

退輔會區域教學醫院經營績效評估之實証研究-以平衡計分卡為例

莊順天¹

美和科技大學企業管理系講師¹

912屏東縣內埔鄉美和村屏光路23號

X00003177@mail.meiho.edu.tw

林建仲³

美和科技大學經營管理研究所教授³

912屏東縣內埔鄉美和村屏光路23號

gendion.lin@gmail.com

邱盛林²

龍泉榮民醫院政風室主任²

912屏東縣內埔鄉龍潭村昭勝路安平1巷1號

slchiou@mail.vhlc.gov.tw

宋競賢⁴

美和科技大學企業管理系助理教授⁴

912屏東縣內埔鄉美和村屏光路23號

x00002144@mail.meiho.edu.tw

摘要

醫院為追求永續經營目標，必須尋求適當的經營策略，期望獲得良好的績效及生存發展，透過平衡計分卡(Balance Score Card, BSC)一套管理資訊系統，它不僅能協助醫院管理者隨時釐清醫院的願景、目標與策略間的關係，並監督策略有效的執行，醫院為了提高服務品質、降低營運成本，發展平衡計分卡之績效評估指標，實為當務之急。

本研究的目的係探討個案醫院進行經營績效評估時，如何運用平衡計分卡之推展過程及其執行成效，因應醫療機構之文化、願景、產業特質，以及顧客需求不同，以建立適合個案醫院的人力資源績效評估指標。本文採個案研究方式，進行高、中、低階等不同階層人員實地訪談及問卷調查，並運用人力資源平衡計分卡的觀念對醫院組織績效構面進行分析，提出上述研究議題之回應與發現。研究結果發現：個案醫院進行經營績效評估時，運用平衡計分卡之推展過程在執行成效上有六項影響成功關鍵要素及遭遇三項重大困難問題，最後本研究提出四項建議，俾供有關區域醫院當局參用阻礙，運作正常。

關鍵詞：平衡計分卡、醫療品質、績效評估

1. 緒論

1.1 研究動機

台灣的醫療產業隨著經濟的成長及國民生活水準的提升而快捷發展，於民國八十四年三月一日全民健康保險實施以來，逐漸形成了醫院之間相互競爭的狀況。並且消費者擁有自由就醫的選擇權益，且價格已不再是消費者(演譯為門診病人)選擇醫院的主要考量因素，而醫療服務品質與地點的方便性逐漸成為選擇醫院重要的影響因素(Lane &

Lindquist, 1988)。醫療機構在消費者意識抬頭、全民健康保險醫院總額的實施、醫療法規的修訂及新制醫院評鑑要求日趨嚴格下，造成經營更加困難。醫院為求永續經營，必須尋求適當的經營策略，其中被哈佛商業評論評定為過去75年來最具影響力的企業管理觀念之一平衡計分卡(Balanced Scorecard, 以下簡稱 BSC)最受肯定與推崇。因此，為了吸引就診之顧客及獲取其對醫院的信賴，醫院開始重視醫療服務品質上的改善。在顧客為導向的時代裡，我們都有一致的認同：「開發新顧客所花的成本是維繫舊顧客的五倍，因為要使顧客轉換品牌或商品的是件高成本、高代價的事。」

基於上述理由，醫療院所為了維持其舊有顧客，照顧周全滿足，就必須先瞭解民眾在就醫時所重視的因素為何，才能擬訂合適的改善策略，提升整體的服務品質。

醫療產業裡，消費者指的是「購買醫療院所提之服務(產品)的人或單位，不同消費者所形成的市場特性不同」(張煥禎、張威國, 2002)。醫院為求永續經營，必須尋求適當的經營策略，以期產生良好的績效及生存發展，至於各醫院之經營策略選擇及運用是否得當，將影響該醫院之生存發展。什麼是平衡計分卡? BSC 與現有績效考核制度有何異同之處? 平衡計分卡如何運用? BSC 有何優點及限制條件? 執行 BSC 會面臨那些瓶頸或困境? BSC 是一套管理資訊系統，它不僅是一種績效管理制度，而且是一套即時線上資訊系統協助公司隨時釐清公司的願景、目標與策略間的關係，並監督策略有效的執行。執行的成效，不論是公司內部流程或外界的變化及反應，立即回饋公司管理高層做為目標修正或策略調整的參考。

BSC 的觀念是強調迅速、持續的不斷改善，以因應目前市場環境快速的變遷及激烈的市場競爭現況。BSC 讓全體員工一致以公司經營策略為導向設定工作目標，以因應市場快速變化調整預算及資

源重新分配。BSC 配合資訊系統的應用成為公司經營的決策中心，也就是組織體的神經中樞，BSC 講求透明運作及不斷創新改善機制。透過 BSC 管理資訊系統，它不僅是一套即時線上協助公司隨時釐清公司的願景、目標與策略間的關係，並監督策略有效的執行，相對於醫院為求永續經營，必須尋求適當的經營策略，以求未來之生存發展，所以區域教學醫院經營績效以平衡計分卡評估是非常重要的議題。

1.2 研究背景

台灣地區自民國八十四年三月全民健康保險實施以來，醫療環境快速變遷，且醫療院所間競爭加劇。尤其在民國九十一年七月開始實施醫院總額支付制度後，醫療機構更面臨不同於以往競爭壓力，致使其必須使用不同管理工具來因應。平衡計分卡歷經十餘年之理論驗證與業界測試後，美國五百大企業中已有將近 60% 導入平衡計分卡，且被「哈佛商業評論」譽為「近七十五年來最具影響力管理工具之一」（Sibbet, 1997）。因此，開始有醫療機構希望藉由將平衡計分卡運用於醫院管理，來改善醫院經營困境。

BSC 在一般企業運用已趨成熟，近年來也開始有國外醫療機構導入 BSC，因而也出現相關文獻及研究。但這些研究往往僅限於導入前置作業與導入成效之報導與分析，卻忽略導入過程之步驟、環節及導入過程需克服之難題。國內醫療機構導入平衡計分卡過程之研究僅限於私立醫院，而公立醫院導入平衡計分卡過程之相關研究則付諸闕如。因此，本研究目的係透過實際參與某公立醫院導入平衡計分卡之過程，深入瞭解導入過程之每一個步驟及環節，評析導入過程、比較導入過程之差異及分析導入過程遭遇之難題與潛在因素。期能對尚未導入或計畫導入平衡計分卡之公立醫院提供參考與建議。

1.3 研究目的

經由上述之研究背景與動機，本研究以實施平衡計分卡之個案醫院為對象，欲探討平衡計分卡、醫療品質、績效評估之關連性。本研究採個案研究法及訪談的方法，以某一地區性醫院為個案研究對象，首先描述個案醫院過去一年多來推展平衡計分卡之過程、特色及所遭遇之問題，再來說明其推展平衡計分卡之成效，希望透過這樣的研究方向，以達到下列研究目的：1. 描述個案醫院平衡計分卡之導入推展過程。2. 檢討個案醫院推展平衡計分卡之成效。3. 探討醫院推展平衡計分卡導入所增進之策略系統、醫療品質及績效評估等議題。

2. 文獻探討

2.1 平衡計分卡之沿革及其相關研究

BSC 係科普朗 (Robert S. Kaplan) 與諾頓 (David P. Norton) 於 1992 年所發表，圍繞著四個獨特的構面：分別為財務構面、顧客構面、內部流

程構面、創新與學習構面，所組成一個新的策略管理衡量系統。探討其來由乃是平衡計分卡源自於諾朗諾頓研究所 (Nolan Norton Institute) 在 1990 年贊助一項研究計畫「未來組織績效衡量方法」，由哈佛大學教授 Robert Kaplan 及 Nolan Norton 公司執行長 David Norton 二位共同負責此計畫，共有 12 家美國企業參與其中，此 12 家企業涵蓋製造業、服務業、重工業及高科技產業等類型公司。經歷一年研究，發展出 BSC 觀念，Kaplan and Norton (1992) 指出財務指標僅衡量組織過去績效，而 BSC 卻能驅動未來績效量度，以彌補財務指標之不足。

因此，BSC 績效評估制度不同以往只重視短期財務目標之績效評估，而是在短期及長期目標、財務性及非財務性績效、落後指標及領先指標、內部構面與外部構面間取得平衡，以協助組織達成整體策略目標。Kaplan and Norton 陸續發表之論文及研究成果如下：1992 年發表「平衡計分卡一驅動績效之量度」，闡述藉由 BSC 模式之建立，使經營者不但可以瞭解組織全貌，亦可以瞭解組織是否依循既定之策略方向努力。1993 年發表「平衡計分卡之實踐」，證明 BSC 在實務上價值上，它不僅是一個衡量系統，而是一個可以把組織與策略連結之衡量系統，且突顯平衡計分卡是管理制度，非只是單純之績效評估制度。

1996 年發表「平衡計分卡在策略管理體系之應用」，提到 BSC 將是一個新策略性管理制度，藉由擴大財務會計模式，把公司無形智慧資產之價值包括在內，即透過四個構面實施，將策略轉化為具體行動，使組織整體能一致朝正確方向努力。根據 Kaplan & Norton 的觀點，平衡計分卡應兼顧以下六種平衡。

2.1.1 財務構面

對企業而言，財務是反映組織過去的經營成果，可明顯看出機構執行策略後對於營運是否有所改善及貢獻。在平衡計分卡設計之中，不但肯定財務目標，而且為事業單位在成長和生命週期不同任務階段訂定不同財務目標。財務構面大都與以下敘述三個衡量指標有關。一為營收成長和產品組合：指的是擴大產品和服務種類、開拓新客源和市場、改變產品和服務組合與提高附加價值。二為成本下降/生產力提高：財務指標之一即是企業之成本愈低愈好，而生產力愈高愈好。三為資產利用/投資策略：企業利用剩餘產能發展新業務、提高現有資源的使用效率以及有效處置閒置資產，藉此擴大固定資產利用率 (Kaplan & Norton, 1992; Kaplan & Norton, 1996)。

2.1.2 顧客構面

顧客構面雖非財務部份，但卻可影響組織財務績效的表現。組織如果欲達到卓越的財務績效，必須創造並提供顧客希望的產品和服務。首先要將市場與顧客分開來，才能將三個核心量度：(1) 市場佔有率：反映一個企業的產品在既有的市場中所佔的比率；(2) 顧客延續率：維持企業在現有的顧客關係

的比率；(3)顧客爭取率：企業在吸收或獲得新顧客的速率。

Kaplan & Norton(1996)認為顧客構面使企業能夠確立以目標顧客和市場區隔為方向，調整自己的核心顧客量度，它協助企業明確自己希望帶給目標顧客的價值主張。Kaplan & Norton(2003)在策略地圖一書中對顧客構面提出了更完整的策略議題(價值主張)包含有低成本、產品的創新與領導、完整的顧客需求解決方案與系統鎖定等四項價值主張。價值主張的通用模式來自圖一的产品屬性、形象、商譽與顧客關係。其中產品屬性的價值則又來自於功能、品質、價格與時間。

2.1.3 內部流程構面

建立平衡計分卡企業內部流程，首先要界定一個完整的內部流程價值鏈。價值鏈的起點是創新流程，包括兩部分，第一部份為市場研究，目的是了解市場規模及顧客需求；第二部分為市場研究成果，目的是辨別目前和未來顧客需求，企業可能必須設計與開發一個新流程，來提供目標顧客所重視的新產品或服務來滿足需求。接下來是營運流程，即提供既有產品和服務給既有顧客。價值鏈最尾端是售後服務，即在銷售之後提供服務給顧客，增加顧客從公司產品和服務中獲得價值。

Kaplan & Norton(1996)認為每一個企業都有一個獨特的創造顧客價值和產生財務結果的流程，此一流程便是企業的內部價值鏈模式，始於認識顧客需求，止於滿足顧客需求。Kaplan & Norton(2003)將內部流程再歸納為營運管理流程、顧客管理流程、創新流程與法規/社會等四個群組流程，四個群組所包含的項目。

2.1.4 學習與成長構面

學習與成長構面的目標是為其他三構面的目標提供一基礎架構，是驅使財務、顧客及企業內部流程構面獲致卓越成果的動力。平衡計分卡強調投資於未來的重要性，它主張企業不僅要投資新設備與新產品的研發，更應該投資於它們的基礎架構--人、系統、程序，始可達成長期財務成長目標。學習與成長的特定情況驅動因素，這些驅動因素常出自三個關鍵的促成因子。它們是員工的技術再造，即員工的能力、資訊系統的能力、激勵、授權和配合度及組織程序。學習與成長構面之衡量系統方面，核心的員工能力衡量標準有，員工滿意度、員工生產力及員工延續率等為成果度量的指標，其中又以員工滿意度的目標為最重要，經常被視為員工生產力及延續率的力量。此外，企業期望達到顧客和內部流程的目標，員工必須肩負與以往不同的新責任，員工技術再造也是重要關鍵。許多企業以經常策略職位適任率的指標用來衡量員工技術再造的目標。

2.2 平衡計分卡如何運用於醫院管理

陳韻靜(2003)即以BSC之概念對於台灣地區126家地區教學級以上醫院採取策略型態及其對績效評估指標看法予以分析探討；該研究建議醫院管理者在設計績效評估指標時，必須與本身策略進行聯結，才能更有效地管控醫院營運狀況，且應更注重顧客及學習與成長構面指標的衡量。周慧娟(2002)針對某醫學中心護理部一般病房以BSC為架構之策略性績效指標訂定的研究中建議：對機構引進此一管理工具者，應充分溝通與完整說明BSC之功能與訂定的意義，方可增加此工具於機構可行性；而針對後續研究者的部分，可著重於BSC於機構實施後的評估。

BSC原是為營利性組織所設計的，在Kaplan & Norton(1992)針對平衡計分卡應用與實證的研究中指出，它不僅能夠將企業中不同類型的管理指標加以整合，達到顧客滿意、縮短內部作業時程與著重長期的策略願景等優點；也可以幫助管理者能迅速取得完整的指標以觀察企業的狀況。BSC推出後引起不同組織的注意與應用，Frigo & Krumwiede(2000)甚至指出財星1000企業，在2000年底將有40%將採用BSC為其主要管理機制。BSC應用的研究，主要集中在民間營利事業機構。如Brady(1993)以其實務運用的經驗指出，企業必須以顧客的眼光來擬訂策略，管理者要離開辦公桌到工作第一現場實際去溝通。因此BSC並不是一個績效衡量的工具，而是直接進入企業管理的核心制度。

2.2.1 平衡計分卡之應用

Kerssens-van Drongelen & Cook(1997)及Kerssens-van Drongelen & Bilderbeek(1999)針對BSC在研發機構的應用研究則指出，BSC能夠提供研發機構績效衡量時所需的完整架構，且經由均衡的指標，確能夠幫助研發機構持續的創新。Kurtzman(1997)認為，BSC注重長期策略目標的特色，解決研發部門過去對傳統短期財務為主績效制度的不滿，也幫助研發活動能更注重市場的變化趨勢與組織策略目標。Chow et al. (1998)研究指出，健康照護組織面臨醫療環境的急遽變化，許多醫療照護單位的高階管理者皆認為，發展一套結合本身願景使命且可行之策略性管理工具—平衡計分卡，能使組織更有競爭能力接受外來的一切挑戰，進而幫助組織有效運用醫療資源，提昇其整體經營效率，並為未來創造更有利的價值活動，以達組織永續經營之目標。

2.2.2 平衡計分卡推行時五大系統之運用

個案醫院組成平衡計分卡專案組織後，由專案團隊會同相關顧問分別針對導入階段之**策略形成系統、策略系統、衡量系統、執行系統及溝通系統**等五大系統進行思考，討論出結果如下所述：

2.2.2.1 策略形成系統

為確立全院之使命、核心價值及願景，主要思考三個問題：醫院存在之目的與理由、醫院所應堅

持之信念及醫院未來營運發展之藍圖與方向。經過專案團隊討論形成共識為：全院使命是建立以社區民眾為中心的醫療照護；全院核心價值是便捷貼心、優質醫療、服務親鄉、共享成長；全院願景是成為高高屏地區健康的守護者。

由於人口老化及健康意識提升，使得民眾就醫意願增加，再加上個案醫院位於成長型市鎮交界處，地理位置佳，對於就醫之可近性而言，更為助益。另外，因為公立醫院以往之公信力及個案醫院形象之改善，讓民眾更加支持該醫院，也因為其執行政府特殊衛生政策及社區健康營造，創造不少機會。

2.2.2.2 策略系統

個案醫院院層級策略系統即為該院高階領導人訂定之「年度策略目標與方針」。除了以往 SARS 侵襲結束且受到健保制度影響，醫院必須努力衝刺。因此，個案醫院加緊朝「開源」方式努力，營收成長成功達成目標，但成本卻也隨之增加，該院院長便開始思考朝「節流」方式著手努力。因此，本年度先以「節流」為主，目標在於成本控制，訂在成本減少 10%至 20%，專案科主任根據科內業務在「人」、「事」、「物」三方面訂定節流策略。「人」是在人員管理、調度、薪資及福利調整；「事」是在流程及跨科室溝通協調改善；「物」是在投資及技術提升。其次以「開源」為輔，健保方面目標收入持平至增加 5%；自費方面目標收入增加 10%，這是由於健保總額支付制度緣故，一味地開源不可行，必須開源到一定程度才算是最大贏家。

2.2.2.3 衡量系統

個案醫院於本年度順利完成平衡計分卡(BSC)整合平台，呼應該醫院院層級策略系統所訂定之衡量指標及其內涵如下所述：1. **財務構面**：探討營運成本、經營績效及貢獻成果，主要分成全院、門診、住院三大部分，分別計算其收入、成本(用人費用、藥材費用、設備費用、作業費用、管理費用)，最後計算出獎前損益及獎後損益。2. **顧客構面**：探討醫病關係、產品與市場之競爭策略及核心價值，亦是分成全院、門診、住院三大部分，分別統計其服務量，全院再計算初診率及複診率。3. **流程構面**：探討醫療品質及服務品質之改善與提升，此構面針對個案醫院政風室 080 客訴統計、臺灣醫療品質指標(TQIP)、臺灣醫療照護指標(THIS)、滿意度調查、全面品質管理(TQM)整合平台、專案科室醫療品質管理指標、專案科室服務品質管理指標及社區醫療服務件數等進行整合。4. **學習構面**：探討如何從執行中去建構「策略思考、思想、理想」之人文內涵及其中心思想體系，此構面與員工生產力、醫師生產力、每人收益、每醫師收益、每人服務量及健保核扣率等資訊整合。個案醫院院層級衡量系統是由科室層級衡量系統整合而來，此平台產生之數據可以用來檢視專案科室平衡計分卡之策略系統是否有作用，且可以讓個案醫院院長隨時掌握醫院營運狀況。

2.2.2.4 執行系統

個案醫院亦於本年度順利完成策略性主管決策資訊系統(EIS)整合平台，此平台整合院長年度策略、專案科主任年度策略、專案科室營運發展與規劃、專案科室年度策略執行與成效及專案科室年度策略執行成效檢討，透過不斷地 PDCA(Plan→Do→Check→Action) 循環方式運作，有效地將全院及專案科室轉換成一個會思考、會執行、會改善之組織。

2.2.2.5 溝通系統

個案醫院院層級溝通系統是透過外部顧問每個月提出工作月報表，讓該院長隨時掌握導入進度。此外，該院長每年度會主持多次之溝通暨成果報告會議，與專案科主任進行雙向溝通，並於每年度安排一次共識營分享，讓專案科主任彼此交換導入平衡計分卡之心得與看法，透過組織學習，強化組織成員成長及創新之能力。

2.2.3 個案醫院院層級導入平衡計分卡之過程

個案醫院導入平衡計分卡之過程係採由上(院層級)而下(科室層級)之方式推動，因此在規劃階段由該院長引進外部顧問協助進行下列步驟：第一步：規劃個案醫院平衡計分卡之專案組織、團隊、目標與活動計畫。第二步：決定適當之科室單位與人員加入專案團隊，並先著手進行專案種子成員培訓，不但能強化企業與消費者之間的互動關係，更能強化客戶對企業的認同感。第三步：專案團隊初步建構平衡計分卡相關系統與資訊，並與醫院高階管理團隊進行簡報與訪談。第四步：取得高層主管承諾，正式成立平衡計分卡專案組織與團隊，確認個案醫院平衡計分卡專案之目標。在規劃階段中，專案團隊成員組成很重要，而個案醫院院長挑選原則為年輕且較有潛力之科主任，尤其是學歷較高或正在研究所進修，如此平衡計分卡導入起來會比較順利。

2.3 醫療品質及其相關研究

醫療品質眾說紛紜，到目前尚未有一個統一定義。石耀堂(1978)認為醫療品質滿意兩方面，即醫療服務的技術和醫療服務的藝術，前者是適當的診斷與治療，後者則是指病人滿意度、醫療人員與病人的溝通、討論、教育病人等。藍忠孚(1980)對醫療品質的定義則分為絕對論、個人主義論、社會論。

醫療提供者對病人提供各種最好的醫療照顧；醫生和病人間關係決定了病人的滿足感，而病人滿足感是判斷醫療品質的依據；社會性的品質定義同時考慮社會和個人的成本、外部性和品質的社會分佈。韓揆(1993)對醫療品質的解釋，認為由廣義而言，就是醫院的「醫療品質」加「服務品質」。「醫療品質」是指以醫師為主的醫事人員(護理、藥、檢驗劑、放射線等)對臨床服務作業規範及行為規範及行為規範奉行的狀況；「服務品質」是指臨床週邊設施與工作，包含硬體環境、規章制度、

行政手續、醫療費用和服務態度等的品質並以病人滿意度為依歸。

Borook(2000)綜合歸納主張所有的醫療品質定期必然含有兩項重要的內容，一為提供高品質的醫療技術，另一項是顧及病患的文化差異，以人性化的方式予以治療，同時讓病患能全程參與診治。

2.4 績效評估及其相關研究

個案醫院發展策略規劃及績效評估過程中，一開始以平衡計分卡各構面績效指標來進行的評估，基於策略管理之需要，醫院須協助發展醫院使命、價值、定位及願景，並於 90 年，醫院引進平衡計分卡協助策略的執行。隨著責任中心及醫師獎勵金制度進入軌道、正常運作，醫院希望進一步推行部門績效評估。

鑑於部門績效評估尚未有一套客觀合理的績效考評方式，相關單位各做各的，品管中心負責全面品管指標之建立與監控、人事室負責年終考績部門評比、企劃室負責中長期及年度目標之彙整、資財管理中心負責成本績效之核算，各自埋頭苦幹，沒有明確努力的方向。因此，如果能整合上述單位組成工作小組統一辦理，嘗試引進平衡計分卡來推行部門績效評估。績效評估成果回饋系統如下：

品管中心	品管中心
人事室	人事室
企劃室	企劃室
資財中心	資財中心

3. 研究方法

本研究主要採用的是個案研究法 (case study) 及訪談法進行，針對個案進行深層的描述各式調查與多元資料之蒐集，且透過深入的分析與描述所蒐集到的資料來增加個案的真實性和結果的可信度，針對本計畫的研究目的，廣泛探討國內外相關理論基礎等文獻，且配合訪晤法等方式收集資料，以作為探討個案的參考。

4. 研究結果與分析

4.1 個案醫院簡介及接受訪談紀要

個案醫院位於屏東縣東南郊內埔鄉龍潭村地區，該院於民國四十六年七月一日成立，迄今已有五十餘年，胼手經營，現已初見規模。醫院員額編制：職員 187 員(現有醫師 28 員，護理人員 115 員，醫技人員 34 員，行政人員 33 員，技工、工友 75 員)，合計 287 員。

一般醫院機構行政管理依上、中、下層級分別為高階管理者副院長，中階管理者政風室主任(BSM

專案執行者)、及低階管理者(含第一線工作人員)，其服務的共同對象為醫院病患，綜合上述四種對象進行訪談—訪談紀要詳述如后：

4.2 高階管理者方面

隨著社會經濟情況的快速發展，近年來全民健保政策普遍實施，醫療的快速變遷，使得醫療機構的競爭日趨激烈；而另一方面由於民眾生活水準的提高而越重視健康狀況，不僅民眾對醫療服務需求量的增加，對品質之要求也不斷提升，使得衡量品質的顧客滿意度已成為醫療機構重要的績效指標。

在醫療業方面，由於具有下列特性：

1. 組織複雜分工細：由各類專業人員組成，每類人員有專屬法令規範。
2. 專業化程度高，作業不易統一。
3. 流程複雜多變不易單純化。
4. 每個病患狀況不同，處理流程無法統一。
5. 交易的方式不同，不能有退貨機會，常有緊急狀況。
6. 專業人員的程度高、自主性強再加上醫療人員之品質觀念較欠缺，造成醫院更難推行活動。

醫療服務有別於一般的服務業，除了如其他服務業所強調透過服務完善的歷程贏得競爭力外，有無數的生命牽涉在醫療行為中，因此醫療品質的重要性不僅增加競爭力，同時亦為人權、生命的表徵。近年來，隨著社會與經濟的發展，國民及教育水準的不斷提昇，人們開始重視自己的生活環境品質和健康品質，無形中民眾對醫療服務的需求日益殷切，一般認為醫院管理不同於一般製造業，醫院管理的對象是人，強調的是經營管理，也就是將管理的理念及方法運用於醫院，另外醫院還有下列幾項特性：

1. 醫院的產品是無形的醫療服務。
2. 醫院裡使用的物品種類繁多，也有數百種不同的職務及不同教育程度的員工，由此構成醫院的複雜性。
3. 醫院裡將近三分之二都是專業人員，且由於其工作獨立性強又無法取代，因此產生協調上的困難。
4. 一般企業只有由上而下的行政命令系統，但醫院卻有雙重的行政命令系統與醫療命令系統，因此產生協調上的困難。
5. 醫療費用的決定，病人沒有討價還價的餘地，而醫療費用有很高的比例由醫療保險支付，造成醫療保險對醫院的控制。
6. 醫院的成本結構很複雜，其中涉及的變動因素很多，且主要是人的因素，所以醫院的成本很難去控制。

受訪者認為醫療品質難以管理之原因有以下三點：

由上述可知，1. 醫療之對象是人而非物：人對所接受服務的感受性及對所要求的重點有較大的變

異性，這使得醫院在擬定品質計畫時，不易兼顧全面性的品質保證。

2. **醫療專業自主性高**：醫師始終秉持診療病人是一對一的事情，病情判斷、治療方式、時機及輕重守法都由醫師個人思考解決，因此醫師在執業時不太注意別的專業之存在，也不大能體會病人的感受。

3. **醫療產品的多樣化**：醫療服務不同於一般工業生產製造的產品，醫療服務的品質特性之內容是難以決定和衡量的。這是因為醫療服務的最終產品是病患對所提供的醫療服務之滿意程度，而滿意程度是難以衡量的。

長久以來，公立醫院因其組織、人事、會計的僵化，財務制度的不健全，電腦化、自動化的落後等問題，使得經營績效及醫療服務品質廣受各界批評。近年來，更由於醫療市場競爭的白熱化、全民健保的實施、與顧客導向的品質意識提高，造成醫療環境急遽的改變，醫院之經營亦越形艱難。為了使本醫院在經營績效及醫療服務品質廣受各界好評，近期進行平衡計分卡管理系統之推動過程，全力做好績效評估管理，已成為本醫院刻不容緩的重要執行議題。

4.3 中階管理者-政風室主任

醫院接受 JCAH 評鑑以來，一直倡導醫院服務品質提昇重要性，員工須具備八種理念分別說明如下：

4.3.1 持續推動醫療品質、加強績效的 BSM 衡量系統

1 **醫療品質與經營績效並重**：部分國立的醫學中心雖擁有精緻、可靠的醫療品質，卻因經營缺乏效率而虧損連連！部分私立醫院以企業化的方式經營，雖然講求效率，卻在快速而大量的服務中，喪失了人性化的醫療品質，如何折衷取得一個平衡點，正是所有醫療所應有的基本觀念和努力方向。例如在講求效率的情況下，也應注意醫療倫理和醫病關係的和諧。而醫院更不可盲目的追求利潤，只選擇賺錢的項目無限制發展。應該以整體角度均衡發展，以期能對顧客的服務提供更好的品質。

2 **以顧客為導向**：舉凡同理心、人性化的服務等皆是。有人認為檢驗醫療品質最好的一把尺，就是醫院是否真的以「病人為我的首要顧念」。近來許多學者都指出，要提升服務品質時需以滿足顧客需求基礎，尤其在現在競爭越來越激烈，而顧客對服務品質期望也越來越高的情況下，「顧客導向」更顯其重要性，醫院應推動病患滿意度調查等。

3 **綠色思維的品質**：台灣的環境污染已非常嚴重，

在國際環保、綠色革命的趨勢下，醫院在面對多元屬性的品質定義中，應該融入新的思維向量—綠色的品質觀，才能在社會責任中永續經營，舉凡減少不必要的資源浪費和做好廢棄物的處理等皆是。

4 **建立客觀的品質衡量基準**：國內醫院目前有關品質之基準大都以醫院評鑑所訂出的結構評鑑為基礎，不夠完善也缺乏客觀性。

5 **做好內部服務品質**：醫療服務不同於一般消費品，具有高度的專業性。唯有醫院工作人員工作滿意度能提昇，服務態度才能更加親切，其品質也才獲得真正的改善。

6 **從基層保健品質改善做起**：與其花費鉅額費用購買昂貴的醫療器材不用，不如將其部分經費投注於較有助益的基層保健設施及招致人才上。醫療品質的提昇應以整體性考量為重點，愛才是最佳的醫療品質服務，而禁絕醫院回扣也是提昇醫療品質的關鍵。

7 **善用資訊網站**：發展醫療資訊網站，讓醫師可透過網路整合最新的資訊，為每一個病患做出最及時和正確的診療。「遠距醫療」(Telemedicine) 和虛擬醫院 (Virtual Hospital) 等都是實例。8. **實施全面品質管理 (TQM)**：國內雖然部分醫院已在實施 TQM，然而在全民健保的衝擊下，成效面臨很大的考驗。從 TQM 理念的改進、組織架構的設立、教育的訓練到績效的考評，在在需要決策階層的不斷支持；而唯有如此，醫院的服務品質才能真正走向持續性的品質改進 (C.Q.I.)。

要減少醫院作業成本及提昇病患的滿意度，如準時看診、公平合理收費及減少回診次數等；在行政管理上，是要改善作業流程，以減少不必要的醫療浪費，並進行平衡計分卡之推動過程，全力做好績效評估管理，已成為刻不容緩的重要議題。

平衡計分卡之推動導入過程如下：

以(BSM 專案執行者)立場，本醫院要進行平衡計分卡之推動過程，個人認為要把握平衡計分卡成功導入的十四個成功關鍵因素分別為：

1. **支持與參與**：沒有高階管理者的全力支持，要推動平衡計分卡是相當困難的，而要全醫院人員都能了解平衡計分卡的概念和對個人每天工作的影響，所需的時間也相當漫長。因此高階管理者必須在各種場合，不斷地宣揚平衡計分卡所包含的價值、理念與管理哲學。高階管理者也必須提供足夠的資源，包括時間與訓練，來推動平衡計分卡。

2. **設定優先順序**：對許多公司而言，可能原本就有許多的變革方案在推動中，如何整合與調整方案之間的優先順序，有賴高階管理者耐心的溝通與協調，本醫院執行 BSM 專案時，同時已設定優先順

序。

3. **專案團隊的組成**：專案團隊通常會由 4-15 人組成，盡量包含各種專長、不同部門的成員，本醫院執行 BSM 專案時，已將各相關部門主任編組組成一專案團隊。

4. **專案的涵蓋層面**：最好是先由某個部門先進行先驅計劃，再從錯誤中記取經驗，並修訂計畫，待計畫順利推動之後再推行到全醫院。

5. **平衡計分卡必須以公司策略為基準**：平衡計分卡必須依據醫院的願景與整體策略性目標來設定，才不會偏離醫院發展的方向。

6. **清楚且一致性定義的衡量指標**：平衡計分卡指標必須全醫院一致，而且定義清楚，才能做跨部門比較。

7. **衡量指標之間的平衡與因果關係**：平衡計分卡不只要讓全醫院對醫療業務能有廣泛的了解，而且必須了解各種不同指標之間的密切關係；除了財務性指標之外，必須不能忽略非財務性指標的衡量，建立指標之間的因果關係，才能達到密切結合的連動效果。

8. **設定目標**：必須對每項衡量指標設定清楚的目標，而且目標必須和願景與策略保持一致性。由於目標的設定必須相當具有雄心，才能鞭策醫院的發展。必須設定短期和長期目標，一般長期目標的設定通常為 2-5 年，然後再分成短期目標，時間約為 3-18 個月，衡量頻率可能是每個月、每季、每半年、或每年。

9. **與既存控管系統之間的關係**：最好能將平衡計分卡與既存的管理控制系統作緊密的整合，因為會牽涉到預算、誘因、與報表的複雜問題。

10. **確保指標與衡量方法的可行性**：如果平衡計分卡要有效率，所使用的資料，通常是現有且相關的，因此才能很自然地成為策略討論與學習的資料。否則研擬出太多現有系統無法衡量的指標，會使衡量過程變得更加困難。

11. **資訊科技與支援系統的配合**：資料收集與報表的準備，通常需要資訊科技的協助，還有其他相關支援系統的幫忙，才能提升效率，完成有意義的資料呈現。

12. **訓練與資訊傳遞**：平衡計分卡概念必須透過各種媒介來傳遞，包括手冊、Intranet、研討會等。

13. **發展成為學習型組織**：在平衡計分卡施行過程，策略會被化約成衡量指標和特定的目標，因此過程中，必須有參與、理解、去核心化的決策過程，而且必須規劃達成目標的責任歸屬。這些過程都需要組織的充分參與，了解問題、分析問題、擬定改善與提升計畫，因此必須發展成為學習型組織，才能順利達成目標。

14. **追蹤概念**：要維持競爭優勢，醫院必須持續回顧其原本策略，如果發現衡量指標與策略目標之間失去關聯性，就有必要重新檢視原本策略或衡量指標的適用性。

另外，做為 BSM 專案執行者，個人認為平衡計分卡導入成功的三大基礎分別為：1. **專業的人才**：

全力投入強調高執行力轉化為每日的工作，這項基礎包括(1)高階主管支持與投入；(2)導入團隊：專業顧問及專案小組；(3)員工；2. **正確的態度**：即開放坦誠勇於面對問題，不斷修正回饋的學習流程。如(1)先流程後 IT；(2)先策略後 KPI；(3)KPI 重價值；(4)釐清正確的因果關係；3. **資訊科技的輔助**：快速正確呈現決策需及時反映問題。如(1)選擇適合軟體；(2)整合性資訊系統的建置。

4.4 訪談低階管理者(含第一線工作人員) 推行 BSC 陳述如下：

受訪者均能認同推行 BSC 對醫院的正面意義，有關的陳述如下：

1「BSC 可以把整個過去所做的做一個整合，要讓整個醫院動起來，透過四個構面都能夠有所發揮，整個組織能夠向上提昇、茁壯」(代號 M2)、「是一個很好的工具，可以兼顧幾個構面，不是短時間的衝績效而已」(代號 M4)、「平衡計分卡就是醫院管理的工具，然後也有助於品質的提昇」(代號 F1、代號 M4)。

2「導入 BSC 最主要目的應該是跟策略有關係吧，跟績效管理」(代號 F2)、「應該是一個共同的一個語言，你要有共同一個的語言才有辦法共同去講一個品質或者是溝通一件事情，是一種管理的手法，你怎麼讓全院的一個目標容易讓所有人知道，這是一個管理的工具」(代號 F6)、「有點像全面品質管理的一種手法，他的構面比全面品質管理能夠去看到落後指標和領先指標，再從指標的監測，去修正我們的策略」(代號 M5)。

3 **醫療團隊決策**：則是對未來的方向與目標，成員參與討論、提出並選擇行動的方案，且付諸實踐的過程。各團隊之決策，大都經由團隊成員互相討論而決定，而非由領導人一人決定：「平衡計分卡導入，我們可以拉到一個平台，然後讓更多不同專業的人進進去討論相關的業務，其實對於 KPI 或是內容涵蓋的包容性，其實是比原本個人在做的、看的，那種單方面比較狹隘的觀點要大得很多」(代號 M6)、「找幾個主要關鍵人物討論，是不是要更更改或請他們提供意見，而做一些改變」(代號 M3)、「大部份都是我們自己先做好一些決策，再提到大團隊討論決議」(代號 M2)、「我們流程團隊做決策的話，是以尊重各個單位，例如說要改善放射科服務品質的話，是由放射科直接提出他們改善的方法」(代號 M5)、「團隊的決議都由負責的幾位核心人物來討論，大概差不多七到八位這樣」(代號 F3)。

4 **危機管理**：是在不穩定的時間與狀況下，急迫需要做出決定性而有效的措施。大部份受訪者認為 BSC 的實施，與外在環境影響關係不大，而是新官上任的新政策，只有二位認為與危機有關：「新的院長總是要有新的管理的手段」(代號 M2)、「最主

要還是外在環境的變遷，如健保總額的實施，點值偏低，另外醫院地處偏遠，為了面對外在環境的挑戰，所以醫院要導入 BSC」(代號 M3)。

5. 結論與建議

本研究將針對前面研究結果做一簡單結論，探討影響退輔會個案醫院在推展平衡計分卡過程成效的關鍵因素，分別從醫院相關特色及所面臨問題來加以檢討，做為後續結論與建議之參考。在個案醫院平衡計分卡的推展過程中，本研究發現有以下六項影響成效之關鍵要素及推展時諸項建議分別簡要條述如后：

5.1 研究結論

1. 高階管理者(如院長、副院長)主導及領軍

任何活動必須取得高階主管的支持，方有成效，如能獲得領導者參與，則成功的機會相對提高，若能由領導者親自主導的話，更有事半功倍之效，個案醫院之所以導入平衡計分卡，完全是領導者本身的信念及意志，由此可知領導對自己在平衡計分卡的推動上所賦予的歷史重任。

2. 醫師領軍—帳蓬理論

西洋諺語形容「管理醫生就像管理成群的貓」(Managing doctors is like herding cats)，這樣的說法取自於大眾普遍的觀念，因醫療的專業性及取得此專業過程的獨特性而使醫生產生較強的自尊心與優越性，而較難管理。而醫院管理者若能藉由醫生們豐富的知識、經驗，及其專業上的全力支持，將對於醫院管理的整體運作大有助益。

3. 建立運作基本模式

個案醫院近年來平衡計分卡的推展，已具有相當運作基本模式，而基本運作模式的建立乃由每年固定的四大活動所形成，亦可說是平衡計分卡運作的主要活動，包括每年多次的全院共識營、每月邀請企管顧問或該實務專家進行教育訓練、輔導會議、每月績效檢討會議等，提升團隊的運作意識，同時也提高醫院及團隊知名度。

4. 全員參與積極投入

自今年開始，為了讓院內所有同仁都能明瞭並知曉推動平衡計分卡之醫院的願景、策略目標及價值、目標重點等，除院長不定時宣示外，並要求全院同仁每個人必須加入任一團隊，且與個人激勵相連結，希望成為每個人在行動時均能考慮醫院的政策目標及推行平衡計分卡之決心。

5. 資訊科技與支援系統的配合

資料收集與報表的準備，通常需要資訊科技的協助，還有其他相關支援系統的幫忙，透過醫院資訊系統配合，貫徹執行各種行動方案及部門間資源共享，才能提升效率，完成有意義的資料呈現。

6. 發展成為學習型組織

在平衡計分卡施行過程，策略會被化約成衡量指標和特定的目標，因此推行過程中，必須有參

與、理解、去核心化的決策過程，而且必須規劃達成目標的責任歸屬。這些過程都需要組織的充分參與，了解問題、分析問題、擬定改善與提升計畫，因此必須發展成為學習型組織，才能順利達成目標。

5.2 研究建議

如何加強導入 BSC 基本做法，對個案醫院組織提出更積極補強與提升如以下幾點建議，以供參考。

1. 院層級策略系統之補強

個案醫院在進行院層級策略系統思考，即訂定全院年度策略目標與方針時，讓專案科室思考有關構面之策略主題與策略目標時，有一個參考依據。

2. 專案科主任參與度之提升

個案醫院可以透過適當機制，鼓勵專案科主任主動積極參與導入，進而發揮平衡計分卡之管理功效。

3. 專案科室成員之培訓

個案醫院可以積極培訓專案科室成員，使成員從被動轉換為主動做事態度。

4. 導入成效與獎勵制度之連結

個案醫院對於積極參與平衡計分卡專案之成員，若能確實將其貢獻度反映於獎勵金或嘉獎等方式，應可激勵成員群策群力達成目標。

6. 參考文獻

- 王銘杰、林永福，1997，**醫院經營績效評估模式**，北市衛生期刊，35卷，頁15-18。
- 王清弘，2000，**企業建立平衡計分卡之研究**，政治大學資訊管理學系未出版碩士論文。
- 朱文洋、葉淑娟，2001，**中小型醫院經營策略與績效之探討**，醫務管理期刊，2卷2期6月：110-116。
- 吳安妮，1996，**績效評估新觀念之運用**，會計研究月刊，131期：34-36。
- 許君強，1994，**醫院行政管理**，台北：桂冠出版有限公司。
- 邱瓊瑩等，2000，**醫療產業品質保證與品質管理思潮演進以美國與台灣為例**，醫院，2卷33期：1-12。
- Nonaka, I., & Hirotaka, T. 1995. **創新求勝：智價企業論**(楊子江、王美音譯)，台北：遠流出版事業股份有限公司。
- 陳德懷，2002，**啟動學習革命**，台北：遠流。
- 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未出版碩士論文。
- 星雙鈺，1993，**醫院績效管理之規劃與實施**，醫院，4卷26期：251-254頁。
- 劉復苓、邱天欣譯，2003，**教您做好顧客關係管理**，台北：麥格羅希爾。

- 吳琮璠、謝清佳，1992，*資訊管理—理論與實務*，台北：智勝出版有限公司。
- 許祐寧、王惠玄、黃焜璋，2007，*公立醫療機構導入平衡計分卡過程之案例研究*，2007 國立陽明大學醫務管理研討會。
- 詹清旭，2007，*平衡計分卡推動過程、成效與組織變革議題之探討：醫院個案研究*，國立雲林科技大學企業管理研究所出版碩士論文。
- 顏裕庭、黃明和、廖國超、許素貞，2003，*醫院管理新論*，台北：合記圖書出版社。
- 一條勝夫，1998，*醫院經營的診斷與配方*，台北：中華民國醫院協會出版。
- 郭約瑟，2003，*醫療機構導入平衡計分卡之研究—以某區域醫院為例*，國立台灣大學會計學研究所出版碩士論文。
- 劉添發，2003，*應用平衡計分卡於醫院經營管理之實證研究—以高雄市立醫院為例*，義守大學管理研究所出版碩士論文。
- 劉文平，1991，*經營分析與企業診斷—企業經營系統觀*，台北：華泰書局。
- Aaker, D. A. 1995. *Strategic Marker Management*, John Wiley & Sons, Inc.
- Arrow, K. J. 1962. The rate and direction of inventive activity. *Economic Welfare and the Allocation of Resources for Invention*.
- Badaracco, J. 1991. *The knowledge link: how firms compete through strategic alliances*. Boston: Harvard Business School.
- Baranson, J. 1966. Transfer of technical knowledge by international corporations to developing economic. *American Economic Review*, vol. 56, 6 : 259-262.
- Bullen, V. L. and Rockart, J. F. 1984. A Primer on Critical Success Factors, *CISR Working paper*, SSM/MIT, p.69.
- Chow, W. C. D. S Ganulin, K. M. Haddad., & J. E. Williamson 1998. The Balanced scorecard : A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management. *Journal of Healthcare Management* (May/June): 263-280.
- Cohen, W. M., & Levinthal, D. 1990. Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, vol. 35, 1 : 128-152.
- Davenport, H. T., Long, D. W. D., & Beer, M. C. 1998. Successful knowledge management project. *Sloan Management Review*, vol.39, 2 : 43-57.
- Garund, R., & Kumaraswamy A. 1995. Technological and organizational designs for realizing economics of substitution. *Strategic Management Journal*, vol. 16, 3 : 93-109.
- Gilbert, M., & Gordey-Hayes, M. 1996. Understanding the process of knowledge transfer to achieve successful technological innovation. *Technovation*, vol.16, 6 : 301-302.
- Hameri, A. 1996. Technology transfer between basic research and industry. *Technovation*, vol. 45, 2 : 51-57.
- Harris, L. C. 1998. Barriers to market orientation: The view from the shopfloor. *Marketing Intelligence & Planning*, vol.16, 3 : 221-228.
- Hedlund, G. 1994. A model of knowledge management and the N-form corporation. *Strategic Management Journal*, vol.15, 3 : 73-90.
- Hill, S. 1986. Eighteen cases of science and public policy technology transfer to Asia/Pacific region countries. *Harvard Business Review*, vol.6, 3 : 162-169.
- Howells, J. 1996. Tacit knowledge, innovation and technology transfer, intellect: Making the most of the best. *Harvard Business Review*, vol.74, 5 : 358-425.
- Kacker, M. 1988. International flow of retailing know-how: Bridging the key issues in underst and changing control. *Journal of Technology Management*, vol.17, 5 : 433-443.
- Kaplan, R. S., & D. P. Norton. 2000. Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management :Part I., *Accounting Horizons*, vol.15, 1 : 87-105.
- Keller, R. T., & Chinta, R. R. 1990. International technology transfer: Strategies for success. *Academy of Management Executive*, vol.4, 2 : 33-43.
- Kogut, B., & Zander, U. 1992. Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technology. *Organization Science*, vol.3, 3 : 383-397.
- Kogut, B., & Zander, U. 1993. Knowledge of the firm and the evolutionary theory of the multinational corporation. *Journal of International Business Studies*, vol.4, 1 : 625-643.
- Leonard-Barton, D. 1995. Wellsprings of knowledge: Building and sustaining the sources of innovation. *Boston: Harvard Business School Press*.
- Mansfield, E. 1982. Technology transfer, productivity, and economic's core competence. In G. Hamel & A. Heene(Eds.), *Competence-base technology analysis & strategic management*. New York: Lexington Book., 91-106.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. 1995. *The knowledge-creating company*. New York: Oxford University Press.
- Polanyi, M. 1967. *The tacit dimension*. London: Routledge & Kegan Paul Press, 62.
- Quinn, J. B. 1996. Strategic outsourcing: Levering knowledge capabilities. *Sloan Management Review*, vol.24, 4 : 9-21.
- Schwartz WB, Gorry GA, Kassirer JP, et.1973. Decision analysis and clinical judgement. *American Journal of Medicine*. vol.55 : 459-472.
- Simon, H. 1979. *The architecture of complexity and the science of the artificial*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 467-482.
- Simon, H. A. 1973. Applying information technology to organizational design. *Public Administration Review*, vol. 33, 5 : 268-278.
- Teece, D. J. 1996. Firm organization, industrial structure, and technological innovation. *Journal*

- of Economic Behavior & Organization*, vol.31,
5 : 193-224.
- Teece, D. J. 1998. Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, vol 18, 7 : 509-533.
- Tyre, M. 1991. Managing the introduction of new process technology: International differences in a multi-plant network. *Research Policy*, vol. 20, 7 : 57-76.