政治科學論叢／第三十六期／民國 97 年 6 月／頁 67～120

地方公立醫院合併之研究
——高雄市立聯合醫院、臺北縣立醫院及臺北市立聯合醫院爲例*

陳金哲**

摘　要

本文嘗試就二〇〇三年以來，發生於都會區的公立醫院合併案例，就其發生的因素及發展輪廓，做一簡明的描繪。採取個案研究法，並透過深度訪談，分析北高兩市及臺北縣在公立醫院整併過程的發展，以及組織合併後所遭遇問題的配套作爲，從中釐清地方醫院合併所需的要件。三組幾乎在同一時期進行合併的案例，包括高雄市立聯合醫院、臺北縣立醫院及臺北市立聯合醫院等新醫院，均採取擴大規模經濟及提升醫療服務品質爲手段，來因應外在環境制度的變遷及市場的競爭。

透過分析，本文發現地方政府對於所屬醫院的改革，逐漸擺脫以往求助中央奧援，或僅採取委外經營的取向，而走出地方自治的彈性靈活空間。而且，都會區的地方公立醫院，採取合併並擴大規模經濟，有助於強化市場競爭能力，並提升公共醫療服務品質。但另一方面，高雄市政府及臺北縣政府所採取的「小規模漸進改革」模式，以及臺北市政府的「大規模漸進改革」模式，兩者不同策略選擇，所引發的不同組織整合問題，也提供決策者進行公共醫療組織改革時的寶貴經驗與比較基礎。本文認爲地方「公立醫院」透過創新及資源整合，已重新賦予老店新開的生命力。

關鍵詞：地方公立醫院、醫院合併、制度變革、組織變遷

---

* 由衷感謝審查人的建議及修正意見。而所有受訪者，所給予的支持及協助，都是本文得已完成的重要因素。本文文責，自當由著者自行負責。

**中正大學政治學研究所博士候選人

收稿日期：95 年 10 月 2 日；通過日期：97 年 2 月 19 日

臺灣大學學術期刊資料庫

壹、前 言

臺灣公立醫療體系自一九七〇年代開啓解除管制以來，公立醫院的地位及經營管理開始遭遇嚴苛的挑戰。而一九九〇年代以後，又因國家財政赤字的擴大，以及一九九五年全民健保的實施，多數公立醫院均面臨公務預算挹注不足，以及醫療給付的新措施影響，而需朝自給自足的目標努力，也因而引發一連串的公立醫院組織再造運動。

特別是，九〇年代陸續展開的政府再造工程，即將公立醫院的轉型及管理革新，列爲國家重要施政目標。在一九九六年國家發展會議決議中，首度確立將公立醫院的改革，定位爲朝全面民營化的方向規劃，並如星火燎原般展開。執行結果，又以採準市場機制的「公辦民營」模式最爲普遍。

唯本研究選擇「醫院合併」的個案爲主，探討地方公立醫院體系如何在公共責任與經營績效間，找出合適的改革策略。第一案爲高雄市政府在二〇〇三年一月一日將大同醫院及婦幼醫院合併爲高雄市立聯合醫院，開啓近年來首宗地方公立醫院整併個案；二〇〇四年七月一日，臺北縣政府將臺北縣立板橋醫院及三重醫院合併爲臺北縣立醫院，則爲本研究的第二個選擇個案；第三案則是二〇〇五年一月一日，臺北市政府整併十家市立醫院，成爲規模最龐大的臺北市立聯合醫院。

據此，本文將從組織變遷的過程，介紹 SARS 事件前後所展開的新一波公立醫院改革的重點。首先，就公立醫院合併的現象及問題，進行制度面的探討，分析制度變革對於組織變遷的影響；其次，就醫院合併的相關文獻，進行介紹及分析；第三部分，本文從不同理論觀點討論地方公立醫院的改革；第四部分，說明本研究的主要研究方法；第五部分，透過三個個案的訪談資料及相關文獻，解釋三個新合併醫院的發展及面臨之挑戰；最後，根據個案的詮釋及發現，檢視「行政績效管理」及「公共責任」並重的地方公立醫院的新經營趨勢。

臺灣大學學術期刊資料庫

貳、公立醫院合併的影響因素

醫院合併目的，無非是希望將功能重複性過多、投資重複及過度生產的單位予以整併，並發展出足夠的條件，將有限的社會資源重新予以最佳化的過程。平心而論，醫院合併除達到增進效率、創造規模經濟外，亦應以改善醫療品質作爲改革的核心價值。亦即「合併」的目的，除有降低成本之餘，亦應注重維護醫療品質及醫院信譽（reputation）（Dranove & Shanley, 1995）。因此，本文的焦點將集中在三個地方自治機關所屬醫院合併的決策過程及執行的經驗，希望藉由組織重組、技術提升、資源整合及管理創新等層面（Ruef & Scott, 1998），說明地方公立醫院在激烈的市場競爭及公共責任訴求的使命下，如何建立永續發展的組織結構及治理機制。茲就制度面的影響因子，說明如下：

一、全民健保制度的影響

近代臺灣醫療制度的變革主要有三個趨勢：

第一、自一九七〇年代以來，私企業挾其雄厚資本大舉投入醫療市場後，形成財團化及大型化的醫院組織，如雨後春筍般設立，因而引發一場醫療產業市場的激烈競爭，帶動一股醫院的重組（restructure）、合作、互補的產業發展趨勢，對公立醫療體系的經營也產生了重大衝擊。

第二、臺灣醫院服務體系，[1] 從一九八八年以後開始推動醫院評鑑制度，將各型醫院分爲醫學中心、區域醫院及地區醫院等三級，導致醫療產業的經營，需逐步整合形成醫療產業市場的「中心、次中心、邊陲」三元位階結構（張笠雲、朱永昌，1994；張笠雲，1998），而醫院評鑑的等級

[1] 臺灣醫院服務體系的特色，可歸納爲五點：⑴封閉式醫院服務體系：醫師不得雙重執業；⑵民眾就醫自由選擇權：病患就醫時可自由選擇診所或醫院；⑶醫院爲多重產品的廠商（multi-product firm）：大型醫院除提供住院服務外，其他如門診、急診及各類檢驗服務皆包括在內；⑷租稅歧視：不同類屬醫院課稅方式不同，法人醫院享有比私立醫院更多租稅優惠條件；⑸政府對於醫院產業高度管制：舉凡醫護人員證照管制、醫療機構的設置標準與規範、價格管制、醫療服務網的設立、醫院評鑑等屬政府的管制業務項目，請參閱盧瑞芬、謝啓瑞（2003）。

（如表 1），直接影響到健保核付的健保支出分配。

表 1：民國八十三至九十五年歷年各類醫院評鑑等級之醫院家數

年　份	醫 學 中 心	區 域 醫 院	地 區 醫 院	地區教學醫院
83	13	45	452	57
84	14	44	442	63
85	14	45	411	68
86	16	45	399	69
87	17	48	402	67
88	18	51	360	66
89	20	63	338	49
90	23	66	354	47
91	23	71	344	41
92	23	72	330	42
93	24	72	317	42
94	22	70	311	41
95	24	55	307	37

資料來源：筆者整理自衛生統計重要指標（衛生署統計室，2006）。

第三、一九九五年實施全民健保制度後，公、私立醫院的醫療給付額度相同，造成醫療院所的運作邏輯完全以迎合健保給付，形成「治療勝於預防」的營利邏輯（林國明，2003）。在此一前提下，公立醫院不僅不再享有優勢，而且在醫療產業市場的競爭之下，許多經營條件較爲遜色的公立醫院如果不圖變革，將有面臨被淘汰的危機。

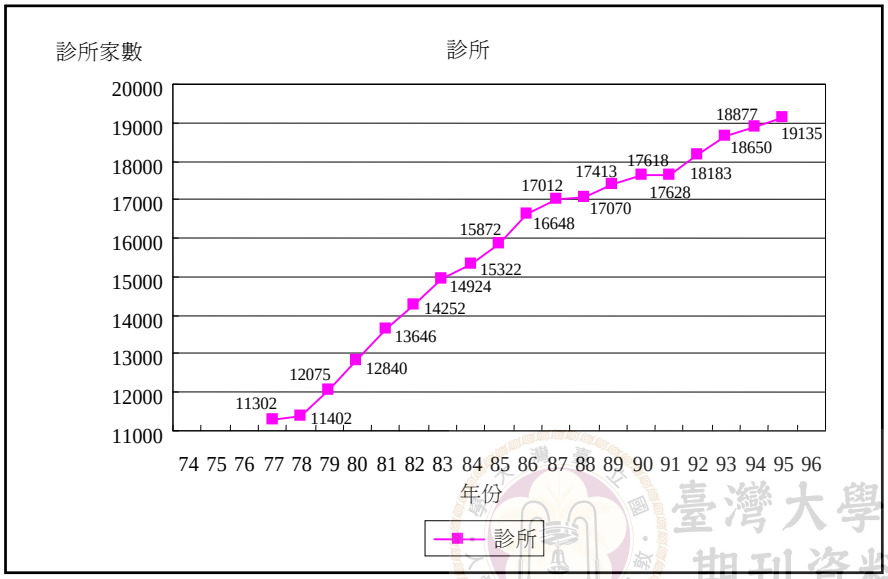
就我國健保的內涵來看，我國健保制度設計採取類似社會保險模式的國民健康保險（National Health Insurance, NHI）模式，屬於國民全體強制性保險，以社會醫療保險爲主，經費來自個人爲大宗，而國家或地方政府的稅收支出爲輔，體制上是不同於英國由政府稅收來支付的模式。而且醫療機構涵蓋所有公、私醫院，民眾有自由選擇就診醫院的權力，民眾對於就診的便利性及滿意度較 NHS 制度國家爲佳，但這種就醫行爲卻是很容易產生供給及消費過度的問題。特別是近年來，因爲醫療費用的高漲、高

淡江大學 期刊資料庫

齡化社會的醫療需求及醫療保險公平的制度設計問題等，都迫使醫療服務、醫療保險及健保給付制度不斷的改革，連帶影響公立醫院也必須啓動改革，才足以因應變局。

全民健保制度實施十二年來，對於醫療體系的衝擊相當明顯，特別是中小型規模的醫院或地區醫院的經營空間受到嚴重擠壓。例如相關的統計數據顯示，醫院的數量已從一九八八年時最高峰的 913 家，迄二〇〇六年底止的 547 家；而診所部分則由一九八八年的 11,302 家上升到二〇〇六年的 19,135 家，呈現朝大型化醫療組織及小型診所發展的 M 型趨向。公立醫院部分，在一九八九年高峰時有 94 家，占全國公私立醫院總數的 10.86%，在二〇〇三年時公立醫院尚有 93 家，占全國醫院總數的 15.65%。而二〇〇四年到二〇〇五年間，一連串的地方公立醫院整併結果，雖然成立了高雄市聯合醫院、臺北縣立醫院及臺北市聯合醫院等，但二〇〇六年時公立醫院總數僅剩 80 家，爲全國醫院總數的 14.62%（衛生署網站，2007）。從以上數據的變化（如表 2、表 3），可以瞭解在我國的健保制度下，中小型醫院及地區醫院在醫療產業市場裡，愈來愈難生存及經營，

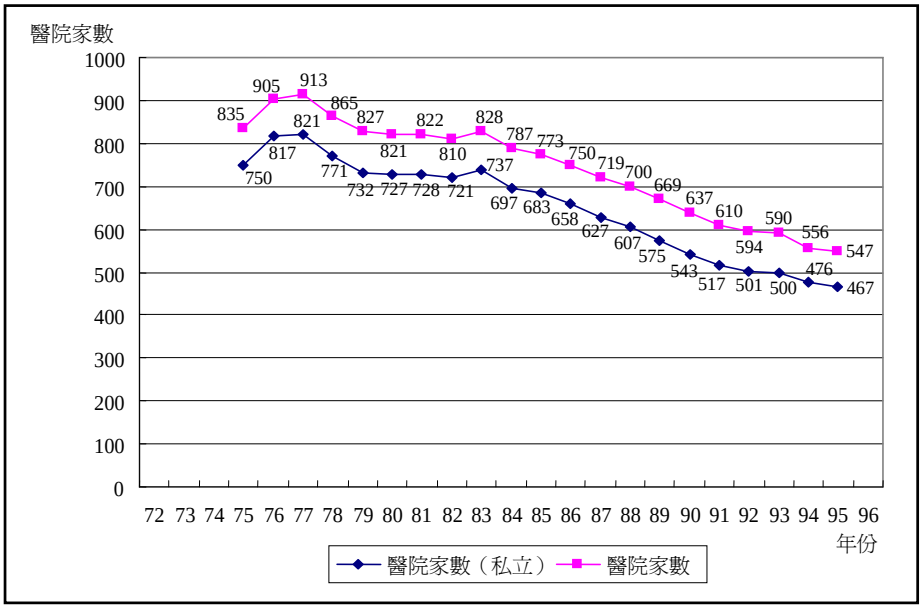
表 2：診所家數變化一覽表



資料來源：筆者整理自衛生統計重要指標（衛生署統計室，2006）。

臺灣大學學術期刊資料庫

表 3：醫院家數變化一覽表



資料來源：筆者整理自衛生統計重要指標（衛生署統計室，2006）。

因此，許多中小型的公立地區醫院必須採取組織的改革（陳曜卿，2002），尋求生存的利基。

從前述的統計數字變化裡，可以印證公立醫院的改革，相當程度是取決於環境制度的變數，進而影響到究竟是採取保守（conservative）或市場取向（market-oriented）的政治意識而定（Scott, 2001: 187）。在這兩股勢力下，醫院改革須引進組織創新的思維，將最佳實務（best practice）的精髓，透過管理創新、組織學習、資訊技術的整合、人力資源的重整等革新措施外，啓動組織再造工程。

二、健保財政負擔的影響

當代各國的醫療組織再造工程，幾乎都面臨醫療健保的財政支出問題，無論是採取何種健康保險制度，多數國家均面臨愈來愈沈重的醫療投資及醫療支出，包括醫療人力、醫療照護體系的檢討、住院體系的更新改善等，均成爲醫院組織重組及再造的重點。例如西歐國家、北歐國家及北

臺灣博碩士論文知識加值系統 期刊資料庫

美的加拿大等，從一九八〇年代以來，就紛紛啓動醫院組織的改造工程，其中最受到重視的手段，即是如何從控制成本及改善效率等著手進行公立醫院改革（Sochalski et al., 1997）。

以公醫制度發達的英國爲例，[2] 在一九五〇年時 NHS 的支出爲 4 億 7 千 7 百萬英鎊，但到了一九八〇年時已經到達 114 億 9 千 4 百萬英鎊，足足成長了 25 倍之多，導致其醫療照顧體系及政策，成爲英國國家財政危機的主要源頭，也是二戰以後英國福利國家政策的最大危機（Fitzpatrick, 1987）。而英國 NHS 所造成的財政危機，直到一九八八年保守黨的柴契爾（Margaret Thatcher）夫人執政後，提出內部市場（internal market）的概念，保留醫療服務的公營性質，開始大刀闊斧改革醫療制度。此時，英國的公醫制度才從傳統的管理主義，逐漸融入私部門的參與機制（Wall & Owen, 2002），轉向準市場機制的管理模式。

一九九七年工黨政府執政後，甚至也開始引進市場機制，[3] 進一步擴大公、私合營或合作的醫療服務，採取外包（out-sourcing）機制及公私整合的形式，將改革的議題聚焦在平等（equity）、監督（control）、負責任（accountability）及醫療績效（performance）等，牽引出另一波公立醫療

---

[2] 有關英國公醫體系的結構及變遷發展方面的簡史，請參閱 wall & Owen (2002)。簡單地說，其財政危機的遠因應是自 1948 年實施國家醫療服務制度（NHS）以來，由國家提供醫療服務並支付絕大多數的醫療給付，建構包括初級的一般醫療服務、地方社區醫院服務及大型的專科醫療服務等完整的醫療服務體系，當時堪稱是全世界最完善的體制，然而好景不長，這種被英人引以爲傲的制度，卻因爲建立在以國家稅收支付醫療服務體系經費的結構基礎上，逐漸出現政府財力不足以負擔醫療保健的窘境，這種情況又以在 1964 年實施的衛生保健法爲最，該法將英國居民均納入可以享受免費醫療服務，但隨著人口老化導致醫療費用遽增而變得更加嚴重，英國政府也因爲這個無法填滿的黑洞，而陷入資金長期不足的泥沼中。

[3] 英國中央衛生部爲了協助 PCTs 推行醫療及保健服務，在英格蘭地區設置了 28 個策略型衛生機關。然而基層醫療的改革卻因爲醫療支出的膨脹過速，必須考慮「節流」的觀念，所以英國的 NHS 也開始採取醫療補貼病人的方式，就醫療過程及結果，決定醫療供給者可獲得的支付金額，並對於服務不佳者也收到節制的效果。其次，最重要的醫療改革就是在 2003 年提出「Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS」的宣言，討論讓私部門參與 NHS 來提供病人醫療服務的可能性，以抒解公立診所的負荷，預計到 2008 年可以有 10% 的醫療服務是來自私立醫療機構，請參閱黃曉令、陳冰虹（2006）。

臺灣大學學術期刊資料庫

組織的變遷（Collins & Green, 1999），朝提高醫療服務品質努力，這種策略性的轉變也促成英國地方公立醫院的經營方式，除需保有醫師的專業外，亦應融入管理者的內涵（Gabe et al., 2004: 207），來提升公立醫院的經營能力。

英、美國家醫療體系的發展過程，說明醫療財政支出的負擔，往往是牽動醫療組織變革的主因，而我國歷年來健保支出也是呈現逐年遞增的現象（如表 4），與各先進國家的發展趨勢相當吻合，說明多數當代國家均面臨在公共衛生及醫療服務的財政困窘及挑戰。另一方面，由於國家健康政策的改變，進一步也壓縮到公共財政的分配，尤其公立醫院以往相當依賴公共預算的挹注，但在公務預算逐年遞減下，唯有朝自給自足的目標努力，才足以因應環境境的變遷，進行醫院體質的革新。

表 4：民國八十年至九十四年臺灣醫療保健支出統計

年份	平均每人每年醫療保健支出（元）	健保平均每人每年核付醫療費用（元）	保險部門支出占醫療保健支出的比例（%）	醫療保建支出占GDP的比例（%）	健保核付特約醫療機構的支出分配	
					醫院	診所
80	10,828	—	35.70	4.62	—	—
81	12,548	—	37.89	4.87	—	—
82	14,052	—	37.97	4.96	—	—
83	15,469	—	39.73	5.05	—	—
84	18,105	7,494.41	50.35	5.49	63.94%	36.05%
85	19,987	11,216.31	52.45	5.39	67.14%	32.78%
86	21,496	11,360.34	52.67	5.40	64.89%	34.87%
87	23,186	12,369.19	53.95	5.48	64.81%	34.77%
88	24,844	11,947.34	53.42	5.67	62.43%	36.72%
89	25,659	12,893.71	52.84	5.67	65.52%	33.55%
90	26,372	13,217.65	54.55	5.97	65.73%	33.21%
91	27,249	15,041.06	55.39	6.00	67.84%	30.46%
92	28,351	15,785.03	55.31	6.20	67.24%	30.35%
93	29,351	17,985.46	56.55	6.17	68.09%	28.84%
94	30,230	18,301.89	56.93	6.16	67.16%	29.05%

資料來源：「醫療保健支出統計表」，源自〈衛生統計㈠：公務統計年報〉，行政院衛生署編印，2005（摘自蔡偉德、劉育昇，2007：293）。

臺灣大學學術期刊資料庫

至於健保制度對於醫院經營績效的影響方面，國內討論健保制度對於醫院績效表現的相關性中，又以私立醫院的經營轉型課題居多，許多研究文獻指出，地區私立醫院與上級醫院建立合作模式，有助於經營績效的提升（王慕凡，2000）。另外，也有比較公、私立醫院的經營績效，認爲私立醫院的績效優於公立醫院（陳宗義，2004；蔡玉婷，2003）。前述的研究結果，大多是因爲從醫療實體的投入（例如醫事人員數、病床數）與產出（例如急診人數、住人日等）去衡量公、私立醫院的經營績效，而且認爲實施全民健康保險制度與公立醫院的經營效率呈現顯著的負相關。

另也有從財務成本的投入（用人及服務費用、材料及用品費、折舊折耗攤銷與租金等）與財務收入（急診收入、門診收入、住院收入）等的產出，來衡量公立醫院的經營績效，並得出與前述研究結果不同的論證（趙令海，2005：52）。研究者認爲，公立醫院倘能在降低經營成本及增強醫療收入上努力，其經營績效未必不如私立醫院，所以，健保給付制度應只是影響公立醫院經營績效不振的可能因素之一，而非絕對原因。

三、研究問題的提出

綜合前述，可以發現公立醫院的經營，除去外在的全民健保制度影響外，也應專注內部結構的改革及管理創新，採取積極的組織再造方式，調整醫院的體質，並提升醫療服務的產出品質等。舉例來說，透過水平及垂直的整合，發展形成具規模經濟（economics of scale）的大型組織（Fulop, 2004: 540-541），以利降低經營成本及提升管理績效，或進行跨組織整合，去思考醫院組織內外間的關係，從競爭、合作、契約交換或策略結盟及產業購併等方式裡，爲醫院管理及改革另闢蹊徑，運用醫療產業的區域層次作爲分析單位，瞭解醫療產業的地理區域相互依賴程度及交互影響程度（Perrow, 1986: 192-196），才能擬定醫院變革的好策略。

學界普遍認爲，造成公私立醫院合併的趨力大致有幾個主因：全民健保的衝擊、大型化、私有化及財團化、集團化、協會（公會）化、區域化或區域聯營等（林芸芸，2004b）。另實務界，則將合併因素集中在「改善醫院的財務狀況」、「順應醫療服務發展趨勢」、「擴大服務範圍，增進照護的可近性」、「統合服務項目，擴大市場佔有率」等（蘇瑞勇，2003）。

臺灣大學學術期刊資料庫

兩者的觀點近似，前者較偏向制度面的觀察，後者則專注於組織管理面的改革需要。

本研究的三個案例，分別處於不同的地方政治環境中，三者完成組織合併的程序爲何？決策過程有何差異？其次，三者的組織結構及規模也各有不同，合併後能否達到最佳的規模經濟效果？合併後又將如何完成組織結構調整及順利運作？

由於本文是在三個合併案完成後，才陸續展開研究，因此，僅能採取對合併結果（outcome）的因果路徑推定（putative causal path），此爲本文在研究推論上的主要限制之一。但本文仍謹秉持質性研究的重點，從各種相關的理論觀點著手，進行資料的蒐集，來解釋三個個案的決策過程差異，以及合併後的組織運作情形比較。

參、文獻回顧與理論觀點

本節將逐一說明醫院合併的內涵；公私立醫院合併模式的差異；合併所引發的組織問題；從不同的理論觀點，討論醫院合併的目的及條件，茲說明如下：

一、醫院的本質與醫院合併的意義

「醫院」本身不僅肩負社會責任，同時也帶有高風險的醫療技術，屬於自主性高的專業性組織（Clegg et al, 2005: 132-134）。而且，它也是「服務病患的主要場所」、「醫事相關人員的工作場所」、「大型複雜的組織」、「一種複雜的開放系統」、「一個重要產業」、「國家介入的場域」（胡幼慧，2001：176-178）。

但醫院與私企業組織所以無法相提並論，主要原因在於醫療市場具備如「無法自由進出市場」、「產品難以規格化」、「生命攸關性」、「資訊不對等、不確定性」等不完全競爭市場的特質，常會導致明確的醫療市場範圍難以訂定；其次，還需考慮如「醫療地理特性」、「產品市場界定與市場佔有率」、「營業金額」等評估條件，比較起其他事業就更具產業特殊性，這也是其無法完全以私企業的模式來進行複製及改造的主因；而

臺灣人口學術期刊資料庫

且依我國法律規定醫院爲非營利事業組織，醫院行爲與一般廠商的利潤極大化行爲存在極大差異（林芸芸，2004a：12）。

醫院合併，主要係指二個以上的醫院或相關事業合而爲一，以減少不必要的容量、提升經濟規模優勢，但亦可能增加其獨占市場的力量（林芸芸，2004a：13）。醫院合併也可以分爲水平整合及垂直整合兩種，前者以醫院之間的組織整併爲主，後者指將同一市場中的醫療體系相關事業予以整合，形成具有地理區域的獨佔優勢（Simpon, 2003）。但從廣義的角度來看，醫院合併的定義可以包括「協力」、「整合」、「合作」等，意義甚廣且多樣，例如美國的醫院合併（hospital merger）一詞可以包含新設合併（consolidation）、購併（acquisition）、連鎖店（chain）、結盟（alliance）、伙伴關係（partnership）、合資（joint venture）等（林芸芸，2003）。

二、醫院合併的差異

醫院合併常在於激進及漸進改革間，嘗試去尋求合適定位及變革。採漸進論者，傾向小範圍的行政人力重整，重組醫療照護的支援系統及人力；步伐稍大一點，可以統合服務項目及調整健康照護部門；比較中庸的作法，則是保留兩個機關原有醫療照護體系，但重新安排服務流程；至於激進的改革作法，則是只以一個機關的服務流程、結構設計作爲合併後的轉換機制及標準。（Bazzoli et al., 2002）

在跨國的經驗方面，美國醫院合併案例普遍發生在一九八三至一九八八及一九八九至一九九六兩階段，主要原因可分爲「節制成本」、「創造規模經濟」、「減少重複投資」、「降低冗員」、「改善管理及生產流程」、「創造資本投入的附加價值」、「創造服務品質」、「擴大地理及網絡系統的範圍」等（Conner et al., 1997: 63），其所關注的焦點也是集中在醫院組織管理層面的革新。

但合併也有其潛在的風險，尤其對市場壟斷的顧慮，例如「缺少競爭」、「醫療價格提高」、「合而爲一後反而降低醫療照顧的地理可近性（geographic access）」等（Conner et al., 1997: 63）。而本研究中的三個地方公立醫院合併案，主要還是從組織結構的整併爲出發點，將原提供社區衛生醫療及健康保健服務的區域教學或社區醫院，整併爲單一且更具規

模經濟的醫院體系，俾利於資訊整合及訂定行政管理的標準作業規範，同時也以成本效益評估的方法及精神，研訂醫院內部單位間的績效評鑑標準，作爲醫療設備、人力甄補及獎勵分配的依據。

以私法契約或民營爲主的美國醫院爲例，醫院合併主要是透過購併（acquisition）爲主；其次，才是其他的連鎖店、結盟、伙伴關係、合資等。基本上，醫院購併可以分爲幾種模式；第一、移轉模式（transition model），就是從即將退休醫師手中買下醫院股份及產權；第二、管理服務公司模式（management services organization model），管理服務公司買下醫院資產後，再回租給賣出資產的醫師，[4] 透過租賃業務的財務操作，減輕醫師取得資本資產的壓力；第三、聯合執業公司模式（captive professional corporation model），聯合執業公司型式直接購併醫院的醫師，藉此向其他醫院尋求財務協助；[5] 第四、基金會模式（foundation model），以非營利事業組織的型式存在，被基金會購併後的醫院醫師獨自與基金會簽約來提供醫療服務；[6] 第五、醫療組織模式（hospital-owned medical group），有些醫師可以把醫療服務賣給其他的醫療照護組織，該組織再與醫師簽訂雇用合約；第六、醫師雇用模式，就是由醫院直接購併醫院及其醫師群（蔡長哲，2002：4-9；Peregrine & Glaser, 1995）。

基本上，我國公立醫院的合併模式，與前述美國醫院購併模式或其他私契約交易模式比較，則存在相當大的差異，必須從行政體制及公法體系來瞭解，[7] 比較能釐清其間的差異。以地方公立醫院的合併而言，除需依

---

4 ING 安泰人壽在 2007 年 4 月 17 日以 30 億元的價格買下桃園敏盛醫院大樓產權，同時又與敏盛綜合醫院簽下長期租用合約，創下亞洲醫院售後再回租首例（孫彬訓，2007）。

5 例如提供貸款，而提供者就成爲聯合執業公司的債權人，可指派專人擔任醫院副總的職位來處理醫院的經營運作。

6 此時簽約的醫師不再是醫院的雇員，必須負責自身的福利，基金會僅依醫師之業務表現，從所收取之醫療給付與醫師協商初期應得的給付。

7 憲法第 108 條第 1 項第 18 款、第 110 條第 1 項第 1 款等規定起，公共衛生是由中央立法並執行之，或交由省縣執行之；縣衛生事項，由縣立法並執行之。其次，憲法第 118 條、增修條文第 1 項前段及第 128 條等確立地方自治立法。其次，地方自治幾經演化後 1999 年訂定公布「地方制度法」，在地制法第 18 條第 1 款第 2 目、第 9 款第 1 目確立直轄市組織設立及管理、直轄市衛生管理，爲直轄市自治事項；另地制法第 19 條第 1 款第 2 目、第 9 款第 1 目則規範縣（市）組織之設立及管理，縣（市）衛生管理，

臺灣大學學術期刊資料庫

據地方自治的立法程序外，也需符合中央法令的規範，[8] 尤其「地方政府所屬醫院員額設置基準」第三點、[9] 第四點[10] 及第五點[11] 等作爲地方公立醫院的組織設計基準，明訂地方公立醫院組織必須符合中央法規如「醫療機構設置標準」及「醫院評鑑暨教學醫院評鑑標準」等。這些法令規範界定地方公立醫院整併的基準及評估依據，包含整併的效益評估及合併是否有利於醫院評鑑及醫護人力的甄補及整合等。原則上，都必須依循嚴格的行政及立法程序，才能完成合併的整體作業程序，所以，政治影響面顯然就會高於經濟效益面向的影響。

三、組織成員抵制問題

醫院組織的主要組成成員除醫師及護理人員外，還包括行政人員、輔導人員及聘僱人力等。其複雜度高於其他一般行政組織，這些個體的基本訴求雖然不同，但合併案的啓動也會產生幾個連帶的心理反應，例如「被合併者的消極負面心理反應」、「合併後職位是否不保」、「合併是否會產生原有的利益被稀釋」、「合併後產生職位調動」。其次，醫院均各自有自己的組織文化及責任歸屬，合併之後難免會有衝突及磨合的難題。所以合併前後，普遍會發生組織成員的抵制（resistance）行爲（Caiden, 1969）。

吳茂興在其碩士論文中，曾對高雄市立聯合醫院和併前後員工工作態度，進行調查分析。該研究分別在合併前一個月（二〇〇二年十一月底）發放 390 份問卷，回收 55%；合併後一年又發放 731 份，回收 397 份，回

爲縣（市）自治事項（林蔚芯，2003）。

8 地方公共衛生事務屬於地方自治事項，除有地方制度法的規範外，地方公立醫院的設置及組織設計即依據內政部頒訂的「地方行政機關組織準則」爲其依據，並由各地方自治機關訂定其所屬機關組織規程，但第三十條卻又明白訂定：「醫院及警察、消防機關之員額設置基準，由各該中央機關定之」。因此，行政院衛生署頒佈的「地方政府所屬醫院員額設置基準」作爲直轄市政府及縣（市）政府設置所屬公立醫院之依據。

9 第三點規定醫院總額的計算基準。

10 第四點規定醫院各類醫事人力之配置應符合「醫療機構設置標準」之規定。而地區醫院、區域醫院及醫學中心之人員配置，則依等級之不同依據「醫院評鑑暨教學醫院評鑑標準」規定辦理。

11 第五點明確規定醫院行政人員、駐衛警、駕駛、技工及工友等人員合計不得高於總員額的 30%。明確規範醫院的本質及醫師人力的額度。

臺灣大學學術期刊資料庫

收率 54.2%。透過統計分析相關性後，研究結果認爲：「公立醫院合併，員工在工作不安全感變項、員工工作態度等變項之表現與私部門合併之表現存在差異；醫院合併前，員工即使有無力感表現，不會影響其工作滿足、組織承諾、工作投入、離職傾向。但醫院合併後，員工無力感依舊存在，對前述的工作滿足、組織承諾、工作投入、離職傾向等較合併前呈現負面影響」（吳茂興，2004）。以上的研究發現，說明了高雄市立聯合醫院合併後，醫院成員的抵制行爲更甚於合併前。

而臺北市聯合醫院的合併案例，則廣泛出現在議會質詢及媒體報導中，[12] 張英明醫師也曾在二〇〇二年針對合併前六家臺北市立綜合醫院員工對於市醫變革認知之必要性，進行大規模調查，共發出 2,762 份問卷，有效回收樣本爲 877 份， 回收率約 31.8%，並推論出：「市醫員工均能體會變革之必要性，但期望能以循序漸進之方式變革來維持競爭力；也希望能有機會參與，表達由下而上的聲音」（張英明，2002；2005）。

但市立聯合醫院成立兩年來，卻出現幾個現象，例如一年半之間，有 288 位醫師及 552 位護理人員離職，衍生人力不足及醫療糾紛升高的負面影響。甚至在營運業績方面，合併第一年（2005）比前一年（2004）減少近百萬人次，業績不良，醫師薪酬縮水，無法提升士氣等（張英明，2007）。這些現象顯示，臺北市立聯合醫院合併過程中，爲數不少的醫療人力採取抵制或選擇消極離去的行爲表現。

由上可知，高雄市立聯合醫院及臺北市立聯合醫院的合併而引發的人員抵制現象，合併後確實比合併前更明顯的抵制行爲。至於臺北縣立醫院部分，相關的研究文獻十分缺乏，但就該案例的發展，卻因整併規模幅度與高雄市立聯合醫院相當，而且整併後員額反而增加，而在整併過程中，也僅作部分行政人力的調整，合併後反而擴大規模經濟，有助於提升爲區

[12] 臺北市立聯合醫院在 2005 年 1 月 1 日掛牌後，不到兩個月計有 400 餘位醫護人員選擇退休及辭職，嚴重影響聯合醫院的醫療品質，也有八成員工認爲市立聯合醫院無法增加市民就醫品質，四成認爲品質不昇反降（戴安偉，2005）。另合併後一年，臺北市議會議員批評：「合併後不僅未升格爲醫學中心，仍被衛生署評定爲區域醫院……，而且整併不成功導致醫護人力流失，光是陽明院區就走了 60 名醫生、258 名護士……，聯合醫院院長答詢表示，聯合醫院整合目前仍不成功，主要原因在於內部向心力不夠，但整併的方向是正確的，應該繼續作下去（王鴻國，2006）。」

臺灣大學學術期刊資料庫

域醫院等級，強化其市場競爭力。平心而論，三重醫院及板橋醫院的醫護人力，對於合併所展現的抵制行為，不若前述兩案。這部分將留待訪談資料分析時，再作說明。

四、理論觀點

本文將從組織變遷的角度為切入點，分從合併目的、過程及行政改革等層面，就相關理論觀點，來討論組織調適（adaptation）及變化（metamorphosis）：

㈠組織生態論的觀點[13]

組織生態論者認為組織所處的環境裡，具有一種自然的淘汰過程，它會引領組織以漸進方式進行演進，當外在環境改變了，自然會牽動組織的變遷。以醫療產業而言，在健保給付的相同條件下，公、私立醫院是同時在競逐共同的醫療資源及消費者，這一來也將造成醫院之間的一致性發展，而產生相似的醫療服務項目。如此一來，組織個體倘若無法因應制度環境的變化，接踵而來的結果，就是邁入衰退及淘汰出局。

基本上，組織在既合作又競爭下，可以透過演化生成而形成某種自我治理結構，以公、私部門或企業為例，這些組織為求能夠存續發展，必須超越原來的作為及限制，進一步採取各種經濟交易（economic exchanges）手段，例如外包、策略結盟、網絡、信賴關係（trust-based relationships）、關係性的約定（relational contracting）等（Van de Ven & Ring, 2006）。

---

[13] 組織生態論的觀點乃是新制度論組織學派的一環，就理論的發展過程來看，可以美國為例，透過整體組織理論的發展概況，得到簡明的輪廓。組織理論最早期可以溯源自 1940 年代，從引進韋伯（Max Weber）的官僚體制開始；第二階段由翻譯韋伯著作及對組織結構提出文化－制度理論（cultural-institutional theory to organization）的派深思（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及組織理性的觀點，直接影響新制度論或新制度的結構功能的學術發展論述。

臺灣大學學術期刊資料庫

平心而論，醫院組織變遷的過程確需結合了各種不同的途徑或策略，在現行法令制度、醫療規劃、社會活動及資源分配等標的之間彼此醞釀及互動後，才能產生調適及存續的結構。

㈡交易成本的觀點

地方公立醫院合併的目的，包括共享資源、分攤成本、共負風險、改善重複投資、擴大規模經濟的效果等，偏重在市場競爭力及成本效益。所以，當組織面臨外在不同的環境條件時，究應採取何種組織設計，最能適應外在制度變遷所引發的組織變革呢？威廉森（Williamson）就認爲雖然交易成本理論是以效率作爲唯一的理解，但是各種交易之間的差別甚大。在此一情境下，各類治理結構的設計，勢需裁剪合宜，才能符合各類交易的特殊需求（1981：568）。

交易成本理論可用來檢證層級節制（hierarchy）、組織或聯盟的特許（franchise）、多部門的劃分（multidivisional）、部門結合（conglomerates），控股公司（holding companies）等（Willamson, 1975），也適合於解釋市場與層級節制體制的混合體（market-hierarchy hybrids），甚至可以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（Willamson, 1991）。

這種以經濟效率爲核心的理論，專注在以交易成本經濟化（transaction-cost-economizing）爲假設，減少交易時的成本，並就交易者之間所擁有的資產特性，所產生的不同治理結構來加以分析，例如古典契約爲主的市場治理，就有資產特性不明顯，以及產品標的呈現標準化的因素，而可以有交易成本最適化的結果；但如果資產項目獨特性高，則宜採取一致治理（unified governance），亦即層級節制的管理最爲有效；而前述兩種資產屬性之間的交易契約，選擇性則會比較多元，可以是單方治理（unilateral governance），也可以是雙方治理（bilateral governance）的類型（Willamson, 1985）。

坦白說，這些性質各異的組織設計型態，各有其存在的道理。採取效率觀點，主要是因爲組織設計往往是會依循對其最有利的原則來進行。所以，交易成本的本身，就是一種比較效率取向（comparative-efficiency）（Roberts & Greenwood, 1997）。此一取向，向來是放置在一穩定狀態或

臺灣博碩士論文知識加值系統 期刊資料庫

靜態的環境裡，來進行假設分析，其解釋力在此一情境下，可以達到寇斯定理的交易成本爲零的烏托邦境界。

但若考慮到組織環境的動態特質，顯然比較效率觀點仍有其不足之處，例如不容易與有限理性（bounded rationality）進行切割就是一例。換言之，不如從限定效率的架構（constrained-efficiency framework）中，去思考組織的種種問題，反而可以得到更寬廣的視野（Roberts & Greenwood, 1997）。有鑑於此，無論是從公立醫院的策略經營或從組織經濟學的角度來看，組織合併在交易成本的考量下，合併雙方或多方應設法降低交易成本，形成最有效率的資源整合及使用，並產生最大利益淨值。即使未必能達到寇斯原理的零成本效率，但循此原則來進行組織合併的設計及執行，對於克服外在制度環境變遷而引發醫院經營困境，還是提供一個有價值的研究途徑。

㈢行政改革的觀點

從行政改革的觀點來說，醫院合併的手段有「小規模整併」或「大規模整併」之分。但就實際的執行來看，合併的完成只是組織變遷過程的新起點，真正的挑戰始於執行的階段。因此，如何有效解決行政組織變革引起的內部回應，將是行政改革過程中的重要焦點所在。

基本上，公立醫院最重要的核心組成分子，以各科醫師及護理人員爲主。而醫院的管理，透過複雜的分層負責體系，將權力分散於各部門醫師及其他個體，所以醫院合併之後，新組織的運作必需透過成員之間的不斷互動及連結，才足以開創新的價值。尤其，兩個以上不同組織的結合，最容易引發組織調適的新問題，最顯而易見的現象，就是人心浮動、抵制及不順服等行爲。而這些內部問題，將成爲新醫院能否改革成功，並達到預期成效的關鍵。由上可知，主導政策的執行者，必須以嶄新卓越的領導及管理創新機制，來暢通行政運作，才足以讓新醫院平順過渡因合併所引發的問題。

對此，凱登教授（Caiden）認爲可從六個步驟程序展開，第一、採激勵（inspiration）的手段，讓個體能接納新的再造機制；第二、強調溝通（communication）的進行，改革者要能將改革的視野及意念充分表達，並

臺灣大學學術期刊資料庫

尋求其他人員或團體的合作；第三、有關組織的各種轉換（organization of converts），需要透過提倡者設法接近相關當事人，才足以拉近改革的看法；第四、對抵制的調適（adaptation to resistance），因爲改革過程中組織人員所展現出來的冷漠或是柔性反對；第五、設定計畫（enacting a program），有系統地改變組織的條件，並促成新規則程序；第六、行政手續化（routinization），讓新的規範及結果能成功形成例行的工作規範（1969：127-128）。

肆、研究方法

本研究採取個案研究法，分析北、高兩市政府及臺北縣政府對其所轄醫院的整併改革過程，同時就所遭遇問題，與受訪人深入討論後，從中釐清地方醫院合併所需的要件，盼能藉此說明公立醫院改革政策的新趨勢。

基本上，三個合併的案例，均採取了擴大規模經濟及提升醫療服務品質爲手段，來因應外在全民健保制度及市場競爭的影響。而這三個案例，乃是近年來最有代表性的公立醫院合併案例，三者的時空條件、政治與行政條件也最爲相似，深具進行比較研究的價值。因此，在研究方法上以個案研究爲核心，比較三個個案改革過程的異同與彼此的可能關連性。這些研究步驟的執行，均透過深度訪談的方式來進行資料的蒐集，另輔以歷史文獻的說明，來呈現個案的發展軌跡，提供進一步進行詮釋的基礎，最後進行描述解釋地方公立醫院合併的發展過程及結果。

以下就個案研究的進行，加以說明如次：

一、個案研究法

過去許多學術研究成果顯示，將個案研究運用在複雜性及多重因果的主題上，[14] 仍可得到有效的解釋。基本上，個案研究是適合與歷史脈絡及

[14] 什麼是個案研究？學者們所給予的定義範圍頗廣：第一、最普遍的定義就是以小樣本（Small-N）爲主的質性研究；第二、這種研究是整全（holistic）而且綿密；第三、它運用一種特殊的求證類型（例如人類學研究、臨床研究、非實驗的研究、不以調查爲基礎的研究、參與者觀察研究、過程的追蹤（process-tracing）、歷史的研究、文本的

臺灣大學學術期刊資料庫

文化背景連結，直接去觀察某種結果的過程及連續發生的原因，而非只是看到結果本身。尤其當社會環境面臨轉折或有新的變動時，新現象的發生及發展均適合透過個案研究法的多重資料收集方式，譬如直接觀察、訪談、公私部門文件、歷史檔案等來進行探索性的研究，無須完全以實證步驟來操控變數，才能進行資料的收集分析。簡而言之，個案研究具有多元特性及包容性，即使是因不同的研究方式，而導致研究結果的變化，有時這反而是更能貼近問題，成爲後續追蹤及發展的基礎，並可能建構成爲理論。[15]

個案研究的過程，就是在各個步驟間反覆進行，例如可以採跨案比較後，再重新回來界定研究問題，也可以爲了增加資料的收集，而額外增加個案。整個過程就是不斷發掘新資料的分歧點爲何，並將之匯總在理論架構裡。而這種接近以實證證據（empirical evidence）爲主的研究過程，就是希望能對研究主題形成有用的定義、評量，並能將所有的研究發現，組成一個完整架構（Eisenhardt, 1995: 85-86）。

至於建構理論方面，第一要務，就是希望能產生嶄新的理論（novel theory）；第二則是讓這類偶發理論（emergent theory），也盡可能可以用來檢測研究主題的形成，以及假設本身可能的錯誤；第三部分，則是讓這種合成的理論（resultant theory）看來也接近具有效度。但相對地，只以個案來建構理論，也可能導致產生偏狹及特異的（narrow and idiosyncratic theory）理論（Eisenhardt, 1995: 85-86），這些疑慮也須謹慎因應。

研究及田野研究）；第四、他的求證法集中在自然生活情境中（一種實際的生活環境背景）；第五、其主題不易聚焦（diffuse）（個案與環境脈絡難以區分）；第六、可採用三角測量法（triangulation）（多元的證據來源）；第七、這種研究用來調查單一觀察的屬性；第八、這種研究用來調查單一現象、情況或實例（example）（Gerring, 2007: 17）。由以上各種不同的定義可知，個案研究涵蓋相當廣泛，概念界定也相當不一致。

15 個案研究（Case study）最好還是界定以獨一單位來進行深度研究（intensive study）爲宜，而且個案研究法可視爲是一種界定個案的特殊方法手段，而非只是著重在分析案例，或是在形塑個案之間的因果關係（causal relations）（Gerring, 2004: 341）。一般認爲，個案研究是用來完成幾個不同目標，第一是提供描述（provide description）（Kidder, 1982）；第二是檢測理論（test theory）（Pinfield, 1986；Anderson, 1983）；第三是產生理論（generate theory）（Gersick, 1988；Harris & Sutton, 1986；Eisenhardt, 1995）。但就目的而言，如何建構理論才是主要的考量。

臺灣大學學術期刊資料庫

本研究連結了相關的組織調適、組織生態論、有限理性等較廣博的理論，而不是一些巨型的理論，另也與精微理論如交易成本途徑有關連，所以研究範疇屬於中層理論層次。這樣有個好處，就是可以採取漸進的檢測方式，使這些個案研究，能連結過去的歷史經驗，以及現在流行的觀點，讓研究者可以針對新興的問題或現象，進行持續觀察研究，找出合適的解決方式。

二、個案之選擇

個案研究大致可分爲七種類型：「類別的（typical）」、「多樣的（diverse）」、「極端的（extreme）」、「差異的（deviant）」、「具影響力的（influencial）」、「最相似的（most-similar）」及「最具差異的（most-different）」等。理論上，這七個類型是可同時存在於每種單一個案中，但如果是選擇二個案以上進行比較分析，前述的七要件裡，則起碼必須符合多樣的、最相似、最具差異等（Seawright & Gerring, 2005）。

有關個案選擇方面，必須掌握兩個要件，第一是代表性（representative）；第二、理論主張（theoretical interest）的差異性程度。本研究係以二〇〇三年 SARS 事件前後，高雄市、臺北縣及臺北市三個都市型公立醫院整併爲分析單位。三者皆屬直轄市級的公立醫院，[16] 同樣都面臨財政困境、醫療產業市場的激烈競爭及全民健保實施引發的經營困境。三個案例的組織再造過程，均獲得相當高的政治支持，才得以順利通過議會的監督及審議。另外，三者在組織合併過程中，都產生程度不一的組織內部抵制現象。但另一方面，也有一些條件上的差異，例如分屬不同地方政府體系；各有其獨特性；合併後的規模經濟不同；合併策略不同等。

本研究以直轄市層級公立醫院爲控制變項，三者的比較基礎條件符合「多樣的」、「類別的」「最具影響力」、「最相似的」的類型。三個合併案分屬不同的地方自治團體，採取個案研究最有助於進行描述性的推論，而且三者的同質性高，也較可能進成個案的比較。

其次，個案的特質認爲必須保持幾個重點。第一、因果洞見（Causal

[16] 臺北縣政府在 2007 年 10 月 1 日改制爲直轄縣。

臺灣大學學術期刊資料庫

insight）方面，強調以因果機制（causal mechanisms）爲核心，讓三個直轄市級公立醫院，在相似的時空條件下，來反覆檢視促成合併的因果機制爲何。第二、因果關係方面，則在固定（invariant）的位置上，檢視造成醫院合併的環境制度因素、公共利益的維護及組織整併程序等，來進行三個個案的比較。第三、研究策略上，著重解釋面向的分析結果，或將理論一般化（theory generation）。第四、變異（variance）度方面，則因三者有不同隸屬機關，有利於分析其間的差異（Gerring, 2004: 346）。

另一方面，案例多寡雖會影響到理論的驗證可能性，但本文秉持詮釋性的個案研究不一定完全得依賴大量的案例，才能進行比較分析，只要能掌握特殊極具關鍵性的案例，而抽出能提供深入且具廣度的資料，予以劇情化的論述，仍可成爲有價值及具影響性的研究成果。因此，研究方法的討論，最應關注的地方，應是如何讓單一個案單位能獲得補充（complementarity）及進行跨單位的研究設計（Gerring, 2004: 341）。

歸結而言，個案研究是讓舊資料及新觀點結合後的進一步印證，並提供建構理論的可行性，但這也需結合可靠的資料分析及檢測，才能打破原理論框架而成爲好的理論。當然這就有賴於從理論與資料間不斷持續反覆檢證，才能獲得充分的知識累積結果。

三、比較分析

普勒茲沃斯基與特恩（Przeworski & Teune, 1982）曾提出「最具相似系統」（Most Similar System, MSS）及「最具差異系統」（Most Different System, MDS）的分類，提供了簡明的比較分析途徑。舉例來說，如果是以區域性或是性質相近類型的個案來比較，最具相似法的小樣本研究不見得不如大樣本數的研究，何況也沒有任何立論指出個案導向的比較研究，在方法論上是「不精確的」，而此一研究法確實也可以對某些類型的研究問題，提出更精確和嚴謹的回應（Ragin, 1987；陳義彥等譯，2007：321）。例如歷史制度主義（historical institutionalist）學派，對於小樣本的質性個案研究就能提供相當程度的說服案例（Mahoney & Rueschemeyer, 2003；陳永芳譯，2003：39）。

臺灣期刊學術資料庫

從事組織變遷個案的比較分析，在難度上，遠比只選定單一或明確度

高的變數個案研究來得高。因爲各種不同的個案研究中，可能會有幾種相當典型的重點，同時會出現在一整組或一系列的個案研究裡，而且各種不同個案研究所得到的不同資料重點（different data points），[17] 可能也同時都適合於相同的創新模式裡；或是所有的個案都可以從不同的解釋得到一致性的分析結果（McPhee, 1995: 188）；甚至所有的個案也可能傳達出原來他們本就擁有不同的意象（different images）（Morgan, 1986；McPhee, 1995: 188）。

綜合以上，從事個案性質的研究，不只是在寫個案，更是培養辯證邏輯（蕭瑞麟，2006：20）。唯有能深入思考問題並找尋解決的途徑，才是研究的關鍵核心。而本研究採取最具相似法的小樣本研究設計，就是希望解釋這些肩負公共任務的地方公立醫院，面對外在制度環境及內在組織管理變革的雙重因素下，所呈現出來的現象及差異爲何，並作爲檢討公立醫院發展的經驗累積參考。

四、訪談資料之處理與分析

在資料蒐集方面，本文除訪談及觀察外，也相當重視其他的學術及官方文獻的佐證。並秉持五點原則進行。第一，在程序面上，資料收集兼顧個案的時空發展過程，以及其留下的作爲及紀錄；第二，在比較（comparative）面向上，資料要足以比較不同部門之間的研究；第三爲多元（pluralist）面向，亦即所收集到的資料或蒐集方式，要能足以被認定係改革的主要主張及立場（versions），進而能提供進行描述及分析；第四種是歷史（historical）面向，資料收集及執行需考慮整個組織變遷的個案歷史演進意識、作爲及決策限制；第五爲環境系絡（contextual）面向，可以

[17] 有關不同資料重點（different data points）的涵義，代表這些個案只要使用一組單一的變數即可進行很好的解釋，也就說所有的個案會被納入在相同的理論模型裡；至於採取不同的解釋（different explanations）途徑時，就需要有許多不同的自變數、不同的解釋說明（explanatory accounts），論述這些個案即使有不同的因果或發展路徑，但卻都屬於相同且是最基本的現象表徵（type of phenomenon）；不同意象（different images）則說明個案與個案之間本就不同而且也不能相容（incommensurable），面對這種情境，就需要有更多不同的依變數，才能掌握個案的典型差異（typal difference）何在，才有助於組織變遷研究的多面向分析比較（McPhee, 1995: 188）。

臺灣大學學術期刊資料庫

從各種不同分析層次中，檢視組織變遷過程與環境之間的交互關係（reciprocal relations）（Pettigrew, 1995: 105）。

本研究自二〇〇六年五月到六月間，[18] 進行資料蒐集，以三場正式的深度訪談爲主，[19] 受訪對象爲合併案的主要規劃者及執行人，這是相當有助於回顧決策當時的情境，並篩選精確的資料及問題，同時也有助瞭解受訪者的基本立場或意識。平心而論，這也是追溯評估一些既成個案，最爲可行的方法之一，主要是因爲醫院合併的決定，已經不是真假的問題，而是發生的過程爲何，所取得的資料必須能成爲研究者進行解釋的重點。

在資料的整理及分析上，本研究採取「整理和分析同步進行」的方式（陳向明，2005：366-367），並於每一個案訪談結束後，就即時進行整理，並形成文本資料後，萃取其中的精華及關鍵立場，作爲分析的內容，敘述三家地方公立醫院爲何採取合併的決策情境，以及其所遭遇的內在及外在的影響。

綜合以上，本文將透過情境分析方式，從個案發生的時間、事件、相關的決策人物、外在影響因素、輿論評價、決策的發展及轉折等，連結成爲一個敘事結構，勾勒出個案的發展輪廓，最後進行綜合討論。

---

[18] 2006 年 5 月 26 日，在臺北市立聯合醫院總院展開首場深度訪談，受訪人 A 曾親身參與合併案的規劃及執行，對於臺北市的醫療體系改革十分熟稔，在他的引導下，讓深度訪談的「聆聽」過程，產生重要的後續研究效應。2006 年 6 月 8 日，在臺北縣立醫院板橋院區進行第二場深度訪談，由當初全案的主要規劃者，指定合併案的執行秘書 B 醫師參加深度訪談，提供深入的訪談資料及規劃文件；最後一場在 2006 年 6 月 20 日在高雄市立聯合醫院大同院區舉行，由最早完成合併的高雄市立聯合醫院 C 前院長及 D 副院長參與深度訪談，他們的熱情參與，將近年首宗的高雄市立聯合醫院合併案做了深入淺出的介紹。

[19] 深度訪談，必須是建立訪員及受訪者之間的誠信，亦即雙方就某一議題進行訊息交流，分享某種思想及情感，也可稱之爲創意訪問（creative interviewing）（Holstein & Gubrium, 1995）。另一方面，因爲訪談內涵包含許多偶發（emerge）的個人及情境因素考量，訪談者必須掌握創意訪談的精髓，當機立斷去瞭解受訪人採取的回應及描述方式，並應試著體會何種因素將會是影響到受訪人當時採取的溝通方式。最後，才能進一步去改變與受訪人的溝通過程，增進發現眞實面的機會（Douglas, 1985）。

臺灣大學學術期刊資料庫

伍、地方公立醫院合併個案之分析

高雄市聯合醫院最早於二〇〇三年一月一日成立，合併兩所中型地區醫院，精簡行政人力，並強化醫療服務項目。臺北縣立醫院在二〇〇四年七月一日成立，合併之規模與高雄市立聯合醫院近似，以升級爲區域教學醫院爲目標；臺北市立聯合醫院成立於二〇〇五年一月一日，將十家市立綜合醫院及專業醫院合而爲一，大幅裁減行政及醫護人力接近六分之一，進行積極的整併及組織革新，朝成爲社區醫學中心發展。

三個合併案例的條件、目的及扼要細節如表 5，而本節將就三案的合併時序，逐一討論如下：

表 5：高雄市立聯合醫院、臺北縣立醫院、臺北市立聯合醫院合併前後之組織規模及發展目標

項目 / 院名	員額編制		合併後	醫院評鑑	備註
	合併前之組織編制	合併後之組織編制	床位規模	等級目標	
高雄市立聯合醫院（2003.01.01）	579 人	731 人	769 床	區域醫院	大同及婦幼醫院合併後，除行政人員裁併外，初期員額不變，採遇缺不補自然消化，但隨著病床數的遞增，專業醫師人力可擴編，擴大醫療服務項目及提升品質。
臺北縣立醫院（2004.07.01）	660 人	842 人	842 床	區域醫院	三重及板橋兩院合併後，行政人員部分採取遇缺不補方式自然消化，但醫師人力則因病床數的增加，可以擴充員額，提升醫療服務品質。
臺北市立聯合醫院（2005.01.01）	4,947 人	4,138 人	4,827 床	醫學中心	十家市立醫療院所合併後，行政及醫事人力減少達 809 人，對於人事的改革幅度相當大。惟尚未達醫學中心等級。

資料來源：作者自繪（臺北市衛生局編，2004；臺北縣政府衛生局簡報資料，2003；吳茂興，2004：7），亦參考高雄市聯合醫院訪談資料（2006 年 6 月 20 日）。

臺灣大學學術期刊資料庫

一、地方公立醫院合併的新領頭羊：高雄市立聯合醫院

㈠高雄市立聯合醫院的發展背景

高雄市公立醫療體系的發展，溯自日本殖民時代，其中歷史最悠久的公立醫院爲現在的市立民生醫院，成立於一九一四年，隸屬於當時的臺灣總督府。一九四五年時，高雄市政府合併日本人所遺留下來的一些醫療院所，分別改設成爲「高雄市平民診療所」及「平安醫院（傳染病院）」等兩家公立醫療機構，一九四六年，又整併兩家日人創立的「大井」醫院及「長佐」醫院，更名爲「高雄市立醫院」，直到一九七九年時，配合改制直轄市，更名爲高雄市立大同醫院。另市立婦幼醫院則是成立於一九七八年，當時主要是提供十四歲以下嬰幼兒的醫療服務，後來爲了進一步擴大醫療服務改制成爲婦幼綜合醫院。（高雄市立聯合醫院網頁，2006；高雄市立民生醫院網頁，2006）。

除前述幾所綜合醫院外，高雄市也擁有性病防治所、慢性病防治中心、凱旋醫院（精神科專業醫院）及中醫醫院等專業性較高的專門醫院，加上旗津醫院及小港醫院等公辦民營醫院等，共同形成高雄市立醫療體系。

二〇〇一年，高雄市立衛生局基於提供市民優質的醫療服務考量，以及因應全民健保制度實施後，市立醫院所面臨的經營壓力。高雄市政府開始擘劃市立醫院經營及組織精簡藍圖，除旗津醫院及小港醫院分別委託私立阮綜合醫院及高雄醫學院經營外，計畫將其他三所綜合醫院予以整併成爲一所具規模經濟的大型醫院。另外，配合高雄市市立醫療體系的變革計畫，也透過組織重組方式，將高雄市衛生局所屬市立性病防治所、慢性病防治中心與衛生局防疫科整合成立「疾病管制處」，作爲與中央衛生署的單一窗口。

高雄市立聯合醫院，後因考量合併三所綜合醫院，恐有組織規模過大及組織調適的內部問題。最後，高雄市政府以地理區位的鄰近性、醫療服務的互補性、人員調動管理的可行性及市場佔有率等，作爲醫院合併的主要評估條件，選擇了地緣關係最接近的市立大同醫院及婦幼醫院進行合

高雄大學學術期刊資料庫

併，並配合資訊整合，推出「一處掛號兩地就醫」爲訴求，便利醫病資訊的管理及院際合作，藉以提昇高雄市立聯合醫院的競爭力。

㈡高雄市聯合醫院的合併過程分析

1. 決策過程

有關促成聯合醫院成立的主要政策考量，受訪人 C 醫師談到：

「基於市場規模經濟的考量，當時婦幼醫院及大同醫院皆是超過三百床的地區醫院，兩家醫院地緣接近，只有十分鐘的車程，合併後，有利於醫療資源整合及人力資源的妥適調配，未來發展爲區域醫院，更可強化市場競爭力，並提供豐富的社區醫療服務。」

高雄市立聯合醫院 D 醫師說明當時的規劃構想爲：

「高雄市立聯合醫院的改革目標，主要還是考量醫療需求者的立場及社區醫療服務的公共任務，其次，爲了避免因整併幅度過大，反而造成新醫院的過大衝擊，所以一開始就以逐步漸進（step by step）的態度，推動市立醫院的合併計畫。」

然而在政治運作方面，聯合醫院的組織修編過程卻是一波多折，高雄市議會爲此創下三次休會紀錄，直到二〇〇二年七月才通過三讀，二〇〇三年一月一日正式成立高雄市立聯合醫院。

新醫院擁有超過 700 床的規模，希望能透過合併方式，來達成醫療服務的互補及資源的整合，並降低經營成本及提升醫療服務品質，提供社區民眾就醫的方便及醫療的可近性。

前述的立法過程，受訪人 C 醫師及 D 醫師回憶說：

「高雄市立聯合醫院合併案在市議會的審議過程時，相當程度上是受制於長期形成的醫政關係，而且公立醫療機構的組織文化也還保持官僚體制習性，當時確實產生反對聲浪，幾乎讓合併案鳴金收兵，無法繼續推動。」

臺灣大學學術期刊資料庫

而前述的內容中，可以發現除政治運作因素外，來自醫院組織內的抵制聲浪，也相當程度影響到決策過程。針對這些繁複的問題，地方行政首長的支持及信賴，往往是政策改革能否持續的重要關鍵因素，C 醫師明確表示：

「倘無當時高雄市謝長廷市長及市政府的堅定支持，高雄市立聯合醫院極可能在市議會的幾次杯葛下，早就無疾而終。」

2. 組織調適與組織領導

高雄市立聯合醫院成立前後，兩所合併醫院的內部人員反彈及衝突問題，受訪人 C 提出其個人看法：

「組織合併的主要問題，可以歸類爲幾項，例如『人員調動的反彈』、『獎勵金分配稀釋的質疑』、『工作氣氛不佳』等，當時確實讓市政府及醫院領導者倍感壓力。尤其兩家醫院原本在組織文化及營運績效上就有所差異，即使合併後可有功能上的互補，並促成規模經濟及降低成本等優點，但組織文化的調適及組織認同的問題，對於醫院領導者而言，合併後才是新挑戰的開始。」

面對前述問題，除有賴組織間的學習、溝通及協調外，新醫院的領導者更是需要扮演起重要的轉化器，受訪人 C 醫師描述當時他所面臨的情境說：

「後來我轉任高雄市立聯合醫院院長，親自參與合併後的組織調整及經營管理，主要目的就是希望能建立市立聯合醫院的新組織文化，讓人員間的調動能夠順暢，同時提升經營績效及市場的競爭力，讓市立聯合醫院能找到更優秀的醫療人力，建立堅實的醫療團隊。更重要的是，能與高雄市醫學大學建立密切的合作關係網絡，將大大提升市立聯合醫院的經營能力，實踐有效率（Efficiency）、有品質（Quality）、有專業的（Professional）及能回應的服務（Responsible service）等理想，讓市立聯合醫院成爲醫療服務品質最好的社區醫院。」。

臺灣大學學術期刊資料庫

C 醫師及 D 醫師在訪談結束前，對於高雄市立聯合醫院的成立過程做了總體回顧，他們指出：

「漸進式的改革及領導者的溝通能力，乃是高雄市立聯合醫院能合併成功的兩大重要關鍵。但就企業的角度而言，組織合併應該是指兩個組織之間具有『功能互補』及『大組織合併小組織』的類型居多，但公立醫療體系基於醫療組織的複雜性及特質，可能無法精估到那種程度，所以高雄市立聯合醫院的醫療組織合併計畫，最主要是考量兩者的區域鄰近性及醫院門診類科專長的差異及互補性條件。事實上，兩所醫院的合併，與一般企業組織多數以大企業併購小企業爲主的模式有相當大的差別。」

3. 小　結

就資料內容的分析，高雄市立聯合醫院的成立，確實達到資源共享及精簡行政人力的初步目標，同時也擴大醫療服務項目及品質。尤其因採取漸進的策略，整併兩家鄰近且位於同一街道的中型市立綜合醫院，不僅擴大其規模經濟，並藉由資源互享、資訊統合及與發展組織網絡關係等核心概念，充分連結行政革新、組織發展、資源依賴及網絡治理等理論觀點，達成合則兩利的目標，爲公立醫院改革開拓不同的參考途徑。

新醫院成立後的行政運作，來自內部成員的抵制及工作滿意度，仍有許多待努力之處（吳茂興，2004）。但客觀地說，高雄市立聯合醫院係由主導改革計畫的衛生局長轉任，透過領導者對於實際計畫內涵的瞭解，更有利於解決組織整合後的平順運作。尤其，五年來的發展，三任院長的努力，並獲得高雄醫學大學的合作網絡支援，其運作及發展已漸入順境。

另從訪談過程中的觀察及受訪者的默示，依稀透露出新醫院的領導者除合法的權力賦予外，既存的非正式關係網絡及關係倫理，也對於組織運作與經營管理的改革具有一定的影響。

臺灣大學學術期刊資料庫

二、社區型地方公立醫院的合併典範：臺北縣立醫院

㈠臺北縣立醫院的發展背景

臺北縣三重醫院成立於一九七九年元月一日，板橋醫院則在於一九八六年三月成立，兩所醫院都屬於中型地區醫院，成立目的主要爲因應臺北縣的都市發展，所帶來的民眾醫療服務需求。惟近十年來，兩所中型地區醫院受制於全民健保制度的影響，加上地方財政不足因應地方公立醫院的擴展，經營情況愈形困難。復因外在醫療產業的競爭及鄰近臺北都會區，民眾跨區就醫的情況普遍，[20] 更是直接壓縮臺北縣立板橋及三重醫院的營運。

有鑑於此，臺北縣衛生局考量兩所縣立醫院相距僅七公里半，車程在二十分鐘內，具備區域鄰近的優點，加上合併後可以產生醫療資源的互補及共享，達到撙節支出的目標。據此，臺北縣政府衛生局統籌醫院的整併事宜，在二〇〇三年四月擬定整併計畫書，不料在五月份時，爆發 SARS 傳染病蔓延危機，使得臺北縣三重醫院一度被衛生署徵召成爲 SARS 專責醫院，間接導致整併工作稍有延遲。直到二〇〇三年十月，臺北縣衛生局與兩所縣立醫院主管籌組營運籌備委員會，並指定臺北縣板橋醫院院長，並兼任三重醫院院長的陳曜卿先生籌組兩所醫院的整併推動小組，才又開始展開業務整合的工作。二〇〇四年初，全案經臺北縣議會審議通過後，臺北縣政府於二〇〇四年四月五日發佈「臺北縣立醫院組織規程」，臺北縣立醫院正式在二〇〇四年七月一日成立。（臺北縣立醫院網頁，2007）

臺北縣立醫院的合併模式，係由兩個性質相同的地區教學醫院進行整併，兩者的組織規模相近。但各自爲政的結果，不僅無法提升競爭力，也不利於醫療服務品質的提升。因此，就都市醫療網的發展來看，臺北縣立醫院的成立，倘若能搭配大臺北地區其他教學醫院形成區位互補及醫療服

[20] 在交通便捷的條件之下，僅一水之隔即可到達包括臺北市立聯合醫院的和平、婦幼分院及其他大型私立醫院就醫，對於臺北縣立三重醫院、板橋醫院而言，若不提升醫院經營的規模經濟，將難以在競爭激烈的醫療市場繼續生存，甚至連提供社區醫療可近性及公共衛生的功能都會受影響。

臺灣大學學術期刊資料庫

務網絡的連結，[21] 將是非常有助於板橋、三重等鄰近區域的公共衛生及醫療服務的品質提升。因此，透過整合資源及發展交互合作的網絡，以合併取代各自爲政的現況，有利於提昇新醫院的經營競爭力及醫療服務水平。

㈡臺北縣立合醫院的合併過程分析

1. 決策過程

以大臺北都會生活圈而言，中、小型地區醫院實在很難在醫療資源豐富而且競爭激烈的市場中存活。如何提升競爭條件及擴大服務項目，提供社區民眾高品質及可親近的醫療服務，即成爲臺北縣立醫院改革的首要考慮要件。舉例來說，受訪人 B 依據臺北縣立醫院在二〇〇四年的整併報告書指出：

> 「三重醫院及板橋醫院合併爲單一醫院後（並提升爲區域教學醫院），醫師人力及員額由原來的 88 名，反而可以增加到 100 名，可以網羅各類專科醫師到院服務，增加服務科別及看診範圍，兩院原有科別 22 科，可以增加到 30 科，對於兩院區而言，不僅不會影響民眾就診權益，而且因爲兩院的醫師相互支援，全面擴展醫療服務。」

其次，臺北縣立醫院合併政策規劃中，縣政領導人對於提供社區醫療服務的重視，也是主要關鍵之一，例如受訪人 B 表示：

> 「前臺北縣蘇貞昌縣長對於公立醫院與社區醫療品質極爲關注，因此責成臺北縣衛生局積極研擬醫院整併計畫，成爲其任內的重要施政方針。」

在合併規劃上，臺北縣立醫院仍保有兩所院區，可同時在兩地提供更多元的醫療科別及服務，提升社區醫療服務品質，落實醫療可親近性的目

[21] 舉例來說，2007 年 8 月 14 日，臺北縣立醫院與臺北市立聯合醫院簽署跨區的交流合作備忘錄，即是最佳的例子（臺北縣立醫院網頁，2007）。

臺灣大學學術期刊資料庫

標。[22] 由於目標單純明確，對於員工的影響也較小，在議會的審議過程中爭議較少，受訪人 B 對此表示：

「民意機關及議員在政策溝通過程中，反而比較關注合併後能否繼續提供社區民眾就近獲得醫療服務」。

「縣議會的民意代表及社區民眾最在意的地方，就是要求兩個院區皆必須繼續提供各科的醫療服務，同時對弱勢者應該維持照顧，因此，臺北縣立醫院成立後仍維持低掛號費的傳統，並維持兩院區同時提供醫療服務的現狀。」。

從前述的訪談資料中，透露中小型社區型醫院合併，只要具有加成的綜合效益，較容易獲得政治支持及民眾的接受度。

2. 組織調適與組織領導

臺北縣政府衛生局的主導下，指定原板橋醫院兼三重醫院院長爲醫院合併籌畫小組召集人，合併後由其擔任首任縣立醫院院長，以便能順利掌握新組織內部現況，並發揮領導統御及醫療關係網絡關係，帶領新醫院度過合併後的磨合期。

但是組織合併所引發的員工態度及抵制作爲，以及合併後的調適及職務安排等問題，受訪人 B 醫師表示：

「組織合併最大的阻力確實有因爲組織文化不同，而產生組織間的調適及整合需要，這種情形在合併初期最爲明顯，但目前經過兩年的磨合，護理人員的離職率已經降低，而醫師甄補方面反而是進來的多，離職的少，素質也提升不少。」。

[22] 有關醫療服務可近性的見解，賴文福教授將其研究成果出版「地區醫院民眾之求醫行爲分析：以臺北縣爲例」一書，針對全民健保實施十年後，以臺北縣分爲九個生活次區域，透過參與觀察及訪談的方法，蒐集以臺北縣爲單位，從民眾的就醫行爲來分析與健保制度的關連性，其中對於板橋市集三重市兩個次區域民眾的訪談發現，兩區域內民眾就近選擇地區醫院及基層診所就診的比率分別爲三重區 82.5%，板橋區 79.1%（賴文福，2006）。

值得一提的地方，臺北縣立醫院整併推動小組花費許多心力於組織學習上，[23] 與北、高兩市聯合醫院的主要規劃成員，互動相當頻繁，[24] 足見合併前的溝通，以及醫院管理的創新思維，決定新醫院成立及能順利運作的重要程度。受訪人 B 說明當時的情況表示：

「當時陳院長領導的籌備小組及兩所醫院的主管曾幾次遠赴高雄市立聯合醫院進行標竿學習，受益於當時高雄市立聯合醫院陳永興院長所提供的許多寶貴經驗，特別是合併時常發生的問題解決方法及建議，對於臺北縣立醫院的合併過程幫助甚多。」。

在資源整合方面，臺北縣立醫院充分進行兩院的 T3 連線及資訊整合，爲醫院整合跨出一大步，對於資訊共享、降低經營成本、增進管理效益等提供重要基礎。受訪人 B 表示：

「臺北縣立醫院爲彌補合併後超額護理及行政人力的縮編問題，積極展開醫療資源的整合，包括與私立亞東醫院的合作獲得交互的人力支援，在家醫科方面的整合也獲衛生署的支持，積極參與家庭醫師整合照顧計畫（IDS），與四十三個開業診所建立雙向轉診的合作關係，推動線上轉診服務，形成一種頗具區域整合的網絡合作體系，對於中型醫院的合併轉型，提供一定程度的參考價值。」

3. 小　結

臺北縣立醫院在資源整合的努力下，除藥品成本的控制外，其他包括人力薪資成本的逐步減少，以及衛材採購、檢驗工作、行政費用、耗材等，

---

[23] 2004 年 2 月 18 日與輔仁大學簽訂建教合作，開辦醫務管理課程，計有 40 位醫護及行政人員參加爲期三個半月的研習，另外合併前一連串 RCW 標竿學習、成本會計標竿學習、平衡計分卡教育訓練等，到了 6 月份全面完成資訊專線（T3）的建置及測試。（臺北縣立醫院網頁，2007）

[24] 例如在 2003 年 11 月邀請高雄市聯合醫院副院長蘇瑞勇蒞臨演講分享醫院整併的經驗，在 2004 年 2 月更邀請當時臺北市婦幼醫院黃遵誠副院長參加籌備小組辦理的座談會，分享臺北市醫院整併的經驗與面臨的問題。

臺灣大學學術期刊資料庫

均呈現因人力資源的支援及調度而更具彈性，能提供社區民眾更多的服務項目，提升社區醫院的醫療服務品質。

客觀地說，臺北縣立醫院因爲鄰近都會區，在條件上，若能發展出符合社區醫院所需的規模經濟，合併是有利於資源共享及降低經營成本，提升經營效益。因此，臺北縣立醫院的改革案，集中力量發展新的社區醫療服務模式，對於中小型醫院的轉型發展，具有重要參考價值。

三、臺北市立醫療體系的新治理網絡：臺北市立聯合醫院

㈠臺北市立聯合醫院的發展背景

臺北市立醫院體系的發展，最早是一九〇四年成立的中興醫院，已有百年的歷史，最晚爲一九九九年的中醫醫院。從地理區位及人口的分佈來看，12 家市立醫院，除萬芳醫院以「公辦民營」方式委託臺北醫學院經營，另關渡醫院委請同屬公立醫院性質的臺北榮民總院經營，並發展成爲以慢性病醫療爲特色的醫院外。其餘 10 家市立醫院包括 6 家區域綜合教學醫院、中醫醫院、市立療養院、慢性病防治院、性病防治所等，均位處人口稠密且地理位置鄰近的行政區內。

早在一九八〇年代初，臺北市政府即對於市立醫院的醫療服務及市立醫院的經營效率十分關注，舉例來說當時臺北市衛生局曾經展開臺北市立醫院經營策略的研究計畫，[25] 研究重點以醫療管理、人事制度及醫院藥局的管理等爲主。此外，對於臺北市立醫院組織及管理的研究，分別有市立醫院醫療系統之整合性規劃（張英聰，1982）及市立醫院組織設計改革的研究（鄭毓仁，1983）等，前者提出有效能的醫療服務網概念（Network of Medical Service），指出臺北市七〇年代初期的都市醫療現況及需求，同時也討論美國自由經濟下醫療區域化（Regionalization）所產生醫療資源過與不及的後果（張英聰，1982：55），應引爲殷鑑。特別是都市的醫療資源往往有過度重複投資的問題，所以該篇研究認爲當時分佈於原延平區、

[25] 1981 年時臺北市衛生局委託林基源教授進行「臺北市立醫院管理制度現代化」研究計畫，該計畫衍生一系列醫院管理碩士論文，著重在醫療門診、急診及輔助部門管理、住院、病歷管理、藥局管理及醫師人事制度等的研究（鄭毓仁，1983：17）。

臺灣大學學術期刊資料庫

大安區及古亭區等三區的中興、仁愛、和平、婦幼 4 家綜合醫院，有地理位置相近、交通便利、同屬是衛生局管轄及規模夠大等條件，應是臺北市立醫院醫療分工合作的有利條件。

另一九八〇年末，臺北市研考會委託研究有關臺北市醫療院所經營之研究（林瑞雄等，1989），則建議臺北市立醫院可考慮採連鎖經營及朝業務電腦化的方向努力等。

一九九九年時，臺北市衛生局成立「研究發展中心」來推動市立醫院的組織架構調整，針對公立醫院常受限於人事、會計、審計、採購等法令的規範或束縛，提出研究及因應措施。尤其因爲近年來更因居高不下的人事費用與退休撫卹費用，已造成市立醫院經營的更大困境。因此，在公務預算逐年遞減的情況下，臺北市立醫院體系必須積極進行組織再造，才能活化市立醫院的機能。

二〇〇〇年以後，臺北市政府賡續前述政策的演進，在二〇〇一年臺北市議會第八屆第六次施政報告中也提出市立醫院院際聯盟的構想（魏識如，2006：77），惟仍不見有具體的改革作爲。直到二〇〇三年五月，SARS 疫情重擊臺北市立醫醫療體系後，同年七月臺北市政府積極推動「市立醫院組織再造工程」，並朝市立醫院合併的方向進行規劃。九月時成立「臺北市立醫院聯合營運行政中心」，積極規劃臺市立醫療體系的整併工程；但另一方面也同時考慮是否以「行政法人化」的模式，進行臺北市立聯合醫院的組織建置（陳信誠，2005）。

㈡臺北市立聯合醫院的合併過程分析

1. 決策過程

臺北市立聯合醫院的核心概念，乃是就現有醫療設備與人力資源加以整合後，以「一個聯合醫院，九個院區」的架構模式，朝達成提升醫療服務品質及營運績效的目的進行設計，讓臺北市立聯合醫院能夠綜合「開源」與「節流」兩大方向創造出競爭優勢，成爲自給自足、永續經營，真正守護市民健康的「社區型醫學中心」（張珩，2004：3）。針對前述的規劃目標及過程，受訪人 A 表示：

臺灣大學學術期刊資料庫

「在臺北市立醫院合併案的規劃過程裡，臺北市衛生局一開始是朝地理區位鄰近，且有醫療資源互補的方向進行規劃，以二至三個醫療院所進行符合規模經濟的整併，再逐步進行組織重組，惟評估臺北市的醫療資源分配及醫療產業市場的競爭，經討論後決議採大規模的組織整併，並連結公共衛生及醫療服務體系而成爲單一的臺北市立醫院，另與陽明大學進行合作，透過互助的連結機制，創造競爭優勢，讓臺北市立聯合醫院成爲自給自足及永續經營的社區型醫學中心」。

盱衡前述，臺北市立聯合醫院除有利於統籌資訊整合外，並可提供訂定行政管理的標準作業規範，以成本效益評估的方法及精神，作爲各醫療科、組未來經營績效的評鑑標準，並依此作爲醫療設備添置、人力資源甄補及獎勵金分配等的依據（臺北市立聯合醫院網頁，2005）。

再者，合併之後的新醫院床位將超過四千床，成爲國內規模最大的醫院，足以提供北臺灣地區民眾的醫療服務需求，受訪人 A 認爲：

「就北部地區的民眾醫療行爲來看，民眾有相當明顯的跨區就醫行爲，雖然臺北市人口有二百餘萬人，但根據統計經常到北市就醫的醫療人口，幾乎是包括桃園縣以北的整個北臺灣地區，超過五百萬人，形成一種流動性的跨區域就醫模式。臺北市聯合醫院的成立，如能提升至醫學中心，有助於市醫競逐北臺灣地區的醫療市場。」

整體而言，可以發現臺北市立醫療體系只要能凝聚共識及強化醫療服務品質，勢將對其他公、私立醫療院所形成強大的市場競爭壓力。而且從效率的角度來看，臺北市立聯合醫院打破以往各自爲政的醫療管理，朝合併爲大型化醫院來統合各類人力及物力資源的規劃及利用，並透過資源共享及互補互助的模式來降低支出成本，對於都會區公立醫院的經營管理而言，確實也提供了另一種值得深入觀察的比較基礎。

除前述的考量外，整個臺北市立聯合醫院的催生過程，來自市府及市議會的支持，也是全案能成功推動的主因。受訪人表示：

臺灣大學學術期刊資料庫

「臺北市立聯合醫院的整併規劃十分龐雜，推動十分不易，除衛生局張局長的努力規畫外。馬英九市長的的支持，也是全案決策過程能順利的關鍵之一。」

但不容否認，SARS 期間發生和平醫院的全面封閉，以及中興和陽明醫院的半封閉情形，也是進一步促成臺北市府會決議朝統一事權及精簡組織的方向結合，成立單一的市立聯合醫院，期待能發揮組織再造的綜合效果。[26] 依此，臺北市衛生局在二〇〇三年十月，將合併案提送市議會審議。審議期間，從二〇〇四年一月起，即透過執政黨議會黨團召開多次公聽會，尋求議會同仁的支持，希望化解市民的疑慮，同時也讓各市立醫院同仁有參與政策改革的機會，表達對於合併計畫的政策建議。全案在二〇〇四年七月七日經臺北市議會第九屆第十次臨時大會第八次會議審議通過臺北市聯合醫院組織規程，將中興、仁愛、和平、婦幼、陽明、忠孝等六家綜合醫院，以及市立療養院、慢性病防治醫院、中醫醫院等三家專科醫院，加上市立性病防治所等總計十家醫療院所，整併成立臺北市立聯合醫院，並自二〇〇五年一月一日起，正式展開運作。

2. 組織調適與組織領導

臺北市立聯合醫院合併初期最受到關注的問題，幾乎是集中在組織管理面，尤其各市立醫院長期與社區緊密連結，早已發展出各自的醫療特色

[26] 由丘昌泰教授指導曾文秀、陳怡伶、林鳳燕及林長宏等臺北市政府及和平醫院員工在 93 年「第五十一期中階管理才能發展研習班」的一份專題研究報告中透過 SWOT 分析，指出臺北市立聯合醫院成立的優勢計有「行政整合的效益」、「資訊整合的效益」、「物流整合的效益」、「社會形象較佳」、「社區性設置地點的優勢」、「公務體系的相互支援」等；但內部劣勢方面則有「公務制度上的劣勢」、「人事費用負擔的劣勢」、「補助款挹注的逐漸減少」、「政治關說文化充斥於行政運作中」、「醫院收入的唯一大餅是健保收入」、「控制幅度過大及所產生領導統馭的問題」、「組織文化的問題」等；外部機會方面則列出包括「醫療整合的契機」、「集體進行教育研究的契機」、「社區行銷的契機」、「國際合作的契機」、「加強提供社會福利及社會責任服務」等；另在外部威脅方面則出現「私立醫院及財團法人醫院的競爭衝擊」、「醫師待遇無法反映市場行情，遭致同業高薪挖角」、「醫療產業成長趨於飽和，同業陷入同質化競爭」及「市場反應較慢」等，請參閱丘昌泰等（2004）。

與文化，而責任歸屬也相當明確。但合併爲市立聯合醫院後，被認爲各分院原本肩負的不同醫療及公共衛生責任，恐難有明確的歸屬（李祥銘、劉仲矩，2005）。而且，不同組織之間的磨合問題及組織文化的衝突，也爲市立聯合醫院的整併工程，增添不少挑戰性。

有鑑於此，臺北市聯合醫院的首任院長也由負責政策規劃的衛生局長接任，希望能藉政策規劃者的推動，發揮領導統御及溝通協調的積極作爲，讓各院區充分發揮特色，並發展出各自的策略性醫療服務，達到加速整合的效果。受訪人 A 闡述當初的規劃藍圖說：

> 「臺北市立聯合醫院的規劃精髓及發展方向，在合併初期就積極讓各分院依各自的醫療優勢，來發展富有特色的分工，例如和平分院專注於感染科的發展，已成爲國內重要的傳染症防制研究發展中心，而陽明醫院則與社區醫學研究結合，已成爲各區衛生所健康服務中心的重要連結平臺。」

受訪人 A 進一步提到醫療資源整合及轉診制度的作法：

> 「臺北市聯合醫院現與三百餘家開業醫師簽約結盟，提供使用經整合後的基層醫療資訊系統，希望能爲轉診制度的執行奠立良好基礎」

> 「在二〇〇六年第一季時，平均每月就釋出高達二千餘萬處方籤給社區藥局等，簡單的說，臺北市立聯合醫院的經營方針，已將部分的業務釋放給民間，建構起公私部門的協力網絡。這一來同時可減少就醫量，並達成提升醫療服務品質及效率的目的」。

受訪人 A 表示改革的過程備極艱辛，尤其是龐大的都會醫療體系重組，必須要進行管理體系的重整與人力資源的重新布置。面臨此一組織變遷所帶來的衝擊，來自組織內部的反彈及抵制，絕對需要一段轉化過程，才足以因應。因此，他強調：

> 「目前論斷市立聯合醫院的績效，實在不宜放在業務量的多寡上打轉。」

臺灣大學學術期刊資料庫

然而，臺北市立聯合醫院最受批評的部分，在於行政人力精簡及醫療人力流失的問題爲主。舉例來說，報載二〇〇五年合併初期就有 408 名員工離職（含醫師離職 18 名、護理人員離職 63 名、優退 134 名、183 名職工退休或離職），而引來許多批評（廖千瑩，2005a，2005b）。後來在臺北市議會裡也引起在野黨的強力批判。[27] 對於前述的批評及質疑，受訪人 A 談到：

「過去一年多來，市立醫院同仁經歷合併案的衝擊，管理階層也是感同身受，然而在健保制度不利各市立醫院各自爲政的壓力下，選擇強化經營績效，以資源整併及共享的方式，才能降低經營成本，並擴大規模經濟及促進人員及醫療資源的交流，進而兼顧及保留社區醫療服務的特色，這才是市立聯合醫院能夠永續經營及創造新價值的策略選擇。」。

從合併開始至今的一年半間，臺北市立聯合醫院在完成兩梯次的優退專案後，人員的流動率已有一些改善，同時在開源節流上也有明顯的進展，A 表示：

「人員流動率已經漸漸平穩下來，而且經歷這一番的精簡，人事費用已經下降到總體支出的 60%。在藥品採購上，過去一年也省下將近 7 億元新臺幣支出下降幅度約 30%。」。[28]

受訪人 A 表示未來臺北市聯合醫院的發展，將繼續朝向多元的整合面向發展，他認爲：

---

[27] 臺北市議會民進黨黨團在 2005 年 10 月 27 日記者會中批評：「臺北市立醫院整併後未能預期成爲「社區型醫學中心」，也未建立「基地醫院模式」，病患嚴重流失，醫護人員也紛紛求去。而且在預算編列上估計醫療折讓率由 2005 年的 4.38%，大幅升至 18.33%，不免讓人質疑合併前高估折讓率是否有意掩飾其他財物虧損；另外 2006 年所編列的人事費用攀升至醫療收入的 80%，比臺北署立醫院的 50% 還高，顯然整併並未降低人事成本；另外整併後護理人員及病房助理大量離職等問題」（俞慧蓮，2005）。

[28] 以上數據爲 2006 年 5 月底進行深度訪談時的資料。

臺灣大學學術期刊資料庫

「臺北市立聯合醫院的成立並非只專注於醫療面的結合與改革，最大的目標是希望能建構完整的市立醫療體系，並以市立聯合醫院爲平臺，透過資訊整合來結合各區衛生所的健康服務中心，進一步來落實社區公共衛生責任；而且與陽明大學策略結盟後，不僅有助於建構完整的市立醫療體系，並朝成爲醫學中心的目標，跨進一大步。未來只要繼續努力，深化對於市立聯合醫院的認同，並穩住既有的基礎，相信臺北市立聯合醫院將有機會大幅進步。」。

3. 小　結

臺北市立聯合醫院屬於規模龐大的組織合併案，政策執行的目標及規劃藍圖，相當具有理想性及發展性。然而，其所面對的挑戰及批評，與高雄市聯合醫院及臺北縣立醫院比較，存在有相當程度的差距。平心而論，臺北市立聯合醫院的案例，係採取激進的行政手段，將六所綜合醫院及四家不同類型的防疫及專業醫院整併爲一，各院區以發展各具特色的重點醫療服務爲目標，但卻因爲組織磨合問題，已使臺北市立聯合醫院在合併初期前兩年，付出頗高的協調成本，處理因合併所引起的問題。而這些現象的發生及處理經驗，也提供從事組織變革及設計規劃者，相當重要且寶貴的評估基礎，作爲未來持續改革的參考。

四、綜合分析

誠如管理學者戴明所言：「組織百分之九十的問題與制度有關」（殷文譯，2005：223），組織的問題主要還是制度及結構不合理的成分居高，面對外在的制度影響及社會環境的變遷，必須不斷調整體系，組織結構、程序、系統皆須保持靈活及彈性。尤其新組織從規劃、執行到績效的呈現，都有待長期的的觀察研究，才能從組織的生命中（organizational life），逐一檢視組織發展過程中的各種問題（Van de Ven, 1980）。本文三個案例，呈現出相同領域之社會或專業組織爲因應制度環境的變遷，係透過強制（coercive）、仿效（mimetic）、規範（normative）等活動機制，讓組織

臺灣大學學術期刊資料庫

呈現制度趨同（institutional isomorphism）（DiMaggio & Powell, 2000）。以下，謹就研究心得，提出四項發現：

㈠都會型地方公立醫院的新趨勢

在合併規劃方面，三者均採取由上而下的行政手段，完成組織整併，促成地方公立醫院的改革，希望能在保障地方居民的就醫便利及健康維護之餘，也能發展出多元且富有彈性的地方公立醫院體系。

其次，臺北市、高雄市、臺北縣等人口稠密、交通發達的都會區，將其所屬公立醫院透過合併達到規模經濟，實務上確有助於提升其競爭力，這與企業組織進行購併的目的相似。而且，三者也考量到原各分院的地理區位條件、重複投資及市場重疊等問題，所以，透過組織合併的策略，強化資源整合及人力合理配置，也符合交易成本理論的見解，貼近行政改革的觀點。

再者，北高兩市也分別採取將其部分市立醫院委外經營，形成「醫院合併」與「公辦民營」並存的公立醫院改革的策略選擇，[29] 重新詮釋公立醫院的社會責任及公共利益定位，也醞釀出地方醫院的多元發展趨勢，將「行政績效管理」及「公私協力」兩種模式，並存於大都會型的地方公立醫療體系裡，未來也勢將醞釀形成相互競爭的趨勢。

㈡小規模變遷與大規模激進變遷

在策略手段上，三者雖然皆採漸進改革的方式，但是出現「小規模漸進變遷」與「大規模漸進變遷」的對照。高雄市聯合醫院屬於前者，融合區域治理及資源整併的優勢，並與市立民生醫院及高雄醫學大學形成密切的結盟及合作，提供完整的高雄都會區公共衛生及醫療服務網絡。臺北縣

---

[29] 我國公立醫院公辦民營模式在 2000 年達到最高峰，也是集中於地方公立醫院，目前採「公辦民營」模式者，例如臺北市萬芳醫院、臺中市立復健醫院、臺中市立老人醫療保健醫院、臺南市立醫院、高雄縣立岡山醫院、高雄縣立鳳山醫院、高雄市立小港醫院、高雄市立旗津醫院。另有交通部郵政總局臺北郵政醫院，以及 BOT 興建中經營的署立雙和醫院等，均是將準市場（quasi-market）機制理論運用在公立醫院「公辦民營」的好案例，另臺北市立關渡醫院委外由臺北榮總經營屬於「公辦公營」性質。

臺灣公共學術期刊資料庫

的合併案例，也屬於相同的類型，主要係以落實社區醫療服務爲目標，強化績效管理，可供中、小型公立醫院改革參考。而且，兩者在合併後的規模皆足以發展爲區域教學醫院，達到合適的規模經濟。在內部的組織結構上，除行政人力的裁併爲主外，高雄市聯合醫院及臺北縣立醫院，在醫療專業人員方面反因而擴充，有利於擴大醫療服務項目，帶動醫療品質的提升及強化競爭力。

相對地，臺北市聯合醫院的合併案例，可用震盪療法（shock therapy）來形容，採取積極且全面性的整併策略，將十家不同類型醫院整併成爲一家龐大組織規模的聯合醫院。同時也賦予市立聯合醫院多元的公共任務，成爲臺北市衛生局的政策執行伙伴，希望能透過資訊整合，將醫病資訊連結提供作爲各區衛生所的社區公共衛生服務，讓醫療與公共衛生形成綿密的網絡管理模式，並與陽明大學合作，推動成爲「社區醫學中心」。

綜合前述，臺北市立聯合醫院宛若是自成一格的首都公立醫療服務體系，類似佩羅（Perrow）教授所提出的城市醫療網絡假想圖（1986：196；胡幼慧，2001：209）。總體而言，其構想與前瞻性無庸置疑，但執行上，確實因複雜度高，加上合併初期的管理鬆動問題，而造成一些疏失及醫療糾紛，[30] 而受到質疑及批評。客觀地說，臺北市立聯合醫院的後續發展，仍有待持續累積，並確實落實各院區的發展重點，才足以因應北臺灣地區醫療產業的競爭壓力。整體而言，三個合併案的執行結果，提供決策者在選擇採取「數大就是美」及「小而美」的考量時，許多寶貴的案例證據及經驗。

㈢領導對話與員工抵制

在行政運作上，醫院合併初期引起的離職潮、工作不安定感、獎金分配的稀釋等現象，顯示醫院人員對於合併所引起的個人焦慮，而表現在抵制行爲上。因此，如何降低組織文化間隔閡所引起的組織衝突，就成爲新醫院領導人的最重要任務。三個案例中，臺北市、高雄市由原主導政策規劃的衛生局長轉任聯合醫院院長，臺北縣則由合併計畫主持人接任。在他

[30] 醫療糾紛的統計比例在由 2003 年時爲 13 件增加至 2005 年的 41 件（張英明，2007）。

臺灣博碩士論文 期刊資料庫

們親自領軍之下，藉由強化組織領導的對話平臺，引領組織的平順運作，朝達成「消除理解落差」、「創造組織凝聚」、「形塑組織創意」、「形構組織整合」等目標努力（林水波、李長晏，2005）。

換言之，透過組織領導與組織成員的互動對話，是有利於整合新組織的運作及發展。尤其，臺灣醫療體系中的網絡關係綿密交錯，除正式的運作機制外，非正式的網絡連結，反而可以發揮效果，使複雜的醫療組織順利運作，從高雄市聯合醫院、臺北縣立醫院、臺北市立聯合醫院的合併運作過程裡，可以看出醫療專業領域中的網絡關係，扮演相當程度的重要角色。

因此，優秀的領導有利於溝通協調，而此一對話治理方式，可凝聚新機關的文化與認同。另一方面，推動組織學習或各類標竿學習（benchmarking）方式，來分享其他醫療組織的經營經驗，對於新醫院的運作及管理也是不可或缺。藉以強化組織成員的榮譽心，並督促新醫院的行政運作順暢，達到拋棄本位主義，以及培養合作意識的目的（林水波、李長晏，2005：224）。未來的發展則更需仰賴協調（coordination）與監督（control）的機制，[31] 才能跨越組織藩籬，提升組織績效（Mintzberg, 1993: 3-7；Tompkins, 2005: 32-35）。

㈣政治支持與特殊醫療風險因素的影響

地方公立醫院合併過程，乃是典型的政治運作下產物。高雄市立聯合醫院率先突破醫療政治結構體系的牽絆，在議會的審議過程中，歷時二年餘才完成合併的審議。該案的審查期間，不乏因醫院內部的人員安置、抗爭、陳請等問題，這些抵制行為，印證權力運用的過程，仍是影響組織改革的最關鍵因素之一。

三位地方政府首長將地方公立醫院的改革列為重要施政，也是另一重

[31] Tompkins 提出「相互調適（mutual adjustment）」、「直接監督（direct supervision）」、「標準化工作流程（standardization of work processes）」、「工作產出標準化（standardization of work outputs）」、「作業人員擁有標準化的技能（standardization of worker skills）」、「價值之標準化（standardization of values）」等六項協調與監督職場活動的機制，其中前五項係以明茲伯格在 Structure in Fives 一書為基礎發展而成。

臺灣大學學術期刊資料庫

要的關鍵因素。畢竟，公部門的組織整併，若無法在行政運作過程中，找到強而有力的支持後盾，通常會在內部的抵制及立法部門的杯葛下，無疾而終，甚至出現南轅北轍的結果。

然而本文中的三個案例，除臺北市爲一致性政府外，高雄市及臺北縣則爲分立政府。但結果顯示，地方民意機關縱有政治運作上的考量，與公共利益密切關連的公共事務，仍可在理性論述下，達成決策共識。

最後，SARS 事件與政治運作的關連，在本研究中是相對凸顯的。例如臺北市聯合醫院及臺北縣立醫院能夠迅速完成組織整併作業，與 SARS 事件的發生及後續處理，存在重要的因果關係。尤其在 SARS 發生期間，能夠迅速進行動員並加入防疫工作，還是得依賴公立醫院體系的指揮及動員才能奏效，這也是何以公立醫院的定位，在二〇〇三年以後再受重視的主因。

陸、結　論

總體而言，這一波地方公立醫院的改革，高雄市政府、臺北縣政府掌握到合則兩利的契機，率先將中小型醫院整併爲可升級爲區域教學醫院的規模，而且是在影響面較小的情境下，疏導來自組織內部的抵制，整個合併過程屬於平順。而整併規模最爲積極的臺北市立聯合醫院，試將醫療照護及公共衛生等連結成更緊密的都市醫療網絡，其前瞻性及企圖心也是無庸置疑，但這種近乎革命性的大規模整併手段，卻導致初期在行政運作上，出現管理鬆動的危機，而須持續改革及調整經營體質。

其次，地方政府對於所屬醫院的改革，逐漸走出地方自治政府的彈性靈活空間及自主性。歸結其能獲得初步成功之因，主要是能獲得地方政治首長及民意機關的支持，而奠定良好改革基礎。其次，三者均位於都會區，擁有較佳的市場佔有率及競爭力，採取合併並擴大規模經濟效果，也屬正確的策略選擇。第三，採取漸進改革方進行整併規劃，對於公立醫院的改革確屬可行的途徑。唯臺北市的大規模整併規劃，所面臨的組織抵制及管理革新問題，相對於高雄市及臺北縣的小規模漸進改革模式而言，其所面臨的抵制及批評，確實較爲凸顯。第四，合併初期的組織調適及磨合，透

臺灣人文社會學術期刊資料庫

過領導對話及溝通，有助於凝聚認同並發展合作的共識。

策略大師麥可・波特（Michael Porter）於二〇〇七年五月造訪臺灣，在公開演說時指出醫療問題的盲點是：「我們空有二十一世紀醫療科技，卻以十九世紀的組織來管理，完全創造不出價值。」（2007：222）。他甚至指出臺灣醫療最大的問題，不在全民健保，而在提供醫療服務的系統。他指出醫療組織應以病人爲中心並發展出整合服務的組織方式，讓醫院的規模及經驗達到一定門檻，才足以提供醫療照護所需的全部服務。

波特的高價值醫療照護系統對於醫院體系的改革，已非採取片段或小範圍的改革爲已足，而是要進行組織再造。對於公立醫院而言，強調體制內的「行政績效改革」並非是走回頭路，而是要讓政府部門及公立醫院的領導者，認清醫療之外，創新技術及管理革新，才是醫院永續經營的活水源頭。因爲唯有「變」才能提供組織存續發展的契機，透過組織人力的革新、組織學習、組織結構的調整、流程改造及重視產出結果及策略運用等，進行組織變革，從根本的思考做起，重新設計才能在組織績效上得到好的成果。本研究相信「公立醫院」是可以管理的，透過服務創新及資源的有效配置，重建其在醫療體系中的「公共」角色，並賦予老店新開的生命力。

參考書目

一、中文部分

王鴻國，2006，〈聯合醫院整併績效差，衛生所成爲黑機關〉，中央社，http://www.epochtimes.com./b5/6/8/7/n1413431.htm

王慕凡，2000，《全民健保對各型醫院生產力之影響》，嘉義：中正大學會計研究所碩士論文。

臺北市衛生局編，2004，《臺北市政府衛生局編制修正案彙編》，臺北：臺北市衛生局。

臺北市立聯合醫院，2005，臺北市立聯合醫院網頁，http://www.tpech.gov.tw。

臺北市立聯合醫院，2006，臺北市立聯合醫院網頁，http://www.tpech.

臺灣大學學術期刊資料庫

gov.tw。

臺北縣政府衛生局，2003，《臺北縣立三重、板橋醫院整併計畫簡報資料》，臺北：臺北縣政府衛生局。

臺北縣縣立醫院，2007，臺北縣縣立醫院網頁，http://www.tpch.gov.tw。

李祥銘、劉仲矩，2005，〈以制度理論分析臺北市市立聯合醫院的爭議〉，屏東科技大學管理學院（編），《第七屆永續發展管理研討會論文集：知識、創新、競爭力》，屏東：屏東科技大學，頁 632-640。

林水波、李長晏，2005，《跨域治理》，臺北：五南圖書出版股份有限公司。

林芸芸，2003，〈美國醫院合併及反托拉斯法的借鏡㈠〉，《醫院》，36(6): 29-41。

林芸芸，2004a，〈我國醫院合併與公平交易法㈠〉，《醫院》，37(2): 11-25。

林芸芸，2004b，〈我國醫院合併與公平交易法㈡〉，《醫院》，37(3): 1-21。

林國明，2003，〈SARS 與醫療體系改革〉，《當代》，195: 86-91。

林瑞雄、蘇喜、郭乃文、陳雅婷、白佳原，1989，《臺北市立醫療院所經營管理之研究》，臺北：臺北市政府研究發展考委員會。

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爲中心》，臺南：成功大學法律學研究所碩士論文。

丘昌泰等，2004，《臺北市立醫院組織在造之探討－從臺北市立聯合醫院成立談起》，第五十一期中階管理才能發展研習班。

吳茂興，2004，《公立醫院合併對員工工作態度影響之研究：以高雄市立聯合醫院爲例》，高雄：中山大學人力資源管理研究所碩士論文。

俞慧蓮，2005，〈民進黨團質疑臺北市立醫院整併未達預期目標〉，中華日報，10/28，地方綜合版，www.cdns.com.tw。

高雄市立聯合醫院，2006，高雄市立聯合醫院網頁，http://www.

臺灣大學學術期刊資料庫

kmwcgh.gov.tw。

高雄市立民生醫院，2006，高雄市立民生醫院網頁，http://www.kmsh.gov.tw。

麥可・波特（Michael Porter），2007，〈醫療改革要創造價值而非分食大餅〉，《天下雜誌》，374(222): 229。

張　珩，2004，〈臺北市立聯合醫院之前瞻〉，《北市醫學雜誌》，1(1): 2-3。

張笠雲、朱永昌，1994，〈組織場域的浮現：臺灣醫療產業的研究㈠〉，《中央研究院民族學研究所集刊》，77: 157-192。

張笠雲，1998，《醫療與社會》，臺北：遠流出版社。

張英明，2002，《從醫院員工認知看公立醫院之改革策略－以某臺北市立綜合醫院爲例》，臺北：臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。

張英明，2005，〈探討臺北市立醫院員工對醫院改革策略之認知與態度〉，《醫務管理期刊》，16: 37-52。

張英明，2007，《聯合醫院 重新定位》，自由時報，1/1，A15 版。

張英聰，1982，《臺北市立醫療系統之整合性規劃》，高雄：中山大學企業管理研究所碩士論文。

胡幼慧，2001，《新醫療社會學：批判與另類的視角》，臺北：心理出版社。

黃曉令、陳冰虹，2006，〈談英國公醫制度中基層醫療之改革〉，《臺灣醫界》，49(5): 218-221。

陳永芳譯，2003，《比較政治的理論與方法》，臺北：韋伯文化事業出版社。譯自 B. Guy Peters, *Conparative Politics: Theory and Methods*. New York: Macmillan press Ltd. 1998.

陳向明，2005，《社會科學質的研究》，臺北：五南圖書出版股份有限公司。

陳宗義，2004，《全民健保之總額支付制度下醫院經營績效之研究－DEA 之應用用》，高雄：義守大學管理科學研究所碩士論文。

陳義彥等譯，2007，《政治學方法論與途徑》。臺北：韋伯。譯自

臺灣大學學術期刊資料庫

David March and Gerry Stoker, *Theory and methods in Political Science*. New York: Palgrave Macmillan.2006.

陳信誠，2005，《公立醫院行政法人化之研究－以臺北市立聯合醫院爲中心》，嘉義：中正大學法律學研究所碩士論文。

陳曜卿，2002，《現行體制下中小型公立醫院之策略研究》，臺北：臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。

孫彬訓，2007，《投資醫療產房賺更多》，工商時報，4/18，A3 版。

殷文譯，2005，《第八個習慣》，臺北：天下遠見出版股份有限公司。譯自 Stephen R. Covey, *The 8th Habit: From Effevtiveness to Greatness*. Franklin Covey Company. 2004.

趙令海，2005，《實施全民健康保險對公立醫院經營績效影響之評估》，嘉義：中正大學會計研究所碩士論文。

戴安偉，2005，〈北市醫院爆發離職潮〉，聯合晚報，3/13，第 1 版。

蔡玉婷，2000，《臺灣地區公私立醫院全民健保申報狀況分析》，臺北：銘傳大學經濟研究所碩士論文。

蔡長哲，2002，《醫院購併價格之財務評介模式－以某臺北市立醫院爲例》，臺北：臺灣大學財務金融學研究所碩士論文。

蔡偉德、劉育昇，2007，〈健保十年，醫療服務產業的演化〉，行政院公平交易委員會（編），《第十四屆競爭政策與公平交易法學術研討會論文集》，臺北：行政院公平交易委員會，頁 291-311。

賴文福，2005，《地區醫院民眾之求醫行爲分析：以臺北縣爲例》，臺北：弘智文化股份有公司。

廖千瑩，2005a，〈聯合醫院運作迄今，走了 408 人〉，中華日報，3/14 保健版，www.cdns.com.tw。

廖千瑩，2005b，〈市醫及衛生局長的回應〉，中華日報，3/14 保健版，www.cdns.com.tw。

盧瑞芬、謝啓瑞，2003，〈臺灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析〉，《經濟論文叢刊》，31(1): 107-153。

鄭毓仁，1983，《醫院組織設計之研究》，高雄：中山大學企業管理研究所碩士論文。

臺灣大學學術期刊資料庫

衛生署統計室，2006，行政院衛生署統計資訊網，http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計重要指標/95/2.xls。

蕭瑞麟，2006，《不用數字的研究》，臺北：臺灣培生教育出版股份有限公司。

魏識如，2006，《建立方案評估導向的績效審計制度：以臺北市立聯合醫院整合計畫爲例》，臺北：臺北大學公共行政及政策學系碩士論文。

蘇瑞勇，2003，〈談公立醫院合併－以高雄市立大同醫院與婦幼醫院合併爲市立聯合醫院爲例〉，《臺灣醫界》，46(2): 42-44。

二、英文部分

Anderson, P. 1983. “Decision Making by Objection and the Cuban Missile Crisis.” *Administrative Science Quarterly* 28: 201-222.

Bazzoli, G. J., A. L. R. Arnould & M. Shalowitz. 2002. “Hospital Reorganization and Restructuring Achieved Through Merger.” *Health Care Manage Review* 27(1): 7-20.

Caiden, G. E. 1969. *Administrative Reform*. Chicago, Illinois: Aldine Publishing Company.

Clegg, S., M. Kornberger & T. Pitsis. 2005. *Managing and Organizations*. London: SAGE Publications Ltd.

Conner, R. A., R.D.Feldman, B. E. Dowd & T. A. Radcliff. 1997. “Which Types of Hospital Mergers Save Consumers Money?” *Health Affairs* 16(6): 62-74.

Collins, C. & A. Green. 1999. “Public Sector Hospitals and Organizational Change: An Agenda for Policy Analysis.” *International Journal of Health Planning and Management* 14: 107-128.

DiMaggio, P. J. & W. W. Powell. 2000. “The Iron Cage Revised: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields.” In *Economics Meets Sociology in Strategic Management*, eds. Joel A. C. Baum & Frank Dobbin. Connecticut, Stamford: JAI

臺灣大學學術期刊資料庫

Press Inc, 143-166.

Douglas, J. D. 1985. *Creative Interviewing.* London: Sage Publications Ltd.

Dranove, D. & M. Shanley. 1995. "Cost Reductions or Reputation Enhancement as Motives for Mergers: The Logic of Multihospital Systems", *Strategic Management Journal* 16(1): 55-74.

Eisenhardt, K. M. 1995. "Building Theories from Case Study Research" In *Longitudinal Field Research Methods: Studying Processes of Organizational Change*, eds. George P. Huber & Andrew H. Van de Ven. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc., 91-125.

Fitzpatrick, R. 1987. "Political science and health policy." In *Sociological Theory & Medical Sociology*, ed. Graham Scambler. London: Tavistock Publications.

Fulop, L. 2004. "interorganizational networking." In *Management and Organization*, et. al. Stephen Linstead, Liz Fulop & Simon Lilley. New York: Palgrave Macmillan, 539-587.

Gabe, J., M. Bury & M. A. Elston. 2004. *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage Publications.

Gerring, J. 2004. "What Is a Case Study and What Is It Good for?" *American Political Science Review* 98(2): 341-354.

Gerring, J. 2007. *Case Study Research: Principles and Practices.* New York: Cambridge University Press.

Gersick, C. 1988. "Time and Transition Work Team: Toward a New Model of Group Development." *Academy of Management Journal* 31: 9-41.

Harris, S. & R. Sutton. 1986. "Functions of Parting Ceremonies in Dying Organizations." *Academy of Management Journal* 29: 5-30.

Holstein J. A. & J. F. Gubrium. 1995. *The Active Interview*. London: Sage Publications, Inc.

Kidder, T. 1982. *Soul of New Machine*. New York: Avon.

臺灣大學學術期刊資料庫

McPhee, R. D. 1995. “Alternate Approaches to Integrating Longitudinal Case Studies.” In *Longitudinal Field Research Methods: Studying Processes of Organizational Change*, eds. George P. Huber & Andrew H. Van de Ven. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc., 186-203.

Mintzberg, H. 1993. *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.

Morgan, G. 1986. *Images of Organization*. Beverly Hills, CA: Sage.

Peregrine, M. W. & D. L. Glaser. 1995. “Choosing Medical Practice Acquisition Model?” *Healthcare Financial Management* 49(3): 58-62.

Perrow, C. 1986. *Complex Organizations: A Critical Essay*. New York: McGraw-Hill, Inc.

Pinfield, L. 1986. “A Field Evaluation of Perspectives on Organizational Decision Making.” *Administrative Science Quarterly* 31: 365-388.

Przeworski, A. & H. Teune. 1982. *The Logic of Comparative Social Inquiry*. Florida: Robert E. Krieger Publishing Company Inc.

Ragin, C. C. 1987. *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. California: University of California Press.

Roberts, P. W. & R. Greenwood. 1997. “Integrating Transaction Cost and Institutional Theories: Toward a Constrained-Efficiency Framework for Understanding Organizational Design Adoption.” *The Academy of Management review* 22(2): 346-373.

Ruef, M. & W. R. Scott. 1998. “A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments.” *Administrative Science Quarterly* 43(4): 877-904.

Seawright, J. & J. Gerring, 2005. *“Case-Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options.”* Unpublished Paper, Berkeley University, http://www.bu.edu/polisci/

臺灣大學學術期刊資料庫

people/faculty/gerring/documents/CaseSelection.pdf 取用日期 2008/1/2.

Simpson, J. 2003. “Geographic Markets in Hospital Mergers: A Case Study.” *International Journal of the Economics of Bisiness* 10(3): 291-303.

Sochalski, J., L. H. Aiken & C. M. Fagin. 1997. “Hospital Restructuring in the United States, Canada, and Western Europe: An Outcomes Research Agenda.” *Medical Care* 35(10): OS13-OS25.

Scott, W. R. 2001. *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

Tompkins, J.R. 2005. *Organization Theory and Public Management*. Belmont: Thomson Learning Inc.

Van de Ven, A. H. 1980. “Early Planning, Implementation,and Performance of New Organizations.” In *The Organizational Life Cycle*, eds. John R. Kimberly Robert H. Miles. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 83-134.

Van de Ven, A. H. & P. S. Ring, 2006. “Relying on trust in Cooperative inter-organizational relationships.” In *Handbook of trust research*, eds. Reinhard Bachman & Akbar Zaheer. MA: Edwar Elgar Publishing, 144-163.

Wall, A. & B. Owen. 2002. *Health policy*. London: Routledge.

Williamson, O. E. 1975. *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York: Free Press.

Williamson, O. E. 1981.“The economics of organization: The transaction cost approach.” *American Journal of Sociology* 87: 548-577.

Williamson, O. E. 1985. *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.

Williamson, O. E. 1991. “Comparative economic organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives.” *Administrative Science Quarterly* 36: 269-296.

臺灣大學學術期刊資料庫

附錄一：深度訪談對象、單位、日期

受訪人代號	日　　期	單　　位	職　　級
A	95 年 5 月 26 日（上午）	臺北市立聯合醫院	高階主管
B	95 年 6 月 8 日（下午）	臺北縣立醫院	高階主管
C	95 年 6 月 20 日（下午）	高雄市立聯合醫院	高階主管
D	95 年 6 月 20 日（下午）	高雄市立聯合醫院	高階主管
通訊聯繫受訪談者代號	日　　期	單　　位	職　　級
E	95 年 5 月 14、19 日	臺北市政府衛生局	高階文官
F	95 年 5 月 21 日	臺北縣立醫院	高階主管
D	95 年 6 月 27、28 日	高雄市立聯合醫院	高階主管

臺灣大學學術期刊資料庫

Merger of Municipal Hospitals and Managerial Efficiency:

Study of Three Cases

*Chin-Cher Chen**

Abstract

This paper focuses on one of the major medical reforms—the public hospital mergers, that have been carried out in Taipei City, Kaohsiung City and Taipei County. Since 2003 the three merger cases emerged almost simultaneously, although the respective processes of decision-making differ and the modes of organizational restructuring also vary. Case studies and in-depth interviews are adopted as the methods by which empirical data was collected for this study.

Based on the interviews, this study attempts to explain the variations between small-scale incremental changes and large-scale incremental changes. This series of local public hospital innovations occurred domestically and included Kaohsiung Municipal United Hospital, Taipei County Hospital and Taipei City Hospital. The mergers all point to the importance of economics of scale and medical quality improvements as a response to the institutional changes and market competition. This study suggests that the model of hospital merger could be an innovative alternative to the status quo. The local public hospital reform in this paper can be dubbed as "New Wine in Old Bottles".

Keywords: Local Public Hospital, Hospital Merger, Institutional Change, Organizational Change

臺灣大學學術期刊資料庫

* Chen is Ph.D. candidate, Department of Political Science, National Chung Cheng University.

臺灣大學學術期刊資料庫