

醫院領導型態，組織生態，網絡結構與組織間合作策略之研究

國科會專題研究計劃(88-2416-H-002-042- )

研究成果報告

陳端容

臺灣大學醫療機構管理研究所 助理教授

## 一、諸論

隨著全球化的經濟趨勢，對如何在市場取得競爭優勢的理解，逐漸由一個「競爭」的模型，轉向「合作」與「聯盟」的思考範型。資源依存理論(Pfeffer & Salancik, 1978)即曾指出當組織面臨資源交換的依賴性、稀少性與關鍵性，以及外部環境不確定時，為了維持生存與競爭優勢，必然會傾向與外部環境中重要的生產組織進行連結。資源依存理論點出環境與資源的特性與組織尋求合作動機的必然性，然而，對於如何形成有效的組織間合作模式，如何選擇合適的合作夥伴，如何讓合作夥伴履行合作承諾，避免投機行為，如何統理合作雙方的行為規範，則又充滿了多重的不確定性，其使組織所付出的代價常不亞於市場危機所帶來的衝擊(Gulati & Gargiulo, 1999)，脆弱而失敗的策略聯盟所在多聞。

交易成本理論似乎很早即預言，在組織追求自主性做為最高行動方針的原則下，組織只會在「市場」與「科層體制」二者中擇一，使得組織合作的形式成為不可能，至少也是早早夭折，理由即在於即使組織希望利用市場(market)的價格競爭統理機制，進行交換取得必要的資源，然而市場資訊與價格機能常是不完美的，組織對市場的理性判斷與資訊的掌握亦是有限的(bounded rationality)，所以在進行市場交易時，無法完成規避交易對象的投機與欺騙行為(opportunism)，如不按時履行契約、以多報少等，因此必須耗費許多金錢或精神的成本(transaction costs)，以協商契約的具體內容，或是建立共同分擔風險或成本的機制，如共持股權，或建立監控的機制以管理契約的有效執行，以便在交易進行的過程中能夠規避風險(risk neutrality)。然而，當這些成本過多使得市場機能失靈時，使市場的效用(utility)減少，組織必然會選擇進入另一個組織形式，即所謂的內部自行生產，或是開子公司，或是建立垂直整合的集團公司等，以發揮科層體系(hierarchy)的管理效能，透過合法性權威(authority)統理

機制，才能有效吸收這些因交易進行而必須承擔的成本。然而科層體系的過程會產生行政成本，若高於外部交易的成本時，科層體系亦可能導致無效率而得不償失。因此，組織總是必須在此兩個形式中選擇其一(Williamson,1975)。

然而，在Powell & Smith-Doerr(1994)提出"組織的網絡模式(network form of organization)"做為一個獨立的經濟組織間交易互動模式後，經驗研究結果也不斷證明了以價值鏈分工為主的協力式組織網絡組織形式之存在的常態(Gulati, 1995;Gulati & Singh, 1998;Larson, 1992;Uzzi,1996,1997；陳介玄，1994；趙惠鈴，1995；張荳雲、朱永昌，1994；張荳雲，1999)，然而，這樣的一種組織形式如何又能夠在組織間互動過程中，規避上述交易成本理論所討論的道德風險與欺騙行為？學者指出信任是其中最重要的統理機制(Bradach & Eccles, 1989;Powell,1990; Powell & Smith-Doerr, 1994)，也就是說，組織間如果能形成信任與誠實的互動關係，即可能降低交易對象行為的不確定性，以及種種可能的欺騙行為，然而，信任做為一種統理組織間互動的控管機制之有效性基礎何在？信任關係的形成是否能夠有效地規避互動過程中的投機與欺騙行為？信任的統理機制是否有其限制而必須與其他類型的統理機制來配合？(陳東升，1999)。

Bradach 與 Eccles(1989)在價格、正式權威之外，提出信任機制是以組織網絡合作形式為主要經濟實體的運作邏輯，然而，其中所提到信任機制大致強調以合作者基於長期所建立的人際關係所創造的互信感，也就是所謂的「社會鑲嵌」的論述，指的是經濟資源交換是鑲嵌(拘限、順勢)在先存的社會關係格局中的。換言之，社會關係的建立在先，而關係建立的緣由可能來自於組織行動者在社會活動與社會角色的扮演所自然形成的社會連帶，此社會連帶並非基於經濟交易的目的而形成的，其後，才透過此一社會連帶關係來決定交易的對象(Uzzi, 1996;1997；Larson, 1992)；或是指組織利用長期以來的交往關係所建立

起來的互信與共識來管理與來調整彼此行為(Gulati, 1995), 也就是類似於Zucker (1986)所提出之以過程為基礎(processed-based)所形成的信任, 即信任來自於雙方過去合作的經驗或持續的交易所累積產生, 因此, 信任建立於互動雙方的交往與相識, 愈是過去有來往或合作經驗, 愈有利於雙方的認知與溝通, 例如兩公司過去曾有小規模的合作案, 使得雙方對於對方的組織特性與技術能力都有一定程度的熟悉與默契, 而過去成功的合作關係所創造的利益使雙方皆有良好的印象, 因此對合作關係產生信任感, 但這種經驗無法轉移至其他組織, 因此對於較無來往經驗的對象, 僅能以聲譽或品牌形成信任感。換言之, 此種信任的形成有較強的特殊主義互動取向(particularism), 對於陌生的互動對象拒斥性比較高, 無法與各種可能的、且有共同利益的行動者建立合作關係(陳東升, 1999)。在這樣的理解下, 信任之所以可以成為統理組織間交易與合作的控管機制, 主要是透過合作者在其他社會領域內所建立的人際關係所帶來的熟悉感與信賴感, 使合作者在進行合作之前即已卸下了防禦的盔甲, 從而透過密切的合作互動經驗所逐漸形成對雙方行為規範的共識來管理, 或是透過社會連帶關係所可能形成的社會制裁來約束合作者的投機行為(Shapiro, 1987)。總括而言, 信任做為組織間互動的統理機制的有效性是來自於利用社會性的因素以降低經濟資源交易中的投機風險, 也就是利用屬於非正式的社會控制或是社會化的機制, 來確保經濟目的的達成。

社會學者的研究更進一步的指出, 社會鑲嵌式的合作關係與市場式的交易關係是並存的, 甚至於社會鑲嵌的交易關係更為組織行動者所重視, 不在於其所謂的「重關係的」產業文化, 而是因為社會鑲嵌的合作關係能夠為組織行動者帶來另一種經濟利益, 或可以說是一種長遠的利益(Grannovetter, 1985)。Uzzi很生動地描述了三種主要的、無法透過市場經濟的理性而取得的利益: 1)信任感的形成使雙方在遇到問題時, 會以雙贏的方式來尋求解決(Pareto

Improvement)；2)深層與無形資訊的分享(fine-grained)，包括可增加創新的分享，無形的技術知識與資訊流通的速度、廣度，以及較可達到技術移轉的目的；3)共同解決與個別組織相關的特定問題(Joint problem-solving) (Uzzi, 1997)。然而，「社會鑲嵌」的論述過份著重直線式的因果論述，似以為建立以社會鑲嵌為基礎的交易關係，即自然可以創造合作雙方的信賴感，而信賴感的形成又可以自然地降低組織合作模式運作過程中所可能產生的衝突與道德風險。然而，要達成上述種種「社會鑲嵌」論述所提出的「大利」，大多必須適當處理在合作過程中所經歷的矛盾與考量多重控管機制的運用。因此，以人際關係為基礎的社會鑲嵌式合作關係僅僅消弭了在選擇合作對象上的不確定性，卻無法完全保證在合作進行的過程中不會引發投機行為或無法履行合作承諾，同時在合作過程中所衍生的成本效益的考量，也可能會中途使合作者不再心悅誠服地履行承諾，此時要想中止合作關係即可能造成單方的不滿，而使信任感成為一種負債(liability)，信任的統領機制受到考驗。因此，我們必須進一步考量，透過社會連帶關係所建立的信任感並不是維繫組織間合作關係成功的唯一的潤滑劑，有了熟悉感的合作對象，如果不能在合作過程中創造穩定的互動模式，不能決定雙方在決策過程中的權力大小，不能消弭只有在實際進行合作過程後才感受到的利益分配不對等，或是雙方無法達成資訊往來的對等性，使相互行為透明化，儘管有了社會連帶關係的潤滑讓合作的雙方卸下防衛的心結，打開合作的大門，但也可能在互動過程中累積的不滿與矛盾，使合作關係受挫於種種紛擾與利益考量(張荳雲，1995；1999)。

本文的研究目的即在於利用一個實證性的資料來理解，在一個絕大部分(75%)是以社會連帶為信任機制來牽成合作關係的醫療產業中，在合作過程中是否仍舊感受到多重的投機風險，例如利益分配不對等、資源投入貢獻不對等與資訊提供的不對等，對合作關係的正面的發展與持續是否仍有影響？在合作關

係中是否亦運用其他類型的控管機制，例如簽訂契約規範、建立決策權力層級與建立合作成果評量指標等，而這些不同類型的控管機制是否與社會連帶的信任機制共同影響合作關係正面的發展與持續？而對合作成果成本效益評估是否亦同時影響關係的正面發展與持續？何種因素對形成信賴的合作關係的衝擊較大？換言之，本研究具體想回答的問題是：1)人際關係或社會連帶做為一種降低交易過程中的道德風險，以及做為一種降低在選擇合作對象時的不確定性，是否能夠創造正面的、信賴的合作關係？如果可以，又是何種特定結構與形式的社會連帶關係？2)在考量了制度體系同質性、資源依賴程度等對組織合作結構性的影響因素後，合作關係中對合作關係承諾不確定性的控管機制，包括運用社會連帶關係(社會鑲嵌)信任機制，是否簽訂正式合作契約，是否建立決策權力的支配關係，是否建立合作效益的具體衡量指標，以及對合作成本效益二者的評估，如何可以對形成正面的、信賴的合作關係有影響？對未來進一步的合作承諾有何影響？3)考量了結構性的因素以及合作關係中對合作關係承諾不確定性的控管機制後，合作成員對合作關係中投機行為的認知是否對形成正面的、信賴的合作關係有負面影響？阻礙未來願意進一步合作的承諾？4)當組織間的合作關係為單向式的合作關係，對主導性的一方和非主導性的一方，影響他們形成對合作關係的承諾與信賴感的因素有何不同？亦即我們將探討機制而這些影響因素是否因支援或受援的合作關係類型而有差異？同時，我們將進一步考量過去對合作關係的正面經驗與評價對未來的合作承諾是否有積極正面的影響(Parkhe, 1993)？

本論文各節的安排是第二節為文獻討論與研究假設，第三節則是資料分析與說明，第四節說明研究的結果，第五節總結並說明研究限制，並對於未來可能的研究方向提出討論。

## 二、文獻探討與研究假設

成本交易理論指出，組織的統理形式(the structure of governance)只會在「市場」或「科層體制」中擇一，市場機制係以外部的市場價格競爭機制來管理，以價格機能來傳達資訊來調整行為，互動雙方只有最有限的社會關係，互動目的是追求利益極大化，而科層機制則以威權(合法的權屬關係)、法治規則或雙方制定的契約來管理，上下從屬的支配關係為主要的互動規範，同時詳細訂定清楚的規範與雙方權利義務，並有具體的績效指標。市場(market)的價格競爭統理機制雖然有其效能，然而市場資訊不充份與價格機能受到干預，以致無法完全規避交易對象的投機與欺騙行為(opportunism)。當交易對象的投機與欺騙行為使交易成本過大時，組織即會以內部化的自行生產方式來吸收成本，代之以科層體制之統理機制。因此，我們可以預期，當組織合作雙方感受到合作關係的投機風險愈高時，其愈不容易對合作關係的結果有正面的評價，愈不易發展出對合作關係的信賴感，愈不易對未來繼續合作有所承諾。

假設一：

當合作雙方感受到合作關係投機風險如利益分配不對等 資源投入貢獻的不對等，以及資訊提供的不對等時，會阻礙組織間建立信賴、正向的合作關係，亦會中斷合作關係進一步的發展。

其次，交易成本理論亦指出，為規避交易的風險與投機行為，只有簽訂正式的契約，詳細訂定清楚的規範與雙方權利義務，使互動的雙方可以按照規則、程序以及標準作業規定行事，可以約束彼此行為，以降低議價、監控與搜尋成本，從而降低投機風險與欺騙行為。同時，如果合作雙方有具體的績效指標與評估標準，可使得合作雙方降低對方履行合作承諾的猜疑(Williamson, 1975;

Parkhen,1993; Gulati & Gargiulo, 1999)。因此，我們預期，

假設二：

當合作的雙方如果簽訂正式契約，將可以降低雙方對合作承諾的不確定感，將能促進合作雙方發展正面的、良性互動的信賴的合作關係，同時會對未來是否會繼續合作的意願也較高。

以及，假設三：

當合作雙方對合作的結果能感受到具體衡量之指標時，即表示雙方在進行合作時，因此較易對合作關係與持續合作有正面評價。當合作的雙方對合作成果有具體的衡量指標，將可以化解雙方對履行合作承諾的不確定感，從而減少雙方對履行合作承諾的不信任，將能促進合作雙方發展正面的、良性互動的信賴的合作，同時會對未來是否會繼續合作的意願也較高。

以及，假設四：

合作雙方在合作相關事項上建立決策機制的層級化可以降低合作關係的不確定性，因此有利於雙方消弭行為不確定的風險，有助於合作案的進行，因此較易對合作關係與持續合作有正面評價。

資源依存理論指出，當組織必須自環境中透過合作取得所需資源時，即較易傾向建立組織間合作關係，當組織所需資源具有稀少性，並對其生存有重要關鍵性時，亦顯示組織面臨了資源交換時的外部不確定性，為了維持生存，組織會傾向與外部生產要素進行連結，形成依存關係(Pfeffer & Salancik, 1978)。因此，組織間合作之關鍵在於必須要有互補的資源存在，會考量對方



是否擁有自己所沒有的核心技術、市場資源或其他組織能力，即具備資源的「互補性」。因此，我們預期當組織向外尋求合作的對象如果與其有資源依賴的關係，以及組織是基於所需資源的匱乏而主動在市場中尋求合作夥伴，其願意維繫正面的、信賴感的合作關係的意願較強，其願意進一步合作的意願亦較強。

假設五：

當組織所合作的對象與其層級不一致時，代表合作雙方所擁有的資源較具互補性，因此較有意願維繫正面的、信賴感的合作關係，亦較有意願進一步繼續合作；同樣地，當組織是主動尋求合作夥伴，而非透過政府的要求或人情的請託，代表資源交換對組織的生存有關鍵性，因此較有意願維繫正面的、信賴感的合作關係，亦較有意願進一步繼續合作。

Zucker (1986) 曾提及形成信任關係的三大基礎：1) 以過程為基礎 (process-based): 信任來自於雙方過去合作的經驗或持續的交易所累積產生；2) 以特質為基礎 (characteristic-based): 信任來自於合作成員屬性或特質上的雷同，例如擁有相同的背景，因為特質的相近可以減少合作中的協商成本，對於合作結果亦較容易令人滿意；3) 以制度為基礎 (institutional-based): 信任來自於正式的社會結構與制度，例如對專業證照的信任。因此，可以知道相同體系或適用於相同制度的組織會基於相近的特質，相似的組織理念價值包括組織的文化、經營的理念，以及價值觀，或是基於對制度運作的可預期性，可以避免潛在的溝通障礙，而較易產生信任感與承諾等，從而可以降低協商和行政協調的成本，促進良性與正面的組織互動模式。因此，我們預期相同體系的組織合作關係，較可能發展出而良性互動、正面的、信賴的合作關係，亦較有進一步合作的意願。

假設六：

當合作組織間的制度體系同質性愈高，較易產生信任感與承諾，可以降低協商和行政協調的成本，促進良性與正面的組織互動模式，較可能發展出良性互動、正面的信賴合作關係，亦較有進一步合作的意願。

社會鑲嵌的論述指出經濟資源交換是鑲嵌(拘限、順勢)在先存的社會關係格局中的，即社會關係的建立在先，而經濟交易的目的才順勢形成。組織透過此一社會連帶關係來創造合作雙方的信賴感，並透過社會連帶關係所可能形成的社會制裁來約束合作者的投機行為，從而降低組織合作模式運作過程中所可能產生的衝突與道德風險。其次，Burt 在 1995 年的論文中曾對所謂的「第三者效應」進行理論性的說明。他指出，如果在合作關係中的兩造關係中，存有對合作關係本身有興趣的第三者旁觀，會增加雙方發展信任與優質合作關係的機會。換言之，合作雙方的信賴是建立在第三者的存在，以及對第三者的信任。第三者效應強化合作雙方對合作承諾的投入，因此，我們預期，

假設七：

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，建立信賴感，因此較有意願維繫良性互動的組織合作模式，然而對是否會較有意願對未來合作有所承諾，則必須視其他的影響因素而定。當透人際關係來牽成合作關係時，涉及到有興趣的第三者(interested third-party)，會由於第三者的效應，而強化原有的信賴關係(Burt, 1995)。

Gultai & Singh(1998)提出「協調成本」(coordination costs)的概念以有別於交易成本(transaction costs)，其重點在於說明就算是合作雙方在合作關係之

初始，對合作關係有著高度的承諾感，然而在合作業的進行過程中，仍必須耗費協調兩造的溝通與協調成本，因為所謂的「徒法不足以自行」。Gultai 明確地點出合作雙方的關係在本質上即是又合作又競爭，必須要協調出一個穩定的互動模式，而其中必然承受協調成本，而與所謂的交易成本在性質上不同，而成本之多寡則必須視合作雙方在合作關係案中相互交涉與依賴的程度。Parkhen(1993)亦提出，合作雙方對於成本與效益二者的平衡結構的考量會影響合作關係進行的成敗與績效。因此，我們預期，

假設八：

合作雙方對合作結果所的成本效益之評估會影響其合作的成敗。當效益大於成本時，合作之雙方才會繼續投入合作，因此較易對合作關係與持續合作有正面評價。

最後，從文獻上我們可以學者對如何評估合作關係之成敗有不同的看法，對於什麼是成功的合作關係的看法亦不一，然而，大抵上，目前的趨勢是不再強調客觀性的經濟利益評估指標，如組織業績的成長率、投資報酬率、市場佔有率，最主要的因素即在於合作所創造的無形價值實不易量化而單純以經濟性的指標來評估。因此，近年來許多國內學者多以主觀性指標做為評估組織間合作關係之測量工具，而主觀性指標主要來自於各合作成員根據本身對現有合作關係的互動所進行的評價，而而是以組織感受為出發點，瞭解就組織與合作夥伴間形成的實質互動情形，對於組織本身的期望與目標，是否達到滿足，而非完全是合作關係之形成對組織經濟性利益的影響，此種測量的方式則逐漸將學者的關心角度轉向於對組織間合作關係之信任機制的瞭解，以及對於合作關係之維繫與發展所隱含的潛在問題，對於我們理解組織合作的過程面應有較大的助益。

本論文做為一個初步的嘗試，希望能透過對組織合作模式的過程面變項加以釐清，以實證性的分析，論述在合作過程中所形成的人際關係信任機制、投機風險與認知、不確性的控管機制的運作、以及協調成本的耗費等因素，如何影響正面的、良性互動的信賴合作關係的形成？未來合作的承諾？對合作關係中的兩造，其影響的因素是否有所不同？此為本論文之特別的貢獻，有別於其他學者的作法(Gulati & Singh, 1998; Gulati & Gargiulo, 1999; Gulati, 1995)，我們能夠同時掌握合作關係中兩造的地位不同，決定其形成信賴關係的因素亦可能隨之不同。

### 三、資料來源與分析方法

#### (一)資料來源

##### 1.研究工具：問卷的設計

本研究以自行設計之結構式問卷進行資料蒐集，調查內容為在自 1995 年健保實施以來醫院所進行的醫院間合作關係之現況，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的合作案來加以說明其進行合作的方式，因此，在本研究所掌握的合作關係的現況無法代表整個合作關係的全貌，同時有關合作關係的變化也無從理解，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，因此我們可以要求受訪醫院對合作關係進行成效的評估，而較不會產生混淆。文獻上支持組織行為的一致性(Parkhe, 1993)，因此，我們相信儘管所調查的是最近一次的合作經驗，但仍舊可以看到其長期的行為模式。

在問卷中我們定義「醫院間合作關係」為指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誰進行合作、合作對象的選擇標準、建立合作關係途徑、合作關係之內容、合作關係的規範、合作過程中所感受到的投機行為，包括利益分配不對等、投入貢獻不對等、資訊流通不對等，以及是否在決策權力上不對等，最後則要求受訪醫院對合作關係做主觀性的評價，以及未來是否願意再進行類似的合作關係。

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)，與醫院有醫事人力支援合作關係最密切之的醫院(或其他醫療機構)至多六家，並就最近一次的合作案，來進行訪談與問卷填寫。因此受訪醫院會將合作醫院之名稱填寫在問卷上方的空格，而後再就左列之各項問題逐一回答。此種問卷設計的格式亦先前曾運用在研究者的其他研究中(陳端容, 1999)，效果尚稱良好，故在本研究繼續延用。在完成問卷設計後進行 3 位專家效度分析，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的前測後，發現限於問卷內容之長度與複雜性，受訪者無法經由當下訪談直接面填寫得資料，因此，為取得完整而正確之研究資料，本研究同時採取預先郵寄問卷與然後再進行面對面訪談兩種方式進行。鑑於篇幅限制，有關深入訪談的內容將著文論述。

## **2.資料寄發與回收**

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對象進行實證性調查研究。經剔除研究執行時已結束營業之醫院，共計有 128 家醫院符合研究對象條件。資料蒐集時間為 88 年 9 月 1 日起始，由於中途受到台灣 921 地震災害之影響使資料蒐集受阻，故將資料蒐集時間延長至 89 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能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，並於問卷取回同時，就填寫內容與受訪者進行確認與深入訪談。由於最初的問題問卷寄發與傳送受台灣 921 地震災害之影響而遺失許多，因此在地震後全數再次寄出問卷，但由於國內郵政作業遺漏，或由於問卷填答者多為院長本人或指定專責人員，在問卷移交過程造成問卷遺失，因此有將近半數醫院再行寄發第三次問卷，而研究者透過持續的電話聯繫以確定各研究對象醫院填答人皆收到問卷。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. 深入訪談與錄音謄稿

深入訪談之目的除了在瞭解受訪者在填答選項時的想法，更重要的是希望獲得無法完全經由量性問卷反應的事實。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代表進行質性之深入訪談，每位受訪者訪談時間平均約為 1-2 小時，並徵得受訪者同意後將訪談過程之內容予以錄音<sup>1</sup>。在進行面對面訪談前，研究者經受訪者同意將訪談過程予以錄音，於訪問後再將訪問內容整理並繕打成文字稿，配合醫院提供之相關書面文件如合作契約書、相關法規條文、費用支付標準等，而成為本研究之資料。

### 4. 分析方法

研究者將受訪醫院的最多六家的合作醫院的資料重新編排，而建構受訪醫院與個別合作對象的關係為資料觀察值的資料庫。在此資料庫中，每個觀察值為一對受訪醫院與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。由於受訪者的基本資料會反覆出現在此一資料庫中，為避

---

<sup>1</sup> 訪談的內容主題為大致為：1)醫院採取連外合作的原因與需求；2)醫院選擇合作對象之考量；3)聯繫合作關係的管道與途徑；4)雙方合作的條件與原因；5)雙方對合作關係之信賴程度與信賴感建立的原則；6)合作關係之維繫、規範與正式化程度；7)合作後雙方的利益分配、權力分配與遭遇的困難；8)醫院對現有合作對象於目前合作關係之滿意評價與意見；9)醫院對於未來連外合作關係之想法。

免觀察值的不獨立性，因此涉及到受訪醫院基本資料的變項不會放入以配對為分析單位的迴歸分析中。在統計方法上，首先利用單變項次數分配，雙變項相關分析等來描述樣本特性，其次再利用邏輯對數複迴歸(Logistic Regressions)來建構解釋模型。

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、病患轉診與轉驗，以及聯合採購，然而在本論文中儘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，醫療產業並不同於其他生產事業，大抵上並不是以協力生產的形式來進行各項資源的整合，而是以自給自足的自主性為運作原則(張荳雲, 1999)，然而，限於法令上對醫事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，因此在本論文中，即先就醫事人力支援的資料加以分析，有關人力訓練、病患轉診或聯合採購將留待以後陸續地分析。

在醫事的人力支援合作關係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<sup>2</sup>：1)支援或受援關係，就支援醫院而言，其提供合作對象不等形式的醫事人力於該院內看診，增加合作醫院可提供之醫療服務，而合作對象交換以不等形式的資源，如金錢；2)相互支援的合作關係，即合作醫院的雙方皆互相支援對方所需的醫事人力，增加其醫療服務項目。大抵而言，醫院之間單向式的支援合作模式是較為常見，在本研究中，單向式的合作關係佔總合作關係中的 81%，而相互支援的合作模式則僅佔 19%。

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

---

<sup>2</sup> 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是互惠的。對很多單向式的合作關係而言，合作雙

關係與受援性的合作關係分別來進行分析，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，我們將之暫時排除在建構解釋模型的資料分析。

## (二)研究變項說明

**信賴的合作關係** 此為本研究之主要依變項，我們利用四個面向來測量合作醫院雙方對合作關係之主觀評價，藉以區分出信賴的合作關係與非信賴的合作關係。這四個面向分別為：1)合作關係之滿意程度；2)合作過程順利的程度；3)合作雙方感受到愉快的程度，4)以及未來是否願意繼續合作關係等面向來評估<sup>3</sup>。

受訪醫院在這四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“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，我們重新將這四個面向的回答加以編碼為類別變項，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”。其他面向以相同方式編碼。最後，我們選出合作關係是同時具備很滿意、很順利、很愉快特質的關係，將之另編碼為“1”，為具有總體信賴感的合作關係，其餘為“0”，為整體非信賴感的合作關係。最後，受訪醫院醫院被詢問其是否願意未來繼續與該合作對象合作，我我們將願意者(無附帶條件必須對方主動要求)者編碼為“1”，其餘為“0”。

在我們的訪談過程中，有不少受訪的醫院曾談及其合作對象未能履行當初合作的承諾，以致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

---

方或一方對合作關係看法是傾向互惠的，但亦有不少是對是否雙方互惠的看法不盡相同。

<sup>3</sup> 我們之所以利用此四個面向來區分出信賴與非信賴的關係，理由有三：1)在初步與醫院負責人私下聊天時，曾詢問其對「信賴」這個字詞的看法，一般的反應是在機構對機構的層次上，難以具體指陳「信賴」所指的是什麼，似乎徒增進行訪問時的困擾，因此我們改以詢問其對個別合作關係之整體滿意度、愉快的感受、過程進行的順利程度，以及未來是否願意繼續合作關係。



以繼續合作較相當保留，另外有醫院亦提及對合作關係並不滿意是因為對方並沒有合作的誠意，因此未來是不會再進行合作關係的(訪問記錄)。最後，在文獻上我們看到具有信賴成分的組織間合作關係大致會展現出對合作對象的善意、是會感受到愉快氣氛的、會願意持續合作關係的(Uzzi, 1997; Gulati, 1995; Ring, 1996)。因此，我們相信儘管此項測量並非直接詢問受訪醫院是否信賴其個別合作對象對合作的承諾，但對合作結果之主觀評量在很大的程度上應可反映出合作醫院雙方對合作關係的信賴感的程度。

「資源依賴」變項我們用兩個變項來測量醫院對合作對象之資源的需求依賴程度：1)「層級不一致」變項：這個變項是比較合作醫院雙方是否屬於不同醫院評鑑層級的醫院，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”；2)「建立合作關係的主動性」變項：受訪醫院被詢問其選擇個別合作對象的原因為何，受訪醫院答以“因醫院需求主動尋求、人情請託、地理位置近、政府政策輔導、因對方聲望形象”，由於大部分的醫院皆基於多項的理由來選擇合作對象，因此我們將此變項重新編碼，當醫院是基於本身的需求，無論此需求是因為本院缺乏醫事人力，或是鑑於對方醫院聲望較高所趨使，或同時是因地理位置近，我們即將此合作關係編碼為“1”，即為主動尋求合作關係，其他如純粹是政府選定或是人情請托則編碼為“0”。我們認為，當醫院是基於主動考量其需求而選擇進入合作關係時，應在某種程度上反映出其合作對象與其在資源上有互補性的。

「關係建立途徑」變項 這個變項主要是測量合作關係的形成是透過什麼樣的社會脈絡。受訪醫院被詢問是透過什麼途徑與對方搭上線進行合作關係，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：1)院內人際關係的介紹；2)院外人士推薦介紹，此代表「第三者對象的效應」(third-party effect)(Burt, 1995)；3)為本院主動接洽，4)政府選定的對象。

「**統理模式**」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：1)是否為「契約式」合作關係：受訪醫院與合作對象簽訂正式書面契約，明訂雙方權責、義務以及違約的罰則，則將之編碼為“1”，其他非簽訂契約者，無論是設立專責單位或口頭擔保，皆將之編碼為“0”；2)合作關係中「決策權力差序」格局：我們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，而所有的受援醫院亦皆答以對方優勢或均等優勢，因此我們在支援性關係的分析中，建構另一個變項為「決策權力主導性」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，建構另一個變項為「決策權力的被支配性」，將他院權力較為優勢者編碼為“1”，均等優勢為“0”。

「**合作效益的具體衡量**」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”。我們用此一變項來測量合作雙方對對方履行合作承諾的可預性與確定感，意謂當雙方對合作的結果能感受到具體衡量之指標時，即表示雙方在進行合作

時，有消弭道德風險的內在機制，因此較易減少雙方對履行合作承諾的不信任。

「道德風險」變項我們用三個變項來測量合作雙方對合作案進行過程中所感受到的投機行為與風險：1)利益分配的不對等；2)資源投入貢獻的不對等；3)訊息提供的不對等(Gulati, 1995)。

「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，可說是自己「吃虧」，但是對受援醫院而言卻代表自己受惠較多，可說是「佔便宜」。

「資源投入不對等」是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，是較自己為多、較少或是均等貢獻，而後我們再將此一變項重新編碼為“1”為不均等投入貢獻，“0”為均等投入貢獻。

「訊息提供不對等」變項是詢問受訪醫院對於合作案進行的過程中，對於促進合作案所需的訊息是對方提供較多的相關資訊、本院提供較多相關資訊，或是雙方均提供相等的資訊以利互動，我們將此一變項重新編碼，當一方提供較多而非均等提供時，編碼為“1”，其他則為“0”。

「合作的成本效益」變項 我們用兩個變項來測量合作的成本效益結構：1)經由合作所帶來利益的多寡；2)進行合作案所遭遇障礙的多寡，或可稱之為合作協調成本(coordination costs, Gulati & Singh, 1998)。合作利益多寡評量是以受訪者評估合作後為其帶來那些好處，受訪醫院可以回答提昇醫療技術水準/聲

望、抒解醫事人力過剩與促進醫師新陳代謝、增加醫師/其他醫事人力，或是增加病人來源等 4 大項好處，就個別合作關係而言，受訪醫院最多填答 4 最少為 0 項好處。合作協調障礙評量則以受訪者評估合作進行中的問題或障礙來測量，受訪醫院可以回答有人力調度問題，包括院內醫療行政人員不支持或支援後人力不足、支援醫事人員的薪資問題、地理距離或交通障礙、醫療糾紛責任不明、聯繫協調不良等 5 大項障礙，就個別合作關係而言，受訪醫院最多填答 5 最少為 0 項障礙。

「合作關係的依賴性」變項為了進一步掌握受援醫院是否因為接受醫事人力支援而形成對合作關係的依賴性，從而影響醫院本身的成長，我們建構「依賴性」此一變項來測量，即當受援醫院填答其在合作關係中會依賴支援人力而影響醫院成長，或是因為合作關係異動或結束而造成醫院病人流失，我們即將此一合作關係編碼為「依賴性」的合作關係，其他則為不具依賴性的關係。

#### 四、研究結果與討論

##### 資料回收狀況與分佈

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，北部醫院接受訪問與回收問卷的情形最好，達 80.4%，最差的為中部地區，主要原因為資料蒐集時間經歷台灣 921 地震，受創的地區為台灣中部而使位於中部之醫院因災害受創而無法配合填答，因此回收率偏低。在醫院層級別方面，醫學中心的回收率最高，達 93%，區域醫院次之(72.3%)，地區教學醫院回收最差，推測地區教學醫院可能因為較少有醫院間的合作關係而無法或無意願填答本問卷，使回收率偏低。在醫院權屬別方面，回收醫院以省縣市立醫院最多(80%)，原因

可能為這類醫院較常因配合政策進行醫院間的交流而較有意願填答，軍方醫院(50%)最少，原因可能為軍方醫院的合作案較少，同時常因為機密的理由拒絕訪問。

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 42%；受援方向的合作關係有 125 對，佔全部的 36%，以及相互支援方向有 66 對，佔 19%<sup>4</sup>。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。

(表一約置於此)

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、受援與相互支援三項為主軸，就其關係之合作內容、合作原因與途徑、合作關係特質，以及合作關係評價等四方面分別加以說明。我們在說明與分析上是以合作關係為分析單位，而非個別醫院。因為儘管一家受訪醫院可能同時具有支援、受援與相互支援合作關係，我們是要求受訪醫院就個別的合作對象與合作關係加以評估，同時受訪醫院的合作對象有很大一部分不是我們的研究對象，而支援與受援關係雖是一個合作案中參與之兩方，其對合作關係之看法與評價不同，對影響他們與合作對象維繫良好關係的機制亦相當不同，也使得區分合作關係之方向性進行分析是必要的，此種作法與文獻分析其他產業中合作關係的作法不同。

---

<sup>4</sup> 然而如果不考慮支援的方向性，整體而言，此 89 家醫院共提及 244 對的合作關係，平均每家醫院有 2.7 對合作關係。

## 合作關係內容

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。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，而外科醫師召募不易，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。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，可能因為門診業務多為各醫院主要的服務項目，且法規上醫師從事支援門診的程序較為簡單。就相互支援之合作關係而言，醫事人員與科別種類的分佈情況大抵與支/受援相同。

無論為支援或受援之合作性質，人力支援合作醫師人力多為資深主治醫師，其具有良好的醫療技術、經驗、聲譽與臨床教學能力，對於受援醫院而言，主治醫師可使該醫院有最大的獲益與附加價值。而支援合作的科別，主要是以五大科的內科與外科為大宗，其次為骨科、兒科以及婦產科。這些科的特質皆是分科較多、病人量較多的科別，換言之，這些科別可能因為需提供大量的、或更專門的服務，需要有更多的醫師人力以充實醫院提供服務的能力陣容。而對於支援合作之業務，主要是以提供門診服務為協助。門診服務為台灣醫院經營的重心，亦為引進其他業務病人源的重要管道，對於受援者而言，引進院外醫師支援業務的法令相關定中，以門診的規定最為彈性，執行上較為容易，再者，由於業務內容較單純，合作雙方在費用支付的協調問題也較少，藉由協助支援門診尚可以穩定醫院的病人來源，對醫院可以有較多的好處。

(表 3 約置於此)

## 合作關係的特質

就醫院所進行的最近一次的合作關係來看，僅有 38%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促進醫院間合作中並不特別重要。其次，合作關係中醫院層級的不一致性程度相當高，反映組織間資源依存的情形明顯。一般而言，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，約佔其全部的 75%，而在受援性合作關係的比例則稍低，約 57%，然而，在支援性的關係中仍有 12(7.8%)對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(8.3%)對的合作關係持續 10 年以上。

考察醫院之所以尋求建立組織間合作關係的原因大部分是多重的，例如一方面是自醫院本身需求，另一方面也是透過政府政策的安排。如果就支援與受援合作關係兩者分開來看，在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%)，其次則為人情請托(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%)。

就建立關係的途徑來看，透過人際關係引介的方式佔相當高的比例，無論是支援關係或是受援關係中皆有約 75%的合作關係是透過醫院的管理階層(如院長)的人脈作為聯繫管道，或是由醫院內醫師間的人際關係來引介。在支援關係中亦有不少的合作關係是透過政府的安排(9.7%)，以及透過院外人士的推薦介紹(5.8%)，而在受援關係中則有不少比例的合作關係是醫院本身主動接洽來尋求合作的(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罰則，而在受援關係中以契約關係來統理的比例稍高，

有 80%<sup>5</sup>。若考量合作關係中是否以差序不對等的決策權力結構為互動的模式，則可以看到在受援關係中所佔的比例較稍高，約有 39.2%的受援關係存在著被支配的差序格局，而在支援關係中則有 32%的合作關係是支配性的互動結構。

再就合作過程中合作的一方感受到合作對象投機行為或道德風險的程度來分析，在支援性的合作關係中感受對方投機行為的比例要較受援關係來得高，有超過半數以上的支援關係中感受到在合作關係中是利益分配不對等(50%)、資源投入貢獻不對等(58.4%)，以及佔 38%的支援關係是資訊提供的不對等；在受援關係中的比例則較低，約 35%的是利益分配不對等，51%的是資源投入貢獻不對等，以及 24%的資訊提供的不對等。總體而言，受訪醫院對合作關係中所產生的道德風險與投機行為是感受明顯的。

在自覺合作關係的成果是否可以受到監控，而使在交易過程中的監控成本降低，自覺合作關係是否可以具體衡量是反映出投入合作關係的雙方是否未存在有「可控制」的知覺，當知覺關係是可控制的，即可降低不確定感，從而可以強化合作關係的信賴與運作。研究結果發現僅有約 22%的支援關係與 26%的受援關係是存在著清楚而具體的衡量指標，因此整體而言，大多數的合作關係是充滿不確定性與較少的控制感。

(表四約置於此)

#### 合作關係評價

對合作關係的主觀評價包括了對合作關係進行所能帶來的效益，進行過程中所遭遇的障礙，以及對合作關係整體信賴感的評價，其中又包括了合作關係滿意的程度、合作進行是否順利、合作是否感到愉快，以及未來是否願意繼續合作關係。

整體而言，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

---

<sup>5</sup> 某些受訪醫院提供筆者其所簽定之契約的影本，就其內容來看，有關的罰則說明較少。



的聲望(56.5%)，其次則增加病人(48%)，在合作的障礙上則列舉較多的是人力不足與調度的問題(53.8%)，其次則為交通問題(24.7%)與薪資費用(20.8%)。支援醫院較易認為有人力調度問題，原因可能為支援者提供各種醫事人力，因此有較多排班、溝通或人手不足的問題。另外，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將醫院的名號進一步的推廣，對其社會地位與吸引病人皆有正向的效果。然而，在受援醫院的一方則感受不同形態的效益與障礙，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，在障礙的部分則以人力調度有困難(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。

在合作關係的信賴感評價方面，僅有約三成的支援合作關係以及四成的受援關係對合作關係感到為滿意，有近半數則對合作過程感到為順利與感到愉快。整體而言，持正面價值的合作關係大約是接近一半的比例，只是在支援醫院的一方所佔之比例較低。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願意未來繼續合作。

(表 5 約置於此)

我們進一步利用雙變項的相關分析來理解較正面價值與信賴感的合作關係具有那些特質？我們選出合作關係是同時具備很滿意、很順利、很愉快特質的關係，將之界定為是較正面、較具信賴感的合作關係，以及是未來願意繼續合作關係的關係來分析其互動關係的特質。研究結果發現，較具信賴感的支援性合作關係與受援性合作關係表現略有不同，就支援性的合作關係而言，相較於負面的合作關係，正面的信賴合作關係由院外人士推薦來牽成的比例較高(13.2% vs. 3.7%,  $p < .05$ )，同時感受較少的投機行為，如利益分配不對等、較少的資源投入不對等，以及訊息提供的不對等。然而，就信賴的受援合作關係而

言，則呈現出感受到較少的決策權力被支配性(26.3% vs. 48.1%)，以及資訊提供的不對等(32.1% vs.13.9%)。

(表 6 約置於此)

再就未來是否願意繼續合作關係，結果與上述所呈現大致相同，較不一樣的地方是在支援的合作關係中，資訊提供不對等與要求對成果有具體衡量指標阻礙支援醫院繼續合作關係的兩項主要因素，對受援醫院而言，較強的決策權力的被支配性，以及資訊提供的不對等則是兩項最重要的因素。

(表 7 約置於此)

### 多變項的對數邏輯迴歸分析(Logistic Regression)

我們進一步利用多變項對數迴歸分析來探討影響醫院間形成信賴的合作關係的因素，我們的分析重點在於考量：在控制了結構性因素，包括制度體系同質性、資源依賴程度與成本效益結構對形成信賴合作關係的影響後，合作關係中是否存在降低對合作關係承諾不確定性的機制，包括運用社會連帶關係(社會鑲嵌)的信任機制、是否簽訂正式合作契約、是否建立權力支配關係、是否建立合作效益的具體衡量指標，以及對合作對象投機行為的認知是否對形成信賴的合作關係有影響？對未來是否願意進一步對合作有所承諾有何影響？同時，我們將考量目前合作關係的正面評價是否對未來的合作承諾有積極的影響？而這些影響因素是否因支援或受援的合作關係類型而有差異？在考量影響形成信賴合作關係的因素時，我們利用四個模型來探討：1)合作關係是否很滿意；2)合作關係進行的過程是否很順利；3)合作關係是否感到很愉快，以及 4)合作關係是否同時很滿意、很順利也很愉快，我們稱之為總體信賴感高的合作關係。以下的分析將分別就支援性與受援性的合作關係分別加以論述。

研究的結果指出，在支援性的合作關係中，權屬一致性所代表的制度體系

相同性對促進高度滿意的合作關係有相當正面的效果，相較於權屬不一致的合作關係，權屬一致的合作醫院會發展出滿意的合作關係之機會增加為其 3.02 倍，對形成總體信賴感的合作關係亦相當明顯，其機會增加為其 2.96 倍，此結果可能是因為權屬一致的醫院在體系上的相似性較高，在進行溝通協調時亦較少障礙，同時，也可能反映對體系運作的信任與可預期性，以及體系內本身對合作的要求。其次，利用社會連帶關係(社會鑲嵌效應)所形成的信任機制的確可以降低對合作關係承諾的不確定性感，對形成高度滿意、愉快、順利與總體信賴感的合作關係有重要的影響，然而值得重視的是，相較於利用院內管理階層或是醫師來引介合作對象，以取得對合作對象的熟悉度與信任感，由院外人士所推薦的合作對象對形成高度滿意、愉快、順利與總體信賴感的合作關係則較有相當正面與顯著的效果，對形成高度滿意的合作關係的機會增加為其 5.46 倍，對形成愉快的合作關係的機會增加為其 8.32 倍，形成合作過程順利的關係的機會增加 7.08 倍，而對形成總體信賴感的合作關係則可增加 6.21 倍的機會。此結果值得注意的是，在一個主要透過預存的人際社會連帶關係，或是同校友、同學或同事(約 76%)來牽成的合作關係網絡，社會鑲嵌所蘊含的信任統理機制會以另一種形式展現，即第三者的效應(third-party effect, Burt, 1995)，第三者效應指的是如果在合作關係中的兩造，存有對合作關係本身有興趣的第三者旁觀，會增加雙方發展信任與優質合作關係的機會。換言之，合作雙方的信賴是建立在第三者的存在，以及對第三者的信任。第三者效應強化合作雙方對合作承諾的投入，原因大致有以下幾點：1) 第三者提供了合作雙方有關對方的訊息，而這些訊息往往不會在合作進行時流通，例如有關合作對象過去的行事風格或未來的行為動向等，透過側面消息管道，反而可以進一步增加雙方的信賴感；2) 合作雙方會在意其個別與第三者的關係，因此願意去維繫對合作關係的承諾並加以履行；3) 由第三者所引介的關係本身即具備了「口碑」的聲望效應，因

為第三者為顧及本身的聲譽與利益，不會也不願意介紹無法履行合作承諾的對象，因此第三者效應對形成信賴的合作關係是有正面的影響。換言之，透過第三者的機制將合作關係原本屬於二人世界的事變成了一個公共的事務，使合作雙方對其行為所可能帶來的聲望效應有所顧慮，能夠約束雙方的投機行為，降低雙方對承諾的不確定性，對形成合作關係的信賴感有影響，因此第三者做為一個間接的連結卻有效地鎖住合作雙方對合作的承諾與行為規範，對於社會鑲嵌在促進組織間信任有進一步的理解。

在降低合作承諾不確定性機制中除了社會鑲嵌的效應對形成信賴的組織間關係有正面效果，建立決策權力支配關係與建立合作效益的具體衡量指標此兩項機制亦有正面的影響，決策權力的主導權有助於形成順利的、總體信賴度高的合作關係。相較於不具主導權的合作關係，具決策主導權的合作關係對形成過程順利的合作關係的機會增加為其 2.64 倍，對建立信賴感的合作關係的機會增加為其 2.61 倍。其次，如果合作的績效有具體的衡量指標，則對建立愉快的合作關係增加為其 56.9 倍的機會，對形成過程順利的合作關係可以增加為其 6.35 倍，而以及增加建立高度總體信賴感的合作關係的機會增加為其 3.42 倍。此項結果顯示，就主導合作關係的醫院而言，運用類似科層機制中以上下從屬的支配關係為互動規範，並建立具體的績效指標與評估，可以有效化解對合作承諾的不確定性感，從而促進建立較為正向、較具總體信賴感的合作關係。

對合作對象投機行為的認知是否對形成信賴的合作關係有影響？我們的研究結果指出，當合作之一方對合作關係中感受到的投機行為愈強烈時，其對建立良好互動的信賴合作關係的意願即顯得愈薄弱。然而，在投機行為中又以利益分配的不對等與資訊提供不對等兩者的影響較大，利益分配不對等的合作關係會發展出過程順利的合作關係的機會，僅會是利益分配對等的合作關係的 22%，會發展出總體信賴感的合作關係的機會更低，僅為利益分配對等的合作

關係的 16%的機會。如果合作雙方對於進行合作案所需的資訊提供不對等，即反映合作雙方在合作關係中的行為透明度不對等(behavioral transparency)，對於合作承諾是否可以履行的疑慮即會增加，亦增加合作過程中的猜疑，較不易發展出滿意的、愉快的及總體信賴感較高的合作關係。相較於資訊提供對等的合作關係，資訊提供不對等的合作關係在發展出滿意的合作關係的機會僅為其 11%，而發展出愉快的合作關係的機會也很低，亦僅為其的 11%，會發展出總體信賴感的合作關係的機會亦僅為其 31%。

進行院際間合作關係所花費的協調成本與利益的計算是否亦構成履行合作承諾的行為動機？我們的研究指出，對支援醫院而言，利益的計算遠不如對成本的評估對發展愉快、過程順利與具備信賴感的合作關係。也就是說，當計算出的利益愈多，其對發展良好與信賴的合作關係是有正面影響，但卻沒有達到統計上的顯著意義，而協調成本愈多則愈是不易發展出良好與信賴的合作關係。當每增加一個單位的成本計算，其對建立過程順利的合作關係的機會即會減少為其 28%，對建立愉快的合作關係亦會減少 16%，而對發展出總體信賴感的合作關係亦會減少 55%的機會。

沒有任何資源依賴變項會影響支援醫院間建立良好正向的信賴關係，此可能反映支援醫院在資源交換中的主導地位，不具明顯的依賴性，因此不會直接影響合作進行的過程，而過程掌握才是保證關係持續的因素。

(表 8 約置於此)

然而，若是從受援醫院的角度來看，影響其對合作承諾的信心與對合作關係的滿意或信賴與否的原因，則又是另一個故事。在受援性的合作關係中，權屬一致性所代表的制度體系相同性對促進正向的合作關係較為負面的，相較於權屬不一致的合作關係，權屬一致的合作醫院會發展出過程順利的合作關係之

機會減少為其的 27%，此結果可能是受援醫院在權屬一致的醫院體系中，應較屬於下層的單位，可能常受制於上層醫院的自由裁量，有較多的受限感，導致在合作進行過程中溝通協調障礙。其次，不同於支援醫院的是，層級不一致所代表的資源依賴會增加受援醫院對合作過程是否感受到順利與滿意，分別會增加 5.43 倍與 4.09 倍的機會，此項結果反映出資源依賴關係可能促使弱勢者認真投入合作案的推行，從而產生了正面的良性循環。

社會鑲嵌的效應對受援醫院而言是不明顯的，然而主動到市場中尋求合作夥伴的確無法創造出良性互動的合作關係，特別是形成一個滿意的合作關係是很不容易。相較於是透過人際連帶或政府做為第三者來牽成，其成功的機會是會降低 31%。建立正式契約與合作效益的具體衡量指標此兩項機制對弱勢的受援醫院則有正面的效果。相較於沒有建立正式契約的合作關係，簽訂正式契約的合作關係會發展出滿意的合作關係的機會是其 13.89 倍，對建立總體信賴感的合作關係的機會亦是其 7.41 倍。簽訂正式契約來保障合作雙方對於合作承諾的履行，對於較為弱勢的受援醫院應是一種保障，從而降低了他們對合作關係的不確定感，促進合作的良性循環。

對受援醫院而言，認知到合作關係中的投機性對其形成信賴的合作關係有著不同的影響方式，其原因可能與其做為較弱勢的合作夥伴的地位有關。當合作關係中存有利益分配不對等時，其發展出滿意的合作關係的機會會增加 3.88 倍，主要的原因是就受援醫院而言，利益分配不對等指的是自己受惠較多於均等受惠，因此位於佔便宜的一方，其感到滿意的機會當然會增加。然而，在資源投入不對等的變項，我們則可以看到，當投入之不對等是來自於合作的對象投入較多，則此合作關係會發展出滿意、愉快或總體信賴感的機會即會明顯降低，其機會會降低為投入貢獻對等者的 5%、13%與 5%。此項結果的原因可能來自於當受援醫院，做為合作關係中較為弱勢的角色，當感受到是對方的投入

與貢獻較多時，可能產生較多的疑惑與焦慮感，對合作關係進行的不確定會增加，因為可能不知道對方醫院將如何處理付出較多的不公平感，是否可能中斷合作承諾等，皆可能強化合作關係不信任感。而資訊提供不對等所蘊含的行為不透明性所可能引起的不確定感，在受援醫院來看，儘管是一個負面的破壞力，卻似乎不是那麼重要。最後，有關合作關係的成本效益的計算，以及對合作關係的依賴性對受援醫院形成良性的合作關係是沒有顯著的影響。

(表 9 約置於此)

#### 未來是否繼續合作關係？關係的中斷？

我們進一步嘗試分析影響醫院未來繼續目前合作關係的因素為何？目前的合作關係的經驗是否加強合作雙方對對方的熟悉程度(familiarity)(Gulati, 1997)，從而增加信任，影響對未來繼續合作的承諾。由於我們所考量的因素似乎皆無法有效說明受援醫院未來是否願意繼續合作關係的機制，以致於我們無法找到最適的解釋模式，因此在此不做報告，而僅就支援性的合作關係來探討。在表 10 可以清楚看到，目前所進行的合作關係是可以影響未來是否會對合作承諾做進一步的投入，當合作關係進行的過程很順利，其未來會繼續合作的承諾的機會即會相對地增加 6.73 倍，而合作關係是感受到愉快的，其未來會繼續合作的機會亦會相對地增加 4.77 倍。然而，就支援醫院做為合作關係的主導者而言，要其對未來繼續合作關係做出承諾，其考量的因素可能是與前面影響其對合作關係正面評價的因素不同。研究的結果顯示出，透過人際關係引介的合作關係並無法保證合作關係會持續，必須要由政府的選定與要求，支援醫院才會在此時間點上，明確表示未來繼續合作的承諾。其次，在合作關係中經歷到的投機風險以資訊提供的不對等對未來是否願意繼續合作的影響最大，相較於資

訊提供對等的合作關係而言，有著資訊提供不對等的合作經驗對未來是否願意繼續合作的考量會降低為其的 6%。值得注意的是，若就資源投入貢獻不對等此變項進一步分析，則可以發現當支援醫院在目前的合作關係中投入較多時，其未來願意繼續合作關係的機會相較於均等投入貢獻者，會增加 5.29 倍。此一結果可能導源於當支援醫院在目前的合作關係中投入較多時，可能引起所謂的「沉沒成本」(sunken costs) 的效應，或是所謂的“path-dependence”效應 (Powell,1991:193)，即支援醫院在已經投入很多資源後，可能在尚未取得合理收益平衡的情況下，仍然願意繼續合作關係。

最後，對支援醫院而言，目前的合作關係中若存有對合作成果之具體衡量指標，將會構成阻礙未來繼續合作的意願。相較於沒有具體衡量指標的合作關係而言，現有合作關係有具體衡量指標者，會減少此合作關係持續的機會為其的 6%。造成此種結果的可能原因也許是因為在合作關係有具體衡量指標，可能顯示(singling)會缺乏某種程度的商議和彈性的空間，而使得位居主導者與提供者角色的支援醫院不願意接受對其合作承諾的監控，從而對未來繼續是否合作裹足不前。

(表 10 約置於此)

## 五、結論

台灣有關醫療組織社會學的研究並不多見，主要或可以說唯一的研究資料來源即是以張荳雲為核心及其所帶領的研究生，在 1990-1991 年對台灣的醫療組織的網絡關係所做的一個大規模的調查，在方法上採取滾雪球的抽樣方式，收集了 120 家醫院與診所的資料。於今看來，鑑於醫療產業的特殊性，要能進行如此大規模的調查實在不容易。其後亦有張英華與陳東升對新竹醫療網的深入調查，使我們進一步理解到組織間互動的權力關係(章英華等，1992; 陳東



升，1993)。在張苙雲等(張苙雲和朱永昌，1994；張苙雲，1995;1999)的研究中，我們清楚地透過醫院間的合作關係看到了組織場域(organizational field)中階層化的成形，以及大型的醫學中心藉由合作關係將多餘的醫師人力「外部化」(即轉移至)其合作的對象，藉以延伸醫院本身的影響力。經過近十年的演變，我們的調查顯示，醫院評鑑(即類似「認證」)制度的定型化，將醫院地位的階層化結構愈加深化，而所謂勞力市場之外部化的現象，雖然隨著大型醫學中心的擴建而較不明顯，醫學中心對合作關係的考量也較以前複雜，多了策略性的考量，不是為了建立盟友形成集體政策意見，即是在準備未來總額預算制度的推行可以建構醫療體系，或是形成策略性的集體行為以應萬變(訪談記錄)。換言之，主導性的醫療組織對待合作關係的看法已逐漸從需求面，轉而做為一種累積組織社會資本的角度在經營，無怪乎醫院之負責人常感嘆，在目前的健保制度與整體經營的情勢下，最怕的就是「落單」，找不到盟友形成集體訴求。然而，我們不時又聽到另一種聲音，即「談合作，哪這麼容易」、「都是不成功的啦!」等等，到底醫院合作的互動過程中有那些問題影響了組織合作關係的結果，醫院如何看待合作中的投機風險，如何建立控管機制，什麼因素使醫院有了合作經驗的情況下，決定不再對未來的合作有所承諾？合作過程中所累積的矛盾與不滿是否衝擊著由人際關係所建構起來的信任統理機制？張苙雲等與章英華和陳東升的論文都沒有太多的著墨，使我們對這一方面的理解企待突破。

本論文即嘗試利用一個實證性的資料來理解，在一個絕大部分(75%)是以社會連帶為信任機制來牽成合作關係的醫療產業中，在合作過程中是否仍舊感受到多重的投機風險，例如利益分配不對等、資源投入貢獻不對等與資訊提供的不對等，對合作關係的正面的發展與持續是否仍有影響？在合作關係中是否亦運用其他類型的控管機制，例如簽訂契約規範、建立決策權力層級與建立合作成果評量指標等，而這些不同類型的控管機制是否與社會連帶的信任機制共同

影響合作關係正面的發展與持續？而對合作成果成本效益評估是否亦同時影響關係的正面發展與持續？我們的研究結果呈現出相當多重而複雜的面貌。就支援性的合作關係而言，相較於負面的合作關係，正面的信賴合作關係由院外人士推薦來牽成的比例較高，同時感受較少的投機行為，如利益分配不對等、較少的資源投入不對等，以及訊息提供的不對等。然而，就信賴的受援合作關係而言，則呈現出感受到較少的決策權力被支配性，以及資訊提供的不對等。

其次，從多變項的分析可以看到，影響醫院形成信賴合作關係的因素明顯地受其在合作關係是否為主導性地位而有不同。以支援醫院來說，相較於利用院內管理階層或是醫師來引介合作對象，由院外人士所推薦的合作對象對形成高度滿意、愉快、順利與總體信賴感的合作關係則較有相當正面與顯著的效果。此結果值得注意的是，社會鑲嵌所蘊含的信任統理機制會以另一種第三者效應形式展現，換言之，合作雙方的信賴是建立在第三者的存在，以及對第三者的信任，也就如上所述，第三者效應強化合作雙方對合作承諾的投入。換言之，透過第三者的機制將合作關係原本屬於二人世界的事變成了一個公共的事務，聲望的效應能夠約束雙方的投機行為，降低雙方對承諾的不確定性，對形成合作關係的信賴感有影響，因此第三者做為一個間接的連結卻有效地鎖住合作雙方對合作的承諾與行為規範，對於社會鑲嵌在促進組織間信任有進一步的理解。其次，在降低合作承諾不確定性機制中，建立決策權力支配關係與建立合作效益的具體衡量指標此兩項機制亦有正面的影響，決策權力的主導權有助於形成順利的、總體信賴度高的合作關係，而就主導合作關係的醫院而言，運用類似科層機制中以上下從屬的支配關係為互動規範與支援做為優勢者的地位亦是習習相關。

從另一個角度來看，影響受援醫院的因素又相當不同。當投機風險是反方向的，即資源投入之不對等是來自於合作的對象投入較多，則此合作關係會發

展出信賴感的機會即會明顯降低，原因可能來自於當受援醫院，做為合作關係中較為弱勢的角色，當感受到是對方的投入與貢獻較多時，可能產生較多的疑惑與焦慮感，對合作關係進行的不確定會增加，可能強化合作關係不信賴感。

整體而言，本研究增加了我們對組織合作過程面的理解，理論性的義涵值得進一步推敲。

參考文獻：

- 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，第十八期，頁 75-116。
- 張荳雲、譚康榮，1999 “形構產業結構”，出自『網絡台灣：企業的人情關係與經濟理性』，頁 17-64。
- 陳東升，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，頁。
- 陳介玄，1994 協力生產網絡與生活結構，台北：聯經。
- 章英華等，1992 「台灣地區不同層級醫療區之規劃研究」。行政院衛生署委託計畫。
- 陳東升，1993 “醫療組織關係的制度理論分析——以新竹醫療區為例”，中國社會學刊，第十七期，頁 101-126。
- 張荳雲、朱永昌，1994 “組織場域的浮現：台灣醫療產業的研究(一)”，中央研究院民族學集刊，第 77 期，頁 157-192。
- 張荳雲，1995 「組織的轉型與結盟：兼論產業競爭氣候的形塑與激化」。國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學 五卷，一期，頁 94-112。
- 張荳雲，1999 “組織連外活動的行動邏輯：台灣醫院產業，1980-1995”，『網絡台灣：企業的人情關係與經濟理性』，頁 225-270。
- 陳端容，1999 “瘦身美容與社會網絡：以臺灣婦女自服美容與減肥產品為例”，健與美的歷史研討會論文，中央研究院歷史語言研究所。
- Burt, R.1995 "Kinds of Third-Party Effects on Trust", *Rationality and Society*, vol.7:255-292.
- Bradach, J. and R. Eccles. 1989. "Price, Authority, and Trust: From Ideal Types to Plural Forms." *Annual Review of Sociology* 15:97-118.

- 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. & Singh, H. 1998 "The Architecture of Cooperation: Managing Coordination Costs and Appropriation Concerns in Strategic Alliances", *Administrative Science Quarterly*, 43:781-814.
- Gulati, R. & Gargiulo, M. 1999. "Where Do Interorganizational Networks Come From?" *American Journal of Sociology*, 104:1439-93.
- Larson, A. 1992. "Network Dyads in Entrepreneurial Settings: A Study of the Governance of Exchange Relationships." *Administrative Science Quarterly* 37:76-104
- Parkhe, A. 1993. "Strategic Alliance Structuring: A Game Theoretic and Transaction Cost Examination of Interfirm Cooperation." *Academy of Management Journal* 36: 794-829
- Powell, Walter W. 1990. "Neither Market Nor Hierarchy: Network Form of Organizations." *Research in Organizational Behavior* 12:295-336.
- Powell, Walter and Peter Brantley. 1992. "Competitive Cooperation in Biotechnology: Learning Through Networks." Pp. 366-394, In *Networks and Organizations: Structure, Form, and Action* edited by Nitin Nohria and Robert G. Eccles, Boston: Harvard Business School Press.
- Powell, Walter W. and Laurel Smith-Doerr. 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.
- Powell, W. 1991 "Expanding the Scope of Institutional Analysis" *The New*

Institutionalism in Organizational Analysis, Pp.183-203.

Ring, S. 1997. "Processes Facilitating Reliance on Trust in Inter-Organizational Networks." Pp. 113-145, In *The Formation Inter-Organizational Networks* edited by Mark Ebers, New York: Oxford University Press.

Shapiro, S. P. 1987. "The Social Control of Interpersonal Trust." *American Journal of Sociology* 93: 623-658

Uzzi, B. 1996 "The Sources and Consequencies of Embeddedness for the Economic Performance of Organizaitons:The Network Effect', in *American Sociological Review*, 61:674-698.

Uzzi, B. 1997. "Social Structure and Competition in Interfirm Networks: The Paradox of Embeddedness." *Administrative Science Quarterly* 42:35-67

Zucker, Lynne. 1986. "The Production of Trust." *Research in Organizational Behavior* 8:53-111.

Williamson, O. 1975 *Market and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York

表 1 受訪醫院屬性一覽表(N=89, 69.5%)

	N	%
<b>地區別</b>		
北部	45	50.6
中部	18	20.2
南部	22	24.7
東部	4	4.5
<b>層級別</b>		
醫學中心	14	15.7
區域醫院	34	38.2
地教醫院	41	46.1
<b>權屬別</b>		
省縣市立醫院	24	27.0
公立/私立大學醫院	8	9.0
軍方醫院	7	7.9
榮民醫院	5	5.6
財團/宗教法人醫院	27	30.3
私人醫院	18	20.2

表 2 受訪醫院特性與醫師人力支/受援關係分佈一覽表(N=345)

		<u>支援關係</u>		<u>受援關係</u>		<u>相互支援</u>		
		(N=154, 42%)		(N=125, 36%)		(N=66, 19%)		
		N	%	N	%	N	%	
<u>地區別</u>								14.5(6)***
	北部	64	41.6	66	52.8	45	68.2	
	中部	43	27.9	30	24.0	8	12.1	
	南部	42	27.3	27	21.6	12	18.2	
	東部	5	3.2	2	1.6	1	1.5	
<u>層級別</u>								94.2(4)***
	醫學中心	64	41.6	2	1.6	9	13.6	
	區域醫院	62	40.3	40	32.0	24	36.4	
	地教醫院	28	18.2	83	66.4	33	50.0	
<u>權屬別</u>								93.8(10)***
	省縣市立醫院	24	15.6	38	30.4	35	53.0	
	公/私立大學醫院	23	14.9	-	-	7	10.6	
	軍方醫院	11	7.1	10	8.0	-	-	
	榮民醫院	21	13.6	2	1.6	1	1.5	
	財團/宗教法人醫院	36	36.4	14	11.2	12	18.4	
	私人醫院	19	12.3	44	35.2	11	16.7	

\*p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

\*\*\*p&lt;0.001



表 3 醫事人力支援合作內容一覽表

變項名稱	支援(N=154)	受援(N=125)	相互支援(N=66)
	%	%	%
<b>支援人力</b>			
住院醫師	23.4	-	22.7
主治醫師	92.9	-	89.4
護理人員 / 其他醫事人員	7.8	-	3.0
<b>支援科別</b>			
內科	43.2	-	52.4
外科	34.2	-	41.3
婦產科	11.0	-	27.0
兒科	19.2	-	25.4
骨科	21.9	-	19.0
<b>支援業務</b>			
門診	90.3	-	93.8
急診	14.3	-	12.8
手術	33.8	-	23.1
住院 / ICU	22.7	-	13.8
臨床教學	24.0	-	12.3
<b>受援人力</b>			
住院醫師	-	21.6	24.2
主治醫師	-	92.8	92.4
護理人員 / 其他醫事人員	-	3.2	3.0
<b>受援科別</b>			
內科	-	41.0	43.5
外科	-	28.7	41.9
婦產科	-	13.1	19.4
兒科	-	23.8	30.6
骨科	-	9.8	12.9
<b>受援業務</b>			
門診	-	79.2	89.2
急診	-	25.6	12.3

手術	-	25.6	27.7
住院 / ICU	-	25.6	23.1
臨床教學	-	28.0	20.0

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。

表 4 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=15)	
	N	%
<u>醫院權屬一致性</u>	59	38.7
<u>醫院層級不一致性</u>	137	89.3
<u>最近一次合作案歷時長短</u>		
	合作案平均歷年數(SD)	2.1
	合作案歷時 1 年以下	115 74.8
	合作案歷時 2 年以內	19 12.7
<u>建立合作的原因</u> (可多重選擇)		
	醫院本身需求	33 21.7
	對方聲望水準	4 2.6
	他院/本院主動尋求	127 <sup>a</sup> 82.7
	地理位置近	30 19.7
	人際關係	85 55.3
	政府政策輔導	23 14.9
<u>建立合作關係途徑</u>		
	人際關係引介	116 75.3
	院外人士媒介	9 5.8
	本院主動尋求	5 3.2
	政府選定安排	15 9.7
<u>合作關係統理模式</u>		
	契約式合作關係	114 74.7
	決策權力的差序不對等格局(主導性/被支配性)	49 31.7
<u>合作過程中的道德風險</u>		
	利益分配的不對等	77 50.3
	資源投入的不對等	83 53.9
	資訊提供的不對等	55 35.3
<u>合作成果效益的具體衡量程度</u>		
	有清楚具體衡量指標	34 22.3

a：支援醫院欄內指的是他院主動要求支援醫院協助。

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 5 醫事人力支援合作關係評價一覽表

變項名稱	支援(N=
	%
<u>合作效益</u>	
	<u>本院獲益</u>
	提昇技術水準 16.9
	提昇醫院聲望 56.5
	抒解醫師人力 8.4
	增加醫師人力 10.4
	增加病人 48.1
	<u>對方獲益</u>
	提昇技術水準 62.3
	提昇醫院聲望 51.9
	抒解醫師人力 (-)
	增加醫師人力 72.7
	增加病人 40.9
<u>合作障礙</u>	
	醫療人員不支持 11.0
	薪資費用問題 20.8
	人力調度 / 人力不足 53.9
	交通問題 24.7
	醫療責任歸屬問題 10.4
	聯繫不良 6.5
	病人流失 9.7
<u>合作關係的信賴感評價</u>	
	合作關係滿意 33.1
	合作過程順利 50.0
	合作感覺愉快 53.9
	未來願意繼續合作 40.9

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 6 合作關係特質與合作總體信賴感之相關分析表(%)

變項名稱	支援的合作關係		
	較信賴 (n=75,48.7%)	較不信賴 (n=79,51.3%)	
<u>醫院屬性一致</u>			
	權屬一致	40.5	38.5
	層級不一致	93.2	88.5
<u>關係建立途徑</u>			
	院內人際關係引介	81.6	79.4*
	院外人士推薦介紹	13.2	3.7
	本院主動尋求	5.3	2.8
	政府選定安排	-	14
<u>合作關係統理模式</u>			
	契約式合作關係	72.7	74.5
	決策權力的不對等差序格局(主導性/被支配性)	31.8	31.8
<u>合作過程中的道德風險</u>			
	利益分配的不對等 <sup>o</sup>	20.5	62.4*
	資源投入的不對等	34.9	65.4*
	資訊提供的不對等	25	41.5*
<u>合作效益的具體衡量程度</u>			
	有清楚具體衡量指標	29.5	19.1

註 1：\* 表示統計值卡方檢定達顯著水準 (  $p < .05$  )。

註 2：百分比係欄百分比。

表 7 合作關係特質與未來繼續合作意願之相關分析表

變項名稱	支援的合作關係		願意 (n=91, 86.4%)	
	願意未 來繼續 (n=63, 40.9%)	不願意未來繼續 (n=91, 51.1%)		
<u>醫院屬性一致</u>	權屬一致	35	41.8	18
	層級不一致	95.0	87.9	86
<u>關係建立途徑</u>	院內人際關係引介	76.2	82.9	80
	院外人士推薦介紹	11.1	2.4	2
	本院主動尋求	3.2	3.7	35
	政府選定安排	9.5	11	5
<u>合作關係統理模式</u>	契約式合作關係	71.4	75.8	78
	決策權力的不對等差序格局(主導性/被支配性)	36.5	28.6	37
<u>合作過程中的道德風險</u>	利益分配的不對等	41.9	56*(p<.08)	3
	資源投入的不對等	56.5	56.5	5
	資訊提供的不對等	14.8	51.7*	21
<u>合作效益的具體衡量程度</u>	有清楚具體衡量指標	14.3	27.5*	27

註 1：\* 表示統計值卡方檢定達顯著水準 (p<.05)。

註 2：如表 6

表 8 影響支援醫院建立信賴合作關係因素之對數複迴歸分析(LOGISTIC REGRESSIONS)

變項名稱	關係滿意面向			過程順利面向	
	B	S.E	OR	B	S.E
<u>制度體系相同性變項</u>					
權屬一致	1.11	0.56	3.02*	0.46	0.52
<u>資源依賴變項</u>					
層級不一致	-0.52	0.76	0.58	0.64	0.74
因需要主動尋求合作 (參考組：人際關係或政府選定)	-0.29	0.54	0.74	0.87	0.56
<u>關係建立途徑</u> (參考組：院內人際關係引介)					
院外人士推薦介紹	1.69	0.83	5.46*	2.11	0.94
本院主動接洽	0.51	1.58	1.66	0.48	1.97
政府選定	-7.08	19.7	0.001	0.39	1.27
<u>合作關係統理模式</u>					
契約式合作關係 (參考組：非以訂定而契約為統理模式)	0.38	0.59	1.46	0.26	0.62
決策權力的主導性	0.44	0.53	1.56	0.97	0.55
<u>合作過程中的道德風險</u>					
利益分配的不對等 a	-0.92	0.71	0.39	1.54	0.65
資源投入的不對等	0.69	0.78	2.01	0.41	0.69
資訊提供的不對等	-2.23	0.71	0.11**	0.35	0.56
<u>合作利益多寡評量</u>					
	0.07	0.31	1.07	0.14	0.32
<u>合作效益的具體衡量程度</u>					
有清楚具體衡量指標 (參考組：部分或沒有衡量指標)	1.71	0.52	5.48	1.85	0.54
<u>合作協調成本多寡評量</u>					
	-0.42	0.29	0.66	1.25	0.33
Model Chi-Square Improvement	40.76(14)***			53.82(14)***	

\*p&lt;0.05    \*\*p&lt;0.01    \*\*\*p&lt;0.001

a：如同表 10 之 d

表 9 影響受援醫院建立信賴合作關係原因之對數複迴歸分析(LOGISTIC REGRESSIONS)

變項名稱	關係滿意面	
	B	S.E
<u>制度體系相同性變項</u>		
權屬一致	0.34	0.65
<u>資源依賴變項</u>		
層級不一致	1.41	0.82
因需要主動尋求合作 (參考組：因政府選定而合作)	-1.21	0.96
<u>關係建立途徑</u>		
本院主動接洽 (參考組：人際關係或政府選定 a)	-1.19	0.74
<u>合作關係統理模式</u>		
契約式合作關係 (參考組：非以訂定而契約為統理模式)	2.63	0.88
決策權力的被支配性 b	0.21	0.59
<u>合作過程中的道德風險</u>		
利益分配的不對等 c	1.36	0.75
資源投入的不對等 (參考組：雙方均等付出)		
本院付出較多	0.06	0.71
他院付出較多	-2.99	1.02
資訊提供的不對等	-0.96	0.69
<u>合作關係的依賴性</u>	0.14	0.77
<u>合作利益多寡評量</u>	-0.23	0.39
<u>合作效益的具體衡量程度</u>		
有清楚具體衡量指標 (參考組：部分或沒有衡量指標)	1.06	0.68
<u>合作協調成本多寡評量</u>	0.19	0.28
Model Chi-Square Improvement		29.5(14)**

\*p&lt;0.05    \*\*p&lt;0.01    \*\*\*p&lt;0.001

a：由於透過政府選定的途徑為數很少，扣除因其他變項遺失而無法進入分析的配對數，僅剩下 4 對，故將之納入人際關係的類別，用以代表

b：由於受援醫院不是選擇對方(支援)醫院決策權力較為優勢，即是雙方均等優勢，因此將此變項稱之為權力被支配性，將對方(支援)決策權力



表 10 影響醫院未來繼續建立合作關係原因之對數複迴歸分析(LOGISTIC REGRESSIONS)

變項名稱	支援醫院 <sup>a</sup>		
	B	S.E	OR
<u>合作經驗</u>			
	合作過程順利	1.91 0.79	6.73**
	合作感覺愉快	1.56 0.83	4.77*(p)
<u>制度體系相同性變項</u>			
	權屬一致	0.92 0.6	2.51
<u>資源依賴變項</u>			
	層級不一致	-1.46 1	0.23
	因需要主動尋求合作 (參考組：人際關係或政府選定 a)	0.03 0.57	1.04
<u>關係建立途徑</u> (參考組：院內人際關係引介)			
	院外人士推薦介紹	1.1 1.49	3.02
	本院主動接洽	-2.02 3.12	0.13
	政府選定	2.94 1.27	18.83*
<u>合作關係統理模式</u>			
	契約式合作關係 (參考組：非以訂定而契約為統理模式 b)	-0.33 0.63	0.72
	決策權力的主導性	-0.51 0.68	0.6
<u>合作過程中的道德風險</u>			
	利益分配的不對等 <sup>c</sup>	-0.1 0.73	0.99
	資源投入的不對等		
	本院付出較多	1.67 0.78	5.29*
	他院付出較多	1.29 1.28	3.62
	資訊提供的不對等	-2.4 0.74	0.09**
<u>合作利益多寡評量</u>			
		0.09 0.35	1.1
<u>合作效益的具體衡量程度</u>			

有清楚具體衡量指標 (參考組:部分或沒有衡量指標)	-2.78	0.77	0.06***
<u>合作協調成本多寡評量</u>	0.45	0.32	1.57
Model Chi-Square Improvement	68.7(15)***		

\*p<0.05      \*\*p<0.01      \*\*\*p<0.001

- a：由於受援醫院無法找到最適模型，故在此不報告結果，唯其中各別變項達統計上顯著意義者為資供不對等，影響方向為負向。
- b：由於透過政府選定的途徑為數很少，扣除因其他變項遺失而無法進入分析的配對數，僅剩下 4 對將之納入人際關係的類別，用以代表此對關係非受援者主動接洽而牽成。
- c：由於受援醫院不是選擇對方(支援)醫院決策權力較為優勢,即是雙方均等優勢,因此將此變項稱之為權力被支配性，將對方(支援)決策權力優勢編碼為 1，均等優勢編碼為 0。
- d：受援醫院大致亦選擇本身較受惠或均等受惠，故將本身較受患者編碼為 1，均等受惠編碼為 0。