
不同等級醫院其資源優勢、 策略優勢與績效之關係

蘇勳璧 彭朱如¹ 鄧振華²

衛署彰化醫院檢驗科主任 靜宜大學企研所助理教授¹ 現代中醫聯合診所醫師²

摘要

台灣當前的醫療產業正面臨前所未有的困境，經濟快速成長，醫療科技不斷進步，民眾教育水準提昇，醫療人力已達飽和，健保和自費項目開發有限，健保給付與衛生法規束縛重重，使著台灣醫療產業的變革正方興未艾，傳統醫療生態一一被瓦解，為應付此衝擊，醫療界正重新思考尋找新的策略和新的內部資源，而公立醫院在此波變革中有何風貌呈現呢？本文乃以衛署醫院為例研究公立醫院為因應此衝擊而勵精圖治的成效。本研究係以衛署醫院在資源優勢、策略優勢與績效間的關係中加以研究，期能針對資源優勢和策略優勢與績效關係，提出對衛署醫院績效競爭的建言。研究結果得出衛署醫院的績效，以區域醫院表現最優，準醫學中心次之，地區醫院最差。而不同等級醫院會採取不同的資源優勢和策略優勢，準醫學中心係採取服務專業型，區域醫院採取組織組合型和服務專業型，但以服務專業型醫院整體績效較優於組織組合型，地區醫院採取組織組合型、內部功能型、全面行銷型和服務專業型，其中以全面行銷型醫院的整體績效最優，而內部功能型醫院的整體績效最差。在採取相同資源優勢和策略優勢的醫院等級中，以區域醫院的整體績效最優，準醫學中心次之，地區醫院最差。所以衛署24家醫院的總體績效衡量結果，以區域醫院經營績效最優，故建議可將地區醫院升級為區域醫院，以創造衛署醫院整體經營績效的提昇，而區域醫院中，以採取服務專業型醫院績效最優，地區醫院宜採取全面行銷型會有較好的績效表現。

關鍵詞：資源優勢、策略優勢、經營績效

聯絡人：蘇勳璧 通訊地址：彰化市中山路二段160號衛署彰化醫院檢驗科

投稿日期：民國89年12月8日

修訂日期：民國90年3月22日

接受日期：民國90年3月26日



前言

政府遷台初期，(前)省立醫院尚未面臨其他大型醫院競爭時，(前)省立醫院可說是全省各縣市的醫療中樞，並為維護國民健康的中流砥柱，其肩負臺灣省民的醫療與公共衛生之使命。但現今外在環境如醫療政策改變，社會環境變遷，醫療資源重分配，醫藥科技發展，同業競爭等的種種因素挑戰下，衛署醫院早已不具競爭力，並因其嚴重虧損造成政府財政負擔。尤其在民國八十四年實施全民健保之後，公私立醫院均面對相同服務對象，接受相同醫療費用給付，所以近年來有省立醫院取消公務預算或省立醫院公辦民營等言論出現，(前)省政府衛生處和衛生署中部辦公室為使醫院因應環境變遷，學習企業化管理，重塑新的組織文化，乃在民國86年至89年間多次聘請醫管專家協助舉辦經營管理計畫專案、TQM(Total Quality Management) 全面品質計畫、組織創新與體質再造計畫和組織再造計畫等，以使衛署醫院勵精圖治以證明其有存在價值。為應付此衝擊，衛署醫院正重新思考尋找新的策略，培養新的內部資源，以因應環境的變化，而這些醫院策略變革和醫院內部資源改變，為衛署醫院帶來何種經營績效呢？此乃是本研究欲了解之背景與動機。本研究欲探究台灣衛署醫院在一連串衝擊下，為求生存所發展出的資源優勢和策略優勢，其與經營績效間的關係，期以對衛署醫院能有所貢獻。

文獻探討

本文獻探討係針對本研究之主題「公立醫院資源優勢、策略優勢與績效關係之探討」，故針對資源、策略及經營績效等各個研究要素進行個別探討。

早期經濟學者如李嘉圖(Richrdo)、史密斯(Smith)以生產要素為企業經營所投入的資源，可概分為人力資本及非人力資本兩部份，只生產各種東西最基礎的要素。但經濟學者對資源的定義雖完整卻未做明確定義，故不易衡量，較不適用作為資源的操作性定義。

Penrose(1959)認為資源是一組潛在服務的組合，且通常具備某種特定用途，此為資源基礎觀點的開端，為資源提出另一角度的意義。

Grant(1991)認為市場競爭優勢來自資源，其具備下列特性：一、資源模仿障礙。二、因果關係模糊。三、不完全移轉性。四、複製障礙。

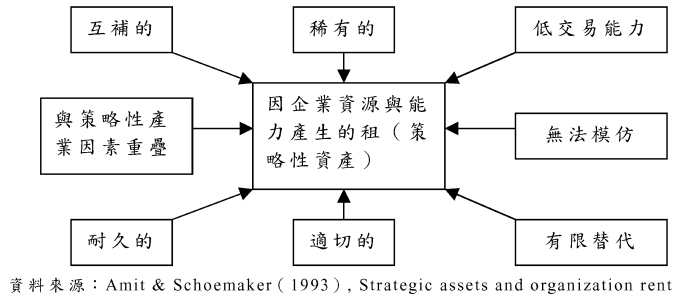
Barney(1991)指出資源是否具持久競爭優勢潛力，乃取決於資源是否具備下列特性：一、價值。二、稀有性。三、無法複製或模仿。四、不可替代性。

Amit & Schoemaker(1993)認為資源基礎集中在因素市場上的不完全競爭和公司資源限制性移轉能力上，廠商的資源和能力即為獲利之主要來源。兩位學者所提及的資源特性如圖一所示：

Quinn(1980)認為「策略」是整合組織主要目標、政策、及行動順序，使其成為一個完整體系的配套或計畫。

Porter(1980)認為「競爭策略」是





圖一 企業資源與能力之特性

在產業發生競爭的基本領域中，尋求產業中最有效的競爭位置，目的在決定產業競爭的對稱力量中，建立組織本身可以獨得利益及長久生存的位置。Porter提出產業分析的架構，以五種競爭力量－新進入者威脅、替代性商品或勞務的威脅、購買者的議價能力、供應商的議價能力、現有廠商的競爭力量，分析企業在產業中的競爭地位，藉此擬定行動計畫，於是形成公司策略。

Ansoff & McDonnell (1990) 定義策略是指引組織行為的一套決策規則，包括以下四類獨特規則：一、組織目標，衡量現在及未來績效指標。二、事業策略，發展企業與外在環境關係的規則。三、組織觀念，建立企業內部關係與程序的規則。四、營運政策，管理每日事務的規則。

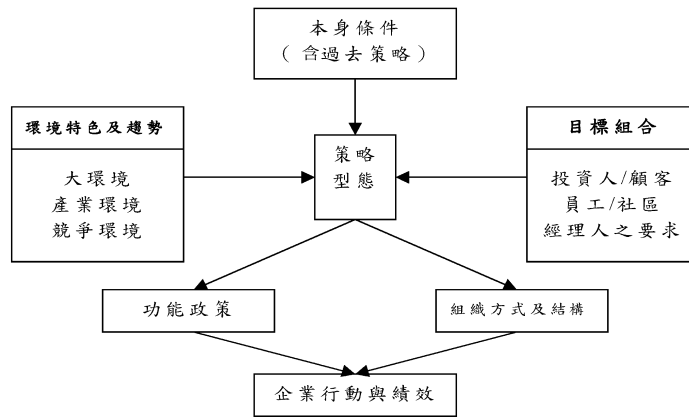
Mintzberg (1991) 策略是一種計畫，針對所處情境，將行動、指導方針之延伸過程作某種排序；策略是一種謀略，是為了勝過敵人或競爭者的一種特定之作戰行動；策略是一種雛形，是行

動傾向的雛形。

司徒達賢 (1995) 指出企業事業的策略型態，可以用六大構面來描述：產品線廣度與特色、目標市場之區隔方式與選擇、垂直整合程度之取決、相對規模與規模經濟、地理涵蓋範圍和競爭武器。司徒達賢 (1995) 又提出事業策略的分析與制訂程序的觀念性架構，指出策略型態必須配合外界環境特色與趨勢，且能發揮企業本身的條件、並滿足目標組合。策略型態指導了功能政策的取向、指導組織設計的方式，然後透過功能政策與組織，使策略構想具體表現在企業行動上。有了正確且步調一致的行動，企業績效於是產生。其觀念性架構如圖二。

Thomas & Venkatraman (1988) 建議醫院之績效指標大致可分為三類：第一、財務績效指標：如資產報酬率。第二、營運績效指標：如佔床率。第三、行銷績效指標：如住院部份之市場佔有率（須經過病例組合指標之調整，因為並非所有的醫院皆提供相似之服務）。





資料來源：司徒達賢(1995), 策略管理，

圖二 事業策略之制定

Flood et.al. (1994) 指出醫院績效可以四個概念來加以說明：生產力 (Productivity)、效率 (Efficiency)、組織效能 (Organization effectiveness)、成本有效性 (Cost effectiveness)。生產力與效率是評估組織對資源或資金的運用效率，而組織效能及成本有效性則是評估組織目標的達成程度。

陳佩妮(1996)提出實際測量醫院經營績效的指標為：一、財務績效指標：如活動力、流動力、資產報酬率等；二、經營績效指標：如佔床率、平均住院日、病床週轉率等；三、品質績效指標：如院內感染率、死亡率、病人滿意度等。

葛應欽(1996) 提出測量省立醫院經營績效的指標為：一、資產活動力分析：應收帳款、週轉率、資產週轉率；二、獲利力分析：淨利率；投資報酬

率。

研究方法

在資源優勢構面上，從文獻探討中可發現許多學者皆對資源優勢構面加以說明。本研究在資源優勢構面的選擇上，主要以司徒達賢 (1995) 及吳思華 (1996) 所提出的核心資源構面內容為主軸，進行分類研究，以下表一表示之。

在策略優勢構面上，本研究主要是參考Porter (1980) 所提出之十三個構面及吳思華 (1996) 所提之三個構面，並配合醫療產業特性加以修正，以表二示之。

在醫療產業績效衡量構面上，本研究參考陳佩妮(1996)的醫院經營績效構面，和參考「台灣省政府衛生處省立醫療機構管理會計之經營指標、責任(成本)會計資訊作業說明」一書中，選取





表一：資源優勢因素分析摘要

名稱	衡量項目	因素值	特徵值	累積解釋變異量	項目數
組織能力	1. 醫院病床之規模	0.46354	10.6862	0.4110	13
	3. 儀器設備之多寡	0.61815			
	6. 服務口碑	0.80419			
	13. 看診科別總數	0.50497			
	15. 組織目標認同率	0.72412			
	17. 醫院內部功能互動	0.82028			
	18. 解決問題的能力	0.86646			
	19. 解決問題的速度	0.81771			
	20. 內部職務分工	0.85059			
	21. 創新求勝精神	0.80978			
	22. 職務輪調制度	0.78249			
	23. 醫療資訊收集能力	0.65697			
24. 掌握問題核心能力	0.59871				
高階決策者能力	5. 患者初診率	0.40836	3.0028	0.5265	6
	7. 論文發表次數	0.40200			
	24. 掌握問題核心能力	0.56066			
	25. 掌握競爭者行動變化	0.80130			
	26. 在新市場發現機會能力	0.83135			
27. 社會人際網路	0.85380				
無形資產能力	8. 由別院轉入患者比率	0.82411	2.7518	0.6323	3
	9. 患者初診率	0.88004			
	10. 患者覆診率	0.77649			
有形資產能力	1. 醫院病床之規模	0.73200	1.7252	0.6987	5
	4. 研究發展之經費	0.85084			
	13. 看診科別總數	0.42212			
	14. 員工創意能力	0.44652			
	15. 組織目標認同率	0.48028			





表二：五項策略優勢構面變項操作性定義與衡量項目

策略優勢構面	操作性定義	衡量項目
品牌形象	係指醫院是否具有有良好的醫院形象。醫院形象的來源：患者口碑、患者滿意度調查、醫院對醫療行銷活動投入之程度，以及媒體報導的多寡等。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對醫療行銷活動的重視 2. 有企業識別系統 3. 與媒體間的互動關係 4. 對患者抱怨的重視程度 5. 對學術活動的重視程度
醫療專業	係指醫院對醫學研究教學投入程度、論文發表次數、醫療設備及儀器之投資程度、新醫療技術引進與發展的投入程度，以及致新醫療護理品質之良窳。此外，若某一專科醫療服務在同業間是具有特色的，則其在醫療專業特性的表現是較佳的。醫療品質的推動如 TQM 和 TQIP 等。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 論文獎勵辦法 2. 醫學研究教學投入程度 3. 醫療設備及儀器之投資 4. 新醫療技術引進與發展投入程度 5. 某專科服務在同業間具特色 6. 推動 TQM 程度 7. 推動建立 TQIP 程度 8. 次專科項目引進程度 9. 電腦資訊系統建立在同業間具特色
成本領導	係指醫院在營運上相較於其他醫院是否具有成本優勢。而成本優勢來源可以是採購成本、人事成本或醫院藉由投入作業流程改善以獲取作業成本之優勢。其具體衡量指標如：每床營運成本、醫療處置單項作業成本等。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床路徑建立之完整性 2. 人員病床比 3. 人事費用比例 4. 儀器利用率 5. 每床營運成本 6. 醫療處置單項作業成本 7. 分科經營比例
垂直整合	醫院的經營須和當地社區及同業維持關係，醫院須深入社區服務當地民眾，以獲得穩定的病患來源。要建立醫院網路還必須和上、下游醫療機構(醫院、診所和供應商等)保持良好的關係，以獲得轉診病患來源，提高院內設備利用率。垂直整合此為一整體性的評量，係評量醫院和當地民眾及同業間是否具有有良好的互動關係。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與當地民眾間的互動關係 2. 與當地診所醫院的互動關係 3. 醫院與宗教、公益、社團和政府機構團體的互動關係 4. 與別院間推動轉診(轉出/轉入)制度關係 5. 與別院間建立合作交流制度
開發聯盟	係指醫院的營運包括開發醫療相關產業項目如坐月子中心、健檢中心、中西醫腫瘤中心、護理之家、復健中心、精神病照護中心、老人安養中心、醫療儀器器材販賣等。非醫療相關產業項目的開發及聯盟如餐飲部、停車場、洗衣店、美容院、旅遊業、壽險業等為一整體性的考量。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自行開發非健保給付項目 2. 診療科別和輔助醫療服務項目的委外經營 3. 行政工作和後勤工作項目的委外經營 4. 診療科別和輔助醫療服務項目接受它院委託經營 5. 行政工作和後勤工作中接受它院委託經營





七項經營管理指標項目，並由衛生署中部辦公室統計科提供87年3月全省24家署立醫院患者滿意度調查計畫項目中的「患者對該院總體而言的滿意度調查」的結果，做為品質績效指標項目。經營績效構面的各變項之定義及說明於下：

一、財務績效指標：

- (1) 獎前事業賸餘=(事業收入-成本及費用+獎勵金)
- (2) 每人淨貢獻力=獎前事業賸餘/全院員工人數
- (3) 每一醫師淨貢獻力=獎前事業賸餘/全院醫師人數

二、經營績效指標：

- (1) 全年平均佔床率(%)=住院人日/總病床數/365天
- (2) 平均每日門診病患人次=當月門診病患人次/當月看診天數
- (3) 平均每日住院病患人日=當月住院病患人日/當月天數
- (4) 平均每日急診病患人次=當月急診病患人次/當月看診天數

三、品質績效指標：

- (1) 患者滿意度：係以問卷調查該院患者對該院總體而言的滿意度調查結果

本研究資源優勢構面和策略優勢構面之衡量方式係採用多元尺度法為一順序尺度，資料收集方式採直接法。而在經營績效構面之財務績效和經營績效指標係為連續尺度，而品質績效指標係順序尺度資料。

本研究以衛署24家醫院為例，受訪者選定的研究對象為：醫院經營管理者

(包含醫院院長、副院長或資深科室主任)。

研究假設

依文獻探討本研究所欲探究的問題在於公立醫院依醫院所擁有的『資源優勢』構面採行不同之『策略優勢』構面時，其對醫院的『績效』是否會有所影響呢？因此，本研究提出以下研究假設：

- H1：資源優勢類型與績效間有顯著相關（不同資源優勢類型有不同的績效）
- H2：策略優勢類型與績效間有顯著相關（不同的策略優勢類型有不同的績效）
- H3：資源優勢類型和策略優勢類型配合與績效間有顯著相關（不同的資源優勢類型和不同的策略優勢類型配合會有不同的績效）

研究結果

研究問卷回收及信度、效度分析

本研究問卷採郵寄方式於民國89年5月共發出24份問卷，回收24份問卷，回收率100%。本問卷資源優勢構面、策略優勢構面信度分析的係數值均在0.8以上。而在效度檢定方面本研究問卷由3位學者及3位臨床醫療院長、副院長進行專家效度檢定。

資源優勢構面因素分析及分類

本研究為簡化資源優勢構面之變項，將原先27個變項，以因素分析法進





行因素萃取，有關因素分析之過程及結果如表三所示：

資源優勢構面的衡量項目以因素分析萃取後，要對第一個因素命名時，係以其13個項目中有8項(15.17.18.19.20.21.22.23)均屬於組織能力衡量項目，故命名為組織能力，第二個因素命名係以其6個項目中有4項(24.25.26.27)，完全涵蓋高階決策者的能力，且此4項的平均值均很高，故命名為高階決策者的能力，第三個因素命名係以其3個項目(8.9.10)，均屬於無形資產的衡量項目，故命名為無形資產能力，第四個因素命名係以有形資產的4個衡量項目中，此因素即有2個項目(1.4)，且此2項目的平均值很高，故命名為有形資產能力。

根據以上縮減成四個構面之資源優勢變項，本研究利用集群分析法將樣本分成兩群，第一群有9家(37.5%)，第二群有15家(62.5%)。

而對第一個集群命名時，係以其在因素中組織能力的平均值0.732646最高，故命名為組織能力導向，而對第二個集群命名係以其因素中無形資產的平均值0.373096最高，故命名為無形資產導向。

策略優勢構面因素分析及分類

本研究為簡化策略優勢構面之變項，將原先31個變項以因素分析進行因素之萃取，如表四所示。

策略優勢構面的衡量項目以因素分析萃取後，要對第一個因素命名時，係以其11個項目中有3項(1,3,4)屬於品牌形象衡量項目，有5項(27,28,29,30,31)屬於垂直整合衡量項目，故命名為「形象整

合能力」，而在對第二個因素命名時，係以其5個項目中有3項(7,10,12)，屬於醫療專業，故命名為「醫療專業能力」，第三個因素命名係以其4個項目中有3項(13,17,18)，屬於成本領導的衡量項目，故命名為「成本領導能力」，第四個因素命名係以其在開發聯盟衡量項目中第22項，其平均值很高(0.80622)，故命名為「開發聯盟能力」。

根據以上縮減成四個構面之策略優勢變項，本研究利用集群分析法將樣本分成兩群，第一群有9家(37.5%)，第二群有15家(62.5%)。而在對第一個集群命名時，係以其在因素中「形象整合」、「成本領導」、「開發聯盟」有較高的平均值，故命名為「全方位導向」，第二個集群命名係以其在因素中「醫療專業」的平均值0.9010最高，故命名為「醫療專業導向」。

資源優勢、策略優勢類型配合與績效關係之分析

首先將『資源優勢』與『策略優勢』之類型配對，再根據其具備的屬性加以命名如表五所示。

本研究進一步使用單因子多變量(one way MANOVA)分析將資源優勢類型和策略優勢類型配合後，分析其與八個經營績效衡量變項間之相關，以表六表示。再以Scheffe's test 對平均住院人日做進一步的分析，其結果並無法就此四種組合的績效分辨出高低程度。

署立醫院以『資源優勢類型』、『策略優勢類型』配合分成四群(如表3)，第一群命名為組織組合理型，共計6家醫院(內





含1家區域醫院，5家地區醫院)，第二群命名為內部功能型，共計3家醫院(內含3家地區醫院)，第三群命名為全面行銷型，共計3家醫院(內含3家地區醫院)，第四群命名為服務專業型，共計12家醫院(內含1家準醫學中心，3家區域醫院，8家地區醫院)，以單因子多變量分析『資源優勢類型』、『策略優勢類型』配合與績效關係，此為組內差異分析，本研究欲對此四群類型配合進一步做組間差異分析，但因此四群中，第一、四群內各含有1家區域醫院和1家準醫學中心，故無法使用統計方法來做比較，故本節乃以醫院等級為區分，對其『資源優勢類型』、『策略優勢類型』配合與績效衡量指標的8個構面以平均值做進一步的觀察，如表七係以醫院等級來比較績效間的關係。

再以表八以第一群組織組合型和第四群服務專業型中的區域醫院對其績效做進一步分析。

以第一群組織組合型、第二群內部功能型、第三群全面行銷型和第四群服務專業型中的地區醫院對其績效做進一步的分析，以表九表示。

再以第四群服務專業型中的準醫院中心、區域醫院和地區醫院互相以平均值來比較其與績效的關係分析，以表十表示。

討論及建議

一、在本研究中，優勢構面屬於『無形資產導向』型的醫院中，採取『醫療專業導向』策略者有12家(50%)，

資源優勢採行『組織能力導向』，而在策略優勢採取『全方位導向』，即『組織組合型』的醫院，總共有6家(25%)，再來為資源優勢採行『組織能力導向』，而在策略優勢採取『醫療專業導向』，即『內部功能型』的醫院，有3家(12.5%)，資源優勢採行『無形資產導向』，而在策略優勢採取『全方位導向』，即『全面行銷型』的醫院，有3家(12.5%)，也就是說署立醫院以採行『服務專業型』>『組織組合型』>『內部功能型』=『全面行銷型』等的類型配合。且署立醫院的管理者大多數以『服務專業型』為其培養競爭優勢的方向。

在沈意如(1998)對省立醫院經營策略可行性調查中，認為省立醫院以功能性行銷策略、資訊系統策略和組織性策略最為可行。而功能性行銷策略與「行銷整合」因素有關，資訊系統策略與「醫療專業」因素有關，故其研究結果與本研究有部份相同。

二、在假設資源優勢類型和策略優勢類型配合與績效間是否有顯著相關的結果上，只有資源優勢類型和策略優勢類型配合與平均每日住院病人日有顯著相關。針對有顯著相關的假設，進一步以Scheffe's test分析，發現並無法以此分辨出各組合類型的高低程度。而無法得到進一步結果的原因，係因其P值(0.0470)非常接近0.05，而本研究的樣本數太少已涵蓋所有母群體，無法以增加樣





表三：「資源優勢因素分析摘要」

名稱	衡量項目	因素值	特徵值	累積解釋變異量(100%)	項目數
組織能力	1.醫院病床之規模	0.46354	10.6862	0.4110	13
	3.儀器設備之多寡	0.61815			
	6.服務口碑	0.80419			
	13.看診科別總數	0.50497			
	15.組織目標認同率	0.72412			
	17.醫院內部功能互動	0.82028			
	18.解決問題的能力	0.86646			
	19.解決問題的速度	0.81771			
	20.內部職務分工	0.85059			
	21.創新求勝精神	0.80978			
	22.職務輪調制度	0.78249			
	23.醫療資訊收集能力	0.65697			
	24.掌握問題核心能力	0.59871			
高階決策者能力	5.患者初診率	0.40836	3.0028	0.5265	6
	7.論文發表次數	0.40200			
	24.掌握問題核心能力	0.56066			
	25.掌握競爭者行動變化	0.80130			
	26.在新市場發現機會能力	0.83135			
	27.社會人際網路	0.85380			
無形資產能力	8.由別院轉入患者比率	0.82411	2.7518	0.6323	3
	9.患者初診率	0.88004			
	10.患者覆診率	0.77649			
有形資產能力	1.醫院病床之規模	0.73200	1.7252	0.6987	5
	4.研究發展之經費	0.85084			
	13.看診科別總數	0.42212			
	14.員工創意能力	0.44652			
	15.組織目標認同率	0.48028			



表四：『策略優勢』因素分析摘要

因素命名	衡量項目	因素值	特徵值	累積解釋變異量(%)	項目數
形象整合	1.對醫療行銷活動重視程度	0.86406	10.4018	0.3355	11
	3.與媒體間互動程度	0.75959			
	4.對患者報怨重視程度	0.75712			
	9.新技術引進與發展程度	0.75168			
	10.某專科服務具有特色	0.51785			
	16.儀器利用率	0.75081			
	27.與民眾間的互動關係	0.88690			
	28.與診所醫院間的互動關係	0.87978			
	29.與機構團體間的互動關係	0.91934			
	30.與別院建立轉診制度	0.72659			
	31.與別院建立合作交流程度	0.54973			
醫療專業	2.醫院有建立企業識別系統	0.73547	3.2764	0.4412	5
	7.醫學研究教學投入程度	0.65448			
	10.某專科服務具有特色	0.68370			
	12.推動建立 TQIP 程度	0.66065			
	20.次專科項目與同業間比較	0.71929			
成本領導	5.對學術活動的重視程度	0.67136	2.9469	0.5363	4
	13.臨床路徑建立之完整性	0.72012			
	17.每床營運成本	0.67858			
	18.醫療處置單項作業成本	0.85660			
開發聯盟	14.人員病床比	-0.8765	2.5505	0.6186	2
	22.自行開發非健保自費項目	0.80622			





表五：資源優勢與策略優勢類型配合命名

策略類型 資源類型	全方位導向	醫療專業導向
組織能力導向	組織組合型(6家)	內部功能型(3家)
無形資產導向	全面行銷型(3家)	服務專業型(12家)

表六：資源優勢類型與策略優勢類型配合與績效關係彙總

經營績效 類型配合	獎前事 業賸餘 (平均值)	每員工 貢獻力 (平均值)	每醫師 貢獻力 (平均值)	患者滿 意度 (平均值)	平均佔 床率 (平均值)	平均門 診人次 (平均值)	平均住 院人日 (平均值)	平均急 診人次 (平均值)
組織組合型	-662	-101.0	-909.5	58.0	48.5	783.1	161.5	56.17
內部功能型	-53591	-292.3	-3948.3	65.27	30.67	645	99.7	28.33
全面行銷型	-6507.3	-140.33	-1227	66.13	56.0	799.7	156.3	42.33
服務專業型	10599.3	-40.92	-719.75	57.61	65.0	919.3	158	54.75
F 值	0.57	0.75	1.54	0.61	2.35	0.58	3.16	1.43
P 值	0.6427	0.5330	0.2350	0.6161	0.1028	0.6355	0.0470*	0.26

*表P值 < 0.05有顯著的關係

表七：以醫院等級來比較績效間的關係

醫院等級 績效	準醫學中心(G1)	區域醫院(G2)	地區醫院(G3)	平均值比較
獎前事業賸餘	-2,976	94,635	-22,770	G2>G1>G3
每人淨貢獻力	-3.0	183.8	-164.7	G2>G1>G3
醫師淨貢獻力	-19.0	1,041	-1,777	G2>G1>G3
滿意度	54%	58.8%	60.2%	G3>G2>G1
佔床率	60%	75%	51%	G2>G1>G3
門診病患人次	436,796	393,499	177,099	G1>G2>G3
住院病患人日	109,894	92,887	40,852	G1>G2>G3
急診病患人次	40,094	40,561	11,976	G2>G1>G3





表八：區域醫院與績效關係分析

類型配合 績效	組織組成型(M1)	服務專業型(M4)	平均值比較
獎前事業賸餘	86,309	97,410	M4>M1
每人淨貢獻力	151	195	M4>M1
醫師淨貢獻力	855	1,103	M4>M1
滿意度	51.4%	61.3%	M4>M1
佔床率	64%	79%	M4>M1
門診病患人次	364,353	403,215	M4>M1
住院病患人日	95,118	92,143	M1>M4
急診病患人次	45,797	38,816	M1>M4

表九：地區醫院與績效關係分析

地區醫院 績效	組織合型 (S1)	內部功能 型(S2)	全面行銷 型(S3)	服務專業 型(S4)	平均值比較
獎前事業賸餘	-18,056	-53,591	-17,841	-20,261	S3>S1>S4>S2
每人淨貢獻力	-151	-292	-140	-134	S4>S3>S1>S2
醫師淨貢獻力	-1,262	-3,948	-1,227	-1,494	S3>S1>S4>S2
滿意度	59.3%	65.3%	66.1%	56.7%	S3>S2>S1>S4
佔床率	45.4%	30.7%	56.0%	60.5%	S4>S3>S1>S2
門診病患人次	188,405	111,660	222,268	177,647	S3>S1>S4>S2
住院病患人日	51,706	13,623	57,092	38,195	S3>S1>S4>S2
急診病患人次	15,506	6,742	15,422	10,441	S1>S3>S4>S2

表十：以第四群服務專業型醫院等級與績效關係分析

服務專業型 績效	準醫學中心 (L)	區域醫院(M)	地區醫院(S)	平均值比較
獎前事業賸餘	-2,976	97,410	-20,261	M>L>S
每人淨貢獻力	-3	195	-134	M>L>S
醫師淨貢獻力	-19	1,103	-1,494	M>L>S
滿意度	54%	61.3%	56.7%	M>S>L
佔床率	60.0%	79.0%	60.5%	M>S>L
門診病患人次	436,796	403,215	177,647	L>M>S
住院病患人日	109,894	92,143	38,195	L>M>S
急診病患人次	40,094	38,816	10,441	L>M>S





本數方式來克服此問題，故難以獲得較有意義的結果。但此項目以平均值觀之，則內部功能型>全面行銷型>服務專業型>組織組合型，即在資源優勢採行組織能力導向，在策略優勢採行醫療專業導向的醫院，在平均每日住院病患日日的績效上優於其它類型配合者。

三、在假設中僅有1項與績效衡量指標有關，大部份均無相關，探究其原因有：

1. 樣本數不足
2. 管理者對醫院資源、策略的瞭解程度和是否有正確掌握到資源、策略與績效間的相關性
3. 動態的環境中，要以一年的數據來做全面性的表達，會有失真的危險性
4. 本研究雖將資源細分為四大類，策略為五大類，但經由因素分析後，仍以一類為其主要表達方式，亦無法分辨出其中的輕重程度，可能也是無法獲得結果的原因之一
5. 績效的衡量指標有許多種，本研究雖因資料取得之問題，故以8種衡量指標來做分析，但無法涵蓋醫院所有的績效，且署立醫院為「公務機構」身負特定任務，其績效無法完全以統計資料表示，此也是可能無法獲得結果的原因。

四、本研究以醫院等級來區分，以探討不同等級醫院是否會採取不同之資源優勢和策略優勢，不同等級醫院

採取不同資源優勢和策略優勢時，其與績效的關係。以署立24家醫院觀之，其中1家準醫學中心採取服務專業型，4家區域醫院中，有1家(25%)採取組織組合型，3家(75%)採取服務專業型，而在19家地區醫院中，有5家(26.3%)採取組織組合型，有3家(15.8%)採取內部功能型，有3家(15.8%)採取全面行銷型，有8家(42.1%)採取服務專業型。如純粹以醫院等級來觀察績效關係，在表7可看出，地區醫院在8項績效衡量指標中，除患者滿意度外，都是敬陪末座，區域醫院有5項績效衡量指標(獎前事業賸餘、每人淨貢獻力、每一醫師淨貢獻力、全年平均佔床率、平均每日急診病患日)是表現最好的，而準醫學中心只有2項績效衡量指標(平均每日門診病患人次、平均每日住院病患日)是表現良好的，但就第6,7,8項的績效衡量指標是與醫院規模有關，大醫院應有較高的績效表現，則準醫學中心雖在第6,7項表現較優，乃是當然。所以總體來比較，署立醫院的績效表現以區域醫院最優。

五、除單純考量醫院等級與績效關係外，本研究再以區域醫院採取不同資源優勢和策略優勢時，其與績效關係做進一步分析，如表8所示，區域醫院採取服務專業型者其獎前事業賸餘、每人淨貢獻力、每一醫師淨貢獻力、患者滿意度、全年平均佔床率、平均每日住院病患日等6





個績效衡量指標皆優於採取組織組合型的醫院，反之，平均每日住院病患人日和平均每日急診病患人次的績效衡量指標，則是組織組合型醫院優於服務專業型醫院。但此二項目尚須考量醫療品質問題，則同一等級醫院採取不同資源優勢、策略優勢的比較，在區域醫院等級中，以服務專業型醫院其績效優於採取組織組合型的醫院。

同樣的，以地區醫院採取不同資源優勢和策略優勢時，其與績效的關係分析中，在表9可知，在第三群全面行銷型醫院有5項績效衡量指標(獎前事業賸餘、每一醫師淨貢獻力、患者滿意度、平均每日門診病患人次、平均每日住院病患人日)優於其它三型，而第二群內部功能型醫院除患者滿意度外，其它7項績效衡量指標皆敬陪末座，其它第一群組織組合型和第四群服務專業型的醫院則互有高低，也就是說署立醫院19家地區醫院中，以採取全面行銷型醫院其績效優於其它類型醫院，而採取內部功能型醫院其績效是較差的。

以不同等級醫院但採取相同資源優勢、策略優勢時，其與績效關係可從表10得知，在第四群服務專業型醫院中，區域醫院有5項績效衡量指標(獎前事業賸餘、每一員工淨貢獻力、每一醫師淨貢獻力、患者滿意度、全年平均佔床率)皆優於其它等級醫院，地區醫院除患者滿意度和

全年平均佔床率外，其它6項績效衡量指標都是較差的。

六、由以上可知，1、不同等級醫院其績效不同，在署立醫院方面，以區域醫院表現最優，準醫學中心次之，地區醫院最差。2、不同等級醫院會採取不同資源優勢和策略優勢，在署立醫院方面，準醫學中心係採取服務專業型，區域醫院採取組織組合型和服務專業型，但以服務專業型醫院整體績效較優於組織組合型，地區醫院採取組織組合型、內部功能型、全面行銷型和服務專業型，其中以全面行銷型醫院的整體績效最優，而內部功能型醫院的整體績效最差。3、採取相同資源優勢和策略優勢的醫院等級中，以區域醫院的整體績效最優，準醫學中心次之，地區醫院最差。4、所以署立24家醫院以8項績效衡量指標的平均值觀察結果，署立醫院以區域醫院經營績效最優，故建議可將地區醫院升級為區域醫院，以創造署立醫院整體經營績效的提昇，而區域醫院中，以採取服務專業型醫院績效最優，地區醫院宜採取全面行銷型會有較好的績效表現。

七、雖然績效衡量對企業經營非常重要，但至今為止，資源性績效和策略性績效應如何加以衡量，始終為學者專家及實務界人士不斷探討之問題，且仍未獲得一致之結論，而醫院的績效衡量與企業並未完全相同；同樣的，資源、策略與績效間





的關係由第二章文獻探討可知，亦是學者專家及實務界人士非常熱衷研究的主題，但截至目前仍未獲得一致之結論，所以本研究結果，實可供實務界應用之參考。

參考文獻

1. 司徒達賢 (1995)，策略管理，台北：遠流出版事業股份有限公司。
2. 司徒達賢 (1995)，資源基礎理論與企業競爭優勢關係之探討，國科會專題研究計劃成果報告。
3. 吳思華 (1996)，策略九說-策略思考的本質，台北：麥田出版股份有限公司。
4. 沈意如(1998)，省立醫院經營策略之調適與定位，未出版的碩士論文，台中：中國醫藥學院。
5. 陳佩妮 (1996)，醫療品質與經營績效關係之研究—以台北醫療區域各級醫院為例，未出版的碩士論文，台北：台灣大學。
6. 葛應欽(1996)，省立醫院經營績效之評估研究--II 全民健保後之省立醫院經營效益評估，衛生處八十四年度醫學與公共衛生研究報告案例。
7. 衛生處 (2000)，「省立醫療機構管理會計之經營指標，責任(成本)會計資訊作業說明」。
8. Amit, R.and P.J.H. Schoemaker (1993). Strategic assets and organizational rent. *Strategic Management Journal*, 14 (1):33-46.
9. Barney, J.B.(1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17: 99-120.
10. Flood,A.B., S.M.Shortell and W.R.Scott (1994). *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, 3th. New York: Delman Publishers Inc.
11. Grant, R.M.(1991). The resource-based theory of competitive advantage: Implications for strategy formulation. *California Management Review*, 3(3):114-135.
12. Mintzberg, H.and J.B.Quinn (1991) . *The Strategy Process: Concepts, Contents, Cases*, 2nd ed. Prentice-Hall International Hemel Hempstead.
13. Penrose, E.T. (1959). *The Theory of the Growth of the Firm* .New York: John Wiley.
14. Porter, M.E.(1980). *Competitive strategy* .New York: Macmillan publishing Co.
15. Quinn, J.B.(1980). *Strategies for Change: Logical Incrementalism*. Homewood, III: Irwin.
16. Thomas, H.and N. Venkatraman(1988). Research on strategic groups: progress and prognosis. *Journal of Management Studies*, 25 (6).



The Relationship Between Resource Advantage, Strategic Advantage, and Performance Under the

Chin-Bih Su, Tzu-Gu Peng, Jen-Hwa Teng

Abstract

This study took as its sample 24 hospitals under the Department of Health. The instrument for determining resource advantage and strategic advantage was designed on the basis of questionnaires presented in domestic and foreign research literature. Data was obtained by conducting a questionnaire survey of hospital managers. As for determine operating performance, the chief source was grading data provided by the central Taiwan office of the Department of Health. The content of this data included the eight items of pre-tax operating surplus, net contribution per person, net contribution per physician, patient satisfaction, average year-round bed occupancy rate, average daily inpatient person-days, and average daily emergency patient number. Factor analysis, cluster analysis, Chi-square test, correlation analysis, and single-factor multivariate analysis were used to organize the data. The following conclusions were derived.

If the eight performance indicators are used to assess the performance of 24 hospitals of different grades under the Department of Health, the results show that regional hospitals displayed the best business performance, followed by perspective medical centers, while local hospitals did the worst. Local should therefore be upgraded to regional hospitals in order to raise the overall level of performance of hospitals under the Department of Health. Moreover, the performance of regional hospitals that had adopted a service specialization type approach was best, while regional hospitals that had adopted a full marketing type approach also enjoyed relatively good performance.

Key words : resource advantage , strategic advantage , business performance.

Chin-Bih Su, 160, chungshen Rd, Section 2, changhua
Received : December 8, 2000
Revised : March 22, 2001
Accepted : March 26, 2001

2001 Vol.2 No. 1

109

