

組織變遷與區域聯盟－以署立醫院中南區域聯盟為例

中正大學政治學研究所博士候選人陳金哲

摘要

中央政府自一九九〇年代陸續展開的行政革新及政府再造，即將公立醫院的轉型及委外經營列為重要施政之一。甚至，在一九九六年的國家發展會議決議中，將公立醫院的改革定位為朝全面民營化進行規劃，並如星火燎原般展開，採取準市場機制的「公辦民營」模式蔚為潮流，然而經歷十餘年的推動及執行，公立醫院在「公辦民營」方面，雖然不乏成功案例，但卻也遭遇到一些限制條件及門檻。在二〇〇〇年「公辦民營」模式達到高峰之後，公立醫院的改革策略，又逐漸重新思索提升「行政績效管理」及培養「公共競爭能力」等雙核心價值，進行公立醫療組織的再造工程。

本文將從組織變遷為切入點，以署立醫院區域聯盟模式為例，討論制度變遷過程中，醫療組織如何兼顧績效及公共服務品質。在研究法上，本研究採深度訪談法，選擇衛生署醫院管理委員會及中南區域聯盟管理委員會九所署立醫院的高階主管，進行十場深度訪談，針對區域聯盟的源起、規劃及演進，深入訪談並實際瞭解區域聯盟的執行現況。

關鍵詞：區域聯盟、組織變遷、跨組織合作、漸進、網絡、區域治理、內容分析法

壹、前言

近代台灣公立醫療組織的變遷主要受到兩股趨勢的影響，其一是自一九七〇年代允許私人及法人設立醫院以來，市場導向及成本效益的管理思維，形成一股醫療發展史上的「長庚現象」，引進市場機制並顛覆醫院的經營傳統，以「成本」、「效率」及「營利」作為醫院經營的核心價值，直接衝擊公立醫院的傳統經營方式；另一影響則是發生於一九九〇年代以後，公立醫院受制於公務預算的逐年遞減，經營更形艱難，復以一九九五年全民健保實施，中小型的公、私立醫院皆受到另一波更嚴酷的挑戰，逐漸在醫療產業市場中失去競爭力。

有鑑於此，中央政府自一九九〇年代陸續展開的行政革新及政府再造，即將公立醫院的轉型及委外經營列為重要施政之一。甚至，在一九九六年的國家發展會議決議中，將公立醫院的改革定位為朝全面民營化進行規劃，並如星火燎原般展開，採取準市場機制的「公辦民營」模式蔚為潮流，然而經歷十餘年的推動及執行，公立醫院在「公辦民營」方面，雖然不乏成功案例，但卻也遭遇到一些限制條件及門檻。在二〇〇〇年「公辦民營」模式達到高峰之後，公立醫院的改革策略，又逐漸重新思索提升「行政績效管理」及培養「公共競爭能力」等雙核心價值，進行公立醫療組織的再造工程。

再者，社會的發展從工業化快速過渡到資訊化的過程裡，「規模經濟」、「經營績效」、「降低成本」等早已發展成為私部門組織或公司的基本核心，並成為衡量其組織結構及經營管理之間是否形成良好相互連結的重要指標。但對於公部門而言，前述的組織設計原則及績效評估指標，未必全然適合作為衡量所有公部門的績效評估指標。但另一方面，就整體的社會發展趨勢以及資訊技術的不斷推陳出新，卻也讓公部門不得不因應外在組織環境的變化，而仿效私企業的經營精髓，來因應社會及公民對於公共服務品質提升的要求。尤其類似公立醫院這種高專業性及科技性的複雜組織，改革的重點除如何調適及因應外在環境的變遷外，更重要的焦點應是如何應用醫療服務技術、醫療產業間的資源互補，而採取最佳實務（Best Practice）的管理知識，進行策略管理及創新，找尋醫院的定位及新出路。

綜合前述，本文將從組織變遷為切入點，以署立醫院區域聯盟模式為例，討論制度變遷過程中，醫療組織如何兼顧績效及公共服務品質。在研究法上，本研

究採深度訪談法，選擇衛生署醫院管理委員會及中南區域聯盟管理委員會九所署立醫院的高階主管，進行十場深度訪談，針對區域聯盟的源起、規劃及演進，深入訪談並實際瞭解區域聯盟的執行現況。基本上，本研究將分成五個部分來鋪陳，第一部份將從歷史制度論的途徑，分析署立醫院的變遷過程；第二部份，將從新制度論的角度結合策略管理的相關理論，介紹醫療組織的特性及區域聯盟的內涵；第三部分，採取內容分析法就十場深度訪談資料，結合 Nvivo 軟體進行區域聯盟組織結構間的變項間的內容路徑分析；第四部分，就中南區區域聯盟的發展進行整體性的分析，及未來後續發展上的各種可行途徑；最後，就研究發現及建議做一結論。

貳、署立醫院的演進過程

一、從「府立病院」轉換為「省立醫院」到「署立醫院」

台灣的公立醫療組織以一八九五年起，日人依據其規劃的台灣地方制度及地方轄域為籌，分別籌設十二所隸屬於台灣總督府的府立病院。二次大戰結束後在一九四五年，國民政府接收後歸隸台灣長官公署，後來改隸為台灣省政府衛生處並全數更名為台灣省立醫院。一九四九年中華民國政府來台後，為配合人口分佈及均衡醫療資源，開始廣設公立醫院¹。在五〇及六〇年代時期，民間私人資本尚不足以投資建立大型醫院，政府為了照顧民眾的健康醫療，同時也要解決經濟弱勢區域的民眾醫療需求等因素，以地方政府轄域為規劃設計標準，一縣（市）至少設立一省立醫院，台灣省二十一縣市共設立二十二所省立醫院，來提供民眾衛生醫療服務，成為各縣市民眾的公共衛生及健康的守護神，也就是各地方民眾俗稱的「大病院」。

基本上，從早期台灣省政府衛生處所屬的省立醫院（包括肺結核防治、慢性病、精神療養等院所），伴隨台灣近代的發展，以國家責任為中心肩負起重要的公共醫療及衛生防疫的責任，不僅填補醫療資源分配較匱乏地區的需要，也回應弱勢民眾的醫療需求。即使在一九九〇年代中的精省前後，台灣省政府及行政院衛生署仍然大力投入資源，進行籌設及規劃精神醫療的專業組織。由此，可以明瞭省立醫院在公共衛生及區域醫療網絡中的重要角色地位，而一九九九年台灣省

¹公立醫院在分類上，依據醫療法第三條：「本法所稱公立醫療機構，係指由政府機關，公營事業或公立學校所設立之醫療機構」。本文研究的主題係由政府機關所設立之公立醫療院所。

政府「精省」後，省立醫院改隸行政院衛生署，仍繼續負擔前述所提到的公共醫療服務，而這一段署立醫院的發展過程也是台灣公共衛生、防疫及醫療健保制度實施的發展縮影，不僅深具歷史發展的路徑依循，也是放眼未來的重要基礎。

前述的發展過程中，從一九七〇代起，也有兩大重要醫療政策造成深遠影響，並引發公立醫院組織的變遷。第一個政策影響始自許可大型私人醫院的興建設立，造成一波台灣醫療產業市場的洗牌效應，也捲起一股「長庚醫療文化」的浪潮，各類私立中大型醫院如雨後春筍般冒出並席捲全台。公立醫院不僅受到強大的經營競爭挑戰，存在已久的醫務官僚體制也備受衝擊，不僅遏阻不了優秀醫療人力的流失，更因僵化的管理策略及陳舊的軟硬體設備，讓一些百年老店遭受前所未見的震撼衝擊。而此一情況到了一九九五年，隨著另一重大醫療政策也就是全民健保的實施，更令中央、省及縣市地方等政府機關所屬醫院，面臨更激烈的市場競爭及壓縮，部分存在城鄉差距因素的公立醫院，甚至連醫師人力的甄補都產生問題，公立醫院似乎成為無效率及醫療品質不佳的代名詞。因此，呼籲必須引進民間參與經營機制或是民營化的聲浪愈來愈大，而這也成為九〇年代興起公立醫院「公辦民營」潮流的重要背景。

有鑑於此，行政院賡續「國家發展會議」的宣示，試圖藉由市場機制來改造公立醫療體系的經營困境，署立醫院也因此延續前台灣省政府衛生處時代的施政內容，積極推動委外經營政策，例如在 2001 年衛生署的中期施政計畫中，衛生署預定以 BOT 方式興建署立台北縣雙和醫院案，粗估可節省四十三億元建築費用及爾後每年的經營費用九億元，落成之後可敷應台北縣中和市及永和市民眾之醫療保健需求；另依據「促進民間參與公共建設法」及「行政院衛生署促進民間參與經營所屬醫院暫行實施要點」推動「署立嘉義醫院公民合作經營計畫」；並計畫將一九九九年完工啟用之新營醫院北門分院以「營運一轉移」（Operate-Transfer, OT）全面委託民間醫院經營管理，預計節省每年之經營支出六千萬元等。然而到了二〇〇四年，前述的推動計畫中，就有署立嘉義醫院的公民合作經營計畫因為參與甄選合作經營的對象放棄簽約權，衛生署決議停止推動該計畫案；而新營醫院北門分院的委外經營也因乏人問津而停止執行。目前僅興建即將完工的台北雙和醫院委由台北醫學大學為主體的台北市立萬芳醫院進行 BOT 模式的經營，成為未來唯一「公辦民營」的署立醫院。盱衡前述「公辦民

營」的限制，自二〇〇四年年中以後，衛生署初步決定採取聯盟模式²，選擇「區域聯盟」³為署立醫院的轉型把脈。

綜合而言，署立醫院的歷史沿革及發展一直是維繫著公共角色，雖然在變革及轉型的過程中，曾一度嘗試擴大採取準市場機制的「公辦民營」模式，但最後仍是回歸到「公立醫院」的主軸上，進行醫療組織的重組及經營管理能力的提升。其次，2003 年突如其來的 SARS 風暴，也深化了署立醫院存續經營的價值，也因而醞釀出不同的制度變革途徑，例如融入「治理」的內涵，進行多元化的組織變革，目前實務上的發展，就有「公辦民營」、「公辦公營」、「醫院合併」、「區域聯盟」及維持「獨立自主經營」等不同的模式。所以，除現階段署立醫院的區域聯盟模式外，署立醫院的多元發展途徑還包括原署立雲林醫院改隸台大醫院分院；署立中興醫院併入署立南投醫院；署立宜蘭醫院委託台北榮總辦理；署立澎湖醫院委託三總辦理；新設立的署立雙和醫院委託台北醫學大學為主體的萬芳醫院以 BOT 模式興建及經營等。換言之，在蹣跚的改革過程中包括中央及各地方政府所屬醫院應衡酌外在環境、制度及本身條件的可能發展性外，應以「優勢差別」(comparative advantage) 為價值核心(Hall & Soskice, 2003:37-44)，選擇合適的組織再造策略。而前述的介紹與回顧，也可發現台灣公立醫療組織發展的歷史軌跡，以及在制度變遷過程所呈現的路徑依循及策略選擇。

二、區域聯盟模式的萌芽與發展

公元一九九九年以後，署立醫院一方面承襲精省以來的政策走向，但誠如前述「公辦民營」或是民營化的執行，並未能達到預期的政策目標，因此，也有了多元策略選擇的研擬，「區域聯盟」模式也是在此一情況下醞釀而成。另一方面，公立醫院是否適合全面民營化，也一直是個爭議性頗高的議題，主要是因為醫療部門充斥高度不確定性、消費者危機反感 (consumer risk aversion) 及生產者的

² 署立醫院自二〇〇三年十月起分為四個區域聯盟，分別為台北區、北區、中區及南區等，二〇〇五年將原來的台北區及北區合為北區區域聯盟，與中區區盟、南區區盟形成三區的聯盟模式，二〇〇六年則是將中區及南區區域聯盟合而為一改稱為中南區域聯盟，與北區區域聯盟形成南、北兩大區域聯盟模式，隸屬於行政院衛生署醫療管理委員會（前身為台灣省衛生處第四科）。

³ 署立醫院的「區域聯盟」(alliance) 模式係透過層級節制的監督體系，由行政院衛生署進行整合規劃而成，自 2004 年以來至今仍持續演進變動中。其核心價值融入了合作 (cooperative) 或協力 (collaborative) 的內涵，藉由資源整合、分享，朝降低成本 (cost) 的目標，藉以提升署立醫院的經營績效及醫療服務品質，為公立醫療組織的改革注入「競爭力」的精神，此一趨勢途徑相當值得與其他主張組織合併、民營化或公辦民營等途徑，進行交互比較。

機會主義（producer opportunism）等，所以亞羅（Arrow）曾經對於美國醫療體系全面朝市場原則（market principles）發展的趨勢，表達憂慮並認為是不智之舉（Ferlie, 1996：68；Arrow, 1963）。即使四十年後的今天，回顧醫療及健康照顧的平等性及國家固有的公共責任，亞羅的諍言，留下許多值得深思及探索的空間，對於署立醫院的改革及轉型過程也深具意義。

二〇〇三年十月以後，行政院衛生署轉向進行跨區域的組織聯盟來因應醫療產業市場的結構性變化，也回應 SARS 事件後對於公立醫院的定位及公共責任要求。基本上，「區域聯盟」模式乃是結盟（alliance）與策略管理（strategic management）的連結，尤其聯盟的深層意涵係以「合作關係網絡」為核心價值，並非全然以「規模經濟」為考慮，也因此，有必要深入瞭解區域聯盟的緣起、發展及實際運作過程。

基本上，署立醫療體系中最早結合資源共享、跨組織合作、支援等結盟式管理機制的區域，首推以署立豐原醫院⁴為核心的中部各縣市署立醫院聯盟，早在二〇〇二年九月行政院衛生署中部辦公室（原台灣省衛生處）即著手策劃，以署立豐原醫院作為旗艦醫院，成立中區區域聯盟，將具有地緣關係且車程一小時內可達範圍內的六所署立醫療機構，盟員包括豐原醫院、台中醫院、彰化醫院、雲林醫院⁵、南投醫院、草屯療養院等，同時也將離島的澎湖醫院納入由中區的聯盟醫院支援其醫療人力及資源，共組成橫跨台中縣、台中市、彰化縣、南投縣、雲林縣及跨海的澎湖縣等地區的中部區域聯盟。當時，這七家醫院，各科醫師總計有 245 位，工作人員 2287 人，病床則有 2447 床，規模大於一般醫學中心，加上中部地區最大的精神科醫院草屯療養院，區域聯營可以彼此互通有無，達到人、事、物整合的目的及發揮更大的綜效。（俞慧芸、林雅瓶等，2003）

中區聯盟成立一年以後，很快就展現績效，從成立前後的年度統計比較，中區聯盟成立之後其總體業績成長超過五成，而在節流方面，無論在資材管理支出、人事費用支出或衛材藥品等方面，也都較各院獨立招標時節省了四成⁶。但

⁴從省府時代即是績效最佳的省立醫院，尤其積極推動全面品質管理，藉由組織學習提升醫療團隊的職能，塑造本身的優量組織文化及醫療服務品質的提升，近年來也成為許多公立醫院推動標準學習的對象。署立豐原醫院及草屯療養院更分別得到 2003 年及 2005 年的國家品質獎，其他如行政院服務獎、豐原醫院陳進堂院長也獲得個人的國家服務品質獎獎勵等，均是代表署立醫院在台灣公私醫療體系中的極高榮譽。

⁵ 署立雲林醫院於 2003 年改制為台灣大學醫院分院。

⁶例如前豐原醫院院長，現任台中醫院院長徐永年在 2004 年接受陽明大學傑出校友專訪時表示一

中區區域聯盟在發展的初期也呈現幾項組織結構及組織調適上的問題，例如「先有聯盟醫院，後有統合中心」、「聯盟醫院目標不一致」、「聯盟醫院資源不足或不同」、「人力資源問題」、「人力調派問題」、「組織缺乏效率」、「組織架構缺乏整合機制」等七項。(俞慧芸、林雅瓶等，2003)

持平而言，雖然初期的整合仍有許多結構、執行及組織文化間的障礙，然而中區區域聯盟的績效表現，卻也驗證可以透過區域性策略聯盟來提升經營績效的可行性，因此，行政院衛生署的施政策略，即以「策略聯盟」為核心思維，改採區域聯盟模式，帶動全面性的組織及管理的改造，從二〇〇三年十月起，將所有的署立醫療院所區分為台北、北、中、南四區⁷，朝以區域性的策略結盟及聯合經營管理的型態發展。另從二〇〇四年七月二十日發布「行政院衛生署醫院管理委員會設置要點」，針對署立醫院之營運成效及服務品質，進行規劃、推動及監督，其組織架構含括營運組及資訊組，設置執行長掌理業務，並設置區域聯盟管理委員會聯席會議，做為政策執行及評估的溝通平台，而區域聯盟設置要點，亦於同年實施，就各區聯盟的業務需要，設立各區域聯盟管理委員會，整合醫療業務管理、人力、物力資源的調配、支援、協調及監督。在二〇〇五年時再次修改為台北區、中區及南區為三個區盟，而二〇〇六年以後，行政院衛生署經檢討後，將原來三區重組成為北區區域聯盟體系及中南區域聯盟的兩大體系，北區以台北醫院為核心醫院，而中南區則改以台中醫院為核心醫院，聯盟成員為原中區及南區區域結盟的署立醫療院所及分院。而北區區域聯盟及中南區區域聯盟等兩管理委員會隸屬於行政院衛生署醫院管理委員會（醫管會），成為署立醫院運作及管理的中心。而這一過程，也敘述是由精省前台灣省政府衛生處負責醫院管理及政策規劃業務時代，過渡為衛生署中部辦公室，再重組轉換為現今的定位。

年來台中醫院業績成長一倍；績效居全台署立醫院之冠的豐原醫院，也增加了三成業績；彰化醫院業績則增加三倍；連離島的澎湖醫院也成長了一成。2006年12月15日摘自「盡己之力 為所當為」，<http://www.ym.edu.tw/alumni/great/b2.htm>

⁷ 台北區以台北醫院為區域總院，聯盟醫院有基隆醫院、宜蘭醫院⁷、八里療養院、樂生療養院。北區以桃園醫院（含新屋分院）為總院，聯盟醫院計有新竹醫院、竹東醫院、苗栗醫院、桃園療養院。中區以台中醫院為總院，但區域聯盟業務由豐原醫院辦理，聯盟醫院共有豐原醫院、南投醫院、彰化醫院、草屯療養院、花蓮醫院（含豐濱分院）、玉里醫院、台東醫院（含成功分院）。南區則以嘉義醫院為總院，聯盟醫院有朴子醫院、新營醫院（含北門分院）、台南醫院（含新化分院）、旗山醫院、屏東醫院、恆春分院、嘉南療養院、胸腔病院等。

三、小結

醫療制度乃是國家制度演進中的重要一環，也與人類文明及社會制度息息相關。基本上，現代國家多數將提供國民衛生醫療服務列為其國家職責之一，以我國為例，憲法第 157 條：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生健保事業及公醫制度」，其次如增修條文第 10 條也規範國家應負起公共醫療的責任。因此，國家在公醫制度的建立及公共衛生與防疫工作上，自有其不可替代的角色扮演。

另一方面，個體組織的演進過程中，卻是需要不斷自我增生及創新，才能因應制度變遷所衍生的社會環境改變及解決新議題的能力，而找到自我調適及存續的法則，而這種制度變遷與發展的歷史軌跡，讓每一個體能在運轉的軌道上，找到安身立命的聚焦，讓制度變遷帶動各類組織的調適及轉換。盱衡前述，許多研究者指出制度的變遷通常存在許多分歧的曲線（divergent trajectories），對於此種存在於跨越時間的各類不同制度或政策的再生（reproduction）過程，就如「回饋機制」（feedback mechanisms）般（Thelen,2003；Pierson,1993；Skocpol,1992；Weir,1992），可以積極回應制度變遷所需要的制度轉換及組織變革所引發的連環效應。而此一理論觀點係以「批判連結」（critical junctures）及「歷史曲線」（historical trajectories）的雙元主張為立論基礎，而匯焦在「因徑依循」（path dependence）的概念上。（Mahoney,2000；Pierson,2000）透過演化的角度深入解析制度變遷在歷史時空中的脈延路徑。

換言之，觀察署立醫院的演進過程，不宜只陷入在制度革新（institutional innovation）及制度再生（institutional reproduction）兩者間的零和對立戲碼，Kathleen Thelen 就認為從歷史制度變遷的因徑依循途徑來看，透過「層疊」（layering）及「聚合」（conversion）（Thelen, 2003）兩者，結合從因徑依循過程中迴轉回來的各種要件，進行制度的設計與安排，才能創造出符合時空環境的組織結構，並且依循發展的歷史曲線，來回顧制度及組織的設立目的，找出本身的根本及存續發展路徑。

平心而論，從一八九五年日人殖民時所開始建構的公立醫院網絡，到了一九四五年改隸台灣省政府衛生處，形成台灣省立醫院的體系，在這段經過五十餘年的時空變遷裡，一直到一九九九年精省為止，省立醫療體系一直是最重要的公共醫療資產，建構完成每一縣市一省立醫院的醫療及公共衛生防疫機制。盱衡前塵，省立醫院在醫療資源匱乏的年代裡，成為國家照護國民健康的最重要機構；

然而，一九七〇年代以後，私立大型醫療機構興設的解除管制，署立醫院與其他公立醫院面臨第一波醫療產業市場的競爭壓力，而官僚化的層級節制體系，也顯現體制僵化及來自其他政治上的干預，所造成的競爭力衰退的趨勢；第二波自一九九〇年代初期行政院行政革新方案一推出，「民營化」、「市場化」的指導方針也成為台灣省政府及台灣省衛生處的施政主軸，復以一九九五年全民健保實施，省立醫院的經營空間益形限縮，加上一九九六年國發會決議公立醫院民營化的決議，省立醫院的歸途似乎也只有改採民營化或準市場機制的選擇。

一九九九年，省立醫院的名稱走進歷史後，重新掛上署立醫院牌繼續營運。但「公辦民營」的策略仍是持續進行中，惟執行結果卻是面臨幾度流標及乏人問津的結果。舉例來說，署立嘉義醫院、署立新營醫院北門分院的委外失利案例，就是明顯的案例。但危機也可能是轉機，二〇〇〇年以後行政院衛生署的改革策略，不再獨尊民營化，開始嘗試從組織結構的改革途徑著手，引進提升公立醫院競爭力的管理思維，開啟比較多元的策略選項，「區域聯盟」的提議也是在此一情況下，由中區區域聯盟的試辦漸進演化形成。二〇〇三年後 SARS 事件的突然發生，署立醫療體系的快速因應，在防疫戰爭中為公立醫院的角色及功能重新找回定位，凸顯公醫制度的重要性及其做為全民重要資產的不可替代位置。

參、醫療組織的管理特質與變遷

有關署立醫院演進的過程，前節中已扼要說明，其中區域聯盟模式因牽涉到跨部門或跨組織聯盟的議題，因此，包括組織的規模經濟、人財資源設計與分配、專業技術的運用整合、組織學習、多元治理及管理思維的革新等，均是採行結盟式管理時必須注意的層面。盱衡前述，署立醫院區域聯盟模式的分析，可以納入複雜學（the Science of complexity）的理念⁸，思考在多元的影響因子下，每一因子在複雜的調適體系中如何調適及反應，就聯盟體系而言，其本質原就屬於一個鬆散的結構，各平行的醫院組織間的互動，會決定區域聯盟體系的整體走向；而其彼此之間也維持一種既競爭又合作的關係，所以聯盟成員間均會根據累積之經驗，而自我調適及開創新機會，整體而言，區域聯盟模式係一非均衡的動態結構。因此，就此一複雜的調適系統的解析，必然要連結多學科理論的應用，才能檢視

⁸ 參閱李 明譯，《牛頓、達爾文與投資股票》（2001:58-79）

如何透過彼此間的交互關連，構成交叉網（latticework）（Hagstorn,2000；李明譯，2001:15）來對問題形成整合性的理解，並清楚地勾勒出署立醫院在整個外在制度環境轉換過程中，如何形成區域聯盟模式的策略選擇。茲分別討論如下：

一、醫療組織的管理特質

（一）相互依存性

基本上，醫院本就屬於一種特殊的產業且是複雜的組織結構，面對社會情境的變遷及醫療產業市場的競爭壓力，公立醫院的經營模式及管理能力，已非傳統的層級節制及醫療專業掛帥的方式所可以因應。其次，在醫療資源的投資及分配上，因有重疊性的現象及技術及設備不足的兩種可能性，因此，公立醫院普遍有可能產生重複投資及相互連結（interconnections）的現象，其中最典型的影響因子有因跨域（cross jurisdictional boundaries）上的互為依存關係，進而產生地理上的互為連結（Luke,1992）；再者，各醫療組織間也有明顯的功能相互依賴（functional interdependence）關係，確實也存在彼此間有難以抽離或進行切割等實際情況。持平而言，前述的問題皆是當前公立醫院採取組織改革並提出方案時，必須面對及解決的課題。

因此，公立醫院組織的改革計畫勢必要隨勢而轉，除去層級節制及市場機制模式外，如何從組織的改造過程中，尋找組織再生的可行途徑進行整合。以醫院組織的特性來看，醫療及科技的專業性屬於醫院經營的重要核心價值，因此，從平行的跨組織（inter-organization）間整合，或者從組織網絡（organizational network）的概念去思考醫院組織間的關係，借道從競爭、合作、契約交換或策略結盟及產業購併等方式裡，為醫院管理及改革另闢蹊徑，已成主要的發展趨勢。除此之外，也可以運用醫療產業的區域層次作為分析單位，瞭解醫療產業的地理區域互依及相互影響程度（Perrow,1986:192-196），形成醫院的治理網絡，提供擬定醫院變革及尋找合適策略管理的基礎。

歸結而言，醫療服務本就具有高度的專業性質，此一特質對於團隊合作及結盟的需求相對比較明顯，也就特別容易形成跨組織結構的主要成因之一，其次，現代化醫院的經營，宜跳脫簡單的醫病間二元關係層次，而朝整全的醫療服務及醫療倫理整合的方向發展，所以，中大型醫院的組織結構及管理，逐漸朝向多元發展的方向演化，舉凡從醫學教育、醫師訓練、個案研究、醫療資訊、科技運用、

社會心理輔導及行政管理等條件均不可或缺，因此，跨組織關係的另一面即代表著跨專業的關係（inter-professional relation）（Hall,1986:15）。此一問題對於依賴專業人力比例較高的一般醫院及專業型醫院而言，應如何安排設計進入跨組織聯盟時，所需要的發展條件如組織間協力、組織學習、資源共享、技術互援、人力交流等，就成為不容忽視的重點。

（二）聯邦式的管理及運作

基本上，署立醫院改革的關鍵在於經營績效及公共責任的雙核心價值，而前者在現行的醫療產業市場及全民健保制度的影響下，雖未必完全凌駕於「公共責任」之上，但卻也是未來公立醫院生存的重要評估準據，因此，建立良好的管理結構也是署立醫院追求績效的重要組織設計原則。近年來，結盟式組織漸漸受到重視，此種以部門間的功能互補與合作為基礎的組織型態，強調平行的組織間關係，而能在彼此間的效能及效率的要求下，進行具合適規模的合作（cooperation），形成自我治理（self-governance）的管理。

其次，從管理結構或治理結構的角度來看，管理學宗師彼得杜拉克（Peter F. Drucker）就指出「管理結構在組織上必須以績效為目標」、「組織結構必須儘可能包含最少的管理層級，設計最便捷的指揮鏈。」、「組織結構必須能培養和檢驗未來的高階經理人」等是管理結構的重點及要求，而為了要滿足這些條件要求，企業必須依照聯邦分權化的原則，儘可能整合所有活動，將企業活動組織成自主管理的產品事業，擁有自己的市場和產品，同時也自負盈虧（齊若蘭譯，2004：273-277）。前述彼得杜拉克所提到的聯邦式分權的管理概念，早已盛行於大型企業⁹有數十年之久，近年來更成為許多跨國公司的重要管理結構設計原則，尤其把分權化的原則應用在各類功能性的管理活動上，不僅對於改善組織結構相當實用，也有助於達成提升經營績效的目的。

查爾斯.韓第(Charles Handy)也認為設計聯邦制度的目的，就是要在同一機構裡創造某種權力均衡狀態(周旭華譯，1995:120)。他更直指必須堅持聯邦觀念¹⁰，

⁹ 杜拉克認為聯邦分權化的原則通行於現代大型企業的重要原因：一、聯邦式分權化的原則將經理人的願景和努力直接聚焦在經營績效和成果上；二、可以降低自我欺瞞、安於既有而怯於創新，或倚賴賺錢的產品來養活虧損的生產線等危險；三、企業可以充分發揮目標管理的功效；四、美國二戰後的施樂百公司實驗結果證明了聯邦分權化的原則對於培養未來經理人的重要影響；五、聯邦分權制能及早在較低的管理層級上，考驗員工獨立指揮的能力。（齊若蘭譯，2004:282-283）

¹⁰ 另一方面，韓第也指出聯邦制與「邦聯」的不同，邦聯制乃是幾個有關成員，為了執行某些工作而建立起的一種聯盟關係。因此，它實際上只是一種互利互惠的組織。所以舉凡聯盟

因為這是對大型機構重新賦予意義的最佳途徑，也是使大組織扣緊他的成員，得以建立共同目標的最佳方法（周旭華譯，1995:122）。以英國的國家醫療服務制度（NHS）而言，過去因為缺乏財務盈虧的參與管理及責任感，但自二十世紀末葉以來的積極改革，將全國醫療體系打散為幾個自負盈虧的單位後，共同目標的建立反而增強，並增進成員間的溝通管道，反而具備聯邦式的管理意涵。因此就專業及分權的角度來推論，大型醫院或醫療集團的管理是相當適合以聯合組織觀點（謝德高編譯，2002），將屬於政治學理的聯邦制用於專業組織或大型企業，來創建整合式的組織及精簡的企業中心，形成能與專業及執行單位間的權力均衡，其次，此類整合式組織或聯盟的各單位，均是獨立自主之個體，就某種角度而言，結合固然可減低成本，並達成資源互依產生的綜效，但就管理結構間的關係而言，「包容」或「妥協」才是聯邦式管理的重要轉動軸心，因此，聯邦式組織的運作精髓就在於各組成單位間彼此互依，並而融入「信任」及建立「共同目標」，讓各單位可以共享權力及保有個體的自主性。

歸結而言，署立醫院的設置規劃原就是以每一縣市為領域，在地理區劃上十分清楚明確，權責上亦是承中央衛生署的指揮監督，提供各地區民眾的健康維護及服務，而目前政策的取向又以各署立醫院必須達成「自給自足」的目標，所以，就權責劃分及授權的角度來看，署立醫院的型態具備前述韓第的聯合組織或聯邦式管理的一些特性。雖然目前採取的區域聯盟模式，某種角度上是有邦聯的影子，但在整個衛生署醫管會的組織架構下，各署立醫院仍以中央為指揮中心，而北區區域聯盟及中南區區域聯盟亦是在中央的指揮監督下，共同形成的運作關係體系。

二、組織變遷研究的相關理論

組織的變遷理論的類型，大致可分為生命週期理論（life-cycle theories）、目的理論（teleological theories）、辯證理論（dialectical theories）及演化理論（evolutionary theories）等四類型（Van de Ven & Poole, 1995）。其他也有從造成

（alliance）、聯合投資（joint venture）、網絡（network）都是建立邦聯制的工具，是基於雙方便利而做的安排（周旭華譯，1995:123-124）。但聯邦式的管理，卻是有一統合的中央為核心，組織既大且小，給予地方政府或地區性組織更大的彈性權力及自主空間，因此，在聯邦式組織中其成員具有「雙重公民身份」，暨屬總部一員也是其分支成員，因此，更應建立「共同意識」，讓組織發揮更高的組揮監督及彼此互依而展現更高的協力綜效。

組織變遷的內、外資源的變化來予以對照分類；或從檢視專業經理人如何以積極的作為控管經營環境的內外因素條件，為組織變革尋找合適的連結條件，而區分為有意變遷對照無意變遷（intentional versus unintentional change）的分類；另亦可依組織變遷的調適（adaptation）及質變（metamorphosis）程度區別為漸進（incremental change）及間斷式變遷（discontinuous change）。（Scott, et al, 2000：63-69）綜合前述各種類型，本文將從組織外在環境與資源變遷層次及內在過程與資源變遷層次，分別來討論署立醫院區域聯盟模式的相關理論：

（一）外在環境與資源變遷的理論

1、資源理論

一般說來，資源理論可分為資源基礎理論（resource-based）及資源依賴理論（resource-dependency）兩種。以前者而言，醫院組織通常因擁有各自的醫療重點技術及人力資源，就如同某些產業或公司擁有他人無法模仿的資產或能力，與之結盟或聯合有助於快速引進核心技術、資訊及管理能力，而提升本身的競爭優勢。就資源基礎的內容來看，舉凡財務、人力、組織結構、物質設備及技術專利等層面，都是最基本的分析單位，當然這些單位也並不容易藉由市場或價格機制的協調就能結合起來。其次，從績效或追求利潤的層面來說，如何整合各類能產生收益的資源也是一件大工程，例如各組織本身獨有的歷史制度、地理區位條件、信譽、限制及產權支配等，這些條件皆有各自屬性並不容易透過模仿就可以達成。換言之，資源基礎理論強調的是一種非壟斷性的資源收益，也可簡單分為兩種類型，舉例來說一種是以擁有稀少性且高價值的資源擁有者；另一種是建立在企業精神的發展基礎上，以透過資源的重新結合，並抓住關鍵時機來創造資源利潤者。（Dobbin and Baum, 2000:9）但另一方面，過度重視資源基礎理論也可能會被批評成只會自我侷限在平衡以往的一些收益問題而已，惟前述的批評並無損其討論資源使用的均衡與否及解決問題的應用可行性。

所以從聯盟的形成階段來看，各組織體必須進行策略性規劃，保留剩餘資源（retaining resource）或是向其他可以提供取得資源（obtaining resource）的組織，進行策略聯盟¹¹，以解決組織各自為政或競爭優勢流失的困局。基本上，前述的

¹¹ 從私企業的特質來說，策略聯盟的結構，通常分為合資（joint venture）、少數投資（minority investment）及契約結盟（contractual alliance）等（Gualti, 1998:781），另也有細分為四類，例如第一種的合資（joint venture）類型，由參與者共同出資成立新企業體，依出資者所擁有的股權決定對新企業體的控制程度及影響力；第二種類型為少數股權聯盟（minority equity alliance），他

結盟條件，必須是兩項資源皆難以移撥、仿效或被取代時，才有採行結盟式的策略規劃必要，反之，各組織體可以自給自足而且資源充裕時，則組成聯盟的意願及需求相對較低。其次，有關結盟之後的績效層面，端視參與結盟的各伙伴在進行資源整合後，能否產生更具競爭優勢的綜合績效，所以結盟式的管理績效，必須視彼此間的資源屬性而定。一般而言，若結盟者的資源有互補性（complementary）而且能充分利用資源，將會有利於績效提升；但徒有互補性卻未充分利用，反而是種浪費；另外，如果結盟者所擁有的資源具備相互間的補充（supplementary）性，也會產生良好的績效。（Das and Teng, 2000，黃啟瑞：2004）

盱衡前述，公、私部門的組織為因應環境或制度的變遷，勢必要調整其組織結構，以利於取得組織存續所依賴的資源。（Powell and Friedkin, 1987）所以組織的變革也就因應而生，包括策略聯盟、合併、協力等均是被認為可以有效解決前述問題的組織設計可能選項之一。再者，各醫院因擁有各自的醫療重點技術及人力資源，就如同有些廠商擁有他人無法模仿的資產或能力，與之結盟或聯合有助於快速引進核心技術、資訊及管理能力，而提升本身的競爭優勢。

2、組織生態的觀點

從組織開放系統論的角度來看，組織受到外在環境變遷的影響，必須隨勢而轉，才能調整組織的結構功能來因應外在環境變遷的挑戰。尤其全民健保制度實施十二年來，歷經瀕臨破產威脅下而做了幾次重要的調整後，公立醫院面臨更為激烈的競爭壓力，以及逐年遞減公務預算的補助來達成自給自足的目標，均是其能否在醫療產業市場中繼續生存的重要課題。

基本上，組織所處的外在的環境裡，具有一種自然的淘汰過程，引領組織以漸進持續方式進行演進，所以，外在生態環境的改變自然會成為造成組織變遷的主要影響力。而且以醫療產業而言，在健保給付的相同條件下，公私立醫療組織是同時競逐共同的醫療資源及消費者，相對地，醫院與醫院間也提供接近的醫療服務。毫無疑問，外在的環境因素將會決定醫療組織的存續，當制度環境產生變化時，組織個體倘若無法因應，隨之而來的結果就是邁入衰退及淘汰出局，適者

跟前者最大的差異處是加盟者只取得對方少數的股份，兩者彼此的控制程度低，也為成立新企業體；第三種類型稱為雙邊契約聯盟（bilateral contract-based alliances），建立在市場機制的交易基礎上，雙方依約行事，不涉及各自公司的管理或是購買對方股權的問題；第四種則以單邊契約為基礎的聯盟，也是一種市場交易的形式，訂定單邊的契約規範，作為結盟者的運作規則。整體而言，第三及第四兩種類型以市場交類型存在，對於各自的組織體產生的影響最低，風險相對也較小，但產生綜效的結果也最為遜色（參閱，Das and Teng, 2000; 黃啟瑞，2004）

生存的道理，讓新興的組織代之而起。

其次，制度理論與組織間的關係，也是討論組織變遷不容忽略的部分，尤其制度理論與組織的連結方面¹²。因此結盟式的組織所形成的自我治理結構，也可以從制度理論切入觀察組織結構的形成過程（structuration），特別是採協力及合作行為所產生的制度變遷所引發的組織結構的重組或變革更深具意義。而且由演化論的觀點，組織為因應外在制度環境的變化，以及為追求生存及永續的經營，在本能上就可以透過既合作又競爭的演化觀念（Van de Ven & Asley, 1981），形成前述的自我治理結構的形成。盱衡前述，而這一觀念上的理解，對於因制度變遷而改變組織環境系絡，所造成包括公、私部門或企業組織間尋求讓組織能夠存續發展，而採取的各種經濟交易（economic exchanges）手段，例如外包（outsourcing）、策略結盟（strategic alliances）、網絡（networks）、信賴基礎關係（trust-based relationships）、社會關係的拉近（relational contracting）等（Van de Ven & Ring, 2006），就相當具有意義，而這些演變及錯失的選擇，也有助於瞭解當代醫療組織為何選擇發展合作的跨組織關係。

3、新制度論（Neo-institutionalism）的分析途徑

制度理論（institutional theory）所關注的研究焦點集中在組織與其外在環境間的關係，而制度結構的發展過程，包括規則（rules）、規範（norms）、例行慣例（routines）、喻示（schemas）等作為約制社會行為規範的要件，就成為研究組織創新、組織調適、組織擴散、組織選擇（adopted）等的檢視要件，而其核心價值在於效率及效能，這也是舊制度理論（old institutionalism）的論述重點，所以，無論是從制度的創造及設計來看，舊制度論旨在減少不確定性並提供人群互動間的安定結構（North, 1990），也就是確立作為社會遊戲規則的準則。

相對於舊制度論所強調的制度穩定及效率的兩個訴求，新制度論則相當重視外在環境對於組織的影響，不應只著重於組織效率及效能，而應是認清社會及文化的因素或壓力對於組織所產生的影響。而有關新制度論的研究，含括屬於經濟

¹²以美國為例，組織論的發展最早期可以溯源自 1940s，從引進偉伯（Max Weber）的官僚體制開始；第二階段由翻譯偉伯著作及對組織結構提出文化－制度理論（cultural-institutional theory to organization）的派深恩（Talcott Parsons）為代表；第三階段則是由賽蒙（Hebert Simon）的理性決策領軍，並加入馬區（James G. March）的協力觀點使組織理性的論點更具影響力，他們認為組織中的大多數行為多數受制於績效計畫（performance programs），因此，理性的個體必然也是一個已被組織化（an organized）及制度化（institutionalized）的個體（Scott, 2001：21-28）。前述賽蒙及馬區的貢獻也直接影響新制度論或新制度的結構功能及微觀特質的學術發展論述。

學領域的新制度經濟學¹³；政治學領域的歷史制度論、理性選擇論；社會學領域則包括認知心理（cognitive theory）、現象學及文化研究、人類學方法論（Ethnomethodology）等。（Scott,2001）另 Hall and Taylor（1996）則將新制度論分成歷史制度論（historical institutionalism）、理性選擇制度論（rational choice institutionalism）及社會學制度論（sociological institutionalism）等。

所以包括從歷史制度論、經濟社會學或組織社會學的角度來看，社會的外在制度環境，由包括不同個體、社會組織、政府部門、營利部門、公私混合部門、專業協會等所構組而成，並形成遵循的規範，而深刻影響個別類型組織的存續及經營。因此，組織的成長必須檢視其與制度環境的融合及調適程度而定，在此一情境下，組織結構受到制度環境的影響而進行調整，進而演進為與制度近似的結構，以便順應外在的法令制度、作業標準、合法程序或專業規範等。換言之，相同領域之社會或專業組織勢必因應制度環境的變遷，隨勢而轉，透過強制（coercive）、仿效（mimetic）、規範（normative）等活動機制，讓組織呈現一種制度趨同變遷（institutional isomorphism）。（DiMaggio and Powell,2000）

因此，新制度論的分析途徑，主要是強調避免再陷入傳統偉伯（Max Weber）的制度經濟學觀點，徒令組織局限於其所設下的「鐵的牢籠」（iron cage），無法開展伸手，這對於思索透過新技術或採策略規劃及行動的管理變革者，只有另闢蹊徑如策略管理、組織仿效、組織學習、財務工具、法規鬆綁等尋找組織再造及永續經營的生機。

（二）、內在過程與資源轉變途徑

1、網絡理論（Network Theory）的應用

另制度論研究者也結合網絡分析工具的應用，提供解析具有地緣關係的社區或跨域為基礎的區域性團體間的研究（Gould,2003）。基本上，使用此種研究工具，對於解釋漫長緩進的社會過程別具有特色，能小而大以及從點到面，放寬歷史視野的格局，來分析社會組織的活動，填補一般正式組織研究途徑所無法觸及的層面。基本上，網絡理論的核心論點，認為透過訊息交換（information exchange）

¹³舉新制度經濟學來說，它主要是研究人們之間利益關係變化的理論，和轉型社會中不斷發生的利益調整、利益再分配的現實需要。其次，新制度經濟學中的「誘致性制度變遷」及「強制性制度變遷」（王耀生，2000: 7），更是檢視激進改革與漸進改革兩者間關係的重要理論佐證。

的人際關係網絡，可以開啟社會連結的研究，說明人際網絡中存在著「強連繫」及「弱連繫」(weak ties)兩種關係連結(Granovetter,1973,1983)，格蘭諾維特巧妙的運用初等邏輯，得到一個出人意外的結論：弱連繫通常要比強連繫來得重要，因為弱連繫扮演著維繫整個人際網絡的關鍵角色(胡守仁譯，2003：65)。換言之，任何組織、個人或家庭長期累積起來的交互關係，就自然而然形成某種行為的接受底線，例如信任、合作及權力服從等，也就是透過社會鑲嵌(Social embeddedness)，促進跨機關或跨組織的合作關係。

坦白說，經濟行為固然以自利的角度為出發點，偏重個人的理性計算及個人的偏好程度，但仍無法脫離整個社會網絡或人際間互動關係，而受限於社會制度制度及規範，也就說，經濟性的作為必須鑲嵌社會制度，形成制度結構性的制度鑲嵌(Institutional embeddedness)。(Granovetter,1985)易言之，現代組織仍脫離不開組織的合法性、合理程序等正式的組織脈絡(context)，因此，醫療機構的管理變革也是依循在專業及程序的結合脈絡上(Ferlie, et al ,1996:73)。即使公共服務的融入企業經營或是市場機制的運作時，也是不可能脫離制度鑲嵌，這也說明了實務(practice)及合法程序(procedures)為何皆為組織存續經營的重要資源。因此新組織的設計，不能單只考慮經濟效率，國家權力及專業兩者仍是組織結構形成過程中的兩大重要資源(Di Maggio & Powell, 1983)。

平心而論，醫療機構通常由專業醫療菁英及成員所組成，包括醫療、臨床研究、社工、行政服務、醫務管理、志願團體、公私協力等行政及非行政的部門連結所構成。具體而言，就是由專業網絡、管理網絡及社會網絡所共組而成的制度鑲嵌及社會鑲嵌。所以，檢視醫院管理的組織變遷，例如強調市場機制，醫院的組織結構，是否會形成從原來的由醫師專業領政的傳統，轉變為醫療及管理分治，醫院的管理由專業管理人主導；或者演變為專業的醫師提升管理能力及學習，形成專業與管理的鑲嵌而成新的網絡治理關係(Ferlie, et al ,1996:84-85)，將是現代化醫院組織變遷的重要觀察指標。另外，社會資本及公私部門間的合作，社會鑲嵌的途徑，也提供觀察新型醫療組織在經營管理層面上的多元發展。

2、交易成本論的觀點與討論

從公共選擇論所著重的「效率」觀點來看，署立醫院之所以採取區域聯盟的模式，其目的主要是含有共享資源分攤成本、共負風險、改善重複投資、擴大規模經濟的效果，偏重於市場機制及成本效益。一般而言，對於經濟理性的行為分

析，主要是強調個體自利及微觀的分析途徑，但此一論點卻也引來有忽略組織內部及跨組織網絡間決策的制訂問題，簡單地說強調個體的結果反而忽視組織間的結合及降低生產成本的問題。但自利（self-interest）是否會阻礙集體利益，為解決此一爭點，提倡理性選擇者向來主張應創設自願或自主性的團體或組織的機制來加以彌合。

寇斯定律（Coase discipline）(Coase,1937)的交易成本理論（Transaction Cost Theory）內涵有兩個部分，第一是財產權的界定；其次則是有關外部性的互惠的（reciprocal）原則。寇斯認為外部性影響所及雙方，應該會自行協議出解決之道，政府不應介入。而寇斯定律最精華之處，乃是財產權之界定不會影響到外部性的界限，而使雙方之交易成本為零，即是一種最有「效率」的資源配置及應用。但是這種論點一樣受制於市場價格的競爭，才能達到「效率」的指標。這一方面，以效率為核心的組織理論¹⁴經濟分析途徑者，提供近代公部門組織變遷及轉型的重要論述，涵蓋層面擴及組織結構、策略管理及制度的政經分析等，可提供作為公立醫療組織在不同發展模式過程中的解釋基礎，而且也與前述外在環境論點的各種分析途徑相互呼應連結。

但從組織理論的角度來看，組織為何存在？我們所應關心的重點，應當是組織面臨外在不同的環境條件時，應採取何種組織設計最能適應此一情境。威廉森（Williamson）的看法認為雖然交易成本理論是以效率作為唯一的理解，但是各種交易間的差別甚大，如此一來，各類的治理結構設計，勢需裁剪合宜，才能符合各類交易的特殊需求，直接間接就會產生各類形色有別的組織。（Williamson，1981:568）換言之，交易成本理論的解釋是可以用來檢證組織的層級節制（hierarchy）、組織或聯盟的特許權（franchise）、多部門的劃分（multidivisionals）、部門結合（conglomerates）、控股公司（holding companies）等（Williamson,1975），

¹⁴「效率」的觀點一直是組織理論的探討重點之一，1970 年代崛起的權變理論（Contingency theory）堪稱是組織理論的典範革命（paradigmatic revolution），此一新興的趨勢涵蓋組織的資源依賴途徑（resource dependence approach）以史連尼克（Gerald Salancik）所著《組織之外在控制》（*The External Control of Organizations*）（1978）為代表；第二個據代表性的研究途徑則是探討制度化之組織理論為核心，著眼於組織之新制度理論分析，代表性的學者為梅爾及羅文（John Meyer & Brian P. Rowan）兩人共同發表的制度化組織一文（*Institutionalized Organizations*）為代表（1977）；第三途徑則是組織生態論為主軸，以漢連及富里勉（Michael T. Hannan & John Freeman）為代表，強調環境淘汰（environment selection）的觀點；最後一個主要途徑即是威廉森

（Oliver,E.Williamson）在 1975 年出版的《市場與層級節制》（*Markets and Hierarchies*）一書的理論中心「交易成本」（transaction cost）論（Carroll, Spiller & Teece,1999），而前述四個新興的組織理論途徑又以市場與層級節制對於組織理論的經濟分析最具影響性。

也適合於解釋市場與層級節制的混合體（market-hierarchy hybrids）(Williamson,1991)，甚至廣泛運用來解釋各類社團、黨派或組織網絡的形成或結合等。總之，讓交易成本理論與組織變遷都能得到合適的整合，使交易成本理論作為一種選擇機制（choice mechanism）的功能發揮淋漓盡致，而能回應組織環境的影響，讓效率的解釋功能更能貼近制度變遷所引發的組織設計、選擇、調適的實際需求。

3、策略管理及誠信機制：最佳實務及跨組織學習

（1）策略管理對於署醫區域聯盟的影響

錢德樂（Alfred D.Chandler,Jr）針對美國工業組織的歷史演變進行研究，在1962年出版《策略與結構》《Strategy and Structure》，提出多部門結構（Multidivisional Structure）的見解（Chandler,1962），對於後來策略管理研究的蓬勃發展，起了相當重要的影響力。坦白地說，包括公私協力的模式、組織合併模式或區域聯盟的形成等，都只是組織變遷過程的新起點，因此組織轉換過程中雖各依己身的條件選擇了「小規模整併」或「大規模的積極整併」的不同途徑，但真正的挑戰卻是發生在執行的階段。換言之，解釋組織的轉換，從「市場」的作用、內部結構型態的轉變（Williamson,1975:106；彭文賢，2000:53）、技術發展、所需成本、如何留住技術人才、如何擴充組織規模以因應競爭壓力（Chandler,1977:141-142；彭文賢，2000:53），以及如何根據組織文化和相關資訊，進一步調整內部結構以提高管理績效（彭文賢，2000:53）。因此，組織結構的形成及轉換究竟是與原有的組織歷史形成路徑依循或累積，亦或是新、舊組織間的斷裂，均是可從管理學的角度值得深入觀察解釋的地方。

就公立醫院的內在專業特質及外在醫療制度變遷等來看，公立醫院的組成結構除公共行政、藥劑、輔導等人員之外，最重要的核心組成為各科醫師及護理人員。因此，以主要核心成員的特質來說，醫院的管理因為分層複雜且權力是分散於各部門及個人，所以醫院組織轉型之後所啟動的組織運作及組織調適的管理機制，勢需透過成員間的不斷互動及連結，才足以開創新組織的價值。所以從策略管理的角度來看，要能跳脫傳統的公共行政思維（Hughes,1998；林鍾沂等譯，1999），並就組織的特質及職能所需，導入其所需要的「知識」，透過集體學習來營造新組織的創造力（Mintzberg, et al,1998；林金榜譯，2003）。

由以上可知，透過組織學習的途徑¹⁵來建構組織的認同及創新，主要是強調以社會互動（social interaction）的核心價值（林鍾沂，2001：302）來補充理性管理思維無法顧及的地方，讓組織之社會屬性也能來凝聚組織面臨轉型時的共同體意識，促成公立醫院轉型成功及永續經營的目標。剴切地說，站在新醫院成立後的組織運作及管理角度來看，新醫院務必朝「創新」及「品質」的醫療組織及管理的改革目標努力，有鑑於此，組織學習相當值得新醫院的重視及提倡，就前述而言，日本的學習管理學者 Nonaka 所提倡的知識螺旋（knowledge spiral）認為組織中知識的創造，乃是透過內隱知識（tacit knowledge）與外顯知識（explicit knowledge）兩種要素不斷地轉換與對談的過程¹⁶。因此，倘能透過組織學習形成共識，讓知識應用轉化成新醫院的創新思維及源頭，這也將有利於讓不同程度的組織間整合，順利達到綜效的目標，並解決合併所引起之組織磨合問題。

（2）跨組織合作的信賴機制

藉由跨區域及跨專業的公立醫療組織形成的公私協力、組織合併及採結盟式管理的聯合組織，勢必要仰賴組織學習才足以因應組織轉型產生的組織文化衝擊，亦即藉由知識的轉移，來強化醫院組織的創新及跨院際之間的合作及管理能力的增長。因此，公立醫院除去組織結構的改革外，也必須朝提升實質的醫療服務內涵來努力，才足以因應醫療產業市場的競爭壓力，以及提升公共衛生服務的品質。

剴切地說，公立醫院包括委外經營及採取平行的組織整合，不應僅停留在形

¹⁵組織學習學派非常重視行政過程（process），因此像政治學者林布龍（Lindblom）主張的漸進調適理論，就被組織學習學派所接受及融入，尤其漸進理論結合經濟學的市場原理，說明人可透過互動決定交易或選擇來進行決策的訂定。而民主社會中係由多元團體所組成，因此決策之制訂不可能定於一尊，通常需要透過民主協商、彼此制衡、政策參與等來進行，但如此一來也會使得決策之制訂侷限在部分，而無法成為全面性之政策變革，這些原因就成為林布龍所稱之斷續漸進主義（disjointed incrementalism）的主張（Lindblom, 1977；Hays, 1992）。林布龍在這一方面的主張，也可從一九六三年與 David Braybrooke 合著決策的策略（A strategy of Decision: Policy Evaluation as a Social Process），以及一九六五年出版的民主的智慧：透過同儕相互調適的決策制定（The Intelligence of Democracy: Decision Making Through Partisan Mutual Adjustment）；一九七九年的“Still Muddling, Not Yet Through”等均緊扣斷續漸進主義的內蘊，強調含糊穿越（muddling through）及同儕交互調適（partisan mutual adjustment）為例說明漸進並非等同於維持現狀，同時漸進主義也結合了修正功利主義理論（參閱 Harmon, 1986：265-273），並與廣博理性皆同樣扮演重要地位。基本上，組織學習學派兼容前述特色，對於公共組織的變革過程，可以提供相當實用的價值。

¹⁶知識轉換的模式可分為四種：社會化（socialization）代表由內隱到內隱的過程；外化（externalization）則是從內隱到外顯；結合（combination）意謂從外顯到外顯；內在化（internalization）屬於從外顯到內隱的過程。這四種模式彼此交互運作，讓內隱與外顯的知識持續轉換或重組，形成知識創造的循環過程。（王思峰等，2002）

式上的跨組織結構調整，而必須思考如何讓跨區域的組織結盟產生更大的綜效。因此，必須以最佳實務（Best Practice）的管理意識，透過從技術、方法、作為及誘因或獎勵等，促成跨組織間合併及合作的同步成長，並能達到有效傳遞知識交換及各種特殊的醫療服務結果。當然另一方面，如何建構有效的管理機制，將最佳實務的觀念化為合適的程序、監督節制及驗證結盟醫院的醫療服務及績效，也是討論公立醫院各種改革途徑的執行成果，能否突破以往偏向層級節制管理及各自為政的窠臼，而產生有更大綜效的結果。

公立醫療組織無論是採取合併或區域結盟模式，組織學習都將扮演重要的角色，以跨組織學習（Interorganizational Learning, IOL）的提倡來說，既可能是組織間的好伙伴（good partner）策略，也可能是與其他伙伴間的公開學習競逐（race to outlearn）的必要措施之一，當然這也是一種兩難困境，常迫使跨跨組織聯盟可能產生程度不一的損害¹⁷，而這種情形有時會導致全面性的競爭（outright competition），但也有可能得到誠心協力（genuine collaboration）的美好結果，以上的各種可能性，都是採取跨組織學習可能發生的情況。（Fulop, 2005: 563）。所以跨組織學習的成功可能，應是建立在組織間的可靠的信諾（credible commitments），也因此需著眼於策略及核心能力（strategy and core competence）方面的培養，例如如何維持競爭優勢，以及維持各不同組織間的特殊資源如技能、能力等，特別是「知其所以然」（know-how）的部分，才足以強化透過組織間的結盟、合作及協力，產生最佳的綜效。這些主張跟前述的資源基礎理論觀點，十分密切關連，另一方面這也是策略管理中組織學習學派所注重的內隱（tacit）及外顯（explicit）的知識的重要實現目標（Fulop, 2005: 563-567）。綜合來說，本研究除討論外在制度環境對於公立醫療組織變遷的影響外，對於組織內及跨組織間的學習也認為會是改革能否成功的重要條件。

¹⁷ 跨組織學習（IOL）最關鍵的影響因子，例如伙伴間缺乏完全的信諾動機；彼此間無力去吸收或溝通知識；對於權力、機會（opportunism）及存疑（suspicion）等潛在可能性仍宰制彼此間的交換（exchange）等，以上均是建立在不信任及阻礙集體知識的發展及訊息傳遞。換言之，好伙伴策略在跨組織學習的應用上，仍有既存的危險，以及相互欺瞞的高度危機（Fulop, 2005: 563）。

肆、中南區域聯盟訪談資料之內容分析

本研究透過深度訪談¹⁸蒐集署立醫院區域聯盟資料，訪談單位包括行政院衛生署醫院管理委員會及所屬中南區域聯盟七所綜合醫院與兩所精神療養院的主要負責人及代表，總計從九十六年二月底到九十六年四月初，共完成十場深度訪談（附表一），並採取內容分析法¹⁹，進一步檢視整體訪談資料所顯現的意涵。

首先，進行分析的步驟有：（1）設計分析單位：「醫療產業」、「全民健保」、「漸進」、「區域聯盟」、「署立醫院」、「醫院管理委員會」、「區域聯盟委員會」、「鬆散結構」、「績效」、「公共責任」、「競爭力」、「品質」、「網絡」、「地理區位」、「區域治理」、「組織擴散」、「組織學習」、「組織變遷」、「領導」、「聯邦式管理」、「資源整合」、「合作」、「成本」、「效率」、「醫師人力」、「輸出」、「顧客」、「次區域聯盟」、「聯邦式管理」、「」等；（2）進行抽樣：集中以中南區域聯盟西部縣市共九家署立醫院及衛生署醫療管理委員會等為訪談單位；（3）製作編碼²⁰；（4）計算分析單位出現的次數：從訪談內容記錄，找出上述關鍵性子句之分析單位，加以測量其頻率（frequency）、方向（Direction）、密度（Intensity）以及空間（Space）；（5）資料分析：就十場訪談的內容分析的資料，進行推論。其次，為更能清楚地就關鍵字進行因果關連的分析，茲採用電腦軟體 NVivo（林本炫、周平，2005），進行資料分析，來探討其關係強弱度。綜整結果如表 1.1 及圖 1.1

¹⁸訪談法通常劃分為封閉型、開放型及半開放型，或者稱為結構性訪談、非結構性訪談深度訪談及半結構性訪談。（陳向明，2002:229）就屬性而言，深度訪談屬於是非結構性的訪談，主要是希望透過訪談發現一些重要的因素，這些因素不是用表面的觀察和普通的訪問可以獲得的。（文崇一，1978:559）當然採取深度訪談法時，訪談人務必對於訪談的議題具備相當程度的知識，並需勤做功課，學習傾聽、分享社會經驗及尊重對方的觀點（Rubin & Rubin, 2005）。因此，研究者必須清楚自己的研究問題，同時也要深刻瞭解進行深度訪談的核心目標為何，同時也要能將心比心，從受訪者的角度去分析訪談資料的深層意蘊，再透過詮釋或適當的工具進行分析，來捕捉研究問題中的客觀事實或是從中詮釋後而發展出來的多元觀點。

¹⁹內容分析（content analysis）在早期的定義係指一種蒐集以及分析文本內容的技術，「內容」（content）指的是文字、意義、符號、圖片、想法、標題或是其他可以溝通的訊息。「文本」（text）指的是任何寫下來的、視覺上的或是語言上作為溝通媒介物，包含書本、雜誌、官方文件、信件、日記、報紙文章、會議記錄、實況新聞報導、影片、電視廣播節目、電腦網際網路資料、音樂中的歌詞、照片等，都可以做為分析的對象（王佳煌等譯，2002，石之瑜，2003）

²⁰針對內容分析之「編碼方案」（coding scheme）有八個必要步驟：（1）界定登錄單位（define the recording units）：如單字（word）、字義（word sense）、句子（sentence）、主題（theme）、段落（paragraph）、全文（whole text）；（2）界定類目（define the categories）：先必須考量兩個前提，此乃互斥性（類目之間需要彼此互斥）與類目範圍的廣狹；（3）以文本樣本來測試編碼（test coding on sample of text）；（4）評估正確性或信度（assess accuracy or reliability）；（5）修訂編碼規則（revise coding rules）；（6）回到第三個步驟（return to step 3）；（7）為全文編碼（code all the text）；（8）評估成就信度或正確性（assess achieved reliability or accuracy）。

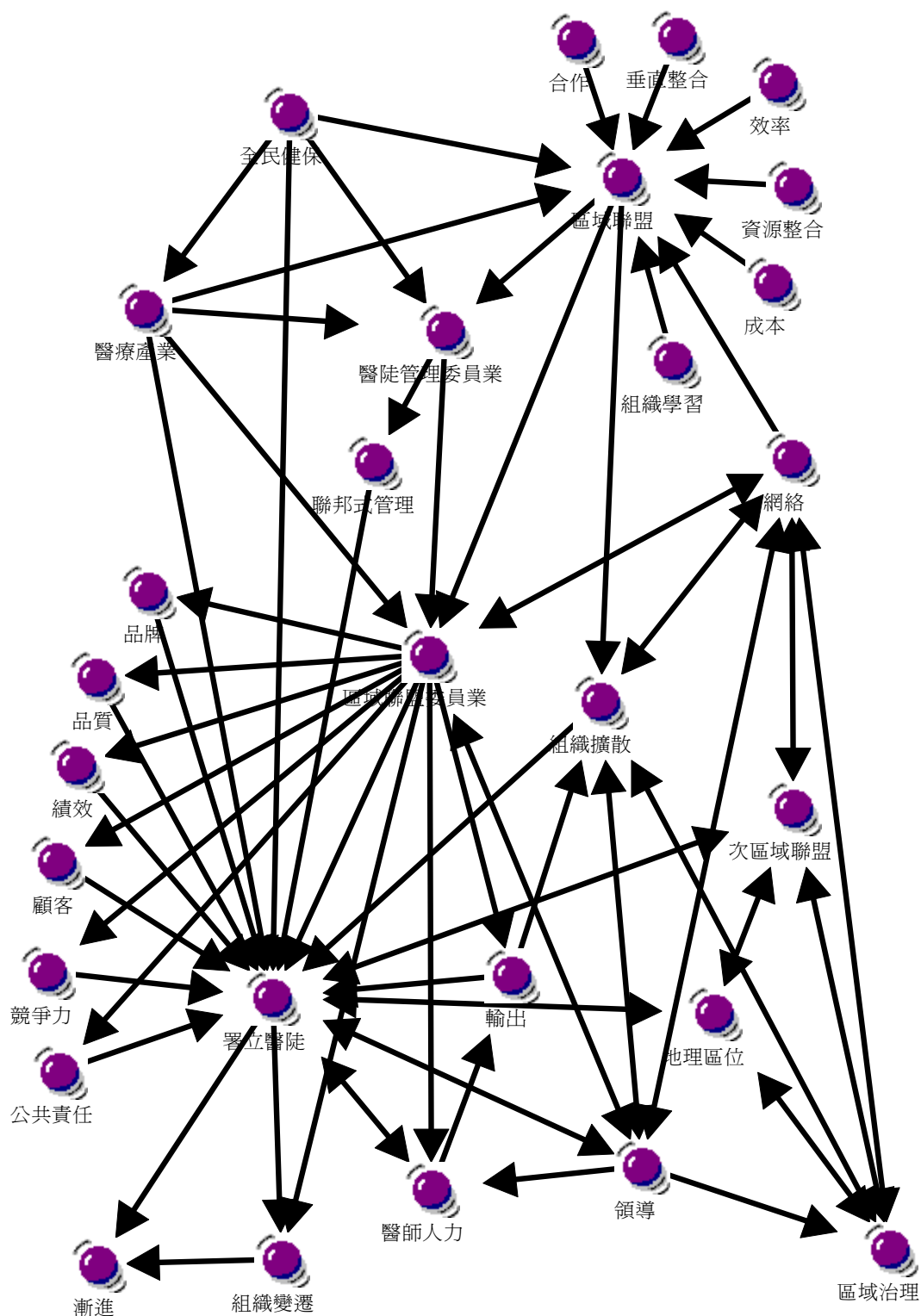
表 1.1 關鍵詞之次數分配、方向、密度

關鍵詞	同義關鍵詞	次數	總次數
署立醫院			156
區域聯盟			139
資源整合	資源整合	10	77
	資源共享	32	
	聯合採購	7	
	資訊整合	2	
	資訊共享	26	
合作			52
組織學習	組織學習	31	43
	組織間學習	3	
	跨組織學習	9	
品質		40	40
輸出	人力輸出	1	35
	資源輸出	4	
	人力支援	32	
領導	領導	22	33
	領導者	11	
競爭力	競爭力	27	32
	核心能力	5	
醫療產業	醫療產業	7	27
	市場	20	
聯邦式管理	聯邦式管理	4	26
	分權	4	
	因地制宜	9	
	分工	9	
功能互補	功能互補	2	26
	資源互補	8	
	垂直整合	6	
	技術支援	10	
公共責任	公共責任	8	23
	公共衛生	15	
績效			24
網絡			21
醫管會			19
全民健保	全民健保	2	18

	健保	7	
	給付	9	
醫師人力			17
區域治理	區域治理	10	17
	跨區域	2	
	跨院區	2	
	跨組織合作	3	
成本			16
自給自足			12
組織擴散			11
溝通			11
區域聯盟委員會			11
次區域聯盟	次區域聯盟	6	11
	策略聯盟	5	
組織變遷	組織變遷	9	10
	轉型	1	
效率			10
地理區位(地緣位置)	地理區位	4	9
	地緣位置	1	
	城鄉差異	4	
漸進			7
品牌			3
顧客			3

資料來源：作者整理

圖 1.1 所示為利用 Nvivo 來就訪談記錄所顯示的變項間的分析：



從上述表 1.1 的次數分配、向度及密度，以及圖 1.1 的訪談內容路徑圖來解析，可以分成幾個層面來討論：

一、次數分析：

在十場的深度訪談中，受訪人皆是長期從事公共醫療服務工作的醫師及管理者，所以，其用詞遣句的相近性極高，不過基於關鍵詞整合的需要，謹以主要的關鍵詞為次數分析單位，其他同義的關鍵詞予以合併整合為一，俾能集中焦點。關鍵詞的出現頻率整合後為：「署立醫院」出現 156 次；「區域聯盟」出現 139 次；「資源整合（包含資源共享、聯合採購、資訊整合、資訊共享）」有 77 次；「合作」出現 52 次；「組織學習（包含組織間學習、跨組織學習）」計出現 43 次；「品質」出現 40 次；「輸出（包含人力支援及資源輸出）」出現 35 次；「領導（含領導者）」有 33 次；「競爭力（含核心能力）」出現 32 次；「醫療產業（含市場）」出現 27 次；「聯邦式管理（包括分權、因地制宜及分工）」計出現 26 次；「功能互補（含資源互補、垂直整合、技術支援）」計有 26 次；「績效」出現 24 次；「公共責任（含公共衛生）」出現 23 次；「網絡」出現 21 次；「醫院管理委員會（簡稱醫管會）」出現 19 次；「醫師人力」（甄補）計有 17 次；「成本」也出現 16 次；「區域治理（包括跨區域、跨院區、跨組織合作）」出現 17 次；「自給自足」有 12 次；「組織擴散」出現 11 次；「組織變遷」11 次；「溝通」也出現 11 次；「次區域聯盟」也出現 11 次；「區域聯盟員會」出現 11 次；「效率」出現 10 次；「地理區位（含地緣位置、城鄉差異）」出現 9 次；「漸進」也出現 7 次；「顧客」及「品牌」各獲 3 次；「全民健保」出現 2 次。

二、方向

中南區區域聯盟各署立醫院的訪談資料分析，相當程度上集中於討論區域聯盟模式的運作的優點，但也出現實務上遭遇的瓶頸及檢討，出現的頻率較高的關鍵詞包括「署立醫院」、「區域聯盟」、「資源整合」、「合作」、「組織學習」、「品質」、「輸出」、「領導」、「競爭力」、「功能互補」、「公共責任」、「醫療產業」等，由這些關鍵詞的集中度來看，非常清楚地展現區域聯盟模式的運作優勢及運作條件，舉例來說，區域聯盟的提倡，主要就是希望將地理區位鄰近的署立醫院進行資源的水平整合及垂直整合，藉此提昇效率，降低成本及培養市場的競爭力。

其次，就是組織間的網絡關係與跨組織學習而言，如何讓聯盟成員與其他成員間能透過組織間合作，來達成醫院的轉型並提及經營能力。因此，從前述出現頻率較高且集中的關鍵詞裡，亦有明顯的路徑趨向，例如受訪的聯盟成員均對於署立醫院的公共責任表達明確支持，換言之，各署立醫院在醫療產業市場的競爭

下，唯有尋求朝組織轉型及管理創新的改革，才足以維護其生存空間，同時又能不改其作為公立醫院的公共屬性及特質。

另外，其他出現次數略少的關鍵詞，計有「聯邦式管理」、「網絡」、「績效」、「醫師人力」、「成本」、「區域治理」、「自給自足」、「組織擴散」、「組織變遷」、「地理區位」及「次區域聯盟」等出現次數略少的重要關鍵詞，也呈現中南區域聯盟在執行運作上的問題及醫院間尋求更大效益的整合方向，舉例來說，中區區域聯盟與南區區域聯盟合併為中南區域聯盟委員會，其結構及涵蓋的區域幾乎有全台的三分之二，這是否會造成協調及運作的困難，反而有提高協調成本的可能。盱衡前述分析，這些可能產生的現象多少會受到一些質疑，例如本次訪談資料就顯示，部分受訪者認為與其讓區域聯盟管理委員會有鞭長莫及的疑慮，不如讓地緣鄰近者能相互結盟成為「次區域聯盟」；另也可以在我國得醫療網體系中，由各院自行發展合適的公、私醫療協力網絡關係。而這些趨勢方向的表現也印證中南區盟的部分醫院，目前確實存在一些如「醫師人力」質量均有不足的缺陷，加上所處位置也有城鄉差異的限制條件，已經造成經營管理上的惡性循環，但卻無法得到區盟其他較鄰近大型醫療組織的強力支援，其經營情況仍是處於低迷，也離其他地區的區盟醫院的差距愈來愈大。

因此，當「自給自足」成為公立醫院的目標取向後，本次參與訪談的許多受訪者，多數同意引進管理創新的方法與思維，但對於強化組織結構的訴求則明顯出現在中小型的署立醫院。此外，對於衛生署醫院管理委員會的定位，不乏認為應強化「醫管會」的組織結構及職權賦予等，並有強力建言應重整醫管會與各署立醫院間的組織設計關係。但有趣的地方是，受訪者也絕大多數表示「區域聯盟」的運作具有可行性，並表達一定的支持及參與。尤其有提出將多數體質虛弱的醫院全數集合或捆在一起，是否就能改善經營績效？受訪人中不乏表示勉強地組成區域聯盟，會不會造成績優醫院因過度的資源輸出，反造成本身的負荷過大等問題，這些質疑及建議，在本研究資料分析的內容路徑方向上也清晰可見。

目前中南區域聯盟委員會，形同功能性的專案組織，下設七組，由區盟各醫院領導人參與，並派員承辦各組業務。而此種組織的形成及運作，相當程度上是依賴各署立醫院的積極參與，所以如要評鑑其運作的成效，委員會所形成的非正式網絡關係也不容忽視。換言之，此一機制提供區盟所屬醫院一個工作平台或窗口，讓具地緣鄰近條件、規模條件、人力互補性、技術及設備具互補與整合可能

者，運用類似「區域治理」的內涵，來發展出包括如「次區域聯盟」、「跨院」支援、「跨組織合作」、「醫療網絡」的多元院際間合作機制，藉以擴大各醫院的經營管理利基，朝提升醫療品質及公共衛生服務的方向邁進。

綜合前述各項分析，署立醫院對於加強引進競爭力的機制、節流及跨院合作等主要方向均極明顯而確實。其次，強調各署立醫院的自主性、條件差異、因地制宜的次要趨向，也點出署立醫院的地域性、社區性功能特質，因此，如何讓各地區醫院能夠進行組織的轉型並強化經營體質，在訪談資料的內容路徑分析方向上，也具備相當明顯趨向。而這也會連帶影響對於現行「醫管會」、「區域聯盟委員會」及各地區「署立醫院」之間的組織層級設計及職權劃分等問題。

三、密度

從這十場深度訪談的資料顯示，所有匯聚的焦點均集中在討論區域聯盟的優勢分析，即使部分醫院有一些不同的看法，但與會參與訪談者都強調可以配合「區域聯盟」模式，來達成「資源整合」的目標，因此，密度相當集中；但另一方面，卻也強調各地區署立醫院也應該保有自身特質。

其次，因為各地署立醫院的組織規模不一，以訪談抽樣所選擇的四所南部署立醫院就屬於編制較小的中小型地區醫院，也因其受限於組織結構條件及城鄉差異條件等兩個因素，所以在資料內容分析中，也多少引伸除區域聯盟的運作及跨組織間合作外，也應讓署立醫院能夠考量本身的條件，所以像「因地制宜」、「分工」等關鍵詞的密度，也十分密集地集中，並朝向透過區域內的公私協力「網絡」來補強「醫師人力」及醫療資源不足的問題點集中。所以，在前述的密度焦點下，逐漸有在區域聯盟模式下，發展出更具彈性的「區域治理」機制，例如「次區域聯盟」、「醫療網絡」等。其他比較集中的訪談意見，則是聚焦在「漸進改革」的樂略選擇，保留公醫制度的本質。

基本上，所有受訪人雖有不同的認知及立足點，但都能秉持署立醫院的公共責任及使命，也因此在全民健保及醫療產業的市場競爭等內外制度環境的影響下，多數參與訪談者接受中央安排的「區域聯盟」機制，但也希望能顧及從本身的條件、區域特性、人口、環境等因素，來思考各地區署立醫院的未來發展。所以客觀地說，「區域聯盟」有可能是各地區署立醫院組織變遷及組織革新的觸媒機制。以上透過深度訪談資料的推論，從議題反應的聚焦程度，可以顯現受訪人所表達的意見達到密度集中而且明確的狀態。

四、綜合分析

前述三部分的分析，雖然已經可以讓現行區域聯盟與各地區署立醫院的關係有一簡明輪廓，從中也可以了解到「區域聯盟」與署立醫院的組織變遷的各種變項間的影響，不僅可以顯示區域聯盟的核心價值外，也讓外在環境制度如全民健保、醫療市場的變項影響因素一覽無遺，而署立醫院在公共責任的使命下，能夠結合組織再造而存續經營的目標，已成為重要策略選擇之一。這樣子的策略取向，一方面得吸納經濟組織的理論內涵，一方面則須兼顧醫療社會學或組織社會學的精蘊，融入策略管理的思考，讓「效率」、「成本」、「責任」及「創新管理」的核心價值，透過區域聯盟模式的設計及運作，全面帶動各地區署立醫院的改造，最後如某位受訪人所說希望可以重啟昔日「大病院」時代的風華。

其次，由變項間的路徑圖也可以點出幾個重要聚焦點，包括有個體面、整體面及空間等層次。舉例來說，假如從「領導」、「區域聯盟委員會」、「組織擴散」、「區域治理」、「網絡」及「組織變遷」等幾個關鍵詞來做引伸。可以發現在整體面上，目前行政院衛生署醫院管理委員會仍是扮演重要的角色，並且位於署立醫院體系的上層頂點處，目前雖將部分職權的執行透過區域聯盟委員會的運作模式，來營造有利於全面提升署立醫院經營績效及服務品質的組織氣氛。另外，除正式的組織管理體系的指揮監督及協調外，有許多的焦點是落在組織領導者身上，這又屬於個體層面的變項，並直接或間接地影響到區域聯盟的運作及協調。

除以上討論的個體及組織整體面外，區域聯盟能否運作順暢，還必須探討區域治理及網絡關係等屬於空間及人際層面的內涵。此一層次環繞在包括外在環境制度、組織、個體所形成的三度立體層次，並由變項與變項間的環環相扣及交互影響下所形成的關係網絡，可以提供給署立醫院在改革過程中，擁有更多元的治理機制選擇。盱衡前述，本研究在內容分析法的剖析下，已經浮現許多提供署立醫院革新的策略改革機制如「聯邦式管理」²¹、「區域治理」、「網絡治理」等。

²¹韓第（Charles Handy）對於聯邦制的界定與說明，就某重角度而言，確實相當接近本研究有關署立醫院變遷的一些現象，韓第說：「聯邦制是個老主意，但它可能馬上又要當道；因為當初設計這種制度的目的，就是要在同一機構裡；創造出某種權力均衡狀態。聯邦制的精神，在於該大的地方大，該小的地方小；某些方面集權，某些方面分權；它的許多訴求與決策都以地方地方需要為目標，但它的眼界卻擴及全國乃至全球；它讓組成份子擁有最大的獨立自主權，又讓它們之間恆常保持一種必要的相互依存關係；它鼓勵差異，卻又對此有所限制；它需要維持一個強有力的中心，但此中心是以致力服務各組成分子為最大目的；它可以而且應該由這個中心來領導，卻必須由個個組成分子分別負責管理。在聯邦體制下，弱小成員有機會影響強大成員，個別成員也有機會各自展現力量。」

總之，中南區域聯盟的個案分析，提供給公共行政研究或組織研究一個由點到面的推論過程。

伍、署立醫院變遷之評析

（一）署立醫院的定位及「老店新開」的演化過程

從一九九九年台灣省政府衛生處配合精省作業，改隸中央行政院衛生署中部辦公室後，持續推動原省府時代的各項執行計畫，直到二〇〇四年原衛生署中部辦公室進一步進行組織重組及業務切割，成立行政院衛生署醫院管理委員會並設置各區域聯盟管理委員會²²，負責署立醫院的運作及管理²³。

事實上，署立醫院除歷史悠久外，其體質也因地理區位及軟硬體設備的差異而有不同，許多醫院的表現似乎也與社會大眾對於公立醫院或原省立醫院的瀕弱印象有所不同。特別是近十餘年來，對於公立醫療組織的定位及角色，幾乎是環繞在市場機制的討論上，國家角色在醫療組織及公共衛生防疫的領域，顯得相對衰弱。直到二〇〇〇年以後，署立醫院的發展似乎又逐漸回到組織演化的反饋回路（feedback loop）關係曲線上，到了二〇〇三年，一場突如其來的 SARS 防疫作戰，才赫然警覺到公立醫院在公共衛生體系中長期受到的忽視及其重要的關鍵位置。連帶地，不僅興起一股公立醫院改革新浪潮，核心價值也從組織精簡、民營化等思維，轉換為在既有的基礎與優勢上，找出「署立醫院的問題源點」，並導入管理革新的策略，重塑「署立醫院的品牌形象」。

（二）區域聯盟的核心價值—跨組織合作

署立醫院區域聯盟模式，最早係二〇〇二年九月行政院衛生署中部辦公室著手策劃，成立中區區域聯盟嘗試以跨組織合作模式，建立以「節流」為主的資源整合及資源共享機制。基本上，署立醫院採取結盟式管理的主要目的在於節流及醫療服務品質的提升，從二〇〇二年時的試辦，到二〇〇三年十月衛生署正式劃分為台北、北區、中區、南區等四區域聯盟開始，幾經不斷的修正，二〇〇六年

²² 區域聯盟設置要點第一條：「行政院衛生署（以下簡稱本署）為增進所屬醫院之營運成效，提昇醫療服務品質，就所屬醫院分區辦理區域聯盟，並為聯盟業務需要，設各區域聯盟管理委員會（以下簡稱管委會）」

²³ 區域聯盟設置要點第二條：「（一）區域聯盟內各醫院（以下簡稱聯盟醫院）醫療業務、服務品質、營運成效及相關研究發展之策進事項。（二）聯盟醫院人力發展及其統籌調度運用事項。（三）聯盟醫院營繕工程、藥品、衛材、儀器設備等之採購、供應及存量管制之協調、督導事項。（四）聯盟醫院行政支援業務之統籌及協調、督導事項。（五）其他有關聯盟醫院營運之協調、督導事項。」

確立為北區及中南區域聯盟。在這一過程中，原中區區盟的五所署立醫院聯盟，堪稱是此一運作模式的濫觴，表現也頗受矚目。其中由豐原醫院及台中醫院兩所核心醫院為主，而逐步發展形成的院際間的組織合作如組織學習、技術支援、人力支援及部分的事務聯合委外辦理（outsourcing）等成效頗有值得稱道之處，尤其是署立彰化醫院的興起，相當程度上說明中區域聯盟的跨組織合作成果。

由前述的說明，可以發現跨組織合作的發展，係以誠信（trust）為基礎（Ring & Van de Ven, 1992；1994），透過核心醫院24漸進發展而成，權衡外在環境與資源變遷及內在過程與資源轉變途徑，透過資源的整合及設計，尋求制度及組織的調適及設計，並由區盟各署立醫院本身的組織內在改造及跨組織間的網絡連結，進行策略性改革，提升醫療服務品質及競爭力，並集中在「資源互依下的跨組織合作」、「垂直整合、跨組織學習及公共責任」及「組織領導」等層面的議題裡討論。

（三）組織設計的省思

回顧署立醫院的發展過程，堪稱是橫跨百年來的政治發展、社會發展及區域發展脈絡，醫療服務及醫療設施的興設與分佈，隨著交通、都市發展、人口結構、人口分佈等，紀錄著公立醫療組織的變遷與興衰，細訴六〇年代之前「大病院」的風華，也說明七〇年代醫療市場的轉變，署立醫院的前身即省立醫院，均扮演重要的角色，但也隨著八〇年代社會的劇烈變遷與制度變革，一度逐波於「民營化」的浪潮，直到改隸為署立醫院後，雖然逐漸轉換成多元的改革，但在醫療產業市場的激烈競爭下，署立醫院並未獲得稍可喘息的機會，例如受訪人C有一重要的談話就提到：

「從整體面向來討論署立醫院的發展，必須回溯到原台灣省政府衛生處時代，也就是說從省立醫院時代迄今，署立各級醫院無論從組織架構、組織文化來看，大約都只有三分之一屬於體質優良營運狀況良好的醫院，另三分之一則屬非

²⁴ 受訪人C說明豐原醫院作為中區及中南區區域聯盟的主要核心醫院時表示：「一九八〇年代之前台中縣北區一直欠缺大型醫療資源及建設，未因應政策需要及民眾需求，省政府設立豐原醫院填補台中縣北區醫療資源分配不足的問題。其次，省衛生處時代，豐原醫院率先推動TQM也最具成果，透過組織學習豐原醫院一直積極努力去塑造本身的醫療文化或是組織文化，而從歷任的院長所努力打造下來的基礎，均是豐原醫院的發展關鍵及形成口碑的重要基礎。至於區域聯盟的觀念，事實上也需要回顧省府時代，省立醫院的革新方案中曾經有策略聯盟之議，當時，豐原醫院就曾積極努力研議。總之，人和、地利的條件下，加上歷任領導者的積極努力，豐原醫院的口碑及形象指標，才能維繫不墜，後來在二〇〇三年獲得國家品質獎及行政院服務獎等榮譽。這也是豐原醫院與其他四所中區的署立醫院，在二〇〇二年率先從組織學習、資源共享、資訊整合、人力支援、交流、技術支援或整合等方面的協力合作，這種透過組織間的合作確實打下一些重要的基礎。」

政策性醫院，而三分之一則營運狀況不佳。第一類如基隆醫院、台北醫院、桃園醫院、新竹醫院、豐原醫院、台中醫院、台南醫院。而且比較集中在北部地區，或許多少跟醫院的地理區位、人口結構、城鄉差異、都市化發展等潛在因素有關，但確實是北部醫院的組織結構集中在大型化居多，經營條件比南部醫院來得出色。……公立醫院所面臨的挑戰卻是一致的，除必須朝財務自給自足的方向努力外，目前最大的危機在於各地署立醫院有無被取代的壓力。……目前則嘗試以區域聯盟為主來進行組織的變革、結構的調整等，……」

二〇〇六年以後，南北兩個區域聯盟管理委員會，扮演起類似「協調」的功能角色。但區域聯盟的組織設計所產生的問題，例如「醫管會與區盟的職能及結構設計」、「中南區域聯盟現存的磨合及跨組織合作問題」、「次區域聯盟或區域治理的發展」、「在地連結的網絡及策略性服務的發展」等，均需中央主管機關審慎因應。

陸、 結論：

歸結而言，區域聯盟的設計固然有利於形成組織間合作的網絡關係，並透過資源整合來營造署立醫院的發展利基。但署立醫院體系是否能完全將此一組織設計的功能發揮得淋漓盡致，恐怕仍有待進一步的深化及努力，本文從新制度主義的組織學派觀點，對於中南區區域聯盟進行初探研究，在走訪研究的過程中，對於站在第一線的公共醫療服務人員，深表敬意，畢竟此種社區型的醫院還是最貼近民眾，並提供弱勢族群的良好醫療服務。另外，從其求新求變的努力下，也逐漸外在市場機制及國家責任間，建構合適的定位並發展出多元的健康服務機制。綜合以上論點，本研究認為署立醫院的組織變遷與區域連模式之連結，對於署立醫院的改革影響，可以總結為以下幾點：

一、重新找回公醫制度的國家責任

公立醫院的國家職責在本研究中是相對凸顯的地位，研究結果也發現署立醫院乃是整體公醫體系中最具政策功能及資源分配的國家機制之一，同時肩負國民健康維護及醫療保障的責任。其次，我國公醫體系經歷「公辦民營」的高峰後，又峰迴路轉回到「公醫」應有的職責上，改採漸進改革的途徑，包括北高兩市的市醫「組織合併」及本研究的署立醫院「區域聯盟」等模式，印證公立醫院也能在制度變遷過程中，不斷「層疊」及「聚合」，透過管理創新及組織學習，來適

應外在制度環境的改變，建構署立醫院在整體醫療體系中的定位。

二、導入聯盟式管理的新思維

署立醫院雖然經歷不同階段的演化，但公共性角色依然沒有褪色，即使受到外在市場化及健保制度的影響，署立醫院的改革策略也是隨勢而轉，基本上也都能環繞在署立醫院的責任及存續經營的根本基礎上，不斷演進創新。區域聯盟的運作模式，原是衛生署在精省之後，針對原省立醫院的多元改革策略之一，最初原中部區五所醫院進行試辦。此種採取策略管理的運作模式，經由跨組織間的合作所建立起來的互利互惠內涵，所創造出來的經營利基，在中部醫療產業市場的激烈競爭環境中，逐漸可以看出導入此一管理模式的成果。

三、區域聯盟運作的兩大觸媒：「區域治理」及「領導協調」

本研究也發現區域聯盟的運作，相當程度取決於聯盟成員間的網絡關係、地緣鄰近條件及領導者的態度等。簡單地說，三者之間存在密切相互依存關係，尤其從治理的角度來看，區域聯盟模式絕對必須兼容正式途徑及非正式網絡關係，才能在管理運作上產生更大的綜效。所以，區域治理的概念應指區域內各組織體尋求自我解決問題的機制或能力，旨在推動跨域合作事務（葉俊榮，2004：19）。對於政府管理而言，未來應走向組織現代化，透過新的管理策略、定位、領導及資源重組，重視成果甚於流程與辦事程序，將編制預算當成決策過程、整合行政系統、樽節成本、績效測量與標竿學習、品質管理、彈性合作安排與配置（葉俊榮，2004：21）。盱衡前述，署立醫院的改革何嘗不是前述定義的剪影，值得各地區署立醫院領導者在區域聯盟管理委員會及醫管會的監督協調下，發揮更深遠的影響。其次，領導者的對內溝通及對外協調，也是區域聯盟能否發揮效果的重要關鍵，尤其我國醫療體系及醫療倫理間的關係網絡，在醫學教育及行政體系根深牢固，換言之，在社會鑲嵌層面上也是有助於區域聯盟的執行運作。

四、聯邦式管理的嘗試

從另一角度來看，中南區域聯盟的結構仍有許多磨合及調適上的問題，特別是幅員過於遼闊的問題，無論是從資源的相互依賴及互補等層面來分析，目前中南區域聯盟的眾多成員，以及地理上如東部與西部間的地緣切割問題，未必能讓資源的整合或組織間的合作達到理想效率。另外，各醫院的規模條件及地理區位條件也差別甚多，假如所有署立醫院都全數依賴中南區域聯盟管理委員會的協調及調度，其成本付出也未必達到效率原則，況且區盟委員會屬於是鬆散式的組織

結構，從本研究的訪談中也顯示其運作的兩難困境，尤其是讓體質及人力較充裕的署立醫院長期的執行資源輸出的角色，是否反而導致無法兼顧本職的疑慮，也在本研究中浮現。盱衡前述說明，在組織設計上，宜朝強化衛生署醫院管理委員會的層級及職權功能，充分利用合作、分權、分工的聯邦式管理精髓，重新思考署立醫院區域聯盟的規劃設計及控管規模，讓各地區的署立醫院可以兼顧社區的需要，朝達成自給自足的目標努力，並能發展出各自的醫療服務特色及市場機制所需要的競爭力。

附表一

署立醫院區域聯盟模式運作實務深度訪談議題一覽表

- 一、署立醫院組織變革過程及主因？「區域聯盟」的評估背景或基礎？貴醫院的現況及角色扮演？
- 二、在資源有限及外在的環境競爭壓力下，貴醫院的核心競爭力？競爭優勢？
- 三、改採「區域聯盟」模式後，貴醫院的策略性方向為何？區域委員會是否能發揮積極管理的功能？
- 四、區域聯盟之下，貴醫院是否能讓有限的資源發揮「槓桿」作用，發展策略性的醫療服務？各醫療組織間的彼此互動或協調合作情況？有無資源互補性？
- 七、「區域聯盟」由四區、三區到兩區的模式，執行已有三年，區域聯盟現存的最大問題為何？
- 八、其次對於位於公立及私立醫療資源重疊性高的區域，區域聯盟模式是否發揮功能？
- 九、「區域聯盟」模式之下，績優醫院如何發揮優良組織文化的擴散效果？有無實際的成功執行案例？
- 十、「區域聯盟」模式對於朝發展集體學習的意義及目標？
- 十一、「區域聯盟」結合綜合醫院及其他專科的療養院，是否有特殊考量，兩者間的性質能否發揮綜效或互補？
- 十二、署立醫院所採的兩大區域聯盟模式，在集權與分權上有無分野？

表二、深度訪談對象、單位、日期

受訪人代號	日期	單 位	職 級
A	96 年 2 月 2 日	行政院衛生署醫院 管理委員會	高階主管
B	96 年 2 月 13 日	台中醫院	高階主管
C	96 年 2 月 14 日(上午)	豐原醫院	高階主管
D	96 年 2 月 14 日(下午)	嘉義醫院	高階主管
E	96 年 3 月 14 日(上午)	新營醫院	高階主管
F	96 年 3 月 14 日(下午)	旗山醫院	高階主管
G	96 年 3 月 20 日(下午)	草屯療養院	高階主管
H	96 年 3 月 21 日(上午)	嘉南療養院	高階主管
I	96 年 3 月 26 日(上午)	彰化醫院	高階主管
J	96 年 4 月 2 日(上午)	朴子醫院	高階主管

一、中文參考書目

文崇一

- 1978 〈調查訪問法〉，收錄於楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園（編）《社會及行為科學研究法（下）》，台北：東華書局股份有限公司，549-586。

王佳煌等譯

- 2002 《當代社會研究法》。台北：學富文化事業有限公司。

王思峰、黃家齊、鄭俐敏

- 2002 〈團隊知識轉換與知識創造的實驗研究：知識螺旋理論的驗證〉，《管理與系統》，9（1）：29-60。

石之瑜

- 2003 《社會科學方法新論》，台北：五南圖書出版股份有限公司。

李 明譯

- 2001 《牛頓、達爾文與投資股票》，台北：大塊文化出版股份有限公司。譯自 Hagstrom, G. Robert, *Latticework: The New Investing*, New York: TEXERE LLC, 2000.

林鍾沂

- 1991 《公共事務的設計與執行》，台北：幼獅文化事業公司。

- 2001 《行政學》，台北：三民書局出版股份有限公司。

林蔚芯

- 2003 〈我國公立醫院行政組織法制之研究——以衛生署所屬公立醫院為中心〉，成功大學法律學研究所碩士論文。

林水波、李長晏

- 2005 《跨域治理》，台北：五南圖書出版股份有限公司。

林本炫

- 2005 〈質性研究資料分析電腦軟體 NVivo 操作手冊〉，載於林本炫、周平（主編），《質性研究方法與議題創新》，嘉義：南華大學教社所。

葉俊榮

- 2004 「政府再造與區域治理」，《研考雙月刊》，第 28 卷第 5 期，頁 13-24。

周旭華譯

- 1995 《覺醒的年代》，台北：天下遠見出版股份有限公司。譯自 Handy, C. *The Empty Raincoat—Making Sense of the Future*, London: Random House UK Limited. 1994.)

胡守仁譯

- 2003 《連結》，台北：天下遠見出版股份有限公司。譯自 Buchanan, M. *Nexus: Small Worlds and the Groundbreaking Science of Networks* NY: Commonwealth Publishing Co., Ltd. 2002.

張笠雲

- 1999 〈產業競爭本質剖析：台灣醫療照顧產業生態結構百年變遷〉，見蔡敦活、吳興國編，《**管理資本在台灣・台灣產業的發展邏輯**》，台北：遠流出版事業股份有限公司。

俞慧芸、林雅瓶、薛軍文、鄭羽真、余佳青、劉欣怡

- 2003 〈署立醫院中區區域聯盟控管模式之研究〉，雲林：國立雲林科技大學企業管理學系研究報告。

徐永年

- 2004 〈盡己之力 為所當為〉，<http://www.ym.edu.tw/alumni/great/b2.htm>。

陳向明

- 2005 《**社會科學質的研究**》。台北：五南。

陳金哲

- 2006 〈準市場機制與區域治理〉，《**公共行政學報**》，19：91-126。

胡幼慧

- 2001 《**新醫療社會學：批判與另類的視角**》，台北：心理出版社。

彭文賢

- 1993 〈組織績效與結構存續的因果關連〉，《**人文及社會科學集刊**》，6(1)：1-35。
2000 〈時間與組織〉，《**人文及社會科學集刊**》，12（1）：47-77。

葉俊榮

- 2004 〈政府再造與區域治理〉，《**研考雙月刊**》，28（5）：13-24。

齊若蘭譯

- 2004 《**彼得・杜拉克的管理聖經**》，台北：遠流出版事業股份有限公司。譯自 Drucker,P.F. The Practice of Management, Big Apple Tuttle-Mori Agency,Inc. 1986.)

謝德高譯

- 2004 《**組織管理新論**》，台北：百善書房。譯自 Handy,C.Charles Handy's Management Theories.

謝綺蓉譯

- 2006 《**80/20 法則**》，台北：大塊文化出版股份有限公司。譯自 Koch,R. *The 80/20 Principle: The Secret of Achieving More with Less*, London: Nicolas Brealey Publishing Ltd.

二、政府出版品及網頁資料

行政院衛生署編

- 2003 **衛生署中程施政計畫**，<http://www.doh.gov.tw>。

台灣省政府衛生處編

- 1995 省立醫院公辦民營可行性初步評估報告(草案), 南投: 台灣省政府衛生處。

台灣省政府研究發展考核委員會編

- 1996 省政建設的再造—以企業家精神建設省政專案, 南投: 台灣省政府研究發展考核委員會。

行政院衛生署醫院管理委員會網站

- 2007 <http://www.cto.doh.gov.tw/hospital/union.php>.

行政院衛生署統計資訊網

- 2006 <http://www.doh.gov.tw/statistic/STbook.ASP>

三、英文參考書目

Arrow, K.J.

- 1963 “Uncertainty and the welfare Economics of Medicare Care”, *American Economic Review* 53(5):89-121.

Bartlett, W. and Julian Le Grand

- 1993 “The Theory of Quasi-Markets” in Julian Le Grand and Will Bartlett (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, London: The Macmillan Press Ltd.

Bartlett, W., Jennifer A. Roberts and Julian Le Grand

- 1998 *A Revolution in Social Policy: Quasi-market reforms in the 1990s*. British, Bristol: University of Bristol.

Chandler, A.D., Jr.

- 1962 *Strategy and Structure: Chapters in the history of the industrial enterprise*, Cambridge MA: MIT Press.

Carroll, G.R., P.T. Spiller & D.J. Teece

- 1999 “Transaction Cost Economics: Its Influence on Organizational Theory, Strategic Management, and Political Economy” in G.R. Carroll & D.J. Teece (eds.) *Firms, Markets, and Hierarchies*, New York: Oxford University Press.

Clegg, S., M. Kornberger & T. Pitsis

- 2005 *Managing and Organizations*, London: SAGE Publications Ltd.

Coase, R.H.

- 1937 “The nature of the firm”. *Economica* 4:386-405

Davis, L. E. & North, D. C.

- 1971 *Institutional Change and American Economic Growth*, Cambridge: Cambridge University Press.

Das, T.K. & Bing-Sheng Teng,

- 2000 “A Resource-Based Theory of Strategic Alliance”, *Journal of Management*

26(1):31-61.

Davis, L. E. & D. C. North,

1971 ***Institutional Change and American Economic Growth***,
Cambridge:Cambridge University Press.

DiMaggio, P. J. & Walter W. Powell

2000 "The Iron Cage Revised: Institutional Isomorphism and Collective
Rationality in Organizational Fields", in Joel A.C. Baum & Frank Dobbin(eds.)
Economics Meets Sociology in Strategic Management , Connecticut, Stamford:
JAI PRESS INC.PP.

Dobbin, F. & Joel, A.C.Baum

2000 " Introduction: Economics Meets Sociology in Strategic Management", in
Joel A.C. Baum and Frank Dobbin(eds.) ***Economics Meets Sociology in
Strategic Management*** , Connecticut, Stamford: JAI PRESS INC.

Fulop,L.

2004. "interorganizational networking" in S. Linstead, L.Fulop & S.Lilley, et.
al. ***Management and Organization***, New York: PALGRAVE MACMILLAN.

Granovetter, M.

1973 "The Strength of Weak Ties" ***American Journal of Sociology***
8(6):1360-1380.

Granovetter, M.

1983 "The Strength of Weak Ties:A Network Theory Revised",***Sociological
Theory*** 1:201-233.

Granovetter, M.

1985 "Economic action and social structure:The problem of embeddedness",
American Journal of Sociology 91:481-510.

Gualti,R.

1998. "The architecture of cooperation: managing coordination costs and
appropriation concerns in strategic alliances",***Administrative Science
Quarterly*** 43:781-814.

Gould, R.V.

2003 "Uses of Network Tools in Comparative Historical Research" in James
Mathoney & Dietrich Rueschemeyer(eds.), ***Comparative Historical
Analysis in the Social Sciences***, UK, Cambridge:Cambridge University
Press.

Ferlie, E., Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald & Andrew Pettigrew

1996 ***The New Public Management in Action***. British, Oxford: Oxford
University Press.

France, G.

- 1998 "Healthcare quasi-markets in a decentralized system of government" in Will Bartlett, Jennifer A. Robert & Julian Le Grand (eds.), *A Revolution in Social Policy: Quasi-market reforms in 1990s*, UK: University of Bristol. 155-173.

Hall, R.H.

- 1986 "Interorganizational or Interprofessional Relationships: A Case of Mistaken Identity" in W. Richard & B. L. Black (eds.), *The Organization of Mental Health Services: Societal and Community Systems*, Beverly Hills, California: SAGE Publications Ltd.

Harmon, M.M. & R.T. Mayer

- 1986 *Organization Theory for Public Administration*, Canada: Little Brown & Company Limited.

Luke, J.S.

- 1992 "Managing Interconnectedness: The New Challenge for Public Administration." in Mary Timney Bailey and Richard T. Mayer (eds.), *Public Management in an Interconnected World: Essays in the Minnowbrook Tradition*, New York: Greenwood Press

Lindblom, C. E.

- 1959 "The Science of 'Muddling Through'", *Public Administration Review*, 19(2): 79-88.
- 1977 *Politics and Markets: The World's Political-Economic System*. New York: Basic Books, Inc.
- 1979 "Still Muddling, Not Yet Through", *PAR*. 39(6): 517-526.

Mintzberg, H.

- 1983 *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Mintzberg, H., B. Ahlstrand & J. Lampel

- 1998 *Strategy Safari: A Guide Tour Through the Wilds of Strategic Management*, New York: Free Press.

Perrow, C.

- 1986 *Complex Organizations: A Critical Essay*, New York: McGraw-Hill, Inc.
- 1992 "Small-Firm Networks" in Nitin, Nohria & Robert G. Eccles (eds.), *Networks and Organizations*. Boston: Harvard Business School Press.

Powell, W.

- 1990 Neither market nor hierarchy: Network forms of Organization. *Research in Organizational Behavior* 12:295-236.

Meyer, J. & Rowan ,B.

- 1997 “Institutional Organizations:Formal structure as myth and ceremony”,
American Journal of Sociology 83 :340-363.

Mathoney, J.

2000. ” Path Dependence in Historical Sociology.”, *Theory and Society* 29:
507-548.

North, D.C.

- 1990 *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New
York:Cambridge University Press.

Pierson, P.

- 1993 ”When Effect Becomes Cause: Policy Fedback and Political Change”,
World Politics 45:595-628.
2000 ”Increasing Retruns, Path Dependence, and the Study of Politics”,
American Political Science Review 94:251-268.

Powell, W. W. & P. J. DiMaggio .

- 2002 *New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago:
University of Chicago Press.

Roberts, P. W. & R.Greenwood.

- 1997 .”Integrating Transaction Cost and Institutional Theories: Toward a
Constrained-Efficiency Framework for Understanding organization.
Organizational Design Adoption” ,*The Academy of Management
review* .vol:22(2)346-373.

Rubin,H.J.& I.S.Rubin

- 2005 Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data, London: Sage
Publications Ltd.

Scott, W. R.

- 2001 *Institutions and Organizations*, Thousand Oaks,California:Sage
Publications, Inc.

Scott, W. Richard, Martin Ruef, Peter J. Mendel, and Cango, A.Caronna

- 2000 *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional
Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.

Skocpol, T.

- 1992 *Protecting Soliders and Mothers :The Political Origins of Social Policy
in the United States*. Cambridge, MA: Belknap.

Thelen, K.

- 2003 ”How Institutions Evolve” in J. Mathoney & Dietrich Rueschemeyer(eds.)
Comparative Historical Analtsis in the Social Sciences, UK,
Cambridge: Cambridge University Press.

Van de Ven, A.H. & M.S. Poole.

- 1995 "Explaining Development and Change in Organizations." *Academy of Management Review* 20:510-540.

Van de Ven, A.H. & P.S. Ring

- 2006 "Relying on trust in Cooperative inter-organizational relationships." in R. Bachman & A. Zaheer, Northampton (eds.) *Handbook of trust research*, MA: Edward Elgar Publishing.

Weir, M.

- 1992 *Politics and Jobs: The Boundaries of Employment Policy in the United States*, Princeton, NJ: University Press.

White, H. C.

- 1981 "Where Do Markets Come From?" *American Journal of Sociology* 87:517-547.
- 1992 *Identity and Control: A Structure Theory of Social Action*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Wildavsky, A.

- 1979 *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston: Little, Brown and Company.

Williamson, O. E.

- 1975 *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York: Free Press.
- 1981 "The economics of organization: The transaction cost approach", *American Journal of Sociology* 87:548-577.
- 1985 *Economic Institutions of Capitalism*, New York: The Free Press.
- 1991 "Comparative economic organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives", *Administrative Science Quarterly* 36:269-296.