

台灣醫療產業的組織合作： 不對等合作關係運作機制之探討

陳端容

台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所

在一個組織位階結構制度化的醫療產業中，權力與地位不平等的組織進行合作如何可能？本論文分析地位不對等的醫療組織對合作關係正面評價的影響因素。以自行設計之結構式問卷進行資料蒐集，輔以深入訪談，以地區教學醫院層級以上之 128 家醫院為研究對象，回收 89 家醫院問卷，回收率 69.5%，深入訪談 49 家醫院主管，成功率 55.1%。89 家醫院共提出 345 對實質互動的合作關係。分析結果指出，擁有合作決策主導權，以及透過間接第三者推薦，都增加優勢組織對合作關係的認可，顯示權力支配原則是優勢組織管理不對等合作關係的重要基礎。不對等合作關係中的兩方對合作正面評價的影響因素不同，反映合作雙方在產業結構中強、弱不同的權力位階關係。研究結果支持了制度論者所提出組織行動是鑲嵌在制度環境中的權力關係與價值架構的論點，也對「社會鑲嵌」論述中有關第三者的策略性位置提供了部分證據。
關鍵詞：醫療產業組織、不對等組織合作、醫院間合作關係

The central question of this paper concerns the possibility of cooperation between and among health service organizations that operate within the confines of extreme institutional stratification. To determine the grounds for partnership success, and to identify the benefits and barriers associated with these partnerships, we examined human resource transfers (n=345) at 89 hospitals. Data collected via questionnaires and interviews indicate that a) dominant organizations feel it is important to gain leadership positions in order to express positive evaluations of asymmetric cooperation, and b) successful instances of cooperation are generally established through social relationships --i.e., third-party recommendations. The concept of fairness in such exchanges has different meanings for the asymmetric partners, with symbolic gains often considered more important than financial gains. We suggest that future research in this area requires a strong focus on hospital stratification.

Keywords: health service organization, asymmetric cooperation, inter-hospital cooperation.

一、前言

醫療制度環境的改變往往是推動醫療組織改變的主要力量，台灣自 1995 年推行全民健康保險制度以來，造成整體醫療服務需求的快速增長，醫療組織在規模上不斷擴張（行政院衛生署 2000）。政府為求有效抑制整體醫療費用的上漲，推行總額預算制及論病例計酬制等新制，使多數醫療組織面臨資源的有限與緊縮。資源的相對緊縮強化了市場競爭與擠壓，建立合作關係或策略聯盟儼然成為多數醫院經營者主觀認定為組織重整、風險分擔、增加市場佔有率的一種具說服力的策略思維，能夠成為「醫院聯盟」的一員也成為組織重視的資源（嚴建藏 1987；鄭夙惠 2000；張瓊文 2000；陳馨文 1991；童瑞龍 2000；莊逸洲、黃崇哲 2000）。

整體而言，醫院間合作是以建教合作、聯合採購、聯合教育訓練、病患轉介、連鎖經營、儀器設備租賃、契約管理、學術研究等方式進行，其中主要是以醫事人力的建教合作為主，包括醫師或其他醫事人力的支援與訓練，其合作關係的運作大多以獨立主權、垂直單向的方式來進行。目前有一些醫院採取所謂的「集團化」醫院聯盟來進行整合，例如聯新醫療聯盟或是長庚醫院集團，然其組織整合的架構仍是相當鬆散。¹ 何以多數的醫院合作關係是以醫師人力支援或建教合作為主，主要原因在於台灣醫師人力的培育有嚴格限制，不僅是醫學院的設立有限制，醫學院每年招生名額亦固定限制在 1,200 名左右，加以大型醫院擴張，吸納了大量醫師人力，使中小型醫院被迫持續面對招聘醫師人力不足的窘境。

再者，行政院衛生署自 1988 年開始推動醫院評鑑制度，² 將醫療組織按照其所具備的專業能量(capacity)區分成三個等級，即醫學中

1 參看聯新集團內部發行的《聯新醫管》雙月刊（2001 年 9 月）。

2 參看行政院衛生署統計室歷年資料。

心、區域醫院與地區醫院，其中愈高層級的醫院，如醫學中心，愈能提供更多類型的醫療服務專科。醫院評鑑制度不僅可能直接影響民衆對醫院地位高低好壞的價值判斷，也使各級醫院競相擴張以追求升級，以換取較高的健保醫療費用給付與專業聲望，對醫院的大型化有推波助瀾之效。屬於醫學中心與區域醫院層級的醫院因為能夠提供較多的醫療專科，在合作關係上有較大的發言權與主導權。張荳雲等人以 1991 年台灣醫療組織關係網絡資料，論述醫療產業市場結構已逐漸形成「中心—次中心—邊陲」的三元位階結構，而此三元位階結構與醫院評鑑的三元層級結構大致符合。其中，合作關係是以垂直（即跨層級），而非水平（即非同層級）的方式進行，而垂直性的合作關係很大程度即反映出組織間的階層化結構與不對等的位階權力關係（張荳雲、朱永昌 1994；張荳雲 1999；章英華等 1992）。

那麼，在這樣一個醫院地位階層化的產業結構中，成功的不對等組織合作模式之基礎何在，如何選擇合作對象，如何建立合作關係的統理機制(governance)以降低合作的代價？相關文獻的討論大致上集中在對等水平式的合作關係，其中提出兩個基本不同的理論思考模型，一是以交易成本概念為主軸的制度經濟理論，著重契約或互持股權的正式化控管機制，以及透過垂直整合的科層機制來協調組織間的合作(Williamson 1975)，另一個則是經濟社會學對交易成本理論模型的對話與反省，著重探討立基於社會控制的「信任」機制來降低合作之道德風險(Gulati and Gargiulo 1999; Granovetter 1985, 1992; Baker 1990; Powell and Smith-Doerr 1994; Uzzi 1996, 1997, 1999)。

採用正式化統理機制做為降低交易道德風險的手段，一般而言相當具有說服力，然而有關合作之權利義務的認定與協商可能在權力對等的水平式組織合作關係中較易達成。在一個權力地位不平等的垂直關係中，優、弱勢組織的「合作」關係可能相當受限於制度環境中「核心」與「邊陲」的角色地位，其二者間的交換常反映優勢組織正當性的延伸與再製，其與資源交換與互補的關係較小，而與組織間位階秩序的再創造與結構化可能較有關連。因此交易成本理論的分析架

構容易忽略組織間的社會結構對個別組織行動的約制與機會，也易將組織合作所鑲嵌的社會與制度環境抽離，對實質的合作關係無法進行細部分析。

社會學者則強調除了價格、正式權威之外，社會性的「信任」機制是另一種重要的組織合作統理機制(Bradach and Eccles 1989; Powell 1990; Powell and Smith-Doerr 1994)。一般有關信任機制的文獻多著重於探討合作者如何透過社會關係中所具有的互惠義務、聲譽(面子)效應、信賴與個人偏好等社會互動邏輯，來發揮信任機制的統理功能，³以規範合作雙方的行為，或是透過長期交往關係所建立起來的共識與協調，來約束合作者的投機行為(Shapiro 1987; Gulati 1995; Zucker 1986)，其中社會價值的交換，如「友誼」、「同盟」等情感性價值原則的考量要優先於財務利潤的計算(Uzzi 1996, 1997)。「社會鑲嵌」的論述強調組織合作中社會性因素的解釋力與功能，然而，對於組織行動的機會結構如何受到組織場域中制度結構影響的討論還是比較少(DiMaggio and Powell 1983)，對於不對等合作關係中，優、弱位置不同的組織如何維繫合作關係之分析是不足的。學者曾檢視現有文獻對不對等合作關係的理解大致指出，不對等合作是傾向不滿意，不易持續與不易成功的，並且容易激起合作怨懟(Oliver 1990)，然而不對等的合作關係何以可能成功，則缺乏細膩的討論與經驗資料的佐證(Powell and Smith-Doerr 1994)。

本研究援引經濟學與社會學的論點，以台灣醫療產業的組織合作為例，探討不對等的垂直合作關係(單向支援或受援)，位居不同相對位置的組織，即對優勢或弱勢的組織而言，影響他們對合作關係持正面評價的因素分別為何？對於不對等合作關係正面評價影響因素的分析，當然並不直接等同於對合作關係之運作原因的分析，然而，高度正面評價的合作關係與合作之運作、維繫與成功有密切相關，因此，仍是可以做為理解上述問題的參考依據。我們從優勢組織(支援

3 作者並不是指所有探討信任機制的文獻皆僅著重社會人際關係的作用力，其他形式的信任形式，如 Luhmann(1980, 1988)所提及的制度信任亦是許多社會學者探討的議題。

者)與弱勢組織(受援者)兩個不同觀點、五個面向,分別考量影響不對等垂直合作關係中參與合作的雙方如何評量其合作關係,並同時考量結構性、關係性與心理過程變項對該整體正面評價的影響。

五個面向包括:1.制度結構位置變項:包括醫療組織的權屬別以及醫院評鑑層級別的一致性。權屬別代表醫院體系的不同,可能會限制合作對象的選擇,而醫院評鑑層級表示醫院在醫療服務能量的不同。制度結構變項代表組織在進行合作關係之前即具備的身份地位,對組織合作有結構性的限制;2.關係變項:測量合作關係建立的途徑是透過人際關係、市場機制或權威體系;3.合作統理變項:測量合作關係是否有正式化的控管機制,如簽訂合作契約,以及對合作成果是否設有具體衡量指標;4.合作決策主導性變項:測量合作雙方對合作的進行是否感受到具有決策優勢或均勢⁴;5.合作過程的心理變項:測量合作雙方對合作的投入產出是否感受到對等性。對等性的測量包括兩個面向:a)資源投入貢獻,以及b)利益分配的對等性。

本文以合作雙方對合作關係的正面評價為依變項,除了因為主觀評價是一個總體的概念,可以間接反映合作承諾之履行與關係之維繫,也顯示出影響不對等合作關係運作之正向因素。其次,文獻中有關組織合作關係評估之研究指出,客觀性的指標衡量,例如合作組織業績的成長率、投資報酬率、市場佔有率、合作持續的時間等並不完全適當,也並不完善,因為客觀性的經濟效益指標無法完全說明合作關係對參與合作所創造的價值(Chakravarthy 1986; Awadzi 1987; Anderson 1990),而主觀的正負面評價往往可以反映合作雙方不同的實質或象徵性的「利之所在」。最後,本研究所採取之量性資料收集格式,也使我們難以直接對合作關係之運作本身進行直接的測量。這些是本研究在進行有關不對等合作關係之分析與推論上的很大限制。

4 根據本研究之訪談記錄,支援醫院對受援醫院是否能完全配合其對合作關係運作之要求非常在意,幾乎大部分醫學中心受訪者皆表達不願因為支援其他醫院後,讓受援醫院成為自己的包袱,因此非常在意其在合作關係洽談過程中是否被賦予主導權,因此本文將此一變項單獨列出來,以說明其重要性。

二、理論背景與研究假設

(一) 理論背景

1. 經濟性或社會性交換邏輯(logic of exchange)

從經濟學觀點來分析組織合作的運作邏輯，主要是以交易成本為核心概念的制度經濟論為主要論述來源(Williamson 1975)。交易成本理論認為組織對市場的判斷與資訊的掌握是有限的(bounded rationality)，或源於組織資產的特殊性，使其無法利用市場價格機能的優勢，或因為市場中交易對象太少，形成寡占結構，無法進行自由交易，因此無法完全規避交易對象的投機與欺騙行為，而使市場機制失靈，交易成本增加，從而必須運用科層機制（即所謂的「自行研發」或是「內部生產」）來達成資源的交換。市場機制係以外部的市場價格競爭機制來達成交易，以價格機能來傳達資訊（即所謂的「議價」）來影響組織的交易行為，亦藉以選擇最佳交易對象，追求利益極大化；而科層機制則是以自行生產，建立合法的權屬關係來進行資源交易，例如企業常運用的集團，或類似垂直整合式的總部與分部關係，以降低交易的成本。

儘管後期的制度經濟論修正了市場與科層體制二分的架構，認為組織合作的形式(relational contract)亦具有某種的經濟效益(Williamson 1979, 1983, 1991)，亦即所謂的「混種」(hybrid)交易形式（吳思華 1996）。然而合作網絡做為組織間的集體行為，仍必須以正式協商的契約內容，建立以處罰做為約制與行為控制的機制，以建立分擔風險或成本的機制，如共持股權(equity-based)、共同出資(joint-venture)，以建立合作雙方互為人質、互有利害關係的牽制情境，才能消弭集體行為中的投機、搭便車(free rider)與欺騙行為，從而對合作的效益有所保障(Williamson 1975; Parkhe 1993)。然而，就組織的形式而言，合作網絡或聯盟在本質上是脆弱的，也是不穩定的結構，而必須向市場或科層機制方向來選擇。

經濟社會學的經驗研究則明白指出，組織合作網絡的形式是市場中具有相當經濟效益的模式之一，而非如交易成本論所指陳為一種過渡性的組織形式（Gulati 1995; Gulati and Singh 1998; Larson 1992; Uzzi 1996, 1997; 陳介玄 1994; 趙蕙玲 1995; Powell and Smith-Doerr 1994）。而組織合作網絡的運作與協調，特別是其中衍生之道德風險，如搭便車、不履行承諾或欺騙，則是從透過「鑲嵌」在社會關係中所產生的「信任」(trust)機制來統理(Grannovetter 1985; Bradach and Eccles 1989; Powell 1990; Baker 1990; Baker et al. 1998; Uzzi 1996, 1997, 1999)。從一個管理的層次來看，信任之所以能夠成為集體行動的統理機制，實質上偏重於說明經濟活動中非正式關係中的「社會控制」之作用力。換言之，社會學者強調組織合作中的社會交換邏輯，如互惠、互報人情、信賴的受與予，以及聲望與面子的社會控制功能對合作運作成效之影響。

2. 社會關係的理性邏輯：互惠、信用與保護主義

「信賴」的受與予，「互惠」與「互報」的關係邏輯皆屬於社會互動的基本要素。文獻指出透過「信任」做為組織合作的統理機制，基本上是透過合作者原有的社會連帶關係來決定交易合作的對象(Larson 1992)，因為合作的雙方在行為與態度有一定的熟識、預期與互惠的共識，可以降低其履行承諾的不確定性，或是因為屬於相同社會團體，易於形成非正式的社會制裁來約束可能有的投機行為(Shapiro 1987)，或是因為合作的經驗或持續的交易過程產生行為的共識與預期(Gulati 1995; Zucker 1986)。社會連帶關係使合作雙方的經濟利益獲得相互保障，形成一定程度的保護主義(Grannovetter 1992)，同時混沌的市場情勢(market uncertainty)也因為合作網絡的建立而變得簡單有規則可循。因此，社會鑲嵌的「信任」機制之所以「有效」，是建立在透過社會關係中的封閉性與排他性(Coleman 1988, 1990)，以創造社會資本來降低資源交易中的投機風險，確保經濟效益。

有學者從經濟效益的角度來討論透過「社會鑲嵌」運作的組織合作之效益，其中以訊息的分享與創新技術的取得最為重要(Uzzi 1996;

Larson 1992)。Uzzi 指出三種可能的經濟價值：1.透過社會連帶關係建立的合作較易形成「信任感」，而信任感使合作雙方在遇到問題時，會以雙贏的方式來尋求解決(Pareto Improvement)；2.分享無法標準化的資訊 (fine-grained)，包括創新技術與資訊移轉的速度與廣度，而唯有掌握資訊移轉速度與廣度才易達到技術移轉的目的；3.由於社會鑲嵌的組織合作關係著重社會交換的邏輯，所以情感性的價值(expressive values)，如友愛與互助才是行動的優先考量，因此較傾向於以共同解決問題的方式，處理合作雙方遭遇的特定問題(Joint problem-solving) (Uzzi 1997)。然而，社會鑲嵌的合作關係所能達成的經濟效益是有其侷限的，當達到某個臨界點時，社會鑲嵌的利益也會轉為負面的，其中即是由於合作對象的封閉性、局限性與合作內容的有限性，造成資訊與機會的封閉，甚至引發合作兩造的敵對與衝突(Uzzi 1996,1997; Gargiulo and Benassi 1999)。

文獻在討論「社會鑲嵌」組織合作中的「信任」統理機制實涵蓋了不同層次的概念，其中大致可以區分為三個概念：關係鑲嵌、結構鑲嵌、位置鑲嵌（制度鑲嵌）(Gulati and Gargiulo 1999; Zukin and DiMaggio 1990)。⁵大多數對信任機制的討論偏重在關係鑲嵌，關係鑲嵌指的是對偶(dyadic)關係中社會控制的作用力，其表現於對偶關係雙方的關係凝聚性(cohesiveness)，凝聚性愈強，互信、共識與行為的預期性愈明確，合作雙方會以對方利益為考量的傾向愈強。而凝聚性的來源則多半是血親或姻親(Grannovetter 1992)，或是以同質性原則（物以類聚）所建立的友誼關係，如同一地域、同一社會淵源（如同學、同事或相同團體），當兩兩的對偶關係皆是以強凝聚性為基礎，社會封閉性即會明顯增加。

結構鑲嵌同樣指的是社會關係的層次，然而其所著重的是社會關係結構本身的作用力，也就是關係網絡結構本身會約束行動者的行為

5 Zukin and DiMaggio(1990)曾提出四種鑲嵌的形式，分別為 cognitive embeddedness, cultural embeddedness, structural embeddedness, 以及 political embeddedness。然而，在本交分析架構中，大致上是將文化、認知以及政治鑲嵌歸類為制度鑲嵌的範疇。

選擇，可從社會關係中「口碑」之「聲譽」效應(reputation effect)與 R. Burt 提出「第三者效應」(third-party effect)來探討(Raub and Weesi 1990; Burt and Knez 1995; Lin 2001)。在組織合作的脈絡下，「聲譽」的建立代表組織的一種投資，也是對市場成員表達一種訊號(signaling)，一方面表現其行事風格，另一方面幫助有興趣的他者做為進一步接觸的基礎(Buckley and Casson 1988; Gulati and Singh 1998)。一般而言，我們可以區分為一般性的聲譽(generalized reputation)和特定脈絡的聲譽(specific reputation)，前者指的是市場中公開的資料，後者則是必須是透過特定關係網絡而傳達的訊息。當聲譽的傳播是透過特定關係網絡而流傳，往往較為人信賴而採用(DiMaggio and Louch 1998)，而當聲譽的傳播是透過特定的間接第三者，即可能會形成所謂的「第三者效應」(Burt and Knez 1995)，即增加直接來往的雙方在互動上的強度與情緒。「第三者效應」的概念主要是源於 Burt 有關謠言(gossip)的研究，其重點在於第三者存在的「策略性」角色會對對偶關係中互動雙方產生影響，可能強化對偶關係中互動的情緒強度如信任與情感，但也可能強化憎恨與誤解。

透過對合作有利害關係的第三者來引介所建立的合作關係，或是因為存在有對合作成敗有興趣的第三者觀察，皆可能會影響合作雙方經營合作關係的動機與意願。從第三者強化合作雙方對合作關係認可與投入的角度來看，其中可能的因果機制即在於：1. 第三者可能提供了合作雙方有關對方的訊息，而這些訊息往往不是在合作進行時能夠溝通，例如有關合作對象過去的行事風格或未來的行為動向等；2. 合作雙方在意其與第三者的關係，或第三者可能社會地位較高，因此維繫合作關係往往是為了穩固與第三者的關係；3. 由第三者所引介的合作關係會涉及間接的二手傳播，參與合作的雙方為顧及本身的聲譽，較傾向履行合作承諾(Raub and Weesie 1990; Burt and Knez 1995)。換言之，「第三者效應」明白指出合作關係結構層次上的作用力。

3. 位置鑲嵌與制度鑲嵌

然而，著重於社會關係做為扮演社會控制機制的「社會鑲嵌」論

述往往亦可能會低估組織行動受生態或正式化制度環境約制的程度。Powell, W. 提出「組織場域」的概念架構，以指陳組織市場結構「制度化」的概念。根據現有文獻，形塑「組織場域」結構的作用力大半來自三種主要的力量：生態（市場）結構、制度環境與組織關係網絡(DiMaggio and Powell 1983; Powell 1991)。所謂的「位置鑲嵌」在這裡即是指組織受組織關係網絡結構中相對位置的影響(Gulati and Gargiulo 1999)，其中以核心與邊陲的相對位置對合作關係的影響最大，愈是居核心位置的組織由於是許多組織邀約的合作對象，對合作關係之內容與形式有較大的自由度與主導權，而位居邊陲位置的組織則會尋求核心組織的認可，亦會透過模仿核心組織來尋求社會的背書(Baum and Oliver 1991,1992; DiMaggio and Powell 1983)。

組織生態學者則提出市場中組織數目多寡的密度(density)對個別組織的興衰與生存機會有結構性影響(Carroll and Hannan 1989)，其後亦明白指出組織的生態結構本身即是一個制度化的環境(Zucker 1989; Baum and Powell 1995; Baum and Oliver 1991,1992)，而制度指的是一套相互關連的法則與互動規範，對行動者的行動選擇構成正式與非正式的約制(Nee 1998)。換言之，制度規範界定了正當的行為方式。後期生態學者與制度論者提出「制度鑲嵌」(institutional embeddedness)的概念(Baum and Oliver 1992)，以論述組織與制度環境的連結(connectness)對組織生存機會的結構性影響，並指出組織係鑲嵌(embedded)在制度環境中的權力關係與價值信念，組織行動者會反映或承載著制度性的規則與信念，亦會遵循社會認可的形式與程序，以取得其存在之合法性與穩定性(Meyer and Rowan 1977)。

在組織合作的脈絡下，「制度鑲嵌」的論述指出：1.組織行動的生態結構本身即是由制度與市場生態力量二者共同形成的，因此表面上是由市場力量所造成的合作交易行為，必須進一步考慮組織中所鑲嵌的制度結構；2.制度影響組織場域中競爭(competition)機制的運作，較易增加優勢組織動員資源的正當性基礎；3.弱勢組織極力與優勢組織建立合作關係，會傾向透過模仿、角色扮演規範等同形化的機制(Di-

Maggio and Powell 1983)，來取得其存在價值的正當性，從而再次確立了組織所鑲嵌之制度環境的正當性與權力關係。因此，就制度理論的觀點來看，組織間的受予關係相當程度是，一方面反映組織場域中的規範價值，另一方面亦是持續強化不對等的權力關係。優勢組織利用其強勢的資源，自由選擇合作對象，較有能力運用權力支配邏輯以協調組織合作網絡，使組織間的權力差距持續（Baker 1990; Baker et al, 1998; 陳東升 1999）。因此，制度理論清楚地標明組織場域中組織位階關係可能制度化的趨勢，從而必須細緻地來考量組織間的不對等結構如何可能影響個別組織的行動。

（二）研究假設

依據上述理論文獻的討論，作者提出以下六個主要的研究假說，據以分析影響不對等合作關係中雙方對合作關係正面評價的因素。除此之外，現有文獻對於合作關係之分析大抵上仍偏重於水平式合作關係，例如強調選擇資源相當、規模相近的組織做為合作對象，可以使雙方處於平等地位，較能有對等的談判能力(Danielson 1977)，對較為特定的醫療組織不對等合作關係的論述不多，因此作者也參酌了部分本研究所收集的深入訪談資料，以佐證研究假設的方向。

研究假說一(1)：優勢組織對合作關係運作方式具有決策主導性，對合作關係評價較正面。

研究假說一(2)：弱勢組織與評鑑層級高的優勢組織合作，取得人力支援與聲望，對合作關係評價較正面。

在不對等的垂直合作關係中，相對位置不同的組織對合作關係的需求可能不同。研究文獻指出，合作雙方的權力對等程度，即對於組織間合作行為與活動之決策權力，是否集中於某一方，或是由合作參與者共同決定，對合作關係進行的成效與順利與否有影響。當合作成員權力不對等時，權力較大的一方較易傾向以主導控權的方式協調參

與合作的成員，使之產生順從而得到決策的一致性，降低合作所需的協調成本（Smith et al. 1995; 陳東升 1997, 1999）。其次，「位置鑲嵌」的論點亦指出，核心與邊陲的相對位置對合作關係的影響不同（Gulati and Gargiulo 1999）。因此，作者提出假說一之(1)。

本研究的訪談資料亦提供了部分的佐證，我們看到資源居優勢的支援醫院對合作關係的進行方式明確地要求決策的主導權，例如，有一位醫學中心受訪者談及原先已在洽談中的合作關係表示，「若要真正幫忙其業務的改善，就必須完全接受本○醫院的方式，意即完全由本○醫院來管理」（訪談記錄 009）。另一位接受支援的地區教學醫院受訪者指出：「讓本○醫院成為其衛星醫院／分院的角色」（訪談記錄 005）。

相對而言，接受支援的弱勢組織對合作關係的考量似有不同，如一位受援醫院受訪者提出：「尋求醫事人力支援合作主要是因本身需求急待滿足，建立合作關係是一種「不得已」而必須的事，係因本身醫療能力的欠缺或是醫事人力的不足而需要求助他人」（訪談記錄 020）。因此，我們推測受援醫院對合作關係的考量大抵是基於本身醫療資源的不足，因此與較高層級的醫院合作較易滿足其需求，對合作關係的評價較正面。因此，提出假說一之(2)。

研究假說二：當合作組織屬於相同的制度體系，不論其是屬於優勢或弱勢組織，較易降低協商和行政協調的成本，因此對合作關係的評價較為正面。

組織若來自相同的制度背景，可能會因為制度體系的同質性而創造組織間的社會信任，較易促進合作的進行(Harrigan 1988)，對合作關係的評價可能較為正面。研究指出組織成員屬性相近較有助於合作的執行，倘若雙方在理念價值方面差異過大，則雙方必須投注較多努力於整合與溝通等協調工作(Geringer 1988; Kanter 1994)，因此作者提出上述假設。

本研究的受訪者亦表達類似的觀點，例如一位公立醫院受訪者提出：「同一權屬制度體系是公立，是選擇合作對象的重要因素（訪談記錄 008）。

研究假說三(1)：不論是屬於優勢或弱勢組織，透過人際關係所牽成的合作關係較能促進合作雙方的熟悉度，降低搜尋與議價的成本，因此較有意願維繫良性互動的組織合作關係，對合作關係的評價較正面。

研究假說三(2)：當透過人際關係來建立合作關係時，涉及間接第三者的引薦(interested third-party)，會由於第三者效應強化原有的合作關係，對合作關係的評價較正面。

上節有關「社會鑲嵌」論點(Uzzi 1996, 1997)指出，透過人際關係所牽成的合作關係較能促進合作雙方的熟悉度，增進組織間信任與合作機會。就醫療產業的特性而言，其具備高度的專業性、技術性，以及不易察覺的封閉性（即所謂的「派系」問題），使醫療組織在選擇合作對象時，多半仰賴其長期所累積的熟識感與「推介」機制來運作。其次，前述 Burt 等人提出第三者存在的策略位置可能會改變雙偶(dyadic)關係中互動強度與正反情緒的表現(Burt and Knez 1995)，因此作者提出上述假說。

本研究許多受訪者亦指出透過鑲嵌在既有的社會關係中尋求合作對象，因為熟識而增加互信感，也可以減少搜尋的成本；同時因為透過例如同學、同校與同事等社會連帶所搭成的合作對象具有相同的背景，容易找到共同的語言與思維結構，促進合作時協商的能力，例如東部一家醫學中心受訪者指出：

促成本院主動與兩醫院合作的另一大類因素來自於人脈的考量。由於本院與○醫院、○醫院的醫師與多數科部主管

師出同門，亦即皆為○醫學院畢業的同學、校友或是過去同於○醫院醫院共事，加上本院也有醫師轉任至該兩院作為牽線引介。（訪談記錄 015）

研究假說四(1)：當優勢組織感受他方在資源貢獻上投入較多時，對合作關係的評價較正面；弱勢組織若感受優勢組織的投入貢獻超過均等貢獻，對合作關係有負面評價。

研究假說四(2)：不論是優勢或弱勢組織，當合作雙方感受到合作關係中利益分配沒有對等分配，對合作關係有負面的評價。

制度經濟論者對交易成本的分析指出，合作的進行必然要付出監控合作他方投機風險的成本，當成本過大時即可能造成合作關係的結束，因此在合作關係的控管上則會傾向於正式化的機制，其中即包括如詳述成員的貢獻與產出利益等方式(Williamson 1975; Jacquemin 1988; 吳思華 1996)，來使合作能順利進行。因此我們假設在合作過程中所感受到的道德風險，如資源投入的不對等或是利益分配不均，可能引發對合作關係的怨懟，從而影響對合作關係的正面評價。

然而，在一個地位權力不對等的垂直關係中，優、弱勢的組織因為所佔據的位置不同，對合作關係風險的感知與看法可能不同，作者推測當弱勢組織接受優勢組織的支援超過其所預期，弱勢組織可能會因為依賴性，或憂慮其核心資源空洞化的後果，從而對合作關係的評價趨於負面；相反地，由於優勢醫院是支援提供者，反倒可能認為對方應該為取得核心資源而投入較多的努力與貢獻，因此作者提出上述假說。

研究假說五：在不對等合作關係中，相對位置不同的雙方，正式化合作管理機制對合作關係評價的影響不同。

(1)對優勢組織而言，契約的簽訂迫使其必須要履行承諾，調派醫事人力支援，因此，簽訂正式契約可能使其對合作關係評價傾向負面；

(2)對居弱勢組織，透過契約的正式化關係可以增加其對合作訴求的正當性，因此簽訂正式契約對合作關係之評價較為正面。

有關合作關係統理機制的文獻指出，正式化控管機制常做為降低合作風險，促成合作雙方履行承諾，以協調合作雙方行為的依據。正式化程度係指組織間的交換行為是否具有官式認可(official recognition)，或是正式委由中間者協調合作雙方關係，當雙方合作關係愈趨正式化，組織會倚賴規則、程序以及標準作業規定來管理合作關係以產生合作的效益，例如規劃合作的具體項目，包括建立選擇合作對象的審核規範(Jacquemin 1988)、訂定合作契約或詳細書面規章(Sounder and Nassar 1990)。國內王正璞(1993)的研究指出，合作組織間的管理機制，例如規劃具體化程度、合作的溝通協調程度、合作控制機制化程度等因素對於合作關係滿意度、目標達成度，以及整體績效皆有明顯的影響。

然而，進一步考量本研究所收集的深入訪談資料，則並不完全可以看到正式化管理機制所發揮的功能。根據訪談記錄指出，簽訂契約或是以正式化的控管機制來推動合作關係往往只是表象，例如有的醫院指出：

合約只是形式上而已，因為應付評鑑必須有合約。對於合作，雙方必須先談妥，有了默契後才進入正式程序，事實上只要談妥後便能立刻做事了。（訪談記錄 065）

就算是號稱以管理優先的醫學中心受訪者亦指出：

本院與○醫院確有簽訂合約，期約時間為6年，然兩者間的合作事項並不盡然有既定的過程，也未有格式化的要求。事實上乃是以很具彈性的作法，例如在溝通與商量合作事項細節時，可能僅以口頭約定等方式認可，並未限於固定格式或流程，多是非正式協商產生。（訪談記錄 005）

因此，作者預期正式化統理機制對不對等合作雙方的作用力可能不同。

研究假說六：不論是屬於優勢或弱勢組織，當組織對合作成果有自行訂定的衡量指標，會使組織在合作成果上有預期的達成目標，較易對合作關係有正面評價。

最後，學者指出合作雙方如果對合作成果有明確的具體衡量指標，較易對合作關係有正面評價(Selwyn and Valigra 1991)，稱之為控制正式化程度，其係指合作組織對於合作的事項，是否有建立系統化的監督與控制程序，以做為合作控管依據。當實際執行合作活動時，對合作行為之監督與控制是合作成功之重要因素(Awadzi 1987; Devlin and Bleackley 1988)。因此作者假設不論是居於優勢或弱勢的合作組織，如果自行有設立具體衡量指標，較易減低合作關係進行的不確定，對合作關係的評價較正面。

我們的深入訪談資料大致上亦可支持這樣的觀點，例如一位認為合作關係滿意的受援醫院即提及：「有呀！我們會看門診量有沒有提高，或是支援醫師有沒有按時來」（訪談記錄 015），或另一家支援醫院提出「對於我們人力支援的成果能以部份指標來衡量，例如以支援後對醫院的利潤以及病患轉介情形作為參考」（訪談記錄 046）。

三、資料來源與分析方法

(一) 資料來源

1. 研究工具：問卷設計

本研究以自行設計之結構式問卷進行資料蒐集，調查醫院自 1995 年健保實施以來所進行的醫院間合作關係之現況。在問卷中我們定義「醫院間合作關係」為「醫院與醫院或與其他醫療機構互相協助或共同進行醫療業務與服務，例如醫事人力支援與訓練、病患轉介或轉檢、醫事人力訓練與輔導、聯合採購」，其後我們再分別就此四項資源的交換來詢問受訪醫院與哪家醫院進行合作、建立合作關係途徑、合作關係之內容、對合作關係的控管規範、合作過程中利益分配、投入貢獻分配的情形，以及雙方在合作事項上決策權力的分配，最後則要求受訪醫院對個別合作關係所感受到的主觀效益做評估。

我們要求受訪醫院就其所提及的合作對象所進行的最近一次合作案來加以說明，因此，本研究所掌握的合作關係現況無法代表整個合作關係的全貌，同時對於合作關係的變化也限於資料無法深入分析。儘管如此，這樣的研究設計也提供了某些優點：1. 受訪醫院較不會因為記憶的困難而無法回答我們的問題；2. 由於僅針對最近一次所進行的合作案來加以說明，因此我們較可能要求受訪醫院對合作關係進行評估，而不會產生混淆。文獻上指出組織行為多半具有一致性(Parkhe 1993)，因此，我們相信儘管所調查的是最近一次的合作經驗，但在某種程度上應可以看到其整體的行為模式。

問卷的格式採矩陣式的設計，請受訪醫院填答自全民健保制度推行後至今 (1995-1999)，與醫院有實質的醫事人力支援合作關係之醫院，至多六家，⁶ 並就最近一次的合作案，來進行訪談與問卷填寫。

6 問卷中預先即設定最多六家的合作關係，有部分醫學中心指出他們的合作對象不只六家，然而當我們要求受訪醫院僅就具有實質合作關係與密切互動的合作關係來填答，一般而言，大多皆無法填滿六家，僅有少數可填至七家以上。然而，我們限於問卷的

因此受訪醫院將合作醫院之名稱填寫在問卷上方的空格，而後再就研究者陳述之各項問題逐一回答。在完成問卷設計後，進行三位專家效度評估。由於原先的設計是由研究者直接親訪醫院做訪談與填答問卷，然而在進行三家醫院面對面訪談後，發現限於問卷內容之長度與複雜性，受訪者無法經由直接訪談而取得完整而正確之資料，故本研究改採預先郵寄問卷，然後再進行面對面訪談兩種方式進行。

2. 問卷寄發與回收

本研究以「行政院衛生署八十五至八十八年度醫院評鑑及教學醫院評鑑合格名單」為標準，選取地區教學醫院以上層級之醫院為研究調查對象。⁷ 經剔除已結束營業之醫院，共計有 128 家醫院符合研究條件。資料蒐集時間為 1999 年 9 月 1 日起始，由於中途受到 921 地震之影響使資料收集工作受阻，故延長至 2000 年 3 月 30 日止。我們先行寄發研究問卷至研究對象醫院之院長，請求協助填答完成，若院長本人無法填答則再請求指派其他主管協助填答。研究者於問卷寄達後兩週，電洽聯絡並親自造訪取回問卷，於問卷取回同時，就填寫內容與受訪者進行確認與深入訪談。經問卷追蹤結果，本研究共計回收 89 家醫院問卷，回收率 69.5%。

3. 訪談資料來源

本研究利用自行設計之訪談大綱，以一對一面對面訪談的方式與各醫院主管進行半結構式的深入訪談，每位受訪者訪談時間平均約為 1 至 2 小時，並徵得受訪者同意後將訪談過程之內容予以錄音。由於並非每家醫院皆同意進行深入訪談，在 89 家成功回收問卷的醫院中，僅 49 家醫院主管願意接受訪談，成功率為 55.1%。其中，以北部醫院 (64.4%)，醫學中心主管的受訪率較高 (92.9%)，參看表一。

一致性，仍舊僅就最密切的六家進行訪問。

7 本研究選擇地區教學醫院層級以上醫院做為研究對象的原因有三點：1. 由於本研究擬進行深入訪談與結構問卷填答，鑑於時間與資源之有限，因此限制於地區教學醫院層級以上的醫院進行訪談；2. 由於教學醫院必須具有教學的功能，因此會迫使醫院向外尋求合作關係，以強化其教學的功能與事實，因此會增加組織間合作關係之建立；3. 教學醫院因具有教學的使命，對於學術研究單位要求進行訪談較不排拒。

表一 受訪醫院屬性一覽表 (N=49)

	受訪醫院		回收率		訪問成功率 (N=49,55.1%) ^b	
	N	%	N ^a	%	N	%
地區別						
北部	45	50.6	59	76.3	29	64.4
中部	18	20.2	30	60	9	50
南部	22	24.7	34	64.7	10	45.5
東部	4	4.5	5	80	1	25
層級別						
醫學中心	14	15.7	14	100	13	92.9
區域醫院	34	38.2	51	66.7	17	50
地區教學醫院	41	46.1	63	65.1	19	46.3
權屬別						
省縣市立醫院	24	27.0	29	82.8	11	45.8
公／私立大學醫院	8	9.0	8	100	4	50
軍方醫院	7	7.9	15	46.7	5	71.4
榮民醫院	5	5.6	8	62.5	3	60
財團／宗教法人醫院	27	30.3	37	73	15	55.6
私人醫院	18	20.2	31	58.1	11	61.1

^a 全部醫院共 128 家

^b 並非每家訪問成功的醫院皆同意我們錄音。

(二) 分析方法

1. 資料處理

在醫事人力支援合作關係⁸中大致可以依其為單向式或雙向式的合作而區分成兩大類⁹：1. 支援或受援合作關係，就支援醫院而言，其

8 雖然本研究所調查的醫院組織間資源交換包括有四大類型，即醫事人力支援、醫事人力訓練、病患轉診與轉檢，以及聯合採購，然而本文僅就醫事人力支援的資料加以分析，除了資料繁雜尚待分析，其中一個最重要的理由是，限於法令上對醫師人力的培育有數量上的限制，以及醫院評鑑制度的推行，使得大型教學醫院才有能力與條件培養自己醫院的住院醫師，致使醫師人力的支援與訓練成為牽動醫院合作的最主要動力。

9 單向式或雙向式的人力支援合作關係並無法直接說明合作關係是否為互惠的。對很多單向式的合作關係而言，合作雙方或一方對合作關係看法是傾向互惠的。

提供合作對象不等的醫事人力於該院內看門診，以增加該院的醫療服務項目，或是協助會診住院病患，或是支援加護病房的人力，而合作的受援醫院則以不定形式的資源來交換，如車馬費、診察費或其他研究經費的資助等；2.相互支援的合作關係，即合作的雙方互相支援對方所需的醫事人力，增加對方的醫療服務項目。大抵而言，醫院之間單向式的支援合作模式較為常見。在本研究中，單向式的合作關係佔總合作關係中的 81%，而相互支援的合作關係僅佔 19%。

研究者將受訪醫院最多六家的合作醫院資料重新編排，建構受訪醫院與個別合作對象的配對關係資料庫。在此配對資料庫中，每個觀察值為受訪醫院與其單一合作對象的資源交換，因此，分析的單位為配對關係，而非受訪醫院本身。由於一個受訪醫院可能與不同醫院進行支援、受援或互援的合作關係，我們根據受訪醫院所列出的合作對象，將單向式的合作關係區分成支援性的合作關係與受援性的合作關係，分別進行分析。因為雙向式的合作關係所佔比例很少，亦為使資料的呈現較為簡潔，我們將暫時不進行分析。在分析方法上，首先利用單變項次數分配、雙變項相關分析等統計方法來描述樣本特性，其次，利用邏輯迴歸分析(Logistic Regressions)來建構分析模型。

2. 研究變項與定義依變項

主觀(perceived)的合作關係評價 我們用三個面向來測量合作醫院雙方對合作關係之主觀評價，藉以區分正面與負面評價的合作關係。這三個面向分別為：合作關係之滿意程度、合作過程順利的程度、合作雙方感受到愉快的程度。受訪醫院在這三個面向上的回答皆是以 Likert 的量表來回答，例如，當受訪醫院被詢問“整體而言，其與合作對象所進行的人力支援的合作案之合作過程是否順利？”，受訪醫院以“非常不順利、不太順利、尚稱順利、很順利、非常順利”來回答。在進行量性資料分析之時，由於各題之次數分配有集中於中間選項的情形，我們重新將這五種回答加以編碼為二元變項，即當受訪醫院評估其合作關係為很順利、非常順利，我們將之編碼為“1”，其餘則編碼為“0”。其他如滿意與愉快程度的面向以相同方式編碼。

最後，我們定義必須同時具有主觀評價為很滿意、很順利、很愉快的關係才是具有正面評價的合作關係，其餘即為具負面評價的合作關係。¹⁰

從訪談的資料中可以知道所謂滿意合作關係大都是在合作關係中，「獲得的效益包括具體的醫療服務業績與醫療知識技術，以及無形的聲望形象」（訪談記錄 001）；「我們對外支援對本院並沒有實際的好處，但在聲譽方面會比較好」（訪談記錄 020）。受訪醫院也談及其合作對象未能履行當初合作的承諾，沒有合作的誠意，致使在協調與協商成本增加，讓該院感受到不愉快以及過程上不順利，同時對未來是否可以繼續合作顯得相當保留。

自變項：

1. 制度結構位置變項

「權屬一致性」變項 我們將醫院與合作對象屬於相同所有權類別者，編碼為“1”，不相同者為“0”。本研究中對醫院的所有權類別分為省縣市立醫院、榮民醫院、軍方醫院、公立大學附設醫院、財團法人醫院、宗教法人醫院、私立大學附設醫院以及私人醫院等共八類。

「層級不一致」變項 我們比較合作醫院雙方是否屬於不同醫院評鑑層級，當雙方不屬於同一層級的醫院，即將之編碼為“1”，同一層級即編碼“0”。由於不同層級醫院提供醫療服務的能量不同，愈高層級的醫院能夠提供愈多類型的醫療服務，當合作醫院的層級不一致時，可間接反映醫院間資源的支援與受援關係。

10 作者主要的意圖在利用此三個面向篩選出高度正面評價的「成功的」合作關係。換言之，選擇三個面向皆為(111)代表一個較高的門檻，讓作者能找出那些是屬於高度正面評價的合作關係，以檢證作者所提出的假設。何以作者並未採用累計積分，並以線性迴歸來分析，理由有二：1.由於這些測量本身即非連續，而僅為序列，並非完全符合線性迴歸所要求的常態分佈，而當初用序列而非類別的目的是在於希望能呈現較多變異，然而實際上，2.資料結果分析發現有較多的集中趨勢，而非常態分佈，且較多是分佈在「尚稱順利」。這個結果也是作者可以預期的，因為受訪者會由於社會期望性(social desirability)而填選中間的答案。在這種情形下，作者假設醫院只有在真正感受到強烈正面評價，才會勾選「很順利」與「非常順利」的選項，因此促使作者選擇將此兩個選項歸為一類，而考慮運用對數迴歸分析而非線性迴歸模式來處理資料。

2. 關係變項

「關係建立途徑」變項 受訪醫院被詢問是透過什麼途徑來建立合作關係，受訪醫院回答以「透過院內管理階層的介紹、院內醫師的介紹、經由其他醫院或院外人士推薦介紹、主動接洽，或由政府選定安排」等方式。我們將此一變項重新編碼為四類關係：.院內的人際關係（如醫師或管理階層）介紹、院外人士推薦介紹、為本院主動接洽、政府選定的對象。

3. 合作統理變項

「簽訂正式契約」變項 我們用兩個變項來測量合作醫院如何統理其個別合作關係：是否簽訂「契約」：受訪醫院與合作對象簽訂正式書面契約，明訂雙方權責與義務，則將之編碼為“1”；其他無簽訂契約者，無論是設立專責單位或口頭擔保，皆編碼為“0”。

「合作成果衡量指標」變項 此一變項是詢問受訪醫院對於其個別合作關係的成果效益是否可以明確衡量，受訪醫院回答以「可找出清楚而具體的指標加以衡量評估、部分可以具體衡量部分以直覺評估，或是很難找出清楚而具體的指標，皆以直覺推估」。我們將此一變項重新加以編碼，將一部分或全部無法用清楚而具體指標衡量的合作關係編碼為“0”，完全可以用清楚而具體指標衡量者為“1”。

4. 決策權力變項

「決策權力主導性」變項 詢問受訪醫院在進行合作案時，對於合作事項與權責義務之決策權力是本院較為優勢、對方較為優勢，或是雙方有均等的決策權。在資料分析中，我們發現所有的支援醫院皆答以本院優勢或是均等優勢。因此我們在支援性關係的分析中，建構另一個變項為「主導性」變項，將本院在決策權力上較為優勢編碼為“1”，均等優勢則為“0”；而在受援關係中，所有受援醫院亦皆答以對方優勢或均等優勢，故建構另一個變項為「依賴性」，將他院權力較為優勢者編碼為“1”，均等優勢為“0”。

5. 合作過程的心理變項

「資源投入不對等」變項 請受訪醫院對其個別的合作夥伴在促

進合作案所需之人力、物力、財力等資源的投入貢獻做整體性評估，是自己本院為多、還是他院投入貢獻較多，或是均等貢獻等三個選項。

「利益分配不對等」變項 是以受訪醫院評估其在合作關係中的整體利益分配是對方受惠較多、本院受惠較多或是雙方互惠均等來建構。我們將此一變項重新編碼，當合作不是均等受惠者為“1”，均等受惠則為“0”。但是要注意的是，由於沒有任何支援醫院提及是本院受惠較多，或受援醫院提及他院受惠較多，因此，對支援醫院而言，利益不對等指的是對方受惠較多相對於平等互惠，但是對受援醫院而言卻代表自己受惠較多相對於平等互惠。

四、研究結果

（一）描述性結果分析

本研究之研究對象為台灣地區 128 家地區教學層級以上醫院，經問卷資料蒐集共計回收 89 家醫院，回收率為 69.5%。在回收的受訪醫院中，北部醫院回收問卷的情形最好，達 76.3%，最差的為中部地區（60%），主要原因為資料蒐集時間經歷 921 地震，而使位於中部受創地區之醫院無法配合填答。在醫院層級別方面，醫學中心的回收率最高，達 100%，區域醫院次之（66.7%），地區教學醫院回收稍差（65.1%）。在醫院權屬別方面，回收醫院以省縣市立醫院最多（82.8%），軍方醫院（46.7%）最少，原因可能為軍方醫院本身的醫院合作案僅限於軍方醫院體系內部的相互支援，也常因機密的理由拒絕填答。因此，從以上的分佈可知，本樣本之外推性有一定限制。

表二指出我們所訪問到的 89 家醫院共提及 345 對的人力支援合作關係，就其支援的方向來看，可以區分為支援、受援，以及相互支援合作關係三種類型，支援方向的合作關係有 154 對，佔全部的 44.6%；受援方向的合作關係有 125 對，佔全部的 36.2%，以及相互支援方向有 66 對，佔 19.1%。支援醫院所提及的合作對象，即受援醫

院，有 62 家(40.3%)並不在我們的受訪醫院名單中，而受援醫院的合作對象，即支援醫院，有 9 家(7.2%)並不在受訪名單中，造成這種結果是因為有許多受訪醫院的合作對象並非在我們的研究範圍內，有些則因為拒訪而使得我們僅有單方面的資料。

在受訪醫院所提及的 345 對人力支援的合作關係中，我們以關係的方向分成支援、受援合作關係二項為分析主軸，就合作關係內容、合作關係之運作邏輯，以及影響支援與受援合作關係的主觀效益因素分析等三方面來加以說明，表二報告統計的結果。

合作內容指的是支援／受援之醫事人力、參與科別，以及合作所執行的業務。就整體分佈而言，支援的人力以主治醫師最多，住院醫師次之，護理人員與其他醫事人員最少。¹¹ 支援／受援的科別則以內科、外科最多，原因可能為此兩科的病人就醫量較大，而外科醫師招募不易，使各醫院對此兩科的醫師需求亦較大，其次為兒科、骨科、婦產科等。這些科皆是分科較多、病人量較多的科別，需要有更多的醫師人力以充實醫院所能提供服務。支援／受援的業務以門診為主，其次為手術、臨床教學、住院或加護病房照護、急診等。門診比例明顯高於其他業務。

最近一次的合作關係平均歷時約 2 年，歷時 1 年以下的合作關係比例以支援性合作關係較多，然而，根據訪談資料來看，醫院合作的對象多是長期的合作盟友，在此所填答的年限大多指的是每次簽約的年限，但是時間一到，如果沒有太多問題即會繼續簽約。在支援性的關係中有 12 對(7.8%)的合作關係歷時長達 10 年以上（其中包括無明確結束時間的合作關係），而受援性關係則有 10 對(8.0%)的合作關係持續 10 年以上。

就各醫院進行最近一次的合作關係來看，其中僅有 38.8%的支援關係是與權屬一致的醫院進行合作，而僅有 20%的受援關係是與權屬相同的醫院合作，此結果顯示制度體系的同質性對建立醫院合作關係

11 層級較高的醫院會以資深的住院醫師支援低層級的醫院。

表二 醫事人力支援／受援合作內容一覽表

變項名稱	支援 (N=154) %	受援 (N=125) %
支援人力		
住院醫師	23.4	-
主治醫師	92.9	-
護理人員／其他醫事人員	7.8	-
支援科別		
內科	43.2	-
外科	34.2	-
婦產科	11.0	-
兒科	19.2	-
骨科	21.9	-
支援業務		
門診	90.3	-
急診	14.3	-
手術	33.8	-
住院／ICU	22.7	-
臨床教學	24.0	-
受援人力		
住院醫師	-	21.6
主治醫師	-	92.8
護理人員／其他醫事人員	-	3.2
受援科別		
內科	-	41.0
外科	-	28.7
婦產科	-	13.1
兒科	-	23.8
骨科	-	9.8
受援業務		
門診	-	79.2
急診	-	25.6
手術	-	25.6
住院／ICU	-	25.6
臨床教學	-	28.0
最近一次合作案歷時長短		
合作案平均歷年數 (SD)	2.13 年 (3.39)	2.45 年 (3.03)
合作案歷時 1 年以下	74.6%	57.0%
合作案歷時 2 年以下	12.3%	19.8%

註：由於各題項填答有少許缺漏，故各欄之百分比係依該題實際填答的總數計算。

並不特別重要。其次，合作關係中醫院層級的不一致性程度相當高。而醫院之所以尋求建立組織合作關係的原因大多有多重的考量因素，例如一方面是由醫院本身需求，另一方面也是透過他院院長請託。如果就支援與受援合作關係兩者分開來看，在不同考量因素上的分佈，¹²則可以看到支援關係中以他院主動尋求合作機會的比例最高（佔全部支援關係的 82.5%），其次則為人情請託(55.2%)，而受援關係中則以出自醫院本身需求的比例最高（佔全部受援關係的 91.2%），其次為看重合作對象的聲望與醫療水準(79.2%)。

就合作關係建立的途徑來看，醫院選擇合作對象是透過人際關係引介的方式佔相當高的比例。其中無論是支援關係或是受援關係中皆有約三分之二以上的合作關係是透過醫院的管理階層（如院長）的人脈所介紹的管道，或是由醫院內醫師間的人際關係來引介。在支援關係中亦有部分合作關係是透過院外人士的推薦介紹(11.7%)，使得整體而言有超過八成以上的合作對象的選擇不是透過醫院在毫無淵源的情況下，主動接觸而形成的合作關係。在受援關係中，則較多比例的合作關係是經由醫院本身主動接洽而達成合作關係(18.1%)。

就合作關係的統理模式來看，支援關係中有 74%的合作關係中是以簽訂契約來明定合作的內容與醫療糾紛時的責任歸屬，而在受援關係中有簽訂契約者比例稍高，有 80%。¹³ 整體而言，認為僅一部份能建立具體指標的醫院最多，其次為很難建立具體指標，認為皆能建立具體指標所佔比例最少。在支援關係方面，認為僅一部份能建立具體指標最多(47.0%)，在受援醫院亦是以一部份能建立具體指標為最多(43.2%)。因此，大多數參與合作的雙方對合作關係可能形成的結果效益沒有明確的預期目標。

表三說明了合作醫院對合作中利益分配的認知與感受。合作關係中的決策權力結構指的是對於合作事項與權責義務之決策權力是本院

12 受訪醫院在各項考量原因是可以複選的。

13 受援醫院因為醫院評鑑制度的要求，常要求支援醫院簽訂契約，以證明其與大型醫院有建教合作與學術交流。就醫院而言，契約本身可能不具實質規範力量。

較為優勢、對方較為優勢，或是雙方有均等的決策權。可以看到有 31.8% 的支援醫院指其在合作關係中是處於相當主導性的地位，而約有 39.2% 的受援醫院指其在合作關係中在決策權力上是屬於被支配性。受訪醫院對其個別的合作夥伴在促進合作案所需之人力、物力、財力等資源的投入貢獻做整體性評估，是較自己本院為多、還是他院投入貢獻較多，或是均等貢獻等三個選項。有 45.5% 的支援醫院指出是本院貢獻較多，29.6% 的受援醫院指出是本院貢獻較多。然而，沒有任何支援醫院提及是本院受惠較多，或受援醫院提及他院受惠較多。有高達一半的支援醫院感受合作關係中是以對方受惠較多的。

表四呈現了合作醫院對合作關係帶來的好處、障礙，以及對合作關係的整體評價。支援醫院主觀認為其合作關係所能帶來的利益多在於提昇醫院的聲望形象(56.5%)，其次為增加病人(48.1%)，在合作的障礙上列舉較多的是人力不足與調度的問題(53.9%)，其次則為交通問題(24.7%)與薪資費用(20.8%)。支援醫院提供各種醫事人力，因此有較多排班、溝通或人手不足的問題。醫院聲望的增加亦為支援醫院帶來正面的資產，理由主要在於支援醫院可以透過合作關係進一步推廣醫院的名號，對其社會地位與吸引病人皆有正向的效果。反之，受援醫院感受到不同的效益與障礙，在效益方面以提昇技術水準(77.6%)與增加醫師人力(74.4%)為主，在障礙的部分則是人力調度有困難(48.7%)與交通問題(32.8%)，人力調度問題可能源自支援人力來源的不定期所引起協調問題。在合作關係的總體評價方面，僅有約三成的支援合作關係以及四成的受援關係對合作感到滿意，有近半數對合作的過程感到順利與愉快。然而，同時是滿意、順利與愉快的合作關係所佔比例明顯較低，特別是在支援合作關係。在未來是否持續合作關係，則有 40.9% 的支援醫院持肯定態度，但有高達 86.4% 的受援醫院願意繼續合作關係。

(二) 影響不對等合作中兩方對合作關係正面評價的因素

表五呈現多變項邏輯迴歸的結果，旨在呈顯影響地位不對等的合

表三 醫院間醫事人力支援／受援關係特性一覽表

變項名稱	支援 (N=154)		受援 (N=125)		顯著檢定
	N	%	N	%	
合作醫院權屬一致性	59	38.8%	25	20%	
合作醫院評鑑層級不一致性	137	89%	107	85.6%	
合作關係建立的原因（可多重選擇）					
醫院本身需求	33	21.4%	114	91.2%	
對方聲望水準	4	2.6%	99	79.2%	*
他院／本院主動尋求 ^a	127	82.5%	22	17.6%	
地理位置近	30	19.5%	39	32.1%	
人際關係	85	55.2%	67	53.6%	
政府政策輔導	23	14.9%	3	2.4%	
合作關係建立途徑					
院內人際關係引介	116	75.3%	90	76.7%	*
院外人士推介	11	11.7%	2	1.7%	
本院主動尋求	5	3.2%	22	18.1%	
政府選定安排	15	9.7%	3	3.4%	
合作過程心理評估					
決策權力主導性	49	31.8%			
決策權力被支配性			49	39.2%	
利益分配的不對等	77	50.0%	44	35.2%	
資源投入貢獻（均等）	64	41.6%	58	46.4%	
本院付出較多	70	45.5%	37	29.6%	
他院付出較多	13	8.4%	27	21.6%	*
合作關係統理					
簽訂契約	114	74.0%	100	80.0%	
具體衡量指標					
很難／一部分有具體指標	115	77.2%	84	72.0%	
有具體衡量指標	34	22.8%	33	28.0%	

^a 支援醫院欄內指的是他院主動要求支援醫院協助；受援醫院內指的是本院主動尋求。

註 1：*表示統計值卡方檢定達顯著水準（ $p < .05$ ）。

註 2：由於各題項填答有少許缺漏，故各欄之百分比係依該題實際填答的總數計算。

表四 醫事人力支援／受援合作關係評價一覽表

變項名稱	支援 (N=154)	受援 (N=125)	顯著檢定
	%	%	
合作效益			
本院獲益			
提昇技術水準	16.9	77.6	*
提昇醫院聲望	56.5	48.8	
抒解醫師人力	8.4	(-)	
增加醫師人力	10.4	74.4	*
增加病人	48.1	26.4	
合作障礙			
醫療人員不支持	11.0	6.7	
薪資費用問題	20.8	20.2	
人力調度／人力不足	53.9	48.7	*
交通問題	24.7	32.8	
醫療責任歸屬問題	10.4	1.7	*
聯繫不良	6.5	5.9	
病人流失	9.7	8.4	
合作關係的整體評價			
合作關係滿意	33.1	40.8	
合作過程順利	50.0	49.6	
合作感覺愉快	53.9	50.4	
未來願意繼續合作	40.9	86.4	*

註 1：*表示統計值卡方檢定達顯著水準 ($p < .05$)。

註 2：由於各題項填答有少許缺漏，故各欄之百分比係依該題實際填答的總數計算。

作組織雙方對合作關係整體正面評價的因素如何不同。首先，在支援的合作關係中，假設一之(1)預期合作關係中的決策主導權對支援醫院有影響，獲得量性資料的支持，在合作關係中具有決策權力的主導性對支援醫院投入合作關係有重要影響。當支援醫院得以享有決策權力的主導性時，其會對合作關係抱持正面評價的勝算比(odds)，會較支援醫院在合作關係中感受到權力均等會持正面評價的勝算比來得高，增加 196% (相對比[odds ratio]為 2.96)。

相對而言，受援醫院在合作決策權力上居於被動弱勢，會對合作

表五 影響醫療組織對合作關係持正面評價因素之邏輯迴歸分析(Logistic Regression)

變項名稱	支援合作關係			受援合作關係		
	b	S.E.	Exp(b)	b	S.E.	Exp(b)
制度結構位置變項						
權屬一致	0.55	0.54	1.74	-0.47	0.61	0.62
層級不一致	-0.43	0.73	0.64	1.28	0.73	3.62(p<0.8)
關係變項						
(支援) 關係建立途徑 (參考組：院內人際關係引介)						
院外人士推薦介紹	1.84	0.81	6.31**			
本院主動接洽	1.57	1.53	4.84			
政府要求	-8.82	26.5	0.001 ^a			
(受援) 關係建立途徑 (參考組：人際關係或政府選定) ^a						
主動接洽，沒有淵源				-0.67	0.67	0.51
關係統理變項						
簽訂正式契約 (參考組：沒有簽訂正式契約)	0.54	0.61	0.58	1.19	0.76	3.29
具體衡量指標 (參考組：部分或沒有衡量指標)	1.38	0.55	3.97**	1.51	0.61	4.54**
決策權力變項						
決策權力主導性 (參考組：決策權力均等)	1.08	0.57	2.96*	-0.42	0.51	0.65
合作過程心理變項						
利益分配的不對等 (參考組：利益分配均等)	-2.06	0.73	0.13	0.77	0.63	2.16
資源投入貢獻 (參考組：資源投入貢獻均等)						
本院付出較多	0.52	0.67	0.59	-0.35	0.67	0.71
他院付出較多	2.53	1.11	12.67*	-2.34	0.93	0.09*
Model Chi-Square Improvement		44.14(11)***			19.7(9)**	

*p<0.05, **p<0.01, p<0.001

^a由於單純為政府指定的合作關係不多，加以遺失值，使此估計值的標準差過大，經檢查不同的迴歸分析模型，仍指出相同的結果。

關係的評價有負面影響，然此因素並未達統計顯著檢定，其次受援醫院雖因為獲得醫師人力支援而對合作關係有正面評價（假設一之(2)），然而此結果也接近統計顯著檢定（ $p < .08$ ），此種結果反映出受援醫院對合作關係的優先考量雖然主要在於市場的生存與資源的取得，然而資源的取得是否即可形成對合作關係的高度肯定值得進一步探討。

假說二「制度同質性」預期合作醫院的制度體系相同較易降低協商和行政協調的成本，對合作關係的評價較正面，然分析結果指出，對支援或受援醫院而言皆並未支持此一假設，顯示在醫療產業中，制度體系本身的同質性對合作關係評價的影響，可能沒有以醫師或醫療管理階層背景所形成的同質性來得重要。因為相較於假說三之(2)獲得資料的支持，我們看到反而是社會連帶關係所形成的合作關係對形成高度滿意、愉快、順利的合作關係有重要影響。相較支援醫院利用院內管理階層或是院內醫師人脈關係來引介合作對象會對合作關係持正面評價的勝算比，支援醫院若是透過院外人士或其他醫院院長推薦合作對象，會對合作關係持正面評價的勝算比即會增加 531%（相對比為 6.31），¹⁴ 反映在不對等合作關係中，較為優勢的醫院對合作的承諾可能較易透過第三者的存在或是對第三者的信任而形成。

社會連帶的因素對受援醫院的影響則較不明顯，然而透過人情的幫忙仍是比主動尋求合作夥伴較有可能形成正面評價的合作關係。我們推測這樣的結果可能是由於多數的受援合作關係是透過院內直接人際關係引介，因此無法造成區辨的效果。

再就假說四有關合作過程的心理變項來看，可以看到假說四之(1)獲得量性資料的支持，支援醫院對資源投入貢獻的評估對合作關係的正面評價有明顯影響：相較支援醫院自覺資源投入貢獻均等會對合作關係持正面評價的勝算比，支援醫院若自覺投入貢獻較對方為多時，其會對合作關係持正面評價的勝算比即會減少 41%（相對比為

14 由於本研究受訪醫院大都是透過院內人際關係來牽成合作關係，使得純粹是透過院外人士的管道來進行合作關係的比例較少，可能會造成量性分析上的誤差，然經作者多次就邏輯迴歸模型進行檢證，此項因素的影響依然存在，然而進一步的研究以確認此項結果仍是相當重要的。

0.59)，而當評量合作對象是投入貢獻較多時，支援醫院會對合作關係持正面評價的勝算即大大增加 1167%（相對比為 12.67）。

相反地，做為相對弱勢的受援醫院則是明顯不同：相較於受援醫院自覺貢獻投入雙方均等會對合作關係持正面評價的勝算比，當受援醫院自覺合作對象之投入與貢獻較自己為多時，其會對合作關係持正面評價的勝算比即會明顯減少 91%（相對比為 0.09）。從部分深入訪談的資料，我們推測導致此項結果的原因是，受援醫院很可能是合作關係中較為依賴弱勢的一方，當感受到是對方的投入與貢獻較多時，會產生對自身核心能力空洞化的焦慮，以及對合作對象之深度介入會使之可能喪失主體性的危機感增加，對合作關係反倒有負面評價。

假說四之(2)有關利益分配不對等的假設則並未獲得資料的支持。我們推測在不對等的醫療組織合作關係中，合作利益的分配是較難以評量的，因此也就難以衡量雙方不平等受惠的程度，因此對合作的正面評價關係沒有影響，也可能因為在不對等關係中，利益的互惠與平等本身即不是醫院進行合作關係之最重要考量因素，因此也就造成統計上沒有顯著影響的結果。

假說五有關正式化控管機制對合作關係評價的影響雖然沒有獲得資料的支持，然而，值得注意的是，對居於優勢的支援醫院，正式契約的簽訂的確使其對合作關係評價傾向負面，而對受援醫院而言，透過契約的正式化關係亦的確可增加其對合作訴求的正當性，較易對合作關係持正面評價。我們推測這樣的結果可能是因為居優勢的支援醫院在簽訂正式契約後，即被迫必須要履行承諾，提撥人力來調派，若不能履行可能受到責難，因此簽訂正式契約並無法提升其對合作關係的滿意與肯定。

最後，不管是就支援醫院或受援醫院而言，假說六有關設立具體衡量指標的假說獲得了量性資料的支持。換言之，無論是就支援或受援醫院而言，在進行合作關係時，若能設立具體的合作成果評量指標，較易對合作關係持正面評價。相較於支援醫院沒有對合作設立具體評量指標或僅有部分指標時會對合作關係持正面評價的勝算比，支

援醫院若設有具體衡量指標則對合作持正面評價的勝算比較高，其勝算比會增加 297%（相對比為 3.97）。

若就受援醫院的角度來看，其影響亦相當明顯：相較受援醫院沒有設定具體指標或僅有部分指標會對合作關係持正面評價的勝算比，受援醫院若有具體衡量指標對合作關係持正面評價的勝算比會增加 354%（相對比為 4.54）。換言之，在地位不對等的垂直合作關係中，唯有參與合作的雙方對合作成果有事先設定的期望值，當期望值一旦獲得實現，則其他可能在合作過程中遭遇的不適與協調成本可能會被忽略，對不對等合作關係較易持正面評價。

五、結論與討論

本論文呈現台灣醫療產業組織合作關係的特性，並分析影響地位不對等雙方對合作關係正面評價的因素。我們的研究結果指出不對等垂直合作關係中的兩方對合作形成正面評價的影響因素不同，這些因素反映出合作雙方在產業結構中強、弱不同的權力位階關係，呼應學者所指出醫療組織合作聯盟的結構最終反映參與者的「政治協議」，即組織間影響力不平衡的結果(Christianson et al. 1995)。研究結果大致支持了制度論者所提出組織行動是鑲嵌在制度環境中的權力關係與價值架構的論點，也對「社會鑲嵌」論述中有關第三者的策略性位置對對偶關係中兩方互動強度有影響，提供了部分的證據。最後，本研究結果，指出不對等合作關係中兩方對他方投機行為之風險認知的內涵不同，也對正式化控管機制在不對等合作關係中的儀式性價值提供部分經驗資料的支持。

首先，量性分析的結果指出，當支援醫院在合作關係中感受到享有決策權力主導性時，其對合作關係較易抱持著高度正面的評價，反之，受援醫院儘管感受到決策權力上的被支配性，卻並不會因此明顯影響其對合作關係的評價，反映權力支配的邏輯是優勢組織管理不對等合作關係的重要基礎，可以較不受到弱勢醫院之挑戰。¹⁵ 我們推測

其中可能的機制大致有以下幾種解釋：第一，除了部分榮民醫院與軍方醫院的合作關係是出於法規制度的要求，支援醫院對合作對象較傾向以「體系化」的合作模式來運作，即是深度介入合作對象的管理、人事制度與經營策略，讓支援醫院實質上以「分院」方式來經營合作對象，目的在於使受援醫院不僅不能成為其包袱，更必須能夠創造財務回饋，因此，當此目的無法達成時，會使支援醫院對支援他方感到興趣缺缺，也就不易對合作關係形成正面評價，例如一位區域醫院受訪者直言：

本○醫院與其他院的合作機制為地區醫院有人力支援的需要而主動來請求，本院再告知預設的規劃架構使其認同，進而願意加入協商。兩院高層商談後則由企劃中心進行規劃與評估，本院會要求對方提供各式資料，包括各式統計資料、財務報告、醫療的專業領域、股東結構等。本院對於合作醫院可能有一些必要的技術支援……。建立類似「分院」的關係。（訪談記錄 049）

第二個可能的解釋是支援醫院需要在合作關係的相關決策事宜上要求主導權，以減少作業與協調的成本，從而對合作關係有正面的評價。例如一位醫學中心企劃室主任指出：

必須完全接受本○醫院的方式，在人事、會計、資訊系統上要做整合，我們醫師也不夠用，去幫忙時，我們內部的人力又要協調，沒有增加利益，除非有進一步整合……。（訪談記錄 009_1）

從以上的說明大致可以看到，主導性是決定支援醫院對合作正面

15 雖然亦有少數較弱勢的醫院挑戰此種決策主導性的正當性而中止洽談中的合作關係。

評價的重要因素，而被支配性卻不會影響受援醫院對合作之評價，不僅顯示權力支配的邏輯是優勢組織實現其組織利益的一種方式，也反映支援醫院之優勢使其在掌握合作關係之決策主導權時，具有某種的「正當性」。其次，支援醫院對擁有合作關係決策主導性的要求，反映出優勢醫療組織對履行組織間合作關係承諾的脆弱性，很有可能在適當時機將合作關係內部化，以合法的隸屬關係來取代組織間的合作關係。

在 89 家醫院共 325 對的合作關係中，有三分之二的合作關係是直接或間接透過院長或醫師的人脈關係來建立，反映醫療產業主要仍是透過非正式的社會關係來建立實質的合作關係。除了因為醫療產業具有相當的特殊性、不確定性與專業性（張荳雲 1998），我們大致可以推測出二個主要的解釋理由：一個是降低「不確定性」：合作關係的運作成本與利益往往難以明言，或預先規範，因此為了保障合作承諾的彈性與修改空間，醫院往往會傾向選擇具有「熟識感」的合作對象。對許多優勢的支援醫院而言，透過既有的人脈關係在某種程度上較易與合作對象達成在組織營運與人事權的協商，例如北部一家區域醫院受訪者談及：

本院在成立的時候就是○醫院整批人過來的，所以我們的管理階層與醫師與○醫院多為校友、同學，或過去皆在○醫院服務，且○醫學院院長等很多都是○醫院的董事，因此各種訊息很容易以此人際關係管道互相交流，很多事情就比較好辦……。 （訪談記錄 013）

或有一位區域醫院受訪者提及：「其實在醫療體系裡面，他還是個很封閉的體系。特別是醫療體系它是專科嘛！」（訪談記錄 067），另有受訪者指出，「醫療體系分為幾個派，長庚醫院派，榮總派，台大派」（訪談記錄 089）。這些量性與質性的訊息明確地指出，透過鑲嵌在既有人際網絡而形成組織間的合作關係在醫療產業中是相當普

遍而主要的途徑。

另一個可能的解釋即是所謂的「利益分享的『特殊主義』原則」(particularism)，即優勢的支援醫院挾其社會聲望與醫療技術，往往是大多數中小型醫院爭相合作的對象，因此對許多受援醫院而言，往往必須要透過特殊的社會連帶關係才得以達成實質的合作關係，因為就算是與優勢組織訂有合作計劃，支援醫院是否願意履行合作承諾卻不可預期，唯有透過私人的交情關係才有可能透過社會控制的機制，達成合作目的。而利益分享的特殊主義原則即是建立在「同質性」的原則，或其他相同的社會淵源。組織間合作關係是因為合作雙方的院長或醫師出自相同醫學院背景，有利於創造信任與培養出受訪者口頭所稱的「默契」，從而強化雙方對合作關係的承諾，例如台北一家醫學中心明白指出：¹⁶

我們與各醫院是靠醫師間的「師生」關係，只要人脈還在，無論合作期限或合作業務是否終止都會保持關係，但是一旦有關係的人不在了，那個醫院與我們的關係也會中斷，若要合作得重新評估。（訪談記錄 020）

換言之，利益分享的「特殊主義」原則大致也肯定了社會鑲嵌論述所指出，組織合作關係較著重社會交換邏輯，其中情感性的價值，如友愛與互助才是優先的合作考量(Uzzi 1997)。

對合作關係評價有影響的社會鑲嵌因素是所謂的「第三者」效應，特別是對優勢的支援醫院有明顯的影響。相較於利用院內管理階層或醫師來引介合作對象，由院外人士所推薦的合作對象對支援醫院肯定該合作關係有相當顯著的影響，顯示支援醫院對弱勢的受援醫院（多半是規模能量不大的地區醫院）的承諾是建立在對第三者的關係之上。何以透過社會關係所建構的合作關係，特別是透過非當事人的

16 在本研究的訪談資料中，有不少類似的評語，這裡僅列出一項訪談資料。

第三者人情關係對支援醫院是一個重要的促進因素，我們推測有以下可能的解釋：1. 第三者提供了合作雙方有關對方的訊息，特別是提供支援醫院有關其合作對象在組織文化與人事上的問題等，透過第三者間接的管道，應可以增加支援醫院對決定是否投入合作關係的客觀訊息；除此之外，2. 參與合作的雙方對合作關係的期望常可透過第三者來轉介，以試探對方對合作承諾的認可與接受程度；3. 更重要的是，合作雙方在意其與第三者的關係(Reagans 1998)，特別是第三者的社會地位可能比弱勢的受援醫院來得高，例如本研究資料中某一私立醫學中心與地區教學醫院的合作關係即是透過立法委員從中介紹，使得支援醫院得以透過第三者來轉介對合作承諾的認可，或是在另一公立醫學中心與地區教學醫院的合作關係中，亦是透過立法委員做為第三者來協調雙方合作的利益，其中之一即是在必要的時候透過其立法委員的身份，協助處理合作案所涉及的繁瑣法規，使得可以「專案」的方式分別處理，大大降低了協調的成本。¹⁷

同樣地，對弱勢的受援醫院而言，第三者的存在可能是提供地位不對等的雙方真正可以「對談」的平台，使支援醫院的行為受到第三者存在的牽制。換言之，第三者的存在將合作關係原本屬於對偶關係的交易變成了一個屬於三方以上的公共事務。正如學者所言，由第三者間接引薦的關係結構中，合作結果所可能帶來之聲望傳播效應也可能較在對偶關係中的作用來得嚴重，而第三者的存在做為一個間接的連結卻有效地鎖住合作雙方對合作的投入(Burt and Knez 1995)。¹⁸

17 由於在受援合作關係中提及由院外人士介紹的數目不多，而一些透過介紹與支援醫院合作的受援醫院亦不在本研究調查範圍內，因此無法精確評估第三者推介對受援醫院的影響，是本研究的限制之一。

18 審查人質疑何以「沒有因為支援效果好，而增加使用此一途徑的可能性？」由於作者的研究發現無法直接回答此一問題，必須再持續追蹤研究才有可能測量到是否醫院已逐漸感受到第三者轉介的效果而增加使用此種途徑。然而可以間接推測的是，由於第三者效應對具優勢的支援醫院影響較大，而支援醫院大部分是採取被動的合作角色，而不論第三者是來自支援或受援醫院主動尋找的關係，其條件是必須能獲得支援醫院信任與接受，而此種「第三者」發生的機會並不容易，因為此第三者必須也要與地位較弱的受援醫院熟識，且要有某種的影響力，這可能是為什麼第三者推介較為少見的原因。然而相對於其他大部分的合作關係而言，透過第三者引介的關係較易評價為高度正面肯定。由於本研究所收集之資料有限，因此第三者效应在醫療產業中的影響力仍值得進一步觀察。

再者，有關合作他方投機行為之認知會隨組織位置不同而異，本研究結果亦指出受援醫院在不對等合作關係中的相對弱勢位置，使其對合作他方行為的風險認知不同。當受援醫院在評估合作對象的投入貢獻較自己為多時，其對合作關係會持負面的評價。我們推測這種結果可能是當支援醫院一方面要求決策權力主導性，另一方面在資源、人力與財力投入較多，可能反映出其深度介入的企圖，而受援醫院則可能因此感受到組織自主性的失落，以及其核心資源空洞化的危機感，會對該合作關係抱持負面的評價。

進一步就簽訂正式契約對合作關係正面評價沒有顯著影響的結果來看，可以清楚知道正式化的合作契約對醫療產業的合作不具太多實質的意義，而主要是為了符合評鑑制度或同業「信譽」的儀式性行為 (Meyer and Rowan 1977)，因為所謂的正式合作契約並非立基於對等與風險分擔且互有罰則的原則所簽訂的，對支援醫院不具有實質的約束力量，對支援醫院而言，若不履行合約僅會造成「失信」，使醫院在同業中「聲望」受損。因此，也就可以預期此一變項在量性分析中沒有達到統計顯著意義，且對支援醫院而言是負面因素，顯示支援醫院由於是資源提供者，簽訂正式契約等於事先「承諾」，因此基於保護自身利益，可能較為保留，而受援醫院則將之視為據以要求履行承諾的保障，因此簽訂正式契約對受援醫院對合作的評價有正面影響。對多數大型且具主導地位的醫院負責人而言，真正能夠讓正式化的控管機制發揮效果，仍是透過組織間原有的社會關係來達成共識與管理。例如一家醫學中心受訪者即明白指出，「合約只是形式上而已，因為應付評鑑必須有合約。對於合作，雙方必須先談妥，有了默契後才進入正式程序，事實上只要談妥後便能立刻做事了」（訪談記錄 065）。

最後，在量性分析模型中唯一同時影響不對等合作關係兩造的因素為，在進行合作時是否設定清楚而具體的成果評量指標。在地位不對等的合作關係中，若參與合作的雙方彼此對合作結果有事先設定的成果評量期望值，較易對合作關係有正面的肯定。我們推測這樣的結

果反映出具體的成果評量指標代表參與合作雙方對合作成果的主觀認定，較不涉及與其他對象的客觀比較，因此也就會隨參與者身份角色不同而主觀設定不同的標準。地位不對等的合作雙方個別設定其主觀的期望標準，不論該期望值是否符合客觀上的「對等與分擔」，當期望值一旦獲得實現，其他可能遭遇的不公平或是過多的協調成本即可能會變成次要考量，對不對等的合作關係才可能形成正面的評價。

總括而言，本研究的結果指出了台灣不對等醫療組織合作關係的幾個重要特質：1. 社會鑲嵌式的合作關係仍是形成醫院合作關係最主要的途徑，而且透過醫師或醫院院長背景同質性所形成的合作關係，要比透過相同體系制度同質性形成的合作關係，受到醫院行動者的肯定；2. 正式化控管機制在不對等的醫療組織合作關係中，並沒有具備「對等、風險分擔與賞罰原則」行為約束力量，其對合作的價值偏重於儀式性而非功能性，並且是依組織相對位置不同而有差異；3. 在不對等的醫療組織合作關係中，行動者較著重於考量人力與物力「投入」多寡的不公平，而非利益分配之「受惠」多寡不公平，顯示不對等合作關係運作之機制與水平對等式的合作關係有所不同；4. 自行設立的合作成果指標是維繫不對等合作關係的依據，然而，成果衡量指標的設立，在本質上卻仍是屬於單方、主觀性的。

本文針對不對等合作關係進行分析，顯示不對等的合作雙方所考慮的合作邏輯不同，值得進一步深入探討。本研究並沒有進行全部醫院的調查，也僅考量醫院最近一次的合作關係，對醫療產業中醫院組織合作發展的歷史與制度依存性(path-dependence)無法細緻的掌握，同時，由於僅就參與合作之兩造對合作關係正面評價的影響因素分別探討，對理解醫療組織合作關係運作的複雜因素無法有更深入的分析，對本研究結論有一定的限制。

誌謝：作者特別感謝認真負責的研究助理林曉蕾在資料收集上的幫忙，文章的論點由作者負責，並感謝審查人、編委會與柯主編的細心指正與協助。資料來源為國科會補助之專題研究計劃(NSC88-2416-H-002-042)，謹此致謝。

參考文獻

- 王正璞(1993)企業策略聯盟之管理作為與績效關係之研究-以共同研發聯盟為例。
中壢：私立中原大學企業管理研究所碩士論文。
- 行政院衛生署(2000)全民健保體檢小組報告。台北：行政院衛生署。
- 吳思華(1996)策略九說。台北：麥田出版社。
- 莊逸洲、黃崇哲(2000)醫療機構管理制度。台北：華杏。
- 陳介玄(1994)協力生產網絡與生活結構。台北：聯經。
- 陳東升(1997)高科技產業組織間關係的權力分析：以臺灣積體電路產業
的設計公司為例。國立台灣大學社會學刊 25: 47-104。
——(1999)高科技產業組織網絡統理架構的內涵及其演變的探討：以臺灣積體電
路產業封裝部門為例。中山管理評論 7(2): 293-324。
- 陳馨文(1991)醫院院際合作之相關性研究。台北：國立陽明大學醫務管理研究所
碩士論文。
- 張荳雲、朱永昌(1994)組織場域的浮現：台灣醫療產業的研究（一）。中央研究
院民族學研究所集刊 77: 157-192。
- 張荳雲(1998)醫療與社會。台北：遠流。
——(1999)組織連外活動的行動邏輯：台灣醫院產業，1980-1995。見張荳
雲編，網絡台灣：企業的人情關係與經濟理性，頁 225-270。台北：遠流。
- 張瓊文(2000)全民健保政策與醫院合作經營之研究。台南：國立成功大學企業管
理研究所碩士論文。
- 章英華等(1992)台灣地區不同層級醫療區之規劃研究。台北：行政院衛生署委託
計畫。
- 童瑞龍(2000)台灣醫院策略聯盟決策模式之研究。台北：國立陽明大學醫務管理
研究所碩士論文。
- 趙蕙玲(1995)協力生產網絡資源交換結構之特質。中國社會學刊 18: 75-116。
- 鄭夙惠(2000)台灣私立醫院組織互動之實證研究。台南：國立成功大學企業管理
研究所碩士論文。
- 嚴建藏(1987)省市立醫院連鎖經營之研究。台中：中國醫藥學院醫務管理研究所
碩士論文。
- Anderson, E. (1990) Two Firms, One Frontier: On Assessing Joint Venture Performance.
Sloan Management Review (Winter): 19-30.
- Awadzi, W.K. (1987) *Determinants of Joint Venture Performances: A Study of*

- International Joint Venture in the U.S.* The Louisiana State University, PHD.
- Baker, W. (1990) Market Networks and Corporate Behavior. *American Journal of Sociology* 96: 589-625.
- Baker, W., R. Faulkner and G. Fisher. (1998) Hazards of the Market: the Continuity and Dissolution of Interorganizational Market Relationships. *American Sociological Review* 63: 147-177.
- Baum, J. and C. Oliver (1991) Institutional Linkages and Organizational Mortality. *Administrative Science Quarterly* 36: 187-218.
- (1992) Institutional Embeddedness and the Dynamics of Organizational Populations. *American Sociological Review* 57: 40-559.
- Baum, J. and W. Powell (1995) Cultivating an Institutional Ecology of Organizations: Comment on Hannan, Carroll, Dundon, and Torres. *American Sociological Review* 60: 529-538.
- Bradach, J. and R. Eccles (1989) Price, Authority, and Trust: From Ideal Types to Plural Forms. *Annual Review of Sociology* 15: 97-118.
- Burt, R. (1992) *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burt, R. and M. Knez (1995) Kinds of Third-Party Effects on Trust. *Rationality and Society* 7: 255-292.
- Buckley, P. and M. Casson (1988) A Theory of Cooperation in International Business. Pp. 31-54 in *Cooperative Strategies in International Business*, edited by Contractor, F. and Lorange, P. Lexington Books.
- Carroll, G. and M. Hannan (1989) Density Dependence in the Evolution of Populations of Newspaper Organizations. *American Sociological Review* 54: 524-548.
- Chakravarthy, B.S. (1986) Measuring Strategic Performance. *Strategic Management Journal* 7: 437-58.
- Christianson, J. B., I. S. Moscovice, and A. L. Wellever (1995) The Structure of Strategic Alliances: Evidence from Rural Hospital Networks. Pp. 99-117 in *Partners for the Dance: Forming Strategic Alliances in Health Care*, edited by A. D. Kaluzny, H. S. Zuckerman, and T. C. Ricketts III. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Coleman, J.S. (1988) Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology* 94(Supp.): 95-120.
- (1990) *Foundations of Social Theory*. The Belknap Press of Harvard University Press.

- Danielson, J. M. (1977) Health Consortium Responds to Total Health Care Needs. *Hospitals* 51: 61-73.
- Devlin, G and M. Bleackley (1988) Strategic Alliance-Guidelines for Success. *Long Range Planning* 21(5): 18-23.
- DiMaggio, P. and W. Powell (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review* 48: 147-60.
- DiMaggio, P. and H. Louch (1998) Socially Embedded Consumer Transactions: For What Kinds of Purchases Do People Most Often Use Networks? *American Sociological Review* 63: 619-637.
- Gargiulo, M. and Benassi (1999) The Dark Side of Social Capital. Pp. 298-322 in *Corporate Social Capital and Liability*, edited by R. Leenders and S. Gabbay. Kluwer Academic Publishers.
- Geringer, J.M. (1988). Partner Selection Criteria for Developed Country Joint Ventures. *Business Quarterly* (Summer): 55-62.
- Grannovetter, M. (1985) Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology* 91: 481-510.
- (1992) Business Groups. Pp. 453-475 in *Handbook of Economic Sociology*, edited by Neil Smelser and Richard Swedberg. Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press.
- Gulati, R. (1995) Does Familiarity Breed Trust? The Implications of Repeated Ties for Contractual Choice in Alliances. *Academy of Management Journal* 38: 85-112.
- Gulati, R. and H. Singh (1998) The Architecture of Cooperation: Managing Coordination Costs and Appropriation Concerns in Strategic Alliances. *Administrative Science Quarterly* 43: 781-814.
- Gulati, R. and M. Gargiulo (1999) Where Do Interorganizational Networks Come From? *American Journal of Sociology* 104: 1439-1493.
- Harrigan, K.P. (1988) Strategic Alliances and Partner Asymmetries. Pp. 205-226 in *Cooperative Strategies in International Business*, edited by Harrigan, K.R. New York: Lexington Books.
- Jacquemin, A. (1988) Cooperative Agreement in R & D and European Antitrust Policy. *European Economic Review*: 4: 551-560.
- Kanter, R.M. (1994) Cooperative Advantage: The Art of Alliances. *Harvard Business Review* Jul/Aug: 96-108.
- Larson, A. (1992) Network Dyads in Entrepreneurial Settings: A Study of the

- Governance of Exchange Relationships. *Administrative Science Quarterly* 37: 76-104.
- Lin, N. (2001) *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge University Press.
- Luhmann, N. (1980) Trust: A Mechanism for the Reproduction of Social Complexity, Pp. 4-103 in *Trust and Power*, edited by N. Luhmann. New York: Wiley.
- (1988). Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternative. Pp. 94-107 in *Trust*, edited by D. Gambetta. London: Oxford.
- Meyer, J. and B. Rowan (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* 83: 340-363.
- Nee, V (1998) Introduction. *The new institutionalism in sociology*, edited by M. Brinton and V. Nee. New York: Russell Sage Foundation.
- Oliver, C. (1990) Determinants of Interorganizational Relationships: Integration and Future Directions. *Academy of Management Review* 15: 241-265.
- Parkhe, A. (1993) Strategic Alliance Structuring: A Game Theoretic and Transaction Cost Examination of Interfirm Cooperation. *Academy of Management Journal* 36: 794-829.
- Powell, W. (1990) Neither Market Nor Hierarchy: Network Form of Organizations. *Research in Organizational Behavior* 12: 295-336.
- (1991) Expanding the Scope of Institutional Analysis. Pp.183-203 in *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, edited by W. Powell and P. DiMaggio. The University of Chicago Press.
- Powell, W. and Smith-Doerr, L. (1994) Networks and Economic Life. Pp. 368-402 in *Handbook of Economic Sociology*, edited by Neil Smelser and Richard Swedberg, Princeton. N.J.: Princeton Univ. Press.
- Raub, W. and J. Weesie (1990) Reputation and Efficiency in Social Interactions: An Example of Network Effects. *American Journal of Sociology* 96: 626-654.
- Reagans, R. (1998) Differences in Social Difference: Examining Third Party Effects on Relational Stability. *Social Networks* 20: 143-157.
- Ring, S. (1997) Processes Facilitating Reliance on Trust in Inter-Organizational Networks. Pp. 113-145 in *The Formation Inter-Organizational Networks*, edited by M. Ebers, New York: Oxford University Press.
- Selwyn, M. and L. Valigra (1991) Making Mairriages of Convenience, Fuji-Xerox: Example Worth Coping. *Asian Business* 27(January): 26-29.

- Smith, K.G, Carroll, S.J, and Ashford, S.J. (1955) Intra and Inter-Organizational Cooperation: Toward a Research Agenda. *Academy of Management Journal* 38:7-23.
- Shapiro, S. P. (1987) The Social Control of Interpersonal Trust. *American Journal of Sociology* 93: 623-658.
- Uzzi, B. (1996) The Sources and Consequences of Embeddedness for the Economic Performance of Organizations: The Network Effect. *American Sociological Review* 61: 674-698.
- (1997) Social Structure and Competition in Interfirm Networks: The Paradox of Embeddedness. *Administrative Science Quarterly* 42: 35-67.
- (1999) Embeddedness in the Making of Financial Capital: How Social Relations and Networks Benefit Firms Seeking Financing. *American Sociological Review* 64: 481-505.
- Williamson, O. (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications: A Study in the Economics of Internal Organization*. New York: Free Press.
- (1979) Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. *Journal of Law and Economics* 22: 233-261.
- (1983) Credible Commitment: Using Hostages to Support Exchange. *American Economic Review* 73:519-540.
- (1991) Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Administrative Science Quarterly* 36: 269-296.
- Zucker, L. (1986) The Production of Trust. *Research in Organizational Behavior* 8: 53-111.
- (1989) Combining Institutional Theory and Population Ecology: No Legitimacy, No History. *American Sociological Review* 54: 542-545.
- Zukin, S. and P. DiMaggio (1990) Introduction. in *Structures of Capital: The Social Organization of the Economy*, edited by S. Zukin and P. DiMaggio. Cambridge University Press.