未來不計劃擴展（10.7%）	3. 停車場 4. 美容整形中心	2.外聘專家（16.2%）	3.策略聯盟（26.4%）	3.其他（22.3%）	3.尚可（11.5%）
3.不打算實施（0%）	5. 減肥中心				4.差距極大（7.7%）

- <1> 在是否有專人企劃多角化事業上，只有（ 14.3 % ）的醫院由專人企劃。顯見在署立醫院中，對於新事業的企劃大多缺乏專業人員。
- <2> 績效評估方式上，採取顧客面績效佔大多數（44.4%），財務績效者（33.3%）次之，其他績效指標的達成率（22.3%），明顯看出目前署立醫院的績效評估除了採取財務績效評估方式以外，已經開始採取如顧客滿意度等績效評估指標。
- <3> 對於多角化事業的績效評估，有（53.8%）認為不太滿意，（26.9%）認為成果不錯，（7.7%）差距極大。令人訝異的是，在多角化經營極具盛名的「花蓮醫院」，對於多角化經營之績效，整體看來仍然認為對於預期目標的達成不太滿意。可見在高階管理的認知上，大多數署立醫院的管理者認為目前的多角化事業尚未達到其預定目標；也就是說仍然應該更加努力。

5.1.2. 第二部份關於多角化經營困境

表 5-4、多角化經營困境（前五項）

不願再繼續擴展之原因	經營之困境
1.空間不足（23.6%）	1.人事限制（15.5%）
2.定位尚未明朗（17.6%）	2.財務限制（14.5%）
3.醫療品質考量（11.8%）	3.法令限制（11.8%）
4.投資成本考量（11.8%）	4.缺乏管理人才（10%）
5.無法找到合作對象（11.8%）	5.缺乏適當的績效評估制度（9.1%）

- <1> 對於多角化事業尚未實施或不願意再擴展的醫院，其主要原因分析如下：空間不足（28.6%）、署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施（21.4%）、基於投資成本考量（14.3%）。由此可見，絕大多數的醫院對於多角化事業，在空間規劃許可之下，均有意願再擴展多角化經營，但是署立醫院未來的定位及政策走向仍是一大阻力。
- <2> 署立醫院多角化經營之困境，整體而言，與署立醫院一般之經營困境雷同，均可分為人事限制、財務限制及管理限制面；其中又以「人事任用受公務人員任用法規限制」最為影響重大。

5.1.3 第三部份關於核心問題之影響程度及改善方案認知

核心問題（一）：政府對於署立醫院的政策不明朗

表 5-5 核心問題（一）之影響程度及改善方案

影響程度	改善方案
1.重大 （39.3%）	1.盡速訂立適當的指標，找出不同的署立醫院採取不同的經營方向 （46.9%）
2.非常重大 （35.7%）	2.經由署立醫院再造計劃，增加署立醫院的競爭力 （44.9%）
3.普通 （25%）	

（1）核心問題之影響認知：

39.3% 的受訪者認為「重大」，35.7% 認為「非常重大」，由此可見，經由限制理論所找出之核心問題一「政府對於署立醫院的政策不明朗」，在署立醫院高階

管理者的認知上，的確對於多角化經營有極大的影響。

(2) 改善方案：

有 46.9% 的受訪者認為應該盡速訂立適當的指標，找出不同的署立醫院採取不同的經營方向，另外則有 44.9% 的受訪者則認為應經由署立醫院再造計劃，增加署立醫院的競爭力。此點與限制理論之思考邏輯相同。

核心問題（二）：院長為醫療專業人員，對於醫院管理之能力不足

表 5-6 核心問題（二）之影響程度及改善方案

影響程度	改善方案
1. 普通 (46.4%)	1. 新院長上任之前，接受適當的醫療管理教育訓練 (29.2%)
2. 重大 (28.6%)	2. 安排院長接受醫療管理再教育訓練 (25%)
3. 非常重大 (14.3%)	

(1) 核心問題之影響認知：

對於這個問題的影響認知，由於受訪者均為高階管理者，對於自身管理能力這個十分敏感性的問題，有 46.4% 的受訪者認為「普通」，28.6% 認為重大，以及 14.3% 認為非常重大，甚至有一位受訪者認為非常輕微。此點與限制理論的思考型態不見得吻合。但由此也可看出，受訪者在自身的管理能力認知上，意見十分分歧，個別差異性極大。

(2) 改善方案：

由於受訪者對於自身管理能力之不同評價與認知，明顯的表現在改善方案

的選擇上，四種不同的改善方案，圈選程度十分平均；其中又以「新院長上任之前，接受適當的醫療管理教育訓練」最多，佔 29.2%

核心問題（三）：缺乏適當的績效評估制度

表 5-7 核心問題（三）之影響程度及改善方案

影響程度	改善方案
1.重大 （53.6%）	1.個人的績效評估應與該事業單位績效結合 （25.7%）
2.非常重大 （21.4%）	2.依醫院的不同目標與策略，自行訂立適當的績效評估制度 （21.6%）
3.普通 （17.9%）	3.成立成本會計中心，依不同的責任區域劃分成本責任及績效評估 （21.6%）

（1）核心問題之影響認知：

有 53.6% 的受訪者認為「重大」，21.4% 認為非常重大，由此可知，絕大多數的受訪者對於「缺乏適當的績效評估制度」之嚴重程度表示贊同。

（2）改善方案：

沒有任何受訪者認為應該維持現有的公務人員績效考核制度，至於改善方案，大多數的受訪者贊同平衡計分卡的理念，也就是<1>個人的績效評估應與該事業單位績效結合 25.7% <2>依醫院的不同目標與策略，自行訂立適當的績效評估制度（21.6%），<3>成立成本會計中心，依不同的責任區域劃分成本責任及績效評估（21.6%）；但是只有（12.1 %）的受訪者認為應該引進平衡計分卡作為績效評估模式，由此顯示，對於多數受訪者而言，平衡計分卡只

是一個陌生的概念。

5.1.4 第四部份關於多角化經營之理想目標

表 5-8 多角化經營之理想目標

1. 發展社區整體性照護	(17.2%)
2. 提供更完整的健康照護	(16.4%)
3. 提昇醫院公共形象	(14.9%)
4. 增加醫院人員及設備的使用率	(13.4%)
5. 增加醫院收入，分散業務風險	(10.5%)

在此項關於未來理想目標的填答上，各受訪者均十分詳盡；由各個醫院不同的醫療環境，產生以上幾個重要目標。其中，『發展社區整體性照護』居首位，可見署立醫院的現任高階經營者，對於署立醫院所肩負的社會福利照護及目標，具有正確及良好的認知。因此，在醫院發展多角化經營的選擇類型上，仍是以社區照護為基礎發展，顯見未來署立醫院對於負擔社會福利照護仍具有一定的功能。

5.1.5 第五部分：醫院之經營特性，對多角化經營之影響

表 5-9 醫院等級與多角化經營相關性

醫院等級	多角化經營平均 種類數	經營績效
區域教學醫院	6.8	1.成果不錯 (45.5%) 2.不太滿意 (45.5%) 3.差距極大 (9.0%)
地區教學醫院	3	1.不太滿意 (71.4%) 2.尚可 (28.6%)

區域醫院	6.5	1.不太滿意（100%）
地區醫院	3	1.不太滿意（51.7%） 2.成果不錯（14.3%） 3.尚可（14.3%） 4.差距極大（14.3%）

在醫院等級的特性上，可以看出區域級以上醫院多角化經營的種類明顯高於地區醫院；而在經營績效上，區域教學醫院有 45.5% 的高階管理者認為「成果不錯」，在地區醫院中卻有 14.3% 的高階管理者認為「差距極大」。關於經營績效的差別，雖然與各個高階管理者的認知不同有關，但是總體看來，仍然可以看出在急症醫療經營較佳的醫院，在實施多角化經營上，仍然表現出較好的經營績效以及較多元化的經營種類。

表 5-10 醫院所處地區醫療資源與多角化經營相關性

醫療資源	種類數	經營績效
十分充足	9	1.不太滿意（77.8%） 2.成果不錯（22.2%）
充足	6	1.不太滿意（66.6%） 2.成果不錯（16.7%） 3.差距極大（16.7%）
尚可	7	1.不太滿意（51.7%） 2.成果不錯（14.3%） 3.差距極大（14.3%） 4.尚可（14.3%）
不太足夠	4	1.成果不錯（50.0%） 2.尚可（50.0%）
十分缺乏	0	

由上表（5-10）較難看出醫院所處地區醫療資源之充足與醫院多角化經營績效

之相關性，但是在多角化經營之種類上，所屬地區醫療資源較充足之醫院，在多角化經營種類上有明顯的偏多趨勢。

表 5-11 醫院服務量與多角化經營相關性

醫院服務量	種類數	經營績效
極高	0	
高	9	1.不太滿意（55.6%） 2.成果不錯（44.4%）
普通	13	1.不太滿意（53.8%） 2.尚可（23.1%） 3.成果不錯（15.4%） 4.差距極大（7.7%）
不佳	4	1.不太滿意（75%） 2.差距極大（25%）
十分不佳	0	

由上表可以得知，醫院之服務量與多角化經營種類有較為明顯的相關性，服務量大的醫院可以藉由其看病人潮，發展醫療相關或單純服務性的非相關多角化事業；例如提供病患的日用品販賣或者餐飲供應，皆可以達到較好的經營績效。

5.1.6 小結：

根據上述之研究，建議以下一些多角化經營方式

<1> 位處都會地區而本身醫療服務量大之醫院：

- 經營種類：美容護膚中心

停車場

產後母子照護中心

病患日用品之販賣

餐飲服務

- 經營方式：由醫院同仁接受相關專業訓練後自營
- 管理方式：由醫院同仁接受相關專業訓練後專職管理，或由醫院之管理委員會聘任專家管理

在急症醫療上業務績效良好的醫院，發展由相關科別的醫師所推展的相關事業，一般都能達到相當的規模，並且達成與核心事業之間的完整網路系統。在非相關多角化（如停車場）的經營上，則可以藉著醫院看病人潮聚集的作用產生營運上的優勢。

<2> 位處鄉鎮而本身醫療服務量較差之醫院

- 經營種類：護理之家

呼吸照護中心

托兒所

- 經營方式：由醫院同仁接受相關專業訓練後自營
- 管理方式：由醫院同仁接受相關專業訓練後專職管理

目前國內各級醫療機構的發展，多偏重於以急性病患為主要服務對象，對於需要長期照護的病患，大多缺乏持續性、完整性及一致性的有效醫療照顧，往後可以往長期照護，配合抗衰老中心發展，由生活、運動、飲食、照護各方面，不只抵抗衰老，預防老年疾病，並可以照顧年老之患者。

5.2 署立醫院高階管理者對多角化經營的認知與態度

1. 署立醫院高階管理者大多肯定公立醫院存在的價值，受訪者當中除了少數幾位認為公立醫院已缺乏任何存在的必要性，應該盡速訂立「民營法則」朝「公設財團法人」的方式進行民營化外，其餘均認為現階段仍應保有公立醫院，不宜冒然實施全面民營化，以免社會大眾的利益被犧牲而難以彌補，另外若所託非人被財團掌控，對社會大眾更為不利。
2. 對於多角化經營的態度上，大部分的受訪者均認為多角化經營只能當作醫療相關事業上的一種附帶經營方式，並不能將它當成主要的醫院經營業務，唯獨「朴子醫院」自九十一年三月長庚朴子分院開幕以來，營運大受影響，高層管理者認為唯有轉型成為長期照護機構，一方面可以照顧朴子地區超過 8% 的老年人口，一方面可以延續署立醫院原本肩負的社會責任。
3. 對於多角化經營的困境，大多數的受訪者皆認為目前醫療政策限制過多，不利於多角化經營，如人事法規限制、人事凍結、醫院內本身醫療業務的人力負擔均已十分沈重，再加上中部辦公室要求多項醫療政策，例如要求通過 ISO 9001 之審核，提昇醫院內服務品質，再加上幾乎是一年一次的醫院評鑑業務。另外院內缺乏相關的企劃人才，往往不知如何從事多角化事業的企劃與行銷；即使擴展了相關多角化事業，在財務績效上也往往達不到預期目標，甚至於無法達到收支平衡的基本效益。
4. 在多角化經營的未來目標上，多數受訪者認為應善加利用現有空間規劃及設施以增加附加效益（例如：護理之家帶來許多復健科門診的病患）。

另外，也有人認為在健保總額給付之外，可以為醫院帶來一些額外的效益，以分散財務風險。唯有「台中醫院」受訪者認為多角化經營顯然不見得能帶來財務上的效益，卻可以補足一般醫療照護的不足，使醫院對「全人」的照護更為完整，例如台中醫院有充足的婦產科及小兒科人力，再搭配中醫及營養師的營養諮詢，使得「坐月子中心」的照護更為完整，對醫院的整體形象有提昇的作用。

5. 多角化經營之績效與規模，和管理者的認知與態度實有極大的相關性；例如台中及豐原醫院，在高階管理認為醫院應配合急症醫療從事全人服務業務的理念之下，開拓了多方面的多角化事業。另一方面，同屬區域教學醫院的另一位高階管理者，認為醫療政策反覆不定，人員任用及財務受政府法規約束，在管理上憑添許多困境。由於不了解公立醫院的法規限制，即使院內有某知名皮膚科醫師想要開設美容護膚中心，院方皆以「法令不符」而無法順利推展。由此點可以看出，高階管理者的認知與態度，仍為最重要的影響因素。

六、結論與建議

6.1 結論

本研究起初的研究動機起源於目前署立醫院普遍存在民營化等醫療政策影響民心、士氣。另一方面醫師人力不足、醫療服務量減少、而許多醫院新建大樓卻不斷擴增完工，在諸多因素限制之下，如何利用目前的內外在條件，走向前衛生署中部辦公室楊漢源主任所提的「多元化利用」。全省署立醫院對於多角化經營目前的現況如何以及在經營上遇到何種的困難及限制，都是本文極想研究的重點。走訪全省的署立醫院後，「多角化經營的認知，乃在於急症醫療上缺乏相對競爭力，爲了利用現有人力及資源，往多角化經營發展」的假設似乎完全被推翻。以下整理本研究結論如下：

1. 在急症醫療上缺乏競爭力的署立醫院即使轉型成多角化經營，在財務績效上仍然不具有相對的競爭力。另一方面，在急症醫療上業務績效良好的醫院，採取相關多角化的經營或者非相關多角化（如停車場）的經營，都能夠因爲醫院看病人潮聚集的作用產生許多營運上的優勢。發展由相關科別的醫師所推展的相關事業，如婦產科、小兒科、中醫科所共同照護的「產後母子照護中心」，由皮膚科、整型科醫師所管理經營的「美容護膚中心」。由復健科、內科、高年科醫師所共同照護的「護理之家」。以及由胸腔科、呼吸治療科所管理照護的「呼吸照護中心」。一般都能達到相當的規範，並且達成與核心事業之間的完整網路系統。反觀在醫療服務量較不足的醫院，一般在特殊科的醫師人力上均顯不足，故在轉型或擴展多角化相關事業上仍然受到極大的限制。

- 2、 署立醫院高階管理者大多肯定公立醫院存在的價值，受訪者當中除了少數幾位認為公立醫院已缺乏任何存在的必要性，應該盡速訂立「民營法則」朝「公設財團法人」的方式進行民營化外，其餘均認為現階段仍應保有公立醫院，不宜貿然實施全面民營化，以免社會大眾的利益被犧牲而難以彌補，另外若所託非人被財團掌控，對社會大眾更為不利。
- 3、 目前署立醫院經營多角化事業的方式，在醫療相關業務上除了台南醫院的護理之家以及屏東醫院的護理之家採取與相關機關策略聯盟或完全外包方式外；其餘大都由院內護理人員專職管理，在護理之家病患服務員業務則有多家採取外包方式。至於非相關多角化事業（如病患日用品之販賣、花店、禮品店、餐飲部、停車場、托兒所、旅館）則大多採外包方式經營，以契約方式管理收受租金，唯有新竹醫院之停車場、豐原醫院停車場、花蓮醫院托兒所、旅館部由院內員工自行經營外，其餘均採外包方式經營。
- 4、 署立醫院多角化經營最主要之核心問題為以下幾項：
- （1）核心問題一：醫療政策不明確，署立醫院缺乏整體的目標和方向。
 - （2）核心問題二：高階管理者均為醫療專業人員，缺乏醫務管理知識，對於醫院之管理能力不足。
 - （3）核心問題三：缺乏適當的績效評估模式，無法有效評估及管理多角化事業。
- 對策 1：
 - ◆ 目的：尋求適當的策略使適於國家繼續經營以達成公立醫院設立宗旨之醫院能配合國家醫療福利政策、為民服務、永續經營。

- <1> 依署立醫院所屬醫療區域之醫療資源充足性以及民眾對所在地醫院醫療資源利用率的高低，分別出適合公辦民營或適合政府繼續經營的署立醫院。
- <2> 確立署立醫院的整體目標以及公共衛生政策及責任。例如配合社會福利政策、照顧低收入患者及其他弱勢團體、支援基層醫療及公共衛生工作、收治法定傳染病患者、推展重大醫療政策。
- <3> 以核心條件配合外在環境需求，找出適合的署立醫院經營策略，
- <4> 開展多角化事業並充分利用現有設備及硬體設施，達成署立醫院自給自足的目標。

● 對策 2：

- ◆ 目的：高階管理階層維繫署立醫院經營成敗之關鍵，如何讓現任的管理者，在醫療專業之外，擁有適當的醫務管理知識，了解當地的醫療環境及市場需求；推動適當的多角化事業，肩負署立醫院管理的重任。

- <1> 由高階管理階層全力推動及支援、全院同仁共同參與的方式依署立醫院設立的宗旨，共同建立願景及共識
- <2> 藉由適當的教育訓練培育相關的管理人才，建立均衡而適當的績效評估
- <3> 推動醫院內持續改善的服務品質以及自動自發學習新技能，如此才能使多角化新事業的推動得以持續進行。

● 對策 3：

- ◆ 目的：適當的績效衡量指標不僅可以經由數據管理平衡財務與非財

務指標，更可以經由公平有效的績效考核，鼓勵同仁成長創新的學習意願，朝醫院整體的目標及願景邁進。

<1>藉由適當的教育訓練，培育相關的管理人才。

<2>建立均衡而適當的績效評估方式

<3>鼓勵同仁自動自發學習新技能，如此才能有效管理多角化事業。

5、署立醫院多角化經營未來成長的有利條件、改善方案及理想目標。

(1) 有利條件

<1>政策支持：前中部辦公室的主管楊漢源先生主張對於所屬醫院朝向多元化經營策略進行規劃，並引入民間企業化經營之活力及觀念來提昇服務品質與績效。

<2>體制內逐漸改革：在現行法令規定下對人事、會計、採購等制度作體制內再造，期能達到提昇經營績效的目標。

<3>就醫便利性：署立綜合醫院大都位於市中心且交通便利，全省每一縣市均設立有署立醫院，充分達到就醫便利性的要求。

<4>硬體設施的逐步改進：前省衛生處曾針對老舊之省立醫院予以改擴整建，新建完成的醫療大樓除硬體設施完備外，寬敞的空間設計亦賦予署立醫院經營多角化策略時莫大的優勢。

(2) 改善方案

<1>政府早日評估各項利弊得失定出「署立醫院公辦民營法規」：使適於公辦民營的醫院，或是委託民間企業經營或是公有設施

開放承租，至於適於政府繼續經營的醫院則早日落實改革計劃

<2> 培育相關專業管理人才：鼓勵員工接受新技能之訓練、培育新事業之相關管理人才、打破既有之公務人員任用之法規限制適才適任。

<3> 尋求新的醫療服務市場：避開競爭激烈的緊急醫療救護市場，經由市場調查尋求新的市場機會、配合本身的經營資源、收集各種情報作為跨足新事業的基礎。

<4> 高階管理人員接受管理的專業訓練：貫徹專業專勤制度並負經營成敗之權責

<5> 依署立醫院設立的宗旨及目標由全院同仁共同建立願景及共識建立醫院整體的目標及方向。

<6> 找出適當的績效評估模式：藉由良好而適當的績效評估指標不僅可以鼓舞同仁學習新技能的意願，並且可以做為策略執行的工具。

（3）理想目標

經由上述之策略規劃，署立醫院高階管理者認為，多角化經營將可達成以下之主要理想目標：

- <1> 發展社區整體性照護
- <2> 提供更完整的健康照護
- <3> 提昇醫院公共形象
- <4> 增加醫院人員及設備的使用率
- <5> 增加醫院收入，分散業務風險

6.2 建議

1. 對國家醫療政策決策者的建議

(1) 針對署立醫院之多角化經營之現況與問題，大部分的高階主管均認為醫療政策的一再變動，影響署立醫院的經營甚鉅；尤其是全面民營化的言論，不但影響經營者及員工的士氣，更令許多管理者對於醫院的未來規劃，存有憂慮而裹足不前。蕭文顏，顏裕庭（2000），在省立醫院「民營化」的省思一文中曾引用美國公共衛生學者 Dennia P. Andrulis 與 Dr. Kevin B. Weiss 等人的主張，「醫療制度的改變應顧及公立醫院肩負的社會責任與民眾的需求，否則恐會帶副作用」，「醫療保健政策應考量國家社會長遠的利益，以謀社會大眾福利」。另外，經訪談結果分析，署立醫院高階管理者認為未來署立醫院的走向可以分為以下五種：

<1> 法令鬆綁：公營機構多角化經營之諸多法規限制，使公立醫院在多角化經營之規劃上無法與私人醫院競爭。法令鬆綁可使署立醫院擺脫部分公務機關的束縛，提昇署立醫院的經營效率。

<2> 重新定位署立醫院：以署立醫院每年從事的社區醫療保健服務，地區疾病與教學作為編列公務預算的基礎，使署立醫院能兼顧管理與提供醫療服務。

<3> 轉型：考慮訂定適當的指標，將部分署立醫院轉型為長期照護機構，以延續署立醫院原本肩負的社會責任。

<3> 民營化：少數的高階經營者亦認為公營機構民營化，乃世界潮流所趨，公立醫院已不再具有存在之意義。並且

認為以公設法人方式轉為民營化最為適當。

<4> 調整經營的方式：形成一署立醫院醫療網，在這區域內的醫院可採取聯盟、支援或建教合作等方式經營以共享醫資源降低營運成本。

- (2) 依據限制理論找出署立醫院目前的困境中以「醫療政策不明確」為核心問題之一，根據此核心問題找出可改善方案為盡速規劃適當的指標，對於仍擔負地區急性醫療重任，所屬地區醫療資源貧乏地區的醫院，加強內部管理，以提昇其經營績效，達到自給自足。對於醫療資源充足地區，而本身之經營績效不良之署立醫院，則建議可以考慮民營化之方式。
- (3) 以醫務管理背景的管理人才擔任院長或行政副院長，另外再實施適當的管理教育訓練，針對即將上任的新院長、副院長實施職前教育，以免面對龐雜的醫院管理業務有「無法勝任」的無奈。因此在公營事業管理與改革工作上，政府主管部門所要盡的最大責任就是如何為公營事業尋找一位適合的領導人。
- (4) 另一個核心問題「公務機關的法令限制」則建議訂定「公立醫療機構管理條例」，將管理、人事、預算、決策及審計，以特別法規定，對現行因法規限制而產生之無效率管理將可有效獲得舒解。

2. 對於署立醫院高階管理者的建議

- (1) 在本研究所找出的多角化經營問題中，以高階管理者欠缺管理的能

力為另一個核心問題，在此項問題的認知上許多的高階管理者均填答「影響不太嚴重」(57.1%)，但是在參訪過程中，本研究與數位各家醫院的行政主管、祕書親自參與多角化企劃的護理長等深入訪談中發現，大多數的受訪皆認為高階管理者均為優秀的專科醫師，但是面對龐雜的醫院業務以及諸多的法規限制，往往有時間及能力不逮的窘境，對於此點，前人研究中(吳振宇，1995)亦曾提出「上位者的決心」乃是策略經營成功之關鍵因素。本文亦在此提出建議高階管理者接受相關之醫務管理再教育課程。

- (2) 各家醫院因所屬地區醫療環境及市場需求各不相同，各醫院的特性不同所擁有的核心資源亦不相同。因此，在發展多角化經營類型的選擇上，應審慎考量本身之資源優勢，選擇較能產生資源整合效果的多角化業務，以開拓出新的市場優勢。
- (3) 醫院是屬於一種資本技術密集的專業型服務業，人與設備是主要的核心資源，但是要使兩者均能充分發揮，就必需要有良好的管理。良好的管理是必需要靠人、組織與領導，其中領導更是任何一個企業改革與發展所不可缺少之必要條件。事業的永續經營不能只建立在高層主管一人身上，因此建議領導人形成優良企業文化與企業願景，建立經營團隊代替個人式的領導，及早培養未來的領導人才，而署立醫院多角化事業的管理與企劃正是訓練與培養未來領導人才的一個大好機會。
- (4) 現行公立醫院服務獎勵金實質上並不具激勵的效果，無法激發員工

達到應有的績效，鼓舞員工學習，創新的士氣。本研究提出「平衡計分卡」的績效評估方式，讓策略得以連結個人績效與組織績效，跨越組織功能部門間的藩籬，將組織願景、目標、策略、行動緊密地整合在一起，讓新的策略具體有效地在組織內推動展開。

3. 對未來研究者的建議：

- (1) 本研究針對署立醫院多角化經營的現況做一現場參訪及記錄，並依限制理論找出目前多角化經營的核心問題及改善方案建議，後續研究者可以參考本研究的改善建議方案，做一長時間的縱貫性研究，以便確認此改善方案所獲得的未來理想目標達成績效的考證因果關係。
- (2) 由於目前醫療政策尚未完全明確，署立醫院是否走向全面民營化，影響現階段醫院高階主管實施各項改革的意願甚為鉅大。後續研究者可以依據本研究所提出的醫療政策的建議方案，追蹤研究在政策明確之後，對於未來署立醫院多角化經營的影響為何？民營化之後的「署立醫院」是否趨向於更多元化發展？其間因果關係為何？
- (3) 本研究對署立醫院多角化事業的財務績效研究不多，僅止於參訪式主觀的依經營者個人的認知判斷，建議後續的研究者可以蒐集多角化經營財務相關資料。如資產報酬率、經營邊緣利潤，每床收費等資料、較能看出多角化經營影響因素財務獲利之間的關係，但是必需注意多角化經營之目標與動機，不僅只是財務獲利而已，尚有提昇醫院整體形象等其他非財務性目標。

參考文獻

中文部分

1. 王良方，1989，省立醫院行政困境之研究，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
2. 王昭月，1994，從營運績效的比較探討省立醫院的經營分析，高雄醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
3. 方仁華，2000，制度變革對組織文化與績效的影響—以行政院衛生署所屬醫院為例，雲林科技大學企業管理研究所碩士論文。
4. 尤宜安，1990，省立醫院損益現況分析與探討，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
5. 石美春，1996，成本效益、成本效果及成本效用分析法之簡介，醫院 29 (5)，p9-13。
6. 台灣省政府衛生處，1998，台灣省立醫院局所營運白皮書，台灣省政府衛生處。
7. 朱文洋，2001，中小型醫院經營策略與營運績效之探討—以平衡計分卡觀點分析，國立中山大學人力資源管理研究所醫管在職專班碩士論文。
8. 行政院衛生署，1996，中華民國 84 年台灣地區醫療機構現況及醫院服務量統計摘要表。
9. 行政院衛生署，1997，中華民國 85 年台灣地區醫療機構現況及醫院服務量統計摘要表。
10. 行政院衛生署，1998，中華民國 86 年台灣地區醫療機構現況及醫院服務量統計摘要表。
11. 李坤林，1999，多角化能解決冗員問題嗎？。
12. 李宏健，1999，如何運用限制理論進行持續改善，管理會計，第四十九期 p1-20。
13. 吳安平，2000，我國公營事業民營化過程中公務員之困境與省思，南華大學公共行政與政策研究所碩士論文。
14. 余光華，1996，公營事業企業化經營之探討，兩岸公營事業管理與興革，華泰書局，台北。
15. 林大景，1999，公營事業因應民營化政策進行多角化經營之規劃參考模式的初期先導研究，台灣大學工業工程研究所論文。

16. 林文仁，1997，以品質機能展開強化限制理論於問題改善過程之研究，國立台灣科技大學管理技術研究所碩士論文。
17. 林正明，2000，限制理論及其應用—以 QCC 推動為例，育達研究叢刊，第一期，P49-52。
18. 林正明，2001，平衡計分卡應用探討—依限制理論思考過程，育達研究叢刊，第二期，P116-143。
19. 林坤財，1999，限制理論思考方式在設施規劃應用之研究，國立台灣科技大學管理研究所。
20. 邱毅、陳月珠，1992，私立醫院對多角化經營策略態度之研究，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。
21. 星雙鈺，1993，醫院績效管理之規劃與實施，醫院，第 26 卷第 4 期。
22. 洪立衡，2001，台灣地區製造業之限制理論管理知識實證研究，國立交通大學工業工程與管理學系碩士論文。
23. 俞慧芸，1998，國公營事業開發新事業之困難與經營型態之研究，p91-119。
24. 郝晉明，2000，多角化與國際化對企業經營績效影響之實證研究—以國內上市公司為例，中原大學企業管理研究所碩士論文。
25. 馬英九，1990，轉型社會之福利需求，國立政治大學社會學報，第 25 期 P9-10。
26. 莊雙喜、蔡明田、康信鴻，1996，高雄市小港醫院民營化可行性研究，高雄市政府研究發展考核委員會專題委託研究報告。
27. 陳麗娟，1998，台灣省立醫院營運績效與策略之研究，國立陽明大學公衛研究所碩士論文。
28. 陳美蓉，1990，省市立醫院業務績效改進計劃執行之評估，國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
29. 陳振興，1998，省立醫療院所營運管理，台灣衛生雙月刊，363 期。
30. 陳振興，1999，醫事人力資源整合之成本效益分析—以省立醫院營運策略聯盟為例，人力發展月刊，第六十五期 p29-33。
31. 陳美燕，2001，以限制理論探討知識管理組織的建立，中原大學工業工程管理研究所碩士論文。
32. 陳永牲，2002，策略規劃之探索，品質月刊，二月號，P37~40。
33. 許國敏，1994，公立醫院營運與管理，醫院雜誌，二十六卷第六期。
34. 許士軍，1989，管理學，華泰書局。

35. 許績偉，1999，公立醫療機構民營化之可行性方案分析—以二十二家省立綜合醫院為例，國立雲林科技大學企業管理碩士論文，P33-35。
36. 張錦文，1994，公立醫療機構委託民間經營，行政院研考會委託研究。
37. 張慈桂、藍忠孚、吳肖琪，1991，醫院生產力研究的理論架構，醫院、第 26 卷第 4 期。
38. 張景年，1997，省立醫院之分配與技術效率評估，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。
39. 張博雅，1991，我國醫院未來之展望，醫院雜誌，第 24 卷第 5 期，P318-321。
40. 張耿銘，1998，地區醫院營運績效及影響因素探討，中國藥學院醫務管理研究所碩士論文，P134-142。
41. 張群昌，1992，私立醫院對多角化經營策略態度之研究，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
42. 黃永吉，2002，醫院建構平衡卡之研究—以雲林縣某地區教學醫院為例，國立雲林科技大學工業工程與管理研究所碩士論文。
43. 黃琬雅、張錦文，全民健保法規與醫療院所營運之關係及回應策略探討，醫院雜誌，第 28 卷第二期 P49-52。
44. 黃鴻鈞，1992，中南東部人口北移趨勢已減緩，聯合報，第三版。
45. 楊順成，1996，全民健保對公立醫院經營績效之影響，淡江大學會計系研究所論文。
46. 楊漢淙，1998，我國公立醫療機構經營權責之研究，行政院研究考會委託研究報告。
47. 楊漢淙，1998，台灣公立醫療機構制度改造方案之研究，行政院研考會「我國公立醫療機構經營權責之研究」等專題研究。
48. 楊志良，1992，省市立醫院財務問題之研究，行政院衛生署八十年度委託研究訂則。
49. 楊國樞，1989，社會及行為科學研究法。
50. 蔡坤佑，2000，限制理論下建置企業資源規劃系統（ERP）之關鍵成功因素與導入架構，國立台灣大學資訊管理研究所碩士論文。
51. 劉碧珠，2001，台灣醫院多角化經營之調查研究，國立台北護理學院醫護管理研究所碩士論文。

52. 劉明煌，1995，全民健保實施後中小型醫院因應對策與社會策略，元培學報，第二期 P39-46。
53. 劉常勇，1996，國有企業改革的思考模式，兩岸公營事業管理與興革，華泰書局，台北。
54. 劉常勇，1995，領導人是改革成功的關鍵，戰略生產力評論，七月號，P28~31。
55. 劉珊如，2001，e 時代的策略執行工具—平衡計分卡，e Executive 電子化管理，P72~74。
56. 劉明煌，1997，全民健保實施後中小型醫院因應對策與經營策略，元培學報，第二期，P39~47。
57. 劉立凡，1987，以醫院為中心的長期醫療照護系統之研究，中醫醫管所碩士論文，P7-8。
58. 賴進祥，1994，公立醫療機構醫護人員任用問題之探討，衛生報導，第四十七期。
59. 蕭文、顏裕庭，2000，省立醫院民營化的省思，台灣醫界，Vol43,No4,P63。
60. 謝方彥，2000，以平衡計分卡觀點設計企業資源規劃系統績效評估制度之研究，淡江大學會計研究所碩士論文。
61. 藍忠孚、錢慶文，1991，省市立醫院生產力評估，行政院衛生署委託研究報告。
62. 羅巧琳，1987，某教學醫院中風病患居家醫療計劃推展之評估，榮總護理，第七卷第一期，P2-3。
63. Roberts，Kaplan & David P. Norton，1999，The Balanced Score card，朱道凱譯，城邦文化事業股份有限公司出版年。
64. William F. Glueck 原著，司徒達賢譯，1989，企業政策與策略規劃，東華書局，P170。

英文部分

1. Amihud, Y. and B. Lev, 1981, Risk Reduction as a managerial motive for conglomerate Mergers Bell, Journal of Economics 12, P605-617
2. Amit, R. and J. Livant, 1988, Diversification strategies, Business Cycles and Economic Performance, Strategic Management Journal, 9, Mar/Apr, P99-110
3. Alan H. Rosenstein, 1986, Hospital Closure or Survival: Formula for Success, Health Care Management Review, Summer P29-35
4. Atwater, Brain and Mayaret L.Gagne, 1997, The Theory of Constraints Versus Contribution Margin Analysis for Product Mix Decision, Journal of Cost Management, January P6-15
5. Clement, Jan P, 1987, Does Hospital diversification Improve Financial Outcomes?, Medical care 25, P988-1001
6. Eliyahu Goldratt H. Shifting Information Out of the Data Ocean: The Hay—stack syndrome, 1990, North River Press
7. Eliyahu Goldratt and Jeff Cox, 1992, " The Gold", 2ed
8. Gort, M. Divers, 1962, Diversification and Integration in American Industry, Princeton, NJ, Princeton University Press
9. James, K. Simon and Barbara A. Cohen, 1989, Reorganization /diversification: Six years later, Health Care Management Review, Fall, P77-84
10. Jan P. Clement, 1988, Vertical Integration and Diversification of Acute

care Hospitals : Conceptual Definiton , Hospital & Health Services Administration 33 : 1 , spring P99-110

11. Markides C.C , 1995 , Diversification , Restructuring and Economic Performance , Strategic Management Journal , Vol.16 , P101-118
12. Reed, R. & Luffman G.A , 1982 , Diversification in British Industry in 1970' s , Strategic Management Journal , Vol.3 , P303-314
13. Stephen M. Shortell , Ellen Morrison and Susan Hughes , 1989 , The keys to successful Diversification : Lessons from LeadingHospital systems , Hospital & Health Services Administration 34 : 4 Winter , P471-492
14. Teece , D.J , 1982 , Toward an Theory of Multiproduct Firm , Journal of Economic Behavior and Organization , Vol.3 , P39-63
15. Umble M. Michael and Elizabeth J. Umble , 1998 , Now to Apply The Theory of Constraints , Five—step Process of continuous Improvement , Journal of cost Management (September/October) P5-14
16. Wende L. Fox , 1989 , Vertical Integration Strategies : More Promising then diversification , Health Care Management Review , Summer P49-56

附件、一

訪談的主題

1. 署立醫院現在經營上的問題差異
2. 貴院是否想要從事或已從事多角化經營？例如坐月子中心、護理之家、美容中心、托嬰中心等等
3. 貴院從事多角化經營的目標為何？動機為何？
4. 施行多角化的有利條件為何？
5. 施行困難點為何？
6. 採用何種方式經營？
7. 目前的績效如何？
8. 對於未來施行多角化規劃的看法？

附件、二

問卷說明

壹、

首先對「醫院多角化經營」做個說明，它是指醫院除了現有的醫療各科業務外設置與發展與醫療業相關或不相關的新產品或新市場，包括：坐月子中心、老人安養院、護理之家、減肥中心、美容整形中心、育嬰中心、居家照護、健康俱樂部、醫管顧問中心、煙毒勒戒中心、醫療保健會員制計劃、育幼托護、健康水療、視力矯正及配鏡、連鎖藥局、社區健康檢驗中心、培養醫護人員之學校、醫療器材的製造、維修或販賣、病患用品之販賣、購物中心、花店、禮品店、旅館、停車場、美髮中心等等。有效運用醫院限有資源、設置與人力，預期為醫院帶來各種效益。

貳、

本問卷共分四大部分，主要針對署立醫院多角化經營的現況、困境、解決方案、理想目標以及醫院的基本資料。填答時，請在您認為最適當的項目內打 V 或填入適當的文字。

問卷內容

第一部份：「署立醫院多角化經營之現況」

1. 請問貴院是否實施多角經營？

- ☐ 目前已實施，未來仍計劃繼續或擴展 ☐ 目前已實施，未來不計劃繼續或擴展 ☐ 不打算實施

2. 請問貴院目前實施哪些多角化事業？（可複選）

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 坐月子中心 | <input type="checkbox"/> 老人安養院 | <input type="checkbox"/> 護理之家 |
| <input type="checkbox"/> 減肥中心 | <input type="checkbox"/> 美容整型中心 | <input type="checkbox"/> 育嬰中心 |
| <input type="checkbox"/> 居家照護 | <input type="checkbox"/> 煙毒勒戒中心 | <input type="checkbox"/> 醫療保健會員制 |
| <input type="checkbox"/> 健康俱樂部 | <input type="checkbox"/> 醫管顧問中心 | <input type="checkbox"/> 托兒所 |
| <input type="checkbox"/> 健康水療中心 | <input type="checkbox"/> 視力矯正及配鏡 | <input type="checkbox"/> 連鎖藥局 |
| <input type="checkbox"/> 病患用品之販賣 | <input type="checkbox"/> 社區臨床檢驗中心 | <input type="checkbox"/> 培養醫護人員之學校 |
| <input type="checkbox"/> 購物中心 | <input type="checkbox"/> 花店、禮品店 | <input type="checkbox"/> 旅館 |
| <input type="checkbox"/> 美髮院 | <input type="checkbox"/> 停車場 | <input type="checkbox"/> 醫療儀器的製造、維修或販賣 |

3. 請問貴院是否設有專人企劃多角化事業？

- ☐ 是 ☐ 否

4. 請問貴院從事多角化事業時，採用何種管理方式？

- ☐ 由醫院現有人員兼管
- ☐ 由醫院其他行政或護理人員接受專業訓練後專職管理
- ☐ 由院外聘請這方面之專家授權其管理，隸屬於醫院正式編制
- ☐ 由院外聘請這方面之專家授權其管理，但不屬於院方正式編制

5. 如果貴院尚未施行多角化事業或不願意再繼續擴展，請問其原因為何？（可複選）
- ☐ 時間不足，無法兼顧
 - ☐ 空間不足
 - ☐ 基於維持醫療品質考量
 - ☐ 與醫院營運原旨不符
 - ☐ 基於投資成本考量
 - ☐ 沒有專職的企劃人員，不易推行
 - ☐ 不了解市場需求
 - ☐ 醫院員工士氣不高，不願意配合
 - ☐ 不了解政府法令規定
 - ☐ 無法找到合適的合作對象
 - ☐ 署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施
6. 貴院實施多角化事業時，偏向採取何種經營方式？
- ☐ 完全由院內同仁經營管理
 - ☐ 外包經營權，收受租金或合理利潤
 - ☐ 與相關機構合作經營，以契約方式共同管理
 - ☐ 與其他醫院策略聯盟，互相支援
 - ☐ 其他_____
7. 貴院採何種方式做為多角化經營事業的績效評估？（可複選）
- ☐ 財務績效，_____%
 - ☐ 顧客面績效（如顧客滿意度或顧客人數增加），_____%
 - ☐ 院內員工的成長與創新，_____%

- ☐ 企業內部流程改進， _____ %
- ☐ 其他績效指標的達成率， _____ %

8. 整體而言，貴院採行多角化經營後是否達到預期的理目標？

- ☐ 完全達成
- ☐ 不太滿意
- ☐ 成果不錯
- ☐ 差距極大
- ☐ 尚可

第二部份：「署立醫院多角化經營之困境及其改善方案」

1. 貴院推行多角化事業所遇到的困難為何？（可複選）

- ☐ 人事任用受公務人員任用法規限制
- ☐ 財務規劃受政府財務預算法規限制
- ☐ 政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多
- ☐ 院內員工學習新技能的意願不高
- ☐ 院內醫護及其他工作人員配合度不高
- ☐ 缺乏適當的管理人才
- ☐ 沒有適當的行銷管道
- ☐ 財務績效無達成目標
- ☐ 外包事業易造成管理制度上的問題
- ☐ 不了解當地市場的需求及環境
- ☐ 對新事業的認知不足
- ☐ 高層管理人員的時間及能力不足
- ☐ 缺乏適當的績效評估制度
- ☐ 其他_____

2. 您認為以下問題對於多角化經營之困境的影響及對策為何？

(1) 政府對於署立醫院的政策不明朗

☐非常重大 ☐重大 ☐普通 ☐輕微 ☐非常輕微

您認為上述問題較適當的改善方案為何？（可複選）

☐盡速訂立適當的指標，找出不同的署立醫院採取不同的經營方向

☐署立醫院已完成歷史任務，應該採取全面公辦民營

☐署立醫院更改為慢性病患照護中心

☐經由署立醫院再造計劃，增加署立醫院的競爭力

☐其他

(2) 人事法規限制太多，院長缺乏人事任免自主權

☐非常重大 ☐重大 ☐普通 ☐輕微 ☐非常輕微

您認為上述問題較適的改善方案為何？（可複選）

☐人事法規行之多年，能滿足公務人員適才適任的需求

☐更改人事法規，給予院長充分的人事任免權

☐更改人事法規，給予院長部分的人事任免權

☐更改人事法規，由各醫院成立委員會自行管理人事問題

☐其他

(3) 院長為醫療專業人員，對於醫院管理之能力不足

☐非常重大 ☐重大 ☐普通 ☐輕微 ☐非常輕微

您認為上述問題較適當的改善方案為何？（可複選）

☐新院長上任之前，接受適當的醫療管理教育訓練

☐挑選具有醫療管理專業管理背景人員擔任院長

☐醫療與行政分開，派任一名醫療管理專業人才擔任行政副院長予以輔助

☐安排院長接受醫療管理再教育訓練

☐其他

(4) 缺乏適當的績效評估制度

☐非常重大

☐重大

☐普通

☐輕微

☐非常輕微

您認為上述問題較適當的改善方案為何？（可複選）

☐個人的績效評估應與該事業單位績效結合

☐維持原有的公務人員績效獎勵制度

☐不僅應注重財務績效，同時亦注重非財務績效（如顧客滿意度）

☐依醫院的不同目標與策略，自行訂立適當的績效評估制度

☐引進平衡計分卡的方式，均衡主客觀評估

☐成立成本會計中心，依不同的責任區域劃分成本責任及績效評估

☐其他_____

第三部份：「署立醫院多角化經營的理想目標」

1. 您認為署立醫院維持多角化經營的目標為何？（可複選）

☐ 提昇醫院公共形象

☐ 配合政府公共福利政策的執行

☐ 發展社區整體性照護

☐ 提昇本院在醫療市場的佔有率

☐ 增加醫院人員及設備的使用率

☐ 增加院內員工的工作滿足感

☐ 提供更完整的健康照護

☐ 發展公辦民營前的調適性策略

☐ 增加醫院收入，分散業務風險

☐ 其他_____

第四部份：

壹、醫院基本資料

1. 貴院評鑑等級

☐醫學中心 ☐區域教學醫院 ☐地區教學醫院 ☐區域醫院 ☐地區醫院

2. 請問貴院所屬的醫療區域醫療資源為何？

☐十分充足 ☐充足 ☐尚可 ☐不太足夠 ☐十分缺乏

3. 請問貴院的醫療服務量為何？

☐極高 ☐高 ☐通普 ☐不佳 ☐十分不佳

4. 貴院所在地區：_____縣（市）

貳、填表人基本資料

1. 職稱：☐院長 ☐副院長 ☐主任祕書（請呈院長核閱後惠復）

2. 年齡：☐60 歲以上 ☐59~50 歲 ☐49~40 歲 ☐40 歲以下

3. 最高學歷：☐醫護學院相關研究所 ☐非醫護學院相關研究所 ☐大專

4. 您是否具有醫師資格？ ☐是 ☐否

5. 您擔任首長（含院長、副院長）年資_____年

附件 三

署立醫院多角化經營現況（實地參訪結果）

1.基隆醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
產後母子照護中心	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	僅有 6 個床位，財務績效較差
體重控制班	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外門診收入
護理之家	除正式護理人員外，病患服務員之作業採契約外包方式	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	50 床，佔床率 9 成，但尚未達到收支平衡
呼吸照護中心	目前採契約外包經營權，收受租金	以契約方式管理	以收取租金方式
美容護膚中心	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外門診收入
戒煙班	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外門診收入
病患日常用品之販賣	外包經營權、收受租金及合理潤	由醫院福利委員會管理	財務績效外，另有使精神科之輕症病

			患有服務人群等工作機會
停車場	外包經營權、收受租金及合理潤	由醫院福利委員會管理	財務績效外，另有使精神科之輕症病患患有服務人群等工作機會
咖啡及餐飲販賣	外包經營權、收受租金及合理潤	由醫院福利委員會管理	財務績效外，另有使精神科之輕症病患患有服務人群等工作機會

(2) 經營現況及認知

<1>空間不足，新建大樓於四年前完工啓用，但醫療業務慢慢成長。如

今，佔床率9成左右急慢性病床有470床，無正式醫師缺額，屬區域教學醫院，對於多角化經營認為須與醫療業務互相搭配成為醫療相關業務的延伸及完整性照護。

<2>院長、副院長均新到任，積極性的優秀醫師及經營管理者，認為公立醫院仍有存在之必要，尤其在基隆地區醫療資源不多但醫療服務量很大之區域，公立醫院實有存在之必要。

<3>勞務收入較為豐厚，以院聘方式聘請諸多行銷及公關人員，許多護理行政工作也以院聘方式聘任許多的護理人員，故醫院形象逐漸好轉增強之中。

2.台北醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
產後母子照護中心	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	僅有 7 床，佔床率 5 成，僅做為延伸產後照護，財務績效不佳
體重控制班	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式進行增加門診健保外收入
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	於城區分院設立，佔床率約 5 成，財務績效不佳
呼吸照護中心	完全由院內同仁經營	由醫師管理	30 床，佔床率 9 成以上，財務績效極佳
美容護膚中心	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外門診收入
病患日常用品之販賣	外包經營權、收受租金及合理利潤	由醫院福利委員會管理	場地租金收入
花店、禮品店	外包經營權、收受租金及合理利潤	由醫院福利委員會管理	場地租金收入
停車場	完全由院內同仁經營	由醫院行政人員管理	佔地利之便，財務績效佳

社區臨床檢驗中心	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	患者不多，財務績效不佳
----------	-----------	--------------------	-------------

(2) 經營現況及認知

<1> 位於新莊市市中心區，交通地點極佳

<2> 尚有 420 床，正式之主治醫師幾乎無缺額率，屬區域教學醫院。

<3> 黃焜璋院長到任之後積極羅致人才，設立台大、馬偕聯合門診，目前營業額升高，僅次於新竹、桃園、豐原醫院之後，急慢性病床佔床率約 7 成 1。

<4> 由於空間不足，目前僅城區分院設立護理之家，依黃院長之經營理念，認為公立醫院之存在仍屬必需，往後應往抗衰老中心發展，由生活、運動、飲食、照護各方面等抵抗衰老，預防老年疾病。

<5> 對於多角化的未來發展，認為仍應以醫療本業為重，多角化只能當作健保外之少數財務支援，大約共應佔本業之 10~15%。

3. 桃園醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
體重控制班	完全由院內同仁經營	由院外聘請專家，但不屬於院方正式編制	以門診方式進行增加門診健保外收入，成效佳
護理之家	病患服務員之業務	由醫院護理人員接	54 床，佔床率 8~9

	以契約方式外包	受專業訓練後專職管理	成，8 位專職護理人員，13 位病患服務員，財務績效不佳但能提昇醫院服務形象
呼吸照護中心	完全由院內同仁經營	由醫師管理	30 床，佔床率 9 成以上，財務績效佳
病患日常用品之販賣	外包經營權、收受租金及合理潤	由醫院福利委員會管理	場地租金收入
停車場	外包經營權、收受租金及合理潤	由醫院福利委員會管理	場地租金收入
社區健檢中心	完全由院內同仁經營	由護理人員兼管	民眾使用率不高，財務績效不佳

（2）經營現況及認知

<1>所屬之桃園地區，醫療資源十分豐足，再加上台大醫療業務支援逐漸減少，民眾之醫療使用量逐漸降低，現屬於區域教學乙級醫院。

<2>急慢性病床約 760 床，佔床率約 6 成，目前正擴展護之家規模達到總數 100 床。

<3>新建大樓於 86 年完工，空間設施充足，但管理階層認為醫療政策反覆不定，人員任用及財務受政府法規約束，在管理上憑添許多困境。

4.新竹醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
---------	------	------	------

護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	僅 30 床，佔床率約 5~6 成，財務績效不佳
美容護膚中心	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外門診收入
戒煙班	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外門診收入
停車場	完全由院內同仁經營	由醫院行政人員管理	財務績效佳，增加健保外收入

（2）經營現況及認知

<1> 前任院長王復蘇院長於 1989 年接任後，實施企業式經營，建立企業之逐漸增加到現在收近 1 億 6000 萬，成為全署立醫院的業績榜首。

<2> 但是今年 7 月以後馬偕醫院及長庚醫院進駐新竹地區分散醫療資源成為往後新竹醫院莫大的勁敵。

<3> 在多角化經營方面，由於急慢性病床 600 床有 9 成以上之佔床率，屬於區域教學醫院，醫療資源少，醫療服務量大，醫師缺額率為零，故目前缺乏空間及人力以規劃多角化經營。

<4> 至於未來之計劃，高層管理者認為能夠賺錢的事業，如停車場、日用品販賣自己經營、不賺錢的事業則儘量採外包方式。

5.竹東醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	25 床，佔床率約 5 成，財務績效不佳
社區臨床檢驗中心	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	經營績效不佳
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	經營績效中等

（2）經營現況及認知

<1> 全國第一家通過全國性 ISO9001 之認證署立醫院。

<2> 位居竹東市之較為市郊區域，與竹東榮民醫院競爭激烈。

<3> 鄰近新竹地區，故病患大都前往新竹地區就醫，醫療服務量降低，目前急慢性病床約有 120 床，佔有率 5~6 成，醫師缺額率為 5~6 成。

<4> 現為地區醫院，正接受地區教學醫院之評鑑中

<5> 高層管理者認為由於醫師人力不足，病患服務量不大，無法擴展如坐月子中心等相關多角化事業，另外由於缺乏企劃人員，故新事業不易建立規劃。

6.苗栗醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	病患服務員業務外包，以契約方式經營	由醫院護理人員接受訓練後管理，外包部分則以契約方式管理	80 床，佔床率約 8 成，財務績效佳
美容護膚中心	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	以門診方式經營，增加健保外收入
戒煙班	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	以門診方式經營，增加健保外收入，績效佳
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	約有 20~25 床，財務績效中等
咖啡餐飲部	外包經營權，收受租金	由福利委員會管理	收受租金，財務績效中等

（2）經營現況及認知

<1> 由於院長及副長均為新到任（90 年 12 月到任）之新任高階主管（院長由新竹醫院院長兼代），對於苗栗醫院有諸多不同的改進方案正在規劃當中。

<2> 苗栗醫院所屬之醫療區域屬於醫療資源較缺乏區，民眾之醫療服務量大，現有醫師 57 人，醫師缺額率約為 10~20%，急慢性病床佔床率約為 8 成，屬地區教學醫院。

<3> 苗栗醫院之志工群服務極為熱誠，新建大樓完工啓用後空間及觀上均設計完善。

<4> 急症醫療服務量大，高層管理者認為多角化經營只能當作相關事業的輔助或兼管，不適宜過大擴展，有損醫院醫療的形象。

7.豐原醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	38 床，佔床率 8~9 成，但床較少，財務績效不佳
美容護膚中心	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	以門診方式經營，增加健保外收入
減重班	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	以門診方式經營，增加健保外收入
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	約有 20~30 床，9 成佔床率，財務績效中等
停車場	外包經營權	由契約式管理	收受租金

(2) 經營現況及認知

<1> 所屬之醫療區域因鄰近大台中地區，應屬於醫療資源豐富區，但醫療服務量大，績營績效良好，醫師編制應有 70 餘人，現已擴增到 100

多人，業務量仍在推廣擴增當中，急慢性病床佔床率近 9 成，醫師之醫療服務量大。

<2> 高層管理者均屬於專科醫師，認為醫院應加強醫療業務，不適宜發展過多之多角化事業，以免影響本業（醫療）事務。

<3> 現有空間不足，不認為有太多空間可以發展多角化事業

<4> 由於勞務收入豐潤，以勞務收入外聘公關及企劃、行銷人員，許多公關企劃、社區服務形象極佳。

8. 台中醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
產後母子照護中心	完全由院內同仁經營	由婦產科護理人員兼管	19 床，佔床率約 6 成，財務績效不佳
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	100 床，佔床率 8 成，財務績效佳
美容護膚中心	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	以門診方式經營，增加健保外收入
減重門診	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	以門診方式經營，增加健保外收入
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	有 24 床，佔床率高，財務績效高
病患日常用品之販	完全由院內同仁經營	由福利委員會外聘	尚可

賣	營	人員管理，不屬於 院方正式編制	
社區臨床檢驗中心	完全由院內同仁經 營	由護理人員兼管	經營績效中等

（2）經營現況及認知

<1> 新建大樓約於四年前完工啓用後，新大樓新氣象，經營績效一度逐漸上升，但由於台中醫院所屬之台中地區醫療資源十分豐足，故醫療競爭大，經營不易，再加上公家機關在行銷及公關上缺乏專業企劃人員，故醫院形象維持不易。

<2> 高層管理者認為醫療政策不穩定會使醫院工作同仁之士氣遭受打擊，另外在經營多角化時仍應以醫療相關事業為主，以免對新事業不了解，經營管理不易；另外也可能損失原有之醫療本業形象，甚至有所衝突。

9.彰化醫院

（1）多角化經營事業：尚未有多角化事業

（2）經營現況及認知

<1> 由於新建大樓於 90 年搬遷啓用後，目前仍有許多地方尚未完全完工，另外舊大樓為公所用地，即將被收回，故目前許多醫療業務仍未完成規劃階段。

<2> 目前有 2 位婦產科醫師，但尚未有新生兒病房，故沒有「坐月子中

心」的計劃。

<3> 目前僅開放 60 床，約 3 成佔床率，正式編上醫師缺額率高達 6 成。

<4> 高層管理者認為往後應配合高年科之業務發展托老照護或開辦護理之家業務，但仍應以醫療相關事業為宜。

<5> 高層管理者贊同公立醫院存在之必要性，認為現階段不應全面廢除公立醫院，近來由於人事凍結，全院僅有 38 位護理人員、人力不足、業務亦不易推展。

10.南投醫院

(1) 多角化經營事業：除中興院區有附設護理之家外，目前尚無多角化事業。

(2) 經營現況及認知

<1> 中興院區約有 25 床護理之家，約 5 成住民佔床率，財務績效不佳。

<2> 由於 921 地震之影響，目前舊大樓空間不足，新大樓尚未完工，沒有足夠空間規劃多角化事業。

<3> 目前約有 20 位醫師，正式編制之缺額率約 5~6 成，病房佔床率約 3~4 成，醫療服務量降低。

<4> 高層管理者認為仍應往醫療業務發展，尚未有多角化事業之規劃認知。

11.雲林醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	病患服務員業務自今年 3 月起開始外包	由正式護理人員管理外，以契約方式聘用病患服務員	擴增為 60 床，佔床率約 5 成，財務績效不佳

呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫師管理	25 床，近 9 成佔床率高，財務績效佳
病患日常用品之販賣	外包經營權，收受禮金	以契約方式管理	場地租金收入

（2）經營現況及認知

<1> 署立雲林醫院自 90 年 7 月由台大醫療團隊支援醫療業務後，再加上新建大樓之完工啓用，帶來醫療服務量之上升，由於行政及護理人員人事凍結，故以約聘方式聘任許多護理人員，但護理人力仍顯不足。

<2> 高層管理者，認為目前應往醫療業務發展，護理之家之行銷不足，財務績效不佳，在其他新事業之規劃上（如坐月子中心、美容中心、托兒照護等），因缺乏企劃人員，推展不易，而且雲林地區在醫院坐月子之人數少，市場需求不大。

<3> 目前正式醫師編制之缺額率達到 7 成，佔床率約 8 成，故醫師之醫療服務量極大，雖極力招攬各科醫師，但新到任之醫師不多，未來之動向如何仍是大家矚目之焦點。

12.嘉義醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	50 床，4~5 成佔床率，財務績效不佳

（2）經營現況及認知

<1>新建大樓於 91 年 2 月底完工啓用，由國立成功大學兩位教授借調至嘉義醫院擔任院長及副院長（自 91 年 3 月 1 日至 92 年 1 月 31 日止）

<2>兩位高階主管皆為知名之醫學教授，但是於醫療政策之不確定，言談中亦顯露出經營管理上之諸多無奈，例如沒有經費宣傳、行銷或甚至沒有經費可以聘任醫師。（因為尚無財務績效，故沒有辦法發放服務獎勵金）。

<3>目前大約有 20 位醫師約有 80% 之醫師缺額率。

<4>護理及行政人員亦因之前民營化的原因，許多屆齡人員紛紛離職，諸多科室主任目前仍懸缺之中，院務難以推展。

<5>對於多角化經營之認知，認為仍需以醫院之醫療本業為重，惟有先創造本業之興盛，才能帶動其他附加事業（如美容中心、停車場等）之人潮利用價值。

13. 朴子醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	目前有 100 床，佔床率約 6 成，以低價策略奏效，由於人事

			成本過重，財務績效中等
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	目前有 30 床，佔床率約 6~7 成，低價策略奏效，財務績效中等
病患日常用品之販賣	外包經營權，收受禮金	以福利委員會管理	租金收入不多，只能當作員工福利金

（2）經營現況及認知

<1> 後棟新建大樓於 89 年 3 月完工啓用，一般病房約有 110，占床率約為 7 成，無奈 91 年元月後長庚朴子分院成立，佔床率驟降為 4 成左右。

<2> 高層管理者之認知理念，認為無法在急重症醫療上與長庚醫院競爭，只能以「朴子四鄉鎮的好鄰居」自勉，照顧社區居民之健康照護以及社區老人照護；故逐漸往護理之家發展，並且極力壓低營運成本，以低價優惠方式成為社區的好鄰居。院長之理念認為公立醫院應負有社會責任，仍應有其存在必要性。

<3> 目前約有醫師 20 人，醫師缺額率約 6 成，但是高層管理者認為醫療經營績效不佳，不宜再擴增醫師人數，以免獎勵金分配不足，更加影響現任醫師之權益。

14.新營醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	目前有 50 床，佔床率約 8 成，全部使用院內正式編制之員工，收費低廉，人事成本重，故財務績效不佳
美容護膚中心	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營，增加門診外收入，但患者不多

(2) 經營現況及認知

<1>兩位高層管理者均為新進派任之新任管理者。

<2>目前屬地區醫院，已在努力試圖通過地區教學醫院之評鑑

<3>目前有 20 位醫師以及數位特約醫師支援門診業務，正式編制之醫師缺額率約為 7 成。

<4>護理之家雖然佔床率不差，但因收費低廉、人事成本負擔重、財務績效不佳，現正準備公告外包事宜。

15.台南醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
---------	------	------	------

護理之家	與台南護理學校合作經營	以契約方式管理	收受租金以及互相轉介患者，財務績效中等
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫師管理	目前有 30 床，佔床率 8 成，財務績效佳
病患日常用品之販賣	外包經營權，收受租金	以契約方式管理	收受租金不多，只能當作部分員工福利之收入
停車場	外包經營權，收受租金	以契約方式管理	收受租金不多，只能當作部分員工福利之收入

（2）經營現況及認知

<1> 醫院新建大樓完工，外觀十分豪華壯觀，但是由於位處醫療資源十分豐足的台南市，故醫療服務量不大，尚未滙聚相當的人潮以推展商品販賣等多元化事業。

<2> 護理之家外包經營權以契約方式與台南護理學校合作，成為互惠互利的首位先例，但是對於醫院的整體財務績效收入不多。

<3> 目前雖有 6 位婦產科醫師，但每月生產嬰兒數不多，高層管理者認為無法有充足客源以成立「坐月子中心」。

<4> 對於未來署立醫院之走向，認為公立醫院仍有存在之必要，不可貿然廢除，至於醫療政策仍著重於急慢性醫療照護，加強醫療服務品質而不應該發展多角化模糊了原本醫院的醫療形象。

<5> 目前為區域教學醫院，急慢性病床約 600 床，佔床率 5 成，現有醫師 69 人，正式編制醫師缺額為 6~7 成。

16.澎湖醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由院內護理人員接受專業訓練後專職管理	30 床，佔床率 5~6 成，財務績效不佳

(2) 經營現況及認知

<1> 澎湖醫院由於地處醫療資源較缺乏區，民眾對於澎湖醫院之急性醫療服務量極大，再加上醫師缺額率達 7 成，每位醫師（含院長、副院長）均負擔極大的醫療業務量，對於多角化經營不但缺乏管理時間及人力，亦缺乏足夠的空間規劃。

<2> 目前兩位高層管理者均為知名的骨外科醫師，每日掛念於患者之健康狀況，對於往後署立醫院的走向，認為政府應該會有合理的安排。

17.旗山醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由院內護理人員接受專業訓練後專職管理	約 50 床，佔床率約 4~5 成，採低價策略，但財務績效不佳

（2）經營現況及認知

<1> 目前只有 18 位醫師，精神科 70 床，一般病床 60 床，佔床率約 5 成，生產數每月約 20 人，客源不足，加上農業地區婦女在家坐月子的觀念重，不適宜成立「坐月子中心」及其他美容護膚中心等多角化事業。

<2> 護理之家雖然採低價策略，但是由於農業縣市一般老人習慣居住於老家的習慣，故在醫院內護理之家的患者均為較嚴重且缺乏自理能力的老人、護理人力及成本加重，財務績效不佳。

<3> 高層管理者認為署立醫院全面民營化已是既定的國家政策，即使勉強施行多角化事業，無論在各方面的規劃均無法挽回這種既定的方針。

18.屏東醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	外包經營權，收受租金	以契約方式管理	場地租金收入
停車場	外包經營權，收受租金	以契約方式管理	場地租金收入

（2）經營現況及認知

<1> 新建大樓完工但尚未完全啓用，規模及外觀十分宏偉，目前因經營

績效不佳，門診及住院部分與當地其他醫院策略聯盟互相支援。

<2> 之前曾有籌設「坐月子中心」，但因生產數降僅約 10 餘人，故無法繼續經營。

<3> 護理之家於二年前外包給私人機構經營，佔床率由 4 成回升到 9 成左右，收費標準亦逐漸提升到二萬五仟元，目前高層管理者考慮再回收，自行經營；但其間的服務品質必需努力維持才能達成高的佔床率目標。

<4> 高層管理者對於多角化經營認為在鄉下地區經營管理仍應以醫院本業為重，其餘則欠缺適當的相關市場評估。

19.宜蘭醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫院護理人員接受專業訓練後專職管理	約 50 床，佔床率約 6 成，財務績效中等
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫院醫師管理	約 20 床，財務績效中等

（2）經營現況及認知

<1> 自民國 91 年 1 月 19 日委派台北榮總的教授醫師擔任院長，以及具有醫院管理博士學歷的護理主任擔任副長，署立醫院自民國 91 年委託台北榮民總醫院經營以來，業務量逐漸上升，不僅通過 ISO9001

之驗證，更於 4 月間通過地區教學醫院之評鑑。

<2> 根據高層管理者的訪談，新建大樓完工三年遲遲無法啓用，於民國 91 年 1 月亦正式啓用，種種跡象顯示宜蘭民眾給予新氣象的署立宜蘭醫院極大的肯定，但是未來「委託管理」之後，宜蘭醫院的未來動向如何？仍是「署立宜蘭醫院」？還是「榮總宜蘭分院」？

<3> 高層管理者認為目前正在全力衝刺醫療業務，對於多角化事業，除了原有之護理之家以外，呼吸照護病房是一個可以緩解加護病房護理人力的單位。另外增加健保外收入亦是一大考量，其他多角化事業則尚未考量中。

20. 花蓮醫院

(1) 多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫內同仁接受專業訓練後專職管理	50 床，佔床率約 6 成，財務績效中等
產後母子照護中心	完全由院內同仁經營	由醫內同仁接受專業訓練後專職管理	30 床，佔床率約 6 成，財務績效中等
減重班	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外收入
托兒所	完全由院內同仁經營	由醫師管理	經營績效良好，提昇醫院照護形象
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫師管理	30 床，佔床率 6~7 成，財務績效中等

旅館及健康諮詢	完全由院內同仁經營	由醫師管理	受旅遊事業影響，財務績效中等
美容護膚中心	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外收入

（2）經營現況及認知

<1> 花蓮醫院之醫療區域內有門諾醫院、慈濟醫院等大型醫院，屬醫資源充足區，醫療競爭十分激烈，院內同仁在院長的領導下，決定試行多角化經營，由總務課主任企劃下，「產後母子照護中心」、「托兒所」、「護理之家」、「減重班」，甚至於因應花蓮地區之旅遊地點設計了體檢、健康諮詢及旅館的服務，在全體同仁的努力之下，雖然沒有達到預期的財務績效，但在花蓮地區也慢慢獲得民眾之肯定，例如所開辦之托兒所，受到當地幼兒家長極大迴響。

<2> 雖然是署立醫院中少數努力於多角化事業經營推展的醫院，但是高層管理者仍然深深感慨在經營推展上受到法規、命令等諸多限制，無法在人事、財務上獲充分支持，以至於未來經營仍有許多困難之處。

21.台東醫院

（1）多角化經營事業

多角化經營事業	經營方式	管理方式	經營績效
護理之家	完全由院內同仁經營	由醫內同仁接受專業訓練後專職管理	50 床，佔床率約 5~6 成，財務績效不佳

戒煙班	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營增加健保外收入
病患日常用品之販賣	外包經營權，收取租金	以契約方式管理	收受租金，但收入不多
視力矯正及配鏡	完全由院內同仁經營	由醫師管理	以門診方式經營，但財務績效不佳
呼吸照護病房	完全由院內同仁經營	由醫師管理	約 30 床，財務績效中等

(2) 經營現況及認知

<1> 高層管理者認為公立醫院有存在之必要性，但需要經過再造計劃，以增加其醫療競爭力。

<2> 台東醫院所屬之醫療區域醫療資源尚可，但是人才羅致困難，醫師缺額率約 7 成，目前為地區教學醫院，但高層管理者認為目前醫療服務量有下降趨勢。

<3> 未來多角化經營的認知，認為缺乏企劃人員而且院長並非醫療管理事業人員，對於新事業之規劃有無力之感，同仁之配合度，特殊科的醫師人力上均顯不足，故在轉型或擴展多角化相關事業上仍然受到極大的限制；較難以推展新事業。

附件、四

署立醫院多角化經營現況：(問卷結果)

醫院	醫院	是否	多角化經	經營模式	管理方式	績效評估方式	是否
----	----	----	------	------	------	--------	----

名稱	屬性	有專人企劃	營種類				達到預期目標
1.基隆醫院	區域教學醫院	否	1.坐月子中心 2.護理之家 3.美容整形中心 4.居家照護 5.停車場 6.減肥中心 7.病患用品之販賣	完全由院內同仁經營管理	由醫院現有人員監管	1.財務績效 60% 2.顧客面績效 40%	不太滿意
2.台北醫院	區域教學醫院	否	1. 坐月子中心 2. 老人安養院 3. 護理之家 4. 減肥中心 5. 美容整形中心 6. 育嬰中心 7. 居家照護 8. 花店、禮品店 9. 停車場	與相關機構合作經營，以契約方式共同經營	由醫院現有人員監管	1. 財務績效 2. 顧客面績效 3. 院內員工的成長與創新	不太滿意
3.桃園醫院	區域教學醫院	否	1.護理之家 2.減肥中心 3.美容整形中心 4.居家照護	外包經營權，收受租金或合理利潤	由院外聘請這方面之專家授權其管理，但不屬於		不太滿意

			5.健康俱樂部 6.醫管顧問中心 7.病患用品之販賣 8.購物中心 9.花店、禮品店 10.停車場		院方正式編制		
4.新竹醫院	區域教學醫院	是	1.美容整形中心 2.居家照護 3.美髮院 4.停車場	1. 完全由院內同仁經營管理 2.外包經營權，收受租金或合理利潤	1. 由醫院現有人員監管 2.由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1.財務績效，30% 2.顧客面績效，30% 3.院內員工的成長與創新，20% 4.企業內部流程改進，20%	成果不錯
5.竹東醫院	地區醫院	否	1.護理之家 2.居家照護 3.病患用品之販賣	1. 外包經營權，收受租金或合理利潤 2. 與其他醫院策略聯盟，互相支援	由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1. 財務績效，10% 2. 顧客面績效，20%	差距極大
6.苗栗醫院	區域教學醫院	否	1.美容整形中心 2. 居家照護 3. 社區臨床檢驗中心	與相關機構合作經營，以契約方式共同管理	由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1.財務績效，20% 2.顧客面績效，10% 3.院內員工的成長與創新 4.企業內部流	成果不錯

			4. 護理之家 5. 育嬰中心 6. 減肥中心 7. 病患用品之販賣 8. 停車場			程改進	
7.豐原醫院	區域教學醫院	否	1.護理之家 2.美容整形中心 3.居家照護 4.病患用品之販賣	完全由院內同仁經營管理	由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1.財務績效 2.顧客面績效	成果不錯
8.台中醫院	區域教學醫院	否	1.坐月子中心 2.減肥中心 3.居家照護 4.病患用品之販賣 5.購物中心 6.美容整形中心 7.社區臨床檢驗中心 8.花店、禮品店 9.停車場 10.護理之家	完全由院內同仁經營管理	1.由醫院現有人員監管 2.由院外聘請這方面之專家授權其管理，但不屬於院方正式編制	1.財務績效 2.顧客面績效 3.其他績效指標達成率	成果不錯
9.南投醫院	地區教學醫院	否	1.護理之家 2.居家照護	1.完全由院內同仁經營管理	1.由醫院現有人員監管	1.財務績效，30% 2.顧客面績	不太滿意

				2.與相關機構合作經營，以契約方式共同管理	2.由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	效，40% 3. 院內員工的成長與創新，10% 4. 其他績效指標達成率，20%	
10.雲林醫院	地區教學醫院	否	1.居家照護 2.病患用品之販賣 3.護理之家	外包經營權，收受租金或合理利潤	由醫院現有人員監管	財務績效	尚可
11.嘉義醫院	地區醫院	是	1.停車場 2.護理之家	1.外包經營權，收受租金或合理利潤 2.與相關機構合作經營，以契約方式共同管理	1.由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理 2.由院外聘請這方面之專家授權其管理，但不屬於院方正式編制	1.財務績效，35% 2.顧客面績效，30% 3. 院內員工的成長與創新，10% 4. 其他績效指標達成率，25%	不太滿意
12.嘉義朴子醫院	地區醫院	否	1.居家照護 2.視力矯正及配鏡 3.停車場 4.護理之家 5.病患用品	1.完全由院內同仁經營管理 2.外包經營權，收受租金或合理利潤	1.由醫院現有人員兼管 2.由醫院其他行政或護理	1.財務績效 2.顧客面績效	不太滿意

			之販賣		人員，接受專業訓練後專職管理		
13.新營醫院	地區教學醫院	否	1.居家照護 2.護理之家 3.病患用品之販賣	1.完全由院內同仁經營管理 2.外包經營權，收受租金或合理利潤	1.由醫院現有人員兼管 2.由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1.財務績效 2.其他績效指標達成率	不太滿意
14.高雄旗山醫院	地區醫院	是	1.居家照護 2.護理之家	外包經營權，收受租金或合理利潤	1.由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1.財務績效 2.顧客面績效	成果不錯
15.屏東醫院	區域教學醫院	否	1.居家護理 2.健康水療中心 3.病患用品之販賣 4.老人安養院 5.護理之家 6.美容中心 7.停車場	1.外包經營權，收受租金或合理利潤 2.與相關機構合作經營，以契約方式共同管理	1.由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理 2.由院外聘請這方面之專	1.財務績效 2.顧客面績效 3.院內員工的成長與創新	差距極大

					家授權其管理，但不屬於院方正式編制		
16.花蓮醫院	區域醫院	否	1.坐月子中心 2.減肥中心 3.居家照護 4.護理之家 5.托兒所 6.病患用品之販賣 7.美髮院 8.停車場	1.完全由院內同仁經營管理 2.未來將朝與相關機構合作經營，以契約方式共同管理	由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1.財務績效 2.顧客面績效	不太滿意
17.台東醫院	地區教學醫院	否	1.居家護理 2.購物中心 3.煙毒勒戒中心 4.護理之家 5.病患用品之販賣 6.視力矯正及配鏡	完全由院內同仁經營管理	1.由醫院現有人員兼管 2.由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1.財務績效，25% 2.顧客面績效，75%	尚可
18.宜蘭醫院	地區教學醫院	否	1.居家照護 2.停車場 3.護理之家	完全由院內同仁經營管理	由醫院其他行政或護理人員，接受專業訓練後專職管理	1.財務績效 2.顧客面績效	成果不錯

署立醫院多角化經營之困境

醫院名稱	未實施多角化事業或不願再繼續擴展之原因	經營之困境
基隆醫院	1. 空間不足 2. 署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施	1. 缺乏適當的管理人才 2. 沒有適當的行銷管道 3. 財務績效無法達成目標 4. 院內員工學習新技能的意願不高
台北醫院		1. 人事任用受公務人員任用法規限制 2. 政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 3. 外包事業易造成管理制度上的問題 4. 缺乏適當的績效評估制度 5. 政府對於署立醫院的政策不明朗 6. 院長為醫療專業人員，對於醫院管理之能力不足
桃園醫院		1. 人事任用受公務人員任用法規限制 2. 財務規劃受政府財務預算法規限制 3. 政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 5. 缺乏適當的管理人才 6. 沒有適當的行銷管道 6. 財務績效無法達成目標 7. 外包事業易造成管理制度上的問題 8. 缺乏適當的績效評估制度
新竹醫院	1. 空間不足 2. 基於投資成本考量 3. 無法找到合適的合作對象	1. 人事任用受公務人員任用法規限制 2. 財務規劃受政府財務預算法規限制 3. 政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 4. 缺乏適當的管理人才
竹東醫院	1. 空間不足，無法兼顧 2. 無法找到合適的合作對象	1. 人事任用受公務人員任用法規限制

	3. 署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施	2. 院內醫護及其他工作人員配合度不高 3. 外包事業易造成管理制度上的問題 4. 財務規劃受政府財務預算法規限制 5. 政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 6. 財務績效無法達成目標
苗栗醫院	1. 基於維持醫療品質考量 2. 基於投資成本考量 3. 與醫院營運原旨不符	1. 對新事業的認知不足 2. 缺乏適當的績效評估制度 3. 缺乏適當的管理人才
豐原醫院	1. 空間不足	1. 財務規劃受政府財務預算法規限制
台中醫院		1. 人事任用受公務人員任用法規限制 2. 財務規劃受政府財務預算法規限制 3. 政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 4. 院內員工學習新技能的意願不高 5. 院內醫護及其他工作人員配合度不高 6. 沒有適當的行銷管道 7. 不瞭解當地市場的需求及環境 8. 對新事業的認知不足
南投醫院	1. 空間不足 2. 基於投資成本考量 3. 基於維持醫療品質考量 4. 沒有專職的企劃人員，不易推行 5. 不了解市場需求 6. 醫院員工士氣不高，不願意配合 7. 署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施	1. 院內醫護及其他工作人員配合度不高 2. 財務績效無法達成目標 3. 對新事業的認知不足 4. 人事任用受公務人員任用法規限制 5. 財務規劃受政府財務預算法規限制 6. 政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多
雲林醫院		1. 人事任用受公務人員任用法規限制 2. 財務規劃受政府財務預算法規限制

		3.政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 4.院內員工學習新技能的意願不高 5.缺乏適當的管理人才 6.沒有適當的行銷管道 7.財務績效無法達成目標 8.高層管理人員的時間及能力不足
嘉義醫院	1.不了解政府法令規定 2.署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施	1.政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 2.缺乏適當的管理人才
嘉義朴子醫院	1.基於投資成本考量	1.人事任用受公務人員任用法規限制 2.財務規劃受政府財務預算法規限制 3.政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 4.沒有適當的行銷管道 5.財務績效無達成目標
新營醫院	1.空間不足 2.沒有專職的企劃人員，不易推行	1.人事任用受公務人員任用法規限制 2.財務規劃受政府財務預算法規限制 3.缺乏適當的管理人才 4.沒有適當的行銷管道 5.缺乏適當的績效評估制度
高雄旗山醫院		1.財務規劃受政府財務預算法規限制 2.缺乏適當的管理人才
屏東醫院	1.空間不足 2.基於投資成本考量 3.無法找到合適的對象 4.署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施	1.人事任用受公務人員任用法規限制 2.財務規劃受政府財務預算法規限制 3.院內醫護及其他工作人員配合度不高 4.沒有適當的行銷管道 5.財務績效無達成目標 6.缺乏適當的績效評估制度 7.缺乏適當的管理人才 8.政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多
花蓮醫院	1.基於投資成本考量 2.沒有專職的企劃人員，不易推	1.人事任用受公務人員任用法規限制 2.財務規劃受政府財務預算法規限制

	行	3.政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 4.院內醫護及其他工作人員配合度不高 5.外包事業易造成管理制度上的問題 6.高層管理人員的時間及能力不足 7.院內員工學習新技能的意願不高 8.缺乏適當的績效評估制度
台東醫院	1.空間不足 2.基於維持醫療品質 3.沒有專職的企劃人員，不易推行 4.署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施	1.人事任用受公務人員任用法規限制 2.財務規劃受政府財務預算法規限制 3.政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多 4.缺乏適當的管理人才 5.沒有適當的行銷管道 6.財務績效無法達成目標 7.缺乏適當的績效評估制度
宜蘭醫院	未填	未填

附件、五

統計分析結果

第一部份：「署立醫院多角化經營之現況」	次數	總百分比	信度 α 值	構面 α 值	顯著值
1.請問貴院是否實施多角經營？					

<input type="checkbox"/> 目前已實施	25	89.3	0.6008		◎
<input type="checkbox"/> 未來計劃實施	3	10.7			
<input type="checkbox"/> 不打算實施	0	0			
2.請問貴院目前實施哪些多角化事業？（可複選）					
<input type="checkbox"/> 坐月子中心	6	5.61	0.6091		
<input type="checkbox"/> 減肥中心	7	6.54			
<input type="checkbox"/> 居家照護	27				◎
<input type="checkbox"/> 健康俱樂部	1	0.93			
<input type="checkbox"/> 健康水療中心	1	0.93			
<input type="checkbox"/> 病患用品之販賣	13	12.15			◎
<input type="checkbox"/> 購物中心	4	3.74			
<input type="checkbox"/> 美髮院	3	2.8			
<input type="checkbox"/> 老人安養院	2	1.87			
<input type="checkbox"/> 美容整型中心	11	10.28			◎
<input type="checkbox"/> 煙毒勒戒中心	3	2.8			
<input type="checkbox"/> 醫管顧問中心	1	0.93			
<input type="checkbox"/> 視力矯正及配鏡	4	3.74			
<input type="checkbox"/> 社區臨床檢驗中心	3	2.8			
<input type="checkbox"/> 花店、禮品店	3	2.8			
<input type="checkbox"/> 停車場	12	11.22			◎
<input type="checkbox"/> 護理之家	27	25.23			◎
<input type="checkbox"/> 育嬰中心	3	2.8			
<input type="checkbox"/> 醫療保健會員制	0	0			
<input type="checkbox"/> 托兒所	2	1.87			
<input type="checkbox"/> 連鎖藥局	0	0			
<input type="checkbox"/> 培養醫護人員之學校	0	0			
<input type="checkbox"/> 旅館	0	0			
<input type="checkbox"/> 醫療儀器的製造、維修或販賣	1	0.93			
3.請問貴院是否設有專人企劃多角化事業？					

<input type="checkbox"/> 是	4	14.3	0.597		
<input type="checkbox"/> 否	24	85.7			◎
4.請問貴院從事多角化事業時，採用何種管理方式？					
<input type="checkbox"/> 由醫院現有人員兼管	11	35.48	0.5736		
<input type="checkbox"/> 由醫院其他行政或護理人員接專業訓練後專職管理	15	48.39			◎
<input type="checkbox"/> 由院外聘請這方面之專家授權其管理，隸屬於醫院正式編制	0	0			
<input type="checkbox"/> 由院外聘請這方面之專家授權其管理，但不屬於院方正式編制	5	16.3			
5.如果貴院尚未施行多角化事業，請問其原因為何？（可複選）					
<input type="checkbox"/> 時間不足，無法兼顧	1	2.9	0.5915	0.7214	
<input type="checkbox"/> 空間不足	8	23.6			◎
<input type="checkbox"/> 基於維持醫療品質考量	4	11.8			
<input type="checkbox"/> 與醫院營運成本不符	1	2.9			
<input type="checkbox"/> 署立醫院未來的定位尚未明朗，不願貿然實施	6	17.6			◎
<input type="checkbox"/> 基於投資成本考量	4	11.8			◎
<input type="checkbox"/> 沒有專職的企劃人員，不易推行	1	2.9			
<input type="checkbox"/> 不了解市場需求	1	2.9			
<input type="checkbox"/> 醫院員工士氣不高，不願意配合	1	2.9			
<input type="checkbox"/> 不瞭解政府法令規定	3	8.9			
<input type="checkbox"/> 無法找到合適的合作對象	4	11.8			◎
6.貴院實施多角化事業時，偏向採取何種經營方式？					
<input type="checkbox"/> 完全由院內同仁經營管理	14	41.18	0.5635		◎
<input type="checkbox"/> 外包經營權，收受租金或合理利潤	11	32.35			

<input type="checkbox"/> 與相關機構合作經營，以契約方式共同管理	8	23.59			
<input type="checkbox"/> 與其他醫院策略聯盟，互相支援	1	2.88			
7.貴院採何種方式做為多角經營事業的績效評估？					
<input type="checkbox"/> 財務績效	21	33.33	0.5956		◎
<input type="checkbox"/> 顧客面績效（如顧客滿意度或顧客人數增加）	28	44.44			◎
<input type="checkbox"/> 院內員工的成長與創新	7	11.11			
<input type="checkbox"/> 企業內部流程改進	4	6.35			
<input type="checkbox"/> 其他績效指標的達成率	3	4.77			
8.整體而言，貴院採行多角化經營後是否達到預期的理目標？					
<input type="checkbox"/> 完全達成	0	0	0.6419		
<input type="checkbox"/> 成果不錯	7	26.92			
<input type="checkbox"/> 尚可	3	11.54			
<input type="checkbox"/> 不太滿意	14	53.85			◎
<input type="checkbox"/> 差距極大	2	7.69			
第二部份：「署立醫院多角化經營之困境及其改善方案」					
9.貴院推行多角化事業所遇到的困難為何？（可複選）					
<input type="checkbox"/> 人事任用受公務人員任用法限制	17	15.45	0.6947		◎
<input type="checkbox"/> 財務規劃受政府財務預算法規限制	16	14.55			◎
<input type="checkbox"/> 政府對於與相關機關合作契約的法令限制太多	13	11.82			◎
<input type="checkbox"/> 院內員工學習新技能的意願不高	5	4.55			
<input type="checkbox"/> 院內醫護及其他工作人員配合度不高	6	5.45			

<input type="checkbox"/> 缺乏適當的管理人才	11	10			◎
<input type="checkbox"/> 沒有適當的行銷管道	10	9.1			
<input type="checkbox"/> 財務績效無達成目標	10	9.1			
<input type="checkbox"/> 外包事業易造成管理制度上的問題	4	3.64			
<input type="checkbox"/> 不了解當地市場的要求及環境	1	0.91			
<input type="checkbox"/> 對新事業的認知不足	5	4.55			
<input type="checkbox"/> 高層管理人員的時間及能力不足	2	1.78			
<input type="checkbox"/> 缺乏適當的績效評估制度	10	9.1			
10.基於以上困境，您認為以下問題的影響為何？					
(1) 政府對於署立醫院的政策不明朗					
<input type="checkbox"/> 非常重大	10	35.7	0.6298	0.7192	
<input type="checkbox"/> 重大	11	39.3			◎
<input type="checkbox"/> 普通	7	25			
<input type="checkbox"/> 輕微	0	0			
<input type="checkbox"/> 非常輕微	0	0			
您認為上述問題較適當的改善方案為何？（可複選）					
<input type="checkbox"/> 盡速訂立適當的指標，找出不同的署立醫院採取不同的經營方向	23	46.94			◎
<input type="checkbox"/> 署立醫院已完成歷史任務，應該採取全面公辦民營	1	2.04			
<input type="checkbox"/> 署立醫院更改為慢性病患照護中心	3	6.12			
<input type="checkbox"/> 經由署立醫院再造計劃，增加署立醫院的競爭力	22	44.9			◎
<input type="checkbox"/> 其他	0	0			

(2) 人事法規限制太多，院長缺乏人事任免自主權					
<input type="checkbox"/> 非常重大	8	28.6	0.8043		
<input type="checkbox"/> 重大	11	39.3			◎
<input type="checkbox"/> 普通	9	32.1			
<input type="checkbox"/> 輕微	0	0			
<input type="checkbox"/> 非常輕微	0	0			
您認為上述問題較適的改善方案為何？（可複選）					
<input type="checkbox"/> 人事法規行之多年，能滿足公務人員通才適任的需求	1	3.23			
<input type="checkbox"/> 更改人事法規，給予院長充分的人事任免權	19	61.29			◎
<input type="checkbox"/> 更改人事法規，給予院長部分的人事任免權	2	6.45			
<input type="checkbox"/> 更改人事法規，由各醫院成立委員會自行管理人事問題	9	29.03			◎
(3) 院長為醫療專業人員，對於醫院管理之能力不足					
<input type="checkbox"/> 非常重大	4	14.3	0.5631		
<input type="checkbox"/> 重大	8	28.6			
<input type="checkbox"/> 普通	13	46.4			◎
<input type="checkbox"/> 輕微	2	7.1			
<input type="checkbox"/> 非常輕微	1	3.6			
您認為上述問題較適的改善方案為何？（可複選）					
<input type="checkbox"/> 新院長上任之前，接受適當的醫療管理教育訓練	14	29.17			◎
<input type="checkbox"/> 挑選具有醫療管理專業管理背景人員擔任院長	11	22.92			

<input type="checkbox"/> 醫療與行政分開，派任一名醫療管理專業人才擔任行政副院長予以輔助	11	22.92			
<input type="checkbox"/> 安排院長接受醫療管理再教育訓練	12	24.99			◎
(4) 缺乏適當的績效評估制度					
<input type="checkbox"/> 非常重大	6	21.4	0.5673		
<input type="checkbox"/> 重大	15	53.6			
<input type="checkbox"/> 普通	5	17.9			
<input type="checkbox"/> 輕微	2	7.1			
<input type="checkbox"/> 非常輕微	0	0			
您認為上述問題較適的改善方案為何？（可複選）					
<input type="checkbox"/> 個人的績效評估應與該事業單位內績效結合	19	25.68			◎
<input type="checkbox"/> 維持原有的公務人員績效獎勵制度	0	0			
<input type="checkbox"/> 不僅應注重財務績效，同時亦注重非財務績效	14	18.92			
<input type="checkbox"/> 依醫院的不同目標與策略，自行訂立適當的績效評估制度	16	21.62			◎
<input type="checkbox"/> 引進平衡計分卡的方式，均衡主客觀評估	9	12.16			
<input type="checkbox"/> 成立成本會計中心，依不同的責任區域劃分成本責任及績效評估	16	21.62			◎
第三部份：「署立醫院多角化經營的理想目標」					
2. 您認為署立醫院維持多角化經營的目標為何？（可複選）					
<input type="checkbox"/> 提昇醫院公共形象	20	14.93			◎

<input type="checkbox"/> 配合政府公共福利政策的執行	14	10.45	0.6156	0.6156	
<input type="checkbox"/> 發展社區整體性照護	23	17.16			◎
<input type="checkbox"/> 提昇本院在醫療市場的佔有率	13	9.7			
<input type="checkbox"/> 增加醫院人員及設備的使用率	18	13.43			
<input type="checkbox"/> 增加院內員工的工作滿足感	6	4.48			
<input type="checkbox"/> 發展整合性服務	22	16.42			◎
<input type="checkbox"/> 公辦民營前的調適策略	4	2.98			
<input type="checkbox"/> 增加醫院收入，分散業務風險	14	10.45			
第四部份：壹、醫院基本資料					
1.貴院評鑑等級					
<input type="checkbox"/> 醫學中心	0				
<input type="checkbox"/> 區域教學醫院	11				
<input type="checkbox"/> 地區教學醫院	7				
<input type="checkbox"/> 區域醫院	2				
<input type="checkbox"/> 地區醫院	6				
2.請問貴院所屬的醫療區域中醫療資源為何？					
<input type="checkbox"/> 十分充足	9				
<input type="checkbox"/> 充足	6				
<input type="checkbox"/> 尚可	7				
<input type="checkbox"/> 不太足夠	4				
<input type="checkbox"/> 十分缺乏	0				
3.請問貴院的醫療儀器使用率為何？					
<input type="checkbox"/> 極高	0				
<input type="checkbox"/> 高	9				
<input type="checkbox"/> 通普	13				
<input type="checkbox"/> 不佳	4				
<input type="checkbox"/> 十分不佳	0				