

形式上還是實質上的「公私協力」： 全民健康保險總額支付制度個案分析*

王千文、陳敦源**

《摘要》

近年公私部門協力關係的建立，成為政府整合服務輸送資源、滿足民眾需求的新興治理模式，然此模式是否真能有效達成政策目標，實令人好奇。對於公私協力執行成效的評估，國外已有研究討論，反觀國內相關的評估文獻卻屈指可數，基此，本研究將以執行成效評估的角度出發，以「循證的公共管理」(evidence-based public management)思維，評估健保局總額支付制度下公私協力的執行成效，藉此驗證何種因素對於公私協力成效具有影響。本文首先透過文獻檢閱，歸結過去研究所提出的執行成功要件，並建構一套評估指標系統，以總額支付委員會的124位委員進行

投稿日期：98年7月22日；接受刊登日期：101年3月12日。

* 本研究整理自二零零八年健保局委託，由陳敦源主持、羅紀琮教授、尤素娟教授協同、林士淳、王光旭、王千文擔任助理的研究計畫，名為「全民健保總額制度執行架構之評估，計畫編號：DOH96-NH-1002」部分資料而成，特此感謝義守大學藍於琛教授、中正大學李翠萍教授、以及玄奘大學的張世杰教授在資料收集上的協助；本文較早的版本曾經發表於嘉義中正大學承辦的二零零八年中國政治學會年會研討會「二零零八：變局與挑戰」，發表會上感謝警察大學李宗勳教授、台北大學張四明教授、以及劉坤億教授的指正，以及三位匿名審查人和公共行政學報編委會的修改意見。然而，本文的文責仍由作者自負。

** 王千文為國立政治大學公共行政系博士候選人，e-mail: chien298@yahoo.com.tw。

陳敦源為國立政治大學公共行政系教授，e-mail: donc@nccu.edu.tw。

面對面問卷訪問調查；本文發現：首先，不論健保局內部運作或醫事團體內部自主管理，保持上下與平行單位間暢通的溝通管道，將有助於協力執行的成效。再者，健保局內部點值監控的擬定，醫事團體內部專業審查人員的推派及相互監督機制的發揮等，亦會影響協力執行的成效。最後，本文針對成效評估結果，於末了提出三項政策建議：其一，健保局內部組織運作的調整、其二、強化醫事團體的自主管理、以及其三、委員會權利與義務的清楚界定等，提供政府部門在推行總額支付制度改革作為時之參考。

[關鍵詞]：公私協力、循證的公共管理、總額支付制度、組織構型、成效評估

「簡單來說，循證的公共管理之所以必要，主要因為從管理理論而來的顧問、倡議者、大師、以及『密醫』們所提出龐雜不一的訓誨中，往往缺乏回答這些訓誨是否有效、以及在什麼條件下有效的系統性證據。」

- Meier & O'Toole (2009: 4-5) ¹

壹、前言

從公共行政的角度來看，我國健保支付制度的執行面，可說是研究公私協力的­一個難得實例。根據美國國家公私協力委員會 (The National Council for Public Private Partnerships, NCP­PP) 的定義，協力關係意指一種公私部門間的契約關係，透過協議分享彼此的技術與資金以提供公共利益 (The National Council for Public Private Partnerships, 2008)。台灣全民健保以三方付費的社會保險開辦以來，就一直處在政府、醫療提供者、以及醫療使用者等三方協力的局面，他們之間不僅共享

¹ 原文如下：“Evidence-based public management is needed simply because theories of management proliferate, and what is lost in the cacophony of injunctions emanating from management consultants, advocates, gurus, and charlatans is the basic fact that virtually all management prescriptions are based on little if any actual, systematic evidence that they work – or if they work, under what conditions.”

資源，亦在風險與潛在利益分攤的情況下，共同達成社會公益傳輸的最終目的。Weimer (2007) 以「醫療治理」(medical governance) 的概念來描繪健保體系的治理現象，當一個機制能夠有效導引利害關係人參與，免於少數菁英支配的威脅，它才是健全的治理機制；當前全民健保運作最重要的目標之一，就是「建構有效的協力關係以健全治理機制」，也可視為建構政策利害關係人在治理過程中有效參與的一種機制改革 (Farazmand, 2004: 81; Bovaird, 2005: 220)。可預見的是，台灣健保治理在未來的發展上，公、私及第三部門間的互動將愈趨頻繁，從結果的角度來看，三者間的界限亦趨模糊 (Catanese, 2004: 121)，因此，這種新模式的運作成效就越發引人好奇。

全民健保的實施，對於全國醫療體系及全民的福祉有著相當大的影響，其中尤以總額支付制度 (global budget system, 以下簡稱支付制度) 為最。近年來，在各國醫療保健費用不斷成長的趨勢下，支付制度成為各國控制醫療費用成長的政策工具。環視先進國家在醫療費用控制方面的經驗，針對總體醫療支出進行控制，較易達到醫療費用控制的目標，此事實使得總額支付制度成為先進國家維持健保財務穩定一項重要的方法 (Burchardi, Schuster & Zielmann 1994; Culyer, 1989; Wolfe & Moran, 1993; Eastaugh, 2000; 王文良、盧一帆、張宏哲、劉安琪, 2006)。支付制度除了能有效控制醫療支出外，還能創造經濟誘因 (economic incentive)，影響醫療提供者的執業行為 (practice behavior)，更能左右整體醫療體系的生態發展 (盧瑞芬，謝啓瑞，2000)。在這樣的基礎上，Shortell, Morrison & Robbins. (1996) 指出為了因應醫療環境的變化，醫療體系本身必須針對制度的 (institutional)、管理的 (managerial) 以及技術的 (technical) 等層面進行改革。此顯示，台灣醫療體系運作良窳的關鍵之一，就是在於總額支付制度的執行成效。

本文依據前述討論，參酌相關文獻發現，健保制度實施至今仍存諸多問題，大多與全民健保的成本控制制度有密切關係，而這些問題也可從總額支付制度改革的議題上展現出來 (李玉春，2002)，然而，除了醫療經濟理論從誘因的角度評估相關制度以外，本文意圖從公共行政學的角度，以近年蓬勃發展的公私協力理論角度，對總額支付制度進行一次不同的評估；目前國內有關政策網絡、協力關係的研究，多集中在政策參與者間動態關係的描述、分析，較缺乏對於網絡中協力關係的成效的研究 (朱鎮明，2005: 115)。反觀國外，已有為數眾多的論文探討公私協力之執行成效 (Sadao & Robinson, 2002; Meier & O'Toole, 2001; Alexander, Comfort & Weiner, 1998; Bazzoli et al., 1997; Jack & Phillips, 1993; Barr, 2007)。基此，對於

本國公私協力執行成效的評估，實為一重要的公共行政研究課題，這種需要也與近年發跡於醫學界、擴散至公行學門之「循證基礎」(evidence-based; Hewison, 2004; Sanderson, 2002)途徑的研究風潮，有著密切的關聯。更重要的，為要避免公共管理知識淪於空泛的「諺語」(Simon, 1946; Meier & O'Toole, 2009)，應如何評估並且對治理機制提出循證的改革建言，是本研究最核心的問題意識。

基於上述的體認與觀察，本文主要目的有二：其一、評估各總額部門的執行成效，究竟行之有年的協力關係，其實質成效為何？抑或僅具備形式的意義而已？其二、探究影響總額支付執行成效的關鍵因素。而在觀察途徑上將採取前此文獻較少涉獵的組織理論途徑，由理論回顧中整理出支付制度的評估架構，並據以發展施測量表，對支委會委員進行施測，驗證影響總額執行成效的關鍵變數。

貳、「公私協力」的意義：國內外觀點的統整

綜觀國外文獻對於協力的定義約可分為三大類別，廣義的、狹義的，以及分類的三種 (Osborne, 2000: 20)。首先，協力廣義的定義涵蓋正式與非正式的關係，視之為基於合法的契約關係，或是非正式的相互理解，而形成的一種合作系統 (systems of formalized cooperation)，以利於彼此朝向共同的目的邁進 (OECD, 1990: 18; Bennet & Krebs, 1994)。狹義的協力定義僅將協力關係視為一種正式的、合法的結構，且此結構具有高度的自主權，此自主權來自於各參與組織願意被協力組織所約束的意願，並且，此結構對於成員的權利義務等皆有明確的規範 (Skelcher, Lowndes & Nanton, 1996)。

最後，有學者致力於探索協力的分類方式，藉以瞭解協力的範圍與意涵 (Bailey, 1994; Prior, 1996)，根據 Bryson & Crosby (1992) 的說法，一個對於協力有用的界定，乃是將協力進行分類，並將分類後的各類型歸至於一連續光譜的系絡中。基於對這樣觀點的認同，Rogers、Whetter、Halport 與 Mulford (1982)、Webb (1991)、Gray (1989)、Mattessich 與 Monsey (1992)，以及 Hall、Clark、Giordano、Johnson 與 Roekel (1977) 等，認為協力是由合作 (cooperation)、協調 (coordination)，以及協同 (collaboration) 三者所組成的一連續集合體。所謂「合作」是一種非正式的關係，「協調」比起合作有較正式的關係，彼此參與共同的規畫並建立相互溝通的管道，但權力仍保留在各參與的組織。相對的，「協同」關係是一種持久的關係，具有明確的結構以及對於共識的承諾。

此關係的維繫是依賴於明確的規劃與可信的溝通管道，協同組織的權力來自於各參與組織願意被該協同組織規範的意願。根據這樣的分類，我們可以看的出來，越趨近於「協同」類型的關係，也就越符合「公私協力」的界定。

前此曾說明國外對於協力的界定，約可區分為廣義、狹義，以及分類的三種。以同樣區分標準來看，台灣對於公私協力的界定較偏於廣義定義中非正式關係的部分。學者對於公私協力的界定，主要聚焦公民自覺意識，強調公私部門協力應以信任而非契約為基礎，並以追求公民附加價值為導向的一種雙向互動模式（江明修、鄭勝分，2002；李宗勳，2002；李長晏，2004：33；張瓊玲、張立亞，2005：40；李柏諭，2005：65；陳恆鈞、張國偉，2006）。爾後相關研究也多採此觀點，並著重於公私協力關係中，雙方藉由非正式關係所建構的互動，並據此建立彼此間的互信，促進雙方長久合作的可能性。然弔詭的是，相較我國偏重非正式的非契約關係，國外在公私協力之廣義定義上，同等重視行動者間的非正式以及正式的制度契約關係。本文作者之一稍早曾在「公私協力夥伴關係的弔詭」一文中提出類似於國外研究同時重視非正式與正式契約制度管系的論點（陳敦源、張世杰，2010：26-27），這樣多元的協力概念，也將影響接下來多元面向評估架構的建立。

從以上的討論得知，就國外而言，無論是廣義或狹義的界定，均包括契約的制度安排。即便是以連續光譜方式對協力所進行的界定，亦認為越趨向正式契約制度的公私關係，越趨近於公私協力。從此觀點反觀國內公私協力研究的定義較重視透過參與者間水平互動而產生之非正式互動，而非由上而下或由下而上的互動模式，締造兩者間的信任基礎（陳恆鈞，2002：4）；本文認為，公私協力的核心意義並非在於它具有不同於傳統公部門科層獨佔服務提供的形式而已，學界研究公私協力的關鍵應該在於了解這樣的治理新模式，是否能夠產生實質的治理成效，以非正式信任關係來總括公私協力的形式意義，需要從公私協力成效的角度加以補實，也唯有這樣的補實，公共行政的研究才能真正對實務產生實質的影響。接下來，本文將透過實證方式，先建構一個多元的評估架構，以健保總額制度為例，驗證公私協力關係中影響協力成效的關鍵因素，並基此提出理論與實務的對話。

參、實務文獻回顧：我國總額支付制度現況

我國支付制度在實際運作上，係採前瞻性支出上限制（expenditure cap），即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健保支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於是固定年度總額預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。亦即以量入為出，不作預付性的支付，就是有多少錢就給多少錢，並要求做多少事，達到合理控制醫療費用之目的（吳重慶，2001：55；陳俊川，2004：48）。

支付制度之設計係基於商議式民主的精神，希望受政策影響的利害相關團體皆能參與公共政策之決策，使政策之制定真正反應民之所需，且能解決人民之問題。我國支付制度之規劃，除控制醫療費用於合理範圍外，尚有促進醫療資源之合理分佈，增進民眾就醫之可近性；透過同儕制約，使醫療服務合理提供；提升專業自主權益與醫療服務品質，增進國民健康等目的（楊漢淙，1997；楊志良，2003：104）。整體而言，支付制度對醫師專業有較佳自主權，因醫療費用改由醫療院所自行審查，可以充分發揮醫療的自主性，並適度地反映醫療服務的變動成本，使醫療費用給付更趨於合理（施桂雲，2001：8）。

在目前台灣總額預算制度下，總額執行的運作是透過健保局、健保局所籌組的總額支付委員會，以及總額受託單位所籌組的總額執行委員會（以下簡稱執委會）三方形成共同治理的運作機制。然這樣的運作機制，在不同的總額部門卻有著不同的運作與成效，也進而影響了各總額部門在樽節醫療預算支出的績效（陳順義，2002）。至此，從我國實務運作發展以及對應前此文獻，我們似可以做某種程度的推論：總額受託單位本身自我組織的成熟度，與支付制度的績效呈現正相關。

對於執行面的運作所牽涉到的治理機制運作型態，大致牽涉到委員會的組織型態與在總額預算下，如何自我治理的理論分析。然過去針對支付制度的研究，大多集中在經濟模型層次上的最適分析，甚少探討在執行面肩負實際功能的組織問題，以致於對相關執行組織的研究付之闕如。白裕彬、黃月桂、王惠玄所主持的衛生署委託研究案《我國健康保險體系實施總額預算制度後未來之展望與策略探討》，便有探討總額在控制醫療支出的成長時，建議個人醫療行為層次的品質指標，建議交

由相關醫事團體（包括醫療專業團體與醫院協會）尤其內部自行監督，或作為健保局經營績效的依據（白裕彬、黃月桂、王惠玄，2002）。Jack 與 Phillips（1993: 398）亦指出，對於公私協力的有效執行實有賴於了解醫事團體的運作本質。

根據李玉春（2005：47）所言，總額支付制度設計的規劃重點在於，（一）解決利益衝突，導正財務誘因；（二）以同儕制約導正醫療行為；（三）藉由資源重分配，改革醫療生態。三項規劃重點的精神在於透過統合主義式的醫療提供者與付費者間形成夥伴關係，透過授權與分責的觀念，建立醫界與政府協力合作模式，透過專業自律與同儕制約提高專業自主性及責任。這樣的規劃初衷，反映到學術與實務層面，卻多集中在如何抑制醫療費用的上揚，而忽略總額支付下協力合作的成效與執行的組織管理息息相關。這樣的論點也獲得相關研究的證實（陳恆鈞、張國偉，2006）。誠如 Hall 與 Tolbert（2005: 4）所言，人們需要組織的目的就是為要完成事情（to get things done）。透過正式的組織結構與管理可促進專業分工、減少交易成本、運用權利與控制系統，使人盡其才物盡其用（Jones, 2001）。本文將針對此項議題，透過學理的探討與實務經驗的歸納，進行系統性的分析。

肆、理論文獻回顧：組織構型評估模式的提出

依據本研究的問題意識，主要探討的主題有三：第一、在總額預算制度下，作為唯一保險人的健保局，其內部部際關係要如何運作，才能對政策執行產生功效？第二、在總額預算制度下，面對既競爭又合作的同儕制約關係，究竟總額部門要如何做到專業自主，才能共生？第三、對於整體的總額預算的執行績效，肩負執行政策功能的委員會應如何組成與運作？以下將分別根據健保局內部的部際關係、以及受託健保總額部門之自主管理兩者探討之，接著，本文將從 Bolman 與 Deal（1991）的組織四構型理論，建構評估健保總額支付制度公私協力成效的模式，是為本研究自變數的架構；本節最後，本文將從委員會治理的角度，討論公私協力的成效，也就是本研究依變數的內容。

一、部際關係與政策執行

目前政府的運作不再是單方面的命令控制體系，而是一種動態的府際（intergovernmental）與部際（interagency）互動關係（Bardach, 1997）。而在這樣的互動關係下，公共管理者所面對的不在是單一組織或單位，而是置身於水平與垂

直分化的組織網絡之中 (O'Toole, 1988)。由此衍生近年來所熱衷探究的議題，即政府管理經驗中所統稱的跨域管理 (陳敦源, 2000: 228)。跨域管理又可區分為府際關係與部際關係，而健保的總額制度的運作，就政府內部來看，是屬於垂直部際關係的管理面向。

根據韋氏大字典的解釋，agency 指的是提供某種服務的私人機構，或是政府中的某個部門，所以，在政府中的部際關係 (interagency relations)，係指涉部門與部門之間的關係，所謂的部門只是政府組織中具有特定功能的單位，無法獨立於政府整體的目標而存在 (陳敦源, 2000: 238)。陳敦源 (2000: 239) 在部際與府際關係中，又加入垂直關係與水平關係的分類標準，將跨域管理區分成四種不同的互動關係，分別是府際垂直關係 (上級與下級政府)、府際水平關係 (平行地位政府)、部際垂直關係 (上級與下級單位) 與部際水平關係 (平行單位)。根據上述的分類，本研究主要對象之一的健保局與各地方分局，二者分屬於政府組織中具有特定功能的上下級部門，無法獨立於政府整體的目標而存在，基於前述界定，本文認為支付制度的運作本質在公部門方面可說是一種部際關係的體現。

陳敦源 (2000) 曾提出跨域管理的理論基礎可從三方面進行思考，分別是官僚行為、中央與地方關係、政策執行等三種角度。但究其本質，此三種角度實繫於「組織設計」。就組織結構的角度出發探討官僚行為而言，誠如 Jones (2001) 所言，組織結構是任務與職權關係的一種正式系統，組織結構控制成員在達成組織目標過程中，如何合作與使用資源。易言之，組織結構不僅是靜態的職權架構圖，更是影響成員行為與態度的關鍵變數 (Robbins, 2005)；而垂直的部際關係中，約略可區分成三種觀點，政治學、財政學與行政管理三者，在這三種觀點間的論述中均指向層級、資源與控制三項元素。此即為組織中垂直分層與水平分化設計所處理的議題。² 基於上述，組織結構掌控了組織內部成員的行為與資源，不難想像其對於機關政策執行的影響。如同 O'Toole 與 Montjoy (1984: 491) 曾言，如果部際間無法建構出共同的合作行動，那麼政策執行終將失敗。由此可知，健保局這樣一個由上到下專責於總額支付執行的權責機關，其中垂直的部際關係管理對於政策執行的

² 組織結構並非僅止於職能安排，其中更涉及工作、人員、資源、科技與環境等因素結合的互動關係。組織結構的分化見諸於兩方面，一為垂直分化，形成組織的層級體系，樹立了組織中的指揮命令系統，例如中央政府由上至下的總統、副總統、院長、部長等；另一為水平分化，是一種依工作性質將各種相關活動歸類到各個功能權責單位的過程，實務上水平分化界定了政府機關的基本部門 (彭文賢, 2001: 25-63)。

成敗實具有舉足輕重的影響地位。

二、自主管理與共有資源

根據國內外文獻的看法，醫療資源本身應可被視為一項公有財產資源，而總額預算制度的實施成效則可視為一項對公共財的管理作為（McGregor, 1989; Gochfield, Burger & Goldstein, 2001；羅紀琮，2006年6月；陳順義，2002：25）。而台灣健保總額預算制度的實施，將醫療市場轉變為一種「共有資源環境」（common-pool），這種轉變讓專業自主管理成為必要。支付制度的實施可說是一種將醫療支出控制的內部成本外部化的方式，主要是透過預算總量管制（cap strategy）的環境中，導入「專業自主」機制來進行「同儕制約」。整個制度設計中專業審查的部分，原本是屬意由各總額部門內部的醫事團體自我組織管理，透過「自主管理」、「同儕制約」，來降低醫療團體與政府間在醫療服務專業上的資訊不對稱，以達抑制總額支出功效。

相關文獻指出，共有資源的使用者若競相濫用資源，將導致共有資源的悲劇，使得資源加速浩劫。就 Ostrom（1990）研究地區性自然資源的保育與自我治理機制的形成過程，認為具備有公有財產資源性質的自然資源，可以透過行動者間彼此約束與有限理性的引導，建構自我管理的制度基礎，以避免資源被過度使用。換言之，若視總額預算為公有財產資源，則總額全體使用者與管理者，便必須發展出若干制度安排或管理機制，以克服各種投機取巧的或集體行動的問題，以免資源使用的過多或過快，而陷入了公地悲劇（tragedy of the common; Hardin, 1968）。

在共有資源環境下，集體行動的問題都必須嘗試解決「制度供給」（the problem of supply）、「可信承諾」（the problem of credible commitment）與「多元監督」（the problem of multiple monitoring）等三大課題（Ostrom, 1990: 42-45）。由於支付制度的施行，造成各總額部門形成類似於難以排它但具分享性的「公有財產資源」（Common Property Resources, CPRs, Ostrom, 1990）生態環境。資源的各個使用者（醫療服務提供者）的關係是既競爭又合作，而其合作（同儕制約）的程度，深深影響資源（總額預算）的使用與管理成效。

回到本文個案，由於每個總額部門都有其封閉性，各個總額部門也不盡相同，組織為了獲取資源，也必定會展現其自主性，而採行與其他組織結盟、建立穩定關係以降低不確定性。排除總額支付制度所形成的治理機制不說，早在總額支付制度實施前，醫事團體間便有穩定的協會或公會組織的存在，這樣的組織是一種長期累

積的穩定關係。也因此，更確認本研究課題的適切性，公私協力的運作成效很大一部分來自於雙方本身在組織內部上的運管成效。

三、組織構型與管理成效

奠基前此文獻探討的發現，本文將聚焦於健保局內部的部際關係以及醫事團體內部的自主管理成效，對於公私協力執行的影響。易言之，健保局內部及醫事團體內部的組織管理成效將成為本研究主要衡量自變數。

多數組織管理及組織行為的學者認為，採用多重觀點探究組織領域有其優勢所在 (Allison, 1971; Elmore, 1978; Morgan, 1986; Perrow, 1986; Quinn, 1988; Scott, 1981)。人類的組織是如此複雜與模糊，因此以單一觀點檢視將會有所偏頗 (Bolman & Deal, 1991)。在這樣的認知基礎下，我們注意到 Bolman 與 Deal 的「組織四構型」(4Fs; four-frames)。Bolman 與 Deal (2003) 在組織重構 (Reframing Organization) 一書中所提出的 4Fs，提供的是一套透鏡或架構，可協助研究者瞭解與找出所欲觀察組織的現況與問題所在。因此，不論是公部門或私部門的組織觀察，均可透過這樣一個具有共通性的構型理論，加以評估，再者，4Fs 正可從一個組織的多元面向，診斷、觀察一個組織的現行運作與管理狀況，藉以了解現況與找出病因所在。Bolman 與 Deal (1991) 認為，**結構性架構**聚焦於組織的建構、工作單位的設計、工作規則和角色、目標及主導決策活動的政策。組織結構的存在是為了能適應集體的目標與個體的差異性。組織的存在是為了達成確定的目標與目的，經由專業化和勞動的清楚區分，增加效率而且提高績效表現。同時，透過適當的協調和控制模式，確保組織成員個人努力與單位目標的相互一致性。因此，在專業分工下，對於協調組織成員聚集努力，與整體目標與地方目標的相互連結，將是組織發揮成效的關鍵所在。而協調的類型包括垂直與水平的協調。透過垂直協調的正式指揮系統以及水平協調的會議、協調角色或網絡結構來進行。**人力資源架構**強調對人的了解，含潛力、小缺點、理性、情感、願望及恐懼等。在人群資源架構面向上，人們和組織互相需要。組織需要想法、經歷和才能，人們需要事業、薪資與機會。個人與系統之間磨合良好時，雙方受益。個人找到有意義的和滿意的工作，而組織也將獲得成功所需要的才能和精力。因此人力資本的推行將愈受重視。而人力資本的作法可歸因於投資員工與授權員工。投資員工在於讓組織成員能在工作中學習，給予成員創造發展的機會；授權員工即係積極鼓勵組織成員自治和參與、提供資訊與支援等。**政治架構**視組織為競爭性的競技場，特點是稀少性資

源、利益的競奪、對權力與利益的爭奪。政治架構將組織視為有生命的，並極力主張組織是個人與團體利益複雜網絡的政治競技場。組織是由許多不同的個人及利益團體的聯盟所組成，成員之間在價值觀、信仰、資訊以及對真實的認知上有其差異，同時，大部分的重要決定涉及如何分配稀少的資源。因此，不足的資源與持續的差異造成對組織動能產生重要影響的衝突。而這樣的衝突，不免必須透過協商調合的方式已獲得解決的方案。**符號架構**聚焦在代表意義及信心的主題，它將儀式、典禮、故事、戲劇及文化視為組織生活的核心。在符號架構面向上，意義、信念及信仰是符號架構最關注的部份，意義不是憑空而來的，而是我們創造出來的。符號架構旨在詮釋並闡述組織符號意義與信仰的基本議題，並使其強而有力。在許多事件和過程上，其所傳達的意義比所產生的事件更重要，文化是組織的凝聚劑，以共享的價值觀和信仰將人們結合在一起。

而一個好的架構可使我們易於了解要克服的障礙是什麼及該如何做。而本研究也深信，弄清楚事實「本來是什麼」本身就是一件很有意義的工作。如果我們知道我們在哪裡，那未來要走向那裡就能夠更明確地判斷。基此，本文認為以 Bolman 與 Deal (1991: 518-521) 的研究，採 4Fs 作為觀察健保局內部管理成效以及醫事團體內部自主管理成效的測量構面，將可收從多元觀點面向檢視所觀察組織的管理成效。

四、公私協力與委員會治理

支委會基於社會「統合主義」(Schmitter, 1974; 丁仁方, 1999; 李玉春, 2005) 的理想性格，主要目的是提供一個體制內的決策參與管道，吸納社會團體進行政策協調與討論的空間。透過政府與社會團體間共同分擔健保財務的平衡與責任，形成一種跨部門間的合作與公私協力形式的治理關係體現，而此種治理關係可被視為一種集體過程，透過此過程達到雙方的課責，協力的整合，以及長期關係延續 (Alexander, 1998; Kouwenhoven, 1993; 吳濟華, 1994)。

現今衛生和福利制度的運作，愈來愈採用公私協力的形式，但卻未見針對此新治理模式提出評估其實質效能的模式 (effectiveness of the PPP model) (Barr, 2007: 22)。Buse 與 Waxman (2001: 752)，體認到公私協力的潛在風險，實伴隨在它所帶來的利益左右，因此，國際衛生組織 (World Health Organization, WHO) 在協力模式發展衛生與福利制度之際，協助建立起有效的協力執行 (good partnership practice)。二〇〇四年，國際衛生組織遂邀集九位相關學者專家，各自從理論觀

點提出評估以公私協力為途徑的衛生和福利制度的成效指標 (Barr, 2007: 22)。³再者, Jack 與 Phillips (1993) 認為, 對於醫療照護的服務提供, 公私協力應力求增值 (value-adding) 的夥伴關係, 亦即重組彼此的資源與能力, 並應高度關注醫療服務接受者的在地需求 (unique community needs)。而公私協力組織 (public-private partnership organizations, 3POs) 的運作須謹記下列幾點原則: 協力願景的明確界定與承諾; 協力的成功來自於有承擔風險的行動能力、衝突管理能力的發揮、醫療社群的核心價值、醫事團體參與公私協力的經濟誘因與支援成本利益分析、以及治理結構與適當計畫的設計。

Bazzoli et al. (1997) 與 Alexander (1998) 亦曾以 CCN (Community Care Network) 為研究對象,⁴ 探究在衛生福利制度發展下何者為影響公私協力執行成效的重要指標。Alter 與 Hage (1993) 綜合公私協力相關理論的研究途徑, 提出集體行動主要依賴察覺協力的需求 (perceived needs) 以及貢獻心力的合作意願 (willingness)。Bazzoli 等人 (1997) 在上述兩點原則下, 另根據策略管理觀點認為組織間為尋求有效協力應具備不同能力 (ability) 的原則, 而建構一實證公私協力的運作模型。該模型指出, 透過協力體系尋求問題解決的需求, 會受到環境特徵 (在地資源的豐富性、醫療市場資源、醫療需求) 的影響; 而此股需求會影響建立協力組織的意願與組織狀態 (彼此貢獻心力的意願及能力、協力的形式以及彼此資

³ 經整理彙整共計八項評估面向, 亦即一個有效的協力執行應包括: (1)公私部門間的關係: 評估公私協力成效的第一步即在於要分辨何者為公部門? 何者為私部門? ; (2)公私部門間的協力本質: 雙方為達到共有目標而願意供應己身資源與專業技術的程度。因此, 確立預期目標將是有效協力過程中的重要一環; (3)協力計畫的財務配置: 探究協力計畫中是公部門投資私部門亦或是私部門投資公部門; (4)協力組織的結構、範圍與職能: 當協力計畫的行政結構業經確認, 則服務提供的實際做法也必須明確界定; (5)協力計畫的合法化: 有效的協力執行必須注意協力計畫是否有多方的協議或者契約制定; (6)協力計畫的績效評估: 協力計畫的重要面向在於有能力去確認與量化協力的結果, 並據此改進協力計畫, 使得努力與成果相一致; (7)公正性議題的衡量: 任何協力計畫執行成效的評估必須清楚指出此項評估作業中所有可能的缺失; (8)確認分析的誤差所在: 對於協力的評估分析必須負起責任說明可能的誤差來源。(Barr, 2007: 22-24)

⁴ 美國醫院協會 (American Hospital Association)、醫院研究與教育信託基金會 (Hospital Research and Educational Trust)、天主教健康協會 (Catholic Health Association), 以及維多利亞醫務學會 (VHA) 等, 在 1995 年春天提出以公私協力為主體的試辦計畫, 此協力試辦計畫的宗旨在於結合兩種合作網絡: 1、公部門與私部門的利害關係人的地方聯盟聚焦在公共衛生和社區規劃; 2、服務傳送網絡尋求協力的協調衛生服務。(Bazzoli et al., 1997: 533)

源運用的情形)；最後，協力的意願與能力則會影響協力的執行成效(社區醫療現狀、持續的醫療的照護、資源的有效運用或有效的總額預算的成本控制、課責)。Alexander (1998) 則以系絡特徵(context features)及治理結構(governance characteristic)為測量變數，測量 CCN 計畫中 25 個協力體系是如何進行治理，以及協力體系在此兩變數上因重視比重的不同所導致的不同影響。而此協力過程主要涵蓋下列幾點主要原則(Alexander, 1998: 312-313)：選擇並支持一共享願景；建構奠基於共享願景下的共同任務；協力體系中各參與者的角色、責任及關係的確定；課責的發展與執行，包含協力體系達成願景與任務的進度報告。

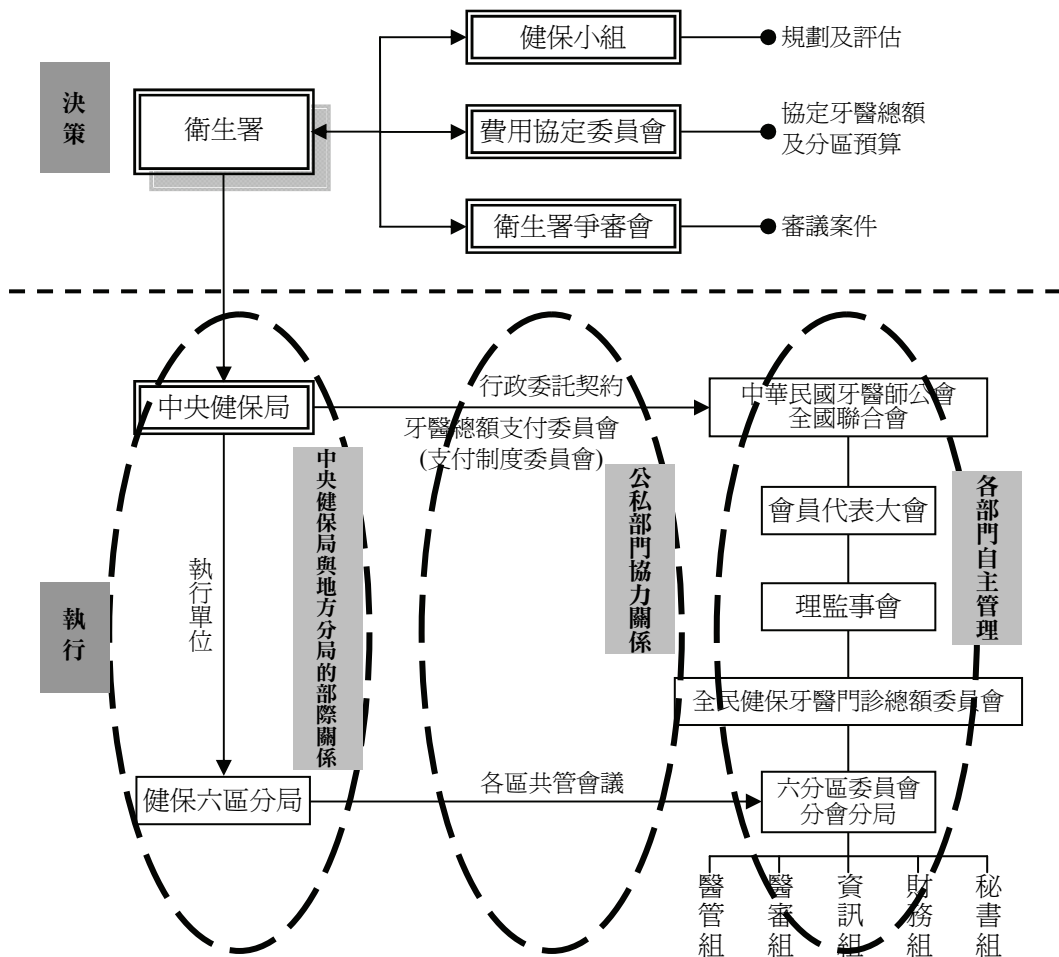
信任在協力過程中亦扮演舉足輕重之角色(陳恆鈞, 2002)。信任是產生社會資本的要素，對於有效集體行動的產生助益甚大；另一方面，由於集體行動的成功，成員之間亦會建立起高度的信任關係。信任與風險是一體的兩面，願意冒險就幾乎等同於信任，而信任是具有承擔風險意願的表現(鄭錫鏞, 1999: 153)。由此觀之，支付制度對於是否能專業自主委託給醫事團體而言，信任將是一重要的變數。再者，協力體系的正式對話應持續且定期辦理(朱鎮明, 2005: 119)。網絡中各個參與者或網路節點的聯繫頻率，對績效管理與效果有正面影響。協力體系應重視正式或非正式的聯繫溝通網絡，以促成參與者的相互了解與認識(Meier & O'Toole, 2001)。

綜整上述針對 CCN 協力體系所進行的研究，有關衛生與福利制度的協力體制成效的影響因素，大致上可以劃分為二個面向，分別是協力體系參與者的決策制定權力，以及協力活動的發展(Barr, 2007; Jack & Phillips, 1993; Bazzoli et al., 1997; Alexander, 1998)。決策制定權力乃係指公私協力雙方對於參與協力過程中，有關彼此對於協力運作有關的決策權力分配狀況，且是奠基在合法性的基礎上，具有保障與合法地位；再者，協力活動發展意指參與協力的雙方對於本身角色的認知，協力共識的程度與所應擔負的責任。基此，本文將以上述兩構面的指標去診斷一個協力體系的成效發展。

再者，系絡因素亦會影響共有資源能否永續發展。在 Oakerson (1992) 的《共有資源的分析架構》(Analyzing the Commons: A Framework) 一文中，便提到共有資源的情境因素(contextual factors)：資源或財產的天然屬性(physical attributes)，以及使用者的團體屬性(attributes of community)，會對共有資源是否能永續的發展造成影響。進一步延伸其義，資源或財產的天然屬性，在總額的意涵中大致可引伸為總額資源的多寡，總額的資源(預算額度)是否具備再補充或維持的限制條件？總額的資源在組織內外部使用的可近性(自然的共有資源具備完全

的開放性，會造成嚴重的集體行動問題）。而使用者的團體屬性，主要是牽涉到兩個因素：一是團體的人數；二是團體本身的異質性（Hurley & Card, 1996）。在這樣的理解之下，將形成本文除部際關係與自主管理組織變數外，另一影響協力成效的自變數。

就前此的討論當中，我們可以更細緻的把上述變項間的關係加以整理，從政策結果的角度加以融合，並針對總額支付制度的背景，進行評估概念的整合，整合的結果請參照圖一所示。



圖一 總額支付執行評估架構（以牙醫總額為例）

註：中央健保局與地方分局的部際關係主要關注焦點在於以 4Fs，探究健保局內部組織運作的成效；各部門自主管理主要亦是以 4Fs 評估各總額部門醫事團體（全聯會）內部的組織運作成效；最後就公私部門協力關係而言，主要探究健保局與各總額部門醫事團體（全聯會）在總額支付執行的協力場域中的成效評估。

資料來源：本研究

形式上還是實質上的「公私協力」：全民健康保險總額支付制度個案分析

此評估架構主要區分為兩大部分，第一部分為決策階段；第二部份為執行階段。決策階段主要發生在衛生署費用協定委員會，協商與分配各總額預算；總額預算分配與協調後，隨即進入總額支付執行階段，針對該階段評估支委會協力執行成效即為本文研究目的所在。本文主要聚焦在執行層面，從 4Fs 以及公私協力的相關理論出發，整理歸納相關評估指標操作化概念（參照表一所示），藉以評估現行總額支付的執行成效。執行階段中主要分為中央健保局與地方分局的部際關係、公私部門協力關係，以及醫事團體自主管理等。其中，中央健保局與地方分局的部際關係以及醫事團體內部的自主管理，主要依據組織構型評估的四個架構作為評估指標進行現階段各總額部門的實證探究，而公私協力部分主要是驗證在總額支付委員會的運作中，雙方對於彼此在共識、權力，以及信任上的發展狀況。

表一 操作化測量概念

性質	構面	指標	操作型定義與選項設計	(+/-)	α 值
自變數	結構架構	Int-g	中央健保局對於點值穩定不佳的健保分局有合理的獎懲機制	+	0.8910
			中央健保局對於健保分局在相關法規的執行上一視同仁	+	
			中央健保局對於健保分局所進行的點值監控，有利於總額支付制度的執行	+	
			中央健保局與健保分局間具有暢通的溝通管道，有助於更快速簡單的解決執行總額支付制度所遇到的問題	+	
			健保局與健保分局間具有暢通的溝通管道	+	
		Sel-m	全聯會對於影響點值穩定的醫療院所有完備的輔導機制	+	0.9541
			有人認為專業審查對於某些醫療院所有偏袒的現象，您是否認同這樣的看法	-	
			全聯會鼓勵各地方分會督促轄區內醫療院所相互監督以維持點值的穩定	+	
			全聯會與地方分會之間具有暢通的溝通管道，有助於因應總額支付制度施行所遇到的問題	+	
			各地方分會之間有暢通的溝通管道	+	
	人力資源架構	Int-g	健保局提供各區分局官員有關總額支付制度執行的相關訓練課程是具有成效的	+	0.8914
			健保局內部不論層級高低皆可獲得有關總額支付執行的相關財務和成果評估資訊	+	
			健保局對於總額支付制度有關執行層面的決策過程中，會提供健保分局意見參與之管道	+	

表一 操作化測量概念 (續)

性質	構面	指標	操作型定義與選項設計	(+/-)	α 值
自變數	人力資源架構	Sel-m	為因應總額支付制度的施行，全聯會會提供有關總額支付制度執行的訓練，如說明會等。	+	0.7640
			全聯會對於與會員有關的相關決議，有善盡告知的義務	+	
			對於全聯會會務的決策，全聯會內部有提供成員意見發表的管道	+	
	政治架構	Int-g	當健保分局間對於總額執行發生立場歧異時，健保局所進行的協調是具有成效的	+	0.4365
			健保局在總額支付制度的執行常受到政治力的干擾	-	
		Sel-m	在總額支付執行下，地方分會間若發生衝突時，全聯會的協商是有效的	+	0.8898
			全聯會內部推派支付委員會委員時常受到派系力量的影響	+	
	符號架構	Int-g	健保局對於總額支付制度的執行具有正面樂觀的看法	+	.
		Sel-m	全聯會對於總額支付制度的執行具有正面樂觀的看法	+	.
	依變數	決策制定權力	資源分配	目前醫事團體在總額執行過程的權利與所擔負的義務是相符的	-
健保局在總額執行事務上應該開放更多的權限給予醫事團體				+	
支委會具有資源分配的決策制定權力				+	
支委會委員具備實質議案提案的決策制定權力				+	
績效報告		支委會中關於點值監測報告有助於總額支付制度的執行	+	.	
協議組織活動的發展		角色界定	目前在支委會的運作下，健保局與全聯會對於彼此角色的界定具有相互共識	+	0.5972
			責任	目前在支委會的運作下，健保局及全聯會的責任分工是非常明確的	
		信任	若對醫事團體授權愈多，則醫事團體愈應為總額執行的成敗負責	+	
			健保局與醫事團體在總額執行中的互動是平等的	+	
			健保局非常尊重委託單位的專業審查結果	+	
			在支委會開會中，健保局對醫事團體並不會隱藏某些資訊	+	
			在支委會開會中，醫事團體對健保局並不會隱藏某些資訊	+	

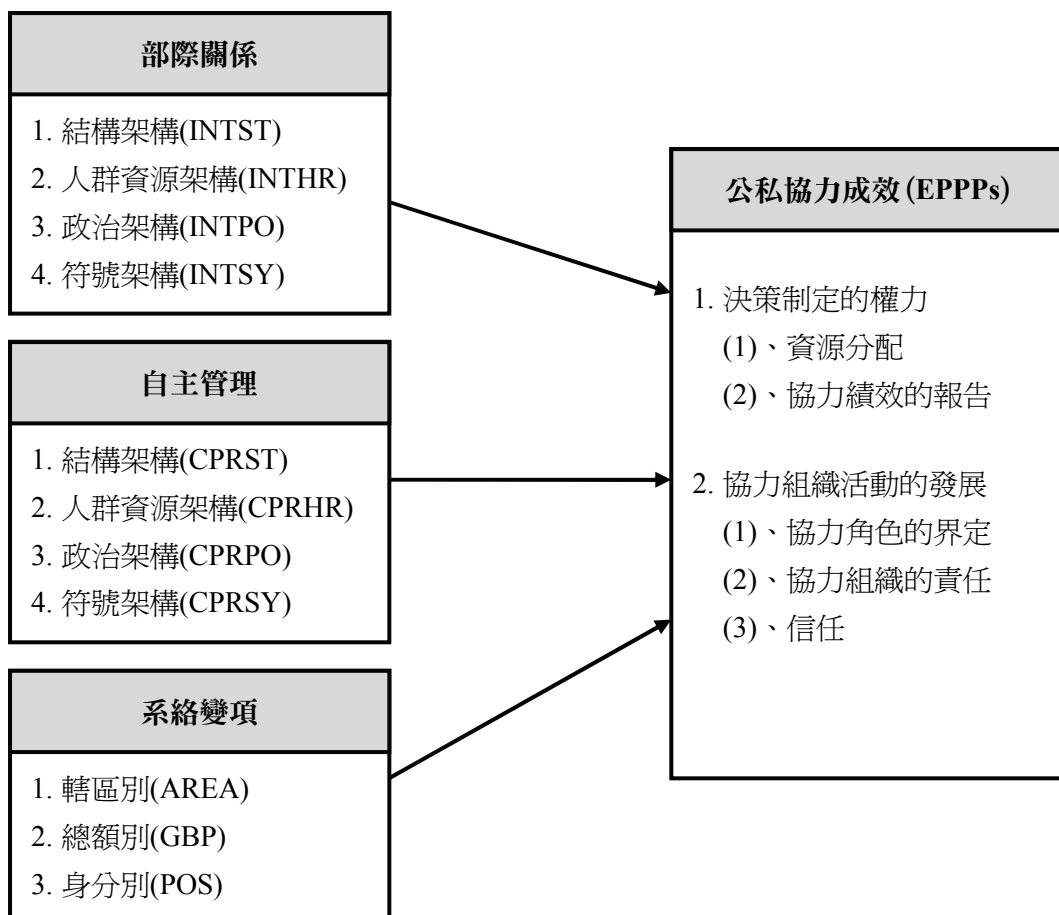
- 註：1. Int-g 表為健保局內部的部際關係；Sel-m 表為醫事團體內部的自主管理。因此，健保局內部的部際關係（Int-g）以及醫事團體內部的自主管理（Sel-m）均透過四項架構（結構、人力資源、政府及符號等）來進行衡量。
2. (+/-) 表示正負向關係。+：代表問卷題目為正向問句。-：代表問卷題目為反向問句。
3. α 值欄位中出現“.”時，代表無法透過 SPSS 進行信度檢測。
4. 實務上 α 值只要 0.6 即可宣稱該衡量工具的信度是可接受的。而介於 0.7 到 0.98 之間的屬於高信度值。然信度係數至少要在 0.35 以上，低於 0.35 便須予以拒絕（林震岩，2006：197）。
5. 本文施測問卷在設計上，主要參採相關量表而來，但同時必須根據本文施測對象進行問卷题目的研擬修正。有關符號架構上的問卷陳述句較容易與公私協力測量指標有所混亂。雖然均指向於支付委員會，但在健保局與醫事團體內部管理成效的問卷設計上，較著重於健保局本身或醫事團體本身組織的現況與態度。而公私協力成效的測量指標，主要著重於雙方所籌組的支委會的現況與態度調查，而不區分健保局與醫事團體。

資料來源：本研究

伍、研究設計

一、研究架構

上述對於總額支付制度以及相關理論的闡述，可進一步協助建構本文的研究架構。前述提及，經由相關文獻的整理，歸納出影響公私協力執行成效的模型；在模型中，協力運作的成效主要受到健保局及地方分局的內部管理（部際關係），以及醫事團體內部全聯會與地方分會間的內部管理（自主管理）所影響。而部際關係以及自主管理成效的測量，主要來自於 Bolman 與 Deal 所提出的組織觀察四架構為評估指標；包括：結構架構、人群資源架構、政治架構，以及符號架構。另外根據相關研究（Bazzoli et al., 1997; Alexander, 1998），本研究另提出影響公私協力成效的系絡變項，包括轄區別、總額別及身分別。



圖二 研究架構

資料來源：本研究

在本文研究架構下，提出下列研究假設：

- (一) 假設一：部際關係各架構管理的成效愈好，則公私協力的執行成效愈高。
- (二) 假設二：自主管理各架構管理的成效愈好，則公私協力的執行成效愈高。
- (三) 假設三：總額支付委員所處的轄區，將顯著影響公私協力的執行成效。
- (四) 假設四：總額支付委員所處的總額別，將顯著影響公私協力的執行成效。
- (五) 假設五：總額支付委員的身分類別（非醫事團體成員、醫事團體成員），將顯著影響公私協力的執行成效。

二、問卷效度檢測

爲使本文所建構的施測量表有其信效度，因此在問卷題目操作上將參採前此實證研究量表，並根據所欲研究對象屬性之不同，修正問卷陳述。本文已於前此呈現各變數操作化後的問卷題目，及各測量構面的信度係數。下表二乃是整理本文各研究面向、評估指標與問卷操作化來源彙整表。

表二 問卷操作化來源表

面向	變項	評估指標	量表來源
1. 部際關係（中央健保局與地方分局之間的內部管理成效） 2. 自主管理（醫事團體全聯會與地方分會間的內部管理成效）	結構性架構	垂直協調	參考下述文獻自行設計： A. Blman & Deal（1991）
		水平協調	
	人群資源架構	授權員工	
		投資員工	
	政治架構	協商	
政治力干擾			
符號架構	願景與價值觀		
系絡	系絡	轄區別	參考下述文獻自行設計： A. Alexander et al.（1998） B. Bazzoil et al.（1997）
		總額別	
		身分別	
公私協議：健保局與全聯會之間的協力運作成效	決策制定權力	資源分配	A. Alexander et al（1998）
		協力績效報告	
	協力組織活動的發展	協力角色的界定	A. Alexander et al（1998）
		協力組織的責任	
		信任	A. 盧偉斯（1996） B. 蔡秀涓（2004）

資料來源：本研究

本文在參採上述量表來源並根據受測對象屬性進行問卷操作化後，爲求所建構的問卷具備有內容效度與表面效度，問卷完成後曾交付三位相關學術領域專家、兩位健保局相關人員，及一位醫事團體成員進行檢視，藉以檢視問卷結構是否完備以及修正文字用語的適切性，並據以修正。

四、問卷施測說明

(一) 研究對象

本研究問卷施測採普查式的面訪調查，施測對象主要係總額支付委員會委員，四個總額支付委員會共計 124 位，總計共完成 80 份，回收率約 65%。接著，本文透過卡方的配合度檢定進行樣本分配是否符合母體特性的某一分配。主要檢驗變數包括總額別及身分別。由表三我們可以知道，在總額類別與身分別上，均顯示本研究的受訪者比例與母體在對應變數的比例上是無差異的。透過上述卡方檢定以確保所回收的樣本在重要的人口變數特性上能符合母體分配，以便在未來結果推論上更具備外部效度。

表三 樣本配合度檢定

變數	選項	樣本個數	母體個數	卡方值(χ^2)	顯著性(P)
總額類別	牙醫總額委員數	19	26	1.203	0.752
	中醫總額委員數	20	27		
	西醫基層委員數	19	29		
	醫院總額委員數	22	42		
身分別	專家學者	6	12	0.803	0.669
	政府機關代表	8	14		
	醫事服務機構	64	98		

資料來源：本研究

陸、研究發現與討論

一、描述性統計分析

本文問卷施測內容包括三部分，分別係部際關係以及自主管理的各項組織結構表現（結構架構、人群資源架構、政治架構、符號架構），以及公私協力的執行成效。各個自變數以及依變數的數值為其各自施測題數的加總（例如部際關係中結構

形式上還是實質上的「公私協力」：全民健康保險總額支付制度個案分析

架構的表現為施測題數五題的加總)。⁵

表四 自依變數描述統計表（以總額別及身分別為分類項）

構面	總額類別	非醫事團體			醫事團體			總計			滿分
		最小值	最大值	平均	最小值	最大值	平均	最小值	最大值	平均	
結構架構	牙醫總額	18	25	22.33	0	24	20.07	0	25	20.53	30
	中醫總額	10	26	19.40	11	28	21.87	10	28	21.25	
	西醫基層	0	22	16.25	2	24	19.13	0	24	18.53	
	醫院總額	13	24	17.33	2	23	16.21	2	24	16.36	
人力資源	牙醫總額	12	15	13.67	0	17	13.60	0	17	13.63	18
	中醫總額	9	18	12.40	12	18	15.40	9	18	14.65	
	西醫基層	7	15	11.50	5	18	13.87	5	18	13.37	
	醫院總額	8	17	12.00	5	18	12.41	5	11	12.41	
政治架構	牙醫總額	7	8	7.67	0	11	7.40	0	12	7.47	12
	中醫總額	0	11	6.60	4	12	8.13	0	10	7.75	
	西醫基層	4	7	5.75	4	10	8.00	4	11	7.53	
	醫院總額	5	8	6.33	4	11	6.68	4	6	6.64	
符號架構	牙醫總額	5	6	5.33	0	6	4.53	0	6	4.68	6
	中醫總額	0	6	3.60	2	6	4.67	0	6	4.4	
	西醫基層	3	5	4.00	3	6	4.53	3	6	4.42	
	醫院總額	1	5	2.67	2	6	3.78	1	6	3.64	
公私協力 執行成效 [#]	牙醫總額	41	56	48.67	31	61	44.87	31	61	45.44	66
	中醫總額	42	54	47.40	39	64	49.87	39	64	49	
	西醫基層	26	51	41.50	25	50	41.40	25	51	41.82	
	醫院總額	38	47	41.67	24	52	40.16	24	52	40.60	

註：協力成效的總計平均數乃扣除各委員會中最大值與最小值後的加總平均數。

資料來源：本研究

⁵ 每一題項的計分方式如下，若為正向題目則需要予以重新編碼，亦即選填非常同意者給 6 分，編碼為 6；選填同意者給 5 分，重新編碼為 5。餘依此類推。而選填不知道、無意見、漏答者編碼為 0。若為反項題目則不予以重新編碼。因編碼方式即依據非常同意到非常不同意的順序編碼為 1 至 6。可類比為在該反向題目上，越同意者越負面，則分數越低。

本研究依據總額類別（牙醫總額、中醫總額、西醫基層、醫院總額）以及身分類別（非醫事團體、醫事團體）作為分類變項，呈現各自依變數的描述統計如表四所示。首先，就結構架構而言，以中醫總額的表現較為突出，有 21.25，而以醫院總額的平均分數最低，僅有 16.36。由此可見醫院總額的全聯會在結構架構中的運作成效發揮較不顯著。可能原因與醫院總額至今並未有一統一性的全聯會有關。而在人力資源架構中仍係以中醫總額有較佳的表現，而醫院總額仍屬四總額中成效較差者。就政治架構來看，各總額類別的平均數相近，其中仍係以中醫總額的表現最好，醫院總額仍居於第四。最後，就符號架構而言，以牙醫總額的全聯會對於支付制度最具正面樂觀看法。

總的來說，四個總額部門中，以中醫總額全聯會的組織運作較為完備，而牙醫總額全聯會的組織運作次之。醫院總額的全聯會在所有架構中是各總額部門裡表現最不好的。

再者，本文也透過總額支委會在協力成效上得分的平均數，來瞭解現存各總額委員會的運作是否具有公私協力的運作本質。⁶ 各總額支委會的得分亦將與所有總額支委會受測者積分後平均數相互比較對照。在扣除各組最大最小值後的所有受測者平均數為 44.13。在這樣的標準下，僅有中醫總額與牙醫總額支委會高於平均數，分別是 49 及 45.44。亦即，中醫與牙醫總額支委會與西醫及醫院相較，有較實質的協力執行成效。而西醫及醫院總額則較趨向於形式上的協力。倘若我們以各部門總額的點值作為協力執行成效的表現來看，則本文研究所指出的中醫與牙醫較具實質協力成效的發現，正呼應前此各總額部門相關點值研究的結果，點值穩定度中屬牙醫與中醫在總額實施部門中表現最佳。而歷年評核會都得到優等或特優等的評價，也獲另外補助作為鼓勵（蘇鴻輝，2006：10）。

然而是什麼因素造成這樣的差異，為何均是在健保局與各全聯會運作下的支委

⁶ 在資料的分析上，平均數除了可用來描述一組資料的中心位置或中央趨勢之外，可使用到資料中的每一個觀察值是其另一項優點雖說平均數有可能受到極端值影響，但卻可在計算時預先將極端值去除而得到解決（林惠玲、陳正倉，2007：73-76）。基於，本文以平均數作為區分實質與形式的協力執行成效的標準。當各總額執行委員會的平均數，高於所有總額支委會所計算出的平均數時，將可歸類為具有實質的協力成效，若低於所有總額支委會的平均數，則謂為形式上的協力成效。至於在平均數計算上，為免極端值的影響，首先扣除各總額支委會受測者對於協力執行成效給予最高分與最低分者，其後，將扣除後的受測者分數加總，除以剩餘的個數，得出扣除各總額支委會極端值後的平均數。其後，如同上述步驟，依序計算各組平均數。最後，即根據各總額支委會的平均數與所有總額支委會加總後的平均數進行比較。

會，四個總額部門會有這樣兩極化的表現。基於對此問題真相的解答，本研究將進一步探究是什麼樣的因素，在實際影響著總額支委會的運作。以迴歸分析方式，驗證健保局內部的部際管理、各全聯會內部的自主管理，以及各系絡因素等，何者對於公私協力的成效具有顯著影響。

二、自變數與公私協力執行成效間的迴歸分析

為解答前此所提出的疑問，我們再針對各自變數與整體公私協力成效進行迴歸分析（迴歸分析表請參下表五所示），分別以納入與不納入系絡變項的狀況下，探究各自變數中何者對於公私協力執行成效具有顯著影響力。在進行迴歸分析前，本文利用 Pearson 相關係數探討所有自變數與依變數間的相關性分析結果顯示各個構面均呈現顯著正相關。再者，自變項各構面間之相關係數均小於 0.8，顯示各構面之間並無「共線性」（collinearity）存在。

表五 迴歸分析模式一與模式二量化研究成果

解釋變項	模式一：部際關係+自主管理				模式二：部際關係+自主管理+轄區+總額別+身分別			
	P	β	Std. β	VIF	P	β	Std. β	VIF
部際關係								
結構架構	○	.452	.298	2.032	○	.434	.286	2.022
人資架構				3.012				2.620
政治架構				1.781				2.189
符號架構	○	1.814	.284	1.883	○	2.097	.328	1.852
自主管理								
結構架構	○	.289	.207	1.349				1.513
人資架構				2.395				1.329
符號架構				2.193				1.458
轄區（對照：健保局東區轄區）								
健保局台北分區轄區								1.127
健保局北區轄區								1.083
健保局中區轄區								1.159
健保局南區轄區					○	-5.895	-.235	1.029
健保局高屏轄區								1.037

表五 迴歸分析模式一與模式二量化研究成果（續）

解釋變項	模式一：部際關係+自主管理				模式二：部際關係+自主管理+轄區+總額別+身分別			
	P	β	Std. β	VIF	P	β	Std. β	VIF
總額別（對照：醫院總額支委會）								
牙醫總額支委會					○	5.242	.276	1.133
中醫總額支委會					○	6.115	.334	1.241
西醫基層總額支委會								1.428
身分別（對照：醫事團體）								
非醫事團體								1.078

註：表中 P 欄位打○者，表示該變數通過顯著檢定，對於協力執行成效具有顯著影響。未打○者，則是未通過顯著檢定，對於協力執行成效不具有影響力。

資料來源：本研究

（一）未納入系絡變項下的迴歸分析

該階段主要是驗證本文所提出之假設一與假設二。主要是以迴歸分析檢定部際關係與自主管理各組織架構變項對於「公私協力執行成效」的影響（請參表五）。由表五可知，前述部際關係與自主管理各組織架構自變項對於「公私協力執行成效」，有 42.1% 的解釋力（ $\bar{R}^2=0.421$ ，F-value = 20.147）。其中僅有「部際關係結構架構」、「部際關係符號架構」，以及「自主管理結構架構」的 P 值小於 0.05，顯示有顯著差異；其餘自變項因大於 0.05，未通過顯著性檢定。

此外，本文根據表五進一步檢視各預測變數對於公私協力執行成效的影響程度，與是否達到顯著性，以檢驗本文研究假設是否成立。

1、針對假設一：

部際關係各組織架構變項中，有「部際關係結構架構」通過顯著檢定。其標準化 Beta 值 = 0.298（P = 0.017 < 0.05），顯示部際關係中結構架構的表現對於公私協力執行成效有著正面且顯著的影響。也就是說，當中央健保局與地方分局之間對於總額支付制度執行的做法具有共識，且對於各地方分局之間一視同仁，健保局與地方分局以及地方分局之間具有暢通的溝通管道越具成效，則公私協力執行的成效愈高。本研究所界定的結構架構，包括垂直協調與水平協調兩大部分。垂直協調著

重在獎懲、規則，與計劃控制系統；水平協調包括正式的會議與溝通。此發現與前此，曾討論國內在探究公私協力的執行成效，常著重於公私雙方之間的非正式互動的網絡關係，尤其著重於公私部門組織的去層級化（李宗勳，2002：102，陳恆鈞，2002：4）有所不同。

而本研究實證結果顯示，層級化的組織結構實有助於協力的執行成效。此結果也實證了 O'Toole 與 Montjoy (1984: 491) 的論點，部際間的若能建構出共同的合作行動，將有助於協力執行。Sadao 與 Robinson (2002) 的研究在於評估太平洋地區國家，身心障礙兒童與其家庭的福利政策與協力關係的效能。在該效能評鑑系統中不僅涵蓋協力關係的執行成效，更包括協力體系中個別的參與組織的組織管理能力。而本文的研究架構不僅呼應了 Sadao 與 Robinson 的研究，實證結果更指出，協力執行的成效將會受到協力網絡中個別參與組織的結構的影響。

其次，則是「部際關係的符號架構」，其 Beta 值 = 0.284 ($P = 0.018 < 0.05$)，顯示部際關係中符號架構的表現對於公私協力執行成效有正向且顯著的影響。當健保局對於總額支付制度執行越具正面樂觀的看法時，公私協力執行成效愈高。此與 Bazzoli 等人 (1997) 所提出的實證模型相呼應。該模型提出協力的需求將會影響協力網絡中個別組織貢獻本身專業技能與資源的意願。本文將協力需求轉變為詢問受訪者對於支付制度的執行是否具備正面樂觀的態度，若越正面表示越有協力的需求。而此變數的通過顯著性檢定，可說是驗證 Bazzoli 等人 (1997) 的看法，協力的需求對於協力執行成效將有舉足輕重的影響。再者，前此曾提及 Scheberle (1997；1998) 認為府際間正面的工作關係將是有效政策執行的關鍵，此與本研究的檢定結果，可說是不謀而合。雖本研究主要係部際關係的個案，但其精神是相同的。中央健保局與地方分局之間對於總額支付的執行越具有正面樂觀的態度，將有助於總額支付的執行成效。

所以，假設一：「部際關係各架構管理的成效愈好，則公私協力的執行成效愈高」，在統計檢定上僅有部際關係的結構架構及符號架構的表現會影響公私協力的執行成效。

2、針對假設二：

自主管理的各項組織結構中，以「自主管理結構架構」的顯著性最高，其 Beta 值 = 0.207 ($P = 0.044 < 0.05$)，顯示「自主管理結構架構」對於公私協力執行成效有著正面且顯著的影響。本研究所界定的結構架構，包括垂直協調與水平協調兩大部分。垂直協調著重在獎懲、規則，與計劃控制系統；水平協調包括正式的會

議與溝通。顯示，醫事團體內部越能對於破壞點值穩定的醫療院所具備完善的處罰機制（獎懲），對於醫療服務的專業審查越公正不偏袒（規則與政策），全聯會與各地方分會愈鼓勵轄區醫療院所進行相互監督者（計劃控制系統），以及全聯會與地方分會之間以及地方分會與地方分會之間具有暢通的溝通管道下（正式的會議與溝通管道），則公私協力的執行成效愈高。該變數通過顯著檢定的結果，明顯看出在共有資源的情境下，使用者之間的同儕制約的程度，將影響資源的有效管理（Ostrom, 1990）。前此也曾提及相關研究指出，透過同儕制約的方式，將可使醫療服務合理提供、提升專業自主權益與醫療服務品質（楊漢淥，1997；楊志良，2003）。在這樣的文獻基礎以及本研究實證資料下，我們認為，若要使成員之間能具有同儕制約的理想狀態，則需要有一結構完整組織層級的全聯會以為管理。而在自主管理各組織架構中僅結構架構通過假設檢定，其餘變數因大於 0.005，未獲通過顯著檢定。前此已說明公部門結構架構的管理能力將會影響協力體系的執行成效，而此變數通過顯著性檢定，代表著不僅公部門的組織結構管理能力對於協力執行成效具有影響，私部門亦然。

從以上的迴歸分析可以發現，組織結構對於協力執行成效時具有相當程度的影響力。前此曾提及，組織結構不僅是任務與職權關係的一種正式系統，其也控制成員在達成組織目標過程中，如何合作與使用資源。換句話說，組織結構不僅是靜態的職權架構圖，更是影響成員行為與態度的關鍵變數（Jones, 2001; Robbins, 2005）。基此，不難想像組織結構對於政策執行成效的影響。誠如 O'Toole 與 Montjoy（1984: 491）所言，如果部際間無法建構出共同的合作行動，那麼政策執行終將失敗。由此可知，健保局這樣一個由上到下專責於總額支付執行的權責機關，其部際關係的管理對於政策執行的成敗實具有舉足輕重的影響地位。同時，從我們的研究發現也指出，不僅部際關係的結構對於協力執行具有實質影響，全聯會內部自主管理的組織結構實也具備顯著的影響力。

（二）納入系絡變項下的迴歸分析

該階段主要是驗證本文所提出之假設三至假設五。主要是以模型一的自變數為基礎，另加入系絡變項對於「公私協力執行成效」的迴歸分析（表五）。由表五可知，前述部際關係、自主管理各組織架構自變項，以及新增加的系絡變項對於「公私協力執行成效」，有 53.7% 的解釋力（ $\bar{R}^2=0.537$ ，F-value = 19.113）。其中「部際關係結構架構」、「部際關係符號架構」、「中醫總額支委會」、「牙醫總

額支委會」，以及「健保局南區轄區」的 P 值小於 0.05，顯示有顯著差異；其餘自變項因大於 0.05，未通過顯著檢定。

此外，本研究根據表五進一步檢視各預測變數對於公私協力執行成效的影響程度，與是否達到顯著性，以檢驗本文研究假設是否成立。

1、針對假設三：

轄區別中僅「健保局南區轄區」通過顯著檢定。其 Beta 值 = -0.235 ($P=0.004 < 0.05$)，顯示來自南區轄區的委員對於公私協力執行成效有著負面且顯著的影響。亦即，支委會委員若來自於健保局南區轄區，則對於公私協力執行成效的認知有較低的評價。

2、針對假設四：

就委員所參與的總額別，以「中醫總額支委會」的顯著性最高，其 Beta 值 = 0.334 ($P=0.000 < 0.05$)，顯示委員屬於中醫總額委員對於公私協力執行成效有著正面且顯著的影響。也就是說，屬於中醫總額支付委員會者，對於公私協力執行的成效有較高的評價。

其次則是「牙醫總額支委會」，其 Beta 值 = 0.276 ($P=0.001 < 0.05$)，顯示是否為牙醫總額支委會對於公私協力執行成效有正向且顯著的影響。當總額支付委員會為牙醫總額支付委員會委員時，則對於公私協力執行成效有較高的評價。

在 Bazzoli et al. (1997) 的研究中指出，環境系絡特徵（在地醫療資源的豐富性、醫療市場資源等）對於協力執行成效具有顯著性的影響。而健保局南區轄區的通過顯著檢定以及中、牙醫總額委員會變數的通過顯著檢定也呼應了 Bazzoli 等人的研究。

3、針對假設五：

最後，身分別中並未有變數通過顯著檢定。亦即在支委會中，不論身為非醫事團體或是醫事團體者，均對於公私協力執行成效的評價上無顯著影響關係。

至此，由描述統計我們可以發現，中醫與牙醫總額在公私協力的執行成效上，明顯高於西醫基層與醫院總額，其中尤以中醫總額的表現為最。進一步本研究以 4Fs（組織結構、人力資源、政治結構、符號結構）觀察各總額部門的全聯會成效。總的來說，中醫總額除符號架構僅次於牙醫總額外，仍是四個總額中表現最佳的。再者，本研究進一步以迴歸分析檢定部際關係、自主管理與系絡變項等對於公私協力執行成效的影響。

本研究主要有兩個迴歸式，主要是檢證不同變數對於協力執行成效的影響，其一為部際關係與自主管理，另一迴歸式則再加入系絡變項（轄區、總額別、身分別）。在僅有部際關係與自主管理的迴歸式中，具顯著性的自變數有部際關係結構架構、符號架構與自主管理結構架構三者；而加入系絡變項後，部際關係結構架構與符號架構仍具有顯著性，但自主管理結構架構卻被其他系絡變數所取代，包括中醫總額支委會、牙醫總額支委會以及健保局南區轄區等。這樣的結果具有兩項意涵。首先，從以上模式可以發現，以往在公私協力討論中，未被本土公共行政領域研究所強調的正式組織結構，不論在有無加入系絡變項的迴歸式中，均獲得顯著性的檢定。由此可見正式組織結構的存在，尤甚於非正式的互動關係或合作所累積的相互信任；再者，加入系絡變項後的檢定結果，雖消除自主管理結構架構的顯著性，取而代之的卻是四個總額部門中，協力執行成效與 4Fs 各構面表現較好的中醫與牙醫總額，以及轄區別的南區轄區所取代。

根據上述的迴歸分析，本研究一方面建構出一套可以評估公私協力架構的模式，另一方面也從健保總額支付制度的個案資料中，觀察到影響公私協力成效的關鍵因素，接下來，本文將在結論中統整發現，並且據此提出政策建議。

柒、結論與建議

學者 Meyer (2002: 4) 曾言：「假如你沒辦法衡量你所想要的，你終將無法得到你所想要的」(if you cannot measure what you want, then you will not get what you want)。時至今日，無論是公私部門或者是第三部門，對於績效的衡量已成為責任歸屬與資源配置的管理工具(莊文忠，2008：87)。因此，績效衡量是自我檢測的過程，幫助組織瞭解過去和現在的處境。績效衡量是一種蒐集計劃完成度與活動的一項行動，關乎衡量計畫達成到什麼程度(Berman, 2006: 143)。本研究即是在這樣的一個認知基礎上所發展的一篇論文。

整體而言，如果從表五迴歸分析結果綜整來看，不論有無納入系絡變項，部際關係組織結構架構，以及符號架構均為公私協力執行成效的重要變數。而在未納入系絡變項時，自主管理的結構架構有通過顯著性檢定，但在有系絡變項下，自主管理結構架構對於執行成效的影響效果，會被轄區(健保局南區轄區)、以及總額別(中醫總額委員會與牙醫總額委員會)所沖消(partial-out)。而組織結構架構在本研究的界定，係指一種組織的建構、工作單位的設計、工作規則和角色、目標及

主導決策活動的政策（Bolman & Deal, 1991: 511）。這樣的界定偏向一種正式關係的確認，與國內前此研究偏向協力雙方的非正式關係是有所區別。根據本文量化驗證結果指出，協力若要發揮成效，則雙方在組織結構上的完整性是需要被重視與加以改善的。因此，本研究認為未來總額支付委員會若要發揮其執行成效，則健保局內部組織運作的調整以及如何強化醫事團體內部的自主管理，將是改革重點所在。

再者，健保局與醫事團體所籌組的總額支付委員會的公私協力部分。第一，本研究問卷施測結果指出，多數委員認為現行總額支付委員會的執行過程中，權利與義務並未相符；第二，委員多表示未來健保局應開放更多權限予醫事團體，且讓委員具有資源分配的決策制定權力；第三，有五分之一的受訪者表示，總額支付委員會的成員並未有明確的共識；第四，將近有半數的委員表示，健保局及全聯會的責任分工不明確的；第五，健保局與醫事團體在總額執行的互動中多是平等的說法，有近六成的受訪者表示不同意。第六，就雙方的資訊溝通上多呈現負面的樣態。亦即，委員們均認為不論是健保局對醫事團體，亦或是醫事團體對健保局，均有資訊隱藏的現象存在。由這六點可見，委員會的權利與義務的明確界定，將是未來總額支付委員會所應該加以關注的。同時，本研究認為，對於權利義務的釐清問題，其根源仍在於法源依據，以及法令規章等配套措施的明確界定。現行總額支付委員會的法令規章與法源依據等是模糊不明的，模糊或許有利於行政的掌控，但也會帶來行政上的額外運作成本。

基於上述檢定結果，本文試圖提出以下三項建議，供相關衛生主政單位政策上採取公私協力途徑進行時之參考；同時，作者並將針對未來相關研究提出研究建議。

其一，健保局內部組織運作的調整：觀察現況發現，健保局對於分局所進行的績效評估有不合理之處。評估指標主要由健保局著手擬訂，確立後，一體適用的交由各分局與轄區內醫事團體依據該指標進行醫療預算與品質的管控。此顯示兩點問題，首先，忽略納入地方分局的第一線運作經驗；再者，指標的一體適用，也忽略掉各分局轄區內醫療生態資源的分布問題。此可證諸於 Kleingeld、Tuijl 與 Algera（2004）所作的研究，該研究指出成員的參與將有助於績效管理系統的有效推行。此也可以後續研究加以確認。Moynihan（2005）的研究指出績效管理並不僅止於績效評估，也應著重於績效評估所帶來的組織學習。由此，本文認為後續有關績效考評的評估指標，以及考評方法等，健保局都應與分局成員進行充分的討論與溝通，尤其應依照各區醫療生態的不同而有不同的考評方法，不應一體適用，建議每

個總額部門各自設計一份考評指標後，依照各區的特殊性統整以後，再實施於所有分局，但是，統整過程中應該注意考評成本的問題，應定立指標數上限。

其二，強化醫事團體的自主管理：由迴歸分析得知，醫事團體內部自主管理的結構會影響協力的執行成效。在結構架構上主要聚焦於醫事團體內部資源運用的相互監督、專業審查的公正性問題，以及全聯會與地方分會等的溝通問題。由實際觀察發現，全聯會內部在推派代表時，常牽涉有派系力量的介入；在這樣的情況下，相互監督的功能以及專業審查的公正問題，則會受到內部成員的質疑。因此，對於全聯會內部的組織運作應加以強化，且對於團體內有關非專業的政治力量干擾，也應儘可能降低其影響力。倘若在全聯會內部無法進行有效改革之際，則借助於外部力量的介入有其必要。因此，健保局若是要能針對後續施行總額支付制度的有效運作，似應對全聯會的運作有更深進一步的了解，協助全聯會進行組織內部運作的改善，當然，這部份也牽涉到民間團體的自律問題，可以在後續研究繼續討論之。

其三、委員會權利與義務的清楚界定：委員會的有效運作，與委員們的地位和聲望有密切關聯者，就是授予委員會以合宜的權利義務，不管委員會的權威如何，都應該加以明確的規定和尊重。因此，本文建議健保局在支付委員會設置要點中應明定，委員會的權力與義務，以及會議中的決策機制，尤其是費協會、支委會、以及執委會之間的垂直分工，應該將其決策範疇進行清楚的區分。然對於權利義務的釐清問題，其根源仍在於法源依據，以及法令規章等配套措施的明確界定。現行總額支付委員會的法令規章與法源依據等是模糊不明的，模糊或許有利於行政的掌控，但也會帶來行政上的額外運作成本。

最後，在未來公私協力的研究方面。首先，誠如前述，國內對於公私協力執行成效檢視的文章較為缺乏，而國外對於此方面的研究已有較為完整充分的結果，本土學界未來更應投注心力，發展公私協力發展績效衡量指標的研究（Trafford & Proctor, 2006; Sagalyn, 2007; Bing, Akintoye, Edwards, & Hardcastle, 2005），協助實務界面對操作上的種種改革困境。再者，因為本文只研究單一個案，並未試圖建構屬於公私協力的「運作模式」或是俗稱的「商業模式」（business model）供實務界參考，建議未來研究可從多元的案例中，針對組織與組織間合作的類型，建構一階段論觀點或非階段論觀點的運作模式，實際說明公私協力各階段的活動與細節。最後，未來研究方法上應該多聚焦在「非對稱關係」（asymmetrical relationship）的研究課題，在這種關係中，通常會假設一個變項（自變項）是影響另一個變項（依變項）的主要原因（徐正光、黃順二，1989：6），因此必須進行主要因素的

確認工作。而本研究主要是探討健保局與醫事團體兩大組織間合作，各自在組織管理上對於協議成效的影響；並未引入第三個變數作為檢定因素（test factor），以更週密的方法確認自、依變數間關係，未來研究在統計方法上，可透過這樣的檢證方式，進一步驗證在組織管理上的變數對於協議執行成效的非對稱關係。至此，本文以公私協力成效衡量為核心的研究，未來將更進一步針對建構公私協力績效衡量的指標發展邁進，一步一步充實台灣本土「循證公共管理」研究的內涵。

參考文獻

- 丁仁方（1999）。**威權統合主義：理論、發展、與轉型**。台北：時英。
- 王文良、盧一帆、張宏哲、劉安琪（2006）。利用 PZB 與 FAHP 於養護機構服務品質評估之研究。**健康管理學刊**，4（1），103-120。
- 白裕彬、黃月桂、王惠玄（2002）。**我國健康保險體系實施總額預算制度後之未來展望與策略探討**。行政院衛生署委託研究報告，台北市：行政院衛生署。
- 朱鎮明（2005）。政策網絡中協力關係的成效：理論性的探討。**公共行政學報**，17，113-158。
- 江明修、鄭勝分（2002）。非營利管理之協力關係。載於江明修（編），**非營利管理**（81-124 頁）。台北：智勝。
- 吳重慶（2001）。醫療管理的省思（三）總額預算制度下醫療產業的因應之道。**台灣醫界**，44（7），55。
- 吳濟華（1994）。推動民間參與都市發展：公私部門協力策略之探討。**台灣經濟**，208，1-15。
- 李玉春（2005）。總額支付制度之規劃理念。**台灣牙醫界**，24（12），45-52。
- 李宗勳（2002）。**政府業務委外經營之理論、策略與經驗**。台北：智勝。
- 李長晏（2004）。全球化治理：地方政府跨區域合作分析。**研考雙月刊**，28（5），55-65。
- 李柏諭（2005）。公私協力與社區治理的理論與實務：我國社區大學與政府經驗。**公共行政學報**，16，59-106。
- 林惠玲、陳正倉（2007）。**應用統計學**。台北：雙葉。
- 林震岩（2006）。**多變量分析：SPSS 的操作與應用**。台北：智勝。
- 施桂雲（2001）。**以系統思考觀點探討健保總額預算制度對醫療系統影響之研究**。

- 私立大葉大學事業經營研究所碩士學位論文，未出版，彰化。
- 徐正光、黃順二（譯）（1989）。**調查分析的邏輯**（Morris Rosenberg 原著）。台北：黎明。
- 張瓊玲、張力亞（2005）。政府業務委外經營管理及運作過程之研究：以台北市政府社會局為例。**華岡社科學報**，19，31-60。
- 莊文忠（2008）。績效衡量與指標設計：方法論上的討論。**公共行政學報**，29，61-92。
- 陳俊川（2004）。探討地區醫院在全民健保政策下之經營管理—以中部地區為例。私立大葉大學事業經營研究所碩士學位論文，未出版，彰化。
- 陳恆鈞（2002）。**治理互賴與政策執行**。台北：商鼎。
- 陳恆鈞、張國偉（2006）。組織協力與組織績效之研究：以雲林縣蔬菜產銷班為例。**公共行政學報**，19，41-52。
- 陳敦源（2000）。跨域管理：部際與府際關係。載於黃榮護（編），**公共管理**（226-269頁）。台北：商鼎。
- 陳敦源、張世杰（2010）。公私協立夥伴關係的弔詭。**文官制度季刊**，2（3），17-71。
- 陳順義（2002）。牙醫總額支付制度分區成效差異原因探討：中區與南區之比較。國立中正大學社會福利學系博學位士論文，未出版，嘉義。
- 彭文賢（2001）。**組織結構**。台北：三民。
- 楊志良（2003）。**健康保險**。台北：巨流。
- 楊漢淙（1997）。全民健康保險總額支付制度之實施背景及推展。**台灣醫界**，第40（7），10-12。
- 蔡秀涓（2004）。公務人員組織信任模型之建構：以台北市政府為例。**人文及社會科學集刊**，16（2），241-279。
- 鄭錫鏜（1999）。**BOT 統理模式的研究—兼論我國興建南北高速鐵路政策發展**。國立政治大學公共行政研究所博士學位論文，未出版，台北。
- 盧偉斯（1996）。**組織學習的理論性探究**。國立政治大學公共行政系博士學位論文，未出版，台北。
- 盧瑞芬，謝啓瑞（2000）。**醫療經濟學**。臺北：學富。
- 羅紀琮（2006年6月）。**醫院總額支付對資源分配的影響初探**。全民健保總額支付的實施及其影響研討會，台北。

- 蘇鴻輝 (2006)。牙醫門診總額現況及策略，2006年5月28日，取自：
http://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cda.org.tw%2Fcd%2Fget_attachment%3Faid%3D5397e5d520580c4401205bb86739009d&ei=CjWDT8KqLobomAX4_vWuCO&usg=AFQjCNHW6PiPIJbZp18EYwI6c1k_FCd4_A&sig2=NcNe7uRKCIEsW_LJgHCCQg。
- Alexander, E. R. (1998). A structuration theory of interorganizational coordination: Cases in environmental management. *International Journal of Organizational Analysis*, 6(4), 334-355.
- Alexander, J. A., M. E. Comfort, & B. J. Weiner (1998). Governance in public-private community health partnerships: A survey of the community care network demonstration sites. *Nonprofit Management & Leadership*, 8(4), 311-332.
- Allison, G. (1971). *Essence of decision: Explaining the cuban missile crisis*. Boston, MA: Little-Brown.
- Alter, C., & J. Hage (1993). *Organizations working together*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Bailey, N. (1994). Towards a research agenda for public-private partnerships in the 1990s. *Local Economy*, 6(4), 292-305.
- Bardach, E. (1977). *The implementation game cambridge*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Barr, D. A. (2007). A research protocol to evaluate the effectiveness of public-private partnerships as a means to improve health and welfare systems worldwide. *American Journal of Public Health*, 97(1), 19-25.
- Bazzoli, G. J., R. Stein, J. A. Alexander, D.A. Conrad, S. Sofaer, & S. M. Shortel (1997). Public-private collaboration in health and human service delivery: evidence from community partnership. *The Milbank Quarterly*, 75(4), 533-561.
- Bennet, R. J., & G. Krebs (1994). Economic development partnerships: An analysis of policy networks in the EC-LEDA local employment development strategies'. *Regional Studies*, 28(2): 119-140.
- Berman, E. M. (2006). *Performance and productivity in public and nonprofit organizations*. Armonk, N.Y.: M. E. Sharpe, Inc.
- Bing, L., A. Akintoye, P. J. Edwards, & C. Hardcastle (2005). Critical success factors for PPP/PFI projects in the UK construction industry. *Construction Management and Economics*, 23(5), 459-471.
- Bolman, L. G., & T. E. Deal (2003). *Reframing organization: Artistry, choice and leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Bolman, L. G., & T. E. Deal (1991). Leadership and management effectiveness: A multi-frame, multi-sector analysis. *Human Resource Management*, *30*(4), 509-534.
- Bovaird, T. (2005). Public governance: Balancing stakeholder power in a network society. *International Review of Administrative Sciences*, *71*(2), 217-228.
- Bryson, J. M., & B. Crosby (1992). *Leadership for the common good*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Burchardi, H., H. P. Schuster, & S. Zielmann (1994). Cost containment: Europe. Germany. *New Horizons*, *2*, 364-374.
- Buse, K., & A. Waxman (2001). Public-private health partnership: A strategy for WHO. *Bull World Health Org*, *79*, 748-754.
- Catanese, A. J. (2004). Planning for sound governance: A classical approach for the twenty-first century. In A. Farazmand (Ed.), *Sound Governance: Policy and Administration Innovations* (pp. 115-124). London: Westport.
- Culyer, A. J. (1989). Cost containment in Europe. *Health Care Financing Review, Annual Supplement*, 21-32.
- Eastaugh, S. R. (2000). National healthcare spending and fiscal control: Comparisons among 15 Countries. *Hospital Topics*, *78*(4), 9-13.
- Elmore, R. F. (1978). Organizational models of social program implementation. *Public Policy*, *26*, 185-228.
- Farazmand, A. (2004). Building partnerships for sound governance. In A. Farazmand (Ed.), *Sound governance: Policy and administrative innovations* (pp.77-98) London: Westport.
- Gochfeld, M., J. Burger, & B. D. Goldstein (2001). Medical Care as Commons. In J. Burger, E. Ostrom, R. B. Norgaard, & D. Policansky (Eds.), *Protecting the commons: A framework for resource management in the Americas* (pp. 253-270). Washington, DC: Island Press,
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hall, R. H., & P. S. Tolbert (2005). *Organizations: Structure, processes, and outcomes*. Eaglewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Hall, R., J. P. Clark, P. C. Giordano, P. V. Johnson, & M. V. Roedel (1977). Patterns of interorganisational relationships. *Administrative Science Quarterly*, *22*, 456-474.
- Hardin, G. (1968). The tragedy of the commons. *Science*, *162*, 1243-48.
- Hewison, A. (2004). Evidence-based management in the NHS: Is it possible? *Journal of*

Health Organization and Management, 18(5), 336-348.

- Hurley, J., & R. Card (1996). Global physician budgets as common-property resources: Some implications for physicians and medical association. *Canadian Medical Association Journal*, 154, 1161-1168.
- Jack, M., & R. Phillips (1993). Public-private partnership organizations in health care: Cooperative strategies and models. *Hospital & Health Services Administration*, 38(3), 387-400.
- Jones, G. R. (2001). *Organizational theory: Text and cases*. N.J.: Prentice Hall.
- Kleingeld, A., H. V. Tuijl, & J. A. Algra (2004). Participation in the design of performance management systems: A quasi-experimental field study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(7), 831-851.
- Kouwenhoven, V. (1993). The rise of the public-private partnership: A model for the management of public-private cooperation. In J. Kooiman (Ed.), *Modern governance: New government-society interactions* (pp. 145-157). London: Sage.
- Mattessich, P., & B. Monsey (1992). *Collaboration: What makes it work*. Saint Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation.
- McGregor, M. M. D. (1989). Technology and the allocation of resources. *New England Journal of Medicine*, 320, 118-120.
- Meier, K. J., & L. J. O'Toole (2001). Managerial strategy and behavior in networks: A model with evidence from U. S. public education. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(1), 274-291.
- Meier, K. J., & L. J. O'Toole (2009). The proverbs of new public management: Lessons from an evidence-based research agenda. *The American Review of Public Administration*, 39(1), 4-22.
- Meyer, M. W. (2002). *Rethinking performance measurement: Beyond the balanced scorecard*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Morgan, G. (1986). *Images of organization*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Moynihan, D. P. (2005). Goal-based learning and the future of performance management. *Public Administration Review*, 65(2), 203-216.
- O'Toole, L. J. (1988). Strategies for intergovernmental management: Implementing programs in interorganizational networks. *International Journal of Public Administration*, 11(4), 417-441.
- O'Toole, L. J., & R. S. Montjoy (1984). Inter-organizational policy implementation: A theoretical perspective. *Public Administration Review*, 44(6), 491-503.

- Oakerson, R. (1992). Analyzing the commons: A framework. In D. Bromley (Ed.), *Making the commons work: Theory, practice and policy* (pp. 41-59). San Francisco, CA: Institute for Contemporary Studies.
- OECD (1990). *Partnerships in rural development*. Paris: OECD.
- Osborne, S. (2000). *Public private partnerships: Theory and practice in international perspective*. New York, NY: Routledge.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the commons: The evolution of institutions for collective action*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Perrow, C. (1986). *Complex organizations: A critical essay* (3rd Ed). New York: Random House.
- Prior, D. (1996). Working the network: Local authority strategies in the reticulated local state. *Local Government Studies*, 22(2), 92-103.
- Quinn, R. E. (1988). *Beyond rational management*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Robbins, S. P. (2005). *Organizational Behavior*. Eaglewood Cliffs, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Rogers, D. L., D. A. Whetten, B. P. Halport, & C. L. Mulford (1982). *Interorganisational coordination*. Ames, Iowa: Iowa State University Press.
- Sadao, K. C., & N. B. Robinson (2002). Interagency systems development and evaluation in the pacific islands: A Process model for rural communities. *Infants and Young Children*, 15(1), 69-84.
- Sagalyn, L. B. (2007). Public/private development: Lessons from history, research, and practice. *Journal of the American Planning Association*, 73(1), 7-22.
- Sanderson, I. (2002). Evaluation policy learning and evidence-based policy making. *Public Administration*, 80(1), 1-22.
- Scheberle, D. (1997). *Federalism and environmental policy: Trust and the politics of implementation*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Schmitter, P. (1974). Still the century of corporatism?. *Review of Politics*, 36(1), 35-131.
- Scott, W. R. (1981). *Organizations: Rational, natural and open systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Shortell, S. M., E. M. Morrison, & S. Robbins (1996). Strategy making in health care Organizations. In Altman S. H., & U. E. Reinhardt (Eds.), *Strategic choice for a changing health care system* (pp. 101-148). Chicago, IL: Chicago Health Administration Press.
- Simon, H. A. (1946). The proverbs of administration. *Public Administration Review*, 6(1), 53-67.

- Skelcher, C. M., A. Lowndes, & V. P. Nanton (1996). *Community networks in urban regeneration: It all depends who you know...!*. Bristol, UK: Policy Press.
- The National Council for Public Private Partnerships. (2008). How PPPs work. Retrieved December 28, 2008, from <http://ncppp.org/howpart/index.shtml#define>.
- Trafford, S., & T. Proctor (2006). Successful joint venture partnerships: Public-private partnerships. *The International Journal of Public Sector Management*, 19(2), 117-129.
- Webb, A. (1991). Co-ordination: A problem in public sector management. *Policy and Politic*, 19(4), 229-241.
- Weimer, D. L. (2007). Medical governance: Are we ready to prescribe? *Journal of Policy Analysis and Management*, 26(2), 217-239.
- Wolfe, P. R., & D. W. Moran (1993). Global budgeting in the OECD Countries. *Health Care Financing Review*, 14(3), 55-76.

Tastes Great, Less Filling? An Evaluation of Public-Private Collaboration in the Payment System of Taiwan's National Health Insurance (NHI)

Chian-Wen Wang, Don-Yun Chen*

Abstract

In recent years, building public-private partnership (PPP) is the popular way to satisfy citizen demands through delivering government services. Compared with other countries' experiences, there has been a problem of lacking systematic evaluations of various PPP applications in Taiwan. The purpose of this study is to utilize survey technique to evaluate the Global Budget Payment System of the Taiwanese National Health Insurance (NHI). First, an evaluating scheme is established from existing literatures. Second, the members of the Global Budget Payment Committee are face-to-face interviewed to evaluate the PPP. The eighty out of 124 members were responded and the response rate is around 65%.

This research finds that the structural factors have positive influence on the effectiveness of PPP for both governments and medical associations. And, the symbolic dimension of public organization has a positive impact on the effectiveness of the partnership. Also, the dentist and Chinese medicine participants evaluate the partnerships better than those in hospitals and local

* Chian-Wen Wang, Ph.D. Candidate, Department of Public Administration National Chengchi University.

Don-Yun Chen, Professor, Department of Public Administration National Chengchi University.

clinics sections. However, the members from the southern section of the payment system have a lower evaluation of the partnership. Based on the above findings, this research concludes with three policy suggestions: some adjustments of internal operation in Bureau of National Health Insurance, increasing the autonomy of medical groups to manage their professional operations, and redefining and balancing rights and obligation of the Global Budget Payment Systems Committees.

Keywords: Public-Private Partnerships, Evidence-based Public Management; Organizational Frames (4Fs), Global Budget Payment System, Evaluation

