

醫院治理機制與效能之研究

Hospital Governance Mechanisms and Hospital Governance Effectiveness

嚴玉華 / 台南市立醫院醫研部研究員

Yu-Hua Yan, Research Fellow, Department of Medical Research, Tainan Municipal Hospital

楊鎮維 / 輔英科技大學人文與管理學院副教授

Chen-Wei Yang, Associate Professor, College of Humanities and Management, Fooyin University

Received 2011/2, Final revision received 2012/9

摘要

本研究旨在發展並實證醫院治理理論模型，為此，本研究整合組織治理與代理理論文獻並檢驗醫院治理機制（董事會結構、資訊揭露透明及決策機制）與醫院治理效能（財務、顧客、內部流程、學習與成長及社會責任效能）的關係。本研究以次級資料分析 102 家醫療法人醫院之醫院治理相關指標，實證結果發現：(1) 董事會決策機制及醫院資訊揭露愈透明，對於醫院治理效能具有正向影響；(2) 董事會治理結構、董事會規模、家族董監比率及董監事角色獨立性，與醫院治理效能無顯著影響。文末說明本研究理論與實務意涵並建議未來研究方向。

【關鍵字】 醫院治理、治理機制、治理效能

Abstract

The main purpose of this study is to develop and examine the theoretical model of hospital governance. For this purpose, this study integrates the literature of organizational governance and agency theory to empirically test the relationship between hospital governance mechanisms (structure of board of directors, information disclosure, and decision making) and hospital governance effectiveness (financial, customer, internal process, learning and growth, and social responsibility). This study empirically tested hospital governance related indices from 102 hospitals by using secondary data. The results find that (1) information disclosure and decision making of hospital governance mechanisms are positively related to its governance effectiveness, and (2) the relationship between the structures of board of directors and its governance effectiveness is non-significant. The theoretical and managerial implications and suggestions of future study are provided at the end of this study.

【Keywords】 hospital governance, governance mechanism, management effectiveness

壹、前言

臺灣自 1995 年實施全民健康保險（以下簡稱健保）以來，由於醫院經營環境產生劇烈變化，如健保制度改革、醫療財務緊縮、科技發展、醫院競爭日益劇烈與資訊公開壓力等因素，使得醫院董事會與高階管理者面臨複雜的決策壓力，而這些壓力也催化了董事會在醫院治理上的變革。臺灣近年來陸續發生醫療法人醫院董事會之經營權與院長選任之爭議，醫院經營形象嚴重受創，並相繼陷入經營危機，醫院治理議題也逐漸在醫務管理領域獲得重視，紛紛借鏡企業管理領域的公司治理典範，試圖化解近年來醫院治理的複雜議題。

「治理 (Governance)」一詞在管理學術或實務上用法或意涵呈現多元含糊的概念 (史美強、蔡武軒, 2000)，過去的研究大多著重在公司治理之制度，探討規範企業之管理階層、董事 (監) 會、股東與其他利害關係人之間關係的架構，及如何透過治理機制落實公司營運目標的達成與營運績效的監測 (Fama & Jensen, 1983)。然而，醫院治理與公司治理是截然不同的概念 (Murphy & O'Donohoe, 2006)，醫療服務不等同於一般商品市場，其具備獨特性、不確定性、資訊不對稱、外部性、政府干預及健保制度介入等特性 (Folland, Goodman, & Stano, 1997; Garber & Phelps, 1997)。醫院管理者面對醫療市場競爭壓力、健保政策推陳出新、醫療法人制度規範管理及董事會與院長或執行長 (CEOs) 經營權爭議問題，造就醫院治理輪廓逐漸浮出檯面，促使深化了醫院董事會與管理階層之間相互依賴的內涵與範疇議題 (Prybil, Peterson, Price, Levey, Kruepel, & Brezinski, 2005; Alexander & Lee, 2006)。

董事會為醫院治理的最高會議組織，是要對機構的擁有人 (Owners) 負責，盡最大的能力實踐機構擁有人願望 (Griffith & White, 2006)，主導醫院經營的目標，在損益兩平的前提下，促使醫療品質與服務量達到最滿意的平衡點，以增進醫院治理的效率與效能 (Newhouse, 1970)。然而，有關醫院治理效能之研究，近年來的研究多導入平衡計分卡之概念進行衡量 (Griffith & White, 2006)，但此概念對於醫院經營過程之正當性 (Legitimacy) 的取得以符合社會期待，仍有一些限制性；因此，除平衡計分卡四構面外，能否彰顯醫院治理之公益性構面，有待釐清。總之，鑑於當前醫院治理機制不完善與董事會應扮演之功能未能有效落實 (Young, Ahlstrom, Bruton, & Chan, 2001) 等問題，目前既有文獻缺乏探討醫院治理機制之研究，而對醫院治理如何影響醫院經營效能的實證文獻更為少見，為此，如何設計有效的醫院治理機制與衡量治理效能，便成為當前醫務管理重要的研究議題。

在理論邏輯上，醫院治理機制應有助於提升醫院治理效能，但在既有的文獻之中，尚未有實證研究支持此一觀點，驅動了本研究探入探究兩者之邏輯關係。因此，本研究採用代理理論 (Eisenhardt, 1989) 為本研究理論基礎，詮釋醫院治理關係中董事會 (主理人) 與院長或高階管理層 (代理人) 之間利益對立關係，並歸納組織治理相

關文獻為理論基礎 (Andres, Azofra, & Lopez, 2005; Fama & Jensen, 1983; Hillman & Dalziel, 2003)，以釐清醫院治理機制的內涵。最後，本研究整合平衡計分卡 (Griffith & White, 2006) 與社會責任 (吳安妮, 2005) 相關文獻為醫院治理效能提供更完整的指標。本文的貢獻旨在建構一醫院治理機制與治理效能之理論模型並實證之，以探討醫院治理如何影響醫院經營效能，並填補當前探討醫院治理機制與效能相關文獻不足之理論缺口。綜上所述，本研究的主要研究問題為：一、醫院治理機制的內涵為何？二、醫院治理效能之內涵為何？三、醫院治理機制如何影響醫院治理效能？

貳、文獻探討

組織治理機制須將多元的理論內容，轉化為治理、課責及合法等機制上，才能解決組織管理的問題。因此，組織治理研究宜採取多元取向的觀點，以成為理論間連結的橋樑 (Kersbergen & Waarden, 2004)，由於醫院組織的獨特性，使得醫院治理在理論與實務上均有別於公司治理，為釐清醫院治理內涵，本文將依序闡述以下幾個概念：(一) 醫院治理的本質；(二) 醫院治理機制；(三) 醫院治理效能。

一、醫院治理的本質

在實務面，醫院治理的定義為全面性運作與效能的指導過程，透過董事會明確定義醫院使命，設定目標，支持與監督 (Eeckloo, Van, Van, & Vleugels, 2004)。醫院兼具商業與社會角色，除了要滿足社會期待並達成主要營運任務外，更要獲取利潤以累積資源，作為未來營運所需 (Wheeler & Clement, 1990; Yang, Fang, & Lin, 2011)。因此，必須經過相當的調整，才能把公司治理的原則運用在醫院治理上，以提供一個較易於理解的參考架構 (Frame of Reference)。從美國醫院評鑑聯合委員會 (Joint Commission International) 之醫院治理評鑑內容與架構來看，醫院治理議題可涵蓋兩個主軸，一個是以董事會為核心，探討在符合法律與契約規範下，落實對經營階層的監督，以促進醫院利益最大化。另一主軸則是領導與管理，透過市場機制提供誘因，促使醫院建立良好治理制度，達成兼顧股東及各種利害關係人利益之企業社會責任 (Joint Commission International, 2007)。

在理論面，無論是公司治理或醫院治理，實務上都會遇到關鍵的治理問題，那就是根據代理理論的行為假設，所有個體都是自利、有限理性及風險趨避。代理理論的基本假設為主理人將職務委託給代理人，並指望代理人的行為能符合主理人最大利益。基於雙方之間的資訊不對稱或利益不一致時，理性自利的代理人會尋求讓自身效用達到最大化的途徑，而為其利益採取某些行動時，將產生代理問題 (Eisenhardt, 1989)。在自利動機之假設下，各種交易關係可能因資訊不對稱、投機主義及風險偏好差距之問題，造成各種交易或代理關係的摩擦與衝突 (Eisenhardt, 1989; Yan, Hsu,

Yang, & Fang, 2010)。本研究以代理理論為理論基礎，旨在探討主理人與代理人之間應有的行為規範及其管理機制 (Yan et al., 2010)。

至於醫院治理與公司治理內涵之比較方面，Eeckloo et al. (2004) 認為醫院治理與公司治理的差異有二，首先，所有權不同，相對於私有導向的公司治理，醫院多為非營利機構，由於醫療具有公共財屬性，醫院治理要負責的對象非股權擁有者而是利害相關人。其次，相對於公司治理，醫院治理缺乏利潤極大化的運作法則，醫療服務市場的「獨特」之處，主要在於「同時擁有」市場的諸多特性 (Folland et al., 1997)，與一般企業不同，醫院經營最終目標不是為了「利潤」，而是「改變生命」 (Drucker, 1990)。因此，醫院治理往往需在維持財務運作與醫療品質的考量取得平衡。所以，公司治理的模式往往無法成為醫院治理的準則，而僅能當成參考架構。

二、醫院治理機制

治理機制則泛指組織高層管理與監控組織運作的方法 (Rhodes, 1996)，在醫院管理情境中，董事會為醫院經營策略之領航者，亦是監督醫院高階管理者行為之關鍵內部機制，扮演重要且舉足輕重的角色 (Goeschel, Wachter, & Pronovost, 2011; Goeschel, Berenholtz, Culbertson, Jin, & Pronovost, 2011; Jha & Epstein, 2010)。而醫院治理機制建構，包括董事會結構、董事會角色、董事會參與健康促進的提升、董事會管理 (AHA, 1997; Kim, Burns, & Prescott, 2009)、及董事會運作等等 (Zahra & Pearce, 1989)。而董事會的監督作用，可以平衡醫院的財務績效與責任表現 (Cluica & Prezio, 2009)，所製訂的衡量指標，必需具備課責性與透明度 (Brown, 2010)。總而言之，本研究根據文獻回顧大致歸納出三個醫院治理機制，分別為治理結構、資訊揭露透明與決策機制，概念分述如下：

(一) 治理結構

治理結構主要在說明董事會組織組成方式對經營決策影響，如董事會規模、會議頻率、家族比例與職務雙元性等結構特性，透過不同董事成員組成的安排，期待能強化董事會成員對高階管理團隊的監督與提供專業經營策略之功能 (Andres et al., 2005; Fama & Jensen, 1983; Hillman & Dalziel, 2003)。

(二) 資訊揭露透明

旨在說明醫院財務狀況、醫療品質揭露、會計審查制度等資訊之透明程度，主要期望能提高捐款人及投資人對醫院的信任，經由公開透明之財務資訊促使健保醫療資源能合理分配，降低醫院與中央健保局間資訊不對稱而產生的道德風險，並透過公開的財務與醫療品質資訊揭露，結合外部合力監督，終能使捐款人、投資者、民眾、醫療提供者及保險人達到皆贏之局面 (魏玉容、鍾國彪、鄭守夏，2005；Cheng, Collins, & Huang, 2006)。

(三) 決策機制

從決策機制的角度來說，醫院治理則是透過建立高階主管的協助及控制機制，令其善盡職責，讓醫院的利害關係團體得到合理、公平的對待，以確保醫院生存與競爭力，如運作模式、授權決策範圍、決策參與程度等機制。透過醫院制衡管理制度的設計與執行，強化醫院內部控制、有效監督與激勵管理者，以健全醫院組織的運作，提升經營績效 (Daniels, 2008; Fama & Jensen, 1983)。

三、醫院治理效能

Griffith 與 White (2006) 認為董事會除需明確訂定發展方向與營運目標外，可採取平衡計分卡之衡量構面，檢視董事會醫院治理的效能。Kaplan 與 Norton (1996) 與吳安妮 (2005) 認為，平衡計分卡可以詮釋組織的使命、願景和策略，並可轉換成具體的目標和量度，更可提供高階管理者一個快速且全面審視醫院經營的方式，其評估構面採取財務、顧客、內部流程、學習與成長等四個構面 (Griffith, Alexander, & Jelink, 2002)。相對於公司治理，本研究則採納吳安妮 (2005) 觀點，認為醫院治理效能應考量醫院重視照護弱勢族群、配合政策與社會責任，並將社會責任使命獨立成為一個構面，使原本的四個構面轉換成為五個效能評估構面。以下分述財務、顧客、內部流程、學習與成長與社會責任等構面，說明醫院治理效能的內容。

(一) 財務效能

財務效能則可顯示醫院執行策略的績效，其常用指標如：1. 流動比率 (陳澤義、陳啟斌, 2009)；2. 負債比率，當流動比率高、短期償債能力高，但過高則代表過多閒置資金 (郭振雄、何怡澄, 2010)；3. 健保醫療費用成長率 (王河清、童超塵, 2001) 與 4. 市場佔有率 (Kaplan & Norton, 2001)。其次，非營利醫院具有商業與企業特徵的非營利組織，當醫院開始有從事收費醫療活動後，會大幅減少捐贈收入 (Hansmann, 1980)，此指標亦可發現醫院受捐贈程度與財務效能之關係；政府補助獎勵收入越高時，代表收入的來源渠道比較多。

(二) 顧客效能

顧客效能指的病患醫療服務後所產生的主觀態度認知，包括：等候流程、服務態度、硬體設備、醫療專業等病患滿意度 (Kaplan & Norton, 2001; 吳文祥、林進財、彭廣興, 2009)；由於病患為醫院營運收入的來源，醫療服務業與一般產業大不相同，其具有高度之專業性，若無法瞭解病患需求，很難在競爭的醫療市場中求生存，也往往造成醫療糾紛不斷 (王河清、童超塵, 2001)。

(三) 內部流程效能

內部流程效能定義為每日門診與急診人次 (吳文祥等人, 2009)；有限的醫療資源必需滿足股東及顧客的期望，在醫療品質指標中，每位員工服務之門診、急診和住院

人次與每日就醫之門診、急診、住院人次是一體兩面，它代表醫院之服務效能與病患之醫療品質連結情形。

(四) 學習與成長效能

學習與成長構面定義為組織內部員工教育時數、進修經費、研究計畫數、研究發表數(吳文祥等人, 2009), 此構面為一切策略的基礎, 為了創造組織最佳的績效表現, 必須運用學習與成長構面所開發之無形資產, 以實踐組織所選擇的活動, 創造高價值的顧客關係(林佳靜、張曉芬、譚醒朝、譚家惠, 2005)。

(五) 社會責任效能

社會責任效能指的是慢性病連續處方箋釋出率(莊凱嵐、連恆榮、涂慧慈、陳鳳珠、林娜翎、黃怡樺、史麗珠, 2011)、社區衛教活動服務(王河清、童超塵, 2001)及支援災難地區醫療服務等活動; 社會責任和醫院利益是相輔相成, 醫院經營者能否善盡社會責任, 與醫院治理機制息息相關(吳安妮, 2005)。若當非營利醫院兼具較多的商業角色時, 會排擠社區公益支出, 且降低其社會公益角色(郭振雄、何怡澄, 2010)。

參、研究假說

一、醫院治理結構與醫院治理效能

董事會為醫院治理的最高會議組織, 其決策的準則是審慎與合理, 且董事不可藉由自己的身份向機構取得不公平的好處, 也要避免有他人獲得不當的利益(Griffith & White, 2006)。董事會功能的發揮, 是決定管理階層能否發揮其監督機制的關鍵(Fama & Jensen, 1983; Hillman & Dalziel, 2003), 董事會規模與經營績效兩者之間互為影響。Kiel 與 Nicholson (2003) 則指出有較多的董事會人數, 會擁有較多的技術、知識與產業背景, 對於經營決策提出更多的看法與建議, 所以經營規模越大, 則董事會也會越大。Hermalin 與 Weisbach (2003) 及 Andres et al. (2005) 則認為董事會規模越小, 其公司經營績效越好, 大規模的董事相較於小規模的董事會較沒有效率(Jensen, 1993)。相對的, Kula (2005) 則認為董事會人數對經營績效的影響並不顯著。其次, Hillman 與 Dalziel (2003) 認為, 董事會功能旨在監督與資源配置, 董事會若能增加其會議頻率, 較能掌握公司管理階層代理問題與組織內資源分配概況, 進而提升機構效能。

再者, Hermalin 與 Weisbach (2003) 認為董事的選任是 CEOs 和董事會雙方權力角逐的結果。Fama 與 Jensen (1983) 指出獨立董事之專業素養高, 且多數為社會賢達, 較會關注己身的榮譽, 會議決議事項較為公正客觀, 決策品質相對較佳, 故當獨立董事席次比率越高, 發揮正面監督效果, 組織經營績效會提昇。董事若兼任內部管理之職位, 董事會將會無法有效監督控制決策, 甚至可能導致管理者和董事舞弊行為, 比較會有較拙劣的監督治理機制(Dechow, Sloan, & Sweeney, 1996)。Yeh、Lee 與 Woidtke

(2001) 認為，當公司董事會監察人由同一家族擔任，董事會執行決策或監察人行使監察權時，恐會有舞弊行為發生。

然而，院長若兼具雙重角色，會因自身利益而干擾議事之進行 (Rechner & Dalton, 1989)，導致醫院缺乏獨立的領導階層，進而產生代理問題 (Jensen, 1993)，院長擔任董事 (Executive On Board; EOB)，因具備醫療專業知識，且充分瞭解醫院營運的資訊與知識，如果參與董事會，將會運用專業知識影響董事會運作，做出有利於院長的決策。Brickley、Coles 與 Jarrell (1997) 即發現職務雙元性對公司績效會產生正向的效果，Simpson 與 Gleason (1999) 亦指出職務雙元性，公司發生財務危機的機率會小於獨立領導的公司，Jensen (1993) 則建議經理人應與董事長的功能分離，職務雙元性是否有助於醫院價值的提昇，將值得探究。

綜合以上文獻的論述，本研究認為董事會對於醫院進行管理決策時，應會扮演監督經營之關鍵角色，以做出對醫院治理效能有利的相關決策。換言之，當醫院的董事會結構越健全，如正式化程度、規模越小、較少家族色彩，以及越能獨立地發揮監督者角色，則醫院進行經營決策後越有可能對醫院之財務、內部流程與學習產生正面的助益，承擔更多社會責任，病患也較會予以正面的評價，進而提升醫院治理效能之各面向。因此，本研究提出以下假說：

假說 1：董事會治理結構越健全，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 1a：董事會的規模越小，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 1b：董事會的會議越頻繁，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 1c：董事會運作越正式化，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 1d：家族董監比率越小，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 1e：董監事角色獨立性越高，則越有助於提升醫院治理效能。

二、資訊揭露透明與醫院治理效能

財務揭露透明是醫院治理機制的亦是重要構面之一，在財務資訊揭露或透明化之課題上，營利組織一直很受到重視，許多的研究都顯示財務資訊揭露愈透明的企業，其資金成本較低 (Cheng et al., 2006)，也較容易取得外部資金，有助於企業的成長擴充 (Khurana, Martin, & Pereira, 2006)。

醫院雖然擁有充分的財務資源為生存的必要條件，但面對社區公益的需求，常會傾向優先投資高社會報酬、低成本的計畫。Leftwich、Watts 與 Zimmerman (1981) 基於政治成本的觀點指出，揭露財務報表可以降低監督問題，過去沒有法令或慣例要求醫院對社會大眾公開財務資訊，為避免潛在的輿論壓力，會降低自願揭露財務報表機率，非營利醫院負債融通與不同營運效率指標之關係出現矛盾相左的情況 (郭振雄、何怡澄，2010)。醫療院所財務資訊透明化，可作為健保局檢討支付標準的依據；如果

醫療院所盈餘偏低，甚至出現虧損情形，或者醫療院所盈餘過高，甚至被人視為暴利，支付標準就要作適度的調整，使醫療之給付符合醫療成本，趨於給付合理化，以確保醫療品質，並擷節健保醫療資源（衛生署，2011），進一步提高醫院治理效能。

醫療機構為了競爭策略的需求，更自我要求在提供最高品質全方位的醫療健康照護服務，逐步發展到讓民眾參與品質的評估以及公開的醫療品質資訊，希望透過公開透明的資訊，提供給民眾做就醫前之醫院選擇，以促使醫院可以提昇醫療品質（魏玉容等人，2005）。醫療品質促進是醫院治理的重要構面之一，因此，醫療產業經營者為達永續經營，必須改善醫療服務品質，提高顧客滿意度，以確保顧客之忠誠度（李婉怡、施弼耀、吳宗翰，2006），因此，醫療品質資訊揭露有其必要性。

目前臺灣醫療法僅規範法人醫療機構應建立會計制度，但醫療法對於醫療機構財務報告的規範僅限少數之財團法人醫院，故對大部份之醫院而言，並無醫院財務公開之機制。若依醫院評鑑制度規範醫院必需要有健全的會計制度，且財務結構要合理，為了改進醫院經營，醫院應依規模配置專人或專責單位負責之妥善管理會計體制，並依照明確的會計原則管理掌握醫院的經營及財務狀況，及配合醫院年度工作計畫，具備年度預算書與結算書者，並定期分析報表（衛生署，2011；鄭慧文、林鴻柱，2010），因此，為提升醫院治理效能，會計審查制度的建立確有其必要性。

綜合以上文獻的論述，本研究認為醫院治理相關資訊之揭露應盡可能透明化，以供醫院內外部利害關係人監督與參考，促使醫院管理階層做出對醫院治理效能有利的相關決策。換言之，當醫院治理相關資訊如財務面、醫療品質面與會計審查越公開，則越能監督與影響醫院之經營決策品質，進一步影響醫院之財務、內部流程與學習，產生正面的助益，承擔更多社會責任，提升病患信任感，進而提升醫院治理效能。因此，本研究提出以下假說：

假說 2：資訊揭露越透明，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 2a：財務狀況揭露越透明，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 2b：醫療品質揭露越透明，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 2c：會計審查制度越健全，則越有助於提升醫院治理效能。

三、決策機制與醫院治理效能

醫院治理結構一般由董事會與高階管理人員所組成。其中，高階管理人員（如院長）受聘於董事會，在董事會授權範圍內，擁有對醫院事務的管理權和代理權，負責處理醫院的日常經營事務，負責發展醫院策略和計畫、監控醫院表現和醫院所有權的代表（Bohen, 1995）。Daniels 與 Sabin (1997) 則對於資源優先配置決策過程的評估，認為涉及決策以及支持決策之理由、制訂決策之過程都要能被公開檢驗，並在適當情況下有機會修正原有決策（Daniels & Sabin, 1997; Daniels, 2008）。

再者，Hummel (1980) 與 Flanagan (1981) 認為董事會應有相當程度依賴機構人員，特別是執行長。董事會與機構人員參與決策次數與互動品質的良窳，亦會影響董事之治理效能。因此，董事會在政策決定、財務規劃及策略運用上均扮演關鍵角色，因此董事會成員是否參與決策過程以確定機構資源使用及目標的達成，都會直接影響醫院治理效能。

醫院董事會常扮演著監督經營角色，以做出對社會大眾有利的決策者，治理文獻亦普遍發現不同董事會運作模式會影響經營績效 (Fama & Jensen, 1983)。因此，綜合以上文獻的論述，本研究認為醫院董事會決策機制的品質越佳，董事會授權範圍越明確化、越積極參與醫院決策過程，則越能監督與影響醫院決策品質，以適當配置有限資源，進一步正向影響醫院之財務、內部流程與學習，並承擔更多社會責任，贏得病患忠誠度，進而提升醫院治理效能之各面向。因此，本研究提出以下假說：

假說 3：董事會決策機制的品質越好，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 3a：董事會決策授權範圍越明確，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 3b：董事會決策會議參與越正式化，則越有助於提升醫院治理效能。

假說 3c：董事會決策會議參與頻率越高，則越有助於提升醫院治理效能。

在全民健保體制下，健保局改變了契約誘因的設計，使得醫院醫療服務的行為不容易規範 (Harris, 1977)，因此，董事會是否建立完善治理機制，令其善盡職責，讓醫院所屬的利害關係團體得到合理、公平的對待，以確保醫院長期競爭力與生存。其次，當醫院所處的外在環境發生變化時，是否採取的經營策略以增加市場力量、營業收入，及控制成本等做法 (Trinh & Begun, 1999)，以提升醫院治理的效能，將是被關注的議題。據此，在醫院治理情境下，透過有效的治理機制之設計，將有助於組織成員在執行特定任務時，會有較大之意願與能力進行合理的財務效能改善，以及更有能力進行組織內部流程、顧客關係、員工學習與成長及社會責任推動，進而提高組織治理效能之創造。

肆、研究方法

一、樣本資料來源

本研究採用次級資料分析，資料來自「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會評鑑資料庫」、「中央健康保險局資訊網醫療資訊揭露資料庫」與「醫療財團法人訪視計畫的調查報告」。根據行政院衛生署 96-99 年度新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑結果及健保局特約醫療機構家數，共有 102 家醫療法人醫院。樣本期間有 67 家為綜合醫院、26 家一般醫院、1 家慢性病醫院及 8 家精神科醫院。評鑑等級醫院方面，特優醫院 27 家、優等醫院 40 家、合格醫院 27 家；精神科方面為 2 家優等醫院、6 家合格醫院。健保醫療給付方面，醫學中心 12 家、區域醫院 41 家及地區醫院 49 家。病

床數方面，250 床以下 40 家、250~499 床 27 家、500~999 床 22 家、1000 床以上 13 家，平均病床數為 521 床。醫院員工人數方面，250 人以下 37 家、250~499 人 18 家、500~999 人 17 家、1000 人以上 30 家，平均每家醫院員工人數為 934 人。

二、變數定義與衡量

本研究分析臺灣醫療法人醫院治理機制與治理效能之研究。根據文獻回顧大致歸納出三個醫院治理機制，與五治理效能，並於三個資料庫中擷取醫院治理機制與治理效能相關指標；資料蒐集的變項包括：採用醫院治理機制（治理結構、資訊揭露透明與決策機制）與採用 Kaplan 與 Norton (1992) 所提出的四個構面財務、顧客、內部流程、學習成長及吳安妮 (2005) 社會責任等衡量醫院治理效能，作為迴歸分析的應變數。

本研究實證模式包含三個外生潛在變數及五個內生潛在變數。本研究第一個外生潛在變數為治理結構 (ξ_1)，其觀察變數為董事會規模 (x_1)、董事會會議頻率 (x_2)、董事會運作模式 (x_3)、董事會家族董監比率 (x_4) 及職務雙元性 (x_5)；第二個外生潛在變數為資訊揭露透明 (ξ_2)，其觀察變數為醫院財務狀況揭露 (x_6)、醫療品質與內容揭露 (x_7) 及會計審查制度 (x_8)；第三個外生潛在變數為決策機制 (ξ_3) 其觀察變數為授權決策範圍 (x_9)、決策參與 (x_{10}) 及決策參與次數 (x_{11})。

第一個內生潛在變數為財務效能 (η_1)，觀察變數為流動比率 (y_1)、負債比率 (y_2)、健保醫療費用成長率 (y_3)、捐贈收入比率 (y_4)、政府補助收入比率 (y_5) 及市場佔有率 (y_6)；第二個內生潛在變數為顧客效能 (η_2)，觀察變數為病患申訴案件 (y_7)、病患滿意度調查次數 (y_8)、病患滿意度調查公開結果 (y_9)、候診等候時間 (y_{10})、轉診轉出人次 (y_{11}) 及轉診轉入人次 (y_{12})；第三個內生潛在變數為內部流程效能 (η_3)，其觀察變數為每日門診人次 (y_{13})、每日急診人次 (y_{14})、每日住院人次 (y_{15})、每位員工服務門診人次 (y_{16})、每位員工服務急診人次 (y_{17}) 及每位員工服務住診人次 (y_{18})；第四個內生潛在變數為學習與成長效能 (η_4)，其觀察變數為平均每人年平均教育時數 (y_{19})、國內外進修經費 (y_{20})、研究計畫數 (y_{21})、研究發表數 (y_{22})、教育與研究支出比率 (y_{23}) 及人事費用支出比率 (y_{24})；第五個內生潛在變數為社會責任效能 (η_5)，其觀察變數為慢性病連續處方箋率 (y_{25})、社區衛教活動服務 (y_{26}) 及支援災難地區醫療服務 (y_{27})。

伍、實證結果分析

一、測量模型之信度與效度檢定

本研究使用最小平方方法 (Partial Least Squares ; PLS) 統計軟體來檢驗測量模型的適切性，包含了內部一致性、收斂效度與區別效度的檢驗，並採用 PLS 中的結合信度進行信度的分析。根據 Hulland (1999) 之建議，組成信度值 (CR) 應在 0.7 以上，以確定測量變數達到內部一致性。依據 Fornell 與 Bookstein (1982) 建議，各構面所抽取之

平均變異量 (Average Variance Extracted ; AVE) 須大於 0.5，即可稱該構面具備足夠的收斂效度。

由於董事會會議頻率 (x_2) 及董事會家族董監比率 (x_3) 對治理結構 (ξ_1) 之因素負荷量 ($\lambda_{1,3}$) 小於門檻值 0.45，表示董事會家族董監比率及董事會會議頻率並無法正確衡量出治理結構。因董事會家族董監比率越高及董事會會議頻率愈多，治理結構應表現越不好，此為反向指標，故刪除觀察變數 x_2 、 x_3 。區別效度在於檢定測量變項對於不同的構面之間的鑑別程度。每個變項與測量同樣一個構面的其他變項之相關程度，應該要高於與測量不同構面變項的相關係數。為了通過區別效度的檢驗，個別構面抽取之平均變異量 (AVE) 的平方根 (對角線值)，應該大於該構面與模型中其他構面的相關係數 (非對角線值)，表示具有區別效度 (Hulland, 1999)。表 2 為各構面之間的相關係數矩陣，對角線所列即該構面的 AVE 平方根。透過表 1 顯示，本研究之各構面測量問項的平均變異抽取量 (AVE) 之平方根均大於任兩構面的相關係數，代表本研究中不同構面的變項具有足夠的鑑別度。

表 1 各構面之組成信度與平均變異抽取量

構面	組成信度 (CR)	平均變異抽取量 (AVE)
治理結構	0.645	0.506
資訊揭露透明	0.756	0.531
決策機制	0.784	0.523
財務效能	0.659	0.541
顧客效能	0.763	0.538
內部效能	0.966	0.904
學習成長效能	0.517	0.789
社會責任效能	0.752	0.510

表 2 構面相關係數矩陣

構面	治理結構	資訊揭露透明	決策機制	財務效能	顧客效能	內部效能	學習成長效能	社會責任效能
治理結構	0.7109							
資訊揭露透明	-0.7061	0.7286***						
決策機制	-0.2965	0.3893	0.7229**					
財務效能	-0.2585	0.3340	0.7338	0.7354***				
顧客效能	-0.2657	0.3001	0.2208	0.1819	0.7332***			
內部效能	-0.4061	0.4147	0.8914	0.6381	0.2473	0.9506***		
學習成長效能	-0.3580	0.3918	0.5701	0.3235	0.2484	0.5768	0.8766***	
社會責任效能	-0.3625	0.3574	0.4335	0.2470	0.2355	0.3901	0.5831	0.7138***

註：斜對角線值代表該構面的平均變異抽取量 (AVE) 之平方根；非對角線之值代表各構面之相關係數值。

二、結構模型檢定

本研究使用 PLS 作為研究結構模型的分析工具，藉此分析研究變數之間關係的強度與方向，本研究結構模式的分析結果如圖 1 所示。首先，就醫院治理結構與醫院治理效能而言，本研究之 H1 及 H1d 分別為董事會治理結構越健全化及家族董監比率越小，則越有助於提升醫院治理效能。研究結果顯示，由於董事會會議頻率 (x_2) 及董事會家族董監比率 (x_3) 對治理結構 (ξ_1) 之因素負荷量 ($\lambda_{1,3}$) 小於門檻值 0.45，表示董事會家族董監比率並無法正確衡量出治理結構。本研究之 H1a、H1c 及 H1e 分別為董事會的規模越小、董事會運作越正式化及董監事角色獨立性越高，則越有助於提升醫院治理效能。研究結果顯示，董事會的規模越小、董事會運作越正式化及董監事角色獨立性越高模式對於醫院治理效能雖為負向關係，但未達顯著水準 ($\beta = -0.091$, $p > 0.05$)。意謂著醫院董事會治理結構與醫院治理效能無關。

其次，本研究之 H2 為醫院資訊揭露越透明，醫院治理效能越高。研究結果顯示，醫院資訊揭露越透明對於醫院治理效能具有正向影響 ($\beta = 0.333$, $p < 0.05$)。當醫院財務狀況揭露越透明 ($\beta = 0.773$, $p < 0.001$) 及醫療品質揭露越透明 ($\beta = 0.915$, $p < 0.001$)，醫院治理效能愈具有正向影響。但醫院會計審查制度越健全 ($\beta = 0.398$, $p > 0.05$)，則對於醫院治理效能未達顯著影響。此外，當醫院決策範圍越明確 ($\beta = 0.957$, $p < 0.001$)，醫院決策會議參與越正式化 ($\beta = 0.956$, $p < 0.001$)，醫院治理效能愈具有正向影響，但參與決策會議頻率越高 ($\beta = 0.351$, $p > 0.05$) 未達顯著水準，本研究之 H3 董事會決策機制的品質，對於醫院治理效能愈具有正向影響 ($\beta = 0.238$, $p < 0.05$)。此外，圖 1 之結果顯示，治理結構、資訊揭露透明及決策機制可解釋醫院治理效能 26.1% 變異量。總結以上所進行的結構模型檢定，本研究所提出的研究假設，惟 H1、H2c、H3c 未達顯著水準外，其他假設皆獲得統計上的支持。

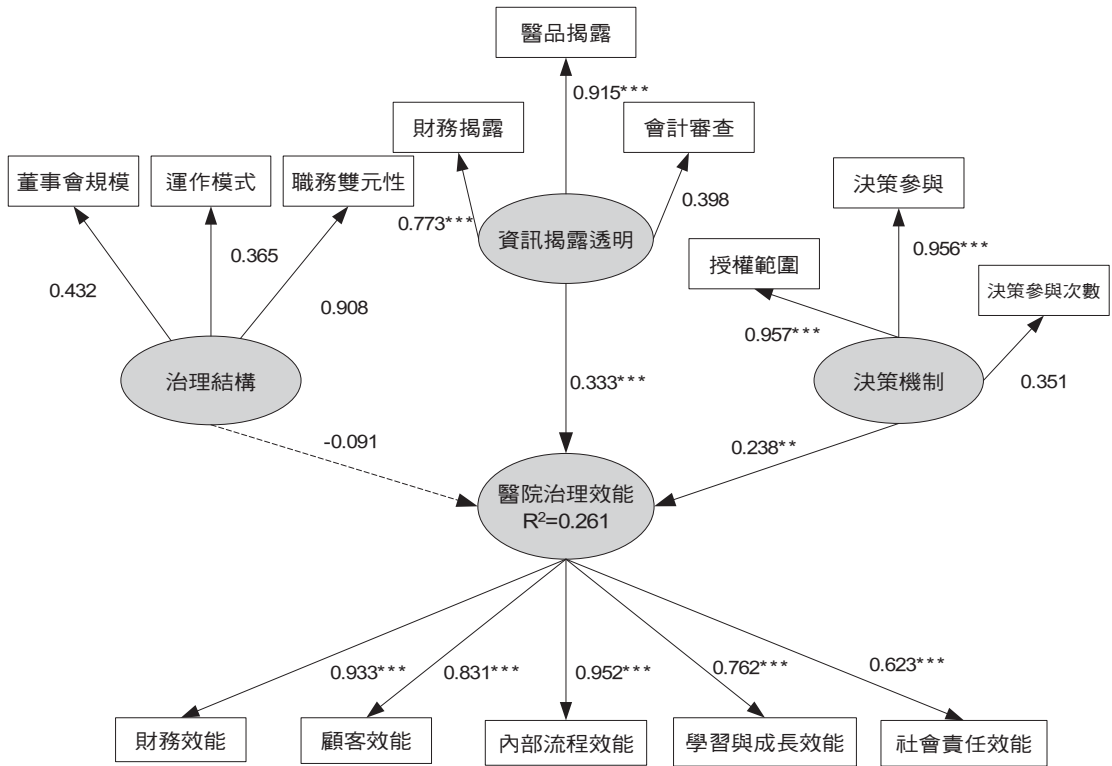


圖 1 模型檢定結果

陸、討論與結論

本研究以代理理論與組織治理為理論背景，確認醫院治理機制與醫院治理效能之內涵，提出一醫院治理理論模式並實證醫院治理機制對醫院治理效能之影響，研究結果顯示醫院治理機制中資訊揭露的透明度與決策機制的品質會對醫院治理效能的五個構面造成正向影響，但醫院治理機制中的治理結構則無此效果。

根據本研究之實證結果發現，董事會家族董監比率及董事會會議頻率並無法正確衡量出治理結構，董事會規模及職務雙元性對醫院治理效能也未具影響性。申言之，在醫院治理結構方面，雖然許多文獻都強調董事會結構組織對經營決策影響的主張 (Fama & Jensen, 1983; Hillman & Dalziel, 2003; Kiel & Nicholson, 2003; Hermalin & Weisbach, 2003; Andres et al., 2005; Kula, 2005)，本研究實證結果與公司治理文獻不一致，可能原因為醫院組織治理的發展及管理技術，雖然沿襲企業的脚步，但醫院治理是一個複雜的體制系統，且醫院治理的本質又與營利性之公司治理不同，因此，在高度制度化醫療環境的制約下，醫療組織中董事會結構似乎未能像公司治理般發揮預期的影響效果；再者，參與醫院治理的各個利害關係者的角色定位，包括政府、衛生主

管機關、捐贈人或投資人、董事會、院長、員工、患者以及供應商等，都會間接規範或影響醫院內部或外部治理機制，此結果可提供醫院對於董事會治理結構參考之依據。

在資訊揭露透明方面，本研究實證結果發現，醫療品質揭露與財務透明揭露可以衡量資訊揭露透明的程度，並對於醫院治理效能產生影響，與文獻之結果一致 (Khurana et al., 2006)。此意謂醫院藉由資訊之揭露發射訊號，不但能夠在醫院組織中建立完善治理效能，也能帶來利害關係人形塑自願性揭露的企業文化，更願意承擔社會責任的效能，有助於利害關係人對醫院營運理念的瞭解及組織價值目標的認同，並彌補政府推動社會福利之不足。再者，本研究實證結果發現會計制度審查方面未具顯著影響，與鄭慧文與林鴻柱 (2010) 文獻一致。歸納其原因為臺灣醫療法雖有規定醫療法人應建立會計制度，惟醫療法僅為原則性規範，會計制度涉及會計報告、憑證、作業程序與內部審核等細部作業，如果任由各醫療法人自行建立會計制度，將會造成會計處理方式欠缺一致性，不易分析比較，更難以達成醫療法財務監督的目的。因此為使醫療法人財務報告具一致性、公信力，宜增訂「醫療法人會計制度一致性作業準則」，供制定會計制度之依循 (鄭慧文、林鴻柱，2010)，始可提高醫院治理效能。醫院評鑑制度規範醫院必需要有健全的會計制度，且財務結構要合理，為了改進醫院經營，醫院應依組織規模配置專人或專責單位負責妥善之管理會計體制，並依照明確的會計原則管理掌握醫院的經營及財務狀況，及配合醫院年度工作計畫，具備年度預算書與結算書，並定期分析財務報表 (衛生署，2011)。

另外，醫療機構為了競爭策略的需求，逐步發展到讓民眾參與品質的評估以及公開的醫療品質資訊，希望透過公開透明的資訊提供給民眾做就醫前之醫院選擇，以促使醫院可以提昇醫療品質 (魏玉容等人，2005)。本研究結果亦發現在決策機制方面，授權範圍與決策參與可衡量決策機制，並對醫院治理效能產生正向影響，與文獻之結果一致 (Hummel, 1980; Flanagan, 1981)。事實上，董事會的決策機制，是協助醫院在重大決策方面能有效運作和經營，醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的整體方向、定位及文化，透過每項政策的擘劃、實質的領導，建構符合醫院定位的文化，穩健地經營醫院 (衛生署，2011)。董事會實行集體決策原則，將有利於協調股東與關係人之間的利益關係，有助於保證決策的科學性與正確性，避免因個人決策失誤造成重大損失。董事長作為董事會集體代表的醫院法定代表人，因此無法將董事會淪為變相的董事長個人決策之機構。董事會的職權與責任必須是一種對稱關係，且必須承擔相對應的受託責任。

在醫院治理效能方面，本研究實證結果發現在醫院治理效能之財務構面、顧客構面、內部流程構面、學習與成長構面及社會責任等五個構面，均能解釋醫院治理效能構面，與文獻結果相呼應 (Griffith & White, 2006; Griffith et al., 2002; 吳安妮，2005)。

此意謂著對醫院組織而言，建立起內部成員的權屬關係及決定組織的策略和績效的統轄制度是有其必要性，再者，本研究對於醫院應承擔社會責任觀點之探討，更可補足由一般公司治理觀點解釋醫院組織行為的不足。綜合言之，本研究結果發現資訊揭露透明及決策機制，正向影響醫院治理效能，且財務揭露透明、醫療品質揭露透明、決策參與及決策範圍對於醫院治理效能之財務構面、顧客構面、內部流程構面、學習與成長構面及社會責任亦達到顯著正向效果，以下說明研究結果所呈現的理論與實務意涵。

本研究的理論貢獻在於提供醫院治理研究一個理論性架構，以釐清醫院治理與醫院治理效能之內涵，並進一步推導醫院治理與醫院經營績效二者間的關聯性。近年來，組織治理的學者對公司治理的內涵與公司績效之相關成果豐碩，也實證了董事會結構對公司經營績效的影響力，但對於治理機制應用於醫院組織的理論與實證文獻較為少見，也由於醫院組織的本質相較於公司組織或其他非營利組織擁有更多獨特性，因此，本研究以代理理論與組織治理文獻等組織理論為基礎發展出醫院治理的觀念性架構，除釐清醫院治理與一般營利企業治理之差異性外，本研究並延伸平衡計分卡的概念，將平衡計分卡導入醫院治理效能測量時再加入社會責任的構面，為平衡計分卡應用提供新的理論貢獻，也為醫院治理效能內涵提供更明確的觀念性架構，並為醫院治理與經營績效內涵提供更明確的構面，換言之，本研究將醫院治理變數量化並應用於醫院治理效能之實證研究。再者，臺灣本土醫院治理之相關研究文獻卻相當貧瘠，有別於過去有關企業管理相關課題之公司治理實證研究來說，本研究提供了一個完善治理測量的工具 (Gompers, Ishii, & Metrick, 2003)。

在管理意涵方面，根據本研究成果，本研究建議醫院董事會有責任建構完善醫院治理機制以提升醫院的治理效能。首先，醫院董事會成員應盡力將醫院營運資訊透明化，如財務與醫療品質資訊等；其次、醫院董事會成員應監督與維護醫院經營決策品質，如監督醫院管理階層決策過程、明確化管理階層之授權範圍、適當參與醫院決策等；再者、醫院董事會成員應適時監控醫院經營績效指標，如財務指標、病人滿意度指標、醫院內部流程指標、員工學習與成長指標與社會責任指標等，以維持醫院經營之競爭優勢。

最後，雖然本研究在資料蒐集與分析，力求周延，但仍有其限制，例如：本研究提出之研究構面及其操作化變數，治理結構、資訊揭露透明、決策機制及醫院治理效能，缺乏穩健的量表，也使得變數之衡量上，仍然有待後續研究之再精鍊，未來醫院治理研究可以以本研究結果發展精煉後的理論架構，進一步探討不同治理機制對應不同治理效能的研究。此外，建議在後續研究中，可以嚐試納入更多的可塑性研究題目，如進一步探討消費者等複雜代理關係，及進一步對樣本醫院之病患抽樣分析其認知的醫療品質變動情形，則可以進一步地分析醫院治理之完整程度。其次，本研究未獲實

證支持之變數（如：治理結構），其原因有進一步研究之必要。最後，未來的研究可以擴大樣本到非具董事會組織之醫院，使橫斷面的資料更趨完整，所得到的結果也將更具代表性，本研究樣本數雖達統計標準，但研究結果若要一般化到台灣醫療產業，未來仍須蒐集更多樣本進行分析。綜合上述，醫院治理的課題在未來研究上，仍有許多值得探討的空間，期許本研究可帶來較不同的治理問題思維，並提供更寬廣的研究思考方向。

Hospital Governance Mechanisms and Hospital Governance Effectiveness

Yu-Hua Yan, Research Fellow, Department of Medical Research, Tainan Municipal Hospital

Chen-Wei Yang, Associate Professor, College of Humanities and Management, Fooyin University

Purpose

Ever since Taiwan implemented its National Health Insurance, hospital organizations have been operating in a difficult and tumultuous environment, characterized by extreme competition, growing costs, and demographic and institutional pressures. As the nature of competition and institutions change, new opportunities and challenges arise. In response, the management has been emphasizing better resource utilization and has started to adopt innovative ways of performance evaluation, so as to improve efficiency and leverage health information technologies and other innovative medical devices.

Hospital governance means the process of steering the overall functioning and effective performance of a hospital, by defining the hospital's mission, setting its objectives, and supporting and monitoring the realization of the objectives at the operational level. This subject is still an emerging research domain. However, the term "governance" often refers to corporate governance. As the issue of hospital governance becomes increasingly important in the field of health care management, existing literature touches little upon governance mechanisms in the context of hospitals. Studies of the relationship between hospital governance mechanisms and its effectiveness are few. Therefore, this study wants to develop and examine the theoretical model of hospital governance.

Methodology

This study integrates the literature of organizational governance and agency theory to empirically test the relationship between hospital governance mechanisms (structure of the board of directors, information disclosure, and decision making) and hospital governance effectiveness (in terms of financial, customer, internal process, learning and growth, and social responsibility). Three main hypotheses were developed from the literature and empirically tested in this study.

This study empirically tested indices of hospital governance from 102 hospitals by using secondary data and pooled cross-sectional analysis. These 102 hospitals took part in the new hospital evaluation and the new teaching hospital evaluation schemes between 2007

and 2010. Data were collected from three main archives: Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation and Quality Improvement database, National Health Insurance Information Database, and the reports from Hospital Juridical Person Investigation Project.

Based on research drawn from literature review, this study induced three hospital governance mechanisms (structure of board of directors, information disclosure, and decision making) and five governance effectiveness (financial, customer, internal process, learning and growth, and social responsibility) from the above-mentioned three databases. We further regressed the variables of three hospital governance mechanisms and five governance effectiveness by using Partial Least Squares in Structural Equation Modeling.

Findings

The results of reliability in the measurement model show that Composite Reliability is higher than 0.7. The results of validity in Average Variance Extracted show that the frequency of decision meeting participation in board of directors and the ratio of family members in board of directors do not pass the validation. We delete these two variables. Other variables all pass the construct validation. The results of structure modeling show that hypothesis 1, hypothesis 1a hypothesis 1b, hypothesis 1c, hypothesis 1d, hypothesis 1e, hypothesis 2c & hypothesis 3c are not supported. Hypothesis 2a, hypothesis 2b, hypothesis 3a, & hypothesis 3c are supported.

In summary, the results show that (1) information disclosure and decision making of hospital governance mechanisms are positively related to its governance effectiveness, and (2) the relationship between the structures of board of directors and its governance effectiveness is not significant.

Research Limitations/Implications

There are several limitations in this study. First, the variables provided in this study are governance mechanisms (structure of board of directors, information disclosure, and decision making) and hospital governance effectiveness (financial, customer, internal process, learning and growth, and social responsibility). These variables lack robust measurement scales. In order to measure such constructs more concisely, it is necessary to further refine these variables. Future hospital governance studies may apply this refined theoretical framework to discuss the matching relationships between three governance mechanisms and five governance effectiveness.

There are several research implications in this study. First, we have provided a

theoretical framework for the study of hospital governance to clarify the relationship between hospital governance mechanisms and governance effectiveness. Recently, scholars in organizational governance have contributed to the relationship between corporate governance and performance. These empirical findings provide evidence about the influence of corporate governance on performance. However, there are not enough empirical findings about hospital governance mechanisms. This may be due to the nature of hospital organization, which is quite different from for-profit firms. Therefore, this study develops a conceptual framework of hospital governance, according to the agency theory and organizational governance. In addition to clarifying the difference between hospital governance and corporate governance, this study also extends the concept of balanced score cards and apply such concept into the measurement hospital governance effectiveness. We also add social responsibility into the concept of balanced score cards to measuring governance effectiveness. By doing so, we have contributed new ideas to applying the concept of balanced score cards and have clarified the nature of hospital governance effectiveness. In other words, this study has empirically developed the measurement scales for both hospital governance mechanisms and governance effectiveness. Finally, the literature of hospital governance in Taiwan is particularly lacking, compared with corporate governance studies. This empirical study has filled this research gap by providing measurement tools for governance mechanisms in hospitals.

Contribution

The main contribution of this study is the establishment of a theoretical model that demonstrates the relationship between hospital governance mechanisms and hospital governance effectiveness. This theoretical model explains the influence of hospital governance mechanisms on its governance effectiveness, enriching the hospital governance literature. According to our results, there are four managerial implications in this study. First, we suggest that the board of directors take the responsibility of establishing hospital governance mechanisms so as to increase hospital governance effectiveness. Second, the board of directors should try to improve the transparency of hospitals' operational information. Third, the board of directors should supervise and maintain decision making quality. Fourth, the board of directors should monitor hospital governance effectiveness indices frequently to keep the competitiveness of their hospitals.

參考文獻

- 王河清、童超塵，2001，「運用平衡計分卡建構新策略管理制度－以醫療產業為例」，醫院，34卷4期：頁7-15。(Wang, H. Q., & Torng, C. C. 2001. Hospital using the balanced scorecard for new strategic management system: An empirical analysis of hospitals. *Hospital*, 34 (4): 7-15.)
- 史美強、蔡武軒，2000，「網絡社會與治理概念初探」，中國行政評論，10卷1期：頁33-74。(Shih, M. C., & Tsai, W. H. 2000. Network society and governance. *The Chinese Public Administration Review*, 10 (1): 33-74.)
- 吳文祥、林進財、彭廣興，2009，「醫院因應總額預算支付制度之適應策略評選－以新竹市醫院為例」，健康管理學刊，7卷1期：頁79-92。(Wu, W. H., Lin, C. T., & Peng, K. H. 2009. Selection of adaptation strategy for hospitals on the global budget system-A case study of hospitals in Hsinchu city. *Journal of Health Management*, 7 (1): 79-92.)
- 吳安妮，2005，「策略地圖之精髓與運用」，馬偕院訊，25卷275期：頁3-12。(Wu, A. N. 2005. The strategic map of public access. *Mackay Hospitals News*, 25 (275): 3-12.)
- 李婉怡、施弼耀、吳宗翰，2006，「影響醫療品質之因素探討」，資訊科學應用期刊，3卷2期：頁77-98。(Lee, W. I., Shih, B. Y., & Wu, Z. H. 2006. A study of influential factors of quality of medical care. *Journal of Computer Science and Application*, 3 (2): 77-98.)
- 林佳靜、張曉芬、譚醒朝、譚家惠，2005，「醫院對平衡計分卡之認知與現況分析」，健康管理學刊，3卷1期：頁1-17。(Lin, C. C., Chang, H. F., Tam, S. C., & Tan, C. H. 2005. A study on the recognition and application of balanced scorecard for Taiwan's hospitals. *Journal of Health Management*, 3 (1): 1-17.)
- 莊凱嵐、連恆榮、涂慧慈、陳鳳珠、林娜翎、黃怡樺、史麗珠，2011，「慢性病連續處方箋衛教宣導之立即成效」，中山醫學雜誌，22卷2期：頁165-174。(Chuang, K. L., Lien, H. J., Tu, H. T., Chen, F. C., Lin, N. L., Huang, Y. H., & See, L. C. 2011. Immediate effects of educational lectures on refill prescriptions for chronic diseases. *The Chung Shan Medical Journal*, 22 (2): 165-174.)
- 郭振雄、何怡澄，2010，「非營利醫院的負債融資與營運效率及資本投資效率之關聯性」，經濟研究，46卷1期：頁141-170。(Kuo, J. S., & Ho, Y. C. 2010. The association of debt financing with not-for-profit hospitals' operational and capital-investment efficiency. *Taipei Economic Inquiry*, 46 (1): 141-170.)
- 陳澤義、陳啟斌，2009，2版，企業診斷與績效評估－平衡計分卡之運用，台北：華

- 泰文化事業有限公司。(Chen, T. Y., & Chen, C. B. 2009. *The enterprise diagnosis with the performance assessment of corporate: Using the balanced scorecard* (2nd ed.). Taipei, TW: Hwa-Tai Book Co.)
- 衛生署, 2011, 「醫院評鑑基準及評量項目」, http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx, 檢 索 日 期 : 2011 年 3 月 9 日。(Department of Health. 2011. *Hospital accreditation bases and evaluation items*. http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx. Accessed Mar. 9, 2011.)
- 鄭慧文、林鴻柱, 2010, 「醫療法人財務監督問題探討」, *醫事法學*, 17 卷 2 期 : 頁 51-59。(Cheng, H. W., & Lin, H. G. 2010. Study on the financial supervision of medical corporation, *Journal of Law and Medicine*, 17 (2): 51-59.)
- 魏玉容、鍾國彪、鄭守夏, 2005, 「醫療品質評估的發展－從專業評鑑到報告卡系統」, *臺灣公共衛生雜誌*, 24 卷 4 期 : 頁 275-283。(Wei, Y. J., Chung, K. P., & Cheng, S. H. 2005. The evolution of healthcare quality assessment: From accreditation to report card system. *Taiwan Journal of Public Health*, 24 (4): 275-283.)
- Alexander, J. A., & Lee, S. Y. 2006. Does governance matter? Board configuration and performance in not-for-profit hospitals. *Milbank Quarterly*, 84 (4): 733-758.
- American Hospital Association (AHA). 1997. *Hospital and health system governance survey: Shining light on your board's passage to the future*. Chicago, IL: AHA Center for Health Care Leadership.
- Andres, P. D., Azofra, V., & Lopez, F. 2005. Corporate boards in some OECD countries: Size composition, functioning and effectiveness, corporate governance. *An International Review*, 13 (2): 197-210.
- Bohen, L. S. 1995. *Your role as a trustee*. Toronto, Ontario: Ontario Hospital Association.
- Brickley, J. A., Coles, J. L., & Jarrell, G. 1997. Leadership structure: Separating the CEO and chairman of the board. *Journal of Corporate Finance*, 3 (3): 189-220.
- Brown, D. S. 2010. The governance imperative for nonprofit hospital. *Trustee*, 63 (1): 30-32.
- Cheng, C. A., Collins, D., & Huang, H. 2006. Shareholder rights, financial disclosure and the cost of equity capital. *Review of Quantitative Finance and Accounting*, 27 (2): 175-204.
- Cluica, D., & Prezio, E. A. 2009. Hospital board infrastructure and functions: The role of governance in financial performance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6 (3): 862-873.

- Daniels, N. 2008. *Just health: Meeting health needs fairly*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Daniels, N., & Sabin, J. 1997. Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy & Public Affairs*, 26 (4): 303-350.
- Dechow, P. M., Sloan, R. S., & Sweeney, A. P. 1996. Causes and consequences of earnings manipulation: An analysis of firms subject to enforcement actions by the SEC. *Contemporary Accounting Research*, 13 (1): 1-36.
- Drucker, P. E. 1990. *Managing the non profit organization: Principles and practices*. New York, NY: Harper Colins Publishers.
- Eeckloo, K., Van, H. G., Van, H. C., & Vleugels, A. 2004. From corporate governance to hospital governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68 (1): 1-15.
- Eisenhardt, K. M. 1989. Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review*, 14 (1): 57-74.
- Fama, E. F., & Jensen, M. C. 1983. Agency problems and residual claims. *Journal of Law and Economics*, 26 (2): 327-349.
- Flanagan, J. 1981. *The successful volunteer organization*. Chicago, IL: Contemporary Books.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. 1997. *The economics of health and health care*. New York, NY: Prentice-Hall Inc.
- Fornell, C. R., & Bookstein, F. L. 1982. Two structural equation models: LISREL and PLS applied to consumer exit-voice theory. *Journal of Marketing Research*, 19 (4): 440-452.
- Garber, A. M., & Phelps, C. E. 1997. Economic foundations of cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics*, 16 (1): 1-31.
- Goeschel, C. A., Berenholtz, S. M., Culbertson, R. A., Jin, L., & Pronovost, P. J. 2011. Board quality scorecards: Measuring improvement. *American Journal of Medical Quality*, 26 (4): 254-260.
- Goeschel, C. A., Wachter, R. M., & Pronovost, P. J. 2010. Responsibility for quality improvement and patient safety hospital board and medical staff leadership challenges. *CHEST*, 138 (1): 171-181.
- Gompers, P. A, Ishii, J., & Metrick, A. 2003. Corporate governance and equity prices. *Quarterly Journal of Economics*, 118 (1): 107-155.

- Griffith, J. R., Alexander, J. A., & Jelink, R. C. 2002. Measuring comparative hospital performance. *Journal of Healthcare Management*, 47 (1): 41-57.
- Griffith, J. R., & White, K. R. 2006. *Well-managed healthcare organization* (6th ed.). Chicago, IL: Health Administration Press.
- Hansmann, H. B. 1980. The role of nonprofit enterprise. *The Yale Law Journal*, 89 (5): 835-901.
- Harris, J. E. 1977. The internal organization of hospitals: Some economic implications. *Bell Journal of Economics*, 8 (2): 467-482.
- Hermalin, B. E., & Weisbach, M. S. 2003. Boards of directors as an endogenously determined institution: A survey of the economic literature. *Economic Policy Review*, 9 (1): 7-26.
- Hillman, A. J., & Dalziel, T. 2003. Boards of directors and firm performance: Integrating agency and resource dependence perspectives. *The Academy of Management Review*, 28 (3): 383-396.
- Hulland, J. 1999. Use of partial least squares in strategic management research: A review of four recent studies. *Strategic Management Journal*, 20 (2): 195-204.
- Hummel, J. M. 1980. *Starting and running a nonprofit organization*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Jensen, M. C. 1993. The modern industrial revolution, exit, and the failure of internal control systems. *The Journal of Finance*, 48 (3): 831-880.
- Jha, A., & Epstein, A. 2010. Hospital governance and the quality of care. *Health Affairs*, 29 (1): 182-187.
- Joint Commission International. 2007. *Accreditation standards for hospitals* (3rd ed.). USA, IL: Joint Commission International.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1992. The balanced scorecard-measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70 (1): 71-79.
- _____. 1996. Link the balance scorecard to strategy. *California Management*, 39 (1): 53-79.
- _____. 2001. *The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston, MS: Harvard Business School Press.
- Kersbergen, K. V., & Waarden, F. V. 2004. "Governance" as a bridge between disciplines: Cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy. *European Journal of Political*

- Research*, 43 (2): 143-171.
- Khurana, I. K., Martin, X., & Pereira, R. 2006. Firm growth and disclosure: An empirical analysis. *Journal of Financial and Quantitative Analysis*, 41 (2): 357-380.
- Kiel, G. C., & Nicholson, G. J. 2003. Board composition and corporate performance: How the Australian experience informs contrasting theories of corporate governance. *Corporate Governance*, 11 (3): 189-205.
- Kim, B., Burns, M. L., & Prescott, J. E. 2009. The strategic role of the board: The impact of board structure on top management team strategic action capability. *Corporate Governance: An International Review*, 17 (6): 728-743.
- Kula, V. 2005. The impact of the roles, structure and process of boards on firm performance: Evidence from Turkey. *Corporate Governance*, 13 (2): 265-276.
- Leftwich, R. W., Watts, R. L., & Zimmerman, J. L. 1981. Voluntary corporate disclosure: The case of interim reporting. *Journal of Accounting Research*, 19 (Supplement): 50-77.
- Murphy, C., & O'Donohoe, S. 2006. *Hospital governance: An insight from the south east of Ireland*. Presented at the Irish Accounting & Finance Association Conference, DCU, Ireland.
- Newhouse, J. P. 1970. Toward a theory of nonprofit institution: An economic model of a hospital. *American Economic Review*, 60 (1): 64-74.
- Prybil, L. P., Peterson, P. R., Price, J., Levey, S., Kruempel, D., & Brezinski, P. 2005. *Governance in high-performing organizations: A comparative study of governing boards in not-for-profit hospitals*. Chicago, IL: HRET partnership with AHA.
- Rechner, P. L., & Dalton, D. R. 1989. The impact of CEO as board chairperson on corporate performance: Evidence vs. rhetoric. *Academy of Management Executive*, 3 (2): 141-143.
- Rhodes, R. A. W. 1996. The new governance: Governing without government. *Political Studies*, 44 (4): 652-667.
- Simpson, W. G., & Gleason, A. E. 1999. Board structure, ownership, and financial distress in banking firms. *International Review of Economics and Finance*, 8 (3): 281-292.
- Trinh, H. Q., & Begun, J. B. 1999. Strategic adaptation of U.S. rural hospitals during an era of limited financial resources: A longitudinal study, 1983-1993. *Health Care Management Science*, 2 (1): 43-52.
- Wheeler, J. R., & Clement, J. P. 1990. Capital expenditure decisions and the role of the not-

- for-profit hospital: An application of a social goods model. *Medical Care Review*, 47 (4): 467-486.
- Yan, Y. H., Hsu, S. F., Yang, C. W., & Fang, S. C. 2010. Agency problems in hospitals participating in self-management project under global budget system in Taiwan. *Health Policy*, 94 (2): 135-143.
- Yang, C. W., Fang, S. C., & Lin, J. L. 2011. Rethinking the theory of the hospital: A knowledge-based view. *The Service Industries Journal*, 32 (12): 1923-1936.
- Yeh, Y. H., Lee, T. S., & Woidtke, T. 2001. Corporate governance and performance: The case of Taiwan. *International Review of Finance*, 12 (1): 21-48.
- Young, N. M., Ahlstrom, D., Bruton, G. D., & Chan, E. S. 2001. The resource dependence, service and control functions of boards of directors in Hong Kong and Taiwanese Firm. *Asia Pacific Journal of Management*, 18 (2): 223-244.
- Zahra, S. A., & Pearce J. A. 1989. Boards of directors and corporate financial performance: A review and integrative model. *Journal of Management*, 15 (2): 291-334.

作者簡介

嚴玉華

國立高雄第一科技大學管理研究所博士，目前任職於台南市立醫院醫研部研究員。主要研究領域為醫務管理、健康保險。學術著作主要發表於 Health Policy, Journal of Nursing Research, Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 等期刊。

楊鎮維* (通訊作者)

義守大學管理研究所博士，目前任職於輔英科技大學人文與管理學院副教授。主要研究領域為醫院創新、醫療產業知識創造、制度理論於醫療產業之應用、醫院理論的建構、知識管理等。學術著作主要發表於 Health Care Management Review, International Journal of Information Management, International Journal of Health Planning and Management, The Service Industries Journal, Health Policy, 管理與系統等期刊。

本研究感謝專刊主編與兩位匿名審查委員的寶貴意見，亦感謝國科會專題研究計畫 (NSC100-2410-H-217-001 及 NSC 99-2410-H-242-001-MY2) 之經費補助

* 通訊作者，E-mail: xx709@fy.edu.tw

