

國立交通大學

高階主管管理學程碩士班

碩士論文

平衡計分卡於醫療實務之應用-
以私立醫學中心大腸直腸外科為例

The Use of Balance Score Card in Colorectal Surgery Department
of A Private Medical University Hospital.

研究生：陳自諒

指導教授：鍾惠民 教授

中華民國一〇一年五月

平衡計分卡於醫療實務之應用-以私立醫學中心大腸直腸外科為例
The Use of Balance Score Card in Colorectal Surgery Department of A
Private Medical University Hospital.

研究生：陳自諒

Student：William Tzu-Liang Chen

指導教授：鍾惠民

Advisor：Hui-Min Chuang



for the Degree of
Executive Master
of
Business Administration

May 2012

Hsinchu, Taiwan, Republic of China

中華民國一〇一年五月

平衡計分卡於醫療實務之應用－以私立醫學中心大腸直腸外科為例

學生：陳自諒

指導教授：鍾惠民

國立交通大學 高階主管管理學程碩士班

摘 要

全民健康保險開始於 1995 年，自那時以來的外科的經營面臨許多的問題，然而衛生署及健保局不斷的削減外科給付金額，卻又要求醫療機構加強外科的醫療品質。但是，醫療費用隨著人口老化而暴漲，讓醫療運營及維持一流的服務變得更加困難。為了應對不斷變化的經營環境，醫療院所開始對組織及經營模式實施現代化的管理，以面對財務問題，同時保持一流的醫療服務。平衡計分卡是一個戰略性的測量和系統，運用平衡計分卡可以讓組織的使命和策略轉換成一套均衡的綜合性能的措施，透過財務、顧客內部流程、學習及成長等，轉換成可量測的目標與量度，用以考核組織的績效，以更為廣泛和具整合性衡量標準，執行不同構面平衡的發展。

這是一個回顧和比較性的研究，觀察實施平衡計分卡管理一個私立醫學中心的大腸直腸外科，包括病人的滿意度，內部的臨床改進管理，財務成果和學術表現。

The Use of Balance Score Card in Colorectal Surgery Department of A Private Medical University Hospital

student : William Tzu-Liang Chen

Advisors : Professor Hui-Min Chuang

Master Program of Management for Executives

National Chiao Tung University

ABSTRACT

The National Health Insurance was initiated in 1995, since then many problems have been carried out in the surgical industry, the federal and government not only cut back on funding but also demands greater accountability from the healthcare operators. In addition, skyrocketing healthcare costs due to population aging have made it more difficult for healthcare operators to maintain the first class service expected by the public. As a response to the changing operating environment, healthcare administrators have begun to implement modern management tools in their organizations to solve their financial problems while sustaining world-class service. Balanced scorecard is a strategic measurement and management system. It translates an organization's mission and strategy into a balanced set of integrated performance measures. It complements the traditional financial perspective with other non-financial perspectives such as customer satisfaction, internal business process, and learning and growth. It also mixes outcome measures, the lagging indicator, with performance drivers, the leading indicator, because "outcome measures without performance drivers do not communicate how the outcomes are to be achieved" (Kaplan and Norton 1996). By selecting appropriate performance drivers and outcome measures to fit in the theory of business in a chain of cause and effect relationship, the organization will have a better idea of how to achieve its potential competitive advantage.

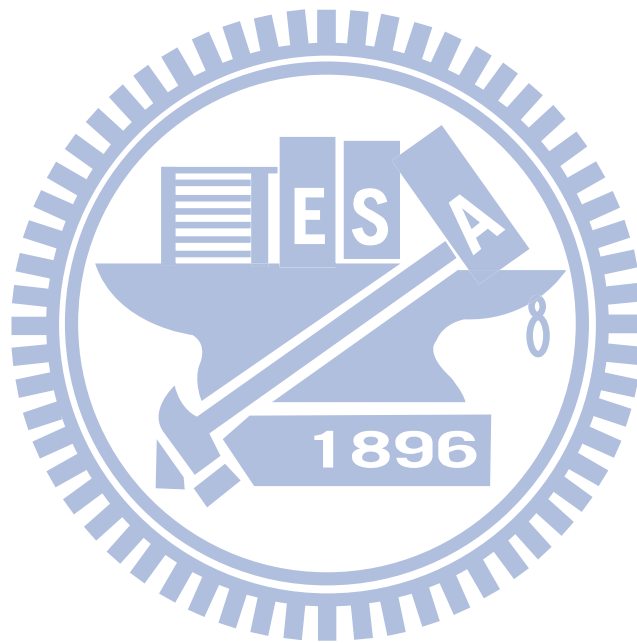
This is a retrospective and comparative study to observe of the performances of the colorectal surgery department of a private medical center by implementing the balanced scorecard including patient satisfaction, internal clinical management improvement, financial outcome, and academic performance.

目 錄

中文提要	.....	i
英文提要	.....	ii
目錄	.....	iii
表目錄	.....	iv
圖目錄	.....	v
一、	緒論.....	1
二、	文獻探討.....	2
三、	現況分析.....	5
四、	研究方法.....	7
4.1	指標訂定.....	7
4.2	指標確定.....	8
4.3	檢討機制.....	12
五、	結果.....	13
5.1	顧客構面.....	13
5.2	內部流程構面.....	14
5.3	財務構面.....	15
5.4	學習與成長構面.....	17
六、	研究限制.....	19
6.1	健保制度限制.....	19
6.2	因果關係判定之限制.....	19
七、	結論與建議.....	20
參考文獻		

表目錄

表 1 四大構面之策略主題、策略目標及指標·····	8
表 2 顧客構面指標介入前後差異·····	14
表 3 內部流程構面指標介入後前後差異·····	15
表 4 財務構面指標介入前後差異·····	17
表 5 學習與成長構面·····	18



圖目錄

圖 1 研究模型..... 7



一、緒論

隨著醫學資訊透明化及民眾知識水準進步，民眾對醫院的要求不只是疾病獲得醫治，同時期待醫院提供高品質醫療服務。醫院經營管理面對現今多變醫療環境，醫學中心相互於技術、設備及服務上競爭，紛紛效法企業使用管理工具，系統性評估其核心能力，架構適宜的經營策略，提升營運績效與品質。

目前有許多醫院引進平衡計分卡績效衡量制度，希望藉由平衡計分卡有效轉化醫院願景及策略為行動方案，並結合績效管理推動方針。平衡計分卡之應用更可推行至科室經營，目標由上而下制定，執行由下而上推動，相互呼應以達最佳經營績效，隨時監控及調整醫療服務，使成果更符合民眾期待並創造佳績。

本研究目的為分析個案醫院大腸直腸外科導入平衡計分卡後各項指標的改善情形，及探討實施時內部運作方式、步驟及具體實施內容，並討論研究過程及改善方式。研究結果可提供醫療院所科經營引進，或改善平衡計分卡實施過程之參考

二、文獻探討

1992 年Kaplan & Norton 提出平衡計分卡 (Balanced Scorecard, BSC) 理念，透過財務、顧客、內部流程、與學習及成長等四個不同構面，轉換成可量測的目標與量度，用以考核組織的績效，以更為廣泛和具整合性衡量標準，執行不同構面平衡的發展[1]。在管理面應用上，平衡計分卡不僅建構企業的使命與策略轉換成目標與績效量度，協助企業聚焦在策略議題上，整合有限資源於策略重點，加速企業願景的實現與創造企業競爭優勢的策略管理模式[2]。

平衡計分卡迅速由績效管理演變成為策略管理工具，除了國內外學術界也有許多專業學者及企業組織積極的討論之外，亦可以協助健康照護產業澄清策略目標以及將策略焦點及資源配置集中於市場與顧客，建構以顧客價值為核心的經營策略準則與流程，並強調顧客與員工引導的任務驅動，使組織有紀律的將資源分配至目標顧客所需求之新產品或服務上[3]。

國外文獻顯示，衛生照護機構應用平衡計分卡之發展初期首推Kaplan & Norton 在其研究計畫中，所提出Mayo Clinic及Duke兒童醫院，二家醫療機構因平衡計分卡的導入，獲得經營績效上的提升，首証平衡計分卡亦可適用於醫療產業機構[4]。Summa Health

System實施平衡計分卡後，發現實施後最大好處為讓所有員工思考自己的決策及行為對機構利益的衝擊，更助於部門達到所訂的目標[5]。Blue Cross and Blue Shield of Florida以平衡計分卡測量醫師的績效，包括臨床品質、臨床效率及行政效率，結果得到正面肯定[6]。

近年來台灣醫療院所面臨健康保險支付縮水等龐大財務壓力，加上對平衡計分卡普遍有相當程度的認知且接受度高，醫療院所積極尋求轉型與突破經營瓶頸，應用平衡計分卡在醫療領域之個案也越來越多，以期建立適當的經營模式達永續經營之目的。張景年將平衡計分卡應用於署立新竹醫院變革管理中，在顧客構面推行院內禮貌運動，內部流程構面推行各項品管活動，學習成長構面推行標竿學習，結果在各構面上皆有顯著的成長[7]。黃淑馨使用平衡計分卡提昇急診績效，先對急診設計一套平衡計分卡，調查實施前後部門人員之滿意度，結果顯示平衡計分卡介入急診部門後，各構面包括滿意度之績效指標數據均明顯提升，對於急診部門的營運績效助益甚大[8]。醫院行政單位之應用，例如洪秀芬研究公立醫院總務室實施平衡計分卡後，對於內部顧客(員工)及外部顧客(病人)之滿意度提昇、營運成本之降低、利潤提高且專業學習能力之提昇皆有顯著效果[9]。

要成功的推動平衡計分卡計畫，首要任務是取得高階主管認同及高階主管全程主導與協調，否則整體計畫導入與建置必定是無疾而終的結果。平衡計分卡建置過程中，高階主管訂定經營策略或者是只有中高階管理團對參與，未下達基層員工，員工則無法瞭解亦無法將策略轉換具體方案，皆無法發揮平衡計分卡參與決策流程以及目標達成的責任功能[10]。



三、現況分析

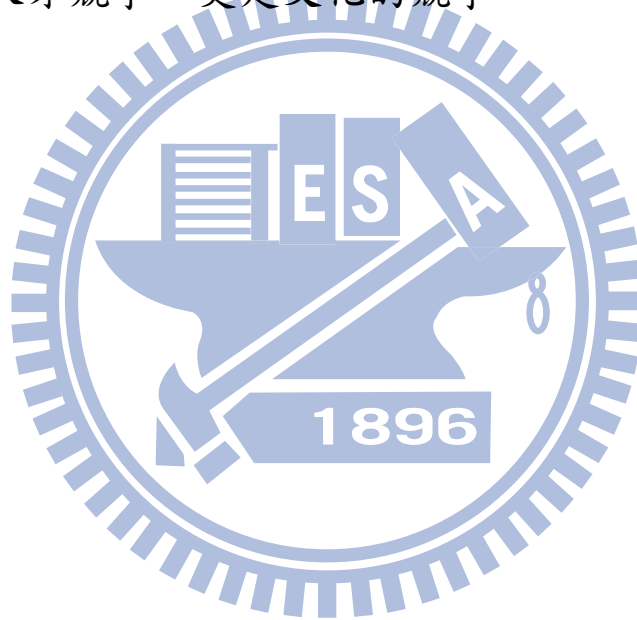
外科面臨多元化、多變化、複雜化及不確定的醫療環境，很多過去的‘觀念’及‘做法’可能不再管用，以往一針一線來治療病患的時代已經漸漸的被科技與創新取代了，若繼續用舊思維、舊腦袋來經營，會面臨很大的危機。因為醫療政策的不確定性，醫療環境的大改變，病患的需求改變使得外科部的經營模式面臨了很多的問題，我們面對的是醫療創新的需求，傳統的降低成本策略已經不再見效，守成並努力經營不再是特效藥。

外科的發展需要有系統性的思考，外科人要互相學習，互相分享，必需要做有效的溝通，要做有效益性的投資，投資必需是要有創新，而且對於外科的投資必需要有衡量的機制，要有效益指標。每一位同仁都必需對自己，對主管及同事，對醫院，對病人負責，而且要時時刻刻的評估修正，再出發，絕對不可以停止。

人才的培訓是即刻需要做的，外科要能長青，不只是短期內能快速改善一些不良的形態，也要有長期的計畫，外科醫師培養的時間是很長，需要耐心的。建立一個屬於醫院本身的外科部文化，要有獨特的好風格及好習慣，當然各次專科有自己的長規是很好，可是有些次專科內的長規就很多，這樣會讓住院醫師、實習醫師、見

習醫師及護理人員在照護上增加困擾和浪費很多不必要的時間。

若許多決策都在停看聽，都是在觀察，執行力差，決定要做的事情完全沒有追蹤，最後就不了了之。這樣的現象在很多的醫院都有，這樣會造成醫院空轉，首要任務就是如何讓大腸直腸外科轉成一個積極有動力的科部。改善整個科部的心智模式，建立共同願景，整個科部能夠團隊學習及有系統的思考，因為這在建立文化的過程是很重要的，現在時代不只是人才競爭，更是文化的競爭。



四、研究方法

本研究主題在於探討個案醫院大腸直腸外科如何應用平衡計分卡之觀念，推動科營運績效提升的做法與成效，故本研究採用之研究方式為個案研究法。採用實做、觀察、資料蒐集的方式、研究並分析個案在實施過程中所產生的問題與成果。資料蒐集期間為2007年至2011年，介入時間點為2010年1月。平衡計分卡介入前資料為2007年-2009年共3年，介入後資料為2010年-2011年共2年。

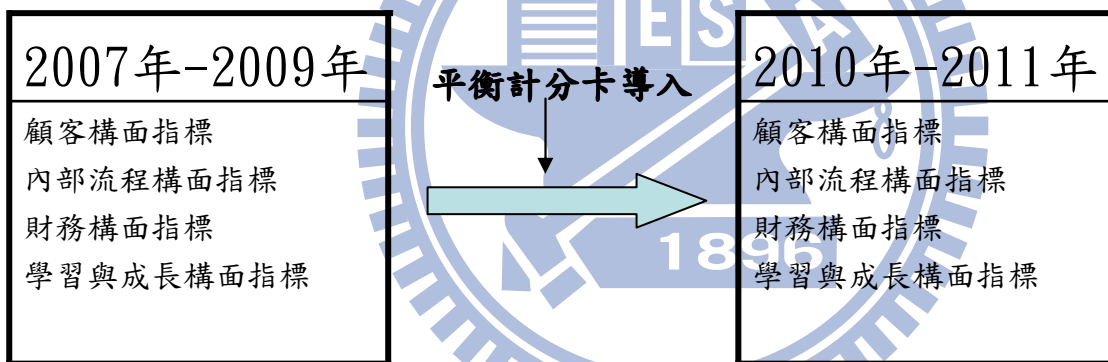


圖 1 研究模型

4.1 指標訂定

近年來醫療生態變化快速、鄰近醫療院所競爭激烈加上健保擴大給付，醫院永續經營除致力於開源節流，目前主要醫療競爭關鍵在於品質提升，以品質作為品牌爭取市場擴張。

基於科室經營需內外顧客成長且需掌控收支營運情形，故實

施平衡計分卡作為策略模型，以全院既有之願景、使命、核心價值策略發展基礎，以科為策略營運單位，與團隊成員包括主任、主治醫師三位、傷口造口護理師二位、專科護理師一位、個案管理師一位及大腸鏡技術員一位，共同擬定策略地圖，訂定營運指標，以合理目標鞭策成長進步。

各指標配有 KPI OWNER，該成員負責相關指標之達成與檢討。

4.2 指標確定

依平衡計分卡顧客、內部流程、財務及學習與成長等四大構面，分別訂定各項目標及指標(如表 1)。

表 1 四大構面之策略主題、策略目標及指標

構面	顧客	內部流程	財務	學習與成長
策略主題	以病人為中心之服務	優良醫療品質	永續經營 優質財務結構	訓練富有創造力之工作團隊
策略目標	滿意的病人與家屬	改善醫療照護品質	成本控制 創造收入	提升團隊成員能力
指標	新診斷癌症個案數 申訴案件數 手術人次 平均每門診人次	腹腔鏡手術人次 併發症發生率 平均住院天數 三日再急診率	醫務收入 醫務毛利率 作業成本佔率 設備費用佔率	平均醫師產值 論文發表數 研究計畫數 參與研討會次數

4.2.1 顧客構面

顧客構面之策略目標為「滿意的病人與家屬」，因無針對個案科別之滿意度調查歷史資料，故以業務量及申訴抱怨等各項指標代表民眾對於治療服務滿意程度：

- 1.新診斷癌症個案數：經病理切片、血液學檢驗等檢驗檢查診斷確認，且為新發未治療之癌症個案數。此項指標可檢視癌症治療之品質及口碑於市場上帶來之求診病人數。
- 2.申訴案件數：經員工及病人由電話、網路等路徑申訴抱怨案件數，可作為服務態度及流程等監控指標。
- 3.手術人次：全年大腸直腸外科執行之門診、住院、急診等手術總計。
- 4.平均每門診人次： $\frac{\text{總門診人次}}{\text{總開診數}}$ ，為該門診病人成長或衰退之業務量指標。

4.2.2 內部流程構面

內部流程構面之策略目標為「改善醫療照護品質」，故以手術相關進步指標及品質指標作為監控指標：

- 1.腹腔鏡手術人次：傳統腹部手術須在腹部創造一個大傷口以利外科醫師進行手術，但腹部的大傷口使得病人在術後有較

大的疼痛感進而影響呼吸與復健，除此之外病人術後腸胃道功能恢復較慢導致進食延後。因科技的進步，微創手術快速發展，利用先進的視訊設備只需在腹部切開 2~3 個一公分的傷口即可了解腹腔內的狀況，可以將特製的器械放入腹腔內並進行手術。以腹腔鏡執行手術為術式發展趨勢，以此指標檢視技術精進推展進度。

微創手術無論在開刀的方式或觀念都與傳統手術不同。原因在於要由三度空間的開放式手術轉換為二度空間的腹腔鏡手術學習過程相當不容易，手術醫師需要銜受再教育的課程。

2.併發症發生率：當次住院手術於住院期間發生併發症比率。

3.平均住院天數：出院病人總住院日數/出院病人數。

4.三日再急診人次：住院案件出院後三日內再急診率，分子及分母均排除下列九項案件後再行統計。

(1) 精神科 (2) 試辦案件 (3) 化學治療及放射線治療 (4) 早產安胎 (5) 罕見疾病 (黏多醣症) (6) 轉院案件 (7) 新生兒未領卡 (8) 血友病 (9) 器官移植 (10) 病患死亡或病危自動出院案件。

4.2.3 財務構面

財務構面設定之策略目標為「成本控制、創造收入」，主要檢討指標以損益表相關成本及收入科目定義。

1.醫務收入：門急診、住院、加護病房及手術收入，每月之產值加總。其中包括西藥費、診察費、材料費、診察費、護理費、病房費、治療處置費、檢驗檢查費等收入類別。

2.醫務毛利率：醫務成本包括用人成本、藥衛材成本、設備費用、作業成本等四大類成本。 $(醫務總收入-醫務總成本)/醫務收入 \times 100\%$

3.作業成本佔率：作業費用內含雜項購置、洗縫費、水電費、氣體費、蒸氣費等醫院之營運成本。 $(作業成本/醫務收入) \times 100\%$

4.設備費用佔率：設備費用包含房屋折舊、房屋修繕、設備折舊、儀器修護費及設備管理費。 $(設備費用成本/醫務收入) \times 100\%$

4.2.4 學習與成長構面

學習與成長構面目標設定為「提升團隊成員能力」，除醫療實務成長外，另有學術研究相關指標，為研究創新能力之提昇

依據。

1. 平均醫師產值：醫務收入/當月醫師數。
2. 論文發表數：團隊論文產出指標，國內外各期刊雜誌確定發表論文。
3. 研究計畫數：院內或院外主持或產學合作之研究計畫數。
4. 參與研討會次數：應積極參予國內外研討會，以了解國際醫療水準及吸收治療新知，可充實創新研究之基礎，並提升治療品質。

4.3 檢討機制

每季召開目標管理會議，檢討各項指標達成情形，並針對與目標差異之指標檢討相關線上作業，共同討論修正，將常規照護及處置標準化，可讓執行同仁循標準作業流程達成本控制及品質控制之效。

五、結果

自 2010 年導入平衡計分卡，各項指標經每季檢討，四大構面指標結果及執行內容分述如次：

5.1 顧客構面

新診斷癌症個案數較介入前增加 4.1 例/月，成長 11.2%，可見服務量經過品質改善及技術前瞻，業務量較介入前顯著增加，除保留舊有病人治療，新診斷之病人量也持續增加。

申訴案件數一年略增加 0.5 件，成長 16.7%，經每次申訴個案發生立即檢討，其中針對候診時間、手術排成等候時間及病房服務等抱怨較多，申訴案件數略為成長可見病人就診感受敏感度提升且對品質要求更為講究，是為目前醫療產業所面臨最大之挑戰之一。

手術人次約增加 6 人次，成長 5.7%，平均每門診人次較介入前增加 5.1 人次/月，成長 19.2%。以上兩項為主要業務量指標，可見服務量之成長。

表 2 顧客構面指標介入前後差異

顧客構面 項目	量度	介入前	介入後	差異	成長率
新診斷癌症個案數	例/月	36.5	40.6	4.1	11.2%
申訴案件數	件/年	3	3.5	0.5	16.7%
手術人次	人次/月	105	111	6	5.7%
平均每門診人次	人次/月	26.5	31.6	5.1	19.2%

5.2 內部流程構面

腹腔鏡手術人次平衡計分卡介入後成長 15.4 人次/月，較介入前成長 151%；併發症發生率於介入後降低 0.7%，減少 17.9%；平均住院天數較介入前增加 0.1 天，成長 1.8%；出院三日再急診率降低 0.5%，減少 14.3%。

經由微創手術之努力推展，由腹腔鏡手術人次增加可見腹腔鏡手術取代傳統手術之程度，相對導致併發症發生機率明顯降低 17.9%。

平均住院天數略增加 0.1 天，增加 1.8%，最主要因病人疾病嚴重程度相較多年前增加。癌症病人增加 11.2%，隨治療水準精進，癌症存活率提升，治療期別隨病情變化演變，嚴重度隨

之提高，為因應此趨勢，須就各癌症期別治療標準化，找出最佳治療方式，以控制醫療照護品質。

三日再急診率為病人出院狀態是否合乎出院條件，重要監測指標。雖健保資源有限，需審慎評估病人住院必要性，但若草率判定出院條件，易造成病人復原情形不佳，導致出院後三日內重返住院，介入前為 3.5%，介入後降 0.5%，減少 14.3%。

除了對單項指標監控，需搭配日常檢討的機制，個案討論會由總醫師提報上個月非預期再手術或手術併發症之名單，由主任選取檢討名單，並指定住院醫師報告，該會議必須全體同仁參加。

表 3 內部流程構面指標介入前後差異

內部流程構面	量度	介入前	介入後	差異	成長率
腹腔鏡手術人次	人次/月	10.2	25.6	15.4	151.0%
併發症發生率	%	3.9%	3.2%	-0.7%	-17.9%
平均住院天數	天	5.5	5.6	0.1	1.8%
三日再急診率	%	3.5%	3.0%	-0.5%	-14.3%

5.3 財務構面

醫務收入介入後平均成長 354 萬/月，成長 35.8%，扣除直接及間接成本後，醫務毛利佔率自 16.9% 成長至 19.7%，成長 1.7%。

作業成本佔率內含病房、手術室之水電、氣體分攤成本及雜項購置成本，佔收入比率減少 1.7%，成長率為-25.8%；設備費用內含儀器、房屋等折舊及修繕費用，佔醫務收入比率減少 0.3%，成長率為-7.1%。

以上兩項成本指標表示運用院內軟、硬體創造之產值效率較介入前成長。除了訓練醫師之外，我們需投資教育訓練護理人員的訓練，因為在微創手術中護理人員也扮演了相當重要的地位。護理人員需要懂得微創手術器械及如何使用、清洗及保養。除此之外，護理人員需要懂得微創手術房各式各樣的電腦操作及螢幕的控制，可提昇人員素質、提高效率、提升硬體設備維護及減少手術前置時間的耗費，進而造就整體績效、縮短接刀時間、以減少手術室人力、空間及水電空調等成本；購置儀器成本效益估算，充分利用現有設備儀器，以達最大產出。

平時隨時針對各術式之成本效益評估，以作為各手術作業標

準化訂定之準則，避免不必要耗衛材之浪費。

表 4 財務構面指標介入前後差異

財務構面	量度	介入前	介入後	差異	成長率
醫務收入	萬/月	988	1342	354	35.8%
醫務毛利率	%	16.9%	19.7%	1.7%	10.1%
作業成本佔率	%	6.6%	4.9%	-1.7%	-25.8%
設備費用佔率	%	4.2%	3.9%	-0.3%	-7.1%

5.4 學習與成長構面

平均每位醫師產值較介入前成長 107 萬/月，成長 50.7%，此項指標用途在於使每位主治醫師瞭解自身貢獻程度，是否為科內其他醫師水準之上，可有提點醫師重視服務及對於醫院營運收入有切身相關之概念。

論文發表介入後平均每年產出約增加 1.5 篇，論文寫作採以團隊合作研究，分配主題至各主治醫師，使各主治醫師須負起該領域研究產出，並藉由討論平台會議交換意見，始研究更加完備。

研究計畫數叫介入前略成長 1 件，主要與各年度預計發展之

研究方向相關，其中包含轉譯研究及臨床藥理研究等主題。

研討會參與次數增加 5 場次/年，增加與國內各醫學中心及國際性研討會機會，除開拓視野增加交流，更可於治療及研究方面有創新之能源，另可提升知名度增加合作機會。

本構面推動精神在於「傳承」，由資深主治醫師指導新升主治醫師於平時醫療服務精進，並提供研究及撰寫論文之經驗。以團隊合作方式發表研究成果，並鼓勵年輕主治醫師至院外發表，累積研討會及知名度推廣之經驗，儲備永續成長之能量。可同時致力於住院醫師能力培養，住院醫師每年必須投稿外科醫學會年會，並每年在外科醫學會作口頭報告，每年必須投稿外科醫學會雜誌(Formosan Journal of Surgery)或外科領域之 SCI 期刊。

表 5 學習與成長構面

學習成長構面	量度	介入前	介入後	差異	成長率
平均醫師產值	萬/月	211	318	107	50.7%
論文發表數	篇/年	3	4.5	1.5	50.0%
研究計劃數	件/年	2	3	1	50.0%
參與研討會次數	次/年	8	13	5	62.5%

六、研究限制

6.1 健保制度限制

醫院為因應健保總額制度，各地區皆有依醫院層級不同各分配點數總額，以與基期成長率及業務量作為基礎分攤超支點數斷頭。故醫療行為因額度所限無法避免影響，或許未能充分表現應有之成長水準。

6.2 因果關係判定之限制

個案科別實施過程兩年，導入期間政府正值推行四大癌症篩檢，業績大幅成長之因素，不易判斷與此案導入之關係強度，部分或歸因於癌症篩檢政策影響。



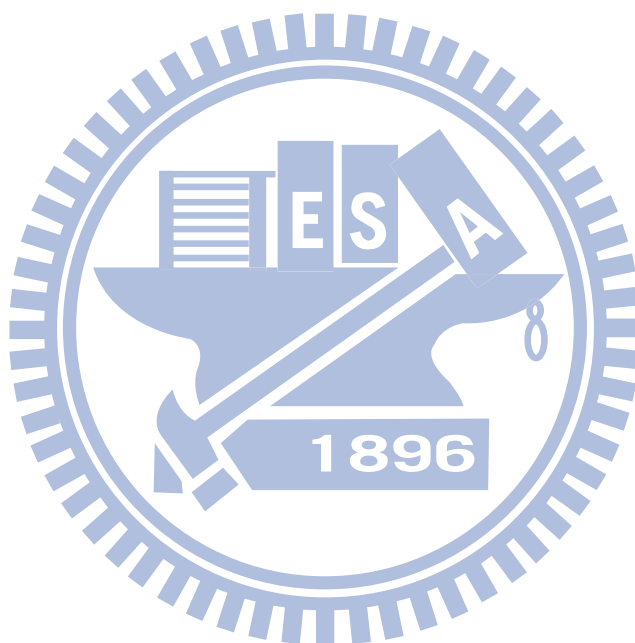
七、結論與建議

科部經營需要有良好的績效制度，共同的努力目標，透過平衡計分卡指標目標之設定，可提供科內成員一個共通共識及目標，共同操作之平台，避免努力方向背離科成長目標，甚至與院定目標脫節，為由下而上之策略操作模式。科內成員在朝目標努力的過程中，兼具自我學習成長之效，也更能融入全院之經營管理方針及願景，使得目標更容易達成，更有向心力。

檢討會議及資料蒐集花費之時間，初期必有成員抱怨之情事，但經推行一年後，經過流程改善及標準化管理過程，發現檢討可使醫療作業更為流暢，相信檢討可將團隊導向正面發展，則逐漸內化為習慣及常規管理內容。設定之目標需與介入前狀況距可及之差距，但非一天半日可達成，需要累積實力及創造口碑，漸漸隨時間累積創造之成果，短時間成效並非顯著。

推動過程中，如文獻所討論，確實需要高階主管認同及全程主導與協調，進而從旁協助輔導，使團隊成員感受並非單打獨鬥，是團隊合作；並非好高騖遠，是近在咫尺。身為領導者，需要讓科部的成員真誠相信科部可以共存共榮的理念及每個人發展的目標，建立一個安全互信的環境，鼓勵每個人有自己的思考模式，發展自己

的潛能，有目標有夢想，這樣能與科部的成員在有互信的基礎之下適時的讓他們對決策或計畫提出看法及挑戰思維，讓每一位外科同仁都有自我做決定的能力，不斷的正向對話及肯定，相互支援相互激勵，讓每一位同仁對這科部甚至於醫院都有效忠的精



參考文獻

- [1]Kaplan, R. S., & Norton, D. P., “The balanced scorecard - measure that drive performance” , Harvard Business Review, 70 : 71-79, 1992.
- [2]Kaplan, R. S., & Norton, D. P., “ Using the balanced scorecard as a strategic management system”, Harvard Business Review, 74 : 75-85,1996.
- [3]Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Bower, M., “Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations.” Journal of Healthcare Management, 47 : 179-195, 2002.
- [4]Curtright J.W., Stolp-Smith S.C., Edell E.S., “Strategic performance management: Development of a performance measurement system at the Mayo Clinic”, Journal of Healthcare Management, Jan/Feb 2000.
- [5]Smith H, I.W., “Balanced scorecard at Summa health system.”, The Journal of Corporate Accounting & Finance Hoboken, 1(5), 65-72, Jul/Aug 2005.
- [6]Mirsky R.S., “Physician buy-in is essential for pay for performance.”, Physician Executive Tampa, 31 (6), 16-19, Nov/Dec 2005.
- [7]張景年，「以變革管理及網際網路提高醫院營運績效及民眾滿意度 ---署立新竹醫院個案研究」，國立交通大學，碩士論文，2001。

[8]黃淑馨，「運用平衡計分卡提昇急診績效之探討」，台北醫學院護理學，碩士論文，2002。

[9]洪秀芬、楊銘欽、黃焜璋，「應用平衡計分卡提升績效之研究 ---- 以某公立醫院總務室為例」，醫管期刊，Vol.8 No.4，348-360，2007。

[10]Rousseau, Y. & Rousseau, P., “Turning strategy into action in financial services.”, CMA Management, 73, 25-29, 2000.

