

東海大學會計學系碩士在職專班

碩士論文

公立醫院推動平衡計分卡之模式研究

Study on Model for Implementing  
Balance Scorecard in Governmental Hospital

指導教授：許恩得 博士

研究生：馬夢臣 撰

中華民國一〇一年六月

## 謝誌

本論文在研究及撰寫期間承蒙指導教授許恩得博士的指導，尤其是在邏輯思維訓練以及寫作技巧的引領上給了非常多的啟發，同時也由衷的謝謝台中榮民總醫院藍副院長忠亮博士及東海大學會計系劉主任俊儒博士於公務空檔之餘，仍撥冗擔任口試委員悉心審閱，並提供許多寶貴見解與修正建議，個人打從內心由衷的感激，在論文即將完成的前夕，藉感謝誌小小園地，致上最誠摯的謝意。

兩年的研究所求學過程中，要感謝的人太多。首先要謝謝東海大學會計系的眾位師長給予專業知識的教導，讓我在管理學術的殿堂裏得以一窺堂奧。尤其是教導易經商道與孫子商道兩門課的會計系教授詹茂焜老師，藉諸中國經典商道思想，啟迪現代企業經營管理思維，個人在修業過程中感受最深，受益良多，致上深深的謝意。

個人服務的醫院從民國93年實施平衡計分卡迄今，期間經過失敗，修正、改善到今天有斐然的績效表現，除了期間王前院長丹江與雷院長永耀兩位首長的全力支持與參與外，另兩位功臣是副院長藍忠亮博士及急診內科兼醫務企管室主任黃金安博士。由於他們正確的引導以及契而不捨的任事態度，加上全體同仁的盡心盡力配合，才能有今天的成績，個人有機會參與此役，與有榮焉。兩次平衡計分卡的推動經驗成就了我的畢業論文，獨特豐富的素材，更提升了論文的價值與貢獻。研究題材橫跨時間長達八年在資料的收集上耗時費事，感謝平衡計分卡辦公室杜淑敏經理、策略主題管理師陳昱至專員以及KPMG曾靜怡協理給予很多的協助與幫忙，使我的論文撰寫得以順利完成。

當然更應該感謝的是我的家人、同學以及同事。尤其是內人周芳芳女士在我就學過程中給我莫大的支持、離開學校將近四十年仍能鼓起勇氣重拾書本是由於她一再的鼓勵，擔心我教不久坐不住，甚而捨身陪讀，並從旁鞭策，打從心裡感激她。更值得一提的是我的兒子馬識捷，目前於雲林科技大學應用外文研究所

深造，為了老爸的「經濟學人導讀」這門課，還得為我每天開關skype線上教學，幫助我學習，讓我感受到兒子已經長大了，那種欣慰與完成論文有同樣的感覺。我今天的成就，完全是你們的支持與鼓勵。這份情義與力量，使我不敢稍有懈怠，並在預定的期間內完成了學業。僅以本篇謝誌誠摯感謝曾經幫助過我的人，也期勉自己爾後能有更多的能力幫助別人成功。

馬夢臣 謹誌

民國一〇一年六月



## 摘要

政府自民國 84 年開始實施全民健保，國人因此享有安全又便利的醫療服務，此成就讓台灣的全民健保制度在國際間獲得高度肯定。長期以來，由於台灣因受人口老化，科技進步，民眾健康需求增加之影響，健保的財務狀況均處於失衡狀態。為緊縮健保醫療預算，健保局自民國 91 年實施總額支付制度，各醫院的醫療收入成長受限，各個類型醫院都面對經營益形困難的困境。本個案醫院為醫學中心，為改善營運，早於 93 年就推動過平衡計分卡制度，惟當時成效並未彰顯；在民國 97 年，個案醫院經營管理階層認為平衡計分卡可具體協助醫院建構策略型組織，進而引導變革促使組織蛻變成長，適存於現今競爭激烈的醫療市場，因此重新啟動此管理工具。

本研究採個案研究法，分別透過整理文件檔案紀錄與直接現場觀察收集資料，比較二次推動過平衡計分卡制度的差異，並探討其成敗原因。

本研究發現，第一次推動平衡計分卡制度的失敗是設定之 KPI（關鍵績效指標）與醫院策略目標無因果關係與相關連結，且在執行步驟與事前準備等作業環節上出了差錯。由於有過去失敗的經驗，讓個案醫院在第二次推動平衡計分卡制度時，大幅度的修正與調整實施方法與執行步驟，諸如推動的層級、作業的範疇、專家的引領、策略的運作模式、資訊系統的建置以及明確具體的執行步驟（規劃準備、共識形成、策略釐清、執行控管）因此得到顯著的施行成效。個案醫院推動平衡計分卡從失敗、修正、改善到成功的獨特經驗，深具其他醫院於導入與執行平衡計分卡之參考價值。

此外，本研究發現第二次推動平衡計分卡制度，除施行的範圍與手法異於第一次外，其關鍵成功因素包括全員參與、首長支持、顧問團隊引導、回饋機制等，尤其是在準備階段，醫院先行培養與塑造學習型組織氛圍，激勵員工自發性變革的強烈意願，強化員工對組織共同願景的追求，奠定了平衡計分卡制度推動成功

的基石。

第三，本研究發現個案醫院於第二次推動平衡計分卡時，修改了架構將策略地圖中之財務構面，由第一次推動之最上層移至最底層，並將顧客構面移至最上層凸顯醫院之經營係以病人為中心，講求醫病關係之確保，顯現非營利組織營運之特性。

第四，個案醫院在導入平衡計分卡的過程中，也同時帶動了組織其它營運管理活動，諸如作業基礎成本制度(Activity-Based Costing, ABC)之建構與推動、經營管理儀表板(Dashboard)建置及醫療服務流程改善、精實醫療管理(Lean)活動之推展，將許多管理活動納入平衡計分卡系統，逐漸完成醫院整合性績效管理平台。

第五，個案醫院第二次推動平衡計分卡是以策略主題為主軸，如此不僅可以將有限的資源做最有效的投資，更可將策略聚焦；為具體落實策略，院級關鍵績效指標下展至各級單位(行政單位一級、醫療單位二級)時，從六大策略主題出發，針對院級 KPI 訂定相關承接部門，承接部科之策略地圖、關鍵績效指標與行動方案必須與醫院之願景與策略目標相互連結。相關部門除必需承接院級策略目標展開其策略地圖與行動方案外，並可在不違背醫院總體營運策略方向下依據部科特性發展自身關鍵績效指標，如此，各部科與醫院總體策略目標不僅趨於一致外，還可依部科發展特性彈性運作，一同朝醫院願景邁進。

個案醫院推動平衡計分卡，從管理工具的評估、預算的籌措、制度的推動與運作，會計人員無役不與，積極扮演特業幕僚角色功能。研究者以為組織在推動變革或導入新的管理工具時，會計部門的支持與參與極其重要，特別是會計主管更應以身作則，帶領團隊積極投入。研究者身為醫院會計主任，於平衡計分卡作業活動中擔任「經營績效最佳化」負責人，參與決策階層策略委員會運作。於會中提出之具體建議，均獲得領導階層高度肯定與採納，諸如機動參與或退出「點值穩定方案」策略、策略預算制度之建立、ABC 作業基礎成本管理制度之推動等。從個案醫院近幾年營運績效優異之表現觀之，平衡計分卡確實已發揮了預期的功

能。醫院在施行平衡計分卡之過程中，會計部門確實已扮演了積極且重要的角色。對整體制度之推動作出了具體之貢獻，也提升了會計部門在組織中的功能與價值。

關鍵字：醫院管理、績效管理、平衡計分卡、醫療產業、作業基礎成本會計制度、精實管理



## **Abstract**

Since National Health Insurance was instituted in Taiwan in 1995, people were entitled to have safe and convenient medical services. This measure is highly approved among nations. The finance of Health Insurance has been long-term unbalanced as a result of aging population, advances in technology, and increasing health needs of the public. In order to reduce the medical budget for Health Insurance, NHI established Global Budget Payment System since 2002, after that, hospitals had more and more difficulties in running business and medical centers faced the same problem as well. The hospital made was trying to improve operations and promoted Balance Scorecard System in 2004 but only reflected a little unobvious effect then. In 2008, the business supervisors still believed that Balance Scorecard can indeed help the hospital to construct strategic organization. Furthermore, it will lead a revolution in transformation and growth of the organization. The truth is it is absolutely exists in the competitive medical market. Therefore restart this management appliance.

The design of this study is case study. The researcher occupies a project director for the topic of “Management Achievement optimization”, whose duty is fully participating in Balance Scorecard implement and promotion, data collection of documents, records and observation.

One of the discoveries of this study: The first failure is the balanced scorecard system setting of KPIs (key performance indicators) and no causal relationship with the relevant links to the hospital strategic goals. Substantial amendments and adjustments to the implementation of the method steps, such as to promote the level, scope, expert guidance, the mode of operation, information systems, and clear and

specific steps (planning and preparation, the formation of a consensus, strategy defined, executive control) To get the remarkable effectiveness of the implementation. The case hospital to promote the balanced scorecard from failure, correction, improvement to the success of the unique experience of deep other hospitals in the reference value for the introduction and implementation of the Balanced Scorecard.

The second discovery of this study: the differences in applying range and in executing method in the second promotion. The essential successful factors, such as entirely participation, the support of chiefs, the guidance of consultant group, feedback scheme, throughout the operating process. Especially during the period of arrangement, the hospital developed and built up a learning atmosphere in advance, inspired staffs a strong will to spontaneously reform, strengthened an aspiration for the common prospect. It consolidated the introduction of Balance Scorecard System and gave fresh impetus to success.

The third discovery: the hospital revised the construction of Balance Scorecard. In the first promotion, financial aspect was in the highest layer but moved to the lowest in the second promotion. In addition, the customer aspect was moved to the highest layer which manifested that the hospital management took patient-centered for primary and doctor-patient relationship guarantee. Also, it showed the feature of non-profit institution.

The fourth discovery: the process of implementing Balance Scorecard drove other management activities of the organization as well. For example, the construction and promotion of Activity-Based Costing, the form of management dashboard, the modification of medical service flow path, and the spread of Lean. Many management activities are under Balance Scorecard System, and gradually pieced up a hospital integrated performance management platform.

The fifth discovery: the second of the case hospital to promote the balanced scorecard is a strategic themes as the spindle, so not only can the limited resources the most effective investment, more policy focus; specific implementation strategy, the hospital-level key performance indicators to all levels of units, starting from the six strategic themes for the hospital-level KPI set to undertake sector, must undertake the department of the strategy map, key performance indicators and program of action with linking the Hospital vision and strategic objectives. Relevant departments in addition to a strategy map and program of action necessary to undertake hospital-level policy goals, and can develop their own key performance indicators in accordance with the Department of feature when it's not against the direction of the hospital overall operating strategy. Those departments and the hospital overall strategic goal is not only more in consistent, but also in accordance with the Branch development characteristics of elastic operation with forward toward the hospital vision.

The case hospitals to promote the balanced scorecard from the assessment of management tools, budget, financing, promotion and operation of the system, accounting personnel actively play a chief of staff role. Researchers thought that the organization is to promote change or import new management tools, support and participation of the accounting department is extremely important, especially accounting managers should serve as a model, leading the team actively involved in it. Researchers as the Hospital Accounting Officer, occupies a project director for the topic of "Management Achievement optimization", in the balanced scorecard work activities and participation in the operation of the decision-making level Strategy Committee. Will put forward specific recommendations are to obtain a high degree of recognition and adoption of the leadership, such as motor joining or withdrawing from stabilization program, the establishment of the strategic budget system, the ABC

activity-based cost management system to promote. In recent years, view of the excellent operating performance of the case hospital, the Balanced Scorecard has indeed played an intended function. Hospitals in the implementation of the Balanced Scorecard process, the accounting department has indeed played an active and important role. Made a specific contribution to the promotion of the overall system, but also enhance the function and value of the accounting department in the organization.

Keyword : Hospital Management; Performance Management; Balanced Scorecard;  
Medical Industry; Activity-Based Costing; Lean Management



# 目錄

目錄.....	I
圖目錄.....	III
表目錄.....	IV
<b>第壹章 緒論.....</b>	<b>1</b>
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 研究流程.....	5
第四節 研究方法.....	5
第五節 研究貢獻.....	8
<b>第貳章 文獻探討.....</b>	<b>10</b>
第一節 平衡計分卡.....	10
第二節 經營績效.....	27
第三節 平衡計分卡在一般產業之研究.....	31
第四節 平衡計分卡在醫療產業之研究.....	35
<b>第參章 醫療產業分析與個案醫院介紹.....</b>	<b>49</b>
第一節 醫療產業現況.....	49
第二節 醫療產業特性.....	57
第三節 台灣健保制度.....	59
第四節 個案醫院介紹.....	61
<b>第肆章 個案醫院實施平衡計分卡之經驗探討.....</b>	<b>66</b>
第一節 93~96年「平衡計分卡」執行狀況.....	66
第二節 97~100年「平衡計分卡」執行狀況.....	73
第三節 實施前後經營績效比較.....	108

第四節 兩次推行平衡計分卡之差異分析.....	110
第五節 平衡計分卡作業模式及遭遇困境與因應對策.....	113
第六節 關鍵成功因素.....	119
<b>第五章 結論與建議.....</b>	<b>122</b>
第一節 研究結論.....	122
第二節 研究建議.....	124
<b>參考文獻.....</b>	<b>128</b>



## 圖目錄

圖 1.1 研究流程圖 .....	5
圖 2.1 平衡計分卡轉化策略為實際行動的架構 .....	12
圖 2.2 顧客構面之核心衡量圖 .....	15
圖 2.3 企業內部流程構面－價值鏈模式 .....	16
圖 2.4 學習與成長構面衡量的架構 .....	17
圖 2.5 平衡計分卡之實施程序圖 .....	23
圖 2.6 杜克兒童醫院的平衡計分卡 .....	40
圖 2.7 馬偕醫院策略地圖 .....	47
圖 3.1 全民健保三角結構關係圖 .....	54
圖 3.2 65 歲以上人數與醫療費用佔率 .....	57
圖 3.3 個案醫院病患來源分析 .....	62
圖 3.4 個案醫院組織架構 .....	63
圖 3.5 學歷分佈圖 .....	64
圖 4.1 個案醫院第一次推動平衡計分卡步驟圖 .....	67
圖 4.2 個案醫院 93 年院級平衡計分卡策略地圖 .....	69
圖 4.3 個案醫院專案團隊組織圖 .....	77
圖 4.4 共識階段執行圖 .....	77
圖 4.5 個案醫院 98 年策略地圖 .....	80
圖 4.6 策略釐清階段執行圖 .....	80
圖 4.7 「顧客滿意度偏低」關鍵成功因素分析 .....	85
圖 4.8 執行控管階段執行圖 .....	86
圖 4.9 兒童醫學部策略地圖 .....	87
圖 4.10 平衡計分卡系統-執行情況燈號圖 .....	88
圖 4.11 平衡計分卡推動作業模式 .....	115
圖 5.1 平衡計分卡與預算制度連結 .....	126
圖 5.2 整合性管理平台 .....	127

## 表目錄

表 1.1 質性研究方法整理表 .....	6
表 2.1 衡量財務策略主題指標 .....	14
表 2.2 五大核心衡量 .....	15
表 2.3 國內平衡計分卡於一般產業研究文獻整理 .....	32
表 2.4 平衡計分卡在醫療產業之應用文獻整理 .....	36
表 2.5 杜克兒童醫院實施平衡計分卡之後改善率 .....	41
表 3.1 台灣國民醫療保健經費配置(單位：百萬元) .....	49
表 3.2 國際醫療保健支出占 GDP 比率 .....	50
表 3.3 台灣歷年醫院家數與病床數 .....	51
表 3.4 醫學中心分佈 .....	53
表 3.5 中區醫學中心醫療服務量統計 .....	54
表 3.6 醫療院所家數統計 .....	55
表 3.7 歷年各層級醫院家數 .....	56
表 3.8 台灣老年人口預測 .....	56
表 3.9 人力結構表 .....	64
表 3.10 病床配置 .....	65
表 3.11 個案醫院 98~100 年醫療服務量統計 .....	65
表 4.1 個案醫院 94 與 96 年平衡計分卡執行績效比較 .....	71
表 4.2 個案醫院 SWOT 分析表 .....	78
表 4.3 六大策略主題定義彙整表 .....	81
表 4.4 策略主題執行團隊各成員任務 .....	82
表 4.5 六大主題策略目標彙整表 .....	83
表 4.6 策略管理會議 .....	89
表 4.7 關鍵績效指標執行成效 .....	90
表 4.8 100 年全國醫學中心健保申報服務量統計表 .....	97
表 4.9 經營績效最佳化-策略目標 .....	99

表 4.10 經營績效最佳化-「關鍵績效指標」 .....	100
表 4.11 「健保申報點數」KPI-執行團隊 .....	100
表 4.12 KPI 下展單位彙整表 .....	101
表 4.13 「健保申報點數」-行動方案 .....	103
表 4.14 經營績效最佳化-健保申報點數 KPI 執行狀況 .....	104
表 4.15 100 年度上半年-經營績效最佳化-「損益率」KPI 檢討 .....	105
表 4.16 經營績效最佳化策略檢討會-議題陳述 .....	106
表 4.17 經營績效最佳化-101 年關鍵績效指標調整表 .....	107
表 4.18 個案醫院 94~100 年度營運績效 .....	109
表 4.19 兩次推行差異 .....	110



# 第壹章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

### 一、研究背景

#### (一)全民健保制度之影響

政府自 84 年實施全民健保制度迄今，99%的國人都能享有既穩定又安全便利的醫療服務，在國際間獲得高度肯定。惟由於我國人口快速老化，醫療生化科技進步，民眾健康需求急遽增加及健保本身財務設計收支缺乏連動等因素，長期以來健保財務大部分時間均處於失衡狀態。衛生主管當局為了舒緩財務缺口持續擴大，同時抑制醫療費用成長，在健保給付上必須做適度的調整與改變。遂自 86 年起於論量計酬支付制度框架下實施多元微調方案，並陸續推動論病例計酬（case payment）；總額預算（global budget payment）；住院診斷關聯群（diagnosis related groups）等配套支付制度。醫院營運籠罩在健保財務吃緊所造成的低氣壓中。醫院財務運作不佳，醫療設備之充實、優秀人員之延攬、員工教育訓練之辦理等都將無充裕財源可供支應，自然會影響醫療服務品質與顧客滿意。近年來「血汗醫院」議題不斷延燒，第一線醫務人員的抗議聲浪不斷，政府高層也不斷地表達關切，就醫院收入面而言，低廉的保費負擔，民眾給付陽春麵的價格卻享有牛肉麵的待遇，健保為平衡財務只好壓低各項醫療給付，醫院提供整年的服務，普遍僅獲得 11 個月的醫療費用甚或更低，全國大大小小醫院上至醫學中心下至地區醫院為了彌補給付差額維持醫院營運競相開設美食廣場、停車場，美其名是多角化經營，實際上是希冀藉由業外收入之挹注補貼業內收入之財務缺口；就成本面而言，醫療市場武力競賽結果墊高了資材成本，大大小小的評鑑增加了不小的營運費用。醫院運作成本大幅的增加，收入確未隨之成長，醫院經營難度加劇。

## (二)總額預算對醫院營運之限制

健保局於民國91推動西醫醫院總額預算制度，給付採浮動點值支出上限制，承作之醫療服務超出醫院個別分配預算額度部份即逕遭斷頭無法獲得給付外，相同層級醫院醫療服務總量超出總額部份再依據醫療服務點數換算成點值打折給付。依台灣現今醫療生態，健保收入為各級醫院主要收入來源，收入受到壓抑成本又欲小不易，經營者必須面臨更為複雜、險峻的競爭環境下從事醫院經營，回顧總額實施初期，為限制醫院申報額度成長，健保局相繼推出自主管理、卓越計畫及點值穩定等支付方案。醫院只能在被賦予的額度內從事醫療服務，個案醫院在民國93年更因門診限號、拒收住院病人、疏轉病人等理由被健保局開鋤而被迫退出健保「卓越計畫」，只能和其他沒有加入卓越計畫的醫院去爭食健保另一塊大餅，當時在市場上引起喧然大波，也使醫院在經營上產生極大危機。個案醫院在中部地區是唯一的公立醫學中心，由於長期的品牌優勢及醫事人員服務水準在就醫市場及民眾心目中本就評價極高。醫院並不缺病人，問題是市場的遊戲規則嚴重扭曲了醫療行為及醫院的經營模式。總額的實施迄今已有11個年頭，不論是以何種名稱出現（自主管理、卓越計畫亦或點值穩定方案）換湯不換藥，就是限制額度的成長。醫院經營上有鍋蓋（額度成長受限）下有火燒（成本不斷墊高），營運的模式早已不同於以往純粹論量計酬時期，各醫院經營者無不攪盡腦汁積極思考調整策略以為因應。

## (三)平衡計分卡管理工具之運用

個案醫院被迫退出卓越計畫雖然在極短的時間又行加入，但問題並未獲得解決，醫院的營運仍然在總額的框架下，業內仍然呈現虧損需依賴業外之挹注方免強求得損益兩平。民國93年會選擇平衡計分卡作為管理工具主要是想藉由是項工具的實施用以改善醫院營運。回顧當時台灣醫療院所僅極少數醫院施行（第一家導入醫院—馬偕醫院90年），大部分對是項管理工具仍然

極為陌生。推動當時醫院並未全院動員，僅以院內研究計畫的形式成立計畫小組推動，但前後也有四年時間，或因推動手法、實施層面、導入前準備不足...等因素影響，成效並未彰顯，反而是項制度的推動衍生了許多組織變革後遺，諸如資源浪費、員工反彈、士氣低落等。然領導階層並未因此放棄，經一再探討及可行性評估後，咸以為在現階段醫療產業環境及健保支付制度下談醫院經營，如何制定因應環境之營運策略至為重要。平衡計分卡從策略之管理與執行到組織經營績效衡量正符合現代醫院經營管理的需要。個案醫院之所以於97年會重新啟動該項制度，除了醫院經營管理需要及新制醫院評鑑要求外，更重要的是為了創造組織長期競爭優勢，先後兩次的施行，在實施方法與執行步驟上已做了大幅度的修正，除施行的涵蓋範圍不同外，策略地圖中之財務購面由架構最上層移置到最底層，六大策略主題成了個案醫院平衡計分卡工程的發動機，最為特殊之處係推動平衡計分卡的過程中也同時帶動了醫院其它營運管理活動諸如ABC作業基礎成本會計制度、營運儀表板之建構與精實醫療運動之推展。

## 二、研究動機

- (一) 健保總額支付制度框架下，收入成長受限，在現有市場運作機制中，成本欲小不易，醫院經營難度升高。個案醫院為突破困境，採用平衡計分卡作為管理工具，本研究希能探討運用是項工具是否能提昇市場競爭力，創造組織長期競爭優勢。
- (二) 個案醫院推動平衡計分卡，從規劃、推動、失敗（93~96年度）到第二次修正、執行、改善（97~100年度）長達七年時間，屬極為獨特個案。第二次再度導入時從，使命、願景到核心價值都作了變動，策略地圖四大構面擺放的位置與關鍵績效指標也作了調整，個案醫院先後兩次的運作在手法與與執行步驟上都作了大幅度的修正。本研究希能探討個案醫院透過上項推動模式之調整能否驅動經營績效而有不同的營運效能表現。

(三)成功不一定能夠複製，但錯誤一定會重複發生。個案醫院屬政府醫院，依公立醫院屬性，在導入新的制度時難度本就高於私立醫療院所。本研究希能探討個案醫院在導入平衡計分卡過程中各個階段遭遇之窒礙難題以及解決方法作系統之整理後，提供其它醫療院所施行該項工具之參考，因而興起了研究的動機。

## 第二節 研究目的

近年來，平衡計分卡在台灣企業的運用如雨後春筍般地蓬勃發展，醫療機構在全民健保體制下基於醫院經營管理及評鑑之需要也逐漸趕上這股管理變革的熱潮。國內有關於醫院推動平衡計分卡的相關研究，已有一定的成果。惟大部分研究較少以公立醫學中心為對象，實施的範圍亦未涵蓋全院，尤其本個案有先後兩次推動平衡計分卡的經驗，在醫院實作案例中並不多見。本研究希冀藉由個案研究的方式達成以下目的：

- 一、透過本研究驗證在全民健保體制下，個案醫院運用平衡計分卡確能提昇營運績效。
- 二、提出醫院推動平衡計分卡可能遭遇之困難與解決方式及執行前後必須掌握之關鍵成功因素。
- 三、從個案醫院推動之成功經驗，建構一套醫院推動平衡計分卡可行之作業模式，提供其他醫療機構參考。

### 第三節 研究流程

研究流程如圖 1.1 所示。先探討研究背景動機、目的與研究方法，之後進行文獻蒐集與探討、醫療產業分析與個案介紹、並提出個案醫院實施平衡計分卡經驗探討、最終做成結論與建議。

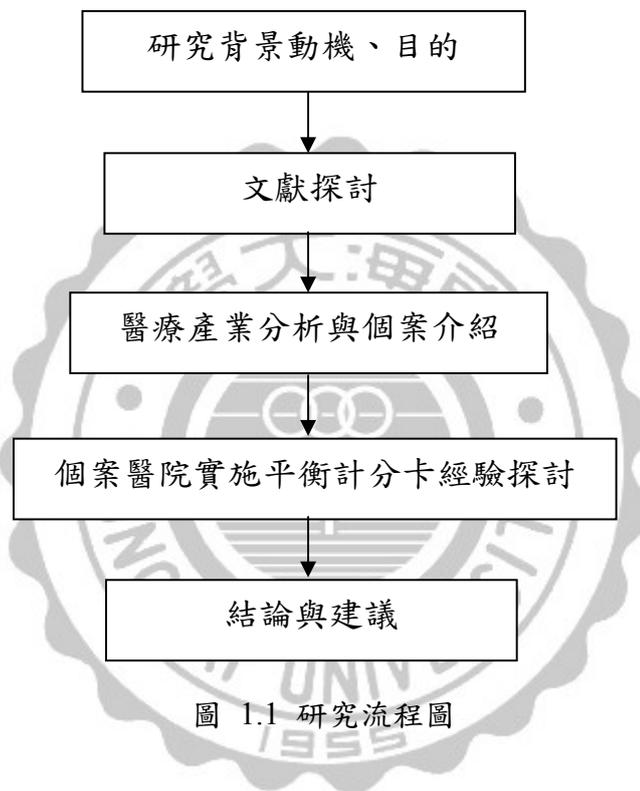


圖 1.1 研究流程圖

### 第四節 研究方法

個案研究法為質性研究中研究者經常使用的一種方法，其他還有實驗法、檔案分析、歷史研究、調查研究等，在表 1.1 中對此五種方法做一劃分整理；至於要使用何種方法則應視以下狀況：研究問題的形式、研究者對實際行為的控制能力以及研究焦點是否為目前或歷史的事件而定（Yin，1994）。

表 1.1 質性研究方法整理表

方法	問題型態	對行為事件的控制要求	研究焦點是否為目前的事件
實驗法	How、Why	是	是
調查研究	Who、What、Where、 How many、How much	否	是
檔案紀錄分析	Who、What、Where、 How many、How much	否	是/否
歷史研究法	How、Why	否	否
個案研究法	How、Why	否	是

資料來源：Yin. R. K., 1994

個案研究法是進行社會科學研究的方法之一，一般而言，在提出「如何」和「為什麼」的問題時、研究者對於事件只有少數的操控權。或研究的重點是當時在真實生活背景中所發生的現象時，個案研究是較常採用的策略。個案研究法的證據來源包含直接觀察和系統的訪談（Yin, 2001）。

Babbie（1989）認為個案研究法有三項優點：

1. 可以深入了解：與其他之研究方法比較，個案研究法對於研究對象的了解程度最深入，較能發現問題之焦點。
2. 較具彈性：研究過程中，研究者可隨時因新的發現而修改研究的過程，不會受限於最初之研究設計。
3. 成本較低：相較於其他之研究法，個案研究法所耗費之成本較低。

Scapens（1990）則指出個案研究法也有三項不易克服的缺點：

1. 研究範圍之界定不易：研究之現象係存在於整體環境中，如何在整體環境中明確界定範圍，實屬不易。

2. 研究結果之客觀性：個案研究常涉及人為之判斷與解釋，故其客觀性常令人質疑。
3. 研究對象之隱私權：由於必須深入了解研究對象，可能會接觸到個人或公司的機密資料，如何取得與取得後之保密均是必須面對的難題。

本文採行個案研究法之理由如下：

1. 目前國內推動平衡計分卡的醫療機構日益增加，但由於每家醫院的屬性、規模、評鑑等級並不相同，故無法以廣泛的樣本做為比較性研究。
2. 研究者身為個案醫院高階主管，親身參與平衡計分卡完整推展過程，在資料的收集上相對較易取得，使用的方法包括文件、檔案紀錄、直接觀察、參與觀察等。
3. 由於個案研究的對象是單一個案，因此可以圍繞個案本身與主題相關的情況做較深入的探討，以取得個案醫院導入平衡計分卡施行全貌，俾提供其他醫療機構實施平衡計分卡之參考。

本研究採行以下兩種方式進行個案研究資料收集方式：

1. 文件、檔案紀錄

資料來源包括：個案醫院發行之刊物、專案企劃書、專案推行報告書、教育訓練上課講義、共識營資料、定期營運目標與策略檢討會議紀錄、年度營運目標設定與執行檢討總報告等，可藉此瞭解個案醫院推動平衡計分卡執行過程與運作機制。

## 2. 直接觀察

個案醫院推動平衡計分卡期間，研究者擔任「經營績效最佳化」策略主題負責人，參與推動平衡計分卡之相關作業活動如策略共識營、每月策略績效檢討會議、年度總體策略績效檢討會及平衡計分卡成果發表會等，直接觀察組織運作之實際情形。

## 第五節 研究貢獻

本研究藉由「個案研究」的方式，以中部某公立醫學中心為研究對象，達成以下貢獻：

### 一、就實務上貢獻

藉由個案醫院推動平衡計分卡成功經驗，建構了醫療機構運作是項管理工具可行之作業模式。同時也證實了平衡計分卡在現今台灣全民健保的醫療環境中用於醫院經營管理除可適用外，且可提升醫院長期競爭力，達成永續經營目標。本研究對公立醫院、私立醫院、個案醫院及醫療機構會計人員之貢獻分述如次。

#### (一)就公立醫院而言

個案醫院屬公立醫學中心，平衡計分卡一如預期成功推動並具體提升營運績效，其它公立醫療院所如同樣選擇平衡計分卡作為管理工具時因屬性相同，參照研究個案運作模式，於作業進行時可大幅減少摸索階段，增加成功機會。

## (二)就私立醫院而言

近年來由於新制醫院評鑑要求以及醫院經營管理需要，強烈驅動了各醫院推行平衡計分卡制度意願。本研究對象屬大型公立醫院，由於政府法規之限制與從業人員保守心態，於推動組織變革與新的管理制度時本就難度較高，個案醫院從失敗中找尋答案，經過改善，執行迄今發揮了預期的功能。私立醫院屬性雖不同於公立醫院，惟依台灣醫療生態，公私立醫院經營之外部環境相同，同屬於全民健保體制之下，個案醫院執行平衡計分卡之作業模式亦可應用於私立醫療院所，為期執行順暢，各醫院仍需依據本身作業規模、經營條件、組織文化…等層面做必要之修正與調整，必能彰顯執行成果。

## (三)就個案醫院而言

藉由實施前後績效表現差異，突顯是項管理工具確能提昇經營績效，加強經營者賡續運作之信心。本研究對個案醫院之具體建議可提供個案醫院繼續實施平衡計分卡調整作業機制之參考。

## (四)就醫療機構會計人員而言

提供會計人員全新的管理思維，改變以往在機構中純粹扮演會計警察角色功能，尤其是在組織變革活動中，會計主管角色之扮演尤其重要，應化被動為主動，帶領團隊主動參與並積極融入醫院的各項管理活動，提升會計部門在機構中之價值，獲得治理及經營團隊的信任。

## 二、就理論上貢獻

針對平衡計分卡導入方法論乙節，依據個案醫院成功導入實務經驗，具體提出了規劃準備、共識形成、策略釐清與執行控管四大階段、建構了醫療機構執行平衡計分卡可行之作業模式，讓推動的過程與階段循序漸進，更為明朗清晰。

## 第貳章 文獻探討

### 第一節 平衡計分卡

#### 一、平衡計分卡源起與演進

平衡計分卡 (Balanced Scorecard, BSC) 源起於1990年哈佛大學教授Robert S. Kaplan和Nolan Norton公司的執行長David P. Norton兩位共同主持的一個研究計畫，該計畫成員包含製造、重工業、高科技和服務產業等12家企業一同參與，由於過去以財務指標為主的績效衡量方式已經不符時代要求，因此計畫目的係欲發展一套更為適切的績效評估模式，經過反覆討論後創造出財務、顧客、內部流程和學習與成長四個構面的新管理制度-平衡計分卡。Kaplan & Norton 將該研究計畫的成果彙整成一篇論文「平衡計分卡：驅動績效的量度」(The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance)，於1992年的《哈佛商業評論》上發表。

在1992年之後Kaplan和Norton陸續出版五本著作，對於平衡計分卡提出許多新的觀念與補充，以下將Kaplan和Norton對於平衡計分卡所出版的書做重點彙整，以呈現平衡計分卡之演進。

- (一)《平衡計分卡》：1996年出版，此書從績效衡量的角度切入創造出財務、顧客、內部流程和學習與成長四個構面的平衡計分卡。計分卡混合使用落後和領先指標，掌握企業的營運狀況，並可連結策略和行動，建構起一套完整的管理制度。主要內容在衡量，對策略的著墨較少。
- (二)《策略核心組織》：2001年出版，本書強調平衡計分卡的核心在策略，唯有聚焦在策略，並成為組織的中心思想，其行動才會成功。並提出領導階層帶動變革、將策略轉化為執行面的語言、整合組織資源以發揮綜效、將策略落實為個人日常工作及持續性改善流程等五個原則，有效解決組織空有策略卻無法徹底執行的困境。此書將平衡計分卡從績效衡量工具，轉變成策略管理

系統。

- (三)《策略地圖》：2004年出版，此書強調策略地圖及無形資產對組織發展的重要性，因此內容著重在企業如何整合策略與無形資產，發揮最大價值，並以策略地圖當做整合工具。
- (四)《策略校準》：2006年出版，由於許多人仍無法體會平衡計分卡如何創造組織綜效，此書詳述說明企業該如何以平衡計分卡為基礎，在各事業單位、後勤支援單位之間，進行適當的溝通協調與資源分配，發揮一加一大於二的綜效。
- (五)《展現頂級執行力》：2008年出版，本書主要強調平衡計分卡不僅可以向上詮釋策略，更應該向下連結行動、預算及獎酬。此書集結前面幾本著作的思想，提出變革六階段—發展策略、利用四構面規劃策略、將策略轉化為共通語言、行動方案連結預算與獎酬、測試並學習及轉化成組織文化，幫助企業把平衡計分卡的運作變成持續性的流程改善。

## 二、平衡計分卡架構

Kaplan 和 Norton 認為績效衡量若過分依賴財務性績效指標將有失全面性和深入性，且會妨礙企業創造未來經濟價值的能力。平衡計分卡發展之初期著重於將非財務性績效指標納入績效衡量系統的平衡設計，經過十幾年的演進，如今已發展成為全面性的策略管理模式，進一步將組織的使命與策略轉化成具體行動方案以創造企業長期競爭優勢。強調以四個構面的連結將組織的使命和策略轉換成目標與績效衡量（如下圖 2.1），協助企業「聚焦」在策略議題上，並「整合」有限資源於策略目標，希冀有效執行策略促進企業實現願景。

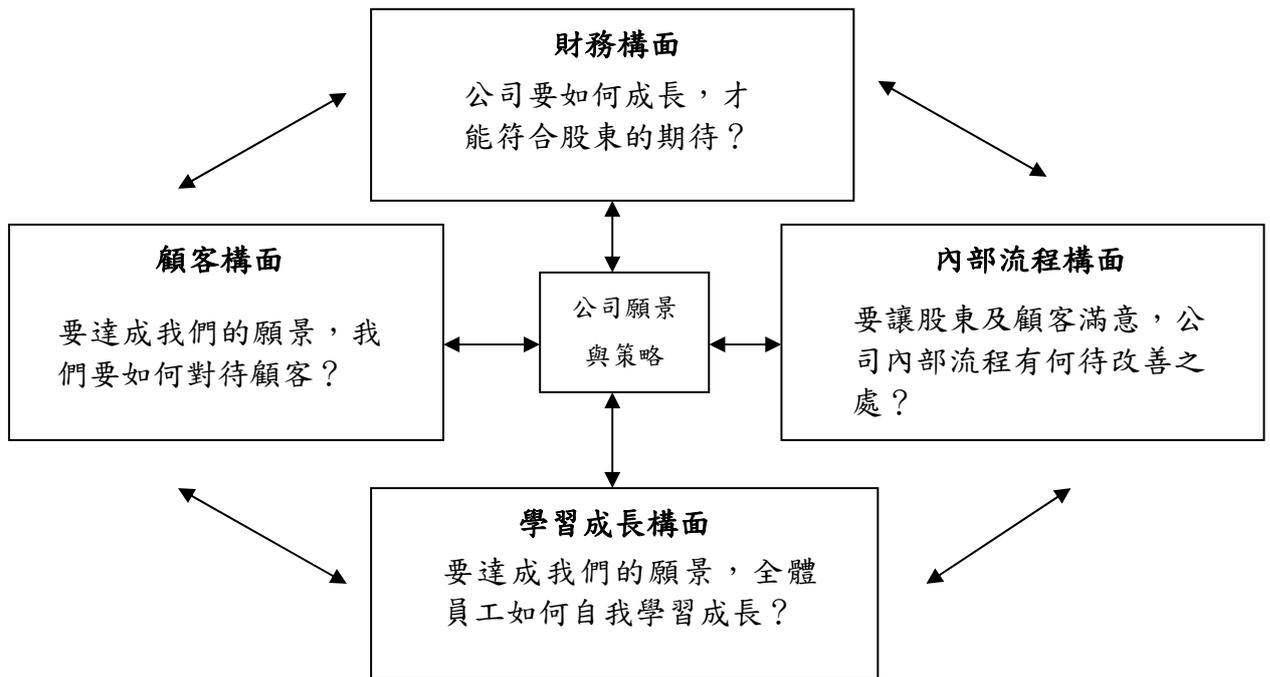


圖 2.1 平衡計分卡轉化策略為實際行動的架構

資料來源：Kaplan R.S. and Norton D.P., *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action* (Boston: Harvard Business School Press, 1996), p.9.

以下依序介紹平衡計分卡四大構面：1.財務、2.顧客、3.內部流程、4.學習成長。

### (一) 財務構面

對組織而言，財務是反映過去的經營成果，可清楚呈現組織執行策略後對於經營是否有所改善及貢獻。Kaplan 和 Norton (1996) 將企業生命週期簡化為三個階段：

#### 1. 成長期：

企業發展之初，目標為開發新市場、新的顧客、新的通路。因此會投入大量的資源，致力於擴充生產設備與開發具競爭力的產品或服務，以營收與銷售成長為優先目標。

## 2. 維持期：

企業目標為穩定中求成長，維持既有市場佔有率、盡力消除瓶頸、擴大產能。為了提高營收水準，企業整體的財務目標偏重獲利能力，如投資報酬率、營業收入等相關財務指標成長。

## 3. 豐收期：

此階段的企業目的在於回收前兩期的資源投入，不再做任何重大投資，維持目前的設備和產能。整體的財務目標為回收企業過去所做的投資及減少對營運資金的需求。

每一階段可能均追求不同的財務目標，無論企業身處何種時期，都必須關注三個財務主題：1、營收成長和組合 2、成本降低/生產力改進 3、資產利用/投資策略。企業依生命週期分析本身採取的策略後，即可依（表 2.1）找出適合之策略主題與績效衡量指標。

表 2.1 衡量財務策略主題指標

		策略主題		
		營收成長和組合	成本降低／生產力改進	資產利用／投資
事業單位的策略	成長	1. 市場區隔的營收成長率 2. 新產品、服務、顧客佔營收的百分比	1. 員工平均收益	1. 投資(佔營收的百分比) 2. 研發(佔營收的百分比)
	維持	1. 目標顧客佔有率 2. 交叉銷售 3. 新應用佔營收的百分比 4. 顧客和產品線的獲利率	1. 相對於競爭者的成本 2. 成本下降率 3. 間接開支(佔營收的百分比)	1. 營運資金比率(現金周轉期) 2. 主要資產類別的資本運用報酬率 3. 資產利用率
	豐收	1. 顧客和產品線的獲利率 2. 非獲利顧客的比率	1. 單位成本(每種產品、每個交易)	1. 回收期間 2. 產出量

資料來源：朱道凱譯，平衡計分卡，臉譜文化出版，1999，p89. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, The Balanced Scorecard : Translating Strategy Into Action)

## (二) 顧客構面

Kaplan 和 Norton (1996) 認為目標顧客和區隔市場是公司財務目標的營收來源。企業如果想有卓越的財務績效，必須創造並提供顧客想要的產品和服務，顧客構面為企業策略之核心，說明企業如何有別於其他競爭者，為顧客提供獨特之價值，使企業能夠以市場區隔與目標顧客為方向。因為企業不可能取悅所有的人，顧客構面協助企業明確表達可以帶給目標顧客與市場區隔之價值主張。

管理階層確立他們想要競逐的顧客和市場區隔，並隨時監控在這些目標市場中的表現，再來決定適合的策略。以目標顧客為中心，就市場佔有率、顧客延續率、顧客爭取率、顧客滿意度及顧客獲利率五大核心量度衡量策略執行之成效。並依目標顧客的狀況及企業的營運現況進行調整。五

大核心衡量的意義整理於(表 2.2)，而之間之因果關係以(圖 2.2)表示。

表 2.2 五大核心衡量

1. 市場佔有率	反應一個事業單位在既有市場中所佔的業務比率(以顧客數、消費金額或銷售量來計算)
2. 顧客延續率	記錄一個事業單位與既有顧客保持或維繫關係的比率，可以是絕對或相對的數目
3. 顧客爭取率	衡量一個事業單位吸引或贏得新顧客或新業務的速率，可以是絕對或相對數目
4. 顧客滿意度	根據價值主張中的特定績效準則，評估顧客滿意程度
5. 顧客獲利率	衡量一個顧客或一個區隔扣除支持顧客所需的特殊費用後的純利

資料來源：Robert S. Kaplan & David P. Norton, *The Balanced Scorecard : Translating Strategy Into Action*, Harvard Business School Press, 1996, p68.

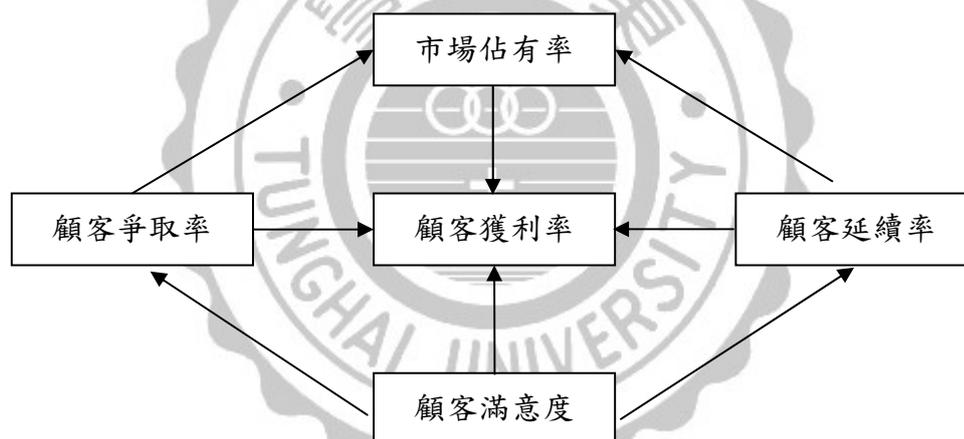


圖 2.2 顧客構面之核心衡量圖

資料來源：Robert S. Kaplan & David P. Norton, *The Balanced Scorecard : Translating Strategy Into Action*, Harvard Business School Press, 1996,p68.

在醫療產業方面，彭雅惠(2002)將顧客面指標分為六項(1)即時服務，包括候診時間、急診反應時間、排程彈性等；(2)高品質醫療服務，如轉介病患數、住院人數、診斷正確率等；(3)照護品質，如抱怨次數、服務調查等；(4)服務人員之態度，如病患滿意度；(5)優秀的醫療與行政人員，如聲譽等；(6)社區形象，如與社區的互動程度、社區的支持度

等。

### (三) 內部流程構面

企業必須瞭解自身的營運流程，以滿足市場區隔中的目標顧客及極大化股東價值。企業在建立平衡計分卡時，應先將既有的營運流程改善以滿足財務及顧客構面的目標，建構完整的內部流程價值鏈。

Kaplan 和 Norton (1996) 認為內部流程價值鏈包括創新流程、營運流程及售後服務流程 (如圖 2.3)。並從此三個面向思考如何去滿足顧客的需要，建立各種衡量指標。



圖 2.3 企業內部流程構面—價值鏈模式

資料來源：Robert S. Kaplan & David P. Norton, *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*, Harvard Business School Press, 1996, p96.

1. 創新流程：此流程辨識和孕育新市場、新顧客及既有顧客的新需求與潛在需求，企業研發新產品或服務來滿足區隔市場中顧客的需求。
2. 營運流程：此流程從收到顧客的訂單開始，至送出產品或服務到顧客為止。
3. 售後服務流程：此流程從售出或遞交產品或服務之後，持續為顧客效勞。包括保固期和定期維修、付款手續、瑕疵和退貨處理，目的為增加目標顧客使用企業的產品和服務的價值。

#### (四) 學習與成長構面

學習與成長構面的目標是為財務、顧客和內部流程三個構面提供基礎的架構，並且為驅動其他三個構面獲致成果的動力。平衡計分卡強調投資於未來的重要性，主張企業不能只投資在新設備及新產品的研發，更必須重視投資於基礎架構—人、系統和程序，才能達成長期財務成長目標。

此構面主要有三個範疇：員工的能力、資訊系統能力及激勵、授權和配合度。員工能力核心衡量標準計有：員工滿意度、員工生產力及員工延續率等衡量指標。其中又以員工滿意度的目標值為最重要，經常被視為員工生產力及延續率的力量。以上構成了學習與成長構面衡量的架構圖（如圖 2.4）

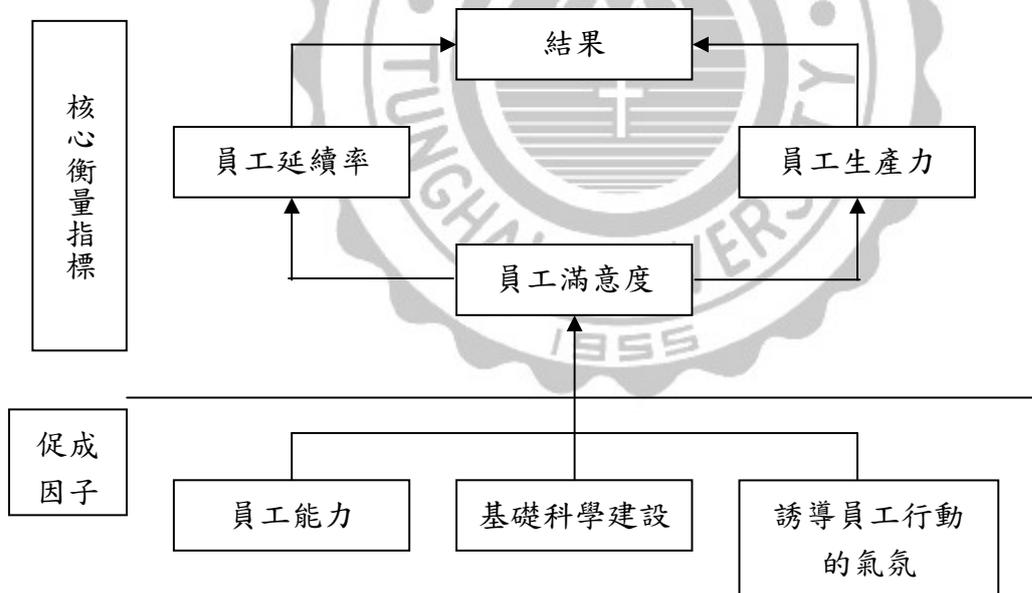


圖 2.4 學習與成長構面衡量的架構

資料來源：Robert S. Kaplan & David P. Norton, *The Balanced Scorecard : Translating Strategy Into Action*, Harvard Business School Press, 1996,p129

### 三、平衡計分卡管理流程

Kaplan 和 Norton (1996) 認為平衡計分卡不僅只是一個策略性或營運性的衡量系統，應該將它視為一個策略性的管理系統，用來管理企業的長期策略。平衡計分卡分為四個管理流程：

#### (一)澄清並詮釋願景與策略

實施平衡計分卡，應先由高階管理階層把事業單位的策略轉化成特定的策略目標，並為這些策略目標找出關鍵性的驅動因素。

#### (二)溝通並連結策略目標和量度

計分卡鼓勵各層級管理者與跨部門間進行溝通，讓每一位員工都清楚知道他們必須完成哪些重要目標，了解短期的財務目標，建構長期經營策略與績效。透過動態的系統思維，讓全體員工都能清楚企業的全貌，認知本身在企業中所扮演的角色，及做什麼行為可對組織目標做出貢獻。

#### (三)規畫、設定指標並校準策略行動方案

平衡計分卡整合企業的策略規劃與年度預算流程，建構成果量度與績效驅動因素，為組織界定與量化的績效目標，衡量預估的績效目標值與目前的績效水準的落差，為消除這些落差而設計一套策略行動方案。

#### (四)加強策略的回饋與學習

這是平衡計分卡管理系統中最為重要的一項。這個流程提供組織學習能力，使管理階層能夠隨時掌握並適時調整策略。在必要時對策略本身做出改變，管理者從檢討過去轉變為學習未來。

## 四、平衡計分卡導入方法論

(一) Kaplan 和 Norton (2001) 認為組織在建構平衡計分卡時，可以用一個系統化的流程來建立共識及澄清、詮釋組織的使命與策略，將它轉換成營運性的目標與量度。而建立一個成功的平衡計分卡，首先必須取得高階管理團隊的共識與支持，透過以下四大步驟十個流程建立平衡計分卡：

### 步驟一：界定衡量結構

#### 1. 選擇適當的組織單位

建立第一個平衡計分卡流程最好選在一個事業策略單位中進行，此事業單位最好有從事跨越整個價值鏈的活動：創新、營運、行銷、服務，並擁有自己的產品和顧客、經銷通路與生產設施。

#### 2. 辨別策略事業單位 (SBU) 與總公司的連結關係

選定策略事業單位後，應瞭解該策略事業單位與其他策略事業單位之間、與分公司和總公司之間的關係。藉由訪問以了解策略事業單位的財務目標、總公司的策略、及與其他策略事業單位的連結關係，以正確開發流程，使策略事業單位發展出來的目標與量度與總公司策略間有良好的連結關係。

### 步驟二：建立對策略目標的共識

#### 3. 進行第一輪訪問

訪問事業單位的高階主管，內容包含蒐集他們對策略目標的意見、對平衡計分卡四個構面量度的建議。向他們介紹平衡計分卡的概念，回答他

們對此概念的疑惑，以及了解他們對組織策略的構想，促使高階經理人思考如何將策略目標轉成具體的營運的量度。

#### 4. 綜合會議

訪問結束後，設計小組開會討論並草擬一份試探性的目標與量度，討論個人與組織對於引進平衡計分卡的管理流程變化有哪些抗拒因素。會議結果應包括四個構面的目標及先後順序，辨別主管團隊需要解決的問題，以及四個構面的目標有無連結在因果關係中。

#### 5. 第一階段研討會

舉行高階管理團隊的全體會議，進行建立計分卡共識的流程，協助團隊展開對願景與策略的辯論，一直到達成共識為止。之後管理團隊分成四個子團隊，每個子團隊負責一個平衡計分卡構面，選出一位主管領導，並請中低階管理人、主要功能部門的經理人加入團隊，以強化議題和共識基礎。

### 步驟三：挑選與設計量度

#### 6. 子團隊會議

會議主要目的為策略目標的文字化。針對每一個目標確立一或數個量度，針對每個量度，確立必要的資訊來源及所需的行動。針對每個構面，確立同一個構面內量度之間的主要連結關係，及此構面與其他構面的連結關係。

## 7. 第二階段執行研討會

出席人員除高階管理團隊外，直接下屬與中階經理亦併同參與，共同溝通組織的願景與策略、及暫定的平衡計分卡目標與量度。管理階層親自簡報，以建立他們對目標與量度、對平衡計分卡開發流程的責任感，並鼓勵與會人員為每一個建議的量度構思延伸指標。並在此階段，設計宣導冊子做為向全體員工傳播計分卡目的和內容的主要工具。

## 步驟四：制定實施計畫

### 8. 發展實施計畫

由子團隊的領導人新成立小組，正式決定延伸指標，發展計分卡的實施計畫。計畫應包括將量度銜接上資料庫和資訊系統、向整個組織傳播平衡計分卡，開發一套新的執行資訊系統，以便將事業單位的上層衡量標準，向下連結到執行單位之營運量度。

### 9. 第三階段執行研討會

針對前二次研討會擬定的願景、目標和量度取得最後的共識。核定延伸指標，及為達成指標所需的行動方案，開始向員工推展平衡計分卡，將其整合到管理理念中，並運用資訊系統支持平衡計分卡的運作。

### 10. 完成實施計畫

將平衡計分卡整合到組織的管理體系中，以創造平衡計分卡之價值，且實施平衡計分卡時遵循循序漸進的模式並配合管理資訊系統運作。

(二) 吳安妮、周齊武、施能錠、Haddad & Kamal 於 2001 年提出平衡計分卡實施程序的建議，將推行政程序分為四個階段：

第一階段：了解並評估，平衡計分卡之可行性評估，主要內容為進行平衡計分卡之成本效益分析，以提供管理者作為是否推行的決策參考。第二階段：發展平衡計分卡，主要為設計及發展平衡計分卡之內容，以取得管理者的實施許可。第三階段：執行平衡計分卡，為執行平衡計分卡之計畫內容。第四階段：平衡計分卡的回饋與學習，主要目的為監督、檢討及改善平衡計分卡之內容。各階段之內容與實施流程如圖 2.5 所示。



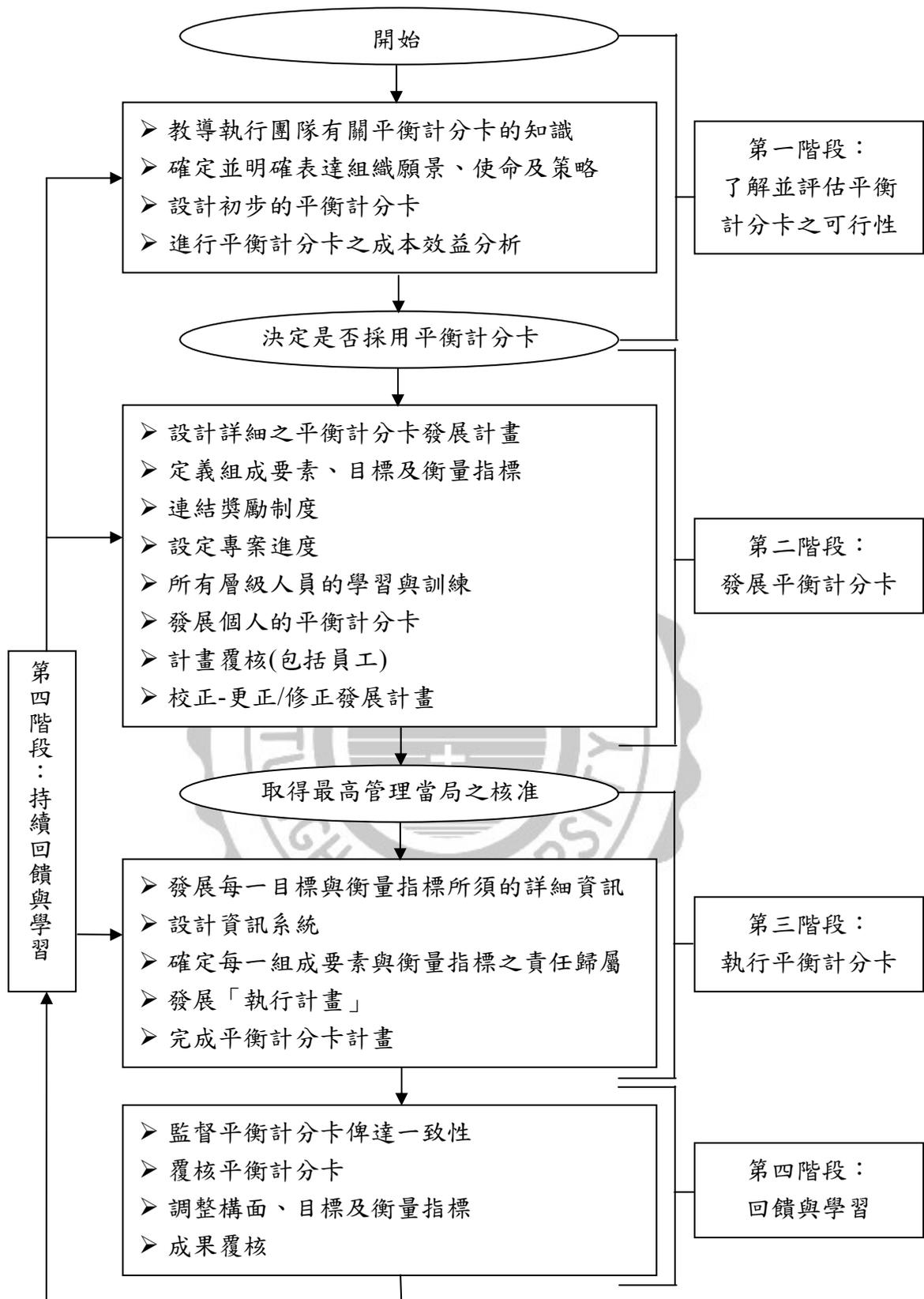


圖 2.5 平衡計分卡之實施程序圖

資料來源：吳安妮、周齊武、施能錠、Haddad, Kamal(2001)，探索實施平衡計分卡可能遭遇之問題，會計研究月刊，第 183 期，p.63-74

(三) 彭雅惠(2002)認為醫療產業實施平衡計分卡的步驟可分為十大步驟：

### 1. 撰寫計畫書

透過一份清楚明確的計畫書，其內容應包含推動平衡計分卡的小組或委員會，初步的預算計畫書及行動計畫等。推動小組最好由不同背景的成員組成，包括財務人員、企劃人員、臨床醫護人員、及資訊部門的專家等。

### 2. 發展整體策略

澄清使命及願景，並將其轉化為明確、具體、且具有可行性的策略。

### 3. 將策略轉換為具有明確目標的計分卡

透過策略目標的訂定使得整體策略更容易被內部員工了解且聚焦，可以整合資源利用在策略目標的達成，獲得綜效。

### 4. 為每一項目標訂出具體的衡量指標

關鍵績效指標的選擇關係目標達成，因此，指標的選擇應符合客觀性、完整性、可控制性、比較性、目標連結性及符合長期發展。

### 5. 使策略成為每個人的工作

為使策略目標容易被達成，可以將平衡計分卡的策略目標設定展開至單位或個人的層次，使單位或個人瞭解其目標的達成對整體目標的貢獻，以凝聚共識及力量。將獎酬制度與平衡計分卡的目標及關鍵衡量指標相配合，以發揮最大的激勵效果，使策略執行成為每個員工的工作。

## 6. 了解及蒐集相關的績效資訊

績效資訊來源除從現存的資訊系統取得財務指標外，也要納入其他構面的指標之相關資訊。

## 7. 建立資料庫：

由於績效衡量需要，必須建立資料庫，為提高資料庫的正確性及可用性，最好有資訊技術專家參與。

## 8. 引入適當的資訊技術：

由平衡計分卡推動小組負責引入符合需求的平衡計分卡軟體，在軟、硬體安裝完畢後，即完成平衡計分卡系統，按期間產生報告。

## 9. 持續改善：

藉由平衡計分卡中的衡量指標，評估策略目標的達成程度。針對未達成目標的部分採取檢討行動，已達成目標的部分予以強化。授權各單位或個人根據其單位或個人計分卡採取改善活動，在過程中不斷的修正與學習，才能達成效果。

## 10. 重新檢討及修正策略：

將策略連結到策略目標、行動方案和預算的做法，雖可促進組織行動的有效性，但若忽視回饋的循環過程，未對行動後的績效加以監控，則組織將無法得知策略的正確性及有效性。故管理者應定期檢討策略的有效性、重新思考及調整策略，以更貼近市場現況。

(四)劉順仁(2007)認為以平衡計分卡為架構推動非營業特種基金(如公立醫院)的績效評估制度是可行的。建議我國政府各基金推動以平衡計分卡為主要架構的績效管理時，可以採取八大步驟：

1. 透過研討會說明平衡計分卡的基本觀念
2. 成立跨單位績效管理推動小組
3. 澄清機關願景與設立法令間的關係，並發展中程計畫
4. 描繪基金策略地圖
5. 根據策略地圖展開平衡計分卡四大構面指標及建議目標值
6. 由基金試算績效指標之實際值，並與目標值相比較，進行最後的修正
7. 提出完整的績效評估指標供年度業務考核使用
8. 每年針對上一年度執行情形進行檢討

#### (五)綜合評論

專家學者提出之平衡計分卡推動步驟，大部份係針對一般產業，比較著重於使命、願景構建完成後之階段作業。醫療之屬性屬高度勞力密集產業，任何制度推動成功與否，「人」佔了重要的因素，醫療機構成員各有專業，事前橫向溝通協調尤其重要，在導入新的制度之前需做好各項準備工作，諸如共識之建立、領導者決心等。基於醫院之特性，研究者希冀藉由本研究探討建構適合醫療產業推動平衡計分卡之作業步驟。

## 第二節 經營績效

### 一、績效

Robbins 在 1990 年所提出「績效是對組織目標達成程度的一種衡量」，績效為組織運作中，不可或缺的一個重要指標。績效係指一種行為、活動、表現的結果或成果，且為可以依對組織目標的貢獻程度高低予以測量。績效衡量是指組織為得知其日常營運活動之表現，用某一標準來度量或評估其是否達成組織特定目標的系統。可作為日常作業的控制系統亦可作為策略管理目標達成之工具。許多為了提昇競爭力的企業均使用績效評估，用以提升企業整體經營績效，並確保本身之競爭優勢。

影響組織經營績效的因素很多，大體上可以區分成二類，一類是外在環境因素，其中包括經濟環境、政府法令及政策、產業結構等；另一類為組織本身所擁有的資源狀況、管理能力、經營策略及組織結構等。

Carroll & Schneier (1982) 指出績效的特性應包含下列五點：

1. 績效來自於行為或作業
2. 績效是一種相互比較的概念
3. 績效的標準是預先設定的
4. 績效直接或間接與其行為或作業的結果相關
5. 績效是可以衡量的

劉靜文 (2007) 認為績效字面的意思為「表現的程度」，在管理學的激勵理論中，則解釋為「員工完成一件工作」。而在組織行為則為「效率、效能與效力三方面整體的表現」。

因此本研究認為，績效為組織及其員工之行為、活動、流程所產生的結果，且組織與員工希望這個結果是用最少的資源來達成。

## 二、績效衡量與評估

績效評估有兩個面相：一個是員工的績效評估，主要為建立對員工的回饋系統；另一個組織的績效評估，主要為建立組織的管理系統。兩者必須相互結合才能發揮功能。

Carroll 和 Schneier (1982) 提出「績效評估是依照一定的衡量因素或指標，來評估員工工作績效，視個人貢獻的程度與未來個人工作發展的情形。」另外，績效的特性包括下列五點：1. 績效來自於行為或作業。2. 績效是一種相互比較的概念。3. 績效的標準是預先設定的。4. 績效直接或間接與其行為或作業的結果相關。5. 績效是可以衡量的。

Kelly (1985) 績效評估是用以判斷個人工作貢獻的價值，工作品質或數量、及未來發展的潛能，藉此以提供個人為達成目標所需之幫助。Choi 和 Mueller (1992) 認為企業績效的評估，財務性指標與非財務性指標應該並重，因為非財務性指標對於企業的長期發展非常重要。

對於企業經營績效的評估，Venkatraman 與 Ramnujam (1986) 提出將經營績效的評估區分成三類：

1. 財務績效：是指達成經濟目標，如銷售額成長，獲利率或每股盈餘...等，這些為傳統績效評估最常用的。
2. 事業績效：如市場佔有率、產品品質、新產品上市及創造附加價值等非財務性的評估指標。

3. 組織效能：為最廣泛的組織績效定義，除上述兩項，尚包含達成組織各種相互衝突的目標及滿足各種利害關係人的目標。

許士軍（2001）認為績效評估，為管理活動中的控制功能，具消極與積極意義。消極意義為了解執行進度與狀況，如有超乎範圍之異常時，應採取調整之因應對策；就積極意義即建立績效制度，對於行動者之決策與行為產生影響或導引作用，使個人目標與組織目標趨於一致。

傳統的績效評估通常較著重「結果」而不重視產生績效的「過程」，且忽略外部環境對經營所造成的衝擊，未能掌握影響經營的關鍵因素，以致無法達成組織目標，如此的績效評估已逐漸喪失其意義。績效評估積極目的在激勵員工達成組織目標，且個人目標與組織目標連結在一起。

Eccles 和 Pybrun（1992）指出傳統財務性績效評估的限制：

1. 落後指標只能告訴管理人員決策作成後的結果，而很少用來預測未來的績效。
2. 無法提供決策所需的資訊。
3. 強調內部性而非外部性，如將實際數與預算數相比，而非與競爭者相比。

李書行（1995）提出傳統財務性評估主要的缺失如下：

1. 重視結果而不重視過程，無法幫助管理者作營運的決策。
2. 只能反應歷史訊息，並不能看出得此結果之原因，缺乏預測未來的能力。

3. 隨著資訊科技的進步，企業引進新的生產技術來取代傳統的流程，在新的製造環境下，企業若繼續使用傳統的財務績效指標，可能會誤導評估結果。
4. 管理者過度強調節省短期成本而犧牲長期的競爭優勢。

### 三、平衡計分卡與經營績效

Kaplan 和 Norton 所發展的平衡計分卡其目的在尋找有別於傳統以財務為指標的績效衡量模式，亦使組織的策略能夠下展到員工進而轉換成具體的行動。平衡計分卡對於績效評估不同於傳統績效評估的地方在於它不僅著重於財務績效評估，亦重視非財務績效對於組織績效的重要性。強調財務與非財務、長期與短期、內部與外部、領先與落後之間的平衡。改善傳統偏重只重視財務評估績效方式的缺點。Kaplan 和 Norton (1996) 指出一個組織如果過分追求並維持短期財務績效，可能造成過度投資於短期的行為，而對於創造長期價值之投資不足。對投資無形與智慧資產（產品研發或人才培育等）影響甚大，如此將造成組織策略執行、提升競爭力及獲利能力時之阻礙。

平衡計分卡除了傳統的財務面衡量之外；組織必須尋求能創造未來財務績效的關鍵，亦即「績效驅動因素」，如創新的流程、員工專業能力、顧客忠誠及顧客滿意等，係所謂領先指標。相較於財務績效數字而言，財務面為過去表現的結果，而不是創造未來績效的驅動因素。平衡計分卡透過其他構面的衡量解決過去企業著重落後的財務指標與重視短期利益的困境。

Chow, Lee, and Solt (1997) 提出平衡計分卡的重點不僅在於能將組織的策略、架構與願景連結在一起，同時結合傳統及前瞻的績效評估指標，並幫

助企業將長期策略與創新顧客價值等目標，轉換為具體行動。平衡計分卡屬於績效衡量與策略管理工具，因此需與策略連結才能達成組織目標。

績效評估的目的在於引導企業使命、願景、策略之達成，所以應該具備客觀性與全面性，再配合其他管理制度才能相輔相成，彰顯其效果。吳安妮（1996）指出，績效評估重點應以「策略」為導向，若績效評估能與策略結合，則組織較易達成策略目標。

現代績效評估的發展趨勢，已不是僅限於檢討過去的表現，當策略與績效評估無法相連結時，將會阻礙企業策略執行、無法提升組織競爭力和獲利能力。傳統財務性績效評估與策略中存在一個缺口，除了導致績效評估出現偏差的結果，更將使企業失去策略方向。故本研究將運用Kaplan和Norton所發展的平衡計分卡績效管理系統，希冀透過平衡計分卡的運用，為組織創造綜效。

### 第三節 平衡計分卡在一般產業之研究

1993 年在美國開始有許多企業開始實施平衡計分卡，至今全球有很多國家與企業運用平衡計分卡作為策略管理工具，他們都相當認同平衡計分卡對於策略管理及績效管理所做的巨大貢獻。平衡計分卡幾乎涉足到各種產業，每年推動平衡計分卡之企業亦快速成長，依據 2003 年 Balanced Scorecard Collaborative Pty Ltd 的調查統計顯示，在受訪的企業中有 73%正在或計畫在不久的將來實施平衡計分卡；有 21%的企業對平衡計分卡保持觀望態度；只有 6%的企業不打算實施平衡計分卡。

平衡計分卡已被證實是一個強大的管理工具，它納入了財務性指標及三項營運指標，涵蓋了顧客滿意度、內部流程、組織學習與財務績效等，可以轉換策略為營運，更提供一套全面的管理架構，用於制定策略目標和適當的作業活動。平衡計分卡不僅在國外受到重視，國內各產業亦廣泛運用，此節依發表時間順序，列舉國內相關文獻整理如下表 2.3。

表 2.3 國內平衡計分卡於一般產業研究文獻整理

作者	研究對象	研究方法	研究發現
林珮琪 (1997)	新竹科學園區 高科技廠商	量化研究 (問卷調查、統計 分析)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 開創者在兩項層面中，對多數指標賦予之重要性較防禦者高</li> <li>2. 兩策略群對績效指標、萃取之因素及評估系統之構面等三個層級中，均有部份項目的重視程度有顯著差異</li> <li>3. 不同的技術策略群，研發績效評估之重點確有所差異</li> </ol>
林姿菁 (2000)	國內某一證券公司	質性研究 (個案研究)	有效的實施策略，並藉由績效衡量的改變來影響員工的行為，從而由計分卡推行的流程，得到策略回饋與學習進而修正策略、管理策略
陳明璋 (2000)	台灣中小企業 80 家、大企業 36 家為對照組	量化研究 (問卷調查、因素 分析、變異數分 析)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 企業大都依據員工在財務面及顧客面上的績效表現來獎酬員工</li> <li>2. 追求獲利能力的企業在顧客價值性因素的滿意度優於追求營收成長的企業，追求營收成長的企業成長率高者在激勵、授權與配合度因素衡量項目的滿意度較高</li> </ol>
於嘉玲 (2001)	僑務委員會	質性研究 (個案研究)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案現有績效評估制度，係散見於各項法令規定，其制度之主要目的仍為消極地符合規定</li> <li>2. 員工與主管在財務及顧客面</li> </ol>

作者	研究對象	研究方法	研究發現
			<p>所選取之前五項指標幾為一致</p> <p>3. 內部業務營運程序面，主管及員工咸認為組織整體形象、目標暨成果管理甚為重要</p> <p>4. 學習與成長面，主管及員工認為員工教育訓練、員工建言與建言之採納、員工工作滿足感、員工能力甚為重要</p>
劉文瑾 (2001)	大型及小型製造業	量化研究 (Odds Ratio、 Logistics Regression 分析)	<p>1. 大、小型製造業對於平衡計分卡各構面分項所推行之項目及執行時間存在差異性</p> <p>2. 大型或小型製造業因適當採用平衡計分卡的各管理構面分項將具有提昇經營績效的效益</p> <p>3. 台灣製造業之特性因推行”建立創新的機制”之構面分項，不論對大型或小型製造業均將具有”低的設備成本”，”低的員工訓練成本”之經營績效。</p>
陳淑華 (2001)	國內 52 家銀行	量化研究 (問卷調查、統計 分析)	<p>1. 整體樣本較重視「財務面」及「顧客面」策略及績效評估衡量指標</p> <p>2. 在策略方面「高財務導向」者較「低財務導向者」更重視各項績效評估衡量指標</p> <p>3. 在績效評估滿意度上，「高績效群」皆較「低績效群」對顧客面績效評估衡量指標更為重視</p>
葉嘉雯 (2001)	國瑞汽車	質性研究 (個案研究)	目標成本制與平衡計方卡兩者皆強調公司策略之結合，故若能將此兩制度做一連結，因更能有助於公司策略之具體達成
王世志	五種航運業(船舶運	量化研究	1. 產業內各公司無特定採行某

作者	研究對象	研究方法	研究發現
(2002)	送、船務代理、海運承攬運送、貨櫃集散站、船舶出租)	(問卷調查、統計分析)	<p>一策略類型</p> <p>2. 經營策略的不同，會對財務構面及內部流程構面之部分因素的滿意度有所差異，其餘並無差異</p>
詹碧珠 (2006)	台北縣公立國民小學校長為訪談對象及教育人員為問卷對象	量化研究 (問卷調查、訪談、統計分析)	<p>1. 經營績效落實情形以顧客層面良好親師生關係的成效最好，以財務層面資源開發成效最低</p> <p>2. 男教師在提升學生能力、行政管理效能、優質學校文化、專業發展成長、資源開發等向度高於女教師</p> <p>3. 研究所以教師在提升學生能力、資源整合運用等高於一般大學教師</p> <p>4. 中大型學校在家長參與滿意、行政管理效能等向度成效皆高於其他類型學校</p>
蔡東庭 (2009)	台灣電子業上市公司	量化研究 (十分等級計分及迴歸分析)	平衡計分卡四大構面的衡量指標與經營績效、公司價值、獲利能力、股票報酬等企業績效，存在著顯著之正向關聯性
吳鑑衡 (2010)	物業管理產業	量化研究 (德爾菲法、ANP分析)	<p>1. 物業管理服務業非常重視顧客關係之經營績效，有別於其他產業著重財務績效的傳統</p> <p>2. 導入平衡計分卡能協助個案公司明確定義經營績效指標，釐清部門間的責任與衡量基礎，進而影響個案公司的整體績效</p>
陳俊卿 (2010)	營建業	量化研究 (敘述統計及迴歸分析)	<p>1. 以公司股價為公司價值的替代變數，財務構面、內部流程構面、公司學習與成長構面對公司價值有重要影響</p> <p>2. 以各構面的指標而言，財務構面中的資產報酬率與純益率皆為公司價值的重要動</p>

作者	研究對象	研究方法	研究發現
			<p>因，且為正向影響；內部流程構面中現金營業週期為公司價值的重要動因，且為負向影響；公司學習與成長構面中員工平均營收為公司價值的重要動因，且為正向影響</p> <p>3. 以 Tobin's Q 為公司價值的替代變數，財務構面、內部流程構面對公司價值有重要影響</p> <p>4. 以各構面的指標而言，財務構面中的純益率為公司價值的重要動因，且為正向影響；內部流程構面中現金營業週期為公司價值的重要動因，且為負向影響。</p>

資料來源：本研究整理

#### 第四節 平衡計分卡在醫療產業之研究

許多專家與文獻均認為平衡計分卡的實用性及其對產業之貢獻皆給予正面的評價，認為平衡計分卡確能幫助組織將資源聚焦於其策略上，並化策略為實際執行的力量。由於平衡計分卡較晚運用於醫療產業，因此鑑於其他產業推動之經驗 Noorein 和 Robert (2002) 認為平衡計分卡應用於醫療產業可帶來以下的好處：1. 協助醫療院所將策略焦點及資源配置集中於市場與顧客；2. 建構策略及建立核心準則與流程；3. 提供溝通與合作的機制，清楚的將執行策略的責任分配至組織內各階層；4. 建立評估及報告系統，以評估策略的發展與成果；5. 引導資源分配至目標顧客所需求之新產品或服務上，並改善對醫療產業的可近性；6. 允

許持續回饋並迅速有效快速的調整市場機能，採取管理變革。

國內外學術界有許多專家學者對於平衡計分卡於非營利組織之應用提出論文發表，有利於平衡計分卡在醫療產業推動。推動平衡計分卡之醫療產業，不限其規模或醫院等級，本研究整理平衡計分卡於醫療產業應用之研究與結果整理如下表 2.4。

表 2.4 平衡計分卡在醫療產業之應用文獻整理

作者	研究對象	研究方法	研究發現
Wachtel, Hartford & Hughes (1999)	聖安東尼醫院燙傷中心	質性研究 (個案研究)	建構聖安東尼醫院燙傷中心平衡計分卡，澄清組織的使命、願景，利用 SWOT、競爭者分析方式，擬定一致的策略目標與行動方案
Kazemek, E. A., P. R. Knecht., & B. G. Westfall. (2000)	瑪莉醫院	質性研究 (個案研究)	建立瑪莉醫療機構 BSC 系統將組織使命和策略轉化為全方位績效衡量，作為策略與管理體系之架構
George, H. P., Ian, M., Ellen, G. S., Colin, P., Catherine, M., & Baker, G. R. (2001)	安大略省急性照護醫院	質性研究 (個案研究)	結果顯示安大略省急性照護醫院推動 BSC 後，提升病患滿意度
Meliones, J. N., Ballard, R., Liekweg, R., & Burton, W. (2001)	杜克兒童醫院	質性研究 (個案研究)	杜克兒童醫院導入平衡計分卡計畫，結果顯示，在四個構面均有顯著改善。病患滿意度與員工生產力提高程度在統計上呈現顯著差異。
黃永吉 (2001)	雲林某地區教學醫院	質性研究 (個案研究)	平衡計分卡的規劃與設計，必須考量三個原則：1. 因果關係 2. 成果量度與績效驅動因素 3. 與財務結合
許嘉真 (2003)	國內醫療院所	量化研究 (問卷調查、統計分析)	探討不同醫療院所規模是否因經營策略、平衡計分卡績效指標構面之不同而對於營運績效有所差異，以提供醫療相關產業日後績效衡量之參考

作者	研究對象	研究方法	研究發現
馬文萱 (2003)	台中某地區醫院	量化研究 (問卷調查、統計分析)	運用平衡計分卡之概念，針對個案醫療進行區域定位分析，據以擬定出面對環境變動時應採取的經營調整策略，以追求包括四構面之全方位經營績效
林佳靜 (2003)	國內醫療院所	量化研究 (問卷調查、統計分析)	結果顯示如下：1.國內醫療院所普遍對平衡計分卡具有相當程度的認知，且接受度很高，儘管已推動之醫療院所尚不多，但多數正在積極規劃導入中 2.在規劃及推動的過程中，最大的困難為績效指標的訂定不易、缺乏適合足夠的人力 3.平衡計分卡可找出醫院相對弱勢的地方，故可為助其提高競爭力之有效工具。
胡學毅 (2006)	台灣各層級醫療院所	量化研究 (問卷調查、AHP層級分析)	結論如下：1.透過質性與量化的研究，證實平衡計分卡確實能使組織策略環環相扣。2.平衡計分卡績效管理制度同時兼顧財務及非財務構面，並著重領先指標及落後指標掌握。3.由於「所屬部門」、「職位」、「醫院層級」的不同，實施平衡計分卡的績效評估指標應有所不同。4.醫療產業之平衡計分卡四構面是以「顧客」為最重要，建議平衡計分卡的設計，必須針對顧客的需求訂定績效指標。

資料來源：本研究整理

綜合上述相關研究，醫院推動平衡計分卡應分析內外部環境因素，依循四大構面建立經營管理系統，使員工能聚焦於組織策略。用來衡量績效的標準應明確且具挑戰性，建立組織、部門績效、個人績效指標。並且適度與獎酬與預算制度連結，產生激勵效果促進平衡計分卡制度推行動力。

本研究個案屬公立醫學中心，公立醫院不同於私立醫療院所，在實際經營運作上囿於政府人事、會計、採購等相關法規之限制本就較不具彈性，且機關組織成員大部分均屬公務人員行事風格往往較為嚴謹保守，推動變革較為不易；個案醫院一再選擇平衡計分卡為經營管理工具，兩次推動成果是否因手法、步驟不同而有所差異，頗值得探討。另作者擔任醫院高階主管職務，實際參與醫院平衡計分卡運作，將可深入探討醫院推動的背景、歷程與未來發展。基於上述因素顯示本研究有別於以往有關平衡計分卡於醫療產業之相關研究，具研究價值。

為探討平衡計分卡運用在醫療產業的實際情況及對經營績效的影響，以下列舉國外與國內醫院推動平衡計分卡成功的案例。

## 一、國外個案：杜克兒童醫院

### (一)推動背景

位於北卡羅萊納州達勒姆市（Durham）的杜克兒童醫院（Duke Children's Hospital；DCH），隸屬杜克大學醫療中心。1994 至 1995 年間醫療成本增加 35%，病人平均住院天數亦未達目標值，員工士氣低落，所有改善方案的執行效果不彰，財務因而處於虧損狀態。同時它正爭取杜克大學醫療中心補助 4000 萬美元作為該院擴建之用。當時杜克兒童醫院的小兒科加護中心負責人穆萊恩斯（Jon Meliones）醫師決定推動平衡計分卡專案，推動範圍包括該院所所有單位及新加入的二家醫院，希望能實現「新理想醫療」行動。

穆萊恩斯醫師在發現了醫院一些棘手問題後，推出了這個計畫，這些問題包括：

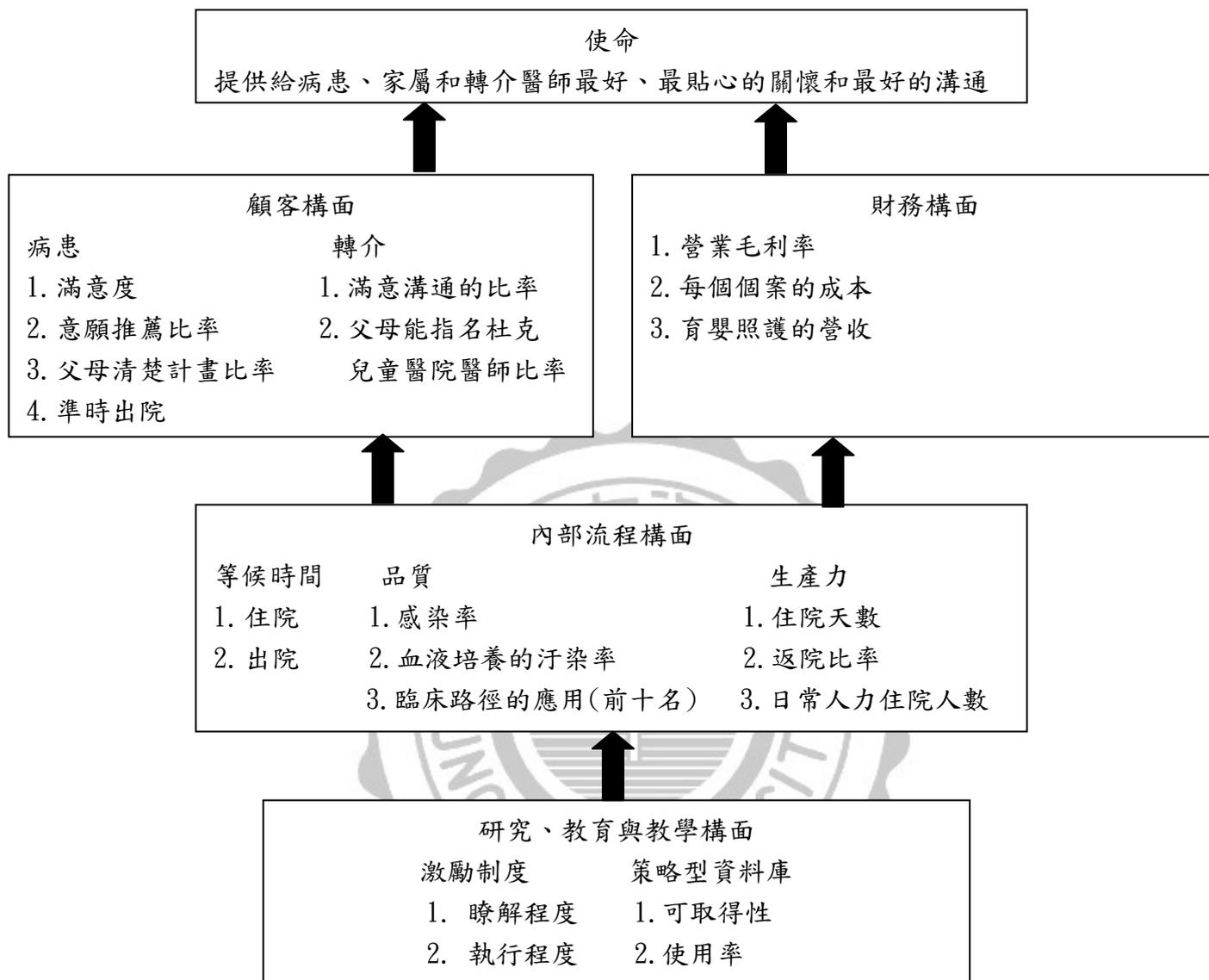
1. 對於服務項目的重要性優先順序感到困惑。
2. 醫師、工作人員和管理單位之間沒有共同的目標。
3. 與原轉介醫師之間的溝通與協調欠佳。
4. 市場地位面臨嚴重威脅。
5. 在醫療品質、病患滿意、員工滿意、教育與研究，以及財務目標之間，無法找出良性的均衡。

## (二)杜克醫院執行狀況

杜克兒童醫院的高階管理團隊首先著手發展使命和願景，並對該機構目標的自我檢測，以確保與杜克醫療中心的一致，並能與全國性的標竿醫院相比較，並保持現有的特長與專業優勢。杜克兒童醫院的新願景是「提供給病患、家屬和轉介醫師最好、最貼心的關懷，以及最好的溝通」。希望藉由良好的溝通與關懷會帶來更多的推薦和營收。此外，杜克兒童醫院的新策略並企圖降低成本與病患留院天數，以彰顯財務績效。

一個跨部科的小組利用高階主管工作會議，以檢討杜克兒童醫院的使命、願景與策略。經過反覆的討論後，該小組完成了初版的計分卡(圖 2.6)。

該小組將學習與成長構面重新命名為研究、教育與教學構面，因為該構面對於一個學術性醫療中心的醫療研究機構而言格外重要。該構面的目標是動員全體人員參與變革的流程，並提升杜克兒童醫療的專業領域。



資料來源：Kaplan 和 Norton，2000

圖 2.6 杜克兒童醫院的平衡計分卡

當計分卡被員工廣泛的溝通與接納之後，接下來就是如何將其落實於執行面的工作，杜克兒童醫院的員工提出了許多提高顧客滿意度的建議。穆萊恩斯界定兩個量度做為篩選這些員工提案的標準：投入的資源（包括時間和金錢）及提升顧客滿意度。在眾多提案中，只有對顧客滿意高效益的提案會被列入考慮，其中又以只須投入成本較低的專案被優先討論。不久員工的提案就被引導到高效益低成本的方向了。

在流程構面上，一系列完整的新流程實施。醫護人員針對當日出院者的病情做討論，並告知病人家屬治療的有關資訊。而轉介醫師也會被告知病患在住院期間治療的情況，以及出院後的後續治療建議。醫師會對相關統計月報以及自己和其他醫師的績效做比較。

### (三)執行成果

推動平衡計分卡的成效很快就出現。由於新策略目標與新管理流程的實施，該院的營運成本降低 3000 萬美元，而淨利增加 5000 萬美元；醫療品質和員工士氣都大幅提昇。平衡計分卡促成各個醫療、學術和行政單位的整合，並致力於新策略的執行。計分卡經過三年的實施與努力後，即使醫療個案的複雜度不斷提高，杜克兒童醫院在每一個案的成本和病人的平均住院時間下降約 25%，而顧客(病患及轉介醫師)的滿意度和忠誠度則顯著提升。(如表 2.5 所示)。(Kaplan 和 Norton, 2000)

表 2.5 杜克兒童醫院實施平衡計分卡之後改善率

	量度	之前	之後	改善率
財務構面	1 營業利潤	-\$5000 萬	\$1000 萬	
	2 單位成本	\$14889	\$11146	-25%
顧客構面	1 家屬滿意度	4.3	4.7	11%
	2 願意推薦率	4.3	4.7	11%
	3 出院即時	50%	60%	20%
	4 醫院計畫瞭解率	47%	94%	100%
內部流程構面	1 住院天數	8 天	6 天	-25%
	2 再住院率			
	2.1 加護病房	11%	4%	-63%
	2.2 一班病房	11%	7%	-36%

資料來源：Kaplan 和 Norton, 2001, 策略核心組織, ARC 遠擘管理顧問公司策略績效事業部譯, 臉譜文化出版社, 75 頁

## 二、國內個案：馬偕醫院

### (一)推動背景

馬偕醫院分別在台北、淡水、台東、新竹皆設有分院，醫療業務分別有門診、急診、手術、藥劑室、醫療檢查設備以及護理作業，醫療科別更是一應俱全。馬偕醫院除了在醫療業務上有卓越的成就及規模外，在教學研究及社會服務方面，亦有亮眼表現。

馬偕醫院於 90 年在黃俊雄院長的領導下，帶領院內一級主管成立推動小組，訂出該院願景、使命及核心價值。依單位職權分成財務、顧客、內部流程及學習成長四組，不定期召開小組會議，每年 3 月及 8 月召開 4 組聯合會議，除檢討執行績效及未達成目標的原因外，也配合預算編列提出下年度策略目標與計畫。

馬偕醫院的使命為成為一個積極照顧弱勢族群、善盡社會責任與重視研究發展之基督教醫學中心。使所有求診病患都能得到身、心、靈完整之醫治，以彰顯上帝慈愛，達成醫療傳道之神聖使命。而其核心價值分別為以下四點：

- (1) 實踐耶穌愛人如己訓勉，使病患身、心、靈得到完整醫治
- (2) 效法馬偕博士「寧願燒盡，不願鏽壞」精神，積極奉獻服務
- (3) 有效管理獲取合理利潤以投入弱勢族群關懷，善盡社會責任
- (4) 鼓勵研究追求卓越，確保組織不斷創新與永續發展

確立了使命與核心價值後長期目標也隨之而生。馬偕對於未來之願景可分以下五點：

- (1) 成為最受弱勢族群信賴的醫學中心
- (2) 成為投入最多資源從事國內外偏遠地區醫療傳道工作之基督教醫院
- (3) 成為「服務品質」口碑第一的醫院
- (4) 成為生物科技研究重鎮，SCI 論文數全國排名前六名的醫院
- (5) 成為醫學生與住院醫師訓練之標竿醫院

推動平衡計分卡第一年重點為取得上級支持，公開宣誓並進行教育訓練讓員工瞭解醫院經營理念，共同為追求卓越品質及永續發展而努力。第二年重點為檢討前年度計畫成效，為使院內重要指標可及時監測，開始規劃主管資訊系統（EIS）成為組織的溫度計，反映組織的體質現況，縮短管理者的應變時間。第三年重點除持續檢討前年度計畫成效，也將策略性衡量指標，轉變為單位常規業務監測指標，並要求各單位以平衡計分卡架構提出年度計畫與預算，進一步由「院」層面向下推廣至「部」層面。第四年除持續前三年發展重點，更積極將架構導入台東及新竹分院及總院一級單位，並增加「社會承諾」構面，以期善盡社會責任，達成其使命與願景；但由於馬偕醫院院長更換，目前已經停止平衡計分卡運作。

## (二)馬偕醫院執行狀況

馬偕醫院於推動平衡計分卡時，除採用原本的四個構面外，再另行加入「社會承諾面」，因其認為醫院院所除了營利之外，更重要的是對於社會的承諾與貢獻，因此另行擬定社會承諾構面。其各別的發展策略如下。

1.財務構面：重點為確保醫院永續發展及追求卓越創新的穩定財源，重視成本控制與資源分配。

- (1)提高急重症醫務收入之成長率
- (2)增加非健保醫務收入
- (3)強化成本管理能力
- (4)建立以資源耗用為基礎之獎酬制度
- (5)提高資產利用效能
- (6)維持健全之財務結構比率

2.顧客構面：重點為促進和諧醫病關係，達成醫療傳道使命，引進新技術，提供有品質的急重症醫療服務。

- (1)提供病患最需要之急重症醫療服務
- (2)提供病患身心靈完整之醫療照護
- (3)增加使用可靠之新技術以提昇醫療品質

3.社會承諾構面：善盡社會責任，配合政府政策提供偏遠地區之弱勢族群所需之醫療資源，支援海外宣教事工，朝醫療傳道的目的邁進。

- (1)積極照護弱勢族群
- (2)開拓發展社區關係與善用社會資源

(3)積極配合政府各項衛生政策，善盡社會責任

(4)擴大醫療傳道服務之參與面

4.內部流程構面：重點為分成四個子流程擬定策略目標，並以資訊系統協助監控，及時回報管理階層，縮短因應外界變化的時間。

(1)營運管理流程：建立高效率、高品質，兼顧病人安全與合理成本之服務流程，強化危機應變機制

(2)顧客管理流程：建構病患服務成果之追蹤評估與回饋機制

(3)創新流程：建立預測未來醫療市場需求之機制與應變計畫

(4)法律遵循/社會承諾：確保醫院政策符合國家政策與法令之規範，強化對社會醫療需求之支持網絡

5.學習成長構面：有好的內部流程才能提供有品質的服務；有滿意的顧客才能有穩定財源做為組織發展所需資源。但好的內部流程，需有樂於服務且有創意的員工，故學習成長構面是管理文化是否能於組織代代傳承的重要關鍵。

(1)強化員工對於醫療傳道服務之使命感

(2)提昇員工研究、教學與創新的能力

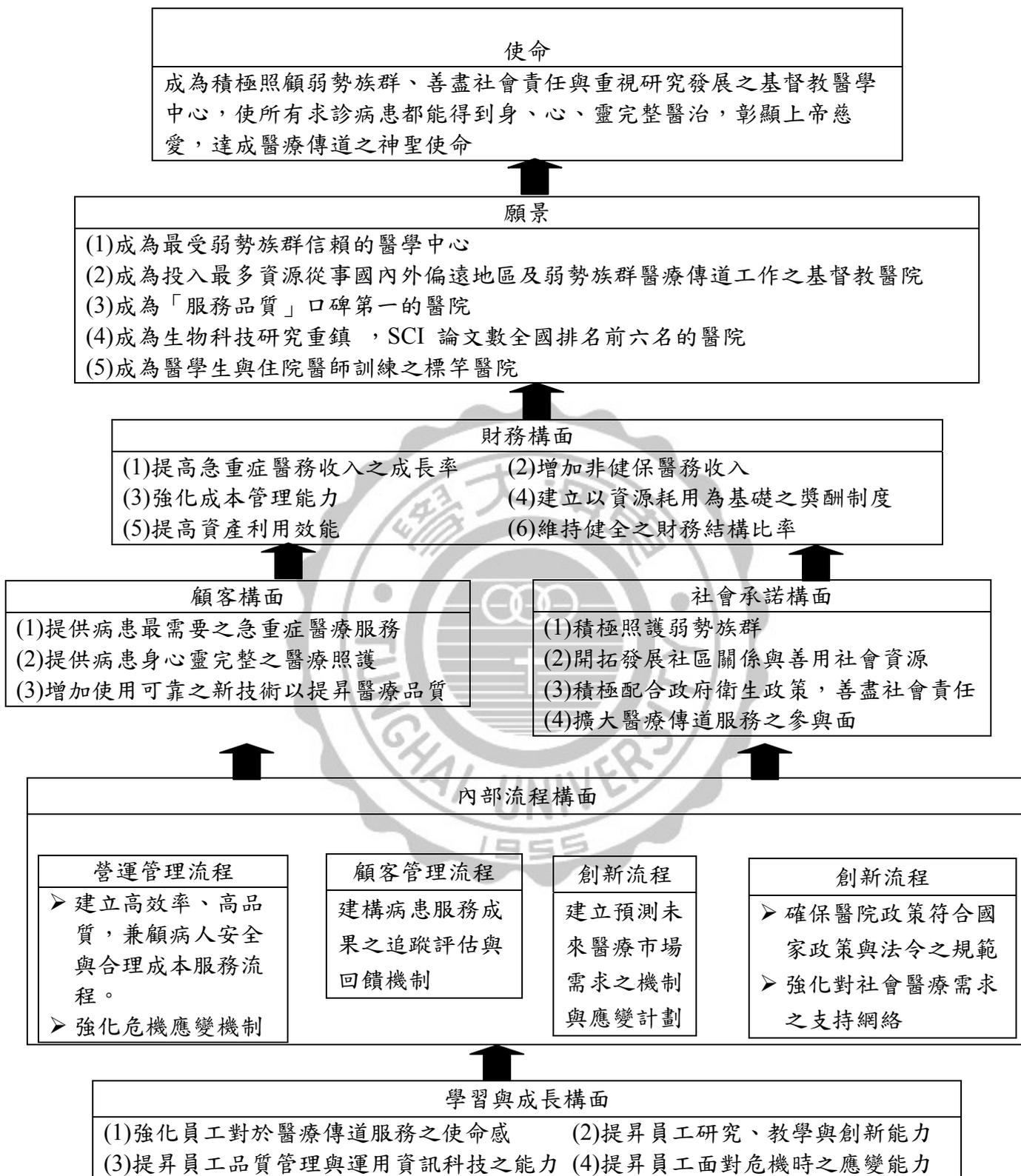
(3)提昇員工品質管理與運用資訊科技之能力

(4)提昇員工面對危機時之應變能力

### (三)執行成果

- 1.有助於決定策略執行的優先順序，找出符合組織策略發展的核心流程
- 2.使院內成員凝聚共識，強化價值觀
- 3.共同的溝通語言
- 4.有助於提升董事會成員、院方及基層員工之溝通，以建立信任感
- 5.藉由平衡計分卡的構面，使管理者在做決策時能有更周全之考量
- 6.可使策略與預算流程結合，以強化資源之有效利用
- 7.兼顧長期投資與短期財務的平衡
- 8.為組織帶來不斷學習及追求進步的風氣
- 9.院內不同部門間之標竿學習，建立追求卓越之組織氣候





資料來源：馬偕紀念醫院平衡計分卡之實務分享與成果發表會特刊

圖 2.7 馬偕醫院策略地圖

#### (四)綜合評論

杜克兒童醫院與馬偕醫院的策略地圖相較於Kaplan和Norton所提出的四構面位置略有不同，杜克兒童醫院將顧客與財務構面置於平行的位子，顯示在杜克兒童醫院認定顧客與財務同等重要，是達成使命重要因素；學習成長構面則轉換為研究、教育與教學構面，顯示杜克兒童醫院所對於醫療技術研發與知識傳承的重視。馬偕醫院在考量醫院設立的背景與教會特質，新增社會承諾構面，成為第五個構面，兩者都因應醫療產業與本身醫院特性，將Kaplan和Norton提出的策略地圖做些許的調整，從執行成果觀之，兩者營運績效都得到相當顯著的改善。因此在平衡計分卡之策略地圖構面與順序上，可依據推動個案本身需要調整。本研究個案策略地圖為彰顯非營利組織與公立醫院之特性，將財務構面移至最底層，與上述案例有異曲同工之妙。



## 第參章 醫療產業分析與個案醫院介紹

### 第一節 醫療產業現況

#### 一、醫療產業與產值

廣義來說，醫療產業乃泛指和身體及心理健康與疾病之預防、檢查、治療、復健、護理、照顧等相關之行業機構，包括醫療器材之製造與供應業者、各類藥品之製造與販售業者。本研究探討的範圍將僅限於醫療保健產業，99年我國的醫療產值 8,991 億元，其中醫院產值達 3,730 億元佔醫療總產值的四成，顯見醫院產業在醫療市場佔有極重的比率與地位（表 3.1）。

表 3.1 台灣國民醫療保健經費配置(單位：百萬元)

	94年	95年	96年	97年	98年	99年
總計	732,693	765,251	795,662	819,240	864,772	891,156
1 一般行政	24,059	23,102	21,578	26,548	22,190	19,885
2 公共衛生	22,330	27,281	29,935	25,944	35,188	37,155
3 個人醫療	633,254	656,062	688,721	715,545	749,292	775,292
<b>3.1 醫院</b>	<b>312,646</b>	<b>332,768</b>	<b>351,390</b>	<b>362,806</b>	<b>364,112</b>	<b>373,001</b>
3.2 診所	178,107	183,043	190,000	194,684	203,576	206,281
3.3 其他專業機構	41,515	36,350	40,086	47,866	57,273	58,924
3.4 醫藥用品支出	81,318	84,168	87,401	89,774	103,830	114,069
3.5 醫療用具設備及器材	19,419	19,505	19,577	20,121	20,181	22,721
3.6 全民健保境外給付	249	228	268	293	320	296
4 資本形成	53,050	58,806	54,434	56,372	58,102	58,824

資料來源：行政院衛生署網站－衛生統計指標

## 二、醫療保健支出與國民生產毛額

世界先進各國醫療保健支出自1990年開始逐年攀升，麥肯錫顧問公司的調查研究指出，在經歷金融危機時，民眾不可能減少的必要性支出為醫療保健、住房、教育及食品等，醫療需求並不會因經濟衰退受到嚴重影響，顯示醫療產業穩健及持續成長的特性。依據行政院衛生署99年衛生統計資料顯示各國醫療保健支出佔GDP比率呈現穩定成長趨勢(如表3.2)，台灣醫療保健支出佔GDP比率僅達6.6%，與其他先進國家相比仍有成長發展的空間。

表 3.2 國際醫療保健支出占 GDP 比率

	84	89	94	95	96	97	98	99
台灣	5.3	5.7	6.0	6.1	6.1	6.4	6.8	6.6
日本	6.9	7.7	8.2	8.2	8.2	8.5	--	--
南韓	3.8	4.5	5.7	6.0	6.3	6.5	6.9	7.0
英國	6.8	7.0	8.2	8.5	8.4	8.8	9.8	--
美國	13.7	13.7	15.7	15.8	16.0	16.4	17.4	--

資料來源：行政院衛生署網站

## 三、醫院家數與病床數變化

就醫院家數而言，84年健保實施時787家、90年637家、99年508家，呈逐年減少趨勢。雖然醫院家數減少，但病床數卻逆勢成長，84年病床數11萬2千張，至99年時全國的醫院病床數達15萬8千多張。若將人口成長因素納入考量，則每千人口病床數由60年的1.6張，增至99年的6.86張，增加了四倍之多(如表3.3)。顯示台灣醫院服務規模仍呈現擴張的趨勢。

表 3.3 台灣歷年醫院家數與病床數

年別	醫院家數	醫院病床數	平均每家醫院病床數	平均每千人病床數
88	700	122,937	176	5.56
89	669	126,476	189	5.68
90	637	127,676	200	5.70
91	610	133,398	219	5.92
92	594	136,331	230	6.03
93	590	143,343	243	6.32
94	556	146,382	263	6.43
95	547	148,962	272	6.51
96	530	150,628	284	6.56
97	515	152,901	302	6.64
98	514	156,740	305	6.78
99	508	158,922	313	6.86

資料來源：行政院衛生署網站－衛生統計指標

#### 四、公立醫院

以權屬別分類，可將醫院分成公立醫院與私立醫院兩大系統，公立醫院系統係指醫院之所有權屬於各級政府機關、公立學校或公營事業單位者，而公立醫院系統又可分為以下六類：

1. 行政院衛生署醫院系統：隸屬行政院衛生署，原省立醫院系統，精省後改制為行政院衛生署醫院，如署立台中醫院。
2. 市立醫院系統：隸屬於直轄市衛生局，如台北市市立醫院。
3. 縣（市）立醫院系統：隸屬於各縣（市）衛生局，如連江縣立醫院。
4. 國立大學醫學院附設醫院：隸屬於教育部，如台大醫學院附設醫院。
5. 軍醫院系統：隸屬於國防部，如三軍總醫院。
6. 榮民醫院體系：隸屬於行政院退除役官兵輔導委員會，如台北、台中及高雄榮民總醫院。

## 五、醫學中心

依據行政院衛生署對於醫院之評鑑，可分為三個層級：(1)醫學中心、(2)區域醫院，及(3)地區醫院。醫學中心為醫院的最高層級，以臨床(急、重症醫療)、教學(醫學及相關醫事人員)、研究(醫療科技之研發、新藥之人體試驗等)為主要目的；區域醫院為幾個地區提供高水準專科性醫療衛生服務和執行高等教育、科學研究任務；地區醫院則向多個社區提供綜合醫療衛生服務並承擔一定程度的教學、研究責任。

目前國內達醫學中心標準者計二十三家，分佈區域如表 3.4。醫學中心扮演醫療、教學與研究之任務，對於區域醫院與地區醫院層級的醫療機構具有標竿學習之作用。另一方面醫學中心從政府所取得之資源與補助，亦領先其他層級之醫院。



表 3.4 醫學中心分佈

地理區	醫學中心	
台北區	1.國立台灣大學醫學院附設醫院	
	2.三軍總醫院	
	3.行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院	
	4.長庚紀念醫院及其 5.林口分院、6.林口兒童分院	
	7.新光吳火獅紀念醫院	
	8.國泰綜合醫院	
	9.馬偕醫院及其淡水院區	
	10.萬芳醫院	
	北區	11.亞東紀念醫院
	中區	12.行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院
13.中國醫藥大學附設醫院		
14.中山醫學大學附設醫院		
15.彰化基督教醫院		
南區	16.國立成功大學醫學院附設醫院	
	17.奇美醫院及 18.台南分院	
高屏區	19.行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院	
	20.高雄長庚紀念醫院	
	21.高雄醫學大學附設中和紀念醫院	
東區	22.慈濟綜合醫院	
	23.馬偕紀念醫院台東分院	

資料來源：本研究整理

## 六、中區同儕醫院比較

健保局自 91 年 7 月實施醫院總額制度將全國劃分成北市、北區、中區、南區、高屏、花東等六區，各區分別總額並採醫療給付上限，中區醫學中心層級醫院計有四家，100 年醫療服務量統計(如表 3.5)。由下表服務量統計中可觀察到，個案醫院服務規模中員工人數與總病床數雖僅位居第三，然門診人次與佔床率遠遠領先其它同儕醫院。

表 3.5 中區醫學中心醫療服務量統計

	個案醫院	A 醫院	B 醫院	C 醫院
<b>服務規模</b>				
員工數	3,339	4,000	2,309	4,110
醫師數	683	651	370	679
護理人員	1,537	1,813	923	1,879
<b>服務量</b>				
門診人次/年	1,650,138	1,623,108	803,300	1,523,880
急診人次/年	68,340	135,468	59,567	11,400
住院人次/日	1,104	1,302	643	1,140
總病床數	1,520	2,023	991	1,676
總佔床率	90%	72%	70%	87%

資料來源：本研究整理

### 七、三角結構關係

台灣全民健保的型式屬於社會保險，全民強制納保，單一保險人，單一契約的模式，存在一種三角關係(圖3.1)，其組成者包括被保險人(醫療的使用者)、醫療院所(醫療服務的提供者)，以及保險人(醫療費用的籌措與付費者)，而中央健保局為唯一醫療給付來源。

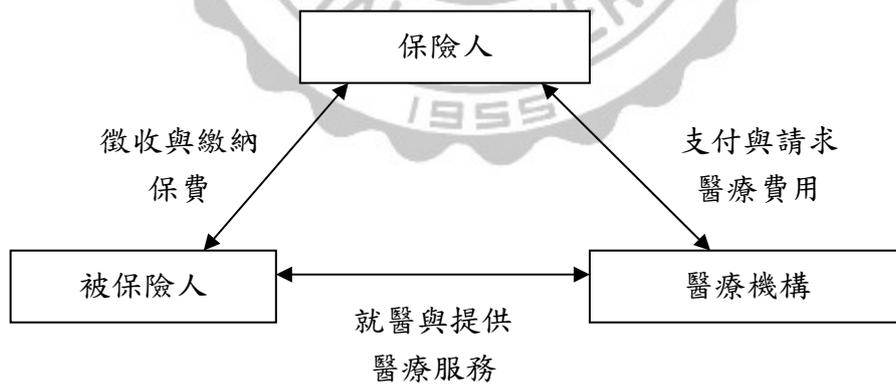


圖 3.1 全民健保三角結構關係圖

此三角結構關係的三種角色對於健康保險的期望是不一樣的：就醫療機構的立場，以最低的成本換取最高的利潤；對就醫民眾而言，能以最便宜的保費換得品質最好的醫療服務；而政府在的角色便是控制醫療價格與費用之間的成本，以及監督醫療價格與品質之間的平衡。

## 八、M型化現象

根據衛生署醫療院所家數統計資料(如表3.6)，99年醫療院所計有20,691家，其中醫院家數508家、診所有20,183家。若與健保實施初始84年比較，民國99年醫療院所家數增加28.4%，診所家數增加31.73%。

政府於67年訂定醫院評鑑制度，希望藉由評鑑之實施提高醫療服務品質，75年「醫療法」公佈，將醫院評鑑及教學醫院評鑑均納入法規中，當醫院評鑑等級越高時，相同診療項目，健保支付的費用就越高，因此各醫療院所爭取評鑑等級之「升級」，由表3.7可以發現醫院朝區域與醫學中心兩種大型醫院發展，減少部分大多為小型地區醫院。整體而言，從醫療院所與三種層級醫院家數發展觀之，台灣醫院發展趨勢走向M型化(大型醫院與診所)。

表 3.6 醫療院所家數統計

	84 年	99 年	差異
醫院	醫院 787 西醫 688(87.42%) 中醫 99(12.58%)	醫院 508 西醫 492(96.85%) 中醫 16(3.15%)	醫院-279(-35.45%) 西醫-196 中醫-83
診所	診所 15,322 西醫 8,683(56.67%) 中醫 1,933(12.62%) 牙醫 4,706(30.71%)	診所 20,183 西醫 10,599(52.51%) 中醫 3,289(16.30%) 牙醫 6,295(31.19%)	診所+4,861(31.73%) 西醫+1,916 中醫+1,356 牙醫+1,589

資料來源：本研究參考行政院衛生署衛生統計數據整理

表 3.7 歷年各層級醫院家數

	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年
醫學中心	23	23	24	21	24	23	23	23	23
區域醫院	80	80	80	73	70	72	77	78	81
地區醫院	450	437	427	417	414	397	383	385	378

資料來源：健保局健保統計資料

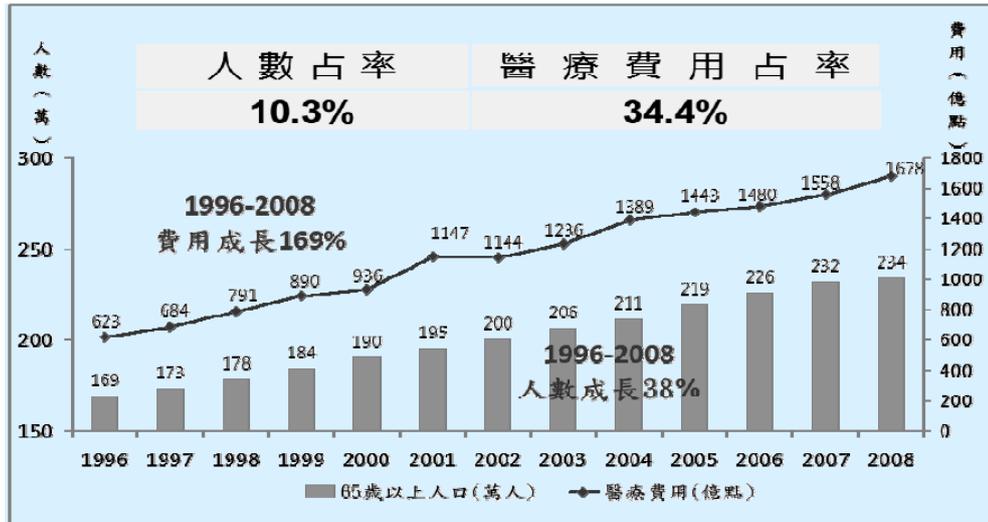
## 九、高齡化社會

台灣老年人口比率快速攀升，依據經建會的資料顯示(如表 3.8)，截至 2010 年底止 65 歲以上老年人口占總人口比率已達 10.7%，遠遠超過世界衛生組織(WHO)界定高齡化社會的標準(7%)。經建會更推估 2027 年台灣老年人口將達 490 萬餘人，占總人口的比率將躍升至 20%，即每五人中就有一位是老年長者，人口高齡化已經是不可避免的趨勢。工研院研究報告指出，台灣高齡社會產業市場規模在 2025 年將可達到 1,089 億美元(約合新台幣 3 兆 5,937 億元)，相較於 2001 年 246 億美元(約合新台幣 8,118 億元)，成長約 4.4 倍。受到國民平均餘命逐年增加的影響，97 年台灣老年人口佔 10.3%，但所耗用的醫療費用占總體健保醫療支出的 34.4%，高齡醫療資源的需求呈現逐年遞增的趨勢(如圖 3.2)。

表 3.8 台灣老年人口預測

年別	總人口(萬人)	65歲以上人口(萬人)	65歲人口佔總人口比率
2010	2,317	249	10.7%
2020	2,344	381	16.3%
2030	2,330	568	24.4%
2060	1,884	784	41.6%

資料來源：經建會



資料來源：中華民國醫師公會

圖 3.2 65 歲以上人數與醫療費用佔率

## 第二節 醫療產業特性

台灣醫療產業競爭已是白熱化階段，為瞭解醫療產業的特性，本研究採用 Porter 的五力分析的作為架構，分析醫療產業的潛在競爭者、現有醫療產業的競爭、醫療器材與藥品廠商供應商的議價能力、健保局買方的議價能力及醫療產業的替代品，用以上幾項分析描述醫療產業的特性。

### 一、產業內競爭者

按照醫院評鑑作業規定，醫院層級分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所四等級，各層級醫療院所對於健保依賴極高。健保給付依照地理區域分為六區，且以各區為支付中心，同樣實施總額預算制度，但每區總額額度與點值不同，本章節談產業內競爭者係指同區、同層級。個案醫院地屬中區，鄰近的競爭者計有中國醫藥大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院、彰化基督教醫院等三家醫學中心。

總額預算之精神在於抑制醫療費用的過度膨脹，四家醫院只能在有限的成長額度內求生存，承作醫療收入超出限額的部份即遭斷頭，近三年中區支

付點值僅維持在0.88~0.92，各家醫院經營均顯的捉襟見肘，在總額預算支付制度下，四家醫院在零和遊戲架構上從事市場競爭，爭食同一塊健保醫療資源，競爭激烈。

## 二、潛在進入者

衛生署於101年發布修正「醫療機構設置標準」，大幅提昇醫療機構的設施、設備以及醫事人力的要求，尤其個案醫院屬醫學中心層級，進入門檻更高，除須有必要之醫療設備、醫事人員外更須經過新制醫院評鑑合格後方能夠由區域醫院晉升為醫學中心，目前台灣醫學中心計有23家，依台灣人口數市場已跡近飽和，潛在進入者進入不易。

## 三、供應商議價能力

台灣健保市場屬單一保險人制度，民眾強制納保。健保給付之藥品及衛材價格由政府統一訂定，醫療院所依據上項價格分別與供應商議價訂約採購，當醫院規模較大時，則議價能力較高，反之則較弱。供應商如擁有專利權產品，則議價能力就會所變化，醫療設備亦然，例如化療用藥、機械手臂。

由於藥價黑洞議題，近幾年來政府已進行七次藥價基準調降，基於衛生政策及輿論要求藥價與特材部分勢將持續調整，最終除必要之藥品（衛材）管理費外將逐漸與健保給付價格趨於一致，醫療院所對供應商議價能力趨向薄弱。

## 四、購買者議價能力

由於醫療產業為特殊產業，醫療資訊相當不對稱與政府介入的程度高，顧客向醫療機構購買醫療服務方面計分為健保及自費醫療兩大部份。

### (一) 健保給付部分

民眾就醫時，健保規定民眾則只需負擔掛號費及部分負擔(藥品)費用，住院時除健保房外則須給付病房差額，在政府訂定之單一價格下，顧客無議

價能力，但由於台灣醫療資源豐沛，民眾就醫選擇性多，至不同層級醫院就診，民眾負擔部份差距不大，形成逛醫院奇特現象，導致醫療資源浪費。

## (二)自費部分

在醫療自費市場方面，醫院提供的服務大致可分為高階健檢、醫學美容、植牙、齒顎矯正及手術高價特材等，由於市場競爭，各醫院提供之價格高低不一，顧客可依據自身需求找尋醫院提供所需之服務，一但選定醫院後議價能力不高，只能依照醫院訂定價格付費。

## 五、替代性商品

由於醫療產業的特殊性，短期內尚無「替代者」的威脅，有些言論提出可能的是中醫，雖然研究上中醫有逐漸進步的趨勢，但尚無法替代西醫的可能性。但若從民眾轉換醫院角度的來說，由於台灣面積不大且醫療院所林立，民眾轉換至其它醫療院所就醫的成本很低，因此來自其它醫療機構的替代性高。

### 第三節 台灣健保制度

我國於民國84年實施的全民健保制度，主要目的在於整合醫療資源，集合社會大多數人的力量，藉由健保制度使民眾公平分攤保費自助互助，共同解決少數人民就醫的經濟障礙，讓民眾獲得必要之醫療服務與照顧，達到風險分散的效果，增進全民健康福祉。

在全民健保開辦之初，其醫療費用所採行的支付制度主要是採行論量計酬的方法。依保險給付的醫療服務項目，分別訂定支付標準，醫院就實際提供之醫療服務，逐項依支付標準申報費用。在論量計酬的給付方式下，醫療機構大都以邊際效益為考量，盡最大的努力在極大化服務量，此容易造成醫院只注重量的追求，而忽略醫療資源耗用的情形，亦導致醫療費用支出節節高漲，醫療資源配置也受到扭曲。

健保醫療費用支出，由85年的2,229億元上升到86年2,376 億元，到87年升至2,623 億元，遠超過保費收入的2,605 億元（中央健保局全球資訊網-全民健康保險統計），健保開辦三年即出現保費收入與醫療費用支出不平衡，導致全民健保的財務開始呈現虧損現象。

健保局自85年起即積極規劃多項前瞻性支付制度，包括：總額支付制度、論病例計酬制、論人計酬制等。期能改善論量計酬支付制度醫療費用過度膨脹的缺點，達到有效控制醫療費用合理成長及促成醫療院所自主管理的目標。

總額支付制度推動的時程，86年於牙醫門診先行辦理，89年中醫門診實施，西醫基層總額支付制度亦於90年開始推行，91年正式實施醫院總額支付制度，總額支付制度具有協商機制，可以消弭健保局與醫療服務提供者之間的利益衝突；並可透過醫療費用總額預算的重新分配，解決資源分配不均的問題。

我國目前實施的總額支付制度特點在於：採支出上限制，總額以前一年的實付醫療費用加上經協定的成長值計算。採分區預算制，全國分為六區，逐年漸進達成依保險對象人數比例分配總額，各區按季再以論量計酬方式回溯計算每點金額支付醫療服務提供者，因此六區各季每點金額是浮動的。另外，在需保障或鼓勵之醫療服務項目，採固定點值預先扣除，以保障其醫療服務費用，達成改善醫療生態健全體制的政策目的（全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯）。

台灣健保局實施DRGs主要是為了扼止論量計酬制度下的醫療資源浪費，參考美國制度內容與各國實施經驗，參酌我國的民情，經由學者專家及各醫學會的討論，共分為五階段實施DRGs。DRGs是符合全民健康保險法同病同酬原則，以住院病患的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，同時依各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的包裹支付點數。自99年1月1日實施DRGs支付制度，99年期間只實施原來住院論病例計酬為主的155項DRGs，其他群組仍採現行論量計酬，逐年

增加DRGs實施的範圍，等到民國103年時，就全面採用DRGs支付制度。

在DRGs制度下若醫院機構提供有效率的醫療服務、減少不必要手術、用藥及檢查等，醫院就可以減少醫療成本並增加收入；反之，若醫院仍以多提供醫療服務就是多賺，或因醫療疏忽、管理不當，以致延長病患住院日數或產生不良後遺症，醫療成本相對增加，則醫院收入相對會減少，故DRGs制度之實施目的在促使醫院治療病人時，更應以病人為中心，發展臨床路徑，讓病人得到更好、更有效的醫療品質。

近年來推行健保制度的國家都期望透過支付制度的革新去化解醫療費用上漲的困境，其改革趨勢為透過醫療給付的計價單位與方式的改變，在維持一定的醫療品質前提下，醫療服務提供者自行調節其成本與服務量。在健保機制的設計上，主要是透過讓醫療機構承擔部份財務風險或給予適度的財務誘因去進行必要的管控，醫療機構必須更為重視本身的經營效率，因此興起許多醫療機構推行管理手法與工具。

#### 第四節 個案醫院介紹

##### 一、使命、願景及核心價值

個案醫院自 97 年全面導入平衡計分卡制度並成為經營管理主軸，該院

使命、願景及核心價值：

- 使命：追求卓越的醫療、教學及研究，以增進榮民、一般民眾以及全人類的健康
- 願景：成為全國民眾最信賴，醫事人員最嚮往，教學研究與經營管理最優質的標竿醫學中心
- 核心價值：愛心、誠信、當責、品質、團隊、創新

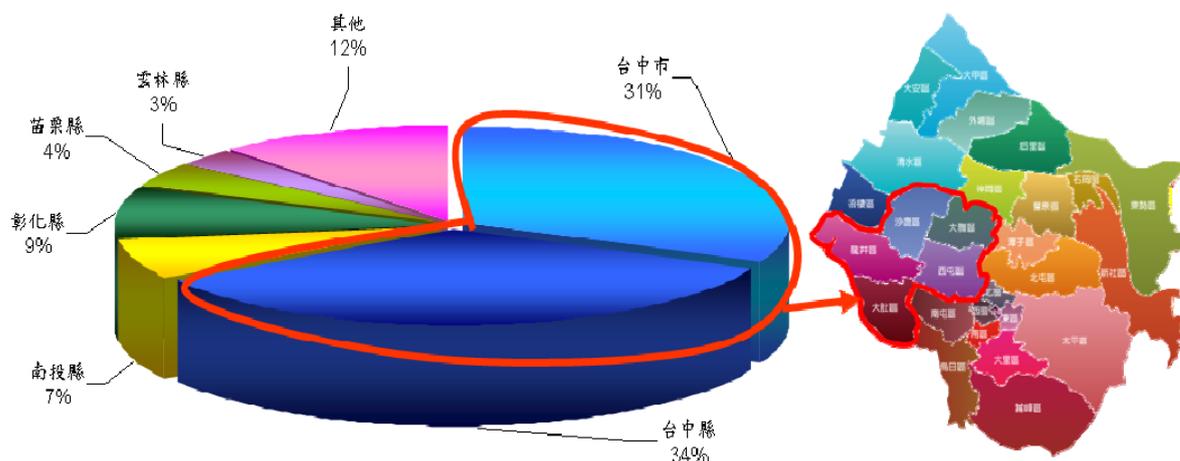
由上述使命、願景及核心價值，經由環境分析工具，制定醫院經營策

略方向，透過平衡計分卡策略管理工具，以六大策略主題為經，四大構面為緯，建構出策略目標。

## 二、地理位置

國內達醫學中心標準者計二十三家，屬公立醫學中心者六家(台大醫院、成大醫院、台北榮總、台中榮總、高雄榮總、三軍總院)，個案醫院地屬中區，為新竹以南、嘉義以北地區唯一公立醫學中心，主要服務對象為中部地區民眾（含台中市、彰化縣及南投縣），如圖3.3所示。

病患來源縣市別分析(96-99年平均)		
縣市別	人次	累計百分比
台中市	445,364	31.53%
台中縣	488,822	66.13%
南投縣	92,360	72.67%
彰化縣	124,054	81.45%
苗栗縣	57,466	85.52%
雲林縣	38,379	88.24%
其他	166,138	100%

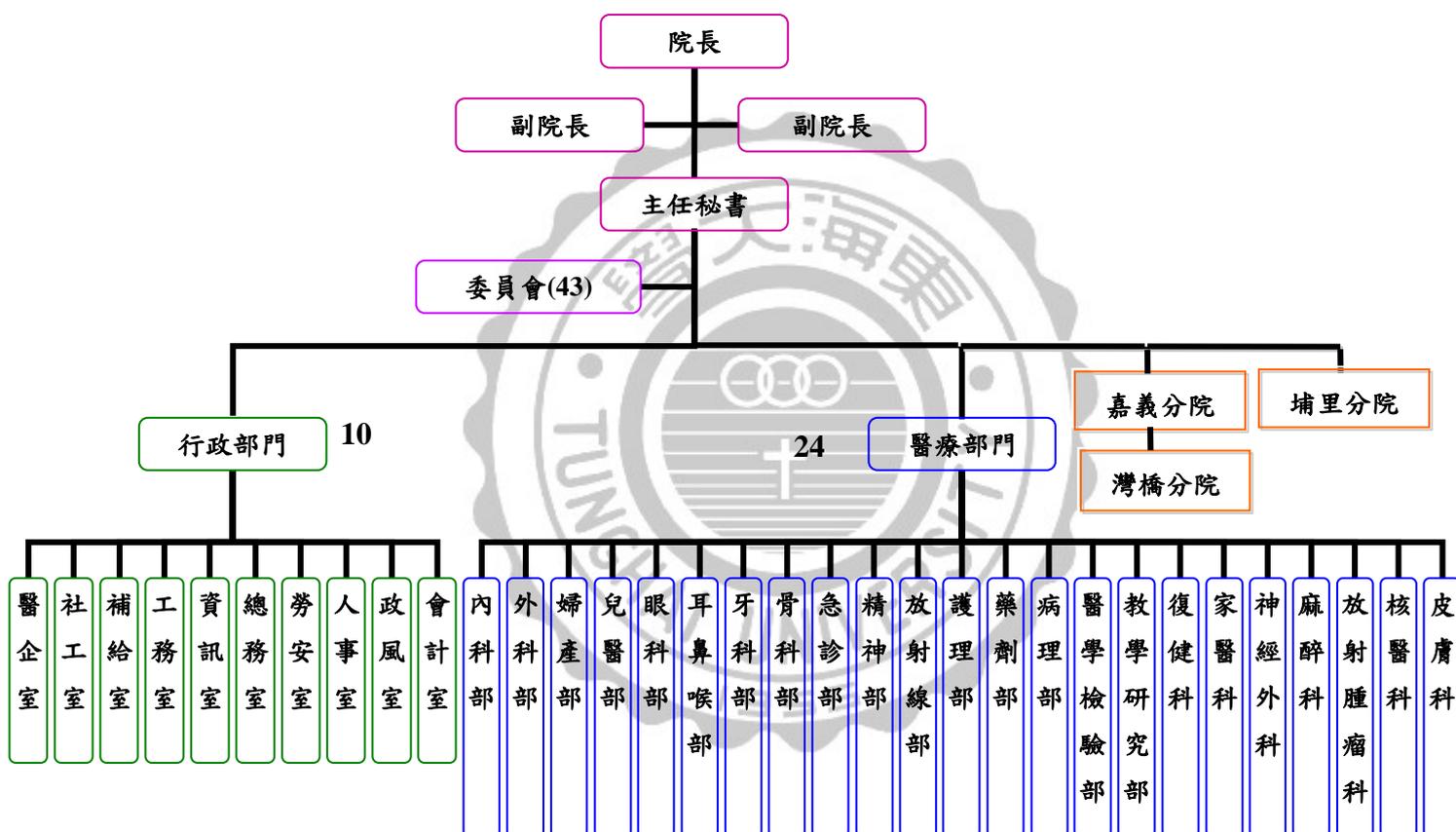


資料來源：本研究整理

圖 3.3 個案醫院病患來源分析

### 三、組織架構與人力編制

組織編制除院本部置有院長(1)、副院長(2)、主任秘書(1)外，下轄 34 個一級單位與 97 個二級單位，組織架構如圖 3.4；院內員工人數 3,339 人(不含外包人力)，成員類別計含醫師、護理、醫事技術與行政人員，人力結構與學歷分佈狀況如表 3.9 與圖 3.5。



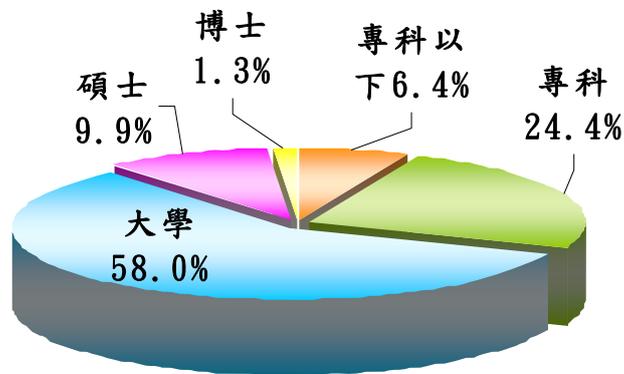
資料來源：個案醫院網頁

圖 3.4 個案醫院組織架構

表 3.9 人力結構表

類別	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年
醫師	516	528	549	574	616	662	699
護理	1,166	1,236	1,367	1,336	1,380	1,484	1,563
醫事	462	494	504	521	541	567	591
行政	492	482	477	496	546	528	576
總計	2,636	2,740	2,797	2,927	3,083	3,241	3,429

資料來源：本研究整理



專科以下	專科	大學	碩士	博士
215	814	1,937	329	44

資料來源：本研究整理

圖 3.5 學歷分佈圖

#### 四、營運規模

醫院現有 96 間診間、1520 張病床，病床配置如表 3.10（七年間無變化）。100 年醫療服務量年門診人數 165 萬人次(6,000 人次/日)，急診人數 6.8 萬人次(187 人次/日)，住院人數 40 萬人日(1,104 人/日)，手術 35,273 人次，佔床率 90%（含特殊病床）。98~100 年醫療服務量統計如下表 3.11。

表 3.10 病床配置

類別	急性病床		特殊病床								
	一般	精神	加護	呼吸 照護	燒傷	嬰兒 床	嬰兒 病床	血液 透析	手術 恢復床	安寧 病床	觀察床
床數	975	70	136	12	8	25	20	40	36	23	175
	1,045		475								
總床數 1,520 床											

資料來源：本研究整理

表 3.11 個案醫院 98~100 年醫療服務量統計

項目		98 年	99 年	100 年
門診人次	合計	1,510,786	1,630,106	1,650,138
	每日平均	5,596	6,037	6,112
急診人次	合計	63,822	66,095	68,340
	每日平均	175	181	187
手術人次	門診	10,430	11,028	11,269
	住院	21,974	22,445	22,863
	急診	747	862	1,141
住院人日	合計	393,385	398,866	402,856
	月平均	32,782	33,239	33,571
住院人次	合計	47,506	49,812	50,076
	月平均	3,959	4,151	4,173
佔床率(急性一般)		88%	89%	90%
平均住院日(急性一般)		7.26	6.93	7.95

資料來源：本研究整理

## 第肆章 個案醫院實施平衡計分卡之經驗探討

個案醫院為突破經營困境，93 年開始導入平衡計分卡，94 年正式運作，執行迄今已有 7 年時間。回顧經營初期，從可行性評估、導入、執行到失敗（94~96 年）；97 年針對以往缺失修正、調整後重新啟動，經戮力執行，獲致優異之成效（98~100 年）。兩次的執行不論是事前的準備、導入的方法、推動的步驟都作了顯著之調整；醫院的使命、願景、核心價值、營運策略共識的凝聚與形成、以及關鍵績效指標的尋找方法，也都有了明顯的差異；策略地圖中財務構面由最上層移至底層。相同的經營背景，不同的作業手法導致了迥異的經營表現。

以下分就個案醫院 7 年間兩次執行平衡計分卡之推動背景、執行步驟及推動成果差異分析如次：

### 第一節 93~96 年「平衡計分卡」執行狀況

#### 一、導入平衡計分卡背景

個案醫院於民國 71 年成立，84 年納入健保體系，為中部地區第一家醫學中心。健保開辦以前，服務對象主要以榮民榮譽為主，另開設民眾診療部提供公、勞、農保及一般自費民眾之醫療服務。營運初期醫院之醫療收入絕大部分（用人、設備經費）來至於公務預算之挹注，少部分自籌。民國 75 年榮民醫療體系改制為醫療作業基金，公務預算逐年遞減，醫院之經營逐漸走向自給自足。84 年以前台灣之社會保險（公勞農保）採論量計酬給付醫療費用，個案醫院憑藉領先之醫術、新穎之設備及優異之品牌、擁有不錯的營運績效。惟健保開辦三年即因收支缺乏連動等因素影響財務收支失衡，為抑制醫療費用快速膨脹，87 年開始於論量計酬給付制度下推出一系列緊縮措施，諸如自主管理、卓越計畫等。91 年更推動總額支付制度，限制了醫院的發展。

由於醫療收入遭框列，經營益形艱難。個案醫院為突破困境，積極尋求績效改善方法，93年以院內研究案的方式導入「平衡計分卡」純粹是為了想藉由此項管理工具改善醫院營運狀況提昇經營效能。

## 二、導入過程

個案醫院參考Kaplan和Norton的平衡計分卡理論架構為主，進行導入與推動作業。以下為個案醫院第一次導入平衡計分卡之推動步驟，如圖4.1所示。

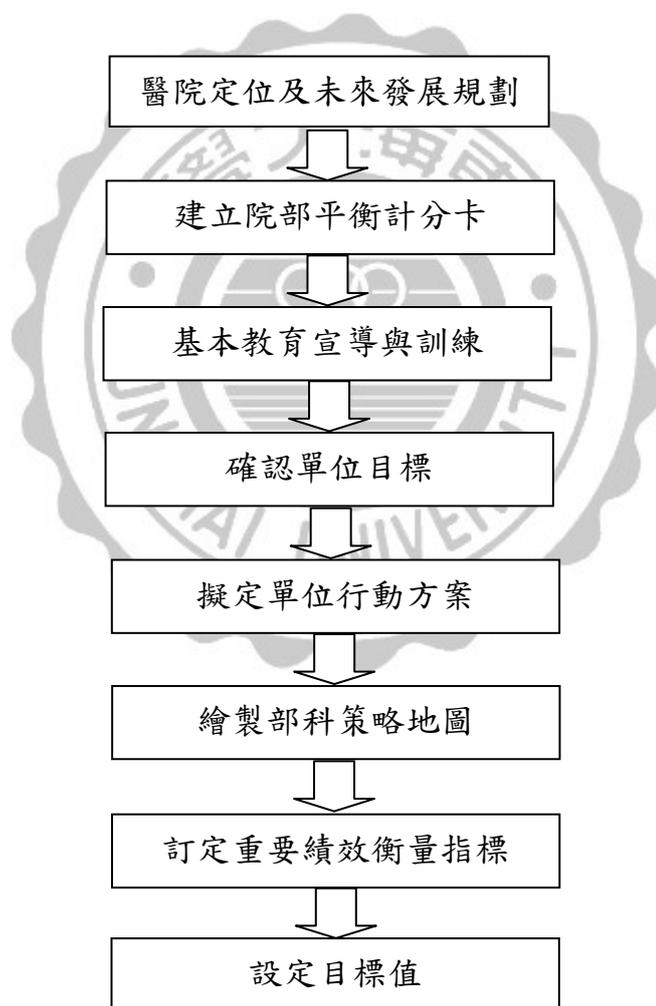


圖 4.1 個案醫院第一次推動平衡計分卡步驟圖

## (一)醫院定位及未來發展規劃

醫療經營生態隨科技發展與保險制度緊縮，醫院之經營管理愈形艱難。為達永續經營之終極目標，醫院之使命、願景、發展定位與目標必須更加明確與精實。在建立平衡計分卡系統之前，前置作業內容在確定醫院之使命、願景俾作為制定組織營運策略方向之準據。透過內外部環境之SWOT分析後該院訂定使命、願景如下：

- 1.使命：
  - (1)以照護中區榮民（眷）之健康為創院宗旨，以服務、教學、研究為使命。
  - (2)提供病患安全、溫馨、高品質的醫療照護。
  - (3)創造員工以院為榮，樂於工作的環境。
  - (4)培育優秀之醫護、技術、行政、教學及研究人員。
  - (5)推動社區健康照護及保健服務，以維護中區民眾之健康，提升其生活品質。
- 2.願景：
  - (1)期許醫院成為中部民眾的健康守護者，並發展為台灣地區全人照護的一流醫院。
  - (2)善盡公立醫學中心之責任，並為二十一世紀之人類生命健康做出貢獻。

## (二)建立院部平衡計分卡

依據上述願景、使命制定個案醫院之目標及其行動方案，並繪製策略地圖。衡量指標則依據院級策略目標、行動方案設定之，並設定目標值、資料收集頻率及負責單位，KPI計有財務構面8項指標、顧客構面4項指標、內部流程構面8項指標、學習成長構面6項指標，共計26項指標。院級平衡計分卡策略地圖如下圖4.2。

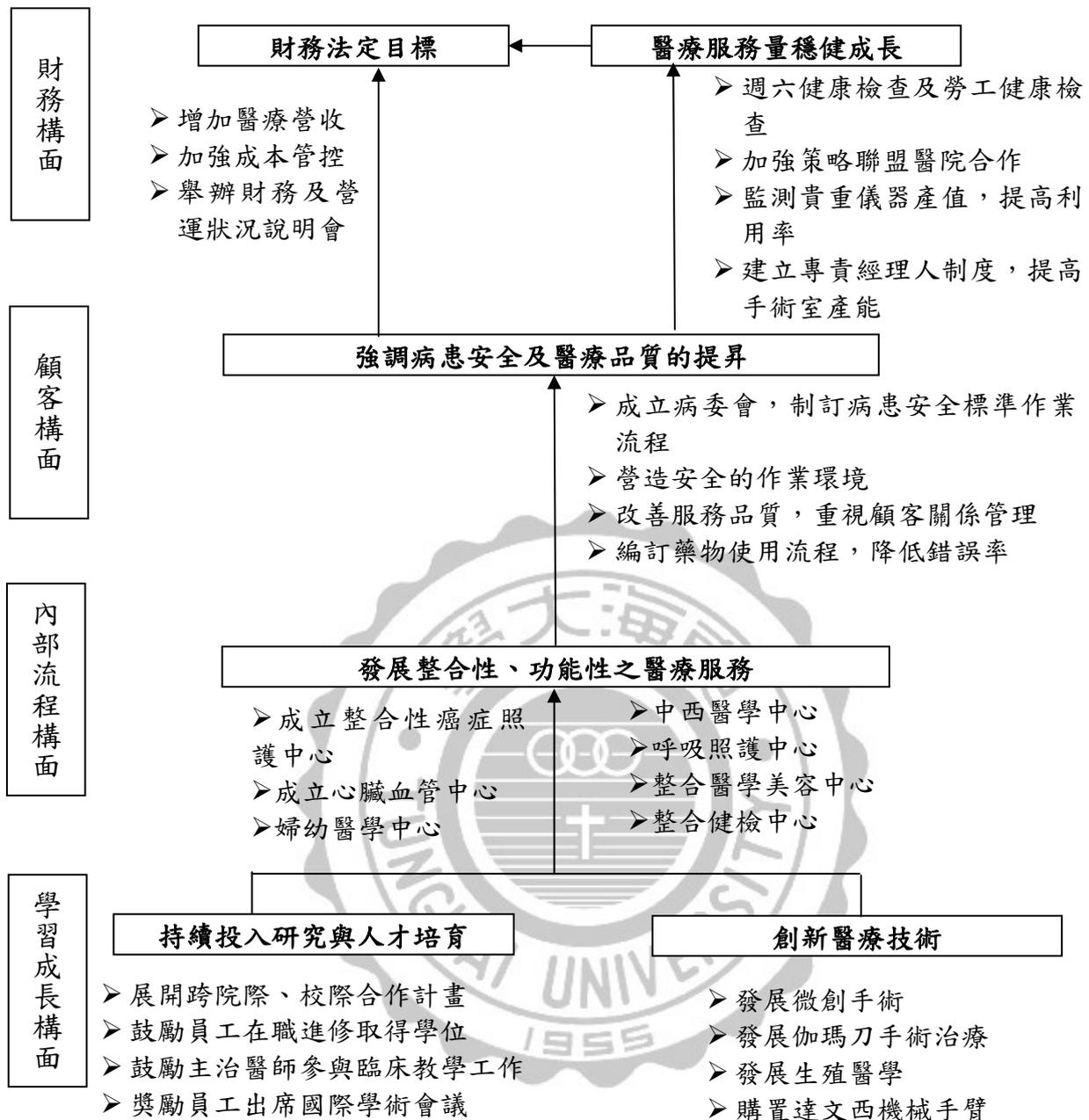


圖 4.2 個案醫院 93 年院級平衡計分卡策略地圖

### (三) 基本教育宣導與訓練

前置作業完成後，便要將平衡計分卡之理念傳達至全院各單位。計畫研究小組聘請專家學者於院內展開全院演講說明會、教育訓練與實施部科訪談，宣達醫院的願景與策略。

#### (四) 確認單位目標

將平衡計分卡策略目標下展至所屬一二級單位之作業。此階段之重點在於聽取下展單位之建議與期望，協助各單位與院方經營管理理念上取得一致共識。深切了解醫院營運策略方向與設定目標，並據以訂定單位之目標。

#### (五) 擬定單位行動方案

目標確認後，計畫研究小組隨即協助各下屬單位進行目標行動方案之擬訂與規劃。

#### (六) 繪製部科策略地圖

根據下展單位所提出之具體目標及行動方案，藉由因果關係之連結將其轉化為策略地圖。

#### (七) 訂定重要績效衡量指標 (Key Performance Indicator, KPI)

績效指標之訂定主要發展自下展單位所提之行動方案，同時考慮到指標目標值、資料來源以及指標達成之責任歸屬。

#### (八) 設定目標值

透過計畫執行小組與各單位會議討論方式，進行指標目標值之設定，會議主要目的討論單位所制訂之績效指標及目標達成值是否符合全院整體目標。

### 三、推動成果

表 4.1 個案醫院 94 與 96 年平衡計分卡執行績效比較

構面	KPI名稱	93年	94年		96年			
		實際值	目標值	實際值	達成率	目標值	實際值	達成率
財務 構面	醫療收入(億)	64	70	64	91%	70	65	93%
	損益率(%)	0.05	0.5	0.06	12%	0.5	0.04	8%
	主治醫師生產力(萬)	230	240	244	102%	250	227	91%
顧客 構面	醫療糾紛案件數	7	0	9	0	2	8	25%
	醫師門診逾時次數(月)	20	15	22	68%	10	28	36%
	門診滿意度	80	85	80	94%	85	82	96%
內部 流程	超長期住院率	11.50%	<10%	4.68%	214%	<10%	11.96%	84%
	第一台刀準時下刀比率	42%	>80%	40%	50%	>80%	43%	54%
學習 成長	SCI論文發表篇數	125	140	87	62%	154	122	79%
	衛生署定專科主任具部 定講師以上資格	85%	100%	88%	88%	100%	95%	95%

資料來源：本研究整理

上表係將執行期間（93~96年度）操作型定義相同之KPI予以彙整比較，從中觀察個案醫院實施平衡計分卡之成果。以下分別從財務、顧客、內部流程、學習成長四項構面探討如次：

#### (一)財務構面指標

財務指標計有醫療收入、損益率、主治醫師生產力。擴增醫療收入為醫院首要達成之目標，未實施平衡計分卡前（93年）年醫療收入64億，執行期間分年目標值均設定為70億，經實際執行未達65億；損益率實施前實際值0.05%（約為400萬元/年），目標值設定為0.5%（約為4,000萬元/年），經實際執行損益率介於0.04—0.06%之間（400~600萬元/年）。95年度更因健保醫療折讓（點值稀釋）大幅提高，產生巨幅虧損（3億餘萬元）；主治醫師生產力實施前230萬/月，94年達成率102%，96年度醫療收入雖較94年度微幅增加1億，但因主治醫師人數增加，生產力反而下降（91%）。

## (二)顧客構面指標

顧客指標計有醫療糾紛案件數、醫師門診逾時次數(月)、門診滿意度。未實施平衡計分卡前，發生醫療糾紛案件數7件/年，94年訂定目標值0件(不切實際)。經實際執行實際發生9件/年；96年度8件，指標達成率僅達25%(含)以下；醫師門診逾時次數—醫師準時到診與否直接攸關顧客(病人)滿意度高低。依指標監控實際值觀之，達成率不到70%，96較94年度逾時次數每月更增加了6次之多，門診滿意度自然無法提升。

## (三)內部流程指標

內部流程指標超長期住院率、第一台刀準時下刀比率。超長期住院率指標—係指三十日以上超長期住院佔總住院人日比率，攸關醫療服務品質及住院醫療收入，未實施計分卡前佔住院人日11.50%，94年度經實際執行獲得具體改善(4.68%<10%)，96年實際值(11.96%>10%)呈現不穩定狀態；第一台刀準時下刀比率—為提昇醫療服務品質減少手術病人等候時間，設定每日上午第一台刀準時下刀次數佔開刀房每月總開刀日數比率。未實施計分卡前比率42%，94及96年設定目標值均為>80%；分年執行比率40%、43%，達成率偏低。

## (四)學習成長

學習構面計有SCI論文發表篇數、衛生署定專科主任具部定講師以上資格等兩項。SCI論文發表篇數—未實施前125篇/年；96年目標值154篇/年，實際值122篇/年，與未實施前產出篇數相近，目標達成率未達80%；衛生署定專科主任具部定講師以上資格，經比較實施前後指標，部定講師雖年年成長85%<88%<95%，但仍未達標。

從以上分析可以看出，四項構面指標不論是財務、顧客、內部流程亦或學習成長實際值與目標值差距甚遠，未達目標值的情況極為普遍。財務構面中的「損益率」與「主治醫師生產力」指標甚至有退步的狀況；顧客構面「醫療糾紛案件

數」與「醫師門診逾時次數」攸關醫療服務品質、病人安全與顧客滿意度高低，指標達成率僅分別為25%及36%，經過三年執行無具體改善。經審視檢討該院第一次推動平衡計分卡最大的問題是設定的KPI看不到與醫院的策略目標相連結與因果關係呈現，更遑論依據關鍵成功指標訂定之具體行動方案。個案醫院在缺乏經驗以及推動層級不高且施行範圍不足情況下，平衡計分卡制度最終僅淪為目標(KPI)管理，當然就無法發揮平衡計分卡的功效。

## 第二節 97~100年「平衡計分卡」執行狀況

### 一、再次推動平衡計分卡背景

衛生署與醫策會對醫院醫療品質（內部流程面）、病人安全（顧客面）及臨床教學研究品質（學習成長面）及醫院之經營管理之要求，是以醫院評鑑的方式來督促醫院對以上層面的重視。因此不論是經營管理層面長期營運之改善或醫院評鑑之需要。平衡計分卡制度所強調的策略經營與管理以及四個構面的因果關係與均衡發展，就成為醫院經營者最完美契合的管理工具。個案醫院二度引用平衡計分卡作為策略管理平台及營運管理工具係基於以下需求因素：

#### (一)內部經營管理需求

在目前市場競爭之醫療產業環境下，醫院經營尤其需講求營運策略之正確，明確指出發展的策略方向與目標，再經過各項改善作業活動，並透過領導、經營、與執行工作團隊的努力與具體執行，方得以克盡全功。平衡計分卡從策略的擬訂，至策略展開、執行與監控，為一整體之策略管理系統，正好吻合現代醫院管理需求。個案醫院其實並不缺策略，主要問題的癥結係策略的形成品質、員工的瞭解程度及是否被成功的具體貫徹與執行。醫院領導

者深信平衡計分卡可以將營運策略轉化為明確的績效指標並加以衡量與管理。只要實施基本條件俱足（諸如全員共識建立，資源配合到位、資訊系統建構...等），推動的手法正確，人的因素掌握，推動的時點適當等條件配合下，應可成功的導入與執行是項管理工具，成為醫院績效管理運作平台，有效提昇經營績效。

## (二)新制醫院評鑑要求

新制醫院評鑑種類計分為醫院層級及教學醫院評鑑、評鑑醫院等級高低（醫學中心、區域醫院、地區醫院）作為健保特約與醫療保險費用給付之依據，評定層級越高則給付點值愈高，另教學醫院評鑑等級則作為醫院是否能夠招收住院醫師、醫學院實習學生或護理、技術生成為教學訓練醫院之依據。醫院層級評定影響保險費用給付，教學醫院評鑑影響住院醫師人力來源，對醫院之經營與運作影響重大，各級醫院均極為重視。醫院評鑑內容計分為兩大部份「經營管理」與「醫療照護」。經營管理評鑑基準係指醫院的制度與規劃設計（infrastructures），醫療照護評鑑基準主要在評量依循經營管理主軸運作後（process）醫院的具體成果呈現（outcome）；兩者最終目的皆指向以病人導向的優質醫療照護。

經營管理篇第一章開宗明義亦明白指出，醫院的經營遵循成立宗旨，擔負的使命、願景與目標擬定策略訂定醫院的整體發展方向、定位與文化，透過每項策略的規劃與執行，實質的領導建構符合醫院定位的文化，穩健的經營醫院，發展以病人為中心的醫療。由於新制醫院評鑑對於醫院經營管理要求與平衡計分卡設計之精神與內涵有相當程度的契合，促使醫院管理階層決議將93年推行的平衡計分卡制度，進行全面性檢討，重新於97年再次啟動，期望因為平衡計分卡的導入與執行給醫院帶來嶄新的營運契機，創造組織未來績效的指引。

## 二、平衡計分卡推動步驟

個案醫院推動平衡計分卡步驟基本上是依據文獻探討中Kaplan和Norton導入方法論中之實施步驟為藍圖，並考量醫院之經營屬性與組織文化做適度的修正與調整，在外部顧問公司的引導下進行導入與推動的各項作業。由於前次推動不成功經驗，為免重蹈覆轍，醫院領導與管理階層除在規劃作業中努力祛除以往執行缺失外並在導入前做了長時間的準備工作。尤其是在員工健康心態養成，全員共識建立，專業知識的教育訓練上都做了極深的著墨與深化，依研究者觀察，個案醫院尤其特殊之處是院方一直努力培養與建構學習型的組織文化，在長時間的營造與薰陶下，員工心態比較不同於其他公務體系，較為樂於學習與接受新的事務。在建構平衡計分卡制度之前，該院已先行導入了知識管理平台（KM）；標準化流程再造。並通過了ISO9001認證及榮獲行政院國家品質服務獎。該院為了使平衡計分卡能夠成功導入與推動並成為績效管理的平台。有計畫性的將執行步驟劃分成四大階段 1.準備階段、2.共識形成階段、3.策略釐清階段 4.執行控管階段循序進行。各階段內容敘述如次。

### (一)準備階段

#### 1、進行評估作業

個案醫院導入平衡計分卡制度之前為求審慎，於民國97年先以院內研究案的方式進行可行性評估，研究案主持人層級提升至副院長，參與人員含括醫行、人事、會計、及相關醫療主管。評估完成後、隔年成立BSCO（平衡計分卡辦公室）以專案的形式推動是項制度。

#### 2. 領導者宣示決心、親自帶動組織變革

當組織面臨重大的衝擊與挑戰時，管理者需要為組織培育出新的文化，進而帶動組織的變革。實施平衡計分卡制度是一項變革行動，在組織裏推動

變革光靠工具、流程是不夠的。高階管理團隊是否積極投入身體力行才是成功關鍵。個案醫院領導者—院長為讓醫院一、二級主管核心幹部有意願接受變革，除經常利用各項集會明確宣示醫院推動平衡計分卡制度的迫切性與堅持貫徹執行決心外，並透過各種溝通管道說明醫院的願景與短、中、長程發展規劃，凝聚全院共識，做好導入前之員工心理建設。

### 3. 辦理專案管理師訓練

為因應平衡計分卡專案管理推動模式需要，於院級及部科單位中遴選人員接受專案管理師（PMP）專業訓練，並取得證照。作為推動平衡計分卡作業時之專案管理人員，協助平衡計分卡專案推動與執行。

### 4. 成立平衡計分卡專責辦公室

在醫務企管室轄下成立專責任務編組單位，除組長一人為兼任外，其餘皆為專責人員負責平衡計分卡的推動與執行作業。

### 5. 聘請外部顧問公司協助導入

延聘有經驗之外部顧問公司，除借重其專業，減少自行摸索可能遭遇之錯誤。另基於外來的和尚會念經的普遍心理，在正式推動時比較不會遭遇醫院內部的阻力，再者也可以減輕專案辦公室（BSCO）的工作負擔。

### 6. 加強員工教育訓練、增進平衡計分卡專業知識

舉辦研討會、讀書會、專家演講、院內知識系統及標竿醫院參訪等方式，研討會係由顧問公司提供相關書單，一級主管以上皆須按進度閱讀，然後舉行讀書會分享心得，在作業方式上先加強一級主管對於平衡計分卡的認知與專業知識，再藉由主管推廣到各單位員工，以建立員工對於平衡計分卡的正確觀念與塑造學習型組織文化。

### 7. 建立經營團隊

個案醫院在推動團隊組成可分為院內專案團隊與外部顧問公司，其團隊組織結構如圖4.3，外部顧問公司主要規劃一套導入平衡計分卡之流程與進

度；內部團隊則組成平衡計分卡辦公室，並且挑選特定員工參與專案管理師訓練及培養種子教師，以利專案的推行與持續發展。

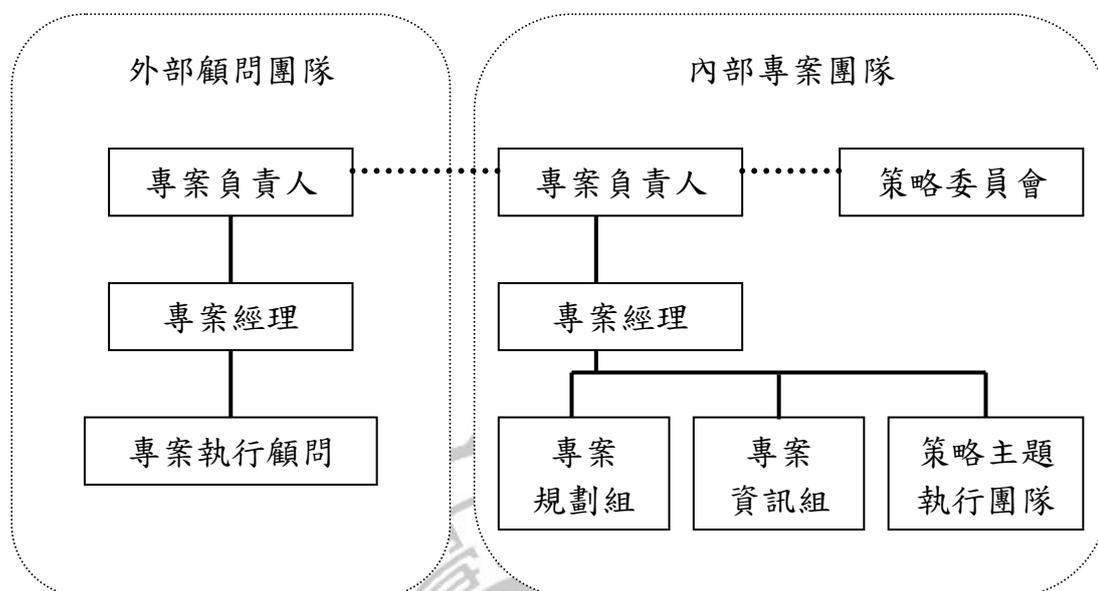


圖 4.3 個案醫院專案團隊組織圖

## (二) 共識形成階段

此階段重點為澄清使命、願景及核心價值。轉化並清楚的詮釋策略，將個案醫院策略聚焦且形成共識，其執行步驟如圖4.4所示。

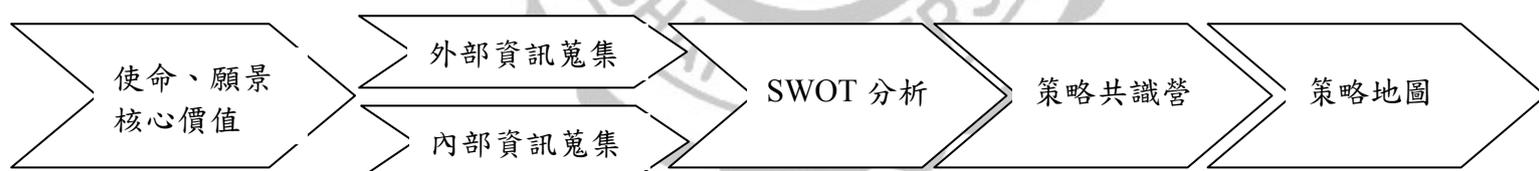


圖 4.4 共識階段執行圖

### 1. 醫院使命、願景與核心價值

為確立醫院之使命、願景及核心價值，必須思考三個問題：醫院存在之目的與價值、醫院堅持之信念及未來營運發展方向。經過專案團隊兩次訪談各層級主管討論後形成共識。

- 使命：追求卓越的醫療、教學及研究，以增進榮民、一般民眾以及全人類的健康
- 願景：成為全國民眾最信賴，醫事人員最嚮往，教學研究與經營管理最

優質的標竿醫學中心

➤ 核心價值：愛心、誠信、當責、品質、團隊、創新

2. 內外部環境SWOT分析

經由平衡計分卡辦公室先將健保支付政策或醫院經營相關文件與資料，交予醫療與行政單位之一級主管及內外部科一、二級主管當作參考，再經由問卷訪談方式蒐集各主管的意見，由平衡計分卡辦公室彙整SWOT分析表(如表4.2)，由院長主持策略委員會上，與中高階主管，針對醫院內部優勢與劣勢，以及外部環境的機會與威脅進行一起進行討論分析，並據以制定醫院營運策略。個案醫院SWOT分析詳如下表4.2。

表 4.2 個案醫院 SWOT 分析表

Strengths(優勢)	Weaknesses(劣勢)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫師專業與敬業態度佳</li> <li>• 重症醫療技術、居市場領先地位</li> <li>• 醫療設備新穎</li> <li>• 醫院品牌知名度高</li> <li>• 臨床教學品質優異、醫事人員嚮往</li> <li>• 榮民醫療體系健全、垂直整合功能佳</li> <li>• 新門診大樓之興建增加醫療服務量</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 公立醫院體系用人成本較高</li> <li>• 受限法規與預算採購制度，組織經營較不具彈性，市場應變能力較差</li> <li>• 組織成員心態較易抗拒變革</li> <li>• 地理位置較為偏僻</li> </ul>
Opportunities(機會)	Threats(威脅)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 發展尖端醫療，強化差異特色</li> <li>• 與異業結合，發展觀光醫療</li> <li>• 產官學合作，研發專利技術</li> <li>• 榮民醫療體系整合，提升整體競爭力</li> <li>• 掌握榮民醫療優勢，發展高齡醫學</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫療政策限制，床位擴增不易</li> <li>• 區域內同儕醫院規模擴大，競爭加劇</li> <li>• 政府公共醫療政策，增加健保病床比率，營收減少</li> <li>• 政府用人政策轉向，降低契僱人員比率，正職與契約人員結構板塊移動，營運成本增加</li> </ul>

資料來源：個案醫院

依據SWOT分析並考量醫院自身核心競爭能力，鎖定臨床、教學、研究…等各項策略議題擬定策略方案並以「策略主題」形式結合顧客、流程、員工學習成長與財務四大構面描繪出的策略地圖呈現未來醫院在醫療專

業、醫品病安、教學、研究與財務規劃等發展策略方向。

### 3. 舉辦策略共識營

策略共識營之目的在於就醫院發展策略凝聚共識，並就當年度醫院策略執行與控管重要議題進行討論及經驗分享。全院一二級主管匯聚一堂，就情境分析(SWOT)與策略發展方向進行開放式討論；決定醫院發展策略。聚焦於下列策略議題，醫療專業、病人安全、教學與研究、經營績效、社會責任等。

會議中為強化同仁對平衡計分卡之認知與運用，邀請到專家學者演講與指導，進行學術與實務雙方的互動交流，期望在共識營活動中能夠激盪出更多不同的思維，並對平衡計分卡的執行及應用有更進一步的瞭解，逐步落實醫院未來的策略藍圖。

### 4. 繪製全院策略地圖

策略地圖乃是策略目標及行動方案間的橋樑，策略地圖扮演演繹與轉化抽象策略之功能。由共識營所聚焦之六大策略議題，經過精化與修訂，形成六大策略主題，配合平衡計分卡四大構面，構成個案醫院策略地圖(如圖4.5)。

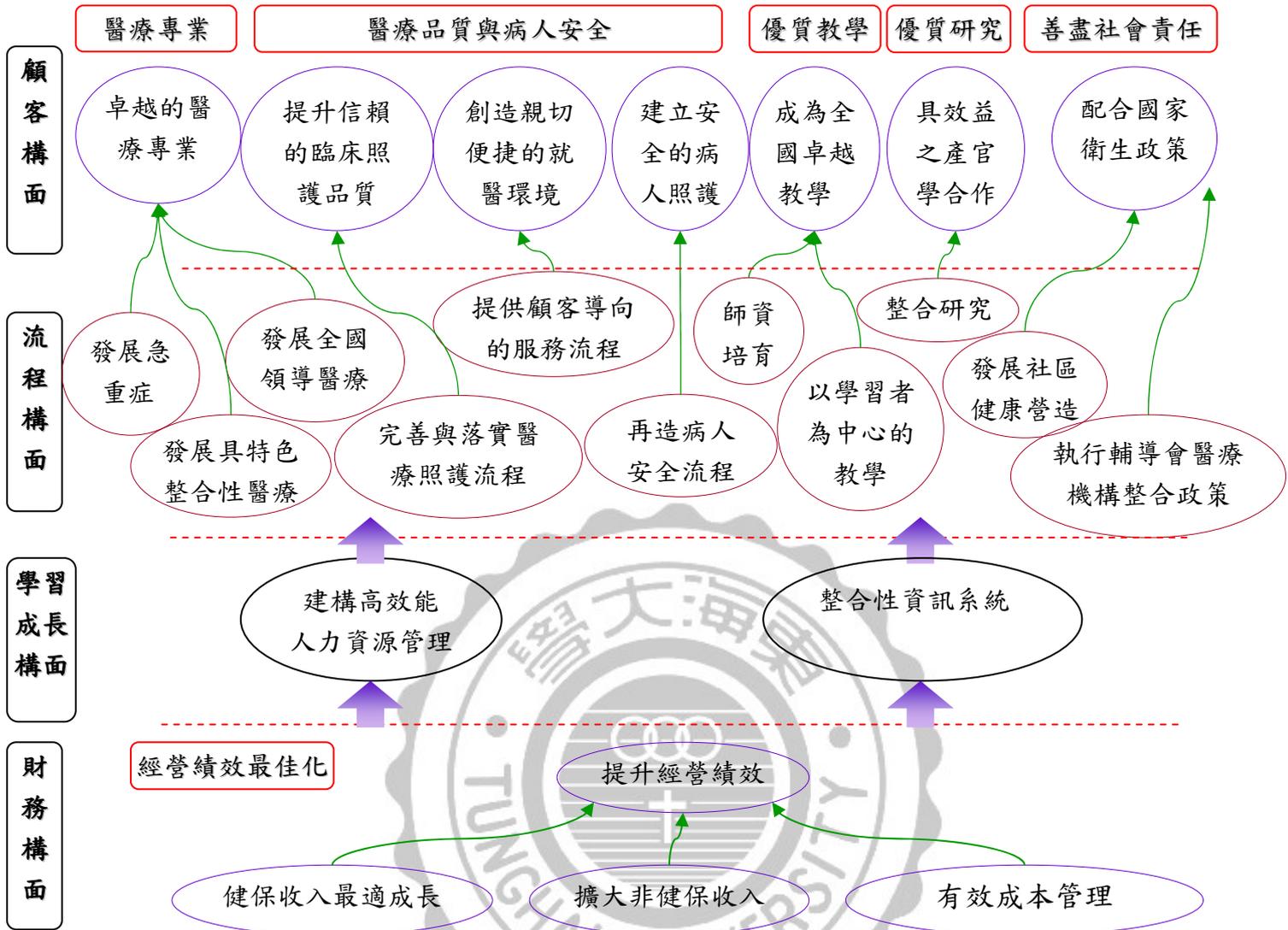


圖 4.5 個案醫院 98 年策略地圖

### (三)策略釐清階段

此階段主要係從發展策略主題開始，進而擬定各策略主題之策略目標，接著利用各種分析工具尋找關鍵績效指標，訂定KPI監測策略之執行落實程度並使之轉化成行動方案，策略釐清階段執行步驟如下圖4.6。

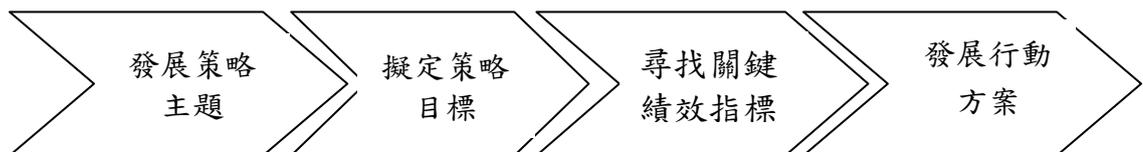


圖 4.6 策略釐清階段執行圖

## 1.發展策略主題

在全院策略共識營中形成的策略議題構築成全院未來發展的策略地圖，經平衡計分卡專案小組做細部彙整後報請「策略委員會」討論後核定。由院長主持的策略委員會中，經策略委員們充分討論、修正、聚焦後，全院共形成六大策略主題：(1)醫療專業(2)醫療品質與病人安全(3)優質教學(4)優質研究(5)經營績效最佳化(6)善盡社會責任，定義如下表4.3。

表 4.3 六大策略主題定義彙整表

策略主題	定義
醫療專業	醫療專業是由已取得各類醫事領域專業證照，具備專業知識和技能，有資格依照所屬專業共同規範和倫理守則，自主執行或跨專業團隊合作，增進生命及健康的質或量
醫療品質與病人安全	醫療品質： 醫療品質涵蓋醫療的臨床品質與服務品質，以整體品質管理為策略。臨床品質是以實證醫學為基礎的醫事人員對醫療臨床作業執行的狀況；服務品質是指醫病溝通、臨床周邊設施與工作、硬體環境、行政手續、醫療費用及服務態度等品質 病人安全： 在醫療與照護過程中所採取的必要措施，預防及減少病人不良的結果或傷害，包括預防錯誤、偏誤與意外
優質教學	培育熱忱優良的教師，提供以學習者為中心的教學，成為全國各類醫事人員最嚮往的卓越教學標竿醫院
優質研究	具獨特性、前瞻性、創新性、實用性之醫學研究
經營績效最佳化	業績比較之成長與否、各項開支執行節流的效益、員工績效之數據分析
善盡社會責任	以人為主體，以社區為核心，推動與配合國家衛生政策、積極參與及推廣社區民眾身心靈健康之活動，以達成全民健康促進者之任務

資料來源：個案醫院

為使六大策略主題能順利展開與執行，並依各策略主題訂定其策略目標及KPI，專案小組規劃「策略主題執行團隊」，選定院內與各策略主題相

關且業務熟悉之成員，透過各策略主題執行團隊的參加與充分討論，釐清各策略主題之定義、訂定策略目標與關鍵績效指標之設定。

策略主題執行團隊包含召集人、負責人、KPI owner、執行秘書、團隊成員、平衡計分卡專案小組，各相關工作人員之任務如下表4.4所示。

表 4.4 策略主題執行團隊各成員任務

對象	任 務
召集人	➤ 資源整合協調及爭議事件之仲裁者
負責人	➤ 負責該議題執行成效，並指派院級 KPI 之所屬成員
KPI owner	➤ 負責院級 KPI 之執行成敗，並協調與督導行動方案之規劃、執行與改善
執行秘書	➤ 負責行動方案會議議程掌控、文件管理與產出文件之追蹤
其他團隊成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 針對策略議題之地圖所對應之相關策略目標進行關鍵成功因素分析，進而找出關鍵績效指標(KPI)</li> <li>➤ 定義 KPI 以及其衡量公式</li> <li>➤ 行動方案之規劃、執行與改善</li> <li>➤ 確認 KPI 之承接部科</li> </ul>
專案小組成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 協助安排會議、聯繫、資料準備、會議記錄整理、進度管控</li> <li>➤ 提供醫療專業意見、醫療產業特性、議題背景</li> </ul>
各部科 (一、二級單位)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 彙整所承接之 KPI</li> <li>➤ 發展各部科之策略地圖</li> <li>➤ 發展行動方案</li> <li>➤ 籌組行動執行團隊</li> </ul>

資料來源：個案醫院

## 2.擬定策略目標

藉由全院策略共識營中共同議決並經過策略委員會會議討論通過之策略地圖，由策略主題執行團隊選定院內與各策略議題相關且熟悉之成員，透過各策略主題執行團隊的參與且充分討論，選定與該主題相關之策略目標，並且設定各構面策略目標間之連結關係及策略目標定義、範圍，作為後續展開全院性KPI之依據。個案醫院依六大策略主題，分別進行策略目標擬定，彙整如下表4.5。

表 4.5 六大主題策略目標彙整表

策略主題	策略目標
醫療專業	卓越的醫療專業
	發展急重症
	發展具特色整合性醫療
	發展全國領導醫療
醫療品質與病人安全	提升信賴的臨床照護品質
	完善與落實醫療照護流程
	創造親切便捷的就醫環境
	提供顧客導向的服務流程
	建立安全的病人照護
	再造病人安全流程
優質教學	成為全國卓越教學
	師資培育
	以學習者為中心的教學
優質研究	具效益之產官學合作
	整合研究
經營績效最佳化	提升經營績效
	健保收入最適成長
	擴大非健保收入
	有效成本管理
善盡社會責任	配合國家衛生政策
	發展社區健康營造
	執行輔導會醫療機構整合政策

資料來源：個案醫院

### 3.尋找關鍵績效指標

為使各策略主題順利展開，首先必須向所有策略主題執行團隊成員介紹執行方式，從策略主題展開，到策略目標確認，到訂定關鍵績效指標(KPI)，中間必須透過關鍵成功因素分析(Critical Successful Factors, CSF)以推導出KPI。進行關鍵成功因素分析之目的，主要在找出個案醫院得以領先或趕上其他競爭者或達成目標的關鍵要素，以作為訂定KPI及後續行動方案的依據。關鍵成功因素分析的管理工具不勝枚舉，如特性要因圖(魚骨圖)、Value Chain矩陣分析法、問題點檢核表(柏拉圖分析)等，各項工具都有其適用對象、優缺點。為使分析作業順遂，顧問公司針對各策略主題團隊成員與專案相關成員進行教育訓練，經過充分溝通與學習，使各策略主題小組成員對各項分析工具都具備一定程度的了解。

個案醫院採用魚骨圖分析作為關鍵績效指標的選取方法。魚骨圖法係依據醫院策略地圖中明確的策略目標，由各KPI小組成員使用腦力激盪法尋找影響因素，利用魚骨圖進行邏輯分析找出關鍵成功因素的KPI。舉醫療品質與病人安全策略主題為例，為找出顧客滿意度偏低之原因，據以設定KPI監控改善，分析後之KPI為「門診總等待時間」指標。下圖4.7即為顧客滿意度偏低之魚骨圖分析。

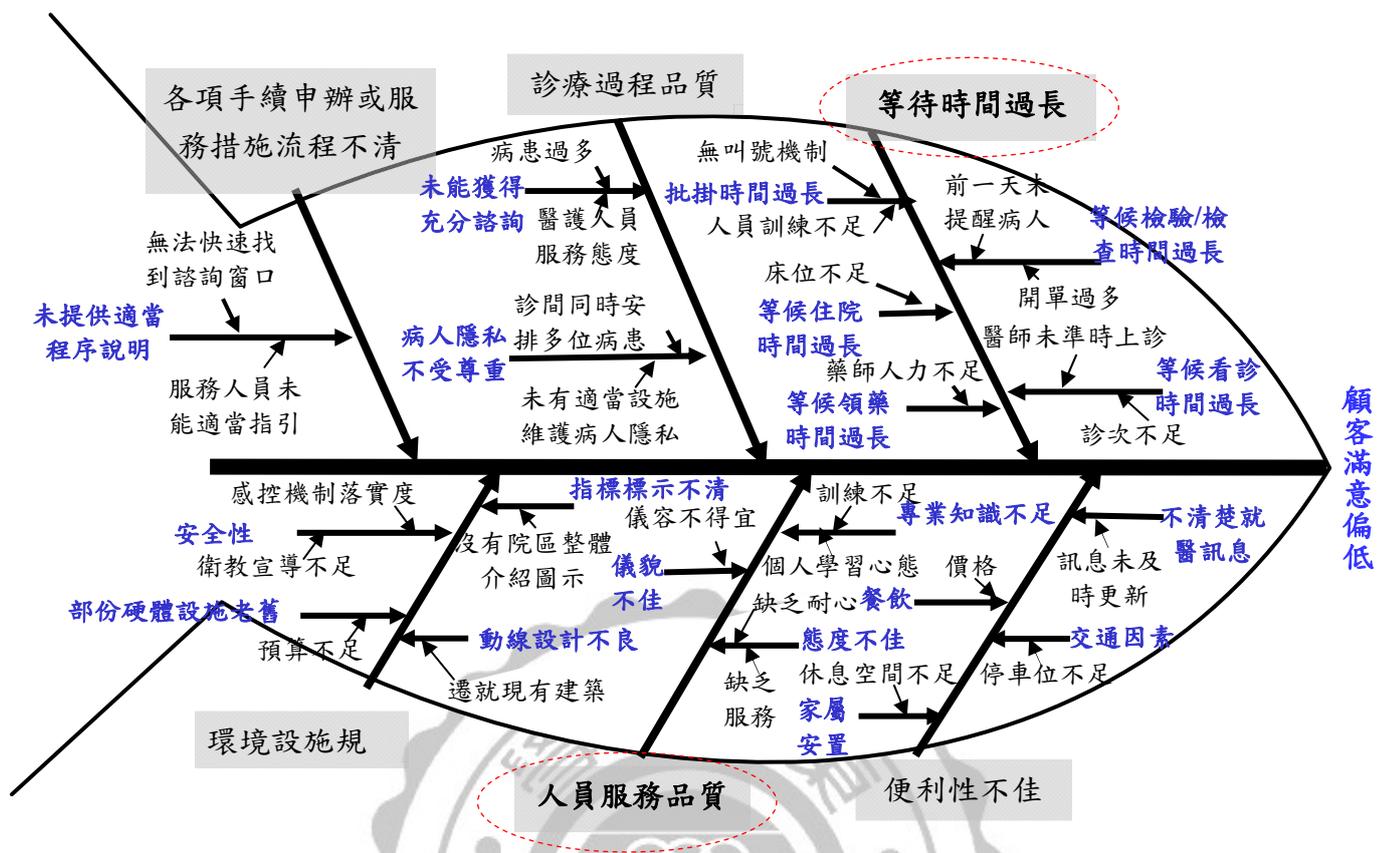


圖 4.7 「顧客滿意度偏低」關鍵成功因素分析

各策略主題經關鍵成功因素分析後，即可釐清問題的主要癥結及解決方案，進而找出關鍵成功因素。各策略議題小組即依據所找到之關鍵成功因素，訂定衡量指標，即所謂之關鍵績效指標(Key Performance Indicator, KPI)，具體衡量各策略目標之執行績效。

個案醫院訂定關鍵績效指標時要求各部門掌握下列重要原則：(1)必須是關鍵的少數、指標數不宜過多(2)簡單、明瞭、易於瞭解(3)衡量產品或服務滿足顧客最關鍵的特性(4)即時性、可控制性(5)領先指標為主、落後指標為輔。

#### 4.發展行動方案

院級行動方案展開步驟：

- (1) 確認”行動方案名稱”
- (2) 確認立案單位與協同單位及”行動方案執行團隊成員”
- (3) 行動方案規劃準備作業
- (4) 分析達成院級KPI目標值之關鍵要素，想定行動方案
- (5) 確認行動方案實施步驟、細節與預算，並以行動方案計畫書完成規

劃內容

#### (四)執行控管階段

此階段執行內容如圖4.8，主要工作係將院級指標下展至各部科，部科著手發展各自的策略地圖與行動方案，部科與醫院總體策略目標必須達成一致；最終透過各類管理會議達到執行控管與策略回饋的功能。

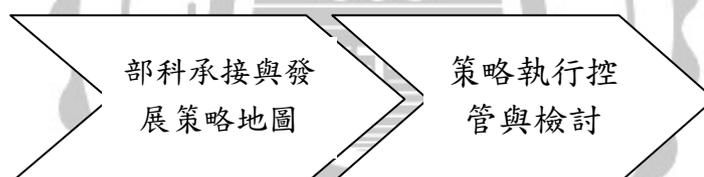


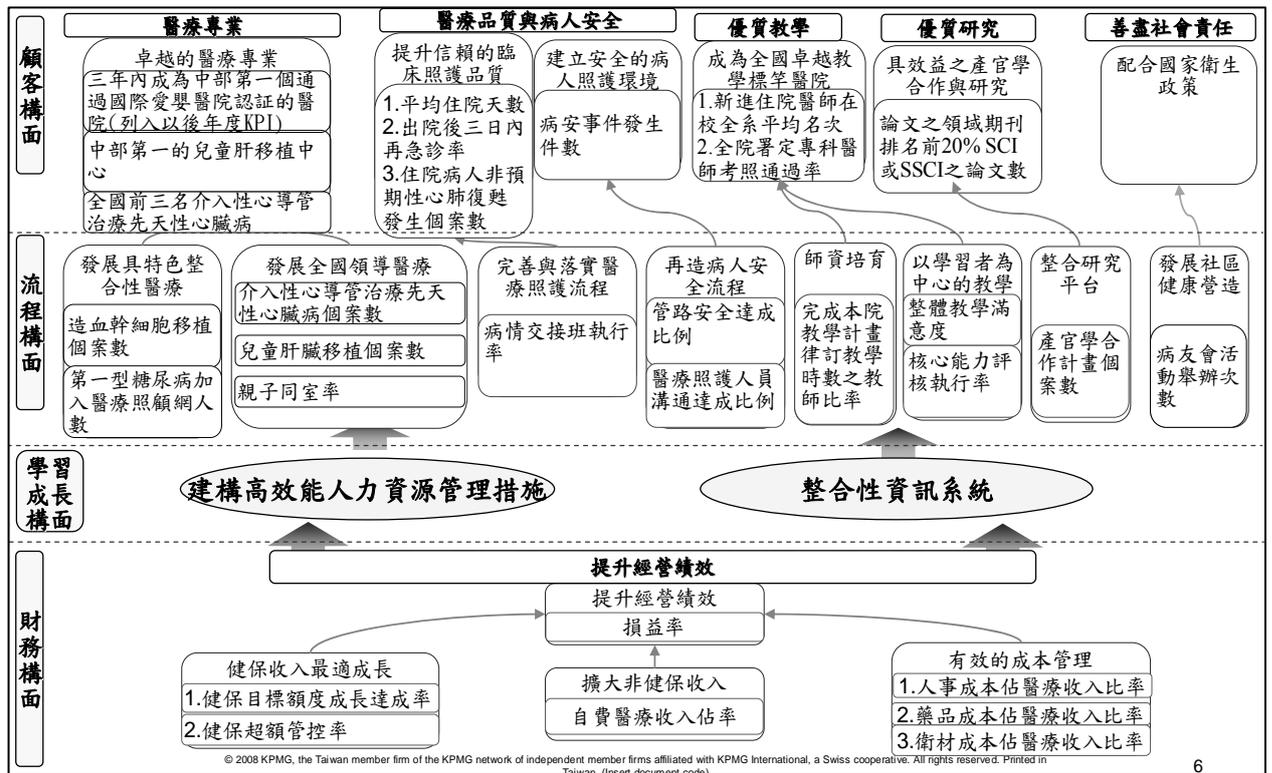
圖 4.8 執行控管階段執行圖

##### 1.部科承接與發展策略地圖

院級關鍵績效指標下展至各級單位(行政單位一級、醫療單位二級)時，從六大策略主題出發，針對院級KPI訂定相關承接部門，承接部科之策略地圖、關鍵績效指標與行動方案必須與醫院之願景與策略目標相互連結。

相關部門除必需承接院級策略目標展開其策略地圖與行動方案外，並可在不違背醫院總體營運策略方向下依據部科特性發展自身關鍵績效指標，如此，各部科與醫院總體策略目標不僅趨於一致外，還可依部科發展特性彈性運作，一同朝醫院願景邁進。以下舉兒童醫學部為例，該部策略地圖(如下

圖4.9)。



資料來源：個案醫院

圖 4.9 兒童醫學部策略地圖

## 2. 策略執行控管與檢討

為有效監控各項指標執行情形，建置平衡計分卡資訊系統，藉由資訊系統運作，有效減少數據收集與彙整的人力，並且提供及時且正確的資訊。個案醫院運用平衡計分卡資訊系統管理KPI執行狀況與指標達成程度，透過燈號顯示一目瞭然，紫色表示達成目標超過100%，綠燈表示更90~99%，黃燈表示75~89%，紅燈表示低於75%；發現執行異常狀況，立即進行追蹤檢討，下圖4.10即為個案醫院院級平衡計分卡資訊系統圖示。

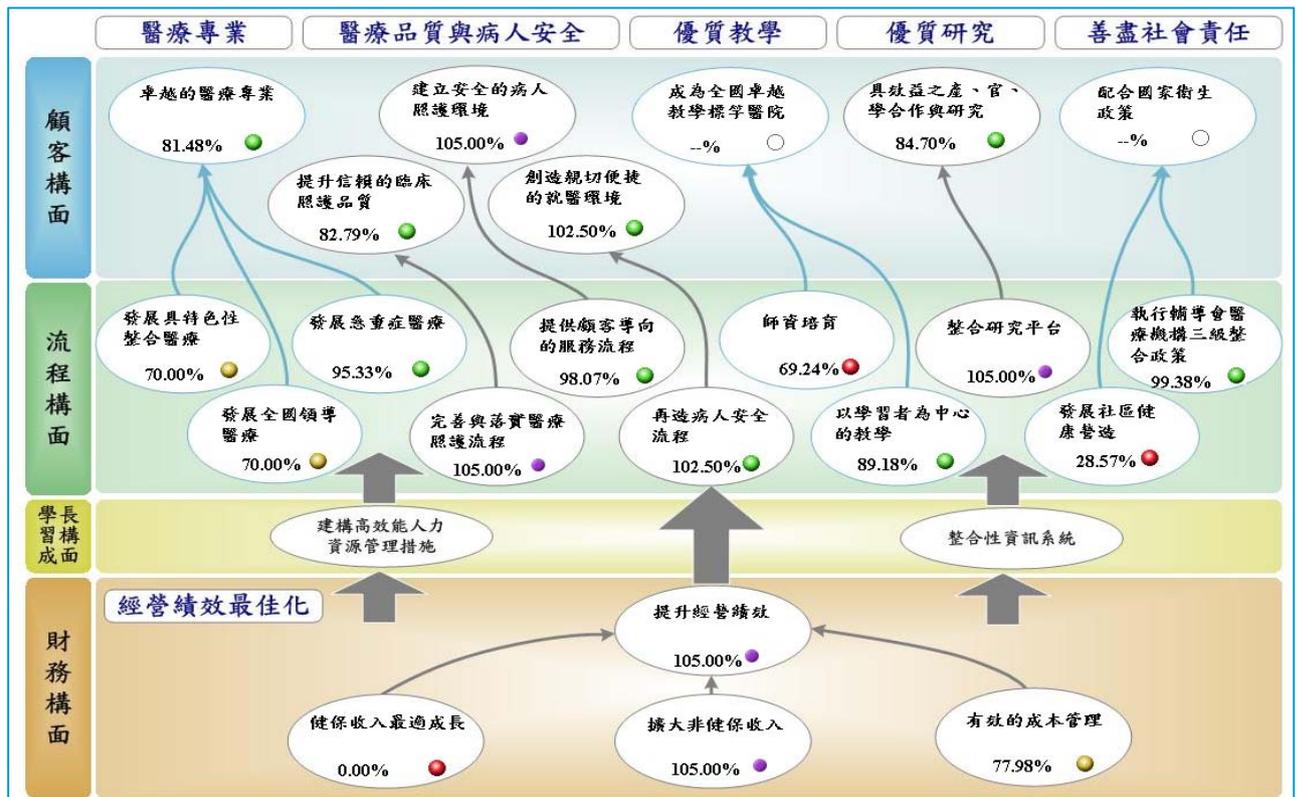


圖 4.10 平衡計分卡系統-執行情況燈號圖

個案醫院執行平衡計分卡作業，為確保策略執行到位，並使之成為持續性的改善流程。為擴大執行效果，對策略的執行成果、覆核回饋及修正與學習顯得特別重視。以上的作業活動都是透過定期召開的策略管理會議方式進行，管理會議包含策略檢討會議、營運檢討會議與策略共識營召開，策略管理會議召開的目的與頻率及參與人員如下表4.6。

表 4.6 策略管理會議

	策略共識營	策略檢討會	營運檢討會
目的	預測未來三年、趨勢分析，重點在未來技術、法令變化對策略主題影響	確保本年度目標達成 1.執行環境是否變化 2.未達KPI對策與效益預估 3.因果效度測試及修正策略	釐清及解決執行面的問題 1.KPI執行成效分析 2.行動方案執行進度提報 3.提出改善方案
頻率	每年	每半年	每月
參與人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 策略委員會</li> <li>➢ 策略主題KPI Owner</li> <li>➢ 平衡計分卡辦公室</li> <li>➢ 部科主管</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 策略委員會</li> <li>➢ 策略主題KPI Owner</li> <li>➢ 平衡計分卡辦公室</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 院部長官</li> <li>➢ 策略主題團隊</li> <li>➢ 部科主管</li> </ul>

資料來源：個案醫院

全院營運檢討會議召開目的係檢討院級KPI每月執行績效，會議資料包括 KPI 資料來源、分析 KPI 達成率，彙整院級 KPI 與部科 KPI 達成狀態，以及 KPI 過達、未達之差異分析與改善對策。策略主題檢討會議目的係策略主題績效回顧及策略調整研討，由各策略主題管理師彙整資料，提出策略調整建議，會議中決定是否調整策略主題之策略目標與 KPI。策略共識營內容包括年度策略回顧與展望、各策略主題負責人報告，包含：績效檢討、環境分析、策略地圖整合與精化建議等。

### 三、推動成果

表 4.7 關鍵績效指標執行成效

策略主題	KPI名稱	97年	98年		100年			98~100年改善率	
		實際值	目標值	實際值	達成率	目標值	實際值		達成率
醫療專業	DOOR TO BALLOON 時間	102	100	87	114%	90	80	113%	9%
	器官移植個案數	58	60	52	87%	65	71	109%	37%
醫品病安	出院後3日再急診率	2.1%	1.84%	2.25%	82%	1.98%	1.95%	102%	15%
	門診病人滿意度	75	80	83	104%	85	87	102%	5%
	門診總等待時間	35	33	29	114%	29	27	107%	7%
優質教學	整體教學滿意度	85	90	92	102%	94	95	102%	3%
	完成律訂教學時數之教師比率(累計)	78%	80%	86%	108%	85%	87%	102%	2%
優質研究	優質論文發表篇數	65	70	65	93%	72	82	114%	26%
	SCI	166	200	224	112%	230	276	120%	23%
	產官學合作計畫數	150	155	147	95%	160	162	101%	10%
社會責任	社區醫療院所滿意度	70	70	78	111%	82	86	105%	10%
	轉診資訊網建構家數	0	10	10	100%	200	333	167%	32倍
經營績效	健保額度成長率	1.5%	3%	4%	133%	5%	7%	140%	75%
	自費醫療收入佔醫療收入比率	12%	14%	15%	107%	15%	15%	100%	7%
	主治醫師生產力(百萬)	2	2	2.3	115%	2.5	2.7	108%	17%

資料來源：本研究整理

表 4.7 關鍵指標執行成效比較表內並非將個案醫院院級全部 KPI 都予以條列，為了便於比較平衡計分卡推動前後績效差異，僅就執行期間操作型定義相同的 KPI 進行比較，以下分別就醫療專業、醫品病安、優質教學、優質研究、社會責任、經營績效六大策略主題中 15 項關鍵績效指標執行成效比較如後：

## (一)醫療專業

### 1.DOOR TO BALLOON 時間

急性心肌梗塞是國人健康的重大殺手，病人從進入醫院時間(Door)到血管被氣球打通 (Balloon)時間，時間愈短愈能降低死亡率，國際標準<九十分鐘。個案醫院為提昇醫療水準將 DOOR TO BALLOON 時間訂為醫療專業 KPI，未實施平衡計分卡前實際值平均 105 分鐘，98 年目標值訂為 100 分鐘、實際值 87 分鐘；100 年目標值 90 分鐘、實際值 80 分鐘，遠超過國際標準小於 90 分鐘，獲得具體改善。

### 2.器官移植個案數

器官捐贈可分為兩大類一、活體捐贈二、屍體捐贈，個案醫院早在民國 72 年即已完成第一例活體腎臟移植，但由於國人對器官移植的認識有限，加上宗教傳統觀念的影響，依據器官移植登陸中心截至 2012、5、20 資料顯示，等候移植病人總數 7,786 人、捐贈者總數 59 人、已接受器官移植人數 175 人，目前捐贈器官作為移植之用仍然相當少。為推廣正確觀念及嘉惠更多的病患，醫院成立器官勸募專責單位，並將器官移植個案數設定為 KPI 監控執行。未實施平衡計分卡前 58 例/年；100 年設定之目標值 65 例、實際值 71 例/年、達成率 109%，98~100 年改善率達 37%。

## (二)醫品病安

### 1.出院後 3 日再急診率

住院案件出院後三日內再急診率係健保醫院總額專業醫療服務重要品質指標之一。個案醫院為提昇醫療服務品質，將該項指標納入 KPI 監控執行。97 年未實施平衡計分卡前實際值 2.1%，98 年目標值 1.84%、實際值 2.25%、

達成率僅達 82%。經兩年執行、實際值「再急診率」降至 1.95%，改善率達 15%。

## 2.門診病人滿意度

醫院提供之醫療服務不外門診、住院與急診，門診收入比重幾佔 45%。醫院為了解門診醫療服務品質，滿意度調查每年均持續進行。個案醫院於 98 年以前滿意度調查分數介於 80~83 之間，後經採取諸多更貼近顧客改善作為諸如病患單一窗口多元服務節省就醫時間、調配服務時間機動調整抽血人力、停車場增設顧客停車位等措施，100 年顧客滿意度提升至 87%。

## 3.門診總等待時間

掛號排隊「長」、候診時間「長」、領藥等候「長」，以及看診時間「短」、醫生的話「短」，到醫學中心看門診，確實是一件讓人焦慮不安卻又充滿期待（解決病痛）的事。為祛除三長兩短之積習，希望藉著門診總等待時間之縮短提升醫療服務品質。97 年總等待時間 35 分鐘，經過三年的持續改善等待時間縮短了 8 分鐘(27 分鐘)，改善率達 7%。

### (三)優質教學

#### 1.整體教學滿意度

醫學中心角色扮演，臨床教學亦為非常重要之一環。被教學之對象為醫、護、技等醫事人員，尤其是住院醫師及醫學院實習學生之臨床教育訓練。為提升教學品質每年均會做教學滿意度調查。個案醫院未實施平衡計分卡前臨床之教學品質在醫學中心領域極富盛名，為醫學院學生列為首選之訓練醫院，為了好還要更好，醫院投入了更多的人力、財力與物力，在整體教學滿意度的呈現上看見了明顯的成長（85~95%）。民國 100 年 PGY 住院醫師選配，為中部地區唯一選配率達 100%之醫院。

## 2.完成律訂教學時數之教師比率

辦好教學之首要工作在於師資培育，為提升整體教學之品質，訂定「完成律訂教學時數之教師比率」指標。未實施平衡計分卡前（97年）78%，經98~100年三年的時間戮力執行，比率提升至87%。

### (四)優質研究

#### 1.優質論文發表篇數

未實施平衡計分卡前（97年）優質論文發表篇數65篇，98年實施第一年目標值70篇、實際值65篇，與97年相同並無成長。為鼓勵主治醫師除臨床與教學工作外亦應撥出時間做研究增加優質論文產出，個案醫院除於院務會議公開各部科執行情形外並修訂獎酬制度引領各單位戮力執行，經三年的努力提升至82篇，改善率26%。

#### 2.SCI 論文發表篇數

只要被選入SCI的期刊，當中的論文影響力就會獲得普遍重視！科研機構被SCI收錄的論文總量，反映出整個學術團體的研究水平、尤其是基礎研究的水平；個人的論文被SCI收錄的數量及被引用次數，反映出個人的研究能力與學術水平。個案醫院為提升員工之研究質量訂定「SCI論文發表篇數」為優質研究關鍵指標。未實施平衡計分卡前（97年）發表篇數166篇/年，98年目標值200篇、實際值224篇；經三年執行實際值達276篇，與97年比較成長110篇成長幅度70%，績效卓著。

### 3.產官學合作計畫數

衛生署於 98 年規劃醫學中心六大任務指標併納入正式評鑑內容，任務五就是「創新研發，帶動醫療健康科技之發展」。個案醫院為遂行醫學中心之任務，非常重視與院外機構共同合作進行醫療技術研究發展、醫藥研發、技術移轉等相關合作研究發展計畫，特將「產官學合作計畫數」列為優質研究關鍵指標監控。未實施平衡計分卡前（97 年）合作計畫數 150 件/年；98 年實施初期目標數 155 件/年、實際數 147 件/年未達標；截至 100 年 162 件/年明顯成長。

## (五)社會責任

### 1.社區醫療院所滿意度

健保局為促進預防醫學，落實轉診制度，並提昇醫療品質與醫病關係，將逐步落實家庭醫師責任制度。個案醫院係中部第一家醫學中心，大台中地區基層診所之醫師大部分來至於個案醫院，為掌握既有之經營優勢及服務廣大的社區民眾，與基層診所之轉診管道暢通與否，醫院與基層診所之間的橫向聯繫就顯得格外重要。98 年施行平衡計分卡時即將「社區醫療院所滿意度」列為關鍵績效指標。執行第一年度基層醫療群滿意度 78%雖超越目標值 70%唯未臻理想，復經透過定期訪查及聚會聯誼的方式加強聯繫溝通，遇有問題迅速排除解決。經三年努力滿意度達 86%。

### 2.轉診資訊網建構家數

個案醫院建構轉診資訊平台，提供給基層醫療機構（診所）使用。藉由此平台，基層醫療機構可以直接將病患做轉診並掛號至本院之相關門診藉由資訊平台的建構，提供溫馨便捷的轉診服務，爭取更多基層醫療機構及病患轉診至本院的意願，彰顯醫學中心重病後送的功能。98 年度初施行時家數僅 10 家，經過三年資訊網建構家數達 333 家，較剛實施時成長了 33 倍之多，轉診網絡

從此確立。

## (六)經營績效最佳化

### 1.健保額度成長率

健保收入佔醫療收入 85%，健保額度之成長與否關係著營運績效良窳至鉅。依健保申報規則，申報額度每季結算一次，醫院可依個別情況決定是否參與點值穩定方案，參加者則在配付額度內申報比較不需經過嚴密之審查；不參加雖不受額度限制，但高額案件需全部檢附病歷送審、其餘部分實施抽審，送審不合格部份除不予給付外並予以回推放大（100 倍）在總額預算制度下欲求收入成長誠屬不易。個案醫院營運策略務期健保申報額度穩定成長並減少專案減少，要求各單位做好送審準備接受嚴格挑戰。97 年申報額度 16 億/季；98 年目標值 16.4 億/季、實際值 16.64 億/季；99 年實際值 20 億 1,000 萬/季；100 年 21 億 9000 萬/季，與 98 年平衡計分卡實施初期相較成長 3 億 7000 萬點/季，超越預期目標。

### 2.自費醫療收入佔醫療收入比率

為降低對健保之依存度，發展自費醫療收入亦為醫院之策略目標。未實施平衡計分卡前（97 年）自費醫療收入佔醫療收入比率 12%，98 年設定目標值位 14%、實際值 15%；經三年推動實際值 15%達成設定目標，98~100 年改善率達 7%。

### 3.主治醫師生產力

醫療收入來自於主治醫師所創造，主治醫師生產力指標除可了解主治醫師平均產值外亦可作為各部科是否增加或減少生產人力之重要參考。依現況醫學中心主治醫師產值平均介於 80~130 萬元之間。未實施平衡計分卡前（97 年）

個案醫院每位主治醫師每月平均產值約 200 萬元，98 年提升至 230 萬元，100 年產值更躍升至每月 270 萬元，實屬不易。

由上表中可以觀察到各策略主題執行以來皆有持續追蹤的指標，就關鍵績效指標目標值達成率觀之，不論在醫療專業、醫品病安、優質研究與臨床教學、社會責任與經營績效各個策略主題上，均有優異之表現。尤其是「經營績效最佳化」策略主題中之各項指標表現尤其亮眼。其中健保申報額度成長，主治醫師生產力提昇，雖在健保總額支付制度框架下，醫院收入仍能大幅成長誠屬不易。探討箇中原由實拜營運策略方向正確及營運策略被具體落實執行所致，在 98 年策略主題研討會中全院主管取得一致共識，為不扭曲醫療行為及良好醫病關係，一致決議退出健保局點值穩定方案。採用專審的方式進行健保申報，醫療作為需以病人為中心並將病歷書寫完整（健保採書面審查）。由於醫院病人疾病嚴重程度高（CMI 值），醫生病歷寫作完整，致健保專案審查核刪有效降低，讓醫院的健保醫療淨收入顯著成長。依據本研究蒐集 100 會計年度全國醫學中心健保醫療服務量統計分析，個案醫院成長率分別達 8.2% 居全國之冠，表現極其優異，提供 100 年健保申報服務量統計表如表 4.8。

表 4.8 100 年全國醫學中心健保申報服務量統計表

醫院	門住診合計 (含洗腎)	同期比較差異							
		門診		住診		洗腎		合計	
		成長點數(萬)	%	成長點數(萬)	%	成長點數(萬)	%	成長點數(萬)	%
個案醫院	82 億	52,115	14.6%	9,439	2.5%	-55	-0.3%	61,499	8.2%
北 A	152 億	88,989	12.5%	23,892	3.5%	1,399	5.3%	114,280	8.1%
北 B	49 億	18,608	7.6%	13,827	7.9%	1,198	3.5%	33,633	7.4%
北 C	67 億	21,697	7.4%	23,268	7.3%	482	3.5%	45,447	7.2%
北 D	34 億	12,973	8.1%	7,368	5.4%	601	3.1%	20,942	6.6%
北 E	56 億	26,738	10.1%	6,836	2.9%	366	1.5%	33,940	6.5%
北 F	36 億	14,491	8.1%	7,357	5.1%	-375	-2.1%	21,473	6.3%
南 A	73 億	21,306	6.4%	19,725	5.8%	-402	-2.1%	40,629	5.9%
中 A	92 億	32,435	8.4%	15,855	3.6%	939	2.5%	49,229	5.7%
北 G	102 億	39,801	8.2%	14,345	3.2%	-748	-2.1%	53,398	5.5%
北 H	146 億	55,592	9.1%	19,991	2.7%	330	1.6%	75,913	5.5%
中 B	77 億	36,662	10.6%	2,325	0.6%	-230	-0.9%	38,757	5.3%
南 B	63 億	26,175	9.5%	3,880	1.2%	12	0.1%	30,067	5.0%
南 C	112 億	28,981	6.4%	22,247	4.1%	2,608	3.7%	53,836	5.0%
南 D	57 億	13,704	6.4%	12,683	4.1%	75	0.5%	26,462	4.9%
北 I	176 億	47,724	6.3%	25,336	2.9%	-1,650	-3.2%	71,410	4.2%
南 E	39 億	10,262	6.5%	-1,106	-0.5%	1,244	9.8%	10,400	2.8%
南 F	58 億	12,377	5.5%	-3,675	-1.2%	1,066	3.1%	9,768	1.7%
中 C	34 億	40	0.0%	-10,681	-5.8%	114	2.2%	-10,527	-3.0%
合計	1,505 億	560,670	8.5%	212,912	3.0%	6,974	1.4%	780,556	5.5%

資料來源：個案醫院

更值一提部分為「優質教學」策略主題之表現，整體臨床教學滿意度高達95%。個案醫院屬醫學中心，除臨床醫療外更須兼附教學與研究的任務，該院不同於大部分醫學中心本身並無附屬醫學院之設立，然其PGY（住院醫師訓練）與UGY（實習醫師訓練）教學績效表現並不因此而遜色，教學評鑑被評定為部定教學示範醫院。為住院醫師及醫學院學生爭相首選之訓練醫

院，也成為其它醫學中心標竿學習對象。

個案醫院為發揮醫學中心「推展社區健康營造」功能，帶動中部區域內醫療院所醫療水準提昇並扮演重難症轉診後送醫院角色，於平衡計分卡「社會責任構面」策略主題中訂定「轉診資訊網建構家數」與「社區醫療院所滿意度」兩項關鍵指標用以監控「社區健康營造發展」策略執行情形及轉診落實程度。98 年推動初期，「轉診資訊網建構」醫院及基層診所家數僅有 10 家。經過三年的努力與落實執行 100 年家數高達 333 家，遠遠操過當年度 KPI 設定指標 200 家，達成率 167%。社區合作醫療院所的滿意度調查，98 年執行初期 70%；100 年大力躍升為 86%。從以上 KPI 執行狀況顯示，醫院導入平衡計分卡執行迄今，各項策略目標都能夠具體落實，指標達成率表現優異，經營績效確已明顯提升。

#### 四、策略主題運作實例-經營績效最佳化

依據個案醫院第一階段形成使命、願景及核心價值，發展六大策略主題，作者擔任個案醫院平衡計分卡—「經營績效最佳化」策略主題負責人，策略主題運作係由第三階段「策略釐清」至第四階段「執行與控管」。為更清楚表達策略主題實際運作情形，舉經營績效最佳化主題為例，在策略釐清階段主要作業活動為定義策略主題、設定策略目標、擬定關鍵績效指標與下展及發展行動方案；另在執行控管階段主要作業活動為營運及策略檢討會，實際運作情形如下。

##### (一)定義策略主題

「經營績效最佳化」係指對收入成長與成本改善做整合性分析，並對如何有效提昇醫院經營績效提出營運方針。

## (二)設定策略目標

係指藉由策略目標之達成，即可提昇醫院整體經營績效。經營績效最佳化追求以下策略目標：1.提升經營績效、2.擴增醫療收入、3.改善成本結構；策略目標定義分述如表4.9。

表 4.9 經營績效最佳化-策略目標

策略目標	提升經營績效
	定義： 精進醫療照護及行政管理流程，提供準確且即時的管理資訊，追求利潤最大化、成本最適化
策略目標	擴增醫療收入
	定義： 於現行健保支付制度及同業競爭下，有效擴增規模產量，增加醫療收入，用以提升營運績效
策略目標	改善成本結構
	定義： 於兼顧醫療品質前提下，有效抑減無財務效益成本支出，增進財務效益

資料來源：平衡計分卡辦公室

## (三)擬定關鍵績效指標

策略目標設定完成後，應尋求相關指標以方便持續掌握策略目標執行狀況，透過關鍵成功因素分析，尋找關鍵且可衡量的績效指標，過多的指標造成工作量遽增且資源無法有效集中，因此建議平均每個策略目標不要超過1.5個KPI，表4.10為經營績效最佳化之下三個策略目標所發展之關鍵績效指標及其定義、計算公式。

表 4.10 經營績效最佳化-「關鍵績效指標」

策略目標	KPI	定義/公式
提升經營績效	損益率	$(\text{本期損益}/\text{業務收入}) * 100$
擴增醫療收入	健保申報點數	實際申報點數
	自費醫療收入	自費醫療收入
改善成本結構	主治醫師生產力	$(\text{醫療收入} + \text{支援醫療收入}) / \text{主治醫師人數}$
	藥品優惠率	$[(\text{藥費收入} - \text{藥品淨成本}) / \text{藥費收入}] * 100$

資料來源：平衡計分卡辦公室

#### (四)關鍵績效指標下展

擬定關鍵績效指標之後，依每個績效指標成立執行團隊，表4.11為「健保申報點數」KPI執行團隊，執行團隊成員包含：KPI Owner、行動方案執行秘書及跨部門相關成員；其任務包含：目標值設定、目標值下展至各相關單位(表4.12為各KPI下展單位)及執行狀況監控與檢討。

表 4.11 「健保申報點數」KPI-執行團隊

策略主題	經營績效最佳化		
策略目標	擴增醫療收入		
關鍵績效指標(KPI)	健保申報點數	目標值	XX億/月
立案單位	醫企室		
協同單位	各臨床部科、資訊室		
下展原則	1.以99年1-12月各科各月門住診實際申報點數計算 2.急診費用以申報病床別區分歸屬		
KPI OWNER	醫企室 000主任		
行動方案執行秘書	000		
執行成員	000組長、000、000、000、各臨床部科(主任)		

資料來源：個案醫院

表 4.12 KPI 下展單位彙整表

策略地圖	KPI	KPI OWNER	下展單位
策略目標			
提升經營績效	損益率	OOO 主任	所有收益中心
擴增醫療收入	健保申報點數	OOO 主任	一般外科、大腸直腸外科、中醫科、心臟內科、心臟血管外科、牙科部、耳鼻喉部、血液腫瘤科、兒童醫學外科、兒童醫學部、呼吸治療科、放射腫瘤科、泌尿外科、毒物科、胃腸科、重建整形外科、家庭醫學科、神經內科、神經外科、胸腔內科、胸腔外科、骨科部、婦產部、眼科部、復健科、腎臟科、感染科、新陳代謝科、過敏免疫風溼科、精神部
	自費醫療收入	OOO 主任	一般外科、大腸直腸外科、中醫科、心臟內科、心臟血管外科、牙科部、耳鼻喉部、血液腫瘤科、兒童醫學外科、兒童醫學部、呼吸治療科、放射腫瘤科、泌尿外科、毒物科、胃腸科、重建整形外科、家庭醫學科、核醫科、病檢部、神經內科、神經外科、胸腔內科、胸腔外科、骨科部、婦產部、眼科部、麻醉科、復健科、腎臟科、感染科、新陳代謝科、過敏免疫風溼科、精神部、營養室
改善成本結構	主治醫師生產力	OOO 主任	一般外科、大腸直腸外科、中醫科、心臟內科、心臟血管外科、牙科部、耳鼻喉部、血液腫瘤科、兒童醫學外科、兒童醫學部、呼吸治療科、放射腫瘤科、泌尿外科、毒物科、胃腸科、重建整形外科、家庭醫學科、神經內科、神經外科、胸腔內科、胸腔外科、骨科部、婦產部、眼科部、復健科、腎臟科、感染科、新陳代謝科、過敏免疫風溼科、精

			神部
	藥品優惠率	OOO 主任	一般外科、大腸直腸外科、心臟內科、心臟血管外科、牙科部、耳鼻喉部、血液腫瘤科、兒童醫學外科、兒童醫學部、呼吸治療科、放射腫瘤科、泌尿外科、毒物科、胃腸科、重建整形外科、家庭醫學科、神經內科、神經外科、胸腔內科、胸腔外科、骨科部、婦產部、眼科部、復健科、腎臟科、感染科、新陳代謝科、過敏免疫風溼科、精神部

資料來源：個案醫院

#### (五)發展行動方案

在設定策略目標與關鍵績效指標後，為確保指標均能確實被執行，應由各KPI執行團隊規劃行動方案，其中包含：主要作業活動、細部作業活動、每個細部活動的監控時機及相關負責單位與負責人員，以下列舉「健保申報點數」KPI之行動方案為例，主要作業活動為定期監測各科申報點數及召開檢討會議，細部作業活動如分析每個月各科申報點數與目標申報數差異、健保核定目標點數差異分析及提報各科達成狀況與相關費用分析…等(如表4.13)。

表 4.13 「健保申報點數」-行動方案

主要作業活動	細部作業活動	監控時機	當責單位及當責者	預估起訖時間
1. 監測各科申報點數	1.1 分析每月各科申報點數與目標申報數差異	每月一次	醫企室 000	每月12日後
	1.2 各科每月申報點數未達設定之申報目標點數時，啟動mail系統通知各科提出檢討	回覆率75%	醫企室 000	每月12日後
	1.3 放射線部及腫瘤科列入營運管理監測指標檢討，每月陳核。	每月呈核	醫企室 000	
	1.4 每月分析門住診健保申報後現況簽陳院部長官	依簽呈資料表示	醫企室 000	
	1.5 每月申報點數與健保核定目標點數差異分析	於科主任聯席會提報	醫企室 000	
2. 召開檢討會議	2.1 每月於臨床科主任聯繫會報告檢討。	依每月會議紀錄	醫企室 000主任	每月20日後
	2.2 提報各科達成狀況與相關費用分析。	依每月會議紀錄	醫企室 000主任	每月20日後

資料來源：個案醫院

## (六)策略管理會議

經過關鍵績效指標執行後，透過定期的策略管理會議來檢討策略執行與檢視策略調整與否，包含每月營運檢討會及每半年策略檢討會來進行策略執行控管，六月與十二月兩者合併舉辦，以下就營運與策略檢討會分別列舉。

### 1.營運檢討會

每個月召開之營運檢討會，主要在檢討各 KPI 行動方案執行狀況，若執行成效未達目標值 80%，必須分析未達成原因並提出改善方案之檢討表。表 4.14 為健保申報點數行動方案執行狀況，主要檢視於期間內各作業活動是否確實執行；表 4.15 為「損益率」KPI 執行狀況未達目標值 80%於六月份會議所提出的檢討表主要為分析未達標原因及提出改善建議，原因大致為人力成本增加、藥價基準調降；改善對策為檢視新增人力的必要性與積極與藥商議價。

表 4.14 經營績效最佳化-健保申報點數 KPI 執行狀況

行動方案名稱： 健保申報點數成長		行動方案執行秘書：OOO 組員	
主要作業活動	細部作業活動	起訖時間	執行狀況
1 監控各科實際申報點數與目標值之差異，並追蹤檢討	1 按月分析各科實際申報點數與目標點數差異	每月 12 日前	每月均有統計各科實際申報點數與目標點數差異數，除 100 年 1 月適逢春節假期外，其餘每季平均達成率約 103.71%，對未達目標之各科除定期於院務會議、臨床科主任聯席會議中提報外，仍於每月營運管理指標簽案中作檢討
	2 實際申報點數低於(含)目標點數 10%，啟動 mail 系統主動通知各科深入了解並提出改善方案		
	3 統計放射線部及腫瘤科是否達成目標申報點數 /成長率/人次	每月 12 日後	
2 當月門住診申報點數低於前季平	1 門住診人數醫療服務量及病床週轉率差異說明	不定期	各季門住診平均申報點數：2011Q1 約 6 億 3 千

	均申報點數之90%時，進行檢討	2 分析放射線部及腫瘤科未達成目標申報點數 /成長率/人次原因		萬、2011Q2 約 7 億 1 千萬且各月均高於前季平均
		3 分析『精進醫療作業方案』未達成原因		
		4 綜簽分析申報差異及上述各項未達成申報細項差異		
3	每月院務會議與臨床科主任聯席會中提報執行成效	1 每月提報營運狀況，內容計含醫療收入;醫療服務量及員工生產力分析  2 按月分析健保申報狀況(門急住)，核減原因及健保審查應行注意事項，並於『臨床科主任聯席會議』中廣為宣達，為擴大執行效果，將採逐科檢討模式辦理，遇有窒礙速謀因應	不定期	每月已於「臨床科主任聯席會」分析營運目標達成概況

資料來源：個案醫院

表 4.15 100 年度上半年-經營績效最佳化-「損益率」KPI 檢討

構面別：財務構面		KPI OWNER：OOO 主任	
KPI 名稱：損益率	目標值	當期實際值	
	2.5%	0.88%	
原因分析	<p>➢ 收入面：100年1~6月業內+業外收入較去年同期成長4.39億，增加率為10.92%</p> <p>➢ 成本面：100年1~6月業內+業外成本較去年同期增加2.9億，增加率為7.09%</p> <p>➢ 損益：以收入與成本成長比例呈現有利差異 當期損益率與目標值差距1.62%；然目標利潤應為1.06億元，上半年賸餘0.62億，整體利潤短缺0.44億元</p>		
改善對策	<p>➢ 收入面：在健保規範體制下，使病患得到最大滿意並且讓醫療資源發揮最大效用，應提高病床使用率與增開週六門診</p> <p>➢ 成本面：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 員工生產力：擴增醫療收入促使人力成本提高，在屏除評鑑</li> </ul>		

	<p>因素之外，應該首先考量財務因素</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 藥品利潤率：由於藥價調降，致使利潤率偏低，藥劑部目前正針對300萬以上品項與廠商進行議價，朝年度目標值努力</li> <li>● 整體衛材成本佔醫療收入比例：與去年平均值相較雖有達成目標值，但是仍有努力的空間</li> </ul>
--	---

資料來源：個案醫院

## 2. 策略檢討會

每半年的策略檢討會，目的為審視各策略主題執行環境是否變化及策略目標與KPI調整事宜，在策略檢討會中首先提出足以影響未來策略主題之相關議題、資訊來源與影響說明，重大議題包含中區健保局提出的健保申報與品質指標規則、病房與開刀房使用效率等議題，彙整成議題陳述如表4.16。

表 4.16 經營績效最佳化策略檢討會-議題陳述

重大議題			可能影響		
名稱	說明	資訊來源	說明	策略目標	KPI
健保支付制度-目標申報管理	101年健保中區業務組推動「醫院總額管理方案」藉以提昇及穩定點值	健保局中區業務組推動方案	中區健保局在101年度係以「提升及穩定點值」為目標，除適度增加健保申報點數外應求整體醫療收入成長(101年三月份醫療收入為8億3千萬)	擴增醫療收入	醫療收入
健保支付政策-品質指標	健保局設定各類指標，以監測各院之醫療品質	中區健保局平時考核指標	達成健保局考核之各類指標目標值，可獲得獎勵金，回補核減點數，降低申報核減率	擴增醫療收入	品質指標達成率
病房使用效率	提高病房使用效率	○○○主任	住院收入成長同時考量成本，充分發揮剩餘生產力，相對增加住院收入	改善成本結構	病房成本/住院收入

開刀房使用效率	開刀房單位成本高，應提高使用效率	99/11/15 院務會議院長指示	增加住院手術收入，計算開刀房運用率作為日後增加人力與設備基礎	改善成本結構	開刀房運用率
---------	------------------	-------------------	--------------------------------	--------	--------

資料來源：個案醫院

經由議題陳述，讓參與會議之管理階層了解未來環境之變遷，進而討論策略目標與關鍵績效指標是否調整或修改，以符合未來經營環境需要，經營績效最佳化 101 年度策略目標維持不變，但大幅修改關鍵績效指標，藉由關鍵成功因素分析，找出新的 KPI，在擴增醫療收入策略目標 KPI 為醫療收入及品質指標達成率；改善成結構策略目標 KPI 為開刀房運用率及病房使用效率，如下表 4.17。

表 4.17 經營績效最佳化-101 年關鍵績效指標調整表

議題名稱	策略目標	關鍵成功因素	KPI 調整
經營績效最佳化	擴增醫療收入	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 總額支付制度下，部科醫療收入（健保+自費）適度成長</li> <li>➢ 藉由召開跨部科會議集思廣益討論，改變現有作業流程，提出執行辦法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 健保申報點數與自費醫療收入合併為醫療收入</li> <li>➢ 品質指標達成率</li> </ul>
	改善成本結構	收入成長有限，進行門急住流程精實管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 開刀房運用率</li> <li>➢ 病房使用效率</li> </ul>

資料來源：個案醫院

策略主題從發展策略目標，尋求關鍵績效指標至最終策略監控與檢討，均存在緊密且具因果性之連結關係，如此策略的下達與執行才能徹底，結合員工日常營運工作，透過以上藉由經營績效最佳化策略主題實際運作內容，

讓未來想推行平衡計分卡制度組織更清楚其中步驟與內涵。

### 第三節 實施前後經營績效比較

個案醫院於97年開始導入平衡計分卡制度，98年正式實施，執行迄今已有四年的時間。為探討該院施行平衡計分卡是否對組織經營績效之提昇確有正面影響，為使蒐集之績效數據在分析上更具價值，從財務角度觀察醫院整體營運狀況與經營績效改善程度，特彙集該院自第一次平衡計分卡實施前（94年）至上一會計年度100年七個會計年度簡易損益表做趨勢分析比較。希望從營運表現觀察經營績效與該院平衡計分卡之間的連結與因果關係。

為改善健保財務，自91年7月1日實施醫院總額，醫療費用成長受限。以台灣醫院經營現況，健保醫療收入為各級醫院收入主要來源。總額預算的實施除了各醫院實作的醫療收入超出配賦額度的部分予以斷頭不予給付外，如同區域相同層級醫院總額度超出預算額度則再予以打折給付，醫院主要收入來源充滿不確定性。醫院經營狀況之改善不是降低成本即是增加收入。收入之擴增不易，營運成本又由於評鑑的要求、藥價給付基準調降（藥價成本上升）、醫療設備高昂的購置與維護成本使得營運成本不斷提昇，經營著實不易。本研究個案屬公立醫院，業務收入除少部份公務預算補助外，醫療收入佔極重之比率。近年來由於政府財政困難，公務預算逐年縮減，醫療收入又因健保支付政策擴增不易，醫院財務狀況自總額實施以來一直不甚理想。基於本研究目的之一係為探討先後兩次推動平衡計分卡制度執行差異對績效之影響。為能清楚比較執行期間經營績效之變化，特彙集民國94年至100年七個會計年度案醫院損益表(表 4.18)，分析如次。

表 4.18 個案醫院 94~100 年度營運績效

單位：萬元

	94 年度	95 年度	96 年度	97 年度	98 年度	99 年度	100 年度
業務收入	688,959	681,549	737,060	771,249	816,866	906,710	975,328
業務成本與費用	705,418	731,225	747,492	784,487	827,030	912,315	964,382
業務損益	-16,459	-49,676	-10,432	-13,238	-10,164	-5,605	10,946
業務外收入	21,148	13,766	14,617	17,012	13,802	18,509	20,786
業務外費用	4,266	1,686	3,881	2,334	2,151	3,634	1,209
業務外損益	16,882	12,080	10,736	14,678	11,651	14,875	19,577
本期損益	423	-37,596	304	1,440	1,487	9,270	30,523
員工人數(人)	2,405	2,520	2,589	2,728	2,885	3,046	3,240
員工生產力	286	270	284	283	283	298	301

資料來源：本研究整理

個案醫院第一次施行平衡計分卡期間係民國 94~96 年。醫療收入溫和成長為醫院當時設定之營運目標，於財務構面中設有指標監控執行。唯由上表財務數據資料顯示，執行期間本業呈現虧損，依賴業外之挹注方勉強維持損益兩平，95 年甚至出現鉅額虧損情況，營運未見改善且每況愈下。前面論述中提及該院為應醫院評鑑及經營管理需求於民國 97 年重新導入，98 年正式執行。審視 97—100 四個會計年度簡易損益表，以平衡計分卡實施前會計年度（97）當比較基期，從趨勢分析中可明顯觀察到業務收入呈現逐年成長，100 年度較 98 年度大幅度成長 26%。本業也不再虧損，98 會計年度本期損益亦從 1400 餘萬提升至 100 會計年度 3 億餘萬元，經營績效明顯改善，成果豐碩。由專案執行期程與作業期間經營績效之走勢觀之，兩者之間密切關聯。平衡計分卡制度對醫院績效之提昇確實發揮了預期的效益。依研究者觀察推動成功主要因素係個案醫院在對的時間、找了

對的人、做了對的事情。

#### 第四節 兩次推行平衡計分卡之差異分析

經由上述關鍵績效指標與經營績效的探討，可以明顯看出個案醫院兩次推動平衡計分卡執行成效的明顯差異，同一家醫院，跡近相同的時空背景卻有迥然不同的執行結果，箇中原由頗值得玩味探討。表4.19為差異彙整表，其差異形成原因分析如次：

表 4.19 兩次推行差異

項 目	第一次	第二次
推動層級	院內研究案	年度專案
作業範疇	部分科室(8醫療+1行政)	全院(24醫療+10行政)
導入手法	自行開發	專家引領
全員共識程度	低	高
管理體系	目標管理	策略管理
策略運作模式	四大構面	策略主題
資訊系統	人工統計	平衡計分卡系統

資料來源：本研究整理

#### 二、推動層級

個案醫院第一次推動係用院內研究計畫的方式進行，團隊成員缺乏實務經驗，大部分作業均照著Kaplan 和 Norton平衡計分卡導入方法論進行。熟不知醫院的複雜度遠高於其他產業，最難處理的問題仍然是「人」的問題。

計畫小組成員因臨時任務需求編成，與其他部門橫向溝通時因控幅較小（指揮權）困難重重，自然影響計畫之進行。第二次推動係由院本部主導，於醫務管理部門轄下附設「平衡計分卡辦公室」專責辦理平衡計分卡推動事宜，並由行政副院長直接督導。為使平衡計分卡各項作業推動順遂，從各部門篩選優秀人員（20位）接受專業訓練，取得專案管理師資格，在專案辦公室統一調度下以專案管理手法按既定期程進行各項作業。

## 二、作業範疇

第一次導入主導層級僅為一級行政主管（研究案主管），導入的單位不夠全面，僅8個醫療部科與1行政單位，許多主要單位如會計、人事並未參與作業。第二次導入則是涵蓋全院24醫療部科與10行政單位，並由院長親自帶動並全程參與平衡計分卡之重要活動，奠定成功基石。

## 三、專家引領與自行開發

第一次推行未聘請外部顧問公司，係由院內研究外聘指導老師帶領小組成員進行各項作業。由於小組成員專業知識不足及推動層級不高橫向溝通困難，以致遭遇窒礙時無法有效排除，造成許多人力及時間成本之耗費。第二次導入聘請外部顧問公司，借重其輔導經驗有系統的協助醫院導入平衡計分卡。外部顧問公司在引導與協助角色扮演上發揮了極大的功能，尤其是在員工的認知、組織溝通、專案期程掌握上尤其顯著，與第一次自行導入在效果上有明顯差異。

## 四、全員共識程度

組織進行管理工具推動，若未事先營造全員共識，變革行動勢將徒勞無功。個案醫院先後兩次導入平衡計分卡在使命、願景與策略的形成上共識程度明顯不同。第一次作業僅為研究小組成員討論後形成之共識，無舉行全院之共識營導致溝通不良、宣達不足，造成部分主管及基層員工不太清

楚醫院未來的發展方向，和想要達到的目標，在執行效果上自然大打折扣。第二次的導入在全員共識的建立上迥然不同，不論是對使命的認知程度、願景的勾勒以及組織短、中、長程發展策略都經過專案團隊多次訪談各層級主管，並透過全院一二級主管參與之共識營會議熱烈討論後全院形成共識，在之後執行計分卡作業時配合度自然提高。

## 五、建構策略管理系統與目標管理

平衡計分卡不同於其他管理工具，最大的差異是它可以將組織的策略轉化為明確的績效指標並加以衡量發揮綜效，但前提是績效指標必須與策略有因果關係且密切連結。回顧個案醫院第一次推動計分卡過度重視關鍵衡量指標績效表現，卻看不到衡量指標與策略之間的連結，最終淪為目標(KPI)管理。第二次推動時，格外著重策略管理系統的完整規劃，從使命願景共識的形成到策略的釐清及關鍵績效指標、行動方案執行控管，都作一系列整體規劃、環環相扣，形成整套策略落實的管理體系。

## 六、策略運作模式

個案醫院第一次推動之策略地圖，依財務構面、顧客構面、內部流程構面、學習與成長構面四構面為主軸，分別去思考策略與策略目標。第二次推動以策略主題為發展主軸，結合四大構面的方式進行，每個策略主題均按照四個構面發展策略地圖，最後彙整六大策略主題成為全院的策略地圖，此方式更可讓策略聚焦，策略主題小組成為策略執行單位，權責更為明確。

## 七、資訊系統建置

第一次推動並沒有相關資訊系統的配合，僅能在EXCELL單機板作業。KPI執行數據資料正確性屢屢遭到質疑。第二次推動時為使平衡計分卡相關資訊的取得更為精確與及時，建置了資訊系統儀表板，可以隨時監控各項策

略關鍵指標執行情形，有助於整體系統之運作。

## 第五節 平衡計分卡作業模式及遭遇困境與因應對策

### 一、平衡計分卡作業模式

平衡計分卡是項管理工具，運用於個案醫院之經營管理確實已經發揮具體的成效，在國內醫院體系而言算是少數成功的案例，值此競爭激烈的醫療產業環境中，平衡計分卡一定會成為未來醫院經營管理的重要工具。為使得各級醫院在作業過程中能減少不必要的摸索與錯誤，特將個案醫院導入平衡計分卡實務作業，從準備階段到執行控管過程歸納整理，建構一套可行作業模式（推動步驟）作為醫療機構未來推動平衡計分卡之參考與借鏡。個案醫院平衡計分卡推動作業模式，計可分為規劃準備、共識形成、策略釐清及執行控管四大階段。列表如圖 4.11。

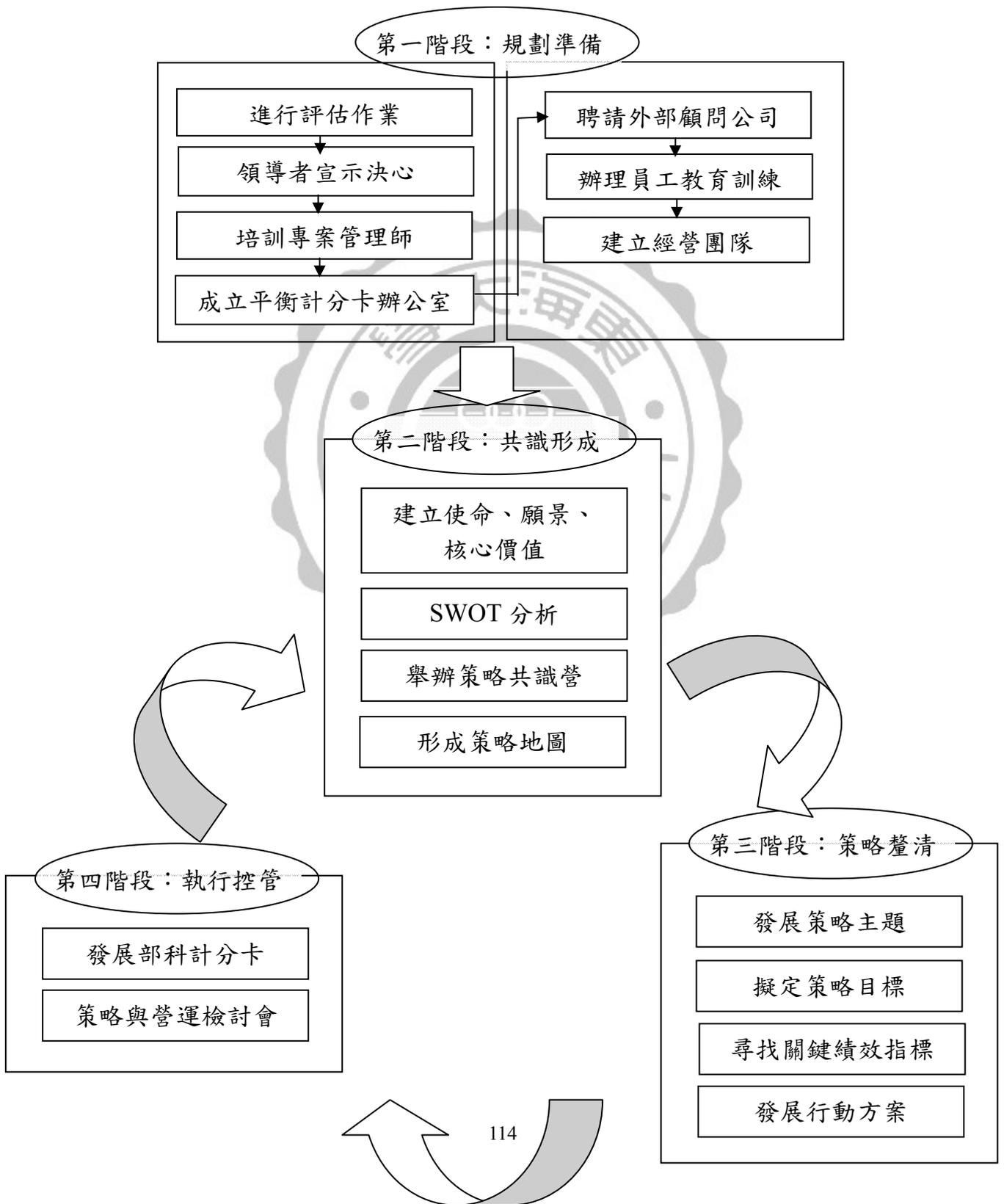


圖 4.11 平衡計分卡推動作業模式

## 二、遭遇困境與因應對策

由前面章節「平衡計分卡實施前後經營績效比較」內容觀之，個案醫院推動平衡計分卡制度確實提昇了組織整體經營績效。成功的背後其實穩含了許多折衝與辛苦。研究者在醫院中擔任一級主管實際參與運作，從作業過程中看到了經營團隊遭遇之問題，大家又是如何排除與解決，本研究對象屬大型醫學中心，執行中遭遇之問題在其它醫院亦可能出現，為了協助企業同儕避開實施平衡計分卡的陷阱，避免犯同樣的錯誤，及在遭遇類似的問題時可迅速找到解決方法。以下分別就個案醫院推動平衡計分卡作業模式所遭遇之問題及解決分法，分項說明如下：

### (一) 準備階段

#### 1. 員工認知與態度

總額預算與住院診斷關聯徵候群 (DRG) 支付制度之實施給醫院帶了不小的經營壓力。但是危機即是轉機，也給醫院經營者創造了組織變革的最佳契機。研究個案屬政府舉辦之醫院，公務員心態更易抗拒變革，再加上平衡計分卡 93 年就已經做過，員工打骨子裡排斥採不合作態度。因此醫院在第二次推動前，領導者運用各種場合抓住機會不斷的告知員工，制度改革之迫切性及與大家切身的關係，激發員工自發性改革的強烈意願。並明定改革時間表，強化成員對組織共同願景的追求，導入前員工的認知與態度已做了正向的轉變。

#### 2. 醫事與行政單位的合作

醫療機構依任務可區分為醫事及行政人員。醫院生產主力為醫事人員 (醫、護、技)，行政人員擔任工作主要為管理及後勤業務，用以支援醫事人員第一線作業。任何制度的推動，若醫事與行政人員合作不足，則注定失敗的命運。醫事

人員平日臨床工作已經極為忙碌，要匯集各醫療單位齊心推動平衡計分卡制度有其困難度。此時領導者院長發揮了引領的作用，親自參與專案活動，讓組織每位成員都能體認醫院推動平衡計分卡的決心，營造組織向心力。

### 3.高階主管的支持程度

醫院不論是公辦或民營，基本上院長及一級主管都有任期制度。任何管理制度的變革與實施至少都要三到五年的時間甚或更長，往往因為任期緣故更換主管，因其對制度不熟悉，亦或對專案之認知不足而降低了支持的程度，自然影響到專案之進行。為了排除上項窒礙因素，研究者以為任何的管理工具在組織內想要深耕恆久遠，高度制度化為唯一的途徑。以個案醫院為例，資源的取得不論是策略性或營運性預算均須與平衡計分卡內策略目標畫上等號。制度導引行為的結果，自然帶動了高階主管的親自參與和投入。

### 4.落實員工教育訓練

平衡計分卡不僅只是一套涵蓋四大構面的績效衡量系統而已，醫院在推行時，若未能充分了解制度具體內容及其精要，則易導致失敗。故導入新的管理工具之前辦理員工教育訓練絕對必需，讓使用者進修專業知識，熟悉作業技能，增加管理工具執行時之順暢，為各單位都會做的事情。但辦理的效果往往因為執行的方式不同而產生明顯的差異。個案醫院推動初期為增強員工對平衡計分的認識，經常邀請專家學者演講或舉辦研討會的形式辦理教育訓練，但以這樣被動式學習的方式進行仍顯不足。後經調整除前項作為繼續實施外再輔以主動式的教育訓練方式，藉由讀書會的形式規劃一、二級主管閱讀的書目，定期分享讀書心得，經由主動式教育訓練培養學習型組織氛圍，有效提升員工對平衡計分卡的普遍認識與瞭解。

## (二)共識形成階段

### 1.使命、願景與核心價值共識形成

平衡計分卡執行架構從使命、願景、核心價值、策略目標到行動方案都需要

全體員工凝聚共識，並不是由專案團隊或是領導階層少數幾個主管決定。個案醫院第一次推動失敗，最主要的原因是在制度啟動當下未將醫院的院景與策略說清楚，策略詮釋不清楚，就一定無法衡量。為導正以往執行缺失再次推動時，個案醫院啟動全新的思維，進行宣導建立共享願景與核心價值，讓全體員工願意對共有的願景投入關注，並透過專案團隊對於全院一二級主管進行多次的訪談，凝聚策略規劃方向與競爭策略，形成一致的共識。透過這個過程使醫院從上到下都有共同的願景與目標。

## 2.策略管理與目標聚焦

策略的具體功能是在於實現醫院的使命和願景，個案醫院 93 年作業時是由財務、顧客、流程及員工學習成長等四大構面切入，再從各個構面尋找發展目標訂定關鍵指標監控執行，由於 KPI 與策略之間並無因果關係與連結，最終只成為指標管理工具種下失敗的結果。為發揮平衡計分卡功能 97 年第二次導入方式是從策略擬定開始，將策略聚焦轉化成六大策略主題，再展成行動方案。並從四大構面設定衡量指標監控策略之執行績效，發展迄今執行順暢。

### (三)策略釐清階段

#### 1.關鍵績效指標選取

關鍵績效指標重點在於「關鍵少數」，過多關鍵績效指標易落入目標管理的迷思，個案醫院運用魚骨圖，探究重要流程及其關鍵成功因素，尋求關鍵且少數的績效指標。關鍵績效指標 KPI，主要目的為衡量策略主題執行結果。策略議題或主題基本上不要超過 6 個，KPI 選取需考量「落後」與「領先」指標的平衡。個案醫院於推動初期績效指標設定項目過多，指標數多達 KPI 70 個相當發散造成指標監控管理相當困擾。後經過顧問公司的輔導及策略議題小組研討調整為策略主題 6 個；策略目標 22 個；最後的 KPI 40 個，在策略聚焦的具體作法施行後，執行力不佳的情況獲得具體改善。

## 2.目標值設定偏低

目標值訂定在於聚焦與適度的成長，部門為求績效之達成方便過關，於訂定關鍵績效指標之目標值時設定過低，即使不需太多的投入與努力即可輕易達成，失去關鍵績效指標設定的意義。為免除類似情況發生，透過策略主題負責人與各 KPI Owner 重新檢討與修正，依執行的結果觀之，KPI 的達成率與策略之落實已息息相關，功能得以彰顯。

### (四)執行控管階段

#### 1.部門間的橫向溝通不足

由於研究個案屬公立醫院，就「組織行為理論」觀之它既屬於醫院類型矩陣式組織結構又有政府部門科層式組織的性質，過度的專業分工帶來了部門的衝突。醫院功能別的組織結構，部門及層級過多，影響橫向與縱向溝通不足，而本位主義之作崇往往加深彼此的誤解影響任務之執行至鉅。平衡計分卡的推動，由於各個策略主題之執行橫跨醫、護、技及行政等不同部門，之間的橫向溝通及合作良好持動將直接攸關成敗不可不慎。策略是組織為了達成願景所採取的行動。以研究者的角度觀之，用策略主題當成共同語言，可以有效促進跨部門的溝通與整合，建立起支援策略運作的團隊合作協調文化。

#### 2.部科與院級策略連結程度

當部科各自發展策略地圖與策略目標時，若閉門造車無法與醫院整體策略有效連結，造成部科之發展與醫院整體策略方向不同步，不但 KPI 的設定與策略無因果關係外影響；個案醫院經由整體策略與院級關鍵績效指標下展至部科，環環相扣的連結方式，使部科策略與醫院整體達成一致。

#### 3.平衡計分卡資訊網絡建構

醫院經營管理資訊系統化，是創造競爭優勢的不二法門。建構平衡計分卡

儀表板管理系統讓醫院管理階層可以透過關鍵績效指標資訊的掌握，隨時瞭解策略的運作情況。醫院在推動初期係採單機板作業，無法建立介面平台，直接從醫院主機資料庫下載所需資訊。採取人工方式蒐集指標資料呈現的結果，不但無即時資訊運用的功能，且造成許多人為錯誤而使數據資料信度減低，指標無法管理，想達成讓策略成為持續的循環流程，定期回饋修正調整策略，幾乎成為不可能的任務。從醫院尋求外部資源建置平衡計分卡資訊系統之後，透過系統從資料庫蒐集數據，並將平衡計分卡各策略主題指標達成狀況顯示於系統網頁上一目瞭然。對平衡計分卡的執行與推動作業發揮了極大之功能。

#### 4. 策略管理與回饋機制

平衡計分卡設計理念具有承接組織願景與策略、從四大構面因果關係本平衡之原理建立策略衡量指標、並依據衡量之結果定期回饋與修正策略使成為持續循環的管理流程。假設績效指標執行成果係作為衡量之依據，而指標又未隨內部條件與外部環境的和達成率變化而修訂調整並定期回饋據以修訂策略。則策略管理和營運作業管理的連結一定會產生問題，組織蛻變成長不再，無法適存於競爭激烈的市場上。

### 第六節 關鍵成功因素

個案醫院優異的表現，除推動執行過程中講求執行導入的方法、順暢的作業流程與靈活調整作業機制外，研究者認為更重要的係在作業前後掌握了不可或缺的關鍵成功因素，以下分別就關鍵成功因素分別條列如後。

#### 一、獲得高階主管的支持與參與

任何新制度的推行能夠取得高階主管的支持至為關鍵，若能獲得領導者親自參與，則成功的機會相對提高。個案醫院由院長親自主持平衡計分卡各項重要會議並擔任策略委員會召集人，帶領高階團隊(一級主管)全心投入，

建構全院以平衡計分卡為共同溝通的語言文化。充分展現推動平衡計分卡決心與毅力。

## 二、外部顧問團隊引導

對於個案醫院有第一次推行失敗的經驗，於第二次推動時，希冀借重外部顧問公司輔導，重新建立員工對於平衡計分卡概念，在第一年由顧問公司主導推動規劃與進度追蹤，同時經由顧問的實際經驗及現成的 Know-How，培訓醫院內部平衡計分卡團隊；於第二年轉由內部團隊主導，外部顧問公司擔任協助者角色；第三年開始全由內部團隊負責平衡計分卡，如此持續四年來推動平衡計分卡，藉由外部顧問公司循序漸進的推動步驟，發揮事半功倍的效果。

## 三、全員共識建立與積極參與

平衡計分卡架構是由上而下的展開，若要使平衡計分卡發揮功效，必需所有員工凝聚共識積極參與。就醫院而言臨床醫療人員（醫師、護理、技術）之投入更不可或缺。個案醫院為使全體員工在執行行動方案時能確實配合醫院的總體策略，因此在擬定策略目標與關鍵績效指標時，並非完全由高階主管決定，而是開放基層員工參與，讓全體員工都能了解醫院的願景與策略，自己的日常工作與平衡計分卡的關聯，自然就能在日常工作中不斷的提昇與改善，為策略執行作出具體貢獻。

## 四、以學習啟動變革、奠定成功基石

在推動平衡計分卡準備過程中，積極蓄養學習型組織氛圍。藉由舉行教育訓練、讀書會與相關研討會等學習活動，透過知識分享快速建立學習的氣氛，以及建立知識管理系統，使組織能持續的學習與成長。

## 五、適時調整策略

個案醫院的策略透過定期的營運檢討與策略檢討會議，審視外部環境健保制度、同業競爭策略與醫院本身發展而作適當調整，當策略轉變時，定期與不定期檢討策略主題之策略目標與指標達標程度，並作必要之修正調整，掌握回饋機制。

## 六、資訊科技支援

在衡量策略目標與績效指標的過程中，必須擁有迅速且正確的數值當依據。透過資訊科技支援可提高數據資料收集之效率，醫院建置的平衡計分卡儀表板系統提供了即時又完整正確的指標執行率資訊，對平衡計分卡的運作，是一項不可或缺的重要成功因素。

## 七、制度的導入啟動組織其他變革

個案醫院由於平衡計分卡的推動，延伸帶出其它管理活動諸如作業基礎成本會計制度之推動與建構、經營管理儀表板（醫品、病安、感控、財務與營運）開設與建立，醫療服務流程改善及精實醫療管理活動之推展，將許多管理活動納入平衡計分卡管理系統內進行。漸成為完整的整合性管理平台。

## 第五章 結論與建議

### 第一節 研究結論

依據以上的研究與探討，個案醫院施行之平衡計分卡制度，經過了四年的披荊斬棘與時間萃練，由營運數據觀之，確實已具體提昇了經營績效。個案醫院之所以能有今天的成績依研究者的觀察，主要是在對的時間、找了對的人、用對的方法、做了對的事。

在對的時間方面—健保總額制度的規範及市場同儕的競爭迫使經營者不得不變，在對的時間啟動變革較易推展，「不改變就出局」就個案醫院而言，在推動平衡計分卡當時已成為上至院長下至員工發自內心深處的吶喊，將士用命萬眾一心奠定了成功的基石。對的人方面—醫院組織成員以醫事人員為大宗，要成功的推動新的制度，醫生的參與尤其重要。個案醫院在導入時除了院長、副院長等領導階層親自參與主持及外部顧問團隊引領外，平衡計分卡辦公室成員亦納編醫事人員並由學有專精的科主任醫師帶領各項作業，大幅降低了變革的阻礙。對的方法—大部分遵循 Kaplan 和 Norton 平衡計分卡導入方法論並參酌醫療機構之特性，在顧問團隊的輔導下按部就班，循序漸進推動平衡計分卡各項作業。做了對的事—平衡計分卡可協助醫院建構策略型組織進而引導組織變革，使組織蛻變成長。由個案醫院近幾年來運用是項工具由虧轉營的績效表現即可印證平衡計分卡不僅適用在一般產業，醫療產業也可以有不錯的效果。

值此競爭激烈的醫療產業環境中，營運策略的擬定、執行與回饋尤其重要，正好吻合平衡計分卡功能。又由於新制醫院評鑑的要求，平衡計分卡一定會成為未來醫院經營管理的熱門工具。個案醫院先後兩次的推動，不同的推動模式（實

施步驟) 導致了迥然不同的結果。為使得其它醫院在推動平衡計分卡作業過程中能減少不必要的摸索與錯誤，特將個案醫院第二次導入與推動平衡計分卡實務作業，從準備階段到執行控管過程歸納整理，建構一套可行作業模式(推動步驟)作為醫療機構未來推動之參考與借鏡。個案醫院優異的表現，除推動執行過程中講求執行導入的方法、順暢的作業流程與靈活調整作業機制外，研究者認為更重要的係在作業前後掌握了不可或缺的關鍵成功因素，更值得一提的是醫院在導入平衡計分卡的過程中也同時帶動了組織其它管理活動，諸如作業基礎成本制度(Activity-Based Costing, ABC)之建構與推動、經營管理儀表板(Dashboard)建制及醫療服務流程改善、精實醫療管理(Lean)活動之推展，將許多管理活動均納入平衡計分卡系統，逐漸完成整合性的績效管理平台。

個案醫院推動平衡計分卡，從管理工具的評估、預算的籌措、制度的推動與運作，會計人員無役不與，積極扮演特業幕僚角色功能。研究者以為組織在推動變革或導入新的管理工具時，會計部門的支持與參與極其重要，特別是會計主管更應以身作則，帶領團隊積極投入。

研究者身為醫院會計主任，於平衡計分卡作業活動中擔任「經營績效最佳化」負責人，參與決策階層策略委員會運作，於會中提出之具體建議，均獲得領導階層高度肯定與採納，諸如機動參與或退出「點值穩定方案」策略、策略預算制度之建立、ABC 作業基礎成本管理制度之推動等。從個案醫院近幾年營運績效優異之表現觀之，平衡計分卡確實已發揮了預期的功能。醫院在施行平衡計分卡之過程中，會計部門確實已扮演了積極且重要的角色。對整體制度之推動作出了具體之貢獻，也提升了會計部門在組織中的功能與價值。

## 第二節 研究建議

個案醫院第二次推動平衡計分卡迄今已又四年的時間，依經營績效觀之已有不錯的成果。因研究者本身從準備階段即參與其中作業，深以為以個案醫院的條件，在既有的基礎上，只要在部分環節上做些微的修正與調整，使平衡計分卡成為醫院經營管理作業平台，一定更能彰顯功能。以下對個案醫院幾點建議敘述如下：

### 一、發展員工個人平衡計分卡

院級平衡計分卡需下展與各單位平衡計分卡相連結，而單位平衡計分卡亦需下展至個人平衡計分卡，如此才能由上至下貫徹醫院整體策略目標與行動。此外，對部分員工而言，建構單位層級之平衡計分卡時，若未參與單位計分卡團隊，其參與意願及程度自然降低，無法如實分層負責。建議未來將單位平衡計分卡繼續向下發展至個人平衡計分卡。

### 二、平衡計分卡辦公室應提升指揮層級直屬院部

為推動平衡計分卡制度，個案醫院在醫務管理部門轄下設有平衡計分卡專案辦公室（BSCO）。制度的推動橫向的溝通與協調極其重要，醫務部門僅為一級單位，由於醫院每項策略都涵蓋整個價值鏈（從行政到醫事）指揮體系位階不高，與各單位協調時困難重重。Kaplan 和 Norton兩位作者在「策略校準」一書中不斷提倡設立屬於總經理之策略管理辦公室的重要性。就醫院而言，BSCO應設於院長辦公室直屬院部指揮才能維持平衡計分卡的順暢運作。

### 三、執行績效與獎酬制度適度連結

個案醫院將平衡計分卡全面下展至各部科，且定期檢討執行情況，並要求具體成效，但部科經確實執行達到目標甚至於超標後，卻未給予實質上獎勵，缺乏激勵誘因，如此會讓努力參與並認真執行之專案成員感到無力且反而會成為往後推展的阻力。制度導引行為，讓績效與獎酬機制兩者之間適度連結。連結的目的在於管理，為了讓策略執行者對執行績效負責，但連結的比重不要太高，可採循序漸進溫和的方式著墨在變動薪資獎勵金的部分，連結的目的是要激發執行者對績效成果高低的榮譽感。但在作業時要講求技巧。部門可能因與獎酬連結之故，對KPI與目標設定都會顯得保守，以及執行過程中，可能因挑選或分配比較容易達成的項目產生不公平現象。為了降低後遺症，平衡計分卡辦公室對KPI審查要有有一套公平的管理機制，作業前要仔細評估。

### 四、與預算制度連結

個案屬公立醫院，資源分配與運用依據政府預算作業制度辦理，預算之編製以營運導向為基礎，各部門編列之年度預算不論是資本門亦或經常門性質，都屬於短期（1年）目標年度營運性預算範疇。實施平衡計分卡初期，凡與策略主題攸關行動方案執行所需之資源，則於營運性預算外另籌財源編列策略性預算予以支應。醫學中心的任務不外乎臨床、教學、研究，依研究者看法，以上的任務內涵已全然涵蓋於個案醫院平衡計分卡六大策略主題內。

為落實策略預算管理思維，在爾後年度概算編製時可要求各部門（行

政、醫事)以平衡計分卡架構，依據策略主題導引之行動方案需求為基礎，分別以資本門與經常門科目提出年度計劃與預算、有關年度進行中施政計畫與預算之執行控管則可運用關鍵績效指標(KPI)評估預算執行成效。從預算編製到執行控管都與平衡計分卡相連結。確實做到平衡計分卡之外無資源取得途徑，使資源投入與策略緊密結合，發揮平衡計分卡功效。下圖5.1為個案醫院平衡計分卡實施前後(舊制、現制、未來)預算編列情況。

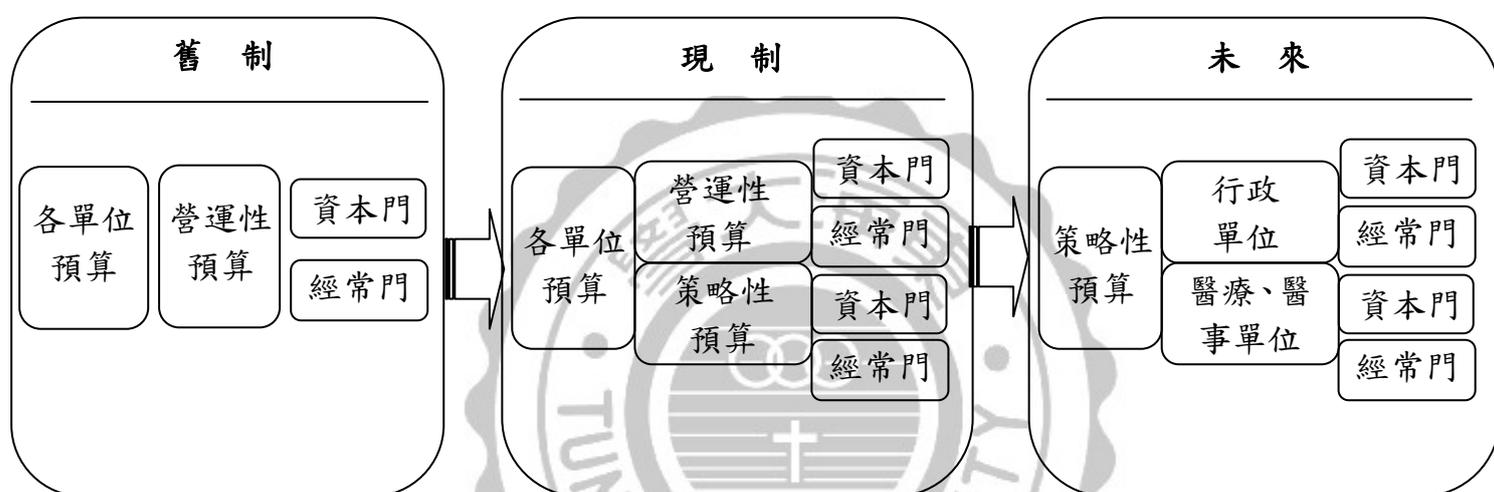


圖 5.1 平衡計分卡與預算制度連結

## 五、建構整合性績效管理平台

個案醫院目前執行平衡計分卡已邁入第四年，運作模式與流程日趨成熟，建議醫院應藉由此管理制度延伸出作業基礎成本會計制度(成本優化專案)，專案目的在全面檢討醫院的醫療服務成本，需要建構整合性的管理平台支援(如圖5.2)，其中ERP資訊系統建置將是重要的條件，將可使成本數據更符合實際作業流程，再經由分析流程成本進行流程改善與精實管理，讓醫院經營更具競爭力。

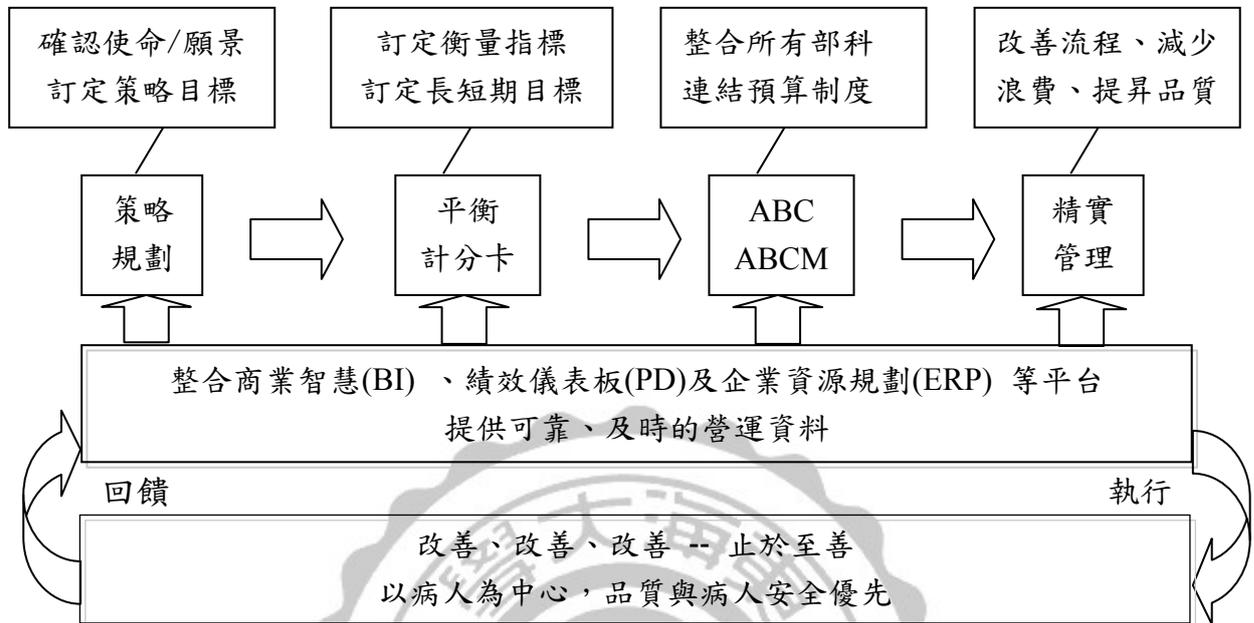


圖 5.2 整合性管理平台

## 參考文獻

### 中文部份

羅伯柯·普朗 (Robert S. Kaplan) 與大衛·諾頓 (David P. Norton) , 1999, 平衡  
架計分卡：資訊時代的策略管理工具，朱道凱譯，台北：臉譜文化。

羅伯柯·普朗 (Robert S. Kaplan) 與大衛·諾頓 (David P. Norton) , 2001, 策略  
核心組織：以平衡計分卡有效執行企業策略，ARC 遠擎管理顧問公司策略  
績效事業部譯，台北：臉譜文化。

吳安妮、周齊武、Kamal Haddad、施能錠，2001，探索實施平衡計分卡可能遭  
遇的問題，會計研究月刊，第 183 期，P.63-74。

彭雅惠，2002，醫療產業實施平衡計分卡的問題探討，醫務管理，第 3 期第 1  
卷：26-35。

劉順仁，2007，非營業基金之績效管理—談平衡計分卡之應用，研考雙月刊，31  
(2)：77-102。

劉靜文，2007，高雄縣小型國民小學校長魅力領導、組織創新與經營績效關係之  
研究，國立高雄師範大學未出版碩士論文。

許士軍，2001，讓我們認識一種知識經濟時代的策略工具，策略核心組織導讀  
3-7。

李書行，1995，務實創新的策略性績效評估，會計研究月刊，第 113 期，pp.

15-23。

吳安妮，1996，績效評估新趨勢，會計研究月刊，第 133 期：11-16。

林珮琪，1997，「高科技產業研究發展績效衡量之研究－平衡計分卡觀點」，國立臺灣大學會計學研究所未出版碩士論文。

林姿菁，2000，平衡計分卡之規劃與設計－以證券商X公司為個案研究，私立中國文化大學會計研究所未出版碩士論文。

陳明璋，2000，「平衡計分卡在中小企業的應用」，國立台北大學企業管理研究所未出版碩士論文。

於嘉玲，2001，以平衡計分卡觀點探討公務機關績效評估制度－以僑務委員會為例，淡江大學會計研究所未出版碩士論文。

劉文瑾，2001，應用「平衡計分卡」於提昇經營績效之研究，朝陽大學企業管理研究所未出版碩士論文。

陳淑華，2001，銀行業策略與績效評估之探討-以平衡計分卡觀點分析，淡江大學會計學研究所。

葉嘉雯，2001，目標成本制與平衡計分卡之結合運用-以某汽車個案公司之為探討對象，中原大學會計學系碩士論文。

王世志，2002，以平衡計分卡的觀點作航運業經營策略與經營績效之關聯性研究，國立台灣海洋大學航運管理所碩士論文。

詹碧珠，2006，國民小學學校經營績效與相關問題之研究-以平衡計分卡觀點，國立花蓮教育大學學校行政碩士學位班碩士論文。

蔡東庭，2009，平衡計分卡對企業績效之影響－以台灣電子業為例，國立高雄應用科技大學商務經營研究所碩士論文。

吳鑑衡，2010，應用平衡計分卡發展物業管理公司之經營績效評估模式，國立雲林科技大學營建工程研究所碩士論文。

陳俊卿，2010，以平衡計分卡探討營建業之價值動因，國立高雄應用科技大學商務經營研究所碩士論文。

黃永吉，2002，醫院建構平衡計分卡之研究－以雲林縣某地區教學醫院為例，雲林科技大學工業工程與管理研究所碩士論文。

許嘉真，2003，經營策略與營運績效關係之研究－以醫療院所為例，國立成功大學工業管理科學系碩士論文。

馬文萱，2003，中部某區域醫院經營績效之探討－以平衡計分卡概念之探討，國立陽明大學碩士論文。

林佳靜，2003，醫院對平衡計分卡之認知與現況分析，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。

胡學毅，2006，以平衡計分卡觀點建構醫療產業績效管理系統之研究，國立成功大學企業管理研究所碩士論文。

馬偕紀念醫院(2005)，馬偕紀念醫院平衡計分卡之實務分享與成果發表會特刊，台北：馬偕院訊雙月刊。

台中榮民總醫院網站<http://www.vghtc.gov.tw>

工研院《工業技術與資訊》月刊 2011 年 12 月號

行政院衛生署衛生統計資料[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/index\\_populace.aspx](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/index_populace.aspx)

行政院衛生署中央健康保險局<http://www.nhi.gov.tw/>

行政院經濟建設委員會<http://www.cepd.gov.tw/>

中華民國醫師公會<http://www.tma.tw/>

## 英文部分

Carroll, S. J. & C. E. Schneier, (1982), "Performance appraisal and development of performance in organizations", Glenview Illinois: Scott, Foresman.

Choi, F. D. S., & Mueller (1992). What is Coefficient Alpha ? An Examination of.

Chow, E., W. Lee, and M. Solt, 1997," The Exchange Rate Exposure of US Multinational Firms," *Journal of Business*, 70, 105-123.

Eccles, R. G. and P. J. Pyburn. 1992. Creating A Comprehensive System To Measure Performance. *Management Accounting* 74(4): 41-44

George , H. P., Ian, M., Ellen, G. S., Colin, P., Catherine, M., & Baker, G. R. 2001. Creating a balanced scorecard for a hospital system. *Journal of Health Care Finance*, 27(3): 1-20.

Green, G. I., and R. T. Kiem. 1983. After implementation what's next? evaluation. *Journal of System Management*, 34:10-15.

Gruca, T. S. and Nath, D. 1994. The impact of marketing on hospital performance. *Journal of Hospital Marketing*, 8(2): 316-335.

Kaplan, R. S. and D. P. Norton. 1996. Using the Balanced Scorecard as a Strategic

Management System. *Harvard Business Review*, (January/February): 75–85.

Kaplan & Norton 2001 . "The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment", Harvard Business School Press.

Kazemek, E. A., P. R. Knecht., & B. G. Westfall. 2000. Effective boards: working smarter to meet the challenge. *Trustee*, 53(5): 18-23.

Kelly, R., and Voydanoff, P. 1985. "Work family role strain among employed parents," *Family Relations*, 34,pp.367-374.

Meliones, J. N., Ballard, R., Liekweg, R., & Burton, W. 2001. No mission no margin: It's that simple. *Journal of Health Care Finance*, 27(3): 21-29.

Noorein, I., & Robert, S. 2002. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organization. *Journal of Healthcare Management*, 47(3): 179–195.

Robbins, S. P. 1990. *Organization Theory, Structure, Design and Applications*, Upper saddle Rive, NewJersy: Prentice-Hall.

Venkatraman, N. and Ramanunjam, V. 1986. "Measurement of business performance in strategy research: A comparison of approaches", *Academy of Management Review*, Vol. 11, No. 4, pp. 801-814.

Wachtel, T. L., Hartford, C. E., & Hughes, J. A. 1999. Building a balanced scorecard for a burn center. *Burns*, 25(5): 431-437.

Yin. R. K. 1994. *Case Study Research: Design and Methods*(Applied social research methods series). London: Sage Publications.