

以策略觀點探討醫療機構績效管理：以高雄榮民總醫院為例

A Strategic Perspective on Performance Management of Medical Institution: A Case Study to Kaohsiung Veterans General Hospital

謝序偉¹ 簡立建² 譚大純³

(Received : Apr. 18, 2005 ; Firsr Revision : Jul. 26, 2005 ; Accepted : Aug. 26, 2005)

摘要

我國開辦全民健康保險制度（全民健保）之後，對於醫療機構產生重大之影響，先後實施「論量計酬」與「總額支付」等多項給付制度，造成醫療產業環境的不確定性、複雜性與競爭程度皆大幅提升，醫療機構亟待透過策略管理，有效回應環境，並據此建立競爭優勢。

根據「策略 作為 績效」之典範，績效管理扮演著關鍵性角色，對於策略與作為具有引導與根本性影響。然而，傳統績效評估過度側重於財務面指標，以及短期面之考量，不僅有失偏頗，對於屬於非營利色彩的醫療機構，更無法全然反應策略與作為之成效。

隸屬於行政院國軍退除役官兵輔導委員會的高雄榮民總醫院，為有效因應環境，並解決傳統績效評估之缺失，業已著手推動策略規劃之作業。並已於 2003 年將「平衡計分卡」之概念納入策略規劃作業之中，以策略觀點的績效管理出發，期望藉由員工共識之凝聚、員工訓練、績效考核、醫院使命與願景等方式，積極提升服務品質，加強醫院本體競爭力。

本研究主要透過個案研究法，以平衡計分卡之建構、依據使命重新定位、設定願景與策略性目標、並進一步構繪策略地圖等流程，深入瞭解高雄榮民總醫院平衡計分卡導入，以及目前策略規劃建構之概況，並提出相關檢討，期望提供其他醫療機構實務者與學術研究者經驗之參考與分享。

關鍵字：平衡計分卡、策略觀點、績效管理、個案研究、醫療機構管理

Abstract

Taiwan put “National Health Insurance (NHI)” into practice on April, 1995. It caused very serious influence for medical institutions. Furthermore, NHI carried out “Piecework Reward System” and “Global Budget” one after another, then led to high-intensive uncertainty, complexity and competition. For medical institutions view, now it's very important to construct strategic management to response environment.

¹ 義守大學管理研究所碩士

² 高雄榮民總醫院急診部主治醫師，義守大學管理研究所碩士

³ 義守大學企業管理學系副教授兼系主任

三位作者特別感謝匿名審查委員的寶貴意見，同時也感謝高雄榮總會計室主任簡朝源先生，以及義守大學企管系助理教授蔡振昌博士對於本研究的鼎力協助。

Under the paradigm of “Strategy-Conduct-Performance,” performance management plays a critical role, and it influences both strategy and conduct basically and directly. However, traditional view of performance measurement laid too much emphasis on financial criteria and short-term view. Therefore, it’s not suitable for non-profit organization, especially medical institutions.

In order to response environment, Kaohsiung Veterans General Hospital (KVGH) began “Strategic Planning” on May, 2003. And it applied “Balanced Scorecard (BSC)” on August, 2003. Under strategic perspective of performance management, KVGH tried to connect performance measurement with staff training, organizational mission and vision, and financial criteria. KVGH hopes BSC and strategic planning will promote service quality, patient relationships, research ability, and increase competitive advantage.

This research, forms as a case study, tries to provide a general situation to realize how KVGH applied BSC and strategic planning. In addition, this research also want to share experience about BSC application and process both for research worker and practice worker.

KeyWord: Balanced Scorecard, Strategic Perspective, Performance Measurement, Case Study, Medical Institution Management

1. 緒論

1.1 研究背景與研究動機

我國自開辦全民健康保險制度之後，幾乎所有醫療機構營運皆受到牽制，所面臨之環境受到全民健康保險制度與國家衛生政策直接之影響，相關的試辦措施與新制度也導致環境的不可確定性與不可預測性大幅提升，所有醫療機構面臨有始以來最大的考驗。然而，危機亦即轉機，如何以策略觀點，協助醫療機構有效因應環境之挑戰，則係目前所有醫療機構經營者面臨的首要課題。以下將簡述本研究背景與動機。

1995 年，政府為落實憲法當中「公醫」制度的規範，正式開辦「全民健康保險制度」（以下簡稱為全民健保），以法令規範全國民眾一律加入，因此，所有全民健保制度下的醫療資源支付，完全由中央健康保險局（以下簡稱為健保局）統籌管理。同時並實施「論量計酬」之制度，造成醫療機構所面臨的經營環境驟變，由原先平穩、低度競爭之態勢，轉而面臨波動性高、競爭複雜性提高的態勢。

特別係自 2002 年起，健保局受到全民健保制度虧損與躉縮之影響，改變原醫療支付方式，由論量計酬轉為「總額預算」制度。醫療資源受到極大的壓縮，也因此醫療機構必須在現有、既定的大餅（預算）之下競爭，造成各醫療機構經營上偌大的壓力。除此之外，行政院衛生署基於時代變遷與全面性考量，亦將醫療機構之評鑑著眼於(1)醫療品質、(2)醫病關係，以及(3)教學研究品質等三大層面。如何由績效管理之觀點出發，提升三大層面之表現，對於醫療機構經營者而言，更益顯其重要性與價值。

根據行政院衛生署對於醫院之評鑑（或稱權屬別），可分為三個層級，分別為(1)醫

學中心、(2)區域醫院，以及(3)地區醫院。其中，醫學中心的規範與研究水準最為卓越，目前國內也僅廿餘所醫院達到此標準。而醫學中心所扮演的教學、研究與醫療角色不僅最為重要，往往也對於其他層級的醫療機構具有推動之功能，可謂為區域醫院與地區醫院之表率。另一方面，醫學中心從公私部門當中所取得之資源與補助，亦領先其他層級之醫院，因之，本研究選擇醫學中心做為本研究之對象。

再以所有權探討醫療機構之分類，則可分為公立醫院與民營醫院二大類。其中，公立醫院尚包括縣市立醫院、衛生署署立醫院、公立大學附設教學醫院、部會機構所屬醫院等（如榮民醫院）。然而，公立醫院過去獲得政府於資源上鼎力相助，雖然同時亦須肩負必要的社會責任，但相對於一般民營醫院，所面臨的環境複雜度相對較低，也較具穩定性。不過，由於傳統績效評估制度不臻完善，加上部分公務人員心態不甚健全，造成部分公立醫院經營效率不彰，同時其經營管理之概念也較為缺乏策略觀點。

至於績效管理之部分，傳統企業管理的績效評估指標多偏向於財務面、利潤面與短期指標。不僅與具有非營利色彩的醫療機構產生衝突，更不利於醫療機構的長期發展。以「策略 作為 績效」典範而言，必須透過適切的績效管理，方能對於策略與作為產生有效之回饋，藉以適度調整與修正，創造競爭優勢。

1.2 研究目的與研究範疇

根據上述的研究背景與動機，獲得本研究目的與範疇，包括(1)藉由個案研究法，瞭解公立醫學中心目前經營環境之現況；(2)瞭解個案醫院目前策略規劃推展與平衡計分卡導入之現況；(3)探討個案醫院策劃規劃所面臨之議題；(4)探討個案醫院平衡計分卡與績效評估指標之關連性；以及(5)探討個案醫院導入平衡計分卡所面臨之議題。

2. 文獻探討

本研究文獻探討，主要針對策略管理、策略規劃、醫療機構經營策略、績效評估、平衡計分卡，以及策略地圖等六部分進行說明與討論。

2.1 策略管理

策略(Strategy)，本為軍事用語，源自於希臘字 Strategos 與 Ego，分別代表軍隊與領導者想法之意，因此具有領導軍隊統帥的想法之意涵。湯明哲(2003)則進一步闡述軍事戰略與企業策略之差異，包括(1)目標不同，軍事戰略只有勝負，企業策略則需考慮盈虧的數量；(2)軍事戰略必有輸贏，企業策略卻可以「競爭」與「合作」瓜分市場；(3)企業競爭有「供需法則」支配，但軍事戰略則無此法則；以及(4)企業可以自資本市場獲得新的資源，而軍事戰略通常是分配固定資源。

而 Chandler (1962)提出「策略與組織結構」概念之後，促使策略與策略規劃逐漸受到重視。司徒達賢(2001)亦指出近年來策略管理受到日益重視的原因，包括(1)國內外環境變化迅速，自由化與國際化浪潮，為企業帶來嚴酷的衝擊與無窮的機會；(2)企業為求升級，需有策略作為其領導；(3)市場競爭激烈，企業彼此的競爭與合作需要有策略方能

釐清；以及(4)企業在規模成長後，經營團隊之間的溝通協調，需要策略架構協助團隊建構系統化的策略決策與行動方案。

至於策略的內涵與範圍，吳思華(1996)以四個方面解釋策略之意義，(1)評估並界定企業的生存利基；(2)建立並維持企業不敗的競爭優勢；(3)達成企業目標的系列重大活動；以及(4)形成內部資源分配過程的指導原則。而方至民(2001)亦以三個層面說明策略管理活動的內容，(1)策略分析，包括內部條件與外部分析；(2)策略內容，包括願景、目標與範疇部分；另一為競爭優勢、經營模式、資源利用與取得、策略性投資決策等；以及(3)策略執行，如組織安排等。

根據上述的文獻，大抵可以瞭解，目前策略管理對於企業係扮演非常關鍵性之角色，諸多企業之作為亦皆遵行或採納策略觀點進行決策與思考。雖然策略管理廣泛應用於營利型組織當中，但卻不代表對於隸屬非營利組織的醫療機構便不適用。如同前述，醫療機構近年來所面臨的環境複雜性與不確定性大幅提升，亦有必要透過策略觀點，協助其因應環境，並建立競爭優勢。

2.2 策略規劃

一般而言，對於策略規劃的流程，大致包括(1)決定目標；(2)進行環境分析；(3)SWOT分析；(4)依據分析結果，選擇策略；以及(5)根據策略類型，制度功能性政策與行動方案。對此，司徒達賢(2001)認為其缺失具有(1)使命未必指導；(2)營收目標背後的思考邏輯未能言明；(3)環境分析缺乏焦點；(4)未考慮條件之高下取決於策略；以及(5)簡化策略分類，忽略策略的多樣性與複雜性。因此，司徒達賢(2001)認為，策略規劃應結果高階策略規劃委員會與策略事業單位，進行一個六階段的規劃流程(包括(1)擬出初步目標與策略構想；(2)擬定未來策略的初稿；(3)質疑與修訂事業策略計畫；(4)再次擬定未來策略；(5)調整總體策略，且核定事業策略；(6)執行事業策略)。

不過，司徒達賢(2001)亦認為策略規劃常易發生諸多問題，包括(1)環境、條件、策略、行動之間缺乏對應關係；(2)總體策略構想不明；(3)組織溝通與領導風格不佳；(4)資訊不對稱；(5)缺乏獨當一面的事業人才；(6)權力問題；(7)策略與行動的差距；以及(8)過份迷信策略規劃的作用。而湯明哲(2003)亦指出若干缺失，包括(1)策略規劃的成本高昂；以及(2)策略規劃常易流於形式。

另一方面，歐進士與歐耿作(2003)認為非營利組織推動策略規劃的效益，大致有下列四項，(1)強迫組織在日常作業外，思考並關注組織的長期發展方向；(2)有助於組織成員建立組織未來的共同願景；(3)有助於預測組織未來可能遭遇的情況，促使組織提早擬定回應的方案；以及(4)有助於組織思考如何尋求潛在資金的來源，增加組織取得資金的機會。

對此，可提供屬於非營利組織的醫療機構，對於策略規劃的概念性架構與瞭解。

2.3 醫療機構經營策略

雖然策略管理在企業管理領域發展多時，但對於醫療機構而言，卻仍屬於新興議題，目前尚屬於發展階段，相關討論仍不完備且缺乏系統性。劉興寬(2002)論述醫療機

構的經營策略，觀點類似於傳統策略管理，認為其定義為讓醫院因應外在環境之變化，運用醫院內部資源，擬定醫院經營之方式，以達到醫院的願景目標，促成追求永續的成功。

另一方面，劉興寬(2002)將醫院策略類型分為廿種，包括(1)市場範圍策略，即醫院選定業務範圍、服務科別、顧客範圍等，若能進入未被滿足的市場，將有機會促進績效成長；(2)市場發展策略，即擴大業務範圍，增加市場區隔之策略；(3)垂直整合策略，即強化對上或對下層級醫療機構合作的關係；(4)水平整合策略，以合作夥伴關係加強與平行或同級醫院的關係；(5)策略聯盟，與同業或異業發展夥伴關係，建立事業群體或網絡；(6)擴大或縮小策略，因應外在環境與本身條件，調整經營的策略；(7)多角化經營，開發新的服務科別與業務範圍；(8)地理擴張策略，藉由設立分院或購併他院，建立全國擴張策略；(9)低成本高利潤策略，降低成本，達到利潤極大化；(10)差異化策略，以不同品質、流程與服務，促成與同業顯著之差異；(11)資源統合與策略管理，即有效運用有限資源；(12)教學與研發策略，即提升研發教育能力，建立學術地位；(13)獨佔結構策略，指擁有特殊服務，取締持續性競爭優勢；(14)集中策略，指建立核心價值與核心競爭力；(15)分散策略，用以分散風險；(16)品質策略，提升醫療與服務品質；(17)接觸策略，指社區化、大眾化深植民心；(18)人性化策略，以病患為中心；(19)革命策略，轉變為服務型組織；以及(20)轉型策略，轉換其他策略。

不過，從上述的廿種策略類型，概念的互斥性與系統性較為不足，且缺乏實證結果之支持，可見目前醫療機構經營策略領域的成熟性仍待進一步的提升。

2.4 績效評估

根據 Green & Kiem (1983)的定義，績效評估乃係評估者根據事前所訂立之準則，審核組織系統的功能是否能達成預期水準的一套標準。而孫美容(1999)認為績效評估之過程，將有助於組織運作之瞭解，並指引未來經營策略與資源分配的方向。然而，回顧文獻發現，諸多研究側重於財務性指標之討論，如 Van de Ven & Ferry (1980)提出投資報酬率、銷貨收入等；Dess & Robinson (1984)以資產報酬率與銷售額成長度為評估之依據，其範圍皆屬於財務性指標之範疇。雖然 Nkomo (1984)將績效指標分為財務績效與人力資源績效指標二大類，但其指標內容卻仍然屬於財務面之議題。

有鑑於此，李書行(1995)認為，傳統財務績效評估指標具有(1)重視結果而不重視過程；(2)缺乏預測未來之能力；以及(3)節省短期成本而犧牲長期的競爭優勢等三項缺失。而 Maisel (1992)亦進一步指出，組織若過度仰賴財務性績效指標，則對於組織策略的執行、競爭力與獲利能力的提升都將造成阻礙。

相對於營利型組織的研究，不少研究醫療機構管理的學者，亦發現到醫療機構的績效評估存有若干缺失。Flood, Shortell & Scott (1994)以四項概念說明醫療機構的績效，包括(1)生產力、(2)組織效能(Organizational Effectiveness)、(3)效率(Efficiency)，以及(4)成本效益等。上述四項指標幾乎與財務面息息相關，不僅過於偏頗，同時如生產力等指標亦不容易衡量。另一方面，王銘傑與林永福(1997)彙整探討醫療機構績效指標的文獻發現，衡量醫療機構經營績效最常亦最應該被探討的指標，即為醫療機構的服務量。然而，

醫療機構最終的目的應為保障民眾健康，若採行以服務量為衡量指標，不僅有失周延性，更易促使醫療機構忽略研究發展與教育訓練等有助於建立長期競爭優勢的投資活動，對於整體社會發展有所不利。

為改善與彌補績效評估的缺失，諸多學者即行提出對於未來績效評估發展之建議。吳安妮(1996)指出，績效評估重點應以「策略」為導向；若績效評估能與策略相結合，則易使組織達成其策略目標。此外，李誠修(2000)則提出對於績效評估未來發展的四項趨勢，(1)財務面與非財務面績效的並重；(2)策略導向的績效評估觀念；(3)以領先性指標持續改進；以及(4)績效與獎酬制度聯結的重要性。而王清弘(2000)則認為，為改善傳統財務性指標全面性不足的缺失，組織不僅需要增加非財務性指標，同時必須將績效評估的原則配合組織之策略，以真正符合組織之需求。

從上述學者之觀點，可見未來績效評估的發展趨勢，勢必應與組織策略進行有效之聯結，以達到績效評估的真正內涵。而本研究亦為未來醫療機構績效評估的發展方向歸納如下，(1)以策略觀點為出發，進行績效評估；(2)全面觀點探討績評估，避免側重於單一功能面的指標；(3)長期與短期組織發展之兼具；(4)增加領先指標與其預測能力，以利於組織因應環境之變遷；以及(5)績效評估應有效連結人力資源管理制度。

2.5 平衡計分卡

為協助企業於策略制定之後，透過可衡量之指標引導策略的執行，因此「平衡計分卡」之概念源生。

平衡計分卡(Balanced Scorecard)係由 Kaplan & Norton (1990)所提出，為一項策略性管理制度，用以協助企業將策略轉變為營運的具體行為。其中包括四項構面，(1)財務構面、(2)顧客構面、(3)內部流程構面，以及(4)學習與成長構面。由於平衡計分卡具有(1)內部與外部衡量之平衡；(2)結果面與未來面衡量之平衡；以及(3)主觀面與客觀面衡量之平衡等三項特性，因此稱為「平衡」之觀點。而 Kaplan & Norton (1999)則進一步闡述平衡計分卡的主要目的，包括(1)澄清並轉化願景及策略之目的；(2)溝通與連結之目的，即連結報酬與績效；(3)規範與設定目標之目的；以及(4)策略性回饋與學習之目的。

雖然目前平衡計分卡廣泛應用於營利型組織當中，但不代表平衡計分卡即不適用於非營利組織。Kaplan & Norton (1996)曾指出，雖然平衡計分卡當初的焦點與應用係為改善營利型企業之管理，但若應用於政府與非營利組織的管理，其效果亦佳。因為，對於政府與非營利組織而言，財務僅提供約束之作用，而衡量此類組織成功與否，尚需配合其他非財務性指標。

由於平衡計分卡具有上述諸多特性與優點，因此備受企業與組織之青睞。根據財富雜誌(Fortune)的調查而言，世界 1000 大企業(Fortune Top 1000)當中，有 40% 皆採行平衡計分卡。而著名的哈佛商業評論(Harvard Business Review)亦將平衡計分卡譽為過去 75 年最有影響力的管理工具之一。以下將針對平衡計分卡的四項構面進行簡略說明之。

(一) 財務構面

Kaplan & Norton (1993)認為應將企業生命週期與財務面議題相結合，形成策略性財務議題。其中企業生命週期簡化為三個期間，(1)成長期、(2)維持期，以及(3)收割期。

而無論何種時期，所關注之財務面議題有三項，(1)收益成長與組合、(2)成本降低與生產力改進，以及(3)資產利用與投資策略。

彭雅惠(2002)提出相關參考指標供醫療產業之分析，於財務面指標部分，分為(1)提高獲利率，包括投資報酬率、服務量、營運邊際利潤貢獻率等；(2)降低成本，如平均住院日、每個醫療個案之成本等；以及(3)提高資產利用率，包括資產週轉率、佔床率等。

(二) 顧客構面

至於顧客構面部分，Kaplan & Norton (1993)則指出五大核心，分別係為(1)市場佔有率、(2)顧客延續率、(3)顧客爭取率、(4)顧客滿意度，以及(5)顧客獲利率等。

在醫療產業部分，彭雅惠(2002)則將顧客面指標分為六個構面，(1)即時服務，包括候診時間、急診反應時間、排程彈性等；(2)高品質醫療服務，例如轉介病患數、住院人數、診斷正確率等；(3)照護品質，如抱怨次數、服務調查等；(4)服務人員之態度，例如病患滿意度；(5)優秀的醫療與行政人員，包括聲譽等；以及(6)社區形象，例如與社區的互動程度、社區的支持度。

(三) 內部流程構面

而內部流程構面之目的，主要在於滿足股東及達成顧客構面之目標，並建立一個能解決目前及未來需要的完整內部流程價值鏈。Kaplan & Norton (1993)指出，一個企業共通的內部價值鏈模式，包括三項主要的企業流程，(1)創新流程、(2)營運流程，以及(3)售後服務流程。

至於醫療機構的內部流程面，彭雅惠(2002)亦提出四構面指標，(1)效率，如營運時間、自動化程度、使用資訊技術程度等；(2)部門重整，包括節省之成本；(3)資源有效利用，如流程改進之比率、員工任用及離職率等；以及(4)售後服務，如衛教、出院準備。

(四) 學習與成長構面

至於最後一項構面，學習與成長構面，Kaplan & Norton (1993)認為管理階層制定目標與量度來驅動組織的學習與成長，而學習與成長構面的目標，係為財務構面、顧客構面以及內部流程構面之目標提供基礎的架構，並驅動前三項構面以獲得卓越成效。因此，包括三個範疇，(1)員工能力、(2)資料系統能力，以及(3)激勵、授權與配合度。又學習與成長構面核心之員衡量標準，則包括(1)員工滿意度、(2)員工延續率，以及(3)員工生產力。

而醫療機構的學習與成長面，彭雅惠(2002)亦提出六項構面供醫療產業參考，包括(1)醫院合作，包括推薦醫師數、成本效益分析、每一受推薦醫師的病患數；(2)與研究單位合作，如合作研究計畫數、參與研究計畫的單位數；(3)醫師的研究與發明，例如醫師論文發表數、新醫療處理程序的數量；(4)持續創新，包含創新服務的數量及品質、市場對創新服務的反應；(5)資訊技術的發展，包括資訊技術的使用程度、軟體及硬體的支出金額、自動化程度；以及(6)員工能力的提升，如專業證照數、員工提案數、教育訓練支出。

另一方面，Olve, Roy & Wetter (1999)則針對平衡計分卡導入，提出十四項關鍵成功因素，包括(1)支持與參與；(2)設定優先順序；(3)專案團隊的組成；(4)專業的涵蓋層面；(5)平衡計分卡必須以公司策略為基準；(6)清楚且一致性定義的衡量指標；(7)衡量指標

之間的平衡與因果關係；(8)設定目標；(9)與既存控管系統之間的關係；(10)確保指標與衡量方法的可行性；(11)資訊科技與決策系統之配合；(12)訓練與資訊傳遞；(13)發展成為學習型組織；以及(14)追蹤概念等。上述將可提供實務管理者於平衡計分卡導入時，參考之依據。

2.6 策略核心組織與策略地圖

為有效運用平衡計分卡的四項構面，Kaplan & Norton (2001) 進一步提出「策略核心組織」與「策略地圖」之概念。而策略核心組織與策略地圖主要用以協助企業創造策略成果，並促成該成果的績效驅動因素，在邏輯的導因與功效關連鏈部分，構成策略假設，並將其完整呈現。策略地圖主要係藉由一套系統化之架構，發展並檢視其策略內涵，清楚勾勒企業將無形資產創造有形財務績效與顧客價值之流程。

Kaplan & Norton (2003)認識策略地圖具有五項特性，包括(1)將策略轉化為營運名詞，透過策略地圖描述策略的邏輯性與完整性，以建構平衡計分卡之基礎；(2)調整組織以創造綜效，策略地圖將打破跨部門之藩籬，以策略性優先權取代傳統報表，並提供一致性訊息與優先權，使相關部門在平衡計分卡所傳遞的共同信念與目標，於共同策略之下連結，並創造綜效；(3)讓策略成為每位員工例行事務，以策略地圖協助平衡計分卡建立溝通與績效獎酬制度；(4)讓策略成為持續性之流程；以及(5)藉由領導推動變革。

3. 研究方法

3.1 個案研究法

Yin (1987)曾賦予個案研究法定義為，一種實證性之調查，且具有(1)在事件的實際生命週期內，對於目前現象進行研究；(2)對於所研究之現象與內容，並無明確之範圍；以及(3)研究時採用多種來源之證據等三種特性。而 Babbie (1989)認為個案研究法具有三項優點，(1)可以深入瞭解，相較於其他研究方法，較能發現與討論問題之焦點；(2)較具有彈性，可因研究之發現，調整研究的過程；以及(3)成本較為低廉。

然而，相對於上述之優點，個案研究法亦遭遇到三項不易克服之缺點，(1)研究範圍的界定不易；(2)由於涉及人為的解釋與判斷，因此研究結果的客觀性較為不足；以及(3)可能涉及研究對象的隱私權(Scapens, 1990)。除此之外，陳萬淇(1992)將個案研究法依據其目的與特性分為五種類型，(1)探索性研究、(2)診斷性研究、(3)可行性研究、(4)比較性研究，以及(5)確定性研究等。然在個案研究過程之中，此五種類型可能兼容並蓄，並不具唯一性或互斥性，僅有比例上之差異。

3.2 採取個案研究法之動機

根據上述對於個案研究法之說明，本研究採行個案研究法之動機，主要包括下列三項。(1)由於國內導入平衡計分卡之醫療機構並不多見，且多處於試驗與摸索階段，故無法採行大樣本的比較性研究。(2)由於平衡計分卡採行策略性觀點，對於醫療機構而言，屬於整體性且全面性之影響。而個案研究法因其無範圍限制之特性，有利於更為深入與

廣泛之觀察，將致使研究成果更為具體與實務。(3)由於各醫療機構其歷史背景、組織文化迥然各異，而平衡計分卡尚且觸及組織文化與策略層面之議題，其複雜度甚大，且所造成之影響亦可能天壤之別，因此採行個案研究法，將研究聚焦於個案醫院之本體，方可獲得深入與詳實之結果。

3.3 資料蒐集方法

Yin (1987)曾指出，個案研究法的資料蒐集來源，主要有六種管道，(1)文件、(2)檔案紀錄、(3)訪談、(4)直接觀察、(5)參與觀察，以及(6)實體觀察等。而本研究則以個案醫院文書檔案、會議紀錄，以及副院長、會計室、急診部、護理部等部門主管之訪談為主，配合觀察法與小規模問卷調查進行，期望盡力蒐集個案完整之資訊。

4. 個案研究

4.1 產業分析

(一) 醫療產業之現況

根據行政院衛生署(2004)之統計，2003年台灣地區(包括金馬)醫院共計594家，其中西醫醫院約佔94%為主體，其餘為中醫醫院。而診所計有18183家，其中西醫診所約佔52.6%，中醫則約15%，另外32.4%為牙醫診所。

在594家醫院當中，評鑑醫院佔84.8%，而醫院之評鑑已與健保給付相結合，將有助於醫療資源與水準之持續性提升。又其中醫學中心(含準醫學中心)計有23家，區域醫院則有72家，地區醫院有372家，精神專科醫院則有37家。相較於1993年，醫院大幅減少216家，達26.7%。然而，醫學中心(含準醫學中心)卻增加9家，區域醫院增加26家，唯地區醫院大幅減少123家。另一方面，診所逆勢成長27.6%，其中中醫診所增加51.4%最多，而牙醫診所與西醫診所亦分別增加28.7%與16.6%。由此可見，近期以來，醫院與診所家數之變動呈現反向，又醫院減少者以小型醫院與非評鑑醫院為多。整體而言，近年來醫療機構的變動，大抵有二大方向，其一為醫院朝大型化發展，另外診所則朝普及化發展。整體醫療資源之配置亦受到深遠之影響。

至於醫院病床數方面，自實施全民健保之後，大致呈現迅速增加之情況。根據2003年的統計，國內醫院病床總數超過12萬床，其中64.8%係為私立醫院所設立。若以權屬別觀察，則醫學中心(含準醫學中心)佔總病床數24.9%，幾達四分之一，而區域醫院與地區醫院則分別佔34.6%與28.7%。相較於1993年，醫學中心(含準醫學中心)病床數大幅成長70%，區域醫院成長亦高達112.3%，然地區醫院則減少11.1%。整體態勢則呈現規模大者恆大的現象。

而若以醫療服務量為觀察，2003年門診總人數突破9200萬人次，急診則近610萬人次；而門診手術為67萬人次，住院手術則約88萬人次。相較於1993年全民健保未開辦之時，門診人數成長13.2%，急診人數成長43.1%；而門診手術則成長高達60.1%，住院手術成長24.3%。整體服務量受到全民健保之因素，而致使呈現大幅成長。

(二) 總額支付制度

健保局為有效控制醫療資源之成長，減少財務赤字，自 1998 年起逐步推行總額制度，並自當年度開始實施牙醫總額，而 2000 起實施中醫門診總額制度，另外西醫基層診所則自 2001 年起實施，且於 2002 年全面實施各級醫院總額制度。

總額支付制度(Global Budget System)係指付費者（健保局）與醫療供給者（各級醫療院所），就特定範圍之醫療服務，例如一般門診、住院服務等，以預先協商之方式，訂定未來一段期間（通常為一年）健康保險醫療服務總支出（預算總額），以酬付該部分於該特定期間內所提供的醫療服務費用，主要目的即在於確保健康保險制度能夠維持財務平衡。

又健保局所實行的總額支付制度，實際上係採行支出上限制度(Expenditure Cap)，即預先根據醫療服務成本與其服務量之成長，設定健康保險支出年度的預算總額。醫療服務係以相對點數反應各項服務的成本，但每點支付金額則用迴溯性的計價方式，由預算總額除以實際總服務點數而得。當實際總服務點數大於預算總額時（例如各醫院極力推展醫療服務），每點支付金額會下降，反之則支付金額會上升。雖然總預算為固定值，但其點值為浮動制，因而可精確控制醫療費用之總額。由於健保局現已全面實施總額支付制度，因此將造成醫療院所不分層級地直接競爭，更突顯出內部管理之重要性。

(三) 醫療產業之特性

郭峰志(2003)指出，一般醫療產業具有四項特性，分別為(1)非營利屬性；(2)地域限制性；(3)政府強力管制；以及(4)醫療專業的獨裁性。由於非營利屬性與地域限制性，導致醫療院所無法將其業務範圍無限制擴充，且同時必須兼具相當之社會責任。另一方面，政府為保障民眾就醫權利與國民福祉，並防止惡性競爭，因此亦對於醫療院所特別管制。此外，醫療專業的獨裁性，往往係醫療糾紛的源生主因，如何建立與維持良好醫病關係，則有待以此進行思考。

4.2 個案醫院簡介

(一) 個案醫院之沿革

行政院國軍退除役官兵輔導委員會為加強照顧台灣南部地區之榮民、榮眷與一般民眾的醫療服務，順應各界平衡南北醫療資源之呼籲，並促進醫學研究之發展，於 1990 年成立台北榮民總醫院高雄分院。1993 年，經過行政院衛生署評鑑為醫學中心，並於同年升格為高雄榮民總醫院，係高屏地區唯一的公立醫學中心，相關的醫療、研究能力備受肯定。並於 1995 年、1999 年與 2002 年的評鑑當中，持續獲得醫學中心之評定。

(二) 個案醫院之地理環境

高雄榮民總醫院位於高雄市的東北側，左營區大中一路 386 號，界處於高雄市左營區、三民區與高雄縣仁武鄉之交會點。東鄰國道一號中山高速公路，南接國道十號高雄環線，西近台一線省道，南北東西往來極為便利。且亦設有直升機停機坪，供緊急救護之用。

另一方面，高雄榮民總醫院亦鄰近多家醫學中心與區域醫院，其中醫學中心則有二家，係為高雄醫學大學附設中和醫院，位於其西南方；而長庚紀念醫院高雄分院則位於其東南方。此外，鄰近的區域醫院則包括國軍左營醫院、高雄市立聯合醫院、義大醫院

等。

(三) 個案醫院之現況

高雄榮民總醫院秉持榮總體系的一貫宗旨，不以營利為目的，在自給自足的目標之下，同時肩負醫療服務、教學訓練與醫學研究三大任務。過去曾為國防大學國防醫學院與陽明大學的教學醫院，目前則廣泛接受國內外醫學院學生到院實習。

根據高雄榮民總醫院內部統計數據，目前現有醫師 586 人，護理與醫技人員 1347 人，一般技術人員與行政人員分別為 170 人與 185 人。而病床總數約為 1200 床，其中一般病床約 1000 床，加護病床約 100 床。

至於組織架構部分，主要分為醫療部門以及行政部門二大部分。其中醫療部門涵蓋急診部、內科部、外科部、護理部、骨科部、放射線部、病理檢驗部、教學研究部、藥劑部、麻醉部、婦產部、牙科部、眼科部、耳鼻喉部、精神部、家庭醫學部、兒童醫學部、營養室，以及醫務企管室等；而行政部門則包括院長室、會計室、人事室、社會工作室、補給室、勞工安全衛生室、工務室、資訊室、政風室，以及總務室等單位。相較於一般醫院，高雄榮民總醫院的組織架構可稱為完整，且其組織規模亦屬於大型。

(四) 個案醫院 SWOT 分析

以 SWOT(Strength Weakness Opportunity Threat)就個案醫院進行分析。首先，優勢(Strength)部分，(1)具有榮民服務特色，其獨特性不易取代；(2)高屏地區唯一公立醫學中心，且資源設備充足；(3)位居交通要道，腹地可廣泛延伸；(4)急重症醫療資源充足，且醫療團隊於台灣南部地區執牛耳之地位；以及(5)屬於公立醫療機構，非營利色彩較為濃厚，對於一般民眾而言，形象較為正面。

劣勢(Weakness)部分，(1)受限於政府法令規章，反應遲緩且彈性不足；(2)無法提供強烈誘因吸引優秀醫護人員留任；以及(3)公部門單位敘薪重視年資，組織成員晉升較無彈性，缺乏績效導向的評估制度。

機會(Opportunity)部分，(1)榮民與榮眷病患回診率與忠誠度皆高；(2)國家衛生政策朝向急重症發展；(3)榮民醫院體系實施衛材與藥材的聯合採購制度，增加集體議價能力，未來可能與軍醫體系合作，議價能力將更大幅提升；(4)發展自費醫療項目，增設體檢中心與美容整形中心，減少對於全民健保的依賴程度；以及(5)緊鄰楠梓加工出口區、仁大工業區等工商密集地區，可與廠商聯盟，採取特約醫院型態，進一步開發相關醫療服務。

威脅(Threat)部分，(1)全民健保採取總額支付制度，限制醫療費用的擴張與成長，對於醫療機構經營產生若干程度之影響；(2)政府逐年減少公立醫療機構的公務預算，期望能達成自負盈虧之目標，對於醫院之發展亦產生影響；以及(3)鄰近的醫學中心與區域醫院追求成長，造成區域市場的競爭態勢逐漸升高。

5. 個案醫院導入平衡計分卡之分析

為因應全民健保總額預算制度，高雄榮民總醫院嘗試整合各項資源，並經整體策略以共同語言呈現於全體員工，以尋求發展之共識。因此，於 2003 年五月間在鄭國琪院

長的指示之下，由高層主管群開始著手進行策略規劃，並於 2003 年八月，成立「策略規劃推動小組」，以平衡計分卡建構高雄榮民總醫院的績效管理制度。而詳細策略規劃之流程大致有(1)願景之建構，(2)策略核心組織之建構，(3)策略之推動，以及(4)平衡計分卡之導入等四項流程，以下具體說明之。

5.1 願景之建構

願景建構的步驟，又包括(1)成立高階領導主管的共識營，以突破性思考的方式，協助高階領導主管重新檢視環境與工作角色，並藉以凝聚共識，建立組織願景；(2)與高階領導主管溝通，加強促進主管瞭解與認知當前醫療產業的現狀，以及醫院本體的定位與未來發展，建立危機意識；(3)管理思維與現況分析，除了邀請外部專家學者針對環境分析進行說明之外，亦透過院務會議，定期提報全民健保申報狀況與財務資訊；以及(4)確立組織願景，經過醫務企管室多數集會，於 2003 年七月確定組織願景係以「精緻高榮，名揚天下」為主軸。

其中，關於組織願景部分，主要由核心價值、使命與策略目標所組成。以下將進一步說明之。首先，核心價值部分，係以「高雄榮總」四字所引出，即高質服務(High Quality Service)、雄心創新(Ambition & Innovation)、榮耀生命(Glorifying Life)，以及總歸愛心(All Focus on Love)。至於使命的部分，則以三方面進行闡述，在醫療服務上，提供優質安全的健康照護；教學訓練上，則培養德術兼優的醫療團隊；醫學研究上，則研發有益人類的生命科技。最後，策略目標則具有七個方向，(1)持續推動全院 e 化；(2)重視成本與績效管理，盡可能減少全民健保所帶來的財務壓力；(3)建立策略聯盟醫療網，促進與榮院體系與軍醫體系結盟與合作；(4)成為急重症醫療中心；(5)發展整合型醫療中心；(6)建構多元化的醫學教育環境；以及(7)積極提升醫學研究的質與量，加強基礎醫學與臨床醫學的結合研究。

5.2 策略核心組織之建構

高雄榮民總醫院於 2003 年八月十五日正式頒訂《高雄榮民總醫院策略規劃推動計畫》，根據上述七項長期發展方案，配合醫學中心評鑑標準之規範，並經院內策略規劃小組之決議，選擇「急重症醫療中心」與「整合型醫療中心」為優先發展方向。主要流程包括(1)規劃途徑，採小組規劃進行，並由幕僚組成規劃小組，決定策略方向，且由二位副院長擔任召集人；(2)推動工具，以平衡計分卡觀點，嘗試將策略轉換為策略地圖，並以平衡計分卡為績效評估之工具；(3)控管機制，將策略規劃納入院務會議討論，並減少一般工作報告；以及(4)推動期限，訂於 2003 年十月之前應擬定策略行動方案。

5.3 策略之推動

主要包括籌備、規劃、執行與檢討等四階段。其中，籌備階段則由「急重症醫療中心」與「整合型醫療中心」各自成立推動小組，並由二位副院長擔任召集人。小組成立之後，除透過讀書會確認平衡計分卡之概念瞭解，加強共識之外，同時亦邀請院外專家學者進行專題演講討論。

而規劃階段則召開策略會議，以確定策略地圖之描繪，主要工作包括(1)訂立四大構面的目標與各項衡量指標，並決定四大構面計畫內容的優先順序；以及(2)訂定衡量指標的終期目標值與指派負責單位，將會議結論責成相關單位提交行動方案。

執行階段，主要工作重點則包括(1)辦理說明會，以向各行動方案負責單位的領導主管進行說明；(2)行動方案的審查，主要評估各行動方案的可行性、策略性與效益性；以及(3)綜合檢討會議，彙整對於行動方案的評估意見，再經討論後決議，發交執行。最後，檢討階段，則要求各提交行動方案的負責單位定期回報執行進度，並於院務會議當中進行檢討與修正。

5.4 平衡計分卡之導入

由於高雄榮民總醫院於平衡計分卡導入之初期，僅選定「急重症醫學中心」與「整合型醫學中心」為發展之重點。又急重症醫學中心往往面臨生死交關，高度仰賴組織成員的直覺與反應，通常組織成員所身處的壓力亦高於其他單位，績效管理將直接且深刻影響組織成員之作為，因此本研究將焦點著重於「急重症醫學中心」於平衡計分卡導入之探討。此外，配合 SWOT 分析，以及參考高雄榮民總醫院的願景、使命以及策略規劃小組會議之成果，針對平衡計分卡四項構面，形成九項策略目標，並發展成為 25 項策略衡量指標。

以下圖 1 則列出策略地圖與平衡計分卡之內容。其中，圖 1 的箭號與其方向表示平衡計分卡的策略目標影響關係。

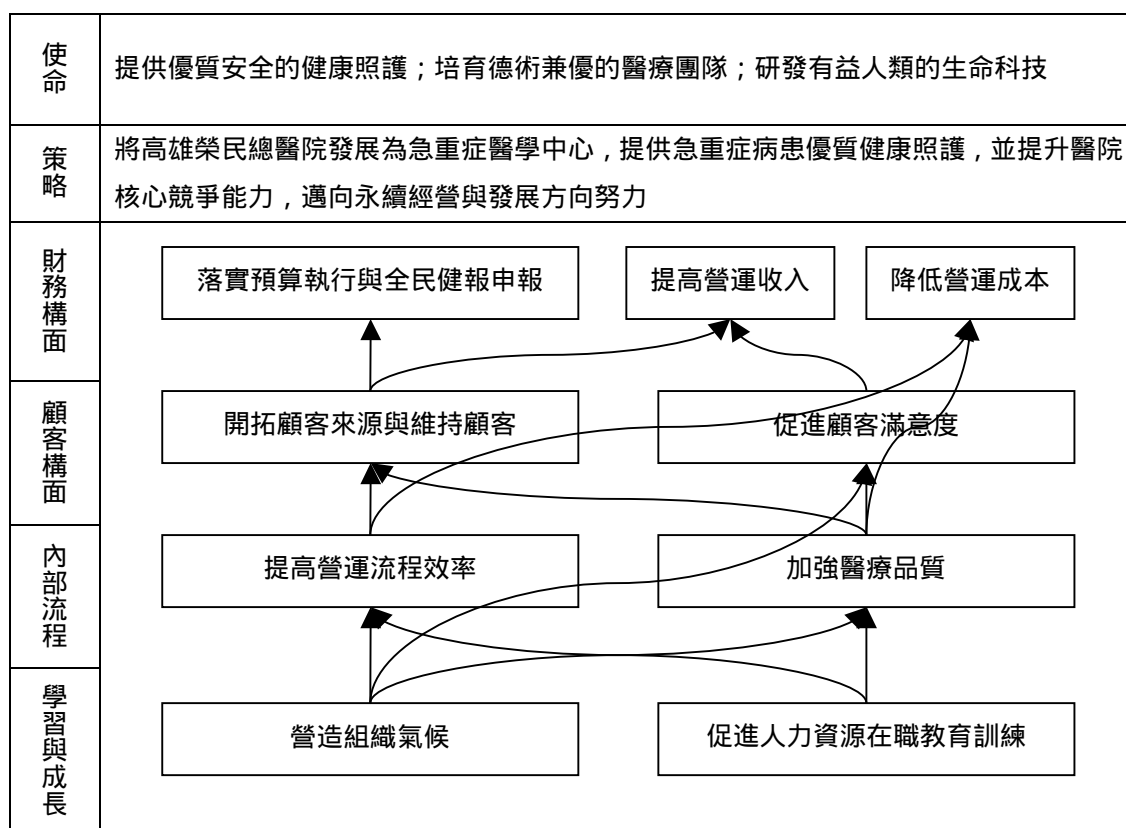


圖 1 高雄榮民總醫院之策略地圖

(二) 平衡計分卡與策略衡量指標

目前相關單位所擬定的行動方案，包括(1)急重症醫學中心推動計畫，與 22 項子計畫；(2)癌症防治中心發展計畫；(3)心臟血管中心發展計畫；(4)呼吸療護中心發展計畫；(5)透析治療發展計畫；(6)加護中心發展計畫；(7)建構創傷醫療南極星 高雄榮總創傷醫療團隊發展計畫；以及(8)相關部門的三年期發展計畫等。根據本研究所取得的內部資料，目前與急重症醫學中心相關的子計畫共有 28 項正式進行或業已完成，可大致瞭解高雄榮民總醫院對於平衡計分卡的導入情況。本研究參考鄭國祺等(2004)以及高雄榮民總醫院相關的文件檔案內容，整理為如下表 1。

表 1 高雄榮民總醫院之平衡計分卡

構面	策略目標	策略衡量指標	目標值(年度)		
			2005	2006	2007
財務構面	1. 落實預算執行與全民健保申報	(1) 健保核減率	2%	2%	1%
		(2) 資本支出預算執行率	97%	98%	99%
	2. 提高營運收入	(1) 加護病床周轉率	9.2%	9.5%	9.7%
		(2) 應收帳款比率	0.5%	0.3%	0.1%
	3. 降低營運成本	(1) 人力資源成本佔醫療成本比率	52.1%	51.9%	50%
		(2) 藥材費用佔全民健保收入比率	24%	23%	20%
(3) 衛材費用佔全民健保收入比率		9.3%	9.2%	9.0%	
顧客構面	1. 開拓顧客來源與維持顧客	(1) 病患計畫性回診率	80%	85%	88%
		(2) 榮民與榮譽就醫比率	45%	43%	40%
	2. 促進顧客滿意度	(1) 住院診斷計畫告知比率	42%	50%	60%
		(2) 醫療糾紛件數	5	5	3
		(3) 病患整體滿意度	75%	80%	85%
內部流程構面	1. 提高營運流程效率	(1) 滯留急診超過 24 小時比率	(-10%)	(-10%)	(-10%)
		(2) 急診手術等候超過 30 分鐘比率	60%	55%	50%
	2. 加強醫療品質	(1) 72 小時內非計畫性急診返診比率	2.5%	2.0%	1.8%
		(2) 14 日內再入院比率	7.0%	6.5%	5.0%
		(3) 重大意外事件件數	12	10	8
學習與成長構面	1. 促進人力資源在職教育訓練	(1) 教職點數增加比率	+10%	+10%	+10%
		(2) 主治醫師三年內論文發表增加比率	+75%	+75%	+75%
		(3) 國內外在職進修人次增加比率	+2%	+3%	+5%
		(4) 基礎醫學與臨床醫學合作研究比率	50%	75%	90%
		(5) 研討會與讀書會舉辦次數	25	36	48
	2. 營造組織氣候	(1) 組織成員滿意度	60%	70%	80%
		(2) 組織成員參與提案計畫比率	10%	12%	15%
		(3) 組織成員離職比率	10%	7%	5%

6. 研究結果與討論

6.1 研究結果

本研究結果發現，高雄榮民總醫院於推行平衡計分卡之議題，可分為二個層面進行討論。首先，導入平衡計分卡的助力部分，包括(1)高階管理團隊對於平衡計分卡導入的支持，與高度的共識凝聚，有助於策略規劃轉換為進一步的實際行動；(2)醫療機構高度的組織學習氣氛，對於組織成員吸收新知識（管理技巧）的能力與意願上，具有正面之助益；以及(3)透過單行法規的建立，對於組織成員具有絕對的影響力，將強制組織成員的行為。

另一方面，則係導入平衡計分卡的阻力層面。包括(1)實施範圍欠缺全面性，僅推動二項策略目標，因此落實平衡計分卡尚屬少數的單位；(2)尚未獲得所有組織成員的接受，雖然高階管理團隊對於平衡計分卡之導入充滿積極性與意願，但基層員工對於概念之掌握與落實尚未臻成熟，因此無法取得全面性之共識；(3)衡量指標宜配合全民健保給付修正，縮短指標期限，增加其彈性，以更適切於環境之變動；(4)宜建立部門別的績效目標，改變傳統策略制定的功能別導向，以促進執行效率及衡量之客觀性；(5)尚未建立個人的平衡計分卡，因此無法進一步連結績效管理與獎酬制度；(6)策略目標的評核制度未健全，應另行組成評核小組，針對策略規劃與平衡計分卡之內容與指標，定期進行檢討與修正，並確實掌控各行動方案負責單位的執行狀況；(7)受限於政府相關法規，部分策略活動與作為無法有效回應環境之需求，因此仍造成策略規劃無形層面的影響。

6.2 研究限制

本研究限制主要有二大部分，其一為範圍之限制。本研究主要訪談對象為高階管理團隊之成員（包括副院長，以及會計室、急診部、護理部等部門主管），資源來源無法涵蓋所有組織成員，且部分資料涉及全民健保申報程序，對於醫院而言屬於高度機密資料，因此可能造成資料略為偏頗，完整性略顯不足。

其二為研究時間之限制。本研究期間，高雄榮民總醫院在平衡計分卡的建構與導入流程當中，屬於規劃期之階段，因此本研究僅就事前觀點與部分事中觀點進行討論，唯對於平衡計分卡的後續結果(Consequence)與影響之議題，則較少涉及於本研究範圍之中。後續研究者可進一步以問卷調查之方式，探討組織成員對於平衡計分卡之導入態度與滿意度等議題，並可以組織變革之觀點，協助組織成員調適與減少阻礙；此外，亦可檢討平衡計分卡對於醫療機構的適切性，以及相關改進之討論。

6.3 建議與管理意涵

彭雅惠(2002)指出，平衡計分卡的實施要點，主要包括下列六項，(1)由多元背景的小組成員推動平衡計分卡；(2)不斷溝通，促進平衡計分卡的推行；(3)建立標竿制度；(4)平衡計分卡與獎酬制度的連結；(5)為各單位與個人制定合適的目標與績效指標；以及(6)善加運用資訊科技。而根據本研究之發現，高雄榮民總醫院主要係由醫務企管室負責平衡計分卡的導入與規劃工作，雖然策略規劃小組部分成員來自於各部門（醫師或護理人

員)，但多為部門主管，仍可能使其流於行政人員之觀點，且不利於實際執行，有必要廣泛納入專業技術人員之意見，並針對部門別差異設置不同的平衡計分卡指標。此外，雖然平衡計分卡於醫療機構成功導入之案例仍不多見，但仍可透過標竿學習之方式，參考其他產業與組織之經驗，藉由他山之石以攻錯，以收事半功倍之效。再者，新管理概念或技巧於組織推行或導入之初期，往往易呈現上頭熱、下頭冷的窘境，而平衡計分卡亦不能僅流於高階管理團隊的呼籲，應廣泛藉由各種溝通管道，如院務會議、願景說明會、讀書會、交流研討會等方式，增加對於組織基層成員的宣導與教育，以促進導入的阻礙。最後，由於醫療機構受限於諸多法令規章，特別係個案為一公立醫學中心，所面臨之規範來源更為冗雜，高階管理團隊應廣泛思考，如何突破法令規章之障礙，儘可能創造最大的彈性，以有效回應環境之壓力；同時不應將平衡計分卡侷限特定範疇之中，以有利平衡計分卡的導入與組織長期的發展。

本研究之個案醫院，屬於公部門的醫療機構，於平衡計分卡或其他管理工具的導入面臨諸多限制與阻礙。不過，在高階管理團隊的領導之下，自行參酌學理與成功案例，致力於平衡計分卡之導入，雖然尚屬於導入的初期，面臨諸多的磨合與考驗，但組織成員的士氣高昂，或許仍有眾多可供改進與思考之處，卻已描繪出一幅美麗的願景，期望能協助高雄榮民總醫院因應快速變遷的環境，突破全民健保之僵局，開創成功的醫療機構管理典範，以創造卓越的競爭優勢。

參考文獻

1. 方至民 (2001), 「企業競爭優勢」, 台北：前程企業管理。
2. 王清弘 (2000), 「企業建立平衡計分卡之研究」, 政治大學資訊管理學系碩士論文。
3. 王銘傑與林永福 (1997), 「醫院經營績效評估模式」, 北市衛生, 第 35 期, 15-18 頁。
4. 司徒達賢 (1995), 「策略管理新論」, 台北：智勝文化。
5. 吳安妮 (1996), 「績效評估新趨勢」, 會計研究月刊, 第 133 期, 11-16 頁。
6. 吳思華 (1996), 「策略九說」, 台北：臉譜出版。
7. 李書行 (1995), 「務實創新的策略性績效評估」, 會計研究月刊, 第 113 期, 15-23 頁。
8. 李誠修 (2000), 「策略具體行動化的整合性管理架構：以計畫性生產工廠為例」, 國防管理學院資源管理研究所碩士論文。
9. 孫美容 (1999), 「我國就業服務機構組織績效研究」, 政治大學勞工研究所碩士論文。
10. 郭峰志 (2003), 「醫療機構導入平衡計分卡之研究：以某區域醫院為例」, 台灣大學會計學研究所碩士論文。
11. 陳萬淇 (1992), 「個案研究法」, 台北：華泰出版社。
12. 彭雅惠 (2002), 「醫療產業實施平衡計分卡的問題探討」, 醫務管理, 第 3 期第 1 卷, 26-35 頁。
13. 湯明哲 (2003), 「策略管理精論」, 台北：天下遠見出版。
14. 劉興寬 (2002), 「醫院策略管理」, 台北：普田企業。
15. 歐進士與歐耿作 (2003), 「非營利組織策略規劃之探討」, 主計月刊, 第 569 期, 台北：行政院主計處。
16. 鄭國祺、黃鴻基、簡朝源 (2004), 「淺談運用平衡計分卡建構醫院策略規劃——以高雄榮民總醫院為例」, 主計月刊, 第 585 期, 台北：行政院主計處。
17. Babbie, E. (1989), *The Practice of Social Research, 5th Edition*, CA: Wadsworth.
18. Chandler, A. (1962), *Strategy & Structure*, NY: Doubleday.
19. Dess, G. G., and R. B. Jr. Robinson, (1984), “Measuring Organizational Performance in the Absence of Objective Measures: The Case of the Privately-Held Firm & Conglomerate Business Unit”, *Strategic Management Journal*, V5, pp265-273.
20. Flood, A. B., S. Shortell and W. R. Scott (1994), “Organizational Performance: Managing for Efficiency”, *Health Care Management: Organization, Design & Behavior, 3rd Edition*, NY: Delmar Publishers, pp316-351.
21. Green, G. I., and R. T. Kiem (1983), “After Implementation What’s Next? Evaluation”, *Journal of System Management*, V34, pp10-15.
22. Kaplan, R. and D. Norton (1990), “Researching Management Accounting Practice: The Role of Case Study Methods”, *British Accounting Review*, V22, pp259-281.
23. Kaplan, R. and D. Norton (1993), “Putting the Balanced Scorecard to Work”, *Harvard Business Review*, Sep-Oct, pp134-142.

24. Kaplan, R. and D. Norton (1996), "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System", *Harvard Business Review*, Jan-Feb, pp75-78.
25. Kaplan, R. and D. Norton (2001), *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Boston: Harvard Business School Press.
26. Kaplan, R. and D. Norton (2003), *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Boston: Harvard Business School Press.
27. Maisel, L. S. (1992), "Performance Measurement: The Balanced Scorecard Approach", *Journal of Cost Management*, V, p49.
28. Nkomo, S. N. (1987), "Human Resource Planning & Organization Performance: An Exploratory Analysis", *Strategic Management Journal*, V8, pp387-392.
29. Olve, N. G., J. Roy and M. Wetter (1999), *Performance Drivers: A Practical Guide to Using the Balanced Scorecard*, Engl&: John Wiley & Sons.
30. Scapens, R. W. (1990), "Researching Management Accounting Practice: The Role of Case Study Methods", *British Accounting Review*, V22, pp259-281.
31. Van de Ven, A. H. and D. I. Ferry (1980), *Measuring & Assessing Organizations*, NY: Wiley.
32. Yin, R. K. (1987), *Case Study Research: Design & Method*, Sage Publication.