Study06.01

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

計畫編號：CNHA9501
計畫名稱：模仿、強制與規範力量與管理創新關係之研究

執行期間：94 年 1 月 1 日至 94 年 12 月 31 日

☐整合型計畫
計畫總主持人：
子計畫主持人：

☑個別型計畫
計畫主持人：羅萱

中華民國 96 年 02 月 15 日

計畫名稱：模仿、強制與規範力量與管理創新關係之研究

(一)摘要

管理創新為組織追求卓越及維持競爭優勢的重要途徑。在不確定的環境下，社會性因素較理性效率因素更顯著的影響組織策略行為。由於管理創新活動具有不確定性，往往難以預先評估行動的結果，因此尋求行動正當性為組織策略決策的另一項重要的決策基礎，而透過社會模仿、及採取符合政府與專業團體規範的行為能提高組織行動的正當性，在此情況下，社會影響因素為組織行動的重要影響因素。本研究主要從體制理論的觀點，以台灣醫療產業醫院組織管理創新採行行為為研究標的，檢視社會模仿、強制及規範等體制力量對於管理創新採行行為的影響，並進一步檢視管理創新活動對組織品質績效的影響。

(二)研究動機與研究問題

管理創新是組織追求卓越及維持競爭優勢的重要途徑(Wernerfelt,1984; Barney,1991)。由於組織從事管理創新活動，往往難以預先評估行動的結果，具有相當程度的不確定性，因此管理創新具有不確定性，在不確定的環境下，社會影響力(如其他組織的行動、政府部門的政策與規範)為影響組織策略行為的重要因素(Burns and Wholey, 1993; Tolbert and Zucker, 1983)。基於此，本研究以體制理論的觀點，著墨於模仿(mimetic forces)、強制(coercive forces)、及規範(normative forces)等三種體制驅力對於組織管理創新採行行為的影響。

本研究擬以台灣醫療產業之管理創新採行行為－醫療品質策進委員會所推行的『台灣醫療品質指標計畫』(Taiwan Quality Indicator Project 以下簡稱 TQIP)為研究標的，檢測不同的體制影響趨力對組織管理創新採行行為的影響。研究目的包括兩部分：第一、檢測模仿、強制及規範三種體制驅力對組織管理創新採行行為的影響？第二、檢測組織管理創新採行對醫院醫療品質績效的影響？

(三)文獻回顧與探討

從體制理論的觀點，組織爭取體制的正當性亦是創新採行的重要決定因素(Tolbert and Zucker, 1983)。DiMaggio and Powell(1983)指出模仿同形(mimetic isomorphism)、強制同形(coercive isomorphism)、及規範同形(normative isomorphism)等三種同形化的力量為體制壓力形成的基礎，這三種同形化的力量雖然肇始因素不同，但皆會促使組織間的文化、行為與績效越來越相似。以下分別討論模仿(mimetic forces)、強制(coercive forces)、及規範(normative forces)三種體制力量對組織管理創新採行的影響：

(1)社會模仿的力量

醫院組織間透過不同型態的網絡關係連結可以促進組織間醫療品質知識的分享，因此多醫院系統與聯盟間的共同成員、相同執業科別的院長群體、及相同畢業學校的院長群體間有較多正式及非正式溝通機會，透過院長私人聯誼活動、或各種會議等活動，分享醫療品質管理實務之相關成功或失敗經驗，並有著相似的文化、規範及價值觀，因此組織間的行為越來越相似（Westphal et. al., 1997; Young,et. al., 2001；Guler, et.al, 2002）。當與焦點醫院有特定網絡連結關係之其他

醫院採行特定管理創新的組織數目越多時，代表者採行此項管理創新具有行為上的正當性，對焦點醫院造成的模仿學習效應越大，因此焦點醫院採行此項創新的機率越高。根據上述的討論，本研究推論與焦點醫院有特定網絡連結關係之其他醫院參加 TQIP 計畫(台灣醫療品質指標計畫)的數目越多，則焦點醫院參加 TQIP 計畫的機率越高。故提出研究假設 1：

假設 1：當與焦點醫院有特定網絡連結關係之其他醫院參加 TQIP 計畫的組織數目越多，則焦點醫院參加 TQIP 計畫的機率越高。

(2)強制的力量

除了不確定性引發的模仿同形化，體制同形亦可能被強制的力量-如政治力量所驅策。強制同形(coercive isomorphism)的力量是來自組織所依賴之其他組織所施予的正式或非正式的壓力，或者來自於組織所隸屬的社會群體的文化價值的壓力(DiMaggio and Powell, 1983)。推行台灣醫療品質指標計畫(TQIP)是政府促進醫療品質執行策略之一，而公共部門的組織，如公立醫院(包括了署立、市立、榮民或軍醫院等)隸屬於衛生署、退輔會、國防部與各縣市等政府部門之下，由於資源取得依賴並受限於政府部門，更需依尋與接受政府政策之要求，肩負起推動國家醫療衛生政策與社會公共之責任。根據以上討論，本研究推論相較於私立醫院，公立醫院參與台灣醫療品質指標活動的機會越高。故提出研究假設 2：

假設 2：公立醫院較私立醫院參加 TQIP 計畫的機會越高。

(3)規範的力量

第三種體制同形的來源是規範同形化。規範同形的力量主要來自於專業化(professionalization)的結果。專業化與正式訓練促使專業領域知識及社會規範的分享(Meyer and Rowan ,1977)，如專業協會會員或職業團體成員因分享相似的認知及知識產生規範性的壓力，因此創造出組織間越來越相似的體制環境，組織會員間將表現出相似的策略行為。

台灣醫院產業之醫療專業品質活動與評鑑制度主要由醫策會加以規範，醫策會為提高整體醫療品質水準亦積極舉辦院際間醫療品質之競賽活動、及醫療品質相關議題之研討會或訓練課程。在參與醫策會所舉辦的訓練課程與競賽活動過程中，醫院的行為將受到專業組織之價值與專業規範的影響，而採行相類似的行動。基於以上的討論，本研究推論獲得專業協會(醫策會)所舉辦的醫療品質競賽活動獎項越多者，接受其規範及影響越深，因此較其他組織越可能參加 TQIP 計畫(台灣醫療品質指標計畫)。故提出研究假設 3：

假設 3：醫院獲得專業協會(醫策會)舉辦之院際醫療品質競賽獎項越多者，參加 TQIP 計畫的機會越高。

(四)研究方法與步驟

本研究採問卷調查及次級資料進行研究，以台灣地區醫療產業所有層級的全部醫院為研究對象，分析體制相關因素對醫院參與 TQIP 計畫的影響，以及參與 TQIP 計畫的效應。依變項為參加 TQIP 計畫與否(participation in the TQIP)、。自變項包括模仿力量(mimetic forces)、強制力量(coercive forces)、及規範力量(normative forces)等三變項。控制變項包括組織特徵、及環境特徵變項等兩部分。

本研究主要檢測各種體制因素對管理創新採行的影響。而台灣醫療產業有照於醫療消費者意識高漲，醫療糾紛頻傳，近年來政府部門大力推動醫療品質改善計畫、與院際間醫療品質競賽活動，如台灣醫療品質指標計畫。同時，醫療產業環境競爭激烈，管理創新採行為醫院組織降低經營成本、醫療糾紛、及增加醫院競爭優勢的重要活動(Westphal,et.al., 1997)。在此產業脈絡下，正好提供本研究檢測研究假設的適當環境，因此本研究選取台灣醫療產業的跨院際之醫療品質指標計畫為研究標的。

統計分析方法以 Probit 迴歸分析模式，檢驗模仿、強制與規範等體制因素對醫院是否參與醫療品質指標計畫之影響。

(五)研究結果

本研究預期藉由醫療產業醫院群體創新採行行為的觀察，驗證體制理論之模仿、強制、及規範同形化等不同的社會影響力對醫院管理創新採行的影響。另外，並藉由研究結果了解政府機關(公共部門)及專業團體對產業組織創新行為的影響程度。

研究分析結果包括兩部分：第一、描述性統計結果，第二、迴歸模式分析結果。表一為研究變項之描述性統計分析結果，表二及表三則主要驗證研究假設及呈現迴歸模式分析結果。

描述性統計結果：

表一為研究相關變項描述性統計結果，研究樣本共 582 家醫院，有 67 家醫院（佔 11.51％）參與 TQIP 計畫，次年增加至 74 家醫院（佔 12.71％）參加 TQIP 計畫。依據描述性統計分析顯示，參加計畫之醫院以公立醫院比率偏高（佔 41.79％），同時醫院規模、成立年數、及醫療科技能力亦較之於未參與的醫院高。

表一：相關變項描述性統計

	是否參加 TQIP 計畫[1]										全部醫院				
	未參加者					參加者									
	N	mean	sd	min	max	N	mean	sd	min	max	N	mean	sd	min	max
Size	449	71.08	194.27	0.00	3194.00	60	435.12	297.65	0.00	1586.00	509	113.99	239.54	0.00	3194.00
Age	421	43.82	35.19	1.00	107.00	67	44.49	31.97	3.00	107.00	488	43.91	34.73	1.00	107.00
entropy_tech	505	0.11	0.34	0.00	2.20	62	1.16	0.72	0.00	2.30	567	0.22	0.52	0.00	2.30
Competition	515	35.66	17.00	2.00	69.00	67	37.09	16.68	8.00	69.00	582	35.82	16.95	2.00	69.00
Ownership	409	51[a]	12.47%[b]	-	-	67	28[a]	41.79%[b]	-	-	476	79[a]	16.60%[b]	-	-
tech_den	516	13.11	4.22	5.00	27.00	67	16.84	8.65	5.00	27.00	583	13.54	5.06	5.00	27.00
sub_den	317	7.68	9.91	1.00	44.00	62	34.23	15.59	1.00	44.00	379	12.02	14.77	1.00	44.00
Ended_den	507	8.21	7.55	4.00	28.00	61	20.67	7.97	4.00	28.00	568	9.55	8.52	4.00	28.00
acc_den	378	8.27	8.98	3.00	43.00	67	31.21	16.16	1.00	43.00	445	11.73	13.22	1.00	43.00
Ceosch_den	410	9.46	4.12	2.00	19.00	62	11.10	5.74	1.00	19.00	472	9.67	4.39	1.00	19.00
Ceosub_den	422	9.52	6.37	1.00	18.00	62	9.19	6.24	1.00	18.00	484	9.48	6.35	1.00	18.00
alli_den	63	6.29	4.96	1.00	18.00	49	6.24	5.15	1.00	18.00	112	6.27	5.02	1.00	18.00
qm90	515	0.04	0.24	0.00	2.00	67	1.04	1.68	0.00	7.00	582	0.16	0.69	0.00	7.00
cs_90a	328	8.05	15.40	0.00	75.26	55	31.62	11.88	0.00	69.90	383	11.44	17.07	0.00	75.26
alos_90	437	5.53	13.56	0.00	167.00	59	13.46	38.86	0.00	290.00	496	6.47	18.59	0.00	290.00
clos_90	310	25.69	137.85	0.00	1603.03	25	57.09	125.61	0.00	523.00	335	28.03	137.05	0.00	1603.03
qm91	516	0.03	0.29	0.00	6.00	67	0.81	1.34	0.00	5.00	583	0.12	0.58	0.00	6.00
cs_91a	221	13.37	19.29	0.00	100.00	56	30.35	14.12	0.00	81.75	277	16.80	19.57	0.00	100.00
alos_91	284	10.84	21.52	0.00	167.00	57	9.32	8.76	4.37	52.32	341	10.58	19.96	0.00	167.00
clos_91	242	40.07	163.22	0.00	1603.03	52	32.75	105.29	0.00	647.50	294	38.77	154.44	0.00	1603.03

附註：
1.是否參加 TQIP 計畫爲民國 90 年資料。
2.因爲 ownern 爲二元類別變項，a 表公立醫院家數。b.表公立醫院所佔的比率。

模式分析結果：

根據研究假設，預期強制、規範、及模仿等三種環境驅力將提高組織參與跨院際指標計畫的機率；同時，參加指標計畫將有助於提升組織的品質績效。表二為各種體制因素對醫院參與計畫影響之 probit 迴歸模式分析結果，主要驗證假設一、假設二、及假設三。

(1) 體制力量與管理創新採行

表二中，模式 1 驗證假設 1，主要探討社會網絡連結之模仿驅力因素對參加機率的影響，研究假設 1 預期當與焦點醫院有特定網絡連結關係之其他醫院參與計畫的數目越多時，則醫院參與台灣醫療品質指標計畫機率越高，但分析結果與原假設不一致：相同畢業學校醫院院長參與數目（ceosch_den）等變項未達統計

顯著水準。顯示，在本研究樣本中，社會網絡關係連結之模仿學習效應對參與計畫的影響並不明顯。

表二中模式 2 驗證假設 2，主要探討強制驅力因素對參加機率的影響，分析結果發現公立醫院（相較於私立醫院）參加台灣醫療品質指標活動的機會明顯較高，迴歸係數為-0.953(p 值=0.000)，與假設 2 所預期相一致。表二模式 3 驗證假設 3，主要探討規範驅力因素對參加機率的影響，分析結果發現曾參加過協會舉辦之院際品管圈競賽者，參加台灣醫療品質指標活動的機會顯著較高，迴歸係數 0.327(p 值=0.048)，與假設 3 所預期相一致。

（2）控制變項

比較參加機率 probit 分析模式 1-9，三種組織特徵變項中，僅技術複雜度(entropy_tech)均達到統計顯著水準，而醫院規模(size)與醫院成立年數(age)則未達統計顯著水準，顯示醫院擁有的醫療科技能力越高，則參與計畫機率較高；環境變項－市場競爭度(competition)對參與亦有顯著影響力，顯示醫療市場環境越競爭則參與計畫機率越高(參見表二)。

表二：體制力量與醫院管理創新採行關係之 Probit 迴歸模式分析結果

	模式 0			模式 1			模式 2			模式 3		
TQIP	係數	標準誤	P 值	係數	標準誤	P 值	係數	標準誤	P 值	係數	標準誤	P 值
Constant	0.769	0.761	0.312	0.668	0.951	0.482	1.528	0.789	0.053 *	1.026	0.820	0.211
Size	-0.001	0.000	0.031 **	-0.001	0.001	0.025 **	-0.001	0.001	0.022 **	-0.001	0.001	0.028 **
Age	0.003	0.003	0.315	0.004	0.004	0.232	0.002	0.004	0.509	0.004	0.004	0.321
Rank	-0.769	0.182	0.000 ***	-0.658	0.201	0.001 ***	-0.805	0.184	0.000 ***	-0.717	0.186	0.000 ***
entropy_tech	1.256	0.222	0.000 ***	1.329	0.264	0.000 ***	1.335	0.230	0.000 ***	1.230	0.234	0.000 ***
Competition	0.011	0.009	0.214	0.019	0.010	0.073 *	0.017	0.009	0.072 *	0.018	0.010	0.058 *
Population density	0.000	0.000	0.942	0.000	0.000	0.556	0.000	0.000	0.453	0.000	0.000	0.334
H1a:ceosch_den				0.006	0.026	0.822						
H2:ownern				-0.840	0.272	0.002 ***	-0.953	0.245	0.000 ***	-0.867	0.253	0.001 ***
H3:qm				0.480	0.237	0.043 **				0.327	0.165	0.048 **
n	374			315			374			374		
LR chi2	152.83		***	156.52		***	168.08		***	172.71		***
Pseudo R2	0.4506			0.5202			0.4956			0.5092		
Log likelihood	-93.1635			-72.1797			-85.5387			-83.2249		

附註:*表 p<0.1,**表 p<0.05,***表 p<0.01

討論與結論

本研究以台灣醫院產業為研究標的，檢視模仿、強制與規範等體制力量對管理創新採行的影響，以及管理創新的效能。研究結果發現：所隸屬公共部門的壓力、以及專業規範團體的壓力等社會影響力會顯著增加醫院參與管理創新的機會。

模仿、強制、規範力量與管理創新採行

在社會模仿力量方面，本研究中院長及組織與其他組織的社會連結關係，並沒有顯著的模仿效果。這可能是因為與院長及組織背景相似之其他組織的社會關係，並不足以進行有效的資訊交流，相互分享參加 TQIP 計畫的經驗，因此醫院間雖然存在特定的組織關係，然而在缺乏資訊分享的情況下，有著特定社會關係的其他組織之行動並不會顯著影響焦點組織的策略決策。

在強制力量方面，政府對於組織經營策略具有相當程度的影響力(DiMaggio and Powell,1983; Guler,et.al.,2002; D'Aunno,,et.al. 2000)，尤其是對隸屬政府部門的公立組織行為的影響更為明顯(Palmer,et.Al.,1993)。公立組織在財務資源與非財務資源對政府機構依賴甚深，公立組織將會採取符合政府政策所期望的行為以力求較佳的績效表現。因此當政府組織推行某項政策，如品質管理的創新活動，公立組織為符合控制資源的組織之期望與要求以取得正當性，將較私立組織更為配合。

在專業規範團體的力量方面，專業團體透過正式訓練與教育分享知識及價值，將使受過相同專業訓練的組織或個人認知及行為越來越相似(DiMaggio and Powell,1983;Guler, et.al. 2002)。參與專業協會舉辦活動越多的組織，受到專業團體價值的規範及影響越深，易越能認同與接受公共部門之專業協會所推行的政策。因此亦提高醫院參與公共部門所推行的管理創新活動。

研究限制與建議

本研究有幾點限制，第一、研究觀察取樣時間僅包括兩個時點，後續研究需加長研究觀察時間，較能完整觀察到組織管理創新採行的行為。第二、有關組織密切連結模仿的測量指標中，社會網絡關係僅以院長相同背景加以衡量，而社會網絡關係亦包括非正式人際關係網絡，因此本研究在測量方面可能仍不能完整反映組織間的交流情況，此部分仍有待未來研究繼續探討。

最後，研究結果有幾點貢獻，本研究主要貢獻在於驗證模仿、強制、及規範等不同的社會影響力對醫院管理創新採行的影響，除了組織資源與能力外，本研究更證實了社會環境脈絡因素在組織改變中的重要性，亦確認組織管理創新對於組織績效可能造成的影響。另外，本研究對於管理實務的意義，在於研究結果凸顯了醫療產業政府機關(公

共部門)及專業團體在輔助醫療產業組織提昇品質與匡正醫療行為的關鍵性角色。

（六）參考文獻

1. Burns , L.R. and Wholey, D. R.,1993. Adoption and abandonment of matrix management programs: effects of organizational characteristics and interorganizational networks, ***Academy of Management Journal***, 36(1):106-138.
2. Tolbert, P.S. and Zucker, L.G., 1983. Institutional sources of change in the formal structure of organizations: The diffusion of civil service reform, 1880-1935, ***Administrative Science Quarterly***,.28:22-39.
3. DiMaggio, P. J. and Powell, W.W., 1983. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, ***American Sociological Review***, 48: 147-160.
4. Westphal, J.D., Gulati, R., and Shortell,S.M., 1997. Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption, ***Administrative Science Quarterly***, 42:366-394.
5. Young,G.J., Charns,M.P., and Shortell,S.M.,2001. Top manager and network effects on the adoption of innovative management practices : A study of TQM in a public hospital system, ***Administrative Science Quarterly***,22(10):935-951.
6. Guler,I.,Guillen, M.F., and Macpherson, J.M.,2002. Global Competition, Institutions, and the Diffusion of Organizational Practices: The International Spread of ISO 9000 Quality Certificates, ***Administrative Science Quarterly,*** 47(2):207-232.
7. Meyer,J.W., and Rowan,B.,1977. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony, ***American Journal of Sociology***,83:340-363.